

衛生福利部(不含社會福利部分)、疾病管制署、中央健康保險署、國家中醫藥研究所 115 年度單位預算評估報告目錄

頁次

壹、綜合部分	1
一、配合補助辦法修訂，115 年度預算案將計畫型補助項目改編列為一般性補助款，致計畫編列基礎與往年迥異，允宜妥適說明，俾利預算審議	1
二、辦理「第 2 期優化兒童醫療照護計畫」，惟 113 年度兒童重症運送專業團隊實際數未達目標，另部分基層院所未納入合作網絡或缺乏兒科緊急醫療資源等項目，均待改善	3
貳、衛生福利部	7
三、近來醫院因網路攻擊而影響正常營運之事件頻傳，另緊急醫療救護智能平台因功能完整性及便捷不足而降低使用意願，允宜檢討改善以提升醫療關鍵基礎設施韌性	7
四、新增辦理「衛福數位基礎建設計畫」，然未於 115 年度預算案送本院審議前完成核定，該計畫既為其他計畫辦理基礎，允宜審慎規劃，避免影響計畫進程	9
五、辦理重點科別培育公費醫師制度尚未公布計畫，學士後醫學系公費生是否續辦無從知悉，允宜妥適規劃，並宜就前期計畫招生未如預期等情事研謀改善	12
六、賡續辦理「護理人力政策整備中長程計畫」，惟 113 年度醫學中心與區域醫院護理人員離職率仍高於 COVID-19 疫情前，留任效果尚待改善	14
七、我國平均藥師數高於 OECD 會員國，惟分布不均，醫學中心和區域醫院藥師短缺，允宜研謀及強化相關留任措施	16
八、新增辦理「離島地區急重症轉診後送精進計畫」，惟前期計畫曾發生未訂救護飛機管理規範、空中轉診後送時間逾目標值、救護人員受訓率未理想等情事，允宜檢討改善	18

九、新增辦理之「口腔智慧醫療與產業永續發展計畫」透明度不足，另「國民口腔健康促進計畫第二期」尚有 65 歲以上人口平均自然齒數等 4 項指標實際值未達目標，允宜研謀改善	20
一〇、113 年度國人自殺標準化死亡率、15 至 24 歲自殺粗死亡率皆為 109 年度以來最高，另部分市縣老人憂鬱症篩檢率偏低，亟待改善	22
一一、部分市縣毒防中心個案管理人員進用人數未符預期，留任比率亦偏低，允宜檢討改善，以利藥癮個案管理服務	25
參、疾病管制署	27
一二、新增辦理「我國加入 WHO 2035 消除結核第三期計畫」，惟 113 年度山地原鄉結核病發生率達全國 2.5 倍，且部分地區發生率上升，允宜妥謀善策	27
一三、新增辦理之「韌性防疫安全網資訊基盤經費」及「國家防疫一體聯合行動方案」，僅提供計畫概述，惟部分辦理項目未臻明確，或與既有計畫雷同度高，允宜審酌	30
一四、113 至 114 年 8 月底止流感併發重症個案為 110 年度以來新高，且 113 年度高齡者、兒少年(學生族群)及學齡前幼兒流感疫苗接種率低於目標，均待改善	33
一五、113 年度新增通報愛滋感染人數較 112 年度增加，而新增梅毒感染人數亦高於 112 年度，且年齡有下降趨勢，允宜檢討改善，以提升防治成效	35
肆、中央健康保險署	37
一六、新增辦理「健康福利智慧轉型服務」及「建構智慧化在宅醫療生態系」計畫，然在宅醫療業務曾有建置之平台使用率偏低情形，允宜檢討改善	37
一七、為減少病人重複檢驗(查)，持續獎勵醫療院所上傳檢驗(查)結果，惟部分基層醫事機構上傳率偏低，允宜檢討改善	40
一八、廣續辦理「健保醫療平權數位升級計畫」，惟 113 年度參與電子處方箋試辦家數未達目標，且截至 114 年 6 月底止提供虛擬健保卡服務家數有限，允宜檢討改善	42

伍、國家中醫藥研究所-----	44
一九、115 年度起新增辦理「奈米中藥成分分析技術之開發」等 4 項計畫，允宜 參酌相關研究成果，以提升中藥領域之拓展應用 -----	44
二〇、辦理「新南向醫衛合作與產業鏈發展」計畫，為確保新南向國家試種之 藥用植物符合我國規範，允宜周妥管理機制，俾利後續推動 -----	45

衛生福利部(不含社會福利部分)、疾病管制署、中央健康保險署、國家中醫藥研究所 115 年度單位預算評估報告

配合行政院組織再造，衛生福利部(下稱衛福部)於 102 年 7 月 23 日成立，由前行政院衛生署與內政部轄下之社會司、兒童局、國民年金監理會、家庭暴力及性侵害防治委員會與教育部所屬國立中國醫藥研究所等整合而成。衛福部主管 115 年度預算案編列歲入合計 33 億 1,830 萬元，較 114 年度預算數 31 億 6,904 萬元增加 1 億 4,926 萬元，增幅 4.71%；歲出合計編列 3,556 億 7,265 萬 9 千元，較 114 年度法定預算數(含追加)3,693 億 6,909 萬 2 千元，減少 136 億 9,643 萬 3 千元，減幅 3.71%；另衛福部主管於 115 年度總預算案「直轄市及縣市政府」科目之「一般性補助款-衛生福利部主管」編列 336 億 6,339 萬 6 千元(詳表 1)。謹就衛福部(不含社會福利部分)、疾病管制署、中央健康保險署，及國家中醫藥研究所 115 年度預算案評估如下：

表 1 115 年度中央政府總預算案「一般性補助款—衛福部主管」編列概況表

單位：新臺幣千元

科目	金額
一般性社會保險補助—中央健康保險署	62,341
一般性社會救助補助—衛生福利部	359,816
一般性福利服務補助—社會及家庭署	30,963,477
一般性醫療保健補助—衛生福利部	2,197,001
一般性醫療保健補助—疾病管制署	80,761
一般性補助款—衛生福利部主管	33,663,396

資料來源：115 年度中央政府總預算案歲出機關別預算表。

壹、綜合部分

一、配合補助辦法修訂，115 年度預算案將計畫型補助項目改編列為一般性補助款，致計畫編列基礎與往年迥異，允宜妥適說明，俾利預算審議

衛福部 115 年度預算案編列歲出 2,912 億 7,786 萬 8 千元，

較 114 年度法定預算數(含追加)2,782 億 784 萬 3 千元¹增加 130 億 7,002 萬 5 千元，倘加計一般性補助款 25 億 5,681 萬 7 千元後(詳表 1)，則衛福部 115 年度可執行預算案數將較 114 年度預算數增加 156 億餘元。

表 1 115 年度總預算案衛生福利部一般性補助款編列概況表

單位：新臺幣千元

項目	115 年度預算數
一般性社會救助補助—衛生福利部(A)	359,816
一般性醫療保健補助—衛生福利部 (B) (1 至 9 項)	2,197,001
1. 韌性國家醫療整備計畫	180,000
2. 全民心理健康韌性計畫	18,000
3. 強化社會安全網 2.0	1,671,682
4. 身心障礙照顧服務資源布建計畫	214,217
5. 國民口腔健康促進計畫第二期	12,800
6. 辦理原住民族及離島地區醫療照護服務等業務	47,867
7. 加強原住民族及離島地區醫療保健服務	33,685
8. 第 2 期優化兒童醫療照護計畫	11,250
9. 打造永續共好地方創生計畫	7,500
合計(A+B)	2,556,817

資料來源：整理自衛福部 115 年度預算書。

中央政府依財政收支劃分法(下稱財劃法)及地方制度法²規定編列補助地方政府經費，並訂有中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法(下稱補助辦法)，該辦法屬法規命令位階；據 114 年 8 月 29 日修正前之補助辦法規定，補助地方政府經費分為一般性、計畫型及專案補助款，一般性補助款按基本財政收支差短與定額設算項目予以補助，其預算編列於總預算之「直轄市及縣市政府」科目，而後 2 項編列於中央政府各機關歲出預算，由地方政府申請

¹114 年度預算數 2,780 億 9,552 萬 5 千元加計追加預算數 1 億 1,231 萬 8 千元。

²財劃法第 30 條規定：「中央為謀全國之經濟平衡發展，得酌予補助地方政府。但以下列事項為限：一、計畫效益涵蓋面廣，且具整體性之計畫項目。…。前項各款補助之辦法，由行政院另定之。中央政府給予地方政府之一般性補助款項金額，不得少於修正施行前一年度預算編列數。」地方制度法第 69 條規定：「各上級政府為謀地方均衡發展，對於財力較差之地方政府應酌予補助；對財力較優之地方政府，得取得協助金。…第 1 項補助須明定補助項目、補助對象、補助比率及處理原則；其補助辦法，分別由行政院或縣定之。」

並經各機關審查後補助。為因應新制財劃法實施，行政院修改上述補助辦法，將原屬計畫型補助項目之具經常性、普及性等事項者，逕改編列一般性補助款，而改編列一般性補助款之辦理事項則於各單位預算書僅以附錄揭露³。

各主管機關應遵照行政院施政方針擬訂施政計畫及概算，而各機關單位預算歲出應按政事別、計畫或業務別與用途別科目編製之，係預算法第 32 及第 37 條所明定；惟 115 年度預算案衛福部將計畫型補助款改編列一般性補助款，單位預算書雖列有該施政計畫，卻未編列部分或全部歲出數，僅於附錄揭露，恐違預算法制。

復按預算法第 49 條規定略以，預算案之審議應注重預算規模、計畫績效及優先順序，審議時應就機關別、政事別及基金別決定之⁴。衛福部 115 年度預算案逕按屬法規命令位階之補助辦法，將原屬歲出之計畫型補助款改編列一般性補助款，致以機關別審議時未能審議決定該部全部預算，影響本院預算審議權行使且未先與本院溝通；而原列該部之計畫型補助款改編列一般性補助款，需由地方政府申請並經中央機關評比，與以往機制迥異，允有未洽。

綜上，衛福部 115 年度預算案將原屬歲出之計畫型補助款改編列一般性補助款，致以機關別審議時並未能審議決定該部全部預算，允宜檢討改善，並加強溝通，以利預算審議。

二、辦理「第 2 期優化兒童醫療照護計畫」，惟 113 年度兒童重症運送專業團隊實際數未達目標，另部分基層院所未納入合作網絡或缺乏兒科緊急醫療資源等項目，均待改善

為強化兒童醫療照護，衛福部及所屬 115 年度預算案賡續編

³參考本中心 115 年度中央政府總預算案整體評估報告第 41 題。

⁴同註 3。

列「優化兒童醫療照護計畫」(114 至 117 年)所需經費 31 億 3,371 萬元，其中衛福部編列 23 億 1,675 萬元(公務 21 億 4,875 萬元、基金 1 億 6,800 萬元)、國民健康署 8 億 1,696 萬元，再加計一般性補助款編列數 1,125 萬元，合共 31 億 4,496 萬元(詳表 1)。經查：

表 1 114 及 115 年度第 2 期優化兒童醫療照護計畫經費編列表

單位：新臺幣千元

編列單位		114 年度	115 年度
衛福部	公務預算	1,926,721	2,148,750
	醫療發展基金		168,000
	國民健康署	835,412	816,960
	小計	2,762,133	3,133,710
一般性補助款		0	11,250
總計		2,762,133	3,144,960

說明：一般性補助款編列於「直轄市及縣市政府」科目。

資料來源：整理自衛福部提供資料。

(一)「第 2 期優化兒童醫療照護計畫」115 年度預算案以幼兒專責醫師制度、周產期及兒童緊急醫療重點醫院等項目經費較高

行政院 113 年 9 月 10 日核定「第 2 期優化兒童醫療照護計畫」(114 至 117 年度)，爰衛福部 115 年度預算案於「醫政業務」編列 19 億 1,715 萬元、「心理及口腔健康業務」編列 2 億 3,160 萬元，其中「醫政業務」所編經費項目主要係辦理幼兒專責醫師制度計畫、周產期及兒童緊急醫療重點醫院、兒童重難症核心醫院及兒童重症運送團隊等。該計畫 115 年度推動項目暨績效指標目標值詳表 2，其中「兒童重症運送專業團隊佈建數」115 年度目標值為 6。

表 2「第 2 期優化兒童醫療照護計畫」(114 至 117 年度)115 年度績效指標目標值表

績效指標	衡量基準	現況值 (112 年)	115 年目 標值
逐步改善 5 歲以下兒童死亡率	5 歲以下兒童死亡率	5.3‰	≤5.3‰
新生兒死亡率(排除體重<500 公克或懷孕週數<22 週)	【新生兒死亡數(排除體重<500 公克或懷孕週數<22 週)/出生數】*1,000‰	1.8‰ (111 年)	≤1.7‰

績效指標	衡量基準	現況值 (112 年)	115 年目 標值
孕產婦死亡率	孕產婦死亡人數/每十萬活產數	12.1 ⁰ / ₀₀₀₀	≤12.0 ⁰ / ₀₀₀₀
收案期間 4 次以上產檢利用率	(產檢 4 次以上的高風險收案產婦人數/當年被收案且應做產檢 4 次以上的高風險收案產婦人數)*100%	98.3% (111 年)	≥98.5%
補助原鄉地區孕產婦產檢交通費	補助人次	2,586	2,630
極低出生體重(≤1500 公克)兒關懷追蹤率	【接受追蹤或結案之極低出生體重(≤1500 公克)兒人數/符合極低出生體重(≤1500 公克)兒追蹤條件之總人數】x100%	97.9%	≥98.0%
未滿 3 歲之兒童有專責醫師照護的涵蓋率	(幼兒專責醫師收案未滿 3 歲之兒童人數/全國未滿 3 歲之兒童人數)x100%	44.8%	70%
兒童發展篩檢利用率	(實際使用人次/應使用人次)*100%	—	81%
初診個案≤30 工作天完評率	初診個案完成聯合評估小於 30 工作天個案數/所有初診個案數	58.1% (112 年 10 月)	≥98%
輔導縣市成立口腔親善中心醫院	成立口腔親善中心醫院縣市數	—	3
未滿 6 歲兒童事故傷害死亡率	(未滿 6 歲兒童事故傷害死亡人數/未滿 6 歲兒童年中人口數)x100,000 ⁰ / ₀₀₀₀	6.0 ⁰ / ₀₀₀₀	≤6.0 ⁰ / ₀₀₀₀
7-12 歲兒童過重及肥胖率	(7-12 歲兒童過重及肥胖人數/7-12 歲兒童人數)x100%	26.4% (111 年)	26.2%
7-12 歲兒童每日蔬菜攝取量達 3 份之盛行率	(7-12 歲兒童每日蔬菜攝取量達 3 份人數/7-12 歲兒童)x100%	13.1% (109 年)	14%
兒童重症運送專業團隊佈建數	兒童重症運送專業團隊數	3	6
跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊或兒童(青少年)心智病房佈建數	跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊數或兒童(青少年)心智病房數	—	3
成立 Level 3 的專業視覺復能團隊	團隊建置家數(累計數)	5	15

資料來源：第 2 期優化兒童醫療照護計畫(114 至 117 年度)。

(二)113 年度「建置兒童重症運送專業團隊」未達目標，另部分地區基層院所尚未納入合作網絡，或缺乏兒科緊急醫療資源，影響急重症個案照護服務品質

有關第 1 期「優化兒童醫療照護計畫」(110 至 113 年度)之執行成果，其中績效指標「兒童重症運送專業團隊」113 年度實際值 3 個，未達目標值之 4 個。

另依審計部 113 年度中央政府總決算審核報告指出，為提升新生兒照護量能，衛福部規劃以承辦「兒童重難症照護-核心醫院計畫」之醫療機構(下稱核心醫院)、周產期照護網絡計畫

之醫療機構（下稱重點醫院），及地區基層醫療機構等三層架構，強化區域內周產期照護能力；惟截至 113 年底止，全國 8 家核心、9 家重點醫院，分別與 357 家地區醫院或基層醫療院所合作，提供高危險妊娠個案之產前轉診及新生兒急重症照護服務，惟 357 家醫療院所分別位於基隆市等 18 個市縣，尚有嘉義縣、金門縣、澎湖縣及連江縣等 4 個縣，轄內無院所與核心或重點醫院合作建立轉診機制，恐影響急重症個案照護服務。

據衛福部 114 年 7 月 10 日公告資料，全國有 87 家重度級急救責任醫院、兒童醫院，或具備高危險妊娠及新生兒醫療照護能力之中度級急救責任醫院，可提供未滿 18 歲兒童 24 小時急診醫療服務。惟全國仍有「桃園—中壢」等 12 個次醫療區、計 66 個行政區，轄內尚乏開設 24 小時兒科急診之醫療院所（表 3），尚有緊急醫療需求，恐不易掌握黃金搶救時效。

表 3 全國次醫療區域缺乏 24 小時兒科緊急醫療資源情形表 單位：個

序號	次醫療區域	行政區個數	行政區名稱
1	桃園—中壢	5	大園、觀音、中壢、新屋、楊梅
2	新竹—竹東	9	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西、尖石、五峰
3	彰化—南彰化	10	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州
4	南投—南投	4	草屯、南投、名間、中寮
5	南投—竹山	5	竹山、鹿谷、集集、水里、信義
6	雲林—北港	5	口湖、北港、水林、元長、四湖
7	屏東—枋寮	4	枋寮、春日、枋山、獅子
8	花蓮—鳳林	5	萬榮、鳳林、光復、豐濱、壽豐
9	臺東—關山	6	關山、池上、海端、鹿野、延平、卑南
10	臺東—成功	3	成功、長濱、東河
11	臺東—大武	4	大武、達仁、金峰、太麻里
12	澎湖—不分區	6	馬公、湖西、白沙、西嶼、望安、七美
合計		66	

說明：資料統計時間為衛福部 113 年 11 月 1 日公告資料。

資料來源：113 年度中央政府總決算審核報告。

據衛福部表示，承辦核心醫院計畫及周產期照護計畫之醫療院所，可透過個案討論會議及遠距會診等方式，與鄰近醫療

機構建立合作機制；另將續辦醫學中心支援計畫，挹注兒科專科醫師人力，穩定醫療資源不足地區之醫療服務量能。

綜上，衛福部 115 年度辦理「第 2 期優化兒童醫療照護計畫」，允宜針對前期計畫執行未達標項目檢討改善，俾達成效。

貳、衛生福利部

三、近來醫院因網路攻擊而影響正常營運之事件頻傳，另緊急醫療救護智能平台因功能完整性及便捷不足而降低使用意願，允宜檢討改善以提升醫療關鍵基礎設施韌性

衛福部 115 年度預算案於「科技發展工作」下編列「深化資安跨域整合聯防計畫」1,699 萬 5 千元，辦理醫院資安聯防機制，較 114 年度法定預算數減少 355 萬 7 千元，另「救急救難一站通-緊急醫療救護開展計畫」115 年度預算案編列 2,101 萬 6 千元，係辦理緊急醫療救護智能平台所需經費，較 114 年度法定預算數減少 652 萬 2 千元。經查：

(一)緊急救援與醫院為我國重要關鍵基礎設施，惟近來部分醫院陸續遭勒索軟體攻擊而影響營運

勒索軟體係近年各國醫院面臨最嚴重之資安威脅，更可能因營運中斷造成病人安全隱患。108 年 9 月我國至少 22 家醫院遭勒索病毒攻擊⁵，114 年截至 3 月仍有 2 家醫院遭勒索攻擊⁶。

依國家關鍵基礎設施安全防護指導綱要規定，緊急救援與醫院為我國關鍵基礎設施之一，由衛福部擔任協調機關，辦理緊急救援與醫院之醫療資源儲備演練與跨域協作，以強化醫療照護體系。惟審計部 113 年度中央政府總決算審核報告指出，

⁵ 衛福部 108 年 9 月 2 日「近日 22 家醫療院所遭勒索病毒攻擊事件處理說明」新聞稿。

⁶ 衛福部 114 年 3 月 4 日「彰化基督教醫院遭勒索攻擊，衛福部迅速啟動全國資安應變機制」新聞稿。

截至 113 年底，衛福部未依該綱要規定成立跨部會協調小組，亦未綜整擬具主領域層級之安全防護計畫，恐不利跨域協調合作。

對此，衛福部說明 114 年度配合行政院辦理 2025 城鎮韌性演習，落實緊急救援與醫院之演練協調，並說明改善措施如下：

1. 醫院：醫院應依資通安全管理法及其資通安全責任等級，辦理資通安全措施，衛福部每年依該法及相關規定辦理部立醫院及特定非公務機關關鍵基礎設施提供者醫院資通安全實地稽核及技術檢測，以確認法遵落實情形。
2. 衛福部協調資安廠商提供短期端點偵測防護服務(EDR)，協助受勒索醫院度過高風險期，並訂定「醫院面對勒索軟體攻擊的應變指南」，召開資通安全技術研討會，落實醫療領域關鍵基礎設施資通安全防護措施。另研擬於醫院評鑑納入資安對標「健康台灣深耕計畫」之資安治理，連結資安要求與補助。

(二)衛福部建置緊急醫療救護智能平臺，惟因介接之緊急救護管理系統完整與便捷性不足，急救責任醫院使用意願不高

審計部 113 年度中央政府總決算審核報告指出，衛福部建立緊急醫療救護標準與交換機制，與內政部消防署（下稱消防署）共同辦理「緊急醫療救護智能平臺—救急救難一站通推動計畫」，整合衛福部、消防署及國家災害防救科技中心，建構全國版緊急醫療救護智能平臺（下稱救護智能平臺），由衛福部、消防署、各地消防局分別建置緊急救護管理系統，介接救護智能平臺，提供各地消防局及急救責任醫院等使用。

截至 114 年 8 月底止，205 家急救責任醫院雖皆介接衛福部緊急救護管理系統⁷，串聯救護智能平臺，惟因緊急救護管理系統缺乏主動提醒、僅提供病患基本訊息等，相較市縣消防局自

⁷ 截至 114 年 8 月底止，急救責任醫院於救護智能平臺通報到院後急重症資訊者計 120 家，占全國 205 家急救責任醫院之 58.54%。

建系統，其功能完整性與便捷性均有不足，致急救責任醫院仍多使用市縣消防局自建系統；據衛福部說明，將協助醫院端解決資訊系統問題，以提升醫院安裝系統及資料通報意願，並推動急性腦中風等標準規範導入國際醫療資料交換標準格式等。鑒於救護與醫療單位間之橫向聯繫攸關醫療網韌性，針對緊急醫療救護智能平臺使用意願不高等原因，衛福部允宜積極研謀妥處，並統整其他相關計畫，俾擴大綜效及強化醫療韌性。

綜上，衛福部辦理醫院資安聯防機制有待強化救護與醫療單位間之橫向聯繫，允宜積極妥處，俾提升醫療韌性。

四、新增辦理「衛福數位基礎建設計畫」，然未於 115 年度預算案送本院審議前完成核定，該計畫既為其他計畫辦理基礎，允宜審慎規劃，避免影響計畫進程

衛福部 115 年度預算案於「衛生福利資訊業務」下，新增「衛福數位基礎建設」計畫 7 億 7,556 萬元，辦理強化資訊系統雲端化與資安建設等。經查：

(一)「衛福數位基礎建設計畫」概述

1. 計畫內容：衛福部業務涵蓋疾病預防、篩檢、治療、臨終安老及社會福利等，資料來源跨部門與機關，因資料欄位定義不一而無法串接與即時交換。本計畫以「TW Core PLUS」為核心，推動衛福體系資料標準化與智慧應用，以資訊處為中樞，統籌建置三大支援平台，串聯資料標準、邏輯規則與 AI 應用各階段資源，協助各資料主責機關⁸落實資料收集與標準化、政策邏輯轉換與資料應用串接，以實現政策協作。

2. 預期成果：三大分項目標分別為「建置核心資料實作指引 (FHIR IG)」、「建置邏輯規則模組 (CQL Rules)」、以及「建

⁸ 例如醫事司主導醫療品質資料、健保署主導醫療服務資料等。

置 SMART 應用程式」，各年度目標值詳表 1。

表 1「衛福數位基礎建設計畫」三大核心分項分年目標與評估基準表

分項項目	評估基準	目標值				
		115 年	116 年	117 年	118 年	總數
建置核心資料實作指引 (FHIR IG)	完成審查與上架之指引件數(件)	5	10	15	20	50
建置邏輯規則模組 (CQL Rules)	具 CQL 格式與版本控管之規則數(條)	50	150	150	150	500
建置 SMART 應用程式	完成上架且通過平台驗證與適用測試之應用程式數(個)	10	10	15	15	50

資料來源：衛福部衛福數位基礎建設計畫中長程個案計畫書(草案)(115-118 年度)。

(二)「衛福數位基礎建設計畫」未及於 115 年度預算案送達本院審議前完成核定，亦未於單位預算書之跨年期計畫揭露

依衛福部說明，「衛福數位基礎建設計畫」尚未獲行政院核定，依計畫書草案，期程自 115 至 118 年度，屬跨年期計畫。依「中央各主管機關編製 115 年度概算應行注意辦理事項」第 13 點規定略以，各機關跨年期計畫應儘早研擬及完成核定程序，並應比照預算法第 39 條有關繼續經費之規定⁹，依事實情形於單位預算書列明計畫名稱、經費總額、執行期間、本年度編列數及以前年度法定預算數總數等資訊，並於單位預算書之跨年期計畫概況表表達。本計畫未及於 115 年度預算案送達本院審議前完成核定，亦未依規定於預算書之跨年期計畫揭露，允宜檢討改進。

(三)「衛福數位基礎建設計畫」係「健康台灣深耕計畫」醫療場域數據共享之基礎，允宜妥適規劃，避免影響其他計畫進程

有關會審機關對本計畫之審查意見及衛福部回應說明，摘述如下：

1. 「衛福數位基礎建設計畫」與「健康台灣深耕計畫」(114 至

⁹預算法第 39 條規定：「繼續經費預算之編製，應列明全部計畫之內容、經費總額、執行期間及各年度之分配額，依各年度之分配額，編列各該年度預算。」

118 年度)之區隔：衛福部說明前者係於政府端進行系統現代化，場域為衛福部相關機關，目標是縱向自動化、標準化收集資料，橫向資料整合避免重複；至「健康台灣深耕計畫」則由下而上，補助醫療機構、醫學會與社區醫療群進行智慧醫療應用，需建立在醫院與政府資料統一基礎上，即在「衛福數位基礎建設計畫」基礎下運作。

2. 計畫新建之資通系統「國家衛福資訊標準管理與認證平臺/大數據中心」，未敘明系統清冊、資通系統防護需求等級等，請依「資通安全責任等級分級辦法」辦理，並補充說明本計畫相關系統清冊、資通系統防護需求等級等。
3. 規劃使用開源伺服器及模組，建議可依政府平台之實際應用場景，進行合規性評估，並遵循開源授權條款與使用限制，以確保後續應用之合法性。

有關會審機關上述意見，尤其資通系統、開源伺服器部分，允宜落實辦理計畫之規劃與執行，以達成效。另審計部於衛福部醫療藥品基金 113 年度 1 至 8 月財務收支審核通知指出，衛福部為「次世代數位醫療平臺」計畫之推動而建置所屬醫院 HIS (Hospital Information System) 系統，惟因調整「次世代數位醫療平臺」計畫執行方向，致醫院 HIS 系統發生汰換延後情形。考量「衛福數位基礎建設計畫」既為「健康台灣深耕計畫」辦理醫療場域數據共享之基礎，允宜妥適規劃，避免影響其他計畫之執行與成效。

綜上，衛福部新增辦理「衛福數位基礎建設計畫」，惟該計畫未及於 115 年度預算案送達本院審議前完成核定，計畫規劃及預算籌編未盡周延，允宜檢討改善。

五、辦理重點科別培育公費醫師制度尚未公布計畫，學士後醫學系公費生是否續辦無從知悉，允宜妥適規劃，並宜就前期計畫招生未如預期等情事研謀改善

為培育公費醫師，充實基層及偏遠地區醫師人力，衛福部辦理重點科別¹⁰培育公費醫師制度計畫，115 年度預算案於「公費生培育」下編列所需經費 1 億 7,952 萬 2 千元。經查：

(一)「重點科別培育公費醫師制度計畫」(第 3 期)仍在研議，清華大學等能否續招學士後醫學系公費生，尚不得而知

衛福部於 115 年度預算書列明，辦理重點科別培育公費醫師制度編列 1 億 7,952 萬 2 千元，係補(捐)助公私立醫學院管理費、教學用設備與醫學系公費生 114 學年度下學期 581 名及 115 學年度上學期 573 名公費生招募、分發管理等所需經費。經洽衛福部提供 115 年度辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，獲復仍在研議，並就既有計畫推動情形通盤檢討審慎評估。

由於公費生適用範疇及名額皆規範於 115 年度辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，是否延續招收學士後醫學系公費生，無從知悉。此外，國立清華大學、中興大學及中山大學皆因第 2 期計畫實施而獲准招收學士後醫學系公費生，惟招生期間已於 114 學年度屆期¹¹，自 115 學年度起該三校恐喪失招生依據。

(二)「重點科別培育公費醫師制度計畫」(第 2 期)110 至 113 年度之醫學系公費生均未足額招生

觀察衛福部 110 至 113 年度辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」(第 2 期)情形，該計畫原預計於 112 及 113 年度各

¹⁰「重點科別培育公費醫師制度計畫」(第 2 期)之重點科別以內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科為主，並視偏鄉需要彈性調整培育科別。惟接續之 115 年度計畫尚未公布，爰是否調整科別尚無從知悉。

¹¹招生期程自 110 至 114 學年度共計 5 年，培育期程為 110 年 9 月 1 日至 120 年 6 月 30 日止，計 10 學年。

培育 166 人(醫學系公費生 97 人、學士後醫學系公費生 69 人)，惟檢視實際招收情形(詳表 1)，113 學年度 165 人(醫學系公費生 96 人、學士後醫學系公費生 69 人)，雖較 112 學年度 158 人(醫學系公費生 89 人、學士後醫學系公費生 69 人)增加，然醫學系公費生 110 至 113 年度均未能足額招生，有待檢討。

表 1 重點科別培育公費醫師制度計畫(第 2 期)經費及執行簡表

單位：新臺幣千元；人

年度	預算數	決算數	類別	預計培育人數	實際人數(註冊)	衛福部補助人數
110	87,250	103,139	醫學系公費生	115	99	69
111	117,854	117,047	醫學系公費生	96	84	57
			學士後醫學系公費生	69	69	54
112	138,632	130,524	醫學系公費生	97	89	60
			學士後醫學系公費生	69	69	54
113	144,222	143,985	醫學系公費生	97	96	65
			學士後醫學系公費生	69	69	54
114	147,940	74,545	醫學系公費生	105	9 月註冊	
			學士後醫學系公費生			
115	179,522		醫學系公費生			
			學士後醫學系公費生			

說明：114 年度決算數為截至 7 月底數據。

資料來源：衛福部提供。

(三)截至 114 年 7 月底，仍有部分地區醫師人力缺乏，未達 WHO 醫療基本需求標準

依據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)醫療基本需求標準，每萬人口醫師數為 10 位醫師。然依衛福部提供資料，截至 114 年 7 月底，我國次醫療區域仍有苗栗、中港、北彰化、花蓮、臺東、關山及成功等(詳表 2)，未達世界衛生組織標準。考量「重點科別培育公費醫師制度計畫」(第 2 期)已將 WHO 醫療基本需求標準列入中長程績效指標，惟我國仍有醫療資源分布不均情形，尚待改善。

表 2 截至 114 年 7 月底次醫療區域「每萬人口西醫師數」未達 WHO 基本醫療需求標準簡表

單位：人

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	每萬人口西醫師數
北區	苗栗	苗栗	7
		中港	7
中區	彰化	北彰化	7
東區	花蓮	花蓮	8
	臺東	臺東	6
		關山	7
		成功	6

資料來源：衛福部。

綜上，115 年度辦理重點科別培育公費醫師制度計畫尚未公布，爰適用範圍無從知悉，考量前期計畫存有培育人數未如預期及部分次醫療區西醫人數未達 WHO 醫療基本需求標準等問題，允宜積極研謀改善。

六、賡續辦理「護理人力政策整備中長程計畫」，惟 113 年度醫學中心與區域醫院護理人員離職率仍高於 COVID-19 疫情前，留任效果尚待改善

衛福部 115 年度預算案於「護理及健康照護業務」下編列「護理人力政策整備中長程計畫」第 2 年經費 68 億 8,500 萬元，較 114 年度法定預算數(含追加)68 億 7,873 萬 4 千元，增加 626 萬 6 千元。經查：

(一)「護理人力政策整備中長程計畫」訂定 12 項執行策略

行政院於 113 年 7 月 30 日核定「護理人力政策整備中長程計畫」，計畫總經費 275 億 4,000 萬元，執行期間 114 至 117 年度，115 年度預算案編列第 2 年經費 68 億 8,500 萬元，包括三班輪值夜班護理人員直接獎勵 40 億元、三班護病比達標醫院獎勵 25 億元、護理友善職場典範 0.25 億元以及護理新手臨床

教師制度 3.6 億元。該計畫訂定 12 項執行策略¹²，並訂有績效指標暨各年度目標值(詳表 1)。

表 1 「護理人力政策整備中長程計畫」114 及 115 年度績效指標及目標值彙整表

績效指標	衡量基準	年度目標值	
		114 年	115 年
醫院自主填報三班護病比	醫院三班護病比填報比率	80%	85%
推動三班護病比資訊公開	完成三班護病比資訊公開化	100%	100%
醫院公職護理師員額增加	醫院公職護理師比例(衛福部、教育部、國防部、退輔會)	30%	33%
建立護理友善職場典範	護理友善職場典範醫院家數	20	20
醫院於護理照顧上使用智慧科技提升效率降低負荷	應用智慧科技輔助護理照護醫院家數	20	20
參與本部護理新手臨床教師制度醫院家次	實際補助護理新手臨床教師醫院家次	200	200
完善醫院照護輔佐人力制度	取得醫院照護輔佐人員認證之人數	800	1,000
建立教考用協力整合平台	教考用工作圈會議次數	2	2
增加護理畢業生人數	護理畢業生人數	9,300	9,300
增加護理人員執業人數	每年增加護理人員執業人數	3,000	3,500
男性護理人員執業比率	男性護理人員執業占全國執業護理人員比率	4.4%	4.6%

資料來源：「護理人力政策整備中長程計畫」(114 至 117 年度)，113 年 7 月。

(二)113 年度醫學中心及區域醫院護理人員離職率仍高於 COVID-19 疫情前，空缺率則因基礎調整未提供

依衛福部資料，全國各層級醫院(含公私立)護理人員空缺率自 108 年度 4.52%增至 112 年度 9.05%，據該部說明，因三班護病比標準於 113 年 3 月 1 日正式施行，各醫院均需增加人力，空缺率估算標準不同，無法與往年比較，爰未提供 113 年度數據。

至於護理人員離職率，依衛福部資料，113 年度全國各層級醫院(含公私立)護理人員離職率平均 11.58%，雖略低於 112

¹²包括：1. 三班護病比填報、2. 三班護病比標準公告、3. 三班輪值夜班護理人員直接獎勵、4. 三班護病比達標醫院獎勵、5. 公職護理師比例調升、6. 護理友善職場典範獎勵、7. 智慧科技減輕護理負荷、8. 護理新手臨床教師制度、9. 擴大住院整合照護計畫、10. 國考增次題數減少、11. 教考用之人力監測平台、12. 投資護理人力培育。

年度之 12.61%，惟仍高於 COVID-19 疫情前 108 年度之 11.12%(詳表 2)。另醫學中心及地區醫院 113 年度離職率分別為 9.9%及 14.42%，略低於 112 年度，惟醫學中心仍高於 COVID-19 疫情前 108 年度之 8.59%；此外，區域醫院 113 年度離職率 11.59%，高於 112 年度之 11.4%及 108 年度之 11.18%，顯示區域醫院護理人員離職情形較往年嚴重。

表 2 108 至 113 年度全國公私立醫院護理人員離職率表 單位：%

護理人員離職率	108 年度	110 年度	111 年度	112 年度	113 年度
醫學中心	8.59	8.26	10.21	10.51	9.90
區域醫院	11.18	9.74	11.17	11.40	11.59
地區醫院	15.15	13.76	14.52	15.09	14.42
醫院平均離職率	11.12	10.13	11.73	12.61	11.58

說明：1. 衛福部每年針對全國醫院辦理前一年度之護理服務量調查，包含離職率統計。

2. 109 年度因 COVID-19 疫情而未調查。

3. 離職率=全年離職總人數(不包含到職未滿 3 個月者)÷全年在職護理人員數。

資料來源：衛福部提供。

綜上，衛福部 115 年度賡續辦理「護理人力政策整備中長程計畫」，113 年度起實施輪值夜班護理人員獎勵金，惟同年度醫學中心及區域醫院護理人員離職率仍高於 COVID-19 疫情前，允宜檢討改善，俾收成效。

七、我國平均藥師數高於 OECD 會員國，惟分布不均，醫學中心和區域醫院藥師短缺，允宜研謀及強化相關留任措施

衛福部 115 年度預算案於「醫政業務」編列「醫政法規與醫事人員及機構管理」2,647 萬 9 千元，辦理醫政法規與醫事人員及機構之管理，較 114 年度法定預算數(含追加)3,187 萬 8 千元減少 539 萬 9 千元；另「健康台灣深耕計畫」編列 59 億 4,210 萬元，用以投資醫療機構發展，較 114 年度法定預算數(含追加)54 億 5,278 萬 1 千元(醫政業務)增加 4 億 8,931 萬 9 千元。經查：

(一)我國平均藥師數高於 OECD 會員國平均值，惟分布不均，且醫學中心和區域醫院藥師短缺，公立醫院缺額亦高

依 113 年度國家衛生研究院「藥事人力發展評估計畫」報告指出，2022 年我國藥事人員總執業人數 3 萬 6,761 人，平均每萬人口 15.8 位藥師，高於 OECD 會員國平均值之 8.5 位藥師，2023 年我國藥局藥師供給雖大於需求，惟醫學中心及區域醫院藥師供給卻不敷需求，醫學中心缺額率平均 6.7%、區域醫院 0.4%，且逐漸惡化，其離職主因概為工作壓力、負荷與待遇福利等；該報告建議醫療院所應研擬留任機制，如提升待遇與福利等。

另依據中央各部會提供之所轄公立醫院 108 至 112 年度其它醫事人員(不含醫師及護理人員)空缺率資料，不論衛福部、教育部、國防部及退輔會轄下醫院，藥師皆為空缺率前二高之醫事人員；以衛福部 26 家部立醫院為例，114 年度截至 7 月底，共有 20 家醫院之藥師(含正式及約用)空缺待補，僅 6 家醫院¹³無藥師空缺。

(二)115 年度「健康台灣深耕計畫」訂有優化醫療工作條件之策略，允宜善用機制，以達留才效果

行政院於 114 年 2 月 27 日核定「健康台灣深耕計畫」，計畫總經費 489 億 3,481 萬 9 千元，執行期間 114 至 118 年度，115 年度預算案於醫政業務下續編第 2 年經費 59 億 4,210 萬元。該計畫採取補助方式降低醫療機構推動創新方案之門檻，透過申請審查，考量醫療機構之自主投入意願與能力，做為評選參考，並輔導醫療機構將計畫成果納入日常營運機制；申請單位需依「優化醫療工作條件、規劃多元人才培訓、…」等範疇擬定計畫，其中「優化醫療工作條件」訂有「提供具有競爭

¹³6 家醫院包括臺北醫院、嘉義醫院、新營醫院、臺南醫院、旗山醫院及胸腔醫院。

力的薪酬或福利，吸引優秀人才」等策略，以確保計畫達成目標。

邇來媒體報導部分醫學中心藥師缺額已達 23%¹⁴，考量目前醫學中心與區域醫院藥師皆有短缺，而公立醫院因薪資僵固，缺額補實有其困難；復按國衛院研究結果，藥師人力流動僅為單向從醫院端流向社區端，而任職於診所、藥局及非醫院機構之藥師皆未規劃改赴醫院執業。為避免醫院長期欠缺藥師而不利醫事服務之提供，衛福部允宜運用既有「健康台灣深耕計畫」相關機制，補足藥事人力缺口，以維護醫院藥事人力之穩定。

綜上，目前醫院體系藥師人力短缺，以醫學中心缺額率較高，公立醫院缺額亦高，允宜善用「健康台灣深耕計畫」相關機制，鼓勵醫院攬才留才，以維醫院正常運作及病患用藥安全。

八、新增辦理「離島地區急重症轉診後送精進計畫」，惟前期計畫曾發生未訂救護飛機管理規範、空中轉診後送時間逾目標值、救護人員受訓率未理想等情事，允宜檢討改善

衛福部 115 年度預算案於「護理及健康照護業務」下，新增辦理「離島地區急重症轉診後送精進計畫」(115 至 118 年度)2 億 5,426 萬 5 千元。經查：

(一)「離島地區急重症轉診後送精進計畫」期程為 115 至 118 年度，總經費 17 億餘元

衛福部於 110 至 114 年度辦理「金門、連江、澎湖三離島地區航空器駐地備勤計畫」(110 至 114 年度)，以因應離島地區到院後所需之緊急空中轉診後送需求，每年執行約 260 件，113 年度決算數為 2 億 2,032 萬 3 千元。

¹⁴林琮恩，醫院藥師人力缺口逾 2 成…藥界熱議「藥學技術員」解荒 基層強烈反對，聯合報，114 年 9 月 18 日，<https://udn.com/news/story/7266/9013064>(最後瀏覽日：114 年 9 月 21 日)。

前開計畫屆期後接續辦理「離島地區急重症轉診後送精進計畫」(115 至 118 年度)，於 114 年 9 月 17 日獲行政院核定。該計畫總執行經費 17 億 912 萬元，工作重點如下：

1. 充實離島緊急救護後送服務量能，提升緊急轉診效率：推動三離島航空器專機駐地備勤運作及強化緊急醫療救護船舶管理。
2. 強化離島地區緊急救護人員訓練，促進安全轉診後送：充實空中緊急醫療後送救護人員及精進緊急救護轉診後送訓練品質。
3. 推動緊急救護轉診後送智慧網絡，加值健康照護服務：提升空中救護審核機制運作品質及優化急重症轉診後送平臺效能。

(二)前期計畫之執行存有未訂定救護飛機等管理規範、空轉後送平均時間超過目標值、救護人員受訓未盡理想等情形，宜檢討改善

衛福部辦理「金門、連江、澎湖三離島地區航空器駐地備勤計畫」(110 至 114 年度) 110 年至 113 年 8 月底止，各離島地區空中轉診執行率約 94.39%，據審計部抽查衛福部暨醫療發展基金 113 年度 1 至 8 月財務收支審核通知事項指出，該計畫執行有下列待改善事項，摘述如下：

1. 衛福部尚未依緊急醫療救護法規定訂定救護飛機及救護船(艦)之相關管理規範，又救護直昇機管理辦法施行迄今逾 20 年未修正，部分規定與實況未符，不利救護運輸工具之管理。
2. 三離島地區空中轉診後送作業平均時間超出目標值：空中轉診後送作業時間為績效指標之一，以空審中心下令執行任務至抵達指定機場之平均時間（下稱執行任務平均時間）為衡量標準，並逐年縮減目標值。惟據衛福部資料，金門縣及澎湖縣自 110 年至 113 年 8 月底止執行任務平均時間皆未達目

標，連江縣 113 年度 1 至 8 月之平均時間較 112 年度增加(詳表 1)，時效仍待提升。

表 1 110 年至 113 年 8 月底三離島駐地民航空轉診時間表 單位：分

項目	110 年度			111 年度			112 年度			113 年度(截至8月底)		
	金門縣	澎湖縣	連江縣	金門縣	澎湖縣	連江縣	金門縣	澎湖縣	連江縣	金門縣	澎湖縣	連江縣
實際執行 任務平均 時間(A)	157.30	89.22	102.93	148.25	99.18	94.30	163.60	91.86	104.13	158.10	84.60	151.03
目標執行 任務平均 時間(B)	137.00	82.00	111.00	134.00	80.00	109.00	132.00	79.00	108.00	132.00	79.00	108.00
差距時間 (C=A-B)	20.30	7.22	-8.07	14.25	19.18	-14.70	31.60	12.86	-3.87	26.10	5.60	43.03

資料來源：審計部抽查衛福部暨醫療發展基金 113 年 1 至 8 月財務收支審核通知事項。

3. 衛福部補助離島地區地方政府辦理空中轉送相關教育訓練，惟課程面向不足，如缺乏「迫降與緊急撤離」、「感染控制與病患隔離策略」及「空中醫療轉送照護實作演練」等，又 113 年截至 8 月底金門縣及連江縣救護人員受訓率僅 16.67%及 54.76%，未盡理想。

針對上述審核意見，衛福部說明略以，救護運輸工具之管理規範涉及其他部會，尚在持續協調；至空中轉診後送作業時間超過目標值，概因次級離島(如東引)距離較遠、病人上機前須完成醫療儀器固定等，未來將要求廠商在符合病人安全前提下，合理縮短準備作業時間；另該部已擴大教育訓練課程面向，並補助離島醫院辦理空中醫療轉送教育訓練等。

綜上，115 年度辦理離島地區急重症轉診後送精進計畫，允宜就前期計畫執行欠佳部分，積極檢討改善，以提高計畫成效。

- 九、新增辦理之「口腔智慧醫療與產業永續發展計畫」透明度不足，另「國民口腔健康促進計畫第二期」尚有 65 歲以上人口平均自然齒數等 4 項指標實際值未達目標，允宜研謀改善

衛福部 115 年度預算案於「心理及口腔健康業務」項下新增

編列「口腔智慧醫療與產業永續發展計畫」4 億 3,000 萬元；另「國民口腔健康促進計畫第二期」賡續編列 5 億 9,676 萬 9 千元，並於一般性補助款編列 1,280 萬元，合計 6 億 956 萬 9 千元，較 114 年度法定預算數(含追加)6 億 2,744 萬 2 千元減少 1,787 萬 3 千元。經查：

(一)「口腔智慧醫療與產業永續發展計畫」尚未獲行政院核定，未說明具體辦理事項及目標，計畫透明度不足

衛福部 115 年度預算案新增辦理「口腔智慧醫療與產業永續發展計畫」4 億 3,000 萬元，依預算書說明，係補捐助醫療機構及國內團體辦理口腔臨床醫學研究及實證中心、輔導牙醫醫院推動基礎研究、人才培育及產業合作，設立示範牙醫醫院等所需經費。

據衛福部說明，該計畫仍由行政院審議中，爰未能提供期程、總經費、具體辦理事項等資料。該計畫辦理事項透明度不足，是否與 115 年度續辦之「國民口腔健康促進計畫第二期」重疊或相似，無從知悉。

(二)續辦「國民口腔健康促進計畫第二期」，115 年度列有 13 項關鍵績效指標，其中「65 歲以上人口平均自然齒數(顆)」等 4 項指標，113 年度執行結果未達預期

行政院於 111 年 6 月 15 日核定「國民口腔健康促進計畫第二期」，計畫總經費 53 億 1,372 萬 1 千元，執行期間為 111 至 115 年度，115 年度賡續編列最後 1 年經費 5 億 9,676 萬 9 千元。

依據「國民口腔健康促進計畫第二期」計畫書，其 115 年度訂有「5 歲兒童齲齒盛行率」等 13 項績效指標(詳表 1)，其中 113 年度執行結果，9 項已達目標，惟尚有 4 項之實際值低於目標值，分別為「65 歲以上人口平均自然齒數」、「13 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」、「提升 50 歲以上民眾牙醫就醫率」及「出院準備常規納入口腔醫療需求評估之醫院家數」。考

量口腔健康為健康與生活品質之重要基石，針對績效指標實際值未如預期部分，允宜積極檢討改善。

表 1 國民口腔健康促進計畫第二期之年度目標值及實際值概況表

績效指標	113 年度		114 年度	115 年度
	目標值	實際值	目標值	目標值
5 歲兒童齲齒盛行率(%)	55	46.30	55	55
12 歲學童恆牙齲齒指數(顆)	2.01	2.01	1.67	1.67
65 歲以上人口平均自然齒數(顆)	20	19.77	20	20
13 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率(%)	79	76.49	80	81
提升 50 歲以上民眾牙醫就醫率(%)	48	44.90	50	52
牙周病統合治療方案後之追蹤治療率(%)	66	66.41	68	70
縣市輔導住宿型機構口腔照護涵蓋率(%)	60	75	80	100
全國每周開設特殊需求特別門診診次(診次)	175	175	190	205
部定特需牙科專科醫師執業縣市數(每縣市至少 4 人，離島至少 2 人)	13	16	17	20
出院準備常規納入口腔醫療需求評估之醫院家數(家)	15	12	22	30
醫院牙科部成立口腔癌全人照護團隊數(個)	12	14	15	18
擔任國際口腔醫學團體領導幹部人數(人)	4	4	4	5
輔導牙醫醫事機構參與國際醫療認證家數(家)	13	79	18	23

資料來源：衛福部提供。

綜上，115 年度預算案新增辦理「口腔智慧醫療與產業永續發展計畫」，惟計畫透明度不足，辦理事項及計畫之必要性尚難評估，另續辦「國民口腔健康促進計畫第二期」，惟 113 年度有多項績效指標之實際值未達目標，允宜研謀改善。

一〇、113 年度國人自殺標準化死亡率、15 至 24 歲自殺粗死亡率皆為 109 年度以來最高，另部分市縣老人憂鬱症篩檢率偏低，亟待改善

衛福部 115 年度預算案於「心理及口腔健康業務」下編列「全民心理健康韌性計畫」8 億 9,258 萬 3 千元，另於一般性補助款編列 1,800 萬元，合計 9 億 1,058 萬 3 千元，較 114 年度法定預算數(含追加)8 億 7,158 萬 3 千元增加 3,900 萬元。經查：

(一)113 年度自殺死亡人數、自殺標準化死亡率及「15 至 24 歲」自殺粗死亡率，皆為 109 年度以來最高

行政院於 113 年 8 月 23 日核定「全民心理健康韌性計畫」，執行期間 114 至 119 年度，該計畫列有降低自殺標準化死亡率之指標，115 年度目標值為 12.2%。依衛福部 113 年「死因統計結果分析」，113 年度全國自殺死亡人數 4,062 人、自殺標準化死亡率為每 10 萬人口 13.4 人，為 109 年度以來最高(詳表 1)。

參考 109 至 113 年度全國年齡分層自殺死亡人數及自殺粗死亡率資料，113 年度我國「15 至 24 歲」自殺死亡人數 274 人，自殺粗死亡率為每 10 萬人口 11.9 人，皆為 109 年度以來新高(詳表 2)；且按衛福部 113 年死因結果分析，15 至 24 歲死亡人口中，自殺居死因第 2 位。

衛福部自 113 年 8 月 1 日至 114 年 12 月 31 日推動「15 至 45 歲青壯世代心理健康支持方案」，114 年度預算數 2 億 5,688 萬 9 千元，114 年截至 8 月底止服務 4 萬 1,465 人，115 年度預算案數 3 億 4,995 萬 1 千元，預計服務增至 6 萬 8 千人。考量 113 年度我國 15 至 24 歲自殺粗死亡率為 109 年度以來最高，對該年齡層與高風險對象之自殺防治仍待強化。

表 1 近年國人自殺死亡率之目標值及實際值簡表

單位：人；人/每 10 萬人口

項目	自殺死亡人數	自殺粗死亡率	自殺標準化死亡率	
			實際值	目標值
109 年度	3,656	15.5	11.8	10.8
110 年度	3,585	15.3	11.6	10.6
111 年度	3,787	16.2	12.3	—
112 年度	3,898	16.7	12.7	—
113 年度	4,062	17.4	13.4	—

說明：1. 自殺粗死亡率=(自殺死亡數/年中人口數)*10 萬；標準化死亡率係指去除年齡組成影響，並以 WHO 2000 年之世界人口結構調整。

2. 目標值引用國民心理健康計畫第 2 期(106 至 110 年)，該計畫 110 年度屆期，爰 111 至 113 年度無目標值。

資料來源：國民心理健康計畫第 2 期(106 至 110 年度)及衛福部「死因統計結果分析」。

表 2 109 至 113 年度我國「15 至 24 歲」自殺死亡人數及自殺粗死亡率概況表

單位：人；人/每 10 萬人口

年度	自殺死亡人數	自殺粗死亡率
109	239	8.8
110	247	9.6
111	264	10.7
112	260	10.9
113	274	11.9

資料來源：衛福部提供。

(二)113 年度 12 個市縣老人憂鬱症篩檢率低於一成，不利及早發現高風險個案

據審計部 113 年度中央政府總決算審核報告指出，依衛福部統計，111 及 112 年度老人自殺通報案件，三成以上具憂鬱傾向、憂鬱症或其他精神疾病，衛福部爰透過「整合型心理健康工作計畫」，補助地方政府對高風險老人進行憂鬱症篩檢，並視需求提供後續服務，113 年篩檢 70 萬餘人，約占當年度全國 65 歲以上老年人口 15.63%；惟據衛福部統計，老年憂鬱症盛行率 16.7%，推估全國憂鬱症老人約 74 萬餘人，部分老人恐未能透過篩檢識別。又各市縣篩檢率落差明顯(詳表 3)，最高 57.31%(南投縣)，然有 12 個市縣¹⁵低於一成(最低苗栗縣)，而 110 至 112 年度自殺死亡個案逾八成無通報紀錄，113 年度通報紀錄亦僅 17%。以上，對於高齡者自殺防治，允宜偕同地方政府研議跨大篩檢之可行性，俾及早發現高風險個案，提供所需心衛資源。

表 3 113 年各市縣老人憂鬱症篩檢比率表

單位：%

市縣別	篩檢比率	市縣別	篩檢比率	市縣別	篩檢比率
臺北市	14.87	新竹縣	8.80	屏東縣	19.64
新北市	27.11	新竹市	3.77	花蓮縣	26.36
桃園市	7.23	苗栗縣	2.06	臺東縣	17.44
臺中市	9.86	彰化縣	8.93	澎湖縣	6.11
臺南市	7.59	南投縣	57.31	金門縣	13.97

¹⁵12 個市縣分別為桃園市、臺中市、臺南市、基隆市、宜蘭縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣、彰化縣、雲林縣、嘉義市及澎湖縣。

市縣別	篩檢比率	市縣別	篩檢比率	市縣別	篩檢比率
高雄市	22.61	雲林縣	2.59	連江縣	51.29
基隆市	2.20	嘉義縣	10.48		
宜蘭縣	9.28	嘉義市	5.32		

資料來源：整理自審計部 113 年度中央政府總決算審核報告。

綜上，113 年度國人自殺標準化死亡率及 15 至 24 歲自殺粗死亡率皆為 109 年度以來最高，又部分市縣老人憂鬱症篩檢率偏低，允宜完善相關自殺防治措施，俾強化全民心理健康韌性。

一一、部分市縣毒防中心個案管理人員進用人數未符預期，留任比率亦偏低，允宜檢討改善，以利藥癮個案管理服務

衛福部 115 年度預算案於「心理及口腔健康業務」下編列「強化藥癮治療服務」3 億 6,158 萬 1 千元，係配合法務部之「新世代反毒策略行動綱領第 3 期計畫(114-117 年)」，辦理毒品防制相關工作，如：維護及增修成癮醫療個案管理及毒品危害防制中心(下稱毒防中心)資訊系統、辦理成癮防治人才培訓等。

衛福部為充實毒防中心個案管理能力，113 年度個案管理人員(下稱個管人員)案量比目標為 1:30，執行結果，113 年度全國 22 個市縣計有 12 個市縣¹⁶未達目標(詳表 1)，案量比最高之 3 個縣市為澎湖縣、彰化縣及花蓮縣，進用人數未符預期，恐不利提升個案管理服務品質。

表 1 113 年度各市縣毒防中心平均每日在案量及個管人員人力表

單位：案；人；年

市縣別	111 至 113 年平均每日在案量(A)	衛福部 113 年度核定個管人員員額		113 年底實際進用個管人員人數		
		人數(B)	案量比(A/B)	人數(C)	與核定人數差額(C-B)	案量比(A/C)
臺北市	1,686	64	26	55	-9	31
新北市	3,499	149	23	143	-6	24
桃園市	2,956	85	35	79	-6	37
臺中市	2,253	67	34	61	-6	37

¹⁶12 個市縣包括臺北市、桃園市、臺中市、臺南市、新竹縣、苗栗縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、花蓮縣、臺東縣及澎湖縣。

市縣別	111 至 113 年平均每日在案量 (A)	衛福部 113 年度核定 個管人員員額		113 年底實際進用個管人員人數		
		人數(B)	案量比 (A/B)	人數(C)	與核定人數 差額(C-B)	案量比 (A/C)
臺南市	2,083	64	33	58	-6	36
高雄市	2,576	85	30	85	0	30
基隆市	597	22	27	21	-1	28
宜蘭縣	437	18	24	17	-1	26
新竹縣	628	19	33	19	0	33
新竹市	289	10	29	10	0	29
苗栗縣	599	19	32	18	-1	33
彰化縣	701	14	50	14	0	50
南投縣	395	15	26	15	0	26
雲林縣	707	26	27	23	-3	31
嘉義縣	739	31	24	21	-10	35
嘉義市	250	9	28	9	0	28
屏東縣	880	34	26	34	0	26
花蓮縣	458	11	42	11	0	42
臺東縣	325	9	36	9	0	36
澎湖縣	67	1	67	1	0	67
金門縣	48	2	24	2	0	24
連江縣	3	1	3	1	0	3
總計	22,174	755	29.4	706	-49	31.4

說明：個管人力包含個案管理師及督導。

資料來源：衛福部提供。

復檢視 113 年各市縣毒防中心個管人員年資滿 12 個月及 18 個月之留任率，分別有嘉義市等 12 個及金門縣等 10 個市縣未達 80%及 70%之目標值(詳表 2)。鑒於個管人員更換頻繁，恐難與個案建立信任關係而影響服務效能，允宜檢討改善。

表 2 113 年度各市縣毒防中心個案管理人員留任率 單位：%

市縣別	12 個月留任率	18 個月留任率
臺北市	73	65
新北市	79	71
桃園市	78	70
臺中市	75	64
臺南市	77	63
高雄市	82	76
新竹縣	72	56
新竹市	100	90
嘉義市	44	22
金門縣	50	0
宜蘭縣	76	65
彰化縣	64	57

市縣別	12 個月留任率	18 個月留任率
南投縣	87	80
雲林縣	83	83
基隆市	90	71
苗栗縣	89	56
嘉義縣	90	81
屏東縣	76	68
臺東縣	78	78
花蓮縣	82	73
澎湖縣	100	100
連江縣	100	100
目標值	80	70

資料來源：衛福部提供。

綜上，113 年度部分市縣毒防中心個案管理人員進用人數或留任時間低於目標，恐不利藥癮個案管理服務，允宜檢討改善，俾提升計畫實施成效。

參、疾病管制署

一二、新增辦理「我國加入 WHO 2035 消除結核第三期計畫」，惟 113 年度山地原鄉結核病發生率達全國 2.5 倍，且部分地區發生率上升，允宜妥謀善策

疾病管制署(下稱疾管署)115 年度預算案新增「我國加入 WHO 2035 消除結核第三期計畫」，計畫總經費 78 億 7,062 萬 3 千元，執行期間 115 至 119 年度，115 年度編列第 1 年經費 11 億 3,992 萬 4 千元，分配於「防疫業務－結核防治計畫」11 億 1,456 萬 1 千元、「一般行政－研發替代役」92 萬元及直轄市及縣市政府「一般性醫療保健補助」2,444 萬 3 千元。經查：

(一)「我國加入 WHO 2035 消除結核第三期計畫」(115 至 119 年度)主要目標為「結核病新案發生率以平均 4%降幅逐年下降」

疾管署預計自 115 年度起辦理「我國加入 WHO 2035 消除結核第三期計畫」，以延續於 114 年度屆期之第二期計畫，期降低國內結核病新案發生率，第三期主要工作項目如下：

1. 穩固防治體系基礎建設：優化結核病檢驗診斷及服務品質、

強化結核病監測追蹤機制、醫療防疫人員之人才培育等。

2. 加強預防策略及早期發現：維持嬰幼兒卡介苗接種，針對山地原鄉、65 歲以上長者、結核病接觸者、矯正機關收容人、愛滋病毒感染者等風險族群，採取多元結核病篩檢策略。
3. 強化治療與診斷技術創新：提升檢驗效率，擴增分子檢測認可實驗室佈局、鼓勵醫療院所提供結核病感染診療服務等。
4. 精進結核病及潛伏結核感染個案管理品質。

該計畫為達成「結核病新案發生率以平均 4%降幅逐年下降」之主要目標，訂有「風險對象管理績效」、「快速診斷工具推廣績效」及「結核病個案照護績效」3 項績效指標與衡量標準(詳表 1)，如：115 年度潛伏結核感染者加入治療人數之目標值為 1 萬 1,500 人等。

表 1 「我國加入 WHO 2035 消除結核第三期計畫」115 年度目標與績效概況表

目標項目	衡量標準	115 年度
主要目標		
結核病新案發生率以平均 4%降幅逐年下降	年度結核病新增個案數÷年中人口數× 100,000 112 年：28 人/每 10 萬人口	24
績效指標（一）風險對象管理績效		
潛伏結核感染者治療成效	潛伏結核感染者加入治療人數 112 年 11,396 人	11,500
	潛伏結核感染接觸者治療成效(詳說明 1、2) 112 年：59%	60
績效指標（二）快速診斷工具推廣績效		
通報個案使用快速分子檢測工具診斷肺結核之涵蓋率	肺結核通報個案使用快速分子檢測人數÷肺結核通報個案數×100% 112 年：70%	75
績效指標（三）結核病個案照護績效		
結核病個案起始治療處方符合診治指引建議處方涵蓋率	結核病個案起始治療處方符合診治指引人數÷接受一線抗結核藥物治療之結核病個案人數×100 121 年：85%	86

說明：1. 潛伏結核感染接觸者治療成效，係指以「潛伏結核感染檢驗陽性接觸者加入治療比率」×「潛伏結核感染檢驗陽性接觸者完成治療比率」，二項指標的乘積值。

2. 潛伏結核感染檢驗陽性接觸者加入治療比率＝潛伏結核感染檢驗陽性者加入治療人數÷潛伏結核感染檢驗陽性者人數×100%；潛伏

結核感染檢驗陽性接觸者完成治療比率＝完成潛伏結核感染治療人數÷加入潛伏結核感染治療人數×100%。

資料來源：疾管署。

(二)山地原鄉結核病發生率與全國差距縮小，惟 113 年度發生率仍為全國 2.5 倍，部分地區發生率則有上升情形

依疾管署提供資料，113 年度我國結核病新案發生人數 6,141 人，發生率為每 10 萬人口 26 人、轉換後死亡率為每 10 萬人口 1.8 人，皆優於 109 至 112 年度(詳表 2)，惟發生率仍高於 WHO 提出 2035 年每 10 萬人口 10 例之目標。

表 2 109 至 113 年度本國籍結核病新案發生及死亡情形表

單位：人；人/10 萬人口

年度	新案數	發生率	死亡數	轉換後死亡率
109	7,823	33	460	2.0
110	7,062	30	442	1.9
111	6,576	28	477	2.0
112	6,584	28	452	1.9
113	6,141	26	427	1.8

說明：表內新案數不含當年度重發案數。

資料來源：疾病管制署。

山地原鄉為我國結核病高發生率地區，疾管署與醫療院所合作，提供設籍山地原鄉民眾每年一次免費胸部 X 光檢查。而山地原鄉結核病新案發生率自 109 年度每 10 萬人口 113.4 人降至 113 年度 66 人，同期間與全國發生率差距亦自 3.4 倍降至 2.5 倍(詳表 3)，然落差仍大，允宜賡續強化防治措施。

表 3 109 至 113 年度山地原鄉結核病發生率與全國比較表

單位：人/10 萬人口

年度	山地原鄉發生率	全國發生率	差距
109	113.4	33.0	3.4 倍
110	88.7	30.0	3.0 倍
111	86.9	28.2	3.1 倍
112	84.8	28.2	3.0 倍
113	66.0	26.2	2.5 倍

資料來源：整理自疾病管制署提供之資料。

而 30 個山地原鄉中尚有 10 個¹⁷113 年度結核病新案發生率高於 112 年度，雖可能受人口數較少致變動幅度大，或因該署主動發現結核病策略致發生率上升，有待提升該等地區篩檢普及性與可近性。

綜上，近年我國結核病新案數及發生率下降，惟 113 年度山地原鄉結核病發生率與全國之差距仍達 2.5 倍，且部分地區尚有發生率上升情形，允宜賡續研謀以提升篩檢普及性與可近性。

一三、新增辦理之「韌性防疫安全網資訊基盤經費」及「國家防疫一體聯合行動方案」，僅提供計畫概述，惟部分辦理項目未臻明確，或與既有計畫雷同度高，允宜審酌

疾管署 115 年度預算案於「防疫業務」新增「韌性防疫安全網資訊基盤經費」4 億 620 萬元及「國家防疫一體聯合行動方案」3 億 8,740 萬元。經查：

(一)新增辦理「韌性防疫安全網資訊基盤經費」及「國家防疫一體聯合行動方案」計畫均尚未獲行政院核定

依疾管署說明，「韌性防疫安全網資訊基盤經費」及「國家防疫一體聯合行動方案」為該署 115 年度新增計畫，期程皆為 115 至 119 年度，該二計畫均尚未經行政院核定，該署簡要說明計畫內容如下：

1. 韌性防疫安全網資訊基盤經費：藉由建構彈性且高韌性資訊基盤為計畫基礎，完備資料治理並導入科技技術打造智慧資料網絡，以落實跨單位防疫資料傳輸並創新防疫服務，並強化可隨大規模疫情與新興傳染病即時應變之軟硬體資訊基礎建設與維運體系。

¹⁷包括宜蘭縣南澳鄉、宜蘭縣大同鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市茂林區、高雄市那瑪夏區、屏東縣春日鄉、屏東縣霧臺鄉、花蓮縣萬榮鄉、花蓮縣卓溪鄉及臺東縣達仁鄉。

2. 國家防疫一體聯合行動方案：透過六大行動路徑，落實防疫一體，包括(1)強化人類、動物、植物與環境防疫一體；(2)減少新興與再浮現人畜共通疾病流行風險；(3)控制地域性人畜共通病、被忽視熱帶病及病媒傳播病；(4)強化食品安全風險評估、管理溝通；(5)遏制抗生素抗藥性大流行；(6)將環境整合納入防疫一體。

(二)「韌性防疫安全網資訊基盤經費」辦理項目未臻明確，宜妥適規劃實施期程及順利整合防疫所需系統

依疾管署說明，COVID-19 疫情突顯我國防疫資訊系統面臨擴展瓶頸、資料處理即時性不足等問題，而疫後專家於「COVID-19 後疫情時代防疫政策白皮書」，針對「資訊科技」與「疫情監測及預測」議題提出重要建言(詳表 1)，成為建構未來我國韌性防疫安全網資訊基盤發展之重要基礎。

表 1 後疫情時代防疫政策白皮書對「疫情監測及預測」及「資訊科技」之建議表

建議	「疫情監測及預測」議題	「資訊科技」議題
1	將疫情監測提高至國家安全層級，建立平時聯繫機制及進行跨單位演練	師法國際先進作法，建立跨單位資料治理制度
2	擴大學研及民間機構共同參與，提升疫情分析量能	投入經費重建防疫資訊系統，長期培養政府資訊專才
3	擴大監測涵蓋面至社會整體運作，加強監測結果與防疫作為的連結	建構彈性且高韌性之服務與機制，提升防疫應處機動性
4	導入人工智慧自動化技術，改善整體分析效率	落實資訊安全及資料應用倫理，兼顧個人權益與公共利益
5	培育中央及地方疫情監測人才，制度化善用公共衛生師人力	秉持人權保障原則善用數位工具，以行政院層級主導國家未來政策及加強科技防疫法規
6	拓展社區檢驗監測網絡，提高醫療院所採檢誘因，視防治需求搭配運用不同檢驗方法	
7	持續精進通報送驗流程，優化實驗室資訊管理系統，推動檢驗結果自動上傳機制，確保疫情爆發時的通報效率	

資料來源：後疫情時代防疫政策白皮書，113 年 4 月。

疾管署辦理「韌性防疫安全網資訊基盤經費」115 年度預算

案數 4 億 620 萬元，主要為資訊軟硬體設備費 2 億 7,080 萬元，除資料安全防護系統外，亦建置現代化智慧防疫資料整合平臺、優化傳染病個案病歷資料彙集平臺、建立醫院傳染病檢驗結果資訊交換及通報個案研判標準化機制等。鑒於該署曾敘明監測疫情係透過傳染病通報系統、即時疫情監視及預警系統與實驗室傳染病自動通報系統等蒐集傳染病個案資訊，並與全國約 180 家責任醫院連線，自動介接急診疾病資料，亦串接各大醫學中心實驗室系統蒐集檢驗資料，快速分析等，顯示防疫體系需介接多項系統。然本「韌性防疫安全網資訊基盤經費」是否已涵蓋疫情監測所需各項系統，或採分階段實施等，因疾管署未提供具體內容，爰無從掌握，然為利防疫所需，允宜妥適規劃，俾利系統順利整合。

(三)「國家防疫一體聯合行動方案」與既有計畫有部分相似之處，宜明確區分，避免資源重複配置

依疾管署預算書「國家防疫一體聯合行動方案」內容列有「建構人畜共通疾病防治工作聯繫與協調機制」及「控制及消除地域性人畜共通疾病」，該等事項與該署所辦「傳染病防治及應變規劃」工作計畫之「辦理人畜共通傳染病及因應氣候變遷相關傳染病防治業務」內容類似；另「強化各層級醫療機構抗生素管理核心能力建設」則與「國家級防疫一體抗生素抗藥性管理行動計畫」之「建立國家級抗生素抗藥性防治跨部會平臺」，亦難區分抗生素管理之差異。爰疾管署允宜區別新增計畫與既有計畫之具體工作事項，避免資源重複配置。

綜上，115 年度預算案新增辦理「韌性防疫安全網資訊基盤經費」及「國家防疫一體聯合行動方案」，二項計畫皆未獲核定，且部分工作內容似與既有計畫類似，恐有資源重複配置之虞，允宜檢討改善，以利預算審議及外部監督。

一四、113 至 114 年 8 月底止流感併發重症個案為 110 年度以來新高，且 113 年度高齡者、兒少年(學生族群)及學齡前幼兒流感疫苗接種率低於目標，均待改善

疾管署 115 年度預算案於「防疫業務」下之「新興傳染病暨流感大流行應變整備及邊境檢疫計畫」編列 4 億 9,990 萬 8 千元、研發替代役編列 170 萬元，另於一般性補助款編列 1,578 萬 5 千元，合計 5 億 1,739 萬 3 千元，較 114 年度法定預算數(含追加預算)6 億 489 萬 9 千元減少 8,750 萬 6 千元；另「充實國家疫苗基金」編列 70 億 3,380 萬 6 千元，較 114 年度法定預算數(含追加預算)52 億 3,557 萬 7 千元，增加 17 億 9,822 萬 9 千元(增幅 34.35%)。

有關 115 年度「充實國家疫苗基金」增編 17 億餘元，據疾管署說明，係因：1、新增辦理國家疫苗產業韌性深耕經費之大流行疫苗採購模式所需 9 億元。2、提升公費疫苗接種處置費為每劑 150 元及 6 歲以下幼童為每劑 200 元等經費 8.4 億元。3、COVID-19 疫苗先前採購 3,500 萬劑供應至 114 年，114 年疫苗經費係扣除前年度已支付之預付款，115 年係另簽訂新合約，單劑經費增加及預估價格上漲，故所需預算增加。

依疾管署統計，近年流感季(110 至 111 年、111 至 112 年、112 至 113 年)流感併發重症病例數介於 0 人至 1,777 人，113 至 114 年 8 月底流感併發重症個案則增至 2,032 人(詳表 1)。據該署說明，近 3 年流感併發重症人數逐年上升，以 65 歲以上長者占六成為多，其次為 50 至 64 歲約二成，與年齡高度相關，並有七至八成流感併發重症者未接種疫苗。我國人口持續老化，而民眾未有積極健康意識及疫苗猶豫亦可能是未接種疫苗原因。

表 1 近年流感季全國流感併發重症病例數明細表 單位：病例

流感季/月	110 至 111 年	111 至 112 年	112 至 113 年	113 至 114 年 8 月底
10	0	2	116	180
11	0	11	70	115

流感季/月	110 至 111 年	111 至 112 年	112 至 113 年	113 至 114 年8月底
12	0	9	91	113
1	0	17	163	300
2	0	18	152	364
3	0	16	106	156
4	0	76	121	115
5	0	92	171	161
6	0	115	259	144
7	0	116	226	176
8	0	163	167	208
9	0	168	135	—
合計	0	803	1,777	2,032
罹患流感併發重症確定病例中屬未接種疫苗病例數	0	652	1,291	1,643
死亡數	0	199	418	455

說明：1. 114 年度統計至 8 月底止。

2. 以發病年月計算，資料日期為 114 年 8 月 31 日，資料隨疫調更新而調整。

3. 未接種當季流感疫苗之流感併發重症病例數包含接種疫苗 14 日內發病個案及發病後接種個案。

資料來源：疾管署提供。

依疾管署提供 112 至 114 年公費接種流感疫苗重點對象之目標值及實際值表(詳表 2)，其中 112 年度 65 歲以上老人、醫事人員之實際接種率各為 54%、71%皆低於目標值(各為 55%、75%)，而 113 年度 65 歲以上老人、兒少年(學生族群)及學齡前幼兒之實際接種率各為 48%、69%、62%，亦低於目標值(55%、75%、65%)。由於流感併發重症與未接種疫苗高度相關，且 110 至 114 年度間逾八成罹患流感併發重症者未接種疫苗(詳表 1)，該署宜加強宣導，俾提升國人流感疫苗接種率。

表 2 112 至 114 年公費接種流感疫苗重點族群接種率簡表 單位：%

年度別/重點族群		112 年	113 年*	114 年(預計)
65 歲以上老年	目標值	55	55	55
	實際值	54	48	—
兒少年(學生族群)	目標值	75	75	75
	實際值	75	69	—
醫事人員	目標值	75	75	75
	實際值	71	80	—
學齡前幼兒	目標值	60	65	65
	實際值	65	62	—

年度別/重點族群		112 年	113 年*	114 年(預計)
公費疫苗接種涵蓋率	目標值	25	25	25
	實際值	28	29	-

說明：1. 流感疫苗接種計畫年度：113 年度計畫執行期間為 113 年 10 月 1 日至 114 年 9 月 30 日，114 年度計畫執行期間為 114 年 10 月 1 日至 115 年 9 月底。

2. *表示 113 年度為截至 114 年 6 月 30 日之統計資料。

資料來源：疾管署提供。

綜上，113 年度 65 歲以上老年、兒少年(學生族群)及學齡前幼兒公費流感疫苗接種率低於目標值，惟流感併發重症與未接種疫苗高度相關，疾管署允宜加強宣導，提升國人流感疫苗接種率，俾維護國人生命健康。

一五、113 年度新增通報愛滋感染人數較 112 年度增加，而新增梅毒感染人數亦高於 112 年度，且年齡有下降趨勢，允宜檢討改善，以提升防治成效

行政院 110 年 5 月核定「2030 年消除愛滋第一期計畫」，執行期間 111 至 115 年度，111 至 114 年度已編列 52 億 5,861 萬 5 千元，疾管署 115 年度預算案「防疫業務」項下「愛滋防治計畫」續編最後 1 年經費 12 億 5,356 萬 8 千元，該計畫亦辦理梅毒防治業務。經查：

(一)113 年度新增愛滋病感染人數較 112 年度增加，年齡層以 30 至 34 歲最多

由疾管署提供之近年新增通報本國籍愛滋感染人數及年齡分布資料(詳表 1)，113 年度我國愛滋新增通報感染人數計 1,001 人，較 112 年度增加，而新增感染者之年齡層以 30 至 34 歲者最多。

表 1 109 至 114 年度新增通報愛滋感染人數及年齡分布情形表

單位：人

年度	年齡(歲)										總計
	未滿20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	大於60	
109	62	253	324	277	183	110	74	44	22	39	1,388
110	44	181	266	302	172	114	60	53	27	26	1,245

年度	年齡(歲)										總計
	未滿20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	大於60	
111	36	176	198	223	161	107	65	44	29	30	1,069
112	26	137	186	188	144	98	61	33	35	32	940
113	33	155	211	228	137	84	50	33	35	35	1,001
114(1-7月)	12	81	91	110	87	54	26	20	16	16	513

資料來源：疾管署提供。

(二)113 年度新增梅毒感染人數較 110 年度增加 3.44%，而未滿 20 歲、20 至 24 歲之增幅各達 2 倍及 44.75%，為增幅較高之族群

梅毒、淋病、愛滋等性傳染病傳播途徑均以不安全性行為為主，感染風險行為族群具高度相關且常伴隨合併感染，疾管署爰採取性傳染病整合式防治策略，於「2030 年消除愛滋第一期計畫」併同推動梅毒防治。

依該署提供近年新增通報梅毒感染人數及年齡分布資料(詳表 2)，113 年度我國梅毒新增通報感染人數計 9,737 人，雖低於 112 年度之 9,941 人，惟較 110 年度之 9,413 人之增幅為 3.44%。復檢視 113 及 110 年度各年齡層新增感染人數之變化，其中未滿 20 歲感染者自 110 年度 181 人增加至 113 年度 550 人，增幅達 203.87%；而 20 至 24 歲感染者則自 110 年度 847 人增至 113 年度 1,226 人，增幅達 44.75%，該兩年齡層增幅為所有年齡層之前二高。

有關我國 24 歲以下梅毒疫情上升，疾管署推測原因如下：

1. COVID-19 疫情趨緩，民眾性活動及就醫行為正常化，醫療門診恢復常態，故篩檢及通報量皆增加，與國際性傳染病疫情因 COVID-19 疫情趨緩而上升之趨勢相似。
2. 社會風氣及觀念改變，年輕族群性行為年齡層下降，以及網路或交友軟體興起、社群網絡快速聯繫彼此。
3. 醫療院所於風險族群加入 PrEP(暴露愛滋病毒後預防性投藥)

計畫前，會再進行梅毒、淋病等篩檢，進而增加通報量。

為因應青少年性病疫情，疾管署與教育部、國民健康署等共同成立「青少年性教育(性健康及性病防治)聯繫平台」，定期召開會議，並就性教育及性病防治政策與執行討論。鑒於青少年感染人數近年持續攀升，並無下降趨勢，顯示梅毒防治策略仍待強化。

表 2 110 至 114 年度新增梅毒感染人數及年齡分布情形表 單位：人

年度	年齡(歲)										總計
	未滿20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	大於60	
110	181	847	1,454	1,673	1,248	816	512	419	313	1,950	9,413
111	269	974	1,464	1,785	1,229	866	564	383	284	1,889	9,707
112	409	1,081	1,431	1,788	1,266	895	537	362	296	1,876	9,941
113	550	1,226	1,315	1,582	1,285	849	530	390	279	1,731	9,737
114(1-7月)	368	766	730	965	744	504	327	205	179	1,062	5,850

資料來源：疾管署提供。

綜上，113 年度新增通報愛滋感染人數高於 112 年度，而梅毒感染人數雖較 112 年度下降，惟未滿 20 歲及 20 至 24 歲感染人數較 110 年度快速增加，均待研謀改善，以提升防治成效。

肆、中央健康保險署

一六、新增辦理「健康福利智慧轉型服務」及「建構智慧化在宅醫療生態系」計畫，然在宅醫療業務曾有建置之平台使用率偏低情形，允宜檢討改善

中央健康保險署(以下稱健保署)115 年度預算案於「科技業務」下新增分支計畫「健康福利智慧轉型服務」編列 1,879 萬 5 千元、「建構智慧化在宅醫療生態系」編列 3,000 萬元。經查：

- (一)「健康福利智慧轉型服務」係建置慢性病風險分級模組，而「建構智慧化在宅醫療生態系」則建置在宅醫療照護資訊平台
- 依健保署說明，115 年度預算案新增之「健康福利智慧轉型服務」，係數位發展部主政「智慧政府數位化精進發展計畫(草

案)」之分支計畫，由健保署建置慢性病風險分級模組，並導入家醫大平台，讓醫療院所可透過該平台提升三高等慢性病病人之照護涵蓋率等，期有效控制慢性病相關併發症之發生。

至另一新增之「建構智慧化在宅醫療生態系」計畫，則屬經濟部主政「在宅醫療科技推動計畫(草案)」之分支計畫，由健保署建置在宅醫療照護資訊平台，規劃個案照護資料整合等功能，並以參與健保署居家照護、居家醫療照護整合計畫等醫療機構為優先推動對象，串接醫院、診所與居護所資訊流，以減輕醫療機構行政負擔。前開 2 項新計畫之概述詳表 1。

表 1 「健康福利智慧轉型服務」及「建構智慧化在宅醫療生態系」計畫概述彙整表

分支計畫名稱	計畫名稱及期程	健保署辦理之計畫內容	115 年度工作項目	115 年度預期效益
健康福利智慧轉型服務	智慧政府數位化精進發展計畫(草案)(數位發展部主政)115 至 119 年度	建置慢性病風險分級模組，並導入家醫大平台，讓醫療院所可透過家醫大平台提升三高等慢性病病人之照護涵蓋率、醫療照護品質及健康管理效率，進而有效控制前述慢性病相關併發症之發生。	委外開發疾病分級模型，完成以下項目： (1)邀集醫學會研議疾病風險分級邏輯，開發疾病風險分級模型。 (2)按疾病分級所需，彙整個人就醫及健康資料。 (3)訂定各疾病等級之治療指引及衛教資訊。 (4)完成 AI 疾病風險分級模型並測試。	完成 1 項慢性病之疾病風險分級，並依不同疾病等級訂定相對應之治療指引及衛教資訊，以利後續導入平台應用。
建構智慧化在宅醫療生態系	在宅醫療科技推動計畫(草案)(經濟部主政)115 至 118 年度	建置在宅醫療照護資訊平台，規劃個案照護資料整合、個案健康管理儀表板、多向溝通工具、健保申報資料介接與第三方應用程式 API 介接等，並以參與健保署居家照護、居家醫療照護整合計畫等醫療機構優先推動，串接醫院、診所與居護所資訊，減輕醫療機構行政負擔，實現資料連接共享，提升照護連續與醫療效能。	- 設計平台框架及技術開發，確認平台功能需求。 - 盤點上傳指標數據等資料及欄位格式，規劃平台基本功能，如設計視覺化健康管理儀表板。 - 進行平台系統內部測試，確認數據資料登錄與交換之流程。 - 制定防護措施及應變機制資訊，以維護資訊安全。 - 宣傳輔導醫療機構使用平台，進行個案健康管理。	(一)居家醫療照護計畫/方案個案透過平台進行健康管理比率 115 年：50% (二)基層院所(含居護所)使用平台普及率。 115 年：50%

資料來源：健保署提供。

(二)「健康福利智慧轉型服務」之建置允宜提升三高照護涵蓋率，而在宅醫療相關業務曾有建置電子轉介平台，惟使用率偏

低情形

依衛福部統計，國人十大死因有 5 項與三高（高血壓、高血糖、高血脂）有關，65 歲以上長者三高比例達五成¹⁸。考量健保署新增「健康福利智慧轉型服務」既建置慢性病風險分級模組，並導入家醫大平台，讓醫療院所透過家醫大平台提升三高慢性病人之照護涵蓋率，爰該署宜審慎規劃慢性病之疾病風險分級等機制，以提升三高照護涵蓋率，並降低醫療費用及三高相關死亡風險。

另在宅醫療部分，健保署 105 年度起辦理居家醫療照護整合計畫（下稱居整計畫），鼓勵健保特約醫事服務機構組成團隊，提供居家醫療照護服務，並確保病人轉介與後送就醫需求。惟審計部抽查中央健保署、全民健康保險基金及衛生福利特別收入基金所屬全民健康保險紓困基金 113 年度財務收支及決算審核通知事項指出，居整計畫之照護人數近九成為 65 歲以上長者，且 97% 個案之失能程度屬完全依賴或嚴重依賴，該署於 107 至 113 年度建置維運電子轉介平臺，以利醫療院所與長期照顧管理中心（下稱照管中心）收治個案之雙向轉介追蹤；惟醫療院所 111 至 113 年度透過該平臺轉介個案使用率僅 0.64% 至 3.83%，照管中心僅約 1%，未透過該平臺轉介個案無法藉系統追蹤後續處理，影響照護品質及資訊完整性。考量「建構智慧化在宅醫療生態系」雖將平臺使用率納入績效目標，然以往在宅醫療相關平臺曾有使用率欠佳情形，允宜檢討過往使用率欠佳原因並研謀改善，以發揮計畫成效。

綜上，健保署 115 年度預算案新增辦理「健康福利智慧轉型服務」及「建構智慧化在宅醫療生態系」，該二計畫皆涉及資訊系統或軟硬體建置，允宜針對計畫目標妥適規劃相應策略，並就過

¹⁸衛生福利部國民健康署 114 年 4 月 23 日「定期健檢、及早發現三高風險」新聞稿。

往系統使用欠佳情形檢討改善，俾達計畫成效。

一七、為減少病人重複檢驗(查)，持續獎勵醫療院所上傳檢驗(查)結果，惟部分基層醫事機構上傳率偏低，允宜檢討改善

健保署 115 年度預算案於「健保業務」項下編列「完善健保醫療費用總額及給付機制」96 億 7,245 萬 1 千元，其中 21.88 億元係辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(下稱即時查詢方案)所需經費，經查：

(一)自 103 年度起辦理即時查詢方案，113 年底健保特約醫事服務機構申辦率達 95%

健保署自 103 年度起實施即時查詢方案，將醫院、藥局等納入適用對象，並鼓勵醫療院所上傳重要檢驗(查)結果、相關影像與病理檢驗報告、出院病歷摘要等醫療資訊。114 年度即時查詢方案之獎補助項目含三大範疇，包括網路頻寬費用補助、資料上傳獎勵以及提升院所智慧化資訊機制獎勵，獎勵項目亦由 104 年度之 140 項提高至 114 年度之 718 項。

依健保署資料，113 年底止健保特約醫事服務機構計 3 萬 1,513 家，申辦上開計畫計 2 萬 9,951 家，占比達 95%(詳表 1)。

表 1 113 年底健保特約醫事服務機構申辦即時查詢方案概況表

單位：家；%

機構別/項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	藥局	檢驗所	其他	合計
申辦家數	28	84	349	21,018	7,223	194	1,055	29,951
全國特約家數	28	84	349	21,981	7,736	211	1,124	31,513
申辦家數占全國特約家數比率	100	100	100	96	93	92	94	95

資料來源：健保署提供。

(二)113 年度及 114 年 1 至 6 月基層醫事服務機構之檢驗結果及影像、病理檢驗報告上傳率偏低，其中牙科診所 X 光上傳率未達一成

依健保署資料，113 年度及 114 年 1 至 6 月醫事服務機構¹⁹之「檢驗(查)結果」上傳率平均為 96.3%及 96.5%，至於「影像、病理檢驗(查)報告」平均為 87.8%及 87.9%。惟 113 年度基層醫事服務機構之「檢驗(查)結果」上傳率介於 24.97%至 96.57%，114 年 1 至 6 月則介於 26%至 96.3%，皆以牙醫診所最低；至於醫療影像上傳率，113 年度介於 3.19%至 24.22%，114 年 1 至 6 月則介於 0.9%至 28.4%，皆以「檢驗所、助產所、康復之家、居家護理、物理治療所」最低(詳表 2)。

此外，牙科診所為牙科 X 光影像主要執行場所，114 年 1 至 6 月牙科診所上傳 X 光影像比率僅 7.2%，倘病人跨院就醫而再次執行 X 光檢查，不僅浪費健保資源，亦增加輻射風險。

表 2 113 年度及 114 年 1 至 6 月基層醫事服務機構之「檢驗(查)結果」及「醫療影像」上傳率概況表 單位：%

基層診所別	檢驗(查)結果上傳率		醫療影像上傳率	
	113 年度	114 年 1 至 6 月	113 年度	114 年 1 至 6 月
西醫	74.85	76.20	24.22	28.40
中醫	71.11	56.20	9.56	14.90
牙醫	24.97	26.00	5.66	7.20
檢驗所、助產所、康復之家、居家護理、物理治療所等	96.57	96.30	3.19	0.90

說明：上傳率係上傳件數占應上傳件數(申報醫令數)之比率。

資料來源：健保署。

針對上傳率偏低情形，健保署說明將評估各類醫事服務機構檢驗(查)服務樣態及上傳量能，檢討應上傳項目，另考量上傳獎勵尚不足彌補基層診所所需成本，已推動「基層醫療院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫」，升級基層院所資訊基礎設施，以降低上傳作業門檻。

綜上，健保署辦理「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，惟 113 年度及 114 年上半年部分基層醫事服務機構之「檢

¹⁹含醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所及醫事檢驗機構。

驗(查)結果」及「醫療影像」上傳率偏低，允宜檢討改善，俾達成醫療資源資訊共享及減少不必要檢驗(查)。

一八、賡續辦理「健保醫療平權數位升級計畫」，惟 113 年度參與電子處方箋試辦家數未達目標，且截至 114 年 6 月底止提供虛擬健保卡服務家數有限，允宜檢討改善

健保署 115 年度預算案於「健保業務」項下辦理「健保醫療平權數位升級計畫」，該計畫於 112 年 8 月經行政院核定，執行期間為 113 至 116 年度，113 及 114 年度已編列 15 億 7,381 萬 1 千元，115 年度續編列第 3 年經費 10 億 2,219 萬 1 千元。經查：

(一)「健保醫療平權數位升級計畫」113 年度實際參與電子處方箋試辦計畫之醫事服務機構家數低於目標

依健保署提供資料，115 年度該署「健保醫療平權數位升級計畫」預計辦理事項計有家醫大平臺、虛擬健保卡等 8 項，並設定各項目之目標值(詳表 1)。

「健保醫療平權數位升級計畫」係透過「民眾健康賦能」、「雲端系統效率精進」、「打破圍牆的醫療照護」及「資料生態系」等策略，以健保雲端服務推動醫療平權等。惟依健保署資料，在「打破圍牆的醫療照護」部分，113 年度設定參與電子處方箋試辦計畫醫事服務機構為 25 家，惟實際參與 17 家，實際執行未達目標。

表 1「健保醫療平權數位升級計畫」115 年度辦理事項及目標值表

策略	辦理事項	115 年度目標值
民眾健康賦能	家醫大平臺	家庭醫師整合性照護計畫之參與院所平臺使用率 115 年使用率 40%。
	個人健康資料加值	鼓勵產業發展慢性病全人健康照護管理方案，115 年完成一種疾病管理方案。
雲端系統效率精進	優化健保雲端查詢系統	1. 完成 2 項雲端系統優化。 2. 提升基層院所(含檢驗所)檢驗(查)結果上傳率，115 年達 85%。
	數位化審查	1. 115 年開發事前審查檢核模組 1 項，模擬導入審查流程。2. 新藥品收載改革與建立新藥品暫時性健保支

策略	辦理事項	115 年度目標值
		付許可制度：115 年推動新藥建議收載行政程序作業電子化，廠商電子送件達 99%。3. 加速創新醫材收載，115 年建置真實世界數據專區，收集臨床使用數據。
打破圍牆的醫療照護	遠距醫療	115 年全民健康保險遠距醫療給付計畫遠距會診人次較 111 年提升 30%。
	虛擬健保卡	1. 醫療院所虛擬健保卡健保申報件數較 111 年提升 25%。2. 民眾申請或查詢使用次數成長率較前一年成長達 7%。
資料生態系	健保 BioBank	1. 專題式資料加值、標準化轉換及整合應用平臺建置，115 年完成 1 項專題進行成功穩定循環運作之案例。2. 115 年智能客服知識管理系統提供客服人員參考內容正確率達 85%，回復內容耗時 10 秒內。
	數位基礎建設	健保資訊服務雲端化，透過軟體工程進行系統再造，提升行政作業效率(達成率 75%)。

資料來源：健保署提供。

(二)截至 114 年 6 月底，提供虛擬健保卡服務之醫療院所僅 511 家，占全國特約院所比率未達 3%

依審計部中央政府前瞻基礎建設計畫第 4 期特別決算審核報告指出，衛福部為開發建置虛擬健保卡系統及導入醫療院所場域等，108 至 113 年度執行數 4,701 萬餘元，而健保署自 111 年度起於「居家醫療」、「遠距醫療」及「視訊診療」等 3 個場域正式推廣虛擬健保卡。

據健保署說明，為讓偏鄉、離島及行動不便民眾有其他便利就醫選擇，爰虛擬健保卡重點應用場域為非典型醫療服務情境，如：在宅急症照護、居家醫療/照護、居家透析等。該署並於「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」訂定獎勵措施，包括醫事人員協助病人綁定虛擬卡獎勵及申報虛擬卡服務指標獎勵等，以鼓勵醫療院所於前述非典型醫療場域提供虛擬健保卡服務。惟截至 114 年 6 月底，僅 511 家醫療院所提供虛擬健保卡服務，占全國特約醫療院所及居家護理機構 2 萬 3,091 家之 2.2%(詳表 2)。由於提供虛擬健保卡服務之醫療院所比率偏低，對於醫療院所推動面臨之困難，健保署宜有具體作為，以提高使用成效。

表 2 114 年截至 6 月底醫療院所提供虛擬健保卡服務表 單位：家；%

類別	提供虛擬健保卡服務家數(A)	全國特約院所家數(B)	占比(A/B)*100
醫學中心	28	28	100.0
區域醫院	71	85	83.5
地區醫院	135	350	38.6
基層診所	205	21,887	0.9
居家護理機構	72	741	9.7
合計	511	23,091	2.2

說明：1. 基層診所包含西醫、牙醫及中醫診所。

2. 全國特約院所家數係 114 年 6 月底家數(排除停歇業機構)。

資料來源：健保署提供。

綜上，健保署 115 年度預算案賡續辦理「健保醫療平權數位升級計畫」，惟 113 年度參與電子處方箋試辦計畫之醫事服務機構家數未達目標，且 114 年截至 6 月底提供虛擬健保卡服務之醫療院所比率偏低，允宜積極檢討改善，俾達計畫成效。

伍、國家中醫藥研究所

一九、115 年度起新增辦理「奈米中藥成分分析技術之開發」等 4 項計畫，允宜參酌相關研究成果，以提升中藥領域之拓展應用

國家中醫藥研究所(下稱中醫藥研究所)115 年度預算案於「科技業務」項下新增編列「奈米中藥成分分析技術之開發」480 萬元、「提升中醫藥國際學術電子期刊品質計畫」430 萬元及「以病毒關鍵活性蛋白進行防疫中藥研發」900 萬元，另於「研究及實驗」項下新增編列「第五期國家癌症防治計畫」1,475 萬元。經查：

(一)新增編列「奈米中藥成分分析技術之開發」等 4 項計畫概述

中醫藥研究所提供 115 年度預算案新增 4 項計畫內容，概述如下：

1. 奈米中藥成分分析技術之開發：建立奈米中藥分析平台，並開發完成 1 個合成噬菌體表達抗體庫，用於篩選對應中藥外泌體表面蛋白質性之抗體。
2. 提升中醫藥國際學術電子期刊品質計畫：115 年度出刊 6 期，

每期至少 10 篇文章，提升傳統醫藥領域文章登刊比率達 65%。

3. **以病毒關鍵活性蛋白進行防疫中藥研發：**擬建置病毒關鍵活性蛋白分析平台，進行至少 1 種傳染病防治中藥開發，並與至少 1 家 GMP 中藥廠合作，確保疫情發生時可快速投入生產。
4. **第五期國家癌症防治計畫：**癌症中醫輔助治療之健保資料庫分析，對於癌症中西醫合併治療與交互作用進行研究，以及開發檳榔替代物。

(二)允宜參酌相關研究成果，以提升計畫綜效

中醫藥研究所於前述第五期國家癌症防治計畫(2024 至 2030 年)負責開發檳榔替代物、對癌症中西醫合併治療與交互作用進行研究等，考量該計畫列明「檳榔為第一級致癌物，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因」，而口腔癌標準化發生率前 3 縣市依序為臺東縣、花蓮縣及嘉義縣，皆為高嚼檳率縣市，爰該所允宜參酌相關研究成果，積極開發檳榔替代物，俾利降低嚼檳率及口腔癌風險，並創造優質中藥新產值。

綜上，國家中醫藥研究所 115 年度預算案新增辦理「奈米中藥成分分析技術之開發」等 4 項計畫，允宜參酌相關研究成果，積極研究，以提升中藥領域之創新研發與應用拓展。

二〇、辦理「新南向醫衛合作與產業鏈發展」計畫，為確保新南向國家試種之藥用植物符合我國規範，允宜周妥管理機制，俾利後續推動

中醫藥研究所 115 年度預算案於「研究及實驗」項下「新南向醫衛合作與產業鏈發展」編列 1,310 萬 1 千元，預計辦理新南向國家醫藥研究合作、新南向國家中草藥工作坊或國際交流研討會、至印尼及印度考察傳統醫藥產官學研機構等。經查：

(一)115 年度辦理深化新南向國家傳統醫藥領域之研發與公部門合作交流機制

「新南向醫衛合作與產業鏈發展中長程計畫第二期」(111 至 114 年)將於 114 年度屆期，衛福部已擬具「新南向醫衛合作與產業鏈發展中長程計畫第三期」(115 至 118 年)於 114 年 5 月陳報行政院，截至 114 年 9 月底止尚未獲核定。至於第三期計畫與中醫藥研究所有關部分係 115 年度辦理深化新南向國家傳統醫藥領域之研發與公部門合作交流機制業務，該所說明如下：

1. 與印度傳統醫藥部(AYUSH Ministry)及印度臺北協會(ITA)進行傳統醫學在學術與文化之長期交流。
2. 建立臺灣與印度、越南、菲律賓、印尼及泰國傳統醫藥及藥用植物資源研究合作。
3. 重要中藥材栽種條件研究及新南向國家進口替代可行性評估。
4. 人員互訪或辦理國際研討會。

有關藥材栽種合作，115 年度將針對重要藥材與臺灣大學、屏東科技大學、農業部農業改良場及外交部農技團合作，研究重要中藥材栽種條件及越南、印尼、泰國及菲律賓等國海外契作可行性評估，逐步建立「本地試種+海外契作」雙軌供應模式。

(二)前期計畫已啟動於新南向國家試種藥用植物，惟是否符合臺灣中藥典等規範仍待追蹤，並據以調整第三期計畫

依據「新南向醫衛合作與產業鏈發展中長程計畫第二期」(111 至 114 年)所列分工項目，中醫藥所負責之「深化臺印度等新南向國家傳統醫藥領域之研發與公部門合作」，包括建立臺灣與印度傳統醫藥產業鏈結合作團隊並開發新南向國家常見疾病之中藥方、重要中藥材栽種條件研究及新南向國家進口替代可行性評估與印度中央部會 AYUSH 部與科技部密切互動。

另依中醫藥所說明，有關臺印傳統醫學交流及官方互動，113 年 6 月我國已與印度官方簽署合作備忘錄(MOU)，將於國家

中醫藥研究所設立阿育吠陀講座教授；至於藥用植物研究與重要中藥材栽種合作成果如下：

1. 南向國家藥用植物研究與產業鏈結：113 年度與印度研究機構進行藥用植物研究與栽種試驗、赴中越熱帶林業中心進行沉香、肉桂考察，與印度藥用植物業界討論契種及出口可行性。
2. 與新南向國家針對重要中藥材栽種合作計畫與成效：114 年 2 月與越南「廣寧省農業與農村發展廳」簽署藥用植物試種科研合作備忘錄、實地考察廣寧省藥材集中種植區、114 年 4 月起啟動藥用植物實際試種。

我國中藥材原料主要仰賴輸入，而印度及新南向國家多項傳統醫療藥用植物也為臺灣中藥典收錄之中藥材基原，可望成為進口替代產地。然中醫藥研究所雖與越南等啟動試種，考量「新南向醫衛合作與產業鏈發展中長程計畫第二期」曾列明「植物原料若要在臺灣做為中藥材使用，必須符合臺灣中藥典及相關法規之規範，不論是植物品種、田間栽培條件、採收時機及加工流程等因素皆會影響到中藥材品質。」爰如何確保新南向國家栽種藥用植物符合臺灣規範，允宜妥適規劃管理機制，俾擴大適用範圍及有效分散原料來源國，並為推動第三期計畫之參考。

綜上，國家中醫藥研究所辦理「新南向醫衛合作與產業鏈發展」計畫，雖前期計畫已與部分新南向國家進行藥用植物栽種試驗，允宜妥適規劃管理機制，俾利擴大執行，達成計畫預期成果。

（分機：1925 賴欣憶）