

調查意見

壹、案由：有關衛生福利部針對「口腔癌篩檢」等4項口腔健康預防保健業務之具體成效評估結果為何？是否達成促進國人口腔健康預防保健目標？其相關評估機制為何？對於牙齒口腔相關疾病之防治措施是否妥適？相關政策規劃與法令規範有無不周？均宜釐清等情。調查意見：

世界衛生組織(World Health Organization, 下稱WHO)指出，口腔健康除影響咀嚼與營養之攝取、說話及社交，尤為人體衛生及生活品質之重要基石¹。為促進國人口腔健康，衛生福利部(下稱衛福部)雖已常年實施「兒童牙齒塗氟保健服務」、「國小學童窩溝封填保健服務」、「國小學童含氟漱口水防齲計畫」及「口腔癌篩檢」等多項口腔預防保健政策，然近年來牙齒口腔相關疾病²卻始終皆高居國內全民健康保險(下稱健保)醫療費用給付前二十大疾病及國人平均每人門診就醫次數前二十大疾病之前2位³，究該等政策有無發揮預防醫學所闡揚「預防勝於治療原則」之實質效益?國人口腔健康相關指標現

¹ 據WHO指出，口腔健康的重要性如下：1. 口腔健康不但是全身健康的一部分，且是幸福生活必要條件。2. 口腔健康是影響生活品質之重要因素。3. 有明顯證據顯示口腔健康與全身健康是息息相關的。4. 良好的口腔照護可以延年益壽。5. 良好的咀嚼力可降低失智症之風險。資料參考來源：WHO報告(http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf)、行政院106年2月2日院臺衛字第1060002587號核定之「國民口腔健康促進計畫(106~110年)」

² 依健保疾病代碼列表(Tabular List of Diseases and Injuries)各章節，以相似或接近相關條件之三碼類目碼構成的群組(Blocks)分類，牙齒口腔相關疾病可分為13類如下：牙齒口腔疾病13類分別為牙齒發育及萌發疾患(K00)、埋伏及阻生齒(K01)、齲齒(K02)、牙齒硬組織其他疾病(K03)、齒髓及根尖周圍組織疾病(K04)、齒齦炎及牙周疾病(K05)、齒齦及無菌性齒槽骨其他疾患(K06)、牙齒及支持性構造其他疾患(K08)、口腔部位囊腫，他處未歸類者(K09)、唾液腺疾病(K11)、口腔炎及相關病灶(K12)、唇及口腔黏膜其他疾病(K13)、舌疾病(K14)。其中健保醫療費用給付前3名之牙齒口腔相關疾病分別為：齲齒、齒齦炎及牙周疾病，以及齒髓及根尖周圍組織疾病。資料來源：衛福部。

³ 資料來源：健保署網站首頁/資訊公開/健保資訊公開/重要統計資料之柒、國人健保就醫疾病資訊(民國【下同】107年9月14日更新)；網址：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=D529CAC4D8F8E77B&topn=CDA985A80CODE710。

況是否已達先進國家水準？政策檢討評估機制及相關法令規範是否周妥？均有深入瞭解之必要，爰經本院內政及少數民族委員會第5屆第46次會議決議，推派調查。

案經分別函請衛福部、教育部就有關事項提出說明併附佐證資料到院⁴，並詢問衛福部心理及口腔健康司（下稱心口司）、中央健康保險署（下稱健保署）、國民健康署（下稱國健署）等相關業務主管人員。復就相關疑點再函詢衛福部，續經衛福部補充相關書面說明⁵，以及衛福部社會及家庭署（下稱社家署）陸續彙整22個地方政府相關查復及佐證資料⁶到院。繼而持續蒐研相關卷證資料、參考文獻及統計數據，業調查竣事。茲臚述調查意見如下：

一、衛福部雖自認已實施多年之「兒童牙齒塗氟保健服務」等多項口腔預防保健政策執行成效顯著，然我國口腔健康相關負面指標數據卻不減反增，尤與全球平均水準迭有落差，近年來牙齒口腔相關疾病更始終高居國內健保醫療費用給付前二十大疾病及國人平均每人門診就醫次數前二十大疾病之前2位，凸顯該部所稱成效尚難助益於民眾牙醫利用率及醫療支出之減少，國人口腔健康水準尤難謂已入先進國家之列，亟應積極研謀改善：

（一）按口腔健康法第2條、第3條第1項分別規定：「本法所稱主管機關：在中央為衛福部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。本法所定事項，涉及各目的事業主管機關職掌者，由各目的事業主管機關辦理。」「政府應推行口腔疾病預防及保健工作，並推展下列有關口腔健康事項：一、口腔健

⁴ 衛福部心字第1071761129號、教育部臺教授國字第1070081550號等函。

⁵ 衛福部衛部心字第1071761731號函。

⁶ 社家署社家老字第1070801221號函。

康狀況之調查。二、口腔預防醫學之推展。三、口腔健康教育之實施。……六、口腔健康危害因子之調查、研究及防制政策。……。」是衛福部應偕同教育部等相關目的事業主管機關積極推展國人口腔疾病預防及保健相關工作，以落實該法所揭櫫「促進及維護國民口腔健康」之立法意旨，前開規定至為明確。

(二)據衛福部查復，我國口腔健康促進施政方針分為三大方向：一為預防保健項目，由政府公務預算支付，提供國人基本保健；二為醫療項目，由健保支付，以保障民眾適當醫療需求；三為復健項目，由民眾自行付費，促使民眾對自身口腔健康擔負部分相應責任。為使上述三大施政方針方向適切平衡，並維持全國牙醫門診總額點值穩定，該部爰藉由保健服務，由預防醫學三段五級⁷之健康促進端著手，以使民眾之口腔健康不致惡化，避免爾後醫療及復健等費用支出之增加，向來為該部致力之方向。基此，該部除持續推動原已進行多時之「兒童牙齒塗氟保健服務」、「國小學童窩溝封填保健服務」、「國小學童含氟漱口水防齲計畫」及「口腔癌⁸篩檢」等

⁷ 就公共衛生及預防醫學之理論而言，依疾病的自然史(係指疾病未經治療及處理之下，其自然演變的歷程，一般可分為可感知期、臨床期、臨床前期、殘障期及死亡期)可採行三段五級的預防工作，即初段預防(含第一級之促進健康、第二級之特殊保護)、次段預防(第三級之早期診斷治療)及三段預防(含第四級之限制殘障、第五級之復健與居家照護)。旋為因應全球人口老化之驚人速度及老人醫學、社區醫學、生死學之發展，目前預防醫學界已將三段五級擴展成四段七級框架，即新增四段預防(含第六級之緩和醫療及第七級之安寧照護)。資料參考來源：陳建仁，流行病學：原理與方法，聯經出版公司，88年3月；楊志良，公共衛生新論，巨流圖書公司，88年9月；陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學，巨流圖書出版公司，97年6月；王榮德等，公共衛生學(上、中、下冊)，國立臺灣大學出版中心，104年7月；黃勝堅，從弱勢照護反思生命的意義，臺北市立聯合醫院簡報，105年8月；張詠森等，英國倫敦國王學院桑德斯機構(The Cicely Saunders Institute, King's College London, 簡稱CSI, 乃全球第一個針對安寧療護研究的專業研究機構)進行合作備忘錄及學術參訪，公務人員出國報告，106年7月。

⁸ 口腔癌為發生在口腔部位之惡性腫瘤的總稱，90%屬於鱗狀細胞癌，口腔包括的部位有唇、頰黏膜(唇和臉頰的內襯)、牙齒、舌頭下方的口腔底部、前三分之二的舌頭、口腔頂部的前面部分(硬顎)、牙齦以及臼齒後方的小區域。臺灣地區口腔癌好發的部位是舌頭及頰黏膜。資料來源：國健署網站(<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=613&pid=1118>)。

4項口腔預防保健工作項目⁹外，亦編訂相關衛教宣導手冊，並針對特殊族群(如孕婦、遲緩兒或長期照護需求者等)委託專業團體開辦照護人員訓練計畫，期藉由全面性角度推廣口腔預防保健之重要性，以降低國人罹患口腔相關疾病。

(三)關於衛福部上揭預防保健政策實施成效，該部於本院詢問前及詢問時表示略以：依研究成果，「國小學童含氟漱口水防齲計畫」可降低齲齒率26%，「兒童牙齒塗氟保健服務」可降低齲齒率46%，「國小學童白齒窩溝封填保健服務」可降低大白齒齲齒發生率34至51%，而「食鹽加氟防齲政策」可降低齲齒率50至70%，各計畫及政策執行成效顯著，其綜合結果反應於12歲以下學童恆齒齲齒經驗指數及齲齒率皆逐年下降¹⁰。顯見衛福部係藉「兒童牙齒塗氟保健服務」等預防保健服務工作促使民眾口腔健康不致惡化，避免爾後醫療及復健等費用支出之增加。易言之，我國口腔健康促進政策之終極目標係在增益國人口腔健康，相對減少牙醫利用率，進而降低國人醫療及復健費用之相關支出。至其實施成果如何，衛福部則認為成效顯著。

(四)然以WHO及全球先進國家口腔健康相關指標數據與我國相關數據比較之，我國12歲學童之恆牙齲齒經驗指數(Decayed, Missing and Filled Teeth index, 簡稱DMFT index¹¹)平均值竟落後於全球70%的國家，且3至6歲間齲齒率仍維持40%左右，與WHO

⁹ 該4項政策皆有年齡層標的對象，如「國小學童含氟漱口水防齲計畫」係針對國小學童1至6年級之學童；「兒童牙齒塗氟保健服務」係針對學齡前/6歲以下之幼童；「國小學童白齒窩溝封填保健服務」係針對國小學童1至2年級之學童，而「食鹽加氟防齲政策」係針對一般國民。資料來源：衛福部。

¹⁰ 12歲以下恆齒齲齒經驗指數由89年的3.31降至101年的2.50；齲齒率則由89年的66.1%降至101年的32.8%。資料來源：衛福部。

¹¹ 係指恆牙齲齒面數、缺牙面數、填補面數之牙齒數總和，資料來源：衛福部。

所訂西元2025年時應降至10%以下，仍有相當差距。甚者，國內未治癒恆齒齲齒率為42.8%、牙周病為19.6%，皆高於全球絕大部分地區國家平均數據，成年及老年人口齲齒盛行率與牙周病盛行率亦均呈現成長趨勢。況據健保署統計，近年來牙齒口腔相關疾病始終皆分別高居「國內健保醫療費用給付前二十大疾病」及「國人平均每人門診就醫次數前二十大疾病」之前2位，進而以「占率」審視之，牙齒口腔相關疾病醫療費用占全國各類疾病總醫療費用自104至106年¹²分別為6.54、6.25及6.32%；其平均每人門診就醫次數占全國各類疾病平均每人門診就醫總次數則分別為9.60、9.34及9.73%，足見國人因牙齒口腔健康問題就醫情形無論係以費用、使用次數，以及其於全國各類疾病所占比重等檢視比較之，皆居高不下，相關負面指標數據甚有不減反增之趨勢。凡此凸顯衛福部已常年實施之上揭多項口腔預防保健政策，不僅無法減少國人牙醫利用率及相關醫療支出，特定年齡學童齲齒率及成人未治癒恆齒齲齒率、牙周病比率等口腔健康相關指標數據更與全球水準迭有落差。析言之，衛福部前揭自詡四大口腔預防保健政策之成效尚難實質助益於民眾牙醫利用率及醫療支出之減少，我國口腔健康水準於短期之內恐難入先進國家之列，至為明顯，此分別觀衛福部自承略以：「……我國口腔預防保健措施之成效比起先進國家，其改善幅度仍較為緩慢……」、「查5歲幼童齲齒盛行率於95年降為73.7%，迄100年增為79.3%。……鑒於100年5

¹²106年國人全民健康保險就醫疾病資訊等統計數據係健保署網站(https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=D529CAC4D8F8E77B&topn=CDA985A80C0DE710)目前登載最新之重要統計資料；其中106年治療齲齒所申報之健保醫療給付費用已逾16,677百萬點；上網查詢時間：108年4月10日。

歲幼童齲齒率微幅上升，無論是否係屬抽樣誤差，實有必要重新檢視該年齡層族群之口腔預防保健政策。」等語益明，以上復分別有衛福部查復資料與其網站及教育部學童口腔保健計畫教師口腔保健研習課程資料分別載明略以：「13類牙齒口腔相關疾病當中，臺灣目前普遍常見之口腔疾病為齲齒、齒齦炎、牙周疾病，以及齒髓及根尖周圍組織疾病(牙周病)，爰針對該2種疾病之最新盛行率與國際其他區域比較後發現，國內未治癒恆齒齲齒率為42.8%、牙周病為19.6%，皆高於全球絕大部分地區國家平均數據。」、「西元2011年WHO公布12歲兒童DMFT index，全球189國平均為1.67顆……我國12歲兒童DMFT指數……至西元2012年2.5顆」、「國人的口腔健康狀況不佳……12歲學童的恆牙齲齒經驗指數(DMFT)平均值為2.50顆，不僅低於WHO訂定的西元2025年的目標2.00顆，而且落後於全球70%的國家之後。……至西元2011年時……從3到6歲間齲齒率的增加，卻仍然維持在40%左右，與WHO所訂目標比較：至西元2025年時應降至10%以下，仍有一段相當差距，可見臺灣學齡前兒童齲齒盛行率仍偏高……我國的口腔保健政策與服務體系，確實仍然面臨嚴峻的挑戰」、「12歲學童DMFT指數為2.5顆……但依然高於鄰近亞太各國……」等語足憑，其落後癥結究為何，衛福部亟應積極檢討究明，以對症下藥，俾迎頭趕上。

- (五) 雖據衛福部表示略以：「我國牙齒口腔相關疾病健保醫療費用增加，據析有下列三項因素：1、民眾口腔健康識能不足：口腔健康除需由專業人員提供衛教及診治，尚需民眾良好習慣的維持，惟國人的口腔衛生認知仍大都侷限在牙痛再看牙醫或是刷

牙，而不知健康口腔的維持……2、牙周病盛行率高：……牙周病的破壞是日積月累的生活習慣疾病，一旦有自覺症狀，往往細菌已破壞到深層的牙周囊袋……3、人口結構轉變造成口腔照護需求量增加：由於人口老化、身心障礙者增加、口腔疾病型態多樣化及醫療服務選項增加等因素，致使國人對於牙醫醫療服務之需求量持續增加……隨著教育水準提升，以及社會福利政策等因素的影響，未來世代的老年人將較現在的老年人，有較高的意願與能力使用牙醫醫療服務，也因此牙齒口腔醫療費用預期仍呈現增加趨勢……」云云。惟口腔健康法第4條、第5條既明定：「主管機關及各目的事業主管機關應逐年編列預算，辦理有關口腔健康危害因子之防制、口腔健康促進、衛教宣導與預防工作」、「主管機關應積極辦理口腔健康危害因子之防制與宣導」，衛福部本應依法積極辦理口腔健康促進、衛教宣導與預防工作，以有效改善民眾口腔相關預防保健智識與生活習慣，則該部前揭所稱「民眾口腔健康識能不足」及「牙周病盛行率高」等理由，不無反倒凸顯該部口腔衛生教育與宣導措施之不足。又，該部前揭末稱「人口結構轉變造成口腔照護需求量增加」等情，全球各國難謂無面臨同樣窘況，先進國家卻能早為因應妥處，致口腔健康相關指標數據始終優於我國，他國既能，我國自無不能之理。甚且，各地方政府上揭4項口腔預防保健業務經費既均來自衛福部公務預算及國健署「菸害防制及衛生保健基金」，該部卻迄未能掌握各縣市或其醫療院所相關經費實際支用之情形，遑論各地方政府執行績效之督導與評比，經本院調查後，該部始稱將與健保署研議改善措施，在在益證衛福部

速應積極檢討之迫切性。

(六)綜上，衛福部雖自認已實施多年之「兒童牙齒塗氟保健服務」等多項口腔預防保健政策執行成效顯著，然我國口腔健康相關負面指標數據卻不減反增，尤與全球平均水準迭有落差，近年來牙齒口腔相關疾病更始終高居國內健保醫療費用給付前二十大疾病及國人平均每人門診就醫次數前二十大疾病之前2位，凸顯該部所稱成效尚難助益於民眾牙醫利用率及醫療支出之減少，國人口腔健康水準尤難謂已入先進國家之列，亟應積極研謀改善。

二、衛福部自98年起編列預算補助中低收入老人裝置假牙，隨後於99、102、107年相繼擴大補助對象及項目，四分之三以上地方政府亦陸續加碼補助裝置項目，固屬政府關懷弱勢老人之社會福利政策，立意良善，然為彰顯政府良政美意，「補助受惠人次」雖可為成效之參考指標，「增進老人口腔健康」更應為該政策追求之終極目標，允由衛福部務實審慎檢討評估，俾讓政府預算效益最佳化：

(一)按衛福部除負有口腔健康政策之監督與相關事務之管制考核等職責外，更應督導各地方主管機關加強推展老人等特定對象之口腔保健措施及口腔危害因子防制，此分別於口腔健康法第8條¹³、衛福部組織法第2條第1款、第12款¹⁴及衛福部處務規程第12條第8款¹⁵，規定甚明。

¹³ 口腔健康法第8條：直轄市、縣(市)主管機關應加強推展下列對象之口腔保健措施及口腔危害因子防制：一、老人、身心障礙者。二、孕婦、乳幼兒、幼兒、兒童及少年。三、口腔癌高危險群。

¹⁴ 衛福部組織法第2條：「本部掌理下列事項：一、衛生福利政策、法令、資源之規劃、管理、監督與相關事務之調查研究、管制考核……。十二、口腔健康及醫療照護之政策規劃、管理、監督及研究。……」。

¹⁵ 衛福部處務規程第12條：心口司掌理事項如下：……六、口腔健康政策之規劃、推動及相關法規之研訂。七、口腔醫療服務體系、專業人力及醫療科技之規劃、發展與管理。八、口腔醫療品質與病人安全之督導與管理。……。

(二)據衛福部表示，為保障老人口腔健康，維護老人生活品質與尊嚴，自98年度起編列預算補助中低收入老人裝置假牙，地方政府依其財力分級自籌所需經費之20%至100%¹⁶。為擴大照顧弱勢，99年度起將領有身心障礙者生活補助費、接受各級政府補助身心障礙者日間照顧或住宿式照顧費達50%以上之老人納為補助對象，嗣自102年度起增加假牙維修費補助，並自107年3月27日起將55歲以上符合前開條件之中低收入原住民納入補助對象。依各地方政府查復，除新竹縣、雲林縣、屏東縣、花蓮縣、嘉義市等5縣市之外，其餘17縣市皆有自行增訂假牙補助項目。以上依缺牙情形提供8類補助態樣，補助金額自新臺幣(下同)1萬5千元至4萬元不等，截至106年底，累計受益人數已逾5萬1千人。

(三)由上足見，衛福部自98年起編列預算補助中低收入老人裝置假牙，隨後於99年、102年、107年相繼擴大補助對象及項目，四分之三以上地方政府亦陸續加碼補助裝置項目或放寬補助資格。關於其近10年實施成果，衛福部係以「補助受惠人次」為成效之展現。然而，「補助中低收入老人裝置假牙政策」係屬政府關懷弱勢老人之社會福利政策，既立意良善，為彰顯政府良政美意，「補助受惠人次」縱可作為成效參考之指標，惟上開補助計畫既將「增進老人口腔健康」及「保障老人健康權益」列為政策意旨及預期效益¹⁷，經各級衛生福利主管機關勾稽查核以排除重複申領及不符申請資格等對象後，於

¹⁶ 以108年度為例。

¹⁷ 依行政院107年3月27日核定修正之「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」分別載明略以：「為維護老人生活品質，增進老人口腔健康，加強老人生活照顧，減輕老人經濟負擔，特訂定本計畫」、「預期效益：補助低收入戶、中低收入戶及中低收入老人裝置假牙，保障老人健康權益，增進老人福利」。

統計確實受益人次之時，允應完備嚴謹之照護品質管控及周全之成效追蹤與評鑑等機制，以務實評估老人口腔健康確實因此補助政策獲得實際增益之情形，以避免「無效補助」、「過度補助」等為補助而補助，甚或衝高地方衛生福利業績、爭取選票等不樂見情事之發生，進而落實政府預算補助之良旨美意。此外，上揭政策係以國家經費補助「缺牙」之老人裝置假牙，反觀「無缺牙」等具口腔健康優質習慣之老人，卻無法享有該國家經費之補助，是否肇生不公情事，難謂無審慎探究之空間，併此敘明。

(四)綜上，衛福部自98年起編列預算補助中低收入老人裝置假牙，隨後於99、102、107年相繼擴大補助對象及項目，四分之三以上地方政府亦陸續加碼補助裝置項目，固屬政府關懷弱勢老人之社會福利政策，立意良善，然為彰顯政府良政美意，「補助受惠人次」雖可為成效之參考，「增進老人口腔健康」更應為該政策追求之終極目標，允由衛福部務實審慎檢討評估；倘經衛福部審慎務實評估結果，系爭裝置假牙政策確實對老人口腔健康無實質助益，亦乏成本效益，允應本於中央主管機關職責及專業良知，研議退場機制或其他周妥替代方案，俾讓民眾稅賦及政府預算用在刀口之上，促其效益最佳化。

三、我國全面補助有菸檳行為民眾接受口腔黏膜檢查，既屬率全球為先之口腔預防保健政策，衛福部除應依法落實成本效益評估並適時提出具體成效，以強化其持續實施之依據，尤應加強後續追蹤衛教，以及善用大眾傳播、社群等媒體力量協助宣導，並應對易觸及菸檳環境之青少年予以特別之關注與輔導，以促使其等有效免於菸檳之毒害，更應審慎檢討政策涵蓋對象之

範圍，以避免變相懲罰無菸檳行為之民眾：

(一)按口腔健康法第6條之1明定：「主管機關應對口腔癌高危險群提供具成本效益之口腔癌篩檢服務，勞工主管機關應於辦理勞工健康檢查時，協助推行。」中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第5條復規定：「中央為辦理財政收支劃分法第35條之1第2項、第37條第4項¹⁸及地方制度法第71條第2項¹⁹所規定之事項，得就直轄市與縣(市)政府施政計畫之執行效能、年度預算編製或執行情形、相關開源節流績效等進行監督及考核，並得依考核結果增加或減少當年度或以後年度一般性補助款……。前項直轄市及縣(市)政府年度預算編製或執行情形，包括下列事項：一、縣政府應依財政收支劃分法第31條……規定，並本公開及公平合理原則訂定對鄉(鎮、市)公所之補助辦法，明定補助項目、補助對象、補助比率及處理原則。……」是政府經費補助資源有限，為使其以最適之成本發揮最大之效益，各級衛生主管機關對於口腔癌高危險群提供之口腔癌篩檢服務應具成本效益，亦即各級衛生主管機關針對標的族群提供之口腔癌篩檢服務，除應確實辦理成本效益評估，以資為政策持續實施之依據，尤應適時檢討補助對象資格及其涵蓋範圍，以臻公平及合理，前開各規定足資參考。

(二)據衛福部查復²⁰及該部網站登載資料²¹，口腔癌分別

¹⁸依財政收支劃分法第35條之1第2項、第37條第4項分別規定：「地方政府未依前項預算籌編原則辦理或有依法得徵收之財源而不徵收時，其上級政府應視實際情形酌予減列或減撥補助款；對於努力開關財源具有績效者，其上級政府得酌增補助款。」「各級地方政府未依第2項及前項規定負擔應負擔之經費時，其上級政府得扣減其補助款」。

¹⁹依地方制度法第71條第2項規定：「地方政府未依前項預算籌編原則辦理者，行政院或縣政府應視實際情形酌減補助款」。

²⁰衛福部衛部心字第1071761129號、第1071761731號等函。

²¹資料參考來源：國健署網站首頁/健康主題/預防保健/癌症防治/癌症篩檢介紹(大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌)/口腔癌篩檢介紹/主題文章，網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?>

高居我國男性癌症發生率與死亡率之第4位，尤屬25至44歲青壯年男性最易發生之癌症，平均死亡年齡為54歲，較其他癌症平均早10年以上，國內每年罹患口腔癌的人數近10年更已暴增2倍，近3(105~107)年每年已新增逾7,000名口腔癌患者，約逾3,000人死於口腔癌，嚴重衝擊我國勞動生產力。經多年臨床實務及研究統計發現，嚼檳榔、吸菸乃口腔癌主要致病原因之一²²，罹病後，輕則毀容、進食困難，重則奪命。原行政院衛生署(下稱原衛生署)爰自88年開始推動鼓勵18歲以上有吸菸或咀嚼檳榔行為(含已戒檳榔者，下與吸菸合稱菸檳行為²³)民眾接受口腔癌篩檢服務政策，係屬預防醫學(Preventive Medicine)三段五級之第二段預防工作²⁴，其旨在於早期診斷可能罹病個案，進而確診(Confirmatory diagnosis)後²⁵，予以適當追蹤治療，以減輕症狀並降低死亡率，續自93年實施試辦計畫。嗣因我國口腔癌發生率自30歲後逐漸攀

nodeid=622&pid=1139;國健署網站首頁/健康學習資源/健康促進瞭望專欄/工作交流/105年,網址:
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1101&pid=6464>。

²² WHO設立之國際癌症研究總署(International Agency for Research on Cancer, 簡稱IARC)早在西元1987年即綜合各國研究結果,認定「嚼含菸草的檳榔」或「同時吸菸與檳榔」對人類有致癌性,致癌部位主要在口腔、咽及食道。西元2003年,IARC又邀集台灣代表在內的16位多國學者,依據新有的研究證據,作出了「檳榔子屬第一類致癌物」,證實即使不含任何添加物的檳榔子也會致癌。經臨床觀察發現,約有88%口腔癌患者有嚼檳榔習慣,另據學者研究,吸菸者導致口腔癌的機率為一般人的18倍;同時吸菸及嚼檳榔者,導致口腔癌的機率為一般人的89倍;同時吸菸、飲酒及嚼檳榔者,導致口腔癌的機率為123倍。資料綜合參考來源:衛福部查復資料;國健署網站(<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=204>);李家和,口腔癌是臺灣最常見的頭頸部癌,高醫醫訊月刊,第34卷6期,103年11月。

²³ 據國健署四年一次的國民健康面訪調查顯示:98年、102年、106年等期間,國內30歲以上有抽菸或嚼檳榔行為的人口數,推估約346萬、329萬、291萬,分別占該年度30歲以上人口比約24.4%、21.6%、18.4%,菸檳率呈現逐年下降趨勢,其中有菸檳行為之男性約為女性的7倍;各年齡層的菸檳行為率則以40至49歲最高(23.7%)、30至39歲次之(21.6%)。資料來源:衛福部。

²⁴ 同註39。

²⁵ 篩檢陽性個案,倘是癌化程度較低的診斷,如均質性薄白斑與黏膜下纖維化,為方便民眾,可在原診所確診追蹤,並由臨床專業醫師依病患狀況調整追蹤間隔。倘癌化程度較高的診斷,通常涉侵入性且繁複的醫療程序,包括:執行病理切片、影像學診斷與其他理學檢查,故須至符合確診之醫院接受診療。確診之個案,以醫院為例,會由癌篩個案管理師定期關懷與追蹤,及依病程轉介進入健保診斷治療過程,皆依專業之判斷提供相關處置。衛福部與醫院合作相關計畫時,已列入管考指標進行輔導監測執行情形與服務品質。資料來源:衛福部。

升，衛福部遂自99年起將其納入預防保健服務，全面補助30歲以上有菸檳行為的民眾接受篩檢服務，乃全球唯一由政府全面補助有菸檳行為民眾接受口腔黏膜檢查的國家，迄今尚無其他先進國家針對此類高危險群提供口腔癌篩檢預防保健政策。復自102年6月1日起，衛福部再將18歲以上未滿30歲嚼檳榔(含已戒檳榔者)之原住民新增為補助檢查對象。截至106年底，前揭口腔預防保健政策自99年全面補助以來，已累計執行預算10.1億元，除首(99)年之外，其餘每年預算編列數、執行數皆分別至少1.2至1.7億元不等²⁶。

(三)析言之，我國既為全球唯一由政府「全面補助」高危險群接受口腔黏膜檢查的國家，迄今已支經費至少逾10億元以上，衛福部允應提出具體數據及相關成效，除彰顯其「率全球為先」之正確性與必要性而足以持續實施近10年之外，尤應加強後續衛教及追蹤輔導作為，除既有之衛教宣導措施外，並宜善用網路、電視、廣播等大眾傳播、社群等媒體²⁷力量，以及採記者會、直播等即時宣導方式，以促使其等藉此多元具感染力之衛教宣導措施及定期檢查政策而得以有效戒除菸檳行為，更用以佐證該政策具備口腔健康法第6條之1所稱之「成本效益」。惟查，自103年迄今，歷年各年齡層菸檳行為者接受口腔黏膜檢查之人數占比，除皆已呈現下降趨勢之外，歷年篩檢發現之口腔癌前病變、癌症數、標

²⁶ 資料來源：衛福部。

²⁷ 社群媒體，乃拜網際網路快速蓬勃發展所賜，係人類用以創作、交流分享及共同學習等新興網路平台。與傳統大眾傳播媒體相較之，社群媒體用戶得以更加自由、快速、便捷及多元地產製及播送創作及欲交流分享的內容。目前較為主流之社群媒體平台例如：Facebook、LINE Youtube、Instagram、Twitter……等等。資料參考來源：科技部專題研究計畫「跨平臺社群媒體巨量資料蒐集與分析」(MOST 104-2420-H-004-043)、中華傳播學會網站。

準化發生率、標準化死亡率、就醫人數、醫療費用更未見明顯減少，亦未見該部善用大眾傳播及社群等媒體力量有效強力宣導其成效，凡此洵難驟下「該政策具成本效益」之結論，既無本土數據足以支持，如何契合口腔健康法前開規定意旨，容有疑慮。又，此政策係以國家經費補助具「菸檳行為」不良習慣之「高危險群」，無「菸檳行為」等具「健康習慣」之國人卻無法享有該國家經費補助之篩檢服務，是否對具健康習慣民眾變相懲罰，不無審慎檢討之空間。另據國健署「107年青少年吸菸行為調查」結果顯示，國內青少年首次嚼檳榔係源自家人(國中：45.5%；高中職：29.1%)及朋友(國中：30.3%；高中職：52.1%)，占比高達7至8成，其中曾經嚐試過之國中生，竟高達近6成約在11歲以前之小學甚至幼兒園階段已有嚼食行為，凸顯營造國內無菸檳之家庭、校園及環境，顯刻不容緩，衛福部自應偕同教育等相關主管機關嚴予正視，並提出有效分級適齡等因應防制策略，以守護青少年健康人權。

- (四) 綜上，我國全面補助有菸檳行為民眾接受口腔黏膜檢查，既屬率全球為先之口腔預防保健政策，衛福部除應依法落實成本效益評估並適時提出具體成效，以強化其持續實施之依據，尤應加強後續追蹤衛教，以及善用大眾傳播、社群等媒體力量協助宣導，並應對易觸及菸檳環境之青少年予以特別之關注與輔導，以促使其等有效免於菸檳之毒害，更應審慎檢討政策涵蓋對象之範圍，以避免變相懲罰無菸檳行為之民眾。

四、國內近年來牙結石清除等相關診療項目合計申報之健保醫療費用每年已逾50億元，其中「全口牙結石清

除處置」申報件數近年來更以1.2%至6.8%之幅度上升，雖凸顯民眾口腔自我保健意識之成長，然值此健保財務窘迫之際，其所耗健保資源之巨幅成長，洵不容忽視，衛福部亟應督同健保署核實把關篩除非屬「治療口腔疾病」之「預防保健」項目，以資適法：

- (一)按全民健康保險法第1條第2項、第40條分別規定：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第2項訂定之醫療辦法、第41條第1項、第2項訂定之醫療服務給付項目及支付標準……。」口腔健康法第3條第2項復明定：「口腔疾病之醫療應納入全民健康保險，其醫療給付範圍，依全民健康保險法之規定辦理」。健保支付標準編號91004C「全口牙結石清除」支付規範更明定：「限有治療需要之患者每半年多申報1次」。是國人口腔在健保有效期間發生之「疾病與傷害」等醫療費用，始屬健保給付範圍，至其以外之預防保健費用，自不能申報健保給付，前開各規定，至為清楚。
- (二)據衛福部分別查復略以：「經查106年度牙醫門診醫療給付費用核定總額為41,848百萬元，106年牙結石清除相關診療項目計6項²⁸，申報點數約5,627.1百萬點占106年度費用約13.4%」、「牙周病的破壞是日積月累的生活習慣疾病，一但有自覺症狀，往往細菌已破壞到深層的牙周囊袋，且根據研究，罹患牙周病後得到中風之風險是沒有牙周病者的1.47

²⁸分別為91003C「牙結石清除-局部」、91004C「牙結石清除-全口」、91103C「特殊狀況牙結石清除-局部」、91104C「特殊狀況牙結石清除-全口」、91105C「口乾症牙結石清除-全口」、91017C「懷孕婦女牙結石清除-全口」。資料來源：衛福部。

至2.63倍，也因此罹患牙周病將導致後續醫療費用支出增加。依據健保署近10年統計數據顯示，全口牙結石清除處置(俗稱洗牙)件數以1.2%至6.8%之幅度成長，可見有一定比例之民眾已建立定期口腔檢查之觀念，但仍待持續強化民眾對自我口腔健康維護之責任感。」顯見國內近年來牙結石清除等相關診療項目合計申報之健保醫療給付費用每年至少已逾50億元，其中「全口牙結石清除處置²⁹」申報件數近10年業以1.2%至6.8%之幅度成長，民眾口腔自我保健意識已大幅提升，甚為明顯。

(三)至上述申報健保給付之「洗牙」項目是否均屬「口腔疾病與傷害」治療所需，雖據衛福部於本院函詢時、詢問前、詢問時及詢問後分別表示略為：「依健保法第1條第2款規定，健保係以保險對象發生疾病與傷害時，給予就醫所需之保險給付。如為治療需要之洗牙，係屬本保險給付範圍」、「有關疾病變化係動態的過程，同一診療項目在疾病演變過程不同時點所提供之處置，其臨床意義也不同，故難以明確區分該診療項目之施作意義屬預防保健或治療。以洗牙為例，一般人如潔牙不當形成牙結石，只有透過洗牙才能清除刷牙無法去除的牙結石，讓口腔恢復健康；又對於牙周病患者，洗牙為治療流程的項目之一」、「牙結石的形成與唾液中的礦物質有關，一般人常有刷牙刷不到的地方，潔牙不當造成的牙菌斑與牙結石累積，必需透過洗牙，降低日後變成牙齦炎或牙周病的機率」、「民眾洗牙係因醫療需要或預防保健，需由臨床專業認定」、「健保申報案件中，牙結石清除是否屬疾病治療，需由臨床

²⁹ 健保給付「全口牙結石清除」(支付標準編號91004C)係限有治療需要之患者每半年最多申報1次，且未滿12歲兒童非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除。資料來源：衛福部。

專業認定」云云。然而，經過國內牙醫界及相關專業醫療院所長期鼓吹宣導之下，勢已有為數不少民眾養成每年2次定期洗牙之習慣，究其係屬預防保健或治療疾病所需，既有健保給付，恐非民眾預先設想之重點，且牙醫醫療院所既有醫療費用可資申領，亦當不致扮演黑臉，拒洗牙民眾於外，衛福部所稱「臨床專業認定」，自難切實際，恐落得紙上談兵之譏，明顯欠缺積極管理之作為，核欠周妥。值此健保財務窘迫之際，洗牙所耗健保資源之成長，顯不容忽視，為擷節支出並資適法，健保署於審查³⁰、核退(刪)³¹健保給付申報案件及例行查核、督考作為時，衛福部自有督同所屬檢討精進之空間。

(四)綜上，國內近年來牙結石清除等相關診療項目合計申報之健保醫療費用每年已逾50億元，其中「全口牙結石清除處置」申報件數近年來更以1.2%至6.8%之幅度上升，雖凸顯民眾口腔自我保健意識之成長，然值此健保財務窘迫之際，其所耗健保資源之巨幅成長，洵不容忽視，衛福部亟應督同健保署核實把關篩除非屬「治療口腔疾病」之「預防保健」項目，以資適法。至國內牙醫師對於上述就診民眾是否係「治療口腔疾病」或「預防保健」所需，基於**彼等**豐厚之執業經驗、專業良知及高度智識，本應有值得國人信賴之專業判斷，既扮演舉足輕重之角色，爰請衛福部**借重彼等**衛教功能及照護民眾之

³⁰ 依全民健康保險法第63條第2項規定：醫療服務之審查得採事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。

³¹ 健保署近10年審查牙齒口腔醫療服務案件移送查核128案件中，依全民健康保險法、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法等規定通知改善及行政裁罰違約記點、扣減醫療費用、停(終)約案件125案，並追回違規金額1,100萬餘元，其中經實地審查案件追回金額約13.3萬元。資料來源：衛福部。

社會責任，以協助政府增益國人口腔健康。此外，基於預防勝於治療及政府一體原則，衛福部自應督同健保署、國健署善用資訊科技，健全國內口腔相關疾病之預防保健、治療改善等界面之橫向聯繫協調、個案登錄與系統性追蹤與衛教及成本效益評估等機制，以確實發揮預防醫學之實效，大幅增益國人口腔健康，特此敘明。

五、口腔預防保健相關業務原屬國健署法定職掌，為求事權統一，衛福部將其移由該部心口司專責辦理之前，基於「先有組織法，後有作用法」原則，允應俟相關組織法規修正公布後，始調整內部分工與職掌，並配合制(訂)定或修正相關作用法規，詎該署組織法未修正公布前，即逕以涉及人民權益而具作用法規性質之注意事項調整該部所屬機關及單位之職掌，難謂無法制作業先後順序倒置之訾議，核欠周妥：

(一)按機關不得以作用法或其他法規規定機關之組織，應先有組織法或組織規程³²為設立之依據，次以處務規程或辦事細則³³明確規範內部單位之分工職掌，而後始以作用法針對機關具體之職權或措施為授權規範，尤以攸關人民權利義務之相關事項，亦即作用法不得作為機關設立、內部單位分工職掌之法源依據，組織法則未直接涉及人民之權利義務，此除於中央行政機關組織基準法第5條第3項及第8條：「本法施行後，除本法及各機關組織法規外，不得以作用法或其他法規規定機關之組織」、「機關

³² 依中央行政機關組織基準法第5條規定：「機關組織以法律定之者，其組織法律定名為法。但業務相同而轄區不同或權限相同而管轄事務不同之機關，其共同適用之組織法律定名為通則。機關組織以命令定之者，其組織命令定名為規程。但業務相同而轄區不同或權限相同而管轄事務不同之機關，其共同適用之組織命令定名為準則。……」。

³³ 依中央行政機關組織基準法第8條規定：「機關組織以法律制定者，其內部單位之分工職掌，以處務規程定之；機關組織以命令定之者，其內部單位之分工職掌，以辦事細則定之。各機關為分層負責，逐級授權，得就授權範圍訂定分層負責明細表」。

組織以法律制定者，其內部單位之分工職掌，以處務規程定之；機關組織以命令定之者，其內部單位之分工職掌，以辦事細則定之」等分別規定甚明之外，並分別有前開條文立法理由³⁴及相關文獻³⁵足參。

(二)據衛福部查復³⁶，基於口腔健康業務事權統一，該部於103年11月28日以衛部心字第103176198號公告發布之「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第1點載明略以：「衛生福利部配合口腔預防保健業務由本部國健署移撥至本部心理及口腔健康司……特訂定本注意事項。」嗣擬具國健署組織法第2條³⁷修正草案，刪除前開條文明定之「口腔預防保健業務」等該署法定職掌事項，經該部以104年12月3日衛部人字第1042261663號函報行政院在案。行政院人事行政總處嗣以105年6月29日總處組字第1050046042號函核復略以，請該部併同長期照顧等新增業務組織、業務及人力調整情形檢討，並經行政院確認後再議。足見國健署組織法修正草案早在送請行政院審議前1年餘，衛福部即逕以非屬組織法規而涉及醫療機構補助經費、項目等攸關人民權益，具作用法規性質之前開注意事項調整該部所屬機關及單位之職掌，並率將口腔預防保健相關

³⁴ 依中央行政機關組織基準法第5條立法理由略以：……三、為區分組織法與作用法，揚棄曩昔法制未備時逕以作用法替代組織法之陋習，並劃一本法適用之優越性，爰於本條第三項，明文禁止以作用法或其他法規規範機關之組織。……。資料參考來源：法源法律網。

³⁵ 吳庚，行政法之理論與實用，增訂15版，106年10月；李震山，行政組織法與行政作用法之區別及其實益，月旦法學雜誌，第85期，91年6月。

³⁶ 衛福部107年10月26日衛部心字第1071761731號等函與其相關查復書及附件。

³⁷ 依國健署組織法第2條規定：「本署掌理下列事項：一、國民健康促進政策之規劃、推動與執行及相關法規之研擬。二、癌症、心血管疾病與其他主要非傳染病防治之規劃、推動及執行。三、國民健康生活型態建構之規劃、推動及執行。四、菸害防制之規劃、推動及執行。五、國民營養之規劃、推動及執行。六、生育健康之規劃、推動及執行。七、口腔、視力與聽力預防保健之規劃、推動及執行。八、國民健康監測與研究發展之規劃、推動及執行。九、國民健康促進及非傳染病防治有關之國際合作。十、其他有關國民健康事項。」。

業務自國健署移由該部心口司專責辦理，明顯未完備該署組織法修正公布程序，至為灼然，要難契合「先有組織法，後有作用法」原則，難謂無法制作業先後順序倒置之訾議，亟應積極檢討改善。

(三)綜上，口腔預防保健相關業務原屬國健署法定職掌，為求事權統一，衛福部將其移由該部心口司專責辦理之前，基於「先有組織法，後有作用法」原則，允應俟相關組織法規修正公布後，始調整內部分工與職掌，並配合制(訂)定或修正相關作用法規，詎該署組織法未修正公布前，即逕以涉及人民權益而具作用法規性質之注意事項調整該部所屬機關及單位之職掌，難謂無法制作業先後順序倒置之訾議，核欠周妥。至口腔健康業務由國健署移撥至心口司專責辦理，不無招致「口腔」健康非屬「國民健康」範疇之訾議，且口腔健康業務涵蓋範圍甚廣，就心口司尚須負責心理健康業務以觀，口腔健康預防保健相關經費、人力等資源是否遭排擠甚遭縮編，亦有疑慮，兩者有否獨立設置專責司、處或署之必要，皆亟賴衛福部積極審慎評估與務實檢討，併此敘明。

貳、處理辦法：

- 一、調查意見一、三、五，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 二、調查意見二，函請衛生福利部督同所屬社會及家庭署確實檢討改進見復。
- 三、調查意見四，函請衛生福利部督同所屬中央健康保險署、國民健康署確實檢討改進見復。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族委員會處理。

調查委員：張武修、尹祚芊