

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部。

貳、案

由：衛生福利部於89年頒布「(縣市衛生局所屬)衛生所組織規程參考基準」及「(縣市衛生所所屬)衛生所員額設置參考基準」，訂定衛生所掌理事項及人力配比，但各縣市衛生局並未足額聘用人员，又派駐在衛生所之護理人員人力遇缺不補，加以國內人口增加及老化，該部近年陸續開辦新興業務，在衛生所業務增加，人力未適度調整下，國內每位公衛護理人員照顧人口數不斷增加，遠高於美國公共衛生護理協會建議之5,000人。明知衛生所業務繁重、人力嚴重不足，卻以地方自治事項為由，未設法促使地方政府適時擴編衛生所人力，亦未強化運用相關計畫補助人力，恣令衛生所人力嚴重不足問題懸而未決，淪為血汗衛生所；又衛生所除核心業務外，非護理核心之公衛任務不斷發展，且範圍廣泛，甚至將具備護理專業之人員運用於諸多行政管理、稽查、行政相驗及採購業務；訂定之「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類對各縣市衛生局之考評指標及評分標準，衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。惟目標數之項目超過百項，且內容繁雜，將不合理之目標數，作為不合理工作量之考核機制，將社區預防保健責任全數轉嫁由衛生所公衛護理人員承擔，造成

衛生所人員疲於奔命，以目標數為主要工作內容，致力於「服務量」的達成而不論「品質」之提升；復以衛生所護理人員部分之工作內容具備相當之危險性，該部既未建立制度化之保障機制，又對於衛生所公共衛生護理人員認列危勞職務標準一事，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷，顯有違失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

為調查「衛生所之公共衛生功能如何確保以及人力與業務有無失衡」案，經向衛生福利部（下稱衛福部）、銓敘部及各縣市政府調取資料，並至高雄市苓雅區、旗津區、花蓮縣壽豐鄉、臺北市士林區、中正區、臺中市西屯區、大里區及臺東縣臺東市履勘，以及諮詢專家學者，並詢問衛福部何次長啟功、銓敘部退撫司陳司長紹元及相關主管人員，業調查竣事，發現確有下列違失：

- 一、衛福部推動之各項公共衛生及預防保健工作，多數交由第一線之衛生所人員執行，惟該部於89年頒布「(縣市衛生局所屬)衛生所組織規程參考基準」及「(縣市衛生所所屬)衛生所員額設置參考基準」，訂定衛生所掌理事項及人力配比，但各縣市衛生局並未足額聘用人員，且未符合員額基準之衛生所達68%，部分衛生所護理人員及助產士之編制少於基本員額之6人，又衛福部派駐在衛生所之護理人員人力遇缺不補，加以國內人口增加及老化，衛福部近年陸續開辦新興業務，在衛生所業務增加，人力未適度調整下，國內每位公衛護理人員照顧人口數不斷增加，107年底有92家衛生所平均服務人數超過10,000人以上，有12家衛生所服務人數超過20,000人以上，均集中於都會地區，甚有衛生所平均服務人數達48,702人，遠高

於美國公共衛生護理協會建議之5,000人。衛福部明知衛生所業務繁重、人力嚴重不足，卻以地方自治事項為由，未設法促使地方政府適時擴編衛生所人力，亦未強化運用相關計畫補助人力，恣令衛生所人力嚴重不足問題懸而未決，淪為血汗衛生所，核有未當：

- (一)前衛生署於69年參據行政院頒布之「強化鄉鎮縣轄市區基層組織方案」往下扎根之精神，並配合「加強基層建設提高農民所得方案-醫療保健計畫」，重新建立基層衛生制度，普及農村及社區所訂醫療保健服務策略，衡酌各鄉鎮縣轄市區業務狀況，著手研擬「臺灣省鄉鎮縣轄市區衛生所員額設置標準」，之後隨87年「臺灣省政府功能業務與組織調整」、88年「地方制度法」實施，及考量88年「醫事人員人事條例」頒布，同時配合當時銓敘部頒布之「各機關職稱及官等職等等員額配置準則」等，於89年頒布「(縣市衛生局所屬)衛生所組織規程參考基準(下稱衛生所組織規程參考基準)」及「(縣市衛生所所屬)衛生所員額設置參考基準」，供縣市衛生局參考。
- (二)依地方制度法及地方行政機關組織準則，衛生所業務職掌、員額配置、人員管理、預算等皆屬地方政府之權責。然衛福部頒布之衛生所員額設置參考基準，衛生所護理人員設置員額，於偏遠地區(山地離島)、一般鄉鎮、都市地區皆建議設置護理師1名，護士員額則在偏遠地區(山地離島)每所置基本員額5人，轄區人口數超過3千人，人口數每超過1千人，增置1人；一般鄉鎮及都市地區轄區人口數3萬人以下置基本員額5人；超過3至10萬人部分，每增加1萬人增置1人；超過10萬至20萬人部分，每增加2萬人增置1人；超過20萬人部分，每增加3萬

人增置1人。上開人力配比之計算，據衛福部稱係依據各地方人口結構、人口密度、轄區資源、醫護人員數及服務量等因素，並配合當時銓敘部頒布之各機關職稱及官等職等等員額配置準則訂定¹。惟前開基準尚非直接對外發生法規規範效力，各縣市得視實際需要增設人力，建立衛生所之人力調整機制，以適度調整衛生所人力配置。

(三)查衛生所組織規程參考基準所列衛生所掌理事項，包括：(一) 婦幼衛生、社區護理、疾病防治、預防接種、國民營養、精神衛生、衛生教育、衛生統計、食品衛生、營養衛生、家戶衛生及醫藥管理等事項。(二) 門診醫療、巡迴醫療、緊急救護及實驗診斷等事項。(三) 其他有關衛生保健事項。參考基準於89年頒布後，衛福部多年來陸續開辦多類新興業務，且最末端賴第一線之衛生所人員執行，包括：

- 1、91年：乳癌防治、營造母嬰親善的哺乳環境、生育保健。
- 2、93年：兒童健康促進。
- 3、95年：精神衛生（整合型心理健康工作計畫）、自殺防治。
- 4、99年：大腸癌防治、口腔癌防治。
- 5、100年：民眾健康體位管理服務。
- 6、101年：新生兒聽力篩檢、新住民及原住民、新住民婦女健康管理建卡。
- 7、102年：安寧緩和及器官捐贈宣導辦理成效。
- 8、107年：社區民眾營養衛生教育。

¹訂定當年檔案未電子化，相關政策資料已無法循證。另據衛福部洽詢當時衛生署保健處業務主管人員表示，考量「地方制度法」及「地方行政機關組織準則」等，相關衛生所業務職掌、員額配置、人員管理、預算等屬地方政府之權責，故以參考基準訂之，供地方政府參考。

- (四)地方制度法及醫事人員人事條例於88年實施，前衛生署於89年公告衛生所員額設置參考基準供地方衛生局參考，但89年底我國人口數為2,227萬6,672人，107年為2,358萬8,932人，人口增加約131萬人，即衛生所之服務對象增加5.89%；且當年我國65歲以上人口占率為8.62%，107年為14.56%²，人口老化速度快，老年人口幾乎呈倍數增加，慢性病盛行率亦增加，但縣市衛生局與衛生所之編制員額非但未增加，原先由中央派駐在地方之護理人員人力又遇缺不補，形同護理人員人力在服務對象及工作量增加之際，人力卻縮編。目前衛生所之健康管理模式採地段管理，即將衛生所行政區域內的村里依人數多寡平均分配數各不等的村里給護理人員，由其負責該村里內居民的健康管理。隨著社區人口數不斷地增加，每位公衛護士的照顧人口數也隨之增加。
- (五)按衛福部查復資料，截至108年6月底，全國22縣市計有370家衛生所及健康服務中心，護理人員編制員額總計3,005人、實際員額合計2,879人，兩者相差126人。至於員額「符合」設置參考基準之衛生所僅占32%，「未符合」占68%。
- 1、依據衛生所員額設置參考基準，衛生所護理人員設置員額，於偏遠地區（山地離島）、一般鄉鎮、都市地區皆建議設置護理師1名、護士基本員額5人。即各衛生所護理師、護士及助產士服務人力之編制數在6人以上，但國內有94所（含離島地區9所）衛生所之護理師、護理長及護士之編制數低於6人，如表1。

²詳內政部戶政司全球資訊網，網址為：<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>

表1 護理師、護士及助產士服務人力編制數小於6人之衛生所

縣市	鄉鎮區衛生所及其護產人力編制
基隆市	暖暖區4人、中山區5人、中正區5人、信義區5人
新北市	八里區4人、三芝區5人、石門區5人、深坑區5人、平溪區5人、金山區5人、瑞芳區5人
宜蘭縣	五結鄉5人、員山鄉5人、頭城鎮5人
金門縣	金沙鎮2人、金湖鎮2人、金寧鄉2人、烈嶼鄉2人、金城鎮2人
連江縣	北竿鄉2人、東引鄉1人、西莒1人、東莒1人
新竹市	香山區5人
苗栗縣	三義鄉5人、西湖鄉5人、三灣鄉5人、大湖鄉5人、造橋鄉5人
臺中市	石岡區4人、東區5人、梧棲區5人、新社區5人、\
彰化縣	溪湖鎮4人、北斗鎮4人、埔鹽鄉4人、線西鄉4人、田中鎮4人、二水鄉5人、田尾鄉5人、花壇鄉5人、二林鎮5人、竹塘鄉5人、芬園鄉5人、溪洲鄉5人、秀水鄉5人、埔心鄉5人、福興鄉5人、社頭鄉5人、埤頭鄉5人、
南投縣	集集鎮5人
雲林縣	東勢鄉5人、蔴桐鄉5人、大埤鄉5人、林內鄉5人、褒忠鄉5人
嘉義縣	大林鎮人、大埔鄉5人、溪口鄉5人、六腳鄉5人、鹿草鄉5人、太保市5人
臺南市	左鎮區5人、官田區5人、下營區5人、大內區5人、玉井區5人、南化區5人、山上區5人、後壁區5人、學甲區5人、安定區5人、六甲區5人、北門區5人、西港區5人、鹽水區5人
高雄市	旗津區4人、大社區4人、茄萣區5人、大樹區5人、仁武區5人、鳥松區5人、內門區5人、湖內區5人、六龜區5人、彌陀區5人、永安區5人、橋頭區5人
澎湖縣	七美鄉4人、西嶼鄉5人
屏東縣	枋山鄉5人、長治鄉5人
花蓮縣	豐濱鄉4人、鳳林鎮5人

2、本案履勘之衛生所，每名護理人員服務人數以高雄市苓雅區16,965人最多，花蓮縣壽豐鄉1,994人最少（如表2）。整體而言，都會區衛生所每名護理人員服務人數高於偏遠地區衛生所之服務人

數。

表2 本案履勘之衛生所每名護理人員服務人數：108年6月

單位：人

行政區	人口數	應編制數	實際編制數	實際人數	每名服務人數
高雄市苓雅區	169,187	17	11	10	16,965
高雄市旗津區	28,318	6	4	4	7,127
臺中市西屯區	87,735	12	15	15	15,242
臺中市大里區	70,842	11	14	13	15,150
臺北市中正區	158,583	16	12	10	13,250
臺北市士林區	107,933	14	25	23	11,462
花蓮縣壽豐鄉	17,882	6	9	9	1,994
臺東縣臺東市	105,317	14	15	14	7,038

(六)據衛福部提供美國國家和地區護理協會 (Association of State and Territorial Directors of Nursing, 現為美國公衛護理協會) 於公衛護理人員與人口比例報告 (2008) 中曾建議, 公衛護理人員兼顧社區中的護理照護與公共衛生促進, 包含疾病的預防、慢性病的控制、建立健康生活型態、高齡人口照護與健康需求等, 社區規模與人數以1:5,000作為最低限度的服務人口比率方較合適。

(七)國內107年底各地方政府以轄區人口數計算, 每名護理人員平均服務人數8,196人:

1、每名護理人員平均服務人數較多, 且服務人數超過20,000人之鄉鎮區, 依序為:

- (1) 高雄市三民區(2)48,702人。
- (2) 彰化縣彰化市(1)38,788人。
- (3) 高雄市鳳山區(2)35,952人。
- (4) 高雄市鳳山區29,960人。

- (5) 高雄市三民區26,224人。
 - (6) 金門縣金城鎮21,663人。
 - (7) 臺南市安南區21,493人。
 - (8) 新北市板橋區21,336人。
 - (9) 彰化縣彰化市(2)21,157人。
 - (10) 高雄市楠梓區20,632人。
 - (11) 新北市中和區20,624人。
 - (12) 高雄市鼓山區20,019人。
- 2、都會區衛生所每名護理人員服務人數高於偏遠地區衛生所之服務人數，各縣市每名護理人員平均服務人數最多及最少之鄉鎮市區，如表3。

表3 每名護理人員服務人數最多及最少之鄉鎮市區：108年6月

單位：人

縣市別	最多		最少	
	行政區	服務人數	行政區	服務人數
臺北市	文山區	16,104	大同區	9,116
基隆市	安樂區	13,716	七堵區	6,723
新北市	板橋區	21,336	平溪區	933
宜蘭縣	宜蘭市	11,967	*大同鄉	480
金門縣	金城鎮	21,663	烈嶼鄉	6,431
連江縣	西莒、東莒	1,618	北竿鄉	1,213
桃園市	中壢區	17,916	*復興區	925
新竹市	東區	19,597	香山區	15,678
新竹縣	竹北市	11,709	*五峰鄉	796
苗栗縣	頭份市	9,371	*泰安鄉	604
臺中市	北屯區	16,429	*和平區	734
彰化縣	彰化市(1)	38,788	大城鄉	2,786
南投縣	埔里鎮	10,043	*信義鄉	854
雲林縣	斗六市	10,854	褒忠鄉	2,582
嘉義市	西區	18,433	東區	13,642
嘉義縣	民雄鄉	7,930	*阿里山鄉	311
臺南市	安南區	21,493	龍崎區	666
高雄市	三民區2	48,702	*茂林區	285
澎湖縣	馬公市	4,174	望安鄉	524
屏東縣	屏東市	16,634	*獅子鄉	381
花蓮縣	吉安鄉	10,403	*萬榮鄉	642
臺東縣	臺東市	7,038	*達仁鄉	398

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

(八)衛福部近年來陸續開辦新興業務並交由衛生所執行，但增加業務之同時，卻未檢討衛生所人員之業務量是否過重，並適當調減其他業務負荷，且多數計畫雖有補助經費，卻未編列人事費用補助。除心

口司於96年起補助地方衛生局辦理社區精神病人社區關懷訪視計畫及98年起補助辦理自殺關懷訪視計畫聘用之關懷訪視人力，計211位，由補助業務費項下-臨時人員酬金方式支應，以及疾管署編列「獎補助費」補助各縣市政府辦理都治計畫，聘用都治關懷員人進行都治送藥工作外，未強化運用相關計畫補助人力。

(九)衛生所人員不足導致工作負荷增加之問題由來已久，惟衛福部於近年方開始召集研商，陸續於107年2月、5月及6月召開3次「衛生所業務及功能轉型規劃、研商補助地方衛生業務整合、試辦計畫可行性研商會議」；同年9月召開衛生所業務檢討及公衛護理人員職業安全討論會議，請該部護理及健康照護司（下稱照護司）從基層護理人員角度重新檢討公衛護理人員職業安全及核心業務；107年11月及108年1月召開「公共衛生業務、安全及護理人力」案及後續討論會議，邀集相關單位研議發揮居家護理人員功能，將居家護理所納入健保特約制度等，未來冀盼透過如前述公私協力任務轉移方式，提升公衛人力量能，共同承擔社區衛生護理責任；嗣於108年2月及5月召開「衛生所及公共衛生護理人員核心業務、組織檢討進度」會議，惟該部雖多次召開會議，但對於衛生所人員不足、工作負荷過重之問題之改善，迄今仍無具體進展。

(十)綜上，衛福部推動之各項公共衛生及預防保健工作，多數交由第一線之衛生所人員執行，惟該部於89年頒布衛生所組織規程參考基準及員額設置參考基準，訂定衛生所掌理事項及人力配比，但各縣市衛生局並未足額聘用人员，且未符合員額基準之衛生所達68%，部分衛生所護理人員及助產士之編

制少於基本員額之6人，又衛福部派駐在衛生所之護理人員人力遇缺不補，加以國內人口增加及老化，衛福部近年陸續開辦新興業務，除少數計畫補助人力外，在衛生所業務增加之同時，人力未適度調整，使國內每位公衛護理人員照顧人口數不斷增加，107年底有92家衛生所平均服務人數超過10,000人以上，有12家衛生所服務人數超過20,000人以上，均集中於都會地區，甚有衛生所平均服務人數達48,702人，遠高於美國公護理協會建議之5,000人。衛福部明知衛生所業務繁重、人力嚴重不足，卻以地方自治事項為由，未設法促使地方政府適時擴編衛生所人力，亦未強化運用相關計畫補助人力，恣令衛生所人力嚴重不足問題懸而未決，淪為血汗衛生所，核有未當。

二、衛生所除核心業務外，非護理核心之公衛任務不斷發展，且範圍廣泛，甚至將具備護理專業之人員運用於諸多行政管理、稽查、行政相驗及採購業務，難以凸顯組織成員之價值與成就，核有未當。衛福部允應盤點衛生所各項非護理核心業務之必要性，使衛生所得以依其定位及使命，精進業務及功能，以滿足民眾之健康需求：

(一)據衛福部查復，目前衛生所掌理之事項，皆為核心業務。惟既屬核心業務，各衛生所均應落實執行，不可偏廢。然而，已有部分都市型地區衛生所因在地醫療資源豐沛，不再提供門診服務，但有部分在地醫療資源充足地區之衛生所，仍提供門診服務；另隨著近年來國內發生多起重大食品安全衛生事件後，部分衛生所亦開始配合辦理食藥署交下予衛生局之業務，又目前衛福部心口司推動中之藥、毒

癮防治及心理衛生，以及長照司推動之長期照顧等重點業務，亦將逐漸加諸由衛生所承擔。

(二)隨著社會變遷、醫療進步及公共衛生演進，衛生所各項服務之內涵已更加多元，一般醫療機構內，本於術業專攻，醫事人員之類別逐漸增加，以提供各類專業服務；但衛生所卻反其道而行，護理人員除了本職之核心護理業務外，行政管理業務不斷增加，甚至從服務提供者搖身成為公權力之執法者。且衛生所執行之諸多業務，多屬行政管理、稽查、行政相驗及採購性質，與護理人員之專業並不符合，難以凸顯護理專業之價值及成就，亦非所有衛生所均有此等職掌事項，而係由各縣市政府自行決定是否由轄內衛生所辦理，顯見難謂護理核心業務：

- 1、醫政業務部分，各衛生所均有辦理急救技能教育、安寧緩和醫療及器官捐贈之宣導工作，亦須支援救護活動與大量傷患救護及演習；部分衛生所則辦理行政相驗工作；部分衛生所置衛生稽查員，辦理醫政、藥政及食品安全衛生稽查及密醫之查核業務，惟若稽查員編制回歸衛生局後，即改由衛生局辦理醫政稽查；另有部分衛生所目前仍持續執行醫療（事）機構開業、歇業、異動及醫事人員執業、歇業、異動之作業，甚至辦理醫療院所市招、違規廣告稽查、陳情案件查核、診所電子病歷審核等事項。
- 2、食品安全衛生管理業務部分，各衛生所均有辦理食品衛生之宣導工作，亦須支援重大食品安全衛生事件之稽查及下架，近年來新增之「食品業者登錄業務」，亦由衛生所協助；少數衛生所持續辦理食品標示稽查、食品相關業者之稽查及檢

驗、食品良好衛生規範準則（GHP）之稽查等業務，甚有衛生所須辦理食品違規廣告監聽及監錄稽查、餐飲優良認證之初評輔導等工作。

- 3、藥政管理業務部分，各衛生所均有辦理用藥安全之宣導工作，另較多衛生所辦理之藥政工作為不法藥物稽查及取締、藥商（局）及藥事人員管理及查核、藥商證照之核發等，甚有衛生所須辦理轄內中藥無照藥商之稽查、醫療器材（製造日期、有效期間或保存期限）標示之稽查、藥物、中藥違規廣告監錄、藥廠及醫療器材廠管理稽查及藥物業者登錄及追溯追蹤稽查等工作。
- 4、長期照護服務業務部分，各縣市由衛生所執行之情形不一，整體而言，各衛生所均有辦理失智症防治及長照服務宣導及相關資訊提供之工作，部分衛生所則協助申請長照服務及轉介，亦有部分衛生所設立長照服務據點或居家護理所，提供長照專業或居家護理服務。
- 5、身心障礙者權益保障業務部分，整體而言，少數衛生所辦理協助提供民眾申辦身心障礙者鑑定與醫療輔具補助資訊及宣導工作。
- 6、老人福利業務部分，各衛生所均有辦理活躍老化及老人健康促進、長者（成人）健檢服務、獨居長者關懷訪視、推動高齡友善健康照護、多重慢性疾病健康照護管理等業務，部分衛生所亦辦理辦理長者憂鬱及衰弱評估及異常者衛教或轉介建議及駕駛人認知功能檢測等工作。

（三）本案履勘期間，公衛護理人員反映實際辦理業務遭遇之問題：

- 1、醫政、藥政及食品安全衛生之稽查及管理：
 - （1）稽查之業務很多，除了原先之醫政、藥政，食

品優先放行、營業衛生等，平時就要去稽查外，有時夜間要去查屠宰場，又新增食品追溯業務，1個人要做好幾人的工作，都只能利用假日時間加班登打稽查之資料。

- (2) 衛生所要辦理醫政、藥政、營養衛生及食品管理，即使轄內醫療院所數較少，但辦理醫政業務同仁並不因此輕鬆，被要求去支援醫院、診所較多之行政區。
- (3) 營業衛生稽查之專業與護理專業不同，卻要護理人員執行。

2、菸害稽查：

- (1) 菸害防制要去檳榔攤、大賣場、便利商店等販賣菸品之業者稽查，1年稽查上百家，稽查時臉皮要很厚。
- (2) 菸害稽查常需於下班後辦理，接獲檢舉電話，即須立刻前往現場，而且每年都要去拍照確認公車站牌、公園有無禁菸標誌，亦需攔停計程車確認有無張貼禁菸標誌
- (3) 菸害稽查之數量大、排擠其他時間，且對抗「菸癮」不易。

3、75歲以上高齡長者駕駛認知功能檢測：

75歲以上高齡長者駕駛認知功能檢測係監理機關之業務，非屬衛生所組織規程參考基準規範衛生所之掌理事項，惟交通部公路總局函邀縣市衛生局同意行政協助辦理檢測，雖衛福部於106年4月18日函復該總局³，並副知各縣市衛生局得就衛生所職務執行狀況，依行政程序法第19條規定辦理，並建議該總局運用多元管道，如體檢代辦所

³ 衛福部106年4月18日衛授國字第1060600344號函。

進行該測驗，以擴充施測能量，但目前仍有衛生所辦理是項業務。

4、行政相驗事務：

行政相驗須由醫師執行，且多由衛生所辦理，但部分衛生所並無醫師，需由衛生所去拜託其他基層診所醫師執行行政相驗，公衛護理人員則擔任助手，並做文書工作。

5、CPR及AED之宣導：

CPR及AED之宣導，國內已有不少民間團體（例如紅十字會）或政府機關（例如消防局）有能力、有意願辦理，衛生所人員辦理之事項多為行政工作，例如：聯繫講師、尋找場地等行政支援工作。

6、老人憂鬱量表（GDS）、衰弱量表（SOF）之評估：

老人憂鬱量表（GDS）、衰弱量表（SOF），完成目標數量大，但因衛生所接觸到的大多數是正常長者，會出來參與社區活動；未能參與社區活動者，大多是常直接出現在醫療院所，因此異常率都很低。

7、行政業務：

- (1) 除護理專業技能，還需辦理大量行政工作（例如：核發孕婦/兒童停車識別證）、稽查工作、工程發包驗收、監工、驗收，且地方政府提出之亮點計畫，衛生所人員需配合撰寫計畫內容、發包、執行或辦理創意活動，以及有做不完的目標數及績效考核。
- (2) 除醫療門診、公共衛生外，還要支援其他單位的演習。而颱風來襲一級開設期間，衛生所護理人員必須進駐公所24小時服勤。
- (3) 非護理專業之工作多，例如人事、會計、總務、採購、政風、資訊、出納、企劃、研考、生命

統計等，由不同護理人員分攤，已壓縮辦理常規業務之時間。

(4) 縣市衛生局不斷提出創新服務，每年都有不同之指派任務交下，即使執行不易，衛生所亦需盡力配合辦理，透過腦力思考，蒐集資料、接洽與聯繫以完成工作，但舊的業務仍在，新的業務又增加，工作挑戰及負荷均不斷增加。

(四) 衛生所辦理之業務，衛福部多以相關法規係由地方主管機關執行，是否將部分業務交由衛生所等辦理，屬地方自治事項；或稱屬「衛生所組織規程參考基準」規定之項目；或衛生所已執行之業務，衛福部卻稱「尚無請衛生所執行」；或稱非屬「衛生所組織規程參考基準」規範衛生所之掌理事項，但各地方衛生局得就衛生所職務執行狀況，依行政程序法第19條規定辦理。衛生所之中央主管機關是衛福部，而公共衛生業務涵蓋各司、署，各司、署間未進行橫向溝通，不清楚其他司、署交下予衛生所之業務，累積後，衛生所辦理之工作即變得包山包海，每人都要兼辦多重業務，且非護理核心之公衛任務不在少數，例如：查訪新設立的商家、稽查地方幼托兒所、輔導食品業者登錄資料到平台、訪查過期食品及誇大不實等等業務，甚至連應由交通部辦理之75歲高齡駕駛換駕照，也要衛生所做體檢，而全球於公元2020年發生COVID-19疫情，衛生所亦被指派販售口罩，均使衛生所人員之工作時間被嚴重切割。綜上，衛生所除核心業務外，非護理核心之公衛任務不斷發展，且範圍廣泛，加重護理人員負擔，甚至將具備護理專業之人員運用於諸多行政管理、稽查、行政相驗及採購業務，難以凸顯組織成員之價值與成就，且排擠衛生所辦理核心業

務之人力及工作時間，核有未當。衛福部允應盤點衛生所各項非護理核心業務之必要性，使衛生所得以依其定位及使命，精進業務及功能，以滿足民眾之健康需求。

三、衛福部訂定之「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類對各縣市衛生局之考評指標及評分標準，衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。惟目標數之項目超過百項，且內容繁雜，部分指標根本不可能達成，達標與否已難反映工作人員之努力程度及工作績效，且未必符合政策必要性、具體可量化及客觀衡量等原則，衛福部及各縣市衛生局將不合理之目標數，作為不合理工作量之考核機制，將社區預防保健責任全數轉嫁由衛生所公衛護理人員承擔，造成衛生所人員疲於奔命，以目標數為主要工作內容，致力於「服務量」的達成而不論「品質」之提升，連帶使衛生所無法因地制宜建立有效率之公共衛生照護體系，顯有未洽：

- (一)衛福部為強化中央與地方衛生政策之連貫性及確保執行成效，業訂定「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類考評指標及評分標準，並以政策必要性、具體可量化、客觀衡量等為原則，另邀請縣市衛生局共同研商，訂定「衛生福利部109年地方衛生機關業務考評事宜」，將地方衛生機關業務分為8大類：醫政類100分、長期照顧類100分、照護類100分、心理及口腔健康類100分、衛教宣導類100分、食品藥物類（含中醫藥）200分、防疫類200分、保健類200分，合計1,100分。醫政類考評項目有15大項、長期照顧類6大項、照護類3大項、心理及口腔健康類6大項、衛教宣導類4大項、

食品藥物類（含中醫藥）30大項、防疫類7大項、保健類10大項，光就前述大項目即有81大項，每一大項又區分為數個小項，每一小項再訂定考評指標，各指標再設評分標準。各縣市衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。

(二)衛生所除為執行衛福部相關司、署交下業務而需達成之目標數外，尚有縣市政府或衛生局另行訂定之目標數，以及衛生所主任為發展自身特色而設定之目標數需完成。以臺北市健康服務中心為例，各年度臺北市府策略地圖推動計畫，已將關鍵績效指標（KPI）納入管考機制，除市政府版本之目標數外，另有衛生局版、衛生所版之指標項目及目標數等。由於衛福部對於地方衛生局進行績效考核，衛生局往往以此要求衛生所達成各項目目標數，目標數又與個人考核有關，公衛護士為達成目標數苦不堪言。

(三)再以臺東縣衛生局對臺東市衛生所之考核為例，考核指標有141項，考核標準有469項，包括：

- 1、醫政科：考核指標9項，考核標準12項。
- 2、保健科：考核指標43項，考核標準92項。
- 3、疾管科：考核指標：16項，考核標準40項。
- 4、食藥科：考核指標21項，考核標準8項。
- 5、長照科：考核指標9項，考核標準221項。
- 6、心檢科：考核指標7項，考核標準19項。
- 7、企行科：考核指標8項，考核標準25項。
- 8、人事：考核指標8項，考核標準32項。
- 9、會計：考核指標8項，考核標準8項。
- 10、政風：考核指標12項，考核標準12項。

(四)各項指標目標數：

- 1、子宮頸抹片檢查：

臺北市大安區之目標數57,118人最高、連江縣東莒34人最低、其次為高雄市那瑪夏區43人。達成率以新北市萬里區870.7%最高，澎湖縣七美鄉7.7%最低。各縣市衛生所子宮頸抹片檢查之目標值及達成率，如表4。

表4 衛生所子宮頸抹片檢查目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	大安區	57,118	南港區	22,235	大安區	116.8%	大同區	75.9%
基隆市	安樂區	2,726	暖暖區	1,213	中正區	109.1%	七堵區	66.0%
新北市	板橋區	26,089	萬里區	58	萬里區	870.7%	雙溪區	9.5%
宜蘭縣	宜蘭市	3,277	*大同鄉	148	員山鄉	121.7%	蘇澳鎮	49.5%
金門縣	金城鎮	2,582	烈嶼鄉	867	金寧鄉	22.3%	金沙鎮	14.2%
連江縣	北竿鄉	142	東莒	34	西莒	118.9%	北竿鄉	46.5%
桃園市	桃園區	18,212	*復興區	345	龜山區	97.8%	大園區	66.3%
新竹市	東區	8,470	香山區	3,170	東區	90.4%	香山區	54.9%
新竹縣	竹北市	7,535	峨眉鄉	132	*尖石鄉	104.0%	關西鎮	53.3%
苗栗縣	苗栗市	3,519	三灣鄉	204	竹南鎮	121.0%	獅潭鄉	26.8%
臺中市	北屯區	10,618	*和平區	246	梧棲區	89.2%	*和平區	42.3%
彰化縣	彰化市2	2,090	大城鄉	160	大城鄉	135.6%	芳苑鄉	57.5%
南投縣	草屯鎮	4,401	*信義鄉	297	*信義鄉	98.7%	國姓鄉	24.8%
雲林縣	斗六市	3,450	大埤鄉	659	虎尾鎮	93.7%	四湖鄉	24.1%
嘉義市	東區	770	西區	660	西區	54.8%	東區	19.2%
嘉義縣	溪口鄉	2,758	太保市	185	朴子市	87.3%	大林鎮	49.9%
臺南市	永康區	10,564	龍崎區	137	山上區	82.2%	北門區	33.7%
高雄市	三民區	11,047	*那瑪夏區	43	三民區2	162.1%	旗津區	18.5%
澎湖縣	馬公市1	3,034	馬公市2	326	馬公市2	40.5%	七美鄉	5.6%
屏東縣	屏東市	7,068	*霧臺鄉	125	*牡丹鄉	107.7%	*霧臺鄉	40.8%
花蓮縣	花蓮市	4,704	瑞穗鄉	314	花蓮市	68.8%	瑞穗鄉	25.2%
臺東縣	臺東市	5,613	*延平鄉	101	*海端鄉	52.0%	*蘭嶼鄉	7.4%

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

2、乳房X光攝影：

新北市板橋區之目標數22,280人最高、臺東縣綠島鄉、蘭嶼鄉30人最低。達成率以新北市平溪區466.7%最高，澎湖縣七美鄉7.7%最低。各縣市衛生所乳房X光攝影檢查之目標值及達成率，如表5。

表5 衛生所乳房X光攝影檢查目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	大安區	15,669	大同區	4,300	松山區	166.8%	中山區	66.9%
基隆市	安樂區	581	暖暖區	267	仁愛區	116.1%	安樂區	99.5%
新北市	板橋區	22,280	平溪區	42	平溪區	466.7%	雙溪區	35.8%
宜蘭縣	宜蘭市	3,947	*大同鄉	125	*大同鄉	192.8%	蘇澳鎮	98.1%
金門縣	金沙	2,048	烈嶼鄉	613	金湖鎮	55.9%	烈嶼鄉	33.9%
連江縣	無乳房攝影設備，統一由連江縣立醫院執行							
桃園市	桃園區	16,686	復興區	351	蘆竹區	116.9%	桃園區	88.4%
新竹市	東區	6,753	香山區	2,277	東區	118.9%	北區	100.5%
新竹縣	竹北市	4,060	*峨眉鄉	133	新豐鄉	138.0%	*五峰鄉	62.6%
苗栗縣	頭份鎮	3,676	獅潭鄉	129	三灣鄉	134.1%	後龍鎮	62.3%
臺中市	北屯區	11,252	*和平區	297	*和平區	106.4%	大甲區	69.8%
彰化縣	彰化市2	2,530	竹塘鄉	306	永靖鄉	118.1%	埔鹽鄉	67.3%
南投縣	南投市	4,157	集集鎮	383	信義鄉	139.8%	國姓鄉	47.3%
雲林縣	斗六市	2,984	褒忠鄉	352	北港鎮	108.4%	臺西鄉	36.0%
嘉義市	東區	70	西區	60	西區	130.0%	東區	44.3%
嘉義縣	溪口鄉	2,302	太保市	145	朴子市	185.1%	大林鎮	82.4%
臺南市	永康區	9,732	龍崎區	187	玉井區	113.6%	大內區	56.8%
高雄市	三民區	11,749	*那瑪夏區	42	*那瑪夏區	216.7%	旗津區	49.3%
澎湖縣	馬公市1	1,986	七美鄉	207	馬公市2	108.7%	七美鄉	7.7%
屏東縣	屏東市	9,071	*霧臺鄉	115	*泰武鄉	161.9%	滿州鄉	51.2%
花蓮縣	花蓮市	5,003	瑞穗鄉	209	新城鄉	100.2%	*卓溪鄉	48.9%
臺東縣	臺東市	4,884	綠島鄉 *蘭嶼鄉	30	*海端鄉	120.8%	綠島鄉	23.3%

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

3、大腸癌糞便潛血篩檢：

新北市板橋區之目標數32,696人最高、連江縣西莒、東莒60人最低、其次為高雄市茂林區64人。達成率以嘉義市西區367.7%最高，臺東縣蘭嶼鄉15.6%最低。各縣市衛生所大腸癌糞便潛血篩檢之目標值及達成率，如表6。

表6 衛生所大腸癌糞便潛血篩檢目標值及達成率之高標與低標：107年
單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	大安區	19,043	南港區	6,978	北投區	107.4%	萬華區	76.9%
基隆市	安樂區	5,194	暖暖區	2,478	安樂區	114.6%	信義區	93.9%
新北市	板橋區	32,696	平溪區	299	泰山區	146.3%	貢寮區	35.0%
宜蘭縣	宜蘭市	4,763	南澳鄉	264	*南澳鄉	119.3%	五結鄉	69.3%
金門縣	金城鎮	1,306	烈嶼鄉	281	金寧鄉	41.2%	烈嶼鄉	26.0%
連江縣	北竿鄉	60	西莒 東莒	60	北竿鄉	276.7%	西莒	110.0%
桃園市	桃園市	24,115	*復興區	673	八德區	113.4%	*復興區	76.7%
新竹市	東區	10,365	香山區	4,252	北區	91.1%	香山區	90.7%
新竹縣	竹北市	6,000	*五峰鄉	400	竹北市	103.5%	橫山鄉	52.1%
苗栗縣	苗栗市	4,500	獅潭鄉	350	苑裡鎮	121.7%	*泰安鄉	48.8%
臺中市	北屯區	13,991	*和平區	503	霧峰區	114.2%	大安區	68.0%
彰化縣	彰化市2	3,800	線西鄉	430	鹿港鎮	167.7%	埔鹽鄉	84.8%
南投縣	南投市	6,200	集集鎮	746	*信義鄉	99.9%	國姓鄉	45.9%
雲林縣	斗六市	6,809	褒忠鄉	775	褒忠鄉	91.1%	水林鄉	52.9%
嘉義市	東區	245	西區	210	西區	367.7%	東區	20.4%
嘉義縣	溪口鄉	3,198	太保市	218	朴子市	176.4%	大林鎮	93.0%
臺南市	永康區	14,216	龍崎區	325	麻豆區	114.7%	七股區	51.0%
高雄市	三民區	16,098	*茂林區	64	*桃源區	130.3%	旗津區	63.3%
澎湖縣	馬公市1	3,061	七美鄉	257	馬公市2	92.2%	七美鄉	44.4%
屏東縣	屏東市	9,850	*霧臺鄉	168	*三地門鄉	135.6%	滿州鄉	58.0%
花蓮縣	花蓮市	5,612	*卓溪鄉	389	花蓮市	97.5%	瑞穗鄉	50.0%
臺東縣	臺東市	6,768	*延平鄉	241	鹿野鄉	99.8%	*蘭嶼鄉	15.6%

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

4、口腔癌篩檢：

桃園市桃園區之目標數10,125人最高、南投縣集集鎮6人最低。達成率以新竹縣五峰鄉493.3%最高，南投縣埔里鎮、草屯鎮之達成率為0。各縣市衛生所口腔癌篩檢之目標值及達成率，如表7。

表7 衛生所口腔癌篩檢目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	中山區	9,427	南港區	2,533	北投區	228.2%	中正區	58.8%
基隆市	中正區	1,905	暖暖區	1,337	中正區	116.5%	安樂區	72.9%
新北市	無目標數							
宜蘭縣	羅東鎮	1,751	*南澳鄉	281	蘇澳鎮	312.7%	羅東鎮	113.6%
金門縣	金城鎮	748	烈嶼鄉	229	金湖鎮	75.4%	金沙鎮	37.6%
連江縣	北竿鄉	20	西莒 東莒	10	東引鄉	392.9%	西莒 東莒	250.0%
桃園市	桃園區	10,125	*復興區	256	龜山區	114.6%	新屋區	18.1%
新竹市	北區	9,400	香山區	3,400	香山區	34.9%	北區	24.9%
新竹縣	竹北市	970	峨眉鄉	30	*五峰鄉	493.3%	竹北市	39.2%
苗栗縣	苗栗市	2,700	三灣鄉 獅潭鄉	400	竹南鎮	99.6%	獅潭鄉	17.3%
臺中市	無目標數							
彰化縣	彰化市2	2,640	竹塘鄉	306	二水鄉	175.8%	埔心鄉	49.6%
南投縣	南投市	64	集集鎮	6	國姓鄉	318.2%	埔里鎮 草屯鎮	0
雲林縣	斗六市	3,900	褒忠鄉	700	褒忠鄉	118.9%	二崙鄉	58.6%
嘉義市	東區	1,295	西區	1,100	西區	66.9%	東區	18.9%
嘉義縣	溪口鄉	2,086	太保市	145	朴子市	459.4%	布袋鎮	77.3%
臺南市	無目標數							
高雄市	三民區	5,465	*茂林區	40	*杉林區	160.0%	橋頭區	71.2%
澎湖縣	馬公市1	1,203	七美鄉	108	湖西鄉	261.6%	白沙鄉	76.4%
屏東縣	屏東市	4,187	*霧臺鄉	211	竹田鄉	172.9%	崁頂鄉	65.3%
花蓮縣	花蓮市	2,902	*萬榮鄉	401	秀林鄉	217.0%	*萬榮鄉	102.2%

臺東縣	臺東市	3,917	綠島鄉	126	*金峰鄉	189.1%	臺東市	34.7%
-----	-----	-------	-----	-----	------	--------	-----	-------

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

5、預防接種達成率：

- (1) 107年3歲以下幼兒常規疫苗全數接種之目標數，以新北市板橋區4,693人最多、新莊區3,669人居次，再其次為臺北市內湖區3,405人、大安區3,296人、新北市中和區3,181人。各縣市所轄衛生所或健康中心達成率均超過90%者，包括：臺北市、新北市、宜蘭縣、桃園市、新竹縣、苗栗縣、金門縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、澎湖縣。至於達成率較低之衛生所，主要集中於臺東縣。
- (2) 107年入學世代學前3劑疫苗接種之達成率，各縣市所轄衛生所或健康中心均超過90%者，包括：臺北市、基隆市、新竹市、新竹縣、苗栗縣、金門縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、澎湖縣。至於達成率較低之衛生所，主要集中於臺中市。
- (3) 107年流感疫苗接種之目標數及達成率，如表8。

表8 衛生所公費流感疫苗接種之目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	54%				中正區	97.4%	信義區	74.1%
基隆市	中正區	15,422	暖暖區	8,945	信義區	88.0%	七堵區	74.0%
新北市	77.4%				坪林區	114.8%	貢寮區	54.6%
宜蘭縣	無目標數							
金門縣	17,449				金沙鎮	12.6%	烈嶼鄉	2.8%
連江縣	北竿鄉	1,495	西莒	442	西莒	48.6%	東莒	40.6%
桃園市	桃園區	109,564	*復興區	2,912	楊梅區	94.8%	平鎮區	79.7%
新竹市	東區	62,705	香山區	11,142	東區	99.8%	北區	92.8%
新竹縣	竹北市	45,652	*五峰鄉	1,180	*五峰鄉	108.1%	北埔鄉	61.5%
苗栗縣	頭份鎮	25,777	獅潭鄉	1,074	苑裡鎮	98.4%	南庄鄉	52.3%
臺中市	大里區	52,950	*和平區	2,048	*和平區	67.4%	東區	7.3%
彰化縣	彰化市2	12,024	線西鄉	1,155	彰化市2	133.5%	芳苑鄉	43.3%
南投縣	無法統一量化計算							
雲林縣	斗六市	27,142	褒忠鄉	3,258	虎尾鎮	133.1%	口湖鄉	53.2%
嘉義市	無目標數							
嘉義縣	新港鄉	44,844	太保市	2,184	溪口鄉	61.9%	太保市	25.0%
臺南市	東區	50,332	龍崎區	862	中西區	243.7%	歸仁區	48.4%
高雄市	三民區	97,849	*茂林區	567	新興區	104.9%	湖內區	17.7%
澎湖縣	未有目標數及達成率問題							
屏東縣	屏東市	134,528	*霧臺鄉	1,696	*春日鄉	59.9%	琉球鄉	20.7%
花蓮縣	花蓮市	44,825	*萬榮鄉	2,298	富里鄉	35.0%	花蓮市	22.1%
臺東縣	臺東市	45,344	*延平鄉	1,311	*金峰鄉	47.1%	臺東市	4.7%

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

(五) 惟查：

- 1、目標數係依人口數訂定，隨著人口不斷增加，目標數亦逐年成長，但衛生所人力卻無法增補，且前1年未達成之目標數，有些會累積計算至下1年之目標數，無形中增加衛生所人員繁重之業績壓

力。

- 2、衛福部對於各縣市衛生局之管考，其指標多為「過程」指標，較少「結果」指標，例如癌症篩檢重視篩檢量，而非陽追結果。
- 3、以臺北市為例，為國內醫療資源首善之區，轄內醫院均可提供兒童發展篩檢、兒童視、聽力篩檢、癌症篩檢、成人預防保健等篩檢服務，應整合並善用在地資源，強化醫療機構執行到院病患之預防保健責任，不應全數轉嫁健康服務中心，甚至設定目標值，讓公衛護理人員為此而常需於社區設站篩檢，疲於奔命。
- 4、國內山地鄉或偏鄉之居民，常有籍在人不在之問題，雖有設籍卻無居住事實，地段護理人員無法聯繫上民眾，篩檢達成率自然受影響；再以執行衛教為例，公衛護理人員須主動出擊，將個案帶至衛生所進行衛教，但山地鄉多幅員廣闊，要將散布於各部落之個案集中進行衛教，亦有難度。
- 5、以乳房攝影為例，需配合巡迴車至部落之時間，惟居民由於工作或其他原因，不一定能配合巡迴車到達之日間時間，亦影響篩檢達成率。
- 6、以公費流感疫苗接種為例，衛福部自105年起擴大接種對象範圍，流感疫苗接種量自300萬劑倍增至600萬劑，疾管署並就各衛生局辦理流感疫苗接種業務進行年度考評作業，且以IVIS登載之疫苗接種數、完成率或涵蓋率為評比標準，且評比設有期間，即自10月1日開打後，短短2至3個月內，各地方即得達成目標接種量，衛生所同時面對接種量及時間之雙重壓力，疲於奔命以達成目標。若不如預期，衛生所尚需研擬相關催打措施，包括增設社區接種站等，甚多係利用晚間及

假日時段辦理，在在造成衛生所基層人員難以承受之重，衛生所護理人員在績效的壓迫下，漸漸從社區退回衛生所內，所有的預防保健工作都以達標為主要考量，被迫放棄進入社區、與民眾密切互動。

- 7、臺北市衛生局每年約於3-4月辦理「幸福護腸」活動，設定目標數並要求健康服務中心於短時間內將腸篩數量衝到高點，健康服務中心人員於期間內都會在晚間一直加班，且無暇辦理其他業務。對於癌症篩檢應係持續辦理之服務，衛生局要求短時間內衝高服務量之活動，有欠合宜。
- 8、原鄉孕產婦衛教與嬰幼兒預防保健工作，在衛生所繁多的工作項目中，漸被排擠而未受到重視，衛生所之服務內容，以達成目標數為導向，但有些目標數根本無法達成，有些雖能達成，但著重數量而不論品質。衛福部對縣市衛生局要求完成目標數，衛生局再要求衛生所達成，在衛生所承擔超重之工作量，又不給予適當之人力下，衛福部對於衛生所之服務品質，如何達成質量兼具，應予檢討促進。
- 9、各縣市及各鄉鎮市區之健康問題不同，但同樣無力擴編人力，而目標數之壓力，更使衛生所被迫將人力置於服務量之提升，而無法因地制宜調整各區之目標數，提供符合當地民眾健康需求之服務，衛福部及各縣市衛生局對於衛生所之考核方法，已限制衛生所發揮社區健康需求評估能力，應予檢討改進。

(六)衛生所目前執行之工作，多有與轄區醫院、診所重疊之處，由衛生所辦理已不具必要性，且針對衛生所之工作項目，不論優先處理之順序均設定目標

數，過多之指標項目，將稀釋各項目之重要性，已難凸顯各項服務之優先順序，因此，對於已實施多年，但難以督促衛生所提升成效之指標，或不具重要性之指標及業務，應進行盤點及調整，加以簡化；又衛福部、衛生局對於目標數之設定，多以人口數計算，未針對地區性質不同進行考量及調整，因此部分指標未必合理。綜上，衛福部訂定之「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類對各縣市衛生局之考評指標及評分標準，衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。惟目標數之項目超過百項，且內容繁雜，部分指標根本上不可能達成，達標與否已難反映工作人員之努力程度及工作績效，且未必符合政策必要性、具體可量化及客觀衡量等原則，衛福部及各縣市衛生局將不合理之目標數，作為不合理工作量之考核機制，將社區預防保健責任全數轉嫁由衛生所公衛護理人員承擔，造成衛生所人員疲於奔命，以目標數為主要工作內容，致力於「服務量」的達成而不論「品質」之提升，連帶使衛生所無法因地制宜建立有效率之公共衛生照護體系，顯有未洽。

四、衛生所護理人員部分之工作內容具備相當之危險性，衛福部既未建立制度化之保障機制，又對於衛生所公共衛生護理人員認列危勞職務標準一事，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷，顯有違失：

(一)查銓敘部於104年5月7日函詢⁴衛福部以該部作為「全國醫護人員危勞職務認列範圍與標準（下稱認列標準）」之統籌認定機關之可行性等問題，另函各縣市主管機關有關其所屬醫護人力運用情形及

⁴銓敘部104年5月7日部退三字第10439730741號函。

對醫護危勞職務認定範圍之意見⁵。惟經衛福部函復表示該部難以統籌認定全國醫護危勞職務等語；另銓敘部復稱，衛福部於104年9月4日召開之「檢討全國醫護人員危勞職務認列範圍與標準研商會議」中亦反對以該部（衛福部）作為醫護危勞職務認定標準之主責機關。

(二)銓敘部於105年3月30日函示自該日起始擔任衛生所之醫護人員職務者，不適用危勞職務。嗣衛福部於107年7月18日邀集各權責主管機關召開會議，會中由該部照護司綜整各主管機關意見，認為全國醫護人員危勞職務範圍之認定，仍應維持以醫療院所及社福機構之護士、護理師為原則（下稱衛福部危勞認定原則）；然考量山地鄉或二級、三級離島地區衛生所（室）仍需負擔部分醫療任務，爰決議山地鄉或二級、三級離島地區衛生所（室）護士、護理師如符合危勞職務認定標準第3條附表公務人員危勞職務評估項目、評估細目及其評估基準規定，仍得由主管機關依前開規定認定為危勞職務，並送銓敘部核備。目前經報銓敘部核備之各主管機關醫護危勞職務如下：

- 1、衛福部所屬部立醫院、療養院（含胸腔病院）護士、護理師職務。
- 2、國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）所屬各榮民總醫院及分院護士、護理師職務。
- 3、臺北市政府所屬臺北市立聯合醫院護士及臺北市立陽明教養院護士、護理師職務。
- 4、新北市政府所屬新北市立聯合醫院、新北市立八里愛心教養院及新北市立仁愛之家護士、護理師

⁵銓敘部104年5月7日部退三字第10439730744號函。

職務。

5、臺中市政府所屬臺中市立仁愛之家護士、護理師職務。

6、基隆市政府所屬基隆市立醫院護士、護理師職務。

查臺中市衛生局前於108年11月8日函報臺中市政府，將所屬非山地區衛生所之護士及護理師納入重新認定危勞職務範圍，經臺中市政府函復：實未符合上述衛福部認定原則，請再行審慎評估，並請依規定先向衛福部進行協商，取得全國醫護人員危勞職務一致性之認定原則，再依規定通盤檢討所屬護理人員認列危勞職務之需求後報送核轉銓敘部核備。

(三)查高雄市苓雅區衛生所1名公共衛生護理師於107年8月29日訪視社區精神病人，遭個案無預警攻擊，受傷住院。除此之外，衛生所之公共衛生護理人員進行居家訪視時，多數曾遭受言語辱罵、威脅、性騷擾或肢體暴力⁶，第一線工作者之安全保障允應強化。另茲綜整各縣市政府提供本院衛生所公共衛生護理人員執行職務有特別之危險及勞力之事實如下：

1、結核病防治：屬個案管理，依規定需配合個案時間至案家家訪，勸導個案進行政府政策都治個案服務，直接面對傳染病個案，恐有被傳染及因監督個案而衍生之暴力威脅，且訪視時間會因個案不配合，導致三更半夜還在上班。

⁶108年9月14日，時任立法委員之高潞，以用發表其國會辦公室對556名曾進行居家訪視的公衛護理師問卷調查結果，有高達451起遭言語辱罵、297起遭言語威脅、197起遭言語或行為性騷擾、101起遭肢體暴力；在居家訪視過程中，有92%是單獨前往，有警員、同仁陪同者則為少數，第一線工作者的安全保障明顯不足。

- 2、愛滋病防治：屬個案管理，依規定需定期訪視個案，了解個案是否就醫，是否仍在吸食毒品？勸導切勿共同針頭，避免愛滋蔓延，是類個案大部分為社會邊緣人，其基本訪視個案工作，因屬家庭訪視或尋找個案，幾乎潛藏暴力威脅，是屬危險性工作。
- 3、精神病個案管理：精神疾病個案隱藏暴力危險，依規定有相當比率之面訪率，發病時護理人員必須陪同強制就醫，社區干擾滋事一經陳情或舉報，公衛護士需立即至現場評估個案是否為精神病患者，是否需強制就醫？再者，此類個案除確診為精神疾病外，還有大部分為毒癮或酒癮患者。公衛護理人員已有多起被疑似或確診精神疾病之個案攻擊及騷擾之案例發生。
- 4、登革熱防治、腸病毒防治，傳染病業務防治一經通報，需24小時隨傳隨到。
- 5、高風險家庭訪視、自殺個案防治都直接面對個案，都屬可能情緒失控之個案訪視，相對風險非常高。
- 6、天災或傳染病疫情出現時，公衛護理人員需24小時待命及協助救災，或協助中央辦理各項疫情之後續，如登革熱疫情全面噴藥、SARS隔離個案送餐、塑化劑店家查訪。
- 7、四大癌症篩檢：配合政府政策推廣預防保健業務，為業務目標及績效直接到社區設站篩檢，服勤時間幾乎以假日或夜間為主，需工作人員搬運物資，服勤狀況已非白班8小時，而是責任制。
- 8、老人兒童保健：配合政府政策，不斷增加公費疫苗接種項目，老人流感、幼兒流感、校園流感全面接種，除了衛生所門診接種，配合為民服勤，

不分例假日至設社區設站接種，體力需維持良好外，還要有耳清目明之健康，才能勝任。

- 9、各類疫苗注射、抽血等，皆屬耗費眼力工作，60歲以上眼力功能皆已退化，對於精細動作較窒礙難行，且有被針扎之風險。

(四)惟查：

- 1、本案履勘期間，曾有衛生所公共衛生護理人員表示其曾被精神病人跟蹤，內心十分驚恐，事後即向衛生局反映此一問題，但衛生局人員表示這是衛生所的事，要自己處理等語。另對於如何防範衛生所人員居家訪視恐有遭遇無預警攻擊之虞，據衛福部表示該部刻正研修「社區關懷訪視及個案管理人員安全手冊」並俟完成後提供給各地方政府公共衛生護士及關懷訪視員使用，以提升我國公共衛生護理人員、關懷訪視員等個案管理人力之執業安全。可見目前衛福部及衛生局對於如何保障衛生所公共衛生護理人員之執業安全，仍未建立制度化之保障機制，其對策仍係由個別之人員辨識風險並自行承擔風險。
- 2、依據衛福部歷次之查復說明可知：
 - (1) 都會地區衛生所之業務繁雜，且服務量甚大，雖不需輪班，但超時工作或於夜間、凌晨時仍在工作，並不少見；而鄉村地區面積較廣，交通及突發狀況多，需要足夠應變能力；至於離島山地地區衛生所更要承擔緊急醫療及後送責任。又近年來，實地訪查精神疾病、毒癮及家庭暴力之個案頻次大幅增加，並占去相當之工作時間，且公衛護理人員遭個案攻擊及騷擾之事件亦不少見，遇有天然災害發生時，亦須配合災害收容中心設立，另社區宣導及社區設站

施打疫苗都需要相當的體力與專注力，其等之危險及辛勞程度，確實高於其他一般之公務人員；又一旦轄區內發生傳染病，或國內發生重大食品安全事件，衛生所同仁假日仍要執行職務，而上述危險及勞力之職務性質，不因衛生所所在地區而有不同，甚至若單以每名公衛護理人力服務民眾人數之工作負荷而言，都會地區衛生所之危勞程度絕不亞於離島山地之工作同仁。

- (2) 另詢衛福部何次長啟功表示：登革熱常要輪班，沒有假日，同仁都很盡心盡力去達成各項考評等語；復表示：衛生所護理人員的登革熱流行期間，危險性確實比較高等語；該部照護司何科長秀美對於公衛護理人員是否列入危勞職務，亦表示「贊成。以我對護理的部分，我認為要加入。」
- (3) 惟該部為全國醫護人員管理制度之中央衛生主管機關，對於各類型醫療衛生機構之醫護人員職務之危勞情形，理應確實掌握，卻於104年函復表示該部難以統籌認定全國醫護危勞職務云云，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷。
- (4) 嗣銓敘部105年3月30日函自發布日起全面排除衛生所納入醫護危勞職務適用機關範圍後，衛福部始於107年7月18日召開會議訂定全國醫護人員危勞職務範圍之認定原則，全盤接受銓敘部之作法，未能依衛生所公共衛生護理人員之危勞程度進行專業判斷，且按該部訂定之原則，衛福部、退輔會、臺北市政府、新北市政府、臺中市政府及基隆市政府所屬醫院或仁愛

之家之護士、護理師業經銓敘部核備符合醫護危勞職務，然臺灣大學醫學院附設醫院、國立成功大學醫學院附設醫院等之護士、護理師卻未經核備，故認列危勞職務標準仍屬不一；至於山地鄉或二級、三級離島地區衛生所（室）符合認定標準，非山地區衛生所之護士及護理師卻不符合危勞職務範圍之認定，僅以地區別作為區分標準，而不論衛生署公衛護理人員實際危勞情形，已難謂符合中央衛生主管機關之專業判斷。

(5) 又衛福部稱：有關直轄市、縣市政府所屬衛生所護理人員是否認列危勞職務，因涉及各權責主管機關相關實際人力運用之需求，仍應由各權責主管機關依認定標準覈實認定後，再行報銓敘部核備。惟查臺中市衛生局前曾函報臺中市政府，將所屬非山地區衛生所之護士及護理師納入重新認定危勞職務範圍，臺中市政府卻以不符衛福部危勞認定原則而未將其報送核轉銓敘部核備。顯見衛福部之危勞認定原則，已將非山地區衛生所之護士及護理師排除，卻稱應由各權責主管機關依認定標準覈實認定後，再行報銓敘部核備，純屬空論卻惠而不實。

(五) 綜上，衛生所護理人員部分之工作內容具備相當之危險性，衛福部既未建立制度化之保障機制，又對於衛生所公共衛生護理人員認列危勞職務標準一事，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷，顯有違失。

綜上所述，衛生福利部於89年頒布「(縣市衛生局所屬)衛生所組織規程參考基準」及「(縣市衛生所所屬)衛生所員額設置參考基準」，訂定衛生所掌理事項及人力配比，但各縣市衛生局並未足額聘用人員，又派駐在衛生所之護理人員人力遇缺不補，加以國內人口增加及老化，衛福部近年陸續開辦新興業務，在衛生所業務增加，人力未適度調整下，國內每位公衛護理人員照顧人口數不斷增加，遠高於美國公共衛生護理協會建議之5,000人。明知衛生所業務繁重、人力嚴重不足，卻以地方自治事項為由，未設法促使地方政府適時擴編衛生所人力，亦未強化運用相關計畫補助人力，恣令衛生所人力嚴重不足問題懸而未決，淪為血汗衛生所；又衛生所除核心業務外，非護理核心之公衛任務不斷發展，且範圍廣泛，甚至將具備護理專業之人員運用於諸多行政管理、稽查、行政相驗及採購業務；訂定之「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類對各縣市衛生局之考評指標及評分標準，衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。惟目標數之項目超過百項，且內容繁雜，將不合理之目標數，作為不合理工作量之考核機制，將社區預防保健責任全數轉嫁由衛生所公衛護理人員承擔，造成衛生所人員疲於奔命，以目標數為主要工作內容，致力於「服務量」的達成而不論「品質」之提升；復以衛生所護理人員部分之工作內容具備相當之危險性，衛福部既未建立制度化之保障機制，又對於衛生所公共衛生護理人員認列危勞職務標準一事，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷，爰依憲法第97條第1項及監察法第24條之規定提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：尹祚芊、張武修、王幼玲

中 華 民 國 1 0 9 年 5 月 日