

## 我國衛生與福利整併後的 困境與解決之道

林萬億

### 壹、前言

二十餘年來，吵得沸沸揚揚的衛生行政與社會福利行政分合的議題，總算在 2013 年 6 月 19 日衛生福利部組織法公布施行，7 月 23 日衛生福利部掛牌，告塵埃落定。接下來的挑戰並未就此落幕，其中最關鍵的兩件事，首先是地方政府的衛生行政與社會行政要不要跟著整合？其次，從中央到地方，衛生行政與社會福利行政如何整合？

關於地方政府的衛生行政與社會行政要不要跟著整合？各國各地作法不同。以美國為例，聯邦設有「健康與人群服務部」(Department of Health and Human Services)。各州則有自己獨立的行政設計，組織設計與名目差異極大，例如：較大的州，像加州分設「健康服務部」(Department of Health Services)與「社會服務部」(Department of Social Services)；紐約州設「家庭扶助部」(Department of Family Assistance)與「健康部」(Department of

Health)，德州則設一個龐大的健康與人群服務委員會(Health and Human Services Commission)。中小型的州比較傾向將兩者合併，威斯康辛州設「健康與家庭服務部」(Department of Health and Family Services)，愛達荷州設健康與人群服務部(Department of Health and Human Services)，肯塔基州設健康與家庭服務部(Cabinet for Health and Family Services)。

即使像日本中央政府設有「厚生勞動省」(Ministry of Health, Labour and Welfare)。但是，其地方政府的衛生行政與社會行政分合也差異很大。例如：屬於都道府市的有東京都設福祉保健局、醫院經營本部，京都府設保健福祉部，北海道設保健福祉部；屬於縣市的有大阪市設健康福祉局，沖繩縣設福祉保健部，富山縣設厚生部，埼玉縣分設福祉部、保健醫療部。

由此可知，各國地方政府與中央政府的組織設計不必然一致。復依我國的「地方行政機關組織準則」規定，只限制地方政府的一級機關數量，並無規定其名稱與

分工。因此，同是小縣的金門縣政府設有社會處，連江縣政府則只在民政局下設社會課，澎湖縣政府也設有社會處，苗栗縣政府則將勞動與社會福利合併為勞動及社會資源處，花蓮縣政府更奇怪設有社會暨新聞處。其餘縣市政府都設有社會局（處）。所以，目前無須煩惱地方政府社會行政與衛生行政的組織分合問題，這是屬於地方自治的權限。然而，實質的衛生行政與社會福利行政之間的分工才是地方政府參考中央政府組織設計的指標。

本文就中央衛生福利部的組織整合與業務分工來探討我國衛生行政與社會福利行政整合後面臨的困境及其因應對策。

## 貳、我國衛生福利部面臨的困境

### 一、衛生署升格的擴編提親

「衛生福利部」的名稱最早出現在1988年9月15日行政院會所通過的「行政院組織法修正草案」。其基本架構是由原「衛生署」改制擴編而成。當時所持的理由如下：（郭登聰編，1996；林萬億，2012）

#### （一）社會福利以社會保險為首

蓋依當時憲法第155條「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予適當之扶助救濟。」又157條「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」復依政府於1965年頒定「民生主義現階段社會政策」列舉之社會福利亦以社會保險為首。1974年所訂頒

之「復興基地重要建設方針」也決定「逐年擴大保險範圍，奠定全民保險之基礎。」

#### （二）為實施全民健康保險做準備

我國國民生活水準不斷提高，國人對於實施全民健康保險及社會福利制度，期望殷切，有將醫療衛生與社會福利制度結合為一之必要。爰新設「衛生福利部」，除辦理行政院衛生署原掌工作外，並掌理全民健康保險，以及有關社會福利事項。

行政院擬訂的「衛生福利部」受到公共衛生與醫療界的支持。社會福利界並非不接受衛生與福利可以整合，但是不接受「衛生福利部」這個奇怪的名稱；也不接受衛生界認為這是衛生署升格的說法。要合也應是「健康與社會福利部」（Department of Health and Social Welfare）。不過，一合起來就有誰先誰後的爭議，健康在先，被解讀為衛生大，福利小，有重衛生、輕福利之憂。反之亦然。如此一來，不如獨立爭取設「社會福利部」，所以就有衛生與社會福利兩個體系不同，不宜硬綁在一起的論調（郭登聰編，1996）。

然而，這個衛生大福利小的提親並不如衛生界期待的順利定親。首先，1989年10月14日立法院法制委員會開始審查「行政院組織法修正草案」，會中列席的立委饒穎奇等人提議將「衛生福利部」改為「社會福利部」，衛生署改稱「衛生總署」，獲出席委員接受。此項突如其來的修正，立刻引發衛生界的大反彈，包括中華民國醫院行政協會等十個醫療團體至立法院請

願，主張維持「衛生福利部」。社會福利界則前往立法院向支持「社會福利部」的委員獻花。當然這也是白忙一場。不過，從此可知任何一方被貶抑都是很難被抹滅的痛。

其次，1990年1月19日立法院進行「行政院組織法修正草案」二讀，會中就設「社會福利部」乙案進行表決，在出席105人中只有15人贊成，議案不成立。是因為國民黨於前一年10月18日召開中常會通過「行政院組織法修正案」，決議仍維持「衛生福利部」，並對支持「社會福利部」的國民黨籍委員進行疏導。接著，表決「社會福利暨衛生部」的修正案，在場109人，以67票對62票通過。此案一通過，衛生界大表不滿，決定要翻案。其實，當時社會福利派是明修棧道，暗渡陳倉，以「社會福利部」換取「社會福利暨衛生部」。然而，這又是白忙一場。

第三，1990年3月5日，由有醫事背景的立委所組成的次級間政團體「厚生會」成立，即致力將「社會福利暨衛生部」更名為「厚生部」，試圖為雙方比大小解套。1992年2月第二屆國民大會召開會議，研商憲法修正案。同時，行政院也決定配合修憲工作進行行政院組織法修正，遂於1992年4月再成立專案小組，以1988年的「行政院組織法修正草案」為基礎，配合憲法修正結果，考量現實政治環境，及近年來行政院組織之調整，並參酌立法院一、二讀審查結果、民意代表有關意見、輿論反映等等，重新檢討調整，完成新的修正案。其中有關社會福利行政部分新設

「厚生部」，其規劃方向為「除行政院衛生署原有業務執掌外，另將全民健康保險等業務和內政部掌理之社會福利相關事項，劃歸為醫療衛生暨社會福利專責機關掌理。」然而，久久未能定案。

直到1998年行政院副院長劉兆玄召集的「行政院組織法研修專案小組」舉行了十餘次會議，結論則是「社會福利」業務究應與行政院衛生署或勞工委員會整併問題，仍待研究。從該年7月所召開的全國社會福利會議中將「社會福利行政組織體系」列為一組，即可知行政院試圖透過會議建立共識。當時葉維銓（1998）、葉金川（1998）均傾向支持「厚生部」，民間社會福利團體所發表的「我們的聲明—建構全民共享的新社會福利制度」也贊成提升社會福利行政層級為「厚生部」，以利社政與衛政之整合與協調，並避免「重衛生、輕福利」的現象（林萬億，2012）。

第四，2000年政黨輪替後，行政院組織法研究修正小組決議新設「衛生及社會安全部」。雖然，衛生很難「及於」社會安全，婦女團體更戲稱是「慰安部」。但是，至少不是衛生大、福利小。然而，在立法院朝小野大的不利條件下，再加上行政院組織法修正案又是一個政治性很高的議案，要順利通過的機會很小。在國民黨一黨獨大的2000年以前，行政院組織法修正不是因政黨傾軋而停擺，而是因專業競爭而延宕。政黨輪替後，政黨競爭加入行政院組織法修正的戰場。行政院組織法既然是一個政治性高，且複雜的法案，沒有取得大多數政黨共識，很難通過改革。

第五，2008 年政黨再次輪替。國民黨再度執政。2008 年 7 月，行政院再成立行政院組織改造推動小組。並於 2008 年 9 月至 2009 年 4 月召開多場座談會、公聽會、協調會，重新擬具「行政院組織法修正草案」送立法院審議。其中將「衛生及社會安全部」再改回來「衛生福利部」。

一趟爭取社會福利行政層級提升之旅，走了二十年，明知其中險惡多有所在，最後竟然回到原點，選擇最壞的結果。坐實了衛生大、福利小的擔憂；也種下無止盡的紛擾之苗。

## 二、名不正言不順的結合

檢視世界各工業先進國家，只有少數國家單獨設置社會福利部，丹麥、澳洲、紐西蘭屬於這類。丹麥稱「社會事務、兒童與整合部」(The Ministry of Social Affairs, Children and Integration)。這個新部會於 2013 年 8 月設置，取代原先的「社會事務部」(The Ministry of Social Affairs)，主管福利、社會安全、社會保障、整合與家庭法等五項業務。

澳洲在 2013 年 9 月 7 日大選，自由黨與國家聯盟組成的中間偏右政黨擊敗執政的中間偏左澳洲工黨，隨即將原來專門負責社會安全給付與復健與評估、兒童支持、健康與老人、參與和家庭服務、服務輸送改革、使能服務、申請、客服、基礎結構改良等為主的「人群服務部」(Department of Human Services)。和另一個是專門統籌主管照顧者、兒童支持、家庭與兒童、身心障礙者、老人、婦女、志

願服務、心理健康、賭博與藥物、住宅與遊民、社區、澳洲原住民、國際社會安全協定等業務的「家庭、住宅、社區服務與原住民事務部」(Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, FaHCSIA) (林萬億，2012)。整合成為新的「社會服務部」(Department of Social Services)，主管所得維持、家庭與兒童、住宅、高齡者、社區與脆弱人群、身心障礙與照顧者、老化與老人照顧、社區心理健康、移民與多元文化等業務。

紐西蘭稱「社會發展部」(Ministry of Social Development)，主管工作與所得，學生、老人與身心障礙整合服務，兒童、青年與家庭，家庭與社區服務。

除此之外，大部分工業民主國家都是將社會福利與業務相關的健康或就業整合。將社會福利與健康合設一部會的有美國的「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)等。冰島於 2011 年新設「福利部」(Ministry of Welfare)，是少數國家直接以福利為名的部會。但是，其職掌包括社會事務、健康與社會安全，與隔鄰的瑞典、芬蘭沒有兩樣。

將社會福利與就業合為一部的有英國的「工作與年金部」(Ministry of Work and Pensions)、德國的「勞工與社會事務部」(Ministry of Labour and Social Affairs)、

捷克的勞工與社會事務部（Ministry of Labour and Social Affairs, MoLSA）、荷蘭的「社會事務與就業」（Ministry of Social Affairs and Employment）等。日本則將健康、勞動及社會事務合併成「厚生勞動部」（Ministry of Health, Labour and Welfare）。

一個國家的社會福利行政部門如何設計，沒有絕對的優劣可言，而是與各國的社會福利體系搭配即可。歐洲大陸國家大多受到德國福利體制的影響，社會保險成為社會福利的重心。而其社會保險體系又是依職業別建立。因此，社會保險與就業就被綁在一起。北歐國家的社會安全體系雖已改採所得相關的社會保險為主，且強調積極的勞動政策。但是，普及的社會服務並沒有被揚棄。因此，仍將健康與社會服務結合。不過，即使社會福利體制沒有根本地改變，社會行政體系也可能因為政黨輪替而調整，例如，2013 年的丹麥、澳洲，2011 年的冰島，以及 2001 年的英國等。

回顧我國此次社會福利與衛生部會的整合，明顯出現不該出現的命名錯誤。看看前述的各國的部會名稱，除非是獨立設部，否則不管是與健康合部，或是與勞動合部，都會在中間加個「與」（and）字。我國過去的立法習慣在兩者之間常加「及」字，這是錯誤的示範。例如，「兒童及少年福利與權益保障法」即是。既然兒童指未滿十二歲之人，少年指十二歲以上未滿十八歲之人，兩者根本是互不隸屬的人群。既然是獨立的兩群人，就應該用「與」來連接。而福利「與」權益是表示兩者互不

隸屬，這也是不正確的，福利本是屬於權益的一部分。這顯然是為了凸顯兒童福利，才將福利與權益並列，互不包含。其實，「聯合國兒童權利公約」（Convention on the Rights of the Child, CRC），用的是兒童權利，而不是兒童福利與權利（益）。兒童權利才是我們要追求的完整理念。

涉及兩個以上的人或事，或是兩者難以切割，才能用「及」，例如，日本稱「厚生勞動省」，在英文則是「健康、勞動，及福祉部」，表示三者互不隸屬，而是三個獨立的事務的結合。如果只是兩者用「及」連接，就表示這兩者互相隸屬，例如，兒童及其監護人。

在衛生福利部下姑且不論是否該設置「社會及家庭署」、「心理及口腔健康司」，至少不該錯誤的命名。正確的命名應該是「家庭及社會服務署」、「心理與口腔健康司」。社會已包含家庭，何需再及於家庭，家庭小才須要及於大社會；心理健康與口腔健康是兩碼子事，不能及來及去。社會救助及社會工作司勉強說得通，社會救助與社會工作不是兩種完全獨立的業務。但是，也不是範圍大小的關係。當代社會工作專業的出現的確是回應工業革命以來貧窮問題的解決。但是，其範圍已超出社會救助甚多，包括：兒童社會工作、少年社會工作、青年服務、學校社會工作、家庭社會工作、醫療社會工作、心理衛生社會工作、老人社會工作、身心障礙社會工作、工業社會工作等，已非始創時處理貧窮、失業、少年犯罪問題所能比擬。而社會救助制度的出現也是回應當代貧窮問題解決

的社會福利制度之一，在當代福利國家建制成熟後，轉成為維持基本生存的最後手段（the last resort）（林萬億，2010）。

我國新的部會名稱「衛生福利部」，雖然英文也用 Ministry of Health and Welfare，那是給懂英文的外國人看的。中文用衛生福利（health welfare）就如同全民健康保險（National Health Insurance）一般，不包含所有的社會保險，而是單指為保障國民一旦發生疾病事故均能獲得基本的醫療所建立的社會保險。衛生福利就是指為國民健康所辦理的相關福利，和教育福利（education welfare）、住宅福利（housing welfare）、就業福利（employment welfare）、動物福利（animal welfare）類似，都是指涉針對各該相關對象、事故或風險所提供的福利。據此，衛生福利含蓋的範圍最大宗是全民健康保險。其它勉強包括：低收入戶健保補助、身心障礙者健保保費補助、70 歲以上中低收入戶健保保費補助、低收入戶醫療補助、低收入戶精神病患收容治療、遊民衛生保健、3 歲以下兒童醫療補助、中低收入家庭 18 歲以下兒童健保費補助、低收入戶及弱勢兒童少年醫療補助、早期療育、協助未成年懷孕少女醫療服務、老人健康檢查及保健服務、老人裝置假牙補助、中低收入老人重病住院看護補助、補助老人參加全民健康保險之保險費、老人營養餐飲服務、長期照顧中的居家醫療、居家護理、輔具補助、供性侵害責任醫院採證使用的溫馨隨身袋等。

然而，依「衛生福利部組織法」第一

條開宗明義指出「行政院為辦理全國衛生及福利業務，特設衛生福利部。」該條明白指出衛生及福利兩種不同但可及於的事務。但是，第 2 條規定本部掌理事項第 1 款：「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、政策宣導、科技發展及國際合作。」就錯了。既然衛生福利部是為了辦理全國性衛生及福利業務，怎麼會只掌理衛生福利政策、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、政策宣導、科技發展及國際合作等的事務呢？這些錯誤的命名，凸顯了衛生與福利整合的腳步搖擺。

### 三、衛生大福利小的合併

過去社會福利界擔心的衛生大、福利小，不是因為擔心衛生重要，社會福利不重要；也不是怕衛生預算多，社會福利預算少。以 103 年度中央政府總預算編列來看，社會福利支出編列 4,241 億 9,418 萬元，其中社會保險支出 2,780 億 9,359 萬（65.56%）、社會救助 100 億 5,859 萬（2.37%）、福利服務 1,145 億 9,655 萬（27.02%）、醫療保健 195 億 2,880 萬元（4.63%）。國民就業 19 億 1,666 萬（0.45%）。扣除社會保險預算之後，原行政院衛生署所主管的醫療保健，所占比率極少。原內政部社會司所主管的預算是行政院衛生署的 6.35 倍。內政部社會司、兒童局、家庭暴力及性侵害防治委員會帶著龐大家業參與衛生與社會福利的整合，卻落得衛生大、福利小的陰影罩頂，關鍵在

於原有組織規模不成比例。

1971 年行政院衛生署成立，當時的組織架構是衛生署下設 4 處（醫政、藥政、防疫、環境衛生）、一室（保健）。附屬機關則有預防醫學研究所（1975 年 7 月成立）、藥物食品檢驗局（1978 年 9 月成立）、麻醉藥品經理處，以及檢疫所 7 處。再於 1982 年擴大編制，增設食品處，並將環境衛生處歸環保署主管，另改設保健處。臺灣省政府衛生處除轄下 6 個業務科外，另有 22 個省立醫院、3 個結核病防治院、防癆局、衛生試驗所、環境衛生實驗所、公共衛生教學實驗院、婦幼衛生研究所、傳染病研究所、家庭計畫研究所等附屬機構。

1998 年 8 月 27 日行政院成立「臺灣省政府功能業務與組織調整委員會」，「精省」工作從此進入實質進程。臺灣省政府衛生處裁併入行政院衛生署，下另設「中部辦公室」以承接衛生處業務，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，改為署立。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。行政院衛生署較 1970 年已大幅改變，其中最顯著的是減少 2 個處（不含企劃室於 1997 年 4 月改為企劃處），增加了 5 個局。行政院衛生署有走向直接執行業務的趨勢，而較不是政策規劃與行政督導單位。

而精省後的臺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。1999 年 11 月 20 日依 1993 年修正的兒童福利法第 6 條規定中央應設兒童局，才在內政部下設了兒童局，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。2003 年兒童及少年福利法修正通過後，少年福利業務也改隸兒童局主管。另依 1997 年通過的性侵害犯罪防治法與 1998 年制定的「家庭暴力防治法」，內政部於 1999 年分別依法成立性侵害防治委員會、家庭暴力防治委員會。2002 年合併二者為家庭暴力及性侵害防治委員會（簡稱家防會），下分綜合規劃、保護扶助、教育輔導、暴力防治四組。此外，原先屬社會司主管的農漁民團體輔導業務也於 2000 年 7 月移撥農業委員會辦理。就這樣，內政部以社會司、兒童局、家防會的規模來跟行政院衛生署談合併，在組織與人力上當然是小巫見大巫。

2010 年 8 月 24 日行政院審議確認「衛生福利部組織法草案」，設 8 個司，分別為綜合規劃、社會保險、福利服務、社會照顧及發展、保護服務、醫事、心理健康、中醫藥等 8 司，以及疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險局、國民健康署、中醫藥研究所等 6 處、3 署、2 局、1 所。社會福利團體對這樣的司、署規劃並不苟同，認為還是衛生大、福利小。尤其是執行機關的署沒有社會福利的份。據此，臺灣社會福利總盟白秀雄理事長帶隊於 2011 年 9 月前往總統府晉見馬總統，要求增設

「社會福利署」，承辦社會工作專業等事務。同時，以兒童福利聯盟為主的力量也積極推動「家庭福利署」的設置。最後，行政院妥協設置「社會及家庭署」。其實，這樣的倡議並非上策。因為署、局都屬執行機關，勉強擠進一個社會福利署，或家庭福利署，不但不能增加資源，反而有破壞體制之嫌。

然而，在 2012 年 5 月 30 日，立法院併案審查衛生福利部組織法（草案）時，王育敏等 45 位委員仍提議修正為「家庭福利署」（立法院公報 101 卷 45 期，頁 306）。

最後 2013 年 5 月 31 日立法院審議通過維持行政院版的「社會及家庭署」。

看看各單位移撥衛生福利部的人力即可知原先行政院衛生署的組織規模與內政部社會司、兒童局、家防會等原有社會福利人力差距有多大？（詳見表 1）

在移撥的總人數 1 萬 2,382 人中，內政部移撥的社會福利人力只不過是 1,324 人，占 10.69%。從這些數據就能瞭解為何社會福利界的忐忑不安。以如此不成比例的人力編制，社會福利要成為衛生福利部的重要成份，靠的顯然不是靠人海戰術。

表 1：衛生福利部移撥單位與人力

原主管機關	原機關	職員	駐警、工友、技工、駕駛、約聘僱	合計	受撥機關	備 註
行政院衛生署	行政院衛生署	283	122	405	衛生福利部	超額 92 人
行政院衛生署	中醫藥委員會	47	6	53	衛生福利部	超額 1 人
行政院衛生署	全民健康保險監理委員會	17	6	23	衛生福利部	
行政院衛生署	全民健康保險爭議審議委員會	32	5	37	衛生福利部	超額 1 人
行政院衛生署	全民健康保險醫療費用協定委員會	12	1	13	衛生福利部	
行政院衛生署	疾病管制局	868	107	975	衛生福利部疾病管制署	超額 51 人
行政院衛生署	國民健康局	256	26	282	衛生福利部國民健康署	超額 103 人



原主管機關	原機關	職員	駐警、工友、技工、駕駛、約聘僱	合計	受撥機關	備註
行政院衛生署	中央健康保險局	2,913	270	3,183	衛生福利部中央健康保險署	超額 121 人
行政院衛生署	食品藥物管理局	485	88	573	衛生福利部食品藥物管理署	超額 32 人
行政院衛生署	26 家醫院	4,243	1,225	5,468	衛生福利部所屬 26 家醫院	超額 793 人
內政部	社會司、家防會、國民年金監理委員會	181	46	227	衛生福利部	
內政部	兒童局	35	9	44	衛生福利部	
內政部	社會福利研習中心	5	18	23	衛生福利部	
內政部	13 家社會福利機構	544	486	1,030	衛生福利部所屬 13 家社福機構	
教育部	中國醫藥研究所	33	13	46	衛生福利部中國醫藥研究所	
合計		9,954	2,428	12,382		

#### 四、社會行政人力不增反減

由於在整併前並沒有針對各自業務進行人力評估，因此，就只能將現有人力扣除部分原已超額的人員，規劃成為新的部會的組織編制。從表 2 可以看出新的衛生福利部編制中，屬於社會福利人力編制，除了 13 家內政部所屬社會福利機構的 1,030 人維持不變之外；內政部國民年金監

理委員會、社會司社會保險科改隸衛生福利部社會保險司轄下的國保制度及財務科、國保承保及給付科。社會福利研習中心人力併入衛生福利人員訓練中心。其餘原內政部社會司、兒童局、家防會的人力整併為 2 司 1 署：社會救助及社會工作司下轄 4 科、保護服務司下轄 5 科、社會及家庭署下轄 5 組。

表 2：衛生福利部暨所屬機關 102 年度預算員額一覽表

機 關	職員	駐警	工友	技工	駕駛	聘用	約僱	合計	列管精簡項目
衛生福利部	526	3	35	14	17	77	30	702	職員 7 人、駐警 3 人、工友 15 人、技工 6 人、駕駛 13 人、聘用 44 人、約僱 21 人，合計 109 人為超額出缺後減列預算員額。
衛生福利部疾病管制署	859	3	31	28	36	2	3	962	職員 29 人、駐警 3 人、技工 3 人、駕駛 4 人、聘用 1 人，合計 40 人為超額出缺後減列預算員額。
衛生福利部食品藥物管理署	527	4	12	9	9	18	0	579	駐警 4 人、駕駛 8 人、聘用 13 人，合計 25 人為超額出缺後減列預算員額。
衛生福利部中央健康保險署	2912	0	143	61	35	0	0	3151	工友 44 人、技工 12 人、駕駛 34 人，合計 90 人為超額出缺後減列預算員額。
衛生福利部國民健康署本署人員	166	0	8	2	12	0	2	190	駕駛 11 人、約僱 2 人，合計 13 人為超額出缺後減列預算員額。
國民健康署派駐於各縣（市）衛生單位之職員	67	0	0	0	0	0	0	67	職員 67 人為超額出缺後減列預算員額。
衛生福利部社會及家庭署	86	0	2	1	3	14	6	112	駕駛 2 人、聘用 2 人、約僱 2 人，合計 6 人為超額出缺後減列預算員額。

再從表 3 即可發現，衛生與社會福利合併之後，社會福利行政人力並沒有增加。社會救助及社會工作司的 3 個科是由內政部社會司的社會救助科和中部辦公室的社區及少年福利科、社會發展科等 3 科，以及少數原先在社會司綜合規劃科、職業團體科、婦女福利科等業務承辦擴大

為 4 個科：社會扶助科、急難救助科、社區發展科、社會工作科，編制 27 人。保護服務司由原來的家防會的 4 個組和兒童局的保護重建組、防治輔導組整併為 5 個科：性騷擾防制、家庭暴力防治科、性侵害防治科、兒童及少年保護科、兒童及少年性交易防制科，編制人力 23 人。社會及

家庭署由原內政部兒童局的福利服務組、托育服務組及綜合規劃組，加上社會司的社會福利綜合規劃科、身心障礙者福利科、老人福利科、婦女福利科、身心障礙福利機構輔導、老人福利機構輔導等，擴大為 5 組 15 科：婦女福利及企劃組（下轄婦女福利科、政策規劃科、管制考核科）、兒少福利組（下轄福利規劃科、權益發展科、安置輔導科）、身心障礙福利組（下轄權益發展科、支持服務科、機構輔導科）、老人福利組（下轄福利規劃科、機構輔導科、照顧發展科）、家庭支持組（下轄家庭維繫科、發展支持科、家庭資源科），編制 101 人。其中還包括 4 個室：秘書、人事、政風、主計共編制 14 員。

不計入 13 家社會福利機構的 1,030 人與社會福利研習中心的 23 人，原來從內政部社會司、兒童局、家防會、國民年金監理委員會等單位移撥的社會行政人力是 216 人。而新成立的社會福利 2 司 1 署法定員額卻只有 151 人。加上社會保險司中的兩個科人力，社會行政人力不增反減。在合併之前，社會司的人力已經是嚴重不足了，與衛生行政合併之後，人力反而縮減，難怪這三個單位的社會行政人員，上

上下下，把本應視為非常態的熬夜加班，變成常態來運作，還不見得能將業務辦完。這哪是衛生與社會福利行政整合應有的後果。社會福利團體為了爭取在衛生福利部下增設一個署，無非是想協助解決社會行政人力不足之困，為此不惜晉見總統，還幾乎內訌。結果署是爭取到了。但是，爭到的只不過是一個幌子。不但，人力沒增加，反而在服務所有脆弱人口群的社會救助及社會工作司、保護服務司、社會及家庭署之間築起了一道行政關卡，情形很類似當年的內政部兒童局與社會司的關係。而社會及家庭署的編制人力又混雜著 14 位秘書、主計、政風、人事等非社會行政專長人員。通常因為局（署）這類獨立機關，大多在府外上班，才須要專屬的秘書、人事、主計、政風。可是，社會及家庭署根本是在本部上班，多了這些非社會行政人力編制，只是虛胖了組織編制，無助於解決社會行政人力的飢渴。在社會行政編制人力不足的情形下，只好仰賴臨時人力充數，雇用派遣人力承辦業務，導致同工不同酬、權責不對等，對社會福利行政來說，這是很大的諷刺。

表 3：衛生福利部社會福利二司一署的編制員額

	社會及家庭署	社會救助及社會工作司	保護服務司
法定員額	101	27	23
預算員額	86	27	23
現職人員	78	26	20
約聘僱人員	20	0	4
103 年度預算	212 億 4,222 萬元	113 億 3,033 萬元	26 億 7,733 萬元

## 五、將多兵寡的畸形設計

前述社會行政人力已嚴重不足了，又因為組織層級提高、單位增多，編制卻沒跟著擴大，結果就形成將多兵寡的畸形組織發展。社會救助及社會工作科由移撥前的 3 個科，增為 4 個科，多了 1 個司長、副司長、科長。保護服務司由移撥前的 6 個組長，變成 5 個科長，變化較少。社會及家庭署是最畸形的新單位，由移撥前的 1 位司長、1 位副司長、2 位專門委員、6 個科長 3 個組長，另有兒童局 1 位局長、1 位主任秘書、3 位主任，增加為 1 位署長、2 位副署長、1 位主任秘書、2 位專門委員、4 位主任、5 位組長、5 位副組長、15 位科長。致該署編制員額 101 人，主管科長以上 35 人（34.7%），承辦人（包括視察、專員、科員、助理員、書記等）計 66 人（65.3%）。等於一個官帶不到 2 個兵，這怎能打仗啊？

因於官位增多，官階升高，相對的決策程序拉長。例如，原來在內政部社會司時代，承辦人公文擬辦之後，最多層決行，也只要經科長、專門委員、副司長、司長四關，大部分公文就可出內政部大門。現在必須要經科長、副組長、組長、專門委員、主任秘書、副署長、署長等七關，公文才能搞定。批閱公文的人越多，並不保證公文的品質會更好，延宕時效倒是一定的。對社會行政人力來說，社會及家庭署的成立最大的好處似乎只有升官機會增加罷了。

## 六、社會行政人力素質堪慮

既然社會行政與衛生行政整合，在組織與人力規模上不如人，靠的當然是預算與專業。預算多寡某種程度決定業務的重要性。但是，預算也得靠專業爭取與執行。醫療專業其實是帶動衛生行政之所以被認為地位較高的主因。衛生行政幾乎不可能讓非醫療、護理、公共衛生專長的人擔任相關部門主管。醫療專業講究的是專業純度與輩份。例如，牙醫、護理、復健、公共衛生等專長就很難主管醫事；讓醫師主管護理業務也會被認為是僭越專長。

關係社會福利行政推動的社會行政人員，卻越來越多名額被非社會工作本科畢業的佔去。這些透過社會行政高普考及格分發到各級政府社會福利行政機關任職者，有相當高比率是靠進公職補習班苦讀而考上。問題出在社會行政高考專業科目 6 科（行政法、社會學、社會工作、社會研究法、社會福利服務、社會政策與社會立法）中的行政法、社會學、社會研究法 3 科是一般社會科學學生均能作答，社會工作學生不具競爭優勢。再加上專業科目出題過於一般化，給了補習班學生很大的考上空間。

依當前科層體制升遷考核的慣例，在戲棚下蹲久了就能上台，等久了還是會升股長、科長、組長，主導專門領域業務。這些非社會工作/社會福利專長的公務員分發到社會行政機關工作後，成為社會政策與立法制訂、社會福利方案規劃、委託民間社會福利服務方案監督、社會福利服

務輸送體系建立等社會福利行政的幕僚，他們如何能將社會福利做好，又如何能督導高度專業化的民間社會福利機構的社會工作者？如果再加上外行的社會福利部門領導者，那就更是把社會福利行政當成一般行政來處理。除非這些非專業社會行政人員有心將社會行政當成一種志業，願意回到學校進修社會工作學位，補強自己的弱點。

更由於部分社會工作學生窄化了社會工作專業，將社會工作專業等同於直接服務，不喜歡社會福利行政與社會政策，而傾向報考公職社會工作師。結果形成科班出身的社會工作畢業生考上公職之後，在地方政府的社會福利服務中心或家庭暴力暨性侵害防治中心擔任公職社會工作師，而將社會行政讓渡給非社會工作專業的公務員來擔綱。後果是社會福利行政將由非社會工作專業人員規劃、決策、領導、指揮專業社會工作師提供直接服務。社會福利行政將成為一份鐵飯碗的工作而已，距離專業的助人的工作越來越遠。社會福利行政與衛生行政整合之後，專業程度將立判高下，地位也將跟著漲跌。社會行政體系不可不預為綢繆。

## 七、非專業主管領導專業

當社會行政人員的專業素質越來越不可靠之下，社會行政主管若再由非社會工作專業的人士擔任，其後果將更加難以想像。事實上從中央到地方，社會行政主管並非都是由相關專業背景的人出任。其中尤以縣市政府社會局（處）長的外行領導內行最為嚴重。中央政府衛生福利部政務次長曾中明係東吳大學社會系畢業、政治大學三民主義研究所碩士。社會及家庭署長簡慧娟是政治大學法律學系畢業、臺灣大學政治學研究所碩士。保護服務司司長張秀鴛政治大學民族社會系、世新大學性別研究所畢業。社會救助及社會工作司司長李美珍東吳大學社會工作研究所碩士。中央政府大抵以延攬社會行政、社會工作專長背景的人士擔任行政主管為主。

然而，地方政府的社會局（處長）就大部分不具社會工作/社會福利專長背景。以 2014 年 1 月底各縣市政府社會局（處）官網的資料顯示，各縣市政府社會局（處）長具社會福利/社會工作專長的仍寥寥可數，僅有高雄市的張乃千、臺中市的王秀燕、臺南市的曹愛蘭、桃園縣的陳仲良、屏東縣的吳麗雪。（詳見表 4）

表 4：各縣市社會局（處）長專長背景

縣市別	姓 名	學 歷	經 歷
臺北市	王 浩	東吳大學中國文學系畢業、元智大學管理研究所碩士班、北京大學政府管理學院博士。	記者、議員
新北市	李麗圳	中興大學公共行政系。	國民黨臺北縣黨部婦女與文宣組長

縣市別	姓 名	學 歷	經 歷
臺中市	王秀燕	東海大學社會學學士、社會工作學碩士、博士。	
臺南市	曹愛蘭	臺灣大學中文系畢業、美國猶他大學特殊教育碩士、美國德州大學奧斯丁校區社會工作研究所研究。	
高雄市	張乃千	高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系大學畢業、高雄師範大學性別教育研究所碩士。	
桃園縣	陳仲良	國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士。	
宜蘭縣	邵治綺	政治大學地政碩士。	兵役局長、地政處長
新竹縣	林松	省立新竹師專普通師資科畢、國立中興大學公共行政學系畢、國立政治大學教育行政研究所結業、國立新竹師範學院職業繼續教育研究所碩士。	校長、教育局長、環保局長、文化局長。
苗栗縣	陳錦俊		
彰化縣	陳治明	中央警察大學行政警察科 43 期、國立台北大學公共行政系碩士。	警員、警察局副局長。
南投縣	林榮森	逢甲大學中文研究所博士、國立中興大學中文研究所碩士。	助理教授、新聞處長。
雲林縣	丁彥哲	政治學碩士。	
嘉義縣	翁章梁	南華大學非營利事業管理研究所。	人力發展所所長
屏東縣	吳麗雪	輔仁大學社工系畢業、國立師範大學研究所。	
臺東縣	鍾青柏	國立政治大學社會學系國立政治大學邊政所碩士。	文化部文化資產局文化資產研究中心副主任。
花蓮縣	劉嘉泰	碩士。	記者
基隆市	涂彬海		區長
新竹市	伍麗芳	臺灣省警察學校警員班畢業、靜宜女子文理學院中文系畢業、玄奘大學中國語文研究所碩士。	警員、課長、秘書、區長。

縣市別	姓 名	學 歷	經 歷
嘉義市	張元厚	國立嘉義農專農藝科、國立中正大學政治學研究所公共行政研究班。	稽核員、社會處副處長。
金門縣	方天吉	國立金門技術學院觀光管理系、國立高雄大學 EMBA 在職專班。	金門日報社經理、自來水廠主任。

許多縣市長認為社會行政主管是社會資源開發者兼散財童子，因此，不須要專業，只要人緣好、配合度高即可。這也凸顯社會福利的專業性仍然不受肯定。各縣市政府衛生局（處）長、教育局（處）長均不可能聘用非專業的局（處）長擔任，但社會局（處）長卻淪為議員、區長、黨工、記者、各局處首長輪調的位置而已。

非社會福利／社會工作專長背景的社會行政主管容易把社會福利當成慈善施捨，更甚者將之操作成縣市長個人的選舉資源，把社會工作人員當成是服務選民與議員的樁腳。對於社會福利制度的建立興趣不大，更不用說尊重社會工作專業了。中央政府衛生與福利整合了，如何示範引領地方政府社會行政加快腳步走向專業化，否則很難推動社會行政與衛生行政的專業整合。

## 八、醫療導向的整合模式？

衛生與社會福利最需要整合的有早期療育、長期照顧（護）、身心障礙者福利等三項。當 101 年 5 月 30 日衛生福利組織法（草案）在立法院審議時，衛生福利部籌備小組所提出的簡報，揭櫫衛生福利部願景是「全人照護：以人為中心的衛生福利服務」（立法院公報 101 卷 45 期，頁 291）。

其實就已預告了衛生福利部將採醫療模式的整合。本文從四方面來證實這個說法。

首先，談政策規劃。依據「衛生福利部組織法」第 2 條第 1 款衛生福利部掌理「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、政策宣導、科技發展及國際合作。」據此，設了綜合規劃司。再依「衛生福利部處務規程」第 6 條綜合規劃司掌理事項的第 1 款「衛生福利政策之研究發展、考核及宣導。」既然，衛生福利政策的規劃都由該司負責。那麼，該司的人力就必須涵蓋健康政策、社會福利政策的專業。可是從移撥的人力來看，根本沒有社會福利專長的人力被移撥進入該司。

進一步，社會福利專長的人力大宗放在社會及家庭署，該署設婦女福利及企劃組，下設政策規劃科。依「衛生福利部組織法」第 5 條，社會及家庭署的職掌是「規劃與執行老人、身心障礙者、婦女、兒童及少年福利及家庭支持事項。」這屬於一般所稱的社會服務（social services），或是前述各國使用的家庭服務（family services）。當然，一個小小的科只有四、五個編制員額，也管不了龐大的社會服務政策制訂。不過，更值得問的是，衛生福利部綜合規劃司就不必管社會服務的政策規劃

嗎？又社會救助及社會工作、婦幼保護與社會服務的政策如何整合？因為，社會救助及社會工作、婦幼保護的政策屬於衛生福利部綜合規劃司要處理的。尤其是保護服務司所主管的性騷擾防治、家庭暴力防治、性侵害防治、兒童及少年保護、兒童及少年性交易防制都與社會及家庭署所主管的婦女福利、兒童及少年福利、家庭支持關係密切。而社會工作專業人力的養成與久任，又與社會救助及社會工作科所主管的社會工作專業制度建立有高度相關。而這些政策如何協調，涉及到跨衛生福利部本部與社會及家庭署的關係。衛生福利部綜合規劃司並沒有社會福利專長的人力配置，如何能整合這些跨司署的社會福利政策？顯示，社會福利政策在這一波衛生與社會福利整合過程中是嚴重地被忽略的。

其次，談長期照顧（護）。依據「衛生福利部組織法」第2條第7款，衛生福利部掌理事項包括：「護理及長期照顧（護）服務、早期療育之政策規劃、管理及監督。」同法第9條護理及健康照護司掌理事項第3款：「長照政策、制度與人力發展之規劃、推動及相關法規之研擬。」第4款：「長照服務網絡、體系與偏遠地區長照資源之規劃及推動。」而再依「社會及家庭署處務規程」第8條老人福利組掌理事項，包括所有老人福利的政策制訂、服務提供、服務體系建構、權益保障、人力規劃、機構管理、資源開發，到教育宣導等。顯然，衛生福利部試圖把長期照顧（護）的政策交給護理及健康照護司。但卻把長期照顧

服務提供留給社會及家庭署，形成一種政策規劃在本部，服務體系由社會及家庭署執行。可是，依地方制度法規定，長期照顧服務屬地方政府自治事項，社會及家庭署根本無權無人可介入直接服務提供，而只能監督與評鑑，如此一來，護理及健康照護司必然與社會及家庭署業務產生很大的衝突。因為很難想像護理及健康照護司會以社會福利的角度來思考長期照顧政策。在101年5月30日委員會審查衛生福利部組織法（草案）時吳宜臻委員就質疑：「行政院組織法中有提到衛福部最重要的政策，就是為因應臺灣地區高齡化社會之醫療及安養的需求部分，必須整合醫療照護及社會福利的專責機構。……。從上可知，你們透過組織整併的過程，並沒有將原來在內政部的社政業務，與衛生署原本的醫政及衛政業務真的去做一整合。」（立法院公報101卷45期，頁309）

第三，談身心障礙者福利。護理及健康照護司掌理事項第7款：「身心障礙鑑定與醫療輔具服務之發展、推動及相關法規之研擬。」但是，依「社會及家庭署處務規程」第7條規定，身心障礙福利組掌理所有身心障礙者福利的政策制訂、服務提供、服務體系建構、權益保障、人力規劃、機構管理、資源開發，到教育宣導等。如此一來，護理及健康照護司只管身心障礙鑑定與醫療輔具服務等事務，其他歸社會及家庭署來管。顯示，我國的身心障礙者福利也沒有整合；更不用說，社會模式的身心障礙者觀點會成為未來重要的政策思考。



據此，在 102 年 5 月 31 日立法院三讀「衛生福利部組織法」(草案)做成附帶決議。其中第五點：行政院於立法說明中，明白指出：衛福部之成立是爲了要因應整合醫療照護與社會福利的專責機關來處理步入高齡化社會，醫療照護與安養需求大增的問題，爰將「護理及健康照護司」更名為「護理及長期照護司」，並將「身心障礙鑑定及醫療輔具服務之發展、推動與相關法規之研訂」業務移至社會及家庭署，「原住民族地區醫事人力及服務體系之發展與推動」以及「離島地區醫事人力及服務體系之發展與推動」移至醫事司。此外，將社會及家庭署之相關「居家、社區及機構照顧制度、人力及資源發展之規劃、推動及執行」移入「護理及長期照護司」(立法院公報 102 卷 38 期，頁 796)。

如果照立法院的附帶決議執行，那麼所有長期照顧業務移「護理及健康照護司」主管，且改名「護理及長期照護司」，更坐實了我國長期照顧醫療化的擔憂。看似衛生與社會福利整合，其實是錯誤的整合方向，違反長期照顧社區化、去機構化的國際趨勢。

最後，談社會福利機構管理。依「衛生福利部處務規程」第 20 條，在衛生福利部下還常設了一個「附屬醫療及社會福利機構管理會」，辦理該部附屬醫療與社會福利機構之管理及監督事項，置執行長一人，由適當人員擔任。但是，組織改造時也沒有移撥原內政部社會司社會福利機構主管科的人進去，現在這 13 家機構還是由社會及家庭署託管。到底這個常設管理會

只是管醫療院所，還是包括社會福利機構都管？如果是，這個衛生與福利整合也是醫療模式的整合；且社會及家庭署的身心障礙福利組、老人福利組下的機構輔導科，不知道還有什麼可做的？如果不是，那就不須要疊床架屋多設單位，反而落得三不管。

## 參、解決之道

首先，應將衛生福利部正名為「衛生與福利部」。理由很簡單，本來健康政策(Health Policy)就屬社會政策的一環(Hill, 1996; Dean, 2006; Hill, 2006; Karger & Stoesz, 2006; 林萬億, 2010)。但是，長期以來，醫療專業發展領先其他專業，有其傳統的社會崇高地位。因此，將健康與社會福利並列，既符合行政院衛生署長期以來就是一個獨立的部會的經驗，又符合衛生福利不等於全部的社會福利的事實。讓衛生行政與社會福利行政各有其政策目標，但又能部分整合。

其次，衛生與福利部必須建立一個較佳的政策整合與協調機制，有效整合社會救助及社會工作司、保護服務司、社會及家庭署的政策制訂與服務輸送規劃。目前，仰賴社會及家庭署四、五個人力，根本無法因應跨司署的政策規劃；且主導衛生福利政策規劃的綜合規劃司並沒有準備將社會福利政策規劃納入。

第三，長期照顧與身心障礙福利整合應避免走向醫療模式的方向。衛生福利部假設長期照顧將以社會保險形式出現，所

以，將長期照護保險納入社會保險司規劃。但是，長期照護政策、制度、人力發展則劃歸「護理及健康照護司」的業務。從其他國家經驗來看，為因應高齡社會來臨，的確需要一個整合的老人福利主管機關，像美國的老人署。如果不這樣做，也應將所有與老人有關的健康照顧與福利業務整合在一個單位，但那個單位不是「護理及長期照護司」，反而是要像韓國衛生與福祉部一樣設一個涵蓋不同年齡人口群的政策司來主管。尤其是衛生福利部預定自103年起將49歲以下領有身心障礙手冊且失能者納入長期照顧服務對象。這一來，社會及家庭署主管的身心障礙者福利與老人福利如何與社會保險司、「護理及長期照護司」的業務分工合作，將是一個大難題。如果衛生福利部只從長期照護保險、醫療模式的角度來思考身心障礙者與老人服務，根本無法因應因人口老化、身心障礙者老化等帶來的社會政策議題。

第四，社會福利行政人力應視業務需要增加。不論社會救助及社工司、保護服務司、社會及家庭署人力都不足。尤其，社會及家庭署幾乎成為除了社會救助、保護服務之外，所有福利需求人口群的靠山，有限的人力，要從政策規劃到服務輸送體系的建構、福利機構管理、人力規劃、福利權益倡導、政策宣導、政策協調，簡直是不可能的任務。衛生福利部應重新檢討過去沿襲行政院衛生署、與臺灣省衛生處時代留下的業務與人力編制，重新調配人力，否則造成勞逸不均，枉費衛生與福利整合的美意，落得移撥自內政部的人

力，一直覺得自己像是被勉強送做堆的小媳婦一樣，福利沒有，苦力一堆，苦水滿腹。

第五，社會福利二司一署應利用衛生與福利整合的過程，提升社會行政的專業性。與高度專業化的機關合作，除了展現專業之外，還是專業。主管社會福利的政務次長，絕對要有高標準的專業素養與專業地位。難保未來衛生與福利部長不會是政治任命的非專業人士。屆時，兩位政務次長就是各自專業的代表，掌舵各自專業的政策方向，而且要能與相鄰專業協調政策。二司一署的主管本身的專業性也要強。如此才能結合社會福利學術界、社會福利團體，共同提升社會福利的水準；同時，施壓縣市長任命具社會工作或社會福利專長的社會局（處）長。才可能因應衛生與社會福利整合的時代來臨。

最後，衛生與福利部應建議考試院調整社會行政高普考的考試科目，以免社會行政人力走向一般行政化、去專業化。考試科目可以將社會學與社會研究法合併一科，將社會福利服務分為兩科，一科是社會福利行政，一科是社會福利服務。且建議命題委員要將社會工作、社會福利知識帶進試題，避免只是測驗一些與時事相關的社會福利立法題目，才能培養真正的社會福利行政專才。

（本文作者為臺灣大學社會工作學系教授）

**關鍵詞：**衛生福利部、社會及家庭署、社會福利政策、健康政策

## 參考文獻

- 立法院 (2012)。立法院公報 101 卷 45 期。
- 立法院 (2013)。立法院公報 102 卷 38 期。
- 林萬億 (2010)。社會福利。臺北：五南出版。
- 林萬億 (2012)。臺灣的社會福利：歷史與制度的分析。臺北：五南出版。
- 郭登聰編 (1996)。推展成立社會福利部運動工作實錄。中華民國社會工作專業人員協會。
- 葉維銓 (1998)。「我國社會福利行政組織體系之規劃」，論文發表於『全國社會福利會議』，87 年 7 月 20 日。
- 葉金川 (1998)。「我國社會福利行政組織體系之規劃」，論文發表於『全國社會福利會議』，87 年 7 月 20 日。
- Hill, M. (1996). *Social Policy: a comparative analysis*. NY: Prentice Hall.
- Hill, M. (2006). *Social Policy in the Modern World: a comparative text*. Malden, Ma: Blackwell Publishing.
- Karger, H. J. & Stoesz, D. (2006). *American Social Welfare Policy: a pluralist approach*. 5th ed. Boston: Pearson Education, Inc.