衛生福利部主管113年度單位決算評估報告目錄

頁次

壹、衛生福利部----------1

一、部分地區醫療資源仍短缺，另為補足次醫療區病床數而許可新設醫院，惟少數醫院歷經多年尚未完工開業，允宜檢討改善 ---------- 1

二、113年度癌症死亡者之年齡中位數為71歲，較平均餘命少9年，且前5名主要癌症就醫病人數及醫療費用109至113年度皆呈成長，允宜研謀有效防治措施 ---------- 3

三、輔導部分醫療機構進行碳盤查作業，惟未規劃醫療機構淨零路徑，且部分醫院存有用電節能效率成效不彰情形，允宜研謀改善 ---------- 5

四、近年脫貧社工進用人數未如預期，又提供經濟弱勢民眾實物給付服務，惟迄113年底，部分市縣設置冷凍(藏)設備及提供女性生理用品據點之涵蓋率未及八成，容有改善空間---------- 6

貳、疾病管制署----------10

五、113年度山地原鄉結核病發生率達全國2.5倍，且部分地區發生率仍上升，允宜檢討改進 ---------- 10

參、食品藥物管理署----------12

六、113年度食品中毒防治經費大幅成長，惟中毒及死亡案件顯著增加，且無法認定於特定場所受到污染或處置不當之案件比率逾97%，宜精進食品檢驗方法並強化源頭管理，俾建構安心飲食環境 ---------- 12

肆、中央健康保險署----------15

七、「健保B、C肝追蹤給付改善方案」113年度收案照護率未及五成，且照護個案結案原因多為中斷追蹤管理，允宜研謀改善 ---------- 15

伍、國民健康署----------18

八、110年7月起擴大辦理體外受精人工生殖補助，惟111至113年度所辦少子女化對策計畫相關經費預算執行率均未達七成五，宜參酌民眾申請現況核實估列經費，以符實需並落實友善生養環境 ---------- 18

陸、社會及家庭署----------**22**

九、迄113年底所辦公共托育服務據點之布建仍未達標，另公共與準公共化托育服務人力流動率近年雖下降，然仍近五成，允宜研謀精進作為，俾提升托育服務之可及性及服務品質 ---------- 22

柒、國家中醫藥研究所----------**24**

一〇、近年國家中醫藥研究所之研究及實驗範疇雖獲致成果，惟113年度未獲專利件數，表現遜於109至112年度，容待檢討改善 ---------- 24

衛生福利部主管113年度單位決算評估報告

壹、衛生福利部

一、部分地區醫療資源仍短缺，另為補足次醫療區病床數而許可新設醫院，惟少數醫院歷經多年尚未完工開業，允宜檢討改善

衛生福利部(下稱衛福部)113年度賡續辦理「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」(下稱第九期醫療網計畫)，計畫期間為110至113年度，該4年度衛福部預算數合計27億4,903萬9千元，累計執行數26億820萬5千元、累計執行率94.88%。經查：

(一)113年度第九期醫療網設定之15個工作項目，均達成目標值

依衛福部說明，113年度第九期醫療網計畫與該部業務有關之工作內容計「建立與發展急性後期照護模式」等15項，並設有相應之目標值，實際執行結果，該15項工作內容113年度實際值皆達成目標(詳表1)。

表1 「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」113年度目標值及實際值概況表

項目	工作內容	目標值	實際值
1	建立與發展急性後期照護模式	8	8
2	廣泛推動整合性社區醫療照護模式縣市數	18	18
3	基層醫師全人照護訓練累計場次	317	320
4	簽署預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書民眾占率(%)	4.6	4.9
5	部落健康營造(健康識能傳播人次)	30,000	39,190
6	高齡友善健康機構家數	850	1,447
7	醫院推動長者友善照護模式相關計畫人員參與高齡照護教育訓練(說明1)	90	94
8	民眾接受藥師教育後，正確用藥知能之認知提升率	85	85
9	強化14個緊急傷病患轉診網絡建置重症資源調度機制(說明2)	95	95
10	每年申請服務期滿之公費醫師，仍續留原醫院或偏鄉地區醫院服務之留任率(%)	55	93
11	增加護理執業人力量能(人數)	10,000	14,104
12	提升男性護理人員執業比例(%)	3.8	4.2
13	強化醫院提供關懷服務量能(服務量成長率%)	5	22

項目	工作內容	目標值	實際值
14	預立器官捐贈意願並完成健保 IC 卡註記人數(萬)	59	64
15	維持醫事管理系統運作，輔助全國衛生機關受理醫事人員執業及醫事機構開業相關申請(件數)	40,000	40,000

說　　明：1.衡量基準為醫院參與長者友善照護模式相關計畫人員接受高齡照護教育訓練比率(分子為完成該年度高齡照護教育訓練人數，分母為參與長者友善照護模式計畫人員數)。

2.衡量基準為急性冠心症、急性腦中風及緊急外傷網絡之快速通道完成比率。

資料來源：衛福部 114 年 11 月提供。

(二)截至 113 年 10 月底，5 個次醫療區之實際核定病床數低於可核定床位數，且截至當年底少數新設醫院多年尚未完工開業

依醫院設立或擴充許可辦法（下稱許可辦法）第 7 條第 1 項規定：「中央主管機關應就急、慢性一般病床數予以限制；其規定如下：一、急性一般病床：（一）次醫療區域：每萬人不得逾 50 床。…。」審計部於衛福部所管醫療藥品基金 113 年度財務收支審核通知指出，截至 113 年 10 月底止，各醫院平均每萬人口急性一般病床數達 40.3 床，尚未逾越規定，惟以各醫療區戶籍人口數設算，臺北北區等 8 個次醫療區域[1]實際核定病床數已逾限額，惟臺北西北區、臺北西區、臺北南區、桃園中壢及臺南永康等 5 個次醫療區之實際核定病床數少於可核定床位數達 1 千床以上，顯示醫療資源分布仍有區域失衡情形。

另衛福部考量部分次醫療區病床數尚有補足空間，於 97 至 113 年間許可設立 17 家醫院，核定急性一般病床數 5,461 床，並將病床數納入次醫療區域床位數計算；惟其中「員榮醫療社團法人員林聯合醫院」及「彰化基督教醫療財團法人田中基督教醫院」等 2 家醫院分別自 98 年、107 年經許可設立，迄 113 年底仍因土地取得、變更地點及樓地板面積、疫情影響、細部

[1] 8 個次醫療區域包括臺北北區、臺北中區、宜蘭羅東、嘉義太保、嘉義、屏東、花蓮及臺東。

規劃待修正等理由，分別延宕逾14及6年，超逾規定年限未能完工開業，且衛福部僅按其申請事由，屢次同意辦理展延。

第九期醫療網計畫雖未規範次醫療區域之急性一般病床數，惟考量該計畫訂有「保障全體國民不論身處何地，均能享有周全性、持續性及協調性的健康照護服務」之願景，而急性一般病床設立及區域分布，對各地區國民健康照護服務之周全具深遠影響，基此，允宜密切注意病床設立及分布之妥適性，以契合前揭醫療網之目標。

綜上，113年度衛福部賡續辦理「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」，所訂工作項目實際值雖尚符目標，惟部分次醫療區仍有醫療資源不足情形，且少數經核准新設醫院，歷時多年尚未能完工開業，允宜積極檢討改善。

二、113年度癌症死亡者之年齡中位數為71歲，較平均餘命少9年，且前5名主要癌症就醫病人數及醫療費用109至113年度皆呈成長，允宜研謀有效防治措施

衛福部113年度「醫療保健支出」預算數138億5,631萬元，辦理醫療、保健等業務，執行結果，決算數131億7,784萬1千元，預算執行率95.1%。

衛福部於114年6月發布113年國人死因統計結果，以死亡率排序，113年十大死因之前5大依序為1.惡性腫瘤(癌症)、2.心臟疾病、3.肺炎、4.腦血管疾病、5.糖尿病，該前5名排名與112年相同。

113年度我國癌症死亡人數5萬4,032人，占總死亡人數20萬1,383人之26.83%，死亡率為每10萬人口230.8人，較112年度癌症死亡率每10萬人口227.6人增加。此外，113年度癌症

死亡者之年齡中位數為 71 歲，雖較 112 年度增加 1 歲，惟口腔癌、食道癌及卵巢癌死亡年齡中位數皆僅 63 歲，遠低 113 年國人平均壽命之 80.77 歲[2]。

至於 113 年排名前 5 名癌症之健保醫療支出及就醫病人數(詳表 1)，癌症醫療費用前 5 名分別為「氣管、支氣管及肺癌」、「乳房癌」、「結腸、直腸和肛門癌」、「肝和肝內膽管癌」及「口腔癌」，癌別與 112 年度相同，其 5 年平均成長率介於 2.55 至 7.51%間，而就醫病人數之 5 年平均成長率則介於 0.16 至 8.18%間，主要癌症之醫療費用及就醫病人數均呈成長趨勢。由於癌症影響病患及家庭生活品質，亦減少工作年數，造成經濟損失及龐大醫療費用支出，故有效防治癌症乃重要議題。

表 1　113 年排名前 5 名癌症健保醫療支出及就醫病人數概況表

單位：%

癌症中文名稱	醫療費用(千點)		就醫病人數(人)	
	113 年	5 年平均成長率	113 年	5 年平均成長率
1.氣管、支氣管和肺癌	25,897,008	7.51	103,815	8.18
2.乳房癌	21,228,400	5.77	188,249	6.07
3.結腸、直腸和肛門癌	17,026,053	2.55	117,294	2.07
4.肝和肝內膽管癌	13,235,917	3.00	70,307	0.16
5.口腔癌	10,920,783	3.11	58,028	2.49

說　　明：5 年平均成長率係 109 至 113 年度。
資料來源：健保署。

綜上，癌症自民國 71 年起至 113 年止連續 43 年居國人十大死因之首，且 109 至 113 年度排名前 5 名主要癌症就醫病人數及醫療費用均呈成長趨勢，允宜持續檢討及研謀有效之癌症防治措施，俾維護國人健康。

[2] 內政部 114 年 8 月 23 日「113 年國人平均壽命 80.77 歲，較上年增加 0.54 歲」新聞稿。

三、輔導部分醫療機構進行碳盤查作業，惟未規劃醫療機構淨零路徑，且部分醫院存有用電節能效率成效不彰情形，允宜研謀改善

衛福部113年度「醫療保健支出—醫政業務」預算數18億291萬1千元，執行結果，決算數17億6,822萬8千元，預算執行率98.08%。經查：

(一)衛福部推動醫療機構淨零碳排，惟缺乏其淨零路徑之長期規劃及指引，亦未掌握醫療體系碳排放情形

為協助醫療機構落實節能減碳，衛福部113年度辦理「推動醫療院所淨零碳排計畫」預算數1,945萬元，執行結果，決算數1,120萬元，用於輔導醫療機構進行碳盤查、研擬節能減碳報告、培訓碳盤查種子人員及辦理節能管理教育訓練等。

行政院於111年3月公布我國「2050淨零排放路徑」，由國家發展委員會等部會推動相關行動計畫，惟審計部113年度中央政府總決算審核報告指出，衛福部係我國中央衛生主管機關，卻未將醫療機構減碳納列上開行動計畫內容，據以研提方案或措施，且113年度僅輔導20家以上醫療機構進行碳盤查及完成節能減碳報告，尚乏醫療機構淨零路徑之長期規劃及指引。

另截至113年底，中央政府所轄65家公立醫院，仍有24家醫院或無相關專業人員、或因法規未強制規範等，並未建立專責單位僅由內部單位各自管理，且未訂定減碳目標，另衛福部亦未掌握私立醫院減碳進程，致未能全面引導醫療院所落實減碳工作。

(二)醫院為用電大戶，部分醫院仰賴政府補助汰換節能設備，間有公立醫院用電超出契約容量，增加額外電費支出

醫療機構設備需24小時運作，為用電大戶；按財團法人台

灣綠色生產力基金會113年12月公布之「2024非生產性質行業能源查核年報」，2023年列管非生產性質行業能源大用戶[3]共1,411家，其中醫院大用戶計158家。為達節能目標，醫院可使用高效率用電設備，惟部分中央政府轄管公立醫院營運績效欠佳，無力負擔經費，衛福部雖於113年度辦理「推動醫療院所淨零碳排計畫」，委託專業團體協助醫院取得政府補助及輔導資源，惟缺乏單一資訊整合平臺，而該計畫結束後，恐不利醫療機構賡續尋找補助資訊，而影響設備更新。

另審計部113年度中央政府總決算審核報告指出，近七成之衛福部部立醫院113年度因超約用電而遭加收費用，另有醫院雖於全院安裝能源管理系統及即時監測功能，惟因增購醫療儀器、新建建物等，卻未適時檢討契約容量，而發生超約用電，顯示用電管理措施仍待強化。

綜上，醫療體系淨零排放為國際重要趨勢，然衛福部尚未規劃醫療機構淨零路徑，且該部轄管部分醫院間有節電效率成效不彰情形，允宜積極檢討改善。

（分機：1925 賴欣憶）

四、近年脫貧社工進用人數未如預期，又提供經濟弱勢民眾實物給付服務，惟迄113年底，部分市縣設置冷凍(藏)設備及提供女性生理用品據點之涵蓋率未及八成，容有改善空間

衛福部113年度於「社會救助業務」計畫之辦理脫貧自立措施所需經費合計編列1億1,790萬4千元，決算合計數9,753萬7千元[4]，預算執行率82.73%。有關近年脫貧社工人力進用情形多不

[3] 契約用電容量超過800瓩者。

[4] 113年度「社會救助業務－督導辦理各項救助」計畫下編列捐助國內團體辦理相關脫貧措施(包括社會救助及自立脫貧方案、低收及中低收入戶資訊教育訓練及

如預期，與部分市縣提供經濟弱勢民眾實物給付服務尚有改善空間之情形，謹敘明如次：

(一)110 至 113 年底脫貧社工累計進用人數未如預期，允宜檢討

為協助經濟弱勢者擺脫生活困頓及保障基本生活，政府依社會福利基本法第 13 條[5]規定，除提供現金給付、非現金給付(如：實物給付)等方式外，另得採取教育、就業、資產累積等措施，使其尋求自立發展機會[6]；前揭工作推動成效之良窳，各市縣位居第一線之脫貧社工人力之適足性係關鍵因素之一，該等人員藉由平時訪視經濟弱勢民眾，建立社工服務關係，並進行需求評估，適時引介相關資源，滿足受訪視者之基本生活需求及強化其謀生能力，進而減少對社會救助措施之依賴。

依衛福部提供補助各市縣進用脫貧社工人力資料，110 至 113 各年底實際累計進用人數均未及預計累計進用人數，相關人力缺口介於 1 至 19 人間，且人力進用率雖由 110 年底之 85.42%增為 111 年底之 99.1%，惟之後逐年下滑至 113 年底之 89.33%(詳表 1)，反映近年脫貧社工人力進用未如預期，恐不利協助經濟弱勢者脫貧業務之推動。

實物給付方案等)148 萬 3 千元、「社會救助業務－紓困及強化社會安全網 2.0」分支計畫下編列所需行政費與約用人員酬金 1,087 萬 8 千元、補助地方政府辦理脫貧方案服務人力費 9,841 萬 4 千元及兒少教育發展帳戶相關獎勵金 712 萬 9 千元，合計 1 億 1,790 萬 4 千元；決算數則分別為 56 萬 6 千元、492 萬 5 千元、8,264 萬 1 千元、940 萬 5 千元，合計 9,753 萬 7 千元。

[5] 社會福利基本法第 13 條規定：「各級政府應以現金給付、實物給付、租稅優惠、機會提供或其他方式，保障國民基本生活。」

[6] 協助積極自立脫離貧窮實施辦法第 4 條規定：「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。」

表 1 110 至 113 年度脫貧社工人力進用情形統計表 單位：人；%

項目＼年底	110	111	112	113
年底預計累計進用人力數(A)	96	111	146	178
年底實際累計進用人力數(B)	82	110	133	159
年底人力缺口(B)-(A)	14	1	13	19
人力進用率(B)/(A)	85.42	99.10	91.10	89.33

資料來源：衛福部提供，本中心彙整。

(二)截至 113 年底，部分市縣設置冷凍(藏)設備及提供女性生理用品據點之涵蓋率未及八成，提供經濟弱勢民眾實物給付服務之執行容待改善

按社會救助中之實物給付措施，係提供處於經濟不利情況之家庭或近貧者維持基本生活需求之相關物資，具體內容概分為食物類(如：食用米、飲用水、調理包等)、日用品類(如：盥洗用具、衛生紙、生理用品等)及衣物類(如：衣、褲、圍巾等)。

依衛福部提供統計資料，截至 113 年底，各市縣轄內提供實物給付服務之實物銀行據點合計數257處，其中設有冷凍(藏)設備之據點合計數 206 處，整體涵蓋率 80.16%；提供女性生理用品之據點合計處 227 處，整體涵蓋率 88.33%；服務人次合計 313 萬餘人。進一步觀察各市縣實物銀行設置情況，轄內實物銀行設置冷凍(藏)設備之涵蓋率未及八成者計有：澎湖縣(28.57%)、臺北市(54.17)、屏東縣(61.9%)、嘉義縣(69.23%)、臺東縣(76.19%)、金門縣(77.78%)、臺南市(78.95%)及桃園市(79.17%)等 8 市縣；另轄內實物銀行提供女性生理用品之涵蓋率未及八成者計有：基隆市(33.33%)、臺中市(35%)、連江縣(50%)、嘉義縣(61.54%)及臺北市(70.83%)；

上述臺北市及嘉義縣實物銀行設置冷凍(藏)設備與提供女性生理用品之涵蓋率均未及八成(詳表 2)。

表 2 截至 113 年底各市縣轄內提供實物給付服務成果統計表

單位：處；%；人次

市縣別	實物銀行據點數(A)	實物銀行設置冷凍(藏)設備之據點數(B)	實物銀行有提供女性生理用品之據點數(C)	實物銀行設置冷凍(藏)設備之涵蓋率(B)/(A)	實物銀行提供女性生理用品之涵蓋率(C)/(A)	服務人次
合計	**257**	**206**	**227**	**80.16**	**88.33**	**3,131,805**
新北市	14	14	14	100.00	100.00	961,966
臺北市	24	13	17	54.17	70.83	334,746
桃園市	24	19	24	79.17	100.00	67,129
臺中市	20	16	7	80.00	35.00	513,220
臺南市	19	15	19	78.95	100.00	133,954
高雄市	11	11	11	100.00	100.00	87,523
新竹縣	7	6	7	85.71	100.00	11,963
苗栗縣	7	6	7	85.71	100.00	5,793
彰化縣	24	23	24	95.83	100.00	723,675
南投縣	2	2	2	100.00	100.00	8,136
雲林縣	6	6	6	100.00	100.00	19,861
嘉義縣	13	9	8	69.23	61.54	76,740
屏東縣	21	13	21	61.90	100.00	8,054
宜蘭縣	14	14	14	100.00	100.00	1,575
花蓮縣	3	3	3	100.00	100.00	4,066
臺東縣	21	16	21	76.19	100.00	14,260
基隆市	6	6	2	100.00	33.33	9,088
新竹市	1	1	1	100.00	100.00	138,720
嘉義市	2	2	2	100.00	100.00	5,017
澎湖縣	7	2	7	28.57	100.00	3,268
金門縣	9	7	9	77.78	100.00	2,340
連江縣	2	2	1	100.00	50.00	711

說　　明：表內以紅色字體標示者表示轄內實物銀行相關涵蓋率未及八成。
資料來源：衛福部提供，本中心彙整。

綜上，近年衛福部推動相關脫貧自立措施，惟 110 至 113 年底脫貧社工人力進用情形未如預期，又迄 113 年底部分市縣轄內實物銀行設置冷凍(藏)設備、提供女性生理用品之涵蓋率未及八成，允宜督請相關地方政府研謀改善之道。

（分機：1912 黃彥斌）

貳、疾病管制署

五、113 年度山地原鄉結核病發生率達全國 2.5 倍，且部分地區發生率仍上升，允宜檢討改進

疾病管制署(下稱疾管署)113 年度「防疫業務」預算數 489 億 6,791 萬 9 千元，決算數 489 億 4,910 萬 7 千元，預算執行率 99.96%；其中「我國加入 WHO 2035 消除結核第二期計畫」113 年度預算數 9 億 9,777 萬元，加計流入數 4,827 萬 1 千元後，可支用預算數 10 億 4,604 萬 1 千元，決算數 10 億 4,587 萬 4 千元，預算執行率 99.98%。經查：

(一)113 年度本國籍結核病新案轉換後死亡率略低於 112 年度，惟發生率仍與 WHO 目標有間

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 110 至 114 年度辦理「我國加入 WHO 2035 消除結核第二期計畫」，以延續 109 年度屆期之第一期計畫。至於第二期計畫辦理情形，依該署提供本國籍結核病新案發生及死亡情形(詳表 1)，113 年度我國結核病新案發生人數為 6,141 人，發生率為每 10 萬人口 26 人，轉換後死亡率每 10 萬人口 1.8 人，相關數據皆優於 112 年度，惟發生率仍與前揭 WHO 目標有間。

表 1　110 至 113 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
110	7,062	30	442	1.9
111	6,576	28	477	2.0
112	6,584	28	452	1.9
113	6,141	26	427	1.8

說　　明：表內新案數不含當年度重發案數。
資料來源：疾管署。

(二)113 年度山地原鄉結核病發生率為全國發生率 2.5 倍,且部分地區發生率高於 112 年度

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自 110 年度之每 10 萬人口(下同)88.7 人降至 113 年度之 66 人(詳表 2)，惟同期間全國發生率亦從 30 人降至 26.2 人,113 年度山地原鄉與全國發生率之差距仍達 2.5 倍。此外，30 個山地原鄉中尚有 10 個[7]113 年度結核病新案發生率高於 112 年度，雖可能受人口數較少致變動幅度大，或因該署主動發現結核病策略致發生率上升，仍待提升該等地區篩檢普及性與可近性，並賡續強化防治措施。

表 2　110 至 113 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
110	88.7	30.0	3.0 倍
111	86.9	28.2	3.1 倍
112	84.8	28.2	3.0 倍
113	66.0	26.2	2.5 倍

資料來源：疾管署提供。

綜上，我國結核病新案數及發生率自 110 年度以來雖概呈下降趨勢,惟 113 年度山地原鄉結核病發生率仍為全國發生率之 2.5 倍，且部分地區尚有發生率上升情形，允宜賡續強化防治措施及提升篩檢普及性。

（分機：1925 賴欣憶）

[7] 包括宜蘭縣南澳鄉、宜蘭縣大同鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市茂林區、高雄市那瑪夏區、屏東縣春日鄉、屏東縣霧臺鄉、花蓮縣萬榮鄉、花蓮縣卓溪鄉及臺東縣達仁鄉。

參、食品藥物管理署

六、113 年度食品中毒防治經費大幅成長，惟中毒及死亡案件顯著增加，且無法認定於特定場所受到污染或處置不當之案件比率逾97%，宜精進食品檢驗方法並強化源頭管理，俾建構安心飲食環境

食品藥物管理署(以下簡稱食藥署)113 年度「食品藥物管理業務」之「食品管理工作」計畫預算數 9 億 4,951 萬 8 千元，決算數 9 億 3,328 萬 8 千元、執行率 98.29%；其中食品中毒防治經費 113 年度決算 353 萬元，較 112 年度決算 240 萬 1 千元之增幅逾 47%。經查：

(一)近年食品中毒防治相關經費持續增加，惟食品中毒案件呈明顯增加趨勢，113 年度案件數較 107 年度之增幅逾 3 倍，允宜積極強化食品中毒防治業務之推動，以化解民眾疑慮

近年食藥署持續增加食品中毒防治相關經費，110 年度相關經費預、決算數分別為 60 萬元、58 萬 8 千元(詳表 1)，113 年度預、決算數已各大幅增加為 366 萬元、353 萬元，較 112 年度各增加 110 萬 1 千元、112 萬 9 千元(增幅分別為 43.02%、47.02%)。

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明顯增加趨勢，107 年度為 398 件(詳表 2)，108 至 112 年度間穩定維持於 498 至 633 件之間，113 年度大幅上升為 1,750 件，較 107 年度成長近 3.4 倍。鑑於 113 年以來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、臺北素食餐廳「寶林茶室」食物中毒致死、芬普尼農藥殘留問題雞蛋流入市面等重大食安事件，食藥署允宜積極強化食品安全中毒防治相關業務之推動策略，以化解民眾疑慮。

表 1 食藥署 110 至 113 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	110	111	112	113
預算科目名稱	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	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)	600	2,282	2,559	3,660
決算數(b)	588	2,187	2,401	3,530
預算執行率(b)/(a)	98.00	95.84	93.83	96.45

資料來源：食藥署提供。

表 2 我國 107 至 113 年度食品中毒案件統計表　　單位:件；人

年度 項目	107	108	109	110	111	112	113
件數	398	502	506	498	499	633	1,750
患者數	4,616	6,935	4,920	5,823	4,495	5,196	9,045
死亡數	-	2	-	-	-	1	10

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：114 年 12 月 10 日。

(二)近年食品中毒案件多發生於供膳之營業場所，且比率有增加趨勢，惟多難以認定食品於該等場所受到污染或處置不當，宜持續與地方衛生機關合作，精進食品檢驗方法並加強稽查

進一步分析 107 至 113 年度食品中毒案件攝食場所情形，以發生於供膳之營業場所最多，且近年占比有增加趨勢，107 年度為 56.03%，113 年度增加為 73.26%(詳表 3)；另 107 及 108 年度占比次高之場所為學校，自宅再次之，惟自 109 年度起自宅案件數已超越學校，113 年度更達 268 件，相較 107 年度之 51 件成長逾 4.25 倍。

食品安全衛生管理法第 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[8]，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；107 年度 398 件食物中毒案件中，358 件屬不明場所，占比將近九成，迄 113 年度 1,750 件僅 43 件屬食品可歸因於特定場所受到污染或處置錯誤案件，卻有高達 97.54%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及強化源頭管理，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環境。

表 3 我國 107 至 113 年度食品中毒案件攝食場所分類統計表

單位:案；%

年度 攝食場所	107	108	109	110	111	112	113
自宅	51	46	69	89	80	125	268
供膳之營業場所(a)	223	310	313	292	325	397	1,282
學校	74	86	68	68	48	59	74
辦公場所	14	15	19	19	11	20	40
醫療場所	2	7	1	3	2	3	3
運輸工具	1	0	0	0	1	8	5
部隊	1	3	8	6	6	2	8
野外	2	5	2	2	2	2	4
攤販	12	16	17	15	13	22	41
外燴	2	2	2	1	7	4	12
監獄	1	3	4	2	0	2	0
其他	15	13	13	12	17	22	40
總計(b)	398	502	506	498	499	633	1,750
供膳之營業場所占比(a/b)	**56.03**	**61.75**	**61.86**	**58.63**	**65.13**	**62.72**	**73.26**

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。

[8] 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。

資料來源：整理自食藥署提供資料。

表 4 我國 107 至 113 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;%

年度 / 場所	107	108	109	110	111	112	113
自宅	4	3	4	2	0	3	3
供膳之營業場所	15	19	17	9	9	12	36
學校	6	9	3	3	6	2	0
辦公場所	1	0	1	0	0	0	0
醫療場所	0	1	0	0	0	0	0
食品工廠	13	12	5	6	2	0	0
攤販	1	0	0	0	1	1	1
販賣地點	0	0	0	0	0	1	0
部隊	0	0	2	1	3	0	2
原料食品採集場所	0	0	0	0	0	0	0
野外	0	1	0	0	0	0	0
外燴	0	1	0	0	0	0	0
監獄	0	0	3	0	0	1	0
其他	0	0	2	1	0	0	1
不明場所(a)	358	456	469	476	478	613	1,707
總計(b)	398	502	506	498	499	633	1,750
不明場所占比(a/b)	**89.95**	**90.84**	**92.69**	**95.58**	**95.79**	**96.84**	**97.54**

資料來源：同表 3。

綜上，近年食品中毒防治相關研究經費持續增加，惟食品中毒案件亦明顯增加，又食品中毒案件多發生於供膳之營業場所，惟認定食品於特定場所受到污染或處置不當之比率持續降低；食藥署允宜加強與地方衛生單位合作，積極精進食品中毒事件之檢驗方法並強化檢驗量能，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，以建構安心飲食環境。

（分機：1935 陳果廷）

肆、中央健康保險署

七、「健保 B、C 肝追蹤給付改善方案」113 年度收案照護率未及五成，且照護個案結案原因多為中斷追蹤管理，允宜研謀改善

中央健康保險署(下稱健保署)113 年度「健保業務」預算數

28 億 5,594 萬 1 千元，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，執行結果，決算數 28 億 4,157 萬 5 千元，預算執行率 99.5%。經查：

(一)「健保 B、C 肝追蹤給付改善方案」113 年度實際收案照護率未達五成

依衛福部統計，肝癌死亡病患約 80%為 B 肝帶原者、10%為 C 肝感染者，由於 B、C 肝病毒感染為國人肝癌主因，健保署爰自 99 年度起實施「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」(下稱「健保 B、C 肝追蹤給付改善方案」)，透過醫療團隊以個案管理模式，提供 B 肝帶原者或 C 肝感染者定期追蹤檢查，以減少肝癌發生。

據健保署資料，108 至 112 年度經「健保 B、C 肝追蹤給付改善方案」收案照護者，其 GOT、GPT[9]、腹部超音波等檢查執行率達八至九成，均高於未收案照護者之六至七成。惟全國投保對象符合收案條件者之實際收案照護率雖由 110 年度之 42.41%增至 113 年度之 48.24%，仍未及五成，其中 18 歲以上未滿 40 歲者尚未達三成（詳表 1），收案照護率尚有成長空間。

表 1　110 至 113 年度「健保 B、C 肝追蹤給付改善方案」收案照護概況表

單位：人；%

項目		110 年度	111 年度	112 年度	113 年度
合計	符合資格人數	653,471	648,702	651,903	642,260
	收案人數	277,155	282,449	299,919	309,848
	照護率	42.41	43.54	46.01	48.24
未滿 18 歲照護率		5.78	5.24	5.62	5.79

[9]肝功能指數一般指 GOT、GPT，為血液中的轉胺酶。GOT 主要存在肝細胞、心肌、肌肉及紅血球中，當細胞破壞死亡後，肝細胞內的 GOT、GPT 會釋放到血液中，造成檢驗數值上升。參考臺大醫院肝炎研究中心網站。查詢日期 114 年 12 月 5 日。

項目	110 年度	111 年度	112 年度	113 年度
18 歲以上未滿 40 歲照護率	28.55	27.41	26.99	26.81
40 歲以上未滿 65 歲照護率	44.11	45.38	47.76	49.91
65 歲以上照護率	43.94	44.72	47.30	49.47

說　　明：1.健保署分析資料：門診醫令串明細檢視表、專科醫師證書主檔。
2.年齡別符合資格人數：符合收案條件（當年度 6 個月內於同院所就醫且其主診斷為收案條件之國際疾病代碼者），又最近 1 次就醫者之年齡為年齡分層依據，年齡之計算以當年底減去出生年月日。

資料來源：審計部抽查衛生福利部 113 年度財務收支及決算審核通知。

(二)照護個案結案原因多為中斷追蹤管理，顯示部分患者未能接受定期追蹤照護，不利降低後續罹患肝癌之風險

B、C 肝患者應持續定期追蹤檢查，以早日發現肝癌及治療，惟分析「健保 B、C 肝追蹤給付改善方案」個案結案原因，110 至 113 年度結案人數每年約 7 萬人，其中因中斷追蹤管理超過 1 年由系統自動結案之個案占比約 97%（詳表 2），顯示多數個案未能持續接受定期追蹤檢查情事，恐不利提升照護成效。

表 2　110 至 113 年度「健保 B、C 肝追蹤給付改善方案」結案原因統計表

單位：人；%

項目	110 年		111 年		112 年		113 年	
	人數	占比	人數	占比	人數	占比	人數	占比
結案人數合計	71,300	100.00	72,440	100.00	68,329	100.00	69,929	100.00
可歸因於病人者，如失聯超過 1 年、拒絕再接受管理追蹤	409	0.57	365	0.50	308	0.45	281	0.40
病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格	619	0.87	561	0.77	601	0.88	522	0.75
死亡	313	0.44	385	0.53	352	0.52	345	0.49
其他	391	0.55	304	0.42	702	1.03	463	0.66
經系統自動結案	69,572	97.58	70,825	97.77	66,364	97.12	68,305	97.68

說　　明：1.健保署分析資料係源自健保署倉儲 BC 肝感染者申請資料檔。
2.依「結案日期」於當年度之個案，歸類其「結案原因」；少數個案同 1 年不同結案原因，致各類結案原因加總與合計值不合。

3.結案原因說明：(1)其他：個案因工作、遷移等因素無法繼續追蹤管理。(2)經系統自動結案：個案因尚無症狀或未具病識感，致中斷追蹤管理超過1年，收案院所未進行結案，則由系統自動結案。

資料來源：審計部抽查衛福部113年度財務收支及決算審核通知。

綜上，健保署113年度「健保B、C肝追蹤給付改善方案」之收案照護率雖較112年度提高，仍未及五成，且多數照護個案係因中斷追蹤管理超過1年由系統自動結案，恐不利降低後續罹患肝癌之風險，允宜積極檢討改善。

（分機：1925 賴欣憶）

伍、國民健康署

八、110年7月起擴大辦理體外受精人工生殖補助，惟111至113年度所辦少子女化對策計畫相關經費預算執行率均未達七成五，宜參酌民眾申請現況核實估列經費，以符實需並落實友善生養環境

國民健康署(以下簡稱國健署)113年度「國民健康業務」計畫之「我國少子女化對策計畫-友善生養的健康措施」預算數39億1,860萬3千元、執行數26億9,247萬2千元、賸餘數12億2,613萬1千元(詳表1)，其中「體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術」賸餘數8億8,696萬9千元，占前述賸餘合計數72.34%。經查：

表1　113年度國健署辦理「我國少子女化對策計畫－友善生養的健康措施」預、決算表

單位：新臺幣千元；%

主要工作項目	預算數	決算數	賸餘數	賸餘數占比
體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術	2,633,216	1,746,247	886,969	72.34
孕產婦健康服務-產前檢查	1,029,705	717,642	312,063	25.45
嬰幼兒及兒童健康照護-兒童預防保健服務	255,682	228,583	27,099	2.21
合計	3,918,603	2,692,472	1,226,131	100.00

說　　明：各主要工作項目之賸餘數為預算數減決算數，賸餘數占比為各項目賸餘數占合計數12億2,613萬1千元之比率。

資料來源：整理自國健署提供資料。

(一)為改善少子女化情形，政府自 110 年 7 月起推動擴大體外受精人工生殖技術補助方案，截至 113 年底止逾 2 萬 4 千名新生兒受惠，惟近年出生人數仍持續下滑

為解決我國少子女化問題，營造友善育兒環境，行政院於 107 年 7 月核定「我國少子女化對策計畫」，該計畫係由衛生福利部社會及家庭署主政，國健署主要辦理孕婦產前檢查及兒童預防保健等友善生養健康措施。為提高生育率及改善少子化情形，衛福部自110年7月起推動擴大辦理體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案，111至113年度編列補助經費分別為29.93、27.26及26.33億元(詳表4)，以支持與協助不孕夫妻生育願望同時減輕其經濟負擔。

據國健署統計，自 110 年 7 月推動擴大體外受精人工生殖補助政策以來，至 113 年底止適用該方案之受補助夫妻已產下 2 萬 4,656 名嬰兒(詳表 2)，惟按內政部戶政司統計，近 10 年度(104 至 113 年)出生人數連年下滑，由 104 年度之 21.36 萬人下降至 113 年度之 13.49 萬人(詳表 3)，113 年度適逢龍年，相較上一個龍年(101 年)出生人數約 22.95 萬人，減少逾 9.4 萬人，已無龍年效應，少子女化情勢愈趨嚴峻。

表 2　111 至 113 年適用體外受精人工生殖技術補助方案之活產嬰兒人數統計表

單位：人

年度	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
111	9	35	239	513	745	833	871	903	782	563	852	741	7,086
112	666	646	815	739	790	729	744	877	582	515	744	689	8,536
113	746	655	726	736	725	658	789	815	835	557	857	935	9,034

說　　明：110 年 7 至 12 月為 0 人。

資料來源：國健署提供。

表 3　101 至 113 年出生數及粗出生率統計表　　單位：人；‰

年度	出生人數			粗出生率（‰）
	合計	男	女	
101	229,481	118,848	110,633	9.86
102	199,113	103,120	95,993	8.53
103	210,383	108,817	101,566	8.99
104	213,598	111,041	102,557	9.10
105	208,440	108,133	100,307	8.86
106	193,844	100,477	93,367	8.23
107	181,601	93,876	87,725	7.70
108	177,767	92,237	85,530	7.53
109	165,249	85,704	79,545	7.01
110	153,820	79,513	74,307	6.55
111	138,986	72,097	66,889	5.96
112	135,571	70,227	65,344	5.81
113	134,856	69,947	64,909	5.76

說　　明：按登記日期統計；粗出生率=(一年內活產數/年中人口總數)×1,000。
資料來源：內政部戶政司網站之人口統計資料。

(二)國健署 111 至 113 年度辦理少子女化對策計畫之執行率均未達 75%，經費賸餘甚鉅且以「體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術」占最多，宜確實掌握民眾申請情形，俾核實估算經費

經檢視國健署提供 111 至 113 年度辦理「我國少子女化對策計畫－友善生養的健康措施」預算執行情形(詳表 4)，111 年度預算編列 45.31 億元，112 及 113 年度均編列 39 億餘元，然決算數及預算執行率均逐年降低，111 年度決算數為 32.29 億元，113 年度下降為 26.92 億元，同期間預算執行率則由 71.26%下降至 68.71%，亦導致各年度賸餘數龐鉅，約在 11.53 至 13.02 億元之間；其中以「體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術」分支計畫賸餘數占最多，112 及 113 年度均逾 8.8 億元。

表 4　111 至 113 年度國健署辦理「我國少子女化對策計畫－友善生養的健康措施」相關經費預、決算數一覽表　　單位：新臺幣億元；%

預算執行情形 / 工作項目	預算數(a)	決算數(b)	賸餘數(a-b)	執行率(b/a)
111 年度				
體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術	29.93	22.19	7.74	74.14

預算執行情形 工作項目	預算數(a)	決算數(b)	賸餘數(a-b)	執行率(b/a)
孕婦產前檢查	13.91	7.68	6.23	55.21
兒童預防保健	1.47	2.42	-0.95	164.63
合計	45.31	32.29	**13.02**	**71.26**
112 年度				
體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術	27.26	18.29	**8.97**	67.09
孕婦產前檢查	9.84	7.29	2.55	74.09
兒童預防保健	2.41	2.40	0.01	99.59
合計	39.51	27.98	**11.53**	**70.82**
113 年度				
體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術	26.33	17.46	**8.87**	66.31
孕婦產前檢查	10.30	7.18	3.12	69.71
兒童預防保健	2.55	2.28	0.27	89.41
合計	39.18	26.92	**12.26**	**68.71**

說　　明：本表單位為億元，113 年度數字可能與表 1(單位為千元)略有差異。
資料來源：國健署提供，本中心整理。

洽據國健署表示，111 至 113 年度「體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術」賸餘數較高，主要係民眾完成療程後再申請費用補助並依實核銷；以 113 年度為例，尚有 9 千餘件未完成施術，致有賸餘數8.87億元。國健署允宜確實掌握各年度民眾申請及受術情形，核實估算經費並加強宣導，以有效運用預算資源，落實友善生養環境。

綜上，為改善少子女化情形，我國自 110 年 7 月起擴大推動體外受精人工生殖技術補助方案，截至 113 年底止逾 2 萬 4 千名新生兒受惠，惟近年出生人數仍持續下滑；又 111 至 113 年度國健署辦理我國少子女化對策計畫預算執行率均未達七成五，經費賸餘甚鉅並以「體外受精(試管嬰兒)人工生殖技術」占最多。允宜確實掌握各年度民眾申請及受術情形，核實估算經費並加強宣導，以有效運用預算資源，落實友善生養環境。

（分機：1935 陳果廷）

陸、社會及家庭署

九、迄 113 年底所辦公共托育服務據點之布建仍未達標，另公共與準公共化托育服務人力流動率近年雖下降，然仍近五成，允宜研謀精進作為，俾提升托育服務之可及性及服務品質

衛福部社會及家庭署(以下簡稱社家署)113 年度於「社會福利服務業務－我國少子女化對策計畫 2.0－0 至 2 歲嬰幼兒照顧」計畫之辦理托育公共及準公共化服務暨托育管理業務，編列 129 億 4,691 萬 7 千元，決算數 125 億 1,561 萬元，預算執行率 96.67%。關於截至 113 年底全國公共托育服務據點布建數未達標，且服務人力流動率仍近五成之情形，謹敘明如次：

(一)截至 113 年底，公共托育服務據點布建數仍未達標

鑒於當前我國少子女化現象之關鍵因素之一係育齡婦女面臨職場生涯與養育兒女抉擇之困境，為協助國人解決前揭難處，並減輕育兒之經濟負擔，政府推動少子女化對策計畫之具體措施之一即包括辦理托育公共及準公共化服務暨托育管理，藉由提供平價、優質、近便之托育服務措施，使國人得以兼顧工作與家庭，進而達成促進生育之政策目標。為提供國人適足之托育資源，近年社家署與各地方政府除合作布建公共托育服務據點(包括公設民營托嬰中心與公共托育家園)外，另透過與政府簽約之合格私立托嬰中心、居家保母合作，提供符合一定托育服務品質之準公共化托育服務。

依社家署提供資料，截至 113 年底，各市縣已設置之公共托育服務據點合計 482 處，距年度目標值 522 處尚有落差；至於準公共化托育服務方面，簽約之私立托嬰中心、居家保母據點合計數分別為 1,088 處、2 萬 2,989 處[10](詳表 1)。

[10]據社家署表示，鑒於私立托嬰中心與居家托育人員係依市場需求與個人意願設立與登記，爰就該等服務據點之布建並未訂定目標值。

表 1 截至 113 年底各市縣托育公共及準公共化服務布建成果統計表

單位：處

托育資源別 / 市縣別	公共托育服務據點	準公共托育服務	
		簽約之私立托嬰中心	簽約之居家托育保母
合計	**482**	**1,088**	**22,989**
新北市	122	220	3,792
臺北市	87	153	2,138
桃園市	50	127	2,325
臺中市	46	156	4,040
臺南市	15	110	1,804
高雄市	61	61	3,074
新竹縣	7	68	673
苗栗縣	6	20	484
彰化縣	5	52	679
南投縣	4	3	342
雲林縣	7	12	446
嘉義縣	9	0	319
屏東縣	8	14	493
宜蘭縣	16	8	329
花蓮縣	4	2	325
臺東縣	5	5	178
基隆市	4	7	307
新竹市	3	64	746
嘉義市	5	5	366
澎湖縣	6	0	60
金門縣	7	1	63
連江縣	5	0	6

資料來源：社家署提供，本中心彙整。

(二)111 至 113 年度公共托育及準公共托育服務人力流動率雖下滑，惟仍近五成

影響托育服務品質之關鍵因素之一係服務提供者與受照顧者之間是否建立穩定照顧關係。一般而言，托育服務人員倘能與受照顧之嬰幼兒建立安全、穩定、且密切之照顧關係，對於嬰幼兒之情緒、認知發展均較有幫助，而建立前揭關係之前提係托育服務提供者能穩定任職，亦即人力流動率愈低將愈有助於托育服務品質之提升。

依社家署提供資料，111 至 113 年度公共托育服務人力流

動率自 48.43%減少至 44.98%，同期間準公共化托育服務人力流動率亦自 58.48%減至 54.87%(詳表 2)；由前揭數據可悉，準公共化托育服務人力流動率高於公共托育服務人力流動率，而各類托育服務人力流動率雖概呈下滑，惟仍近五成，尚待賡續改進。

表 2　111 至 113 年度托育服務人力流動率統計表　　單位：%

年度 項目	111	112	113
公共托育服務人力流動率	48.43	49.44	44.98
準公共化托育服務人力流動率	58.48	56.30	54.87

資料來源：社家署提供，本中心彙整。

綜上，近年社家署為協助國人取得平價、優質、近便之托育服務措施，與各地方政府合作辦理公共托育資源之布建工作，截至 113 年底雖有初步成果，惟公共托育服務據點布建數仍未達預期目標，且攸關服務品質良窳之各類托育服務人力流動率雖概呈下滑情形，惟仍近五成，尚有改善空間。

（分機：1912 黃彥斌）

柒、國家中醫藥研究所

一0、近年國家中醫藥研究所之研究及實驗範疇雖獲致成果，惟 113 年度未獲專利件數，表現遜於 109 至 112 年度，容待檢討改善

國家中醫藥研究所 113 年度工作計畫「研究及實驗」法定預算數 7,926 萬 3 千元，決算數與法定預算數相同，預算執行率達 100%。

國家中醫藥研究所 113 年度「研究及實驗」內容主要係強化中醫藥研發能力，實際執行結果，113 年度完成研究成果論文 46 篇及 6 件整合計畫之成果報告。另依該所提供 109 至 113 年度研究技術成果概況(詳表 1)，109 及 112 年度該所各獲得 2 件專利，

110 及 111 年度各獲得 1 件專利，惟 113 年度未獲專利；至技術移轉件數，109 至 112 年度介於 1 至 14 件間，113 年度則為 4 件。此外，112 年度因收取「清冠一號」及「清冠二號」衍生利益金等，權利金收入達 8,833 萬 7 千元，而 113 年度隨 COVID-19 疫情降溫，權利金收入亦降為 2,638 萬 1 千元。

強化中醫藥研發能力係該所重要工作項目，倘相關研究成果獲得專利，將有助於日後技轉授權廠商生產製造相關產品。然該所 113 年度未獲專利件數，遜於 109 至 112 年度之專利獲得件數，容待檢討改善。

表 1　109 至 113 年度國家中醫藥研究所研發成果概況表

單位：件；新臺幣千元

年度	研究計畫件數	獲得專利件數	技術移轉件數	權利金收入（代收代付）	專利維護及申請規費
109	28	2	4	3,120	468
110	16	1	5	5,080	558
111	13	1	14	20,037	284
112	14	2	1	88,337	348
113	14	0	4	26,381	433

說　　明：表列金額皆為決算數。
資料來源：國家中醫藥研究所。

綜上，109 至 112 年度國家中醫藥研究所相關研究成果皆獲得專利件數，惟 113 年度未獲專利，容待檢討並研謀精進研究量能。

（分機：1925 賴欣憶）