

衛生福利部主管非營業基金及財團法人國家衛生研究院 113 年度決算評估報告目錄

頁次

壹、醫療藥品基金	1
一、部分部立醫院近 5 年度決算收支連續業務短絀，且虧損有擴大趨勢，允宜在確保達成在地化醫療服務等政策目標下，提升經營績效與管理效率，俾改善財務狀況	1
貳、管制藥品製藥工廠作業基金	4
二、113 年度固定資產建設改良擴充計畫預算執行率未達七成，允宜檢討改善，以提升預算執行成效	4
參、全民健康保險基金	5
三、113 年度保險收支雖為淨結餘，惟低於 112 年度，且 85 至 113 年度間保險支出平均成長率高於收入成長率，然補充保險費扣取上限金額已多年未調整，容待通盤考量衡平性及妥適性	5
四、建置電子轉診平臺，期促進雙向轉診及提升轉診效率，惟部分醫療院所仍以紙本作業及轉診資訊未臻完整等，影響資訊透明及照護連續性，亟待檢討改善	7
五、113 年度一至三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率遜於 112 年度，急診病人留置急診室逾 48 小時時間則長於 112 年度，亟待檢討改善	9
肆、國民年金保險基金	10
六、國保年金近年平均收繳率存有城鄉差距，原住民與非原住民之落差亦略增，允宜結合社勞政資源改善被保險人繳費能力，俾有效提升老年經濟安全	10
伍、衛生福利特別收入基金	13
七、推動醫療發展基金就醫無礙計畫 112 至 113 年度申請獎勵醫事機構實際家數與預估數落差明顯，且離島及醫療資源不足地區醫院達成全中度以上照護能力比率未逾半數，允宜研謀改善	13
八、菸害防制及衛生保健基金持續辦理癌症及衛生保健工作，惟部分癌症篩檢	

陽性個案追蹤率未達年度目標平均值，且近年學齡前兒童視力異常比率有 升高趨勢，宜加強推動相關防治及預防工作 -----	17
九、近年食品安全保護基金由補助消費者訴訟轉為補助地方政府促進食安工 作，惟預算執行率變動甚大且績效衡量指標易於達成，宜檢討計畫辦理效 益並擇定具挑戰性指標，以充分發揮基金功能 -----	20
一〇、111 至 113 年度所屬社福機構收容率雖均逾八成，惟部分收容對象收容 率略有下滑，致服務收入未達標，允宜適時檢討收容政策並妥善規劃機構 空間運用 -----	23
一一、迄 113 年底，「一國中學區日照」政策未達標，允宜研謀善策，以利拓 展後續相關資源之布建，俾達成日照服務資源可及性之目標 -----	25
陸、財團法人國家衛生研究院 -----	27
一二、截至 113 年底止，國衛院逾七成研究人力為 45 歲以上者，較 112 年度增 加 6 個百分點，允宜研謀改善，以避免人力斷層 -----	27

衛生福利部主管非營業基金及財團法人國家衛生研究院 113 年度決算評估報告

壹、醫療藥品基金

- 一、部分部立醫院近 5 年度決算收支連續業務短絀，且虧損有擴大趨勢，允宜在確保達成在地化醫療服務等政策目標下，提升經營績效與管理效率，俾改善財務狀況

衛生福利部(以下簡稱衛福部)主管醫療藥品基金 113 年度決算顯示該基金及所屬 26 家醫療機構(以下簡稱部立醫院)業務收入 444 億 7,864 萬元、業務成本與費用 432 億 7,104 萬 8 千元，業務賸餘 12 億 759 萬 2 千元；其中 22 家醫院有業務賸餘、4 家醫院業務短絀，包括澎湖醫院短絀 740 萬 6 千元、臺東醫院短絀 984 萬 2 千元、花蓮醫院短絀 1,508 萬 8 千元及金門醫院短絀 2,251 萬 6 千元。經查：

- (一)部立醫院負有平衡區域醫療資源及醫療可及性之政策任務，多設立於偏遠地區，並發展在地化特色醫療服務

部立醫院體系涵蓋 10 家區域醫院、8 家地區醫院、2 家離島醫院，及 6 家特殊專科醫院(包含 1 家胸腔病院和 5 家精神專科醫院)。為照顧離島與偏遠地區居民健康，多設立於醫療資源較為匱乏地區，提供當地急症、重症及特殊醫療服務，以補足民間醫療體系之不足。

隨於國內醫療產業趨向大型化與競爭化發展，部立醫院規模相較於財團法人醫療機構，較難發揮規模經濟優勢，致其病床數占比呈逐年遞減趨勢；然就維護偏遠地區與弱勢族群之健康權益而言，部立醫院仍具備高度之不可替代性。目前各部立醫院係根據地理位址、人口結構及地區醫療供給情形，發展差異化之主要發展項目(詳表 1)，藉此優化區域醫療資源配置，落

實照顧在地居民健康需求之政策任務(詳表 1)。

表 1 26 家部立醫院發展重點概述表

項目 層級	醫院名稱	主要發展項目
區域醫院	基隆醫院、臺北醫院、桃園醫院、苗栗醫院、豐原醫院、南投醫院、臺中醫院、彰化醫院、臺南醫院、屏東醫院(10 家)	急重症醫療、社區醫學、國家公共衛生政策(傳染病防治)、弱勢及長期照護
地區醫院	嘉義醫院、朴子醫院、新營醫院、旗山醫院、恆春旅遊醫院、花蓮醫院、臺東醫院、樂生療養院(8 家)	社區醫學、國家公共政策(傳染病防治)、慢性疾病、弱勢及長期照護
離島醫院	澎湖醫院、金門醫院(2 家)	急重症醫療、社區醫學、國家公共衛生政策、弱勢及長期照護、精神醫療
特殊專科醫院	胸腔病院(1 家)	肺結核防治、國家公共政策、社區醫學、長期照護
特殊專科醫院	玉里醫院、桃園療養院、八里療養院、草屯療養院、嘉南療養院(5 家)	精神醫療(含藥癮戒治、心理衛生)、國家公共政策、社區醫學、弱勢及長期照護

資料來源：衛福部。

(二)4 家部立醫院連續 5 年決算收支呈業務短絀，允宜研擬改善措施，俾強化營運效能並改善財務狀況

113 年度決算業務短絀之醫院包括 2 家離島醫院(澎湖醫院、金門醫院)及 2 家地區醫院(臺東醫院、花蓮醫院)，合計占 26 家醫院總數之 15.38%。前揭 4 家醫院連續 5 年(109 至 113 年度，以下同)呈現決算業務短絀(詳表 2)，其中澎湖、臺東及花蓮等 3 家醫院 113 年度短絀金額，分別較 112 年度增加 280 萬元、104 萬元及 31 萬 1 千元，且均為 5 年來新高，而金門醫院 113 年度短絀金額則較 112 年度減少 713 萬 1 千元，虧損金額逐年遞減。

揆前揭醫院決算業務短絀之主要原因，包括物價、基本工資調漲及員工薪資待遇調增，致業務成本與費用上升；另該等醫院位處離島或偏遠地區，人口規模較小，又醫事人力招募與

留任困難，致醫療服務量能及業務收入增長受限。鑑於部立醫院肩負推動社區醫學及落實國家公共衛生政策等重要使命，允宜研謀改善措施，俾強化營運效能並改善財務狀況。

表 2 109 至 113 年度決算業務短絀之部立醫院明細表

單位：新臺幣千元

年度 院名	109	110	111	112	113	業務短絀原因摘要
澎湖醫院	-6,115	-4,225	-5,002	-4,596	-7,406	業務成本及費用因配合基本工資調漲、調增人員離島加給及薪資待遇等致費用增加，惟澎湖地區長住人口有限，業務收入增加不易，且前受疫情影響，業務收入不及成本增加數。
臺東醫院	-1,898	-6,443	-7,696	-8,802	-9,842	113 年病房、員工人數及薪資皆增加，物價與設備修繕維護費亦增。
花蓮醫院	-12,998	-12,964	-12,855	-14,777	-15,088	長期專科醫師數不足，門診量及收住量能下降，致業務收入減少；又逐年調增薪資、疫後設備維護及修繕等支出增加，而一般醫務業務回升緩慢，致業務連年短絀；113 年地震亦影響營運量能回復，營運成本亦增。
金門醫院	-46,175	-46,596	-38,057	-29,647	-22,516	人力招聘與留任困難，醫療量能有限，及中央與地方資源挹注有限。

資料來源：衛福部。

綜上，衛福部所屬醫院，為執行多元化公共衛生與醫療任務，部分醫院因位處偏鄉或離島地區，且多有醫護人力招募不易或流動率頻仍等情事，致營運績效欠佳，允宜針對癥結問題研提具體改善措施，在確保達成在地化醫療服務等政策目標下，提升營運績效與管理效率，以改善財務狀況。

(分機：8656 劉忠豪)

貳、管制藥品製藥工廠作業基金

二、113 年度固定資產建設改良擴充計畫預算執行率未達七成，允宜檢討改善，以提升預算執行成效

管制藥品製藥工廠作業基金(下稱製藥工廠基金)113 年度固定資產建設改良擴充計畫可用預算數 1 億 7,045 萬 9 千元，執行結果，決算數 1 億 619 萬 5 千元，預算執行率 62.3%。

為落實國藥國造政策，管制藥品製藥工廠賡續擴充自製產品類別，添購膠囊劑、液劑、貼片劑等生產相關機械設備，並建置符合國際西藥藥品優良製造規範(PIC/S GMP)之生產環境。惟該廠 113 年度固定資產建設改良擴充計畫可用預算數 1 億 7,045 萬 9 千元(包括 113 年度預算數 5,039 萬 2 千元及以前年度轉入數 1 億 2,006 萬 7 千元)，決算數 1 億 619 萬 5 千元，占可用預算數之 62.3%，雖高於 112 年度之 58.94%，仍未及七成。

此外，該廠 113 年度購置固定資產預算 5,039 萬 2 千元，其中預算金額逾 1 千萬元之項目計有「錠劑流動層噴霧造粒乾燥機」、「能源管理系統設備」及「塗佈機廠房建置工程」等 3 項，除「能源管理系統設備」未予執行亦未申請保留外，其餘「錠劑流動層噴霧造粒乾燥機」及「塗佈機廠房建置工程」之保留數共 2,724 萬 3 千元，占 113 年度保留數 3,606 萬 1 千元之 75.55%。

按審計部 113 年度管制藥品製藥工廠作業基金附屬單位決算審核通知事項，前述 3 項計畫因前置作業期程較長等而影響預算之執行，如：「錠劑流動層噴霧造粒乾燥機採購案」雖自 112 年 11 月即依政府採購法辦理採購案參考資料徵求等前置作業，惟迄 113 年 8 月 2 日始公告招標，前置作業達 8 個月；另「能源管理系統設備」及「塗佈機廠房建置工程」等採購案，分別於 113 年 8 及 9 月始完成委託設計監造技術服務採購案，俟 12 月始辦理第

1 次招標公告，致無法於年度結束前辦理完竣，影響固定資產計畫預算之執行。

綜上，管制藥品製藥工廠 113 年度固定資產建設改良擴充計畫因部分採購案件前置作業期程較長等而影響預算之執行，致預算執行率未達七成，允宜積極檢討改善，俾提升預算執行效率。

(分機：1925 賴欣憶)

參、全民健康保險基金

三、113 年度保險收支雖為淨結餘，惟低於 112 年度，且 85 至 113 年度間保險支出平均成長率高於收入成長率，然補充保險費扣取上限金額已多年未調整，容待通盤考量衡平性及妥適性

全民健康保險基金(下稱健保基金)113 年度「保險收入－保費收入」預算數 7,519 億 1,714 萬 9 千元，決算數 8,003 億 4,919 萬 3 千元，達成率 106.44%；另截至 113 年 12 月底止，保險收支淨結餘數約 234 億元。經查：

(一)健保基金 85 至 113 年度保險支出平均成長率 4.72%，高於保費收入成長率 4.53%，收支結構長期失衡

據健保基金 113 年度決算書總說明所載，截至 113 年 12 月底止，保險收支淨結餘數約 234 億元，累計安全準備餘額約 1,622 億元，約當保險給付支出月數 2.4 個月，惟 113 年底保險收支淨結餘 234 億元，較 112 年底淨結餘數 339 億元，減少 105 億元。另審計部 113 年度中央政府總決算附屬單位決算及綜計表審核報告指出，全民健保自 84 年 3 月開辦以來，受人口結構高齡化、慢性病醫療需求增加等影響，85 至 113 年間健保保險支出年平均成長率 4.72%，高於保費收入平均成長率 4.53%，顯示健保財務結構存在長期失衡問題。

(二)保費收入主要由一般保險費及補充保險費組成，惟補充保險費扣取上限金額自 100 年訂定後，迄 113 年底未予調整

健保基金之保費收入主要由一般保險費及補充保險費組成，113 年度一般保險費收入決算數 6,294 億 594 萬 8 千元，占健保保費收入決算數 8,003 億 4,919 萬 3 千元之 78.64%，至補充保險費收入決算數 715 億 3,358 萬 1 千元，占健保保費收入決算數之 8.94%(詳表 1)，該比率低於 111 及 112 年度。

表 1 110 至 113 年度健保基金保險費收入決算數簡表

單位：新臺幣千元；%

項目	110	111	112	113
業務收入-保費收入(A)	699,469,487	747,904,072	773,534,415	800,349,193
1. 一般保險費(B)	566,306,980	585,711,662	607,480,730	629,405,948
2. 補充保險費(C)	58,229,157	73,388,478	72,258,104	71,533,581
3. 政府應負擔健保總經費不足 36%部分	74,488,068	88,282,180	93,265,229	98,820,114
4. 滯納金	445,282	521,752	530,352	589,550
一般保險費占保費收入比率(B/A)	80.96	78.31	78.53	78.64
補充保險費占保費收入比率(C/A)	8.32	9.81	9.34	8.94

資料來源：健保基金提供。

健保保費收入原偏重經常性薪資，100 年 1 月修正全民健康保險法(下稱健保法)第 31 條，將原未列入保險費計費基礎之股利所得等 6 項非經常性薪資收入¹以單次給付 1 千萬元為限，計收補充保險費，逾上限金額部分，免再扣取補充保險費，僅以

¹ 全民健康保險法第 31 條第 1 項規定：「第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。三、執行業務收入。但依第 20 條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。五、利息所得。六、租金收入。」

現行費率 2.11%計收補充保險費 21 萬 1 千元。

參考財政部 114 年度公告 111 年度綜合所得稅申報核定統計專冊，利息所得、股利所得申報金額 1 千萬元以上者各為 9 萬 7,299 件及 24 萬 4,372 件，較 110 年度之 5 萬 2,220 件及 15 萬 1,783 件，各增加 4 萬 5,079 件(增幅 86.33%)及 9 萬 2,589 件(增幅 61%)。然補充保險費扣取上限自 100 年訂定後迄 113 年底未調整，近年非經常性薪資收入逾前開法定上限金額(1,000 萬元)者明顯增加，亟待衡平考量健保費負擔之公平性。

綜上，健保基金於 85 至 113 年度間，保險支出平均成長率高於保費收入成長率，迄 113 年底止保險收支雖為淨結餘，惟健保補充保費收取上限金額自 100 年訂定後已多年未調整，允宜通盤考量健保費負擔之衡平性及妥適性。

四、建置電子轉診平臺，期促進雙向轉診及提升轉診效率，惟部分醫療院所仍以紙本作業及轉診資訊未臻完整等，影響資訊透明及照護連續性，亟待檢討改善

健保基金 113 年度「保險成本—保險給付」預算數 8,107 億 2,233 萬 3 千元，執行結果，審定數 8,105 億 2,733 萬 3 千元，預算執行率 99.98%。

中央健康保險署(以下簡稱健保署)考量以往採紙本轉診方式，須由病人將紙本轉診單傳真及電話聯繫，或親赴醫療院所臨櫃掛號，作業較繁複不便，爰於 106 年 3 月建置電子轉診平臺，109 至 113 年度該平台營運經費計 1,616 萬餘元，提供醫療院所開立電子轉診單，傳輸病歷摘要、轉診目的等資訊予轉入端院所，以提升轉診效率，並於平臺回復病人就醫後之處理情形予轉出端院所，待病人病情穩定，即可轉回轉出端院所接受持續照護。

依健保署資料，113 年度醫療院所使用電子轉診平臺開立電子轉診單計 163 萬 1,977 件（詳表 1），惟健保署未強制醫療院所使用電子轉診平臺，部分醫療院所因未登錄轉診資料，或採紙本進行轉診作業等，未將病人轉診資料完整登錄於電子轉診平臺，其中轉入端院所未填寫聯繫結果者約 23.68%，較 109 年度 20.1% 增加 3.58 個百分點。109 至 113 年度轉入端院所未登錄聯繫結果比率逐年提高，不僅影響轉診案件之追蹤管理，且轉出院所亦無法自電子轉診平臺即時追蹤轉診個案後續照護，不利資訊透明與照護服務連續性。

表 1 109 至 113 年度轉入端醫療院所於電子轉診平臺填寫病人聯繫情形表 單位：件；%

年度	接收轉診數	未填寫		已填寫	
		件數	比率	件數	比率
109	1,437,669	289,017	20.10	1,148,652	79.90
110	1,409,158	297,419	21.11	1,111,739	78.89
111	1,428,006	313,221	21.93	1,114,785	78.07
112	1,502,203	331,212	22.05	1,170,991	77.95
113	1,631,977	386,402	23.68	1,245,575	76.32

資料來源：審計部抽查衛福部健保署、健保基金及衛生福利特別收入基金所屬健保紓困基金 113 年度財務收支及決算審核通知。

此外，113 年度轉入端院所於電子轉診平台填寫聯繫結果計 124 萬 5,575 件，件數雖係 109 年度以來最高，然逾 30 日處理完成者計 25 萬 5,225 件（占比 20.49%），且逾轉診單有效期限（90 日）始處理完成者約 5.59%，處理效能有待改善。據健保署說明，將取消紙本轉診獎勵，並持續向醫療院所宣導使用電子轉診平臺及完整登錄病人處置情形、鼓勵醫療院所增設聯繫病人方式，如：以簡訊通知病人安排掛號，俾即時傳遞訊息及提升轉診效率。

綜上，健保署雖建置電子轉診平台，惟部分醫療院所仍以紙本作業，且 109 至 113 年度轉入端院所於電子轉診平台填寫聯繫

結果比率逐年減少，亟待檢討改善，俾提升轉診效率。

五、113 年度一至三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率遜於 112 年度，急診病人留置急診室逾 48 小時時間則長於 112 年度，亟待檢討改善

健保基金 113 年度「保險成本－保險給付」科目預算數 8,107 億 2,233 萬 3 千元，執行結果，審定數 8,105 億 2,733 萬 3 千元，預算執行率 99.98%。經查：

(一)辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，惟 113 年度一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率低於 112 年度

衛福部自 106 年度起推動分級醫療政策，旨讓醫院專注照顧急重症病人，以提升醫療照護品質並紓解醫學中心擁擠情形。惟按衛福部醫事機構服務量統計年報資料，113 年度醫院平均每日急診 2 萬 505 人次，相較於 106 年度 1 萬 9,672 人次，急診人次明顯增加。

為解決醫院急診壅塞，健保基金 113 年度辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，預算數 3 億元、決算數 2 億 9,810 萬元，以「一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率」為衡量指標，按每人次給予健保點數獎勵，未設定目標值；惟該比率自 112 年度 60.6%降至 113 年度 59.5%，顯示急診病人須等待更長時間方能轉入病房。

(二)113 年度醫學中心及區域醫院之急診轉住院暫留急診超過 48 小時案件比率高於 112 年度

觀察醫院急診轉住院病患暫留急診超過 48 小時之件數與比率，112 年度留置醫院急診室超過 48 小時共計 5 萬 6,676 件、占醫院急診轉住院總件數 127 萬 7,350 件之 4.44%，113 年度增

至 6 萬 9,098 件，占比提高為 5.3%，113 年度急診病患留滯醫院急診室時間反較 112 年度增加(詳表 1)，顯示 113 年度醫院處理急診病患量能，不及 112 年度。

表 1 112 及 113 年度各層級醫院急診轉住院暫留急診超過 48 小時之件數及比率一覽表 單位：件；%

項目	年度	急診轉住院暫留急診超過 48 小時之件數(A)	急診轉住院件數(B)	比率(A/B)
醫學中心	112	33,215	398,081	8.34
	113	40,517	434,814	9.32
區域醫院	112	20,191	635,646	3.18
	113	26,065	632,800	4.12
地區醫院	112	3,270	243,623	1.34
	113	2,516	235,747	1.07
小計	112	56,676	1,277,350	4.44
	113	69,098	1,303,361	5.30

說明：急診轉住院暫留急診超過 48 小時之件數，指急診留置時間(急診治療迄日-急診治療起日)>48 小時之案件數，至於急診轉住院件數(B)係指同院急診轉住院之案件數(含職災急診)。

資料來源：健保署醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1652(資料擷取日期：114 年 9 月 9 日)。

綜上，健保基金辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，期透過分級醫療制度，緩解急診壅塞，惟 113 年度一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率遜於 112 年度，且 113 年度醫學中心及區域醫院急診病患留滯醫院急診室超過 48 小時比率反高於 112 年度，允宜積極檢討改善。

(分機：1925 賴欣憶)

肆、國民年金保險基金

六、國保年金近年平均收繳率存有城鄉差距，原住民與非原住民之落差亦略增，允宜結合社勞政資源改善被保險人繳費能力，俾有效提升老年經濟安全

國民年金保險(以下簡稱國保)基金 113 年度「業務成本與費用－保險成本」科目就應收保費、其他應收款及催收款項按收回情況提列呆帳預算 109 億 4,408 萬元，決算數 129 億 3,394 萬 1 千元，較預算數增加 19 億 8,986 萬 1 千元(增幅 18.18%)。關於近年國保年金平均收繳率存有城鄉差距，又原住民被保險人低於非原住民，且落差略有增加情形，謹敘明如次：

(一)111 至 113 年國保年金整體平均收繳率高於非六都市縣，整體原住民亦高於原鄉地區原住民

國保基金提供資料(詳表 1)，111 至 113 年度國保基金整體平均收繳率介於 45.39%至 49.05%間，同期間非六都之市縣平均收繳率則介於 40.63%至 43.96%間；另原住民之國民年金收繳率方面，111 至 113 年度整體原住民平均收繳率介於 25.46%至 29.1%間，同期間原鄉地區之原住民則介於 24.19%至 27.69%間。以上，整體市縣及整體原住民平均收繳率分別高於非六都之市縣及原鄉地區之原住民，國保年金平均收繳率存有城鄉差距情形。

表 1 111 至 113 年度國保基金平均收繳率比較表

單位：%

年度	整體平均	非六都之市縣 平均	整體原住民 平均	原鄉地區 原住民平均
111	48.33	43.21	28.53	27.36
112	49.05	43.96	29.10	27.69
113	45.39	40.63	25.46	24.19

說明：本表各年度平均收繳率係截至 114 年 12 月 28 日之統計資料。
資料來源：國保基金提供，本中心彙整。

(二)111 至 113 年度原住民與非原住民之平均收繳率落差均逾 20 個百分點，且差距有略增之情形

關於國保之原住民與非原住民平均收繳率，依國保基金提供資料(詳表 2)，111 至 113 年度原住民之平均收繳率介於 25.46%至 29.1%間，非原住民之平均收繳率則介於 46.23%至

49.91%間，兩者落差 111 年度為 20.67 個百分點，113 年度略增為 20.77 個百分點；以上，原住民與非原住民之平均收繳率近年落差均逾 20 個百分點，且差距呈略增情形。

表 2 111 至 113 年度國保基金原住民與非原住民之平均收繳率比

較表

單位：%；百分點

年度別 群體別	111	112	113
原住民(A)	28.53	29.10	25.46
非原住民(B)	49.20	49.91	46.23
(A)與(B)落差	20.67	20.81	20.77

說明：本表各年度平均收繳率係截至 114 年 12 月 28 日之統計資料。

資料來源：國保基金提供。

(三)國保收繳率與被保險人之經濟能力存在高度關聯性，允宜積極整合社勞政資源，提升被保險人繳費能力

目前國保係將年滿 25 歲、未滿 65 歲，在國內有戶籍，且無相關職業保險之國人柔性強制納保，該等被保險人在經濟能力上本屬相對弱勢，對該等被保險人而言，國保保費雖係渠等未來老年生活之保障，惟仍構成繳費當下經濟負擔。勞保局就國保被保險人欠費原因分析指出，有將近四成係因經濟能力欠佳而無法繳納²；另依該局補充說明，原鄉地區原住民占整體原住民人數逾五成，渠等所處地理位置及生活型態較為特殊，繳費行為與一般民眾有別，且原住民被保險人中屬經濟弱勢者偏多，繳費能力相對不足，爰原住民之國保收繳率較非原住民為低。鑒於國保收繳率與被保險人之經濟能力存在高度關聯性，主管機關允宜積極整合社勞政資源，以改善被保險人之繳費能

²參考國家年金改革委員會第 9 次會議委員意見回應說明及補充資料(國民年金部分)。資料下載網址：<https://ws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9hZG1pbm1zdHJhdG9yLzI3L2NrZm1sZS8xN2RiMmI4Ni04NjRhLTQ1YjEtYmNjMS11YWV1NWJjYWNjYTMucGRm&n=6Yed5bCN56ys0easoeacg%2bitsOWn10WToeaEj%2bimi%2bWbnuaHieiqquaYjuWPiuijn0WFheizh%2baWmSjlnIvmsJHlubTph5EpLnBkZg%3d%3d>。最後瀏覽日期：114 年 8 月 30 日。

力，俾提升老年經濟安全。

綜上，111 至 113 年度國保整體平均收繳率高於非六都之市縣，整體原住民亦高於原鄉地區原住民，顯示國保平均收繳率存有城鄉差距；另原住民被保險人之平均收繳率與非原住民之落差均逾 20 個百分點，且呈略增情形。鑒於國保收繳率與被保險人之經濟能力存在高度關聯性，主管機關允宜積極整合社勞政資源，以改善被保險人之繳費能力，俾提升老年經濟安全。

(分機：1912 黃彥斌)

伍、衛生福利特別收入基金

七、推動醫療發展基金就醫無礙計畫 112 至 113 年度申請獎勵醫事機構實際家數與預估數落差明顯，且離島及醫療資源不足地區醫院達成全中度以上照護能力比率未逾半數，允宜研謀改善

醫療發展基金 113 年度基金用途預算數 27 億 8,206 萬 6 千元，決算數 22 億 902 萬 4 千元，執行率 79.4%；其中「健康照護績效提升計畫」預算數 16 億 2,775 萬 4 千元，決算數 10 億 9,790 萬 6 千元，執行率 67.45%(詳表 1)。經查：

表 1 113 年度醫療發展基金各項計畫執行情形表

單位：新臺幣千元；%

計畫別 \ 執行情形	預算數(a)	決算數(b)	增減數(b-a)	執行率(b/a)
獎勵新擴建醫療機構 貸款利息補貼計畫	540	109	-431	20.19
提升醫療資源不足地區 醫療服務品質計畫	1,149,963	1,109,115	-40,848	96.45
健康照護績效提升計畫	1,627,754	1,097,906	-529,848	67.45
一般行政管理計畫	3,809	1,894	-1,915	49.72
合計	2,782,066	2,209,024	-573,042	79.40

資料來源：整理自醫療發展基金提供資料。

(一)112 至 113 年度就醫無礙計畫申請獎勵之醫事機構實際家數

與預估數有相當程度落差，允宜積極研謀改善，俾促進醫療事業發展及均衡醫療資源

醫療發展基金為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，辦理補助醫事人力、醫療服務與設施及醫療品質管理、提升病人安全與醫療品質暨效率等，以及辦理獎勵新擴建醫療機構貸款利息補貼、提升醫療資源不足地區醫療服務品質、健康照護績效提升等計畫。113 年度基金用途預算數 27.82 億元，其中以「健康照護績效提升計畫」³ 16.28 億元(占比為 58.51%)為最大宗(詳表 1)。

經檢視醫療發展基金提供 110 至 113 年度「健康照護績效提升計畫」預算執行資料顯示，110 及 111 年度執行率均逾 90%，112 年度大幅下降為 70.8%，113 年度再降為 67.45%(詳表 2)。洽據醫療發展基金表示，主要係 112 至 113 年度「就醫無礙獎勵計畫」及「就醫無礙標竿競賽計畫」申請獎勵之醫事機構實際家數低於預估，致獎勵費用實際數較預計數減少所致⁴，允宜深入瞭解相關醫事機構未積極申請獎勵之原因，研謀改善，俾促進醫療事業發展，均衡醫療資源。

表 2 近年「健康照護績效提升計畫」執行情形表

單位：新臺幣千元；%

執行情形 年度	預算數(a)	決算數(b)	執行率 (b/a)	執行率未達 90%之原因
110	1,450,204	1,311,979	90.47	執行率達 90%

³「健康照護績效提升計畫」包括「臨床醫事人員培訓計畫」、「就醫無礙計畫」(辦理「就醫無礙管理中心」、「就醫無礙獎勵」及「就醫無礙標竿競賽」3 項跨年度計畫)、「心理健康品質提升計畫」等 10 項子計畫。

⁴112 至 113 年度「就醫無礙獎勵計畫」共計獎勵 17 家醫院及 405 家診所，「就醫無礙標竿競賽計畫」共計 42 家醫院及 32 家診所獲獎，惟該期間「就醫無礙獎勵計畫」申請醫院預估數為 230 家、診所預估數約為 2,975 家，「就醫無礙標竿競賽計畫」，申請醫院預估數為 85 家，診所預估數約為 580 家；上述預估數與實際獎勵數落差明顯。

執行情形 年度	預算數(a)	決算數(b)	執行率 (b/a)	執行率未達 90%之原因
111	1,348,220	1,278,490	94.83	執行率達 90%
112	1,592,889	1,127,715	70.80	就醫無礙計畫申請獎勵醫事機構實際家數低於預估，致獎勵費用實際數較預計數減少(112 至 113 年度就醫無礙獎勵計畫計 17 家醫院及 405 家診所獎勵，就醫無礙標竿競賽計畫計 42 家醫院及 32 家診所獲獎。)
113	1,627,754	1,097,906	67.45	同上

說明：1. 112 至 113 年度「就醫無礙獎勵計畫」申請醫院預估數為 230 家、診所預估數為 2,975 家。

2. 112 至 113 年度「就醫無礙標竿競賽計畫」申請醫院預估數為 85 家、診所預估數為 580 家。

資料來源：整理自醫療發展基金提供資料。

(二) 支援離島及醫療資源不足地區醫院使其達成全中度以上照護能力醫院，惟 112 及 113 年度均未超過半數，允宜強化相關計畫之執行，俾提升醫療資源不足地區醫療服務品質

為精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益，醫療發展基金近年均擇定接受「臨床醫事人員培訓計畫」之受訓人員比例、加強偏遠及離島地區急救責任醫院之緊急醫療照護能力等 2 項，為其年度關鍵績效指標。其中加強偏遠及離島地區急救責任醫院之緊急醫療照護能力，此項績效指標係衡量醫學中心支援偏遠及離島地區急救責任醫院，使其達成全中度以上之照護能力(詳表 3)。

表 3 醫療發展基金 112 及 113 年度關鍵績效指標達成情形分析表

項目 年度	年度績效目標	衡量指標	績效衡量暨達成情形分析(摘要)
112	精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益	接受「臨床醫事人員培訓計畫」受訓人員比例	全年度達成目標值 88% 以上

項目 年度	年度績效目標	衡量指標	績效衡量暨達成情形分析(摘要)
	充實醫療資源不足地區之醫療資源及提升醫療服務品質	加強偏遠及離島地區急救責任醫院之緊急醫療照護能力	透過醫學中心支援偏遠及離島地區急救責任醫院緊急照護能力，使其達成全中度以上之照護能力(109 至 112 年度由 30 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 29 家離島及醫療資源不足地區醫院，達成全中度以上照護能力之醫院計 13 家，達成比率為 44.83%)
113	精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益	接受「臨床醫事人員培訓計畫」受訓人員比例	全年度達成目標值 88% 以上
	充實醫療資源不足地區之醫療資源及提升醫療服務品質	加強偏遠及離島地區急救責任醫院之緊急醫療照護能力	透過醫學中心支援偏遠及離島地區急救責任醫院緊急照護能力，使其達成全中度以上之照護能力(113 年度由 28 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 28 家離島及醫療資源不足地區醫院，達成全中度以上照護能力之醫院計 14 家，達成比率為 50%)

資料來源：整理自醫療發展基金 112 及 113 年度決算書。

然查醫療發展基金 112 及 113 年度決算書上開加強偏遠及離島地區醫療照護能力績效衡量指標達成情形(詳表 3)，109 至 112 年度由 30 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 29 家離島及醫療資源不足地區醫院，達成全中度以上照護能力之醫院計 13 家，未及半數；113 年度由 28 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 28 家離島及醫療資源不足地區醫院，亦僅半數(14 家)醫院達標。允宜賡續檢討強化相關計畫之執行，俾提升醫療資源不足地區醫療服務品質。

綜上，112 至 113 年度醫療發展基金「就醫無礙計畫」申請獎勵之醫事機構實際家數與預估數有一定程度落差，又同期間由醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院，使其達成全中度以上照護能力醫院之比率均未超過半數，允宜研謀改善以強化相關計畫之執行，俾促進醫療事業發展，提升醫療資源不足地區之醫療服務品質。

八、菸害防制及衛生保健基金持續辦理癌症及衛生保健工作，惟部分癌症篩檢陽性個案追蹤率未達年度目標平均值，且近年學齡前兒童視力異常比率有升高趨勢，宜加強推動相關防治及預防工作

菸害防制及衛生保健基金 113 年度辦理「菸害防制及衛生保健計畫」，其中「癌症防治工作計畫」預算數 41 億 7,104 萬 2 千元，決算數 40 億 4,175 萬 2 千元，執行率 96.9%；另「衛生保健工作計畫」預算數 28 億 3,844 萬元，決算數 26 億 3,457 萬 9 千元，執行率 92.82%。經查：

(一)近年來大腸癌及口腔癌篩檢陽性個案追蹤率尚有未達年度目標平均值之情形，且 113 年度口腔癌陽性個案追蹤率大幅降低，允宜積極研謀改善

依菸害防制法第 4 條暨菸品健康福利捐分配及運作辦法相關規定，菸品健康福利捐分配於菸害防制及衛生保健，並辦理癌症防治等相關工作。為強化癌症預防及早期發現，菸害防制及衛生保健基金持續推動重要癌症篩檢，期以發展癌症精準預防健康服務，降低癌症病人死亡率；其中癌症篩檢陽性個案尚須進一步完成診斷與治療，方能提升篩檢效益，109 至 113 年度將子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌等 4 項篩檢陽性個案追蹤率之年度目標平均值設定為 85%。

經檢視國民健康署提供之上述 4 項癌症篩檢陽性個案追蹤率統計資料顯示，109 至 113 年度大腸癌及口腔癌陽性個案追蹤率均未達 82%，尚低於年度目標平均值 85%；其中 113 年度口腔癌僅 77.4%，較 112 年度大幅下降逾 4 個百分點，該年度子宮頸癌陽性個案追蹤率為 92.8%，亦較 112 年度下降 1.7 個百分點(詳表 1)。允宜深入瞭解大腸癌及口腔癌篩檢陽性個案追蹤率持續偏低及 113 年度口腔癌追蹤率大幅降低原因，研謀改善。

表 1 109 至 113 年度 4 項癌症篩檢陽性個案追蹤率情形表 單位：%

年度 \ 癌篩項目	乳癌篩檢陽性 個案追蹤率	子宮頸癌篩檢陽 性個案追蹤率	大腸癌篩檢陽 性個案追蹤率	口腔癌篩檢陽 性個案追蹤率
109	92.9	92.6	76.9	81.1
110	90.2	89.6	70.6	77.2
111	90.6	90.5	72.9	80.3
112	92.6	94.5	79.6	81.5
113	93.6	92.8	80.5	77.4

資料來源：整理自國民健康署提供資料。

(二)近年學齡前兒童視力異常比率有增加趨勢，相關推動策略尚有精進空間，允宜積極強化學齡前兒童視力防治工作，俾維護其視力健康

另「菸害防制及衛生保健計畫」之「衛生保健工作計畫」係辦理補助地方衛生保健工作、提升婦女健康及母子保健服務、推動兒童及青少年健康促進、推動中老年健康促進、健康友善支持環境、加強衛生教育與宣導、推動營養與健康飲食等工作，其中兒童及青少年健康促進係辦理兒童視力及聽力保健、兒童及青少年健康知能促進及口腔保健等工作。

按我國兒童權利公約兒少統計專區網站⁵公布之學齡前兒童視力、斜弱視篩檢成果資料顯示，近年滿 4 歲及 5 歲學齡前兒童視力異常之比率有增加趨勢。110 年度視力初篩異常率為 17.1%，113 年度上升為 18.7%(詳表 2)。如以初檢未通過而複檢仍為異常比率觀之，亦同呈概增趨勢，110 年度複檢異常確診率為 74.6%，112 及 113 年度已上升為 76.9%及 76.5%。然查菸害防制及衛生保健基金 113 年度兒童視力保健辦理情形⁶，僅辦理 1 場記者會，邀請教育部國民及學前教育署及幼兒園共同參與，另發布 1 篇新聞稿，提醒家長及照顧者視力保健的重要性。

⁵網址：<https://crc.sfaa.gov.tw/Statistics>，最後查閱日：115 年 3 月 9 日。

⁶菸害防制及衛生保健基金 113 年度決算書第 4 頁。

鑑於學齡前兒童視力篩檢為近視防治關鍵時期，學齡前兒童一旦發生近視，如無任何介入，每年將有近 100 度之度數增加，大幅增加高度近視，以及未來發生白內障、青光眼、黃斑部病變，甚至視網膜剝離以及失明風險⁷，允宜賡續檢討強化學齡前兒童視力保健策略及作為，俾維護其視力健康。

表 2 近年學齡前兒童視力、斜弱視篩檢情形表 單位：人；%

年度 項目	110	111	112	113
幼童數	375,123	366,051	354,258	334,197
篩檢數	340,594	358,157	371,466	350,258
篩檢率(%)	90.8	97.8	100.0	100.0
初篩異常率(%)	17.1	17.3	18.7	18.7
疑似異常個案 完成確診率(%)	95.9	95.4	97.5	96.7
異常確診率(%)	74.6	75.8	76.9	76.5

- 說明：1. 學齡前兒童指滿 4 歲及 5 歲之學齡前兒童。
 2. 篩檢率=(滿 4 歲及 5 歲兒童視力篩檢人數/滿 4 歲及 5 歲兒童現住人口數)*100%。
 3. 初篩異常率=(篩檢未通過人數/篩檢數)*100%。
 4. 疑似異常個案完成確診率=[(複檢正常人數+複檢異常人數)/篩檢未通過人數]*100%。
 5. 異常確診率=(複檢異常人數/篩檢未通過個案)*100%

資料來源：兒童權利公約兒少統計專區。

(網址：<https://crc.sfaa.gov.tw/Statistics/Detail/137>)，最後查閱日：115 年 2 月 25 日。

綜上，菸害防制及衛生保健基金近年持續推動癌症防治及兒童、青少年健康促進工作，惟大腸癌及口腔癌篩檢陽性個案追蹤率均未達年度目標平均值，另近年學齡前兒童視力異常比率有增加趨勢，相關視力防治推動策略尚有精進空間；允宜深入瞭解上述癌症篩檢陽性個案追蹤率偏低原因研謀改善，並賡續檢討強化學齡前兒童視力保健策略及作為，俾維護其視力健康。

⁷114 年 10 月 1 日國民健康署新聞稿：學齡前兒童視力篩檢 近視防治向下扎根 (網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4878&pid=19417>)

九、近年食品安全保護基金由補助消費者訴訟轉為補助地方政府促進食安工作，惟預算執行率變動甚大且績效衡量指標易於達成，宜檢討計畫辦理效益並擇定具挑戰性指標，以充分發揮基金功能

食品安全保護基金 113 年度辦理「食品安全保護計畫」，決算數 3,104 萬 9 千元，較預算數 3,760 萬 6 千元，減少 655 萬 7 千元(執行率 82.56%)。經查：

(一)「食品安全保護計畫」原用以補助食安事件消費訴訟費用，近年用途漸轉為補助地方衛生機關從事促進食安工作，惟計畫之預算執行率變動幅度甚大，宜嚴格控管計畫經費

食品安全保護基金設立主要目的係為保障食品安全事件消費者權益，目前僅辦理「食品安全保護計畫」，用以補助食品衛生安全事件，提起消費訴訟、食安事件檢舉獎金及其他促進食品安全等相關費用；109 年度補助消費者團體訴訟相關費用尚有 193 萬 2 千元，其後即呈概減趨勢，112 年度未核定相關補助費用，113 年度雖略增為 102 萬 4 千元，惟較 109 年度減少 47%(詳表 1)。進一步檢視近年計畫補助情形可知，該基金用途已逐漸轉為補助地方政府衛生局從事有關促進食品安全計畫(如：輔導業者強化食品安全衛生稽查及檢驗量能等作業)之費用，112 年度基金用途決算數 2,359 萬 2 千元，其中 2,187 萬 9 千元屬補助地方政府衛生局從事有關促進食品安全計畫之費用(占基金用途決算數 2,359 萬 2 千元之 92.74%)，113 年度補助地方政府費用亦占基金用途決算數之 91.59%(詳表 2)。

又 109 至 113 年度食品安全保護基金預算執行率呈現大幅波動(詳表 1)，109 年度逾九成，112 年度甚至達 187.63%，然 110 年度僅約三成、111 年度為 61.27%、113 年度則未達 83%。經洽該基金表示，上開年度預算執行率較低主要因為補助地

方政府衛生局計畫之實際執行數較預計減少所致。鑒於該基金主要目的係保障食品安全事件中之消費者權益，近年以補助地方政府為基金主要用途之作法容待商榷，允宜嚴格控管相關計畫經費，以達成基金設置目的。

表 1 109 至 113 年度「食品安全保護計畫」預、決算數統計表

單位：新臺幣千元；%

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
決算數 A	9,273	4,013	6,908	23,592	31,049
消費者團體訴訟 相關費用	1,932	230	600	0	1,024
食安檢舉獎金	200	12	0	0	32
其他	7,141	3,771	6,308	23,592	29,993
預算數 B	10,229	13,014	11,274	12,574	37,606
執行率(A/B)	90.65	30.84	61.27	187.63	82.56

說明：其他項目主要係補助地方政府衛生局從事有關促進食品安全(例如輔導業者強化食品安全衛生稽查及檢驗量能等作業)之費用，另維持基金運作之服務費用與材料及用品費、未能收回之違反食品安全衛生管理法罰款收入等各項短絀亦屬其他項目。

資料來源：食品安全保護基金提供資料。

表 2 109 至 113 年度食品安全保護基金補助地方政府從事促進食品安全計畫執行情形表

單位：新臺幣千元；%

年度	申請補助金額 a	實際執行金額 b	差異數 a-b	基金用途 決算數 c	補助地方政府占比 b/c	補助市縣
109	3,022	2,483	539	9,273	26.78	臺北市、新北市、桃園市、臺南市、高雄市、雲林縣、屏東縣
110	3,358	2,740	618	4,013	68.28	臺北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市
111	2,035	1,755	280	6,908	25.41	桃園市、臺中市
112	23,893	21,879	2,014	23,592	92.74	臺北市、新北市、桃園市、臺中市、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、花蓮縣、基隆市、新竹市、嘉義市、連江縣、澎湖縣
113	32,389	28,439	3,950	31,049	91.59	臺北市、新北市、桃園市、臺中市、高雄市、新竹縣、

年度	申請補助金額 a	實際執行金額 b	差異數 a-b	基金用途 決算數 c	補助地方政府占比 b/c	補助市縣
						苗栗縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣、基隆市、新竹市、嘉義市、連江縣、金門縣、澎湖縣

資料來源：食品安全保護基金提供。

(二)近年各項計畫實際補助案件數多遠逾目標值，宜積極檢討計畫辦理效益及必要性，並擇定合宜關鍵績效指標，期使資源發揮最大效益

為落實「食品安全保護計畫」之執行，食品安全保護基金每年均設定年度關鍵績效衡量指標，經檢視該基金提供 108 至 113 年度關鍵績效衡量指標，均為補助計畫案件數達 5 件以上(詳表 3)。然依該基金實際執行情形觀之，除 111 年度為 3 件未達標外，其餘年度均遠逾目標值，112 及 113 年度各為 14 及 23 件；進一步對照 112 及 113 年度補助地方政府從事促進食品安全計畫執行情形(詳表 2)，112 年度已多達臺北市等 14 個市縣獲得補助，113 年度再增加為 21 個市縣，僅臺南市未補助；所擇定之衡量指標恐易於達成，缺乏挑戰性。

「附屬單位預算共同項目編列作業規範」有關特別收入基金補助及捐助事項規定略以，各基金應本零基預算精神，選定適切之衡量指標，核實檢討各項補助辦理之必要性及急迫性，對於無須辦理、不具效益、無法達成原定目標或績效不彰之計畫，應即檢討停辦。鑑於近年食品安全保護基金用途多為補助地方政府衛生局從事有關促進食品安全之費用，且地方政府申請補助金額與實際執行金額差距有擴大趨勢(111 年度差異數僅 28 萬元，113 年度擴大為 395 萬元，詳表 2)，為落實食品安全衛生管理法第 56 條之 1 保障食品安全事件消費者權益之精神，

允宜積極檢討各項補助計畫辦理效益及必要性，並擇定合宜之關鍵績效指標，期預算資源發揮最大效益。

表 3 108 至 113 年度食品安全保護基金年度關鍵績效指標達成情形表

年度	衡量指標	實際達成值
108	落實食品安全保護計畫之執行，提高補助計畫補助案件數 ≥ 5	12
109	同上	11
110	同上	9
111	同上	3
112	同上	14
113	同上	23

說明：補助計畫補助案件係指補助地方政府衛生局從事促進食品安全案件。

資料來源：食品安全保護基金提供。

綜上，食品安全保護基金原用以補助食安事件之消費者訴訟費用，近年漸轉為補助地方衛生機關從事促進食安工作之費用，惟近年補助件數多遠逾年度關鍵績效衡量指標，缺乏挑戰性，且地方政府申請補助金額與實際執行金額之差距亦有擴大趨勢；允宜積極檢討各項補助計畫辦理效益及必要性，並擇定合宜之關鍵績效指標，以充分發揮基金功能。

（分機：1935 陳果廷）

一〇、111 至 113 年度所屬社福機構收容率雖均逾八成，惟部分收容對象收容率略有下滑，致服務收入未達標，允宜適時檢討收容政策並妥善規劃機構空間運用

社會福利基金(下稱社福基金)113 年度基金來源之「勞務收入—服務收入」編列 6 億 626 萬元，決算數 5 億 3,416 萬元，預算達成率 88.11%。近年所屬社福機構部分收容對象之收容率呈下滑情形，致服務收入連年未達預期，謹敘明如次：

(一)111 至 113 年度所屬社福機構整體收容率雖均逾八成，惟兒

少教養、身心障礙類別收容率呈下滑情形

依社福基金提供資料(詳表 1)，該基金所屬社福機構 111 至 113 年度預計可收容人數合計數自 3,486 人減至 3,298 人，實際收容人數合計數則自 2,837 人降至 2,746 人，收容率均逾八成，介於 81.38%至 84.47%間。進一步觀察同期間各類對象收容情形，其中兒少(含教養)類別之收容率自 111 年度之 74.77%減為 113 年度之 64.43%，同期間身心障礙類別之收容率則自 96.91%減為 92.37%，呈下滑情形。

表 1 社福基金 111 至 113 年度各類別收容對象收容率統計表

單位：人；%

年度 項目 類別	111 年度			112 年度			113 年度		
	預計 收容 人數	實際 收容 人數	收容 率	預計 收容 人數	實際 收容 人數	收容 率	預計 收容 人數	實際 收容 人數	收容 率
合計	3,486	2,837	81.38	3,323	2,807	84.47	3,298	2,746	83.26
安養	343	267	77.84	295	254	86.10	287	248	86.41
養護	772	646	83.68	746	651	87.27	747	674	90.23
失智	144	73	50.69	147	92	62.59	155	116	74.84
長照	267	210	78.65	271	228	84.13	275	232	84.36
日照	221	126	57.01	216	154	71.30	223	167	74.89
兒少 (教 養)	769	575	74.77	678	507	74.78	641	413	64.43
身心 障礙	970	940	96.91	970	921	94.95	970	896	92.37

資料來源：社福基金提供，本中心彙整。

(二)因收容人數不如預期，111 至 113 年度服務收入均未達標

依社福基金決算資料，111 至 113 年度服務收入預算數各為 4 億 9,307 萬 1 千元、5 億 3,622 萬 7 千元及 6 億 626 萬元，同期間決算數各為 4 億 2,337 萬 5 千元、4 億 9,308 萬 8 千元及 5 億 3,416 萬元，達成率分別為 85.86%、91.96%及 88.11%。依該基金說明，服務收入未達標之主要係因 Covid-19 疫情影響

入注意願、市縣政府轉介安置人數不如預期等原因所致。

綜上，社福基金 111 至 113 年度所屬社福機構收容率雖均逾八成，惟兒少教養、身心障礙類別收容率呈下滑情形，又收容人數受 Covid-19 疫情、市縣政府轉介安置不如預期等因素影響，致服務收入均未達標。社福基金允宜適時檢討收容政策，並妥善規劃機構空間運用，俾提升基金資產之運用效率。

一一、迄 113 年底，「一國中學區日照」政策未達標，允宜研謀善策，以利拓展後續相關資源之布建，俾達成日照服務資源可及性之目標

長照基金 113 年度「完善長照服務輸送體系計畫－捐助、補助與獎助」科目就獎助居家式及社區式長照機構資源布建所需經費編列 51 億 5,311 萬元，決算數 40 億 7,222 萬 4 千元，預算執行率 79.02%。迄 113 年底「一國中學區日照」政策期程屆至未達標之情形，謹敘明如次：

(一)「一國中學區日照」政策係為落實提升民眾對日照服務資源可及性之目標

衛福部因應近年我國人口結構加速老化之趨勢，為增進社區內失能失智民眾使用日間照顧服務之可近性與便利性，進而提升社區式長照資源使用率，考量國中學區與地方生活圈之概念較類似，該部自 108 年度起結合地方政府共同推動日照服務資源之普及化，以「一國中學區日照」為目標，預計於 113 年度全國 816 個國中學區均能有日照服務資源，俾利服務資源均衡分布。

(二)迄 113 年底，「一國中學區日照」政策期程已屆，達標率雖逾九成，惟近半數市縣仍未及整體達標率

依長照基金提供資料，「一國中學區日照」全國 816 個國中學區中，已完成目標之學區數計 736 個，達成率 90.2%，雖已逾九成，惟臺中市(90%)、南投縣(87.5%)、臺北市(84.72%)、基隆市(80%)、花蓮縣(78.26%)、新竹縣(78.13%)、苗栗縣(73.53%)、臺東縣(72.73%)、連江縣(60%)、澎湖縣(50%)等 10 個市縣達標率未及整體平均(詳表 1)。經洽據衛福部表示，國中學區之日照中心設置障礙包括都會區之土地取得成本較高、空間較不足，偏遠地區則係居住人口較少、日照需求難以支撐永續營運。衛福部允宜持續協助地方政府尋求替代方案，以提升社區民眾對日照資源之可及性。

表 1 截至 113 年底「一國中學區日照」推動成果統計表

單位：個；家；%

市縣別	轄內國中 學區數 (A)	已完成布建 之國中學區數 (B)	已正式營運之 日照中心數	達標率 (B/A)
整體	816	736	1,114	90.20
臺北市	72	61	80	84.72
新北市	79	72	114	91.14
桃園市	59	54	78	91.53
臺中市	80	72	148	90.00
臺南市	64	64	129	100.00
高雄市	91	91	135	100.00
新竹縣	32	25	27	78.13
苗栗縣	34	25	22	73.53
彰化縣	41	40	70	97.56
南投縣	32	28	27	87.50
雲林縣	34	32	51	94.12
嘉義縣	26	24	29	92.31
屏東縣	39	39	73	100.00
宜蘭縣	26	26	43	100.00
花蓮縣	23	18	19	78.26
臺東縣	22	16	16	72.73
基隆市	15	12	9	80.00
新竹市	15	14	10	93.33
嘉義市	8	8	18	100.00
澎湖縣	14	7	9	50.00
金門縣	5	5	6	100.00

市縣別	轄內國中 學區數 (A)	已完成布建 之國中學區數 (B)	已正式營運之 日照中心數	達標率 (B/A)
連江縣	5	3	1	60.00

說明：1. 本表已完成布建之國中學區數係採計已取得籌設許可、已完成設立許可、前瞻計畫核定補助案件、地方自建工程已發包案件及位於可替代學區已設立家庭托顧者之學區數。

2. 表內未達整體平均達標率之市縣及其數據以紅字標示。

資料來源：長照基金提供，本中心彙整。

綜上，為提升社區日照資源之可及性，108 年度起衛福部與市縣政府合作推動相關資源布建工作，並設定 113 年度以前達成「一國中學區一日照」之目標；截至 113 年底整體達標率雖逾九成，惟近半數市縣未及整體平均達標率，允宜研謀善策，以利拓展後續相關資源之布建。

(分機：1912 黃彥斌)

陸、財團法人國家衛生研究院

一二、截至 113 年底止，國衛院逾七成研究人力為 45 歲以上者，較 112 年度增加 6 個百分點，允宜研謀改善，以避免人力斷層

財團法人國家衛生研究院(以下簡稱國衛院) 113 年度「用人費用」決算數 10 億 6,401 萬 5 千元，較預算數減少 6,042 萬 8 千元(減幅 5.4%)，主要係博士級以上研究人員及研究助理較預算員額分別減少 9 人及 34 人所致。國衛院設置宗旨為「加強醫藥衛生之研究，以增進國人之健康福祉」，爰研究人力係國衛院之重要資源。經查：

(一)據統計，113 年底我國研究人員以 44 歲以下為主力

據國家科學及技術委員會發布之科學技術統計要覽(2025 年版)，113 年全國及公私部門之研究人力年齡結構占比(詳表 1)，全國、企業部門、政府部門及高等教育部門等研究人員皆以 44 歲以下為主力，合計占比分別為 67.1%、71.7%、56.5%及

57.7%，45 歲以上占比則分別為 32.9%、28.3%、43.5%及 42.3%。

表 1 全國及公私部門 113 年研究人力年齡結構占比概況表 單位：%

年齡別 執行部門	34 歲以下 占比	35 至 44 歲 占比	44 歲以下 占比	45 至 54 歲 占比	55 歲以上 占比	45 歲以上 占比
全國	36.5	30.6	67.1	22.8	8.8	32.9
企業部門	38.6	33.1	71.7	22.8	5.5	28.3
政府部門	24.8	31.7	56.5	26.5	17	43.5
高等教育 部門	34.9	22.8	57.7	21.3	21	42.3

資料來源：國家科學及技術委員會科學技術統計要覽(2025 年版)。

(二)國衛院研究人力以 45 歲以上為主力，113 年度占比達七成 一，較 112 年度增加 6 個百分點

洽據國衛院提供近年度研究人力年齡結構占比概況(詳表 2)，係以 45 歲以上研究人力為主力，其占比自 107 年度之 56% 概增為 112 年度之 65%，113 年度再增為 71%，較 112 年度增加 6 個百分點，45 歲以上研究人力占比居高不下；據此，國衛院 45 歲以上研究人力占比高於全國及公私部門，且自 108 年度起均逾六成；另迄 113 年度，34 歲以下研究人力占比僅 3%，為 107 年度以來最低，對國衛院研究人力之培育與傳承，恐有負面影響。

表 2 國衛院 107 至 113 年研究人力年齡結構占比概況表

單位：%

年齡別 年度	34 歲以下 占比	35 至 44 歲 占比	45 至 54 歲 占比	55 歲以上 占比	45 歲以上 占比
107	9	35	34	22	56
108	7	31	35	26	61
109	8	29	33	30	63
110	5	28	35	34	68
111	6	28	30	36	66
112	7	27	29	36	65
113	3	25	30	41	71

說明：表內數據均為決算數。

資料來源：國衛院。

綜上，國衛院係醫藥衛生研究機構，亦為我國醫藥衛生之重要智庫，並執行衛福部交辦之各項任務，爰研究人力為該院及國

家之重要資源；依科學技術統計要覽，我國研究人員以 44 歲以下為主力，惟國衛院自 108 年度起 45 歲以上研究人力占比均逾六成，迄 113 年度已達七成一，較 112 年度增加 6 個百分點，另 34 歲以下研究人力占比僅 3%，允宜及早預做準備，研謀攬才及育才措施，以利經驗傳承，避免人力斷層。

（分機：8661 鄧凱文）