

拾玖、衛生福利部主管

衛生福利部主管計有公務機關 7 個，非營業特種基金單位 5 個，各該單位決算、附屬單位決算非營業部分、行政院管制計畫及重大公共建設計畫執行之審核情形如次（各公務機關歲入、歲出決算之審定相關附表及各項差異之原因分析，暨附屬單位決算各基金單位之審核相關附表及差異原因說明等詳細內容，請參閱審核報告相關附冊）：

一、單位決算部分

衛生福利部主管包括衛生福利部、疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國家中醫藥研究所等 7 個機關，掌理全民健保、醫療救護、藥物管理、食品安全、防疫監測、健康促進、社會福利及公共衛生等工作之推展防治業務。茲將本年度決算審核結果說明如次：

（一）計畫實施之查核

業務計畫 40 項，下分工作計畫 46 項，包括健全福利服務體系、完備長照服務資源、完善保護服務體系、拓展全方位醫療照護體系、建立優質防疫應變體系、構築食品藥物安心消費環境、營造身心健康支持環境、精進健保及國保制度等重要施政項目，其中已執行完成者 14 項，尚在執行者 32 項，主要係部分補助及委辦計畫合約期程跨年度等，仍須繼續執行。

（二）預算執行之審核

1. 歲入預算數 23 億 8,009 萬餘元，決算審核結果（表 1），審定實現數 26 億 447 萬餘元，應收保留數 811 萬餘元，主要係衛生福利部追繳違反醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項之核扣案件，暨中央健康保險署核處違反全民健康保險法及相關規定之罰鍰及賠償案件等，尚在分期收回或催繳中；合計決算審定數為 26 億 1,259 萬餘元，較預算增加 2 億 3,249 萬餘元（9.77%），主要係食品藥物管理署輸入食品查驗案件，暨衛生福利部、社會及家庭署收回以前年度委辦及補（捐）助經費賸餘款等，較預計增加。

表 1 衛生福利部主管歲入決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	預算數	決算審定數			審定數與預算數比較增減	
		實現數	應收保留數	合計	金額	%
合計	2,380,091	2,604,473	8,116	2,612,590	232,499	9.77
衛生福利部	202,428	263,388	4,061	267,450	65,022	32.12
疾病管制署	129,616	112,733	—	112,733	-16,882	13.03
食品藥物管理署	1,393,458	1,463,468	348	1,463,817	70,359	5.05
中央健康保險署	289,062	341,769	3,383	345,153	56,091	19.40
國民健康署	490	2,704	322	3,027	2,537	517.77
社會及家庭署	364,737	420,102	—	420,102	55,365	15.18
國家中醫藥研究所	300	306	—	306	6	2.20

2. 以前年度歲入轉入數計 2 億 4,728 萬餘元，決算審核結果(表 2)，審定實現數 1,715 萬餘元(6.94%)；減免數 4,146 萬餘元(16.77%)，主要係衛生福利部註銷部分應收回之九二一震災災民慰問金及租金賸餘款；應收保留數 1 億 8,865 萬餘元(76.29%)，主要係衛生福利部應收回之九二一震災災民慰問金及租金賸餘款。

表 2 衛生福利部主管以前年度歲入轉入數決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	以前年度轉入數	決算審定數			
		減免數	實現數	應收保留數	金額 %
合計	247,283	41,468	17,154	188,659	76.29
衛生福利部	225,380	40,257	8,792	176,331	78.24
食品藥物管理署	1,719	—	878	840	48.90
中央健康保險署	18,425	2	7,426	10,995	59.68
國民健康署	1,756	1,208	56	491	28.00

3. 歲出原編列預算數 2,168 億 8,509 萬餘元，因應強化登革熱防治工作，所需經費不敷等事由，經動支第二預備金 3,000 萬元，合計 2,169 億 1,509 萬餘元，決算審核結果(表 3)，修正減列實現數 3,387 萬餘元，係社會及家庭署各項補助計畫之經費結餘；審定實現數 2,151 億 3,396 萬餘元(99.18%)，應付保留數 10 億 512 萬餘元(0.46%)，保留原因詳「(一)計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 2,161 億 3,908 萬餘元，預算賸餘 7 億 7,600 萬餘元(0.36%)，主要係各項委辦、補(捐)助計畫經費之結餘。

表 3 衛生福利部主管歲出決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	預算數	決算審定數			審定數與預算數比較	
		實現數	應付保留數	合計	金額	%
合計	216,915,095	215,133,964	1,005,123	216,139,088	- 776,006	0.36
衛生福利部	182,297,102	181,081,043	757,984	181,839,028	- 458,073	0.25
疾病管制署	5,536,953	5,397,530	107,358	5,504,888	- 32,064	0.58
食品藥物管理署	2,746,000	2,688,523	10,256	2,698,780	- 47,219	1.72
中央健康保險署	5,531,845	5,449,042	51,471	5,500,514	- 31,330	0.57
國民健康署	2,230,351	2,141,127	47,423	2,188,550	- 41,800	1.87
社會及家庭署	18,438,233	18,246,173	30,629	18,276,803	- 161,429	0.88
國家中醫藥研究所	134,611	130,522	—	130,522	- 4,088	3.04

4. 以前年度歲出轉入數計 5 億 6,992 萬餘元，決算審核結果(表 4)，審定實現數 3 億 7,870 萬餘元(66.45%)；減免數 5,298 萬餘元(9.30%)，主要係衛生福利大樓新建工程案發生履約爭議，相關經費經行政院核定免予保留；應付保留數 1 億 3,824 萬餘元(24.26%)，主要係衛生福利部所屬醫院新一代門急診及住院雲端醫療照護系統案發生履約爭議，及中央健

康保險署臺北業務組辦公房舍整修工程配合耐震評估結果規劃費時，暨主管機關行政審查期程較預計為長等，致執行進度落後，須保留繼續執行。

表 4 衛生福利部主管以前年度歲出轉入數決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	以前年度轉入數	決算審定數			
		減免數	實現數	應付保留數	
				金額	%
合計	569,928	52,984	378,700	138,244	24.26
衛生福利部	349,518	41,067	229,049	79,400	22.72
疾病管制署	13,705	0.1	13,217	488	3.56
食品藥物管理署	32,758	2,456	30,302	—	—
中央健康保險署	95,012	1,308	38,192	55,511	58.43
國民健康署	61,655	5,873	52,937	2,844	4.61
社會及家庭署	16,808	2,277	14,530	—	—
國家中醫藥研究所	470	—	470	—	—

二、附屬單位決算非營業部分

衛生福利部主管包括（一）作業基金：醫療藥品基金（含 27 個分基金）、管制藥品製藥工廠作業基金、全民健康保險基金、國民年金保險基金；（二）特別收入基金：衛生福利特別收入基金（含 11 個分基金）等共 5 個單位。茲將本年度決算審核結果說明如次：

（一）計畫實施之查核

業務（營運）計畫主要有辦理醫療資源缺乏地區醫療品質提升及食品衛生安全事件提出消費訴訟相關補助、健保紓困貸款、預防接種受害、藥害及生產事故救濟給付、菸害防制及衛生保健、疫苗接種、健康照護績效提升、協助弱勢族群排除就醫障礙、補助經濟困難者健保費、運用公彩回饋金推展社會福利工作、充實及均衡長照資源發展、家庭暴力及性侵害防治與處遇工作、管制藥品之生產及銷售、門診及住院病患醫療、全民健康保險及國民年金保險給付，暨所屬社會福利機構收容及養護等福利服務等 26 項，實施結果，計有長照資源及服務量能提升計畫、全民健康保險給付、國民年金保險給付等 19 項，因民眾不熟悉長照新制，服務人數未如預期；或全民健康保險醫療給付費用總額實際結算數額較預計減少；或符合規定可擇優申請老年年金給付之人數未如預期等，致未達預計目標。

（二）餘絀之審定

1. 作業基金：決算審核結果，修正增列業務收入及業務外收入 9 億 6,905 萬餘元及 95 萬餘元，增列業務成本與費用 9 億 6,881 萬餘元，綜計增列賸餘 119 萬餘元，主要係醫療藥品基金桃園醫院分基金短列之護理之家醫療收入；審定賸餘 12 億 8,804 萬餘元，較預算賸餘 12 億 775 萬餘元，增加 8,028 萬餘元，約 6.65%（表 5），主要係醫療藥品基金以前年度應收醫療

帳款核減數額較預計為少，溢列之備抵醫療折讓轉列收入所致。

2. **特別收入基金**：決算審核結果，修正減列基金用途 7,367 萬餘元，並同數增列賸餘 7,367 萬餘元，主要係減列衛生福利特別收入基金項下菸害防制及衛生保健計畫、完善長照服務輸送體系計畫、長照資源及服務量能提升計畫等支出；審定賸餘 164 億 791 萬餘元，與預算短絀 78 億 2,272 萬餘元，相距 242 億 3,063 萬餘元（表 5），主要係衛生福利特別收入基金項下長照服務發展分基金獲配之菸稅及房地合一課徵所得稅等稅課收入較預計增加，暨「長照資源及服務量能提升計畫」因實際服務人數未如預期，執行數較預計減少等。

表 5 衛生福利部主管非營業特種基金餘絀審定簡表

單位：新臺幣千元

基金名稱	預算數	決算審定數	審定數與預算數比較增減	
			金額	%
作業基金	1,207,757	1,288,044	80,287	6.65
醫療藥品基金	1,026,722	1,067,256	40,534	3.95
管制藥品製藥工廠作業基金	181,035	218,738	37,703	20.83
全民健康保險基金	—	2,048	2,048	—
國民年金保險基金	—	—	—	—
特別收入基金	- 7,822,728	16,407,911	24,230,639	—
衛生福利特別收入基金	- 7,822,728	16,407,911	24,230,639	—

三、行政院管制計畫及重大公共建設計畫執行部分

衛生福利部主管本年度行政院管制之個案計畫共 4 項，經該部評核為甲等者 4 項（表 6）。

表 6 衛生福利部主管行政院管制計畫評核等第情形

行政院管制計畫名稱	評核等第		行政院管制計畫名稱	評核等第	
	106 年度	107 年度		106 年度	107 年度
導入科學實證評估科技，精進我國食品安全（導入健康風險評估科技及精進我國食品安全）(註 1)	甲等	甲等	食安新秩序—食安網絡計畫	甲等	甲等
長期照顧十年計畫 2.0	甲等	甲等	兒童與少年未來教育及發展帳戶推動方案	乙等	
健康醫藥生技前瞻發展計畫	甲等	甲等			

註：1. () 內為 106 年度行政院管制計畫名稱。

2. 資料來源：106 年度係整理自行政院政府計畫管理資訊網資料、107 年度係整理自行政院秘書長提供資料。

又衛生福利部主管之公共建設類個案計畫以及其他關鍵性計畫或工程案件，經行政院公共工程委員會列管為重大公共建設計畫者計有「樂生園區整體發展計畫」1 項，本年度可支用預算數 1 億 7,360 萬餘元，實際執行數 1,220 萬餘元，執行率 7.03%，係因涉及文化資產保存問題，申請釋疑延誤時程所致，有待賡續依計畫期程加速辦理【計畫明細及年度預算執行情形，請參閱中央政府總決算暨附屬單位決算及綜計表審核報告（附冊一總決算部分）乙、參、一、重大公共建設計畫及採購執行情形之查核】。

四、重要審核意見

(一) 長照服務量能已逐年擴增，惟服務資源之供給仍有不足或分配不均情事，允宜研謀改善，並善用政府閒置資源，提供民眾所需之長照服務，健全長照服務體系。

政府為因應人口高齡化所衍生之長照需求，並建立完備之長照服務體系，自 106 年起推動長期照顧十年計畫 2.0，本年度於長照服務發展基金編列預算 319 億 4,943 萬餘元，持續推動布建長照服務資源，截至 107 年底止，全國已設有各類主要服務據點計 4,196 處，較 106 年底成長 1,948 處（表 7），約 86.65%，服務量能已有擴增。經查長照服務資源之布建情形，核有下列事項：

1. 居家照顧服務員人數雖已逐年成長，惟增長幅度仍不敷失能民眾所需，影響照顧服務量能：居家照顧乃長照服務之骨幹服務項目，在政府持續推動布建資源及多元宣導之下，居家服務單位及使用人數均呈現逐年成長之趨勢，其中服務單位數已由 103 年底之 168 家，倍增為 107 年底之 420 家，服務使用人數則由 103 年度之 43,584 人，增加為本年度之 72,705 人，已減輕部分失能者家庭之照顧負荷。惟以照顧服務人力供需狀況，分析我國居家服務資源布建情形，發現作為第一線服務主力之居家照顧服務員人數，雖已由 103 年底之 7,675 人，逐年擴增至 107 年底之 13,677 人，增幅達 78.20%，惟仍不敷支應民眾照服需求，致本年度已使用居家服務之 7 萬餘人，實際使用居家服務數量 549 萬餘次，僅占照顧計畫核定可使用服務數量 784 萬餘次之 70.06%（表 8）。為擴大招募人力及提升留任之誘因，衛生福利部（下稱衛福部）已明定居家照顧服務員之具體薪資標準，為加速進用照服人力，以利居家照顧體系之永續發展，經函請衛福部持續關注改善居家照顧服務員之勞動條件，並利用多元宣導管道，提升大眾對

表 7 長照服務據點布建情形表

服務項目	單位：處		
	截至106年底服務單位數 (A)	截至107年底服務單位數 (B)	比較增減 (B)-(A)
合計	2,248	4,196	1,948
居家服務	238	420	182
日間照顧	259	296	37
家庭托顧	85	104	19
營養餐飲	249	265	16
交通接送	48	112	64
專業服務	716	1,255	539
喘息服務	602	1,673	1,071
團體家屋	8	12	4
小規模多機能	43	59	16

資料來源：整理自衛福部提供資料。

表 8 107 年度居家服務資源使用情形表

市縣別	居家服務使用人數	照顧計畫核定可使用居家服務數量 (A)	單位：人、次、%	
			實際使用居家服務數量 (B)	服務使用比 (B/Ax100)
合計	72,705	7,841,097	5,493,403	70.06
臺北市	3,757	431,384	252,324	58.49
新北市	7,021	682,132	555,623	81.45
桃園市	3,365	532,640	272,724	51.20
臺中市	8,198	1,000,243	719,898	71.97
臺南市	8,129	1,024,464	660,660	64.49
高雄市	11,072	1,271,533	952,520	74.91
基隆市	560	62,163	37,242	59.91
宜蘭縣	406	46,262	36,898	79.76
新竹縣	1,189	124,865	95,479	76.47
新竹市	497	38,446	35,378	92.02
苗栗縣	1,801	157,204	108,947	69.30
彰化縣	5,289	438,408	344,637	78.61
南投縣	3,684	396,443	249,959	63.05
雲林縣	3,770	295,431	247,519	83.78
嘉義縣	2,917	229,985	186,022	80.88
嘉義市	971	66,262	49,539	74.76
屏東縣	6,671	700,641	502,463	71.71
花蓮縣	1,169	123,310	62,953	51.05
臺東縣	1,261	118,752	57,975	48.82
澎湖縣	745	72,559	46,594	64.22
金門縣	227	27,551	17,703	64.26
連江縣	6	419	346	82.58

資料來源：整理自衛福部提供資料。

渠等工作內容之認知與尊重，以利國人投入長照工作領域。據復：已請各市縣政府督導轄內居家服務提供單位健全內部人事制度，確實依居家照顧服務員薪資標準給薪，以保障勞動權益，強化國人投入及留任之誘因，截至 108 年 4 月底止，居家照顧服務員人數已達 15,140 人。

2. 部分市縣轄內老年人口較多之區域仍乏社區式服務資源，允宜加強運用閒置公有建物，積極布建長照服務據點：依長期照顧服務法第 9 條第 1 項規定，社區式長照服務係於社區設置一定場所及設施，提供日間照顧、家庭托顧、臨時住宿、團體家屋、小規模多機能及其他整合性等服務，但不包括機構住宿式服務。據衛福部統計，全國主要社區式長照服務資源，已由 104 年底之 178 處日間照顧中心（下稱日照中心）、22 處小規模多機能服務單位、7 處團體家屋，成長至 107 年底止之 296 處日照中心、59 處小規模多機能服務單位、12 處團體家屋。惟經本部運用 QGIS 軟體分析各市縣行政區老年人口數與主要社區式長照服務資源布建情形，發現新北市樹林區等 45 個行政區轄內老年人口達 5 千人以上，其中新北市樹林區等 8 個行政區轄內老年人口甚達 1 萬人以上（表 9），卻乏日照中心、小規模多機能服務或團體家屋等社區式長照服務資源，顯示國內社區式長照服務資源普及度仍待提升。復以 107 年底止教育部列管之國中小學待活化校舍清冊，及各市縣政府轄內村里、社區活動中心及老人文康中心建築物閒置清冊，與主要社區式長照服務資源比對分析結果，發現桃園市、臺中市、宜蘭縣、苗栗縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣及臺東縣等 11 個市縣，轄內部分行政區尚乏日照中心、小規模多機能或團體家屋等社區式長照服務資源，惟區域內有待活化之校舍，或閒置之村里活動中心、社區活動中心、老人文康中心等建築物，經函請衛福部協同地方政府研議運用待活化校舍或閒置社區公有建物，布建長照服務資源之可行性，以加速落實在地老化之政策目標。據復：已請各市縣政府積極活化利用轄內閒置校舍及廢棄校園等公有建物，作為規劃辦理社區式照顧服務場所之參考，嗣後將持續督請各市縣政府盤整開發潛在資源，拓展社區式長照服務資源。

表 9 截至 107 年底各市縣行政區轄內老年人口達 5 千人以上惟尚乏主要社區式長照服務資源者一覽表
單位：處

市縣別	區域數	107 年行政區轄內老年人口		
		5,000 至 9,999 人	10,000 至 19,999 人	20,000 人以上
合計	45			
新北市	1			樹林區
桃園市	5	觀音區、新屋區	蘆竹區、大園區、龍潭區	
臺中市	6	后里區、神岡區、大雅區、大肚區	東區、清水區	
臺南市	2	善化區、關廟區		
高雄市	6	鹽埕區、前金區、林園區、鳥松區、路竹區、美濃區		
基隆市	4	暖暖區、仁愛區、中山區	安樂區	
宜蘭縣	1	冬山鄉		
新竹市	1	香山區		
彰化縣	7	福興鄉、秀水鄉、埔鹽鄉、埔心鄉、永靖鄉、社頭鄉、芳苑鄉		
雲林縣	3	西螺鎮、崙背鄉、元長鄉		
嘉義縣	5	太保市、布袋鎮、六腳鄉、東石鄉、中埔鄉		
屏東縣	2	潮州鎮、新園鄉		
花蓮縣	1		吉安鄉	
金門縣	1	金城鎮		

註：1. 表列各行政區轄內尚無日照中心、小規模多機能服務單位或團體家屋等主要社區式長照服務資源。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料及本部運用 QGIS 軟體分析結果。

3. 住宿式機構服務資源供給仍有不足，影響民眾使用服務之近便性：據衛福部對我國住宿式機構服務規模之推估，104 至 109 年失能民眾對住宿式機構服務之使用率約為 20%，經本部以本年度長照服務推估需求人數 765,218 人估算結果，全國需求床位數應為 153,043 床，惟截至 107 年底止，實際供床數僅為 114,404 床，占總需求床數之 74.75%，如以各市縣床位供給情形觀之，除臺南市及嘉義市之供床數已逾需求床位數外，其餘 20 個市縣之供床數均不敷支應所需，其中新北市、臺中市及高雄市之床位缺口已逾 4 千床，臺北市之缺口數甚至逾萬床(表 10)，顯示現有住宿式機構服務之供給仍有不足，影響民眾使用長照服務之近便性。按衛福部為提升長照住宿式機構服務量能，已協調財政部、經濟部及交通部等單位盤點可用閒置空間，供該部評估布建住宿式機構之可行性，截至 108 年 4 月 18 日止，各單位盤點提供之土地及建物計有 294 筆，其中 21 筆經衛福部會勘評估結果，可供布建住宿式機構之用，將綜整提供各單位參考運用。為提升政府資產之運用效率，並擴大住宿式機構服務量能，經函請衛福部積極妥覓營運單位，協助辦理後續建物用地變更及開辦等相關事宜，並協調相關部會結合民間單位資源，以公私協力模式加速推動布建住宿式服務資源，提供民眾所需之長照服務。據復：已於 108 年 5 月 3 日公告「獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫」，鼓勵各部會、公立醫療院所、市縣政府或社會福利機構，利用公有土地或建物布建住宿式長照機構，提供民眾平價之住宿式長照服務。

表 10 107 年度長照住宿式機構資源布建情形表

單位：人、床、家

市縣別	長照需要人數	需求床位數 (註 1)	住宿式機構資源供給情形								床位不足數
			合計		老人福利機構		護理之家		榮民之家		
			家數	核定床數	家數	核定床數	家數	核定床數	家數	核定床數	
合計	765,218	153,043	1,653	114,404	1,098	62,724	539	43,241	16	8,439	40,045
臺北市	97,741	19,548	125	6,860	104	5,521	21	1,339	—	—	12,688
新北市	120,819	24,164	305	19,437	220	11,429	83	6,511	2	1,497	4,727
桃園市	59,040	11,808	115	8,823	68	3,923	45	3,519	2	1,381	2,985
臺中市	78,189	15,638	139	11,163	69	4,509	70	6,654	—	—	4,475
臺南市	62,555	12,511	192	12,829	113	6,014	76	5,694	3	1,121	—
高雄市	91,584	18,317	224	14,261	155	8,250	67	4,687	2	1,324	4,056
基隆市	12,828	2,566	39	2,421	30	1,908	9	513	—	—	145
宜蘭縣	16,079	3,216	49	3,148	41	2,419	8	729	—	—	68
新竹縣	15,986	3,197	31	2,252	19	1,263	12	989	—	—	945
新竹市	12,236	2,447	18	1,538	11	617	6	347	1	574	909
苗栗縣	19,372	3,874	28	1,921	16	1,107	12	814	—	—	1,953
彰化縣	43,059	8,612	90	7,860	50	3,380	38	3,758	2	722	752
南投縣	18,893	3,779	36	2,993	19	1,503	17	1,490	—	—	786
雲林縣	26,527	5,305	55	3,321	41	2,014	13	851	1	456	1,984
嘉義縣	20,641	4,128	40	2,506	27	1,317	13	1,189	—	—	1,622
嘉義市	8,777	1,755	31	2,843	17	1,468	14	1,375	—	—	—
屏東縣	30,662	6,132	84	5,857	59	3,447	24	1,936	1	474	275
花蓮縣	13,010	2,602	23	2,194	18	1,323	4	389	1	482	408
臺東縣	9,116	1,823	19	1,495	14	779	4	308	1	408	328
澎湖縣	3,637	727	6	343	4	204	2	139	—	—	384
金門縣	4,119	824	2	295	2	295	—	—	—	—	529
連江縣	348	70	2	44	1	34	1	10	—	—	26

註：1. 表列需求床位數係以衛福部推估住宿式機構服務之使用率及長照服務需求人數估算結果。

2. 資料來源：整理自衛福部及國軍退除役官兵輔導委員會提供資料。

(二) 政府長照預算持續成長，惟經費執行率欠佳，允宜檢討癥結原因，暨利用多元管道宣傳長照服務資訊，俾利民眾熟悉長照新制，以提升計畫實施成效。

衛生福利部為持續推動長期照顧十年計畫 2.0 (下稱長照 2.0 計畫)，本年度於長照服務發展基金編列預算 319 億 4,943 萬餘元，較 106 年度長照計畫預算 161 億 9,038 萬餘元，成長近 1 倍，執行結果，實際支用 162 億 7,890 萬餘元，執行率約 50.95%，截至 107 年底止，全國已布建 5,050 處 ABC 長照據點 (表 11)，依民眾需求提供整合式之長照服務。經查有關民眾照顧服務及布建長照服務資源等相關經費，主要係由各市縣政府針對轄內民眾長照服務需求、服務資源布建情形及年度發展目標等項目，向衛生福利部提報「長照 2.0 整合型計畫」，該部審查後核定年度補助額度，供各市縣政府推動長照服務，本年度各市縣整合型計畫核定補助額度計 236 億 8,042 萬餘元，實際支用 128 億 980 萬餘元，整體執行率未達 6 成 (表 12)，據該部說明，係因長期照顧給付及支付新制甫自本年度起實施，民眾對長期照顧給付及支付新制不熟悉，及須支付部分負擔而影響使用意願，致實際服務人數僅 18 萬餘人，占目標服務人數 26 萬餘人之 68.53%。復以該基金各工作項目之執行情形觀之，本年度已辦理之工作項目計智慧健康發展計畫等 37 項，已達預計目標者 4 項，約 10.81%；未達預計目標者 33 項，約 89.19%，其中智慧健康發展計畫未執行，及住宿型長照機構消防安全計畫等 8 項工作項目執行率未及 3 成 (表 13)，據說明係為避免重複配置資源於相同性質計畫而未執行，或於籌編預算時高估所需經費，或受補助單位申請情形未如預期等情，顯示各該計畫先期規劃作業未盡周延，影響前揭工作項

表 11 截至 107 年底各市縣 ABC 長照據點布建情形表

單位：處

市縣別	合計	A 據點	B 據點	C 據點
合計	5,050	472	2,974	1,604
臺北市	308	29	188	91
新北市	409	48	257	104
桃園市	407	28	195	184
臺中市	619	53	389	177
臺南市	441	42	238	161
高雄市	557	46	383	128
基隆市	71	7	42	22
宜蘭縣	220	27	131	62
新竹縣	111	8	73	30
新竹市	82	4	58	20
苗栗縣	192	31	98	63
彰化縣	312	29	142	141
南投縣	166	13	117	36
雲林縣	239	25	139	75
嘉義縣	220	19	149	52
嘉義市	72	2	55	15
屏東縣	300	25	132	143
花蓮縣	120	15	63	42
臺東縣	128	16	71	41
澎湖縣	49	5	32	12
金門縣	19	—	16	3
連江縣	8	—	6	2

資料來源：整理自衛生福利部網站公開資料。

表 12 107 年度各市縣政府執行長照 2.0 整合型計畫情形表

單位：新臺幣千元、%

市縣別	核定數 (A)	執行數 (B)	執行率 (B/A×100)
合計	23,680,427	12,809,809	54.09
臺北市	1,384,476	788,509	56.95
新北市	2,658,984	1,065,033	40.05
桃園市	1,642,436	1,045,115	63.63
臺中市	2,590,603	1,525,534	58.89
臺南市	2,132,249	1,331,271	62.44
高雄市	3,048,282	1,730,905	56.78
基隆市	306,519	136,025	44.38
宜蘭縣	728,390	276,237	37.92
新竹縣	495,496	247,280	49.91
新竹市	232,533	124,062	53.35
苗栗縣	816,504	362,539	44.40
彰化縣	1,491,310	814,392	54.61
南投縣	966,285	652,415	67.52
雲林縣	1,199,348	398,640	33.24
嘉義縣	846,854	423,312	49.99
嘉義市	249,993	181,106	72.44
屏東縣	1,508,964	929,580	61.60
花蓮縣	530,845	359,466	67.72
臺東縣	515,673	266,673	51.71
澎湖縣	189,266	91,309	48.24
金門縣	132,248	54,215	41.00
連江縣	13,159	6,181	46.98

資料來源：整理自衛生福利部 108 年 3 月 22 日提供資料，表列執行數為各地方政府預估數。

目執行成效。經函請衛生福利部針對執行率偏低之癥結原因妥謀改善，並滾動檢討妥適編列以後年度預算，暨研議利用多元管道宣傳長照服務資訊，俾利民眾熟悉長照新制，以提升長照 2.0 計畫實施成效。據復：將依據受補（捐）助單位實際執行情形，滾動檢討妥適編列計畫經費，另已結合地方政府基層人員主動發掘與轉介有長照需求之民眾，並利用各類通路加強宣傳，以提升民眾對長照服務之瞭解程度。

（三）政府推動整建長照衛福據點計畫有助布建長照資源，惟計畫經費執行率欠佳，部分案件先期規劃未臻嚴謹，或於設施修繕完成後未能及時開辦服務，允應研謀改善，以提升計畫執行成效。

衛生福利部為利長期照顧十年計畫 2.0 資源快速發展，建構以社區為基礎之長照服務體系，以中央政府前瞻基礎建設計畫特別預算推動整建長照衛福據點計畫，其中第 1 期特別預算執行期間自 106 年 9 月至 107 年 12 月，該部及所屬編列計 26 億餘元辦理上開計畫。經查計畫執行情形，核有下列事項：

1. 計畫經費執行率欠佳，亟待積極輔導地方政府提升計畫執行能力：依行政院於 106 年 7 月 7 日核定前瞻基礎建設計畫城鄉建設類項下公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫，工作內容包括「整建長照 ABC 據點」及「整建照顧管理中心照管分站」2 項。經查整建長照衛福據點計畫於前瞻基礎建設計畫第 1 期特別預算編列預算數 26 億 7,218 萬餘元，核定補助經費計 24 億 5,339 萬餘元，執行結果，實現數 4 億 4,518 萬餘元，約占 18.15%，並經行政院核定保留數 16 億 4,450 萬餘元（表 14），據該部說明，主要係補助案件之工程規劃設計及施作時程較長，部分市縣政府及鄉鎮市區公所之行政量能及人員專業知能不足，或工程招標階段歷經多次流標等，

表 13 107 年度長照服務發展基金工作項目執行率未達 3 成明細表
單位：新臺幣千元、%

項次	業務計畫	工作項目	預計數	實際數	計畫執行率
1	完善長照服務輸送體系計畫	智慧健康發展計畫	5,000	—	—
2		住宿型長照機構消防安全計畫	349,371	3,681	1.05
3		高齡健康及長照研究中心計畫	50,000	4,283	8.57
4		長照服務資源盤點及調查計畫	5,000	612	12.26
5		布建原住民族、離島及其他資源不足地區照管中心分站計畫	493,308	77,758	15.76
6		補助直轄市及各縣（市）政府、國內團體辦理長照 2.0 溝通宣傳計畫	3,000	653	21.79
7		辦理完善長照服務輸送體系計畫行政費用	38,010	10,255	26.98
8	長照資源及服務量能提升計畫	長照人力訓練及活動計畫	49,000	5,822	11.88
9		機構式照顧服務資源及量能提升方案相關計畫	1,837,614	489,131	26.62

資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

表 14 前瞻特別預算編列整建長照衛福據點計畫執行情形表

單位：新臺幣千元

工作項目		第 1 期 法定預算數	第 1 期決算數		
			實現數	保留數	
合計		2,672,184	445,180	1,644,505	
整建長照 ABC 據點	補助地方政府	老人活動中心	303,000	5,153	190,757
		身障機構	13,533	—	10,028
		社區活動中心	571,532	4,211	432,572
		衛生所	562,000	1,414	504,364
		其他閒置空間／土地	600,000	3,512	412,463
	補助部屬機構	醫療及社福機構	496,481	430,888	35,014
整建照管中心照管分站	補助地方政府	125,638	—	59,304	

資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

致多數補助案件於 107 年第 4 季始完成工程招標作業，工程履約期限跨年度，爰辦理經費保留。鑑於地方政府常因行政執行量能有限等因素，影響補助計畫執行進度，查中央政府前瞻基礎建設計畫第 2 期特別預算（108 至 109 年度）編列 45 億 9,463 萬餘元，賡續辦理整建長照衛福據點計畫，較第 1 期預算增編 19 億 2,245 萬餘元，約 71.94%，預算規模龐鉅，經函請衛生福利部積極輔導地方政府提升計畫執行能力，並加速落實推動計畫。據復：已調整第 2 期計畫之行政作業模式及強化管考機制，除修正計畫補助及評選作業要點，放寬補助經費核銷原則，亦成立跨單位專案小組定期管控執行進度，並就執行困難案件進行研商會議，邀集地方政府逐案檢討及提供實務建議，以加速提升計畫經費執行率。

2. 部分案件之先期規劃作業未臻嚴謹，致核定補助後存有撤案情形：該部為推動整建長照衛福據點計畫各工作項目，分別訂有公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫補助及評選作業要點、衛生福利部所屬醫療機構辦理公共服務據點整備—整建長照衛福據點計畫編寫原則、衛生福利部所屬與社會及家庭署公設民營社會福利機構整建長照衛福據點計畫補助及評選作業注意事項等規定，作為協助及審查地方政府及部屬機構申請補助案件之準據。經查該部及所屬辦理整建長照衛福據點計畫第 1 期原核定補助案件共 555 件，惟受補助單位於核定後提出撤案者計有 53 件，主要係地方政府經再評估判定場地不適合承作長照據點或政策調整、無法取得土地使用同意相關證明文件、改以其他機關補助或自籌經費支應、無法提供合法建物證明文件或無使用執照、建物有結構安全疑慮等所致（表 15），顯示部分補助案件之先期規劃作業未臻嚴謹，致核定補助後存有撤案情形，排擠預算資源，並徒耗行政作業成本，亦不利達成計畫預期目標，經函請衛生福利部督促申請單位完備先期規劃及確實評估提案之可行性，並強化申請案件審查作業。據復：已強化第 2 期計畫申請案件之審查作業，除修正計畫補助及評選作業要點，請地方政府提報申請案時檢附建物合格證明文件、土地所有人同意書等文件，亦督請地方政府完備先期規劃及確實評估提案之可行性，以落實申請案件初審作業。

表 15 整建長照衛福據點計畫第 1 期撤案情形統計表

單位：件、新臺幣千元

申請撤案事由分類	件數	原核定補助金額
合計	53	86,610
1. 地方政府再評估不適合承作長照據點或政策調整	14	24,657
2. 無法取得土地使用同意書、無償借用或租用 15 年以上之公證證明文件	9	10,882
3. 改以其他機關補助或自籌經費支應	8	4,373
4. 無法提供合法建物證明文件或無使用執照	7	6,490
5. 補助經費不足	5	14,045
6. 建物有結構安全疑慮	4	6,571
7. 工程招標多次流標	3	8,643
8. 其他（註 1）	3	10,949

註：1. 包括民眾反映地點不當、建物類型未符計畫補助對象、工程因廠商與監造單位設計變更致無法預估完成期限等。

2. 資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

3. 部分案件於設施修繕完成後未能及時開辦服務，亟待積極研謀改善：依該部提供資料，整建長照衛福據點計畫第 1 期核定補助案件數共 555 件，扣除受補助單位於核定後提出撤案之 53 件，尚有 502 件繼續執行，執行結果，截至 107 年底止已發包 445 件，包括 399 處長照 ABC 據點及 46 處照管分站之整建工程。惟查截至 108 年 3 月底止，上開第 1 期補助案件已竣工且完成驗收者計有 131 件，其中嘉義縣政府辦理竹崎鄉老人活動中心修繕工程等 14 件（表 16），自

完成驗收後，迄 108 年 3 月底止，歷經 3 個月至 8 個月不等，仍尚未依原規劃承作之長照據點類型開辦相關服務，據各該受補助單位查稱，主要係刻正辦理前置行政準備工作或輔導籌設、招募服務人力中等所致，顯示部分受補助案件於設施修繕完成後，未能及時開辦據點服務，為避免發生設施閒置或低度使用情形，經函請衛生福利部積極輔導受補助單位加速籌劃開辦服務所需人力資源，以落實依計畫開辦據點提供民眾所需之長照服務。據復：已督請地方政府加速相關行政準備作業，往後亦將於地方政府函報結案時，加強宣導地方政府應落實依計畫儘速開辦據點提供長照服務，以回應民眾多元照顧需求。

表 16 整建長照衛福據點計畫第 1 期未能及時開辦服務案件明細表

序號	受補助單位	計畫名稱	完成驗收日期	截至 108 年 3 月底尚未開辦服務時間
1	嘉義縣政府	竹崎鄉老人活動中心修繕工程	107.07.30	8 個月
2	嘉義縣政府	東石鄉老人活動中心修繕工程	107.09.14	6 個月
3	屏東縣政府	萬丹鄉老人文康活動中心修繕工程	107.10.30	5 個月
4	雲林縣政府	月眉社區活動中心修繕工程	107.11.01	4 個月
5	衛生福利部東區老人之家	衛生福利部東區老人之家公共服務據點整備一整建長照衛福據點計畫	107.11.22	4 個月
6	苗栗縣政府	107 年三灣鄉衛生所空間整修工程	107.11.27	4 個月
7	苗栗縣政府	107 年卓蘭鎮衛生所空間整修工程	107.11.29	4 個月
8	衛生福利部嘉南療養院	衛生福利部嘉南療養院公共服務據點整備一整建長照衛福據點計畫	107.12.05	3 個月
9	嘉義縣政府	大埔社區活動中心修繕工程	107.12.10	3 個月
10	雲林縣政府	興安社區活動中心修繕工程	107.12.14	3 個月
11	新北市政府	新北市慈芳關懷中心修繕工程	107.12.17	3 個月
12	臺中市政府	大甲區衛生所修繕工程	107.12.31	3 個月
13	臺中市政府	南屯區衛生所修繕工程	107.12.31	3 個月
14	臺中市政府	北屯區衛生所修繕工程	107.12.31	3 個月

資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

(四) 政府持續監督管理公益勸募活動，惟制度面及執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，俾使社會資源妥善運用。

政府為有效管理勸募行為，於 95 年 5 月 17 日制定公布公益勸募條例，以規範勸募活動申請及結束之陳報、徵信、勸募所得財物執行成果之審核管理等事項。據衛生福利部（下稱衛福部）統計，103 至 107 年度經該部許可之勸募活動計 2,144 件，實際募款金額計 205 億餘元（表 17），對於促進社會公益，因應國家重大災害或國際救援，已發揮具體成效。經查政府監督管理公益勸募活動情形，核有下列事項：

表 17 衛福部許可勸募活動執行情形表

單位：件、新臺幣億元		
活動年度	許可件數	實募金額
合計	2,144	205
103	347	37
104	442	28
105	422	43
106	448	45
107	485	50

資料來源：整理自衛福部提供資料。

1. 公益勸募條例對於政府發起勸募應備具計畫書等事項尚無明文規範，致現行各市縣政府辦理方式未盡相同，不利民眾即時瞭解攸關資訊：依公益勸募條例第 5 條第 2 項規定，各級政府機關（構）得基於公益目的接受所屬人員或外界主動捐贈，不得發起勸募。但遇重大災害或國際救援時，不在此限。據衛福部及各市縣政府提供資料，103 至 107 年度政府發起勸募活動共計 26 件，實募金額 133 億 4,364 萬餘元，其中衛福部發起勸募 7 件，實募金額 11 億 951 萬餘元，各市縣政府發起勸募 19 件，實募金額 122 億 3,413 萬餘元（表 18）。經查衛福部及各市縣政府於發起重災勸募時，均即時對外公開捐款專戶、捐款方式等資訊，衛福部經募得款項係逕撥予受災市縣政府統籌運用，或請外交部協助轉交受災國，各市縣政府則多透由訂

表 18 政府因應重大災害或國際救援發起勸募情形表

單位：件、新臺幣千元

年度	合計		103		104		105		106		107	
	案件數	實募金額	案件數	實募金額	案件數	實募金額	案件數	實募金額	案件數	實募金額	案件數	實募金額
合計	26	13,343,644	4	4,694,819	7	391,948	8	4,982,478	—	—	7	3,274,397
衛生福利部	7	1,109,514	1	85,320	2	190,644	2	378,837	—	—	2	454,711
各市縣政府	19	12,234,130	3	4,609,499	5	201,304	6	4,603,640	—	—	5	2,819,686

資料來源：整理自衛福部及各市縣政府提供資料。

定捐款管理作業要點，據以成立捐款專戶管理委員會審議及監督善款之運用。惟公益勸募條例對於各級政府機關（構）發起勸募，未如對勸募團體規定須備具勸募活動計畫書、勸募活動所得財物使用計畫書等文件向主管機關申請許可，且未規範募得財物賸餘款之使用及再執行期限，致各市縣政府發起勸募之行政程序、資訊公開內容未盡相同，部分市縣政府辦理重大災害勸募活動，未擬具相關計畫書載明勸募期間、預募金額、預定經費使用期限等資訊，間有因規劃使用善款紓困業者，引發捐款者疑慮要求退款，或募得財物使用賸餘款龐鉅，尚待規劃用途等情，均易招致未能妥為運用善款之訾議。為利民眾捐款時能即時瞭解政府發起勸募所得財物之預計運用範圍等資訊，經函請衛福部研議政府發起重大災害勸募備具及公開相關計畫書之可行性。據復：已函頒「地方政府災害捐款管理運用指引」，請各地方政府依該指引運用重大災害捐款，並於108年5月13日邀集中央部會及地方政府召開「政府機關（構）主動發起勸募之辦理方式研商會議」，決議政府機關（構）基於公益目的遇有重大災害或國際人道救援主動發起勸募，宜於發布勸募訊息10至14日內公告募得財物使用計畫，以利捐款人瞭解相關資訊。

2. 政府持續宣導公益勸募條例規定，惟部分適用公益勸募條例之網路募資活動未依規定申請許可：依公益勸募條例第2條規定，所謂公益係指不特定多數人的利益；同條例第3條規定，基於公益目的，募集財物或接受捐贈之勸募行為及其管理，依該條例之規定。衛福部為使民眾及勸募團體瞭解及遵循公益勸募相關規定，已透過製播宣導影片（圖1）、發放摺頁、網站公告、辦理教育訓練等方式進行宣導。惟近年來網路募資活動興起，部分公益性募資活動透過網路平臺宣傳募資計畫，應適用公益勸募條例卻未依規定向主管機關申請勸募許可，或募資活動是否屬公益性質存有疑慮，經函請衛福部協同募資平臺業者向網路募資活動發起者加強宣導勸募相關法規，並研議建立主動抽檢機制。據復：業於108年1月25日函請集資平臺業者針對公益目的之集資提案，事先審查是否已申請勸募文號，並提醒提案者依規定主動揭露勸募許可文號，以免提案者觸法；另刻正研擬募資平臺集資提案之主動抽檢機制草案，將再邀集地方政府商議，徵詢其意見後據以實施辦理。

圖 1 衛福部公益勸募宣導影片畫面



資料來源：衛福部網站。

3. 部分市縣政府公告許可勸募活動資訊未臻完整，亟待督促檢討改善：依公益勸募條例第 23 條及同條例施行細則第 17 條規定，主管機關應於每月 15 日前，公布前 1 月已核定之勸募活動、其所得及使用情形等資料。衛福部自 104 年 1 月 9 日起啟用改版之公益勸募管理系統，業依上開規定於該系統公告中央主管之勸募活動資訊，而各市縣主管機關則係於自有網站或於該系統公告主管勸募活動相關資訊。惟查桃園市等 5 個市縣政府未公告部分年度許可勸募活動資訊；新竹市及南投縣等 2 個縣市政府未依規定期限公告許可勸募活動資訊；新北市等 5 個市縣政府未公告部分勸募活動結案備查資料等情（表 19），透明度間有不足。另查目前已使用衛福部公益勸募管理系統之市縣主管機關計有臺北市等 15 個市縣政府，其餘除新竹縣及連江縣政府迄今無許可案件外，宜蘭縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、金門縣等 5 個縣市政府尚未使用該系統，係於各該縣市政府社會局（處）網站登載轄內勸募活動資訊，惟登載資訊路徑不一，不利外界查詢，經函請衛福部督促檢討改善，並輔導尚未使用公益勸募管理系統之縣市政府加入使用，以便利民眾於單一平臺查詢政府許可勸募活動資訊。據復：已函請地方政府儘速改善，除雲林縣政府考量轄內團體資訊操作能力有限外，其餘縣市政府均表示有意願加入使用，另刻正規劃於 108 年度辦理系統教育訓練，積極輔導各地方政府加入使用公益勸募管理系統。

表 19 部分市縣政府公告許可勸募活動資訊缺失情形表

缺失情形	市縣
未公告部分年度許可勸募活動資訊	桃園市、高雄市、宜蘭縣、嘉義市、花蓮縣
未依規定期限公告許可勸募活動資訊	新竹市、南投縣
未公告部分勸募活動結案備查資料	新北市、臺中市、嘉義縣、嘉義市、南投縣

資料來源：整理自本部各地方審計處室提供資料。

（五）衛生福利部持續推動弱勢兒童主動關懷方案，惟弱勢兒童之篩檢通報機制未盡周延，且行方不明個案未強制通報警政系統協尋，影響兒少保護之密度，亟待研謀改善，強化兒童預防保護機制，以達完善兒少保護體系之永續發展目標。

衛生福利部為強化兒童預防性服務措施，持續推動辦理「六歲以下弱勢兒童主動關懷方案」（下稱關懷方案），針對學齡前兒童建立主動關懷機制，期以全面篩檢之方式，主動提供關懷協助，預防不幸事件之發生，本年度已關懷訪視 1,252 名兒童。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. 部分關懷對象之篩檢通報機制未盡落實，影響兒少保護之密度：依關懷方案規定，針對逾期未完成預防接種及未依規定入學之國小新生等 2 類兒童之關懷方式，前者應由戶籍地衛生單位於半年內完成至少 3 次催種，仍未完成接種者經家庭訪視無法找到個案或家屬，並經戶籍地住戶、住家家屬或轄區鄰（里）長證實無居住事實，亦無個案資訊者，視為行方不明個案，由疾病管制署傳送個案相關資料至社會及家庭署 6 歲以下弱勢兒童主動關懷個案管理平臺，由社政單位續處；國小新生未依規定入學者，則依教育部強迫入學作業流程辦理。經查實際辦理情形，在未完成預防接種兒童部分，圍於我國現行提供學齡前兒童接種之疫苗共 9 項 19 劑次，各疫苗所訂之接種期程係建議最佳接種年齡，非絕對唯一時間，兒童未按時接種之原因，包括不適合接種、因病延後或家長拒絕接種等，在有限防疫保健人力下，難於短時間內針

對多次催種之兒童，全面逐一進行訪視，實務上衛生單位係針對催種過程中所發現未獲適當照顧或行方不明兒童，通報社政單位續處，本年度通報人數為 507 人。另在未依規定入學之國小新生方面，關懷方案雖已規範應依教育部強迫入學作業流程辦理，惟查該作業流程並未規範教育單位將未入學個案送社政單位辦理關懷訪視業務之通報標準或時點，實務上係由教育單位於執行強迫入學作業時，就未獲適當照顧或行方不明之兒童進行通報，105 至 107 年度教育部列管之未入學國小新生中，尚在查訪中或行方不明之人數計 188 人，其中已依關懷方案通報之人數為 22 人(表 20)。顯示現行針對逾期未完成預防接種及未依規定入學國小新生等 2 類關懷對象，因人力有限未能進行全面訪視，或尚乏具體明確之通報規範，致部分個案未能落實關懷方案規定通報社政單位續處，影響兒少保護之密度，經函請社會及家庭署考量實務作業之可行性，全面檢視修訂關懷方案通報作業相關規範，建立各網絡單位之協處作業程序，俾利各單位落實執行。據復：將邀請相關部會、地方政府及民間團體，共同研商弱勢兒童通報及協助辦法，明定各部會工作權責與服務流程，俾臻完善保護密度。

表 20 未入學國小新生通報情形表

單位：人

學年度 (年度)	教育部列管中案件			通報社政 單位人數
	小計 (A+B)	查訪中 人數(A)	行方不明 人數(B)	
合計	188	170	18	22
105	41	35	6	17
106	22	18	4	1
107	125	117	8	4

註：1. 教育部列管中案件資料係統計至 108 年 5 月 7 日止。
2. 資料來源：整理自教育部國民及學前教育署、社會及家庭署提供資料。

2. 行方不明個案未強制通報警政系統協尋，影響尋獲之可能性，不利保障兒童之人身安全：依關懷方案第 4 點第 6 款規定，直轄市、縣（市）政府社政單位辦理本方案關懷工作時，如發現個案行方不明者，得移請警政機關協尋。經查社會及家庭署為利各市縣政府承辦人員執行是項作業，自 104 年起於 6 歲以下弱勢兒童主動關懷個案管理平臺，增設「警政協尋」功能，俾利承辦人員將個案資料傳送至警政婦幼通報系統，請警政人員配合協尋。惟經本部查核發現，104 至 107 年度因訪視結果為行方不明而結案之 1,769 件個案中，計有 592 件並未移請警政機關協尋(表 21)，恐影響尋獲之可能性，經函請社會及家庭署於 6 歲以下弱勢兒童主動關懷個案管理平臺中，增設強制通報警政協尋功能，以保障兒童人身安全。據復：刻正研議於資訊系統，就行方不明個案新增強制通報警政協尋之功能，預計於 108 年 12 月底完成。

表 21 因行方不明結案未移請警政機關協尋情形表

單位：人

年度	未移請警政機關 協尋個案數
合計	592
104	128
105	388
106	57
107	19

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

(六) 政府為維護兒童健康，逐步強化醫療資源不足地區兒科緊急照護能力，惟兒科急重難症照護網絡仍有缺口；又高風險孕產婦健康管理試辦計畫收案情形未盡理想，亟待研謀改善，健全兒童醫療照護體系，以達成降低兒童死亡率之永續發展目標。

近年來，隨著國人生育率下降，兒童人口數減少。據國家衛生研究院 108 年 5 月「2030 兒童醫療與健康政策建言書」指出，104 年我國 5 歲以下每千名活產嬰兒死亡率為 5 人，在經濟合

作暨發展組織（下稱 OECD）36 個國家中排名第 27 名。衛生福利部為維護我國兒童健康，近年來，藉由提供兒科住院醫師津貼、調高兒童健保給付等措施，期吸引醫學生投入兒科服務，107 年兒科住院醫師招收率達 100%。又為增進兒童就醫可近性，持續挹注醫療資源不足地區兒科急重症醫師人力，據該部 108 年 2 月 11 日公告資料，除連江縣外，各市縣均至少有 1 家中度級以上兒科緊急照護能力醫院。另國民健康署為降低孕產婦及新生兒死亡率，自 106 年起推行高風險孕產婦健康管理試辦計畫，期能提升孕產婦照護品質，維護母嬰健康，本年度補助 6 縣衛生局試辦，收案人數 1,212 人。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. 我國兒科醫師人力與先進國家差距不大，惟人力資源分布不均，部分偏遠區域仍乏兒童緊急醫療服務，兒科重難症照護網絡存有缺口：據衛生福利部本年度委託國家衛生研究院研究指出，我國平均每萬名 19 歲以下兒童有 7 名兒科醫師，接近 OECD 成員國平均數 7.2 名，兒科醫師人力與先進國家差距不大，惟存有城鄉差距，且人力大量由醫院流失。經查該部為提升離島及醫療資源不足

醫院緊急醫療能力，獎勵大型醫院支援渠等地區醫院緊急醫療人力，暨獎勵每市縣（直轄市除外）各 1 家中度級以上急救責任醫院增聘兒科醫師人力，期使每市縣皆有 1 至 2 家醫院提供 24 小時兒科急診服務，本年度計獎勵 15 市縣辦理。據該部 108 年 2 月 11 日公布資料，全國具有中度級以上兒科緊急照護能力之醫院已達 72 家，惟仍有南投縣等 5 縣轄內缺乏重度級急救責任醫院，其中臺東縣、連江縣等 2 縣轄內亦乏開設 24 小時兒科急診之醫院（表 22）；又經以全國 50 個次醫療區域與金門、連江地區分析，計有「臺北—西北區」等 14 個次醫療區與連江縣尚乏中度級以上兒科緊急照護能力醫院，亦未設有 24 小時兒科急診醫院（表 23），當中不乏交通不便之偏遠地區，當地兒童倘遇有急重症照護需求，須長途跨區就醫，恐難以掌握黃金搶救時效。次查，我國囿於兒科重難症案量少，兒

表 22 各市縣兒科緊急照護能力醫院家數統計表

單位：家

市縣別	重度級家數	中度級家數	市縣別	重度級家數	中度級家數
合計	47	25			
臺北市	9	2	彰化縣*	3	1
新北市	5	3	南投縣*	—	2
桃園市*	2	—	雲林縣*	2	—
臺中市*	7	2	嘉義縣	2	—
臺南市*	3	1	嘉義市*	1	1
高雄市*	4	2	屏東縣*	1	1
基隆市	1	1	花蓮縣*	1	2
宜蘭縣	1	2	臺東縣	—	1
新竹縣*	1	—	澎湖縣*	—	1
新竹市*	2	—	金門縣*	—	1
苗栗縣*	2	2	連江縣	—	—

- 註：1. 本表兒科緊急照護能力，係指具備「高危險妊娠產婦及新生兒（含早產兒）」章節能力。
 2. 「*」為衛生福利部獎勵開設 24 小時兒科急診醫院者，其中臺中市、臺南市及高雄市係獎勵直轄市改制前之臺中縣、臺南縣及高雄縣行政區域。
 3. 資料來源：整理自衛生福利部 108 年 2 月 11 日公告之急救責任醫院名單暨「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」受補助醫院名單。

表 23 未具中度級以上兒科緊急照護能力醫院之次醫療區統計表

二級醫療區	次醫療區	二級醫療區	次醫療區
臺北	西北區	屏東	屏東
桃園	中壢	屏東	枋寮
新竹	竹東	屏東	恆春
彰化	南彰化	臺東	關山
南投	草屯	臺東	大武
南投	竹山	臺東	成功
雲林	北港	花蓮	鳳林
連江縣			

- 註：1. 依醫院設立或擴充許可辦法第 5 條附表備註：二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計，但不列入二級及次醫療區域劃分。
 2. 資料來源：整理自衛生福利部 108 年 2 月 11 日公告之急救責任醫院名單暨「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」受補助醫院名單。

童醫院經營不易，至今國內仍僅有北部及中部地區各 2 家兒童醫院，南部地區尚乏醫院提出申請，遑論兒科資源匱乏之東部地區，致兒科重難症照護網絡出現缺口，影響當地兒童就醫權益。經函請衛生福利部針對兒科醫療資源不足之區域，研謀有效措施。據復：為弭平城鄉差距，已規劃建置我國整體兒童醫療及周產期照護網絡，以降低兒童死亡率，及完善兒童之醫療照護。

2. 高風險孕產婦健康管理計畫誘因不高，收案未達預定目標，跨體系合作轉介機制尚待強化：國民健康署為照護孕產婦，增進孕產兒健康，自 106 年起辦理高風險孕產婦健康管理試辦計畫，本年度補助宜蘭、南投、嘉義、屏東、花蓮及臺東等 6 縣衛生局辦理，希其結合轄區醫療院所提供健康與社會高風險因子懷孕婦女，自孕期至產後 6 週之健康促進、訪視轉介等個案管理，使其獲致完整產程檢查及新生兒照護新知，維護母嬰健康。本年度核定補助經費 689 萬餘元，實支數 421 萬餘元。經查該計畫執行以來，106 及 107 年度分別收案 980 人、1,212 人，未達預定收案目標 1,115 人、1,424 人，收案情形不盡理想。據該署說明，除礙於部分個案不願簽署同意書外，院所多考量須聘任專責個案管理人力，計畫誘因不高等因素，影響收案意願及推動成效。又該計畫除由院所經由門診收案外，亦希結合社政及教育等資源，共同發掘未成年、社經弱勢等社會風險因子個案，轉介至合約院所進行後續追蹤管理。惟執行結果，社政及教育管道轉介個案稀少，跨體系合作機制尚未有效建立。鑑於臺灣永續發展目標 3.2 揭示，我國將朝降低新生兒死亡率之目標努力，經函請國民健康署研謀善策，增進計畫推動誘因，強化跨體系合作機制，以利發掘高社會風險個案，增進母嬰健康，降低嬰幼兒死亡率。據復：經檢討及滾動修正計畫，108 年度調高個案管理費及到宅訪視費，並取消簽署收案同意書，另提供參與院所名單予衛生福利部、社會及家庭署及原住民族委員會，請其協助轉知社政等相關單位，如發現符合收案條件者轉介至衛生局聯繫窗口或合作院所，建立合作機制。

3. 多數市縣尚未提供早產兒追蹤、訪視及關懷服務，未能落實兒少法規定，允宜結合政府及民間既有服務資源，研議建構早產兒連續性照護服務模式：我國於 104 年間修正兒童及少年福利與權益保障法（下稱兒少法），要求市縣政府應建立整合性服務機制，鼓勵、輔導、委託民間或自行建立早產兒通報系統，並提供追蹤、訪視及關懷服務等。惟據國民健康署 107 年 10 月間調查結果，全國 22 市縣中，僅新北市、桃園市、臺中市、臺南市、基隆市、嘉義縣等 6 市縣衛生局自行或委託轄內醫院提供早產兒追蹤關懷服務，且服務之頻率、強度存有落差，其餘市縣多僅提供母嬰健康衛教諮詢，迄未建立早產兒個案追蹤及關懷服務模式，未能落實前揭兒少法相關規定。次查，該署於 106 年度委外辦理極低出生體重早產兒追蹤關懷先驅計畫，提供小於 1,500 公克之極低出生體重早產兒定期衛教關懷服務，並轉介相關照護資源，以掌握療育黃金期。惟囿於受託單位與家屬信任感不易建立等因素，執行結果，未達預期收案目標 9 成，本年度未再續辦。鑑於國內早產兒照護資源多元，除國民健康署兒童預防保健服務外，中央健康保險署亦提供 2 歲以下之極低出生體重早產兒心智發展評估檢查給付，另有部分

醫院設有早產兒特別門診或出院準備服務，提供早產兒出院指導與家庭照護技能等，經函請國民健康署結合政府及民間既有服務資源，研議建構早產兒連續性照護服務模式，並督導市縣政府依法落實辦理，以嘉惠更多早產兒家庭。據復：將研擬政府衛生單位及轄下醫療院所之早產兒追蹤關懷模式。

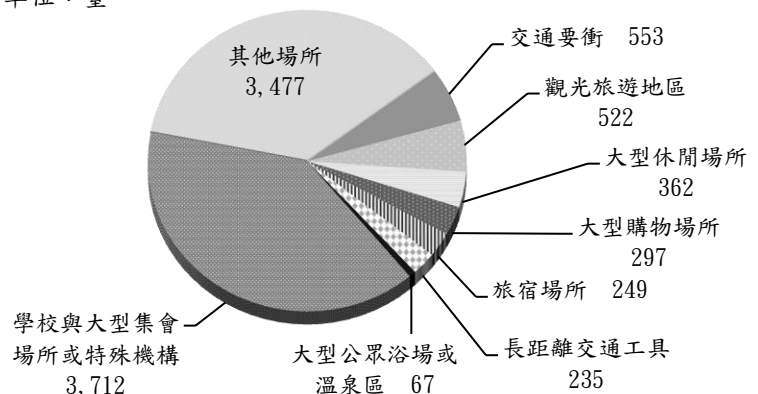
(七) 衛生福利部為使民眾發生意外事故時即時獲得救治，公告 8 大類應置有 AED 之公共場所，惟久未檢討應設置場域範圍，亦乏定期清查機制，未能掌握 AED 設置實況，亟待研謀改善，以建構安全且便利之緊急救護網絡。

衛生福利部為使國人發生意外事故時，能於第一時間獲得即時救治，提高緊急傷病之存活率，於 102 年 1 月 16 日修正增訂緊急醫療救護法第 14 條之 1，明定中央衛生主管機關公告之公共場所，包含：交通要衝、長距離交通工具、觀光旅遊地區、學校與大型集會場所或特殊機構、大型休閒場所、大型購物場所、旅宿場所及大型公眾浴場或溫泉區等 8 類場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器 (Automated External Defibrillator, 下稱 AED) 或其他必要之緊急救護設備，由相關目的事業主管機關督導設置管理，該部並督請地方衛生局推動 AED 安心場所認證，鼓勵公共場所設置 AED 與學習心肺復甦術 (下稱 CPR) 與 AED 急救技能，以營造民眾安全之生活環境。經查公共場所設置 AED 登錄數量，由 105 年之 8,160 臺，逐年增至 107 年之 9,474 臺，設置場所類型以學校與大型集會場所居多 (圖 2)，通過安心場所認證之處所亦由 105 年之 3,469 處，增至 107 年之 5,288 處，惟相關業務之推動，核有：1. 我國應置有 AED 之公共場所範圍自 102 年 5 月 23 日公告至今已屆滿 6 年，隨著社會環境快速變遷，國人生活型態有所變化，緊急救護事件發生之高風險場域將隨之轉變，亟待研議建立 AED 設置場所定期檢討機制，以進一步提升 AED 設置之可及性；2. 依據公共場所必要緊急救護設備管理辦法規定，經公告應設置 AED 之公共場所，應自公告之日起 1 年內完成設置，並應將資料登錄至該部建置之「公共場所 AED 急救資訊網」，以供緊急救護之用。該部雖曾於公共場所設置 AED 政策推動之初，督請地方衛生主管機關全面清查公共場所設置

AED 情形，惟其後尚乏定期清查機制，恐因場所新設、停 (歇) 業情事，影響系統資訊之正確性，亟待會同相關中央目的事業主管機關建立定期清查機制，以全盤掌握公共場所 AED 設置實況，維護系統資訊正確性；3. 依公共場所必要緊急救護設備管理辦法規定，設置 AED 場所應指定管理員，其應接受並完成 CPR 及 AED 相關訓練，每 2 年接受

圖 2 AED 設置公共場所類型統計圖

單位：臺



資料來源：整理自衛生福利部提供資料 (資料日期：107 年 12 月 26 日)。

複訓 1 次，惟截至 108 年 6 月 3 日止，系統登錄公共場所 AED 管理員 3,521 人中，訓練效期逾期者計有 521 人，約 14.80%，恐因渠等未能接受良好訓練，而無法善盡 AED 管理維護之責，影響緊急救護使用；4. 該部為推廣公共場所設置 AED，責由地方衛生主管機關鼓勵經公告應設置 AED 之公共場所或其他有意願者，申請通過安心場所認證，其有效期限為期 3 年，查截至 108 年 6 月 3 日止，系統登載安心場所認證日期超逾 3 年者計有 288 處，約占全國安心場所認證數之 5.33%，惟公共場所 AED 急救資訊網仍登載為認證安心場所，恐損及民眾對認證之信賴度等情，經函請衛生福利部研謀改善。據復：1. 將研議建立應置 AED 公共場所定期檢討機制之可行性，並預定於 108 年度會同專家、學者檢視及探討相關法規與規範，以強化 AED 設置之可及性；2. 將研議進行年度公共場所 AED 設置情況普查與建立相關清查機制；3. 已新增電子郵件提醒通知功能，於訓練即將到期之前，通知 AED 場所管理員及衛生局承辦人員；4. 已請各市縣衛生局進行清查，通知 AED 設置場所管理員更新安心場所認證效期，並新增安心場所認證日期到期之提醒功能，強化登錄管理，俾維護安心場所認證管理品質。

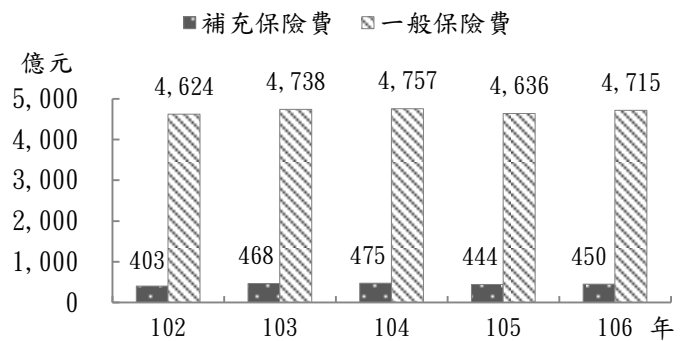
（八） 健保提供國人普及、低負擔、高品質之醫療照護服務，惟保險收支及財務體制難以因應勞動人口減少及高醫療需求成長之趨勢，亟待積極推動改革，以維繫健保永續運作。

我國全民健保開辦以來，提供國人普及、低負擔、高品質之廣泛醫療照護服務，惟隨著整體環境與社會人口結構等影響，保險支出增幅遠高於保費收入成長幅度，健保發生財務危機。衛生福利部（下稱衛福部）及中央健康保險署（下稱健保署）爰推動各項收支改革措施，包括收入面，自 102 年實施二代健保，納入補充保險費收繳機制；支出面，則藉由推動醫療費用總額預算支付制度，以宏觀調控總體醫療費用之成長，並透過調整門診與住診、藥品與診療、院所層級、專科間之支付結構，推動住院診斷關聯群支付制度及論質計酬支付方案等微觀面改革，期提升醫療資源之配置效率。截至 107 年底止，健保安全準備餘額為 2,109 億餘元，約當 4 個月保險給付支出。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. 二代健保加徵補充保險費，費基已涵蓋綜合所得之 9 成，惟保費收入來源高度仰賴薪資所得，難隨國民所得成長而增長，又因保費收入成長無法滿足醫療需求之增加，將致新醫療科技難以及早納入給付，加重民眾負擔；政府為改善健保財務，推動二代健保改革，對 6 項所得加收補充保險費，保險費基已涵蓋綜合所得之 9 成，惟因醫療費用不斷成長，自 106 年度起即再現虧損，本年度短絀達 266 億餘元，據健保署推估，在現行費率 4.69% 下，保險收支短差每年擴增逾 2 百億元，呈倍數成長，顯見保險收支短差逐年加劇，亟須推動改革。經查補充保險費自 102 年加收後，迄至 106 年間，每年約收繳 4 百餘億元，而同期間一般保險費每年收繳超逾 4 千億元（圖 3），顯見健保保費收入仍高度仰賴以薪資所得為主之一般保險費。據行政院主計總處統計，近年來國內經濟成長率多為正成長，而受僱人員報酬占國內生產毛額（GDP）之比率卻從 97 年之 45.82%，逐漸降至 106 年之 44.30%，且實質經常性薪資之年增率大多在 1% 以下，顯示薪資占國民所得比重逐年遞減。在健保保費收入高度仰賴薪資所得情形下，保費

收入難隨國民所得成長而增長。另健保實施醫療費用總額預算支付制度，將醫療支出成長控制在一定範圍內，近幾年成長率約5%左右。惟據106年國民醫療保健支出統計，我國經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重自86年之4.7%，逐步上升至106年之6.1%，與經濟合作暨發展組織（OECD）會員國相較，渠等比重多落在7%至11%之間，尚有差距，爰間有醫界與學者指出，我國健保支出占國內生產毛額之比重仍有成長空間。按我國健保開辦以來，雖已排除民眾就醫障礙，惟囿於保費收入成長無法滿足醫療需求之增長，恐肇致更多新醫療科技項目難以及時納入給付，須由民眾自付，益形加重民眾負擔，經函請衛福部及早研謀因應，進一步拓展健保財源，維繫永續運作。據復：將邀請公共衛生政策、經濟財稅、精算保險、社會福利或健保財務領域專家學者，協助解析相關議題並提供專業意見，作為後續政策擬訂之參考。

圖3 健保實收一般保險費及補充保險費情形圖



註：1. 本圖一般保險費未計入政府應負擔健保總經費法定下限（36%）不足數及滯納金。
2. 資料來源：106年全民健康保險統計動向。

2. 健保採隨收隨付制，以當期收入支應當期支出，惟隨著我國人口結構高齡化，未來勢將難以因應保費主要負擔人口減少及高醫療需求成長之趨勢，且存有世代分配不公疑慮：經查健保目前財務處理方式採隨收隨付制，以當期收入用於當期支出，安全準備以1至3個月之保險給付支出為原則。據健保署105年度委外研究指出，隨收隨付制乃立基於契約本質之世代互助，國家毋須為未來給付請求權積累準備基金，而係將當前工作人口之保費收入，移轉供應當期給付之用，其財政健全先決條件在於高薪資成長、高出生率與高勞動參與率。惟我國近年來隨著出生率下降，人口結構日趨高齡化，其中健保保費之主要負擔人口占比逐年減少，而有醫療需求之老年人口占比持續增加，據國家發展委員會107年8月推估，我國工作年齡人口占總人口比率將由107年之72.5%下降至154年之50%左右，而65歲以上長者占總人口之比率將由107年之14.5%上升至154年之41.2%，人口老化快速。次查，106年我國65歲以上人口雖僅占全人口約1成4，其門診及住院費用已多達3成餘及4成餘，在人口快速老化趨勢下，預期未來醫療需求勢將急遽增加，惟囿於健保採隨收隨付制，未事先提存未來所需費用，而由當期人口支付當期費用，未來勢將難以因應保費主要負擔人口減少及高醫療需求人口增加之趨勢，屆時青壯人口將承受沉重之保費負擔，存有世代負擔不公之疑慮，經函請衛福部及早預為研謀因應。據復：正結合專家學者研議，將會同政府相關部門，持續就財源籌措等有關事項及早研謀因應，以確保健保財務健全；新制未完成規劃前，二代健保已建立保險財務收支連動機制，透過該機制逐年檢討保險給付與費率，確保長期財務平衡與穩定。

3. 健保實施總額預算支付制度控制整體醫療費用成長幅度，惟整體支付制度仍以論量計酬為主，不易引導醫療院所改變醫療行為，又藥費支付採固定點值保障而未包裹整合於醫療服務，易誘發浪費：健保實施醫療費用總額預算支付制度，使醫療費用成長率由健保開辦初

期之 11%，降至近年之 5% 左右。健保署為提升醫療品質及效率，持續推動支付制度改革，包括擴大支付單位（如實施論病例計酬、住院診斷關聯群支付制度）、促進醫療服務體系整合（如家庭醫師制度與整合性照護計畫）、以品質與結果支付照護服務（推動論質計酬支付方案）等，期以支付誘因鼓勵醫事機構重視民眾健康照護，節制醫療服務使用與提升照護品質。惟查總額預算下，論量計酬項目仍多達 9 成，顯示健保整體支付制度仍以論量計酬為主，改革緩慢，不易引導醫療服務提供者改變醫療行為，促進醫療資源合理使用。次查，健保藥費由 90 年之 847 億餘點，逐年成長至 107 年之 1,955 億餘點，其占整體醫療費用之比率，亦從 90 年之 24.78% 增加至 107 年之 26.49%，藥費支出比重逐步成長。按藥品於總額預算下，係以 1 點 1 元保障點值計算，未包裹整合於醫療服務。反觀近 5 年來健保浮動點值多半未及 1 元，醫院部門甚至普遍未達 0.9 元，在現行論量計酬制度下，醫療院所存有誘因多開藥品以彌補醫療服務浮動點值之不足，難以有效控制整體藥費支出之成長，經函請衛福部加速推動支付制度改革，以提升醫療效率與品質。據復：健保署近年透過支付制度之改革、鼓勵醫院建立整合照護模式或垂直銜轉機制，及透過雲端資訊分享等方式改善現行論量計酬之缺點；為避免醫事機構浮濫開藥，除辦理藥價調整外，亦藉由推動藥量管理措施，進行專業審查及不予支付指標核減、門診重複用藥管理方案等措施，避免不當用藥情形。

4. 規劃分階段推動住院診斷關聯群支付制度，並導入兩階段項目，惟其後因各界對實施內容存有諸多疑慮，而暫緩全面推動：按歐美日韓等國已實施住院診斷關聯群支付制度（下稱 DRG），DRG 係採包裹給付方式，依據住院病患之診斷、手術或處置、年齡、性別、合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同群組，依各群組過去醫療資源使用情形，事前訂定各群組之住院費用，期改善論量計酬制衍生之浪費，提高醫療服務效率及品質。健保署近年來逐步推動健保 DRG 支付制度（下稱 Tw-DRGs），原規劃分五階段實施，並已於 99 年 1 月、103 年 7 月陸續實施兩階段項目，共計導入 401 項支付項目。實施以來，Tw-DRGs 案件 107 年住院天數、住院案件轉出率、3 日及 14 日內再住院率，均較 102 年案件為低（表 24），顯示 DRG 之導入除可提高病床周轉率外，亦能改善醫療品質。經查前述 Tw-DRGs 案件占整體住院案件及醫療點數約 2 成左右，健保署原訂於 105 年 3 月同步推動第三至五階段 Tw-DRGs，使累計實施 Tw-DRGs 案件數可達整體住院案件之 7 成，醫療點數之 5 成。惟因同年 1 月實施國際疾病分類標準 ICD-10 之編碼，醫界反映作業不及，亦擔心造成醫療人球問題等因素，而暫緩推動。其後，該署雖規劃自 107 年 7 月分階段實施 Tw-DRGs，惟仍因各界對於實施內容尚有疑慮，經該署考量實施影響層面較巨，再徵詢各專科醫學會、公協會意見，並持續依各界所提建議研議修訂中。鑑於 DRG 已為各先進國家主流支付制度，我國健保雖已實施總額預算控制整體醫療費用之成長，惟支付制度仍多採論量計酬，易誘發不必要之醫療利用。經函請衛福部完善相關配套措施，及早全面推動 Tw-DRGs，以提升醫療服務效率及品質。據復：健

表 24 健保住院診斷關聯群支付制度 (Tw-DRGs) 案件住院品質監測指標變化情形表

單位：天、%、百分點

監測指標	102 年	107 年	增減情形
住院天數	4.39	3.99	- 0.40
住院案件轉出率	0.9	0.6	- 0.3
3 日內再住院率	2.3	1.9	- 0.4
14 日內再住院率	4.1	3.6	- 0.5

資料來源：整理自健保署網站及該署提供資料。

保署刻正研議醫學會所提建議，俟資料分析完備後再提「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

5. 健保已逐步推動整合照護及論質計酬相關計畫，期提供民眾完整、連續之醫療照護服務，惟計畫間缺乏整合，且以疾病別分別收案不利多重慢性病患整合照護，亦有選擇較易照護病患之疑慮；隨著我國人口結構老化，多重慢性病盛行率亦隨之增加，現行健保論量計酬制度，給予醫療院所重視醫療而非整合健康照護之誘因，服務模式片斷化，無法滿足病人整合照護之需求。健保署為引導醫療服務提供者提供患者完整、連續之醫療照護，逐步推動糖尿病等疾病別論質計酬支付方案，期藉由支付誘因，提升院所疾病治療指引遵循率，加強個案追蹤管理、衛教指導及個案自我照護能力，建立以病人為中心之醫療照護觀念及服務。經查前開部分論質計酬方案雖經研究證實得以有效延緩病情惡化並控制醫療費用，惟收案照護率普遍未盡理想（表 25），且衍生醫療院所挑選較易照護病人之問題。據本部訪談專家學者及二代健保總檢討報告指出，各該計畫間缺乏整合，所定指標能否適切引導有效醫療，仍待檢討；且因以疾病別分別收案，造成個案管理資源疊置浪費，亦使多重慢性病個案不易整合照護。經函請衛福部加強計畫之整合，以落實全人照護，因應高齡社會之醫療需求。據復：健保署已就「氣喘與慢性阻塞性肺病」、「糖尿病及慢性腎臟性疾病」評估其整合之可行性及其效益，經徵詢專業團體意見結果，初步先朝糖尿病與初期慢性腎臟病整合；另於 108 年建置「以病人為中心之資訊整合平臺」，提供病患跨疾病、院際之整合性照護資訊供照護團隊參考，並先納入氣喘及慢性阻塞性肺病，未來將逐年納入各項方案整合。

表 25 健保論質計酬支付方案收案照護率統計表
單位：%

方案別	101	102	103	104	105	106
糖尿病	34	35	39	41	43	48
氣喘	39	38	36	36	28	30
乳癌	14	13	11	11	10	8
思覺失調	51	52	60	60	64	68
BC 肝追蹤	21	25	29	33	35	37
初期慢性腎臟病	26	29	37	39	40	42
末期腎臟病前期	45	44	43	42	55	59
孕產婦全程照護	尚未實施			29	30	32
早期療育門診	尚未實施			1	15	14
慢性阻塞性肺病	尚未實施					24

資料來源：107 年全民健康保險各部門總額評核會跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告簡報。

（九）政府為促進醫療資源有效運用，推動分級醫療六大策略，期促進院所落實雙向轉診，惟相關配套仍有不足，基層診所服務量能尚待提升，允宜研謀完善配套措施，以利分級醫療政策之推行。

隨著國內人口老化，醫療服務需求日益提高。在現行就醫自由環境下，民眾前往大型醫院就診者頗眾，排擠急重症照護資源，而基層社區醫療體系萎縮，醫療資源配置嚴重失衡。衛生福利部（下稱衛福部）及中央健康保險署（下稱健保署）近年來提出分級醫療六大策略及相關配套措施，包括「提升基層醫療服務量能」、「導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔」、「調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務」、「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照

護」、「提升民眾自我照護知能」及「加強醫療財團法人管理」等，期藉由醫療院所間分工合作，導引民眾依病情需要分級就醫，使大型醫院專注急重症照護，健全醫療體系發展。執行結果，地區醫院及基層診所 107 年門診就醫件數占比較 106 年略有提升(表 26)，整體轉診件數占就醫件數之比率亦由 0.83%略增為 0.96%。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. **雙向轉診政策推動以來，轉診件數呈成長趨勢，惟囿於病人就醫自由等因素，相關配套仍有不足，致大型醫院下轉及回轉基層成效仍有大幅進步空間：**衛福部及健保署為促進基層診所與醫院間之雙向轉診，自 106 年起陸續推動調整健保門、急診部分負擔、修正全民健康保險轉診實施辦法、擴大辦理家庭醫師整合性照護計畫、鼓勵醫療院所成立垂直整合聯盟、建置電子轉診平臺等措施，並自 107 年 7 月起實施區域級以上醫院門診減量暨新增院所轉診獎勵。

經查執行結果，107 年 7 至 12 月總轉診件數 52 萬餘件，較 106 年同期之 34 萬餘件，成長 52.29%，其中上轉件數多達 45 萬餘件，惟下轉案件僅 4 萬餘件，落差近 10 倍(表 27)。又經分析各層級院所轉診情形，醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所各轉出 4 萬餘件、5 萬餘件、4 萬餘件、38 萬餘件，轉入則分別為 22 萬餘件、21 萬餘件、5 萬餘件、2 萬餘件(表 28)，顯見轉出案件多數來自基層診所，並以轉入區域級以上醫院居多，區域級以上醫院轉出件數遠低於渠等接受轉入件數；且醫學中心、區域醫院接受基層診所上轉案件再回轉至基層之件數各僅 5 千餘件、1 萬餘件，與渠等接受基層上轉案件數 16 萬餘件、17 萬餘件相較，差距甚為懸殊，與促進雙向轉診之政策目標尚有落差，顯示醫療院所之垂直整合仍有大幅努力空間。據本部訪談衛生局及部分醫院指出，囿於國內就醫環境自由，民眾對

表 26 各層級醫療院所門診就醫件數申報情形統計表

單位：千件、%

層級別	106 年		107 年	
	件數	占比	件數	占比
合計	295,563	100.00	300,832	100.00
醫學中心	31,483	10.65	31,172	10.36
區域醫院	44,598	15.09	44,573	14.82
地區醫院	29,350	9.93	30,506	10.14
基層診所	190,132	64.33	194,580	64.68

資料來源：整理自健保署提供資料。

表 27 107 年下半年轉診件數與 106 年同期比較表

單位：件、%

轉診流向	106 年 7 至 12 月		107 年 7 至 12 月		件數成長率
	件數	占率	件數	占率	
合計	345,016	100.00	525,410	100.00	52.29
接受上轉	318,417	92.29	454,568	86.52	42.76
接受平轉	12,552	3.64	19,470	3.71	55.11
接受下轉 (A+B)	7,488	2.17	46,035	8.76	514.78
單向下轉 (A)	6,944	2.01	35,059	6.67	404.88
回轉 (B)	544	0.16	10,976	2.09	1,917.65
資料不全	6,559	1.90	5,337	1.02	- 18.63

註：1. 同一筆轉診案件僅以轉入接收院所之件數分析。

2. 回轉，係指轉回原轉出院所之案件。

3. 資料不全，係指轉診院所代號未填寫之資料。

4. 資料來源：健保署 108 年 5 月 8 日「108 年分級醫療整體成效進度追蹤」。

表 28 107 年下半年各層級醫療院所轉診情形表

單位：件、%

層級別	轉出		轉入	
	件數	占率	件數	占率
合計	528,880	100.00	525,410	100.00
醫學中心	44,070	8.33	223,696	42.58
區域醫院	53,719	10.16	214,991	40.92
地區醫院	41,874	7.92	59,263	11.28
基層診所	389,217	73.59	27,460	5.23

註：1. 轉出與轉入案件合計件數不等之原因：

(1) 轉診單有 90 天之期限，轉出案件與接受端轉診案件存有時間差。

(2) 民眾未依轉診單就醫。

(3) 申報限制，如轉出醫令申報獎勵僅針對上、下轉案件；另院所申報錯誤，如轉出院所誤報或接受院所未申報。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

大型醫院仍有品牌迷思或忠誠度高，或對基層診所照護能力信心不足，或診所用藥與醫院不同，或其藥品開立天數相對較短反而增加民眾就醫之不便等因素，下轉意願仍低；又基層院所可能因擔憂病患數增加，致申報量成長，面臨健保核刪壓力，或囿於部分專科用藥無法開立，或對病況複雜及多重慢性病患者整合照護能力未具信心等因素，而對承接病人存有疑慮；醫院與民眾習慣就醫之診所尚未建立合作關係等，均致下轉病患困難，顯示雙向轉診政策推動相關配套仍有不足，經函請衛福部督促研謀因應，強化相關配套措施。據復：分級醫療推動，涉及民眾就醫習慣與院所醫療服務行為之改變，具有一定困難度，除已調整門急診部分負擔，鼓勵民眾到適當醫療院所就醫外，並推動區域級以上醫院門診減量政策，編列專案費用鼓勵院所雙向轉診，持續強化家庭醫師整合性照護計畫，促進社區醫療群與醫院間合作，另輔導全國醫療院所組成 78 個垂直整合策略聯盟，預期可提高轉診效率。

2. 區域級以上醫院實施門診減量，期引導醫院將輕症病人下轉至基層就醫，惟尚乏引導民眾至適當層級院所就醫之有效配套措施，間有醫院以限號、減診方式因應，恐影響急重症患者就醫權益：健保署依據本年度「全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，自 107 年第 3 季起，實施區域級以上醫院門診減量措施，107 年門診件數排除重大疾病、罕病、偏遠、急診及經轉診案件後，需較 106 年降低 2%，並以 5 年減量 10% 為目標，同時新增轉診支付誘因，鼓勵大型醫院下轉輕症及穩定慢性病個案。107 年全國實施門診減量之醫院計 90 家，第 3 季實施結果，門診件數較 106 年同期減少約 3.2%，整體而言，尚能達成減量 2% 之目標；惟至同年第 4 季，門診件數較去年同期減少約 1.3%，整體未能達成目標，且 90 家醫院中，有近 4 成、35 家醫院未達標（表 29 及表 30）。經查現行門診減量措施，採齊頭式減少一定比率之案件量，實務上受限民眾意願，依法無法拒絕病患到院就醫，間有醫院以限號、減診方式因應，反而影響急重症患者就醫權益。次查，依據警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案，自 108 年 5 月起，軍、警、海巡等現職及退休人員前往國防部、退輔會及衛福部所屬醫療院所，暨 2 家指定醫院就醫，無論病情輕重，均得免除健保部分負擔，前開方案實施醫院不乏屬區域級以上者，不易引導民眾至適當層級院所就醫。另查，部分公立醫院為配合門診減量及雙向轉診策略，已增訂相關獎勵機制，鼓勵醫師將適合之病患下轉至基層院所接受照護，惟仍有國防部及退輔會所屬醫院尚乏相關機制。經函請衛福部研謀改善，提出因應

表 29 107 年門診減量措施執行情形表

單位：百萬件、%

季別	層級別	106 年	107 年	成長率
第 3 季	合計	11.33	10.96	- 3.2
	醫學中心	4.50	4.37	- 2.8
	區域醫院	6.83	6.59	- 3.5
第 4 季	合計	11.16	11.01	- 1.3
	醫學中心	4.44	4.41	- 0.8
	區域醫院	6.71	6.60	- 1.6

註：1. 排除 106 年門診件數占率 ≤ 0.5% 之 13 家院所。
另門診減量實施範圍，係排除重大疾病、罕病、偏遠、急診及經轉診案件。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

表 30 107 年門診減量達成情形統計表

單位：家、億點

季別	層級別	總家數	達標家數	未達標	
				家數	核扣點數
第 3 季	合計	90	70	20	1.34
	醫學中心	19	13	6	0.62
	區域醫院	71	57	14	0.72
第 4 季	合計	90	55	35	3.55
	醫學中心	19	11	8	2.22
	區域醫院	71	44	27	1.33

資料來源：整理自健保署提供資料。

對策及完善配套措施，有效引導民眾改變就醫習慣，共同促進分級醫療。據復：為有效引導民眾至適當層級院所就醫，自 106 年 4 月 15 日實施經轉診至區域級以上醫院就醫者，調降門診部分負擔，未經轉診者，調高門診部分負擔，並透過各類管道持續對民眾加強宣導；將分析警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案對門診減量之影響，進行滾動式檢討；暨將建請國防部及退輔會將相關獎勵機制納入研議參考。

3. 為擴大基層醫療服務量能，增編家醫計畫預算，鼓勵基層診所參與服務，惟所編預算無法支應會員成長所需，恐影響擴大參與之意願：健保署為擴大基層醫療服務量能，自 106 年度起增編「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)預算為 15.8 億元，本年度再進一步增加至 28.8 億元，截至 107 年底止，全國計成立 567 個社區醫療群，參與診所 4,558 家，約占全國特約西醫基層診所 10,430 家之 4 成；收案家戶會員數由 105 年之 260 萬餘人，增加至 107 年之 473 萬餘人，大幅成長，約占 107 年保險對象 2,394 萬餘人之 19.75%。惟該計畫所編預算無法支應會員成長所需經費，經全民健康保險會同意將本年度該計畫預算 28.8 億元中 4.5 億元，用以挹注 106 年度之不足款後，本年度執行經費 24.3 億元，僅占當年度會員數 473 萬餘人所需經費 37 億餘元之 6 成，恐不敷實際所需，造成每點支付金額偏低，進而影響基層醫師參與意願及擴大收案之誘因，經函請衛福部研謀改善。據復：在照護對象增加且醫療群品質表現穩定情況下，有點值浮動情形，將藉由提升計畫執行成效及品質，俾利爭取預算之成長，並參採各界建議修訂計畫，增進醫病關係，鼓勵醫療群擴大規模，落實以病人為中心的家庭責任醫師制度。

4. 建置健保醫療資訊雲端查詢系統及電子轉診平臺，鼓勵院所共享及轉介病人就醫資訊，惟系統收載醫療資訊期間仍有不足，基層診所未能善用電子轉診平臺功能，有礙病人照護之連續性：健保署為減少不必要之用藥與檢驗檢查，近年來建置健保醫療資訊雲端查詢系統，收載民眾就醫相關紀錄，可供醫師看診參考，提升病人就醫安全與品質。據該署統計，107 年計有 25,885 家院所、67,153 位醫事人員使用該系統。經查該系統之建置，亦可供院所間共享病人醫療資訊，以利病患於轉診後之醫療照護更具連續性，惟系統收載之就醫紀錄多數僅侷限 3 至 6 個月內資訊(圖 4)，針對複雜之慢性病患，尚難以完整瞭解過往病史與用藥情形。次查，該署為利院所落實雙向

圖 4 健保醫療資訊雲端查詢系統收載項目及資料期間



資料來源：健保署 108 年 4 月 11 日「分級醫療六大策略辦理進度成效」。

轉診，於 106 年建置電子轉診平臺，可供院所開立電子轉診單轉出病人、受理轉入及回復轉診結果，協助將病人資料轉介至接受轉診院所，以強化病患照護之連續性。截至 107 年底止，累計有 9,760 家院所使用，轉出 84 萬人次。經分析 107 年區域級以上醫院使用電子轉診平臺下轉社區院所之受理及回復情形，社區院所受理及回復率大致呈成長趨勢，惟累計至 107 年第 4 季，基層診所受理率僅約 4 至 5 成，回復率更僅有 1 至 2 成（表 31），顯示基層診所普遍未能善用電子轉診平臺功能，不利醫院持續追蹤下轉病患後續治療狀況，經函請衛福部督促研謀因應。據復：健保署已於 108 年 5 月將醫療影像可查詢區間由 2 個月擴增為 6 個月，並預計於 9 月將雲端藥歷可查詢區間由 3 個月擴增為 6 個月；另已與中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會建立溝通窗口，定期蒐集醫療院所使用電子轉診平臺之意見，以利雙向溝通。

表 31 107 年區域級以上醫院使用健保電子轉診平臺下轉社區院所案件受理及回復情形統計表

單位：件、%

轉出院所	季別	轉出至地區醫院及基層診所累計件數	接受下轉院所					
			地區醫院			基層診所		
			累計轉入件數	受理率	回復率	累計轉入件數	受理率	回復率
醫學中心	第一季	6,920	6,250	62	12	670	2	—
	第二季	8,678	6,933	82	32	1,745	18	5
	第三季	26,571	12,611	75	30	13,960	39	15
	第四季	36,905	15,148	70	33	21,757	41	16
區域醫院	第一季	2,728	2,482	71	62	246	4	2
	第二季	5,046	3,851	87	75	1,195	40	20
	第三季	16,819	5,229	79	66	11,590	54	23
	第四季	29,670	8,080	68	56	21,590	55	22

資料來源：健保署。

（十）中央健康保險署為提供外出就醫不便患者整合性照護，推動居家醫療照護整合計畫，照護人數成長快速，惟實務推動仍存有誘因及人力不足等問題，有礙服務之推展，與長照、醫院間之服務轉銜亦待強化，亟待研謀增進參與誘因，順暢溝通合作管道，以因應高齡社會之醫療照護需求。

高齡人口常伴隨有失能及外出就醫不便情形，中央健康保險署（下稱健保署）自 105 年起整合原有一般居家照護、慢性精神病患及呼吸器依賴患者、末期病患安寧等居家醫療照護服務，辦理居家醫療照護整合計畫，鼓勵醫事服務機構組成照護團隊，針對居家行動不便、有醫療需求之民眾提供「居家醫療」、「重度居家醫療」、「安寧療護」等三照護階段整合性照護，提升其就醫可近性。本年度計畫經費以健保總額其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」專款預算 55.2 億元支應。該計畫推動以來，參與團隊及院所數漸有成長，截至 107 年底止，收案人數達 57,750 人。經查相關業務之推動，核有下列事項：

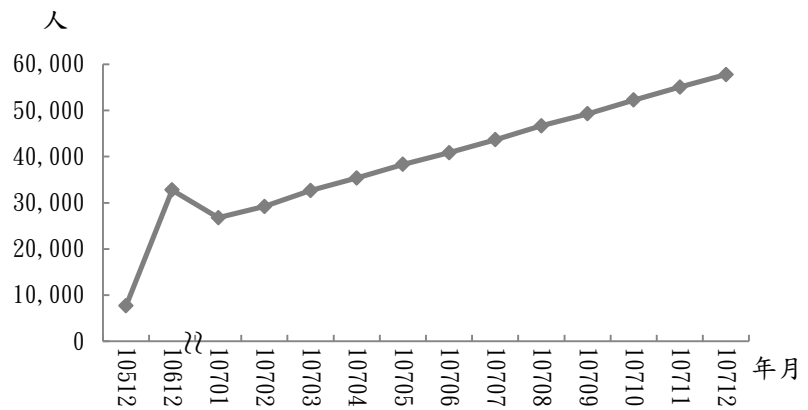
1. 居家醫療參與院所逐年成長，惟因運作成本高，與門診收益落差大，影響收案意願，又多數收案對象未能減少門診就醫及領藥，未能有效發揮醫療整合照護功能：居家醫療照護整合計畫推動以來，收案人數由 105 年之 7,625 人，至 107 年增為 57,750 人，成長快速（圖 5）。健保署為推廣更多醫師投入居家醫療照護服務，經輔導過往提供居家照護服務之居家護理

所轉型加入居家醫療照護整合計畫，並自 106 年起將「提供居家醫療照護整合計畫服務」納為家庭醫師整合性照護計畫之評核指標，鼓勵家醫診所參與。經查執行以來，參與計畫之照護團隊及醫事機構已有成長，截至 107 年底止，累計有 214 個照護團隊、2,384 家院所申請參與，惟其中約有半數院所實際未有收案（圖 6）。揆其原因，除部分因病人尚未建立信任感不願被收案外，主要係居家照護運作人力、物力成本高，在論量計酬支付制度下，門診與居家訪視收益落差過大，或醫師擔心醫療糾紛、藥物取得困難、人力不足等因素，致影響醫師收案意願，有礙服務之推展。次據健保署分析，105 年 3 月計畫開辦後，截至 106 年底止，接受居家醫療照護之個案同時於

西醫門診（不含急診）就醫及領藥之比率仍有 8 成，計畫尚未有效發揮整合照護功能，經函請健保署針對問題癥結研謀改善，加強輔導院所對病人進行醫療照護整合，以因應高齡社會居家醫療之需求。據復：為提升醫療服務提供者參與意願，已辦理簡化報備支援作業、健保卡登錄、放寬居家病人管制藥品處方調劑場所等流程簡化措施，並逐年爭取預算調整支付項目與支付標準，修訂 108 年居家醫療照護整合計畫，新增緊急訪視費及品質獎勵措施，其中照護對象收案滿 6 個月後，由居家醫療照護團隊提供完整照護者，其個案管理費由 600 點調整為 2,000 點，若未能於 6 個月內完成用藥整合則應予結案，並增訂拒絕配合醫師提供整合照護病患不予收案之規定，以提升計畫效益。

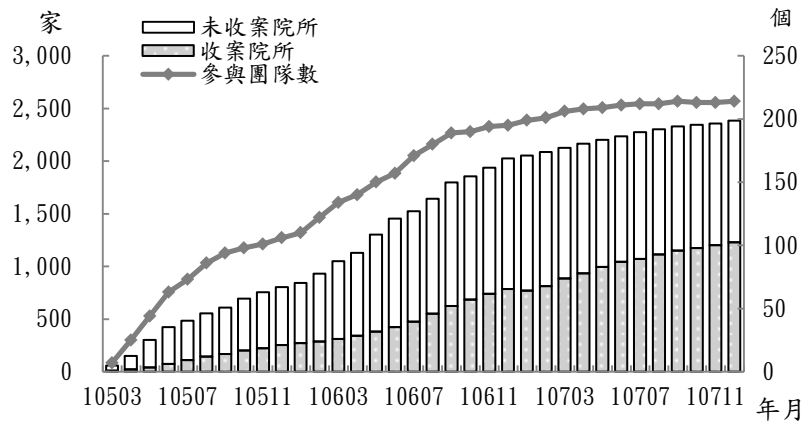
2. 居家醫療收案來源仍以案家自行申請居多，醫院出院準備單位與居家醫療服務提供者之合作機制尚待強化：高齡病患於出院後，仍多有長照及居家醫療需求，須仰賴醫院出院準備服務連結後端社區醫療或長照資源，以提升病人照護之連續性。健保署為鼓勵醫院做好出院準備及出院後追蹤諮詢服務，自 105 年 4 月起新增支付標準「出院準備及追蹤管理費」（每次

圖 5 居家醫療照護整合計畫照護人數圖



註：1. 105 年 12 月、106 年 12 月為全年收案照護人數；107 年 1 至 12 月則為該年度各月份累計之收案照護人數。
2. 資料來源：依健保署資料繪製。

圖 6 居家醫療照護整合計畫參與院所收案情形圖



資料來源：依健保署資料繪製。

1,500 點)，期提升出院照護品質，減少病人出院後短期間內再急診及再住院之情形，本年度申報件數計 11 萬餘件，約占出院案件之 4.00%。經查近年來，居家醫療照護對象來源，由住院個案轉來者之占比雖逐年提升，惟至 107 年仍以案家自行申請之 6 成占最大宗（表 32）。據衛生福利部 106 年度委外辦理「自醫院至社區的整合性居家醫療照護服務模式」研究計畫之問卷調查結果顯示，居家醫療服務提供者與醫院出院準備單位間，1 年中聯繫 4 次以下之占比約 3 成餘，其中完全無聯繫者亦占 1 成餘；且除居家護理所與醫

表 32 居家醫療收案照護對象來源統計表

單位：件、%

年	105		106		107	
案件來源	件數	占率	件數	占率	件數	占率
合計	7,699	100.00	33,220	100.00	59,112	100.00
照管中心轉介	516	6.70	2,330	7.01	5,312	8.99
住院個案	1,390	18.05	9,208	27.72	17,937	30.34
自行申請	5,793	75.25	21,682	65.27	35,863	60.67

資料來源：整理自健保署提供資料。

院出院準備單位聯繫較為密切外，基層西醫診所在 1 年中與醫院聯繫次數在 4 次以下者逾 8 成，其中完全無聯繫之占比多達 5 成。顯示醫院出院準備單位與社區基層醫療機構之合作模式仍未臻成熟，恐致醫院至社區照護體系之轉銜出現缺口，不利病患獲致整合且連續性之照護，經函請健保署研謀改善。據復：為切合實務需要，修訂 108 年度居家醫療照護整合計畫，新增醫院院外醫師、牙醫師及中醫師配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，可申報訪視費等，以利有居家醫療需求之出院病人即時轉介至居家醫療照護團隊。

3. 照顧服務管理資訊平臺與健保居家醫療電子轉介平臺未能整合，影響長照或居家醫療服務之轉介效率：經查衛生福利部為提升長照業務之管理效能，建有照顧服務管理資訊平臺，供各市縣照管人員運用，協助民眾連結長照服務資源；另健保署為利照管中心與醫療院所間得以雙向轉介與追蹤居家醫療及長期照顧個案，於 106 年 10 月建置居家醫療電子轉介平臺，提供各市縣照管中心及醫療院所使用，截至 107 年底止，計已推廣至 19 個市縣使用。惟因健保電子轉介平臺與照顧服務管理資訊平臺未能整合，倘個案兼有長照與居家醫療需求，須分別於各該系統重複登打個案資訊，增加地方照管中心人力負荷。次查，健保署為方便民眾取得居家醫療院所資訊，雖已於官網公開揭露計畫參與院所名單、聯絡資訊、照護服務類型及近 3 個月是否有收案等資訊，供各界查詢參考。惟囿於醫事機構實際可能無意願再行收案，民眾及照管中心仍須透過電話逐一聯繫，始得確認院所收案意願，未盡便民，亦影響轉介效率，經函請健保署研謀改善。據復：已修改長期照顧個案管理系統程式，自動介接資料至健保電子轉介平臺，減少重複登打資料；另於 108 年修正居家醫療照護整合計畫，新增缺乏收案意願院所之退場機制，以提升轉介效率。

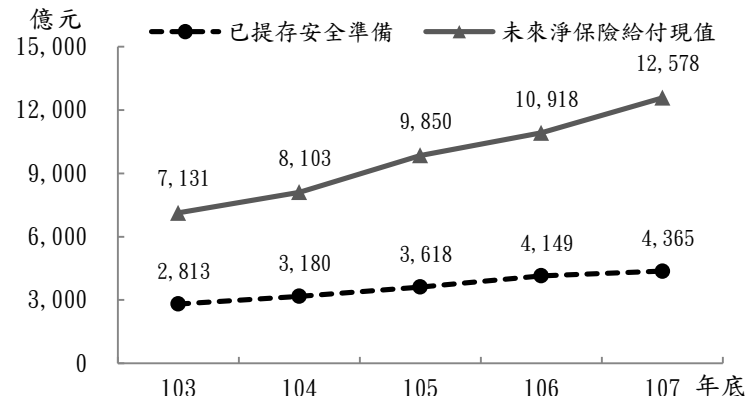
（十一） 國民年金保險基金有助維持民眾基本經濟安全，惟財務狀況及業務執行，間有未盡周妥之處，允宜研謀善策，以利永續經營。

政府為確保未能於相關社會保險獲得適足保障之國民，於發生保險事故時之基本經濟安全，制定國民年金法，並自 97 年 10 月 1 日起開辦國民年金保險。據勞動部勞工保險局（下稱

勞工保險局)統計,截至107年底止,國民年金之被保險人數為328萬餘人,各項給付核付人數204萬餘人,對於經濟弱勢及原未納入社會保險範疇民眾之經濟安全,已有助益。惟查國民年金保險基金財務狀況及相關業務之執行,核有下列事項:

1. **國民年金保險基金現行保險費率與精算最適提撥率存有差距,未來淨保險給付現值呈逐年攀升趨勢:**國民年金保險開辦迄今,政府已依法辦理5次保險費率調增作業(108年1月起保險費率由8.5%調增至9%),以增加基金保費收入。惟據勞工保險局歷次委外研究精算資料,如以106年10月1日為評價日,國民年金保險最適提撥率為20.32%,與現行保險費率9%存有差距,因該保險非採足額方式提撥,致未來淨保險給付現值由103年底之7,131億餘元,增加至107年底之1兆2,578億餘元(圖7),扣除截至107年底已提存安全準備4,365億餘元,差額為8,213億餘元,金額龐鉅。鑑於國民年金保險受國內少子女化與人口老化等整體社會結構變遷因素影響,每年新加入之被保險人數已由103年度之46萬餘人,逐年遞減至本年度之37萬餘人,惟老年年金請領人次則由103年度之629萬餘人次、金額224億9,255萬餘元,增加至本年度之1,151萬餘人次、金額440億4,471萬餘元,顯示國民年金保險基金之財務負擔,業因人口老化而愈趨加重,經函請衛生福利部(下稱衛福部)妥謀良策因應。據復:將參考精算結果適時檢討調整國民年金保險費率,並督促勞動部勞動基金運用局積極辦理國民年金保險基金之投資運用,以增加基金收入,俾利永續經營。

圖7 國民年金保險基金未來淨保險給付現值趨勢圖



資料來源:整理自國民年金保險基金103至107年度附屬單位決算。

2. **未足額編列政府依法應負擔款項,轉向國民年金保險基金週轉金額龐鉅:**依國民年金法第47條第1項及第3項規定,中央主管機關(衛福部)依該法規定應補助之保險費及應負擔之款項(含基本保證年金、年金給付差額、保險人之人事及行政管理經費等),除基本保證年金應由中央主管機關編列預算支應外,依序由供國民年金使用之公益彩券盈餘、調增營業稅徵收率1%等來源籌措支應;其有結餘時,應作為以後年度中央政府責任準備;如依前揭規定籌措財源因應後,仍有不足,亦無法由中央政府責任準備支應時,應由中央主管機關編列預算撥補。經查衛福部自103年度起未能按國民年金法規定之財源,足額籌措應負擔國民年金款項,連年向國民年金保險基金週轉經費,截至107年底止,衛福部依法應負擔國民年金款項不足數達351億1,822萬餘元(表33),包括中央主管機關應補助保險費162億1,645萬餘元、遲繳保費利息4,087萬餘元,及向國民年金保險基金短期週轉墊付衛福部應負擔之款項188億6,089萬餘元,尚待以後年度編列預算撥補。鑑於國內人口老化快速,中央主管機關依法應負擔國民年金款項逐年攀升,衛福部長年未能於當年度預算足額編列,衍生向國民年金保險基金短期週轉支應,影響基金財務健全情事,經函請衛福部妥覓適當財源,俾提升國民年金保險長期財務

之穩定性，以維保險業務之永續經營。據復：已爭取於本年度預算足額編列應負擔款項，惟行政院主計總處基於中央政府整體財政考量，僅同意於 108 年度編列公務預算撥補本年度中央政府應負擔款項不敷數，將持續依現行法令積極籌措財源，並配合國家年金改革之中長期規劃期程，通盤檢討可行之制度變革及財源方案。

表 33 衛福部依法應負擔國民年金款項不足經費情形表

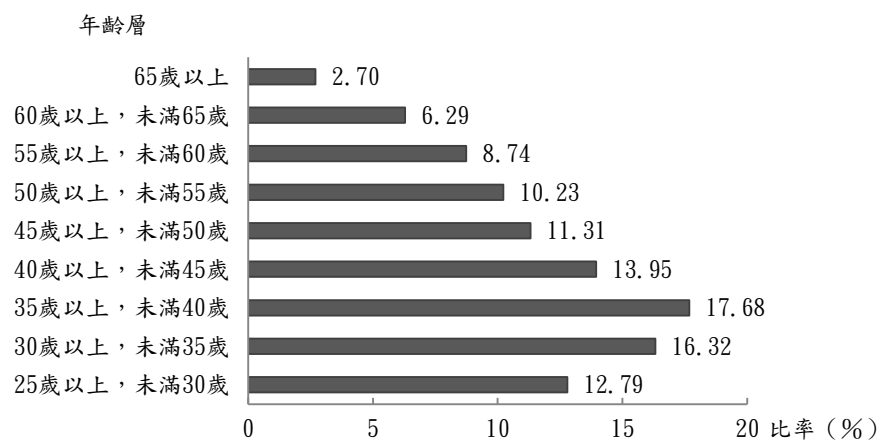
單位：新臺幣千元

年底	合計	中央主管機關應補助之保險費	遲繳保費利息	向國民年金保險基金短期週轉金(註1)
103	15,621,348	14,421,747	48,899	1,150,702
104	20,494,586	15,063,188	49,555	5,381,841
105	29,315,890	15,558,898	45,944	13,711,047
106	37,424,993	15,733,541	39,314	21,652,137
107	35,118,228	16,216,458	40,874	18,860,895

註：1. 衛福部應負擔之年金給付差額、保險人之人事及行政管理經費等。
2. 資料來源：整理自國民年金保險基金 103 至 107 年度附屬單位決算。

3. 國民年金保險補繳期限陸續屆期，影響欠繳保費之被保險人領取給付方式，亟待研議強化宣導作為，並積極推動老年年金給付制度修法作業：依國民年金法第 17 條規定，被保險人應繳納之保險費及利息，未依規定期限繳納者，不予計入保險年資；其逾 10 年之部分，被保險人亦不得請求補繳。同法第 29 條、第 30 條第 1 項與第 2 項、第 54 條之 1 及衛福部 105 年 1 月 12 日衛部保字第 1050100426 號公告等規定，被保險人滿 65 歲請領老年年金給付，可採月投保金額(18,282 元，下同)乘以 0.65% 乘以保險年資加計基本保障額度 3,628 元所得之數額(下稱 A 式)，或月投保金額乘以 1.3% 乘以保險年資所得之數額(下稱 B 式)，擇優計給；有欠繳保險費期間不計入保險年資情事，不得以 A 式計給。據勞工保險局統計截至 108 年 2 月 8 日止，國民年金欠費被保險人數為 401 萬餘人(含曾加保國民年金保險者及加保中被保險人)，其中未滿 50 歲者計 289 萬餘人，達總欠費人數之 7 成(圖 8)，主要係非屬中高齡經濟弱勢，仍有機會透過投保勞工保險等職業保險領取老年年金，致無意願繳交國民年金。又國民年金保險首期(97 年 10 至 11 月)保費補繳期限於 108 年 1 月 31 日屆滿，經衛福部於 108 年 1 月 31 日發布新聞稿延至 108 年 3 月 31 日，與次期(97 年 12 月及 98 年 1 月)保費同時屆期，經查欠繳首期保費之被保險人為 100 萬餘人，扣除未滿 50 歲者 54 萬餘人、50 歲以上已可領取勞工保險老年年金者 8 萬餘人、已死亡者 4 萬餘人、已領取相關社會保險老年給付及社福津貼，僅能按 B 式領取老年年金者 4 萬餘人後，實際受影響人數約 27 萬餘人。惟前揭被保險人如有逾 10 年保險費不得補繳情形，則不得以較優渥之 A 式計給老年年金，影響被保險人老年經濟安全權益保障。衛福部已於 107 年間召開研商會議，檢討有關國民年金法第 30 條被保險人如有逾 10 年保險費不得補繳情形，其領取之老年年金金額規定，獲多數學者贊

圖 8 各年齡層欠費被保險人數占比情形圖



資料來源：整理自勞工保險局提供資料。

成修正為得按已繳保費年資占加保期間之比例計給 A 式老年年金之結論，並經衛福部參採納入未來修法方向。鑑於政府為回應聯合國永續發展目標，已於 107 年 12 月 14 日通過臺灣永續發展目標，其中核心目標 1 之第 3 項具體目標揭示：「完善全體國民，特別是弱勢群體，在勞保、健保、年金等社會保險體系之保障，……。」經函請衛福部持續強化宣導國民年金制度保障內涵及保費補繳措施，提升國民年金保險繳費率，並加速推動國民年金法第 30 條第 1 項及第 2 項修正案之法制作業，以落實政府開辦國民年金保險，保障國民老年基本經濟安全之政策目標。據復：已賡續辦理國民年金保險首年有欠費之被保險人訪視作業，及透過各類媒體管道宣導欠費超過 10 年之權益影響，以提升繳費率，並研擬國民年金法修正條文草案，規劃適時辦理修法事宜。

(十二) 疾病管制署為改善山地鄉結核病發生率，推動多項結核病主動篩檢及診療措施，發生率已逐年降低，惟主動篩檢合作院所家數仍少，部分山地鄉 X 光巡檢服務推動遭遇困難，允宜研謀進一步強化主動發現措施，以維護偏鄉民眾健康。

我國結核病發生率逐年降低，惟山地鄉結核病發生率約為全國平均之 3 倍。疾病管制署（下稱疾管署）歷年來針對地處偏遠及醫療資源不足之山地鄉民眾，加強辦理胸部 X 光巡迴篩檢，並自 106 年起結合健保山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，由地方衛生局協調計畫承作院所辦理結核病主動篩檢及診療。另本年度配合衛生福利部「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」（107 至 109 年），委託 5 市縣衛生局辦理「消弭原鄉健康不平等計畫」，以強化原鄉結核病主動發現措施。本年度全國結核病防治經費 9 億 8,927 萬餘元，實際支用 9 億 5,207 萬餘元。執行以來，山地鄉結核病發生率，已由 94 年每 10 萬人口 292 例，降至 107 年每 10 萬人口 119 例。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. 為提升山地鄉結核病篩檢可近性，結合民眾習慣就醫醫院合作，期提升整體篩檢涵蓋率，惟服務多僅限試辦市縣轄內部分醫院，跨市縣就學或工作之民眾較難納入篩檢：山地鄉醫療資源較為缺乏、交通不便，結核病延遲診斷情形較為嚴重，增加傳染病傳播之風險。爰疾管署本年度委託宜蘭縣、新竹縣、南投縣、高雄市、花蓮縣等 5 市縣衛生局試辦之「消弭原鄉健康不平等計畫」，在原有胸部 X 光篩檢之外，運用新檢驗技術，並透過結合醫療及教育體系共同合作，期提升整體結核病主動篩檢涵蓋率。經查該計畫希透過與山地鄉民眾習慣就醫院所合作，於個案就醫時，由院所主動提供胸部 X 光檢查服務，惟各該市縣合作院所僅 2 至 5 家不等之醫院，且除高雄市與屏東縣 1 家醫院進行跨市縣合作外，皆以轄內醫院為合作對象（表 34），倘山地鄉民眾跨市縣就學、

表 34 107 年宜蘭縣等 5 市縣主動提供山地鄉民眾結核病篩檢服務之合作院所名單及轄內醫療院所家數情形表

單位：家

市縣別	服務對象設籍地區	計畫合作醫院	市縣轄內院所家數
宜蘭縣	轄內山地鄉	國立陽明大學附設醫院、羅東博愛醫院、羅東聖母醫院	342
新竹縣	轄內山地鄉	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院、臺北榮民總醫院新竹分院	372
南投縣	轄內山地鄉	埔里基督教醫院、臺中榮總埔里分院、南基醫院、竹山秀傳醫院、衛生福利部南投醫院	426
高雄市	茂林區	衛生福利部旗山醫院、大新醫院（屏東縣）	2,867
花蓮縣	秀林鄉	花蓮慈濟醫院、門諾醫院	287

資料來源：整理自疾管署委託各該衛生局辦理 107 年消弭原鄉健康不平等計畫書、中央健康保險署全球資訊網健保特約醫事機構查詢資料（資料日期：107 年 11 月 1 日）。

工作或就醫，較難納入計畫篩檢範圍，經函請疾管署研議擴大合作院所之可行性，以提升篩檢涵蓋率。據復：108 年於全國 30 個山地鄉全面推動該計畫，增加與 79 家診所合作，將有症狀者轉介具 X 光設備院所，另合作醫院家數亦增至 45 家，提供含跨市縣就醫山地鄉民眾，胸部 X 光篩檢服務；未來將朝與中央健康保險署合作方向努力，透過新一代健保卡註記方式，對於尚未進行胸部 X 光檢查之山地鄉民眾，主動提供篩檢服務，以提升主動發現個案績效。

2. 為降低山地鄉結核病發生率，補助部分山地鄉實施以村為單位之潛伏結核感染篩檢與治療計畫，惟部分高風險山地鄉尚未推動，恐難有效降低當地民眾後續罹病之風險：依據世界衛生組織（WHO）指出，潛伏結核感染者（latent tuberculosis infection，下稱 LTBI），若於未發病前給予治療，可有效減少 9 成發病機會，並為達成 2035 年消除結核之有效策略之一。疾管署鑑於山地鄉結核病發生率仍高於全國平均數，為進一步降低發生率，於 105 年 3 月至 106 年 4 月間針對南投縣某山地原住民村首度實施全村 LTBI 篩檢與治療防治模式，106 及 107 年間再針對 3 個、7 個山地鄉執行以村為單位之 LTBI 篩檢與治療。執行結果，多數實施之山地鄉結核病篩檢陽性率可達 3 至 4 成，約為全國結核病接觸者陽性率 14.8%、14.0% 之 2 倍餘，顯示高發生率山地鄉其潛伏結核感染率亦較全國為高，如能有效進行系統性 LTBI 篩檢與治療，將可有效降低傳播，亦能提高治療完成率及節省後續防治成本。惟經分析 106 年全國山地鄉結核病發生率，計有 16 個山地鄉大於每 10 萬人口 100 例，截至本年度，尚未全數推動以村為單位之 LTBI 篩檢與治療，恐難有效降低當地民眾後續罹病之風險。經函請疾管署研議於結核病高風險地區加強推動 LTBI 篩檢與治療之可行性，以維護民眾健康。據復：108 年於 8 個山地鄉 9 個村落執行 LTBI 計畫，預估提供 2,060 人潛伏結核感染檢查，380 人加入 LTBI 治療；未來將由村落逐步擴大至全鄉，提高 LTBI 篩檢涵蓋及治療率。

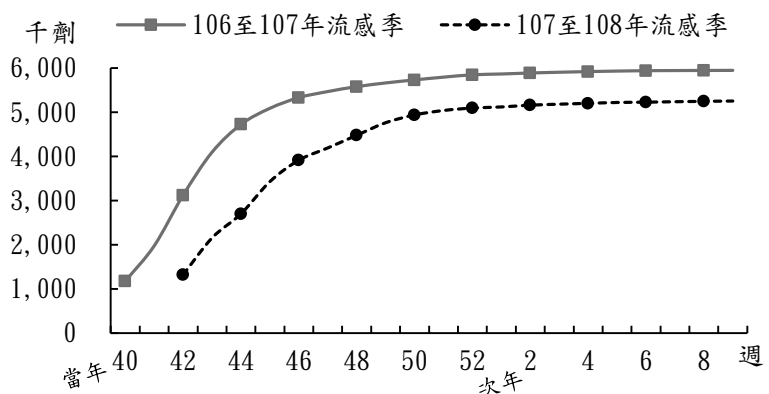
3. 胸部 X 光巡檢服務移由地方衛生局主責，並協調健保山地離島地區醫療給付效益提昇計畫承作醫院提供山地鄉主動篩檢及診療，惟仍有部分地區醫院配合度欠佳，部分偏僻地區 X 光巡檢委外困難：疾管署自 106 年起將結核病胸部 X 光巡檢服務移由地方衛生局主責或由醫療院所直接提供服務，並於 106 年委託宜蘭縣、新北市、桃園市、新竹縣、苗栗縣、臺中市、南投縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣等 10 市縣衛生局協調轄區承作「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」（Integrated Delivery System，下稱 IDS 計畫）醫療院所提供結核病主動篩檢及診療服務，本年度則由各市縣衛生局自行依轄內特性規劃辦理山地鄉 X 光巡檢事宜，及藉由委託宜蘭縣、新竹縣、南投縣、高雄市、花蓮縣等 5 市縣辦理「消弭原鄉健康不平等計畫」，強化相關主動發現措施。經查地方衛生局推動山地鄉主動篩檢及診療服務，存有部分 IDS 計畫承作醫院配合意願低落，或不願分享篩檢治療結果，或篩檢及追蹤異常個案經驗不足等情事，另有山地鄉偏僻地區因交通條件嚴苛，路程遙遠顛簸，X 光車設備容易損壞，且篩檢人數少而不敷成本，致 X 光巡檢委外招標困難，均影響篩檢品質與可及範圍，經函請疾管署研謀善策因應。據復：有關衛生局（所）與 IDS 承作醫院協調合作問題，將蒐集醫院與衛生局之意見，研議改善作為；對於 X 光車無法到達之偏遠地區民眾，提供「結核病風險及症狀評估」，對有症狀者取痰送驗 Xpert 之方式替代，另將持續透過多元篩檢服務管道，加強個案主動發現，以有效降低山地鄉結核病疫情。

(十三) 疾病管制署為有效降低流感發病率及致死率，持續推動流感疫苗接種計畫，惟受疫苗品質異常事件影響，高風險族群接種率下降，亟待研謀改善，以維護民眾生命健康。

疾病管制署為維護國人健康，避免其因罹患流感導致嚴重併發症或死亡，每年辦理流感疫苗接種計畫，本年度編列預算1億7,430萬元，實支數1億2,588萬餘元，並維持600萬劑之流感疫苗接種量及接種涵蓋率達全人口25%之目標。經查本年度流感疫苗接種作業，受聯合國世界衛生組織(WHO)改變流感疫苗株組成建議之影響，接種時程較往年延後2週，至107年10月15日方開始施打。惟其後再因107年10月底陸續發生幾起疫苗品質異常事件影響，民眾施打意願下降，又異常疫苗之同批號疫苗停用，以及加強辦理疫苗封緘前檢查作業，疫苗供應銜接不及，致接種量未及106年同期(圖9)。截至107年底止，累計接種量509萬餘劑較106年同期減少75萬餘劑，其占預定接種量比率88.47%，亦較106年同期之97.45%，減少近9個百分點。按流感疫苗完成接種後，至少約需2

週時間方能產生保護力，惟本年度流感疫苗接種計畫施打進度卻較往年落後，影響接種效益，65歲以上老人、國小學童及3歲以上幼兒等高風險族群接種率亦較往年為低(表35)，恐難維護民眾生命健康，經函請衛生福利部督促研謀因應改善。據復：疾病管制署除請廠商及早補足短少疫苗外，亦立即召開專家會議討論應變方案等，並於108年度流感疫苗採購契約增訂疫苗停用或回收之補(賠)償及替(換)貨相關條款等；另未來將請地方衛生局協助宣導流感疫苗接種及提供便民接種服務，暨針對65歲以上老人及幼兒接種疫苗之重要性等議題製作文宣，透過跨界合作擴展宣導廣度，提升流感疫苗接種率。

圖9 流感疫苗累計接種量比較圖



註：1. 每年流感季為自10月起至隔年9月底為周期，如106至107年流感季為自106年10月1日(第40週)起至107年9月30日(第39週)。
2. 106至107年、107至108年流感季接種量分別列示106年10月起至107年第9週及107年10月起至108年第9週。
3. 資料來源：依疾病管制署提供資料繪製。

表35 65歲以上老人、國小學童及幼兒流感疫苗接種率統計表

接種對象	流感季	單位：%		
		105至106年	106至107年	107至108年(註3)
65歲以上老人(註1)		49.19	48.78	44.44
國小學童		74.34	74.55	67.62
幼兒(6個月以上至3歲以下)	幼兒曾經接種(註2)	81.43	80.23	90.10
	幼兒第1劑(註2)	45.67	50.07	34.13
	幼兒第2劑(註2)	30.39	37.61	27.20
幼兒(3歲以上至入學前)	幼兒曾經接種	64.13	60.15	57.98
	幼兒第1劑	19.48	14.35	10.32
	幼兒第2劑	9.75	7.01	4.14

註：1. 含機構內受照顧者及機構所屬工作人員。
2. 初次接種者接種2劑，第1、2劑間隔1個月以上；曾接種過者接種單1劑。
3. 107至108年流感季統計至108年5月底止。
4. 資料來源：整理自疾病管制署提供資料。

(十四) 食品藥物管理署因應國際間沙坦類原料藥檢出致癌不純物，隨即清查並回收使用問題原料藥之製劑，惟清查作業未盡完整，部分製劑藥品未能即時回收；又原料藥流向管理機制尚有不足，無法即時掌握問題產品流向之完整性，亟待研謀強化相關管理機制，以維國人用藥安全。

我國藥品之管理，包括藥品上市前須申請查驗登記，上市後，食品藥物管理署則透過變更管理、國內外藥品品質警訊主動監控、不良反應與療效不等通報、市售品抽驗及製造商稽查、藥品流通管理等，建立藥品安全監測機制。另為強化藥品源頭管理，依藥事法第 6 條規定，推動藥品追溯追蹤制度，實施以來，已公告血液製劑、疫苗、肉毒桿菌毒素 3 類藥品暨高關注類別 50 項製劑，納入實施範圍，期確保民眾用藥安全。本年度藥品管理相關預算數 5 億 9,248 萬餘元。經查相關業務之推動，核有：1. 107 年 7 月起，國際間陸續發生沙坦類 (Sartan) 原料藥檢出 N-亞硝基二甲胺 (下稱 NDMA) 等致癌不純物，該署隨即清查使用問題原料藥或同成分原料藥產製或輸入之製劑藥品，另請衛生局對相關原料藥及製劑進行抽驗，督導業者將受影響藥品下架回收，以確保民眾用藥安全。惟因抽驗原料藥僅侷限業者廠內仍有庫存之批號，未就效期內製劑使用之所有原料藥批次一併送驗，清查作業產生疏漏，致 108 年 2 月再接獲業者通報尚有留樣之原料藥檢出 NDMA 不純物，經該署追查及接獲其他業者陸續通報，始察覺仍有流通在外之製劑藥品使用同來源原料藥亦含不純物，再行要求業者進行回收 (表 36)。顯示原清查作業未盡完整，致部分問題製劑未能即時完成回收，影響國人用藥安全，並損及民眾對國內藥品安全之信心；2. 該署公告納入藥品追溯追蹤申報範圍僅為製劑藥品，尚未納入原料藥。國際間發生沙坦類 (Sartan) 原料藥含致癌物事件後，該署雖藉由藥品許可證及原料藥來源登錄等資料庫，掌握進口問題原料藥之製造商及輸入業者，其後仍須仰賴廠商提供之運銷紀錄，始能追查問題原料藥之後續流向。又經該署事後查核發現，部分廠商提供之運銷紀錄不確實，致未能於第一時間完整回收使用問題原料藥製劑產品，顯示現有管理機制尚有不足，未能即時掌握問題藥品流向之完整性；3. 藥品追溯或追蹤系統申報及管理辦法規定，藥品許可證持有人應申報之藥品追溯追蹤資訊，包含「製劑有效成分資訊」，惟該署考量自 105 年起已要求業者另行登錄原料藥來源，爰實務上，藥品追溯追蹤申報系統未納入相關欄位，惟倘業者具有多重原料藥供應來源者，尚難逕以查得每批製劑產製之原

表 36 Valsartan 問題原料藥受影響製劑回收一覽表

原料藥商	藥品	啟動回收日期
中國大陸 浙江華海 製藥公司	“永信”樂速降膜衣錠 80、160 毫克	107.7.7
	“生達”舒心樂膜衣錠 80、160 毫克	
	凡內膜衣錠 160 毫克	
	科適壓膜衣錠 80/12.5 毫克	
中國大陸 珠海潤都 製藥公司	“生達”舒心樂膜衣錠 80、160 毫克	107.8.2
	得平壓膜衣錠 5/80 毫克	
	利壓舒膜衣錠 80/12.5 毫克	
中國浙江 天宇製藥 公司 (註 2)	衛欣保膜衣錠 80、160 毫克	108.2.15
	“景德”定壓寧膠囊 80 毫克	108.2.27
	德壓悅膜衣錠 160 毫克	
	可德壓悅膠囊 80/12.5 毫克	
	易德壓悅膜衣錠 5/80 毫克	

註：1. 本表僅列 Valsartan 類藥品檢出 NDMA 不純物者。

2. 係業者通報 1 批 106 年留樣之原料藥檢出 NDMA，其後使用同一來源之原料藥亦檢出含 NDMA 不純物。

3. 資料來源：整理自食品藥物管理署發布新聞稿。

料藥來源，影響追查效率等情，經函請食品藥物管理署研謀改善，俾保障國人用藥安全。據復：1. 已要求衛生局若庫存數量及對照樣品留樣數量不足者，則對實際留存數量進行取樣，並將加強教育訓練宣導；2. 已要求輸入原料藥於進口報單及報驗申報系統填報原料藥批號，並將輸入自用原料藥通關資料提供衛生局查核使用情形，暨請衛生局加強督導及查核轄內原料藥藥商，確認儲存與販賣相關紀錄是否落實；3. 規劃於系統申報欄位新增相關欄位，介接藥證系統原料藥來源資訊供業者確認，預計於 108 年下半年啟用。

(十五) 政府為防制菸害維護國民健康，徵收菸品健康福利捐，惟部分受配項目仍有運用效率欠彰情事，亟待落實菸品健康福利捐評核機制，以提升政府資源運用效率。

政府為防制菸害，維護國民健康，制定菸害防制法，依該法第 4 條規定，徵收菸品健康福利捐，供作全民健康保險之安全準備、癌症防治、提升醫療品質、補助醫療資源缺乏地區、罕見疾病等之醫療費用、經濟困難者之保險費、中央與地方之菸害防制、衛生保健、社會福利、私劣菸品查緝、防制菸品稅捐逃漏、菸農及相關產業勞工之輔導與照顧等之用。本年度菸品健康福利捐徵收金額 281 億餘元（各分配項目之獲配、執行及待運用款項情形詳表 37）。按衛生福利部為完善菸品健康福利捐使用管理，前於 104 年 10 月 15 日修正菸品健康福利捐分配及運作辦法，新增第 5 條第 3 項，明定衛生福利部應就菸品健康福利捐使用成效、行政配合及預算執行狀況等進行評核，納入未來調整分配比率之參考。惟前開辦法修正後，有關菸品健康福利捐評核機制遲未完成建立，經本部多次函請衛生福利部及國民健康署檢討改善。嗣據該署函復稱，將依據菸品健康

福利捐分配及運作辦法規定，每年 4 月前請各受配單位提報菸品健康福利捐使用成效及執行狀況，適時陳報該部，納入未來調整分配比率之參考等。經查據該署統計，截至 107 年底止，累計待運用之菸品健康

表 37 107 年度菸品健康福利捐分配、執行及待運用款項情形表

單位：新臺幣百萬元

獲配機關	預算別	分配項目	分配數	執行數	累計待運用款項
合 計			28,127	(註1) 33,175	9,595
中央健康保險署	全民健康保險基金	全民健保安全準備	13,963	13,963	—
		罕見疾病等之醫療費用	188	188	—
	全民健康保險紓困基金	補助經濟困難者之保險費	1,396	800	1,063
國民健康署	菸害防制及衛生保健基金	罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健	6,569	9,875	3,480
疾病管制署	疫苗基金	提升預防醫學與臨床醫學醫	2,038	2,267	1,537
衛生福利部	醫療發展基金	療品質、補助醫療資源缺乏	1,087	3,000	2,210
	生產事故救濟基金	地區及辦理生產事故救濟等	169	163	14
	長照服務發展基金	長期照顧資源發展	837	(註2) 837	—
社會及家庭署	社會福利基金	中央與地方社會福利	1,396	1,484	471
財政部	公務預算	中央與地方私劣菸品查緝	265	196	371
		防制菸品稅捐逃漏	13	10	—
行政院農業委員會	農業發展基金	菸農及相關產業勞工輔導與照顧	200	386	445

註：1. 各分配項目獲配菸品健康福利捐係專款專用，其年度執行騰餘款滾存至以後年度繼續支用。表列部分分配項目之執行數超過分配數，係運用以前年度騰餘款支應。
 2. 長照服務發展基金之基金來源，主要為依法分配之稅課收入，併同獲配之菸品健康福利捐及華息收入，用於推動長照資源發展工作。表列「長期照顧資源發展」項目執行數，係以獲配數全額列示。
 3. 資料來源：整理自國民健康署提供資料。

福利捐數額為 95 億餘元，較 106 年底之 141 億餘元，減少 45 億餘元。惟有關財政部獲配之「中央與地方私劣菸品查緝」(分配比率為 1%) 1 項，據財政部提供資料，地方政府於 101 至 107 年度合計獲配金額 11 億 130 萬餘元，實支數 7 億 8,739 萬餘元，執行率僅約 7 成，賸餘款項或經渠等繳納市(縣)庫，或藉由專案保留或專戶存管等方式留供以後年度執行，截至 107 年底止，地方政府控留金額達 3 億 7,162 萬餘元，經以 101 至 107 年度平均每年實支數 1 億 1,248 萬餘元估算，尚可供支用 3 年；另衛生福利部依長期照顧服務法第 15 條第 1 項第 4 款規定，就菸品健康福利捐之 3% 分配供長照服務發展基金辦理長期照顧資源發展之用，本年度分配數額為 8 億餘元。惟該基金之來源，主要來自依法分配之稅課收入，本年度基金用途 162 億餘元僅占基金來源 363 億餘元之 44.79%，基金整體資源運用效率欠佳。顯示部分菸品健康福利捐受配項目仍有運用效率欠彰情事，經函請衛生福利部落實菸品健康福利捐評核機制，適時檢討調整分配比率，以提升政府資源運用效率。據復：業就各獲配單位執行成效、行政配合及預算執行狀況等召開檢討會議，於 108 年 5 月 24 日修正菸品健康福利捐分配及運作辦法，調降長期照顧資源發展等之分配比率，用以調增罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健、提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等項目分配比率。

(十六) 衛生福利部允宜參酌聯合國及行政院所訂永續發展目標，研擬公私立醫療院所相關指標項目，並督促所屬醫院配合國家政策落實 SDGs 作為，以善盡社會責任。

政府為引導國內企業善盡社會責任，臺灣證券交易所及財團法人中華民國證券櫃檯買賣中心分別於 103 年 11 月及 12 月發布上市、上櫃公司編製與申報企業社會責任報告書作業辦法，要求符合規範之上市、上櫃公司應編製企業社會責任報告書(Corporate Social Responsibility Report, 下稱 CSR 報告書)。經查國內公私立醫療院所雖非屬上揭作業辦法之適用對象，惟經檢視近 5 年來，計有高雄榮民總醫院等 7 家醫療院所(表 38)，為實踐企業對社會的責任並強化資訊揭露品質，自願編製 CSR 報告書。聯合國於 2015 年 9 月發表全球永續發展目標(Sustainable Development Goals, 下稱 SDGs)，規劃 17 項目標(Goals)，169 細項目標(Targets)，呼籲世界各國合力落實 SDGs；我國亦參考聯合國所訂 17 項 SDGs 訂定臺灣永續發展 18 項核心目標、142 項具體目標，作為我國推動永續發展各項工作重要依據。其中臺灣永續發展核心目標 3「確保及促進各

表 38 國內醫療院所編製 CSR 報告書情形表

醫院名稱	編製年度				
	103	104	105	106	107
高雄榮民總醫院		√			√
高雄市立小港醫院		√	√	√	√
高雄市立大同醫院					√
台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院	√				
中國醫藥大學附設醫院	√				
醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院				√	
基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院		√			

資料來源：本部自行整理。

年齡層健康生活與福祉」與我國醫療保健議題息息相關，而高雄榮民總醫院及高雄市立大同醫院為順應世界趨勢及配合國家政策，更分別於 2018 CSR 報告書及 2016—2017 CSR 報告書中，回應上開 17 項 SDGs 中之 13 項及 11 項，揭露該二院實踐 SDGs 相關作為，並獲得財團法人台灣永續能源研究基金會所頒獎項。鑑於各公私立醫院係肩負提供優質醫療服務照顧國民健康的重責大任，且醫院之設置目的與功能，係提供民眾身體及心理的健康與疾病之預防、檢查、治療復健、護理、照顧等，其經營之良窳與民眾息息相關，衛生福利部允宜參考我國永續發展核心目標與各項具體目標，及上揭醫院推動情形，研擬公私立醫療院所永續發展關鍵指標項目，強化建立與 SDGs 之連結機制，並持續檢視現行法規有無不足情形，俾利各公私立醫院配合國家政策落實 SDGs 作為，經函請衛生福利部研謀改善。據復：將參考行政院所訂永續發展核心目標，整合國內經濟、社會、環境等面向，適時規劃公私立醫療院所永續發展關鍵指標項目，並持續督促所屬醫院推動落實永續發展核心各項具體目標，藉由健康教育、癌症篩檢宣導社區健康活動等活動，配合國家政策落實 SDGs 及企業社會責任。

(十七) 衛生福利部所屬部分醫院面臨鄰近新設醫院競爭，挑戰日趨嚴峻，又部分醫院位處醫療資源缺乏地區，醫護人力不足且營運績效不佳，允宜研謀妥處，以提供適切之醫療照護服務。

衛生福利部所屬醫院為國內服務涵蓋範圍最大之公立醫院體系，包含綜合醫院與專科型醫院共 26 家醫院，為實踐國家公共衛生政策，其任務包括社區醫療服務、預防保健、偏遠離島地區醫療服務、弱勢族群照護、精神衛生、長照業務等。經查其營運情形，核有下列事項：

1. 部分醫院面臨鄰近新設非公立醫院競爭，允宜積極檢視各公立醫院設置之功能及任務，審慎評估非公立醫院之設立及擴充，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布：近年來醫療財團法人、醫療社團法人及私立醫學院校附設醫院大量興設，96 年底全國設有 79 家公立醫院，數量尚較醫療財團法人醫院、醫療社團法人醫院、私立醫學院校附設醫院等 3 類合計 74 家非公立醫院為高，惟截至 106 年底止，全國設有 80 家公立醫院，上開醫療財團法人醫院等 3 類非公立醫院之數量已大幅增加至 140 家(表 39)，公立醫院營運面臨之挑戰日趨嚴峻，部分醫院須與鄰近新設醫療財團法人醫院或私立醫學院校附設醫院競爭，如臺北醫院及樂生療養院鄰近之輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院自 106 年 9 月起營運，豐原醫院鄰近之佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院自 96 年 1 月起營運，彰化醫院鄰近之彰化

表 39 公立醫院與非公立醫院家數統計表

單位：家

類別	公立醫院	非公立醫院 (註 1)			
		小計	醫療財團法人醫院	醫療社團法人醫院	私立醫學院校附設醫院
96	79	74	8	57	9
97	79	89	20	57	12
98	79	99	26	59	14
99	81	102	28	59	15
100	81	106	33	61	12
101	82	111	37	62	12
102	81	116	39	63	14
103	81	120	39	65	16
104	81	127	43	68	16
105	81	134	47	70	17
106	80	140	52	70	18

註：1. 本表不包含宗教財團法人附設醫院、公益法人所設醫院、私立西醫醫院、私立牙醫醫院、私立中醫醫院等類別之非公立醫院。

2. 資料來源：整理自 96 至 106 年度全民健康保險統計。(107 年度之資料尚未公布)

基督教醫療財團法人員林基督教醫院自 104 年 7 月起營運，南投醫院鄰近之亞洲大學附設醫院自 105 年 8 月起營運，皆對各該公立醫院之營運產生衝擊，又各醫院普遍存有醫護人力不足之困境，各公立醫院雖已研擬各項因應措施，如更新醫療儀器設備，擴建醫療大樓，或由衛生福利部編列公務預算補助所屬醫院人事費，或另編列補助計畫預算以補充各醫院欠缺之醫師人力等，惟為避免在過度競爭之醫療環境下誘發不正常之醫療需求，造成醫療儀器設備之重複投資，浪費有限之健保醫療資源及政府預算，暨有限之醫護人力負擔過重之照護工作，執業環境日趨惡化等，經函請衛生福利部積極檢視各公立醫院設置之功能及任務，審慎評估非公立醫院之設立及擴充，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，整合醫療資源及落實分級醫療，促使各醫療院所以醫療合作之營運模式取代以競爭為導向之醫療環境，均衡分配醫療資源，俾使醫療照護體系永續發展，提供民眾適切之醫療照護服務。據復：(1) 中央健康保險署逐步推動分級醫療六大策略，並積極推動醫療體系垂直整合；(2) 醫院設立或擴充許可辦法已明定相關規範，除避免大型醫院之過度擴充外，對於病床資源擴充，進行審慎評估及審查，以均衡醫療資源分布。

2. 部分醫院位處醫療資源缺乏地區，醫護人力不足且營運績效不佳，亟待妥為因應，俾促使永續經營，以達成設定之角色與功能：為維護偏鄉民眾健康，衛生福利部所屬醫院約有三分之二為偏遠離島地區及特殊功能醫院，提供必要之急重症與特殊醫療服務，該部為達成所屬醫院轉型目標及改善醫事人力服務量能，推動醫療資源整合相關措施。經查該部所屬醫院間人力支援以短期為主，且未建立定期調查醫院人力需求機制，影響支援成效及醫病關係建立等情，前經本部函請檢討改善，該部業研擬相關改善措施，惟其執行情形，仍核有：(1) 朴子醫院雖由衛生福利部所屬其他醫院支援多位醫師人力，並與長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院建立醫療合作關係，仍缺乏多項科別醫師人力；(2) 恆春旅遊醫院長久以來醫師人力不足，尚無兒科等科別醫師，且多項專科僅有 1 名醫師，又護理人力不足且離職率高；(3) 花蓮醫院面臨鄰近醫院競爭，醫護人力羅致困難，門診人次逐年下降，且缺乏家庭醫學科等 5 個科別醫師；(4) 臺東醫院雖經衛生福利部以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緊急醫療照護服務獎勵計畫，由雙和醫院、秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院支援神經科等科別醫師，並由該部所屬其他醫院及鄰近醫院支援多位醫師，惟仍缺乏婦產科等 3 個科別醫師人力等情，經函請衛生福利部檢討妥為因應。據復：(1) 朴子醫院將結合社區資源，強化與附近醫療院所合作；(2) 恆春旅遊醫院將積極招募醫師及護理人力；(3) 花蓮醫院與佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院建立醫療合作機制；(4) 臺東醫院與台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院、東基醫療財團法人台東基督教醫院進行醫療合作。

(十八) 衛生福利部為因應失智人口逐年攀升，推動失智症防治照護政策綱領暨行動方案，辦理各項失智照護計畫，惟所屬醫院服務量能尚待提升，仍待加強與其他機構、醫療院所聯繫合作，以多方發掘疑似失智個案，提供確診及相關醫療照護。

為因應失智防治照護之需求，衛生福利部自 102 年起陸續推動辦理失智照護服務計畫、失智友善示範社區計畫、失智症預防推廣計畫、預防及延緩失能照護計畫等相關計畫，並自本年

度起將上開計畫整併為「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」，編列預算（含公務預算及長照服務發展基金）5 億 2 千萬餘元，該部所屬醫院除申請設置「失智社區服務據點」、「失智共同照護中心」外，亦設立失智專門門診、失智床位，服務並收治失智（或疑似失智）患者，暨提供出院準備服務，使病患在出院後能妥善得到完整且持續之照顧。經查執行情形，核有：1. 嘉義醫院因專科醫師人力不足，失智特別門診診次逐年下降，且所布建之社區關懷站集中於院址附近，影響服務提供之可近性，仍待提升失智病患之門診照護及社區服務量能；2. 桃園及臺中醫院辦理失智共同照護中心計畫，協助疑似個案獲得早期診斷早期治療，惟所照護個案多在失智共同照護中心照護前已獲確診；且多數為自家醫院門診轉介，仍待加強與其他機構、醫療院所聯繫合作，以多方發掘疑似失智個案，提供確診服務；3. 新營醫院辦理失智照護服務據點計畫，因設置之照護據點交通不便，致所提供之認知促進及緩和失能活動等服務參與人次不足；4. 臺東醫院、澎湖醫院、桃園醫院新屋分院及臺東醫院成功分院等 4 家醫院或因醫師異動，或因專科醫事人力不足，尚未加入醫院以病人為中心失智門診整合照護計畫等情，經函請衛生福利部研謀改善。據復：1. 嘉義醫院已自 108 年度起與長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院合作，增加神經內科診次，並結合社區發展協會活動，及配合嘉義市市民整合性篩檢活動，擴大辦理失智宣導及篩檢，以提升社區照護及醫療服務量能；2. 桃園醫院將積極與其他院所合作，並於醫療群合作會議中宣導，如有疑似個案可轉介至該院門診、臺中醫院將與當地組織、學校及公部門合作，建立失智友善社區網絡，促進疑似個案篩檢、轉介與資源連結，以提升失智個案之發掘；3. 新營醫院已結合社區活動，擴大宣導及推廣，截至 108 年 5 月底止，各項服務已達預期，並持續與其他科別醫師合作，增加個案來源，以提升服務量能；4. 各該醫院將持續積極招募醫師，並與其他醫療院所合作，充實醫事人力。

（十九）衛生福利部所屬醫院為服務民眾已辦理各項健康檢查服務，惟部分醫院之檢查品質有待提升，或自費檢查定價未進行成本效益分析，或提供同一對象成人預防保健服務及公教健檢，存有相同檢查項目情事，允宜研謀改善，以提供適切之健康檢查服務。

衛生福利部所屬醫院提供成人預防保健、兵役體檢、勞工體檢、一般健檢、公教人員健檢等健康檢查服務，105 至 107 年度服務人次分別為 41 萬餘人次、42 萬餘人次、42 萬餘人次，產生之醫療收入分別為 3 億 9,703 萬餘元、4 億 5,009 萬餘元

表 40 衛生福利部所屬醫院辦理役男徵兵檢查入營後驗退（停止訓練）率高於全國比率統計表

單位：%

醫院名稱	105	106	107
全國驗退（停止訓練）率	0.56	0.55	0.49
南投醫院	0.58	0.79	0.53
新營醫院	0.65	0.68	※
臺北醫院	0.66	※	0.54
屏東醫院	0.72	0.69	0.75
豐原醫院	0.78	※	※
臺中醫院	0.78	※	0.59
基隆醫院	0.82	0.58	0.70
臺南醫院	0.84	0.75	0.70
桃園醫院	1.00	※	※
花蓮醫院	※	0.77	0.65
旗山醫院	※	1.04	0.78
苗栗醫院	※	※	0.76
嘉義醫院	※	※	0.66
臺東醫院	※	※	0.74

註：1. 「※」代表該醫院辦理役男徵兵檢查入營後驗退（停止訓練）率低於全國平均比率。

2. 資料來源：整理自各該醫院及內政部役政署提供資料。

、4 億 7,362 萬餘元。經查執行情形，核有：1. 所屬醫院接受勞動部勞工體格與健康檢查醫療機構檢查品質及管理分級訪查結果，有多項待改善事項，且花蓮醫院、桃園醫院、桃園醫院新屋分院因違反辦理勞工體格與健康檢查醫療機構認可及管理辦法規定，遭主管機關罰鍰處分，又南投醫院等 14 家醫院辦理役男徵兵檢查，役男入營後之驗退（停止訓練）比率高於全國平均比率（表 40），健檢品質有待提升；2. 玉里、基隆及南投醫院訂定自費健檢套餐定價，未進行成本效益分析，致部分自費健檢套餐定價低於醫院付出之成本價，又金門醫院雖有辦理成本效益分析，仍有部分套餐之定價低於成本價（表 41）；3. 桃園醫院等 9 家醫院同一年度提供同一對象成人預防保健服務及公教健檢，存有相同檢查項目，造成醫療資源浪費（表 42）等情，經函請衛生福利部督促檢討改進。據復：1. 已透過內部稽核監測改善所屬醫院辦理役男徵兵檢查品質，並督促建置健康檢查品質管理機制；2. 已督促所屬醫院健檢套餐收費，應進行成本分析確實掌控成本收益問題，避免定價低於成本價之情事發生；3. 已函請所屬醫院辦理公教健檢、成人預防保健或癌症篩檢時，應儘量避免相同項目重複檢查，以免造成醫療資源浪費。

表 41 衛生福利部所屬醫院健康檢查自費套餐定價低於成本價明細表

單位：新臺幣元

醫院名稱	年度	自費套餐名稱	定價	成本價
玉里醫院	106	勞工健檢（平均）	1,119	1,240
	107	自費體檢（平均）	773	840
基隆醫院	105	公教健檢套餐(女)	3,500	4,186
南投醫院	105 至 107	癌症標誌篩檢	1,200	1,600
	105 至 107	肝腎篩檢 A	1,000	1,945
	105 至 107	肝腎篩檢 B	1,400	2,545
	105 至 107	自費 3500A	3,500	5,087
	105 至 107	自費 3500B	3,500	5,047
	105	公教健檢	3,500	5,322
	105 至 107	公教健檢 A	3,500	5,322
	105 至 107	公教健檢 B	3,500	5,232
	105 至 107	健康檢查活專案 A	12,000	14,237
	105 至 107	健康檢查活專案 B	12,000	14,355
金門醫院	105 至 107	一日健檢 A	3,500	3,898
	105	高階健檢	7,000— 12,000	11,200— 12,500
	105 至 107	公教特惠健檢	3,500	3,675
	105 至 107	肝膽腸胃套餐	3,500	4,329

資料來源：整理自衛生福利部所屬各醫院提供資料。

表 42 衛生福利部所屬醫院提供同一對象成人預防保健服務及公教健檢相同檢查項目人數統計表

單位：人

醫院名稱	年度	人數	醫院名稱	年度	人數
合計	105	9			
	106	21			
	107	34			
桃園醫院	106	1	嘉義醫院	106	4
花蓮醫院	105	1		107	1
	107	1	南投醫院	105	1
樂生療養院	106	1		106	1
新營醫院	106	2	臺北醫院	105	4
	107	1		106	9
臺東醫院	105	1		107	25
	106	3	苗栗醫院	105	2
	107	4		107	2

資料來源：整理自衛生福利部所屬各醫院提供資料。

（二十）衛生福利部持續推動優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務政策，已見成效，惟各機關對政策與規定之瞭解，及優先採購比率、項目均有不足，允宜加強宣導及更新調整法定比率與項目，以促進身心障礙者就業權益。

聯合國於 2006 年通過「身心障礙者權利公約」（CRPD，圖 10），期能確保身心障礙者充分

及平等享有一切人權和自由，其中第 27 條揭櫫：「締約國承認身心障礙者享有與其他人平等之工作權利；此包括於一個開放、融合與無障礙之勞動市場及工作環境中，身心障礙者有自由選擇與接受謀生工作機會之權利。締約國應採取適當步驟，防護及促進工作權之實現。」行政院為維護身心障礙者權益，並扶助其自力更生，於 69 年 6 月 2 日制定公布殘障福利法、96 年 7 月修正名稱為身心障礙者權益保障法（下稱身權法），其中於第 69 條規定各級政府應優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場（下稱身障廠商）所生產之物品及提供之服務，並授權中央主管機關（原為內政部，自 102 年 7 月起改為衛生福利部，下稱衛福部）於 94 年 10 月 12 日訂定「優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務辦法」（下稱優採辦法），明定適用之採購案、應優先採購之項目（依衛福部公布，計有 16 類 56 項，下稱優採品項）、辦理方式及最低採購比率（5%）等。優採辦法施行 13 年以來，全國各義務採購單位與身障廠商成交之採購金額逐年增加，自 96 年之 3 億 6,193 萬餘元，成長至 106 年之 7 億 8,576 萬餘元，且未達各義務採購單位每年度應採購優採品項所應達一定比率 5% 之義務採購單位逐年減少，自 96 年之 2,335 個單位，降低至 106 年之 136 個單位（表 43），已見成效。經查該部推動優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務政策（下稱優採政策）情形，核有下列事項：

1. 各機關採購人員對政策及規定欠缺適足瞭解，辦理採購身障廠商生產之物品及服務疏漏頻仍，亟待加強辦理宣導與教育訓練，及研議訂定或修正投標須知與契約範本：各機關優先採購身障廠商生產物品及服務（下稱身障採購）涉及法令，除政府採購法（下稱採購法）外，主要係身權法第 69 條，及依該條第 3 項授權訂定之優採辦法。該辦法雖僅 10 條，規範內容卻與一般採購程序有別，且實務作業上尚須參考衛福部公布之優採辦法 Q&A 及「優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及提供服務採購作業手冊」（下稱優採作業手冊），其部分規範又較為少見。惟衛福部針對全國 6,786 個義務採購單位，於 106 及 107 年度各辦理 5 場身障採購訓練，多僅涉及優先採購網路資訊平臺（下稱優採平臺）之技術操作，且 105 年度未辦理相關訓練，政策宣導及法令、實務訓練不足，致優採辦法實施迄 107 年底已逾 13 年，一般採購承辦或監辦人員對政策及規定仍欠缺適足瞭解，辦理身障採購疏漏頻仍。鑑於政府為回應聯合國永續發展目標（Sustainable Development Goals, SDGs），已於 107 年 12 月 14 日通過臺灣永續發展目標，其中核心目標 1 之第 4 項具體目標揭示：「增進全體國民，特別是弱勢群體，在創業、就業、貸

圖 10 身心障礙者權利公約



資料來源：整理自衛福部網站。

表 43 全國各義務採購單位與身障廠商成交之採購金額及未達一定比率單位數

單位：新臺幣千元、個

年度	採購金額	未達一定比率 (5%)之義務 採購單位數
96	361,930	2,335
97	434,812	1,309
98	519,231	806
99	538,152	545
100	609,964	662
101	664,493	322
102	649,708	166
103	696,358	113
104	720,978	84
105	725,692	92
106	785,768	136

註：1. 107 年度正由各機關彙整中，故無 107 年度資料。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

款、融資、居住、土地所有權等之保障與平等權」，經建請衛福部持續加強辦理優採政策宣導及相關法令教育訓練，以減少各機關人員誤用法規情事；並就機關辦理身障採購應遵循規定，協同行政院公共工程委員會（下稱工程會）研議訂定投標須知與契約範本，或於現行範本增列相關規範之可行性，俾利機關採購人員正確順遂辦理身障採購作業，增加採購實效，期藉由政府機關採購之量能，保障及促進身心障礙者就業權益。據復：將就本部調查結果之「各級政府辦理身障採購過程缺失事項一覽表」列為案例，通函各義務採購單位注意勿犯相同缺失；爭取資源加強辦理教育訓練，並宣導鼓勵各義務採購單位於採購優採品項時多採行優採程序，支持政府扶助身障廠商之政策；將邀請工程會研商將優採辦法相關規定納入投標須知及契約範本，或另訂身障採購投標須知與契約範本。

2. 身障廠商因難以低價與一般廠商競爭而無法承攬，允宜適度鼓勵各機關洽身障廠商採購：身心障礙者由於身、心受到限制，其所生產之物品或提供之服務若無適當給予扶助，難以在市場與一般企業競爭；另優採辦法第 2 條第 2 項之立法意旨亦稱，為使採購單位訂定底價較有彈性，明定義務採購單位可衡量機構、團體營運狀況，或基於扶助之目的，斟酌實際情形訂定底價。經本部抽查各機關 105 至 107 年辦理身障採購情形，因一般廠商以相對身障廠商之較低價格投標，致身障廠商無法跟進及承攬者計 32 件；另經抽查疾病管制署等 8 機關辦理採購，訂定底價時未參考身障廠商報價者計 17 件，其中 6 件身障廠商無法跟進及承攬；又對照現行未達公告金額採購朝機關彈性運用採購策略及鬆綁方向進行之政策，適度鼓勵各機關以逕洽身障廠商方式辦理身障採購，並未違背該政策精神，惟各機關 105 至 107 年辦理未達公告金額之身障採購案件計 2,395 件，其中 2,068 件係以公開方式辦理，僅 327 件（13.65%）逕洽身障廠商採購。經建請衛福部督促各機關辦理身障採購時，妥適訂定底價，或適度鼓勵以逕洽身障廠商方式辦理，期能改善身障廠商無法於價格上與一般廠商競爭之現況。據復：將通函各義務採購單位於辦理身障採購訂定底價時，確依優採辦法第 2 條第 2 項規定意旨，考量身障廠商營運成本因素，參考身障廠商之報價訂定合理底價；並建議可視業務性質及個案特性，優先依優採辦法第 4 條第 1 項第 2 款規定，不經公告程序，邀請 2 家以上或僅邀請 1 家身障廠商比價或議價。

3. 政府機關提供身障採購數量與金額尚有不足，允宜定期落實檢討優採辦法之一定比率及優採品項：經本部進行問卷調查結果，部分身障廠商以政府身障採購為主要收入來源，惟政府機關提供採購數量與金額尚有不足。優採辦法施行迄今，各義務採購單位每年度辦理身障採購應達一定比率皆維持 5%，係衛福部認為尚有機關無法達到一定比率，或部分縣市身障廠商較少等，而未考量多數機關均已能達該規定比率，甚至有多個機關年度採購比率逾 50%〔以 106 年度為例，計 1,638 個義務採購單位（24.13%）採購比率在 50% 以上〕，即長期維持同一比率，尚欠合理；另該部自 95 年 1 月 24 日修正發布優採辦法第 3 條之優採品項後，迄 108 年 6 月 30 日止未再調查新增，而目前已有部分身障廠商新增優採辦法第 3 條優採品項以外之物品及服務；又 105 及 106 年度全國機關身障採購總金額分別為 11 億餘元及 12 億餘元，其中經公告或議價未能決標予身障廠商，而依優採辦法第 5 條規定可計入身障廠商承攬金額達 4 億餘元，即該 2 年度實際由身障廠商承攬之採購金額僅為優採辦法規定列計者之 6 成（表 44），顯示依

現行優採辦法規定，列計之採購金額與比率無法反映身障廠商實際承攬情形。經建請衛福部定期落實檢討一定比率之適切性，妥為評估調整，及重新調查各身障廠商生產物品及服務項目，妥予更新，並檢討優採辦法

表 44 衛福部公布身障採購執行情形表

單位：新臺幣千元、%

年度	合計	決標予身障廠商採購金額	決標予身障廠商金額比率	未能決標予身障廠商採購金額(註1)	未能決標予身障廠商金額比率
105	1,161,687	725,692	62.47	435,995	37.53
106	1,207,957	785,768	65.05	422,189	34.95

註：1. 指經公告或議價程序仍未能決標予身障廠商之採購金額。

2. 資料來源：整理自衛福部網站公布資料。

有關未決標予身障廠商卻仍可列計為身障廠商承攬金額之合理性，據以適時修正，以落實身障法第 69 條扶助身障廠商之意旨。據復：已辦理委託研究，正研議優採品項之增減方向，並檢討現行採購金額列計方式之妥適性，適時予以修正，以確實反映身障廠商實際承攬情形；另將依優採辦法第 9 條規定落實每年檢討身障採購之一定比率。

4. 介接政府電子採購網決標公告資訊未善加運用，且介接資訊尚有不足，允宜強化優採平臺身障採購輸入與統計彙整功能：衛福部優採平臺每日介接工程會政府電子採購網之未達公告金額身障採購決標公告資訊，惟該部未善加利用介接資訊，仍由各機關以人工方式，逐案於平臺填報採購資訊；另因介接案件未包含未採行優先採購程序之優採品項採購案，無法獲得優採平臺中「未採行優先採購程序之採購優採品項金額」，介接資訊尚有不足。經統計 106 年度身障採購件數小於 5 件且年度採購比率為 100% 之義務採購單位，其中 9 個單位未將未採行優先採購程序之優採品項金額依規定填報於優採平臺，若予列計並重新計算，將有 6 個單位實際採購比率未達 5% 規定，顯示現行以人工逐筆填報方式，除易因人工作業疏漏未填報，肇致統計數據失真，且其年度採購比率易受人為操控窗飾，不易反映真實身障採購成果。經建請衛福部檢討主管統計與管理需求，研議利用已介接政府電子採購網資訊，自動載入優採平臺「採購資料填報」對應欄位，或協同工程會增加決標公告欄位擴充介接資訊，以降低衛福部審核與各機關填報等行政作業負擔，並提升優採平臺揭露身障採購資訊真實性。據復：將商請工程會協助於決標公告新增「得標廠商是否屬身心障礙福利機構團體或庇護工場」等欄位，併同介接至優採平臺；另將新增系統功能，由政府電子採購網介接資訊自動帶入優採平臺適當欄位，以降低各機關填報行政作業負擔。

5. 利用優採平臺公告身障採購需求之義務採購單位比率不高或流於形式，另平臺所公布資料部分內容顯欠允當或已陳舊，允宜檢討修正優採辦法關於小額採購資訊公告作業規定，及定期檢討更新平臺資訊：現行相關法令對於小額身障採購公告作業方式、公告期間或公告內容，並未有明確規範，全國 6,786 個義務採購單位中，106 年度僅有 973 個義務採購單位 (14.34%) 利用優採平臺公告功能，公告 10 萬元以下之採購資訊；該等公告案件數計 1 萬 3,618 件，其中公告起始日為週五、公告截止日為週一者計 1,629 件，身障廠商若未於例假日營運者，即可能無法注意到採購資訊而喪失參與投標機會；甚有公告起始日即為公告結束日、公告期間

僅為 2 日，公告期間明顯過短情形，身障廠商可能未及發覺及參與。另優採辦法 Q&A 第 6 點記載，參與投標之身障廠商標價須在底價以內始有優先決標權利，若非底價以內將無優先決標權，惟優採辦法第 4 條所定機關得辦理優先採購之決標方式，尚無該等排除優先決標權利之規定，該說明除與優採辦法規定有間，亦將排除部分身障廠商得標承攬權利。經抽查各機關 105 至 107 年辦理身障採購情形，身障廠商因標價未在底價以內，義務採購單位爰依上述 Q&A 說明排除其優先決標權利者計 24 件；又優採平臺所公布之身障採購相關文件，部分資料內容長期未予檢視修正，致與現況不符。經建請衛福部鼓勵各機關多利用優採平臺公告小額身障採購資訊，並研酌檢討修正優採辦法，增訂關於小額採購資訊公告作業規定，或於優採作業手冊加以規範，以滿足身障廠商獲取採購資訊需求，並防堵機關公告程序流於形式；另定期檢討更新優採平臺文件資料，參考工程會對各機關執行採購疑義，除即時予以解釋，並於網站設立專區，蒐整置放解釋函令，以供各機關隨時查詢參考，俾落實優採辦法規定與增進身障採購成效。據復：將通函各義務採購單位，鼓勵其辦理小額優採品項採購時多加利用優採平臺之公告功能，且應至少有 3 工作日之等標期，方得依優採辦法第 5 條第 1 款列計年度採購成果；另將檢討修正優採辦法關於小額身障採購之公告作業方式、期間或內容，以滿足身障廠商獲取採購資訊之需求。

五、上年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 106 年度審核報告內列重要審核意見 20 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 2 項、處理中者 7 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者計 11 項（表 45），其中仍待繼續改善者，經再研提審核意見 2 項通知檢討改善。

表 45 106 年度審核報告所列衛生福利部主管重要審核意見覆核辦理情形表

重要審核意見標題	說明
仍待繼續改善	
(一) 整建長照衛福據點計畫前瞻特別預算經費執行率欠佳，且部分資源佈建進度未如預期，允宜檢討改善，以提升計畫執行成效。	因衛生福利部推動整建長照衛福據點計畫仍有經費執行率欠佳等情，業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(三)」。
(二) 衛福部為達成所屬醫院轉型目標及改善其醫事人力，推動醫療資源整合相關措施，惟所屬醫院間人力支援以短期為主，且未建立定期調查醫院人力需求機制，影響支援成效及醫病關係建立，允宜研謀改善，以提升所屬醫院服務量能。	因衛生福利部所屬部分醫院面臨鄰近新設醫院競爭，且醫護人力仍有不足，經再研提審核意見詳「四、重要審核意見(十七)」，並經監察院立案調查，該院尚在處理中。
處理中	
(一) 政府已建置跨部會食品雲，期提升食品安全管理效能，惟資料後續勾稽運用，仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以發揮系統建置綜效，強化食品安全管理體系。	前經監察院立案調查，該院尚在處理中。
(二) 政府為因應國內新興毒品濫用問題，提出「醫療處遇為主戒治為輔」之反毒策略，惟國內現有藥癮戒治醫療資源仍有不足，允宜研謀因應，提升服務量能，以滿足未來藥癮戒治需求。	
(三) 腦中風為國人死亡與失能主要原因，惟因民眾對急性症狀認知不足，多數病患未能及時送達醫院，且部分偏鄉仍較缺乏居家醫療及長照相關資源，尚難滿足患者支持性復健需求，允宜研謀改善，以強化腦中風醫療照護品質。	

表 45 106 年度審核報告所列衛生福利部主管重要審核意見覆核辦理情形表（續）

重要審核意見標題	說明
處理中	
(四) 我國早於 85 年起推動安寧療護，惟相關療護資源分配不均，且多數民眾仍係於自身或家屬罹病末期才得知相關資訊，或部分潛在需求族群尚未接受安寧療護等情事，允宜賡續推廣強化教育與宣導，以落實安寧療護在地化之政策目標。	前經監察院立案調查，該院尚在處理中。
(五) 二代健保已建立保險財務收支連動機制，惟保險收支存在結構性失衡，且仍有醫療浪費情事，亟待研謀改善，俾確保健保長期財務健全，建立永續之健康照護保險體制。	前經監察院立案調查，該院業提出調查報告。
(六) 政府已推動設置兒童發展聯合評估中心，並開辦全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案，以期早期發掘發展遲緩兒童，提供妥適醫療照護服務，惟聯評資源尚有不足，參與前開方案院所仍少，亟待研謀改善，提升服務資源可近性，維護兒童健康。	前經監察院立案調查，該院尚在處理中。
(七) 衛福部所屬醫院定位為社區型醫院，惟囿於專科醫師人力不足或未主動與當地基層診所合作，仍有部分醫院未加入健保居家醫療照護整合計畫及家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群，允宜研謀改善，以深化社區醫療服務角色。	
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(一) 政府推動食品業者登錄及追溯追蹤電子申報制度，期健全食品安全管理制度，惟登錄作業未盡便民，追溯追蹤資料申報品質仍有疑慮，亟待研謀改善，以提升食安管理效能，維護國內食品安全。	
(二) 政府為發展以社區為基礎之長照服務體系，持續推動社區整體照顧服務體系，惟制度面及執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以利長照資源發展與整合。	
(三) 兒童托育服務量能已逐年擴增，惟公私協力托嬰中心之供給仍有不足，訪視稽查公告作業間有未盡周妥之處，亟待研謀改善，以滿足民眾托育需求，並健全托育管理制度。	
(四) 兒童與少年未來教育及發展帳戶有助弱勢兒少累積資產，惟參與人數未及原推估人數之 3 成，允宜積極研謀改善，以利弱勢兒少自立發展。	
(五) 政府持續推動身心障礙證明核（換）發及需求評估作業，惟相關業務執行仍有未盡周妥情事，允宜檢討研謀改善，以維身心障礙者權益。	
(六) 衛福部為強化緊急醫療救護體系，獎勵大型醫院支援急重症照護人力，期充實偏鄉在地醫療照護能力，惟支援人力更迭頻繁，計畫亦面臨財源縮減、醫師人力短缺問題，恐難以為繼，又緊急醫療能力分級評定尚乏全面且持續性之追蹤監測機制，允宜研謀改善，以維護急重症患者就醫權益與醫療照護品質。	
(七) 衛福部為促進醫療資源均衡發展，持續推動醫療網計畫，全國急性一般病床平均每萬人口許可數已達規劃目標，惟相關規範久未檢討修訂，國內病床資源分布仍有不均情事，允宜研謀改善，以引導醫療資源合理配置。	
(八) 衛福部為提升國人心理健康，辦理「國民心理健康促進計畫」，惟所屬醫院精神醫療業務執行情形，尚有超長住院、相關人力負荷過重及收案標準不一等情事，允宜研謀改善，以維精神病患照護品質。	
(九) 健保署為維護有限醫療資源，協助民眾自我健康管理，建置健保醫療資訊雲端查詢系統與健康存摺，並獎勵醫事服務機構上傳醫療資訊充實系統內涵，惟資料上傳即時性仍有大幅提升空間，又健康存摺普及度不高，亟待研謀改善，以充分發揮系統建置功能。	
(十) 國民健康署推動四癌篩檢服務，期早期發現早期治療，降低國人癌症死亡率，惟市縣間服務利用存有大幅落差，又肺癌高居國人癌症死因之首，惟國內尚乏實證研究成果可供制定肺癌早期篩檢政策參考，亟待研謀善策，並加速推動相關研究，以維國人健康。	
(十一) 菸品健康福利捐獲配及運用資訊已公開揭露，強化政府資訊透明度，惟運用成效評核機制迄未落實，亟待研謀改善，以維護政府資源運用效益。	