

論我國衛生及社會安全部的組織設計

林萬億

為接續先前未完成立法的「行政院組織法修正草案」，民國 90 年總統府設政府改造委員會，提出「顧客導向、彈性創新、伙伴關係、責任政治、廉能政府」五大理念，規劃打造一個具全球競爭力的活力政府。遂於 91 年 4 月間提出新的行政院組織法修正草案，送立法院審議。

依民國 93 年 6 月 23 日通過的「中央行政機關組織基準法」規定，行政院得最多設 13 個部會、4 個委員會及 5 個相當二級獨立機關。行政院配合基準法的總量管制要求及第 35 條第 1 項規定，爰再次審酌國內政治、經濟與社會情勢變遷需要，重行擬具「行政院組織法修正草案」，於 94 年 11 月 17 日送法制、內政及民族、預算及決算委員會第 3 次聯席會議繼續審查，除通過條文外，其餘保留條文將送黨政協商後，送院會處理。其中社會福利與衛生行政體系合併設置「衛生與社會安全部」。這樣的部會設置滿足了提升社會福利行政位階的期待，也回應健康照顧與社會服務整合的需求。

然而，真正考驗我國中央政府社會

福利行政體系是否能符合前述「顧客導向、彈性創新、伙伴關係、責任政治、廉能政府」的規劃理念，實寄望於「衛生與社會安全部」組織調整規劃的合理性。本文就以 94 年 3 月行政院衛生署與內政部所提出的「衛生與社會安全部」組織調整規劃報告初稿（草稿）為本，提出規劃構想與建議。

依「衛生與社會安全部」組織調整規劃報告初稿（草稿）內容，衛生及社會安全部將設社會保險及救助司、醫事及福利資源司、婦女及社會發展司、社會及家庭服務司、長期照護司、健康促進及心理衛生司、科技發展及國際合作司、綜合計畫司等政策單位，以上各司均設 8 科；健康保險局、疾病預防管制署、藥物食品管理署、醫療及福利機構營運局、國民年金局（暫訂）、財團法人國家衛生研究院、財團法人醫院評鑑及醫療品質策進會、財團法人器官捐贈登錄中心等執行單位；資訊統計處（6 科）、法制處（3 科）、總務處（5 科）、人事處（5 科）、政風處（3 科）、主計處（5 科）等幕僚單位。以及各種委員會，如傳統

醫學管理會、健保監理會、健保費協定會、法規會、訴願會。(見圖 1)
會、健保爭審會、家庭暴力及性侵害防治

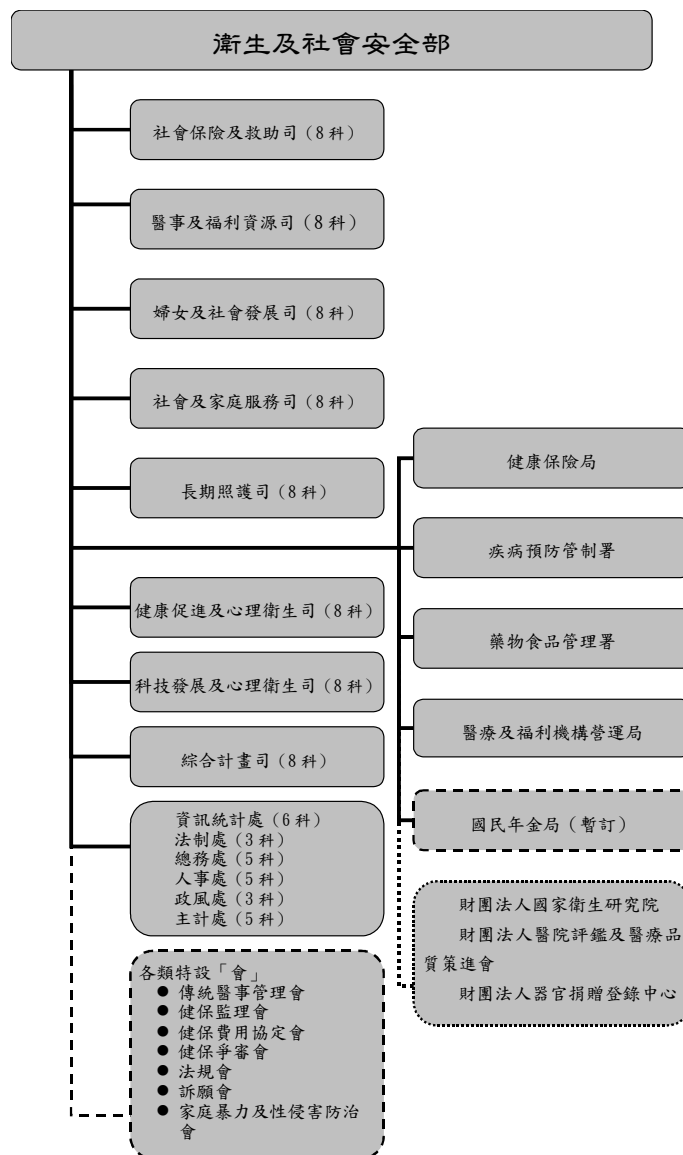


圖 1：台灣衛生及社會安全部組織架構圖草案

壹、部會名稱的爭議

這個部會名稱爭議性頗大。先不談其簡稱「衛安部」(慰安部)的優雅與否，而

單就其專業性的角度，就有諸多可爭議之處。

就衛生署的角度來看，只要繼續維持衛生事務有全國性的統籌機關，獨立成部

或與他部會合併，大致上都可接受。世界各工業先進國家的中央政府組織，有獨立設健康部者，英國、加拿大、紐西蘭；也有將健康與社會事務合設一部者，如美國、瑞典、芬蘭、韓國等；也有將衛生、福利、勞動合設一部者如日本。不論如何，健康或衛生都是中央政府組織的重要成分之一。因此，將衛生與福利合部，是簡化組織，提升效能的正確方向。

然而，依國際通用的「社會安全」(social security)定義是指「社會提供所得支持那些由於老年、疾病、失業、工作傷害等事故而失去所得的國民的一種制度」(Barker, 1999)。在美國，社會安全主要指「老年、遺屬、殘障保險」(OASDI)的現金給付，以及醫療照顧(medicare)方案，也就是美國的社會安全法案(Social Security Act)所規範的內容。在其他國家，通常也指以現金為主的社會保險、社會津貼與社會救助給付，頂多加上醫療照顧。據此，要將社會安全取代社會福利的全貌，是很牽強的，也不易被國人理解；且目前世界各國也鮮有這樣的部會名稱。

倘若，將社會安全改為社會福利，也有瑕疵。蓋因社會福利(social welfare)在國際上泛指「一種國家的方案、給付與服務體系，以協助人民滿足其社會、經濟、教育與健康需求，此乃社會維持的基礎。」(Barker, 1999)亦即，社會福利已涵蓋了社會安全、健康、社會服務、教育。在國人心目中，教育本不屬於社會福利，但是，

社會保險、社會救助、福利服務、就業安全、醫療保健等都屬政府社會福利預算的範圍。這是自民國 80 年代以來，好不容易建立起來的共識。如果將衛生與社會福利並列，將導致大餅包小餅的現象，也讓勞動與人力資源部所主管的就業服務與勞工福利，成了「非福利」。因此，模仿瑞典、芬蘭，取名為「健康與社會事務部」(Ministry of Health and Social Affairs)，較為妥適。不但凸顯健康的重要性，也將社會福利中除了健康、勞工、農民與原住民福利之外的社會事務納入，不至於有相互包含的邏輯謬誤問題，何況，地方政府的社會局(Bureau of Social Affairs)，也不叫社會安全局或社會福利局。

除了名稱的爭議之外，本規劃報告，還有一些組織結構與業務分工的爭議。其中最值得檢討的是以醫療角度來看社會福利，造成很大的扭曲。將陸續在以下各節中分別敘明。

貳、參酌國際經驗

目前世界上將健康與社會福利事務合部的有美國的「健康與人群服務部」(Department of Health and Human Services)、韓國的「健康與福祉部」(Ministry of Health and Welfare)、瑞典的「健康與社會事務部」(Ministry of Health and Social Affairs)，以及芬蘭的「社會事務與健康部」(Ministry of Social Affairs and Health)。

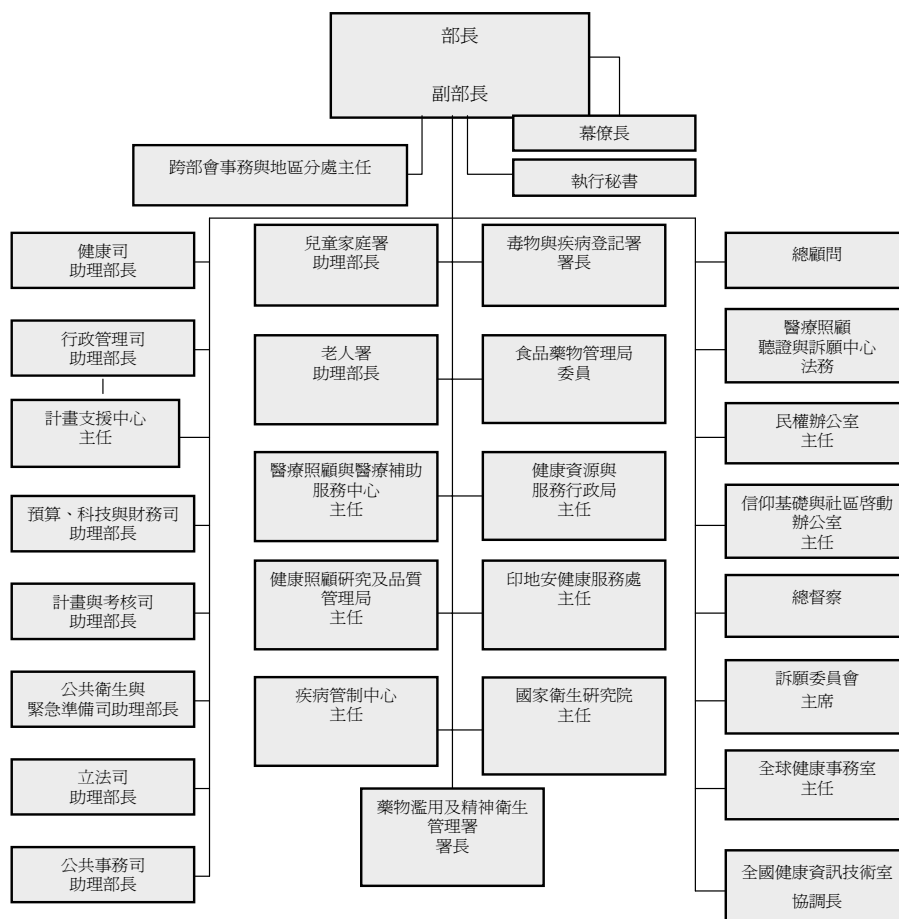


圖 2：美國健康與人群服務部組織圖

美國「健康與人群服務部」下設健康司、行政管理司、預算科技與財務司、計畫與考核司、公共衛生與緊急準備司、立法司、公共事務司、兒童與家庭署、老人署等屬於助理部長級（等於台灣的司長）的單位；以及非屬助理部長級的計畫支援中心、醫療照顧與醫療補助服務中心、健康照顧及品質研究管理局、疾病管制中心、藥物濫用及精神衛生管理署、食品藥物管理局、毒物及疾病登記署、健康資源與服務行政局、印地安健康服務處、國家

衛生研究院等；另設有總顧問、醫療照顧與聽證訴院中心、民權辦公室、信仰基礎與社區啟動辦公室、總督察、訴願委員會、全球健康事務室、全球健康技術資訊室等幕僚單位。（見圖 2）

瑞典的「健康與社會事務部」下轄 6 個司：社會保險、社會服務、健康照顧、公共衛生等司，及瑞典遺產基金委員會。此外，設 17 個政府機構、國家服務單位、研究院及各種委員會。（見圖 3）

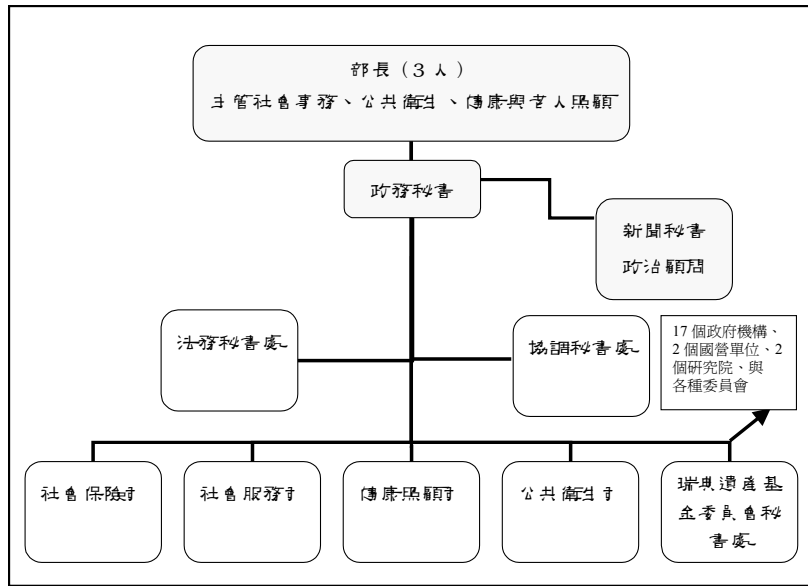


圖 3 瑞典健康與社會事務部

芬蘭的「社會事務與健康部」(Ministry of Social Affairs and Health) 下設行政、保險、家庭與社會事務、健康、財務規劃、就業安全與健康等司，儲備、

國際事務、顧問、資訊與溝通、性別平等
等室，以及平等監察、藥價、兒童監察等
委員會。(見圖 4)

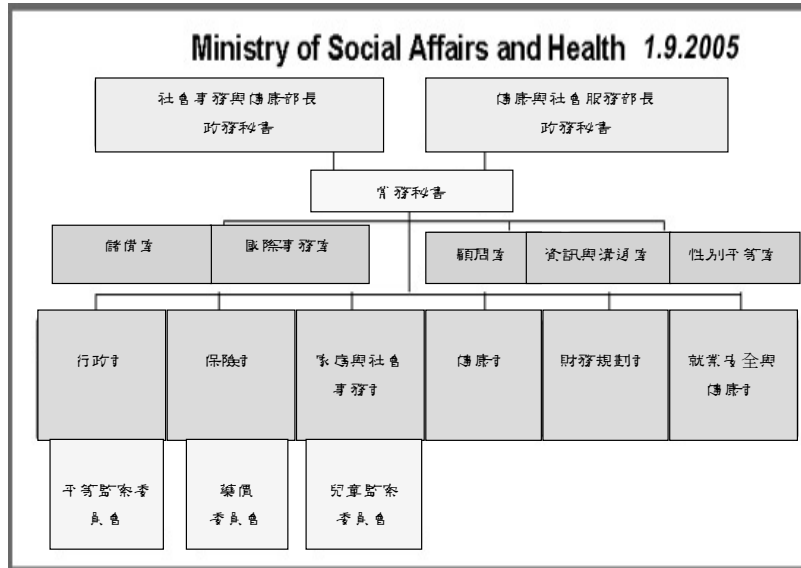


圖 4 芬蘭社會事務與健康部

韓國的「健康與福祉部」就更簡化了，下設社會福利政策室、健康照顧司、健康促進署、年金及健康保險署、政策公關經理辦公室，以及創新人力資源規劃、總務、

督察、漢醫政策等辦公室。(見圖 5) 可見韓國的健康與社會福利業務下放地方的情形很明顯。

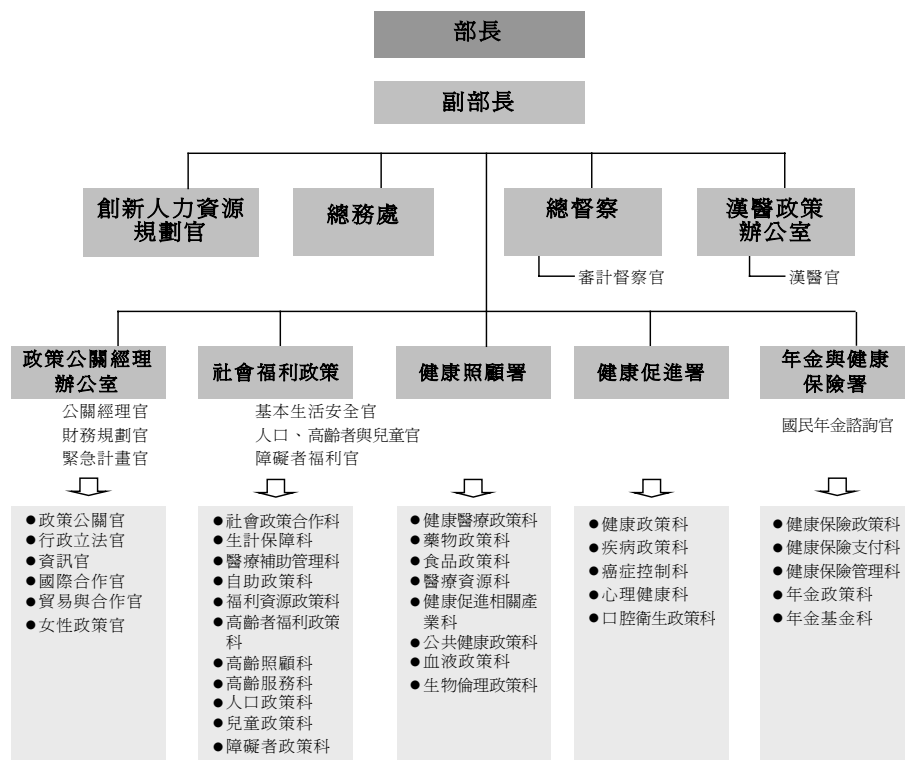


圖 5 韓國健康福祉部

從上述 4 個與台灣社會福利行政部會設置相似的國家的組織架構圖中可看出幾個特色：

1. 美國的組織龐大：由於美國屬聯邦制國家，且國土很大，又必須介入全球事務，因此，設了 9 個助理部長級的司、9 個業務執行的局署，以及 9 個人民服務與幕僚辦公室，其中健康部門單位多於人群服務部門單位，這與美國人群服務事務大量下放州政府層級有關。

2. 中小型國家如韓國、瑞典、芬蘭者衛生與社會行政部會的司署數量很少：幾乎都是健康照顧、公共衛生、社會服務、社會保險各一個司，再加上若干幕僚單位與委員會。

3. 衛生與社會服務的直接提供服務單位在地方政府，中央政府僅提供政策制訂。

4. 政策制訂與業務執行單位分開，如社會保險司與社會保險局分開。

5. 除了美國將社會服務分為兒童家

庭、老人兩個司外，其餘三國均將社會服務劃歸一個司統管，避免人口群被分割。

參、組織設計理念

任何政府部會組織的職掌設計，必然考慮制度的傳承、職掌劃分的專業性，以及國家社會經濟發展的前瞻性。既然，衛生與社會事務被認為適合合併設部，且勞動、教育事務亦分別有其部會主管，本部會的職掌已排除社會福利中的就業與教育部分。留下來的業務已很清楚，只要檢驗其是否周延、前瞻與專業，即可明白組織設計的品質。

一、制度傳承

我國衛生與社會安全的主管機關的制度設計，有以下演變階段：(林萬億，2002)

1. 社會、衛生、勞工均隸屬內政部 (1949~1971)
2. 衛生司升格為行政院衛生署 (1971~1987)
3. 勞工行政獨立自成體系 (1987~1999)
4. 精省後衛生與社會行政組織重整 (1999~2000)

精省後，台灣省政府衛生處裁併入行政院衛生署，在衛生署之下另設「中部辦公室」，承接衛生處業務，特別是主管所屬 1 家癩病療養院、5 家精神疾病療養院、1 所慢性病防治局，以及 26 家醫院，這些院所以前為省立，目前改為署立醫院。

此外，有部分組織也納入了整併，如 1999 年 7 月 1 日新設疾病管制局，合併自原先存在的防疫處、預防醫學研究所及檢疫總所。麻醉藥品經理處也於同時改為「管

制藥品管理局」，為具管制目的之公務機關。而保健處也被國民健康局所取代。

於是，目前衛生署有 6 處 (醫事、藥政、食品衛生、護理及健康照護、國際合作、企劃) 5 局 (中央健保、疾病管制、藥物食品檢驗、管制藥品管理、國民健康) 6 室 (人事、會計、統計、秘書、政風、中辦)、6 委員會，及附屬醫院、機關等，組織龐大到幾乎與美國聯邦政府衛生主管機關相等。

台灣省政府社會處併入內政部社會司，使社會司成為超級大的 14 個科，其調整重點如下：

(1) 內政部社會司北部維持 7 科：社會福利綜合規劃科、身心障礙者福利、老人福利、婦女福利、社會救助、社會保險、社會團體輔導。

(2) 內政部中部辦公室 (社政) 設置 5 科：職業團體輔導、社會發展、社區及少年福利、身心障礙福利機構輔導、老人福利機構輔導。

(3) 台中黎明設 2 科：合作事業輔導、合作行政管理。

原先屬社會司管的農漁民團體輔導業務於 2000 年 7 月移撥農業委員會辦理。內政部下另有一個家庭暴力及性侵害防治委員會，以及與社會福利極其相關的人口政策委員會。

最荒繆的組織設計是 1999 年 11 月 20 日內政部下依法設置的兒童局，將原來社會司主管的兒童福利業務撥歸兒童局主管，該局下設 4 個業務組：綜合規劃、保護重建、福利服務、托育服務。這是模仿美國 1912 年的兒童局組織，問題是當年美國並無聯邦社會福利主管機關，在進步主

義時代的社會改革者亞當絲女士 (Jane Addams) 等人的倡導下，先設了兒童局。俟聯邦政府於 1953 成立「衛生教育福利部」之後，家庭服務局、兒童局、老人局、少年犯罪與青年發展局均納入福利署，就沒有兒童局獨立存在的必要性。我們的兒童權益倡導團體誤解美國的歷史，再加上兒童局的同仁部分來自原省政府社會處，所以主張兒童局獨立存在，且設在台中，使得社會司成爲「沒有童年的司」。俟 2003 年兒童及少年福利法合併後，少年福利業務也歸併到兒童局，社會司更成爲「沒有童年、少年的司」，社會福利行政更加四分五裂。

可見我國的健康與社會福利中央主管機關的發展經驗並不均衡，將一個組織龐大的衛生署與組織位階低下且分裂的社會福利主管機關整併，很容易令人想成是衛生署併購社會司。因此，如何將組織過於腫大的衛生署瘦身，及將社會司、兒童局、家庭暴力及性侵害防治委員會、人口政策委員會合理統整，就成爲當前重要任務。

二、前瞻性

我國社會面對最大的挑戰是全球化的影響、人口老化與家庭變遷。首先，全球化過程包含哪些要素？喬治與威爾定 (George and Wilding 2002: 2; 林萬億與周淑美譯, 2004) 整理過去十年來各家的論述，發現有以下質素：

1. 世界各地社會間的連結增加且深化。
2. 金融資本流通幾無障礙，新聞與文化印象跨越世界。
3. 多國企業 (MNCs) 的活動與權力提升。

4. 經濟成長伴隨著所得不均的惡化。
5. 全球消費文化形成中。
6. 各國間的旅遊與移民人數增加；交通與電子通訊的加速，使得時間與空間加緊被壓縮。

7. 民眾大大地理解到世界所發生的事件，以及對該國可能造成的影響。

8. 迅速成長的政府與非政府跨國組織補充、替代與支持國家的活動。

從上述全球化的內涵來看，對社會與衛生的影響，有以下幾點：

1. 所得分配不均擴大。
 2. 失業的風險升高。
 3. 社會安全面臨私有化的挑戰。
 4. 疾病傳染途徑增多，如愛滋病、禽流感、SARS、狂牛症等。
 5. 移民人口增加，族群問題複雜化。
 6. 人口販賣、毒品、國際組織犯罪猖獗。
- 我國的衛生與社會安全部應就上述幾項，提出組織設計的回應。

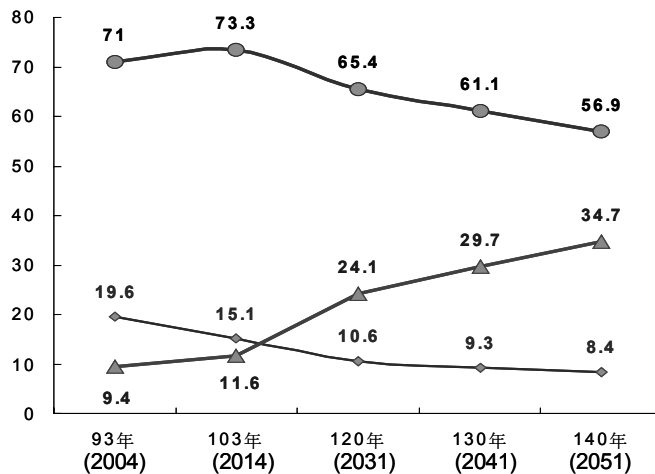
其次，人口老化問題如排山倒海而來。2004 年老人人口比率提高到 9.4%。而這樣的現象會因二次世界大戰後，嬰兒潮人口進入老化的 2014 年起，老人人口快速增加，從 273 萬人 (11.6%)，增加到 2021 年的 392 萬人 (16.54%)，那時，台灣人口老化的情形約略相等於瑞典 1980 年代末 (Korpi, 1995)，日本 1990 年代末 (Usui and Palley, 1997) 的水準。但是，到了 2031 年我國老人人口將達 24.1%，2041 年老人人口比再升高到 29.7%。到了 2051 年，全國超過三分之一的人口都是老人了。到那時，幼年人口只剩下了 8.4%。1.6 個青壯人口必須養一個老人，其負擔不可謂不重。(見圖 6)

人口老化速度則是另一個課題。台灣與日本一樣是世界上人口老化速度最快的國家。日本老人人口比從 1970 年的 7% 爬升到 1994 年的 14%，期間只有 24 年。相對於法國的 130 年，瑞典的 85 年，美國的 75 年，西德的 45 年 (Usui and Palley, 1997)，其差異不可謂不大。而台灣的情形類似，老年人口比從 1993 年的 7%，預估將爬升到 2017 年 13.56%，(經建會，2004) 期間也只有 24 年。

誠如 Galambos and Rosen (1999) 所言，最近人口老化速度快的國家，主因都是生育率的下降。日本不例外 (Usui and Palley, 1997)，我國的情形亦復如此。我國婦女生育數 (總生育率) 在 1981 年時是 1.72 人，這樣的出生率一直維持到 1990 年代初，1996 年甚至微升到 1.8 人，之後，快速下滑到 2001 年的 1.4 人，2004 年已下降到 1.18 人。比美國 (2.1)、法國 (1.8)、英國 (1.6)、韓國 (1.4)、日本 (1.3) 低，僅些微高於義大利 (1.15)、捷克 (1.1)。

出生率的下滑是工業先進國家的趨勢，但是我國這三十年來出生率的下降幅度是偏高的，僅次於香港、韓國，高於大部分工業先進國家。可以預見的是，如果我們不引進新的誘因，我國的出生率將持續下滑。然而，1990 年代以來，我國已大量引進外籍配偶，生育率並無明顯提升。

出生率下降的原因不外乎是有偶率下降、遲婚、生育意願降低等。當然，生育率提高的可能性並非不存在，美國在 1977 年時曾經出現出生率的最低點 (1.77 人)，但目前則是工業先進國家中出生率較高之一，移民扮演重要的因素。法國在 1994 年時，出生率也曾下滑到 1.65 人，目前又回升到 1.89 人，社會政策的誘因是重要的因素。我們都知道老化是一個多面向的過程，影響所及涉及經濟安全、健康與社會照顧、住宅、就業、教育、交通與溝通休閒娛樂、代間關係等。而衛生與社會福利絕對是高齡社會的重要課題。



資料來源：行政院經濟建設委員會，中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計，最低推計，2004年7月26日。

圖 6 中華民國 93 年到 140 年人口推計

第三，人口結構變遷與家庭的課題是外籍配偶的大量引進，這是前所未有的移民經驗。因著 1987 年 11 月 2 日我國宣布開放人民赴中國大陸探親，以及隔年 7 月中國政府鼓勵台灣企業投資中國大陸以來，海峽兩岸人民交流開始熱絡，我國政府乃於 1992 年頒行「台灣地區與大陸地區人民關係條例」，作為海峽兩岸人交流的依據，於是，中國人民藉由結婚、依親、探親等名義進入台灣。約莫同時，台灣推動經濟南向政策，大量台商前往東南亞投資，而尾隨出現的東南亞諸國籍女子經由婚姻仲介大量移入台灣，成為台灣媳婦。

我國至 2005 年 6 月底止，引進的外籍配偶人數約 35 萬 5 千人。以最近 7 年的人數成長速度最為驚人，約占全部外籍配偶人數的八成。1993 年我國只引進 4,162 中

國籍新娘，1995 年也不過是成長到 7,926 人，但是到了 1998 年已高達 1 萬 5,041 人，（林萬億、王永慈、周玟琪，2003）。以 1998~2004 年的資料分析，我國總計引進 29 萬 707 位外籍配偶，占我國結婚對數的 25.2%。其中東南亞國籍者 12 萬 4,518 人，占 43%，中國籍（含港澳）16 萬 6,189 人，占 57%，其中因 2004 年以後中國籍女子與台灣男子結婚的人數明顯下滑，否則中國籍配偶占所有外籍配偶總數的比率將超過 6 成。

而台灣的跨國婚姻結婚對象是引進新娘多於新郎，其中東南亞國籍女子嫁入台灣的比率是所有台灣與東南亞國家跨國婚姻對數的 87%，中國籍女子嫁入台灣的比率更高達所有台灣與中國跨國婚姻對數的 94%。（見表 1）

表 1 臺灣的跨國婚姻概況

年 別	我國總結婚登記對數	外籍配偶 (包括南東亞地區以及其他國家)			中國(含港澳)配偶			跨國婚配率 (%)
		合計(人)	新郎(人)	新娘(人)	合計(人)	新郎(人)	新娘(人)	
1980	175,090							
1985	153,832							
1990	142,943				4,162*			
1995	160,249				7,926			
1998	145,976	10,413	1,788	8,625	15,041			17.44
1999	173,209	14,670	1,953	12,717	21,165			20.69
2000	181,642	21,339	2,277	19,062	26,474			26.22
2001	167,157	18,107 (10.83%)	2,261	15,846	27,342 (16.36%)	1,004	26,338	27.19
2002	173,343	19,775 (11.4%)	2,679	17,076	29,545 (17.04%)	1,778	27,767	28.44
2003	173,065	19,879 (11.49%)	2,832	17,047	34,426 (19.89%)	3,073	31,353	31.38
2004	129,274	20,335 (15.73%)	2,747	17,588	12,196 (9.43%)	356	11,840	25.16

資料來源：1.內政部統計處、2.海峽交流基金會

附註：*為 1993 年統計數據

作者自行計算、整理

就教育與社會照顧的角度來看，我們更關心的是外籍配偶所生育子女人數的成長，以最近 7 年為例，我國嬰兒出生數分別為 27 萬 1,450 人(1988 年)、28 萬 3,661 人(1999 年)、30 萬 5,312 人(2000 年)、26 萬 354 人(2001 年)、24 萬 7,530 人(2002 年)、22 萬 7,070 人(2003 年)、21 萬 6,419 人(2004 年)，其中嬰兒生母非本國籍者，分別占當年嬰兒出生數的 5.1% (1998 年)、6.0% (1999 年)、7.6% (2000 年)、10.7% (2001 年)、12.5% (2002 年)、13.4% (2003 年)、13.2% (2004 年) 逐年上升，也就是最近 7 年內台灣家庭已經生育 17 萬 1,892 個跨國婚姻下的兒童。但是，資料顯示外籍配偶所生育的子女占我國兒童出生率的比率在下降中。如上資料，2004 年已有下滑趨勢，2005 年 1 到 4 月，我國生出 6 萬 6,840 個嬰兒，屬於外籍配偶所生的只有 8,487 人，占 12.7%，逐漸回降到 2002 年水準。主因在於中國大陸配偶人數從 2003 年的 3 萬 1,625 人明顯下降到 2004 年的 1 萬 567 人。

跨國嬰兒出生率上升的原因，一方面是本國籍夫妻的生育率下降，另一方面是外籍配偶人數的升高，此種趨勢繼續下去，外籍配偶的人數兩三年後會逼近台灣原住民人口數。因此，本部的職掌敘述凸顯經濟安全、公共衛生、老人照顧、支持家庭、性別平等、多元族群是必要的。從上述的衛生與社會安全全部組織設計來看，似乎為完整回應這些需求。

三、專業性

任何部門組織的職掌描述應依業務重要性排列，講求周延、互斥、系統。若以

此原則觀之，規劃書中的主要業務描述並不吻合上述原則。為了傳承制度的經驗與修正歷史的謬誤，以及吻合專業及未來展望，理想寫法應依下列項目與順序：

- 1.全民健康保險。
- 2.國民年金。
- 3.社會救助與社會津貼。
- 4.國民健康促進。
- 5.兒童、少年、身心障礙者、老人、婦女及家庭福利服務，以及性別平等之促進。
- 6.衛生醫療資源與服務之規劃。
- 7.社會福利資源與服務之規劃。
- 8.社區營造之推動。
- 9.醫療、社會福利專業人力培訓、管考、宣導與研究。
- 10.衛生醫療及社會福利資訊管理及統計研究。
- 11.科技發展與國際交流。
- 12.其他。

不應將長期照顧獨列一項，否則早期療育、社區復健都應獨立一項，那就太瑣碎了。反而，應將社區營造納入，它不只是一種過程，也是目的。

肆、組織結構

組織結構隨組織職掌而設計。從規劃報告書中的組織架構圖看來，我們的規劃已相當程度反映了衛生、社會兩部會的專業分工，累積制度運作的經驗，以及修正歷史的錯誤，但是還有以下缺失，可再修正：

- 1.司署的數量太多：我們如上所述，我國規劃的衛生與社會安全全部高達 8 個司、6 個處、6 個局署院、9 個委員會、中

心。幾乎與美國等量齊觀，遠遠超出人口比我們多的韓國，也比社會福利與健康制度比我們先進的瑞典、芬蘭。這是很不經濟的部會設計。顯然與衛生與社會行政競爭資源相持不下有關。

2. 忽略以人民為主體：既然司署單位規劃那麼多，要不就像北歐與韓國一樣，將司的數量減少，就可以依健康照顧、公共衛生、社會保險、社會服務等分工；否則就要像美國一樣將社會福利的服務對象標示清楚，這是國際慣例，如兒童、少年、家庭成爲一司；老人與身心障礙者成爲一司。以彰顯將人民當作是主體，而非業務項目。至於婦女與社會發展司，可改爲性別平等與社會發展司。

3. 以服務方式為司名並不恰當：上述世界各國並無以長期照護為司名者，長期照護是對失能者的長期性照護。如上所述，要將之列為一司，那麼早期療育也會要求成司。何況，老人、身心障礙者只有少數需要長期照護，非失能的老人與身心障礙者的權益將被忽視，還是應回到老人與身心障礙司的名稱。

4. 單位規模懸殊：科技發展與國際合作，以及綜合規劃是否有必要成司？成處也許就夠了。

5. 縣市層級的醫療、福利機構應下放縣市政府：縣市層級的醫療、福利機構應將人力、預算、設備下放地方政府管理，才能達到在地化、社區化的目標。除了區域醫院、醫學中心、輔具研發中心等由中央主管外，直接提供人民健康、福利服務之機構應地方化。

6. 部分單位功能重疊：科技發展與國家衛生研究院的功能重疊。法規會與法制

室的功能似乎也很難區分。

伍、業務調整

衛生部門的業務不應該過度倚重全民健康保險，因為我國的全民健康保險屬治療取向的社會保險，與公共衛生預防性功能有明顯差別，因此，強化公共衛生預防是未來衛生業務的重點之一。而公共衛生預防工作的執行儘可能地方化，才能見效。

同理，未來社會問題如上所述，必然隨全球化、後工業化而複雜，中央政策規劃人力宜加強，直接提供人民福利服務的業務，應地方化。據此，業務調整應有以下思考：

1. 人力重新調配：原省府衛生處時代納入的人員，應藉此組織再造時機，作合理調整，免得國民健康局原人力全部灌入新成立的部會，導致預訂的衛生與社會安全部本部的 862 編制人數中，納入原衛生署 259 人、國民健康局 514 人、內政部 83 人、兒童局 34 人時，已超過預定編制員額 38 人，幾無空間可調整健康與福利政策的規劃人力編制。而其中 60% 人力在管國民健康促進，是不均衡的發展。因此，未來的健康促進與心理衛生司，必需作適當的人力減併，才能挪出空缺。

2. 每一司、處不必然編制相同的 8 科：因為業務範圍的大小不一，應保留彈性空間，以利調整。

3. 業務不必強求整併，有些加強協調即可：健康與社會照顧固然都是每一個體生命發展階段的基本社會需求，但是不代表政府組織必需將者兩項需求從中央部會到地方政府組織均合併。亦即地方政府仍可依地方政府規模大小，將社會局與衛生局

分屬兩個局室。同理，中央政府的司、處，亦不必然要將兒童醫療、保健業務從健康促進與心理衛生司拉出，轉歸兒童、少年與家庭司。這會落入將業務屬性差異大，而硬歸併在一起的形式主義作法，將只需強化協調的業務，納入整併範圍，不但有害組織發展，也不利於業務執行。

同理，身心障礙、老人、婦女等的健康維護業務，也不必然要整併入老人與身心障礙司中。倒是，幾項需要加強整合的業務，應有較好的橫向連結與整合，如早期療育，需整合教育、衛生與社會福利；

長期照護需整合衛生與福利；職業復健需整合勞動、社會與衛生等。

總之，這是一個仍需要協調修正的組織設計。衛生署與內政部應放下本位主義，以人民福祉、國家發展為終極價值，遵循前述五大組織設計理念，共同研擬出一個有效能的部會組織設計，否則一旦組織修編通過，真正要運作時才發現困難重重，再來互相指責，將於事無補矣。

（作者現為台灣大學社會工作學系教授）

📖 參考文獻

- 行政院經建會（2004）中華民國台灣民國 93 年至 140 年人口推估。
- 林萬億（2002）我國社會行政組織調整方向之研究，國家政策季刊，創刊號，頁 145～166。
- 林萬億、王永慈、周玟琪（2003）全球化對女性經濟與社會生活資源的影響。內政部委託研究。
- 林萬億、周淑美譯（2004）全球化與人類福利。（Vic George & Paul Wilding 原著）台北：五南出版。
- Barker, Robert (1999) *The Social Work Dictionary*. 4th ed. Washington D.C.: National Association of Social Workers.
- Galambos, Colleen and Anita Rosen (1999) *The Aging Are Coming and They Are Us*, *Health & Social Work*, 24:1, 73～77.
- George, Vic and Paul Wilding (2002) *Globalization and Human Welfare*, Palgrave.
- Korpi, Walter (1995) *The Position of the Elderly in the Welfare State: comparative perspectives on old-age care in Sweden*, *Social Service Review*, June, 244～273.
- Socialstyrensen Today (2001) *The National Board of Health and Welfare*.
- Usui, Chikako and Howard A. Palley (1997) *The Development of Social Policy for the Elderly in Japan*, *Social Service Review*, Sept. 360～381.