

立法院第 9 屆第 7 會期

社會福利及衛生環境委員會第 15 次全體委員會議

衛生福利部主管
108 年度單位預算凍結案
書面報告

報告機關：衛 生 福 利 部

報告日期：108 年 4 月 24 日

目 次

壹、 背景.....	1
貳、 衛生福利部業務報告.....	3
參、 國民健康署業務報告.....	55
肆、 結語.....	63
伍、 附錄	
衛生福利部主管 108 年度公務預算凍結案項目明細表	64

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 9 屆第 7 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 15 次全體委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。茲就本部主管 108 年度單位預算凍結案，提出書面報告。敬請各位委員不吝惠予指教：

壹、背景

本部主管 108 年度歲出預算案，係落實「目標導向、實質檢討」作業，本「先減法、後加法」原則，核實並秉零基預算精神編列。

經 大院審查結果本部主管 108 年度法定預算編列 2,215 億 2,382 萬 6 千元，包括本部編列 1,828 億 4,517 萬 7 千元、疾病管制署編列 55 億 9,827 萬 9 千元、食品藥物管理署編列 27 億 7,833 萬 4 千元、中央健康保險署編列 55 億 304 萬 1 千元、國民健康署編列 20 億 430 萬 6 千元、社會及家庭署編列 226 億 3,642 萬 5 千元、國家中醫藥研究所編列 1 億 5,826 萬 4 千元。

上開機關所編列之預算，依 大院審議結果，對於部分工作計畫作成凍結決議，屬討論事項之決議共 13 項，凍結預算數計 2 億 1,900 萬元，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告並經同意後，始得動支。說明如下：

一、「衛生福利部」：

(一) 新增決議事項(三)：第 7 目至第 18 目「醫療保健支出」

預算，凍結 2 億元。

(二)新增決議事項(四):「一般行政」預算，併同委員會通過決議，合併凍結 100 萬元。

(三)委員會決議事項(十):「一般行政」項下「基本行政工作維持」之「特別費」預算，凍結 30 萬元。

(四)新增決議事項(五):「醫政業務」預算，併同委員會通過決議，合併凍結 500 萬元。

(五)委員會決議事項(十一):「醫政業務」預算，凍結 400 萬元。

(六)委員會決議事項(十二):「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」預算，合併凍結 100 萬元。

(七)委員會決議事項(十三):「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」預算，凍結 400 萬元。

(八)委員會決議事項(十四):「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」預算，合併凍結 300 萬元。

(九)委員會決議事項(十五):「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」之「辦理健全醫療衛生體系－辦理建構整合性社區健康照護網絡等」預算，凍結 100 萬元。

(十)委員會決議事項(十六):「心理及口腔健康業務」項下「國民心理健康第二期計畫」預算，凍結 1,000 萬元。

(十一)委員會決議事項(十七):「心理及口腔健康業務」項

下「國民心理健康第二期計畫」之「業務費」預算，合併凍結 100 萬元。

二、「國民健康署」：

(一)新增決議事項(一)：「科技業務」預算，併同委員會通過決議，合併凍結 200 萬元。

(一)委員會決議事項(一)：「科技業務」項下「全人健康促進科技政策研究」預算，凍結 100 萬元。

貳、衛生福利部業務報告

第 7 日至第 18 日 醫療保健支出

► 新增決議事項(三)

本部「醫療保健支出」編列 83 億 381 萬 4 千元，惟近 10 年國人健康平均餘命與平均壽命之差距日益擴大，於年老之臥床失能時間未減反增，與社會期待容有落差，亟待通盤檢討整體醫療衛生政策，爰提案凍結 2 億元。

《說明》：

一、有關本部所屬醫院及國民健康署在積極推動長者健康促進策略包括：

(一)結合社區團體辦理社區長者健康促進服務，培訓運動保健師資，提供長者健康促進課程介入，包括身體活動、營養教育及認知促進等。進行成人預防保健服務之健康篩檢服務，每年 65 歲以上民眾逾 97 萬人受檢；推動糖尿病共同照護網，22 縣市設置糖

尿病健康促進機構計 255 家。

(二)「長照 2.0」推動建置在地化長照體系，提供民眾優質、平價且普及服務，為國人打造「幸福家園」。本部所屬 26 家醫院積極配合長照 2.0 政策，實現在地老化，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎的照顧型社區，辦理成效如下：

1. 建立社區整體照顧模式：107 至 111 年中央自辦規劃布建 9A（社區整合型服務社區）、9B（複合型服務中心據點），共 15 家所屬醫院申請 16 處，布建完成計 9 處。
2. 失智症照護服務：設立日間照顧中心，目前已開設營運醫院計 12 家，服務人數計 387 人，其餘規劃於 108、109 年完成設置。
3. 長照出院準備服務：本部所屬醫院皆提供出院準備轉銜長照服務，其中 22 家所屬醫院具長照出院準備友善醫院認證（107 至 111 年），並積極參與 108 年復能多元服務試辦計畫，所屬醫院申請審核計 24 家，截至 108 年 3 月底止，核定通過計 18 家。

二、綜上，編列經費辦理本項業務實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

第 7 目 一般行政

► 新增決議事項（四）

本部「一般行政」編列 9 億 4,048 萬 9 千元，惟居家式托育服務提供者應年滿 20 歲之資格限制，造成中學技職教育中有關科系的學生，在畢業後無法立即考照 2 年空間

期，產生了學用落差，無法落實本部對人才投往居家托育領域之政策初衷，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結100萬元。

《說明》：

- 一、按兒童及少年福利與權益保障法規定居家托育人員須年滿20歲，係考量居家托育人員須與委任人簽訂契約，然未滿20歲僅具法律上限制行為能力，須得法定代理人事前允許或事後承認始生效力，若私自為之，該契約處於效力未定之法律狀態，易衍生民法問題；若允許該等人員從事托育業務，將造成法定代理人增加責任風險之負擔，爰據以規範托育人員執業年齡。
- 二、至有關托育人員之年齡可否放寬為18歲一節，前經本部105年3月4日召開第4次研商托嬰中心相關法規修正會議、107年12月4日召開第2次托嬰中心業務督導及聯繫會報，邀集專家學者、地方政府、兒福團體及托育人員等代表充分討論。與會者認為，年滿20歲依民法規定方具完全行為能力，考量居家保母通常自己一個人在封閉的居家環境中照顧孩子，沒有其他人員可以協助支援，照顧風險較高，照顧者允宜身心成熟者擔任。目前每年大專以上校院幼保、幼教、家政、護理等相關科系畢業生達數千人，基於托嬰專業性考量，及避免民事法律問題之衍生，結論仍以聘用具相當學歷及資格者從事托育工作。
- 三、有關托育人員之從業年齡規範，實已兼具法制面與實務面及整體人才培育量能等面向整體性綜合考量，爰

居家托育人員之年齡仍宜維持須年滿 20 歲。

四、綜上，編列經費辦理本部人事費及各項行政工作推展實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十）

本部「一般行政」項下「基本行政工作維持」之「特別費」編列 117 萬 9 千元，惟社會及家庭署成立後，新增多項重大業務，如強化社會安全網計畫、我國少子女化對策計畫、兒童權利公約、身心障礙者權利公約、托育準公共化等。為避免該署人員負荷過重，致使其身心健康狀況不佳、人員流動率高等情形，造成職掌業務未能遂行推動，爰提案凍結 30 萬元。

《說明》：

- 一、依 107 年 11 月 15 日立法院社會福利及衛生環境委員會，李委員麗芬質詢請本部 108 年 6 月底前提出社會及家庭署（以下簡稱社家署）員額不足檢討報告及 108 年 1 月 10 日李委員麗芬召開「補足社家署預算員額」討論會議決議，本部業於 108 年 3 月 29 日以衛部人字第 1082260444A 號函送社會及家庭署員額檢討報告予立法院社會福利及衛生環境委員會，並於同日報請行政院增置該署 15 名職員預算員額。
- 二、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

第 8 目 醫政業務

➤ 新增決議事項（五）：1

本部「醫政業務」編列 5 億 7,264 萬 5 千元，惟本部並未就受僱主治醫師之多元工作態樣進行完整之研究和評估，且對後續將受僱主治醫師納入「勞動基準法」之期程規劃亦不具體，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 500 萬元。

《說明》：

- 一、為改善醫師勞動條件並確保醫療品質與民眾就醫權益，本部經邀集相關機關、團體及學者專家召開會議，已與勞動部取得共識，規劃於 108 年 9 月 1 日將住院醫師納入勞基法，並適用第 84 條之 1 議定工時；另已函頒住院醫師與醫療機構之聘僱契約範本，於 108 年 1 月 14 日提供住院醫師及訓練醫院作為納入勞基法簽訂契約之參考。
- 二、至於主治醫師部分，因其自主性高，且工作態樣多元，工時之認定實為複雜，尚有不同意見，如：衝擊傳統醫病關係（責任制），增加醫療糾紛；交接班頻率增加，影響照顧延續性；臨床時數限制，影響醫師教學意願；人才羅致困難之偏鄉醫療服務會無法運作等，故將持續推動各項配套措施並與各界協調溝通後，再行納入適用。
- 三、為評估受僱主治醫師納入勞基法後對於醫療服務提供之影響，本部已委託相關學術單位進行調查研究，探討國外作法、進行工時調查、以及納入勞基法後對於財務及民眾就醫之影響評估等。
- 四、對於尚未納入勞基法適用之醫師，為保障其勞動權

益，已積極推動修正醫療法，擬新增受僱醫師勞動權益專章，將工作契約、職業災害補償及退休保障等納入規範。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 新增決議事項（五）：2

本部「醫政業務」編列 5 億 7,264 萬 5 千元，惟為防止醫師過勞及保障國人就醫權益，避免造成同一工作場域之醫師，適用不同勞動保障之混亂現象，應明確掌握未來無法適用勞基法之住院醫師及次專科醫師（研修醫師）人數，並立即與有關部會就此議題研擬解套方案，將上述醫師納入勞基法，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 500 萬元。

《說明》：

- 一、勞動部於 108 年 3 月 12 日公告預告訂定「醫療保健服務業僱用之住院醫師（不包括公立醫療院所依公務人員法制進用者）適用勞動基準法）」，並自 108 年 9 月 1 日生效。依本部 106 年 9 月調查資料，公立醫院公職住院醫師（含公職、軍職、聘用）共 2,056 名，非公職住院醫師 4,680 名，納入勞基法適用者占住院醫師總數 6,736 名之 69.5%。
- 二、醫院主治醫師部分，經調查總數為 22,354 名，具公職身分者 3,966 名。有關非公職身分之主治醫師勞動權益保障，因其自主性高，工作態樣多元，工時之認定實為複雜，且尚有不同意見，在尚未納入勞基法適用前，為保障其勞動權益，已積極推動修正醫療法，擬

新增受僱醫師勞動權益專章，將工作契約、職災補償及退休保障等，納入規範。

三、至於研修醫師部分，因該類醫師屬取得專科醫師資格後，擬再進一步精進學習各領域之專業者，係由各該專業領域醫師組成之人民團體自行發展訂定其規定及辦理甄審考試，其範圍廣大，訓練方式、年限迥異，非屬勞動部本次公告適用勞基法之範圍。惟為保障其勞動權益，已併同上開醫療法修正草案將其納入保障。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 新增決議事項 (五)：3

本部「醫政業務」編列 5 億 7,264 萬 5 千元，惟「長期照護醫師意見書」得以 3 個月內之相關病歷摘要或診斷書替代，但「診斷書」或「病歷摘要」往往只會註明個案的疾病狀態，對於長期照護資訊提供有限，醫事司本於醫療領域之專業管理，應就此事慎重審視其合適性，卻未做出符合專業之判斷，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 500 萬元。

《說明》：

一、為研議統整「診斷證明書」格式或「病歷摘要」及長照服務者醫師意見書，內容應載明之事項（參照長期照顧服務法施行細則第 2 條第 1 項規定），本部將函請中華民國醫師公會全國聯合會及本部長照護理司，提供相關意見供研議參考。

二、為符合醫療服務及長照需求之目的，將依上開所蒐集意見擇期召開會議修正「診斷證明書」格式或「病歷摘要」。

三、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 新增決議事項（五）：4

本部「醫政業務」編列 5 億 7,264 萬 5 千元，為促進醫療資源均衡發展，持續推動醫療網計畫，全國急性一般病床平均每萬人口許可數已達規劃目標，惟相關規範久未檢討修訂，國內病床資源分布仍有不均情事，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 500 萬元。

《說明》：

一、依醫療法第 88 條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，得劃分醫療區域，訂定醫療網計畫。爰為促進醫療資源合理分布，本部自 74 年開始推動醫療網計畫，並將全國劃分為 17 個醫療區域及 63 個次醫療區域，復於 100 年檢討修訂「醫院設立或擴充許可辦法」，將全國重新劃分為 6 個一級醫療區域、17 個二級醫療區域，再依鄉鎮市區分為 50 個次醫療區域。目前除臺東大武次醫療區域外，其餘醫療區域均有地區級以上之醫院。

二、今全國急性一般病床之許可數已達醫療網每萬人口 35 床之規劃目標，並高於 OECD 國家平均值。另目前我國每萬人口醫師為 19.65 人，高於 WHO 醫療基本需求每萬人口醫師數 10 人之標準。

三、為協助偏遠地區，本部針對醫療資源之城鄉差距及分配不均情形，研擬相關策略方針，說明如下：

(一)提升在地醫療量能：目前除南投、臺東、苗栗等縣市外，其餘縣市已皆具至少一家重度級急救責任醫院。

1.透過苗栗縣、臺東縣相關輔導計畫，協助該兩縣於 108 年達成至少 1 家重度級醫院。

2.南投縣以區域聯防合作方式，輔導該縣內中度級急救責任醫院分工達成部分章節之重度級標準，整合醫療網共同合作，提升當地醫療資源。

(二)挹注專科醫師人力：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」，由 27 家醫學中心或重度級醫院，提供 11 類 111 名專科醫師支援 26 家偏遠地區醫院，以改善偏遠地區專科醫師人力不足問題。

(三)建置區域聯防網絡：檢討緊急醫療網，推動急救責任醫院分級制度，達成重度級 41 家、中度級 79 家，整合全國 14 個急診轉診網絡，強化五大急症量能服務。

四、醫療環境改變、縣市合併、新興市鎮發展，各醫療區域之地方生活圈、都市化程度、交通、人口密度及就醫習性不同等因素，造成各醫療區域病床資源分布不均；爰為通盤檢討評估，本部已委託辦理「評估我國病床資源現況與需求計畫」，並藉由此計畫之評估分析，作為後續研擬病床資源規劃管理及相關政策之參考。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

➤ **新增決議事項（五）：5**

本部「醫政業務」編列 5 億 7,264 萬 5 千元，惟近年部分專科別醫師人力分布仍有失衡情形，且醫師執業年齡中高齡化速度未見紓緩，加以刻正推動受僱醫師納入「勞動基準法」等，均將衝擊醫師人力適足性，實宜積極研謀對策，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 500 萬元。

《說明》：

- 一、依據本部醫事管理系統資料顯示，醫院內、外、婦、兒科專科醫師平均年齡分別為 47.84 歲、50.39 歲、53 歲、46.98 歲，接近於整體平均年齡 50.22 歲。
- 二、近年內、外、婦、兒及急診醫學科專科醫師人力由於醫療糾紛、工作負擔、少子化及健保給付等因素，以致成長趨緩，為改善五大科醫師人力問題，本部已採取多項措施，主要包括：
 - (一)提升五大科健保支付標準：104 至 108 年各編列 1.6 億元，用於提升急診照護品質。106 年編列 102.7 億元（包含醫院 82 億元、西醫基層 20.7 億元），用於調整醫院重症、偏遠及地區醫院以及診所門診診察費支付標準。107 年醫院編列 27 億元，用於調升 11 項特定診療支付點數、暫不實施門診合理量、鼓勵地區醫院假日開診措施等。
 - (二)增加五大科住院醫師津貼：自 102 年 9 月 1 日起，

對於五大科住院醫師專科訓練期間，每人於每年訓練結束後補助 12 萬元津貼，吸引醫學生投入五大科訓練與服務。截至 107 年底止，已補助住院醫師 1 萬 1,507 名，共計約 13 億元，並於 108 年賡續辦理。

(三)合理調整五大科醫師訓練員額：配合畢業生人數，將專科醫師訓練名額總數由每年 2,143 名調降為 1,550 名，提高五大科招收率。

(四)推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度：

1.自 101 年起開辦生育事故救濟試辦計畫後，相關醫療糾紛司法訴訟鑑定案件減少 7 成，計畫期程至 105 年底，惟為順利銜接生產事故救濟條例之施行，已延長申請期限至 107 年 6 月。截至 107 年底止，生育事故爭議事件試辦計畫共核定救濟 427 案，核予救濟金 4 億 1,551 萬元。生產事故救濟條例自 105 年 6 月 30 日起施行，截至 107 年底止，共核定救濟 514 案，核予救濟金 2 億 6,070 萬元。

2.為通盤解決病人及家屬、醫事人員雙方面對醫事爭議處理之困境，爰以「保障病人權益、促進醫病關係與提升醫療品質」為核心，透過「說明、溝通及關懷」、「強化調解機制」、「建立系統除錯機制」三大面向連結立法目的，擬具「醫療事故預防及爭議處理法」草案。草案已於 107 年 1 月 24 日送行政院審議，行政院並同年 4 月 13 日函送立法院審議，且經立法院於同年 5 月 24 日逐條審議完畢，通過 27 條，保留 16 條，送黨

團協商。

(五)開辦重點科別培育公費醫師制度：強化重點科別醫師培育，挹注偏遠地區人力需求，自 105 學年度起每年增加 100 名公費醫學生，預計 105 至 109 年培育重點科別公費醫師 500 名。

(六)挹注五大科偏遠地區醫療資源：

1.辦理「全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」：107 年編列 9.5 億元，對於山地離島、健保醫療資源不足地區及其鄰近地區與緊急醫療資源不足地區急救責任之醫院，如強化提供 24 小時急診及內、外、婦、兒門住診等至少二科醫療服務者，給予醫院總額部門醫療費用一點一元保障，每家醫院每年補助金額為 700 至 1,500 萬元。

2.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」：由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 26 家醫療資源不足地區醫院急診與相關急重症之醫師人力。目前共計支援內外婦兒急診專科人力計有 111 名。

三、住院醫師招收率由 102 年內科 62%、外科 76%、婦產科 76%、兒科 89%、急診醫學科 87%，提升至 107 年內科 97%、外科 100%、婦產科 99%、兒科 100%、急診醫學科 100%，顯見年輕醫師已逐漸回流五大科。

四、另本部為因應住院醫師納入勞動基準法，工時限縮對於醫院人力之衝擊，已研擬並推動多項措施，辦

理情形如下：

(一)增加臨床醫療人力供給：試辦醫院整合醫學照護制度(hospitalist)、重點科別培育公費醫學生計畫及辦理地方養成公費醫學生計畫。

(二)增加醫療輔助人力：增加專科護理師人數，每年約600至800名，以輔助醫師執行臨床業務，並提升整體照護效率及品質。

(三)調整專科醫師訓練計畫確保住院醫師訓練品質：於PGY訓練及專科醫師訓練計畫中擬訂專科訓練應完成之學習項目、案例數及學習里程碑(milestone)，發展多元訓練模式，建立以核心能力為導向之學習成效評量方法，以確保住院醫師訓練品質。

五、又考量人口老化及醫師納入勞基法等政策因素將影響未來西醫師人力供需狀況，業已委請國家衛生研究院重新推估未來西醫師人力需求狀況。

六、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項 (十一)

本部「醫政業務」編列5億7,264萬5千元，惟在六都的磁吸效應下，將非六都給邊緣化，這樣的「大都小縣」現象持續下去，恐對臺灣造成更大影響，而縣市不像六都有著完善醫療體系，並不公平，為了醫療品質提升，雲嘉地區皆必須設有醫學中心，爰提案凍結400萬元。

《說明》：

- 一、為促進醫療資源合理分布，本部自 74 年開始推動醫療網計畫，於 100 年重新將全國劃分為 6 個一級醫療區域、17 個二級醫療區域，再依鄉鎮市區分為 50 個次醫療區域。目前全國急性一般病床許可數之平均值已達醫療網每萬人口 35 床之規劃目標，整體病床資源趨於充足，然因各醫療區域之生活圈、交通、人口密度等因素，造成各醫療區域資源分布不均。
- 二、目前雲林縣之臺大雲林分院為重度級急救責任醫院，嘉義市計有嘉義基督教醫院 1 家、嘉義縣計有嘉義長庚紀念醫院、大林慈濟醫院等 2 家重度級急救責任醫院，可提供雲嘉地區民眾 24 小時緊急醫療服務。
- 三、為了提升並強化雲嘉地區醫療資源及強化當地急重症醫療照護，辦理相關計畫：
 - (一)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：補助天主教若瑟醫院、中國北港醫院、雲林長庚醫院，提供 12 名專科醫師人力支援。
 - (二)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：補助臺大雲林分院（該縣唯一重度級急救責任醫院），使其得以持續提供重度級之緊急醫療照護能力。
 - (三)提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫：補助臺大雲林分院與嘉義基督教醫院（嘉義市），提供 24 小時兒科（含新生兒及早產兒）緊急醫療服務，並建立該醫療區域內兒童重症緊急醫療轉診網絡。
 - (四)緊急醫療及相關緊急應變醫療資源不足地區計畫：獎勵大林慈濟及嘉義長庚醫院（嘉義縣）設立

「觀光地區急診醫療站」，照顧當地民眾及保障遊客遊憩安全。

(五)公告「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」名單：雲林縣之中國北港醫院、臺大雲林分院、成大斗六分院、雲林基督教醫院、天主教若瑟醫院、雲林長庚醫院等6家；嘉義縣之臺中榮總灣橋分院、大林慈濟醫院、嘉義長庚紀念醫院及部立朴子醫院等4家，急診診察費加成30%。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

►委員會決議事項(十二):1

本部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列1,162萬7千元，惟近年牙醫院所出現開幕慶打卡送冰淇淋、憑宣傳單享有植牙手術費折扣、免費全口牙周健檢等違法招攬促銷層出不窮；另有民眾陳情植牙或矯正等自費療程，遭到預收全程或半程療程費用、未依法每次開給收據，導致各縣市衛生局牙科醫糾案件增加，爰提案合併凍結100萬元。

《說明》：

- 一、為加強醫療機構管理，本部自105年起將醫療廣告查處效率及醫療費用收費查核納入地方衛生業務督導考核重點項目。
- 二、醫療廣告查處效率在於考核衛生局自行監測查核案件、本部交辦案件及其他衛生局移送案件之查處結果。經統計各縣市政府衛生局回報結果，105年為

419 件，106 年為 323 件，裁罰金額分別為 2,197 萬元及 2,341 萬元。

三、醫療費用收費查核部分，除考核地方衛生局年度定期之督導考核外，並要求不定期之主動稽核作業。另考量民眾知的權益，於 108 年督導考核重點，列入「醫療機構收費資訊公開」事項，即查核收據完整性及收費項目及費額應公開且提供民眾查詢。

四、至於植牙及矯正之定型化契約範本部分，基於植牙及矯正均屬醫療業務，需由醫師針對病人情況作個別判斷及專業說明，並經病人同意後始得進行，並不同於一般企業與商品之消費行為，不宜採用定型化契約方式辦理。但為保障病人權益與改善醫病關係，將由本部心理及口腔健康司研議訂定植牙及矯正之處置說明書範本之可行性。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十二）：2

本部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列 1,162 萬 7 千元，惟近年爆發多起醫護使用手機拍攝手術或治療之病患患部，甚至上傳社群媒體，凸顯現行僅以行政命令指導之「醫療隱私維護規範」，難有效杜絕侵害醫療隱私事件，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

一、按醫療法第 72 條規定「醫療機構及其人員因業務而知悉或持有病人病情或健康資訊，不得無故洩漏」。

另為規範醫療機構之醫事人員於執行醫療業務時，應注意維護病人隱私，本部業於 104 年 1 月 30 日修正公告「醫療機構醫療隱私維護規範」，規範之重點即包含對於身體私密部位之檢查，應徵得病人同意，並於 107 年 9 月 10 日函請各縣市政府衛生局加強轄內醫療機構隱私維護之督導。

二、考量醫院所執行之檢查及治療項目眾多，為使醫院落實病人隱私保護，有關隱私保護措施業自 104 年納入醫院評鑑基準及評量項目。查 107 年度醫院評鑑基準及評量項目第 2 篇醫療照護第 2.1 章病人及家屬權責，亦包含病人就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人、注意隱私之維護，並於 107 年 12 月 13 日函請財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會於醫院評鑑時加強落實病患隱私之維護。又本部 108 年度醫療區域輔導與醫療資源整合計畫工作項目，已要求衛生局辦理醫事人員繼續教育訓練課程，須包含病人隱私權維護及相關法規。

三、現行「醫療機構醫療隱私維護規範」及「醫院評鑑基準及評量項目」皆已包含對私密部位檢查及治療應徵得病人同意、安排合適醫事人員陪同等規範，本部將持續督請相關醫事團體加強所屬人員之宣導，並請全國衛生局加強違反規定之查處。

四、至於評估建立私密部位檢查或治療之標準作業指引，本部將委託醫學專業機構辦理。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項 (十二): 3

本部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列 1,162 萬 7 千元，惟 107 年「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」擴及 19 縣市，針對死亡或重傷案件亦並非全然以多元雙向流程辦理，亦未必呈送專業評析，恐與原先推行之意義不同，或淪為過去為人詬病之搓圓仔湯式調處。另有民眾申訴衛生局派任「醫法雙修」醫師擔任調處委員，即聲稱符合醫法雙調之意涵，亦有縣市未於 45 天內召開調處會議等，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

- 一、查本部已於 108 年 1 月 28 日函請地方政府衛生局，依 108 年度「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」需求說明書之規定，提送計畫書核辦。執行期間為自 108 年 4 月 6 日起至 109 年 4 月 8 日止。
- 二、上開計畫之需求說明書規定，衛生局規劃設計醫療爭議處理之執行流程及內容至少須符合下列原則：
 - (一)應於受理日起 45 日內召開第 1 次協處會議，並於 90 日內結案。受理日為自民眾確定申請協處，且案件所需相關資料（如調閱病歷、專家諮詢意見等）皆備齊之日起算。
 - (二)協處會議須有醫學、法律相關專業人員至少各 1 名協處，會議開始前應介紹專家身分。
 - (三)依案件性質，必要時辦理第三方醫學專家書面意

見諮詢；若有死亡與重傷之案件應以先送第三方醫學專家書面意見諮詢為原則。

三、經統計，19 個參與「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」之縣市，107 年度辦理醫療爭議調處案件之天數為 43.8 天、有申請試辦計畫之案件數占總案件數之比例為 48.9%、有申請試辦計畫之案件調處成立率為 36.6%、無申請試辦計畫之案件調處成立率為 30.2%。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十二）：4

本部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列 1,162 萬 7 千元，惟現行手術及麻醉同意書僅要求列出專科資格，並未配合修改要求載明施術醫師是否受過特管辦法規定之訓練、專科證書或取得訓練證明之字號、當場另位執行麻醉醫師等資訊，民眾上本部網站查詢也可能因為醫師選擇不公開而無法查詢，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

一、為維護醫療品質與病人安全，對於需要進行全身麻醉且風險性較高之美容醫學手術，本部業納入「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」（以下稱特管辦法）明確規範其適應症、操作人員資格、條件及其他應遵行事項，另有關施行麻醉部分，本部業於 107 年 10 月 12 日召開研商會議，就特

管辦法第 27 條所定麻醉相關訓練之機構及課程認定，決議如下：

- (一)請麻醉醫學會於 1 個月內，研擬訓練課綱及訓練素材，以可於 1 日（8 小時）內完訓為原則，含測驗及課前 e-learning，並請研擬講師資格。
- (二)開課單位不限麻醉專科醫師訓練醫院及麻醉醫學會，但應依課綱辦理教育訓練，課程及講師應事先取得麻醉醫學會認可，訓練證明文件則統一由麻醉醫學會發給。
- (三)訓練證明效期為 3 年，期滿前參加課程可展延 3 年，且限展延 1 次。

二、按醫療法第 63 條規定略以，醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。其立法意旨在於考量手術麻醉風險大，為保障病人知的權益，爰明定應告知事項及應簽署同意書後始得施行。另基於手術種類眾多，為適合多種手術使用，本部公告之手術同意書及麻醉同意書之格式，係由醫療機構依手術及麻醉特性，自行提供細節說明。

三、美容醫學手術施行之必要性相較於治療性手術為低，為使民眾知曉潛在性風險，能有充分之思考期，本部已公告 14 項美容醫學手術處置同意書及說明書範本，規定醫院、診所向民眾說明美容醫學手術或處置時，須明列各項費用、醫師專科別，且說明該處置並非急迫性質，不於當天施作，應經充分時間考

慮後再決定。

- 四、承上，有鑑於特管辦法與醫療法第 63 條之立法意旨及規範事項不同，應無需於現行手術同意書格式及麻醉同意書格式修正。
- 五、若民眾想查詢具執行美容醫學手術資格之醫療機構及醫師，本部 108 年將於「醫事機構查詢及醫事人員查詢」系統強制揭露該等資訊。
- 六、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項 (十二): 5

本部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列 1,162 萬 7 千元，惟經查法規檢索系統等相關函釋，均為行政院衛生署時期所頒布，應通盤檢討各項命令、行政規則、行政函釋，是否需要修正或廢止，故請統計並分類上述項目已修正或廢止、尚未修正或廢止，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

- 一、本部將持續辦理委辦計畫組成智庫小組，針對現行較為重要的法規與議題進行全面性評估及檢討，以符實務需求。
- 二、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項 (十二): 6

本部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構

管理」編列 1,162 萬 7 千元，惟發布之「病人自主權利法施行細則」及預立醫療決定書，悖於「病人自主權利法」第 8 條立法理由「包括遺體或器官捐贈之意願、其他適合之醫療或善終相關意願」，及同法第 12 條第 3 項、第 4 項為避免預立醫療決定特殊變更因行政流程而由所遲滯，有諸多缺失亟待補足。此外，「病人自主權利法」施行在即，迄今仍未依同法第 14 條第 1 項第 5 款公告「其他病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」，行政效能上容有改善之餘地，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

- 一、依據病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款，以及病人自主權利法施行細則第 14 條規定，本部於 108 年 1 月 21 日公開徵求病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款之「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法」臨床條件提案，並預定於 108 年 6 月 30 日公告第一階段納入之臨床條件。
- 二、另本部於 108 年 1 月 24 日邀集法務部及法律專家，討論預立醫療決定書納入「遺體或器官捐贈意願，其他適合之醫療或善終相關意願」一案，因遺體或器官捐贈意願於人體器官移植條例第 6 條明定簽署及註記方式，本部並公告器官捐贈同意書範本，而其他照護與善終選項之內容，本法無相關條文授權醫療機構予以執行，爰決議維持原公告之預立醫療決定書。

三、惟考量我國國情及民眾觀感，善終包含死亡後相關事宜，爰將「其他照護與善終選項」內容，委託專責機構納為預立醫療照護諮商門診人員工作手冊，並請諮商機構依「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」第6條第2項規定「諮商機構應就諮商之過程作成紀錄，並經意願人及參與者簽名；其紀錄應併同病歷保存」，將意願者意思表達製作為與談紀錄，提供意願人之關係人保管，作為意願人死亡後執行參考依據。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十二）：7

本部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列 1,162 萬 7 千元，惟本部刻正委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會研議之「醫學中心評鑑基準草案」中，並未將呼吸治療師、心理師及社工人員職類人力評鑑項目列為必要項目，顯有欺瞞國會、逃避監督之嫌，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

一、本部業研修醫院評鑑基準，有關呼吸治療師、心理師及社工人員之人力規範，已列為 108 年醫院評鑑基準評量項目（1.3.8、1.3.10、2.4.10）必要條文。

二、此外，針對醫療機構人力合理配置檢討，持續邀集醫事人員團體及各級醫院協會代表，就「醫療機構人力配置標準研修原則」召開會議，並就各職類團體所建

議之人力配置計算方式進行溝通以達共識，創造醫事人員避免過勞、醫院永續經營並具醫療品質之三贏局面。

三、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十三）

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟依據「原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助辦法」規定，僅針對無適當醫療之原鄉部落，補助交通費用，並未開展相關積極措施，對於資源整合及服務目標族群，未免尚嫌偏漏，亦不可謂有顯現之積極行政作為，爰提案凍結 400 萬元。

《說明》：

一、為改善偏遠地區醫療資源不足問題，本部針對原鄉醫療資源之城鄉差距及分配不均情形，推動原住民族十大行動計畫策略，包含原鄉養成公費生培育、部落健康營造計畫、原鄉醫療資源提升計畫、原鄉論人計酬試辦計畫、高風險孕產婦健康管理試辦計畫、菸酒檳防制試辦計畫、原鄉事故傷害防制試辦計畫、原鄉三高防治試辦計畫、原鄉消化系統癌症防治、山地原鄉結核病主動發現計畫等，從建構原住民健康的部落層面介入，逐步改善原住民醫療照護品質，策略以「提升醫療可近性，強化在地醫療量能」為首要目標。

二、為提升原鄉地區緊急醫療照護能力，本部以提升在地

醫療量能、專科醫師人力挹注、建置區域聯防網絡三項策略，辦理「緊急醫療資源不足地區改善計畫」，補助山地、平地原住民鄉共 10 處，協助提供 24 小時緊急醫療照護服務；同時辦理「醫學中心支援計畫」由 10 家醫學中心，支援臺北榮民總醫院玉里分院、臺東馬偕紀念醫院、部立臺東醫院、關山慈濟醫院等 4 家醫院，提供 18 名專科醫師人力，強化原鄉地區急重症醫療量能。另辦理「兒科急診品質提升計畫」，平地原住民鄉之國軍花蓮總醫院提供 3 名兒科專科醫師人力，協助醫院提供 24 小時兒科專科醫師急診服務。

三、原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助計畫自 105 年起移由本部補助，並於 104 年 12 月 30 日訂定「原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助辦法」作為執行依據。本計畫係補助直轄市及各縣（市）政府辦理原住民就醫及照護資源使用，提供符合補助條件原住民之轉診、重大傷病、緊急傷病就醫及入住長照機構交通費補助，以減輕就醫負擔。105 年度補助 1 萬 2,616 人次；106 年度補助 1 萬 5,857 人次；截至 107 年度 10 月底止，補助 1 萬 5,211 人次。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十四）：1

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟近年部分專科別醫師人力分布仍有失衡情形，且醫師執業年齡中高齡化速度未見紓緩，加以刻

正推動受僱醫師納入「勞動基準法」等，均將衝擊醫師人力適足性，並未積極研謀對策，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

一、近年內、外、婦、兒科專科醫師人力由於醫療糾紛、工作負擔、值班、少子化及健保給付等項因素，以致成長趨緩，且婦產科專科醫師平均年齡相較其他科有偏高之情形，爰本部擬具提高全民健保五大科別支付標準、五大科住院醫師津貼等多項策略，內、外、婦、兒科住院醫師招收情形已有明顯改善，截至 107 年底止，平均招收率已達九成以上。

二、有關改善醫療執業環境及提升五大科醫師人力之具體措施包括：

(一)提升五大科健保支付標準：104 至 108 年各編列 1.6 億元，用於提升急診照護品質。106 年編列 102.7 億元（包含醫院 82 億元、西醫基層 20.7 億元），用於調整醫院重症、偏遠及地區醫院以及診所門診診察費支付標準。107 年醫院編列 27 億元，用於調升 11 項特定診療支付點數、暫不實施門診合理量、鼓勵地區醫院假日開診措施等。

(二)增加五大科住院醫師津貼：自 102 年 9 月 1 日起，對於五大科住院醫師專科訓練期間，每人於每年訓練結束後補助 12 萬元津貼，吸引醫學生投入五大科訓練與服務。截至 107 年底止，已補助住院醫師 1 萬 1,507 名，共計約 13 億元，並於 108 年賡續辦理。

(三)合理調整五大科醫師訓練員額：配合畢業生人

數，將專科醫師訓練名額總數由每年 2,143 名調降為 1,550 名，提高五大科招收率。

(四)推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度：

1.自 101 年起開辦生育事故救濟試辦計畫後，相關醫療糾紛司法訴訟鑑定案件減少 7 成，計畫期程至 105 年底，惟為順利銜接生產事故救濟條例之施行，已延長申請期限至 107 年 6 月。截至 107 年底止，生育事故爭議事件試辦計畫共核定救濟 427 案，核予救濟金 4 億 1,551 萬元。生產事故救濟條例自 105 年 6 月 30 日起施行，截至 107 年底止，共核定救濟 514 案，核予救濟金 2 億 6,070 萬元。

2.為通盤解決病人及家屬、醫事人員雙方面對醫事爭議處理之困境，爰以「保障病人權益、促進醫病關係與提升醫療品質」為核心，透過「說明、溝通及關懷」、「強化調解機制」、「建立系統除錯機制」三大面向連結立法目的，擬具「醫療事故預防及爭議處理法」草案。草案已於 107 年 1 月 24 日送行政院審議，行政院並同年 4 月 13 日函送立法院審議，且經立法院於同年 5 月 24 日逐條審議完畢，通過 27 條，保留 16 條，送黨團協商。

(五)開辦重點科別培育公費醫師制度：強化重點科別醫師培育，挹注偏遠地區人力需求，自 105 學年度起每年增加 100 名公費醫學生，預計 105 至 109 年培育重點科別公費醫師 500 名。

(六)挹注五大科偏遠地區醫療資源：

1.辦理「全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」：107年編列9.5億元，對於山地離島、健保醫療資源不足地區及其鄰近地區與緊急醫療資源不足地區急救責任之醫院，如強化提供24小時急診及內、外、婦、兒門住診等至少二科醫療服務者，給予醫院總額部門醫療費用一點一元保障，每家醫院每年補助金額為700至1,500萬元。

2.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」：由27家醫學中心或重度級急救責任醫院支援26家醫療資源不足地區醫院急診與相關急重症之醫師人力。目前共計支援內外婦兒急診專科人力計有111名。

三、住院醫師招收率由102年內科62%、外科76%、婦產科76%、兒科89%、急診醫學科87%，提升至107年內科97%、外科100%、婦產科99%、兒科100%、急診醫學科100%，顯見年輕醫師已逐漸回流五大科。

四、另本部為因應住院醫師納入勞動基準法，工時限縮對於醫院人力之衝擊，已研擬並推動多項措施，辦理情形如下：

(一)增加臨床醫療人力供給：試辦醫院整合醫學照護制度(hospitalist)、重點科別培育公費醫學生計畫及辦理地方養成公費醫學生計畫。

(二)增加醫療輔助人力：增加專科護理師人數，每年約600至800名，以輔助醫師執行臨床業務，並提升整體照護效率及品質。

(三)調整專科醫師訓練計畫確保住院醫師訓練品質：
於 PGY 訓練及專科醫師訓練計畫中擬訂專科訓練應完成之學習項目、案例數及學習里程碑 (milestone)，發展多元訓練模式，建立以核心能力為導向之學習成效評量方法，以確保住院醫師訓練品質。

五、又考量人口老化及醫師納入勞基法等政策因素將影響未來西醫師人力供需狀況，業已委請國家衛生研究院重新推估未來西醫師人力需求狀況。

六、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項 (十四): 2

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟近期提出即將適用之「醫學中心任務指標」研修草案，尚未訂出配分方式並邀集各界討論，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

一、有關 108 至 111 年醫學中心任務指標基準研修業已完成草案初稿，將原教學指標移至教學醫院評鑑基準 (醫學中心版)，並新增醫療品質與病人安全項目，並配合醫療事故預防及爭議處理法之推動。此外，亦加重醫學中心社會責任，包括區域醫療品質提升 (落實分級醫療)、支援偏遠地區醫院、推動器捐、安寧、病人自主法等。

二、本部於 108 年 1 月 7 日邀集所有醫學中心及重度級急

救責任醫院，就醫學中心評鑑任務指標（2.2）帶動或提升區域內或資源不足地區之醫療水準，且具成效計分原則，充分討論並達成共識。此外，關於醫學中心評鑑需同時申請醫院評鑑（醫學中心版本）、教學醫院評鑑（醫學中心版本）、及醫學中心任務指標評鑑，相關配分研擬修訂為 40%、20%、40%（原為 40%、10%、50%）。

三、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十四）：3

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟鑑於超高齡社會即將來臨，考量人口結構、勞動力運用效益外，尤其是醫療機構之感控管理、護理人力之照顧負擔等，共聘照顧（或稱全責照護）制度之落實與規劃刻不容緩，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

- 一、有關下一輪（108 至 111 年）醫院評鑑基準研修草案，已於外包管理條文之訪查範圍增列「照護服務員」，並依本基準之規範，要求外包人員須定期接受醫院有關院內感染管制、保密義務及確保病人安全等事項之訓練。
- 二、「住院病患共聘照顧（或稱全責照護）制度」可減輕家屬或護理人員負擔，立意良好，惟考量照護模式及醫院規模差異仍有相關環節需再研議，包括照護服務員人力供給、收費標準、供需媒合、家屬間的

共識與期待、醫院配置人力、經費來源等。

三、是以，基於目前執行住院病患共聘照顧模式之醫院尚不成熟，及避免醫院實施造成衝擊，目前研議先納入醫院評鑑試評項目，並持續蒐集資料及檢討，再納入未來醫院評鑑之正式項目研議。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十四）：4

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟迄今仍未將醫院評鑑資料之住院醫師工時於網路上公布，且就受僱主治醫師之聘僱契約或工時規範，至今仍未有定案，甚至受僱主治醫師可能排除適用「勞動基準法」而改以「醫療法」規範，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

- 一、為改善醫師勞動條件並確保醫療品質與民眾就醫權益，經本部與勞動部共同協商，規劃將受僱醫師納入勞動基準法（以下稱勞基法），並適用該法第 84 條之 1 議定工時，以維持彈性，逐步改善醫療執業環境。
- 二、受僱醫師納入勞基法之政策不變，但基於勞基法對於醫療特殊型態之容許彈性限制，並兼顧醫病關係與偏鄉民眾之就醫需求，爰規劃於 108 年 9 月 1 日將住院醫師納入勞基法，並適用第 84 條之 1 議定工時，並擬定住院醫師與醫療機構之聘僱契約範本草案，

將提供住院醫師及訓練醫院作為納入勞基法簽訂契約之參考。

三、至於主治醫師部分，因其自主性高，且工作樣態多元，工時之認定實為複雜，經多次會議討論，尚有不同意見，包括衝擊醫病關係（責任制），增加醫療糾紛；交接班頻率增加，影響照顧延續性；臨床時數限制，影響醫師教學意願；可能導致偏鄉醫療服務無法運作等，本部將持續就相關問題（包含受僱主治醫師之聘僱契約內容等）與各界協調溝通。

四、另有關於住院醫師工時數據資料部分，本部將於近期公開相關資訊。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

➤ 委員會決議事項（十四）：5

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟現行除醫療機構端設有「預立醫療照護諮商推廣獎勵計畫」外，對於如何於病人端推廣實踐「病人自主權利法」，仍未有積極作為；且對於「病人自主權利法」第 12 條註記預立醫療決定之系統與程序如何簡化、迅速，亦不見有具體規劃，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

一、本部自病人自主權利法公布後，為推廣預立醫療照護諮商及預立醫療決定之內容，105 至 106 年度補助財團法人中華民國（臺灣）安寧照顧基金會辦理「推廣病人自主權利法計畫」，製作 1 萬份宣導品、2 款

共 33 萬份文宣、106 場民眾預立醫療照護決定宣導場次、61 場種子人員培訓課程、15 場 7,200 人次種子人員訓練、7 家試辦醫院執行 210 例個案，及 442 人核心講師認證等，並以問卷進行且經分析顯見民眾及醫護人員已初步建立預立醫療照護諮商及預立醫療照護決定之概念。並於 107 年補助同單位辦理「推廣病人自主權利法照護模式試辦計畫」，計畫成果包括問答集製作、針對醫師、護理人員、心理師及社會工作人員等研訂完整分級（分階）訓練課程，並邀集 65 家醫院試辦諮商服務。

二、另 107 年 11 月 13 日公告「107 至 108 年預立醫療照護諮商推廣獎勵計畫」，於各直轄市及縣市輔導成立至少 1 家醫療機構為預立醫療照護諮商示範機構，配合辦理教育訓練及民眾宣導活動，並研擬中低收入戶補助機制。

三、為利醫護人員進行預立醫療決定註記，本部將安寧緩和、器官捐贈及預立醫療決定意願等，整合為統一資訊系統，當進行諮商時，可即時線上填寫預立醫療決定書，待意願人至醫療機構完成註記後，資料將於隔日完成健保卡中，簡化註記行政程序，並提供民眾即時查詢註記情形。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

➤ 委員會決議事項（十四）：6

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟為健全醫療衛生體系以利全民就醫環

境，擬辦理建構整合性社區健康照護網絡，本計畫對執行效益評估說明未臻明確，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

一、本部為達成「第八期醫療網計畫」目標，落實分級醫療，建構在地化、連續性、整合性之公共衛生與醫療服務網絡，促進醫療照護資源均衡發展，積極辦理多項計畫，執行成果如下：

(一)全國 6 大醫療區域盤點區域內相關醫療資源運用情形及提供民眾就醫資訊，輔導醫療機構結合基層診所及社區資源，透過建立出院後繼續照護管理機制，或建構雙向轉診網絡機制等方式，發展連續性、完整性的在地化醫療服務：

1. 臺北區：「輔導醫療機構建置醫療與長期照顧整合性照護—以中風病人出院後社區 PAC（急性後期照顧計畫）」，以新北市執行試辦計畫，自 105 年起與 12 家醫療機構合作，106 至 107 年轉介個案數為 225 人次，共 192 案，轉介成功率為 85.3%，平均等待核定天數（申請至核定）為 3.9 天，平均服務提供等待天數（出院至第一次提供服務）為 4.7 天。

2. 北區：「建立雙向轉診網絡機制及加強轉診資訊系統管理效能」，協助轉診服務數 105 年 837 人次、106 年 1,242 人次及 107 年 2,764 人次，總成長率為 330%。106 年 12 家醫院參與「輔導醫療機構提升出院準備服務並建立後續照護管理機制」，107 年 15 家醫院參與計畫，服務收案涵蓋

率由 11.60% (106 年) 提升至 13.95% (107 年)、服務轉銜後續照護率由 44.61% (106 年) 上升至 54.50% (107 年)、總轉介人次高達 5,206 人次。

3. 中區：「建構醫療院所雙向轉診暨出院後繼續照護」，106 年受輔導醫療機構計 20 家(11 家醫院、9 家診所)，107 年擴大範圍新增中彰投醫學中心 4 家、基層診所 22 家、衛生所 13 家。107 年建立鄉鎮市衛生所、各科別診所與醫院之間亦提供雙向轉診暨出院後繼續照護醫療服務窗口，截至 107 年 11 月底止，已完成超過 1,000 人次轉診服務，較 106 年已增加 10%。另南投縣 11 家醫院目前已全數設有出院準備服務機制，以提升病患後續照顧之服務理念。
4. 南區：「整合性腦中風健康照護出院服務計畫」，參與本計畫出院服務個案數達 76.6%，培訓服務人員單位涵蓋率達 42.4%。
5. 高屏區：「輔導醫療機構結合基層診所及社區資源，建立出院後繼續照護管理機制，及推動整合性照護、建構雙向轉診網絡機制」，參與計畫團隊數由 9 組 (106 年) 增至 12 組 (107 年)、機構數由 121 家(106 年)增加至 276 家(107 年)、其涵蓋率由 37%增加至 65.7%。
6. 東區：「建立出院後繼續照護管理機制及建構雙向轉診網絡機制」，電子轉診平臺轉回率由 34% (106 年) 提升至 42% (107 年)、輔導醫療機構使用電子轉診平臺，106 年 21 家及 107 年 16 家，使用率達 98%。另 104 至 107 年花東兩縣完

成乙類安寧訓練並具有資格醫事人員 194 名。

(二)透過 6 縣（市）政府衛生局試辦，建置社區健康照護網絡平臺，依當地醫療資源及縣（市）發展特色，輔導醫院建置以病人為中心之跨層級機構間醫療照護模式及研擬建立開放醫院模式，供未來政策參考，成果摘要如下：

1. 宜蘭縣政府衛生局：建立計畫操作流程，邀集宜蘭縣 8 家醫院及 33 家基層醫療院所參與共同照護模式、跨機構間合作轉銜逐步落實分級醫療，由醫院成功轉銜社區基層醫療照護 193 案、基層醫療院所提供居家醫療照護 330 案。
2. 臺北市政府衛生局：臺北市藉由統籌健康照護資源，應用醫療機構間之整合照護模式，個案管理機制，輔導參與本部「醫院整合醫學照護制度推廣計畫」及「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」之 4 家醫院，建置跨機構以病人為中心之連續照護模式。另為建構社區照護資源網絡平臺，首先完成承接本部相關計畫資源盤點，接著促成醫院部門間橫向聯繫、基層合作醫療群、家庭醫師醫療群等資源共享，來提升轉銜成功個案數，更結合獨特而前瞻之「臺北市家庭責任醫師照護整合計畫」、「社區安寧整合性服務計畫」、「強化出院準備服務精進計畫」及「家庭藥師計畫」等，銜接長照 2.0 出院準備，提供完善社區居家醫療、跨團隊專業人員訪視、社區安寧、社區藥師等服務，建構以人為中心，連續性之全人、全家、全社區健康照護體系，目前成功轉銜（持續

與社區照護達3個月以上)至居家醫療照護個案數達104人、至社區安寧達71人，透過實地拜訪與持續聯繫了解執行現況與困境。

- 3.桃園市政府衛生局：建置以病人為中心之跨層級機構間醫療照護模式，利於合作醫院為住院民眾進行需求評估，截至107年11月底止，整合健康評估服務達2,102人，出院準備服務轉介量達1,949人。輔導桃園市9家醫院參與開放醫院模式，以原有社區醫療群為平臺連結桃園市縱向與橫向資源，落實完善的醫療分級、轉診制度，截至107年11月底止，轉介成功率達92.72%。另桃園市參與居家醫療整合照護／安寧病房／安寧共照或社區居家安寧之機構數達150家，以106年10月103家為基期，成長率達45.63%。
- 4.苗栗縣政府衛生局：5家醫院參與開放醫院模式，每家醫院派2位委員提供2次實地輔導訪查，依據所提之計畫及專家研擬之檢核表進行查核，2次實地輔導訪查平均79.4分及81.8分。在品質指標管理上，基層診所上轉醫院率78.78%，醫院回轉診所率50.06%；電子平臺轉診利用率54.59%。共有7家醫院參與出院準備服務機制之運作，整體收案涵蓋率達12.59%，後續照護轉介率52.15%。輔導具備安寧照護能力之醫院增加至2家，居家安寧收案數共99案。辦理分級醫療創意宣導海報競賽1場，並完成多元化宣導活動共77場次，計畫成果藉由發表會方式展現，並運用媒體予以宣揚。

5. 雲林縣政府衛生局：

- (1) 國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（下稱臺大雲林分院）辦理 Hospitalist，規劃設立急性短住病房與一般醫學專責病房，提供住院病人全人照護，專責病房住院平均天數 4.4 天，一般病房平均住院天數 7.1 天（縮短 2.7 天住院天數）成效良好。
- (2) 輔導醫院建置以病人為中心之跨層級機構間醫療照護模式，臺大雲林分院與國立成功大學附設醫院斗六分院（下稱成大斗六分院）建立「綠色通道」，試辦雲林縣急門診醫療支援（區域醫院與地區醫院），病人由臺大雲林分院門急診轉至成大斗六分院門急診，病患接受「雙主治醫師」的醫療照護，臺大雲林分院（重度級）下轉（中度級）急救責任醫院人次，由 106 年下轉 36.4 人次／月，至 107 年下轉 48.3 人次／月（平均增加 12 人次／月）。另推動安養護中心病人分流社區醫院，避免輕症病人湧入重度級醫院急診，106 年機構住民後送臺大雲林分院急診比率較 107 年下降 12%。
- (3) 推動開放醫院模式，計有 9 家醫院、62 家診所加入，醫院診所資源共享、雙向轉診，發展出平行非垂直的觀念，提供延續性照護及社區照護模式，建立「雲林雙向轉診醫療聯盟」，形成緊密合作無間的「雙向轉診」及「垂直下轉」合作醫療聯盟。
- (4) 建構社區照護資源網絡平臺，統整雲林縣有

限資源及在地需求，透過網絡平臺建立執行模式及作業流程，提升長照服務接軌在地居家醫療（安寧）服務，107年照顧管理專員共轉介169名個案，居家醫療服務人次由105年（411人次）至107年9月（978人次）成長2.3倍；重度居家醫療服務人次由105年（1,218人次）至107年9月（5,732人次）成長4.7倍；居家安寧服務人次由105年（1,068人次）至107年9月（1,118人次）成長1.1倍，107年居家醫療照護人數成長率較106年成長20.6%，居家安寧照護利用率較106年成長27.1%，預立安寧緩和醫療簽署率達1.68%。另出院準備服務銜接出院後接受長照服務，平均天數8.8天遠較全國平均值（21.4天）快12.6天，透過網絡平臺溝通、協調及行政流程修改，擴展了長照2.0之出院準備服務以及居家醫療有效銜接。

6. 花蓮縣政府衛生局：依據花蓮高齡化特性與安寧需求，及需加強糖尿病照護之現況，選定安寧及糖尿病照護2項主題：

(1) 評核指標1「提升居家醫療個案數」：105年收案46案，106年增加至929案，107年1,620案，增加幅度高達3,421.7%。

(2) 評核指標2「提升具備安寧照護醫院數」：全力輔導及資源挹注下，辦理甲類安寧教育訓練，107年新增本部花蓮醫院、臺北榮民醫院玉里分院開設安寧病房。

(3)品質查核指標：設定出院個案追蹤比率、接受社區醫療照護比率、同一疾病3日內急診比率及同一疾病14日內非計畫性再住院比率等4項指標，了解本計畫介入輔導效益，提升個案社區照護服務使用率，並針對安寧照護/糖尿病個案3日內急診及14日內再住院率，未來將持續追蹤。

(三)另為以落實「病人安全」和「醫療品質」之核心價值辦理醫院評鑑，奠定分級醫療之基礎，本部業已檢討修正醫院評鑑基準，並精簡基準條文，地區醫院評鑑基準，自188條1,297項評量項目，簡化為122條550項（減少幅度達58%），大幅減少文書作業，減輕地區醫院負擔。

(四)透過醫學中心支援計畫，由24家醫學中心或重度級急救責任醫院支援20家地區醫院，每年計約4億元，提供85名專科醫師人力，協助地區醫院達成緊急醫療能力分級評定標準，提升在地急重症醫療量能。

二、另有關臺北醫療區域（涵括臺北市及新北市）區域劃分之檢討或相關改善策略：

(一)依醫療法第88條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，得劃分醫療區域，訂定醫療網計畫。爰為促進醫療資源合理分布，本部自74年開始推動醫療網計畫，並將全國劃分為17個醫療區域及63個次醫療區域，復於100年檢討修訂「醫院設立或擴充許可辦法」，將全國重新劃分為6個一級醫療區域、17個二級醫療區域，再依鄉鎮市

區分為 50 個次醫療區域。

(二)臺北二級醫療區域包含臺北市及新北市，然因醫療環境改變、縣市合併、新興市鎮發展，各醫療區域之地方生活圈、都市化程度、交通、人口密度及就醫習性不同等因素，造成各醫療區域病床資源分布不均，爰為通盤檢討評估，本部已委託辦理「評估我國病床資源現況與需求計畫」，並藉由此計畫之評估分析，作為後續研擬病床資源規劃管理及相關政策之參考。

三、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項 (十四): 7

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟為健全緊急醫療照護網絡用以因應緊急事件時能妥適進行救護工作，擬辦理區域緊急醫療應變中心、急救教育技能與知能推動及教材編定、醫院緊急醫療能力分級評定等計畫，蓋計畫之執行效益估未臻明確，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》:

- 一、有關北海岸醫療資源現況說明如下：淡水區 5 家醫院、107 家診所；三芝區 1 家醫院、8 家診所；石門區 3 家診所；金山區 1 家醫院、7 家診所；萬里區 6 家診所。
- 二、為改善北海岸地區醫療資源不足，本部挹注新北市瑞芳區瑞芳礦工醫院急診室、臺大金山分院急診室及貢

寮衛生所澳底醫療救護中心每日夜間 1 診次及假日 2 診次提升在地醫療量能，改善緊急醫療資源城鄉差距之落差。107 年度共補助 3,254 萬 4 千元，108 年度持續執行計畫。

三、目前於北海岸地區緊急事件後送急救責任醫院，新北市送淡水馬偕紀念醫院及臺大醫院金山分院；另跨縣市送基隆長庚紀念醫院及本部基隆醫院，本部針對新北市金山區、瑞芳區、貢寮區等補助 24 小時急診，由臺大金山分院、馬偕紀念醫院淡水分院及汐止國泰綜合醫院提供醫師支援，穩定於提供醫療服務。

四、北海岸地區緊急醫療救護規劃，彙整新北市政府衛生局建議以加強社區醫療、公衛群之功能為重點，並以臺大金山、淡水馬偕為後送之中繼站，規劃有關緊急醫療救護站策略。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十四）：8

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟鑑於 108 年將進行醫學中心評鑑，並進行醫學中心任務指標研修工作，各界多所期待醫學中心應回歸醫療網賦予協助急重難症之任務，並確保兒童醫院之醫學中心定位功能，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

一、關於醫學中心定位及醫中任務指標，業經檢討，並於任務指標納入提升重、難症醫療服務品質與比

重、協助提升醫療資源不足地區醫療水準等。

二、相關策略作法（醫學中心任務指標）：

（一）透過醫學中心支援計畫規劃區域認養，支援醫療資源缺乏之偏遠地區醫療機構，提升醫療照護能力。

（二）帶動及提升區域內或資源不足地區之醫療水準，促進醫院發展機構間連續性照護模式及雙向轉診，並落實分級醫療，輔導提升在地或其他醫療機構醫療能力及服務品質。

三、本部於 108 年 1 月 7 日邀集所有醫學中心醫院，就醫中評鑑任務指標（2.2）帶動或提升區域內或資源不足地區之醫療水準，且具成效計分原則，充分討論並達成共識，並將持續辦理醫學中心支援區域規劃認養相關事宜。

四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十四）：9

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列 5 億 244 萬 9 千元，惟申請器官捐贈及安寧緩和註記整體行政流程共約需 22 個工作天，但查經實際案例卻耗時 2 個月始能統一發送簡訊通知意願人，顯見安寧緩和與器官捐贈意願資訊系統，有檢討之必要，爰提案合併凍結 300 萬元。

《說明》：

一、依安寧緩和醫療條例及人體器官移植條例規定，意願人或其醫療委任代理人，於意願書預立選擇安寧

緩和醫療或作維生醫療抉擇，或同意進行器官捐贈，則該意願立即具有效力，並註記於健保 IC 卡資料庫系統。前述意願書應由簽署之醫療機構確認民眾所填申請人姓名、出生年月日及身分證字號等 3 項資料正確無誤後，將紙本寄至本部安寧緩和醫療意願資料處理小組（以下簡稱處理小組），經戶政資料庫比對無誤後鍵結健保 IC 卡資料庫系統；若比對有誤，則由處理小組退回簽署人或醫院，俟修正後再逕送辦理註記。

二、查本部經多年推廣民眾簽署預立選擇安寧緩和醫療意願，從 95 年每月平均 678 人申請健保 IC 卡註記，到 107 年每月平均超過 7,800 人以上申請；器官捐贈意願則自 102 年每月 2,946 人申請註記，到 107 年每月平均 4,161 人申請註記，均大幅提升。並請處理小組陸續增聘人力（由 2 名增加為 7 名），協助意願書資料確認及註記作業，並進行組內教育訓練，經與該小組確認，截至 108 年 1 月 30 日止，已完成 1 月 4 日以前民眾簽署意願書資料審核作業，縮短註記工作天數。惟註記後得匯出名單至電信公司發送簡訊，現註記後 2 週內發送簡訊通知意願人。

三、為讓民眾及醫療機構能即時查詢預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願簽署情形，本部於 102 年建置安寧緩和醫療意願註記資料庫系統，民眾可經由本部全球資訊網（www.mohw.gov.tw→衛生福利 e 寶箱→衛生醫療→安寧療護及器官捐贈→安寧療護及器官捐贈意願系統），或撥打專線（0800—220—927）進行查詢。

四、本部亦規劃 108 年持續優化安寧緩和醫療意願註記資料庫系統，辦理「安寧緩和醫療意願註記健保 IC 卡登錄與推廣計畫」與改善。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十五）：

本部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」—「辦理健全醫療衛生體系」之「辦理建構整合性社區健康照護網絡等」編列 8,059 萬 8 千元，惟鑒於收治癌症等重症或末期病人的各大醫學中心，投入安寧緩和醫療照護用心程度落差極大，恐難滿足 108 年「病人自主權利法」上路後，末期病人拒絕無效醫療，選擇安寧進而轉介回歸在地善終之需求，爰提案凍結 100 萬元。

《說明》：

一、目前，先進國家都在推動安寧緩和醫療社區化，使老人可以在地安老，是安寧緩和醫療未來的趨勢，本部於 107 年辦理「推廣安寧緩和醫療社區照護模式計畫」，共補助北中南東 8 家醫院，以區域資源整合與服務量能提升的概念，由受補助之醫院為區域核心，提供一定範圍之基層診所、衛生所及社區護理機構專業的諮詢與後援，以利這些基層醫療保健單位能結合地區特色，提供在地化的居家安寧療護服務，以落實安寧緩和醫療到各級醫院、社區及居家，達到普及化、人性化、社區化、在地化。

二、另為強化安寧照護及預立醫療決定機制，本部審查過

去 4 年醫院安寧照護計畫執行情況，納入 108 至 111 年醫學中心任務指標基準研修作業，其中應提供預立醫療照護諮商服務及組成安寧照護團隊，提供末期病人適當之安寧療護，成效良好，有具體事證等，並已完成草案初稿列入項次 5.1.3 條文「強化安寧照護及預立醫療決定機制並具成效」。

三、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

第 9 目 心理及口腔健康業務

► 委員會決議事項（十六）

本部「心理及口腔健康業務」項下「國民心理健康第二期計畫」編列 5 億 785 萬 8 千元，惟都市原住民族家庭支持系統欠缺，實為家暴憾事之主因，相關主管機關應考慮原住民族相較其他族群社經地位落後，又本於文化刻板印象等因素，生活於都市之都市原住民承擔眾多壓力，應予以扶助，爰提案凍結 1,000 萬元。

《說明》：

一、本部於 105 年 6 月 7 日邀集原住民籍精神科醫師、家醫科醫師、公共衛生學者、衛生行政人員等召開專家會議，規劃辦理原住民心理健康促進計畫。並自 106 年起以公開徵求方式辦理。106 至 107 年度補助辦理本計畫，內容包含原住民心理健康教材製作、原鄉部落學童心理健康促進、心理衛生專業人員的原住民文化訓練、原住民心理諮商服務等。

二、為提升都市原住民心理健康，本部 108 年原住民心理

健康促進計畫納入都市原住民之心理健康促進，對於都市原住民的心理健康，包含初次離鄉求學、工作的原住民，都會區的原住民部落(如新店溪洲部落、三峽三鶯部落)或散居之都市原住民等，投入資源，透過都市之原住民教會、原住民民間團體，輸送心理衛生相關服務。

三、本部心理健康促進服務，未來將連結都市原住民家庭服務中心，期能充實中心之服務能量。

四、有關提案敘及原住民族委員會之 107 年度補助直轄市及縣（市）政府推動原住民族家庭服務中心實施計畫，規定 4,500 人以上地區，經評估確有實際需求者，得申請設置家庭服務中心，而新竹市原住民僅達 4,121 人，無法設置原住民族家庭服務中心一節，屬原住民族委員會業管，將另請該會審酌辦理。

五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十七）：1

本部「心理及口腔健康業務」項下「國民心理健康第二期計畫」之「業務費」編列 1 億 546 萬元，惟根據近幾年國人自殺死亡率統計資料，106 年度自殺標準化死亡率攀升至近 5 年新高紀錄 12.5 人，亦未達計畫之 106 年度目標值 11.4 人，且慢性精神病領有身心障礙手冊患者亦逐年遞增，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

一、依據世界衛生組織之統計，全球自殺死亡率男性高於

女性。經查相關文獻，其主要原因係男性採用自殺方式較為激烈且致命，爰本部持續加強相關致命工具之取得限制，並提升男性壓力因應能力，及宣導求助或就醫管道，以減少自殺行為。

二、針對高致命性之農藥－巴拉刈，依據本部統計處 106 年死因資料統計，使用巴拉刈自殺死亡人數中，男性即占 73.9%，持續協調行政院農業委員會，落實劇毒農藥管理、發放農藥儲藏箱及研擬禁用期程，以避免自殺工具容易取得，該會原於 106 年公告 108 年 2 月全面禁用，惟該會評估農民購買囤積量仍需 1 年始可使用完畢，爰於 108 年 1 月 30 日公布延後禁用期程至 109 年 2 月 1 日；本部將持續加強劇毒農藥管理及農藥商、農民之自殺防治宣導。

三、加強向媒體宣導自律及遵守世界衛生組織對於自殺新聞六不六要之報導原則，針對相關新聞加註警語及求助資源，並每年邀集新聞媒體召開聯繫會議，透過宣導及教育，加強媒體的正向功能，宣揚珍愛生命理念，增加尊重生命的相關報導，以避免因媒體報導引起之仿效作用，造成更多自殺事件發生。

四、將「自殺防治守門人」列入本部 108 年度衛生教育主軸宣導議題之一，宣導人人均為自殺防治守門人觀念，強化自殺防治之初段預防，並呼籲社會大眾多加關注自身心理健康，並關懷周遭親友，以及宣導安心專線電話（0800－788－995），以強化自殺防治成效。107 年特別針對男性自殺關懷、中年失業及可取得求助資源等主題，完成製播 1 則自殺防治影片廣告、2 部自殺防治短片、製作並發放 1 款自殺防治海報、拍

攝電視節目 1 則，並透過多元管道進行傳播露出。

- 五、與自殺防治第一線醫療專業合作，結合醫療、社會工作相關學協會，辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練，107 年參訓人數共 813 人。辦理高自殺風險族群之接觸者或照顧者及村里長、村里幹事之自殺防治守門人及專業人員訓練，以強化辨識自殺風險個案及轉介。107 年辦理珍愛生命守門人教育訓練計 35 場次，共 2,919 人次參加，108 年將賡續辦理是項計畫。
- 六、107 年於桃園市政府衛生局、連江縣政府衛生福利局、宜蘭縣政府衛生局、新竹市政府衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣政府衛生局等 6 縣市辦理幸福捕手計畫，並提供參訓名額予內政部警政署、行政院人事行政總處，培訓在地種子講師第一階段完訓人數 185 人，第二階段完訓人數 163 人，108 年將賡續辦理是項計畫。
- 七、建置自殺防治通報系統，鼓勵醫療機構、警消等單位進行自殺企圖個案通報，並補助各直轄市、縣(市)政府衛生局聘任關懷訪視員，提供自殺企圖者關懷訪視，預防個案再自殺。107 年全國自殺通報人次為 3 萬 3,206 人次；訪視人次為 21 萬 4,155 人次，其中男性通報人次為 1 萬 2,325 人次（較 106 年 1 萬 1,430 人次，增幅 7.8%）；訪視人次為 7 萬 8,913 人次（較 106 年 7 萬 2,989 人次，增幅 8.1%）。
- 八、依據本部統計處初步統計 107 年全國自殺死亡人數為 3,822 人，較 106 年 3,871 人，相較減少 49 人；男性自殺死亡人數為 2,522 人，較 106 年 2,574 人，減少 52 人。

九、綜上，編列經費辦理各項自殺防治措施實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（十七）：2

本部「心理及口腔健康業務」項下「國民心理健康第二期計畫」之「業務費」編列 1 億 546 萬元，惟根據近 10 年國人自殺死亡率統計資料，106 年度自殺標準化死亡率攀升至近 5 年新高紀錄 12.5 人，亦未達計畫之 106 年度目標值 11.4 人，爰提案合併凍結 100 萬元。

《說明》：

- 一、世界衛生組織公布自殺為全球議題，且是多重因素造成，並隨社會變遷、經濟等大環境不佳，致自殺防治成為複雜且艱鉅之任務，其防治工作需結合政府與民間團體共同辦理。
- 二、為強化跨部會合作，推動跨場域之自殺防治及心理健康促進方案，已完成研訂本部各單位及所屬機關，以及行政院相關部會依其業務權責及服務標的族群之自殺防治手冊，發送供各部會參考運用。
- 三、針對燒炭、高處墜落、溺水等限制自殺工具取得之議題，108 年度預計邀集公部門、專家學者及相關專業團體，召開會議共同研擬具體可行之對策指引。
- 四、持續推動請木炭進口商業者於木炭包裝印製警語及求助電話；另針對高致命性之農藥－巴拉刈，持續協調行政院農業委員會，落實劇毒農藥管理、發放農藥儲

藏箱及研擬禁用期程，以避免自殺工具容易取得，該會原於 106 年公告 108 年 2 月全面禁用，惟該會評估農民購買囤積量仍需 1 年始可使用完畢，爰於 108 年 1 月 30 日公布延後禁用期程至 109 年 2 月 1 日；本部將持續加強劇毒農藥管理及農藥商、農民之自殺防治宣導。

五、加強向媒體宣導自律及遵守世界衛生組織對於自殺新聞六不六要之報導原則，針對相關新聞加註警語及求助資源，並每年邀集新聞媒體召開聯繫會議，透過宣導及教育，加強媒體的正向功能，宣揚珍愛生命理念，增加尊重生命的相關報導，以避免因媒體報導引起之仿效作用，造成更多自殺事件發生。

六、將「自殺防治守門人」列入本部 108 年度衛生教育主軸宣導議題之一，宣導人人均為自殺防治守門人觀念，強化自殺防治之初段預防，並呼籲社會大眾多加關注自身心理健康，並關懷周遭親友，以及宣導安心專線電話（0800—788—995），以強化自殺防治成效。107 年已完成製播 2 則自殺防治影片廣告、於東森新聞雲製作「你我都是珍愛生命守門人專區」、製播廣播廣告、製作並發放 2 款自殺防治海報、與插畫家合作製作 3 則插畫、製作 3 篇網路廣宣稿、拍攝電視節目 1 則。

七、107 年於桃園市政府衛生局、連江縣政府衛生福利局、宜蘭縣政府衛生局、新竹市政府衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣政府衛生局等 6 縣市辦理幸福捕手計

畫，培訓在地種子講師第一階段完訓人數 185 人，第二階段完訓人數 163 人，108 年將賡續辦理是項計畫。

八、設立安心專線（0800—788—995）每日 24 小時全年無休，提供免費心理諮詢服務，並進行自殺危險評估，針對高自殺意念者轉介縣市社區心理衛生中心，提供後續追蹤關懷。對於來電表示正在自殺者，並積極結合警察機關進行即時救援。107 年提供心理諮詢服務共 7 萬 8,108 人次。另考量安心專線號碼長達 10 碼，為便利民眾記憶及運用，本（108）年度將正式改為 1925（諧音：依舊愛我）4 碼電話，並透過全面推廣，提升民眾對於心理諮詢專線之認知與應用。

九、與自殺防治第一線醫療專業合作，結合醫療、社會工作相關學協會，辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練，107 年參訓人數共 813 人。辦理高自殺風險族群之接觸者或照顧者及村里長、村里幹事之自殺防治守門人及專業人員訓練，以強化辨識自殺風險個案及轉介。107 年辦理珍愛生命守門人教育訓練計 35 場次，共 2,919 人次參加，108 年將賡續辦理是項計畫。

十、建置自殺防治通報系統，鼓勵醫療機構、警消等單位進行自殺企圖個案通報，並補助各直轄市、縣（市）政府衛生局聘任關懷訪視員，提供自殺企圖者關懷訪視，預防個案再自殺。107 年全國自殺通報人次為 3 萬 3,206 人次；訪視人次為 21 萬 4,155 人次。截至 108 年 1 月 29 日全國自殺企圖通報在案共 7,668 人次，自殺關懷訪視員案量負荷比為 1：63.9，人力資源尚有

不足，本部將持續爭取相關經費及資源挹注，以支持自殺關懷訪視工作之推展。

十一、為瞭解各縣市政府衛生局提供自殺企圖通報個案之訪視服務執行現況與困境，並確保自殺關懷訪視服務品質及探討前開機制執行成效，辦理 107 年度「自殺關懷訪視業務現況及成效評估計畫」，調查各縣市衛生局提供關懷服務之實際運作方式，並透過串聯相關資料庫執行「個人特性統計校正」後之自殺關懷訪視成效之量性分析，研提自殺關懷訪視人力需求及合理管理個案數、自殺關懷訪視業務計畫執行績效評估指標，以及自殺關懷訪視工作規範修正建議等，以利作為未來政策修訂之參考，預計於 108 年 12 月 31 日完成。

十二、依據本部統計處初步統計 107 年全國自殺死亡人數為 3,822 人，較 106 年 3,871 人，減少 49 人。

十三、綜上，編列經費辦理各項自殺防治措施實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

參、國民健康署業務報告

第 1 目 科技業務

➤ 新增決議事項（一）：1

本部國民健康署「科技業務」編列 1 億 6,025 萬 7 千元，惟臺中市后里區民眾數年來多次反映擔憂其居住之週遭環境有受戴奧辛等重金屬污染的可能，疑有致生健康影響之虞，然國民健康署後續卻未有進一步主動統籌辦理調

查事宜，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 200 萬元。

《說明》：

一、本部國民健康署於 107 年 7 月 11 日召開「后里區居民健康現況及潛在可能污染問題」專家學者討論會議，及 107 年 9 月 6 日與科技部中科管理局、臺中市政府衛生局及臺中市后里區衛生所，討論中科后里園區附近居民流行病學及健康照護，重點如下：

(一)請中科管理局未來辦理中科后里園區附近居民之流行病學研究及健康照護計畫時，血液中戴奧辛分析實驗室納入取得實驗室認證資格條件、抽血時同步進行問卷調查及異常後續衛教等，請臺中市政府衛生局協助提供相關問卷建議、衛教資料及民眾的後續健康照護。

(二)請臺中市政府衛生局協助后里區衛生所拜訪該區廣福里、后里里、厚里里及公館里里長，了解民眾對於健康照護之需求，及對於衛生所健康照護服務之建議。

二、本部國民健康署業於 107 年 10 月 17 日提供「健康照護手冊」、「氯化二苯環戴奧辛重點摘錄」及「戴奧辛及其對人健康的影響」等衛教資料予臺中市政府衛生局，作為臺中市政府衛生局及后里區衛生所進行后里區居民衛教之參考。

三、本部國民健康署於 107 年 12 月 28 日出席中科管理局「108 至 110 年中部科學工業園區后里園區流行病學調查計畫」工作計畫協調會議，會中確認 108 年計畫已將優先徵詢前次調查有爭議個案，提供健檢及抽

血檢驗服務，倘健檢結果有異常，將轉介后里區衛生所或中國醫藥大學附設醫院提供後續健康照護服務，另本部、臺中市政府衛生局及后里區衛生所將提供流行病學調查研究計畫所需的相關協助。

四、另臺中市政府業已執行 3 年期計畫，「105 年臺中市后里區、西屯區、大雅區及港區環境污染物調查計畫」、「105 至 107 年臺中市后里區、西屯區、大雅區及港區（大肚、清水、沙鹿、梧棲、龍井）居民空氣污染物暴露評估計畫」，其中 105 年居民空氣污染物暴露評估計畫成果報告已於 107 年 12 月 6 日上網公開。

五、本項預算係為辦理兒童、青少年及中老年健康長期追蹤及研究，賡續推動國民營養健康狀況變遷監測調查及研究，發展個人化及預防性預防保健與癌症篩檢服務模式，強化國民健康監測機制與監測數據基礎環境建置。

六、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 新增決議事項（一）：2

本部國民健康署「科技業務」編列 1 億 6,025 萬 7 千元，惟近年中臺灣頻傳細懸浮微粒（PM2.5）嚴重污染之情事，惟查該計畫自始至終未曾就中臺灣任一醫療院所資訊有所掌握，研究範圍屢屢令人質疑，又涉及健康之環境監測亦須長期追蹤調查，但「細懸浮微粒（PM2.5）特徵對民眾健康影響之研究」辦理期間僅有 4 年，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 200 萬元。

《說明》：

- 一、「細懸浮微粒（PM2.5）特徵對民眾健康影響之研究」（104 至 107 年）係本部國民健康署與行政院環境保護署共同合作委託國家衛生研究院辦理，透過長期區域 PM2.5 成分監測及國人 PM2.5 暴露與健康評估，了解臺灣地區 PM2.5 濃度及成分特徵時空間分布，評估民眾 PM2.5 實際暴露量、貢獻來源及疾病發作之相對危險性，並考量空氣污染物對健康的衝擊，開發具健康危害警示的空氣品質健康指標。
- 二、承上，國家衛生研究院業於 108 年 1 月 30 日及 31 日舉辦「International Symposium on the Air Quality and Health」國際研討會，並於會中發表上述計畫相關研究成果，近期將完成全案成果報告。
- 三、為持續進行環境污染物之監測、健康流行病學調查研究、健康風險評估等面向之健康危害評估，本部國民健康署與行政院環境保護署刻正會同國家衛生研究院檢視細懸浮微粒相關計畫之成果，並積極規劃 109 年計畫內容以持續進行相關研究。
- 四、本項預算係為辦理兒童、青少年及中老年健康長期追蹤及研究，賡續推動國民營養健康狀況變遷監測調查及研究，發展個人化及預防性預防保健與癌症篩檢服務模式，強化國民健康監測機制與監測數據基礎環境建置。
- 五、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 新增決議事項（一）：3

本部國民健康署「科技業務」編列 1 億 6,025 萬 7 千元，惟認為「保健雲計畫」有關民眾雲端健康資料運用模式等預算，牽涉對象及內容繁雜，且迄今為止科技運用於管理的成效明顯不彰，爰提案併同委員會通過決議，合併凍結 200 萬元。

《說明》：

一、「保健雲 2.0」計畫為本部之「臺灣健康雲 2.0」計畫架構下之子計畫，政策依據為行政院於 99 年 4 月通過「雲端運算產業發展方案」，發展「智慧醫療一如電子病歷儲存、分析與交換之醫療雲、健康雲」，及行政院 101 年 6 月通過「黃金十年 國家願景」計畫之「6.2 以數位平臺促進軟體加值、智慧終端、雲端服務等相關產業，提升競爭」及「策略 2、推動有益健康的公共政策」。計畫期程 106 至 109 年，以達成「致力全人健康管理、預防保健服務，增進健康傳播及促進民眾健康」為總目標。本案以全方位智慧型健康管理平臺為主，透過互動式功能結構及推廣活動，提升民眾健康識能，記錄個人健康管理資訊，落實個人健康管理，並推動智慧健康生活試辦服務或模式，同時提供數據傳輸或上傳服務，增進健康傳播及促進民眾健康。106 及 107 年計畫主要執行成效如下：

(一)擴增全方位智慧型健康管理平臺功能，包括：

- 1.推動多元身分認驗證機制，促使平臺會員之登錄更便利。
- 2.新增保健雲平臺及 APP 第三方登入功能，如 Facebook、Google+ 等。

- 3.新增衛教素材審查平臺。
- 4.增加客服機器人功能，提供更便利之人工智慧客服功能。
- 5.提供本部國民健康署開放資料儲存平臺並具有檔案上下架及對外連結功能，並協助相關資料移轉作業。

(二)高滿意度的場域試辦及推廣：智慧健康生活場域試辦推動、提供數據傳輸或上傳服務：

- 1.106 年度完成桃園市 1 處場域試辦及推廣平臺使用與線上健康智慧客服，參與民眾滿意度達 95%。
- 2.107 年度完成臺北市 1 處智慧血壓量測試辦場域推廣，實際使用滿意度平均達 87%。

(三)運用創新科技並結合健康傳播素材徵選活動進行平臺之推廣。

- 1.106 年底結合健康傳播素材徵選活動暨記者會中擺設攤位放置 Zenbo 機器人，成為闖關活動其中必闖關卡之一，並藉以推廣平臺使用及增加會員人數。
- 2.107 年度結合健康傳播素材徵選活動暨記者會，於其中擺設攤位結合 Zenbo 機器人及提供智慧血壓服務體驗區，成為闖關活動其中必闖關卡之一，藉以推廣平臺使用及增加會員人數。

(四)截至 107 年底止，本部國民健康署所釋出之開放資料集數已達 227 種，皆通過國發會開放資料品質金質標章。

(五)服務之瀏覽人次約 529 萬人，註冊會員數累計超過 2 萬 3,400 人。

(六)APP 下載次數，IOS 計 6,140 次、Android 計 1 萬 3,030 次，民眾評等達 4.5 分。

(七)通過 ISO 27001：2013 國際資安標準認證。

(八)系統維運管理：維護保健雲系統正常運作不中斷。

二、108 年預計進行以下工作事項：

(一)配合 108 年行政院資通安全管理法，進行公有雲系統移至私有雲之資訊安全調整作業，以進一步提升保健雲平臺資訊防護等級，使民眾可於更加安全環境下使用平臺進行自我健康管理。

(二)持續配合本部健康資訊共享規劃，使健康資料得以連結後端醫療資訊，進一步提升健康資訊運用綜效。

(三)推動智慧試辦方案，擴大社區端民眾智慧血壓量測服務模式，以現有社區推廣服務成功案例，複製至其他社區運行，並持續將量測所得之數據上傳保健雲，使系統得以取得完整個人健康資料，以提供更加完善之個人健康管理服務功能及內容，作為民眾預防保健自我管理工具（如血壓等）。

三、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

► 委員會決議事項（一）

本部國民健康署「科技業務」項下「全人健康促進科技政策研究」編列 1 億 750 萬 8 千元，惟提供特殊需求者

全面性的眼科檢查，可及早發現視力問題，亦能避免後端因延誤就醫所衍生的醫療與照顧負擔。然而，現況下對於上述政策之基礎資訊仍付之闕如，有待了解與釐清，爰提案凍結 100 萬元。

《說明》：

- 一、基於心智障礙者受限無法清楚表達自身視力情形及專注配合視力儀器檢查，且國內對心智障礙者之視力健康照護處於起步階段，導致其視力健康受忽視。為免心智障礙者對於視力模糊無法明確表達，錯失治療黃金時間，導致失明憾事發生，故將優先提出「心智障礙者之視力健康狀況調查及衛教推廣」規劃方案。
- 二、目前國內尚無針對心智障礙者視力健康之流行病學調查，鑑於心智障礙者可能多處於機構內，且其眼科篩檢方式，需要特殊專業人力與資源及配套，故本部國民健康署將結合本部醫事司及社會及家庭署與國內相關專業學會及醫療機構研商，提出委辦規劃方案，以瞭解國內心智障礙者視力健康狀況，提供心智障礙者視力健康照護及照顧者衛教參考。
- 三、本項預算係為辦理兒童、青少年及中老年健康長期追蹤及研究，賡續推動國民營養健康狀況變遷監測調查及研究，發展個人化及預防性預防保健與癌症篩檢服務模式，強化國民健康監測機制與監測數據基礎環境建置。
- 四、綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

肆、結語

為維護全民健康與福祉，本部秉持著全球化、在地化、創新化的思維，整合社會福利及衛生醫療資源，用心規劃未來藍圖，從福利服務輸送、關懷弱勢、醫療照護、全民健保、健康促進、疫病防治、食品藥物管理等攸關全民福祉之議題，擬定整合連續性之公共政策，期能提供完善且一體之服務，讓全民更健康。

綜上，各項經費編列，確為業務推動必需，敬請惠予支持，准予動支，俾利本部暨所屬機關依既定之施政計畫及業務內容執行。本部承 大院各委員之指教及監督，在此敬致謝忱，並祈各位委員繼續予以支持。

伍、附錄

衛生福利部主管 108 年度公務預算凍結案項目明細表(討論事項)

單位：千元

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
一、衛生福利部(19款第1項)					
1	新(三)	衛生福利部主管業務攸關國人健康，並以促進全民健康為使命，108年度編列醫療健保所需經費即達上千億元（尚未計入健保基金支出6千餘億元），惟近10年國人健康平均餘命與平均壽命之差距日益擴大，於年老之臥床失能時間未減反增，與社會期待容有落差，亟待通盤檢討整體醫療衛生政策，提升資源運用效益，以有助達成促進全民健康之責。爰針對108年度衛生福利部第7日至第18目「醫療保健支出」編列預算83億7,725萬5千元，凍結2億元，科目自行調整，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。	8,303,814	200,000	國民黨團
2	新(四)	第7目「一般行政」編列9億4,107萬7千元，併同委員會通過決議合併凍結100萬元，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告後，始得動支。 衛生福利部「兒童及少年福利與權益保障法」第26條規定略以，居家式托育服務提供者，應向直轄市、縣（市）主管機關辦理登記。居家式托育服務提供者應年滿20歲並具備下列資格之一：1.取得保母人員技術士證。2.高級中等以上學校幼兒保育、家政、護理相關學程、科、系、所畢業。3.修畢保母專業訓練課程且領有結業證書。然而，應年滿20歲之前提，卻造成中學技職教育中有關科系的學生，在畢業後無法立即考照的兩年空間期，產生了學用落差，也無法落實衛生福利部人才投往居家托育領域之政策初衷。爰此，針對108年度衛生福利部「一般行政」編列預算9億4,107萬7千元，併同委員會通過決議合併委員會凍結100萬元，俟衛生福利部擬出改善方案，並向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告後，始得動支。	940,489	1,000	國民黨團

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
3	委(十)	按「衛生福利部社會及家庭署組織法」，該署執掌老人、身心障礙者、婦女、兒童、少年及家庭支持業務，服務對象涵蓋各人口群，業務繁重，惟查該署編制員額僅101人，今（107）年預算員額更僅85人。復社會及家庭署成立後，新增多項重大業務，如強化社會安全網計畫、少子女化對策計畫、兒童權利公約、身心障礙者權利公約、托育準公共化等。為避免該署人員負荷過重，致使其身心健康狀況不佳、人員流動率高等情形，造成該署推動職掌業務未能遂行、難以培養社會行政專業人才。爰針對108年度衛生福利部「一般行政」項下「基本行政工作維持」中「特別費」編列117萬9千元，凍結30萬元，俟衛生福利部評估實際應配置人力，依此研議增編社會及家庭署編制員額計畫案，並於108年6月30日前向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。	1,179	300	陳曼麗 (李麗芬)
4	新(五)	第8目「醫政業務」編列5億8,508萬3千元，併同委員會通過決議合併凍結500萬元，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告後，始得動支。 1.日前衛生福利部已宣示，108年9月1日住院醫師將納入適用「勞動基準法」，然該政策方向排除了主治醫師及部分公立醫療機構之約聘僱住院醫師，有違蔡英文總統「受僱醫師應該受到與勞工等同的權益保障，主管機關勞動部應將醫療保健服務業之受僱醫師取消排除勞基法適用，遏止畸形工時與雇主恣意役使」之政見。衛生福利部表示，因主治醫師之工作樣態多元，且自主性高，社會各界意見分歧，此次尚不納入「勞動基準法」規範。惟衛生福利部並未就受僱主治醫師之多元工作樣態進行完整之研究和評估，且對後續將受僱主治醫師納入「勞動基準法」之期程規劃亦不具體。衛生福利部應針對各類主治醫師之多元工作樣態進行研究，尤其是工作樣態較為規律之診所受僱主治醫師，提出納入「勞動基準法」之可行性評估和期程規劃，以逐步提升對於受僱醫師勞動條件之保障。爰針對108年度衛生福利部「醫	572,645	5,000	時代力量 黨團 民進黨團 親民黨團 國民黨團

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>政業務」編列預算 5 億 8,508 萬 3 千元，併同委員會通過決議合併凍結 500 萬元，俟衛生福利部下會期向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告並經同意後，始得動支。</p> <p>2. 日前衛生福利部已宣示，108 年 9 月 1 日住院醫師將納入「勞動基準法」，然該政策方向排除了主治醫師及部分公立醫療機構之約聘僱住院醫師。根據衛生福利部 106 年之調查資料，未來無法適用「勞動基準法」之住院醫師比例竟高達三成以上，蔡英文總統之政見將被大打折扣。此外，次專科醫師（研修醫師）亦被排除於政策規劃之外，其未來工作負擔恐加重且毫無保障。又依據衛生福利部 102 年「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」顯示，住院醫師納入勞基法此一政策將提高不分科住院醫師選擇內、外、婦、兒及急診等五科別之比例，有助於加速緩解台灣醫療「五大皆空」之危機。綜上，為防止醫師過勞及保障國人就醫權益，避免造成同一工作場域之醫師，適用不同勞動保障之混亂現象，衛生福利部應明確掌握未來無法適用「勞動基準法」之住院醫師及次專科醫師（研修醫師）人數，並立即與有關部會就此議題研擬解套方案，將上述醫師納入「勞動基準法」。爰針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」編列預算 5 億 8,508 萬 3 千元，併同委員會通過決議合併凍結 500 萬元，俟衛生福利部下會期向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告並經同意後，始得動支。</p> <p>3. 為顧及民眾的健康照護需求，需提供民眾從疾病預防、醫療照護到預防延緩失能、長期照護及生活支持等各層面間之連續性周全照護，讓他們活得有品質與尊嚴，尤其接受醫事照護之長照服務者來自不同體系，如基層診所、地區醫院、醫學中心、安養機構...等，皆需經整合後始進入長照體系，才能提供全人照顧。此時醫師即在醫療和長照間扮演著重要守門員角色。透過「長期照護醫</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>師意見書」對病人做整合性服務評估與諮詢，讓民眾順利進入長照體系，並協助長照服務提供者了解個案之身心健康與功能情形，以提供更適切之服務，係完全為提供民眾完整照護為考量。然衛生福利部公告「長期照顧服務法施行細則」，其中第 2 條第 2 項「前項意見書得以 3 個月內之相關病歷摘要或診斷書替代之。」；惟查醫師意見書是對病人做整合性服務評估與諮詢，內容包括：(1)病患基本資料、(2)相關疾病診斷與近期治療現況、(3)當事人身心狀態、(4)當事人接受醫事照護服務時應注意之事項、(5)其他有關事項或建議，可協助長照服務提供者了解個案之身心健康與功能情形，以提供更適切之服務；而「診斷書」或「病歷摘要」往往只會註明個案的疾病狀態，對於長期照護資訊提供有限。雖長期照顧服務之業務隸屬於衛生福利部長照司，然衛生福利部醫事司本於醫療領域之專業管理，應就此事慎重審視其合適性，以確保接受長期照護之國人能接受完善照護，卻未見衛生福利部就此做出符合專業之判斷。爰此，針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」編列預算 5 億 8,508 萬 3 千元，併同委員會通過決議合併凍結 500 萬元，俟衛生福利部就此部分通盤檢討其合適性並改進後，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。</p> <p>4.衛生福利部為促進醫療資源均衡發展，持續推動醫療網計畫，全國急性一般病床平均每萬人口許可數已達規劃目標，惟相關規範久未檢討修訂，國內病床資源分布仍有不均情事，爰針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」編列預算 5 億 8,508 萬 3 千元，併同委員會通過決議合併凍結 500 萬元，俟衛生福利部提出改善計畫引導醫療資源合理配置，並向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。</p> <p>5.醫師人力供需情形及科別間均衡分布，攸關國民健康及醫療品質，惟近年部分專科別醫師人力分</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		布仍有失衡情形，且醫師執業年齡中高齡化速度未見紓緩，加以衛生福利部刻正推動受僱醫師納入「勞動基準法」等，均將衝擊醫師人力適足性，實宜積極研謀對策，並適時針對整體醫師人力之供需進行全盤評估。爰針對「醫政業務」編列預算5億8,508萬3千元，併同委員會通過決議合併凍結500萬元，俟衛生福利部向立院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。			
5	委(十一)	今(107)年台灣已進入「高齡社會」，至114年即進入WHO所定義老年人口占20%的「超高齡社會」。老年人口集中鄉村地區，導致老化指數愈顯沉重，雲林縣老化指數為131.10%，老人比例16.47%，全國第二，嘉義縣老化指數為161.19%，老人比例17.28%，全國第一，老人醫療更為重要。在六都的磁吸效應下，將非六都給邊緣化，這樣的「大都小縣」現象持續下去，偏鄉繼續被邊緣化，恐對台灣造成更大影響，而縣市不像六都有著完善醫療體系，醫療資源長期不足，患急重症民眾常需要轉送至外縣市就醫，繳交一樣的健保費卻沒有都市的醫療品質，並不公平，為了醫療品質提升，雲嘉嘉皆必須設有醫學中心，以獲得更多醫療照顧。爰針對108年度衛生福利部「醫政業務」編列預算5億8,508萬3千元，凍結400萬元，俟衛生福利部針對上述問題提出說明及檢討改進之方案，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告並經同意後，始得動支。	572,645	4,000	楊 曜 (劉建國)
6	委(十二)	108年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列預算1,162萬7千元，合併凍結100萬元，俟衛生福利部就下列各案向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告並經同意後，始得動支。 1.有鑒於近年牙醫院所出現開幕慶打卡送冰淇淋、憑宣傳單享有植牙手術費折扣、免費全口牙周健檢等違法招攬促銷層出不窮；另有民眾陳情植牙或矯正等自費療程，遭到預收全程或半程療程費用、未依法每次開給收據，只在治療卡或診所帳	11,627	1,000	陳曼麗 吳玉琴 陳宜民 (李彥秀) 吳焜裕

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>冊紀錄，導致各縣市衛生局牙科醫糾案件增加。爰針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列預算 1,162 萬 7 千元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部針對牙科不當招攬及收費（據）管理之查核輔導方案，列為衛生局督考重點，並研議訂定植牙及矯正之處置說明書範本之可行性，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。</p> <p>2.108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列預算 1,162 萬 7 千元。經查，自 98 年爆發內湖高中學生脫褲檢查疝氣爭議事件後迄今，我國尚未頒訂私密部位檢查或治療之標準作業指引，日前又爆發宜蘭女大學生未經告知同意就遭婦科醫師內診之醫糾爭議。另查近年爆發多起醫護使用手機拍攝手術或治療之病患患部，甚至上傳社群媒體，凸顯現行僅以行政命令指導之「醫療隱私維護規範」，難有效杜絕侵害醫療隱私事件。有鑑於此，凍結是項預算 100 萬元，俟衛生福利部評估訂定私密部位檢查或治療之標準作業指引向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。</p> <p>3.依據立法院第 9 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會第 6 次全體委員會議所通過之臨時提案決議，要求衛生福利部將各縣市醫療爭議處理機制是否提供專業評析、醫法雙調委員、聯絡窗口及作業時間等資訊公開上網，但經查，迄今官網資料僅有聯絡窗口與流程，其他資訊皆未見。另查今（107）年多元雙向試辦計畫擴及 19 縣市，然辦理縣市針對死亡或重傷案件亦並非全然以多元雙向流程辦理，亦未必呈送專業評析，恐與衛生福利部原先推行之意義不同，或淪為過去為人詬病之搓圓仔湯式調處。另有民眾申訴衛生局派任「醫法雙修」醫師擔任調處委員，即聲稱符合醫法雙調之意涵，亦有縣市未於 45 天內召開調處會議等，迭生民怨。爰此，針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>構管理」編列預算 1,162 萬 7 千元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部完成下列事項，並於 3 個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支：(1)針對辦理多元雙向計畫之縣市，受理死亡與重傷調處案件，應以先送專業評析為原則；(2)明定多元雙向模式之案件應於資料備齊後 45 天內由醫法雙調委員召開協調會（應於會議中介紹委員所代表身分），最遲應於 90 天內結案等，列為計畫標準作業程序；(3)於 3 個月內調查各縣市調處作業期程、多元雙向案件占總調處案件數之比例，及進入多元雙向案件與一般調處案件之成功率比較分析。</p> <p>4.有鑒醫美手術屢發生麻醉病安事件，衛生福利部業已預告修訂「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法（簡稱特管辦法）」，規範高風險手術醫師須具備部定專科資格，並應接受相關訓練，領有證明申請核准登記後才能施行；亦規範應有另位醫師在場執行麻醉，以確保過程如因麻醉突發情形，可有另位醫師協助處置。然查現行手術及麻醉同意書僅要求列出專科資格，並未配合修改要求載明施術醫師是否受過特管辦法規定之訓練、專科證書或取得訓練證明之字號、當場另位執行麻醉醫師等資訊，民眾上衛生福利部網站查詢也可能因為醫師選擇不公開而無法查詢。爰針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列預算 1,162 萬 7 千元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部完成醫美手術與麻醉同意書修訂、民眾可上網查詢醫師資格之可行方式向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。</p> <p>5.經查衛生福利法規檢索系統等相關函釋，均為行政院衛生署時期所頒布，衛生福利部自應通盤檢討各項命令、行政規則、行政函釋，是否需要修正或廢止，以因應現代醫療之進步以及法規命令之修正，並各項命令、行政規則、行政函釋自應與時俱進。故請統計並分類上述項目已修正或廢</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>止、尚未修正或廢止。爰此，針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列預算 1,162 萬 7 千元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部向社會福利及衛生環境委員會提出書面報告並經同意後，始得動支。</p> <p>6.緣「病人自主權利法」即將於 108 年 1 月 6 日施行，惟揆諸衛生福利部現發布之施行細則及預立醫療決定書，其中除悖於「病人自主權利法」第 8 條立法理由「包括遺體或器官捐贈之意願、其他適合之醫療或善終相關意願」此一立法者課予行政機關之作為義務，及有違同法第 12 條第 3 項、第 4 項為避免預立醫療決定特殊變更因行政流程而由所遲滯，故於立法理由中所明揭「基於變更預立醫療決定，係意願人依第九條規定完成預立醫療決定後所為之行為，該變更之過程應可採取較為彈性之方式處理」之意旨，更有諸多缺失亟待補足。此外，「病人自主權利法」施行在即，衛生福利部迄今仍未依同法第 14 條第 1 項第 5 款公告「其他病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」，行政效能上容有改善之餘地。爰針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列預算 1,162 萬 7 千元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部邀集相關團體及單位修正預立醫療決定格式，3 個月內評估納入「包括遺體或器官捐贈意願，其他適合之醫療或善終相關意願」；另邀集相關團體研議第 14 條第 1 項第 5 款疾病，並於該法實施後半年內公告，向社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。</p> <p>7.查立法院社會福利及衛生環境委員會審查衛生福利部單位預算時，業曾決議「為強化醫療人員勞動權益、改善其執業環境，衛生福利部責無旁貸。惟揆諸目前醫院評鑑標準，固有將醫師、護產人員、藥事人員、醫事檢驗人員、醫事放射人員、營養師、物理治療人員、職能治療人員、語言治</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>療師、聽力師等 10 類人力列為必要項目，然呼吸治療師、心理師及社工人員卻未遭列為必要項目，兩相比較顯失均衡。而醫療行為既多仰賴團隊合作，彼此間不應偏廢，爰衛生福利部應於 108 年開始之新一輪醫院評鑑中，研議優先將呼吸治療師、心理師及社工人員列為必要項目，納入考量，衛生福利部更於 108 年度預算書內稱「遵照決議事項辦理」。詎衛生福利部刻正委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會研議之「醫學中心評鑑基準草案」中，並未將前揭職類人力評鑑項目列為必要項目，顯有欺瞞國會、逃避監督之嫌。爰針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」編列預算 1,162 萬 7 千元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告後，始得動支。</p>			
7	委(十三)	<p>衛生福利部所推動「第八期醫療網計畫」，其服務範圍涵蓋原住民族及離島地區之 30 個山地鄉（區）、18 個離島鄉（區）及 25 個平地原住民鄉，並針對原住民及離島地區環境特殊，當地醫療、公共衛生及保健業務，需仰賴地方政府所設立的衛生所（室），協助地方政府新（擴）建衛生所（室）外，並補助所需醫療、資訊設備及辦理醫療照護提升相關計畫，以提供當地居民醫療照護服務。此外，在 22 個行政區域中，原住民鄉分布於 12 縣市，共計有 55 個「鄉鎮區」，人口數雖僅占全國 3%，土地面積則占 40% 以上，保障偏鄉民眾獲得高品質與完整的醫療照護，強化原住民醫療照護之品質及可近性，積極補足醫療資源及人力之外，提供符合其需求且有尊嚴之友善健康照護服務環境，並了解原住民之特殊文化，在管理政策、溝通與服務、照護流程等面向之軟硬體服務設計上，提供原住民友善之醫療照護環境，確實提升原住民族之醫療可近性及醫療服務效能。惟針對平地及都市原住民之醫療需求與健康議題，委託專家學者之調查研究，推動計畫尚嫌不足且相關成果亦未加以應用於政策實務面。再者，補助醫療院所於都市原住民聚集地辦理定時定點巡</p>	502,449	4,000	陳靜敏 (高潞·以用·巴剌)

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		迴醫療，提供特別門診、衛生教育及檢康檢查等服務之服務場次、人次及普及率尚低。此外，依據「原住民醫療或社會福利資源使用交通費用補助辦法」規定，僅針對無適當醫療之原鄉部落，補助交通費用，並未開展相關積極措施，對於資源整合及服務目標族群，未免尚嫌偏漏，亦不可謂有顯現之積極行政作為。爰此，針對108年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算5億1,413萬5千元，凍結400萬元，俟衛生福利部就具體績效研擬方案，於3個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。			
8	委(十四)	<p>108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算 5 億 1,413 萬 5 千元，合併凍結 300 萬元，俟衛生福利部就下列各案向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告並經同意後，始得動支。</p> <p>1.108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算 5 億 1,413 萬 5 千元，包含辦理醫事人力培育與訓練 2 億 6,418 萬 9 千元。而醫師人力供需情形及科別間均衡分布，攸關國民健康及醫療品質，然近年部分專科別醫師人力分布仍有失衡情形，且醫師執業年齡中高齡化速度未見紓緩，加以衛生福利部刻正推動受僱醫師納入「勞動基準法」等，均將衝擊醫師人力適足性，衛生福利部並未積極研謀對策，無法適時針對整體醫師人力之供需進行全盤評估。爰凍結「第八期醫療網計畫」預算 300 萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。</p> <p>2.108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算 5 億 1,413 萬 5 千元。依據立法院社會福利及衛生環境委員會審查今(107)年度衛生福利部預算時通過之決議，衛生福利部應修訂醫學中心任務指標，將醫學中心處理急重症能力與量能、是否承擔醫中計畫之支援任務列為必要項目或至少應占總評分比重 50%，以導引醫</p>	502,449	3,000	許淑華 陳宜民 (李彥秀) 吳玉琴 蔣萬安 黃秀芳 (呂孫綾) 王育敏 林靜儀

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>學中心回歸急重難症任務。然查衛生福利部近期提出明年即將適用之「醫中任務指標」研修草案，尚未訂出配分方式並邀集各界討論。爰凍結是項預算 300 萬元，俟衛生福利部儘速針對明年度醫學中心任務指標配分方式完成修訂向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。</p> <p>3.我國陪病文化行之有年，陪病形式以「家屬陪伴」或「聘任看護」為主，然而，面對少子化及高齡化衝擊下，無論何種形式的一對一照顧模式，均對於家庭經濟負擔沉重、社會人力資源運用效益低落。另一方面，對於醫院整體感染控制來說，過多非必要人員於醫院頻繁進出，亦是增加各種感染風險；而醫院內家屬與看護的更替、流動，對於醫院內護理人員之工作亦恐造成額外負擔。承上，有鑑於超高齡社會即將來臨，考量人口結構、勞動力運用效益外，尤其是醫療機構之感控管理、護理人力之照顧負擔等，因此，共聘照顧（或稱全責照顧）制度之落實與規劃刻不容緩。爰此，針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算 5 億 1,413 萬 5 千元，凍結 300 萬元，俟衛生福利部針對「住院病患共聘照顧（或稱全責照顧）制度」納入醫院評鑑項目向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。</p> <p>4.108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算 5 億 1,413 萬 5 千元，辦理健全醫療衛生體系、提升醫事機構服務品質、醫事人力培育與訓練等業務。惟推動醫師納入「勞動基準法」保障其勞動權益，亦為提升醫事機構服務品質、維護患者權益非常重要之工作。然衛生福利部迄今仍未將醫院評鑑資料之住院醫師工時於網路上公布，且就受僱主治醫師之聘僱契約或工時規範，至今仍未有定案，甚至受僱主治醫師可能排除適用「勞動基準法」而改以「醫療法」規範。爰凍結是項預算 300 萬元，俟衛生福利部分別完成下列事項，並向立法院社會福利及衛生</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>環境委員會報告後，始得動支。(1)研議受僱主治醫生納入「勞動基準法」保障與期程；(2)在受僱主治醫師未納入「勞動基準法」保障前，6個月內公告受僱主治醫師之聘僱契約範本；(3)就教學醫院評鑑增列住院醫師工時規範，並於今(107)年12月底開始上網公告調查結果(含科別、人數)。</p> <p>5.緣「病人自主權利法」將於108年1月6日施行，若該法第14條第1項各款所列之病人，得及時完成預立醫療照護諮商，並為預立醫療決定，渠等即可自行決定當其處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，應採何適當照護方式及是否接受維持生命治療、人工營養與流體餵養。如此不僅可提升病人於特定臨床情形時之生活品質，更係貫徹「病人自主權利法」第1條所揭「尊重病人醫療自主、保障其善終權益」之立法目的。然而，衛生福利部現除對醫療機構端設有「預立醫療照護諮商推廣獎勵計畫」外，對於如何於病人端推廣實踐「病人自主權利法」，仍未有積極作為；且對於「病人自主權利法」第12條註記預立醫療決定之系統與程序如何簡化、迅速，以契合民眾需求等情，亦不見有具體規劃。爰針對108年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算5億1,413萬5千元，凍結300萬元，俟衛生福利部對於變更程序訂定作業流程，縮短變更時程，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。</p> <p>6.為健全醫療衛生體系以利全民就醫環境，衛生福利部擬辦理建構整合性社區健康照護網絡。蓋本計畫對執行效益評估說明未臻明確，爰針對108年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算5億1,413萬5千元，凍結300萬元，俟衛生福利部就「健全醫療衛生體系」執行效益評估，於半年內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出臺北醫療區域(涵括臺北市及新北市)區域劃分之檢討或相關改善策略之書面報告後，始得動支。</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>7.為健全緊急醫療照護網絡用以因應緊急事件時能妥適進行救護工作，衛生福利部擬辦理區域緊急醫療應變中心、急救教育技能與知能推動及教材編定、醫院緊急醫療能力分級評定等計畫。蓋計畫之執行效益評估未臻明確，爰針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算 5 億 1,413 萬 5 千元，凍結 300 萬元，俟衛生福利部於半年內向立法院社會福利及衛生環境委員會就「健全緊急醫療照護網絡」有關北海岸緊急醫療救護中繼急救站提出規劃報告後，始得動支。</p> <p>8.有鑑於衛生福利部訂於明（108）年將進行醫學中心評鑑，並進行醫學中心任務指標研修工作。惟各界多所期待醫學中心應回歸醫療網賦予協助急重難症之任務，並確保兒童醫院之醫學中心定位功能。爰此，針對 108 年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算 5 億 1,413 萬 5 千元，凍結 300 萬元，俟衛生福利部研議將五大任務指標中之提供重難症醫療服務、配合政策認養支援偏鄉醫療等任務列為必要項目，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告並經同意後，始得動支。</p> <p>9.108 年度衛生福利部「醫政業務」項下辦理「第八期醫療網計畫」預算 5 億 1,413 萬 5 千元，分支計畫「辦理提升醫事機構服務品質」中「辦理事官捐贈喪葬補助管理系統、安寧緩和與器官捐贈意願資訊系統、病人自主權利系統」相關計畫，共編列 778 萬 4 千元。依「安寧緩和條例」第 6 條之 1 第 1 項規定，末期病人及 20 歲以上具完全行為能力之人，得簽具意願書並由中央主管機關註記於健保卡上，且註記須經由醫療機構、衛生機關或受中央主管機關委託之法人以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。</p> <p>又依「人體器官移植條例」第 6 條規定，醫師自屍體摘取器官應取得死者生前以書面或遺囑同</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>意或經死者最近親屬以書面同意，且書面同意應包括意願人同意註記於全民健康保險憑證，其格式由中央主管機關定之；經意願人書面表示同意者，中央主管機關應將其加註於健保卡，該意願註記之效力與該書面同意正本相同。但意願人得隨時自行以書面撤回其意願之意思表示，並應通報中央主管機關廢止該註記。據查，申請器官捐贈及安寧緩和註記整體行政流程共約需22個工作天，且意願人得在申請書上勾選於註記完成後需以簡訊方式通知。但查，經實際案例申請註記及捐贈，在完成註記行政流程後，資訊系統卻耗時2個月始能統一發送簡訊通知意願人，若意願人於期間發生事故，而家屬未能事先得知其意願，恐生後續混亂及糾紛。顯見安寧緩和與器官捐贈意願資訊系統，有檢討之必要。綜上，爰針對108年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」編列預算5億1,413萬5千元，凍結300萬元，俟衛生福利部提出相關檢討報告、改進計畫及具體實施期程，向社會福利及衛生環境委員會報告並經同意後，始得動支。</p>			
9	委(十五)	<p>有鑒於收治癌症等重症或末期病人的各大醫學中心，投入安寧緩和醫療照護用心程度落差極大。高醫、台大、成大、榮總等優質醫學中心安寧病床占床率高達九成以上，但也有醫學中心占床率只有三至五成，甚至安寧床數不到十床，恐難滿足108年「病人自主權利法」上路後，末期病人拒絕無效醫療，選擇安寧進而轉介回歸在地善終之需求。爰針對108年度衛生福利部「醫政業務」項下「第八期醫療網計畫」中「辦理健全醫療衛生體系」之「辦理建構整合性社區健康照護網絡等」編列預算8,059萬8千元，凍結100萬元，俟衛生福利部將醫學中心安寧病床占床率、是否開辦預立醫療照護諮商服務(ACP)，列入醫學中心任務指標，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告後，始得動支。</p>	80,598	1,000	陳宜民

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
10	委(十六)	<p>有鑑於社會環境變遷、人口移動，眾多原住民族人口離開原鄉移入都市，截至107年8月已達原住民族總人口數的46.84%，然移居都市的原住民族人，面對就業困境、生活難題及福利需求，需要更長時間適應新的生活模式及問題，致使都市原住民族家庭亟需更多社會支持；惟我國現行都市原住民族家庭支持系統政策不足且分散。承上，近日新竹市傳出虐童家暴案件，據報載家庭成員具原民身分。細查新竹市都原家庭支持系統，依原住民族委員會「107年度補助直轄市及縣（市）政府推動原住民族家庭服務中心實施計畫」補助標準，轄有原住民族地區之直轄市或縣（市）者，其居住於非原住民族地區之原住民人口數已達4,500人以上，且經評估確有實際需求者，得申請設置。惟具4,121人原住民族人口的新竹市卻無法申請補助、設置原住民族家服中心。是以，都市原住民族家庭支持系統欠缺，實為家暴憾事之主因。綜合上述，相關主管機關應考慮原住民族相較其他族群社經地位落後，又本於文化刻板印象等因素，生活於都市之都市原住民承擔眾多壓力，應予以扶助。爰此，針對108年度衛生福利部「心理及口腔健康業務」項下「國民心理健康第二期計畫」編列預算5億1,134萬2千元，凍結1,000萬元，俟衛生福利部就上開都市原住民族家庭支持系統研議各項改進措施，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告並經同意後，始得動支。</p>	507,858	10,000	邱泰源 (高潞·以用·巴剎刺)
11	委(十七)	<p>108年度衛生福利部「心理及口腔健康業務」項下「國民心理健康第二期計畫」中「業務費」編列預算1億0,812萬3千元，合併凍結100萬元，俟衛生福利部就下列各案向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告後，始得動支。</p> <p>1.108年度衛生福利部「國民心理健康第二期計畫」第3年編列預算經費5億1,136萬2千元，與今(107)年度預算數相同。其中於「心理及口腔健康業務」項下編列5億1,134萬2千元。查該計畫均以降低自殺死亡率为預期績效評估標準之一，然由近幾年國人自殺死亡率統計資料，於104及</p>	105,460	1,000	許淑華 邱泰源

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>105 年增為 12.1 人及 12.3 人，106 年更攀升至近 5 年新高紀錄 12.5 人，亦未達計畫之 106 年目標值 11.4 人，自殺防治工作仍待改善。亦即 106 年國人自殺標準化死亡率達 12.5 人，為近 5 年新高且未達年度目標值 11.4 人，且慢性精神病領有身心障礙手冊患者亦逐年遞增，爰針對 108 年度「國民心理健康第二期計畫」中編列「業務費」預算 1 億 0,812 萬 3 千元，凍結 100 萬元，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會提出檢討改進報告，並須針對男性自殺死亡率高於女性之改善作法，依性別預算精神擬訂具體策略後，始得動支。</p> <p>2.衛生福利部為全面提升國人心理健康，於 102 至 105 年度辦理「國民心理健康促進計畫」，並接續規劃於 106 至 110 年度辦理「國民心理健康第二期計畫」。根據近 10 年國人自殺死亡率統計資料，97 年度自殺標準化死亡率為每 10 萬人口 15.2 人，於 103 年度已降至 11.8 人，惟於 104 及 105 年度增為 12.1 人及 12.3 人，106 年度更攀升至近 5 年新高紀錄 12.5 人，亦未達計畫之 106 年度目標值 11.4 人。爰此，針對 108 年度衛生福利部「心理及口腔健康業務」項下「國民心理健康第二期計畫」中「業務費」編列預算 1 億 0,812 萬 3 千元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部檢討相關工作並研議更積極之作為，並檢討自殺防治工作是否有充足的人力資源以持續順利推展該工作，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告後，始得動支。</p>			
二、國民健康署(19 款第 5 項)					
12	新(一)	<p>第 1 目「科技業務」編列 1 億 6,611 萬 6 千元，併同委員會通過決議合併凍結 200 萬元，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告後，始得動支。</p> <p>1.108 年度國民健康署「科技業務」項下「全人健康促進科技政策研究」預算編列 1 億 1,042 萬 9 千元，經查該項業務計畫係為辦理特定人口群之健康監測與調查研究，強化以健康促進導向之國民健康指標及監測系統。惟臺中市后里區民眾數年</p>	160,257	2,000	時代力量 黨團 國民黨團

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>來多次反映擔憂其居住之週遭環境有受戴奧辛等重金屬污染的可能，疑有致生健康影響之虞；雖國民健康署業於 107 年 7 月 11 日曾邀集行政院環境保護署、科技部、臺中市政府以及相關領域之專家學者召開討論會議，然國民健康署後續卻未有進一步主動統籌辦理調查事宜。爰針對 108 年度國民健康署「科技業務」編列預算 1 億 6,611 萬 6 千元，併同委員會通過決議合併凍結 200 萬元，俟國民健康署就「后里區居民健康現況及潛在疑有戴奧辛重金屬污染問題」一事後續調查研究之規劃，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告並經同意後，始得動支。</p> <p>2.108 年度國民健康署「科技業務」項下「全人健康促進科技政策研究」編列預算 1 億 1,042 萬 9 千元，經查該項業務計畫係為辦理特定人口群之健康監測與調查研究，強化以健康促進導向之國民健康指標及監測系統。經查國民健康署與行政院環境保護署於 104 至 107 年期間委由財團法人國家衛生研究院辦理為期 4 年「細懸浮微粒(PM2.5)特徵對民眾健康影響之研究」，該計畫係探討空氣污染對國人健康之衝擊，進行細懸浮微粒(PM2.5)流行病學之研究，調查細懸浮微粒(PM2.5)的暴露評估風險與地理位置來源之交互作用。然近年中臺灣頻傳細懸浮微粒(PM2.5)嚴重污染之情事，惟查該計畫自始至終僅就臺北、嘉義、高雄、花蓮地區醫院彙集資料，未曾就中臺灣任一醫療院所資訊有所掌握，研究範圍屢屢令人質疑。又涉及健康之環境監測亦須長期追蹤調查，但該計畫辦理期間僅有 4 年，雖 107 年 10 月 31 日衛生福利部曾承諾將針對外來污染及氣候變化，與財團法人國家衛生研究院及行政院環境保護署再為評估，卻遲遲未見有後續規劃。爰針對 108 年度國民健康署「科技業務」編列預算 1 億 6,611 萬 6 千元，併同委員會通過決議合併凍結 200 萬元，俟國民健康署就「細懸浮微粒(PM2.5)特徵對民眾健康影響之長期研究」一案後續辦理</p>			

序號	決議項次	決議內容	法定預算	凍結金額	提案委員／黨團
		<p>規劃，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告並經同意後，始得動支。</p> <p>3.108 年度國民健康署「科技業務」項下「保健雲計畫」編列 555 萬 3 千元，係有關民眾雲端健康資料運用模式等預算，牽涉對象及內容繁雜，且迄今為止科技運用於管理的成效明顯不彰。爰針對 108 年度國民健康署「科技業務」編列預算 1 億 6,611 萬 6 千元，併同委員會通過決議合併凍結 200 萬元，俟國民健康署向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告後，始得動支。</p>			
13	委(一)	<p>108年度國民健康署「科技業務」項下「全人健康促進科技政策研究」編列預算1億1,042萬9千元。全台目前約有200萬特殊需求者，其中包含發展遲緩幼童、特教學童、身心障礙者、失能長者等，其恐因無法明確表達視力問題或眼部不適，且未獲得即時性篩檢機制介入而導致延誤就醫。提供特殊需求者全面性的眼科檢查，可及早發現視力問題，亦能避免後端因延誤就醫所衍生的醫療與照顧負擔。然而，現況下對於上述政策之基礎資訊仍付之闕如，有待了解與釐清。爰此，凍結是項預算100萬元，俟國民健康署優先針對「心智障礙者之視力健康狀況調查及衛教推廣」提出規劃方案與執行期程，並向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。</p>	107,508	1,000	吳玉琴