

# 衛生福利部主管 112 年度單位決算評估報告目錄

頁次

壹、衛生福利部	1
一、112 年度賡續辦理「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」，惟公費醫師之留任仍難以滿足部分偏鄉醫療需求，允宜檢討改善	1
二、2021 年我國腎臟病發生率已為全球第 2 高、盛行率居全球之冠，然罹患腎臟病人數仍逐年成長，相關醫療費用攀升，允宜妥謀改善	2
三、112 年度「優化兒童醫療照護計畫」部分績效指標未達目標值，且 111 年度我國嬰兒及新生兒死亡率高於 OECD 會員國中位數，允宜檢討改善	4
四、辦理脫貧自立措施雖有初步成果，惟兒少未來發展方案相關經費執行率呈下滑趨勢，且截至 112 年度，有就業需求並已接受就業服務之中低收入及低收入戶之人數占比仍偏低，容有改善空間	6
貳、疾病管制署	10
五、112 年度山地原鄉結核病發生率達全國發生率之 3 倍，允宜賡續妥謀善策檢討改進	10
參、食品藥物管理署	12
六、近年雖持續增加食品中毒防治相關經費，惟食品中毒案件呈概增趨勢；又該等案件多難以明確追溯污染源或特定場所的處置不當，宜精進食品檢驗方法、量能並加強稽查輔導，保障民眾飲食安全	12
肆、中央健康保險署	16
七、因應智慧醫療需求等而推展虛擬健保卡，惟截至 112 年底 7 成餘曾參與虛擬健保卡之醫療院所已未賡續提供服務，允宜檢討改善	16
伍、國民健康署	17
八、112 年度決算歲出保留情形已有改善，惟近年來科技業務工作計畫均有非屬跨年期計畫辦理保留；又保留原因屬委託或補助計畫契約期程跨年度或未結報等已逾 8 成，宜精進相關計畫進度控管	17
陸、社會及家庭署	20

九、補助地方政府推動強化獨居老人關懷計畫，其中就列冊之中低收入獨居老人協助安裝緊急救援設備，截至 112 年底之執行情形不如預期，整體獲補助安裝比率仍未及 3 成，允宜加強推廣 -----	20
柒、國家中醫藥研究所 -----	25
一〇、112 年度藥園教育導覽場次及人次雖創 108 年度以來新高，仍宜妥適規劃人數以維生態，並精進藥用植物研究，以彰顯中草藥多樣及獨特性 -	25

# 衛生福利部主管 112 年度單位決算評估報告

## 壹、衛生福利部

### 一、112 年度賡續辦理「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」，惟公費醫師之留任仍難以滿足部分偏鄉醫療需求，允宜檢討改善

衛生福利部(下稱衛福部)112 年度「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」預算數 6,918 萬 8 千元，決算數 4,932 萬 8 千元，預算執行率 71.30%。經查：

#### (一)108 至 112 年度辦理「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」，期解決偏遠及離島地區醫師不足問題

偏遠及離島地區醫療可近性因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，致醫療照護資源相對於一般地區不足；另住院醫師於 108 年 9 月起適用勞基法，亦加重偏遠及離島地區醫師人力問題。衛福部為逐步改善該等地區醫療照護品質，108 至 112 年度辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」，其中「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」為主要工作項目之一。

「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」係鼓勵服務義務期滿之公費醫師續留或申請至高度偏遠地區、偏遠地區之醫療機構服務，並給予留任滿 1 年者 120 萬元至 180 萬元不等之補助，以穩定偏遠地區醫師人力。

#### (二)「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」透過經費補助，鼓勵醫師留任於偏鄉醫療機構，惟部分醫師於核定補助後仍離職

「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」原預估 112 年度補助留任公費醫師 50 至 100 人、經費需求 1.8 億元，嗣因行政院核定 112 年度預算數 6,918 萬 8 千元，與原需求經費差距頗大，爰 112 年度僅補助 14 名醫師。另審計部於 112 年度衛生福利部財務收支及決算審核通知，亦針對「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」

提出意見如下：

1. 112 年度 19 名有意願留任之醫師未獲補助，經衛福部於 113 年 3 月查詢醫事人員管理系統，其中 4 名未獲補助醫師已未在原任職偏鄉院所服務，顯示因補助預算不足已影響計畫成效。
2. 該獎勵計畫主要透過經費補助鼓勵醫師留任於偏鄉醫療機構，惟 109 至 112 年度仍有 12 名醫師於核定補助後離職。嗣衛福部檢討渠等醫師離職原因，可能係醫療進修、個人職涯規劃、低薪資及次專科訓練等，有待妥予因應並及早研擬配套措施。

針對審計部上開意見，衛福部回覆略以，為完善偏鄉醫療照護，該部於 113 年度規劃辦理「偏鄉醫師留任獎勵計畫」，除將補助對象擴大至非公費醫師，亦爭取增加預算，預計補助人數增至每年 50 人次，以鼓勵有意續留或申請至偏鄉醫療機構或衛生所執業之醫師。

然除上述偏鄉醫師留任情形欠佳外，依衛福部資料，截至 112 年底臺東醫療區域之大武次區域仍無醫院，允宜併同考量，以提升偏遠及離島地區之醫療資源可近性。

綜上，112 年度衛福部賡續辦理「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」，鼓勵醫師留任於偏鄉醫療機構服務，惟留任情形欠佳，允宜積極檢討改善，以提升偏鄉醫療品質。

## 二、2021 年我國腎臟病發生率已為全球第 2 高、盛行率居全球之冠，然罹患腎臟病人數仍逐年成長，相關醫療費用攀升，允宜妥謀改善

「拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益」係衛福部

112 年度施政目標之一，該部「醫療保健支出」預算數 120 億 377 萬 3 千元，執行結果，決算數為 117 億 6,769 萬 3 千元，預算執行率達 98.03%。經查：

**(一)2021 年我國腎臟病發生率為全球第 2 高、盛行率居全球之冠**

參考 2023 台灣腎病年報，2021 年臺灣腎臟病發生率<sup>1</sup>為每百萬人口 522 人，不僅較 2011 年之每百萬人口 431 人增加，且按美國腎臟登錄系統(USRDS)最新公布之 2023 年報，2021 年臺灣腎臟病發生率排名居全球第 2(僅次於墨西哥)。

至於 2021 年臺灣腎臟病盛行率<sup>2</sup>則為每百萬人口 3,839 人，亦高於 2012 年之每百萬人口 3,012 人，且按 USRDS 之 2023 年報，2021 年臺灣腎臟病盛行率排名居全球之冠，顯示我國民眾罹患腎臟病情況嚴重。

**(二)112 年度我國洗腎人數較 107 年度增加 8.09%，醫療費用龐鉅**

依中央健康保險署提供 107 至 112 年度國人透析(洗腎)人數及經費資料(詳表 1)，洗腎人數自 107 年度 8 萬 9,986 人成長至 112 年度 9 萬 7,262 人，6 年間增加 7,276 人(成長率 8.09%)，同期間健保醫療費用總額協定之透析服務費用亦由 382 億餘元增至 446 億餘元，且 112 年度每位洗腎病患平均透析支出約 46 萬元(未計其他併發症醫療費用)，造成健保日益增長之重大負擔。

**表 1 107 至 112 年度總額協定之門診透析服務費用及透析人數表**

單位：人

年度	人數	總額協定數 (新臺幣百萬元)	每位洗腎病患之平均透析 支出(新臺幣萬元)
107	89,986	38,208	42

<sup>1</sup>發生率(incidence rate)係指在某一特定時期內，某人口群中「新發生」某種疾病之比率。

<sup>2</sup>盛行率(prevalence rate)係指在某一特定時期內，某人口群中罹患某種疾病之比率。

年度	人數	總額協定數 (新臺幣百萬元)	每位洗腎病患之平均透析 支出(新臺幣萬元)
108	92,624	39,393	43
109	94,396	40,673	43
110	96,165	41,995	44
111	97,688	43,355	44
112	97,262	44,655	46

資料來源：健保署。

綜上，2021 年國人腎臟病發生率及盛行率已分別居全球第 2 位及第 1 位，然近年罹患腎臟病人數仍逐年成長，且罹病者長期接受透析治療及耗費健保醫療費用日增，衛福部允宜探究國人高罹病率之癥結，並妥謀改善，俾維國人健康及減輕健保財務負擔。

### 三、112 年度「優化兒童醫療照護計畫」部分績效指標未達目標值，且 111 年度我國嬰兒及新生兒死亡率高於 OECD 會員國中位數，允宜檢討改善

衛福部及所屬於 110 至 113 年度共同推動「優化兒童醫療照護計畫」，其中衛福部(不含所屬)112 年度該計畫預算數 4 億 7,067 萬 9 千元，決算數 4 億 2,177 萬 9 千元，預算執行率 89.61%。經查：

#### (一)112 年度我國嬰兒死亡率及新生兒死亡率高於 108 年度，且 111 年度我國嬰兒及新生兒死亡率亦逾 OECD 會員國中位數

按「優化兒童醫療照護計畫」(110 年至 113 年)所述之計畫源起，係因我國面臨高齡化與少子女之嚴峻挑戰，且總生育率低、新生兒/兒童死亡率偏高，與醫療或疾病相關因素占 5 成以上，為正視兒童醫療照護問題，衛福部爰訂定該計畫。

108 至 112 年度我國嬰兒死亡率<sup>3</sup>介於 3.6‰至 4.4‰，且 112 年度嬰兒死亡率 4.3‰遠高於 108 年度之 3.8‰；另 112 年度我國

<sup>3</sup>嬰兒死亡率=(1 年內未滿 1 歲即死亡之嬰兒數/1 年內之活產總數)\*1,000。

新生兒死亡率<sup>4</sup>2.8‰，相較於 108 及 109 年度之 2.4‰，亦呈增加趨勢(詳表 1)。

**表 1 近年我國嬰兒死亡率及新生兒死亡率** 單位：人/每千活產

年度	嬰兒死亡率	新生兒死亡率
108	3.8	2.4
109	3.6	2.4
110	4.1	2.7
111	4.4	2.8
112	4.3	2.8

資料來源：衛福部「歷年新生兒、嬰兒及孕產婦死亡概況」表，113 年 12 月 9 日查詢。

復檢視我國嬰兒死亡率、新生兒死亡率與 OECD 會員國之差距(詳表 2)，111 年度我國嬰兒死亡率 4.4‰遠逾 OECD 會員國中位數之 3.1‰、另我國新生兒死亡率 2.8‰亦高於 OECD 會員國中位數之 2.2‰，顯示我國兒童醫療體系之完善，尚有改進空間。

**表 2 我國與 OECD 國家嬰兒死亡率、新生兒死亡率簡表** 單位：人/每千活產

國家/地區	嬰兒		新生兒	
	年度	死亡率	年度	死亡率
中華民國	2022	4.4	2022	2.8
OECD 中位數	各國最新可取得年度 (2018 至 2022)		各國最新可取得年度 (2018 至 2022)	
		3.1		2.2

說明：未排除出生體重小於 500 公克或懷孕週數小於 22 週之活產個案。  
資料來源：衛福部提供。

## (二)112 年度「優化兒童醫療照護計畫」之「5 歲以下兒童死亡率」

### 績效指標未達目標值

「優化兒童醫療照護計畫」(110 至 113 年度)共訂定 9 項量化績效指標(詳表 3)，其中 112 年度 8 項指標已達目標值，惟其中「5 歲以下兒童死亡率」1 項績效指標 112 年度目標值 4.3‰，惟實際值 5.3‰，並未達標。

<sup>4</sup>新生兒死亡率 = 【新生兒死亡數(嬰兒出生後未滿 28 天之死亡數)/活產嬰兒數】\* 1,000。

表 3 優化兒童醫療照護計畫之績效指標表

績效指標	衡量基準	112 年度	
		目標值	實際值
五歲以下兒童死亡率每年平均下降大於 0.1‰	五歲以下兒童死亡率	目標值	4.3‰
		實際值	5.3‰
提供周產期照護服務涵蓋率	有提供周產期照護服務之縣市/全國扣除離島之縣市數*100%	目標值	90%
		實際值	95%
周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷	收案期間 4 次以上產檢利用率(產檢 4 次以上的高風險收案產婦人數/當年被收案且應做產檢 4 次以上的高風險收案產婦人數)x100%	目標值	97%
		實際值	98.6%
極低出生體重(<1500 公克)兒關懷追蹤	(接受追蹤或結案之極低出生體重兒人數/符合極低出生體重兒追蹤條件之總人數) *100%	目標值	85%
		實際值	97.9%
每縣市至少 1 家重點醫院提供 24 小時之兒童緊急傷患就醫服務	達成縣市比率(排除資源充沛區)	目標值	95%
		實際值	100%
分區建立核心醫院，提供兒童重難罕症照護	核心醫院數	目標值	8
		實際值	8
核心醫院具備兒童重症運送的專業能力	兒童重症運送專業團隊數	目標值	3
		實際值	3
逐年提升未滿 3 歲之兒童有專責醫師照護的涵蓋率	(幼兒專責醫師收案未滿 3 歲之兒童人數/全國未滿 3 歲之兒童人數)100%	目標值	30%
		實際值	43%
逐年提升育有 6 歲以下育兒指導服務涵蓋數	達成補助縣市數	目標值	20
		實際值	20

資料來源：衛福部提供。

綜上，我國 111 年度嬰兒死亡率及新生兒死亡率皆高於 OECD 會員國中位數，且 112 年度「優化兒童醫療照護計畫」部分績效指標未達目標值，允宜積極檢討改善，俾建構完備之兒童醫療體系。

(分機：1925 賴欣憶)

四、辦理脫貧自立措施雖有初步成果，惟兒少未來發展方案相關經費執行率呈下滑趨勢，且截至 112 年度，有就業需求並已接受就業服務之中低收入及低收入戶之人數占比仍偏低，容有改善空間

衛福部 112 年度預算於「社會救助業務—紓困及強化社會安

全網第二期計畫」項下就辦理脫貧自立措施所需相關經費<sup>5</sup>合計編列 9,868 萬 8 千元，決算數 7,889 萬 9 千元，預算執行率 79.95%。截至 112 年度辦理脫貧自立措施雖有初步成果，惟兒少未來發展方案相關經費之預算執行率、有就業需求並已接受就業服務之中低收入及低收入戶之人數占比仍偏低，均尚有改善空間，謹敘明如次：

### (一)近年政府推動脫貧自立措施主要係協助經濟弱勢者培力

現行社會救助法立法意旨之一係照顧低收入戶與中低收入戶等經濟弱勢者並協助其自立(社會救助法第 1 條<sup>6</sup>參照)。又依同法第 15 條之 1 第 1 項規定<sup>7</sup>授權市縣政府主管機關自行或運用民間資源辦理脫貧措施。至於地方政府協助經濟弱勢者脫貧自立之方式，依社會救助法第 15 條之 1 第 3 項規定<sup>8</sup>授權訂定之「協助積極自立脫離貧窮實施辦法」第 4 條規定<sup>9</sup>，得採取教育投資、就業自立、資產累積、社區產業及社會參與等方式協助低收入戶及中低收入戶，亦即除提供經濟弱勢者發展所需資金外，並從輔導就學、就業等培力措施著手，協助渠等取得謀

<sup>5</sup>包括辦理脫貧自立、在地社區實物服務拓展、兒童及少年教育發展帳戶所需行政費、辦理脫貧方案家庭服務人力經費、兒童及少年未來教育與發展帳戶長期追蹤計畫研究及兒少教育發展帳戶持續存款開戶者獎勵金等項目。

<sup>6</sup>社會救助法第 1 條：「為照顧低收入戶、中低收入戶及救助遭受急難或災害者，並協助其自立，特制定本法。」

<sup>7</sup>社會救助法第 15 條之 1 第 1 項：「直轄市、縣(市)主管機關為協助低收入戶及中低收入戶積極自立，得自行或運用民間資源辦理脫離貧窮相關措施。」

<sup>8</sup>社會救助法第 15 條之 1 第 3 項：「第一項脫離貧窮相關措施之對象、實施方式及其他相關事項規定之辦法，由中央主管機關定之。」

<sup>9</sup>「協助積極自立脫離貧窮實施辦法」第 4 條：「直轄市、縣(市)主管機關辦理脫離貧窮措施之方式如下：一、教育投資：協助改善就學設備、課業輔導或提升學歷。二、就業自立：協助就業準備、排除就業障礙，提供或轉介就業服務、職業訓練、輔導證照考試、小本創業或穩定就業誘因。三、資產累積：協助儲蓄、投資、融資，累積有形資產或無形資產。四、社區產業：結合地方特色產業，協助增加在地謀生技能或在地就業。五、社會參與：協助參與相關教育訓練、社區活動、志願服務或公共服務。六、其他直轄市、縣(市)主管機關視實際需要發展之創新、多元或實驗性服務。」

生技能，以減少對社會救助措施之依賴，另為避免貧富差距衍生貧窮世襲現象，自 106 年起辦理「兒童與少年未來教育及發展帳戶推動方案」(以下簡稱兒少未來發展方案)，透過政府提撥經費之帳戶，協助弱勢兒少得資產累積、教育投資及就業創業，以促進其自立發展。

## (二)受持續存款開戶者獎勵金發放情形不如預期影響，110 至 112 年度兒少未來發展方案之預算執行率呈下滑情形

依衛福部提供推動脫貧自立措施相關經費資料，110 至 112 年度整體經費之預算數自 4,344 萬 6 千元逐年增至 9,868 萬 8 千元，決算數亦自 3,342 萬 6 千元逐年上揚至 7,889 萬 9 千元，預算執行率介於 76.94%與 96.5%。

進一步觀察 110 至 112 年度脫貧自立措施經費主要組成項目之執行情形(詳表 1)，其中行政費方面，預算數自 931 萬 1 千元逐年調降至 916 萬 2 千元，惟決算數則自 415 萬 7 千元增至 705 萬 5 千元，預算執行率自 44.65%提高至 77%；人力費方面，預算數自 3,093 萬 5 千元倍增至 8,128 萬 6 千元，決算數亦自 2,522 萬 4 千元大幅提高至 6,495 萬 9 千元，預算執行率介於 79.91%與 105.81%；兒少未來發展方案方面，預算數自 320 萬元躍升至 824 萬元，決算數自 404 萬 5 千元增至 688 萬 5 千元，預算執行率則自 126.41%逐年下滑至 83.56%，主要係該發展帳戶持續存款開戶者獎勵金發放情形不如預期所致。

表 1 衛福部 110 至 112 年度推動脫貧自立措施之經費運用情形統計表

單位：新臺幣千元；%

年度		110 年度	111 年度	112 年度
行政費	預算數	9,311	9,297	9,162
	決算數	4,157	4,820	7,055
	預算執行率	44.65	51.84	77.00
人力費	預算數	30,935	48,388	81,286
	決算數	25,224	51,197	64,959
	預算執行率	81.54	105.81	79.91
兒少未來發	預算數	3,200	5,143	8,240

項目	年度	110 年度	111 年度	112 年度
	展方案	決算數	4,045	4,653
預算執行率		126.41	90.47	83.56
整體經費	預算數	43,446	62,828	98,688
	決算數	33,426	60,670	78,899
	預算執行率	76.94	96.5	79.95

說明：表內兒少未來發展方案欄位 110 與 111 年度僅為發展帳戶持續存款開戶者獎勵金，112 年度則包括發展帳戶持續存款開戶者獎勵金與長期追蹤計畫研究。

資料來源：衛福部提供，本中心彙整。

### (三)截至 112 年度，有就業需求並已接受就業服務之中低收入及低收入戶者，占 18 歲以上未滿 65 歲之中低收入及低收入戶人數比率仍偏低

依衛福部提供 110 至 112 年度有就業需求並已接受就業服務之中低收入及低收入戶者，自 1,135 人略增至 1,766 人，又參考同期間我國 18 歲以上(即已成年)未滿 65 歲<sup>10</sup>之低收入戶與中低收入戶之人數統計資料，則自 35 萬餘人下滑至 32 萬餘人，可悉有就業需求且已接受就業服務之中低收入及低收入戶者，占 18 歲以上未滿 65 歲之中低收入及低收入戶者比率雖自 110 年度之 0.32%增至 112 年度之 0.54%(詳表 2)，惟比率顯然偏低，尚有提升空間。

<sup>10</sup>參據社會救助法第 5 之 3 條規定：「本法所稱有工作能力，指十六歲以上，**未滿六十五歲**，而無下列情事之一者：一、二十五歲以下仍在國內就讀空中大學、大學院校以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學以外學校，致不能工作。二、身心障礙致不能工作。三、罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養致不能工作。四、因照顧特定身心障礙或罹患特定病症且不能自理生活之共同生活或受扶養親屬，致不能工作。五、獨自扶養六歲以下之直系血親卑親屬致不能工作。六、婦女懷胎六個月以上至分娩後二個月內，致不能工作；或懷胎期間經醫師診斷不宜工作。七、受監護宣告。依前項第四款規定主張無工作能力者，同一低收入戶、中低收入戶家庭以一人為限。第一項第二款所稱身心障礙致不能工作之範圍，由中央主管機關定之。」又考量「十二年國民基本教育實施計畫」將高中、高職、五專之前 3 年(**原則上接受教育年齡至 18 歲**)納入國民基本教育並自 103 年 8 月全面實施，爰本報告核算中低收入及低收入戶受惠於就業服務者比率，母數係採 18 歲以上未滿 65 歲之中低收入及低收入戶人數。

表2 110至112年度有就業需求且接受就業服務之低收入及中  
低收入戶人數統計表 單位：人；%

項目 \ 年度	110	111	112
有就業需求且接受就業服務之中低收入及低收入戶人數 A	1,135	1,878	1,766
18歲以上未滿65歲之中低收入及低收入戶人數 B	354,674	342,201	326,590
A/B	0.32	0.55	0.54

說明：有就業需求且接受就業服務之中低收入及低收入戶人數係衛福部提供，18歲以上未滿65歲之中低收入及低收入戶人數係參考衛福部統計處公布之我國低收入戶及中低收入戶人數統計。  
資料來源：衛福部提供，本中心彙整。

綜上，近年政府推動脫貧自立措施主要以協助經濟弱勢者培力，使渠等獲取謀生能力，以減少對社會救助措施之依賴，由相關措施之經費執行情形以觀，110至112年度受兒少發展帳戶持續存款開戶者獎勵金發放情形不如預期影響，該項措施之預算執行率呈下滑情形，又有就業需求且接受就業服務之中低收入及低收入戶人數之占比雖有增加，惟仍偏低，允宜研謀善策，落實政策目標。

（分機：1912 黃彥斌）

## 貳、疾病管制署

### 五、112年度山地原鄉結核病發生率達全國發生率之3倍，允宜廣續妥謀善策檢討改進

疾病管制署(下稱疾管署)112年度「防疫業務」預算數880億7,122萬8千元<sup>11</sup>，決算數880億6,587萬2千元，預算執行率99.99%；其中防疫業務項下「我國加入WHO 2035消除結核第2期計畫」112年度預算數9億9,777萬元、決算數9億8,827萬8千元，預算執行率99.05%。經查：

<sup>11</sup>包含動支第二預備金2,069萬5千元。

(一)「我國加入 WHO 2035 消除結核第 2 期計畫」(110-114 年度)，  
112 年度轉換後死亡率略低於第 1 期計畫之最末年

為響應 WHO 提出 2035 年結核病新案發生率降到每 10 萬人口 10 例之目標，疾管署於 105 至 109 年度辦理「我國加入 WHO 2035 消除結核第 1 期計畫」，至於第 1 期執行結果，依該署提供本國籍結核病新案發生及死亡情形(詳表 1)，109 年度我國結核病新案發生人數為 7,823 人、發生率為每 10 萬人口 33 人，轉換後死亡率為每 10 萬人口 2.0 人。

至於第 1 期計畫屆期後，接續辦理「我國加入 WHO 2035 消除結核第 2 期計畫」(執行期間 110 至 114 年度)，迄 112 年度我國結核病新案發生人數為 6,584 人、發生率為每 10 萬人口 28 人，轉換後死亡率每 10 萬人口 1.9 人雖低於第 1 期最末年 109 年度之 10 萬人口 2.0 人，惟發生率仍與 WHO 2035 年結核病新案發生率每 10 萬人口 10 例之目標有間。

表 1 109 至 112 年度本國籍結核病新案發生及死亡情形表

單位：人、人/10 萬人口

年度	新案數	發生率	死亡數	轉換後死亡率
109	7,823	33	460	2.0
110	7,062	30	442	1.9
111	6,576	28	477	2.0
112	6,584	28	452	1.9

說明：表內新案數不含當年度重發案數。

資料來源：疾病管制署。

(二)112 年度山地原鄉結核病發生率為全國發生率之 3.0 倍

山地原鄉為我國結核病高發生率地區，依疾管署資料，山地原鄉結核病新案發生率雖自 109 年度之每 10 萬人口(下同)113 人降至 112 年度之 85 人(詳表 2)，同期間全國發生率亦從 33 人降至 28 人，惟 112 年度山地原鄉與全國發生率之差距仍達 3.0

倍，允宜賡續強化防治措施，以縮短與全國之差距。

表 2 109 至 112 年度山地原鄉結核病發生率與全國比較表

單位：人/10 萬人口

年度	山地原鄉發生率	全國發生率	差距
109	113	33	3.4 倍
110	89	30	3.0 倍
111	87	28	3.1 倍
112	85	28	3.0 倍

資料來源：疾管署提供。

綜上，112 年度我國結核病新案數及發生率雖自 109 年度以來概呈下降趨勢，惟山地原鄉結核病發生率仍為全國發生率之 3 倍，允宜賡續妥謀善策，俾達 WHO 2035 年結核病新案發生率降到每 10 萬人口 10 例之目標。

(分機：1925 賴欣憶)

### 參、食品藥物管理署

六、近年雖持續增加食品中毒防治相關經費，惟食品中毒案件呈概增趨勢；又該等案件多難以明確追溯污染源或特定場所的處置不當，宜精進食品檢驗方法、量能並加強稽查輔導，保障民眾飲食安全

食品藥物管理署(以下簡稱食藥署)112 年度「食品藥物管理業務」項下「食品管理工作」預算數 7 億 4,599 萬 9 千元，決算數 7 億 4,294 萬 3 千元，預算執行率 99.59%；另於「科技業務」項下委託辦理「112 年度精進食品中毒病因分析及餐飲防疫管理」計畫，執行金額 90 萬元，同預算數。經查：

(一)近年持續增加食品中毒防治相關經費，惟食品中毒案件呈概增趨勢，允宜強化食品安全管理事務之推動，以降低食安風險

近年食藥署密切關注國內外食品安全相關科學研究與衛生

規範最新動向，持續增加食品中毒防治相關經費，109 年度相關經費預決算數分別為 150 萬元、143 萬 9 千元(詳表 1)，至 112 年度預決算數已各大幅成長至 255 萬 9 千元、240 萬 1 千元(分別成長 70.6%、66.85%)。

然依食藥署公布之食品中毒統計資料顯示，近年國內食品中毒發生案件數呈概增趨勢，107 年度 398 件(詳表 2)，108 至 111 年間穩定維持約 500 件左右，112 年度則大幅上升至 633 件，較 107 年度成長近 6 成。鑑於 113 年以來我國陸續發生進口調味料含蘇丹紅色素要求業者銷毀、日本小林製藥紅麴補充品國內業者通報下架，及臺北素食餐廳「寶林茶室」食物中毒致死消費者文教基金會擬求償等重大食安事件，食藥署允宜強化食品安全管理事務之推動，以降低食安風險。

表 1 食藥署 109 至 112 年度食品中毒防治相關經費編列與執行統計表

單位：新臺幣千元；%

年度 項目	109	110	111	112
預算科目 名稱	科技業務/01 確保衛生安全環境整合型計畫、科技業務/03 精進我國食品安全科技研究/業務費項下、食品管理工作/07 食安新秩序—食安網絡計畫/委辦費	科技業務/01 確保衛生安全環境整合型計畫/業務費項下	食品管理工作/01、食品管理工作/03、食品管理工作/04、食品管理工作/07/業務費項下、食品管理工作/07 食安新秩序—食安網絡第 2 期計畫/委辦費	科技業務/03 精進我國食品安全科技研究/委辦費、食品管理工作/07 食安新秩序—食安網絡第 2 期計畫/委辦費
預算數(a)	1,500	600	2,282	2,559
決算數(b)	1,439	588	2,187	2,401
預算執行 率(b)/(a)	95.93	98	95.84	93.83

資料來源：食藥署提供。

表 2 我國 107 至 112 年度食品中毒案件統計表

單位：件數；人

年度 項目	107	108	109	110	111	112
件數	398	502	506	498	499	633
患者數	4,616	6,935	4,920	5,823	4,495	5,196
死亡數	-	2	-	-	-	1

資料來源：整理自食藥署公布之歷年食品中毒資料。

(網址：<https://www.fda.gov.tw/TC/siteContent.aspx?sid=323>)，查詢日期 113 年 12 月 9 日。

(二)107 至 112 年度食品中毒案件主要發生於供膳之營業場所，惟多難以明確追溯污染源或特定場所的處置不當，宜加強與地方衛生機關合作，精進食品檢驗方法、量能並加強稽查輔導

進一步分析 107 至 112 年度食品中毒案件攝食場所情形，食品中毒案件以發生於供膳之營業場所為最多，近年占比約 6 成或以上，其中 112 年度 633 件食物中毒案件中即有 397 件(占 62.72%)發生於此類場所(詳表 3)。此外，107 及 108 年度占比次高之場所為學校，自宅則再次之。自 109 年度起自宅案件數已超越學校，其中 112 年度達 125 件，相較 107 年度之 51 件大幅成長 145.1%。

依食品衛生管理法第 15 條第 1 項規定：「食品或食品添加物有下列情形之一者，不得製造、加工、調配、包裝、運送、貯存、販賣、輸入、輸出、作為贈品或公開陳列：...。四、染有病原性生物，或經流行病學調查認定屬造成食品中毒之病因。...。」然前述食品中毒案件若以食品被污染或處置錯誤之場所區分<sup>12</sup>，則可發現近年食品中毒案件均難以歸因於特定場所受到污染或處置不當而導致食品中毒，且件數及占比均有增加趨勢。108 年度 398 件食物中毒案件中，358 件屬不明場所，已將近 9 成。至 112 年度 633 件僅 20 件屬食品可歸因於特定場所受到污染或處置錯誤案件，另高達 96.84%之案件均歸類於不明場所(詳表 4)。食藥署允宜積極精進食品中毒事件之檢驗方法、強化檢驗量能，並與地方衛生機關密切合作加強對於食品業者供餐環境、食材來源及餐點衛生安全等之稽查輔導，以維護民眾安心飲食之環境。

<sup>12</sup>經洽食藥署表示，所稱食品被污染或處置錯誤之場所，指食品中毒案件可追溯歸因食品於該場所受到污染或保存不當等處置錯誤導致食品中毒。

表 3 我國 107 至 112 年度食品中毒案件攝食場所分類統計表 單位:案

攝食場所 \ 年度	107	108	109	110	111	112
自宅	51	46	69	89	80	125
供膳之營業場所	223	310	313	292	325	397
學校	74	86	68	68	48	59
辦公場所	14	15	19	19	11	20
醫療場所	2	7	1	3	2	3
運輸工具	1	0	0	0	1	8
部隊	1	3	8	6	6	2
野外	2	5	2	2	2	2
攤販	12	16	17	15	13	22
外燴	2	2	2	1	7	4
監獄	1	3	4	2	0	2
其他	15	13	13	12	17	22
總計	398	502	506	498	499	633

說明：總計為扣除重複計數(2種以上場所共同引起之案件)之值。

資料來源：整理自食藥署提供資料。

表 4 我國 107 至 112 年度食品中毒被污染或處置錯誤之場所案件分類統計表 單位:案

場所 \ 年度	107	108	109	110	111	112
自宅	4	3	4	2	0	3
供膳之營業場所	15	19	17	9	9	12
學校	6	9	3	3	6	2
辦公場所	1	0	1	0	0	0
醫療場所	0	1	0	0	0	0
食品工廠	13	12	5	6	2	0
攤販	1	0	0	0	1	1
販賣地點	0	0	0	0	0	1
部隊	0	0	2	1	3	0
原料食品採集場所	0	0	0	0	0	0
野外	0	1	0	0	0	0
外燴	0	1	0	0	0	0
監獄	0	0	3	0	0	1
其他	0	0	2	1	0	0
不明場所	358	456	469	476	478	613
總計	398	502	506	498	499	633

資料來源：同表 3。

綜上，近年來食藥署持續增加食品中毒防治相關研究經費，

惟食安事件頻仍，食品中毒事件有增加趨勢。又食品中毒案件主要發生於供膳之營業場所，惟多難以認定食品於該等場所受到污染或處置不當，食藥署允宜加強與地方衛生稽查單位溝通協調，積極精進食品中毒事件之檢驗方法、強化檢驗量能，加強對於食品業者供餐環境、食材來源及餐點衛生安全等之稽查輔導，以降低食安風險，確保民眾食的安全。

(分機：1935 陳果廷)

#### 肆、中央健康保險署

七、因應智慧醫療需求等而推展虛擬健保卡，惟截至 112 年底 7 成餘曾參與虛擬健保卡之醫療院所已未賡續提供服務，允宜檢討改善

中央健康保險署(下稱健保署)112 年度「健保業務」預算數 23 億 2,420 萬元，辦理健保財務收支管理及監控、健保政策規劃與推展等業務，其中辦理虛擬健保卡相關業務之預算數為 564 萬 6 千元、決算數 526 萬 7 千元，執行率 93.29%(詳表 1)。

表 1 112 年度健保署公務預算推動虛擬健保卡相關業務之預決算表  
單位：新臺幣千元

112 年度公務預算之預算科目	預算數	決算數
科技業務	3,650	3,400
健保業務	1,996	1,867
小計	5,646	5,267

資料來源：健保署提供。

健保署自 108 年起開發建置虛擬健保卡系統、實務導入醫療院所，111 年度起正式推展虛擬健保卡。惟審計部於 112 年度中央政府總決算審核報告指出，醫療院所欲以虛擬健保卡提供醫療服務，須投入成本修改更新醫療資訊系統、購置電腦設備等，並安裝軟體工具，以便就醫流程數位化，然小型地區醫院或基層醫療因成本考量等較無意願推動；另配合推動之醫療院所因民眾仍多持實體健保卡、醫護人員須交替使用虛擬與實體健保卡而影響診

間系統穩定，爰退出或未實際提供虛擬健保卡服務。

截至 112 年底曾參與虛擬健保卡之醫療院所累計達 1,268 家，惟迄 112 年底仍提供虛擬健保卡服務者僅 330 家(占曾參與虛擬健保卡之醫療院所之 26.03%，即有逾 7 成未再提供服務)，占全國特約醫療院所及居家護理機構合計 2 萬 2,823 家之 1.45%(詳表 2)。由於提供虛擬健保卡服務之醫療院所占比甚低，該署對於醫療院所推動虛擬健保卡面臨之困難，宜有具體因應作為，以提高虛擬健保卡使用成效。

表 2 112 年底醫療院所提供虛擬健保卡服務表 單位：家；%

類別	全國特約院所家數	提供虛擬健保卡服務家數	占比
醫學中心	25	17	68.00
區域醫院	83	48	57.83
地區醫院	367	93	25.34
基層醫療	21,610	140	0.65
居家照護	738	32	4.34
合計	22,823	330	1.45

說明：地區醫院含牙醫醫院，基層醫療包含西醫診所、中醫診所及中醫醫院(健保特約類別為診所)與牙醫診所。

資料來源：審計部 112 年度中央政府總決算審核報告(第 2 冊)。

綜上，健保署 112 年度賡續辦理虛擬健保卡業務，惟持續提供虛擬健保卡服務之醫療院所家數仍微，允宜積極檢討改善。

(分機：1925 賴欣憶)

## 伍、國民健康署

八、112 年度決算歲出保留情形已有改善，惟近年來科技業務工作計畫均有非屬跨年期計畫辦理保留；又保留原因屬委託或補助計畫契約期程跨年度或未結報等已逾 8 成，宜精進相關計畫進度控管

國民健康署(以下簡稱國健署)112 年度決算「科技業務」、「一般行政」及「國民健康業務」項下當年度歲出保留數合共 1,433 萬 4 千元。經查：

(一)112 年度決算歲出保留數占比已有改善，惟近年來科技業務計畫均有非屬跨年期計畫辦理保留，且部分委辦計畫實際執行期程與原訂期程有相當落差，宜檢討改善，以提升計畫執行成效

國健署 112 年度決算歲出保留數(不含以前年度)1,433 萬 4 千元，占當年度法定預算數(不含第一預備金，下同)51 億 3,964 萬元之比率為 0.28%，較 110 年度決算歲出保留數(不含以前年度)4,150 萬 8 千元、占比 2.40%，已有相當程度改善。其中「科技業務」計畫 110 年度決算歲出保留數 3,782 萬 2 千元，占該年度法定預算數之 27.95%，112 年度已下降至 1,167 萬 8 千元、占比 8.63%(詳表 1)。

進一步檢視國健署 110 至 112 年度「科技業務」計畫委辦計畫保留情形發現，各年度委辦計畫均為 1 年期計畫，無跨年度計畫，惟仍有當年度應結案未結案而辦理經費保留之情形(詳表 2)，112 年度委辦計畫甚且有計畫期間延宕自 112 年 12 月 15 日起至 113 年 12 月 14 日止之情形(導入人工智慧輔助癌症資料庫應用於常見癌症登記服務計畫<sup>13</sup>)，允宜持續精進相關進度管控，以提升年度預算執行成效。

表 1 國健署 110 至 112 年度歲出保留情形表

單位：新臺幣千元；%

年度及 項目 計畫 名稱	110 年度			111 年度			112 年度		
	預算數	保留數	保留 比率	預算數	保留數	保留 比率	預算數	保留數	保留 比率
科技業務	135,304	37,822	27.95	123,567	43,053	34.84	135,377	11,678	8.63
一般行政	307,306	1,306	0.42	302,778	268	0.09	307,692	457	0.15
國民健康 業務	1,288,512	2,380	0.18	5,273,709	340	0.01	4,696,571	2,199	0.05

<sup>13</sup>經洽國健署表示，導入人工智慧輔助癌症資料庫應用於常見癌症登記服務委辦計畫屬 110 至 112 年度延續性計畫，其經費係每年編列，110 年度因受疫情影響原訂期程已有所延誤，111 年度計畫尚經一度廢標，致 112 年度計畫至 12 月始決標。

年度及 項目 計畫 名稱	110 年度			111 年度			112 年度		
	預算數	保留數	保留 比率	預算數	保留數	保留 比率	預算數	保留數	保留 比率
合計	1,731,122	41,508	2.40	5,700,054	43,661	0.77	5,139,640	14,334	0.28

說明：1. 本表僅列示當年度歲出保留數，未包含以前年度歲出保留數。

2. 各年度預決算合計數均不含第一預備金。

資料來源：整理自國健署各年度法定預算書及決算書(審定本)。

**表 2 國健署 110 至 112 年度「科技業務」計畫委辦計畫保留情形表**

單位：件數

年度及 項目 工作 計畫	110 年度			111 年度			112 年度		
	委辦 計畫數	應辦結數	保留數	委辦 計畫數	應辦結數	保留數	委辦 計畫數	應辦結數	保留數
科技業務	15	15	8	14	14	8	14	14	3

說明：110 至 112 年委辦計畫均為 1 年期計畫，無跨年期計畫，均應於當年度辦結。

資料來源：同表 1。

**(二)近 3 年歲出保留總額屬委託或補助計畫契約期程跨年度、未結報或未審核通過部分之比率已逾 8 成，宜深入瞭解並檢討相關計畫進度落後原因，避免因計畫期程延宕而辦理經費保留**

經彙整國健署 109 至 112 年度歲出保留總額，屬委託或補助計畫合約跨年度或單據未結或報告尚未審核通過部分，109 年度之比率尚在 6 成以下，金額為 2,141 萬 6 千元(詳表 3)，110 及 111 年度之金額(比率)持續上升至 3,631 萬 1 千元(81.58%)、4,339 萬 3 千元(93%)，112 年度金額已有下降，惟占歲出保留總額之比率仍超過 8 成 5。

依衛生福利部及所屬機關委託研究計畫作業規定第 11 點略以，委託研究計畫統籌管理單位得視需要向履約管理單位查證委託研究計畫執行進度與成效，並提出檢討；復依衛生福利部衛生業務補(捐)助作業要點第 11 點規定：「受補(捐)助單位於活動或計畫執行期間變更計畫內容、經費項目或執行期間，

應以書面事先向本部提出申請。如申請延長執行期間，以不跨年度為原則。」為確保委託或補助計畫如期如質完成，國健署允宜確實監督掌握相關計畫之執行情形，深入瞭解進度落後原因，提出檢討，以避免因計畫期程延宕而辦理經費保留。

表 3 國健署 109 至 112 年度歲出保留原因統計表 單位：新臺幣千元；%

年度	項目	所有保留原因合計	1. 委託或補助計畫合約跨年度或單據未結或報告尚未審核通過	2. 驗收未完、不合格或要求廠商重新施作	3. 受規劃或發包作業時程影響	4. 其他
109	金額/ 占比	38,088 (100)	21,416 (56.23)	- (-)	13,672 (35.9)	3,000 (7.87)
110	金額/ 占比	44,508 (100)	36,311 (81.58)	3,891 (8.74)	1,306 (2.94)	3,000 (6.74)
111	金額/ 占比	46,661 (100)	43,393 (93.00)	268 (0.57)	- (-)	3,000 (6.43)
112	金額/ 占比	14,334 (100)	12,436 (86.76)	1,898 (13.24)	- (-)	- (-)

說明：本表包含本年度及以前年度歲出保留數。  
資料來源：整理自國健署各年度決算書。

綜上，國健署 112 年度決算歲出保留數占該年度預算比率雖已有相當程度改善，然鑑於 110 至 112 年度委辦計畫均為 1 年期計畫，無跨年度計畫，惟仍有當年度應結案未結案而辦理經費保留之情形，112 年度委辦計畫甚有期程延宕近 1 年情形；又近 3 年歲出保留總額屬委託或補助計畫契約期程跨年度、未結報等之比率已逾 8 成，宜深入瞭解原因，提出檢討，俾提升計畫執行成效。

(分機：1935 陳果廷)

## 陸、社會及家庭署

九、補助地方政府推動強化獨居老人關懷計畫，其中就列冊之中低收入獨居老人協助安裝緊急救援設備，截至 112 年底之執行情形不如預期，整體獲補助安裝比率仍未及 3 成，允宜加強推廣

衛福部社會及家庭署(以下簡稱社家署)112年度預算案於「社會福利服務業務—推展老人福利服務」分支計畫項下就強化獨居老人關懷服務工作，編列補助地方政府經費預算數2億5,920萬元，決算數1億4,558萬8千元，預算執行率56.17%。有關截至112年底社家署辦理補助我國獨居老人安裝緊急救援設備措施不如預期之情形，謹敘明如次：

**(一)自112年度起推動「強化獨居老人關懷計畫」，惟年度補助中低收入獨居長者安裝緊急救援設備情形不如預期**

鑒於少子女化與人口老化之人口結構變遷，各市縣列冊之獨居老人人數逐年增加，為避免獨居老人在無人聞問下發生人身安全事件，衛福部自112年起推動「強化獨居老人關懷計畫」，其中就提供獨居長者關懷與需求評估、補助中低收入獨居老人安裝緊急救援裝置服務費等服務，補助各市縣政府加強辦理。該計畫112年度補助地方政府之預算數2億5,920萬元(含緊急救援裝置經費1億2,960萬元)，決算數1億4,558萬8千元，預算執行率56.17%，預估年度受益人數9千人，實際受益人數5,530人，年度達成率61.44%，與預期目標顯有落差。

**(二)截至112年底各市縣獲補助安裝緊急救援裝置之獨居長者(含一般戶)比率仍未及3成，甚有多數市縣補助率遠低於整體平均值，尚需加強推廣**

依社家署提供之統計資料，近年各市縣政府轄內列冊關懷之獨居長者合計數自110年度之4萬2,929人逐年增至112年度之5萬1,695人，同期間獲補助安裝緊急救援裝置之獨居長者人數自8,816人提升至1萬2,950人，獲補助人數比率亦自20.54%提高至25.05%，惟仍未及3成，且多數市縣補助率未及年度整體平均值，其中南投縣、雲林縣112年度之比率甚至低

於 110 與 111 年度(詳表 1)，容有推廣空間。

表 1 110 至 112 年各市縣轄內列冊獨居老人獲補助安裝緊急救援裝置統計表

單位：人；%

項目		年度	110	111	112
市縣合計	轄內列冊獨居老人合計人數		42,929	44,965	51,695
	轄內獲補助安裝之獨居老人合計人數		8,816	9,967	12,950
	整體獲補助安裝之獨居老人比率		20.54	22.17	25.05
新北市	轄內列冊獨居老人人數		3,706	4,443	6,880
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數		1,544	1,789	2,786
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率		41.66	40.27	40.49
臺北市	轄內列冊獨居老人人數		7,620	8,407	8,760
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數		2,250	2,859	3,242
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率		29.53	34.01	37.01
桃園市	轄內列冊獨居老人人數		2,587	2,794	3,433
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數		542	690	1,221
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率		20.95	24.70	35.57
臺中市	轄內列冊獨居老人人數		3,304	3,495	4,469
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數		825	772	1,043
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率		24.97	22.09	23.34
臺南市	轄內列冊獨居老人人數		1,658	2,983	2,880
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數		419	631	668
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率		25.27	21.15	23.19
高雄市	轄內列冊獨居老人人數		3,607	3,320	3,268
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數		398	490	576
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率		11.03	14.76	17.63
宜蘭縣	轄內列冊獨居老人人數		689	675	957
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數		63	60	113
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率		9.14	8.89	11.81

項目	年度	110	111	112
	老人比率			
新竹縣	轄內列冊獨居老人人數	791	757	790
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	95	86	103
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	12.01	11.36	13.04
苗栗縣	轄內列冊獨居老人人數	944	1,023	1,199
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	106	92	122
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	11.23	8.99	10.18
彰化縣	轄內列冊獨居老人人數	1,529	1,540	1,928
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	287	283	403
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	18.77	18.38	20.90
南投縣	轄內列冊獨居老人人數	2,701	2,411	2,650
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	442	167	156
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	16.36	6.93	5.89
雲林縣	列冊獨居老人人數	1,736	1,644	2,611
	獲補助安裝之獨居老人人數	211	242	281
	獲補助安裝之獨居老人比率	12.15	14.72	10.76%
嘉義縣	轄內列冊獨居老人人數	1,411	1,283	1,550
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	156	236	282
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	11.06	18.39	18.19
屏東縣	轄內列冊獨居老人人數	3,446	3,416	3,608
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	361	345	412
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	10.48	10.10	11.42
臺東縣	轄內列冊獨居老人人數	2,456	2,359	2,317
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	252	298	394
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	10.26	12.63	17.00
花蓮縣	轄內列冊獨居老人人數	1,289	1,216	1,162
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	216	258	367

項目		年度		
		110	111	112
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	16.76	21.22	31.58
澎湖縣	轄內列冊獨居老人人數	1,260	1,226	1,121
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	151	148	130
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	11.98	12.07	11.60
基隆市	轄內列冊獨居老人人數	1,497	1,214	1,156
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	213	232	304
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	14.23	19.11	26.30
新竹市	轄內列冊獨居老人人數	264	263	314
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	86	84	87
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	32.58	31.94	27.71
嘉義市	轄內列冊獨居老人人數	173	229	398
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	5	6	50
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	2.89	2.62	12.56
金門縣	轄內列冊獨居老人人數	233	242	213
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	178	184	198
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	76.39	76.03	92.96
連江縣	轄內列冊獨居老人人數	28	25	31
	轄內獲補助安裝之獨居老人人數	16	15	12
	轄內獲補助安裝之獨居老人比率	57.14	60.00	38.71

說明：表內獲補助者不限於社家署編列預算補助之中低收入戶獨居長者，亦包括市縣政府自籌經費補助之一般戶獨居長者。

資料來源：社家署提供，本中心彙整。

綜上，面對少子女化與人口老化之人口結構變遷現象，近年各地方政府陸續針對轄內獨居老人提供補助安裝緊急救援裝置，社家署並自 112 年起推動「強化獨居老人關懷計畫」，其中亦包括補助地方政府就轄內中低收入之獨居長者安裝緊急救援裝置，惟實際補助情形不如預期，又 110 至 112 年度獲補助安裝之獨居老

人比率雖有增加，惟截至 112 年底整體比率仍未及 3 成，社家署允宜督促市縣政府加強推廣，持續提升緊急救援裝置之安裝普及度，俾促使獨居長者之居家安全獲得適度保障。

(分機：1912 黃彥斌)

## 柒、國家中醫藥研究所

### 一〇、112 年度藥園教育導覽場次及人次雖創 108 年度以來新高，仍宜妥適規劃人數以維生態，並精進藥用植物研究，以彰顯中草藥多樣及獨特性

國家中醫藥研究所 112 年度工作計畫「研究及實驗」法定預算數 7,938 萬 4 千元，其中辦理國家藥用植物園預算數 130 萬元，決算數 107 萬 3 千元，預算執行率 82.54%。經查：

#### (一)國家藥用植物園成立目的為學術研究、教導民眾辨識中藥及珍惜天然藥用植物等

為發揚傳統醫藥，達成學術研究、科學教育及種源保存等目的，國家中醫藥研究所於新北市平溪區設立「衛生福利部國家藥用植物園」，於 104 年 3 月 11 日對外開放參觀。由於園區地處水源保護區，並有多處「山崩與地滑地質敏感區」，爰順應地形成立小面積的中草藥展示區，不涉及整體山坡地開發，以保護基地環境。該藥用植物園採就地保存方式，探索台灣原生植物藥用特質，並利用藥園內充分自然資源，開放民眾預約參觀，由該所安排解說員導覽，推廣正確中草藥知識<sup>14</sup>。

#### (二)112 年度宣導場次及參觀人次創 108 年度以來新高，宜妥適規劃入園人數以降低對生態衝擊；另宜精進研究量能，俾契合以研究為主之發展方向

<sup>14</sup>參考衛福部 104 年 3 月 11 日「藥園開幕慶新猷 大地回春展生機」新聞稿及衛福部國家中醫藥研究所網站。

依國家中醫藥研究所提供 108 至 112 年度「衛生福利部國家藥用植物園」之教育導覽活動及參觀人次資料(詳表 1)，112 年度辦理教育導覽活動 46 次、參觀人數 858 人次，雖係 108 年度以來最高(詳表 1)，然園區位於水源保護區，仍宜妥適規劃入園人數，以降低對園區環境及生態衝擊。

此外，藥用植物園之另 1 項關鍵績效目標為進行藥用植物研究，該所 108 至 112 年度每年概就 1 項藥用植物進行研究，例如七葉膽、魚腥草、射干、馬蘭、薑黃等。考量該所既秉「研究為主教學為輔」原則，爰宜盤點可用資源，研謀提升研究量能之可行性，俾彰顯臺灣中草藥多樣性及獨特性。

**表 1 108 至 112 年度教學藥園宣導活動概況表** 單位：場；人次

年度	108	109	110	111	112
教育宣導場次	37	22	42	25	46
參觀人次	627	329	672	420	858

資料來源：國家中醫藥研究所提供。

綜上，「衛生福利部國家藥用植物園」具備藥用植物教育及宣導功能，雖 112 年度藥園教育導覽活動場次及參與人次創 108 年度以來新高，仍宜妥為規劃入園人數，以降低對生態衝擊。另考量藥用植物園發展方向以研究為主，允宜盤整資源，研謀精進研究量能，俾彰顯臺灣中草藥多樣性及獨特性。

(分機：1925 賴欣憶)