

立法院第 8 屆第 4 會期社會福利及衛生環境委員會 第 2 2 次全體委員會會議議事錄

時間：102 年 11 月 27 日（星期三）下午 2 時 33 分至 8 時 53 分

地點：本院群賢樓 801 會議室

出席委員：吳育仁 劉建國 江惠貞 林淑芬 陳節如 葉津鈴
楊 曜 蘇清泉 鄭汝芬 趙天麟 徐少萍 楊玉欣
田秋堃 蔡錦隆 王育敏（委員出席 15 人）

列席委員：尤美女 陳超明（委員列席 2 人）

列席官員：衛生福利部

	部 長	邱文達
	政務次長	林奏延
	政務次長	曾中明
	常務次長	許銘能
綜合規劃司	司 長	石崇良
社會保險司	司 長	曲同光
社會救助及社工司	司 長	李美珍
保護服務司	司 長	張秀駕
護理及健康照護司	司 長	鄧素文
醫事司	司 長	李偉強
科技發展組	技 監	周淑婉
資訊處	技 監	許明暉
會計處	處 長	高正本
秘書處	處 長	石美春
統計處	處 長	陳 憫
附屬醫療及社會福利機 構管理會	執 行 長	李懋華
國際合作組	主 任	商東福
社會及家庭署	署 長	簡慧娟
疾病管制署	署 長	張峰義
食品藥物管理署	署 長	葉明功
國民健康署	署 長	邱淑媿
中央健康保險署	署 長	黃三桂
國家中醫藥研究所	所 長	黃怡超

主 席：江召集委員惠貞
專門委員：黃中科
主任祕書：楊夢濤
記 錄：簡任祕書 李健行
簡任編審 鄭翔勻
科 長 王曉蘭
專 員 林淑梅
荐任科員 高佳伶

報告事項

宣讀上次會議議事錄。

決定：

- 一、上次會議議事錄中併案審查行政院函請審議「勞工退休金條例部分條文修正草案」、本院委員羅明才等 36 人、委員楊麗環等 22 人、委員張嘉郡等 18 人分別擬具「勞工退休金條例第二十四條條文修正草案」、委員劉建國等 21 人擬具「勞工退休金條例增訂第二十四條之一條文草案」、委員林世嘉等 22 人擬具「勞工退休金條例第五十條條文修正草案」、委員盧秀燕等 19 人擬具「勞工退休金條例增訂第十四條之一條文草案」、委員羅淑蕾等 20 人擬具「勞工退休金條例第十四條及第二十三條條文修正草案」、委員羅淑蕾等 27 人擬具「勞工退休金條例第五十條及第五十條之一條文修正草案」等 9 案之決議(六)文字應調整為：「第二十四條之二條文，照委員陳節如等所提修正動議將行政院提案修正為：「勞工未滿六十歲，有下列情形之一，其工作年資滿十五年以上者，得請領月退休金或一次退休金。但工作年資未滿十五年者，應請領一

次退休金：

- 一、領取勞工保險條例所定之失能年金給付或失能等級三等以上之一次失能給付。
- 二、領取國民年金法所定之身心障礙年金給付或身心障礙基本保證年金給付。
- 三、非屬前二款之被保險人，符合得請領第一款失能年金給付或一次失能給付之失能種類、狀態及等級，或前款身心障礙年金給付或身心障礙基本保證年金給付之障礙種類、項目及狀態。

依前項請領月退休金者，由勞工決定請領之年限。」]

二、上次會議議事錄中有關委員林淑芬等所提臨提案 1 項，補列如下：

(六)鑒於中央政府 103 年度財源短缺，於是總預算編列釋股收入 621 億元，並要求勞工保險、勞工退休基金承接股權，找勞工保險、勞工退休基金套現的手法史無前例，而且政府還要求基金持股必須長期持有，不能隨意賣出，這些基金雖由政府掌握，但這是勞工的錢，本應獨立運作，現在勞工保險監理委員會及勞工退休監理會如果配合政府運作去買政府指定公股股票且需長期持有，變成政府掏空基金，轉嫁金融投資風險給勞工的幫手。此例一開，只要政府沒錢，就從勞工保險、勞工退休基金挖的作為，勞工老年經濟安全就不保。爰要求勞工保險及勞工退休基金不可承接公股釋出。

提案人：林淑芬

連署人：趙天麟 陳節如

決議：需再充分討論，本案不處理。

三、其餘均無異議確定。

討論事項

繼續處理中華民國 103 年度中央政府總預算案有關衛生福利部主管預算（公務部分）案。

決議：

一、103 年度中央政府總預算案關於衛生福利部主管（衛生福利部、疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國家中醫藥研究所）收支部分，審查結果：

甲、歲入部分

第 3 款 規費收入

第 196 項 衛生福利部 9,632 萬 7,000 元，照列。

本項通過決議 3 項：

（一）鑒於健康統計資料使用費收入是衛生福利部提供全民健康保險資料庫，供學術與非學術單位申請使用。惟全民健康保險資料庫是人民基於國家政策參與強制性社會保險，依全民健康保險法必須提供之資料，從未授權國家提供給第三人作為商業用途；中央健康保險署甚至拒絕國人有退出參與的權利，顯然無視國人對於個人健康資訊自主權。針對國人健康統計資料，政府若有其他計畫與用途，應擬定政策法律明文規範使用範疇，不應便宜行事，爰凍結第 2 目「使用費收入」第 1 節「資料使用費」之統計資料使用費收入五分之一，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得辦理。【2】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

（二）鑒於健康統計資料使用費收入是衛生福利部提供全民健康保險

資料庫，供學術與非學術單位申請使用。惟全民健康保險資料庫是人民基於國家政策參與強制性社會保險，依全民健康保險法必須提供之資料，從未授權國家提供給第三人作為商業用途；中央健康保險署甚至拒絕國人有退出參與的權利，顯然無視國人對於個人健康資訊自主權。針對國人健康統計資料，政府若有其他計畫與用途，應擬定政策法律明文規範使用範疇，不應便宜行事，爰凍結第 2 目「使用費收入」第 2 節「場地設施使用費」之資料增值應用場地設施使用費收入五分之一，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得辦理。【3】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

(三)鑒於健康統計資料使用費收入是衛生福利部提供全民健康保險資料庫，供學術與非學術單位申請使用。惟全民健康保險資料庫是人民基於國家政策參與強制性社會保險，依全民健康保險法必須提供之資料，從未授權國家提供給第三人作為商業用途；中央健康保險署甚至拒絕國人有退出參與的權利，顯然無視國人對於個人健康資訊自主權。針對國人健康統計資料，政府若有其他計畫與用途，應擬定政策法律明文規範使用範疇，不應便宜行事，爰凍結第 2 目「使用費收入」第 5 節「服務費」之資料增值應用服務費收入五分之一，俟向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得辦理。【4】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

乙、歲出部分

第 21 款 衛生福利部主管 1,405 億 7,819 萬 7,000 元。

第 1 項 衛生福利部原列 1,020 億 8,643 萬 4,000 元，除第 18 目

「非營業特種基金」第 1 節「國立臺灣大學附設醫院作業基金」4,839 萬元，暫照列，俟所屬非營業特種基金另定期專案審議確定後，再行調整外，減列「派員出國計畫—開會、考察」60 萬元、第 2 目「科技業務」第 1 節「科技發展工作」2,124 萬 6,000 元〔含獎補助費 50 萬元、「臺灣健康雲計畫」300 萬元、「推動衛生福利科技發展與管理」之「醫療品質效能及政策發展計畫」61 萬 2,000 元、「以醫療科技建構社會保險永續發展藍圖—建構社會保險體系」之檢討補充保險費制度之利弊得失，提出可行之改革建議方案」10 萬 7,000 元、「數位資訊醫療之推動與整合」及「建立雲端醫療照護服務計畫」334 萬 9,000 元、「數位資訊醫療之推動與整合」之辦理建立 AAL 商業模式相關工作 134 萬 7,000 元〕、第 2 節「財團法人國家衛生研究院發展計畫」之「各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫」500 萬元、第 9 目「醫政業務」之「推動自由經濟示範區國際醫療」廣告宣導等經費 9,650 萬元，共計減列 1 億 2,334 萬 6,000 元，其餘均照列，改列為 1,019 億 6,308 萬 8,000 元。

【 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 27, 28, 29, 36, 37, 42, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89】

本項有委員提修正案 1 案，保留，送院會處理：

(一)103 年度衛生福利部「財團法人國家衛生研究院發展計畫」編列國家癌症研究中心先期規劃費用 2,600 萬元。

查國家癌症研究中心計畫已製作計畫書草案，內容包含替選方案之分析及評估，以及所需資源說明等資料，但該計畫書草案截至 102 年 8 月 31 日仍在衛生福利部審查，尚未經行政

院研究發展考核委員會、行政院經濟建設委員會、行政院主計總處等機關開會審議，並依審議結果報行政院核定，現逕依草案初估經費編列 103 年度預算案，似與預算法第 34 條規定不符；又該計畫期程自 103 年度至 106 年度，超過 1 年以上，自屬繼續經費之範疇，卻未於 103 年度預算案載明該計畫之經費總額、執行期間、各年度之分配額、全部計畫預計執行細項說明（如是否包括建築工程或其他資本設備等），核未依預算法第 39 條規定辦理，資訊未臻完整，計畫全貌瞭解不易，不利預算審查。

財團法人國家衛生研究院目前已有癌症研究所從事癌症之相關研究，依財團法人國家衛生研究院網站資料揭示：「癌症研究所設立的使命，將整合國內研究資源，釐定現階段癌症防治的優先順序，執行並整合臺灣本土重要癌症之基礎、臨床及預防保健政策的研究。其研究目的在配合國家衛生政策的推動，以減少癌症的發生率及死亡率，照顧弱勢族群，提昇國人的健康。本所基礎與臨床醫學研究並重，相輔相成，用不同角度及研究方法，對國內外重要癌症做深入探討，以期對癌症之診斷、治療、預防之方法及技能，有所進展及充實突破。」，故若欲增設國家癌症研究中心，其功能及任務與財團法人國家衛生研究院原有之癌症研究所似有重疊之嫌；若行政院認有另設癌症中心之必要性，應考量整併癌症研究所原有功能及人力之可行性，避免行政經費之浮增，爰提案全數刪除。【46】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國

本項通過決議 16 項：

(一)長照十年計畫自 97 年開始施行，起初推行雖效益不彰，但近

年來民眾使用率提升，以致於各項服務預算編列不足以支應執行知識數額。舉例而言，100 年與 101 年執行數高於預算數的服務項目有日間照顧、失智症老人日間照顧中心、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲、喘息服務（補助）、居家復健（補助）、居家護理（補助）…等，其中日間照顧、失智症老人日間照顧中心、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲等五項服務截至 102 年 9 月之執行數以超出公務預算編列之數額。

我國人口老化速度急遽，長期照護乃係我國應盡速強化之體系，但長照十年計畫自 99 年起，歷年均動支預備金支應，實有不當。雖 103 年度預算編列有針對少數幾項服務提高預算數額，但仍非針對近年各超出預算金額的每個服務提高預算，不難預見未來仍會出現預算不足以支應之現象。

爰此凍結衛生福利部整體經費 500 萬元，待提出長照十年計畫各項服務之重新推估服務量與所需經費明細、說明未來數年預算編列規劃及期中總檢討，並至立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【7】

提案人：陳節如

連署人：葉津鈴 林淑芬

(二)衛生福利部科技業務之科技發展工作預算編列 9 億 1,233 萬 1,000 元。該項業務計畫，均屬委辦或補助之研究案，惟過去委辦之研究案常有虛報費用之情事，103 年新增預算 2 億 4,398 萬 3,000 元，成長比率高達 37%，故凍結「科技業務」之「科技發展工作」預算 1,000 萬元，並至立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【9】

提案人：葉津鈴

連署人：陳節如 田秋堃

(三)103 年度衛生福利部科技發展工作經費編列 9 億 1,233 萬 1,000 元，較 102 年度法定預算高出 2 億 4,398 萬 2,000 元，其中委辦費占該業務費 37%。

經查 98 年到 100 年原衛生署科技發展計畫委託予臺北醫學大學或雙和醫院之件數均為 2 件，但 101 年委託案件數提升至 5 件，總金額從 98 年至 100 年的平均每年 300 多萬元，提升至約 560 餘萬元。另一方面，100 年 2 月邱文達署長上任，而科技發展組之相關人員與委託單位有利益關係，對比數據來看，令人不禁疑慮其中是否符合利益迴避原則。

另外衛生福利部之科技發展工作與財團法人國家衛生研究院歷年來均編列高額預算進行研究，科技發展工作與財團法人國家衛生研究院兩者加計之經費總數，逐年攀升，自 101 年的 28 億 8,306 萬 4,000 元、102 年 29 億 2,911 萬 3,000 元，到 103 年所編列的 31 億 0,590 萬元。近年國家財務困窘，為擷節財政，國家衛生研究院既為衛生政策建議之研究單位，應與科技發展研究計畫間整併規劃，以達有限資源之效益最大化原則。

綜上，爰凍結「科技業務」之「科技發展工作」預算 1,000 萬元，並要求衛生福利部針對近年科技發展計畫委託之利益迴避進行調查，並至立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【10】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

(四)依《政府科技發展計畫先期作業實施要點》規定，科技發展計畫之範圍有下列 6 項：(一)依據「行政院施政方針」所擬定之科技發展計畫；(二)依據「國家科學技術發展計畫」及「中華民國科技白皮書」中之各項研究發展課題所擬訂之科技發展

計畫；(三) 行政院國家科學委員會委員會議核定之科技發展計畫；(四) 行政院科技會報及行政院重大科技策略會議決議之科技發展計畫；(五) 行政院交辦之科技發展計畫；(六) 中央政府各主管機關因施政業務發展需要擬訂之科技發展計畫。103 年度衛生福利部預算「科技業務」項下「科技發展工作」編列 9 億 1,233 萬 1,000 元，經查存有下列缺失：依據行政院研考會《行政院所屬各機關 101 年度研究發展成果年報》分析指出，行政院衛生署 101 年度研究經費 33 億 9,531 萬 5,000 元，排名第二，研究項數共計 630 個，然已採行之項目為 202 個，採行比率僅為 32.06%，較上年度的 37.04% 低；其次，也較經濟部、農委會等部會低（表一），足證衛生福利部科技業務有浮編浪費之實，為研究而研究，故應予以檢討改進。基此，爰凍結「科技業務」之「科技發展工作」預算 1,000 萬元，待衛生福利部完成下列事項並向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告並經同意後，始得動支。【11】

請依《政府科技發展計畫先期作業實施要點》規定，提供下列資料：

- 一、 「綱要計畫書之可行性」
- 二、 「過去績效」
- 三、 「預算額度」
- 四、 「辦理自評之結果」
- 五、 「優先順序」
- 六、 「新增計畫之細部計畫書及預算明細表」

單位	研究項數	已採行項目	採行比率	101 年研究經費
經濟部	452	169	37.39%	50 億 4,232 萬元
衛生署	630	202	32.06%	33 億 9,531 萬元
農委會	1,867	831	44.99%	33 億 2,876 萬元

原能會	72	72	100%	8 億 7,664 萬元
交通部	251	192	76.49%	3 億 1,122 萬元
輔導會	594	58	9.76%(註一)	2 億 6,523 萬元
勞委會	114	100	87.72%	1 億 8,910 萬元
內政部	174	56	32.18%	1 億 4,409 萬元

註一：採行比率雖然低，但獎勵項目最多，達到 120 項

資料來源：行政院研考會

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堃

(五)103 年度衛生福利部辦理「科技發展工作」業務，計 9 億 1,233 萬 1,000 元。其中編列「臺灣健康雲計畫」經費 1 億 5,000 萬元，包括推動數位健康照護管理計畫 3,600 萬元、辦理電子病歷雲端化先導計畫及其行政經費 6,000 萬元，以及建立雲端醫療照護服務計畫 5,400 萬元。經查衛生福利部推動電子病歷計畫多年，全國醫療院所電子病歷尚未普及，101 年底實施電子病歷之醫院僅 282 家（目標 400 家），參加電子病歷院際互通之醫院僅 142 家（目標 300 家），均未達目標。且依監察院 102 年 4 月對於電子病歷糾正案文：「…衛生署推動電子病歷之權責單位事出多頭，欠缺橫向協調整合，復囿於本位主義而各行其是，難以呈現分工合作之綜效，影響施政統合力及效能，…」電子病歷推動績效顯然偏低，且疏漏甚多。爰凍結「科技業務」之「科技發展工作」預算 1,000 萬元。俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會提出改善計畫，經同意後，始得動支。【12】

提案人：蔡錦隆

連署人：王育敏 吳育仁 楊玉欣 江惠貞

蘇清泉

(六)103 年度衛生福利部於「科技發展工作」中編列預算 9 億 1,233 萬 1,000 元，其中涵蓋多筆電子病歷相關經費。

經查電子病歷近年之推廣成效雖逐步成長，然而對於現下電子病歷之相關管理配套機制，僅依「醫療法」第 69 條訂定『醫療機構電子病歷製作及管理辦法』，除此之外未有針對電子病歷『存取權限』、『授權時限』及『應用範圍』等相關事宜有明確規範。換言之現行之電子病歷系統，在未經病患當事人同意授權情況下，該醫院之醫事人員均可自由存取調閱，顯有個人資料難以保障，甚或外洩之嫌。此外目前研發、撰寫電子病歷之程式廠商，握有我國電子病歷系統關鍵技術，但現行制度中對該類廠商並無相關法規限制，未來若從中謀取不當利益或盜取個人資料，將難以管束。

爰此，凍結「科技業務」之「科技發展工作」預算 1,000 萬元，待衛生福利部針對『電子病歷系統之管理、使用規範、應用範圍』及『撰寫、維護電子病歷程式廠商之管理』邀集相關專家學者，訂定子法規，且針對電子病歷推動以來歷程進行通盤檢討，並至立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【13】

提案人：陳節如

連署人：葉津鈴 林淑芬

※以上(二)至(六)項，合併凍結「科技業務」之「科技發展工作」預算 1,000 萬元。

(七)103 年度衛生福利部「科技發展工作」之第 9 項計畫「捐助財團法人醫藥品查驗中心執行以醫療科技評估建置衛生資源分配機制計畫」等預算編列 3,439 萬 7,000 元。鑒於捐助財團法

人醫藥品查驗中心執行「以醫療科技評估建置衛生資源分配機制」計畫，乃依據「實施二代健保含進行裁武與給付改革」及「建立長照服務體系，推動長照保險制度」，然而捐補助相關工作並未包含長照服務體系與長照保險制度，爰凍結該預算 1,000 萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【15】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

(八)103 年度衛生福利部「科技發展工作」之「衛生與社會福利統計應用研究及健康資料增值應用雲端服務計畫」第 1 項「委託辦理健康資料增值應用雲端化服務計畫」編列 2,733 萬 7,000 元。

鑒於健康資料增值應用雲端化服務計畫之資料庫為國人基於配合國家強制性社會保險政策，國人參與全民健康保險時必須提供個人健康就診資訊。依據全民健康保險法第一條，就醫及健保資料其特定目的僅為辦理全民健保，並無授權政府可將國人健康資料另作其他用途。健康資料增值應用雲端化服務計畫既無法律授權，亦無法律規範限制使用者運用健康資料庫之用途。為確保國人健康資料資訊自主權益，以及政府執行預算應有法源依據，衛生福利部應儘速擬定相關法律規範，爰凍結 103 年度該預算五分之一。俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【24】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

(九)103 年度衛生福利部「科技發展工作」項下編列「衛生與社會福利統計應用研究及健康資料增值應用雲端化服務計畫」2,733 萬 7,000 元，其中涵蓋委託辦理健康資料增值應用雲端

化服務計畫 2,108 萬 5,000 元。

健康資料增值應用雲端化服務之設立目的，係以將個別健康資料予以增值以產生具應用價值之集體資訊，促進公共衛生決策品質、相關學術研究及醫療保健服務業等相關產業研發創新之參考依據，用以增進全民福祉。雖然該服務立意良善，且確實可集個人資料進行研究，以作為公眾政策之參考，然而現行健康資料增值應用在多重加密設計上仍有缺陷。據衛生福利部宣稱已將個人資料去識別化，然而同時以特定的數個條件進行比對、勾稽，仍可撈出特定民眾之健保或其他相關資料，顯然對於個人資料之保障仍有疑慮。

爰凍結「衛生與社會福利統計應用研究及健康資料增值應用雲端化服務計畫」預算五分之一，待衛生福利部針對健康資料增值應用之加密系統提出改善策略，以確實將民眾健康資料徹底去識別化，並至立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【26】

提案人：陳節如

連署人：葉津鈴 林淑芬

(十)103 年度衛生福利部「科技發展工作」之「數位資訊醫療之推動與整合」預算編列 9,934 萬 9,000 元。

電子病歷雲端化服務計畫除醫院實施院內電子病歷外，希望能達到跨院交換互通病人病歷資料。在技術層面已有廠商設計醫療院所資料管理雲端化後，醫事人員可以藉由不同行動裝置（像是平板電腦、手機等）與資料中心連線索取儲存病患資料，讓醫師可在任何時間與地點讀取資訊。

然而針對醫療機構使用電子病歷過程中如何保護病人資訊之秘密性，衛生福利部尚無擬定法律規範。僅便宜行事以「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」。該辦法主要依據醫療法第

69 條，規範醫療機構以電子文件方式製作及儲存之病歷，符合本辦法之規定者，得免另以書面方式製作，完全未觸及醫事機構電子病歷互通之限制。

衛生福利部既要推動電子病歷雲端化，應訂定相關法律條例，明確規範那些資料可攜與不可攜，以及限制醫事人員使用電子病歷之權力，該部應優先建立法規面制度性規範後，再編列預算推動電子病歷雲端化計畫，爰凍結五分之一，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。

【30】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

(十一)103 年度衛生福利部「科技發展工作」之「建立雲端醫療照護服務計畫」預算編列 5,400 萬元。

雲端醫療照護計畫執行建置雲端診療服務平臺，提供衛生福利部所屬醫療機構雲端電子病歷整合、連接及查詢；建立衛生福利部所屬醫療機構病患健康及醫療照護紀錄，以及建構雲端運算環境，提供衛生福利部所屬醫療機構雲端硬體設備提升。惟該計畫屬於健康雲一環，將國人就醫病歷雲端化後，醫療機構互通等，並未訂定法律位階之規範，明定哪些資訊可互通交換，以及未建立機制確保病患對於自身的健康及醫療照護紀錄等資訊自主權權益，為避免浮濫使用侵犯病患個人資料隱私，衛生福利部應儘速制訂法律規範，爰凍結該預算五分之一，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【32】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

(十二)103 年度衛生福利部「科技發展工作」之「建立雲端醫療照護服務計畫」預算編列 5,400 萬元。

經查 99 年至 101 年「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」已逐年針對健保特約醫院進行補助，3 年補助金額高達 5 億 1,133 萬 9,000 元，且 102 年亦有電子病歷互通應用補助計畫。既已多年補助，健保特約醫療院所應有其設備提升之一定程度，可因應未來之相關雲端業務。

爰此凍結該預算五分之一，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【33】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

※以上(十一)至(十二)項，合併凍結「科技發展工作」之「建立雲端醫療照護服務計畫」預算五分之一。

(十三)衛生福利部「財團法人國家衛生研究院發展計畫－醫衛生命科技研究計畫」起迄年月為自 102 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日，103 年度預算編列 15 億 7,346 萬 8,000 元。經查存有下列缺失：

1. 權利金收入與投入經費不成比例，技術研發預期效益差：該計畫主要績效指標，包括：發表國際期刊論文 350 篇、養成 80 組研究團隊、每年培育 150 名博碩士、辦理 320 場學術活動、申請專利 40 件並獲得 15 件、技術移轉 2 件並獲得權利金 4,000 萬元、促成廠商或產業團體投資 1 件、與國內外 2 至 3 個學術單位建立學術合作等；惟對照該計畫每年預計投入經費約 15 億元至 17 億餘元不等之金額，上開績效指標獲得權利金 4,000 萬元與投入經費不成比例，權利金僅占投入經費之 2.5%。
2. 人事費比率偏高，應擷節開支：該計畫 103 年度人力需求

811.6 人，另依國家衛生研究院 103 年度預算案「政府捐助計畫明細表」，該計畫 103 年度人事費 7 億 0,539 萬 5,000 元，約占該計畫 103 年度預算案數之 44.83%，人事費比率偏高。

綜上，故凍結該項預算二十分之一(不含人事費用)，待衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專案報告(包括如何降低人事費用以及如何提高權利金收入)經同意後，始得動支。【40】

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堃

(十四)「財團法人國家衛生研究院發展計畫」之「各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫」編列 1 億 2,080 萬 3,000 元。各疾病研究領域之生物分子標榜新藥研究與開發計畫之預算是為協助國家科學委員會「生技醫藥國家型計劃」研究群組，共同開發疾病分子標靶及進行新藥研發，查國科會 103 年度預算中國家科學技術發展基金，亦編列 61 億 6,337 萬 5,000 元執行生物、醫、農科學研究發展，其中包含生技醫藥國家型科技計畫，恐有重複編列預算之疑慮，除減列數額外，餘凍結 1,000 萬元，俟衛生福利部及國家衛生研究院提供書面報告釐清兩筆預算之差異性，並向立法院社會福利及衛生環境委員會報告經同意後，始得動支。【42】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

(十五)有關大統長基黑心油事件，衛生機關要求下架回收產品有 89 項，零售商與中盤商也負起第一線之退貨事宜，然大統公司卻以公司財產被扣押，無力償還退貨款項，讓無辜的零售商與中盤商蒙受利益損失，為避免因骨牌效應，造成零售商與中盤商

連鎖倒閉危機，衛生福利部應尋求跨部會合作，提出中盤商及零售商之退貨求償解決方案。

衛生福利部「一般行政」之「基本行政工作維持」預算 1 億 0,475 萬 8,000 元，凍結 100 萬元，俟衛生福利部提出有關大統長基公司黑心油，對中盤商及零售商之退貨求償解決方案並提出專案報告後，始得動支。【68】

提案人：葉津鈴

連署人：陳節如 田秋堃

(十六)我國於今年 2 月邀請國際人權專家對我國國家人權報告進行審查，結論性意見第 60 點指出，「中華民國(臺灣)政府將監獄過於擁擠視為緊急問題。監獄人數過多會導致許多人權問題，例如衛生與健康標準欠佳…專家也建議改善監獄醫療服務，並移由衛生署負責。」蓋因人民縱使被判處自由刑或保安處分，其仍屬我國國民，健康權不因而有所減損。由衛生福利主管機關擔任矯正機關衛生醫療之主管機關，方符合功能最適。

二代健保實施後，全臺監所已全數納保、大部分收容人享有健保，惟我國矯正機關超收情形甚鉅（截至 102 年 9 月共計收容 6 萬 5,677 人，平均每收容人約僅分到 0.4 坪），特約醫療院所支援矯正機關內門診醫療服務之意願低落，監所內每日開設之診別、就診人數均受限制（例如：慢性傳染病的受刑人被要求要排後面一點，往往該日就診人次爆滿，始終無法看病），監所內部醫療資源仍嚴重不足。復因矯正機關不具備相關專業智識及設備，除出現由戒護人員進行藥師工作，或因戒護考量而延誤送醫，甚至造成國民在矯正機關內病死，顯示對於矯正機關收容人的衛生醫療照護不足，尤以夜間門診、常設牙醫、婦科、精神科及愛滋病患、藥癮及酒癮者之治療，最為缺乏。顯然違背聯合國經濟社會文化權利委員會針對健康權之

第 14 號一般性意見，第 12 段關於健康照護設施「易取得性」和「品質」之原則。

爰此，凍結衛生福利部「醫政業務」經費 300 萬元，待衛生福利部依矯正署核定容額規劃全臺各矯正機關相關醫事、藥事與衛生行政人力、設施與配備，建立醫療入監所的設置及評估標準、戒護就醫和轉診等措施，並針對執行成效持續追蹤調查；以各監所為中心，結合該地區之醫療網絡，加強監所內的醫療資源；針對傳染疾病、精神疾病、藥癮等，建立醫療平臺，拉近受刑人於監所內、外之就醫品質；定期檢視、督導各矯正機關生活條件與處遇狀況是否符合衛生醫療標準，提出相關報告，以完備監督與責信之制度，並向提案委員及立法院社會福利及衛生環境委員會報告改善成果，經同意後，始得動支。【72】

提案人：田秋堃

連署人：葉津鈴 趙天麟 尤美女

本項另有委員提案 1 案，保留，送院會處理：

(一)103 年度衛生福利部於「財團法人國家衛生研究院發展計畫」編列經費 21 億 9,356 萬 9,000 元，其中『國家癌症中心先期規劃』捐助 2,600 萬元。

經查國家癌症中心先期規劃乃依據癌症防治法第十條中明訂「財團法人國家衛生研究院應設癌症研究中心，辦理並整合與癌症有關之各項研究與治療方法、診斷技術、治療藥品等之開發疾臨床試驗」。

然「國家癌症中心」與現有之「國家衛生研究院癌症研究所」似有業務重疊之嫌。另依據『國家癌症中心計畫草案』顯示，該計畫期程為 103 年至 106 年，但預算書中並未揭示相關資訊，顯然不符預算法第 39 條「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」。

爰此，提案凍結「國家癌症中心先期規劃」經費 1,300 萬元，待提出國家癌症中心計畫行政院核定版本，並針對國家癌症中西與癌症研究所兩者之業務整合提出說明，且至立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【48】

提案人：陳節如

連署人：葉津鈴 林淑芬

第 2 項 疾病管制署原列 58 億 2,482 萬元，減列第 1 目「科技發展工作」之「臺灣防疫雲發展計畫」100 萬元、第 3 目「防疫業務」100 萬元（不包括傳染病防治醫療業務以及疫苗基金補助），共計減列 200 萬元，其餘均照列，改列為 58 億 2,282 萬元。【138, 141】

本項通過決議 1 項：

(一)據 102 年截至目前為止之 HIV 感染趨勢圖顯示，102 年之感染個案數仍較 100 年為高，且在今年結束前感染個案數仍可能持續增加。衛生福利部疾病管制署多年來大力推動各種 HIV 預防與篩檢的宣導與機制，然各項預防與篩檢機制之效益均有不同。

爰此，請衛生福利部疾病管制署針對 HIV 防治與篩檢各項機制之成效進行討論分析，裨益未來之防疫策略。【145】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴 劉建國

第 3 項 食品藥物管理署原列 22 億 5,332 萬元，減列第 1 目「科技發展工作」125 萬元（含「藥物安全品質提升計畫」100

萬元、「物質成癮整合型計畫管制藥品管理及藥物濫用防制之研究」25 萬元)、第 3 目「食品藥物管理業務」153 萬元 {含「藥品及新興生技藥品管理業務」30 萬元(含委辦費 20 萬元)、「區管理中心業務」之「大陸地區旅費」10 萬元、「國外旅費」5 萬元、「風險監控及品質認證管理業務」108 萬元〔含「委辦費」20 萬元、「國外旅費」3 萬元、「大陸地區旅費」10 萬元、「獎補助費」20 萬元、「辦理藥品查驗登記相關藥廠製造品質審核及實地查核業務」55 萬元(含執行國內藥廠 PIC/S 符合性評鑑等實地查核「國內旅費」及「委辦費」30 萬元,查核國外 GMP 藥廠及參與聯合稽查「國外旅費」25 萬元〕},共計減列 278 萬元,其餘均照列,改列為 22 億 5,054 萬元。
【153, 155, 179, 178, 188, 189, 191, 198, 195, 196, 197, 199】

本項通過決議 11 項：

- (一)衛生福利部食品藥物管理署 103 年度預算案於「科技發展工作」項下之「食品安全管制科技發展計畫」編列「落實源頭管理,進行食品攙偽及物種鑑別之研究,基因改造食品之調查,提升檢驗科技及實驗室網絡功能,進行食品中農藥殘留,膳食機能性食品,食品中非法添加物及未知物、內分泌干擾物質及其他污染物質、食品中天然毒素、畜禽水產品中動物用藥殘留、食因性病原微生物、食品中重金屬等檢驗研究及精進國家實驗室」等計畫預算 5,501 萬 2,000 元。近年來臺灣食品安全問題層出不窮,政府應對卻是以頭痛治頭、腳痛醫腳之方式應急,缺乏建立制度面之政策。以歐盟為例,歐盟認為食品追溯制度的核心,是透明化和批次管理,歐盟並未強制業者登錄追溯資訊,而是將制度落實在平常的稽查廠,主要由產業團體自己把

關，政府是站在輔導的角色，要求每個廠商，保留上下各一手的買賣資料，產品上或許看不到這些資訊，但若要查驗，幾個小時內，就能知道產品從何而來。

日本在 2001 年爆發狂牛症後，2003 年 12 月就開始建立「牛隻識別及肉品追溯系統」，不論進口或國產牛，每隻牛出生時，都會在耳朵上掛上耳標，詳細記錄牠的出生地、飼養場、管理人、屠宰日期等；屠宰場分切時，也要記載牛隻的買賣日期、買家和賣家，甚至連重量、名稱都需公告，主管機關還會保留牛隻的 DNA，若有問題，可馬上比對。

從歐盟與日本現行的政策而言，著重產品追溯制度重點不在品質，而是知道每項食品的來源，若有危害也可控制損失，亦即為源頭管理，而臺灣缺乏完善的源頭管理制度、各部會權責鬆散、多頭馬車式管理，造成管理斷層。

以此次混油事件為例，藉由查廠、比對海關進出口資料，才揪出業者的不法惡行，顯示食安要治本，還是得回到源頭管理，前述國家的經驗，主管機關應作為借鏡，儘速研擬制度面、有效之源頭管理制度。基此，爰凍結食品藥物管理署之「食品安全管制科技發展計畫」中前揭計畫之經費 1,000 萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【158】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國

(二)衛生福利部食品藥物管理署 103 年度預算案於「一般行政」項下之「基本行政工作維持」編列 4,137 萬 7,000 元。近來頻頻爆發食品安全問題，食品安全管理單位管理鬆散，因此食安問題層出不窮。追根究底，係因食品安全管理單位對於訂定臺灣食物明確名稱與規格、制訂制度面食品產製流通之監管機制以

及風險評估使業者的刻意不作為，造成廠商無法可循，也無法可罰。每每發生食品安全問題時，食品安全管理單位之官員消極處理之態度，以及縱放廠商不法、荒腔走板之言論，無不顯現該單位在食品安全管理上之怠惰失職。

隨著全球化及食品加工業發達，各國都出現食安危機，惟先進國家藉著食品安全危機，陸續加強食品追溯制度，建立「良好追溯程序」，透過透明化和批次管理，若有危害也可控制損失。反觀臺灣之食品安全管理單位，面對食品安全問題，卻仍抱著頭痛醫頭、腳痛醫腳的心態，在缺乏建立制度面之管理制度，以及多頭馬車式管理之下，明顯喪失為國人食品安全把關的能力。基此，爰凍結「一般行政」項下之「基本行政工作維持」預算 500 萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【164】

提案人：林淑芬

連署人：田秋堃 趙天麟

(三)103 年度食品藥物管理署於「食品藥物管理業務」目下編列 11 億 2,267 萬 4,000 元，其中『藥品及新興生技藥品管理業務』編列 2 億 0,287 萬 2,000 元。食品藥物管理署於 102 年 3 月 28 日發函 (FDA 藥字第 1021402465 號) 予相關協/公會，其中載明「藥品上市 5 年為合理之臨床使用經驗；98 年 1 月 1 日以前製造販售之藥品，如無重大嚴重不良反應或療效不等事件發生者，得以其臨床經驗取代 BE 報告」及「98 年 1 月 1 日以後製造販售之藥品，2 年內(即日起至 103 年 12 月 31 日止)需完成 BE 試驗報告」。

BE (生體相等性) 臨床試驗可視為學名藥上市前，藥品品質的基本門檻，食品藥物管理署竟以一紙公文使「應做而未做 BE」的藥品就地合法，但卻對於其中「5 年為合理之臨床使用

經驗」的實證研究依據難以提出說明，令人質疑。此外，公文中指出，98年後製造販售之藥品，僅在2年內完成BE試驗報告即可，並無停止販售之要求，換言之，等同食品藥物管理署同意該些藥品在做BE試驗同時，亦可在市面上流通販售，於理不合。

爰此，凍結「食品藥物管理業務」預算1,000萬元，待衛生福利部食品藥物管理署針對市售藥品「應做BE但卻未做」的藥品清單予以公布，且應將該清單發函通知全國各醫療院所，並至立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。

【177】

提案人：陳節如

連署人：葉津鈴 林淑芬

(四)衛生福利部食品藥物管理署103年度預算案於「食品藥物管理業務」項下「藥品及新興生技藥品管理業務－辦理藥品查驗登記業務－委辦費」所需經費2,374萬4,000元。今年1月食品藥物管理署執行GMP藥廠查核時，發現3,841項藥物與許可證內容不一致，其中最嚴重的是「應做生體相等性(BE)試驗而未做」，食品藥物管理署竟於3月28日發函業者，若上市超過5年未發現嚴重不良反應或藥效不等，可等效於BE試驗，就地合法；而未滿5年者只需在兩年內補做，且通過之前無需下架。食品藥物管理署作法形同「健保出錢讓全民當白老鼠，替廠商換取免做BE的門票」，且食品藥物管理署拒絕提供需要補做BE的藥品清單，明顯為廠商護航。基此，爰凍結「藥品及新興生技藥品管理業務－辦理藥品查驗登記業務－委辦費」預算500萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【180】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國

(五)103 年度食品藥物管理署於「食品藥物管理業務」項下「區管理中心業務－辦理輸入食品查驗業務」編列 2 億 8,000 萬元。對於有驗出輻射的食品，仍未公佈其廠商的名單，剝奪消費者選擇無輻射食品的權利。

以今年食品輸入查驗統計數量為例，總抽樣檢驗數量為 3 萬 2,027 批，但光日本食品輸入抽樣檢驗批數就高達 1 萬 5,160 批，占總檢驗數超過二分之一。而我國農藥檢驗項目訂定達 340 餘種，但今年卻只驗了 254 種，顯然進口高風險食品已排擠例行檢驗業務。此外，即使美國牛肉已有過半抽驗比率，檢驗數高達 1,754 批，卻仍有不合格的牛肉流入市面，應全面檢討美國牛肉進口及日本的食物管制措施。對於未逐批檢驗的高風險食品，應要求進口商檢附出口國官方的檢驗報告，以確保國人食用安全。

爰此，凍結「食品藥物管理業務」項下「區管理中心業務－辦理輸入食品查驗業務」3,000 萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會提出檢討報告並具體改善後，始得動支。【186】

提案人：林淑芬

連署人：劉建國 趙天麟

(六)針對「食品衛生管理法」修正案於今(102)年 5 月 31 日三讀通過，衛生福利部當時表示已著手研議及啟動新法上路後全面改革行動方案之配套措施，相關子法規及公告事項將於 6 個月內完成，而今(102)年 11 月 30 日也將滿 6 個月，食品衛生管理法後續的子法規實施及其辦法超過半數卻未完成公告與施行。為保障民眾飲食健康，並提供正確標示資訊供民眾選擇，要求衛

生福利部食品藥物管理署針對目前規劃之乳品品名及標示規定草案於 102 年 12 月 31 日前完成預告，並於預告徵詢期結束後，儘速公告，並於 103 年 7 月 1 日施行；米粉及果蔬汁標示規定，亦提前至 103 年 7 月 1 日施行。【174】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國

(七)根據食品藥物管理署規劃，強制登錄採階段性方式辦理，103 年起陸續納入強制登錄食品添加物等業別，為有效保障國人健康，落實政府監督機制，要求衛生福利部食品藥物管理署，於「食品業者登錄辦法」草案預告徵詢期結束後儘速公告後，優先公告自 103 年起所有食品添加物業者包括製造業者、輸入業者及販售業者之所有產品，均需進行強制登錄，並於 103 年 12 月 1 日前完成登錄。另針對高風險食品業者(即已公告強制實施 HACCP 之肉品、水產品、乳品及餐盒工廠)、肉品輸入業、澱粉業、健康食品業及塑膠類食品器具及包裝業等業者須辦理強制登錄亦於 103 年 7 月 1 日前完成公告，並於 104 年 7 月 1 日前完成登錄。【176】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國

(八)食品藥物管理署應於 102 年 12 月 31 日前針對「應重新做 BE 但卻未做」之市售藥品，依我國藥事法、國際標準或科學依據專業評估後，向各醫療院所及醫師公布藥品清單，且通知衛生福利部中央健康保險署依規定不得給付該類藥品，以維護民眾之用藥安全。【180】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國

(九)據衛生福利部食品藥物管理署 102 年 11 月 8 日提供資料顯示，全國北中南區管中心食品衛生稽查業務人力共 38 人，其中僅 10 人為食品科學相關科系背景，不到三分之一，近年來不斷爆發黑心食品事件，國家食品安全問題日益嚴重，如此比例失衡之稽查人力，無法有效監督龐雜之食品業者。稽查人員素質越差，業者越肆無忌憚，對於政府公權力、國家公信力都是重大打擊，此次黑心油品事件就是最慘痛的教訓，爰此，衛生福利部應於高普考進用多元面向之專業人才，如食品衛生檢驗、衛生行政、衛生技術、農畜水產品檢驗等職系，加入稽查人員行列。並應恢復過往比照高考合格須受訓 1 個月的慣例，安排現職及新進食品衛生稽查人員 30 天實務訓練計畫，以改善稽查績效，受訓人員可分批、期間可不連續，然現職人員應於 2014 年 12 月 1 日前內完成之，新進人員應於到職 1 年內完成之。前項訓練計畫應於 2014 年 1 月 15 日前規劃完成，並向立法院社會福利及衛生環境委員會報告。【185】

提案人：田秋堃

連署人：趙天麟 葉津鈴

(十)針對日本農產品及加工食品是國人喜愛的食物，但鑒於日本福島事件發生後，恐有污染，爰此要求衛生福利部與日方展開諮商，要求日方對水產品、茶葉類、肉品、嬰兒食品、乳製品以及加工食品等，達一定數量以上應逐批檢附日本官方出具之產品輻射檢測報告及產地證明，並於 103 年 6 月 30 日前提交具體協商及研議管制措施報告。【186】

提案人：林淑芬

連署人：劉建國 趙天麟

(十一)據查衛生福利部設置多個委員會及諮議會，例如「食品廣告標示審查委員會」、「食品衛生安全與營養諮議會」、「健康食品諮議會」、「檢驗標準方法諮議會」、「基因改造食品諮議會」等等，其成員之聘任過程未公開，多人常年橫跨多個委員會，其決議不受國會監督，卻成為衛生福利部公務人員執行政策之依據，甚至成為公務人員推託諉過的藉口。如今食品安全問題極度嚴重，這些委員實難辭其咎。爰此，衛生福利部內部各委員會應立即換血，引進新學者專家，至少占原成員之三分之一，並且每位委員不得同時擔任2個(含)以上委員會委員，並比照行政院環境保護署環境影響評估會議規則，每次召開會議應容許民間關心食品安全團體旁聽，會議全程錄音錄影，會議紀錄並於7個工作天內上網公告。藉由資訊公開，讓媒體及全民了解這些委員會是否充分發揮功能，真正為人民食品安全把關。

【185-1】

提案人：田秋堃

連署人：劉建國 林淑芬

第4項 中央健康保險署原列56億9,132萬7,000元，減列第1目「科技發展工作」100萬元、第3目「健保業務」100萬元(不包括「承保業務」之獎補助費)，共計減列200萬元，其餘均照列，改列為56億8,932萬7,000元。

【205,210】

本項通過決議9項：

(一)103年度衛生福利部中央健康保險署「一般行政」預算編列28億9,778萬6,000元。

中央健康保險署訂定之關鍵績效指標不足以充分客觀衡

量施政績效：

1. 中央健康保險署關鍵策略目標，包括「健全社會保險制度，強化自助互助機制」及「推廣政府服務流程改造」。惟查為達成上開目標，中央健康保險署訂定之關鍵績效指標僅包含「論質方案受益人數」、「保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率」、「達成免附戶籍謄本之業務項目數」及「增加跨機關電子查驗服務項目數」。
2. 針對其餘重點工作，如：保障弱勢就醫、落實收支連動機制、確保健保財務穩健，以及確保補充保險費制度之順利施行等，皆未分別訂定足以客觀衡量施政績效之關鍵績效指標，實無法達成設定績效指標所應發揮之關鍵評估效用，更使民眾無法充分瞭解政府對健保制度之施政規劃及具體作為，亦無法完整評估其施政績效。
3. 綜上，中央健康保險署 103 年度編列歲出預算經費高達 56 億餘元，卻未將實施二代健保法之相關內容納入關鍵績效指標，例如：保障弱勢就醫、落實收支連動機制及確保健保財務穩健等，致無法完整評估施政績效並展現政府具體作為，允宜改善。

基此，爰凍結 500 萬元(不包括人員維持)，俟衛生福利部提出具體改進方案向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【208】

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堃

(二)103 年度衛生福利部中央健康保險署「健保業務」預算編列 24 億 9,901 萬元。健保業務內容包括承保、財務、醫療給付、醫療費用支付、醫務管理、藥品特材、醫療服務審查以及醫療品質提升和資訊等業務之研擬、規劃及執行，然健保爭議事件每年仍然不斷發生，存在下列缺失：

1. 醫審及藥材業務項下之評鑑裁判費 9,685 萬 2,000 元，其中「醫療費用總額審查作業，必要時得委託辦理」，語焉不詳，有規避監督之意。
2. 醫療費用總額審查作業係「圈內人」之評審溝通制度，公開度及透明度明顯不足，且每年依制度化辦理，新增審查討論項目實屬有限，於此政府財政緊絀之際是否需要年年編列高額經費辦理，實有檢討改進之必要。
3. 六個區業務組審查健保給付時，存在官僚主觀心態，對於診所申覆案件理由極盡打壓，不願聽其解釋和詳加調查即多予以重罰，不符比例原則。

爰此除減列數額外餘凍結 300 萬元，俟衛生福利部提出具體改進方案向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【210】

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堇

(三)103 年度中央健康保險署編列「健保業務」24 億 9,901 萬元。

據中央健康保險署提供資料顯示，102 年全民健康保險下試辦計畫方案共有 20 個，其中更有數個試辦計畫(或改善方案)已試辦超過 10 年之久，例如：全民健康保險乳癌醫療給付改善方案、全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫…等。試辦計畫方案之利益良好，但試辦計畫方案應針對每年成效進行修正，而數年無效或效益不彰則應適時停止辦理。試辦計畫方案，若成效得當理應考慮導入支付標準中，然現階段卻有眾多計畫試辦多年，令人擔憂是否萬年試辦，亦質疑究竟是政策導向但成效不彰以致仍需逐年修正後持續推廣，或是其實效益不彰但得過且過繼續進行。

爰此，凍結「健保業務」500 萬元，俟提出全民健康保險下計畫方案全面檢討報告，並至立法院社會福利及衛生環境委

員會報告後，始得動支。【211】

提案人：陳節如

連署人：葉津鈴 林淑芬

(四)有關健保署科技發展工作，審視其預算書說明欄內容，存有下列缺失：

1. 創造全民健保價值科技計畫部分，其中穩定健保財務所需委託研究預計有 4 個計畫，然研究名稱大同小異，其次，健保財務問題在於費率爭議、民眾「愛看病、愛逛大醫院、愛吃藥」的就醫習慣、藥價黑洞以及資源利用的不當和無效率，導致浪費、醫療費用上漲等因素，才會造成財務危機，故此方面之研究實無必要性。
2. 以醫療科技建構社會保險永續發展藍圖—新一代全民健康保險計劃部分，健保署對於新增計畫應先將計畫書主動送交衛環委員會委員參考，俾利審查，尤其委託研究案當中有 3 個計畫是跨年度計畫(103 年至 104 年)。
3. 健保署科技發展工作 103 年度總計有 20 個委託研究案，有些是單次性計畫，有些是連續性計畫，相關研究計畫年年編列，計畫名稱雖不相同，但研究性質、方向及內容等卻是相似，研究成果及效益有待檢驗。

綜上，健保署科技發展工作仍然存在為研究而研究之窠臼陋習，亟待檢討改進，基此，應將研究成果及效益送立法院社會福利及衛生環境委員會。【205】

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堇 陳節如
葉津鈴

(五)中央健康保險署關鍵策略目標，包括「健全社會保險制度，強

化自助互助機制」及「推廣政府服務流程改造」。然中央健康保險署訂定之關鍵績效指標僅包含「論質方案受益人數」、「保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率」、「達成免附戶籍謄本之業務項目數」及「增加跨機關電子查驗服務項目數」。針對其餘重點工作，如：保障弱勢就醫、落實收支連動機制、確保健保財務穩健，以及確保補充保險費制度之順利施行等，該署皆未分別訂定足以客觀衡量施政績效之關鍵績效指標，實無法達成設定績效指標所應發揮之關鍵評估效用，更使民眾無法充分瞭解政府對健保制度之施政規劃及具體作為，亦無法完整評估其施政績效並展現政府具體作為，允宜檢討。

【206】

提案人：吳育仁

連署人：江惠貞 王育敏 楊玉欣

蘇清泉 徐少萍 鄭汝芬

(六)經查衛生福利部及其附屬單位設置多種委員會，性質屬於內部諮詢性質，其決議內容影響部內政策形成甚鉅。然施政需考量全國不同地區的特性，為求精確傳達各地區之心聲，特要求衛生福利部新聘之內部各委員會之成員，應考量區域平衡，邀請適當之代表與會。【207】

提案人：趙天麟

連署人：田秋堃 陳節如 林淑芬

葉津鈴

(七)臺灣老年人已占總人口 11.2%，老人的健保支出高達總醫療費用的三分之一，是醫療利用的首要族群，生病就醫已成為老人與家庭的沉重負擔。國民健康局 2007 年調查，臺灣有七成老年人患有兩種以上慢性疾病，但根據醫改會今年的民調顯示，高

達 7 成的高齡病家擔憂長輩重複用藥問題，並有高達 92% 民眾支持健保設立藥歷資訊系統幫忙把關重複用藥之風險。惟衛生福利部及中央健康保險署建置之健保雲端藥歷系統推廣時程與家數緩慢，預估至今(102)年 12 月 31 日僅有 150 家醫療院所試辦使用，實難符合各界期待。爰要求：

1. 衛生福利部應於 1 個月內明定並公告健保雲端藥歷系統的上路期程，第一階段優先以區域級以上醫院及 75 歲以上多重疾病老人為納入對象，並漸進式納入所有醫療院所。
2. 健保雲端藥歷上路半年後向立法院社會福利及衛生環境委員會提出成效報告，內容應包含減少重複用藥之成效、醫療院所及醫護人員對本系統之穩定性與時效性之評價。【212】

提案人：田秋堃

連署人：趙天麟 葉津鈴

(八)全國愛逛醫院、愛吃藥的 65 歲以上老人，約有兩萬多名，每年至少到 6 家醫院看病，全年就醫次數超過 100 次，每天吃 6 種、10 顆藥以上，每人 1 年平均醫療費用高達新臺幣(下同)56 萬元，其中一半用於藥費。老人慢性病多，得因應不同疾病服用多種藥，但是生理機能退化，加上認知能力下降，無法正確辨識藥物，用藥風險因而倍增。此外，有的老人還會中藥與西藥併用，或購買保健食品，並不知道自己服用的藥物，不但內容重複，而且服用劑量已超過常人劑量的好幾倍。造成台灣末期腎臟疾病盛行率世界排名第一，許多研究證實，此與藥品及中草藥的多量使用有關。故此見國人異常就醫或重複領藥之情形過於浮濫，欠缺合理有效之管控措施。中央健康保險署漠視多年來實施「門診高利用保險對象輔導專案計畫」之節流效益，挹注查核人力不足，縱任就醫及用藥浮濫問題惡化，顯未善盡珍惜健保醫療資源有效運用，並確保民眾用藥安全之職責，核

有怠失。爰請提出具體改善方案，送立法院社會福利及衛生環境委員會。【213】

提案人：吳育仁

連署人：江惠貞 王育敏 楊玉欣

蘇清泉 徐少萍 鄭汝芬

(九)隨著人口老化、飲食及服藥習慣所致，至今全臺已有 7 萬 8,000 名透析病患，每年約有 6,000 多名新增透析病人，年成長率約 6-8%。臺灣洗腎人口在過去 10 年間成長 1 倍以上，平均每 8 個成年人就有 1 人罹患。民國 92 年起，全民健康保險由「西醫醫院總額」及「西醫基層總額」中，提撥部分經費成立「門診透析治療總額」，以保障洗腎病友的醫療權。惟近年來全民健保總額制度考量病人增加、通貨膨脹等因素，每年會訂定約 4-5% 的整體預算成長率，但在過去 9 年間，「門診透析治療總額」在透析人數逐年增加下，實質成長率卻維持「零成長」，恐影響醫療品質；而透析利潤與其規模有關，費用過度降低將衝擊基層洗腎中心生存，增加病患就近就醫的困難度。另洗腎占健保支出比率相當高，造成洗腎病友與洗腎中心有受污名化之餘。爰此，要求衛生福利部中央健康保險署，應加強透析前之個案管理照護，以保障洗腎患者權益。【216】

提案人：江惠貞

連署人：蘇清泉 王育敏

本項有附帶決議 1 項：

(一)鑒於衛生福利部依全民健康保險法徵收補充保費乙案，雖係依法執行；惟有關之費用全係民脂民膏，為杜絕可能之弊端。爰要求上項所有收入應全數充做健康保險安全準備，不得挪用。

【216-1】

提案人：劉建國

連署人：陳節如 林淑芬 葉津鈴

田秋堇 趙天麟

第 5 項 國民健康署原列 33 億 2,985 萬 7,000 元，減列第 1 目「科技發展工作」565 萬 2,000 元(含「人口健康調查研究」100 萬元、「推動成人及中老年健康研究發展」155 萬元、「衛生教育模式研發與評價」之新傳播科技之健康訊息需求評估與傳播模式探討—以新手爸媽為對象 200 萬元、「推動癌症防治研究發展」之影響弱勢青少年接受 HPV 疫苗接種之因素分析 110 萬 2,000 元)其餘均照列，改列為 33 億 2,420 萬 5,000 元。

【217, 223, 225, 226, 227】

本項通過決議 13 項：

(一)103 年度衛生福利部國民健康業務「一般行政」之基本行政工作維持預算編列 5,619 萬元。經查「油症受害者健康照顧」編列預算數 445 萬 1,000 元，相較 102 年度之預算數 534 萬 5,000 元，減少近 10 萬元。惟該項預算係為辦理油症患者追蹤調查相關計畫、捐助民間團體辦理油症患者健康照顧相關計畫及活動，以及提供油症患者健康檢查及辦理補助油症患者門診與住院部分負擔醫療費用所需經費。

1979 年的多氯聯苯中毒(油症)事件，是臺灣環境公害史上最嚴重的事件，造成至少有 2,000 人因吃到受污染的米糠油而受害。多氯聯苯可能會造成免疫系統、生殖毒性、神經系統、內分泌系統等問題發生，絕大多數的受害者歷經 30 年，仍在與

體內的毒素搏鬥，甚至是受害人的後代因擔心受到歧視、隱匿病情而不願接受列管。油症受害者往後所必須面臨未知的身體受難，更是政府必須積極加以關懷、照護的，但行政機關所提供給油症受害者的，僅是暫時性行政措施下殘補式的醫療照護。多氯聯苯中毒事件發生迄今已超過 30 年，政府仍未能規劃、制訂完備之油症受害者救濟制度，讓油症受害者獨自面對疾病苦難與社會壓力。

反觀於 1968 同樣發生多氯聯苯中毒（油症）事件的日本，已於去年 8 月通過油症患者相關救濟法，以落實助油症受害者及其後代獲得妥善醫療及相關救濟補償。臺灣政府單位至今仍以消極態度研擬、推動相關法案，甚至減列 103 年度油症受害者健康照顧之預算，國民健康署作為主管機關，刻意漠視、遺忘油症受害者之作為實不可取。爰凍結「基本行政工作維持」500 萬元，俟衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【229】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國

(二)世界衛生組織預測，在 2015 年全球將大約會有 2.3 億成人過重及超過 700 萬成人肥胖。目前在臺灣，根據兒童福利聯盟文教基金會最新調查顯示，7 成多的臺灣學童校外運動時間，每週不到 2 小時，看電視時間是運動的 7 倍，近 4 成以運動電玩取代真實運動，造成臺灣青少年肥胖率居高不下，爰要求國民健康署應收集國內、外科學實證與經驗，研議具體改善方案。並納入 104 年科技研究重點中。【219】

提案人：吳育仁

連署人：江惠貞 王育敏 楊玉欣

蘇清泉 徐少萍 蔡錦隆

(三)根據調查，全臺去年手搖杯飲料營業額達 409 億元，人手一杯手搖飲料已經蔚為風潮，含糖飲料不僅會造成肥胖、代謝異常與齲齒，亦會刺激胰島素快速分泌，造成血糖與情緒不穩，並會增加心血管疾病風險。國民健康署應鼓勵國人多喝白開水取代含糖飲料，並應監測國人含糖飲料攝取量，以及收集國際經驗，研議可行之防制策略。【220】

提案人：趙天麟

連署人：田秋堃 陳節如 楊 曜
葉津鈴

(四)國民進康署自 1992 年開始推廣母乳哺育政策，至今已超過 20 年，相關研究亦不斷更新精進，母乳哺育之健康效益已無須再待健康效益評估研究，國人皆能明瞭母乳哺育之效益與優點，爰要求母乳哺育經濟效益評估研究應納入並強化本國懷孕婦女孕期體重增加相關議題研究。【221, 222】

提案人：林淑芬

連署人：陳節如 劉建國 葉津鈴

(五)103 年度衛生福利部國民健康署科技發展工作計畫下編列推動成人及中老年健康研究發展預算 3,100 萬元，計畫為委託辦理機關團體、學術機構研究中老年健康促進相關議題，項目為：慢性腎臟病及其高危險群介入管理模式、慢性腎臟病高危險因子世代追蹤研究、健康促進介入對預防代謝症候群及糖尿病評價研究、以縣市為推動基礎之高血壓病患健康促進計畫、糖尿病患者健康識能、退休規劃與退休歷程對退休後健康狀況之影響、城鄉交通系統對長者活躍老化之影響、中高齡就業對長者活躍老化之影響及長者社群平台建立與使用對提高長者社交與

社會參與之研究等等，惟其中對新興失智症之議題皆無相關研究，根據失智症協會推估民國 100 年如再加上社區盛行率及身心障礙人口比，臺灣的失智人口到 2060 年時將逼近 80 萬人，照顧失智老人的社會成本，將成為下一個青壯年世代非常沉重的負擔，國民健康署對於失智症之預防與研究應列為重要課題，並於 3 個月內提供失智症預防與防治之研究規劃。【224】

提案人：趙天麟

連署人：田秋堇 陳節如 楊 曜
葉津鈴

(六)國民健康署每年度「國民健康業務—預防保健服務」計畫主要係以補捐助相關醫療費用方式辦理，包括成人、婦幼及兒童之各項預防保健業務，係屬國民健康署每年最主要業務，每年度經費編列估算，必須以實際執行率推估成長情形確實估算，並加強執行，以確保國民健康。【230】

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堇 陳節如

(七)目前衛生福利部國民健康署補助孕婦產前檢查中仍無唐氏症項目，而唐氏症是一種常見的染色體異常疾病，平均 700 位受檢者中，就可能有一位被發現是唐氏症，目前仍須自費進行篩檢，而臺北市政府助您好孕項目中已提供設籍台北市之孕婦可免費自行唐氏症篩檢，爰請國民進康署儘速進行產前檢查增列母血唐氏症篩檢之可能性評估，於 4 個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告。【231】

提案人：趙天麟

連署人：田秋堇 陳節如 楊 曜
葉津鈴

(八)103 年度衛生福利部國民健康署「國民健康業務」之「成人預防保健」預算編列 12 億 1,136 萬 5,000 元。根據統計顯示，20 歲以上的民眾中，有 4 成（約 700 萬人）患有三高之任一項疾病，另臺灣腎臟醫學會 2007 年透析登錄資料也顯示，造成國人新增洗腎的 3 大原因分別是：糖尿病（占 43.2%）、腎絲球腎炎（占 25.1%）及高血壓（占 8.3%），顯見三高控制對預防慢性腎臟病之重要。

觀察國民健康署 103 年預算編列可發現，關於三高這類慢性疾病預防與控制經費，編列在「國民健康業務」項目下「成人及老年保健」科目中 206 萬元，以及「預防保健服務」科目中成人預防保健的 12 億 1,136 萬 5,000 元，占國民健康署總預算 33 億 2,985 萬 7,000 元的 36%，用作三高預防、篩檢等費用。然根據統計，2012 年臺灣糖尿病患者高達 230 萬人，另外，高血壓患者，罹患人數更是飆升超過 430 萬人，早就超過 2007 年的人數。預防篩檢費用年年增加，但三高發生率卻未減緩，爰建請衛生福利部國民健康署實應該提出更積極的方式，減緩國人三高發生率，從根本降低慢性腎臟病人數，不但促進國人健康，亦能進一步擷節健保開支。【232】

提案人：江惠貞

連署人：蘇清泉 王育敏

(九)103 年度衛生福利部國民健康署之「國民健康業務」中獎補助費 27 億 0,302 萬 9,000 元，請衛生福利部研議於 104 年改編列於衛生福利部中央健康保險署。【233】

提案人：葉津鈴

連署人：陳節如 田秋堃 趙天麟

楊 曜

(十)根據統計，我國 2011 年 5 歲兒童齲齒盛行率為 79.32%，即 20.68%的兒童沒有齲齒，與 2010 年 WHO 訂定 5 歲兒童 90%以上沒有齲齒目標差距甚遠，國民健康署已在 102 年 6 月 1 日正式公告實施，公費塗氟對象從現行未滿 5 歲延長至 6 歲幼兒，弱勢兒童更延長未滿 12 歲，增加受惠人數約 31 萬人，兒童的齲齒率，將預約孩子未來長久的全身健康，而截至 101 年止，0 歲至 4 歲兒童塗氟使用率僅為 19.2%，0 歲至 5 歲為 15.3%，顯示執行率有待加強，故要求國民健康署應強化兒童口腔塗氟之執行率，在 2014 年將 0 歲至 5 歲標的族群該年內至少 1 次塗氟利率達到五成以上。【234】

提案人：趙天麟

連署人：田秋堃 陳節如

(十一)根據國民健康署統計，全臺灣 101 年接受 BC 肝炎篩檢的人數，只有 2 萬 4,614 人，使用率只有 47.4%，也就是有 52.6%沒有進行篩檢，惟其中是否含已經有檢查紀錄、不需再篩檢之民眾？爰要求國民健康署儘速建立篩檢率監測機制，並研議將 BC 肝篩檢率提高到 55%以上。【235】

提案人：鄭汝芬

連署人：楊玉欣 蘇清泉 江惠貞

王育敏

(十二)鑒於唐氏症是常見之染色體異常疾病，平均每 800 名新生兒中就有一位是唐氏症，而生下唐氏症嬰兒之危險機率會隨著產婦年齡的增加而遞增，如以妊娠中期唐氏症的發生機率為準：20 歲的產婦有 1/1222 的機會，30 歲的產婦有 1/727 的機會，而 34 歲的產婦則增加到 1/307。而雖然 34 歲以下產婦較高齡

產婦的危險機率較低，但國內約 70%至-80%的唐氏兒都是由年輕產婦所生。因此，生下唐氏症兒不是高齡產婦的專利，爰要求國民健康署儘速進行產前檢查增列母血篩檢唐氏症之可行性評估，於 4 個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告。【236】

提案人：鄭汝芬

連署人：楊玉欣 蘇清泉 江惠貞

王育敏

(十三)衛生福利部國民健康署已推廣「兒童牙齒塗氟」預防保健服務多年，然成效說明往往僅以預算執行率，或該服務利用率作為指標。預防保健業務之核心概念為「預防勝於治療」，既已推廣「兒童牙齒塗氟」多年，國健局應以全民健康保險資料庫進行分析，切實了解「兒童牙齒塗氟」對於兒童在牙醫門診費用之情形。

爰此，建請國民健康署自 103 年度起應針對「兒童牙齒塗氟」對於兒童在牙醫門診費用之情形加以分析，並針對兩者之相關性，甚或因果關係加以深入探討，以作為未來該項政策修訂之參考依據。【237】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

第 6 項 社會及家庭署原列 212 億 4,221 萬 8,000 元，減列第 4 目「社會福利業務」之「業務費」7 萬 2,000 元，其餘均照列，改列為 212 億 4,214 萬 6,000 元。【240】

本項通過決議 23 項：

(一)103 年度衛生福利部社會及家庭署「推展身心障礙者福利服務」編列 27 億 3,856 萬元。為達到輔具資源整合之目的，內政部於 101 年 7 月 16 日制訂《身心障礙者輔具資源整合與研究發展及服務辦法》，惟該辦法僅規定中央目的事業主管機關應獎勵、支援民間參與輔具研發及國外技術引進等，各部會之間仍缺乏橫向聯繫、各自為政，使得輔具研發與產業政策至今仍缺乏整體規劃，連帶影響身心障礙者無法取得符合需求且價格合理的輔具。爰凍結「推展身心障礙者福利服務」項下「業務費」200 萬元。俟衛生福利部社會及家庭署運用資訊整合平臺協助進行輔具研發及產業政策規劃，並於 6 個月內召開專案會議會同所有相關單位分別就輔具研發與產業政策提出規劃說明及書面報告後，始得動支。【249】

提案人：楊玉欣

連署人：鄭汝芬 吳育仁 王育敏

徐少萍

(二)103 年度衛生福利部社會及家庭署之「社會福利服務業務」中「推展身心障礙者福利服務—一般事務費」預算編列 4,207 萬 4,000 元。鑒於辦理 ICF 行銷與民眾教育宣導等經費編列達 1,515 萬元，與衛生福利部其他業務之宣導經費相比，明顯偏高，恐對其他社福業務產生預算排擠效應。爰此，凍結「社會福利服務業務-推展身心障礙者福利服務-一般事務費」項下編列辦理 ICF 行銷與民眾教育宣導經費 50 萬元，待衛生福利部就是項經費編列之適切性、教育宣導細部執行計畫及預期成效等提出報告，向立法院社會福利及衛生環境委員會報告，經同意後，始得動支。【250】

提案人：王育敏

連署人：江惠貞 吳育仁 蘇清泉

(三)103 年度衛生福利部社會及家庭署之「社會福利服務業務」中推展身心障礙福利服務分支計畫中，「辦理身心障礙者個人照顧及家庭支持服務等工作」共編列 2 億 7,125 萬元。

家庭托顧服務之定義為「家庭托顧係指由依受照顧者之意願及能力協助參與社區活動」，與居家照顧、機構式日間照顧及社區式(小型作業設施)照顧同屬針對身心障礙者本人之服務。

目前身心障礙者權益保障法將家庭托顧列於第 51 條條文中，讓政策規劃與執行者誤認為家庭托顧屬提供給家屬之喘息服務而逐年縮減照顧補助天數(102 年度為 22 天，101 年度降至 16 天)，如此一來家庭托顧服務之推廣將產生使用者缺乏使用意願，提供家庭托顧之服務員亦將因服務收入不足而減少提供意願。

爰凍結本預算 200 萬元整，俟衛生福利部社會及家庭署將家庭托顧補助天數恢復至每月 22 天，並完成 103 年家庭托顧補助計畫核定後，始得動支。【251】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

(四)103 年度衛生福利部社會及家庭署之「社會福利服務業務」中推展身心障礙福利服務分支計畫中，「辦理身心障礙福利機構辦理教養、養護服務，提升服務品質」共編列 5 億 6,557 萬 1,000 元。關於「身心障礙者托育養護費用收費原則」，目前身心障礙照顧服務類型已經日益繁多，所以要改為「身心障礙者日間照顧與住宿式照顧費用收費原則」。因應身心障礙鑑定新制於民國 101 年 7 月 11 日實施，身障機構或服務的補助標準均已頒定，不過收費標原則卻遲遲無法定案。為避免身障家屬因補助制度不一產生不依需求而依據繳費多寡選擇服務模式，造成服務錯

置現象；並解決機構照顧成本以及避免輕度身心障礙者缺乏使用多元服務(社區小型作業所、庇護工場)的意願問題，請社會及家庭署朝將輕度身心障礙者併入中度，收費只分兩個等級。只有重度及極重度和中度及輕度兩級之方向進行收費原則研議。為加速社會及家庭署依前述原則，制定收費原則，爰凍結 200 萬元，俟衛生福利部社會及家庭署完成收費原則之研議後，始得動支。【252】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

(五)103 年度衛生福利部社會及家庭署之「社會福利服務業務」中「推展兒童及少年福利服務」之「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」，一般戶的排富資格，改為以所得稅稅率未達 20%者可以獲得補助和津貼。

如以 1 家 3 口來計算，家有 1 個小孩，夫妻都在工作，繳 12%家戶最高淨所得為 113 萬，加上免稅額，標準扣除額，薪資所得特別扣除額，所以家戶所得至少可以達到 173 萬 6,000 元，平均家戶每月收入為 14 萬 4,667 元(102 年的公告可能更高)；反觀如果是一般戶，剛好未能符合中低收入戶(以台灣省為例)，他的家戶年所得為 55 萬 3,176 元，平均月收入為 4 萬 6,098 元，兩者月薪相差 9 萬 8,569 元，顯見一般戶的收入落差過大，

另外從行政院去年(101)開辦「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」，每年預算 29 億元，但愈發愈浮濫，101 年就動支第二預備金，決算膨脹到 40 億餘元；今(102)年又將超支，決算預估將膨脹到 49 億餘元。

領取父母未就業家庭育兒津貼的分布，低收入戶有 4,203 人，中低收入有 8,088 人，一般戶(所得稅率未達 20%)有 209,878 人，已經明顯高過政府預估值。

前兒童局原本推估，家庭「母親未就業在家育兒」比例只有 43.57%。但若以 101 年所花的實際經費逆向推估，會發現「母親未就業在家育兒」的比例已經高達 54%。102 年 6 月的數據也顯示，「母親未就業在家育兒」的比例約達 52%。此政策顯然已發生「誘導女性離開職場」的效應。

根據內政部戶政司統計，今（102）年 2 月（1 月仍屬龍年）至九月出生嬰兒人數比龍年降低 15%，甚至掉到低於兔年的水準。足見 101 年開始發放的育兒津貼，對提振生育率亦無助益，101 年生育率升高純屬「龍年效應」。綜上顯見政府的有限資源，並未花在刀口上。

有鑒於此，爰凍結「推展兒童及少年福利服務」100 萬元，待社會及家庭署協調內政部、行政院勞工委員會等相關機關針對鼓勵生育措施對我國總生育率、婦女勞動參與率之影響，以及津貼對象之收入分級是否合理等提出完整檢討報告，並向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【253】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

(六)103 年度衛生福利部社會及家庭署「社會福利服務業務」中「推展家庭支持服務」預算編列 13 億 7,385 萬 2,000 元。鑒於前內政部兒童局自 98 年與 101 年起分別推動辦理「建構家庭福利服務系統實驗計畫」及「兒童及少年家庭支持服務中心競爭型計畫」，補助地方政府建置以家庭為中心之福利輸送體系，俾落實初級預防工作；惟渠等計畫開辦以來均係運用公益彩券回饋金，經費來源缺乏穩定性，且服務據點未能普及，人力配置不足，各中心功能定位及服務對象亦不明確，以致服務成效有限。爰此，凍結「社會福利服務業務-推展家庭支持服務」預算 100 萬元，待衛生福利部積極推動整合各縣市既有之單一功能服務

中心，輔導其轉型為「兒少為重、家庭為本、社區為基礎」之家庭支持服務中心，擴增各縣市家庭支持服務中心之據點與人力，並於3個月內研提檢討報告及具體改善計畫，向立法院社會福利及衛生環境委員會報告，經同意後，始得動支。【255】

提案人：王育敏

連署人：楊玉欣 江惠貞 吳育仁

蘇清泉

(七)103年度衛生福利部社會及家庭署「社會福利服務業務」中「推展家庭支持服務」預算編列13億7,385萬2,000元。

「保母托育管理與托育費用補助實施計畫」，一般戶的排富資格，改為以所得稅稅率未達20%者可以獲得補助和津貼。

我們來看保母托育管理計畫。1家3口來計算，家有1個小孩，夫妻都在工作，繳12%家戶最高淨所得為113萬，加上免稅額，標準扣除額，薪資所得特別扣除額，所以家戶所得至少可以達到173萬6,000元，平均家戶每月收入為14萬4,667元。反觀如果是一般戶，剛好未能符合中低收入戶(以台灣省為例)，他的家戶年所得為55萬3,176元，平均月收入為4萬6,098元。

如果保母費用平均價每月1萬5,000元來計算，一般家庭補3,000元，須自負1萬2,000元，最窮的一般戶保母費用占家戶所得的26%；而最有錢的一般戶只占其家戶所得8.3%。

保母托育費用補助人數一般戶為4萬2,611人，一般戶3位子女以上為1,684人，合計4萬4,295人(99.13%)；中低收入家庭為130人，中低收入3位子女以上為14人，合計144人(0.32%)；低收入戶及弱勢家庭為193人，低收入戶及弱勢家庭3位子女以上為49人，合計242人(0.54%)

顯見保母托育費用補助根本沒有嘉惠低收及中低收入家庭。反觀領取父母未就業家庭育兒津貼的分布，低收入戶有

4,203 人，中低收入有 8,088 人，一般戶(所得稅率未達 20%)有 209,878 人。低所得者已經明顯傾向領取父母未就業育兒津貼，而負擔不起保母費用。

爰凍結「推展家庭支持服務」業務經費 200 萬元，請社會及家庭署提出檢討現行育兒津貼補助措施之缺失，並研議整合為單一化兒童照顧津貼之評估規劃報告，並保母管理制度提供檢討報告，並向立法院社會福利及衛生環境委員會報告後，始得動支。【256】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

(八)103 年度衛生福利部社會及家庭署「社會福利服務業務」中「推展家庭支持服務」業務費編列 1,494 萬 2,000 元。

鑒於內政部發放保母托育費用補助後，導致部分保母變相漲價，且內政部自 101 年 7 月起開放照顧 2 歲以下幼兒之祖父母或三等親內親屬，如參與保母專業訓練課程結訓，亦可領取保母托育費用補助，此政策已排擠其他有意投入居家托育工作者之受訓機會，甚至減損社區保母系統之服務量能。另查截至 102 年 9 月 17 日止，取得保母專業訓練結業證書並加入社區保母系統登記者，86.7% 為親屬保母，僅收托自家親眷，無助擴大社區保母系統之保母供給量，仍無法滿足需社區保母托顧之家長需求。爰此，凍結「社會福利服務業務-推展家庭支持服務」業務費 50 萬元，待衛生福利部修正現行保母托育費用補助政策，將托育費用補助與保母管理制度脫鉤處理，朝普及式育兒津貼之方向整合，並向立法院社會福利及衛生環境委員會報告，經同意後，始得動支。【258】

提案人：王育敏

連署人：楊玉欣 江惠貞 吳育仁

(九)有關失智症者之問題，衛生福利部社會及家庭署並未積極解決，存在下列缺失：

1. 目前大約有 1,700 人失智症長者在日間照護中心接受照顧，然而對於目前國內失智症者人數－內政部 100 年 12 月 31 日統計為 3 萬 5,783 人，但臺灣失智症協會 101 年的調查估計，失智症人口約 19 萬人，因此日間照護中心今年底從目前的 94 家增加至 120 家，只增加 26 家，平均每一個縣市僅增加 1.18 家，還是大大的不夠用，顯示社會及家庭署（原社會司）從內政部移到衛生福利部之後，規劃政策、推動業務還是有待加強。
2. 日益增加的失智長者，讓許多家庭顧不來、養不起，台灣失智症協會秘書長湯麗玉指出，這是因為失智症的安養機構每月花費至少新台幣 3 萬 5,000 元，而且家數少，要排隊，一般家庭只好轉而自行照顧或找外勞幫忙，但一整年的各種照顧成本也要上百萬元。不少年輕人起薪僅 22K，如果家有長輩失智想住進安養機構，一個月要花 3 萬 5,000 元，對於目前薪資調漲有限之受薪族而言，根本難以負擔。
3. 在臺灣，2012 年約每 6.7 個青壯年人口扶養 1 位老年人口，至 2060 年將降為每 1.3 個青壯年人口扶養 1 位老年人口；屆時老年人口的比例為 39.4%，照護人力嚴重不足。因此衛生福利部必須加緊腳步，投入成本增設長照機構、訓練專業人員，且要建立品質評量與監督系統。

因此，衛生福利部必須加緊腳步，逐年投入成本增設長期照護機構、訓練專業人員，且要建立品質評量與監督系統。【240】

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堇

(十)103 年度衛生福利部社會及家庭署「社會福利服務業務」計畫中編列推展老人福利服務預算共 42 億 8,459 萬 6,000 元，其中主要為續編長照十年第 3 年預算 38 億 1,931 萬 1,000 元，惟其中有關於失智症老人照護預算為編列辦理失智症老人日間照顧中心方案 7,365 萬 6,000 元及辦理失智症老人團體家屋服務方案 1,200 萬元。根據臺灣失智症協會進行 100 年至 101 年底全國失智症盛行率調查發現，我國 65 歲以上長者失智盛行率為 4.97%，即 65 歲以上老年人每 20 人中有 1 人罹患失智症，推估全國 65 歲以上老年人罹患失智症者近 13 萬人，而全國仍有部分縣市沒有失智症老人日間照顧中心，而失智老人團體家屋之辦理情形，全國僅 4 個地區團體辦理，服務人數僅為 50 人，服務量明顯不足，社會及家庭署應提出專責服務失智症患者之服務方案，及如何提高失智症老人日間照顧中心及失智老人團體家屋等資源分布不均及服務人數偏低情形報告，送交立法院社會福利及衛生環境委員會，以維護失智長輩權益。【241】

提案人：趙天麟

連署人：田秋堇 陳節如

(十一)103 年度衛生福利部社會及家庭署「社會福利服務業務」中「推展老人福利服務」預算編列 42 億 8,459 萬 6,000 元。行政院已於 2013 年 6 月頒布「失智症防治照護政策綱領」、訂定七大主要目標，其中指出「推估 2012 年臺灣失智人口已逾 19 萬人」，然而 103 年度預算之相關經費編列，卻未能因應失智家庭的龐大需求。我國現行「長期照顧十年計畫」各項服務方案中，檢視 101 年度各縣市辦理情形，失智症老人日間照顧中心之服務人數極少，全國合計僅 201 人；且全國有 9 縣市，仍未設置專門之失智症老人日間照顧中心，其中桃園縣、彰化縣及嘉義縣等皆為老年人口數較高之縣市，服務資源分布不均。另失智

老人團體家屋之辦理情形更不佳，101 年度全國僅 4 個地區團體辦理，服務人數 50 人。為延緩及減輕失智症對社會及家庭衝擊，以符失智症及其家庭所需之照護需求，實有必要優先提供家屬照顧之諮詢、輔導、服務的充足資源，並加強培養各地區團體失智症服務之專業能力及承辦意願，才能儘速建置完善之失智照護社區網絡，而非僅消極編列補助經費、被動等待民間申請。爰此，衛生福利部應於 102 年 12 月中前向提案委員口頭報告，並於 103 年 1 月中前提出落實「失智症防治照護政策綱領」之具體計畫措施、期程規劃、年度目標，以使各地區失智照護資源均衡充足及強化服務效能。【242】

提案人：田秋堃

連署人：葉津鈴 趙天麟 尤美女

劉建國

(十二)鑒於長期照顧十年計畫 103 年度於居家照顧、日間照顧、失智症老人日間照顧中心、家庭托顧等方案，均大幅增列預算，惟歷年來政府長照經費大量用於增設日間照顧中心、失智症老人日間照顧中心等硬體設備，然 102 年度上半年使用相關長期照顧之服務人數，與實際需求人數不成比例，恐有預算編列過高、執行率偏低之問題。另時至 101 年 12 月 31 日，照顧服務員培訓人數計 88,500 人，但據衛生福利部統計，實際投入居家服務者僅有 19,862 人，流失率達 77.55%，顯見流失率偏高；再者，居家服務提供單位之行政成本占總經費四成，其經費運用宜有再檢視之必要。爰此，衛生福利部社會及家庭署應於 4 個月內提出穩定居家服務人力、提升長期照顧服務效能之具體改善計畫，送交立法院社會福利及衛生環境委員會，以維護失能老人權益。【243】

提案人：王育敏

連署人：鄭汝芬 蘇清泉

(十三)有關長期照護計畫補助時數內，除低收入戶由政府全額負擔外，需部分負擔者，也僅有中低收入戶負擔較低(自行負擔10%)，其於非低收或中低收入之一般戶，則不分收入多寡，皆自行負擔30%；也就是說即便是臺灣首富使用長期照顧十年計畫，亦與一般升斗小民同樣負擔30%之自付額，目前補助規定，形同使經濟能力越高者負擔越低，經濟能力越低者負擔越高，根本違背社會公平正義。爰此，社會及家庭署應針對一般戶研訂所得稅邊際稅率20%以上家戶，研議「依家庭經濟狀況給予不同級數補助額度」之可行性，以符社會公平正義及照顧弱勢之原則。【244】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

(十四)我國居家照顧服務費一直維持於每小時180元，現階段雖已透過補助居家服務提供單位勞健保及勞退準備金的90%，並同時於補助或委託契約中明訂照服員時薪不得低於每小時150元。但近年來物價及相關勞動成本已有許多成長，服務費卻遲遲無法反應，社會及家庭署應針對居家照顧時薪，研議適度調高之可行性方案，以有效提升其實質所得，充實照顧服務員人力。【245】

提案人：陳節如

連署人：趙天麟 葉津鈴

(十五)103年度衛生福利部社會及家庭署預算於「社會福利服務業務-推展老人福利服務」項下，編列我國長期照顧十年計畫101年度至104年度中程計畫之第3年經費38億1,931萬1,000

元，其中編列辦理失智症老人日間照顧中心方案 7,365 萬 6,000 元。惟查 101 年度各縣市辦理專責提供失智症患者使用之失智症老人日間照顧中心，失智症老人日間照顧中心服務人數合計僅 201 人，占全國失智老人人口推估數之 0.16%，服務人數明顯偏低；復全國仍有 9 縣市未設置專門之失智症老人日間照顧中心，其中桃園縣、彰化縣及嘉義縣等皆為老年人口數較高之縣市，服務資源分布不均。爰請衛生福利部社會及家庭署向立法院社會福利及衛生環境委員會提出改善報告，以維護失智老人權益。【246】

提案人：蔡錦隆

連署人：吳育仁 楊玉欣 江惠貞

王育敏 蘇清泉

(十六)103 年度衛生福利部社會及家庭署預算於「社會福利服務業務-推展老人福利服務」項下，編列我國長期照顧十年計畫~101 年度至 104 年度中程計畫之第 3 年經費 38 億 1,931 萬 1,000 元，其中編列辦理失智症老人團體家屋服務方案 1,200 萬元。惟查 101 年度全國僅 4 個地區團體辦理，服務人數 50 人，整體服務效能明顯低落。衛生福利部社會及家庭署應提出改善報告，送交向立法院社會福利及衛生環境委員會，以提供失智老人多元照顧服務，維護失智長輩權益。【247】

提案人：蔡錦隆

連署人：吳育仁 楊玉欣 江惠貞

王育敏 蘇清泉 徐少萍

(十七)103 年度衛生福利部社會及家庭署「社會福利服務業務」計畫中編列推展身心障礙者福利服務預算共 27 億 3,856 萬元，主要為依據身心障礙者權益保障法之規定，辦理相關福利措施及

機構服務規畫、評鑑及後續輔導、考核、獎勵，檢討與研修相關法規，並結合政府與民間機構(團體)力量，維護身心障礙者之生活與合法權益，加強推展身心障礙福利服務工作，惟日前仍傳出苗栗親民教養院虐待院生事件，引發社會譁然，顯見社會及家庭署未充分發揮督導功能，請衛生福利部社會及家庭署提出相關改進及加強身心障礙福利機構查察機制報告。【248】

提案人：趙天麟

連署人：田秋堇 陳節如

(十八)鑒於「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」係以父母一方「未就業」作為津貼發放條件，不僅認定困難，亦無法杜絕爭議與不公，且國人非典型就業類型眾多，政府尚無法完整掌握其所得資料，對於就業與否難以認定；又現行制度下存在「父母未就業育兒津貼」與「保母托育費用補助」兩項育兒補助，惟仍有雙薪家庭育兒父母、全職單親家長等應照顧而未納入照顧之對象，顯見現行育兒補助政策仍有公平性與周延性不足之問題。衛生福利部應檢討現行雙軌制育兒補助措施之缺失，於 3 個月內研提單一化兒童照顧津貼之整合評估規劃報告，送交立法院社會福利及衛生環境委員會，以建構普及式 2 歲以下兒童照顧支持體系。【254】

提案人：王育敏

連署人：鄭汝芬 蘇清泉 吳育仁

楊玉欣 江惠貞

(十九)103 年度衛生福利部社會及家庭署「公益彩券回饋金撥充社會福利基金」編列 11 億 9,086 萬 9,000 元。目前國內公共無障礙運輸工具有捷運、低底盤公車、無障礙計程車、以及復康巴士等等，但上述選項連身障者「就醫」的行動需求都無法滿足。

此外衛生福利部亦未積極規劃福祉車政策，導致我國多元化無障礙交通政策迄今仍未建立。請衛生福利部社會及家庭署儘速邀集財政部、交通部及相關單位通盤規劃無障礙交通網路，並於 1 個月內提出福祉車政策具體期程，將研議結果向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告。【260】

提案人：楊玉欣

連署人：鄭汝芬 吳育仁 王育敏

徐少萍

(二十)現行法規未就身心障礙者遭逢權益侵害時，設有相應支持的法律扶助制度可資利用，導致身心障礙者欲尋求救濟，除符合法律扶助法、行政院原住民族委員會就業歧視及勞資糾紛法律扶助辦法、性別工作平等訴訟法律扶助辦法等申請資格外，僅得自行出資委任律師，顯具有保障不足之憾。請衛生福利部社會及家庭署於 3 個月內提出身心障礙者法律扶助之具體協助規劃報告。【261】

提案人：楊玉欣

連署人：鄭汝芬 吳育仁 王育敏

徐少萍

(二十一)原先內政部擬定之「日間照顧呷百二計畫」，預計於 102 年底前於全臺設置 120 家「日間照護中心」，並提升失智症日照量能，而衛生福利部更規劃 103 年完成 63 長照次區均有失智症社區服務與 89 個資源不足區至少一個服務據點。另依據衛生福利部委託臺灣失智症協會進行 100 年至 101 年 12 月 31 日全國失智症盛行率調查發現，我國 65 歲以上長者失智盛行率為 4.97%，即 65 歲以上老年人每 20 人中有 1 人罹患失智症，推估全國 65 歲以上老年人罹患失智症者近 13 萬人，且失智症者人

數將隨人口老化而呈現快速增加趨勢，行政院已於 102 年 6 月頒布失智症防治照護政策綱領，爰要求衛生福利部應積極達成 103 年完成 63 長照次區均有失智症社區服務與 89 個資源不足區至少一個服務據點之目標。【262】

提案人：鄭汝芬

連署人：楊玉欣 蘇清泉 江惠貞

王育敏

(二十二)社會及家庭署 103 年度預算案於「社會福利服務業務-推展老人福利服務」項下，編列我國長期照顧十年計畫~101 年度至 104 年度中程計畫之第 3 年經費 38 億 1,931 萬 1,000 元，其中編列辦理失智症老人日間照顧中心方案 7,365 萬 6,000 元、辦理失智症老人團體家屋服務方案 1,200 萬元。

我國長期照顧十年計畫各項服務方案中，以專責提供失智症患者使用之失智症老人日間照顧中心、失智老人團體家屋，其 101 年度各縣市辦理情形失智症老人日間照顧中心服務人數合計僅 201 人，占全國失智老人人口推估數之 0.16%，服務人數明顯偏低；且全國仍有 9 縣市未設置專門之失智症老人日間照顧中心，其中桃園縣、彰化縣及嘉義縣等皆為老年人口數較高之縣市，服務資源分布不均。另就失智老人團體家屋之辦理情形，101 年度全國僅 4 個地區團體辦理，服務人數 50 人，整體服務效能有待大幅提升。

綜上，因應高齡化社會失智人口快速增加，行政院 102 年 6 月頒布失智症防治照護政策綱領，惟我國長期照顧十年計畫專責服務失智症患者之服務方案，如失智症老人日間照顧中心、失智老人團體家屋等均有不同縣市資源分布不均及服務人數偏低情形，建請衛生福利部社會及家庭署提出改善策略規劃報告，以提高服務效能，俾提供失智症患者與家屬之完善服務。

【263】

提案人：蘇清泉

連署人：楊玉欣 江惠貞 王育敏

徐少萍

(二十三)世界衛生組織(WHO)將 65 歲以上的長者定義為老年人，當老年人口占總人口比率之 7%，定義為高齡化社會；老年人口比率超過 14%，則定義為高齡社會。雲林縣早在 2006 年起即已邁入高齡社會，老年人口數 10 萬 2,849 人占總人口比率 14.11%，至今年八月底老年人口數更高達 11 萬 0,723，占總人口比率 15.61%，遠高於全國的 11.35%。衛生福利部社會及家庭署 103 年度科技業務雖有編列委託專家學者或團體辦理「老人福利機構照護人力配置及工作狀況之探討」，但對於老人人口比率較高縣市(如附表)之相關議題之研究則付之闕如，包括醫療資源嚴重不足、社會照護資源長期缺乏等等，請衛生福利部檢討改進，並於下一年度編列相關研究經費。【264】

	65歲以上人口數(人)	占總人口%	順位
總計	2,600,152	11.15	
新北市	353,396	8.97	21
臺北市	348,656	13.04	9
臺中市	243,197	9.06	20
臺南市	222,930	11.85	12
高雄市	301,960	10.87	17

宜蘭縣	61,137	13.33	7
桃園縣	174,266	8.58	22
新竹縣	57,941	11.06	16
苗栗縣	76,362	13.54	5
彰化縣	162,143	12.47	11
南投縣	72,541	13.94	4
雲林縣	110,164	15.49	2
嘉義縣	85,612	16.04	1
屏東縣	112,453	13.10	8
臺東縣	30,470	13.47	6
花蓮縣	43,365	12.94	10
澎湖縣	14,110	14.28	3
基隆市	43,558	11.55	13
新竹市	40,768	9.59	18
嘉義市	31,161	11.49	14
金門縣	12,908	11.41	15
連江縣	1,054	9.32	19

資料來源：內政部統計處

提案人：劉建國 林淑芬

連署人：趙天麟 田秋堇

第 7 項 國家中醫藥研究所 1 億 5,022 萬 1,000 元，照列。

另通過附帶決議 1 項：

(一)衛生福利部推動我國長期照顧歷年編列經費均不敷支應，103 年度雖已增編，仍是杯水車薪，為使長期照顧服務不斷炊，要求立法院審查中央政府 103 年度預算案，應將長期照顧十年計畫及建置長期照顧服務體系之相關預算排除統刪。【266-1】

提案人：劉建國

連署人：陳節如 葉津鈴 林淑芬

二、中華民國 103 年度中央政府總預算案有關衛生福利部主管預算(公務部分)案，審查完竣，提報院會處理，院會處理前須交黨團協商。

散會