

衛生福利特別收入基金(不含社會福利基金、家庭暴力及性侵害防治基金及長照服務發展基金)及醫療藥品基金 106 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，俾有效管理運用並臻公開透明	1
貳、醫療發展基金	3
二、部分業務計畫預算執行率連續 4 年未及 8 成，亟待檢討改善，以提升資源 運用效率	3
三、重點科別住院醫師津貼補助計畫實施迄今，104 年度內科及兒科招收率暨 5 大科留任率均低於 103 年度，允宜檢討改善	6
四、醫學中心暨重度級急救責任醫院支援離島及偏遠地區計畫應賡續檢討改 善，以強化在地醫療	7
參、全民健康保險紓困基金	11
五、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	11
肆、藥害救濟基金	13
六、104 年度救濟案件數雖低於 103 年度，惟 101 年度至 104 年度部分藥物頻 仍出現於疑似藥物前 5 名，應妥為因應，以維用藥安全	13
伍、菸害防制及衛生保健基金	15
七、104 年度 4 大癌症篩檢人數均未達預定目標，亦低於 103 年度篩檢人數； 另南投縣嚼食檳榔率為全國第 4，惟 104 年度口腔癌篩檢率不升反降，允 宜檢討篩檢率下降原因，並積極改善	15
八、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
九、106 年度菸害防制經費較 99 年度倍增，惟 104 年度吸菸率 17.1%反較	

103 年度之 16.4% 增加，且為 7 年來首度未減反升，允宜檢討改善	20
陸、預防接種受害救濟基金	22
一〇、106 年度「審議時效」及「救濟給付時效」目標值訂定過於保守，宜參酌以前年度實際達成情形調整目標值	22
柒、疫苗基金	23
一一、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轉換後無縫接軌，並善用戶政、入出境等資訊，提醒易延遲接種族群，俾降低防疫缺口	23
捌、食品安全保護基金	24
一二、「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	24
玖、生產事故救濟基金	26
一三、允應儘速依法訂定基金收支保管及運用辦法，俾基金順利運作	27
拾、醫療藥品基金	28
一四、整體營運績效雖略有提升，惟部分醫院仍虧損嚴重，且仰賴政府經費補助甚深，宜有效開源節流，以達到收支平衡目標	28
一五、臺中醫院近 3 年醫療收入逐年遞減，恐延長「臺中醫院長期照護大樓擴建工程」之投資成本回收期間，允宜檢討改善	32

衛生福利特別收入基金(不含社會福利基金、家庭暴力及性侵害防治基金及長照服務發展基金)及醫療藥品基金 106 年度預算評估報告

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，俾有效管理運用並臻公開透明

106 年度菸捐預計徵收總金額 300 億元，較 105 年度 305 億元，減少 5 億元。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。

依財政部「近年菸酒稅與健康福利捐之統計分析」，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，104 年度降至 195 億元¹。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

¹ 參考財政統計通報(第 14 號)，財政部統計處 105 年 7 月 29 日。

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
98	214	249
99	205	348
100	204	346
101	203	344
102	207	351
103	194	329
104	195	331

※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

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²，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。

貳、醫療發展基金

二、部分業務計畫預算執行率連續 4 年未及 8 成，亟待檢討改善，以提升資源運用效率

醫療發展基金 106 年度預算案基金來源編列 31 億 8,409 萬 3 千元，較 105 年度預算數增加 7 億 8,237 萬 7 千元，基金用途編列 33 億 3,969 萬 5 千元，較 105 年度預算數減少 5 億 1,358 萬 4 千元，基金來源及用途相抵後，預計短絀 1 億 5,560 萬 2 千元，將移用以前年度基金餘額支應。經查：

(一)104 年度因菸捐獲配收入不足而刪減部分計畫經費

醫療發展基金 104 年度列有「獎勵新擴建醫療機構貸款利息補貼計畫」等 8 項業務計畫，合計預算數 53 億 8,878 萬餘元，經該基金審議小組審議通過核定計畫經費 40 億 3,671 萬餘元，較預算數減少 13 億餘元，主要係衛福部考量菸品健

2. 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；...。」

康福利捐獲配收入不足，而刪減部分計畫經費³。此外，實支數 32 億 4,078 萬餘元，占計畫核定數之 80.28%，僅占年度預算數之 60.14%，預算執行率偏低(詳附表 1)。

(二)部分業務計畫未能適時辦理前置規劃作業，延宕計畫執行

查醫發基金 104 年度 8 項業務計畫，其中「醫院醫療品質提升計畫」實支數僅占核定數之 9.83%，為預算執行率最低之計畫。據該基金表示，上開品質提升計畫項下包括 4 項子計畫⁴，其中第 1 項子計畫「醫院醫療服務效能提升計畫」因外部委員建議修正計畫後再行辦理，惟提案醫院認為無法於 104 年度達成，爰終止計畫；另第 4 項子計畫「友善多元溫馨生產醫院試辦計畫」亦未執行。至已執行之其他 2 項計畫，因實支數合計僅 393 萬元，致整體「醫院醫療品質提升計畫」預算執行率甚低。

此外，「提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫」、「健康照護績效提升計畫」及「推動弱勢族群醫療照護計畫」等 3 項計畫之預算執行率自 101 年度至 104 年度已連續 4 年未達 8 成(詳附表 2)。

查提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫，係因「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」實際獎勵家數較預計減少，致 104 年度預算執行率偏低；另健康照護績效提升計畫之「獎勵醫療機構試辦生育事故救助計畫」及「醫院品質績效量測指標系統與落實品質改善計畫」亦因實

³附表 1 所列 8 項計畫，其中第 1 項「獎勵新擴建醫療機構貸款利息補貼計畫」、第 2 項「提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫」及第 4 項「推動弱勢族群醫療照護計畫」之計畫核定數均逾預算數之 8 成，其餘 5 項計畫之計畫核定數則未及預算數之 8 成。

⁴4 項計畫名稱暨核定數如下：醫院醫療服務效能提升計畫 800 萬元、醫院精神與長照醫療照護品質提升計畫 800 萬元、慢性病患者照護品質提升計畫 800 萬元及友善多元溫馨生產醫院試辦計畫 1,600 萬元，合計 4,000 萬元。

際申請家數未如預期而降低執行率。此外，推動弱勢族群醫療照護計畫，主要係因「建置失智症社區服務計畫」部分據點審議未通過、「日間照顧中心設置計畫」及「入住機構式服務設置計畫」應按護理人員法等辦理設置許可始得辦理簽約，因程序複雜致補助機構尚難依時辦理。惟上述計畫執行率偏低，部分係因該基金未能適時辦理計畫前置規劃，導致計畫執行延宕，因而降低資源運用效率及減損計畫成效。

綜上，醫療發展基金多項計畫連續 4 年預算執行率偏低，允宜加強計畫先期作業與行政簽核程序，並積極管控執行進度，俾增進資源運用效率及發揮計畫成效。

附表 1：104 年度醫療發展基金業務計畫預算執行情形表

單位：新台幣千元；%

年 度	預 算 數	計畫核定數	實支數	實支數 占預算 數比率	實支數 占核定 數比率
獎勵新擴建醫療 機構貸款利息補 貼計畫	12,000	12,000	3,855	32.13	32.13
提升醫療資源不 足地區醫療服務 品質計畫	750,000	615,813	529,154	70.55	85.93
健康照護績效提 升計畫	3,231,571	2,439,597	2,116,037	65.48	86.74
推動弱勢族群醫 療照護計畫	646,214	562,930	235,850	36.50	41.90
心理及口腔健康 品質提升計畫	347,957	208,468	194,506	55.90	93.30
醫院醫療品質提 升計畫	103,900	40,000	3,930	3.78	9.83
醫療及照護機構 應變保全和醫療 及照護品質提升 計畫	222,540	135,170	134,716	60.54	99.66
提升醫療機構臨 床試驗品質與藥 事照護計畫	74,600	22,736	22,736	30.48	100.00
合計	5,388,782	4,036,715	3,240,787	60.14	80.28

※註：1. 資料來源，引用 104 年度中央政府總決算審核報告。

附表 2：101-104 年度醫發基金業務計畫執行率偏低統計表

單位：%

年 度	101	102	103	104
提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫	48.38	56.23	59.57	70.55
健康照護績效提升計畫	25.74	41.36	47.48	65.48
推動弱勢族群醫療照護計畫	24.09	37.39	38.94	36.50

※註：1. 資料來源，參考 104 年度中央政府總決算審核報告。

三、重點科別住院醫師津貼補助計畫實施迄今，104 年度內科及兒科招收率暨 5 大科留任率均低於 103 年度，允宜檢討改善

醫療發展基金 106 年度預算案編列「重點科別住院醫師津貼補助計畫」2 億 1,751 萬元，經查：

(一)該計畫自 102 年度開始，預期短期可增加五大科醫師人力

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：15 億 6,799 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 104 年度累計決算數：5 億 6,448 萬元。

(二)內科及兒科 104 年度招收率低於 103 年度，且 104 年度 5 大科醫師留任率亦較 103 年度減少

揆該部自 102 年度至 104 年度招收住院醫師之執行成效（詳附表 1），其中外科、婦產科及急診 102 年度至 104 年招收率呈現成長或持平情形，惟內科及兒科 104 年度招收率分別為

82%及 100%，反而低於 103 年度(83%及 110%)。此外，104 年度 5 大科醫師留任率均低於 104 年度(詳附表 2)，雖仍高於 102 年度留任率，惟留任率降低，能否紓解五大科人力流失，尚待觀察。

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 104 年度內科及兒科住院醫師招收率略低於 103 年度，且 104 年度五大科醫師留任率均低於 103 年度，顯示該計畫欲達成增加重點科別醫事人力之效果存有隱憂，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。

附表 1：5 大科住院醫師招收率

單位：%

科 別	102 年度	103 年度	104 年度
內科	62	83	82
外科	76	85	100
婦產科	76	89	100
兒科	89	110	100
急診	87	100	100

※註：1. 資料來源，103 年度及 104 年度衛生福利部醫療發展基金附屬單位決算分決算書。

附表 2：5 大科醫師留任率

單位：%

科 別	102 年度	103 年度	104 年度
內科	84	107	95
外科	82	96	91
婦產科	95	132	96
兒科	93	105	101
急診	87	98	94

※註：1. 資料來源，103 年度及 104 年度衛生福利部醫療發展基金附屬單位決算分決算書。

2. 留任率以 R2 人數與 R1 人數差異。

四、醫學中心暨重度級急救責任醫院支援離島及偏遠地區計畫應廣績檢討改善，以強化在地醫療

醫療發展基金 106 年度編列「醫學中心暨重度級急救責任醫院支援離島及偏遠地區計畫」7 億元，較 105 年度增加 2 億元，以協助離島及醫療資源不足地區醫院達成「醫院緊急醫療能力分級標準」中之「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」及「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」等項目內容，提升在地醫療服務資源與品質。經查：

(一)該計畫支援醫院增列重度級急救責任醫院

依衛福部醫療發展基金提供資料，該計畫概要如下：

1. 計畫執行期間：105 年 1 月 1 日起至 108 年 12 月 31 日止。
2. 計畫內容摘述：除每年達成醫院緊急醫療能力分級評定之全中度級標準等 3 種模式擇一以外，醫學中心或重度級急救責任醫院醫師尚須提供教育訓練。至獎勵費用部分，當醫學中心或重度級急救責任醫院每支援一名專科醫師，則獎勵每名醫師每月新台幣 30 萬元，但支援人力應參與在地醫院正常排班輪值；此外尚有長期支援獎勵費，亦即醫學中心或重度級急救責任醫院由同一名專科醫師長期支援 1 年，獎勵醫學中心或重度級急救責任醫院每支援 1 名，院內可聘用該支援專科醫師 1 名，每年 360 萬元等(詳附表 1)。

(二)衛福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 年度 9 月提案糾正略以：「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；…。」嗣經該署說明⁵，已實施由該署空中轉診審核中

⁵ 參考監察院網站糾正案文 099 財正 0051 之機關改善情形，衛生署說明改善情形如下：

- 一、為促使離島緊急傷病患均能獲得妥善醫治，依據「救護直昇機管理辦法」及「離島地區緊急空中後送案件標準作業流程」，由衛生署空中轉診審核中心提供醫療專業審核，如符合空中救護適應症者，立即協助緊急後送就醫。查 101 年離島地區空中轉診後送就醫 275 人次，已較 99 年減少 28 人次，下降幅度為 9.24%。
- 二、為加強原住民及離島地區在地醫療服務，衛生署持續推動「行政院衛生署地方醫事人員養成

心提供醫療專業審核，如符合空中救護適應症者，立即協助緊急後送就醫等改善措施。

(三)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，自 105 年度起，重度級急救責任醫院亦開始支援離島及醫療資源不足地區醫院。揆 100 年度至 104 年度離島地區嚴重傷病患者自行搭機(船)轉診來台就醫交通費累計補助人次及經費⁶分別為 12 萬 4,105 人次、1 億 1,452 萬 8 千元(詳附表 2)，其中 104 年度自行搭機(船)轉診來臺就醫之總人數 2 萬 4,466 人次雖較 103 年度 2 萬 7,446 人次減少，惟仍較計畫未推動前(97 年度)自行搭機(船)轉診來臺就醫之總人數 2 萬 2,979 人增加，顯示該等離島地區醫療能量尚未符合在地需求，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。

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 104 年度赴臺灣本島就醫人次並未較計畫未推動前(97 年度)減少，除增加轉診交通支出、亦衍生後續醫療照護、安寧終老等問題，更凸顯離島地區醫療資源缺乏，無法滿足民眾需求，該部宜賡續檢討改善。

附表 1：醫學中心及重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不

第三期計畫」計畫(101-105 年)已於 100 年 12 月 29 日奉行政院核定，屆時將增加 127 名離島地區醫事人力。

三、衛生署於原住民及離島地區推動建置 HIS 系統及 PACS 系統等計畫。

⁶ 衛福部針對離島地區嚴重傷病患者自行搭機(船)轉診來台就醫交通費之補助經費係該部編列獎補助費而補助地方政府，非由醫學中心暨重度級急救責任醫院支援離島及偏遠地區計畫支應。

足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫經費編列範圍

項目		編列範圍	用途規定方式
業務費	專科醫師費用	每支援 1 人補助 30 萬元	依所定模式有上限規定。
	其他業務費	1. 人員訓練費用、講師鐘點費、臨時工資、轉診費用、印刷費、會議餐費、差旅費等與本案相關費用。 2. 轉診費之請領：費用標準依各縣市衛生局公告收費標準，並檢附救護車公司之收據、隨車人員支領費用之印領清冊向本署請領。	依所定模式有上限規定。
長期支援獎勵費		醫學中心由同 1 名專科醫師長期支援 1 年，則另獎勵醫學中心聘用該支援專科之醫師人力費用 1 年 360 萬元，獎勵費上限 720 萬元。	1. 派 1 名專科醫師支援 1 年獎勵 360 萬元/年，2 名以上 720 萬元/年(360 萬元*2)。 2. 同體系或本分院支援不得請領。 3. 每年期末報告(含品質指標)審查通過方得請領。
管理費		可支用於水、電瓦斯費大樓清潔費及電梯保養分攤費用、執行機構人員協辦計畫業務之加班費等費用。	1. 同體系或本分院支援不得請領。 2. 每年期末報告(含品質指標)審查通過方得請領。

※註：1. 資料來源，衛福部醫療發展基金提供。

附表 2：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	100	101	102	103	104	100-104 年度合計
合計	核銷人次	22,979	27,033	25,710	19,450	27,446	24,466	124,105
	補助經費	22,393	24,509	24,851	19,452	25,102	20,614	114,528
澎湖縣	核銷人次	14,146	18,745	16,729	9,358	16,538	13,871	75,241
	補助經費	11,950	14,250	15,280	8,344	13,923	11,045	62,842
金門縣	核銷人次	6,882	7,453	8,011	8,950	9,502	9,227	43,143
	補助經費	8,500	9,300	8,420	9,727	9,727	8,100	45,274
連江縣	核銷人次	758	822	970	1,142	1,406	1,368	5,708
	補助經費	1,192	955	1,151	1,381	1,452	1,469	6,408
臺東縣	核銷人次	1,193	13	0	0	0	0	13

補助經費	751	4	0	0	0	0	4
------	-----	---	---	---	---	---	---

※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。

參、全民健康保險紓困基金

五、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 106 年度預算案基金來源「政府其他撥入收入」2 億 1,272 萬 7 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⁷；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

7. 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。」

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，101 年度以前每年獲配數均逾支用數（詳附表 1），迄 101 年底累計賸餘款達 4,885 萬餘元；惟 102 年度起公益彩券回饋金獲配數低於支用數，致需由以前年度計畫執行賸餘款支應。尤以 105 年度預計支用數 2 億 9,296 萬 5 千元，已逾當年獲配數 2 億 9,096 萬 5 千元，預計由以前年度計畫執行賸餘款支應後，105 年底預計累計賸餘款僅 647 萬餘元。106 年度預計獲配數恰等於支用數而未產生短絀，惟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。

綜上，該基金因公益彩券回饋金獲配數自 104 年度起銳減，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。

附表 1: 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	292,048,083	-5,674,083	8,472,772
105	290,965,000	292,965,000	-2,000,000	6,472,772
106	212,727,000	212,727,000	0	6,472,772

※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)衛生福利部中央健康保險署全民健康保險紓困基金 105 年度及 106 年度預算書。

2. 99 年度賸餘款 797 萬 9,667 元已繳回國庫。
3. 105 年度支出數係預算數，106 年度支出數係預算案數。

肆、藥害救濟基金

六、104 年度救濟案件數雖低於 103 年度，惟 101 年度至 104 年度部分藥物頻仍出現於疑似藥物前 5 名，應妥為因應，以維用藥安全

藥害救濟基金 106 年度預算案「藥害救濟給付計畫」編列 3,882 萬 5 千元。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 (102.5.28-105.9.26)	救濟金額上限 (102.5.28-105.9.26)
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)104 年度救濟案件及金額雖低於 103 年度，惟部分藥物重複列於疑似藥物之頻率偏高，應妥為因應，俾防制藥害之發生

該基金 104 年度藥害救濟案件、給付決算數分別為 155 件及 2,750 萬元，均低於 103 年度之 168 件及 3,143 萬 4 千元，106 年度預計藥害救濟案件數及給付數分別為 188 件及 3,882 萬 5 千元，較 105 年度預算數增加，主要係預估救濟案件數增加所致（詳附表 2）。惟依據 101 年度至 104 年度經審議給予救濟案件之疑似藥物排名前 5 名統計表（詳附表 3），其中 Allopurinol 及 Phenytoin 已多年列為疑似藥物前 5 名，衛福部宜瞭解該等藥物是否與國際情況一致或係我國民眾特殊反應等妥為因應，俾防制藥害之發生。

綜上，104 年度總救濟案件數及金額雖較 103 年度下降，惟部分藥物已多年列於救濟案件之前 5 大疑似藥物名單，衛生福利部允應注意並妥為因應，以維國人用藥安全。

附表 2：藥害救濟基金救濟情況表

單位：件；新台幣元

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 年度決算	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	46	22,610,000	491,522
障礙給付	5	1,789,000	357,800
嚴重疾病給付	104	3,101,278	29,820
合計	155	27,500,278	—
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	—
106 年度預算	救濟案數	救濟金額	平均每案救濟金額
死亡給付	55	27,500,000	500,000
障礙給付	8	7,200,000	900,000
嚴重疾病給付	125	4,125,000	33,000
合計	188	38,825,000	—

※註：1. 資料來源，衛生福利部。

附表 3：經審議給予救濟案件之疑似藥物排名前 5 名統計表

101 年度	件數	102 年度	件數	103 年度	件數	104 年度	件數
Allopurinol	43	Allopurinol	27	Allopurinol	32	Allopurinol	19
Phenytoin	21	Mefenamic acid	7	Phenytoin	18	Phenytoin	11
Pyrazinamide	16	Diclofenac	6	Diclofenac	9	Rifampicin/isoniazid/pyrazinamide(單方或複方)	9
Isoniazid	15	Phenytoin	6	Lamotrigine	9	Carbamazepine	6
Rifampin	15	Sulfasalazine	6	Ibuprofen	7	Vancomycin	6

※註：1. 資料來源，衛生福利部。
2. 一案例可能有一種以上之疑似藥物引起不良反應。

伍、菸害防制及衛生保健基金

七、104 年度 4 大癌症篩檢人數均未達預定目標，亦低於 103 年度篩檢人數；另南投縣嚼食檳榔率為全國第 4，惟 104 年度口腔癌篩檢率不升反降，允宜檢討篩檢率下降原因，並積極改善

菸害防制及衛生保健基金 106 年度預算案，癌症防治工作 37 億 7,193 萬 6 千元，其中 4 大癌症(乳癌、直結腸癌、口腔癌及子宮頸癌)篩檢經費編列 24 億 9,111 萬 6 千元(詳附表 1)。經查：

(一) 104 年度 4 大癌症實際篩檢人數合計僅 498 萬 3 千人，較預計數 534 萬 6 千人為低，亦低於 103 年度實際數 521 萬 3 千人

依衛福部提供資料，104 年度 4 大癌症實際篩檢人數合計 498 萬 3 千人，不僅低於預計數 534 萬 6 千人，亦低於 103 年度實際篩檢人數 521 萬 3 千人(詳附表 2)。由於 4 大癌症篩檢可早期發現癌症或癌前病變，經治療後可降低死亡率，並阻斷癌前病變進展為癌症，爰篩檢人數減少恐不利於癌症防治。

(二)嚼檳榔率雖從 96 年度之 17.2%降至 104 年度之 8.8%，惟嚼

檳率第 4 高之南投縣，104 年度口腔癌篩檢率反低於 103 年度

依「第 2 期國家癌症防治計畫－癌症篩檢」，口腔癌為國人特有癌症，主要係因嚼檳榔習慣所致，據衛福部統計，口腔癌 101 年度死亡人數 2,566 人，居癌症死因之第 5 位，影響國人健康甚鉅；另依衛福部統計，10 名口腔癌患者，9 人有嚼檳榔習慣⁸，足見嚼食檳榔與口腔癌關係之密切性。

我國 18 歲以上男性嚼檳榔率從 96 年度 17.2% 降至 104 年度之 8.8%⁹，雖達原定目標，惟倘檢視 104 年度嚼食檳榔率前 5 名之臺東縣、花蓮縣、嘉義縣、南投縣及雲林縣（詳附表 3），與全國平均嚼食檳榔率差距頗大，恐增加罹患口腔癌之風險。尤其嚼檳率第 4 之南投縣，103 年度口腔癌篩檢率為 55.5%，104 年度反降為 52.0%，由於篩檢率降低，恐難達到早期發現早期治療之效果，爰建議國健署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，104 年度 4 大癌症篩檢人數未達預定目標，且嚼檳率較高之南投縣，其 104 年度口腔癌篩檢率反低於 103 年度，允應檢討改善，俾提升菸捐運用效益及癌症防治效果。

附表 1：菸害防制及衛生保健基金癌症篩檢支出表

單位：新台幣千元

癌 症 篩 檢 項 目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
提供 40 歲至 44 歲高危險群及 45 歲至 69 歲婦女乳癌篩檢	970,102	950,961	1,075,268	1,103,150
提供 50 至未滿 74 歲民眾結直腸癌篩檢	288,607	246,501	355,000	323,466
高危險群民眾口腔黏膜檢查	139,888	133,797	168,750	140,000

⁸ 參考衛生福利部國民健康署健康九九網站資料。

⁹ 參考衛福部國健署網頁資料。

癌症篩檢項目	103年度	104年度	105年度	106年度
(18歲嚼檳榔(含已戒)之原住民或30歲以上吸菸及嚼檳榔(含已戒)人口)				
拒絕抹片婦女人類乳突病毒檢測	-	-	20,000	-
子宮頸癌篩檢服務(30歲以上婦女)	935,649	902,454	860,000	924,500
合計	2,334,246	2,233,713	2,479,018	2,491,116

※註：1. 資料來源，菸害防制及衛生保健基金提供。

附表 2：菸害防制及衛生保健基金癌症篩檢成效簡表(預計及實際篩檢人數)

癌症篩檢項目	103年度實際成效	104年度		105年度	106年度
		預計	實際		
提供40歲至44歲高危險群及45歲至69歲婦女乳癌篩檢	完成 77.9 萬人，早期發現 3,680 名乳癌個案	完成 99.8 萬人	完成 76.4 萬人，早期發現 3,701 名乳癌個案	預計完成 86.3 萬人	預計完成 88.6 萬人
提供 50 至未滿 74 歲民眾結直腸癌篩檢	完成 125.2 萬人，早期發現大腸息肉 3 萬 6,229 人及大腸癌 2,490 個案。	完成 120 萬人	完成 118.1 萬人，早期發現大腸息肉 3 萬 3,529 人及大腸癌 2,352 個案	預計完成 140.4 萬人	預計完成 124.4 萬人
高危險群民眾口腔黏膜檢查(18歲嚼檳榔(含已戒)之原住民或30歲以上吸菸及嚼檳榔(含已戒)人口)	完成 100.6 萬人，早期發現癌前病變 4,370 人及 1,395 名口腔癌個案。	完成 99.8 萬人	完成 93.9 萬人，早期發現癌前病變 4,115 人及 1,362 名口腔癌個案。	預計完成 112.5 萬人	預計完成 93.3 萬人
子宮頸癌篩檢服務(30歲以上婦女)	完成 217.6 萬人，早期發現癌前病變 10,890 人及 4,220 名子宮頸癌個案。	215 萬人	完成 209.9 萬人，早期發現癌前病變 10,474 人及 4,014 名子宮頸癌個案。	預計完成 200 萬人	預計完成 215 萬人

※註：1. 資料來源，菸害防制及衛生保健基金提供。

附表 3：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 名縣市			口腔癌篩檢率 (2 年率)	
排序	縣市名	嚼食檳榔率	103 年 (篩檢日期 102/01/01- 103/12/31)	104 年 (篩檢日期 103/01/01- 104/12/31)
1	臺東縣	21.5%	53.3%	59.9%
2	花蓮縣	17.2%	56.9%	62.8%
3	嘉義縣	16.4%	52.5%	57.0%
4	南投縣	13.7%	55.5%	52.0%
5	雲林縣	12.2%	49.1%	52.7%
全國平均		8.8%	54%	56.1%

※註：1. 資料來源，菸害防制及衛生保健基金提供。

八、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 106 年度預算案菸害防制工作 15 億 8,657 萬 4 千元，癌症防治工作 37 億 7,193 萬 6 千元，經查：

(一) 菸捐半數補助全民健保，且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 104 年底已課徵 14 年。按 105 年 10 月 7 日修正發布之菸品健康福利捐分配及運作辦法，其中菸品健康福利捐補助全民健保比率已降為 50%，且以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¹⁰之用。多年來國健署持續運用該基金推動菸害防制，

¹⁰ 依菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條第 2 款，24.2% 供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。

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』」¹¹，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 1.69 倍，顯示菸害防制與癌症防治仍待改善

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¹²」，由 85 年之每 10 萬人口 25.88 人提升至 101 年之每 10 萬人口 35.37 人；尤其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 27.13 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 1.69 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	43.07	21.69	32.40

¹¹ 參考衛生福利部「國家癌症防治計畫將邁入第三期 強化受惠一生的『預防』」新聞稿，103 年 2 月 4 日。

¹² 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
95	42.82	22.36	32.51
96	44.38	23.51	33.80
97	44.07	23.21	33.40
98	46.39	26.01	35.88
99	44.98	24.83	34.52
100	45.10	25.33	34.74
101	44.53	27.13	35.37

※註：1. 資料來源，政府資料開放平台/癌症發生統計。資料查詢日期 105 年 10 月 6 日。

2. 102 年度統計資料僅列示各縣市肺、支氣管及氣管癌症之人口標準化發生率，未含全國平均資料，爰未計列。

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 1.69 倍，顯示菸害防制與癌症防治之成效不彰，宜研謀改善。

九、106 年度菸害防制經費較 99 年度倍增，惟 104 年度吸菸率 17.1 %反較 103 年度之 16.4%增加，且為 7 年來首度未減反升，允宜檢討改善

菸害防制及衛生保健基金 106 年度預算案編列菸害防制工作 15 億 8,657 萬 4 千元，較 105 年度預算數 11 億 4,756 萬 1 千元，增加 4 億 3,901 萬 3 千元。經查：

(一)106 年度菸害防制經費編列 15 億 8,657 萬 4 千元，已較 99 年度之 7 億 8,702 萬元，增加 1 倍

國健署為推動菸害防制工作，於菸害防制及衛生保健基金編列菸害相關防治經費，從 99 年度 7 億 8,702 萬元逐年遞增至 104 年度之 12 億 9,913 萬 2 千元，105 年度雖略降為 11 億 4,756 萬 1 千元，惟 106 年度又增加至 15 億 8,657 萬 4 千元（詳附表 1），尤以 99 年度至 106 年度菸害防制經費已增加一倍，顯示政府對於菸害防制工作之重視。

(二)吸菸率從 99 年度 19.8%逐年降低，惟 104 年度國人吸菸率 17.1%，反而較 103 年度 16.4%增加，且為 7 年來首度上升

菸害防制法新規定自 98 年 1 月 11 日實施至今 7 周年，已逐步完成擴大禁菸場所範圍、實施新版菸品健康警示圖文、嚴禁菸品廣告、提高菸捐、推動二代戒菸等全面多元服務，7 年來已減少 76 萬名癮君子。另為免國人受二手菸害，國民健康署逐年擴大禁菸場所範圍，自 103 年 4 月 1 日起國家公園指定區域及公園綠地等，除吸菸區外不得吸菸。國人吸菸率從 99 年度至 103 年度分別為 19.8%、19.1%、18.7%、18.0%及 16.4%，呈現逐年降低趨勢，惟 104 年度反而增加至 17.1% (詳附表 2)，且為 7 年來首度上升。據該基金表示，此係因菸捐 7 年來未能調漲，以價制量之效果已遞減，爰吸菸率不降反升¹³。

綜上，歷經多年菸害防制工作，我國吸菸率雖自 99 年度逐年下降，惟 104 年度吸菸率升至 17.4%，且為 7 年來首度上升，允應檢討改善，設定目標加強辦理，以有效降低國人吸菸率，俾利國民健康。

附表 1：菸害防制及衛生保健基金菸害防制計畫說明表

單位：新台幣千元

年度	99	100	101	102	103	104	105	106
金額	787,020	819,732	926,188	1,052,822	1,203,814	1,299,132	1,147,561	1,586,574

※註：1. 資料來源，菸害防制及衛生保健基金。

2. 99 年度至 104 年度為決算數，105 年度為預算數，106 年度為預算案數。

附表 2：台灣 18 歲以上成年人吸菸率表

單位：新台幣千元

年度	99	100	101	102	103	104
整體	19.8%	19.1%	18.7%	18.0%	16.4%	17.1%

¹³ 106 年度菸害防制及衛生保健基金預算書 4-15 頁。

※註：1. 資料來源，參考國健署 2015 年年報。

陸、預防接種受害救濟基金

一〇、106 年度「審議時效」及「救濟給付時效」目標值訂定過於保守，宜參酌以前年度實際達成情形調整目標值

預防接種受害救濟基金 106 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。該基金 106 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)106 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 106 年度關鍵績效指標，包括：

「審議時效」及「救濟給付時效」，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)104 年度及 105 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 106 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，106 年度設定之目標值分別為 80 天及 50 天，104 年度實際達成情形分別為 70.2 天及 48.1 天，而 105 年度（截至 6 月底止）實際達成情形則分別為 57.5 天及 29.7 天，上開 2 項關

鍵績效指標於 104 年度及 105 年度 6 月底止之實際審定天數均較 106 年度目標值為少，故 106 年度目標值訂定實過於保守。

綜上，106 年度「審議時效」目標值較 104 年度及 105 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

一一、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轉換後無縫接軌，並善用戶政、入出境等資訊，提醒易延遲接種族群，俾降低防疫缺口

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 106 年度預算案基金用途「疫苗接種計畫」編列 900 萬元，包括：

- (一)因應新版全國性預防接種資訊管理系統上線及推廣預防接種業務電子化所需之掃描器等設備 400 萬元。
- (二)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 500 萬元。

經查：

- (一)為提升改善預防接種資料管理之功能與效能，105 年度辦理全國性預防接種資訊管理系統改版作業，106 年度擴充功能

依「全國性預防接種資訊管理系統」(National Immunization Information System，簡稱 NIIS)改版計畫書，NIIS 於 92 年建置迄今逾 10 年，基於預防接種業務之推動效率及防疫需求，105 年度將疾病管制署及 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，以提升資料管理安全性及改版功能與效能。106 年度編列 900 萬元係屬後續設備及系統功能擴充經費。

(二)應確保系統轉換無縫接軌，俾利業務推動，並善用戶政、入出境管理資訊與 NIIS 勾稽，以提供疫苗接種資訊予易漏失族群，俾降低防疫缺口

基於 NIIS 系統之全面改版及效能提升遍及全國各地系統，且系統涉及全國接種資料管理、疫苗進出庫管控、追蹤催注及接種率統計彙算等，應請疾病管制署注意改版時效、系統版本之提升及各地使用者需求，以確保改版轉換無縫接軌，俾利業務遂行。此外，由於 102 年度「充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫」曾敘明最易漏失或延遲疫苗接種之族群為外籍配偶之幼兒及台商子女等，允宜運用戶政、入出境管理資訊與 NIIS 系統勾稽，有效追蹤並取得該族群幼兒接種資料而提醒接種，爰建議疾管署審慎研議，俾降低防疫缺口。

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，105 年度業辦理全國性預防接種資訊管理系統改版，106 年度進行後續功能擴充，惟 NIIS 系統遍及全國各地，應確保改版轉換無縫接軌，後續功能擴充亦應符實需，並建議善用戶政、入出境管理資訊與 NIIS 系統勾稽，追蹤易漏失或延遲疫苗接種族群，俾降低防疫缺口及順利推動業務。

捌、食品安全保護基金

一二、「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 106 年

度預算案，係為落實食品安全衛生管理法第 56 條之 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 106 年度基金來源 1,200 萬元，包括：違規罰款收入 960 萬元、國庫撥款收入 40 萬元及接受各界主動捐款之捐贈收入 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¹⁴1,040 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 160 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

14. 食品安全衛生管理法第 56 條之 1 第 4 項規定：「第 1 項基金之用途如下：一、補助消費者保護團體因食品衛生安全事件依消費者保護法之規定，提起消費訴訟之律師報酬及訴訟相關費用。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、補助勞工因檢舉雇主違反本法之行為，遭雇主解僱、調職或其他不利處分所提之回復原狀、給付工資及損害賠償訴訟之律師報酬及訴訟相關費用。四、補助依第 43 條第 2 項所定辦法之獎金。五、補助其他有關促進食品安全之相關費用。」

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

103 年度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。

尤以 104 年度該基金用途「食品安全保護計畫」預算數 4,100 萬元，決算數僅 805 萬餘元，執行率不及 20%，據衛福部表示係實際僅受理 5 件消費者保護團體申請補助案，較預計為少¹⁵，惟倘衛福部或食藥署單位預算足數支應或可勻支，直接由公務預算補助訴訟等費用仍屬可行。

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，允宜審酌該基金設立必要性。

玖、生產事故救濟基金

¹⁵ 依據衛福部食藥署食品安全保護基金 104 年度預算書，其中預估補助消費訴訟相關費用，團體為 20 件，個人為 10 件。

一三、允應儘速依法訂定基金收支保管及運用辦法，俾基金順利運作

「生產事故救濟基金」係於 106 年度設置，依該基金 106 年度預算案，係為辦理生產事故救濟條例所定業務而設立，以落實由救濟制度承擔婦女生產風險之工作，推動醫療及助產機構風險管控及事故預防等品質提升機制。

該基金 106 年度基金來源別編列「健康福利捐分配收入」1 億 1,000 萬元，係獲配之菸品健康福利捐收入；基金用途編列 1 億 1,000 萬元，係生產事故計畫 1 億 0,960 萬元：包括產婦死亡給付、胎兒或新生兒死亡給付、極重度障礙給付、重度障礙給付、中度障礙給付、子宮切除致喪失生殖機能給付、經中央主管機關認定其他於身體或健康有重大不治或難治之傷害給付等，以及一般行政管理費用 40 萬元。

按預算法第 21 條規定：「政府設立之特種基金，除其預算編製程序依本法規定辦理外，其收支保管辦法，由行政院定之，並送立法院。」準此，特種基金之收支保管及運用辦法應經行政院核定，並送立法院。查生產事故救濟基金係按生產事故救濟條例第 7 條規定設立，行政院核定自 106 年度起循預算程序設置。衛福部表示，自 106 年度起該部將健康照護基金及社會福利基金整併為衛生福利特別收入基金，刻正擬具「衛生福利特別收入基金收支保管及運用辦法」草案，俟完成相關行政作業程序後，將報行政院核定。由於生產事故救濟基金亦屬上開特收基金之一部，爰將適用該特收基金收支保管及運用辦法，不另訂收支保管及運用辦法。該部允應儘速完備基金收支保管及運用辦法訂定程序並送本院。

綜上，生產事故救濟基金為依據生產事故救濟條例第 7 條規定新設基金，為有效達成基金設立目的，衛福部允應儘速依法訂

定基金收支保管及運用辦法，以為基金運作遵循，俾發揮保障婦女生產醫療風險之效益。

拾、醫療藥品基金

一四、整體營運績效雖略有提升，惟部分醫院仍虧損嚴重，且仰賴政府經費補助甚深，宜有效開源節流，以達到收支平衡目標

依該基金 106 年度附屬單位預算書及提供之衛生福利部公務預算補助投資所屬各醫療機構預、決算（不含母基金）資料顯示，各部立醫院 106 年度預算本期賸餘為 9 億 0,934 萬 7 千元（含政府補助款，下同），較 105 年度預算賸餘 8 億 2,528 萬 7 千元，增加 8,406 萬元；及較 104 年度決算賸餘 9 億 4,877 萬 4 千元，減少 3,942 萬 7 千元。經查：

（一）不含公務預算之補助收入，仍虧損嚴重且未見明顯改善

106 年度衛生福利部編列對所屬醫院之補助經費計 35 億 3,633 萬 4 千元，補助項目包括：人事費 24 億 5,097 萬 3 千元、原由銓敘部統籌科目支出之早期退休公務人員生活特別困難年節特別照護金、舊制年資退休金等經費 10 億 4,268 萬 5 千元、結核及胸腔病防治業務費 117 萬 6 千元、漢生病巡迴檢診費用 400 萬元、補助澎湖及金門營運維持費 2,350 萬元，及樂生療養院園區整體發展計畫 1,400 萬元。復查 106 年度醫療藥品基金預算案編列本期賸餘（含母基金）9 億 0,502 萬 8 千元，惟若扣除公務預算編列之補助收入 35 億 3,633 萬 4 千元及教學補助收入 5,256 萬元，實際預算短絀高達 26 億 8,386 萬 6 千元，虧損情形仍相當嚴重，且未見明顯改善。

（二）不含公務預算之補助收入，14 家醫院 104 年度本期短絀決算數逾 1 億元

本期賸餘(短絀)係指本期收入減除支出後之餘額，常用以衡量整體經營成果，該基金 104 年度決算本期短絀數(不含政府補助款)逾 1 億元之醫院計有(詳附表 1)：臺北醫院 1 億 3,954 萬 2 千元、桃園醫院 1 億 0,255 萬 3 千元、臺中醫院 1 億 2,128 萬元、嘉義醫院 1 億 4,506 萬 1 千元、新營醫院 1 億 0,917 萬 8 千元、臺南醫院 1 億 9,982 萬 8 千元、澎湖醫院 1 億 0,774 萬 7 千元、屏東醫院 1 億 0,988 萬 4 千元、臺東醫院 1 億 0,821 萬 3 千元、花蓮醫院 1 億 7,429 萬 4 千元、金門醫院 1 億 5,650 萬 6 千元、草屯療養院 1 億 1,490 萬 2 千元、樂生療養院 1 億 1,749 萬 2 千元及胸腔病院 1 億 3,373 萬 3 千元，虧損情形甚為嚴重。

依預算法第 4 條規定，稱作業基金者，為凡經付出仍可收回，而非用於營業者，亦即能自給自足可循環運用者，惟衛生福利部所屬醫院長期接受公務預算補助，實有違作業基金自給自足之精神。縱使部立醫院在推動國家醫療衛生政策與社會公共責任有其存在價值，需要政府合理之公務預算補助，惟在計算補助部立醫院之公務預算，宜個別精算負擔公務任務之成本，輔以考核政策落實情形，進而計算出補助之公務預算金額，始能明確區隔經營管理責任與衛生政策責任。

綜上，現行醫療體制逐漸從「政府籌資、政府提供」轉向「政府籌資、私人提供」，而民間醫療資源充沛，正削減部立醫院擔負之公共任務，壓縮部立醫院醫療市場空間。基此，為因應醫療環境變遷，各部立醫院應提昇服務品質，改善營運體質及績效，以達成高品質醫療照護目標，並提供民眾優質就醫環境，以發揮公立醫療體系服務效能。

附表 1：104 年度至 106 年度衛福部所屬醫院損益情形分析表
單位：新台幣千元

醫院別	年度	含政府補助款之 本期賸餘(短絀) (A)	政府補助款(衛生 福利部公務預算) (B)	不含政府補助款之 本期賸餘(短絀) (C= A - B)
基隆醫院	104	75,292	137,531	-62,239
	105	61,654	125,181	-63,527
	106	66,039	125,181	-59,142
臺北醫院	104	100,336	239,878	-139,542
	105	105,030	206,428	-101,398
	106	111,616	206,428	-94,812
桃園醫院	104	141,246	243,799	-102,553
	105	131,557	217,475	-85,918
	106	154,712	217,475	-62,763
苗栗醫院	104	45,387	98,244	-52,857
	105	35,197	99,237	-64,040
	106	35,563	99,237	-63,674
豐原醫院	104	92,258	122,118	-29,860
	105	91,491	94,685	-3,194
	106	97,728	94,685	3,043
臺中醫院	104	70,400	191,680	-121,280
	105	58,502	169,444	-110,942
	106	60,260	169,444	-109,184
彰化醫院	104	46,037	106,337	-60,300
	105	44,736	99,150	-54,414
	106	43,070	99,150	-56,080
南投醫院	104	64,733	146,988	-82,255
	105	33,149	157,587	-124,438
	106	63,154	157,587	-94,433
嘉義醫院	104	7,031	152,092	-145,061
	105	3,613	134,362	-130,749
	106	-455	134,362	-134,817
朴子醫院	104	609	85,016	-84,407
	105	-1,621	88,444	-90,065
	106	494	88,444	-87,950
新營醫院	104	1,064	110,242	-109,178
	105	-534	122,245	-122,779
	106	1,660	122,245	-120,585
臺南醫院	104	29,774	229,602	-199,828
	105	29,370	232,122	-202,752
	106	29,630	232,122	-202,492
旗山醫院	104	41,831	82,246	-40,415
	105	40,203	83,904	-43,701
	106	41,340	83,904	-42,564
澎湖醫院	104	2,483	110,230	-107,747
	105	3,421	96,016	-92,595
	106	2,937	94,016	-91,079

醫院別	年度	含政府補助款之 本期賸餘(短絀) (A)	政府補助款(衛生 福利部公務預算) (B)	不含政府補助款之 本期賸餘(短絀) (C= A - B)
屏東醫院	104	40,643	150,527	-109,884
	105	20,781	153,836	-133,055
	106	35,737	153,836	-118,099
恆春旅遊醫院	104	12,031	45,952	-33,921
	105	7,785	45,473	-37,688
	106	7,748	45,473	-37,725
臺東醫院	104	19,020	127,233	-108,213
	105	2,471	138,755	-136,284
	106	-2,279	138,755	-141,034
花蓮醫院	104	2,920	177,214	-174,294
	105	5,292	192,970	-187,678
	106	3,430	192,970	-189,540
金門醫院	104	-37,430	119,076	-156,506
	105	-18,569	114,342	-132,911
	106	-18,670	110,342	-129,012
玉里醫院	104	24,684	107,696	-83,012
	105	21,845	126,201	-104,356
	106	17,032	126,201	-109,169
桃園療養院	104	59,588	126,695	-67,107
	105	49,748	151,338	-101,590
	106	57,260	151,338	-94,078
八里療養院	104	13,777	86,994	-73,217
	105	9,373	86,066	-76,693
	106	10,804	86,066	-75,262
草屯療養院	104	34,312	149,214	-114,902
	105	31,061	178,786	-147,725
	106	36,962	178,786	-141,824
嘉南療養院	104	18,996	76,178	-57,182
	105	17,277	93,708	-76,431
	106	15,402	93,708	-78,306
樂生療養院	104	22,772	140,264	-117,492
	105	24,428	138,247	-113,819
	106	21,642	152,247	-130,605
胸腔病院	104	18,979	152,712	-133,733
	105	18,027	184,354	-166,327
	106	16,531	182,332	-165,801
合計	104	948,774	3,515,758	-2,566,984
	105	825,287	3,530,356	-2,705,069
	106	909,347	3,536,334	-2,626,987

※註：1. 資料來源，106 年度醫療藥品基金附屬單位預算案，衛生福利部公務預算補助之政府補助款數據，係該基金提供。
2. 公務人員舊制年資退休撫卹等經費原編列於醫療藥品基金(統籌部

- 分)，95 年度起由各醫院編列。公費床照護收入不列入政府補助款。
3. 不含政府補助款之盈虧，未扣除公務補助對獎勵金之影響數。
 4. 104 年度為決算數，105 年度為法定預算數，106 年度為預算案數。
 5. 本表因千元以下四捨五入之故，存有尾數差異。

一五、臺中醫院近 3 年醫療收入逐年遞減，恐延長「臺中醫院長期照護大樓擴建工程」之投資成本回收期間，允宜檢討改善

醫療藥品基金 106 年度預算案「固定資產建設改良擴充明細表」之分年性計畫，其中房屋及建築合計編列 3 億 8,011 萬 3 千元，包括臺中醫院「長期照護大樓擴建工程」經費 1 億 4,026 萬 4 千元。經查：

(一)臺中醫院長期照護大樓擴建工程之投資成本預估需 48 年始可回收，回收期間甚長

查衛福部臺中醫院長期照護大樓擴建計畫於 101 年 9 月業經行政院核定，該計畫總經費為 5 億 9,398 萬 5 千元(詳附表 1)，期程自 101 年至 108 年，其中 106 年度編列 1 億 4,026 萬 4 千元。至於該投資計畫之成本效益分析及興建後效益部分，該院原係依 99 年度服務醫療總收入 19 億餘元為基礎，在有限健保經費及順應醫療發展下，以每年成長 2%比率推估，該院興建新長期照護大樓可補足擴建大樓及購置設備攤提折舊，並預估投資成本需 48 年始可回收，接近行政院主計總處 98 年修訂版財務標準分類「房屋建築及設備分類明細表」醫療用房屋鋼筋混凝土最低使用年限 55 年，爰預估該計畫案於建築物使用年限前可回收成本，惟回收期間甚長。

(二)臺中醫院 104 年度醫療收入已連續 2 年減少，存有隱憂

臺中醫院 102 年度至 104 年度醫療收入分別為 18 億 2,724 萬 7 千元、18 億 2,630 萬 7 千元以及 18 億 1,821 萬 5 千元(詳

附表 2) ，呈現逐年降低趨勢，另審計部亦提出該院 104 年度門診病患醫療人次及住院病患醫療人日決算數已連續 2 年減少，由於該院近年經營實況，與上開投資計畫原預估每年醫療服務收入成長 2% 之情況有間，致該投資計畫是否能於投資 48 年後回收，恐有隱憂。

綜上，臺中醫院長期照護大樓擴建工程投資成本原預估 48 年後可回收，惟近 3 年該院醫療收入呈現遞減趨勢，與原預估每年成長情況有間，恐延後投資回收時間，宜檢討改進，俾增績效。

附表 1：臺中醫院長期照護大樓擴建工程經費分年編列明細表

單位：新台幣千元

	105 年度	106 年度	107 年度	108 年度	完成 30% 之綜合規劃設計費	合計
小計	174,647	140,264	190,409	66,814	21,851	593,985

※註：1. 資料來源，醫療藥品基金 106 年度預算書。

附表 2：臺中醫院 102 年度至 104 年度醫療收入明細表

單位：新台幣千元

年度	102	103	104
醫療收入	1,827,247	1,826,307	1,818,215

※註：1. 資料來源，醫療藥品基金 104 年度至 106 年度預算書。

2. 102 年度至 104 年度為決算審定數。