

立法院第 8 屆第 8 會期
社會福利及衛生環境、財政二委員會第 1 次聯席會議

菸品健康福利捐分配運用之工作
成果與檢討
(書面報告)

報告人：衛生福利部部長 蔣丙煌

報告日期：中華民國 104 年 11 月 11 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院針對「菸品健康福利捐分配及運作辦法」召開審查會議，^{丙煌}承邀列席報告，深感榮幸。

為防制菸品之危害，維護國民健康是衛生福利部的職責，本部提出「菸品健康福利捐分配運用之工作成果與檢討」專案報告說明，敬請各位 委員不吝指教：

壹、菸品健康福利捐之用途

依菸害防制法第 4 條第 4 項規定：「菸品健康福利捐應用於全民健康保險之安全準備、癌症防治、提升醫療品質、補助醫療資源缺乏地區、罕見疾病等之醫療費用、經濟困難者之保險費、中央與地方之菸害防制、衛生保健、社會福利、私劣菸品查緝、防制菸品稅捐逃漏、菸農及相關產業勞工之輔導與照顧。其分配及運作辦法，由中央主管機關及財政部訂定，並送立法院審查。」

99 至 103 年菸品健康福利捐每年收入約為 320 億元，因吸菸人口數逐年降低，預估 105 年菸捐收入約為 305 億元，依「菸品健康福利捐分配及運作辦法」（下稱本辦法）第 4 條規定，菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之 1%，由行政院農業委員會依年度，預算程序編列，其餘額依下列比率分配之：70% 供全民健康保險之安

全準備、5.5%供癌症防治之用、4%供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質之用、2.5%供補助醫療資源缺乏地區之用、2%供罕見疾病等之醫療費用之用、6%供補助經濟困難者之保險費之用、3%供中央與地方菸害防制之用、3%供中央與地方衛生保健之用、3%供中央與地方社會福利之用、1%供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。菸品健康福利捐獲配單位包括：農委會、財政部及衛生福利部醫事司、照護司、心口司、科技組，以及所屬健保署、疾管署、健康署。

貳、菸品健康福利捐管理：

- 一、依菸害防制法第 4 條第 4 項後段之規定，菸品健康福利捐分配及運作辦法，由中央主管機關及財政部訂定，並送立法院審查。
- 二、「菸捐」與「菸稅」均為政府收入，其預算、執行與決算，均須依政府法令辦理、受相關機關法令監督，但捐與稅有兩個不同處，第一，「捐」係「專款專用」，依法定用途分配，其目的與流向清楚，衛生福利部並將經費執行結果公布於網站，接受透明化監督，亦是因此，外界能詳查明細，提出意見與批評；至於「稅」，則依體制係流入“大水庫”，統籌分配到各部會預算中，無從區分來源與流向，亦無從檢討與批評。第二，「菸捐」與「菸稅」之法源依據與主管機關不同；菸

捐依菸害防制法，主管機關是衛福部，菸稅依菸酒稅法，主管機關是財政部。

三、菸品健康福利捐獲配單位撥付基金包括：健保基金402專戶(健保署)、健保紓困基金403專戶(健保署)、醫發基金(醫事司)、疫苗基金(疾管署)、社會福利基金、菸害防制及衛生保健基金(健康署)、醫發基金(醫事司)，有關各基金預算編製與執行、決算編造、會計事務處理及國庫事務處理，係依預算法、會計法、決算法、審計法、國庫法及相關法令規定辦理。

四、菸品健康福利捐用途均為提供民眾預防保健與健康照護，以及菸害防制，有關補助民間團體推動業務僅占菸捐總經費萬分之1.4，其補助均依據中央政府各機關對民間團體及補(捐)助預算執行應注意事項、衛生福利部補(捐)助款項會計處理作業要點，以及菸害防制及衛生保健基金審議作業要點等規定，菸捐使用均須將原始憑證連同收支明細表，彙送機關審核，並按季於機關網站公開，且年度補助報表均依規定陳報上級機關、行政院主計總處及審計部。

五、為使菸品健康福利捐之運用公開透明化，並降低外界質疑，於本辦法第5條增訂各受分配機關以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐；建立外部監督考核機制，及受分配機關於網站公開，年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項及受

補（捐）助單位名稱與金額等相關資訊，以使菸品健康福利捐之使用管理，臻於完善。

參、菸品健康福利捐辦理成效及調整後擬強化重點

一、健保安全準備部分：

- (一)菸捐分配健保安全準備，大幅減輕民眾保費負擔，健保財務多年來因收支結構性失衡而出現短差，受益於菸捐分配收入之挹注，縮小健保財務缺口，使原應於 93 年調漲健保費率之期程得延至 99 年。截至 103 年底，13 年間菸捐分配健保安全準備收入累計達 2,171 億元，協助全國民眾及雇主減輕約 4% 保費負擔。
- (二)自 98 年起，菸捐每年分配 4% 補助經濟困難者之保險費，100 年提高為 6%，截至 103 年底累計補助金額達 97 億餘元。以 103 年為例，該年度約有 28 萬名中低收入戶及經濟困難者藉由菸品健康福利捐協助繳納部分健保費，適時減輕弱勢民眾之經濟負擔及就醫財務障礙。
- (三)過去 50 年流行病學研究顯示吸菸造成癌症、中風、心臟病、氣喘等數百種疾病。根據已發表的醫學文獻，顯示菸害造成的疾病醫療費用約占各國醫療費用的 10%(6-15%，中推估 10%)，菸捐分配金額將持續挹注健保安全準備。

二、補助經濟困難者健保費用：

- (一)自 98 年至 103 年底累計補助金額達 97 億餘元。以 103 年為例，該年度約有 28.1 萬名中低收入戶及經濟困難者藉由菸品健康福利捐協助繳納部分健保費，適時減輕弱勢民眾之經濟負擔及就醫財務障礙。
- (二) 目前因經濟景氣尚未完全復甦，失業者人多，其健保之欠費金額亦隨之上升，本署基於政府照顧弱勢者之考量並保障弱勢民眾安心就醫權益，本項經費將可協助經濟困難者減輕繳費壓力並順利脫貧。

三、預防醫學部分與臨床醫學部分：

(一)預防醫學部分：

- 1.99 年起成立疫苗基金，藉由菸捐之挹注，加速新疫苗的提供，提高民眾免疫力。
- 2.由於菸品健康福利捐的挹注，疫苗基金得順利運作，並加速新疫苗導入，提高幼童健康保障。
- 3.99 年實施幼兒常規接種五合一疫苗，取代傳統三合一疫苗，不但增加對 b 型嗜血桿菌的保護，且降低接種後副作用，減少挨針次數，大幅提升接種便利性及品質，每年接種人次約 80 萬，至 104 年受益人次達 480 萬。
- 4.98 年起提供小一學童接種減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗 (Tdap)，增加學童對百日咳的保護力。100 年再改用減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap-IPV)，提升接

種便利性，每年接種人次約 22 萬，至 104 年累計受益人次約 150 萬。

5. 98 年起逐年擴大幼兒結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)接種對象，陸續納入 5 歲以下高危險群、經濟弱勢幼兒以及全國 1-5 歲幼童，並自 104 年起列入常規接種項目，擴增對幼兒健康的保護，減少因感染肺炎鏈球菌可能引起嚴重併發症之風險，降低侵襲性肺炎鏈球菌感染症(IPD)個案數及發生率，至 104 年累計受益人次約 170 萬。
6. 健康福利捐是我國重要的疫苗財源，隨著國際疫情變化、新疫苗導入及疫苗價格上漲趨勢，原分配額度已明顯不足以支應疫苗需求經費。增加菸品健康福利捐挹注疫苗基金比率，延續國內疫苗接種作業，持續提供民眾必要且優質的疫苗，維持群體免疫成效，照顧兒童及長者健康。

(二)臨床醫學部分：

1. 鼓勵醫療機構辦理醫療及生育事故爭議事件試辦計畫，平均已減少 72%之司法訴訟比率，使民眾能獲得社會互助，減少訴訟程序，改善醫病關係。
2. 強化急診轉診網絡落實醫院緊急醫療分級制度，對急重症傷病患提供綠色通道，可儘速得到適當治療。
3. 對內、外、婦產、兒、急診科住院醫師，藉由提供完訓一年，給予新台幣 12 萬元津貼補助，103 年共計

- 補助 1,484 位住院醫師，以因應五大科醫師人力不足之危機，使民眾能得到適當之醫療照護。
4. 補助 29 家醫院(含建置 5 家示範中心及 3 家離島地區醫院)辦理特殊需求者牙科醫療服務網絡計畫，103 年服務 30,111 人次。
 5. 精進全國性眼角膜保存庫的品質，提升至國際最高標準、精進捐贈眼角膜之處理檢驗作業，保障國人國內眼角膜移植及術後品質。
 6. 精進醫療機構皮膚保存庫之運作流程，提升皮膚組織臨床使用效能，並健全皮膚保存庫品質管理機制，以因應國人燒燙傷緊急醫療所需。
 7. 提升兒童重症與緊急醫療服務品質，優質兒童重要疾病的專業醫療團隊、強化醫院兒科與緊急醫療量能。
 8. 與時俱進的遠距醫療照護，創新整合醫療照護模式，透過資通訊技術，應用於緊急醫療體系，提升醫療照護效能。

四、補助醫療資源缺乏地區部分：

- (一) 每年投入 6 億元補助偏遠及離島地區提供在地化急重症醫療資源，免除偏鄉民眾舟車勞動之苦，爭取黃金救命時間。
- (二) 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，共於

台東大武及成功、新北市貢寮設立 3 個「夜間或假日救護站」，嘉義阿里山及瑞里、苗栗泰安及雪見、南投日月潭及清境農場、台中谷關、合歡山雪季及秀姑巒溪泛舟等地設置 9 個「設立觀光地區急診醫療站」，提升新北市瑞芳、花蓮鳳林及玉里、宜蘭礁溪、台南新化、南彰化、台東關山等 7 地醫院之急診能力，每月共提供 900 診次之急診醫療服務，約可服務急診病患約 18,000 人次，提供 24 小時照護服務不中斷。

(三)102 年起辦理「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」，由 19 家醫學中心支援 18 離島及醫療資源不足地區醫院 72 名急重症醫師人力，協助提升「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）」醫療服務資源與品質。

(四)本部並運用菸捐收入，補助本部澎湖醫院設置心導管設備，102 年 12 月已落成啟用，至 104 年 7 月止已進行 219 人次治療，並於黃金時間內搶救病人，預估節省新台幣 6,000 餘萬元之後送費用，領先各國離島醫療，提供在地民眾就近醫療，減少轉診後送。

(五)擴大辦理醫學中心或重度級急救責任醫院支援離

島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫，協助提升「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)」等六大章節醫療能力，擴大重度級急救責任醫院共同支援。

(六)充足兒童緊急醫療資源不足地區之兒童緊急醫療能力，針對兒科緊急醫療能量不足的縣市，鼓勵發展兒科急重症醫療，促使醫院能挹注或留住人才，為偏鄉民眾增進醫療福祉。

(七)持續辦理「提升醫療資源不足地區重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫」，獎助縣市內無醫學中心且唯一之重度級急救責任醫院者，協助維持該地區重度級醫院之緊急醫療照護能力品質。

(八)持續且擴大辦理緊急醫療資源不足地區夜間與假日、觀光旅遊旺季之緊急醫療服務。

五、菸害防制部分成效：

(一)國人吸菸率、二手菸暴露率持續下降，成人吸菸率由 97 年 21.9% 降至 103 年 16.4%、青少年國中學生吸菸率由 97 年的 7.8% 降至 103 年的 5.0%；高中職學生吸菸率由 98 年的 14.8% 降至 103 年的 11.5% 6 年減少 89 萬吸菸人口。法定禁菸場所二手菸暴露率持續下降，自 97 年 23.7% 明顯下降至 103 年的 7.5%，保護率達 9 成以上。

(二)戒菸治療比照一般健保治療，每次藥費自付額不超過 200 元，醫療資源缺乏地區可再減免 20%，低收入戶、原住民、山地暨離島地區全免使戒菸比買菸便宜，以消彌健康不平等，促進國人健康；另，開辦戒菸衛教補助，截至 104 年 10 月計 3,246 家醫事機構提供服務，較去年同期的 2,810 家成長 15.5%，涵蓋全臺 99.4% 鄉鎮市區，加上巡迴醫療可達 100%。「醫事機構戒菸服務補助計畫」合約醫事機構及人員為 3,013 家及 7,055 人。二代戒菸實施至今(101.3-104.7)已服務超過 107 萬人次、31 萬人，幫助超過 8.6 萬人成功戒菸，推估短期可節省超過 4.7 億元的健保醫療費用支出，長期可創造 361 億元的經濟效益。

(三)稽查全國禁菸及菸品販賣場所共 491 萬餘次，開立處分書 8,243 件、罰鍰 5,381 萬餘元。

(四)菸品健康福利捐收入取自於吸菸者，應用於其健康，提供戒菸服務，故增加比率部分主要係用於二代戒菸。為達黃金十年成人吸菸率減半至 10% 目標，持續結合各界發動全面性宣導、營造無菸環境、提供多元戒菸服務、推動各式菸害教育等。未來仍將持續強化二代戒菸服務，由菸品健康福利捐收入補助吸菸者戒菸，預估 105 年將服務 71 萬人次、24 萬人，若以 6 個月點戒菸成功率 25% 計算，預估幫助

6 萬人成功戒菸，以每一成功戒菸者，短期每年可省下醫療費用 5481 元推估短期可節省超過 3.2 億元的健保醫療費用支出，長期可創造 252 億元的社會經濟效益。

六、癌症防治部分：

(一)全球第一個完整涵蓋世界衛生組織建議之四項癌症篩檢的國家，其中口腔癌篩檢為我國特有。擴大四癌篩檢自 99 年上路，至 103 年共提供 2,380 萬人次服務；發現 23.5 萬例癌前病變及癌症。大幅提高四癌篩檢率，本署於民眾、醫療院所及衛生局所端等面向，推動相關措施，子宮頸癌篩檢率已自 98 年 70% 提升至 103 年 73.5%；乳癌篩檢率自 98 年 11% 提升至 103 年 38.5%；大腸癌篩檢率自 98 年 10% 提升至 103 年 40.7%；口腔癌篩檢率自 98 年 28% 提升至 103 年 54.3%。每年約篩檢 524 萬人次，約可發現 5 萬名癌前病變及 1 萬名癌症個案。

(二)整體癌症 5 年存活率由 92 年至 96 年的 48.3% 提升至 97 年至 101 年的 54.2%（增加 5.9%）。

(三)2014 年委託 225 家醫療院所辦理「醫院癌症篩檢／診療品質提升計畫」，要求醫院設置門診篩檢提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、配合衛生局社區篩檢及辦理院內衛教及戒檳班等，並運用 WHO 所發展出的「健康促進醫院」模式，輔導醫院於院

內推動癌症篩檢，並改變醫院過去重醫療輕預防的情形，帶動醫院醫療文化與作業模式之變革。2014年參與醫院共完成四癌篩檢 264.1 萬人次，篩檢量占上述全國篩檢量 50.5%，相較 2009 年同期篩檢量成長達 2 倍，已發現之癌前病變暨癌症數達 3.8 萬人。

- (四)辦理「癌症診療品質認證計畫」，104 年度計有 8 家醫院提出申請，截至 103 年計有 55 家醫院通過認證，另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 8 家醫院，持續辦理「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。補助澎湖縣政府衛生局辦理癌症個案管理中心建置計畫，聘任個案管理師提供資源單一窗口服務，並於 105 年補助台東縣綠島鄉與蘭嶼鄉乳攝車，提升離島地區罹癌民眾之照護品質。
- (五)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「癌症資源中心」，由 94 年試辦 6 家到 104 年 67 家提供癌友與家屬服務，一年約提供 15 萬人次服務。
- (六)自 1996 年起推動安寧療護，於 2004 年與安寧照顧協會合作，於 8 家醫院試辦「安寧共同照護服務」，並於 2005 年起擴大補助，截至 2014 年底，分別有

50、69 與 110 家醫院提供安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務，分別服務 10,755 人、6,063 人及 23,551 人，大幅提高癌症病人安寧療護利用率，由 2000 年 7% 大幅提升至 2012 年 50.6%。

(七)在各層級政府及全國各地，運用多元媒體通路與擴大辦理相關活動加強檳榔防制宣導，並結合各部會及民間團體合作於社區、職場、校園、軍隊等場域加強營造不嚼檳榔環境，18 歲以上男性嚼檳率已由 2007 年 17.2% 降至 2014 年 9.7%。

(八)實證顯示吸菸導致多種癌症，且為有效降低癌症對國人健康之威脅，國民健康署依國際實證提供四癌篩檢，故增加比率部分主要係用於提供癌症篩檢服務。將持續結合醫療體系及公共衛生體系，強化提升四種癌症篩檢率，預估 105 年將篩檢 540 萬人次，發現約 6.5 萬名癌前病變及不自知之癌症患者，並透過早期發現早期治療，減低健保負擔。以目前篩檢規模保守估計，一年至少可減少健保費用約 26 億元，並有效減少人民生命財產損失。

(九)2010 年推動第一期癌症研究計畫—「建置癌症卓越研究體系計畫」(2010~2013 年)，以降低癌症死亡率為目標，聚焦於未來 5-10 年提高國人癌症存活率或降低癌症死亡有明顯衝擊的研究議題/問題。2013 年已提供 10,535 件癌症分子檢驗服務，形成癌症教

材、診療指引共 60 件，提供民眾正確的癌症診斷及癌症治療照護；支援/整合區域內 20 家醫院癌症診療服務及人員訓練，提昇區域內醫院癌症診療與照護水準；建立 44 項癌症分子檢驗項目；發表 SCI 論文數共 519 篇，其中 1/4 為 SCI impact factor 大於 5 的癌症研究論文。獲得 11 件專利，完成 25 件技術轉移，培育醫師科學家、研究護士等 376 人。

- (十) 發展第三期癌症研究 Roadmap，掌握國家癌症研究方向及防治政策推動，加速突破目前癌症研究瓶頸，具體解決國人癌症防治問題，達成 2025 年國人癌症過早死亡減少 25% 之目標。包括初段的健康行為模式、危險因子、環境汙染與職業災害及政策評估等研究；次段的提高篩檢率、發展癌症早期診斷之生物標記、癌症篩檢效益及新興癌症篩檢等研究；三段預防的精準與個人化醫療、癌症存活者及兒童癌症研究等。

七、衛生保健部分：

- (一) 菸捐用於健全婦幼及生育保健服務環境、強化兒童、青少年及中老年健康促進、推動非傳染病防治、營造健康及高齡友善支持環境並推動場域健康促進等政策。
- (二) 每年提供民眾婦幼健康服務受益人數，在孕產婦全人健康促進計畫-先天性畸形篩檢補助，於妊娠 20 週前

後提供 1 次超音波檢查，約 20 萬人；補助產前遺傳診斷及遺傳性疾病檢查檢查人數約 5.1 萬案；補助新生兒先天性代謝異常疾病篩檢 21 萬人次；提供高風險孕產兒關懷追蹤服務，每年服務約 3 萬人；2 次產前衛教評估與指導服務約 40 萬人次；7 次兒童衛教指導服務約 110 萬人次；滿 4 歲及滿 5 歲學齡前兒童斜弱視及視力篩檢約 35 萬人次等。

(三)婦幼健康之成果，包括：哺集乳室之場所已 100% 完成設置，全國產後 6 個月以下純母乳哺育率為 45.8%，接近 WHO 2025 年標準 50%；矯正出生性別比失衡，由 99 年的 1.090 改善(下降)為 103 年的 1.069。

(四)為預防快速高漲的慢性病負擔，積極推動健康體重管理計畫，自 100 年推動，至 103 年，4 年共 289 萬人次參與，共減重 447 萬公斤，平均每年有 70 萬人參加，平均每人減重 1.54 公斤，每年有超過 5 萬人由過重或肥胖回復正常體位。我國成人過重及肥胖率從 2005-2008 年的 43.5%，下降至 2013-2014 年 43%，顯示成人過重及肥胖情形呈趨緩趨勢，達成 WHO 2025 年遏止肥胖盛行率上升之目標。成人規律運動比率也從 2010 年的 26%，上升至 2014 年的 33%。

(五)為提升慢性疾病管理，於全國 22 縣市全面推動糖尿病共同照護網推動糖尿病共同照護網，成立 214 家糖尿病及 166 家腎臟病健康促進機構，結合健保醫療給

付改善方案提升照護品質。糖尿病標準化死亡率由 91 年之 30/每十萬人口下降至 102 年的 25.8/每十萬人口，降幅達 14%。

(六)透過衛生局、所及社區醫療機構，與社區照顧關懷據點結合，100 年結合 1,333 個、101 年結合 1,454 個、102 年結合 1,672 個、103 年結合 1,826 個社區照顧關懷據點，辦理老人健康促進。(結合率達 9 成以上)。辦理老人健康促進活動(全國阿公阿嬤健康動起來)，近四年(100 年 103 年)累計有 7,185 隊，達 29 萬人以上長輩參加。65 歲以上長者社會參與由 98 年的 40.5%增加為 102 年的 42.3%。

(七)鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢，100 年至 103 年計服務 130 萬 6 千餘人。103 年度發現「疑似異常或異常」之個案分別為高血壓 8 萬 920 人，高血糖 3 萬 9,293 人，高血膽固醇 6 萬 8,617 人，平均轉介追蹤完成率達 90% 以上。

(八)推動 22 縣市辦理高齡友善城市計畫，皆已連署世界衛生組織高齡友善城市都柏林宣言，我國成為全球推動高齡友善城市涵蓋率最高的國家；推動高齡友善機構共 179 家；結合縣市政府及民間團體深入社區辦理三高防治宣導活動；試辦三高救心全人健康管理計畫；配合世界高血壓日、心臟病日、糖尿病日及中風日等防治辦理記者會等健康傳播。

- (九)透過多元管道推動代謝症候群防治宣導教育，使民眾對腰圍警戒值之認知率，由 95 年之 3% 提升至 103 年的 45.8%。
- (十)未來將持續推行健康新世代計畫，將新生兒健康照護期程向前延伸至提供新婚夫妻健康諮詢及新婚健康手冊，進行高風險孕產兒的風險分級與管理，並藉由低體重與早產兒之主動通報，提供高風險群健康關懷及追蹤服務，持續促進及提升新生兒的健康。推動人工生殖補助第二階段計畫。推動國民營養及健康飲食促進法立法，對國人易缺乏之營養素，進行強化與補充，倡議健康飲食，持續對不健康食品之管制；擴大慢性病疾病管理範疇，試辦心血管及慢性呼吸道疾病管理模式；持續關注弱勢健康，縮小健康不平等，促進國民健康平權。

八、罕見疾病部分：

- (一)設置罕見疾病個案之通報資料庫，截至 104 年 10 月底止通報罹患公告罕病個案 10,018 人。截至 104 年 9 月底公告 207 種罕見疾病，87 種罕見疾病藥物名單、40 項之罕見疾病特殊營養食品品目及 84 項罕見疾病國內確診檢驗項目。
- (二)補助提供罕見疾病病人依健保法未能給付之項目，101 年至 103 年補助包括：
- 1.協助各診療院所及罕病病人取得維持生命所需之特

殊營養品及緊急需用藥物，統籌供應及全額補助維持生命所需之特殊營養品 37 項及儲備供應新診斷罕病病人緊急需用藥物 10 項，計補助 3,691 人次，共 1 億 9,860 萬元。

2.依健保法未能給付之維生所需居家醫療照護器材（包括：呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳痰機等）租賃費用，計 1,153 人次，共 2,579 萬元。

3.依健保法未能給付之國外確認診斷檢驗及 84 項國內確認診斷檢驗費用，計 141 人次，共 367 萬元。

4.依健保法未能給付之公告代謝性罕見疾病營養諮詢費用，計 972 人次，共 29 萬元。

5.依健保法未能給付之醫療費用、罕見疾病藥物經健保收載程序，依法未列入給付品項前，該段期間所生之藥費：補助非典型尿毒溶血症候群個案 SOLIRIS 藥劑截至 104 年 7 月計補助 305 萬元。

（三）於 104 年 10 月 19 日起實施，補助因罕見疾病需限制蛋白質攝取之罕見疾病病人，取得配方奶粉外的低蛋白食物，以增加先天性代謝異常的罕見疾病病友之飲食變化性。每人每年補助最高 7,000 元之低蛋白米麵購買費用。

（四）刻規劃罕見疾病全人照護服務計畫，研議公開徵求由醫療機構組成醫療團隊，以個案管理模式，提供罕病個案全人照護及關懷服務。

(五)增加分配比率部分將用於強化：1.罕見疾病防治工作獎勵作業，獎勵各級醫療機構、研究機構及罕見疾病相關團體從事罕見疾病防治工作，補助相關人力培育、研究及設備所需經費；2.辦理罕見疾病國際醫療合作，補助罕病病人至國外接受國際醫療合作之醫療服務項目費用；3.提供罕病病人及其家庭心理支持、生育關懷服務、支持性與緩和性照護等項目；4.補助「罕見疾病醫療補助辦法」第2條第1項第7款及第5條第4項罕見疾病藥物經健保藥物給付項目及支付標準之收載程序，依法未能列入健保給付品項前，該段期間所生之藥費；5.整合罕病預防與照護服務，自罕病之預防措施至發現病人後之相關醫療照護，納入產前遺傳診斷、遺傳性疾病檢驗及新生兒篩檢等預防與篩檢檢驗補助費用，縮小健康不平等。

九、社會福利及長照資源發展部分：

(一)提供本部所屬社會福利機構營運所需，可跨縣市收容轉介個案，協助鄰近縣市安置保護性或緊急安置個案，以補足部分財源不足縣市安置機構不足的問題；另中央社會福利機構可於處分縣市所轄不良機構時，作為個案安置的後盾，使乏人照顧之老人、兒童及少年、身心障礙者獲妥適之安頓與照顧。

(二)本部所屬社會福利機構包含4家兒少福利機構、6家

老人福利機構及 3 家身心障礙福利機構，103 年底計安置 2,984 人，提供全天候照顧環境，並藉由多元化服務，陪伴兒童及少年成長，使長者及身心障礙者享有尊嚴與優質的生活。住民或家屬平均滿意度達 94%，每年預算執行率皆達 100%。

(三)為維持部屬 13 家社會福利機構之照顧品質，菸品健康福利捐原分配比率已不足以因應現況需求，需穩定持續且增加菸捐分配金額挹注社會福利基金，以為困苦失依的兒少、老人及身心障礙者打造一個溫馨、有尊嚴的家園。另亦將分配金額做為「長照基金」發展長照資源和人力之用。

十、菸農及相關產業勞工輔導與照顧：目前菸葉收購政策仍持續辦理，雖經行政院農業委員會農糧署擬定輔導補助基準，並於產地辦理說明會宣傳，惟台灣菸酒公司仍持續保價收購且收益高，致多數農民無轉作意願，執行率低。持續菸農及相關產業勞工輔導與照顧，並將分配金額做為農業機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導(例如檳榔)之用。

十一、中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏：
103 年查獲私劣菸品 1,690.35 萬包，市價 9 億 1,464 萬餘元。截至 104 年 9 月底止，查獲私劣菸品 700.47 萬包，市值 3 億 6,945 萬 1,696 元。

參、總結：

鑑於人口老化、少子化，衛生福利部為增進弱勢福利與保護國民健康，減少國民罹病、殘障與死亡率，能提高民眾的健康獲益，促進全民健康與生命品質，並能有效減少民眾使用健保資源，爰依菸害防制法第 4 條授權，進行菸捐分配額度評估與檢討，經審慎評估健保目前運用之比率偏低、各菸捐用途所需，以及配合長期照顧服務法制定公布，得增列長期照顧資源發展之用途等，故修訂菸捐之分配及運作辦法，俾使菸捐之分配使用更符實需，發揮最大效益。

本部承 大院各委員之支持與協助，對於菸害防制，維護國民健康業務的關心，對業務之推動，有極大之助益，丙煌在此敬致謝忱，衛生福利部研擬之「菸品健康福利捐分配及運作辦法修正」尚祈各位委員繼續給予支持。