



立法院第 8 屆第 5 會期
社會福利及衛生環境委員會全體委員會議

衛生福利部業務概況暨 本會期優先立法計畫報告 (書面報告)

報告人：衛生福利部部長 邱文達
報告日期：中華民國 103 年 3 月 6 日

目 錄

壹、近期主要施政成果

一、提升福利服務.....1

- (一) 婦女福利及家庭支持
- (二) 兒童及少年福利
- (三) 老人福利
- (四) 身心障礙者福利
- (五) 社會救助
- (六) 社區發展
- (七) 社會工作及志願服務
- (八) 落實公益勸募輔導及管理工作
- (九) 保護服務

二、精進醫療照護.....23

- (一) 改善偏遠地區急、重症醫療品質
- (二) 改善醫護執業環境及安全
- (三) 提升醫事人力素質
- (四) 提升醫療服務品質
- (五) 推動醫療服務國際化
- (六) 推動中醫臨床訓練
- (七) 建構長照服務體系
- (八) 提升原住民族及離島地區醫療服務品質
- (九) 加強心理及口腔健康服務
- (十) 提升部立醫院功能

(十一) 發展衛生醫療資訊	
三、社會保險改革	49
(一) 穩定全民健保財務	
(二) 推動支付制度改革	
(三) 擴大照顧弱勢民眾	
(四) 合理使用醫療資源	
(五) 醫療資訊公開	
(六) 賡續推動國民年金，保障民眾權益	
(七) 規劃長期照護保險	
四、重要疫病防治	67
(一) 流感及流感大流行之因應	
(二) 推動結核病防治	
(三) 辦理愛滋病防治	
(四) 控制腸病毒之疫情	
(五) 落實登革熱之防治	
(六) 我國動物狂犬病再現之因應	
(七) 推動預防接種新政策	
(八) 加強醫療照護機構感染管制	
(九) 中東呼吸症候群冠狀病毒疫情之因應	
五、食品藥物安全	76
(一) 加強食品安全監測	
(二) 強化食品衛生管理	
(三) 保障全民用藥安全，引領 MIT 藥業國際化	
(四) 有效防制藥物濫用	

(五) 落實中藥藥事管理	
六、促進全民健康	84
(一) 建置國民健康實證資料庫	
(二) 健康的出生	
(三) 健康的成長	
(四) 健康的老化	
(五) 營造健康支持環境	
(六) 推動肥胖防治工作	
(七) 推動菸害防制工作	
(八) 落實癌症防治工作	
(九) 關注弱勢健康、縮小健康不平等	
七、發展醫藥生技	102
(一) 加強生醫科技研發	
(二) 卓越臨床試驗及癌症研究體系	
(三) 強化國家衛生研究	
(四) 推動中醫藥研究發展	
八、參與國際社會	108
(一) 參與國際衛生組織辦理之會議及活動	
(二) 雙邊及兩岸國際衛生合作	
(三) 國際衛生援外計畫	
(四) 舉辦國際衛生會議及活動	
貳、未來重要施政規劃	
一、秉持公義福利原則，保障弱勢民眾需求	112

二、精進醫療照護體系，提升醫療照護品質	118
三、健全社會保險制度，強化自助互助機制	125
四、完備防疫監視系統，強化防疫應變能力	127
五、確保食品藥物安全，建構健康消費環境	128
六、創建安心健康環境，提升國民幸福指數	130
七、發展醫藥衛生科技，促進相關產業發展	133
八、深化國際組織參與，拓展國際衛福合作	134
參、本會期優先之立法計畫	135

主席、各位委員女士、先生：

今天， 大院第 8 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，^{文達}承邀列席報告，內心感到非常榮幸。

衛生福利部以「促進全民健康與福祉」為使命，以「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢、福利社會、回饋國際」作為施政願景，整合專業，提供民眾完善且整體之服務，讓全民能活得更健康、更快樂。

現謹就「提升福利服務」、「精進醫療體系」、「社會保險改革」、「重要疫病防治」、「食品藥物安全」、「促進全民健康」、「發展醫藥生技」、「參與國際社會」等項重要工作，報告近期主要施政成果及未來之重要施政規劃，敬請各位委員不吝惠予指教：

壹、近期主要施政成果

一、提升福利服務

(一) 婦女福利及家庭支持：

1. 為提升婦女公平發展機會，推動婦女培力中程計畫，補助民間團體辦理婦女權益及婦女福利服務活動，102 年補助 3,459 萬餘元。
2. 提供特殊境遇家庭及弱勢婦女生活扶助與支持，102 年度補助 1 萬 9,169 戶家庭(女性家長 1 萬 7,187 戶、男性家長 1,982 戶)、扶助 4 億 2,771 萬餘元；並督導地方政府貫徹實施特殊境遇家庭各項扶助措施，強化各項托兒及托老之彈性照顧服務，以減輕特殊境遇家庭及弱勢婦

女之家庭照顧負擔。

3. 提供單親家庭支持力量，鼓勵地方設立單親家庭服務中心，全國計 38 家單親家庭服務中心及 7 家中途之家。至 102 年底補助民間團體辦理單親家庭個案管理、單親家庭福利服務活動、單親子女課業輔導服務，計 2,174 萬元；委託辦理單親培力計畫，補助 416 名單親家長就讀大專校院與高中職，計 541 萬餘元。
4. 為協助外籍配偶解決生活適應問題，至 102 年底補助民間團體設置 84 個外籍配偶社區服務據點，辦理促進多元文化融合與適應服務、外籍配偶之生活適應輔導班、外籍配偶支持性服務活動，計 900 萬餘元。運用外籍配偶照顧輔導基金協助各直轄市、縣(市)設立 35 個家庭服務中心，建構外籍配偶家庭支持網絡。
5. 減輕家庭育兒負擔，營造優質托育環境：
 - (1) 為提升社區民眾托育品質及托育服務，補助各直轄市、縣(市)政府辦理托育資源中心，101-102 年度共計補助直轄市、縣(市)政府 8,031 萬 4,560 元，已有 53 處開辦營運、服務人數超過 70 萬人次。
 - (2) 為建構平價優質之托育環境，補助各直轄市、縣(市)政府辦理公私協力平價托嬰中心，提供日間托育服務、臨托及延托服務，101-102 年度共計補助直轄市、縣(市)政府 8,970 萬 9,440 元，已有 46 所開辦營運、收托人數計 2,275 人。加強列管並持續督導地方政府設立之 553 所私立托嬰中心；另要求地方政府積極對

未立案之機構進行查處與輔導事宜。

- (3) 為建立居家式托育管理機制，賡續推動「保母托育管理與托育費用補助實施計畫」，截至 102 年 12 月底止，加入社區保母系統擔任一般保母計 2 萬 572 人、親屬保母計 1 萬 3,627 人，合計 3 萬 4,199 人。
- (4) 為減輕家庭托育負擔，提供保母托育費用補助，102 年計補助 9 億 6,440 萬 6,660 元，共 5 萬 5,331 名幼童受益。

6. 辦理兒少高風險家庭處遇服務：

- (1) 為及早發現家庭兒少照顧困境，並提供協助，預防兒虐事件發生，推動高風險家庭兒童及少年處遇服務方案，102 年計篩檢訪視 3 萬 1,513 個家庭、協助 5 萬 2,565 位兒童及少年。
- (2) 擴大辦理兒虐預警機制，推動 6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案，針對全國領有政府生活扶助、未納入全民健保、受刑人 6 歲以下子女、領取馬上關懷救助金及急難救助金家戶之 6 歲以下兒童給予主動關懷，102 年計服務 1 萬 7,928 人次，由教育、戶政及衛生單位轉介通報後介入關懷 2,582 人次。
- (3) 辦理弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務，提供家庭訪視、課後臨托與照顧、認輔志工服務等，期能分擔家庭照顧壓力，提升家庭照顧功能，102 年截至 12 月底止，計辦理 69 個方案、服務 19 萬 2,505 人次。
- (4) 設置「全國未成年懷孕諮詢專線」(0800-257-085)及

「未成年懷孕求助網站」，提供電話諮詢服務、心理支持及追蹤關懷等服務，協助未成年人面對懷孕議題，102年計服務1萬791人次，另有12人轉介地方政府進行後續服務處遇；求助網站瀏覽計3萬6,367人次，諮詢信件207案。

7. 推動「家事商談」服務：透過商談人員協助離婚夫妻尋求雙方均滿意之衝突解決方式，進而保障子女成長權益。102年共補助10個民間團體與8個地方法院合作，辦理15個方案、補助505萬4,000元、服務2萬5,000人次。
8. 提供發展遲緩兒童療育費及交通費補助，低收入戶每人每月5,000元，非低收入戶者每人每月3,000元，102年度計補助3億2,138萬9,263元、3萬6,229人次受益。

(二) 兒童及少年福利：

1. 辦理兒童及少年健保及醫療補助，針對3歲以下兒童就醫之門診及住院自付額部分予以補助，102年1-11月計補助16億5,348萬0,911元，1,142萬9,001人次受益。
2. 為協助遭變故或家庭功能需支持之弱勢家庭紓緩經濟壓力，維持子女生活安定，提供弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助，針對遭遇不幸、高風險、經濟急困且有子女需要照顧的家庭，每人每月給予3,000元，102年計協助9,028戶家庭、照顧1萬5,476名兒童少年、訪視服

務 3 萬 7,153 次。

3. 為協助家庭照顧兒童，減輕父母育兒負擔，自 101 年 1 月 1 日起實施「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」，針對父母自行照顧之 2 歲以下兒童，提供每人每月津貼補助，低收入戶 5,000 元，中低收入戶 4,000 元、綜合所得稅稅率未達 20% 者 2,500 元。102 年計補助 52 億 5,500 萬 1,697 元、25 萬 4,331 名 0 歲至 2 歲幼童之家庭受益。
4. 強化兒童及少年安置及輔導服務：持續督導 126 所兒少安置教養機構、1,262 戶寄養家庭、36 所兒少福利服務中心，為家庭失依、遭遺棄、受虐待、行為偏差或從事性交易之兒童及少年提供家外安置輔導與相關福利活動服務，持續改善與提升專業服務品質，以保障接受服務者之權益。
5. 設置行政院兒童及少年福利與權益推動小組，建立專責統籌、協調及決策之機制，推動以預防為優先之整合性服務網絡，健全兒童及少年福利與權益保障事務，以符民意之要求及民間團體之期待。

(三) 老人福利：

1. 推動我國十年長期照顧計畫：本計畫之服務內容係整合現行居家服務、日間照顧、老人營養餐飲服務、輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務，以及長期照顧機構服務等項目，連結衛政系統之居家護理、社區及居家復健、喘息服務，並創新提供家庭托顧、交通接送服務等

新型服務項目，有需求之民眾可向各縣市長期照顧管理中心之單一窗口申請，經評估符合資格者，即可獲得居家、社區、或機構是等多元而連續之服務，截至 102 年底，社政單位主責項目業服務 11 萬 6,049 人，相較去年度同期 10 萬 533 人，成長 15.43%。

2. 辦理老人安養及長期照顧服務，截至 102 年 11 月底止，依法立案之老人福利機構計 1,035 所、可提供服務人數計 5 萬 7,702 人、已服務 4 萬 3,471 人。
3. 設置社區照顧關懷據點：各縣市政府積極結合村里辦公室、社會團體參與普遍設置社區照顧關懷據點，由當地民眾擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，發揮社區自助互助照顧功能，並建立連續性之照顧體系，截至 102 年 12 月底止，全國已設置 1,852 處，就近提供老人所需健康促進、關懷訪視、餐飲服務及電話問安等多元且社區化之初級預防照顧服務，逾 20 萬名老人受益。
4. 補助中低收入老人健保保費：為協助經濟困難及減輕老人繳納健保費或部分負擔醫療費用之負擔，依「老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法」，全額補助中低收入 70 歲以上老人之保險費，102 年 12 月底止計補助 94 萬 9,755 人次。另 65 歲至 69 歲中低收入老人則由地方主管機關依財政狀況訂定補助基準予以補助。
5. 為彌補中低收入家庭因照顧老人犧牲就業而喪失經濟所得，對領有中低收入老人生活津貼且未接受機構收容安

置、居家服務、為請看護(傭)者，其失能程度被評估為重度以上，且實際由家人照顧之老人，發給家庭照顧者特別照顧津貼每月 5,000 元，102 年計核撥 4,586 萬元餘元、9,152 人次受益。

6. 發放中低收入老人生活津貼：針對未接受公費安置之中低收入老人，依其家庭經濟狀況，每月發給 7,200 元或 3,600 元生活津貼，102 年底計核撥 92 億 4,823 萬餘元、12 萬餘人受益。
7. 補助中低收入老人裝置假牙補助：針對經評估有裝置假牙需求之列冊低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有身心障礙者生活補助費、由各級政府全額補助收容安置、或補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50%以上之老人，每人最高補助 4 萬元，保障經濟弱勢老人口腔健康，自 98 年至 102 年 9 月底累計 2 萬 5,105 人受益。
8. 補助收容安置於財團法人老人福利機構之低收入戶老人重病住院看護費，每人每日補助 1,800 元，每年最高補助 21 萬 6,000 元，102 年計補助委託安置之 4 家老人福利機構。

(四) 身心障礙者福利

1. 賡續推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」：
 - (1) 身心障礙鑑定及需求評估新制於 101 年 7 月 11 日起全面實施，新制以團隊方式進行鑑定與需求評估，並以

單一窗口方式主動為民眾提供個別化、多元化的福利服務，建構更完善之身心障礙服務措施。截至 102 年 12 月底止，全國共計 37 萬 2,413 件身心障礙鑑定申請案件，並已核發身心障礙證明計 29 萬 2,941 件。

- (2) 為因應身心障礙鑑定與需求評估新制施行後之緊急應變措施，設有 1957 專線提供民眾諮詢；另將全國 236 家指定鑑定醫院及其可鑑定之障礙類別置於本部網頁「身心障礙鑑定專區」，供民眾查詢。
- (3) 為確保鑑定品質，自 99 年起辦理鑑定人員之教育訓練，進行人員訓練規劃與推動，截至 102 年 12 月底止，計完成 4,266 位鑑定醫師及 8,392 位鑑定人員訓練，將持續辦理教育訓練及鑑定人員在職訓練。
- (4) 為保障身心障礙者權益，持續了解新制實施情形，滾動式修正「身心障礙者鑑定作業辦法」，並於「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」增列醫療輔具補助項目，以因應身心障礙者之需求。

2. 辦理身心障礙福利服務

- (1) 提供身心障礙者生活補助：為加強保障身心障礙者經濟安全，依據身心障礙者權益保障法第 71 條授權訂定「身心障礙者生活補助費發給辦法」，按身心障礙之障礙程度及家庭經濟狀況，每月核發 3,500 元至 8,200 元不等之生活補助費，102 年計核撥 204 億 2,820 萬餘元、平均每月約 34 萬 8,316 人受益。
- (2) 辦理日間及住宿式照顧服務，提供身心障礙者生活照

顧、日間照顧、技藝陶冶、住宿照顧及福利服務，截至 102 年 12 月底止，依法立案之身心障礙福利機構計 276 所、可提供服務人數 2 萬 4,326 人、已服務 1 萬 9,467 人。

- (3) 補助身心障礙者參加全民健康保險自付部分之保險費，並按其障礙等級給予補助（重度以上全額補助，中度補助 1/2，輕度補助 1/4），以保障身心障礙者就醫權益，維護身心健康，102 年計補助 32 億 2,882 萬餘元、55 萬 1,431 人受益。
- (4) 依身心障礙者家庭經濟狀況、障礙程度、實際需求，補助身心障礙者購置輔具之費用，促進身心障礙者社會參與，增進身心障礙者生活自理能力，102 年計核撥 6 億 7,822 萬餘元、7 萬 564 人受益。

3. 身心障礙者權利公約

為維護身心障礙者應有權益，促進其參與社會生活，本部依據身心障礙者權益保障法相關規定，並透過具體可行之對應法規納入「身心障礙者權利公約」之精神，提供身心障礙者經濟安全保障、安置服務措施、無障礙生活環境及社會參與等四大類福利服務；未來將持續以此四大體系規劃，且朝向提供多元化服務方式發展，並結合民間共同對於身心障礙者提供不同的照顧模式，以落實對身心障礙者的生活保障及權益維護。另有關身心障礙者權利公約之國內法化事宜，後續將就國內身心障礙者權益保障法與身心障礙者權利公約條文內容

不同之處，廣泛蒐集意見審慎研議評估。

4. 推動福祉車減免關稅政策

本部業已召開 4 次協商會議，討論福祉車之定義及相關配套，並業將福祉車減免關稅政策整體利弊分析等資料於 103 年 1 月 14 日函送財政部參考，後續將配合財政部修法意見辦理。

(五) 社會救助

1. 推動社會救助新制：截至 102 年底止，各直轄市及縣(市)政府已核定低收入戶 14 萬 8,590 戶，36 萬 1,765 人及中低收入戶 10 萬 8,589 戶，33 萬 4,391 人，合計 69 萬餘人納入政府照顧體系。
2. 辦理各項社會救助生活扶助工作：對低收入戶的各項生活扶助，主要以現金給付為主，包括家庭生活扶助、兒童生活補助及高中職以上學生之就學生活補助等，102 年度受益戶次 35 萬 2,852 戶，受益人次 205 萬 5,994 人次，補助經費 105 億 8,703 萬餘元。此外，地方政府透過以工代賑方式提供低收入戶就業機會，以鼓勵低收入戶家庭成員進入職場持續穩定就業，自立脫貧，102 年度受益人次 2 萬 6,929 人次，補助經費 3 億 9,871 萬餘元。
3. 新增中低收入戶：提供 18 歲以上健保保費補助 50%(70 歲以上及未滿 18 歲者健保保費全額補助)、醫療補助、及學雜費減免 30%及就業服務等相關福利措施，以減輕

其家庭經濟負擔，使處於貧窮邊緣人口在福利補助的支持下能穩定生活。

4. 馬上關懷專案：為加強照顧弱勢，於 97 年 8 月 18 日啟動「馬上關懷」專案；除現有急難救助以直轄市、縣（市）政府及鄉（鎮、市、區）公所為受理窗口外，特將全國 7,839 個村里辦公處納入，提供民眾更方便的求助管道，以建構在地化的急難救助網，並與社工、慈善單位合作，發放關懷救助金 1 至 3 萬元，建立「快、準、有效率」的急難救助機制，及早發現遭逢急難致生活陷入困境的民眾並予以協助。截至 102 年底止，累計已有 15 萬 8,395 個家庭受益，核發救助金 24 億 1,574 萬餘元。
5. 急難救助：係針對遭逢一時急難之民眾，及時給予救助，使其得以度過難關，迅速恢復正常生活之臨時救助措施。依社會救助法第 21 條規定，由民眾檢同有關證明，向戶籍所在地主管機關申請急難救助。另針對經直轄市及縣（市）政府核予救助後，仍陷於困境者，得轉報本部核定再予救助。102 年度已受理 2,219 件，核定救助 1,225 件，救助金額 1,768 萬 5,000 元。
6. 加強遊民輔導工作：結合民間資源提供遊民簡易醫療、沐浴、飲食、暫時庇護處所、辦理年節活動、低溫關懷等服務為主，加強生活維護，並鼓勵地方政府設置定點服務站或以走動管理提供街友關懷服務。另辦理研討會或座談會，以加強社政、警政、衛生醫療及民間團體等相關人員溝通協調，102 年度核定 37 項計畫，補助金額

818 萬餘元。此外，為強化遊民緊急收容安置、轉介就業者，提供租屋補助及生活扶助，以促使其安心自立就業，本部運用公益彩券回饋金經費補助辦理遊民收容安置、生活重建等服務，102 年度核定補助 29 項計畫，補助金額計 2,026 萬餘元。

(六) 社區發展

1. 凝聚社區力量推展社區發展工作：102 年全國計有 6,712 個社區發展協會，社區活動中心計 3,923 所，提供社區民眾集會及辦理各項文康、育樂及福利服務活動場所。另社區發展協會組設有社區守望相助隊計 1,499 隊、志願服務隊 3,252 隊、志工人數 10 萬 6,697 人，協助社區維護治安、環境綠美化及推動各項福利服務工作。
2. 辦理社區發展工作評鑑：為輔導社區發展協會健全組織，訂頒「社區發展工作評鑑實施要點」據以辦理評鑑工作。自 97 年起採分年分區辦理評鑑，102 年度業已評鑑南部地區，評鑑對象包括高雄市、臺南市、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣、嘉義市、澎湖縣等 9 個直轄市及縣（市）政府與其遴薦之績優社區發展協會。期藉評鑑與直轄市及縣（市）政府、社區發展協會相關人員進行意見交換、理念溝通及提供具體建言，作為推展社區發展工作改進方向、制定及修改相關法規與政策之參考。
3. 凝聚社區意識，開發社區人力資源：每年辦理社區發展

業務研習班，102 年度計調訓 305 人；補助社區成長學習福利活動等 249 件，辦理全國社區民俗育樂活動觀摩會、走動式績優社區觀摩活動等，鼓勵直轄市及縣（市）政府結合社區發展協會，研提創新方案，推動福利化社區旗艦競爭型計畫，藉以凝聚居民情感與共識。

4. 莫拉克重建區社區培力發展永續計畫：本部為持續協助莫拉克風災重建區居民安居樂業、社區永續，自 102 年辦理「莫拉克重建區社區培力永續發展計畫」（以下簡稱社區培力計畫），核定補助高雄市、臺南市、南投縣、嘉義縣、屏東縣及臺東縣等 6 縣（市）政府，設置 27 處社區培力據點（每處補助 1 名專業人力），補助金額合計 7,026 萬 3,188 元。

（七）社會工作及志願服務

1. 充實地方政府社工人力：行政院於 99 年 9 月 14 日核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，本部於 99 年 9 月 21 日函請各地方政府據以實施，以強化社會工作服務量能，提升社會福利服務品質；截至 102 年底止，計畫執行進度如下：
 - （1）100 年新增 366 名約聘社工人員：除新北市有 1 名經持續公開招募尚未完成進用外，22 縣市業已完成進用 365 名約聘社工人員。
 - （2）101 年至 114 年進用正式社工員納編計畫辦理進度：行政院於 100 年 8 月配合本計畫核增臺中市等 8 縣市

101 年至 103 年所須納編之不足員額 149 名，目前臺北市等 13 縣市可完全依本計畫期程執行；澎湖縣可依計畫納編到 105 年；另花蓮縣等 8 縣市則可依計畫執行到 103 年。102 年度計已完成納編 585 名社工編制員額，佔 101 年至 114 年預定納編員額總數 1,490 名之 39%。

2. 調高社工人員職務列等及提升社工待遇加給：

(1) 調高職務列等：在正式編制方面，除現有列薦任第 6 職等至第 7 職等公職社工師職缺外，於 101 年起增置「高級社會工作師」(列薦任第 7 職等至第 8 職等)、「社會工作督導」(最高列至第 9 職等)等職務，提供專業升遷管道；在聘用人員方面，調整保護性聘用社工及督導人員之最高支薪標準，最高分別至 7 等 7 階、8 等 7 階。

(2) 提升社工待遇加給：行政院自 100 年 9 月 1 日起提高編制內保護性社工專業加給由公務人員專業加給表(一)改適用表(七)(每月增加約 2,375 元至 3,480 元)，並調升聘用保護性社工薪資，其薪點折合率由現行每薪點 121.1 元調高為 130 元(每月增加約 2,776 元至 4,200 元)；自 101 年起補助民間團體推動社福方案所需之社工人力人事費補助，每月調升補助 1,000 元。

3. 落實社會工作證照制度：86 年通過社會工作師法，對社會工作師的專業地位、保障服務品質有所提升，截至 102

年度已有 6,942 人通過社會工作師考試。

4. 擴大民眾參與志願服務工作：志願服務法於 90 年通過，經積極推動，登記有案之志工人數已達 89 萬餘人，其中社會福利志工有 18 萬餘名，本部已建置全國志願服務資訊整合系統，運用資訊科技辦理志工基本資料管理、志工供需媒合、志工服務時數統計、志工經驗交流分享等。102 年度計補助民間團體辦理志願服務教育訓練、研習觀摩、獎勵表揚、宣傳推廣計 161 案，補助經費達 1,015 萬 9,600 元。

(八) 落實公益勸募輔導及管理工作

1. 為有效管理勸募行為，妥善運用社會資源，以促進社會公益，保障捐款人權益，本部積極輔導勸募團體依「公益勸募條例」及其相關子法之規定辦理勸募活動。
2. 102 年度共計有 236 個團體申請勸募許可 282 件，實際募得 1 億 1,884 萬餘元。另為增進勸募業務人員專業知能、提升勸募團體實務工作能力及熟稔公益勸募相關法令，本部於 102 年 10 月及 12 月分區辦理(北、中、南)公益勸募實務研習共 6 場次，計 670 人次參加。

(九) 保護服務：

1. 周延法制：

(1) 推動「家庭暴力防治法」修法工作：於 98 年度起即陸續邀集相關單位進行修法研議，經行政院審查後計修

正 19 條、新增 2 條，並於 102 年 3 月 5 日送請 大院
審議。

- (2) 開發性騷擾檢核表、編撰性騷擾案件處理實務操作手冊，並蒐集性騷擾防治三法實務困境與解決策略，以推動性騷擾防治工作專業發展工作。
- (3) 邀集相關單位研商性侵害犯罪防治法會議，檢視加害人定義、登記報到適用對象等議題。
- (4) 研修兒童及少年性交易防制條例，經召開 8 次會議，重點包括強化被害人保護措施及家庭處遇機制等，本修正草案於 102 年 1 月 16 日送請 大院審議，102 年 2 月 26 日一讀通過並交司法及法制、社會福利及衛生環境兩委員會審查，本案並列為本部優先法案。

2. 網絡整合：

- (1) 建置全國保護資訊系統及個案處理流程控管系統：推動關懷 e 起來計畫，落實家暴及性侵害個案追蹤管理機制，建置資訊共享平台，提供全國防治網絡相關工作人員運用。
- (2) 整合「家庭暴力高危機個案網絡會議作業平台」、「精神照護資訊管理系統」及「自殺防治通報系統：提供第一線專業人員即時掌握家庭暴力高危機案件加害人/被害人是否為列管之精神疾患或自殺通報個案。
- (3) 推動「家庭暴力安全防護網計畫」：自 100 年起全國 22 個縣（市）已全面參與推動，透過落實家庭暴力危險評估，加強網絡整合協調，建立綿密之家庭暴力防

治網絡，以有效維護被害人人身安全。

- (4) 推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：為避免被害人在偵查及司法訴訟因程序需多次案情而一再面對創傷，藉由結合警察、檢察官、社工、醫療等服務團隊，以提升訊問品質，避免被害人重複陳述造成二度傷害。

3. 強化保護：

- (1) 建立通報單一窗口(113)及標準處理程序：102年113保護專線計接線21萬9,514通，提供16萬3,028件諮詢及通報服務。
- (2) 辦理家暴及性侵害被害人多元處遇模式及庇護安置服務：102年提供家庭暴力被害人保護扶助服務計98萬餘人次、扶助金額3億8,000萬餘元；提供性侵害被害人保護扶助計15萬餘人次、扶助金額7,000萬餘元。
- (3) 訂定性侵害案件處理流程：訂定各項被害人服務及補助標準，輔導各防治中心依法提供被害人緊急救援、就醫診療、驗傷及取得證據、緊急安置、心理治療、法律諮詢等保護扶助措施；另就「兒少及智能障礙者性侵害案件處理時程管控」、「兩小無猜及無意願進入司法流程之性侵害案件跨網絡合作事宜」，以及重大性侵害新聞事件召開處理流程策進會議。
- (4) 推動兒少保護通報案件分類分級調查處遇機制：優先處理危急之兒少保護案件，並建立以家內兒少保護事件為核心的工作模式，加強對遭受父母、照顧者虐待

或疏忽兒少之安全安置評估及家庭處遇，以落實對兒少之保護及處遇工作。

- (5) 建立兒少保護個案標準工作流程及控管系統：督促地方政府落實兒童及少年福利與權益保障法第 53 條規定，依法於受理通報後 24 小時內處理及於 4 日內提出調查報告，並依兒少法相關規定提供保護安置、家庭處遇、強制性親職教育等服務，以協助兒少重返正常家庭生活；對於不適任之父母，則依法聲請停止親權或改定監護權，並由政府提供收出養及長期安置等替代性兒少福利服務。102 年依上開法令介入保護之兒童及少年計有 56 萬人次。

4. 充實保護性社工人力：

- (1) 人力倍增：99 年行政院核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，預定至 105 年再增加 1,462 名地方政府社工人力，其中 100 年保護性社工增加 200 名。此外，透過公設民營、方案委託及補助等機制，強化公私部門協力合作推展家庭暴力及性侵害防治業務。
- (2) 合理報酬：為提升保護性社工待遇加給，經多次協商行政院人事行政總處業於 100 年 8 月 24 日同意將編制內保護性社工人員適用之專業加給從表（一）調高至表（七），並將聘用保護性社工人員薪點折合率從現行 121.1 元提高為 130 元，另配合銓敘部增列 7~8 職等社工(師)督導及社工督導主任等職務列等，以確保編制內社工人員晉用、升遷及合理薪資，相對減少流動

性，累積專業服務能量，俾使專業久任。

- (3) 安全維護：為保護社工人身安全，家庭暴力防治法、兒童及少年福利與權益保障法及社會工作師法等相關法規均已將社工人身安全相關措施納入條文規範，各地方政府可依法協請警察人員或替代役陪同訪視，或與保全公司合作、以特約計程車載送社工人員訪視；另本部除研擬「地方政府家庭暴力及性侵害防治社工人員保護措施檢核表」，供地方政府檢核轄內保護性社工人身安全狀況外，並補助地方政府增設保護性社工人身安全設施設備，以建立友善且安全的工作環境，保護社工人員人身安全。

5. 精進服務：

(1) 建立專業訓練制度

- 1) 訂立兒童及少年保護社工人員資格與訓練規定：規範兒少保護社工聘用資格應領有社工師證照或具 1 年以上工作經歷，並明定兒保社工新進人員訓練及在職訓練等核心課程及訓練時數（新進人員訓練應達 50 小時，在職訓練應達 30 小時），以確保社工具備足夠專業知能。
- 2) 建立家暴及性侵害防治社工人員分科分級訓練制度：為增進全國各直轄市、縣（市）政府辦理家庭暴力及性侵害防治業務社工人員專業知能，本部訂有「家庭暴力及性侵害防治社工人員分科分級訓練課程」，102 年辦理「家內性侵害個案處遇專題-南

區」，內容包括家內性侵個案處遇、家內性侵害受害者的身心反應等相關議題，課程總時數 19 小時，計有 72 名人員參訓。

3) 辦理「培力兒童、智能障礙者輔助詢問人才資源計畫」：102 年以本部「我們的法庭系列」為基礎教材，辦理 3 場次「培力兒童、智能障礙者輔助詢問人才資源計畫—種子師資培訓實務工作坊」，參訓學員名單並彙整函送各地方政府供其建立地方專業人才庫；另為強化科學辦案與行為證據之偵處知能以及提升偵查會談品質，以維護被害人權益，102 年並引進現行被廣為運用且具有實證基礎的 NICHD 訪談程序，辦理 1 場次國際研討會及 2 場工作坊，積極培育國內性侵害防治網絡專業人才，受益者計 780 人次。

4) 辦理家庭暴力安全防護網督導人才培力計畫：為輔導各直轄市、縣（市）政府逐步建立在地化之家庭暴力安全防護網模式，並培育在地菁英協助推動此計畫，102 年分區辦理 3 梯次團體督導課程、3 場次案例研討會、至 5 縣市進行個別縣市督導。

(2) 發展評估工具

1) 開發 SDM (Structured Decision-Making Model) 兒少保護標準化評估決策模型：與美國兒童研究中心合作，開發 SDM，建立標準化及結構化的評估決策工具，以輔佐社工進行專業判斷，正確界定兒少保護個案及其家庭之危險因子、保護因子及家庭風險因子，

據以提供對應的安全計畫及家庭處遇計畫，以有效促進受虐兒少及其家庭的安全及福祉。

2) 發展及運用台灣親密關係暴力危險評估量表(TIPVDA 量表)：為協助第一線專業人員及早辨識家庭暴力高危機個案，本部業委託專家學者研發完成台灣親密關係暴力危險評估量表(簡稱 TIPVDA)，並自 100 年起併入家庭暴力事件通報表，要求第一線受理家庭暴力案件之責任通報人員應運用此一量表進行危險評估，以及早辨識高危機個案並介入服務。截至 102 年 12 月，家庭暴力通報件數實施危險評估比率已達 80.37%。

(3) 加強研究發展：

1) 建置臺灣首座反性別暴力網路圖書館「TAGV 反性別暴力資源網」：為匯集與性別暴力有關的國內外統計研究、方案、教育訓練及宣導等重要資訊，以回應各界對性別暴力議題之關注，並達到防暴意識之覺醒、相關資訊與經驗之交流和共享，本部歷經 3 年籌劃，於 102 年 11 月 21 日正式啟動「TAGV 反性別暴力資源網」，目前資料比數已達 1 萬多筆。

2) 建構家暴安全防護網效益分析指標：為瞭解家庭暴力安全防護網計畫實施後，被害人接受各防治網絡相關服務後所帶來之效益，委託專家學者協助建構家庭暴力安全防護網計畫效益評估指標，俾提供各直轄市、縣(市)政府進行家庭暴力安全防護網效益分析之參

考。

- 3) 為瞭解及學習福利先進國家維護性別人權之具體行動及相關服務模式，102 年赴荷蘭瞭解其推動家庭暴力及性侵害不同處境被害人服務方案成效，並辦理經驗分享會，邀集中央部會、民間團體、學者專家及第一線實務工作者展開對話與交流，共思性別暴力防治策進作為，共有社政、警政、衛政、司法及心理諮商等相關人員共 350 人參與。

6. 辦理預防教育宣導：

- (1) 辦理「街坊出招 2 防暴幸福讚」-社區防暴紮根計畫：持續推動與深化落實「暴力零容忍」的社區意識，將社區參與的精神繼續向下紮根，102 年度辦理「街坊出招 2 防暴幸福讚」-社區防暴創意競賽活動，巡迴各縣市辦理 10 場次社區防暴紮根培力營活動，共 680 人次參加。
- (2) 辦理「親密關係暴力防治社區意識改造計畫」：102 年出版「一念之間 轉身就是家」-5 名男士面對家暴逆轉勝的故事 2,000 本，及「一念之轉」紀錄片 1,000 片。並於 102 年分別於北區、中區、南區及東區辦理「承認與放下-家暴施暴者改變的心路歷程宣導活動」計 8 場次，計有 836 人次參加。
- (3) 同志親密關係暴力預防推廣：102 年度辦理「同志親密關係暴力預防推廣計畫」，拍攝同志親密關係暴力宣導影片--「說不出口的秘密」、印製宣導手冊 2,000

本，及辦理同志親密關係暴力預防推廣教育 8 場次，計有 420 人次參加。

- (4) 外籍配偶人身安全宣導：辦理「102 年度外籍配偶人身安全宣導計畫」，透過在台發行之東南亞語文平面刊物，以及在台東南亞人士為主要收聽對象之相關廣播頻道，運用東南亞各國語言進行家庭暴力、性侵害及性騷擾防治教育宣導。
- (5) 辦理「智能障礙兒童性侵害防治教案推廣計畫」：102 年製作智能障礙兒童之性侵害防治教材影片並辦理 4 場次推廣培訓課程，提供學校及相關機關辦理智能障礙者性侵害防治教育使用該防治教材影片，以加強身心障礙者對性侵害之敏感度，提升其辨識危險情境和自我保護能力；並增進相關人員對身心障礙兒童性侵害防治教育之認識，進而防範性侵害事件發生。
- (6) 目睹兒少的實驗性推廣計畫：102 年度辦理「『扭轉生命旅程-24 個協助目睹兒少的實驗性教案』推廣暨進階教案研發計畫」，期提升教師輔導知能及教學品質，並強化社區民眾對目睹兒少之關懷，共計收件 55 件。另委由警察廣播電臺錄製廣告託播帶，於全國治安交通網播出計 68 檔次。

二、精進醫療照護

(一) 改善偏遠地區急、重症醫療品質：

1. 健全急、重症醫療照護網絡：

- (1) 自 98 年起，辦理「醫院緊急醫療能力分級評定作業」，截至 102 年 12 月底止，全國共有 194 家急救責任醫院（含不相毗鄰之院區），其中含 31 家重度級、84 家中度級及 79 家一般級急救責任醫院，每一縣市均有中度級以上急救責任醫院。
- (2) 為提升離島及偏遠地區醫療品質，自 101 年起，於醫院評鑑基準之「醫學中心任務指標基準」增列「提升醫療資源缺乏地區急、重症照護品質」為重要試評指標，並運用醫療發展基金，於 102 年 1 月 14 日公告辦理「102 至 104 年度醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，每年經費預估計 4 億元，由 19 家醫學中心支援 17 家醫療資源不足地區醫院急診與相關急、重症之醫師人力，共計有 67 名專科醫師（醫學中心支援 51 名，在地醫院自聘 16 名），以協助離島及醫療資源不足地區之醫院達成「醫院緊急醫療能力分級標準」中的「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）」等章節項目內容，提升在地醫療服務資源與品質，增加民眾就醫之可近性，並把握搶救病人生命之黃金時間。
- (3) 自 97 年起推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器（CPR+AED）訓練」，並為使場所能置有自動體外心臟電擊去顫器（AED），與鼓勵民眾勇於急救，增修「緊急醫療救護法」第 14 條之 1、14 條之 2，業於 102 年

1 月 16 日經 總統公布，上開二項規定，一方面規定中央衛生福利主管機關公告之公共場所，應置有 AED 或其他必要之緊急救護設備，將使我國緊急醫療救護體系向前延伸，另一方面則鼓勵大眾對所遇之傷病患及時施以急救，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。其後，再依「高人潮」、「高效益」、「高風險」與「難到達」四大原則，於 102 年 5 月 23 日公告「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」，包括交通要衝、觀光旅遊地區、學校、大型集會場所、大型休閒場所、大型購物場所等八類場所，應設置 AED。更於 102 年 7 月 11 日公布「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」，規定置有 AED 場所應有之作為（包含：設置管理員、登錄、維護、使用後通報…等），使設置 AED 場有所依循。此外，為鼓勵公共場所自行設置 AED 與具備緊急救護應變能力，本部於 7 月 22 日函頒「自動體外心臟電擊去顫器（AED）安心場所之認證作業原則」，針對場所 AED 設置且有 70% 以上員工接受 CPR+AED 訓練，進行「安心場所」認證，從 100 年迄今，已完成 138 處場所認證。本部於 102 年 9 月建置公共場所 AED 急救資訊網（tw-aed.mohw.gov.tw），提供設置場所上網登錄，上線迄今 4 個月業有 1,400 餘台 AED 完成登錄，民眾業可查詢 AED 之設置相關資訊及急救教育訓練內容。

2. 充實醫療資源缺乏地區急、重症之照護能力：

自 94 年度起，為強化緊急醫療資源不足地區全時或特殊時段（夜間與假日、觀光旅遊旺季）之緊急醫療服務，運用醫療發展基金，獎勵在地之醫院採互相合作之方式，因應當地民眾與遊客之緊急醫療需求，以設立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」3 種模式辦理，自 94 年至 100 年度共獎勵 21 處。101 及 102 年度已獎勵 23 家醫院，鼓勵在地醫院互相合作提供急診醫療服務，辦理設立 3 個「夜間或假日救護站」、10 個「設立觀光地區急診醫療站」、10 個「提升醫院急診能力」等三類改善措施，提供緊急醫療資源不足地區及觀光地區 24 小時照護服務不中斷，約提供每診次 20 人次之緊急醫療服務，每月共提供 900 診次之急診醫療服務，每月約可服務急診病患約 18,000 人次。

（二）改善醫護執業環境及安全

1. 為確保醫療業務人員能在免於人身威脅環境中執行醫療業務，修正醫療法第 24 條及第 106 條條文，業經 總統於 103 年 1 月 29 日公布，可進一步保障全國民眾就醫與醫護人員執業之安全。
2. 加強醫院急診部門(室)防暴措施：
 - （1）為維護醫護人員與病人之安全，本部責成地方縣市衛生局，督導轄區急救責任醫院，積極採取以下五項安全措施：①急診門禁管制，限制進出人數②裝設警民

連線電話③急診室應配置 24 小時保全人員④配合張貼反暴力海報⑤急診室診療區與候診區作業空間應明顯區隔。迄今全國已全面達成，並已將上開五項措施納入醫院評鑑相關規定、醫院緊急醫療分級評定作業規範、以及醫療機構設置標準。

- (2) 召開急診防暴視訊會議，要求衛生局須依照本部訂定之「急診室滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務案件通報與處置標準流程」辦理。爾後如有案情發生，衛生局應主動瞭解案情、約談及蒐證，積極以醫療法查處，並依刑法相關規定轉送地檢署。
 - (3) 本部各區緊急醫療應變中心已訂定「急診暴力緊急醫療應變模組」、辦理急診暴力防治教育訓練，並於 102 年 8 月 9 日於嘉義基督教醫院辦理急診暴力示範演習、102 年 9 月 25 日於童綜合醫院辦理大規模且失控型之急診暴力演練、102 年 10 月 9 日於林口長庚醫院、102 年 10 月 18 日於門諾醫院及 102 年 11 月 12 日於臺大醫院等六區辦理多場急診暴力演習，以逐步加強並改善醫護人員對急診暴力應變之反應、處置與通報，以維護急診醫療秩序並保障安全的醫療環境。
3. 為預防醫護人員發生針扎事件，本部加強推動醫療機構全面提供使用安全針具，並持續彙整安全針具品項清單，於 102 年 12 月 4 日更新公告品項清單。
 4. 為保障住院醫師執業安全及病人權益，本部於 102 年 5 月 16 日頒訂「住院醫師勞動權益保障參考指引」，優先

將醫師工時之限制、職業災害、保險條件、休息/休假規定等，訂定定型化契約方式，請各衛生局督導推動轄區教學醫院與住院醫師簽訂契約事宜。此外，有關住院醫師的工作時數限制，亦列入 102 年的教學醫院評鑑試評標準，並且就 A、B、C 三種不同方案各教學醫院能夠達成的程度及對醫院運作、訓練成效及病人就醫權益的影響進行評估，做為制定醫師納入勞基法後工作時數限制的重要依據。並透過各種方式計算醫療人力缺口及研擬相關配套措施。此外，並同時規劃研擬六大策略：①保障睡眠，創新值班模式。②精實醫療，減輕值班負荷。③增加人力，補足醫師缺口。④合理工時，平衡工作學習。⑤加強保障，維護醫師健康。⑥醫不過勞，確保病人安全。期在確保及維護大多數民眾現行的就醫水準與品質的前提下，以系統性解決、分階段執行之逐步踏實方式，朝向住院醫師適用於勞動基準法的目標努力。

5. 試辦生育事故救濟計畫：自 101 年 1 月 1 日至 103 年 12 月 31 日止，於周產期之醫療與助產過程發生之生育事故致產婦或新生兒死亡、中度以上殘障者，可獲最高 200 萬元之給付。已於 101 年 10 月 1 日正式開辦，截至 103 年 2 月 7 日止，合約醫療機構計 303 家，申請案計 159 件。已初步審定案件計 123 件，共救濟 9,931 萬 1,815 元。
6. 醫療糾紛鑑定改革：委託辦理醫事鑑定事務規劃及處理計畫，定期辦理鑑定共識會議，研擬鑑定醫師訓練課程，

以建立醫事鑑定人才庫，期整體提升鑑定品質。

7. 持續推動護理人員執業環境改善方案：於 101 年 5 月 10 日公布「護理改革近中程計畫」，提出 6 大目標及 10 大策略，辦理情形如下：

- (1) 降低護理人員工作負荷

- 1) 修正「醫療機構設置標準」，提高醫療機構護理人力設置標準，50 床以上醫院由每 4 床設置 1 人提高至每 3 床 1 人，並於 102 年 1 月 1 日開始施行。
- 2) 102 年 4 月 23 日公告醫院評鑑三班護病比試評條文，除對白班護病比作更嚴格之要求外，另新增小夜班及大夜班護病比，因 102 年醫院評鑑係此輪評鑑第三年，且為使醫院有補充人力時間，故於 104 年正式納入評鑑。
- 3) 自 102 年 1 月起，將原有共計 49 項醫院實地評鑑、訪查，精簡為 14 項，計減少 71% 項目，預估未來在四年內各醫院實際接受評鑑及訪查的次數將減少為 10 次。
- 4) 102 年 4 月 22 日公告簡化護理文書作業相關表單範例及書寫標準作業指引，做為照護病人的規範或依據，以減輕護理人員之文書負荷。
- 5) 102 年度公告修正「護理人員執業登記及繼續教育辦法」，於繼續教育總積分不變下，提高護理人員網路及通訊課程積分之比重，由原各 30 點提高至各 60 點，增加課程之可近性，減輕參加實體課程之負荷，

並增加護理繼續教育授課時數、地段及時段多元化。

6) 102 年 7 月完成修訂醫院照顧服務員管理要點，增列照顧服務員業務範圍及工作內容。

(2) 提高護理薪資及待遇

1) 辦理「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，98~102 年提撥 71.65 億，103 年 20 億，並優先使用於新增護理人力、提高夜班費或薪資福利。依據本部健保署 102 資料顯示，於 101 年參與本方案醫院用於增聘護理人力最多占 24.8%，其次為提高護理人員薪資 24.2%，另提高大小夜班費 12.3%、超時加班費 11.2%。

2) 101 年 9 月 21 日修正「公立醫療機構護理(助產)人員夜班費支給表」，101 年 9 月 1 日起適用。各班別支給數額下限調增 100 元，上限增加 200 元，如固定班別大夜班每日最高 900 元。

3) 101 年底調查醫院，67%醫院加薪、64%醫院調高夜班費；102 年調查公立醫院(含國軍醫院)有 77%調高夜班費。

(3) 改善護理職場環境，留任護理人員

1) 為保障適用勞動基準法第 84 條之 1 工作者之權益，勞委會已公告 103 年 1 月 1 日起護理人員不再適用該條規定(即一般所稱廢除責任制)，本部依法配合勞委會辦理，並發函各縣市衛生局重申勞動基準法相關工時規範，提醒醫院積極因應並規劃護理人力調配及招

募事宜。

- 2) 於「醫院評鑑基準」要求醫院應配合政府有關醫院設備設施、員工安全福利、勞動檢查及病人權利等相關法令、行政規劃及行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必須於期限內改善。
 - 3) 辦理優質護理職場醫院認證，參考世界各國護理人員留任策略，訂定並發展推動優質護理職場醫院指標，進行全國性優質護理職場醫院指標收集抽樣調查，發展優質護理職場醫院指標評分基準，作為未來進行優質護理職場醫院認證之參考。
 - 4) 建置護理人力回流媒合平台，101 年 12 月已媒合 2,829 人進入護理職場（初次任護理職 1,670 人、離職後再任職 1,159 人），102 年持續辦理。
- (4) 依據本部醫事管理系統，至 101 年 12 月底已完成登錄之執業護理人員首次超過 14 萬人，改革方案公布前（101 年 4 月底）護理人員執業登錄人數為 136,415 人，102 年 12 月為 144,855 人，較改革前增逾 8,440 人。

8. 推動專科護理師甄審制度：

- (1) 95 年開始推動專科護理師甄審制度，至 102 年計有 4,464 人通過甄審。
- (2) 完成公告新增 103 年內外科專科護理師訓練醫院 16 家。
- (3) 102 年專科護理師新增外科(婦產科組)。

(三)提升醫事人力素質：

1. 為了確保醫療服務品質與病人之安全，辦理「臨床醫事人員培訓計畫」。由各教學醫院安排訓練之師資及課程，讓 14 類醫事人員畢業後初進入臨床服務之時，即可以在臨床專家的指導下，接受二年規範化的培訓課程，以銜接學校教育與臨床服務訓練，培養專業核心能力。102 年度共有 133 家教學醫院辦理，培訓 22,782 名醫事人員。
2. 為加強新進住院醫師一般醫學訓練，提供全人醫療服務，使新進醫師具備獨立執業能力，以提升基層醫療品質，實施「一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」。102 學年度共計核定 40 家教學醫院辦理，培訓 1,386 名醫師。
3. 為有效評量西醫師考生之醫學知識，反應其臨床照護能力及技能，自 102 年起西醫醫學生實習之考評須包括臨床技能測驗(OSCE)。本部於 102 年度認可 22 家教學醫院辦理臨床技能測驗，接受 102 年度測驗共 1,467 人。

(四)提升醫療服務品質：

1. 持續辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑作業，102 年計有 179 家醫院申請醫院評鑑及教學醫院評鑑(含 32 家精神專科醫院)，於 102 年 11 月底完成實地評鑑作業。
2. 為保護青少年之身心發展及權益，本部於 103 年 2 月 26 日公告禁止醫師對未滿 18 歲之未成年人施作非為醫療必要之美容手術，如：眼部整形、鼻部整形、植髮、抽

脂、削骨、臉部削骨、顱顏重整、拉皮、胸部整形(縮乳及隆乳)，違者依醫師法第 28 條之 4 論處。

3. 推動安寧緩和醫療：執行成效被國際評比為亞洲第一名，世界第十四名。目前有 50 家醫院提供住院安寧，70 家醫院提供安寧居家療護，85 家醫院提供安寧共同照護。截至 103 年 1 月底止，已簽署安寧意願並註記健保卡人數達 21 萬 2 千人次。

(五) 推動醫療服務國際化：

1. 102 年在台接受健檢、醫美及醫療之外籍人士計 230,862 人次，醫療與相關產值亦達 136.37 億元。
2. 開辦僑安專案，協助東南亞特定國家僑民申請來台進行健康檢查、美容醫學以及疾病治療，至 102 年底止，計 71 團 1,574 人次來台。
3. 大陸人民透過本部認可之 45 家醫院以健檢醫美名義申辦入台。
4. 持續與移民署和觀光局密切合作配合，並辦理不定期與定期醫療機構查核作業，以要求醫療機構確實遵守相關規定。
5. 分階段推動自由經濟示範區-國際健康產業：
 - (1) 第一階段：於 4 機場 5 據點建置國際醫療服務中心，並已於 102 年 12 月 28 日舉行「揭牌儀式」並開始營運。截至 103 年 1 月底，共服務逾 10,000 人次旅客，完成問卷約 4,000 份。

- (2) 第二階段（需特別條例三讀通過後）：推動「國際健康產業園區」，區內除設置專辦國際醫療之醫療機構外，並鼓勵設置生技研發機構，帶動醫療、生技、藥品、復健、養生等健康產業，發揮聚落效應，提升產值。

(六) 推動中醫臨床訓練：

1. 為培育具有全人醫療能力之中醫師，公告「中醫醫療機構負責醫師訓練課程基準」，推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫。102年共補助24家訓練醫院，接受80名之中醫師從事負責醫師訓練，本項制度於103年1月1日全面實施。
2. 為提升中醫醫療照護品質，輔導4家教學醫院辦理「建構中西醫合作照護模式及教學機制計畫」及「建構中醫日間照護模式及教學機制計畫」，建立中醫多元照護及教學模式。
3. 為培育臨床師資，充實訓練內涵，確保訓練品質，執行「改善中醫臨床訓練環境計畫」。102年共辦理專家共識營3場、指導醫師、藥師培訓營各3場及主要訓練醫院實地訪查24家。

(七) 建構長照服務體系：

1. 長照服務現況：
 - (1) 為因應長照需求快速成長，落實長期照護制度，規劃長期照護制度發展三階段，第一階段(97-100年)：推

動長照十年計畫，作為發展基礎服務模式及量能；第二階段(101-105 年)：長照服務法及長照服務網計畫，健全服務體系，建置普及、均衡量能充足之長照服務網絡；第三階段：長照保險之立法與推動。

(2) 推動長照十年計畫已獲具體成效，服務量占老年失能人口比率，由 97 年占老年失能人口涵蓋率 2.3% 提升至 102 年底 31.8%(全失能人口 20%)，成長 13.8 倍，服務人數共 142,146 人。

2. 建置普及式長照服務網絡，整合衛政及社政長期照護資源，於資源不足區發展長照資源：

(1) 偏遠地區居家式服務據點：至 102 年已建置 50 個據點，預計 103 年完成 89 個據點；另為瞭解各服務據點之實務運作，辦理實地輔導作業。

(2) 失能失智社區服務：102 年已設 120 所日間照顧，分布於 51 次區；另 103 年完成設置 20 個失智社區服務站)、103 年完成 89 資源不足區至少一個居家服務據點(102 年已建置 50 個據點)。

(3) 機構床位數每萬失能人口 700 床：針對不足之 6 個縣市(11 長照次區)，預計 103 年 3 月前提出補助計畫徵求。

(4) 中期照護：102 年 129 家醫院加入中期照護。

3. 長照人力整備及培訓：

(1) 本部已完成醫事長照專業分為三個階段之課程規劃，99-102 年已訓練 22,863 人次。

(2) 100-102 年度辦理偏遠地區(含山地離島)在地化長照人員訓練，培養在地評估專員、專業人力、志工及家庭照護者，共辦理教育訓練 2,158 人次(偏遠地區、山地離島 1,834 人次)。

(3) 持續推展培訓計畫，規劃 105 年完成長照人力培訓補足人力缺口：完成照顧服務員補足 57,854 人、社工人員培訓 3,200 人、護理人員培訓 8,000 人、物理治療及職能治療人員培訓 3,500 人。

4. 推動長照服務法立法，以健全長期照護服務體系之發展，研擬長期照顧服務法，於 103 年 1 月 8 日由立法院社福衛環委員會完成審議送出該委員會；共通過 48 條，院版保留 7 條，另有委員提案保留交付，待送院會二讀前黨團協商。

5. 推動失智症防治照護政策綱領、行動方案，及具體策略：已完成研具「失智症防治照護政策綱領」，並於 102 年 8 月 26 日核定公布於本部網站。另，為落實推動本綱領，已於 103 年 2 月 21 日邀集專家學者、團體及相關部會，召開「失智症防治照護政策綱領行動方案」(草案)會議，規劃訂定具體策略。

(八) 提升原住民族及離島地區醫療服務品質-八大策略：

改善偏鄉醫療資源缺乏共有八大策略，包括離島醫療在地化、本島偏遠地區醫療在地化、醫學中心支援、醫療資訊化，完成建置電子病歷、健保 IDS 計畫及巡迴醫療、

健保及公務預算保障醫療資源不足地區、育才留人培育計畫、陸海空緊急醫療後送等，目前已有良好成效，提升偏鄉醫療水準，減少城鄉差距。

1. 離島醫療在地化：

- (1) 金門：興建金門醫院綜合醫療大樓，102年1月6日正式啟用精神科向日葵大樓；103年4月底前部份落成啟用綜合醫療大樓。並依本部醫學中心支援離島醫療照護獎勵計畫，由台北榮總及林口長庚支援。金門醫院已於101年通過中度級急救責任醫院。
- (2) 澎湖：部立澎湖醫院與三總分院做醫療服務分工，另，澎湖由高雄長庚、奇美醫院及三軍總醫院等醫學中心支援。本部澎湖醫院於101年底已通過中度急救責任醫院，102年12月4日落成啟用心導管室。
- (3) 連江：100年1月21日啟用連江縣立醫院新建醫療大樓，由中央撥款補助64切電腦斷層，並由亞東醫院及萬芳醫院支援連江縣立醫院，獲2013遠見雜誌醫療衛生，滿意度全國之冠。
- (4) 台東縣蘭嶼、綠島：完成醫療資訊化系統(HIS)及醫療影像傳輸系統(PACS)，由本部桃園醫院限時支援判讀，102年判讀467件，完成建置醫療電子病歷，並於100-104年通過補助綠島鄉衛生所新建工程計畫經費2,450萬元。

2. 本島偏遠地區醫療在地化：

- (1) 台東：通過「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品

質提升」計畫。

- (2) 屏東：由高醫、高雄榮總支援恆春；並整合恆春南門、恆春旅遊、恆基提供 24 小時急診，醫學中心支援急重症醫師。
 - (3) 花蓮：於合歡山雪季與秀姑巒溪泛舟期間設置醫療站。
 - (4) 雲林：由台大醫院、中國醫大、亞東醫院及成大醫院支援；台大醫院雲林分院於 102 年度已通過重度級急救責任醫院之認證。
 - (5) 南投：由台中榮總、彰化基督教醫院、中國附醫支援，並於日月潭與清境農場設置觀光地區急診醫療站。
 - (6) 苗栗：於泰安鄉雪見遊憩區、南庄鄉設置觀光地區急診醫療站。
3. 醫學中心支援：102 至 104 年度推動醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務，指定全國 19 家醫學中心支援 17 家醫療資源不足地區醫院急診與相關急重症之醫師人力。
4. 醫療資訊化，完成建置電子病歷：
- 優先建置偏鄉離島電子病歷，102 年完成 48 山地離島衛生所建置，104 年完成全國電子病歷網絡建置。
- (1) 偏遠離島已完成建置 HIS 及 PACS 系統，並與部立桃園醫院連線，102 年共支援判讀 7,347 件。
 - (2) 102 年完成 48 偏鄉衛生所建置電子病歷調閱功能，並發展雲端架構。103 年度起行動門診醫療可以雲端調閱病人的病歷與影像資料。

5. 健保 IDS 計畫及巡迴醫療：由責任醫院統籌及派遣人力及資源至偏鄉離島，朝「醫師動，病人不動」方向努力，迄今，IDS 及衛生所之巡迴醫療點已達 48 鄉 319 處，並再將高雄市東沙島、南沙島納入 IDS 計畫範圍。
6. 健保及公務預算保障醫療資源不足地區：
特殊急重症照護中心之成立及運作：獎勵苗栗、新竹、南投、雲林、屏東、臺東、澎湖、金門、連江等 9 縣市 17 家醫院，發展外傷、急診、心血管、腦中風、周產期、兒童重症等共成立 24 個特殊急重症照護中心。
7. 育才留人培育計畫：
 - (1) 培育在地醫事人才公費生制度：7 成原住民及離島公費醫師服務期滿留任偏鄉；101-105 年預計培育 206 名；目前 170 名原住民及離島養成醫學生於學校培育中。
 - (2) 開辦重點培育科別公費醫師制度：分發至醫事人員不足地區醫療機構；鼓勵一般公費醫學生(246 名)選擇醫師人力不足五大科。
 - (3) 偏鄉護理菁英計畫：104 年開始培育護理公費生，4 年 200 名；畢業後分發偏鄉離島 31 家醫院服務。
 - (4) 山地鄉『缺醫村』醫療資源改善計畫:首次盤點 30 山地鄉、216 村(里)，共 27 缺醫村；以南投仁愛鄉翠華村、高雄市桃源區拉芙蘭里，試辦個人或群體醫療型態，常駐開業或開診。
 - (5) 延攬國外五大科旅外醫師返鄉服務:美、加、日、澳、

紐、英、法、德具我國醫師證書者內、外、婦、兒、急診五大人力不足科。

8. 陸海空緊急醫療後送：本部空中轉診審核中心提供 24 小時視訊醫療諮詢及空中後送，於 102 年受理空中轉診申請案共核准 240 件，較去年同期(277 人次)減少約 13.36%，至於病情較穩定者，可自行搭機(船)就醫申請補助，由本部補助所需就醫交通費二分之一。

(九) 加強心理及口腔健康服務：

1. 強化心理健康服務方案及自殺防治策略：
 - (1) 責成各縣市政府衛生局強化心理健康教育宣導工作，發展在地多元化之心理健康促進活動或方案。於 102 年 10 月 10 日配合 WHO 世界心理健康日之主題「心理健康和老年人」呼籲國人關注老人心理健康。
 - (2) 設置全國自殺防治中心，定期分析自殺死亡、通報統計結果並研擬各項自殺防治策略、檢討分析自殺防治成效、輔導訪查縣市自殺防治業務、研擬自殺防治法草案並進行 3 場公聽會及擬訂自殺防治績效考評指標等。
 - (3) 安心專線(0800-788-995)提供民眾 24 小時心理諮詢及自殺救援服務，102 年服務 7 萬 3,751 人次，即時阻止正在自殺個案 698 人次。
 - (4) 為預防自殺企圖者再度自殺，本部編列經費補助各縣市衛生局聘請關懷訪視員，由自殺關懷訪視員提供關

懷訪視服務，102 年通報量共計 2 萬 8,165 人次，關懷訪視服務達 16 萬,669 人次。

- (5) 為結合民間資源共同參與促進心理健康概念的發展、整合實務和行動，102 年度計補助 15 個民間團體辦理心理健康促進與自殺防治工作計畫，服務對象包括：兒童青少年、一般民眾、老年人、自殺高危險群、原住民單親父母、督導人員及志工等。
- (6) 102 年度更新全國心理健康促進與精神醫療服務資源手冊，發送行政院相關部會及縣市政府衛生、社政、教育、民政等單位參考運用。

2. 落實精神病人照護：

- (1) 辦理有自傷／傷人行為及有傷害之虞精神病人強制住院或強制社區治療，102 年共審理 838 件，許可率 95.1%；其中強制住院案件 775 件，許可率為 94.8%；強制社區治療案件 63 件，許可率為 98.4%。
- (2) 設置精神照護資訊管理系統，積極督促各地方政府強化精神病人分級照護及關懷服務，102 年追蹤人數計 13 萬 4,321 人，訪視次數 66 萬 4,271 人次，平均訪視次數為 4.95 次，其中面訪病人比率為 42%。
- (3) 辦理精神醫療網區域輔導計畫，結合區域內醫療、衛生、福利、勞政、警政及學校機關，建立轉介照會制度及加強協調聯繫，以提供精神病人連續性、整體性之照顧。

3. 強化戒癮治療服務量能：

- (1) 提供藥癮病人藥癮戒治醫療服務，目前指定藥癮戒治機構共有 152 家，提供個案門診、急診、住院、出院後之追蹤與轉介等項服務。另指定替代治療執行機構 119 家，全國美沙冬替代治療累計治療人數，已由 96 年底之 1 萬 4,131 人，增至 102 年底止之 4 萬 42 人。經由靜脈注射感染愛滋病之人數，由 94 年之 2,420 人，降至 102 年之 39 人，目前每日接受替代治療人數約 9,800 人。
 - (2) 為提升藥癮治療水準及戒癮服務品質，已完成「鴉片類成癮物質替代治療臨床指引」、「二級毒品施用者臨床治療參考指引」及「愷他命濫用之臨床評估與處置建議」，供藥癮治療人員參考。
 - (3) 另補助精神醫療網核心醫院辦理藥癮治療人員教育訓練，培訓專業人員並提升專業知能，現行計有 1,493 名藥癮治療相關專業人力。
4. 針對法院裁定戒癮治療之家庭暴力加害人、兒少保護案件之酒癮家庭成員及自行求助之酒癮個案，提供酒癮戒治醫療服務，102 年計有 1,026 人受益，住院治療 363 人日、門診治療 1,078 人次、個別心理輔導 1,593 人次、認知教育輔導 438 人次、認知團體教育輔導 501 團次及夫妻(或家族)治療 406 次。
5. 加強特殊族群處遇：
- (1) 督促地方政府確實執行性侵害與家庭暴力加害人處遇計畫，並針對自我控制再犯預防無成效之加害人送請

法院裁定刑後強制治療，集中收治於法務部所指定台中監獄附設培德醫院，102年計有57人。

- (2) 為協助收治合併精神疾病之強制治療受處分人，經協調精神醫療機構，計有草屯療養院、高雄市立凱旋醫院、臺北榮民總醫院玉里分院等3家醫院經法務部指定為強制治療處所，102年底已累計為4家。
 - (3) 補助民間團體及精神醫療網核心醫院辦理處遇人員核心、進階、督導培訓及評估量表運用課程，102年計辦理13場次、751人次參加。
 - (4) 提供男性關懷專線服務，102年總話務量2萬3,105通，一般諮詢、深談及緊急個案服務共計1萬4,720人次。
6. 提升口腔醫療照護品質，持續規劃辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫。102年度共核定291家訓練機構，包含78家醫院及213家診所辦理本項計畫，總計有658位牙醫師接受訓練。
7. 加強身心障礙牙科醫療服務
- (1) 持續推動「特殊需求者牙科醫療服務」，102年度共補助25家醫院辦理特殊需求者牙科醫療服務網絡計畫，並獎勵台北、新北、台中、高雄及花蓮等地區共設置5間特殊需求者牙科醫療服務示範中心，102年總計服務4萬9,224人次。
 - (2) 鑑於離（外）島地區醫事人力不足，難以適用本島之獎勵模式，102年另案獎勵澎湖醫院及連江醫院，以

落實該地區醫療照護政策。

- (3) 目前全國 22 縣市已依身心障礙者特別門診管理辦法，指定 83 家醫院，為身心障礙者提供牙科醫療及早期療育之特別門診服務。

(十) 提升部立醫院功能：

1. 關懷弱勢族群之醫療照顧

- (1) 漸凍人照護病房：101 年成立於台中、台南醫院，102 年度台中醫院照護 57 人次，台南醫院照護 2 人次，並辦理員工教育訓練 47 場次，民眾衛教宣導 7 場次。
- (2) 失智失能社區照護：102 年 8 月份起 23 家部立醫院開辦，總計篩檢 4,869 人次、收案 2,235 人、照顧者支持團體及衛教宣導計 1 萬 9,268 人次。
- (3) 中低收入戶民眾健康管理計畫：101 年台中、旗山醫院試辦，102 年 8 月份起 19 家部立醫院全面開辦，至 102 年 12 月底止收案 853 人，其中進行疾病管理 505 人，健康促進 602 人，結合衛政、社政及健保等單位，針對社區低收入戶等弱勢民眾，提供主動式健康管理服務。
- (4) 公務養護床 2,027 床(精神公務床：1,724 床、漢生病公務床：300 床、烏腳病公務床：3 床)。

2. 中期照護服務：協助急性病患日常生活功能之恢復，避免出院後過早入住長照機構或再住院，以節省社會及健保資源。自 102 年 8 月份起計有 18 家部立醫院全面開

辦，合計設置 185 床，個案收案數為 677 人，有 202 人成功返家，返家率約 30%。

3. 建立公正透明管理體系，定期公開服務績效內容及品質成效

(1) 訂定部立醫院共同品質指標 88 項，每月公布檢討分析，以提升醫療服務品質。

(2) 成立功能小組 8 組（醫療品質組、研教人力組、行銷企劃組、資財營繕組、健保事務組、營運績效組、資訊組及公費生工作組），協助部立醫院之經營管理。

4. 建置雲端健康個管資訊系統

(1) 建立中低收入戶暨弱勢族群雲端健康管理資訊系統：

1) 本部台中醫院已完成建置「建構中低收入戶暨弱勢族群雲端健康管理資訊系統」。

2) 完成開發建立低收入戶及弱勢群基本資料庫、個案管理及監測系統。

3) 截至 102 年 12 月底已收案 300 人個案數。

(2) 電子病歷：本部 26 家所屬醫院已於 99 年完成「醫療影像報告」、「出院病摘」、「血液檢驗報告」及「門診用藥」等 4 項實施電子病歷。102 年所屬醫院中除桃園、苗栗、豐原及草療等 4 家醫院因招標作業不及之外，其餘 22 家醫院已完成新增「門診病歷」實施電子病歷宣告，以及「出院病摘」、「門診病歷」、「血液檢驗」等 3 項電子病歷資料上傳本部電子病歷交換中心。

5. 支援偏遠離島地區醫療，強化醫療服務

- (1) 本部 4 家醫院之放射科醫師透過醫療影像判讀系統 (IRC)，遠距支援各縣市衛生所之醫療及影像判讀，使偏遠地區民眾能享受與都會醫院同等級之醫療影像判讀水準。
- (2) 99 年 2 月至 102 年 12 月底止，共計支援偏遠地區醫院 16 家，山地離島衛生所 19 家。醫院部分判讀 13 萬 7,362 件、山地離島衛生所 2 萬 0,959 件，合計共 15 萬 8,321 件。未來將朝雲端化發展，擴充判讀服務之效能及能量。
6. 發展部立醫院個別特色：包含：國際醫療(臺北醫院)、臨床技能中心(桃園醫院)、品質管理(豐原醫院)、建構完整老人照護園區(台中醫院)、漸凍人(臺中、臺南醫院)、中央實驗室(臺中醫院)、中期照護(屏東醫院)、醫療影像判讀中心 IRC(桃園醫院)等，並於 102 年 12 月 31 日出版部醫特色專書。
7. 協助法務部全力投入戒毒、反毒工作，前往監獄看診支援：本部共 23 家醫院辦理 7 美沙冬替代療法服務。102 年有 8 家本部所屬醫療院所參與監獄醫療服務計畫。
8. 疫病防治：102 年本部醫院有 13 家(全國共 22 家)被疾病管制局指定為傳染病之應變醫院，總床數約佔全國 60%，並配合政策，開立特別門診：如：類流感門診、H7N9 特別門診、狂犬病諮詢門診、狂犬病疫苗儲備醫院等。
9. 辦理國際醫療之合作及援助：台北醫院(辦理國際醫療衛生人員臨床及專案培訓課程、接待國際外賓、赴國外辦

理緊急醫療教學、義診服務及醫療評估、辦理成果發表會及愛心義賣活動、提供國際病患轉診及醫療服務、與國內機構合作辦理國際醫療分享會)、基隆醫院(辦理觀光遊輪醫療服務)、台中醫院(辦理甘比亞及迦納人才培訓)、桃園醫院(協助海地共和國公共衛生業務)。

10. 部立醫院 ISO 品質認證：本部所屬 26 家醫院已於 102 年 5 月通過 ISO 品質認證。

11. 辦理所屬醫院院長遴選及輪調作業：102 年 12 月 13 日修正發布「衛生福利部所屬醫療機構醫事人員兼任院長副院長及各級醫事主管之任期及遴用辦法」：將院長、副院長職位導入公開遴選制度，並限定其任期，任期期滿要經續任評核通過後，始得連任，任期屆滿，應予免兼，並應間隔 2 年以上，始得重新參加甄選，再次兼任院長、副院長職務。

12. 擴大醫院管理委員會會議之功能

(1) 全面改組重聘委員：民間專家、學者及社會人士共 25 位擔任委員，審查各項重大採購案及計畫書。

(2) 截至 102 年 12 月底止，報本部審議共計 151 件，並已召開 16 次醫院管理委員會會議。

13. 強化與其他醫療體系之整合

(1) 垂直整合：與公私立醫學中心或大型法人醫院(具醫學中心規模)醫療支援合作，已有 16 家所屬醫院完成與其他大型醫療機構簽約合作。

(2) 水平整合：所屬醫院間互相支援合作。

14. 本部澎湖醫院設置心導管室已於102年12月4日揭幕開始營運，迄今收治37名病患。
15. 本部金門醫院精神科大樓業已於102年1月6日正式啟用，綜合醫療大樓於103年1月15日取得使用執照，金門醫院刻正辦理正式驗收及科室進駐規劃等相關事宜，以提供民眾醫療服務。

(十一) 發展衛生醫療資訊：

1. 推動實施電子病歷，截至102年12月底止，分別有301家醫院、2,945家診所報備實施電子病歷，並有297家醫院已通過電子病歷資安檢查。
2. 持續營運電子病歷交換中心，截至102年12月底止，計有265家醫院已完成介接，可進行病歷跨院互通調閱。
3. 建置山地離島偏遠地區衛生所電子病歷交換調閱系統，102年12月底已完成48所。
4. 營運醫事憑證管理中心，持續簽發醫事憑證，提供醫事人員、醫事機構電子認證、電子簽章及資料加密等功能。截至102年12月底止，累計製發醫事憑證IC卡43萬4,000餘張。
5. 透過衛生資訊通報平臺，持續提供緊急醫療資源及死亡資料之快速通報服務，截至102年12月底止，計有195家急救責任醫院，將加護病床之空床數資料，自動上傳緊急醫療管理系統；另有183家醫療院所，將死亡資料自動上傳死亡通報網路系統。

三、社會保險改革

(一)穩定全民健保財務

1. 財務現況：截至 103 年 1 月底止，健保收支累計結餘 940.07 億元，達法定安全準備原則，財務狀況已有改善。
2. 補充保險費收繳情形：為穩固健保財源，使健保永續經營，102 年開始實施之二代健保，針對原僅以經常性薪資所得計費之基礎予以適度擴大，將沒有列入投保金額計算之高額獎金、兼職所得或執行業務收入、利息、股利及租金收入等列入計費基礎計收補充保險費，使健保費負擔更趨公平合理。截至 102 年 12 月底止，健保補充保險費收繳金額約 331 億元。
3. 賡續檢討代位求償作業：本部健保署依健保法第 95 條規定，向強制汽車責任保險保險人請求返還汽車交通事故醫療費用之代位求償制度，102 年間健保署代位求償之醫療費用總金額約 30 億元，基於各界對於全民健保及強制汽車責任保險之意見，金管會已依 大院臨時提案之要求，會同本部積極檢討並獲初步共識，本部意見業送請金管會參酌，將共同促使該項作業更為合理，同時兼具成本效益。
4. 特約醫事機構查處成效：本部健保署透過加強查察保險醫事服務機構虛報醫療費用違規情事，藉以提升健保醫療資源合理運用；除對民眾檢舉、上級交查案件加強稽查之外，另主動分析資料發掘違規案件，全力進行訪查，

並規劃辦理全國性查核專案；102 年共計訪查保險醫事服務機構 689 家，占特約之醫事服務機構家數 2.6%。

5. 辦理藥品支付價格調整：

- (1) 為辦理逾專利期 5 年內之藥品支付價格調整，本部健保署依據全民健康保險藥品價格調整作業辦法之規定，於 102 年 11 月 1 日公告 102 年第 1 季至第 3 季專利權期滿之藥品品項共有 5 個品項，其中不予調整之藥品計 3 項，有調整之藥品計 2 品項，調整後之新藥價於 102 年 12 月 1 日生效。
- (2) 其他非屬逾專利期 5 年內藥品之藥價調整，今(103)年將配合藥品費用分配比率目標制試辦方案進行調整，102 年實際藥費支出如超過藥費支出目標，超出部分將作為藥價調降之額度。

(二)推動支付制度改革

1. Tw-DRGs 支付制度：

- (1) 依據 101 年全年醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由原來 4.39 天，下降為 4.13 天，整體下降 5.92%；平均每件實際醫療費用，由原來 4 萬 5,511 點，減少為 4 萬 5,320 點，每件減少 191 點，下降 0.42%。
- (2) 102 年第 3 季醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由實施前同期(98 年 7 月至 9 月)4.39 天，下降為 4.14 天，整體下降 5.74%；

平均每件實際醫療費用，由實施前同期(98年7月至9月)4萬5,598點，略增為4萬7,287點，每件增加1,689點，上升3.70%，主要是因101年調高部分住院之支付標準。

(3) 顯示在此制度下，會促使醫院減少不必要之手術、用藥及檢查等費用，一方面保障民眾醫療品質，另一方面亦提升醫療服務效率。

2. 論質計酬支付制度：

(1) 本部健保署90年起透過調整支付的方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者提供符合治療指引的照護，並以醫療品質及效果做為支付費用的依據。共試辦糖尿病、氣喘、高血壓、乳癌、精神分裂症、B型與C型肝炎帶原者、初期慢性腎臟病等7項論質計酬方案，其中高血壓方案自102年起併入其他方案施行，糖尿病方案已於101年10月導入支付標準。

(2) 每年編列專款約10億元(102年醫院編列4.998億元、基層編列1.6億元、其他項目編列4.04億元(「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」與「Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」共用)，辦理論質計酬方案。

(3) 辦理成效：

1) 糖尿病：102年1-11月照護人數為36.65萬人，追蹤糖尿病糖化血色素不良(>9.5%)個案，參加方案1年後66.6%的個案有改善。

2) 氣喘：102年1-11月照護人數為9.99萬人，參與方

案者的急診及住院次數下降。

3) 乳癌：102 年 1-11 月底照護人數為 1.32 萬人。

4) 精神分裂症：102 年 1-11 月底照護人數為 4.90 萬人。

5) B 型及 C 型肝炎帶原者：102 年 1-11 月底照護人數為 14.20 萬人。

6) 初期慢性腎臟病：102 年 1-11 月底照護人數為 16.40 萬人。

3. 論人計酬支付制度：

(1) 為改變現行論量計酬之缺失，提供更大誘因促使醫院投入更多健康促進服務，業採 3 種模式進行論人計酬試辦，計有 8 家試辦團隊參與，各試辦團隊試辦期間為 3 年，除本部金門醫院自 102 年 1 月起加入至 104 年 12 月 31 日止，其餘 7 家試辦團隊均自 101 年 1 月起至 103 年 12 月 31 日止，照護對象人數約 20 萬人。

(2) 101 年至 102 年第二季計畫執行情形：

1) 團隊內之門診就醫次數及費用，多已呈現下降趨勢，惟團隊外住院費用上升，需考量疾病嚴重度及照護對象年齡結構等因素。

2) 因健保法並未限制病患選擇就醫地點，團隊內醫療利用可獲得較有效率之改善，惟照護對象若自由選擇至團隊外就醫時，其醫療利用難由團隊醫院掌控，試辦團隊對於照護對象全人服務之課責性有待提升。

3) 除預防保健指標(如：大腸癌篩檢率、乳房攝影篩檢率、成人預防保健完成率)及固定就診率等，其團隊

達成率不及 50%外，其餘指標達成率介於 60%-100%。

- (3) 本制度為全新支付方式，亟需倚重學者專家提供協助及輔導承辦醫療團隊，並進行研究分析及建議，101 年度本部健保署提出「論人計酬試辦計畫評估與模式改善研究」委託研究二年計畫，第一年及第二年均委由「臺灣永續全人醫療照護協會」進行評估與探討，103 年預計辦理全國觀摩會及政策研討會，就 101 年之初步研究結果，蒐集各界意見並凝聚專家共識，以修正並提出具體可行之研究成果。

4. 高風險、高心力投入之醫事科，健保支付標準調整方案（包含內、外、婦、兒、急診科及護理人力）：

- (1) 102 年醫院總額編列 50.55 億元及西醫基層編列 2.22 億元，主要用於合理調整急重難科別及內外婦兒科之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。
- (2) 101 年與 102 年於醫院總額編列約 3.2 億元預算，實施全民健康保險急診品質提升方案，用於提升急診重大疾病照護品質、加強適當轉診及提升急診處置效率等三大面向，並依達成結果提供獎勵措施，以改善醫院急診壅塞，使急診醫療服務品質更進步，103 年持續辦理該項方案。
- (3) 「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」專款費用編列：100 年編列 10 億元，101 年調增為 20 億元，102 年調增為 25 億元，103 年編列 20 億元，主要用於提升護理照護品質、符合醫院評鑑人力獎勵、補助增

加護理人力及住院護理費點數。

- (4) 100年8月啟動支付標準表資源耗用相對值表(RBRVS)全面評量作業，於100年9月底完成醫療資源耗用相對值，並於101年10月完成醫院成本分析資料之校正，102年3月完成相對值與成本分析資料之串聯。另邀請內、外、婦、兒及急診科等共9位專家組成「102年支付標準調整研議小組」，參考相對值與成本分析資料串聯結果及醫界團體意見，研擬102年支付標準調整草案，於103年1月17日公告支付標準調整方案，除西醫基層診所外，其他特約醫事服務機構追溯至102年1月1日起實施，西醫基層診所僅10項外科處置及手術項目定於102年1月1日起實施，其餘定於103年1月1日起實施。

5. 藥費支出目標制度：

為落實健保整體藥費之管控，提升藥價調整制度之透明度與預期性，並建立醫療費用之資源配置機制，爰將藥費總支出目標制之試辦列為政策目標之一，並自102年1月1日起試辦2年。該制度主要是預設每年藥費支出「目標值」，讓藥費維持於穩定及合理範圍，並與實際藥費支出做連結，當超過目標值時，自動啟動每年1次之藥價調整，增進藥價調整之可預測性。

6. 共同擬訂會議：

- (1) 辦理醫療服務給付項目及支付標準擬訂事宜：本部健保署邀集相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保

險醫事服務提供者等代表共同參與討論，至少每六個月召開一次會議，必要時邀請相關專科學會提供專業團體代表列席表示意見。102年12月底共召開6次會議，代表出席率達7成以上，經會議通過第二部西醫共調整新增修訂項目748項，其中新增項目計有10項、修訂項目(包括修訂名稱、修訂註、開放表別、拆分項、調升點數、降低點數、刪除項等)計有738項。第三部牙醫調整41項，第四部中醫調整9項。

- (2) 擴大相關團體參與藥物給付之擬訂：為廣納各利害關係人之多方意見，新藥及新特材之健保給付，擴大各界代表參與討論，包括專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表，必要時也會邀請病友團體代表列席表示意見，讓病患的聲音在決策過程中可以被仔細考慮進去，確保民眾用藥權益。102年本部健保署已召開10次會議，以及1次臨時會議。經會議通過並於102年納入健保給付之新藥有19項、已收載成分劑型之新品項及中藥品項約有1,300項。新特材有4項、屬既有功能類別特材約839項。

(三)擴大照顧弱勢民眾

1. 健保費補助及欠費協助：

- (1) 在健保費補助方面：102年截至12月底止，受補助者共計287萬餘人，補助金額230億餘元。
- (2) 在欠費及就醫相關費用之協助方面：對繳交健保費有

困難之弱勢民眾，102 年截至 12 月底止，紓困貸款部分：核貸 3,164 件，金額 1.85 億元；分期繳納部分：核准 11.4 萬件，金額 28.95 億元；愛心轉介部分：補助 8,706 件，金額 2,480 萬元。102 年運用公益彩券回饋金協助經濟弱勢民眾繳納健保相關欠費及就醫相關費用，以保障其就醫權益，截至 12 月底止，已協助 6.3 萬人次，補助金額約 4.5 億元。

2. 醫療保障：

- (1) 二代健保實施後，依健保法第 37 條規定之意旨，僅得就有能力繳納而拒不繳納健保欠費者始予暫行停止保險給付（鎖卡），截至 102 年 12 月底止，經輔導後仍不繳納欠費而予鎖卡者有 3.7 萬人，而凡屬經濟弱勢之欠費者一律不鎖卡。
- (2) 未加保或欠費之民眾，因急重症需醫療時，持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保身分就醫。102 年截至 12 月底止，計受理 2,508 件，醫療費用 6,627 萬餘元。

3. 強化山地離島地區及平地鄉醫療資源不足地區之醫療服務：

- (1) 實施全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)：本部健保署已於全國 50 個山地離島鄉鎮分別實施此項計畫，由有意願、有能力之醫療院所，以支援之方式，提供山地離島地區約 43 萬名民眾各項醫療照顧、專科診療及預防保健等服務；並且定期召開

督導委員會會議，對所提供的醫療服務及民眾需求，進行瞭解檢討。103 年共有 26 家醫院承作 30 個計畫，本部健保署除支付原論量服務費用外，每年額外投入專款專用經費 4-6 億元，102 年第 1 季至第 3 季月除提供當地醫療論量費用 17.86 億元，另額外投入經費共 2.33 億元。

(2) 各總額部門醫療資源不足地區改善方案：鑑於健保醫療資源有限，本部健保署皆逐年與醫界研擬並修正醫療資源不足地區改善方案內容，鼓勵醫師至該地區執業或採巡迴方式提供醫療服務，以提高當地民眾就醫可近性。102 年度持續辦理西醫、牙醫及中醫之「醫療資源不足地區改善方案」，以嘉惠平地鄉偏遠地區民眾；每年額外投入經費約 5 億元。

(3) 落實山地離島地區及偏遠地區醫療在地化：為使山地離島地區及健保醫療資源不足地區之民眾，可以就近獲得內外婦兒科和急診醫療，鼓勵醫院加強前述服務時，每點點值給予一點一元保障，每家醫院保障金額上限 1,500 萬元，102 年投入經費約 6.1 億元，參與醫院計有 66 家。

4. 偏遠地區部分負擔減免：配合健保法第 43 條醫療資源缺乏地區得減免自行負擔費用之規定，並依健保法施行細則第 60 條規定，保險對象於符合「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備條件」之鄉、鎮、市、區內保險醫事服務機構就醫，門診、急診或居家照護之應自行負擔費

用得予減免 20%，期減輕民眾就醫負擔。102 年符合醫療資源缺乏地區條件之鄉、鎮、區共 45 個。

5. 身心障礙者之醫療保障：

- (1) 領有「身心障礙手冊」者，門診就醫時不論醫院層級，部分負擔費用均按診所層級收取 50 元。
- (2) 健保署自 91 年起施行牙醫特殊服務項目醫療服務試辦計畫，以醫療服務加成給付方式服務，鼓勵醫師提供特定身心障礙者牙醫服務。於 95 年起放寬可由各縣市牙醫師公會或牙醫團體組成醫療團，定期至身心障礙福利機構服務、支援未設牙科之精神科醫院或有特殊需求的啓智學校提供牙醫特殊巡迴醫療服務論次費用每小時支給 2400 點。另針對符合本計畫之特定身心障礙類別且符合居家照護條件之保險對象，健保署自 100 年 7 月 1 日起提供牙醫到宅服務。101 年該計畫服務人次為 11 萬 1,616 人次、投入金額共 3.47 億元，102 年截至 6 月底止，服務人次則為 70,365 人次、投入金額 1.92 億元。

(四)合理使用醫療資源

1. 門診高利用對象輔導措施：

- (1) 為協助門診就醫次數高之民眾正確就醫，並強化其本身健康管理，自 90 年開始，辦理專案輔導，藉郵寄關懷函、電訪、親訪、結合社會資源，以及指定就醫處所等不同之方式，導正彼等就醫行為。101 年輔導前 1

年門診申報就醫次數 ≥ 100 次者約 3.3 萬人，平均就醫次數下降 24%、平均醫療費用下降 26%，節制醫療費用 8.29 億元。另為了提升醫療資源使用效率，自 102 年 4 月起擴大為輔導全年門診就醫 ≥ 90 次者計 4.7 萬人，渠等經 102 年 1-10 月輔導後，平均就醫次數下降 22%，平均醫療費用下降 18%，節制醫療費用約 5.39 億元。

- (2) 另自 102 年 5 月起，對於當年門診就醫次數 ≥ 20 次者，藉由民眾刷健保卡取號時，即時訊息提醒，請診治醫師協助瞭解原因即時輔導，以確保民眾有效利用醫療資源。

2. 推動轉診實施情形：

全民健康保險轉診實施辦法明定特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為轉診病人提供適當就醫安排，包括先洽轉入院所提供就醫日期、診療科別及掛號協助，並視需要保留掛號名額給轉診病人，以有效落實分級轉診。截至目前執行成效如下：

- (1) 特約醫院已全數設置轉診櫃檯，提供轉診病人單一窗口服務。
- (2) 本部健保署網站「二代健保轉診專區」提供各醫院轉診櫃檯之聯繫電話，以利轉診作業。
- (3) 門診就醫次數 72%集中在基層診所，另醫學中心、區域醫院初期照護率(小病看大醫院指標)逐漸下降，呈現逐步落實分級醫療情形。

3. 抑制醫療資源不當耗用：

(1) 依健保法第 72 條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

(2) 本部健保署 102 年及 103 年所擬方案重點如下：

- 1) 持續支付制度改革：持續推動 DRG、論質及論人支付制度。
- 2) 多重疾病整合醫療之推動：持續推動醫院以病人為中心門診整合照護計畫、家醫整合照護計畫。
- 3) 提供即時資訊避免重複醫療：利用健保卡取號即時提醒及時輔導。
- 4) 高診次就醫輔導：持續加強推動高診次就醫輔導方案。
- 5) 高耗用醫療項目管控：降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。
- 6) 減少無效醫療耗用：積極推動社區安寧，節省臨終前之不當醫療利用。
- 7) 加強健保教育宣導：建立民眾珍惜健保資源，減少醫療浪費的觀念。
- 8) 藥費管制措施：建置「健保雲端藥歷系統」，確保病患用藥品質。
- 9) 強化違規查處機制：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

4. 醫院以病人為中心整合照護計畫：

- (1) 本部健保署自 98 年 12 月 1 日起推動「醫院以病人為中心整合照護計畫」，鼓勵醫院依據特性發展整合門診服務模式，並訂定獎勵指標，以減少不必要之檢查、檢驗、用藥等，提高醫療照護品質。
 - (2) 102 年起將罹患二種(含)以上慢性病患列入照護對象，約有 37 萬餘人，計有 179 家醫院參加計畫。整合照護服務的模式包括特殊對象整合(如高齡門診、兒童發展聯合評估等)、特定疾病整合(如三高門診、失智、腎臟病、糖尿病等整合)、主責照護整合模式(主責照護醫師整合，看診其他科後仍由主責醫師診療)及其他模式(如跨科室或資訊整合照護團隊、個管師服務等)等。
 - (3) 102 年參加計畫之照護對象院內就醫次數下降 5.56%，全國三高用藥重複率也下降約 8%，已具成效，103 年持續推動，可照護人數約 45 萬餘人，其中 65 歲以上老人占率將近 60%。
5. 保險醫事服務機構違約處理：
- 對於曾違規之醫事機構(醫師)仍再有違規者(含同址)，已修法明定於五年之內不予特約；另對違規情節重大者，將予永不特約之處分。
6. 辦理醫療科技評估：
- (1) 依健保法第 42 條規定「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務」；藥

物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

- (2) 102 年規劃「新醫療項目之效益研究」，以建立全民健康保險新醫療診療技術項目擇定原則、效益評估方式及標準化作業程序。
- (3) 102 年針對常見新醫療科技項目，規劃「健保多元支付制度下新增診療項目之醫療科技評估—以綠光雷射前列腺氣化術、鈹雷射前列腺氣化切除術、鈦雷射前列腺氣化切除術、雙極前列腺刮除術/汽化術診療項目為例」及「健保多元支付制度下新增診療項目之醫療科技評估—根治性直腸切除加腸造口術等 21 項達文西手術」等兩項研究計畫，以做為上述新醫療技術診療項目是否納入健保給付之參考。
- (4) 對於建議健保收載及給付之新藥、新特材，本部健保署委託財團法人醫藥品查驗中心蒐集國外醫療科技評估報告，供藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議審議國內新藥、新特材納入健保給付與否之參考。102 年完成並上網公開的 HTA 報告，藥品 16 篇，特材 2 篇。

(五)醫療資訊公開

1. 公開醫療服務品質資訊，於本部健保署全球資訊網建置「醫療品質資訊公開」主題專區，內容包括：
 - (1) 每月公布特約醫院保險病床設置比率。
 - (2) 各總額整體性醫療服務品質資訊，如住院病人出院後

3 日內回到同院再急診率、同日急診返診比率等。

- (3) 各醫療院所醫療服務品質資訊，如抗生素使用率、門診同藥理用藥日數重疊率、疾病別等多樣性品質資訊，至 103 年 2 月 20 日止，專區上網瀏覽合計 419 萬人次。

2. 公開醫事服務機構重要資訊—病床資訊透明化：

- (1) 每月公布特約醫院之保險病床設置比率：

為保障民眾入住健保床權益，除提升特約醫院保險病床比率(公立、私立醫院健保病床比率應分別達 75%以上及 60%以上)，本部健保署依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 33 條規定，加強輔導特約醫院增加保險病床數。自 99 年 10 月起，已於健保署網站設置相關保險病床比率查詢介面。按月公布各醫院急性、慢性病床數，急性、慢性保險病床數及急性、慢性保險病床比率，供各界參考。

- (2) 特約醫院應每日公布保險病床使用情形：

為落實醫療資訊公開透明，依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」規定，特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示前述各項資料。截至 102 年 9 月底，健保特約醫院計 476 家，全數皆已完成住院櫃檯及病房護理站標示；網際網路標示部分，392 家(82.7%)已

完成，82 家(17.3%)醫院尚無網頁建置且均屬地區醫院，尚未完成標示或標示不夠完整之醫院，本部健保署將持續辦理輔導改善，針對輔導不改善之醫院，將依同辦法第 36 條第 2 款，予以違約記點處分。

(六)賡續推動國民年金，保障民眾權益

1. 為落實國民年金照顧民眾基本經濟安全之意旨，本部配合大院委員提案，積極研修國民年金法第 55 條規定，明定相關年金給付請領人，得檢具保險人出具之證明文件，於金融機構開立專戶，專供存入給付之用，且該項專戶內之存款，不得作為抵銷、扣押，供擔保或強制執行之標的。該修正條文已於 103 年 1 月 8 日經總統公布，可進一步確保年金給付領受人之基本經濟安全。
2. 依據勞保局統計，於 102 年 10 月因帳戶遭扣押或強制執行，無法逕由金融帳戶領取給付，須另向勞保局申請開立支票領受給付者，約 4,600 餘人，修法通過後，藉由開立專戶，可確保該 4,600 餘人免因帳戶遭扣押或強制執行，而影響其基本經濟生活。
3. 修正國民年金法相關子法，以簡政便民並符合實際運作現況：
 - (1) 修正「國民年金法施行細則」：刪除民眾請領國民年金各項給付時需檢附戶籍及地籍謄本之規定、放寬經法院免除扶養義務者免計入所得未達一定標準所定之全家口範圍，並參採大法官解釋修正所稱在學之定義，

以達簡政便民之效。

- (2) 修正「國民年金保險保險費與利息分期及延期繳納辦法」：增訂被保險人請領生育給付時，始申請分期繳納者，最低應繳分期款總額不得低於新臺幣六千元之規定；並修正定義辦理分期繳納之應繳總額，以避免巧取給付之道德風險。
 - (3) 修正「國民年金保險遺屬年金給付有關無謀生能力認定辦法」：刪除請領遺屬年金給付需檢附戶籍謄本之規定，改以戶口名簿影本取代，以簡政便民。
4. 持續辦理國保納保及給付核付業務，照顧民眾基本經濟生活：依據勞保局 103 年 2 月 11 日最新統計數據，國保每月納保人數約 367 萬餘人，被保險人累計繳費率為 56.90%；另 102 年 12 月底，各項給付人數（含基本保證年金）計 134 萬 788 人，102 年截至 12 月底各項給付金額總計 580 億 171 萬餘元。
 5. 督導辦理國保欠費催收作業：102 年度國民年金保險費之欠費催收作業，截至 102 年 12 月底止，已催繳人數計 336.7 萬餘人，催欠金額為 121.9 億餘元，已繳金額 9.1 億餘元，佔欠費催收總金額 7.51%。
 6. 有關國民年金給付（不含原敬老津貼部分）溢領與追繳情形：截至 102 年 12 月底止，溢領人數共計 1 萬 5,536 人，已收回人數計 1 萬 5,055 人，待收回人數計 481 人；溢領總金額為 2 億 273 萬 5,363 元，收回 1 億 8,321 萬 2,166 元，尚未收回金額為 1,952 萬 3,197 元，收回率為 90.37%。

(七) 規劃長期照護保險

1. 為建立我國長期照護保險精算模型，以利推估保險費用，持續以國民長期照護需要調查所收集之全國失能資料，建構初步長期照護保險精算模型及費率調整公式。
2. 為發展適用於我國長期照護保險判定個案長照需要之評估工具，已研擬長期照護保險多元評估量表；於 101 年針對精神障礙者、失智症者及智能障礙者進行該量表之適用性測試及修正，102 年續針對有物理治療及職能治療需要者進行多元評估量表之修訂，期能貼近各類失能民眾之需求，使保險服務資源能妥適利用。
3. 為能訂定適切反映保險對象失能程度及長照資源使用之給付標準，已完成居家型、社區型及全日住宿型長期照護服務資源使用案例資料之蒐集，並於 102 年完成初版案例分類系統。
4. 為期建立能反映成本且兼顧合理勞動條件之長期照護保險支付標準，分別委託收集居家照顧服務、居家護理、全日住宿型服務及社區型服務之成本資料，作為訂定長期照護保險服務項目支付價格之參考，已於 102 年完成資料收集。
5. 自 98 年 9 月起至 102 年底止，邀集專家學者及相關之團體，共召開 146 次諮詢會議，討論長期照護保險法案以及財務、體制、給付與支付等各項制度規劃，同時參與 300 場以上溝通宣導活動，包括相關團體之座談會或研

討會、主題演講、訪談、活動等，藉此進行意見溝通，蒐集各界建議，作為規劃長期照護保險制度之參考。

四、重要疫病防治

(一) 流感及流感大流行之因應：

1. 102年7月1日至103年3月3日止，流感併發症確定病例累計1,189例，流感相關死亡60例(101-102年流感季同期分別為396例及36例；100-101年流感季同期分別為1,254例及126例)，感染病毒型別以H3N2型居多。
2. 102年度流感疫苗接種計畫，採購293萬960劑疫苗，於102年10月1日開打，接種對象包含65歲以上老人、6個月以上至國小六年級學童、重大傷病患者、安養養護機構住民、醫事及衛生防疫人員、禽畜養殖相關人員、60-64歲具糖尿病、心、肺、血管、肝、腎疾病者等7類，並自103年1月起開放候補對象即50-59歲具前述糖尿病等疾病者接種，兼顧保障計畫對象接種權益與發揮疫苗效益。另延續101年度政策，嬰幼兒接種公費流感疫苗，比照65歲以上民眾，無需負擔診察費。截至103年3月3日止，計接種283萬劑。
3. 維持流感抗病毒藥劑儲備量於10-15%全人口數之使用量，並妥善管理及使用公費藥劑；另自101年12月1日迄今，擴大公費藥劑使用範圍，以有效因應流感高峰期及新型流感之防疫需求。

4. 為強化傳染病防治醫療網之整備，辦理醫療網應變醫院負壓隔離病房自我查核及相關教育訓練與演練，以提升整體應變量能。另召開 13 場次醫療網區域諮詢會議，運用區域聯防機制，擬訂各區域流感大流行因應策略。
5. 因應中國大陸 H7N9 流感疫情：
 - (1) 中國大陸及香港自去（102）年 3 月 31 日迄今（103/3/3），共確認 376 例 H7N9 流感確定病例，115 例死亡。而自去年 10 月 1 日入秋後迄今即累計通報 242 例，顯示疫病流行風險及威脅持續存在。
 - (2) 本部自去年 4 月 3 日報請行政院同意成立 H7N9 流感中央流行疫情指揮中心，定期召開指揮中心會議，統合部會與協調強化防治策略，並於去年 4 月 3 日將「H7N9 流感」公告為第五類法定傳染病，以強化通報機制，同時加強不明原因肺炎監測及邊境檢疫監視，迄今累計共 554 例通報病例，其中 2 例境外移入確定病例，551 例 H7N9 檢驗陰性，1 例檢驗中。
 - (3) 根據中國大陸疫情調查資料顯示，活禽市場為人類感染 H7N9 流感的重要風險來源，為支撐農委會禁止傳統市場屠宰活禽政策，本部於去年 5 月 17 日與該會同步公告，於指揮中心成立期間禁止傳統市場活禽陳列、展示及販售，以強化人禽介面管理。
 - (4) 本部已研擬 H7N9 流感警示期時各情境模擬因應作為表，完成當疫情風險等級提升時之因應作為規劃，包括指揮中心指揮層級調升、提升檢驗量能、採購疫苗

與執行疫苗接種計畫、提升抗病毒藥劑可近性等。另指揮中心亦已核備中央各部會研擬之內部應變計畫並請其辦理演練，以落實整備工作。

- (5) 於第一時間研訂及發布各項 H7N9 流感相關防治工作指引，包含個案處置、通報採檢、疫情調查、感染管制、邊境檢疫、檢驗程序、臨床診療及藥物使用等範疇，並依據最新疫情發展與實證研究基礎即時更新，且置放於全球資訊網，供各界下載運用。
- (6) 持續掌握全球疫苗研發現況，並補助臺北榮民總醫院及財團法人國家衛生研究院「開發 H7N9 流感疫苗製程並完成第二期與第三期臨床試驗」，預計於 103 年底前申請臨床試驗第 3 期。
- (7) 面對中國大陸入秋後 H7N9 流感流行風險升高，本部持續透過多元素材及管道向民眾及臨床醫師進行風險溝通與衛教宣導；請縣市政府督導轄區醫療院所及人口密集機構提高警戒並謹慎因應；偕同農委會、財政部及海巡署共同落實邊境檢疫及走私查緝工作；與陸委會及交通部等相關部會共同研商因應春節期間臺商返鄉及旅遊旺季檢疫策略。
- (8) H7N9 流感中央流行疫情指揮中心將持續運作，督導各部會強化各項應變整備作為，亦將密切監測全球禽類及人類疫情，並視疫情發展即時調整防疫策略，確保疫情發生時能迅速應變，俾保障國人健康。

(二) 推動結核病防治：

1. 持續推動「結核病十年減半全民動員計畫」，94-102 年結核病發生率呈現逐年穩定下降趨勢，102 年年齡標準化發生率約為每十萬人口 42 人，達預期目標。
2. 積極推動「結核病人直接觀察治療(DOTS)計畫」，並落實個案管理，以提升治療成功率。102 年參加此項治療計畫之個案數計有 1 萬 6,100 人，通報用藥個案之都治執行率達 92%，較 101 年同期再為提升。
3. 強化接觸者追蹤及高發生族群的胸部 X 光檢查，以早期發現結核病人或潛伏感染者，並擴大推動「潛伏結核感染治療計畫」，102 年計有 5,410 名個案加入計畫，有效避免該些個案以後發病且造成傳染。
4. 為期有效控制多重抗藥性(MDR)結核病疫情，特於 96 年 5 月成立多重抗藥性結核病醫療照護體系，並且於 100 年擴大收治對象，102 年共收案 166 人，多重抗藥性個案數已逐年下降。
5. 推動「愛滋病及結核病合作管理模式」，提升結核病人進行愛滋病毒常規性檢驗之人數，並加強結核合併感染愛滋個案之接觸者調查，藉以早日發現個案，提高患者預後情形。
6. 引進分子基因快速診斷技術，提升臨床診療水準，以縮短診治期程並提高治療成功率。

(三) 辦理愛滋病防治：

1. 截至 102 年底累計通報 2 萬 6,475 例本國籍愛滋病毒感染者。其中，15-24 歲年輕族群共通報 5,302 人，占所有累計通報人數之 20%。另 102 年新增感染者共 2,243 人，其中經由不安全性行為感染者 2,066 人（含男男間性行為者 1,788 人及異性間性行為者 278 人），占 92%；15-24 歲年輕族群感染者 587 人，占 26.17%。102 年感染者年增率降為 0.95%，較 101 年年增率 13% 大幅下降。
2. 積極推動「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法程序，以取消非本國籍人士入境限制及調整愛滋醫療給付政策。
3. 強化年輕族群防治工作，結合教育部推動校園性教育(含愛滋病防治)實施計畫，落實健康教育教學的正常化。並於 102 年 8 月 13 日成立「愛之激動同盟會」，透過疾管署六區管制中心與地方政府、教育單位、民間團體合作，以行動喚起全體國人對愛滋防治的重視，並落實家庭、社會及學校教育，全面推動愛滋防治宣導。
4. 加強男男間性行為者之防治工作，積極推動多元化的同志預防方案，分別於北、中、南部共建置 5 家同志健康社區服務中心，並鼓勵縣市設置，以提升服務之涵蓋率。且於特定場域設置保險套自動服務機，提高保險套取得之便利性及可近性。另加強推動男同志娛樂用藥之防治宣導及強化非法藥物管理。
5. 持續推動藥癮愛滋減害計畫，截至 102 年底，於全國設置 841 處衛教諮詢服務站、409 臺針具自動服務機，共

發出針具 280 萬餘支，針具回收率達 95.17%。另擴大辦理易感族群愛滋病毒之篩檢與諮詢服務，服務對象包括性工作者及其顧客、男男間性行為者、藥癮者等，102 年共計提供篩檢及諮詢服務達 11 萬 8,172 人次。

6. 為提升愛滋病毒感染者之醫療照護效果，強化感染者做好其自我健康管理，自民國 96 年起，開辦愛滋病個案管理計畫，提供愛滋病人衛教及諮詢等服務，102 年計有 1 萬 4,952 人接受愛滋病個案管理計畫服務。
7. 引進學名藥並進行藥價協商，公告給付治療組合及用藥條件與審查規範，採用同療效但價格相對較低的處方為優先選擇，以有限的公務預算讓所有的感染者得到最基本的醫療照顧，兼顧病人治療權益及藥費預算支出。

(四) 控制腸病毒之疫情：

1. 臺灣全年都有腸病毒之感染個案，102 年計有 12 例重症確定病例，其中 1 例死亡，為感染伊科病毒 30 型之新生兒，7 例為感染腸病毒 71 型，4 例克沙奇病毒 A 型，重症病例發生情形較 101 年減少許多。103 年截至 3 月 3 日止，並無重症確定病例。
2. 本部與教育部、內政部合作，督導縣市政府於流行季前完成教、托育機構之洗手設備查核，並持續加強遊樂區、百貨賣場、餐廳等兒童常出入公共場所之衛生督導查核工作。
3. 訂定「腸病毒 71 型感染併發重症臨床處理注意事項」，

並分區辦理「新生兒腸病毒感染的研討會」，提升醫師專業。另建立完備之腸病毒重症醫療網，並指定腸病毒重症責任醫院，且建立公衛體系與醫療體系間良好之聯繫機制，加強重症個案之轉診與病床調度效率，以掌握黃金治療時間。

4. 持續透過多元化之監測系統，嚴密監視疫情，並與地方政府共同辦理防治計畫，督促地方政府強化校園、托育機構、社區保母系統防疫衛教工作，並對 5 歲以下嬰幼兒照顧者，規劃多元化之衛教宣導。

(五) 落實登革熱之防治：

1. 102 年流行季至 103 年 3 月 3 日止，本土登革熱確定病例累計 594 例，其中屏東縣 484 例，臺南市 32 例，高雄市 65 例，臺北市 9 例，新北市 1 例，臺中市 1 例，嘉義縣 1 例，桃園縣 1 例。
2. 本部依法邀集環保署等中央部會及相關地方政府召開「流行疫情處理協調會報」，並派遣機動防疫隊，提供病媒蚊抗藥性監測資料，以協助及督導地方政府之防疫工作。

(六) 我國動物狂犬病再現之因應：

1. 農委會於 102 年 7 月發布國內動物狂犬病疫情，隨即由農委會及本部邀集相關部會成立跨部會工作小組，以貫徹防治策略之執行。並自 102 年 8 月 1 日起成立「行政

院狂犬病中央流行疫情指揮中心」，由毛治國副院長擔任總指揮，以加強跨部門溝通，加速防治作為執行，持續辦理「落實家犬家貓之動物疫苗接種」、「第一線動物防疫人員獲得暴露前預防接種之保障」及「民眾遭動物抓咬傷後均能即時接受暴露後處置」等三道防線，以降低人類狂犬病疫情發生的風險。

2. 目前國內動物狂犬病疫情風險未擴大，侷限於中、南部及東部山區之野生動物，且以鼬獾為主要的感染動物，未有人類狂犬病病例發生。狂犬病中央流行疫情指揮中心於 103 年 1 月解除運作後，狂犬病防疫已進入中長期應變階段。
3. 本部將依據農委會所更新發布動物狂犬病監視資料，即時修訂人類狂犬病防治策略。另為穩定提供人用狂犬病疫苗及免疫球蛋白，該二項製劑已於 103 年 1 月 1 日起納入健保給付，而疾管署為緊急防疫所需，仍維持有安全庫存。

(七) 推動預防接種新政策：

1. 為降低幼童罹患侵襲性肺炎鏈球菌感染症(IPD)之機率，已逐序提供 5 歲以下高危險群、低收/中低收入及山地離島等特定族群結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)接種，並自 102 年 3 月起針對 2 歲至 5 歲幼童實施接種，103 年起再擴及 1 歲至 2 歲幼兒，以有效降低該族群因感染肺炎鏈球菌致腦膜炎、菌血症等嚴重併發症、甚至死亡之

機率，並減少住院治療之醫療費用支出，且建立該族群之群體免疫力亦可擴及對其他族群的保護效果，擴增接種效益。

2. 103 年 1 月起補助低收入戶及中低收入戶學幼童接種公費常規疫苗之診察費每診次 100 元，提高經濟弱勢族群學幼童疫苗接種完成率，保護其健康權益，並減少家長經濟負擔。

(八) 加強醫療照護機構感染管制：

1. 為提升醫院感染管制查核品質，委託辦理「102 年醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，進行查核基準研修、委員共識、新進委員訓練、作業流程標準化等事宜。102 年由各地方政府衛生局偕同查核委員完成 339 家醫院之實地訪查。
2. 運用醫療發展基金辦理「中心導管照護品質提升計畫」，全國分區建置 7 家示範醫院，於 102 年協助 57 家參與醫院導入中心導管組合式照護措施，103 年預計再增加 61 家醫院。另於 102 年開始推動全國性「抗生素管理計畫」，加強抗生素合理使用，由專案管理中心，統籌執行計畫管控、稽核及推廣整合等事宜；分區評選出 7 家示範中心協助抗生素管理計畫之執行與推廣，另評選出 55 家參與醫院，於 103 年與示範中心共同合作於社區內推動，以落實抗生素管理計畫。
3. 為防範護理機構發生院內感染，訂定「一般護理之家」、

「產後護理之家」及「精神護理之家」感染管制查核作業，於 103 年開始執行，並將查核作業結果納入地方衛生機關防疫業務考評。另為強化護理機構工作人員了解手部衛生之重要性，辦理手部衛生教育訓練課程，以加強感染管制知能，並藉由品管圈競賽活動，達到標竿學習成效。

4. 持續辦理我國高防護實驗室之生物安全查核工作，確保該等實驗室之運作安全無虞。

(九) 中東呼吸症候群冠狀病毒 (MERS-CoV) 疫情之因應：

1. 世界衛生組織於 101 年 9 月 24 日公布發現 MERS-CoV 感染病例，迄 103 年 2 月 28 日，全球共有 184 MERS-CoV 病例其中 80 例死亡，病例集中在中東半島。
2. 本部於 101 年 10 月 3 日將其公告為第五類法定傳染病，並已建立我國檢驗標準方法與流程，擬訂醫院感染管制措施及病患與接觸者之處置指引。
3. 國內監測至 103 年 2 月 26 日總計通報 6 名疑似病例，均已排除感染；另針對醫院送驗之 323 名不明原因肺炎個案(檢體 568 件)進行檢驗，結果均排除 MERS-CoV 感染。
4. 102 年 5 月 3 日將中東地區納入旅遊疫情建議為「注意」等級。未來，視國際疫情發展及掌握之證據，適時調整防疫作為。

五、食品藥物安全

(一) 加強食品安全監測：

1. 102 年度完成市售與包裝場農產品殘留農藥監測 2,340 件，不合格 266 件；完成食品中動物用藥殘留監測 861 件，不合格 35 件；完成市售食品中真菌毒素含量監測 421 件，不合格 9 件；食米中重金屬(鎘、汞、鉛)含量監測 202 件、市售蔬果中重金屬(鉛，鎘)含量監測 151 件及市售食米農藥殘留監測 201 件，結果均符合規定。不合格之案件，均透過跨部會之協調機制，進行源頭改善。
2. 於行政院食品藥品安全會報下設「食品安全聯合稽查及取締小組」，結合中央相關部會、地方政府、檢警調能量，強化食品安全之防護機制並強化稽查量能。自 102 年 12 月起半年內，查核 6 項民生重要食品，包括鮮乳、年節食品、食米、蛋品、有機農產品、醬油，一旦發現違法事證，即依法嚴懲，並即時公布週知。
 - (1) 102 年 12 月份完成全面稽查鮮乳 17 家廠商共 20 間工廠，檢查原料來源、添加物及廠房衛生環境是否符合標準；並抽驗產品檢驗動物用藥殘留，檢驗結果均符合規定。
 - (2) 103 年 1 月份完成年節食品稽查，共計抽驗 2,215 件食品，2,034 件合格，合格率達 91.8%。
 - (3) 103 年度 2 月份啟動「食米」稽查，聯合農委會針對市售包裝米、CAS 食米碾米廠內之產品及邊境進口米，進行包裝標示、品質規格、重金屬及農藥殘留等

之抽查檢驗。

3. 油品攙偽及違法添加銅葉綠素案：

- (1) 102 年 11 月 1 日起聯合全國衛生局加強油品稽查，總計稽查販賣場所及供飲食場所 20,271 家次及油品 56,951 件，其中 473 件標示不符規定，單日不符規定比率已由 2.75%降為 0%；市售油品稽查已列為例行性稽查業務。
- (2) 相關違規產品均已下架回收或封存，要求業者限期內完成改正或銷毀；銷毀方式則採轉為生質柴油、馬路標線用料及機械潤滑油等用途，遠離食品鏈。

4. 油品檢驗，102 年 10 月 17 日至 11 月 17 日間，完成相關檢驗方法之研擬、測試及發布，包括建立脂肪酸組成檢驗與資料庫判定程序、游離棉籽酚之 LC/MS/MS 檢驗方法及銅葉綠素添加物之純化方法與食用油中銅葉綠素之鑑別方法，據以完成 160 件油品稽查檢驗，其中檢驗合格 110 件、不合格 50 件。

(二) 強化食品衛生管理：

1. 加強進口食品管理：加強不合格進口食品訊息之通報作業，即時發布訊息，102 年度共計公布 509 則；針對進口牛肉產品執行「三管五卡」管制措施，102 年度總計查驗牛肉產品 13,286 批，抽驗 2,819 批，其中 6 批檢出動物用藥不符合規定，落實牛肉原產地(國)之強制標示稽查計 1 萬 2,539 件，合格率 99.9%。

2. 「食品衛生管理法」修正案已於 103.2.5 以總統令公布，並更名為「食品安全衛生管理法」，除再次提高罰鍰及刑責外，增訂基因改造食品管理與標示法源，同時納入食品三級品管新管理模式及強化檢舉人保障機制，並成立食品安全保護基金法源等相關機制，保障消費者，不只提升食品安全管理，更強化保障國人健康。

3. 食品添加物管理資訊化：

(1) 推動食品添加物登錄管理：食品衛生管理法第八條明定經公告類別及規模之食品業者，須申請登錄始得營業。本部已於 102 年 12 月 3 日發布「食品業者登錄辦法」，明定食品業者申請登錄之條件、程序、應登錄之事項與申請變更、登錄之廢止及其他應遵行事項，以利食品業者進行登錄，及衛生機關執行稽查作業之依據。本部將優先公告所有單方或複方之食品添加物業者，包括製造業者、輸入業者及販售業者之所有產品，均需進行強制登錄，並於 103 年完成登錄。

(2) 加強跨部會合作：已與環保署建立毒性化學物質之列管通報；並與財政部及經濟部合作，強化食品添加物源頭管理，包括「進口分流」、「製造分區」及「販賣分業」之「三分策略」，防堵不當化學物質流入食品。

(三) 保障全民用藥安全，引領 MIT 藥業國際化：

1. 持續推動藥品優良製造規範(cGMP)，102 年國內共 140 家西藥製劑廠、11 家倉儲廠、6 家製劑先導工廠及 21 家

原料藥廠(共 146 品項)、3 家原料先導工廠符合 GMP 評鑑,其中有 58 家西藥製劑廠及 7 家倉儲廠通過 PIC/S GMP 符合性之評鑑,西藥製劑出口值自 101 年較 99 年增加 25.8 億元。推動醫療器材優良製造規範(GMP),102 年度,醫療器材 GMP/QSD 認可有效件數共 3,799 件,國內製造廠 14.9%、國外製造廠 85.1%。

2. 完成市售藥物及化粧品品質監測,102 年共計監測 1,042 件,其中藥品 199 件,142 件合格,1 件不合格,56 件不判定;化粧品 100 件,97 件合格,3 件不合格;醫療器材 199 件,173 件合格,13 件不合格,9 件不符合該產品公告應刊載事項,4 件不判定;中藥材 544 件,139 件合格,5 件不合格,400 件不判定。
3. 落實違規廣告監控,102 年度衛生機關查處違規藥物、化粧品及食品廣告案件,核予行政處分 6,815 件,罰鍰計 1 億 5,265 萬 6,000 元。廣告違規比率由 99 年 1 月 13.9%,下降至 102 年 12 月的 5.14%。
4. 建置與國際銜接之藥品法規環境,102 年公告多項新制度:
 - (1) 102 年 1 月 31 日公告修正「藥品生體可用率及生體相等性試驗準則(BA/BE)」,以切合實務需求與藥政管理所需。
 - (2) 102 年 4 月 17 日公告「植物藥新藥查驗登記審查基準」,提供產業界研發植物藥新藥之具體參考依據。
 - (3) 102 年 4 月 22 日公告「已在十大醫藥先進國核准上市

滿十年，但屬國內新成分新藥（不包括生物藥品）之查驗登記審查重點(簡稱 NCE-2)」，提高病患用藥之可近性。

(4) 102 年 8 月 14 日公告「新藥查驗登記加速核准機制」，加快新藥研發之時程，提供醫生及病患多元之用藥選擇。

(5) 102 年 9 月 4 日公告「生物相似性單株抗體藥品查驗登記基準」，賦予更寬廣及彈性選擇對照藥品之機會，減少重複進行比較性試驗

5. 針對國內自行研發之醫療器材案件，且具指標「國產第 1 件」、「同類產品最優」、「新醫療適應症」、「國家型計畫重點支持產業」或「多國多中心醫療器材臨床試驗計畫申請案」意義者，建立專案輔導機制，主動介入輔導，總計輔導 36 案，102 年度核准上市 11 件，達臨床試驗階段者 7 件，完成技術轉移 2 件，9 件輔導中，並於 2 年內成功輔導國產第 3 等級醫療器材許可證總張數由原本 24 張提高至 32 張，增加比率高達 33.3%。

6. 強化上市後藥品安全及品質監控、評估及風險管控，自 101 年至 102 年 12 月，完成 151 件藥品安全性再評估，其中 68 件要求廠商執行風險管控措施、2 件要求下市；完成調查處理 1,604 件疑似重大品質瑕疵事件，並有 107 項藥品要求回收。自 99 年底成功爭取成為國際醫療器材法規官方論壇(IMDRF)轄下警訊報告交換系統(NCAR)會員，截至 102 年 10 月底止，已接獲 959 件警訊報告。主

動監視國內外藥物安全警戒資訊，以早期啟動回收機制，保護消費者安全。

7. 建置用藥照護之藥事服務模式，102 年共成立 22 家正確用藥教育資源中心，344 家社區用藥諮詢站，辦理「正確用藥」衛教宣導活動計 1,321 場，以維護民眾用藥安全。
8. 台灣臨床試驗審查「質」與「量」雙漲，創造全球第一個核准肺癌標靶藥物 Afatinib 上市之國家，提供台灣每年超過 9,000 例肺癌病患之藥物治療新選擇；啟動 H7N9 疫苗批次審查機制(rolling review)，進入臨床試驗階段，可望成為我國首例自行研發新型流感疫苗。
9. 增取國際合作，帶領 MIT 製藥產業擴展外銷：
 - (1) 102 年 11 月 5 日簽署「台日藥物法規合作框架協議」，合作範圍包括相互關切之藥品、醫療器材及化粧品等（不包含健保及核價）議題，並於 102 年 12 月 23-24 日舉辦第 1 屆台日醫藥交流會議。建立台日官方合作交流平台，期能有效減少重複審查及查廠，加速兩國藥物上市時程。
 - (2) 積極向歐洲藥典委員會(EDQM)爭取成為「歐洲藥典觀察員」，於 12 月 2 日獲正式通知成為一員，建立此管道可與歐盟會員國就藥物技術文件審查、管理資訊交流及實驗室檢驗合作，為我國展現製藥產業國際競爭力之另一重要里程碑。
10. 為保障寵物(非經濟動物)之醫療權利，本部已協助農委

會評估 116 項藥品及管理方式等資料，並請農委會對於目前非經濟動物使用之人用藥品，儘速核發動物用藥品許可證。未來本部將協助農委會建立更完善精確之非經濟動物使用人用藥品管理機制，以兼顧人用藥品之流通與動物之醫療權利。

(四) 有效防制藥物濫用：

1. 加強管制藥品流向資料之勾稽及查核，102 年共計實地稽核 16,153 家次，查獲違規 207 家，違規比率 1.28%，均依法處辦違規者。
2. 辦理藥物濫用通報，102 年度精神醫療院所共計通報藥物濫用 19,528 件，較 101 年同期之 18,562 件，增加 5.2%。
3. 加強管制藥品 Stilnox 處方合理性之查核與宣導，佐沛眠年度使用量已由 101 年約 1 億 6 千萬粒降至 102 年約 1 億 4 千萬粒，減少 12.5%。

(五) 落實中藥藥事管理：

1. 102 年查處違規中藥廣告，核予行政處分 1150 件，罰鍰計 2760.5 萬元；查處違規中藥產品，核予行政處分 233 件，罰鍰計 217.5 萬元；查處違規中藥行為，核予行政處分 66 件，罰鍰計 241.5 萬元。
2. 完備中藥材之源頭管理機制，並依據海峽兩岸醫藥衛生合作協議，自去(101)年 8 月 1 日起實施 10 項中藥材邊境管理，截至 102 年 12 月底止，查驗完成 3,363 件中藥

- 材報驗通關案，計 2 件黃耆檢驗不合格，並予退運之處分。
3. 辦理 GMP 中藥廠後續查廠，102 年共辦理 47 家 GMP 中藥廠後續查廠。
 4. 102 年 12 月 26 日公告「天王補心丹等 22 項中藥傳統製劑含異常物質限量標準及其適用範圍」，並自 103 年 7 月 1 日起生效。
 5. 103 年 1 月 9 日公告訂定「膏滋劑及糖漿劑劑型之中藥成藥製劑外包裝及仿單加刊注意事項」，並自 103 年 7 月 1 日起，生產之產品，均須符合公告之規定。

六、促進全民健康

(一) 建置國民健康實證資料庫：

1. 辦理全人口及各生命週期人口群健康監測調查，包括國民健康訪問調查、家庭與生育調查、母乳哺育調查、兒童健康照護需求調查、青少年及成人吸菸行為調查、健康危害行為監測調查等，並擴大辦理國民營養與健康狀況變遷調查，以建立全國及各縣市非傳染病監測指標。另亦規劃建置及強化近視、口腔保健、事故傷害及先天性缺陷等監測體系。
2. 持續提升國民健康指標互動查詢系統之 e 化服務，加強各類健康監測調查及出生通報描述分析結果之產出與運用，逐年擴充可查詢指標項目，截至 102 年，共計開放 651 項健康指標供各界查詢。並提供雙語化服務介面，

加強我國監測調查結果之國際能見度，使用人次每年以逾萬人速度成長。

(二) 健康的出生：

1. 提供懷孕婦女 10 次產前檢查及 1 次超音波檢查服務，102 年 1-6 月產檢利用人次約計 88 萬人次。
2. 自 99 年起，補助低收入戶孕婦接受乙型鏈球菌之篩檢，預防新生兒早發型感染；截至 102 年 12 月底止，「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」特約院所計 531 家，涵蓋 98.2%產檢懷孕婦女，其中有 398 家院所不另收費，涵蓋 64.7%孕婦免自費。102 年接獲院所上傳檢查結果計 16 萬 2,589 筆，佔應受檢懷孕婦女之篩檢利用率達 91.2%。
3. 102 年補助孕婦接受產前遺傳診斷檢驗計 4 萬 9,856 案，發現異常 1,467 案；新生兒先天性代謝疾病篩檢計 19 萬 5,749 案，篩檢率 99.8%，發現異常 3,850 案；民眾遺傳性疾病檢查計 6,053 案，發現異常 1,730 案。檢驗異常個案均提供遺傳諮詢與適當醫療處置，必要時協助轉介診治。
4. 辦理母嬰親善醫療院所之認證及輔導計畫，截至 102 年，計有 176 家通過認證，出生數涵蓋率已達 78.6%(101 年為 75.1%)；另依「公共場所母乳哺育條例」，102 年底全國應依法設置哺(集)乳室之公共場所為計 1,969 處，設置率達 99.7%。

5. 為遏止出生性別比失衡，減少性別篩選及不當墮胎，102年全面走訪輔導產檢醫療院所計 1,051 家。出生性別比已由 99 年之 1.090，降至 101 年之 1.074，是 25 年來最低，國際排名亦降至第 15 名；102 年出生性別比為 1.078，較 101 年略升。並已加強源頭試劑與檢驗之管理，包括檢驗設備、行為與試劑的稽查。
6. 提供孕產婦及其家人免費電話諮詢及網站資訊服務之多元化服務管道，102 年提供 1 萬 8,578 通諮詢服務；網站瀏覽達 125 萬 9,885 人，另於 102 年建置孕產婦關懷 APP 科技化的雲端照護。為縮小健康不平等，已將原住民生育婦女（20-45 歲）健康納入管理，提供一般性健康指導及生育保健指導與諮詢服務，共計完成建卡管理 7 萬 1,805 人。
7. 101 年立法院 8-2 會期衛環委員會第 21 次會議決議，請本部 1 年內（即 102.11.19 前）提出代孕相關法案，另，102 年 12 月 16 日立法院 8-4 會期社會福利及衛生環境、司法及法制兩委員會第 1 次聯席會議決議「儘速於 103 年針對人工生殖法提出修法，有限度的開放代理孕母」。考量社會關切與民眾需要，爰研擬規範代孕行為之配套。另，代孕本是人工生殖技術之一，參考國際經驗及民意，為避免法規間之衝突或重疊，將代孕生殖以專章納入規範，依衛環委員會決議草擬人工生殖法修法草案，業經本部法規會審查完成，後續將依法制程序辦理。

(三) 健康的成長：

1. 提供 7 歲以下兒童 7 次預防保健，並要求院所應登錄檢查結果，補助疑似發展遲緩兒童轉介等費用，以提高服務之品質。102 年截至 6 月底兒童預防保健利用人次已達 59 萬人次。
2. 為提升兒童健康照護品質，避免危險因子對兒童健康的影響，優先針對 1 歲以下兒童，自 102 年 7 月 1 日提供 2 次兒童衛教指導服務，內容包含嬰幼兒猝死症候群預防、哺餵及營養指導、副食品添加、口腔清潔與乳牙照護及事故傷害預防等衛教指導。截至 102 年 12 月底止，已可涵蓋 68.3% 之 1 歲以下兒童。
3. 辦理滿 4 歲及滿 5 歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務計畫，102 年共計篩檢 35 萬 9,154 人，篩檢率達 94.3%，初篩未通過人數為 5 萬 0,190 人，異常個案轉介率達 98.7%。
4. 101 年 3 月 15 日起全面補助新生兒聽力篩檢，每案補助 700 元，102 年特約「新生兒聽力篩檢補助服務方案」院所計 310 家，涵蓋 97.8% 之出生數。102 年計篩檢 18 萬 8,957 人，篩檢率達 96.8%，發現 578 位確診為聽損，並轉介追蹤療育。
5. 102 年 6 月 1 日起，提供未滿 6 歲兒童牙齒塗氟服務，每半年 1 次免費塗氟，及未滿 12 歲低收入戶、身心障礙者、原住民族地區及偏遠、離島地區，每 3 個月 1 次。101 年有 37 萬 2,607 人次，102 年截至 6 月底計有 29 萬 5,069

人次接受此項服務。另於 101 年 7 月 18 日開辦牙醫院所到幼兒園塗氟服務。102 年共計 2,657 所國小提供免費氟漱口水防齲服務，計有 138 萬學童受惠。

6. 透過「性福 e 學園—青少年網站之秘密花園」，提供青少年性健康資訊及未婚懷孕等問題諮詢服務，102 年度超過 13 萬 3,697 人次瀏覽該網站，3,248 人次使用視訊諮詢服務。另於 45 家醫療院所設立友善、隱密「Teen's 幸福 9 號門診」，提供青少年身心保健、各種避孕方法及解決不預期懷孕等問題，102 年度共計服務 6,402 人，其中 10 至 19 歲青少年 5,551 人，20 至 24 歲青少年 851 人。另結合 112 所學校/機構，建置青少年性健康諮詢（商）服務中心，辦理 91 場校園專題講座，參與人數達 1 萬 6,438 人，辦理 14 場親職講座，計有 794 位家長與老師參與。個別諮商計服務 46 位個案。團體諮商計服務 753 人。

（四）健康的老化：

1. 免費提供 40 至 64 歲民眾 3 年 1 次，55 歲以上原住民及 65 歲以上民眾每年 1 次成人預防保健服務，以早期發現相關慢性疾病及其危險因子，102 年約 180 萬人接受此項服務。
2. 鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢，102 年計有 20 個縣市辦理。102 年度共服務 34 萬 3 千餘人，發現「疑似異常或異常」之個案分別為高血壓 7 萬 6,782

人，高血糖 3 萬 6,038 人，高血膽固醇 6 萬 0,969 人，平均轉介追蹤完成率達 90%以上。

3. 強化糖尿病人及高危險群自我健康管理能力，輔導成立 495 個糖尿病支持團體，全國鄉鎮市區涵蓋率近 95%。為提升糖尿病照護品質，各縣市全面推動糖尿病共同照護網，並推行醫師、護理、營養等專業人員認證制度，提升醫療人員照護素質，截至 102 年底認證 7,265 人。發展糖尿病健康促進機構，提供優質團隊照護，目前計有 201 家醫療院所參加，並配合 102 年世界糖尿病日主題辦理宣導活動，喚起民眾對糖尿病防治之關注與認知，共計約 1 萬 5,000 人次參加。
4. 為加強腎臟病與高危險群之疾病防治工作，102 年獎勵 145 家醫療院所，推展腎臟病之健康促進，另針對 50 歲以上之中、老年族群或慢性疾病（高血壓、高血脂、糖尿病）病患，製作「護腎 33」電視與廣播短片廣告，提醒三高族群（高血糖、高血壓、高血脂），定期三項檢驗（驗血、驗尿、量血壓）；不購買非法來源之藥物，避免傷腎又傷身；並結合各地方衛生局辦理慢性腎臟病及用藥安全教育宣導活動，至 102 年 12 月底止辦理 4,899 場宣導活動，已逾 14 萬位 65 歲以上民眾參與。
5. 辦理高血壓防治宣導工作：配合 102 年世界衛生日高血壓主題及世界高血壓日，與國際同步宣導高血壓防治，並於社區等不同型態地點設置血壓測量站，提供量血壓測量及相關衛教服務，計達 2,500 個血壓站。

6. 邀集大專院校、高中、國中、小學之主管及校護、營養師等人員，參與校園慢性病防治之研習，102 年計 603 人參加。
7. 101-102 年推動「以職場為推動基礎之口腔健康照護介入模式計畫」，建置口腔照護模式，以提升國人對口腔健康照護之認知、定期看牙醫師及正確潔牙等，並辦理口腔檢查、教育訓練及評估成效。
8. 辦理預防慢性病及老人健康促進，102 年國內 65 歲以上老人接受成人預防保健服務估計超過 90 萬人；102 年 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影檢查約 53.4 萬人，50-69 歲民眾接受糞便潛血檢查者約 102.8 萬人，102 年 65 歲以上老人戒菸諮詢專線共計服務 569 人；102 年截至 10 月底，老人門診戒菸治療共計服務 6,967 人；編印「長者防跌妙招手冊」，持續推廣防跌知能。
9. 督導各縣市衛生局結合轄區社區照顧關懷據點等項資源，依照社區老人之特質與需求，共同推動老人健康促進工作，包括：健康飲食、運動、老人防跌、用藥安全、慢性病預防、健康篩檢與血壓量測等議題；102 年醫療衛生體系共結合 1,672 個社區關懷據點，結合比率已佔全國關懷據點的 80%以上。
10. 推動「高齡友善健康照護機構」認證：
 - (1) 99 年參考世界衛生組織之高齡友善照護三大原則以及健康促進醫院標準，推動國際第一個高齡友善健康照護機構認證，至 102 年底已有 64 家院所通過認證。

(2) 102 年 5 月於 WHO 健康促進醫院國際網絡會員大會提案並升格為「Task Force on HPH and Age-friendly Health Care」(健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會),未來將發展國際可適用之高齡友善健康照護架構。並積極參與健康促進國際研討會,分享我國推動高齡友善健康照護政策成果,展現我國衛生專業影響力

11. 推動「高齡友善城市」,透過世界衛生組織(WHO)揭示之八大面向-敬老、親老、無礙、暢行、安居、連通、康健、不老,協助各縣市改善城市的軟硬體構面,創造有利於長輩活動的條件,102 年成為國際第一個以國家層級全國推動高齡友善城市之國家,22 縣市皆加入推動行列,涵蓋比率为國際之冠。

(1) 訂定高齡友善城市公共政策:鼓勵各縣市將推動高齡友善城市納入縣市施政重點,並整合跨局處及民間、學術團體資源,訂定高齡友善城市公共政策。

(2) 建構高齡友善支持性環境:委託學術團體邀請各領域專家學者組成推廣團隊,協助地方政府參照 WHO 八大面向,檢視對老年生活有利與不利的條件,依高齡者的需求,改善城市的軟硬體構面,減少障礙、增進參與。各縣市特色計畫包括:臺北市「銀髮友善好站」;桃園縣「交通新亮點」;苗栗縣「厝邊頭尾大家講」、「行動式老人文康休閒巡迴專車」;臺中市「樂齡漫畫與記錄」、「代代上學趣」活動;嘉義市「高齡友善餐廳」;

嘉義縣推動社區「健康柑仔店」；宜蘭縣「幸福一指通足感心」等。

- (3) 進行多元高齡友善城市之宣導：透過推廣團隊建構資訊交流及經驗分享平台，辦理教育訓練工作坊、共識營及成果發表會等，提供縣市政府推動人員精進推動策略並交換推動經驗，並持續進行多元高齡友善城市宣導倡議。

12. 推動老人活動健康趣味競賽，為鼓勵長者走出來參與社會活動，全國各縣市（縣市競賽）及本部國民健康署（縣市決賽、分區複賽及全國總決賽）分別舉辦老人活力健康趣味賽，102 年全國 22 縣市共組 1,951 隊，超過 8 萬位高齡者參與活動，佔老年人口約 3%，藉此鼓勵長輩在平時即演練、聚會，增進身、心、社會全面的健康。

(五) 營造健康支持環境：

1. 推動健康城市：輔導縣市推動健康城市，加入世界衛生組織西太平洋區署所支持的健康城市聯盟（Alliance For Healthy Cities, 簡稱 AFHC），並辦理健康城市工作坊或相關會議，提供資訊與經驗交流機會，截至 102 年底國內有 11 縣市、11 地區，加入成為 AFHC 會員（臺南市、花蓮縣、苗栗縣、嘉義市、高雄市、臺東縣、南投縣、新竹市、新北市、桃園縣及新竹縣等 11 縣市及臺北市大安區、士林區、北投區、中山區、松山區、萬華區、新北市淡水區、雙溪區、平溪區、坪林區、屏東市

等 11 地區)。

2. 推動健康促進醫院：

- (1) 至 102 年底，國內共有 130 家醫院通過 WHO 健康促進醫院國際網絡認證，為國際網絡內的第一大網絡。101 年輔導國內醫院參加該國際網絡跨國計畫「WHO-HPH Recognition Project 健康促進醫院進階認證計畫」，目前共計 21 家參與。
- (2) 為協助論人計酬試辦醫院及國內各健康促進醫院結合醫務管理，導入預防醫學，落實全人健康風險管理與社區健康促進，於 102 年 8 月辦理「論人計酬暨健康促進醫院與照護機構研討會」，計有 91 家醫院，227 人與會。
- (3) 為強化衛生局與健康照護機構的夥伴合作關係，整合預防保健服務資源，補助衛生局鼓勵醫院推動健康促進醫院，主動提供健康促進服務，提升病患、病患家屬、員工及社區民眾之健康，102 年補助 21 縣市衛生局及其轄下 136 家健康照護機構。
- (4) 102 年辦理環境友善醫院輔導工作坊 2 場次計 165 人，59 家醫院參與，另實地輔導 39 家醫院推動節能減碳措施；編撰「健康促進與環境友善醫院教戰手冊」；至 102 年底，國內共 168 家醫院響應推動節能減碳行動。
- (5) 積極參與國際研討會，分享我國推動健康促進醫院、高齡友善健康照護機構以及醫院節能減碳之經驗。

3. 推動社區健康營造：102 年補助 19 縣市、165 個社區健康營造單位，推動社區健康營造計畫，辦理「菸酒檳榔防制」、「致胖環境改善」、「肥胖防治(飲食、運動)」、「活躍老化」、「安全促進」或其他地方健康特色議題等事項。
4. 推動安全社區：102 年補助 20 個社區推動各項安全促進工作，包括協助社區收集資料、與民間團體及政府相關部門建立伙伴關係、整合資源，加強參與國際安全社區網絡，截至 102 年底，計有 19 個社區通過認證成為國際安全社區。
5. 推動健康促進職場：持續推動健康職場認證(包含健康促進、健康啟動、菸害防制三項)，以營造有益健康的工作環境，截至 102 年底，計有 1 萬 566 家次已通過此項認證，表揚 381 家績優健康職場。
6. 推動健康促進學校：健康促進學校國際認證：國內高中職以下之 3,892 所學校，全面推動健康促進學校，以校園之菸害、健康體位、視力保健及口腔保健及二代健保為各級學校必須推動議題，以性教育、檳榔防制、藥物濫用防制、安全教育與急救及心理健康等為自選議題。
7. 營造安全居家環境：102 年辦理 2 萬 8,549 戶弱勢家庭 6 歲以下幼兒居家安全環境檢視，並指導其進行初步改善；請醫護人員提供兒童預防保健服務時，進行各項預防事故傷害的衛教，並於兒童健康手冊提供「幼兒事故傷害評估表」及「幼兒事故傷害預防之初步處理」。
8. 多氯聯苯中毒者健康照護：為照護多氯聯苯中毒者之健

康，100 年訂定「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，同時新增補助第一代多氯聯苯中毒者住院部份負擔費用。迄 102 年底，列冊服務之個案數為 1,750 人，102 年共 590 位多氯聯苯中毒者使用免費健康檢查服務；102 年 1-10 月共補助 1 萬 1,681 人次多氯聯苯中毒者之門診部分負擔醫療費用、62 人次住院部分負擔醫療費用。

(六) 推動肥胖防治工作：

1. 102 年持續推動「臺灣 102 邀您愛健康」健康體重管理計畫，全國計有 68 萬 8,567 人參與，共同減重 108 萬 9,120.5 公斤，平均每位參加者減重 1.58 公斤。減重成果獲國際媒體大幅報導。
2. 制訂健康的公共政策：營造健康城市及健康促進醫院、職場、學校及社區；推動國民營養法草案、修正食品衛生管理法，將限制特殊營養食品、易導致慢性病或不適合兒童長期食用之食品廣告納入規範。監測國人體位趨勢；研議肥胖防治白皮書及肥胖防治臨床指引。推動國民營養法立法，將會商有關機關，諮詢專家學者之意見、召開研討會或公聽會收集各學術界及產業界意見，並就法案衝擊影響層面及其範圍進行完整評估後，再行陳報行政院。
3. 建構健康的支持性環境：102 年補助 19 縣市、166 個單位推動社區健康營造計畫，檢視並改善致胖環境，建構資訊支持性環境，並建置健康飲食系統及多元運動環境。

- (1) 建構健康資訊環境：建置肥胖防治網站及「0800-367-100」免費諮詢服務專線，提供「聰明吃、快樂動、天天量體重」健康體重管理資訊。
 - (2) 檢視及改善縣市致胖環境：102年12月舉辦「102年社區健康生活型態營造成果發表會」，促進縣市致胖環境改善經驗交流。
 - (3) 建構健康飲食供應系統：推動清楚、易懂的食物熱量及營養標示，並輔導業者開發健康盒餐及具健康訴求之節慶食品，如改良粽、改良月餅及健康年菜等，鼓勵餐廳提供有標示熱量的菜單。輔導轄區內之公立場所不販售較不健康食物及飲料，行銷宣導健康飲食環境。
 - (4) 建構多元動態生活環境：建置一個時時可運動、處處能運動、人人都運動的環境，發展及推廣適合不同性別、年齡層、族群的多元化運動。鼓勵職場規劃上、下午之運動時間，並成立運動社團。國內13歲以上國人有規律運動人口比率，101年之30.4%，上升至102年之31.3%。
4. 調整醫療服務的方向：輔導醫療院所由傳統的診斷治療轉化為健康促進與預防醫學，設立提示系統，對病患及民眾主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務；開設多元減重班、運動課程及健康飲食課程，另配合寒、暑期辦理親子減重活動。
 5. 強化社區行動力：透過有組織的行動力，整合跨部門資

源及民間資源，帶動社區、學校、職場、醫院等場域共同推動健康體重管理。

6. 發展民眾落實健康生活的技能：提升國人健康減重、健康飲食知能，多元宣導「聰明吃、健康動、天天量體重」健康生活型態，結合地方政府、企業界及民間團體，鼓勵民眾養成運動習慣；並建置健康體重管理電話諮詢服務及建置肥胖防治網。
7. 辦理健康體重管理相關研究及調查：辦理「健康體重管理經濟效益評估計畫」、「肥胖防治臨床指引計畫」等計畫。另召開專家會議研議訂定健康盒餐認證基準，評估辦理健康餐飲認證標章可行性。

(七) 推動菸害防制工作：

1. 落實執行菸害防制法之規定，102 年地方主管機關共稽查約 73 萬餘家次、取締 8,197 件、處分 7,563 件，罰鍰 3,456 萬餘元。
2. 依據 102 年國人吸菸行為調查結果顯示，成人吸菸率由 97 年 21.9% 降至 18.0%，惟歷年菸品健康捐調漲，對於吸菸者吸菸量下降效果，僅有短期較為有效，菸捐已近 5 年未調，故吸菸率下降趨緩，仍需持續推動調漲，才能有效促使吸菸率下降。
3. 推動二代戒菸治療試辦計畫，門診、住院、急診及社區藥局提供藥物治療或衛教服務，戒菸藥品由菸捐補助，每次藥費自付額不超過 200 元，低收入戶、山地原住民

及離島地區全免，醫療資源缺乏地區藥費減免 20%。部分醫療院所或社區藥局結合戒菸衛教師，提供有意願接受戒菸服務者，專業的支持及關懷，不適合用藥者及孕婦、青少年皆可受惠。至 102 年，合約醫事機構(包含門診、住院、急診、社區藥局)總計 2,500 家，涵蓋全臺 98.6%鄉鎮市區。102 年 1-10 月服務人數為 7 萬 9,387 人，較 101 年同期的 5 萬 4,558 成長 45.5%；6 個月點戒菸成功率由實施前 23.9%增加至實施後 30.4%。成長幅度達 27.2%，幫助超過 3 萬 8,000 人成功戒菸。

4. 二代戒菸服務加上其他多元戒菸服務(如戒菸專線、戒菸就贏、縣市衛生局辦理之戒菸班或社區、戒菸藥局衛教諮詢服務)之服務量，101 年高達 27 萬 2,042 人，102 年 1-10 月已服務 36 萬 6,112 人，總計 63 萬 8,154 人。
5. 102 年持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫；另推動無菸醫院參與國際認證，目前共有 147 家醫院參與，102 年 7 家獲選全球無菸醫院國際金獎，台灣獨占 4 家，蟬連全球獲獎最多之國家。
6. 自 98 年起辦理菸品資料申報作業，102 年完成受理、審查、管理 198 家次業者，共 3,111 項次菸品完成申報，所申報之資料公開於「菸品成分資料網站」。
7. 為持續使健康警告圖文能有效地提醒吸菸危害，於 102 年 8 月 20 日修正「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」之規定及公告新版菸盒警圖，自 103 年 6 月 1 日施行。

8. 為有效管制二手菸害，提升遊憩品質，預告「國家公園、國家自然公園、風景特定區、森林遊樂區及自然教育園區之部分場所與公園綠地為除吸菸區外，不得吸菸；未設吸菸區者，全面禁止吸菸之場所」，自 103 年 4 月 1 日施行。

(八) 落實癌症防治工作：

1. 擴大推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌篩檢，102 年共完成 480 萬人次篩檢，包含提供子宮頸抹片檢查 217.4 萬人次、乳房攝影 69.4 萬萬人次、糞便潛血檢查 102.8 萬萬人次、口腔黏膜檢查 98.3 萬人次，經篩檢呈陽性，並已進一步確認為癌症或癌前病變者均提供轉介治療。
2. 國人全癌症標準化死亡率由 97 年每十萬人口 133.7 人，降至 101 年 131.6 人，其中男性全癌症標準化死亡率由 97 年每十萬人口 174.4 人，降至 101 年的 170.4 人，已下降 2.3%；女性由 97 年每 10 萬人口 94.4 人，略升至 101 年的 95.1 人；目標為 105 年癌症標準化死亡率下降至 119.3 人，109 年下降至 109 人。
3. 男性全癌症五年存活率由原來 92 至 96 年之 41%，提升至 95 到 99 年之 44%，提升 3%；同一期間，女性全癌症五年存活率，由原來 58%，提升至 61%，提升 3%。
4. 透過多元管道宣導及推動檳榔健康危害工作，建立拒檳社會常模，透過跨部會合作，建立無檳支持環境，開辦

戒檳班推動戒檳服務。18 歲以上男性嚼檳率已由 96 年之 17.2%降至 101 年之 10.9%。

5. 本(102)年度持續補助原住民族地區及離島國中 1 年級女生，以及低收入戶和中低收入戶國中 1 年級至 3 年級女生施打人類乳突病毒 (HPV) 疫苗。
6. 補助 230 家醫院辦理癌症醫療品質提升計畫，建置門診癌症篩檢主動提示系統、個案轉介及追蹤管理系統，並強化癌症防治衛教宣導等，為提供新診斷癌症病人從確診到治療階段導航服務，協助參與癌症醫療品質提升計畫之醫院成立「癌症資源單一窗口」，由 94 年試辦 6 家到 102 年 53 家提供癌友與家屬服務，一年約提供 10 萬人次服務。另亦補助無認證醫院之澎湖縣辦理癌症個案管理中心建置計畫，提升離島地區罹癌民眾之照護品質。
7. 推動醫院癌症診療品質認證，以提供具醫學實證並以病人為中心的癌症照護，102 年共計完成 19 家醫院認證，截至目前計有 50 家醫院通過認證。對於目前尚無癌症診療品質認證醫院的 3 縣(台東、南投及苗栗)之 7 家醫院，辦理「跨院際癌症醫療照護合作試辦計畫」，癌患民眾在地接受跨院醫療照護數量，由 101 年度約 300 名增加到 102 年約 600 名。
8. 補助 76 家醫院辦理癌症病人安寧共同照護服務；另分析 100 年癌症死亡個案死前 1 年曾利用安寧住院、安寧居家或安寧共照者之利用率，癌末病人安寧療護利用率為 47.5%，較 98 年 39%成長 8.5%。

(九) 關注弱勢健康、縮小健康不平等

1. 提供低收入戶一年級學生及山地原住民族地區國小一、二年級學童，免費白齒窩溝封填服務，100 年有 2,954 名學童接受此項服務，101 年度起擴大補助範圍，除山地原住民族地區及離島地區國小一、二年級學童；非山地原住民族地區及離島地區之低收入戶及中低收入戶國小一、二年級學童，及所有國小身心障礙一、二年級學童恆白齒窩溝封填服務，至 102 年底計有 7,855 案。
2. 提供身心障礙者口腔預防保健服務，102 年度培訓身心障礙者種子牙醫師 39 人，口腔照護指導員 273 人、新住民 29 人及 111 人居家服務及機構內人員具口腔照護能力；成立 10 個居家服務團隊、提供居家身障者及 22 家身障機構，共計 2,563 人身障者口腔保健服務；並推動長期照護機構口腔保健服務，訓練後至機構內教導潔牙技巧及口腔保健衛教知能。
3. 102 年全國共設置 45 家兒童發展聯合評估中心，提供疑似發展遲緩兒童的跨專業團隊（含小兒神經科、小兒復健科、小兒心智科、職能治療師、語言治療師、物理治療師、臨床心理師、聽力師、社工師等）聯合評估服務。受理初複評之疑似遲緩個案，自接受評估至完成評估報告書於 45 天內完成者佔 80%。102 年受理疑似發展遲緩兒童之評估數計 1 萬 6,201 人接受評估，經確診為正常者計 886 人，發展遲緩兒童計 1 萬 1,579 人。另為提升

服務品質，於 102 年邀請發展遲緩兒童聯評、療育，社政、特教等專家學者，實地輔導訪查聯評中心 23 家，並辦理專業教育訓練及經驗分享會議。

4. 提供未納入健保之懷孕外籍配偶產前檢查服務，102 年補助 1 萬 1,899 人次，達 692 萬元。另，提供全面生育保健建卡管理，並輔導外籍之配偶納入全民健保。
5. 截至 102 年底，共公告 201 種罕見疾病，82 種罕見疾病藥物名單及 40 項之罕見疾病特殊營養食品品目。設置罕見疾病個案之通報資料庫，截至 102 年底通報罹患公告罕病個案 8,183 人。並將罕見疾病納入健保重大傷病範圍，免部分負擔；健保給付罕病醫藥費，每年約計 20 億餘元。成立罕見疾病特殊營養食品暨藥品物流中心，供應 36 項維持生命所需之特殊營養食品及 10 項緊急需用藥物，102 年計補助特殊營養食品暨緊急用藥共 1,231 人次。
6. 擴大罕病醫療補助：提供健保未給付之國內外確診檢驗、維生所需居家醫療器材租賃、營養諮詢等醫療費用之補助：102 年補助罕病病人維生所需之居家醫療照護器材計 412 人次、代謝性罕病營養諮詢費計 326 人次，補助國內外確診檢驗計 57 人次。

七、發展醫藥生技

(一) 加強生醫科技研發

1. 強化科技中程綱要規劃策略，推動醫衛、藥品、食品、

生技研究發展計畫，與奈米、生技醫藥、網路通訊等國家型計畫。102 年共計執行 694 件。

2. 提供政策的實證參採率：101 年度結案計畫計 651 件，採行及參考計畫計 641 件，參採率達 98.4%。
3. 建置完備的衛生科技環境：截至 101 年底，共培育 907 名博、碩士學生，辦理研討會類活動 889 場(含專家會議、座談、論壇、演講及成果發表會等)、培訓類活動 307 場，共計 1,196 場科技活動。
4. 研發成果收入：102 年度收入較 101 年度成長 130%。

(二) 卓越臨床試驗及癌症研究體系

1. 推動「卓越臨床試驗與研究計畫」，成立 5 家卓越臨床試驗與研究中心，包括 1 家國家級、4 家綜合或專科級。截至 102 年 12 月底，執行臨床試驗件數共計 896 件，包含國際臨床試驗計 401 件；國內臨床試驗計 277 件；醫師自行發起臨床試驗計 218 件。
2. 推動「建置癌症卓越研究體系計畫」，補助 8 家醫學中心及研究機構，進行國內癌症研究，截至 102 年 12 月底止，建立 44 項癌症分子檢驗技術及提供全國醫院及民眾 10,535 次癌症分子檢驗服務。

(三) 強化國家衛生研究

1. 國衛院新型流感疫苗研發：配合政府防疫需求，進行無血清細胞培養 H7N9 人用疫苗開發，102 年已完成第一階

段 H7N9 疫苗株馴化並選出優質疫苗株，刻正準備申請臨床試驗審查(IND)。H5N1 疫苗已與技轉廠商合作共同進行量產計畫，以提高 H5N1 疫苗品質與產率，並與其合作生產第二期臨床試驗用疫苗。此外，因應國內禽流感 H5N2 病毒流行，結合農委會家畜衛生試驗所、本部疾病管制署共同建立本土 H5N2 流感病毒流行病學資料，以利分析與研究。

2. 塑化劑對兒童之健康影響追蹤，經由 9 年之追蹤調查、分析 5 種塑化劑代謝物濃度資料，探討婦女產前與產後塑化劑暴露對其孩童之健康影響。分析發現婦女懷孕期間、學齡前幼兒因 DEHP 等塑化劑暴露，皆會提高孩童 8 歲時罹患喘鳴與氣喘之風險。將持續收集參與對象，以建立完整世代追蹤資料庫，深入探討塑化劑暴露對健康之影響。
3. 環境毒物與食品安全議題：國衛院國家環境毒物研究中心，除進行空氣污染、塑化劑等環境毒物健康危害之研究，並協助本部食藥署即時回應重大環安及食安問題。例如：該中心於 102 年因應「不鏽鋼超錳事件」、「棉籽油事件」及「銅葉綠素鈉事件」等，即時整理國內外文獻、提供相關參考資料與連結，供民眾查詢與學者專家連結引用，並陸續建立食品添加物著色劑類相關之使用規範與健康風險評估資料庫。
4. 開發抗肺腺癌候選藥物 DBPR112，國衛院研究團隊利用抑制上皮生長因子受器(EGFR)訊號之傳導途徑，發展第

二代 EGFR 標靶抗癌藥物，初步應用於肺腺癌之治療。於 102 年已進行其原料藥合成，刻正持續進行臨床前發展規劃。本技術獲得 102 年第十屆國家新創獎肯定，並公開徵求合作廠商。

5. 新創腦瘤奈米核醫藥物，由研發團隊結合奈米科學技術與核子醫學技術，發展出具有多種醫療功能之含金-198 標誌之放射性奈米金粒子(^{198}Au -GNP) 製劑，可用於腦瘤患者在同步化學放射治療前之治療，以彌補術後治療空窗期；另一方面能在同步化學放射治療時，發揮加成效果。已獲得澳大利亞、美國及我國發明專利。
6. 開發胰臟癌分子標記，能準確預測手術後復發率：研究團隊延續先前發現之 28 個預測胰臟癌病人術後存活率的基因指標，進一步將其濃縮為 6 個，並從中發現一嶄新之胰臟癌惡性蛋白-ASPM，為調控胰臟癌細胞 Wnt pathway 及癌幹細胞的重要因子。此重大發現能增加對胰臟癌疾病惡化機轉的了解，並作為預測胰臟癌病人預後的診斷工具，更可作為治療胰臟癌惡化及轉移的新穎分子標誌。
7. 身體功能衰退與肌少症為老化社會的重要醫療問題，國衛院藉由流行病學調查，並根據國際評估方式，建立我國老年肌少症的臨床診斷標準，並定義出我國肌少症診斷項目中肌肉質量、步行速度與手握力之切點。統計我國老年族群肌少症盛行率介於 3.9-7.3%之間。罹患功能衰與肌少症的老人有高的近期死亡率與嚴重且快速的失

能情況，藉由建立篩選標準，將有助於老化相關疾病之預防與治療策略的發展。

8. 針對幼兒服用抗生素或解熱劑與未來是否會增加其發生過敏免疫疾病之風險課題，利用健保資料庫進行系列探討；研究結果發現兒童出生一年內服用抗生素或解熱劑者，相較於出生一年內未服用者，有較高罹患異位性皮膚炎、氣喘以及過敏性鼻炎之風險。研究結果可提供臨床兒科醫師開立處方之參考，並提醒家長正確的用藥觀念，瞭解服用抗生素或解熱劑對嬰幼兒身體免疫以及生長發育可能的影響。
9. 國衛院兒童及青少年行為之長期發展研究計畫(CABLE)，追蹤 1,937 位自 8 至 9 年級階段（男女各半）之青少年。分析結果發現，父母監督高者（瞭解子女的活動安排及交友情況），持續吸菸風險低。學校中若有同儕吸菸，其開始吸菸與持續吸菸的風險也較高；而有參加校內社團者，停止吸菸機率較高。在社區層級方面，參與校外社會組織者，持續吸菸風險較高。研究建議應由不同社會結構角度來設計青少年吸菸防制策略，以降低其日後成為菸癮者的風險。
10. 為強化兒童健康與醫學研究之質量，國衛院於 102.11 成立「兒童健康研究組」，著手整理現有資源，建立合作機制平台。除持續進行包括：兒童及青少年行為之長期發展研究、醫療照護議題、環境毒物對兒童健康之影響，以及兒童重要感染疾病之研究與疫苗開發等各項研究

外，103 年起將新增嬰幼兒飲食、營養，及兒童健康行為發展之研究議題，以協助提升我國兒童之健康福祉。

(四) 推動中醫藥研究發展

1. 為強化中藥用藥安全，完成 15 種市售中藥材有機氯農藥殘留檢測調查及 29 種市售常用複方濃縮中藥之腎毒性研究；進行臺灣本土藥用資源之開發與應用，102 年完成大花咸豐草等 7 種臺灣本土中草藥植物抗發炎、抗腫瘤及抗病毒活性等研究。。
2. 賡續推動中醫藥衛生教育，提升民眾中醫藥正確就醫用藥知能。102 年共成立 10 家中醫藥安全衛生教育資源中心，擴及北、中、南、東區。辦理種子師資培訓活動共 17 場，計培訓 967 員，發展地方教材 50 種，辦理衛生教育宣導計 358 場次，參與人次達 21,000 人次。
3. 為建立中醫臨床辨證診斷術語標準化與共識，102 年完成 33 項辨證診斷術語及 34 項症狀術語之涵義與操作型定義；積極主辦及參與國際學術會議，與專家學者就中藥應用進行探討及意見交流。
4. 出版「臺灣中藥典圖鑑」、「中醫藥典籍探討-春夏養生藥膳食譜」及「中藥臨床應用」數位學習課程，提供各界參考使用，增進對中醫藥認識。
5. 執行自行整合研究計畫：包括「補陽還五湯對中風的療效研究」、「探討補氣方劑應用於腫瘤化療方面的輔助作用」等計畫；另辦理「慢性疾病之中西醫結合診斷與治

療研究」等委外臨床研究計畫。

八、參與國際社會

(一) 參與國際衛生組織辦理之會議及活動：

1. 本部暨所屬機關 102 年度派員參與國際會議或研習，共計 86 場，藉由專業參與，讓國際社會更加肯定台灣的醫療衛生實力，並建立我國國際人脈，開創後續合作機會。

(1) 出席「第 66 屆世界衛生大會」，大會主題為「如何確保衛生議題在下一代全球發展目標的定位」(How to ensure the place of health in the next generation of global development goals)，並與美國、日本、海地及歐盟等國家與組織進行雙邊會談，達成多項合作共識。

(2) 出席印尼於 102 年 9 月份舉辦之 APEC 健康與經濟高階會議，邱部長於會議針對「健康醫療體系再思考：第二代健保改革」(Rethinking Health Systems: Enacting 2nd Generation NHI) 主題發表專題演講，分享我國自 1995 年以來推動全民健保之經驗以及為因應財務挑戰而進行之第二代健保改革。

(二) 雙邊及兩岸國際衛生合作：

1. 辦理國際衛生合作計畫：長駐醫護人員提供當地民眾醫療服務、技術指導，並且協助進行各項公共衛生計畫與衛生教育推廣等活動，例如降低學童寄生蟲發生率，高

血壓、糖尿病等慢性病防治，以及婦幼衛生相關人員訓練等工作。

- (1) 102 年度「推展非洲地區國家衛生合作計畫」
- (2) 102 年度「駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心計畫」
- (3) 102 年度「駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫」

2. 辦理衛生官員雙邊會談：

- (1) 2013 年出席第 66 屆 WHA 期間(2013/5/20~5/28)，辦理雙邊會談 22 場，包括美國、日本、英國、澳洲、海地及歐盟等國家。
- (2) 邱部長陪同馬總統出訪中南美洲(賀誼專案)期間(2013/8/11-8/21)，與海地、巴拉圭、聖露西亞、聖文森、聖克里斯多福及尼維斯等 5 國衛生部長，就未來雙邊衛生交流合作進行會談。
- (3) 2013 年臺灣全球健康論壇期間(2013/11/22~11/24)共辦理雙邊會談 8 場，包括菲律賓、聖露西亞、迦納、歐盟、泰國及其他包括 FCTC、WMA、WFPHA、APHA 等重要國際組織與團體之代表。

3. 102 年度本部暨所屬機關之國際業務辦理情形：

衛生福利部	102 年度
外賓邀/參訪	共計 63 國 824 人次
國外參加國際會議或研習	共計 86 場
於國內舉辦國際會議	共計 18 場

4. 海峽兩岸醫藥衛生合作協議：

- (1) H7N9 禽流感事件，雙方依協議聯繫機制進行查證及確

認，取得陸方 H7N9 禽流感疫情相關資訊，並取得陸方病毒株，我方亦派專家赴陸瞭解疫情。

- (2) 102 年 4 月份於大陸湖南省張家界發生台籍旅客搭乘之遊覽車翻覆事件，透過協議緊急救治機制提供民眾更週妥之保障。

(三) 國際衛生援外計畫：

1. 臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫：102 年度共培訓來自 26 個國家共 140 人次之國外醫事人員。(迄今共培訓來自 46 個國家共 851 人次之國外醫事人員)。
2. 醫療器材援助平台計畫：102 年度完成海地、聖多美、巴拉圭等 5 件捐贈案共 253 件醫療器材。(迄今共完成 29 國 66 件捐贈案共 2,246 件之醫療器材)。
3. 我國協助海地地震災後重建計畫：102 年度共進行 4 人次之雙方人員互訪交流；捐贈災難預備包 2440 份、滅菌鍋 3 臺及離心機 3 臺及 24 種品項之醫療器材(其中包括麻醉機、X 光機、消毒鍋、嬰兒保溫箱等)；培訓 3 名海地醫護、實驗室與流行病學人員。(迄今共進行 34 人次之雙方人員互訪交流；捐贈 14 批醫療器材、醫藥與防疫物資；培訓 22 名海地醫護、實驗室與流行病學人員)
4. 臺灣國際醫衛行動團隊：接受日本亞洲醫師協會邀請，於 102 年 7 月 28 日至 8 月 2 日，前往斯里蘭卡執行白內障義診手術，共計服務 190 名病患。另，成立迄今已執行 19 次緊急人道醫療援助。

5. 推動 15 項醫衛合作與援助計畫項目：本部與外交部及 ICDF 共同推動包括：3 個常駐醫療團（聖多美普林西比、布吉納法索、史瓦濟蘭），8 項太平洋臨床醫療小組派遣計畫（馬紹爾、吉里巴斯、吐瓦魯、諾魯、索羅門、斐濟、帛琉、巴布亞紐幾內亞），南部非洲移動族群病患管理提升計畫。
6. 與國內外非政府組織(NGO 及 INGO)合作：國內 NGO 如臺灣路竹會、中華民國紅十字會、國立成功大學醫學院附設醫院、衛生福利部台中醫院等機構，102 年共執行 18 項海外援助計畫，包括路竹會(102 年國外義診共動員義工 258 名，看診人數 16,438 名)、與 INGO 日本亞洲醫師協會(AMDA)合作(102 年於斯里蘭卡進行義診，白內障手術人數 190 名)。

(四) 舉辦國際衛生會議及活動：

1. 102 年於國內舉辦之國際會議共計 18 場，藉由舉辦國際會議來增加台灣的知名度，讓國際社會更加了解台灣的醫衛實力，並開創更多國際合作的機會：
 - (1) 102 年 7 月 5 至 6 日辦理「APEC SARS 十週年-公共衛生緊急應變體系之創新、成就及永續發展研討會」，邀請 APEC 各會員體專家分享及探討十年來公共衛生及醫療體系之改革及進步，計有澳洲、汶萊、加拿大、智利、中國大陸、印尼、日本、韓國、馬來西亞、秘魯、菲律賓、泰國、美國及越南等 14 個 APEC 會員體

30 位代表、1 位英國代表及約 90 位國內公共衛生及醫療專家與會。

- (2) 102 年 11 月 22 至 24 日辦理「2013 臺灣全球健康論壇」，主題為“Health in All Policies”（同世界衛生組織第八屆全球健康促進大會的主題）；本屆論壇共計 24 國 66 位外賓參與，包括：9 位衛生部部次長，衛生部代表、醫衛官員、專家共 32 位，以及 25 位醫療衛生領導者，係自 2005 年開辦以來，與會部次長層級最高、參與之國際醫衛組織範圍最廣、參與國家最踴躍、國內外與會人數最多的一次。

貳、未來重要施政規劃

一、秉持公義福利原則，保障弱勢民眾需求

(一) 完善兒少服務體系，支持家庭照顧功能：

1. 落實居家托育服務法制化作業：研擬「居家式托育服務登記及管理辦法」草案，預定明(103)年 12 月 1 日起適用，只要提供居家式托育服務者務須向直轄市、縣(市)政府辦理登記，始能擔任保母人員，未辦理登記將違反「兒童及少年福利與權益保障法」規定，處新臺幣 6,000 元以上 3 萬元以下罰鍰，並要求限期改善，屆期未改善，則按次處罰。惟在子法尚未訂頒施行前，現行仍有機制可以針對保母進行督導管理，亦即藉由保母托育費用補助與托育管理實施計畫將全國 62 個社區保母系統約有 2 萬 5,000 名保母納管，定期接受直轄市、縣(市)政府之

查核、訪視輔導、在職研習訓練與媒合轉介等，積極保障受托兒童及家長權益。

2. 建置平價且質優之幼托照顧體系：規劃分階段協助各直轄市、縣(市)政府設置公私協力平價托嬰中心及公共托育資源中心/據點，提供社區民眾可近性之托育資源、臨時托育、喘息服務以及親職教養知能之諮詢等，協助父母能在家庭與職場間有所平衡，減輕父母育兒負擔，提供多元育兒服務選擇。
3. 落實兒少保護三級預防機制：賡續結合教育、醫療、民政、警政、戶政等基層系統發掘兒虐高風險家庭，建構高風險家庭篩選轉介機制，落實「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，以強化風險預防工作，並積極輔導各級政府結合民間資源，從風險預防、通報處遇、評鑑考核等三大面向推動相關保護措施。
4. 賡續加強兒童及少收出養服務監督與管理機制：為避免販嬰情事發生，落實推動「兒童及少年福利與權益保障法」有關收出養規定，除了一定親屬間之收養外（旁系血親在六親等以內及旁系姻親在五親等以內輩分相當或夫妻之一方收養他方子女），收出養的媒合都必需委託經許可之機構或財團法人代為辦理。另為與國際接軌，依海牙國際收養公約之精神，增加兒童及少年有出養必要時，「應以國內收養人優先收養為原則」的規定，以維護兒童及少年最佳利益。
5. 賡續督導地方政府委託民間團體推展家庭寄養服務，並

輔導兒童及少年安置教養機構加強辦理安置輔導業務，為家庭遭重大變故、失依、貧困或需受保護之兒童少年個案提供安置教養服務，102 年度寄養家庭數計 1,278 戶，與兒少安置教養機構計 126 所。

6. 持續推動兒童及少年安全實施方案，定期檢討方案目標及預期績效總指標，召開兒童及少年事故傷害防制協調會議，強化跨部會橫向協調，推動兒童及少年事故傷害防制，以建構兒少安全的成長環境。

(二) 加強婦女培力、自立與發展

1. 積極推動基層婦女及在地婦女團體之培力訓練，建立各項交流平台，加強公、私部門之互動與溝通，強化女性參與社會及公共事務之機會與管道，建構婦女支持網絡，提升婦女組織發展量能。
2. 加強婦女生活狀況調查、婦女相關議題及統計之研究發展，建構以婦女為中心之整合性福利服務輸送體系，讓不同生命歷程婦女之不同需求，皆能有效獲得滿足，減少社會排除，創造婦女平等發展機會。

(三) 積極落實照顧特殊境遇家庭

因應社會與民眾需求，適時檢討修正「特殊境遇家庭扶助條例」，照顧特殊境遇家庭，提供適當必要扶助，協助解決生活困難，增進社會適應力。另加強實施單親家庭之各項服務措施，本部持續督導縣（市）政府進行轄

內單親家庭之需求評估、資源盤點及福利方案整合，以建構更具效能、便民的單親家庭社區支持網絡。

(四) 擴大辦理社區型家庭福利服務中心

持續推動家庭支持服務中心競爭型計畫，積極輔導縣(市)政府進行轄內相關家庭福利服務中心、福利方案之整合作業，建置社區型家庭福利服務中心，推動預防性、支持性及社區性的家庭支持服務。同時與縣市政府合作發展出屬於本土化的服務模式，使政府服務更能貼近台灣民眾所需。

(五) 加速整備長期照顧服務資源，建構綿密服務網絡

1. 因應高齡社會之失能老人照顧需求，積極加強拓展及整備長期照顧服務資源，完善服務輸送體系，並落實督導考核機制，提升各直轄市、縣市政府執行效能與長期照顧服務品質。
2. 增加社區照顧關懷據點普及性與可近性，鼓勵社區組織投入據點服務工作，綿密社區初級照顧網絡，並結合社政、衛政及教育資源，在社區照顧關懷據點推動多元化的健康促進與創新服務方案，提升據點服務品質及量能，擴大服務成效。
3. 本部針對老人福利機構資源缺乏地區優先補助民間設置，並持續補助機構充實設施設備及專業人員服務費，並加強各類專業人員訓練，提升機構照顧品質及服務量

能。另持續督請地方政府透過定期輔導查核及評鑑機制，促進機構永續經營，確保服務品質，進而提供外展服務，加強與社區間之互動與連結，以達資源共享與互惠，並增進民眾對機構照顧之認識與支持。

(六) 賡續推動身心障礙者需求評估新制

為使身心障礙者及大眾了解新制施行之立法意旨、需求評估之內涵，將持續進行多元宣導，並提供新制之諮詢服務，未來將依法協同各地方政府針對申請、重新鑑定之身心障礙者辦理新制作業，並持續針對新制之相關流程、工具等作業方式，辦理驗證、測量、修正，以維護身心障礙者應有權益。

(七) 保障弱勢族群經濟生活，擴大照顧弱勢範圍

本部定期檢討社會救助規定及建立福利津貼調整機制，使弱勢民眾的基本生活獲得合理且妥善的照顧。另積極落實社會救助法新制，擴大弱勢照顧範圍，強化自立脫貧措施及社會參與管道，建立社會救助通報機制，結合民間資源提供實物給付服務，持續辦理急難民眾緊急救援紓困，加強照顧經濟弱勢族群，健全社會安全網。

(八) 完善社工專業制度，增強社工服務質量

充實地方政府社工人力，將於 101 年至 105 年進用 1,096 名正式編制社工員；並於 106 年至 114 年以約聘社工人

力出缺即進用正式人員方式，納編 394 人，以強化社會工作服務量能，提升社會福利服務品質，本部自 100 年度起已編列預算，補助地方政府積極增加社工人力，未來將持續補助，並協助地方政府修改組織編制進用正式社工人力。

(九) 提升社區互助機制，推展志願服務資源

1. 本部為能提升社區互助機制，強化社會福利社區化，推動社區自主創意，加強社區資源與需求的連結，建構在地化互助關懷體系，創造溫馨幸福之家園。並強化家庭及社區功能，結合社會福利體系與社區發展工作，整合社區內、外資源，建立社區福利服務網絡，以確保福利服務落實於基層，並朝社區發展法制化推動。
2. 整合衛生保健及社會福利志工，推展志願服務人力資源，透過賡續辦理志工訓練及獎勵表揚，號召社會大眾共同投入志願服務的行列，以提高公共事務效能並增進社會公益。

(十) 修正公益勸募條例，強化勸募輔導工作

為因應社會變遷，健全勸募輔導工作，將賡續聽取各方意見，積極尋求修法共識，以早日完成修法工作。另為縮短勸募案件審查時程，提供勸募團體申請之便利性，本部刻正研擬新增線上申請功能，期能透過此服務之開辦，簡化申請程序，提升作業時效。

二、精進醫療照護體系，提升醫療照護品質

(一) 建立醫療事故救濟制度：

為促進醫病關係和諧，改善高風險醫療科別執業環境，並提升醫療服務品質及病人安全，研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」。行政院業於 12 月 18 日將前開草案送請立法院審議，草案內容以「促進病人權益」之核心精神，「調解前置機制」、「提供及時補償」、「建立事故通報及除錯」三大主軸，達到促進醫病和諧關係，營造醫病雙贏局面。該二草案大院已於 102 年 1 月 3 日、1 月 7 日、1 月 9 日、4 月 1 日、4 月 3 日及 10 月 24 日進行逐條審查。其中，醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案全文已在大院社會福利及衛生環境委員會審查通過 40 條、保留 17 條。

(二) 健全急、重症照護網絡，減少品質落差

1. 朝向 104 年各縣市至少一家重度級急救責任醫院目標，強化全國急、重症照護品質與就醫可近性；落實醫學中心支援醫療資源不足地區緊急醫療照護。
2. 提升急診轉診品質，落實在地醫療及分級就醫，解決部分醫院急診壅塞問題。
3. 推動公共場所設置 AED，普及全民急救教育；加強培訓救護技術員，強化到院前救護效能。

(三) 輔導設置兒童醫院：

1. 臺灣兒童醫療面臨少子化，設置兒童醫院能使兒科病例「集中化」，有助於提升兒科急重症醫療品質；又依據國外的資料顯示，兒童醫院的表現比醫學中心的兒科為佳，因此，兒童醫院能提供兒科病人更完整的醫療照護，設置兒童醫院確有其必要性。
2. 本部已於 102 年 3 月 27 日公告修正關於兒童醫院之「醫療機構設置標準」，以及公告「兒童醫院評核作業程序」及「兒童醫院評核標準」，以利醫院申請評核成為兒童醫院。
3. 本部將再修訂適合兒童醫院評定之「重度級急救責任醫院」評定標準、「兒童癌症診療品質認證基準」及「醫學中心任務指標基準」，並將於 103 年進行試評，預計於 104 年正式實施「兒童醫院評鑑」作業。

(四) 持續推動病人安全事務：

運用病人安全通報系統分析資料，藉由辦理病人安全相關活動以及醫療品質教育訓練，敦促醫療院所加強辦理品質改善與病人安全之作業，並且強化民眾參與。同時積極輔導基層醫療院所，推動醫療品質及病人安全之工作目標，以保障民眾就醫之安全。

(五) 精進醫院評鑑制度：

針對醫院評鑑基準醫事人力項目、醫院評鑑資訊化與持

續性監測指標、評鑑委員遴選制度，以及鼓勵特色醫院、友善環境等，持續進行研修作業。

(六) 強化中西醫事人力資源管理與培訓品質：

1. 持續辦理西醫師一年期與各類醫事人員二年期畢業後一般醫學訓練計畫。
2. 為均衡專科醫師人力，重新檢討各專科容額，規劃將容額總數由 1,670 名縮減至 1,550 名。配合醫學系學程改革，重新檢討醫師人力規劃與畢業後一般醫學訓練計畫。
3. 推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，改善中醫臨床訓練環境，建立中醫師臨床訓練制度，促進中醫醫療機構健全發展。
4. 持續辦理中醫醫院評鑑，確保中醫醫療照護品質，檢討中醫職類教學醫院評鑑，提昇中醫臨床訓練品質。

(七) 推展自由經濟示範區國際醫療產業：

1. 推動醫療服務國際化與國際健康產業園區。
2. 行銷台灣優質醫療及健保制度之國際品牌形象。

(八) 改善護理執業環境：

1. 改善護理人力配置、醫院護病比、薪資及勞動條件，逐步推動優質護理職場醫院指標建構。
2. 辦理護理人力回流計畫，建置護理人員重返職場輔導平台，藉以增加護理就業人力資源，並建立護理輔助人力

制度。

3. 強化護理專業、領導能力及正面形象，並加強護理教、考、用的相互配合及接軌。

(九) 強化原住民及離島地區醫療保健服務：

1. 建構偏鄉數位資訊醫療照護網：由數位資通訊建設、遠距醫療與遠距健康照護、及個人健康資料雲端化等三大主軸，建構國際級偏鄉數位資訊醫療照護網，以達成提供偏鄉民眾整合性、可近性與連續性之數位醫療健康照護服務。
2. 提昇醫療照護：落實醫療在地化，並以空中轉診輔助，提供遠距醫療服務，賡續辦理健保 IDS 推動，以提供原住民及離島地區多元醫療照護，並提昇服務品質。
3. 強化醫療設備（擴及平地原住民鄉衛生所）：辦理衛生所室重擴建，推動醫療資訊化，補助醫療儀器設備助及建置行動醫療車，以充實在地醫療所需資源。
4. 充實醫事人力：培育養成公費生(101-105 年)，辦理醫事人員繼續教育，開業補助新增補助藥事及護理等醫事機構，以充實當地醫事人力，並提升其醫療照護能力。
5. 部落健康促進：賡續辦理部落健康營造，推定衛教教材族語化，加強慢性病防治，培育衛生小天使，結合當地人文特色，降低健康不均等現象，使當地亦能享有平等的健康權。

(十) 身心障礙鑑定與需求評估新制推動：

1. 依據身心障礙者權益保障法第 14 條及第 106 條規定，研擬「無法減輕或恢復，無須重新鑑定之障礙類別」及「持永久手冊者，須重新鑑定之條件」，預計 103 年 3 月完成草案，103 年 7 月公告。
2. 檢討及追蹤新制執行情形，以滾動方式修正「身心障礙者鑑定作業辦法」及「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」。
3. 持續建置並維護鑑定人力資料庫，並提供主管機關查詢；持續辦理鑑定人員教育訓練，確保鑑定人員品質。

(十一) 健全長期照護服務體系：

1. 積極推動長照服務網計畫，發展普及且在地資源：
 - (1) 建置偏遠地區居家式服務據點，均衡區域長照資源，預計 103 年完成 89 個據點，持續辦理輔導作業提升服務品質。
 - (2) 建置 63 次區均有社區失智服務；於 104 年底完成 63 次區床位數均達每萬失能人口 700 床。
2. 建構家庭照顧者支持網絡，提供諮詢服務；擴大培訓長期照護各類專業人力，持續開辦長照基礎訓練課程及整合課程。
3. 積極推動長照服務法完成立法，研擬訂定相關子法。

(十二) 促進全民心理及口腔健康，提升民眾幸福感

1. 加強心理健康服務方案，強化自殺防治策略與作為
 - (1) 加強心理健康促進服務方案及建立心理健康網：推動國民心理健康促進計畫，辦理民眾心理健康促進方案，結合行政機關、心理健康照護機構及民間機構團體，建立心理健康服務網絡，進行多元宣導，讓全民認識並重視心理健康促進活動。
 - (2) 強化自殺防治策略及作為：針對各族群、場域自殺之趨勢分析、問題剖析及需求評估，積極研議具體因應對策及作為，以強化自殺防治網絡工作，提升政府機關間自殺防治工作之整合效率。
2. 強化精神疾病防治、提升精神病人照護品質
 - (1) 以衛生局作為整合監督窗口，統合各層級醫院，持續加強精神病人之緊急就醫、住院治療、出院準備、社區精神復健及追蹤關懷服務。
 - (2) 督導縣市政府執行社區精神病人照護計畫，精進社區精神病人個案管理、追蹤關懷及就醫、就學、就業及就養之資源連結服務；針對無法規律門診或服藥遵從性差之社區精神疾病患者，提供「居家治療」及「強制社區治療」。
 - (3) 為強化精神病人通報及關懷機制，持續進行「精神照護資訊管理系統」、「身心障礙手冊平台資料」二系統之勾稽比對，並強化各直轄市、縣(市)府衛生局之精神疾病個案訪查。
3. 提升戒癮治療服務量能及可近性

- (1) 持續補助替代治療及酒癮處遇服務方案費用，減少毒癮及酒癮者戒治就醫經濟障礙，強化戒治意願。
- (2) 盤點全國民間戒癮機構、團體資源，並整合民間服務資源，充實藥、酒癮者社會復健服務。
- (3) 持續督導縣市政府鼓勵醫療機構提供藥、酒癮治療服務，以增加戒癮治療之服務量能及可近性。
- (4) 賡續檢討研修藥癮之臨床治療指引，訂定酒癮治療之臨床指引，積極辦理酒癮治療人員教育訓練，提升治療人員專業知能。

4. 充實特殊族群處遇量能，精進處遇治療品質

- (1) 督導直轄市、縣(市)地方政府向地方法院倡議提升加害人處遇計畫裁定率，以促使加害人接受妥善之處遇治療，減少再犯；發展家庭暴力相對人自願性服務方案；增設性侵害加害人刑後強制治療指定處所。
- (2) 提升家庭暴力及性侵害被害人驗傷採證及身心治療服務量能及專業人員知能，以保護被害人權益，降低傷害；強化處遇人員教育訓練及發展處遇人員督導制度，以增加處遇人力資源及提升處遇品質。
- (3) 積極發展加害人本土化處遇模式及成效評估工具。

5. 精進牙醫訓練品質，建構身障者服務網絡：

- (1) 二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫：建構良好之教學環境，提升醫事人員之知能。
- (2) 身心障礙牙科醫療服務：以示範中心結合現有身心障礙牙科醫療服務網絡承作醫院及縣市衛生局資源，獎

勵 1 縣市 1 家身心障礙牙科門診服務醫院，建構可近性之服務網絡，並加強身心障礙者牙科醫療之牙醫師及輔助人員教育訓練，提升醫療品質。

(十三) 提升部立醫院服務品質

1. 持續推動中期照護服務。
2. 配合衛生福利整合，持續關懷弱勢族群（中低收入戶健康管理計畫）之醫療照顧，並配合施政政策，提供民眾所需之醫療服務，如：傳染病防治、類流感門診、協助法務部戒毒反毒工作等。。
3. 發展醫療影像判讀系統雲端化，擴充判讀服務效能及能量。
4. 規劃成立部醫種子醫院，與鄰近部醫形成垂直醫療合作網絡；建構部醫與 13 家社福機構間之醫療服務、預防保健、全人照顧之合作網絡。。

三、健全社會保險制度，強化自助互助機制

(一) 永續發展全民健保，提升全民健保資源使用效能

1. 持續推動二代健保，進行滾動式檢討改善：
 - (1) 二代健保實施後，滿意度雖曾下滑，但 102 年 10 月之調查已回升至八成，顯示二代健保改革已漸受民眾接受，惟因應社會輿論的不同看法，本部已邀集跨領域之學者，組成「二代健保總檢討小組」進行檢討，預定於今(103)年 4 月後提出整體檢討報告。

(2) 本部除了對二代健保實施成效持續滾動式檢討與改善外，對於「二代健保總檢討小組」即將提出的檢討建議，將詳加研議，並聽取各界意見，據以提出改善方案，啟動下一階段的健保改革規劃，以提供民眾安心就醫環境，確保健保永續經營。

2. 落實收支連動機制，穩定健保永續經營：

由於補充保險費收入之挹注，103 年健保費率經健保會審議，並經行政院核定，同意維持現行費率 4.91%，估計在 105 年底以前，健保安全準備不會發生短絀。本部及健保署仍然會努力進行各項開源節流措施，設法維持財務穩定，使健保資源作最有效之運用。

3. 提升醫療服務效能，強化健保之資訊透明：

持續推動各項抑制資源不當耗用之改善方案，提升醫療服務效能，減少醫療浪費，建立民眾珍惜醫療資源的觀念；另除持續擴大品質資訊公開，提供民眾就醫參考，另依據全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法規定，102 年領取超過 6 億元醫療費用之 107 家(推估)醫院，須於 103 年提報財務報告，保險人將於 103 年底前，公開院所提報之 102 年財務報表，以達共同監督健保業務之效益。

(二)強化國民年金制度，健全老年經濟安全保障體系

1. 賡續檢討國保給付資格條件，辦理國保財務精算及費率調整作業，使國保制度更臻完善健全。

2. 賡續強化國保繳費率提升措施及宣導，以提高民眾繳費率；督導勞保局辦理國保欠費催收工作，提醒民眾保障自身權益。
3. 加強機關間資料比對及回饋，並透過死亡通報機制減少溢領給付。

(三)推動長期照護保險，建構長期照護風險分攤機制

1. 持續推動長期照護保險立法，進行長期照護保險細部規劃；並將依貴委員會上會期通過之臨時提案，於今年 10 月前將長期照護保險法草案報行政院。
2. 加強辦理溝通宣導，以尋求社會各界共識。

四、完善防疫監視系統，強化防疫應變能力

(一) 持續防範流感及新興傳染病整備：

1. 持續監測國內流感疫情，加強辦理流感疫苗接種作業，妥適儲備抗病毒藥劑，督導加速 H7N9 流感疫苗之研發。
2. 持續嚴密監視國際疫情發展，適時調整防疫作為。
3. 維持個人防護裝備之全國三級庫存（中央、地方及醫療院所）達 100%安全儲備量。
4. 持續與農政單位合作加強禽流感、狂犬病疫情之防範與相關從業人員健康狀況之調查與監測。
5. 持續推動多元管道之衛教宣導。

(二) 落實本土疫病防治：

落實執行結核病十年減半防治策略、積極推動愛滋病多元防治方案，以及賡續辦理三麻一風、肝炎、腸道傳染病之防治計畫。

(三) 善用國家疫苗基金：

持續爭取穩定且多元之疫苗基金財源，期能依規劃期程，於 104 年將肺炎鏈球菌疫苗納為幼兒常規接種，並依傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)之建議，逐序推動 65 歲以上長者接種肺炎鏈球菌疫苗及改用細胞培養之日本腦炎疫苗等新政策，全面提升國民免疫力。

(四) 落實感染控制措施與實驗生物安全管理：

1. 加強執行健康照護機構之感染管制、細菌抗藥性監測與抗生素管理計畫。
2. 提升實驗室生物安全自主管理，推動實驗室生物風險管理計畫。

五、確保食品藥物安全，建構健康消費環境

(一) 強化並積極推動食品衛生管理策略：

1. 落實食品添加物源頭管理，包括「進口分流」、「製造分區」及「販賣分業」之「三分策略」，防堵不當化學物質流入食品，並優先公告單方或複方之食品添加物製造、輸入或販賣業者須依法強制登錄，建立完善之食品添加物管理體系。

2. 建構食品供應來源與流向之追溯追蹤系統，落實食品業者自主管理之精神及責任，藉以保障國人健康及消費者權益。
 3. 持續檢討國內食品標示相關規範，參酌國際法規、消費者議題、產業型態，研擬與修正食品內容物主成分標示及食品中所含香料標示等相關規定。
 4. 新食品衛生管理法上路後展開十大改革行動方案，刻正研議及啟動相關子法規及公告事項，並結合地方政府，建立垂直及橫向聯結的食品安全網，全面落實推動新食品衛生管理法，強化食品安全管理體制。
- (二) 加強藥物與化粧品管理，架構產品安全監測網絡，並增進國際合作交流與人才之培育，以健全產品流通體制；鼓勵學名藥全球化，促進國內生技產業發展，並推動原料藥分品項、分階段實施原料藥主檔案(DMF)制度，同時制定新興生技藥品管理之特殊新藥法規，亦提升台灣藥品臨床試驗國際競爭力，以加速生技產業發展，確保國人迅速得到安全、有效之藥物治療。
- (三) 加強取締違規廣告，全面掃蕩不法藥物，落實「偽劣假藥聯合取締小組」之跨部會合作機制，發現業者不法行為，即時與當地之檢察機關共同合作進行搜證，爭取辦理時效，加強宣導正確用藥觀念，有效打擊不法。

(四) 強化中藥安全

1. 落實中藥材邊境管理措施，保障市售中藥產品衛生安全品質。
2. 加強中藥品質管理及監控，檢討及增修中藥材含異常物質之限量標準。
3. 賡續推動「建構中藥用藥安全環境第二期（2010-2014）計畫」，保障消費者用藥安全。

六、創建安心健康環境，提升國民幸福指數

(一) 健康的出生與成長：

1. 營造健康生育環境：
 - (1) 導正性別失衡：持續監測出生性別比，並加強兩性平等平權宣導、醫事人員醫學倫理教育；強化源頭之試劑與檢驗管理。
 - (2) 代孕生殖立法。
 - (3) 修訂人工生殖機構許可辦法。
2. 強化婦幼預防保健服務：
 - (1) 孕產婦全人照護：為降低導致嬰兒主要死因的先天畸形發生，未來對於一般(非弱勢族群)的高齡或高風險孕婦，提高產前遺傳診斷補助額度，減輕育齡家庭經濟負擔；弱勢族群將全額補助。另因應少子化衝擊，規劃檢討更新現行孕婦產檢預防保健；將持續結合衛生、醫療、福利、民間團體及跨部會力量，提供孕產婦及嬰幼兒全人全程全家之健康促進，提升母嬰健康。

- (2) 規劃健康新世代計畫：規劃新婚夫妻健康檢查及諮詢、懷孕登錄等，並整合於衛福部送子鳥計畫。規劃針對經濟弱勢之孕婦於懷孕 4 個月接受產檢並完成懷孕登錄，生產後進行母嬰社區關懷追蹤訪視服務，藉此結合福利、醫療與衛生專業，守護弱勢家庭的下一代，許一個平安健康的新起點。
- (3) 新生兒健康：持續提升純母乳哺育率；加強新生兒聽力篩檢。
- (4) 口腔衛生：規劃 103 年全面推動國小一年級入學學童窩溝封填服務。
- (5) 近視防治：研議視力指標、加強衛教宣導、建立監測體系、強化研究及跨部會合作。

(二) 健康的高齡化：

- 1. 持續輔導國內醫療院所參與高齡友善健康照護機構認證，並加強推廣至長期照護機構。
- 2. 持續推動高齡友善城市，並加強宣導倡議活動；推廣社區長者參與健康促進活動。
- 3. 強化癌症及重要慢性病防治服務與體系發展：
 - (1) 成立縣市健康關懷管理中心 (call center)，主動對癌症篩檢困難個案提供關懷諮詢；另強化監測四癌篩檢品質指標，以提升及確保篩檢品質。
 - (2) 強化癌症診療品質，針對重大癌症訂定關鍵品質指標與目標，以有效改善預後；規劃癌症病人就醫領航計

畫，提升 3 個月內正確就醫率。

- (3) 推動慢性病人全人健康管理計畫、COPD 疾病管理計畫。

(三) 健康生活與健康社區：

1. 推動菸、檳榔危害之防制：

- (1) 持續推動二代戒菸服務。
- (2) 檢討與調整菸害防制法修法及菸品健康福利捐。
- (3) 推動跨部會檳榔防制政策及建立無檳榔支持環境。

2. 推動健康飲食、規律運動與肥胖防治：

- (1) 辦理健康體重管理計畫。
- (2) 監測與改善社區致胖環境。

3. 推動健康場域：

- (1) 積極推動健康照護機構參與健康促進醫院，國際認證與相關活動。
- (2) 持續推動健康促進學校認證。
- (3) 持續營造醫療衛生夥伴關係。

(四) 關注弱勢健康，縮小健康不平等：

1. 提昇身障及弱勢者口腔健康。
2. 提供 55 至 64 歲原住民每年一次成人預防保健服務；補助原住民族地區、離島、中低收入戶及低收入戶青少年接種 HPV 疫苗。
3. 持續加強罕見疾病病人基本醫療權益及費用補助，強化

罕見疾病通報與登錄。

4. 精進發展遲緩兒童之篩檢發現與聯合評估服務體系。
5. 研撰健康不平等報告：檢視縣市、族群之健康差異、發掘健康不平等狀況，以進一步介入改善。

(五) 建置健康監測體系：

1. 辦理各生命週期重要健康指標之健康監測調查，如國民健康訪問調查、國民營養調查等，建置視力、事故傷害及先天性缺陷之監測體系，並強化監測資料之分析與應用。
2. 持續與美國 CDC 合作進行監測調查，並擴展與英國 UCL IHE(UCL Institute of Health Equity)之合作關係。

七、發展醫藥衛生科技，促進相關產業發展

- (一) 103 年起，推動新一期的臨床試驗競爭力提升計畫(103-105 年)，鼓勵創新之 PI-initiated 臨床試驗與研究，協助國內產業開發相關藥品及醫材產生之臨床試驗，建構台灣成為亞洲最具競爭力之臨床試驗中心。
- (二) 結合臨床與基礎醫學，從事創新性轉譯醫學研究，研究執行醫藥衛生實證研究與政策建言
- (三) 建立醫藥衛生合作，增進研發能力及研究成果應用價值，建立技術轉移及智慧財產的發展機制，推動醫藥生技產業起飛。
- (四) 加強中醫藥轉譯醫學研究與技術移轉；強化國際合作與

人才培育及交流。

八、深化國際組織參與，拓展國際衛福合作

(一) 參與衛生福利相關之國際組織：

1. 推動加入 WHO 及有意義的參與
 - (1) 積極爭取參與 WHO 技術性會議、活動及重要機制。
 - (2) 拓展鄰近國家之人脈，爭取參與 WPRO 之機會。
 - (3) 扶植國內醫藥衛生團體，拓展與國際非政府組織之合作。
2. 積極參與 APEC 衛生工作小組運作
 - (1) 推動區域性國際會議在我國舉行。
 - (2) 鼓勵參加 APEC 下與衛生議題相關之各式會議與活動，並於衛生工作小組持續推動提案計畫。
3. 積極參與其他衛生福利相關國際組織之會議與活動，如在臺舉辦「臺灣全球健康論壇」及參與「加斯坦歐洲衛生論壇」等。

(二) 推動雙邊及兩岸衛生福利之合作與交流：

1. 辦理雙邊衛生官員會談。
2. 辦理臺灣衛生中心計畫。
3. 積極落實「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之執行。

(三) 國際衛生福利之援外計畫：配合我國外交政策，提供醫療援助、緊急人道援助，並協助培訓醫療衛生人員。

1. 醫療器材援助平台計畫、臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫。
2. 臺灣國際醫衛行動團隊。
3. 建立與國合會的國際醫衛援助最佳夥伴關係。

(四) 培育國際衛生福利人才

1. 爭取前往國際組織或國外之政府機關受訓、研習。
2. 獎勵國內大學院校開設國際衛生福利相關學程。
3. 積極向教育部爭取公費留考國際衛生福利相關學門之員額。
4. 持續培育醫療替代役男赴海外執行公衛醫療計畫。

參、本會期優先之立法計畫

本部於上會期多承 大院協助，通過多項重要之法律案，對本部業務有甚大助益，^{文達}在此虔表謝忱。本會期預定請大院優先審議之法案計有長期照顧服務法草案、醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案、菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案、兒童及少年性交易防制條例修正草案、傳染病防治法第 2 條、第 23 條修正草案。尚祈 大院鼎力支持於本會期優先審議，早日完成立法程序，以應本部業務需要。