

# 衛生福利部 104 年度施政績效報告

公告日期：105 年 05 月 17 日

## 壹、前言

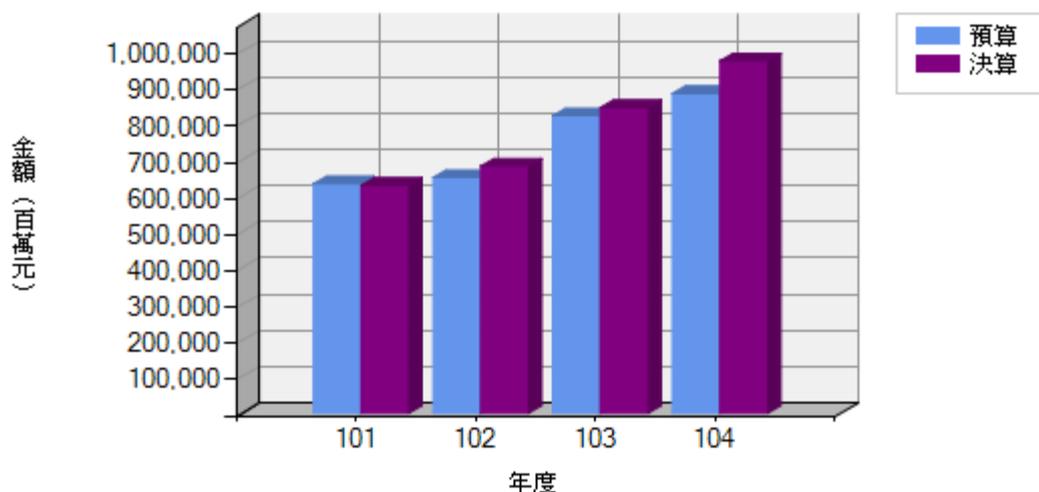
一、為維護全民健康與福祉，本部自 102 年 7 月 23 日成立，持續秉持著全球化、在地化、創新化的思維，整合社會福利及衛生醫療資源，用心規劃未來藍圖，從福利服務輸送、關懷弱勢、醫療照護、全民健保、健康促進、疫病防治、食品藥物管理等攸關全民福祉之議題，擬定整合連續性之公共政策，期能提供完善且一體之服務，以「促進全民健康與福祉」為使命，以「最值得民眾信賴的部會」為願景，期讓全民更幸福、更健康。爰此，為達成前述使命和願景，本部配合本行政院 104 年度施政方針，配合中程施政計畫及考量核定預算額度，並針對經社情勢變化及本部未來發展需要，編定本部 104 年度施政計畫，訂定「健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群」、「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」、「完善高齡照顧體系，建構友善老人環境」、「促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡」、「營造友善健康支持環境，促進全民參與」、「落實防疫整備，免除疾病威脅」、「加強國際交流合作，達成國際接軌」、「推動衛生福利科技，精進政策論證基礎」、「強化食品藥物管理，保障民眾健康」、「健全社會保險制度，強化自助互助機制」、「提升組織量能」、「自由經濟示範區推動計畫」、「改善所得分配具體方案」、「跨域增值公共建設及科技發展財務規劃方案」等 14 項關鍵策略目標，並在各評量項目項下，設定 61 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 104 年度施政績效報告共含括 68 項衡量指標。

二、為辦理本部 104 年度施政績效評估作業，由次長邀集學者專家及本部綜合規劃司、會計處代表擔任審查委員，並請各業務單位提報自評報告及送請審查委員進行書面審查，接續分別於 105 年 1 月 14 日、105 年 1 月 20 日、105 年 1 月 27 日及 105 年 1 月 29 日召開 4 場評核會議，邀請相關領域專家學者（含公共衛生、醫政、護理、防疫、保健、社會保險、社會福利等）到場實地查證，由各項施政績效指標之主辦單位報告執行情形、推動成果、檢討作為及未來規劃。

三、經由學者專家審慎評核及檢討，對於本部同仁的努力成果及 104 年施政績效指標之達成情形表示肯定。本部 68 項指標，經學者專家逐項討論評核後，結果為 60 項綠燈（績效良好），占 88.24%；6 項黃燈（績效合格），占 8.82%；2 項白燈（績效不明），占 2.94%。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，或績效目標極具挑戰性，致績效成果未能彰顯。惟嗣後本部各主辦單位將更積極辦理，並將參酌學者專家之審查意見，檢討年度施政績效指標，擬訂更具體且妥適之績效衡量標準，期藉由績效指標之達成，提升本部整體施政量能。

## 貳、機關 101 至 104 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	101	102	103	104
合計	預算	633,874	651,197	822,088	883,556
	決算	629,863	682,838	844,996	973,896
	執行率 (%)	99.37%	104.86%	102.79%	110.22%
普通基金(總預算)	預算	80,837	76,218	142,116	177,574
	決算	80,233	75,627	137,215	176,013
	執行率 (%)	99.25%	99.22%	96.55%	99.12%
普通基金(特別預算)	預算	6,517	0	0	0
	決算	5,653	0	0	0
	執行率 (%)	86.74%	0%	0%	0%
特種基金	預算	546,520	574,979	679,972	705,982
	決算	543,977	607,211	707,781	797,883
	執行率 (%)	99.53%	105.61%	104.09%	113.02%

\* 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

本部為維護全民健康與福祉，整合社會福利及衛生醫療資源，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，擬定公共政策，期能廣續提供完善之服務。本部 104 年度預決算較上年度增加之主因，係因增列政府應負擔健保費法定下限及中央應負擔國民年金款項不足數，致增加預算編列及執行所致。另有關特種基金執行率超過預算數，係因全民健康保險基金推估 104 年度保險收支結餘數，較原依承保、財稅資料及經濟情勢推估之預算數增加，致依健保法第 76 條規定提存安全準備金額隨同增加；及國民年金保險基金投融资成本實際數較預算數增加，爰有執行率超過 100% 之情形。

## 三、機關實際員額

年度	101	102	103	104
人事費占決算比例(%)	0.82%	0.75%	0.67%	0.58%
人事費(單位：千元)	5,145,567	5,105,973	5,627,227	5,623,782
合計	4,616	5,374	5,369	5,368
職員	4,055	4,776	4,779	4,824
約聘僱人員	105	150	178	168
警員	10	10	10	10
技工工友	446	438	402	366

\*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：健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群。

### 1. 關鍵績效指標：納入低收入戶及中低收入戶照顧人數

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	2.5	2.5	3
實際值	--	12.4	5.6	2.94
達成度(%)	--	100	100	98
初核結果	--	★	★	★
複核結果	--	★	★	▲

衡量標準：

(本年度低收入戶及中低收入戶照顧人數) ÷ (全國當年度總人數) × 100%

績效衡量暨達成情形分析：

截至 104 年 9 月底收入戶及中低收入戶照顧人數總計 690,843 人，佔全國當年度總人口 2,346 萬餘人之 2.94%，接近目標值 3%

### 2. 關鍵績效指標：健全社會工作制度及充實地方政府社工人力

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	80
實際值	--	--	--	80
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

辦理社會工作師申請繼續教育積分審查採認件數 2,100 件達成率×30%+辦理專科社工師分科甄審試務達成率×30%+104 年度社工納編員額率×40%

績效衡量暨達成情形分析：

104 年辦理社會工作師申請繼續教育積分審查採認件數計 2,267 件，並完成辦理專科社工師分科甄審試務委託作業（於 104 年 9 月 1 日與受託團體完成簽約事宜及部分交付項目），另 104 年度完成當年度應納編社工員額計 214 名，達成目標值 80。

### 3.關鍵績效指標：社區保母系統保母人數

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	36,000
實際值	--	--	--	48681
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

社區保母系統之保母人數（含親屬）

績效衡量暨達成情形分析：

#### （1）績效指標之創新性：

A.103 年 12 月 1 日實施「居家式托育服務提供者登記及管理辦法」，包括居家式托育服務提供者之收托數、服務內容、登記流程、收退費項目及主管機關審核、檢查、輔導等，皆依兒童及少年福利與權益保障法及前開辦法明文規定。

B.配合登記制度開辦，完成建置「托育人員登記管理資訊系統」，透過托育人員個人資料授權提供家長自行媒合管道，家長可藉由資訊系統搜尋已領有托育服務登記證書之托育人員。

C.透過托育人員登記管理資訊系統，登錄托育人員收退費資訊，並督導地方政府依居家式托育服務提供者登記及管理辦法規定訂定收退費基準並公告轄內收費情形，提供家長透明收費資訊；另連結於托育人員登記管理資訊系統，方便民眾查詢。

#### （2）挑戰性：

A.登記制實施後居家托育服務已入法管理，惟因對於托育環境進行安全檢核嚴謹，及托育人員因對於法令不熟悉，申請服務登記證書尚有疑慮。

B.配合行政院核定「建構托育管理制度實施計畫」辦理就業者家庭部分托育費用補助，其中親屬托育人員增加快速，申請托育費用補助金額逐年提高，加重委辦托育服務單位工作負荷。

(3) 年度目標值及達成度：

A.年度目標值：社區保母系統之保母人數(含親屬)3萬6,000人。

B.達成度：截至104年12月31日止全國領取居家托育服務登記證書托育人員計2萬2,933人，親屬托育人員2萬5,748人，合計4萬8,681人，已達成原定目標，達成度135%。

4.關鍵績效指標：父母未就業家庭育兒津貼涵蓋率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	92
實際值	--	--	--	180
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

育兒津貼涵蓋率 = (當年度育兒津貼發放人數/當年度預估符合育兒津貼請領人數) × 100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 創新性：

為避免受補助兒童因跨縣市戶籍異動，行政作業銜接影響請領權益，建議系統與人口通知之標準作業流程。包括調整中央育兒津貼管理系統，新增「外縣市戶籍遷移受理作業」功能，除提醒新戶籍地縣市有新案件遷入外，並請新戶籍地縣市須於申請截止日前主動通知民眾重新提出申請；對於未使用系統之縣市，則請原戶籍地縣市以「密件」函送新戶籍地縣市該兒童案件之調查表，由新戶籍地縣市主動通知民眾重新提出申請。另考量調查表包含民眾諸多個資，將於調查表註記行政機關運用該表應以密件處理，以維民眾個資安全，確保民眾請領權益。

(2) 挑戰性：

A.本計畫實施以來各界質疑之處，包括未就業認定爭議、誘導女性離開職場、無助於提升生育率、排富門檻過於寬鬆，以及雙(單)親就業且親屬托育之家庭未納入補助對象等，其中針對親屬照顧家庭未獲政府協助，迭有建議整合父母未就業家庭育兒津貼及保母托育費用補助，以落實對全體0-2歲兒童之照顧。本部於103年10月至104年2月間，委請台灣大學薛教授承泰依據各界意見，進行分析評估，提供政策建議；本部亦於104年召開4次會議，邀請地方政府、專家學者共商，蒐集意見與研擬續期計畫。因本計畫於104年屆期，本部於104年6月15日函報行政院第二期計畫，復依行政院104年9月4日核復意見修正計畫內容及延長期程至107年，經行政院104年12月14日核定

後續以辦理；此外，本計畫並於 104 年 12 月進行滿意度調查，以掌握民意，確保計畫內容貼近民眾需求。

B.另本計畫業納入國發會「完善生養環境方案（草案）」，將評估未來將與現行各類育兒相關津貼補助整合之可行性，期朝透過社會保險或其他適當機制，減輕育兒負擔。

### （3）年度目標值及達成度：

A.藉由發放育兒津貼與推動親職教育雙軌並行，期適度減輕家庭照顧兒童之經濟負擔，並提升父母親職知能，強化家庭照顧功能。

B.育兒津貼涵蓋率=（當年度育兒津貼發放人數/當年度預估符合育兒津貼請領人數）×100%，104 年度=255,722/142,000×100%=180%。

C.績效衡量暨達成情形分析：育兒津貼 101 年核定，預估每年請領人數 142,000 人，因育兒津貼行之有年，目標對象幾已全數納入補助，績效目標值為 180%。

### （4）效益：

A.本計畫實施以來，歷年均已達到目標值，且補助人數逐年提升，由 101 至 103 年成長 4 萬 6,000 餘人；涵蓋率逐年攀升，由 101 至 103 年成長約 15 個百分點，確有達到政策目標。目標對象幾已全數納入補助，涵蓋率趨於穩定，104 年補助 25 萬 5,722 名兒童，補助金額 50 億 4,509 萬餘元。

B.又依據國家發展委員會 101 年中推計顯示，101 年至 103 年每年出生人口數分別為 229 萬、200 萬及 192 萬人，期間經龍年及建國百年政府推出鼓勵措施帶動結婚潮等因素影響，每年實際出生人口數，均較中推計為高，甚至 101 年及 103 年亦較高推計人口數為多，且 101 年龍年回升幅度亦超過 89 年千禧龍年的回升量，顯見政策效果。

C.依 104 年育兒津貼滿意度調查報告顯示，有 83%的民眾對本部在推動育兒津貼表現表示滿意；有 82%的民眾對育兒津貼有助於減輕家庭負擔表示同意。

## 5.關鍵績效指標：推動身心障礙鑑定與需求評估新制

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	100
實際值	--	--	--	187
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

辦理新申請者、申請重新鑑定者、原領有手冊註記效期者之新制鑑定、需求評估及換證作業，預計完成 16 萬人

## 績效衡量暨達成情形分析：

(1) 本計畫於 101 年 7 月 11 日起全面實施，102 年度計有 37 萬 1,656 件，103 年度計有 22 萬 5,369 件，104 年度計有 29 萬 9,325 件，已達原訂目標值， $299,325/160,000=187\%$ 。

(2) 截至 104 年 12 月底，受理 89 萬 6,350 件身心障礙證明之申請、核發證明 68 萬 6,568 件，辦理需求評估 76 萬 4,309 件，整體而言，達成度已達 100%。

(3) 104 年度目標挑戰性：身心障礙鑑定及需求評估新制自 101 年 7 月 11 日施行。新制以團隊方式進行鑑定與需求評估，並以單一窗口方式主動為民眾提供個別化、多元化的福利服務，與原身心障礙分類方式不同，且鑑定及福利服務提供方式亦有大幅度變革。

(4) 104 年度重點工作及成果：

A. 為滿足不同生涯階段身心障礙者需求，主動提供所需之福利與服務，賡續推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，建構更完善之身心障礙服務措施

B. 自 100 年起辦理需求評估人員之教育訓練，截至 104 年 12 月底止，辦理 43 場次教育訓練，培訓 325 位需求評估人員。

C. 104 年辦理新申請者、申請重新鑑定者、原領有手冊註記效期者及執永久效期手冊者之新制鑑定、需求評估及換證作業，完成 29 萬 9,325 人。

(二) 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級以上急救責任醫院之完成率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	70	80	85
實際值	--	80	82	86
達成度(%)	--	100	100	100
初核結果	--	★	★	★
複核結果	--	★	★	▲

衡量標準：

(至少有一家中度級以上急救責任醫院之次醫療區域 ÷ 全國次醫療區域數) × 100% 【註：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：

全國共計 50 個次醫療區域，目前 43 個次醫療區域已有中度及以上急救責任醫院 ( $43/50=86\%$ )，達成度 100%。

2.關鍵績效指標：簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並註記於健保卡達成率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	28
實際值	--	--	--	32
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並註記於健保卡累計人數

績效衡量暨達成情形分析：

累計簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並註記於健保卡人數約為 32 萬人，達成度 100%。

3.關鍵績效指標：接受「臨床醫事人員培訓計畫」之受訓人數比例

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	75
實際值	--	--	--	83.94
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

$(\text{年度教學醫院新進醫事人員接受臨床醫事人員訓練人數} \div \text{年度教學醫院新進醫事人員總人數}) \times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

104 年執行計畫之 137 家教學醫院中，有 7,855 位人員符合補助資格，而符合補助資格之新進醫師、醫事人員（扣除非當年度執登之新進受訓人員數）且實際接受補助者計有 6,594 人，具補助資格且接受訓練之比率達 83.94%，達成度 100%。

4.關鍵績效指標：護理執業人數增加比例

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	75
實際值	--	--	--	178
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★

複核結果	--	--	--	★
------	----	----	----	---

衡量標準：

自 102 年起護理人力增加人數÷(至 105 年需增加目標人數 9200 人) ×100%

績效衡量暨達成情形分析：

透過本部持續推動護理改革策略，改善護理執業環境與減輕工作負荷，促使護理人員留任及回流，截至 104 年底全國護理人員執業人數已達 15 萬 3336 人，較 101 年底增加 1 萬 2329 人，達成率為 178%。

#### 5.關鍵績效指標：全國一般護理之家及產後護理之家管理

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	90
實際值	--	--	--	93.82
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

機構評鑑完成率 = (截至當年度參與評鑑之機構家數 ÷ 全國機構家數) × 100%

績效衡量暨達成情形分析：

截至 104 年度參與一般護理之家評鑑之機構家數 467 家，全國一般護理之家 491 家，機構評鑑完成率 95.11%。截至 104 年度參與產後護理機構評鑑之機構家數 186 家，全國產後護理之家 201 家，機構評鑑完成率 92.53%，均達原訂目標值。

#### 6.關鍵績效指標：原住民及離島地區養成公費生返鄉服務人數

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	10
實際值	--	--	--	18
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

原住民及離島地區養成公費生返鄉服務人數，102 年 8 人，103 年目標值為 9 人，104 年目標值 10 人。

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 102 年度公費生返鄉服務數預計 8 人，實際 8 人（含醫師 4 人），達成率 100%

(2) 103 年度公費生返鄉服務數預計 9 人，實際 16 人（含醫師 8 人），達成率 100%

(3) 104 年度公費生返鄉服務數預計 10 人，實際 18 人（含醫師 8 人），達成率 100%

#### 7. 關鍵績效指標：原住民地區及離島衛生所醫療資訊電子化(HIS/PACS)

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	7
實際值	--	--	--	11
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

原住民地區及離島衛生所醫療資訊電子化新增家數（HIS：3 家，PACS：4 家）

績效衡量暨達成情形分析：

至 104 年原住民地區及離島衛生所醫療資訊電子化新增家數共計 11 家（HIS：5 家，PACS：6 家），已達成年度預定目標數。

#### 8. 關鍵績效指標：診所洽接電子病歷雲端閘道器服務中心

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	500	5,000
實際值	--	--	192	3700
達成度(%)	--	--	38.4	74
初核結果	--	--	▲	□
複核結果	--	--	□	□

衡量標準：

國內診所導入電子病歷雲端服務連結及調閱之基礎功能

績效衡量暨達成情形分析：

104 年度已完成 192 家衛生所及 3,700 家診所介接電子病歷交換中心，因本案預算遭立法院凍結，致推動期程稍有延遲。惟至 104 年底本案業已完成 3,700 家診所介接電子病歷雲端閘道器服務中心，並持續辦理 105 年度「推動診所電子病歷互通案」以擴充診所介接電子病歷雲端閘道器服務中心。

9.關鍵績效指標：本部所屬綜合醫院辦理急性後期照護服務之醫院家數比例

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 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：

(本部所屬綜合醫院辦理急性後期照護服務家數÷本部所屬綜合醫院家數) ×100%

績效衡量暨達成情形分析：

本部所屬醫院自 98 年起逐步推動急性後期照護服務，藉由串聯急性醫療、護理之家、日間照護、居家照護等跨專業團隊，建構無縫式的健康照護服務鏈，協助急性病患日常生活功能之恢復，在照護過程中，同時提供返家衛教指導及居家照護安排，照護服務結束後，由個案管理師定期追蹤。目前本部 20 家所屬綜合醫院皆辦理急性後期照護服務，完成率達 100%。

10.關鍵績效指標：提升身心障礙牙科醫療服務之可近性

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	18	22
實際值	--	--	19	18
達成度(%)	--	--	100	81.82
初核結果	--	--	★	▲
複核結果	--	--	▲	▲

衡量標準：

全國接受獎勵辦理身心障礙牙科之縣市數

績效衡量暨達成情形分析：

104 年辦理「身心障礙特殊需求者口腔整合性照護計畫」，獎勵 18 個縣市（除基隆市、新竹縣、嘉義市及金門縣無醫院申請外，其餘縣市皆有獎勵醫院），共計 30 家醫院（含 7 家示範中心及 23 家一般醫院）辦理特殊需求者牙科醫療服務，指標達成率約 81.82%。

(三) 關鍵策略目標：完善高齡照顧體系，建構友善老人環境。

1.關鍵績效指標：提升老人福利服務量能

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
----	--------	--------	--------	--------

原訂目標值	--	--	--	57
實際值	--	--	--	70.74
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

社區照顧關懷據點數量達 3,500 個之達成率 = (當月累計據點數量 ÷ 3500) × 100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 截至 104 年 12 月底止，本部社家署已補助民間單位、村里辦公處於全國設置 2,476 個社區照顧關懷據點，提供在地長者關懷訪視、電話問安、餐飲服務、健康促進及轉介服務，距 3,500 個據點之達成率達 70.74%，高於原訂目標值。

(2) 104 年度目標挑戰性：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。

(3) 104 年度重點工作及成果：本署積極鼓勵民間各單位共同響應推動高齡社區預防照顧的政策，發揮社區自助互助照顧功能，結合在地資源關懷照顧老人，設置社區照顧關懷據點，就近提供老人所需健康促進、關懷訪視、餐飲服務及電話問安等多元服務，並補助辦理成果展及種子教師人員培訓，落實在地老化及社區營造精神，建立社區自主運作模式。

(4) 截至 104 年 12 月底止，全國共計 2,476 處社區照顧關懷據點，就近提供老人所需服務，逾 21 萬名老人受益。另引進跨部會資源，使各縣市辦理社區照顧關懷據點業務，可配合行政院農業委員會農糧署發放社會救助米。業於相關聯繫會議及輔導訪視時宣導據點經費核銷作業簡化，減輕據點行政負擔。

## 2. 關鍵績效指標：長照服務涵蓋率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	30	33	40
實際值	--	30.6	33	35
達成度(%)	--	100	100	87.5
初核結果	--	★	▲	▲
複核結果	--	★	▲	▲

衡量標準：

長照服務涵蓋率 = (長照十年服務人數 ÷ 失能老人推估人口數) × 100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，保障失能者能獲得適切的服務，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。

(2) 為整合長照服務資源，本部協助建立地方照顧管理制度，已輔導 22 個縣市設置 62 個長期照顧管理中心及其分站，作為受理連結及輸送長期照顧服務之單一窗口。

(3) 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% 提升至 104 年 12 月底 35%（成長 15.2 倍、比 103 年全年成長 1.05 倍）。

### 3.關鍵績效指標：長照社區服務(服務據點及日照中心)

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	71	63
實際值	--	--	73	77
達成度(%)	--	--	100	100
初核結果	--	--	▲	★
複核結果	--	--	▲	★

衡量標準：

(日照中心及服務據點累積數/105 年預計達成日照中心及服務據點總數) x100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 服務據點：為提升失智症社區服務普及性，擴增失智症長照服務量能，自 103 年辦理獎助設置失智症社區服務據點，至 104 年已設置 27 處，累計至 12 月共服務 6,450 人數，辦理健康促進活動計 2,173 場計 25,055 人次、提供電話關懷共 10,982 人次、關懷訪視 2,813 人次、社區宣導 497 場計 25,104 人次、提供家屬照顧者教育訓練及支持團體之服務共 798 場次計 8,531 人次。

(2) 日照中心：截至 104 年 12 月佈建 220 所多元日間照顧服務資源，於 104 年輔導各縣市政府佈建日間照顧中心/日間托老服務計 50 家。104 年度新開設 27 所日間照顧中心及 23 所日間托老據點。

### 4.關鍵績效指標：保障中低收入老人口腔健康權益

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	36000
實際值	--	--	--	39634
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

累計接受補助裝置假牙中低收入老人人數

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 本計畫 98 年度服務人數計有 6,551 人，99 年度計有 6,438 人，100 年度計有 6,008 人，101 年度計有 6,033 人，102 年計 5,002 人受益，103 年計 5,790 人受益，104 年 9 月底計 3,812 人受益，總計 3 萬 9,634 人，已達到原訂目標值。

(2) 另查截至 104 年 9 月中低收入老人計 12 萬 3,307 人，倘以國民健康署調查統計老人全口無牙比率 26.1% 估算約 3 萬 2,183 人，98 年至 104 年 9 月底已補助 3 萬 9 千餘人。整體而言，涵蓋率已達 100%。另有關老人對於本項服務措施之滿意程度，按各縣市政府調查結果顯示整體計畫滿意度平均達 8 成以上。

(3) 104 年度目標挑戰性：本計畫自 98 年度開始編列預算補助中低收入老人裝置假牙，各直轄市、縣（市）政府並需配合自籌經費辦理。

(4) 104 年度重點工作及成果：為保障弱勢老人口腔健康，擴大照顧弱勢，本計畫逐年擴大補助對象及補助項目，104 年補助低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有身心障礙者生活補助費、經各級政府全額補助收容安置、經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50% 以上之老人裝置假牙。

#### 5. 關鍵績效指標：高齡友善健康照護機構認證家數

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	98
實際值	--	--	--	206
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

通過高齡友善健康照護機構認證家數

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 104 年已達到 206 家機構通過高齡友善健康照護機構認證（含 153 家醫院、25 家衛生所、28 家長期照護機構），目標達成度為 103%。

(2) 目標挑戰性：100 年自醫院開始施行高齡友善健康照護機構認證作業，101 年擴展至診所（醫療群）、長期照護機構等其他健康照護機構，因認證標準包含「醫院」、「病人」等文字，初期非醫院類型照護機構認為標準不適用，故申請認證意願較低。本署於 103 年 12 月 16 日辦理「103 年高

齡友善健康照護機構認證委員共識營」，特邀請護理及健康照護司、社會及家庭署、醫療及社會福利機構管理會、國軍退除役官兵輔導委員會、102 年度老人福利機構評鑑委員、實地訪查委員等相關人員與會，共同檢視並修訂認證標準，以提升認證標準對健康照護機構之適用性。

(3) 104 年重點工作及成果：

A.99 年參考世界衛生組織之高齡友善照護三大原則以及健康促進醫院標準，推動國際第一個高齡友善健康照護機構認證，至 104 年底有 206 家機構（153 家醫院、25 家衛生所及 28 家長期照護機構）通過認證；另 26 家衛生福利部所屬醫院及 6 家部所屬老人之家已全數通過認證。

B.為協助並鼓勵各層級機構申請認證，104 年 3 月 31 日、5 月 28 日及 6 月 30 日分別於南部、北部及高屏地區各辦理一場「高齡友善健康照護機構認證說明會暨教育訓練」，出席人數分別為 157 人（87 個單位）、170 人（79 個單位）、154 人（65 個單位）。

C.補助衛生局辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，104 年共有 50 家機構自選議題為「高齡友善健康照護」。

D.102 年 5 月於 WHO 健康促進醫院國際網絡會員大會提案通過並升格為「Task Force on HPH and Age-friendly Health Care」（健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會），未來將發展國際可適用之高齡友善健康照護架構，並自 104 年起邀請我國高齡友善健康照護機構加入成為國際委員會之一般會員，至 104 年 11 月底，已有 138 家機構申請加入。另積極參與健康促進國際研討會，分享我國推動高齡友善健康照護政策成果，展現我國衛生專業影響力。103 年獲希臘、愛沙尼亞及奧地利健康促進醫院網絡表達有意參考推動，104 年已於愛沙尼亞 2 家醫院中試用高齡友善健康照護架構，奧地利及希臘網絡正規劃推動中。

E.為鼓勵機構持續推動高齡友善健康照護，於 104 年 9 月 12 日及 9 月 18 日各辦理 1 場 104 年「高齡友善健康照護專業訓練課程」（中部場、北部場），提供機構之相關領域醫護人員受訓，分別計有 116 人（60 個機構）、123 人（35 個機構）出席。

F.104 年 11 月於哈佛商業雜誌刊登「國民健康署高齡友善健康照護 活躍老化 健康不老」，傳播推動高齡友善健康照護機構認證成果。

G.自 100 年起每年辦理高齡友善健康照護機構典範選拔、創意提案及徵文比賽，並辦理「高齡友善健康照護機構推動成果發表會」，頒發獎項及授證予通過認證之機構，會中並安排得獎單位分享推動經驗，提供標竿學習與交流之平台。104 年由彰化基督教醫院獲得典範獎、光田綜合醫院獲得友善服務獎、馬偕紀念醫院獲得組織再造獎、中國醫藥大學附設醫院獲得友善環境獎，成果發表會共計有 410 人（174 個單位）參加。

6.關鍵績效指標：醫療院所結合社區關懷據點，辦理各項老人健康促進活動之結合率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	95
實際值	--	--	--	96

達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

(衛生所或醫療院所結合關懷據點，辦理各項老人健康促進活動據點數) ÷ (全國社區關懷據點數)

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 104 年醫療院所或衛生所結合社區關懷據點，辦理各項老人健康促進活動之結合率已達 96%，目標達成度 101%。

(2) 目標挑戰性：

A.104 年 9 月我國 65 歲以上老人人口比率已達 12.34%，老化速度急遽增加。根據研究調查顯示，老人有規律運動習慣者，男占 57.3%、女占 55.6% (103 年)；每日攝食 3 蔬 2 果之比率，男 12.7%、女 12.5% (103 年)；跌倒盛行率，男 15.3%、女 17.5% (102 年)；自殺死亡率 15.2/10 萬人口 (103 年)；老人社區活動參與，男 42.3%、女 42.2% (102 年)；另 86.3% 老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，最常見的疾病為高血壓 (55.3%)。

B.為促進老人健康，本署結合社政、衛政資源，推動各項老人健康促進活動，101 年醫療院所、衛生所已結合 1,473 個社區關懷據點，結合比率占全國關懷據點 85% 以上，104 年已被結合有 1920 個社區關懷據點，結合比率上升至 96%。雖據點數逐年增加，衛政、醫療 (醫院、診所) 單位仍應與社區關懷據點合作並建立永續發展模式，辦理各項健康促進活動，促進長者健康。

(3) 104 年重點工作及成果：

A.因應高齡社會之來臨，為提升長者之生活品質，維持長者獨立、自主之健康生活，本署推動衛生局所、社區醫療機構，結合社區照顧關懷據點等資源，以影響老人健康、預防失能最重要 8 個項目 (老人防跌、規律運動、健康飲食、心理健康促進、口腔保健、菸害防制、社會參與、健康檢查與篩檢服務運動) 及失智症預防宣導等議題，依社區老人特質與需求，辦理各項老人健康促進活動，以降低老人依賴程度，並能積極參與社會，再度成為有用的社會資產。

B.104 年全國 22 縣市政府衛生局、322 家衛生所及 396 家醫療院所已經結合 1920 個社區照顧關懷據點，辦理各項老人健康促進活動，醫療衛生體系結合比率已占全國關懷據點之 9 成 6，達成年度目標，且較 101 年 (結合有 1,473 個據點) 增加 448 家。

C.各衛生局 (所) 或醫療院所在社區辦理老人健康促進活動，會依活動性質安排 1 至 2 項以上議題，其中辦理最多的議題為健康服務 (如量血壓、量腰圍、健康諮詢等服務)，其次為用藥安全及慢性病衛教宣導 (如三高或慢性腎臟病等)、規律運動；累計 104 年度各類課程、活動高達 6000 場次，接觸活動民眾超過 97.2 萬人 (男性 37.7 萬人、女性 59.4 萬人)，遠較 103 年之 31.9 萬人 (男性 11.5

萬、女性 20.5 萬人) 成長 3 倍，顯示整合衛政、醫療與社政資源，布建社區高齡健康促進網絡之策略，有助於加速實現活躍老化。

## 7. 關鍵績效指標：建構我國活躍老化指標架構

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	30
實際值	--	--	--	33
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

活躍老化指標數（以歐盟活躍老化 4 大面向指標為基礎，依據我國國情，擬定我國活躍老化指標）

績效衡量暨達成情形分析：

（1）評估 AAI（Active Ageing Index）量化指標的操作型定義後，提出 TAAI（TAAI；Taiwan Active Ageing Index）初稿；邀請產官學各界代表以德菲法及專家會議獲得指標架構與指標之共識，加上老年焦點團體的意見，以研提 TAAI。

（2）以層級分析法計算 TAAI 應有權重。最後完成我國活躍老化指數架構 TAAI 之建立，於提出 TAAI 初稿，再經專家或老人代表人數達 37 位，共舉辦德菲法會議（25 位專家）兩次，專家會議（6 位專家）一次，老人焦點團體（6 位老年代表）一次，對 TAAI 初稿指標提出修正建議。

（3）原歐盟活躍老化指標架構 AAI（Active Ageing Index）有四大面向 22 個指標；本土性活躍老化指標架構（TAAI；Taiwan Active Ageing Index）修正後之建議指標維持四大面向，亦維持原有 33 個指標，包括就業（4 個指標）、社會參與（5 個指標）、獨立健康安全的生活（14 個指標）、活躍老化的潛力與支持環境（10 個指標），以及提出指標的區位層次及收集資料層次架構，另對每一指標之既有出處及新題目之建議題目，亦已整理以供後續研究參考。

（4）建置本土性活躍老化指標架構目的之一在於能與歐盟進行比較，指標架構建置包含個體層次與社區層次之資料，並且採用同等權重方式處理，然由於各指標蒐集的頻率，及本土性活躍老化指標未來發布的頻率並不相同，日後確實依本國情形建置完成本土性之指標，勢必將有部分題目為新增或資料來源需進行調整，則所得出之數據，需再考慮與歐盟之數據結果具完全的可比性，故未來研究除了歐盟指標外，應參考世界其他各國亦有建構活躍老化指標的經驗，並考慮依本國情形建置完成本土性之指標，俾提升新增題目或資料來源需進行調整的部分及據此所得出之數據，與歐盟及世界其他各國之數據結果的可比較性。

（5）104 年重點工作及成果：

A. 完成國內外文獻回顧。

B.AAI 量化指標之操作型定義及可行性：邀請不同專家進行德菲法進行問卷發展，就本土性適用疑慮、操作定義及資料可獲取性等，進行意見整合，探討研究本土指標之完整性與可行性，且提出 33 項本土指標，以及具體且具彈性之指標運用原則。

C.達成我國活躍老化指標初步架構建立。

(四) 關鍵策略目標：促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡。

#### 1.關鍵績效指標：老人憂鬱症篩檢率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	10
實際值	--	--	--	15.06
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	▲
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

預計 104 年至 105 年每年提供老人憂鬱症篩檢人數為前一年底 65 歲以上人口數之 10%

$(\text{年度 65 歲以上憂鬱症篩檢人數}) \div (\text{前一年底 65 歲以上人口數}) \times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

為促進全民心理健康，本部依據自殺死亡統計數據，老人自殺死亡率為各年齡層之最高，且參考台灣相關研究顯示社區老人憂鬱行率約 20%，為早期發現憂鬱傾向老人，以早期介入處理，避免老人自殺率攀升，督導各縣市政府衛生局辦理老人憂鬱篩檢，並提供篩檢後之轉介服務，讓受憂鬱症所苦的老人提早篩檢，並得到適當轉介及治療，以預防自殺。總計 104 年度共計篩檢 42 萬 2,955 人次，篩檢率達 15.06%，指標達成率約 100%。

#### 2.關鍵績效指標：替代治療藥癮個案留置率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	60
實際值	--	--	--	58.3
達成度(%)	--	--	--	97.17
初核結果	--	--	--	▲
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

替代治療個案留置率 (%)

(留置人數／收案人數)×100%。

績效衡量暨達成情形分析：

104 年 1-12 月參與替代治療總收案個案人數為 1 萬 5,641 人，其中，扣除連續 14 天未依處方箋規定按時回診服藥人數 6,523 人，尚有 9,118 人於 104 年 12 月 31 日持續留置於替代治療執行機構接受成癮治療服務，留置率為 58.3%，指標達成率約 97.17%。

### 3.關鍵績效指標：提升性別暴力防治與兒少、老人、身心障礙者保護服務量能

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	129
實際值	--	--	--	148
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

本年度家庭暴力、性侵害、性騷擾及兒少、老人、身心障礙者保護個案之保護扶助服務人次

績效衡量暨達成情形分析：

104 年度共計提供家庭暴力、性侵害、性騷擾及兒少、老人、身心障礙者保護個案之保護扶助服務人次達 148 萬人次，達成情形分析說明如下：

(一) 104 年 1 月至 12 月提供家庭暴力被害人(含老人及身心障礙者保護個案)諮詢協談、庇護安置、陪同報案及偵詢(訊)、陪同出庭、驗傷診療、聲請保護令、法律扶助、經濟扶助、心理諮商與輔導、就業服務、就學或轉學服務、轉介或提供目睹暴力服務、子女問題協助及通譯服務等服務，共計 100 萬餘人次。

(二) 104 年 1 月至 12 月提供性侵害被害人諮詢協談、庇護安置、陪同報案偵詢(訊)、陪同出庭、驗傷診療、法律扶助、經濟扶助、心理諮商與輔導、就業服務、就學或轉學服務及通譯服務等服務，共計 20 萬餘人次。

(三) 104 年 1 月至 12 月提供性騷擾被害人個別心理輔導、團體輔導、社會暨心理評估與處置、法律諮詢、諮詢洽談情緒支持、電話及實地訪視服務、面談輔導、資源媒合等服務，共計提供上開各項扶助服務計 823 人次。

(四) 104 年 1 月至 12 月提供兒少保護個案家庭處遇服務，包含家庭功能評估、安全及安置服務評估、親職教育、心理輔導、精神治療、戒癮治療、家庭扶助暨福利服務、電話諮詢、家庭訪視、團體輔導等服務，共計提供上開各項扶助服務計 28 萬餘人次。

### 4.關鍵績效指標：推動高風險家庭關懷輔導處遇服務

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	10
實際值	--	--	--	8.99
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

降低再通報率至 10%（再通報人數/通報人數）×100%

績效衡量暨達成情形分析：

（1）目標挑戰性：積極推動兒少高風險家庭關懷輔導處遇服務，針對案家個別狀況及需求，運用資源提供輔導、經濟補助或其他扶助措施。並視案個需求，派員訪視及電話關懷，運用家庭成員優點，增進家庭互動與健全家庭功能等措施，使家庭功能恢復，並降低再通報率。

（2）104 年度重點工作及成果：

A.持續推動兒少高風險家庭篩檢、通報及協助機制，並補助 85 個民間團體 237 位專業社工人力協助地方政府提供關懷訪視服務。

B.104 年邀集相關網絡單位、各地方政府及民間團體辦理「兒少高風險家庭關懷輔導處遇服務及 6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案」檢討暨網絡聯繫會議，共計辦理 3 場次，以建立跨單位協調與合作機制。

C.為提升兒少高風險業務承辦人專業知能，本署 104 年度分別於北、中、南、東四區辦理高風險家庭專業人員教育訓練，參加人數約 300 人；104 年 9 月 24-25 日辦理 104 年度家庭維繫服務跨專業整合研討會，參加人數約 250 人。

（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：孕婦產前檢查利用率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	98
實際值	--	--	--	98
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

當年度活產產婦至少受檢 4 次人數/當年度活產產婦人數\*100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 100-103 年孕婦產前檢查至少 4 次利用率分別為 96.7%、97.3%、97.4%、97.6%，有提升之趨勢。

(2) 目標挑戰性：

100-103 年孕婦產前檢查至少 4 次利用率，已達 96% 以上，部分縣市 10 次平均利用率存在縣市間的差異（詳如參考資料 1），例：台東縣 91.5%、宜蘭縣 91.6% 低於全國平均 94.3%，已持續透過孕婦產前健康照護衛教指導服務進行風險分級、並規劃針對高風險族群規劃關懷追蹤等，以提高產檢利用率。

(3) 104 年重點工作及成果：

A. 以實證基礎（Evidence-based）為依據，並以全人照護之觀點推動孕婦產前檢查，104 年 1-7 月產檢人次約 118.1 萬人次，預估 104 年孕婦產前檢查利用率（孕婦產前檢查至少 4 次利用率）可達 98.0%。

B. 透過辦理孕婦健康手冊傳播活動，宣導本署提供之多元管道孕產資源，提升孕婦及其配偶、家人之孕產保健知識。本年度共完成 2 場記者會，並委託辦理「孕後人生-孕婦健康手冊健康促進傳播」整合行銷計畫，藉由辦理孕產知識問答、孕婦創意照片募集、孕婦健康手冊形象插畫票選、婦幼展參展、孕婦手冊紀念影片製作及播放，及與臉書名人聯合宣導等行銷活動，讓民眾瞭解本署提供之產檢服務、孕產婦關懷網站及免費諮詢專線、孕端好孕守 APP 及母乳一指通 APP。

## 2. 關鍵績效指標：兒童預防保健服務利用率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	98
實際值	--	--	--	98
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

1 歲以下兒童曾接受兒童預防保健之人數/1 歲以下兒童人口數（一歲以下兒童至少利用一次之比率） $\times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 100-103 年兒童預防保健 1 歲以下兒童至少 1 次利用率分別為 94.7%、97.0%、97.6%、97.2%，有提升之趨勢。

(2) 目標挑戰性：101-103 年兒童預防保健 1 歲以下至少 1 次利用率，已達 97% 以上，但部分縣市利用率存在縣市差異，例如：103 年 1 歲以下至少 1 次利用率在金門（77.5%）、台東利用率（84.5

%) 低於 85%，已持續透過兒童衛教指導服務強化兒童全人健康照護，並規劃針對高風險族群規劃關懷追蹤等，以縮減縣市或族群間兒童預防保健服務利用率之差距。

### (3) 104 年重點工作及成果：

A.兒童預防保健利用率，103 年平均利用率 77.7%，利用人次約計 110 萬人次，1 歲以下兒童至少 1 次利用率 97.2%。104 年 1-7 月兒童預防保健人次約 68.1 萬人次，並實施「兒童發展篩檢轉介確診作業」，鼓勵醫事機構落實兒童預防保健服務異常個案轉介追蹤服務。另為改善疑似發展遲緩兒童就醫可近性並縮短聯合評估時間，104 年全國輔導設置兒童發展聯合評估中心計 46 家，以期達到早期診斷、早期治療之目的。預估 104 年兒童預防保健服務利用率（1 歲以下兒童至少 1 次利用率）可達目標值 98%。

B.持續辦理「兒童發展與健康篩檢服務醫師教育訓練」，104 年業辦理北、中、南分區 5 場教育訓練，總受訓人次達 644 人次。

C.於 104 年 2 月建置衛生所護理人員「兒童發展與健康篩檢服務」線上學習課程，並置於 e 等公務園、e 學中心及文官 e 學苑等網路平台，提供衛生所醫護人員線上學習使用，經統計 104 年 12 月底於文官 e 學苑選課人數約 1,120 人次，e 等公務園及 e 學中心選課人數約 2,296 人次。

D.透過接生院所發送每位新生兒「兒童健康手冊」一冊，出院時由醫護人員衛教兒童預防保健（免費健康檢查）補助時程，104 年版兒童健康手冊業完成 28 萬本印製後及發放。

### 3.關鍵績效指標：18 歲以上人口吸菸率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	18.4	18.0	17.5	17
實際值	18.7	18.0	16.4	17.1
達成度(%)	98.4	100	100	99.4
初核結果	★	★	★	★
複核結果	▲	★	★	▲

衡量標準：

$$(18 \text{ 歲以上男性吸菸人口數} + 18 \text{ 歲以上女性吸菸人口數}) \div (18 \text{ 歲以上人口數}) \times 100\%$$

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 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 年下降至 18.0%，103 年下降至 16.4%，惟 104 年微升至 17.1%，雖仍在統計誤差值內，然亦可反應出我國菸價過低，且菸捐調漲法案遲未能通過，致使吸菸率下降幅度呈現停滯狀態。

(2) 目標挑戰性：

A.由於吸菸者戒菸非單純之行為改變，而且吸菸者戒菸受制於成癮機制不易戒斷，需歷經數個階段，且常受內外因素影響，菸癮容易復發，需要長期抗菸，有時戒菸成功，亦無法立即於當年度之吸菸率呈現。

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，另對於周邊國家菸價持續升高與自由貿易之趨勢下，恐成為其他各國菸商傾銷之對象。菸品健康福利捐已超過6年未調整，歷年菸品健康捐調漲，對於吸菸者吸菸量下降效果，僅有短期較為有效，必須持續調漲菸捐，才能讓菸品使用量繼續下降。吸菸成癮的本質，使目標達成率有極高難度，極具挑戰性。

### (3) 104年重點工作及成果：

A.落實菸害防制法：修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」：配合長期照顧服務法制定公布，加以人口面臨高齡化、少子化兩頭燒的處境，必須積極有效提升醫療品質、社福、預防醫學及偏遠地區與弱勢族群之醫療照護，以使菸品健康福利捐之分配使用於對民眾最急迫的醫療與社會福利事項，發揮最大效益，爰調整分配比率，修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，自104年9月1日施行。各縣市衛生局主動執法稽查輔導，104年全國稽查計62萬餘家次、421萬餘次、處分7,609件、罰鍰2,839萬餘元整，今年第9條禁止促銷菸品或為廣告計處分11件，罰鍰超過1,092萬餘元。辦理菸品資料申報作業，104年計有452家次（70家）申報業者，共申報4,044項菸品，並針對菸品資料及相關毒性進行審查作業。

B.營造無菸支持環境：辦理百萬無菸家庭簽署活動，以幼兒園、國小低年級及其家人為主要宣導對象，以「為愛熄菸，百萬幸福」為主軸，無菸家庭連署單為媒介，期達成百萬家庭連署，推廣無菸家庭理念。104年持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫。辦理青少年戒菸教育種子師資培訓4場，計培訓283名師資。31所大專校院辦理年輕族群場域菸害防制工作，並辦理菸害防制研習，計有148所大專校院參加301人參與。

C.提供多元化戒菸服務：二代戒菸服務由菸品健康福利捐收入補助，比照一般健保用藥，每次藥費自付額不超過200元，醫療資源缺乏地區可再減免20%，低收入戶、山地原住民暨離島地區藥費全免；自104年11月1日起，原住民於非山地離島地區使用戒菸服務，亦享有藥費全免之優惠服務。二代戒菸服務加上其他多元戒菸服務（如戒菸專線、戒菸就贏、縣市衛生局辦理之戒菸班或社區、戒菸藥局衛教諮詢服務），104年1-9月服務12萬1,470人，較103年同期成長29.6%，推估幫助近3萬人成功戒菸，二代戒菸實施後（101.3-104.9）已服務115萬26人次，成功幫助近9萬人戒菸，短期節省預估超過4億9千萬元的健保醫療費用支出，長期約可創造超過378億元的社會經濟效益。104年計3,435家醫事機構提供二代戒菸服務，涵蓋全臺99.4%鄉鎮市區，加上巡迴醫療可達100%。截至104年11月止，戒菸服務合約醫事人員總計9,000人（醫師5,581人、牙醫師356人、藥事人員773人、衛教師2,290人），較103年同期成長33.2%。提供免付費的電話戒菸諮商服務（0800-636363），104年1-11月計提供8萬2,494人次諮詢服務。

E.臺灣在100年加入全球無菸健康照護網絡，成為亞太地區第一個無菸醫院網絡，104年共有20家醫院新申請加入，總計199家醫院加入，為全球第一大規模。全球僅27家醫院榮獲該網絡之金獎認證，臺灣即占11家，是所有網絡中得獎醫院家數最多的國家。

D.辦理菸害防制研究及監測：為監測及研究各項菸害防制政策執行成效，104 年辦理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、縣市執行菸害防制法成效研究計畫、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、菸品成分資料網站建置等計畫。

E.推動菸害防制人才培育及國際交流：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；104 年共完成門診戒菸治療醫師訓練 10 場，培訓 630 人；藥事人員戒菸衛教師訓練 11 場，培訓 763 位學員；戒菸衛教人員訓練 17 場，培訓 1,438 位學員；牙醫師戒菸衛教師訓練 13 場，培訓 528 位學員。辦理法規基礎、進階訓練各計 210 人、53 人完訓。透過國際菸害防制專業社群 GLOBALink 網路平台，蒐集、整理及分析國際間菸害防制最新訊息；辦理「2015 年菸草控制框架公約國際研討會」，邀請來自紐西蘭、美國、瑞士及印尼等 17 位國內外專家演講，針對各國菸害防制執法及政策現況進行交流分享。

#### 4.關鍵績效指標：18 歲以上男性人口嚼檳榔率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	9
實際值	--	--	--	8.8
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

$(18 \text{ 歲以上男性「最近 6 個月曾嚼食過檳榔」人口數}) \div (18 \text{ 歲以上男性人口數}) \times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 根據歷年「健康危險因子監測調查」及「成人吸菸行為調查」結果，18 歲以上男性嚼檳率已由 96 年的 17.2% 降至 104 年的 8.8% (降幅達 48.8%)，達原訂目標。

(2) 由於嚼檳榔者戒檳非單純之行為改變，而且嚼檳榔者戒檳受制於成癮機制不易戒斷，需歷經數個階段，且常受內外在因素影響，檳癮容易復發，需要長期抗檳，有時戒檳成功，亦無法立即於當年度之嚼檳率呈現。另檳榔不像菸有尼古丁貼片等替代療法藥物，故目標甚具挑戰性。

(3) 104 年重點工作及成果：

A.透過衛教宣導增加民眾知能：透過電視、廣播等各式媒體通路辦理檳榔健康危害防制宣導外，也宣導接受口腔癌篩檢的重要性；另亦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。18 歲以上男性檳榔致癌認知率已由 96 年的 39.9% 提升至 104 年的 54.2% (升幅達 35.8%)。

B.營造無檳榔支持環境：透過各式計畫，連結公司部門，齊力建構無檳環境，包括軍隊、社區、學校和職場等場域推動拒檳計畫，以營造無檳文化氛圍。

C.提供戒檳服務，增加民眾戒檳意願及成效：於醫院診所、社區（含職場）開設戒檳班或提供衛教服務（含戒檳專線服務）。104 年全國 87 家醫院提供戒檳個案衛教服務，截至 104 年 12 月 13 日共計服務 2,510 人，補助 144 個社區健康營造單位辦理檳榔防制計畫，辦理約 3,000 場衛教宣導，提供約 4,000 位民眾戒檳服務。

D.提供可近性的口腔癌篩檢服務：提供可近性口腔癌篩檢服務，早期發現早期介入：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）每 2 年 1 次口腔癌篩檢服務。截至 104 年 12 月 9 日，104 年度接受口腔癌篩檢人數約為 88 萬人，發現 3,600 名以上癌前病變及約 1,200 名口腔癌個案。

E.跨部會合作：教育部針對 10 個高嚼檳縣市學校及口腔癌發生率百大鄉鎮學校，將檳榔防制列為學校必辦事項。每年共計逾 200 所學校推動無檳校園、相關健康傳播至少 1000 場。協助環保署落實廢棄物清理法第 50 條之 1 有關隨地吐檳榔汁、檳榔渣者，需接受戒檳教育講習方案，本署協助提供戒檳衛教師資名單與教材，並由各縣市衛生局配合戒檳班講習開班。自 103 年 4 月與環保署合作亂吐檳榔汁（渣）者之戒檳班講習開班，自 103 年 5 月 29 日起至 104 年 12 月 10 日止，共計 1,355 人參加戒檳班講習。農委會依 103 年 6 月 11 日行政院召開「菸品健康福利捐之分配利用檢討暨檳榔管理方案所需經費來源協調會議」會議結論辦理「103-106 年檳榔廢園轉作計畫」。為加強源頭管制並監控檳榔廢園轉作、復種面積及分析統計總種植面積是否持續下降，本部自 103 年起以補助農委會為期 4 年（103 年-106 年）之檳榔廢園轉作。截至 104 年 12 月 14 日申報廢園轉作面積計約 40 公頃。

#### 5.關鍵績效指標：癌症篩檢率之平均增加值

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	16.0	18.0	20.0	23
實際值	17.0	20.5	20.9	22.9
達成度(%)	100	100	100	99.6
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： $(A+B+C+D) \div 4$  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) 104 年癌症篩檢率之平均增加值之目標值為 23%，至 12 月底，乳癌 2 年篩檢率 40%、大腸癌 2 年篩檢率 41.8%、口腔癌 2 年篩檢率 56.1% 及子宮頸癌 3 年篩檢率 74.5% (電話調查)，相較於 98 年 4 項癌症篩檢率基線值 (乳癌 11%、大腸癌 10%、口腔癌 28% 及子宮頸癌 72%)，癌症篩檢率之平均增加值為 22.9%。

(2) 目標挑戰性：

A.醫療院所端：包括家庭醫師制度未普及，民眾缺乏預防醫學把關窗口；醫療業務太過繁忙，且大型醫院較難重視預防工作；基層醫療診所參與率低等。

B.衛生局所端：篩檢醫療院所之溝通和輔導，醫療資源不足地區之設站篩檢亦需要衛生局所工作人員親力為之，惟基層的公衛人力除需負責癌症防治工作外，尚有其它公共衛生業務如食品、防疫、藥政、醫政等，衛生人力亟為不足。

C.民眾端：在沒有疼痛或症狀之階段，民眾沒有困擾，亦感受不到就醫需求。民眾對於預防之動機與瞭解不足，影響其接受篩檢服務意願。

D.其他：勞工健檢未將四癌篩檢納入必辦項目，由於勞動部目前僅同意將四癌篩檢納入勞工健檢得辦理之項目，而非應辦項目，致使勞工健檢未能統一提供符合資格民眾接受本項篩檢服務，致影響篩檢率之提昇。現行篩檢率無法反應實際篩檢率：隨著本部國民健康署之癌症篩檢宣導及民眾自主意識提昇，部分民眾選擇作自費健檢，惟自費健檢未併計於民眾預防保健服務利用情形中呈現。

(3) 104 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外，更結合病友團體及民間企業，加強癌症篩檢宣導。

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。

C.本年度共完成四癌篩檢 498.4 萬人次，發現 4.3 萬名癌前病變及 1 萬多名癌症；其中，透過參與「醫院癌症篩檢品質提升計畫」及「醫院癌症診療品質提升計畫」之 232 家醫療院所提供計 273.2 萬人次，約確診 7,556 例癌症及約 2.75 萬名癌前病變個案。此全國性行動，獲大多數醫院參與並共同推廣癌症篩檢相關策略，對一般民眾主動提醒、主動提供，藉以提早發現潛在癌症，救回寶貴生命，為一重要救命工程。此行動有助於醫院從被動式之應需求提供服務，轉型為主動全人照護之拯救生命的健康加值者。

6.關鍵績效指標：整合性預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案追蹤完成率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	85
實際值	--	--	--	83

達成度(%)	--	--	--	97.65
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

縣市整合性篩檢服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案轉介至醫療院所進行後續追蹤完成人數÷縣市整合性篩檢服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案人數

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 依 18 縣市衛生局提供 104 年整合性篩檢服務 B、C 型肝炎篩檢成果，陽性個案追蹤完成率為 83%，目標值達成率為 97.6%。

(2) 目標挑戰性：依據 103 年以電訪進行健康行為調查 (BRFSS) 中，有 3 成民眾知道自己有 B 型肝炎或 C 型肝炎，但仍未接受後續追蹤治療。

(3) 104 年重點工作及成果：

A. 運用多元媒體管道，並配合 7/28 世界肝炎日召開肝炎防治記者會加強宣導，衛教民眾認識 B、C 型肝炎，知道自己的帶原狀況，以及 B、C 型肝炎接受後續追蹤治療的重要性，提供追蹤治療之院所名單供民眾參考。

B. 鼓勵縣市衛生局推動整合性預防保健服務，結合成人預防保健服務辦理 B、C 型肝炎篩檢，並核定縣市衛生局研提之整合性預防保健服務計畫。

C. 提供 B、C 型肝炎個案後續追蹤轉介流程供篩檢醫療院所及衛生局所，作為追蹤個案之參考。

(六) 關鍵策略目標：落實防疫整備，免除疾病威脅。

1. 關鍵績效指標：降低愛滋病新增感染人數年增率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	5
實際值	--	--	--	4.56
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

愛滋新增感染人數年增率 = (當年度新增感染人數 - 前一年度新增感染人數) ÷ 前一年度新增感染人數 × 100% ※ 扣除藥癮愛滋疫情之影響，近十年來因性行為而感染愛滋的人數，平均年增率在 10% 左右

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 104 年度新增感染人數 2,330 人，103 年度新增感染人數 2,235 人，故 104 年度愛滋新增感染人數年增率為 4.56，目標達成度達 100%。

(2) 目前我國愛滋傳染途徑，多數與不安全性行為有關，新感染對象以年輕族群及男男間性行為者為主。因網路交友盛行，年輕族群利用手機應用軟體之隱密性、方便性及快速連結社群的特質，再加上以二、三級毒品作為娛樂性用藥等因素下，增加不安全性行為的風險。另因同志族群及感染者亦感受到社會的接納度不足，導致高危險行為者對篩檢或尋求醫療服務卻步，亟需透過多元化防治方案長期推展，故目標之執行確有其困難度及挑戰性。

## 2. 關鍵績效指標：結核病新增個案年齡標準化發生率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	38	36
實際值	--	--	38	35
達成度(%)	--	--	100	100
初核結果	--	--	★	★
複核結果	--	--	★	★

衡量標準：

$\Sigma \left[ \left( \text{某年某一年齡組之發生數} \div \text{該年齡組之人口數} \right) \times 2005 \text{ 年該年齡組之人口數} \right] \div 2005 \text{ 年該年總人口數}$  ※依據「結核病十減半全民動員計畫」推動起始年（2005 年）人口結構為指標基準

績效衡量暨達成情形分析：

結核病潛伏期可長達數十年，並在人體抵抗力弱時發病，近年隨著我國糖尿病患者、洗腎患者、器官移植者、HIV 感染者人數日漸上升，結核病風險族群的人數也隨之增加，提高了我國結核病防治的困難度；再以我國之鄰國多為結核病高負擔國家，且人民交流頻繁，亦為我國結核病防治帶來更多的挑戰；而資源之有限與人員的流動也增加了我國推行防治之困難度。於此多方挑戰下，降低我國結核病年齡標準化發生率極具困難度與挑戰性。

## 3. 關鍵績效指標：3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	93	95
實際值	--	--	93.81	93.4
達成度(%)	--	--	100	98.32
初核結果	--	--	★	★
複核結果	--	--	★	★

衡量標準：

【設籍我國當年度 3 歲以下完成各項常規疫苗之人數÷設籍我國當年度 3 歲以下人數）×100%】

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 幼兒於 3 歲以前全數完成卡介苗、3 劑 B 型肝炎疫苗、4 劑五合一疫苗、1 劑水痘疫苗、1 劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗及 2 劑日本腦炎疫苗之接種完成率為 93.4%。本項指標之定義相當嚴格，幼兒必須於 3 歲前完成所有應接種疫苗劑次始納入計算，所訂目標值在國際間亦屬高標準，本年度目標達成度雖未達 100%，93.4% 全數完成接種之高水準已超越美國（71.6%），且麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗、五合一疫苗之接種率（98%、97.4%）亦超越英國（95%、96%）等先進國家，更超越 OECD 平均達成情形。

(2) 疫苗接種率極易受到國際疫苗供需情形、國內外流行疫情、媒體報導事件及個人健康情形等多重因素而有變動，近年來國際交流更見頻繁，家長攜幼兒來往各地或長期居住國外之機率逐漸升高，又社會型態轉變，新住民子女比例增加，大幅增加追蹤催注的困難；又本年度幼兒常規接種之五合一疫苗面臨全球缺貨的壓力，在國際缺貨情況下，我國仍盡力爭取貨源讓幼兒接種作業持續，且各地方衛生單位除須嚴格控管疫苗用量，同時必須竭力追蹤轄區每一位幼兒完成接種，在接種實務執行上是非常大的挑戰。

#### 4. 關鍵績效指標：傳染病防治醫療網應變醫院負壓隔離病房初查檢測合格率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	92
實際值	--	--	--	95.5
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

(負壓隔離病房檢測合格病房數÷負壓隔離病房檢測病房數) \*100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 傳染病防治醫療網 104 年指定網區/離島縣市應變醫院負壓隔離病房共計 134 間，由應變醫院委託外部專業機構完成檢驗 134 間，初次查檢測合格 128 間，初查檢測合格率 95.5%，目標達成度達 100%。

(2) 負壓隔離病房的負壓值會受病房建築結構、相關設備逐年老舊及不可抗拒之因素（地震）所影響，我國醫療網負壓隔離病房因建置已超過 10 年，硬體設備多已老舊，易造成負壓隔離病房壓差不足、氣流紊亂等現象，惟設備汰舊換新所需經費龐大，僅能以有限資源就初查檢不合格病房，促其進行設備維修及改善，以確保負壓隔離病房的成效與品質，維護人員及病患安全，極具困難度與挑戰性。

## 5.關鍵績效指標：地區級以上醫院符合感控查核初查合格率目標值比率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	98
實際值	--	--	--	99.44
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

$(\Sigma \text{ 全國該健保特約層級符合感控查核初查合格率目標值家數} / \Sigma \text{ 全國該健保特約層級醫院總家數}) \times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 104 年地區級以上醫院共計查核 367 家，符合感控查核初查合格率为 99.44%，目標達成度達 100%。

(2) 醫療機構的感染管制策略項目繁多，除需要臨床工作人員遵循之外，管理階層、總務單位、職業安全衛生單位、人事單位、硬體規劃等等的支持配合缺一不可；因此，如何使醫院主管階層與各級人員清楚了解，落實感染管制相關政策與措施不僅能保障病人就醫的安全與提升醫療照護的品質，同時也能營造醫療照護人員安全的工作環境，進而自動自發在有限的經費、人力與時間資源中，共同投注心力加強落實感染管制，降低傳染性疾病在醫院內傳播的風險，極具挑戰性。

## 6.關鍵績效指標：科學引文索引(SCI)學術論文數量

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	35
實際值	--	--	--	38
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

1.投稿、接受或刊登於科學引文索引 (Science Citation Index, SCI) 期刊清單內的學術論文數量 (只計列第一作者及責任作者)。2.論文內容可供建立疾病背景資料與重要病原體之檢測方法，並提供防治策略參考。

績效衡量暨達成情形分析：

防疫相關科學論文為整合衡量防疫政策執行成效與科技研究之成果，104 年投稿學術論文 IF 前三高之期刊分別為 European Respiratory Journal (7.636)，Antimicrobial Agents & Chemotherapy (4.476)，

PLoS Neglected Tropical Diseases (4.446)。IF5-10 者 1 篇，IF4 以上者 2 篇，IF3 以上者 13 篇，IF2 以上者 11 篇，IF1 以上者 11 篇，除與國際交流我國防疫成果，亦可供建立疾病背景資料與重要病原體之檢測方法，提供未來防治策略擬定之參考。

(七) 關鍵策略目標：加強國際交流合作，達成國際接軌。

1. 關鍵績效指標：推動國際衛生福利合作

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	21	21	40
實際值	--	37	34	47
達成度(%)	--	100	100	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. 辦理國際衛生福利合作計畫 3. 辦理衛生福利官員雙邊會談 4. 辦理國際衛生人員訓練

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 辦理國際衛生援外計畫一次數 5 次

A. 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」、「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，104 年度至 12 月底共進行 9 人次之雙方人員互訪交流，捐贈 2 批醫療器材（迄今進行 59 人次之雙方人員互訪交流；捐贈 21 批醫療器材、醫藥與防疫物資；培訓 26 名海地醫護、實驗室與流行病學人員）。

B. 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，104 年度共完成 5 件捐贈案共 580 件醫療器材（迄今共完成 31 國 86 件捐贈案，共 3,918 件之醫療器材）。

C. 臺灣國際醫衛行動團隊：與外交部於 95 年共同成立「臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）」，104 年 5 月 TaiwanIHA 應外交部要求前往尼泊爾進行災後醫療援助評估，並捐贈我國醫藥及補給物資共計 5 大箱，由尼國 Futung 地區高級輔佐衛生員，Bishnu Prd. Chapagin 代表收受。

D. TaiwanIHA 於 104 年 5 月 27 日至 31 日與日本亞洲醫師協會（Association of Medical Doctors of Asia, AMDA）、財團法人羅慧夫顱顏基金會、林口長庚醫院等單位合作籌組行動醫療團，赴印尼 RSUD Andi Makkasau ParePare 醫院執行唇顎裂手術義診，服務 29 人次。

E.TaiwanIHA 另於 104 年 10 月 1 日至 7 日與 AMDA、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本部雙和醫院等單位合作，執行印度菩提伽耶（Bodhgaya）地區之牙醫義診及口腔衛教活動，受惠人次約 150 人次。TaiwanIHA 迄今已完成 24 次國際人道醫療援助活動。

（2）辦理國際衛生福利合作計畫一次數 31 次

A.本部受外交部所請，代為委託國內醫療院所辦理「太平洋六友邦及友我國家醫療合作計畫」，其中包含：

a.「駐馬紹爾群島臺灣衛生中心計畫」；

b.「駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫」；

c.「臺灣醫療計畫暨行動醫療團—帛琉、吉里巴斯、諾魯、吐瓦魯」；

d.「斐濟行動醫療團」；

e.「巴布亞紐幾內亞行動醫療團」等八項計畫，派遣醫護人員提供當地民眾醫療服務，並協助進行各項公共衛生推廣活動，包含降低學童寄生蟲發生率，高血壓、糖尿病等慢性病防治及婦幼衛生工作。

B.配合非洲當地需求，委託屏東基督教醫院辦理「推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」，協助非洲區域國家全民健康保險、愛滋病防治、e-Health 等公共衛生工作之推展。

C.為瞭解「太平洋六友邦及友我國家醫療合作計畫」執行現況，本部 104 年辦理四次計畫實地查訪，以實際瞭解現地醫療衛生現況及醫療團運作情形，作為未來計畫規劃之參考依據，說明如下：

a.6 月 25 至 7 月 1 日赴巴布亞紐幾內亞；

b.7 月 13 日至 18 日赴索羅門群島；

c.8 月 16 日至 8 月 22 日赴帛琉及馬紹爾群島；

d.10 月 2 日至 10 月 8 日赴諾魯。

D.TaiwanIHA 於 104 年 2 月 10 日與泰國衛生部國家緊急醫療中心（NIEM）簽署合作備忘錄” Memorandum of Understanding Between Taiwan International Health Action and National Institute for Emergency Medicine”。

E.補助臺北醫學大學辦理「扶植我國國際公共衛生人才培育計畫」。

F.補助國立陽明大學醫學國際衛生碩士學位學程辦理「印尼亞齊省公共衛生合作先期計畫」。

G.補助義大醫療財團法人義大醫院辦理「海地—捐贈海地衛生部外科及骨科設備或器械」計畫，該計畫主要成果包括：a.捐贈海地衛生部骨科器械 30 組、骨科用手術台 2 台、輪椅 30 個、骨科牽引架

1 台。b.為呼應海地衛生部所提出有關神經外科及骨科專科醫師人員訓練之需求，義大醫院於 104 年 11 月與海地衛生部簽署合作備忘錄，並於海地舉辦外傷醫學研討會。c.計畫成果包含海方所重視之神經外科及骨科專科醫師人員訓練、海方所需儀器捐贈以及儀器維修人員訓練等項目，我駐海地大使館對於義大醫院與海方之合作亦多所重視。

H.補助中華民國醫師公會全國聯合會「104 年度推展國際醫療衛生事務合作交流計畫」。

I.補助本部臺北醫院「”健康識能及健康治理”的國際醫衛合作計畫」，分別於本年 5 月在日內瓦及 11 月在臺灣舉辦 2 場全球健康識能論壇，廣邀全球各國健康識能推動專家與學者分享辦理提升全民健康識能活動之經驗及吸取各國新知，除提升國民衛生福利亦增加我國在國際舞台的曝光度。

J.補助國立台灣大學醫學院附設醫院「台蒙國際醫療交流合作計畫」。

K.補助中國醫藥大學「國際志工中醫醫療服務隊 2015 年第四屆國際志工中醫醫療服務隊馬來西亞巡迴醫療計畫」。

L.補助國立台灣大學醫學院附設醫院「台灣印尼國際醫療交流合作計畫」。

M.補助戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院「台菲社區健康營造暨國際醫療教育計畫」。

N.補助國立成功大學醫學院附設醫院「104 年度緬甸醫療服務計畫」。

O.補助高雄榮民總醫院「越南林同省菸害防制計畫暨醫事人員訓練獎勵計畫」。

P.補助衛生福利部台中醫院「推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」。

Q.補助奇美醫療財團法人奇美醫院「泰緬邊界暨桂河醫院醫療合作計畫」。

R.補助國立成功大學醫學院附設醫院「104 年度推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」。

S.補助社團法人台灣社會改造協會「台灣境外亞太社區精神復健示範專區營造國際合作計畫」。

T.補助社團法人台灣護理師臨床研究學會「104 年度建置台灣跨領域『優質生命末期照護』國際衛生合作計畫—以臨床研究為基礎推廣醫護人文以實踐『全人醫療』」。

U.補助臺北醫學大學辦理「購置聖多美普林西比中央醫院急診室設備計畫」。

### (3) 辦理衛生福利官員雙邊會談一次數 5 次

A.臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA) 於 104 年 2 月 10 日參訪泰國公共衛生部政策與策略局、泰國公共衛生部公衛緊急反應局、泰國國家緊急醫療中心 (NIEM)，2 月 11 日參訪報德善堂、亞洲災害準備中心 (Asian Disaster Preparedness Center, ADPC)，2 月 12 日參訪 Navamindradhiraj 大學瓦七拉醫院緊急醫療部、拜會美國援外總署 (USAID) 東亞外國災害辦公室 (OFDA)，與各單位針對未來合作議題進行會談，強化泰我兩國醫衛之實質交流與夥伴合作關係。

B.104 年第 68 屆 WHA 期間（5 月 16 至 28 日），我代表團積極與 54 個重要友我國家及友邦、國際醫藥衛生相關組織進行雙邊會談，討論傳染性疾病、非傳染性疾病、全民健保、食品安全、藥品審查、醫衛人員訓練等多項議題。經由相互交流，已有越來越多會員國及國際組織肯定我國醫衛實力，並對我參與 WHA 及 WHO 相關會議、機制及活動表達支持，此將有助於我國開展醫衛雙邊合作及逐步擴大我國在 WHO 有尊嚴、有意義之參與。

C.104 年 8 月 30 至 31 日 APEC 衛生與經濟高階論壇期間，我代表團積極與菲律賓、澳洲、巴布亞紐幾內亞、印尼與日本等重要友我國家及友邦進行雙邊會談，共同討論傳染性疾病、慢性病、全民健保、食品安全和醫衛人員訓練等議題。

D.104 年 11 月 1 日至 2 日「2015 臺灣全球健康論壇」期間，與重要友邦及友我國家高階衛生官員進行 5 場雙邊會談，就雙邊衛生議題進行討論。

E.「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」：雙方賡續定期交換傳染病疫情、檢疫監測資料，104 年 5 月 26 日 1 名韓籍 MERS-CoV 患者經香港前往中國大陸，雙方依協議聯繫機制，就流行病學調查結果進行資訊交換，此舉有助於兩岸傳染病之防治。另，透過緊急救治機制，就 104 年 3 月 19 日於中國大陸廣西疊彩山景區危岩崩塌造成 8 名台籍旅客受傷就醫等事件進行聯繫，提供兩岸民眾更周妥保障。104 年 5 月 5 日實施修正「應施輸入查驗中藥材之相關查驗規定」，擴大中藥材邊境查驗品項，統計至 104 年 11 月 30 日止共檢驗 270 批，確保中國大陸輸入我方之中藥材，符合我國品質安全要求，以保障民眾健康安全。

#### （4）辦理國際衛生人員訓練一次數 6 次

A.104 年 3 月 26 日與美國衛生部共同辦理風險溝通視訊訓練課程，主題為「公共衛生與公眾觀感：如何進行公眾溝通」，由該部副助理部長謝泰然（Tait Sye）主講，本部綜合規劃司、醫事司、護理與照護司、社會保險司、國民健康署、中央健康保險署、食品藥物管理署、疾病管制署等皆派員與會，共計逾 30 人出席。

B.臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）於 104 年 4 月 13 日召開「國際災難援助經驗交流與分享會議」，邀請美國國際開發署國外救災辦公室（USAID/OFDA）資深人道援助顧問 René Van Slate，就政府部門與民間單位於國際緊急災難醫療援助時之溝通協調，進行經驗分享。外交部、國防部、內政部消防署、本部醫事司、附屬醫療及社會福利機構管理會、疾病管制署、所屬部立醫院，以及紅十字會、路竹會、慈濟基金會、世界展望會等非政府組織皆派員與會，共計超過 85 人參與，與會人員發言踴躍，討論熱烈。

C.委託辦理「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫」104 年度至 12 月底共培訓來自 18 個國家共 133 人次之國外醫事人員（迄今共培訓來自 53 個國家共 1,110 人次之國外醫事人員）。

D.補助彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院「聖露西亞 St. Jude Hospital 醫事人員代訓計畫」。

E.補助義大醫療財團法人義大醫院「薩爾瓦多-提供該國醫護人員赴臺受訓計畫」。

F.補助國泰醫療財團法人國泰綜合醫院「巴拉圭遠距醫療系統建置計畫之巴國資訊人員來台訓練」。

## 2.關鍵績效指標：參與國際衛生福利組織

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	14	14	21
實際值	--	25	15	28
達成度(%)	--	100	100	100
初核結果	--	★	▲	★
複核結果	--	★	▲	★

衡量標準：

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

績效衡量暨達成情形分析：

( 1 ) 參與國際衛生及福利組織辦理之會議、活動與各項機制一次數 24 次

A.參與 104 年 1 月 25 日至 1 月 31 日於瑞士日內瓦舉辦之 Executive Board：136th session 會議，討論本年度第 68 屆世界衛生大會（WHA）之議題內容及多項技術性議題。

B.104 年 APEC 第一次衛生工作小組（HWG）會議於 1 月 26-27 日於菲律賓克拉克舉辦，我國於本次會議之新提案為” APEC Conference on Prevention, Control and Care for Multi-Drug Resistant Tuberculosis（MDR-TB），and Supply of Second-Line Anti-Tuberculosis Drug”。此提案在 HWG 公開排序名列第一，各會員體也對此結果表示支持。

C.參加世界衛生組織相關之技術性會議共 16 次。

D.參加第 68 屆世界衛生大會：第 68 屆 WHA 於 104 年 5 月 18 日至 26 日在瑞士日內瓦召開，本部蔣部長率團以觀察員身分受邀出席，就本年大會主題「建構具彈性應變能力的健康體系（Building resilient health systems）」發言，宣揚我國共同對抗伊波拉疫情之作為，分享我國健保體系成果及願景，重申我國有能力、有意願參與 WHO 工作，籲請國際社會支持。另，我代表團亦於大會期間積極參與技術性委員會，共針對 28 項技術性議題進行發言，包含「非傳染性疾病預防」、「健康促進」、「準備監測及反應」、「傳染性疾病」、「健康體系」等，透過與會積極展現我國醫衛成就及對國際衛生事務之貢獻，並掌握全球衛生最新資訊，促進國際衛生交流合作。

E.104 年 APEC 衛生與經濟高階論壇於 8 月 30 日至 31 日在菲律賓宿霧舉行，本部蔣部長丙煌率團出席，並受邀與多國衛生部長共同擔任講者。部長以「建構具韌性及創新之健康體系（Building a resilient and innovation health system）」為題發表演說，獲得與會者熱烈迴響及讚賞，紛紛請我國分享簡報作為政策參考。

F.補助社團法人臺灣職能治療學會參與亞太職能治療師聯盟大會及亞太職能治療學術會議。

G.補助台灣聯合國協進會「2015 年台灣加入 WHO 宣達團」宣達活動之經費。

H.補助臺灣失智症協會赴澳洲伯斯參與第 30 屆國際失智症協會會員國大會及國際失智症研討會，並於會議中分享台灣失智症宣導與照護經驗，與各國代表進行經驗交流，並藉由本次會議汲取各國失智症照護新知，有助於提供臺灣發展失智症相關服務之參考。

I.補助社團法人台灣社會改造協會赴泰國參與第十四屆國際精神衛生研討會。

(2) 辦理參與國際衛生及社福組織相關工作計畫一次數 4 次

A.辦理「推動參與世界衛生組織計畫」，推動及協助我國參與 WHO 相關計畫及活動，並強化與 WHO 有正式合作關係之國際非政府組織 (INGO) 之連結，且建立相關資料庫，104 年辦理 WHA 全會、技術性議題導讀及教育訓練等相關工作計畫。

B.104 年度「國際經貿之衛生福利相關研究及法律諮詢計畫」案，針對國際經貿、區域經濟整合趨勢中之衛生福利相關議題進行研析，並辦理教育訓練，及提供國際經貿專業法律諮詢服務等相關工作計畫。

C.104 年 7 月 28 日假財團法人張榮發基金會國際會議中心舉辦 APEC 研討會「全球治理之挑戰：經濟整合與健康政策」(APEC Conference on Challenges of Global Governance: Economic Integration and Healthcare Policy)。會議特別邀請菲律賓衛生部次長 Kenneth Y. Hartigan-Go 及日本厚生勞動省國際處副主任 Yui Sekitani 分享該國之經驗，並邀請國內專家學者共聚一堂。當日有產、官、學界 115 人積極參與，會中討論互動氣氛活絡，與會者皆獲益良多，亦增加未來與菲、日共同合作之機會。

D.104 年 11 月 1 至 2 日，辦理「2015 臺灣全球健康論壇」，今年的主題為“Public Health Governance”，劃分「Global Health Governance」、「Governance to Reduce Health Inequality」兩大主軸。「臺灣全球健康論壇」迄今已邁入第 11 年，本論壇計有來自全球 9 位衛生部次長，共 32 國 66 位外賓共同參與，包含衛生官員及國際知名學者專家；論壇兩日合計的出席總人次達 1,122 人次，可說是本論壇自 2005 年起舉辦以來，國內外與會人數最多的一年。

(八) 關鍵策略目標：推動衛生福利科技，精進政策論證基礎。

1. 關鍵績效指標：科技成果實際應用率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	45
實際值	--	--	--	65.41
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

科技成果實際應用率：科技成果實際被應用於報院/施政計畫、法規/標準公告、教材/指引/工具應用、可增加產值等。 $(前一年度本部及所屬機關科技成果實際應用件數) \div (前一年度本部及所屬機關科技計畫結案件數) \times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

前一年度（103 年度）本部及所屬機關科技計畫結案總件數為 425 件，研究成果被實際應用於：（1）報院/施政計畫之業務推動、（2）法規/標準公告、（3）形成教材、指引或工具應用者，或可增加產值者，件數為 278 件，比例為 65.41%。

## 2.關鍵績效指標：研發收入成長比

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	2	50
實際值	--	--	20	91
達成度(%)	--	--	100	100
初核結果	--	--	★	▲
複核結果	--	--	▲	▲

衡量標準：

【 $(n$  至  $n-3)$  年內平均之研發收入  $- (n-1$  至  $n-4)$  年內平均之研發收入  $\div (n-1$  至  $n-4)$  年內平均之研發收入】 $\times 100\%$   $\times n$  表示當年度

績效衡量暨達成情形分析：

本部 100~104 年度研發成果收入分別為新台幣 258 萬元、286 萬元、658 萬元、580 萬元、1 千 889 萬元，依據衡量標準計算研發收入成長比為 91.69%。

## 3.關鍵績效指標：健康資料加值引用案件數平均年增率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	10
實際值	--	--	--	54
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	▲
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

年增率=【 $($ 當年度引用案件數  $- 100$  年引用案件數  $) \div 100$  年引用案件數  $+ 1$ 】開  $($ 年數  $)$  次方根  $- 1$

績效衡量暨達成情形分析：

健康資料加值引用案件數平均年增率 104 年平均年增率達 54%（100 年底 58 件，101 年底 116 件，102 年底 191 件，103 年底 319 件，104 年底 326 件）。

#### 4.關鍵績效指標：在地行動服務轉介結案率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	90
實際值	--	--	--	93
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

經基層服務人員轉介服務個案結案率

績效衡量暨達成情形分析：

104 年度推動 6 縣市（包含宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、彰化縣、屏東縣、新竹市）共同辦理，計 71 個鄉鎮區公所為範圍，完成導入至少 8 項福利服務業務（包含低收入戶、中低收入戶、身心障礙生活補助、中低收入老人資格審查等），由基層人員代理協助弱勢民眾申辦社會福利服務案件，縣市平均結案率達 93%，達成度達 100%。

（九）關鍵策略目標：自由經濟示範區推動計畫（跨機關目標）。

#### 1.關鍵績效指標：醫療服務國際化計畫會員醫療機構國際病人服務人次

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	27
實際值	--	--	--	27
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

醫療服務國際化計畫會員醫院之國際病人服務量

績效衡量暨達成情形分析：

104 年度截至 11 月底止醫療服務國際化計畫會員醫療機構國際病人服務人次為 268,625 人，預估 12 月底可達 27 萬人，達成度 100%。

（十）關鍵策略目標：改善所得分配具體方案（跨機關目標）。

1.關鍵績效指標：提供低收入戶及中低收入戶醫療費用補助減少家庭消費支出

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 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：

各級政府投入低收入戶及中低收入戶醫療補助經費執行達 12 億元

績效衡量暨達成情形分析：

104 年度政府投入低收入戶及中低收入戶醫療補助執行 15.97 億元，超過 12 億元，目標值達 100%

(十一) 關鍵策略目標：跨域增值公共建設及科技發展財務規劃方案(跨機關目標)。

1.關鍵績效指標：新竹生醫園區醫院預算執行率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	95
實際值	--	--	--	10
達成度(%)	--	--	--	10.53
初核結果	--	--	--	□
複核結果	--	--	--	□

衡量標準：

臺灣大學辦理新竹生醫園區醫院預算執行數／本部年度編列補助新竹生醫園區醫院預算數

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 新竹生醫園區醫院一案係由臺大醫院負責興建及經營，本部負責編列 14 億元挹注，惟國立臺灣大學於 104 年 5 月對於計畫執行細節(醫院功能定位、預算編列等)提出修正建議，至今 105 年 1 月臺大醫院刻正辦理計畫修正及調整預算，需俟行政院核定後，方可執行，致計畫執行進度停滯，無法依原訂計畫執行及支用 104 年度預算，嚴重影響本指標之績效呈現。

(2) 104 年度臺大醫院辦理情形如下：104 年 2 月 17 日工程會核復生醫分院基本設計圖說案，3 月 2 日向新竹縣政府掛件申請審議生醫分院都市設計報告書，3 月 31 日建築師提送生醫分院細部設計書圖，4 月 23 日新竹縣政府召開都審會議審查生醫分院都市設計報告書，6 月 25 日科管局同意備查有關生醫分院用電及用水計畫書，8 月 4 日建築師提送細部設計總結報告書，8 月 10 日於新竹生物醫學園區執行小組第 1 次會議，提報調整園區醫院規劃方向討論案，9 月 4 日衛福部召開「研商新

竹生物醫學園區醫院未來規劃方向」會議，9月25日園區醫院籌設計畫書修正案函報教育部，10月16日新竹縣政府函覆有關都市審議報告書案，業經審議通過，10月22日教育部函轉園區醫院籌設計畫書修正案予衛福部，11月27日衛福部檢送園區分院修正籌設計畫書，函請科技部提生物醫學園區指導小組會議討論，12月30日科技部召開生物醫學園區指導小組會議討論。

(3) 囿於第3次修正計畫，本部列該計畫之統籌及預算編列單位，每月定期查催臺大醫院辦理進度，並每月於部內「公共工程推動會報」提報該工程進度，此外行政院公共工程委員會每月之「公共工程督導會報」，除本部列席說明外，亦請臺大醫院派員報告工程進度。惟期間因104年5月份竹北校區開發新聞媒體事件，影響臺大發展園區醫院的意願，造成計畫執行進度延宕，又因臺大醫院之政策主政者更迭，造成預算重新規劃，臺大醫院又再提報修正計畫，進度停滯，無法執行原訂預劃之預算。

(4) 目前臺大醫院刻正依12月30日會議決議辦理計畫書內容調整修正中，後續將由科技部循序報行政院審議。修正重點摘述如下：A. 園區醫院名稱、使命、定位、願景：醫院名稱修正為「國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹生醫園區分院」（以下簡稱新竹生醫園區分院），重新規劃修正使命、定位、願景，使本計畫更具智慧城市發展之前瞻性。

B. 總經費：原編列54.98億元，其中本部依102年5月30日行政院指示負責編列14億元公共建設經費挹注，餘40.98億元由臺大醫院作業基金自籌。本次計畫修正為67.04億元，係建築經費增加約2億元，儀器設備經費增加約10.06億元，其經費之分擔規劃由臺大醫院自籌四分之一約16.76億元（第1期約10.08億元、第2期約6.68億元），餘50.28億元，擬分別申請由公共建設經費33.52億元（含本部編列之14億元）及科發基金16.76億元支應。

C. 預定籌建進度：本案奉核後8個月內完成細設修訂及招標簽約，第1期原預計啟用時程由107年遞延至109年1月，第2期原預計啟用時程由117年提前至112年。

(5) 本部非新竹生醫園區分院之主管機關，該興建計畫預算執行不力，本部無法落實主管機關直線監督指揮權責，惟本部為該計畫之統籌及預算編列單位，為使該計畫順利執行，提升行政效率，並有效提升整體公共建設工程進度及品質，本部積極查催及與教育部溝通協調，亦亟力向行政院爭取有關園區醫院之統籌單位及預算編列機關應回歸臺大醫院之主管機關，以資名實相符及權責相當。

(十二) 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	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	40	50	65
實際值	--	54.5	56.5	66
達成度(%)	--	100	100	100
初核結果	--	★	★	★
複核結果	--	▲	▲	★

衡量標準：

食品添加物分類修正比率＝自 102 年起累計已修正之分類項次÷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：

104 年度預定目標值為 65%，實際值為 66%，食品添加物修正品項共 132 項，當年度修正比率達成度 100%（132/200×100%=66%）。

（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 年合計修正 67 項，102-104 年度已修正 132 項，約為前 4 年度（98-101 年度）修正之 2 倍，目標足具挑戰性。

B. 需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，並且國內分類數較少，必須新增分類，應謹慎評估。

（3）104 年度工作重點及成果：

A. 為使食品添加物與國際接軌，104 年 10 月 28 日業向外界公開「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」草案，標準的訂定均參考動物安全性試驗資料、國際間相關法規標準與准用情形、各種食品添加物品項之理化特性、加工用途及其使用之必要性、使用食品之種類、範圍、加工製程及添加量等具體文獻資料，並考量國人飲食習慣及健康風險等情況，審慎評估後據以訂定。參考國際最新趨勢，重新整理食品添加物分類、導入食品分類系統、重新檢討添加之合理性並公開草案初稿供各界提供建議，以做為後續研擬正式草案的參考，使未來正式公告標準更臻完善。

B. 為強化食品添加物產品之管理，衛生福利部於 104 年 6 月 23 日以部授食字第 1041300273 號公告修正「食品業者登錄辦法」第一條、第四條，除原強制食品添加物產品應登錄「品名」、「用途」、「型態」、「成分」等資訊之外，亦將「產品規格書或含產品規格之檢驗報告」及「產品標籤（應依食品安全衛生管理法第 24 條及其相關規定）」等資訊亦列為國內製造加工或國外輸入之食品添加物產品強制登錄項目。截至 104 年 12 月底，已有 3053 家食品添加物業者完成登錄，產品計有單方 22460 項、複方 24118 項、香料 69542 項完成登錄。

2. 關鍵績效指標：食品添加物歸類其貨品分類號列，增加輸入規定

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	65
實際值	--	--	--	92
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★

複核結果	--	--	--	▲
------	----	----	----	---

衡量標準：

增加率=所對應之貨品分列號列完成公告增列輸入規定之本部核准使用食品添加物÷目前本部核准使用之食品添加物總品項)×100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：

104 年度預定目標值為 65%，因本項為外界關注，衛生福利部食品藥物管理署加速趕辦，增加率已達 92%，已超過預先目標。(659/716X100%=92%)

(2) 目標挑戰性：

A.在衛生福利部食品藥物管理署與經濟部國貿局、關務署經多次研商與共同合作下，迄今已歸類食品添加物其貨品分類號列，完成公告增列輸入規定已達 92%之完成率，已遠超過原訂 65%之目標值。

B.惟後續尚未核歸貨品分類號列之食品添加物，多為醚類、酯類等大類別或螯合物質，依現有資訊尚難核歸，須俟向各界蒐集相關資料並跨部會討論始能判定。

(3) 104 年度工作重點及成果：

衛生福利部核准使用之單方食品添加物品項共計 800 項，扣除不同類別重複品項 84 項，實際為 716 項。716 項之食品添加物中，104 年度已核歸出對應貨品分類號列之食品添加物品項共計 659 項，尚未核歸貨品分類號列之食品添加物品項計 57 項，故 104 年度已核歸有貨品分類號列之食品添加物品項，其績效指標數為 92.04% (659/716\*100%=92.04%)。

3.關鍵績效指標：降低高風險產品(金針乾製品、菜脯及蜜餞)抽驗不合格率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	18
實際值	--	--	--	24
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

各項產品不合格率下降比率=[(103 年度不合格率-104 年度不合格率)÷103 年度不合格率]×100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：

104 年度預定目標值為 18%，當年度查核風險產品（金針、菜脯及蜜餞）抽驗不合格率分別為 16.6%、5.1%、3.2%，不合格率下降幅度分別為 20.9%、29.1%、22%，均已達成目標值，不合格率下降率=24%，達成率 100%。

（2）目標挑戰性：

A.依據風險評估及民眾有感之效益，擇定高風險食品作為年度工作重點與績效指標。參考衛生福利部統計處食品衛生管理工作報表 99 年至 102 年之產品抽驗結果，在 62 項產品分類中，有「脫水食品」、「醬菜」及「糖漬鹽漬果實」等 3 項食品，其每年度之抽驗不合格率均大於 10%，故將此 3 項食品類別列為高風險品項。

B.進一步分析，金針產品 102-104 年度抽驗結果，不合格率均大於 15%，103 年度不合格率上升幅度高達 3 成；而菜脯及蜜餞產品 102 年度抽驗不合格率分別為 15.4%及 10.3%，與前年度（101 年）相比，不合格上升幅度均超過 25%，故將「金針」、「菜脯」及「蜜餞」列為 104 年度關鍵績效指標之品項。

（3）104 年度工作重點及成果：

A.此三項產品抽驗不合格原因多為食品添加物，屬業者誤用或違法添加，衛生單位需加強從源頭製造業者持續稽查並輔導業者合法添加，同時從後市場端抽驗產品，進行產品監測並就不合格產品溯源稽查。

B.食品藥物管理署 104 年度執行「金針乾製品稽查抽驗專案」、「醃漬蔬菜製造業者稽查專案」及「菜脯及蜜餞產品後市場抽驗專案」，金針乾製品稽查抽驗專案：稽查 514 家次，合計抽驗 633 件金針產品，合格率 83.1%，比較 101 年至 104 年食品藥物管理署執行金針稽查抽驗結果，合格率由 101 年之 57.7%，上升至 104 年之 86.2%。醃漬蔬菜製造業者稽查專案：稽查 13 家菜脯業者，從源頭製造工廠進行稽查，抽驗 13 件皆符合規定。菜脯及蜜餞產品後市場抽驗專案：為達監測管理目的並考量各縣市抽驗情形，於 104 年度 10-11 月責成衛生局加強抽驗散裝菜脯及蜜餞產品，共抽驗菜脯 93 件，3 件不合格，合格率 96.8%，抽驗蜜餞 495 件，11 件不合格，合格率 97.8%。

4.關鍵績效指標：國內藥廠自用原料藥查核之符合率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	80	88
實際值	--	--	92	91.2
達成度(%)	--	--	100	100
初核結果	--	--	★	★
複核結果	--	--	★	▲

衡量標準：

國內藥廠自用原料藥查核之符合率=當年度查核使用自用原料藥之藥廠無嚴重違反 GMP 家數÷當年度查核使用自用原料藥之藥廠家數×100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：104 年度預定目標值為 88%，當年度查核使用自用原料藥之藥廠共 113 家 3,953 項，符合率 91.2% ( $103/113 \times 100\% = 91.2\%$ )，當年度查核達成度 100%。

(2) 目標挑戰性：由於每個藥廠申請使用的自用原料品項數不一，若該藥廠其中有 1 品項有缺失即認定該藥廠不符合，即使是小缺失亦納入計算，是以，該關鍵績效指標於目標達成上有其困難度。

(3) 104 年度工作重點及成果：

A.104 年共查核 113 家藥廠使用自用原料情形，共計查核 3,953 項自用原料使用情形，查核結果發現其中 76 項自用原料使用情形不符合規定，共計 10 家藥廠使用自用原料有缺失。

B.自用原料使用情形查核缺失包括入庫量與實際進口量不符、進口日早於核准日期、製造廠名稱及地址與 COA 不符及製造廠地址與申請資料不符等缺失。

5.關鍵績效指標：食品業者登錄之比率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	60
實際值	--	--	--	75
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

食品業者登錄之比率=公告指定食品業者登錄家數÷有工商登記之公告指定食品業者家數

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標挑戰性：104 年公告自 104.12.31 擴大登錄業別累計總家數達 40 萬，惟本年度公告之業別已屬難度高查核較困難之業者，完成登錄比率目標值達 75%。

(2) 104 年度工作重點及成果：

A.103 年為食品業者登錄元年，截至 104 年底，在各縣市衛生局的積極推動及食品業者支持下，全國已有超過 30 萬家食品業者完成登錄。

B.自 102 年 12 月 3 日發布施行「食品業者登錄辦法」後，已陸續公告相關食品業者登錄始得營業，104 年 9 月 18 日公告新一波應登錄之食品業者，除新增應申請登錄之食品業者類別及規模：具有工廠登記、商業登記或公司登記之(1)其他材質食品器具、食品容器或包裝之製造、加工業；(2)食品用洗潔劑製造、加工業；(3)除輸入食品、含塑膠類材質之食品器具、食品容器或包裝，其他依食品安全衛生管理法第三十條第一項公告應申請查驗產品之輸入業。針對原公告之食品業者，也

擴大應登錄始得營業之業者規模：（1）辦理營業登記之食品製造、加工業；（2）辦理營業登記及經地方經建主管機關許可營業之攤（鋪）位使用人及攤販之餐飲業與販售業。

C.104 年已持續辦理業者說明會及公協會種子人員實機登錄操作課程共 44 場，並設置免付費諮詢專線（登錄制度諮詢：0800-588-106，系統操作諮詢：0809-080-209），以及培訓 28 位登錄資訊種子人員，自 104 年 4 月 27 日起於各縣市衛生局協助食品業者於食品業者登錄平台（<http://fadenbook.fda.gov.tw/>）完成登錄，俾利我國食品業者配合政府政策。各公私立機關及消費者可進入食品業者登錄平台首頁，查詢食品業者是否登錄及其登錄字號，以做為採購及訂定買賣契約之參考，支持配合政府政策之良善食品業者，建構台灣食品安全優質環境。

#### 6.關鍵績效指標：國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	85	90
實際值	--	--	96	91
達成度(%)	--	--	100	100
初核結果	--	--	★	★
複核結果	--	--	★	★

衡量標準：

國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率=當年度查核國內中藥合格廠數÷當年國內中藥製藥廠查核家數×100%

績效衡量暨達成情形分析：

104 年度依藥事法 57 條、藥物製造業者檢查辦法第 8 條、藥物製造許可及優良製造證明文件核發辦法第 4 條與藥物優良製造準則進行國內中藥 GMP 後續查廠，針對 55 家中藥藥物製造工廠之廠房設施、設備、組織與人事、生產、品質管制、儲存、運銷、客戶申訴及其他應遵行事項進行稽查，經查核結果計有 50 家符合藥物優良製造準則中藥藥品優良製造規範 GMP，5 家違反規定已辦理處分及後續改善事宜。

#### 7.關鍵績效指標：中藥標準品及分析方法之開發並建置資料庫

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	30
實際值	--	--	--	42
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

「台灣中藥典」第二版收載 300 種中藥材，為求與大陸藥典規範相符，需達到總量 60%（180 個中藥材品項）具有化學指紋圖譜分析（HPLC profile）及確定的化學指標成分，目前「台灣中藥典」已有 114 個中藥材品項有化學指紋圖譜規範，尚有 66 個中藥材品項需建立，104 年度目標值為建立 20 個中藥材化學指紋圖譜分析研究， $20 \div 66 \times 100\%$ 。

績效衡量暨達成情形分析：

「台灣中藥典」第二版收錄 300 中藥材品項，已訂定藥材指標成分含量規範與分析方法有 106 中藥材品項，本計畫執行三年（104-106 年），每年完成 20 個中藥材化學指紋圖譜分析研究，故 104 年目標值為  $(106+20) / 300 = 42.0\%$ 。

（十三）關鍵策略目標：健全社會保險制度，強化自助互助機制。

#### 1. 關鍵績效指標：補充保險費的查核與監控

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	80
實際值	--	--	--	87.415
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

1、扣繳投保單位補充保險費繳納率 =  $50$  人以上被保險人之投保單位繳納補充保險費曾有 1 次繳費紀錄  $\div 50$  人以上被保險人之投保單位  $\times 100\% = 80\%$

2、股利、利息補充保險費開單收繳率 =  $\text{股利、利息補充保險費開單收繳金額} \div \text{股利、利息補充保險費開單總金額} \times 100\% = 80\%$

績效衡量暨達成情形分析：

（1）截至 104 年 12 月 31 日止，扣繳投保單位補充保險費繳納率 =  $84.80\%$ （50 人以上被保險人之投保單位繳納補充保險費曾有 1 次繳費紀錄計 16,592 家  $\div 50$  人以上被保險人之投保單位計 19,567 家 =  $84.80\%$ ），已達年度目標。

（2）103 年股利、利息補充保險費已於 104 年 8 月底前完成開單作業，截至 104 年 12 月 31 日止，股利、利息補充保險費開單收繳率為  $90.03\%$ （股利、利息補充保險費開單收繳金額 1,332,759,164 元  $\div$  股利、利息補充保險費開單總金額 1,480,375,852 元 =  $90.03\%$ ），已達年度目標。

#### 2. 關鍵績效指標：辦理國民年金保險

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	4.7	4.9

實際值	--	--	5.83	5.25
達成度(%)	--	--	100	100
初核結果	--	--	★	★
複核結果	--	--	▲	▲

衡量標準：

辦理國民年金保險費之欠費催收成效「本年度欠費催收收回總額÷本年度欠費催收總額」×100%

績效衡量暨達成情形分析：

勞工保險局辦理國民年金保險費欠費催收成效，104 年度截至 12 月 31 日止，催收欠費人數計 354 萬 5,713 人、催收欠費金額總計 225 億 1,750 萬 776 元；已繳納人數計 40 萬 3,441 人、已繳納金額計 11 億 8,286 萬 646 元。已繳金額佔欠費總金額 5.25%。

### 3.關鍵績效指標：保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	85	90
實際值	--	--	99.1	100
達成度(%)	--	--	100	100
初核結果	--	--	★	★
複核結果	--	--	▲	★

衡量標準：

保險醫事服務機構領取 103 年保險醫療費用超過新台幣 6 億元以上者，按時於 104 年 10 月 31 日前提報院所家數比率=【按時提報財報之院所數÷應提報財報之院所數】×100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 統計 103 年領取保險醫療費用超過新台幣 6 億元醫事服務機構共計 111 家，應於本年 10 月 31 日前提報財務報告，截至 104 年 10 月 31 日全數院所皆已按時提報財務報告，爰按時提報院所家數比率=111/111=100%，已達年度目標。

(2) 已完成 103 年度扣繳憑單金額超過 6 億元之院所統計，共計有 111 家，領取金額計 3,135.2 億元，占總醫院家數 (476 家) 之 23%、領取金額占醫院總額領取金額之 86%。

(3) 前開 111 醫院財務報告經本署分析，有 97 家醫院整體財務有盈餘，約佔所有提報醫院家數之 87%。

### 4.關鍵績效指標：推廣健保雲端藥歷系統

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
----	--------	--------	--------	--------

原訂目標值	--	--	--	10
實際值	--	--	--	16562
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

健保雲端藥歷系統查詢病人數較前一年增加 10 萬人次

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 健保雲端藥歷系統為本署 104 年度重點工作項目，為加強推展特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，本部除持續辦理多次說明會及輔導特約醫事服務機構查詢使用外，並持續精進現行健保雲端藥歷系統功能，增加複方註記、複方成分名稱、同成分總給藥日數、就醫序號、補卡註記、65 歲以上病人宜注意用藥品項註記、就醫序號等欄位，及加強批次下載作業資安查核作業與訂定特約醫事服務機構運用健保雲端藥歷系統獎勵措施。

(2) 依臨床診療及處置所需醫療資訊項目，規劃建置健保醫療資訊雲端查詢系統，包含雲端藥歷、檢查檢驗紀錄、手術項目、牙科處置及手術、特定管制藥品用藥紀錄、特定凝血因子用藥紀錄及過敏藥物等七項查詢系統頁籤，並已於 104 年 12 月 22 日推展至區域級以上醫院查詢使用，以提升民眾就醫品質及減少不必要醫療資源重複使用。

(3) 本項指標 103 年全年總查詢筆數為 1,944 萬人次，經本部積極推廣宣導並藉由訂定獎勵措施等方式，鼓勵特約醫事服務機構查詢使用，104 年全年總查詢筆數達 1 億 6,562 萬人次，已達年度目標。

5.關鍵績效指標：全民健康保險門診高利用保險對象之就醫次數下降率

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	20
實際值	--	--	--	20.4
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

輔導 103 年申報門診就醫次數 ≥ 90 次者於 104 輔導後之就醫次數下降率達 20%。計算公式：就醫次數下降率 = (104 輔導後就醫次數 - 103 輔導前就醫次數) / 103 輔導前就醫次數。備註：因涉資料申報作業，預定 105 年 2 月提報全年成效。

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 本部於 104 年針對 103 年申報門診就醫次數 ≥ 90 次者計 46,285 人積極展開相關輔導措施，104 年完成寄發關懷函 44,098 封（排除死亡、重大傷病及無法聯繫者之人數）、電話輔導 1,237 人、親訪 39 人、轉介社政或相關單位 548 人、請醫療院所共同輔導者 2,584 人及請藥師親訪者 7,864 人。

【備註】同 1 位保險對象皆有 1 種（含）以上之輔導措施，故有合計之人數大於 46,285 人。

(2) 103 年申報門診就醫次數 ≥ 90 次者，104 年 1 至 11 月（12 月尚無申報資料可分析）輔導後就醫次數較去年（103 年）同期下降 20%〔(3,669,481-4,608,069)÷4,608,069=-20.4%〕，已達年度預定目標。

【備註】因涉資料申報作業，預定 105 年 2 月始有全年成效。

(十四) 關鍵策略目標：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	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	60	60	40
實際值	--	74.68	81.67	64.77
達成度(%)	--	100	100	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 104 年度考試分發之職缺數共計 342 個，薦任第 9 職等以下非主管人員出缺數為 528 個，爰 104 年度本部暨所屬機關申請考試錄取分發職缺數占薦任第 9 職等以下非主管職務總出缺數之比率為 64.77%，高於目標值，達成度 100%。

#### 2. 關鍵績效指標：有效導入「人力資源管理資訊系統」(WebHR)，運用於人事統計、分析及決策之參考與運用

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	90
實際值	--	--	--	99.99
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

1、本部及所屬人事資料之正確性及完整性年度成績達成 90 分

2、督導各所屬機關（構）確實依時程辦理導入各項作業即時更正

績效衡量暨達成情形分析：

104 年本部暨所屬機關（構）之人事資料考核項目（含正確性及完整性）平均成績為 99.99 分，高於原訂目標值，達成度 100%。

## 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	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	0.007	0.007	0.007	0.007
實際值	0.010	0.015	0.010	0.010
達成度(%)	100	100	100	100
初核結果	▲	▲	★	★
複核結果	▲	★	▲	★

衡量標準：

$(\text{年度行政及政策類研究經費} \div \text{年度預算}) \times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

（1）目標達成情形：

本（104）年度執行之行政及政策研究計畫計有「104 年度提升我國死因統計之國際可比較性計畫」等 10 件，研究計畫總經費為 13,569,000 元，另本部年度預算為 136,514,818,000 元，經計算本年度行政及政策類研究經費比率為 0.0099%（計算方式： $13,569,000 \text{ 元} \div 136,514,818,000 \times 100\% = 0.0099\%$ ），較原訂目標值 0.007% 高，達成度 100%。

（2）目標挑戰性：

103 年本部之行政及政策委託研究計畫，僅執行 7 項計畫，共計 990 萬元，但 104 年本部相關單位在政府財政困難，各項業務預算緊縮之情況下，可資運用於政策研究發展之經費相當有限，本部仍積極爭取經費達 10 項計畫，共計 1356 萬元；較 103 年度增加 3 項計畫，366 萬元，積極辦理委託研究計畫盡量結合理論與實務，來促使政策規劃能具有實證基礎，實具挑戰性。

（3）104 年度重點工作及成果：為加強針對本部政策研究規劃、執行及評估之研究量能，104 年度執行之行政及政策類研究計畫計有如下 10 件：

- A.104 年度「提升我國死因統計之國際可比較性計畫」（統計處委託國立成功大學辦理）。
- B.104 年度「長期照護資料庫與指標建立」（統計處委託國立陽明大學辦理）。
- C.104 年「國民疾病負擔資料庫及指標建置計畫」（統計處委託台灣大學辦理）。
- D.104 年度「社會福利統計有關調查與公務資料整合與連結之探討研究計畫」（統計處委託國立陽明大學辦理）。
- E.104 年度國民心理健康調查計畫（第 1 年）（心理及口腔健康司委託臺北醫學大學辦理）。
- F.調高營業稅徵收率 1%挹注中央應負擔國民年金款項之影響（社會保險司委託國立政治大學辦理）。
- G.從日本提高消費稅經驗，分析我國調增營業稅徵收率 1%挹注中央應負擔國民年金款項可能造成之影響及應有之配套措施（社會保險司委託國立政治大學辦理）。
- H.建立性別暴力防治衡量指標科技研究計畫（社會保險司委託社團法人台灣防暴聯盟辦理）。
- I.長照制度實施成效檢討與評價計畫（104 年-105 年）（照護司委託國立陽明大學辦理）。
- J.104 年度「原住民及離島地區醫事人員養成計畫公費生培育效益評估與需求推估」（照護司委託義大醫療財團法人義大醫院辦理）。

（二）共同性目標：推動跨機關服務及合作流程。

1.共同性指標：跨機關合作項目數

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	--	主辦 1 項，協辦 7 項
實際值	--	--	--	主辦 1 項，協辦 7 項
達成度(%)	--	--	--	100
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

行政院「全面推廣政府服務流程改造」工作圈或國家發展計畫中與推動服務流程工作有關之跨機關合作項目數

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 104 年本部主辦 1 項(「送子鳥工作圈」)，協辦 7 項(「投資服務圈」、「免戶籍謄本圈」、「e 化宅配圈」、「安心就學圈」、「電子發票圈」、「免地籍謄本圈」及「新北市民免奔波工作圈」)。

(2) 送子鳥工作圈：配合服務流程改造，進行跨機關的整合。

A. 依據結婚、懷孕、分娩、新生兒至學齡前(0-6 歲)及學齡兒童至青少年(6-18 歲)生命歷程 5 個階段，於送子鳥資訊服務網提供民眾 91 項政府服務訊息(如：婚假、產前假、產假、育嬰假之相關補助、產檢項目及補助、生育補助、新生兒疫苗施打資訊、媽媽教室、托嬰中心及保母資源、學生健康檢查、校園營養午餐食材登錄等)、551 項衛教資訊(如：孕期照護、哺乳教學、育兒秘笈、霸凌防治、未成年懷孕協助等)。

B. 送子鳥資訊服務網持續提供「出生通報結合出生登記」、「提供查詢新生兒健保卡申辦進度線上查詢」、「寄發新生兒健保卡」、「勞工保險生育給付進度線上查詢」及「國民年金保險生育給付申辦進度線上查詢」等 5 項服務。網站首頁建置「健保卡線上申辦與寄送」、「健康存摺(含就醫資料)」、「勞保及國民年金生育給付線上申辦」、「勞保及國民年金生育給付進度查詢」四大介接服務，增加民眾網路申辦及線上查詢之方便。

C. 送子鳥資訊服務網新增「越南語版」網站建置，提供新住民產檢補助、出生登記、生產育嬰福利等孕產相關資源。

D. 跨機關服務業務整合項目數，從 103 年與內政部戶政司、勞動部勞工保險局、本部中央健康保險署、國民健康署、疾病管制署、社會及家庭署及各地戶政事務所等 6 類機關合作。104 年擴大與本部食品藥物管理署、法務部、教育部、內政部移民署、各縣市政府衛生局、社會局(處)、民政局(處)、教育局(處)等 8 類機關合作。

(三) 共同性目標：落實政府內部控制機制。

#### 1. 共同性指標：辦理內部稽核工作

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	--	--	1	100
實際值	--	--	5	234
達成度(%)	--	--	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)所擇定執行稽核之業務或事項之項目數，連同稽核結果已研提具體建議並經機關採納之稽核項目數之合計數

績效衡量暨達成情形分析：

本部暨所屬機關內部控制制度於 103 年 7 月後陸續新、增修完成，並據以執行內部控制自行評估及內部稽核相關作業，104 年度本部暨所屬機關共計完成 234 項內部稽核項目。

(四) 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	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	90	90	90	90
實際值	82.67	88.74	81.52	87.49
達成度(%)	91.86	98.6	90.58	97.21
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：

本部主管資本門預算執行數 1,713,948,682 元，全年度資本門可用預算數 1,959,047,552 元，執行率為 87.49%，104 年度目標值為 90%，故達成度 97.21%；各機關除食品藥物管理署、社會及家庭署執行率達 90% 以上，其餘機關均未達目標值，執行情形分述如下：

(1) 本部部分：「衛生大樓新建工程案」因承攬廠商逾期 171 日完工，中華民國仲裁協會始於 104 年 10 月 20 日作出仲裁判斷，惟判斷內容與工地現況及事實多有不符之處，本部為顧及機關權益，於 104 年 11 月 19 日向臺灣臺北地方法院提出撤銷仲裁判斷之訴，爰辦理經費保留共 36,465,073 元。

(2) 疾病管制署部分：主要係因「免疫用健康馬 75 匹採購案」之廠商於 102 年提起民事訴訟，104 年一審判決該署需給付已交馬匹款 4,496,655 元，業依判決給付貨款。惟廠商就第 3 批次履約保證金等部分申請上訴，爰辦理保留經費 17,983,005 元。

(3) 國民健康署部分：主要因「開發及建置臺灣 GIS 致胖環境監測系統」及「國民健康管理雲端資訊增值應用服務平台計畫建置案」係跨年度合約，104 年度尚未辦理結案，爰辦理經費保留 3,945,455 元；另「活躍老化資料倉儲與決策支援系統係建構領航國際之活躍老化監測暨決策支援系統之子計畫」，因需配合該計畫之其他 13 項子計畫研究成果，陸續將其成果納入需求規劃，故執行進度落後，且因涉監造、建置以及署內多個業務組室，驗收程序較為複雜，未及於 104 年底完成驗收程序，爰辦理經費保留 3,620,892 元。

(4) 國家中醫藥研究所部分：因國家藥用植物園既有林道改善暨相關附屬設施變更設計工程案，於 104 年 6 月 11 日決標，因承商擬定施工及品管計畫書進度延宕，且 8、9 月間蘇迪勒及杜鵑颱風

造成工區受創嚴重，亟需清理，致實際進場施工期程延後，影響付款進度，爰辦理經費保留12,135,312元。

(5) 中央健康保險署部分：主要係因該署高屏業務組中正路辦公大樓裝修工程，及杉林檔案倉儲興建工程，迭經多次招標結果均無廠商應標或家數不足而流標，致採購期程較預計期程延長之不可抗力因素，致無法於年度結束前依預計進度竣工，為利後續搬遷及工程順利進行，爰辦理經費保留6,467萬8,698元。

## 2. 共同性指標：機關於中程歲出概算額度內編報情形

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	5	5	5	5
實際值	5	2.12	4.99	3.74
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：

105 年度實際編報值為：【(318,917,394 千元-183,459,491 千元-128,605,178 千元) / 183,459,491 千元 ×100%】=3.74%，小於目標值 5%，達成度為 100%。

(五) 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	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	-0.21	-0.16	-0.15	-0.18
實際值	-0.31	-0.49	-0.64	-1.06
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 105 年度預算員額數為 11,885 人，104 年度預算員額數為 12,012 人，計減列 127 人，員額增減率為-1.06%，高於原訂目標值-0.18%，達成度 100%。

## 2.共同性指標：推動中高階人員終身學習

項目	101 年度	102 年度	103 年度	104 年度
原訂目標值	2	1	1	1
實際值	2	1	1	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（合格實授薦任第 9 職等以上公務人員）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 45% 以上。

績效衡量暨達成情形分析：

本部暨所屬機關中高階公務人員人數共 551 人，參加 1 日以上之培訓發展性質班別之訓練，計有 390 人，佔本部中高階公務人員總人數之 70.78%。

## 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	103 年度		104 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		85,363,275		84,581,649		
(一) 健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群(業務成果)	小計	6,452,026	97.54	6,220,524	118.52	
	推動充實地方政府社工人力	92,215	100.00	92,215	100.00	健全社會工作制度及充實地方政府社工人力
	建構托育管理制度實施計畫	1,020,860	100.00	1,333,688	137.41	社區保母系統保母人數
	父母未就業家庭育兒津貼實施計畫	5,306,743	97.07	4,762,420	113.76	父母未就業家庭育兒津貼涵蓋率
	推動身心障礙鑑定與需求評估新制	32,208	91.43	32,201	93.07	推動身心障礙鑑定與需求評估新制
(二) 精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益(業務成果)	小計	3,123,818	96.26	3,063,544	95.08	
	開創全民均等健康照護計畫	1,075,020	96.42	1,081,866	87.83	每一次醫療區域至少有一家中度級以上急救責任醫院之

						完成率
	臨床醫事人員培訓計畫	1,604,514	99.99	1,552,799	100.00	接受「臨床醫事人員培訓計畫」之受訓人數比例
	護理改革計畫	12,880	97.67	10,338	97.99	護理執業人數增加比例
	強化護理機構管理	2,150	100.00	500	100.00	全國一般護理之家及產後護理之家管理
	原住民及離島地區醫事人員養成計畫	65,260	94.45	68,064	91.31	原住民及離島地區養成公費生返鄉服務人數
	建構國際級偏鄉數位資訊醫療照護網	81,739	85.17	116,843	94.10	原住民地區及離島衛生所醫療資訊電子化(HIS/PACS)
	台灣健康雲計畫	282,255	77.94	233,134	97.38	診所洽接電子病歷雲端閘道器服務中心
(三) 完善高齡照顧體系，建構友善老人環境(業務成果)	小計	895,152	100.00	1,030,860	99.58	
	建立老人社區初級預防照顧服務體系	268,000	100.00	270,000	100.00	提升老人福利服務量能
	高齡友善健康環境與服務計畫	627,152	100.00	673,031	100.00	高齡友善健康照護機構認證家數
	建構領航國際之活躍老化監測暨決策支援系統計畫	0	0.00	87,829	95.02	建構我國活躍老化指標架構
(四) 促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡(業務成果)	小計	694,629	87.93	709,059	95.75	
	國民心理健康促進計畫	595,068	85.97	623,371	94.38	老人憂鬱症篩檢率
	推展性別暴力防治與兒少保護業務	2,500	86.44	2,700	93.52	提升性別暴力防治與兒少、老人、身心障礙者保護服務量能
	推動高風險家庭關懷輔導處遇服務	97,061	100.00	82,988	106.14	推動高風險家庭關懷輔導處遇服務
(五) 營造友善健康支持環境，促進全民參與(業務成果)	小計	1,585,981	100.00	811,737	100.03	
	菸害防制計畫	1,585,981	100.00	811,737	100.03	18歲以上人口吸菸率
(六) 落實防疫整備，免除疾病威脅(業務成果)	小計	5,777,335	98.60	5,674,805	99.97	
	愛滋防治第五期五年計畫	2,182,970	100.00	1,871,186	100.00	降低愛滋病新增感染人數年增率
	結核病防治整合型計畫	39,880	99.90	37,131	99.31	結核病新增個案年齡標準化發生率

	結核病十年減半全民動員第二期計畫	1,002,853	100.00	877,900	100.00	
	充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫	1,811,865	100.00	2,290,884	100.00	3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率
	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	42,904	100.00	40,748	100.00	
	疾病防治整合型研究計畫-傳染病防治研究計畫	312,147	74.11	39,270	99.25	
	我國因應流感大流行準備第二期計畫	192,727	100.00	314,744	100.00	
	感染性生物安全防護計畫	16,064	100.00	11,943	100.00	地區級以上醫院符合感控查核初查合格率目標值比率
	醫療感染控制發展計畫	25,252	99.84	27,851	100.00	
	整合與提升我國食媒性疾病及其病原監測防護網計畫	127,353	100.00	142,318	99.29	科學引文索引(SCI)學術論文數量
(七) 推動衛生福利科技，精進政策論證基礎(業務成果)	小計	4,061,965	98.76	1,555,850	97.74	
	以醫療科技建構社會保險永續發展計畫	67,795	79.85	100,903	85.88	科技成果實際應用率
	全人健康促進科技政策研究計畫	0	0.00	130,897	93.27	
	奈米科技政策科學化及管理體系建構計畫	2,530,485	99.43	70,117	99.38	
	實證衛生政策轉譯研發計畫	44,506	100.00	43,185	88.70	
	提升臨床試驗創新及競爭力計畫	202,674	100.07	197,402	100.00	
	細懸浮微粒(PM2.5)特徵對民眾健康影響之研究	0	0.00	30,000	100.00	
	衛生福利科技管理計畫	47,330	62.25	121,294	94.93	
	醫衛生命科技研究計畫	1,148,427	100.00	785,315	100.00	

	促進健康老化及產業升級：新藥及保健食品之研發	0	0.00	56,391	100.00	研發收入成長比
	健康資料增值應用雲端化服務計畫	20,748	78.08	20,346	96.73	健康資料增值引用案件數平均年增率
	小計	437,701	99.11	447,000	99.82	
(八) 強化食品藥物管理，保障民眾健康(行政效率)	藥物及查驗登記食品上市前管理新紀元計畫	46,254	99.86	47,254	99.09	建立與國際調合之食品添加物分類
	重建食品藥物安全(清雲行動五五方案)計畫	367,784	98.96	376,822	100.00	
	中藥品質與產業提升	23,663	99.82	22,924	98.43	國內中藥製藥廠GMP查核之合格率
(九) 健全社會保險制度，強化自助互助機制(財務管理)	小計	62,334,668	96.70	65,068,270	98.87	
	強化國民年金保險制度	62,334,668	96.70	65,068,272	98.87	辦理國民年金保險

單位：千元

共同性目標	計畫名稱	103 年度		104 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：健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群。(業務成果)

關鍵績效指標：納入低收入戶及中低收入戶照顧人數

衡量標準：

$(\text{本年度低收入戶及中低收入戶照顧人數}) \div (\text{全國當年度總人數}) \times 100\%$

原訂目標值：3

實際值：2.94

達成度差異值：2

未達成原因分析暨因應策略：

有關 104 年度低收入戶及中低收入戶照顧人數目前統計資料最新僅截至 104 年 9 月底，於 105 年 3 月可統計至 104 年 12 月底之完整數據，預估可達目標。

(二) 關鍵策略目標：精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益。(業務成果)

關鍵績效指標：診所洽接電子病歷雲端閘道器服務中心

衡量標準：

國內診所導入電子病歷雲端服務連結及調閱之基礎功能

原訂目標值：5,000

實際值：3700

達成度差異值：26

未達成原因分析暨因應策略：

因本案預算遭立法院凍結，致推動期程稍有延遲。惟至 104 年底本案業已完成 3,700 家診所介接電子病歷雲端閘道器服務中心，並接續完成新案採購議價進入執行期，預估 105 年中旬可完成近 5000 家診所之介接。

關鍵績效指標：提升身心障礙牙科醫療服務之可近性

衡量標準：

全國接受獎勵辦理身心障礙牙科之縣市數

原訂目標值：22

實際值：18

達成度差異值：18.18

未達成原因分析暨因應策略：

為提升特殊需求者口腔醫療服務之完整性，參與本部獎勵計畫之醫院，除開設身障牙科特別門診，尚須提供鄰近社福機構定期口腔健檢、衛教及簡單診療，爰部分指定醫院考量其人力資源狀況而未申請本部獎勵計畫，惟渠等縣市仍有指定醫院開設身心障礙者牙科特別門診；未來將責成相關衛生局積極輔導所轄指定醫院申請獎勵。

(三) 關鍵策略目標：完善高齡照顧體系，建構友善老人環境。(業務成果)

關鍵績效指標：長照服務涵蓋率

衡量標準：

長照服務涵蓋率 = (長照十年服務人數 ÷ 失能老人推估人口數) × 100%

原訂目標值：40

實際值：35

達成度差異值：12.5

未達成原因分析暨因應策略：

1、依研究經驗顯示，一般長期照護服務之使用，於服務體系逐漸健全且民眾需求誘發後，在未開辦保險前約達失能人口的 30%，一旦長照保險開辦，參照日本經驗，則使用率可達 70%。另，依本部 2010 國民長期照護需要調查失能率推估，104 年失能老年人數較 103 年成長 4.3%。合先敘明。

2、本部積極落實推動長照十年計畫，累計服務量占整體老年失能人口比率已逐年成長，由 97 年 2.3% 提升至 104 年 12 月底 35% (成長 15.2 倍、比 103 年全年成長 1.05 倍)，共計服務達 17 萬 465 人，其占居住於社區失能老年人口比率 39.3%。

3、為提升長照服務量能及長照服務涵蓋率，且長期照顧服務法已通過，故整合原有之長照十年計畫與長照服務網基礎，推動跨部會「長期照顧服務量能提升計畫」(行政院已於 104 年 11 月 3 日核定)，規劃編列總經費約三年 315 億元；在「長期照顧保險法」(草案)完成立法正式實施前，以持續增進並兼顧我國長照服務之質與量。

(四) 關鍵策略目標：促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡。(業務成果)

關鍵績效指標：替代治療藥癮個案留置率

衡量標準：

替代治療個案留置率 (%)

(留置人數 ÷ 收案人數) × 100%。

原訂目標值：60

實際值：58.3

達成度差異值：2.83

未達成原因分析暨因應策略：

本項指標未達成原因主要係因藥癮疾病觀念不甚普及，且缺乏穩定的藥癮治療費用補助，相關治療經費均須由藥癮個案自行負擔，促使藥癮個案為了生計與治療費用，必須捨棄穩定治療。目前已委

託台灣成癮科學學會完成「藥癮疾病」衛教宣導單張及短片的製作，函送各政府部門及醫療院所協助廣為周知，冀能提升社會大眾對於藥癮疾病之觀念，營造友善的治療環境，另外，刻正規劃辦理「藥癮治療納入健保給付可行性評估計畫」，以期比照高血壓、糖尿病等慢性疾病，由健保制度穩定支付相關治療經費。

(五) 關鍵策略目標：營造友善健康支持環境，促進全民參與。(業務成果)

關鍵績效指標：18 歲以上人口吸菸率

衡量標準：

$(18 \text{ 歲以上男性吸菸人口數} + 18 \text{ 歲以上女性吸菸人口數}) \div (18 \text{ 歲以上人口數}) \times 100\%$

原訂目標值：17

實際值：17.1

達成度差異值：0.6

未達成原因分析暨因應策略：

104 年 18 歲以上人口吸菸率為 17.1%，較目標值 17.0 微高，可反應出我國菸價過低，且菸捐調漲法案遲未能通過，致使吸菸率下降幅度呈現停滯狀態。

1、世界衛生組織建議，提高菸價為最具成本的菸害防制策略。我國菸價極低，比泰國、馬來西亞低，與中國大陸接近；且 WHO 建議菸稅捐至少應占菸價的 70%，我國目前僅約 54%，至少須調高 36.7 元，才能到達 70%。依菸害防制法規定，菸品健康福利捐應每 2 年評估一次，現行菸品健康福利捐每包 20 元，係 98 年 6 月 1 日實施，迄今已近 7 年未調整。

2、為調整菸捐以提高菸價，已提菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案業經立法院於 102 年 5 月 17 日完成一讀，調高菸捐 20 元、菸稅 5 元。惟其後續審查時程、優先性與最終之決議內容，尚涉及各政黨以及社會各界之溝通與共識，以及財政單位與國營菸商之配合，未來仍將積極推動調漲菸捐、提高菸價，以維護國人的健康。

關鍵績效指標：癌症篩檢率之平均增加值

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： $(A + B + C + D) \div 4$  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）

原訂目標值：23

實際值：22.9

達成度差異值：0.4

未達成原因分析暨因應策略：

1、民眾認知差異甚大，自由就醫模式加重推動困難：由於國情的差異，我國大腸癌篩檢業務的推動，相較於國外醫療體系更為困難。歐美醫療體系多設有家庭醫師或初級照護（gate-keeper）制度，民眾有固定的負責醫師，若沒有做篩檢，即可由其負責醫師通知受檢。然，在國內由於採自由就醫模式及醫療院所在全人照護的觀念尚未普及，仍處重治療輕預防的傳統思維下，醫師對就醫民眾提供癌症篩檢的態度是消極與被動的。另，本部健康署 102 年「國民健康訪問調查（NHIS）」結果顯示，沒做過大腸癌篩檢的原因以「覺得身體健康沒有需要」佔 67.3% 為最主要。綜上，因民眾認知不足及基層診所醫師態度消極，造成推動上困難加劇。

2、大腸癌篩檢之採檢管發放流失率高，需賴人力洽催與衛教：大腸癌篩檢所需的糞便檢體，並無法如其他篩檢項目，於醫療現場直接採檢，而需由民眾先領管攜回，採集糞便裝管後再送回檢驗，在多一道繳回的程序下，經統計採檢 1 週內會主動繳回檢體僅剩 5 成，很明顯的已影響民眾受檢意願，甚至有些單位基於增加民眾繳回採便管及減少成本浪費考量，會採行押金方式（空管先收 50 元繳回後退還），然此種作法不符民情。雖然醫療院所在公衛體系勸說下，同意加入腸篩特約行列，然在面對民眾不繳回檢體，就得自行吸收採檢管的成本下，終不敵現實考驗。因此，雖本部健康署預算拮据，但調查大腸癌篩檢含管子、檢驗費及洽催人力費用後，仍自 102 年 6 月起調高給付，由 130 元調升至 200 元。

3、自費篩檢礙於個資法無法取得，致使只能以資料庫呈現篩檢率：以大腸癌為例，大腸鏡亦為國際所認可之大腸癌篩檢工具，為全面呈現大腸癌篩檢成果，自費大腸鏡向為本部匯集之資料之一。101 年全國共計 120 萬人參與篩檢，其中 102 萬人接受本部補助之定量免疫法糞便潛血檢查，8 萬多人採行大腸鏡檢查，然在 101 年 10 月個資法施行，醫療院所申報自費大腸鏡檢數量，由原 101 年 8 萬多筆，驟降至 104 年 1 萬多筆，亦影響篩檢率增加幅度。

關鍵績效指標：整合性預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案追蹤完成率

衡量標準：

縣市整合性篩檢服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案轉介至醫療院所進行後續追蹤完成人數：縣市整合性篩檢服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案人數

原訂目標值：85

實際值：83

達成度差異值：2.35

未達成原因分析暨因應策略：

1、民眾認知的改變不易：依據 103 年以電訪進行健康行為調查（BRFSS）中，3 成民眾知道自己有 B 型肝炎或 C 型肝炎仍未就醫，其原因包括「身體無症狀應該不需要」（高達 80%），其次為「沒有時間」（約 8%），衛教需要時間，改變民眾就醫的習慣不易。

## 2、提升追蹤率的作為

（1）要求縣市衛生局納入計畫指標，以督促各縣市衛生局 B、C 型肝炎追蹤情形。

（2）為促使個案接受後續追蹤治療，委託辦理癌症醫療品質的醫療院所將 B、C 型肝炎個案轉介至肝膽腸胃科，依醫囑接受追蹤及治療。

（3）將持續透過多元媒體管道，並配合 7/28 世界肝炎日召開肝炎防治記者會加強宣導，衛教民眾認識 B、C 型肝炎，知道自己的帶原狀況，以及 B、C 型肝炎接受後續追蹤治療的重要性。

（六）關鍵策略目標：落實防疫整備，免除疾病威脅。(業務成果)

關鍵績效指標：3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率

衡量標準：

【設籍我國當年度 3 歲以下完成各項常規疫苗之人數÷設籍我國當年度 3 歲以下人數）×100%】

原訂目標值：95

實際值：93.4

達成度差異值：1.68

未達成原因分析暨因應策略：

1、「3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率」之計算方式，幼兒必須於出生滿 36 個月以內同時完成卡介苗、3 劑 B 型肝炎疫苗、4 劑五合一疫苗、1 劑水痘疫苗、1 劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗及 2 劑日本腦炎疫苗等 6 種疫苗 12 劑次始能納入計算，其定義與目標值在國際間屬高標準，每年保持全數完成率達 93% 以上已是極大挑戰，本年度達成值 93.4%，雖未達提升之目標，惟已超越 103 年目標值 93%，且超越美國（美國 19-35 個月幼兒全數完成應接種疫苗劑次之完成率 71.6%），且麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗、五合一疫苗之接種率（98%、97.4%）亦超越英國（95%、96%）等先進國家，更超越 OECD 平均達成情形。

2、疫苗接種率極易受到國際疫苗供需情形、國內外流行疫情、媒體報導事件及個人健康情形等多重因素而有變動，近年來新住民子女比例增加，幼兒常隨父母居住他國而不在境內，導致催注困難；而本年度幼兒五合一疫苗面臨全球缺貨壓力，在國際競爭情況下，我國仍盡力爭取貨源讓幼兒接種作業不中斷，持續維持高接種完成率，已是難得的成果。此外，預防接種工作之執行包括衛教、診察、注射接種資料傳輸與疫苗冷藏設備管理均需仰賴第一線醫護人員的協助合作，兒科醫學會屢次

要求補助兒童疫苗接種診察費，均未獲准，恐影響合約院所執行效能，亦較難提升國內疫苗接種完成率。

3、為了保障國民健康，應持續進行各項疫苗接種工作，訂定並維持高接種完成率目標值，定期統計各項疫苗完成率，並加強運用全國性預防接種資訊管理系統（NIIS），協調移民署勾稽入境未接種疫苗幼童與掌握其出境資訊以提升追蹤準確度等創新策略，積極督導各縣市衛生單位盡全力追蹤催注，而針對執行國家預防接種工作之合約院所持續爭取給予合理補助，亦可提高醫療院所積極主動配合預防接種業務之推動，共同維持疫苗高接種完成率及優質的接種服務品質。

（七）關鍵策略目標：跨域加值公共建設及科技發展財務規劃方案（跨機關目標）。（業務成果）

關鍵績效指標：新竹生醫園區醫院預算執行率

衡量標準：

臺灣大學辦理新竹生醫園區醫院預算執行數／本部年度編列補助新竹生醫園區醫院預算數

原訂目標值：95

實際值：10

達成度差異值：89.47

未達成原因分析暨因應策略：

1、臺大因之前新聞媒體事件，影響園區醫院整體執行進度，復因政策主政者更迭、醫療資源調整及預算來源重新規劃，臺大醫院又再提報園區醫院修正計畫，致預算執行率低且計畫執行進度嚴重落後。

2、囿於第 3 次修正計畫，本部列該計畫之統籌及預算編列單位，每月定期查催臺大醫院辦理進度，並每月於部內「公共工程推動會報」提報該工程進度，此外行政院公共工程委員會每月之「公共工程督導會報」，除本部列席說明外，亦請臺大醫院派員報告工程進度。惟期間因 104 年 5 月份竹北校區開發新聞媒體事件，影響臺大發展園區醫院的意願，造成計畫執行進度延宕，又因臺大醫院之政策主政者更迭，造成預算重新規劃，臺大醫院又再提報修正計畫，致本案進度及預算執行不如預期，本部除依前開作為定期督促、積極電催臺大醫院並由科技部及本部邀集相關單位召開會議研商本案，但臺大醫院已因前開因素，進度停滯拖延，復因計畫修正，無法執行原訂預劃之期程及預算。

3、本案預算執行率低且計畫執行進度嚴重落後，期間本部承受工程會、國家發展委員會、審計部等相關機關管考及監督之壓力，惟本部非興建單位臺大醫院之主管機關，實難依據執行進度落後，究責該院辦理懲處，卻仍因工程執行不力，屢遭前開部會要求檢討改善，有責無權。

4、依預算法第 42 條規定，各主管機關應審核其主管範圍內之歲出預算，加具意見…；本案新竹生醫園區分院並非本部所屬醫院，其上級機關為國立臺灣大學與教育部，故本案之後續相關預算，應由教育部分年編列較符體制。另依中央政府各機關單位預算執行要點第 35 點規定，為使各機關之各

項施政計畫與預算落實執行，並具成效，應依「行政院所屬各機關施政績效管理要點」等規定，切實辦理施政、公共建設及預算執行績效評估作業；本部非新竹生醫園區分院之主管機關，該興建計畫預算執行不力時，無法落實主管機關直線監督指揮權責。

五、爰上，為使該計畫順利執行，提升行政效率，並有效提升整體公共建設工程進度及品質，本部將亟力向行政院爭取有關園區醫院之統籌單位及預算編列機關應回歸臺大醫院主管機關—教育部，以資名實相符及權責相當。倘後續統籌單位及預算編列由教育部主責，基於該部為臺大醫院主管機關負有督導管理之責，應可督促本案順利執行。

(八) 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：

$(\text{本年度資本門實支數} + \text{資本門應付未付數} + \text{資本門賸餘數}) \div (\text{資本門預算數}) \times 100\%$  (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：87.49

達成度差異值：2.79

未達成原因分析暨因應策略：

1、本部部分：「衛生大樓新建工程案」因承攬廠商逾期 171 日完工，中華民國仲裁協會於 104 年 10 月 20 日作出仲裁判斷，惟判斷內容與工地現況及事實多有不符之處，本部為顧及機關權益，於 104 年 11 月 19 日向臺灣臺北地方法院提出撤銷仲裁判斷之訴，另因訴訟期間長達 1 年至 1 年半之久，為避免訴訟期間因利息支出造成本部負擔，本部採結算及撤仲之訴並進方式，爰本部刻正與承攬廠商辦理結算驗收扣款及違約金計罰之爭議處理，以利後續專案管理及設計監造等技術服務案順利辦理結案。

2、疾病管制署部分：104 年廠商提二審民事聲明上訴狀，疾管署已委任律師為本案訴訟代理人，於 105 年 2 月 2 日法院開庭審理時，該署將派員列席協助相關事宜。

3、國民健康署部分：健康署將加強督促受委託單位，以掌握計畫進度，並加強儘速完成驗收及核銷作業，以利結案。

4、國家中醫藥研究所部分：已督促承商加速工進積極趕工，並請監造單位加強監督，以有效改善工程進度及落實施工品質。

5、中央健康保險署部分：中正路辦公大樓裝修工程，施工廠商已於 104 年 12 月 31 日申報開工，將責成監造廠商嚴格執行工程品質管制作業，以期如質如期完工。杉林檔案倉儲興建工程，責請監造單位依契約規定期程，注意廠商施工進度，適時督促廠商辦理各項履約事宜。

## 肆、推動成果具體事蹟

### 一、健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群

(一) 低收入戶及中低收入戶照顧服務：截至 104 年 9 月經各地方政府審核通過低收入戶計 145,687 戶，340,386 人及中低收入戶計 115,465 戶，350,457 人，社會救助照顧人數總計 690,843 人，佔全國當年度總人口 2,346 萬餘人之 2.94%。

#### (二) 完善社區保母系統服務

1、104 年度「建構托育管理制度實施計畫」滿意度調查，滿意者之比例占受訪人數之 81.57%，顯示民眾對於托育服務人員、委託辦理托育服務單位及托育費用補助之滿意度有正向肯定態度。另為宣導居家式托育服務登記制度，本年度透過直轄市、縣（市）政府社會局（處）、衛生局（處）、民政局（處）及公私協力托育資源中心等發放宣導摺頁、海報、光碟計 10 萬 5,030 份，廣為週知。

2、104 年度領取居家托育服務登記證書人數較 103 年增加 3,103 人（103 年計 1 萬 9,830 人），成長率達 15.6%，並可提供 4 萬 5,866 個 2 歲以下兒童居家托育服務。至 104 年各直轄市、縣（市）政府已核定補助就業者家庭部分托育費用計 13 億 2,849 萬 7,934 元，受益人數達 7 萬 3,350 人，有效減輕育兒家庭經濟負擔，預估 104 年度托育費用補助覆蓋率可達 17.81%，較 103 年 17.32% 成長 0.49%。

#### (三) 父母未就業育兒津貼

1、補助人數逐年提升，由 101 至 103 年成長 4 萬 6,000 餘人；涵蓋率逐年攀升，由 101 至 103 年成長約 15 個百分點，確有達到政策目標。目標對象幾已全數納入補助，涵蓋率趨於穩定，104 年補助 25 萬 5,722 名兒童，補助金額 50 億 4,509 萬餘元。

2、依據國家發展委員會 101 年中推計顯示，101 年至 103 年每年出生人口數分別為 229 萬、200 萬及 192 萬人，期間經龍年及建國百年政府推出鼓勵措施帶動結婚潮等因素影響，每年實際出生人口數，均較中推計為高，甚至 101 年及 103 年亦較高推計人口數為多，且 101 年龍年回升幅度亦超過 89 年千禧龍年的回升量，顯見政策效果。

3、依 104 年育兒津貼滿意度調查報告顯示，有 83% 的民眾對本部在推動育兒津貼表現表示滿意；有 82% 的民眾對育兒津貼有助於減輕家庭負擔表示同意。

#### (四) 推動身心障礙鑑定與需求評估新制

1、完成身心障礙者福利與服務需求評估工具驗證及修正，並於 104 年 5 月 12 日公告「身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法」。

2、至 104 年底，合計受理民眾申請身心障礙證明 89 萬 6,350 件，完成證明核發 68 萬 6,568 件，辦理需求評估 76 萬 4,309 人次。

## 二、精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益

(一) 全國共計 50 個次醫療區域，目前 43 個次醫療區域已有中度及以上急救責任醫院 (43/50=86%)，達成度 100%。

(二) 累計至 104 年，簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」並註記於健保卡人數約為 32 萬人，達成度 100%。

(三) 104 年參與臨床醫事人員培訓計畫之 137 家教學醫院中，有 7,855 位人員符合補助資格，而符合補助資格之新進醫師、醫事人員 (扣除非當年度執登之新進受訓人員數) 且實際接受補助者計有 6,594 人，具補助資格且接受訓練之比率達 83.94%，達成度 100%。

(四) 104 年度持續辦理「推動診所電子病歷互通案」已達成 3,700 家診所介接電子病歷雲端閘道器服務中心，接續完成新案採購議價進入執行期，預計於明 (105) 年中可完成近 5000 家診所之介接。

### (五) 本部所屬醫院辦理急性後期照護服務

1、急性後期照護結合跨專業團隊之整合性照護模式，提供多元化照護服務，如積極復健，協助急性病患日常生活功能之恢復，避免出院後過早入住長照機構或再住院，以節省社會成本及健保資源。

2、本部所屬醫院執行急性後期照護模式的成效顯示接受照護之民眾不論身體功能、認知功能、營養指數、滿意度皆有明顯進步，且民眾滿意度高。

3、為提升醫院同仁急性後期照護知能，及提供各醫院交互學習及分享之平台，於 104 年 3 月 31 日舉辦「本部所屬醫院 103 年度急性後期照護成果發表會」。並邀請專家針對部立醫院執行現況給予建議與指教，使本部所屬醫院能不斷地整合資源，精進醫療照護服務。

(六) 為提升特殊需求者口腔醫療服務之完整性與可近性，104 年共獎勵 4 家示範中心及 23 家一般醫院，計服務 29,240 人次；以推動特殊需求者照護網絡，建立承作醫院及基層醫療、社福機構相互支援及轉診機制，並落實牙醫師及相關照護人員之教育訓練。

## 三、完善高齡照顧體系，建構友善老人環境

### (一) 提升老人福利服務量能

1、引進跨部會資源使各縣市辦理社區照顧關懷據點業務，配合農委會發放社會救助米，並於相關聯繫會議及輔導訪視時宣導據點經費核銷作業簡化，減輕據點行政負擔。

2、使更多社會大眾認識並參與據點活動，本部推出「據點之歌」、「據點經典影片」、「據點旅遊書」，透過一系列的方案，結合音樂、健康操及旅遊等元素，用輕鬆、活潑的方式展現據點多元

的服務樣貌，除鼓勵長者走出戶外參加據點活動外，也讓一般民眾能按圖索驥實際體驗據點之美，增加據點形象識別。

3、為揭示政府推動社區照顧關懷據點政策已屆滿 10 年，於 104 年 9 月 9 日舉辦社區照顧關懷據點「十年有成，幸福回甘」成果發表會，並邀請行政院院長出席，用實際行動呼籲更多民間單位一同加入據點行列。

4、截至 104 年年底，本部已補助民間單位、村里辦公處於全國設置 2,476 個社區照顧關懷據點，提供在地長者關懷訪視、電話問安、餐飲服務、健康促進及轉介服務，共同響應推動高齡社區預防照顧的政策。

(二) 積極落實推動長照十年計畫，累計服務量占整體老年失能人口比率已逐年成長，由 97 年 2.3% 提升至 104 年 11 月 35% (成長 15.2 倍、比 103 年全年成長 1.06 倍)，共計服務達 16 萬 8,334 人，其占居住於社區失能老年人數比率 38.8%。

(三) 積極推展長期照護服務網計畫，透過長照服務資源布建，充實長照服務量能發展在地資源，提升長照服務量能及長照服務涵蓋率：

1、依據 99 年及 103 年長照資源盤點：迄 103 年可提供社政或衛政之長照機構，居家式服務共 906 家 (較 99 年成長 7.2%)、社區式服務共 233 家 (較 99 年成長 78%)、機構住宿式服務共 1,536 家 (較 99 年成長 2.5%)。

2、積極發展在地資源量能：104 年已設置 220 處多元日照服務資源，並廣續推動「臺灣 368 照顧服務計畫」，預訂 105 年以前，每一鄉鎮布建多元日照服務；為提升失智症社區服務普及性，擴增失智症長照服務量能，自 103 年辦理獎助設置失智症社區服務據點，至 104 年已設置 27 處；為發展長照資源不足以及偏遠地區 (含山地離島) 社區化之長期照護服務體系，至 104 年 6 月底已提早完成 (原目標 105 年完成) 89 偏遠地區綜合型長照服務據點。

3、長照人力數量成長：依據 103 年 6 月長照資源盤點結果，目前我國長照直接服務人力：照顧服務員 26,942 人 (較 99 年成長 30%)、社工 3,439 人 (較 99 年成長 17%)、護理人員 10,826 人 (較 99 年成長 25%)、物理治療人員 1,987 人 (較 99 年成長 53%)、職能治療人員 1,091 人 (較 99 年成長 67%)、照顧管理人員 331 人。

(四) 推動長期照顧服務法，104 年 5 月 15 日經立法院三讀通過，並於 104 年 6 月 3 日總統華總一義字第 10400064391 號令公布；其立法之完成，代表我國長照發展邁向重大里程碑。該法共七章 66 條，內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施五大要素，為我國的長照服務制度做好奠基工作。

(五) 提升長照服務量能，積極規劃相關策略

1、考量「我國長期照顧十年計畫」及「長期照護服務網計畫」已完成其階段性任務，現階段應強化長照服務之普及性及在地化，提高長照服務品質，另由於長期照顧服務法通過，使長照服務制度

有明確且一致之規範，在各方條件皆完備的情形下，整合該 2 項計畫經行政院於 104 年 11 月 3 日核定「長期照顧服務量能提升計畫」，計畫執行自 104 年 11 月至 107 年。

2、整合原有之長照十年計畫與長照服務網基礎，並考量 106 年長期照顧服務法施行，故將長照基金納入該計畫之需求經費內；在「長期照顧保險法」（草案）完成立法正式實施前，以持續增進並兼顧我國長照服務之質與量；並規劃四大目標及八項策略，四大目標包括（1）持續提供失能民眾既有長照服務並擴增服務對象。（2）強化長照服務輸送效率，提升效能及品質。（3）加速長照服務及人力資源建置、普及與整備。（4）積極整備開辦長照保險所需相關資源。八項策略包括（1）普及及均衡發展居家、社區及機構服務資源。（2）逐步擴大服務對象。（3）強化長期照顧服務管理之整合機制及品質提升。（4）長照資訊系統之強化、建置及整合。（5）充實長照人力。（6）規劃培訓課程、提升專業品質。（7）外籍看護工與長照服務。（8）適度發展產業參與長照服務。

（六）為提升失智症社區服務普及性，擴增失智症長照服務量能，自 103 年辦理獎助設置失智症社區服務據點，至 104 年已設置 27 處，累計至 12 月共服務 6,450 人數，辦理健康促進活動計 2,173 場計 25,055 人次、提供電話關懷共 10,982 人次、關懷訪視 2,813 人次、社區宣導 497 場計 25,104 人次、提供家屬照顧者教育訓練及支持團體之服務共 798 場次計 8,531 人次。

（七）透過活化社會福利及醫療衛生資源，佈建日照服務，截至 104 年底計佈建 220 所多元日間照顧服務資源，提升整體服務量能，滿足社區照顧需求。另定期辦理研商（八）保障中低收入老人口腔健康權益

1、服務人數自 98 年至 104 年 9 月總計受益 3 萬 9,634 人，至 104 年 9 月中低收入老人計 12 萬 3,307 人，倘以國民健康署調查統計老人全口無牙比率 26.1% 估算約 3 萬 2,183 人，98 年至 104 年 9 月底已補助 3 萬 9 千餘人。整體而言，涵蓋率已達 100%。另有關老人對於本項服務措施之滿意程度，按各縣市政府調查結果顯示整體計畫滿意度平均達 8 成以上。

（九）規劃「健康智慧生活圈」科技計畫，將發展與建構智慧健康生活圈（臺灣好生活圈）模式，包括智慧健康城市、智慧健康學校、智慧健康職場、智慧健康醫院及高齡友善智慧宅等，以期健康促進深入民眾生活，並帶動健康促進科技產業 ICT 相關裝置或設備之研發與行銷，善用 ICT 技術支持健康環境以提升國民健康，以及創造健康科技產業內需市場，發展優良健康促進管理模式並輸出國際，進而透過國內智慧化健康促進推動經驗產出具有高度價值之健康大數據，供產業及其他國家發展健康促進政策之參用。

（十）因應快速人口高齡化，佈建活躍老化資源網

#### 1、辦理老人健康促進活動

（1）截至 104 年 11 月底，22 縣市轄內衛生所及醫療院所結合社區照顧關懷據點已達 80%。印製「長者防跌妙招手冊」4 萬 4,000 本，擴大宣導老人防跌。

（2）發動全國各縣市的衛生局結合民間團體，以鄉鎮為單位鼓勵長輩組隊參加老人健康促進競賽，截至 104 年 11 月底，全國參與總隊數逾 2,000 隊、超過 8 萬位長輩參與本活動，佔老年人口 3% 以上。

(3) 為讓社區持續保有創意及動力參與老人健康促進競賽，辦理「老人健康促進競賽－社區領導人創意種子培訓企劃案」。

## 2、推動高齡友善城市

(1) 本部自 99 年度起，引領縣市政府推展「高齡友善城市計畫」，102 年全國 22 縣市皆加入推動行列，讓我國逾 286 萬名長者，受惠於各縣市提出之多元敬老、親老方案，以控制或降低疾病帶來的危害及其他負面影響，延後及壓縮長者失能之期間，延長並普及「健康餘命」。

(2) 透過推廣團隊建構資訊交流及經驗分享平台，辦理年度教育訓練工作坊、共識營等類學習活動，提供縣市政府推動人員精進推動策略及推動經驗。

(3) 辦理 104 年度「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」。

(4) 103 年、104 年以 BRFS 調查民眾對於老人之刻板印象，結果都顯示，相較於年輕人對長輩的正向看法，長者對自我感覺是所有年齡層內最負向的。另 104 年進行 60 歲以上民眾對於居住城市高齡友善之滿意度調查，結果發現，攸關長輩健康之社區提供的健康促進項目之足夠性；與外出是否便捷友善的交通問題中，在票價方面是頗獲長者肯定的；第一線接觸長輩較頻繁的機關服務人員說話音量、速度，也獲得很好的滿意度；而電話語音、騎樓平整及提供老人工作就業機會，是最讓長輩不滿意。

## 3、辦理活躍老化相關科技計畫

退休規劃與退休歷程對退休後健康狀況之影響分析（103-107 年）、長者社群平台建立與使用對提高長者社交與社會參與之研究（103-105 年）、城鄉交通系統對長者活躍老化之影響（103-105 年）、中高齡就業對長者活躍老化之影響（103-105 年）、高齡友善環境監測（104-107 年）及建構本土性活躍老化指標架構（104-107）。

## 4、推廣失智症防治與宣導

本部制訂「失智症防治照護政策綱領」，賡續推動慢性疾病防治及活躍老化工作，強化失智症前端預防工作，並針對社會不同領域、層面廣為宣導失智症防治議題，強化大眾與各類醫事人員對失智症的認識與警覺。

(1) 將失智症防治納入 104 年縣市推動高齡友善城市補助計畫之擴充計畫，共 13 個縣市提出申請。

(2) 於基層醫事人員之成人預防保健服務訓練課程，納入失智症議題，強化醫事人員對失智症之知能，並請醫師於提供成健服務時，亦能一併注意長者狀況。

(3) 開發「認識失智症及其徵兆與預防」線上學習課程教材，提供大眾及基層衛生所醫護人員自我學習。

(4) 為加強對民眾及高齡長輩對失智症的認識，失智症相關衛教資料編入「成人預防保健」、「健康老化」手冊，並編製「認識失智症」單張，透過醫療院所、衛生局（所）提供預防保健服務

時，發送給民眾與長者參考，提醒社區民眾對失智症的注意與了解。「失智症防治」納入「校園慢性病防治教育訓練」，並規劃「失智症衛教及資源手冊」及1款失智症預防宣導字卡。

(十一)「建構領航國際之活躍老化監測暨決策支援系統」雄才大略四年計畫上路，104年辦理「建構活躍老化指標架構系統」、「發展跨健康歷程、跨層級、跨領域之資料收集與監測系統」及「建立活躍老化資料倉儲與政策支援系統」、「高齡友善環境監測」、「建構本土性活躍老化指標架構」等，以結合我國豐富多元之各類健康資料及高水準之資通訊建設，建構領航國際，跨健康歷程、跨層級、跨領域之活躍老化監測暨決策支援系統，帶動健康、科研與產業之升級。

#### 四、促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡

(一)依據本部公布我國65歲以上老人自殺粗死亡率已由101年之每10萬人口32.6人，降至102年之每10萬人口32.1人，相較下降1.5%，且與92年相較，以65歲以上之年齡層降幅最大；103年度65歲以上老人自殺粗死亡率每10萬人口31.3人，相較102年之每10萬人口32.1人，共計下降2.5%。

(二)為因應藥癮者因共用針具施打毒品，而衍生愛滋疫情蔓延，我國於95年開始推動「毒品減害計畫」，並廣續辦理「非愛滋藥癮者替代治療補助計畫」及「愛滋防治替代治療補助計畫」。愛滋防治替代治療補助計畫採全額補助愛滋藥癮者接受美沙冬替代治療醫療服務費用；而「非愛滋藥癮者替代治療補助方案」則針對非愛滋藥癮者提供包含替代治療藥品費及部分醫療費用，包括初診醫療費、尿液毒物篩檢嗎啡檢測及每日給藥服務費等，以降低藥癮病患就醫經濟負擔，強化其戒癮治療意願。截至104年止，全國各縣市計有162家醫療機構提供替代治療服務，累積治療人數達41,762人，累計服藥人次計25,535,850人日，仍在治療人數為8,681人。藥癮者感染愛滋比率自94年71.6%降至102年1.74%，由94年2,420人下降至103年52人，顯見替代治療成效卓著。

(三)為落實提供家庭暴力、性侵害、性騷擾被害人及受虐兒童少年、老人、身心障礙者完善之保護扶助措施，並強化跨域整合機制，結合地方政府、民間團體與社區，厚植在地資源，建構整合性、多元性之保護服務體系及處遇模式，本部104年度透過「擴大民間參與、平衡城鄉資源」、「健全保護體制、落實預防宣導」、「強化網絡整合、創新培育研發」三大策略，以達施政目標。

##### 1、擴大民間參與、平衡城鄉資源

(1)連結民間團體共同推動保護服務工作：獎勵、補(捐)助地方政府及民間團體辦理家庭暴力、性侵害及性騷擾防治與兒少保護、兒少性交易防制(含兒少網路安全及社區預防性服務方案)教育推廣、預防宣導計畫及被害人保護扶助方案，104年計補助74案，補助1,837萬5,599元，重要方案包括「一站式」家庭暴力多元處遇服務方案、司法協助方案、原鄉部落家庭暴力及性侵害防治方案、目睹家庭暴力兒童及少年輔導方案、開創男性、智能障礙者被害人多元處遇服務方案等。

(2)補助地方政府辦理行政院「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」：104年共補助地方政府1億4,498萬6,329元，計補助319名兒少保護及189名家暴性侵害防治社工人力。

##### 2、健全保護體制、落實預防宣導

(1) 104 年辦理家暴及性侵害被害人多元處遇模式及庇護安置服務，提供家庭暴力（含老人及身心障礙者保護個案）、性侵害與性騷擾被害人保護扶助計 120 萬餘人次，扶助金額共計 4 億 5,000 萬餘元。

(2) 推動兒少保護通報案件分類分級調查處遇機制，優先處理危急之兒少保護案件，並建立以家內兒少保護事件為核心的工作模式，加強對遭受父母、照顧者虐待或疏忽兒少之安全安置評估及家庭處遇，以落實對兒少之保護及處遇工作。

(3) 建立兒少保護個案標準工作流程及控管系統，督促地方政府依法於受理通報後 24 小時內處理及於 4 日內提出調查報告，並依法提供保護安置、家庭處遇、強制性親職教育等服務，104 年依兒少法提供兒少保護服務計 28 萬餘人次。

(4) 提升非告訴乃論性侵害案件告發率，104 年各直轄市、縣（市）政府本期受理性侵害案件計 8,315 件，其中社政人員知有犯罪嫌疑者進行告發之案件數計 2,163 件，告發率計 26.01%，以逐步提升非告訴乃論性侵害案件進入刑事司法程序之比率，及時引入司法資源以維個案正義。

(5) 104 年受理兒少保護家內虐待事件計 2 萬 2,382 件，其中完成安全評估者計 2 萬 2,382 件，達成率 100%。

(6) 督導地方落實性騷擾防治措施查核計畫：104 年性騷擾防治措施查核件數計 1,347 件，較 103 年度 1,276 件成長 5.56%；又 104 年各直轄市、縣（市）政府依性騷擾防治法受理案件數計 650 件，較去年同期（103 年）受理案件數 545 件，成長 19.3%，顯見透過落實對場所主人性騷擾防治責任之查核與宣導，確能提升民眾之性騷擾防治意識與對自身權益之認識，並在場所主人於第一時間之協助處理之下，勇於求助及提出行政申訴。

### 3、強化網絡整合、創新培育研發

(1) 建置跨網絡工作平台：本部按季召開家暴及性侵害防治推動小組會議、重大家庭暴力、性侵害、兒少保護案件檢討會議，至 104 年共召開 10 次會議，定期檢討建構暴力防治跨網絡整合性政策與服務模式，並針對社會矚目家庭暴力、性侵害及兒少保護案件檢視網絡分工、檢討強化被害人保護相關作為，以強化防治網絡工作之連結與整合度，俾提升整體服務成效。

(2) 辦理保護服務及防治網絡工作督導考核計畫，協助、引導各直轄市、縣（市）政府擬訂其社會福利施政發展方向及重點，提升家庭暴力、性侵害與性騷擾防治，以及兒少、老人、身心障礙者保護服務量能，增進地方政府辦理各項保護性工作執行績效，並促成各直轄市、縣（市）轄內民眾對保護扶助資源取得之可及性、便利性。

(3) 深化家庭暴力安全防護網計畫，落實親密關係暴力危險評估，104 年各直轄市、縣（市）政府共接獲 5 萬 4,061 件親密關係暴力案件，其中實施危險評估件數為 4 萬 9,863 件，實施危險評估佔親密關係暴力通報件數之 92.2%，以落實親密關係暴力危險評估。

(4) 辦理 113 保護專線集中接線暨服務品質提升計畫：建立通報單一窗口「113 保護專線」及標準處理程序，104 年 113 保護專線計接線 19 萬 6,043 通電話，提供 14 萬 7,105 件諮詢及通報服務；113 保護專線受理親密關係暴力案件之後續追蹤完成實施危險評估比率達 80.5%。

(5) 研修兒少保護法規，完備保護服務法制工作：配合 104 年 2 月 4 日總統公布「兒童及少年福利與權益保障法」部分條文修正，擬具「兒童及少年保護通報與分級分類處理及調查辦法」修正草案，業於 104 年 4 月 14 日及 5 月 12 日召開研商會議，並於 8 月 6 日修正公布，完備兒少保護服務法制工作。

#### (四) 推動高風險家庭關懷輔導處遇服務

1、配合兒童及少年福利權益保障法部分條文，修正「兒童及少年高風險家庭通報及協助辦法」，於 104 年 10 月 28 日以部授家字第 1040900900 號函頒。

2、為利掌握 6 歲以下行方不明統計、訪查情形及縮短跨部會資料交換時間，業於 104 年度兒少高風險個案管理平台增置「六歲以下弱勢兒童主動關懷個案管理平台」，進行相關部會資料庫介接，並自 105 年 1 月 1 日起正式上線。

### 五、營造友善健康支持環境，促進全民參與

#### (一) 強化孕產婦健康

1、透過健保特約醫事服務機構提供孕婦產前檢查服務，104 年 1-7 月產檢約服務 118.1 萬人次。

2、104 年 1-10 月計補助產前遺傳診斷 50,447 案（發現異常 1,426 案），遺傳性疾病檢查 5,998 案（發現異常 1,724 案）。為確保遺傳性疾病服務網絡服務品質，定期辦理相關機構辦理評核，至 104 年 10 月共評核通過遺傳性疾病檢驗機構 40 家，遺傳諮詢中心 13 家。

3、104 年全國已達 182 家母嬰親善醫療院所，涵蓋全國出生院所 80.7%。產後六個月以下純母乳哺育率 103 年 45.8%，領先 OECD 國家。

4、104 年孕產婦關懷專線，104 年 1-10 月底諮詢服務通數計有 1 萬 5,257 通，瀏覽人次達 183 萬 3,578 人次。

5、孕婦產前健康照護衛教指導服務補助方案：自 103 年 11 月 1 日起，針對孕期重要健康議題，分別於妊娠第一孕期及第三孕期，額外補助提供 2 次產前衛教評估與指導，內容包括：維持母胎安全指導、兩性平權、孕期心理適應、生產準備計畫、母乳哺育等。104 年度服務涵蓋率約 88.93%。

#### (二) 推動兒童預防保健服務

1、為改善就醫可近性並縮短疑似發展遲緩兒童接受聯評時間，104 年輔導辦理聯合評估中心達 46 家，同時研訂及實施「兒童發展篩檢轉介確診作業說明」，鼓勵醫事機構落實兒童預防保健及其發展篩檢，把握早期療育之契機。

2、提供 7 歲以下兒童 7 次衛教指導，至 104 年 10 月，申請加入本案醫師共計 2,359 位，已涵蓋 89.3% 之 7 歲以下兒童。104 年 1-3 月服務約 22 萬 9,520 人次，7 次平均利用率約 65%。

3、推動「新生兒聽力篩檢補助服務方案」，全面補助新生兒聽力篩檢，早期發現聽損兒早期介入療育，截至 104 年 10 月計 296 家接生院所辦理本服務方案，篩檢案計 17 萬 5,320 人，篩檢率達 97.7%。

### （三）推廣健康促進場域

1、輔導縣市推動健康城市計畫，至 104 年已有 12 縣市、11 地區，以非政府組織名義獲准加入 WHO 西太平洋區署所支持之健康城市聯盟 (AFHC) 會員。

2、強化社區健康營造工作，104 年補助 19 縣市、145 個社區單位，推動「社區健康營造計畫」，營造議題包括：（1）指定議題：菸酒檳榔防制、活躍老化、減鹽、肥胖防治、營造生活化運動社區；（2）自選議題：安全促進、兒童視力及其他地方特色議題。推動安全社區輔導計畫，辦理國際安全社區參訪研習，目前累計有 19 個 WHO 國際安全社區。

3、至 104 年 11 月我國計 159 家健康照護機構獲得 WHO 健康促進醫院國際網絡會員認證，為該國際網絡內第一大網絡。

（四）創建癌友導航計畫：為降低癌症病人診斷後 3 個月內未治療比率，104 年參與「醫院癌症診療品質提升計畫」之 87 家醫院，提供新診斷癌症病人從確診到治療階段導航服務，個管師導航約 6 萬名（統計至 10 月初）病患。亦補助 87 家醫院建立醫院癌症資源中心，架接整合院內、外癌症病友服務資源。為改善癌末無效醫療，發展癌症病情告知的標準作業程序，提升病人知的權益，改善後續癌末無效醫療的情形，提升病人及家屬生命品質。

## 六、落實防疫整備，免除疾病威脅

### （一）愛滋病防治

1、積極推動並落實各項創新防治計畫，以期使國內愛滋疫情趨緩並持續下降，應持續相關防治工作，並儘早發現新愛滋感染者並使之接受治療，落實「以治療作為預防 (TasP)」之防治策略，持續推展全方位愛滋防治策略，以有效遏止感染人數增加。

2、依據「104 年度重點工作計畫」達成各項評估指標，不僅針對相關單位及人員辦理愛滋預防宣導，並維護感染者之相關權益；另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。

3、建置多元化篩檢管道，並持續推動藥癮愛滋減害計畫及性工作者等各類易感族群之衛教宣導，104 年「免費匿名檢驗計畫」，約篩檢 38,599 人次，陽性率 2.0%；持續推動藥癮愛滋減害計畫，針具回收率達 90% 以上；每年平均 11,000 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 104 年 11 月 3.4%。

4、提升感染者醫療照護與服務品質及落實感染者預防策略，全國有 59 家愛滋指定醫院提供免費抗愛滋病毒藥物 HAART 治療，同時辦理個案管理計畫，加強個案規則就醫及提高服藥順從性，104 年感染者醫院納管率達 52.4%、就醫率達 89%、規則服藥比率達 75.5%。

## （二）結核病防治

1、推動「結核病十年減半全民動員計畫」，結核病發生率呈現逐年穩定下降趨勢，在世界經濟論壇（WEF）140 個受評國家中，我國 TB 發生率排名較前一年進步 3 名。

2、推行「多重抗藥性醫療照護體系」，搭配集中收治及進階都治策略，104 年照護體系共收治多重抗藥性結核病個案 247 人；其中治療 24 個月之結核病個案成功率達 76.4%。

3、積極推動「結核病人直接觀察治療（DOTS）計畫」，落實個案管理、提升治療成功率。104 年共計 10,558 名個案參加此項治療計畫，執行率達 97%，有效避免後續產生抗藥或復發之情形。

4、加強落實結核病個案接觸者疫調及檢查，104 年 1-9 月第一個月接觸者檢查完成率為 95%，並透過疫調及檢查之過程，達成結核病接觸者能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「潛伏結核感染治療計畫」，並搭配「直接觀察預防治療法（DOPT）」，於六縣市試辦全年齡層增加使用偽陽性較低之新型檢驗技術 IGRA 後，計增加 7,037 人受檢，本年度共計 4,491 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，104 年 8 月資料顯示 15-49 歲確診或使用抗結核藥物個案之 HIV 檢驗率已達到 95%，相較過去透過健保資料庫估算我國僅 17% 結核病個案進行 HIV 檢驗率提高甚多；其中 HIV 陽性率為 2.12%，32 名為舊案，發現 6 名新案，此項檢驗結果可作為臨床醫師治療用藥之參考，提高患者疾病預後。

## （三）預防接種

1、3 歲以下幼童全數完成各項應接種疫苗劑次之完成率為 93.4%，各項疫苗之基礎劑接種率達 95.8%，追加劑達 92.4%。

2、104 年推動幼兒常規接種結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV13）新政策，降低該對象因感染肺炎鏈球菌致腦膜炎、菌血症等嚴重併發症，甚至死亡之機率，提升對幼兒健康之照護。104 年 1-6 月出生幼兒完成 2 劑 PCV 初始劑之接種率達 93.5%。

3、進行「104-105 年全國性預防接種資訊管理系統（NIIS）改版作業」，104 年度完成新系統架構雛型設計、相關軟硬體設備採購作業，後續將依規劃進度逐步進行資料移轉及上線測試，並依據測試情況滾動式修正系統功能，以因應中央及地方接種單位之預防接種業務執行需求，積極提升系統運作效能。

## （四）感染控制

1、為提升醫院感染管制查核品質，委託辦理「104年醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，確立感染管制查核標準作業流程；並將實地查核作業回歸各縣市政府執行，透過傳染病防治計畫及防疫考評，督導各縣市政府衛生局落實執行。

2、感控查核初查合格率目標值係按照醫院層級分別訂定，104年地區級以上醫院共計查核367家，符合感控查核初查合格率目標值之比率為99.44%；並責成地方衛生局持續追蹤轄區醫院未達合格標準項次之改善情形。

## 七、加強國際交流合作，達成國際接軌

### （一）推動國際衛生福利合作

1、104年辦理5項國際衛生援外計畫及31項國際衛生福利合作計畫。

2、104年辦理5場衛生福利官員雙邊會談及5場國際衛生人員訓練。

（二）參與國際衛生福利組織，104年共參與24場次國際衛生福利組織，16次世界衛生組織相關之技術性會議，並辦理4項國際衛生及社福組織相關工作計畫

1、104年2月9日至15日本部出席第14屆世界公共衛生大會，發表臺灣肥胖防治推行成果，並以菸害防制為題辦理臺灣專題場次，將我國推動健康促進經驗與成果分享予各國。

2、第68屆世界衛生大會於104年5月18日至26日於瑞士日內瓦召開，本部蔣部長丙煌率代表團出席第68屆世界衛生大會（WHA），並就全會主題「建構具彈性應變能力的健康」發言，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。

3、WHO健康促進醫院國際網絡秘書長Prof. Hanne Tønnesen及技術官員Jeff Kirk Svane於104年6月29日7月3日來台進行「WHO健康促進醫院進階認證試驗計畫」之實地訪查，我國12家醫院表現優異，均獲「金獎」。

4、「APEC衛生與經濟高階論壇」於8月30日至31日在菲律賓宿霧舉行，本部蔣部長丙煌率團出席，並受邀與多國衛生部長共同擔任講者。部長以「建構具韌性及創新之健康體系（Building a resilient and innovation health system）」為題發表演說，獲得與會者熱烈迴響及讚賞。

5、104年11月辦理「2015臺灣全球健康論壇」，來自全球9位衛生部次長，共32國66位外賓共同參與，為本論壇自2005年起舉辦以來，國內外與會人數最多的一年。

## 八、推動衛生福利科技，精進政策論證基礎

（一）100-104年利用衛生福利資料加值應用之研究主題件數，計672件，主要主題為流行病學363件，風險評估55件，效益評估54件，醫療支出18件，其中流行病學主要主題為癌症107件，心血管疾病27件，糖尿病19件，腎臟病15件，結核病12件，精神疾病23件，預防保健19件。

(二) 在地行動服務推動：以 8 縣市（基隆市、宜蘭縣、屏東縣、南投縣、彰化縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣），共計 71 個鄉鎮區公所為範圍導入至少 8 項福利服務業務，包含低收入戶、中低收入戶、身心障礙生活補助、中低老人資格審查、急難救助馬上關懷等，並藉由行動裝置輔助資訊代理人提供弱勢民眾到宅服務，整合中央弱勢 E 關懷系統及特殊境遇家庭及兒少系統，藉此縮短申辦流程、加速查調比對及減少書表，改善流程達到一站服務目標。

## 九、強化食品藥物管理，保障民眾健康

### (一) 加強食安把關，建置安心飲食環境

1、精進追溯追蹤，確實掌握流向：104 年 7 月 31 日號公告，食品添加物製造、加工、調配及輸入業者應建立產品追溯追蹤系統，凡符合「食品安全衛生管理法」第 3 條定義之食品添加物，從事其製造、加工、調配及輸入業者，皆應建立追溯追蹤系統。

2、廣續推動食品業者登錄制度：推動實施食品業者登錄制度，已掌握 30 萬家食品業者業態，104 年底業將已辦理營業登記或地方經建主管機關許可營業之攤（鋪）位使用人及攤販、食品容器具包裝製造與加工業、食品用洗潔劑製造與加工業等再納入實施業別，未來將持續落實並達致所有食品業者全登錄之目標。

3、擴大強制實施自主檢驗：修正「應辦理檢驗之食品業者、最低檢驗週期及其他相關」規定，新增實施業別及其各自須檢驗項目，包括大宗物資之黃豆、玉米、小麥、澱粉、麵粉、糖、鹽及醬油等 8 大製造及輸入業者，以及茶葉輸入業者、茶葉飲料製造工廠，自 104 年 7 月 31 日起實施強制性檢驗；另修正檢驗結果紀錄之保存年限為至少 5 年。累計強制實施自主檢驗計 16 業別。

4、強化後市場稽查：104 年除聯合衛生局辦理農藥殘留、動物用藥殘留、重金屬含量及真菌毒素含量監測計畫，共抽驗 4,619 件並針對重點施政項目、高風險食品項目、輿情關切議題，加強稽查抽驗，督導並聯合衛生局辦理專案共計 31 項，且辦理藥粧店、無照藥商、無處方販售處方藥、化粧品、安眠類管制藥品等聯合稽查專案，共 5 項，另配合行政院聯合稽查，針對民生生活消費關係密切且每日生活必需影響健康重大之食品；透由預警情資、統計資料研析有異常現象者；依各目的事業主管機關服務信箱所蒐集之申訴或檢舉事項獲線報，或國際曾發生的重大食品事件之類似食品，規劃稽查專案。計 104 年已完成麵粉工廠、食鹽、市售包裝茶飲、包裝盛裝飲用水及加水站水及其水源、蛋品、芽菜及生鮮截切、預拌粉、澱粉等 8 項專案。

### (二) 從源頭強化藥物管理，保障民眾健康

1、落實源頭管理，推動西藥原料藥製造工廠實施藥品優良製造規範（GMP）：食藥署於 102 年 9 月 25 日公告「西藥原料藥製造工廠實施藥品優良製造規範之方法與時程」，規定自 105 年 01 月 01 日起，西藥原料藥製造工廠已領有藥品許可證之原料藥品項須全面完成實施「藥品優良製造準則-第二編藥品優良製造規範」，並應登錄其原料來源，截至 104 年 12 月 20 日止，國產原料藥廠已有 20 家藥廠共計 214 個品項通過 GMP 核備，為原料藥製造品質提供保證。另 105 年 1 月 1 日起，要求製劑廠使用之原料藥來源為 GMP 藥廠所生產，並全面登錄來源，達到追溯追蹤之管理目的；後續食藥署執行 GMP 後續查廠時，會確認廠內購買之原料是否與登錄來源一致，持續為民眾用藥安全把關。

2、啟動預防性藥品供應評估，有效預防缺藥的風險：因應 105 年 1 月 1 日全面實施 PIC/S GMP，食藥署自 102 年起啟動預防性藥品供應情形評估，對於擬停歇業、尚未提出 PIC/S GMP 申請等之藥廠名單，篩選可能發生供應短缺的藥品品項，進行藥品供應短缺評估處理機制，共計篩選 2,193 項處方藥品，進入評估 52 項，列為追蹤 7 項，截至 104 年底仍在追蹤品項 1 項（仍有庫存供應中），有效預防可能發生缺藥的風險。

3、以確保民眾安全使用醫療器材為前提，提升購買醫療器材之便利性：鑒於虛擬通路已成為現代消費趨勢，衛生福利部自 101 年 11 月 1 日起，開放郵購買賣通路販賣低風險之第一等級醫療器材，公告「藥商得於郵購買賣通路販賣之醫療器材及應行登記事項」，以落實相關管理。103 年已開放體脂計、保險套及衛生棉條等 3 種 5 品項適合居家使用、非侵入、非植入且無須專業人員指示操作之第二等級醫療器材。自 104 年 10 月 15 日起更進一步開放手術用口罩、隱形眼鏡清潔保養產品、醫學圖像紀錄傳輸軟體及磁振影像軟體等 8 品項之第二等級醫療器材得於郵購買賣通路販售，在確保消費者使用醫療器材之安全下，民眾購買醫療器材更趨便利。

4、防制藥物濫用成立反毒教育資源中心，建構在地反毒宣導團隊：為加強管制藥品管理與藥物濫用防制，104 年彙整並研析 104 年精神醫療院所、警政、司法等各部會藥物濫用相關監測資料，提供各機關制定藥物濫用防制政策之參考。並於全國成立 8 家反毒教育資源中心，與在地政府及民間機構結盟合作，共同推動反毒及正確使用鎮靜安眠藥宣導，104 年共辦理 341 場次，計 30,275 人次受益；另結合民間團體辦理各式藥物濫用防制教育宣導活動，截至 104 年 11 月 30 日止，總計辦理 255 場次，受益人數約 118,528 人次；同時亦與法務部及教育部合作辦理「無毒有我，有我無毒」師資進階培訓活動，共計培訓約 3,000 名在地師資，協助地方政府建構在地反毒宣導團隊。

### （三）積極開發檢驗方法，並結合先進分子檢測技術，讓黑心業者無所遁形

1、檢驗成果創新局：104 年首次於食品中檢出違法色素二乙基黃，成功開發利用液相層析串聯質譜儀（LC/MS/MS）鑑別二乙基黃之分析方法。並建立「醣蛋白與聚醣分析」檢驗基準，成為國內首篇醣蛋白藥物相關技術規範，另於建立藻類無機砷檢驗方法時，發現市售羊栖菜無機砷含量不符衛生標準，致使羊栖菜邊境抽驗率調高為 100%，且針對異常訊號共完成 4 種西藥類緣物之分離純化與結構鑑定，該等成果除可使不法產品無所遁形，降低民眾誤食是類產品之風險，保障民眾健康外，亦可藉此彰顯政府檢驗力道，以嚇阻不肖業者之非法摻加行為，這些新興非法成分資訊及檢驗成果亦公開於本署網站及於國內外學術研討會及期刊論文發表，與國際進行資訊交流。

2、檢驗量能齊增進：運用現代分子生物與遺傳學知識，結合先進分子檢測技術與儀器及 DNA 複製增幅技術（PCR），積極建立食品原料物種及食品病原微生物等之分子鑑別檢驗技術與能力，並實際應用於民眾中毒及攙偽等事件之檢驗，協助食品原料物種鑑別檢驗，提供科學證據以利後續行政裁處，達成保障民眾健康與權益之政策目標，例如：應用動物 DNA 鑑別技術於素食產品之檢驗、建立魴魚、鮫魚鑑別檢驗方法及快速鑑別及判明民眾誤食不明有毒植物之中毒案件，不僅可揪出黑心素食廠商，鑑驗結果亦可促使進口業者及製造業者如實標示品名及宣導民眾勿任意食用不明植物，有效保障國人飲食權益。

### （四）推動中藥材及製劑品質管理機制

1、104年8月1日起實施新修正「中藥材飲片之標籤或包裝應標示事項處理原則」。凡市售中藥材飲片之標籤或包裝應標示品名、重量、廠商名稱及地址、製造日期及有效期間或保存期限、批號、類別、炮製方式（屬毒劇中藥材之應標示項目）、產地（國家）、保存方法與使用建議注意事項。

2、104年度進行市售中藥製劑抽驗，已完成180件中藥濃縮製劑檢驗，1件中藥製劑微生物不合格。

3、104年度依藥事法57條、藥物製造業者檢查辦法第8條、藥物製造許可及優良製造證明文件核發辦法第4條與藥物優良製造準則進行國內中藥GMP後續查廠，針對55家中藥藥物製造工廠之廠房設施、設備、組織與人事、生產、品質管制、儲存、運銷、客戶申訴及其他應遵行事項進行稽查，經查核結果計有50家符合藥物優良製造準則中藥藥品優良製造規範GMP，5家違反規定已辦理處分及後續改善事宜。

4、為保障民眾使用中藥材之安全衛生，104年5月5日擴大實施中藥材邊境管理，指定16項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，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執行抽批檢驗等邊境把關之措施。

5、持續落實中藥材邊境查驗，至104年12月25日共受理8,754件中藥材報驗通關案，總計4萬344公噸，其檢附之檢驗證明文件，均符合我國異常物質限量標準。

6、完成20種中藥材之藥材規格研究，包括大薊、女貞子、牛膝、白及、肉桂、荊芥、路路通、澤蘭、敗醬、八角茴香、小茴香、桂枝、川貝母、防風、卷柏、川牛膝、荷葉、穀精草、魚腥草、槐角。

## 十、健全社會保險制度，強化自助互助機制

### （一）辦理國民年金保險

1、積極建立國保欠費催繳機制，每年針對國保欠費民眾（包含加保中及已退保），以分批寄發繳款單及宣導摺頁方式，辦理全面性催繳作業。至104年底，累計催收金額225億1,750萬776元，已繳納金額11億8,286萬646元，已繳金額佔欠費總金額5.25%。

2、積極辦理國保宣導業務，提供便捷繳費暨補單管道、執行催繳及策進繳費措施，104年度收回當年度及前年度欠費金額合計約35億餘元（含寄發催繳函後收回金額11億餘元），已有具體成效。

### （二）推廣健保雲端藥歷系統

1、為加強推展特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，本部除持續辦理多次說明會及輔導特約醫事服務機構查詢使用外，並持續精進現行健保雲端藥歷系統功能，增加複方註記、複方成分名稱、同成分總給藥日數、就醫序號、補卡註記、65歲以上病人宜注意用藥品項註記等欄位，及加強批次下載作業資安查核作業與訂定特約醫事服務機構運用健保雲端藥歷系統獎勵措施。

2、依臨床診療及處置所需醫療資訊項目，規劃建置健保醫療資訊雲端查詢系統，包含雲端藥歷、檢查檢驗紀錄、手術項目、牙科處置及手術、特定管制藥品用藥紀錄、特定凝血因子用藥紀錄及過

敏藥物等七項查詢系統頁籤，並已於 104 年 12 月 22 日推展至區域級以上醫院查詢使用，以提升民眾就醫品質及減少不必要醫療資源重複使用。

3、積極推廣宣導並藉由訂定獎勵措施等方式，鼓勵特約醫事服務機構查詢使用，104 年全年總查詢筆數達 1 億 6,562 萬人次。

(三) 降低全民健康保險門診高利用保險對象之就醫次數：104 年針對 103 年申報門診就醫次數超過 90 次者 (46,285 人) 積極展開相關輔導措施，104 年完成寄發關懷函 44,098 封 (排除死亡、重大傷病及無法聯繫者之人數)、電話輔導 1,237 人、親訪 39 人、轉介社政或相關單位 548 人、請醫療院所共同輔導者 2,584 人及請藥師親訪者 7,864 人。

#### 十一、提升組織量能

(一) 提升組織量能，培育新一代之專業人才。

(二) 提高人事資料正確性，善用人事資訊工具輔助業務處理及決策參考，提升人事服務效能並達成工作簡化。

#### 十二、自由經濟示範區推動計畫

104 年度截至 11 月底止醫療服務國際化計畫會員醫療機構國際病人服務人次為 268,625 人，12 月底可達約 27 萬人，達成度 100%。

#### 十三、改善所得分配具體方案

至 104 年 9 月經各地方政府審核通過低收入戶計 145,687 戶，340,386 人及中低收入戶計 115,465 戶，350,457 人，社會救助照顧人數總計 690,843 人，佔全國當年度總人口 2,346 萬餘人之 2.94%。

#### 十四、跨域增值公共建設及科技發展財務規劃方案

(一) 104 年 2 月 17 日行政院公共工程委員會核復生醫分院基本設計圖說案，104 年 3 月 2 日向新竹縣政府掛件申請審議生醫分院都市設計報告書，3 月 31 日建築師提送生醫分院細部設計書圖，4 月 23 日新竹縣政府召開都審會議審查生醫分院都市設計報告書，6 月 25 日科管局同意備查有關生醫分院用電及用水計畫書，8 月 4 日建築師提送細部設計總結報告書，8 月 10 日於新竹生物醫學園區執行小組第 1 次會議，提報調整園區醫院規劃方向討論案，9 月 4 日衛福部召開「研商新竹生物醫學園區醫院未來規劃方向」會議，9 月 25 日園區醫院籌設計畫書修正案函報教育部，10 月 16 日新竹縣政府函覆有關都市審議報告書案，業經審議通過，10 月 22 日教育部函轉園區醫院籌設計畫書修正案予衛福部，11 月 27 日衛福部檢送園區分院修正籌設計畫書，函請科技部提生物醫學園區指導小組會議討論，12 月 30 日科技部召開生物醫學園區指導小組會議討論。

(二) 本部每月定期召開「公共工程推動會報」，並配合行政院公共工程委員會每月召開「公共工程督導會報」，追蹤本案進度。

#### 十五、提升研發量能

本部 104 年度執行之行政及政策類研究計畫計有「104 年度提升我國死因統計之國際可比較性計畫」、  
「長期照護資料庫與指標建立」、「國民疾病負擔資料庫及指標建置計畫」、「社會福利統計有關  
調查與公務資料整合與連結之探討研究計畫」、「104 年度國民心理健康調查計畫（第 1 年）」、  
「調高營業稅徵收率 1%挹注中央應負擔國民年金款項之影響」、「從日本提高消費稅經驗，分析  
我國調增營業稅徵收率 1%挹注中央應負擔國民年金款項可能造成之影響及應有之配套措施」、  
「建立性別暴力防治衡量指標科技研究計畫」、

「長照制度實施成效檢討與評價計畫（104 年-105 年）」、「原住民及離島地區醫事人員養成計畫  
公費生培育效益評估與需求推估」等 10 項計畫。

## 十六、推動跨機關服務及合作

104 年本部主辦 1 項「送子鳥工作圈」，協辦「投資服務圈」、「免戶籍謄本圈」、「e 化宅配圈」、  
「安心就學圈」、「電子發票圈」、「免地籍謄本圈」及「新北市民免奔波工作圈」等 7 項服務。

## 十七、落實政府內部控制機制

訂定本部內部控制制度、本部 104 年度內部控制制度自行評估計畫及本部 104 年度內部稽核計畫，  
並據以執行內部控制自行評估及內部稽核相關作業，本部暨所屬機關共計完成 234 項內部稽核項目。

## 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	健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群(業務成果)	(1)	納入低收入戶及中低收入戶照顧人數	★	▲
		(2)	健全社會工作制度及充實地方政府社工人力	★	★
		(3)	社區保母系統保母人數	★	★
		(4)	父母未就業家庭育兒津貼涵蓋率	★	★
		(5)	推動身心障礙鑑定與需求評估新制	★	★
2	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級以上急救責任醫院之完成率	★	▲
		(2)	簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並註記於健保卡達成率	★	★
		(3)	接受「臨床醫事人員培訓計畫」之受訓人數比例	★	★
		(4)	護理執業人數增加比例	★	★
		(5)	全國一般護理之家及產後護理之家管理	★	★

		(6)	原住民及離島地區養成公費生返鄉服務人數	★	★
		(7)	原住民地區及離島衛生所醫療資訊電子化(HIS/PACS)	★	★
		(8)	診所洽接電子病歷雲端閘道器服務中心	□	□
		(9)	本部所屬綜合醫院辦理急性後期照護服務之醫院家數比例	★	★
		(10)	提升身心障礙牙科醫療服務之可近性	▲	▲
3	完善高齡照顧體系，建構友善老人環境(業務成果)	(1)	提升老人福利服務量能	★	★
		(2)	長照服務涵蓋率	▲	▲
		(3)	長照社區服務(服務據點及日照中心)	★	★
		(4)	保障中低收入老人口腔健康權益	★	★
		(5)	高齡友善健康照護機構認證家數	★	★
		(6)	醫療院所結合社區關懷據點，辦理各項老人健康促進活動之結合率	★	★
		(7)	建構我國活躍老化指標架構	★	▲
4	促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡(業務成果)	(1)	老人憂鬱症篩檢率	▲	▲
		(2)	替代治療藥癮個案留置率	▲	▲
		(3)	提升性別暴力防治與兒少、老人、身心障礙者保護服務量能	★	★
		(4)	推動高風險家庭關懷輔導處遇服務	★	▲
5	營造友善健康支持環境，促進全民參與(業務成果)	(1)	孕婦產前檢查利用率	★	★
		(2)	兒童預防保健服務利用率	★	▲
		(3)	18歲以上人口吸菸率	★	▲
		(4)	18歲以上男性人口嚼檳榔率	★	★
		(5)	癌症篩檢率之平均增加值	★	★
		(6)	整合性預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案追蹤完成率	★	▲
6	落實防疫整備，免除疾病威脅(業務成果)	(1)	降低愛滋病新增感染人數年增率	★	★
		(2)	結核病新增個案年齡標準化發生率	★	★
		(3)	3歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率	★	★
		(4)	傳染病防治醫療網應變醫院負壓隔離病房初查檢測合格率	★	▲
		(5)	地區級以上醫院符合感控查核初查合格率目標值比率	★	★
		(6)	科學引文索引(SCI)學術論文數量	★	▲
7	加強國際交流合作，達成國際接軌(業務成果)	(1)	推動國際衛生福利合作	★	★
		(2)	參與國際衛生福利組織	★	★
8	推動衛生福利科技，精進政策	(1)	科技成果實際應用率	★	★

	論證基礎(業務成果)	(2)	研發收入成長比	▲	▲
		(3)	健康資料增值引用案件數平均年增率	▲	▲
		(4)	在地行動服務轉介結案率	★	★
9	自由經濟示範區推動計畫(跨機關目標)(業務成果)	(1)	醫療服務國際化計畫會員醫療機構國際病人服務人次	★	▲
10	改善所得分配具體方案(跨機關目標)(業務成果)	(1)	提供低收入戶及中低收入戶醫療費用補助減少家庭消費支出	★	▲
11	跨域增值公共建設及科技發展財務規劃方案(跨機關目標)(業務成果)	(1)	新竹生醫園區醫院預算執行率	□	□
12	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)	食品添加物歸類其貨品分類號列,增加輸入規定	★	▲
		(3)	降低高風險產品(金針乾製品、菜脯及蜜餞)抽驗不合格率	★	▲
		(4)	國內藥廠自用原料藥查核之符合率	★	▲
		(5)	食品業者登錄之比率	★	★
		(6)	國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率	★	★
		(7)	中藥標準品及分析方法之開發並建置資料庫	★	▲
13	健全社會保險制度,強化自助互助機制(財務管理)	(1)	補充保險費的查核與監控	★	★
		(2)	辦理國民年金保險	★	▲
		(3)	保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率	★	★
		(4)	推廣健保雲端藥歷系統	★	★
		(5)	全民健康保險門診高利用保險對象之就醫次數下降率	★	▲
14	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)	有效導入「人力資源管理資訊系統」(WebHR),運用於人事統計、分析及決策之參考與運用	★	▲
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	推動跨機關服務及合作流程(行政效率)	(1)	跨機關合作項目數	★	★
3	落實政府內部控制機制(行政效率)	(1)	辦理內部稽核工作	★	★
4	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)	機關於中程歲出概算額度內編報情形	★	▲
5	提升人力資源素質與管理效能	(1)	機關年度預算員額增減率	★	★

(二) 績效燈號統計

構面	年度	101		102		103		104		
	燈號	項數	比例(%)	項數	比例(%)	項數	比例(%)	項數	比例(%)	
整體	小計	初核	28	100.00	29	100.00	38	100.00	68	100.00
		複核	28	100.00	29	100.00	38	100.00	68	100.00
	綠燈	初核	25	89.29	24	82.76	34	89.47	60	88.24
		複核	20	71.43	21	72.41	23	60.53	40	58.82
	黃燈	初核	3	10.71	5	17.24	4	10.53	6	8.82
		複核	7	25.00	8	27.59	14	36.84	26	38.24
	紅燈	初核	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
		複核	1	3.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	白燈	初核	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	2.94
		複核	0	0.00	0	0.00	1	2.63	2	2.94
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	21	100.00	22	100.00	31	100.00	61	100.00
		複核	21	100.00	22	100.00	31	100.00	61	100.00
	綠燈	初核	20	95.24	20	90.91	27	87.10	53	86.89
		複核	17	80.95	16	72.73	19	61.29	35	57.38
	黃燈	初核	1	4.76	2	9.09	4	12.90	6	9.84
		複核	4	19.05	6	27.27	11	35.48	24	39.34
	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	2	3.28
複核		0	0.00	0	0.00	1	3.23	2	3.28	
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	7	100.00	7	100.00	7	100.00	7	100.00
		複核	7	100.00	7	100.00	7	100.00	7	100.00
	綠燈	初核	5	71.43	4	57.14	7	100.00	7	100.00
		複核	3	42.86	5	71.43	4	57.14	5	71.43
	黃燈	初核	2	28.57	3	42.86	0	0.00	0	0.00
		複核	3	42.86	2	28.57	3	42.86	2	28.57
	紅燈	初核	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
		複核	1	14.29	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	
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	14	100.00	14	100.00	19	100.00	47	100.00
		複核	14	100.00	14	100.00	19	100.00	47	100.00
	綠燈	初核	14	100.00	12	85.71	15	78.95	39	82.98
複核		12	85.71	11	78.57	11	57.89	28	59.57	

	黃燈	初核	0	0.00	2	14.29	4	21.05	6	12.77
		複核	2	14.29	3	21.43	7	36.84	17	36.17
	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	2	4.26
		複核	0	0.00	0	0.00	1	5.26	2	4.26
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	5	100.00	8	100.00	10	100.00
		複核	5	100.00	5	100.00	8	100.00	10	100.00
	綠燈	初核	4	80.00	4	80.00	8	100.00	10	100.00
		複核	2	40.00	4	80.00	6	75.00	6	60.00
	黃燈	初核	1	20.00	1	20.00	0	0.00	0	0.00
		複核	3	60.00	1	20.00	2	25.00	4	40.00
	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	
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	6	100.00	6	100.00	7	100.00
		複核	4	100.00	6	100.00	6	100.00	7	100.00
	綠燈	初核	3	75.00	5	83.33	6	100.00	7	100.00
		複核	2	50.00	2	33.33	2	33.33	3	42.86
	黃燈	初核	1	25.00	1	16.67	0	0.00	0	0.00
		複核	1	25.00	4	66.67	4	66.67	4	57.14
	紅燈	初核	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
		複核	1	25.00	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	
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	5	100.00	4	100.00	5	100.00	4	100.00
		複核	5	100.00	4	100.00	5	100.00	4	100.00
	綠燈	初核	4	80.00	3	75.00	5	100.00	4	100.00
		複核	4	80.00	4	100.00	4	80.00	3	75.00
	黃燈	初核	1	20.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00
		複核	1	20.00	0	0.00	1	20.00	1	25.00
	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

(一) 本部 104 年度總計 68 項指標，經學者專家評估，60 項指標評為綠燈（績效良好），占 88.24%；6 項指標評為黃燈（績效合格），占 8.82%；2 項指標評為白燈（績效不明），占 2.94%，整體表現極佳。經與 103 年度學者專家之評估結果比較，103 年度總計 38 項指標，34 項指標評為綠燈（占 89.47%），4 項指標評為黃燈（占 10.83），104 年度綠燈比例及黃燈比例皆略為下降，分析原因為 104 年度增加 30 項指標所致。另 104 年度白燈比例增加，實受外在環境等不可抗力之因素影響，致績效成果未能彰顯。

(二) 有關 104 年度未達原定目標值之績效指標共 9 項，未達成原因分析簡述如下：

1、納入低收入戶及中低收入戶照顧人數：有關 104 年度低收入戶及中低收入戶照顧人數統計資料部分，茲目前最新數據為 104 年 1 月至 9 月之統計人數，須至 105 年 3 月方能統計 104 年完整之統計數據，預估可達原訂目標。

2、提升身心障礙牙科醫療服務之可近性：為提升特殊需求者口腔醫療服務之完整性，本部 104 年度辦理「身心障礙特殊需求者口腔整合性照護計畫」，並要求參與本計畫之醫療院所應開設身障牙科特別門診，並須提供鄰近社福機構定期口腔健檢、衛教及簡單診療，爰部分指定醫院考量其人力資源狀況而未申請本部此項獎勵計畫，惟渠等縣市仍有指定醫院開設身心障礙者牙科特別門診；本部將責成相關衛生局積極輔導所轄指定醫院申請獎勵。

3、長照服務涵蓋率：本部積極落實推動長照十年計畫，累計服務量占整體老年失能人口比率逐年成長，由 97 年 2.3% 提升至 104 年 12 月底 35%（成長 15.2 倍、比 103 年全年成長 1.06 倍），共計服務人數達 17 萬 465 人，其占居住於社區失能老年人數比率達 39%。為提升長照服務量能及長照服務涵蓋率，本部致力使長期照顧服務法能順利通過，104 年度整合原有之長照十年計畫與長照服務網基礎，推動跨部會「長期照顧服務量能提升計畫」，終獲行政院於 104 年 11 月 3 日核定，規劃編列總經費約三年 315 億元。經學者專家評估，本指標原定目標值（40%）甚具挑戰性，本部將在「長期照顧保險法」（草案）完成立法正式實施前，以持續增進並兼顧我國長照服務之質與量。

4、替代治療藥癮個案留置率：經本部探討藥癮個案未接受穩定治療之原因，查我國因藥癮疾病觀念不甚普及，且缺乏穩定的藥癮治療費用補助，相關治療經費均須由藥癮個案自行負擔，促使藥癮個案常為生計與治療費用，而須捨棄穩定治療。目前本部已委託台灣成癮科學學會完成「藥癮疾病」衛教宣導單張及短片的製作，函送各政府部門及醫療院所協助廣為周知，冀能提升社會大眾對於藥癮疾病之觀念，營造友善的治療環境；亦刻正規劃辦理「藥癮治療納入健保給付可行性評估計畫」，期比照高血壓、糖尿病等慢性疾病，由健保制度穩定支付相關治療經費，以促使藥癮個案接受穩定治療。

5、18 歲以上人口吸菸率：我國 104 年 18 歲以上人口吸菸率為 17.1%，較原訂目標值（17.0）微高，依據世界衛生組織建議，提高菸價為最具成本的菸害防制策略，惟我國菸價極低，且 WHO 建議菸稅捐至少應占菸價的 70%（我國目前僅約 54%），故反應我國因菸價過低，且菸捐調漲法案遲未能通過，致使吸菸率下降幅度呈現停滯狀態。本部業自 102 年起積極與財政單位及國營菸商溝通，致力推動菸捐及菸價調整，未來仍將持續與各界溝通及協調，期藉由調高菸捐及菸價，降低吸菸率，以維護國人的健康。

6、癌症篩檢率之平均增加值：國內醫療院所在全人照護的觀念尚未普及，仍處重治療輕預防的傳統思維，醫師對就醫民眾提供癌症篩檢的態度較為消極與被動。另本部 102 年「國民健康訪問調查（NHIS）」結果顯示，民眾沒做過大腸癌篩檢的原因以「覺得身體健康沒有需要」佔 67.3% 為最主要。綜上，因民眾認知不足及基層診所醫師態度消極，造成癌症篩檢推動之困難加劇。本部將持續積極運用多元管道宣導癌症篩檢，並藉由醫療院所建置主動提示系統，積極邀請民眾接受篩檢，同時開發基層診所服務，提升社區篩檢服務的可近性，致力於推動癌症防治。

7、整合性預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案追蹤完成率：因 B、C 型肝炎無症狀，常需公衛護理人員等不斷的衛教勸導，方能促使部份民眾接受追蹤，故防治的認知仍有努力空間及衛教需要時間，改變民眾就醫習慣不易。本部將持續運用多元媒體加強宣導民眾認識 B、C 型肝炎，讓民眾瞭解帶原情形及後續追蹤治療之重要性。另亦強化 B、C 型肝炎個案後續追蹤轉介流程，以提升個案追蹤率。

8、3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率：疫苗接種率極易受到國際疫苗供需情形、國內外流行疫情、媒體報導事件及個人健康情形等多重因素影響，近年來新住民子女比例增加，幼兒常隨父母居住他國而不在境內，導致催注困難；而本年度幼兒五合一疫苗面臨全球缺貨壓力，在國際競爭情況下，我國仍盡力爭取貨源讓幼兒接種作業不中斷，持續維持高接種完成率，本年度達成值 93.4%，雖未達原訂目標（95%），惟已超越 103 年目標值 93%，更超越 OECD 平均達成情形，已是難得的成果。

此外，預防接種工作之執行包括衛教、診察、注射接種資料傳輸與疫苗冷藏設備管理均需仰賴第一線醫護人員的協助合作，兒科醫學會屢次要求補助兒童疫苗接種診察費，均未獲准，恐影響合約院所執行效能，亦較難提升國內疫苗接種完成率。為了保障國民健康，本部積極持續進行各項疫苗接種工作，並加強運用全國性預防接種資訊管理系統（NIIS），協調移民署勾稽入境未接種疫苗幼童與掌握其出境資訊以提升追蹤準確度等創新策略，積極督導各縣市衛生單位盡全力追蹤催注，而針對執行國家預防接種工作之合約院所持續爭取給予合理補助，亦可提高醫療院所積極主動配合預防接種業務之推動，共同維持疫苗高接種完成率及優質的接種服務品質。

9、機關年度資本門預算執行率：本部「衛生大樓新建工程案」因承攬廠商逾期完工，且經中華民國仲裁協會仲裁判斷內容與工地現況及事實多有不符之處，本案訴訟期間長達 1 年多，為避免訴訟期間因利息支出造成本部負擔，本部採結算及撤仲之訴並進方式，爰本部刻正與承攬廠商辦理結算驗收扣款及違約金計罰之爭議處理，以利後續專案管理及設計監造等技術服務案順利辦理結案。疾病管制署因 104 年廠商提二審民事聲明上訴狀，已委任律師為本案訴訟代理人，於 105 年 2 月 2 日法院開庭審理時，疾管署將派員列席協助相關事宜。健康署部分，將加強督促受委託單位，以掌握計畫進度，並加強儘速完成驗收及核銷作業，以利結案。國家中醫藥研究所部分，已督促承商加速工進積極趕工，並請監造單位加強監督，以有效改善工程進度及落實施工品質。健保署部分，中正路辦公大樓裝修工程，施工廠商已於 104 年 12 月 31 日申報開工，將責成監造廠商嚴格執行工程品質管制作業，以期如質如期完工。杉林檔案倉儲興建工程，責請監造單位依契約規定期程，注意廠商施工進度，適時督促廠商辦理各項履約事宜。

（三）有關 104 年度績效指標「跨域加值公共建設及科技發展財務規劃方案」及「新竹生醫園區醫院預算執行率」2 項，因績效不明，評核為白燈，評估情形簡述如下：

1、診所洽接電子病歷雲端閘道器服務中心：因本案預算遭立法院凍結至 104 年 9 月 23 日，致推動期程稍有延遲。惟 104 年底本案業已完成 3,700 家診所介接電子病歷雲端閘道器服務中心，並接續完成新案採購議價進入執行期，預估 105 年中旬可完成近 5000 家診所之介接。

## 2、新竹生醫園區醫院預算執行率：

(1) 評估體制無法客觀呈現績效：「新竹生醫園區計畫-新竹生醫園區醫院」一案係由臺大醫院負責興建及經營，本部負責編列 14 億元挹注，惟國立臺灣大學於 104 年 5 月對於計畫執行細節（醫院功能定位、預算編列等）提出修正建議，至今 105 年 1 月臺大醫院刻正辦理計畫修正及調整預算，需俟行政院核定後，方可執行，致計畫執行進度停滯，無法依原訂計畫執行及支用 104 年度預算，嚴重影響本指標之績效呈現。

(2) 因應策略：本部為該計畫之統籌及預算編列單位，為使該計畫順利執行，提升行政效率，並有效提升整體公共建設工程進度及品質，本部除每月於本部「公共工程推動會報」提報該工程進度，每月定期查催臺大醫院辦理進度，亦亟力向行政院爭取有關園區醫院之統籌單位及預算編列機關應回歸臺大醫院之主管機關，以資名實相符及權責相當。倘後續統籌單位及預算編列由教育部主責，基於該部為臺大醫院主管機關負有督導管理之責，應可督促本案順利執行。

(3) 本部非新竹生醫園區分院之主管機關，該興建計畫預算執行不力，本部無法落實主管機關直線監督指揮權責，本部仍積極執行及查催，惟此指標之評估標準實屬不夠客觀，無法顯現本部績效，故初評為白燈（績效不明）。本部將持續積極執行及查催本計畫進度，繼續與教育部溝通，期使計畫如期順利執行。

## 陸、附錄：前年度行政院複核綜合意見辦理情形

### 一、健全福利服務體系，照顧弱勢族群方面：

#### (一) 行政院複核意見

擴大補助中低收入戶及托育費用等措施，有效減輕經濟弱勢家庭負擔，成效獲民眾肯定。惟托育補助對象未涵括由祖父母或親屬照顧者，請再予檢討現行補助措施，並加強托育人員管理及輔導，持續精進服務資訊之提供，以提升托育品質。另建議針對全國有 2 歲幼兒家庭進行全面調查，以瞭解其需求及服務情形，作為政策推動參考依據，俾達成發揮鼓勵生育、減少家庭育兒負擔之效益，並請完善資訊交流平臺，以滿足服務使用端之需求。

#### 本部辦理情形：

1、有關托育補助對象未涵括祖父母或親屬照顧者，係因「親屬照顧」實為「家庭照顧者」，其實質政策意涵似屬家庭育兒津貼之範疇，其請領托育補助之需求應併入「父母未就業育兒津貼」作通盤檢討。本部 104 年度業就未就業家庭育兒津貼第二期實施計畫業召開 4 次研商會議及專家學者會議，就托育費用補助與育兒津貼整合之可行性充分討論，惟因倘將親屬照顧家庭納入補助範圍，所需增加預算非現階段國家財能可以支應，又考量現金給付能否符合民眾需求並提升生育率有待商榷，

專家學者亦建議現階段應避免擴大發放現金補助，而應以提供制度化之長期兒童照顧服務為政策方向，實質分攤兒童照顧責任。

2、透過建置托育人員登記管理資訊系統，將托育人員申請服務登記證資料、輔導訪視紀錄、托育服務環境安全檢核及收退費資訊等相關資訊上網填報，使托育服務管理資訊化，並透過托育人員個人資料授權，提供家長可自行媒合托育人員平臺，並督導地方政府依居家式托育服務提供者登記及管理辦法規定訂定收退費基準並公告轄內收費情形，提供家長透明收費資訊，並連結於托育人員登記管理資訊系統，方便民眾查詢。

3、積極辦理相關調查研究，除於 101 年 11 月完成「0-3 歲兒童托育政策研究」、102 年 12 月完成「未滿 3 歲兒童相關津貼補助與托育資源整合規劃」、103 年 11 月完成「我國托育服務供給模式與收費機制之研究」外，「103 年兒少生活狀況調查」刻正辦理中（每 4 年定期辦理 1 次），以瞭解幼兒家庭需求，提供政策參考。

4、完善建置「托育人員登記管理資訊系統」，為使全國居家式與機構式之托育人員資料，皆能完整納入本資訊平台，除建置登記管理資訊系統外，亦開發托嬰中心子系統，並要求全國 22 直轄市、縣（市）政府、委託單位及托嬰中心配合建置，且隨時更新、補正所屬托育人員相關資料，強化托育人員登記管理相關資訊之完整性與正確性，透過管理全國委託單位服務資料，以確實掌握托育統計資料，有利相關政策規劃及執行，亦作為直轄市、縣（市）政府行政督導與績效管考委託單位之重要依據。資訊系統相關數據可與戶政、財稅及其他留職停薪育嬰津貼交叉勾稽比對，簡化作業程序，降低行政成本，除此之外，該資訊系統除了提供全國托育人員互動交流平台、提供社會大眾查詢托育人員相關資訊之外，還結合 E 管家（數位生活儀表板）主動提供相關服務，讓家長可查詢了解托育補助申請進度。

## （二）行政院複核意見

刻正推動之「友善關懷老人服務方案第二期計畫」及研擬之高齡社會白皮書草案，建議未來於年度關鍵策略目標中，整合社衛政業務增列具體績效指標，俾納入年度績效評核之重要參考。

本部辦理情形：

高齡社會白皮書業於 104 年 10 月 13 日奉行政院核定，刻正整合各機關前瞻具體行動措施及友善關懷老人服務方案第 2 期計畫，未來所研擬之高齡社會白皮書行動方案、預期效益及績效指標等內容將報行政院核定後據以實施。

## （三）行政院複核意見

長照社區服務方面除持續增設日間照顧中心外，服務據點建議考量各區住民需求，主動規劃提供居家服務、短期住宿、交通接送、餐飲提供等服務，並逐步擴大服務對象，讓更多失能者受惠。另為兼顧服務據點之數量與品質，請依重新盤點結果，加強資源不足地區之據點布建，並強化據點輔導及督導。

本部辦理情形：

本部積極協助縣市政府活化社區閒置空間並結合醫療、護理機構資源，及輔導社會福利相關設施轉型設置日照中心，強化資源不足地區之社區資源佈建，截至 104 年 12 月共設置 232 所多元日照服務單位（含 177 所日照中心、52 處日托據點、3 所原住民文化健康站），持續積極佈建普及可近之多元日照服務資源。

## 二、精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益方面：

有關建置緊急醫療救護網、長照社區服務及身心障礙牙科等醫療服務等皆達成目標，有助確保民眾就醫可近性。

### （一）行政院複核意見

持續透過「提升急診暨轉診品質計畫」、「全民健康保險急診品質提升方案」等策略，針對急診醫師執業環境、急診照護品質及轉診機制等進行改善，請併同檢討目前各縣市（或區域）之急診照護資源、在地醫療及分級醫療之執行成效。

本部辦理情形：

1、本部「提升急診暨轉診品質計畫」規劃全國 193 家急救責任醫院為 14 個急診病人轉診網絡，以區域聯防概念提供特定緊急傷病人之綠色通道，落實急重症分級制度，並提升緊急醫療暨轉診品質。

2、每年辦理 150 場以上各項緊急醫療訓練、演習/評核、研討，使醫院醫護人員於熟悉各項緊急醫療應變技術與流程，經本次八仙塵暴事件驗證醫院災難應變無虞。

### （二）行政院複核意見

為有效提升「五大科」醫師人力，均衡科別間及區域間之醫療資源分布，建議持續透過調整健保支付標準、提供住院醫師津貼、充實醫療輔助人力、偏遠地區公費醫師養成等措施辦理外，並請深入盤點各縣市（或區域）醫療資源分布及各區域民眾醫療需求情形，俾針對資源不足區域落實改善。

本部辦理情形：

1、已研擬推動多項措施，改善執業環境，包括提高全民健保五大科別支付標準、增加五大科住院醫師津貼、開辦重點培育科別公費醫師制度等。

2、自 104 年起，於醫院評鑑基準之「醫學中心任務指標基準」將「提升醫療資源缺乏地區急、重症照護品質」列為正式評鑑指標，並辦理「102 至 104 年度醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，每年約投入 4 億元經費，由 19 家醫學中心支援 18 家醫療資源不足地區醫院急診與相關急、重症之醫師人力，共計有 72 名專科醫師，提升在地醫療服務資源與品質，增加民眾就醫之可近性，並把握搶救病人生命之黃金時間。

### （三）行政院複核意見

為增進醫病和諧關係，有關「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，請積極向立法院溝通說明，以加速通過。

本部辦理情形：

1、有關推動「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，本部於 104 年間亦積極與醫改會、消基會及醫界代表（計 40 團體）及各類醫事人員公會（計 18 團體）召開數次討論會並獲致建言，後續將綜合各界代表提出之建議持續向立法院提案及說明，俾利「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」通過。

2、為確保醫療業務人員能免於人身威脅環境中執行醫療業務，修正醫療法第 24 條及第 106 條條文，進一步保障全國民眾就醫與醫護人員執業安全。另並訂定「醫院發生滋擾醫療秩序或妨礙醫療業務執行案件通報與處置標準流程」及「危害醫院醫療安全之應變流程指引」，並輔導所轄醫院依據實際所需訂定適宜之應變流程，加強醫護人員對急診暴力應變之反應、處置與通報。

3、持續試辦醫療及生育事故補償制度，以保障就醫民眾權益、改善醫療執業環境、減少社會因爭訟付出成本。因試辦成效良好，立法院衛環委員會已於 104 年 12 月 11 日三讀通過「生產事故救濟條例」，並於 12 月 21 日咨請總統公布施行，將試辦計畫法制化。

#### （四）行政院複核意見

長照社區服務方面除持續增設日間照顧中心外，服務據點建議考量各區住民需求，主動規劃提供居家服務、短期住宿、交通接送、餐飲提供等服務，並逐步擴大服務對象，讓更多失能者受惠。另為兼顧服務據點之數量與品質，請依重新盤點結果，加強資源不足地區之據點布建，並強化據點輔導及督導。

本部辦理情形：

#### 1、有關長照資源盤點

（1）為促進長照資源多元化與均衡發展，普及長照服務網絡，推動「長期照護服務網計畫」，並於 99 年及 103 年完成兩次資源盤點，依據長照資源盤點，迄 103 年可提供社政或衛政之長照服務單位，居家式服務共 906 家（較 99 年成長 7.2%）、社區式服務共 233 家（較 99 年成長 78%）、機構式服務共 1,536 家（較 99 年成長 2.5%）。

（2）長照人力數量成長：依據 103 年 6 月長照資源盤點結果，目前我國長照直接服務人力：照顧服務員 26,942 人（較 99 年成長 30%）、社工 3,439 人（較 99 年成長 17%）、護理人員 10,826 人（較 99 年成長 25%）、物理治療人員 1,987 人（較 99 年成長 53%）、職能治療人員 1,091 人（較 99 年成長 67%）、照顧管理人員 331 人。

#### 2、長期照顧服務法已通過

（1）為健全長照服務體系之發展，推動長期照顧服務法，該法已於 104 年 6 月 3 日總統令公告，並將自 106 年 6 月正式施行；其立法之完成，代表我國長照發展邁向重大里程碑。該法共七章 66 條，

內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施五大要素，為我國的長照服務制度做好奠基工作。

(2) 透過該法整合各類法規，界定長照服務，使長照機構之設置與人員之管理有一致規範可供遵循，包括：整合居家、社區及機構收住式長照服務；整合社政、衛政及退撫系統；整合各類長照機構，並就其服務內容、設立、監督管理等訂定一致標準；整合長照人員之訓練、管理與認證；5.設置長照基金，獎勵並均衡發展長照服務資源。

### 3、充實長照人力資源

(1) 為充足長期照護人力，本部自 99 年推展辦理長照人員培訓訓練，並強化在地人提供長期照顧的知能，擴大培養在地評估照管專員、長照專業人力等。其中醫事長照專業三階段課程 99 年至 104 年已訓練 35091 人次；辦理在地人員長照教育訓練，讓在地人照顧在地人，以充實當地的長照人力，截至 104 年 12 月止共辦理教育訓練 3,355 人次。

(2) 為提供長照人員可近性訓練學習模式，建立長照共通性培訓課程之數位化學習與認證制度，已於 104 年辦理「長照服務人才培訓數位化課程製作及學習平台建置」計畫。

(3) 規劃人力資源管理，建立人力資訊系統：發展長照服務資源與人力的管理資訊系統，建立長照專業人員及照顧服務員認證、登錄機制與資訊管理。

### 4、有關日照中心

(1) 為佈建普及可近之日間照顧服務資源，社家署定期會同縣市政府每季召開日照聯繫會議，請各縣市政府針對尚未設置日照資源之區域積極媒合社區資源、活用閒置空間，並強化涉及日照中心設置之建管、消防、地政等跨部門協調，積極佈建日照資源，截至 104 年底計佈建 220 所多元日間照顧資源。

(2) 為強化整體社區照顧量能，本部業於 104 年度推展小規模多機能創新服務，以日間照顧中心為基礎，擴充辦理居家服務以及喘息服務，計結合 12 個縣市、22 個服務單位優先試辦，105 年將廣續擴大推展，以滿足失能者、失智症者多元照顧需求。

三、強化全民心理健康，建立高風險家庭防護網絡方面：

#### (一) 行政院複核意見

1、由於親密關係暴力案件發生之態樣大多數為男性對女性施暴，且男性對女性施暴案件與女性對男性施暴案件在動力關係上有很大之差異，為求精準，目前國際上建構 4 個危險評估工具 (DA、SARA、ODARA/DVRAG 與 DVSI 等) 建構之基礎均為男性對女性施暴之案件，故我國親密關係暴力危險評估 (TIPVDA) 之適用對象之建構基礎亦為親密伴侶暴力男性對女性施暴之案件，為各縣市此類暴力案件之女性被害人，並不適用在男性被害人或是同志暴力之女性被害人 (如使用，填答結果僅供參考)；亦不能外推適用在其他家庭暴力案件 (諸如親屬間暴力、兒童虐待、老年虐待等) 上，合先敘明。

2、因應親密關係暴力兩造關係的特殊性，本部透過強化預防宣導，除可透過 113 保護專線諮詢、通報，另於各地方法院亦設有家暴事件服務處，提供相關法律諮詢，鼓勵民眾面對家庭衝突及早求助，使潛存的受暴黑數逐漸浮上檯面。查 103 年與 102 年親密關係暴力女性被害人通報件數減少幅度僅 3%，雖較難推論為暴力情形已獲得顯著改善，然在政府持續宣導下，對於性別平權與拒絕暴力的意識已廣為大眾知悉；此外，103 年各地方政府共辦理 452 場家庭暴力高危機個案網絡會議，合計討論 1 萬 1,830 件高危機案件，其中經各防治網絡成員採取積極防治策略後，被害人危機程度下降者共 6,684 件，約佔 6 成。另進一步檢視被害人再受暴情形，其中 103 年度列管中被害人再受暴之案件為 8%，而解除列管後再通報為高危機案件之比率為 13%，顯見透過各防治網絡成員之強力介入，實能有效保障被害人之人身安全。

3、本部將持續積極推動家庭暴力三級預防工作，包括：初級－加強宣導，強化暴力零容忍社區意識；次級－強化預警機制及落實責任通報；三級－推動家庭暴力安全防護網，周全被害人保護扶助措施等，透過政策規劃與引導，鼓勵縣市積極結合專業資源發展在地性服務方案，落實評估處遇，以協助被害人及其子女身心復原，減少暴力傷害。

## （二）行政院複核意見

為提升國人心理健康，建議持續強化心理健康促進政策，建立跨部門溝通及合作模式，並整合政府與民間資源，主動篩選出高風險個案，即時提供協助，並加強受害者及其家人身心關懷，提供必要協助。

本部辦理情形：

1、過去心理健康政策自 75 年發展至今，多數經費及資源投入次段及三段預防工作，自 102 年本部成立心理及口腔健康司迄今，持續推展心理健康促進工作，結合相關部會、地方衛生局及民間團體，共同促進心理健康促進初級預防工作之概念發展、整合實務和行動。

2、已於 104 年度委託「心理健康促進政策白皮書編撰計畫」，參考世界衛生組織（2005）心理健康促進政策的生態模式，針對我國未來 10 年短、中、長程之心理健康促進政策，包含推動目標、主要策略與具體措施等，完成初步規劃。

四、營造友善健康支持環境，促進全民參與方面：

## （一）行政院複核意見

推動癌症篩檢、降低 18 歲以上吸菸人口成長率及滿 3 歲未滿 6 歲兒童牙齒塗氟等方案，有助促進全民健康及節省醫療支出。推動癌症篩檢，後續請針對未曾參與篩檢族群之限制因素，研擬適切對策，務期持續提升篩檢率。

本部辦理情形：

1、針對未曾參加篩檢族群，分析其限制因素包括：

（1）民眾對於預防之動機與認知不足，影響其接受篩檢服務意願

A.依照本部健康署施政知曉度調查結果顯示，民眾「知道政府有提供免費癌症篩檢資訊」之認知已從 99 年的 53.7%增加至 102 年的 65.6%，惟仍有提升之空間。

B.部分民眾誤以為乳房超音波或乳房自我檢查沒有問題，就不用作乳房 X 光攝影檢查。

C.本部 102 年「國民健康訪問調查（NHIS）」結果顯示，婦女不做抹片的原因依序為「覺得身體健康沒有需要（43.0%）」和「太忙沒有時間（21.8%）」。婦女不願作乳癌篩檢主要因為「覺得身體健康沒有需要（48.9%）」、「太忙沒有時間（23.6%）」和乳房攝影檢查過程不舒服會痛（13.8%）。另外，沒做過大腸癌篩檢的原因以「覺得身體健康沒有需要」占 67.3%為最多。由 NHIS 調查發現民眾常因自覺身體健康、沒有症狀及忙碌，而未接受癌症篩檢服務，錯失早期發現早期治療的時機。

## （2）篩檢不適感或程序麻煩影響篩檢動機

A.由於乳房 X 光攝影檢查需壓迫乳房數秒以取得清晰之影像，衛生局所反應民眾常因篩檢時疼痛，降低其再次受檢之意願；子宮頸抹片採檢因需要內診，部分女性易因害羞而不願受檢。

B.大腸癌篩檢則因有發採便管及繳回二道程序，加上採集糞便過程不便，而影響接受篩檢意願。

## 2、提升四癌篩檢率之主要策略

（1）加強衛教宣導：為提升民眾防癌識能，積極推廣與提醒民眾定期接受癌症篩檢、早期發現早期治療之重要性，本署 103 年辦理四癌防治宣導，透過多元大眾媒體通路，如電視、廣播、公車車體或公共場所張貼海報等露出健康傳播訊息；並配合相關節日辦理記者會及相關宣導活動，以加強癌症防治、四癌篩檢等健康傳播。此外，亦透過縣市衛生局所加強衛教，以提升民眾接受篩檢服務之意願。104 年將持續辦理，以提升民眾對癌症篩檢知曉度。

## （2）了解民眾未受檢之原因，據以改善相關策略

為解決民眾因自覺身體健康、沒有症狀、忙碌、害羞、怕痛而未接受癌症篩檢服務之問題，將辦理下列工作，以提升篩檢率：

A.針對忙碌之民眾或職場勞工：配合民眾作息、職場勞工需求等，至社區、職場設站或透過篩檢車提供可近性之巡迴篩檢服務。為方便民眾繳交採檢管，輔導衛生局所與醫療院所資源結合，於社區設立採檢管回收點。鼓勵醫療院所提供就診民眾回郵信封，方便民眾寄回採檢管；於病人預約回診時，先行寄發採檢管，病患於回診當日一併繳回，以提高回收率。

B.針對自覺身體健康、沒有症狀者：與衛生單位及醫療院所加強宣導篩檢是對無症狀者提供，非等身體不適才接受檢查的正確觀念。

C.針對因怕痛而拒絕作乳房 X 光攝影檢查者，宣導避開月經期間及現今新型乳房 X 光攝影儀造成的不適感已大幅降低；壓緊乳房係為幫助固定乳房位置以獲得清晰的影像，鼓勵女性朋友只要忍受短時間的不適感即可換來乳房的健康。

(3) 輔導醫療院所建立婦女友善檢查空間，提供隱私性佳的檢查環境；另將加強宣導乳房 X 光攝影檢查係由女性放射師執行。

A.醫療院所端：持續輔導醫院，強化三道篩檢防線。第一道防線：於醫院門診建置「主動提示系統」，就診民眾若符合癌篩資格，系統將提示醫護人員叮嚀民眾進行篩檢。第二道防線：由醫院、衛生局所透過電話或郵寄明信片等方式，提醒民眾接受篩檢。第三道防線：醫院和衛生局所透過社區設站、巡迴篩檢車等方式走入社區，配合民眾提供便利可近的服務，並同時衛教民眾。

B.地方衛生局部分，設立癌症篩檢管理中心（call center），強化組織性篩檢。主動以電腦、電話等方式通知民眾，提高知曉度。提供民眾統一之諮詢窗口，對於受檢確有困難或對於篩檢有疑慮之民眾，透過 call center 協助其解決問題，促使其接受篩檢。針對從未篩檢、久未篩檢、邀約困難或陽性轉介困難個案，提供關懷諮詢或家訪等措施，並進行個案管理。

C.整合資源提供篩檢服務：透過衛生單位與醫院、基層診所建立轉介合作機制，促使其轉介門診中符合篩檢資格民眾至篩檢醫院或指定地點接受篩檢服務。與企業、職場結合，提供篩檢服務。與民間團體合作，於其辦理相關宣導活動時，協助調派篩檢車至活動現場提供服務。

3、本部將納入第三期國家癌症防治計畫之改進參考。

## (二) 行政院複核意見

依據 102 年統計，仍有約 5% 國中生及 12% 高中職生有吸菸習慣，預估調漲菸捐預計能減少吸菸人口 74 萬人，建議全面落實菸害防制相關規定，增加菸品上警示圖文比率，比照先進國家作法以價制量，以有效降低吸菸率，涉及調高菸捐之「菸害防制法」修正草案，請加速與立法院協商通過。

本部辦理情形：

1、自 98 年 1 月 1 日施行菸害防制法新規定 6 年多來，拒絕菸害已逐漸成為社會共識，而推動無菸環境是長期的工作，將持續推動戒檳與戒菸整合式衛教、營造無菸環境、推動修法以提高菸捐，加大警示圖文面積，並呼籲民眾善用二代戒菸服務與免費戒菸專線 0800-636363，以全面落實菸害防制法。

2、本部積極辦理調漲菸捐事宜，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，並業經立法院於 102 年 5 月 17 日完成一讀，目前待進行二、三讀程序，有關後續審查時程、優先性與最終之審議結果，為立法機關權限，本署將積極溝通與協調並尊重立法院決議。

3、本部將納入菸害防制計畫之改進參考。

五、落實防疫整備，免除疾病威脅方面：

## (一) 行政院複核意見

愛滋病及結核病等慢性傳染病因推動多元治療服務，有效減少新增個案發生率。3 歲以下幼童常規疫苗接種率達到 93.81%，充分保障我國幼兒健康成長。鑑於我國愛滋新感染對象以年輕族群為主，後續建議強化運用網路溝通管道，以強化年輕族群之衛生教育。

#### 本部辦理情形

因應時代變遷與科技進步，年輕族群幾乎每天會使用網路或手機 APP，為了更貼近愛滋易感族群的生活型態，業利用新興媒體方式直接介入，提供愛滋防治訊息傳播，以期強化年輕族群正確認知。

#### （三）行政院複核意見

有關弱勢族群結核病防治困難度相對較高，建議加強結合社福資源，強化對於弱勢族群及流動人口之防治策略。

#### 本部辦理情形

為強化弱勢族群結核病，已持續加強與社政單位合作，於 104 年 4 月 23 日發函衛生局，請公衛人員主動協助轉介貧病弱勢結核病個案予社政單位，以提供完整必要之協助，藉此降低個案就醫障礙及生活經濟負擔，進而提高個案就醫意願及完治率。截至 12 月 25 日，22 個縣市協助轉介 205 位結核病個案，累計申請急難救助共 485,548 元。

#### （四）行政院複核意見

登革熱、新興及人畜共通傳染病及非洲地區發生伊波拉病毒等仍不斷威脅國人健康，請儘早建立或加強防疫風險評估與應變計畫。

#### 本部辦理情形

1、因應 104 年登革熱疫情，於 104 年 9 月 15 日成立中央流行疫情指揮中心，針對疫情發展趨勢、防疫物資整備、病患就醫分流、疫情熱區孳生源清除與周邊防火牆建立、校園登革熱防治、媒體宣導與衛教溝通、防治成果保全與疫情終結策略等，加強跨部會協調，積極協助地方防疫。且於年 11 月 20 日由衛福部及環保署共同召開「104 年全國登革熱研討會」，研商登革熱中長程防治政策規劃，12 月 7-8 日辦理「登革熱國際研討會」，新加坡等 12 國代表出席，增進各國防治經驗交流。未來將針對登革熱防疫策略訂定一套完整的 SOP，從「事前預防」如環境清潔、衛生改善，到「事中處理」與「事後補救」，全面性盤點登革熱防疫作為，建立臺灣模式，並以宏觀角度思考，針對生態防疫、流行病學研究，籌組專責人力等相關議題，持續結合相關單位深入研究，以完備登革熱常態性防疫工作。

2、因應年度國外爆發伊波拉病毒感染與 MERS 疫情，即時於防治中心辦理新興傳染病-伊波拉病毒感染防治應變/整備訓/演練、伊波拉防疫訓練中心首梯訓練案及 MERS 診斷檢驗國際研習營等教育訓/演練及研習會，提升應變量能。

3、為加強人畜共通傳染病防治，已將相關防治作為納入「急性傳染病流行風險監控與管理第二期計畫」，並奉行政院核定，將於 105 年開始執行，期藉由跨部會合作、訂定防疫措施、加強人員訓練及民眾衛生教育等策略，以早期發現流行疫情，即時阻斷疾病傳播。

#### （五）行政院複核意見

針對近年疫苗接種率受國際疫苗供需失衡影響，宜秉持疫苗安全有效及供貨不能有空窗期之原則辦理。

#### 本部辦理情形

面臨國際間多項常規疫苗供需失衡導致缺貨之嚴峻挑戰，均秉持保障嬰幼兒不受傳染病威脅之首要原則，竭力向疫苗原廠爭取貨源及持續不斷追蹤供貨進度，並研擬疫苗接種或調整時程等因應策略，以確保國內疫苗供貨穩定銜接不中斷。

#### 六、促進國際交流與合作，促成國際接軌方面：

#### 行政院複核意見

參與或辦理國際衛生組織相關活動及推動國際衛生福利合作項數雖達成原訂目標，惟項數較 102 年為低，尤其我國於辦理合作計畫或雙邊會談方面較 102 年大幅減少，建議善用民間資源，加強國際交流合作，透過合作交流平臺，增加我國能見度。

#### 本部辦理情形

1、102 年出席 WHA 期間辦理 22 場次雙邊會談並以 22 場次進行統計，103 年度出席 WHA 期間有辦理 58 場次之雙邊會談，卻以 1 件進行統計，導致 103 年度較 102 年度之次數大幅減少。

2、為增加國際間交流，本部將持續與民間團體交流與合作，以提升我國國際能見度。

#### 七、推動衛生福利科技，精進政策基礎方面：

#### 行政院複核意見

科技計畫成果實際被衛生福利政策採行比率及研發收入成長比皆達成目標，有助提升我國醫衛技術。惟因應國際趨勢發展及近年食安問題不斷，建議加強食品添加物檢驗技術研究，以強化食品安全管理機制。

#### 本部辦理情形

針對「建議加強食品添加物檢驗技術研究」部分，本部 104 年賡續辦理「導入健康風險評估科技，精進我國食品安全」計畫，該計畫業針對食品添加物等食品安全高風險項目，進行國際間相關簡易/快速檢查方法及市售相關檢測套組之資料蒐集與彙整，並加強食品添加物檢驗技術研究，以強化食品安全管理機制。

## 八、強化食品藥物管理，保障民眾健康方面：

### （一）行政院複核意見

完成建立與國際調合之食品添加物分類比率，國內藥廠自用原料藥查核之符合率及國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率，皆超越原訂目標，有助提升民眾用藥及飲食安全。在塑化劑事件後，雖已結合財政部及經濟部建立食品添加物源頭管理機制，並於 103 年 4 月 24 日公告食品添加物製造、輸入及販售業者須依法登錄，對此宜透過聯合稽查方式查核業者登錄資料之正確性，以落實食品業者登錄機制。

#### 本部辦理情形

有關查核業者登錄資料之正確性部分，目前已為地方衛生局例行性查核項目，中央執行各項食品專案稽查及跨部會聯合稽查，亦將食品業者登錄列為查核重點，如有登錄不完全，登錄不實或未登錄之情形，均要求業者改正，依法辦理。

### （二）行政院複核意見

宜參考聯合國食品法典委員會（Codex）、美國、歐盟、日本等相關規範，檢討食品添加物使用範圍、限量及規格標準，俾讓食品業者有所遵循。

#### 本部辦理情形

為使食品添加物與國際接軌，104 年 10 月 28 日業向外界公開「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」草案，並參考國際最新趨勢，重新整理食品添加物分類、導入食品分類系統、重新檢討添加之合理性並公開草案初稿供各界提供建議，以做為後續研擬正式草案的參考，使未來正式公告標準更臻完善。

#### 本部辦理情形

### （三）行政院複核意見

103 年發生數起食安事件，重創民眾對於食品安全之信心，請確實檢討各事件發生原因，加強查處，避免類此事件重演，並積極評估其他引發安全疑慮之情形，以預為防範。

#### 本部辦理情形

本部積極督導衛生局落實查處，針對事件研判發生原因及風險，擴大稽查並進行檢討，修訂各項事件處理程序及預控機制，精進邊境查驗管控措施，加強查核，持續落實行政院強化食品安全措施「第三級品管--強化政府稽查抽驗量能」，監督衛生局落實例行性稽查抽驗、規劃執行專案性稽查抽驗與行政院食品安全聯合稽查。

## 九、推廣政府服務流程改造方面：

### （一）行政院複核意見

主辦孕婦分娩及新生兒出生階段整合之送子鳥資訊服務及協辦榮民申請子女教育補助或榮民就養補助時，免檢據健保投報證明之跨機關電子查驗，讓民眾感受到流程改造之成果。

#### 本部辦理情形

1、有關健保投保證明跨機關電子查驗服務，本部已建置「電子化政府服務平臺衛生福利部中央健康保險署資訊中介服務」供二級機關申請使用，並逐年擴增申請項目，以因應民眾切身相關申辦項目之需求。

2、於 106 至 109 年電子化政府計畫書中編列新增跨機關合作單位資料交換機制計畫，強化服務流程整合再造，規劃網路（G2C）服務平臺，提供民眾整合性服務，精進為民服務效能。

### （二）行政院複核意見

鑒於社會福利申請項目繁多，建議與教育部、財政部及勞動部等相關機關深化跨部會合作，擇定與民眾切身相關之申辦項目進行流程改造，精進為民服務效能。

#### 本部辦理情形

1、104 年持續與勞動部勞工保險局合作，增設勞工保險/國民年金保險生育給付線上申辦。

2、目前已有四大介接服務項目，提供民眾一站式客製化的服務平台。

3、105 年將與本部社會及家庭署「保母托育補助」及「父母未就業家庭育兒津貼」2 項申辦進度查詢功能進行介接服務，持續進行流程改造，精進為民服務效能。

### 十、健全社會保險制度，強化自助互助機制方面：

#### （一）行政院複核意見

因應二代健保之論質方案受益人數、保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率及醫療品質資訊公開等皆達成目標，有助改善健保醫療品質及財務結構。論質方案方面除增加導入糖尿病方案，並檢討氣喘方案執行成效外，並建立該方案退場標準、完整追蹤率之定義、品質獎勵措施之評比方式及照護教育訓練，對於方案執行品質有其正面意義。

#### 本部辦理情形

有關論質方案退場機制已建置在案，係以追蹤率做為參與院所或醫師之退場標準，未來參與論質方案的院所或醫師，如其追蹤率低於其參與方案所定最低追蹤率，經輔導仍未改善，將不得再申報方案之費用。另明訂各項論質方案追蹤率之分子分母之定義，及品質獎勵評比之門檻、獎勵指標，亦規範參與醫事人員所需接受之教育訓練時數。

## （二）行政院複核意見

依據「總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查」，各部門總額之民眾滿意度都在8成5以上，惟近來各界對於民眾就醫自付額增加及醫院醫事人力之業務負擔多有意見，應適時通盤檢討以為支付度改革之參考。

### 本部辦理情形

1、依據103年各部門總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查結果，扣除掛號費及部分負擔，自付其他費用比率除中醫總額部門，其他總額部門依研究結果均低於1成，並無就醫自付額增加之明顯趨勢，合先敘明。

2、各總額部門民意調查之自付情形每年均於健保會召開之執行成果發表暨評核會議中提出報告，與醫療提供者代表共同商討解決對策後，並將改善情形列入次年度檢討項目在案。

## （三）行政院複核意見

目前健保支出持續擴張，民眾就醫習慣短期無法改變之下，如何讓健保得以永續經營，宜就不當醫療及醫院財團化等問題根源提出解決方法。

### 本部辦理情形

為使醫療資源分配合理化，減少不當醫療，訂定「全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，藉由持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控等，以降低全民健康保險資源不當耗用。

## （四）行政院複核意見

國民年金部分，欠費人數高達347萬餘人、催收欠費金額達216.36億元，除請建立一套有效催收機制，針對民眾不願納保繳費，保費平均收繳率僅5成多之問題，建議檢討整體制度或研議有效之收費機制，以健全年金財務管理。

### 本部辦理情形

#### 1、已建立積極的催收機制：

（1）勞保局自100年起已建立制度化催繳機制，每年針對所有欠費未繳納之被保險人，分批寄發催繳通知，催繳對象包含加保生效中及已退保之被保險人，業已建立積極的催收機制。

（2）100年度至104年度每年收回當年度及前年度欠費金額約29億至35億餘元，且97年至99年度之保險費經催繳及溝通後，繳費率已有逐漸提高之趨勢，顯見多元溝通宣導及催繳機制有其成效。

#### 2、研議縮短保費補繳制度：

被保險人多屬經濟弱勢或無力繳納者，為維護被保險人權益，爰明定被保險人得補繳 10 年內之保險費，以利累計保險年資。97 年繳費率已達 71.13%，顯示補繳制度的設計，對於無力繳費之民眾，有其必要性。惟過長的補繳期限，確實易造成國民年金保險基金財務之不確定性，本部將研議縮短保費補繳制度。

#### 十一、提升組織量能方面：

##### 行政院複核意見

達成提升年度考試及格錄取人員進用比例及資訊系統整合服務目標。為照顧經濟弱勢族群及縮減城鄉數位落差，宜擴大社政、衛政整合服務，並透過基層公務人員（包括鄉鎮區公所人員、村里幹事、戶籍人員及社工人員等）親鄰服務，主動迅速提供電子化政府網路便民服務，完成政府與民眾最後一哩之服務連結。

##### 本部辦理情形：

1、本部已推動在地行動服務實施計畫，將於 104 年與 105 年逐步擴大實施至少 10 縣市辦理在地行動服務實施計畫，且各縣市實施鄉鎮平均比率須達全域之 80% 以上，以建立在地化服務窗口，並擴散社福領域「e 化服務宅配到家」政策與服務。

2、在深化福利服務項目上，目前 8 縣市已辦理共計達 27 項目（中央指定 8 必要項目，縣市政府 19 自選項目）福利服務基礎上，於 105 年將再擴大包含身心障礙、急難救助與國民年金各項福利服務至少達 12 必要項目，透過行動載具服務偏鄉民眾、銀髮族、新住民與行動不便的弱勢族群，進而做到縮小城鄉數位落差，透過主動迅速及高效率電子化政府網路的便民服務，完成政府與民眾最後一哩的服務連結。

#### 柒、行政院評估綜合意見

一、健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群方面：在低收入戶、中低收入戶及身心障礙等弱勢族群照顧政策、充實社工人力、托育服務及育兒津貼發放等皆達成目標並獲民眾肯定。惟目前托育服務品質及相關補助仍存在縣市差異性及名目不一等議題，請重新檢視現有各項補助措施，檢討推動效益，配合行政院 105 年 1 月核定「完善生養環境方案」之政策方向辦理。進一步從社區照顧出發，研提「托育、長照、就業」三合一照顧政策，建立優質、平價之老幼照顧體系，俾達成扶幼護老之目標。有關福利服務之輸送、弱勢關懷等人數或金額量化成效，並無法完全反映福利體系之健全，如父母未就業家庭育兒津貼涵蓋率，其實際達成度遠大於原訂目標，代表政府預算支出大幅提升，請併同思考就業率低之因素，尋求跨部會合作解決問題。另福利服務輸送方式除給予現金給付，亦請思考社會企業及公私合營之可行性。基於國人之健康與福利服務關係密不可分，有關社政與衛政就資源、人力與措施之整合，仍請持續加強辦理，以建構中央引導地方整合資源之執行模式，提升整體衛生福利服務之績效。

二、精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益方面：在促進醫療資源合理分布、急性後期照護及改善原住民及離島地區醫療服務方面皆達成目標，有利提升醫護人員素質及醫療品質，並建構友善醫療環境。目前全國醫院服務能量尚屬充實，惟遭逢如八仙塵爆重大災害或流感等重大疫情時，緊急醫

療應變能力仍有所不足，請積極落實分級醫療及轉診制度、強化緊急醫療資源管控，加強監測各醫療區床數及急救設備等，以利緊急調度。鑒於提升醫療健康服務品質非短期可以達成，終級目標是降低住院率以減少醫療支出，請建立短、中及長程績效指標並增加有關跨部會或跨單位績效之指標，以呈現整體施政績效。另推動診所電子病歷互通方面已連續 2 年未達目標，由於電子病歷之推動，對於發展個人醫療與健康照護產業都將帶來重大影響，未來結合數位化穿戴裝置之趨勢，將是指日可待，請從法規面、實務面及技術等研提策進作為，並透過醫療雲、保健雲、照護雲及防疫雲等策略，涵蓋民眾自病前保健、病中醫療至病後照護之健康服務及疫病防治，建構更為健康之生活環境。

三、完善高齡照顧體系，建構友善老人環境方面：在社區照顧關懷據點及日照中心等設置數量等皆達成目標，已持續提升老人照顧服務能量，惟長照服務涵蓋率 35%，仍有大幅努力空間，為讓高齡人口獲得完善照顧，請持續與財政部、經濟部等相關部會就長期照顧體制進行規劃，加速完備長期照顧政策，以減輕照顧負擔。另鑒於 65 歲以上老年人口逐年增加，整合衛政、醫療與社政資源，除布建社區高齡健康促進環境外，宜參考歐盟活躍老化指標架構及參採日本經驗，從就業及社會參與等指標構面，積極推動活躍老化之創新措施，並依據行政院已核定之高齡社會白皮書，結合民間資源共同推動。

四、促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡方面：有關老人憂鬱症篩檢率及推動高風險家庭關懷輔導處遇服務等指標雖達預定目標，惟無法呈現如降低老人自殺率及預防高風險情形發生等具體效益。為有效發揮政府資源使用效益，落實保護服務及高風險防治，請分析自殺、家庭及性別暴力之防治、保護個案扶助及高風險家庭個案輔導等制度之歷年推動成效，並滾動檢討相關措施。

五、營造友善健康支持環境，促進全民參與方面：有關孕婦產前檢查、兒童預防保健利用率、18 歲以上人口吸菸率、男性人口嚼檳榔率及癌症篩檢率之平均增加值等皆達成目標，持續為全民營造友善健康支持環境，尤其癌症篩檢發現 4.3 萬名癌前病變及 1 萬多名癌症，均為受民眾肯定之重要救命工程。近年肺癌及肝癌人數漸增，且依據 103 年健康行為調查（BRFSS）中，有 3 成民眾知道自己有 B 型肝炎或 C 型肝炎，但仍未接受後續追蹤治療，宜加強向民眾宣導疾病防治；另建議將歷年癌症統計數函送環保署、經濟部及交通部等相關部會，以作為推動環境污染源控制相關政策之參考。

六、落實防疫整備，免除疾病威脅方面：有關防制愛滋病、結核病感染人數年增率，惟 3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率未達成目標，請持續落實傳染病防治醫療網之整備。近年因新興病毒及流感肆虐，鑒於防疫著重預防，請加強國內外疫情蒐集，預為整備疫苗及加護病房等醫療設備，俾利整合資源啟動醫療網絡緊急因應。

七、加強國際交流合作，達成國際接軌方面：推動國際衛生福利合作計畫及參與國際衛生社福組織等達成預訂目標，持續展現醫療外交成果。因應全球化及伊波拉及茲卡等新興病毒跨境散布，仍宜持續強化國際合作，俾利及早啟動防疫機制，維護國人健康。

八、推動衛生福利科技，精進政策論證基礎方面：科技成果實際應用率及研發收入成長比等達成預訂目標，除精進政策論證基礎外，請加強促進決策品質及醫療保健服務等相關創新應用，善用研發成果提升我國醫療品質。

九、自由經濟示範區推動計畫（跨機關目標）方面：醫療機構國際病人之服務效能雖達成原訂目標，惟僅統計服務人次，建議就旅客國別、接受醫療項目及產值等進行分析，作為政策評估參考；另請加強與交通部觀光局合作開發國際客源，積極行銷我國醫療優勢。

十、改善所得分配具體方案（跨機關目標）方面：提供低收入戶及中低收入戶醫療費用補助計 15.97 億元，雖超越原訂目標，惟為覈實編列預算，確實改善所得分配，請進行更為細緻之分析，以瞭解補助措施實質效益。

十一、跨域增值公共建設及科技發展財務規劃方案（跨機關目標）方面：新竹生醫園區醫院預算執行率 10% 偏低，該醫院由臺大醫院負責興建經營，預定於 106 年動工、109 年啟用，請協助教育部加速創新醫材及藥品研發，提供一般醫療服務及急重症醫療功能。

十二、強化食品藥物管理，保障民眾健康方面：有關建立與國際調合之食品添加物分類及歸類其貨品分類號列，增加輸入規定、食品業者登錄之比率及國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率等已達成目標，持續精進我國食品及藥物管理政策，並漸與國際接軌。鑒於 104 年仍陸續發生手搖飲料含禁用農藥、過期食品改標及使用過期原料等食安事件，請針對與民生生活消費關係密切、每日生活必需影響健康之食品，加強源頭製造業者持續稽查，同時從後市場端抽驗產品，進行產品監測以降低不合格率。有關 104 年開始推動之「分廠分照」規定，實務上企業反映仍有窒礙難行之處，請檢討管制合理性。另 104 年已建置食品雲計畫完成跨部會資料介接，從數據分析進行高風險食品情蒐及辨識風險因子，惟目前僅止於情境演練及邊境不合格進口食品之統計分析，請持續與財政部關務署、環保署及經濟部等相關單位合作，整合邊境管理機關資訊系統，以建立有效之邊境預警及風險管理制度並請強化食品安全評估機制；另為提高民眾用藥安全性，請嚴格查核國內藥廠自用原料藥之合法情形，及嚴厲取締偽禁藥及網路賣藥等不法情事。

十三、健全社會保險制度，強化自助互助機制方面：有關補充保險費之查核與監控、辦理國民年金保險、推廣健保雲端藥歷系統及全民健康保險門診高利用保險對象之就醫次數下降率等皆達成目標，有效維護健保永續經營之目標。惟因健保財源自 105 年收取補充保費門檻提高後將減少財源挹注，除持續鎖定高利用保險者控管其就醫次數外，建議與外交部及陸委會研商檢討長住國外僑民或大陸之臺商回國就醫之機制，以維護公平及合理性；另 104 年國民年金催收欠費人數逾 354 萬餘人、催收欠費金額逾 225 億餘萬元，為達「國家付得起，人民領得到」之目標，建議廣納各界意見提出具體年金改革方案。