財政部

政府有償取得公共服務政策評估標的
「衛生福利及醫療設施」
政策評估報告

委託機關：財政部

研究單位：臺灣野村總研諮詢顧問股份有限公司

中　華　民　國　1　1　3　年　1　2　月

目錄

第 1 章 政策評估執行方式說明 1-1

1.1. 政策評估之背景與目的 1-1
1.1.1. 政府有償取得公共服務模式簡介 1-1
1.1.2. 政策評估之目標及效力 1-2
1.2. 政策評估之架構與流程 1-2
1.2.1. 評估機關 1-2
1.2.2. 評估標的 1-2
1.2.3. 整體評估流程 1-3
1.2.4. 專家會議辦理程序 1-4
1.3. 本次政策評估說明 1-9
1.3.1. 本次評估標的介紹 1-9
1.3.2. 定性評估方式 1-13
1.3.3. 定量評估方式 1-15

第 2 章 定性評估資料 2-1

2.1. 必要性—「民生基本需求」 2-1
2.2. 必要性—「政府應負擔義務」 2-5
2.3. 必要性—「設施覆蓋率或服務供給量不足」 2-8
2.4. 優先性—「擴大社會效益」 2-15
2.5. 優先性—「施政優先程度」 2-17
2.6. 迫切性—「政府專業人力資源不足」 2-23
2.7. 迫切性—「政府財政調度資源有限」 2-28

第 3 章 定量評估資料 3-1

3.1. 定量評估方法說明 3-1
3.2. 本次評估事項分析—量化計算部分 3-4
3.2.1. 第一項 A.服務品質提升效益 3-9
3.2.2. 第二項 B.資產維護水準提升效益 3-14
3.2.3. 第三項 C.設施服務提早實現效益 3-18
3.2.4. 第四項 D.委託民間辦理風險值 3-21
3.3. 本次評估事項分析—非量化計算部分 3-31
3.3.1. 外部效益 3-31

3.3.2. 外部成本 3-33

第 4 章 政策評估結論 ..... - 1 -

圖目錄

圖 1-1 政府有償取得公共服務整體評估流程.....1-4
圖 2-1 近十年全台人口三階段年齡結構變化趨勢圖.....2-9
圖 2-2 近十年全台撫養比趨勢圖.....2-9
圖 3-1 定量評估計算假設條件說明.....3-4
圖 3-2 促參案終止後政府額外支付費用總計計算概念說明.....3-21
圖 3-3 政府額外投入資產買回之費用之計算概念說明.....3-22
圖 3-4 剩餘年期比例之概念說明.....3-23

表目錄

表 1-1 本次評估標的說明表.....1-9
表 1-2 定性評估之評估原則及審定配分.....1-13
表 1-3 定量評估之評估原則及審定配分.....1-15
表 2-1 全國各縣市 112 年 1-12 月長照服務涵蓋率統計表.....2-10
表 2-2 長照住宿式機構 41 個資源網區劃分表（112 年度）.....2-12
表 2-3 長照住宿式服務資源獎助布建區域（112 年度）.....2-14
表 2-4 112 年(截至 8 月底)全國各縣市住宿式機構人力統計表.....2-26
表 2-5 地方政府長照設施新建或修繕相關補助計畫彙整表.....2-30
表 2-6 106 至 112 年度長照基金基金來源、用途及餘絀概況表.....2-31
表 2-7 近年各項稅收挹注長照基金概況表.....2-32
表 2-8 108 年各地方政府推動辦理長照 2.0 之預算經費來源及金額.....2-33
表 3-1 B 類定量評估計算公式與評估項目架構.....3-2
表 3-2 計算案例基本資料假設說明表.....3-5
表 3-3 參考案例基本資料彙整表.....3-6
表 3-4 定量評估計算結果說明表.....3-8
表 3-5 服務品質提升效益計算說明表.....3-11
表 3-6 資產維護水準提升效益計算說明表.....3-15
表 3-7 設施服務提早實現之量化效益計算說明表.....3-18
表 3-8 委託民間辦理風險值計算說明表.....3-25
表 3-9 近 5 年政府針對長照機構案件採購促參前置作業服務費用參考表.3-28
表 3-10 近 10 年消費者物價指數變化情形.....3-29
表 3-11 各類公共建設解約比例參考表（112 年統計）.....3-30
表 3-12 長照機構由民間辦理之外部效益分析案例.....3-31
表 3-13 長照機構由民間辦理之潛在議題.....3-33

第1章　政策評估執行方式說明

1.1. 政策評估之背景與目的

111 年 12 月 21 日總統令修正公布促進民間參與公共建設法（以下簡稱促參法）部分條文，其中增訂第九條之一政府有償取得公共服務模式，第一項明訂「公共建設經政策評估具必要性、優先性及迫切性，且確認依本法辦理較政府自行興建、營運具效益者，主辦機關得於民間機構依第八條第一項各款參與該公共建設營運期間，有償取得其公共服務之全部或一部」，未來公共建設類別經政策評估通過，主辦機關即可就該類別之個案，規劃採行政府有償取得公共服務模式辦理，並依促參法及促進民間參與公共建設法施行細則(以下簡稱促參法施行細則)規定辦理前置作業。

以下於 1.1.1 節簡要說明政府有償取得公共服務模式之運作模式，並於 1.1.2 節說明本次政策評估之主要目標及評估完成後之效力。

1.1.1. 政府有償取得公共服務模式簡介

「政府有償取得公共服務模式」（以下簡稱「有償 PPP」）係將公共建設委由民間機構興建或營運，以提供公共服務給民眾使用，當公共建設之服務績效及品質滿足投資契約之約定後，政府始給付相關服務費用予此民間機構之模式。

依據促參法第九條之一條文「主辦機關得於民間機構依第八條第一項各款參與該公共建設營運期間，有償取得其公共服務之全部或一部」，說明「政府有償取得公共服務」係為在既有之 BOT、ROT、OT 等政府與民間合作完成公共建設或服務之架構下，政府可支付全部或部分費用之機制。對於公益性高但收益性低，提供服務之民間機構難以自負盈虧之設施；或使用者為不特定大眾，難以向使用者直接收費之設施等，此政府付費機制可降低民間投資風險及提高投資誘因，促進公共建設及服務可更穩定且有效率地提供。如此不僅提升更多公共建設藉由公私協力方式推動之可行性，對於各級政府機關而言，可加快布建民生必需基礎公共建設之速度；對於民眾而言，亦將有更多服務品質更佳之公共設施與服務可使用，成為促進公共服務升級之助力。

1.1.2. 政策評估之目標及效力

由於「有償 PPP」涉及政府預算籌編，並非所有案件均適合採用，因此須建立一套嚴謹評估流程以確認各類公共建設是否適合採用。本政策評估主要目標為確認公共建設類別之適用性後，可為民間參與公共建設之模式增加一種新的費用負擔機制作為選項。當某類公共建設類別通過政策評估後，則代表未來各中央或地方政府在研擬此類建設之促參辦理方式時，可視需求將政府有償取得服務模式納入評估，使公共建設可有機會突破既有收費模式之限制與民間參與之瓶頸，而使公共服務之建置與提供更加順利。

1.2. 政策評估之架構與流程

為明確化政策評估之操作流程，財政部依據促參法第九條之一第二項訂定政府有償取得公共服務政策評估作業辦法（以下簡稱作業辦法）。

依據作業辦法規範，政策評估須由評估機關發起，選擇評估標的後，擬具政策評估報告，召開專家會議審核。以下分別說明評估機關之定義與類型（1.2.1 節）、評估標的之定義及選擇方式（1.2.2 節）、整體評估流程（1.2.3 節）、專家會議辦理程序（1.2.4 節）。

1.2.1. 評估機關

評估機關為發起政策評估之單位，依據作業辦法第二條，評估機關可為促參法主管機關（財政部）、該類公共建設之中央目的事業主管機關，或主辦機關有政策推動需求，向財政部進行申請，經財政部同意後，亦可擔任評估機關並得辦理政策評估。

1.2.2. 評估標的

辦理政策評估，須先由評估機關視政策推動需要，擇定擬評估之公共建設類別作為評估標的，評估標的指促參法第三條第一項各款，列舉如下：

一、交通建設及共同管道。
二、環境污染防治設施。

三、污水下水道、自來水及水利設施。
四、衛生福利及醫療設施。
五、社會及勞工福利設施。
六、文教及影視音設施。
七、觀光遊憩設施。
八、電業、綠能設施及公用氣體燃料設施。
九、運動設施。
十、公園綠地設施。
十一、工業、商業及科技設施。
十二、新市鎮開發。
十三、農業及資源循環再利用設施。
十四、政府廳舍設施。
十五、數位建設。

評估機關於撰擬政策評估報告時，得選擇評估標的中較具該公共建設類別代表性、或具備以有償取得公共服務模式辦理必要性之公共建設類型，作為彙整分析案例資料之代表評估標的。

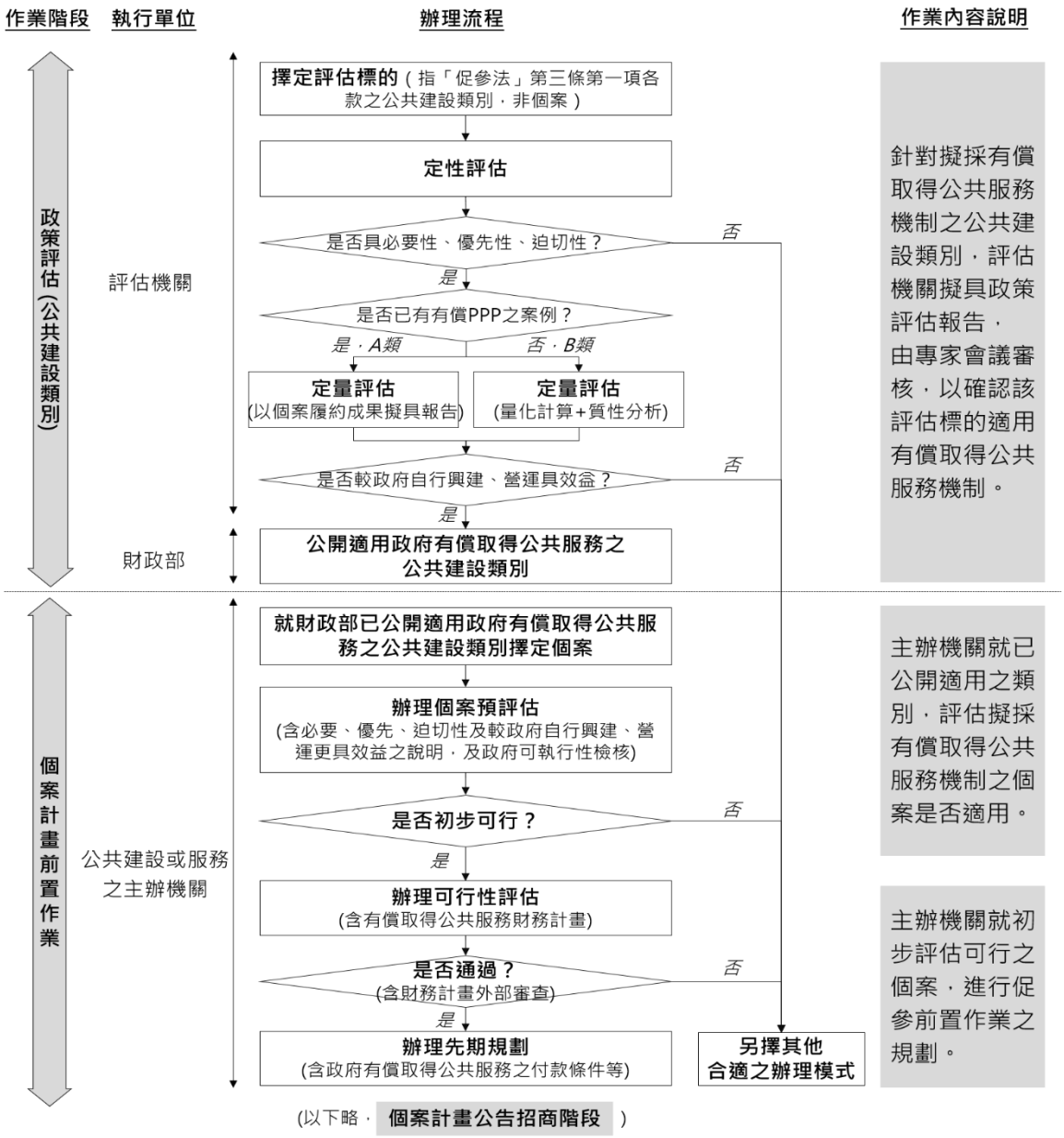
1.2.3. 整體評估流程

為確認公共建設符合促參法第九條之一所規範之可採「有償 PPP」之條件，政策評估應包含定性及定量評估內容，分列如下：

一. 定性評估：確認評估標的具必要性、優先性及迫切性。
二. 定量評估：確認依促參法辦理較政府自行興建、營運更具效益。

其中，定量評估方式依據該公共建設過去是否已具有償取得公共服務之個案，又分為兩種執行方式（A 類：已有個案之公共建設，依作業辦法第十條辦理定量評估；B 類，過去無個案之公共建設，依作業辦法第五條辦理定量評估）。

評估標的經上述定性及定量評估均通過者，則通過政策評估。促參案件之主辦機關即可視需要，就政策評估通過之公共建設「類別」下，視情形選擇「個案」評估是否採有償取得公共服務模式辦理。整體評估流程詳如圖 1-1。



**註：促參法下公共建設類別區分為A類及B類──A類公共建設類別，意指過去已採有償取得公共服務方式辦理個案之公共建設類別；B類公共建設類別，意指過去並無採有償取得公共服務方式辦理個案之公共建設類別。*

圖 1-1 政府有償取得公共服務整體評估流程

1.2.4. 專家會議辦理程序

專家會議分為「預備會議」、「定性評估審查會議」及「定量評估審查會議」三種會議類別召開，就各會議之前置作業、辦理事項及評估機關應說明事項等辦理流程，分別說明如下：

一. 預備會議

(一) 前置作業

評估機關應於預備會議召開前，寄送開會通知等相關資料予委員。

(二) 會議辦理事項

1. 使委員瞭解有償 PPP 政策評估機制、專家會議召開目的、辦理流程及委員任務範圍。

2. 說明後續定性、定量評估審查會議之進行流程，並概述此公共建設代表評估標的之現況與背景，以利專家委員了解政策評估報告選擇此代表評估標的之原因。

3. 確認定性、定量評估事項之配分及通過標準。

(三) 評估機關應說明事項，包含但不限於：

1. 簡介有償 PPP 政策評估機制，包含定性、定量評估之評估內容、評估方式，以及評估事項之相關名詞解釋。

2. 說明促參法與作業辦法有關專家會議之規定，並說明專家會議之目的，預計辦理之事項及其流程，包含預備會議與定性、定量評估審查會議之召開目標與辦理事項，以及委員於專家會議之任務範圍。

3. 概述所提政策評估報告之內容，並說明公共建設類別之政策評估目的及政策評估報告中定性、定量評估所採行之方法論。

4. 若會議召開前委員有預擬之修改或補正建議，提出初步回應。

委員經預備會議討論，得針對評估事項之配分及通過標準提出修改或增補之意見。

評估機關應就委員意見、討論後確立之評估審查會議進行方式、政策評估報告後續討論議題等事項製作預備會議紀錄。

二. 定性評估審查會議

(一) 前置作業

1. 評估機關應於定性評估審查會議召開前，寄送開會通知等相關資料予委員。開會通知單附件應包含定性評估審查會議之議程、定性評估評分表、定性評估報告。

2. 請委員預擬修正或補正建議

   評估機關可請委員確認定性評估報告內容，並告知委員如針對定性評估報告內容有其他建議，委員可預先研擬，並於定性評估審查會議召開前向評估機關提出修改或補正建議。

3. 如委員於定性評估審查會議前提出修改或補正建議，評估機關於定性評估審查會議召開前，應依委員之建議，針對定性評估報告內容擬具是否參採等初步回應。

(二) 會議辦理事項

1. 說明政策評估報告定性評估內容。

2. 針對預備會議決議之定性評估相關後續討論議題為討論。

3. 委員審核評估標的之定性評估分析內容，並給予評分。

4. 確認定量評估之事件發生機率數值。

(三) 評估機關應說明之事項，包含但不限於：

1. 應說明評估標的擬採有償 PPP 之「必要性」、「優先性」、「迫切性」。

2. 預備會議決議之定性評估相關討論議題之內容說明。

3. 若評估機關有依前次專家會議之結論，調整定性評估報告內容，應於本次會議中先行說明政策報告修改或增補之內容予委員瞭解。

三. 定量評估審查會議

(一) 前置作業

1. 評估機關應於定量評估審查會議召開前，寄送開會通知等相關資料予委員。開會通知單附件應包含定量評估審查會議之議程、定量評估評分表、定量評估報告。

2. 請委員預擬修正或補正建議

   評估機關可請委員確認定量評估報告內容，並告知委員如針對定量評估報告內容有其他建議，委員可預先研擬，並於定量評估審查會議召開前向評估機關提出修改或補正建議。

3. 如委員於定量評估審查會議前提出修改或補正建議，評估機關於定量評估審查會議召開前，應依委員之建議，針對定量評估報告內容擬具是否參採等初步回應。

(二) 會議辦理事項

1. 說明政策評估報告定量評估內容。

2. 針對預備會議決議之定量評估相關後續討論議題為討論。

3. 委員審核評估標的之定量評估分析內容，並給予評分。

(三) 評估機關應說明之事項，包含但不限於：

1. 評估機關應說明評估標的係屬 A 類公共建設抑或 B 類公共建設，及應評估之具體內容。若係 A 類公共建設，應以過去個案履約成果，說明評估標的由民間辦理是否較政府自行興建、營運更具「效能提升」、「效率提升」、「外部效益提升」及「風險分攤」；若係 B 類公共建設，則應說明評估標的由民間辦理較政府自行興建、營運更具「服務品質提升效益」、「資產維護水準提升效益」、「設施服務提早實現效益」、「委託民間辦理風險值」及「外部成本效益」。

2. 預備會議決議之定量評估相關討論議題之內容說明。

3. 若評估機關有依前次專家會議之結論，調整定量評估報告內容，應於本次會議中先行說明定量評估報告修改或增補之內容予委員瞭解。

委員應依評估機關之說明，審核評估標的定量評估分析內容之合理性，並依據評估標的於各評估事項之符合程度給予評分。

評估機關彙整各委員針對定量評估之評分，統計完成後，向委員說明定量評估結果。委員應確認定量評估之評估結果，如有不同意見，得要求載入會議紀錄。

如定量評估審查會議召開時，委員仍認為評估機關資料準備不充分，可要求評估機關再行補正資料，擇期再次召開定量評估審查會議。

1.3. 本次政策評估說明

1.3.1. 本次評估標的介紹

本次政策評估標的之相關說明，包含此公共建設類別包含範疇、過去是否已有採有償取得公共服務模式之個案（係屬 A 類或 B 類公共建設）、本次代表評估標的之特性等項目請參表 1-1。

表 1-1 本次評估標的說明表

本次評估標的	促參法第三條第一項第四款： 「衛生福利及醫療設施」
評估標的範疇說明	依促參法施行細則第八條： 本法第三條第一項第四款所稱衛生福利及醫療設施，指醫療機構、精神照護機構、物理治療機構、職能治療機構、醫事放射機構、醫事檢驗機構、護理機構、老人福利機構、身心障礙福利機構、長期照顧服務機構、藥物製造工廠或其他經中央目的事業主管機關認定之核子醫學藥物製造機構、醫事機構及其設施。
過去是否已有採有償取得公共服務模式之個案	□是，相關案例如下： ■否
屬於 A 類或 B 類公共建設	□ A 類 ■ B 類 說明：因本次評估標的未有採有償取得公共服務模式之個案[1]，故屬於第 1.2.3 節所稱之 B 類公共建設，因此係依作業辦法第五條方式辦理定量評估。
本次政策評估標的代表案例	**一、評估標的代表案例選擇緣由** 依促參法施行細則第八條規定，「衛生福利及醫療設施」包含前述多種類型之機構設施，依據財政部促進民間參與公共建設資訊網登載之已簽約案件數統計[2]，已有 100 多件公共建設個案，其中以醫療機構為大宗，而長期照顧服務機構截至 113 年 10 月底止完成簽約

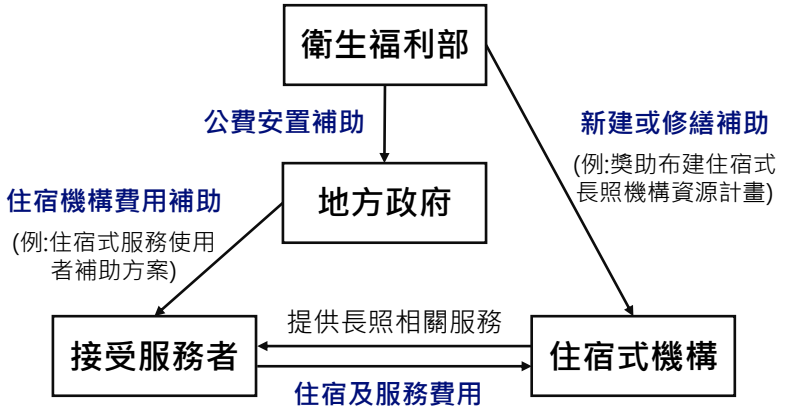
1 「有採有償取得公共服務模式之個案」指曾以「促參法」辦理並有於興建、營運期間由政府支付部分費用情形之公共建設案例。

2 參考財政部促進民間參與公共建設資訊網「已登載案件」查詢網站 https://ppp.mof.gov.tw/WWW/inv_case.aspx，113 年 1 月 18 日檢索統計。

	者僅 11 案，規劃中 7 案，於近年臺灣人口快速老化、照護需求日漸攀升之情況下，明顯具加速推動之必要性與急迫性。 由於長期照顧服務機構之服務費用受到中央與地方政府規範，依長期照顧服務法第 35 條，長照機構之收費項目及其金額，應報提供服務所在地之主管機關核定，但在設施、設備、人力等多項高額資本投入下，長照機構透過收取之服務費用達損益兩平具有挑戰；若在服務人數較少或服務收益較不穩定之地區，則更難以維續經營，故亟需透過政府與民間合作以提供此項設施及服務。 政府有償取得公共服務機制之核心精神，即在於政府可針對具公益性而營運收費受到限制之設施支付費用，以維續長期穩定之公共服務提供。考量長期照顧服務機構需求日增，於各項衛生福利及醫療設施中最具推行的急迫性；而長照服務所含括之居家式、社區式及機構住宿式服務等幾種類型中，又以機構住宿式服務所需投入之人力成本與建設成本最高，於設施服務布建過程面臨較多待解決之議題，故本次定性評估以「長期照顧服務機構之住宿式機構」為評估標的代表案例進行分析，說明目前推行之重要性及面對的困難；於定量評估則以目前政策方向推廣之「長期照顧服務機構之綜合式服務類長照機構」為評估案例，納入規劃中及營運中之相關案例之成本與收益資料，進行政府辦理模式與民間辦理模式之效益比較。 **二、評估通過後未來此類別下各項建設適用性** 如本次政策評估通過，則「衛生福利及醫療設施」整個公共建設類別中之各類建設項目皆有機會可採用「有償 PPP」辦理，未來擬興辦之公共建設個案，需由各主辦機關於促參前置作業階段中分析個案條件並審酌機關財務狀況後，決定是否採「有償 PPP」辦理。
評估標的代表案例收費模式	本次評估針對促參案之政府「有償」或「無償」分為兩大模式類型，此處定義之政府「有償」係指促參案主辦機關針對興建或營運提供民間機構常規性之費用；其他如主辦機關並未提供民間機構常規性費用，僅因相關政策計畫而民間機構可向政府機關申請設施開辦、修繕、設備充實、人員服務費等經費獎補助者，則不屬政府「有償」模式之分類。 以長期照顧服務機構住宿式機構之現行收費模式而言，主要收入仍以使用者（接受長照服務者）付費為主，而接受長照服務者則視其長照需要等級，可獲政府提供不同額度之住宿機構費用補助[3]。另

[33] 依據「住宿式服務使用者補助方案」（自 112 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日止）以及「長期照顧服務申請及給付辦法」（111 年 1 月 20 日發布版本），對長照服務需求者而言，有兩大類服務可申請

外，若機構符合衛生福利部補助計畫所規範條件，則有機會可透過申請、競爭取得相關補助資源。因該補助並非長年穩定由政府提供予機構之費用，故目前住宿式機構收費模式並非政府有償之運作模式。



而未來如長期照顧服務機構可適用有償 PPP 模式，則在促參案之架構下，主辦機關和參與興建、營運之民間機構間可透過有償 PPP 契約約定付款條件，主辦機關可視個案需求設定支付予民間機構服務費用之範疇與額度。

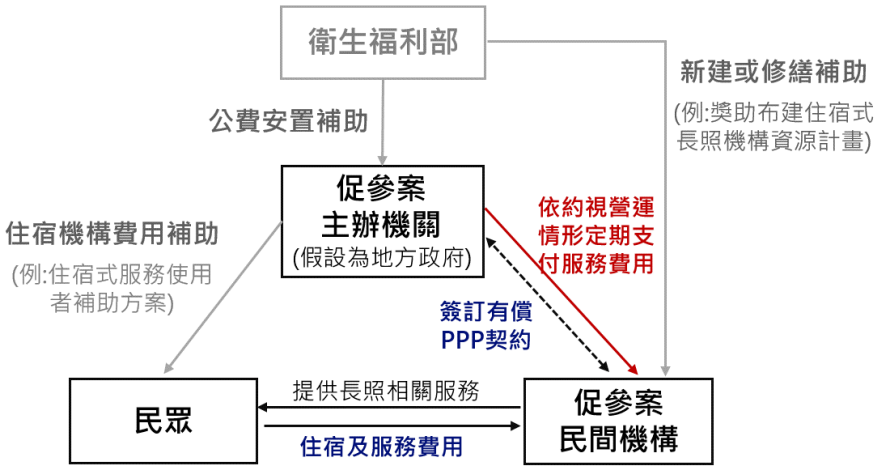
以具有部分公費床位之長照機構為例，公費床可能收費標準較低，主辦機關可針對民間機構興建成本及公費床營運成本納入有償 PPP 契約之服務費用支付範疇，以利在收費有限之下仍可維持營運品質；如每年民間機構營運表現應達一定標準時，主辦機關即支付其對應之服務費用。

前述情境僅為一種主辦機關規劃服務費用支付方式之示例，未來主辦機關可視其財政條件與設施規劃需求自行設定最適付費模式；在促參案合作架構之外，既有之中央補助機制仍可同步運用。有償 PPP 係新增之一種公私合作模式，透過主辦機關定期支付民間機構費用，可確保民間機構營運期間具相對穩定之收入來源，對於主辦機關亦有機會可規範民間機構之服務

政府補助，分別為「住宿式機構補助」、以及「長照 2.0 服務補助」，以下針對「住宿式機構補助」部分說明其補助機制。

- **補助項目**：使用機構者入住依法設立各類住宿式服務機構，包含一般護理之家、精神護理之家、老人福利機構(除安養床外) 、身心障礙福利機構、國軍退除役官兵輔導委員會所屬榮譽國民之家(自費失能養護床、自費失智養護床) 、兒童及少年安置及教養機構(依兒童及少年福利與權益保障法委託安置且領有身心障礙證明者)等提供住宿式服務之長期照顧服務機構。
- **補助資格條件**：(1)中、重度失能者：經評估長照需要等級達 4 級以上，且補助計算期間實際入住機構天數，累計達 180 天以上。每人每年補助 12 萬元。(2)未經評估或經評估長照需要等級未達 4 級之既有住民，且 112 年 1 月 1 日前(不含)已實際入住機構至補助計算期間者，該期間延續且累計入住天數達 180 天以上。每人每年補助 6 萬元。
- **給付方式**：受理申請之直轄市、縣(市)政府，審查相關補助條件通過後，撥款予長照服務需求者。

品質，創造公私合作互利之效果。



1.3.2. 定性評估方式

一. 經審定之定性評估事項配分及通過標準

經113年3月29日辦理之「衛生福利及醫療設施」之專家會議（第一場預備會議）決議，本次定性評估之配分及通過標準如下。

(一) 評估事項配分

表 1-2 定性評估之評估原則及審定配分

評估事項		評估原則	審定配分
必要性	民生基本需求	是否可對應民眾基本生活需求、提升人民福祉，具有執行之公益性。	35
	政府應負擔義務	是否為中央或地方政府之義務或責任。	
	設施覆蓋率或服務供給量不足	是否具有供給量或普及率不足之情形；或是否因特定族群或區域之需要，須由政府優先設置，以解決社會資源不均問題。	
優先性	擴大社會效益	此建設是否於國內目前經濟或環境條件下，應強化其服務品質、改善服務效率，以擴大社會效益與國家競爭力。	35
	施政優先程度	是否於政府政策中屬於重要施政重點，具優先推動之效益。	
迫切性	政府專業人力資源不足	日常營運所需之人力與專業，政府部門是否不足以提供，而使得服務量或服務品質不足。	30
	政府財政調度資源有限	短期內所需支付之建置經費是否極易超出政府常態性預算編列額度、或容易大量排擠其他預算，因此政府於財政上難以即時提供此類公共建設或服務，使得設施服務建置效率不佳。	
總分			100

(二) 通過標準

必要性、優先性、迫切性3項評估事項均須達配分之70%以上，即必要性評估事項平均分數達24.5分以上、優先性評估事項平均分數達24.5分以上及迫切性評估事項平均分數達21分以上；平均總分達75分以上。

二. 由專家會議委員依評估事項之符合程度給予評分

由專家會議委員於審核定性評估報告時，針對各評估事項給予評分，並依經確認之評估通過標準，確認是否通過定性評估。

1.3.3. 定量評估方式

一. 經審定之定量評估事項配分及通過標準

經113年3月29日辦理之「衛生福利及醫療設施」之專家會議（第一場預備會議）決議，本次定量評估之配分及通過標準如下。

(一) 評估事項配分

表 1-3 定量評估之評估原則及審定配分

<table>
<tr><td colspan="5">一、量化計算部分</td></tr>
<tr><td colspan="2">計算公式</td><td>評估事項</td><td colspan="2">審定配分</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">民間辦理較政府自辦所提升之效益－委託民間辦理風險值
=(A ＋ B ＋ C)－ D</td><td>A.服務品質提升效益</td><td>25</td><td rowspan="4">85</td></tr>
<tr><td>B.資產維護水準提升效益</td><td>20</td></tr>
<tr><td>C.設施服務提早實現效益</td><td>25</td></tr>
<tr><td>D.委託民間辦理風險值</td><td>15</td></tr>
<tr><td colspan="5">二、非量化計算部分</td></tr>
<tr><td colspan="2">評估事項</td><td>評估原則</td><td colspan="2">審定配分</td></tr>
<tr><td rowspan="2">外部成本效益</td><td>外部效益</td><td>是否將創造更多外部效益，或加速達成各面向外部效益</td><td colspan="2" rowspan="2">15</td></tr>
<tr><td>外部成本</td><td>是否將產生較多外部負面影響</td></tr>
</table>

(二) 通過標準

定量評估通過標準包含兩項，需兩項皆滿足才屬通過。兩項標準分述如下：

(1)「量化計算部分」平均分數達 63.75 分以上

「量化計算部分」總配分為 85 分，包含 A.服務品質提升效益 25 分、B.資產維護水準提升效益 20 分、C.設施服務提早實現效益 25 分、D.委託民間辦理風險值 15 分。各委員依據「量化計算部分」各評估事項分別評分，加總後得出一總計分數，再將所有委員之「量化計算部分」

總計分數加以平均，該平均分數達到「量化計算部分」總配分 85 分之 75%，即 63.75 分以上，則達通過標準。

委員評分計算範例：

量化計算部分 評估事項及配分		**委員評分 (示例)**				
評估事項	配分	委員 A	委員 B	委員 C	委員 D	委員 E
A.服務品質提升效益	25	20	22	23	25	21
B.資產維護水準提升效益	20	18	14	17	19	15
C.設施服務提早實現效益	25	20	19	22	25	20
D.委託民間辦理風險值	15	14	10	12	13	9
總計	**85**	**72**	**65**	**74**	**82**	**65**
通過標準：**63.75**		委員分數平均：**71.6**				

以上述計算範例而言，五位委員針對量化計算部分之評分分別為 72、65、74、82、65，委員分數平均為 71.6 分，高於通過標準 63.75 分，故此項通過標準達標。

(2)「量化計算部分」及「非量化計算部分」總計平均分數達 75 分以上

承上所述，「量化計算部分」總配分為 85 分，而「非量化計算部分」配分為 15 分，包含外部效益與外部成本兩項評估事項。除前述，「量化計算部分」須依各評估事項分別評分之外，委員亦須同時針對「非量化計算部分」予以評分。將「量化計算部分」與「非量化計算部分」兩部分評分加總後，將得出各委員之總計分數，再將所有委員之總計分數加以平均，該平均分數達到 75

分以上，則達通過標準。

委員評分計算範例：

評估事項及配分		委員評分 (示例)				
評估項目分類	配分	委員A	委員B	委員C	委員D	委員E
量化計算部分	85	72	65	74	82	65
非量化計算部分	15	12	11	14	13	15
總計	**100**	**84**	**76**	**88**	**95**	**80**
通過標準：**75**		委員分數平均：**84.6**				

以上述計算範例而言，五位委員針對量化計算及非量化計算部分之評分總計分別為 84、76、88、95、80，委員分數平均為 84.6 分，高於通過標準 75 分，故此項通過標準達標。

二. 由專家會議委員依評估事項之符合程度給予評分

由專家會議委員於審核定量評估報告時，針對各評估事項給予評分，並依經確認之評估通過標準，確認是否通過定量評估。

第2章　定性評估資料

依據促參法第九條之一，政策評估應先確認公共建設之必要性、優先性、迫切性，並依作業辦法第四條，訂定必要性應評估事項包含「民生基本需求」、「政府應負擔義務」及「設施覆蓋率或服務供給量不足」三項；優先性應評估事項包含「擴大社會效益」以及「施政優先程度」二項；迫切性應評估事項包含「政府專業人力資源不足」以及「政府財政調度資源有限」二項。

以下分別說明本次評估標的於定性評估各項評估事項之分析內容。

2.1. 必要性—「民生基本需求」

評估事項		評估原則
必要性	民生基本需求	此類公共建設或服務是否可對應民眾基本生活需求、提升人民福祉，具有執行之公益性。

【評估分析摘要】

根據國際倡議內容，聯合國 17 項永續發展目標之 SDG 3.8 倡議所有族群皆應能獲得所需的高品質醫療保健服務；經濟合作發展組織（OECD）2008 年之宣示指出長期照顧服務可協助失能者完成維持生活必須之活動；世界衛生組織（WHO）會議決議指示高齡者應獲得照顧以維持其身體機能狀態，使其可享有基本人權並有尊嚴地生活。

我國相關法規則依據長期照顧服務法，揭示長期照顧服務可提供身心失能者增進健康福祉之服務；長期照顧十年計畫 2.0 政策則說明長期照顧服務之目標為增進被照顧者及照顧者之生活品質。

綜合上述，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」所提供之相關服務係為民眾衛生福利及醫療設施基本需求，符合「必要性—民生基本需求」此評估事項之評估原則，為國家提升人民福祉並具有執行公益性之公共設施。

【相關資料】

一. 國際倡議相關內容

聯合國17項永續發展目標（SDGs）[4]之「目標3：確保及促進各年齡層健康生活與福祉」指示應提倡健康的生活方式、預防措施和現代高效的醫療保健服務，以促進人民福祉。其下之子目標 SDG 3.8更提倡「全民健康覆蓋」之概念，包含一般人和較弱勢的所有族群皆應能獲得所需的高品質醫療保健服務，說明醫療及健康照護服務對於人民福祉之重要性。

而長期照顧服務，則是針對身體機能減低之民眾，提供日常生活所需之支援。經濟合作發展組織（OECD）於2008年針對其會員國將欲推動之長期照護宣示為：「一個人伴隨身體或認知功能能力程度的減低而需要一系列的服務，因此較長的時間協助基本生活活動（ADLs）依賴，例如洗澡、穿衣、吃飯、上下床或椅子、走動和使用浴廁等。這種個人照護的組成部分往往是提供結合幫助基本醫療服務，如幫助傷口換藥、疼痛處理、藥物、健康監測、預防復健或緩和照顧的服務。長期照護服務也可結合較低級別照護有關介助性質之工具性日常生活活動（IADLs），如幫助做家務、準備食物、購物和交通運輸等。」明確指出長期照顧服務可協助失能者完成維持生活必須之活動。[5]

另針對高齡族群，世界衛生組織（WHO）於2016年第六十九屆世界衛生大會中通過決議（第三號決議文，WHA 69.3）[6]，提出「老化與健康之全球策略及行動計畫（Global Strategy and Plan of Action on Ageing and Health）」，指出世界各地人口皆在迅速高齡化，因此創造健康、無障礙且具支持性的環境，使人們可在合適的地方安享晚年，成為重要議題；而高齡人口也應該享有平等的權利和機會，並在沒有年齡歧視的情況下生活。另外，於2020年第七十三屆世界衛生大會中臨時議程[7]亦論及健康

4 聯合國永續發展目標 https://globalgoals.tw/3-good-health-and-well-being

5 王淑貞（2015）長期照護發展與護理走向的連動－交錯、互動與輔成。

6 World Health Organization,< SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Agenda item 13.4>,2016

7 World Health Organization,< SEVENTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY Provisional agenda item 15.1>,2020

老化之議題，並揭示對於身體機能損傷之高齡者而言，獲得維持其身體機能狀態之照顧，使其可享有基本人權並有尊嚴地生活，是為其重要的權利。

二. 我國法規相關內容

我國法規規範中，長期照顧服務法第3條定義長期照顧為提供身心失能者及其照顧者生活各面向之照顧與醫護服務，法源依據如下所列：

「長期照顧服務法」

第 3 條　「本法用詞，定義如下：

一、長期照顧（以下稱長照）：指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。

二、身心失能者（以下稱失能者）：指身體或心智功能部分或全部喪失，致其日常生活需他人協助者。」

三. 我國政策相關內容

我國長期照顧服務十年計畫2.0[8]之計畫總目標，明確說明長期照顧服務之精神，為協助有需求之民眾可獲得基本服務、提升生活品質、促進健康福祉。

計畫名稱	內容摘述
長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）（核定本）	計畫總目標如下： 一、建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。 二、實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。 三、延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。 四、四、 向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

8 衛生福利部（105 年）長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）(核定本)

2.2. 必要性—「政府應負擔義務」

評估事項		評估原則
必要性	政府應負擔義務	此類公共建設或服務是否為中央或地方政府之義務或責任。

【評估分析摘要】

根據國際倡議內容，世界衛生組織（WHO）於 2016 年世界衛生大會決議指出，各國政府應建立長期照顧體系、訓練長期照顧人力、並保障長期照顧品質；而我國長期照顧服務法則明定中央政府及地方主管機關應規劃長期照顧機制，並提供長期照顧服務需求者相應之機構與服務支援。

綜合上述，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」符合「必要性—政府應負擔義務」此評估事項之評估原則，相關設施與服務之布建屬於中央或地方政府之法定責任或義務。

【相關資料】

一. 國際倡議相關內容

世界衛生組織（WHO）於2016年第六十九屆世界衛生大會中通過決議（第三號決議文，WHA 69.3）[9]，並對人口老化與健康提出了五大策略性目標，其中策略目標三為「依老年人口的需要來調整健康照護體系」、策略目標四為「發展永續公平的長期照顧體系」，並建議各國政府應採舉之行動如下：

一、建立永續、公平的長期照顧體系的基礎，並持續地加以促進

（一） 將確保長期照顧服務的可近性界定為是基本人權，並且在群體健康議題上具有優先性。

（二） 應對基礎服務設施的發展加以管理，以確保長期照顧也被涵蓋在全民健康照護的服務範疇內。

（三） 界定適當的照顧模式，以增進已經有功能損傷或有此風險的老年人的功能能力及福祉。

9 World Health Organization,< SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Agenda item 13.4>,2016

（四） 界定並落實長期照顧資源提供的永續性機制。

（五） 集合相關利害關係人（stakeholders），包括老年人與照顧者，共同規劃永續公平的長期照顧體系，包括服務提供、財務及人力資源、規範與監管，以及界定各方的角色與責任。

（六） 促進各方關鍵利害關係人彼此間的合作，包括被照顧者及其照顧者、非政府組織、公部門與私部門，以共同發展長期照顧。

二、建立工作人力的能力，並支持照顧者

（一）發展並執行可以支持無酬非正式照顧者的策略，如提供其所需的資訊、訓練，和喘息服務，以及彈性的工作安排或照顧假等措施。

（二）建立訓練專業照顧人力的國家標準。

（三）透過訓練與工作移轉來發展長期照顧人力，並納入男性、年輕族群、非家庭成員，如志工和朋友同儕等人力。

（四）改善工作條件、酬勞以及職涯發展機會，以吸引並留任有酬照顧者。

（五）對現職有酬照顧者提供繼續教育、督導以及其他支持。

三、保障以人為中心的、整合式的長期照顧的品質

（一）確實發展並執行為了提供以人為中心的、整合式長期照顧所須的國家照顧標準、指引、運作手冊，以及評鑑機制。

（二）確實建立以人為中心的整合式長期照顧的正式機制，例如藉由照顧管理、預立照顧計畫（advance care planning），以及正式與非正式照顧者的合作等機制。

（三）確保對創新輔助科技有適當的應用，以及有可負擔得起的可近性，以提升長期照顧需要者的功能能力與福祉。

（四）確保長期照顧服務是高齡友善的、符合倫理的，並可提升老年人與照顧者的權利。

（五）特別著重於被照顧者的功能能力與福祉等照顧結果，對長期照顧服務進行持續的監測與提升。

二. 我國法規相關內容

依據長期照顧服務法規定，長照服務之政策規劃、長照機構輔導及監督、長照人員培訓以及長照財源籌措，皆為政府應掌理之職責，其法源依據所列如下：

長期照顧服務法

第 4 條　下列事項，由中央主管機關掌理：

一、依提供長照服務，制定全國性長照政策、法規及長照體系之規劃、訂定及宣導。

二、對直轄市、縣（市）政府執行長照之監督及協調事項。

三、長照服務使用者權益保障之規劃。

四、長照機構之發展、獎勵及依第三十九條第三項之辦法所定應由中央主管機關辦理之評鑑。

五、跨縣市長照機構之輔導及監督。

六、長照人員之管理、培育及訓練之規劃。

七、長照財源之規劃、籌措與長照經費之分配及補助。

八、長照服務資訊系統、服務品質等之研發及監測。

九、長照服務之國際合作、交流與創新服務之規劃及推動。

十、應協調提供資源不足地區之長照服務。

十一、其他全國性長照服務之策劃及督導。

第 5 條　下列事項，由地方主管機關掌理：

一、提供長照服務，制定轄內長照政策、長照體系之規劃、宣導及執行。

二、執行中央主管機關訂定之長照政策、法規及相關規劃方案。

三、辦理地方之長照服務訓練。

四、轄內長照機構之督導考核及依第三十九條第三項之辦法所定應由地方主管機關辦理之評鑑。

五、地方長照財源之規劃、籌措與長照經費之分配及補助。

六、獎勵轄內發展困難或資源不足地區之長照機構。

七、其他屬地方性質之長照服務事項。

2.3. 必要性—「設施覆蓋率或服務供給量不足」

評估事項		評估原則
必要性	**設施覆蓋率或服務供給量不足**	此類公共建設或服務是否具有**供給量或普及率不足之情形**；或是否因**特定族群或區域之需要**，須由政府優先設置，以解決社會資源不均問題。

【評估分析摘要】

近年我國老年人口比例與扶老比持續上升，自 107 年起，老年人口比例超過 14%，達到高齡社會標準，國家發展委員會預計我國老年人口比例將於 114 年超過 20%，邁向超高齡社會。我國自高齡社會邁入超高齡社會僅歷時 7 年，老化速度為全球第一，顯示長照服務資源供給量與普及率亟需持續提升，但隨著少子化趨勢加劇，可提供照護的人力逐漸緊缺。根據衛生福利部統計分析，多個縣市之長照需求服務涵蓋率未達目標值 80%、且尚有 9 個生活圈完全無住宿資源、11 個資源網區住宿床位資源不足，顯示長照服務供給量與普及率皆有不足情形而尚須持續推動相關服務布建，以因應日趨提升之民眾需求。

綜合上述，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」符合「必要性—設施覆蓋率或服務供給量不足」此評估事項之評估原則，應持續強化其供給量。

【相關資料】

依衛生福利部統計[10]，我國老年人口於 82 年超過 7%，進入高齡化社會，再於 107 年超過 14%成為高齡社會[11]，依據國家發展委員會

10 衛生福利部統計處，高齡及長期照顧統計專區—人口數三段年齡組 https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html

11 依據 World Health Organization (WHO)< Ageing and health> https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health，高齡社會標準為 65 歲以上人口佔總人口比例 14%。

推估，將於 114 年超過 20%邁向超高齡社會。相較於其他國家，臺灣從高齡社會邁入超高齡社會僅需時 7 年，老化速度為全球第 1 名。

觀察我國人口結構近十年來之變化趨勢，老年人口[12]比例由 104 年的 12.5%增加至 113 年的 19.2%（如圖 2-1），扶老比也由 104 年的 16.9 迅速攀升至 113 年的 27.9（如圖 2-2），亦即隨高齡少子化趨勢日漸顯著之下，高齡者的照護需求將大幅提升、而每個家庭甚至整體社會中可提供照護之人力則越趨吃緊。

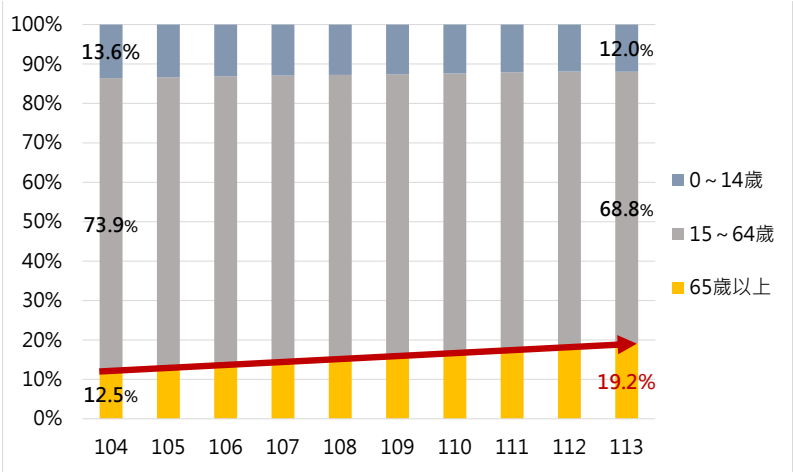


圖 2-1 近十年全台人口三階段年齡結構變化趨勢圖

資料來源：衛生福利部統計處，本計畫整理

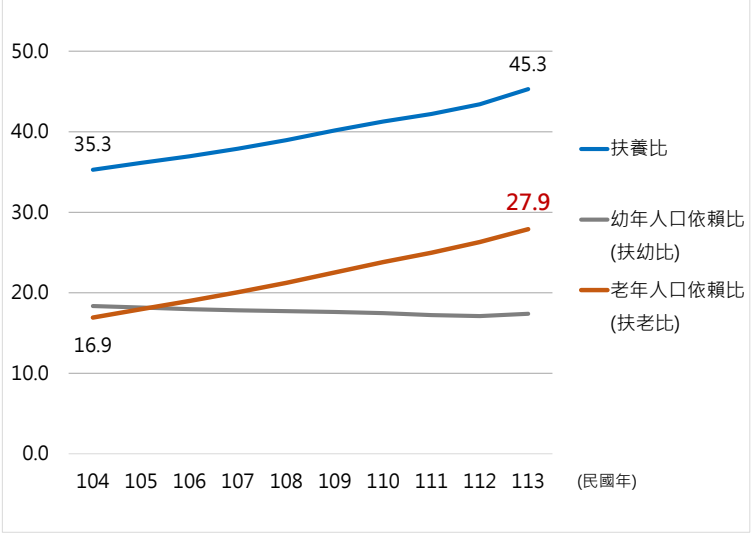


圖 2-2 近十年全台撫養比趨勢圖

資料來源：衛生福利部統計處，本計畫整理

12 老年人口定義為 65 歲以上人口。

依據衛生福利部長期照顧服務之相關統計[13]，112 年全國長照推估需求人數包括失能、失智及衰弱老人共 86 萬餘人，實際使用長照服務人數中，包括接受據點服務失智及衰弱老人為 68.9 萬餘人，尚有 17 萬餘人選擇聘僱外籍看護工、或自行照顧，長照需求服務涵蓋率已達 80.19%。雖全國整體長照需求服務涵蓋率已達一定水準，然而各地區長照資源分布仍存在不均之議題，例如臺北市、新北市、桃園市、新竹縣、苗栗縣、基隆市、新竹市、金門縣及連江縣等，服務涵蓋率未達 114 年應達 80%之目標值14，其中金門、連江等縣市甚至涵蓋率低於 50%，顯示長照服務仍有供給不足之情形（如表 2-1）。

另參考各縣市政府 113 年長照 2.0 整合型計畫所推估 115 年之長照需求人口數，全國總計將由 86 萬餘人提升至 95 萬餘人，於我國高齡化趨勢速度極快之情況下，係有必要持續提升長照資源供給量與普及率以因應民眾之需求。

表 2-1 全國各縣市 112 年 1-12 月長照服務涵蓋率統計表

區域別	長照推估需求人數（A）	長照給付支付服務人數（B）	住宿式機構服務（含團屋）使用人數（C）	失智未失能及衰弱老人服務人數（D）	長照 2.0 服務使用人數（E=B+C+D）	長照需求服務涵蓋率（F=E/A）
新北市	141,451	68,758	19,748	9,282	97,788	**69.13%**
臺北市	109,543	44,853	6,506	7,253	58,612	**53.51%**
桃園市	68,456	36,420	9,941	4,622	50,983	**74.48%**
臺中市	89,123	58,154	12,386	4,173	74,713	**83.83%**
臺南市	69,857	46,895	13,799	3,292	63,986	**91.60%**
高雄市	104,110	63,897	15,560	7,158	86,615	**83.20%**
宜蘭縣	17,666	11,279	3,599	3,074	17,952	**101.62%**
新竹縣	17,282	9,268	3,058	1,261	13,587	**78.62%**
苗栗縣	20,943	11,956	2,235	1,564	15,755	**75.23%**
彰化縣	47,324	28,926	9,094	4,198	42,218	**89.21%**
南投縣	20,567	17,011	3,439	1,538	21,988	**106.91%**
雲林縣	28,577	19,048	4,121	3,154	26,323	**92.11%**
嘉義縣	22,422	18,871	2,971	2,488	24,330	**108.51%**

13 衛生福利部長期照顧統計專區，長期十年計畫 2.0 相關統計表－長照服務涵蓋率 https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html

14 依據衛生福利部民國 105 年出版之《2025 衛生福利政策白皮書》，長期照顧體系建構之長期指標其中一項為「2025 年長照服務涵蓋率達 80%」。

區域別	長照推估需求人數（A）	長照給付支付服務人數（B）	住宿式機構服務（含團屋）使用人數（C）	失智未失能及衰弱老人服務人數（D）	長照 2.0 服務使用人數（E=B+C+D）	長照需求服務涵蓋率（F=E/A）
屏東縣	33,237	26,355	6,328	2,603	35,286	**106.16%**
臺東縣	9,139	7,865	1,444	473	9,782	**107.04%**
花蓮縣	13,484	11,622	1,837	1,126	14,585	**108.17%**
澎湖縣	4,057	2,683	336	408	3,427	**84.47%**
基隆市	14,562	6,402	1,885	1,452	9,739	**66.88%**
新竹市	13,694	7,295	1,406	1,434	10,135	**74.01%**
嘉義市	9,773	5,894	3,145	1,121	10,160	**103.96%**
金門縣	4,734	1,530	158	250	1,938	**40.94%**
連江縣	397	38	23	32	93	**23.43%**
總計	860,398	505,020	123,019	61,956	689,995	**80.19%**

備註：

1. 查長照需求人數相關群體推估參數皆有更新發布，經行政院長期照顧推動小組第 16 次委員會同意，自 111 年起依最新發布之參數資料調整長照需求人數推估；另考量長照服務涵蓋率分子分母定義應具一致性，以（長照給付支付人數+住宿式機構（含團體家屋）服務使用人數+失智未失能及衰弱老人服務人數）/推估長照需求人數計算。
2. 長照給付支付服務人數(B)：包括長期照顧服務申請及給付辦法服務人數(包含聘僱外勞且使用服務者)，不含縣市自辦服務。
3. 住宿式機構服務（含團體家屋）使用人數（C)：包含長期照顧機構、老人福利機構（不含安養床)、護理之家、榮民之家及團體家屋服務人數。
4. 失智未失能及衰弱老人服務人數(D)：失智未失能及衰弱老人服務人數包含失智共同照護中心、失智社區服務據點及經評估結果為衰弱老人且參與預防及延緩失能照護方案之服務人數，並排除長照給支付人數歸人計算。
5. 部分服務(如住宿式機構)民眾可能跨縣市使用，爰部分縣市服務涵蓋率可能大於 100%。

資料來源：衛生福利部長期照顧統計專區

再進一步檢視住宿式長照機構之供需情形，依據〈衛生福利部辦理「獎助布建住宿式長照機構資源計畫」申請作業須知〉調查分析：「現有機構(老人福利機構、一般護理之家及榮民之家)分布不均導致部分區域供給不足；另全國占床率為僅 8 成，仍有近 2 萬空床推估原因除前述機構分布不均外，另外尚有部分機構之服務品質尚待提升。而民眾亦反映，部分區域無法在距住家車程 1 小時內可達找到適合的住宿式機構或根本沒有機構，品質優良之機構也有一位難求的情形」，因此衛生福利部長期照顧司考量各區域長照住宿資源供需情形，區分出完全無住宿式機構之待布建 9 個生活圈、以及已設有住宿式機構地區但推估至 114 年供給仍有不足之 11 個資源網區[15]（詳見表 2-2、表 2-3），可見尚有部分地區尚有長照住宿資源布建需求，且大多位於偏鄉地區，顯示長照住宿資源亦存在分布不均之議題，衛生福利部持續透過相關計畫協助布建。

表 2-2 長照住宿式機構 41 個資源網區劃分表（112 年度）

縣市	編號	行政區名稱
新北市	1	萬里、金山、石門、三芝、淡水、八里、林口、五股、三重、蘆洲、泰山
	2	板橋、新莊、樹林、土城、三峽、鶯歌、永和、新店、中和
	3	深坑、石碇、坪林、平溪、汐止、瑞芳、雙溪、貢寮
臺北市	1	不分區
基隆市	1	不分區
宜蘭縣	1	宜蘭、頭城、礁溪、壯圍、員山
	2	羅東、五結、蘇澳、冬山、三星
桃園市	1	大園、蘆竹、桃園、八德、大溪、龜山、中壢
	2	觀音、新屋、楊梅、平鎮、龍潭
新竹地區	1	新竹市(東區、北區、香山區)、竹北、新豐、湖口、新埔
	2	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西
苗栗縣	1	後龍、西湖、通霄、苑裡、竹南、頭份、造橋
	2	苗栗、公館、銅鑼、三義、頭屋、獅潭、大湖、卓蘭、三灣、南庄
臺中市	1	北屯、北區、豐原、石岡、新社、東勢、潭子、后里、神岡
	2	西屯、西區、清水、沙鹿、梧棲、龍井、大肚、大甲、外埔、大安、大雅
	3	中區、南區、南屯、東區、霧峰、大里、太平、烏日

[15] 依據衛生福利部提供資料，資源網區係以照顧需求及路網分布綜合分析後劃分，劃分方式為：除臺北市周圍區域外，參考醫療網之次醫療區域劃分機制，以 1 小時車程可達之鄉鎮市區進行資源網區之劃分。

縣市	編號	行政區名稱
彰化縣	1	和美、秀水、花壇、芬園、彰化、伸港、線西、鹿港、福興、埔鹽、員林、大村、埔心、永靖、社頭、溪湖
	2	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州
南投縣	1	埔里、魚池、國姓、草屯
	2	南投、名間、中寮、竹山、鹿谷、集集、水里
雲林縣	1	斗六、林內、莿桐、古坑、斗南、大埤
	2	虎尾、土庫、西螺、二崙、崙背、褒忠、臺西、東勢、麥寮、口湖、北港水林、元長、四湖
嘉義地區	1	嘉義市(東區、西區)、民雄、竹崎、番路、中埔、大埔、梅山、大林、溪口、新港
	2	朴子、六腳、東石、布袋、太保、鹿草、義竹、水上
臺南市	1	白河、後壁、東山、柳營、六甲、鹽水、新營、下營、大內、官田、麻豆、佳里、學甲、北門、將軍、七股
	2	安南、楠西、玉井、左鎮、南化、新化、善化、安定、新市、山上、西港、永康
	3	東區、中西區、北區、安平、南區、仁德、歸仁、關廟、龍崎
高雄市	1	楠梓、左營、岡山、橋頭、燕巢、田寮、阿蓮、路竹、永安、彌陀、梓官、茄萣、湖內、仁武、大社
	2	三民、小港、前金、前鎮、苓雅、新興、鼓山、旗津、鹽埕、鳳山、大樹、鳥松、林園、大寮
	3	旗山、美濃、六龜、甲仙、杉林、內門
屏東縣	1	屏東、萬丹、長治、麟洛、九如、里港、鹽埔、高樹、萬巒、竹田、內埔
	2	東港、新園、林邊、南州、佳冬、琉頂、新埤、潮州、枋寮、枋山
	3	恆春、車城、滿州
臺東縣	1	成功、長濱、東河
	2	關山、池上、鹿野
	3	臺東、卑南、太麻里、大武
花蓮縣	1	新城、花蓮、吉安、壽豐、鳳林、光復、豐濱
	2	玉里、富里、瑞穗
澎湖縣	1	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣	1	金城鎮、金湖鎮、金沙鎮、金寧鄉、烈嶼鄉、烏坵鄉
連江縣	1	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

資料來源：衛生福利部，112 年獎助布建住宿式長照機構資源計畫申請作業須知

表 2-3 長照住宿式服務資源獎助布建區域（112 年度）

獎助區域	完全無住宿資源區 9 個生活圈(24 個鄉鎮市區)	住宿床位資源不足區 11 個資源網區(56 鄉鎮市區)
臺北市	—	●屬臺北市編號 1 資源網區：大安區、內湖區、信義區、中山區、松山區、文山區、士林區、中正區、萬華區、南港區、大同區、北投區 (以上為 1 個資源網區)
高雄市	●甲仙區、杉林區 (以上為 1 個生活圈)	●屬高雄市編號 2 資源網區：鳳山區、小港區、新興區、三民區、前鎮區、林園區 (以上為 1 個資源網區)
新北市	●平溪區、雙溪區、貢寮區、石碇區、坪林區 ●金山區 (以上為 2 個生活圈)	●屬新北市編號 1 資源網區：金山區、三重區、蘆洲區、淡水區、林口區、泰山區、五股區 ●屬新北市編號 2 資源網區：新莊區、永和區、樹 林區、中和區、土城區、板橋區、新店區、鶯歌區 (以上為 2 個資源網區)
臺中市	—	●屬臺中市編號 1 資源網區：神岡區、豐原區 ●屬臺中市編號 2 資源網區：西屯區、龍井區、沙鹿區、大肚區、大雅區 (以上為 2 個資源網區)
雲林縣	●東勢鄉、臺西鄉 ●口湖鄉、水林鄉 (以上為 2 個生活圈)	●屬雲林縣編號 2 資源網區：麥寮鄉、口湖鄉、水林鄉、臺西鄉、虎尾鎮 (以上為 1 個資源網區)
新竹地區	—	●屬新竹地區編號 1 資源網區：東區、竹北市 (以上為 1 個資源網區)
苗栗縣	●卓蘭鄉、大湖鄉、銅鑼鄉、三義鄉、西湖鄉 ●公館鄉、頭屋鄉、造橋鄉 (以上為 2 個生活圈)	●屬苗栗縣編號 2 資源網區：公館鄉、銅鑼鄉 (以上為 1 個資源網區)
嘉義縣	●鹿草鄉 (以上為 1 個生活圈)	—
桃園市	—	●屬桃園市編號 1 資源網區：八德區、蘆竹區、大園區、大溪區、中壢區 (以上為 1 個資源網區)
基隆市	—	●屬基隆市編號 1 資源網區：中山區、安樂區(以上為 1 個資源網區)
南投縣	●集集鎮、魚池鄉、水里鄉 (以上為 1 個生活圈)	—

資料來源：衛生福利部，112 年獎助布建住宿式長照機構資源計畫申請作業須知

2.4. 優先性—「擴大社會效益」

評估事項		評估原則
優先性	擴大社會效益	此類公共建設或服務是否於國內目前經濟或環境條件下，應強化其服務品質、改善服務效率，以擴大社會效益與國家競爭力。

【評估分析摘要】

依據《長期照顧十年計畫 2.0 （106~115 年）》之分析，發展長照服務體系，可對於被照顧者、照顧者、整體社會三層次皆帶來效益擴大之效果。對於被照顧者層次，長期照顧體系提供其於社會中生存的福祉、意義與尊重；對於照顧者層次，可以使照顧者追求其重視的價值，並且減少對急性醫療資源的不當使用以及減少家庭因照護落入貧窮的循環；而對於整體社會層次，透過使社會中的所有人發揮最理想的能力並分攤長期照顧的風險，將進而減少社會與經濟問題，產生正向影響。

綜合上述，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」符合「優先性—擴大社會效益」此評估事項之評估原則，應持續提升服務品質與效率，以擴大社會效益並提升國家競爭力。

【相關資料】

依據《長期照顧十年計畫 2.0 （106~115 年）》之長期照顧政策發展趨勢分析，發展長照服務體系，可對於被照顧者、照顧者、甚至是整體社會三層次皆帶來效益。以下引述計畫內文，分別說明長照服務對於擴大社會效益之情形。

發展永續公平的長期照顧體系之重要性及意義，不僅限於滿足個人的需要、減輕家庭與社會的照顧壓力，亦包括對於已發生身體機能損傷或有此風險者，有權利獲得可以使其維持最佳功能狀態的照顧和支持，而這也是所有人民基本人權、自由，與身為人的尊嚴的一部分。

首先，於被照顧者層次，被照顧者「仍然擁有生活，有權利也擁有實現其個人對福祉、意義，與尊重的渴望。……長期照顧體系必須可以使因功能衰退所造成的損失降到最小，使無論在何種發展軌跡上的人都能最理想的發揮其能力。」說明長照服務對於需求者而言之重要意義。

其次，於照顧者層次，亦需要政府提供完善的支持，「世界各國需要長期照顧的老人人口正快速增加；同時可以提供照顧的年輕人口群所佔比例卻正下降中。此外，傳統上擔任家庭照顧者角色的女性，也愈來愈多的投入其他經濟生產的社會角色。故已經不能再繼續期待單獨依靠家庭的力量來滿足老人的照顧需求。……一個完整的長期照顧體系不僅可以滿足老人的照顧需要，更可以解放女性使其可以追求她重視的價值，以及減少對急性醫療資源的不當使用、幫助家庭免於因為照顧所需費用而落入貧窮。」說明長照體系之建立，不僅可提供被照顧者所需服務，更可作為照顧者及其家庭之經濟、心理等面向之重要支援。

最後，「發展長期照顧體系有兩大基礎原則應視為前提：……第二，老化的過程中，可能出現功能的衰退，但也可能出現改善或延緩衰退的軌跡。長期照顧體系必須可以使因功能衰退所造成的損失降到最小，使無論在何種發展軌跡上的人都能最理想的發揮其能力。」，並且透過整體社會「共同分擔長期照顧的風險與成本，於整體社會而言可以促進社會凝聚」。因此使在何種發展軌跡上的人都能最理想的發揮其能力以及共同分擔長期照顧的風險，長期照顧體系之建立可提升社會福祉，進而減少社會與經濟問題。

2.5. 優先性—「施政優先程度」

評估事項		評估原則
優先性	施政優先程度	此類公共建設或服務是否於政府政策中屬於**重要施政重點**，具優先推動之效益。

【評估分析摘要】

臺灣自 69 年起逐步建立了長期照護相關法制，包括老人福利法、殘障福利法等。96 年起，政府又陸續推動《長期照顧十年計畫》（簡稱《長照 1.0》），明確定義了長照服務體系的服務範疇。102 年衛生福利部成立，統籌推動長期照護服務，並於 104 年制定長期照顧服務法，確立我國長照服務的法源依據。之後於 105 年推動《長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）》（簡稱《長照 2.0》），擴大長照的服務對象及給付項目。

此外，依據行政院核定計畫《長照 2.0》、《前瞻計畫-前瞻基礎建設計畫-城鄉建設-公共服務據點整備-整建長照衛福據點計畫》、與各部會年度施政方針與計畫〈行政院 112 年度施政方針〉及〈衛生福利部 112 年度施政計畫〉等指示，建置長期照顧體系、完備長照服務資源、提供長照服務需求者更佳之服務環境，為當前重要施政重點。

綜合上述，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」符合「優先性—施政優先程度」此評估事項之評估原則，於政府政策中屬於重要並具有優先推動效益者，應優先推動與辦理。

【相關資料】

一. 長照服務相關法規與政策沿革

老人福利法於69年正式公布施行，開啟臺灣老人福利法制化，明訂省（市）、縣（市）主管機關應視需要設立並獎助私人設立各類老人福利機構，包含扶養、療養、休養及服務機構四大類；接著頒訂殘障福利法，明訂政府設立或獎勵民間設立殘障

福利機構，開始相關身心障礙者的「教養照顧」服務，是為各類照顧養護機構制度化之開端。

行政院於96年核定《長照1.0》，明確定義長期照顧、失能評估、服務對象、項目及範圍等，同年，修正老人福利法，將老人福利機構修正為：長期照顧機構（長期照護型、養護型、失智照顧型）、安養機構及其他老人福利機構三種類型，並規範老人福利機構之規模、面積、設施、人員配置及業務範圍等事項之標準。另外，在機構設立之制度日漸完備下，內政部亦陸續針對老人與其家庭之經費補助、居家與社區型之照護體系建置推出相關計畫與辦法，以協助經濟狀況較弱勢之家庭、以及較偏遠之地區居民，皆能享受相關服務。

102年我國衛生醫療與社會福利之中央主管單位整合為衛生福利部，持續完善老人與失能者之照護制度。104年制頒長期照顧服務法，並於106年正式施行，確立我國長期照顧服務之法規依據。接著105年衛生福利部訂頒《長照2.0》，由中央與地方政府及民間單位共同推動，除擴大服務對象，更新增長照財源及服務項目，為提供更完善的長期照顧服務，衛生福利部自107年起，修改了長照1.0 的給付標準，將長照的補助項目改為包裹式支付，提出「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」，大幅修正我國長期照顧服務之給付標準、支付基準及補助額度，降低照顧家屬的財務壓力、提供更多元的照顧項目。

106年長期照顧服務法已正式施行，且長照2.0各項服務在新的給付制度支持之下快速發展，服務提供者也更為多元，產業化規模大幅提升，顯示各面向之長照服務持續被列為政府政策推動重點。而原各部會所制頒之各項相關法令，如老人福利法、身心障礙者權益保障法、國軍退除役官兵輔導條例、精神衛生法、護理人員法等，不同法令管轄之主管機關有不同設立法規、人員規範及補助標準之情形，我國政府亦仍持續致力於推動各服務體系的整合[16]。

[16] 黃龍冠、楊培珊（2021）〈以長照 2.0 為基礎回顧臺灣長照政策發展與評析未來挑戰〉，福祉科技與服務管理學刊 9 卷 2 期 p. 212-236。

二. 行政院核定計畫

計畫名稱	內容摘述
《長照 2.0》	第一節計畫目標與實施策略 為因應失能、失智人口增加所衍生之長期照顧需求，行政院於 96 年核定我國《長照 1.0》，惟計畫執行迄今，服務人數及資源雖有所成長，但隨照顧服務需求多元，亟待各類新興照顧服務模式回應不同族群需求；另為減少失能照顧年數、壓縮失能期間，應積極向前發展各類預防保健、健康促進等減緩失能之預防性服務措施，且向後整合在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，以期達成以服務使用者為中心之多元連續性服務之服務體系。
《前瞻計畫-前瞻基礎建設計畫-城鄉建設-公共服務據點整備-整建長照衛福據點計畫》[17]	壹、計畫緣起 一、 依據 （一）落實《長照 2.0》建構以社區為基礎之長照服務體系：為因應高齡、少子女化社會，提供完善社會福利服務，強化對家庭功能的支持，落實《長照 2.0》目標，實現在地老化，特規劃推動社區整體照顧服務體系，以優先擴大居家服務供給量與長照服務可近性，加速布建社區照顧資源，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及社區整體照顧服務體系。 （二）106 年行政院政策宣示：為充實普及社區長照服務資源，增進長照服務提供單位分布之密度，行政院業宣示將閒置空間轉型設置長照服務使用。為強化社區照顧量能，完備照顧服務體系，透過積極活化公有設施，包含社區活動中心、老人活動中心、部屬醫療及社福機構、衛生所、地方公有閒置空間或土地，以修繕、改建、興建等方式，積極充實在地化長照服務資源，厚植整體服務量能。 （三）109 年總統政策宣示：為進一步充實普及社

17 衛生福利部（111 年）《前瞻計畫-前瞻基礎建設計畫-城鄉建設-公共服務據點整備-整建長照衛福據點計畫》

計畫名稱	內容摘述
	區長照服務資源，提升社區式長照服務分布密度，總統政見業宣示擴增社區式服務資源，以期達到一國中學區設置一日間照顧中心之目標，爰持續透過積極活化公有設施，包含社區活動中心、老人活動中心及地方公有閒置空間或土地，以新建、 增建、改建等方式，轉型設置日間照顧、小規模多機能等社區式長照機構，以積極充實在地化長照服務資源，厚植整體服務量能完備照顧服務體系。
住宿式服務機構品質提升卓越計畫	貳、背景說明 依據 OECD 之推估，國家規劃長照服務資源配置時，住宿式機構服務規劃占比應為整體長照服務需求之 20%為目標，且機構式照顧服務模式係整合家庭、民間機構、團體及政府的力量，為老人提供完善的安養、長期照顧服務措施，並補充、支持家庭照顧功能，實為重要。 為解決長期為民眾詬病之住宿式機構品質良莠不齊、導致相對具有經濟能力的家庭，想要入住品質較優良的機構，卻一位難求的問題，衛生福利部研擬本獎勵方案，預計於計畫執行期間、開放現有機構提出申請並予以輔導，再對達成衛生福利部公告品質指標之機構給予獎勵，並按社會期待逐年增修指標，以達到品質精進之目標。
住宿式服務使用者補助方案	貳、背景說明 衛生福利部前於 105 年 12 月 19 日經行政院核定《長照 2.0》，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，並針對各類型服務訂有不同補助策略。 衛生福利部為緩解使用機構者及其家屬照顧及經濟負荷，對於未領取其他住宿補助之住民予以專案補助，自行政院 108 年 9 月 12 日核定迄今，已補助約 12.35 萬人次，占整體住民之 4 成；基於各界持續關心入住機構經濟負擔沉重，經檢討政府財務負擔能力，爰針對重度失能之住民調增補助；

計畫名稱	內容摘述
	另部分中度失能者仍可能因日常生活需協助、但家中缺乏可提供照家中缺乏可提供照顧或陪伴者而入住機構，並考量長照政策對於「照顧不離職」之期待，爰本次針對中度失能者亦併予納入調增對象，減輕其經濟負擔。

三. 年度施政方針及施政計畫

計畫名稱	內容摘述
〈行政院 112 年度施政方針〉[18]	貳、外交、國防及兩岸關係 九、周全退除役官兵服務照顧，促進國際退伍軍人輔導事務交流；強化產學產訓合作，厚植學能促進穩定就業；營造榮家優質高齡頤養環境，推動智慧醫療整合長照，落實全人健康照護。 捌、勞動、衛生福利及環境保護 九、以自主、自立、共融、永續四大發展願景，提升高齡者健康及社會連結；檢討精進國民年金制度，確保民眾老年基本經濟安全；強化基層公共衛生醫療體系，增進全年齡層健康。
〈衛生福利部 112 年度施政計畫〉[19]	壹、年度施政目標及策略 二、建置優質長照體系，完備長照服務資源 （一）建構完整長照服務制度及體系，推動長期照顧服務相關法規，搭配長照服務提供者特約制度，提升長照服務體系之效率及量能。 （二）賡續整合長照機構及充實長照人力資源，並布建部屬醫院附設住宿式長照機構，建構機構住宿式服務類之長照機構法人治理體制。 （三）持續普及社區整體照顧服務體系，提升社區照顧服務可近性，建構以社區為基礎之長照服務體系。 （四）推動失智社區照護服務，強化失智照護資源。

18 行政院（111 年）〈行政院 112 年度施政方針〉
19 衛生福利部〈衛生福利部 112 年度施政計畫〉

計畫名稱	內容摘述
	貳、年度重要計畫 《長照 2.0》 一、建立以服務使用者為中心的服務體系。 二、發展以社區為基礎的整合型服務中心。 三、發展以社區為基礎之失智照護服務及出院準備銜接長照服務。 四、鼓勵服務資源發展因地制宜與創新。 五、增強地方政府發展資源之能量。 六、強化照顧管理資料庫系統。 公共服務據點整備－整建長照衛福據點 一、充實普及社區式長照服務資源，提升社區式長照服務分布密度。 二、積極活化利用各地方閒置或低度使用之土地建物，布建符合在地需求之長照服務場館。

2.6. 迫切性—「政府專業人力資源不足」

評估事項		評估原則
迫切性	政府專業人力資源不足	此類公共建設或服務是否日常營運所需之**人力與專業，政府部門不足以提供**，而使得服務量或服務品質不足。

【評估分析摘要】

依據長期照顧服務法及長期照顧服務機構設立標準，長照設施所需人力專業包含護理師或護士、社會工作人員、照顧服務員、其他醫事或行政人員等，除了所需人力眾多且專業程度高以外，長照服務之人員更須經由長期照顧服務法獲得法定之訓練及認證，一般地方政府難以配置充足之人力，甚至隨長照需求增加的速度同步增加人力以提供長期照顧之服務。經衛生福利部統計，截至 112 年 8 月，全國住宿式機構服務使用人數約 10 萬人，相關服務人力共計約 4 萬 7 千餘人。以全國長照服務需求成長速度，至 115 年至少需再增加約 5 千人之服務人力。為促進機構服務品質提升，則相對應之專業能力需求及人力數量需求需以更高標準來安排，以目前人力短缺之情形下將為各機構之一大挑戰，且相關專業及人力亦並非地方政府所能提供。

綜合上述，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」符合「迫切性—政府專業人力資源不足」此評估事項之評估原則，因政府日常營運所需之人力與專業不足，致服務量不足、服務品質有待提升，需借重民間專業資源增加服務供給量並提高服務品質。

【相關資料】

依據長期照顧服務法，提供長照服務之人員必須經由法定之訓練及認證；另依長期照顧服務機構設立標準，視長照設施類型及床數規模，需依比例配置一定人數之護理師或護士、社會工作人員、照顧服務員、其他醫事或行政人員等各類專業人員。可見維繫住宿式長照機

構服務，所需專業領域多元，且專業人力數量亦須因應機構規模及受照護者人數增加而因應擴增。相關法源依據如下：

長期照顧服務法

第 3 條　四、長照服務人員（以下稱長照人員）：指經本法所定之訓練、認證，領有證明得提供長照服務之人員。

第 18 條　長照服務之提供，經中央主管機關公告之長照服務特定項目，應由長照人員為之。

長期照顧服務機構設立標準

第十二條　二、護理師或護士

每二十床至少應置一人；未滿二十床者，以二十床計。

附件三　住宿式長照機構設立標準表

收住管路、造廔口、植物人、長期臥床（含重癱）者，每十五人應置一人；未滿十五人者，以十五人計。

收住呼吸器依賴個案達四床以上者，人員應符合下列規定：

1、每十人應置一人；未滿十人者，以十人計。

2、至少有一位護理師或護士具備呼吸照護臨床經驗二年。

3、收住呼吸器依賴個案以二十四人為計算單位，每超過二十四人應再增加一人。

三、社會工作人員

每照顧八十人應置一人；未滿八十人者，以八十人計。

四、照顧服務員

每八人應置一人；未滿八人者，以八人計。

收住管路、造廔口、植物人、長期臥床（含重癱）者，每五人應置一人，未滿五人者，以五人計

收住具行動能力之失智症者：每三人應置一人；未滿三人者，以三人計。

收住具行動能力之失智症者，任何時段照顧服務員之總數與服務使用者人數比例，日間不得低於一比六；夜間不得低於一比十。

五、其他人員

得視業務需要置行政人員、醫事人員或其他工作人員；提供醫事照護服務者，應依醫事法令相關規定辦理。

收住呼吸器依賴服務使用者達四人以上者，應符合下列規

定：

1、特約受過胸腔或重症加護相關訓練之相關專責專科醫師至少一名。

2、特約、專任或兼任呼吸治療師至少一名。

立法院 110 年度預算評估報告[20]彙整各項長照服務人力之統計，包含一般護理之家護理人員及照顧服務員、老人長期照顧與安養機構、身心障礙福利機構等住宿式機構之工作人員，以及勞動部統計之外籍看護工人數，可發現國內整體長照相關服務人力仰賴外籍社福看護工高達 9 成，比率甚高，顯示我國進入長照服務人力市場之人數有限；在高齡化趨勢日益嚴峻之情況下，長照服務人力之缺口亦將更顯著。

而針對住宿式機構之服務人力情形，該報告亦指出，自 107 年起實施長照給付及支付基準後，各類專業及照顧人力考量薪資待遇，轉而投入居家服務之照顧服務員大幅成長，亦造成住宿式長照機構人力流失與招聘困難。由陳正芬教授於 111 年之研究[21]中亦證實，於住宿式機構服務之照護服務員、相較於居家照顧服務員，其工作彈性較低、工時長、而服務薪資亦較低，其工作條件確實使住宿式機構面臨人力招募較難之困境。除此之外，醫院端的住院病人看護人力需求，也成為照護人力市場之拉力。隨著住院病人一對一看護需求日升，衛生福利部中央健康保險署於 111 年起推動「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」[22]，提供參與試辦醫院健保支付部分費用之照護輔佐人力，協助減輕病患及家屬壓力。計畫續推至今(113)年，持續增加合作醫院以及服務床位數，代表有更多照護人力進入醫院體系服務，對於住宿式機構之人力招募而言，也受到一定程度影響。

觀察現況各縣市住宿式機構使用人數及對應之工作人員數（參表 2-4），截至 112 年 8 月，全國住宿式機構服務使用人數約 10 萬人，而相關工作人員包含照顧服務員、社工人員、護理人員、外籍看護工等共計約 4 萬 7 千餘人。以全國長照服務需求人數自 112 年之 86 萬

[20] 本段內容引述自立法院 109 年衛生福利特別收入基金（社會福利基金、家庭暴力及性侵害防治基金、長照服務發展基金）及國民年金保險基金 110 年度預算評估報告。

[21] 台北護理健康大學長期照護系教授陳正芬於 111 年之研究中，深度訪談六家機構和照護單位，彙整照顧服務員工作條件。參考今周刊 2023-03-15 報導，「全台 27%床位擱置中 重度失能者遭擋門外 長照機構大缺工 從政策到法令都該修」，https://www.businesstoday.com.tw/article/category/183027/post/202303150022/。

[22] 衛生福利部中央健康保險署 113 年 8 月 7 日新聞，「健保提升住院整合照護計畫 8 月 1 日起全國 109 家醫療單位提供服務 床位逾 5 千床」，https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-15399-32bda-3255-1.html

人推估至 115 年將成長至 95 萬人之速度，住宿式機構各相關服務人力亦須隨服務人數增加而至少再增加約 5 千人，如同時期待能提升各機構服務品質，則服務人員相對應之專業能力需求及人力數量需求需以更高標準來安排，以目前人力短缺之情形下將為各機構之一大挑戰。

表 2-4 112 年(截至 8 月底)全國各縣市住宿式機構人力統計表

住宿式機構服務使用人數與工作人員數統計					
縣市	服務使用人數	照顧服務員人數	社工人員人數	護理人員人數	外籍看護工人數
臺北市	7,001	1,966	180	831	749
新北市	10,950	4,285	293	1806	1362
桃園市	8,412	899	117	583	552
臺中市	10,772	3,025	138	1122	1375
台南市	13,282	2,689	241	1358	1412
高雄市	13,190	2312	302	1404	1487
宜蘭縣	3,078	528	60	469	342
新竹縣	2,734	593	48	287	339
苗栗縣	2,118	503	43	191	273
彰化縣	8,333	1,466	116	752	692
南投縣	2,217	496	51	152	221
雲林縣	3,085	699	65	344	411
嘉義縣	3,017	468	45	473	291
屏東縣	5,281	1,317	91	592	（未單獨計算）
臺東縣	1,431	401	47	133	90
花蓮縣	3,451	570	57	268	134
澎湖縣	182	62	3	39	26
基隆市	2,228	370	36	229	308
新竹市	1,405	224	23	124	97
嘉義市	2,230	440	34	236	257
金門縣	328	82	8	21	14
連江縣	29	16	3	14	0
總計	**104,754**	**23,411**	**2,001**	**11,428**	**10,432**

資料來源：各縣市 113 年長照 2.0 整合型計畫

在我國整體勞動力市場供給有限之情形下，隨著高齡少子化的發展趨勢，未來照護人力的短缺情形勢必日益顯著。對於主管長照相關

服務之地方主管機關而言，主要扮演統籌中央及地方資源、制定相關政策與推動方案之角色，機關專業人力主要職能在於規劃與督導相關業務執行，並有照顧管理中心對應民眾需求、協助安排及媒合各項長照服務及資源。在機關員額規範下，可支應配置的專業人力員額有限，且無法隨長照需求增加的速度同步增加人力。對於第一線提供照顧服務或相關醫護與輔導等工作，仍須借重民間專業及人力資源，以達各司其職、提升公共服務效率之效。

2.7. 迫切性—「政府財政調度資源有限」

評估事項		評估原則
迫切性	**政府財政調度資源有限**	此類公共建設或服務是否短期內所需支付之建置經費是否極易超出政府常態性預算編列額度、或容易大量排擠其他預算，因此**政府於財政上難以即時提供此類公共建設或服務，使得設施服務建置效率不佳**。

【評估分析摘要】

依據長期照顧服務法，中央政府設置長照基金以提升長照服務品質，然既有基金來源之各項稅捐皆容易受到市場或政策變動因素影響，而使長照財源具不穩定性。隨高齡人口成長、各面向服務之需求逐步提升，政府支用於長照服務之金額亦逐年攀升。對於各地方政府而言，可調度之財政資源有限，雖有中央相關計畫資源可補助長照服務辦理與設施建置，然在各計畫並非常年穩定預算，而申請規範包含需評比競爭、需地方自籌部分比例、以及有區域範圍限制等條件下，並非可長期穩定仰賴之經費來源，爰仍需借重民間資源以提升布建效率。

綜合上述，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」符合「迫切性—政府財政調度資源有限」此評估事項之評估原則，於政府財政資源有限而相關設施需求迫切、所需建置經費持續攀升下，應視情形酌予借重民間專業資源提高設施服務之建置效率。藉由有償取得公共建設服務之模式，主辦機關可透過長期分年付款方式攤提所需相關建設費用，減少財政於短時間大量支出，以避免各項大型建設間財務相互影響，壓縮其他公務所需支出之情事發生。

【相關資料】

以下分別說明長期照顧服務機構於興建面以及營運面之財政資源來源，並分析該財政資源所面臨之挑戰。

一. 興建面財政資源

住宿式長照機構之布建，其成本結構具高比例在於土地取得、以及硬體設施之建設與修繕。以單一設施個案所需支出觀之，參考新北市瑞芳區長照醫療設施大樓案可行性評估報告[23]內容，在興建範圍包含醫院、長照設施以及相關附屬設施(停車場等)之情況下，長照設施規劃提供60人之日間照顧服務，及住宿式長期照顧服務135床，土地由主辦機關提供，民間機構僅須負擔土地租金，而整體工程建設經費約6.2億元、平均每年營運成本約3.7億元。

有關可支用於設施新建與修繕之補助資源，目前主要包含「前瞻基礎建設整建長照衛福據點計畫」、「加速推動地方創生計畫之地方創生長照衛福據點整備補助」以及「獎助布建住宿式長照機構資源計畫」等（詳參表2-5），然而前二項屬於國發會前瞻特別預算範疇，有其預算供給之期限、並非常年穩定之經費來源；而衛生福利部透過長照基金獎助地方政府布建住宿式長照機構之計畫，則有資源缺乏區優先適用之規範。對各地方政府而言，相關中央計畫資源雖已提供一定程度之設施建置經費協助，然與單一個案所需建置經費相比，仍有高比例經費需由各地方政府設法自籌；且在計畫申請規範包含需評比競爭、需地方自籌部分比例、以及有區域範圍限制等條件下，相關資源可作為地方政府財政吃緊下的緩解措施，但仍並非可長期穩定仰賴之經費來源，爰仍需借重民間資源以提升布建效率。

[23] 新北市政府（109 年）《新北市瑞芳區長照醫療設施大樓規劃委託民間參與投資興建經營作業事務服務計畫-可行性評估報告書核定版》

表 2-5 地方政府長照設施新建或修繕相關補助計畫彙整表

計畫名稱	計畫年期	申請規範			經費提供標準 (僅列舉部分規範示例)
		競爭型計畫	地方自籌比率	其他限制	
前瞻基礎建設整建長照衛福據點計畫	106~114 年，共八年 (前瞻建設特別預算第一~五期)	是，須經審查評比，依先期規劃完整度、日照資源涵蓋率，擇優補助。	依「各直轄市及縣(市)政府財力分級表」: 第一級：65%。 第二級：20%。 第三級：15%。 第四級：10%。 第五級：5%。	不得重複申請地方創生、其他前瞻基礎建設、長照及活化空間相關計畫經費。	老人活動中心、身心障礙福利機構：新建費每處最高 3,000 萬元，修繕費 450~900 萬元。 其他在地閒置空間/土地：申請修繕、新建、增改建每案最高 3,000 萬元。
加速推動地方創生計畫之地方創生長照衛福據點整備補助規定	110~114 年，共五年 (前瞻建設特別預算第三~五期)	—	依「各直轄市及縣(市)政府財力分級表」: 第一級：65%。 第二級：20%。 第三級：15%。 第四級：10%。 第五級：5%。	不得重複申請其他前瞻基礎建設、長期照顧及活化空間相關計畫經費。	其他在地閒置空間或土地：新建、增改建每案最高 5,000 萬元。 社區活動中心、老人活動中心：新建、增改建每案最高 3,960 萬元。
獎助布建住宿式長照機構資源計畫	112~116 年，預計共四年 (計畫前身為 108~112 年獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫)	是，須經審查評比，依先期規劃完整度、資源布建供需，擇優補助。	—	完全無住宿資源區：每一生活圈以一案為上限。 住宿床位資源不足區：每一資源網區不以一案為上限。	以公部門提出申請為例— 1.一般住宿之機構： ˙新建案每床最高新臺幣 210 萬元 ˙修繕案每床最高新臺幣 120 萬元 2.專設失智床之機構： ˙新建案每床最高新臺幣 220 萬元 ˙修繕案每床最高新臺幣 130 萬元

資料來源：前瞻基礎建設計畫-城鄉建設-公共服務據點整備-整建長照衛福據點計畫(行政院核定計畫書)、加速推動地方創生計畫之地方創生長照衛福據點整備補助規定、衛生福利部辦理「獎助布建住宿式長照機構資源計畫」申請作業須知

二. 營運面財政資源

目前長期照顧服務機構之營運面財政資源，主要來自長照基金下各項獎助方案費用。長期照顧服務法第15條規範中央機關應設置長照基金以提升長照服務品質，依據立法院預算評估報告分析，長照基金設立後持續用於布建長照資源、支應民眾服務需求，隨我國高齡人口數持續成長及政府大力推廣相關服務提供，用途金額逐年攀升（詳表2-6），然依據前述長期照顧服務法所定之基金來源，係以遺產稅、贈與稅、菸酒稅、房地合一稅等項目為主要財源，稅收金額容易受到物價漲跌、民眾消費行為改變及資金政策等多項變動因素影響。

長期照顧服務法

第 15 條　中央主管機關為提供長照服務、擴增與普及長照服務量能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費，應設置特種基金。基金之來源如下：

一、遺產稅及贈與稅稅率由百分之十調增至百分之二十以內所增加之稅課收入。

二、菸酒稅菸品應徵稅額由每千支（每公斤）徵收新臺幣五百九十元調增至新臺幣一千五百九十元所增加之稅課收入。

三、政府預算撥充。

四、菸品健康福利捐。

五、捐贈收入。

六、基金孳息收入。

七、其他收入。

表 2-6 106 至 112 年度長照基金基金來源、用途及餘絀概況表

項目	基金來源 (億元)	基金用途 (億元)	本期賸餘 (億元)	期末基金餘額 (億元)
106 年度決算數	118.53	**13.54**	104.99	104.99
107 年度決算數	363.46	**162.79**	200.67	305.66
108 年度決算數	415.72	**300.46**	115.26	420.92
109 年度決算數	537.50	**416.91**	120.59	541.51
110 年度決算數	720.41	**454.19**	266.22	807.74

項目	基金來源 (億元)	基金用途 (億元)	本期賸餘 (億元)	期末基金餘額 (億元)
111 年度決算數	938.16	**559.09**	379.07	1,186.81
112 年度決算數	999.87	**679.02**	320.84	1,507.65

資料來源：立法院「衛生福利特別收入基金（社會福利基金、家庭暴力及性侵害防治基金、長照服務發展基金）及國民年金保險基金 112 年度預算評估報告」、衛生福利部中央政府總決算長照服務發展基金附屬單位決算分決算（111 年度及 112 年度)

參考近年各項稅收挹注長照基金情形（詳表2-7），112年因有高額案件及稅款入帳，因而使贈與稅大幅提升；而113年則是房地合一稅收入明顯成長，主要是前一年受到平均地權條例修法、央行連續升息影響，房市處於低點，再加上近期景氣回溫、股市活絡帶動財富增加等狀況，致使房市交易熱絡。

由此可見，雖近幾年長照基金餘額呈持續成長趨勢，然而基金來源中之房地合一稅與政策變化、房市景氣連動；而贈與稅、遺產稅則具機會稅性質，每年稅收狀況不一，使得長照基金財源仍存在不穩定性。參考日本面對高齡化趨勢，透過長照保險制度，確保長照相關服務費用可穩定支付，於111年長照保險給付金支出已達臺幣2.35兆之規模；相比之下我國長照基金預算雖於112年已達歷年最高之679億元，但在高齡人口及長照服務需求人數迅速攀升、而基金財源卻不穩定之情況下，更凸顯需引入民間資金協助相關設施與服務建置之必要性。

表 2-7 近年各項稅收挹注長照基金概況表

	112 年 1-11 月		113 年 1-5 月	
稅目	撥入金額 (億元)	年增率 (%)	撥入金額 (億元)	年增率 (%)
房地合一稅	492	9.4	184.15	70
菸稅	246	-6.7	109.39	5.8
遺產稅	84	-6.2	48.69	65.5
贈與稅	59	50.6	16.44	-48.3
合計	881	4.7	358.67	31.4

資料來源：經濟日報 112 年 12 月 19 日新聞 https://money.udn.com/money/story/6710/7649641 、聯合新聞網 113 年 6 月 17 日新聞 https://udn.com/news/amp/story/7243/8037147

依據監察院109年調查報告[24]，各地方政府支用於《長照2.0》之經費來源，包含中央補助、地方公務預算以及公益彩券盈餘，各縣市年度可支用金額自兩千萬元至二十億元不等(詳表2-8)；而經費去向包含社區照顧關懷據點建立、失能老人公費安置、服務人力資源擴增、地方輔具服務建置、社區預防及延緩失能照護服務提供、住宿型長照機構消防安全強化等，主要提供各地方政府辦理各面向長照服務所需經費。

表 2-8 108 年各地方政府推動辦理長照 2.0 之預算經費來源及金額

縣市別	中央補助		地方公務預算		公益彩券盈餘		合計	
	金額（千元）	占比	金額（千元）	占比	金額（千元）	占比	金額（千元）	占比
新北市	2,744,278	93.43%	181,341	6.17%	11,758	0.4%	2,937,377	100%
臺北市	1,382,503	84.09%	220,741	13.43%	40,831	2.48%	1,644,075	100%
桃園市	1,356,984	87.61%	146,095	9.43%	45,793	2.96%	1,548,872	100%
臺中市	2,747,062	95.72%	120,608	4.20%	2,179	0.08%	2,869,849	100%
臺南市	2,063,146	97.47%	53,485	2.53%	0	0%	2,116,631	100%
高雄市	2,744,455	96.11%	89,808	3.15%	21,303	0.75%	2,855,566	100%
宜蘭縣	671,505	97.67%	3,523	0.51%	12,473	1.81%	687,501	100%
新竹縣	474,848	94.94%	7,182	1.44%	18,100	3.62%	500,130	100%
苗栗縣	864,399	100%	0	0%	0	0%	864,399	100%
彰化縣	1,792,382	99.52%	6,106	0.34%	2,553	0.14%	1,801,041	100%
南投縣	1,127,827	98.51%	2,050	0.18%	15,015	1.31%	1,144,892	100%
雲林縣	927,292	96.20%	36,651	3.80%	0	0%	963,943	100%
嘉義縣	738,364	96.50%	19,066	2.49%	7,722	1.01%	765,152	100%
屏東縣	1,396,538	97.54%	35,283	2.46%	0	0%	1,431,821	100%
臺東縣	547,206	95.85%	11,881	2.08%	11,830	2.07%	570,917	100%
花蓮縣	659,777	97.92%	3,000	0.45%	10,998	1.63%	673,775	100%
澎湖縣	228,597	81.75%	11,386	4.07%	39,647	14.18%	279,630	100%
基隆市	341,691	96.66%	6,893	1.95%	4,928	1.39%	353,512	100%
新竹市	273,698	89.55%	27,806	9.10%	4,135	1.35%	305,639	100%
嘉義市	307,335	97.29%	6,406	2.03%	2,160	0.68%	315,901	100%
金門縣	162,527	90.71%	16,640	9.29%	0	0%	179,167	100%
連江縣	19,896	99.28%	144	0.72%	0	0%	20,040	100%

24 監察院 109 年調查報告（字號：109 內調 0045）（公告日期：109 年 7 月 20 日）

縣市別	中央補助		地方公務預算		公益彩券盈餘		合計	
	金額（千元）	占比	金額（千元）	占比	金額（千元）	占比	金額（千元）	占比
合計	**23,572,321**	**94.94%**	**1,006,095**	**4.05**	**251,425**	**1.01**	**24,829,841**	**100%**

資料來源：監察院 109 年調查報告（109 內調 0045）

隨著全國人口高齡化趨勢日增，各縣市政府須支用於長照服務之經費亦逐年攀升，觀察各地方政府衛生局最新一年度之預算書，以人口較稠密之六都為例，其中有明確劃分長照服務相關預算者，113年度長期照護相關業務預算為新北市7,690,897,000元，占全年歲出預算75%；桃園市1,197,466,000元，占全年歲出預算38%；臺中市8,928,458,000元，占全年歲出預算83%；高雄市5,814,442,000元，占全年歲出預算44%。顯見長照所需支用費用具相當規模，對地方政府而言亦產生一定程度之負擔，須借重民間資源以降低政府於短時間內之大量財政支出，以使長照服務可持續供給，同時維續公共財政穩定。

第3章　定量評估資料

3.1. 定量評估方法說明

依據促參法第九條之一，須確認公共建設依促參法辦理較政府自行興建、營運更具效益。評估機關應先擬具政策評估報告，以定量方法比較此類公共建設在不同模式下辦理之情形，再由專家會議審核。

促參法公共建設類別區分為 A 類及 B 類，A 類公共建設，指作業辦法施行前，已有主辦機關依據促參法辦理公共建設期間，以有償方式取得其公共服務之全部或一部案例之公共建設類別，如促參法第九條之一修法說明舉述之污水下水道、焚化廠、海水淡化廠、高速公路電子收費系統(ETC)等，顯示由民間辦理此類公共建設或服務確實有其優勢與效益，其辦理效益已具相關資料可彙整分析，故應以個案履約成果擬具定量評估報告。B 類公共建設，則指過去尚未有有償取得公共服務模式辦理案例之公共建設，應透過嚴謹方式評估，可量化計算之事項以貨幣化方式計算之，而較難貨幣化計算之部分則另彙整相關資料，以質性方式分析之。

本次政策評估之評估標的屬 B 類公共建設，故以下說明 B 類公共建設之定量評估應包含事項及評估方式。

一. 定量評估應包含事項

B 類公共建設類別，依作業辦法第五條方式辦理定量評估，透過嚴謹、完整之量化方式，確保由民間辦理較政府自行興建、營運更具效益，評估應包含事項包含「服務品質提升效益」、「資產維護水準提升效益」、「設施服務提早實現效益」、「委託民間辦理風險值」及「外部成本效益」五個項目。

其中，前四項須以貨幣化計算民間辦理與政府辦理情形之差值；較難貨幣化計算之「外部成本效益」則將採質性分析方式，彙整相關資料予以說明。以下分為「量化計算部分」與「非量化計算部分」分別說明。

表 3-1 B 類定量評估計算公式與評估項目架構

<table>
<tr><td colspan="3">一、量化計算部分</td></tr>
<tr><td colspan="3">計算公式</td></tr>
<tr><td colspan="3">民間辦理較政府自辦所提升之效益－委託民間辦理風險值
=(A ＋ B ＋ C)－ D</td></tr>
<tr><td colspan="2">評估事項</td><td>計算方式</td></tr>
<tr><td colspan="2">A.服務品質提升效益</td><td>民間辦理模式之經營淨收益
－政府自辦模式之經營淨收益</td></tr>
<tr><td colspan="2">B.資產維護水準提升效益</td><td>民間辦理模式之資產維護效益
－政府自辦模式之資產維護效益</td></tr>
<tr><td colspan="2">C.設施服務提早實現效益</td><td>民間辦理模式提前營運期間之淨收益</td></tr>
<tr><td colspan="2">D.委託民間辦理風險值</td><td>政府額外支付費用總計
× 契約終止事件發生機率</td></tr>
<tr><td colspan="3">二、非量化計算部分</td></tr>
<tr><td colspan="2">評估事項</td><td>評估原則</td></tr>
<tr><td rowspan="2">外部成本效益</td><td>外部效益</td><td>是否將創造更多外部效益，或加速達成各面向外部效益</td></tr>
<tr><td>外部成本</td><td>是否將產生較多外部負面影響</td></tr>
</table>

(一) 評估方式：量化計算部分

為符合促參法第九條之一之立法精神，須比較公共建設依促參法辦理（以下簡稱民間辦理）及「政府自行興建、營運」（以下簡稱政府自辦）兩種模式辦理，是否前者將產生之效益大於後者；同時應考量委由民間辦理若發生風險，而須由政府額外負擔成本時，可能造成民間辦理效益之減損。

因此綜合觀之，若由民間辦理較政府自辦所提升之效益扣除政府因風險須負擔之成本後，結果為正數（>0）時，即代表此公共建設依促參法辦理較政府自行興建、營運更具效益。參考〈「PPP 比較淨效益分析」方法論：交易治理模式觀點〉[25]研究中對於不同治理模式之比較淨效益評估方法、以及市場模式交

[25] 荷世平、李建賢、王寶玲、黃雍晶、劉靜娜（2022）。「PPP 比較淨效益分析」方法論：交易治理模式觀點。財稅研究，51(1)，1-27。

易成本之計算方式，設定計算公式為「民間辦理較政府自辦所提升之效益－民間辦理風險」（參考表3-1）。

於撰擬政策評估報告時，應選擇此公共建設類別下之設施案例進行計算，參考相關研究文獻、可行性評估與規劃報告、該類設施相關法規制度與市場現況等資訊，設定計算參數。

(二) 評估方式：非量化計算部分

較難貨幣化計算之外部成本與效益，不納入公式計算，但仍應於評估過程中審慎考量。透過「外部效益」以及「外部成本」兩項目，分別探討此類公共建設或服務由民間辦理，是否將較政府自行興建、營運創造更多外部效益，或加速達成各面向外部效益；以及此類公共建設或服務由民間辦理，是否將產生較多外部負面影響。此部分應透過相關研究分析及案例經驗彙整，以質性方式論述說明。

以下依據定量評估方法所規範之評估事項，分別說明本次評估標的於定量評估各項評估事項之分析內容。

3.2. 本次評估事項分析—量化計算部分

【共同基本假設】

考量目前長期照顧服務機構實際案例，多以日間照顧服務與住宿式長期照顧服務為基本服務範疇，再搭配其他如社區式機構、醫院、健康中心等複合服務機能。於政策推動上，目前衛生福利部也鼓勵長期照護機構朝綜合式長照機構方向規劃，使經營單位在滿足政府規定公益性目標之同時，亦可使計畫財務更為可行。故本次評估採「綜合式長照機構」為例，進行政府自行辦理、與依促參法交由民間辦理兩種辦理模式之各面向效益計算與比較。

由於實務上並無長照機構之個案同時具有政府自辦與民間辦理之經驗，因此為求比較基準一致、並可比較政府自辦與民間辦理之效益差異，本次評估將以一預設之長照機構規模為分析基礎，再納入實際個案由政府辦理與民間辦理之成本、收益等相關參數進行計算並比較分析，如圖 3-1。

圖 3-1 定量評估計算假設條件說明

資料來源：本研究團隊整理

首先假設一座長照機構之基本開發架構（包含可服務人數、樓地板面積、以及營運年期）如表 3-2，再參考全台不同地區長照機構促參案件之收益、興建成本單價以平均方式代入量化公式計算，以降低

不同地區之價格差異可能造成之計算偏誤。案例基本資料假設說明如下表。

表 3-2 計算案例基本資料假設說明表

基本資料項目	假設內容
規模	日間照顧服務 60 人、 住宿式長期照顧服務 200 床
面積	建物樓地板面積 10,191 平方公尺
年期	契約年期包含興建期與營運期，共計 50 年

假設此基本開發架構包含日間照顧以及住宿式機構兩種服務類型。其中，日間照顧服務規模之設定參考「長期照顧服務機構設立標準」附件二社區式長照機構設立標準表：「(一)應採單元照顧模式，每日同一服務時間，至多服務一百二十人。(二)單元照顧模式係指每一單元以十至十五人為原則。每三十人之使用區域應有固定隔間及獨立空間。」並參考目前長照機構實際案例，日間照顧服務多以 60 人為常見之服務規模，故設定日照服務 60 人作為假設規模。而住宿式長照機構服務之規模設定，則參考「長期照顧服務機構設立標準」第十五條第一項：「住宿式長照機構，或綜合式長照機構設有機構住宿式服務者，其設立規模，以二百人為限。但經中央主管機關專案同意者，不在此限」，因此設定住宿式機構 200 床作為假設規模。

建物樓地板面積部分，除相關法規有規範最低之服務人數與對應面積之外，各機構亦有其不同之基地條件與服務空間規劃考量，因此較難有統一之面積標準。為使後續評估可有比較基準，參考既有長期照顧服務機構案例，以「桃園市蘆竹區銀髮長照園區 BOT+ROT 案」（下稱蘆竹案）之服務項目與服務人數規模與上述假設條件（日間照顧服務 60 人、住宿式長期照顧服務 200 床）最接近，故以該案例之建物樓地板面積 10,191 平方公尺作為假設規模。

契約年期部分，目前長期照顧服務機構實際案例皆以興建期與營運期共計 50 年為主要設定年期，因此本次評估亦以 50 年為假設期限。

另因政府有償取得公共服務之定量評估以政府與民間辦理之效益差異為關注重點，故採計之各項成本及收益不考慮折現率之影響。

【參考案例】

本次評估參考「新北市瑞芳區醫療長照設施大樓 BOT+BTO 案」（下稱瑞芳案）、蘆竹案、「臺中市立老人復健綜合醫院新建營運移轉案」（下稱臺中案）以及「高雄市鼓山區長期照顧服務園區 ROT+BOT 案」（下稱鼓山案）四件長照機構促參案之規模及成本收入條件。前述之個案參數，彙整自各案件之可行性評估、先期規劃、投資計畫書等相關資料。另外，上述案例雖具備完整之評估資料，但因尚未開始營運，為使評估內容可反映實際市場狀況，因此各計算項目將輔以相關業者經營經驗訪談，酌以納入其他案例之實際數據進行計算。

表 3-3 參考案例基本資料彙整表

案例名稱	新北市瑞芳區醫療長照設施大樓	桃園市蘆竹區老人長期照顧中心	臺中市立老人復健綜合醫院	高雄市鼓山區長期照顧服務園區
占地面積	約 2,659 m^2	約 9,990 m^2	約 45,783 m^2	約 18,200 m^2
建築樓地板面積	11,326 m^2	ROT 部分： 7,491 m^2 BOT 部分： 2,700 m^2	170,040 m^2	ROT 部分： 9,401 m^2 BOT 部分： 6,981 m^2
長照機構類型	綜合式服務類	綜合式服務類	綜合式服務類	綜合式服務類
服務項目	・日間照顧服務 ・住宿式長照機構 ・醫院	・小規模多機能社區式機構（包含日間照顧服務） ・住宿式長照機構 ・團體家屋 ・居家服務中心	・日間照顧服務 ・住宿式長照機構 ・醫院(老人暨綜合醫學中心) ・醫學美容中心 ・產後護理之家	・日間照顧服務 ・住宿式長照機構 ・團體家屋 ・失智社區服務據點 ・輔具資源中心
日照服務規模	60 人	80 人	60 人	120 人
日照服務收費標準	每人每月 25,000 元	平均每人每月 21,000 元	依失能程度訂定收費標準為： 輕度失能 16,000 元/月、	依據政府給付額度設立收費標準: 每人每月 10,020~36,180 元

案例名稱	新北市瑞芳區醫療長照設施大樓	桃園市蘆竹區老人長期照顧中心	臺中市立老人復健綜合醫院	高雄市鼓山區長期照顧服務園區
			中度失能 21,000 元/月、 重度失能 28,000 元/月	
住宿式機構規模	136 床	200 床	300 床	199 床
住宿式機構收費標準	單人房每床每月 54,000 元， 雙人房每床每月 45,000 元	自費床第二年後，依下列標準收費： 長照床：平均 36,000 元/月 養護床：平均 32,000 元/月	單人房： 45,000 元/月 雙人房： 40,000 元/月 三人房： 36,000 元/月 四人房： 32,000 元/月	失智單元照顧— 單人房： 46,000 元/月 雙人房： 44,000 元/月 一般照護— 單人房： 42,000 元/月 雙人房： 40,000 元/月 重度照護— 五人房： 32,000 元/月
契約年期	50 年	50 年	50 年	50 年
備註：本次評估所彙整之個案資料，以可取得之官方規劃報告為主要資料來源，個案最終規劃可能因實際執行情形有所調整。				

資料來源：各案例之可行性評估、先期規劃、投資計畫書等相關資料，本研究團隊整理

【計算結果摘要】

依定量評估公式計算結果，合計民間辦理較政府自辦所提升之效益，扣除委託民間辦理風險後之貨幣化價值大於 0，因此初步評估本次評估標的由民間辦理較政府自行興建、營運更具效益。計算結果摘要如下表：

表 3-4 定量評估計算結果說明表

定量評估計算結果	**(單位：新臺幣(元))**
第一項 A.服務品質提升效益	94,155,890
第二項 B.資產維護水準提升效益	132,173,761
第三項 C.設施服務提早實現效益	18,385,584
第四項 D.委託民間辦理風險值（減項）	35,432,212
計算結果（A+B+C-D）	**209,283,023 > 0**
初步評估結果	**合計民間辦理較政府自辦所提升之效益，扣除委託民間辦理風險後數值大於 0，因此本次評估標的由民間辦理較政府自行興建、營運更具效益。**

以下詳細說明各評估項目之計算方式與計算參數來源。

3.2.1. 第一項 A.服務品質提升效益

一. 計算原則

為比較政府與民間興辦公共建設之服務品質，假設服務品質將反映至服務價格與服務量（例如該設施服務品質良好，即使服務費用較高，民眾仍願意選擇使用；或因為該設施服務品質良好，相較於其他提供相同服務之設施，有更高的使用率等情境）。

為進行貨幣化計算，以設施營運收益來衡量其服務價格與服務量之綜合效果，並將計算營運收益扣除營運成本後之「淨收益」，來比較相同營運年期下，公共建設全生命週期中民間辦理與政府自辦兩種模式所產生的效益與價值之差值。

二. 計算說明

(一) 相關資料

長期照顧服務機構之服務品質，可體現在服務空間規劃對於入住者而言的舒適度，是否規劃完善的公共安全、災害應變及感染管控等措施，以及照護人力的專業能力與各項服務的提供是否能讓入住者受到妥適照護等多種面向。

政府與民間經營之長照機構，雖皆以提供舒適環境及專業服務為目標，然因兩者之經營體制不同，相對地政府經營較容易受到公部門員額編列、採購預算與時程等規範影響，而使得服務品質提升效果受到些許限制。

引據江亮演、應福國（2005）以及林淑馨（2020）探討社會福利民營化之制度研究：民間業者彼此間良性競爭下所產生的服務效率，在政府部門較難見到；而民間業者一方面較能掌握在地民眾的需求，另一方面能整合服務供應與管理，可為其服務引入更多面向的資源與專業；也因民間業者的組織彈性，可用較快的速度反應服務使用者的新需求，配合調整服務方案並調度資金，於服務與行政效率上皆顯現民營化之優勢。

而在實際經營案例之研究中，陳建安（2016）針對公立長期照顧機構照顧服務員勞動條件與權益進行探討，亦發現雖然公民營照顧機構皆面臨照顧人力缺乏問題，但公立的老人照顧機構

受到公部門法規之用人限制，例如中央政府自 99 年起制定總員額法，管制各縣市行政機關總員額上限，並推動員額精簡政策等，使得公立照顧機構之照顧服務人力招聘困難與薪資待遇不平等情形較民營機構更加嚴峻，此狀況也成為公營照顧機構提升服務品質之限制。

(二) 量化計算

綜整上述政府機關與民營機構在制度面之差異，可能影響實務面之服務品質結果，以下分別蒐集相關數據，計算政府自辦以及民間辦理兩種模式，相同營運年期之情況下，整個計畫年期間之總營運收益扣除總營運成本後之淨收益，再將「民間辦理模式之經營淨收益」扣除「政府自辦模式之經營淨收益」，得出服務品質提升效益之結果。

因長照機構之設施規模在床數與照護人力比上皆有法規控管，收費基準亦有一定規範，因此民間辦理與政府自辦之長照機構可提供之服務量與基本服務價格相去不遠，惟民間機構較有機會活用其資源與專業，進行人力彈性調度、規劃貼近使用者需求之住宿空間、或於服務流程中提供較多附加價值服務（例如提供課程、營養餐食服務、特殊護理服務等），使整體服務品質提升，進而使入住率較高。因此假設政府與民間辦理之機構服務價格相同、而服務量（服務人數）不同。

本次評估假設民間辦理與政府自辦之長照機構床數規模與營運年期相同，皆包含日間照顧服務中心(以下簡稱日照)60人、住宿式長期照顧服務中心(以下簡稱住宿式)200床。同樣為營運期47年之情況下，政府與民間辦理之設施則有入住率之差異。參考臺北市112年長照機構營運概況，某公營機構平均入住率為84.1%、某民營機構入住率為94.9%，假設政府辦理者營運第一年入住率50%、第二年70%、第三年以後至營運第47年每年皆為84.1%；民間辦理者營運第一年入住率50%、第二年70%、第三年以後至營運第47年每年皆為94.9%。

以下羅列本項採計之參數，包含民間辦理模式之收益及營運成本、政府自辦模式之收益及營運成本，以計算服務品質提升效益。

表 3-5 服務品質提升效益計算說明表

<table>
<tr><th colspan="4">計算方式</th></tr>
<tr><td colspan="4">服務品質提升效益＝民間辦理模式之經營淨收益－政府自辦模式經營淨收益
＝ 850,599,664 － 756,443,774
＝ 94,155,890

・ 民間辦理模式之經營淨收益
＝日照 （總收益－營運成本）＋住宿式 （總收益－營運成本）
＝（❸－❹）＋（❼－❽）＝ 850,599,664
・ 政府自辦模式之經營淨收益
＝日照 （收益－營運成本）＋住宿式 （收益－營運成本）
＝（⓫－⓬）＋（⓯－⓰）＝ 756,443,774</td></tr>
<tr><th colspan="2">計算參數</th><th>總值</th><th>說明</th></tr>
<tr><td rowspan="4">民間辦理模式</td><td>❶日照每人收費（元/月）</td><td>22,775</td><td>參考各促參案件資訊，瑞芳案每人每月 25,000 元；蘆竹案平均每人每月 21,000 元；臺中案取每人每月最低 16,000 元及最高 28,000 元之平均值，為 22,000 元；鼓山案取每人每月最低 10,020 元及最高 36,180 元之平均值，為 23,100 元。
統整以上資訊，以四案件之費用平均 22,775 元納入計算。</td></tr>
<tr><td>❷日照服務人數（人）</td><td>60</td><td>本次評估假設條件。</td></tr>
<tr><td>❸營運期間日照總收益（元）</td><td>719,954,190</td><td>=❶×❷×12 個月×每年入住率×47 年
（每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 94.9%。為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）</td></tr>
<tr><td>❹營運期間日照總營運成本及費用（元）</td><td>590,362,436</td><td>=❸×82%
（參考 112 年度「營利事業各業所得額暨同業利潤標準」，以「8812—00 社區式長期照顧服務」此小業別之數據作為代表，</td></tr>
</table>

			同業利潤標準之淨利率為 18%，故以各項營運成本及營運費用總計佔營運收入之比例為 82%計算。）
	❺住宿式平均每床收費（元/月）	40,250	參考各促參案件資訊，並以規劃上較為大宗的雙人房房型為基準，瑞芳案雙人房每床每月 45,000 元；蘆竹案並未區分不同人數房型，而是分為長照床每床每月 36,000 元、養護床每床每月 32,000 元分類，故以前述兩種類型之價格平均，每床每月為 34,000 元；臺中案雙人房每床每月 40,000 元；鼓山案雙人房有失智單元照顧每床每月 44,000 元、一般照護每床每月 40,000 元兩類，故以前述兩種類型之價格平均，平均每床每月 42,000 元。 統整以上資訊，以四案件之費用平均 40,250 元納入計算。
	❻住宿式床數（張）	200	本次評估假設條件。
	❼營運期間住宿式總收益（元）	4,241,223,000	=❺×❻×12 個月×每年入住率×47 年 （每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 94.9%。為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）
	❽營運期間住宿式總營運成本（元）	3,520,215,090	=❼×83% （參考 112 年度「營利事業各業所得額暨同業利潤標準」，以「8792--00 居住型老人照顧服務」此小業別之數據作為代表，同業利潤標準之淨利率為 17%，故以各項營運成本及營運費用總計佔營運收入之比例為 83%計算。）
政府自辦模式	❾日照每人收費（元/月）	22,775	假設政府自辦與民間辦理之收費相同，故同❶。
	❿日照服務人數（人）	60	本次評估假設條件。
	⓫營運期間日照總收益（元）	640,259,910	=❾×❿×12 個月×每年入住率×47 年 （每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 84.1%。

			為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）
	⓬日照營運成本（元）	525,013,126	=⓫×82% （參考 112 年度「營利事業各業所得額暨同業利潤標準」，以「8812—00 社區式長期照顧服務」此小業別之數據作為代表，同業利潤標準之淨利率為 18%，故以各項營運成本及營運費用總計佔營運收入之比例為 82%計算。）
	⓭住宿式平均每床收費（元/月）	40,250	假設政府自辦與民間辦理之入住費用收益相同，故同❺。
	⓮住宿式床數（張）	200	假設與民間經營之規劃床數相同
	⓯住宿式總收益（元）	3,771,747,000	=⓭×⓮×12 個月×每年入住率×47 年 （每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 84.1%。為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）
	⓰住宿式營運成本（元）	3,130,550,010	=⓯×83% （參考 112 年度「營利事業各業所得額暨同業利潤標準」，以「8792--00 居住型老人照顧服務」此小業別之數據作為代表，同業利潤標準之淨利率為 17%，故以各項營運成本及營運費用總計佔營運收入之比例為 83%計算。）

3.2.2. 第二項 B.資產維護水準提升效益

一. 計算原則

為比較政府與民間興辦公共建設之資產維護水準差異，假設資產維護品質將反映至投入資產維護之成本支出。因此本項將比較由民間辦理與政府自辦之模式下，相同營運年期公共建設全生命週期之資產維修或重置之支出金額差異。

二. 計算說明

(一) 相關資料

根據業者訪談經驗，民間業者經營體制上通常較具彈性，能更有效地管理設施資產，從而提高設施的維護與更新頻率，且為提升市場競爭力及確保營運不中斷，可較即時地投入資源於設施的保養與改善，以確保更完善的服務品質；相較之下，政府因支出受預算法規範，年度預算編製講求財政紀律，具較嚴謹之法定預算數上限限制，且若遇臨時性的故障情事，較難即時投入維修，故資產維護水準有一定上限。此外，後續若以有償 PPP 模式執行，民間業者與政府間有明確的有約定品質，為達成其品質績效獲得付款款項，將有更積極之資產維護行為，故預期資產維護水準亦會有所提升。

(二) 量化計算

本項設施投入營運後，其資產維護水準提升效益將反映在經營者投入的維護成本中，即相當於投入維護的金額越高、設施維護水準可維持越高。故以設施營運收入乘以全生命週期間投入資產維護之支出佔營運收入之比率，分別計算民間辦理模式及政府自辦模式之資產維護效益。

由於政府受限於預算編列之行政時程及資產耐用年限之規範，其預算編製講求財政紀律，具較嚴謹之法定預算數上限限制，且每次進行設施設備維護，尚需經過法定之行政作業流程，容易造成維護時程延後；而民間機構具較多執行彈性，可更有效率地進行設施設備維護。一般長照設施設備維護所需投入金額，視設施設備新舊而有所差異，維護成本大約佔營運收入之2%至10%不等。依據業者訪談結果，民間機構規劃，約以設備維護

成本佔營運收入之8%為原則；而政府主辦者，設備維護成本管控較為嚴謹，資產維護水準有一定上限，故設備維護成本約佔營運收入之6%計算。

以下羅列本項採計之參數，包含民間辦理模式之營運收入與投入資產維護之支出比率、政府自辦模式之營運收入與投入資產維護之支出比率，以計算資產維護水準提升效益。

表 3-6 資產維護水準提升效益計算說明表

<table>
<tr><th colspan="4">計算方式</th></tr>
<tr><td colspan="4">資產維護水準提升效益＝民間辦理模式之資產維護效益－政府自辦模式之資產維護效益
＝ 396,894,175 － 264,720,415
＝ 132,173,761

・ 民間辦理模式之資產維護效益
＝（日照總收益＋住宿式總收益）×投入資產維護之支出佔營運收入之比率
＝（❸+❻）×❼＝ 396,894,175
・ 政府自辦模式之資產維護效益
＝（日照總收益＋住宿式總收益）×投入資產維護之支出佔營運收入之比率
＝（❿＋⓭）×⓮＝ 264,720,415</td></tr>
<tr><th colspan="2">計算參數</th><th>總值</th><th>說明</th></tr>
<tr><td rowspan="3">民間辦理模式</td><td>❶日照每人收費（元/月）</td><td>22,775</td><td>參考各促參案件資訊，瑞芳案每人每月 25,000 元；蘆竹案平均每人每月 21,000 元；臺中案取每人每月最低 16,000 元及最高 28,000 元之平均值，為 22,000 元；鼓山案取每人每月最低 10,020 元及最高 36,180 元之平均值，為 23,100 元。
統整以上資訊，以四案件之費用平均 22,775 元納入計算。</td></tr>
<tr><td>❷日照服務人數（人）</td><td>60</td><td>本次評估假設條件。</td></tr>
<tr><td>❸營運期間日照總收益（元）</td><td>719,954,190</td><td>=❶×❷×12 個月×每年入住率×47 年
（每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 94.9%。</td></tr>
</table>

			為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）
	❹住宿式平均每床收費（元/月）	40,250	參考各促參案件資訊，並以規劃上較為大宗的雙人房房型為基準，瑞芳案雙人房每床每月 45,000 元；蘆竹案並未區分不同人數房型，而是分為長照床每床每月 36,000 元、養護床每床每月 32,000 元分類，故以前述兩種類型之價格平均，每床每月為 34,000 元；臺中案雙人房每床每月 40,000 元；鼓山案雙人房有失智單元照顧每床每月 44,000 元、一般照護每床每月 40,000 元兩類，故以前述兩種類型之價格平均，平均每床每月 42,000 元。 統整以上資訊，以四案件之費用平均 40,250 元納入計算。
	❺住宿式床數（張）	200	本次評估假設條件。
	❻營運期間住宿式總收益（元）	4,241,223,000	=❹×❺×12 個月×每年入住率×47 年 （每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 94.9%。為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）
	❼民間業者投入資產維護之支出佔營運收入之比率	8%	依據業者訪談結果，民間機構規劃，約以設備維護成本佔營運收入之 8%為原則。
政府自辦模式	❽日照每人收費（元/月）	22,775	假設政府自辦與民間辦理之收費相同，故同❶。
	❾日照服務人數（人）	60	本次評估假設條件。
	❿營運期間日照總收益（元）	640,259,910	=❽×❾×12 個月×每年入住率×47 年 （每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 84.1%。為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）
	⓫住宿式平均每床收費（元/月）	40,250	假設政府自辦與民間辦理之入住費用收益相同，故同❹。

	⓬住宿式床數（張）	200	假設與民間經營之規劃床數相同
	⓭營運期間住宿式總收益（元）	3,771,747,000	=⓫×⓬×12 個月×每年入住率×47 年（每年入住率：假設營運第一年 50%、第二年 70%、第三年以後每年皆為 84.1%。為使政府與民間辦理之模式可有同一比較基準，此項以營運期間 47 年計。）
	⓮政府機關投入資產維護之支出佔營運收入之比率	6%	依據業者訪談結果，政府主辦者，設備維護成本管控較為嚴謹，以可達成基本設備維護之水準執行，設備維護成本約佔營運收入之 6%計算

3.2.3. 第三項 C.設施服務提早實現效益

一. 計算原則

為比較政府與民間興辦公共建設由啟動興建至完工營運之時程與效率差異，將公共建設「提早開始營運所創造之價值」貨幣化估算，因此本項將計算民間辦理較政府自辦模式可提早營運所多得之淨收益。

二. 計算說明

(一) 量化計算

民間機構興辦公共建設，因可減省行政程序、快速整合資源，因此對於設施興建施工及營運前置準備作業皆可在更短時程內完成。

依據本次評估訪談主辦機關與民間機構之執行經驗，設施建置期約可較政府辦理縮短一年，故若政府興辦之長照機構總營運期47年、則民間業者興辦之長照機構總營運期可達48年，亦即可提前一年開始營運，相比之下可多出一年之營運淨收益。

以下羅列本項採計之參數，包含此民間辦理模式之年收益、入住率、以及可提早營運年期，以計算設施服務提早實現之量化效益。

表 3-7 設施服務提早實現之量化效益計算說明表

<table>
<tr><th colspan="4">計算方式</th></tr>
<tr><td colspan="4">設施服務提早實現效益＝民間辦理模式提前營運期間之淨收益
＝ 18,385,584

· 民間辦理模式提前營運期間之淨收益
＝（日照淨收益＋住宿式淨收益）×提早營運年期
＝（❸－❹+❼－❽） ×❾
＝ 18,385,584</td></tr>
<tr><th colspan="2">計算參數</th><th>總值</th><th>說明</th></tr>
<tr><td>民間</td><td>❶日照每人收費（元/月）</td><td>22,775</td><td>參考各促參案件資訊，瑞芳案每人每月 25,000 元；蘆竹案平均每人每月 21,000</td></tr>
</table>

辦理模式			元；臺中案取每人每月最低 16,000 元及最高 28,000 元之平均值，為 22,000 元；鼓山案取每人每月最低 10,020 元及最高 36,180 元之平均值，為 23,100 元。 統整以上資訊，以四案件之費用平均 22,775 元納入計算。
	❷日照服務人數（人）	60	本次評估假設條件。
	❸日照年收益（元）	15,561,702	=❶×❷×12 個月×入住率 （入住率：假設為 94.9%）
	❹日照年營運成本及費用（元）	12,760,596	=❸×82% （參考 112 年度「營利事業各業所得額暨同業利潤標準」，以「8812—00 社區式長期照顧服務」此小業別之數據作為代表，同業利潤標準之淨利率為 18%，故以各項營運成本及營運費用總計佔營運收入之比例為 82%計算。）
	❺住宿式平均每床收費（元/月）	40,250	參考各促參案件資訊，並以規劃上較為大宗的雙人房房型為基準，瑞芳案雙人房每床每月 **45,000** 元；蘆竹案並未區分不同人數房型，而是分為長照床每床每月 36,000 元、養護床每床每月 32,000 元分類，故以前述兩種類型之價格平均，每床每月為 **34,000** 元；臺中案雙人房每床每月 **40,000** 元；鼓山案雙人房有失智單元照顧每床每月 44,000 元、一般照護每床每月 40,000 元兩類，故以前述兩種類型之價格平均，平均每床每月 **42,000** 元。 統整以上資訊，以四案件之費用平均 **40,250** 元納入計算。
	❻住宿式床數（張）	200	本次評估假設條件。
	❼住宿式年收益（元）	91,673,400	=❺×❻×12 個月×入住率 （入住率：假設為 94.9%）
	❽住宿式年營運成本及費用（元）	76,088,922	=❽×83% （參考 112 年度「營利事業各業所得額暨同業利潤標準」，以「8792--00 居住型

			老人照顧服務」此小業別之數據作為代表，同業利潤標準之淨利率為 17%，故以各項營運成本及營運費用總計佔營運收入之比例為 83%計算。）
	❾民間辦理可提早營運之年期差異（年）	1	依據主辦機關與民間機構訪談，由於政府執行受限於採購法規範，各項行政作業執行需一定時程方可完成；而民間機構辦理較具有執行彈性，相較於政府辦理之情形，民間辦理大約可提前一年開始營運。

3.2.4. 第四項 D.委託民間辦理風險值

一. 計算原則

於政府與民間業者合作期間，業者可能發生投機情事或面臨財務危機，使計畫被迫中止，而產生須進行契約變更或終止之情形。本項計算政府為使此公共服務可持續提供，可能收回自營或再次辦理招商委外經營，為此必須額外付出之費用，包含「政府額外投入資產買回之費用」、「再次委外費用」以及「營運風險補貼」三項總和，再乘上「事件發生機率」以概估此項風險值。

促參案件於履約期間契約終止後，政府為維續公共建設營運額外須支付費用之總計

相關程序	1. 政府向民間機構買回資產	2. 政府再次委外營運	3. 政府提供優惠條件吸引業者投資
政府額外支付費用項目	**政府額外投入資產買回之費用**：契約終止事件發生年買回資產之費用與原契約期滿時買回資產之費用差值	**再次委外費用**：政府再次執行促參前置作業及招商之行政程序費用	**營運風險補貼**：為提升廠商投資意願須提供之營運風險補貼
計算方式	(期初投資成本 - 期滿時之資產價值) ×剩餘年期比例	採近5年類似案件之委託費用平均值計算	計畫總收入 ×剩餘年期比例 ×營運風險補貼比例

圖 3-2 促參案終止後政府額外支付費用總計計算概念說明

有關「政府額外投入資產買回之費用」、「再次委外費用」、「營運風險補貼」以及「事件發生機率」各項目之計算邏輯說明如下。

(1) 政府額外投入資產買回之費用

當民間業者完成公共建設興建後，於履約期間發生契約終止事件，視該個案契約訂定內容決定主辦機關是否須付費向民間機構買回公共建設資產。此處以此風險可能

造成政府機關之最大損失來計算，假設政府須付費向民間機構買回資產，再進行後續自營或委外經營之程序。

一般情形下，若促參案件契約順利完成，至契約年期期滿時，公共建設資產由民間機構移轉予政府，若契約約定屆時是無償移轉，則契約期滿時資產殘值為零，政府可無償取得該公共建設資產。

而在履約期間發生契約終止事件之情形下，政府於事件發生該年就須先買回資產再次委外營運。對政府而言，相較於一般順利完成契約之情境，中途發生契約終止事件，政府須於事件發生年買回資產之費用較期滿時買回資產之費用多出的部分，即為政府受此事件影響而須額外支付之費用，此處稱之為「政府額外投入資產買回之費用」。

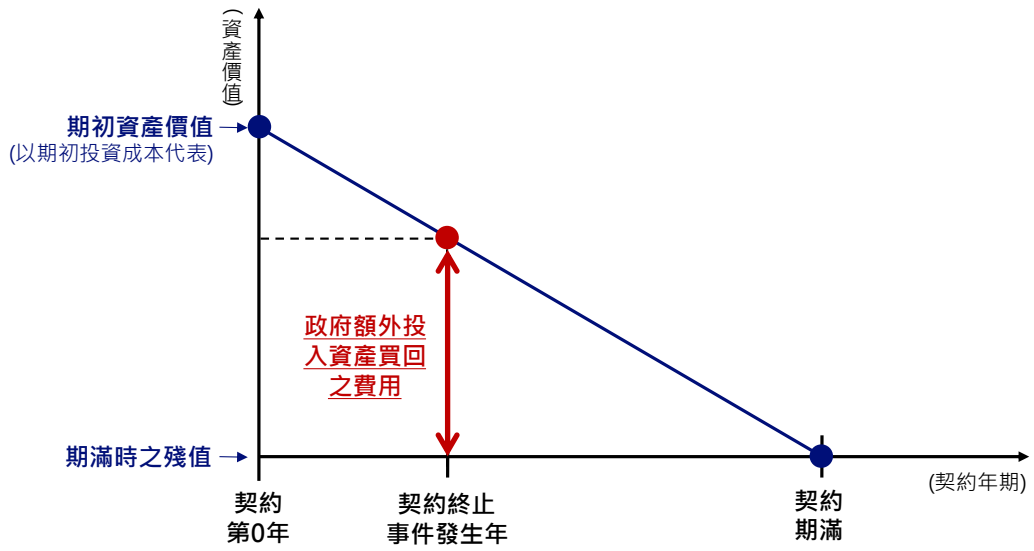


圖 3-3 政府額外投入資產買回之費用之計算概念說明

資料來源：本研究團隊整理

假設資產價值即為買回資產所須支付之費用，為推算「政府額外投入資產買回之費用」，可將期初資產價值扣除期滿時之殘值後，再乘上契約剩餘年期佔總特許期之比例（簡稱為剩餘年期比例），以估算出契約終止事

件發生年之資產價值與期滿時殘值之差額。

為使評估可有明確標準，期初資產價值以期初投資之興建成本為代表計算；另考量此處計算應以最嚴重之情境估算政府可能的最高損失，因此以契約約定期滿時民間機構應將設施資產無償移轉予主辦機關，則契約期滿時資產殘值為零進行計算。綜整上述，「政府額外投入資產買回之費用」之計算方式可寫為：(期初投資成本－期滿時之資產價值)× 剩餘年期比例，亦等於期初投資成本 × 剩餘年期比例。

另有關剩餘年期比例，參考過去促參計畫辦理經驗，依據財政部統計，自 91 年至 112 年底，促參案件終止契約之平均終止年期佔原履約年期約為 25.8%，以此為基準，估算剩餘年期比例約為 74.2%（即 1-25.8%）。此數據將依每年統計結果，由財政部提供。

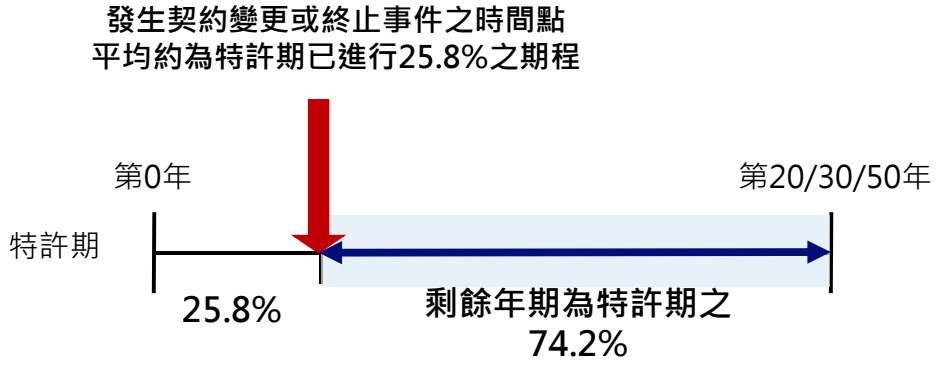


圖 3-4 剩餘年期比例之概念說明

資料來源：本研究團隊整理

(2) 再次委外費用

政府收回資產後須再次委由其他業者經營，因此需支付辦理招商之行政程序費用。

(3) 營運風險補貼

考量發生契約變更或終止之情形，多因時空環境改變，致使政策、市場、物價有所變動，造成業者經營成本提

高或收入減少，而使計畫難以維續。因此當再次委外經營時，為使業者願意投資並持續經營，政府須提供較優惠之經營條件(如減收租金/權利金、或延長特許期等)，以協助平衡營運風險、達成預期效益。

因此以此類公共建設之計畫總收入x剩餘年期比例x營運風險補貼比例，估算政府應提供之優惠條件將換算為多少費用支出。

(4) 事件發生機率

為衡量此風險發生之不確定性，須納此參數計算。參考財政部每年公布之各公共建設類別促參案終止契約件數佔該類別總件數之比例，依據該次評估標的所屬公共建設類別，由評估機關設定合適之機率值。如公共建設類別總簽約件數少或無終止契約之情形，其解約比例難以作為參考值，則評估機關可採過去所有促參案件總計之解約比例平均值，作為事件發生機率之參數。如專家會議委員認為應有其他更適合之採用數據，可再提出建議，於專家會議上取得共識後，由評估機關納入定量評估計算。

二. 計算說明

(一) 相關資料

民間業者在興辦長照設施的同時，可能因考量經濟效益及資金配置，使其在設施建置、專業人員訓練與長期照顧資源分配上有所妥協，面臨品質不穩定、經營困難導致設施關閉等風險。或如〈「PPP 比較淨效益分析」方法論：交易治理模式觀點〉[26]研究中所指出，可能面臨之投機廠商的行為不確定性，如經營不善之廠商可能以市場未預料之變動為由，要求額外補償或政府救濟。

此類民間興辦的風險可透過主辦機關發揮監督機制有效降低，如主辦機關在初期審查申請人資格時，即須審慎評估民間機構

[26] 荷世平、李建賢、王寶玲、黃雍晶、劉靜娜（2022）。「PPP 比較淨效益分析」方法論：交易治理模式觀點。財稅研究，51(1)，1-27。

的經驗背景，以降低履約風險；且未來有償 PPP 模式推行後，長照設施營運獲政府資源協助，預期也可降低其經營風險。

(二) 量化計算

於政府與民間業者合作期間，業者若確實發生計畫被迫中止，而須進行契約終止時，政府為使此公共服務可持續提供，可能收回自營或再次辦理招商委外經營並額外付出費用。故本項「委託民間辦理風險值」，將反映在政府額外支付費用總計，包含政府額外投入資產買回之費用、再次委外費用以及營運風險補貼，並須考量契約終止事件發生機率，作為本項設施採行有償 PPP 模式可能承擔之風險貨幣化數值。

以下羅列本項採計之參數，「政府額外投入資產買回之費用」項目需計算設施興建成本、契約終止後之剩餘年期比例；「再次委外費用」需參考過去政府委託促參前置作業之費用；「營運風險補貼」需計算計畫總收入、剩餘年期比例及營運風險補貼比例；最後「事件發生機率」則依據113年9月20日專家會議結論，參考財政部112年統計之各類公共建設案件解約比例（*參考資料三，表3-11），過去「衛生福利及醫療設施」終止契約件數159件，扣除因政策因素（例如醫療核心業務外包等相關案件）解約之案件數8件後，計算該公共建設類別解約比例為6 / 151 = 4 % ，以此參數納入計算。

表 3-8 委託民間辦理風險值計算說明表

計算方式
委託民間辦理風險值＝ 政府額外支付費用總計 × 契約終止事件發生機率 ＝（政府額外投入資產買回之費用＋再次委外費用＋營運風險補貼）× 契約終止事件發生機率 ＝（457,517,200＋3,322,000＋424,966,097）× 4% ＝ **35,432,212** · 政府額外投入資產買回之費用 ＝（期初投資成本－期滿時之殘值）×剩餘年期比例 ＝設施興建成本×剩餘年期比例 ＝❶×❷＝ 457,517,200

- 再次委外費用
  ＝政府委託可行性評估、先期規劃等前置作業費用（參考近 5 年政府針對長照機構案件採購促參前置作業服務費用之平均值）
  ＝ ❸ ＝ 3,322,000

- 營運風險補貼
  ＝計畫總收入×剩餘年期比例×營運風險補貼比例
  ＝ ❻×❷×❼ ＝ 424,966,097

- 事件發生機率
  ＝依據 113 年 9 月 20 日專家會議結論，參考財政部 112 年底統計之「衛生福利及醫療設施」終止契約件數，扣除因政策因素解約之案件數，計算該公共建設類別解約比例
  ＝ ❽ ＝ 4%

計算參數		總值	說明
買回資產之價值	❶設施興建成本（元）	616,600,000	雖實務上設施興建成本與建築結構、興建年期、特殊設施規劃需求等相關，然依據經營業者訪談，近期建設單價以每坪 20 萬元為基本行情。 以 20 萬元計算每坪興建成本，乘以本次評估假設建物樓地板面積 10,191 平方公尺（3,083 坪），即 616,600,000 元。
	❷剩餘年期比例	74.2%	依據財政部 112 年統計，促參案件終止契約之平均終止年期約為全契約年期經過 25.8%之時間點，因此剩餘年期比例為（1-25.8%）
再次委外	❸政府委託可行性評估、先期規劃等前置作業費用（元）	3,322,000	參考近 5 年政府針對長照機構案件採購促參前置作業服務費用之平均值。（*參考資料一）

費用			
營運風險補貼	❹民間營運期間日照總收益（元）	735,515,892	參照 3.2.1.節「A.服務品質提升效益」所列之床數、價格、入住率等參數，計算民間業者可經營 48 年之收益結果。
	❺民間營運期間住宿式總收益（元）	4,332,896,400	參照 3.2.1.節「A.服務品質提升效益」所列之床數、價格、入住率等參數，計算民間業者可經營 48 年之收益結果。
	❻計畫總收入（元）	5,068,412,292	=❹＋❺
	❼營運風險補貼比例	11.3%	考量人力薪資、物料價格上漲等將影響業者投資意願之市場變動風險因素，採近 10 年通貨膨脹率為計算參數（*參考資料二）。
事件發生機率	❽契約終止事件發生機率	4%	依據 113 年 9 月 20 日專家會議結論，參考財政部 112 年統計之各類公共建設案件解約比例（*參考資料三），過去「衛生福利及醫療設施」終止契約件數 159 件，扣除因政策因素解約之案件數 8 件後，計算該公共建設類別解約比例為 6 / 151 = 4 % 。

三. 計算參考資料

1. 參考資料一

依據行政院公共工程委員會政府電子採購網之公告案件，彙整近5年長照機構相關之促參案件前置作業採購案，計算平均委託費用金額（參考表3-9）。

表 3-9 近 5 年政府針對長照機構案件採購促參前置作業服務費用參考表

案件公告日期	案名	機關	決標金額
112/05/05	「臺中市立綜合長照機構委託民間 OT 案前置作業計畫」委託專業服務採購案	臺中市政府衛生局	2,500,000 元
111/09/29	新竹縣新埔長照社福產創共融園區促進民間參與公共建設前置作業計畫	新竹縣政府	6,500,000 元
110/06/22	屏東縣車城鄉及里港鄉住宿式長照機構暨屏東縣多層級樂活照顧服務園區促參前置作業計畫	屏東縣長期照護管理中心	4,800,000 元
110/05/11	高雄市鼓山區長期照顧服務園區 ROT+BOT 案前置作業計畫委託專業服務採購案	高雄市政府衛生局	3,500,000 元
110/02/01	高雄市前鎮社區複合式健康長照機構 BOT 案前置作業計畫委託專業服務採購案	高雄市政府衛生局	2,500,000 元
110/01/11	彰化縣埤頭鄉及田中鎮綜合式長照機構暨復健中心營運移轉（OT）案前置作業委託專業服務案	彰化縣衛生局	4,200,000 元
109/06/12	桃園市蘆竹區老人長期照顧中心（養護型）館舍及周邊用地促參前置作業委託專業服務	桃園市政府工務局	1,500,000 元
109/03/16	「臺南市六甲區住宿式長照機構委託民間經營管理」前置作業案	臺南市政府社會局	1,900,000 元
108/10/25	新北市瑞芳區長照醫療設施大樓規劃委託民間參與投資興建經營作業事務服務計畫	新北市政府衛生局	4,200,000 元
108/07/12	屏東縣琉球鄉衛生所附設護理之家暨長照服務促參前置作業計畫	屏東縣長期照護管理中心	1,620,000 元

長照機構促參案前置作業費用平均金額	3,322,000 元

資料來源：行政院公共工程委員會 政府電子採購網

2. 參考資料二

依據中華民國統計資訊網公布之各年度消費者物價指數，彙整103~112年之總指數變化，計算十年間之通貨膨脹率為11.3%（參考表3-10）。

表 3-10 近 10 年消費者物價指數變化情形

統計期	消費者物價總指數
103	94.83
104	94.54
105	95.86
106	96.45
107	97.76
108	98.30
109	98.07
110	100.00
111	102.95
112	105.51
近 10 年通貨膨脹率	11.3%

資料來源：中華民國統計資訊網

3. 參考資料三

為衡量此風險發生之不確定性，計算時須採計一機率參數，參考財政部每年公布之各公共建設類別促參案終止契約件數佔該類別總件數之比例，作為契約終止事件發生機率之計算參考依據。

表 3-11 各類公共建設解約比例參考表（112 年統計）

公共建設類別	總簽約件數	終止契約件數	解約比例
交通建設	407	10	**2%**
環境污染防治設施	35	4	**11%**
污水下水道	20	2	**10%**
自來水設施	1	-	-
水利設施	5	-	-
衛生福利及醫療設施	159	14	**9%**
社會福利設施	46	5	**11%**
勞工福利設施	14	3	**21%**
文教設施	466	68	**15%**
觀光遊憩設施	136	41	**30%**
電業設施	3	1	**33%**
運動設施	161	9	**6%**
公園綠地設施	37	10	**27%**
工業設施	15	1	**7%**
商業設施	58	8	**14%**
科技設施	11	-	-
農業及資源循環再利用設施	51	20	**39%**
所有促參案件總計	1625	196	**12%**

資料來源：財政部 112 年統計

3.3. 本次評估事項分析—非量化計算部分

較難貨幣化計算之外部效益與成本，不納入公式計算，但仍應於評估過程中審慎考量。以下分為「外部效益」以及「外部成本」兩項目，透過相關研究分析及案例經驗彙整，分析此公共建設或服務若採由民間辦理，可創造什麼樣的外部效益、或是否將產生潛在外部成本。

3.3.1. 外部效益

評估項目	評估原則
外部效益	此類公共建設或服務由民間辦理，是否將較政府自行興建、營運創造更多外部效益，或加速達成各面向外部效益。

【評估分析】

長照機構由民間辦理可透過更多業界資源之連結，產生創新科技導入、服務面向多元化、以及性別平等促進等效益，創造更便利且有益於被照顧者與照顧者生活之全面性服務。相關案例說明如下表。

表 3-12 長照機構由民間辦理之外部效益分析案例

效益面向		內容
民間機構參與所額外增加之效益	創新科技導入	民間辦理可導入業界最新科技服務，例如智慧照護服務平台、智能緊急安全防護通報系統、銀髮智慧家具與生活用品等，從社會支持、休閒交誼等日常協助，至醫療保健、緊急救護，皆可提升服務效率及品質。
	多元服務面向	民間辦理可利用業者資源及商業連結之彈性，引入多元化設施及服務內容，提供長照服務需求更便利且全面之生活服務。例如營養餐食、衣物洗滌、健康促進、音樂輔療、節慶活動、美髮理容、樂齡成長課程...等。
民間機構協助加速達成之效益	性別平等促進	鑒於傳統「男主外女主內」之社會觀念，女性多為家中長者或需被照顧者之主要照顧者，因而常見女性因此犧牲工作之情形。政府透過鼓勵民間參與興辦長照機構公共建設，在民間業者可更快速完成設施建置並開始提供服務之情形下，對於減輕家中婦女之照顧負擔、保障女性工作權益、促進職場性別平等各面向效益亦可更快速達成。

效益面向		內容
	提升社會效益	由社會總體成本與效益之角度觀之，長照機構提供之服務協助長照需求者之家庭減少照護負擔，可省下另外尋求協助沐浴、交通接送之服務費用，並可讓家庭中之照顧者回歸就業市場，不必犧牲工作損失薪資所得。 參考相關社會效益研究之文獻，以埔基醫療財團法人附設南投縣私立常樂社區式長期照顧服務機構為例，於 107 年日間照顧服務對象 21 人之情況下，依據前述之機會成本節省之概念，計算其社會觀點之長照機構社會效益約為 847 萬元/年、而社會觀點下之長期照護成本推估為 513 萬元/年，故產生之正向社會效益約為 334 萬元。在民間業者可有效率提供長照服務之情形下，則有更多人可享有相關服務，並可促進相關社會效益更快產生、創造更高價值。

資料來源：財團法人中技社（2016）《臺灣長照產業的發展與挑戰》、賴淇汶（2019）〈社會觀點下的長期照護成本效益分析：以埔里基督教醫院為例〉

3.3.2. 外部成本

評估項目	評估原則
外部成本	此類公共建設或服務由民間辦理，是否將產生較多外部負面影響。

【評估分析】

長照機構若透過有償取得公共服務模式交由民間業者辦理，執行之地方政府需注重財政預算編列情形，設施收費標準則應權衡考量公益性及收益性，以避免外部成本產生。相關案例說明如下表。

表 3-13 長照機構由民間辦理之潛在議題

潛在議題	內容
政府財政影響	若以有償取得公共服務模式辦理，需由主辦機關每年編列預算支付業者提供服務之費用，主辦機關應確認其每年可用預算額度，避免在預算有限或不足之情形下，因透過「有償 PPP」辦理公共建設，排擠其他建設之資源。
設施服務收費設定	民間辦理可透過其創新創意、專業技術及業界資源，提供更多高品質之醫療照護及其他生活輔助服務，但相對更佳之服務亦反映於收費標準之提升。業者收費上限雖受地方政府法規控管，但其他加值服務仍可另外收費；然而，亦曾有不肖業者巧立名目向被照護者收取不合理之耗材費、處置費或技術費等，使得服務需求者在資訊不對等之情形下支付高額費用。因此，如何在高品質服務的提供與需求者可負擔的合理價格之間取得平衡，是為潛在議題。

資料來源：AnkeCare 網站〈掌握 2022 年照顧產業新局 收費與支出是關鍵〉、公益交流站〈千變萬化的長照收入名目：在生存與獲利間搖擺的機構道德〉，本研究整理

第4章　政策評估結論

本次評估標的為促參法第三條第一項第四款「衛生福利及醫療設施」，為過去未有採有償取得公共服務模式個案之公共建設類別。在定性評估部分，以「長期照顧服務機構之住宿式機構」為評估標的代表案例進行分析，說明現階段推行之重要性與面對之相關議題，以說明此類公共建設之必要性、優先性及迫切性；於定量評估部分，則以目前政策推廣方向之「長期照顧服務機構之綜合式服務類長照機構」為代表案例，進行政府辦理模式與民間辦理模式之效益比較。以下分別說明定性評估及定量評估之結論，並綜整政策評估結論以及後續執行注意事項。

一. 定性評估結論

透過定性評估確認評估標的具必要性、優先性、迫切性，以確認於政府資源有限之情況下，本次評估之公共建設相較其他公共建設類別更具優先導入的價值與效益。本次評估主要參考我國法規、政策、統計資料以及國際組織對於長照服務之相關倡議，說明長期照顧服務機構及其設施之必要性、優先性及迫切性。

長期照顧是為協助失能者維持生活所必須服務，對於身體機能損傷之高齡者而言，獲得維持其身體機能狀態之照顧，使其可享有基本人權並有尊嚴地生活，為其重要的權利；對於照顧者與整體社會而言，更可紓緩照顧壓力、提升家庭生活品質、增進社會福祉。在高齡化趨勢下，長期照顧服務之需求更將顯著提升。

為此，我國於長期照顧服務法、《長照1.0》等相關法規制定與政策研擬中，皆有明確規劃政府應提供之資源與服務，包含政府應規劃並執行長期照顧與服務相關方案、推動服務人才培育、獎助相關設施建置與服務提供等。目前全台多個縣市長照服務涵蓋率未達目標值80%，且存在偏鄉地區服務資源較少之議題，仍需持續建置相關設施與服務以滿足臺灣高齡化社會快速提升之需求。但因長照服務具高度專業性且人力需求密集，在政府政策趨向逐步強化各面向之設施及服務提供之下，政府機關既

有之財政與人力資源皆未能滿足日漸龐大之服務需求，需借重民間專業與資源以促進相關服務之服務品質與效率提升。

然而既有長期照顧服務機構採 BOT 方式辦理之案例較少，主要面臨的是此類型建設「投資門檻偏高」、「投資報酬率偏低」之挑戰[27]，於成本面，在興建期需先投入一定規模之營建成本，營運期間則有沉重之照護人力成本需持續支出；於收入面，收費定價調整必須上報主管機關審查，若位處偏鄉地區又可能面臨使用者較少、收入不穩定之情況，對於營運之民間機構而言具有相當風險。另外，如屬向中央申請興建或修繕費用所設之長照設施，委由民間經營時，依現行申請規定，為達優質之住宿式機構目標，亦將限定機構收住對象需為長照需要等級達4級以上、或具身心障礙證明中度以上者；且須提供至少總床數10%之公費安置(含保護性)床位，對於民間投入欲達收益平衡，確實有所影響，進而影響民間投入意願。

而就國際間如英國、日本開始推動 PFI 制度之背景，係由於政府財源不足、公共服務品質有待提升，因此引入民間資源，希望藉由公私部門協力，改善過去公部門經營公共服務缺乏效率的困境[28]。我國推動有償取得公共服務制度，即期待借鑒國際間公私協力制度之優勢，使民間資金與專業可挹注公共服務、政府亦可編列長期穩定之預算支應公共服務提供，使長期照顧服務機構之經營風險可由政府與民間共同分攤，解決部分因建置或營運成本過高而民間業者缺乏投資意願之問題。對於政府機關而言，也有機會在人力資金供給與收益性皆有限的偏鄉地區，透過土地資源提供、政府資金對於專案的支援，協助照護服務穩定供給，提升照護人力與設施設備之品質。

政府有償取得公共服務，由主辦機關分年給付費用予民間機構之機制，其優勢有以下兩大面向：首先，係減緩政府機關之財政壓力，相較於自行採購興建需在短時間內籌措大規模預算，有償 PPP 模式具延遲付款機制，將所需支付費用攤提至較長年期給付，使得每年負擔額度降低，可避免預算高峰影響其他公

[27] 立法院 113 年度中央政府總預算案整體評估報告

[28] 林淑馨（2011）民間參與公共建設的迷思與現實：日本公立醫院 PFI 之啟示，公共行政學報第三十九期，頁 1-35。

務所需支出；其次，則為提升公共服務品質，因民間機構營運公共建設之服務績效亦為主辦機關付款條件之一，相較於促參有償 BTO 模式為民間機構完工後政府給付興建費用，有償 PPP 模式可在契約中約定付款條件，於履約期間視民間機構營運所達成之服務水準給付相對應款項，如此不僅使政府預算更有效益運用，更有望透過付款機制來把關民間機構營運情形，解決現況長照設施服務品質有待提升之課題。

綜合上述，本次評估標的符合「必要性」、「優先性」與「迫切性」，具導入政府有償取得公共服務機制之價值。

二. 定量評估結論

定量評估分為量化計算以及非量化計算兩部分。首先，量化計算部分，以貨幣化方式計算長照機構由民間辦理較政府自辦所提升之效益，若由民間辦理較政府自辦所提升之效益值扣除政府因風險須負擔之成本值後，結果為正數（>0）時，即代表此公共建設依促參法辦理較政府自行興建、營運更具效益。

於「服務品質提升效益」層面，相較於政府經營較容易受到公部門員額編列、採購預算與時程等規範影響，而使得服務品質提升效果受到些許限制；民間機構可活用其資源與專業，規劃更貼近使用者需求之空間、並提供更多附加價值服務，使整體服務品質提升，因此與政府自辦之設施相比具更高之入住率，故此項計算結果為正值。於「資產維護水準提升效益」層面，由於民間機構之經營彈性可提高設施的維護與更新頻率，且為提升市場競爭力及確保營運不中斷，通常可較即時地投入資源於設施的保養與改善，以確保更完善的服務品質；政府因支出受預算法規範，具較嚴謹之法定預算數上限限制，且若遇臨時性的故障情事，較難即時投入維修，資產維護水準有一定上限，故於同樣的營運期間內，民間辦理之設施投入設施設備維護的成本總額較政府辦理之設施高，故此項計算結果為正值；於「設施服務提早實現效益」層面，政府自辦之各階段行政流程所需作業時間較長，相較之下民間機構可較快速完成建置流程，提

早完工開始營運，故此項計算結果為正值。因此，前述三種層面皆有民間辦理效益較政府自辦者高之情形。

另於「委託民間辦理風險值」層面，考量長照機構之促參案件如遇契約終止情形，主辦機關為維續該設施持續提供服務需額外支付之費用，包含額外投入買回資產費用、再次委外營運費用、營運風險補貼等，然因過去衛生福利及醫療設施類別之實際案例中，較少有解約事件發生，故考量事件發生機率數值後，此項委託民間辦理風險值之計算結果仍低於前述民間辦理較政府自辦所提升之效益值總和。建議未來主辦機關在初期資格審查時，須審慎評估民間機構的經驗背景，以降低履約風險。如採有償 PPP 模式執行，主辦機關亦可透過監督管考與資源挹注並進之方式，促使民間興辦的風險降低。

綜上所述，總計各評估事項計算情形，「服務品質提升效益」＋「資產維護水準提升效益」＋「設施服務提早實現效益」－「委託民間辦理風險值」，計算結果為209,283,023＞0，顯示長照機構由民間辦理較政府自行興建、營運更具效益。

另於非量化計算部分，長照機構由民間辦理，在外部效益方面，可透過更多業界資源之連結，導入創新科技以提升服務品質、並提供多元化且更貼近使用者需求之服務等效益；在外部成本方面，長照機構若透過有償取得公共服務模式交由民間業者辦理，執行之主辦機關需注重財政預算編列情形，是否可能排擠其他建設之資源，而設施收費標準則應權衡考量公益性及收益性，以避免於政府財政層面與公平性層面產生外部成本。

整體而言，本次評估標的「衛生福利及醫療設施」由民間辦理較政府自辦更具效益，具導入「有償 PPP」之價值。

綜整定性及定量評估分析結果，「衛生福利及醫療設施」符合「必要性」、「優先性」與「迫切性」，且由民間辦理較政府自辦更具效益，具導入「有償 PPP」之價值。

有償 PPP 作為主辦機關興辦公共建設時給付費用的多元選擇之一，亦可視為一種新的財政調度方式，有機會降低公共建設推動門檻，協助各級政府機關提高公共建設建置速度及品質；然此模式涉及政府長期針對公共建設計畫付款，因此更應注重採用之公共建設或服務公益性，建議考量以自償能力較低亟需穩定收益來源、或由政府付費予民間機構方式辦理更具效率與效益之設施或服務優先評估是否採用。同時，主辦機關評估是否採有償 PPP 模式辦理相關設施時，亦應就「機關財政情形」以及「個案特性」兩面向評估該設施宜採用有償 PPP 模式、或有其他更適合的模式可運用。「機關財政情形」方面，主辦機關應確認其每年可用預算額度，避免在預算有限或不足之情形下，因透過有償 PPP 模式辦理公共建設，排擠其他建設之資源；亦須將長期付款機制下，可能因通貨膨脹或成本提升等因素，使主辦機關財務支出逐年提升之風險納入評估。「個案特性」方面，依據個案的規模與產品組合不同，也皆將產生不同財務模式及潛在風險，主辦機關應就個案採用有償 PPP 模式之可行性進行審慎評估，並詳實考量付費機制規劃對於專案推動成效之影響（例如：如何依據計畫自償率評估結果設定政府付費標準、依據服務績效付款之方式是否影響業者參與意願、主辦機關有償 PPP 費用給付與既有中央補助機制之競合效果等），以兼具降低民間機構風險以及強化機構服務品質監管之效果。

參考文獻

1.聯合國永續發展目標 3

https://globalgoals.tw/3-good-health-and-well-being

2.王淑貞（2015）長期照護發展與護理走向的連動－交錯、互動與輔成

3. World Health Organization,< SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Agenda item 13.4>,2016

4. World Heal SEVENTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY Provisional agenda item 15.1>,2020

5. 衛生福利部統計處，高齡及長期照顧統計專區—人口數三段年齡組

https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html

6. World Health Organization (WHO)< Ageing and health> https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

7.長期照顧服務法（106 年修正）

8.老人福利法（109 年修正）

9. 衛生福利部（105 年）長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）(核定本)

10. World Health Organization,< SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Agenda item 13.4>,2016

11.身心障礙者權益保障法（110 年修正）

12. 衛生福利部長期照顧統計專區，長期十年計畫 2.0 相關統計表—長照服務涵蓋率 https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html

13. 立法院「衛生福利特別收入基金（社會福利基金、家庭暴力及性侵害防治基金、長照服務發展基金）及國民年金保險基金 112 年度預算評估報告」

14. 衛生福利部（111 年）《前瞻計畫-前瞻基礎建設計畫-城鄉建設-公共服務據點整備-整建長照衛福據點計畫》

15. 行政院（111 年）〈行政院 112 年度施政方針〉

16. 衛生福利部〈衛生福利部 112 年度施政計畫〉

17. 衛生福利部長期照顧統計專區，長期十年計畫 2.0 相關統計表─長照服務機構服務量 https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html

18. 監察院 109 年調查報告（字號：109 內調 0045）（公告日期：109/07/20）

19. 屏東縣政府（101 年）《屏東縣長期照顧園區 BOT 案可行性評估作業計畫案》

20. 新北市政府（109 年）「新北市瑞芳區長照醫療設施大樓規劃委託民間參與投資興建經營作業事務服務計畫」可行性評估報告書核定版

21. 〈新北市公共托老中心/日照中心委託機構一覽表〉，104 年 https://www.wugu.ntpc.gov.tw/userfiles/3150700/files/%E6%96%B0%E5%8C%97%E5%B8%82%E5%85%AC%E5%85%B1%E6%89%98%E8%80%81%E4%B8%AD%E5%BF%83%E5%A7%94%E8%A8%97%E6%94%B6%E8%B2%BB%E6%94%B6%E8%B2%BB%E4%B8%80%E8%A6%BD%E8%A1%A8.pdf

22. 財團法人中技社（2016）《臺灣長照產業的發展與挑戰》

23. AnkeCare 網站〈掌握 2022 年照顧產業新局 收費與支出是關鍵〉https://www.ankecare.com/article/1787-2022-02-07-03-14-47

24. 賴淇汶（2019）〈社會觀點下的長期照護成本效益分析：以埔里基督教醫院為例〉，國立暨南國際大學經濟學系碩士論文。

25. 公益交流站〈千變萬化的長照收入名目：在生存與獲利間搖擺的機構道德〉https://npost.tw/archives/43800

26.「新北市瑞芳區長照醫療設施大樓規劃委託民間參與投資興建經營作業事務服務計畫」可行性評估報告（109 年）、先期規劃報告（109 年）

27.「桃園市蘆竹區老人長期照顧中心(養護型)館舍及周邊用地促參前置作業委託專業服務」可行性評估報告（110 年）、先期計畫書（110 年）、投資執行計畫書

28.「臺中市立復健醫院及臺中市立老人醫院委託民間 ROT 及 BOT 案前置作業計畫」可行性評估報告（110 年）、先期計畫書（110 年）、投資執行計畫書

29.「高雄市鼓山區長期照顧服務園區 ROT+BOT 案前置作業計畫委託專業服務採購案核定後可行性評估報告書（摘要版）（110 年）

30. 黃龍冠、楊培珊（2021）〈以長照 2.0 為基礎回顧臺灣長照政策發展與評析未來挑戰〉，福祉科技與服務管理學刊 9 卷 2 期 p. 212-236。

31. 江亮演、應福國（2005）。〈社會福利與公設民營化制度之探討〉。《社區發展季刊》，108，54-71。

32. 林淑馨（2020）。〈社會福利民營化與市場化：以日本介護保險制度為例〉。《公共行政學報》，58，89-126。

33. 林淑馨（2011）民間參與公共建設的迷思與現實：日本公立醫院 PFI 之啟示，公共行政學報第三十九期，頁 1-35。

34. 陳建安（2016）〈公立長期照顧機構照顧服務員勞動條件與權益之探討：以臺北市立浩然敬老院為例〉，國立政治大學行政管理碩士學程論文。