

調 查 報 告

- 壹、調查緣起：本案係委員自動調查。
- 貳、調查對象：行政院衛生署、原住民族委員會。
- 參、案由：據行政院衛生署國民健康局分析資料顯示，98年台北市民預期壽命較花蓮、台東兩地縣民多達7.7歲，原住民族則比全國民眾少活8.9年。針對此一不合理現象，政府相關單位有無違失，認有深入瞭解之必要乙案。
- 肆、調查依據：本院100年10月21日院台調壹字第1000800438號函。
- 伍、調查重點：
- 一、內政部公布99年國人生命表編算結果。
 - 二、原住民族各項社會福利政策面臨之「籍在人不在」困境。
 - 三、原住民遷徙都會區面臨之困境。
 - 四、台灣氣候變遷及山區地理環境逐年惡化之趨勢。
 - 五、原住民醫療及健康狀況之研究與調查情形。
 - 六、「2020健康國民白皮書」揭櫫原住民之健康願景。
 - 七、原住民族醫事人員培養計畫執行情形。
 - 八、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」執行情形。
 - 九、健全原住民族勞動權益之具體措施。
 - 十、基層衛生所之員額編制問題。

陸、調查事實：

據行政院衛生署(下稱衛生署)國民健康局(下稱國健局)分析資料顯示，民國(下同)98年台北市民預期壽命較花蓮、台東兩地縣民多達7.7歲，原住民族則比全國民眾少活8.9年。針對此一不合理現象，政

府相關單位有無違失，認有深入瞭解之必要。案經本院向衛生署、行政院原住民族委員會(下稱原民會)、台東縣政府及花蓮縣政府調閱相關卷證及說明資料，並邀集多位專家學者蒞臨本院召開 2 場次諮詢會議；期間亦會同相關部會機關履勘台東縣、花蓮縣、桃園縣及新北市等地，實地瞭解山地與都市原住民聚落之生活實況，並與當地原住民事務主管機關及各級衛生機關代表人員進行座談。嗣約詢衛生署賴副署長進祥、原民會夏副主任委員錦龍、內政部曾常務次長中明、行政院勞工委員會職業訓練局(下稱職訓局)廖副局長為仁暨相關主管人員等，茲據本院諮詢專家學者、履勘暨實地訪查所得資訊及各機關函復說明、約詢答復與相關書面資料，臚列調查事實如次：

一、內政部公布 99 年國人生命表編算結果：

(一)內政部公布 99 年原住民生命表顯示(附表 1)，99 年原住民人口的零歲平均餘命為 70.30 歲，男性為 66.00 歲，女性為 74.78 歲，男女性的平均餘命差距約為 8.78 歲，較全國男女性的平均餘命差距 6.42 歲為大；其中男性平均餘命比全國低 10.14 歲，女性低 7.77 歲，顯見原住民族平均餘命較低且男女性差異較大。

(二)就五直轄市及台灣省各縣市同期兩性零歲平均餘命而言，以台北市 82.42 歲最高、新北市 80.30 歲居次，台東縣之 74.24 歲最低，花蓮縣之 74.96 歲次低(附表 2)；台東縣、花蓮縣分別較台北市低 8.18 歲及 7.46 歲，差距雖然持續縮小中，但仍顯示台東、花蓮兩縣受人口結構差異、地理環境及生活習慣之影響致平均餘命相對較低。

二、原住民族各項社會福利政策面臨之「籍在人不在」困境：

- (一)衛生署部分：健保局為保障弱勢民眾就醫權益，自 99 年 10 月起，已實施「弱勢民眾安心就醫方案」，故倘有原住民符合「弱勢民眾安心就醫方案」者，均已由該局主動予以解卡，且不因「籍在人不在」而受限。
- (二)原民會部分：對於不符合「弱勢民眾安心就醫方案」之原住民，因欠費而遭鎖卡者，該會亦於 100 年 8 月 1 日起，由就業服務員全面訪查，併同健保局有關健保相關欠費協助措施，諸如：分期繳納、紓困無息貸款、轉介愛心團體協助繳納等方案宣導，俾利協助健保欠費之繳納及輔導納保，降低原住民欠費遭鎖卡人數。
- (三)內政部部分：基於社會福利預算係由行政院主計總處依各類福利人口數設算社會福利補助經費挹注縣市政府，各縣市政府辦理各項社會福利措施，如低收入戶、老人福利、身心障礙福利、婦女福利等，均應依據相關福利法規規定，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關提出申請，惟縣市主管機關遇有申請民眾為非設籍該縣市者，可透過個案轉介流程，轉請設籍縣市主管機關協助處理。
- (四)衛生署雖有前開保費補助及欠費解卡方案，然據原民會訪視結果，仍有不符「弱勢民眾安心就醫方案」之欠費者，其身分大多為 20 歲以上、未滿 55 歲之青壯年，且因「籍在人不在」之緣故，導致礙難達成協助原住民輔導就業及宣達健保欠費等相關協助措施。

三、原住民遷徙都會區面臨之困境：

- (一)依據原民會 101 年 6 月底之居住地區人口統計資料顯示，原住民族人口數占率以都會區占最多，

山地鄉次之，平地鄉最少：

- 1、全國原住民人口總計 523,498 人 (100%)。
- 2、山地鄉原住民人口為 161,080 人 (30.77%)。
- 3、平地鄉原住民人口為 132,010 人 (25.22%)。
- 4、都會區原住民人口為 230,408 人 (44.01%)。

(二)據統計，都會區之原住民大多從事板模工、水泥工、木工等高危險之體力勞動工作，職業災害比率偏高。又由於近年來建築業不景氣，原住民經常性失業狀況更形惡化，終致無法負擔健保保費，生病者甚至只能聽天由命。故原民會基於保障原住民弱勢者就醫權益，應專案補助原住民健保費用，並積極清查「從未納保」與「中輟納保」者之戶籍資料，主動協助其納保，逐步由現行補助對象擴及全體第六類第二目保險對象，次將第二類、第三類納入，以澈底解決原住民納保之經濟負擔。此外，該會亦應積極提供原住民就業機會，俾使原住民有充分工作機會而不致無力繳納保費。

(三)另本院於實地訪查期間，尚發現都市原住民面臨諸多生活問題，茲臚述如下：

- 1、單親家庭比率日趨增加，導致原住民勞動人口找工作時，多因顧慮家中幼兒，無法安心找尋配合孩童及家庭作息時間之合適工作。
- 2、隔代教養與日俱增，孩童也疏於陪伴與教養，造成許多孩童對於學習活動興趣缺乏。
- 3、與主流社會存有諸多隔閡，又欠缺文化歸屬感，導致整體健康狀況日差；以鶯歌衛生所分析「三鶯部落死亡原因探討」為例，平均人口死亡年齡為 49.94 歲，男性平均死亡年齡更低於 48.9 歲，足見都會地區健康問題相當嚴重。

- 4、位處社經地位弱勢，勞動條件惡劣，又因欠缺相關權益知能，以致不肖業者未善盡勞工安全衛生職責，造成主要家計負擔者因工傷亡事件頻傳，更加劇其家庭生活困境。
- 5、現行部分福利措施(如幼兒托育、長期照護服務)不符合都市原住民需求，導致渠等無法獲得較完善協助，當求助無門之後，家庭負擔更形增加。

四、台灣氣候變遷及山區環境逐年惡化之趨勢：

- (一)由於台灣原住民族居處偏遠山區，921 地震後，山區地質與自然生態嚴重惡化，98 年莫拉克風災更造成慘重傷亡，災區重建又面臨部落安全與民意之間的競逐，災後地區地質十分脆弱，易造成再度災害。而據行政院農業委員會調查，全國土石流潛勢溪流 1,420 處中，近九成(1,248 處)的潛勢溪流位於原住民族地區，每逢颱風豪雨或地震，將嚴重影響原住民族生命財產安全。加上原住民族地區之區域發展失衡，部落公共安全設施不足，均威脅到民眾之正常生活。
- (二)行政院國家科學委員會(下稱國科會)氣候變遷團隊 100 年 11 月 9 日發表「台灣氣候變遷科學報告 2011」指出，台灣在本世紀末溫度將上升 2~3℃，且極端高溫的情形將日趨嚴重、低溫事件發生機率則將減少。在雨量方面，推估未來冬季雨量減少 3~22%，夏季雨量增加 2~26%，且降雨強度增加，對未來的防洪措施與水資源管理形成一大挑戰。
- (三)台灣的災害特性與全球趨勢一致，以水文氣象災害為主。根據近年來的災害統計(水災、坡地、旱災)分析，台灣的災害次數增加且災害特性改

變（近年來多屬水土複合型災害），災害程度也有加劇（災害損失增加與牽涉層面變廣）的現象。但台灣近年災害的程度加劇，除了氣候極端事件的增加外，台灣環境變遷也是重要因素之一，包括 921 地震後的地質變化、地層下陷問題、山區過度開發、都市化與經濟發展需求……等因素，都是導致災害日趨嚴重的重要因素。因此，面對災害日增，須同時兼顧氣候與環境變遷對原住民生計及安全的嚴重威脅。

五、原住民醫療及健康狀況之研究與調查情形：

（一）查當前國內原住民健康研究面臨三大限制：

- 1、基本資料的欠缺：目前台灣原住民健康資料的累積仍十分有限，以紐西蘭、澳洲為例：兩國原住民醫學網站均可連至政府網站，下載毛利族歷年衛生統計資料與澳洲原住民衛生統計資料，此舉不只有利相關人士監督政策的執行並評估其成效，也有利於國際研究經驗的分享與交流。惟台灣目前由原民會自 91 年建立衛生統計資料迄今，政府網站仍未見原住民衛生資料的連結。
- 2、研究人力的不足：我國原住民健康相關研究在 81 年高雄醫學大學成立「原住民健康研究室」開始，接著 82 年慈濟醫學院成立「原住民健康研究室」，繼而成立「原住民健康研究所」，然而迄今未見設置中央部會層級、以原住民健康議題為主要的研究單位。紐澳美加等國皆有專責原住民健康議題的國家級研究機構。此外，由於衛生研究項目與經費也未見長期規劃與配置，使得現有的研究人力未能充分善用，並且造成原住民健康研究成果難以落實在實際的醫

療服務工作中。

- 3、缺少國際交流經驗：長期以來國內原住民學者與紐澳美加等國原住民的健康資訊一直未能有效的連結運用，在資訊隔閡下研究經驗難以充分交流，形成國內原住民醫護人員及研究人才的孤立困境。2000年起，紐澳美加等國原住民醫護人員與各國相關學者進行國際經驗交流，進而提升國際視野與研究能力，但國內原住民醫護人員卻遲至 2008 年才第一次參與此國際合作網絡，經驗交流的閉塞與研究視野的窄化也阻礙相關政策與研究工作改善的步伐。

(二)依據行政院原民會公布 98 年原住民十大死因及人口資料報告。原住民總體死因、死亡率均較非原住民高出 1.8 倍。原住民族最新十大死因，以「慢性肝病及肝硬化」、「慢性下呼吸道疾病」及「高血壓性疾病」等三項最為嚴重。其高於非原住民之比例，分別各為 4.3 倍、2.8 倍及 2.9 倍。而在原住民十大癌症方面，肝癌和肝內膽管癌，原住民男性高於女性 2.1 倍；胃癌，男性高於女性 2.7 倍；口腔癌，男性高於女性 4.3 倍。在這些數字的背後，反映著強烈文化差異因素，而且其健康問題已非單純的診斷或治療手段所能解決，其他因素（如心理因素，部落社會道德因素，文化因素及經濟因素）可能更明顯地影響著原住民的健康狀態。

六、「2020 健康國民白皮書」揭櫫原住民之健康願景：

(一)衛生署於 2008 年出版「2020 年健康國民白皮書」，已具體描繪出國人健康的未來願景，在該白皮書之「原住民」專章中分別從三個層面提出健康的遠景，即「建構健康部落/社區」、「建構健

康的家庭與生活」和「培養健康的個人」；並針對此三大層面設定具體的細項目標，且提出下列五項用以監測的核心指標：

- 1、拉近原住民與台灣一般民眾之平均餘命。
- 2、降低原住民嬰幼兒死亡率。
- 3、降低原住民事故傷害及慢性肝病死亡率。
- 4、提昇結核病及新興傳染病發現率及完治率。
- 5、增加原住民部落健康營造中心數及節酒部落數。

(二)面對該白皮書提出的原住民健康遠景，目前有關原住民健康的政策法令仍只能依據從 1994 年推動迄今的「醫療網計畫」及其後續計畫（包括 2009-2012 年第六期醫療網計畫中的附屬章節）；然其法令位階仍僅限於衛生署，而非跨部會的運作；在業務執行上所需的人力物力資源則又分散於衛生署照護處、健保局與行政院原民會。因此，關心及從事原住民健康工作的衛生醫療單位與原住民目前僅能駕駛一輛宛如老舊的拼裝車（醫療網計畫附屬章節與業務單位分立），挑戰白皮書訂下的 2020 年原住民健康差距縮短的目標。

七、原住民族醫事人員培養計畫執行情形：

- (一) 1、衛生署為改善偏遠地區醫療資源缺乏以及健康不平等之情形，自 58 年起，即以公費培育原住民及離島地區醫事人員，期改善醫療資源之城鄉差距，現已培育原住民籍醫師 36 名、牙醫師 2 名及其他醫事人員若干名，以提升原住民地區醫事人員在地化醫療。
- (二) 考量原住民地區之人口成長老化以及公費生之培訓、服務期滿、退休等項變動因素，現行作法係由山地鄉所屬之各縣市衛生局，分析當地醫事人

力未來可能不足數額，提報預估需求員額，再由衛生署與專家學者及各縣市衛生局召開六次討論會議，完成 101-105 年度原住民地區之培育名額規劃，共計將培育各類醫事人力 57 名，公費生於完成訓練後即分發返鄉服務。

八、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」執行情形：

- (一)查衛生署配合中央健康保險局於 88 年開始，在全台灣所有山地離島地區，開辦 48 個「全民健康保險醫療給付效益提升計畫」(Integrated Delivery System, 下稱 IDS 計畫)，藉以改善各山地鄉及離島的基礎醫療水準，受惠對象計達 42 萬餘人，承作醫院均配合各地區實際需求，提供不同專科別之巡迴醫療服務。在現行全民健保總額預算支付制度下，每年計額外投入約新台幣 4~6 億元，已明顯提升原住民山地鄉整體健保醫療服務照護品質，並維護當地民眾健康權益。
- (二)本院會同衛生署及原民會履勘花蓮縣及台東縣基層衛生所，並與當地各衛生所代表進行座談，發現 IDS 計畫雖已有效提升山地離島地區醫療資源，惟其鄰鄉同屬地理交通不便區域，卻因未被劃入山地鄉，導致該類鄉鎮之居民無法獲得 IDS 計畫之澤被，顯有失公允。

九、健全原住民族勞動權益之具體措施：

- (一)依據原民會訂定之「原住民族工作權保障法」，為促進原住民就業，並保障其工作權與經濟生活，該法第 4 條及第 5 條明定，各級政府機關、公立學校及公營事業機構等，應僱用一定比率原住民；同法第 12 條及第 13 條亦規範，各級政府機關、公立學校及公營事業機構，辦理位於原住民

地區未達政府採購法公告金額之採購時，應由原住民個人、機構、法人或團體承包，而依政府採購法得標之履約廠商，倘國內員工總人數逾 100 人，應於履約期間僱用原住民，且其人數不得低於總人數百分之 1。此外，該法亦明定促進就業及勞資爭議與救濟等相關法令規範，以確保原住民勞動權益。

(二)為改善原住民失業率問題，經詢據原民會查復說明，該會除持續加強推動多項就業輔導措施，提供原住民對外就業機會之外，並規劃有促進部落產業發展方案，舉如：自 95 年度起，透過推動原住民部落永續發展計畫，建構部落永續發展之條件，復振部落傳統組織運作機制，促進部落在地就業機會，藉由推動原住民族經濟及產業發展計畫，補助地方政府輔導原住民族特色觀光產業、三生(生活、生產、生態)產業及原住民團體辦理產業發展活動；未來擬逐年降低依賴型社會救助計畫，以「工作福利」替代「社會救助」之積極性服務模式，激勵待業者融入就業市場，促進原住民自立自足之機會，並規劃發展部落潛力產業，鼓勵原住民地區發展文化創意產業，逐步研發產業技能與訓練模式，以帶動原住民經濟發展動能。

(三)另據行政院勞工委員會職業訓練局補充說明，該局為持續協助原住民就業，其政策主軸採立法與行政措施雙管齊下，以「都會區就業服務」、「原鄉就業服務」、「強化就業訊息流通」及「提供雇主僱用誘因」等措施，除並開拓原鄉就業契機外，並提供專業化就職服務能量，強化就業資訊快速傳遞服務，藉由提高雇主僱用誘因，協助

原住民順利就業。至其成效，據原民會勞動參與率與失業率統計，原住民歷年失業率(不含現役軍人)約占 5.07~10.33%之間，且呈現逐年遞減趨勢，95~100 年間之失業率與一般民眾差距幅度則均在 2%以內，足見原住民與一般民眾之勞動參與率大致相當；惟原住民往往因於就業上較為弱勢或就業技能未能相對提升，倘面臨失業困境，其所受衝擊更甚於一般民眾，實有待政府予以更為主動積極之就業服務與職業訓練協助。

十、基層衛生所之員額編制問題：

- (一)衛生署為健全基層衛生所人事營運制度，業於 89 年 5 月 6 日訂定「縣市衛生局所屬衛生所員額設置參考基準」，並於附表「衛生所員額設置參考基準」中，針對都市地區、一般鄉鎮、偏遠地區之衛生所，分別訂定各組織編制職稱及參考員額，以供各縣市參考。經查，除偏遠地區(含山地離島)醫師員額之編制為 2 至 3 名，一般鄉鎮與都會地區為 1 至 2 名之差別外，各地區之主任、醫事人員(醫師除外)及行政人員編配數多為一致。
- (二)本院會同原民會及衛生署赴台東縣及花蓮縣履勘當地原住民族醫療衛生業務執行實況期間，除發現衛生所公衛護理人力配置不足，且因兼具多項行政業務之故，以致無法深入當地執行預防保健業務，且部分偏鄉衛生所因緊鄰山地鄉，其地理與交通狀況均十分相似，卻因行政區域劃屬平地鄉鎮，故衛生所僅配置 1 名醫師，倘該名醫師執行巡迴醫療或一般門診業務，均將影響另一項醫療業務，醫療人力極為吃緊，勢難兼顧該所全般醫療業務，實為山地鄉鄰近偏遠地區基層衛生所普遍面臨之困境。

(三)對此，經詢據衛生署查復說明略以：「該署訂頒之基層衛生所組織編制職稱及參考員額基準，僅供各縣市訂定所轄衛生所編制之參考，各縣市仍得依當地實際需求，調整所轄衛生所人員之員額編制」、「為避免地方政府誤解，該署曾分別於93年2月27日及同年9月14日，將前述情事函知各縣市衛生局」、「衛生署致力於發展在地化醫療，賡續辦理養成計畫培育原住民族醫事人員，安排轄內養成計畫公費醫事人員返鄉服務，以作為山地鄉醫事人力主要來源，惟依地方自治條例，縣市所屬機關人員編制及衛生所(室)之管理，均屬地方政府權責。」基上說明，各直轄市及縣市政府衛生主管機關所屬衛生所之醫事人力配置，並非僅依現行衛生署訂頒之員額配置基準為憑；此外，地方制度法亦將衛生管理列屬直轄市及縣(市)自治事項，爰各地方政府衛生主管機關得視轄內衛生所之地理交通與業務需求等主、客觀要件，主動進行人力調整與配置，故倘轄內衛生所確有醫事人力需求，所屬衛生主管機關即可自行檢討人力配置之合宜性。

柒、調查意見：

據行政院衛生署(下稱衛生署)國民健康局(下稱國健局)分析資料顯示，民國(下同)98年台北市民預期壽命較花蓮、台東兩地縣民多達7.7歲，原住民族則比全國民眾少活8.9年。針對此一不合理現象，政府相關單位有無違失，認有深入瞭解之必要。案經本院向衛生署、行政院原住民族委員會(下稱原民會)、台東縣政府及花蓮縣政府調閱相關卷證及說明資料，並邀集多位專家學者蒞臨本院召開2場次諮詢會議；期間亦會同相關部會機關履勘台東縣、花蓮縣、桃園縣及新北市等地，實地瞭解山地與都市原住民聚落之生活實況，並與當地原住民事務主管機關及各級衛生機關代表人員進行座談。嗣約詢衛生署賴副署長進祥、原民會夏副主任委員錦龍、內政部曾常務次長中明、行政院勞工委員會職業訓練局(下稱職訓局)廖副局長為仁暨相關主管人員等，茲據本院諮詢專家學者、履勘暨實地訪查所得資訊及各機關函復說明、約詢答復與相關書面資料，臚列調查意見如下：

一、行政院允應重視原住民族與台東、花蓮等縣縣民之平均餘命長期偏低的不合理，不公平現象；行政院應進行跨部會合作與協商，共同努力提出有效的改進策略與方案，俾及早縮小各地區、各族裔間國民健康不均等之差距：

(一)依據內政部公布99年原住民生命表顯示(附表1)，99年原住民人口的零歲平均餘命為70.30歲，男性為66.00歲，女性為74.78歲，男女性的平均餘命差距約為8.78歲，較全國男女性的平均餘命差距6.42歲為大；其中男性平均餘命比全國低10.14歲，女性低7.77歲，顯見原住民族平均餘命較低且男女性差異較大。此與原住民多從事

傷害事故較高之體力工，以及喝酒、衛生、飲食等生活習慣有密切相關。故重視原住民族平均餘命較低問題，由改善經濟條件、生活環境及習慣方面進行，當有助於增強其健康衛生，提高其平均餘命。而原住民雖是台灣最早的居民，迄今不論教育、經濟、就業等社經地位均處於劣勢，依 99 年原住民經濟狀況調查，原住民家庭每人每月最低生活費低於我國貧窮線以下達 58.2%；依 98 年就業狀況調查顯示，原住民多從事製造業及營造業等高危險的非技術性工作，易發生職業災害及意外事故；依 98 年原住民健康統計，原住民事故傷害粗死亡率每 10 萬人口 77.8 人，為第二大死因，其中以負擔家庭生計之男性占多數，嚴重影響原住民健康及家庭幸福。

(二) 又依據內政部公布 99 年國人生命表編算結果顯示，就五直轄市及台灣省各縣市同期兩性零歲平均餘命而言，以台北市 82.42 歲最高、新北市 80.30 歲居次，台東縣之 74.24 歲最低，花蓮縣之 74.96 歲次低（附表 2）；台東縣、花蓮縣分別較台北市低 8.18 歲及 7.46 歲，差距雖然持續縮小中，但仍顯示台東、花蓮兩縣受人口結構差異、地理環境及生活習慣之影響致平均餘命相對較低。

(三) 另據本院諮詢專家學者意見，咸認為影響平均餘命與總人口死亡率之因素相當複雜，想要完全消弭落差則還有很長的路和很多的挑戰，需要中央與地方結合衛生以外的部門共同努力，採取世界衛生組織建議的兩大原則—「全政府的動員」（whole government approach）與「各項政策皆應考量健康效應」（health in all policies），從

家庭生活條件、就學與就業三大面向全面改善，才能有效跨越健康人權上的階級鴻溝。

- (四)綜上，長期以來，台灣原住民與台東、花蓮縣民之健康狀況一直位於全民健康的底層，數十年來年居高不下的標準化死亡率與差異明顯的平均餘命，顯示台灣健康不均等的現象仍有極大改善的空間。故行政院允應重視原住民族與台東、花蓮縣民之平均餘命長期偏低的不合理，不公平現象；參採前揭世界衛生組織建議的兩大原則，進行跨部會合作與協商，共同努力提出有效的改進策略與方案，俾及早縮小各地區、各族裔間國民健康不均等之差距。

二、行政院允應針對原住民族各項社會福利政策當前面臨之「籍在人不在」困境，督飭業管部會謀求跨機關之合作改善措施，避免經濟弱勢國民面對健保欠費鎖卡等問題，影響渠等之平等就醫權益：

- (一)我國自 84 年 3 月 1 日開始實施全民健康保險(下稱全民健保)至今，民眾納保比率高達 99.6%，幾近達到全民納保目標，此一制度除讓民眾就醫公平性獲得明顯改善，對於重大傷病及弱勢族群就醫權益之保障亦更為周延。惟據衛生署 98~100 年原住民全民健保納保率及遭欠費鎖卡人數統計，原住民族納保率約 93.87~94.63%間，平均約有近 6%原住民未能納保，且截至 100 年度，尚有 24,292 人未能納入全民健保制度內，已損及其就醫權益。
- (二)針對上情，經詢據相關機關查復說明如下：
- 1、衛生署部分：健保局為保障弱勢民眾就醫權益，自 99 年 10 月起，已實施「弱勢民眾安心就醫方案」，故倘有原住民符合「弱勢民眾安心

就醫方案」者，均已由該局主動予以解卡，且不因「籍在人不在」而受限。

- 2、原民會部分：對於不符合「弱勢民眾安心就醫方案」之原住民，因欠費而遭鎖卡者，該會亦於100年8月1日起，由就業服務員全面訪查，併同健保局有關健保相關欠費協助措施，諸如：分期繳納、紓困無息貸款、轉介愛心團體協助繳納等方案宣導，俾利協助健保欠費之繳納及輔導納保，降低原住民欠費遭鎖卡人數。
- 3、內政部部分：基於社會福利預算係由行政院主計總處依各類福利人口數設算社會福利補助經費挹注縣市政府，各縣市政府辦理各項社會福利措施，如低收入戶、老人福利、身心障礙福利、婦女福利等，均應依據相關福利法規規定，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關提出申請，惟縣市主管機關遇有申請民眾為非設籍該縣市者，可透過個案轉介流程，轉請設籍縣市主管機關協助處理。

(三)衛生署雖有前開保費補助及欠費解卡方案，然據原民會訪視結果，仍有不符「弱勢民眾安心就醫方案」之欠費者，其身分大多為20歲以上、未滿55歲之青壯年，且因「籍在人不在」之緣故，導致礙難達成協助原住民輔導就業及宣達健保欠費等相關協助措施。衛生署部分：健保局為保障弱勢民眾就醫權益，自99年10月起，已實施「弱勢民眾安心就醫方案」，故倘有原住民符合弱勢民眾安心就醫方案者，均已由該局主動予以解卡，且不因籍在人不在而受限。

(四)綜上，我國自實施全民健保制度後，大部分的原住民得以進入健保大傘下，免除其龐大醫療費用

負擔。然而，根據健保局統計，30 個山地鄉的納保率占 92%，此現象可能使得健康高危險群遺漏在健保傘外。原住民族納保率始終低於一般民眾，而未納保者又多屬經濟弱勢者，已然影響其就醫權益，揆諸原民會、衛生署及內政部現有社會福利及相關救助措施，尚能有效保障弱勢原住民就醫權益，惟相關補助作為仍無法擺脫「籍在人不在」之困境，勢難有效解決弱勢原住民欠費鎖卡等問題，故行政院允應督飭業管部會，通盤檢討弱勢原住民之全面性健保費補助作為，加強宣導並結合跨機關社會福利資源，以避免其因生活困境而影響其平等就醫之權益。

三、原民會與衛生署面對當前原住民遷徙都會區人口與日俱增（已逾原住民族人口總數四成四）之實況，未能衡酌其社會適應困難及社經地位薄弱之困境，予以必要及適切之援助，顯未善盡政府應照顧國民基本福祉與人權之職責，亟待改善：

（一）依據原民會 101 年 6 月底之居住地區人口統計資料顯示，原住民族人口數占率以都會區占最多，山地鄉次之，平地鄉最少：

- 1、全國原住民人口總計 523,498 人（100%）。
- 2、山地鄉原住民人口為 161,080 人（30.77%）。
- 3、平地鄉原住民人口為 132,010 人（25.22%）。
- 4、都會區原住民人口為 230,408 人（44.01%）。

（二）據統計，都會區之原住民大多從事板模工、水泥工、木工等高危險之體力勞動工作，職業災害比率偏高。又由於近年來建築業不景氣，原住民經常性失業狀況更形惡化，終致無法負擔健保保費，生病者甚至只能聽天由命。故原民會基於保障原住民弱勢者就醫權益，應專案補助原住民健保

費用，並積極清查「從未納保」與「中輟納保」者之戶籍資料，主動協助其納保，逐步由現行補助對象擴及全體第六類第二目保險對象，次將第二類、第三類納入，以澈底解決原住民納保之經濟負擔。此外，該會亦應積極提供原住民就業機會，俾使原住民有充分工作機會而不致無力繳納保費。

(三)當前原住民人口自原鄉外移都會地區之情況與日俱增，惟渠等離開原鄉後謀生不易，多有喪失歸屬之失落感，亦為影響健康之潛在心理因素；為瞭解都會原住民之實際生活狀況，本院會同原民會、衛生署、桃園縣政府及新北市政府等機關，實地訪查桃園縣大溪瑞興國宅及新北市三峽原住民族文化部落等原住民社區聚落期間，即見部分都市原住民為謀求生計，卻因位處社經弱勢，僅能從事勞動條件惡劣之職業，卻常遭逢不肖業者剝削，勞動權益無法獲得妥善保障，造成主要家計負擔者傷殘事件頻傳，又因現行長期照護制度無法符合其需求，以致老弱家庭成員必須照顧更弱勢者之現象，更增加家庭生計困境，足見都市原住民在主流社會中所面臨之生活問題，實不亞於山地鄉原住民。

(四)另本院於實地訪查期間，尚發現都市原住民面臨諸多生活問題，茲臚述如下：

- 1、單親家庭比率日趨增加，導致原住民勞動人口找工作時，多因顧慮家中幼兒，無法安心找尋配合孩童及家庭作息時間之合適工作。
- 2、隔代教養與日俱增，孩童也疏於陪伴與教養，造成許多孩童對於學習活動興趣缺乏。
- 3、與主流社會存有諸多隔閡，又欠缺文化歸屬

感，導致整體健康狀況日差；以鶯歌衛生所分析「三鶯部落死亡原因探討」為例，平均人口死亡年齡為 49.94 歲，男性平均死亡年齡更低於 48.9 歲，足見都會地區健康問題相當嚴重。

4、位處社經地位弱勢，勞動條件惡劣，又因欠缺相關權益知能，以致不肖業者未善盡勞工安全衛生職責，造成主要家計負擔者因工傷亡事件頻傳，更加劇其家庭生活困境。

5、現行部分福利措施(如幼兒托育、長期照護服務)不符合都市原住民需求，導致渠等無法獲得較完善協助，當求助無門之後，家庭負擔更形增加。

(五)據上，原住民與一般民眾之健康差距頗大，惟涉及諸多跨部會業務，實難以醫療衛生政策涵蓋，尤以原住民為謀求生活改善，移居都會區之比率與日俱增，惟囿於現行政策均以主流社會價值觀為考量，加以社會歧視與差別待遇，導致都市原住民更處社經地位弱勢。行政院允應督飭原民會確實瞭解都市原住民面臨困境與實際需求，積極會商其他業管部會，以「因地制宜」策略，謀求具體可行措施，減少文化衝擊，並衡酌原住民逐漸移居都市地區(逾 44%)之趨勢，積極責成衛生署改善其醫療照護設施與公共衛生狀況，以縮小其地理區位及醫療人權之落差。

四、內政部宜針對台灣氣候變遷及山區地理環境逐年惡化之趨勢，導致原住民族生活處境日趨艱困，儘早擬定危險地區遷移計畫，並由原民會與衛生署協助落實公共衛生與社區環境之改善措施：

(一)由於台灣原住民族居處偏遠山區，921 地震後，山區地質與自然生態嚴重惡化，98 年莫拉克風災

更造成慘重傷亡，災區重建又面臨部落安全與民意之間的競逐，災後地區地質十分脆弱，易造成再度災害。而據行政院農業委員會調查，全國土石流潛勢溪流 1,420 處中，近九成(1,248 處)的潛勢溪流位於原住民族地區，每逢颱風豪雨或地震，將嚴重影響原住民族生命財產安全。加上原住民族地區之區域發展失衡，部落公共安全設施不足，均威脅到民眾之正常生活。此揆諸 101 年之蘇拉、天秤颱風侵襲台灣，亟需大舉撤村者，殆為山地鄉之原住民自明。

- (二)第查行政院國家科學委員會(下稱國科會)氣候變遷團隊 100 年 11 月 9 日發表「台灣氣候變遷科學報告 2011」指出，台灣在本世紀末溫度將上升 2~3°C，且極端高溫的情形將日趨嚴重、低溫事件發生機率則將減少。在雨量方面，推估未來冬季雨量減少 3~22%，夏季雨量增加 2~26%，且降雨強度增加，對未來的防洪措施與水資源管理形成一大挑戰。
- (三)又查台灣的災害特性與全球趨勢一致，以水文氣象災害為主。根據近年來的災害統計(水災、坡地、旱災)分析，台灣的災害次數增加且災害特性改變(近年來多屬水土複合型災害)，災害程度也有加劇(災害損失增加與牽涉層面變廣)的現象。但台灣近年災害的程度加劇，除了氣候極端事件的增加外，台灣環境變遷也是重要因素之一，包括 921 地震後的地質變化、地層下陷問題、山區過度開發、都市化與經濟發展需求……等因素，都是導致災害日趨嚴重的重要因素。因此，面對災害日增，須同時兼顧氣候與環境變遷對原住民生計及安全的嚴重威脅。

(四)綜上，內政部宜針對台灣氣候變遷及山區地理環境逐年惡化之趨勢導致原住民族生活處境日趨艱苦，擬定危險地區遷移計畫，先行防避天然災害來奠定其安身立命之家園，並由原民會與衛生署協助落實相關公共衛生與社區環境之改善措施，以共同打造安和樂利之健康部落/社區。

五、原民會、衛生署、國科會允宜積極推動原住民醫療及健康狀況之研究與調查，尤其應針對其特殊疾病及生活處境，寬列專門經費及必要人力，進行持續性之追蹤調查研究，以尋求解決之對策：

(一)查當前國內原住民健康研究面臨三大限制：

1、基本資料的欠缺：目前台灣原住民健康資料的累積仍十分有限，以紐西蘭、澳洲為例：兩國原住民醫學網站均可連至政府網站，下載毛利族歷年衛生統計資料與澳洲原住民衛生統計資料，此舉不只有利相關人士監督政策的執行並評估其成效，也有利於國際研究經驗的分享與交流。惟台灣目前由原民會自 91 年建立衛生統計資料迄今，政府網站仍未見原住民衛生資料的連結。

2、研究人力的不足：我國原住民健康相關研究在 81 年高雄醫學大學成立「原住民健康研究室」開始，接著 82 年慈濟醫學院成立「原住民健康研究室」，繼而成立「原住民健康研究所」，然而迄今未見設置中央部會層級、以原住民健康議題為主要的研究單位。紐澳美加等國皆有專責原住民健康議題的國家級研究機構。此外，由於衛生研究項目與經費也未見長期規劃與配置，使得現有的研究人力未能充分善用，並且造成原住民健康研究成果難以落實在實際的醫

療服務工作中。

- 3、缺少國際交流經驗：長期以來國內原住民學者與紐澳美加等國原住民的健康資訊一直未能有效的連結運用，在資訊隔閡下研究經驗難以充分交流，形成國內原住民醫護人員及研究人才的孤立困境。2000年起，紐澳美加等國原住民醫護人員與各國相關學者進行國際經驗交流，進而提升國際視野與研究能力，但國內原住民醫護人員卻遲至 2008 年才第一次參與此國際合作網絡，經驗交流的閉塞與研究視野的窄化也阻礙相關政策與研究工作改善的步伐。

(二)依據行政院原民會公布 98 年原住民十大死因及人口資料報告。原住民總體死因、死亡率均較非原住民高出 1.8 倍。原住民族最新十大死因，以「慢性肝病及肝硬化」、「慢性下呼吸道疾病」及「高血壓性疾病」等三項最為嚴重。其高於非原住民之比例，分別各為 4.3 倍、2.8 倍及 2.9 倍。而在原住民十大癌症方面，肝癌和肝內膽管癌，原住民男性高於女性 2.1 倍；胃癌，男性高於女性 2.7 倍；口腔癌，男性高於女性 4.3 倍。在這些數字的背後，反映著強烈文化差異因素，而且其健康問題已非單純的診斷或治療手段所能解決，其他因素（如心理因素，部落社會道德因素，文化因素及經濟因素）可能更明顯地影響著原住民的健康狀態。

(三)據上，原民會、衛生署(國家衛生研究院)、國科會允宜積極推動原住民醫療及健康狀況之研究與調查，尤其應針對其特殊疾病及生活處境，寬列專門經費及必要人力，進行持續性之追蹤調查研究，以尋求解決之對策，庶增進其健康福祉。

六、原民會與衛生署宜就「2020 健康國民白皮書」所揭櫫原住民族之健康願景，釐訂具體執行方案，並挹注必要之人力與經費，俾能如期達成政策目標：

(一) 醫療人權為新興的權利概念，從國際公約、各國法制及學者間的討論，歸納醫療人權之意義為「民眾有要求政府增進國民健康，普遍推行保健事業及健全醫療制度的權利；並能以人格主體者之地位，要求尊嚴、自由、平等地接受妥當之醫療照護及拒絕醫療之權利，以維護民眾尊嚴、私密與健康」。健康為人類生存發展之最基本權利，健康對原住民而言如同土地一樣，有著兩層意義：一是生命，二是生產。前者係指有健康的身體才有完整的生命，沒有生命的存在就沒有文化的延續和族群奮鬥的目標；生產的意義則意味著有健康的身體為基礎，才能謀求改善自己和家庭的環境。

(二) 衛生署於 2008 年出版「2020 年健康國民白皮書」，已具體描繪出國人健康的未來願景，在該白皮書之「原住民」專章中分別從三個層面提出健康的遠景，即「建構健康部落/社區」、「建構健康的家庭與生活」和「培養健康的個人」；並針對此三大層面設定具體的細項目標，且提出下列五項用以監測的核心指標：

- 1、拉近原住民與台灣一般民眾之平均餘命。
- 2、降低原住民嬰幼兒死亡率。
- 3、降低原住民事故傷害及慢性肝病死亡率。
- 4、提昇結核病及新興傳染病發現率及完治率。
- 5、增加原住民部落健康營造中心數及節酒部落數。

(三) 面對該白皮書提出的原住民健康遠景，目前有關

原住民健康的政策法令仍只能依據從 1994 年推動迄今的「醫療網計畫」及其後續計畫（包括 2009-2012 年第六期醫療網計畫中的附屬章節）；然其法令位階仍僅限於衛生署，而非跨部會的運作；在業務執行上所需的人力物力資源則又分散於衛生署照護處、健保局與行政院原民會。因此，關心及從事原住民健康工作的衛生醫療單位與原住民目前僅能駕駛一輛宛如老舊的拼裝車（醫療網計畫附屬章節與業務單位分立），挑戰白皮書訂下的 2020 年原住民健康差距縮短的目標。

（四）綜上，未來政府努力的方向，將在於如何面對原住民個人、家庭及部落健康議題所遭逢的困境，務實地由生物醫學、生命倫理與文化反省的面向重新檢討原住民部落與主流社會的健康不平等，在自治自主的環境下，來降低危害原住民的個人健康、家庭健康以及部落社區健之風險，讓原住民家庭及部落達到永續發展和健康安全的境界。為此，應即刻在衛生署內成立「原住民族健康委員會」，負責協調及推動 2020 健康國民政策白皮書原住民工作，進一步籌備成立跨部會推動組織，並由原住民主導，制定原住民健康促進法案，相信這些具體作法才能使原住民健康的發展有具體的時程和方向。

七、衛生署應落實原住民族醫師及護理人員培育計畫，並逐年擴大其規模，賡續培育原住民之醫事人員計畫，俾落實「在地化醫療」之使命：

（一）查山地鄉地區因特殊的地理環境和文化背景，長期以來，無論是生活條件或是各項資源，相較於一般平地地區皆呈現相對的不足與缺乏，多數無醫院，醫療照護主要依賴衛生所或當地開業醫師

提供。為讓基層醫療資源不虞匱乏，衛生署賡續辦理養成計畫，培育原住民之醫事人員，以作為山地鄉醫事人力主要來源。

- 1、衛生署為改善偏遠地區醫療資源缺乏以及健康不平等之情形，自 58 年起，即以公費培育原住民及離島地區醫事人員，期改善醫療資源之城鄉差距，現已培育原住民籍醫師 36 名、牙醫師 2 名及其他醫事人員若干名，以提升原住民地區醫事人員在地化醫療。
- 2、考量原住民地區之人口成長老化以及公費生之培訓、服務期滿、退休等項變動因素，現行作法係由山地鄉所屬之各縣市衛生局，分析當地醫事人力未來可能不足數額，提報預估需求員額，再由衛生署與專家學者及各縣市衛生局召開六次討論會議，完成 101-105 年度原住民地區之培育名額規劃，共計將培育各類醫事人力 57 名，公費生於完成訓練後即分發返鄉服務。

(二)另衛生署為強化原住民地區之醫師人力運用，亦已採取以下措施：

- 1、修訂原住民及離島地區醫事人員養成計畫公費生之服務管理要點，將衛生署所屬之醫院，同樣納為分發範圍，並且規定於原住民地區之間相互支援，可以不受時段限制，藉以增加養成公費生之人力靈活應用；另為強化在地醫事人力素質，補助現職醫事人員在職進修，鼓勵服務期滿醫師繼續服務，或獎勵輔導其選擇留在當地自行開業。
- 2、積極建置原住民鄉健康資訊系統，以及離島地區醫療數位化之系統，使完整的醫療照護品質，深入山地離島偏遠部落，此項工作採分年

分階段方式建置，目前已經完成建置宜蘭等 15 縣之 48 家衛生所、308 個巡迴醫療點。另亦在原住民地區建置醫療影像傳輸系統(PACS)，已經建置完成計有 32 家衛生所之 PACS 系統(包含跨區調閱系統)，均與衛生署醫院連線，透過大型醫院專科醫師支援，進行醫療影像確診，藉以減少轉診後送，讓原住民鄉之衛生所醫師，可以從事醫療診斷，避免重覆使用資源，提升醫療服務品質，滿足民眾就醫需求。

3、另衛生署於原住民鄉，也都設置有急診醫療站，以南投縣之仁愛鄉為例，即設有 2 個急診醫療站：一為霧社急救中心，每天均 24 小時運作；二為清境農場設置之假日醫療站，假日全天運作，藉以提供原住民鄉緊急醫療及專科醫師之服務。

(三)質言之，政府培育原住民的醫學人才，為原住民族健康把關，應當給予原住民族能有完整自主性，才能跨越文化隔閡，給予良好的醫療照護。故衛生署應落實原住民族醫師及護理人員培育計畫，並逐年擴大其規模，賡續培育原住民醫事人員計畫，俾落實「在地化醫療」之使命。

八、衛生署為保障山地離島居民醫療權益，已透過「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，對整合導入鄉外醫療資源頗有助益；惟可再就部分地理交通狀況相似之鄰近鄉里，務實考量納入該計畫執行區域之可行性，以造福更多受益鄉民：

(一)查衛生署配合中央健康保險局於 88 年開始，在全台灣所有山地離島地區，開辦 48 個「全民健康保險醫療給付效益提升計畫」(Integrated Delivery System，下稱 IDS 計畫)，藉以改善各

山地鄉及離島的基礎醫療水準，受惠對象計達 42 萬餘人，承作醫院均配合各地區實際需求，提供不同專科別之巡迴醫療服務。在現行全民健保總額預算支付制度下，每年計額外投入約新台幣 4~6 億元，已明顯提升原住民山地鄉整體健保醫療服務照護品質，並維護當地民眾健康權益。

- (二) 本院會同衛生署及原民會履勘花蓮縣及台東縣基層衛生所，並與當地各衛生所代表進行座談，發現 IDS 計畫雖已有效提升山地離島地區醫療資源，惟其鄰鄉同屬地理交通不便區域，卻因未被劃入山地鄉，導致該類鄉鎮之居民無法獲得 IDS 計畫之澤被，顯有失公允。
- (三) 經探究健保局 IDS 計畫之實施內涵，係藉由額外醫療給付，導入鄉外健保醫療資源，讓醫院與當地衛生所或基層診所充分結合，並視實施地區民眾醫療需求，提供在地化服務，包括：定點門診、24 小時急診、夜間門(待)診、居家照護、慢性病訪視、疾病管理、轉診後送、巡迴服務、到宅診療等，甚至有專科門診、精神病照護或因緊急災害之臨時安置等服務。對於欠缺醫院提供醫療照護，且無次專科之衛生所，實屬提升當地基層醫療水準之根本作為，故健保局允宜就前述偏遠地區鄉鎮得否納入 IDS 計畫之施行範圍，專案進行通盤考量。
- (四) 綜上所述，衛生署為提升山地離島地區民眾醫療照護品質，已由健保局透過實施 IDS 計畫，導入鄉外醫療院所資源，整合當地衛生所或基層診所，以從根本提升當地醫療照護水準；惟為使偏鄉原住民就醫權益及當地基層醫療品質同時獲得提升，衛生署宜通盤考量部分偏鄉地理位置及交通

狀況，在現有實施架構下，務實評估納入 IDS 計畫施行範圍之利弊分析，以提升偏鄉居民之醫療給付效益，強化當地基層醫療機構服務品質，保障渠等健康權益。

九、原民會允宜結合各級勞工事務主管機關，於提供原住民失業津貼及就業輔導之際，同時強化渠等之心理建設，並會商相關部會，謀求健全原住民族勞動權益之具體改革措施，以提升原住民勞動品質：

(一)依據原民會訂定之「原住民族工作權保障法」，為促進原住民就業，並保障其工作權與經濟生活，該法第 4 條及第 5 條明定，各級政府機關、公立學校及公營事業機構等，應僱用一定比率原住民；同法第 12 條及第 13 條亦規範，各級政府機關、公立學校及公營事業機構，辦理位於原住民地區未達政府採購法公告金額之採購時，應由原住民個人、機構、法人或團體承包，而依政府採購法得標之履約廠商，倘國內員工總人數逾 100 人，應於履約期間僱用原住民，且其人數不得低於總人數百分之 1。此外，該法亦明定促進就業及勞資爭議與救濟等相關法令規範，以確保原住民勞動權益。

(二)為改善原住民失業率問題，經詢據原民會查復說明，該會除持續加強推動多項就業輔導措施，提供原住民對外就業機會之外，並規劃有促進部落產業發展方案，舉如：自 95 年度起，透過推動原住民部落永續發展計畫，建構部落永續發展之條件，復振部落傳統組織運作機制，促進部落在地就業機會，藉由推動原住民族經濟及產業發展計畫，補助地方政府輔導原住民族特色觀光產業、三生(生活、生產、生態)產業及原住民團體辦理

產業發展活動；未來擬逐年降低依賴型社會救助計畫，以「工作福利」替代「社會救助」之積極性服務模式，激勵待業者融入就業市場，促進原住民自立自足之機會，並規劃發展部落潛力產業，鼓勵原住民地區發展文化創意產業，逐步研發產業技能與訓練模式，以帶動原住民經濟發展動能。

(三)另據行政院勞工委員會職業訓練局補充說明，該局為持續協助原住民就業，其政策主軸採立法與行政措施雙管齊下，以「都會區就業服務」、「原鄉就業服務」、「強化就業訊息流通」及「提供雇主僱用誘因」等措施，除並開拓原鄉就業契機外，並提供專業化就職服務能量，強化就業資訊快速傳遞服務，藉由提高雇主僱用誘因，協助原住民順利就業。至其成效，據原民會勞動參與率與失業率統計，原住民歷年失業率(不含現役軍人)約占 5.07~10.33%之間，且呈現逐年遞減趨勢，95~100 年間之失業率與一般民眾差距幅度則均在 2%以內，足見原住民與一般民眾之勞動參與率大致相當；惟原住民往往因於就業上較為弱勢或就業技能未能相對提升，倘面臨失業困境，其所受衝擊更甚於一般民眾，實有待政府予以更為主動積極之就業服務與職業訓練協助。

(四)此外，有鑑於弱勢原住民多欠缺教育資源，導致其就業競爭力低下，行業選擇極為有限，多僅能從事高風險或低收入等勞力密集產業，又因渠等欠缺勞資權益相關知能，無法保障自身權益，故時有聽聞原住民遭受業者不當剝削或違法解聘事件，更有業者未能善盡勞工安全衛生職責，導致原住民遭受意外傷亡，卻未能依法獲得相關保險

補助等情事，類此不利原住民之勞動因素，亦為渠等欠缺就業意願關鍵，原民會及各級勞工事務主管機關均應予以重視，並謀求具體策進作為。

- (五)綜上所述，外界以為原住民最大的問題是酗酒，事實上，關鍵在失業，而原住民失業率高於一般民眾之主因，除無法謀求妥適工作外，仍見多數原住民或因職業不符個人需求，或未及時調適工作心態，以致部分原住民就業意願低落，甚至衍生高離職潮，造成業者多不願意聘僱原住民，又加劇原住民族就業困難。故原民會會同相關機關執行原住民族失業補助及就業輔導措施期間，除應持續追蹤失業原民之就業動態，亦應及早在就業輔導期間，健全從業人員久任心態，以提升業者聘僱意願；此外，原民會亦應會商各級勞工事務主管機關，積極謀求提升原住民勞工權益知能之具體作為，強化渠等就業歧視及勞資糾紛之申訴管道，並委請各級勞工機關對聘僱業者適時輔以勞動檢查，方能確實保障原住民勞動權益，營造對原住民族友善之就業場所。

十、台東縣及花蓮縣政府允應正視轄內偏鄉衛生所反映之醫事人力不足等訴求，務實評估基層衛生所之地理交通狀況及實際業務需求，適時賦予足夠之員額編制，以確保當地居民之就醫權益：

- (一)有關台東及花蓮地區醫療資源分布不均衡，原住民人口比率較高，致使其縣民之平均餘命恆較全體國民呈現長期偏低情形，更衍生國民健康不平等之重大差距，已如前述。
- (二)衛生署為健全基層衛生所人事營運制度，業於89年5月6日訂定「縣市衛生局所屬衛生所員額設置參考基準」，並於附表「衛生所員額設置參考

基準」中，針對都市地區、一般鄉鎮、偏遠地區之衛生所，分別訂定各組織編制職稱及參考員額，以供各縣市參考。經查，除偏遠地區(含山地離島)醫師員額之編制為2至3名，一般鄉鎮與都會地區為1至2名之差別外，各地區之主任、醫事人員(醫師除外)及行政人員編配數多為一致。

(三)本院會同原民會及衛生署赴台東縣及花蓮縣履勘當地原住民族醫療衛生業務執行實況期間，除發現衛生所公衛護理人力配置不足，且因兼具多項行政業務之故，以致無法深入當地執行預防保健業務，且部分偏鄉衛生所因緊鄰山地鄉，其地理與交通狀況均十分相似，卻因行政區域劃屬平地鄉鎮，故衛生所僅配置1名醫師，倘該名醫師執行巡迴醫療或一般門診業務，均將影響另一項醫療業務，醫療人力極為吃緊，勢難兼顧該所全般醫療業務，實為山地鄉鄰近偏遠地區基層衛生所普遍面臨之困境。

(四)對此，經詢據衛生署查復說明略以：「該署訂頒之基層衛生所組織編制職稱及參考員額基準，僅供各縣市訂定所轄衛生所編制之參考，各縣市仍得依當地實際需求，調整所轄衛生所人員之員額編制」、「為避免地方政府誤解，該署曾分別於93年2月27日及同年9月14日，將前述情事函知各縣市衛生局」、「衛生署致力於發展在地化醫療，賡續辦理養成計畫培育原住民族醫事人員，安排轄內養成計畫公費醫事人員返鄉服務，以作為山地鄉醫事人力主要來源，惟依地方自治條例，縣市所屬機關人員編制及衛生所(室)之管理，均屬地方政府權責。」基上說明，各直轄市及縣市政府衛生主管機關所屬衛生所之醫事人力配

置，並非僅依現行衛生署訂頒之員額配置基準為憑；此外，地方制度法亦將衛生管理列屬直轄市及縣(市)自治事項，爰各地方政府衛生主管機關得視轄內衛生所之地理交通與業務需求等主、客觀要件，主動進行人力調整與配置，故倘轄內衛生所確有醫事人力需求，所屬衛生主管機關即可自行檢討人力配置之合宜性。

- (五)綜上所述，衛生署雖針對都市地區、一般鄉鎮、偏遠地區之衛生所，分別訂定各該組織編制之職稱及參考員額，供各縣市訂定所轄衛生所編制之參考，惟僅屬參考性質；另依地方制度法規定，有關所屬衛生所組織規程、人員員額設置基準及人員遴用，係屬地方政府職權，故台東及花蓮縣政府自得視實際情形，本於法定權責進行必要之人力之配置，以符合當地基層醫療需求。

捌、處理辦法：

- 一、調查意見一至二，函請行政院督飭所屬確實檢討改進見復。
- 二、調查意見三至六、九，函請行政院原住民族委員會確實檢討改進見復。
- 三、調查意見三至八，函請行政院衛生署確實檢討改進見復。
- 四、調查意見四、五、九，分別函請內政部、行政院國家科學委員會、行政院勞工委員會研議辦理見復。
- 五、調查意見十，函請台東縣、花蓮縣政府研議辦理見復。
- 六、本調查報告審議通過後，調查意見（含附表）上網公告。
- 七、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族、財政及經濟、教育及文化委員會聯席會議處理。

調查委員：周委員陽山

劉委員玉山

陳委員進利

中 華 民 國 101 年 8 月 30 日
附件：本院 100 年 10 月 21 日院台調壹字第 1000800438
號派查函暨相關案卷 2 宗。

附表 1

民國 99 年原住民與全體國民零歲平均餘命之比較表

單位：歲

身分別	零歲平均餘命			零歲平均餘命差距		
	兩性	男性	女性	兩性	男性	女性
全體國民	79.18	76.13	82.55	-	-	-
全體原住民	70.30	66.00	74.78	-8.89	-10.14	-7.77
山地原住民	68.43	63.67	73.23	-10.75	-12.46	-9.32
平地原住民	72.38	68.54	76.56	-6.80	-7.59	-5.99

註：1. 零歲平均餘命差距 = 各列原住民零歲平均餘命 - 全體國民零歲平均餘命。

2. 差距係經實際數字計算後四捨五入至小數點第二位，故部分尾數有捨位誤差。

表 2 我國各地區零歲平均餘命之比較

單位：歲

地 區 別	99年			98年			增 減 值		
	兩 性 (1)	男 性 (2)	女 性 (3)	兩 性 (4)	男 性 (5)	女 性 (6)	兩 性 (7)=(1)-(4)	男 性 (8)=(2)-(5)	女 性 (9)=(3)-(6)
總計	79.18	76.13	82.55	79.01	76.03	82.34	0.18	0.10	0.21
按直轄市分									
新北市	80.30	77.51	83.38	79.92	77.21	82.96	0.38	0.30	0.42
臺北市	82.42	80.06	84.81	82.16	79.86	84.53	0.25	0.19	0.29
臺中市	78.86	76.11	81.85	78.60	75.94	81.53	0.26	0.17	0.32
臺南市	78.26	75.21	81.69	77.99	74.94	81.44	0.28	0.27	0.25
高雄市	77.81	74.86	81.13	77.49	74.56	80.82	0.32	0.30	0.31
按臺灣省各縣市分									
宜蘭縣	78.34	75.16	82.03	77.94	74.80	81.61	0.40	0.36	0.42
桃園縣	79.52	76.84	82.84	79.27	76.72	82.45	0.24	0.13	0.40
新竹縣	78.51	75.65	81.93	78.59	75.81	81.95	-0.08	-0.16	-0.02
苗栗縣	78.31	75.03	82.28	77.89	74.60	81.94	0.42	0.42	0.35
彰化縣	78.81	75.42	82.71	78.39	74.98	82.36	0.41	0.44	0.35
南投縣	77.44	74.07	81.47	77.03	73.56	81.21	0.42	0.51	0.26
雲林縣	77.08	73.41	81.56	76.54	72.96	80.95	0.54	0.46	0.61
嘉義縣	77.70	74.25	81.92	77.48	74.12	81.57	0.22	0.12	0.35
屏東縣	75.96	72.52	80.05	75.75	72.24	80.00	0.20	0.28	0.05
臺東縣	74.24	70.69	78.72	73.73	70.06	78.53	0.51	0.63	0.20
花蓮縣	74.96	71.42	79.29	74.36	70.68	79.00	0.60	0.74	0.29
澎湖縣	79.35	76.03	83.25	79.30	75.92	83.35	0.05	0.11	-0.09
基隆市	78.26	75.30	81.59	78.11	75.23	81.38	0.15	0.07	0.21
新竹市	80.20	77.14	83.50	79.69	76.74	82.89	0.51	0.40	0.61
嘉義市	78.89	75.99	81.84	78.77	75.86	81.79	0.13	0.13	0.05

註：1. 金馬地區因人數太少，故無法單獨編算。

2. 本表數字係經實際數字編算後四捨五入至小數點第二位，故部分增減值尾數有捨位誤差。