

健康照護基金、管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度預算評估報告目錄

	頁次
壹、綜合部分 -----	1
一、藥害救濟基金等分基金之用途未以法律定之，有違大法官解釋 -----	1
貳、醫療發展基金 -----	3
二、「台灣健康雲計畫」因行政院推動電子病歷計畫多年卻未普及且資安性未周全，仍需妥擬策略以確保計畫效益之達成 -----	3
三、「重點科別住院醫師津貼補助計畫」應切實掌握各醫院之實際給付情況，以確保獲得該計畫補助之醫院均全數用於增加醫師報酬 -----	5
四、「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」應徹底檢討多年辦理在地化醫療政策之相關缺失並妥謀解決之道，以確實解決離島地區醫療資源不足問題 -----	7
參、全民健康保險紓困基金 -----	9
五、衛生署不宜將部分支應經常性業務且迄無投資收益之國庫撥補款全數列為投資科目 -----	9
肆、藥害救濟基金 -----	13
六、藥害救濟案件數近年逐年增長，衛生署允應注意以維國人用藥安全 -----	13
伍、菸害防制及衛生保健基金 -----	15
七、口腔癌篩檢宜考量地域別風險程度高低，加強相關地方民眾認知宣導，並督促各地方政府提升篩檢率 -----	15
八、100 年度實際吸菸率偏高而未達績效目標、國軍戒菸等成效欠佳，及各市縣衛生局自訂目標缺乏挑戰性，國民健康局應研謀改善 -----	17
九、防制青少年時期吸菸行為係主要源頭管理業務，應設立目標積極辦理，俾達成效 -----	18
一〇、「未做抹片婦女人類乳突病毒檢測計畫」99 及 100 年度實際檢測人數與目標相去甚遠，衛生署等應檢討原因積極改進，俾利癌症防制目標之達成	20
一一、我國學童之近視與深度近視問題嚴重，衛生署應設定目標積極防制 -----	23

陸、預防接種受害救濟基金 -----	24
一二、預防接種受害救濟基金因修正給付規定，大幅增加給付金額致發生短絀， 不利長期經營，宜研謀改善 -----	24
柒、疫苗基金 -----	26
一三、肺炎鏈球菌疫苗政策應著重疫苗之存量、保存期限及各醫療院所之運作 及儲存作業，並注意提供訊息予易漏失接種資訊之族群 -----	26
一四、102 年度預定「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」及「各項疫苗適 齡完成率」較 100 年度實際達成情形為低，目標訂定過於保守 -----	28
捌、管制藥品製藥工廠作業基金 -----	29
一五、該基金派遣勞工工作內容涉及核心業務，實屬欠當且易生爭議，應檢討 改善 -----	29
一六、建議增列利息收入 20 萬元，並妥為運用餘裕資金，以因應未來計畫需求 -----	30
一七、「硫酸嗎啡錠 15 毫克上市後追蹤研究計畫」應於達成追蹤研究目標之前 提下，擲節開支，以免造成經費無法回收之窘境 -----	32
一八、「硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升」100 年 7 月間決標之委製單價已較預估 數降低，銷貨成本應隨同減列 64 萬 4 千元，俾符實際 -----	34
一九、管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度部分生產或進口品項之銷貨成本較 100 年度增加，宜嚴予控管，俾增經營績效 -----	35
二〇、「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」已無法達成行政院要求如 期完工之目標；另代辦採購協議簽約後撥付之代辦費非屬執行（實支）數， 應予改正 -----	38

健康照護基金、管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度預算評估報告

壹、綜合部分

一、藥害救濟基金等分基金之用途未以法律定之，有違大法官解釋

依預算法第 4 條第 1 項第 2 款第 5 目所定義，有特定收入來源而供特殊用途之特種基金，為特別收入基金；另根據司法院大法官會議釋字第 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，乃現代工業先進國家常用之工具。」準此，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、疫苗基金等分基金，其主要來源均係依法徵收、專款專用（詳附表 1），符合上揭大法官會議解釋所定性之特別公課。

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

根據司法院大法官會議釋字第 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。…。有關機關對費率類別、支出項目等，如何為因地制宜之考量，仍須檢討改進，逕以法律為必要之規範。…。」是故，特別公課之徵收目的、對象、用途（或支用項目），甚至是費率，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，其用途自是應依法律所定，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，未符前開大法官會議解釋文旨意

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，各基金實際運作則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。由於前揭司法院大法官會議釋字第 426 號解釋文已明示「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，惟查各本法如藥害救濟法等並未有具體明確之授權；另依司法院大法官會議釋字第 479 號解釋文：「行政機關依其職權執行法律，雖得訂定命令對法律為必要之補充，惟其僅能就執行母法之細節性、技術性事項加以規定，不得逾越母法之限度。」且依大法官釋字第 480 號解釋理由書：「行政機關所發布之施行細則或命令究竟是否已超越法律授權，不應拘泥於法條所用之文字，而應就該法律本身之立法目的，及其整體規定之關聯意義為綜合判斷。」由於以特別公課之用途絕非屬「細節性、技術性」之事項，行政院能否逕以行政命令訂定，並作為執行之依據，適法性待酌。

綜上，由於特別公課專款專用特性，該項收入在支出層面上應受到立法者加以保留特定其用途，俾限縮政府在分配該收入時之裁量空間；職是，司法院大法官會議爰以釋字第 426 號解釋指明其用途應以法律定之。換言之，以特別公課財源所成立之特別收入基金，其用途當然應以法律定之。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，恐有違前揭大法官會議之解釋，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。

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	徵收法源及對象	用途規定方式
藥害救濟基金：徵收金	依藥害救濟法第 7 條第 1 項，向藥物製造業者及輸入業者徵收。	逕訂於健康照護基金收支保管及運用辦法第 5 條第 2 項第 1 款至第 6 款。
預防接種受害救濟基金：徵收金	依傳染病防治法第 30 條第 3 項，向疫苗製造或輸入廠商徵收。	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。
疫苗基金：菸品健康福利捐	依菸酒稅法第 22 條及菸害防制法第 4 條第 1 項，向菸品之菸酒稅納稅義務人徵收。	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 4 款。

貳、醫療發展基金

二、「台灣健康雲計畫」因行政院推動電子病歷計畫多年卻未普及且資安性未周全，仍需妥擬策略以確保計畫效益之達成

醫療發展基金 102 年度新增編列「台灣健康雲計畫」經費 2 億 1,082 萬元，經查：

(一)「台灣健康雲計畫」預計透過「醫療雲」等雲端健康服務，促進國人整體健康

依「行政院衛生署台灣健康雲計畫(101 年 9 月)」內容，該計畫依據包括：行政院核定之四大智慧型產業—雲端運算產業發展方案及行政院核定之服務業發展方案—發展智慧台灣醫療服務等，計畫目標係預計透過「醫療雲」、「照護雲」、「保健雲」、「公衛雲」以及「防疫雲」共同打造「台灣健康雲」，提供國人無所不在的健康環境，利用本國優良之資通訊產業及技術提供更人性化、便利、高效率的雲端健康服務，促進國人整體健康。其「醫療雲—雲端電子健康紀錄」方面之分期（年）執行策略

包括：

1. 民國 102 年建設「雲端電子病歷索引中心」與「電子病歷雲端閘道器服務中心」完成測試與營運，並完成 100 家衛生所與前開服務中心連結及實行互通。
2. 民國 103 年完成 200 家衛生所與電子病歷雲端閘道器服務中心連結及實行互通，另外完成 500 家診所與前開服務中心連結及實行互通。
3. 民國 104 年完成 1,500 家診所與電子病歷雲端閘道器服務中心連結及實行互通。
4. 民國 105 年完成 3,000 家診所與電子病歷雲端閘道器服務中心連結及實行互通。

(二)衛生署於 98 年即開始辦理「推動電子病歷及醫療影像傳輸計畫」

行政院核定之「健康照護升值白金方案」(98 至 101 年)項下之「**加值產業—智慧醫療服務**」自 98 年度即開始辦理「**推動電子病歷及醫療影像傳輸計畫**」，預計 3 年內(101 年)推動國內 80% 醫院(400 家)實施醫學影像報告與用藥紀錄之電子病歷，並至少 60% 醫院可院際互通，5 年內(103 年)達成醫療機構全面實施電子病歷及病歷交換系統¹。

(三)行政院推動電子病歷計畫多年，惟全國醫療院所電子病歷並未普及，且資安性未周全，恐影響「台灣健康雲計畫」之推動及個資保護與資料保存安全環境之完善性

依「行政院衛生署台灣健康雲計畫(101 年 9 月)」計畫書：「…雲端電子健康紀錄之建立基礎主要可追溯自民國 91 年所推動之『醫療院所病歷電子化試辦計畫』、96 年推動之『國民健康資訊基礎建設』及 98 年推動至今的『醫院實施電子病歷及互通

1. 資料來源，「加速辦理智慧醫療照護計畫」101 年度作業計畫書。

補助計畫』…。」，惟行政院推動電子病歷計畫多年，全國醫療院所電子病歷並未普及，且依審計部 100 年度中央政府總決算審核報告，參加電子病歷互通之 142 家醫院中，有 24 家醫院未取得資訊安全管理系統認證或通過衛生署「資訊安全查驗表」之審查，為整體電子病歷流通系統重大資安隱憂，上開情形恐影響「台灣健康雲計畫」之推動及個資保護與資料保存安全環境之完善性，仍需衛生署積極研擬策略以利計畫效益之達成。

綜上，「台灣健康雲計畫」預計透過「醫療雲」等雲端健康服務，促進國人整體健康，惟行政院推動電子病歷計畫多年，全國醫療院所電子病歷並未普及，且資安性未周全，恐影響「台灣健康雲計畫」之推動及個資保護與資料保存安全環境之完善性，仍需衛生署積極研擬策略以利計畫效益之達成。

三、「重點科別住院醫師津貼補助計畫」應切實掌握各醫院之實際給付情況，以確保獲得該計畫補助之醫院均全數用於增加醫師報酬

醫療發展基金 102 年度新增編列「重點科別住院醫師津貼補助計畫」經費 3 億 2,616 萬元，該計畫概要如下：

(一)計畫目的：對五大科住院醫師給予完訓津貼補助，藉由提供誘因吸引醫學生投入五大科訓練與服務，並加強其完成訓練之意願，提高五大科醫師人力。

(二)補助人數及金額：以 100 年各科第一年收訓住院醫師人數乘以訓練年限，估算符合補助資格者內科約 1,000 人、外科約 700 人、婦產科約 188 人、小兒科約 480 人、急診醫學科約 350 人。每人每年補助 12 萬元，合計需 3 億 2,616 萬元整（詳附表 1）。

附表 1：「重點科別住院醫師津貼補助計畫」經費概算表

單位：人、新臺幣萬元

科別	內科	外科	婦產科	兒科	急診醫學科
人/年					

各層級住院醫師人數總和	1,000	700	188	480	350
補助金額	12,000	8,400	2,256	5,760	4,200
合計	32,616				

※註：1. 資料來源，衛生署提供「重點科別住院醫師津貼補助計畫」草案。

惟查：

(一)衛生署雖有心解決「四大皆空」問題，卻因醫院未如實給付造成醫護人員未領到診療費加成或增加之薪資等情況

本院審查衛生署 101 年度預算時作成決議：「…我國長久以來醫事人力配置不足，總額管制下又因健保給付制度等問題造成醫事人力『四大皆空』問題，護理人員勞動條件不佳導致難以招募需求人力，縱 100 年起將人力配置納入醫院評鑑項目，且增加撥給醫療院所健保給付與護理人員薪資，然而卻又發生醫院未如實給付情事，且因勞動條件未改善反突顯護理人員『有錢招不到人』窘境，醫院評鑑制度有必要加以改革以要求醫院應落實政府政策目標改善醫護人員勞動條件。…。」及「…醫療費用協定委員會雖決定於 100 年元旦起增加外科、婦產科、小兒科三大艱困科診療費共 11.3 億元，但據中華民國消費者文教基金會調查小兒科醫師研究：發現竟有近半數醫生沒有領到診療費加成。醫療費用協定委員會未配合實際醫療費用支出分配健保費用，決定增加的分配又無法達到既定的目標，…。」可知衛生署雖有心解決「四大皆空」之醫事人力問題，卻因醫院未如實給付造成醫護人員未領到診療費加成或增加之薪資等情況。

(二)該署應切實查核，以確保獲得該計畫補助之醫院均全數用於增加醫師報酬，以提高五大科醫事人力

該計畫之補助經費流程及核銷方式，係由中央健康保險局併同教學醫院教學費用補助計畫辦理經費撥付以簡化行政流

程，並依實際核付數向衛生署辦理核銷。為避免前述因醫院未如實給付造成醫護人員未領到診療費加成等情況再度發生，該署應切實查核，以確保獲得該計畫補助之醫院落實支給醫師報酬，並成就該項政策之美意。

綜上，衛生署雖有心解決「四大皆空」問題，先前卻因醫院未如實給付造成醫護人員未領到診療費加成或增加之薪資等情況；102年度醫療發展基金新增編列「重點科別住院醫師津貼補助計畫」預算，擬藉由提供誘因吸引醫學生投入五大科訓練與服務，該署即應切實掌握各醫院之實際給付情況，以確保獲得該計畫補助之醫院均全數用於增加醫師報酬，落實提高五大科醫事人力之計畫目標。

四、「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」應徹底檢討多年辦理在地化醫療政策之相關缺失並妥謀解決之道，以確實解決離島地區醫療資源不足問題

醫療發展基金 102 年度新增編列「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」2 億元，預期可充實偏遠地區醫療資源，提升醫療服務品質，發展在地化之急重症醫療，強化急重症就醫之可近性，增加搶救病患生命之黃金時間，亦避免急重症病患舟車勞頓之苦，爰辦理本項計畫。經查：

(一)該署未落實執行「在地化醫療」政策，經監察院糾正在案

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，致離島居民轉診來台就醫者與日俱增；…。」

(二)在地化醫療政策截至目前為止執行成效欠佳，離島地區民眾赴臺灣本島就醫人次仍多

為加強離島地區「在地醫療」服務，該署推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療政策，以提升離島地區醫療照護品質。在推動離島地區建置健全之在地醫療能量方面，近年來持續補助該等地區醫院營運所需經費，民國 96 至 100 年度補助離島地區醫院醫療營運維持費約 3 億 8,700 萬元。同期間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 12 萬 2,161 人次、1 億 2,055 萬 4 千元（詳附表 1），歷年補助經費合計數除 97 年度及 100 年度減少外，大致呈增加趨勢；核銷人次合計數除 100 年度略降外，大致呈上升趨勢，其中以澎湖縣為大宗（約占 6 成），金門縣次之。另依審計部 100 年度中央政府總決算審核報告，96 至 100 年度離島地區急重症病患空中轉診後送人次累計 1,432 人次，總經費達 2 億 2 千 7 百餘萬元，金額頗鉅。顯示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」政策執行成效欠佳。

(三)「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」應徹底檢討多年辦理在地化醫療政策之相關缺失並妥謀解決之道，以確實解決離島地區醫療資源不足問題

醫療發展基金 102 年度新增之「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」既仍著重於「在地化醫療」政策，期以充實偏遠地區醫療資源，強化急重症就醫之可近性，以增加搶救病患生命之黃金時間並避免急重症病患舟車勞頓之苦；該署即應徹底檢討多年辦理在地化醫療政策之相關缺失並妥謀解決之道，以確實解決離島地區醫療資源不足問題。

附表 1：離島地區嚴重傷病患者自行搭機(船)轉診來台就醫交通費補助人次及經費統計表 單位：人次、新臺幣千元

縣市		年度	96	97	98	99	100	合計
		合計	核銷人次	19,934	22,979	24,687	27,528	27,033
	補助經費	24,049	22,393	24,270	25,333	24,509	120,554	
澎湖縣	核銷人次	12,467	14,146	16,800	18,786	18,745	80,944	
	補助經費	13,400	11,950	13,846	14,250	14,250	67,696	
金門縣	核銷人次	5,219	6,882	6,589	7,211	7,453	33,354	
	補助經費	8,500	8,500	9,000	9,300	9,300	44,600	
連江縣	核銷人次	868	758	848	1,276	822	4,572	
	補助經費	1,396	1,192	1,193	1,700	955	6,436	
臺東縣	核銷人次	1,380	1,193	450	255	13	3,291	
	補助經費	754	751	230	83	4	1,822	

※註：1. 資料來源，衛生署提供。

綜上，「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」係以發展「在地化醫療」為主軸，且衛生署辦理在地化醫療政策多年，惟截至目前為止執行成效欠佳，離島地區民眾赴臺灣本島就醫人次仍多，顯示離島醫療資源仍不足；故「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」應徹底檢討多年辦理在地化醫療政策之相關缺失並妥謀解決之道，以確實解決離島地區醫療資源不足問題。

參、全民健康保險紓困基金

五、衛生署不宜將部分支應經常性業務且迄無投資收益之國庫撥補款全數列為投資科目

衛生署 102 年度單位預算案編列「全民健康保險紓困基金—投資」1 億 0,973 萬 1 千元，係增撥全民健康保險紓困基金；該基金則相對編列「政府撥入收入—國庫撥款收入」。經查：

- (一)預算法第 10 條第 3 項規定：「歲出，除增置或擴充、改良資產及增加投資為資本支出，應屬資本門外，均為經常支出，應列經常門。」
- (二)國有財產法第 2 條第 1 項規定：「國家依據法律規定，或基於權

力行使，或由於預算支出，或由於接受捐贈所取得之財產，為國有財產。」

(三)國有財產法施行細則第 2 條針對「由於預算支出」作出定義：係指依預算撥款而營建或購置財產。

茲分析如下：

(一)政府撥補款項應歸屬於經常支出或資本支出，應視撥款性質及目的而定

依上開規定，探究政府撥補款項應歸屬於經常支出或資本支出，應視撥款性質及目的而定，倘國庫撥充基金係供增置或擴充、改良資產等具未來經濟效益之用途，則屬資本支出；如果國庫撥款係為補助基金不具未來經濟效益之經常性支出，則屬經常門。另行政院主計總處於 92 年度訂定之「用途別預算科目分類定義及計列標準表」，對於「設備及投資—投資」科目定義：「凡以一定之資金經營某事業或轉移於其他事業作為生產資本，預期將來有利益者屬之。」但於 93 年度更新定義為：「凡對其他事業（含非屬信託基金之特種基金及民間企業）挹注一定資金作為該特種基金及民間企業之資本者屬之。」與經濟學對於「投資係指固定資本形成²」之定義不符。由上述得知，目前行政院主計總處訂定之投資定義非以具有未來經濟效益為必要條件，與上開預算法及國有財產法規定有重大差異，並影響歲出經費門分類之客觀性。

(二)本院 95 年度及 96 年度均決議要求行政院撥補予各特種基金之預算，應依法按經常門、資本門劃分標準編列，不應全數以「投資」科目編列

本院審議 95 年度中央政府總預算案作成通案決議：「95 年

2. 投資毛額(gross investment)=固定資本形成(fixed capital formation)+存貨變動。

度中央政府總預算案，經查中央各機關及所屬把經常性業務費用或補助，以撥給特種基金的方式，作假帳變成『投資』的項目，嚴重破壞預算制度，爰要求各部門以『投資』為用途別編列撥補予各特種基金的預算，應依法按經常門、資本門劃分標準編列，不應全數以『投資』科目編列，嚴重違反預算法規定，中央各機關及所屬於下年度應依法改正。」本院審議 96 年度中央政府總預算案附屬單位預算營業及非營業部分案再度作成通案決議：「…行政院主計處雖於中央政府總預算編製作業手冊中有關『各類歲入、歲出預算經常、資本門劃分標準』明確條列經、資門之分類，且在國民所得統計帳中宣示，我國係依聯合國 93SNA 之整體架構，研訂中華民國國民經濟會計制度，惟行政院主計處為使我國經常收支帳符合預算法第 23 條規定，將彌補各機關主管的非營業基金虧損數以『投資』科目入帳，造成經常收入大於經常支出之假象，有違國際先進國家通用定義及國內相關法規規定，造成我國各項統計資料無法與世界先進國家相比較，應檢討改進。以『投資』科目彌補基金虧損，造成經資門分類不當，意圖掩飾政府儲蓄負值而經常收支帳卻為正值之悖離現象，因此，要求行政院各部門自 97 年度以『投資』為用途別編列撥補予各特種基金的預算，應依法按經常門、資本門劃分標準編列，不應全數以『投資』科目編列，…。」

(三)衛生署 102 年度撥補全民健保紓困基金之用途，並非全屬資本支出

衛生署 102 年度撥補 1 億 0,973 萬 1 千元全民健康保險紓困基金，係依上開行政院主計總處 93 年度更新之定義，以「設備及投資—投資」科目編列預算，並列為歲出資本門。惟查上開「投資」支應全民健康保險紓困基金之用途並非全屬資本支

出，例如：該基金 102 年度「一般行政管理計畫」1,532 萬 3 千元係為辦理基金行政業務編列之郵電費、印刷費及人員外包費用等；「健保紓困計畫」5,142 萬 3 千元係民眾無力償還貸款之呆帳數，上開計畫均屬經常門，無涉資本支出，然中央政府仍繼續將上開撥補款，編列為「投資」科目並列為歲出資本門，殊非合宜。

(四)該基金餘額純係國庫歷年撥入基金後未經使用部分及其利息收入，顯見政府歷年對該基金之「投資」並無投資績效

政府每年投資該基金辦理無力繳納健保費者無息貸款，國庫自 91 年度至 102 年度累計撥補約 44.94 億元，102 年底預計基金餘額約 12.58 億元，純係國庫歷年撥入基金後未經使用部分及其利息收入，足見政府歷年對該基金之「投資」毫無投資績效可言。

附表 1：全民健保紓困基金各年度國庫撥補累計情況表

單位：件、新臺幣千元

年 度	政 府 補 助 基 金
91 年度決算	58,500
92 年度決算	207,353
93 年度決算	500,000
94 年度決算	500,000
95 年度決算	500,000
96 年度決算	500,000
97 年度決算	881,000
98 年度決算	500,000
99 年度決算	465,000
100 年度決算	139,500
101 年度預算	132,525
102 年度預算	109,731
合計	4,493,609

※註：1. 資料來源：中央健康保險局提供。

2. 101 年度及 102 年度為預算案數（101 年度預算案迄 101 年 11 月 21 日尚未完成法定程序）。

綜上，國庫撥款投資該基金，於總預算編列為「投資」並歸

屬為資本支出，惟部分計畫屬經常性補助，非屬歲出資本門範疇；又該項投資無投資績效，未符法理與學理對「投資」之規範。故國庫撥款宜依照本院 95 及 96 年度所作決議，依基金支出性質釐清補助或投資支出，以維會計資訊之可靠性與有用性。

肆、藥害救濟基金

六、藥害救濟案件數近年逐年增長，衛生署允應注意以維國人用藥安全

藥害救濟基金 102 年度預算案「藥害救濟給付計畫」編列 4,080 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，前揭主要給付規定在近年並未有重大改變（詳附表 1）。

附表 1：藥害救濟給付標準說明表

項目	期間	89 年 10 月 27 日至今 救濟金額上限	98 年 5 月 7 日至今 救濟金額下限
死亡給付		200 萬元	未規定
極重度障礙給付		200 萬元	未規定
重度障礙給付		150 萬元	未規定
中度障礙給付		130 萬元	未規定
輕度障礙給付		115 萬元	未規定
嚴重疾病給付		60 萬元	1 萬元

※註：1. 資料來源，衛生署食品藥物管理局。

(二)藥害救濟案件數近年來持續成長，應予注意並防制藥害之發生

98 年度藥害救濟案件給付決算數 2,838 萬 1 千元，案件總數 88 件，較 97 年度決算數 2,797 萬 9 千元、案件總數 87 件增

加，主要因為 98 年度死亡給付案件數、障礙給付案件數及平均每案救濟金額均較 97 年度增加所致；99 年度藥害救濟案件給付決算數 3,404 萬 1 千元，案件總數 113 件，較 98 年度大幅成長，主要因為 99 年度死亡給付、障礙給付及嚴重疾病給付之平均每案救濟金額均較 98 年度增加，與 99 年度死亡給付及嚴重疾病給付案件數均較 98 年度大幅成長所致；又 100 年度藥害救濟案件給付決算數 2,842 萬 6 千元，案件總數 121 件，給付決算數雖較 99 年度減少，惟案件總數仍成長（詳附表 2），應請該署注意並防制藥害之發生。

附表 2：近年藥害救濟基金救濟情況表

97 年度	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	27	19,400,000 元	718,519 元
障礙給付	4	4,450,000 元	1,112,500 元
嚴重疾病給付	56	4,129,454 元	73,740 元
合計	87	27,979,454 元	—
98 年度	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	30	19,200,000 元	640,000 元
障礙給付	6	7,100,000 元	1,183,333 元
嚴重疾病給付	52	2,080,573 元	40,011 元
合計	88	28,380,573 元	—
99 年度	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	37	24,200,000 元	654,054 元
障礙給付	5	6,074,088 元	1,214,818 元
嚴重疾病給付	71	3,767,300 元	53,060 元
合計	113	34,041,388 元	—
100 年度	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	39	18,450,000 元	473,077 元
障礙給付	7	6,650,000 元	950,000 元
嚴重疾病給付	75	3,325,712 元	44,343 元
合計	121	28,425,712 元	—

※註：1. 資料來源，衛生署食品藥物管理局。

綜上，藥害救濟案件數近年逐年增長，衛生署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

七、口腔癌篩檢宜考量地域別風險程度高低，加強相關地方民眾認知宣導，並督促各地方政府提升篩檢率

菸害防制及衛生保健基金 102 年度預算案辦理高危險群口腔癌及菸害相關癌症篩檢服務經費 1 億 5,717 萬 6 千元，其中高危險群民眾口腔黏膜檢查 1 億 5,000 萬元，經查：

(一)口腔癌主要係因嚼檳榔習慣所致

依「第 2 期國家癌症防治計畫—癌症篩檢(99 年-102 年)」，口腔癌為國人特有癌症，主要係因嚼檳榔習慣所致，據衛生署統計，口腔癌 100 年度死亡人數 2,463 人，居癌症死因之第 5 位，影響國人健康甚鉅；另有研究結果顯示，有嚼食檳榔習慣者，罹患口腔黏膜下纖維化症(口腔之癌前病變)之風險約 85.4%³；且依衛生署統計，10 個口腔癌患者中，9 個有嚼檳榔的習慣⁴，足見嚼食檳榔與口腔癌關係之密切性。據國民健康局提供資料，101 年嚼食檳榔率最高之 5 縣市依序為花蓮縣、臺東縣、嘉義縣、屏東縣及南投縣(詳附表 1)，與其他縣市差距頗大，恐增加罹患口腔癌之風險。

附表 1：嚼食檳榔率前 5 名之縣市與口腔癌篩檢率比較表

單位：%

18 歲以上國人嚼食檳榔率前 5 名之縣市			口 腔 癌 篩 檢 比 率			
排 序	縣 市 名	嚼 食 檳 榔 率	97 年	98 年	99 年	100 年
1	花 蓮 縣	21.82	29.95	36.82	43.05	52.41
2	臺 東 縣	21.43	24.12	30.11	41.24	43.84

3. 「...the habit of chewing betel quid accounted for 85.4% of attributable risk of oral submucous fibrosis(OSF).」，摘錄自「The precancer risk of betel quid chewing, tobacco use and alcohol consumption in oral leukoplakia and oral submucous fibrosis in southern Taiwan」，C-H Lee, Y-C Ko, H-L Huang, Y-Y Chao, C-C Tsai, T-Y Shieh and L-M Lin, British Journal of Cancer(2003)。

4. 衛生署國民健康局健康九九網站資料。

18歲以上國人嚼食檳榔率前5名之縣市			口 腔 癌 篩 檢 比 率			
排序	縣 市 名	嚼 食 檳 榔 率	97 年	98 年	99 年	100 年
3	嘉義縣	18.24	28.86	37.80	49.11	54.47
4	屏東縣	17.90	28.56	36.97	32.68	41.96
5	南投縣	16.09	27.76	36.24	41.49	59.67
全台平均		11.25	21.67	29.36	35.28	45.88

註：1. 資料來源，國民健康局提供。

2. 上述提及之嚼食檳榔率係為101年男性嚼食檳榔率。

3. 據國民健康局所稱，有關口腔癌篩檢率係以2年篩檢率提供之，因口腔癌為2年免費接受篩檢乙次，故2年篩檢率更能提供完整且正確之資訊。

(二) 口腔癌篩檢宜考量地域別風險程度高低，加強相關地方民眾認知宣導，並督促各地方政府提升篩檢率

據國民健康局統計，民國97至100年口腔癌篩檢比率，嚼食檳榔率前5名之縣市篩檢比率僅略高於全國各市縣平均值，其中99年屏東縣篩檢率甚低於全國平均值，100年台東縣及屏東縣亦然。依「第2期國家癌症防治計畫—癌症篩檢(99年-102年)」，國民健康局98年電話調查結果，民眾知悉口腔黏膜檢查服務者僅占1成，為4項癌症篩檢服務⁵中最低，顯示該局推動口腔癌篩檢政策，宜考量地域別風險程度高低，加強相關地方民眾認知宣導，並應督促各地方政府提升篩檢率，以維國民健康。

綜上，口腔癌主要係因嚼檳榔習慣所致，又民眾知悉口腔黏膜檢查服務者僅占1成，為4項癌症篩檢服務中最低，顯示該局推動口腔癌篩檢政策，宜考量地域別風險程度高低，加強相關地方民眾認知宣導，並督促各地方政府提升篩檢率，以維國民健康。

5. 4項癌症篩檢服務包括：子宮頸癌、乳癌、口腔癌及結直腸癌。

八、100 年度實際吸菸率偏高而未達績效目標、國軍戒菸等成效欠佳，
及各市縣衛生局自訂目標缺乏挑戰性，國民健康局應研謀改善

菸害防制及衛生保健基金 102 年度預算案編列菸害防治計畫經費 18 億 8,187 萬 1 千元，以加強民眾對菸害相關癌症防治之認知、持續擴大辦理高危險群口腔癌及菸害相關癌症篩檢服務，以早期發現癌症並經治療後，提高病人存活率。經查：

(一) 100 年度「18 歲以上人口吸菸率」未達績效目標

該基金 100 年度績效衡量指標「18 歲以上人口吸菸率」目標為 18.8%，實際吸菸率為 19.1%，未達原訂目標；該指標 102 年度目標為 18.0%，較 100 年度目標更具挑戰性，仍待國民健康局積極推動相關篩檢及防治工作，以確保吸菸率降低目標之達成。

(二) 國軍吸菸及二手菸危害情形待改善，各市縣衛生局自訂目標達成率標準缺乏挑戰性，國民健康局應研謀改善並督促地方政府檢討

審計部 100 年度中央政府總決算審核報告提出菸害防制工作相關缺失：「1. 國軍吸菸及二手菸危害情形仍待加強改善；門診戒菸成功率偏低，難以提升整體戒菸成效；部分單位尚未訂定相關稽核制度，且部分主管未以身作則，嚴重影響戒治成效。2. 各市縣衛生局自訂目標達成率標準缺乏挑戰性，難以有效推動各項菸害防制工作；又其中『菸害防制執法稽查輔導與取締』1 項，各市縣衛生局所訂民國 100 年度目標數逾 9 成低於民國 99 年度實際執行數，…。」國民健康局應研謀改善，並切實督促地方衛生局檢討，俾達菸害防制之目標。

綜上，該基金 100 年度績效衡量指標「18 歲以上人口吸菸率」實際吸菸率仍高，未達績效目標；國軍吸菸及二手菸危害情形待

改善，各市縣衛生局自訂目標達成率標準缺乏挑戰性，國民健康局應研謀改善並督促地方政府檢討，俾達菸害防制之目標

九、防制青少年時期吸菸行為係主要源頭管理業務，應設立目標積極辦理，俾達成效

菸害防制及衛生保健基金 102 年度預算案編列「菸害防制計畫」18 億 8,187 萬 1 千元。經查：

(一)青少年時期為吸菸行為遽增期間，應積極加強教育宣導及取締制止

1.菸害防制法第 12 條第 1 項規定：「未滿 18 歲者，不得吸菸。」、第 28 條第 1 項及第 2 項：「違反第 12 條第 1 項規定者，應令其接受戒菸教育；行為人未滿 18 歲且未結婚者，並應令其父母或監護人使其到場。」、「無正當理由未依通知接受戒菸教育者，處新臺幣 2 千元以上 1 萬元以下罰鍰，並按次連續處罰；行為人未滿 18 歲且未結婚者，處罰其父母或監護人。」故凡有青少年吸菸應加強教育以制止。

2.依國民健康局自 93 年度起開始辦理⁶之國中及高中職學生吸菸行為調查，國中至高中職階段係吸菸行為遽增階段，自國中至高中生吸菸率大幅增加（附表 1，自 7.3% 大幅增為 14.7%），上開吸菸者因大多未滿 18 歲，故係違反前揭菸害防制法規定。復以近年國高中生吸菸情況觀察，93 年度、95 年度、97 年度、99 年度及 100 年度之國中生吸菸率分別為 6.6%、7.5%、7.8%、7.96% 及 7.3%，而 94 年度、96 年度、98

6. 詢據國民健康局表示，國中及高中職學生吸菸行為調查原採隔年辦理方式（93、95、97、99 年度調查國中生吸菸率，94、96、98 年度調查高中職生吸菸率），自 100 年度開始該 2 族群吸菸率調查均改為每年辦理一次。

年度及 100 年度之高中職學生吸菸率則分別為 15.2%、14.8%、14.8%及 14.7%，100 年度國中生及高中職學生吸菸率雖稍有下降，但部分細項指標仍較前次調查時上升，包括：國中三年級男生、高中職一年級及二年級男生、高中職三年級女生等族群之吸菸率仍增加（詳附表 2），且國中生吸菸率較推動基期年（93 年）成長，顯示青少年吸菸之防制成效有待加強。

附表 1：100 年度高中職生與國中生吸菸率統計表 單位：%

項 目	國中生			高中職生		
	整 體	男 生	女 生	整 體	男 生	女 生
整體	7.3	10.5	3.7	14.7	20.3	8.1
一年級	5.4	7.5	2.9	14.4	20.4	7.6
二年級	7.7	10.1	4.9	15.9	21.6	8.4
三年級	8.9	13.8	3.3	13.9	18.7	8.4

※註：1. 資料來源，衛生署國民健康局。

附表 2：前次調查時高中職生與國中生吸菸率統計表 單位：%

項 目	99 年度國中生			98 年度高中職生		
	整 體	男 生	女 生	整 體	男 生	女 生
整體	7.96	11.16	4.21	14.78	19.57	9.10
一年級	6.25	9.02	3.24	14.82	19.35	9.24
二年級	8.50	11.24	5.17	15.21	19.43	10.04
三年級	9.13	13.23	4.20	14.30	19.98	7.94

※註：1. 資料來源，衛生署國民健康局。

(二)績效指標僅訂有 18 歲以上吸菸率指標，建議增訂 18 歲以下吸菸率目標值，俾自源頭有效管理

查該基金 98 年中因菸品健康福利捐大幅調升、102 年度因擴大辦理醫療院所戒菸服務補助計畫等，故「菸害防制計畫」經費大幅增加，98 年度至 100 年度決算數、101 年度至 102 年度預算案數分別為 7 億 0,578 萬 2 千元、7 億 8,702 萬元、8 億

1,973 萬 2 千元、10 億 0,899 萬 6 千元及 18 億 8,187 萬 1 千元；支出雖增加，惟關鍵績效指標卻僅集中於 18 歲以上人口吸菸率目標，建議增訂 18 歲以下吸菸率目標值並重視其違反規定情形，俾自源頭有效管理。

綜上，菸害危害極鉅，青少年時期為吸菸行為遽增期，國民健康局應積極研謀良策，並與教育單位配合戮力改善，俾自青少年時期有效防制菸害，以符合菸害防制法規定並維護國民健康。

一〇、「未做抹片婦女人類乳突病毒檢測計畫」99 及 100 年度實際檢測人數與目標相去甚遠，衛生署等應檢討原因積極改進，俾利癌症防制目標之達成

菸害防制及衛生保健基金 102 年度預算案編列癌症篩檢計畫經費 8 億 0,640 萬元，相關工作計畫詳附表 1。經查：

附表 1：菸害防制及衛生保健基金癌症篩檢計畫說明表

單位：新台幣千元

辦理癌症相關工作計畫項	102 年度預算案	102 年度執行數量與成效說明	計畫別
1. 提供 45-49 歲婦女及 40-44 歲高危險群婦女乳癌篩檢	398,400	32 萬人。	衛生保健
2. 50-69 歲民眾結直腸癌篩檢	230,000	115 萬人。	衛生保健
3. 高危險群民眾口腔黏膜檢查(18 歲或 30 歲以上吸菸人口)	150,000	100 萬人。	菸害防制
4. 拒絕抹片婦女人類乳突病毒檢測	28,000	7 萬人。	衛生保健
癌症篩檢支出合計	806,400	—	

※註：1. 資料來源，衛生署國民健康局。

(一)「未做抹片婦女⁷人類乳突病毒檢測服務計畫」係針對子宮頸抹片篩檢意願不高之婦女辦理

衛生署為有效預防癌症之發生，提升癌症篩檢率，近年由菸害防治及衛生保健基金支應之癌症篩檢相關計畫支出分別為99年度決算3億4,492萬1千元、100年度決算3億9,847萬6千元及101年度預算6億8,200萬元（詳附表2）。其中「未做抹片婦女人類乳突病毒檢測服務計畫」係基於政府提供子宮頸抹片免費篩檢服務以來，至今仍約有百萬名40歲以上高危險群婦女未曾做過子宮頸抹片檢查，而研究顯示子宮頸癌之發生與感染人類乳突病毒（HPV）有關，爰自99年度起針對上開對象辦理該項計畫。

附表2：菸害防制及衛生保健基金癌症篩檢支出與成效說明表

單位：新台幣千元

辦理癌症相關工作計畫	99年度決算	100年度決算	101年度預算	99年度執行數量與成效說明	100年度執行數量與成效說明	101年度較100年度增加執行數量與目標之說明
1. 提供45-49歲婦女及40-44歲高危險群婦女乳癌篩檢	183,761	164,742	249,000	完成14萬7,000人，早期發現700名乳癌個案。	完成約13萬2,000人，早期發現540名乳癌個案。	101年度預計篩檢20萬人較100年度增加6萬8,000人。
2. 50-69歲民眾結直腸癌篩檢	92,950	95,036	225,000	完成102萬3,000人，早期發現大腸瘻肉2萬1,000人及2,100名大腸癌個案。	完成76萬人，早期發現大腸瘻肉1萬8,000人及1,900名大腸癌個案。	101年度預計提供糞便潛血檢查服務150萬人，較100年度增加74萬人。
3. 高危險群民眾口腔黏膜檢查（18歲或	57,615	115,157	165,000	完成80萬人，發現癌前病變2,000人及1,600名口腔	完成84萬人，發現癌前病變3,800人及1,400名口腔	101年度預計提供口腔癌篩檢服務共計110萬

7. 102年度預算書係以「拒絕抹片婦女人類乳突病毒自採及檢測服務」為計畫名稱，據國民健康局表示，未做抹片婦女大多為拒絕做抹片婦女，故以「未做抹片婦女」統稱。

30歲以上 吸菸人 口)				癌個案。	癌個案。	人，較100年 度增加26萬 人。
4. 拒絕抹片 婦女人類 乳突病毒 檢測	10,595	23,541	43,000	完成3萬 7,000人，HPV 陽性約7%，陽 性個案後續有 6成已完成抹 片檢查。	完成6萬 2,000人，HPV 陽性約7%，陽 性個案後續有 6成已完成抹 片檢查。	101年度預計 篩檢10萬 人，較100年 度增加3萬 8,000人。
癌症篩檢 支出合計	344,921	398,476	682,000			

※註：1. 資料來源，衛生署國民健康局。
2. 101年度為預算案數（101年度預算案迄101年11月21日尚未完成法定程序）。

(二) 99及100年度實際人類乳突病毒檢測人數與篩檢目標相去甚遠，衛生署應檢討原因積極改進，以達成協助婦女防制子宮頸癌之目的

依附表1及附表2資料，該基金99年度實際完成6年以上未做抹片婦女人類乳突病毒檢測3.7萬人，查審計部對於衛生署主管99年度決算審核結果，核有：「…本年度各市縣衛生局完成人類乳突病毒自採檢體案件僅3萬7千餘件，與計畫預定目標20萬件相去甚遠，執行率約18.85%，明顯偏低，…」而100年度實際完成檢測6.2萬人，亦與預定目標10萬人有所差距，衛生署、國民健康局及各地方政府衛生單位宜檢討原因並積極改進，俾達成協助婦女族群及早防制子宮頸癌之目的。

綜上，「未做抹片婦女人類乳突病毒檢測服務計畫」係針對子宮頸抹片篩檢意願不高之婦女辦理，而研究證實子宮頸癌之發生與感染人類乳突病毒（HPV）有關；惟99及100年度實際人類乳突病毒檢測人數與計畫目標有所差距，衛生署、國民健康局及各地方政府衛生單位宜檢討原因並積極改進，俾達成協助婦女族群及早防制子宮頸癌之目的。

一一、我國學童之近視與深度近視問題嚴重，衛生署應設定目標積極防制

菸害防制及衛生保健基金 102 年度預算案編列兒童視力及聽力保健計畫經費 900 萬元，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%、27.5%、61.6%、與 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 85.1%，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 65.8%⁸，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 6-18 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%	65.8%
國中三年級	61.6%	74.0%	76.4%	80.7%	77.1%	-
高中三年級	76.3%	75.2%	84.1%	84.2%	85.1%	-

※註：1. 資料來源，衛生署國民健康局。

(二)國小六年級高度近視盛行率⁹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%、9.2%，轉變為 95 年度之 0%、2.5%、6.6%、與 16.9%，99 年度

8. 據國民健康局表示，「台灣 6 至 18 歲學生近視及其他屈光狀況調查」為 2 年計畫，99 年已完成國小 1-6 年級近視盛行率調查，100 年預定執行國中、高中近視盛行率調查，因係依據行政院衛生署核定之 100 年度科技中綱經費刪減該局中綱計畫，其中國、高中計畫業經衛生署核定刪除，故未辦理國、高中近視盛行率及高度近視情況調查。

9. 高度近視：近視度數超過 600 度以上者。

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，衛生署國民健康局。

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

陸、預防接種受害救濟基金

一二、預防接種受害救濟基金因修正給付規定，大幅增加給付金額致發生短絀，不利長期經營，宜研謀改善

預防接種受害救濟基金 102 年度預算案編列「預防接種受害救濟給付計畫」經費 1,015 萬元，查預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7 條規定於 99 年 2 月 12 日修正通過並追溯自 98 年 11 月 1 日施行後，上項給付金額即大幅增加。經查：

(一)本院決議要求衛生署檢討預防接種受害救濟徵收金之徵收比率

本院審查健康照護基金 100 年度預算案決議：「98 年 11 月 1 日修正通過之預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7 條提高給付數額，惟該基金徵收比率未能配合增加，造成收支不平衡發生預算短絀。為達收支平衡目標，行政院衛生署應檢討

預防接種受害救濟徵收金之徵收比率。」

(二)預防接種受害救濟業務自 98 年 11 月 1 日起大幅調整給付金額，並增加給付事項

預防接種受害救濟給付項目如下：

- 1.死亡給付：因預防接種致死者，最高給付自 200 萬元修正為 600 萬元。而無法排除因預防接種致死者，最高給付自 180 萬元修正為 350 萬元。
- 2.身心障礙給付：因預防接種致身心障礙者，最高給付自 200 萬元調整為 500 萬元。而無法排除因預防接種致身心障礙者，最高給付自 180 萬元修正為 300 萬元。
- 3.嚴重疾病給付無修正：因預防接種致嚴重疾病者，仍為最高給付 100 萬元。無法排除因預防接種致嚴重疾病者，最高給付 60 萬元。
- 4.其他：原主要僅有 2 項，分別為因預防接種致不良反應者，最高給付 20 萬元、及疑因預防接種致死並經病理解剖者，給付喪葬費限額 30 萬元。99 年 2 月 12 日修正通過並追溯自 98 年 11 月 1 日施行之條文增列：(1)預防接種後疑似嚴重不良反應者，為釐清其症狀與預防接種之關係，依其嚴重程度，所施行之合理檢查及醫療費用最高給予 10 萬元正。(2)孕婦疑因預防接種致死產或流產經解剖或檢驗其胎兒或胚胎，孕程滿 20 週以上者，給付 10 萬元；孕程未滿 20 週者，給付 5 萬元。

(三)相關徵收收入未能提升，致近 4 年均呈短絀

依前揭給付標準，疾病管制局估計 102 年度發生案件為：預防接種受害死亡者 1 件、預防接種受害身心障礙者 1 件、預防接種受害嚴重疾病者 5 件、預防接種致不良反應者 20 件、預

防接種疑似不良反應所施行之合理檢查及醫療費用給付 10 件、疑似預防接種受害致死經病理解剖者給付之喪葬補助 2 件、孕婦因預防接種致死產或流產者之解剖或檢驗胎兒或胚胎給付 2 件等，102 年度預計給付數量雖已有所調整，使 102 年度預計給付金額較 101 年度下降，惟因徵收收入未能提升，且一般行政管理計畫近 4 年來較 98 年度鉅幅增加，未能擲節支出，又衛生署雖已研擬該基金徵收金之調整規劃草案，惟尚未完成修訂，上開原因致該基金自 99 年度起收支均呈短絀，不利基金長期營運。

綜上，預防接種受害救濟業務自 98 年 11 月 1 日起大幅調整給付金額，並增加給付事項，然相關徵收收入卻未能提升，致該基金自 99 年度起收支均呈短絀，將有礙該基金之長期經營，宜請該署及所屬檢討改善。

柒、疫苗基金

一三、肺炎鏈球菌疫苗政策應著重疫苗之存量、保存期限及各醫療院所之運作及儲存作業，並注意提供訊息予易漏失接種資訊之族群

疫苗基金 102 年度預算案基金用途「疫苗接種計畫」編列「結合型肺炎鏈球菌疫苗」經費 6 億 0,930 萬元，其中「2-5 歲幼童接種結合型肺炎鏈球菌疫苗」5 億 6,250 萬元係屬 102 年度新增政策。經查：

(一)「2-5 歲幼兒接種結合型肺炎鏈球菌疫苗」係屬 102 年度新增政策，其中 1 億 9,500 萬元係由國庫撥補

102 年度「2-5 歲幼童接種結合型肺炎鏈球菌疫苗」採購預算 5 億 6,250 萬元，其中由國庫撥補 1 億 9,500 萬元（疾病管制局「防疫業務－疫苗基金補助」項下），餘 3 億 6,750 萬元係

由菸品健康福利捐分配收入及疫苗基金餘額支應。

(二)該局為避免肺炎鏈球菌高感染族群感染後可能造成嚴重合併症及後遺症，於 102 年度新增該計畫

依該局說明，該計畫係基於 2-5 歲幼童為侵襲性肺炎鏈球菌感染症(IPD)發生率最高的族群，感染 IPD 可能造成嚴重的合併症及後遺症，危及幼兒健康生命，因此衛生署依據傳染病防治諮詢會預防接種組建議，於 102 年度新增針對全國 2-5 歲幼童全面接種一劑結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)政策，預計約有 50 萬名幼童受惠。

(三)應著重疫苗之存量、保存期限及各醫療院所之運作及儲存作業，並注意提供訊息予易漏失接種資訊之族群

依疫苗基金 102 年度預算書，該疫苗每劑成本高達 1,500 元，基於疫苗有保存期限及保存環境之限制，除宣導接種外，應請該局注意疫苗之存量、保存期限及各醫療院所之運作及儲存作業，避免因疫苗過期或保存不當造成公帑之浪費；另據該局表示，為達群體免疫之效益，宜提高結合型肺炎鏈球菌疫苗之接種率，故該局應針對現今外籍配偶之幼兒、台商子女等來往兩地最易漏失或延遲疫苗接種的族群，注意提供疫苗接種或催種訊息，避免漏失或延遲接種。

綜上，疾管局為避免肺炎鏈球菌高感染族群感染後可能造成嚴重合併症及後遺症，於 102 年度疫苗基金預算案編列採購「2-5 歲幼童接種結合型肺炎鏈球菌疫苗」，並由國庫撥補部分款項；由於每劑疫苗成本頗高，應請該局著重疫苗之存量、保存期限及各醫療院所之運作及儲存作業，並注意提供訊息予易漏失接種資訊之族群，俾達防疫及群體免疫之效益。

一四、102 年度預定「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」及「各項疫苗適齡完成率」較 100 年度實際達成情形為低，目標訂定過於保守

疫苗基金 102 年度關鍵策略目標係「完成疫苗接種，提升國民免疫力，進而強化防疫體系，免除疫病威脅」。經查：

(一) 102 年度關鍵績效指標，包括「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」、「各項疫苗適齡完成率」及「嬰幼兒常規疫苗接種完成率」

疫苗基金 102 年度關鍵績效指標，包括：「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」、「各項疫苗適齡完成率」及「嬰幼兒常規疫苗接種完成率」。上開關鍵績效指標之衡量標準如下：

1. 「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」= (設籍我國之當年 3 歲以下完成各項疫苗之人數 / 設籍我國之當年度 3 歲以下人數) × 100%。
2. 「各項疫苗適齡完成率」= (各項疫苗於規定接種時程 3-6 個月內完成之接種人數 / 各項疫苗之規定接種世代人數) × 100%。
3. 「嬰幼兒常規疫苗接種完成率」= (設籍我國之出生世代接受各項嬰幼兒常規疫苗接種之人數 / 設籍我國之出生世代應接受各項預防接種之人數) × 100%。

(二) 102 年度「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」及「各項疫苗適齡完成率」目標較 100 年度實際達成情形為低，宜參酌實際達成情形調整目標，俾利防疫體系之健全

該基金「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」、「各項疫苗適齡完成率」及「嬰幼兒常規疫苗接種完成率」指標，102 年度設定之目標分別為 92%、88% 及 95%，而 100 年度實際達

成情形分別為 93.77%、89.17%及 95%，其中「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」及「各項疫苗適齡完成率」2 項實際疫苗接種率或完成率較 102 年度目標為高，102 年度目標訂定實過於保守。

綜上，102 年度「3 歲以下幼童全數完成各項疫苗接種率」及「各項疫苗適齡完成率」目標較 100 年度實際達成情形為低，目標過於保守且不具挑戰性，宜參酌實際達成情形調整目標，俾利防疫體系之健全。

捌、管制藥品製藥工廠作業基金

一五、該基金派遣勞工工作內容涉及核心業務，實屬欠當且易生爭議，應檢討改善

管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度預算案之派遣人力 14 人、研發替代役 2 人、勞務承攬之人員 7 人。經查：

(一)本院決議請人事行政局清查中央機關是否有使用派遣勞工執行機關法定核心業務之情形

本院審查 100 年度中央政府總預算案對職訓局做成決議(三)、(四)、(五)及(七)：「…於 99 年度預算審查時，立法院社會福利及衛生環境委員會已做成決議，要求行政院勞工委員會職業訓練局身為勞工就業主管單位，應帶頭禁用派遣；然而該局置若罔聞，於民國 100 年度就業安定基金委外人力預算仍編列高達 1,968 人、總預算達 11 億 9,574 萬 6,000 元，顯有失職。…。」、101 年度中央政府總預算案通案決議(六)：「…目前中央政府使用大量派遣勞工，並非使用在非核心的支援性工作，有許多是該行政機關的法定核心業務。例如：職業訓練局外勞組負責審核人員、就服中心負責失業登記與認定人員、雪山隧道的待命消

防人員、台北捷運站務人員、行政院原子能委員會核能研究所辦理水處理廠及高壓變電站設施運轉人員、財政部臺北市國稅局辦理國稅稽查人員等；…。行政院人事行政局應按季全面清查各行政機關運用派遣勞工有無此情形，以杜爭議。」

(二)該基金派遣勞工工作內容涉及核心業務，實屬欠當且易生爭議

該基金運用派遣勞工人數 14 人，占預算員額 50 人之 28 %，顯過於依賴派遣勞工，且該基金派遣勞工工作內容涉及核心業務，包括：配合國際 GMP 標準辦理藥品檢驗、品保制度建立等相關業務，實屬欠當且易生爭議。

綜上，該基金派遣勞工之工作內容涉及相關核心業務，包括：配合國際 GMP 標準辦理藥品檢驗、品保制度建立等相關業務，實屬欠當且易生爭議，應檢討改善。

一六、建議增列利息收入 20 萬元，並妥為運用餘裕資金，以因應未來計畫需求

管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度預算案編列利息收入 208 萬 5 千元，依 102 年度預算書所列，該基金預計 102 年 12 月 31 日現金餘額 4 億 1,639 萬 4 千元。經查：

(一)該基金 102 年度期初及期末預計現金餘額均有低估現象

該基金 100 年 12 月 31 日銀行存款實際數為 4 億 2,913 萬 1 千元，依 101 年度及 102 年度預算書，該 2 年度現金及約當現金分別淨增 970 萬 6 千元及 3,852 萬 7 千元，依上開金額估算，101 及 102 年底現金餘額應分別為 4 億 3,883 萬 7 千元及 4 億 7,736 萬 4 千元，較該基金預估數 3 億 7,786 萬 7 千元及 4 億 1,639 萬 4 千元為高，故該基金 102 年度期初及期末預計現金餘額有低估現象。

(二)依該基金平均利率或市場利率估算，102 年度利息收入低估 20 萬 4 千元以上

依該基金 102 年度預估數，利息收入預算 208 萬 5 千元，平均現金餘額為 3 億 9,713 萬 1 千元（該基金 102 年度期初及期末現金預估數 3 億 7,786 萬 7 千元及 4 億 1,639 萬 4 千元之平均數），故伸算後該基金預估之約當利率約 0.53%，依該伸算利率乘上前項估算之平均現金餘額 4 億 5,810 萬元後，推估利息收入約 242 萬 8 千元，較該基金原預計利息收入增加 34 萬 3 千元。

另觀諸該基金 102 年度預計資金配置情形，除 5,000 萬元部分係以活期存款方式存放銀行外，餘係以定期存款方式儲存。若依臺灣銀行新臺幣存款牌告利率並參考上開資金配置方式予以試算，以 5,000 萬元活期存款（參考臺灣銀行活期存款利率 0.17%），餘 4 億 0,810 萬元為定期存款（參考臺灣銀行 500 萬元以上 1 年期定存機動利率 0.54%）估算，則利息收入至少可得 228 萬 9 千元，較該基金原預計利息收入增加 20 萬 4 千元。

(三)該基金應妥作資金規劃運用，以因應未來營運及相關計畫資金需求

該基金 100 年度決算賸餘超過預算部分，因應「管制藥品製藥工廠廠房新建工程計畫」財源所需，並未辦理繳庫，預估截至 102 年底留存該基金之未分配賸餘為 1 億 3,661 萬 1 千元；該計畫 102 年度資金需求 410 萬 2 千元，該基金 102 年度平均現金餘額 4 億餘元應足敷支應，惟仍宜考量風險因素後，妥作資金規劃運用，以因應未來營運及相關計畫資金需求。

綜上，該基金 102 年度期初及期末預計現金餘額均有低估現

象，且依該基金預估利率、目前臺灣銀行利率及該基金資金配置情形估算，102 年度利息收入至少可得 228 萬 9 千元，故利息收入預算數顯有低估，建議參酌實際資金狀況，增列利息收入 20 萬元，並請該基金妥作資金規劃運用，以因應未來營運及相關計畫資金需求。

一七、「硫酸嗎啡錠 15 毫克上市後追蹤研究計畫」應於達成追蹤研究目標之前提下，擲節開支，以免造成經費無法回收之窘境

管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度預算案編列「研究發展費用—攤銷」經費 166 萬 8 千元，係「硫酸嗎啡錠 15 毫克上市後追蹤研究計畫」依藥品許可證剩餘有效期 4 年計提之攤銷費。經查：

(一)該計畫係依據該項藥品查驗登記審查結果之要求所訂定，預定試驗研究總經費 667 萬元，於 102-105 年度之 4 年期間內攤銷

依食品藥物管理局提供資料，該計畫內容、總經費及攤銷金額估算過程如下：

1. 計畫內容：該計畫係依「管制藥品廠硫酸嗎啡錠 15 毫克」之藥品查驗登記審查結果要求訂定，計畫內容係就該項藥品上市後安全及療效之可能疑慮，設計適當的上市後追蹤計畫，需詳列評估指標、納入條件、排除條件、試驗程序、統計方法等。
2. 總經費：667 萬元。
3. 攤銷金額估算過程：由於該計畫預計 101 年底前完成採購決標作業，自 102 年度開始執行，於藥品許可證 105 年截止前攤銷完竣，102-105 年度每年攤銷數為 166 萬 8 千元 (=667 萬元/4 年)。

(二)本項計畫經費頗高，應於達成追蹤研究目標之前提下擷節開支，以免造成相關成本無法回收之窘境

依上開資料，「硫酸嗎啡錠 15 毫克上市後追蹤研究計畫」係依據該項藥品查驗登記審查結果之要求所訂定，由於本計畫預計 101 年底前完成採購決標作業，故以 102-105 年度之 4 年期間攤銷總經費，每年攤銷金額約 166 萬 8 千元。據食品藥物管理局表示，該產品因品質較為穩定，預計將取代目前銷售之「鹽酸嗎啡錠 10 毫克」；102 年度上市初期預估硫酸嗎啡錠 15 毫克每粒銷售毛利約為 0.41 元，銷售量約為 100 萬粒，102 年度銷售毛利為 41 萬元；估計至 105 年度應可完全替代，以目前「鹽酸嗎啡錠 10 毫克」年銷量 520 萬粒及銷售毛利 0.41 元(粒)推估，銷售毛利約為 213 萬 2 千元。

惟以上開假設前提為基準估算，上開藥品追蹤研究計畫總經費 667 萬元尚需 5 至 6 年時間方可收回成本¹⁰，且上開「6 年內回收」之前提尚未慮及上市接受度等問題，亦未包含許可前之研發支出，若市場接受度未如預期或毛利估算過於樂觀，則恐無法如期如數回收相關成本，故本項計畫應於達成追蹤研究目標之前提下，擷節開支，以免造成相關成本無法回收之窘境。

綜上，「硫酸嗎啡錠 15 毫克上市後追蹤研究計畫」102 年度攤銷預算 166 萬 8 千元，係該計畫總經費 667 萬元分 4 年度攤提之數，惟該計畫總經費對照於該藥品預計銷貨毛利之計算結果，尚需近 6 年時間方可收回成本，況若市場接受度未如預期或毛利估算過於樂觀，則恐無法如期如數回收相關成本。故本項計畫應於達成追蹤研究目標之前提下，擷節開支，以免造成相關成本無法

10. 102-104 年度以每年銷售毛利為 41 萬元估算，105 年度(含)以後估計完全替代，以每年銷售毛利 213 萬 2 千元推估，107 年間方可收回成本 667 萬元(41 萬元×3 年+213.2 萬元×3 年=762.6 萬元)。

回收之窘境。

一八、「硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升」100 年 7 月間決標之委製單價已較預估數降低，銷貨成本應隨同減列 64 萬 4 千元，俾符實際

管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度預計委外生產及銷售「硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升」230 萬毫升，其銷售明細如下：

附表 1：管制藥品製藥工廠作業基金 101 及 102 年度「硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升」銷售明細表 單位：毫升、新台幣元

年 度	類別	國內銷售總量	單 位 售 價	單位銷貨成本	單項產品毛利
101 預算	委託	2,300,000	2.50	2.15	0.35
102 預算	委託	2,300,000	2.00	1.85	0.15

※註：1. 資料來源，管制藥品製藥工廠提供。

2. 101 年度及 102 年度為預算案數（101 年度預算案迄 101 年 11 月 21 日尚未完成法定程序）。

經查：

(一)「硫酸嗎啡口服液 2 毫克」係 101 年度新增品項，100 年間決標之委製單價及藥價已較預估數降低

依附表 1 所示，「硫酸嗎啡口服液 2 毫克」102 年度單位售價及單位成本分別為 2 元及 1.85 元，分別較 101 年度之 2.5 元及 2.15 元減少 0.5 元及 0.3 元。據該基金表示，該項產品係 101 年度新增品項，有關「硫酸嗎啡口服液 2 毫克」101 年度預算單價，係根據廠內小量試製所耗原物料成本估算編列，目前該項產品採委託民間藥廠製造方式生產，該委製採購案業於 100 年 7 月 28 日決標，決標單價已較預估數降低，該局隨即據此核算藥價為每毫升 2 元，並奉衛生署 100 年 10 月 14 日衛署會字第 1000078975 號函同意備查。

(二)銷貨成本應依決標後實際單位成本減列，俾符實際

據該基金提供之 101 年度 1-8 月「硫酸嗎啡口服液 2 毫克」

產品毛利明細資料，該品項單位售價係 2 元，同 102 年度預計數，惟單位銷售成本為 1.57 元（詳附表 2），較 102 年度預估之 1.85 元減少 0.28 元，單項產品毛利應為 0.43 元而非 102 年度預算之 0.15 元，故建議減列銷貨成本 64 萬 4 千元（銷售量預計 230 萬毫升），俾符實際。

附表 2：管制藥品製藥工廠作業基金 101 年度 1-8 月「硫酸嗎啡口服液 2 毫克」產品毛利明細表 單位：新台幣元

類別	項 目	單 位 售 價	單位銷貨成本	單項產品毛利
委託	管制藥品廠硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升	2.00	1.57	0.43

※註：1. 資料來源，管制藥品製藥工廠提供。

綜上，「硫酸嗎啡口服液 2 毫克」係 101 年度新增品項，100 年 7 月間決標之委製單價已較預估數降低，故建議銷貨成本依決標後實際單位成本減列 64 萬 4 千元，俾符實際。

一九、管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度部分生產或進口品項之銷貨成本較 100 年度增加，宜嚴予控管，俾增經營績效

管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度於該廠自製、委製與進口之 26 種品項中，有 24 種品項於 100 年度亦有產製或進口。經查：

(一) 15 種自製品項中，銷貨成本較 100 年度決算數增加者有 12 種，宜加強管控成本，俾增績效

於 15 種自製品項中，查 102 年度有 12 種之銷貨成本較 100 年度決算數為高（詳附表 1），分別是：鹽酸嗎啡錠 10 毫克、管制藥品廠嗎啡長效膜衣錠 30 毫克、鹽酸嗎啡注射液 10 毫克、阿片酞、鹽酸嗎啡注射液 20 毫克、磷酸可待因錠 15 毫克、磷酸可待因錠 30 毫克、鹽酸配西汀注射液 50 毫克、管制藥品廠

吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 2 毫升、磷酸可待因對照標準品、
 甲基安非他命比對標準品、磷酸可待因注射液 15 毫克等，宜請
 該工廠仍嚴予管控相關成本項目，俾增效率。

(二) 102 年度 8 種進口品項中，有 3 種品項銷貨成本高於 100 年度
 實際數

查在 8 種進口品項中，有阿片粉、吩坦尼注射液 0.05 毫克
 /毫升 10 毫升、磷酸可待因等 3 種品項，該等 102 年度進口成
 本高於 100 年度決算數，宜請該工廠本樽節原則採購，俾增績
 效。

附表 1：102 年度相較 100 年度銷售成本明細表

單位：新台幣元

類別	項 目	102 年度單 位銷貨成本	100 年度實際 單位銷貨成本	差 價	績效下降原因說明
※第一級管制藥品					
自	鹽酸嗎啡錠 10 毫克	2.24	1.64	0.60	主要係產品包裝由瓶裝變更為單粒鋁箔包裝，及主原料「鹽酸嗎啡」輸入成本增加所致。
自	管制藥品廠硫酸嗎啡錠 15 毫克	2.29	-	2.29	102 年度新增品項。
自	管制藥品廠嗎啡長效膜衣錠 30 毫克	4.69	4.47	0.22	主要係主原料「硫酸嗎啡」輸入成本增加，及因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
自	鹽酸嗎啡注射液 10 毫克	9.10	8.08	1.02	主要係主原料「鹽酸嗎啡」輸入成本增加，及因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
自	阿片酊	1.08	1.01	0.07	主要係主原料「1%阿片酊」輸入成本增加。
自	鹽酸嗎啡對照標準品	4.17	10.42	-6.25	
自	鹽酸嗎啡注射液 20 毫克	9.07	8.42	0.65	主要係主原料「鹽酸

類別	項 目	102 年度單 位銷貨成本	100 年度實際 單位銷貨成本	差 價	績效下降原因說明
					嗎啡」輸入成本增加，及因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
委託	管制藥品廠硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升	1.85	-	1.85	101 年度新增品項。
進	硫酸嗎啡長效膜衣錠 60 毫克	56.59	56.69	-0.10	
進	阿片粉	22.78	18.43	4.35	主要係原料「阿片粉」輸入成本增加。
進	鹽酸古柯鹼	614.49	634.10	-19.61	
進	默痛舒持續性藥效膠囊	69.38	70.07	-0.69	
※第二級管制藥品					
自	磷酸可待因錠 15 毫克	1.48	1.04	0.44	主要係產品包裝由瓶裝變更為單粒鋁箔包裝，及主原料「磷酸可待因」輸入成本增加。
自	磷酸可待因錠 30 毫克	1.83	1.56	0.27	主要係產品包裝由瓶裝變更為單粒鋁箔包裝，及主原料「磷酸可待因」輸入成本增加。
自	鹽酸配西汀錠 50 毫克	4.29	4.96	-0.67	
自	鹽酸配西汀注射液 50 毫克	9.14	8.78	0.36	主要係主原料「鹽酸配西汀」輸入成本增加，及因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
自	管制藥品廠吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 2 毫升	15.53	15.36	0.17	本產品自 101 年度起委外製造，委製成本較自製成本略高。
自	磷酸可待因對照標準品	2.89	2.53	0.36	主要係主原料「磷酸可待因」輸入成本增加，及因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
自	甲基安非他命比對標準品	1.64	0.71	0.93	主要係因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
進	吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升	51.29	51.10	0.19	主要係因應 PIC/S

類別	項 目	102 年度單位銷貨成本	100 年度實際單位銷貨成本	差 價	績效下降原因說明
	10 毫升				GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
進	阿華吩坦尼注射液2 毫升	94.00	94.69	-0.69	
進	磷酸可待因	14.97	14.89	0.08	主要係原料「磷酸可待因」輸入成本增加。
進	吩坦尼貼片 12ug	134.89	136.19	-1.30	
委託	管制藥品廠吩坦尼貼片 25ug	190.35	189.88	0.47	主要係因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。
委託	管制藥品廠吩坦尼貼片 50ug	460.70	463.91	-3.21	
※第三級管制藥品					
自	磷酸可待因注射液15 毫克	9.10	7.76	1.34	主原料「磷酸可待因」輸入成本增加，及因應 PIC/S GMP 規定，相關成本增加，致所分攤製造費用增加。

※註：1. 資料來源，管制藥品製藥工廠。

2. 類別欄中「自」代表自製品項，「進」代表進口品項，「委託」代表委製品項。

綜上，該基金 102 年度部分生產或進口品項之銷貨成本或進口成本較 100 年度決算數增加，宜嚴予控管，俾增經營績效。

二〇、「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」已無法達成行政院要求如期完工之目標；另代辦採購協議簽約後撥付之代辦費非屬執行（實支）數，應予改正

管制藥品製藥工廠作業基金 102 年度預算案編列專案計畫「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」經費編列 410 萬 2 千元。該計畫概要如下：

(一)計畫總經費：4 億 9,377 萬 7 千元，資金來源係由該基金營運資金支應 1 億 5,702 萬 6 千元，餘 3 億 3,675 萬 1 千元以舉借方

式因應。

(二)計畫目標：有效運用該藥廠基地內之空間，提升產能、產值與製藥品質，以提升管制藥品國內自製率，促進國內管制藥品製藥產業發展，充分供應國內醫療及研究所需第一級、第二級管制藥品，配合動員計畫所需，持續維持並掌握動員所需麻醉藥品戰備庫存量，以維護國家國防與民眾生命之安全。

(三)計畫期間：自 101 年 1 月至 103 年 12 月。

惟查：

(一)該計畫已無法達成行政院核復「如期完工」之目標

行政院核復衛生署提報該計畫書之意見略以：「...本案預估淨現值 59.21 億元，係未來收入及成本假設以近 5 年平均成長率並考量樓地板面積增加率來估算，未考慮產能限制及藥品市場之需求，假設條件未盡周延，投資效益分析之合理性實值商榷，請貴署確實合理估算成本效益，以免造成設備閒置，投資效益未如預期之情形發生，並請注意控管計畫期程及工程品質，俾如期如質完工。」惟依該基金 102 年度預算書所載：該計畫「預估無法於 103 年底完工，將研擬修正計畫，循行政程序報核。」，已無法達成行政院要求該署「如期完工」之目標。

(二)專業代辦採購協議簽約後依約撥付營建署之代辦費 150 萬元，因尚無工程（工作）進度，非屬執行（實支）數，應予改正

依該基金 102 年度預算書所示，上(101)年度預算截至 101 年 6 月 30 日止執行情形，固定資產之建設改良與擴充之實際執行數為 169 萬 7 千元，預算分配數 15 萬 6 千元，執行率為 1,087.82%，主要係「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」由原規劃自辦改為洽請內政部營建署專業代辦，於 101 年 4 月簽約完成，依約撥付代辦費 150 萬元所致。

據該基金表示，由於其非工程專業機關，未具工程採購專業能力及人力，故考量工程品質、專業與人力，依政府採購法第 40 條第 1 項規定：「機關之採購，得洽由其他具有採購專業能力之機關代辦」以及「機關洽請代辦工程採購執行要點」第 4 點規定：「未具工程採購專業能力或人力之機關，得徵求其他無隸屬機關，但具有工程專業能力之機關同意後代辦採購」，洽請內政部營建署代辦；該計畫 101 年度經費編列 1,362 萬 8 千元，截至 101 年 8 月底預算分配數為 150 萬元，食品藥物管理局與營建署完成專業代辦採購協議簽約後，即依約撥付該署代辦費 150 萬元，故目前預算執行率為 100%。

惟查上項依約撥付予營建署之款項係為代辦費之支付，因尚無工程（工作）進度，僅屬預付款而非執行（實支）數，應予改正。

綜上，行政院要求該署注意控管該計畫期程及工程品質，俾如期如質完工，惟依該基金 102 年度預算書所載：「該計畫預估無法於 103 年底完工，將研擬修正計畫，循行政程序報核」，顯已無法達成行政院要求之目標；另專業代辦採購協議簽約後依約撥付營建署之代辦費 150 萬元，因尚無工程（工作）進度，非屬執行（實支）數，應予改正。

（分機：1911 劉雲霞）