**衛生福利部**

**102年度施政績效報告**

公告日期：103年05月20\日

**壹、前言**

本部於102年7月23日成立，為促進及保護全民健康福祉，以及「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢、福利社會、回饋國際」之願景，期待讓全民更幸福、更健康。爰此，為達成前述使命和願景，配合行政院102年度施政方針及本部中程施政計畫，並考量核定預算額度，將民眾近年所關切之衛生福利議題，編入本部102年度之年度施政計畫﹐並訂定關鍵績效目標「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」、「落實防疫整備，免除疫病威脅」、「協助弱勢族群、健全社福網絡」、「營造友善健康支持環境、促進全民參與」、「強化治安工作，建構家庭暴力安全防護網」、「制定科技研發政策，發展醫藥生技」、「促進國際交流與合作、促成國際接軌」、「強化食品藥物管理，保障民眾健康」、「永續健保制度、推動長照保險制度」、「發展衛生人力資源、提升組織效能」等10項關鍵績效目標， 並在各評量項目項下，設定22項關鍵績效指標，並依國家發展委員會相關規定訂定7項共同性指標，爰本部施政季績效報告共含括29項衡量指標。

為辦理102年度施政績效評估，由次長召集專家學者及本部綜合規劃司、會計處代表組成評核小組，並先請各業務單位提報自評報告，於會前將書面報告先行送交委員審閱，另於103年1月22日召開評核會議，邀請具相關專長（含醫政、防疫、保健、健保、公共行政等）之5名委員到場指導，並由各項施政績效指標之主辦單位，口頭報告其執行情形、成果及未來規劃。

經由學者專家審慎評核與檢討，對於本部績效指標目標值之達成情形與同仁努力成果均表肯定。總計29項指標，經學者專家逐項討論評核後，結果為24項綠燈（績效良好），占82.76％；5項黃燈（績效合格），占17.24％。至於未能達成目標者，實受外在環境等不可抗力之因素影響，且所訂目標極具挑戰性所致。惟嗣後本部各主辦單位將更積極辦理，並將參酌專家評核意見，檢討年度施政績效指標，訂定更妥適之績效衡量標準，期藉由績效指標之達成，提升本部整體量能。

**貳、機關99至102年度預算及人力**

一、近4年預、決算趨勢（單位:百萬元）



預決算單位：百萬元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 預決算 | 99 | 100 | 101 | 102 |
| 合計 | 預算 | 593,031 | 603,724 | 633,874 | 651,197 |
| 決算 | 578,109 | 602,371 | 629,863 | 682,838 |
| 執行率(%) | 97.48% | 99.78% | 99.37% | 104.86% |
| 普通基金(總預算) | 預算 | 66,059 | 69,049 | 80,837 | 76,218 |
| 決算 | 64,263 | 68,049 | 80,233 | 75,627 |
| 執行率(%) | 97.28% | 98.55% | 99.25% | 99.22% |
| 普通基金(特別預算) | 預算 | 4,002 | 353 | 6,517 | 0 |
| 決算 | 4,428 | 1,095 | 5,653 | 0 |
| 執行率(%) | 110.64% | 310.20% | 86.74% | 0% |
| 特種基金 | 預算 | 522,970 | 534,322 | 546,520 | 574,979 |
| 決算 | 509,418 | 533,227 | 543,977 | 607,211 |
| 執行率(%) | 97.41% | 99.80% | 99.53% | 105.61% |

＊本施政績效係就普通基金部分評估，特種基金不納入評估。

二、預、決算趨勢說明

本部為保障國人醫療照護權益，持續精進醫療照護體系、完備長期照護服務、改善護理執業環境，以永續健保制度，同時亦持續關懷照顧弱勢者族群、強化食品藥物安全，落實疫病防治，並依據過去成果擬定整合及連續性之公共政策，賡續提供完善之服務。本部102年度預算較上年度減少之主因，係因二代健保實施後，一般保費費率已調降，爰本部減列政府對一定所得以下民眾健保費差額補助所致，惟本部對衛生福利業務之整體投入並未減少。另有關特種基金執行率超過預算數，亦是受二代健保實施影響，主要係因保費收入增加部分需全額提列為安全準備，該筆款項列入支出計算，爰有執行率超過100％之情形。

三、機關實際員額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 99 | 100 | 101 | 102 |
| 人事費占決算比例(%) | 0.91% | 0.89% | 0.82% | 0.75% |
| 人事費(單位：千元) | 5,289,303 | 5,352,702 | 5,145,567 | 5,105,973 |
| 合計 | 5,019 | 4,620 | 4,616 | 5,374 |
| 職員 | 4,538 | 4,034 | 4,055 | 4,776 |
| 約聘僱人員 | 71 | 107 | 105 | 150 |
| 警員 | 16 | 10 | 10 | 10 |
| 技工工友 | 394 | 469 | 446 | 438 |

＊警員包括警察、法警及駐警；技工工友包括駕駛；約聘僱人員包括駐外僱員。

**參、目標達成情形**（「★」表示綠燈；「▲」表示黃燈；「●」表示紅燈；「□」表示白燈）。「初核」表示部會自行評估結果；「複核」表示行政院評估結果。

**一、關鍵策略目標**

（一）關鍵策略目標：精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益。

１.關鍵績效指標：每一次醫療區域至少有一家中度急救責任醫院之完成率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 70 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 80 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

（至少有一家中度急救責任醫院之次醫療區域 ÷ 全國次醫療區域數） × 100％【次醫療區域係依「醫院設立或擴充許可辦法」第5條附表規定劃分，全國共計50個次醫療區域。】

績效衡量暨達成情形分析：

102年度醫院緊急醫療能力分級評定結果已於102年12月4日公告，於50個醫療次區域中已有40個醫療次區域具至少一家中度級（含）以上急救責任醫院。

２.關鍵績效指標：長照服務涵蓋率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 30 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 30.6 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

長照服務涵蓋率＝（全國長期照顧管理中心服務人數÷失能老人推估人口數）×100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

推動長照十年計畫，已經獲致具體成效，服務量占老年失能人口比率，已從97年2.3％，截至102年底達30.6％（增加13.3倍）。

（２）102年重點工作與成果

A.為使高齡失能者獲得適切的服務，97年起推動長照十年計畫，結合社區與醫療資源，提供居家、社區及機構式多元長照服務，服務內容含生活照顧及健康照護服務，包括：居家護理、居家及社區復健、喘息服務、照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧）、輔具購買/租借及居家無障礙環境改善、老人營養餐飲服務、交通接送、長期照顧機構等8項，提供有照顧需求的老人整合且持續性的照顧服務，支持家庭照顧能力，並達成「在地老化」的目標。

B.為整合長照服務資源，本部協助建立地方照顧管理制度，輔導22個縣市設置長期照顧管理中心，作為受理連結及輸送長期照顧服務之單一窗口。

（二）關鍵策略目標：協助弱勢族群，健全社會福利網絡。

１.關鍵績效指標：提升長期照顧及經濟安全－長期照顧服務成長率及辦理國民年金保費催收

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 11.5 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 16.51 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ▲ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ▲ |

衡量標準：

長期照顧服務成長率：（本年度服務人數-前1年服務人數）÷前一年服務人數×100％【目標值7％】+辦理國民年金保險費欠費催收成效：（101年欠費催收收回總額）÷欠費總金額（101年催收欠費總金額）×100％【目標值4.5％】

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

A.長期照顧服務成長率：有關長期照顧計畫於96年奉院核定，自97開始全面推動。其中照顧服務量，經統計97年服務2萬2,645人、98年2萬2,646人、99年2萬8,620人、100年3萬4,463人、101年3萬9,578人、102年4萬3,114人，98年至102年之平均服務人數為2萬8,576人。而102年照顧服務人數較101年成長9％，超前預定進度。

B.辦理國民年金保險欠費催收：勞保局自100年起針對非生效中之欠費或當期有開單（即生效中）且欠費之國保保費欠費者，寄發欠費繳款單及通函，提醒欠費民眾依規定繳納保險費，以保障自身權益。102年度截至12月31日止，催收欠費人數計336萬7,614人、催收欠費金額總計121億9,805萬4,799元，其中已繳人數計42萬5,168人、已繳納金額計9億1,595萬9,242元。已繳金額佔欠費總金額7.51％，已達原訂目標。

（２）目標挑戰性：

A.長期照顧服務成長率：長照服務人數逐年上升，居家式服務資源仍不足，應隨服務需求成長儘速建置，又目前社區式服務服務量偏低，民眾使用意願及認識仍待提升。另長照計畫之內涵與落實執行分別涉及中央與地方，以及社政、衛政、勞政部門之權責，統籌、協調與管理之難度較高。又國內雖有8萬8,500人完成照顧服務員培訓，惟目前實際從事居家服務工作者計7,079人，於老人福利機構擔任照顧服務工作者計7,564人，合計1萬4,643人，僅占培訓人數16.55％，培訓人力未充分投入長照服務行列亦是影響服務推展之重要因素。

B.辦理國民年金保險欠費催收：鑑於國保被保險人多屬未就業之經濟弱勢者，故國民年金法採柔性強制加保，對於未按時繳納保費者未訂有罰則，亦不會加徵滯納金及移送強制執行，且保險費於10年內均得以計息補繳，再加上年輕的被保險人對於領取老年年金給付認為較無急迫性，其加保期間發生重度身障或死亡事故之機率又極低，以致國保被保險人繳費能力及意願相較其他社會保險低，又受限於近年整體經濟環境不佳，繳費率的提升實屬不易的任務

（３）102年重點工作與成果：

A.完成22縣市長期照顧整合計畫審查與補助經費核定，輔導22縣市政府發展服務資源，完備我國長期照顧服務體系，並減少城鄉差距。

B.本部持續督請勞工保險局持續辦理相關欠費催繳作業、透過提供多元繳款方式及加強對大眾宣導等措施，提高國民年金繳款率，以保障被保險人老年經濟安全。根據勞保局辦理欠費催繳數據，顯示已有催收作業已有具體成效，

２.關鍵績效指標：推動保母托育管理

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 80 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 82 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

本年度請領托育費用補助及使用社區保母系統服務家長滿意度調查達滿意之比率

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

A.完成102年度滿意度調查，共回收有效問卷1,475份，保母托育管理與托育費用補助實施計畫滿意度包含保母系統服務、托育費用補助申請、政策推動與政策效益四部分，99年到102年間，「保母系統服務」及「政策推動」之滿意度平均分數皆逐年增加，針對托育費用補助申請的部分，本（102）年度為托育費用補助申請民眾滿意度為4年來最高。

B.該滿意度調查，以非常滿意及滿意占82％，其中滿意度最高為「社區保母系統提供托育服務資訊」項目，102年度於全國各地辦理社區保母系統宣導，共計810場次；另外，透過電視、文宣、廣播及新聞媒體的宣導，提供幼兒家長及系統保母托育諮詢服務、社區親職教育及宣導育兒知能。

（２）目標挑戰性：

具有證照之保母加入社區保母系統比率仍低，且對於未納入系統之保母尚乏管控機制，目前未滿2歲幼兒須送請社區保母系統或立案托嬰中心合格保母人員照顧者，方可申請托育費用補助，惟保母人員因「需納入管理」及「未來恐遭課稅」之考量，爰不願加入社區保母系統，故本部社會及家庭署已積極透過計畫補助，將實際照顧托育幼兒的保母納入保母系統。雖兒童及少年福利與權益保障法明訂保母須登記並接受政府督導管理，惟因「居家式托育服務及登記管理辦法」尚未發布實施，要大幅提高社區保母系統登記之保母人數，仍有難度。

（３）102年重點工作與成果：

A.因應103年12月1日登記制度開辦，建置保母人員登記管理資訊系統，透過網路平臺協助地方政府督導及管理社區保母系統，並提供民眾正確的托育相關資訊與諮詢管道。

B.積極研擬「居家式托育服務登記及管理辦法」草案（以下簡稱本辦法），包括居家式托育服務提供者之收托數、服務內容、登記流程、收費原則及主管機關審核、檢查、輔導等規定，並自103年12月1日起適用。未來只要提供居家式托育服務者，必須向直轄市、縣（市）政府辦理登記，才能擔任保母人員，且須遵守相關規定，若違反「兒童及少年福利與權益保障法」規定，將處新臺幣6,000元以上3萬元以下罰鍰，並得要求限期改善，屆期未改善，將按次處罰。

C.社區保母系統推動多年，為避免保母人員每年重複上相同之在職教育訓練，並提升教育訓練品質與效益，爰將在職訓練課程區分為初階及進階2階段，本部社會及家庭署業於102年6月10日函頒「社區保母系統托育人員及托嬰中心專業人員在職研習訓練初階及進階課程實施計畫」，重要課程包含（1）嬰幼兒托育服務導論；（2）嬰幼兒發展；（3）托育服務規劃及評估；（4）嬰幼兒保育；（5）嬰幼兒健康及照護；（6）托育安全及危機處理；（7）嬰幼兒生活、環境及學習；（8）親職教育；（9）托育人員自我成長及專業發展等內容，其中「嬰幼兒發展及托育安全與危機處理」列為每年必修課程，以維持保母托育服務品質之穩定。

D.目前保母收費不一，導致政府經費補助額度可能對減輕托育費用負擔之效果不明顯，為改善此情形，除於各直轄市、縣（市）設立保母托育制度管理委員會外，亦透過提供托兒契約參考範本、研訂托育安心檢核表之研訂及服務宣導，提醒家長在選擇保母和簽訂契約時應事先約定委託內容、收費項目、金額及收退費標準等，以避免產生糾紛。

３.關鍵績效指標：社會救助新制新增納入中低收入戶照顧人數

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 2.5 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 12.4 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

中低收入戶照顧人數成長率（本年度中低收入戶照顧人數）÷（前一年度中低收入戶照顧人數）×100％

績效衡量暨達成情形分析：

社會救助新制於100年7月1日起施行，本部透過多元管道辦理各項宣導，各縣（市）政府配合政策推動受理民眾申請低收入戶及中低收入戶之申請，截至101年底，各縣（市）政府已核定中低收入戶28萬2,019人納入政府救助照顧。經評估社會救助新制推展至今2年，急需政府照顧之經濟弱勢家庭大部分已納入社會救助體系或已獲取各部會相關措施協助（如教育部對弱勢學生學雜費減免之各項措施），較無迫切申請需求。102年度截至9月底中低收入戶核定32萬2,062人，較前一年度成長12.4％，已達預期目標。

（三）關鍵策略目標：落實防疫整備，免除疫病威脅。

１.關鍵績效指標：提升防疫效能(一)降低疾病發生率/致死率(愛滋病防治成效、結核病防治成效、本土登革熱防治成效及腸病毒併發重症防治成效)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 100 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 100 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ▲ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ▲ |

衡量標準：

降低疾病發生率/致死率：四項防疫成效分數平均 （愛滋病防治成效+結核病防治成效+本土登革熱防治成效+腸病毒併發重症防治成效） ÷41.愛滋病防治成效：愛滋病感染人數年增率下降＝當年度年增率－ 前一年之年增率（年增率下降≧0.5％：100分；0.3％≦年增率下降＜0.5％：90分；0％≦年增率下降＜0.3％：80分，年增率下降＜0％：70分）。2.結核病防治成效：結核病發生率下降=當年度疾病發生率－前一年發生率（減少：100分，持平：90分，增加：85分）。3.本土登革熱防治成效：當年度本土登革熱發生率-前五年平均發生率（減少：100分，持平：90分，增加：80分）4.腸病毒併發重症防治成效：當年度重症致死率-年度致死率目標值（減少：100分，持平：90分，增加：80分）。※衡量數據：102年致死率目標值為10.4％。

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

A.愛滋病防治成效：102年度年增率為0.95％、101年度年增率為13％，年增率下降12.05％（0.95％-13％=-12.05％），故100分。

B.結核病防治成效：102年結核病發生率預估為每十萬人口 51.1人，相較於101年每十萬人口53人減少，故100分。

C.本土登革熱防治成效：102年共有589例本土登革熱確定病例，較近五年平均每年有1,149例病例數為低，每10萬人口發生率較前五年平均發生率降低（2.52-4.96=-2.44），故100分。

D.腸病毒併發重症防治成效：本年重症個案總計11例，其中1例死亡，致死率為9.1％，達成「重症致死率低於10.4％」的目標，故100分。

四項防疫成效分數平均 （愛滋病防治成效100分+結核病防治成效100分+本土登革熱防治成效100分+腸病毒併發重症防治成效100分） ÷4＝100分，已達預期目標。

（２）目標挑戰性：

A.愛滋病防治：目前我國愛滋的傳播多數與不安全性行為有關，並以男男間性行為者為主。同志及感染者感受社會的接納度不足，使高危險群對於篩檢或尋求醫療服務却步，加上以二、三級毒品作為娛樂性用藥及網路交友盛行等因素影響，導致不安全性行為的風險增加，造成感染人數攀升及疫情年輕化，亟需透過多元化防治方案長期推展。

B.結核病防治：以結核菌傳播及發病模式為基礎，結合三段五級之概念，推動各項防治策略，促使傳染病發生率下降，降低醫療成本及國家經濟負擔，增進個人及社會健康。

C.本土登革熱防治：102年本土登革熱疫情提早於4月上旬出現，本土登革熱流行期間較長，加上泰國、馬來西亞、新加坡等東南亞國家疫情嚴峻，境外移入病例數又為近10年次高，均使登革熱流行疫情風險增加，故降低本土登革熱發生率實為極具挑戰之目標。

D.腸病毒併發重症防治：腸病毒71型每隔數年即有大規模疫情發生，由於併發重症的危險因子目前尚未能完全明瞭並控制，無法完全杜絕重症與死亡，亟須透過民眾預防知識、正確就醫觀念之提升，以及醫師的敏感度與正確處置，方能降低感染機會，並掌握治療的黃金時機。

綜上，本項指標採4項傳染病防治進行綜合性評估，在面對疫情嚴峻及成效極難突破前提下，均已達成預期目標並有超越，相當具有挑戰性。

２.關鍵績效指標：提升防疫效能(二)完成率: 3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 100 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 90 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 90 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ▲ |

衡量標準：

（二）完成率： 3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效。【當年度接種率-前一年接種率接種率，增加：100分，持平：90分，減少：80分

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

本年度3歲以下幼童全數完成卡介苗、B肝疫苗第三劑、五合一疫苗第四劑、水痘疫苗、麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗（MMR）及日本腦炎疫苗第二劑等六項常規疫苗應接種劑次之完成率為94％，與前一年度完成率（94％）相較為持平，故為90分。

（２）目標挑戰性：

本項指標係為確保幼童完成疫苗接種，達成保障國民健康之關鍵指標。由於近年來國際交流頻繁及社會型態轉變，來往兩地及新住民子女之人數比例逐漸增加，催注作業相對困難，且疫苗接種率常受國際疫苗供需失衡（例如：國際間五合一疫苗缺貨，需頻繁進行縣市間調度，以維持疫苗接種順利銜接）、國內流行疫情、媒體報導事件及民眾接種意願等影響，要維持國內各項疫苗高接種完成率甚至要增加極少的百分比，皆需耗費極大努力，極具挑戰性。

（四）關鍵策略目標：強化治安工作，建構家庭暴力安全防護網。

１.關鍵績效指標：提升家庭暴力通報件數實施危險評估比率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 70 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 80.79 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

實施危險評估件數÷親密關係暴力通報件數×100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

102年1月至12月，全國共接獲5萬3,395件親密關係暴力案件，其中實施危險評估件數為4萬3,139件，累計實施危險評估件數佔親密關係暴力通報件數之80.79％，且每月危險評估實施比率均達7成以上，如期完成原定目標。

（２）目標挑戰性：

鑑於各直轄市、縣（市）政府人力資源有限，為能從眾多家庭暴力通報案件中，即時辨識出高危機個案，俾啟動相關保護機制，降低暴力傷害，爰推動家庭暴力安全網計畫，藉由評估工具協助第一線人員強化危險評估，針對面臨高致命暴力危機之被害人，加強安全計畫與保護措施。

（五）關鍵策略目標：營造友善健康支持環境，促進全民參與。

１.關鍵績效指標：癌症篩檢率之平均增加值

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | 12 | 16.0 | 18.0 |
| 實際值 | -- | -- | 17.0 | 20.5 |
| 達成度(%) | -- | 100 | 100 | 100 |
| 初核結果 | -- | ★ | ★ | ★ |
| 複核結果 | -- | ★ | ★ | ★ |

衡量標準：

子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌之癌症篩檢率平均增加值： （A＋B＋C＋D）÷4 A：當年－98年（45-69歲婦女2年內曾接受乳癌篩檢率）B：當年－98年（50-69歲民眾2年內曾接受大腸癌篩檢率）C：當年－98年（30歲以上嚼檳榔或吸菸者2年內曾接受口腔黏膜檢查率）D：當年－98年（30-69歲婦女3年內曾接受子宮頸癌篩檢率）

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

102年癌症篩檢率之平均增加值之目標值為18％，截至12月，子宮頸癌3年篩檢率59.7％、乳癌2年篩檢率35.8％、大腸癌2年篩檢率38.9％及口腔癌2年篩檢率54.6％，癌症篩檢率之平均增加值為20.5％。

（２） 目標挑戰性：

A.抹片篩檢自84年推動自今，已促使大多數婦女接受篩檢，惟國內尚有許多婦女因自認身體健康、許久沒有性行為、忙碌沒時間過於保守，害怕上檢查台等因素，而不願接受抹片檢查，即使經公衛護士衛教勸說，亦未提升其受檢動機，影響目標之達成。

B.大腸癌篩檢率仍無法有效提升，主要係因採檢管發放流失率高，檢體多無法於篩檢現場立即取得，又基層醫療院所催繳人力不足，影響醫療院所投入參與意願，雖已於102年再度提高篩檢給付，惟效果有限。目前仍需時間民眾建立及養成定期大腸癌篩檢的認知與習慣，才可提高回收效率。

（３） 102年重點工作及成果：

A.運用多元媒體管道，除透過大眾電子及平面媒體加強癌症防治工作宣導外，更結合病友團體及民間企業，擴大宣導防治工作。

B.提供可近性篩檢服務：藉由醫療院所建置主動提示系統，促使民眾接受篩檢；醫療院所及衛生局所，以郵寄或電話方式，主動通知未篩檢者回診接受篩檢；醫療院所和衛生單位主動出擊，深入社區，進行巡迴癌症篩檢服務。102年共提供約480萬人次篩檢服務（篩檢量為98年的1.6倍），共計確診約1萬例癌症及約3.7萬名癌前病變個案。

C.持續補助230家醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，使醫院營造主動關照生命的人本醫療文化。補助工作內容包括要建立全院性推動癌症篩檢的政策與管理；建立門診提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、落實陽性個案管理、辦理院內民眾衛教及配合衛生局（所）進行社區篩檢等。截至102年共計提供263.4萬人次篩檢，約佔全國4癌篩檢量55％，發現確診病另約6,902例及癌前病變個案2.3萬例。

D.責成醫療院所及衛生局所加強陽性個案追蹤，以達早期發現早期治療之目的。

２.關鍵績效指標：18歲以上人口吸菸率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | 19.4 | 18.8 | 18.4 | 18.0 |
| 實際值 | -- | -- | 18.7 | 18.0 |
| 達成度(%) | 98 | 98.4 | 98.4 | 100 |
| 初核結果 | ▲ | ▲ | ★ | ★ |
| 複核結果 | ▲ | ▲ | ▲ | ★ |

衡量標準：

（18歲以上男性吸菸人口數＋18歲以上女性吸菸人口數）÷（18歲以上人口數）×100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

根據歷年成人吸菸行為電話調查結果，97年吸菸率下降至21.9％，98年因菸害防制法新規定實施及菸品健康福利捐調漲，故吸菸率大幅下降至20.0％，99年小幅下降至19.8％，100年下降至19.1％，101年下降至18.7％，102年經調查結果為18.0％，降幅大於一個標準差（±0.5％），已達原訂目標，數值較前一年，下降3.89％，雖吸菸率值已達目標，但鑑於吸菸率為推動各項策略與工作之綜合結果，宜由中長程趨勢變化研判績效。

（２）目標挑戰性：

A.102年在有限人力下，持續努力推動菸害防制工作，並積極推動二代戒菸，戒菸人數創新高，吸菸率較101年18.7％下降至18.0％，成人吸菸率持續下降。惟吸菸者戒菸受制於成癮機制不易戒斷，戒菸成功需歷經數個階段，並常受內、外在因素影響，菸癮容易復發，即使戒菸成功，常無法立即於當年度之吸菸率呈現，吸菸成癮的本質，使目標達成率有極高難度，極具挑戰性。

B.我國菸品價格較世界各國嚴重偏低，菸品消費量之下降呈現停滯，不利推動菸害防制，另由於周邊國家菸價持續升高與自由貿易之影響，極可能成為其他各國菸商傾銷之對象。菸品健康福利捐已近四年未曾調整，歷年菸品健康捐調漲，對於吸菸者吸菸量下降，僅有短期效果，爰必須持續調漲菸捐，才能讓菸品使用量繼續下降。

（３）102年重點工作及成果：

A.落實菸害防制法

a.各縣市衛生局主動執法稽查輔導，102年全國總稽查數共計70萬餘家、516萬餘次、處分6,809件，總計罰鍰2,739萬餘元整，今年第9條禁止促銷菸品或為廣告處分10件，罰鍰超過1,000萬餘元。

b.補助地方政府推動菸害防制工作，102年補充地方菸害防制相關人力119人，辦理菸害防制相關宣導教育活動7,810場及醫事相關人員戒菸訓練92場，訓練合格10,003人（醫師304人、護理及其他衛教人員6,301人、藥事人員3,398人），另開辦辦理戒菸班434場，參加人數6,300人，並推動及公告無菸環境639處。

B.營造無菸支持環境

a.面對國內居高不下的青少年吸菸問題，特別邀請成長過程曾有迷惘經歷的蕭敬騰擔任拒菸大使，並拍攝公益廣告與拒菸短片，讓全台約440萬名的青年學子在校內外皆能感受老蕭「拒菸，我做主」的生活態度。在校內設有人型立牌、海報與傳單及大型布條，讓青年學子瞭解到「省下吸菸這一口氣，用在未來去爭一口氣」的觀念，讓正向力量與孩子緊密連結，陪伴全國學子一起拒菸。

b.為養成年輕族群無菸生活態度，以「We are Cool, NO SMOKING!」為主題，舉辦2013年「無菸生活設計大賞」活動。募集拒菸、戒菸、無菸的微電影、海報、標語等創作，透過校園串聯、Facebook及YouTube等社群網站宣傳，其中有來自馬來西亞和中國等地學生組隊參加，參賽作品高達2,883件。102年11月20日舉辦頒獎典禮，亦於11月20日至24日於華山文創產業園區展示相關作品，並置於「無菸生活設計大賞」雲端藝廊供民眾線上瀏覽。

c.持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區、公園等無菸場域計畫，並推動無菸醫院參與國際認證，目前共有147家醫院參與， 102年全球7家獲獎醫院中，台灣共囊括4家，蟬連全球無菸醫院國際金獎獲獎最多國家。

C.提供多元化戒菸服務及二代戒菸服務

a.102年二代戒菸服務合約醫事機構數由101年2,151家（含社區藥局58家），增加至102年的2,481家（含社區藥局261家），成長率15.3％，涵蓋98.6％的鄉鎮市區及99.9％的人口分布，102年1-9月已服務70,024人，已較101年同期的43,356人成長43.0％，更較100年同期的38,689人成長81.0％，另二代戒菸實施後（101年3月起）已服務117,043人，統計至102年5月，6個月點戒菸成功率為30.5％，相較於實施前的23.9％，提高幅度達27.6％，成功幫助超過3萬5,000人戒菸，短期節省預估超過1億9千萬元的健保醫療費用支出，長期約可創造超過147億元的社會經濟效益。

b.二代戒菸服務與其他多元戒菸服務（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月至10月則已服務23萬1,531人，總計50萬3,573人。

c.免付費戒菸電話專線0800-636363提供戒菸諮詢與諮商服務，102年1月至12月，計提供9.7萬餘人次諮詢服務。

D.辦理菸害防制研究及監測

a.辦理102年健康議題媒體宣導成效評價與菸品訊息監測計畫、青少年吸菸行為調查、國人吸菸行為調查、菸害防制全球資訊網計畫、菸害防制法執法成效評價計畫、戒菸專線服務外部評價與監測計畫、辦理菸品申報管理計畫、審查暨資料庫建置計畫、菸害政策諮詢服務計畫等等。

b.辦理「菸品檢測暨研究發展計畫」，完成45種國產及進口菸品主煙流中尼古丁、焦油及一氧化碳、重金屬、亞硝胺含量等檢驗，所有抽樣菸品之焦油、尼古丁均未超過最高含量標準。102年有9家業者未依規定完成菸品成分、添加物與排放物及其相關毒性資料之申報，總計裁處新台幣110萬元罰鍰。

E.推動菸害防制人才培育及國際交流

a.辦理菸害防制相關工作坊及訓練課程之成果

（a）辦理縣市菸害防制實務交流訓練工作坊二梯次，計182人參加。

（b）門診戒菸治療醫師訓練計畫培訓完訓及合格授證人數為639人。

（c）牙醫師參與戒菸服務訓練計畫，合格受證人數計399人。

（d）戒菸衛教人員訓練計畫培育進階訓練合格學員749人，高階學員訓練合格學員416人。

（e）藥事人員戒菸衛教師訓練計畫辦理進階訓練計545人合格，高階訓練共368人合格。

（f）辦理法規基礎、進階訓練各計200人、52人完訓。

b.辦理菸害防制政策研究之國際合作計畫，透過WHO MPOWER策略架構之指標，整體檢視與比較我國與WHO各國在菸害防制之成效，與國際知名菸害學者組成團隊合作，成果豐碩，並辦理菸害防制國際研討會，達成國際交流合作目的。另積極於國際菸害防制專業社群GLOBALink網路平台互動，將我國菸害防制成果上傳至國際菸害防制交流平台，增加各國對我國菸害防制進展與經驗之瞭解，並蒐集、整理及分析國際間菸害防制相關法規資料、訴訟案例及相關法律議題作為推動我國菸害防制之參考。

（六）關鍵策略目標：制定科技研發政策，發展醫藥生技。

１.關鍵績效指標：科技計畫成果實際被衛生政策採行百分比

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 20 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 51.2 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

科技計畫成果實際採行定義：科技計畫被引用於報院計畫或年度施政計畫之業務推動者。（前一年度本署及所屬機關科技計畫成果實際採行件數）/（ 前一年度本署及所屬機關科技計畫結案的總件數） X100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

102年度原定目標值「科技計畫成果實際被衛生政策採行百分比」為20％，實際達成值為51.2％，達程度100％。

（２）目標挑戰性

A.本部科技計畫件數多（770件）且性質多元（涵蓋衛生、醫療、社會福利、藥物、食品、疾病、基礎研究等），追蹤及管考實具挑戰性。

B.計畫完成至實際運用需要一段轉譯期，短時間較難見參採之效益。

（３）102年重點工作及成果：

A.有鑑於計畫完成至實際運用需有一段轉譯期，故本指標係調查前一年度已結案計畫獲參採情形。經查本部101年度委託及補助科技研究計畫共770件，截至101年底已結案計畫計有651件。

B.前揭已結案之651件計畫中，被衛生政策採行之計畫計有333件，故『採行』之百分比為51.2％，已達成年度目標值。

２.關鍵績效指標：提升研發應用量能

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 2 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 130 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

研發收入成長比：

【當年度研發收入之金額-前一年度研發收入之金額/前一年研發收入之金額】x100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

102年度原定目標值「研發收入成長比」為2％，實際達成值為成長130％，達成度100％：

（２）目標挑戰性：

醫藥產品之上市需要進行一連串開發試驗，始可得到政府機構的上市核准與監督。對於相關醫藥產品之廠商而言，在接受技轉技術之後還需投入相當大經費與資源在產品之臨床前試驗、臨床試驗及放大量產等相關之前置工作，技轉廠商顧慮開發期程長、研發經費多與成功的不確定高等因素，使本部推展技轉授權案及後續的研發成果收入極具挑戰性。

（３）102年重點工作及成果：

本（102）年度本部研發成果收入共計新台幣657萬8,587元，主要收入來自本部疾病管制署及財團法人國家衛生研究院將腸病毒71型相關研發成果技術移轉給廠商，相關技術移轉權利金收益達433萬2,096元（佔總收入66％），爰整體收入較前一年度研發收入（285萬7,518元整）成長130％。

（七）關鍵策略目標：促進國際交流與合作，促成國際接軌。

１.關鍵績效指標：參與國際衛生組織

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 14 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 25 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

1.參與國際衛生組織辦理之會議，活動與各項機制2. 辦理參與國際組織相關工作計畫

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

A.參與國際衛生組織辦理之會議，活動與各項機制9次。

B.辦理參與國際組織相關工作計畫16次。

（２）102年重要工作及成果：

A.102年度共參與國際會議共計9場，其中以邱文達署長率代表團出席第66屆世界衛生大會（WHA）最具代表性，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。

B.102年度本組於國內舉辦4場大型國際會議：

a.會議名稱：2013 Colloquium on Health Policy Advocacy through Collective Actions

b.會議名稱：2013公共衛生與國際貿易研討會

c.會議名稱：APEC「區域貿易協定對醫療體系之衝擊與因應策略」

d.會議名稱：「2013臺灣全球健康論壇（Global Health Forum in Taiwan）」

e.辦理「補（捐）助辦理國際衛生事務計畫」

C.102年度本部辦理「補（捐）助辦理國際衛生事務計畫」，共計補助三類計畫共12案，補助金額共計456萬9千元。

２.關鍵績效指標：推動國際衛生合作

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 21 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 37 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

1.辦理國際衛生援外計畫2.辦理國際衛生合作計畫3.辦理衛生官員雙邊會談4.辦理國際衛生人員訓練

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

A.辦理國際衛生援外計畫3次。

B.辦理國際衛生合作計畫3次。

C.辦理衛生官員雙邊會談30次。

D.辦理國際衛生人員訓練1次。

（２）102年重點工作及成果：

A.辦理國際衛生援外計畫3次。

a. 醫療器材援助平台計畫

b.中華民國協助海地地震災後重建計畫

c.台灣國際醫衛行動團隊

B.辦理國際衛生合作計畫3次。

a.102年度推展非洲地區國家衛生合作計畫

b.102年度駐馬紹爾群島共和國之「臺灣衛生中心計畫」

c.102年度駐駐索羅門群島之「臺灣衛生中心計畫」

C.辦理衛生官員雙邊會談30次。

a.2013年第66屆WHA期間（2013/5/20~5/28）共辦理雙邊會談22場，包括美國、歐盟、日本、英國、德國、澳洲、 海地 等22個國家。

b.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。

D.辦理國際衛生人員訓練1次：執行臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫。

（八）關鍵策略目標：強化食品藥物管理，保障民眾健康。

１.關鍵績效指標：建立與國際調合之食品添加物分類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 40 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 54.5 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ▲ |

衡量標準：

食品添加物分類修正比率＝已修正之分類項次÷與國際調和之食品添加物分類項次（200項）×100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

102年度預定目標值為40％，應修正80項；而102年度食品添加物修正品項共109項，已達成54.5％（109/200×100％=54.5％）。

（２） 目標挑戰性：

A.98年修正「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」12項，99年度修正27項、100年度修正18項、101年度修正10項，98至101年之年平均值約為17項，102年修正109項，遠高於過去年年度平均值及預定目標值，相當具挑戰性。

B.食品添加物分類須參考聯合國食品法典委員會（Codex）、美國、歐盟、日本等相關規範，與我國標準比較，提出擬修正之項目，惟各國飲食習慣差異導致法規不盡相同，且國內分類數較少，必須新增分類，從評估至完成修正需花費更多時間。

（３） 102年度工作重點及成果：

A.推動食品添加物登錄管理：公告食品業者登錄管理辦法，並已建置食品添加物「非登不可」登錄管理資訊系統（網址http：//fadenbook.fda. gov.tw/），已登錄655家食品添加物製售業者、27,200項食品添加物產品。

B.加強跨部會合作，防堵不當化學物質流入食品：已與環保署建立毒性化學物質之列管通報，並協調經濟部公告「公司行號營業項目代碼表」增列「食品添加物製造業」，以利管理。此外，亦與財政部及經濟部合作，強化食品添加物源頭管理，防堵不當化學物質流入食品。

２.關鍵績效指標：建立毒劇中藥材追蹤溯源系統

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 30 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 30 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

毒劇中藥材追蹤溯源比率＝配合建立毒劇中藥材追蹤溯源系統之項數÷毒劇中藥材 （10項） ×100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

建立毒劇中藥材追蹤溯源系統，業已完成3件毒劇中藥材產品，毒劇中藥材追蹤溯源比率＝3÷10×100％=30％，已達原訂目標值。

（２）目標挑戰性：

臺灣市售中藥材80％至90％來自中國大陸。進口貨品型態多為大包裝，於進口後才由中盤商或進口商依需求拆解分包，由市場銷售通路流程往上回溯來源管理不易。故本研究先針對毒劇中藥材規劃追蹤溯源條碼系統，協助中盤商、進口商精確掌控中藥材流向，保障民眾使用中藥材之安全衛生管控。

（３）102年重點工作及成果：

A.業已完成天南星、川烏及雄黃3件毒劇中藥材產品之毒劇中藥材追蹤溯源系統。

B.完成「中藥材追蹤溯源條碼系統」網頁平台建置，實際展示50種中藥材可溯源至產地和市售流向之條碼範例，其中含《臺灣中藥典第二版》附錄21種毒劇中藥、實施邊境管理之10種中藥材以及19種可供食用之常用中藥材的藥品資訊，並研擬管理配套機制。

（九）關鍵策略目標：永續健保制度，推動長照保險制度。

１.關鍵績效指標：論質方案受益人數

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 100 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 100 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

以該年度糖尿病、氣喘、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6項論質計酬方案之受益人數。1.目標值為每年總受益人數較前一年受益人數增加5％。2.計算公式：該年度各方案總受益人數=前一年度之總受益人數，得80分。3.（各方案總受益人數-前一年度之總受益人數）/ 前一年度之總受益人數，每增加1％，加4分，滿分以100分計。

績效衡量暨達成情形分析：

101年受益人數681,889人，102年目標值為715,983人。截至102年10月底，受益人數為722,096人，為101年度之105.9％，超過101年受益人數之5％，可得100分。

２.關鍵績效指標：醫療品質資訊公開

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | 15 | 10 |
| 實際值 | -- | -- | 24 | 19 |
| 達成度(%) | -- | -- | 100 | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | ★ | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | ★ | ▲ |

衡量標準：

依「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」檢討與修訂醫療品質資訊公開項目：1.收集意見、參考具臨床治療指引指標、或具實證醫學指標。2.諮商與評估：邀請醫事服務機構代表、學者專家、與被保險人代表進行諮詢，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。3.資料測試、更新及公開。

績效衡量暨達成情形分析：

102年8月7日以衛部保字第1021280007號令發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」。依公開辦法規定，研擬急性心肌梗塞（AMI）相關之19項醫療品質指標，提全民健康保險會討論通過，於102年10月新增公開該19項指標資訊。已達成目標值，得100分。

３.關鍵績效指標：依醫師RBRVS評量與醫院成本資料收集，分階段調整支付標準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 100 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 100 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

以醫師RBRVS評量與醫院成本資料收集結果進行研議支付標準調整。

１、依據醫師RBRVS評量與醫院成本資料收集結果，研擬支付標準調整方案，得基本分80分。

２、與醫界進行協商，加10分；完成支付標準之修訂，加10分。

績效衡量暨達成情形分析：

102年3月收集醫師RBRVS評量與醫院成本資料結果，完成調整方案之研擬，並曾提報3次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議，與醫界進行協商，又於102年12月13日核定調整方案，現已完成支付標準修訂預告作業，刻正辦理公告作業，各項工作均已完成，可得100分。

４.關鍵績效指標：發展反映各類失能者照顧需求之長照保險給付制度

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 100 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 100 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ▲ |

衡量標準：

建立長期照護保險服務資源使用群分類系統，分類系統完成度：102年：完成初步分類系統模型。103年：完成評估及修正。104年：完成試辦及再修正。105年：完成分類系統模型

績效衡量暨達成情形分析：

為能建立公平且反應資源耗用程度之長期照護保險給付支付制度，本部規劃發展以資源使用為導向的長期照護案例分類系統，以反映不同個案失能程度與資源使用程度之差異，使被歸於同級的個案，失能情形（need）與所需長照服務種類與數量（resources use ）相似。本部利用100年至101年收集之各類長期照護個案資料，於102年底建構完成長期照護保險服務資源使用群分類系統（目前稱：長期照護案例分類系統）第一版初稿。

（十）關鍵策略目標：發展衛生人力資源，提升組織量能。

１.關鍵績效指標：提升年度考試及格錄取人員進用比例

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 60 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 74.68 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

（申請年度考試分發人員數÷本年度薦任第9職等以下非主管人員出缺數）×100％

績效衡量暨達成情形分析：

本部暨所屬機關申請102年度考試分發之職缺數共計236人，102年度薦任第9職等以下非主管人員出缺數為316人，爰102年度本部暨所屬機關申請考試錄取分發人員數占薦任第9職等以下非主管人員總出缺數之比率為74.68％，遠高於目標值。

２.關鍵績效指標：參加本署辦理之衛生專業人員訓練成員，認同參訓有助於未來業務執行之百分比。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | 3 | 3 |
| 實際值 | -- | -- | 3.56 | 3.62 |
| 達成度(%) | -- | -- | 100 | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | ★ | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | ★ | ★ |

衡量標準：

較前年度成長3％以上

績效衡量暨達成情形分析：

本部101年辦理之衛生專班，訓練成員認同參訓有助於未來業務執行之百分比為74.31％，102年辦理之衛生及社政人員專班，訓練成員認同參訓有助於未來業務執行之百分比為77.93％，爰102年本部辦理之衛生及社政人員專班，訓練成員認同參訓有助於未來業務執行之百分比較去年成長3.62％，已達目標值。

**二、共同性目標**

（一）共同性目標：提升研發量能。

１.共同性指標：行政及政策研究經費比率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | 0.006 | 0.007 | 0.007 | 0.007 |
| 實際值 | -- | -- | 0.010 | 0.015 |
| 達成度(%) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 初核結果 | ★ | ★ | ▲ | ▲ |
| 複核結果 | ★ | ★ | ▲ | ★ |

衡量標準：

（年度行政及政策類研究經費÷年度預算）×100％

績效衡量暨達成情形分析：

（１）目標達成情形：

本年度執行之行政及政策研究計畫計有「死亡證明書開具者品質提升計畫」等14件（其中9件係102年7月23日組織改造併入新單位所增加之計畫件數），研究計畫總經費為17,320,000元，本部年度預算為1,157,024,570,000元。研究經費比率占0.015％，較原訂目標值0.007％高，達成度100％。

（２）目標挑戰性：

本部主管業務範圍廣泛，從福利服務輸送、關懷弱勢、醫療照護、全民健保、健康促進、疫病防治至食品藥物管理等，整合連續性公共政策並與全民福祉攸關。為強化行政及政策類研究品質，並使有限經費發揮最大效益，本部依「行政院所屬各機關委託研究計畫管理要點」於編擬年度行政及政策類委託研究計畫概算前，邀請學者專家就政策需求、計畫目標、執行急迫性與可行性、預算編列之合理性等進行計畫先期審議。各計畫單位並依規定將研究計畫主題、研究重點及研究報告等，登錄於政府研究資訊系統（GRB），供公眾參考使用。

（３）102年重點工作及成果：

102年度為加強本部政策研究規劃、執行及評估之研究量能，執行之行政及政策類研究計畫計有「死亡證明書開具者品質提升計畫」等14件（其中9件係102年7月23日組織改造併入新單位所增加之計畫件數）如下：

A.「死亡證明書開具者品質提升計畫」（本部統計處委託國立成功大學辦理）。

B.「國際性衛生統計指標規劃案」（本部統計處委託臺北醫學大學辦理）。

C.「資料庫加值應用與指標建立–以呼吸照護為例」（本部統計處委託國立陽明大學辦理）。

D.「發展研究分中心特色教學研究功能及縱橫向整合擴充模式之規劃建置」（本部統計處委託臺北醫學大學辦理）。

E.「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」（本部全民健康保險會委託國立臺灣大學辦理）。

F.「從社會保險整合效益觀點-探討國民年金組織未來定位及功能」（本部國民年金監理會委託國立中正大學辦理）。

G.「中草藥不良反應通報系統與資料庫維護及通報教育訓練」（本部中醫藥司委託財團法人桃園長庚紀念醫院辦理）。

H.「中藥材毒劇藥品管理」（本部中醫藥司委託中國醫藥大學辦理）。

I.「三十種傳統製劑異常物質背景值調查」（本部中醫藥司委託中國醫藥大學辦理）。

J.「中藥廠實施PIC/S GMP可行性評估」（本部中醫藥司委託社團法人中華無菌製劑協會辦理）。

K.「四種中藥標準品開發暨研議供應機制之研究」（本部中醫藥司委託國立嘉義大學辦理）。

L.「中藥商產業精進計畫」（本部中醫藥司委託中華民國中藥商業同業公會全國聯合會辦理）。

M.「臺灣東部地區民眾中藥用藥習慣調查及宣導計畫」（本部中醫藥司委託台東縣藥師公會辦理）。

N.「推動臺灣市售中藥材追蹤溯源條碼系統和制定管理方法」（本部中醫藥司委託社團法人臺灣安全中藥管理資訊聯合會辦理）。

（二）共同性目標：落實政府內部控制機制。

１.共同性指標：強化內部控制件數

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 5 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 22 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

當年度主動建立內部控制機制及完成改善內部控制缺失件數。

績效衡量暨達成情形分析：

查「強化內部控制實施方案102年度重點工作」第三點第一項之規定略以：「各機關依規定應設計合宜有效之內部控制制度，除配合行政院組織調整者，應於組織調整生效起1年內設計完成」。本部於102年7月23日正式成立，爰就本部組織調整後將社會福利業務納入，擬訂本部「內部控制制度」〈草案〉，將本部各單位所列風險項目，篩選22項為內部控制件數，並俟本部103年風險管理及危機處理推動小組確立本部重大風險議題，並確立主要風險圖像後，再採滾動式檢討調整前揭件數，俾符實際作業規定。

２.共同性指標：增（修）訂完成內部控制制度項數

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | -- | -- | -- | 5 |
| 實際值 | -- | -- | -- | 43 |
| 達成度(%) | -- | -- | -- | 100 |
| 初核結果 | -- | -- | -- | ★ |
| 複核結果 | -- | -- | -- | ★ |

衡量標準：

本機關及所屬機關依業務重要性及風險性，於當年度增（修）訂完成內部控制制度作業項目數。

績效衡量暨達成情形分析：

本部於102年7月23日正式成立，其原訂之目標值為5項係指尚未組改前（原行政院衛生署時所定），當時僅有行政院衛生署及所屬疾管局、食管局、國健局、健保局及中醫藥委員會等6單位需訂定內部控制制度。本部正式成立後，本部（各單位）及所屬6機關、26家所屬醫療機構及13家所屬社福機構，共46單位（機關）需訂定內部控制制度。目前除本部及所屬社會及家庭署、東區老人之家尚未完成訂定內部控制制度外，餘43單位（機關）業已訂定內部控制制度，至未完成部分，業已責成渠等儘速完成。

（三）共同性目標：提升資產效益，妥適配置政府資源。

１.共同性指標：機關年度資本門預算執行率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| 實際值 | -- | -- | 82.67 | 88.74 |
| 達成度(%) | 89.63 | 99.64 | 91.86 | 98.6 |
| 初核結果 | ▲ | ★ | ▲ | ▲ |
| 複核結果 | ▲ | ★ | ▲ | ▲ |

衡量標準：

（本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數）÷（資本門預算數） ×100％（以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數）

績效衡量暨達成情形分析：

本部（前衛生署）主管資本門預算執行數1,656,797,106元，全年度資本門可用預算數為1,866,956,194元， 本部（前衛生署）主管除本部及疾病管制署外，執行率均達目標值90％以上，惟本部因辦理「衛生大樓新建工程案」，工程承攬廠商逾期171日完工，爰辦理經費保留138,470,016元；又疾病管制署辦理「免疫用健康馬75匹採購案」因通知廠商終止契約，廠商提起民事訴訟，全案進入司法程序，尚未結案，爰保留22,479,660元。另該署「行政院衛生署防疫中心新建工程」則因重新辦理先期規劃、環境影響評估及計畫書修正，目前刻正委由許常吉建築師事務所辦理「防疫中心暨TFDA辦公大樓先期規劃及環境影響評估技術服務案」，辦理經費保留4,760,000元，故執行率為88.74％，達成度為98.60％。

２.共同性指標：機關中程歲出概算額度內編報概算數

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 實際值 | -- | -- | 5 | 2.12 |
| 達成度(%) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 初核結果 | ★ | ★ | ★ | ★ |
| 複核結果 | ▲ | ▲ | ● | ▲ |

衡量標準：

【（本年度歲出概算編報數－本年度中程歲出概算額度核列數）÷本年度中程歲出概算額度核列數】×100％

績效衡量暨達成情形分析：

本部機關中程歲出概算額度內編報概算值為2.12％，小於目標值5％，達成度為100％。

（四）共同性目標：提升人力資源素質與管理效能。

１.共同性指標：機關年度預算員額增減率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | 0 | -0.21 | -0.21 | -0.16 |
| 實際值 | -- | -- | -0.31 | -0.49 |
| 達成度(%) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 初核結果 | ★ | ★ | ★ | ▲ |
| 複核結果 | ★ | ★ | ★ | ★ |

衡量標準：

【（次年度－本年度預算員額數）÷本年度預算員額】×100％

績效衡量暨達成情形分析：

本部暨所屬機關編列103年度預算員額數為12159人，102年度預算員額數為12219人，計減列60人，員額增減率為-0.49％，高於原訂目標值-0.16％，達成度100％。

２.共同性指標：推動終身學習

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 99年度 | 100年度 | 101年度 | 102年度 |
| 原訂目標值 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| 實際值 | -- | -- | 2 | 1 |
| 達成度(%) | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 初核結果 | ★ | ★ | ★ | ★ |
| 複核結果 | ★ | ★ | ★ | ★ |

衡量標準：

當年度各主管機關（含所屬機關）自行辦理或薦送參加其他機關辦理1日以上之中高階公務人員培訓發展性質班別之中高階公務人員參訓人數達該主管機關（含所屬機關）之中高階公務人員總人數40﹪以上。

績效衡量暨達成情形分析：

中高階人員培訓發展性質課程參訓情形：截至12月31日為止，本部暨所屬機關中高階公務人員人數共 543 人，參加1日以上之培訓發展性質班別之訓練計有 491人，占本部暨所屬機關高階公務人員總人數之 90.42 ％。

**三、關鍵績效指標及共同性指標相關計畫活動之成本**

單位：千元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 關鍵策略目標 | 計畫名稱 | 101年度 | 102年度 | 與KPI關聯 |
| 預算數 | 預算執行進度(%) | 預算數 | 預算執行進度(%) |
| 合計 | 11,822,219 |   | 11,806,102 |   |   |
| （一）精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益(業務成果)  | 小計 | 2,100,094 | 96.51 | 1,061,955 | 95.96 |   |
| 開創全民均等健康照護計畫 | 2,100,094 | 96.51 | 1,061,955 | 95.96 | 每一次醫療區域至少有一家中度急救責任醫院之完成率 |
| （二）落實防疫整備，免除疫病威脅(業務成果)  | 小計 | 3,013,712 | 100.00 | 3,038,424 | 100.00 |   |
| 急性傳染病流行風險監控與管理計畫-病媒、腸道傳染病及腸病毒、肝炎防治暨根除三麻一風整合計畫 | 52,941 | 100.00 | 44,233 | 100.00 | 提升防疫效能(一)降低疾病發生率/致死率(愛滋病防治成效、結核病防治成效、本土登革熱防治成效及腸病毒併發重症防治成效) |
| 愛滋防治第五期五年計畫 | 1,937,575 | 100.00 | 1,987,145 | 100.00 |
| 結核病十年減半全民動員第二期計畫 | 1,023,196 | 100.00 | 1,007,046 | 100.00 |
| （三）協助弱勢族群，健全社會福利網絡(業務成果)  | 小計 | 2,817,545 | 100.00 | 2,967,545 | 100.00 |   |
| 推動長期照顧服務機制 | 1,885,780 | 100.00 | 2,015,780 | 100.00 | 提升長期照顧及經濟安全－長期照顧服務成長率及辦理國民年金保費催收 |
| 保母托育管理與托育費用補助 | 931,765 | 100.00 | 951,765 | 100.00 | 推動保母托育管理 |
| （四）落實防疫整備，免除疫病威脅(業務成果)  | 小計 | 1,171,651 | 100.00 | 1,654,949 | 100.00 |   |
| 設立國家疫苗基金及促進國民免疫力計畫 | 1,171,651 | 100.00 | 1,654,949 | 100.00 | 提升防疫效能(二)完成率: 3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效 |
| （五）協助弱勢族群，健全社會福利網絡(業務成果)  | 小計 | 500,000 | 99.00 | 427,500 | 91.46 |   |
| 辦理急難救助工作 | 500,000 | 99.00 | 427,500 | 91.46 | 社會救助新制新增納入中低收入戶照顧人數 |
| （六）營造友善健康支持環境，促進全民參與(業務成果)  | 小計 | 2,219,217 | 92.56 | 2,335,048 | 91.02 |   |
| 第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢 | 2,219,217 | 92.56 | 2,335,048 | 91.02 | 癌症篩檢率之平均增加值 |
| （七）強化治安工作，建構家庭暴力安全防護網(業務成果)  | 小計 | 0 | 0.00 | 2,000 | 102.85 |   |
| 推展家庭暴力、性侵害及性騷擾防治業務 | 0 | 0.00 | 2,000 | 102.85 | 提升家庭暴力通報件數實施危險評估比率 |
| （八）強化食品藥物管理，保障民眾健康(行政效率)  | 小計 | 0 | 0.00 | 318,681 | 100.00 |   |
| 重建食品藥物安全（清雲行動五五方案）計畫(試辦跨部會管制作業) | 0 | 0.00 | 318,681 | 100.00 | 建立與國際調合之食品添加物分類 |

單位：千元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同性目標 | 計畫名稱 | 101年度 | 102年度 | 與CPI關聯 |
| 預算數 | 預算執行進度(%) | 預算數 | 預算執行進度(%) |
| 合計 | 0 |   | 0 |   |   |

**四、未達目標項目檢討**

（一）關鍵策略目標：落實防疫整備，免除疫病威脅。(業務成果)

關鍵績效指標：提升防疫效能(二)完成率: 3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效

衡量標準：

（二）完成率： 3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效。【當年度接種率-前一年接種率接種率，增加：100分，持平：90分，減少：80分

原訂目標值：100

實際值：90

達成度差異值：10

未達成原因分析暨因應策略：

(1)未達成原因分析： 由於來往兩地及新住民子女之人數比例逐漸增加，又因本年度國內爆發動物狂犬病疫情，影響幼兒常規疫苗之催種作業；在面對人口移動頻繁及國內突發疫情等因素衝擊，維持國內3歲以下幼童全數完成各項常規疫苗之接種完成率高達94%與去年相當，已是相當高的成效。 (2)因應策略：本部疾病管制署將持續定期統計各項疫苗完成率，同時透過全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)勾稽入境未完成疫苗接種幼童，積極督導各縣市衛生單位盡力追蹤催注，維持疫苗高接種完成率。

（二）共同性目標：提升資產效益，妥適配置政府資源。(財務管理)

共同性指標：機關年度資本門預算執行率

衡量標準：

（本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數）÷（資本門預算數） ×100％（以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數）

原訂目標值：90

實際值：88.74

達成度差異值：1.4

未達成原因分析暨因應策略：

(1)未達成原因分析： 本部未達成該指標之原因主要係因本部及疾病管制署共有3項計畫因故未能如期執行，導致費用無法依預定期限撥付所致，分別說明如下： A.本部辦理衛生大樓新建工程案，因新建工程承攬廠商逾期171日完工，導致工程竣工、驗收、結算及點交作業延遲，及後續裝修、會議室設備、櫥櫃辦公OA傢俱等無法如期施作，爰辦理經費保留138,470,016元。 B.本部疾病管制署辦理「免疫用健康馬75匹採購案」，因廠商交貨兩批驗收均有部分不合格，且未能於期限內改正完成，該署於102年6月22日通知廠商終止契約，並依契約規定辦理扣款，款項包括逾期違約金、尚未履約43匹馬匹之履約保證金與懲罰性違約金等1,688,454元，但因廠商提起民事訴訟，全案進入司法程序，目前尚未結案，爰辦理經費保留22,479,660元。 C.本部疾病管制署辦理「防疫中心暨TFDA辦公大樓新建工程」案(前「行政院衛生署防疫中心新建工程」案)，101年度保留7,000,000元，經行政院102年7月11日院臺衛字第1020037865號函同意，將防疫中心建置在昆陽衛生園區第二期工程用地，惟因其與原「新竹生醫園區竹北防疫中心」案，在建築基地、建築量體、進駐單位及相關環境條件有所差異，再本次把食品藥物管理署辦公大樓一併納入本計畫中執行，故須重新辦理先期規劃及環境影響評估作業，再修正計畫陳報行政院核定。目前委由許常吉建築師事務所辦理「防疫中心暨TFDA辦公大樓先期規劃及環境影響評估技術服務案」，以5,600,000元得標，已完成工作計畫書審查，並已支付第1期款，尚餘4,760,000元，爰辦理保留。 (2)未達成原因分析： A.有關本部辦理衛生大樓新建工程案，已辦理經費保留。本案應辦事項依契約規定應由專案管理廠商督導辦理，將依期程持續依契約督促辦理驗收、結算及點交後，後續辦公OA、櫥櫃、會議室設備等陸續施作完成後搬遷進駐。 B.有關「免疫用健康馬75匹採購案」，因廠商提起民事訴訟，全案進入司法程序，俟司法判決結果後，將儘速辦理撥款。 C.「防疫中心暨TFDA辦公大樓新建工程」，目前委由許常吉建築師事務所辦理「防疫中心暨TFDA辦公大樓先期規劃及環境影響評估技術服務案」，已完成工作計畫書審查作業並完成第1期84萬元之撥款，目前已儘速辦理先期規劃作業中。

**肆、推動成果具體事蹟**

一、醫政及長期照護（顧）業務

（一） 建立緊急醫療照護網：102年度醫院緊急醫療能力分級評定實地訪評已於102年11月1日完成，102年12月4日公告急救責任醫院名單，目前全國急救責任醫院計有重度級30家、中度級80家及81家一般級急救責任醫院；50個醫療次區域中已有40個醫療次區域具至少一家中度級（含）以上急救責任醫院。

（二） 推動長期照護服務網：

１、為提供失能者適切的長照服務，建立長照服務輸送模式及多元服務方案，97年起本部協同各縣市積極推動長照十年計畫，建立長照服務輸送模式及多元服務方案；推動長照計畫，已獲具體成效，服務量占老年失能人口比率，已從97年2.3％，截至102年底達30％（增加13倍）。

２、為促進長照資源多元化與均衡發展，統籌規劃現有長照機構、人力合理分布及劃分長照區域，展開長照服務網計畫，充實服務量能，發展在地資源，包括：

（１） 102年63次區均有社區服務

（２） 22縣市均有中期照護

（３） 103年89資源不足區至少一個居家服務據點

（４） 104年63次區床位數均達每萬失能人口700床。

３、推動山地離島偏遠地區（含山地離島）在地化長照服務體系發展，設置在地且社區化長照服務據點，培訓在地專業人力，設置在地且社區化長照服務據點。以結合當地資源，將偏遠地區長照服務網絡建構起來。至101年已建置13個據點，102年底增至50個據點，103年完成89個據點。

４、辦理偏遠地區社區化長期照護資源管理與輔導計畫，建立偏遠地區社區化長照服務體系管理平台，以提供輔導、品質管理與評價機制，以協助前項方案之落實執行，邀請專家學者（包含社政、衛政及原住民代表等領域）、本部社家署、原民會等組成輔導小組，辦理長照服務據點實地輔導作業，102年業已辦理2次偏遠地區長照服務據點實地輔導作業，預計於103年3月完成據點考評。

５、醫事長照專業已完成分為三個階段之課程規劃，並分階段展開長照醫事專業人力培訓計畫，以強化長照專業人員照護量能，99-102年已訓練22,863人次。

（三） 提高長期照顧服務成長率：

１、為協助各縣市政府掌握其轄內民眾長期照顧需求、相關資源盤點與布建、年度發展目標等，再據以核定補助經費，均衡城鄉服務資源發展，本部已於102年11月1日至11月13日分7場次辦理縣市長期照顧整合計畫審查會議，並就各縣市長照服務資源及人力供給發展不同情形，提出照顧服務員留任及服務品質提升策略之目標，現除補助居家服務提供單位（雇主）聘用照顧服務員應負擔之勞、健保費及勞退準備金，並自101年起，補助偏遠地區照顧服務員交通費之補助金額為每人每月1,500元，保障照顧服務員之實質收入，另自102年度補助居家服務單位提供輔助照顧工作之簡易配備，以改善工作環境。

２、根據本部於辦理居家服務及日間照顧2項滿意度調查，結果顯示使用者對於居家服務措施所提供的協助，包含洗澡、換穿衣服、行走、上廁所等，其滿意度皆在9成以上，對於照服員的照顧技巧及服務態度也有87％及93％表示滿意；而日間照顧服務部分，更有高達97％的主要照顧者表示滿意，認為對於失能家屬的身心健康有所助益，超過8成以上認為可顯著減輕家庭照顧負荷；顯見長照服務對於失能長輩及其家庭照顧者已具政策效益，獲得民眾高度肯定與支持。

３、經由本部及各縣市政府積極推動辦理，服務人數、服務資源等皆大幅成長，截至102年11月底止，共計服務13萬6,782人，其中以使用居家服務計4萬1,170人最多（結合160個服務單位、7,270位照服員、863名專業督導員）。此外，整體服務資源也成長81.7％，其中尤以日間照顧服務成長最為顯著，由97年底31所增設至102所，成長2倍以上。

４、為即時掌握各縣市長期照顧服務辦理情形，各縣市政府長期照顧管理中心已自100年度起上線使用「長期照顧資源管理平台」；另本部於102年中央對地方社會福利績效考核，已將登錄服務對象使用各項長期照顧服務之情形，列為重點考核項目之一，以督促各縣市政府輔導長期照顧服務提供單位確實登錄各項服務紀錄。

５、又為整合長照機構管理，提升服務品質，本部及國軍退除役官兵輔導委員會共召開9次會議，針對評鑑作業流程、評鑑基準指標及計分方式、評鑑等第及評等原則等達成共識，共同完成長照機構評鑑整合作業原則與基準，擬自104年開始全面使用。

二、防疫業務

（一） 積極推動愛滋病防治，主動發現個案，提升防治成效：

１、加強跨部會合作，透過「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」及其下設置之工作小組所召開的會議，就預防、權益及醫療等議題深入討論。並與勞委會合作，辦理勞安人員、雇主及一般勞工等人員之愛滋預防宣導，且結合各地就業服務中心，提供藥癮者及愛滋感染者就業服務。

２、強化年輕族群防治工作，除建置多元化宣傳管道，並經由新興媒體如Facebook、Twitter、Plurk等強力宣導，呼籲青年學子接納及關懷愛滋，做好安全防護措施。積極推動「愛之激動同盟會」，期望透過中心與地方政府、教育單位、民間團體等相關單位合作，以行動喚起全體國人重視愛滋防治。

３、持續推動多元化同志預防方案，建置及維護同志健康社區服務中心，提供健康免費諮詢專線，並透過網路意見領袖宣導安全性行為之觀念，平均每月傳播且影響79,000人次。另為提升保險套取得之可近性，亦於同志三溫暖等活動場域設置保險套自動服務機。

４、建置多元化篩檢管道，持續推動藥癮愛滋減害計畫及性工作者等易感族群之衛教宣導。

（１） 委託42家醫療院所推動「免費匿名檢驗計畫」，約篩檢32,227人次，陽性率2.3％。另推動「We-Check社群動員愛滋檢驗計畫」，計有36,280位民眾接受抽血檢驗響應，陽性率為0.92％，成功轉介214位就醫，轉介率達64.07％。

（２） 持續推動藥癮愛滋減害計畫，注射藥癮愛滋疫情獲得控制，102年總計提供24萬4千多人次衛教宣導服務、發出針具280萬餘支，針具回收率達95.17％。每年平均17,000人接受替代治療服務，藥癮者佔新通報個案比例由99年6.5％降至102年10月1.7％。

（３） 針對性工作者及相對人除配合警察機關進行八大行業稽查，並主動與業者合作，定期訪視性工作者，提供衛教及篩檢等服務。102年共執行41場性工作者衛教，服務達1,500人次。

５、為提升感染者醫療照護與服務品質，已於全國指定52家醫院提供免費抗愛滋病病毒藥物HAART治療，並辦理個案管理計畫，促使個案規則就醫及加強服藥順從性，102年感染者就醫率提升至86.2％，服藥率上升至64.6％。其中接受管理之個案，其性行為大部分有使用保險套者提升至70％，而最近3個月使用成癮性藥物者亦下降至8.9％。102年感染人數年增率為0.95％，較101年下降12.05％

（二） 推動各項結核防治主動發現策略及醫療照護政策：

１、推動各項防治策略，促使我國結核病發生率持續呈現下降趨勢，102年度發生率預估為每十萬人口51.5人，相較去年降低 3 ％，且自94年起累積降幅約達29％，符合預期目標。

２、持續推動「多重抗藥性醫療照護體系」，致使多重抗藥性結核病個案6個月痰培養陰轉率可達 87％，並搭配集中收治及進階都治策略，提昇抗藥性結核病個案治療成功率達76％。

３、擴大山地鄉、經濟弱勢、結核病個案接觸者等高危險族群篩檢，使主動發現率由原101年之4.5％提升至102年之 4.6％，提早發現社區潛在個案，有效阻斷傳染源持續傳播。

４、加強落實結核病個案接觸者之疫調及檢查，102年1月至10月平均接觸者檢查數達9.3人，相較於101年同期8.9人增加，接觸者完成第一次檢查比率亦維持99％，並透過疫調及檢查之過程，讓結核病接觸者了解如出現疑似症狀，應及早就醫等衛教訊息。

５、持續擴大推動「潛伏結核感染之治療計畫」，並搭配「直接觀察預防治療法（DOPT）」，於 102年共完成5,410人接受潛伏感染治療，有效預防日後發病。

６、推動TB/HIV合作管理模式， 15至49歲確診或使用抗結核藥物個案之HIV檢驗率達53％，相較過去透過健保資料庫估算，結核病個案進行HIV檢驗率僅有17％相比提高甚多，此項檢驗結果將做為臨床醫師治療用藥之參考，提高患者治療效果。

（三） 及早介入防治作為，使登革熱疫情得以有效控制：

１、102年本土登革熱疫情提早於4月上旬出現，故積極擴大社區動員，促使民眾主動巡查清除病媒蚊孳生源，南台灣地區共組成636隊社區滅蚊志工隊，每月社區動員頻率達4.46次，較101年的496隊社區滅蚊志工隊，每月平均動員4.1次，顯著提升。透過積極防治作為下，102年本土登革熱確定病例589例，較近五年每年平均1,149例病例數大幅下降。

２、為有效提升南台灣民眾登革熱防治知能，持續透過中央及地方政府多元宣導管道進行衛教宣導。102年委託民意調查顯示，約96％民眾知道未清除積水容器，是造成登革熱流行的主要原因；約80％民眾知道如果得到登革出血熱未及時就醫治療，死亡率可達50％；約70％民眾知道居家範圍有病媒孳生源，經政府通知或公告應清除但未清除，可處3千元以上1萬5千元以下罰鍰。

３、持續透過「致醫界通函」、新聞稿、公文及提供各式宣導品等方式，提醒醫師提高警覺，並於流行季前分區辦理「蟲媒傳染病之診斷及治療教育訓練」，修訂編印「登革熱/登革出血熱臨床症狀、診斷與治療」手冊，提升臨床醫師診療能力，有效降低登革熱及登革出血熱之年致死率，102年發生登革熱及登革出血熱死亡之年致死率為0.12％，低於101年的0.48％。

（四） 因應每年腸病毒疫情，積極作為、防範未然：

１、即時掌握疫情，流行期前完成整備，運用多元化監測系統監測腸病毒疫情，適時發布警訊，提醒家長及醫師注意。並於流行期前完成教托育機構之洗手設備查核，加強對學（幼）童之健康管理。

２、加強嬰幼兒照顧者衛教，透過多元宣導管道，加強民眾防治知識，持續與22縣市縣市衛生局辦理「加強腸病毒防治計畫」，培訓防治種子，運用在地資源，加強5歲以下幼童照顧者之衛教宣導，有效深耕社區衛教。

３、完備重症醫療網，於102年度指定腸病毒責任醫院71家，透過良好的橫向聯繫，加速病人轉診效率，確保醫療資源調度順暢，本年重症個案總計11例，其中1例死亡，致死率為9.1％，較往年為低。

４、提升臨床診斷及處置能力，部分補助台灣新生兒科醫學會分區辦理「新生兒腸病毒感染研討會」，提昇醫師對新生兒腸病毒之診斷及感染控制專業知識，進而降低死亡及後遺症的發生。

（五） 辦理各項疫苗接種工作，積極導入新疫苗、提升國民免疫力：

１、102年將2至5歲幼童納入公費結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV13）接種對象，降低該等對象因感染肺炎鏈球菌致腦膜炎、菌血症等嚴重併發症及死亡之機率，提升幼兒健康之照護。截至12月底2-5歲幼兒（97-100年出生世代）PCV13接種率約63％。

２、穩定辦理各項常規接種疫苗、新增疫苗、流感疫苗、國際旅遊相關疫苗之採購、調度及管控，穩定推動疫苗接種作業，並維持各項常規疫苗高接種完成率，提升國民免疫力，102年3歲以下幼童全數完成各項應接種疫苗劑次之完成率為94％，各項疫苗適齡完成率達88％，另各項疫苗之基礎劑接種率達96％以上，追加劑則達91.5％以上。

３、102年10月1日起推行流感疫苗接種計畫，提供65歲以上老人、機構對象及罕見疾病患者、6個月至國小六年級學童、醫事防疫人員、禽畜養殖業者、罕病、重大傷病患及60至64歲高風險慢性病等高危險群使用。截至12月31日止使用約276萬劑疫苗，使用率達94％。

４、積極爭取補助幼兒常規疫苗接種診察費，於102年6月獲行政院同意補助幼兒接種流感疫苗診察費，並於103年起開始補助低收入戶、中低收入戶幼兒接補種常規疫苗之診察費。

５、因應102年7月國內發生之動物狂犬病疫情，緊急採購狂犬病疫苗及狂犬病免疫球蛋白，提供有暴露風險之國人及高風險暴露者暴露後之緊急治療使用，避免國人感染發病。

三、社會保險及社會福利業務

（一） 有關國民年金保險欠費催收成效：

１、為強化民眾對於國民年金之納保觀念，本部與勞保局102年已持續透過電視、報紙、戶外媒體、廣播、文宣、網路互動式動畫及微電影等多元宣導管道，加強宣導國保制度的精神與好處，除突顯國保給付保障、年資不中斷外，亦針對經濟弱勢者，強調所得未達一定標準者得申請提高保費補助及分（延）期繳納保費訊息，且近年亦加強對繳費率較低之年輕族群、原住民等對象之宣導強度，提醒國保保費繳納與給付權益之重要性，以提升民眾對國民年金之認識，進而鼓勵民眾按時繳費，落實國民年金保險保障國人老年基本生活安全之意旨。

２、請各直轄市、縣（市）政府國民年金服務員加強辦理國民年金宣導及欠費被保險人訪視工作，透過家訪、電訪、去函或郵寄問卷等方式，逐戶宣導國民年金保險業務。對於無力一次繳納欠費者則輔導渠等向勞保局申請分期或延期繳納保險費，以提昇國保繳費率。102年度截至12月底止，各地方政府訪視人數為25萬958人，共辦理宣導場次3萬7,525場、參加人數達402萬8,699人，另亦培訓地區性種籽人員7,425人，協助地方政府辦理國保宣導業務。

３、勞保局之積極催收作為包含針對國保非納保生效中之欠費民眾採取寄發欠費繳款單或針對當期有開單之所有被保險人寄發宣導摺頁及欠費繳款單，因催繳人數及催繳金額持續增加，爰102年度勞保局規劃分6批次（4、5、6、7、8、10月各1批）寄發欠費繳款單：4至6月份針對欠費金額未達1萬元者進行全額催繳；7至8月則針對欠費金額超過1萬元者，寄發最早6個月欠費繳款單（最高金額4,356元），並採分次繳納的催收方式作業。依據勞保局統計，截至12月31日止，催收欠費人數計336萬7,614人、催收欠費金額總計121億9,805萬4,799元；已繳人數計42萬5,168人、已繳納金額計9億1,595萬9,242元。已繳金額佔欠費總金額7.51％，已有具體成效。

（二） 推動保母托育管理：

１、102年於全國22個直轄市、縣市成立66個（處）社區保母系統，加入社區保母系統之保母數為3萬4,199人，較101年2萬3,066人，增加1萬1,133人，成長48％；另受托兒童數5萬9,622人，較101年4萬634人，增加1萬8,988人，成長47％。

２、102年6月10日函頒「社區保母系統托育人員及托嬰中心專業人員在職研習訓練初階及進階課程實施計畫」，重要課程包含「嬰幼兒托育服務導論」、「嬰幼兒發展「托育服務規劃及評估」、「嬰幼兒保育」、「嬰幼兒健康及照護」、「托育安全及危機處理」、「嬰幼兒生活、環境及學習」、「親職教育」、「托育人員自我成長及專業發展」等內容，其中「嬰幼兒發展及托育安全與危機處理」列為每年必修課程，以維持保母托育服務品質之穩定。

３、102年度共印製托育服務相關宣導單張20萬張、海報5,000張，並提供縣市政府社會局（處）、衛生所、鄉鎮市區公所、戶政事務所、社區保母系統及托育資源中心等單位，另以電子文宣（如廣播、電視、網路等）共計撥出7,083檔次媒體宣導，提供民眾諮詢服務及正確托育觀念。

４、協助地方政府進用專案人力共計35人，辦理相關托育政策宣導、訓練規劃、行政督導管理、補助資格及經費審核等工作，落實推動以嘉惠家長。

５、配合母親節、父親節舉辦相關活動，以保母專業形象，另並積極宣導並鼓勵男性投入居家托育人員行列，希望打破傳統性別分工的角色，突顯台灣社會的性別平權。

６、辦理民眾滿意度調查，共計回收1,475份，其中非常滿意及滿意佔82％，滿意項目依項為：「對社區保母系統提供托育服務資訊」、「對政府推動社區保母系統制度」、「對政府推動社區保母系統制度的宣導」、「對社區保母系統提供協助簽訂托育契約」及「對政府推動2歲以下兒童保母部分托育費用補助」，顯見本項政策備受民眾肯定。

（三） 推動社會救助新制：

１、近年由於國際經濟情勢的轉變重創國內外景氣，衝擊國內就業市場，失業人數驟增，為使貧病、孤苦無依或生活陷入急困者獲得妥適之照顧並減緩所得差距擴大，爰於99年12月29日公布社會救助法修正案，本次修正主要包含調整各地區之最低生活費計算方式、放寬家庭應計算人口範圍、放寬工作收入之認定、放寬家庭財產計算範圍、放寬工作能力之認定範圍及增訂中低收入戶等規定，將更多經濟弱勢民眾納入照顧，擴大弱勢照顧範圍。並自100年7月1日起開始施行。

２、截至102年9月底止，核定低收入戶14萬7,079戶（35萬8,743人）、中低收入戶10萬4,043戶（32萬2,062人），總計有68萬805位經濟弱勢民眾已納入政府救助照顧，佔全國總人數比率之2.91％。較社會救助新制實施前（100年6月底），低收入戶人數佔全國總人數比率1.19％為高。

３、目前社會福利照顧的範圍除社會救助法之「低收入戶」及「中低收入戶」外，另為擴大照顧未符合社會救助法照顧對象之弱勢族群，分別於各福利法規給予各項生活扶助，包括內政部照顧之中低收入兒童及少年、老人、身心障礙者等不同族群；其他部會負責的原住民、農民、榮民及榮眷也包含在福利安全網之內。

４、為提高社會救助之可近性，確保弱勢近貧家庭能充分了解各項社會救助措施，避免其因資訊缺乏而喪失獲得救助機會，本部訂定「社會救助法通報流程及處理時效」，並加強與教育部、內政部警政署、內政部民政司等部會及各縣市政府之溝通協調，另亦積極向各級學校教育人員、各醫療機構、社區健康中心、心理衛生中心、衛生所服務人員及民間團體等通報責任人員進行宣導，期透過通報以協助有需求之弱勢家庭。經統計各直轄市、縣（市）政府受理通報案量總計39,596案，符合補助資格個案數33,098案，佔通報案件83.17％，餘6,498案不符合補助資格者則轉介其他福利方案或提供轉介就業等其他服務。

５、社會救助新制強化提供或轉介低收入戶及中低收入戶中有工作能力未就業者相關就業服務、職業訓練或以工代賑等規定，協助弱勢民眾自立脫貧。

四、保健業務

（一） 推動菸害防制計畫

１、依據102年初步調查統計顯示，18歲以上成人吸菸率自97年的 21.9％下降至102年的18.0％，吸菸人口減少約54萬人；另禁菸公共場所二手菸暴露率自97年的23.7％下降至102年的9.2％；家庭二手菸暴露率從97年27.2％降為23.8％，另有八成五民眾對於無菸環境表示滿意。

２、「菸害防制法第4條、第35條修正草案」，業於102年5月9日行 政院第3346次會議決議通過調高菸捐20元，並調高菸稅5元，函送立法院審議，業經立法院於5月17日完成一讀。增加25元，吸菸人口估計可少74萬人，可降低20.8％吸菸率。

３、鑑於菸品容器應標示健康警示圖文，自98年1月11日施行迄今已 逾4年，因吸菸者已熟悉健康警圖後，警示效用已降低。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，將自103年6月1日施行。

４、臺灣地狹人稠，遊憩空間有限，為有效管制二手菸害，提升遊憩品質，本部國民健康署業於102年11月6日依菸害防制法第16條1項第4款規定，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，全面禁止吸菸之場所」，並將自103年4月1日生效，以擴大無菸環境，使民眾到公園或國家公園休憩，能呼吸新鮮空氣，增進國人身體健康。

５、二代戒菸服務人數及成功率創新高，102年1-9月已服務70,024人，已較101年同期43,356人成長43.0％，更較100年同期的38,689人成長81.0％，另二代戒菸實施後（101.3-102.9）已服務117,043人，6個月點戒菸成功率為30.5％，相較於實施前（91.9-101.2）的23.9％，提高幅度達27.6％，成功幫助超過3萬5,000人戒菸，短期節省預估超過1億9千萬元的健保醫療費用支出，長期約可創造超過149億元的社會經濟效益。

６、推動無菸醫院參與國際認證，共有147家醫院參與，全球7家無菸醫院獲頒國際金獎，其中臺灣就有4家，延續101年的績優表現，蟬連全球獲獎最多之國家。

（二） 推動癌症防治

１、運用多元管道如電視、廣播、戶外及平面媒體等，宣導四癌篩檢訊息，並結合民間團體，加強宣導定期篩檢之癌症防治正確觀念。

２、積極推動檳榔健康危害防制工作：

（１）衛教宣導：除透過各式媒體通路辦理檳榔健康危害防制宣導外，亦宣導接受口腔癌篩檢的重要性，並藉由補助民間團體與口腔病友現身說法，使民眾檳榔致癌認知上升。

（２）建構無檳支持環境：於軍隊、社區（含職場）、學校等場域推動拒檳計畫。另，藉由民間團體深入嚼檳率高之場域與特定族群，以營造公共空間無檳榔文化的氛圍。

（３）提供戒檳服務：於醫療院所、社區（含職場）開設戒檳班或提供衛教服務，並委託民間團體辦理戒檳衛教人員培訓課程，協助民眾戒除嚼檳榔之習慣，以減少罹患口腔癌的風險。102年度共計補助165個社區民間團體合作推動檳榔防制宣導及無檳支持環境、培訓戒檳種籽教師1,460人，並於社區、醫院提供口腔癌篩檢及戒檳服務，協助嚼檳者戒檳。現已將18歲以上男性嚼檳榔率由96年的17.2％降至101年的10.9％。

（４）提供可近性篩檢：提供30歲以上嚼檳榔或吸菸民眾（嚼檳榔原住民提前至18歲）口腔癌篩檢服務，透過各縣市努力，近二年（101、102年）口腔癌篩檢率達55.7％，102年共提供逾93萬人次口腔癌篩檢。

（５）透過健保特約醫療院所，提供四癌篩檢服務，102年共提供約480萬人次篩檢服務（篩檢量為98年的1.6倍），其中子宮頸癌3年篩檢率為59.7％、乳癌2年篩檢率為35.8％、口腔癌2年篩檢率為54.6％及大腸癌2年篩檢率為38.9％，經確診為癌症（含原位癌）或癌前病變者計有4.7萬人。

３、為提升篩檢率，持續補助230家醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，推動4癌篩檢， 102年共計提供263.4萬人次篩檢，約佔全國4癌篩檢量55％。另為促進院際間交流，於102年7月26日舉辦「癌症防治績優醫院表揚暨篩檢社區網絡分享研討會」，表揚101年度癌症篩檢工作績優醫院，共有230家醫院及22家衛生局參與，會上頒發年度「篩檢效率王」、「疑癌追緝王」及「生命搶救王」等獎項，得獎醫院及衛生局共計91家，另亦表揚48家通過癌症診療品質認證之醫院。此外，亦邀請衛生局、基層院所、醫院等分享其在篩檢推廣之經驗，以使各單位在推動篩檢工作的道路上，每一步都能走得更穩健更踏實。

４、為提升癌症診療照護品質，本部國民健康署自97年開始辦理癌症診療品質認證，本（102）年度計有19家醫院提出申請，截至目前計有48家醫院通過認證；另對於目前位於無癌症診療品質認證醫院之縣市（含台東、南投及苗栗）之7家醫院，持續辦理「跨院際癌症醫療照護合作試辦計畫」，目前癌症病患在地接受跨院醫療照護數量，已由101年度約300名增加到102年約600名。此外，亦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，提升離島地區罹癌民眾之照護品質。

５、為提供新診斷癌症病人從確診到治療階段之導航服務，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」，提供該服務之醫院已由94年之6成長為102年53家，目前一年約提供10萬人次服務；另亦宣導及推廣安寧療護服務，經統計，癌症病人死前1年內曾接受安寧療護（安寧住院、居家、共同照護）率已由94年之17％上升至101年之47.5％。

（三） 推動健康體重管理計畫

鑑於我國成人過重及肥胖盛行率44％，其中男性盛行率為51％，女性盛行率36％。2011年國小及國中學生過重及肥胖盛行率分別為25％及28％，為防治肥胖，本部國民健康署於102年結合全國22 縣市持續推動健康體重管理計畫，號召60萬人，落實「聰明吃、快樂動、天天量體重」的健康生活，共同減重600公噸，提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能，預防慢性疾病，增進國人身心健康。推動政策及工作重點如下：

１、制訂健康的公共政策

持續營造健康城市及健康促進醫院、職場、學校及社區，並落實公共場所母乳哺育條例，提昇母乳哺餵率，以防治兒童肥胖。此外，亦追蹤、監測國人體位趨勢，並據以撰寫相關臨床指引及肥胖防治白皮書，以臨床診斷參考及政策推動依據。並配合食品藥物管理署修正「食品衛生管理法」，將不適合兒童長期食用之食品廣告及促銷納入規範，後續亦推動國民營養法草案。

２、建構健康的支持性環境：

（１）檢視及改善縣巿致胖環境：

建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操作手冊」，輔導22縣市衛生局，在社區領袖及志工之協助下，共同於368 鄉鎮進行轄區內致胖環境檢視，並透過社區力量共同改善。

（２）建構健康飲食供應系統：

帶動健康產業化、產業健康化。讓民眾可以聽得到、看得到、買得到、吃得到健康的食物，鼓勵餐廳提供有清楚、易懂的食物熱量標示的菜單，並確保落實學校營養午餐符合每日飲食指南及營養的標準，並於72％高中職（含）以下各級學校推動每週至少一餐蔬食日。鼓勵職場、醫院提供健康餐飲及訂定健康採購政策。

（３）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，除建構安全舒適的人行道、自行車車道、健走步道及登山步道，並標示各項運動所消耗熱量，另發展及推廣適合不同性別、年齡層、族群的多元化運動。亦鼓勵職場規劃上、下午之運動時間及成立運動社團。

３、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，主動對病患及民眾提供預防保健及健康體重管理等服務，並於癌症篩檢報告中加入健康促進衛教訊息，亦針對新手媽媽衛教時機，鼓勵哺育母乳，並提供相關健康體重資訊。

４、強化社區行動力

透過有組織的行動力，整合跨部門資源，成立支持團隊，於社區、學校、職場、醫院場域進行多元宣導， 102年共發布新聞稿36篇，帶動健康減重風潮，22 縣巿中有6 縣市首長親自主持啟動記者會，宣誓打擊肥胖。

５、發展民眾落實健康生活的技能

製作「健康生活動起來-身體活動小手冊」及「健康生活動起來」手冊、橫布條等宣導教材。設計推廣上班族健康操，建置網站及諮詢專線，提供健康管理資訊，截至102年11月底，網站瀏覽人次達94萬餘人次，並提供3,324人次電話諮詢服務。此外，102年亦辦理7場對衛生局所人員教育訓練工作坊，提升衛生局工作人員健康體重管理知能，並於2013年12月17日至18日辦理社區健康營造暨社區健康生活型態營造成果發表會，表揚健康減重縣市及各績優場域單位，並展現各縣市社區健康生活型態營造綜合成果及創意。截至102年11月底，全國計有68萬958人參與「臺灣102邀您愛健康」健康體重管理計畫，共同減重105萬7,763.2公斤，平均每位參加者減重1.55公斤。

台灣之減重成果獲國內外媒體肯定，102年2月15日英國媒體BBC分別電視報導及網路新聞報導台灣減重成果「Taiwan’s bid to boost fitness and reduce obesity」、「Taiwan wages nationwide battle with the bulge」，同年月22日英國媒體BBC再次以「Taiwanese slim down with nationwide campaign」為題報導，同日新加坡亞洲電視台亦有相關報導「Taiwan battles the bulge」，另於102年5月相關成果亦再獲及美國APHA The Nation’s Health newspaper刊載以「Taiwan weight-loss program helps country shed 2,000 tons」為題刊載文章。102年7月國內媒體「遠見雜誌」則以「10大方法 全台150萬人的減重奇蹟」為當期主題。102年12月13日及14日又再獲日本媒體NHK報導相關成果「Fighting Fat」。

（四） 推動婦幼及兒童健康

１、為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，推動「公共場所母乳哺育條例」完成立法。目前全國各類依法應設置數合計為1,969處哺（集）乳室，完成設置率99.7％。

２、101年補助提供孕婦產檢服務約209萬人次，至少接受1次產檢利用率為98.58％，10次產前檢查平均利用率94％。102年1月至6月補助提供孕婦產檢服務約88萬人次（尚未有102年7月至12月產檢申報資料，係無法推估102年利用率）。

３、自101年4月15日起，全面補助孕婦乙型鏈球菌篩檢，每案補助500元，102年計補助15萬9,542案，佔應受檢懷孕婦女之篩檢利用率達96.2％，其中陽性計3萬1,970案（陽性率20％，與國際文獻相近），均由院所提供預防性抗生素處置。

４、102年11月底止共補助孕婦接受產前遺傳診斷服務計44,920人，發現胎兒異常者1,328人，另亦補助遺傳性疾病檢查約5,590人，發現異常個案1,596餘人，又新生兒先天性代謝疾病篩檢共檢驗176,358人，發現異常個案約計3,103餘人。異常個案皆已轉介確診，並進行後續遺傳諮詢及追蹤管理服務。此外，亦辦理遺傳性疾病及遺傳諮詢中心評核作業，截至102年11月底止，通過臨床細胞遺傳學檢驗機構評核者共計27家，另通過遺傳性疾病基因檢驗機構及遺傳諮詢中心評核者分別有8家及11家。

５、兒童預防保健101年服務達成率為77.4％，一歲以下至少使用一次服務利用率達97％。101年醫療院所上傳檢查結果比率則達98％以上，又102年1月至6月兒童預防保健服務利用共計594,031人次。（尚未有102年7月至12月兒健申報資料，係無法推估102年利用率）

６、為推動居家安全環境，研發「居家安全環境檢核表」，提供家長及照顧者據以檢查及改善居家不安全的環境，並透過縣市衛生局（所）人員，針對弱勢家庭6歲以下幼兒者，進行居家安全環境檢視，2013年1月至6月已辦理1萬3,361戶居家環境安全檢視並指導其進行初步改善。

７、自102年7月1日起推展「兒童衛教指導服務補助方案」，提供1歲以下兒童之家長，兩次特殊健康議題之衛教指導（如嬰兒哺餵、嬰幼兒猝死症候群及事故傷害之預防、口腔清潔與乳牙照護等）。截至102年12月25日止，申請加入方案之醫師，計有1,398位，已涵蓋67.3％之1歲以下兒童。

８、全國廣設兒童發展聯合評估中心，102年設置45家。截至102年11月底止，受理疑似發展遲緩兒童之評估數共14,945人，經確診為正常者有798人（5.3％），發展遲緩兒童有10,678人（71.5％），臨界遲緩兒童則3,469人（23.2％）。

９、兒童口腔保健服務：自102年6月起，擴大牙齒塗氟方案。101年共提供37萬2,607人次，102年1月至6月共提供294,058人次。另亦全面推廣國小學童含氟漱口水計畫，102年全面提供22個縣市2,679所國小、147萬學童含氟漱口水之防齲服務。

１０、推動學齡前滿4歲及滿5歲兒童視力及斜弱視篩檢服務，以達早期發現、早期矯治，102年計篩檢35萬8,143人，篩檢率94.5％，異常個案轉介率達98.8％以上，103年將持續推動。

１１、101年3月15日起全面補助新生兒聽力篩檢，每案補助700元。至102 年底，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。又102年計篩檢18萬7,876人，篩檢率達96.3％，其中564位確診為聽損，業已轉介至相關單位接受療育。

（五） 積極查察出生性別比失衡

１、於本部組成跨司署工作小組（由醫事司、國民健康署及食品藥物管理署等單位組成） 定期召開會議，，自99年至102年8月共召開6次會議，積極研擬縮小性別差距之改善對策及強化法令規範。101年3月23日曾函令「醫事檢驗師或醫事檢驗生執行非性聯遺傳疾病診斷之產前胎兒性別檢驗行為，為醫事檢驗師法第36條第2款業務上有違法或不正當行為」。101年4月5日則發布修正優生保健法施行細則。102年8月29日再次預告訂定「醫師醫囑為產前性別篩選所為抽取母血處置，或抽取母血從事胎兒性聯遺傳疾病檢驗等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為」。此外，本部亦主動掃蕩廣告、嚴密監測接生性別比，並請衛生局加強實地稽查；並將該稽查之執行績效列入衛生局考核指標。

２、完成設立縣市衛生局胎兒性別篩檢查報窗口，並於孕婦及兒童健康手冊宣導「女孩男孩一樣好，生來統統都是寶」，強化上一代的長輩及一般民眾性別平衡之觀念，此外，亦辦理微電影徵選比賽，藉由民眾不同的角度，表達對性別平衡的看法，以塑造社會氛圍，一同攜手守護女嬰。

３、101年全面走訪輔導產檢醫療院所計759家，而102年1月至11月全面走訪輔導產檢醫療院所計816家，出生性別比已由99年的1.090降至101年底之1.074，創25年新低點，100年至101年2年成功搶救2673名女嬰，並使出生性別比之國際排名由99年的第3名再降至第15名，而102年之出生性別比則為1.078，整體而言，成效卓著。

（六） 加強慢性病防治

１、代謝症候群及相關慢性病防治

（１）補助縣市衛生局結合社區資源辦理三高及慢性腎臟病防治宣導活動。102年截至9月底，共計辦理2,593場，其中有65歲以上長者共11萬5,000人參與。

（２）透過多元大眾媒體，配合世界腎臟日、世界糖尿病日進行宣導。102年結合台灣腎臟醫學會、各縣市衛生局，以及長期關心腎臟健康議題的民間團體與醫療院所，於全國6個縣市舉辦7場『愛腎護腎 腎利人生』園遊會，共6,342位民眾參與。並於全國辦理21場腎臟病防治宣導講座，提升民眾對腎臟病防治觀念，共1,958位民眾參與；為深入雲林、嘉義及台南等縣市，亦推動「彩色人生，雲嘉南護腎保健大作戰計畫」，辦理47場腎臟病社區衛教講座及宣導活動，共有3萬3,783人次參與。又配合 102年11月14日「世界糖尿病日」宣導主題「Diabetes Education and Prevention」，與中華民國糖尿病學會、糖尿病衛教學會、糖尿病友全國協會及財團法人糖尿病關懷基金會共同辦理記者會、園遊會、點燈、攝影比賽、健走及健檢活動等，喚起民眾對糖尿病防治之關注與認知，共計約15,000人次參加。

（３）強化三高病患照護工作，遴選194家糖尿病健康促進機構，協助糖尿病人及其高危險群採行健康行為，並提供相關醫事人員訓練，提高糖尿病照護品質。102年7月25日公告修正「糖尿病共同照護網醫事人員認證基準」，新增藥師專業人員類別、簡化護理及營養專業認證程序及負擔、延長醫事人員認證效期等。自102年8月起，頒發糖尿病健康促進機構識別標章，懸掛在院所入口處，提供民眾安心的就醫選擇，並於102年11月17日舉辦首次「績優糖尿病健康促進機構表揚暨新加入機構授證典禮」，表揚照護方案表現傑出之院所，此外，亦遴選145家慢性腎臟病健康促進機構，推展腎臟病之健康促進，目前新收案數約2萬8,396人，持續追蹤約8萬8,366人，有助於提升腎臟病照護品質。

（４）為提升慢性病患自我健康促進能力，成立了495個糖尿病支持團體，全國鄉鎮市區涵蓋率近95％，並持續辦理全國糖尿病支持團體運作成效競賽，獲全國病友熱烈響應。

（５）與臺北醫學大學實證研究中心以及中華民國骨質疏鬆症學會等單位合 作，將國內「骨質疏鬆症臨床治療指引」翻譯成英文版，並投稿至美國國家臨床指引交換中心（National Guideline Clearinghouse，NGC），該指引已於102年7月15日（美國時間）正式獲得刊載，成為國內第一個獲NGC收載登錄之臨床指引，提供全國保健醫療人員有關骨質疏鬆症之預防、診斷及治療的參考。

２、心血管疾病防治

（１）免費提供40以上未滿65歲成人，每3年1次，以及65歲以上成人，每年1次成人預防保健服務，以能及早發現國人重要慢性病，早期進行介入。102年估計有超過180萬位以上民眾接受成人預防保健服務。

（２）配合世界高血壓、心臟病、中風日及世界衛生日高血壓議題，辦理記者會、發布新聞稿，並於雜誌刊登「18歲以上每年應至少量一次血壓」宣導廣告、「護心有道，正確做到！」廣編稿，與國際同步進行心血管疾病防治宣導，同時結合民間團體辦理3場大型宣導活動，共計約2,000人參與。

（３）自99年起推動「台灣心臟病人健康促進共同照護模式之發展與成效評估計畫」，並自100年起推動「以縣市為基礎之高血壓病患健康促進計畫」，一併發展心臟病人及高血壓病人的健康促進模式，以提升慢性病照護品質。此外，亦辦理「以縣市為推動基礎之減鹽介入模式發展與成效評估計畫」，發展本土性有效可推行之減鹽介入模式及其推動方案，據以擴展其他縣市推廣，以降低國人鈉鹽攝取量。

（４）輔導各縣市結合社區資源，於全國設立共計1,989個血壓站，提供民眾方便的血壓測量服務，以早期發現血壓異常、早期介入，並 印製高血壓防治學習手冊、減鹽（鈉）秘笈手冊共8,000本，提供衛生局（所）及醫療院所宣導用。

（七） 推動活躍老化及健康老化

１、推動活躍老化

（１）推動社區老人健康促進活動：以影響老人健康、預防失能最重要的八個項目（健康體能、防跌、飲食、口腔保健、菸害防制、心理健康、社會參與、預防保健等）為重點，透過衛生局所、社區醫療機構，結合社區照顧關懷據點等資源，於社區全面推動。102年1月至12月中旬，22縣市轄內衛生所411家醫療院所結合1,558個社區照顧關懷據點辦理老人健康促進活動比率占全國關懷據點80％以上。

（２）辦理全國「阿公阿嬤動起來」健康促進競賽活動：自100年度起，發動全國各縣市衛生局所，結合社區民間團體，以鄉鎮為單位鼓勵長輩組隊參加阿公阿嬤動起來競賽活動，增進老人社會參與，讓高齡者保有愉快心情，延緩身體老化。本（102）年度在各縣市進行縣市初賽，並完成北、中、南、東4場分區複賽，從全國22縣市推派出的69隊伍中選出21隊菁英隊伍，並於10月7日於台北國際會議中心辦理之全國總決賽。102年全國參與總隊數達1,950隊，共有超過8萬位長輩參與活動，佔老年人口3％以上，已達成102年度參與人數6萬人之目標，且超過去年參與人數。本活動會持續及擴大辦理，以鼓勵長輩參與演練、聚會，增進身、心、社會全面的健康。

２、推動兼容、無礙、促進長者活躍的高齡友善城市

（１）訂定高齡友善城市公共政策：將推動高齡友善城市列為重要政策，鼓勵各縣市納入縣市施政重點並協助各縣市，整合跨局處及民間、學術團體資源，成立高齡友善城市推動委員，將中央各部會的敬老、親老施政於地方落實。99年度於嘉義市試辦，至102年全國22縣市已全面推動。各部會施政於地方整合施行的包括：各縣市辦理祖父母節活動、推廣樂齡學習中心、關懷據點提供在地服務、鼓勵長者擔任志工、提供社區共餐或送餐、購置低地板公車及復康巴士、建置偏遠地區或社區服務路網、推動公車禮貌運動、提供獨居長者修繕補助、及辦理老人住宅等。

（２）建構高齡友善支持性環境：22縣市政府參照WHO八大面向及自提年度高齡友善城市推動計畫，依高齡者的需求，發展地方特色改善城市的軟硬體構面，以減少障礙、增進參與。各縣市特色計畫有臺北市「銀髮友善好站」、桃園縣「交通新亮點」、苗栗縣「厝邊頭尾大家 講」及「行動式老人文康休閒巡迴專車」、臺中市「樂齡漫畫與記錄」及「代代上學趣」活動；嘉義市「高齡友善餐廳」及「長青園」、嘉義縣推動社區「健康柑仔店」、宜蘭縣「幸福一指通 足感心」、雲林縣「幸福專車」、彰化縣「地政高齡友善服務計畫」、新竹市「高齡友善銀行認證」等。

（３）進行多元高齡友善城市宣導倡議：透過記者會及活動進行媒體宣導，並與各縣市合作，倡議各界共同重視敬老文化，摒除對長輩的刻板印象和歧視。

A.拍攝「活躍長者－追夢人生；享『壽』健康」30秒宣導片，打破各界對長輩的刻板印象和歧視，並辦理首播記者會，宣導3位長者擔任志工、參加衝浪及單車運動、熟用電腦3C產品等正面活躍形象。並將紀錄片及宣導片壓製成光碟，分送至全台各衛生所、社區照顧關懷據點及樂齡中心，持續倡議及推動老人健康促進。

B.接受國內外媒體（韓國今日亞洲報、遠見、金色夢想…等）專訪，進行多元高齡友善城市宣導倡議，呼籲各界共同重視敬老文化，摒除對長輩的刻板印象和歧視。

C.增進縣市推動高齡友善城市之權能：透過推廣團隊建構資訊交流及經驗分享平台，並於102年8月初辦理2場教育訓練工作坊，提供縣市政府推動人員精進推動策略及交換推動經驗之機會，共有超過90位縣市同仁與會。

D.為倡議多元高齡友善城市，發掘有利長者活動與增加社會參與的機會。辦理「高齡友善三代一條路」徵文活動，並於102年10月11日配合九九重陽節，辦理「親山 親水 親老 發掘高齡友善三代一條路 等您闔家來體驗」記者會。公布民眾徵稿募集之40條路線，宣導適合三代同遊之路線環境，以激發各界營造高齡友善軟、硬體環境之社會風氣。

E.為鼓勵縣市持續推動高齡友善城市，102年度首次將高齡友善獎項納入「健康城市獎項評選」，藉由績優選拔方式展現健康城市與高齡友善城市相關議題之成果，以做為各縣市政府推動學習之典範，各縣市參選非常熱烈，總計受理健康城市及高齡友善城市392件申請案，選出獲獎85件，並於102年11月26日假新竹市文化局演藝廳辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項頒獎典禮及成果發表會」，共有700人與會。

３、推動高齡友善健康照護：

99年綜整WHO 2004年出版之「Active Ageing： Toward Age-friendly Primary Health Care」高齡友善照護三大原則及WHO健康促進醫院五大標準，以提升長者健康、尊嚴與參與為願景，建立臺灣高齡友善健康照護導入架構，該架構涵蓋管理政策、溝通與服務、照護流程、物理環境等四大標準，以及11個子標準與60個項目，並自99年起於全國推動認證。截至102年11月底止，共64家健康照護機構通過認證（含一家衛生所）。

（八） 推廣健康促進場域

１、社區健康營造

（１）102年以社區為平臺，補助19縣市165個營造單位，於166個鄉鎮市 區推動社區健康營造計畫，辦理推動菸酒檳榔防制、致胖環境改 善、肥胖防治、活躍老化、安全促進等健康議題。

（２）102年辦理成果如下：

A.於16,182處販賣菸品商家進行菸害防制宣導或張貼警語，輔導或設立1294處禁菸場所，辦理2900場菸害防制創意衛教宣導。此外，亦號召110,841人揪團參加口腔黏膜檢查或糞便潛血檢查，並於地方媒體進行250則檳榔防制議題露出。

B.辦理2,649場老人健康促進活動，共計115,196位長者至少參與3項健康促進活動，並辦理231場老人健康促進競賽活動，號召46,985位長者參與。

C.補助28個營造單位辦理社區安全促進工作，進行居家、道路、休閒運動、校園等安全促進工作，增進民眾生活安全。

D.輔導1,022家商家標示熱量、提供健康套餐，並改善504個運動空間，建構多元動態生活環境。

２、健康促進醫院

（１）輔導推動醫療院所加入WHO健康促進醫院國際網絡，累計至102年11月底，國內共有130家醫療院所通過健康促進醫院國際認證（121家醫院、1家長照機構、8家衛生所）。台灣網絡會員數持續為該國際網絡內的第一大網絡。

（２）補助21縣衛生局136家健康照護機構辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，推動議題包括健康減重、職場健康促進、 節能減碳、健康老化、高齡友善健康照護及當地特色議題。

（３）鼓勵醫院推動環境友善健康照護，辦理2場「環境友善輔導工作坊」，實地輔導39家醫院推動節能減碳措施，並編撰「健康促進與環境友善醫院教戰手冊」及辦理「國際低碳醫院團隊合作最佳案例獎」競賽活動。至102年底，國內共168家醫院響應推動節能減碳行動。

３、健康促進職場

（１）實地輔導職場訂定無菸及健康促進政策、研擬推動步驟、進行成效評估及執行持續改善策略，102年共計輔導167家職場、9個職業或產業工會。並辦理5場職場健康促進推動人員工作坊，持續輔導及追蹤學員實際推動成效。

（２）擴大推廣健康職場認證，統籌辦理該認證之推動方案修訂、全國宣導、監督查核及展延事宜，共計號召1,469家事業單位通過認證，其中280家審查通過獲健康促進標章、376家獲健康啟動標章、813家獲菸害防制標章。

（３）維護及更新健康職場資訊網，建立職場健康促進成果展現及資源共享之平台。累計點閱人次高達65萬人次以上。

４、健康促進學校

（１）本部國民健康署自91年起與教育部宣誓共同推動健康促進學校計畫，以建構兒童及青少年支持性之健康校園。至102年共有3,892所高中職以下學校及132所大專院校參與此計畫，共同推動健康促進學校。推動內容包括健康體位、口腔保健、視力保健、菸害防制、檳榔危害防制等健康議題。

（２）進行健康促進學校成果之宣導：本部國民健康署於102年4月份天下雜誌及親子天下雜誌刊登「我國健康促進學校，讓孩子學健康、做健康」及「健康促進學校 打造優質成長環境」廣編稿，進行我國健康促進學校成果之宣傳，並由認證獲金質獎及銀質獎之學校進行分享，鼓勵其他學校積極學習。

（３）完成健康促進學校認證標準之精簡：本署於2012年參採WHO「健康促進學校發展綱領：行動架構」，制定健康促進學校國際認證系統，並於102年依101年辦理之成果進行認證標準修訂，完成該標準之精簡作業，目前計有6項標準、21個子標準及47項認證標準。

（４）與教育部共同辦理「健康102邀您愛健康-小學生喝開水創意小撇步圖文競賽活動」：本次活動共計570件進入初審，遴選出低年級組、中年級組及高年級組之喝白開水創意金質獎、銀質獎及銅質獎（共9件）及217件佳作，並於12月6日由本部國民健康署與教育部召開記者會共同頒獎，藉由小學生之創意鼓勵學童及一般民眾多喝白開水，落實健康生活型態！

（九） 提供特殊族群之健康照護

１、推動新住民婦女生育健康建卡管理，102年建卡率達92.58％。補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查醫療費用，比照「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」規定補助之補助標準辦理，每胎以補助10次為上限，依實核銷。102年共補助11,822案次，補助金額達688萬元。

２、特殊群體生育調節補助，102年共補助105案次，補助金額達94萬元。

３、提供國小1至2年級低收入戶、中低收入戶、身心障礙者及山地原住民族地區、離島地區弱勢學童第一大恆臼齒窩溝封填服務，101年共計補助10,259案，102年1月至6月則已補助5,127案。

４、依據「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」提供多氯聯苯中毒患者（油症患者）健康照護服務，截至102年底本部列冊服務之個案數為1,750人，其中有590位油症患者免費健康檢查服務（參與率為33.7％）。此外，亦辦理10場共192位油症患者及其家屬參與衛生教育宣導與專業醫師諮詢等項服務； 102年1月至10月共補助油症患者之門診部分負擔醫療費用11,681人次及住院部分負擔醫療費用62人次。

（十） 推展預防保健服務

１、實施預防保健為政府維護國民健康之責，本部自95年逐年編列公務預算補助之，公務預算提供預防保健項目包含：孕婦產前檢查、兒童預防保健、兒童牙齒塗氟、成人預防保健、子宮頸抹片檢查及乳房攝影檢查。隨人口老化及民眾健康意識提升，預防保健服務量逐年增加，惟政府財務等因素，行政院准編公務預算額度遂不足以完全支應。為避免公務預算不足數持續擴大，本部業報請行政院同意子宮頸癌及乳癌篩檢，自103年起移由菸害防制及衛生保健基金支應，經行政院主計總處102年8月2日函復原則同意。另為提升預防保健服務之完整性與利用率，保障國民健康，故以實證為基礎，研擬預防保健服務計畫（103年-106年），將對民眾健康具成本效益之檢查項目納入補助，並於102年3月27日報請行政院核定，以爭取編列足額之基礎預防保健公務預算。

２、102年5月17日公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，為降低大腸癌死亡率，將定量免疫法糞便潛血檢查上限年齡擴大至未滿75歲，並加強篩檢異常個案追蹤；另為降低兒童齲齒率，除將兒童牙齒塗氟保健服務年齡擴大至未滿6歲，並新增未滿12歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童為補助對象；又為降低原住民口腔癌死亡率，亦擴大補助範圍，使18歲以上嚼檳榔之原住民均可接受檢查。

３、102年預防保健服務成果

（１）孕婦產前檢查102年1月至6月執行次數85.3萬人次，較去年同期減少17.1％。 （101年適逢「龍年生子潮」，故該年度孕婦產前檢查人次較多，102年恢復已正常）。

（２）兒童預防保健102年1月至6月執行次數59.7萬人次，較去年同期成長10.0％。

（３）兒童牙齒塗氟102年1月至6月執行次數27.1萬人次，較去年同期成長61.3％。

（４）子宮頸抹片檢查102年1月至6月執行次數114.9萬人次，較去年同期成長2.2％。

（５）乳房攝影檢查102年1月至6月執行次數30.5萬人次，較去年同期成長5.5％。

（６）成人預防保健102年1月至6月執行次數115.1萬人次，較去年同期成長6.3％。

（十一） 發展健康指標監測系統

１、持續進行非傳染病健康監測與資料庫建置：依規劃完成102年「青少年吸菸行為調查」、「學生健康行為調查」兩項在校學生自填問卷調查，另運用電話調查方法分別完成102年「國人吸菸行為調查」、「健康行為監測調查」、「春節體重控制電話調查」、「國民健康署民眾施政知曉度、滿意度調查」及「高齡民眾對於高齡友善城市施政滿意度電話調查」。此外，亦完成「兒童及青少年行為之長期發展研究」大三學生世代之追蹤調查、「出生世代長期追蹤研究」100學年度入學兒童之8歲追蹤調查，以及「國民健康訪問調查」等社區面訪調查。又配合政策需要，執行先天性缺陷監測與事故傷害監測系統之強化與先驅計畫。各項監測調查均以嚴格督導管控程序，確保調查資料品質，其調查結果將提供健康政策規劃及成效評估參考。

２、擴充健康指標網路互動式線上查詢系統（OLAP）網站功能與資料查詢項目：強化「健康數字123－國民健康指標互動查詢網站（http：//olap.hpa.gov.tw）」，於102年新增「101年度健康危害行為電話調查」1項調查資料，迄今已提供651項健康指標數據供各界查詢。另「100年度青少年吸菸行為調查、成人吸菸行為電話調查」等2項調查資料已備檔完成，經相關業務單位評估後，已對外開放指標查詢。此外，亦規劃將事故傷害死亡率及健保就醫資料納入本項指標查詢系統，以提昇本項網站之服務內容。

五、家暴防制業務

（一） 量的提升

１、為落實親密關係暴力危險評估，本部前已委託專家學者研發臺灣親密關係暴力危險評估表，並將該表併入家庭暴力事件通報表中，要求第一線受理親密關係暴力案件相關專業人員應運用該表對被害人實施危險評估。從100年至今，各直轄市、縣（市）政府親密關係暴力危險評估實施比率從6成多逐漸提升，至102年，全國共接獲5萬3,395件親密關係暴力案件，其中實施危險評估件數為4萬3,139件，累計實施危險評估件數佔親密關係暴力通報件數之80.79％，且每月危險評估實施比率均達7成以上，顯見第一線人員多能運用危險評估工具對被害人實施危險評估，目標達成度100％。

２、另為有效維護被害人人身安全，各地方政府均按月召開家庭暴力高危機個案網絡會議，邀集社政、警政、教育、衛生、司法、移民輔導等共同參與，以建立對被害人問題需求之整合性評估及處遇，並統合運用各防治網絡之相關資源，確保被害人及其子女之人身安全。102年各地方政府共辦理433場高危機個案網絡會議，共計討論1萬2,346件高危機案件，其中因各防治網絡介入後危機程度下降者共7,409件。

（二） 質的改善

１、按月檢視各直轄市、縣（市）政府實施親密關係暴力危險評估件數之比率，並請各直轄市、縣（市）政府賡續辦理相關教育訓練，其中102年度各直轄市、縣（市）政府業針對警政、社政、衛政等相關防治網絡人員，辦理100場次危險評估教育訓練，有助於升第一線人員實施危險評估之專業知能。

２、102年10月17日召開家庭暴力安全防護網執行狀況檢討會議，邀集中央相關部會及各地方政府，共同檢視各地方政府實施親密關係危險評估之執行情形，並針對各地方政府推動時所面臨之共通性問題研商相關解決策略。

３、為輔導及督促各地方政府落實推動家庭暴力安全防護網計畫，並強化各防治網絡人員之相關知能，於102年4月10日辦理「輔導地方政府落實家庭暴力安全防護網計畫行政業務講習」，透過相關行政業務說明，增進各防治網絡業務承辦人熟悉此計畫之內涵與相關業務內容，會上並邀請各防治網絡成員代表分享相關推動經驗，計有警政、社政、衛政、司法等相關網絡成員共96人參與。

４、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家庭暴力安全防護網計畫，爰於102年度委託辦理「家庭暴力安全防護網督導人才培力計畫，辦理成果如下：

（１）辦理3梯次督導人才團體督導課程：邀請國內在推動家庭暴力安全防護網計畫上具經驗之專家學者擔任督導，並邀集在地資深工作者進行研討，以強化在地菁英推動此計畫之相關知能，計有警政、社政及衛政等相關網絡成員共約80人次參與。

（２）辦理3場次特殊案例研討會：透過特殊案例研討之實務經驗交流，提升各防治網絡成員對特殊案例之危險評估及處遇能力，計有警政、社政、衛政、司法等相關網絡成員共343人參與。

（３）辦理5場次個別縣市督導計畫：邀請國內在推動家庭暴力安全防護網計畫上具經驗之專家學者擔任督導，分別至5個縣市進行個別督導，以協助地方政府檢視其推動情形及研商改善策略。

５、辦理家庭暴力安全防護網效益分析初探計畫：為瞭解家庭暴力安全防護網實施後，被害人接受各防治網絡相關服務後所帶來之效益為何，爰委託專家學者辦理本計畫。由計畫成果可知，各防治網絡介入後，近6成案件在追蹤一年期間均未再有遭受家庭暴力之通報紀錄，其他4成案件雖有再次通報紀錄，但危險程度均已下降許多，顯示本計畫對維護被害人人身安全具有一定之成效。

六、科技及研究發展業務

（一） 有關102年度被政策參考及採行的成果涵蓋衛生、醫療、藥物、食品、疾病等領域，其成果後續辦理情形如下：

１、針對重要衛生相關議題進行調查、研究或統計之成果，採行於報院計畫或年度施政計畫之業務推動者約143項，納入參考者計有53項。

２、研究成果做為未來制定基準、標準或管理制度所需的基礎實證資料，或實質產出法規草案者約53項，納入參考者計有7項。

３、針對已推行或規劃中的政策或工作計畫進行評估，並建立或形成教材、指引、工具或工作計畫者約130件，納入參考者計有218項。

４、有關生物醫學之基礎與應用研究，國人重要疾病基礎知識之探索與分析、預防或治療方法之研究與開發，已有重大發現（如申請專利、技轉，臨床試驗等）並進入轉譯階段者約37項。

（二） 本部持續積極與上、中、下游之產學界密切合作，利用技術移轉給有興趣之廠商進行產品之開發合作，進入商業化量產，或授權給廠商進行策略聯盟，以產生經濟效益。重要成果如下：

１、本部疾病管制署及財團法人國家衛生研究院將「無血清細胞培養腸病毒71型疫苗相關技術」，技轉基亞公司，權利金收益達433萬2,096元。

２、財團法人國家衛生研究院將「PPAR活性劑篩選平台技術」、「PPAR活性劑篩選平台技術與白藜蘆醇活性成分分析技術」、「PPAR活性劑篩選平台與白藜蘆醇在引藻及相關產業的應用」分別技轉統一公司、綠加科技公司、國際引藻生生技公司，相關權利金收益達13萬5,175元。

３、財團法人國家衛生研究院將「新穎抗糖尿病候選藥物DBPR108之臨床前暨臨床試驗研發」、「小分子C型肝炎病毒抑制劑DBPR110及其衍生物」及「抗癌藥物DBPR104及DBPR204」分別技轉健亞生技公司、國光生技公司、杏國生技公司，相關權利金收益達147萬1,428元。

４、中醫藥司將「中藥材『防風』之量產繁殖」及「薑黃繁殖與生產栽培技術」分別技轉皇基公司及豐滿茶葉農場，相關權利金收益達8萬元。

５、另有「香椿在婦科癌症上的應用」、「表面功能化處理之電燒器械於抗組織沾黏與臨床研究」、「可降解性奈米孔洞複合材於鼻腔填闔物之整合研究」及「一種癌症的篩檢方法I及II」分別技轉台灣香椿生技公司、弘亞生技公司、茂傑生技公司及日祥醫事管理顧問公司，相關權利金收益達55萬元9,888元。

（三） 本年度執行之行政及政策類研究計畫計有「死亡證明書開具者品質提升計畫」等14件，研究成果與具體事蹟分述如下：

１、「死亡證明書開具者品質提升計畫」

具體成果：

（１）依不同死亡原因建立並計算死因診斷欠明指標。

（２）彙整死因填寫錯誤態樣，針對錯誤與開具頻率高之醫療院所或開具者進行教育訓練。

（３）針對台灣與美國之死亡證明書開具情形進行比較，投稿Injury Prevention獲接受，並於2013年美國公共衛生學會年會進行口頭報告。

２、「國際性衛生統計指標規劃案」

具體成果：

（１）依國際重要組織之衛生統計指標操作型定義，研編我國衛生統計指標應用手冊。

（２）參考國際衛生指標網頁（WHO、OECD、USA CDC及CANADA CIHI），完成我國衛生統計指標查詢系統之入口網頁。

（３）參加本（102）年6月份於韓國首爾舉辦之「9th Joint OECD Korea Policy Centre-APNHAN Meeting of Regional Health Accounts Experts」，分享有關我國醫療支出指標之作業進程及經驗。

３、「資料庫加值應用與指標建立–以呼吸照護為例」

具體成果：

（１）利用計畫第一年度所建置之「呼吸照護資料庫」，建置呼吸照護相關指標，如呼吸器依賴盛行率、年度死亡個案之呼吸器依賴比率、肺部感染率、壓瘡盛行率、泌尿道感染率、死亡率等，提供政府單位、學術研究及醫療保健服務業等呼吸照護加值健康資訊之參據。

（２）透過分析呼吸照護相關指標之過程，進行人口學變項、醫療提供者變項、醫療利用情形及醫療照護結果等重要變項定義，藉以進行資料品質交叉驗證。

（３）配合健康資料加值應用協作中心新檔案建置進度，檢覈相關健康資料庫之資料品質、編製資料庫使用手冊，並完成標準作業流程（SOP），進行技術轉移工作。

４、「發展研究分中心特色教學研究功能及縱橫向整合擴充模式之規劃建置」

具體成果：

（１）建置研究分中心雲端服務架構，並強化資料安全機制。

（２）發展研究分中心社群網絡之營運模式以及研究特色。

（３）透過虛擬桌面架構及虛擬私人網路等作為未來研究分中心發展之方向，可減少現行單機作業成本及資料傳遞之資安疑慮。

５、「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」

具體成果：

（１）透過本研究建立我國整體監理架構與指標，包含4項構面、9項子構面、26支指標。

（２）「效果」構面下，包含「健康狀態」與「病人對照護結果的滿意程度」2項子構面；「效率」構面下，包含「宏觀效率」與「資源價值」2項子構面；「醫療品質」構面下，包含「安全」與「效能」2項子構面；「財源與財務籌措」構面下，包含「財務收支平衡」、「醫療保健支出水準」與「資金籌措的公平性」3項子構面。各子構面下，共選出26支指標（醫療面17支、財務面9支），並以健保資料庫進行指標試算。

（３）本案研究結果，將作為本部健保會辦理健保監理業務及研擬監理架構與指標之重要參據。

６、「從社會保險整合效益觀點-探討國民年金組織未來定位及功能」

具體成果：

研究建議政府應重新思考建立均一且普及式的「國民基礎年金制度」，並依其整合方式，分為「小整合」、「中整合」及「大整合」三階段模式辦理：

（１）小整合模式：制度面整併農民健康保險，並逐步提供誘因整合職業工人；組織面成立國民年金局，負責辦理國民年金保險承保、給付、國民年金保險基金之收支、管理及運用等業務。

（２）中整合模式：制度面將各類社會保險老年年金給付分成「基礎年金」及「超出基礎年金」2部分，基礎年金部分各社會保險給付標準齊一（劃定基礎年金線），由各社會保險主管、承保機關負責，並建立各社會保險年資併計與轉銜機制；組織面國民年金局賡續運作，為大整合模式過渡準備。

（３）大整合模式：制度面將各社會保險相當於基礎年金部分併入國民年金保險予以整合；組織面成立國民年金署負責辦理國民年金政策規劃與執行工作，下設各分區業務組，建構中央及地方福利服務輸送體系。

７、「中草藥不良反應通報系統與資料庫維護及通報教育訓練」

具體成果：

（１）持續進行通報及評估中草藥不良反應案例累積達185件。

（２）蒐集包括美國、日本、韓國、大陸、香港、德國、瑞士等關於中草藥不良反應通報方式，以利借鏡與改進。

（３）逐步改寫通報系統，並進行雲端化及建構新通報網頁。

（４）修訂中草藥不良反應通報表單。

（５）舉辦11場次之中草藥ADR通報教育訓練及宣導，參與人數超過770人次。

（６）製作三則共12分鐘之數位媒體宣導短片。

８、「中藥材毒劇藥品管理」

具體成果：

（１）蒐集國內外毒劇中藥之炮製、調劑、用量及相關管理辦法，草擬醫療院所毒劇中藥處方開立及調劑管理草案，因中藥藥廠實際生產毒劇中藥品項有限，建議在藥物優良製造準則中加入有毒中藥相關注意事項。

（２）提供中藥材毒劇藥品管理之規範建議，並提供中藥材毒劇藥管理品項名單及一日建議安全劑量及中藥廠使用中藥材毒劇藥品之管理方式。

９、「三十種傳統製劑異常物質背景值調查」

具體成果：

（１）調查30項市售之常用合法中藥傳統製劑方劑，每項方劑由3~5家不同之GMP中藥廠製造，共分析150個品項，檢驗項目為總重金屬、砷、鎘、汞、鉛、銅及微生物總生菌數、大腸桿菌、沙門氏菌等。

（２）邀請國內相關研究專家，舉辦產、官、學座談會共兩場，討論中藥傳統製劑異常物質限量標準。

（３）由研究統計分析結果與專家會議結論，建議中藥傳統製劑之異常物質限量標準，以作為訂定限量標準之參考。

１０、「中藥廠實施PIC/S GMP可行性評估」

具體成果：

（１）收集各中藥廠GMP管理之現況資訊，進行國內中藥廠實施PIC/S GMP可行性評估之研究。

（２）透過專家小組討論會，研擬適合中藥廠實施PIC/S GMP步驟與時程之建議案，以及適用之軟硬體規範與配套措施。

１１、「四種中藥標準品開發暨研議供應機制之研究」

具體成果：

（１）本研究以土茯苓、何首烏、射干及甘草等四種中藥材為材料，分別進行astilbin等共四種指標成分製備，完成各成分結構鑑定與純度分析並制定高純度標準品分離純化之生產流程。

（２）經由標準品供應審議會議，提出標準發放之相關辦法及申請表格草案。

（３）本計畫製備中藥標準品將可落實台灣中藥典對中藥品項之HPLC定量檢驗，提升中藥用藥之安全性，並使中草藥邁向國際化。

１２、「中藥商產業精進計畫」

具體成果：

（１）研議現階段中藥商持續教育學分認證之可行性，提升中藥房經營模式。

（２）針對中藥房管理業者舉辦9場法規及現代化概念之課程，提供最新法規概念知識及現代化經營管理策略，以強化中藥房的管理

１３、「臺灣東部地區民眾中藥用藥習慣調查及宣導計畫」

具體成果：

（１）計畫由台東縣藥師公會結合宜蘭縣、花蓮縣藥師公會組成計畫團隊，調查宜、花、東民眾的中藥用藥習慣，並辦理中藥用藥安全宣導活動，以加強民眾中藥的用藥認知，確保用藥安全。

（２）綜合本次調查，東部地區民眾主動告知複向就醫、目前用藥情形（如曾過敏藥物、食物，中藥藥性、副作用等）之正確認知，有待加強。

（３）持續舉辦「停、看、聽、選、用」及用藥「五要」、「五問」與「五不」的認知宣導教育，深植正確中藥用藥知識與觀念，以養成正確用藥習慣。

１４、「推動臺灣市售中藥材追蹤溯源條碼系統和制定管理方法」

具體成果：計畫完成「中藥材追蹤溯源條碼系統」網頁平台建置，實際展示50種中藥材可溯源至產地和市售流向之條碼範例，包括收載《臺灣中藥典第二版》附錄之21種毒劇中藥、實施邊境管理之10種中藥材以及19種可供食用之常用中藥材的藥品資訊，並研擬管理配套機制。

七、國際衛生合作及交流業務

（一） 參與國際衛生組織辦理之會議與活動

102年度共參與國際會議共計9場，其中以邱文達署長率代表團出席第66屆世界衛生大會（WHA）最具代表性，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。

102年重要會議名稱、時間、地點詳述如下：

１、WHO第132屆執行委員會, 2013/1/19-2013/1/30,瑞士日內瓦。

２、APEC第一次資深官員暨衛生工作小組會議, 2013/4/11-2013/4/13, 印泥泗水。

３、第66屆世界衛生大會, 2013/5/20-2013/5/28,瑞士日內瓦。

４、APEC第二次資深官員暨衛生工作小組會議, 2013/7/1-2013/7/4, 印尼棉蘭。

５、與泰國醫療衛生機關進行交流合作, 2013/7/3-2013/7/7, 泰國曼谷。

６、賀誼專案, 2013/8/11-2013/8/21, 美國、海地、巴拉圭等國家。

７、第64屆世界衛生組織西太平洋區署（WPRO）年會, 2013/10/21-2013/10/25, 菲律賓馬尼拉。

８、美國公共衛生協會第141屆年會, 2013/11/4-2013/11/4, 美國波士頓。

９、第38屆台日經濟貿易會議, 2013/11/26-2013/11/28, 日本東京。

（二） 舉辦國際衛生會議及活動

１、會議名稱：2013公共衛生與國際貿易研討會

本組委託辦理102年度「國際經貿與公共衛生法律諮詢及專題研析計畫」，該計畫包含：提供本部各單位法律諮詢服務平台、舉辦國際經貿與公共衛生國際研討會、支援本部參與醫療衛生事務之協商，及研析國際經貿組織或相關國家與公共衛生相關資訊等。102年10月1至2日假國立台灣大學法律學院舉辦「2013公共衛生與國際貿易研討會」。

２、會議名稱：APEC「區域貿易協定對醫療體系之衝擊與因應策略」

102年11月1日假台北國泰金融會議廳舉辦，國外講員包括現任日本參議員Keizo TAKEMI（武見敬三，前厚生勞動省副大臣）及澳洲La Trobe大學公共衛生學院Deborah Gleeson博士，以及中華經濟研究院李淳副執行長與敏盛綜合醫院王炯琅院長等國內專家學者，會中分享新興雙邊貿易協定（如兩岸服貿協定、台紐經貿協定）與重要區域經濟合作協議（如跨太平洋戰略經濟夥伴關係協議, TPP）對衛生部門所帶來之影響，並共同探討衛生部門所應具備的因應、準備策略。

３、會議名稱：「2013臺灣全球健康論壇（Global Health Forum in Taiwan）」

102年11月22至24日舉行。本屆論壇共24國66位外賓參與，其中包括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，可說是本論壇自2005年起舉辦以來，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年。論壇期間共舉辦8場雙邊會談，包含菲律賓、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會談。此會議可視為我國代表團103年參與世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）之暖身活動。

（三） 辦理「補（捐）助辦理國際衛生事務計畫」

102年度本部辦理「補（捐）助辦理國際衛生事務計畫」，共計補助12案，補助金額達456萬9千元。

計畫名稱、申請單位詳述如下：

１、參加HL7總會Working Group Meeting（WGM）國際標準會議，台灣健康資訊交換第七層協定協會

２、台灣醫學生代表出席世界醫學生聯盟三月大會及八月大會，台灣醫學生聯合會

３、出席2013年世界家庭醫師組織﹙Wonca﹚第20屆世界會議活動，台灣家庭醫學醫學會

４、參與「第30屆蒙特婁國際癲癇會議」，社團法人台灣癲癇之友協會

５、推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫，衛生福利部臺中醫院

６、102年度推展非洲地區國家衛生醫療合作計劃，國立成功大學醫學院附設醫院

７、參與國際醫院聯盟2013年第38屆世界醫院大會並合作舉辦分場講座，台灣醫院協會

８、推展國際醫療衛生事務合作交流計畫，中華民國醫師公會全國聯合會

９、北印度達蘭薩拉藏族社區健康護理訓練工作坊計畫，國立陽明大學醫學院國際衛生碩士學位學程

１０、全球衛生暨發展碩士學位學程扶植我國國際公共衛生人才培育計畫，臺北醫學大學

１１、出席2013年國際女醫師協會（MWIA）第29屆研討會，台灣女醫師協會

１２、國際外科醫學博物館設置臺灣館，國際外科學會中華民國總會

（四） 辦理國際衛生援外計畫

１、醫療器材援助平台計畫

委託辦理「醫療器材援助平台計畫」，募集全國醫療院所汰舊堪用之二手醫療儀器，並配合外交政策捐贈友邦或友好國家。102年共完成5件捐贈案，共捐贈253件醫療器材。

２、中華民國協助海地地震災後重建計畫

配合外交部所規劃之「中華民國協助海地地震災後重建計畫」，執行三項公衛醫療面向子計畫：「臺灣健康促進中心計畫」、「捐贈醫療器材計畫」及「防疫生根計畫」，以協助友邦海地進行災後公衛醫療之重建工作。102度共進行4人次之雙方人員互訪交流，並捐贈災難預備包2440份、滅菌鍋3臺、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），另協助培訓3名海地醫護、實驗室與流行病學人員。

３、台灣國際醫衛行動團隊

102年7月28日至8月2日，臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）受日本亞洲醫師協會（AMDA）邀請，派遣眼外科胡醫師裕昇、劉護理師怡君及衛生福利部國際合作組陳副研究員亭亘乙團三人，前往斯里蘭卡穆萊蒂武（Mullaitivu）地區總醫院（District General Hospital）執行白內障義診手術，共計服務190名病患。

（五）辦理國際衛生合作計畫

１、辦理102年度推展非洲地區國家衛生合作計畫，針對區域醫療衛生需求，辦理訓練友邦衛生醫療人員、提升婦幼衛生照護服務等事宜。

２、辦理102年度駐馬紹爾群島共和國及駐駐索羅門群島之「臺灣衛生中心計畫」，派遣長駐醫護人員提供當地民眾醫療服務、進行醫事人員技術指導，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，推動高血壓、糖尿病等慢性病防治，以及舉辦婦幼衛生相關人員訓練等工作。

（六） 辦理衛生官員雙邊會談

１、2013年第66屆WHA期間（2013/5/20~5/28）共辦理雙邊會談22場，與談對象包括美國、歐盟、日本、英國、德國、澳洲、 海地 等22個國家。

２、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，菲律賓、聖露西亞、迦納、歐盟、泰國及FCTC、WMA、WFPHA、APHA等重要國際組織與團體之代表均有與會。

（七） 辦理國際衛生人員訓練

辦理「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140人次之國外醫事人員，藉由訓練國外的醫事人員敦睦邦交，特別針對醫療資源缺乏的地區，並提升其醫療水平。此外，本部於12月13日假外交部外交及國際事務學院辦理「102年國際醫衛暨人道援助分享會」，藉由研討會形式瞭解我國醫療院所及相關執行國際醫衛及人道援助之現況及心得，並透過與會者之經驗分享交流，提升我國辦理該類援助活動之品質。

八、食品、藥品及中醫藥管理業務

（一） 強化食品藥物管理，保障民眾健康

102年6月19日修正公布「食品衛生管理法」，增列食品安全風險管理、食品輸入管理、食品檢驗專章，明文規範食品業者必須落實自主管理之精神及責任、建立產品供應來源及流向之追溯追蹤系統，以及全面加重相關罰則等，研議並啟動新法上路後全面改革行動方案之配套措施，結合跨部會及地方政府之力量，於「行政院食品安全會報」下成立「食品安全聯合稽查及取締小組」，優先針對已認證食品、具國家標準及相關檢驗標準之食品及每日生活必需且影響健康重大之食品，由源頭生產地或產製工廠進行稽查與檢驗，藉以保障國人健康及消費者權益。

（二） 精進新興生技藥品之上市前管理：

１、公告「新藥查驗登記加速核准機制」、「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」、「生物相似性單株抗體藥品查驗登記基準」，以及「植物藥新藥查驗登記審查基準」，使生物相似性單株抗體藥品於我國有法規得以遵循，並使植物藥新藥之發展邁入新的里程碑。

２、自101年實施「新藥查驗登記優先審查機制」、「新藥查驗登記精簡審查機制」及「國產創新藥品快速審查機制」，102年符合新藥審查機制至少收件33件，25件完成審查；另建置新藥輔導諮詢機制，共計輔導藥品27案，達臨床試驗階段者18案，達新藥查驗登記階段者2案，核准上市2案。

３、公告修正「行政院衛生署食品藥物管理局醫療器材專案諮詢輔導要點」，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。

（三） 積極參與國際組織與會議，推動國際法規協和

１、102年11月5日簽署簽署台日藥物合作框架協議，並在協議架構下於2013年12月3日至4日舉辦第1屆台日醫藥交流會議。

２、本部食品藥物管理署於今年8月向歐洲藥典委員會（EDQM）提出申請，經積極爭取後取得歐洲理事會秘書處支持，同時經EDQM於11月27日大會討論後，於12月2日獲通知正式成為歐洲藥典觀察員。

３、我國領先日、韓國，自102年起，正式成為國際醫藥品稽查協約組織（PIC/S）第43個會員，提升我國製藥產業國際競爭力，開創我國生技製藥產業新契機。

（四） 推動中藥材及製劑品質管理機制

為推動中藥材及製劑品質管理機制，衛生福利部分三階段實施中藥材（製劑）管理，目前已實施之相關工作重點如下：第ㄧ階段為推動中藥材之包裝標示，要求進口及市售之中藥材飲片，其標籤或包裝均應符合標示事項處理原則，目前已經公告應包裝標示之中藥材品項共324種。第二階段則針對中藥材及中藥製劑含有重金屬、農藥殘留及黃麴毒素等異常物質進行加強管理，訂定各種異常物質限量標準，以確保中藥材及製劑之安全與衛生。迄今業已公告91種中藥材之各種異常物質限量標準。99年度及100年度已就中藥濃縮製劑之管理規範進行檢討，與增修相關限量標準公告，並修訂「中藥濃縮製劑含異常物質之限量」。而102年度針對傳統製劑則採分階段管理模式，針對民眾常使用之傳統製劑，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日起實施。第三階段則致力於完備中藥材之源頭管理機制，包括進口產品文書認證及落地追蹤等工作。藉由第六次江陳會所簽署之「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」，針對中藥材安全管理，與對岸進行各種交流合作。俾將不安全之中藥材阻絕於境外，完備中藥材之安全衛生管理，保障臺灣民眾消費權益。

１、推動中藥材之包裝標示，公告應包裝標示之中藥材品項共324種，並辦理進口或市售中藥材抽查，共查核378件產品（148項藥材）之包裝標示，其中377件標示符合規定，1件標示不符合規定，合格率達99.7％。

２、公告「臺灣中藥典」第二版，並自102年4月1日起實施。公告之「臺灣中藥典」第二版，內容收載三百種中藥材品項，凡供製造、輸入之中藥材，其品質與規格需符「臺灣中藥典」第二版之規定。尚未收載於「中華藥典」及「臺灣中藥典」之藥材，仍應依藥事法相關規定，確保其品質及規格，以保障民眾中藥用藥安全。

３、為促進中藥傳統製劑安全品質提升，保障民眾健康及消費權益，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」，各項中藥材總重金屬限量為30 ppm；個別重金屬限量砷為3 ppm、鎘為0.5 ppm、汞為0.5 ppm及鉛為10 ppm；微生物總生菌數限量為106 cfu/g、大腸桿菌及沙門氏菌皆不得檢出。

４、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101年8月1日起實施10項中藥材邊境管理，紅棗、黃耆、當歸、甘草、地黃、川芎、茯苓、白芍、白朮及杜仲等10種進口量較大之中藥材，於邊境進口時，業者應檢附合格之檢驗證明文件，證明所申請進口之中藥材業經檢驗符合國內異常物質限量標準。另紅棗、黃耆、當歸及甘草等4種中藥材，除應檢附檢驗證明文件外，於邊境亦執行抽批檢驗等邊境把關之措施。截至102年12月底止，查驗完成3362件、16,913公噸中藥材報驗通關案，其中有2件黃耆不合格，已辦理退運銷毀。

５、強化中藥材之源頭管理機制，精確掌控中藥材流向，建立毒劇中藥材追蹤溯源系統，業已完成3件毒劇中藥材產品，其品項為天南星、川烏及雄黃，強化民眾安全用藥。

九、健保及長期照護保險業務

（一） 論質方案受益人數

１、鑑於糖尿病方案已於101年10月導入支付標準，後續於102年召開二次專家諮詢會議，並預計近期內第二次提報全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議，放寬照護團隊醫事人員選擇類別，增加藥師人員亦可為照護團隊醫事人員種類之一，提高院所醫師參與意願，並將定期監控地區醫院與基層院所參與之家數增加率及照護率，瞭解修訂前開規定後之效益。

２、訂定糖尿病、氣喘及精神分裂症之照護率目標值，並定期監控管理，以提升論質方案收案率。

（二） 醫療品質資訊公開

１、依二代全民健康保險法第七十四條規定研擬「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」草案，經送全民健康保險會委員會議討論後，於102年8月7日以衛部保字第1021280007號令發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，明訂保險人及保險醫事服務機構應定期公開之醫療品質項目、公開方式、公開頻率等。

２、依公開辦法規定，收各界集意見及參考臨床治療指引或具實證醫學基礎之指標，邀集消費者團體、醫界代表及本部中央健康保險署相關單位召開3次會議討論，研擬急性心肌梗塞（AMI）相關之19項醫療品質指標（含指標意涵、資料來源、指標定義、指標參考價值、指標使用限制、衛教園地等）後，並提全民健康保險會討論通過，再參考各方對相關資訊測試網頁之意見修正後，於102年10月新增公開該19項指標資訊。

３、為讓全民有透明的醫療環境及提升民眾對醫療品質資訊之瞭解，本部中央健康保險署已於該署全球資訊網設立「醫療品質資訊公開」主題專區，供各界查詢，102年查詢約26.8萬人次。

（三） 依醫師RBRVS評量與醫院成本資料收集，分階段調整支付標準

１、於102年3月依據醫師RBRVS評量與醫院成本資料串聯結果，現已完成調整方案之研擬。

２、於102年4月18日、4月29日、5月20日及7月3日召開4次「102年全民健保支付標準諮詢小組」會議，討論支付標準調整優先順序，並提出調整方案。

３、經於102年8月2日、8月29日、10月29日之多次共同擬訂會議討論，並依會議決議、醫界意見等修改調整方案，分別於9月13日、10月3日、10月31日陳報本部核定。

４、102年12月13日核定之調整方案，本部中央健康保險署已於12月23日函請行政院公報編印中心刊登行政院公報，預告期間自102年12月26日至103年1月1日止，刻正陳請本部辦理公告。

５、本次支付標準修訂內容包括調升521項診療項目之支付點數、調整151項診療項目之兒童加成率、新增4項住院診察費之兒童專科醫師加成、新增部分門診及急診診察費之地區醫院加成、地區醫院檢查項目累計折付方式比照醫學中心及地區醫院等。本次調整於醫院可追溯至102年1月1日起適用，西醫基層則僅追溯10項外科手術及處置項目，其餘項目訂於103年1月1日起實施。

（四） 長期照護保險推動現況

利用本部於100年至101年收集之各類長期照護個案資料，將其依不同之長照需要及資源使用程度進行分類，並於102年底建構完成包含「全日住宿型-精障、失智、智障類」、「全日住宿型-非精障、非失智、非智障類」、「居家服務類」、「居家護理類」、「社區型-精障、失智、智障類」及「社區型-非精障、非失智、非智障類」等6類群組之長期照護保險服務資源使用群分類系統（目前稱：長期照護案例分類系統）第一版初稿。

十、人力發展及行政管理業務

（一） 精簡員額及精進人力資源：

102年透過精簡預算員額，節省人事經費，降低國家財政負擔；另透過推動終身學習，精進本署及所屬人員之專業與管理知能，有效提升工作效能及效率。有效強化本部人員專業知能，提升工作效率。

（二） 另有關本部內部控制執行情形之重要成果如下：

１、將本部102年風險管理主要風險圖像，篩選22項為內部控制件數，納入本部「內部控制制度」〈草案〉。

２、本部於102年7月23日正式成立，本部含所屬46單位〈機關〉依規定需於1年內訂定內部控制制度，目前已43單位〈機關〉訂定完成。

**伍、績效總評**

一、績效燈號表（「★」表示綠燈；「▲」表示黃燈；「●」表示紅燈；「□」表示白燈）。「初核」表示部會自行評估結果；「複核」表示行政院評估結果。）

（一）各關鍵績效指標及共同性指標燈號

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 關鍵策略目標 | 項次 | 關鍵績效指標 | 初核 | 複核 |
| 1 | 精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益(業務成果)  | (1) | 每一次醫療區域至少有一家中度急救責任醫院之完成率 | ★ | ★ |
| (2) | 長照服務涵蓋率 | ★ | ★ |
| 2 | 協助弱勢族群，健全社會福利網絡(業務成果)  | (1) | 提升長期照顧及經濟安全－長期照顧服務成長率及辦理國民年金保費催收 | ▲ | ▲ |
| (2) | 推動保母托育管理 | ★ | ★ |
| (3) | 社會救助新制新增納入中低收入戶照顧人數 | ★ | ★ |
| 3 | 落實防疫整備，免除疫病威脅(業務成果)  | (1) | 提升防疫效能(一)降低疾病發生率/致死率(愛滋病防治成效、結核病防治成效、本土登革熱防治成效及腸病毒併發重症防治成效) | ▲ | ▲ |
| (2) | 提升防疫效能(二)完成率: 3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效 | ★ | ▲ |
| 4 | 強化治安工作，建構家庭暴力安全防護網(業務成果)  | (1) | 提升家庭暴力通報件數實施危險評估比率 | ★ | ★ |
| 5 | 營造友善健康支持環境，促進全民參與(業務成果)  | (1) | 癌症篩檢率之平均增加值 | ★ | ★ |
| (2) | 18歲以上人口吸菸率 | ★ | ★ |
| 6 | 制定科技研發政策，發展醫藥生技(業務成果)  | (1) | 科技計畫成果實際被衛生政策採行百分比 | ★ | ★ |
| (2) | 提升研發應用量能 | ★ | ★ |
| 7 | 促進國際交流與合作，促成國際接軌(業務成果)  | (1) | 參與國際衛生組織 | ★ | ★ |
| (2) | 推動國際衛生合作 | ★ | ★ |
| 8 | 強化食品藥物管理，保障民眾健康(行政效率)  | (1) | 建立與國際調合之食品添加物分類 | ★ | ▲ |
| (2) | 建立毒劇中藥材追蹤溯源系統 | ★ | ★ |
| 9 | 永續健保制度，推動長照保險制度(財務管理)  | (1) | 論質方案受益人數 | ★ | ★ |
| (2) | 醫療品質資訊公開 | ★ | ▲ |
| (3) | 依醫師RBRVS評量與醫院成本資料收集，分階段調整支付標準 | ★ | ★ |
| (4) | 發展反映各類失能者照顧需求之長照保險給付制度 | ★ | ▲ |
| 10 | 發展衛生人力資源，提升組織量能(組織學習)  | (1) | 提升年度考試及格錄取人員進用比例 | ★ | ★ |
| (2) | 參加本署辦理之衛生專業人員訓練成員，認同參訓有助於未來業務執行之百分比。 | ★ | ★ |
| 共同性目標 | 項次 | 共同性指標 | 初核 | 複核 |
| 1 | 提升研發量能(行政效率)  | (1) | 行政及政策研究經費比率 | ▲ | ★ |
| 2 | 落實政府內部控制機制(行政效率)  | (1) | 強化內部控制件數 | ★ | ★ |
| (2) | 增（修）訂完成內部控制制度項數 | ★ | ★ |
| 3 | 提升資產效益，妥適配置政府資源(財務管理)  | (1) | 機關年度資本門預算執行率 | ▲ | ▲ |
| (2) | 機關中程歲出概算額度內編報概算數 | ★ | ▲ |
| 4 | 提升人力資源素質與管理效能(組織學習)  | (1) | 機關年度預算員額增減率 | ▲ | ★ |
| (2) | 推動終身學習 | ★ | ★ |

（二）績效燈號統計

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 構面 | 年度 | 99 | 100 | 101 | 102 |
| 整體 | 燈號 | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) |
| 小計 | 初核 | 23 | 100.00 | 34 | 100.00 | 28 | 100.00 | 29 | 100.00 |
| 複核 | 23 | 100.00 | 34 | 100.00 | 28 | 100.00 | 29 | 100.00 |
| 綠燈 | 初核 | 19 | 82.61 | 31 | 91.18 | 25 | 89.29 | 24 | 82.76 |
| 複核 | 14 | 60.87 | 24 | 70.59 | 20 | 71.43 | 21 | 72.41 |
| 黃燈 | 初核 | 4 | 17.39 | 2 | 5.88 | 3 | 10.71 | 5 | 17.24 |
| 複核 | 9 | 39.13 | 9 | 26.47 | 7 | 25.00 | 8 | 27.59 |
| 紅燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 1 | 2.94 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 1 | 2.94 | 1 | 3.57 | 0 | 0.00 |
| 白燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 關鍵策略目標 | 燈號 | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) |
| 小計 | 初核 | 17 | 100.00 | 27 | 100.00 | 21 | 100.00 | 22 | 100.00 |
| 複核 | 17 | 100.00 | 27 | 100.00 | 21 | 100.00 | 22 | 100.00 |
| 綠燈 | 初核 | 14 | 82.35 | 24 | 88.89 | 20 | 95.24 | 20 | 90.91 |
| 複核 | 11 | 64.71 | 18 | 66.67 | 17 | 80.95 | 16 | 72.73 |
| 黃燈 | 初核 | 3 | 17.65 | 2 | 7.41 | 1 | 4.76 | 2 | 9.09 |
| 複核 | 6 | 35.29 | 8 | 29.63 | 4 | 19.05 | 6 | 27.27 |
| 紅燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 1 | 3.70 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 1 | 3.70 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 白燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 共同性目標 | 燈號 | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) |
| 小計 | 初核 | 6 | 100.00 | 7 | 100.00 | 7 | 100.00 | 7 | 100.00 |
| 複核 | 6 | 100.00 | 7 | 100.00 | 7 | 100.00 | 7 | 100.00 |
| 綠燈 | 初核 | 5 | 83.33 | 7 | 100.00 | 5 | 71.43 | 4 | 57.14 |
| 複核 | 3 | 50.00 | 6 | 85.71 | 3 | 42.86 | 5 | 71.43 |
| 黃燈 | 初核 | 1 | 16.67 | 0 | 0.00 | 2 | 28.57 | 3 | 42.86 |
| 複核 | 3 | 50.00 | 1 | 14.29 | 3 | 42.86 | 2 | 28.57 |
| 紅燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 14.29 | 0 | 0.00 |
| 白燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 業務成果 | 燈號 | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) |
| 小計 | 初核 | 10 | 100.00 | 17 | 100.00 | 14 | 100.00 | 14 | 100.00 |
| 複核 | 10 | 100.00 | 17 | 100.00 | 14 | 100.00 | 14 | 100.00 |
| 綠燈 | 初核 | 8 | 80.00 | 15 | 88.24 | 14 | 100.00 | 12 | 85.71 |
| 複核 | 6 | 60.00 | 12 | 70.59 | 12 | 85.71 | 11 | 78.57 |
| 黃燈 | 初核 | 2 | 20.00 | 2 | 11.76 | 0 | 0.00 | 2 | 14.29 |
| 複核 | 4 | 40.00 | 5 | 29.41 | 2 | 14.29 | 3 | 21.43 |
| 紅燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 白燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 行政效率 | 燈號 | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) |
| 小計 | 初核 | 5 | 100.00 | 8 | 100.00 | 5 | 100.00 | 5 | 100.00 |
| 複核 | 5 | 100.00 | 8 | 100.00 | 5 | 100.00 | 5 | 100.00 |
| 綠燈 | 初核 | 4 | 80.00 | 7 | 87.50 | 4 | 80.00 | 4 | 80.00 |
| 複核 | 3 | 60.00 | 5 | 62.50 | 2 | 40.00 | 4 | 80.00 |
| 黃燈 | 初核 | 1 | 20.00 | 0 | 0.00 | 1 | 20.00 | 1 | 20.00 |
| 複核 | 2 | 40.00 | 2 | 25.00 | 3 | 60.00 | 1 | 20.00 |
| 紅燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 1 | 12.50 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 1 | 12.50 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 白燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 財務管理 | 燈號 | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) |
| 小計 | 初核 | 4 | 100.00 | 5 | 100.00 | 4 | 100.00 | 6 | 100.00 |
| 複核 | 4 | 100.00 | 5 | 100.00 | 4 | 100.00 | 6 | 100.00 |
| 綠燈 | 初核 | 3 | 75.00 | 5 | 100.00 | 3 | 75.00 | 5 | 83.33 |
| 複核 | 2 | 50.00 | 3 | 60.00 | 2 | 50.00 | 2 | 33.33 |
| 黃燈 | 初核 | 1 | 25.00 | 0 | 0.00 | 1 | 25.00 | 1 | 16.67 |
| 複核 | 2 | 50.00 | 2 | 40.00 | 1 | 25.00 | 4 | 66.67 |
| 紅燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 25.00 | 0 | 0.00 |
| 白燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 組織學習 | 燈號 | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) | 項數 | 比例(%) |
| 小計 | 初核 | 4 | 100.00 | 4 | 100.00 | 5 | 100.00 | 4 | 100.00 |
| 複核 | 4 | 100.00 | 4 | 100.00 | 5 | 100.00 | 4 | 100.00 |
| 綠燈 | 初核 | 4 | 100.00 | 4 | 100.00 | 4 | 80.00 | 3 | 75.00 |
| 複核 | 3 | 75.00 | 4 | 100.00 | 4 | 80.00 | 4 | 100.00 |
| 黃燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 20.00 | 1 | 25.00 |
| 複核 | 1 | 25.00 | 0 | 0.00 | 1 | 20.00 | 0 | 0.00 |
| 紅燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 白燈 | 初核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 複核 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |

二、綜合評估分析

本部102年度總計29項指標，經專家學者評估，29項指標評為綠燈（績效良好），占82.76％，5項指標評為黃燈（績效合格），占17.24％，整體表現極佳；其中有「提升防疫效能」及「機關年度資本門執行率」未達原訂目標值，上述指標未達原訂目標之原因簡述如下：

（一）「提升防疫效能（二）完成率： 3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效」係為綜合性指標，其最終成果為本部疾病管制署疫苗業務辦理情形，包含卡介苗、B肝疫苗第三劑、五合一疫苗第四劑、水痘疫苗、麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗（MMR）及日本腦炎疫苗之注射成果，由於近年來往兩岸及新住民子女之人數比例逐漸增加，又因本年度國內爆發動物狂犬病疫情，影響幼兒常規疫苗之催種作業，在面對人口移動頻繁及國內突發疫情等因素衝擊，本年度維持與去年相當之接種完成率94％，已是相當高的成效。 惟後續本部疾病管制署仍將持續統計各項疫苗完成率，並透過全國性預防接種資訊管理系統（NIIS）勾稽入境未完成疫苗接種幼童，積極督導各縣市衛生單位盡力追蹤催注，維持疫苗高接種完成率。

（二）「機關年度資本門執行率」因衛生大樓新建工程之承攬廠商逾期171日完工，導致工程竣工、驗收、結算及點交作業延遲，延後後續內部裝修作業等工程，後續將積極督促廠商辦理，儘快完成進駐作業；另本部疾病管制署辦理「免疫用健康馬75匹採購案」因通知廠商終止契約，廠商提起民事訴訟，全案進入司法程序，尚未結案。又該署「行政院衛生署防疫中心新建工程」因重新辦理先期規劃、環境影響評估及計畫書修正，目前刻正委由許常吉建築師事務所辦理「防疫中心暨TFDA辦公大樓先期規劃及環境影響評估技術服務案」。三項計畫均辦理預算保留，將積極趕辦，並於相關問題排除後儘速完成撥款作業。

**陸、附錄：前年度行政院複核綜合意見辦理情形**

行政院複核意見：

急重症照護網之完成度等4項指標皆達成原訂目標，我國整體醫療品質已逐年提升。鑑於101年曾發生新營醫院北門分院及亞東醫院火災，醫院安全管理仍有待加強，請強化相關措施。

回應意見：

（一）修訂醫療機構設置標準，針對醫院之一般設施、空調設備及消防設備，強化落實推動防火管理相關措施。

（二）本部已於101年11月16日召開「醫院評鑑防火消防安全基準研修會議」，並於101年12月6日及101年12月8日召開「101年度醫院評鑑基準研修會議」，業參酌專家建議修訂醫院評鑑防火消防安全相關基準。並於102年2月26日修正「醫院評鑑基準」，將9項防火消防安全相關基準列為重點條文，醫院如未通過該等條文，本部即令限期改善，醫院如未於期限內改善，將被評為「評鑑不合格醫院」。

（三）為提升醫院醫療品質及病人安全及強化醫院火災預防與應變工作目標，已針對夜間及凌晨人力不足狀況，進行夜間消防演練，並將該工作辦理情形列為102年度地方衛生局業務考評項目。

行政院複核意見：

其次，尚未建立健全之醫療糾紛處理及醫療事故補償制度，影響醫病關係，請持續檢討改進。

回應意見：

（一）本部業於101年10月9日將研訂之醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案送行政院審議，行政院並於101年12月18日函送立法院審議，立法院於102年1月、4月及10月曾進行逐條審議。在上開草案立法通過前，本部先針對醫療爭議事件，已擬定具體措施，加強訴訟外調解機制，減少訟源。

（二）為提升調解委員專業能力，本部102年度已召集地方衛生局召開研商「強化地方衛生局辦理醫療爭議調處作業能力」會議；並研議「地方衛生主管機關辦理醫療爭議調處作業指引」（草案），此外，亦規劃辦理「強化地方衛生局辦理醫療爭議調處作業能力」教育訓練，以加強調解委員專業能力及素養。

（三）已於醫院評鑑基準1.8.1「建立醫事爭議事件處理機制」及1.8.2「訂有對涉及醫事爭議員工之支持及關懷辦法」訂有醫院應建立醫事爭議事件處理之機制。

（四）102年度「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，業於臺北區、中區及南區醫療區域委託地方衛生局試辦輔導轄區醫療機構成立醫療糾紛關懷小組，後續將發展可行模式，未來將加強醫院從業人員及衛生局業務督導人員之教育訓練，並將試辦成果提供全國各衛生局進行經驗交流，預計於4年內推廣至全國衛生局，以強化醫療機構及地方政府衛生局對於醫療爭議案件之調處能力。

（五）本部「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」業於101年10月1日開辦，計畫期程為101年至103年；另規劃自103年起將醫院之手術及麻醉事故納入試辦，計畫期程2年。

行政院複核意見：

另有關長照服務，考量政府預算有限，請配合規劃推動「長期照護服務法（草案）」立法，結合社政系統及社區在地資源，發展更有效之服務；近年長照服務涵蓋率成長趨勢已略為平緩，又目前國內約有三成重度失能者（20萬人）仰賴外籍看護工提供照護並仍持續增長，勢將影響我國長照服務需求及使用率，有關外籍看護工如何納入我國長照體系，宜儘速提出具體可行對策，以加速及健全我國長期照護資源發展。

回應意見：

（一）為健全長期照護服務體系之發展，本部已研擬長期照護服務法草案，相關立法進度

１、長照服務法草案業於100年3月31日經行政院會通過送交立法院進行審議，惟全案未於立法院第7屆立法委員任期屆滿前議決，屆期不續審；爰於101年2月16日以第一類法案重新報行政院。並於101年2月23日經行政院會通過重送立法院第8屆委員會議列入優先法案進行審議。已於102年12月11日、18日、26日及103年1月6日、8日進行5次審查；並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，保留7條，待送院會二讀前黨團協商。

２、國人對於失能老人之長期照顧服務方式之選擇，目前入住式機構可提供床數計9萬7,137床，居家服務人數計4萬1170人。另有關我國20萬名在國內提供失能民眾日常生活照顧服務有關外籍看護工於長照體系之定位，現行長照服務法草案已將外籍看護工納入長照服務體系，未來外籍看護工入境後可接受在職訓練規範；若通過與本國照顧服務員相同之訓練、認證，仍可成為長期照護人員，此規定是多年來一項重大突破。現行規劃之雙軌聘僱、多元選擇的制度，已開啟一條由機構聘、訓練及管理的新道路。

（二）為加速及健全發展我國長照資源之發展，普及長照服務網路，本部相關臚列如下：

１、為因應我國長期照顧需求，本部自97年度結合縣市政府及民間服務單位，推動我國長期照顧十年計畫，並已採行各項具體策略，以整合在地社政、衛政資源，包含：

（１）於各縣市政府成立長期照顧管理中心，提供便民服務之整合性單一窗口。

（２）建置照顧服務管理資訊平台，建立服務個案資料庫，將服務使用情形之紀錄予以資訊化。

（３）共同審查縣市政府年度整合計畫。

（４）共同召開長照業務聯繫會議等。

２、行政院已於102年11月26日核定「長期照護服務網計畫」，本部亦已積極展開推動該計畫，發展在地資源，依服務資源需求，全國劃分為大（22個）、中（63個）、小（368個）區域，研訂獎助資源發展措施，並以社區化及在地化資源發展為主。目標包括：102年63次區均有社區服務，22縣市均有中期照護，103年89資源不足區至少一個服務據點，104年63次區床位數每萬失能人口700床。

行政院複核意見：

免除疫病威脅方面：101年度防治成效因愛滋病陽性個案增加，致未達原訂目標。鑑於政府每年耗費龐大預算防治愛滋病，但仍難彰顯成效，請思考更有效的防治策略。除面對登革熱、腸病毒及肺結核等傳染病外，近年新興傳染病如H5N1、H7N9等流感病毒肆虐，請與農委會等相關機關進一步共同合作建立防疫網，俾達到「防疫無漏洞」之目標。

回應意見：

（一）101年新增愛滋病毒感染者之年增率雖高達13％，係因101年參考國際作法，擴大辦理「I-Check社群動員愛滋檢驗計畫」，運用人際網絡推動及傳達，主動發現因不安全性行為之潛藏愛滋感染者，致使通報新增感染人數增加。102年度持續透過多元策略的推動，經評估確實已獲得初步成效，愛滋新感染者年增率由101年13％降至102年0.95％，本部疾病管制署仍將持續積極推動相關防治策略，使疫情能持續下降。

（二）為因應H5N1禽流感等新型流感疫情，自94年起由政務委員召開行政院禽流感防治聯繫會議，建立跨部會溝通協調平台，共同建立防疫網，參與部會包括：國家安全會議、內政部、外交部、國防部、法務部、經濟部、交通部、環境保護署、海岸巡防署、大陸委員會、經濟建設委員會、研究發展考核委員會、財政部關稅總局、內政部入出國及移民署、國土安全辦公室、主計總處等，之後於95年改由農委會及衛生署（現改制為衛生福利部）首長擔任共同主持人，至102年12月底共計召開94次會議，與農委會及相關部會積極加強防檢疫措施、疫情蒐集及衛教宣導、防範走私、環境消毒、疫區動物移動管制、強化撲殺動物屍體處理、疫情之發布及說明及家禽產業輔導等工作，以達「防疫無漏洞」之目標。

行政院複核意見

癌症篩檢率之平均增加值等3項指標皆達成原訂目標。癌症篩檢以增加篩檢量為主要目標外，請進一步分析癌症死亡率下降情形，以彰顯具體成效。子宮頸癌死亡率因數年來不斷推廣篩檢，而顯著下降，建議研析及參考亞洲各國推動癌症防治措施，以加速降低臺灣地區婦癌發生率及死亡率。除加強防治我國發生率高的癌症外，根據世界衛生組織統計，近年來全世界的癌症發生率以肺癌的增加最快，且發生年齡有下降現象，從國民健康局癌症統計資料顯示，肺癌亦是我國男女性癌症發生及死亡的前幾位，建議結合各機關資源研擬有效防治措施，包含防止健康危害、環境危害等多元層面。

回應意見：

（一）目前癌症標準化死亡率已由民國98年每十萬人口132.5人下降至101年131.3人，主要癌症死因包括肺癌及肝癌，其死亡率上升趨勢轉為持平，胃癌及子宮頸則呈現下降趨勢。

（二）婦女癌症部分，本署目前持續提供子宮頸癌及乳癌篩檢，有關乳癌防治措施，說明如下：

１、亞洲之日本、韓國和我國一樣，都是提供婦女2年1次乳房攝影檢查。

２、癌症篩檢至死亡率下降，需要數十年時間，子宮頸癌自84年提供篩檢服務至今，已使子宮頸癌死亡率下降6成；乳癌篩檢雖自93年開始辦理，惟囿於篩檢人力、經費，至99年始擴大推廣，故仍需時間持續推廣，以使死亡率下降。

３、乳癌2年篩檢率經各界努力，雖由98年之11.6％增為101年之32.5％，但仍有成長空間，依本部國民健康署調查顯示，婦女不作乳房攝影檢查主要係因「覺得身體健康沒有需要」（57％）、「太忙沒有時間」（22.6％）「覺得不好意思」（6.6％）。

４、為提高婦女乳癌篩檢率，期能於未來降低死亡率，具體作為如下：

（１）加強衛教宣導：透過媒體加強衛教宣導，提升民眾對篩檢重要性以及於無症狀時即須篩檢之認知。

（２）提升服務可近性：配合民眾作息至社區、職場設站篩檢，另透過乳攝巡迴車至社區、職場，配合社區、職場婦女需求，提供民眾具可近性篩檢服務。

（３）主動通知民眾：督導參與「癌症醫療品質提昇計畫之醫院」及各縣市衛生單位，透過院（所）設置之主動提示系統，除協助來院民眾接受篩檢外，並主動通知民眾受檢。已將篩檢率列為縣市衛生局考評目標。

（三）有關肺癌防治措施，說明如下：

１、過去文獻已證實菸品為肺癌最主要的危險因子，因此患肺癌防治，仍以不吸菸和遠離二手菸為最好的策略。目前的菸害防制策略包括除建立吸菸行為調查與菸害防制策略評估的機制、擴大公共場所禁菸範圍等，亦透過學校、軍隊、職場、社區等場域及大眾媒體宣導菸品危害與落實無菸環境之重要性。此外。針對吸菸者亦推動二代戒菸、戒菸電話專線、戒菸班等服務，並持續推動菸捐之調漲。

２、目前國內男性吸菸率已由95年之39.6％下降至101年之32.7％，同時期女性則維持在4％，惟室內公共場所二手菸暴露率已由95年之34％降至101年之6.2％。

３、一般估計肺癌死亡率大約在推動菸害防制後20-30年開始下降。我國自86年起推動菸害防制工作後，目前國人肺癌年齡標準化死亡率由86年每十萬人29.2降至101年每十萬人25.4。

行政院複核意見

針對18歲以上吸菸率仍難有效降低問題，建議規劃調整菸品稅捐等各項措施，俾有效降低吸煙人口。101年共有20縣市推動高齡友善城市計畫，未來請將高齡友善融入於各面向之施政，以符合地方需求。

回應意見：

菸害防制法明訂，菸品健康福利捐（以下簡稱菸捐）額度應每兩年檢討一次，本部均依規定辦理。101年經專家評估，認有大幅調漲菸捐之必要，建議每包調高20元。本部業依規定報請行政院核定「菸害防制法第4條、第35條修正草案」，業於102年5月9日行政院第3346次會議決議通過，調漲菸捐20元。並經102年5月17立法院審查通過一讀。為期菸捐調漲於立法院順利審查通過，尚需各界支持，以提高菸品健康福利捐，俾有效降低吸菸人口。

行政院複核意見

101年共有20縣市推動高齡友善城市計畫，未來請將高齡友善融入於各面向之施政，以符合地方需求。

回應意見：

（一）本部國民健康署自100年度起訂有「高齡友善城市推動計畫」補助作業申請須知，以協助並鼓勵縣市政府推動高齡友善城市計畫，102年全國22縣市皆加入推動行列。該項補助作業規範縣市高齡友善城市之推動策略，需成立跨局處之推動委員會，由縣市長擔任召集人，定期召開會議並督導協調各局處將高齡友善納入施政核心，參照WHO高齡友善城市指南八大面向，進行轄區內長者需求評估及在地現況調查，針對城市中不利老年生活之問題，依其嚴重性，考量資源與改善的可行性，訂定具體改善計畫並執行。

（二）對於中央各部會因應高齡化的施政內容，鼓勵縣市加以整合落實，將高齡友善融入於各面向之施政。並發展地方特色計畫。

行政院複核意見

加速民眾取得安全有效之新藥等3項指標皆達成原訂目標，逐步提高民眾用藥及食品安全。為加強食品添加物業者管理，請積極與立法委員、民間團體溝通，尋求共識，以加速完成「食品衛生管理法」修正案，俾有效落實源頭管理。

回應意見：

（一）本部辦理2場次食品衛生管理法之修法座談會，彙整各界意見，酌予修正草案，並就爭議性條文與相關利益團體溝通協調，同時積極與立法委員溝通及說明法案內容，爭取共識，而能順利於102年6月19日修正公布「食品衛生管理法」，並據以於102年底「公告食品業者登錄管理辦法」及「食品及其相關產品追溯追蹤系統管理辦法」。於103年起，將優先針對食品添加物業者建立登錄及追蹤追溯系統，並積極輔導業者正確登錄食品添加物，同時加強監測食品中食品添加物，此外，賡續透過跨部會合作，防堵不當化學物質流入食品，以全面強化食品添加物之管理。

（二）函報立法院審議食品衛生管理法修正草案，明定食品業者使用或販賣之產品原材料、半成品與成品應自行檢驗或送其他實驗室檢驗，並落實輸入食品邊境查驗管理，以加強食品原料之管理。

（三）對於原料藥之管理，係以強化落實於原料藥查驗登記與DMF審查為重要措施，同時加強原料藥廠優良製造規範GMP稽查。

１、於101年12月12日函知廠商，大陸進口自用原料藥需檢附相關證明文件，包括藥品銷售證明書（原料藥）、 通過GMP原料藥廠查核之證明書、供應商提供原料藥DMF資料或其他可資證明為具DMF原料的文件等。

２、針對國內藥廠管理，於103年度施政計畫已增列「國內藥廠自用原料藥查核之符合率」之關鍵績效指標，102年完成116家藥廠共3,089個品項國內藥廠自用原料藥查核，符合率提升至約70％。並於102年完成14件非PIC/S會員國且非十大醫藥先進國之藥廠進行實地查廠；同時自101年全面啟動國外藥廠GMP後續定期檢查，迄今共註銷82件國外藥廠GMP核備。

行政院複核意見

兩岸衛生及醫藥交流日增，除強化中藥產品之品質及邊境安全外，如何強化來自中國大陸原料之食品、原料藥的品質及使用安全，後續宜有對應之強化措施及績效指標。

回應意見：

自101年8月1日起已實施10項中藥材邊境管理，紅棗、黃耆、當歸、甘草、地黃、川芎、茯苓、白芍、白朮及杜仲等10種進口量較大之中藥材，於邊境進口時，業者應檢附合格之檢驗證明文件，證明所申請進口之中藥材業經檢驗符合國內異常物質限量標準。另紅棗、黃耆、當歸及甘草等4種中藥材，除應檢附檢驗證明文件外，於邊境亦執行抽批檢驗等邊境把關之措施。截至102年12月底止，查驗完成3362件16,913公噸中藥材報驗通關案，2件黃耆不合格已辦理退運銷毀。

行政院複核意見

投保金額查核等3項指標皆達成原訂目標，惟3項評量指標均屬與健保制度相關之指標，與績效目標中之「推動長照保險制度」之目標內涵有落差，亦無從檢視長照保險制度之推動成效及執行情形，建議未來設定與績效目標適度連結之績效衡量指標。鑑於健全健保制度係未來重大施政方向，尤其「二代健保」自102年1月1日施行以來，外界對於補充保險費一直非常關注，包括保費收取是否公平合理、是否照顧弱勢等各種質疑接踵而至，請通盤進行檢討，並研議解決方案，以作為下一階段修法之參考。

回應意見：

（一）二代健保施行前及施行後，本部中央健康保險署除持續密集辦理宣導說明會，並對於無法參加說明會之單位，主動以Call-out方式再加說明，務使外界充分瞭解二代健保各項新制。特別是在宣導說明會表達：

１、補充保險費收取制度提升保費負擔公平性：針對超出投保金額4倍部分的獎金、非所屬投保單位給付的薪資所得或執行業務收入，股利所得、利息所得及租金收入等項目，計收補充保險費，以藉此降低以經常性薪資為費基的一般保險費率，已使勞務所得者間的負擔更趨公平合理。

２、補充保險費收取制度對弱勢族群的照顧措施：已規定兒童及少年、中低收入戶、中低收入老人、領取身心障礙者生活補助費或勞工保險投保薪資未達中央勞工主管機關公告基本工資之身心障礙者、在國內就學且無專職工作之專科學校或大學學士班學生（含研究生）及符合健保法第一百條所定之經濟困難者之兼職所得，單次給付未達基本工資者等免予扣費，使弱勢民眾打工兼職所得，免扣取補充保險費，爰未增加負擔。

３、為簡化扣費務人及投保單位補充保險費相關作業，已陸續研議開發各項便民措施，如單機版作業軟體、網路列印、郵寄繳款書、免憑證申報扣繳補充保險費明細等，期使民眾能方便辦理補充保險費相關業務。

（二）綜上，二代健保新制透過擴大費基，並適度降低一般保險費率，已大幅提升保費負擔之公平性，同時亦對弱勢團體之需求多所考量，並於新制度中配合調整因應。目前在保險對象、扣費義務人及投保單位均盡力配合辦理下，二代健保新制施行尚稱平順，補充保險費收繳狀況仍符合預期，惟仍賡續廣徵各界意見及建議，彙報本部二代健保總檢討小組，並定期召開會議，通盤研議、檢討各項政策及制度，作為未來修法之參考。

行政院複核意見

衛生專業人員認同參訓有助於未來業務執行之百分比等指標已達原訂目標，鑒於民眾對於衛生保健要求增加且隨著食品安全藥物管理、長期照護及全民健保等議題層出不窮，請持續檢討人力配置並加強專業能力，俾為因應。

回應意見：

（一）本部業已將本部所屬醫院聘用人員缺額45人移撥食品藥物管理署，並增加該署聘用人員43人，病報請行政院將將本部所屬醫院聘用人員缺額35人移撥國民健康署，另辦理長照業務20人，業經行政院同意暫免裁減，列出缺不補。

（二）為提昇同仁食品藥物管理、保健防疫、院內感染控制、長期照護、全民健保等專業能力，已辦理相關專業訓練，使同仁具備解決前開相關議題之專業知能。

**柒、行政院評估綜合意見**

一、精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益方面：全國50個醫療次區域已有40個醫療次區域具至少一家中度級（含）以上急救責任醫院及長照服務涵蓋率30.6％，有效精進醫療照護品質。有關長照服務請建立有效之績效指標以評估接受服務者之滿意度，加速完成「長期照護服務法（草案）」立法，並借鏡先進國家政策，建置完備之長期照顧服務體系。

二、協助弱勢族群，健全社會福利網絡方面：提升長期照顧、催收國民年金保險、推動保母托育管理、擴大中低收入戶照顧人數等工作成效獲致肯定，社會福利制度更趨健全。為完備保母托育管理之法制，建議儘速訂定「居家式托育服務登記及管理辦法」。針對國民年金繳費率偏低問題，請督導勞工保險局建立有效之催收機制。為協助弱勢族群建議主動篩選具有高風險之弱勢對象，即時提供協助；對於有能力就業之中低收入戶，建議提供就業服務，以協助其自立脫貧。

三、落實防疫整備，免除疫病威脅方面：有效降低愛滋病、結核病、本土登革熱及腸病毒等重症之發生率或致死率，3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種達成94％，減輕民眾遭受傳染病之威脅。102年暴發狂犬病疫情，人用狂犬病疫苗嚴重不足，顯示疫苗接種率會受國際疫苗供需失衡影響，建議除檢討改善疫苗採購作業、確保常規疫苗接種穩定推行外，其他緊急重大傳染病亦須預為因應。

四、強化治安工作，建構家庭暴力安全防護網方面：提升家庭暴力通報件數實施危險評估比率，有效降低家庭暴力傷害。經評估後之高度危險暴力家庭，如加害人係屬毒品、酒癮患者，建議提供戒治服務，避免暴力事件重演，並提供受害人身心治療。鑒於衛福部自102年7月23日成立，已結合衛生及社會福利業務，建議就各類高危險個案，包括家暴、性侵、兒少保護等，積極建立保護工作之聯繫及資源整合平臺，以利個案處遇服務。

五、營造友善健康支持環境，促進全民參與方面：經推動癌症篩檢工作，癌症五年存活率已提升3個百分點，男性癌症標準化死亡率下降2.3個百分點，成效值得肯定。為提升癌症防治績效，建議進一步瞭解近幾年未曾參與篩檢族群之限制因素是否改變，以研擬對策；鑒於近年肺癌發生率有升高趨勢，建議列入癌症防治項目；另國內青少年吸菸率居高不下，尤其18歲以下吸菸情形更不容忽視，建議將青少年菸害防治列為重點工作。面對電子菸產品不斷推陳出新，搶攻青少年族群市場，建議儘速會商相關機關建立管理機制。另涉及調高菸捐及菸稅之「菸害防制法修正草案」，請儘速與立法院協商通過。

六、制定科技研發政策，發展醫藥生技方面：科技計畫研究成果已促成醫管、醫資、醫材及藥品等產業跨域合作及利用技術移轉給廠商進行產品之開發產生經濟效益，確有成效。建議進一步透過「臺灣生技產業起飛行動方案」之推動，讓臺灣生技品牌於國際上建立知名度，提高全球市場占有率。

七、促進國際交流與合作，促成國際接軌方面：透過參與國際衛生組織及推動國際衛生合作機會，讓國際社會逐步肯定臺灣醫療衛生實力。未來仍請持續擴大參與WHO之會議及活動，並加速推動自由經濟示範區國際健康推動計畫，行銷臺灣優質醫療，以利發展臺灣特色之國際健康產業。

八、強化食品藥物管理，保障民眾健康方面：雖完成食品添加物修正品項，達成與國際接軌目標，惟強化食品藥物管理受限指標項目，尚有多項重要業務如強化食品藥物之源頭及上市後流通管理等未能列入評核，仍請持續與農委會、環保署及經濟部等跨部會合作加強執行。為保障民眾使用中藥材之安全衛生，請逐步擴大實施邊境管理，透過「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」等協商機制，要求業者落實企業責任及嚴格檢驗。

九、永續健保制度，推動長照保險制度方面：102年實施以糖尿病、氣喘、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6項論質計酬方案，及綜合醫師評量與醫院成本，調升521項診療項目之支付點數、151項診療項目之兒童加成等支付標準，逐步改善不當醫療給付，惟「論質方案」推動初期，以受益人數為績效指標，尚屬可行，未來宜導向以受益病患之照護品質作為績效指標。醫療品質公開之實質效益，在於是否對於醫療行為與就醫行為產生影響，仍待觀察評估，建議進行滿意度調查，以做為政策參考。

十、發展衛生人力資源，提升組織量能方面：提升年度考試及格錄取人員進用比例及辦理之衛生專業人員訓練，已有效提升組織量能及專業人員能力。