

健康照護基金 105 年度預算評估報告目錄	頁次
壹、綜合部分 -----	1
一、菸捐應比照菸稅列入歲入，或比照特種貨物及勞務稅以收支併列方式納入 總預算再行分配-----	1
二、藥害救濟基金等分基金之用途未以法律定之，與司法院解釋之意旨不合--	4
貳、醫療發展基金 -----	6
三、醫療及生育事故爭議事件試辦計畫屬個人救濟，卻須以醫療機構為申請單 位，無法妥為保障病方權益-----	6
四、重點科別住院醫師津貼補助計畫自實施以來，內科執業醫師比率逐年下 滑，另 103 年度內科及小兒科核證人次及核證比率亦較實施前下降，尚未 達計畫成效-----	8
五、緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫應廣續檢討 改善，以強化在地醫療-----	10
參、全民健康保險紓困基金 -----	12
六、104 年度起公益彩券回饋金獲配數減少，致排除就醫障礙補助計畫累計積 餘款遽減，為免弱勢族群就醫權益受限，宜及早因應-----	12
肆、藥害救濟基金 -----	14
七、103 年度死亡件數較 102 年度增加，且 105 年度障礙給付案件數及平均每 案救濟金額較 103 年度實際數成長，應妥為因應以維國人用藥安全-----	14
伍、菸害防制及衛生保健基金 -----	16
八、部分菸捐補助項目與菸害防制及衛生保健業務並無直接相關，允宜檢討改 善-----	16
九、菸捐一定比例作為菸害防制與癌症防治之用，惟肺、支氣管及氣管癌症之 人口標準化發生率仍逐年成長，顯示菸害防制與癌症防治之成效亟待改善	18
一〇、我國學童之近視與深度近視問題嚴重，衛生福利部應研謀對策及設定目 標，積極防制及改善-----	20

陸、預防接種受害救濟基金 -----	22
一一、105 年度「審議時效」及「救濟給付時效」目標訂定過於保守，宜參酌 以前年度實際達成情形調整目標 -----	22
柒、疫苗基金 -----	23
一二、疫苗基金暫緩實施 65 歲以上高危險群長者接種肺炎鏈球菌疫苗政策， 並核減幼兒常規結核型肺炎鏈球菌疫苗之劑量，允宜注意感染情形以免衍 生防疫漏洞 -----	23
一三、全國性預防接種資訊管理系統之改版及效能提升計畫應確保達成改版轉 換之無縫接軌，並避免經費之重複投入 -----	25
捌、食品安全保護基金 -----	26
一四、「食品安全保護基金」於 104 年度設立，惟食管法並未強制設立基金， 若由公務預算支應仍屬可行，宜審酌基金設立必要性 -----	26

健康照護基金 105 年度預算評估報告

衛生福利部主管健康照護基金計有 7 個分基金，分別為：醫療發展基金、全民健康保險紓困基金、藥害救濟基金、菸害防制及衛生保健基金、預防接種受害救濟基金、疫苗基金及食品安全保護基金。105 年度基金來源總計編列 98 億 1,756 萬 7 千元，較上年度預算數減少 3 億 1,500 萬 6 千元，減幅 3.11%，主要係預估 105 年度菸品健康福利捐較 104 年度減少所致。基金用途總計編列 140 億 1,872 萬 2 千元，較上年度預算數減少 22 億 4,831 萬 9 千元，減幅 13.82%，主要係因醫療發展基金多項補助計畫業已編竣及參考過去執行情形，調整 105 年度各補助計畫經費所致。基金來源及用途相抵後，預計短絀 42 億 0,115 萬 5 千元，較上年度預算數減少 19 億 3,331 萬 3 千元，由以前年度基金餘額支應（詳附表 1）。

附表 1：健康照護基金 105 年度基金來源、用途及餘絀預計表

單位：新台幣千元

分基金名稱	基金來源	基金用途	本期餘(絀)	期初基金餘(絀)	期末基金餘(絀)
醫療發展基金	2,401,716	3,853,279	-1,451,563	2,152,153	700,590
全民健康保險紓困基金	2,169,453	2,136,127	33,326	2,222,197	2,255,523
藥害救濟基金	69,124	65,942	3,182	328,389	331,571
菸害防制及衛生保健基金	3,944,340	6,042,250	-2,097,910	2,171,093	73,183
預防接種受害救濟基金	18,059	17,020	1,039	167,610	168,649
疫苗基金	1,202,875	1,892,104	-689,229	780,465	91,236
食品安全保護基金	12,000	12,000	0	8000	8,000
合計	9,817,567	14,018,722	-4,201,155	7,829,907	3,628,752

※註 1. 資料來源，105 年度健康照護基金附屬單位預算案書。

壹、綜合部分

- 一、菸捐應比照菸稅列入歲入，或比照特種貨物及勞務稅以收支併列方式納入總預算再行分配

105 年度菸捐預計徵收總金額 305 億元，較 104 年度 315 億元，減少 10 億元，主要係預期菸捐將修訂調漲造成國貨所致。查我國依「菸酒稅法」對國內產製或自國外進口的「菸」與「酒」課徵「菸酒稅」，而菸品另依「菸害防制法」規定附徵「菸品健康福利捐」（以下簡稱「菸捐」）。菸捐與菸稅收入情形及預算編列方式如下：

(一)我國現行菸捐收入已超過菸稅收入

我國菸稅為每包 11.8 元，另歷次修訂菸捐之應徵稅額詳

附表 1：

附表 1：菸捐之應徵稅額歷次修訂表

修 訂 日 期	菸 捐
91 年 1 月 1 日起	5.0 元/包
95 年 2 月 16 日起	10.0 元/包
98 年 6 月 1 日起	20.0 元/包

※註：1. 資料來源，依財政部「近年菸酒稅與健康福利捐之統計分析」整理。

財政部「近年菸酒稅與健康福利捐之統計分析」揭示，菸稅自 94 年度達 245 億元之高峰後（詳附表 2），多呈逐年下降趨勢，103 年度降至 194 億元。而菸捐自 91 年度開徵以來，呈快速上升趨勢，歷經 95 年度及 98 年度兩次調高菸捐後（詳附表 1），於 99 年度達 348 億元，隨後皆維持 320 億元以上，102 年度高達 351 億元，較 101 年度增 2%。98 年度起菸捐已超過菸稅，菸捐約為菸稅之 1.7 倍。

附表 2：近年菸捐與菸稅統計表

單位：新台幣億元

年 度	菸 稅	菸 捐
91	196	83
92	241	102
93	228	97
94	245	104
95	244	175
96	235	199
97	237	201

年 度	菸 稅	菸 捐
98	214	249
99	205	348
100	204	346
101	203	344
102	207	351
103	194	329

※註：1. 資料來源：「近年菸酒稅與健康福利捐之統計分析」及財政統計通報。

(二)目前我國菸稅收入係編列於總預算統籌運用；而菸捐收入則直接納入特種基金，或以收支併列方式納入公務預算

目前菸稅及菸捐之預算編列方式，菸稅收入係編列於總預算統籌運用；而菸捐收入方面，財政部國庫署及賦稅署獲配部分係以收支併列方式納入公務預算，衛生福利部及農委會獲配部分則直接納入特種基金辦理。

(三)菸捐應比照菸稅列入歲入，或比照特種貨物及勞務稅以收支併列方式納入總預算再行分配，俾利有效管理運用並臻公開透明化

目前菸品同時課徵菸稅及菸捐，菸稅收入屬「統收統支」性質，菸捐收入則依菸害防制法規定「專款專用」。菸捐之收取雖依法有據，惟現行制度菸捐收入已超過菸稅，恐成為各利益團體爭取分配之財源，亦有各機關成立小金庫之疑慮，且菸捐分配機制恐操縱於特定人士之倉促政策決定，若菸捐比照菸稅列入歲入，除可維持原本以價制量之目的，國庫亦增加可供統籌運用之稅收，並得本於公平原則用於各項施政；若考量菸捐有專款專用性質並確有列入特種基金辦理之必要性，為利菸捐收入及經費使用之監督，建議菸捐比照特種貨物及勞務稅列入年度歲入預算後，再補助低收入戶健保費之收支併列方式¹，

1. 特種貨物及勞務稅條例第 24 條規定：「特種貨物及勞務稅為國稅，... 前項稅課收入，循預算程序用於社會福利支出；...。」

並視需要再分配至特種基金，俾達菸捐收入流向公開透明化之目的，兼得以維持菸捐專款專用之立法精神。

綜上，菸捐應比照菸稅列入歲入，或比照特種貨物及勞務稅以收支併列方式納入總預算再行分配，俾利有效管理運用並臻公開透明化。

二、藥害救濟基金等分基金之用途未以法律定之，與司法院解釋之意旨不合

健康照護基金下設之藥害救濟基金、預防接種受害救濟基金及疫苗基金等分基金，有特定收入來源而供特殊用途，其主要來源分別係依藥害救濟法、傳染病防治法、菸酒稅法及菸害防制法收取之徵收金及菸品健康福利捐（詳附表 1），105 年度各該分基金之上開徵收金額分別為 6,600 萬元、1,680 萬元及 4 億 5,750 萬元，係依法徵收且專款專用，屬預算法第 4 條所定義之特別收入基金，符合司法院第 426 號解釋²所定之特別公課。

附表 1：藥害救濟基金等徵收來源與用途規定情形表

基金名稱與徵收來源	基金設立法	徵收法源	徵收對象	用途規定方式
藥害救濟基金：徵收金	藥害救濟法第 5 條第 1 項。	藥害救濟法第 7 條第 1 項。	藥物製造業者及輸入業者。	逕訂於健康照護基金收支保管及運用辦法第 5 條第 3 項第 1 款至第 6 款。
預防接種受害救濟基金：徵收金	傳染病防治法第 30 條第 3 項。	傳染病防治法第 30 條第 3 項。	疫苗製造或輸入廠商。	逕訂於健康照護基金收支保管及運用辦法第 5 條第 4 項第 1 款至第 6 款。
疫苗基金：菸品健康福利捐	傳染病防治法第 27 條第 1 項。	菸酒稅法第 22 條及菸害防制法第 4 條第 1 項。	菸品之菸酒稅納稅義務人。	逕訂於健康照護基金收支保管及運用辦法第 5 條第 5 項第 1 款至第 4 款。

※註：1. 資料來源，立法院法律系統。

2. 根據司法院釋字第 426 號解釋理由書所敘：「…空氣污染防制基金，專供改善空氣品質，維護國民健康之用途。此項防制費既係國家為一定政策目標之需要，對於有特定關係之國民所課徵之公法上負擔，並限定其課徵所得之用途，在學理上稱為特別公課，…」

經查：

(一)以特別公課為主要來源之特別收入基金，其用途應以法律定之

根據司法院釋字第 426 號解釋文：「…空氣污染防制費，性質上屬於特別公課，與稅捐有別。惟特別公課亦係對義務人課予繳納金錢之負擔，其徵收目的、對象、用途自應以法律定之，如由法律授權命令訂定者，其授權符合具體明確之標準，亦為憲法之所許。…」是故，特別公課之徵收目的、對象、用途，均有法律保留原則之適用。從而，以特別公課財源所成立之特別收入基金，其用途自應依法律所定，當無疑義。

(二)部分基金之用途逕由收支保管及運用辦法訂定，未符前開司法院解釋文意旨

藥害救濟基金、預防接種受害救濟基金及疫苗基金之徵收金等特別公課，其本法並未就其用途（或支用）項目有所明文，各基金實際運作係依行政院核定之收支保管及運用辦法辦理，亦即其用途項目或範圍逕由行政命令訂定，且各本法如藥害救濟法等並未有具體明確之授權，未符前開司法院解釋文意旨。

綜上，由於特別公課專款專用特性，該項收入之支出用途應保留由立法者以法律規定，俾限縮政府在分配該收入時之裁量空間；職是，司法院釋字第 426 號解釋指明其用途應以法律定之。惟前述部分基金之用途，在其本法既無明定，且未有具體明確授權下，逕由各基金之收支保管及運用辦法訂定並據以實際運作，恐與前揭司法院解釋之意旨不合，各主管機關允宜檢討並修正相關法律明定其用途，俾利遵行及適法。

貳、醫療發展基金

三、醫療及生育事故爭議事件試辦計畫屬個人救濟，卻須以醫療機構為申請單位，無法妥為保障病方權益

醫療發展基金 105 年度預算案編列「醫療及生育事故爭議事件試辦計畫」2 億 5,978 萬元，經查：

(一)103 年度生產醫療糾紛案件數較 100 年度降低 57%，符合計畫目標，惟 102 及 103 年度生產醫療糾紛案件數分別較上年度成長 71%及 8%，仍有改善空間

近年來，我國內、外、婦、兒及急診等五大科專業人才逐年流失，醫療環境面臨五大皆空危機，為解決生育事故醫療糾紛頻傳問題，期能有效化解醫病對立，改善醫病關係，衛生福利部爰於行政院核定之「開創全民均等健康照護計畫」（執行期間：102 年度至 105 年度）內，納入 101 年 10 月 1 日公告辦理之「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議試辦計畫」，預期績效指標為「103 年底生育相關之婦產科與兒科醫療事故訴訟鑑定案件較 100 年底降低 10%，105 年底降低 15%」。依該部提供資料，100 年度至 103 年度每年生產醫療糾紛案件數分別為 30 件、7 件、12 件及 13 件（詳附表 1），103 年度生產醫療糾紛案件較 100 年度降低 57%，符合上開年度目標，惟 102 及 103 年度生產醫療糾紛案件數分別較 101 及 102 年度成長 71%及 8%，仍有改善空間。

附表 1：生產醫療糾紛案件統計

單位：案例數；%

年度	相關醫療糾紛訴訟鑑定審議案件數	較 100 年度成長率	較上年度成長率
100	30	-	-
101	7	-77	-77
102	12	-60	71
103	13	-57	8

※註：1. 資料來源，衛生福利部提供。

(二)該試辦計畫屬個人救濟性質，卻須以醫療機構為申請單位，無法妥為保障病方權益

依衛生福利部「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知，該試辦計畫係依據醫療法第 91 條及醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 3 項規定³辦理。惟該試辦計畫本質屬個人救濟性質，限於經費來源為醫療發展基金，須符合醫療事業發展獎勵辦法內獎勵對象應為醫療機構之規定⁴，致未如藥害救濟或預防接種受害救濟制度，得由病方提出救濟之申請⁵；且因訂有院所參加條件，將不具申請意願或未經評鑑合格（通過訪查）之醫療院所排除於計畫外，導致赴該等醫療院所就醫之病方連帶排除於計畫之實施範疇，影響病方權益，亦經本院審查該基金 104 年度預算案時作成決議，要求檢討改善⁶。

綜上，103 年度生產醫療糾紛案件數較 100 年度降低 57%，符合計畫目標，惟 102 及 103 年度生產醫療糾紛案件數分別較上

-
3. 醫療法第 91 條第 1 項：「中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，應採取獎勵措施。」第 2 項：「前項獎勵措施之項目、方式及其他配合措施之辦法，由中央主管機關定之。」第 92 條：「中央主管機關得設置醫療發展基金，供前條所定獎勵之用；…。」醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 3 項：「本辦法所定獎勵措施，其項目如下：…三、婦產科、兒科醫療資源及品質之改善。」
 4. 醫療事業發展獎勵辦法第 1 條：「本辦法依醫療法第 91 條第 2 項…規定訂定之。」第 5 條第 1 項：「本辦法獎勵之對象如下：一、醫療機構。二、護理之家機構及居家護理機構。三、精神復健機構。四、衛生財團法人。五、藥局。」
 5. 藥害救濟法第 12 條第 1 項：「藥害救濟之請求權人如下：一、死亡給付：受害人之法定繼承人。二、障礙給付或嚴重疾病給付：受害人本人或其法定代理人。」預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7 條第 1 項：「預防接種受害救濟項目如下：一、死亡給付。二、障礙給付。三、嚴重疾病給付。四、其他不良反應給付。」第 8 條第 1 項：「第 7 條預防接種受害救濟之請求權人如下：一、第 7 條第 1 項第 1 款：受害人之法定繼承人。二、第 7 條第 1 項第 2 款至第 4 款：受害人本人。」
 6. 本院審議該基金 104 年度預算案作成決議：「衛生福利部編列醫療發展基金補助生育事故救濟，但因該計畫規定只限於「機構」、雙方和解後才能申請，迭生以下幾種爭議：(1)被僱醫師願意和解，但診所負責人不願意；(2)病人不願意和解、醫師願意；(3)原主治醫師離職、原診所更換名稱。…。」

年度成長 71%及 8%，仍有改善空間；另「醫療及生育事故爭議事件試辦計畫」本質屬個人救濟，卻須以醫療機構為申請單位，無法妥為保障病方權益，衛生福利部宜檢討建立完善之醫療事故救濟補償制度，期能有效化解醫病對立，改善醫病關係，並妥適處理醫療糾紛。

四、重點科別住院醫師津貼補助計畫自實施以來，內科執業醫師比率逐年下滑，另 103 年度內科及小兒科核證人次及核證比率亦較實施前下降，尚未達計畫成效

醫療發展基金 105 年度預算案編列「重點科別住院醫師津貼補助計畫」3 億 7,200 萬元，經查：

(一)該計畫期間係自 102 年度開始，預期短期內可增加五大科醫師人力資源

據衛福部提供資料，該計畫執行期間及內容如下：

1. 計畫執行期間：102 年至 106 年。
2. 計畫總經費：17 億 2,248 萬元。
3. 計畫目標：藉由提供五大科住院醫師每年 12 萬元之完訓津貼補助，吸引醫學畢業生選擇至五大科行醫，且增加留任率，預期短期內可增加五大科之醫師人力資源，並適度紓解五大科人力流失之情況，提升醫療品質及服務效率。
4. 截至 103 年底累計決算數：3 億 6,864 萬元。

(二)內科執業醫師比率自計畫實施後逐年下滑，另 103 年度內科及小兒科核證人次及核證比率亦較計畫實施前下降，顯示該計畫尚未發揮增加重點科別醫事人力之顯著效果

查該計畫自 102 年度開始辦理，擬達目標係「吸引醫學畢業生選擇至五大科行醫，且增加留任率，預期短期內可增加五

大科之醫師人力資源，並適度紓解五大科人力流失之情況」。揆該部所提供歷年執業醫師人數（詳附表 1），各科執業醫師數自 101 年度以來均呈逐年成長現象，若由執業醫師比率觀之，103 年度外科、婦產科及小兒科⁷比率微幅上升，惟僅大致維持計畫實施前之比率，惟內科執業醫師比率自計畫實施後，反呈逐年下滑情形；另揆諸歷年醫師證書核發人次資料（詳附表 2），內科及小兒科 103 年度核證人次減少最多，由核證人次比率觀之，103 年度內科及小兒科比率亦較計畫實施前（101 年度）下降，顯示該計畫實施以來，尚未發揮增加重點科別醫事人力之顯著效果。

附表 1：執業醫師表

單位：人

科別	101 年度		102 年度		103 年度	
	人數	%	人數	%	人數	%
外科	3,131	8.42	3,162	8.29	3,529	8.72
內科	8,394	22.57	8,530	22.37	8,993	22.21
婦產科	2,127	5.72	2,181	5.72	2,318	5.73
小兒科	3,055	8.22	3,138	8.23	3,596	8.88
耳鼻喉科	2,281	6.13	2,315	6.07	2,426	5.99
眼科	1,594	4.29	1,649	4.32	1,733	4.28
皮膚科	1,055	2.84	1,104	2.89	1,200	2.96
家醫科	3,018	8.12	3,129	8.20	3,510	8.67
牙醫	12,532	33.70	12,928	33.90	13,178	32.55
合計	37,187	100.00	38,136	100.00	40,483	100.00

※註：1. 資料來源，衛生福利部提供。

附表 2：醫師證書核發人次表

單位：人次

科別	101 年度		102 年度		103 年度	
	人次	%	人次	%	人次	%
外科	180	13.55	171	12.62	190	16.27
內科	318	23.95	306	22.58	227	19.43
婦產科	35	2.64	48	3.54	40	3.42

7. 由於該部並未提供急診醫學科之執業醫事人員人數及醫師證書核發人次資料，故五大科中僅分析內科、外科、婦產科及小兒科人數(人次)。

科別	101 年度		102 年度		103 年度	
	人次	%	人次	%	人次	%
小兒科	91	6.85	105	7.75	65	5.57
耳鼻喉科	61	4.59	66	4.87	64	5.48
眼科	36	2.71	42	3.10	44	3.77
皮膚科	32	2.41	30	2.21	35	3.00
家醫科	145	10.92	153	11.29	92	7.88
牙醫	430	32.38	434	32.03	411	35.19
合計	1,328	100.00	1,355	100.00	1,168	100.00

※註：1. 資料來源，衛生福利部提供。

綜上，重點科別住院醫師津貼補助計畫係自 102 年度開始辦理，預期短期內可增加五大科醫師人力資源；惟內科執業醫師比率自計畫實施後逐年下滑，另 103 年度內科及小兒科核證人次及核證比率亦較計畫實施前下降，顯示該計畫尚未發揮增加重點科別醫事人力之顯著效果，該部仍宜注意五大科別醫事人力消長情形並妥擬改善策略，俾達實質增進五大科醫事人力之目標。

五、緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫應廣續檢討改善，以強化在地醫療

醫療發展基金 105 年度編列「緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫」2 億 9,960 萬元，以達成緊急醫療資源不足等地區急診不中斷之目的。經查：

(一)該部未落實執行在地化醫療政策，經監察院提案糾正

監察院於 99 年 9 月間提案糾正略以：「行政院衛生署…未落實執行『在地化醫療』政策，致離島居民轉診來臺就醫者與日俱增；…。」

(二)澎湖縣、金門縣及連江縣民眾赴臺灣本島就醫人次仍多，顯示在地化醫療政策未臻落實

該部自 98 年度起推動以強化「在地醫療」為主、緊急後送醫療照顧模式為輔之醫療政策，以提升離島地區醫療照護品

質。且該部截至 104 年度為止，每年編列約 4 億元經費辦理「緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫」。揆 98 年度至 103 年度離島地區嚴重傷病患者自行搭機（船）轉診來臺就醫交通費累計補助人次及經費分別為 15 萬 1,854 人次、1 億 4,351 萬 6 千元（詳附表 1），103 年度除台東縣並無補助人次，以及金門縣補助經費同 102 年度外，其餘離島地區核銷人次及補助經費均較 102 年度成長；另除台東縣外，嚴重傷病患者自行搭機（船）轉診來臺就醫人數及補助經費均較計畫未推動前（97 年度）增加，顯示該等離島地區符合在地需求之醫療能量不足，民眾赴臺灣本島就醫人次仍多，在地化醫療政策並未落實，衛生福利部宜賡續檢討改善。

附表 1：離島地區嚴重傷病患者自行搭機（船）轉診來臺就醫交通費補助人次及經費統計表

單位：新臺幣千元

縣市	年度	97	98	99	100	101	102	103	98-103 年度合計
		合計	核銷人次	22,979	24,687	27,528	27,033	25,710	19,450
	補助經費	22,393	24,269	25,333	24,509	24,851	19,452	25,102	143,516
澎湖縣	核銷人次	14,146	16,800	18,786	18,745	16,729	9,358	16,538	96,956
	補助經費	11,950	13,846	14,250	14,250	15,280	8,344	13,923	79,893
金門縣	核銷人次	6,882	6,589	7,211	7,453	8,011	8,950	9,502	47,716
	補助經費	8,500	9,000	9,300	9,300	8,420	9,727	9,727	55,474
連江縣	核銷人次	758	848	1,276	822	970	1,142	1,406	6,464
	補助經費	1,192	1,193	1,700	955	1,151	1,381	1,452	7,832
臺東縣	核銷人次	1,193	450	255	13	0	0	0	718
	補助經費	751	230	83	4	0	0	0	317

※註：1. 資料來源，衛生福利部提供。

2. 衛福部於 102 年 11 月 11 日赴澎湖縣實地查核辦理 102 年度「嚴重傷病患自行搭機（船）來臺就醫暨空中轉診陪同醫護人員交通費補助計畫」，經澎湖縣政府清查病患 1 萬 5,041 人次，其中因重大傷病無轉出醫療機構開立轉診單，不符合該部「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」計有 7,274 人次，符合補助要點之病患計 7,767 人次。另符合補助要點之陪同家屬計 1,519 人次及空中轉診陪同醫護人員計 72 人次。爰案經查核清查後符合補助要點之核銷人次總計 9,358 人次，該部撥付補助款 1,393 萬元，澎湖縣符合補助要點執行 834 萬 4,290 元，並於 103 年 7 月 18 日繳回計畫賸餘款 558 萬 5,710 元。

綜上，衛生福利部對於離島地區係採發展在地醫療為主、緊急後送醫療照顧模式為輔之醫療政策；惟澎湖縣、金門縣及連江縣地區民眾赴臺灣本島就醫人次仍多，除增加轉診交通支出外，更凸顯離島地區醫療資源缺乏，無法滿足民眾需求，該部宜廣續檢討改善。

參、全民健康保險紓困基金

六、104 年度起公益彩券回饋金獲配數減少，致排除就醫障礙補助計畫累計賸餘款遽減，為免弱勢族群就醫權益受限，宜及早因應

全民健康保險紓困基金 105 年度預算案「政府其他撥入收入計畫」2 億 9,096 萬 5 千元，係公益彩券回饋金收入，依「公益彩券回饋金運用及管理作業要點」第 4 點第 1 項第 2 款第 6 目規定，用於支應「協助弱勢族群排除就醫障礙計畫」。經查：

(一)財政部設置公益彩券回饋金運用及管理作業小組，負責公益彩券回饋金之分配及運用

為合理分配及運用公益彩券發行機構繳付財政部之回饋金，財政部訂定公益彩券回饋金運用及管理作業要點，依上開要點規定，由財政部設置公益彩券回饋金運用及管理作業小組，負責回饋金整體計畫之分配及運用⁸；衛生福利部則訂定衛生福利部審查申請運用公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫處理原則，以提升公益彩券回饋金運用效率，彰顯公益彩券之公益性。

(二)因公益彩券回饋金獲配數減少，致排除就醫障礙補助計畫累

8. 公益彩券回饋金運用及管理作業要點第 8 條第 1 項規定：「本小組委員會任務如下：(一) 回饋金年度額度分配之審議。(二) 回饋金年度運用計畫及指標性計畫之審議。(三) 主辦機關計畫審查結果報告之核備及財政部計畫之審查。(四) 回饋金年度執行成果報告及執行績效之審議。(五) 其他有關事項。」

計賸餘款遽減，為免因經費不足而限制弱勢族群就醫權益，宜及早因應

該部自 98 年度起運用公益彩券回饋金辦理回饋金排除就醫障礙補助計畫，103 年度以前每年獲配數及支用數均超過 3.5 億元（詳附表 1），且 102 年度及 103 年度支用數分別約 4.6 億元及 4.4 億元，尚超逾獲配數，103 年底累計賸餘款 1,414 萬 6,855 元；自 104 年度開始，因公益彩券回饋金獲配數自每年 4 億餘元降為 2 億餘元⁹，致排除就醫障礙補助計畫可資運用額度減少，104 年度及 105 年度預計支用數僅約 2.98 億元及 2.93 億元，惟仍超逾當年度獲配數，104 年度及 105 年度分別超出 1,200 萬元及 200 萬元，預計由以前年度計畫執行賸餘款支應。105 年底該項計畫預計累計賸餘款僅餘 14 萬 6,855 元。為免因經費不足而限制弱勢族群就醫權益，衛福部及健保署宜及早因應。

附表 I：衛生福利部運用公益彩券回饋金辦理回饋金排除就醫障礙補助計畫收支情形表

單位：新臺幣元

年度	獲配數	支用數	賸餘	累計賸餘
98	815,400,000	777,646,380	37,753,620	37,753,620
99	411,858,000	403,856,873	8,001,127	37,775,080
100	411,858,000	402,072,963	9,785,037	47,560,117
101	354,336,000	353,037,138	1,298,862	48,858,979
102	431,532,000	458,647,732	-27,115,732	21,743,247
103	431,791,000	439,387,392	-7,596,392	14,146,855
104	286,374,000	298,374,000	-12,000,000	2,146,855
105	290,965,000	292,965,000	-2,000,000	146,855

※註：1. 資料來源，(1)衛生福利部社會保險司首頁>資訊公開>全民健康保險>公益彩券回饋金補助情形及執行成果。(2)衛生福利部提供。

2. 99 年度賸餘款 797 萬 9,667 元已繳回國庫。

9. 據衛生福利部表示，104 年度公益彩券回饋金獲配金額減少，係因相關部會向財政部爭取 104 年度公益彩券回饋金之補助計畫案件數量及申請補助金額較多，致該部獲配數減少。

綜上，該基金因公益彩券回饋金獲配數自 104 年度起減少，致排除就醫障礙補助計畫累計賸餘款遽減，衛福部及健保署宜及早因應，俾免因經費不足而限制弱勢族群之就醫權益。

肆、藥害救濟基金

七、103 年度死亡件數較 102 年度增加，且 105 年度障礙給付案件數及平均每案救濟金額較 103 年度實際數成長，應妥為因應以維國人用藥安全

藥害救濟基金 105 年度預算案「藥害救濟給付計畫」編列 3,792 萬元。經查：

(一)藥害救濟給付包括死亡給付、各種程度之障礙給付與嚴重疾病給付

依藥害救濟法規定，正當使用合法藥物而因不良反應致死亡、障礙或嚴重疾病者，得依法請求救濟；至其給付標準區分為死亡給付、各種程度之障礙給付與嚴重疾病給付等，主要給付規定詳附表 1。

附表 1：藥害救濟給付標準說明表

項	目	救濟金額下限	救濟金額上限
死亡給付	因使用藥品產生之不良反應致死	160 萬元	200 萬元
	無法排除死因與使用藥品無關聯	無	100 萬元
障礙給付	極重度障礙給付	150 萬元	200 萬元
	重度障礙給付	110 萬元	150 萬元
	中度障礙給付	100 萬元	130 萬元
	輕度障礙給付	95 萬元	115 萬元
	其他（無法排除障礙原因與使用藥品無關聯）	視個案具體情狀及障礙關聯程度，另行酌予給付。	
	嚴重疾病給付	無	60 萬元(醫療費用自費部分實支實付)

※註：1. 資料來源，(1)衛生福利部食品藥物管理署提供。(2)藥害救濟給付標準及藥害救濟給付計算裁量表。

(二)103 年度死亡件數較 102 年度增加，且 105 年度障礙給付案件數及平均每案救濟金額較 103 年度實際數成長，應妥為因應俾防制藥害之發生

該基金 103 年度藥害救濟案件共 168 件，給付決算數 3,143 萬 4 千元，該年度死亡給付案件數較 102 年度增加 6 件，增加 15%；105 年度之預計藥害救濟案件數及給付數分別為 170 件及 3,792 萬元，較 104 年度預算減少，惟較 103 年度實際數成長，主要原因為障礙給付案件數及平均每案救濟金額提高所致（詳附表 2），應請該部妥為因應俾防制藥害之發生。

附表 2：藥害救濟基金救濟情況表

單位：件；新台幣元

102 年度決算	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	40	27,500,000	687,500
障礙給付	8	7,245,000	905,625
嚴重疾病給付	122	4,285,616	35,128
合計	170	39,030,616	—
103 年度決算	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	46	23,063,334	501,377
障礙給付	8	4,025,000	503,125
嚴重疾病給付	114	4,345,600	38,119
合計	168	31,433,934	—
104 年度預算	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	50	37,500,000	750,000
障礙給付	8	7,600,000	950,000
嚴重疾病給付	115	5,750,000	50,000
合計	173	50,850,000	—
105 年度預算	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	45	24,750,000	550,000
障礙給付	10	8,800,000	880,000
嚴重疾病給付	115	4,370,000	38,000
合計	170	37,920,000	—

※註：1. 資料來源，衛生福利部。

綜上，103 年度死亡件數較 102 年度增加，且 105 年度障礙給付案件數及平均每案救濟金額較 103 年度實際數成長，衛生福利部允應注意並妥為因應，以維國人用藥安全。

伍、菸害防制及衛生保健基金

八、部分菸捐補助項目與菸害防制及衛生保健業務並無直接相關，允宜檢討改善

菸害防制及衛生保健基金 105 年度預算案健康福利捐分配收入 39 億 3,750 萬元，係用以辦理菸害防制計畫及衛生保健計畫之財源，經查：

(一)我國徵收菸捐係希冀降低吸菸對國人健康之危害

我國徵收菸捐目的，係期藉由「以價制量」、「寓禁於徵」方式抑制吸菸人口，以降低吸菸對國人健康之危害。依菸品健康福利捐分配及運作辦法規定，菸捐除定額先分配供「菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用」外，餘專款之 70% 作為供全民健康保險之安全準備、5.5% 供癌症防治、4% 供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、2.5% 供補助醫療資源缺乏地區、2% 供罕見疾病等之醫療費用、6% 供補助經濟困難者之保險費、3% 供中央與地方菸害防制、3% 供中央與地方衛生保健、3% 供中央與地方社會福利、1% 供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏等之用。

(二)部分菸捐補助項目與菸害防制及衛生保健業務並無直接相關，應檢討改善俾彰顯菸捐運用效益

國民健康署運用菸捐補助民間活動，惟其中部分捐助案件活動主軸與菸害防制及衛生保健業務無直接關聯（詳附表 3），仍核予部分補（捐）助，依審計部 103 年度中央政府總決算審核報告：「…，因每案捐助金額占活動總經費之比率低微，不易主導活動內容，又未能施以實地查核，亦未訂定績效衡量指標評估成效，難以有效彰顯菸品健康福利捐運用效

益…。」，基於該基金以菸捐為財源補助上開與菸害防制及衛生保健業務無直接關聯之案件或活動，又未實地查核，似非妥適，衛生福利部及國民健康署允宜檢討改善，俾有效彰顯菸捐運用效益。

附表 3：菸害防制及衛生保健基金部分補(捐)助案件情形表

受捐助團體	捐助金額(元)	計畫總金額(元)	捐助金額占計畫總金額比率(%)	主要活動內容	執行成果
中華音樂科技發展協會	10,000	584,100	1.71	音樂及舞蹈表演	利用政令宣導、設置宣導攤位、發送文宣及懸掛宣導布條等方式，宣導二代戒菸。
中華民國兩性平等關懷協會	20,000	248,500	8.05	舞蹈及民俗技藝表演	利用政令宣導、發送文宣及懸掛宣導布條等方式，宣導菸害防制。
彰化縣八卦山慢速壘球協會	30,000	243,000	12.35	慢速壘球競賽	利用懸掛宣導布條及發送文宣等方式，宣導二代戒菸。
中華漫畫人文藝術發展協會	20,000	1,336,000	1.50	漫畫比賽	利用會場張貼反菸害宣導海報、設置反菸攤位、發送文宣等方式，宣導菸害防制。
財團法人晴光文教基金會	10,000	1,637,000	0.61	自行車活動	利用政令宣導、製作拒菸反毒書籤活動及設置宣導攤位等方式宣導拒菸反毒。
雲林縣社團發展協會	10,000	250,400	3.99	兒童美術寫生著色比賽	1. 藉由本活動宣導「正確的飲食知識，選擇合格的健康食品，以提升民眾之健康」及公共場所禁菸。 2. 利用健身操帶動唱，活動筋

受捐助團體	捐助金額(元)	計畫總金額(元)	捐助金額占計畫總金額比率(%)	主要活動內容	執行成果
					骨。
社團法人台灣社區關懷愛心服務協會	10,000	590,000	1.69	帶動唱、熱舞表演及團康大地遊戲	藉由有獎徵答活動進行癌症及心臟病防治宣導。

※註：1. 資料來源，審計部對於 103 年度菸害防制及衛生保健基金附屬單位分決算之審核通知。

綜上，國民健康署管理之菸害防制及衛生保健基金部分菸捐補助項目與菸害防制及衛生保健業務並無直接相關，應檢討改善俾提升菸捐運用效益，並確保達成抑制吸菸人口及防制菸害之目標。

九、菸捐一定比例作為菸害防制與癌症防治之用，惟肺、支氣管及氣管癌症之人口標準化發生率仍逐年成長，顯示菸害防制與癌症防治之成效亟待改善

菸害防制及衛生保健基金 105 年度預算案菸害防制工作 11 億 4,756 萬 1 千元，癌症防治工作 31 億 4,126 萬 2 千元，經查：

經查：

(一)菸捐除多數補助予全民健康保險外，一定比例撥入菸害防制及衛生保健基金作為菸害防制與癌症防治等之用，由國健署負責推動

我國自 91 年加入世界貿易組織，始課徵菸品健康福利捐，而後經歷 95 年與 98 年兩次調漲，至 103 年底已課徵 13 年。菸品健康福利捐除多數補助予全民健康保險（70%）外，一定比例撥入菸害防制及衛生保健基金作為菸害防制（中央政府部分獲配 2.1%）與癌症防治（5.5%）等之用。多年來國民健康署持續運用該基金推動菸害防制，而 103 年 2 月亦表示國

家癌症防治計畫之第三期重點為「強化受惠一生的『預防』」，其中菸害防制仍是重點項目之一。

(二)肺、支氣管及氣管癌症之人口標準化發生率逐年成長，101年女性發生率為85年之1.67倍，顯示菸害防制與癌症防治之成效仍待改善

依據政府資料開放平台網站之癌症發生統計資料顯示，全國整體(不分男女)之「肺、支氣管及氣管癌症之人口標準化發生率¹⁰」，由85年之每10萬人口25.88人提升至101年之每10萬人口34.99人；另尤以女性攀升之趨勢較高，85年係每10萬人口16.04人，101年卻升至每10萬人口26.84人(詳附表1)，換言之，101年女性肺、支氣管及氣管癌症之每十萬人口發生率約為85年之1.67倍。菸害防制推動多年，然肺部相關癌症發生率仍持續上升。顯示國健署推動菸害防制與癌症防治之成效仍待改善。

附表 1：肺、支氣管及氣管癌症之人口標準化發生率

單位：人/每10萬人口

年 度	世界衛生組織(WHO)2000年人口標準化發生率(每10萬人口)		
	男	女	不 分 男 女
85	34.61	16.04	25.88
86	35.57	16.76	26.64
87	38.49	18.29	28.85
88	40.11	19.61	30.30
89	41.42	19.36	30.74
90	39.86	19.78	30.08
91	39.81	20.47	30.31
92	39.17	19.47	29.47
93	43.36	21.03	32.31
94	43.01	21.68	32.37
95	42.81	22.35	32.50
96	44.35	23.50	33.78

10. 標準化發生率屬於直接標準化，以年齡的校正為例，就是用各個年齡層之年齡別發生率乘以標準人口該年齡層的人口數再加總後，除以標準人口總數得出。此處係採用世界衛生組織(WHO)2000年所定義之世界標準人口。

年 度	世界衛生組織(WHO)2000 年人口標準化發生率(每 10 萬人口)		
	男	女	不 分 男 女
97	44.05	23.21	33.39
98	46.34	25.95	35.83
99	44.86	24.74	34.42
100	44.97	25.21	34.62
101	44.04	26.84	34.99

※註：1. 資料來源，政府資料開放平台/癌症發生統計。

綜上，菸捐一定比例作為菸害防制與癌症防治之用，且國健署多年來持續推動上開工作，惟國人肺、支氣管及氣管癌症之人口標準化發生率仍逐年成長，其中 101 年女性發生率為 85 年之 1.67 倍，顯示菸害防制與癌症防治之成效不彰，宜研謀改善。

一 0、我國學童之近視與深度近視問題嚴重，衛生福利部應研謀對策及設定目標，積極防制及改善

菸害防制及衛生保健基金 105 年度預算案編列兒童視力、聽力保健計畫經費 1,631 萬 2 千元。經查：

(一)國小一年級及六年級近視率呈逐年成長趨勢

民國 75 年時，國小一年級、國小六年級、國中三年級及高中三年級之近視盛行率分別為 3.0%、27.5%、61.6%及 76.3% (詳附表 1)，95 年度同年級之近視盛行率則分別上升為 19.6%、61.8%、77.1%及 86.1%，至 99 年度國小一年級及國小六年級近視盛行率更分別上升為 21.5%及 65.9%¹¹，顯見國小一年級及六年級近視率呈逐年成長趨勢。

附表 1：臺灣地區 6 歲-18 歲近視盛行率說明表

年級	75 年	79 年	84 年	89 年	95 年	99 年
國小一年級	3.0%	6.5%	12.8%	20.4%	19.6%	21.5%
國小六年級	27.5%	35.2%	55.8%	60.6%	61.8%	65.9%

11. 據國民健康署表示，「臺灣 6 至 18 歲學生近視及其他屈光狀況調查計畫」依據行政院衛生署 (衛生福利部前身) 核減其中之國、高中近視盛行率調查計畫，故自 99 年度開始僅餘國小近視情況資料。

年級	75年	79年	84年	89年	95年	99年
國中三年級	61.6%	74.0%	76.4%	81.7%	77.1%	-
高中三年級	76.3%	75.2%	85.1%	85.2%	86.1%	-

- ※註：1. 資料來源，衛生福利部國民健康署。
 2. 表內近視定義為 ≥ 25 度。
 3. 99年為截至目前為止最新之調查年度。原預計本(104)年度再次辦理「兒童青少年視力監測調查計畫」，惟104年6月29日召開評選會議，評選結果無合格廠商，刻正辦理第二次公開招標。

(二)國小六年級高度近視盛行率¹²呈逐年成長趨勢

另國小一年級、國小六年級、國中三年級及高中三年級之高度近視盛行率分別由75年時之0.1%、0.7%、3.1%及9.2%，轉變為95年之0%、2.5%、6.6%與16.9%，99年國小一年級雖仍維持0%，國小六年級卻增加為3.43%（詳附表2）；而高度近視易併發視網膜剝離、青光眼、黃斑部病變及白內障等，造成個人健康之重大損害及全民健康保險支出之增加，宜請檢討原因積極改善。

附表2：臺灣地區6-18歲高度近視情況說明表

年級	75年	79年	84年	89年	95年	99年
國小一年級	0.1%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
國小六年級	0.7%	0.5%	2.0%	2.4%	2.5%	3.43%
國中三年級	3.1%	6.1%	7.5%	12.7%	6.6%	-
高中三年級	9.2%	6.7%	15.9%	20.8%	16.9%	-

- ※註：1. 資料來源，衛生福利部國民健康署。
 2. 99年為截至目前為止最新之調查年度。原預計本(104)年度再次辦理「兒童青少年視力監測調查計畫」，惟104年6月29日召開評選會議，評選結果無合格廠商，刻正辦理第二次公開招標。

綜上，我國學童之近視與深度近視問題嚴重，允應設定目標加強辦理，以有效改善國人近視及高度近視罹患率，俾利國民健康。

12. 高度近視：近視度數超過600度以上者。

陸、預防接種受害救濟基金

一一、105 年度「審議時效」及「救濟給付時效」目標訂定過於保守，宜參酌以前年度實際達成情形調整目標

預防接種受害救濟基金 105 年度施政重點，包括：辦理基金徵收、救濟金核發及基金管理工作，辦理預防接種受害救濟專業審議工作，落實疫苗安全及受害救濟制度，以及參考先進國家經驗以建置我國預防接種受害救濟制度。至該基金 105 年度關鍵策略目標係「提升預防接種受害救濟行政管理效率及服務品質」。經查：

(一)105 年度關鍵績效指標，包括審議時效及救濟給付時效

預防接種受害救濟基金 105 年度關鍵績效指標，包括：「審議時效」及「救濟給付時效」。上開關鍵績效指標之衡量標準如下：

1. 審議時效為案件資料齊全之日起至交由審議小組完成審定之平均天數。
2. 救濟給付時效為行政處分送達日起至完成撥款之平均天數（本績效統計扣除表示無領取意願或進行訴願、訴訟程序之案件）。

(二)103 年度及 104 年度 6 月底止之「審議時效」及「救濟給付時效」實際審定天數均較 105 年度目標值為少，宜參酌實際達成情形調整目標值，俾利提升預防種受害救濟審議時效

該基金「審議時效」及「救濟給付時效」2 項關鍵績效指標，105 年度設定之目標值分別為 80 天及 50 天，103 年度實際達成情形分別為 66 天及 42.6 天，而 104 年度（截至 6 月底止）實際達成情形則分別為 54.4 天及 45 天，上開 2 項關鍵績效指標於 103 年度及 104 年度 6 月底止之實際審定天數均較

105 年度目標值為少，105 年度目標訂定實過於保守。

綜上，105 年度「審議時效」目標值較 103 年度及 104 年度 6 月底止實際達成情形為多，目標值過於保守致不具挑戰性，宜參酌實際達成情形調整目標值，俾利預防接種受害救濟審議時效之提升。

柒、疫苗基金

一二、疫苗基金暫緩實施 65 歲以上高危險群長者接種肺炎鏈球菌疫苗政策，並核減幼兒常規結核型肺炎鏈球菌疫苗之劑量，允宜注意感染情形以免衍生防疫漏洞

疫苗基金 105 年度預算案基金用途「疫苗接種計畫」編列「幼兒結合型肺炎鏈球菌疫苗」經費 3 億 6,893 萬 6 千元，經查：

(一)該基金因 105 年度財源收入大幅減少，暫緩實施 65 歲以上高危險群長者接種肺炎鏈球菌疫苗政策，並核減幼兒常規結核型肺炎鏈球菌疫苗之劑量

105 年度「結合型肺炎鏈球菌疫苗」預算案 3 億 6,893 萬 6 千元，較 104 年度 6 億 4,800 萬元減少 2 億 7,906 萬 4 千元（詳附表 1），依疫苗基金 105 年度預算案說明，主要係因 105 年度基金財源收入大幅減少，為避免幼兒常規疫苗接種政策中斷，105 年暫緩實施 65 歲以上高危險群長者接種肺炎鏈球菌疫苗政策¹³，並核減幼兒常規結核型肺炎鏈球菌疫苗等之單價及劑量，以維持收支平衡。

13. 治疾病管制署表示，105 年度原擬新增實施 65 歲以上高危險群長者接種肺炎鏈球菌疫苗政策，限於經費不足，爰暫緩實施。

附表 1：疫苗基金幼兒結合型肺炎鏈球菌疫苗接種計畫預決算情形

單位：劑量

年 度	103 年度決算	104 年度預算	105 年度預算
適用對象	1-5 歲幼童	5 歲以下幼童 (納入常規接種)	5 歲以下幼童
平均單價(元)	1,310	1,200	1,050
數量	520,000	720,000	501,954
金額(千元)	519,244	648,000	368,936

※註:1. 資料來源，衛生福利部疾病管制署提供。

2. 表列數值係當年度疫苗交貨數量及平均單價，所列金額為疫苗基金負擔額度（不含縣市政府負擔部分）。

(二)衛生福利部及疾病管制署宜密切注意高危險族群感染情形， 避免因經費受限而衍生防疫漏洞

依據衛福部疾管署 2015 年第 40 週（2015/10/4-10/10）侵襲性肺炎鏈球菌感染症疫情週報，2015 年截至 10 月 10 日止，確定個案中未滿 5 歲嬰幼兒占 14.4%，65 歲以上老人占 40.8%，2015 年第 1-40 週累積發生率以 75 歲以上老人最高（每 10 萬人口 8.0 人）；2014 年發生率以 75 歲以上老人最高（每 10 萬人口 11.8 人），其次為 2-4 歲幼兒（每 10 萬人口 9.0 人），再其次為 65-74 歲老人（每 10 萬人口 6.5 人）；另本院審查健康照護基金 104 年度預算案作成決議：「…衛生福利部疾病管制署應加強宣導 50 歲以上成人患有慢性病或 65 歲以上長者、大於 2 個月新生兒，以及 6 歲~17 歲青少年患有氣喘、糖尿病、心臟病等慢性病患者，接種肺炎鏈球菌結合型疫苗，提升抗體免疫力，以對抗流感併發症之威脅。」顯見 65 歲以上老人及未滿 5 歲幼兒接種肺炎鏈球菌疫苗之必要性

惟現囿於經費有限，該基金 105 年度暫緩實施 65 歲以上高危險群長者接種肺炎鏈球菌疫苗政策，並核減幼兒常規結核型肺炎鏈球菌疫苗之劑量，衛生福利部及疾病管制署宜密切注意上開族群感染情形，避免因經費受限而衍生防疫漏洞，或造

成其他族群感染之後果發生。

綜上，該基金因 105 年度財源收入大幅減少，暫緩實施 65 歲以上高危險群長者接種肺炎鏈球菌疫苗政策，並核減幼兒常規結核型肺炎鏈球菌疫苗之劑量，衛生福利部及疾病管制署宜密切注意高危險族群感染情形，避免因經費受限而衍生防疫漏洞，或造成其他族群感染之後果發生。

一三、全國性預防接種資訊管理系統之改版及效能提升計畫應確保達成改版轉換之無縫接軌，並避免經費之重複投入

疫苗基金為配合全國性預防接種資訊管理系統之改版及效能提升作業，於 105 年度預算案基金用途「疫苗接種計畫」編列 2,650 萬 2 千元，包括：

- (一)購置全國性預防接種資訊管理系統硬體設備及改版所需更新之個人電腦設備 1,974 萬元。
- (二)購置全國性預防接種資訊管理系統改版及效能提升跨年延續性計畫之系統設計開發及功能擴增 676 萬 2 千元。

經查：

- (一)該署為提升與改善預防接種資料管理之功能與效能，預計於 105 年度辦理全國性預防接種資訊管理系統之改版作業

依「全國性預防接種資訊管理系統」(National Immunization Information System，以下簡稱「NIIS」)改版計畫書，NIIS 於 92 年建置運行至今已逾 10 年，基於預防接種業務之推動效率及防疫之迫切需求，且現今之資訊軟、硬體設備及技術已大幅精進，應逐一規劃整體改版要項與期程，俾將疾病管制署及 22 縣市衛生局合計 52 台主機，改成單一集中資料庫，簡化軟硬體之維護並降低維護成本，並改善接種資料之

一致性及完整性，提升資料管理安全性以及改版之功能與效能。

(二)應確保達成改版轉換之無縫接軌，俾業務得以持續順利運行，並避免經費重複投入

基於 NIIS 系統之全面改版及效能提升遍及全國各地系統，應請疾病管制署注意改版時效、系統版本之提升以及各地使用者需求，以確保達成改版轉換之無縫接軌，俾業務得以持續順利運行；另宜先行考量運用現有資源辦理之可行性後，再予購置不足部分，以避免經費重複投入。

綜上，疾病管制署為提升與改善預防接種資料管理之功能與效能，預計於 105 年度辦理全國性預防接種資訊管理系統之改版作業，惟基於 NIIS 系統之全面改版及效能提升遍及全國各地系統，應確保達成改版轉換之無縫接軌，俾業務得以持續順利運行，並先行考量運用現有資源辦理之可行性，以避免經費重複投入。

捌、食品安全保護基金

一四、「食品安全保護基金」於 104 年度設立，惟食管法並未強制設立基金，若由公務預算支應仍屬可行，宜審酌基金設立必要性

「食品安全保護基金」係於 104 年度設置，依該基金 105 年度預算案，係為落實食品安全衛生管理法第 56 條規定之 1 第 1 項規定：「中央主管機關為保障食品安全事件消費者之權益，得設立食品安全保護基金，並得委託其他機關（構）、法人或團體辦理。」之精神而設立，以保障食品安全事件消費者之權益。

該基金 105 年度基金來源 1,200 萬元，包括：違規罰款收入 700 萬元、國庫撥款收入 300 萬元及各界捐款募款收入 200 萬

元；基金用途 1,200 萬元，係食品安全保護計畫，包括：補助食品衛生安全事件之消費訴訟律師報酬及相關費用、人體健康風險評估、檢舉之相關費用、獎金暨促進食品安全之相關費用¹⁴960 萬元，以及郵電、旅運、印刷裝訂與廣告費、會計業務僱用外包人員所需分攤之一般服務費、審議會之審查及出席費暨辦公用品及舉辦會議之誤餐費等費用 240 萬元。經查：

(一) 食品安全衛生管理法僅規定「得」設立基金，並非以設立基金作為保障食品安全事件消費者權益之必要條件

食品安全衛生管理法第 56 條規定之 1 之立法意旨，係為保障消費者之權益，爰參考國內相關基金制度，明定食品安全保護基金之設立。惟查上開條文係規定「得」設立基金，依上開條文精神，係以「保障食品安全事件消費者權益」為主要目的，然並非以設立基金為達成該目的之必要條件。

(二) 附屬單位預算特種基金之支用條件過於彈性，宜審酌基金設立必要性

食品安全保護基金係由行政院歸屬於編列附屬單位預算之特種基金，相關用人費用、國外旅費、宣導費、委辦費、辦公用品及舉辦會議誤餐費等費用之支用彈性大於公務預算，先行辦理事後併決算或補辦預算之裁量空間亦大，是否仍以設立基金作為保障食品安全事件消費者權益之唯一必要條件，猶待審酌。

(三) 由公務預算支應食品安全消費訴訟相關費用並不影響消費者權益之保障

14. 食品安全衛生管理法第 56 條規定之 1 第 4 項規定：「第 1 項基金之用途如下：一、補助因食品衛生安全事件依消費者保護法之規定，提起之消費訴訟相關費用。二、補助經公告之特定食品衛生安全事件，有關人體健康風險評估費用。三、補助其他有關促進食品安全及消費者訴訟協助相關費用。」

復查目前實際請求補助之大統油品訴訟案，係由社團法人台灣消費者保護協會申請補助 98 萬元，依據行政院 103 年 7 月 21 日院授主基營字第 1030200714 號函同意由食品藥物管理署 103 年度單位預算支應，顯見由公務預算支應食品安全消費訴訟相關費用並不影響消費者權益之保障。雖基於國內目前食安危機層出不窮，致政府有義務籌措財源以因應消費者保障之需求，惟由衛生福利部或食品藥物管理署單位預算足敷支應或可勻支之情況觀之，直接由公務預算補助訴訟等費用似非不可行。

綜上，「食品安全保護基金」於 104 年度設立，惟設置法源「食品安全衛生管理法」係規定「得」設立基金，並非以設立基金作為保障食品安全事件消費者權益之必要條件，又基金之支用過於彈性，且由公務預算支應訴訟等相關補助支出仍屬可行，則宜審酌該基金設立必要性。

(分機：1911 劉雲霞)