

案號：ndc105045-1

「衛生醫療類別社會發展計畫審議之
調整規劃研究」委託研究計畫

期末報告

執行單位：國立陽明大學

計畫主持人：吳肖琪 教授

協同主持人：許銘能 助理教授

研究人員：葉馨婷 博士後研究員

日期：2017.07.06

目錄

目錄	I
表目錄.....	III
圖目錄.....	IV
摘要	V
ABSTRACT.....	VII
第一章 緒論	1
第一節 計畫緣起.....	1
第二節 計畫目標.....	2
第三節 研究課題.....	2
第四節 預期研究成果	3
第五節 預期研究成果對相關施政之助益.....	4
第二章 材料與方法	5
第一節 研究架構與面向	5
第二節 研究方法.....	7
第三章 衛生醫療領域之特質、問題及挑戰	14
第一節 健康照護.....	14
第二節 健康促進.....	25
第三節 疾病管制.....	35
第四節 食品藥物安全管理	47
第五節 小結.....	57
第四章 國外衛生醫療類審議原則及指標分析.....	61
第一節 國際常見之衛生醫療類審議原則	61
第二節 國際常見之衛生醫療類績效指標.....	67
第三節 小結.....	96
第五章 國內衛生醫療類社會發展計畫之審議原則與績效指標	97
第一節 行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點.....	97
第二節 衛生福利部之關鍵績效指標.....	98
第三節 衛生醫療類社會發展計畫.....	101
第四節 業務單位於計畫審議過程所遭遇困境.....	118
第五節 小結.....	119
第六章 衛生醫療照護指引與相關資料庫	121

第一節	國外常見之衛生醫療照護指引與相關資料庫.....	121
第二節	國內常見之衛生醫療照護指引與相關資料庫.....	130
第七章	結論與建議.....	135
第一節	我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰.....	135
第二節	建立衛生醫療類別各領域社會發展計畫審議原則及參考績效指標..	139
第三節	盤整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫.....	152
參考文獻.....		154
附件一	焦點座談會紀錄.....	159
附件二	焦點訪談紀錄.....	172
附件三	專家學者意見收集紀錄.....	176
附件四	教育訓練資料.....	178
附件五	焦點座談會資料.....	189
附件六	專家意見收集問卷.....	209
附件七	期末審查意見回覆.....	229

表目錄

表 2-2-1	本計畫所探討之衛生醫療類社會發展計畫及其列管情形	8
表 2-2-2	本計畫擬邀請之專家學者名單	12
表 4-2-1	澳大利亞健康 2016(AUSTRALIA'S HEALTH 2016)之健康績效指標	69
表 4-2-2	美國健康國民 2020 白皮書-HEALTHY PEOPLE 2020	72
表 4-2-3	美國健康國民 2020 白皮書(HEALTHY PEOPLE 2020)之優先績效指標 ...	75
表 4-2-4	歐洲核心健康指標	77
表 4-2-5	經濟合作暨發展組織健康指標	81
表 4-2-6	美國 AHRQ 醫療品質指標	84
表 4-2-7	世界衛生組織之 100 個全球參考之健康指標核心清單	88
表 5-2-1	衛生福利部 103-106 年度之衛生醫療類關鍵策略目標及績效指標	98
表 5-3-1	各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「健康照護」面向	103
表 5-3-2	各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「健康促進」面向	106
表 5-3-3	各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「疾病管制」面向	109
表 5-3-4	各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「食品藥物安全管理」面向	115
表 7-2-1	衛生醫療類社會發展計畫之共通性審議原則草案	141
表 7-2-2	衛生醫療類社會發展計畫之「健康照護」領域審議原則草案	144
表 7-2-3	衛生醫療類社會發展計畫之「健康促進」領域審議原則草案	145
表 7-2-4	衛生醫療類社會發展計畫之「疾病管制」領域審議原則草案	146
表 7-2-5	衛生醫療類社會發展計畫之「食品及藥物管理」領域審議原則草案	147

圖目錄

圖 6-1-1	STATS APEC 指標搜尋.....	121
圖 6-1-2	WHO-100 CORE HEALTH INDICATORS 指標搜尋.....	122
圖 6-1-3	世界衛生組織西太平洋辦事處指標搜尋.....	123
圖 6-1-4	CORE HEALTH INDICATORS (CHIS)指標搜尋.....	124
圖 6-1-5	經濟合作暨發展組織健康相關指標搜尋.....	125
圖 6-1-6	經濟合作暨發展組織健康相關指標搜尋.....	126
圖 6-1-7	世界銀行健康相關指標搜尋.....	127
圖 6-1-8	聯合國毒品和犯罪問題辦公室之指標搜尋.....	129
圖 6-2-1	衛生福利部統計處衛生福利統計專區之資料搜尋.....	130
圖 6-2-2	中華民國統計資訊網之資料搜尋.....	131
圖 6-2-3	衛生福利部疾病管制署統計資料之資料搜尋.....	132
圖 6-2-4	國民健康署健康監測與統計資料之資料搜尋.....	133
圖 6-2-5	食品藥物管理署藥物食品研究年報之資料搜尋.....	134
圖 7-2-1	衛生醫療類別社會發展計畫之審議內容及步驟.....	140

摘要

為能精進目前衛生醫療政策及相關計畫之審議作業，並使審議原則更符合健康促進、健康照護、疾病管制、食品及藥物管理等四大領域特性，本計畫透過國內外文獻蒐集與分析、焦點座談會與訪談、專家學者問卷意見收集等方式，瞭解衛生醫療類四大領域之特質、問題、與挑戰，並擬定衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標，提供未來國家發展委員會審議計畫、衛生福利部相關單位撰寫中長程個案計畫之參考。

衛生醫療政策具備改善照護水平、減少健康不公平、滿足民眾需求、增加服務效率等精神，疾病管制係為透過公私協力及跨國共同合作於預防、抵禦和控制疾病的國際傳播相關體系及管制措施，以及公共衛生應變措施，且具有全球性、跨領域性、及時性、不確定性、資訊公開透明，且投入資源具不可逆及長期性等特質，食品藥物管理則為基於健康風險評估及科學實證之管理機制，其中食品管理需兼顧健康風險低及國民營養，另藥物管理需確保治療或預防疾病之效益遠大於其健康風險。目前衛生醫療政策普遍面臨服務輸送體系的重新定位與形塑、協調整合、人力招募及留任不易、偏遠地區照護資源不足與不均、服務品質仍需精進、民眾健康知能尚待提升等問題；疾病管制政策於新興資訊與技術的取得及導入、整備與應變機制及能量、疫情資訊之橫向及縱向整合、傳染病之預警能力及防疫效能、病患收治機制與量能及品質等方面面臨諸多限制；食品藥物管理政策於跨部會合作機制、管理及服務量能、源頭、生產與供銷鏈品質之全面監控、市場查驗機制、法規標準增修及檢驗方法建立等面向皆有待改善。整體而言，未來衛生醫療政策將因高齡少子女化趨勢、社會型態與生活環境快速變化、健保財務缺口擴大、全民健康保險資源有限、交通便捷、國際交流頻繁、重大食品衛生事件頻繁、醫藥產品科技日新月異等發展趨勢而面臨重大挑戰。

針對衛生醫療類社會發展計畫之審議原則擬訂，「共通性審議原則」建議宜參考 WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」架構、輔以「行

政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」規範，以衛生醫療政策特點為背景，擬定明列計畫依據、盤點衛生醫療資源並發展整合政策、訂定具體與完整之計畫目標、擬定實證與整合導向政策、訂定關鍵績效指標、計畫經費編列與財務規劃需合理可行等六大審議原則。針對四大領域之審議原則擬訂，除須符合共通性審議原則外，另需依其計畫特性參酌各領域審議之原則；於「健康照護」計畫應強調健康照護體系應提升照護服務品質、降低由疾病所引起的失能和死亡、建構以個案為中心之整合照護模式；「健康促進」計畫則納入發展群體健康前端預防政策、降低疾病發生風險、提升特定族群健康福祉等三項原則；「疾病管制」計畫須重視建構傳染病篩檢及通報機制、擬訂及推動傳染病防治策略等兩項原則；「食品及藥物管理」計畫則需確保食品及原料之安全，及確保藥物之安全及品質。在績效指標的部分，考量績效指標需依計畫重點及方向不同而調整，建議未來業務單位擬訂中長程計畫時，應參酌國內外常用之衛生醫療類績效指標，擬訂具體並與計畫目標關聯之量化績效指標、衡量標準及分年度目標值，且績效指標宜以結果為導向為佳。

本計畫另提出國內外常見之衛生醫療照護網站及資料庫，並彙整其網站重點及相關衛生醫療資訊之查詢途徑，建議未來將可做為業務單位進行相關計畫規劃、評核，以及國家發展委員會等審議單位審議計畫及評估計畫成效之工具參考。

關鍵字：社會發展計畫、審議原則、績效指標、健康照護、健康促進、疾病管制、食品及藥物管理

Abstract

In order to improve deliberation principles of health care policy, and make deliberation principles to fit in with the characteristics of health promotion, health care, disease control, and food and drug administration, this project used literature review, experts meeting and interview, and experts questionnaires collecting to: (1) examining the characteristics, questions and challenge of health care policy; (2) framing the deliberation principles and performance indicators of social development plan for health care. The results of this project can provide a consultation for reviewing and writing of the social development plan for health care.

The characteristics of health care and health promotion are improving the level of care, reducing health inequality, meeting people's needs, and increasing service efficiency. The characteristics of disease control are through public and private cooperation and cross-border cooperation in the prevention and control of diseases, international communication related systems and control measures, and public health response measures, and has a global, cross-cutting, timeliness, uncertainty, information disclosure and transparency, and investment resources with irreversible and long-term. Food and drug administration is based on health risk assessment and scientific evidence management mechanism, in which food management to take into account the low health risks and national nutrition, and other drug management to ensure that the treatment or prevention of disease benefits far greater than its health risks. At present, health care and health promotion policy is generally faced with the questions of repositioning and shaping of service delivery system, coordination and integration, human recruitment and retention is not easy, remote areas of inadequate and uneven care resources, service quality is still sophisticated, public health awareness to be improved. Disease control policy in the obtain and import emerging information and technology, preparation and contingency mechanisms and energy, the outbreak of the epidemic information and vertical integration of infectious

diseases, early warning and epidemic prevention efficacy, patient treatment mechanism and the amount of energy and quality etc. have many limitations. Food and drug administration policy in the cross-will cooperation mechanism, management and service volume, source, production and supply and marketing chain quality of the overall monitoring, market inspection mechanism, regulatory standards and the establishment of test methods are to be improved. On the whole, health care policy will face major challenges be due to the trend of children's age, social type and living environment changes rapidly, health insurance financial gap expansion, universal health insurance resources are limited, convenient traffic, frequent international exchanges, major food hygiene events, product technology with the ever-changing trends.

The deliberation principles framing of the social development plan for health care, the "common deliberation principles" could refer to the "Joint Assessment of National Health Strategies and Plan" of WHO, and supplement by the "Directions for Editing and Deliberation of Medium- and Long-Term Individual Plans of Executive Yuan Subordinate Agencies". Based on the characteristics of health care policy, to formulate the basis of the plan, inventory of health care resources and the development of integration policies, the development of specific and complete project objectives, the development of empirical and integrated guidance policy, the development of key performance indicators, and the reasonable and feasible of the financial plan. In accordance with the deliberation of the four major issues, not only should subject to the common deliberation, but also need to match the specific deliberation according to the characteristics of projects. The deliberation principles of health care emphasize that the health care system should enhance the quality of care services, reduce disability and death caused by the disease, construct a case-centered integrated care model. The deliberations principles of health promotion include the development of health front-end prevention policy, reduce the risk of disease, and

improve the health and well-being of a particular group. The deliberation principles of disease control pay attention to the construction of infectious disease screening, and notification mechanism, develop and promote infectious disease prevention and control strategies. The deliberation principles of food and drug administration emphasize to ensure the safety of food and raw materials, and to ensure the safety and quality of the drug. Considering that the performance indicators should be adjusted according to the focus and direction of the plan. It is suggested that execution unit should consult the domestic and international indicator which in common use to draw on quantitative performance indicators that are specific to the program objectives. In addition, the performance indicators should be better oriented to the results-oriented.

The program also proposes a website and database of health care, and compiles the focus of its website and the relevant health and medical information inquiry route. The website and database of health care could provide the execution unit to draw up and evaluate plan, and help the deliberation unit to review and assess the effectiveness of plan.

Keywords: social development plan, deliberation principles, health care, health promotion, disease control, food and drug administration

第一章 緒論

第一節 計畫緣起

衛生醫療類別社會發展計畫範疇涵蓋健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等面向，且均屬民眾高度關注議題，為有效落實推動連續性全人照護健康體系、建構在地健康照護網絡、建構整合型的慢性病預防策略、深化國民保健意識及保障民眾食的安全等總統政見，需整合醫療、疾病篩檢及社區照護之服務網絡及資源，並通盤檢討資源配置原則，以精進衛生醫療政策。

政府施政對促進社會發展扮演重要角色，由於政府施政涉及多項彼此相關的部門，且利害關係人可能涵蓋多元的社群及組織，另因施政需植基於對現況的掌握、未來的預測及因應工具與資源等面向之考量，因此施政計畫之擬定均需經過慎密的規劃與評估過程，才能妥善考量各作用者的角色，透過政策資源來引導社會往所欲之方向發展。

為使國家有限資源合理運用，行政院訂定中長程個案計畫編審規範，其係針對期程二年以上，並依據行政院施政重點、國家發展長期展望、中程國家發展計畫、各機關中程施政計畫及其他重要施政事項所擬訂之相關計畫進行規範。其中，若涉及重要政策或跨部會事務，所需經費較大者，各單位需依中長程個案計畫編審規範，透過計畫撰寫、申請、審議過程，來確保施政方向與國家、部門發展方向相符。藉由建立各類別社會發展類中長程個案計畫審議原則，強化計畫決策及作業相關機制，並將以計畫引導國家整體資源有效配置，帶動各政府機關創新突破，以符國家發展趨勢與整體環境之需，提升政府整體施政效能。

本研究主要聚焦在如何以計畫引導國家整體衛生醫療政策調整及資源整合，透過檢視目前衛生醫療政策及相關計畫審議現況，適度規劃調整，以作為後續此類社會發展計畫審議參考。

第二節 計畫目標

藉由分析我國衛生醫療政策各領域之特質、挑戰及問題，建立衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則、績效指標及審議參考工具，精進社會發展類中長程個案計畫審議，以符合國家發展趨勢與整體環境之需求，俾合理運用國家有限資源，提升政府整體職能及效能。

第三節 研究課題

- 一、分析我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰。
- 二、承前結果，參考國外經驗及參酌國家發展委員會近五年審議之衛生醫療類別社會發展計畫，建立衛生醫療類別各領域社會發展計畫之審議原則、參考績效指標。
- 三、盤整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫等。
- 四、針對國家發展委員會業務相關同仁辦理衛生醫療類別社會發展計畫審議原則、相關績效指標及審議參考工具運用等教育訓練。

第四節 預期研究成果

本研究將分別針對健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等衛生醫療面向，瞭解其特質、問題、與挑戰，並針對其既有之社會發展計畫內容及指標進行了解與彙整，輔以參考國際常用之衛生醫療相關指標或指引，進而研提對衛生醫療類別社會發展計畫的擬定、審議、評估的建議。上述研究成果將包含：

- 一、彙整國內外衛生醫療健康照護與品質指標之相關文獻。
- 二、蒐集及分析有關健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等議題之特質、問題與挑戰。
- 三、蒐集及分析衛生醫療各領域之既有之社會發展計畫內容及指標。
- 四、檢討目前衛生醫療各領域之既有社會發展計畫，並依領域別進行焦點座談，掌握醫事司、護理及健康照護司、心理及口腔健康司、中醫藥司、國民健康署、中央健康保險署、疾病管制署、食品藥物管理署等單位之社會發展計畫擬定方式及政策評估方式。
- 五、檢視可能的衛生醫療類社會發展計畫審議原則、關鍵政策績效評核指標、衛生醫療專業指引、網站及資料庫等，並結合相關部門組織特性、部門業務特性、國外政策評估經驗等資訊，研提我國衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及計畫關鍵績效指標之精進建議。
- 六、依契約規定，對國家發展委員會業務相關同仁辦理本研究相關之教育訓練。

第五節 預期研究成果對相關施政之助益

本研究期待就健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等衛生醫療面向之共通性目標、政府組織職掌及組織特性、各領域之治理特性政策工具、社會發展計畫研提過程及議題、國外相關經驗等內容，透過文獻蒐集、焦點座談、研究團隊內部研討等方式，研擬提出衛生醫療類社會發展計畫審議及評估之共通性及呼應部門特性之原則。而這些審議及評估原則，將有助於各部門在思考其部門中長期社會發展計畫時之規劃依據，也可提供國家發展委員會及相關部會在審視上述部門所提出的中長程個案計畫時，能有更好的評估依據及評估準則。

研究團隊可扮演政策研發與溝通的功能，本研究擬與醫事司、護理及健康照護司、心理及口腔健康司、中醫藥司、國民健康署、中央健康保險署、疾病管制署、食品藥物管理署等單位之計畫相關人員交換國內外計畫研擬及評核資料、探討該部門之課題及討論因應之策略等內容，可提供上述單位計畫編纂人員更多元的計畫擬定考量。

本研究對國家發展委員會同仁在計畫執行期間所進行的意見交流、教育訓練等內容，也將有助於相關同仁在衛生醫療類社會發展計畫之審議原則之掌握、評估工具等資訊之運用，提升國家發展委員會相關同仁在審議相關計畫之嫻熟度。

透過妥適的衛生醫療計畫審議制度之精進，本研究將可提升未來衛生醫療類社會發展計畫之編擬、審議、評核，甚至可引導相關業務單位的計畫能更與目標相符，讓有限的國家預算在考量社會公平與正義下，發揮最大效益。

第二章 材料與方法

第一節 研究架構與面向

本研究之架構與面向，將針對「政策現況剖析」、「審議原則擬定」及「績效指標選擇」進行檢視，分析我國衛生醫療政策各領域之特質、挑戰及問題，探討如何以計畫引導國家整體衛生醫療政策調整及資源整合，針對衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則、績效指標及審議參考工具提出具體建議，以作為後續此類社會發展計畫審議參考。

在「政策現況剖析」部分，本研究針對健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等衛生醫療領域，以近五個年度之政院或部會管制計畫為基礎，瞭解我國衛生醫療政策各領域之特質、挑戰及問題。

在「審議原則擬定」部分，本研究係以 WHO 報告：Joint Assessment of National Health Strategies and Plan 之計畫審議工具為架構，並參酌先進國家(如美國及澳洲)所關注之衛生醫療議題，且輔以國內「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」之規範，擬定衛生醫療政策各領域之審議原則。

在「績效指標選擇」的部分，本研究收集澳洲、美國、英國等先進國家之最新醫療衛生相關報告、經濟合作暨發展組織健康照護品質指標(OECD Health Care Quality Indicators)、美國 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)醫療品質指標及世界衛生組織之 100 個全球參考之健康指標核心清單(Global reference list of 100 core health indicators)等，參酌 OECD 之定義方式，嘗試彙整「照護品質」、「照護可近性」及「照護成效」等三類別績效評核指標，並依「重要性」、「科學性」與「可行性」為指標選擇原則；「重要性」是指須被測量的疾病或風險項目係會影響健康狀態及健康成本，並且與政策相關的，以了解這些項目對健康的衝擊；「科學性」著重在測量的信度、效度和實證為基礎，以確保測量的邏輯與穩定度並能以實證來支持；「可行性」則是確保在國際間所得到的資料是具可比較性並且符合成本。

在報告書內容之呈現方面，本計畫期能就健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等議題之社會發展計畫提出共通性之審議及評核原則。報告成果分為六章，其章名與大略內容分別如下：

- 一、第一章為「緒論」，主要說明本研究之緣起、目標與方法。
- 二、第二章為「材料與方法」，呈現本研究之研究架構與面向、研究方法、研究流程等。
- 三、第三章為「衛生醫療領域之特質、問題及挑戰」，分別針對健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等衛生醫療議題，瞭解其特質、問題、與挑戰。
- 四、第四章為「國外衛生醫療類審議原則及指標分析」，收集國際常見之衛生醫療審議原則及照護結果指標，進行彙整、歸類、比較分析。
- 五、第五章為「國內衛生醫療類社會發展計畫之審議原則與績效指標」，以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為基礎，並針對 103-106 年度之行政院或部會管制計畫，依健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等議題進行分類，瞭解並分析其審議原則與績效指標之適切性。
- 六、第六章為「衛生醫療照護指引與相關資料庫」，收集彙整國內外常見之衛生醫療照護指引，並搜尋目前現有之相關資訊系統或資料庫，以評估其使用於衛生醫療類社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性。
- 七、第七章為「結論與建議」，分別針對衛生醫療類社會發展計畫之共通性審議原則、健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等四大領域之審議原則及績效指標提出具體建議。

第二節 研究方法

一、文獻蒐集與分析

針對健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等領域，透過搜尋網路公開資訊及學術資料庫、蒐集紙本資料等方式進行，彙整衛生醫療類別社會發展計畫之相關文件及政策評估研究成果，並據以分析其內容。

(一)衛生醫療領域之特質、問題及挑戰：本研究所涵蓋之衛生醫療社會發展計畫，係為近五個年度之政院或部會管制計畫，並以至今仍在執行且為五個年度中最新之計畫版本為主，區分為健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等四大議題(表 2-2-1)，透過政府公開之核定版計畫書、網路公開資訊、學術資料庫搜尋等資料來源，收集並系統性彙整各領域之特質、問題及挑戰。

(二)國外衛生醫療類審議原則及指標分析：本研究參考國外常見之衛生醫療類網站及相關資料，分別針對審議原則與績效指標進行資料收集：

1. 審議原則：本研究以 WHO 報告：Joint Assessment of National Health Strategies and Plan 之計畫審議工具為架構，並參酌先進國家所關注之衛生醫療議題，擬定衛生醫療類別之審議原則
2. 績效指標：本研究參酌先進國家關注之衛生醫療議題及績效指標，收集包含澳洲、美國、英國等先進國家之最新醫療衛生相關報告、經濟合作暨發展組織健康照護品質指標(OECD Health Care Quality Indicators)、美國 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 醫療品質指標及世界衛生組織之 100 個全球參考之健康指標核心清單(Global reference list of 100 core health indicators)等，彙整其優先關注議題及其績效指標，以作為國內未來優先發展之參考。於收集各類績效指標資料後，收集各指標之操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊，以提供焦點座談會討論之參考。

表 2-2-1 本計畫所探討之衛生醫療類社會發展計畫及其列管情形

四大 面向	計畫清單	106 年度列管計畫		105 年度列管計畫		104 年度列管計畫		103 年度列管計畫		102 年度列管計畫	
		政院管制	部會管制	政院管制	部會管制	政院管制	部會管制	政院管制	部會管制	政院管制	部會管制
健康	預防保健服務計畫			✓		✓		✓			
促進	第三期國家癌症防治計畫		✓	✓		✓		✓			(第二期計畫)
	國民口腔健康促進計畫草案										
疾病 管制	充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫			✓		✓		✓			(第一期計畫)
	急性傳染病流行風險監控與管理第二期計畫			✓		(急性傳染病流行風險監測與管理計畫)		(病媒、腸道傳染病及腸病毒、肝炎防治暨根除三麻一風整合計畫)			(病媒、腸道傳染病及腸病毒、肝炎防治暨根除三麻一風整合計畫)
	新興傳染病風險監測與應變整備計畫			✓							
	我國因應流感大流行準備第三期計畫			✓		✓		(第二期計畫)			(第二期計畫)
	我國加入 WHO 2035 消除結核第一期計畫		✓	✓				(結核病十年減半全民動員第二期計畫)			(結核病十年減半全民動員第二期計畫)
	愛滋防治第六期五年計畫		✓	✓		(第五期計畫)		(第五期計畫)			
	慢性病毒性肝病防治計畫(第一期計畫 102-105 年)							✓			✓

表 2-2-1 本計畫所探討之衛生醫療類社會發展計畫及其列管情形(續)

四大 面向	計畫清單	106 年度列管計畫		105 年度列管計畫		104 年度列管計畫		103 年度列管計畫		102 年度列管計畫	
		政院管制	部會管制	政院管制	部會管制	政院管制	部會管制	政院管制	部會管制	政院管制	部會管制
健康 照護	醫療網第八期計畫(草案)		✓	(醫療網第七期計畫)		(醫療網第七期計畫)		(醫療網第七期計畫)		(醫療網第七期計畫)	
	偏鄉護理菁英計畫		✓								
	辦理重點科別培育公費醫師制度計畫		✓		✓						
	國民心理健康促進計畫第二期		✓	(第一期計畫)		(第一期計畫)		(第一期計畫)			(第一期計畫)
	原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期		✓		✓		✓		✓		
	護理改革計畫		✓		✓		✓		✓		
	臨床醫事人員培訓計畫		✓		✓		✓		✓		✓
	強化護理機構管理								✓		
	慢性腎臟病防治與照護品質 5 年提升計畫								✓		
	食品 藥物 管理	食安新秩序-食安網絡計畫	✓		(青雲行動五五方案)		(青雲行動五五方案)	✓	(青雲行動五五方案)		(青雲行動五五方案)
中藥品質與產業提升計畫					✓				(建構中藥用藥安全環境計畫)		(建構中藥用藥安全環境計畫)
藥健康-精進藥物全生命週期管理計畫			✓		(藥物及查驗登記食品上市前管理新紀元計畫)		(藥物及查驗登記食品上市前管理新紀元計畫)				
中醫臨床教學訓練-中醫醫療機構負責醫師訓練計畫											✓

(三) 國內衛生醫療類社會發展計畫之審議原則與績效指標：

1. 審議原則：本研究以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為基礎，取其計畫審議要項，包括計畫需求、計畫可行性、計畫協調、計畫效果及計畫影響為國內審議原則之參考依據。
2. 績效指標：本研究以衛生福利部 106 年施政計畫及 103-106 年度之政院或部會管制計畫為範疇，收集並彙整其計畫目標、績效指標、衡量標準及目標值等資料，以瞭解各計畫績效指標之適切性，並進而歸納討論計畫之審議原則。

(四) 衛生醫療照護指引與相關資料庫：本研究選取國內外衛生醫療類之重點網站，國外包含 APEC、WHO、OECD、Sustainable development goals、The World Bank Group、Asian Development Bank、The United Nations Drug Control Programme、United Nations Joint Programme on HIV/AIDS 等網站，國內則包含衛生福利部統計處之衛生福利統計專區、中華民國統計資訊網、衛生福利部疾病管制署統計資料等網站，彙整其功能、關注議題等資料，以評估其使用於衛生醫療類社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性。

二、焦點座談會與訪談

本研究共計已舉辦 4 場之焦點座談會，包括健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理四大場次，針對計畫研擬過程、課題研討，以及就社會發展計畫之審議及評估進行建議；於五月邀集計畫相關部會成員召開焦點訪談，以瞭解計畫審議過程所遭遇之問題及本計畫研擬之審議原則初稿之適用性。

(一) 邀請對象：以公共衛生、健康政策與管理、健康照護、疾病管制、食品藥物安全、公共政策領域之專家學者為主(表 2-2-2)，視狀況邀請與該項

計畫相關之產、官、學界參與焦點座談。

- (二)討論題綱：研究團隊將於計畫開始執行時進行相關資料之收集彙整與分析，並透過研究團隊成員及計畫委託單位成員之內部討論及意見收集，以收集彙整後的資料提供焦點座談會之討論參考依據；針對焦點座談之討論題綱，係針對衛生醫療類社會發展計畫共通性及個別領域之審議原則擬定、績效指標之適切性等議題進行討論。
- (三)辦理進度：本研究已於四月份召開四場次各別領域之焦點座談會，包括健康照護(4/28(五)13:30-15:30)、健康促進(4/28(五)15:30-17:30)、疾病管制(4/28(五)10:00-12:00)、食品藥物安全管理(4/24(一)09:30-11:30)四大場次，總計參與 42 人次 (23 人)(會議紀錄詳見附件一、會議相關資料詳見附件五)，於五月召開相關部會成員之焦點訪談(會議紀錄詳見附件二)。

三、專家學者意見收集

本研究以研究團隊初步擬定之審議原則內容，設計結構式意見調查問卷於焦點座談會舉辦前完成發放。

- (一)發放對象：以公共衛生、健康政策與管理、健康照護、疾病管制、食品藥物安全、公共政策領域之專家學者為主，針對無法配合參與焦點座談會之學者專家為對象(表 2-2-2)。
- (二)討論題綱：針對焦點座談之討論題綱，包含共同性及各領域審議原則之擬定進行專家學者之意見收集。
- (三)辦理進度：問卷已於四月份完成發放、五月中完成回收，回收率為 24.14%(發放 29 份，回收 7 份)，意見收集之彙整內容可參閱附件三、意見收集之問卷內容可參閱附件六，針對已回收之專家學者建議已彙整於本計畫成果中。

表 2-2-2 本計畫擬邀請之專家學者名單

議題	姓名	單位及職稱
健康 照護	江東亮(衛生政策)	台大健康政策與管理研究所教授
	楊銘欽(衛生政策)	台大健康政策與管理研究所教授
	黃偉堯(衛生政策)	長榮大學醫務管理系副教授
	張 媚(護理人力)	台大護理學系副教授
	戴桂英(健康保險)	亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員
	葉彥伯(癌症篩檢)	彰化縣衛生局局長
	孔憲蘭(癌症防治)	國民健康局前局長
	張淑卿(長期照護)	臺北市立大學衛生福利學系助理教授
	黃勝堅(安寧療護)	臺北市立聯合醫院總院長
	徐永年(臨床醫學、醫務管理)	衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會執行長
	林正介(臨床醫學、家庭醫師)	中國醫藥大學醫學院醫學系學士班家庭醫學科教授
	丘昌泰(公共管理)	臺北大學公共行政暨政策學系教授
	張聖原(臨床醫學)	慈濟醫療體系策略長
	周煌智(臨床醫學、精神衛生)	高雄市立凱旋醫院顧問醫師
健康 促進	胡淑貞(健康社區/城市)	成大醫學院公衛所副教授
	陳富莉(健康行銷與傳播)	輔大公共衛生學系教授
	李 蘭(衛生教育、健康促進)	台大健康政策與管理研究所教授
	白 璐(傷害防制與安全促進)	國防公共衛生學系副教授
	紀雪雲(衛生教育、健康促進)	開南大學健康照護管理學院養生與健康行銷學系副教授
	劉潔心(健康行為)	師大健康促進與衛生教育學系教授
	張蓓貞(健康促進、社區護理)	台北護理大學護理系所教授
	郭鐘隆(消費者健康)	師大健康促進與衛生教育學系教授
	李思賢(健康心理學)	師大健康促進與衛生教育學系教授
疾 病 管制	余忠仁(結核病防治)	台灣胸腔暨重症加護醫學會理事長
	張峰義(流感防治)	國防醫學院醫學系內科學科教授
	許國雄(疾管防疫)	歐巴尼基金會董事
	林 頂(愛滋防治)	財團法人台灣紅絲帶基金會秘書長
	蔡坤憲(登革熱防治)	台大環境衛生研究所副教授
	黃立民(流感防治)	國立臺灣大學醫學院附設醫院小兒感染科主任
	黃玉成(流感防治、預防接種、生物安全)	林口長庚紀念醫院兒童感染科主任
	陳宜君(流感防治、預防接種、感染控制)	國立臺灣大學醫學院附設醫院內科部感染科主治醫師
	張美惠(預防接種)	國立臺灣大學醫學院附設醫院小兒部胃腸肝膽科、肝炎中心教授主任
	李聰明(感染控制)	馬偕紀念醫院感染科主治醫師
	陳敦源(公共行政)	政大公共行政學系教授兼系主任
	葉彥伯(TB 篩檢)	彰化縣衛生局局長

表 2-2-2 本計畫擬邀請之專家學者名單(續)

議題	姓名	單位及職稱
食品 藥物 管理	孫璐西(食品安全)	台大食品科技研究所終身職特聘教授
	孫寶年(食品安全)	海洋大學食品科學系教授
	蘇正德(食品安全)	東海大學食品科學所教授
	陳陸宏(食品安全)	食品工業發展研究所副所長
	蕭美玲(藥品管理)	台灣研發型生技新藥發展協會兩岸事務最高顧問
	賴瓊慧(藥品管理)	長庚婦產科醫師、新藥審議會主委
	毛蓓領(藥品管理)	孫逸仙醫院醫師、藥品安全審議會主委
	劉滄梧(藥品管理)	醫師、國衛院癌症研究員、罕藥會主委
	余萬能(藥品管理)	中國醫藥大學藥用化粧品暨碩士班教授、中華民國藥事品質改革常務監事
	徐廷光(風險管理)	藥物品質協會顧問
葉彥伯(癌症篩檢)	彰化縣衛生局局長	
公共 政策	楊永年(公共行政)	成大政治學系教授
	施能傑(公共行政)	政大公共行政學系教授、行政院人事行政總處人事長

第三章 衛生醫療領域之特質、問題及挑戰

第一節 健康照護

一、健康照護之特質

健康照護(health care)係指透過預防疾病及傷害、診斷、治療、並避免其他生理及心理損傷，以維持或促進民眾健康，其服務輸送與提供需由各類健康專業人員相互聯繫與合作 (Johns Hopkins Medicine, 2016)。健康照護制度的特性，為改善醫療水平、減少健康不公平、滿足民眾需求、增加效率，並兼具提供健康照護服務、資源形成與管理、降低生病就醫民眾之財務風險之功能。健康照護體系為落實健康照護制度之重要骨幹，世界衛生組織針對健康照護體系之目標及功能設下框架，指出其需以健康為目的(避免早發性死亡及非致命健康結果)、回應民眾需求(包含對人的尊重及以病人為導向)、財務風險保障(達到避免因病而貧或因貧而病，強調財務負擔的公平性、降低就醫障礙，並認為付費應依據能力而非風險)三大目標，且應涵蓋籌措財源、提供照護、資源形成及規範管理等四項基本功能(WHO, 2000)。健康照護體系的組成，則應包含組織化的服務架構、服務供給機構、健康人力資源、財務與保險制度、健康資訊系統、醫療設備購買與配置、健康體系研究等七個面向。

健康照護涵蓋公共衛生及醫療等層面，公共衛生的精神，係指借助有組織的社會力量，來從事種種預防保健的措施(如疾病的防預、環境衛生的改善、促進健康、婦幼衛生等)，其主要對象是社區群體，而非僅單獨的個人。在醫療的部分，2012年美國醫療團體協會(American Medical Group Association, AMGA)則針對高效率的健康照護系統提出六項應滿足的基準，包含品質改進(Quality improvement)、團隊關懷(Team-based care)、技術工具(Technology tools)、激勵補償(Incentivized compensation)、成本意識(Cost consciousness)、醫師領導(Physician leaders)等(Physicians practice, 2012)。隨著世界各國對健康照護體系之品質及效率日益重視，針對健康照護體系品質的評估，則可利用

健康水準、病人滿意度及服務可近性等為依據。

二、健康照護之問題與政策限制

參考 103-106 年度之政院或部會管制計畫，醫療網計畫涵蓋多數健康照護面向議題(衛生福利部，2016a)，主要針對服務輸送體系之改善進行規劃，另有偏鄉護理菁英計畫(衛生福利部，2014)、辦理重點科別培育公費醫師制度計畫(衛生福利部，2015a)、原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(衛生福利部，2016b)等計畫用以強化醫事人力之培育及挹注偏鄉醫療人力，國民心理健康促進計畫(衛生福利部，2016c)則針對心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治、特殊族群處遇及心理健康基礎建設等政策進行規劃，國家癌症防治計畫則針對各類癌症防治政策進行全面性擘劃(衛生福利部，2015b)；歸納各面向面臨問題如下：

(一)服務輸送體系之問題(衛生福利部，2016a)：

1. 各層級醫療體系應重新定位與形塑：我國目前針對不同層級醫療機構間之轉診效能仍待提升，未來隨著老化社會醫療照護需求改變，慢性疾病與多重疾病病人更需要具可近性及持續性的醫療照護服務，如何透過政策工具，鼓勵醫療機構間互相分工合作，串連不同階段的醫療服務，並藉由整合規劃區域醫療資源，亟待創新性作法。
2. 緊急醫療救護體系亟待整合：面對近年來氣候變遷、土石流等天災造成之災情、恐怖攻擊、大型活動所潛藏之大型事故發生風險等威脅，如何透過資訊科技輔助，建構更具整合性、即時性、高效率的緊急應變體系，並強化此網路系統及智慧軟體等行動裝置及智慧軟體之應用，以利防災救災單位間之橫向聯繫及縱向整合將更為重要。
3. 改善醫事人員執業環境以及人才羅致問題：社會人口老化造成未來對於醫療服務的需求勢必日漸增加，目前醫事人員數雖不致缺乏，然而

科別、城鄉間不均之情形仍待改善，醫事人員的執業環境亦需更有保障，而人員之專業培訓及能力提升亦需被持續關注。

4. 建立以病人安全為核心之醫療服務：

(1) 改革醫院評鑑制度：我國醫院評鑑制度過去最為詬病之處，即為過度注重文件審查、病歷書寫、流程書面報告，而忽略從病人角度評估接受到醫療照護的品質；近年來雖已由傳統的「結構面」、「專業品質」評鑑逐漸轉為以整體醫療服務成果表現為觀點，未來仍需朝向簡化醫院評鑑資料準備作業，使評鑑作業越趨日常化的方向革新。

(2) 提升病人安全：對於醫療不良事件或是醫療疏失的處理，除人為錯誤的檢討外，更應探究醫療照護系統發生問題的原因，佐以病人安全通報系統資料大數據的分析，找出有效的預防措施，修正醫療流程，及早發現潛在的缺失，才能有效提昇病人安全。

(3) 強化醫病溝通：由於醫療資訊不對等，若能有效進行醫病溝通，除可增進病人安全，也有助於減少醫療爭議事件發生，強化醫病溝通的工具及作業模式，將是未來的工作重點。

5. 配合科技發展趨勢建立智能醫療服務：近年來全球健康照護產業型態發生巨大變化，健康照護服務方式已從傳統醫院床邊服務，轉而以居家照護及生活服務為主軸，資通技術應用於預防保健與照護等相關服務已愈趨廣泛，如何提供在家即可獲得足夠且合適的照護服務，將是國家政策重要規劃方向。

(二) 醫事人力培育之問題(衛生福利部，2014；衛生福利部，2015a；衛生福利部，2016b)：

1. 醫療工作與環境之變遷：醫療人力超時工作情形頻繁及重視家庭生活之社會價值觀等均使醫療工時合理化政策之規劃及推動具迫切性，專

科醫療需求越趨複雜、原住民族及離島地區人口老化問題嚴重、劇烈氣候變化等均影響原住民族及離島地區之醫療環境及醫療人力需求。

2. 原住民族及離島地區醫療資源之不足與不均、服務可近性及醫療人力資源分布尚待改善：由於原住民族及偏鄉離島地區之交通不便、資源缺乏、且缺少醫學中心的學習等因素，致前開地區醫事人力招募及留任不易。
3. 離島地區來臺就醫及緊急傷病後送與轉診成本高：需持續挹注專科醫療人力資源於離島地區，以持續強化離島醫院處理醫療重症的能力。

(三)精神醫療照護之問題(衛生福利部，2016c)：

1. 精神疾病照護：因應人口老化趨勢需適時檢討精神照護資源及轉銜至長照資源；精神病人的社區化照護仍需加強發展；精神病人分級方式與連續性照護模式尚待改善；精神病人之社區居住與就學、就業服務需積極發展；精神病人權益保障及去污名化仍待精進。
2. 成癮防治：毒品、物質成癮年輕化恐影響未來競爭力；物質濫用的範疇與毒品濫用之間仍存在認知差異；酒癮是不容忽略的預防醫學議題；物質濫用將影響國人健康並增加醫療支出；成癮物質濫用／成癮之治療模式發展及處遇效能尚待精進；物質濫用個案再犯率高恐造成社區安全問題；需投入網路成癮防治。
3. 特殊族群處遇：家庭暴力防治仍著重在問題處理，而預防工作不足；家庭暴力及性侵害被害人之驗傷採證品質尚待精進；相對人(加害人)再犯危險之跨域評估共識及處遇體系尚待強化；加害人處遇資料庫完整性不足，難以建立處遇實證基礎；家庭暴力及性侵害加害人之網絡整體處遇成效仍待加強；醫事人員辨識兒虐的敏感度需要增進。
4. 心理健康基礎建設：目前我國衛生醫療資源仍重治療而輕預防；心、

理健康專業人力素質需更加精進；心理健康資訊系統有待整合；心理健康政策缺乏跨領域之實證基礎。

(四)癌症照護之問題 (衛生福利部，2015b)：

1. 癌症威脅對國家生產力及對家庭生計造成重大衝擊：癌症造成之生命損失，導致我國預期壽命排名為 OECD 後段班。
2. 癌症醫療花費節節高升，新藥新科技造成健保沉重負擔。
3. 癌症診療品質仍需持續精進：部分醫院癌症診療品質仍待提昇；仍有部分病患未接受治療；新診斷病人未把握黃金時間就醫。
4. 癌症病友服務仍須進一步強化：癌症資源中心發展起步不久，使用情形仍需提高；病友服務資源需加強連結。
5. 安寧療護認知率及利用率待提升：民眾及部分醫療人員對於安寧療護認知不足；癌症末期病人安寧療護利用率待提升。
6. 癌症健康不平等問題尚待弭平：以癌症發生率、癌症死亡率、癌症篩檢率、癌症篩檢確診、治療資源、原住民及離島接受健康服務比率等評估健康不平等。
7. 癌症防治之相關研究未能整合，且未呼應國家癌症防治政策制定時之研究需求。

儘管各類中長程計畫皆已規劃其細項策略，以期解決當前面臨之健康照護問題，然計畫推動過程仍可能因部分限制，而影響計畫推動之成效：

(一)服務輸送體系之限制(衛生福利部，2016a)：

1. 未全面實施分級轉診制度，致醫療體系呈現醫院大型化發展之趨勢：住院部分負擔低亦使民眾傾向使用健保住院服務，不利社區健康照護機構之發展。
2. 地方政府及衛福部外之跨部會整合仍待強化：衛生福利部成立後，中

央組織於衛生及福利體系，自行政結構到服務內涵已逐步整合，然地方服務單位之同步整合情形、與內政部及教育部等部會之跨部會工作協調仍有改善空間，將對公共衛生三段五級之各項業務推動成效產生影響。

(二)醫事人力培育之限制(衛生福利部，2014；衛生福利部，2015a；衛生福利部，2016b)：

1. 醫事人員養成培育時間長：醫事人員自入學至完成相關訓練，動輒需6至10年後始能提供醫療服務。
2. 公費畢業生難以久任於山地離島地區：非居住偏鄉地區之一般公費畢業生，服務期滿後留任山地離島等地區之意願不大，或無法久任。
3. 原住民及離島公費生存在休學、退學等無法順利取得證書之現象：於培育過程，可能因環境、教育及文化衝擊，有學習及適應能力不良之情形，亦或發現五大科與志趣不合，造成休學、退學等無法順利取得證書之現象。
4. 原住民族及離島公費生之分發常受限制：原住民族及離島公費生養成計畫之培育後服務分發，以位居原住民族及離島地區之衛生所及公立醫院為主，惟囿於地方自治，衛生所之人事任命權係地方政府權責，公費生之分發常受限制。
5. 少子化恐影響學生申請公費生人數
6. 醫事人員服務意願降低：醫療環境丕變，醫療糾紛之法律責任，對於醫事人員尤其是醫師，無論在經濟上或職業形象造成恐慌，影響服務意願。

(三)精神醫療照護之限制(衛生福利部，2016c)：

1. 推動須結合民間及公部門之相關資源共同參與：精神病人之社區化照護服務、物質濫用者及家庭暴力、性侵害加害人之處遇服務等，呈現

供不應求之情形，在精神醫療照護專業人力之養成與培訓、及相關設施設備之充實，亦有待未來發展，需仰賴中央政府輔導直轄市、縣(市)政府逐年編列經費，並視需要補助縣市政府落實執行，並結合民間與公部門之資源共同參與，才能循序推動。

2. 跨機關及部會之協調整合影響心理健康工作之推動：目前精神醫療照護相關業務之執掌機關主要為衛生福利部心理及口腔健康司，惟精神醫療照護範疇廣大，依據服務對象及內涵分屬不同部會或部門掌管，需各機關及部門間建立良好之互動及合作機制。

(四) 癌症照護之限制(衛生福利部，2015b)：

1. 經費不足：目前腫瘤個案管理師並無健保給付，因此多數醫院採用非編制人員擔任腫瘤個案管理師，也因為非編制人員其流動性高，間接影響癌症病患照護品質。
2. 衛生醫療人力困窘：目前不論於中央或地方之癌症防治相關人力皆有不足，若現有人力無法擴編，未來面臨需同時增加之預防和治療面工作量將更感吃力。基層公衛人力同時需負責癌症防治工作及其它公共衛生業務，衛生人力不足是迫切需要正視之問題。

三、 健康照護之未來挑戰

(一) 人口快速老化導致失能人口大幅增加，國人婚育意願低，新生人口減少，少子女化趨勢將使人口結構轉型速度加快，相對地衍生勞動力減少、扶養負擔加重、家庭結構多元、照顧需求增加等課題，亟須推動各項少子女化及高齡社會趨勢因應對策(衛生福利部，2015d)。

(二) 2018年我國將邁入高齡社會，高齡社會將造成醫療保健支出不斷上漲，但民眾照護品質卻不斷下降；此困境無法單憑提高保費、擴大費基等提高醫療支出的手段扭轉，未來仍需積極擘劃一個符合高齡社會需求的健

康照護輸送網絡與照護模式(點亮台灣，2015)。

(三)社會型態與生活環境快速變化，加上極端氣候變遷、天災及重大事件的發生，引發民眾對災害防救、緊急應變與心理健康的需求與日俱增，災難發生有其不確定性，如何積極提升應變能力，將災害降至最低及如何從促進各種心理、社會安全網絡間「網網相連」，亦是一大課題(衛生福利部，2015d)。

(四)健保財務缺口擴大：2015年3月健康保險署，依過去3年總額成長率上限之平均值4.7%概估，收入依健保法24條規定，健保費率由保險人於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付總額，提請全民健康保險完成該年度之審議，亦即有收支連動的精神；然若不考慮收支連動，保險費率暫依4.91%估算之；預估即使二代健保法多收了補充保費，至2018年當年度的收支即會出現負值。104年年中擬定105年全民健保醫療給付費用總額範圍時，尚未加入協商因素，單就非協商因素成長率即高達4.032%，創歷年最高；再加上「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」已於104年2月通過，依據該條例第16條規定，愛滋病感染者確診開始服藥二年後的相關費用，將轉由健保費用支付，亦即106年以後，預估每年約30億元的愛滋病治療費用會額外再從健保費用支出，健保財務缺口將更大(吳肖琪，2015a)。

(五)不同層級醫院呈倒金字塔發展，將增加健保財務負擔：2015年我國每萬人口急性病床數為49.0床，於2014年為49.2床(衛生福利部，2017)，雖已有逐年下降，但仍高於多數OECD國家(OECD, 2016)。分析1995-2012年各層級醫院之病床數，發現總病床數逐年增加，其中以區域級以上的醫院病床增加最多，進一步分析病床之佔床率，發現各層級別醫院佔床率於近五年內皆有小幅提升，以醫學中心佔床率最高，然區域與地區醫院之病床利用則偏低，顯示住院資源與病人流向朝區域級以上醫院集中，

可能增加健保財務負擔並阻礙社區醫療資源發展(吳肖琪，2015b)。

- (六) 急性後期照護與安寧療護皆應朝居家及社區化照護發展：美國老人健康保險給付急性後期照護，或是英國採用中期照護之目的有二，一是期望減少住院日數與費用，盡量以居家式或社區式照顧來支持個案，另一目的是協助個案在復健黃金期能積極復健，恢復生活功能，以避免入住醫院或長照機構；國外之安寧療護係以居家為主，醫院成立快速回應團隊，盡可能協助居家安寧者留在家中。當個案有醫療狀況時，快速回應團隊會派出護理人員，盡快到個案家中提供協助，避免個案住院或往返醫院。反觀臺灣，似乎尚未意識快速高齡化對全民健保永續經營的威脅，無論中風急性後期照護(第1個月8萬元)或住院安寧(1個月超過18萬元)的設計，都是鼓勵個案留在急性病床，助長社會性住院，削弱住院醫療的點值(吳肖琪，2016)。
- (七) 過去肩負社區健康照護的衛生所、公立醫院等公共醫療體系的角色和功能逐漸弱化，導致社區健康照護能量薄弱(點亮台灣，2015)。
- (八) 缺乏以強化社區基層醫療為導向的有效政策，造成「分級轉診」、「家庭醫師制度」淪為僅止於道德勸說，無法具體有效地落實，導致民眾對基層照護體系的信任不足(點亮台灣，2015)。
- (九) 醫療體系的「水平與垂直整合」目前僅由個別醫院、個別醫師，甚至是交給病人自行處理，缺乏中央與地方衛生主管機關之積極介入，不但威脅民眾照護品質、深化就醫不平等、也傷害整體醫療制度之效率(點亮台灣，2015)。
- (十) 醫藥保健科技進步、醫學常識普及、健康及消費意識覺醒等現況，讓民眾對醫療及健康照護的品質有了更高要求，也期待社會更符合公平正義，落實人人健康的理想。
- (十一) 研議減少無效醫療相關策略及其配套措施：臺灣病人在臨終前一個月

接受呼吸器、葉克膜等介入性療法的比例高，生命末期花費健保資源約十分之一(資料來源立法院公報第 103 卷第 79 期第 151 頁)，爰減少無效醫療相關支出有其重要性，並基於「病人自主權利法」自 108 年全面實行，如何加強利害關係人之溝通協商及民眾說明等將是未來一大挑戰。

(十二) 門診論量計酬支付制度應走向論質或論人計酬發展：門診採論量計酬的迷失，在於鼓勵醫療院所提供更多的就醫人次，而非減少或整合就醫次數；以同時罹患高血壓、糖尿病、與腎臟病的多重慢性病病人為例，分別由心臟內科專科、新陳代謝專科、腎臟專科醫師看病，但這 3 個次專科皆須要先取得內科專科醫師的資格，也就是說在論量計酬下，病人給 3 位次專科醫師看，由 3 位護理師叫號，必要時還要轉介給衛教師；這樣的作法讓台灣保險對象每年門診就醫次數達 15 次，遠高於歐美國家的 3.0-9.7 次(吳肖琪，2015a)。

(十三) 住院論量計酬支付應朝向前瞻性支付制度(Prospective Payment System, PPS)發展：前瞻性的支付制度包括論 DRGs、論價值、論包裹；DRGs 支付制度，不論住院日數的長短或住院期間醫療費用的多少，同一疾病手術或住院原則上支付定額費用，這樣的制度雖可能造成再住院率提高或病人過早出院，卻可促使醫院提高服務效率、減緩醫療支出成長，獎勵技術純熟、照護品質好的醫院或醫師得到較好的報酬。面對人口老化帶來住院費用的快速增加，很多國家除了採用 DRGs 論病例計酬外，更進一步朝論價質(value base)努力，鼓勵由服務量大且品質好的醫院執行手術或治療。因應人口老化，美國於 2010 年通過病人保護暨可負擔照護法(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)，旨在發展並測試創新的支付制度與服務輸送模式，在多項試驗計畫，其中之一為包裹式支付照護改善計畫(Bundled Payment Care Improvement Initiative, BPCI)，將住院 DRGs 支付與急性後期照護支付包裹於同一筆定額支付，以促使醫院與急

性後期照護單位進行跨單位合作，改善移轉流程及照護品質，並降低照護成本(吳肖琪，2015a)。

第二節 健康促進

一、健康促進之特質

世界衛生組織(WHO)對健康促進(health promotion)之定義：「讓人類對於自己的健康更有控制力之充權的過程」，係強調健康促進為一個過程，可透過增能賦權(empowerment)的方式，使民眾自主改善健康。健康促進之特性，係為一個全面的社會和政治進程，其不僅包含加強個人技能和能力的行動，亦包含改變社會、環境和經濟狀況的行動。健康促進是使民眾能夠增加對健康決定因素的控制，從而改善健康的過程，過程中民眾的參與扮演著重要的角色(WHO, 1998)。

1986年世界衛生組織「渥太華健康促進宣言」中說明醫療服務應該以健康促進為導向，並且與個人、社區、健康相關的專家、健康服務機構及政府共同合作來促進民眾的健康(WHO, 1986)。渥太華憲章確立了健康促進的三項基本策略：(1)倡導健康是社會、經濟和個人發展的重要資源，也是維持生活品質的基本條件；(2)使所有人都能充分發揮健康潛力；(3)在追求健康的過程中需協調各方的社會利益(WHO, 1986)。渥太華憲章亦提出達到健康促進的五項優先行動方案：(1)建立健康的公共政策；(2)創造支持性環境；(3)加強社區衛生行動；(4)培養個人技能；(5)重新定位健康服務(WHO, 1986)。1997年WHO雅加達宣言中更進一步確認渥太華憲章之五項行動方案為有價值的投資，提出四項策略為健康促進的核心要素：(1)全面性的策略相較於單一策略對發展健康是最有效的；(2)特定場域之健康促進活動提供了執行全面性策略的機會；(3)參與是持續投入的必要因素，民眾是使健康促進行動及決策有效的關鍵；(4)獲得教育及資訊是達到有效參與及增強社區與個人能力的必要因素(WHO, 1998)。雅加達宣言亦呼籲建立健康促進在21世紀的優先地位，各國應朝向提高對健康的社會責任、增加健康發展的投資、鞏固與擴大健康領域的伙伴關係、增加社區能力並賦予個人權力、及確保健康促進的基礎設施等方向努力(WHO, 1998)。世界衛生組織針對非傳染病(如預防和控制非傳染性疾全球行動計劃)、心理健康(如自殺預防、憂鬱症、物質濫用)、慢

性疾病和健康促進(如飲食、身體活動和健康全球策略、癌症預防和控制、全球治療重大慢性疾病倡議(GIFT))、高齡與生活(如全球高齡及健康策略與行動計劃等)、學校及青少年健康(如健康促進學校)、口腔健康(如口腔疾病預防和健康促進的策略和方法)、身體活動(如全球健康促進移動計劃)等領域皆有提出健康促進策略及方法，作為各國推動健康促進策略之參考架構(WHO, 2017)；2016年第九屆全球健康促進會發表「2030可持續發展目標中的健康促進上海宣言(Shanghai Declaration on Health Promotion in the 2030 Agenda for Sustainable Development)」，呼籲在所有可持續發展目標中納入健康促進之精神。宣言中針對認識健康對可持續發展的重要性、加強城市與社區健康治理、加強社會動員和廣泛參與等方面提出倡議，強調健康應為民眾基本權利，是國家共享的社會目標和政治優先策略，而良好治理對健康至關重要，各項政策的制定皆應以民眾健康為優先考量，城市和社區是實現健康的關鍵場所，健康是任何城市實現可持續發展目標的最有效標誌之一，要達成全面之健康促進，需要跨部門和跨地區的政治行動，各國皆須將健康作為政府政策的主軸，並將健康促進結合各項可持續發展目標共同推展(WHO, 2016a)。

有鑑於疾病型態的改變，多數健康問題皆可導因於人類的生活型態與行為，過去以疾病治療為取向的醫療模式已不足以因應目前的健康需求，因此國家衛生的優先順序應從傳統的疾病醫療，轉至強調發展健康促進與疾病預防的政策與資源，更著重於民眾對健康的自我照顧和自我負責，透過行為的改變以促進健康和預防疾病。

二、 健康促進之問題及政策限制

我國已推動各項健康促進策略，如以全年齡層人口為主的健康城市、健康社區、健康促進醫院等、針對胎兒期及嬰幼兒期之母嬰親善環境、針對孩童及青少年期的健康促進學校、針對成人期的健康職場、針對老年族群的高

齡友善城市及高齡友善健康照護機構，而未來除持續推動上述業務外，亦將配合總統政見及國家發展方針，針對全場域持續推動國民營養及健康飲食、規律運動、菸害防制，並針對多場域推動長者之健康促進，以營造全面性健康支持環境(衛生福利部，2016e)。然世界衛生組織於 2008 年的世界衛生報告中指出，面對人口老化、全球化、都市化、氣候變遷、社會緊張等衍生出來的慢性病、傳染病、非傳染病問題，目前多數國家仍著重於醫療而輕保健，國內學者亦針對健康促進提出政策起步較晚、議題未受應有之重視、政策發展零散、過度強調個人責任而導致「責備受害者」現象等問題(黃松林、許秀月，2006)。

參考 103-106 年度之政院或部會管制計畫，其計畫涵蓋範疇包含預防保健、癌症、心理健康促進及口腔健康等，歸納各議題所面臨之問題如下：

(一)預防保健之問題(衛生福利部，2015c)：

1. 各族群存在不同健康問題：在孕產婦的部分，除須面對懷孕期間妊娠合併糖尿病、慢性高血壓(子癩前症)及心臟疾病等問題外，高齡產婦亦常面臨早產、低體重、先天缺陷及死產等問題；在兒童的部分常見口腔齲齒、視力、聽力、發展遲緩問題；在成人與老人則常見癌症發生率、三高盛行率、失智症、憂鬱症、自殺他殺等健康問題。
2. 弱勢族群與健康不平等：我國已致力於健康上弱勢族群之健康照護，透過不同的預防保健方案提供不同群體差異性之預防保健服務，以降低健康不平等，然而在貧富不均、都市化程度不同的現實下，健康差距極可能再擴大。對這些經濟弱勢族群、偏遠地區居民而言，預防保健相關政策執行時能否落實，關鍵將在於醫療衛生資源可近性、資訊可親性、服務環境友善性，以及整體社會的支持。
3. 預防保健經費不足：現今醫療照護服務之提供仍偏重於醫療面，在政府預算及人力逐年減列之情形下，我國衛生行政及公共衛生支出僅佔

整體國民醫療保健支出約 6.5%，在人力與經費有限之情況下，計畫推展之成效恐將受到影響(衛生福利部，2016a)。

(二)心理健康促進之問題(衛生福利部，2016c)：

1. 人格問題恐成為社會治安之隱憂：Levounis 與 Arnaout(2010 年)指出殺人動機是人格的問題，而動機則驅使了行為，Blass(2015 年)更直接指出人格可作為行為的預測，故許多偏差行為追根究源皆是來自於人格的問題。但目前的體系卻沒有辦法對於這些人，及早介入防治，而造成社會安全網的破洞，亟需修補。
2. 兒少心理健康影響未來國力：嬰幼兒少及青年早期為生命發展歷程最重要關鍵期，由家庭、社區、學校教育型塑心理健康根基，若在兒童與青少年時期經歷和積累保護因素的正面影響大於負面風險因素，愈有可能維持心理健康並且能夠有幸福的晚年生活。
3. 老年人口遽增使心理健康更需重視：老年人之心理健康是現今社會所關注的議題；而憂鬱症盛行率常被用以當作老年人心理健康狀態的指標。老人憂鬱症會增加許多生理疾病發生，並增加自殺及疾病的死亡率、延長內外科住院日數，並增加健保支出與醫療支出的增加，其次，社會變遷，傳統的家屬支持力量亦逐漸下降。因此，如何讓老人活得久，活得好，除了要降低因老化或失能所造成的生理上變化，也要重視與介入促進心理上的健康。
4. 原住民之心理健康議題應多關注：原住民分布於原鄉部落與都會地區，其傳統文化重視分享，而有較佳的家庭、家族及部落的向心力；然因社會變遷造成勞動力外流、老年人及兒童留在原鄉之情況，導致少數原住民意易因生活壓力，或因缺乏成就感，染上酒藥癮而影響日常生活等，皆為需要加以重視及關注的心理健康議題。
5. 高壓職場恐影響心理健康：當員工工作過度時不斷累積疲勞，會損害

身心健康，甚至導致「過勞死」的結果，對於國內部分職類(如：高科技、警察...等)人員所承受的過大壓力及可能對心理健康所造成的負面影響，亟待相關單位重視。

6. E化之心理健康服務為國際發展趨勢：隨著科技長期關注於其他慢性健康照顧，心理健康服務也應該得到相同的重視與發展，運用科技，強化心理健康傳播及開發多元心理健康服務管道，深耕民眾心理健康識能，增加心理服務的可及性及涵蓋率，並利用科學技術，開發智慧型線上心理健康管理工具，建立民眾自我心理健康管理意識及自主權，結合雲端科技，資訊化心理健康服務，突破地域、時間障礙，以提升服務的便捷性及利用率。
7. 災難心理健康工作必須包含預防、反應及復原角色：近年災難型態多元(從天然災害、生物性災難、到隨機殺人及恐怖攻擊)、大型化(如高雄氣爆或八仙塵暴)、複合化(如風災、水災伴隨土石流，地震伴隨海嘯、輻射事故)，災難心理衛生處置之複雜度提高；提升台灣民眾、救災人員或投入救災的志工人員的應變能力、抗逆能力或復原力十分需要，具有迫切性。
8. 降低自殺死亡率仍有改善空間：自 2008 年起我國自殺死亡率已有下降趨勢，惟 2015 年男、女性自殺粗死亡率與標準化死亡率皆略微上升，部分年齡層(0-14 歲之兒少及 75 歲以上老人)呈現自殺死亡率不穩定之波動情形；農藥為主之固體液體以及墜樓兩種死因在過去 10 年趨勢不僅未下降反而有上升趨勢；且相較於鄰近國家日本、韓國，近年自殺死亡率仍持續穩定下降。

(三)癌症防治之問題(衛生福利部，2015b)：

1. 癌症篩檢推動不易：民眾認知不足，欠缺動機；我國欠缺家庭醫師把關制度；篩檢品管體系仍需進一步強化；鼓勵民眾參與癌症篩檢之相

關財務機制尚待研議。

2. 新興致癌因子興起，預防工作需政策、環境與社會制度多管齊下：不健康生活型態(運動不足、不健康飲食及肥胖)、有害物質使用(菸、檳榔、酒精、感染源、污染源或其它)將對健康造成影響。
3. 仍有其他高發生率、死亡率及低存活率之癌症，尚無具實證之篩檢工具。

(四) 口腔健康之問題(衛生福利部，2016d)：

1. 學齡前及學齡兒童齲齒率盛行率仍偏高，顯示我國的口腔保健政策與服務體系，仍面臨相當嚴峻的挑戰，而透過例行的篩檢所建立的資料庫，更是瞭解學童口腔健康與發展趨勢，及其相關因素的重要資訊來源。
2. 學齡與學齡前兒童氟化物防齲利用及健保給付情形仍具進步空間：國人長期以來較不重視口腔健康，使得每年至牙醫診所接受醫療服務的人數，一直未能超過總人口數的 50%；1998 年 7 月起實施牙科門診總額預算，在政策上宣示了「預防勝於治療」，然而給付的項目卻絕大多數仍限於治療的部分。
3. 成年人牙周病盛行率高：牙周病多發生於成年人，而且除加強潔牙之外，並沒有特別有效的預防工具。而我國的職場健康促進於口腔衛生領域，也仍有待落實推動與發展；健保局自 2010 年起開辦「牙周病統合照護」，此為針對高危險群之預防策略 (high risk strategy)，但是對於龐大的潛在醫療需要而言，仍顯有不足。
4. 老年人無牙比率高：老年人的口腔保健相關知識普遍低落、態度不積極、保健行為也多不正確，且在身體機能與自我照顧能力減退下，罹患齲齒、牙周病的機率往往遠高於年輕人，其中老年人缺牙原因又以牙周病為主。

5. 牙醫醫療團隊問題尚待解決：依醫療法規範，我國目前口腔醫事人力，僅有牙醫師與牙體技術師，且大部分都投入傳統的臨床醫療服務，在分布上不僅有明顯的城鄉差異，也有專科之間的不均，對於提升族群口腔健康所急需的一般民眾的口腔衛生教育、口腔健康調查與監測、口腔癌篩檢等工作，更是人才羅致困難。

相關部會及單位近年來開始規劃中長程計畫，如預防保健服務計畫、第三期國家癌症防治計畫、國民心理健康促進計畫、國民口腔健康促進計畫等，以期解決當前面臨之健康促進問題，然部分限制將影響推動計畫之成效：

(一)預防保健之限制(衛生福利部，2015c)：

1. 囿於國家財政困難，各項預防保健服務面臨預算核定不足之窘境，致使政策上無法積極鼓勵民眾接受該服務。
2. 民眾的行為受醫療專業人士影響極大，惟現有醫療環境不利於醫師或醫療院所主動積極推廣篩檢，必須另外建立誘因，促使院方及各科別的醫護人員主動激發民眾利用篩檢之動機與提供篩檢服務。

(二)癌症防治之限制(衛生福利部，2015b)：

1. 民眾做篩檢前大多無症狀，嚴重缺乏動機：由調查得知，民眾往往因為「自覺身體健康、沒有症候」，而未接受癌症篩檢，但這往往錯失了早期發現早期治療的時機，因此如何加強民眾觀念，於無症狀時即接受篩檢，是目前需要努力的方向。
2. 經費不足：依據國外研究與推行癌症篩檢之經驗，篩檢率須至少要達到5成以上始可影響死亡率。目前除子宮頸癌及口腔癌篩檢達5成外，乳癌及大腸癌約4成左右，因篩檢經費每年均需再增加約2.1億元，若無法爭取足夠經費以提升篩檢率，將難以達到死亡率降低之成效。
3. 衛生醫療人力困窘：目前癌症防治工作已陷於人力不足之窘境而無法大

力推展，未來若將大幅增加篩檢量，相關宣導計畫和推廣所需建立之服務體系和誘因、監測與評估工作必定隨之大增，以現有人力無法擴編下，未來可能要因應同時增加之預防和治療面工作量，更感吃力。

(三) 口腔健康之限制(衛生福利部，2016d)：

1. 缺乏公私部門協商平台：我國目前口腔健康業務之執掌機關主要為衛生福利部(心理及口腔健康司、醫事司、社會及家庭署)、教育部及勞動部等，依據服務對象及內涵分屬不同部會及部門掌管，需各機關及部門間建立合作機制並與民間專業團體建立良好互動及高度共識，始可達到全面提升國民口腔健康及事半功倍之成效。
2. 醫療輔助人員定位不明：我國現行口腔照護體系面臨定位不明、口腔醫療機構設立標準不完全符合實際環境需求、僅牙醫師及牙體技術人員納入醫療法所稱之醫事人員等問題；若欲建立完善之口腔健康體系，應需將相關人員均予以明確定位，方能完備人才之教、考、訓、用制度建立。
3. 民眾口腔健康識能不足：國人的口腔衛生認知，大都侷限在牙痛再看牙醫或是刷牙，而不知健康口腔的維持，參考日本 8020 及健康 21 的活動，均係政府提撥足額預算，將口腔衛生觀念轉化成全民運動落實執行。未來政府應強化國人自我口腔照護的能力，並維持口腔健康是個人需自行擔負的責任，共同實踐提升國民整體健康的目標。

三、 健康促進之未來挑戰

- (一) 國人生活型態改變，抽菸、不當飲酒、嚼檳榔、不健康飲食、身體活動量不足等不健康行為及肥胖，慢性疾病人口數正逐年上升，將導致慢性病醫療需求增加。WHO 於 2014 年之全球非傳染病報告指出，非傳染病占全球死亡人數八成，而四大非傳染病(癌症、糖尿病、心血管疾病、慢

性呼吸道疾病)約占死亡人數六成，其中吸菸、身體活動量不足、不健康飲食及過量使用酒精等不良生活習慣為非傳染病之四大共同危險因子(衛生福利部，2015d)。

(二)醫療衛生進步致使健康狀況提升、平均餘命延長，故人口老化是目前世界各國共同面臨的變遷經驗；為積極面對高齡社會，減少老化過程中所帶來的健康相關問題，世界衛生組織已提出活躍老化(active ageing)的概念和作法，實證亦顯示推動預防性照護，將能有效延緩老人身心功能的退化，減少醫療照護的支出，並有助於累積老人社會資本，型塑正向的老年形象，故提供相關預防性措施及照護亦是老化社會的重要課題(衛生福利部，2015c)。

(三)近年來國人癌症標準化發生率大幅上升，癌症死亡率亦將隨著發生率的快速上升而增加，當癌症發現愈晚，醫療費用支出愈高，不僅疾病預後不佳，更帶來沉重的醫療負擔(衛生福利部，2015c)。

(四)「預防勝於治療」的觀念已日益受重視：隨著國人知識水準上升，民眾對疾病的觀念及要求將隨之轉變，不僅要避免疾病，更要增加營養、增加健康，進而提升生活品質(衛生福利部，2015c)。

(五)活躍老化將是已開發國家面對高齡社會所提出的策略：從 1997 年八大工業國在美國丹佛舉辦高峰會議 (Council, 2002) 時，便提出其重要性；至 2002 年世界衛生組織提出其政策架構 (Active Ageing: a policy framework)，包括：一、預防及減少發生失能、慢性病及過早的死亡；二、在生命週期裡盡量減少主要疾病的危險因子，增加保護健康的因子；三、發展可持續負擔、高可近性、高品質、且高齡友善的健康與社會服務，以滿足老人的需要與人權；四、提供照護服務者的訓練及教育。活躍老化必須是政府各部門以及全民共同參與，藉由健康促進提升人民內在能力、延緩失能，減少醫療照護支出，讓健康老人參與勞動，解決人力不足的問題。

題；另一方面，善用網際網路購物減少照顧人力，並透過通用設計減少失能者對照護的依賴有其重要性，將更可讓失能者維持獨立生活與活躍老化。

第三節 疾病管制

一、 疾病管制之特質

為預防、抵禦和控制流感大流行等疾病的國際傳播，WHO 公布國際衛生條例（IHR 2005），提供疫情通報的規範，建立國際間訊息溝通的平台，且為許多準備工作提供了強而有力的共識及依據，其呼籲各締約國在執行 IHR 2005 時，應秉持一致性(Consistency)、及時性(Timeliness)、卓越性(Technical Excellency)及透明公開(Transparency and Accountability)等四大原則，以達成偵測、辨認、評估、通報與協助之目的。故疾病管制之特性，係為透過公私協力及跨國共同合作於預防、抵禦和控制疾病的國際傳播相關體系及管制措施，以及公共衛生應變措施(參考 IHR 第 2 條)，且具有全球性、跨領域性、及時性、不確定性、資訊公開透明，且投入資源具不可逆及長期性等特質。

2008 年 6 月 26 日至 27 日在瑞士日內瓦世界衛生組織總部舉辦的感染預防和控制非正式網絡第二次會議，目的為提升健康照護相關之感染控制能力，並對涉及傳染病及流行病等突發事件作出有效的回應。本次會議歸納出疾病預防及控制程序的範圍、核心組成元素及所需考慮之因素。會議中討論內容涵蓋(1)預防個案、健康照護工作者及訪客的健康照護相關感染(health care-associated infections, HAI);(2)規劃並建置健康照護系統之感染控制機制，以便及早發現和管理流行病且有效應對；(3)協調社區對傳染病的反應；(4)預防耐藥性和/或抗藥性菌株的傳播出現；(5)盡可能減少健康照護相關感染對環境的影響。會議中並歸納出疾病預防及控制的核心組成元素，包含疾病預防及控制計畫之組織、技術指導方針、人力資源、依循疾病預防及控制之方案進行監測和評估、微生物實驗室、符合疾病預防及控制的最適環境(如通風、無菌、隔離等)、監督和評估方案、與公共衛生或其他服務的聯繫。針對後續研究發展之優先事項則包含(1)感染控制專業人員的技能和課程；(2)感染控制專業人員與工作量的最佳比例；(3)執行新的疾病預防及控制計畫之策略；(4)

於疾病預防及控制的核心組成元素套用於不同類型的健康照護系統、機構及其他情境或場域。會議結論將有助於各國於疾病預防及控制之策略規劃 (WHO, 2008)。

二、 疾病管制之問題及政策限制

由於全球化與國際交流的頻繁，新興傳染性疾病容易迅速擴散而對全球及區域公共衛生系統形成新挑戰，對全人類的身體、精神、社會的健康和安寧將帶來很大的威脅。我國面對未來新興疫病、本土性傳染病之威脅，原衛生署防疫處、預防醫學研究所及檢疫總所三單位，於 1999 年合併成立疾病管制局，並因應行政院組織改造，於 2013 年組織調整為「衛生福利部疾病管制署」，主掌全國傳染病防治業務，包含急性傳染病、慢性傳染病、新興傳染病、感染管制及生物安全、檢疫、檢驗及疫苗研製、疫情管理、預防醫學等範疇，秉持人道、專業、溝通、機先、團隊之核心價值，建立具整體性、迅速性、有效性及國際性功能之防疫體系，為全民健康把關，以免除疫病威脅(衛生福利部疾病管制署，2016)。

目前疾病管制署已針對國內主要流行疾病，包含流感、腸病毒、登革熱、茲卡病毒感染症等，結合行政院相關部會及衛生福利部相關單位推動相關防疫措施。針對腸病毒疫情的部分，分別於疫情監控、預防措施、醫療照護等層面進行規劃及策略推動，並成立中央疫情指揮中心以提高政策推動效能；在登革熱疫情的部分，針對平時、散發疫情、群聚疫情推動防治措施，且建立中央疫情應變機制以快速因應，並建立國家級蚊媒傳染病防治專責機構，提供科學實證資料以支持國家決策；有鑑於茲卡病毒感染症已對許多國家造成衝擊，疾病管制署採境外防疫、邊境檢疫、病媒控制、醫療整備等四大策略予以因應，國內除現有之中央流行疫情指揮中心，另著手規劃茲卡病毒治療藥物之開發事宜，另積極進行國際合作，以即時掌握疫情；在流感疫情部分，疾病管制署針對疫情高峰期提出提升流感疫情監測效能、開設類流感特

別門診、落實急診壅塞紓緩措施及品質提升方案、加強風險溝通與衛教、擴大公費流感抗病毒藥劑適用對象及增設藥劑配置點等五項作戰計畫。

參考 103-106 年度之政院或部會管制計畫，涵蓋疫苗政策、傳染病防治、流感防治、結核病防治及愛滋病防治等議題，歸納各議題面臨問題如下：

(一)疫苗政策之問題(衛生福利部，2016f)：

參考「充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫」之內容，針對目前國內核准上市之新疫苗，依疾病嚴重度、後遺症、流行病學趨勢等監測結果、公共衛生之社會成本、醫療成本、疫苗保護效果、安全性及穩定的供應來源、政府預算經費等因素審慎評估，建議政府應積極新增常規接種疫苗項目，其優先順序分別為 5 歲以下幼兒結合型肺炎鏈球菌疫苗、65 歲以上長者接種肺炎鏈球菌疫苗、細胞培養之日本腦炎疫苗、青少年接種人類乳突病毒疫苗、幼兒常規接種輪狀病毒疫苗、及 A 型肝炎疫苗。政策推動所面臨之問題如下：

1. 較難達成高接種完成率：部分族群包括外國籍配偶及海外工作者所生子女預防接種完成率較低，致國內預防接種率再突破不易，以及防疫可能形成缺口面臨的困難。
2. 疫苗品質的維持、管控及提供預防接種服務機構之變遷：大部分預防接種工作量已由原衛生所負責轉給合約醫療院所承接，如何合理補助醫師執行預防接種之診察費用等，以提升醫療院所接種品質、疫苗冷運冷藏之監督與管理與接種資料登錄完整性之配合意願與成效，以及衛生所在預防接種工作上應扮演之角色等，亦是應需持續關注與處理之議題。
3. 順應國際新疫苗趨勢及成人預防接種政策的導入及推展：面對新挑戰必須積極規劃朝疫苗種類多元化，接種對象全民化，進而朝向終身接種疫苗(Vaccination throughout entire life)的觀念；此外，如何突破以

往疫苗經費由政府全額負擔，轉而宣導疫苗費用由政府與民眾共同分攤之思維，以擴大發揮接種及防治的成效，為亟待突破之課題。

4. 人口老化及少子化衝擊下之預防接種措施：疫苗接種為減輕人口老化所導致醫療負擔之重要策略，且家長期待政府提供新型優良疫苗等因素，均使相關策略需依各族群需求而調整。
5. 預防接種業務龐雜工作人員異動頻繁，人員素質與接種品質易有落差
6. 運用資訊系統管理預防接種業務的需求提升

(二)急性傳染病、新興傳染病及再浮現傳染病防治之問題(衛生福利部疾病管制署，2015a；衛生福利部疾病管制署，2015b)：

參考「急性傳染病流行風險監控與管理第二期計畫」之內容，針對急性傳染病之類型，包含病媒傳染病(登革熱、屈公病、瘧疾等)、腸道相關傳染病、腸病毒、三麻一風(小兒麻痺症、麻疹、先天性德國麻疹症候群、及新生兒破傷風)、病毒性肝炎、人畜共通傳染病(狂犬病)等(衛生福利部疾病管制署，2015a)；於「新興傳染病風險監測與應變整備計畫」中則將爆發疫情會造成嚴重人命傷亡並引起全球關注的公共衛生緊急事件的重大新興傳染病，如 2012 年的中東呼吸症候群冠狀病毒感染症(MERS-CoV)及 2013 年的伊波拉病毒感染等納入範疇(衛生福利部疾病管制署，2015b)。政策推動所面臨之問題如下：

1. 氣候變遷與都市化使全球病媒傳染病快速傳播，又新興病媒病毒之已知訊息有限，有效防治勢將更為困難
2. 少部分臨床醫師對於特定傳染病之診斷能力及警覺性不足，境外移入易造成次波感染
3. 國際間人畜共通傳染病事件頻傳，又禽流感病毒演變恐增加感染人類之能力，且部分臨床醫師對於人畜共通傳染病診斷經驗較為缺乏，均提升人畜共通傳染病防治之困難度。

4. 實驗室診斷量能提升瓶頸
5. 新興重大傳染病病患隔離照護品質提升困境
6. 整備與應變機制及能量倍受挑戰
7. 欠缺特殊疫苗及藥劑儲備

(三) 流感防治之問題 (衛生福利部疾病管制署，2015c)：

1. 運用風險評估採取彈性應變機制：流感大流行風險多元且來源難以預測，加上國際交通頻繁導致大流行機會增加，故風險評估在後大流行期間除應持續進行外，更應縝密進行；各種流感病毒型別引起的大流行特性迥異，WHO 強調各國之防治策略需可反映各國疫情及地方性的特殊需求，因此各國整備防治須更具彈性。
2. 永續防疫物資儲備策略：防疫物資全球產能有限，政府預算亦逐年縮減，現階段流感大流行發生時間及規模難以預測，因此防疫物質儲備策略之整體效益、與逐年縮編之公務預算間須取得合宜之動態平衡。
3. 病患收治機制與量能維持：目前我國應變醫院之醫事人力不足及財務預算限制，未能徹底改善老舊設備及病患收治人力問題，將影響傳染病病人之收治量能。
4. 國際合作機制建立：全球人口交流日益頻繁，流感大流型病毒的高致死率或高傳染力，將使人類健康及社會經濟遭受重大損失，除須提升發生地之國家防疫量能之外，建立國際合作機制以提高快速評估及應變能力，將為重要的努力方向。

(四) 結核病防治之問題(衛生福利部，2015d)：

1. 新興技術導入防治策略緩慢：提升結核病的診斷能力，讓結核病患在發病時都能迅速診斷獲得治療，儘早解除其傳染性，是結核病防治的重要原則；惟新興新技術導入防治策略緩慢，致使我國發生率降幅受限，策略推行之邊際效益亦無法得到有效彰顯。

2. 缺乏消除傳染源之決心：過去結核病防治多以診療發病個案為核心工作，然結核病畢竟是一種傳染性疾病，目前國內以預防醫學角度之防治策略比重較為缺乏，如何運用更強而有力的介入措施來消滅傳染源，終止疾病傳播，以促進及維持大眾健康，進而阻止疾病發生才是正本清源之道。
3. 社會仍普遍認為結核病為弱勢族群專屬之疾病：社會普遍將結核病誤認為慢性病，遺忘其於社區中持續傳播對健康造成之嚴重威脅，甚至將結核病誤認為僅發生於弱勢族群的一種疾病。社會大眾忽視其嚴重性，缺乏充分的警覺心，無形中亦造成各類預防策略推展受到限制。
4. 基層執行結核病防治人力不足：衛生所負責的業務相當龐雜且多樣性，加上結核病個案合作程度不一、居無定所的街友、山地鄉居民及貧困獨居者等特殊性，往往需耗費更大心力、時間來執行管理工作，無形中造成基層工作人員一項沉重的負擔。
5. 缺少民間團體支持：我國之結核病個案的支持與照護，目前仍以透過醫療及公衛體系，執行各項防治及衛教策略之推展，由於缺乏民間團體大力地支持，致使防治網絡難以擴展。
6. 論質計酬方案之成效仍有待評估：醫療機構對於加入論質計酬方案之個案，可能出現選擇病患效應，導致結核病個案診療及照護之提昇仍受限制，而論質計酬雖已提供「財務誘因」，但對於提高臨床醫師投入結核病診療之意願仍嫌不足，並且對於提供適切的快速診斷工具等醫療行為亦有所侷限，無形中致使國內結核病醫療人才，缺乏留任及永續經營之動力與環境。

(五) 愛滋病防治之問題(衛生福利部，2016g)：

1. 不安全性行為感染之比率仍居高不下：新增感染者人數近三年每年因不安全性行為而感染的比例均超過九成以上，為國內感染愛滋病毒的

主要傳染途徑；國內研究發現使用社群網路交友，或是使用智慧型手機的交友軟體，對於年輕族群而言增加了尋求發生性行為、不安全性行為與非法用藥、及感染愛滋之風險，也造成因不安全性行為而感染愛滋之疫情居高不下的原因。

2. 成癮藥物之濫用情形增加，提高不安全性行為之風險：近年來藥物濫用人口有愈來愈多之現象，其中搖頭丸、K他命、大麻、RUSH等成癮藥物之使用趨勢明顯增長，且使用藥物後容易在無自制能力下發生不安全性行為，進而增加感染愛滋等性傳染病的風險。
3. 易感族群篩檢意願不高，延遲診斷之比例偏高：部分易感族群不認為自己處於高風險，或是擔心後續面對歧視、隱私受侵犯及就業權益受損等狀況，因此，常不願早期主動接受檢驗。
4. 醫療服務可近性不足，影響感染者連結至醫療體系：考量愛滋醫療之專業性，及強化感染者之自我健康管理機制，其醫療服務均透過愛滋病指定醫院提供，雖然提高愛滋醫療服務品質，但也因此使得愛滋醫療服務無法普及。
5. 「以治療作為預防(TasP)」仍有落差，防疫效能受限：經費嚴重不足的情況下，無法將 TasP 擴展至針對易感族群暴露前預防性投藥(PrEP)及非職業性暴露後預防性投藥(nPEP)策略，使防疫效能無法擴展。
6. 感染者對長期照顧之需求增加：目前 HAART 藥物可有效延長感染者之存活壽命，因此，感染者之累積人數愈來愈多，年長之存活感染者人數亦愈來愈多，其長期照顧及安置之需求隨之增加，然目前國內長期照顧服務人員，對於愛滋之認知普遍不足，對感染者更是存有恐懼或歧視的態度，進而不願或害怕照顧感染者，也造成有需要的感染者常無法找到適合之長期照顧服務。

相關部會及單位雖陸續推動中長程計畫，如充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫(衛生福利部，2016f)、急性傳染病流行風險監控與管理第二期計畫(衛生福利部疾病管制署，2015a)、新興傳染病風險監測與應變整備計畫(衛生福利部疾病管制署，2015b)、我國因應流感大流行準備第三期計畫(衛生福利部疾病管制署，2015c)、我國加入 WHO 2035 消除結核第一期計畫(衛生福利部，2015d)、愛滋防治第六期五年計畫(衛生福利部，2016g)等，以期解決不斷變化的疾病管制問題，然仍可能面臨部分限制影響計畫推動成效：

(一)疫苗政策之限制(衛生福利部，2016f)：

1. 預防接種必須持之以恆，才能達到疾病控制或根除的目標：疫苗經費若未能持續充足，疫苗的供應中斷或無法因應時代潮流適時擴充或轉換新疫苗，將導致接種措施無以為繼，對於傳染病的控制將大打折扣，甚或產生疫情流行及防疫危機。
2. 仍有少數預防接種對象無法完全掌握：目前傳染病防治法針對未接種疫苗者應輔導其補行接種之軟性規範未有強制措施，另針對部分人口(如外籍配偶所生子女、赴大陸經商或工作者等)之接種資料無法確實及時掌握，形成部分預防接種工作之缺口及時效延遲。少數非合約醫院診所之接種資訊未能強制及時通報，導致不易掌握及接種完成率無法突破。
3. 新疫苗政策的及時導入及疫苗財源穩定：國際疫苗之研發與上市快速，除應隨時汲取國際疫苗新知及他國經驗，並依據國內傳染病監測資料，編列相關預算適時導入安全有效或多合一疫苗，提升接種完成率，才能及時有效控制疾病。
4. 常規接種疫苗未合理補助，影響合約院所配合提升接種品質：各項嬰幼兒常規疫苗之接種業務目前是在政府未給予額外補助費用之情況

下運行，造成不少合約院所醫師出現反彈聲浪，且衛生主管機關亦難以要求院所配合與日俱進之冷凍冷藏設備汰換或維護，及確保資料完整正確上傳，長遠而言，恐將影響院所對預防接種業務之配合度與執行，亦可能影響接種完成率。

(二)急性傳染病、新興及再浮現傳染病防治之限制(衛生福利部疾病管制署，2015a；衛生福利部疾病管制署，2015b)：

1. 我國目前僅能從 WHO 國際衛生條例(IHR)通報窗口以及公開平台獲得最新資訊，並儘速配合全球重大傳染病防治策略，然因無法取得分享給會員國有關公共衛生體系監測及各項技術資訊，為我國防疫體系提升之阻礙
2. 我國監測體系以臨床醫師診斷資料為主，欠缺多元化監測機制；跨機關橫向資料取得不易；中央與地方疫情資訊無法維持一致性，易有訊息紊亂及衍生不必要爭端之問題發生；傳染病群聚事件及新型/再浮現傳染病預警能力仍待加強；傳染病資訊轉譯人才缺乏等問題
3. 生物醫藥研發因資金有限，少有專門研究新興傳染病單位，多數新興傳染病病原取得不易，即使已有良好生物技術，亦難對病原深入研究，多倚賴於國際間資訊交流
4. 訓練工作需長時間投入人力、經費，以維持其持續性，一旦面臨經費及人力不足，極易面臨斷炊，致使業務停擺
5. 生物恐怖攻擊應變整備需長期投資人員訓/演練及購置良好防護裝備與維護，又生物恐怖攻擊發生之時間難以預測，惟人員異動頻繁，再加上政府資源有限，使得生物恐怖攻擊應變整備難以永續經營

(三)流感防治之限制(衛生福利部疾病管制署，2015c)：

1. 流感大流行發生時間、地點與規模均具有高度不確定性，且因涉及國家安全、衛生、經濟、社會等廣泛層面，倘無整合性應變機制恐難竟

全功

2. 公務預算逐年縮減，將是限制防疫物資儲備與維持的最大因素
3. 各國皆面臨難以藉由風險評估精準設定各項防疫物資之儲備量，加以疫苗接種率與藥劑使用率亦受民眾意願及社會輿論等因素影響
4. 我國國際衛生參與管道雖已較過往寬廣，惟受國際政治環境限制仍多

(四)結核病防治之限制(衛生福利部，2015d)：

1. 防疫經費及資源無法到位：導致較新穎的防治策略或檢驗技術，難以積極推展，無法提供更快速的介入措施，及早進行疫情防堵。
2. 愛滋病疫情若未能獲有效控制，將造成結核病之疫情防堵更趨嚴峻。
3. 病原體倘發生變異將造成國內外大規模流行，無法及時有效控制疫情。
4. 鄰近國家抗藥性疫情對我國之衝擊：依據 WHO 資料顯示，鄰近其他國家，如：菲律賓及越南，其多重抗藥性結核病疫情亦較臺灣嚴重，鄰近國家之抗藥性結核病疫情，對於我國國民健康已構成日益嚴重的威脅。

(五)愛滋病防治之限制(衛生福利部，2016g)：

1. 愛滋仍有污名及歧視：由於部分民眾對於愛滋病仍存在錯誤的認知及刻板印象，民眾對於感染者尚無法完全接受，亦造成有愛滋感染風險者不敢篩檢、不願就醫，而影響其後續醫療及照護。
2. 安全性行為不易落實：由於性行為具有高度隱私性，即使不斷宣導，民眾仍有可能因為個人喜好或對方要求，於發生性行為時沒有使用保險套，增加感染的風險，也造成防疫措施介入的困難。
3. 目前尚無預防的疫苗及可治癒的藥物：雖然愛滋感染者服用雞尾酒療法(HAART)藥物能有效延長壽命，但目前仍無有效預防及治癒愛滋感染之方法，感染人數依然持續攀升，雖然全球積極推動「以治療作為預防策

略(TasP)」，藉由控制感染者之病毒量，遏止愛滋病毒蔓延，然醫療費用支出卻是龐大之負擔。

三、疾病管制之未來挑戰

- (一)社會變遷及生活型態改變將影響疫病流行特性：如都市化與人口增加而提高病毒或病媒與人類之互動接觸、生活飲食型態多元導致腸道傳染病防治趨複雜等(衛生福利部疾病管制署，2015a)。
- (二)自然環境的改變將帶來防疫新挑戰：如氣候暖化有利於特定病原及病媒的繁殖、人口增加擴大對土地開發的需求進而提高與野生動物及不明病原體接觸的機會等(衛生福利部疾病管制署，2015a)。
- (三)考量我國與登革熱及結核病高負擔之東南亞國家交流日益密切，以及颱風及乾旱等氣候變遷等因素，均使我國急性傳染病及結核病防治工作日益嚴峻(衛生福利部疾病管制署，2015a)。
- (四)新興傳染病不斷出現且跨地域傳播全球化速度明顯增快：由於交通便捷、國際交流頻繁等因素，如何架構完備及有效監測、檢疫、實驗室等防疫應變體系，研提永續且符合公平正義的預防接種政策，針對各項傳染病規劃適合的防治策略，完備新興及再浮現傳染病之準備等，成為我國需嚴肅面對的課題(衛生福利部，2015d)。
- (五)須訂定儲備定量物資之相關策略：流感疫苗、抗病毒藥劑及個人防護裝備等防疫物資，為大流行時最重要之防備，然又於全球產能與大流行發生時短時間需求量大，且疫苗發展耗費時日，加上全球疫苗產業產能有限，因此各國仍須訂定儲備定量物資之相關策略，以因應緊急疫情(衛生福利部疾病管制署，2015c)。
- (六)流感大流行的風險及威脅持續增加：近年來包含越南、墨西哥、中國大陸、香港等國，乃至於我國，皆陸續發現流感病例，顯示流感大流行的

風險持續存在，且已非單純侷限於單一特定病毒型別，下一波流感大流行之病毒及流行病學特徵、傳播模式、疾病嚴重度等防疫政策訂定之基礎訊息已難以預測，威脅將日益增加(衛生福利部疾病管制署，2015c)。

(七) 需建立本土之流感風險評估機制：有鑑於近年來各國發現不同型別之流感病毒，且疾病嚴重性亦存在差異，顯示 WHO 對大流行之各級別建議措施已無法一體適用於全球各國，如何建立本土之風險評估機制將為未來各國之潮流及趨勢(衛生福利部疾病管制署，2015c)。

(八) 因應 SARS 疫情席捲全球，WHO 要求各國設置「IHR 國家聯繫窗口」，且須具備偵測、評估、通報及報告相關公共衛生緊急事件之能力，並加強全球防疫合作，已加速疫情控制，並降低疾病爆發造成的人命及經濟損失，顯示疾病已無國界，且防治亟需藉重國際合作以達事半功倍之效(衛生福利部疾病管制署，2015b)。

(九) 國際間恐怖攻擊事件層出不窮，全球近幾年發生數百起恐怖事件，顯示恐怖活動仍然持續活躍。再加上科技的進步，可透過基因工程或篩選的方式提高生物戰劑致病能力，大大提升生物恐怖攻擊的威脅及衝擊(衛生福利部疾病管制署，2015b)。

第四節 食品藥物安全管理

一、食品藥物安全管理之特質

WHO 世界衛生組織在 1995 年發表了有關食品安全管理的重要觀點，指出「國家食品安全管理的任務，不是消除危害，而是將風險控制在可接受的範圍內。」其中危害(hazard)係指食品中可能會產生不良健康影響之生物性、化學性或物理性因素或狀況，風險(risk)則為各種危害產生不良健康作用的可能性及其強度；食品安全的概念已擴大至食品防護(food protection)，涵蓋食品品質、安全、造假及防禦(food defense)，食品防護技術為建構一個以食品品質與安全為基礎的食品防護平台，用以優化食品品質與安全環境，並保護食品避免遭受摻假以及不可預期的或蓄意的汙染或危害(廖啟成，2016)。

藥品之管理係依藥品製造或輸入以及上市的流程，可區分為產品開發、臨床前試驗、臨床試驗、上市申請、量產上市等五大階段，針對各個階段皆建立有管理制度。針對製造輸入階段，主要著重於「療效」與「安全」的確保，包含優良藥品製造規範、藥商(製造商)管理、輸入藥物進口核准等；針對上市前階段，則透過查驗登記等方式嚴格控管藥品之「品質」；針對上市後階段，則藉由定期檢查、廣告管理、藥商(製造商)管理、管制藥品管理等方式，對藥品的「流通」進行監督。整體而言，為保障全民用藥安全，藥品上市前，須向中央衛生主管機關申請查驗登記，經評估藥品安全性、有效性及品質無虞後，始核准發予藥品許可證，讓藥品上市流通、廠商製造或輸入。上市後進行藥品安全性品質監控、評估及風險管控，嚴格把關新藥之品質、安全與有效性。

綜上，食品藥物管理之特性，係為基於健康風險評估及科學實證之管理機制，其中食品管理需兼顧健康風險低及國民營養，另藥物管理需確保治療或預防疾病之效益遠大於其健康風險。

二、食品藥物安全管理之問題及政策限制

我國「食品安全衛生管理法」從創立至今已修改 13 次，至今仍不斷發生許多食品安全爭議事件，其中影響層面較大的包括 2011 年的塑化劑風波、2013 年的毒澱粉、2014 年的餿水油、2015 年的白米飯添加保鮮劑等事件，政府的食安管理單位為展示捍衛食品安全的決心，經過政府組織改造，將「食品處」升格為「食品藥物管理署」，也在行政院下成立跨部會的食安會報及食品安全辦公室，另成立食品安全風險評估諮議會，廣邀食品安全相關專家學者與有關部會共同研討風險議題(台灣食品高峰會，2016a)。目前針對食品藥物安全之主責機管係為食品藥物管理署，其施政規劃重點，在強化食品、藥物、新興生技產品、化粧品之管理及風險評估，落實源頭管理，健全輸入食品管理體系，發展核心檢驗科技，提升管理、檢驗與研究水準。針對食品衛生管理方面，係透過食品行政管理業務以及查驗、檢驗、稽查等業務之整合，以科學實證支援業務管理，強化食品衛生安全；針對藥物管理方面，則建立一元化、透明化的審查制度，以縮短新藥審查時間，並在安全為前提之下簡化審查流程；在風險管理與消費者保護部分，為保護消費者，加強風險管控功能，落實源頭管理機制，進行以科學證據為基礎之風險分析，強化食品藥物安全預警系統，建立重大安全事件反應機制，以期能快速有效達到危機處理之效果(衛生福利部食品藥物管理署，2016a)。

有鑑於食品安全爭議事件對社會大眾所造成之強烈衝擊，政府積極建構跨部會的會議，強化追蹤追溯系統、業者登錄、強制業者自主檢驗等五項管控機制，透過分廠分照與邊境管制等方式來預防食品犯罪的再次發生。但對於未知物的檢測方法、缺乏身分標準、食品容器管制過於寬鬆的問題，仍然有待改善，而政府對公眾的食品安全風險溝通及教育亦亟需改善。

參考 103-106 年度之政院或部會管制計畫，計畫範疇可區分為食品及藥物兩大面向，藥物的部分又可區分為中藥與西藥，歸納各面向所面臨之問題

如下：

(一) 食品安全之問題(衛生福利部食品藥物管理署，2016b)：

1. 食品安全管理相關法規變動大，且與國際諧和存在困難度：我國食品安全管理法規變動大，需加強法律研析與相關教育訓練；非食品安全相關國際組織會員致蒐集國際訊息困難，又我國食品安全風險溝通困難度高，導致食品安全管理相關法規與國際諧和之阻礙。
2. 非預期添加物及食品添加物之違規使用等問題，仍須跨機關合作加強管理化學物質及食品添加物。
3. 檢驗及監控管理量能有限：違法手段推陳出新，致檢驗方法研擬速度無法及時因應標準之增修訂；食品違規廣告樣態繁多，需加強監控管理；與民生生活消費關係密切之食品種類、高風險品項及重複違規業者，均應加強監控管理。
4. 輸入食品之邊境管理與境外查核機制及量能待增進：輸入食品批量日益增加，且不合格進口食品事件頻傳，亟需建立輸入食品之衛生安全分析與危害鑑別制度。
5. 產品資訊整合與緊急應變機制建立仍待強化：應積極建立有效之情資整合機制，整合產品資訊以利及時分析預測；需強化重大食安事件處理(緊急應變)機制。
6. 食品產銷鏈源頭管理監督機制強度不足：食品廠委託代工或使用他廠製造原料恐有潛在的原料管控漏洞。
7. 食品相關人員之專業能力培訓仍待加強：食品接觸物件之製造加工業者缺乏衛生安全知識；食品業者與餐飲業從業人員仍需加強輔導與管理，且食品相關專門職業人員亟需加強實務經驗。
8. 食品之倉儲、配銷、追溯追蹤機制仍待強化：食品倉儲及配銷過程錯綜複雜，流向管理不易，又食品追溯追蹤機制未臻完備，業者須投入

資源。

9. 民眾缺乏對食品安全之正確認知，且無法即時回應民眾對於食安相關議題之疑慮。

(二) 中藥安全之問題(衛生福利部，2016i)：

1. 中藥材成分複雜、品質難均一，仍需強化安全衛生標準：中藥材品種繁多，傳統固有典籍收載之中藥材基源頗為複雜，名稱及來源不一，常有代用品、混用品或誤用品，人為加工或炮製技術差異與不當抽取藥材有效成分，導致市售中藥材品質良莠不一，其安全與品質問題亦備受大眾關注。
2. 中藥產業規模小且競爭力不足，影響中藥產品品質提升：我國中藥廠概可區分為濃縮藥劑製藥廠及傳統製劑中藥廠兩類，後者數量約佔整體藥廠之 65%，受限於規模小、員工少，存在國際規範之銜接、衛生標準之應變調整動能較弱等困境。
3. 中藥販賣業者亟需進行產業調整與升級轉型：中藥商產業屬中小型內需性產業，其經營者之專業知識多來自師徒傳授，管理模式恐較缺乏現代化企業經營之創新模式。
4. 中藥藥事服務環境仍需輔導改善：中醫院所提供之醫療、用藥品質及專業人員品質，關係國人之用藥安全及健康，應持續推動建構優質的中醫醫療環境，建置良好的管理及輔導機制，以保護民眾之中醫用藥安全。

(三) 西藥安全之問題(衛生福利部食品藥物管理署，2016c)：

1. 藥政管理及管制藥品管理法規應與國際接軌：現行藥事法難以兼顧醫材之多樣性及生技科技快速發展，法規需與時俱進，以兼顧用藥安全及產業發展。
2. 藥物審查機制及專業量能須有效及全面再精進，以提升可近性：醫藥

品國際協和審查機制待建置；醫療器材查驗登記流程可再精進；醫療器材分類分級管理需進一步與國際調和；藥物審查人員之專業應提升；異業投入醫療器材研發，應加強對業者法規諮詢輔導。

3. 藥品之預警性通報制度、管理法規及因應處理機制需再強化：部分藥品仰賴進口，且少部藥廠歇業，均致藥品供應短缺。
4. 積極落實藥品及醫療器材臨床試驗品質與管理：進口原料藥品質不一，且生技製藥技術發展，我國仍需加強管理藥廠及醫療器材製造廠之品質，以提升產業競爭力及確保療效。
5. 國內醫療器材廠之優良製造規範(GMP)管理機制尚待完備。
6. 現行中華藥典不敷國內需求：藥典係供藥品開發、藥政管理及藥品檢驗之依據，我國之藥事法及藥師法也將中華藥典納為藥品製造品質管理規範之法源，相關單位並引用其作為檢驗判定依據。然近期重新檢視內容發現與美國藥典個論及品項存在落差。
7. 藥物上市後之管理待持續監視及強化：上市後藥品仍可能出現品質異常情形；藥物安全品質監控與檢驗尚難含括全面，市售產品摻西藥問題層出不窮；醫材上市後品質安全管理機制應再加強；化粧品上市後品質安全管理機制應再加強；國內藥商對於藥品安全監視之認知及能力仍不足。
8. 欠缺有效管制藥品處方藥濫用之事前防制機制：近年各國陸續針對管制藥品處方藥濫用提出相關因應措施，而我國管制藥品管理條例除明訂事後的加強查核外，欠缺事先防範之機制。
9. 擴大現行藥事服務網絡：優良藥事執業相關規範要再精進；藥事服務，加入醫療器材元素。
10. 民眾對新興藥物濫用之危害缺乏認知與警覺。
11. 誇大不實藥物廣告氾濫情形嚴重，致不法藥物影響國民健康：非法賣

藥攤販各地流竄；藥物、化粧品廣告和銷售手法日新月異

12. 兩岸醫藥品合作仍須磨合：現行我國醫材及化粧品進入大陸市場仍有障礙，並加強與各國合作避免邊緣化並增進我國藥業出口

在相關部會及單位陸續推動中長程計畫的情況下，雖已逐漸建立起我國之食品及藥物安全網，然現況中仍可能存在部分限制，而影響各計畫之推動成效：

(一) 食品安全之限制(衛生福利部食品藥物管理署，2016b)：

1. 食品管理需跨部會合作：食品業者所使用之原料多係來自農作物、動物活體等農產品，現階段源頭農業機關並無要求建立相關強制性履歷制度，仍須建立起從上游農產品到下游食品製程各階段之串聯系統；現行檢警調查及衛生單位均有針對違規廣告進行取締，但若各自進行，恐難達全面遏止之效。
 2. 食品業者之風險控管觀念不足：食品業者常僅依賴其上游原物料供應商提供之資訊，而忽略自行對於原材料、半成品及成品之安全性管控、監測；食品相關科系畢業之專業人才投身產業之比例較低，亦間接影響食品產業對於風險控管知識及法規認知的低落。
10. 管理業務量持續增長、食品管理及服務量能普遍不足：各類食品申辦查驗登記之申請案件數龐大且審查項目多，需耗費相當多人力，其中健康食品與基因改造食品審查專業度及複雜度較高，均需進行行政書審、專家技術審查及樣品檢驗等程序；限於人力、經費不足，難以有效執行食品衛生安全的把關；地方衛生機關正式編制人力不足，工作繁重致地方稽查人員流動率高，亦影響中央各項食品衛生安全政策之落實與推動；稽查人員頻於處理食安事件且工作繁重，普遍有流動率高情形，導致經驗傳承及專業訓練無法落實；近年來重大食品安全或

輿情事件接連發生，民眾對於電話諮詢服務之需求大幅提升；政府人力有限需結合民間力量共同為全國食品安全把關。

3. 新興食品原物料眾多，法規標準增修及檢驗方法建立，無法於短時間內完成：食品添加物標準眾多，訂定過程需依據國人膳食習慣進行完整評估，且國內非傳統性食品原料之安全性評估，受限於相關資料之缺乏，無法僅由中央機關業務承辦同仁獨立完成，須仰賴相關專家學者共同參與，且不論為標準訂定或原料之使用、檢驗方法等，皆受到各界輿論關注，且無法於短時間內完成。
4. 政策之宣傳推廣度不足，且無法於短期內顯現成效：養成民眾正確之食品安全觀念、態度與行為能力，需長期潛移默化，並應從小紮根，無法於短期內顯現成效。
5. 食品科技推層出新，難以立即且全面杜絕不法事件：食品科技推陳出新、違規手法日新月異，難以於短時間完全杜絕不法事件。
6. 民間食品實驗室屬志願性認證，無法全面納入管理：目前食安法第37條第2項之法源管理範圍受限於認證食品實驗室之認證檢驗項目，對於實驗室非認證項目的管理，甚至非認證實驗室的管理，則難以直接進行管理或監督，致使國內檢驗報告到處氾濫，而中央衛生主管機關管理範圍卻受限。

(二) 中藥安全之限制(衛生福利部，2016i)：

1. 中藥材種植與供銷鏈之品質無法全面監控：中藥材之進口大多來自中國大陸，產地端之品質標準、管控與檢測機制等落實程度與資訊難以掌握，影響輸入中藥材之品質把關。
2. 醫療成本攀升、健保中藥給付制度不利中藥產業發展：健保給付中藥藥品，造成要視人力缺乏誘因投入臨床中藥藥事服務，不利中藥製藥產業之研發創新及品質管控，影響中藥藥事服務品質與中藥廠提升競

爭力。

3. 經費嚴重不足：我國中藥管理之預算編列每年約僅三至四千萬，預算編列嚴重不足，且於面對大陸洽簽貿易自由化協定之衝擊，中藥商產業已列為可能受衝擊產業，雖行政院已核定產業輔導經費，為政府財政拮据，經費來源須由各目的事業主管機關自現有公務預算自行調整支應，亟需仰賴中長程計畫以爭取穩定之財源。
4. 中藥藥事專業人力投入亟需提升：專業藥事人員參與中藥領域人數與其執業西醫藥團隊比例仍顯懸殊，長期而言，投入中藥之人力發展將不利於中藥產業之突破創新與傳承。

(三) 西藥安全之限制(衛生福利部食品藥物管理署，2016c)：

1. 人力窘境，人才留聘不易：各類查驗登記案件量大增，審查人力需求相對上升；公部門聘用人員之薪資普遍低於業界，且因產、官、學、研之整合不足，致使難以留聘不具公務人員之專業人才；國際化人才培育不易；品質保證及安全性評估專業培訓略顯匱乏。
2. 政府資源有限，經費不足：對於產品上市後品質及安全監控，因受限於政府人力及經費資源有限，故無法由政府逐一逐批確認產品品質，亦無法完全獲知產品上市後新增之安全性問題；國際間醫藥及生技技術發展迅速，各項新興產品陸續上市，各種分析方法亦不斷更新，惟受限於人力及經費，藥典增修訂之速度常不及於新興藥品與技術之發展；政府部門預算逐年遞減，無法支持延續型計畫，造成部分計畫僅能縮編或以一年期計畫辦理，惟藥物全生命週期管理卻急需長期性支持。
3. 醫材專法影響層面極廣，立法進度難掌握：世界各國醫療器材法規更新快速，要建構符合我國環境、務實可行又與國際調和之醫材專法，需與各界良好溝通與完善配套措施。另專法之推動影響層面極廣，未

來立法進度難掌握。

4. 業者對於政策發展方向無法及時配合因應：我國化粧品管理制度擬朝向簡化上市前審查並強化業者自主管理方向發展，須儘早及積極向業者進行宣導並給予輔導資源。
5. 管制藥品處方藥監視機制涉及個資，且欠缺法源依據；醫院「管制藥品管理委員會」之設置尚未具強制性，致管制藥品處方不易事前管理。
6. 衛教宣導非一蹴可及，需花時間下向紮根：藥物濫用之成因複雜，現今初級預防措施應以促進健康、特殊保護為主要目標，其中知識的提升與普及化更為重要；惟目前有限的人力與經費下，亟待更多企業與民間機構加入，共同營造無毒環境與衛教宣導工作，讓正確用藥及藥物濫用防制宣導更為普及。
7. 不法藥物及違規廣告的查處，非僅由衛生單位可獨立完成：衛生機關因僅有行政稽查權，在無警察權及司法權的情況下，對於不法藥物查緝及違規廣告查處，得仰賴檢警調單位的協助，而對於違規媒體的處罰及管理則須由媒體主管機關介入，加上不法藥物已成跨國性問題，尚須海關及海巡署協助，因此須建立嚴密的聯合查緝機制，展現跨部會的高度配合及團隊精神，以嚇阻非法藥物、食品或化粧品的販售。
8. 國際合作與交流受限：我國外交處境常無法成為國際組織之正式會員，參與活動及共享相關資訊之完整度常受到限制。

三、食品藥物安全管理之未來挑戰

- (一)重大食品衛生事件陸續發生：近幾年食品添加物違法使用化工原料、劣質黑心油及農產品之農藥殘留等事件陸續發生，非但重創我國食品產業發展生機，傷害我國美食王國信譽，進而導致農產品之滯銷。如何經由

源頭管理，建立作物生產管理標準流程，有系統的食品安全衛生管理，維護民眾食品藥物安心環境，建立消費者信心，為當前亟需解決之問題(衛生福利部，2015d)。

(二)食品攙偽情形及新興產品衍生問題嚴重：市售及包裝蔬果農藥殘留，廠商蓄意犯罪手法不斷更新，引發食安事件招致民怨亟待解決，另外醫藥產品推陳出新，我國藥政管理與國際偶有落差，且藥品供應管理問題日益重要。為確保民眾用藥安全、提升藥事照護功能，需要跨部會共同合作監督、查緝，從原料源頭、製程、運銷保存、銷售，進行全程管理，並提供適當衛教宣導(衛生福利部食品藥物管理署，2016b)。

(三)非法藥物濫用問題對身心健康影響甚鉅：藥物濫用全球化及複雜化之趨勢，不僅導致生產人口質量降低、毒品犯罪增加、影響經濟發展與社會治安等相關問題，更對國家總體競爭力產生衝擊(衛生福利部食品藥物管理署，2016c)。

(四)藥物濫用與成癮日趨惡化：藥物濫用與成癮不僅危害個人健康，且將增加犯罪率及失業率，嚴重衝擊社會、國家之穩定與發展(衛生福利部食品藥物管理署，2016c)。

第五節 小結

在「健康照護」部分，其特性為改善醫療水平、減少健康不公平、滿足民眾需求、增加效率，並兼具提供健康照護服務、資源形成與管理、降低生病就醫民眾之財務風險之功能。我國目前正面臨各層級醫療體系應重新定位與形塑、緊急醫療救護體系亟待整合、醫事人員執業環境、人才羅致、人員素質待提升、原住民及離島地區醫療資源之不足與不均、精神病人社區化照護、分級方式與連續性照護模式尚待改善、物質成癮年輕化、需投入網路成癮防治、物質濫用及家暴性侵之治療模式發展及處遇效能尚待精進、癌症診療品質仍需持續精進、須建立以病人安全為核心之醫療服務、須配合科技發展趨勢建立智能醫療服務等問題，亦將面臨人口結構轉型所衍生勞動力減少、扶養負擔加重、家庭結構多元、照顧需求增加等課題、會型態與生活環境變化，極端氣候變遷、天災及重大事件發生，引發民眾對災害防救、緊急應變與心理健康的需求與日俱增健保財務缺口擴大、不同層級醫院病床呈倒金字塔發展增加健保財務負擔、急性後期照護與安寧療護應朝居家及社區化照護發展、需減少無效醫療及規劃其配套措施、社區健康照護能量薄弱、醫療體系的「水平與垂直整合」缺乏中央與地方衛生主管機關之積極介入、門診論量計酬支付制度應走向論質或論人計酬發展、住院論量計酬支付應朝向前瞻性支付制度發展、民眾對醫療及健康照護之高品質及符合公平正義期待等挑戰；健康照護之相關業務，包含服務組織、人力資源及訓練、品質改善等面向，皆由衛生福利部下之相關單位及附屬機關負責，除可涵蓋三段五級之各類健康醫療照護議題，亦可針對不同生命歷程及各類人口進行規劃及管理，各項業務推動皆須強調跨部會及單位之合作與健康照護相關資源之整合及連結。

在「健康促進」方面，其特性為為一全面的社會和政治進程，其可透過增能賦權(empowerment)的方式，使民眾自主改善健康，不僅包含加強個人技能和能力的行動，亦包含改變社會、環境和經濟狀況的行動。2015年國人死因中，因慢性疾病所導致者已佔近七成，突顯前端預防的重要性。我國健康促進政策目前正

面臨不良生活習慣造成肥胖情形增加、各族群存在不同健康問題、存在弱勢族群與健康不平等問題、缺乏以實證為基礎的篩檢工具、預防保健服務使用情形及品質需持續強化、人格問題、憂鬱症、高壓職場、災難之不可預測促使心理健康議題越趨重要、民眾健康知能尚待提升(如癌症篩檢、安寧療護、口腔健康等)等問題，亦將面臨國人生活型態改變將導致慢性病人口增加、人口老化是目前世界各國共同面臨的變遷經驗、癌症發生率及死亡率的增加將帶來沉重的醫療負擔、「預防勝於治療」的觀念已日益受重視、活躍老化將是已開發國家面對高齡社會所提出的策略之未來挑戰。目前多數國家正經歷前所未有的社會變革，需透過創新的方式及策略以針對影響健康的廣泛因素進行介入，由於健康促進是提高預防和慢性病和傳染病防治的方法，尤針對貧困和邊緣化群體更可突顯其重要性，因此WHO 針對健康促進提出四點戰略方針：(1)倡導政策支持，投資衛生系統服務之發展以支持健康促進與風險預防、(2)培育健康支持環境，並整合公共衛生服務、(3)加強健康促進所需的經費和證據基礎、(4)提高對健康決定因素的知識基礎，並設定健康促進之具體預期結果及指標，期待可藉此改善健康公平性、降低健康風險、促進健康的生活方式和配置、並針對健康決定因素作出回應(WHO, 2016b)。

在「疾病管制」方面，其具備係為透過公私協力及跨國共同合作於預防、抵禦和控制疾病的國際傳播相關體系及管制措施，以及公共衛生應變措施(參考IHR第2條)，且具有全球性、跨領域性、及時性、不確定性、資訊公開透明，且投入資源具不可逆及長期性等特質。為能因應部分族群接種率偏低、疫苗品質維持、管控及提供預防接種服務待改善、強化以資訊系統管理預防接種業務、氣候變遷與都市化使全球病媒傳染病快速傳播、專業人員對於特定傳染病之診斷能力及警覺性不足、整備與應變機制及能量倍受挑戰、生物恐怖攻擊因應與整備須持續投入並永續經營、新興技術導入防治策略緩慢、基層執行疾病防治人力不足、全民健康保險給付體制對醫療之限制、鄰近國家抗藥性疫情對我國之衝擊等諸多問題，並因應社會變遷及生活型態改變將影響疫病流行特性、自然環境改變帶來防疫新

挑戰、我國與東南亞國家交流日益密切使急性傳染病及結核病防治工作日益嚴峻、新興傳染病之全球化速度明顯增快、防疫物資之定量儲備不易、流感大流行之病毒及防疫政策訂定基礎訊息難以預測、建立本土之風險評估機制將為未來各國之潮流及趨勢、防制亟需藉重國際合作、生物恐怖攻擊的威脅及衝擊逐年提升之挑戰，未來應針對提高疫苗接種涵蓋率、強化醫療資源調控機制、結合大數據以建構預警式監測系統及加強風險溝通以提升民眾衛生防護與就醫知能等方向努力(衛生福利部，2016h)。

在「食品藥物管理」方面，其特質為為基於健康風險評估及科學實證之管理機制，其中食品管理需兼顧健康風險低及國民營養，另藥物管理需確保治療或預防疾病之效益遠大於其健康風險。目前食品藥物管理已面臨食品安全法規政策、源頭監控把關、生產管理、查驗機制之管理待強化、全民監督食安機制待發展、中藥材之安全衛生標準需強化、中藥產業規模小且競爭力不足，藥事服務環境仍需輔導改善、藥物審查機制及專業量能須有效全面精進、欠缺管制藥品處方藥濫用之事前防制機制、對新興藥物濫用之危害缺乏認知與警覺等問題，亦須面對重大食品衛生事件重創我國食品產業發展生機、食品攙偽情形及新興產品衍生問題嚴重、我國藥政管理與國際偶有落差、藥物濫用與成癮日趨惡化之挑戰，參考 2016 年舉辦「台灣食品安全高峰會」之會後結論，針對我國食安現況提出九項待改善空間：(1)食品的主管機關橫跨行政院的健康、農業、環保、工業、關務、稅務、經貿、外交、警政與法務部門，彼此權責的協調與分工均需進一步強化；(2)現行風險管理模式仍有諸多風險種類尚未制定標準，且缺乏我國國人基礎資料庫，而風險評估亦缺乏專責機構執行決策相關研究；(3)農畜產品之產銷履歷系統採自願參加，且其要求標準與食藥署存有落差；食品業者雖已進行登錄，但後續查核需投注大量人力始能有成效；(4)進口食品管理之系統性查核及境外查核實施不足，且人力亦不足；(5)有毒有害物質的管理缺乏考量本土攝食習慣，且針對加工過程之管理仍存在模糊空間；(6)針對目前已允許使用之物質用不同方式加工，是否有

產生新的危害之新興物質管理仍待加強；(7)過度仰賴業者自主管理；(8)衛生稽查員僅具行政權限，導致稽查制度未必是有效的監督；預警機制部分則需強化加強跨部會資訊介接；(9)食品標示部分添加物未全面標注功能性，主成分比例也未強制標示；消費者求償部分需陸續強化食安法的損害賠償與舉證責任(台灣食品高峰會，2016b)；針對藥品安全之未來展望，則可朝向加強藥品風險管理、完善藥品仿單安全資訊、智慧風險雙向溝通、輔導藥商建立藥物安全監視系統等方向努力(黃俐嘉，2017)。

第四章 國外衛生醫療類審議原則及指標分析

第一節 國際常見之衛生醫療類審議原則

參考世界衛生組織於 2013 年所發布之 Joint Assessment of National Health Strategies and Plans 報告，其中提出五大重點事項及其原則，以進行國家策略之評估及審議：

一、狀況分析和規劃：根據良好的狀況分析，進行清晰且具相關性的策略選擇，及優先事項排序

(一)國家戰略須以良好的狀況及回應分析為基礎，包含政治、社會、文化、性別、流行病學、法律、治理和制度等議題

1. 情況分析應針對健康決定因素及健康結果進行全面性且參與性分析，並須涵蓋該國之流行病學、政治、社會經濟、組織狀況等因素；
2. 使用分類數據進行分析，以瞭解初段健康照護是否達成衛生部門政策目標及其表現趨勢；政策目標應包含全民健康覆蓋、改善衛生公平性、服務輸送、以人為中心的照護系統、促進和維護社區健康的公共政策、改善衛生當局的能力及當責性；
3. 對過去和現在的衛生部門反應和衛生資金安排進行分析，以確認優先問題和需改進領域。

(二)國家戰略須規範明確的優先事項、目標、政策、目的、介入措施和預期成果，此將有助於改善健康結果和公平性，並滿足國家和全球承諾

1. 目的須明確、可測量、符合實際、且具時限；
2. 目標、目的和介入措施需可因應健康優先事項、可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題，並解決不同人口群、特別是弱勢群體的健康照護問題；其涵蓋面向須包含衛生服務的資金計畫，確定如何籌集資金、解決獲取資金障礙、盡量減少因醫療照護而導致的貧困風險、並透過服務提供效率和品質的提昇以創造獎勵。

(三) 計畫介入措施須具備可行性、適切性及公平性，並須以實證為基礎且經過良好的實踐，包含考慮有效性、效率和可持續性

1. 計畫的執行方式及介入措施需以先分析其效果和效益，並確認其與優先需求相關；另須考慮過去實施的經驗，確認擴大辦理之可行性，並確定提高效率的方法；
2. 計畫須確認是否影響公平性、效率和可持續性等關鍵系統問題，包括財務、人力資源和技術可持續性等限制；
3. 根據「國際衛生條例(International Health Regulations)」，緊急健康照護需要(如自然災害、新發/復發疾病等)的應急計畫應納入各級計畫中。

(四) 須建立並存在具可信度的風險評估和緩解策略

1. 風險分析應包含成功實施後的潛在障礙；緩解策略須確認如何解決這些風險。

二、進程：國家戰略之發展和簽署支持程序的健全性和包容性

(一) 國家戰略和業務計畫的制定過程應邀集所有利害關係者參與，並經其認可而訂定最終的國家戰略

1. 需存在透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，並採系統性方式規劃制定國家戰略與年度業務計畫。利害關係者應包含國家和地方政府機構、公眾代表、公民社會、私人健康照護提供者、和發展夥伴。

(二) 對國家戰略須有高度的政治承諾

1. 依據「健康應融入所有政策(health in all policies)」之精神，制定相關部門和跨部門的政策與立法，以便成功實施；
2. 策略須留意於實施時所需的監督、和立法框架的挑戰，並須擬定克服問題的辦法；

3. 政治承諾的表現，係指維持或在相關情況下增加政府對國家戰略的資金供應的規定；
4. 依據國情，計畫舉辦高層級(如國民議會)的政策討論，並正式核准國家衛生策略和預算。

(三)國家戰略須符合相關的中央與地方策略、資金架構和計畫

1. 國家衛生戰略、特定疾病方案和其他次級戰略須具備一致性，亦須與國家總體發展目標一致；
2. 在聯邦和權力下放的衛生系統中，須建立有效的機制，確保次要的國家計畫亦可達成國家層級的主要目標和指標。

三、戰略的費用和預算架構：健全性和可行性

(一)國家戰略須建立支出架構，其中包括國家戰略所涉方案領域的全面預算及成本計算

1. 戰略需伴隨健全支出架構，其成本計算需與預算扣連，包含實施戰略的經常性和投入資金要求，如人力資源、藥品、權力下放管理、基礎設施、社會保護機制等費用，架構中亦應適時包含公共衛生部門外的活動和利害關係者之成本；
2. 成本估算需備清楚解釋，證實其符合實際，並以經濟學合理的估算方法為基礎。

(二)戰略中須有符合實際的預算架構和資金預測，當該戰略未得到充分資助，應存在可依戰略總體目標確認優先次序的機制

1. 資金預測須包括所有資金來源，主要的國內和國際資金來源(包含貸款)皆須有明確的財政承諾，並考慮不確定性和風險；
2. 資金規劃需實際，依經濟條件規劃中期支出計畫和財政空間限制；
3. 若資金層級不清楚或存在差距，則須確保支出的優先順序會與結果一致(針對高、低、和最可能的資金方案下規劃計畫和方案，或透過過

程的說明解釋以確認支出的優先順序。

四、執行和管理：執行和管理國家戰略中方案安排和制度的健全性

(一) 透過參與性過程定期制定業務計畫，並詳細說明如何實現國家戰略目標

1. 需交代執行夥伴的作用和責任，若有新政策或方案計畫，須確認其執行的任務及責任；
2. 建立可確保分部門業務計畫(如地區計畫、疾病規劃計畫、機構及自治機構計畫)與國家衛生戰略優先事項相關的機制。

(二) 國家戰略需規劃如何部署資源以實現預定成果且改善不公平性，包括如何將資源分配給地方層級單位和非國家成員(non-state actors)

1. 需確認服務提供的組織，並確定其角色、責任、及所需資源；
2. 建立透明標準以合理分配地方層級單位和非國家成員(視情況而定)之資源，包含人力資源、商品、資金等，以助於提高公平性和效率；
3. 瞭解目前物流資訊和管理系統限制，提出可信的行動方案加以解決。

(三) 針對執行戰略現有體制能力是否充分進行評估，並規劃發展其所需能力

1. 確定人力資源(管理和能力)需求，包含人員設置標準、技術組合、分配、培訓、監督、薪資和獎勵；
2. 關鍵系統需在正確的地點、有適當的資源、具備需改進的計畫，這包含規劃和編預算的系統及能力、技術和管理監督、和維護；
3. 戰略中需描述滿足其實施所需的技術支援方式。

(四) 財務管理和採購安排須適當、合乎規定、且具當責性。改進公共財政管理(PFM)和採購的行動方案須可解決戰略和其他診斷工作中確認之弱點

1. 財務管理系統應符合國家和國際標準，並產生適合決策、監督和分析的報告。參考其他研究，以確定該部門財務管理系統、能力和實踐的優勢與劣勢。加強公共財政管理的行動方案以處理信託風險，並確認該方案在合理時間架構內之可行性，並須計算全部成本；

2. 採購系統須符合國家和國際標準。針對已確定需加強的領域，可參考其他研究，訂定符合實際的計畫以解決問題；
3. 透過獨立的內部和外部審計、及議會監督以提供合理保證。審計須包括貨幣價值的評估，並建立機制以確認其發揮作用；
4. 需有清楚的方式用以確認資金和其他資源如期達到預期的受益者，包括輸送形式及外部資金的報告。建立系統性的機制以確保資金的及時支付、有效流動、是否解決瓶頸。在權力下放的衛生系統中，這包括有效的地方單位資金流動過程和財務監督。

(五) 需規範執行戰略的治理、當責、管理和協調機制

1. 須建立內部和所有利害關係者之外部治理安排，具體規範國家戰略執行的管理、監督、協調和報告機制；
2. 針對國家政策進行說明，包含部內及相關部門的治理、當責制、監督、執行和報告機制。計畫需敘明如何解決過去當責制和治理問題，以充分遵守國家法規和國際最佳做法。

五、監測、評估和審查：審查和評估機制的健全性、及其結果運用

(一) 監測和評估計畫須健全，並可反映國家戰略，包括核心指標、資訊來源、數據之收集、管理、分析、及品質確保

1. 建立監測和評估工作的綜合指導架構，反映國家戰略的目標和目的；
2. 建立公平且核心的指標和目標，用以衡量發展、公平性和績效；
3. 監測和評估計畫須指定數據來源和收集方法，並確定和解決數據及資訊定義之差距；
4. 針對數據分析和聚合結果具體說明，並預測和解決數據品質問題；
5. 確認數據之傳播和溝通具有效及常規性，包括績效管理和數據共享的分析報告；
6. 確認監測和評估的作用和責任，設立協調機制和加強能力的計畫。

(二)建立計畫以確保聯合且定期執行績效管理和處置，並將結果回饋於決策和行動方案中

1. 建立多合作夥伴之審查機制，依據年度和長期目標以系統性評估部門或方案執行情形；
2. 以發展情況和績效的定期評估結果，作為政策對話和績效審查基礎；
3. 建立可確認改進措施並將其轉化為行動的程序，包含向地方單位提供回饋和調整財政撥款的機制。

第二節 國際常見之衛生醫療類績效指標

本研究收集先進國家或團體關注之衛生醫療議題及績效指標，澳洲健康 2016 年報(Australia's health 2016) 針對當前健康領域議題提出 14 個維度、共計 40 個健康指標(Australian Institute of Health and Welfare, 2016)；美國健康國民 2020 白皮書(Healthy people 2020)針對 42 個研究主題規畫有許多績效指標，另從中針對高度優先的健康問題，選出 12 個重要議題、26 個優先健康績效指標(Leading Health Indicators, LHI) (US Department of Health and Human Services, & Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010)；歐洲核心健康指標(THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI) 涵蓋健康的所有面向，其具備良好定義、為合理且可比較性之指標(EUROPEAN commission, 2013)；經濟合作暨發展組織健康照護品質指標(OECD Health Care Quality Indicators) 以「重要性」、「科學性」與「可行性」為指標選擇原則，區分為健康狀態、健康風險因素、照護可近性、照護品質、健康照護資源五大類(OECD, 2015)；美國 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)醫療品質指標則包含預防品質指標(AHRQ, 2016b)、住院品質指標(AHRQ, 2016c)、病人安全指標(AHRQ, 2016d)、兒科品質指標(AHRQ, 2016e)；WHO 之 100 個全球參考之健康指標核心清單則為一系列標準化的指標操作型定義，用以反映國際間優先關注的衛生醫療狀況及趨勢讓各國可依循其自己的能力及衛生醫療優先事項進行資料收集，藉指標測量以收集各國的健康醫療概要資訊(WHO, 2015)。

一、澳洲健康 2016 年報(Australia's health 2016)

澳洲健康 2016(Australia's health 2016)年報以各種角度針對當前健康領域議題的專題文章和關鍵統計數據進行論述，如不良健康情況對國家之影響、不同群體面臨之具體健康風險和健康不平等、如何提供民眾預防疾病或治療疾病時之服務輸送系統等，另亦對澳洲之衛生系統進行概述；報告章節包含瞭解健康和疾病、澳洲之衛生系統、民眾之健康狀況、主要類型的健康不佳、健康行為和風險、健康如何影響生活、原住民健康、預防和治療健康不佳、澳洲健康指標等，其中健康指標係用以描述國家之健康特定要素或衛生系統績效之重要方式，可用以瞭解民眾健康和衛生系統品質，允許比較不同族群、不同地理區域和國家的情況，並可改善服務提供當責制和透明度，提供政策或計畫變化之有效性訊息，且透過突顯品質改進、創新、及需改進領域，以鼓勵服務績效的持續改善，澳洲的健康績效指標涵蓋健康狀況、健康決定因素、衛生醫療系統表現等三個領域，另進一步包含 14 個維度、及 40 個指標，其與國際上使用的健康績效框架一致，以較簡潔明確的方式提供一個概念框架來瞭解和評估澳洲民眾的健康和健康系統，並可作為我國支持衛生部門評估與規劃之基準(表 4-2-1) (AIHW, 2016)。

表 4-2-1 澳大利亞健康 2016(Australia's health 2016)之健康績效指標

領域	維度	維度說明	指標
一、健康狀況 (1) 民眾的健康如何？ (2) 健康狀況在民眾間是否存在差異？ (3) 改善民眾健康狀況的最佳機會為何？	1. 健康狀態	疾病、失能、損傷或創傷、或其他健康相關狀態的罹病率	<ul style="list-style-type: none"> ● Incidence of heart attacks ● Incidence of selected cancers (bowel, melanoma, lung cancer, breast cancer (females), cervical) ● Incidence of sexually transmissible infections and blood-borne viruses (syphilis, HIV, hepatitis B, hepatitis C, chlamydia, gonorrhoea) ● Incidence of end-stage kidney disease ● Hospitalisation for injury and poisoning
	2. 功能	改變身體結構或功能、活動限制、和參與限制	<ul style="list-style-type: none"> ● Severe or profound core activity limitation
	3. 福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的措施	<ul style="list-style-type: none"> ● Psychological distress ● Self-assessed health status
	4. 死亡	死亡率和預期壽命的測量	<ul style="list-style-type: none"> ● Infant/young children mortality rate (infants(<1 year), Indigenous infants (<1 year), children aged 1-4 years) ● Life expectancy (all males, all females, Indigenous males, Indigenous females)
二、健康決定因素 (1) 決定良好健康的因素是否有改善？ (2) 因素的改變是來自於哪裡或那些人？ 每個人改變的狀況是否相同？	5. 環境因素	物理、化學和生物因素，如空氣、水和土壤品質	<ul style="list-style-type: none"> ● Children exposed to tobacco smoke in the home ● Water quality
	6. 社區及社會經濟因素	社會因素，如社會資本、支持服務、社會經濟因素(如住房、教育、就業和收入)	<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion of people with low income ● Proportion of babies born with low birthweight ● Health literacy ● Educational attainment for selected school years and adults
	7. 健康行為	態度、信念、知識和行為，如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式	<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion of adults who are daily smokers ● Proportion of adults at risk of long-term harm from alcohol ● Fruit and vegetable intake ● Physical inactivity
	8. 生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素	<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion of persons obese and overweight

表 4-2-1 澳大利亞健康 2016(Australia's health 2016)之健康績效指標(續)

領域	維度	維度說明	指標
三、衛生醫療系統表現 (1)衛生醫療系統如何運作? (2)在個案照護需求範圍內的照護品質程度如何?每個人所接受到的照護品質是否相同? (3)系統是否具備成本效益,並且是可持續運作的?	9.有效性	提供可貼合個案需要、且符合已建立基準的照護、介入、或活動 照護、介入、或活動需可達到預期成果	<ul style="list-style-type: none"> ● Unsafe sharing of needles ● Immunisation rates for vaccines in the national schedule (1 year, 2 years, 5 years, adults) ● Selected potentially preventable hospitalisations ● Survival following acute coronary heart disease event ● Survival of people diagnosed with cancer (5-year relative rates) ● Potentially avoidable deaths
	10.可近性	民眾可在正確的地點及時間獲得照護服務,不因收入、身處位置和文化背景而存在差異	<ul style="list-style-type: none"> ● Bulk-billing for non-referred (GP) attendances ● Selected potentially avoidable GP-type presentations to emergency departments ● Waiting time for elective surgery ● Waiting time for emergency department care ● Cancer screening rates (breast, cervical, bowel) ● Differential access to hospital procedures ● Proportion of pregnancies with an antenatal visit in the first trimester
	11.連續性 照護	隨著時間的推移,可透過各項計畫、從業者、組織和層次,提供民眾不間斷且協調的照護或服務	<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion of people with diabetes with a GP annual cycle of care ● Proportion of people with asthma with a written asthma action plan ● Proportion of people with mental illness with a GP care plan
	12.回應性	服務可回應個案需求,且讓個案感受到尊嚴和保密,並鼓勵其參與照護內容的討論及選擇	-
	13.安全性	避免或降低接受健康照護過程中所受到因管理或環境導致之危害	<ul style="list-style-type: none"> ● Adverse events treated in hospitals ● Falls resulting in patient harm in hospitals
	14.效率和可持續性	以最具成本效益的資源利用取得預期成果 系統需具備可維持勞動力和基礎設施、創新和應對新出現之需求的能力	<ul style="list-style-type: none"> ● Net growth in health workforce (medical practitioners, nurses and midwives) ● Cost per case mix-adjusted separation for acute and non-acute care episodes

資料來源: Australia's health 2016: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6012955544>

二、美國健康國民 2020 白皮書(Healthy people 2020)

美國衛生及公共服務部為能改善國人健康，於 2010 年公佈 Healthy people 2020 白皮書，針對美國健康促進和疾病預防之 10 年方針進行建議，用以鼓勵社區和部門之間的合作、授權個人做出明智的健康決策、並衡量預防活動的影響，該報告致力於確定全國健康改善優先事項，提高公眾對健康、疾病和失能的決定因素及進步機會的認識和了解，並提供適用於國家，州和地方各級的可衡量的目標和目標，讓各部門皆可採用最佳現有證據和知識驅動的做法以採取行動並加強策略，且確認關鍵的研究、評估和數據收集需求，並期待可達到四大目標：(1) 預防疾病、失能、損傷和過早死亡以達到高品質及更長壽、(2) 實現健康公平、消除差異，改善所有群體的健康、(3) 創造並促進所有人之健康社會和物質環境、(4) 在所有生命階段促進生活品質、健康發展和健康行為。Healthy People 2020 共計有 42 個研究主題，相較於過去白皮書內容，新增了兒童及青少年、LGBT、社會決定因素、生活品質與幸福感等相關健康議題(表 4-2-2)。考量各議題皆規劃有許多績效指標，Healthy people 2020 報告針對高度優先的健康問題，選出 12 個重要議題、26 個優先健康績效指標(Leading Health Indicators, LHI)，其用以提升生活品質、涵蓋健康行為和健康決定因素、跨越所有生命階段，各績效指標可用以評估國家於關鍵健康議題的表現，並促進跨單位及部門間的合作協調，且亦可鼓勵國家及地方層級單位皆積極採取行動(表 4-2-3)(US Department of Health and Human Services, & Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010)。

表 4-2-2 美國健康國民 2020 白皮書-Healthy people 2020

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
一、健康服務可接受性	改善健康照護系統，以獲得全面 (comprehensive) 且優質 (quality) 的照護服務	● 取得衛生服務需要三個步驟：(1) 進入衛生保健系統；(2) 到達提供所需服務的照護地點；(3) 尋找與患者可以溝通且信任的醫療照護提供者
二、臨床預防服務		
癌症	減少癌症的新發病例數量，及由癌症所引起的疾病、失能和死亡	<ul style="list-style-type: none"> ● 監測癌症發生率、死亡率和存活率的趨勢，透過以實證為基礎的良好檢驗工具來減少子宮頸癌、結腸直腸癌、乳腺癌所造成的財務負擔 ● 監測侵襲性癌症 (子宮頸和結腸直腸癌) 和晚期乳腺癌的發生率，此為癌症篩檢成功的中間指標 (intermediate markers) ● 在以患者為中心的照護時代，臨床醫生及其個案和家庭成員間的有效溝通將可促成共識和理理解，並達成與個案價值一致的醫療決策 ● 來自醫療照護提供者的建議，是影響個案是否進行癌症篩檢的重要因素，因此使民眾瞭解並記住其所接觸的癌症篩檢相關資訊是重要的
心臟疾病及中風	<ul style="list-style-type: none"> ● 透過預防、篩檢、及治療心臟病和中風的危險因素，改善心血管健康和生活品質 ● 早期發現和治療心臟病與中風 ● 預防心血管事件重複發生 ● 減少心血管疾病死亡 	<ul style="list-style-type: none"> ● 早期介入導致心血管疾病的高風險因素，將可有效避免發生不良事件、及慢性心血管疾病的潛在併發症 ● 針對民眾的飲食和身體活動、控制高血壓和膽固醇、戒菸、適當的阿司匹林使用等方面進行重大改善，將可大幅降低心血管疾病的發生及死亡
糖尿病	減少糖尿病的疾病負擔，改善高風險、或已罹患糖尿病者之生活品質	<ul style="list-style-type: none"> ● 肥胖率上升將導致糖尿病併發症的流行顯著增加 ● 糖尿病個案數、及其照護複雜性的增加，將導致現有的醫療照護系統無法負荷 ● 需進一步改善糖尿病之管理及預防計畫，提升其個人其社會效益，並具體落實於挽救民眾生命 ● 糖尿病管理策略應著眼於強化第二型糖尿病發展中個案的初級健康照護
免疫和傳染病	提高免疫率，減少可預防的傳染病	<ul style="list-style-type: none"> ● 發展以實證為基礎的臨床和社區活動及服務，以預防和治療傳染病 ● 致力於技術的進步，並確保國家、地方公共衛生部門、和非政府組織皆為國家控制傳染病蔓延之強而有力夥伴 ● 強化對疾病的認識、和完成預防和治療歷程，為減少傳染病傳播的重要步驟 ● 強化傳染病的公共衛生基礎設施，進行全面性的疾病監測，為打擊新興和再浮現傳染病的重要工作 ● 傳染病的其他重要預防措施，包括適當使用疫苗及抗生素、篩檢和檢驗指引、診斷傳染病相關健康問題的科學技術改進等

表 4-2-2 美國健康國民 2020 白皮書-Healthy people 2020(續 1)

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
三、環境品質		
環境衛生	透過健康環境以提升全民的健康	<ul style="list-style-type: none"> ● 環境健康的六大重點目標：室外空氣品質、地表和地下水品質、有毒物質和危險廢棄物、家庭和社區、基礎設施和監測、全球環境衛生 ● 創造健康促進環境是複雜的，需仰賴持續研究以完全瞭理解暴露於環境危害中對人體健康之影響
四、傷害及暴力		
傷害及暴力預防	預防意外傷害和暴力，並減少其不良結果	<ul style="list-style-type: none"> ● 傷害和暴力預防目標包含了廣泛的問題，若可獲得充分解決，將能改善國家健康 ● 除了直接的健康後果，傷害和暴力對美國人的福祉亦有重大影響
五、孕產婦及嬰幼兒健康		
改善婦女、嬰兒、兒童和家庭的健康及福利	改善婦女、嬰兒、兒童和家庭的健康及福利	<ul style="list-style-type: none"> ● 母親、嬰兒和兒童健康主題領域的目標，涉及健康和生活品質的廣泛條件、健康行為、衛生系統指標，進而影響婦女、兒童和家庭的健康 ● 策略發展應涵蓋多重面向：發病率和死亡率、懷孕健康和行為、孕期健康和行為、產後健康和行為、嬰兒照護、失能和損傷、健康服務
六、心理健康		
心理健康與精神疾病	透過預防和確認獲得適當的高品質心理衛生服務，改善心理健康	<ul style="list-style-type: none"> ● 相關策略發展應包含精神健康狀況改善、及治療擴大
七、營養、身體活動及肥胖		
身體活動	透過日常身體活動以改善健康、體態(fitness)和生活品質	<ul style="list-style-type: none"> ● 規律的身體活動包含包括參與中度和激烈的身體活動及肌肉強化活動 ● 採多學科跨領域的合作方式，將對提高民眾身體活動水平和改善健康非常重要 ● 身體活動程度可透過下列因素而得到正向影響：(1)結構環境的建立及改善，如人行道、自行車道、小徑和公園的可用性；(2)提高支持身體活動設施可近性的立法政策 ● 針對年幼兒童的身體活動策略可朝以下面向規劃：(1)兒童托育機構的身體活動；(2)電視觀看和電腦使用；(3)公立和私立小學的宿舍和體育課程 ● 相關策略發展應包含更健康的食物取得、健康照護及工作場域、體重狀態、食品安全、食品和營養消費、鐵質足夠與否
營養及體重狀態	透過健康飲食、落實並維持健康體重，以促進健康和減少慢性疾病風險	<ul style="list-style-type: none"> ● 促進健康飲食和健康體重的目標，包括提高家庭食品安全和消除飢餓 ● 健康飲食須包含以下重點：(1)在食物群的內容和組成納入各種營養強度的食物，特別是全穀物、水果、蔬菜、低脂或無脂牛奶或乳製品、及瘦肉和其他蛋白質；(2)限制飽和脂肪和反式脂肪、膽固醇、添加的糖、鈉(鹽)和酒精等的攝取；(3)限制熱量攝入以滿足熱量需求

表 4-2-2 美國健康國民 2020 白皮書-Healthy people 2020(續 2)

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
八、口腔健康	預防和控制口腔和顱面疾病、症狀和損傷，並改善預防服務和牙科照護的可近性	<ul style="list-style-type: none"> ● 強化民眾對口腔健康與整體健康和福祉之重要性的認識 ● 強化民眾對有效預防介入措施的接受與落實 ● 減少獲得有效預防和牙科治療服務的不公平性
九、生殖與性健康 家庭計畫	改善懷孕計畫和時間間隔，並防止意外懷孕	<ul style="list-style-type: none"> ● 正確使用保險套為有效預防意外懷孕的重要方式 ● 防止意外懷孕的最有效方法，包含長效可逆性的避孕藥品與器材，如子宮內避孕器(IUD)和避孕植入物 ● 保險套可防止意外懷孕和性傳播感染，應鼓勵民眾使用 ● 針對非長期、非一夫一妻制的性關係，男性和女性都應被建議在每次性行為時使用避孕套
HIV	預防人類免疫缺陷病毒(HIV)感染及其相關疾病和死亡	<ul style="list-style-type: none"> ● 減少感染愛滋病毒的人數 ● 增加對愛滋病毒感染者的照護，並改善其健康結果 ● 減少愛滋病毒相關的照護及衛生不公平性
十、社會決定因素 青少年健康	改善青少年和青年的健康發展、健康、安全和福利	<ul style="list-style-type: none"> ● 近年來針對青少年與青年所面臨的重要公共衛生和社會問題，包含殺人、自殺、交通事故、物質使用和濫用、吸菸、性傳播感染、未成年和計畫外懷孕、無家可歸等 ● 有許多有效的政策和方案可解決青少年健康問題：(1)落實駕駛執照計畫；(2)未成年預防懷孕計畫；(3)預防暴力方案；(4)犯罪預防方案；(5)心理健康和物質濫用介入；(6)愛滋病毒預防介入
十一、物質濫用	減少物質濫用以保護全體民眾、尤其為兒童的健康、安全和生活品質	<ul style="list-style-type: none"> ● 相關政策發展應包含政策和預防、篩檢和治療、流行病學和監測三大面向
十二、菸草使用	減少與菸草使用和二手煙暴露相關的疾病、失能和死亡	<ul style="list-style-type: none"> ● 有助於結束菸草使用流行的有效策略包含：(1)提高菸草製品的價格；(2)制定全面無菸政策；(3)在臨床照護環境中擴大停藥治療；(4)針對所有吸菸者提供具療效的戒菸治療；(5)實施努力打擊反對菸草的媒體宣傳運動；(6)在政府建議的標準下全面資助菸草控制計畫；(7)控制菸草製品，包含電子香煙、可燃性及非可燃性產品的取得；(8)減少針對兒童的菸草廣告和促銷 ● 菸草使用防治目標的三大關鍵領域：菸草使用流行率、衛生系統變化、社會和環境變化

資料來源：Leading Health Indicators Topics: <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-LHI-Topics>

表 4-2-3 美國健康國民 2020 白皮書(Healthy people 2020)之優先績效指標

12 個重要議題	26 個優先績效指標
健康服務可接受性	AHS-1.1 Persons with medical insurance (percent, <65 YEARS) AHS-3 Persons with a usual primary care provider (percent)
臨床預防服務	C-16 Adults receiving colorectal cancer screening based on most recent guidelines (age adjusted, percent, 50–75 years) HDS-12 Adults with hypertension whose blood pressure is under control (age adjusted, percent, 18+ years) D-5.1 Persons with diagnosed diabetes whose A1c value is >9 percent (age adjusted, percent, 18+ years) IID-8 Children receiving the recommended doses of DTaP, polio, MMR, Hib, hepatitis B, varicella and PCV vaccines (percent, aged 19–35 months)
環境品質	EH-1 Air Quality Index (AQI) exceeding 100 (number of billion person days, weighted by population and Air Quality Index value) TU-11.1 Children exposed to secondhand smoke (percent; nonsmokers, 3–11 years)
傷害及暴力	IVP-1.1 Injury deaths (age adjusted, per 100,000 population) IVP-29 Homicides (age adjusted, per 100,000 population)
孕產婦及嬰幼兒健康	MICH-1.3 Infant deaths (per 1,000 live births, <1 year) MICH-9.1 Total preterm live births (percent, <37 weeks gestation)
心理健康	MHMD-1 Suicide (age adjusted, per 100,000 population) MHMD-4.1 Adolescents with major depressive episodes (percent, 12–17 years)
營養、身體活動及肥胖	PA-2.4 Adults meeting aerobic physical activity and musclestrengthening Federal guidelines (age adjusted, percent, 18+ years) NWS-9 Obesity among adults (age adjusted, percent, 20+ years) NWS-10.4 Obesity among children and adolescents (percent, 2–19 years) NWS-15.1 Mean daily intake of total vegetables (age adjusted, cup equivalents per 1,000 calories, 2+ years)
口腔健康	OH-7 Persons who visited the dentist in the past year (age adjusted, percent, 2+ years)
生殖與性健康	FP-7.1 Sexually experienced females receiving reproductive health services in the past 12 months (percent, 15–44 years) HIV-13 Knowledge of serostatus among HIV-positive persons (percent, 13+ years)
社會決定因素	AH-5.1 Students awarded a high school diploma 4 years after starting 9th grade (percent)
物質濫用	SA-13.1 Adolescents using alcohol or illicit drugs in past 30 days (percent, 12–17 years) SA-14.3 Binge drinking in past 30 days—Adults (percent, 18+ years)
菸草使用	TU-1.1 Adult cigarette smoking (age adjusted, percent, 18+ years) TU-2.2 Adolescent cigarette smoking in past 30 days (percent, grades 9–12)

資料來源：Leading Health Indicators Topics: <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-LHI-Topics>

三、歐洲核心健康指標(THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI)

歐洲核心健康指標(ECHI)為歐盟成員國與歐盟委員會間之合作成果，由歐盟衛生計畫資助所建立之衛生資訊和知識系統，用於監測歐盟成員國的健康和衛生保健狀況，其資料可提供歐盟成員國和其他歐洲國家參考。所有的 ECHI 指標涵蓋健康的所有面向，其依矩陣結構方式，以人口和社會經濟狀況、健康狀況、健康決定因素、健康服務、促進健康之五大章節，及健康服務和保健、高齡化和人口、健康決定因素、疾病和心理健康、所有政策中之健康五大政策領域建構指標之分類，指標皆具有良好的定義，且為合理、具可比較性的，數據會定期進行更新，必要時亦可按照性別、年齡分組、社會經濟地位等分類分析(表 4-2-4)(EUROPEAN commission, 2013)。

表 4-2-4 歐洲核心健康指標

章節	績效指標	政策領域											
		健康服務和健康照護			高齡化和人口			健康決定因素		疾病和心理健康			所有政策中的健康
		可持續醫療保健系統	衛生醫療系統表現、品質、病人安全	(規劃)衛生保健資源和衛生保健費用	健康老化、老化人口	母親及幼兒健康	兒童健康	健康不平等(包括照顧可近性)	可預防的健康風險、生活方式、健康行為(包括年輕人)	非傳染性、慢性、慢性病	(可預防)疾病負擔和康復、傳染病	心理健康	包括職業環境健康
人口和社會經濟狀況	1. Population by sex/age	✓		✓	✓								
	2. Birth rate, crude	✓				✓							
	3. Mother's age distribution		✓			✓	✓	✓					
	4. Total fertility rate	✓				✓							
	5. Population projections	✓		✓	✓								
	6. Population by education							✓					✓
	7. Population by occupation							✓					✓
	8. Total unemployment							✓					✓
	9. Population below poverty line and income inequality							✓	✓	✓			✓
健康狀況	10. Life expectancy	✓						✓				✓	
	11. Infant mortality		✓			✓	✓	✓					
	12. Perinatal mortality		✓			✓	✓	✓					
	13. Disease-specific mortality; Eurostat, 65 causes		✓					✓	✓	✓	✓		
	14. Drug-related deaths							✓	✓	✓		✓	
	15. Smoking-related deaths		✓					✓	✓	✓	✓	✓	
	16. Alcohol-related deaths		✓					✓	✓	✓	✓	✓	
	17. Excess mortality by extreme temperatures (formerly 'by heat waves')							✓					✓
	18. Selected communicable diseases											✓	
	19. HIV/AIDS							✓	✓	✓		✓	
	20. Cancer incidence	✓	✓	✓	✓						✓	✓	
	21. (A) Diabetes, self-reported prevalence	✓	✓	✓							✓	✓	
	21. (B) Diabetes, register-based prevalence	✓		✓							✓	✓	
	22. Dementia/Alzheimer			✓	✓						✓	✓	
	23. (A) Depression, self-reported prevalence			✓							✓	✓	
23. (B) Depression, register-based prevalence			✓							✓	✓		
24. AMI		✓	✓							✓	✓		

	25. Stroke		✓	✓						✓			
	26. (A) Asthma , self-reported prevalence			✓			✓			✓	✓	✓	
	26. (B) Asthma, register-based prevalence			✓			✓			✓	✓	✓	
	27. (A) COPD , self-reported prevalence			✓	✓			✓	✓	✓	✓		
	27. (B) COPD, register-based prevalence	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓		
	28. (Low) birth weight	✓	✓			✓	✓			✓			
	29. (A) Injuries: home/leisure, self-reported incidence			✓	✓		✓		✓				
	29. (B) Injuries: home/leisure, register-based incidence			✓	✓		✓		✓				
	30. (A) Injuries: road traffic, self-reported incidence			✓			✓		✓			✓	
	30. (B) Injuries: road traffic, register-based incidence			✓			✓	✓	✓			✓	
	31. Injuries: workplace			✓						✓		✓	
	32. Suicide attempt			✓						✓	✓		
	33. Self-perceived health			✓	✓		✓			✓	✓		
	34. Self-reported chronic morbidity			✓	✓		✓			✓	✓		
	35. Long-term activity limitations			✓	✓		✓			✓			
	36. Physical and sensory functional limitations			✓	✓		✓			✓			
	37. General musculoskeletal pain									✓			
	38. Psychological distress			✓	✓		✓				✓		
	39. Psychological well-being				✓		✓				✓		
	40. Health expectancy: Healthy Life Years (HLY)	✓		✓	✓								
	41. Health expectancy, others	✓		✓	✓					✓			
健康 决 定 因 素	42. Body mass index			✓	✓		✓	✓	✓		✓		
	43. Blood pressure			✓	✓			✓	✓		✓		
	44. Regular smokers			✓			✓	✓	✓		✓		
	45. Pregnant women smoking		✓			✓		✓	✓		✓		
	46. Total alcohol consumption			✓			✓		✓		✓		
	47. Hazardous alcohol consumption			✓			✓	✓	✓		✓		
	48. Use of illicit drugs						✓	✓	✓		✓	✓	
	49. Consumption of fruit							✓	✓				
	50. Consumption of vegetables							✓	✓		✓		
	51. Breastfeeding					✓	✓		✓		✓		
	52. Physical activity				✓			✓	✓		✓		
	53. Work-related health risks							✓	✓		✓		✓
	54. Social support				✓			✓	✓		✓	✓	
		55. PM10 (particulate matter) exposure						✓	✓	✓		✓	✓
健康 服	56. Vaccination coverage in children		✓				✓	✓			✓		
	57. Influenza vaccination rate in elderly		✓		✓						✓		

務	58. Breast cancer screening		✓	✓	✓					✓	✓		
	59. Cervical cancer screening		✓	✓	✓					✓	✓		
	60. Colon cancer screening		✓	✓	✓					✓	✓		
	61. Timing of first antenatal visits among pregnant women		✓	✓		✓	✓	✓			✓		
	62. Hospital beds	✓	✓	✓				✓					
	63. Physicians employed	✓	✓	✓				✓					✓
	64. Nurses employed	✓	✓	✓				✓					✓
	65. Mobility of professionals	✓		✓				✓					✓
	66. Medical technologies: MRI units and CT scans	✓		✓				✓					
	67. Hospital in-patient discharges, limited diagnoses		✓	✓									
	68. Hospital daycases, limited diagnoses		✓	✓									
	69. Hospital day-cases as percentage of total patient population (in-patients & day-cases), selected diagnoses	✓	✓	✓									
	70. Average length of stay (ALOS), limited diagnoses	✓	✓	✓									
	71. General practitioner (GP) utilisation			✓				✓					
	72. Selected outpatient visits			✓				✓					
	73. Surgeries: PTCA, hip, cataract		✓	✓				✓					
	74. Medicine use, selected groups		✓	✓				✓			✓		
	75. Patient mobility	✓	✓	✓				✓					
	76. Insurance coverage	✓						✓					
	77. Expenditures on health	✓	✓	✓									
	78. Survival rates cancer		✓					✓					
	79. 30-day in-hospital case-fatality AMI and stroke		✓					✓					
	80. Equity of access to health care services	✓	✓					✓					✓
	81. Waiting times for elective surgeries		✓	✓				✓					
82. Surgical wound infections		✓						✓		✓			
83. Cancer treatment delay		✓					✓		✓				
84. Diabetes control		✓		✓			✓	✓	✓				
促進 健康	85. Policies on ETS exposure (Environmental Tobacco Smoke)										✓		✓
	86. Policies on healthy nutrition					✓	✓	✓			✓		
	87. Policies and practices on healthy lifestyles					✓	✓	✓			✓		
	88. Integrated programmes in settings, including workplace, schools, hospital					✓	✓	✓			✓		✓

資料來源：THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS (ECHI):http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en

四、經濟合作暨發展組織健康照護品質指標(OECD Health Care Quality Indicators)

經濟合作暨發展組織(OECD) 於 2002 年開始發展健康照護品質指標計畫(The OECD Health Care Quality Indicators project ,HCQIP)，目的為使用可比較的資料發展一系列健全的指標，而這些指標是具政策相關性、科學性、且能進行國際間的比較，以確實地反應跨國之間的狀況，並希望提供疾病預防與照護的建議；針對健康照護的表現係由「照護品質」、「照護可近性」及「照護成本」三個面向評估，針對健康照護品質則主要著眼於「照護品質」面向(OECD, 2015)。

在測量方式的部分，OECD 品質指標主要是以過程面(process)和結果面(outcome)來測量，此外，可避免風險的測量(measures of avoidable risks)可用做評估健康促進或預防成果的指標。在指標選擇的部分，係以「重要性」、「科學性」與「可行性」為原則；「重要性」是指須被測量的疾病或風險項目是與影響健康狀態、健康成本並且和政策相關的，以了解這些項目對健康的衝擊；「科學性」著重在測量的信度、效度和實證為基礎，以確保測量的邏輯與穩定度並能以實證來支持；「可行性」則是確保在國際間所得到的資料是具可比較性並且符合成本。依據 OECD 2015 年於健康要覽(Health at a Glance 2015)中的建議，目前已將健康服務品質指標區分為健康狀態(health status)、健康風險因素(risk factors to health)、照護可近性(access to care)、照護品質(quality of care)、健康照護資源(health care resources)五大類(表 4-2-5)(OECD, 2015)。

表 4-2-5 經濟合作暨發展組織健康指標

健康議題面向	績效指標
Health expenditure and financing	Gross fixed capital formation in the health care system Input costs for health care provision Revenues of health care financing schemes Expenditure by disease, age and gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework Current health spending by disease (ICD) Inpatient/Hospital spending by disease (ICD) Outpatient/ambulatory spending by disease (ICD) Medical goods spending by disease (ICD) Current health spending by age
Health Status	Mortality Life expectancy Causes of mortality Maternal and infant mortality Potential years of life lost Morbidity Perceived health status Perceived health status by age and gender Perceived health status by socio-economic status Infant health Dental health Communicable diseases Cancer Injuries Absence from work due to illness
Non-Medical Determinants of Health	Tobacco consumption Alcohol consumption Food supply and consumption Body weight
Health Care Resources	Total health and social employment Physicians Physicians by age and gender Physicians by categories Midwives Nurses Caring personnel (Personal care workers) Dentists Pharmacists physiotherapists Hospital employment Graduates Remuneration of health professionals Hospitals Hospital beds Medical technology
Health Workforce Migration	Foreign-trained doctors by country of origin - Annual inflow Foreign-trained doctors by country of origin - Stock Foreign-trained nurses by country of origin - Annual inflow Foreign-trained nurses by country of origin - Stock Migration of doctors Migration of nurses

表 4-2-5 經濟合作暨發展組織健康指標(續)

健康議題面向	績效指標
Health Care Utilisation	Consultations Immunisation Screening Hospital aggregates Hospital discharges by diagnostic categories Hospital average length of stay by diagnostic categories Diagnostic exams Surgical procedures (shortlist) Waiting times
Health Care Quality Indicators	Primary Care Prescribing in primary care Acute Care Mental Health Care Patient Safety Patient Experiences Cancer Care
Pharmaceutical Market	Pharmaceutical consumption Pharmaceutical sales Generic market
Long-Term Care Resources and Utilisation	Long-term care workers: formal sector Beds in nursing and residential care facilities Long-term care recipients
Social Protection	Total public and primary private health insurance Government/social health insurance Private health insurance
Demographic References	General demographics Population age structure Labour force
Economic References	Macro-economic references Monetary conversion rates

資料來源：OECD (2015). Health at a Glance 2015: OECD INDICATORS. Retrieved from <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

五、美國 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 醫療品質指標

美國 Agency for Healthcare Research and Quality(簡稱 AHRQ)前身為 1989 年成立的醫療照護政策及研究機構(Agency for Health Care Policy and Research, AHCPH), 其主要任務為透過研究健康照護結果及發展臨床指引, 報告醫療不當利用及醫療行為的差異情形, 並提出改善方案。1999 年 12 月, 美國通過醫療照護研究及品質法案(Healthcare Research and Act of 1999), 要求 AHRQ 負責此項工作, 向總統及國會報告國家整體醫療照護品質趨勢, 新的機構延續 AHCPH 所扮演的角色及責任, 同時強調醫療品質的重要性, 故更名為 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)。AHRQ 是研究生活健康及品質的網站, 網站提供一些研究的結果及其研究時採用的方法, 在 90 年代所發展的 19 個臨床指引後來已成為實證指引發展的重要模式, 1996 年後, AHRQ 不再發展指引, 改支持 National Guidelines Clearinghouse(NGC)的設立, 成為目前國際間收集指引量最多的資訊平台。同時 AHRQ 也主導北美 13 個實證醫學中心(Evidence-based Practice Centers, EPCs)進行相關之實證研究, 進而提供作各指引發展機構重要之參考知識來源(AHRQ, 2016a)。

1999 年, 醫學報告機構「是人都會犯錯」, 記載了美國的醫療系統中嚴重病人的安全問題。在隨後的幾年, AHRQ 帶領美國應對這些問題, 提高醫療的安全性, 目前 AHRQ 已為重要的品質指標發展組織, 其成立宗旨即是為了改善美國醫療的品質、安全、效率、效能, 此外也提供研究數據結果及說明作為民眾學習參考和揭示學術界未來研究之方向(AHRQ, 2016a)。目前, AHRQ 品質指標僅用於急性護理醫院管理數據使用, 尚不適用於其他類型的設置, 自 1989 年成立至今已發展出 4 個品質指標, 包含(1)預防品質指標(Prevention Quality Indicators, PQIs) (AHRQ, 2016b)、(2)住院品質指標(Inpatient Quality Indicators, IQIs) (AHRQ, 2016c)、(3)病人安全指標(The Patient Safety

Indicators, PSIs) (AHRQ, 2016d) 、(4)兒科品質指標(Pediatric Quality Indicators, PDIs)(表 4-2-6) (AHRQ, 2016e) 。

表 4-2-6 美國 AHRQ 醫療品質指標

健康議題面向	績效指標
住院品質指標 (Inpatient Quality Indicators, IQIs)	IQI 01 - Esophageal resection volume
	IQI 02 - Pancreatic resection volume
	IQI 04 - Abdominal aortic aneurysm (AAA) repair volume
	IQI 05 - Coronary artery bypass graft (CABG) volume
	IQI 06 - Percutaneous coronary intervention (PCI) volume
	IQI 07 - Carotid endarterectomy volume
	IQI 08 - Esophageal resection mortality rate
	IQI 09 - Pancreatic resection mortality rate
	IQI 11 - Abdominal aortic aneurysm repair (AAA) mortality rate
	IQI 12 - Coronary artery bypass graft (CABG) mortality rate
	IQI 13 - Craniotomy mortality rate
	IQI 14 - Hip replacement mortality rate
	IQI 15 - Acute myocardial infarction (AMI) mortality rate
	IQI 16 - Heart failure mortality rate
	IQI 17 - Acute stroke mortality rate
	IQI 18 - Gastrointestinal hemorrhage mortality
	IQI 19 - Hip fracture mortality rate
	IQI 20 - Pneumonia mortality rate
	IQI 21 - Cesarean delivery rate, uncomplicated
	IQI 22 - Vaginal birth after cesarean (VBAC) delivery rate, uncomplicated
	IQI 23 - Laparoscopic cholecystectomy rate
	IQI 24 - Incidental appendectomy in the elderly rate
	IQI 25 - Bilateral cardiac catheterization rate
	IQI 26 - Coronary artery bypass graft (CABG) rate
	IQI 27 - Percutaneous coronary intervention (PCI) rate
	IQI 28 - Hysterectomy rate
	IQI 29 - Laminectomy or spinal fusion rate
	IQI 30 - Percutaneous coronary intervention (PCI) mortality rate
	IQI 31 - Carotid endarterectomy mortality rate
	IQI 32 - Acute myocardial infarction (AMI) mortality rate, without transfer cases
	IQI 33 - Primary cesarean delivery rate, uncomplicated
	IQI 34 - Vaginal birth after cesarean (VBAC) rate, all
	IQI 90 - Mortality for Selected Procedures
	IQI 91 - Mortality for Selected Conditions

表 4-2-6 美國 AHRQ 醫療品質指標(續 1)

健康議題面向	績效指標	
病人安全指標 (The Patient Safety Indicators, PSIs)	<u>Provider-Level Indicators</u>	<u>Area-Level Indicators</u>
	PSI 02 - Death rate in low-mortality diagnosis related groups (DRGs) PSI 03 - Pressure ulcer rate PSI 04 - Death rate among surgical inpatients with serious treatable conditions PSI 05 - Retained surgical item or unretrieved device fragment count PSI 06 - Iatrogenic pneumothorax rate PSI 07 - Central venous catheter-related blood stream infection rate PSI 08 - Postoperative hip fracture rate PSI 09 - Perioperative hemorrhage or hematoma rate PSI 10 - Postoperative physiologic and metabolic derangement rate PSI 11 - Postoperative respiratory failure rate PSI 12 - Perioperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis rate PSI 13 - Postoperative sepsis rate PSI 14 - Postoperative wound dehiscence rate PSI 15 - Accidental puncture or laceration rate PSI 16 - Transfusion reaction count PSI 17 - Birth trauma rate – injury to neonate PSI 18 - Obstetric trauma rate – vaginal delivery with instrument PSI 19 - Obstetric trauma rate-vaginal delivery without instrument PSI 90 - Patient Safety for Selected Indicators	PSI 21 - Retained surgical item or unretrieved device fragment rate PSI 22 - Iatrogenic pneumothorax rate PSI 23 - Central venous catheter-related blood stream infection rate PSI 24 - Postoperative wound dehiscence rate PSI 25 - Accidental puncture or laceration rate PSI 26 - Transfusion reaction rate PSI 27 - Postoperative hemorrhage or hematoma rate
兒科品質指標 (Pediatric Quality Indicators, PDIs)	<u>Hospital-Level Indicators</u>	<u>Area-Level Indicators (e.g., county, State)</u>
	NQI 01 - Iatrogenic pneumothorax in neonates NQI 02 - Neonatal mortality NQI 03 - Bloodstream infections in neonates PDI 01 - Accidental puncture or laceration PDI 02 - Pressure ulcer PDI 03 - Retained surgical item or unretrieved device fragment PDI 05 - Iatrogenic pneumothorax PDI 06 - Pediatric heart surgery mortality PDI 07 - Pediatric heart surgery volume PDI 08 - Postoperative hemorrhage or hematoma PDI 09 - Postoperative respiratory failure PDI 10 - Postoperative sepsis PDI 11 - Postoperative wound dehiscence PDI 12 - Central venous catheter-related bloodstream infections PDI 13 - Transfusion reactions PDI 19 - Pediatric Safety for Selected Indicators	PDI 14 - Asthma admissions PDI 15 - Diabetes short-term complications PDI 16 - Gastroenteritis admissions PDI 17 - Perforated appendix admissions PDI 18 - Urinary tract infection admissions PDI 90 - Pediatric Quality Overall Composite PDI 91 - Pediatric Quality Acute Composite PDI 92 - Pediatric Quality Chronic Composite

表 4-2-6 美國 AHRQ 醫療品質指標(續 2)

健康議題面向	績效指標
預防品質指標 (Prevention Quality Indicators, PQIs)	PQI 01 - Diabetes, short-term complications admission rate PQI 02 - Perforated appendix admission rate PQI 03 - Diabetes, long-term complications admission rate PQI 05 - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or asthma in older adults admission rate PQI 07 - Hypertension admission rate PQI 08 - Heart failure admission rate PQI 09 - Low birth weight admission rate PQI 10 - Dehydration admission rate PQI 11- Bacterial pneumonia admission rate PQI 12 - Urinary tract infections admission rate PQI 13 - Angina without procedure admission rate PQI 14 - Uncontrolled diabetes admission rate PQI 15 - Asthma in younger adults admission rate PQI 16 - Lower extremity amputations among patients with diabetes admission rate PQI 90 - Prevention Quality Overall Composite PQI 91 - Prevention Quality Acute Composite PQI 92 - Prevention Quality Chronic Composite

資料來源：AHRQ (2016b). Prevention Quality Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx
 AHRQ (2016c). Inpatient Quality Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_resources.aspx
 AHRQ (2016d). Patient Safety Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/psi_resources.aspx
 AHRQ (2016e). Pediatric Quality Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pdi_resources.aspx

六、世界衛生組織之 100 個全球參考之健康指標核心清單(Global reference list of 100 core health indicators)

WHO 於 2015 年發布「100 個全球參考之健康指標核心清單」，其為一系列標準化的指標操作型定義，用以反映國際間優先關注的衛生醫療狀況及趨勢，包含新發生或正在發生的相關議題，如非傳染性疾病，全民健康覆蓋和 2015 年後發展過程中的其他問題等，讓各國可依循其自己的能力及衛生醫療優先事項進行資料收集，藉指標測量以收集各國的健康醫療概要資訊(WHO, 2015)。

健康指標核心清單採多面向方式進行選取。(1)每個指標皆可被歸類於健康狀況(health status)、風險因素(risk factors)、服務涵蓋情形(service coverage)、衛生醫療系統(health systems)四個領域的其中之一，其中「衛生醫療系統」領域包含服務輸送(service delivery)，如照護品質(quality of care)、健康經濟(health financing)、基礎藥品(essential medicines)、健康相關人力(health workforce)、健康訊息(health information)等；(2)每個指標可被進一步以區分其次領域，包括傳染病(愛滋病、性傳播感染、結核病、瘧疾、被忽視的熱帶疾病、爆發、流行病)、生殖相關、孕產婦、新生兒、兒童和青少年健康(含性別健康、生殖權利和免疫)、非傳染性疾病(包含慢性病、健康促進、營養、精神健康和藥物濫用)、傷害暴力及環境；(3)每個指標依其結果鍊架構(result chain framework)之層次進行分類，區分為投入(input)、產出(output)、成果(outcome)和影響(impact)，架構係參考國際衛生夥伴關係(International Health Partnership, IHP+)技術監測和評估(monitoring and evaluation, M&E)架構之定義(表 4-2-7)(WHO, 2015)。

表 4-2-7 世界衛生組織之 100 個全球參考之健康指標核心清單

健康議題面向	績效指標
健康狀況 Mortality by age and sex	<ul style="list-style-type: none"> • Life expectancy at birth • Adult mortality rate between 15 and 60 years of age • Under-five mortality rate • Infant mortality rate • Neonatal mortality rate • Stillbirth rate
Mortality by cause	<ul style="list-style-type: none"> • Maternal mortality ratio • TB mortality rate • AIDS-related mortality rate • Malaria mortality rate • Mortality between 30 and 70 years of age from cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases • Suicide rate • Mortality rate from road traffic injuries
Fertility	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescent fertility rate • Total fertility rate
Morbidity	<ul style="list-style-type: none"> • New cases of vaccine-preventable diseases • New cases of IHR-notifiable diseases and other notifiable diseases • HIV incidence rate • HIV prevalence rate • Hepatitis B surface antigen prevalence • Sexually transmitted infections (STIs) incidence rate • TB incidence rate • TB notification rate • TB prevalence rate • Malaria parasite prevalence among children aged 6–59 months • Malaria incidence rate • Cancer incidence, by type of cancer
風險因素 Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusive breastfeeding rate 0–5 months of age • Early initiation of breastfeeding • Incidence of low birth weight among newborns • Children under 5 years who are stunted • Children under 5 years who are wasted • Anaemia prevalence in children • Anaemia prevalence in women of reproductive age
Infections	<ul style="list-style-type: none"> • Condom use at last sex with high-risk partner
Environmental risk factors	<ul style="list-style-type: none"> • Population using safely managed drinking-water services • Population using safely managed sanitation services • Population using modern fuels for cooking/heating/lighting • Air pollution level in cities
Noncommunicable diseases	<ul style="list-style-type: none"> • Total alcohol per capita (age 15+ years) consumption • Tobacco use among persons aged 18+ years • Children aged under 5 years who are overweight • Overweight and obesity in adults (Also: adolescents) • Raised blood pressure among adults • Raised blood glucose/diabetes among adults • Salt intake • Insufficient physical activity in adults (Also: adolescents)
Injuries	<ul style="list-style-type: none"> • Intimate partner violence prevalence

資料來源：WHO (2015). Global reference list of 100 core health indicators, 2015.

表 4-2-7 世界衛生組織之 100 個全球參考之健康指標核心清單(續 1)

健康議題面向	績效指標
服務涵蓋情形	Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent
	<ul style="list-style-type: none"> • Demand for family planning satisfied with modern methods • Contraceptive prevalence rate • Antenatal care coverage • Births attended by skilled health personnel • Postpartum care coverage • Care-seeking for symptoms of pneumonia • Children with diarrhoea receiving oral rehydration solution (ORS) • Vitamin A supplementation coverage
	Immunization
	<ul style="list-style-type: none"> • Immunization coverage rate by vaccine for each vaccine in the national schedule
	HIV
	<ul style="list-style-type: none"> • People living with HIV who have been diagnosed • Prevention of mother-to-child transmission • HIV care coverage • Antiretroviral therapy (ART) coverage • HIV viral load suppression
	HIV/TB
	HIV care
	<ul style="list-style-type: none"> • TB preventive therapy for HIV-positive people newly enrolled in HIV care • HIV test results for registered new and relapse TB patients • HIV-positive new and relapse TB patients on ART during TB treatment
	Tuberculosis
	<ul style="list-style-type: none"> • TB patients with results for drug susceptibility testing • TB case detection rate • Second-line treatment coverage among multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) cases
	Malaria
	<ul style="list-style-type: none"> • Intermittent preventive therapy for malaria during pregnancy (IPTp) • Use of insecticide treated nets (ITNs) • Treatment of confirmed malaria cases • Indoor residual spraying (IRS) coverage
	Neglected tropical diseases
	<ul style="list-style-type: none"> • Coverage of preventive chemotherapy for selected neglected tropical diseases
	Screening and preventive care
	<ul style="list-style-type: none"> • Cervical cancer screening
	Mental Health
	<ul style="list-style-type: none"> • Coverage of services for severe mental health disorders

資料來源：WHO (2015). Global reference list of 100 core health indicators, 2015.

表 4-2-7 世界衛生組織之 100 個全球參考之健康指標核心清單(續 2)

健康議題面向	績效指標
衛生醫療系統	<ul style="list-style-type: none"> • Perioperative mortality rate • Obstetric and gynaecological admissions owing to abortion • Institutional maternal mortality ratio • Maternal death reviews • ART retention rate • TB treatment success rate • Service-specific availability and readiness
Access	<ul style="list-style-type: none"> • Service utilization • Health service access • Hospital bed density • Availability of essential medicines and commodities
Health workforce	<ul style="list-style-type: none"> • Health worker density and distribution • Output training institutions
Health information	<ul style="list-style-type: none"> • Birth registration coverage • Death registration coverage • Completeness of reporting by facilities
Health financing	<ul style="list-style-type: none"> • Total current expenditure on health (% of gross domestic product) • Current expenditure on health by general government and compulsory schemes (% of current expenditure on health) • Out-of-pocket payment for health (% of current expenditure on health) • Externally sourced funding (% of current expenditure on health) • Total capital expenditure on health (% current + capital expenditure on health) • Headcount ratio of catastrophic health expenditure • Headcount ratio of impoverishing health expenditure
Health security	<ul style="list-style-type: none"> • International Health Regulations (IHR) core capacity index

資料來源：WHO (2015). Global reference list of 100 core health indicators, 2015.

七、2013-2022 年食品安全策略計畫(Advancing food safety initiatives: strategic plan for food safety including foodborne zoonoses 2013-2022)

WHO 於 2013 年發布「2013-2022 年食品安全策略計畫」報告一書，書中之策略計畫係建立在世界衛生大會 WHA63.3 號決議(2010 年 5 月)的基礎之上，為 2013-2022 年食品安全和食源性動物傳染病領域的優先問題採取行動，並建立連貫且一致之策略框架。

該計畫是由三個層面的食品安全專家密切合作開發的(全球，區域和國家各級)，考慮到戰略的發展，區域一級通過了關於食品安全的決議；該計畫的範圍涵蓋了所有食品安全的重要議題，包括「從農場到餐桌」的管理策略，並包括人畜共通的食源性疾病，因此，所有提及「食品安全」或「食源性疾病」皆包括非傳染性和傳染性來源。

該計畫以「降低食源性疾病的負擔，從而加強會員國的健康安全和確保可持續發展」為使命，並提出三個全球戰略方向，及實現總體任務所需的目標和更詳細策略；三個策略方向如下：(1)建立整個食物鏈提供措施的科學基礎，以降低食源性健康風險；(2)改善國際和國家跨部門合作，加強溝通和宣傳；(3)提供領導和協助發展，並加強基於風險的綜合國家食品安全體系(WHO, 2013)。

(一) 建立以科學為基礎的決策

1. 策略方向：依循食物鏈之完整流程，建立以科學為基礎的措施，以減少食源性之健康風險

(1) 提供政策發展和風險管理決策的科學實證依據

- A. 對首要食品危害因素，進行獨立的國際風險評估，包括評估新技術對健康的影響
- B. 制定指導方針，為新興和緊急問題制定快速風險評估諮詢
- C. 制定包含安全、並考量其他風險因素之評估框架，如健康益處和社會經濟後果

- D. 繼續發展以科學為基礎的國際統一風險評估方法
 - E. 加強對食品安全範圍內食品安全的相互聯繫和相關性的認識和了解，並促進將食品安全系統整合到政策和介入措施中，以改善營養和食物供應
- (2) 建立國際標準和建議並促其執行，強調其於公共衛生的重要性
- A. 加強國際標準制定機構，如食品法典委員會的公共衛生領導，倡導廣泛實施國際標準
 - B. 持續參與和支持食品法典委員會
 - C. 確保糧農組織/WHO 專家會議的獨立科學諮詢意見成為食品法典標準的重要依據
 - D. 制定建議、準則或指導，為新出現的緊急事件提供政策決定
 - E. 支持發展中國家和轉型經濟國家有效的參與食品法典委員會的工作
- (3) 建立新的辦法以進行系統性收集、分析和解讀各類資訊，促使風險分析和決策有更佳的指導基礎
- A. 開發數據庫和工具，用以收集、改進和解釋相關數據及其他信息
 - B. 建立和反應不同數據源之間的鏈接，以促進組合數據的應用和解釋，並加大在各機構和成員國之間共享數據的努力
 - C. 加強與國家公共衛生系統的聯繫，整合衛生監督和食品監測數據，提高對食源性健康風險歸因的理解
- (4) 針對食源性疾病負擔提供全面性策略框架
- A. 加強各國在分析食源性疾病基礎和趨勢數據方面的能力
 - B. 鼓勵食品安全利益相關者利用實證數據以分析介入措施的成本效益，並用以制訂食品安全標準和政策之參考

- C. 提供關於食源性疾病的全球負擔之基礎和趨勢估計，以確定微生物、寄生和化學來源的確定性成因列表
- 2. 結果：以科學為基礎，強化食品安全標準、準則和建議的制訂和執行
- 3. 績效指標：國際食品安全標準、準則、建議和工具之提供數量，用以國家實施優先行動和介入措施，以減少食源性健康風險

(二)跨部門合作

- 1. 策略方向：改善國際和國家間的跨部門合作，並加強通訊和宣傳
 - (1) 促進跨部門合作和資訊共用，優化對食源性健康風險，包括爆發的回應
 - A. 促進 INFOSAN 成員間之快速交換食品安全訊息，並提供技術支持，以改善對國際食源性疫情和食品安全緊急情況的反應
 - B. 分享關於食源性健康威脅的技術訊息，以便確定數據差距和綜合風險評估、預防和控制
 - C. 在人類和動物監測系統之間建立跨部門聯繫，以盡量減少監測報告和傳送系統的重複，並促進整合性之風險評估
 - D. 建立可有效結合疾病和流行病學數據與實驗室監測數據之機制
 - E. 建立和促進全球框架和機制，以確保與其他部門，特別是農業和動物衛生部門的策略協調與合作
 - (2) 確保風險溝通和健康教育的落實，以支援食源性疾病之預防
 - A. 為決策者、風險管理者和最終使用者提供具體的訊息，以促進從農場至餐桌完整食物鏈之食品安全，包括將食品安全納入營養和食品安全計畫

- B. 倡導並確保科學評估的結果以易於理解的形式進行傳達，以利包括消費者在內的利益關係者之間可順利對話
 - C. 透過食品安全教育以賦予婦女權力
2. 結果：增加跨部門網絡之參與，以減少食源性健康風險，其包括動物與人類接觸所產生的風險
 3. 績效指標：增加國家和國際跨部門網絡之參與數量，減少食源性健康風險，包括動物與人類接觸所產生的危害因素

(三) 領導和技術支援

1. 策略方向：提供領導，並協助發展及加強以風險為基礎之整合性食品安全國家系統

(1) 協助各國建立和加強以風險為基礎的管理和體制框架

- A. 協助各國分析和改進其系統及法律框架，包括食品安全基礎設施、溝通及聯繫之差距或限制、行政級別和部門間的合作關係等
- B. 為各部門制訂並提供確切可行的工具，以加強跨部門合作，解決國家一級的食源性健康威脅
- C. 與動物衛生部門、及區域和國家等其他相關夥伴合作，評估並加強組織機構間的食品安全體系和法律結構

(2) 提高各國在緊急和非緊急情況下的食品安全風險管理能力

- A. 協助各國以建立國家一級執行食品法典和其他適當標準
- B. 協助各國建立並完善食品安全系統、監測及評估，並管理食品安全事件和緊急情況

(3) 協助各國發展和加強執法結構

- A. 食品檢驗和控制服務需由合格人員執行
- B. 在國家和區域層面發展實驗室能力

C. 發展並推廣現代化之訊息管理和訊息共享系統

2. 結果：增加已建立以風險為基礎的食品安全體系和執法機構之會員國數量
3. 績效指標：協助落實具執法機構、且以風險為基礎的食品安全系統的會員國數量

第三節 小結

整體而言，世界衛生組織於 2013 年所發布之 Joint Assessment of National Health Strategies and Plans 報告，針對國家策略之評估及審議提出簡潔且詳盡的重點事項說明，足以提供國內衛生醫療類別各領域計畫之撰寫及審議參考。

比較不同國家近年來所關注之衛生醫療類別績效指標，考量澳洲健康 2016 年報(Australia's health 2016)提出之健康指標可允許比較不同族群、不同地理區域和國家的情況，並可改善服務提供當責制和透明度，其不但涵蓋健康狀況、健康決定因素、衛生醫療系統表現等三個領域，並與國際使用的健康績效框架一致，可採較簡潔明確的方式提供一個概念框架來瞭解和評估民眾的健康和衛生醫療系統，因此建議國內未來可以澳洲健康 2016 年報之健康指標為基礎，作為國內健康醫療議題績效指標之調整參考。另針對食品管理的部分，由於其關注範疇及議題特性與健康照護、健康促進、疾病管制領域存在差異，前者係以「產品」之管理為主軸，後三者則關注「民眾」之照護議題，因此未來相關計畫之審議及撰寫方向建議可參酌世界衛生組織發布之 2013-2022 年食品安全策略計畫內容。

第五章 國內衛生醫療類社會發展計畫之審議原則與績效指標

第一節 行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點

行政院為辦理所屬各部、會、行、總處、署、院、省政府及省諮議會之中長程個案計畫編審作業，訂定「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」作為參考依據，各部會提報社會發展中長程個案計畫需依據該要點之規範，並依據總統施政理念、行政院施政重點、國家發展長期展望、國家發展計畫、各機關中程施政計畫及其他重要施政事項所擬定。各機關擬訂之中長程個案計畫，應衡酌其業務性質、財務需求及重要程度，其涉及重大政策及跨機關性質者，應函報行政院核定，但計畫性質單純或屬例行性業務者，得由各機關自行核定。前開計畫經核定後，依「行政院重要社會發展計畫先期作業實施要點」所定其計畫總經費及重要性，辦理先期作業並爭取競爭性預算額度(行政院，2015)。

「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為適用於社會發展類、科技發展類及公共建設類之原則性及程序性規範，其所訂定之計畫審議要項包括：計畫需求(政策指示、民意及輿情反映)、計畫可行性(計畫目標、環境、財務、技術、人力、營運管理可行性、社會參與及政策溝通成效)、計畫協調(權責分工、相關計畫之配合)、計畫效果(社會效果、經濟效益、財務效益、成本效益比、前期計畫績效)及計畫影響(國家安全、社會經濟、自然環境、性別等之影響)(行政院，2015)。

第二節 衛生福利部之關鍵績效指標

衛生福利部為維護全民之健康與福祉，秉持全球化、在地化、創新化的思維，整合社會福利及衛生醫療資源，於各年度依據行政院之年度施政方針，配合中程施政計畫及核定預算額度，並針對經濟社會情勢變化及未來發展需要，分別從福利服務輸送、關懷弱勢、醫療照護、全民健保、健康促進、疫病防治、食品藥物管理等攸關全民福祉之議題，擬定整合連續性之公共政策，並編定各年度施政計畫(衛生福利部，2016c)。

表 5-2-1 衛生福利部 103-106 年度之衛生醫療類關鍵策略目標及績效指標

關鍵策略 目標	關鍵績效指標			
	106 年度	105 年度	104 年度	103 年度
建置優質長照體系，完備長照服務資源	<ul style="list-style-type: none"> ● 增加長照醫事專業人力培育量能 ● 普及多元社區照顧服務資源 	<ul style="list-style-type: none"> ● 提升老人福利服務量能 ● 照管中心評估後服務使用率 ● 長照社區服務(服務據點及日照中心) ● 配合長照服務法增加長照醫事專業人員 ● 提供居家服務單位照顧服務員人數比率 ● 高齡友善健康照護機構認證家數 	<ul style="list-style-type: none"> ● 提升老人福利服務量能 ● 長照服務涵蓋率 ● 長照社區服務(服務據點及日照中心) ● 保障中低收入老人口腔健康權益 ● 高齡友善健康照護機構認證家數 ● 醫療院所結合社區關懷據點，辦理各項老人健康促進活動之結合率 ● 建構我國活躍老化指標架構 	
拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益	<ul style="list-style-type: none"> ● 保障住院醫師勞動條件，確保病人安全 ● 增加護理執業人力量能 	<ul style="list-style-type: none"> ● 每一次醫療區域至少有一家中度級以上急救責任醫院之完成數 ● 推廣安寧緩和醫療，並註記於健保卡 ● 接受「臨床醫事人員培訓計畫」之受訓人數比率 ● 累計護理執業人數增加比率 ● 原住民地區及離島衛生所醫療資訊化 ● 辦理遠距健康照護服務計畫 ● 本部所屬綜合醫院辦理急性後期照護服務之平 	<ul style="list-style-type: none"> ● 每一次醫療區域至少有一家中度級以上急救責任醫院之完成率 ● 簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並註記於健保卡達成率 ● 接受「臨床醫事人員培訓計畫」之受訓人數比例 ● 護理執業人數增加比例 ● 全國一般護理之家及產後護理之家管理 ● 原住民及離島地區養成公費生返鄉服務人數 ● 原住民地區及離島衛生所醫療資訊電子化(HIS/PACS) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 每一次醫療區域至少有一家中度級以上急救責任醫院之完成率 ● 長照社區服務(服務據點及日照中心) ● 診所洽接電子病歷雲端開道器服務中心 ● 提升身心障

	均占床率	● 診所洽接電子病歷雲端開道器服務中心	● 礙牙科醫療服務之可近性
	● 接受「特殊需求者牙科醫療訓練」之受訓人數比率	● 本部所屬綜合醫院辦理急性後期照護服務之醫院家數比例	
	● 原住民及離島地區養成公費生返鄉服務率	● 提升身心障礙牙科醫療服務之可近性	
建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元	● 結核病新案發生率以平均 6% 降幅逐年下降 ● 降低愛滋感染之傳播率	● 愛滋新案就醫率 ● 結核病新案發生率 ● 幼童常規疫苗接種率	● 降低愛滋病新增感染人數年增率 ● 結核病新增個案年齡標準化發生率 ● 3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率 ● 傳染病防治醫療網應變醫院負壓隔離病房初查檢測合格率 ● 地區級以上醫院符合感控查核初查合格率目標值比率 ● 科學引文索引(SCI)學術論文數量
構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康	● 高關注輸入產品合格率 ● 推動食安五環，重建食品生產管理 ● 監測市售中藥(材)及高風險中藥(材)異常物質合格率	● 行政院食品安全聯合稽查及取締小組完成稽查且有進行抽驗者，其抽驗合格率 ● 降低高風險產品(金針、脫水食品、醬菜)抽驗不合格率 ● 食品業者登錄之比率 ● 國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率	● 建立與國際調合之食品添加物分類 ● 食品添加物歸類其貨品分類號列，增加輸入規定 ● 降低高風險產品(金針乾製品、菜脯及蜜餞)抽驗不合格率 ● 國內藥廠自用原料藥查核之符合率 ● 食品業者登錄之比率 ● 國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率 ● 中藥標準品及分析方法之開發並建置資料庫
		● 建立與國際調合之食品添加物分類 ● 國內藥廠自用原料藥查核之符合率 ● 國內中藥製藥廠 GMP 查核之合格率	

資料來源：衛生福利部103、104、105、106年度施政目標與重點

表 5-2-1 衛生福利部 103-106 年度之衛生醫療類關鍵策略目標及績效指標(續 2)

關鍵策略 目標	關鍵績效指標			
	106 年度	105 年度	104 年度	103 年度
營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進	<ul style="list-style-type: none"> ● 18 歲以上人口吸菸率增加 ● 四癌篩檢陽性追蹤率增加 ● 自殺死亡率 	<ul style="list-style-type: none"> 「營造健康支持環境，提倡健康生活型態」 ● 18 歲以上人口吸菸率 ● 癌症篩檢率之平均增加 ● 成人預防保健服務之完整服務利用率 ● 7 歲以下兒童預防保健服務利用率 「促進全民心理健康，健全保護服務網絡」 ● 降低自殺死亡率 ● 替代治療新收藥癮個案，完成 6 個月治療期程之比率 	<ul style="list-style-type: none"> 「營造友善健康支持環境，促進全民參與」 ● 孕婦產前檢查利用率 ● 兒童預防保健服務利用率 ● 18 歲以上人口吸菸率 ● 18 歲以上男性人口嚼檳榔率 ● 癌症篩檢率之平均增加 ● 整合性預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢陽性個案追蹤完成率 「促進全民心理健康，健全保護服務防治網絡」 ● 老人憂鬱症篩檢率 ● 替代治療藥癮個案安置率 	<ul style="list-style-type: none"> 「營造友善健康支持環境，促進全民參與」 ● 癌症篩檢率之平均增加 ● 18 歲以上人口吸菸率 ● 滿 3 歲未滿 6 歲兒童牙齒塗氟至少一次利用率 「強化全民心理健康，建立高風險家庭防護網絡」 ● 提升家庭暴力通報件數實施危險評估比率 ● 推動心理健康促進服務方案
精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制	<ul style="list-style-type: none"> ● 結合家庭醫師、居家醫療、醫院以病人為中心整合照護及區域醫療整合，降低可避免住院數 ● 健全國保財務提升保險費收繳率 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資本利得補充保險費的查核與監控 ● 國民年金保險老年年金給付領取率 ● 最新國民長照需要資料庫完成度 ● 推廣健保雲端藥歷系統 ● 全民健康保險門診高利用保險對象之就醫次數下降率 	<ul style="list-style-type: none"> ● 補充保險費的查核與監控 ● 辦理國民年金保險 ● 保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率 ● 推廣健保雲端藥歷系統 ● 全民健康保險門診高利用保險對象之就醫次數下降率 	<ul style="list-style-type: none"> ● 論質方案受益人數 ● 保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率 ● 辦理國民年金保險 ● 醫療品質資訊公開

資料來源：衛生福利部103、104、105、106年度施政目標與重點

第三節 衛生醫療類社會發展計畫

除了衛生福利部每年所規劃之關鍵策略目標及其績效指標外，衛生福利部下之相關單位亦依其業務需要而推動各項短、中、長程計畫，計畫內容除針對現況問題及未來環境預測規劃年度計畫目標外，亦針對各項目標及策略訂定績效指標及其衡量基準與目標值，期以量化指標具體呈現計畫所執行之成效。

本研究所涵蓋之衛生醫療類社會發展計畫，係為近五個年度之政院或部會管制計畫，並以至今仍在執行且為五個年度中最新之計畫為主，收集各計畫之計畫草案或核定版本(至 2016 年 10 月底之版本)，針對各計畫彙整其績效指標清單；「健康照護」類計畫包含醫療網第八期計畫(衛生福利部，2016a)、偏鄉護理菁英計畫(衛生福利部，2014)、辦理重點科別培育公費醫師制度計畫(衛生福利部，2015a)、原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期(衛生福利部，2016b)、國民心理健康促進計畫(衛生福利部，2016c)、第三期國家癌症防治計畫(衛生福利部，2015b)、護理改革計畫及臨床醫事人員培訓計畫，其執行單位包含衛福部下之醫事司、護理及健康照護司、心理及口腔健康司等(表 5-3-1)；「健康促進」類計畫則包含預防保健服務計畫(衛生福利部，2015c)、第三期國家癌症防治計畫(衛生福利部，2015b)、國民心理健康促進計畫(衛生福利部，2016c)及國民口腔健康促進計畫草案(衛生福利部，2016d)，前兩者係由國民健康署推動，國民心理健康促進計畫及國民口腔健康促進計畫草案則由心理及口腔健康司主責(表 5-3-2)；「疾病管制」類計畫包含充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫(衛生福利部，2016f)、急性傳染病流行風險監控與管理第二期計畫(衛生福利部疾病管制署，2015a)、新興傳染病風險監測與應變整備計畫(衛生福利部疾病管制署，2015b)、我國因應流感大流行準備第三期計畫(衛生福利部疾病管制署，2015c)、我國加入 WHO 2035 消除結核第一期計畫(衛生福利部疾病管制署，2015d)及愛滋防治第六期五年計畫(衛生福利部，2016g)，其皆由疾病管制署所推動(表 5-3-3)；「食品藥物管理」類計畫則包含食安新秩序-食安網絡計畫(衛生福利部食品藥物管理署，2016b)、中

藥品質與產業提升計畫(衛生福利部，2016i)及藥健康-精進藥物全生命週期管理計畫(衛生福利部食品藥物管理署，2016c)，除中藥相關計畫係由衛福部中醫藥司所推動外，其餘皆由食品藥物管理署推動(表 5-3-4)。

表 5-3-1 各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「健康照護」面向

計畫名稱	績效指標		
	指標名稱	衡量基準	年度目標值
醫療網第八期計畫(草案)(106-109)	建立以社區為中心的整合性居家醫療照護服務模式	建置社區整合性醫療照護服務網絡縣市	106-109年：4、6、8、10
	建立以社區為中心的整合性居家醫療照護服務模式	民眾簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書，並註記於健保 IC 卡人數	106-109年：41萬、44萬、47萬、50萬
	社區藥局與醫療院所合作執行藥事照護	累計社區藥局與醫院、診所轉介合作人數	106-109年：50、100、150、200
	達到高齡友善健康照護機構全面普及化	通過高齡友善健康照護機構家數	106-109年：400、500、510、520
	國內有七成醫院提供至少一項非現金支付服務	提供非現金服務醫院占全國醫院數百分比	106-109年：50%、55%、60%、70%
	急救責任醫院之智慧緊急醫療達成率	具有智慧型緊急醫療之急救責任醫院縣市數÷總縣市數×100%	106-109年：10%、15%、20%、25%
	急救責任醫院各縣市具中度級以上「高危險妊娠與新生兒緊急醫療」照護能力	具中度級以上「高危險妊娠與新生兒緊急醫療」照護責任醫院縣市數÷總縣市數×100%	106-109年：86%、86%、86%、90%
	推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	安心場所認證數	106-109年：3000、3100、3250、3500
	每西醫師服務人口數	總人口數/西醫師執業人數	106-109年：519、509、499、489
	五大科住院醫師平均招收率	招收人數/本部核定訓練容額×100%	106-109年：84%、85%、85%、85%
	革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制	指標數	106-109年：46、47、48、49
	每年病人安全事件通報件數	計算每年病人安全事件通報件數	106-109年：64000
	編製醫病共享決策影片	計算每年放於醫病共享決策平臺之影片數	106-109年：2、4、6、8
	簽署「器官捐贈同意書」，並註記於健保 IC 卡人數	簽署「器官捐贈同意書」，並註記於健保 IC 卡累計人數	106-109年：36萬、39萬、42萬、45萬
	提升醫療機構人體試驗委員會之功能及監督機制	透過定期訪查及不定期追蹤審查會之累計家數	106-109年：188、218、248、278
	強化美容醫學管理機制	衛生局稽查合格之提供美容醫學服務醫療機構累計家數	107-109年：75、100、125
	整合智能服務，以病人為中心並跨不同場域之實際應用醫院家數	提出相關族群醫療照護服務模式或產品，經本部驗證具持續營運機制之醫院家數	106-107年：1家醫學中心 108-109年：2家區域級以上醫院
本部所屬醫院全面推廣建置智能醫院	衛生福利部所屬醫院建置家數	106-109年：1、8、8、9	

表 5-3-1 各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「健康照護」面向(續 1)

計畫名稱	績效指標		
	指標名稱	衡量基準	年度目標值
偏鄉護理菁英計畫 (招生：104-107；養成：104-111)	公費生培訓人數	公費生實際接受培訓完成人數	預計一年培育 50 名，4 年培育 200 名
	公費畢業生履約達成人數	培訓完成之公費畢業生至醫院服務完成履約之人數	-
辦理重點科別培育公費醫師制度計畫 (招生：105-109；培育：105-115)	培育人數	培育人數	105-109 年：每年培育公費醫學生 100 名
	自我申請退學人數	自我申請退學人數	105-109 年：每年自我申請退學公費醫學生低於 10 名
	每萬人口醫師數	每萬人口醫師數	每萬人口約有 10 位醫師
國民心理健康促進計畫 (106-110)	辦理原民自殺防治守門人宣導活動(原民會)	每年辦理宣導活動場次	106-110 年：22、24、26、28、30
	推動校園自我傷害三級預防工作計畫--各級學校學生自殺死亡人數低於 98 年之 83 人(教育部)	各級學校學生自殺死亡人數	106-110 年：各級學校學生自殺死亡 70 人
	降低自殺死亡率(衛福部)	自殺標準化死亡率(自殺死亡人數÷期中人口數)×100,000，並依 WHO 編置之西元 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算	106-110 年：11.4、11.2、11.0、10.8、10.6
	建置精神疾病早期治療模式之縣市數(衛福部)	縣市數	106 年試辦 107-110 年：5、10、15、20
	訂定各類精神照護機構之收(結)案標準(衛福部)	累計完成率	106-110 年：20、40、60、80、100
	協助精神障礙者多元就業(勞動部)	協助多元就業之精神病人數	106-110 年：900、900、950、950、1000
	推動社會住宅【依住宅法規定，社會住宅應提供至少百分之十以上比率出租與具特殊情形或身分者(包含精障者)】(內政部營建署)	當年度核定補助社會住宅戶數	106 年 1300 戶 107-110 年：每年核定補助 800 戶
	辦理檢討急性、慢性精神病床及精神社區復健支付標準之專家諮詢及醫界溝通會議，視會議共識結果及總額協商預算，研修支付標準(衛福部健保署)	每年諮詢及醫界溝通會議場次	106-110 年：每年會議 2 場次
	倡議精神病人人權，與民間精神衛生團體辦理宣導活動之縣市涵蓋率達 100%(衛福部)	辦理宣導活動之縣市涵蓋率	106-110 年：60%、70%、80%、90%、100%
	辦理跨網絡藥、酒癮相關議題教育訓練或研討會(衛福部)	累計教育訓練或研討會辦理場次	106-110 年：5、10、15、20、25
	提供跨區替代治療給藥點(衛福部)	給藥點累計數	106-110 年：5、10、15、20、25
	本島各縣市可提供多元服務模式(如社區門診、心理治療所、中途之家、治療性社區等)之縣市數(衛福部)	可提供多元戒癮處遇服務模式之縣市數	106-110 年：4、8、12、16、19

部)			
辦理成癮相關實證研究(衛福部)	累積委託辦理成癮流病或實證研究數	106-110年：1、2、3、4、5	
提供藥、酒癮防治之臨床調查及發展治療模式研究供衛福部政策執行參採(國衛院)	累計提供研究成果報告數	106-110年：1、2、3、4、5	
縣市政府建置兒少保護整合中心(衛福部)	縣市數	106-110年：2、3、4、5、6	
性侵害受刑人出監後無縫銜接社區處遇比率達100%(法務部矯正署)	轉銜社區人數/實際出監人數*100%	106-110年：比率達100%	
辦理家庭暴力相對人服務方案縣市數(衛福部)	縣市數	106-110年：10、12、15、17、20	
加強中高再犯性侵害加害人出監後社區監控(衛福部)	服刑期滿中高再犯性侵害加害人出監後2週內執行社區處遇比率	106-110年：55、60、60、65、70	
進行處遇模式及評估工具之相關研究(衛福部)	累計辦理委託研究數	106-110年：1、2、3、4、5	
提升處遇執行人員專業(衛福部)	處遇執行人員執行處遇年資滿3年比率	106-110年：55、60、60、65、70	
完成開發智慧型心理健康管理工具(衛福部)	累計開發數	106-110年：1、2、3、4、5	
完成心理健康議題之大數據分析(衛福部)	累積完成案數	106-110年：1、2、3、4、5	
進行心理健康服務成效評估(衛福部)	累計評估案數	106-110年：1、2、3、4、5	
提升成癮治療專業人力(衛福部)	累計成癮治療專業人員培訓人數	106-110年：1950、2050、2150、2250、2350	
參加或辦理與心理健康議題相關之國際研討會場次(衛福部)	累計場次	106-110年：2、3、4、5、6	
原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第4期(106-110)	醫學、牙醫學系新生入學率	實際入學數醫學、牙醫學系/招生數	106-110年：80%、81%、82%、83%、84%
	自我申請退學人數	自我申請退學人數	106-110年：皆<5
	養成計畫公費生續留率	養成計畫公費生續留率	106-110年：維持養成計畫公費生續留率七成
第三期國家癌症防治計畫(103-107)	癌症新診斷個案3個月未治療比率	-	101-107年自18%降至9%
	落實癌症病人對病情「知的權益」	<ul style="list-style-type: none"> ● 完成建立癌症病人病情告知之流程與品質管理機制之癌症診療醫院數 ● 先建立癌症初診斷、復發、末期病情告知病人及家屬知情比率基線值，並逐年提升病人及家屬知情比率 	至少有76家癌症診療醫院完成建立癌症病人病情告知之流程與品質管理機制
	針對已發展的10種癌症發展核心測量指標，選定可與國外品質指標做比較的5個重要癌別，至少選1項指標，與國外做標竿學習	-	指標目標達成率應達90%，並對離群值醫院進行輔導
	癌症病人死前一年接受安寧療護服務的涵蓋率	-	100-107年自47.5%提升至60%

表 5-3-2 各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「健康促進」面向

計畫名稱	績效指標				
	指標名稱	衡量基準	年度目標值		
預防保健服務計畫 (103-106)	孕婦產前檢查利用率	活產孕婦該年及前一年產檢人次 / (該年活產孕婦人數×10)×100%	103-106 年：95.50、95.89、95.89、96.00		
	兒童預防保健利用率	當年度 7 歲以下兒童預防保健接受服務人次 / 7 歲以下兒童預防保健應接受服務人次×100%	103-106 年：82、82、83、83		
	兒童牙齒塗氟利用率	1-5 歲兒童接受塗氟人數 / (當年度 1-5 歲兒童總人口數×2)×100%	103-106 年：50、50、52、54		
	成人預防保健利用率	接受服務人次 / 當年合格受檢人數 ×100% *註:當年合格受檢人數=(40-64 歲成人當年度總人口數/3)+(65 歲以上成人當年度總人口數)	103-106 年：35.3、35.6、35.7、35.8		
	第三期國家癌症防治計畫 (103-107)	嚼檳榔率	歷年 18 歲以上人口目前嚼檳榔率	101-107 年自 6%下降至 4%；109 年 3.5%；114 年 3.2%	
乳癌、口腔癌、大腸癌及子宮頸癌篩檢率	● 曾接受過癌症篩檢人數 / 當年 12 月目標人口數 ● 乳癌：45-69 歲婦女最近兩年內接受乳癌篩檢率 ● 口腔癌：30 歲以上嚼檳榔或吸菸者最近兩年內接受口腔癌篩檢率，30 歲以上嚼檳榔或吸菸者以當年 12 月人口數*抽菸或嚼檳榔比例計算 ● 大腸癌：50-69 歲民眾最近兩年內接受大腸癌篩檢率 ● 子宮頸癌：30-69 歲婦女最近三年內接受子宮頸癌篩檢率，以申報檢查人數計，若個案在 3 年內曾作抹片 2 次以上，取其抹片閱片結果最嚴重且最早採檢時間者	● 45-69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢率：101-107 年自 32.5%提升至 66% ● 30 歲以上嚼檳榔或吸菸者 2 年內曾接受口腔癌篩檢率：101-107 年自 52%提升至 66% ● 50-69 歲民眾 2 年內曾接受大腸癌篩檢率：101-107 年自 34%提升至 60% ● 30-69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸癌篩檢率：維持 70%			
			乳癌、口腔癌、大腸癌及子宮頸癌篩檢陽性個案追蹤完成率	● 陽性個案已追蹤完成數/陽性個案數 ● 乳癌：陽性個案定義為乳房攝影篩檢結果為「0、4、5」，且受檢日期介於 2012.10.01-2013.09.30 ● 口腔癌：陽性個案追蹤完成數 (2012.10.1-2013.9.30)的定義為(篩檢日期)且(檢驗日期)為 3 個月內的個案完成追蹤人數 ● 大腸癌：陽性個案追蹤完成數 (2012.10.1-2013.9.30)的定義為(篩檢日期)且(檢驗日期)為 3 個月內的個案完成追蹤人數	● 乳癌：101-107 年自 89%提升至 90% ● 口腔癌：101-107 年自 70%提升至 80% ● 大腸癌：101-107 年自 66%提升至 75% ● 子宮頸癌：101-107 年自 91%提升至 92%
			預期發現四癌前病變和癌症數	-	101-107 年自 4.6 萬名增加至 9.2 萬名
持續提升癌症篩檢品質以提高相關品管指	如陽性預測值、檢出率等	-			

標	縮小縣市不平等(篩檢率差異)	篩檢率最高與最低之縣市差距	● 乳癌:101-107年自 20%降至 15% ● 大腸癌:101-107年自 20%降至 15%
	癌症新診斷個案 3 個月未治療比率	-	101-107年自 18%降至 9%
	落實癌症病人對病情「知的權益」	● 完成建立癌症病人病情告知之流程與品質管理機制之癌症診療醫院數 ● 先建立癌症初診斷、復發、末期病情告知病人及家屬知情比率基線值，並逐年提升病人及家屬知情比率	至少有 76 家癌症診療醫院完成建立癌症病人病情告知之流程與品質管理機制
	針對已發展的 10 種癌症發展核心測量指標，選定可與國外品質指標做比較的 5 個重要癌別，至少選 1 項指標，與國外做標竿學習	-	指標目標達成率應達 90%，並對離群值醫院進行輔導
	癌症病人死前一年接受安寧療護服務的涵蓋率	-	100-107年自 47.5%提升至 60%
國民心理健康促進計畫 (106-110)	辦理心理健康教育宣導場次(衛福部)	辦理心理健康教育宣導教育訓練場次	106-110年：450、500、550、600、650
	落實推動員工協助方案(行政院人事行政總處)	行政院所屬及地方主管機關人事機構訂定員工協助方案實施計畫百分比	106-110年：80、85、90、95、98
	透過勞工健康服務中心與網絡提供臨廠健康服務，協助事業單位規劃辦理勞工身心健康促進事宜(勞動部)	累計辦理事業單位臨廠健康服務場次	106-110年：40、60、80、100、120
	提升職場心理健康促進知能--辦理「員工協助方案」及「工作生活平衡」教育訓練暨企業觀摩會(勞動部)	每年培訓人次	106-110年：每年培訓 1700 人次
	老朋友專線(0800-228-585)電話諮詢及問安服務於 110 年達 1 萬 4,000 人次(衛福部社家署)	專線全年度電話諮詢及問安服務人次	106-110年：12000、12500、13000、13500、14000
	各縣(市)架構心理健康服務資源網絡(衛福部)	轄區有可提供心理健康促進諮詢服務機構之縣市數	106-110年：15、16、18、19、20
	及早發現榮家住民憂鬱情緒(退輔會)	每年榮家住民精神評量及自殺防治篩檢人次	106-110年：20000、20500、21000、21500、22000
國民口腔健康促進	親子口腔衛教融入孕產婦衛教方案比率	有執行親子口腔衛教方案之醫院家數/設有婦產科醫院家數	106年規劃及試辦 107-110年：5%、10%、15%、20%

計畫草案 (106-109)	降低 5 歲幼童齲齒盛行率	受檢之 5 歲幼童罹患齲齒人數/5 歲幼童受檢人數	106-110 年：77%、75%、73%、68%、63%
	國小學童含氟漱口水防齲計畫參與率	每年全國國小參與率	106-110 年：91%、92%、93%、94%、95%
	減少 19~64 歲國民拔牙比率	19-64 歲國民利用健保拔牙顆數 /19-64 歲國民健保投保人數	106-110 年：0.2600、0.2574、0.2548、0.2523、0.2498
	增加 19~64 歲國民洗牙比率	19~64 歲國民利用健保洗牙次數 /19~64 歲國民健保投保人數	106-110 年：0.4457、0.4502、0.4547、0.4592、0.4638
	老年人接受塗氟服務	累計 65 歲以上老年人接受塗氟服務比率	106 年規劃及試辦 107-110 年：3%、6%、9%、12%
	減少 65 歲以上國民拔牙比率	65 歲以上國民利用健保拔牙顆數 /65 歲以上國民健保投保人數	106-110 年：0.6050、0.5990、0.5930、0.5871、0.5812
	開發身心障者口腔醫療機構 GIS	完成身心障者口腔醫療機構 GIS	106 年規劃及建置 107-108 年：建置 109-110 年：維護
	完成身心障礙訓練之牙醫師人數(含公費培育)	累計完成身心障礙訓練之牙醫師人數(含公費培育)	106-110 年：240 人、320 人、400 人、480 人、560 人
	編纂/更新診口腔照護方案	累計編纂/更新口腔照護方案數	106 年資料收集 107-110 年：1、2、2、3
	輔導民間團體發展口腔衛生保健輔具數	累計輔導民間團體發展口腔衛生保健輔具數	106-107 年規劃及研發 108-110 年：1
	提升 PGY 診所訓練品質	PGY 診所符合部頒評核標準比率	106 年評核標準初步完成 107-108 年：試評 109-110 年：主訓機構符合比例達 30% 及 50%
	增加部頒專科醫師科別	累計部頒專科醫師科別	106-110 年：3、3、4、4、5
	編纂/更新診治參考指引及民眾注意事項	累計編纂/更新診治參考指引及民眾注意事項件數	106-110 年：3、4、5、6、7
	增加牙醫醫療機構設置 AED 比率	有設置 AED 之牙醫療機構加數/所有牙醫療機構家數	106 年資料收集 107 年與相關團體溝通 108-110 年：1%、2%、3%
	各縣市建立牙醫急診服務網	累計建立牙醫急診服務網之縣市數	106 年規劃 107-110 年：6、10、15、19
	牙科醫療輔助人員納為正式醫事人員	牙科醫療輔助人員納為正式醫事人員人數	106 年法案研擬 107 年專業團體溝通 108-108 年：法案送審 110 年：1000
	口腔專科醫院許可家數	累計口腔專科醫院完成規劃家數	106-109 年：0 110 年：1
	完成以實證為基礎之大數據及本土研究	累計完成以實證為基礎之大數據及本土研究案數	106-110 年：9、11、12、14、15
	完成政策成效分析之研究	累計完成政策成效分析之研究案數	106-110 年：2、3、4、5、6
	輔導我國專業人員擔任國際專業團體幹部人次	累計我國專業人員擔任國際專業團體幹部人次	106 年資訊收集 107 年派人參加會議 108-110 年：1、2、3
補助專業團體辦理國際會議場次	累計專業團體辦理國際會議場次	106-110 年：2、2、3、3、4	

表 5-3-3 各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「疾病管制」面向

計畫名稱	績效指標			
	指標名稱	衡量基準	年度目標值	
充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫 (103-107)	各縣市嬰幼兒各項常規疫苗 - 基礎劑及追加劑接種完成率	-	基礎劑接種完成率達 96% 以上 追加劑接種完成率達 93% 以上	
	滿 5 歲至入學前幼童於合約 - 醫療院所完成 MMR 疫苗第二劑、Tdap-IPV 疫苗及日本腦炎第四劑之接種率	-	107 年接種率達 90%	
	65 歲以上老人肺炎鏈球菌疫苗接種率	-	疫苗接種率達 40%	
	新增幼兒疫苗接種完成率	1-2 歲幼兒肺炎鏈球菌疫苗接種完成率 2 歲以下幼兒肺炎鏈球菌疫苗接種完成率	103 年 1-2 歲幼兒肺炎鏈球菌疫苗接種完成率達 85% 104 年 2 歲以下幼兒肺炎鏈球菌疫苗接種完成率達 85% 以上。	
	滿 5 歲至入學前幼童於合約 - 醫療院所完成 MMR 疫苗第二劑、Tdap-IPV 疫苗及日本腦炎第四劑之接種率	-	每年提升至少 2%	
	入境一個月以上未完成常規疫苗接種之學齡前幼兒追蹤達成率	-	追蹤達成率達 55%	
	3 歲以下幼童各項疫苗適齡完成率	(達五合一疫苗、B 型肝炎疫苗、水痘疫苗及 MMR 疫苗接種年齡後 3-6 個月內完成接種之 2-3 歲幼兒數)/(全國當年度 2-3 歲幼兒人數)	完成率達 88% 以上	
	衛生所及合約院所之預防接種資料採用資訊化且及時傳輸之家數	-		
	急性傳染病流行風險監控與管理第二期計畫 (105-109)	發生登革熱(DF)死亡病例年度之年平均致死率	DF 之死亡病例總數/該年度 DF 陽性病例總數	105-109 年：維持每年 < 1%
		防止屈公病成為地方性流行傳染病	「地方性流行(Endemic)傳染病」係指毋須有境外移入之病原，該傳染病即可在當地持續流行	至 109 年底防止屈公病成為地方性流行傳染病
無瘧疾當地新染病病例發生(當地指台澎金馬地區)		瘧疾當地新染病病例數=0	至 109 年底瘧疾當地新染病病例數=0	
完成臺灣發熱伴血小板減少綜合症之蟬媒分布調查		完成調查並建立分布地圖	至 109 年底完成調查並建立分布地圖	
提升民眾對登革熱防治之認知		維持登革熱高風險縣市民眾對於登革熱防治之正確認知程度	105-109 年：維持正確認知程度達 85%	
提升社區動員頻率		有埃及斑蚊分布縣市之每月社區動員頻率=每月社區動員總次數/成立滅蚊志工隊總數	105-109 年：維持 4.5 次以上	
控制病媒蚊密度		(布氏指數 2 級以下之村里次/總調查村里次)×100%	105-109 年：維持 96% 以上	
培訓病媒傳染病防治與醫療		辦理登革熱等病媒傳染病防	每年完訓至少 50 人	

	專業人員	治實務教育訓練 辦理登革熱等病媒傳染病臨床診斷與治療相關研討會	每年辦理參訓人數 80 人以上之研討會至少 4 場
腸道傳染病防治	控制腸道傳染病次波傳染的發生事件數不超過當年群聚事件件數	(每年次波傳染*事件數不超過當年群聚事件件數總和)，次波傳染係指「衛生局於接獲指標病例通報，於指標病例發病日起算，於最大潛伏期後仍發生流行病學關連性病例」	105-109 年：32%、32%、31%、31%、30%
	培訓傳染病防治人員	每年委託學會、學校等專業團體辦理腸道傳染病疫情調查等相關訓練	每年訓練 1 場次
	提升重點族群對腸道傳染病之認知	補助縣市衛生局辦理高風險族群腸道傳染病衛生教育活動 提升參與人員認知率	30 場次/年 105-109 年：10%、11%、12%、13%、14%
	強化阿米巴性痢疾個案管理	阿米巴性痢疾確定個案完治 天內進行 3 次新鮮糞便採檢，每次採檢至少間隔 24 小時，3 次檢驗結果均為陰性	105-109 年：87%、88%、89%、率=完成藥物治療 1 個月後，790%、91%
	發生腸病毒重症死亡病例年度之年平均致死率	(腸病毒重症死亡病例總數/該等年度腸病毒重症病例總數) $\times 100\%$	流行期：105-109 年皆<5% 非流行期：105-109 年皆<10%
	提升 5 歲以下嬰幼兒照顧者對腸病毒防治之認知	5 歲以下嬰幼兒照顧者對於腸病毒預防及重症前兆病徵之認知率	105-109 年：提升至 85%
	完善教托育機構洗手設備及衛生教育	教托育機構洗手設備及衛生教育查核之複查合格率	105-109 年：合格率达 100%
根除三麻一風	無小兒麻痺症病例	維持無野生株小兒麻痺病毒及疫苗衍生株小兒麻痺病毒引起之小兒麻痺症病例	105-109 年：維持無病例
	維持國內感染之麻疹病例發生率	維持國內感染之麻疹病例發生率 每一個麻疹群聚事件中於國內之感染者人數	105-109 年：維持發生率在百萬分之一以下 105-109 年：每一個麻疹群聚事件中，於國內感染者人數不超過 10 人
	無國內感染之新生兒破傷風病例	維持無國內感染之新生兒破傷風病例	105-109 年：維持無病例
	維持德國麻疹及先天性德國麻疹症候群(CRS)防治成果	維持國內感染德國麻疹病例發生率 維持無國內感染之 CRS 病例發生 成立德國麻疹消除證明組，確認我國消除證明文件	105-109 年：維持發生率在百萬分之一以下 105-109 年：維持無病例 107 年以前成立德國麻疹消除證明組，109 年確認我國消除證明文件
	維持高水準的監視系統效能	1. 主動監視系統： CRS 主動監測 醫院外出生之新生兒之公衛調查完成率 2. 被動監視系統：	1. 主動監視系統： 105-109 年：針對所有新生兒聽力篩檢聽損確診個案進行德國麻疹 IgM 抗體檢測 105-109 年：公衛調查完成率維

	所有個案均於傳染病防治法的規定時限內通報	持在 90%以上
	麻疹、德國麻疹確定個案，於出疹 4 天內通報或出疹第一次就醫即被通報比率	2. 被動監視系統： 105-109 年：急性無力肢體麻痺 (AFP)、麻疹、德國麻疹於 24 小時內通報，CRS、新生兒破傷風
	AFP、麻疹、德國麻疹、CRS、於一週內通報	
	新生兒破傷風於時效內完成疫調比	105-109 年：通報比率維持在 80% 以上
	每年 AFP 個案數	105-109 年：時效內完成疫調比率維持在 95% 以上
	AFP 病例在麻痺發生後 14 天內採檢兩次適當糞便檢體的比率	105-109 年：每年 AFP 個案數不低於目標值(15 歲以下每十萬人口至少 1 例)
	德國麻疹之孕婦接觸者、先天性德國麻疹症候群(CRS)個案母親，血清採檢比率	105-109 年：維持在 90% 以上 105-109 年：血清採檢比率維持在 100%
提升三麻一風相關疫苗之預防接種完成率	全國幼兒三麻一風相關疫苗基礎劑接種完成率	105-109 年：均維持在 96% 以上 105-109 年：至少維持在 90% 以上
	山地鄉、新住民子女、低收入戶子女預防接種完成率	105-109 年：維持在 63% 以上
	6 歲以下未接種三麻一風相關疫苗入境勾稽追蹤完成率	
提升醫師及防疫人員之專業能力	各縣市衛生局每年針對轄內醫院、診所(至少包含耳鼻喉科、小兒科、內科、皮膚、家醫科、婦產科)辦理一次三麻一風防治教育訓練	105-109 年：每年辦理一次，時數超過 2 個小時 105-109 年：由各縣市衛生局所屬區管中心進行查核確認 105-109 年：每年應至少辦理一次教育訓練，新進人員應於到職 1 個月內由衛生局進行調訓
	各縣市衛生局針對轄內衛生所負責三麻一風防治人員，每年應辦理教育訓練	
病 毒 性 肝 炎 防 治	降低疫苗接種世代 B 型肝炎帶原率	兒童 B 型肝炎帶原率 至 109 年帶原率降至 0.6% 以下
	控制 A、E 型肝炎次波疫情發生	每年次波疫情不超過當年群聚事件總和件數 105-109 年：次波疫情不超過當年群聚事件總和件數之 30%
	提昇山地離島等特定地區幼童之 A 型肝炎疫苗及嬰幼兒 B 型肝炎疫苗接種完成率	山地離島等特定地區幼童之 A 型肝炎疫苗接種第 2 劑平均至 109 年平均完成率達 78% 以上 幼兒 B 型肝炎疫苗第 3 劑接種完成率 至 109 年接種完成率達 98% 以上
	提昇 HBeAg(+) 孕產婦之滿 1 歲幼兒衛教率與抽血追蹤檢查率	HBeAg(+) 孕產婦之滿 1 歲幼兒平均衛教率 至 109 年平均衛教率達 97% HBeAg(+) 孕產婦之滿 1 歲幼兒抽血追蹤檢查率 至 109 年抽血追蹤檢查率達 45%
人 畜	無人類狂犬病本土病例發生	無人類狂犬病本土病例年發生 至 109 年底無病例發生

共通傳染病防治	降低人畜共通傳染病本土病例發生率	漢他病毒症候群本土病例年發生率 鈎端螺旋體病本土病例年發生率 類鼻疽本土病例年發生率 弓形蟲感染症本土病例年發生率	至 109 年底低於百萬分之 0.017 至 109 年底低於百萬分之 4.375 至 109 年底低於百萬分之 1.574 至 109 年底低於百萬分之 0.365
	加強人畜共通傳染病監視及疫情調查作業時效	落實列屬法定傳染病之人畜共通傳染病確定病例疫情調查作業	達成率為 100%
	因應氣候變遷，落實天然災害防疫應變	風災水災等受災地區之防疫措施及時介入，腸道傳染病群聚疫情得已控制，阻斷次波疫情發生 2. 旱災等受災地區之防疫措施及時介入，腸道傳染病群聚疫情得已控制，阻斷次波疫情發生	達成率為 100% 達成率為 100%
	儲備肉毒桿菌抗毒素，即時調度提供病患使用	本部疾管署能即時調度肉毒桿菌抗毒素，提供肉毒桿菌中毒病例緊急使用需求	達成率為 100%
新興傳染病風險監測與應變整備計畫 (105-110)	以 WHO「指定港埠核心能力需求評估工具」進行評估，以強化與保全指定港埠核心能力	對於完成核心能力建置之指定港埠進行自我查核，以保全港埠核心能力，及維護國人健康	106-107 年：自我查核及格率 85% 以上 108-110 年：自我查核及格率達 100%
	建立新興傳染病檢驗網絡	-	-
	逐年增加重要病原體檢驗試劑之儲備，並擴充檢驗量能	-	106-109 年：病原體達 10、12、14、15 項 106-109 年：提升量能達 200、250、300、300 件
	對罕見病原體檢驗之教育訓練與模擬檢測	教育訓練與模擬檢測場數	每年辦理 1 場
	訂定新興傳染病應變機制及因應策略	-	105 年完成新興傳染病應變機制及因應策略，106-110 年檢視調整
	推動縣市衛生局訂定因應新興傳染病應變策略並辦理演習"	-	106-110 年：策略完整度達 70%、80%、85%、90%、95% 每年依據新興傳染病應變策略至少辦理一次演習
	完成永續及多元化防疫及醫療相關人員培訓網絡建置	辦理傳染病防治人才培訓	106-110 年：每年完成 420 人次以上培訓，滿意度百分比達 86%、88%、90%、90%、90%
	持續辦理本中心之設施維護	-	-
	汰舊換新應變醫院負壓隔離病房設備	傳染病防治醫療網六區共 6 家指定應變醫院之負壓隔離病房自我查核及格率=(換氣率或負壓值查核及格數/指定應變醫院數)	106 年自我查核及格率達 95% 107-110 年：自我查核及格率達 100%
	持續進行生物防護應變隊人員培訓，並以整體隊員認證通	整體隊員認證通過率	106-108 年：認證通過率 70%、75%、80%

	過率來驗證訓練成果		109-110年：認證通過率維持80%以上
	建置生物防護應變隊之標準化作業流程	-	106年：完成指揮/計畫/醫療官之SOP 107年：利用演習驗證 108-110年：重新檢視修訂
	以多元化管道參與參加國際重要會議/活動	每年派員參與國際活動及出國研習	106-110年：每年參與至少1場，及出國研習3人次
	持續培訓人才	每年辦理國際研討會/工作坊或訓練營，或邀請國外專家學者訪台經驗分享交流或派員參加防疫相關技術研討會	106-110年：每年至少1場
我國因應流感大流行準備第三期計畫(99-104)	依衛生福利部傳染病防治諮詢會建議，適量儲備WHO最新公布之流感大流行候選疫苗株之大流行前疫苗	流感大流行前疫苗儲備量達成率	105-110年：達100%
	依衛生福利部傳染病防治諮詢會建議，維持克流感及瑞樂沙等抗病毒藥劑儲備量	流感抗病毒藥劑儲備量	105-110年：維持10-15%人口數
	落實放疫物資醫療院所、地方政府及中央政府三級庫存制度，全國三級庫存安全儲備量達成率	全國三級庫存安全儲備量達成率	105-110年：達100%
	委託專業機構辦理負壓隔離病房檢測之及格率	檢測及格之負壓隔離病房數/檢測病房數 及格標準需同時符合下列三個條件：(1)換氣次數達8-12次/小時、(2)病房相對於走廊之負壓值至少8Pa、(3)護理站流向病房走廊、病房走廊流向獨立前室、前室流向病室	105-109年：達70%、80%、85%、90%、95% 110年：維持95%
	網區指定應變醫院每年完成30場次分眾教育訓練	及格率	105-106年：達85%、100% 107-110年：維持100%
	薦派專業人員參與流感大流行防治之國際訓練、研習或交流	每年參與人次	105-110年：2人次/年
	於國際研討會發表論文	每年篇數	105-110年：每年至少2篇
我國加入WHO 2035 消除結核第一期計畫(105-109)	結核病新案發生率	年度結核病新增個案數÷年中人口數×100,000	以平均6%降幅逐年下降
	年齡分組之結核病個案治療成功率	新案經12個月追蹤，其結果為治療成功之個案比率	≤44歲：105-109年為86%、87%、88%、89%、90% 45-64歲：105-109年為76%、77%、78%、79%、80% ≥65歲：105-109年皆維持58%
	潛伏結核感染接觸者治療比率	潛伏結核感染接觸者加入治療人數÷潛伏結核感染接觸者人數×100%	105-109年：77%、79%、81%、83%、85%
	實驗室檢驗品質指標—初痰鑑定為結核菌群	(初痰鑑定為結核菌群日期-收件日期)≤28天之件數÷初痰鑑定為結核菌群件數	105-109年：75%、80%、83%、85%、88%

		×100%
愛滋防治第六 期五年計畫 (106-110)	降低愛滋感染之傳播率	(當年度新增通報之愛滋感 染人數/所有通報之感染者存 活人數)×100%
	15-49 歲民眾對於愛滋病觀念 正確認知率	依據調查研究結果
	已感染者知道自己感染狀態 之比率	(當年所有通報之感染者存 活人數/估計當年存活之感染 者人數)×100%
	感染者有服藥之比率	(當年度通報感染者服藥人 數)/(當年通報感染者存活人 數)×100%
	服藥之感染者病毒量檢測不 到之比率	(當年服藥感染者體內偵測 不到病毒量人數/當年通報感 染者服藥人數)×100%
		106-110 年：8.5%、8.0%、7.0%、 6.0%、5.0%
		106-110 年：75%、78%、81%、 83%、85%
		106-110 年：78%、82%、86%、 90%、90.5%
		106-110 年：79%、82%、86%、 90%、90.5%
		106-110 年：88%、88.5%、89%、 90%、90.5%

表 5-3-4 各類衛生醫療類社會發展計畫績效指標-「食品藥物安全管理」面向

計畫名稱	績效指標		
	指標名稱	衡量基準	年度目標值
食安新秩序-食安網絡計畫 (106-109)	管理政策諮議結果之運用情形	(管理政策運用諮議成果之項目數÷前一年度諮議之項目數)×100%	106-109 年：>70%、>75%、>80%、>85%
	國際食品警訊追查時效	於接獲國外食品安全警訊及國際事件後，即時查詢與追查我國輸入情形	106-109 年：>30 小時、>24 小時、>22 小時、>20 小時
	完成食品添加物標準檢討項目數	累計完成食品添加物標準檢討之項目	106-109 年：10、20、30、40
	完成食品相關趨勢預測之分析件數	分析業務資訊系統資料庫之趨勢與預測頻次	106-109 年：10、12、14、16
	完成食品安全危害分析以供業務單位調整管理政策參考	食品安全危害分析建議事項之參採率=(參採食品安全危害分析建議事項調整食品安全管理措施之項數÷食品安全危害分析建議事項之項數)×100%	106-109 年：70%、75%、80%、85%
	開發檢驗方法件數	(當年度公布檢驗方法件數÷60)×100%	106-109 年：25%、50%、75%、100%
	擴大食品業者關鍵業別實施數	(A1+A2+A3+A4)÷A×100% A1：逐年建立追溯追蹤管理制度之食品業者關鍵業別累計數(計 42 業別) A2：逐年訂定食品安全監測計畫之食品業者關鍵業別累計數(計 42 業別) A3：逐年實施自主檢驗之食品業者關鍵業別累計數(計 44 業別) A4：逐年設置衛生管理人員之食品業者關鍵業別累計數(計 12 業別) A：食品業者關鍵業別總數(計 140 業別)	106-109 年：70%、80%、90%、100%
	提升業者建立食品追溯追蹤管理系統之比率	(累計完成建立追溯追蹤系統之業者數÷輔導食品業者數)×100%	106-109 年：40%、50%、60%、70%
	提升業者建立食品安全管制系統之比率	(累計完成建立食品安全管制系統之業者數÷輔導食品業者數)×100%	106-109 年：20%、30%、40%、50%
	電臺違規食品廣告比率	當年度電臺違規食品廣告比率	106-109 年：<19%、<18%、<17%、<16%
	電話諮詢服務民眾滿意度	當年度電話諮詢服務民眾滿意度比率	106-109 年：>80%、>85%、>90%、>95%
	三級品管-食品業者稽查符合率	跨部會食品安全專案稽查複查合格率	106-109 年：96%、97%、98%、99%
	高關注輸入產品合格率	市售進口產品抽驗合格率=市售進口產品抽驗合格件數÷市售進口產品抽驗件數	106-109 年：95.0%、95.5%、96.0%、97.5%
中藥品質與產業提升計畫 (104-108)	中藥材邊境查驗品項數	實施項目	104-108 年：16 項、21 項、26 項、26 項、31 項
	高風險中藥材異常物質抽驗合格率	合格率=(檢驗合格件數/高風險中藥材抽查件數)*100%	104-108 年：60%、65%、68%、70%、75%
	原料藥材使用正確率	中藥廠使用正確中藥材查驗合格率=[(總 GMP 中藥廠家)-(判定不合格案件處分之廠家)]/(總 GMP 中藥廠家)*100%	104-108 年：92%、93%、93%、94%、94%

	市售中藥製劑抽驗重金屬合格率	合格率=(檢驗重金屬合格件數/高風險中藥材抽查件數)*100%	104-108年:95%、95%、96%、96%、97%
	市售中藥製劑抽驗微生物合格率	合格率=(檢驗微生物合格件數/高風險中藥材抽查件數)*100%	104-108年:92%、93%、93%、94%、94%
	中藥知識專業培訓測驗及格率	參加知識專業培訓課程人員測驗及格率=(及格人數/參加課程人數)*100%	104-108年:60%、65%、68%、70%、72%
	中藥產業行銷培訓測驗及格率	(及格人數/參加課程人員)*100%	104-108年:60%、65%、68%、70%、72%
	中藥商診斷輔導完成率	全程完成接受輔導家數/當年度審查通過數	104-108年:30%、35%、38%、40%、40%
藥健康-精進藥物全生命週期管理計畫(106-109)	參酌國際管理趨勢,研擬符合我國環境之法規數	研擬醫療器材專法相關配套子法規(研擬子法項目數/子法總數)	106-109年:20%、40%、60%、80%
	編訂藥品藥理治療分類代碼數	編訂新核發許可證之藥品藥理治療分類代碼藥品(筆數)	106-109年:每年維持150筆
	參與PIC/S組織會務,在台辦理PIC/S活動場數	辦理場數	106年:1場
	增修管制藥品品項數	增修管制藥品品項數	每年增修管制藥品品項至少2項
	國產創新醫材產品,納入專案諮詢輔導案件數	國產創新醫材產品,納入專案諮詢輔導(案件數)	106-109年:5案
	醫療器材查驗登記審查時效達成率	於限辦天數內完成審查的案件數比例=(於處理期限內完成行政審查案件數÷總案件數)×100%	106-109年:80%、85%、88%、90%
	藥品供應評估及建議案件數	受理通報藥品供應相關案件,並進行評估及建議(件數)	106-109年:100、110、120、130
	「全人口非法藥物使用盛行率調查」完成訪視抽樣率	訪視抽樣完訪率	107年:60%
	人員參與「GLP規範訓練初階課程」後,通過考試取得證明書之比例	人員參與「GLP規範訓練初階課程」後,通過考試取得證明書之比例	106-109年:維持80%
	當年度新增之新興藥品及類緣物檢驗品項數	當年度新增之新興藥品及類緣物檢驗品項(項數)	106-109年:維持5項
編修我國中華藥典篇數	編修我國中華藥典(篇數)	106-109年:125、145、195、278	
符合藥品優良運銷規範(GDP)之比率	符合藥品優良運銷規範(GDP)之比率=符合藥品優良運銷規範(GDP)累計家數÷持有西藥藥品許可證之藥商	106-109年:25%、80%、85%、90%	
國內外上市後藥物品監控件數	監控件數	106-109年:2700、2700、2900、2900	
國內外上市後藥品品質異常事件後續處理之完成率	國內外上市後藥品品質異常事件後續處理之完成率	106-109年:皆達100%	
高風險醫療院所及藥局查核數	針對「管制藥品管理系統」中使用量大幅上升之管制藥品品項,並篩選出使用量比率高之醫療院所,由中央與地方共同進行稽查,加強查核醫師處方之合理性,避免醫源性成癮。(查核家數)	106-109年:150、160、170、180	

規劃建置藥品追溯追蹤申報系統(套數)，包括系統與平台欄位之開發，並規劃與內部系統進行介接。	規劃建置藥品追溯追蹤申報系統，包括系統與平台欄位之開發，並規劃與內部系統進行介接。(套數)	106-109年：1套
藥物、化粧品產品標示符合性合格率	藥物、化粧品產品標示符合性合格率	106-109年：>70%、>75%、>80%、>85%
廣播電台藥物化粧品廣告違規比率	廣播電台藥物化粧品廣告違規比率	106-109年：<7.5%、<7.0%、<6.5%、<=6.0%
培育高階藥事照護人才(人數)	培育高階藥事照護人才(人數)	106-109年：150、250、250、250
執行藥事照護服務(人次)	執行藥事照護服務(人次)	106-109年：1250、2500、2500、2500
用藥建議醫師採納率(%)	用藥建議醫師採納率(%)	106-109年：維持60%
提升管制藥品用藥安全	與民間團體結合辦理提升管制藥品用藥安全宣導之團體家數	106-109年：10、12、15、18
民眾藥物濫用危害知能提升比率	民眾參與藥物濫用危害宣導之知能提升率	106-109年：15%、16%、16%、16%
社區民眾用藥知能提升比率	受訪民眾對於正確用藥相關知識的認知答對率=用藥問題答對數/全體受訪民眾	106-109年：40%、45%、50%、55%

第四節 業務單位於計畫審議過程所遭遇困境

一、 跨部會與跨單位之協調機制存在困難

目前多數計畫具跨局處或跨部會之協調合作，故於計畫書擬訂過程即會召開相關協調機制，期許可達到明確之分工及合作效果，然實際執行上仍可能面臨其他局處或部會不願配合、亦或相互推責之情況，目前雖針對跨局處之協調機制可透過次長、針對跨部會之協調機制可透過政務委員進行，然協調機制仍存在困難度。

二、 部分計畫成效難以用量化或結果性指標呈現

目前中長程計畫皆已被要求需訂定績效指標，且以量性或結果性指標為佳，然考量部分業務之績效難以量化、部分業務較難於短期內看到成效(如：死亡率降低、存活率提升等)、亦或須顧及計畫查核結果，故若全面要求以量化或結果性指標呈現計畫成效，可能具有困難度。

三、 計畫核定經費常不如預期，而影響計畫執行成效

中長程計畫於報至國發會核定後，其實際核定經費受國家財政預算之分配影響，常不足以執行原計畫內容及範疇，另目前多數中長程計畫中仍涵蓋部分例行性(延續)業務項目，當計畫核定經費不如預期時，恐影響創計劃中創新項目之推動，且由於難以預測計畫實際核定經費之情形，計畫中若針對計劃策略排列其優先順序，亦難於計畫書撰寫過程中即針對階段性達成目標、績效指標目標值、經費之編列等予以訂定。

第五節 小結

彙整103-106年度衛生福利部之關鍵策略目標及其績效指標，針對績效指標之建置與目標值設定，宜重視以下問題：

- 一、各類議題之策略目標及指標之微幅調整：進一步針對衛生醫療面向進行分析，發現在「建置優質長照體系」的部分，針對長照人力已由數量之要求轉而期許知能的改善，針對長照服務資源則持續重視多元社區照顧服務資源之發展；在「拓展全方位醫療照護體系」的部分，則由對緊急醫療、安寧緩和、臨床醫事人員受訓、原住民及離島地區醫療事務、急性後期照護、特殊需求者牙科醫療服務等議題之重視，轉而強調對住院醫師勞動條件之確保、及增加護理執業人力量能；在「建立優質防疫應變體系」的部分，持續關注結核病及愛滋病之發生及傳播；在「構築食品藥物安心消費環境」的部分，則強調輸入產品之合格情形，並預期推動食安五環以重建食品生產管理，且針對中藥(材)之異常物質合格率進行監測；在「營造身心健康支持環境」的部分，持續關注國人之吸菸率、癌症篩檢率、及自殺死亡率；在「精進健保及國保制度」的部分，則開始強調「以病人為中心」及「整合」之概念以期降低可避免住院情形，並以提升國保之保險費收繳率為目標 (表5-2-1)(衛生福利部，2013；衛生福利部，2014；衛生福利部，2015；衛生福利部，2016j)。
- 二、績效指標之訂定，除須確實反映策略目標之達成情形外，亦應留意指標之衡量標準、年度目標值、及指標對政策之實質意義：以「長照社區服務(服務據點及日照中心)」為例，每一長照次區至少有一個社區服務據點或日照中心，除考慮有設據點外，尚須考慮使用效率。
- 三、服務設施之建置考量投資成本及其效益：以「每一次醫療區域至少有一家中度級以上急救責任醫院之完成數」為例，目前部分次區已有多家中度級以上急救責任醫院，然考量投資成本及其效益，針對次區內設置多家者應考量其資源配置之妥適性。

四、針對目標值與實際達成情形落差過大、或年度改變量大之指標，應具體說明其原因：以「國內中藥製藥廠GMP查核之合格率」為例，該指標於103年度、104年度、105年度之年度目標值分別訂為85%、90%、93%，然其實際達成情形於103年度為96%、於104年度為91%，雖皆已達年度目標值，然於一年間卻下降5%，宜持續關注其執行成果，並了解達成率下降之原因；以「癌症篩檢率之平均增加值」為例，該業務佔據衛生局所許多人力及時間，該如何避免擠壓其他業務，應妥善檢討與編列合理人力。

五、指標的建立應能反映出當前或未來環境所反映之現象及問題：目前多數已開發國家已逐年縮減病床，改以社區或居家服務替代部分住院日，國內病床數不減反增且較多數國家高，建議於精進醫療照護體系部分應訂定減床的績效指標；另國內食安、登革熱、流感、高齡照護、自殺問題層出不斷，專業公共衛生人才將可扮演重要角色，因此可設計如降低公衛護士流動率、提高高普考衛生行政人員聘用比率等之指標以因應。

針對各單位所提出之計畫內容進行分析，整體而言，部分績效指標仍多以過程導向為主，且缺乏具體清楚之績效指標量測方式，針對目標值設定之合理性亦仍待思量；各單位之績效指標訂定，整體而言以國民健康署之績效指標最可呼應國際趨勢，且亦明確定義目標族群及指標之計算方式，值得其他單位參考學習。

計畫審議過程中，業務單位所遭遇困境主要包含跨部會與跨單位之協調機制存在困難、部分計畫成效難以用量化或結果性指標呈現、計畫核定經費常不如預期而影響計畫執行成效等，需思考如何透過審議原則及程序之調整以進一步解決。

第六章 衛生醫療照護指引與相關資料庫

第一節 國外常見之衛生醫療照護指引與相關資料庫

一、亞洲太平洋經濟合作會議(Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC)

亞洲太平洋經濟合作會議(簡稱亞太經合會)為促進亞太區內各地區之間經濟成長、合作、貿易、投資的論壇，現有 21 個經濟體成員，運作方式係通過非約束性承諾、開放對話、平等尊重各成員意見，通過全體共識達成決議，由成員自願執行。2017 年的政策重點包含(1)促進公平、創新、生產以減輕經濟動盪及環境改變所造成的影響，(2)藉由貿易和投資促進合作(3)藉由互聯網和小型企業國際化提升競爭力和參與貿易(4) 加強糧食安全和農業穩定以面對氣候變遷。該組織亦針對其會員國蒐集下列指標：包含人口、國內生產總值(GDP)/國民總收入(GNI)、通貨膨脹、勞動力、經濟結構、貿易、貿易壁壘、外商直接投資(FDI)、人民境外消費(Movement of People)、財務、教育、環境、信息通信生活品質、政策相關、商品貿易、外商直接投資、投資組合投資資產、銀行貸款，共 19 個主題、141 項指標(圖 6-1-1)，Stats APEC(http://statistics.apec.org/index.php/apec_psu/index) 可用以查詢各會員國 1989 年至 2016 年間相關指標之表現，其中與醫療衛生相關之指標係於生活品質類別，包含預期壽命、性別不平等等指標(APEC, 2013)。

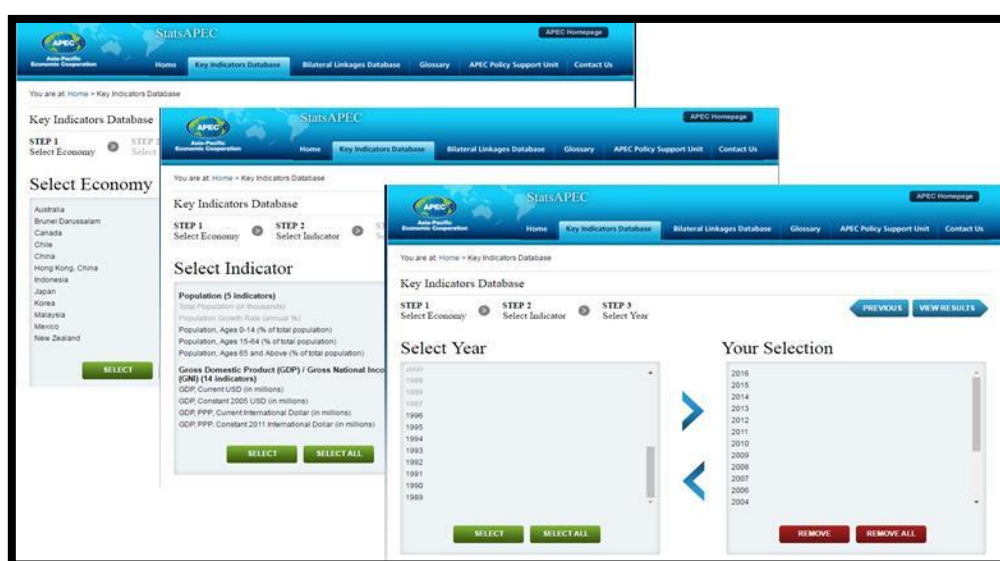


圖 6-1-1 Stats APEC 指標搜尋

二、世界衛生組織(World Health Organization, WHO)

WHO 為於 1948 年成立，至 2016 年共有 194 個會員國，該組織成立宗旨是使全世界人民儘可能獲得高品質的健康，主要職能包括：促進流行病和地方病的防治、提供和改進公共衛生、疾病醫療和有關事項的教學與訓練、推動確定生物製品的國際標準。WHO-100 Core Health Indicators 為該組織於 2015 年所訂定之指標(<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>)，目的為全球衛生結果監測指引、減少重複工作內容、增加相關衛生資料收集之效率、提升資料收集品質及相關資訊透明化，該指標包含國民健康狀態(Health status)、風險因子(Risk factors)、服務覆蓋(Service coverage)、健康服務體系(Health systems)等領域共計 100 項指標(WHO, 2015)，其中健康狀態指標包含預期壽命、各年齡層或特定疾病之死亡率、特定疾病之發生等盛行率，風險因子包含母乳餵養、發展遲緩、保險套使用、肥胖及超重等相關指標，服務覆蓋則包含產前健康服務、疫苗免疫、特定疾病之治療及關懷等服務之普及情形，健康服務體系包含手術期間死亡率、結合治療成功率、衛生工作人員密度及分布等相關指標，各指標皆可進一步查詢其指標定義、計算及測量方式、及歷年各會員國數據等資料(圖 6-1-2)。



圖 6-1-2 WHO-100 Core Health Indicators 指標搜尋

三、世界衛生組織西太平洋辦事處(WHO Western Pacific Region, WHO-WPRO)

世界衛生組織西太平洋辦事處之成員涵蓋亞太地區 37 個國家，其成立一跨計畫、跨區域衛生指標資訊平台(Health Information and Intelligence Platform, HIIP)(<http://hiip.wpro.who.int/portal/Indicatorsmetadata.aspx>) (圖 6-1-3)，該平台整合各國之健康相關指標資料，彙整各指標之定義、資料來源、指標計算方式，可進行簡易資料分析、繪圖，方便使用者同時進行多國跨年度之資料比較。期望藉由該平台所提供之資訊，提供政府等相關單位進行政策制定及後續研究 (WHO-WPRO, 2014)。

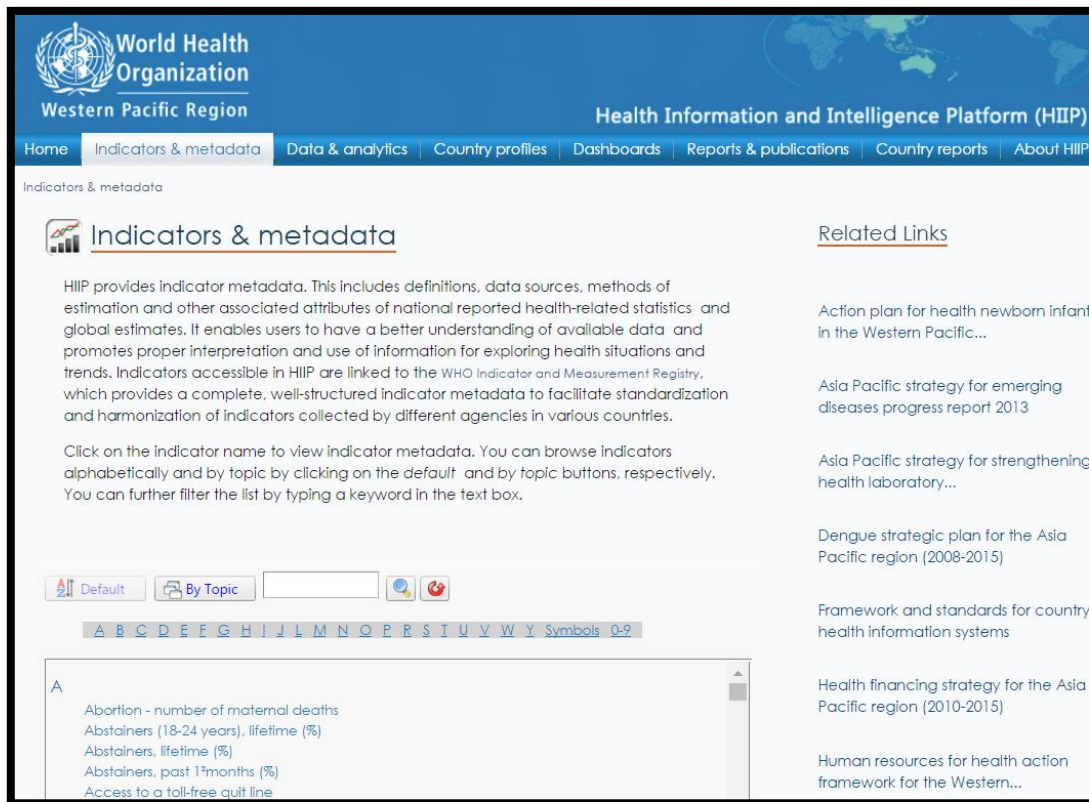


圖 6-1-3 世界衛生組織西太平洋辦事處指標搜尋

四、世界衛生組織東南亞區域辦事處(WHO Regional Office for Southeast Asia, WHO-SEARO)

世界衛生組織於東亞地區之會員國包含孟加拉國、不丹、朝鮮民主主義人民共和國、印度、印度尼西亞、馬爾代夫、緬甸、尼泊爾、斯里蘭卡、泰國、東帝汶共 11 個國家，由東亞地區辦公室負責該區域相關衛生資訊、指標整合及資料品質提升，並建置 Core Health Indicators (CHIs)以匯集各國之相關資訊 (http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/chi_2014/en/)，指標包含「人口指標」、「社會經濟指標」、「衛生系統資源指標」、「孕產婦、新生兒和兒童健康指標」、「傳染病指標」、「非傳染性疾病指標」、「性別不平等指標」、「健康狀況指標」等八大主題，使用者可於該網站上搜尋有興趣之主題及相關指標之查詢，並進行跨國資料比較(圖 6-1-4)(WHO-SEARO, 2017)。



The screenshot displays the WHO Regional Office for South-East Asia website. The header includes the WHO logo and the text 'World Health Organization Regional Office for South-East Asia'. The navigation menu contains links for 'WHO in South-East Asia', 'Regional Director', 'Countries', 'Health topics', 'Programmes and projects', 'Media centre', and 'Publications'. A search bar is located below the navigation menu. The main content area is titled 'Health situation and trend assessment' and 'Core Health Indicators (CHIs)'. It features a grid of four charts: a bar chart, a pie chart, a line graph, and a bar chart. To the right of the charts is a text block: 'Information support has always been an important component of health systems. Advances in information and communication technology have led to the rapid development of health information systems in the countries of WHO South-East Asia Region. An increasing amount of data is now readily available to review and assess health status, health services utilization, and health outcomes, as well as the determinants of such outcomes. Health data disaggregated by age, sex and social determinants, geographical distribution, and in time series are readily accessible by health and health-related professionals and workers. However, the capacity and capability to analyse the available data for transforming into useable information has not always been adequate in some countries. WHO Regional Office for South-East Asia regularly measures the health and health-related indicators and prepares analyses on a set of minimum essential indicators of health and its determinants, the core health indicators in countries of the SEA Region.' Below the text is a list of six indicators: 1. Demographic Indicators, 2. Socioeconomic Indicators, 3. Health Services Indicators, 4. Nutrition Indicators, 5. Communicable Diseases Indicators, and 6. Noncommunicable Diseases Indicators. On the right side of the page, there are 'Share' and 'Print' buttons, and a 'Related links' section with links to 'Regional Health Observatory (RHO)', 'CHI Analytical Kit 2014 pdf, 5.35Mb', and 'CHI Brochure 2014 pdf, 639kb'.

圖 6-1-4 Core Health Indicators (CHIs)指標搜尋

五、經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)

OECD 創立於 1960 年，由歐洲 18 個國家與美國及加拿大共同發起，創立宗旨為幫助各成員國家的政府實現可持續性經濟增長和就業，成員國生活水準上升，同時保持金融穩定，從而為世界經濟發展作出貢獻，至今已包含 35 個會員國家，該組織每年發行的出版品及公佈的指標、統計數據，涵蓋國家報導、商業、經濟、稅政、交通、人口、教育、勞工、環境、健康、能源、觀光、科技及創新等議題，由於其資料完整、嚴謹性及正確性，使 OECD 提出之建議、規範，成為各會員國及許多非會員國制定法律、政策的依據。在「健康」議題的部分，包含衛生支出及資金、健康照況、非醫療衛生決定因素、健康資源、健康勞動力遷移、健康利用、健康品質、藥品市場、長期照護資源與利用、社會保障、人口資料等子議題，個子議題下另涵蓋多個相關指標，透過 OECD.Stat 所彙整知該組織 2000-2015 年所有會員國及少數非會員國相關資訊，不但可瞭解各國各年度的指標表現，亦可針對指標之操作型定義及測量方式進行查詢

(http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_ST)(圖 6-1-5)(OECD, 2015)。

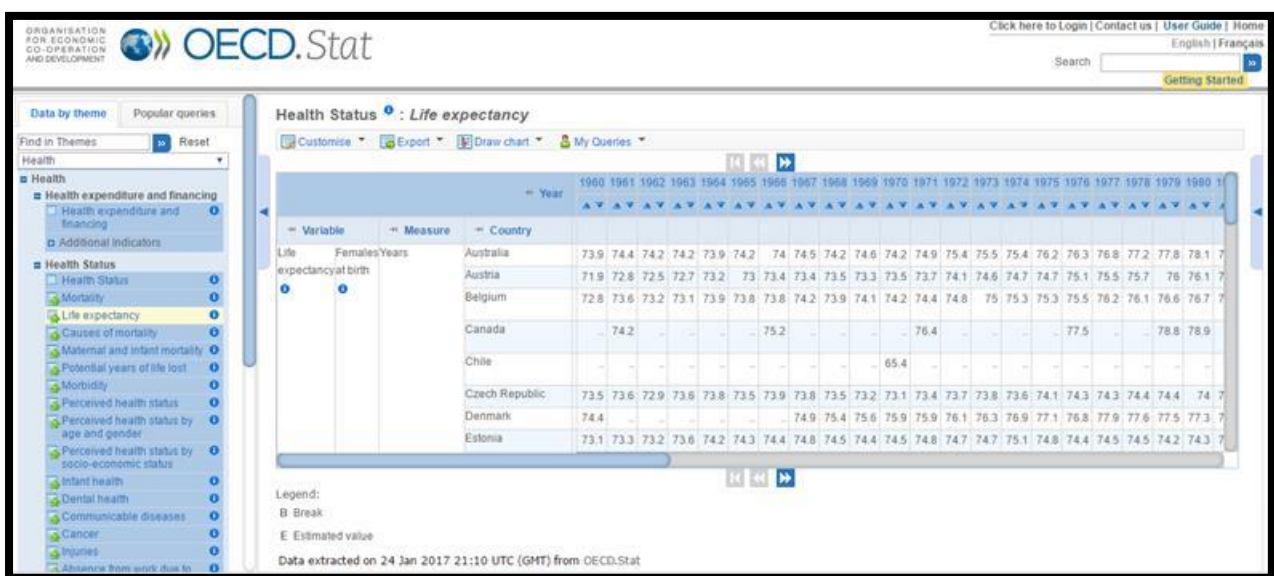


圖 6-1-5 經濟合作暨發展組織健康相關指標搜尋

六、永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs)

永續發展目標是聯合國國際發展的一系列目標，該指標於 2012 年地球高峰會(Rio+20)中，決議替代 2000 年之千禧年發展目標(Millennium Development Goals, MDGs)作為未來十五年全球發展議題主軸，並於 2015 年 9 月正式採納。該指標較 MDGs 強調廣泛通用(Universality)、多元整合(Integration)、社會轉型(Transformation)，並強化氣候問題、考量地球限度的概念，追求和平、公正、包容，共包含 17 項目標(Goals)及 169 項細項目標(Targets)，各項目標中以目標三「健康與福祉」及目標六「淨水與衛生」和衛生醫療最息息相關，其他目標亦有部分工作需與衛生醫療結合始可達成；其中目標三力求在生命的每個階段確保所有人的健康和福祉，目標中涉及所有主要的衛生優先事項，包括生殖、婦幼保健、傳染性及非傳染性和環境疾病、全民健康覆蓋等，除了為所有人提供安全、有效、優質和價格合理的藥品和疫苗，並要求更多的研究和開發，增加衛生資金，並加強所有國家在減少和管理健康風險之能力；在目標六的部分，則強調水和衛生設施是可持續發展的核心，對人和地球的生存至關重要，此目標不僅涉及飲用水、衛生和衛生問題，還涉及全球水資源的品質和可持續性。相關資訊可參考網址 (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>) (圖 6-1-6) (UN-DESA, 2015)。



圖 6-1-6 經濟合作暨發展組織健康相關指標搜尋

七、世界銀行(The World Bank Group)

世界銀行為聯合國管轄的國際金融機構，其目的在提供各國經濟發展與掃除貧窮的貸款援助，其向發展中國家提供低息貸款，零息低利率信貸和贈款，這些項目支持教育、衛生、公共行政、基礎設施、金融和私營部門發展、農業、環境和自然資源管理等領域的廣泛投資。為提升各國資料的可近性、可比較性和分析性，世界銀行建立資訊平台以蒐集各領域之重要指標，針對健康領域的部分，包含了醫療衛生、營養和人口指標，例如成年人對愛滋病毒之正確認知率、各定疾病之死亡原因、保險套使用情形、特定疾病罹患情形、疫苗接種、菸草使用盛行率、自殺死亡率等，各類指標皆進一步依年齡層及性別進行區分，其操作型定義及歷年數據皆可透過資訊平台網站 World DataBank

(<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&Topic=8>)查詢，讀者僅需選擇有興趣的主題以及指標和年份，即可查詢該國自 1960 年起指標之表現及歷年趨勢，並可同時進行多國比較(圖 6-1-7)(The World Bank Group, 2017)。

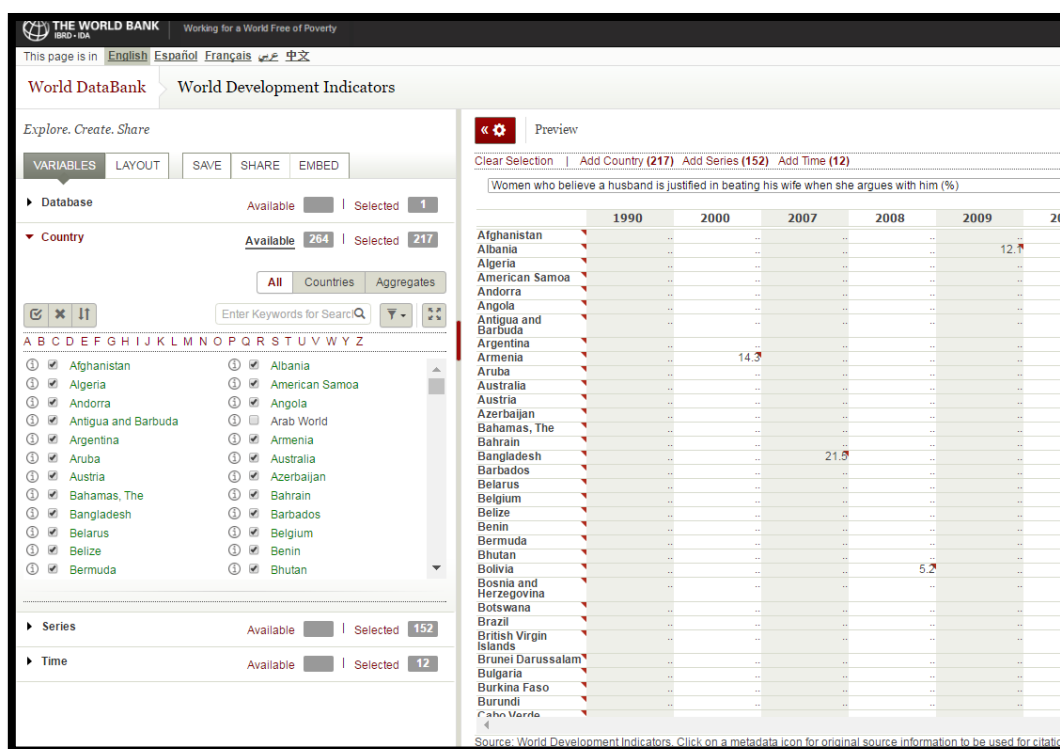


圖 6-1-7 世界銀行健康相關指標搜尋

八、亞洲開發銀行(Asian Development Bank, ADB)

亞洲開發銀行為一政府間的金融機構，其創立目的係促進亞洲經濟與社會的發展，自 1966 年創立至今已有會員國共計 67 個，包括來自亞太地區的 48 個和來自其它地區的 19 個成員，Key Indicators for Asia and the Pacific 2016 為該組織所發行之刊物(<https://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2016>)，該報告探討亞太地區 48 個會員國之間經濟、金融、社會和環境指標間之差異，其中針對「人口」議題包含各年齡層人口比例、移民和都市化等指標，「勞動力和就業」議題包含勞動參與率、失業率等，「貧窮」議題則包含貧窮與不平等、人類發展指數等指標，「社會」議題則包含預期壽命、死亡率、教育完成率、健康照護資源之分布與密度、愛滋病感染之預估人數等指標，報告中不僅呈現各國在不同性別及年齡層之指標表現差異，亦針對其指標表現所代表之意涵進行論述及說明，並進一步提出可因應之策略與方向(ADB, 2016)。

九、聯合國愛滋病規劃署(Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, UNAIDS)

聯合國愛滋病規劃署立宗旨為喚起全球對愛滋病的認識並作出承諾，主要任務是領導、加強和支持對 HIV 和愛滋病的積極對抗，包括預防 HIV 的傳播、對感染病毒的人群提供支持和照顧、降低 HIV 對個人和社群的感染性，以及減輕病症對社會及個人的影響。2016 年之 GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 報告針對 2011 年聯合國愛滋病防治宣言建構之相關防治指引，報告中亦針對一般人口群、關鍵族群之愛滋病預防、母嬰垂直感染、愛滋病治療、愛滋病之花費、性別議題、歧視與社會烙印、旅遊限制、健康照護系統之整合、愛滋病相關疾病等面向訂定績效指標，期望藉由此指引之建立以提升各國資料收集品質(UNAIDS, 2016)。

十、聯合國毒品和犯罪問題辦公室(United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC)

聯合國毒品和犯罪問題辦公室成立於 1997 年，由聯合國藥物管制規劃署與國際預防犯罪中心合併而成，為全球打擊非法藥物和國際犯罪之領導者，UNODC Statistic 針對國際犯罪、刑事、毒品販賣、生產、運送等議題定期進行相關統計資料更新之平台(<https://data.unodc.org/#state:1>)，資料來源多為國家年度報告調查表(Annual Report Questionnaire, ARQ) 和個人藥物濫用(the Individual Drug Seizure, IDS) 報告等國家統計資料，其指標包含藥物使用及健康後果、價格、及毒癮發作等三大議題，每個議題下亦包含許多子議題，如藥物使用及健康後果即涵蓋毒品使用情形、吸毒者罹患愛滋病等各類疾病情況、與毒品相關之死亡情況、各類毒品之治療情形等，使用者於選擇有興趣之主題、指標等資訊後，即可獲得該指標於不同地區之盛行率及其測量方式等相關資訊(圖 6-1-8)(UNODC, 2017)。



圖 6-1-8 聯合國毒品和犯罪問題辦公室之指標搜尋

第二節 國內常見之衛生醫療照護指引與相關資料庫

一、衛生福利部統計處衛生福利統計專區

衛生福利部統計處主管全國衛生及社會福利統計之規劃與推展事項，主要業務內容包括統計計畫研擬、公務統計方案之建立、統計調查之管理與推動、統計資料庫及加值應用平台之維護、應用統計分析及統計資訊供應服務等，其中「衛生福利統計專區」(<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-1714-113.html>)中包含社會福利統計、衛生福利統計、全民健保統計等多樣化之各年度或月分之統計資料，並建置有「衛生福利統計互動式指標查詢系統」(<http://iiqs.mohw.gov.tw/>)，採資料視覺化查詢，提供常用變項(如地區別、疾病別、年齡別等)變項提供選擇，以簡單視覺化的方式呈現資料視覺化圖形，可有助於觀察出以其他資料呈現方式所不易察覺到的資料特性(圖 6-2-1)。



圖 6-2-1 衛生福利部統計處衛生福利統計專區之資料搜尋

二、中華民國統計資訊網

「中華民國統計資訊網」公告由行政院主計處所提供的各項數據統計資料，其網站提供國情統計通報、主計處統計專區、全國統計資料、資訊服務、政府統計調查填報、統計資料發布時間表等相關資訊，其中與健康醫療相關之統計資訊，係包含於「全國統計資料」

(<http://www.stat.gov.tw/np.asp?ctNode=3609&mp=4>)的下拉選單中，又可區分為醫事機構及醫事人員、食品及藥物管理、病患、疾病預防、國民健康、醫療保健支出、其他衛生統計等面向，其明述統計資料之背景說明，分析資料主要由衛生福利部統計處所發布(圖 6-2-2)。

The screenshot shows the homepage of the National Statistics, R.O.C. (Taiwan) website. The header includes the logo and navigation links for site map, newsletter, bilingual dictionary, English, mobile version, and RSS. A search bar is present with a Google search engine selection. Below the header, there are tabs for 'General Public', 'Professional', and 'Children/Students'. A main navigation menu includes 'Main Statistical Area', 'National Statistics Bulletin', 'National Statistics Data', 'Statistical Methodology and Classification', and 'Information Services'. The current page is 'National Statistics Data' > 'Health'. A sidebar on the left lists various statistical categories, with 'Main Statistical Area' highlighted. The main content area lists health-related statistics: 'Medical Institutions and Personnel Statistics', 'Food and Drug Management Statistics', 'Patient Statistics', 'Disease Prevention Statistics', 'National Health Statistics', 'Medical Care Expenditure Statistics', and 'Other Health Statistics'. A 'TOP' button is located at the bottom of the content area. The footer contains the privacy policy, address (100-65 Taipei City Guangzhou Street 2nd Floor), and a 'No Barrier' icon.

圖 6-2-2 中華民國統計資訊網之資料搜尋

三、衛生福利部疾病管制署統計資料

為能即時瞭解各類傳染疾病之流行及監測情況，衛生福利部疾病管制署於官網中發布統計資料，提供包含流感、登革熱、腸病毒、傳染病統計、愛滋病、結核病等之即時速訊、週報、或月報

(<http://www.cdc.gov.tw/submenu.aspx?treeid=1f07e8862ba550cf&nowtreeid=1f07e8862ba550cf>)，並依閱讀者之類行區分為民眾版及專業人士版本，以強化各界大眾對各類傳染病現況之瞭解(圖 6-2-3)。



圖 6-2-3 衛生福利部疾病管制署統計資料之資料搜尋

四、衛生福利部國民健康署之健康監測與統計資料

國民健康署健康監測與統計資料彙整國健署所執行之監測調查相關資料 (<http://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=62>)，使用者可自網頁中採點選方式選擇進行中、已執行之各類統計調查，並可進一步查詢其調查結果報告，此外，網站中亦提供性別統計指標結果提供查詢，其中針對各類訪問調查，網站中則提供如調查簡介、調查問卷、結果報告、調查資料申請等相關資訊(圖 6-2-4)。



圖 6-2-4 國民健康署健康監測與統計資料之資料搜尋

五、衛生福利部食品藥物管理署藥物食品研究年報資料

食品藥物管理署藥物食品研究年報資料彙整衛生福利部食品藥物管理署同仁、相關衛生單位同仁及共同著者之業務相關檢驗方法、標準品、監測調查分析、技術規範、管理策略及法規科學的研究著作

(<https://www.fda.gov.tw/TC/PublishResearch.aspx?pn=1>)，其著作形式包括原創論文、短訊、綜論等，投稿之著作係經由食品藥物管理署成立之食品藥物研究年報編輯小組及審查委員審查後決定是否通過，網站中提供審查通過著作之免費全文下載，使用者可依個別興趣進行相關議題之查詢(圖 6-2-5)。



衛生福利部食品藥物管理署
Food and Drug Administration

公告資訊 機關介紹 業務專區 法規資訊 便民服務 出版品 政府資訊公開 個人化服務

目前位置：首頁 > 期刊 > 食品藥物研究年報

分類：全部 區域檢索：請輸入關鍵字 搜尋

序號	分類	標題	更新日期
1	第7期	食品藥物研究年報投稿須知	2017-02-15
2	第7期	食品藥物研究年報第七期勘誤說明	2017-02-08
3	第7期	食品藥物研究年報 第七期目錄	2017-01-17
4	第7期	以QuEChERS法搭配液相及氣相層析串聯質譜儀建立動物產品中農藥多重	2017-01-17
5	第7期	食品中反丁烯二酸二甲酯殘留之檢驗方法探討	2017-01-17
6	第7期	膠囊錠狀食品中褪黑激素(melatonin)檢驗方法之探討	2017-01-17
7	第7期	104年度市售畜禽水產品中動物用藥殘留監測	2017-02-08
8	第7期	104年度市售農產品殘留農藥監測	2017-01-17
9	第7期	104年度市售蔬果植物類重金屬鉛及鎘含量監測結果	2017-01-17
10	第7期	104年度市售奶嘴及塑膠類嬰兒奶瓶之衛生安全監測	2017-01-17

圖 6-2-5 食品藥物管理署藥物食品研究年報之資料搜尋

第七章 結論與建議

第一節 我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰

一、衛生醫療政策各領域之特質：

- (一)健康照護：健康照護之特性為改善醫療水平、減少健康不公平、滿足民眾需求、增加效率，並兼具提供健康照護服務、資源形成與管理、降低生病就醫民眾之財務風險之功能。
- (二)健康促進：健康促進之特性，係為一個全面的社會和政治進程，其可透過增能賦權(empowerment)的方式，使民眾自主改善健康，不僅包含加強個人技能和能力的行動，亦包含改變社會、環境和經濟狀況的行動。
- (三)疾病管制：疾病管制之特性，係為透過公私協力及跨國共同合作於預防、抵禦和控制疾病的國際傳播相關體系及管制措施，以及公共衛生應變措施(參考 IHR 第 2 條)，且具有全球性、跨領域性、及時性、不確定性、資訊公開透明，且投入資源具不可逆及長期性等特質。另 WHO 提供疫情通報規範，應秉持一致性、及時性、卓越性及透明公開等四大原則，以達成偵測、辨認、評估、通報與協助之目的。
- (四)食品藥物管理：食品藥物管理之特性，係為基於健康風險評估及科學實證之管理機制，其中食品管理需兼顧健康風險低及國民營養，另藥物管理需確保治療或預防疾病之效益遠大於其健康風險。另食品防護為建構一個以食品品質與安全為基礎的食品防護平台，用以優化食品品質與安全環境，並保護食品避免遭受摻假以及不可預期的或蓄意的污染或危害；藥品之管理係包含藥物之完整供應鏈，製造輸入階段著重於療效與安全的確保、上市前階段需嚴格控管藥品之品質、上市後階段則需對藥品流通進行監督。

二、衛生醫療政策各領域之問題：

- (一)健康照護：由於人口快速老化、多重慢性病人口增加等問題，我國目前健康照護政策面臨服務輸送體系的重新定位與形塑、協調整合、服務轉銜、建立以病人安全為核心之醫療服務、配合科技發展趨勢建立智能醫療服務、中央與地方跨單位及部會之工作協調、醫事人力招募及留任不易、偏遠地區醫療資源之不足與不均等問題與限制。
- (二)健康促進：2015 年各類死因中因慢性疾病所導致者已佔近七成，我國健康促進政策面臨各族群存在不同健康問題、弱勢族群與健康不平等缺乏以實證為基礎的篩檢工具、服務使用情形及品質仍需持續強化、相關研究及方案未能整合亦未能完全與國家政策呼應、缺乏跨單位或公私部門之協商平台、民眾健康知能尚待提升(如癌症篩檢、安寧療護、口腔健康等)、經費不足、人力困窘等問題與限制。
- (三)疾病管制：為因應國際交流、旅遊頻繁、引進外籍勞工等因素，造成境外移入傳染病機會大增，目前疾病管制政策於新興資訊與技術的取得及導入、整備與應變機制及能量、多元化監測機制、疫情資訊之橫向及縱向整合、傳染病之預警能力及防疫效能、病患收治機制與量能及品質、生物醫藥研發、愛滋防治、防疫經費及資源到位、人力量能等方面皆面臨諸多限制
- (四)食品藥物管理：為因應食品藥物之多樣性，且安全管理必須重視原料、運輸、製造、保存至購買等面向，我國之食品藥物管理政策於跨部會合作機制、管理及服務量能、源頭、生產與供銷鏈品質之全面監控、市場查驗機制、法規標準增修及檢驗方法建立、經費足夠性、人力量能及人才留聘等面向皆有待改善提升。

三、衛生醫療政策各領域之挑戰：

- (一)健康照護：高齡少子女化趨勢將使人口結構轉型速度加快，相對地衍生勞動力減少、扶養負擔加重、家庭結構多元、照顧需求增加等課題；社

會型態與生活環境快速變化，加上極端氣候變遷、天災及重大事件的發生，引發民眾對災害防救、緊急應變與心理健康的需求與日俱增；健保財務缺口擴大；不同層級醫院呈倒金字塔發展，將增加健保財務負擔；急性後期照護與安寧療護皆應朝居家及社區化照護發展；全民健康保險資源有限，研議減少無效醫療相關策略及其配套措施將是未來一大挑戰；偏遠地區醫療及照顧資源分布不足及醫事人員羅致困難；社區健康照護能量薄弱；缺乏以強化社區基層醫療為導向的有效政策；醫療體系的「水平與垂直整合」缺乏中央與地方衛生主管機關之積極介入；門診論量計酬支付制度應走向論質或論人計酬發展；住院論量計酬支付應朝向前瞻性支付制度(Prospective Payment System, PPS)發展；民眾對醫療及健康照護之高品質及符合公平正義期待。

(二)健康促進：國人生活型態改變將導致慢性病人口增加；人口老化是目前世界各國共同面臨的變遷經驗；癌症發生率及死亡率的增加將帶來沉重的醫療負擔；「預防勝於治療」的觀念已日益受重視；活躍老化將是已開發國家面對高齡社會所提出的策略。

(三)疾病管制：社會變遷及生活型態改變將影響疫病流行特性；自然環境的改變將帶來防疫新挑戰；我國與登革熱及結核病高負擔之東南亞國家交流日益密切，使我國急性傳染病及結核病防治工作日益嚴峻；交通便捷、國際交流頻繁等因素，新興傳染病不斷出現且跨地域傳播全球化速度明顯增快；防疫物資之定量儲備不易；流感大流行之病毒及流行病學特徵、傳播模式、疾病嚴重度等防疫政策訂定之基礎訊息已難以預測，威脅將日益增加；建立本土之風險評估機制將為未來各國之潮流及趨勢；疾病已無國界，防制亟需藉重國際合作以達事半功倍之效；生物恐怖攻擊的威脅及衝擊逐年提升。

(四)食品藥物管理：重大食品衛生事件重創我國食品產業發展生機；食品攪

偽情形及新興產品衍生問題嚴重；醫藥產品推陳出新，我國藥政管理與國際偶有落差；藥物濫用與成癮日趨惡化。

第二節 建立衛生醫療類別各領域社會發展計畫審議原則及參考績效指標

本研究將衛生醫療領域區分為健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等四大議題，針對審議原則擬訂，係透過文獻探討蒐集國內外相關資料、配合專家意見收集與焦點座談會之討論及意見交換，於彙整多方資訊後進行研擬。國外資料以 WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康 2016 年報、美國健康國民 2020 白皮書等各國關注之健康議題擬定，國內資料則以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定。

針對績效指標之研擬，本研究係收集澳洲健康 2016 年報、美國健康國民 2020 白皮書、歐洲核心健康指標、OECD 健康照護品質指標、美國 AHRQ 醫療品質指標、WHO 全球參考 100 項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊後，並結合專家學者建議，分別針對健康照護、健康促進、疾病管制、食品藥物安全管理等四大議題提出參考用績效指標，然考量各領域計畫之重點及發展方向仍存在差異性，因此建議未來針對細部績效指標之擬訂仍應依計畫重點而調整，並可參考上述各國之重點績效指標及其定義。

一、 共通性審議原則建議

本研究參考中長程計畫書之撰寫格式，將計畫審議內容及步驟區分為六個部分：未來環境預測及問題評析、現行政策方案檢討、計畫目標、執行策略及方法、預期績效指標及評估基準、期程與資源需求(圖 7-2-1)；針對共通性審議原則，係依序審議內容及步驟進行擬訂，並詳列其原則說明，並彙整專家學者之相關建議後進行修訂；另考量健康照護、健康促進、疾病管制、食品及藥物安全等四大領域各有其需關注之重點議題，且尤須針對其重點議題強化計畫執行策略及方法之規劃，並使計畫中之預期績效指標及評估基準與策略方法相扣連，故於執行策略及方法、及預期績效指標及評估基準兩部分，另進一步依健康照護、健康促進、疾病管制、食品及藥物安全等四大領域進行細緻之審議原則規劃，期可用作審議者之相關參考及提醒(表 7-2-1)。

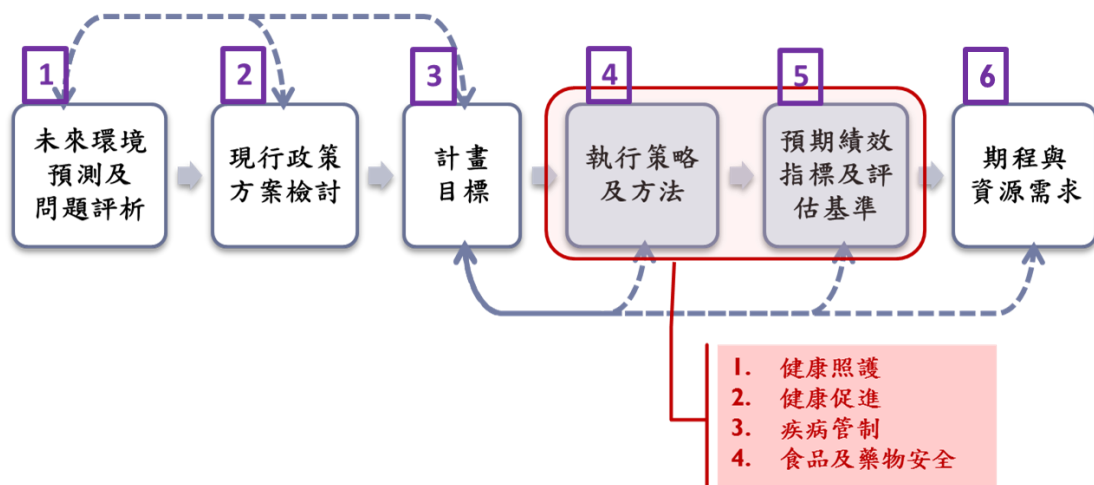


圖 7-2-1 衛生醫療類別社會發展計畫之審議內容及步驟

表 7-2-1 衛生醫療類社會發展計畫之共通性審議原則草案

審議原則	說明
一、明列計畫依據並預測未來環境	<p>(一) <u>明列政策依據</u>：述明依 WHO 政策、國家政策、總統政見、或行政院重大施政決策等作為方向。</p> <p>(二) <u>釐清健康問題</u>：進行未來環境預測及現況問題評析，評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等特定族群)的變化，<u>透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析</u>，釐清或預測未來重要之健康問題。</p> <p>(三) <u>回應社會需求</u>：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。</p>
二、盤點現行衛生醫療資源並檢討執行成效	<p>(一) <u>盤點現行衛生醫療資源</u>：評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。</p> <p>(二) <u>探討現行衛生醫療政策執行成效</u>：瞭解現行相關計畫之發展及執行成效，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。</p>
三、配合期程以訂定具體與完整之計畫目標	<p>(一) <u>計畫目標應清楚具體明確、具前瞻性、全面性，並可回應社會變遷趨勢</u>：需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題，如全民健康覆蓋、改善健康服務的公平性、以人為中心的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化粧品安全、改善衛生機關的能力及當責性等。</p> <p>(二) <u>目標規劃需具備有效性、可近性、連續性、回應性、效率和可持續性等內涵</u>。</p> <p>(三) <u>計畫目標應符合減少失能和死亡、延長民眾壽命之精神</u></p>
四、擬定實證與整合導向政策	<p>(一) <u>發展證據導向之最適化政策</u>：收集國內外資料，建立實證確知(evidence-informed)導向、且依成本效益分析所擬定之最適化政策；依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。</p> <p>(二) <u>廣納利害關係群體意見</u>：主動與政策利害關係群體溝通，並將策略優劣點傳達給利害關係團體。設計透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，將策略之優劣點等訊息充分傳達給利害關係者，參考利害關係群體的意見，規劃或調整相關措施，利害關係者應包含中央和地方政府與機構、民間團體、健康醫療照護提供者及發展夥伴等。</p>

(三) 執行策略應緊扣計畫目標：計畫執行策略與方法之擬定，應能具體達成計畫目標，能具體解決社會問題；另延續性計畫應先辦理前期實施成效政策評估據以規劃。

(四) 強化跨部會與跨單位整合機制：考量衛生醫療類計畫多須跨領域合作，若須由各部會或單位依其權責辦理，則應於計畫送審前請行政院召開跨部會會議，以提出具體之分工組織架構、協調機制、及運作模式，並於計畫中載明，必要時得於審議過程中請行政院再次召開，以確保分工可確實執行，並發揮計畫整合綜效。

五、訂定關鍵績效指標 計畫應訂定具體、與計畫目標關聯之量化績效指標、衡量標準及分年度目標值，且績效指標宜以結果為導向為佳，成效方向亦須明確，以利評估計畫執行成效；針對延續性或關聯性計畫應強調其執行情形、及績效指標達成度，衡酌持續辦理之必要性或預先規劃退場機制，並針對提前達標之績效指標訂定替代指標。

六、計畫經費編列與財務規劃需合理可行 (一) 計畫中須有符合實際的預算架構和資金預測，單位金額及數量皆須明確載明，並依照工作項目、執行年度等進行妥適之資源分配及規劃，當該計畫未得到充分財源，應存在配套方案或可依策略總體目標擇要執行的機制。

(二) 合理配置衛生專業人力：擬訂合理之人力配置標準及留任措施(如：員工福利等)，並改善其勞動條件，確保合理的工作負擔，以利達成計畫預定目標。

二、各領域之審議原則及績效指標建議

針對各領域之相關計畫，其計畫整體架構除應符合「共通性審議原則」外，另亦需依其計畫特性參酌本計畫所增列之各領域審議原則進行計畫書之撰寫(表 7-2-2、7-2-3、7-2-4、7-2-5)，考量各計畫所關注之重點議題存在差異性，故審議原則僅需擇計畫涉及之相關議題始適用。

在績效指標的部分，本研究針對四大議題之審議原則進行績效指標之建議，其選擇方式係參酌國內外常用之衛生醫療類績效指標，涵蓋「照護品質」、「照護可近性」及「照護成效」等三面向，考量「重要性」、「科學性」及「可行性」之原則、並結合專家學者建議所擬訂。在「重要性」的部分，本計畫所羅列之績效指標多參考自國外常見之醫療衛生網站、並參酌專家學者及業務單位代表之意見後而提出，不但可呼應目前四大領域之重要議題，亦可反映健康狀態及健康成本情形；在「科學性」的部分，由於該指標皆廣被各國所參考使用，因此不論於測量之信度及效度、亦或是測量之邏輯與穩定性，皆存在實證參考依據；在「可行性」的部分，本計畫所建議之績效指標多參考自先進國家或國際衛生組織之最新醫療衛生相關報告及網站，針對指標之年度變化趨勢、操作型定義、計算公式、或衡量基準等相關資訊皆有明確說明，可提供業務單位未來參考及指引之來源。然考量績效指標需依計畫重點及方向不同而調整，因此僅針對四大議題之審議原則大項列出部分常見且重要之績效指標，未來業務單位擬訂中長程計畫時，建議可持續蒐集國內外常用之衛生醫療類績效指標，擬訂具體、與計畫目標關聯之量化績效指標、衡量標準及分年度目標值，且績效指標宜以結果為導向為佳(表 7-2-6)。

表 7-2-2 衛生醫療類社會發展計畫之「健康照護」領域審議原則草案

審議原則	說明
<p>一、<u>健康照護體系應提升照護服務品質(涉及本議題始適用)</u></p>	<p>(一) <u>確保健康照護輸送體系之連續性及效益性</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>進行資源重分配，提高經費運用效益</u>：盤點現行健康照護資源之配置情形，強化資源配置之合理性及社會可接受度。 2. <u>提升服務輸送效率，縮短城鄉差距</u>：調查健康照護資源分布及民眾健康需求等資料，發掘健康照護服務供需失衡之處，透過誘因機制及其配套措施、資通訊科技之運用及強化等平衡供需方法。 <p>(二) <u>確保健康照護品質應全面且優質</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>透過健保給付方案設計及相關政策之研擬，發展可解決不同人口群健康照護問題之策略</u>：特別是弱勢群體(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等)。 2. <u>透過品質管理方法及資通訊科技之運用及強化，確保病人安全並提升服務效率</u>：透過異常事件管理、根本原因分析等方式，發掘病人醫療過程中所遭受之不良結果或傷害事件，據以研擬矯正或改善措施。 3. <u>確保醫療執業環境之優化</u>：透過避免以刑法判例醫療糾紛案件、減少防禦性醫療、檢視醫療照護人力規劃政策與醫院評鑑指標，改善醫療照護人力之執業環境。
<p>二、<u>降低由疾病所引起之失能和死亡(涉及本議題始適用)</u></p>	<p>(一) <u>監測疾病死亡率和存活率改善趨勢</u>，提高對疾病流行病學變化趨勢之瞭解</p> <p>(二) <u>降低可避免之醫療利用(如住院或急診等)及死亡情形</u>，以研擬更佳之照護模式。</p> <p>(三) <u>透過預防及具成效之方案措施，改善罹病者後續衍生之心理健康問題，並獲得適當的高品質心理衛生服務</u>。</p> <p>(四) <u>減少癌症、罹患慢性病、物質濫用等個案之不良照護結果</u>，改善生活品質。</p>
<p>三、<u>建構以個案為中心之整合照護模式(涉及本議題始適用)</u></p>	<p>(一) <u>確保服務輸送之無縫銜接且須兼顧效率</u>：檢視個案於服務輸送體系之現況及可能發生之問題，包含照護管理模式及流程、改善疾病管理及預防計畫等，避免服務片斷化。</p> <p>(二) <u>確保醫療服務據點之便利性，並整合社區及居家照護</u>：調查醫療服務資源分布及民眾健康需求等資料，發掘醫療服務供需失衡之處，整合運用醫療資源調度及資源重新配置、公私協力、全民健康保險給付制度調整及資通訊科技等。</p> <p>(三) <u>協調整合多重慢性病或失能個案之照護服務</u>：尊重個案之價值喜好與表達需求，並協調整合其照護內容，提供個案生理、心理、社會上之必要支持。</p> <p>(四) <u>發展重大傷病之以個案為中心的照護模式，減少無效醫療情形</u>：透過臨床醫生及其個案和家庭成員間的有效溝通，以達成與個案價值一致的醫療決策(如安寧療護、預立醫囑、拒絕心肺復甦術、減少無效醫療等)。</p>

表 7-2-3 衛生醫療類社會發展計畫之「健康促進」領域審議原則草案

審議原則	說明
<p>一、<u>發展群體健康前端預防政策(涉及本議題始適用)</u></p>	<p>(一) <u>提升健康促進效能降低罹病風險</u>：針對國人健康行為進行調查，並彙整國外創新之健康保護因子相關資訊，透過健康飲食及適切生活、運動、身體活動、正向思考、韌性訓練等健康生活型態，維持健康生理及心理，達到健康促進和減少疾病風險。</p> <p>(二) <u>有效運用政府與民間資源</u>：盤點現行健康促進資源(含硬體及軟體設備)之配置情形，整合運用政府及民間資源，並結合行為科學等技術，且兼顧不同場域、文化、生活習慣等差異，推動因地制宜之健康促進策略。</p> <p>(三) <u>發展涵蓋個人及社會決定因素之健康促進政策</u>：於政策發展過程除納入個人風險因素外，亦需重視社會決定因素對個人健康及選擇之影響，如社會階級、壓力、早期發育環境、社會離棄、工作環境、失業、社會支援、成癮問題、食物及交通等。</p> <p>(四) <u>降低影響健康負面因子</u>：其內涵包括重視<u>意外傷害和暴力</u>、<u>菸草使用和二手菸暴露</u>、<u>心理或精神疾病預防</u>、<u>物質濫用預防</u>、<u>口腔和顱面疾病預防</u>等議題。</p>
<p>二、<u>降低疾病發生風險(涉及本議題始適用)</u></p>	<p>(一) <u>透過良好篩檢工具及執行策略以減少疾病發生或死亡</u>：參酌國外新興資訊、國內流行病學研究成果與疾病篩檢成效之分析結果，瞭解民眾健康狀態（指健康與健康失調，如疾病、傷害、殘障和死亡的存在與否）和健康事件（指疾病、傷害、殘障和死亡的發生與否）之分布情形、決定因素及控制方法，透過以證據為基礎的良好篩檢工具及執行策略，以早期發現疾病，進而接受早期治療。</p> <p>(二) <u>落實健康行為以避免疾病併發症的流行</u>：透過定期之健康調查及研究，瞭解民眾之飲食、運動、生活等習慣，透過有效介入方案以降低肥胖盛行率。</p> <p>(三) <u>強化疾病潛在個案的初級健康照護</u>：針對罹病高風險族群進行追蹤及管理，提高其健康促進知能及行為等。</p>
<p>三、<u>提升特定族群健康福祉(涉及本議題始適用)</u></p>	<p>(一) <u>改善特定族群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等)之健康不平等</u>：如心理健康促進（如溝通、團隊領導、互助合作、自信心培養等）、減少發病率和死亡率、懷孕健康和行為、孕期健康和行為、產後健康和行為、嬰兒照護、失能和其他損傷、健康服務等政策。</p> <p>(二) <u>強化特定族群的健康發展、健康、安全和福利</u>，如預防未成年懷孕、校園暴力、犯罪、網路成癮、物質濫用、愛滋病毒等。</p>

表 7-2-4 衛生醫療類社會發展計畫之「疾病管制」領域審議原則草案

審議原則	說明
<p>一、<u>建構傳染病篩檢及通報機制</u> (涉及本議題始適用)</p>	<p>(一) <u>建構早期風險預警機制</u>：蒐集分析各類傳染病之傳染途徑等特性資料及其易感染族群，整合運用醫療機構通報機制、旅遊醫學、旅遊警示、流行病學調查、資通訊科技及新興篩檢技術等，建構各傳染病流行趨勢監測機制。</p> <p>(二) <u>建立傳染病防治訊息傳遞網絡</u>：掌握時效以通知醫療及衛生人員有關 WHO 或先進國家最新發布相關傳染病防治相關技術指導，提升疑似感染個案通報效能及醫療品質，另將必要資訊儘速傳達予民眾，以加強民眾自我防護措施。</p> <p>(三) <u>強化公衛基礎網絡</u>：透過傳染病公共衛生基礎網絡之強化，進行全面性傳染病監測。</p>
<p>二、<u>擬訂及推動傳染病防治策略</u> (涉及本議題始適用)</p>	<p>(一) <u>提升傳染病防治網絡之效能</u>：致力於技術的進步，並確保國家、社區、學校、地方公共衛生部門、醫療院所、照顧機構、和非政府組織皆為國家控制傳染病蔓延之強而有力夥伴。</p> <p>(二) <u>傳染病防治策略需有國際視野</u>：訂定符合國際規範之傳染病防治策略，並依風險預測及時採取適切之檢疫及防疫作為，依據國際衛生條例(IHR)、世界衛生組織(WHO)相關傳染病防治指引及全球防治策略之傳染病防治策略；另依世界衛生組織疫情 IHR 應變委員會議結論及國內傳染病風險預測結果，及時採取適切之檢疫及防疫作為。</p> <p>(三) <u>建構完整有效之緊急應變機制</u>：藉由完善人才訓練、加強國際交流、新興科技及資通訊科技之應用等多元策略，精進傳染病流行病學調查分析，依風險預測結果，及時透過跨部會合作及公私協力機制，推動適切之傳染病防治相關措施，以及疫情緊急應變相關機制。另賡續精進人才訓練、演練及品質管理等作為。</p> <p>(四) <u>發展實證化與在地化之傳染病防治策略</u>：發展以科學實證為基礎的臨床與社區服務、公共衛生圍堵手段，並建立決戰境外、邊境檢疫、社區防治及醫療體系保全等四道防線，以預防和治療傳染病。</p> <p>(五) <u>防疫技術作為應有風險評估機制</u>：防疫作為及其物資整備應基於風險評估或風險預測，並確認新的診斷技術、治療方式、藥品、疫苗及預防技術可有效運用資源達成計畫目標及預期效益後，始納入計畫，例如運用健康科技評估之方法或原則進行評估或小規模試辦計畫，抑或參酌國際組織及先進國家相關報告，始導入新傳染病之診斷技術、治療方式、藥品、疫苗及預防技術。</p> <p>(六) <u>傳染病防治策略擬訂應納易感受族群</u>：分析易感受族群之特性及其行為，據以擬訂相關傳染病防治策略，例如調整篩檢策略或治療模式，於必要時，研議及推動除罪化相關措施及其配套措施。</p> <p>(七) <u>國際情勢應列入考量</u>：考量氣候變遷、國際旅客變化、國際或周邊國家疫情變化及人口老化對傳染病防治影響，據以檢討修正相關策略。</p>

表 7-2-5 衛生醫療類社會發展計畫之「食品及藥物管理」領域審議原則草案

審議原則	說明
<p>一、確保食品及原料之安全 (涉及本議題始適用)</p>	<p>(一) <u>檢視食品及原料於輸入、生產、製造、倉儲、流通、販售到消費等各階段之健康風險評估結果及安全管理策略之對應性，並依據風險分級訂定管理策略</u>，其中食品健康風險評估須建立在完善的食品及其原料監測數據、國人攝食資料、有害物質之毒理分析及劑量反應數據、健康危害等資料庫，及完善的風險評估人員培育機制。</p> <p>(二) <u>研訂產品全生命週期之高風險食品安全管理策略</u>：分析民眾使用量、食品潛在健康風險、抽驗不合格率及國內外食品安全警訊等因素，選定需加強管理之高風險產品品項，提升農、畜、水產品及食品之溯源及流通管理之整合性，整合運用農、畜、水產品溯源追蹤管理、食品製程管理、管理系統驗證制度、資通訊科技及跨部會資源等。</p> <p>(三) <u>適時導入新興科技管理措施或業者輔導機制，以掌握資通訊科技及食品加工科技之發展與運用情形</u>。</p> <p>(四) <u>提升法規及管理機制與國際調合程度，且策略應符合源頭管理為主，流通管理為輔之國際安全管理機制</u>。</p> <p>(五) <u>促使食品業者落實食品安全自主管理</u>：策略應藉由政府、業者及消費者共同合作。</p> <p>(六) <u>擬訂適切之食品安全管理措施及教育宣導策略</u>：通盤考量易感受族群之食安風險及新興傳播媒體發展趨勢等，並採分眾宣導及有效觸及目標族群之宣導策略，提升民眾正確食品風險認知及正確選購食品之能力。</p> <p>(七) <u>藉由利害關係人溝通等方式，分析及檢討食品安全事件，據以建立事前預防、事中因應及強化溝通協調等風險管理、風險溝通及危機處理機制</u>。</p>
<p>二、確保藥物之安全及品質 (涉及本議題始適用)</p>	<p>(一) <u>檢視藥物開發、臨床試驗、上市申請、量產、運銷、上市後、使用等各階段之健康風險評估結果及安全管理策略之對應性，並依據風險分級訂定策略</u>，健康風險評估應包括：藥物不良反應通報與不良品通報資料分析、藥品與其原料監測資料、國人用藥行為調查、藥品療效不等通報、新藥上市後風險管理計畫資料、醫療處方或調劑指引的制定、國際藥物安全訊息及藥物科技發展資訊蒐集等資料。</p> <p>(二) <u>落實「藥物上市前後管理並重」之國際藥物安全管理機制及策略</u>，通盤審視管理法規及機制與國際調合程度。</p> <p>(三) <u>擇定特定新興產品品項，提升新興藥物審查及業者輔導量能，並建立國內管理規範</u>：掌握國際及先進國家之新興生技藥品、高階醫療器材、再生醫學及智慧醫療等科技發展趨勢及產品管理規範，並分析國內醫療需求及產業發展趨勢等。</p> <p>(四) <u>提升藥物上市前管理及上市後流通管理之整合性</u>，整合運用臨床前試驗及臨床試驗之品質管理、提升產品審查效能、製程管理技術、產品運銷管理、產品上市後安全及品質監控資料回饋檢討產品上市前審查規範、管制藥品</p>

流向管理及稽查等，透過資通科技之發展及掌握，確保製造及運銷等數據資訊之正確及完整性，以研訂全產品生命週期藥物安全管理策略。

- (五) 藉由利害關係人溝通等方式，分析及檢討藥物安全事件：針對藥品之使用安全，建立事前預防、事中因應及強化溝通協調等風險管理、風險溝通及危機處理機制。
 - (六) 透過公私協力，提升國內藥物安全及品質監控機制、醫療院所通報不良事件機制、國際藥物安全警訊監視機制、藥物使用流行病學調查等之整合性及效能，強化藥物風險監視及建立完善的預警機制。並依前開藥物安全風險訊息，研定流通管理措施及分眾分群用藥安全宣導策略。
-

表 7-2-6 衛生醫療類社會發展計畫之各領域審議原則及績效指標草案

四大領域	審議原則草案	績效指標草案
健康照護	一、 健康照護體系應提升照護服務品質	<ul style="list-style-type: none"> •急診等待時間 •醫療保健服務之公平性、民眾取得藥品之可近性 •術後傷口感染情形 •每人每年平均就醫情形 •每萬人口病床/醫事人員數(全國、六大區、縣市、次醫療區)
	二、 降低由疾病所引起的失能和死亡	<ul style="list-style-type: none"> •標準化疾病發生率/死亡率/自殺死亡率 •民眾心理困擾情形 •有酒精長期危害的成年人的比例 •不安全的針頭共享 •改善預防和治療藥物濫用，包括麻醉藥物和酒精之不當使用 •透過預防和治療減少非傳染性疾病之過早死亡 •可避免之死亡及住院情形 •超長住院及再住院率 •癌症延遲診斷/治療情形
	三、 建構以個案為中心之整合照護模式	<ul style="list-style-type: none"> •民眾失能情形 •自我評估的健康狀況 •糖尿病/氣喘/精神疾病等慢性病個案定期返診追蹤之情形 •全面實施 DRGs 制度 •DNR 簽署率 •社區居家安寧涵蓋率
健康促進	一、發展群體健康前端預防政策	<ul style="list-style-type: none"> •規律且足量之身體活動 •健康識能 •水果和蔬菜攝入/水果消費/蔬菜消費 •身體質量指數測量 •肥胖和超重的比例(兒童、成人) •兒童牙齒塗氟率
	二、降低疾病發生風險	<ul style="list-style-type: none"> •因受傷和中毒之住院治療情形 •可避免門診/急診/住院 •早期診斷乳腺癌/子宮頸癌/結腸癌 •發育遲緩兒童的早期介入 •乳腺癌/子宮頸癌/結腸癌篩檢 •癌症存活
	三、提升特定族群健康福祉	<ul style="list-style-type: none"> •美好生活指數/幸福感 •出生率/低出生體重嬰兒的比例 •降低唐氏症嬰兒之 1 年死亡率 •降低兒童齲齒盛行率 •懷孕婦女第一次產前檢查的時間 •孕婦產前檢查至少八次的服務利用率 •降低女性的子宮剖腹產率 •降低自殺或傷害死亡率

表 7-2-6 衛生醫療類社會發展計畫之各領域審議原則及績效指標草案(續)

四大領域	審議原則草案	績效指標草案
疾病管制	一、建構傳染病篩檢及通報機制	<ul style="list-style-type: none"> •性傳播感染和血源性病毒(如梅毒、愛滋病毒、B 型肝炎、C 型肝炎、淋病)的發生率 •每十萬人死亡率最高的五大傳染病 •傳染病的危險因素 •每十萬人口的結核病發病 •每 1000 名未感染人口的愛滋病新增病例
	二、擬訂及推動傳染病防治策略	<ul style="list-style-type: none"> •國民免疫率 •兒童疫苗接種情況 •老年人流感疫苗接種率 •減少急性與新興傳染病、流感、結核病和愛滋病之威脅 •結核病治療成功率(新病例%)
食品及藥物管理	一、確保食品及原料於輸入、生產、製造、倉儲、流通、販售到消費等各階段之安全	<ul style="list-style-type: none"> •食品安全調查不合格比例 •稽查已立案食品工廠之嚴重缺失比例 •食品製造之安全機制是否符合國家法規 •食源性疾病處理完成率 •已立案食品工廠建立自主管理制度之情形 •民眾對食品安全之正確認知率 •針對民眾之風險溝通情形
	二、確保藥物開發、臨床試驗、上市申請、量產、運銷、上市後、使用等各階段之安全及品質	<ul style="list-style-type: none"> •藥品產業之審查及專業量能 •高風險藥物不良反應之風險管理執行情形 •藥物及化粧品品質異常事件後續處理之成效 •民眾對藥品安全之正確認知率(如減少非正確用藥、廢棄藥品處理、過度使用藥品情形) •廣告不合格率 •針對民眾之風險溝通情形

三、衛生醫療類社會發展計畫之審議機制建議

有鑑於業務單位反應於計畫審議過程中，常面臨跨部會與跨單位之協調機制存在困難、計畫成效難以用量化或結果性指標呈現、計畫核定經費不如預期等困境，為解決業務單位撰寫計畫所面臨之問題，並提升國發會審議中長程計畫之效益，本計畫提出以下幾點建議：

(一)針對業務單位：

1. 建議於計畫中強化具實證資料支持之相關策略，並於經費編列時述明單位金額及數量，以提供主計總處核定經費之參考。
2. 當計畫實際核定經費未達預期，建議業務單位可酌修計畫書內容以符合實際經費現況，並進行報部備查，另建議可思考當計畫未得到充分財源時，存在配套方案或可依策略總體目標擇要執行機制之可行性。

(二)針對國家發展委員會：

1. 除目前針對中長程計畫所設計之「中長程個案計畫自評檢核表」外，建議可將計畫審議原則之審議項目以勾選方式呈現，提供業務單位進行計畫書撰寫之檢核及參考用途。
2. 針對計畫審議委員提供事前教育訓練，以提升各領域委員審議衛生醫療類社會發展計畫之品質。
3. 思考於其他類別的社會發展計畫納入健康影響分析之可行性，以提升各領域對衛生醫療議題之關注及重視。

第三節 盤整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫

本研究收集彙整國內外常見之衛生醫療照護網站及資料庫，以評估其使用於衛生醫療類社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性。藉由檢視可用以衛生醫療類別社會發展計畫審議原則參考、或測量關鍵政策評核指標之統計資料或政府公務資料庫，將可做為業務單位進行相關計畫規劃、評核，以及國家發展委員會等審議單位審議計畫及評估計畫成效之工具參考。

1. 亞洲太平洋經濟合作會議之 Stats APEC :

http://statistics.apec.org/index.php/apec_psu/index

2. 世界衛生組織之 WHO-100 Core Health Indicators :

<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>

3. 世界衛生組織西太平洋辦事處之衛生指標資訊平台(Health Information and Intelligence Platform, HIIP) :

<http://hiip.wpro.who.int/portal/Indicatorsmetadata.aspx>

4. 世界衛生組織東南亞區域辦事處之 Core Health Indicators (CHIs) :

http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/chi_2014/en/

5. 經濟合作暨發展組織之 OECD.Stat :

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_ST

6. 永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs) :

<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>

7. 世界銀行之 World DataBank :

<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&Topic=8>

8. 亞洲開發銀行之 Key Indicators for Asia and the Pacific 2016 :

<https://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2016>

9. 聯合國毒品和犯罪問題辦公室之 UNODC Statistic :

<https://data.unodc.org/#state:1>

10. 聯合國愛滋病規劃署之 GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING

11. 衛生福利部統計處衛生福利統計專區：

<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-1714-113.html>

12. 中華民國統計資訊網之「全國統計資料」：

<http://www.stat.gov.tw/np.asp?ctNode=3609&mp=4>

13. 衛生福利部疾病管制署統計資料：

<http://www.cdc.gov.tw/submenu.aspx?treeid=1f07e8862ba550cf&nowtreeid=1f07e8862ba550cf>

14. 衛生福利部國民健康署之健康監測與統計資料：

<http://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=62>。

15. 衛生福利部食品藥物管理署藥物食品研究年報資料：

<http://www.fda.gov.tw/TC/PublishResearch.aspx>。

參考文獻

一、中文文獻：

台灣食品高峰會(2016a)。緣起及舉辦目的。2017/01/23 擷取自

<http://www.twfss.org/tw/aboutus.html>

台灣食品高峰會(2016b)。我國食安現況。2017/01/23 擷取自

<http://www.twfss.org/tw/report/post/5>

行政院(2015)。行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點。台北：行政院。

吳肖琪、陳欣(2015a)：老年照護醫師人力的未來發展。台灣老年醫學暨老年學雜誌；10(3)，146-158。

吳肖琪(2015b)：建立健保支付與醫院評鑑連結之效益評估機制。衛生福利部 103 年科技研究計畫：國立陽明大學。

吳肖琪(2016)：完善高齡者健康促進與生活品質提升之整合性照顧服務。國土及公共治理季刊；4(1)，43-52。

黃松林、許秀月(2006)。社區照顧哲學觀點與健康促進實務：社會福利專題研習教材(第 12 輯)。台北：內政部社會福利工作人員研習中心。

黃俐嘉(2017)：台灣藥品安全監視之發展與前瞻。台北：藥品安全監視研討會。
http://www.tdrf.org.tw/ch/02_affair/aff_01_main.asp?bull_id=6351

點亮台灣(2015)：2016 總統大選蔡英文醫療政策主張。<http://iing.tw/posts/56>

廖啟成(2016)：讓專業為專業把關—談食品安全與企業自主管理。清華大學食安論壇_會議綜述。

<http://www.blc.nthu.edu.tw/ezfiles/184/1184/img/2688/848911560.pdf>

衛生福利部(2013)。衛生福利部 103 年度施政目標與重點。台北：衛生福利部。
2017/01/23 擷取自

http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=6&fod_list_no=4253&doc_no=32635.

衛生福利部(2014a)。偏鄉護理菁英計畫。台北：衛生福利部。(2014 年 01 月版本)

衛生福利部(2014b)。衛生福利部 104 年度施政目標與重點。台北：衛生福利部。
2017/01/23 擷取自

http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=6&fod_list_no=4253&doc_no=48993.

衛生福利部(2015)。衛生福利部 105 年度施政目標與重點。台北：衛生福利部。
2017/01/23 擷取自

http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=6&fod_list_no=4

253&doc_no=53871.

衛生福利部(2015a)。辦理重點科別培育公費醫師制度計畫。台北: 衛生福利部。
(2015 年 07 月版本)

衛生福利部(2015b)。第三期國家癌症防治計畫。台北: 衛生福利部。(2015 年 01
月版本)

衛生福利部(2015c)。預防保健服務計畫。台北: 衛生福利部。(2015 年 01 月版本)

衛生福利部(2015d)。106 至 109 年度社會發展綱要計畫草案-衛生福利議題。台北:
衛生福利部。

衛生福利部(2016a)。醫療網第八期計畫。台北: 衛生福利部。(2016 年 07 月版本)

衛生福利部(2016b)。原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期。台北: 衛生
福利部。(2016 年 09 月版本)

衛生福利部(2016c)。國民心理健康促進計畫第二期。台北: 衛生福利部。(2016
年 08 月版本)

衛生福利部(2016d)。國民口腔健康促進計畫草案。台北: 衛生福利部。(2016 年
06 月版本)

衛生福利部(2016e)。行政院第 3509 次會議-全場域推動健康促進之現況與展望。
2017/01/23 擷取自 <http://www.slideshare.net/OpenMic1/20160804-64678290>

衛生福利部(2016f)。充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期計畫。台北: 衛
生福利部。(2016 年 07 月版本)

衛生福利部(2016g)。愛滋防治第六期五年計畫。台北: 衛生福利部。(2016 年 09
月版本)

衛生福利部(2016h)。行政院第 3496 次會議-當前防疫工作挑戰與因應。2017/01/23
擷取自 <http://www.slideshare.net/OpenMic1/20160421-61128540>

衛生福利部(2016i)。中藥品質與產業提升計畫。台北: 衛生福利部。(2016 年 10
月版本)

衛生福利部(2016j)。衛生福利部 106 年度施政計畫。台北: 衛生福利部。
2017/01/23 擷取自

http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/10%E8%A1%9B%E7%94%9F%E7%A6%8F%E5%88%A9%E9%83%A8106%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E6%96%BD%E6%94%BF%E8%A8%88%E7%95%AB_0056387002.pdf

衛生福利部統計處(2017)。歷年醫療院所每萬人口病床數。

<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-3052-12058-113.html>

衛生福利部食品藥物管理署(2016a)。業務介紹。2017/01/23 擷取自

<http://www.fda.gov.tw/TC/siteContent.aspx?sid=34>

衛生福利部食品藥物管理署(2016b)。食安新秩序-食安網絡計畫。台北：衛生福利部食品藥物管理署。(2016年09月版本)

衛生福利部食品藥物管理署(2016c)。藥健康-精進藥物全生命週期管理計畫。台北：衛生福利部食品藥物管理署。(2016年09月版本)

衛生福利部疾病管制署(2015a)。急性傳染病流行風險監控與管理第二期計畫。台北：衛生福利部食品藥物管理署。(2015年05月版本)

衛生福利部疾病管制署(2015b)。新興傳染病風險監測與應變整備計畫。台北：衛生福利部疾病管制署。(2015年04月版本)

衛生福利部疾病管制署(2015c)。我國因應流感大流行準備第三期計畫。台北：衛生福利部疾病管制署。(2015年05月版本)

衛生福利部疾病管制署(2015d)。我國加入 WHO 2035 消除結核第一期計畫。台北：衛生福利部疾病管制署。(2015年05月版本)

二、英文文獻：

- ADB (2016). Key Indicators for Asia and the Pacific 2016. Retrieved from <https://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2016>
- AHRQ (2016a). About AHRQ. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>
- AHRQ (2016b). Prevention Quality Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx
- AHRQ (2016c). Inpatient Quality Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_resources.aspx
- AHRQ (2016d). Patient Safety Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/psi_resources.aspx
- AHRQ (2016e). Pediatric Quality Indicators Overview. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pdi_resources.aspx
- AIHW (2016). Australia's health 2016. Retrieved from <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129555544>
- APEC (2013). Stats APEC. Retrieved from http://statistics.apec.org/index.php/apec_psu/index
- EUROPEAN commission (2013). THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS (ECHI). Retrieved from http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en
- The World Bank Group (2017). World DataBank. Retrieved from <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&Topic=8>
- Medicine, J. H. (2016). Tertiary Care Definition. Retrieved from http://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/pay_bill/insurance_footnotes.html
- OECD (2015). Health at a Glance 2015: OECD INDICATORS. Retrieved from <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- OECD (2016). OECD Health Statistics 2016. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- Physicians practice(2012). Six Characteristics of ‘High-Performing’ Health Systems. <http://www.physicianspractice.com/blog/six-characteristics-%E2%80%98high-performing%E2%80%99-health-systems>
- UN-DESA (2015). Sustainable Development Goals. Retrieved from <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
- UNAIDS (2016). Global AIDS Response Progress Reporting 2016. Retrieved from Geneva:

http://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/global-aids-response-progress-reporting-2016

UNODC (2017). UNODC Statistic. Retrieved from <https://data.unodc.org/#state:1>

US Department of Health and Human Services, O. o. D. P. a. H. P. (2010). Healthy people 2020. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/>

WHO-SEARO (2017). Core Health Indicators (CHIs). Retrieved from http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/chi_2014/en/

WHO-WPRO (2014). Health Information and Intelligence Platform (HIIP). Retrieved from <http://hiip.wpro.who.int/portal/Indicatorsmetadata.aspx>

WHO (1986). Ottawa charter for health promotion.

WHO (1998). Health Promotion Glossary.

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO (2000). The World health report 2000 : health systems : improving performance.

WHO (2008). Core components for infection prevention and control programmes: Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69982/1/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf

WHO (2013). Advancing food safety initiatives: strategic plan for food safety including foodborne zoonoses 2013-2022, 2013.

WHO (2013). Joint Assessment of National Health Strategies and Plans, 2013.

WHO (2015). Global reference list of 100 core health indicators, 2015.

WHO (2016a). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Retrieved from

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>

WHO (2016b). Health promotion-about us. Retrieved from

<http://www.who.int/healthpromotion/about/strategy/en/>

WHO (2017). Health promotion- Organization. Retrieved from

<http://www.who.int/healthpromotion/about/organization/units/en/>

附件一 焦點座談會紀錄

國家發展委員會 105 年度委託辦理 「衛生醫療類別社會發展計畫之調整規劃研究」 「健康照護」焦點座談會議

時 間：民國 106 年 04 月 28 日(星期五)下午十三時三十分

地 點：國家發展委員會濟南路辦公室 703 第一研討室
(台北市中正區濟南路一段 2-2 號 7 樓)

主 席：國立陽明大學衛生福利研究所 吳肖琪教授

出席人員：國立台灣大學健康與管理研究所 江東亮教授
國立台灣大學護理學系(所) 張 媚副教授
國立成功大學政治學系 楊永年教授
國立台灣大學健康與管理研究所 楊銘欽教授
亞州大學健康產業管理學系 戴桂英教授級專業技術人員
國立陽明大學衛生福利研究所 葉馨婷博士後研究員

列席人員：國家發展委員會傅千育視察、
國立陽明大學藥學系許銘能老師、陳一凡研究生、羅于涵研究生

紀錄：陳一凡、羅于涵

會議流程

一、主席報告(詳見會議資料)

二、討論事項

提案一：針對本研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「共通性審議原則」草案進行討論

江東亮教授

➤ 目前之衛生醫療類別分成四大領域，彼此成本效益不相同卻把四個領域框在分配預算，如何打破不同專業間的框架為目前之困境；尤以醫療行為為最迫切需要討論的議題，如何控管無效醫療之費用實屬未來需解決之難題，建議以以下兩大原則思考：

◇ 預防勝於治療

- ✓ Health Government：衛生福利部部內間之溝通
- ✓ Government for Health：跨部門溝通，一致前、中、後端預防策略

◇ 限制與理想間取得平衡

- ✓ Evidence-based：三項核心價值，事實、價值、利益做為解決問題的方法
- ✓ Path dependence：基礎價值與創新間如何取得平衡，並確定政策目標與效益不變

主席回應

➤ 國外已開始思考將費用著重在前端預防，適度的調整可達到更加的成本效益，但仍需由衛福部內部協調、達成共識。

戴桂英教授級專業技術人員

➤ 針對共通性審議原則細部說明，建議如下：

◇ 本研究目的為訂定較佳的 KPI 指標做為參考，讓國發會未來可以依照此編審要點作為計

畫審查依據

- ◊ 各個單位本身即有大量計畫執行中，是否可運用整合的方式明訂計畫達到多少規模大小、費用額度可定義為大型計畫；以免送審計畫後又需列管，實務執行面上亦會降低同仁送審計畫的意願
- ◊ 衛生醫療類分四大議題，彼此之間的關連性是否需考慮進去，如疾病預防也會間接影響健康照護，議題切割是否妥當

楊永年教授

- 回應戴教授之建議，希望將共通性審議原則從個案角度切入，做實務面的全盤整合溝通。

主席回應

- 針對議題類別之切割或相關性仍需由衛福部內部協調出一致的結果。

楊銘欽教授

- 回應戴教授之建議，實務面以 C 肝防制為例，四個領域相互影響時，是否有過去審查委員審查經驗可供參考？另外，建議條文不要太繁雜，將最重要的條例放入即可。

提案二：針對本研究所擬定之「健康照護領域審議原則」草案進行討論

提案三：針對本研究所擬訂之「健康照護領域績效指標」草案進行討論。

江東亮教授

- 以 UHC 為例，此計畫所涵蓋的人口群有多少，哪些服務需要進來？服務的成本多少比例由私人保險提供多少由公立保險涵蓋？目前最大問題是慾望無窮，但是資源有限
- 制定政策有三部曲：瞭解問題的成因、瞭解原因後應擬訂小型實驗驗證、驗證成功後再全面執行，建議審議計畫之前應先就計畫目的做小型本土實驗，才足以提供實證資料說服審議委員

楊銘欽教授

- 建議會議資料 p.19 第一大點：
 - ◊ 明列計畫之參考依據，以「總統政見或行政院重大施政及決策等為方向」建議改為「現任總統」或是根據「WHO 報告」。
 - ◊ 針對第一大點之第二小點「分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性」，請問審議委員是否有足夠準確度辨識議題重要性？

江東亮教授

- 共通審議原則的證據來自於部會需先提出小規模實驗證據。
- 針對「解決社會問題以回應社會需求：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序」，誰決定優先順序？是否合理？建議需詳加討論。
- 建議會議資料 p.21 第四大點：任何向國發會提出之計畫應先符合證據導向，整合部會或部門共同擬訂會議，例如新藥、新科技部分，其成本效益及預算影響(budget impact)，是否需提供審查委員參考，增加計畫實執行力之辨別。

傅千育視察

- 依據國發會歷史脈絡，已先建立教育、文化、公共安全、社會福利等領域的審查機制，上述計畫仍會再細分至次領域，次領域的意義是將計畫再做細分。

戴桂英教授級專業技術人員

- 建議能否將衛生醫療類別分兩個領域：(1)對人的照顧，健康服務的領域；(2)對商品的管理，食品藥物的領域

主席回應

- 主政單位/主責單位，彼此間的溝通障礙仍需努力突破；計畫要求原則上以四個領域為主，建議部分可以加上分兩個領域。

許銘能老師

- 大方向而言，講求的是服務輸送系統(Survice Delivery System)，如何建立具備基礎設施(Infrustructure)的服務輸送系統，任何 Health Survice 都在此一系統中合理運作且任何單位都可以擁有屬於自己(Specificity)的 disease program 進行健康預防的工作，被認為是 Health Care 的基礎要件；並將其連結在理論上，概念似美國 CDC 將慢性病及急性病併在一起，但彼此仍有獨立的 Infrustructure 處理 Delivery System，包括資源不足之偏遠地區。

江東亮教授

- 結構達到目的途徑；目前問題點是結構無法保證結果，因此本人認為審查應著重於哪一個計畫可以提升民眾健康，並以健康因素之角度思考；建議參考 NCD 防制，健康問題不再是由單一問題造成，以兒童問題為例，幼年肥胖成因可追溯至胎兒時期，尤其 2008 年 WHO 「CSDA report」指出，不改變健康行為，便無法達成使全人口更加健康的目的。

許銘能老師

- 問題點還是回到預算該放在前端還是後端預防?僵化的行政體系需要突破，如同 SARS 事件對於 CDC 而言，是一歷史的警惕，連帶讓政府明白 CDC 需要預算非空口之言，然而時間一久是否又將淡忘?
- 部管部的部分仍存在爭議性，畢竟部會間協調仍有一定的困難點；行政單位需有個突破性的行政機制，才能順利推動政策；舉過去保健處業務分割為例，原以年齡分業務單位，後來改以疾病分類，分法並無一定原則，不過因為業務的切割，變成各業務單位間畫地自限。

楊永年教授

- 行政組織中並無完美分法，結論是不管分二分四，仍舊是整合問題，因此建議以問題導向較佳，類似計畫、專案可以互相支援整合，回應次長所提緊急事件(SARS)，固然可以強化跨部會合作能力，然行政體系中之本位主義無法完全消弭。

江東亮教授

- 衛生領域以單一疾病 program 而言效益較不佳；舉例而言，健康會因為社經地位而有不良結果，首重是改善 Primary Health Care 以預防概念為主；然現今所有資源集中在癌症部分，醫療發展趨勢傾向高端技術，如本會議資料所言，“創新”出發點立意良善，可能易被解讀成發展高科技技術，花費甚劇；建議如要提升國民整體健康狀況，非從個體出發，而是從 Social Determinants of Health 及 Health in All Policy 兩種觀點出發。

楊永年教授

- 以整合性議題的方式為審議原則，創新照護模式所需費用龐大相對於責任也較大，建議賦予計畫目的包含整合性任務及溝通協調。

張媚副教授

- 建議審查項目中要強調整體的概念，所謂創新照護模式不該只針對個人照護而是改善全人

口健康的一種模式，猶如 WHO 所提，以個案管理模式長期追蹤，減少慢性病發生，難以切割的原因是照護場域的不同。

江東亮教授

- 美國健康白皮書並非最佳模版，健康應該要從社會決定因素著手而非疾病本身，特定疾病的預防應該要從目標管理切入。

張 媚副教授

- 建議思考方向從個體具有心理、身理及疾病面三方面出發，疾病分類的方式對個體太片段；故美國使用 Primary Care 以全面覆蓋的方式照護個體。

許銘能老師

- 建議將此四個領域共通的部分放入共通性原則中並視為照護面，產品(食品藥物、醫療器材)區分為另外一個區塊。

主席回應

- 將以明示暗示的方式將跨部會合作的概念放入審議原則之中。

戴桂英教授級專業技術人員

- 目前以有許多中長程計畫具備跨單位、機關的要鍵在裡頭，因此建議細緻化跨單位的審意要點，建議將審意原則中具備前瞻、重要、新興性的計畫要求其必須提出執行過之 Pilot Study。
- 建議政府中長程計畫需具備本土性 Pilot Study，並且涵蓋三大部會，包含經建計畫。

江東亮教授

- 三段五級為預防醫學的概念，重點有二：population approach/prevention，衛生福利部所涵蓋的業務應該是越前端越好，否則費用無法花在最具有成本效益的地方。

戴桂英教授級專業技術人員

- 建議加入過去實行過的自審表單，以及本土 pilot study；細緻化並非是要為難同仁而是重點化審意原則。

三、 散會

國家發展委員會 105 年度委託辦理
「衛生醫療類別社會發展計畫之調整規劃研究」
「健康促進」焦點座談會議

時間：民國 106 年 04 月 28(星期五)下午十五時三十分

地點：國家發展委員會濟南路辦公室 703 第一研討室
(台北市中正區濟南路一段 2-2 號 7 樓)

主席：國立陽明大學衛生福利研究所 吳肖琪教授

出席人員：國立師範大學健康教育與衛生促進教育學系 李思賢教授

國立台灣大學健康政策與管理研究所 李 蘭教授

國立成功大學公衛所 胡淑貞副教授

輔仁大學公共衛生學系 陳富莉教授

國立成功大學政治學系 楊永年教授

國立陽明大學衛生福利研究所 葉馨婷博士後研究員

列席人員：國家發展委員會傅千育視察、

國立陽明大學藥學系許銘能老師、陳一凡研究生、羅于涵研究生

紀錄：陳一凡、羅于涵

會議流程

一、 主席報告 (詳見會議資料)

二、 討論事項

提案一：針對本研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「共通性審議原則」草案進行討論

李 蘭教授

建議會議資料 p.19 第一大點之

1. 第一小點：「明列計畫之參考依據，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向」，更改為「明列政策依據：(由計畫目的解釋之)」
2. 第二小點：「分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性」建議更改為「釐清健康問題，以突顯議題重要性」

提案二：針對本研究所擬定之「健康促進領域審議原則」草案進行討論

李 蘭教授

1. 建議會議資料 p.24 第一大點改為「促進群體正向健康與幸福感」。
2. 建議會議資料 p.24 第一大點之第一小點：
發展以證據為導向的促進健康介入措施，涵蓋不同的場域、環境、政策等社會決定因子。
3. 建議會議資料 p.24 第一大點之第三小點：
「透過健康行為維持健康體態及心態，達到健康促進和減少慢性降低疾病風險」。
4. 建議會議資料 p.24 第一大點第四小點：
「重視意外傷害和暴力、菸草使用和二手菸暴露、憂鬱症預防、口腔和顱面疾病預防等議題」更改為「預防事故傷害和暴力事件、菸害防制、憂鬱症預防、口腔和顱面疾病預防等議題」。

5. 建議會議資料 p.25 第一大點第三小點
「改善肥胖情況以避免疾病併發症的流行」更改為「落實健康體位之情況以避免疾病併發症的流行」。
6. 建議會議資料 p.26 第三大點 「關注次人口群健康福祉之提升」更改為「提升特定族群之健康福祉」；小標由計畫目的定義特定族群為何種需解決問題之人口群。

胡淑貞副教授

1. P.24 的第一大項整體內容概念似 Primary & Secondary prevention：
 - 一、國家型計畫應該要 Follow Social Determinants Health
 - 二、目前全球健康趨勢以 Setting 為導向
 - 三、預防醫學社區衛教活動無法真正解決問題，根本之道為制定政策，期待制定法案融入政策，成為具法律效力之章程、規章、原則或辦法
 - 四、注重前端預防，尤其是環境因子，包括硬體設備，運動、就業環境等
2. 建議會議資料 p.26 第四大點更改為「合理配置社區健康促進人力」並加入
 - (1)合理的人力配置
 - (2)合理排班
 - (3)完善基礎建設
 - (4)合理工作負擔

陳富莉教授

建議指標可以納入正向指標，如幸福感等。

楊永年教授

建議增加 Evidence-informed 名詞解釋：“實證確知”，特定族群的聲音、例如滿意度，類似引導的概念。

提案三：針對本研究所擬訂之「健康促進領域績效指標」草案進行討論。

胡淑貞副教授

1. 建議提案三的健康促進審議原則草案第一點之績效指標表格再加入「Physical activity 指標」，身體活動影響不只身體功能最後端的活動能力以及認知能力尤其是失智症。
 2. 跨部會組織架構計畫書建議具有跨部會整合的研究計畫為優先申請補助對象
- 三、散會

國家發展委員會 105 年度委託辦理

「衛生醫療類別社會發展計畫之調整規劃研究」

「疾病管制」焦點座談會議

時間：民國 106 年 04 月 28 日（星期一）上午十時整

地點：國家發展委員會濟南路辦公室 703 第一研討室
（台北市中正區濟南路一段 2-2 號 7 樓）

主席：國立陽明大學衛生福利研究所吳肖琪老師

出席人員：財團法人台灣紅絲帶基金會林頂秘書長、歐巴尼基金會許國雄董事、
國立臺灣大學醫學院附設醫院內科部感染科陳宜君主治醫師、
政大公共行政學系陳敦源教授兼系主任、成大政治學系楊永年教授、
國立陽明大學衛生福利研究所葉馨婷博士後研究員

列席人員：國家發展委員會傅千育視察、

國立陽明大學藥學系許銘能老師、陳一凡研究生、羅于涵研究生

紀錄：陳一凡、羅于涵

會議流程

一、主席報告（詳見會議資料）

二、討論事項

許國雄董事：

- 三個與疾病管制有關的重要問題：1.環境問題、2.能源問題、3.傳染病問題，最近的傳染病都跟動物有關，對疾管署來說，計畫中國發會可以有資源整合的項目，因為疾病的發生會產生民眾焦慮感，這些焦慮感對疾病管制的產出影響很重要，跨部會的協調，如衛生體系與農業體系，可以透過國發會的引導前瞻加強計畫此部分的內容，藉此改善動物疾病的衝擊。
- 提升傳染病防治醫療網中，事實上醫療只是其中一端，並不是醫療所能控制的，有時醫療發生問題，大家會以為疾管署做不好，但那是醫療發生問題，這應讓疾管署在計畫上有所抱怨，說明這是他力不從心的地方。
- 產業的部分，對疾管署而言最好的就是發展疫苗，國內投入相當多資源，無論是人力或資源上，但相當分散且有許多無法突破的瓶頸，常常這塊的產出會壓縮到疾管署。以上這些問題是否在一些指標上能讓疾管署有發揮的空間、做一些適當的引導，使這些業務的推展能更加順利。

陳宜君主治醫師：

- 目前討論的是計畫審查，所以想問清楚，有一種是政府有基本營運，計畫是為了要更好的；一種是為了要生存的計畫，這兩種是不一樣的計畫，所以請問現在討論的計畫屬於哪一種？
- 長官與國民間存在結構性問題，這是存在政府內的問題，結構性問題若沒有解決，所有審查委員都只是做虛工。若計畫預算是結構內維生所需要的，就不能刪減，但現實而言卻是長官妥協某些東西，而狀況發生時需要花更多倍的資源去彌補，導致

浪費。結論，預算結構需要重新思考，且結構問題亦會影響風險管理。

- 在疾管署開會時，決策是誘於預算限制而妥協的結論，產生的問題要寫出來，而這樣的內容需要讓最上面的長官看到。為什麼存在落差？可能原因為計畫中有些文字到最後被刪減了，政府要有人願意說出預算是有限的，民眾已經被養壞了，溝通在每個地方都斷線，溝通出現落差很大的情形，風險控管是失敗的，其實民間很多民間資源可以進來。
- 究責與共同分擔責任的區別，若究責，大家便不願意說真話，在公部門或行政單位，我認為應該共同分擔責任，減少究責。
- 大家可以跨部門集思廣益，做平台溝通，有效率的花時間，共同分擔責任是要民眾也一起。

楊永年教授：

- 假設訊息可以具體、公開，就清楚知道到底誰該負責。
- 理論應與實務做連結，如疾病要分類，假設可以把實務分類且將之作為實證，放進CPI中。
- 「資訊」背後也有教育概念，是否為關鍵資訊、民眾是否知道？「動員」：資訊是否有辦法達成動員？動員如何最有效？「組織間合作、跨部會、跨層級」，以上三點便影響「績效」優劣。

陳敦源教授兼系主任：

- 計畫在審核時除了需要滿足國發會訂定的原則外，也需滿足主計總處所訂定的原則。
- 國發會的審議機制像 Double check，但他應該要和署裡、部裡做的不一樣，但是有相互包含的可能，國發會應屬於中央政府的一級，二級為衛福部，三級就是署，最後就是第一線做事的人，國發會不應該有 KPI，但 CPI 則是第一線沒有，在 CPI 部分，首先要有行政院層級的跨部會，不論事前或事後的協調機制，第二點為政策計畫管理之品質，如計畫是否有事先進行政民調或過去績效如何，第三點為成本效益評估，以上是我認為國發會應該做的事，國發會應該有要爭取預算的條件要求，在預算書要可以看到過去的執行結果，便成功達成績效管理。
- 品質的部分，可以包含政策溝通的資源、風險管理機制及政策履歷。
- 方法上，這項研究可再蒐集三種資料：一、過去國發會給衛福部的所有評論，二、不論計畫前後跨部會或衛福部或署之間，其事前事後的溝通機制為何，是否有辦法被規範？三、目前表格與其操作習慣是否因為改了東西而表格要改變？是否每個規格都要有？
- 在原先的行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點中，依然是從醫療專業去尋找指標，而非跨專業，國發會角度；國發會要從指導的角度把訂原則。

林頂秘書長：真正決定傳染病防治與否，其實在於跨部門、跨單位，但疾管署最困難的在於結構性問題，國發會應該要給予相關執行單位多一點支持，若同樣要求其他部會規畫前瞻性內容，應該支持執行面單位提出的要求，因為後續結果都會落在執行面，但在結構面也能要求部內多給予資源，那問題就比較容易解決。

傅千育視察：

- 現在審的是基本需求經費，其又分兩種型態：1.例行性業務，2.分年延續性的計畫經費，每年會依據施政重點、計畫內容而有不一樣的額度，此為我們所審的部分。
- 因為主計總處是會計觀點在審計畫，所以一定要有單價與數量，中長程計畫會要求部內完成自我檢核表，在提經費表時一定要有清楚的單價與數量，若要爭取額度外增加預算，需落實檢討前期計畫的運用情形，此為編審要點所規定的。主計總處會要求把每項細項工作優先順序排列，並逐點逐項把每個單價數量寫上，並告知此是否為法定職掌業務，有時候比較不優先的工作項目無法獲得預算，只提供最優先工作項目預算。

許銘能老師：

- 國發會的角色，要去瞭解 CDC 寫出來的計畫是否以實證為基礎、是否很重要，通常會去審方法而非預算。
- 政策溝通應該落實到民眾而非僅到醫療院所。

主席：

- 在 CDC 提計畫時針對社會焦慮感是蠻重要的，在未來動物疾病仍扮演重要腳色，跨部會的協調，尤其農委會及要提升醫療與產業鏈的問題。
- 業務單位在寫計畫書時要排列，錢到哪就做到哪，這樣就不會有打對折的問題，經費有限而只針對那些工作來執行。

三、 臨時動議

無。

四、 散會

國家發展委員會 105 年度委託辦理
「衛生醫療類別社會發展計畫之調整規劃研究」
「食品藥物管理」焦點座談會議

時間：民國 106 年 04 月 24 日（星期一）上午九時三十分

地點：國家發展委員會濟南路辦公室 703 第一研討室
（台北市中正區濟南路一段 2-2 號 7 樓）

主席：國立陽明大學藥學系許銘能老師

出席人員：中華民國藥事品質改革協會余萬能理事長、
台灣藥物品質協會徐廷光常務理事、
食品工業發展研究所陳陸宏副所長、東海大學食品科學所蘇正德教授、
國立陽明大學衛生福利研究所葉馨婷博士後研究員

列席人員：國家發展委員會莊靜雯科長、傅千育視察、
國立陽明大學衛生福利研究所羅于涵小姐

紀錄：羅于涵

會議流程

一、 主席報告（詳見會議資料）

二、 討論事項

（一）背景與緣起

陳陸宏副所長：

建議參考與納入世界衛生組織中食品安全及人員管理相關資料。

蘇正德教授：

應提出為何要加強食品藥物管理的原因，如新政府的政策或近期的食品藥物安全事件等實例，加強此議題的重要性。

余萬能理事長：

建議將美國 FDA 的資料加入，補足產品與健康連結的資料，如藥物流行病學、藥物與健康、藥物與食品汙染、食物鏈中藥品的內容及婦幼衛生中疫苗接種等產品相關內容，便可導出食品藥物安全的議題。

（二）提案一：針對醫療衛生類社會發展計畫之「共通性審議原則」草案進行討論

余萬能理事長：

1. 第一點，邊緣化社區可進行舉例，讓評審委員能清楚其涵括的範圍，多年趨勢後可清楚標示為幾年。
2. 第二點，提高衛生醫療服務及「相關產品」。
3. 第四點，利害關係者應包含中央和地方政府、機構；「醫療與」健康照護提供者「及」發展夥伴等。

徐廷光常務理事：

審議計畫時瞭解計畫主持人在過去是否有相似的計畫、其執行情況如何、現在與未來將進一步執行的內容，如此在審查時更能瞭解其情形。

蘇正德教授：

第二點，可以修正為「盤點，整合相關資源及檢討現行政策」。

主席：

1. 第一點，加上對現行相關政策及方案之分析檢討，多年趨勢後標示為十年以上。
2. 第二點，提高衛生醫療服務提供之多元性及強化「食品藥物化妝品安全管理之有效性」。
3. 第三點，加入「確保食品藥物及化妝品安全」。
4. 第四點，現況問題評析包括健康問題評析及實施政策的有效性評析。
5. 第一點與第二點中間加入一點，「現行政策分析與檢討」的內容，在撰寫計畫前做充足的瞭解，盤點資源後訂定相關目標，達到目標進行的策略，目標達成便能解決一部份現行問題。
6. 將實證告知(evidence-informed)的內容改寫到廣納利害關係群體意見的內容裡。

(三) 提案二：針對「食品藥物管理領域審議原則」草案之進行討論

食品的部分：

余萬能理事長：

應將資訊與通訊兩件事分開敘述，不僅有運用情形，也可以增加發展，調整為「掌握資訊、通訊科技之發展與運用情形」。

陳陸宏副所長：

1. 第一點建議把品質拿掉，以安全為主軸。
2. 管理上，政府應該要退一步，把責任交給業者，所以可以保留管理機制的國際調和程度，但衛生標準會有不一致的情形。

蘇正德教授：

1. 第一點應補上「倉儲、流通」之溯源的概念，後面內容調整為整合運用農、畜、水產品溯源往後追蹤管理、食品製程管理。
2. 第七點，風險管理後也加入「風險溝通」，目前最大的問題在於風險溝通，不能只有管理，溝通也很重要。

主席：

第一點修正為「農、畜、水產品追溯管理」，「食品製程管理」及將「衛生標準」刪除，「掌握資通訊科技及食品加工科技之發展與運用情形，適時導入新興科技管理措施或輔導機制」。

藥品的部分：

余萬能理事長：

1. 第一點於上市後加入「使用」階段。
2. 第六點，藥物使用流行病學調查或許比健康調查更有用，療效評估、用藥浪費及科技等內容也可以加入。
3. 建議新增一項描述使用端的內容，因為產品的製造管理內容已描述許多。

4. 產品與服務的品質、價值及價格的連動關係，通常會是最大的問題，思考該如何放入計畫內容。

徐廷光常務理事：

第一點於量產後加入「運銷」、上市「後」，第二點之策略應該改為「藥物上市前後管理並重」，第四點可以考慮加入數據完整性。

陳陸宏副所長：

將人力的部分，從此部分刪除。

主席：

1. 第四點考慮管理資訊之掌握，計畫內容須寫製造管理相關資訊的掌握，確保資訊的完整。
2. 食品部分一些相關的字眼也可以放在藥品的內容中。
3. 藥品正確使用的概念需要納入或是建立新的一項。
4. 第三大點關於改善食品藥物管理專業人員之勞動條件，此項在此類別刪除，納入「醫事人員」類別討論，將第四大點依證據知會為導向後之內容，放入共通性討論。

(四) 提案三：針對「食品藥物管理領域績效指標」草案進行討論

余萬能理事長：

產品的部分，不良事件也是一種指標，藥品不良反應的比例；廣告的部分，廣告不合格率，因為廣告的影響也很大；廢棄藥品、過度使用藥品的下降率及非正確用藥的比例。

徐廷光常務理事：

1. 中西藥品改成藥物及化妝品不合格調查。
2. 預防措施的成效如何，非完成率的概念。

陳陸宏副所長：

1. 稽查工廠發現缺失嚴重程度之下降情形，可以有工廠有沒有自己建立制度；在抽驗的部分，不是從市面上不合格率下降的情形，而是不合格廠商的減少，管理的角度應從廠商著手；民眾對食品安全之正確認知率，如何與民眾做溝通、溝通的方式。
2. 溝通的概念目前難以用文字描述，與主管機關討論後可以再討論。

蘇正德教授：

1. 將歷年來食安事件，透過計畫改善此情況，就會有許多可以參考的資料，包含未來有無改善或改善率為何，即為很好的查核點。
2. 自主管理符合行改善情形比較妥當。
3. 食品也要加入廣告不合格率。

主席：

1. 民眾在風險溝通時，專家與民眾的認知有很大的落差，必須用民眾的語言或是透過何種方式讓民眾能瞭解事實。
2. 應分三塊，首先為風險管理，即為結果，如民眾期待架上的產品都可以食用，

這就是食品檢驗的不合格率。整個從生產到消費者手中的流程是否都有符合國家制定的標準，通常合格的比例都很高，目前使用稽查的方式去計算此比例，但這是錯的，應使用抽驗的方式去計算比例，抽驗的概念是高風險管理，不合格的比例愈高愈好，因此在行政管理上如何找到高風險產品，並找出不合格產品將他下架，但市面上不合格產品要隨機並有代表性的抽驗。因此，第一點應改成「食品安全調查不合格比例」，第二點改為「稽查食品工廠嚴重缺失比例」，「食品業者自主管理符合制度之改善情形」，第三點要把食品風險溝通的結果放進指標。

3. 使用異常事件、品質異常事件，有分製造端與使用端，事件的發生率下降即為改善，統整為「品質異常事件及食用不良反應事件」。
4. 民眾溝通的部分，包含產品不合格與廣告違法，這要用調查的方式而非用稽查的方式。
5. 第三點與第四點刪除。

三、 臨時動議

無。

四、 主席結論

今天的會議有官方與學者代表，提供我們許多寶貴的意見，後續會將這些意見整理，再跟業務單位討論。

五、 散會

附件二 焦點訪談紀錄

國家發展委員會 105 年度委託辦理 「衛生醫療類別社會發展計畫之調整規劃研究」 焦點訪談紀錄

訪談對象（僅羅列訪談單位）：衛生福利部綜合規劃司、衛生福利部醫事司、
衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部疾病管制署、
衛生福利部國民健康署

（註：衛生福利部食品藥物管理署因業務繁忙，故無參與訪談）

訪談重點：

1. 針對本研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「審議原則」草案進行討論
2. 針對本研究所擬之「績效指標」草案進行討論

訪談紀錄：

一、衛生福利部綜合規劃司：

（一）共通性審議原則：

1. 因計畫期程對於計畫目標訂定及執行有極大相關，建議於「訂定具體與完整之計畫目標」項增列「應配合期程訂定目標」之審議原則。
2. 建議於「四、(一)、發展證據導向之最適化政策」項補充應蒐集國內外數據進行比較。
3. 「五、訂定關鍵績效指標」項，...衡酌持續辦理之必要性或預先規劃退場機制，因部分計畫之績效指標已提前達標，建議應補充替代指標之訂定。

（二）健康照護領域審議原則：

1. 「一、(一)確保健康照護品質應全面且優質」項，建議納入醫療執業環境優化之敘述。
2. 「二、降低由疾病所引起的失能和死亡」項，除監測疾病死亡率和存活率之改善趨勢外，建議評估能否加入降低可避免住院之趨勢等初級照護項目，以研擬更加之預防照護模式。
3. 「三、建構以個案為中心之整合照護模式」項，建議補充安寧療護、預立醫囑、拒絕心肺復甦術、減少無效醫療等相關議題。

（三）健康促進領域審議原則：

1. 「一、(四)降低影響健康負面因子」項，提及「憂鬱症預防」，建議可將層面擴大，以涵括多數預防心理/精神不健康、或物質濫用/成癮議題。

(四) 食品及藥物管理領域審議原則：

1. 「一、確保食品及原料之安全」項，建議納入核查策略及通盤檢視我國法規及機制與國際調和程度。

二、衛生福利部醫事司

(一) 共通性審議原則：

1. 建議調整審議原則之大標題敘述方式，思考如何以中長程計畫之「架構」或「內容重點」統一論述。
2. 針對「四、(一)、發展證據導向之最適化政策」項，考量部分中長程計畫(如醫事人員培訓計畫)較難有實證資料佐證，宜思考本項目對所有計畫之適用性。
3. 針對「四、(二)、廣納利害關係群體意見」項，考量部分中長程計畫(如醫療網計畫)之內容較為廣泛，且亦難預測未來經費核定情況，因此執行策略及工作目標之撰寫屬原則方向性質，不易於計畫中詳述細部執行內容，因此較難於計畫撰寫過程即落實與政策利害關係群體之溝通即意見傳達，宜思考本項目對所有計畫之適用性。
4. 針對「四、(四)、強化跨部會與跨單位整合機制」項，若計畫具跨部會或局處之協調必要，目前於計畫撰寫前皆有啟動跨部會協調機制，惟當計畫送審後若因需調整計畫內容而涉及跨部會或局處之協調，則須於計畫送審後啟動協調機制。
5. 針對「五、訂定關鍵績效指標」項，考量部分計畫成效難以用量化或結果性指標呈現，建議可考量更多元化之成效評估方式。
6. 針對「六、(二)、合理配置衛生醫療專業人力」項，建議應納入計畫執行之行政人力，另關於員工福利措施及勞動條件等內容，目前較難涵括於中長程計畫中。

(二) 健康照護領域審議原則：

1. 考量部分計畫內容涵蓋三段五級之各項業務，較難區分屬健康照護或健康促進領域，宜思考不同領域審議原則之適用性。
2. 考量各類計畫之議題特性不一定可涵蓋所有健康照護領域之各項審議原則，建議於審議原則中增列「涉及相關議題者適用」之描述。
3. 建議參考國發會審議之衛生醫療類計畫的領域歸類方式，並進一步依其計畫內容及特性進行審議原則之歸納。

三、衛生福利部心理及口腔健康司：

(一) 共通性審議原則：

1. 建議以審議原則草案中之大標題及畫底線次標題為委員審議之參考項目，其他內容因涉及細部規劃，恐影響所有計畫之適用性，故做為內容說明即可。
2. 針對「一、(二)、釐清健康問題」項，「弱勢群體」建議修改為「特定族群」。

3. 針對「四、(二)、廣納利害關係群體意見」項，「公眾代表、公民社會」建議修改為「民間團體」。
4. 針對「六、(二)、合理配置衛生醫療專業人力」項，關於員工福利措施及勞動條件等內容，目前較難涵括於中長程計畫中。

(二) 健康促進領域審議原則：

1. 針對「一、(三)、發展涵蓋個人及社會決定因素之健康促進政策」項，「運輸」建議修改為「交通」。
2. 針對「一、(四)、低影響健康負面因子」項，建議納入物質濫用相關議題。
3. 針對「二、(二)、落實健康體位以避免疾病併發症的流行」項，考量「國民健康狀況調查」已為目前例行執行之調查項目，為避免過度侷限，建議修改為「健康調查及研究」。

(三) 目前中長程計畫中仍涵蓋部分例行性(延續)業務項目，當計畫核定經費不如預期時，恐影響創新計畫項目之推動。

(四) 考量部分業務之績效難以量化，且亦須顧及計畫查核之結果，故若全面要求以量化或結果性指標呈現計畫成效，可能具有困難度。

(五) 目前中長程計畫之檢核表項目多屬計畫書形式之要求，建議可將本計畫審議原則草案中之大標題及畫底線次標題以勾選方式呈現，提供業務單位進行計畫書撰寫之檢核及參考用途。

(六) 建議國發會可針對計畫審議委員進行事前教育訓練，以避免因委員不熟稔衛生醫療領域而影響計畫審查品質。

四、衛生福利部疾病管制署：

(一) 疾病管治領域審議原則：

1. 針對「一、(三)、強化公衛基礎設施」項，考量基礎設施之建置業務非屬疾病管制署之管轄範疇，建議將「設施」修改為「網絡」。
2. 針對「二、(一)、提升傳染病防治醫療網及防治網絡之效能」項，建議將標題修改為「提升傳染病防治網絡之效能」，並於場域部分增列社區及學校。

(二) 計畫中針對跨部會之分工協調與績效指標訂定具有難度，較難於計畫擬定過程中完成協調，期待未來國發會可提供跨部會協調之相關協助(如由政委主持會議等)。

(三) 計畫經費難以爭取，恐影響計畫執行之成效。

(四) 針對計劃策略可排列其優先順序，然針對階段性達成目標、績效指標目標值、經費之編列等難以訂定。

五、衛生福利部國民健康署：

(一) 針對健康照護審議原則之「二、(二)、透過預防及具成效之方案措施，改善民眾心理

健康」項，易與健康促進領域混淆，建議修改為「透過預防及具成效之方案措施，改善罹病者後續衍生之心理健康問題」。

(二) 健康促進議題相較於其他醫療衛生領域較不具社會關注度，因此經費爭取較具難度。

(三) 建議補充安寧療護等相關議題。

(四) 針對績效指標部分，國健署之部分業務較難於短期內看到成效(如：死亡率降低、存活率提升等)，若全面要求以量化或結果性指標呈現計畫成效，可能具有困難度。

附件三 專家學者意見收集紀錄

國家發展委員會 105 年度委託辦理 「衛生醫療類別社會發展計畫之調整規劃研究」 專家學者意見收集紀錄

問卷發放份數：29 份，回收率：24.14%

意見收集重點：針對研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「審議原則」草案進行修訂與建議

意見彙整：

六、共通性審議原則：

- (一) 針對「一、(一)」項，建議修改為「明列計畫之參考依據，以政府重大施政及決策等或者世界衛生組織的工作目標或計畫為方向。」
- (二) 針對「一、(二)」項，建議修改為「評估自然環境(如氣候變遷)與社會環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來之重要變化及對健康議題之影響。」
- (三) 針對「一、(三)」項，建議修改為「確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明決策之基本原理(rationale)與選擇方式，民意溝通、解決社會問題」
- (四) 針對「二、(一)」項，建議修改為「盤點現有衛生醫療資源配置情形，評估整合公私部門資源投入之合理性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之績效，並指定專責單位或建立相關機制，協調整合資源，或規劃跨部會、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；以確保政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求，透過計畫進行資源重分配。」
- (五) 針對「二、(二)」項，建議修改為「分析現行衛生醫療相關政策之執行現況與績效，瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之修正方案、或訂定更佳之衛生醫療相關政策與目標」
- (六) 針對「四」項，建議修改為「擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會、跨單位、具協調合作機制之計畫策略」
- (七) 針對「四、(一)」項，建議修改為「以證據導向(evidence-based)、符合成本效益分析結果的原則擬定最適策略：依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。」
- (八) 針對「四、(三)」項，建議修改為「廣納利害關係群體意見，並將策略優劣點與利害

關係者溝通....」。

(九) 針對「六」項，建議修改為「計畫中須有符合實際的預算架構和資金預測，並依照工作項目、執行年度等進行妥適之分配及規劃，保留後續執行的財源，應存在配套方案或可依策略總體目標擇要執行的機制」。

七、各領域審議原則：

(一) 「健康照護領域審議原則」

1. 針對「一、(一)」項，建議修改為「改善或創新健康照護系統，以確保輸送體系之連續性及效益」
2. 第四點建議增加「確保人力合理配置、人力有效運用、配合醫療及科技發展，檢討各專業人員之角色功能」等內容

(二) 「食品藥物管理領域審議原則」

1. 內容比較像是政府綱要計畫的重點工作項目及策略目標，不是審議原則。對此，僅想強調審議時要考量「前瞻性，主動積極管理」，以及「風險溝通”(risk communication)」。在食品的第六和第七點，以及藥物的第五和第六點也都與此有關。但個人以為不是食安或藥安才涉及風險溝通，應該是每一項政策從規劃到執行都要有 risk communication 的 component。
2. 針對「一」項，建議修改為「確保食品自及原料國產或輸入、生產、製造、倉儲、流通、販售到消費等各階段之安全」
3. 針對「一、(一)」項，建議修改為「食品健康風險評估須根據完善的食品及其原料監測數據、國人攝食資料、有害物質之毒理分析及劑量反應數據、健康危害等資料庫，及完善的風險評估人員培育機制而建立」
4. 針對「一、(四)」項，建議修改為「提升管理機制與國際食品安全驗證系統調合，策略應符合源頭管理為主，流通管理為輔之國際安全管理機制」
5. 針對「一、(五)」項，建議修改為「策略應藉由政府、食品業者及消費者共同合作」
6. 針對「一、(六)」項，建議修改為「通盤考量易感受族群之食安風險族群之意識及新興傳播媒體發展之趨勢等，並採分眾溝通與有效觸及目標族群之宣導策略，提升民眾正確食品風險認知及正確選購食品之能力」
7. 針對「一、(七)」項，建議修改為「藉由利害關係人社群溝通等方式，分析及檢討食品安全事件，據以建立事前預防、事中因應及事後重建信心，強化溝通協調等風險管理、風險溝通及危機處理機制」

附件四 教育訓練資料

國家發展委員會105年度委託研究計畫 案號：ndc105045

衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究

教育訓練

執行單位：國立陽明大學
 計畫主持人：吳肖琪 老師
 協同主持人：許銘能 老師
 研究人員：葉馨婷 博士後研究員
 會議時間：2017/05/17下午13:30-15:00
 會議地點：濟南辦公區703第一研討室
 計畫執行起訖：2016/11/07-2017/07/06

計畫緣起

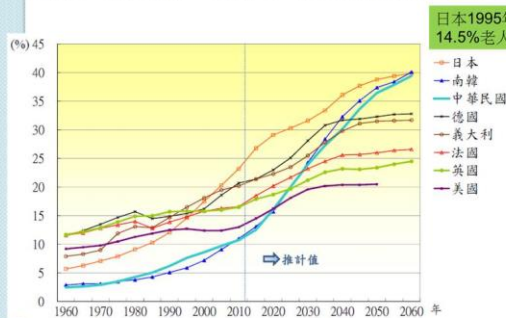
- 衛生醫療類別社會發展計畫涵蓋民眾高度關注議題，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求
- 「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為行政院為辦理中長程個案計畫編審作業之參考依據，國家發展委員會為更**細緻精進衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標**，提供未來國家發展委員會審議計畫、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考，故委託本計畫

材料與方法

課題	執行方法	執行步驟
一、分析我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰	文獻蒐集與分析	1. 以近五個年度之行政院部會管制計畫，並以至今仍在執行、且為五個年度中最新之計畫版本為主，依計畫特性區分為 健康促進、健康照護、疾病管制、食品藥物管理 等四大議題 2. 透過政府公開之核定版計畫書、網路公開資訊、學術資料庫搜尋等資料來源，收集並系統性彙整各領域之特質、問題及挑戰
二、參考國外經驗及參酌本會近五年審議之衛生醫療類別社會發展計畫，建立衛生醫療類別社會發展計畫(含各領域)之審議原則、參考績效指標	文獻蒐集與分析	1. 審議原則： 1) 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為脈絡，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等關注健康議題擬定 2) 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定 2. 績效指標： 1) 收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，彙整常用衛生醫療類績效指標，及指標說明、操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊 2) 彙整行政院部會管制計畫資料，瞭解績效指標之訂定情形
專家學者意見收集處座談會	針對研究團隊初步擬定之審議原則進行彙整，並設計意見調查問卷，問卷以結構式問卷設計，專家學者名單以未出席焦點團體者為主	1. 邀請公共衛生、健康政策與管理、健康照護、疾病管制及食品安全領域之產、官、學界參與計畫審議原則座談 2. 針對計畫審議原則之適切性、績效指標之適切性與可用性進行討論
三、彙整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫等	文獻蒐集與分析	遍取國內外衛生醫療類之重點網站，彙整其網站功能、關注議題、看見衛生醫療類指標或指引等資料，以評估其使用於衛生醫療類社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性

第一部分：衛生醫療政策各領域之問題及挑戰

- 亞洲人口老化較快，我國人口老化速度較世界各國更快速



未來十年台灣面對的環境

氣候異常
 新興傳染病的威脅
 人口結構大幅改變 (2021年達到人口數最高峰23,561人)

(單位：千人)

年齡別	2016	2026	2026與2016年相差人數	2025與2017年相差人數
合計	23,491	23,497	6	4
<15歲	3,080	2,777	-303	-213
15-64歲	17,296	15,810	-1,486	-1,229
≥65歲	3,115	4,910	1,795	1,446

基隆人口37萬
 年輕人口-3.32個基隆市
 老年人多3.91個基隆市

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推計(103至150年)中譯本」
 統計數據(2014)

「獨」居人口增加

- 獨生寶寶
- 外地就學
- 外地工作
- 獨身貴族
- 離婚
- 鰥寡
- 雙老-老夫老妻、老兒老母、老兄弟姊妹妯娌、老嫂嫂照顧老小叔、老弟媳照顧老大伯

獨居或雙老的照顧問題會增加

- 獨居，尿不出來，到急診導尿管，返家尿袋滿了，尿道感染
- 獨居，跌倒後骨折
- 獨居，急性缺血性中風，超過三小時以上送醫
 - 發病三小時內使用合成的組織胞漿素原活化劑（recombinant t-PA, Actilyse®），可增加中風康復的機會或降低殘障等級
- 壓瘡，俗稱為褥瘡，壓瘡是因為皮膚受到壓力(或是壓迫)，長見於臥床或脊椎損傷患者
- 吸入性肺炎

7

我國全民健保的成就-

政府、醫界、雇主、被保險人共同的努力

- **Universal**：99.9%納保率
- **Affordable**：住院不須再籌保證金
- **Accessible**：免於因病而貧
- **Social equity**：縮小社會不公平性
- **Social stability**：增加社會安定性

8

Affordability versus quality of healthcare



資料來源: <http://www.telegraph.co.uk/news/health/expat-health/11190870/Taiwan-tops-the-expat-health-care-charts.html>

台灣健保世界比一比

- http://www.nhi.gov.tw/Nhi_E-LibraryPubWeb/DigitalTextbooks/DigitalTextbooksList.aspx



10

未來健保財務缺口將高達4000億

資料來源：健保署



註：2015年健保一般保險費率由原來的1.91%調升為2.01%，又依據法18條規定，健保費率由供保人於年度開始一個月前繳納繳納訂定之醫療給付總額，提轉健保會完成年度之目標，故2016年起暫收4.91%保費。

11

歷年來菸品健康福利捐補助健保安全準備

- 根據醫學文獻，菸害造成的疾病醫療費用約占各國醫療費用的10%(6-15%，中推估10%)
- 89年3月24日立法院三讀通過新增《菸酒稅法》第22條，對於菸品另行加徵健康福利捐
- 菸品健康福利捐自91年1月1日起開始徵收，每包徵收5元，分配全民健康保險安全準備比率為70%。
- 「菸酒稅法」修正案於95年1月3日獲立法院三讀通過，菸品健康福利捐自95年2月16日起，由每包5元調整為每包10元，分配全民健康保險安全準備比率由70%調高為90%
- 98年1月12日立法院三讀通過「菸害防制法」第4條及第35條條文修正案，菸品健康福利捐額自98年6月1日起由每包10元調高為20元，分配全民健康保險安全準備比率由90%再調回70%
- 「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正案於104年10月15日經衛生福利部會銜財政部發布，分配全民健康保險安全準備之比率自104年9月起由原70%調整為50%（約少60億）
- 105年菸稅每包增加20元(預估菸捐會少66億元，健保會減少33億元)

健保獲配菸捐 (億元)

年度	菸捐	累計	菸捐	菸稅
91	55.36	55.36	5元70%	
92	72.96	128.32		
93	67.58	195.9		
94	73.83	269.73		
95	152.09	421.82	10元90%	
96	181.01	602.83		
97	180.98	783.81		
98	189.84	973.65	20元70%	
99	239.67	1213.32		
100	241.79	1455.11		
101	238.62	1693.73		
102	247.75	1941.48		
103	229.24	2170.72		
104	209.26	2379.98	50%	健保少60億
105			增20元	預估再少33億

106年度保險費率審議方案(2016/10/17)-保費收入消長(億元)

年度	增補充保費	近兩年健保收入影響評估	
102	403.54	保險費率5.17%降為4.91%	-至少210
103	467.93		
104	473.40	1月眷口數0.7人降為0.62人 7月基本工資由19273元增為20008元 9月菸捐分配由70%降為50%	-109 +11 -66
105	(445.28)	1月一般保險費率由4.91%降為4.69% 1月執行業務、股利、利息、租金扣費標準由5千元升為2萬元 1月眷口數由0.62降為0.61	-210 -42 -14
		1月健保法施行細則第45條7項政府中央政府已負擔保險費項目(中央撥付政府負擔不足法定36%之差額)	-107
106	(430.18)	1月基本工資20008元增為21009元 菸稅增加20元	+14 (-33)

台北市與高雄市欠費

14

配合人口老化如何收支連動?

提高收

- 提高保險費率
- 落實或提高部分負擔
 - 落實健保法：急診部分負擔20%，實際約收11%
 - 美國菸民體系藥費部分負擔由每月每種藥2美元提高到8美元

減少支

- 鼓勵預防：可避免住院、可避免門急診、COCI
- 改善效率：減少無效醫療？住院安寧改為居家安寧？急性後期照護由住院改為社區及居家？
- 減少給付項目？
- 改變支付制度：由論量為主改變為，論病例DRGs？減少超長及再住院？論事件包裹bundle？論人？區域總額？論價值？重難症區域化？保大不保小？

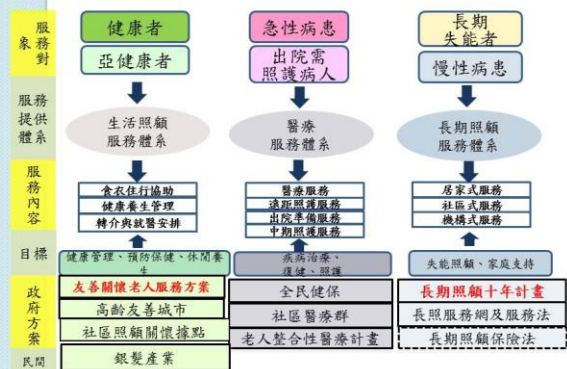
15

Denver Summit of the Eight (1997)-Active Aging : A Shift in the Paradigm

高齡少子女化是工業國家共同面臨的問題，老老人(>85歲)快速增加

- 如何**增進健康餘命**(無疾病、失能)須更多研究支持：今日65歲老人較昔日65歲老人健康
- 創造老人兼職工作機會**：增加65歲者就業誘因
- 更**健全年金制度**：法國是工作40年、德國是45年，始有年金，加拿大則把配偶收入納入一併考量
- 如何**提供更符合成效之高齡相關醫療與長期照護計畫**：費用增加快速，**末期照護**的適切性？改善環境讓失能者也能就業或獨立生活
- 家庭照顧與政府責任之分工**：健康老人擔任志工或家庭照顧者增多，從事社會服務、照顧失能老人、協助家事、照顧孩童等
- 以符合成效方式**提供慢性病治療**(醫療、長照的費用與成效)

政策方向-高齡社會白皮書(104年)



2006年底20歲以上至少罹患一種慢性病之盛行率為14.83%

表一 2006年底各類慢性病人之分布及盛行率

疾病型態	總人數		盛行率(%)
	人數	分佈比例(%)	
合計	2,539,137	100	14.83
慢性腎臟病	78,498	3.09	0.46
糖尿病	316,372	12.46	1.85
高血壓	1,341,422	52.83	7.83
慢性腎臟病+糖尿病	43,288	1.70	0.25
慢性腎臟病+高血壓	108,573	4.28	0.63
糖尿病+高血壓	531,954	20.95	3.11
慢性腎臟病+糖尿病+高血壓	119,030	4.69	0.70
所有慢性腎臟病患者	349,389	13.76	2.04
有合併糖尿病	162,318	6.39	0.95
有合併高血壓	227,603	8.96	1.33
所有糖尿病者	1,010,644	39.80	5.90
有合併慢性腎臟病	162,318	6.39	0.95
有合併高血壓	650,984	25.64	3.80
所有高血壓者	2,100,979	82.74	12.27
有合併慢性腎臟病	227,603	8.96	1.33
有合併糖尿病	650,984	25.64	3.80

註：盛行率=各疾病別人數/2006年底20歲以上總人口數。20歲以上總人口數以內政部戶政司公布之2006年年底20歲以上人口17,122,228人計算，分子尚未扣除2007年死亡者。

李曉伶、吳貞誠：台灣慢性病人醫療利用之探討—以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例。台灣衛誌 2013；32(3)：231-9

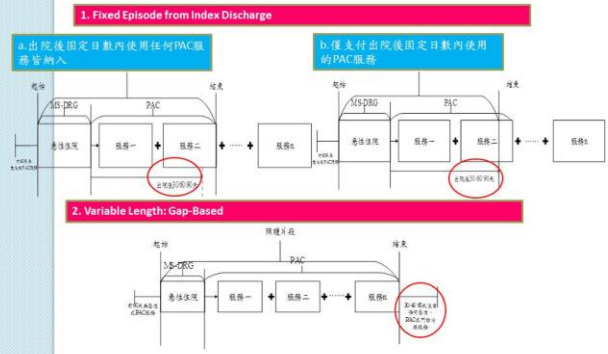
2007年慢性病患不同年齡合併其他疾病之情形

表 4-1-3 2007 年慢性病患不同年齡層合併其他疾病之情形

	慢性腎臟病					糖尿病					高血壓								
	20-44歲	45-54歲	55-64歲	65-74歲	75-84歲	85歲+	20-44歲	45-54歲	55-64歲	65-74歲	75-84歲	85歲+	20-44歲	45-54歲	55-64歲	65-74歲	75-84歲	85歲+	
有合併症者	19.70%	39.60%	53.98%	55.95%	50.09%	39.89%	11.24%	12.59%	14.66%	17.69%	20.19%	21.58%	10.30%	8.30%	9.47%	11.52%	13.23%	13.73%	
糖尿病	32.79%	53.29%	65.44%	74.47%	78.91%	77.32%	35.02%	41.05%	42.14%	42.62%	48.49%	48.16%	19.29%	25.03%	33.10%	35.53%	32.64%	25.65%	
高血壓	5.87%	4.88%	4.41%	3.86%	3.57%	3.77%	7.34%	4.52%	4.00%	4.75%	6.32%	7.88%	16.33%	21.25%	27.64%	28.77%	25.73%	19.81%	
慢性腎臟病+糖尿病	23.40%	29.00%	27.70%	30.70%	37.70%	44.40%	29.70%	43.33%	51.89%	58.79%	61.88%	60.34%	2.95%	3.78%	5.46%	6.77%	6.91%	5.85%	
慢性腎臟病+高血壓	9.40%	24.30%	37.80%	43.70%	41.20%	32.90%	5.36%	7.72%	10.25%	13.83%	16.61%	17.82%							
糖尿病+高血壓																			

李曉玲：台灣慢性病患醫療利用及存活情形之探討以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例。台北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2011。

包裹式支付制度(bundled payment)



資料來源：Bogasky, S., Morley, M., Gage, B., Smith, L., Spain, P., & Ingber, M. (2009). Post-Acute Care Episodes.

包裹式支付四種模式

- 依照護理片段、目標臨床狀況、包裹內含服務、支付方式等區分

模式一	模式二	模式三	模式四
護理片段 住院	住院+PAC+再住院	PAC+再住院	住院+再住院
目標臨床 狀況	所有MS-DRGs	選定的48種疾病或處置，各種含至少一DRG	選定的48種疾病或處置，各種含至少一DRG
包裹內含 服務	Part A服務	所有非終期照護(non-hospice)之Part A和B	所有非終期照護(non-hospice)之Part A和B服務
支付方式	回溯性：有折價的IPPS支付制度；結合論量計酬與事先訂定之折價	回溯性：先由論量計酬支付，總額與事先訂定之目標價做調整；低於目標價則給予差額，超過目標價須繳回	前瞻性：預先支付醫院訂定價，再由醫院進行分配
申請者給Medicare之折價規定	最低由前六個月0%增加至第三年2%	出院後30-89天者無 最低折價3% ≥90天者最低折價2%	最低折價3%
品質測量	醫院住院品質報告評估及由申請者提出額外評估	由申請者提出，最終會建立一套與其他計畫最大程度結合之標準化評估方式	由申請者提出，最終會建立一套與其他計畫最大程度結合之標準化評估方式

資料來源：英月瑞、黃維慈、吳敏芬。(2014)。美國住院與急性後期照護之包裹式支付制度。臺灣公共衛生雜誌, 23(1), 459-469.

健康素養

預防重於治療、與疾病共舞

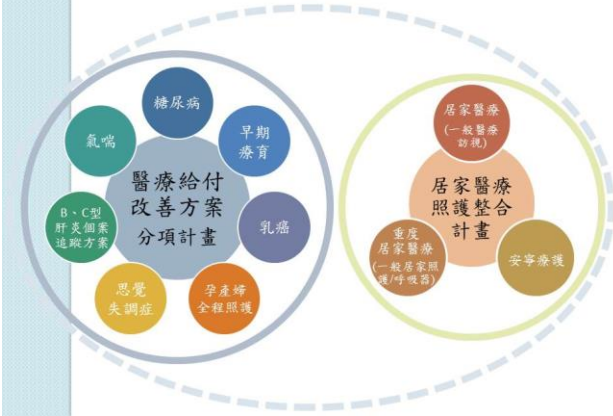
- 癌症
- 多重慢性病
 - 三高
 - 肥胖
 - 運動
 - 菸酒
 - 不良生活習慣
- 失智症
- 憂鬱症
- 孤寂感

104年	163574
死亡	9%
惡性腫瘤	28.6
心臟疾病	11.7
腦血管疾病	6.8
肺炎	6.6
糖尿病	5.6
意外事故	4.3
慢性下呼吸器疾病	3.9
高血壓性心臟病	3.4
腎炎、腎臟病及腎性病變	2.9
慢性肝病及肝硬化	2.9
	76.7

101年十大死因結構



- 論質計劃方案如何和家醫計畫(居家護理、居家安寧、居家醫療整合)



國外包裹式支付制度經驗

- 德國
 - 將住院醫療費、所有醫師費用和其他成本合併，且採用醫療保證，若病人因相同醫療問題再住院，醫院需負擔再住院成本
- 瑞典斯德哥爾摩
 - 2009年縣議會提供需要全膝關節和全髖關節置換術的健康病人包裹式支付制度，醫療週期內支付約8,000美元，實施後發現醫療成本下降，病人滿意度提高，且醫療品質較佳
- Bundle的內容為：

住院期間	社區照護/復健
1. 手術前評估	1. 義肢
2. 所有醫療人員的花費	2. 住院復健(最多6天)
3. 手術費	3. 出院後3個月內的一次複診
4. 實驗室檢查	4. 出院兩年內其他關節相關手術
5. 放射線檢查	5. 術後5年內感染後相關抗生素治療

資料來源：Porter, Michael E., and Thomas H. Lee (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. Harvard Business Review, 91(10): 50-70.

美國包裹式支付照護改善計畫

(Bundled Payments for Care Improvement initiative)

- 加州大學洛杉磯校區(UCLA)腎臟移植計畫自1986年起與凱薩醫療機構合作，試辦包裹式支付計畫，服務規模大幅成長，且UCLA腎臟移植醫療品質提高，市佔率亦提高
- 2010年病人保護暨可負擔照護法(Patient Protection and Affordable Care Act, **PPACA**)，推動包裹式支付制度
- 發展歷程
 - 2011年8月23日：公告相關辦法，開始接受申請，由申請者定義照護片段
 - 2013年1月31日：公布參與者，計畫開始進行(共四個模式，模式一：4月開始)
 - 階段一(2013年1-7月)-無風險準備期：CMS與參與者共同執行並評估財務風險，為財務與表現責任做準備
 - 階段二(2013年7月後)-風險承受執行期：參與階段一並由CMS認可可繼續執行及可承擔財務風險者將進入階段二執行

資料來源：吳育斌, 黃維恩, 吳美秋等. (2014). 美國醫院與急症後期護理之包裹式支付制度. 臺灣公衆衛生雜誌, 33(5), 459-465

實施包裹式支付制度優點

- 提升資源有效利用，降低照護成本^a
 - 住院急性照護⇨急性後期照護(PAC)
 - 服務可相互替代者：可加速病人出院，轉移至照護成本較低之PAC單位，提高急性病床周轉率
 - 服務無替代性者：提供控制成本之誘因
- 提高服務提供者間協調合作
 - 急性與急性後期跨單位整合服務，改善轉轉流程及品質
 - 機構內、機構間服務整合
- 改善照護品質
 - 負責單位需整合各機構照護，避免提早或延遲出院，提供以病人為中心的適切照護
- 容易推動^b
 - 相較於論人計酬，針對部分服務進行試辦後再擴大，服務提供者易參與

資料來源：^a吳育斌, 林嘉祺, 吳美秋, 吳美秋等. (2013). 全民健康保險即期轉轉制度與後期護理模式之影響評估. 全民研究雜誌, 25
^b吳育斌, 黃維恩, 吳美秋等. (2014). 美國醫院與急症後期護理之包裹式支付制度. 臺灣公衆衛生雜誌, 33(5), 459-465

WHO提出活躍老化之政策架構



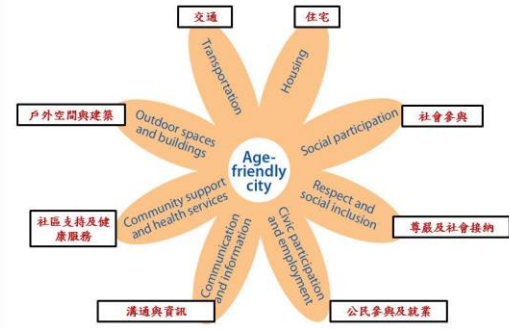
- 參與(Participation)**
 - 依據個人需要、偏好與能力，確保於社會經濟、文化和精神活動之參與
 - 老年人亦可透過有償或無償之活動，持續對社會發揮其生產力
- 健康(Health)**
 - 降低慢性疾病及失能之風險因素，增進促進健康的保護因素
 - 發展具可近性、高品質且友善之健康與社會服務
- 安全(Security)**
 - 強調社會、財務及身體等安全與需要，維護尊嚴，並保障安全之權利及需要
 - 家庭及社區須提供老年人支持

資料來源：WHO(2002). Active Ageing: A Policy Framework.

27

創造「高齡友善城市」達成「活躍老化」

- 「高齡友善城市」具備**兼容**及**無障礙**等特質，透過**彈性化**的結構及服務提供，使不同需要及能力的老年人皆可獲得服務 (WHO, 2007)



資料來源：WHO(2007). Global Age-friendly Cities: A Guide.

28

促進活躍及健康老化

- WHO(2012)：保持健康才會長壽(Good health adds life to years)
 - 老化是從出生開始，在各個年齡層朝促進**好的健康與健康行為**努力，以利**預防與延緩慢性病的發生**
 - 宏觀面：健康且高齡**友善(age-friendly)的城市**
 - 微觀面：**個人健康老化、老有所為(productive ageing)**的老化
- 成功的老化(successful ageing)
 - 藉由**運動與營養**，降低或延緩疾病或失能的發生
 - 正向的心理態度**，提高認知與身體功能的能力
 - 積極融入社交生活的參與**
- 健康的五大要素
 - 良好睡眠**
 - 健康飲食**：包含蛋白質(魚、肉、蛋、豆、奶)、蔬菜、脂肪、碳水化合物、維生素、礦物質等**六大類食物與充足的水分**
 - 固定運動**：以可牽動身體大肌肉群的運動**克服或改善**老化造成的**下肢無力及減少疾病**
 - 情緒管理**：強化**幸福感、正向思考的能力、復原力(resilience)**
 - 有家人與朋友支持**：鼓勵和親朋好友**互動**外，專職或兼職**工作、擔任志工或公民參與**社區活動，或擔任小孩或老人之**照顧者**

29

肥胖與健康風險

- 依據WHO資料顯示，肥胖者較健康體重者易罹患下列疾病：

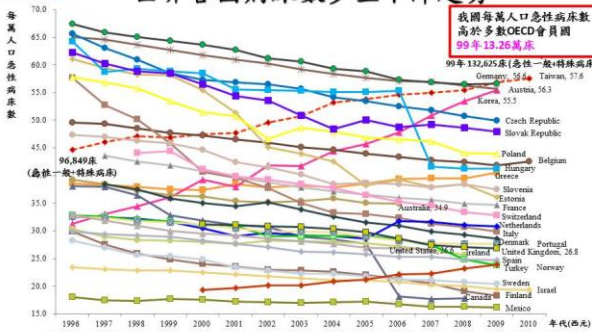
非常危險 (危險性為3倍以上)	中度危險 (危險性為2-3倍)	危險 (危險性為1-2倍)
<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病 代謝症候群 膽囊疾病 血脂異常 呼吸困難 睡眠呼吸停頓 	<ul style="list-style-type: none"> 高血壓 高尿酸血症/痛風 骨性關節炎 冠狀動脈心臟病 	<ul style="list-style-type: none"> 乳癌 子宮內腺癌 結直腸癌 女性賀爾蒙異常 多囊性卵巢症 不孕症 下背痛 麻醉風險 胎兒畸形

資料摘錄自國民健康署網站：http://health99.hpa.gov.tw/Article/ArticleDetail.aspx?TopicNo=824&OS=1-life

- 13種癌症的發生與肥胖明顯相關(WHO, 2016)：
 - 大腸癌、腎臟癌、食道癌、乳癌、子宮體癌、胃癌、肝癌、胰臟癌、膽囊癌、甲狀腺癌、卵巢癌、骨質增生、腦膜瘤

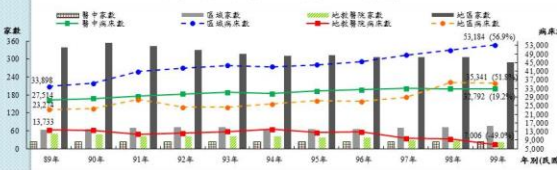
30

世界各國病床數多呈下降趨勢



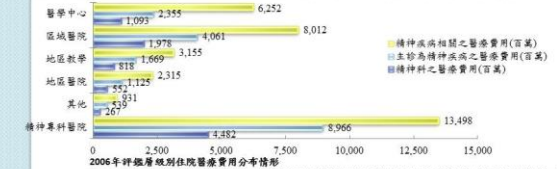
1. 民國99年我國每萬人口急性一般病床為32.0床
2. 根據OECD對急性病床之定義，納入急性一般及特殊病床，排除其他類項功能之病床(如精神、長期、康復及安寧護理、心理衛生等、藥物濫用等)，發現我國急性病床發展趨勢與國外相反，僅低於民國98年日本的81.1床，高於多數OECD會員國
3. 國內研究推估我國所需每萬人口病床數為43.54床，病床資源的規劃，應考量人口、教育、健康、經濟、現有病床使用效率、醫療科技發展、以及社區資源開發程度等因素(謝榮樹，2008)

我國病床數變化趨勢



註：1. 民國99年醫院科別病床數以該醫院提供之類別取代；2. 括號內代表99年之98年增減率
資料來源：統計至(2011)：09-99年醫院病床現況

精神病人之住院利用多集中於精神專科醫院



資料來源：共頁(1008)：全國精神醫療資源調查報告-藥物未發展策略

1-1 「健康照護」議題之面臨問題、政策推動限制、及未來挑戰

議題	面臨問題	政策推動限制
服務輸送體系	基層醫療體系與醫院服務體系整合 單靠醫療服務體系整合 醫事人員職業環境及人才流動問題待改善 醫事人員科技發展及專業建立等面臨醫療服務	· 未全面實施分級診療制度 · 住院部分負擔制度，不利社區健康照護機構發展 · 地方服務單位之同步整合，與內政部及教育部等部會之跨單位及部會之工作協調仍待加強
醫事人力培育	醫療工作環境之變遷 醫事人力招募及留任不易 信任感與專業地區醫療資源之不足與不均，可逆性而待改善 離島地區急診及緊急傷病後送與轉診成本高	· 醫事人員養成培育時間長 · 非居住偏鄉地區一般公費專業生，服務期滿後留校服務之人數 · 公費生於培育過程可能無法順利取得證照 · 少子化影響學生申請公費生人數 · 醫事專業士變遷，醫療糾紛之法律責任，影響醫事人員之服務意願
精神醫療照護	精神病人社區化照護仍亟需發展 精神病人安置方式與連續性護理模式尚待改善 精神病人醫療保險及生活安置仍待改進 毒品、物質成癮等問題 戒煙物質應用/戒煙之治療模式發展及戒煙效能尚待提高 物質濫用個案再犯率高；需投入網路戒煙防治 家庭暴力及保護受害人之驗傷保護安置尚待精進 相對人(加害人)再犯危險之跨域評估共與及處遇體系尚待強化 安置後加害人之網絡支持體系尚待加強 心理健康專業人力素質尚需加強 心理健康專業人員專業整合 心理健康專業人員之跨領域之專業基礎	· 推動跨聯合民間及部門之相關專業共同參與 · 跨機關及部會之協調整合影響心理健康工作之推動 未來面臨之挑戰： · 人口快速老化 · 家庭結構改變 · 醫療支出上升 · 社會環境及生活環境快速變化 · 醫療保險及醫療資源分布不均且不足 · 社區醫療照護體系薄弱 · 醫療體系水平與專業整合不佳 · 民眾對醫療及健康服務品質有更高要求
癌症防治	癌症防治工作需持續精進 癌症防治工作需進一步強化 安寧護理知率及利用率待提升 癌症防治工作需進一步強化 癌症防治之相關研究與整合，並呼應國家癌症防治政策制定時之研究需求	· 目前腫瘤個案管理與臨床諮詢，多數醫院採取編制人員專職或兼職諮詢 · 衛生專業人力困難

因應病床擴增、新療法上路、護床比、急診擴充、人口快速老化，多重慢性病人增加等問題，跨部會及單位之合作與健康照護相關資源之整合及連結具有重要性

1-2 「健康促進」議題之面臨問題、政策推動限制、及未來挑戰

議題	面臨問題	政策推動限制
預防保健	· 各族群存在不同健康問題 · 弱勢族群與健康不平等 · 預防保健經費不足	· 各項預防保健服務面臨預算不足之窘境 · 民眾行為受專業人士影響極大，現有的醫療環境不利於醫師或醫療院所主動積極推廣預防保健 · 推廣預防保健
心理健康促進	· 人際關係惡化為社會治安之隱憂 · 青少年心理健康影響未來人力 · 老年人口護理使心理健康更受重視 · 居住環境之心理健康應多關注 · 高壓競爭影響心理健康 · 文化之心理健康應為國際發展趨勢 · 兒童心理健康工作必須包含預防、反應及復原角色；降低自殺死亡率仍有改善空間	· 政策推動應結合民間及部會之相關資源共同參與 · 跨機關及部會之協調整合影響心理健康工作之推動
癌症防治	· 癌症防治工作需持續精進 · 癌症防治工作需進一步強化 · 安寧護理知率及利用率待提升 · 癌症防治工作需進一步強化 · 癌症防治之相關研究與整合，並呼應國家癌症防治政策制定時之研究需求	· 民眾戒菸前大多無症狀，嚴重缺乏動機 · 經費不足，難以提供戒菸及大腸癌之篩檢 · 衛生專業人力困難
口腔健康	· 學齡前及學齡兒童齲齒率仍偏高 · 全民健保、學齡前兒童兒童化驗物篩檢利用仍待提高 · 成人牙周病盛行率高 · 老年人口牙比率高 · 有醫醫醫醫醫問題尚待解決	· 缺乏公私部門協平台 · 全民健保、學齡前兒童兒童化驗物篩檢利用仍待提高 · 衛生專業人力困難 · 民眾口腔健康意識不足

- 未來面臨之挑戰：
- 人口老化
 - 生活型態改變導致不健康行為及肥胖盛行
 - 醫療專業人員增加
 - 預防勝於治療的觀念日益受重視與挑戰

1-3 「疾病管制」議題之面臨問題、政策推動限制、及未來挑戰

議題	面臨問題	政策推動限制
疫苗政策	· 幼兒接種疫苗意願提升及新增疫苗 · 部分族群接種率偏低 · 疫苗品質維持、管控及提供預防接種服務國際 · 新疫苗趨勢及成人預防接種政策的導入及推廣 · 疫苗品質與接種服務品質提升 · 疫苗品質與接種服務品質提升	· 預防接種服務之提供，才能達到疾病控制及根除的目標 · 仍有少數預防接種對象無法完全掌握 · 新疫苗政策的及時導入及疫苗財源穩定 · 疫苗品質與接種服務品質提升，影響各院所配合提供接種服務
傳染病防治	· 風險評估人才不足 · 實驗室診斷設備提升 · 新興重大傳染病與高傳染性病毒提升 · 新興重大傳染病與高傳染性病毒提升 · 新興重大傳染病與高傳染性病毒提升	· 我國目前無法取得分享給會員國之公共衛生數據與疫苗接種資訊 · 疫苗品質與接種服務品質提升 · 疫苗品質與接種服務品質提升 · 疫苗品質與接種服務品質提升
滅菌防治	· 運用風險評估採取預防性管理 · 水環境物體消毒策略 · 高危險性滅菌與消毒 · 國際合作機制建立	· 整合性專業機構仍待強化 · 公營單位逐年縮減，限制防疫物體消毒與消毒 · 各國國際衛生參與管理仍受國際政治環境限制
結核病防治	· 新興技術導入防治策略 · 缺乏消除傳染源之決心 · 基層執行防治高人力不足 · 缺少民間團體支持 · 全民健康保險給付體制對醫療之限制 · 鄰近國家抗藥性疫情對我國之衝擊	· 防疫經費與資源無從到位，導致數額的防治策略或檢驗技術難以積極推廣 · 基層執行防治高人力不足，將造成結核病之復發與傳播 · 政府應從衛生界之規模推行協會 · 鄰近國家抗藥性疫情對我國之衝擊

- 未來面臨之挑戰：
- 社會專業人士生活型改變影響疾病流行特性
 - 自然環境改變帶來防疫新挑戰
 - 與東亞國際交流日益密切造成急性傳染病及結核病防治工作日益嚴峻
 - 交通便捷、國際交流頻繁影響傳染病之出現及快速地域傳播
 - 防疫資源之變遷及整合
 - 區域大流行病會日益增加
 - 疾病防治需國際合作
 - 生物技術改變的威脅及衝擊增加挑戰

因應國際交流、旅遊頻繁、外籍人口入境等因素，造成境外傳染病機會大增，未來應針對提高疫苗接種率、強化醫療資源調配、結合大數據以建構預警式監測系統、及加強風險溝通以提供民眾衛生防護與就醫知能等方向努力

1-4 「食品及藥物安全」議題之面臨問題、政策推動限制

議題	面臨問題	政策推動限制
食品 安全	<ul style="list-style-type: none"> 加強食品安全法規政策管理 強化源頭至控制相關機制 實施生產源頭控制 發展全民監督安全機制 加強管理市場檢驗機制 	<ul style="list-style-type: none"> 食品管理需跨部會合作 食品業者之風險控管觀念不足 管理業者持續改善、管理及服務量普遍不足 國際食品藥物安全法、法規標準普及檢驗方法建立無法如期完成 政策宣傳推廣不足，無法於短期內顯現成效 食品科技推廣困難，難以立即全面性地不法事件 民間食品業者監督意願低，無法全面納入管理
中藥 安全	<ul style="list-style-type: none"> 中藥材成分複雜，需強化安全衛生標準 中藥產源規模小且競爭力不足 中藥收費者需進行產源調查與核對 中藥藥學服務機構的完善改善 	<ul style="list-style-type: none"> 中藥材種植與採採之品質無法全面監控 醫療成本攀升，健保中藥給付制度不利產業發展 食品藥物安全事件頻傳，現有人才不足因應 藥學專業不足 中藥藥事專業人力投入亟需提升
高藥 安全	<ul style="list-style-type: none"> 與國際藥政管理法規及管理制度的時差 藥物審議機制及專業量能須有效全面溝通 產品品質一致性需再強化 現行中藥與西藥不同管束 藥物上市管理得待規範及強化 大藥廠制藥成本過度之爭前防制機制 國際化專業人才培訓不足 對國際藥物應用之專業知識增加與學習 請大藥廠藥物安全事件與藥學 而醫藥衛生合作有待進一步突破 	<ul style="list-style-type: none"> 人力資源、人才留才不易 政府資源有限，經費不足 醫材管制影響西藥發展，立法進度影響 管制政策發展方向無法明確配合 管制部分無法支持，管理面臨困難 衛教宣傳不一可及，需長時間下而堅 不法藥物及運轉廣告的查處，非僅由衛生單位可獨立完成 國際合作與交流受限

- 未來面臨挑戰：
- 重大食品衛生事件對食品產業發展生機，導致產源品質問題
 - 食品偽造情形及新興產品衛生問題
 - 醫藥產品推展出新，於國際政策與國際標準有落差
 - 藥物國際化及檢驗化，且藥物應用與疾病日趨惡化

因應食品藥物之多樣性，且安全管理必須重視原料、運輸、製造、保存至購買等面向，未來針對各部門單位應之協調與分工、藥物風險管理、食品管理與檢驗、有毒有害藥物管理、新興藥物管理、衛生稽查員訓練、預算機制、食品藥物管理等等需進一步強化

第二部分： 衛生醫療審議原則

- 1) 以 WHO 「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」 為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定
- 2) 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定

2-1 Joint Assessment of National Health Strategies and Plans (WHO, 2013)

優點：較具宏觀及整體性

重點事項	原則	說明
一、情境分析和規劃：根據良好的情境分析，進行清晰且具相關性的策略選擇，及優先事項排序	<p>(一) 國家策略須以良好的狀況及回應分析為基礎，包含政治、社會、文化、性別、流行病學、法律、治理和制度等。</p> <p>(二) 國家策略須明確說明優先事項、目標、政策、目的、介入策略和預期成果。此將有助於改善健康結果和公平性，並滿足國家和全球承諾。</p> <p>(三) 計劃介入措施應具備可行性、適切性、及公平性，並須以實證為基礎且經過良好的實踐。包含考慮有效性、效率和可持續性。</p> <p>(四) 建立並存在具可信度的風險評估和緩解策略。</p>	<p>情況分析應對健康決定因素及健康結果進行全面和參與性分析，並須涵蓋該國之流行病學、政治、社會經濟、組織狀況等因素；使用分組數據進行分析，以瞭解何種健康結果最符合衛生部門政策目標及表現趨勢；政策目標應包含全面覆蓋、改善衛生公平性、服務輸送、以人為中心的護理等，促進和維護社區健康的公共政策、改善衛生當局的能力及公平性；對過去和現在的衛生部門反應和衛生安全進行分析，以確認優先問題和需改進領域。</p> <p>目的須明確、可測量、符合實際、且具時限；目標、目的和介入措施需可因應健康優先事項、可近性、公平性、效率、品質和證據等考量，並解決不同人口群、特別是弱勢群體的健康問題；其策略面須包含衛生應有的資金計劃；確定如何籌集資金、解決獲取資金障礙、盡量減少因醫療服務而導致的貧困風險，並透過服務提供效率和品質的提升以創造進展。</p> <p>計劃的執行方式及介入措施應先分析其效果和效益，並確認其與優先需求相關；另須考慮過去實施的經驗，確認擴大辦理之可行性，並確定高證據的方法；計劃須確認是否影響公平性、效率和可持續性等關鍵系統問題，包括財務、人力資源和技術可持續性等限制；根據「國際衛生條例(International Health Regulations)」，緊急健康應需(如自然災害、新發/復發傳染病)的應需計劃應納入各級計劃中。</p> <p>風險分析應包含成功實施後的潛在障礙；緩解策略須確認如何解決這些風險。</p>

重點事項	原則	說明
二、過程：國家策略之容性	<p>(一) 國家策略和實施計劃的制定過程應確保所有利益關係者參與，並確保其方式與國家策略與年度預算計畫、利益關係者應包含發展和資源支持程序、公眾代表、公民社會、私人健康服務提供者、和發展夥伴。</p> <p>(二) 對國家策略須有高度的政治承諾。</p> <p>(三) 國家策略須符合相關的中央與地方策略、資金架構和計劃。</p>	<p>需存在透明機制，確保政府的領導和所有利益關係者為有意義的參與，並確保其方式與國家策略與年度預算計畫、利益關係者應包含發展和資源支持程序、公眾代表、公民社會、私人健康服務提供者、和發展夥伴。</p> <p>依據「健康應融入所有政策(health in all policies)」之精神，制定相關部門和跨部門的政策與立法，以確保的實施；策略須符合實施時所需的監督、和立法框架的挑戰，並須制定克服問題的辦法。</p> <p>策略明確的表現，包括維持、或在相關情況下增加政府對國家策略的資金應有的規定；依據國情，計劃應與高層級(如國民議會)的政策討論，並正式核准國家衛生策略和預算。</p> <p>國家衛生策略、特定疾病方案、和其他次級策略須具備一致性，亦須與國家總體發展目標一致；在聯邦和權力下放的衛生系統中，須建立有效的機制，確保決策的國家計劃亦解決國家層級的主要目標和挑戰。</p>
三、策略的費用和預算架構：健全性和可行性	<p>(一) 國家策略應建立支出預算，其中包含國家策略所涉各項活動和利益關係者之成本。</p> <p>(二) 策略中須有符合實際的預算架構和資金預測。</p>	<p>策略應明確的表現，包括維持、或在相關情況下增加政府對國家策略的資金應有的規定；依據國情，計劃應與高層級(如國民議會)的政策討論，並正式核准國家衛生策略和預算。</p> <p>國家衛生策略、特定疾病方案、和其他次級策略須具備一致性，亦須與國家總體發展目標一致；在聯邦和權力下放的衛生系統中，須建立有效的機制，確保決策的國家計劃亦解決國家層級的主要目標和挑戰。</p> <p>國家策略應建立支出預算，其中包含國家策略所涉各項活動和利益關係者之成本；成本估算需清楚解釋，證實其符合實際，並以經濟合理的估算方法為基礎。</p> <p>資金預測須包含所有資金來源，主要的國內和國際資金來源(包含貸款)須有明確的財政承諾，並應不確定性和風險；資金預測應包含在中期預算中，並應與國家預算一致；若資金預測不清楚或存在差距，則須確認其支出優先順序會與統一支出(對高、低、和最可能的資金方案下規劃計畫和方案，或透過過程的說明解釋以確認支出優先順序。</p>

重點事項	原則	說明
四、執行和管理：執行國家策略中方案安排和制度的健全性	<p>(一) 透過多項性過程和定期制定策略計劃，並詳細說明如何實現國家策略目標。</p> <p>(二) 國家策略應對如何部署資源以實現策略目標進行說明。</p> <p>(三) 針對執行策略的組織能力是否充分進行評估，並應對其所需能力。</p> <p>(四) 財務管理和技術安排須適當、合乎規定、且具實質性。</p> <p>(五) 需規範執行策略的治理、管理、和協調機制。</p>	<p>需交代執行夥伴的作用和責任，若有新政策或方案計劃，須確認其執行的任務及責任；建立可確保部門業務計劃(如地區計劃、疾病規劃計劃、機構及自治機構計劃)與國家衛生策略優先事項相關的機制。</p> <p>需確認服務提供的組織，並確定其角色、責任、及所需資源；建立透明標準以合理分配地方層級單位和非國家成員(視情況而定)之資源(包含人力資源、資本、資金等)以助於提高公平性和效率；瞭解目前資源分配和管理系統限制，提出可行的行動方案加以解決，並分配給地方層級單位和非國家成員。</p> <p>確定人力資源(管理和能力)需求，包含人員設置標準、技術組合、分配、培訓、監管、薪資和獎勵；組織能力應包含在策略、有適當的資源、具體應改進的計劃；這包含規劃和標準的系統及能力、技術和管理監督、和維護；策略中需涵蓋滿足其實施所需的技術支持方式。</p> <p>財務管理系統應符合國家和國際標準，並產生適合決策、監督和分新的報告，參考其他研究，以確定該部門財務管理系統、能力和實踐的優勢與劣勢，加強公共財政管理的行動方案以處理信託風險，並確認該方案在合理時間內之可行性，並須計算全部成本；按標準須符合國家和國際標準，針對已確定需加強的領域，可參考其他研究，訂定符合實際的計劃以解決問題；透過獨立的內部和外部審計、及議會監督以提供合理保證，審計須包括實質價值的評估，並建立機制以確認其發揮作用；需有清楚的方式以確認資金和其他資源如應達到預期的受益者，包括透明形式及外部資金報告、建立系統性的機制以確保資金的及時支付、有效流動、是否解決問題、在權力下放的衛生系統中，這包括有效的地方單位資金流動過程和財務監督。</p> <p>須建立內部和所有利益關係者之外部治理安排，具體規範國家策略執行的管理、監督、協調和報告機制；針對國家政策進行治理，包含部內及相關部門的治理、當責制、監督、執行和報告機制，計劃應說明如何解決過去當責制和治理問題，以遵守國家法規和國際最佳做法。</p>

重點事項	原則	說明
五、監測、評估和審查：審查和評估機制的健全性、及其結果運用	<p>(一) 監測和評估計劃須健全，並可反映國家策略、包括核心指標、資訊定義之差距；針對數據分析和聚合結果具體說明，並預測和解決數據品質問題；確認數據之傳播和溝通具有效及管理性，包括數據管理和數據共享的分析報告。</p> <p>(二) 建立計畫以確保聯合且定期執行績效管理，並須將其回饋於決策和行動方案中。</p>	<p>建立監測和評估工作的綜合指導原則，反映國家策略的目標和目的，建立公平且核心的指標和目標，用以衡量發展、公平性和績效；監測和評估計劃須指定數據來源和收集方法，並確定解決數據品質問題、資訊定義之差距；針對數據分析和聚合結果具體說明，並預測和解決數據品質問題；確認數據之傳播和溝通具有效及管理性，包括數據管理和數據共享的分析報告。</p> <p>建立多方案夥伴之審查機制，依據年度和長期目標以系統性評估部門或方案執行情形；以發展情況和績效的定期評估結果，作為改善對付和績效審查基礎，建立明確改進措施並將其轉化為行動的標準，包含向地方單位提供回饋和調整財政撥款的機制。</p>

2-2 澳洲健康 2016 年報 (Australia's health 2016)

• 優點：針對原則方向進行說明

優先級	領域	優先級說明
一、健康狀況	1. 健康狀況	疾病、失能、損傷或創傷、或任何其他健康相關狀態的患病率
(1) 民眾的健康如何？	2. 功能	改善身體結構或功能、活動限制、和參與限制
(2) 健康狀況在民眾間是否存在差異？	3. 福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的福祉
(3) 改善民眾健康狀況的累積機會為何？	4. 死亡	死亡率及預期壽命的測量
二、健康決定因素	5. 環境因素	物理、化學和生物因素，如空氣、水和土壤品質
(1) 決定民眾健康的因素是否都有備？	6. 社區及社會經濟因素	社會因素，如社會資本、支持服務、社會經濟因素(如住房、教育、就業和收入)
(2) 因素的改變是來自於哪裡或那些人士？每個人改變的狀況是否相同？	7. 健康行為	態度、信念、知識和行為，如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式
三、健康系統表現	8. 生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素
(1) 健康系統如何運作？	9. 有效性	提供可配合個案需要，且符合已建立基準的預後、介入、或活動
(2) 在國家預後表範圍內的預後品質如何？每個人所接受到的預後品質是否相同？	10. 可近性	民眾可在正確的地點及時間獲得服務，不因收入、身份、位置和文化背景而存在差異
(3) 系統是否具備成本效益，並且是可持續運作的？	11. 連續性照護	隨著時間的轉移，可透過各項計畫、從業者、組織和層次，讓民眾不斷且無縫的獲得服務
	12. 回應性	服務可回應個案需求，且讓個案感受到尊嚴和保護，並鼓勵其參與預後內容的討論及選擇
	13. 安全性	避免或降低接受健康照護過程中所受到管理或環境導致之危害
	14. 效率和可持續性	以最基本效益的資源利用取得預後效果

2-3 美國健康國民 2020 白皮書 (Healthy people 2020)

• 優點：針對不同健康議題進行討論

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
一、健康服務可獲受性	改善健康照護系統，以確保全面且優質的照護服務	取得衛生服務需三步驟：(1) 需求評估系統；(2) 提供服務所需服務的地點；(3) 尋找與患者可溝通且任意的醫療提供者
二、職業預防	減少癌症、心臟病、及因工作引起的疾病、失能和死亡	<ul style="list-style-type: none"> 監測癌症發生率、死亡率和存活率趨勢，以實踐為基礎的檢驗工具減少子宮頸癌、肺癌、結核菌感染、職業所導致的肺病負擔 監測侵襲性癌症(子宮頸和結腸直腸癌)和晚間乳癌癌的發生率，此為癌症篩檢成功的中間指標(intermediate markers) 在患者為中心的時代，臨床醫生及美國醫學會成員間的有線溝通將從成功和障礙，並從從個案到個案的醫療決策 醫療服務提供者的健康信念是影響篩檢是否進行癌症篩檢的重要因素，使民眾瞭解記住癌症篩檢相關資訊是重要的
心臟病及中風	預防、篩檢、治療心臟病和中風的危險因素，改善心血管健康和生活方式，早期發現和治療，預防心血管事件發生	<ul style="list-style-type: none"> 早期介入降低心臟病的高風險因素，將可有效避免發生不良事件，並減輕工作環境中因心臟病和腦中風導致的負擔 針對民眾飲食和身體活動，控制高血壓和膽固醇，戒菸，適當的阿司匹林使用等進行改善，可大幅降低心血管疾病的發生及死亡
糖尿病	減少糖尿病的疾病負擔，並改善風險，改善糖尿病患者之生活品質	<ul style="list-style-type: none"> 肥胖率上升導致糖尿病發病的流行增加 糖尿病個案數及其相關併發症增加，導致現有的醫療服務系統無法負荷 改善糖尿病之管理及預防計畫
癌症和傳染病	提高疫苗率，減少可預防的傳染病	<ul style="list-style-type: none"> 擴展疫苗管理策略應著眼於強化第二類疫苗發展中個案的初級健康照護 發展工作環境中預防和社區活動及服務 確保疫苗、地方公共衛生部門、和聯邦政府組織為國家控制傳染病蔓延之強而有方夥伴 強化對疫苗認識、完成預防和治療歷程，可有效減少傳染病傳播強化傳染病的公衛基礎設施，以進行全面的疾病監測 適當管理傳染病疫苗、藥物和檢驗儀器，更新傳染病相關健康問題的科學技術改善

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
三、環境品質	環境衛生	透過健康的環境以提供全民的健康
環境衛生	減少與空氣污染、水和土壤污染、化學品、藥物、和危險廢棄物、噪音和熱、基礎設施和能源、全球環境衛生	<ul style="list-style-type: none"> 環境健康的六大重點目標：室外空氣品質、地表和地下水品質、有毒物質和危險廢棄物、噪音和熱、基礎設施和能源、全球環境衛生 制定健康從環境健康是複雜的，且需仰賴跨學科研究以完全理解環境暴露於環境因素中對人體健康之影響
菸草使用	減少與菸草使用和二手菸暴露相關的疾病、失能和死亡	<ul style="list-style-type: none"> 有助於結束菸草流行的有效策略包含：(1) 提高菸草製品價格；(2) 制定全面菸草政策；(3) 在菸草環境中擴大戒菸治療；(4) 提供醫療戒菸的戒菸治療；(5) 實施及對菸草的種種宣傳運動；(6) 在政府機構轄下全面實施菸草控制計畫；(7) 控制菸草產品，包含電子菸、可吸入及非可吸入菸草的取得；(8) 減少針對兒童的菸草廣告和促銷 菸草防治之關鍵領域：菸草使用流行率、衛生系統變化、社會環境變化
四、傷害及暴力	預防意外傷害和暴力，減少不良結果	<ul style="list-style-type: none"> 傷害和暴力預防目標包含解決問題，即可有效解決，並能改善國家健康 傷害及暴力除了直接的傷害外，對民眾社會有重大影響
五、家庭及兒童健康	改善孕產、嬰兒、兒童和家庭的發展及福祉	<ul style="list-style-type: none"> 孕產、嬰兒和兒童健康主題領域的目標，源於健康和生活方式的廣泛條件、健康行為、和衛生系統指標，進而影響孕產、兒童和家庭的發展、相關策略的發展涵蓋多面向：發病率和死亡率、健康行為和行為、孕產健康和行為、產後健康和行為、嬰兒健康、失能和其他損傷、健康照顧
六、心理健康	心理健康與精神疾病	<ul style="list-style-type: none"> 透過預防和確認以獲得適當的高品質心理衛生服務，以改善心理健康 相關策略應包含精神健康狀況改善、及治療擴大
七、生殖與性健康	家庭計畫	<ul style="list-style-type: none"> 正確使用保險套可有效防止意外懷孕和性傳播感染 避孕套外還有其他有效方法，包含可逆性的避孕藥片與避孕針 針對非菸草、非一夫一妻制的性關係，男性和女性都應建議在每次行為時使用避孕套
HIV	預防人類免疫缺陷病毒(HIV)感染及其相關疾病和死亡	<ul style="list-style-type: none"> 減少感染 HIV 病毒的人數 增加對 HIV 病毒感染的認識，並改善其健康結果 減少與 HIV 病毒相關的預後及衛生不公平性

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
八、營養、身體活動及肥胖	透過日常身體活動以改善健康、體重和生活方式	<ul style="list-style-type: none"> 規律的身體活動包含中等和激烈的身體活動、及肌肉強化活動 採多學科跨領域的合作方式以提高民眾身體活動水平和改善健康 身體活動程度可視下列方式對正向影響：(1) 積極環境的建立及改善，如人行道、自行車道、小徑和公園的可近性；(2) 提高支持身體活動設施的可近性的立法政策 針對年幼兒童的身體活動策略可視以下方面規劃：(1) 兒童托育機構的身體活動；(2) 實體教育和電腦使用；(3) 公立和私立小學的宿舍和體育課程 健康的食物選擇、健康照護及工作環境、體重管理、食品安全、食品營養教育、體育活動教育
營養及體重狀態	透過健康飲食、營養支持維持健康體重	<ul style="list-style-type: none"> 促進健康飲食和體重管理的目標，包括提高家庭食品安全和消除依賴 健康飲食須包含以下重點：(1) 在食物群內和組織內加入各種營養強度的食物，特別是全穀物、水果、蔬菜、低脂或無脂牛奶或乳製品，及瘦肉和其他蛋白質；(2) 限制飽和脂肪和反式脂肪、糖、鹽、添加的糖、鈉(鹽)和酒精等的攝入；(3) 限制酒精攝入以滿足營養需求
九、口腔健康	預防和控制口腔和顫動疾病、症狀和損傷，並改善預防和牙科治療服務的可近性	<ul style="list-style-type: none"> 強化民眾對口腔健康與整體健康和福祉之重要性的認識 強化民眾對預防性牙科治療的接受與落實 減少獲得有效預防和牙科治療服務的不公平性
十、社會決定因素	改善青少年和青年的健康發展、健康安全和福祉	<ul style="list-style-type: none"> 針對青少年與青年所面臨的重要公共衛生和社會問題，包含飢餓、自殺、交通意外、藥物使用及濫用、吸菸、性傳播感染、未成年和計劃外懷孕、無家可歸等 解決青少年健康問題之有效策略和方案：(1) 落實查驗駕駛計畫；(2) 戒菸預防計畫；(3) 預防暴力方案；(4) 戒菸預防方案；(5) 心理健康和營養教育；(6) 預防性藥物介入
十一、物質濫用	減少物質濫用以保護公眾健康	<ul style="list-style-type: none"> 透過政策發展為包含政策和預防、篩檢和治療、進行高學和監測三大面向而健全民眾、尤其是兒童的健康、安全和生活品質

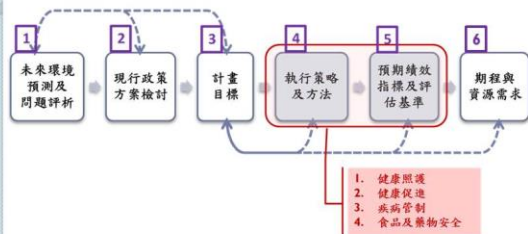
2-4 行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點

• 為辦理行政院所屬各部、會、行、總處、署、院、省政府及省諮議會之中長程個案計畫編審作業之重要依據

• 中長程個案計畫內容如下：

- 計畫緣起：依據；未來環境趨勢；問題分析；社會參與及政策溝通情形
 - 計畫目標：目標說明；達成目標限制；績效指標、衡量標準及目標值
 - 現行相關政策及方案之檢討
 - 執行策略及方法：主要工作項目；分期(年)執行策略；執行步驟(方法)與分工
 - 期程與資源需求：計畫期程；所需資源說明；經費來源及計算基準；經費需求(含分年經費)及與中程支出概算額度配合情形
 - 預期效果及影響
 - 財務計畫
 - 附則：替選方案之分析及評估；風險評估；相關機關配合事項；中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢核表；其他有關事項
- 計畫審議要項包括：
- 計畫需求：政策指示、民意及輿情反映
 - 計畫可行性：計畫目標、環境、財務、技術、人力、營運管理可行性、社會參與及政策溝通成效
 - 計畫協調：權責分工、相關計畫之配合
 - 計畫效果：社會效果、經濟效益、財務效益、成本效益比、前期計畫績效
 - 計畫影響：國家安全、社會經濟、自然環境、性別等之影響

2-5 衛生醫療類別社會發展計畫之審議步驟及重點 (案例分析：國民心理健康計畫第二期)



第三部分： 衛生醫療績效指標

收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊

領域	維度	維度說明	指標
三、健康系統表現	9. 有效性	提供可貼合個案需要、且符合已建立標準的照護、介入、或活動	Unsafe sharing of needles
	10. 可近性	民眾可在正確的地點及時間獲得服務，不論其身體位置或文化背景而存在差異	<ul style="list-style-type: none"> Immunisation rates for vaccines in the national schedule (1 year, 2 years, 5 years, adults) Selected potentially preventable hospitalisations Survival following acute coronary heart disease event Survival of people diagnosed with cancer (5-year relative rates) Potentially avoidable deaths Bulk-billing for non-referred (GP) attendances Selected potentially avoidable GP-type presentations to emergency departments Waiting time for elective surgery Waiting time for emergency department care Cancer screening rates (breast, cervical, bowel) Differential access to hospital procedures Proportion of pregnancies with an antenatal visit in the first trimester
11. 連續性	11. 連續性	隨著時間的推移，可透過各項計劃、從患者、不間斷且協調的照護或服務	<ul style="list-style-type: none"> Proportion of people with diabetes with a GP annual cycle of care Proportion of people with asthma with a written asthma action plan
	12. 回應性	服務可回應個案需求，且確保患者受到尊重和保護，並鼓勵其參與照護內容的討論及選擇	Proportion of people with mental illness with a GP care plan
13. 安全性	13. 安全性	避免或降低接受健康照護過程中所受到傷害或損害	<ul style="list-style-type: none"> Adverse events treated in hospitals Falls resulting in patient harm in hospitals
	14. 效率和可持續性	以資源最優化的資源利用取得預期成果	<ul style="list-style-type: none"> Net growth in health workforce (medical practitioners, nurses and midwives) Cost per case mix-adjusted separation for acute and non-acute care episodes

國際關注之衛生醫療類別績效指標

以簡潔明確方式，提供概念框架來瞭解和評估民眾的健康和健康系統

指標來源	指標概述
澳洲健康2016年報 (Australia's health 2016)	<ul style="list-style-type: none"> 指標可允許比較不同族群、不同地理區域和國家的情況 可改善服務提供質量和透明度 不同健康領域、健康決定因素、健康系統表現等三個領域，並與國際使用的健康績效指標一致 針對當前健康領域議題提出14個維度、共計40個健康指標
美國健康國民2020白皮書 (Healthy people 2020)	<ul style="list-style-type: none"> 針對心臟研究主題制定多個績效指標；針對高度優先的健康問題，選出12個重要議題、26個優先健康績效指標 (Leading Health Indicators, LHI) 各種指標可用以評估國家對於健康議題的表現，並從跨學科及部門間的協同合作，且亦可鼓勵國家及地方系統在管理措施採取行動
歐洲核心健康指標 (THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI)	<ul style="list-style-type: none"> 用於監測歐洲成員國的健康和衛生保健狀況，與歐盟成員國和其他歐洲國家參考 指標涵蓋健康所有面向，從經濟結構方式，以人口和社會經濟狀況、健康狀況、健康決定因素、健康服務、促進健康之五大策略，及健康服務和保健、高齡化和人口、健康決定因素、疾病和心理健康、所有政策中之健康五大政策領域建構指標之分類 指標旨在有良好的定義，且為合理、具比較性的，數據會定期進行更新 必要時亦可國際性別、年齡、社會經濟地位等分類分析
經濟合作暨發展組織健康照護品質指標 (OECD Health Care Quality Indicators)	<ul style="list-style-type: none"> 指標及其政策相關性、科學性、且能進行國際間的比較 針對健康照護的表現由「照護品質」、「照護可近性」及「照護成本」三個面向評估，針對健康照護品質則區分為健康服務、健康風險因素、照護可近性、照護品質、健康照護資源五大類 以「專業性」、「科學性」、「可行性」為指標選擇原則
美國AHRQ醫療品質指標	<ul style="list-style-type: none"> 包含預防、住院、病人安全、兒科品質指標 僅用於急性護理醫院管理數據使用，尚不適用於其他類型的設置
WHO全球參考100項健康指標核心清單 (100 Core Health Indicators)	<ul style="list-style-type: none"> 為一系列標準化的指標操作型定義，用以反映國際間優先關注的衛生醫療核心清單 據各國可依據其自己的能力及衛生醫療優先事項進行資料收集，種族測量以收集各國的健康醫療類資訊

美國健康國民2020白皮書 (Healthy people 2020) 之優先績效指標

12個重要議題	26個優先績效指標
健康服務可近性	Persons with medical insurance (percent, <65 YEARS)
臨床預防服務	Persons with a usual primary care provider (percent)
環境品質	Adults receiving colorectal cancer screening based on most recent guidelines (age adjusted, percent, 50-75 years)
傷害及暴力	Adults with hypertension whose blood pressure is under control (age adjusted, percent, 18+ years)
孕產及嬰幼兒健康	Persons with diagnosed diabetes whose A1c value is >9 percent (age adjusted, percent, 18+ years)
心理健康	Children receiving the recommended doses of DTP, polio, MMR, Hib, hepatitis B, varicella and PCV vaccines (percent, aged 19-35 months)
口腔健康	Air Quality Index (AQI) exceeding 100 (number of billion person days, weighted by population and Air Quality Index value)
生殖健康	Children exposed to secondhand smoke (percent; nonsmokers, 3-11 years)
社會決定因素	Injury deaths (age adjusted, per 100,000 population)
物質濫用	Homicides (age adjusted, per 100,000 population)
菸草使用	Infant deaths (per 1,000 live births, <1 year)
	Total preterm live births (percent, <37 weeks gestation)
	Suicide (age adjusted, per 100,000 population)
	Adolescents with major depressive episodes (percent, 12-17 years)
	Adults meeting aerobic physical activity and muscle-strengthening Federal guidelines (age adjusted, percent, 18+ years)
	Obesity among adults (age adjusted, percent, 20+ years)
	Obesity among children and adolescents (percent, 2-19 years)
	Mean daily intake of total vegetables (age adjusted, cup equivalents per 1,000 calories, 2+ years)
	Persons who visited the dentist in the past year (age adjusted, percent, 2+ years)
	Sexually experienced females receiving reproductive health services in the past 12 months (percent, 15-44 years)
	Knowledge of serostatus among HIV-positive persons (percent, 13+ years)
	Students awarded a high school diploma 4 years after starting 9th grade (percent)
	Adolescents using alcohol or illicit drugs in past 30 days (percent, 12-17 years)
	Binge drinking in past 30 days—Adults (percent, 18+ years)
	Adult cigarette smoking (age adjusted, percent, 18+ years)
	Adolescent cigarette smoking in past 30 days (percent, grades 9-12)

澳洲健康2016 (Australia's health 2016) 之健康績效指標

領域	維度	維度說明	指標
一、健康狀況	1. 健康狀況	疾病、失能、傷害或死亡、或與健康相關問題的患病率	<ul style="list-style-type: none"> Incidence of heart attacks Incidence of selected cancers (bowel, melanoma, lung cancer, breast cancer (females), cervical) Incidence of sexually transmissible infections and blood-borne viruses (syphilis, HIV, hepatitis B, hepatitis C, chlamydia, gonorrhoea) Incidence of end-stage kidney disease Hospitalisation for injury and poisoning
	2. 功能	影響身體結構或功能、活動限制、和參與限制	Severe or profound core activity limitation
	3. 福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的福祉	Psychological distress
	4. 死亡	兒童和預期壽命的測量	Self-assessed health status
二、健康決定因素	5. 環境因素	物理、化學和生物因素	Infant/young children mortality rate (infants <1 year), Indigenous infants (<1 year), children aged 1-4 years
	6. 社會及經濟因素	社會因素、如社會資本、支持服務、社會經濟因素 (如住房、教育、就業和收入)	Life expectancy (all males, all females, Indigenous males, Indigenous females)
	7. 健康行為	態度、信念、知識和行為、如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式	Children exposed to tobacco smoke in the home
	8. 生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素	Water quality

其他健康相關績效指標

指標來源	指標面向	指標數
歐洲核心健康指標 (THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI)	人口和社會經濟狀況	9
	健康狀況	32
	健康決定因素	14
	健康服務	29
經濟合作暨發展組織健康照護品質指標 (OECD Health Care Quality Indicators)	促進健康	4
	Health expenditure and financing	15
	Health Status	15
	Non-Medical Determinants of Health	4
美國AHRQ醫療品質指標	Health Care Resources	6
	Health Workforce Migration	6
	Health Care Utilisation	9
	Health Care Quality Indicators	7
世界衛生組織之100個全球參考之健康指標核心清單 (Global reference list of 100 core health indicators)	Pharmaceutical Market	3
	Long-Term Care Resources and Utilisation	3
	Social Protection	3
	Demographic References	3
世界衛生組織之100個全球參考之健康指標核心清單 (Global reference list of 100 core health indicators)	Economic References	2
	住院品質 (QIs)	34
	病人安全 (PSIs)	26
	兒科品質 (PQIs)	24
世界衛生組織之100個全球參考之健康指標核心清單 (Global reference list of 100 core health indicators)	預防品質 (PQIs)	24
	健康狀況 (Mortality by age and sex; Mortality by cause; Fertility, Morbidity)	27
	風險因素 (Nutrition; Infections; Environmental risk factors; Noncommunicable diseases; Injuries)	21
	服務涵蓋情形 (Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent; Immunization; HIV; Tuberculosis; Malaria; Neglected tropical diseases; Screening and preventive care; Mental Health)	27

第四部分： 衛生醫療審議參考工具

- 1) 國外包含 **APEC**、**WHO**、**OECD**、**Sustainable development goals**、**The World Bank Group**、**Asian Development Bank**、**The United Nations Drug Control Programme**、**United Nations Joint Programme on HIV/AIDS** 等網站
- 2) 國內包含 **衛生福利部統計處之衛生福利統計專區**、**中華民國統計資訊網**、**衛生福利部疾病管制署統計資料**等網站

4-2 國內衛生醫療照護指引與相關資料庫

照護指引與相關資料庫	說明	網站及網址
衛生福利部統計處衛生福利統計專區	包含社會福利統計、衛生福利統計、全民健保統計等多項之各年度或月份之統計資料，並建置有「衛生福利統計互動式指標查詢系統」，提供統計資料查詢、提供等簡便查詢功能，提供列年趨勢等變遷提供選擇，以圖表視覺化的方式呈現資料變化圖形，可有助於觀察出與其他資料呈現方式所不易察覺到的資料特性	http://data.stats.gov.tw/DOS/rep/1734-113.html
中華民國統計資訊網	公布由政府主計處所提供的各項數據統計資料其中與健康醫療相關之統計資料包含於「全國統計資料」的下拉選單中，又可區分為醫事醫療服務、醫事人員、食品及藥物管理、病為、疾病預防、國民健康、醫療保健支出、其他衛生統計等面向	http://www.stat.gov.tw/mp.asp?mpNode=5609&mp=4
衛生福利部疾病管制署統計資料	為即時瞭解各類傳染病之流行及監測情況，衛生福利部疾病管制署於官網中發布統計資料，提供包含流感、登革熱、腸病毒、傳染病統計、霍亂、結核病等之即時通報、通報、或月報，並提供傳染病之流行趨勢及傳染人口數表以強化各界大眾對各類傳染病現況之瞭解	http://www.cdc.gov.tw/submenu.aspx?menuid=1107&sub=550c18_southwest&id=1107&sub=550c18

4-1 國外衛生醫療照護指引與相關資料庫

照護指引與相關資料庫	說明	網站及網址
世界衛生組織(World Health Organization, WHO)	指標訂定目的為全球衛生發展監測指引、減少負擔工作、增加相關衛生資料收集之效率、提供資料收集品質及相關資訊透明化、指標包含國民健康狀況、風險因子、醫療服務涵蓋率、衛生服務體系等領域共計100項指標	WHO-100 Core Health Indicators http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/
經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)	指標涵蓋國家經濟、商業、經濟、稅收、交通、人口、教育、勞工、環境、健康、能源、觀光、科技及創新等領域	OECD.Stat http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
世界銀行(The World Bank Group)	建立資訊平台以蒐集各領域之重要指標，針對健康領域的部分，包含了醫療衛生、營養和人口指標、透過資訊平台可選擇有興趣的主題以及指標年份，即可查詢該國自1960年起指標之表現及歷史趨勢，亦可與該國進行各國比較	The World Bank Group - Health http://data.worldbank.org/topic/health
聯合國毒品和犯罪問題辦公室(United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC)	針對國際犯罪、犯罪、毒品販賣、生產、運送等議題定期進行相關統計資料更新	The United Nations Drug Control Programme - UNODC Statistic: Drug Use and Health Consequences https://data.unodc.org/#state:1
聯合國愛滋病規劃署(United Nations Programme on HIV and AIDS, UNAIDS)	2016年之GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING報告針對2011年聯合國愛滋病防治全球目標之相關指引、報告中亦針對一般人口群、關鍵族群之愛滋病預防、性傳染病、愛滋病治療、愛滋病之花費、性別議題、檢視與社會烙印、媒體與健康服務系統之整合、愛滋病相關疾病等面向訂定策略指標	United Nations Joint Programme on HIV/AIDS - GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 http://data.unodc.org/garpp/index.html

Thanks for your attentions

照護指引與相關資料庫	說明	網站及網址
世界衛生組織西太平洋區辦事處(WHO Western Pacific Region, WHO-WPRO)	成立一跨計劃、跨區域衛生指標資訊平台，整合各區之健康相關指標資料，彙整各指標之定義、資料來源、指標計算方式、資訊平台可用以進行跨區資料分析、繪圖，方便使用者同時進行多國跨年度之資料比較	WHO Western Pacific Region - Health Information and Intelligence Platform http://data.who.int/whowpro/health-intelligence-platform/index.html
世界衛生組織東南亞區辦事處(WHO Regional Office for Southeast Asia, WHO-SEARO)	指標包含人口指標、社會經濟指標、衛生服務、醫療服務、孕產率、新出生兒兒童健康指標、傳染病指標、非傳染病疾病、性別平等、健康狀況指標等八大主題	WHO Regional Office for Southeast Asia - Core Health Indicators (CHIs) http://www.who.int/searo/health-situation-trends/data/chi/cni_2014/en/
亞洲太平洋經濟合作會議(Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC)	針對其會員國蒐集下列指標：包含人口、國內生產毛額(GDP)/國民總收入(GNI)、通貨膨脹率、勞動力、經濟結構、貿易、貿易平衡、外商直接投資(FDI)、人民境內消費(Movement of People)、財務、教育、環境、信息通信生活質量、政策目標、貿易貿易、外商直接投資、投資總額投資資產、銀行貸款，共19個主題、141項指標	Stats APEC - Key Indicators Database http://stats.apec.org/index.php?lang=en
永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs)	根據於2012年地球高年會(Rio+20)中，決議替代2000年之千年發展目標(Millennium Development Goals, MDGs)作為未來十五年全球發展議題主軸、包含17項目標(Goals)及169項細項目標(Targets)	Sustainable development goals - changing the world in 17 steps - interactive https://www.theguardian.com/global-development/ng-interactive/2015/jan/19/sustainable-development-goals-changing-world-17-steps-interactive
亞洲開發銀行(Asian Development Bank, ADB)	發行Key Indicators for Asia and the Pacific 2016報告，探討亞太地區48個會員國之經濟、金融、社會和環境指標間之差異	Asian Development Bank - Key Indicators for Asia and the Pacific 2016 http://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2016

附件五 焦點座談會資料

國家發展委員會105年度委託研究計畫 案號：ndc105045

衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究-「健康照護」焦點座談會

執行單位：國立陽明大學
計畫主持人：吳育琪 老師
協同主持人：許銘能 老師
研究人員：葉馨婷 博士後研究員
會議時間：2017/04/28下午13:30-15:00
會議地點：濟南辦公區703第一研討室
計畫執行起迄：2016/11/07-2017/07/06

計畫緣起

- 衛生醫療類別社會發展計畫涵蓋民眾高度關注議題，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求
- 「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為行政院為辦理中長程個案計畫編審作業之參考依據，國家發展委員會為更細緻精進衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標，提供未來國家發展委員會審議計畫、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考，故委託本計畫

材料與方法

課題	執行方法	執行步驟
一、分析我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰	文獻蒐集與分析	1. 以近五年之政府或部會管制計畫為範疇，依計畫特性區分為健康促進、健康照護、疾病管制、食品藥物管理四大議題 2. 收集並整理各計畫之本來現況預測、問題評析、計畫目標、達成目標限制等資料，以瞭解各領域之特質、問題及挑戰
二、參考國外經驗及參酌本會近五年審議之衛生醫療類別社會發展計畫，建立衛生醫療類別社會發展計畫(含各領域)之審議原則、參考績效指標	文獻蒐集與分析	1. 審議原則： 1) 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定 2) 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定 2. 績效指標： 1) 收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、政策單草案等資訊 2) 彙整國內四大領域之政府或部會管制計畫資料，瞭解績效指標之訂定情形
三、彙整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫等	文獻蒐集與分析	1. 邀請公共衛生、健康政策與管理、健康照護、疾病管制及食品安全領域之產、官、學界參與計畫審議原則座談 2. 針對計畫審議原則之適切性、績效指標之適切性與可用性等議題進行討論
	文獻蒐集與分析	1. 彙整國內外衛生醫療專業團體之重點網站，彙整其網站功能、關注議題、常見衛生醫療類指標或指引等資料，以評估其使用於衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性

第一部分：衛生醫療審議原則

- 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定
- 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定

Joint Assessment of National Health Strategies and Plans (WHO, 2013)

優點：較具宏觀及整體性

重點事項	原則	說明
(一) 分析與規劃：根據良好的情境分析，進行清晰且具相關性的策略選擇，及優先事項順序	(一) 國家策略須以良好的狀況及回應分析為基礎，包含政治、社會、文化、性別、流行病學、法律、治理和制度議題	情況分析應針對健康決定因素及健康結果進行全面和參與性分析，並須涵蓋該國之流行病學、政治、社會經濟、組織狀況等因素，使用分類數據進行分析，以瞭解初級健康照護是否達成衛生部門政策目標及其表現趨勢；政策目標應包含全面覆蓋、改善衛生公平性、服務可及性、以人為中心的照護系統、促進和維護社區健康的公共政策、改善衛生當局的能力等議題；對過去和現在的衛生部門反應和衛生資金安排進行分析，以確認優先問題和改進途徑。
	(二) 國家策略須能明確的優先事項、目標、政策、目的、介入措施和預期成果，此將有助於改善健康結果和公平性，並滿足國家和全球承諾	目的、目的和介入措施需因應健康優先事項、可近性、公平性、成本、品質和健康結果等議題，並解決不同人口群，特別是弱勢群體的複雜健康問題；其涵蓋面尚須包含衛生服務資金計劃，確定如何籌集資金、解決獲取資金障礙、盡量減少醫療服務而導致的貧困風險，並透過服務提供效率和品質的提升以創造價值。
	(三) 計劃介入措施須具備可行性、適切性、及公平性，並須以實證為基礎且經過良好的實踐，包含考慮有效性、效率和可持續性	計劃的執行方式及介入層級應以充分分析其效果和效益，並確認其與優先需求相關；另須考慮過去實施的經驗，確認擴大辦理之可行性，並確定提高成功率的方法；計劃應確認各層級公平性、效率和可持續性等關鍵系統問題，包括財務、人力資源和技術可持續性限制；根據「國際衛生條例(International Health Regulations)」，緊急健康照護計畫(如自然災害、新發/復發疾病等)的應急計劃應納入各級計劃中。
	(四) 建立並存在具可程度	風險分析應包含成功實施的潛在障礙；瞭解策略應如何解決這些風險。

重點事項	原則	說明
二、過程：國家策略之發展和簽署支持程序的健全性和包容性	(一) 國家策略和家務計劃的制定過程應邀請所有利害關係者參與，並經其認可而訂定最終的國家策略	需存在透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，並經系統性方式規劃對國家策略與年度業務計畫、利害關係者應包含國家和地方政府機構、公眾代表、公民社會、私人健康照護提供者等發展夥伴。
	(二) 對國家策略須有高度的政治承諾	依據「健康應融入所有政策(health in all policies)」之精神，制定相關部門和跨部門的政策與立法，以便成功實施；策略須留意於實施時所需的監管、和立法相關的挑戰，並須制定克服問題的辦法；政治承諾的表現，係指維持、或在相關情況下增加政府對國家策略的資金供應的規定；依據國情，計劃應與高層級(如國民議會)的政策討論，並正式核准國家衛生策略和預算。
	(三) 國家策略須符合相關的中央與地方策略、資金架構和計劃	國家衛生策略、特定疾病方案、和其他次級策略須具備一致性，亦須與國際目標相一致；在聯邦和權力下放的衛生系統中，須建立有效的機制，確保必要的國家計劃亦可解決國家層級的主要目標和議題。
三、策略的費用和預算的健全性和可行性	(一) 國家策略須建立支出架構，其中包含國家策略所涉各項活動和相關服務之成本	策略條件應健全支出架構，其成本計算與預算相連，包含實施策略的經常性和投入資金要求，如人力資源、藥品、權力下放管理、基礎設施、社會保護機制等費用，架構中亦應適時包含公共衛生部門外的活動和相關服務之成本；成本估算需簡潔易懂，確實符合實際，並以經濟學合理的估算方法為基礎。
	(二) 策略中須有符合實際的預算和資金預測，當該策略未得到充分資助，應存在可從策略目標中確權優先順序的機制	資金預測須包括所有資金來源，主要的國內和國際資金來源(包含貸款)皆須有明確的財政承諾，並有充足確定性和風險；資金預測需實際，依經濟條件預測中期支出計劃和財政空間限制；若資金層級不清楚或存在差距，則須確保支出優先順序會與結果一致(針對高、低、和最可能的資金方案下規劃計畫和方案，或透過過程的說明解釋以確認支出優先順序。

行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點

- 為辦理行政院所屬各部、會、行、總處、署、院、省政府及省諮議會之中長程個案計畫編審作業之重要依據
- 中長程個案計畫內容如下：
 - 計畫緣起：依據：未來環境預測；問題評析；社會參與及政策溝通情形
 - 計畫目標：目標說明；達成目標限制；績效指標、衡量標準及目標值
 - 現行相關政策及方案之檢討
 - 執行策略及方法：主要工作項目；分期(年)執行策略；執行步驟(方法)與分工
 - 期程與資源需求：計畫期程；所需資源說明；經費來源及計算基準；經費需求(含分年經費)及與中程或出預算額配合情形
 - 預期效果及影響
 - 財務計畫
 - 附則：替選方案之分析及評估；風險評估；相關機關配合事項；中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢核表；其他有關事項
- 計畫審議要項包括：
 - 計畫書表：政策指示、民意及輿情反映
 - 計畫可行性：計畫目標、環境、財務、技術、人力、營運管理可行性、社會參與及政策溝通成效
 - 計畫協調：權責分工、相關計畫之配合
 - 計畫效果：社會效果、經濟效益、財務效益、成本效益比、前期計畫績效
 - 計畫影響：國家安全、社會經濟、自然環境、性別等之影響

13

第二部分： 衛生醫療績效指標

收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊

14

國際關注之衛生醫療類別績效指標

- 以簡潔明確方式，提供概念框架來瞭解和評估民眾的健康和健康系統

指標來源	指標簡介
澳洲健康2016年報 (Australia's health 2016)	指標可允許比較不同時期、不同地理區域和國家的情況 可改善服務提供管制和透明度 不涵蓋健康狀況、健康決定因素、健康系統表現等三個領域，並與國際使用的健康績效框架一致
美國健康國民2020白皮書 (Healthy people 2020)	針對四個主要問題制定多個績效指標：針對高度優先的健康問題，選出12個重要議題，26個優先健康績效指標(Leading Health Indicators, LHI) 各績效指標可用以評估國家於關鍵健康議題的表現，並促進跨單位及部門間的合作協調，並亦可鼓勵國家及地方層級單位皆積極採取行動 用於監測歐盟成員國的健康和衛生強健狀況，與歐盟成員國和其他歐洲國家參考
歐洲核心健康指標 (THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI)	指標涵蓋健康所有面向，依經濟結構方式，以人口和社會經濟狀況、健康狀況、健康決定因素、健康服務、促進健康之五大韌性，及健康服務和保健、高齡化和人口、健康決定因素、疾病和心理健康、所有政策中之健康五大政策領域健康指標之分類 指標旨在具有良好定義，且為合理、具比較性的，數據會定期進行更新必要時亦可按照性別、年齡組、社會經濟地位等分類分析
經濟合作暨發展組織健康照護品質指標 (OECD Health Care Quality Indicators)	指標是其政策相關性、科學性、且能進行國際間的比較 針對健康照護的表現係由「照護品質」、「照護可近性」及「照護成本」三個面向評估，針對健康照護品質則區分為健康狀況、健康風險因素、照護可近性、照護品質、健康照護資源五大類 以「重要性」、「科學性」與「可行性」為指標選擇原則
美國AHRQ醫療品質指標	包含預防、住院、病人安全、兒科品質指標 僅用於急性護理醫院管理數據使用，尚不適用於其他類型的設置
WHO全球參考100項健康指標核心清單 (100 Core Health Indicators)	為一系列標準化的指標操作型定義，用以反映國際優先關注的衛生醫療狀況及趨勢 讓各國可依據其自己的能力及衛生醫療優先事項進行資料收集，藉指標測量以收集各國的健康醫療類資訊

15

澳洲健康2016(Australia's health 2016)之健康績效指標

領域	維度	維度說明	指標
一、健康狀況	1. 健康政策	疾病、失能、損傷或創傷、或其與健康相關問題的患病率	Incidence of heart attacks Incidence of selected cancers (bowel, melanoma, lung cancer, breast cancer (females), cervical) Incidence of sexually transmissible infections and blood-borne viruses (syphilis, HIV, hepatitis B, hepatitis C, chlamydia, gonorrhoea) Incidence of end-stage kidney disease Hospitalisation for injury and poisoning
	2. 功能	改變身體結構或功能、活動限制、和參與限制	Severe or profound core activity limitation
	3. 福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的福祉	Psychological distress Self-assessed health status
	4. 死亡	死亡率及預期壽命的測量	Infant/young children mortality rate (infants<1 year), Indigenous infants (<1 year), children aged 1-4 years) Life expectancy (all males, all females, Indigenous males, Indigenous females)
二、健康決定因素	5. 環境因素	物理、化學和生物因素如空氣、水和土壤品質	Children exposed to tobacco smoke in the home Water quality
	6. 社區社會經濟因素	社會因素，如社會資本、支持服務、社會經濟因素(如住房、教育、就業和收入)	Proportion of people with low income Proportion of babies born with low birthweight Health literacy Educational attainment for selected school years and adults
	7. 健康行為	態度、信念、知識和行為，如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式	Proportion of adults who are daily smokers Proportion of adults at risk of long-term harm from alcohol Fruit and vegetable intake Physical inactivity
8. 生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素	Proportion of persons obese and overweight	

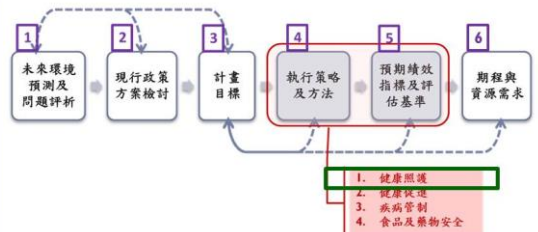
16

領域	維度	維度說明	指標
三、健康系統表現	9. 有效性	提供可貼合國家需要，且符合它建立標準的照護、介入、或活動	Unsafe sharing of needles
	10. 可近性	民眾可在正確的地點及時間獲得服務，不因收入、身體位置或文化背景而存在差異	Immunisation rates for vaccines in the national schedule (1 year, 2 years, 5 years, adults) Selected potentially preventable hospitalisations Survival following acute coronary heart disease event Survival of people diagnosed with cancer (5-year relative rates) Potentially avoidable deaths Bulk-billing for non-referred (GP) attendances Selected potentially avoidable GP-type presentations to emergency departments Waiting time for elective surgery Waiting time for emergency department care Cancer screening rates (breast, cervical, bowel) Differential access to hospital procedures Proportion of pregnancies with an antenatal visit in the first trimester
11. 連續性	隨著時間的推移，可透過各項計劃、從意識、組織和層次，提供民眾不間斷且協調的照護或服務	Proportion of people with diabetes with a GP annual cycle of care Proportion of people with asthma with a written asthma action plan Proportion of people with mental illness with a GP care plan	
12. 回應性	服務可回應個案需求和保護，並鼓勵其參與照護內容的討論及選擇		
13. 安全性	避免或降低因管理不周或環境導致之危害	Adverse events treated in hospitals Falls resulting in patient harm in hospitals	
14. 效率和可持續性	以最良成本效益的資源利用取得預期效果	Net growth in health workforce (medical practitioners, nurses and midwives) Cost per case mix-adjusted separation for acute and non-acute care episodes	

17

提案一：衛生醫療類別「共通性審議原則」草案

審議內容及步驟



18

一、明列計畫依據，並進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，回應社會需求

- **明列計畫之參考依據，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向。**
- **分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性：**評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。
- **解決社會問題以回應社會需求：**確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

19

二、整合衛生醫療相關資源，並檢討現行相關政策及方案：

- **盤點現行衛生醫療資源配置情形，**評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。
- **分析現行衛生醫療相關政策之執行現況，**瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。

20

三、訂定明確、具前瞻性、全面性和完整性之計畫目標：

- **計畫目標應清楚明確，並可回應社會變遷趨勢，**如包含**全民健康覆蓋**、改善健康服務的**公平性**、**以人為中心**的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化妝品安全、改善衛生機關的能力及**當責性**；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

- **符合證據(evidence-based)導向、且依成本效益分析結果擬定最適策略：**依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。
- **執行策略與方法，應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：**計畫執行策略與方法之擬定，應能具體達成計畫目標，能具體解決社會問題；另延續性計畫應先辦理前期實施成效政策評估據以規劃。**(承接下一頁)**

21

◦ **(承接上一頁)**

- **廣納利害關係群體意見，並將策略優劣點傳達給利害關係者：**存在透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，將策略之優劣點等訊息充分傳達給利害關係者，參考利害關係群體的意見，規劃或調整相關措施，利害關係者應包含中央和地方政府與機構、公眾代表、公民社會、健康醫療照護提供者及發展夥伴等。
- **強化跨部會與單位協調合作機制：**考量衛生醫療類計畫多需跨領域合作，當工作項目需由各部會或單位依其權責辦理，應啟動跨部會協調機制，於計畫中載明部會分工，以事先協調方式確保分工確實執行，以利資源有效運用，發揮整合綜效。

22

五、訂定關鍵績效指標，以回應計畫目標並解決社會問題：

計畫應**訂定具體、與計畫目標關聯之量化績效指標、衡量標準及分年度目標值**，以利評估計畫執行成效，且績效指標宜**以結果為導向**為佳；針對**延續性或關聯性計畫應強調其執行情形、及績效指標達成度**，衡酌**持續辦理之必要性或預先規劃退場機制**。

六、編列計畫經費、預算來源及財務規劃之合理性及可行性：

計畫中須有符合實際的預算架構和資金預測，並依照工作項目、執行年度等進行妥適之分配及規劃，當該**計畫未得到充分財源，應存在配套方案或可依策略總目標擇要執行的機制**。

23

提案二：「健康照護領域」之審議原則草案

一、改善健康照護體系之有效性、可近性、連續性、回應性、效率和可持續性，並兼顧照護服務之品質

◦ **(一)改善健康照護系統，以確保輸送體系之連續性及效益**

- 健康照護系統需具備**有效性、可近性、連續性、回應性、效率和可持續性**之特質。
- **進行資源重分配，提高經費運用效益：**盤點現行健康照護資源之配置情形，強化資源配置之合理性及社會可接受度。
- **提升服務輸送效率，縮短城鄉差距：**調查健康照護資源分布及民眾健康需求等資料，發掘健康照護服務供需失衡之處，透過誘因機制及其配套措施、資訊科技之運用及強化等平衡供需方法。**(承接下一頁)**

24

◦ **承接上一頁**

- **(二)確保健康照護品質，使民眾獲得全面且優質的照護服務**
 - **發展以證據(evidence-based)為導向之決策分析及臨床指引：**利用實證醫學為基礎，將策略之優劣點等訊息充分傳達給利害關係者(如中央和地方政府機構、公眾代表、公民社會、健康照護提供者、和發展夥伴等)，以共同解決臨床實際問題，並應用於決策分析及臨床指引的制定。
 - **訂定具體之量性績效指標及合理目標值：**績效指標宜以結果為導向為佳，透過持續監測並採具誘因之改善策略，確保並提升健康照護品質。
 - **發展可解決不同人口群健康照護問題之策略：**特別是弱勢群體(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等)。
 - **透過品質管理方法及資訊科技之運用及強化，確保病人安全並提升服務效率：**透過異常事件管理、根本原因分析等方式，發掘病人醫療過程中所遭受之不良結果或傷害事件，據以研擬矯正或改善措施。

25

二、採用創新照護模式，減少由疾病所引起的失能和死亡，並改善病患生活品質

- **監測疾病死亡率及存活率的改善趨勢，**透過對疾病流行病學變化趨勢之瞭解，以研擬更佳之照護模式。
- **發展以證據(evidence-based)為導向且兼具成本效益之新興健康照護模式：**評估現有健康照護模式成效，說明如何將實證結果傳達給利害關係者(如中央和地方政府機構、公眾代表、公民社會、健康照護提供者、和發展夥伴等)，以發展新興健康照護模式。
- **透過預防及具成效之方案措施，以改善民眾心理健康，並獲得適當的高品質心理衛生服務。**
- **減少癌症、罹患慢性病、物質濫用等個案之不良照護結果，**改善其生活品質

26

三、建立以個案為中心或整合式的照護模式

- **確保服務輸送之無縫銜接且須兼顧效率：**檢視個案於服務輸送體系之現況及可能發生之問題，包含照護管理模式及流程、改善疾病管理及預防計畫等，避免服務片斷化。
- **確保醫療服務據點之便利性，並整合社區及居家照護：**調查醫療服務資源分布及民眾健康需求等資料，發掘醫療服務供需失衡之處，整合運用醫療資源調度及資源重新配置、公私協力、全民健康保險給付制度調整及資訊科技等。
- **協調整合多重慢性病或失能個案之照護服務：**尊重個案之價值喜好與表達需求，並協調整合其照護內容，提供個案生理、心理、社會上之必要支持。
- **發展重大傷病之個案為中心的照護模式：**透過臨床醫生及其個案和家庭成員間的有效溝通，以達成與個案價值一致的醫療決策。

- **四、改善健康照護專業人員勞動條件，確保合理的工作負擔，並廣績精進人員專業能力**

27

提案三：「健康照護領域」之績效指標草案

「健康照護」領域審議原則草案	績效指標草案
一、改善健康照護體系之可及性、可近性、連續性、回應性、效率和可持續性，並兼顧照護服務之品質	<ul style="list-style-type: none"> Waiting time for emergency department care Equity of access to health care services Surgical wound infections Average number of outpatient visits per person per year Mean availability of selected generic medicines (%) Health facility beds/ Hospital beds (per 1,000 people)
二、採用創新照護模式，減少由疾病所引起的失能和死亡，並改善病患生活品質	<ul style="list-style-type: none"> Age-standardized disease incidence rates Psychological distress Suicide mortality rate (per 100,000 population) Proportion of adults at risk of long-term harm from alcohol Unsafe sharing of needles Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol Reduce by one-third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being Selected potentially preventable hospitalisations Potentially avoidable deaths Surgical wound infection rate (% of all operations)
三、建立以個案為中心或整合式的照護模式	<ul style="list-style-type: none"> Cancer treatment delay Severe or profound core activity limitation Self-assessed health status Proportion of people with diabetes with a GP annual cycle of care Proportion of people with asthma with a written asthma action plan Proportion of people with mental illness with a GP care plan
四、改善健康照護專業人員勞動條件，確保合理的工作負擔，並廣績精進人員專業能力	<ul style="list-style-type: none"> Health workforce (Absolute number, Attrition, Density, Graduates) (per 1,000 people)

Thanks for your attentions

衛生醫療類別社會發展計畫審議之 調整規劃研究- 「健康促進」焦點座談會

執行單位：國立陽明大學
計畫主持人：吳育琪 老師
協同主持人：許銘能 老師
研究人員：葉馨婷 博士後研究員
會議時間：2017/04/28下午15:30-17:00
會議地點：濟南辦公區703第一研討室
計畫執行起迄：2016/11/07-2017/07/06

計畫緣起

- 衛生醫療類別社會發展計畫涵蓋民眾高度關注議題，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求
- 「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為行政院為辦理中長程個案計畫編審作業之參考依據，國家發展委員會為更細緻精進衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標，提供未來國家發展委員會審議計畫、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考，故委託本計畫

材料與方法

課題	執行方法	執行步驟
一、分析我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰	文獻蒐集與分析	1. 以近五年之行政院或部會管制計畫為範疇，依計畫特性區分為健康促進、健康照護、疾病管制、食品藥物管理等四大議題。 2. 收集並彙整各計畫之未來環境預測、問題評析、計畫目標、達成目標限制等資料，以瞭解各領域之特質、問題及挑戰
二、參考國外經驗及參酌本會近五年審議之衛生醫療類別社會發展計畫，建立衛生醫療類別社會發展計畫(含各領域)之審議原則、參考績效指標	文獻蒐集與分析	1. 審議原則： 1) 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定 2) 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類別計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定 2. 績效指標： 1) 收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參事100項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衛生基準等資訊 2) 彙整國內四大領域之行政院或部會管制計畫資料，瞭解績效指標之訂定情形
三、盤整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫等	文獻蒐集與分析	1. 邀請公共衛生、健康政策與管理、健康照護、疾病管制及食品安全領域之學、界、學界參與計畫審議原則座談 2. 針對計畫審議原則之適切性、績效指標之適切性與可用性等議題進行討論 3. 提取國際間衛生醫療類之重點網站，彙整其網站功能、關注議題、常見衛生醫療類指標或指引等資料，以評估其使用於衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性

第一部分： 衛生醫療審議原則

- 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定
- 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類別計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定

Joint Assessment of National Health Strategies and Plans (WHO, 2013)

優點：較具宏觀及整體性

重點事項	原則	說明
一、情境分析	(一) 國家策略須以良好的狀況及回應分析為基礎，包含政治、社會、文化、性別、流行病學、法律、治理和制度議題	情況分析應針對健康決定因素及健康結果進行全面和參與性分析，並須涵蓋該國之流行病學、政治、社會經濟、組織狀況等因素；使用分類數據進行分析，以瞭解初級健康照護是否達成衛生部門政策目標及其表現趨勢；政策目標應包含全面覆蓋、改善衛生公平性、服務可及性、以人為本的照護系統、促進和增強社區健康的公共政策、改善衛生當局的權力等議題；對過去和現在的衛生部門反應和衛生資金安排進行分析，以確認優先問題和改進領域。
二、優先事項	(二) 國家策略須能明確的優先事項、目標、政策、目的、介入措施和預期成果，此將有助於改善健康結果和公平性，並滿足國家和全球承諾	目的、目的和介入措施應可因應健康優先事項、可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題，並解決不同人口群，特別是弱勢群體的複雜健康問題；其涵蓋面應包含在預算的資金計劃，確定如何籌集資金、解決獲取資金障礙、盡量減少醫療服務而導致的貧困風險，並透過服務提供效率和品質的提升以創造價值。
三、策略	(三) 計劃介入措施應具備可行性、適切性、及公平性，並須以實證為基礎且經過良好的實踐，包含考慮其成效、效率和可持續性	計劃的執行方式及介入層級應以充分分析其效果和效益，並確認其與優先需求相關；另須考慮過去實施的經驗，確認擴大辦理之可行性，並確定提高成功率的方法；計劃應明確包含對公平性、效率和可持續性等關鍵系統問題，包括財務、人力資源和技術可持續性限制；根據「國際衛生條例(International Health Regulations)」，緊急健康應變計畫(如自然災害、新發/復發疾病等)的應變計劃應納入各級計劃中。
四、風險評估和緩解策略	(四) 建立並存在具可程度	風險分析應包含成功實施的潛在障礙；瞭解策略應如何解決這些風險。

重點事項	原則	說明
二、過程	(一) 國家策略和家務計劃的制定過程應透明、包容和參與者支持程序的健全性和包容性	需存在透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，並採取系統性方式規劃制定國家策略與年度業務計畫，利害關係者應包含國家和地方政府機構、公眾代表、公民社會、私人健康照護提供者，和發展夥伴。
三、策略	(二) 對國家策略須有高度的政治承諾	依據「健康融入所有政策(health in all policies)」之精神，制定相關部門和跨部門的政策與立法，以便成功實施；策略須留意於實施時所需的監管、和立法相關的挑戰，並須制定克服問題的辦法；政治承諾的表現，係指維持、或在相關情況下增加政府對國家策略的資金供應的規定；依據國情，計劃應層層級(如國民議會)的政策討論，並正式核准國家衛生策略和預算。
四、費用和預算	(三) 國家策略須符合相關的中央與地方策略、資金架構和計劃	國家衛生策略、特定疾病方案、和其他次級策略須具備一致性，亦須與國際目標相一致；在聯邦和權力下放的衛生系統中，須建立有效的機制，確保必要的國家計劃亦可解決國家層級的主要目標和議題。
五、策略的可行性和可持續性	(四) 國家策略須建立自給自足性	策略條件應健全支出架構，其成本計算與預算相連，包含實施策略的經常性和投入資金要求，如人力資源、藥品、權力下放管理、基礎設施、社會保護機制等費用，架構中亦應適時包含公共衛生部門外的活動和利害關係者之成本；成本估算需清楚解釋，證實其符合實際，並以經濟學合理的估算方法為基礎。
六、策略的透明性	(五) 策略中須有符合實際的預算結構和資金計劃	資金預測須包括所有資金來源，主要的國內和國際資金來源(包含貸款)皆有明確的財政承諾，並有穩定性和風險；資金規劃需實際，依經濟條件與中期支出計劃和財政空間限制；若資金層級不清楚或存在差距，則須確保支出優先順序與結果一致(針對高、低、和最可能的資金方案下規劃計畫和方案，或透過過程的說明解釋以確認支出的優先順序。

重點事項	原則	說明
四、執行、執行和管理國家策略和方案安排中的核心健康性	(一) 透過系統性過程定期制定策略計劃，並詳細說明如何實現國家策略目標 (二) 國家策略應規劃如何部署資源以實現既定成果且改善不公平性，包括如何將資源分配給地方層級單元和非國家成員 (三) 針對執行策略應有制衡能力是否充分進行評估，並規劃發展其所需能力 (四) 財務管理和採購安排應適當、合乎規定、且具當責性。改進公共財政管理(PFM)和採購的行動方案須可解決策略和其他診斷工作中確認之弱點 (五) 常規執行策略的治理、當責、管理和協調機制	業交代執行夥伴的作用和責任，若有新政策或方案計劃，須確認其執行的任務及責任； 建立可確保各部門盡善計劃(如地產計劃、疾病規劃計劃、機構及自治機構)與國家衛生策略優先事項相關的機制。 需確認服務提供的組織，並確定其角色、責任、及所需資源； 建立透明標準以合理分配地方層級單元和非國家成員(視情況而定)之資源，包含人力資源、商品、資金等，以助於提高公平性和效率； 瞭解目前融資和管理系統限制，提出可信的行動方案加以解決。 確定人力資源(管理能力和能力)需求，包含人員設置標準、技術組合、分配、培訓、監管、薪資和獎勵； 隨地制宜在正確的地點、有適當的資源、具備當責的計劃，這包含規劃和採購系統的系統能力、技術和管理監督、和維護； 策略中需描述滿足其他所需的技術支持方式。 財務管理系統應符合國家和國際標準，並產生透明決策、監督和分派的報告，參考其他研究，以確定核對財務管理系統、能力和實踐的優勢與劣勢，加強公共財政管理的行動方案以處理信託風險，並確認該方案在合理時間階內之可行性，並預算全部成本； 採購系統須符合國家和國際標準，針對已確定高強度的領域，可參考其他研究，訂定符合實際的計劃以解決問題； 透過獨立內外部審計，及適當監督以提供合理保證，審計須包括實價的評估，並建立機制以確保其發揮作用； 需有清楚的方式以確認資金和其他資源如期進期的受益者，包括透明形式及外部資金報告，建立系統性的機制以確保資金的及時支付、有效流動，是否解決問題，在權力下放的衛生系統中，這包括所有地方層級單元和採購監督。 保護獨立內部和所有利益相關者之外部治理安排，具體規範國家策略執行的管理、監督、協調和報告機制； 針對國家政策進行說明，包含部內及相關部門的治理、當責制、監督、執行和報告機制。針對需說明如何解決過去當責制和治理問題，以充分遵守國家法規和國際最佳做法。

重點事項	原則	說明
五、監測、評估和審查策略和評估機制的健全性、及其結果運用	(一) 監測和評估計劃須健全、並可與國際策略一致，包括精心選擇、資料來源、數據之收集、管理、分析、及品質確保 (二) 建立計畫以確保綜合且定期執行績效管理和處理，並將結果回饋於決策和行動方案	建立監測和評估工作的綜合指導標準，反映國家策略的目標和目的； 建立公平且透明之指標和目標，用以衡量發展、公平性和績效； 監測和評估計劃須指定數據來源和收集方法，並確定數據及資訊定義之基準； 針對數據分析和整合結果具體說明，並預測和解決數據品質問題； 確認數據之傳播和溝通具有效及常規性，包括績效管理和數據共享的分析報告； 確認監測和評估的作用和責任，設立協調機制和加強能力的計劃。 建立多合作夥伴之審查機制，依據年度和長期目標以系統性評估部門或方案執行情形； 以發展情況和績效的定期評估結果，作為政策對話和績效改善基礎； 建立可確認改進措施並將其轉化為行動的標準，包含由地方單位提供回饋和調整致效的機制。

澳洲健康2016年報(Australia's health 2016)

• 優點：針對原則方向進行說明

領域	強度	強度說明
一、健康狀況	1. 健康狀況	疾病、失能、損傷或創傷、或其他健康相關狀況的罹病率
(1) 民眾的健康如何?	2. 功能	改善身體健康功能、活動限制、和參與限制
(2) 健康狀況在民眾間是否公平差異?	3. 福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的福祉
(3) 改善民眾健康狀況的最佳機會為何?	4. 死亡	死亡率 and 預期壽命的測量
二、健康決定因素	5. 環境因素	物理、化學和生物因素，如空氣、水和土壤品質
(1) 決定健康問題的決定因素是否有改善?	6. 社區及社會經濟因素	社會因素，如社會資本、支持服務、社會經濟因素(如住房、教育、就業和收入)
(2) 因素的改變是來自哪裡或那些人? 每個人改變的狀況是否相同?	7. 健康行為	態度、信念、知識和行為，如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式
(3) 系統是否具備成本效益，並且是可持續運作的?	8. 生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素
三、健康系統表現	9. 有賦性	提供可結合個案需求，且符合已建立基準的照護、介入、或活動
(1) 健康系統如何運作?	10. 可近性	照護、介入、或活動需可達到預期成果
(2) 在國際標準需求範圍內的服務品質程度如何? 每個人所接受到的照護品質是否相同?	11. 連續性照護	隨著時間的推移，可透過各項計劃、從業者、組織和層次，提供民眾不斷且協調的照護或服務
(3) 系統是否具備成本效益，並且是可持續運作的?	12. 回應性	服務可回應個案需求，且讓個案感受到尊嚴和保護，並鼓勵其參與照護內容的討論及選擇
	13. 安全性	避免或降低接受健康照護過程中所受到管理或環境導致之危害
	14. 效率和可持續性	以最具成本效益的資源利用取得預期成果

美國健康國民2020白皮書 (Healthy people 2020)

• 優點：針對不同健康議題進行討論

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
一、健康風險	改善健康風險意識，以獲得全面且優質的預防服務	取得發生率發覺率之下降(1)擴大預防服務(2)對提供預防服務的地點、可接近性 (3) 提供與患者可溝通且可信的醫療提供者
二、臨床預防	減少癌症發病率，及癌症死亡	針對癌症患者，死亡和存活率趨勢，以確保為基礎的檢驗工具減少子宮頸癌、攝乳癌患者、乳癌所延宕的治療時間 監測預防性癌症(子宮頸和結直腸癌)和晚期癌症的發生率，此為癌症預防成功中間指標(intermediate markers) 在以患者為中心的時代，臨床醫生及美國國家和地區成員的有系統性研究或共識和經驗，並達成與患者一致的醫療決策 醫療經理提供者的持續教育影響患者是否進行癌症篩檢的重要因素，使民眾瞭解癌症篩檢與癌症預防相關的重要性
心臟疾病及中風	預防、篩檢、治療心臟病和中風的危險因素，改善心臟健康和生活品質 早期發現和治療 預防心血管事件發生	早期介入導致心臟疾病的高風險因素，將可有效避免發生不良事件，及慢性心臟疾病的潛在併發症 針對民眾教育和身體活動、控制血壓和膽固醇、處於適當的阿司匹林使用率進行改善，可大幅降低心血管疾病的發生及死亡
糖尿病	減少糖尿病併發症負擔，並改善糖尿病、或已患糖尿病者之生活品質	肥胖上升導致糖尿病併發症的流行增加 糖尿病個案數及其經濟負擔增加，導致現有的醫療照護系統無法負荷 改善糖尿病之管理預防計畫 糖尿病管理策略應著眼於強化二型糖尿病發展中個案的初級健康照護
充能和傳染病	提高疫苗率，減少可預防的傳染病	發展以資源為基礎的臨床和社區活動及服務 適當使用疫苗及疫苗生產、篩檢和檢驗能力、諮詢傳染病相關健康問題的科學技術改善等

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
三、環境品質	環境衛生	環境健康的六大重點目標：室外空氣品質、地表和地下水品質、有毒物質和危險廢棄物、家庭和社区、基礎設施和能源、全球環境衛生 對環境健康促進環境是健康的，且需持續研究以提供更完善服務暴露於環境中個人健康之影響
	菸草使用	減少菸草使用和二手菸暴露相關的疾病和死亡 有助於結束菸草流行的有效策略包含：(1)提高菸草單價(2)制定全面菸草政策；(3)在臨床護理環境中擴大菸草治療；(4)提供具吸引力的戒菸治療；(5)實施及對煙草的媒體宣傳運動；(6)在政府建議標準下全面實施煙草控制計劃；(7)控制菸草產品，包含電子香菸，可吸性菸草及非可吸性菸草的銷售；(8)減少菸草業的經濟負擔 煙草防治之關鍵領域：煙草使用流行率、衛生系統變化、社會環境變化
四、傷害及暴力	傷害及暴力預防	預防意外傷害和暴力 傷害及暴力預防目標包含廣泛問題，皆可充分解決，將能改善國家健康預防 傷害及暴力除了產生的經濟負擔，對社區也有重大影響
五、營養及兒科健康	改善營養、嬰兒、兒童和青少年的健康及福利	母親、嬰兒及兒童健康是健康國民的目標，涉及健康和生活品質的廣泛條件、健康行為、和衛生系統能力，進而影響營養、兒童和家庭的發展、相關的發展應涵蓋多個面向：產後和死亡率、學齡健康和行為、學期健康和行為、產後健康和行為、嬰兒照護、失能和其他健康、健康服務
六、心理健康	心理健康與精神疾病	透過預防和確認以獲得適當的高品質心理健康服務，以改善心理健康
七、生殖與性健康	家庭計畫	改善避孕計劃和時間間隔，並防止意外懷孕 正確使用保險套可有效防止意外懷孕和保護傳染病 防止意外懷孕的有效方法，包含長效可逆性的避孕藥品與器械 針對長期、非一夫一妻制之性關係，男性和女性都應建議在每次性行為時使用避孕套
	HIV	預防人類免疫缺陷病毒(HIV)感染及其相關疾病和死亡 減少或避免感染病毒的人數 增加對受感染者的照顧，並改善其健康結果 減少受感染者的照護及衛生不平等性

公共衛生議題	目標	重點發展方向及策略
八、營養、身體活動及肥胖	身體活動	透過日常身體活動以改善健康、體態和生活品質 規律的身體活動包含中等和強烈的活動，及肌肉強化活動 探索新到領域的合作方式以提高民眾身體活動水平和改善健康 身體活動應可列入所有層級之政策，(1)鼓勵健康的建立及改善，如人行道、自行車道、小徑和公園的可用性；(2)提高支持身體活動設施可近性的立法政策 針對兒童的身體活動策略可朝以下方面規劃：(1)兒童參與身體活動；(2)參與體育和體能活動；(3)公立和私立小學的宿舍和體育課程 更健康的食物採購、健康照護及工作環境、營養教育、食品安全、食品營養消費、購買及銷售
	營養及體質狀況	透過健康飲食、營養和身體健康計畫以促進健康飲食 促進健康飲食和身體健康的目標，包括提高食品安全和消除飢餓 健康飲食須包含以下重點：(1)在食物中的內容和組成(如纖維素含量的食物，特別是全穀物、水果、蔬菜、低脂肪無糖牛奶或乳製品、瘦肉和其他蛋白質)；(2)限制飽和脂肪和反式脂肪、飽和脂肪、添加糖、鈉(鹽)和酒精等的攝取；(3)限制熱量攝入以減少體重增加
九、口腔健康	預防和控制口腔和齒齦疾病、並改善預防和牙科服務的可近性	強化民眾對口腔健康與整體健康和福祉之重要性的認識 強化民眾對預防性牙科服務的參與率 減少獲得有效預防和牙科治療服務的不公平性
十、社會決定因素	青少年健康	改善青少年和青年的健康與福祉 針對青少年與青年所面臨的重要公共衛生和社會問題，包含敵人、自殺、交通意外、物質使用、吸菸、性傳染病、未成年和計劃外懷孕、無家可歸等 解決青少年健康問題之有效策略方案：(1)落實實施健康計劃；(2)未成年預防性計劃；(3)預防性方案；(4)健康預防方案；(5)心理健康和營養介入；(6)藥物濫用預防介入
十一、物質濫用	減少物質濫用以保護全體民眾，尤其為兒童的健康、安全和生活品質	相關政策發展應包含政策預防、篩檢和治療、流行病學和監測三大面向

行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點

- 為辦理行政院所屬各部、會、行、總處、署、院、省政府及省諮議會之中長程個案計畫編審作業之重要依據
- 中長程個案計畫內容如下：
 - 計畫緣起：依據：未來環境預測；問題評析；社會參與及政策溝通情形
 - 計畫目標：目標說明；達成目標限制；績效指標、衡量標準及目標值
 - 現行相關政策及方案之檢討
 - 執行策略及方法：主要工作項目；分期(年)執行策略；執行步驟(方法)與分工
 - 期程與資源需求：計畫期程；所需資源說明；經費來源及計算基準；經費需求(含分年經費)及與中程或出概算額度配合情形
 - 預期效果及影響
 - 財務計畫
 - 附則：替選方案之分析及評估；風險評估；相關機關配合事項；中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢核表；其他有關事項
- 計畫審議要項包括：
 - 計畫書表：政策指示、民意及輿情反映
 - 計畫可行性：計畫目標、環境、財務、技術、人力、營運管理可行性、社會參與及政策溝通成效
 - 計畫協調：權責分工、相關計畫之配合
 - 計畫效果：社會效果、經濟效益、財務效益、成本效益比、前期計畫績效
 - 計畫影響：國家安全、社會經濟、自然環境、性別等之影響

13

第二部分： 衛生醫療績效指標

收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊

14

國際關注之衛生醫療類別績效指標

- 以簡潔明確方式，提供概念框架來瞭解和評估民眾的健康和健康系統

指標來源	指標簡介
澳洲健康2016年報 (Australia's health 2016)	指標可允許比較不同時期、不同地理區域和國家的情況。可改善服務提供靈敏度和透明度。不涵蓋健康狀況、健康決定因素、健康系統表現等三個領域，並與國際使用的健康績效框架一致。
美國健康國民2020白皮書 (Healthy people 2020)	針對每個重要主題規劃多個績效指標；針對高度優先的健康問題，選出12個重要議題，26個優先健康績效指標(Leading Health Indicators, LHI)。各績效指標可用以評估國家於關鍵健康議題的表現，並促進跨單位及部門間的合作協調，並亦可鼓勵國家及地方層級單位皆積極採取行動。
歐洲核心健康指標 (THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI)	用於監測歐盟成員國的健康和衛生強健狀況，與歐盟成員國和其他歐洲國家參考。指標涵蓋健康所有面向，依標準結構方式，以人口和社會經濟狀況、健康狀況、健康決定因素、健康服務、促進健康之五大韌性，及健康服務和保健、高齡化和人口、健康決定因素、疾病和心理健康、所有政策中之健康五大政策領域健康目標之分類。
經濟合作暨發展組織健康照護品質指標 (OECD Health Care Quality Indicators)	指標是其政策相關性、科學性、且能進行國際間的比較。針對健康照護的表現係由「照護品質」、「照護可近性」及「照護成本」三個面向評估，針對健康照護品質則區分為健康狀況、健康風險因素、照護可近性、照護品質、健康照護資源五大類。
美國AHRQ醫療品質指標	以「重要性」、「科學性」與「可行性」為指標選擇原則。包含預防、住院、病人安全、兒科品質指標。僅用於急性護理醫院管理數據使用，尚不適用於其他類型的設置。
WHO全球參考100項健康指標核心清單 (100 Core Health Indicators)	為一系列標準化的指標操作型定義，用以反映國際優先關注的衛生醫療狀況及趨勢。讓各國可依據其自己的能力及衛生醫療優先事項進行資料收集，藉指標測量以收集各國的健康醫療類要資訊。

15

澳洲健康2016(Australia's health 2016)之健康績效指標

領域	維度	維度說明	指標
一、健康狀況	1. 健康政策	疾病、失能、損傷或創傷、或其與健康相關因素的患病率	Incidence of heart attacks Incidence of selected cancers (bowel, melanoma, lung cancer, breast cancer (females), cervical) Incidence of sexually transmissible infections and blood-borne viruses (syphilis, HIV, hepatitis B, hepatitis C, chlamydia, gonorrhoea) Incidence of end-stage kidney disease Hospitalisation for injury and poisoning
	2. 功能	改變身體結構或功能、活動限制、和參與限制	Severe or profound core activity limitation
	3. 福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的福祉	Psychological distress Self-assessed health status
	4. 死亡	死亡率及預期壽命的測量	Infant/young children mortality rate (infants<1 year), Indigenous infants (<1 year), children aged 1-4 years) Life expectancy (all males, all females, Indigenous males, Indigenous females)
二、健康決定因素	5. 環境因素	物理、化學和生物因素如空氣、水和土壤品質	Children exposed to tobacco smoke in the home Water quality
	6. 社會及社會經濟因素	社會因素，如社會資本、支持服務、社會經濟因素(如住房、教育、就業和收入)	Proportion of people with low income Proportion of babies born with low birthweight Health literacy Educational attainment for selected school years and adults
	7. 健康行為	態度、信念、知識和行為，如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式	Proportion of adults who are daily smokers Proportion of adults at risk of long-term harm from alcohol Fruit and vegetable intake Physical inactivity
8. 生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素	Proportion of persons obese and overweight	

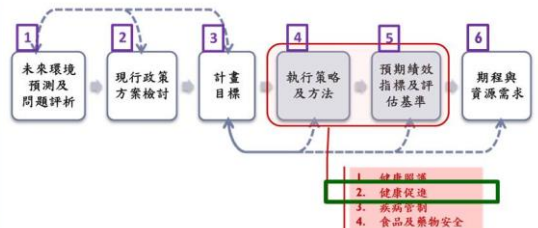
16

領域	維度	維度說明	指標
三、健康系統表現	9. 可近性	提供可貼合國家需要，且符合它建立標準的照護、介入、或活動	Unsafe sharing of needles
	10. 可近性	民眾可在正確的地點及時間獲得服務，不因收入、身份位置或文化背景而存在差異	Immunisation rates for vaccines in the national schedule (1 year, 2 years, 5 years, adults) Selected potentially preventable hospitalisations Survival following acute coronary heart disease event Survival of people diagnosed with cancer (5-year relative rates) Potentially avoidable deaths Bulk-billing for non-referred (GP) attendances Selected potentially avoidable GP-type presentations to emergency departments Waiting time for elective surgery Waiting time for emergency department care Cancer screening rates (breast, cervical, bowel) Differential access to hospital procedures Proportion of pregnancies with an antenatal visit in the first trimester
	11. 連續性照護	隨著時間的推移，可透過各項計劃、從意識、組織和層次，提供民眾不間斷且協調的照護或服務	Proportion of people with diabetes with a GP annual cycle of care Proportion of people with asthma with a written asthma action plan Proportion of people with mental illness with a GP care plan
	12. 回應性	服務可回應個案需求和保護，並鼓勵其參與照護內容的討論及選擇	
13. 安全性	避免或降低醫療服務過程中所受到管理或環境等類之危害	Adverse events treated in hospitals Falls resulting in patient harm in hospitals	
14. 效率和可持續性	以最良成本效益的資源利用取得預期效果	Net growth in health workforce (medical practitioners, nurses and midwives) Cost per case mix-adjusted separation for acute and non-acute care episodes	

17

提案一：衛生醫療類別「共通性審議原則」草案

審議內容及步驟



18

一、明列計畫依據，並進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，回應社會需求

- **明列計畫之參考依據**，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向。
- **分析目前及未來之健康問題及原因**，以突顯議題重要性：評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。
- **解決社會問題以回應社會需求**：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

19

二、整合衛生醫療相關資源，並檢討現行相關政策及方案：

- **盤點現行衛生醫療資源配置情形**，評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。
- **分析現行衛生醫療相關政策之執行現況**，瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。

20

三、訂定明確、具前瞻性、全面性和完整性之計畫目標：

- **計畫目標應清楚明確**，並可回應社會變遷趨勢，如包含**全民健康覆蓋**、改善健康服務的**公平性**、**以人為中心**的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化妝品安全、改善衛生機關的能力及**當責性**；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

- **符合證據(evidence-based)導向**，且依成本效益分析結果擬定**最適策略**：依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。
- **執行策略與方法**，應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：計畫執行策略與方法之擬定，應能具體達成計畫目標，能具體解決社會問題；另延續性計畫應先辦理前期實施成效政策評估據以規劃。**(承接下一頁)**

21

◦ **(承接上一頁)**

- **廣納利害關係群體意見**，並將策略優劣點傳達給利害關係者：存在透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，將策略之優劣點等訊息充分傳達給利害關係者，參考利害關係群體的意見，規劃或調整相關措施，利害關係者應包含中央和地方政府與機構、公眾代表、公民社會、健康醫療照護提供者及發展夥伴等。
- **強化跨部會與單位協調合作機制**：考量衛生醫療類計畫多需跨領域合作，當工作項目需由各部會或單位依其權責辦理，應啟動跨部會協調機制，於計畫中載明部會分工，以事先協調方式確保分工確實執行，以利資源有效運用，發揮整合綜效。

22

五、訂定關鍵績效指標，以回應計畫目標並解決社會問題：

計畫應**訂定具體、與計畫目標關聯之量化績效指標、衡量標準及分年度目標值**，以利評估計畫執行成效，且績效指標宜以**結果為導向**為佳；針對**延續性或關聯性計畫應強調其執行情形、及績效指標達成度**，衡酌**持續辦理之必要性**或**預先規劃退場機制**。

六、編列計畫經費、預算來源及財務規劃之合理性及可行性：

計畫中須有符合實際的預算架構和資金預測，並依照工作項目、執行年度等進行妥適之分配及規劃，當該**計畫未得到充分財源**，應存在**配套方案或可依策略總目標擇要執行的機制**。

23

提案二：「健康促進領域」之審議原則草案

一、發展前端預防，改善群體健康和生活品質

- **發展以證據(evidence-based)為導向之經濟有效的健康介入措施**，並評估介入措施成效：以實證為基礎，依科學實證及資源盤點結果，導入經濟有效的健康介入措施，並於計畫執行過程或完成後採科學方式進行計畫之成效評估，以提高資源及經費運用效益。
- **整合運用政府及民間資源**，以推動因地制宜之健康促進策略：盤點現行健康促進資源之配置情形，整合運用政府及民間資源，並運用行為科學等技術，且兼顧不同地育、文化、生活習慣等差異，推動因地制宜之健康促進策略。
- **透過健康行為維持健康體態及心態**，達到健康促進和減少慢性**疾病風險**：針對國人健康行為進行調查，並彙整國內外創新之健康保護因子相關資訊，透過健康飲食及適切生活、運動、身體活動、正向思考、韌性訓練等健康行為，維持健康體態及心態，達到健康促進和減少慢性**疾病風險**。
- **重視意外傷害和暴力、菸草使用和二手菸暴露、憂鬱症預防、口腔和顏面疾病預防**等議題。

24

二、減少疾病發生的風險，並早期發現和控制

- **介入致病的高風險因素，有效避免發生不良事件、及疾病的潛在併發症：**以證據(evidence-based)為導向，藉由流行病學相關研究成果，瞭解民眾之健康狀態(指健康與健康失調，如疾病、傷害、殘障和死亡的存在與否)和健康事件(指疾病、傷害、殘障和死亡的發生與否)之分布情形和決定因素，及控制方法。
- **透過以證據為基礎的良好篩檢工具，減少疾病發生或疾病死亡：**參酌國外新興資訊、及國內疾病篩檢成效之相關分析結果，透過以證據為基礎的良好篩檢工具，以早期發現疾病，進而接受早期治療以減少疾病發生或疾病死亡。
- **改善肥胖情況以避免疾病併發症的流行：**透過定期之國民健康狀況調查，瞭解民眾之飲食、運動、生活等習慣，透過有效介入方案以降低肥胖盛行率。
- **強化疾病潛在個案的初級健康照護：**針對罹病高風險族群進行追蹤及管理，提高其健康促進知能及行為等

25

Thanks for your attentions

三、關注次人口群健康福祉之提升

- **改善婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區的健康不平等，**如發展心理健康促進(如溝通、團隊領導、互助合作、自信心培養等)、減少發病率和死亡率、懷孕健康和行為、孕期健康和行為、產後健康和行為、嬰兒照護、失能和其他損傷、健康服務等政策
- **改善青少年和青年的健康發展、健康、安全和福利，**如預防未成年懷孕、校園暴力、犯罪、網路成癮、物質濫用、愛滋病毒等。

- **四、改善社區健康照護專業人員之勞動條件，確保合理的工作負擔**

26

提案三：「健康促進領域」之績效指標草案

「健康促進」領域審議原則草案	績效指標草案
一、發展前端預防，改善群體健康和生品品質	<ul style="list-style-type: none"> • Physical activity • Health literacy • Fruit and vegetable intake/ Consumption of fruit/ Consumption of vegetables • Body mass index • Proportion of persons obese and overweight
二、減少疾病發生的風險，並早期發現和控制	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation for injury and poisoning • Potentially avoidable emergency department care/ hospitalisations • Early diagnosis of the Breast/ Cervical/ Colon cancer • Early intervention of the Developmental Delay Children • Breast/ Cervical/ Colon cancer screening • Survival rates cancer
三、關注次人口群健康福祉之提升	<ul style="list-style-type: none"> • Better Life Index • Fertility rate • Proportion of babies born with low birthweight/ (Low) birth weight • Timing of first antenatal visits among pregnant women • Reduce the 1-year mortality rate for infants with Down syndrome • Reduce cesarean births among low-risk (full-term, singleton, and vertex presentation) women • Reduce the Suicide or injury mortality rate
四、改善社區健康照護專業人員之勞動條件，確保合理的工作負擔	<ul style="list-style-type: none"> • Community health workers (per 1,000 people)

衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究-「疾病管制」焦點座談會

執行單位：國立陽明大學
計畫主持人：吳育琪 老師
協同主持人：許銘能 老師
研究人員：葉馨婷 博士後研究員
會議時間：2017/04/28上午10:00-11:30
會議地點：濟南辦公區703第一研討室
計畫執行起迄：2016/11/07-2017/07/06

計畫緣起

- 衛生醫療類別社會發展計畫涵蓋民眾高度關注議題，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求
- 「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為行政院為辦理中長程個案計畫編審作業之參考依據，國家發展委員會為更**細緻精進衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標**，提供未來國家發展委員會審議計畫、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考，故委託本計畫

材料與方法

課題	執行方法	執行步驟
一、分析我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰	文獻蒐集與分析	1. 以近五年之行政院或部會管制計畫為範疇，依計畫特性區分為 健康促進、健康照護、疾病管制、食品藥物管理 等四大議題。 2. 收集並彙整各計畫之未來環境預測、問題評析、計畫目標、達成目標限制等資料，以瞭解各領域之特質、問題及挑戰
二、參考國外經驗及參酌本會近五年審議之衛生醫療類別社會發展計畫，建立衛生醫療類別社會發展計畫(含各領域)之審議原則、參考績效指標	文獻蒐集與分析	1. 審議原則： 1) 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定 2) 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要點為基礎，針對衛生醫療類別計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定 2. 績效指標： 1) 收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等；彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衛生量基等資訊 2) 彙整國內四大領域之行政院或部會管制計畫資料，瞭解績效指標之訂定情形
三、彙整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫等	文獻蒐集與分析	1. 邀請公共衛生、健康政策與管理、健康照護、疾病管制及食品安全領域之學、界、學界參與計畫審議原則座談 2. 針對計畫審議原則之適切性、績效指標之適切性及可用性等議題進行研論 3. 彙整國內外衛生醫療之重點網站，彙整其網站功能、關注議題、常見衛生醫療類績效指標及指引等資料，以評估其使用於衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性

第一部分：衛生醫療審議原則

- 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定
- 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類別計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定

Joint Assessment of National Health Strategies and Plans (WHO, 2013)

優點：較具宏觀及整體性

重點事項	原則	說明
一、情境分析	(一) 國家策略須以良好的狀況及回應分析為基礎，包含政治、社會、文化、性別、流行病學、法律、治理和制度議題	情況分析應針對健康決定因素及健康結果進行全面和參與性分析，並須涵蓋該國之流行病學、政治、社會經濟、組織狀況等因素；使用分類數據進行分析，以瞭解初級健康照護是否達成衛生部門政策目標及其表現趨勢；政策目標應包含全面覆蓋、改善衛生公平性、服務可及性、以人為本的照護系統、促進和維護社區健康的公共政策、改善衛生當局的權力當責性
二、優先事項	(二) 國家策略須能明確的優先事項、目標、政策、目的、介入措施和預期成果，此將有助於改善健康結果和公平性，並滿足國家和全球承諾	目的、目的和介入措施應可因應健康優先事項、可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題，並解決不同人口群，特別是弱勢群體的複雜健康問題；其涵蓋面應包含衛生服務的資金計劃，確定如何籌集資金、解決獲取資金障礙、盡量減少醫療服務而導致的貧困風險，並透過服務提供效率和品質的提升以創造價值
三、策略	(三) 計劃介入措施應具備可行性、適切性、及公平性，並須以實證為基礎且經過良好的實踐，包含考慮有效性、效率和可持續性	計劃的執行方式及介入層面應以充分分析其效果和效益，並確認其與優先需求相關；另須考慮過去實施的經驗，確認擴大辦理之可行性，並確定提高成功率的方法；計劃應明確包含對公平性、效率和可持續性等關鍵系統問題，包括財務、人力資源和技術可持續性限制；根據「國際衛生條例(International Health Regulations)」，緊急健康應變計畫(如自然災害、新發/復發疾病等)的應變計劃應納入各級計劃中
四、風險	(四) 建立並存在具可程度的風險評估和緩解策略	風險分析應包含成功實施的潛在障礙；瞭解策略應明確如何解決這些風險

重點事項	原則	說明
二、過程	(一) 國家策略和家務計劃的制定過程應透明、包容和參與者支持程序的健全性和包容性	需存在透明機制，確保政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，並採取系統性方式規劃制定國家策略與年度業務計畫，利害關係者應包含國家和地方政府機構、公眾代表、公民社會、私人健康照護提供者，和發展夥伴
三、策略	(二) 對國家策略應有高度的政治承諾	依據「健康應融入所有政策(health in all policies)」之精神，制定相關部門和跨部門的政策與立法，以便成功的實施；策略應留意於實施時所需的監管、和立法相關的挑戰，並須擬定克服問題的辦法；政治承諾的表現，係指維持、或在相關情況下增加政府對國家策略的資金供應的規定；依據國情，計劃應與高層級(如國民議會)的政策討論，並正式核准國家衛生策略和預算
四、費用和預算	(三) 國家策略應符合相關的中央與地方策略、資金架構和計劃	國家衛生策略、特定疾病方案、和其他次級策略應具備一致性，亦須與國際目標相一致；在聯邦和權力下放的衛生系統中，須建立有效的機制，確保必要的國家計劃亦可解決國家層級的主要目標和目標
五、策略	(四) 國家策略應建立出體面的全面預算及成本計算	策略應確保健全支出架構，其成本計算應與預算相連，包含實施策略的經常性和投入資金要求，如人力資源、藥品、權力下放管理、基礎設施、社會保護機制等費用，架構中亦應適時包含公共衛生部門外的活動和利害關係者之成本；成本估算需簡潔易懂，確保其符合實際，並以經濟學合理的估算方法為基礎
六、策略	(五) 策略中須有符合實際的預算和資金計劃	資金預測應包括所有資金來源，主要的國內和國際資金來源(包含貸款)皆有明確的財政承諾，並有穩定確定性；資金規劃需實際，依經濟條件規劃中期支出計劃和財政空間限制；若資金層級不清楚或存在差距，則須確保支出優先順序與結果一致(針對高、低、和最可能的資金方案下規劃計畫和方案，或透過過程的說明解釋以確認支出優先順序)

行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點

- 為辦理行政院所屬各部、會、行、總處、署、院、省政府及省諮議會之中長程個案計畫編審作業之重要依據
- 中長程個案計畫內容如下：
 - 計畫緣起：依據：未來環境預測；問題評析；社會參與及政策溝通情形
 - 計畫目標：目標說明；達成目標限制；績效指標、衡量標準及目標值
 - 現行相關政策及方案之檢討
 - 執行策略及方法：主要工作項目；分期(年)執行策略；執行步驟(方法)與分工
 - 期程與資源需求：計畫期程；所需資源說明；經費來源及計算基準；經費需求(含分年經費)及與中程或出預算額配合情形
 - 預期效果及影響
 - 財務計畫
 - 附則：替選方案之分析及評估；風險評估；相關機關配合事項；中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢核表；其他有關事項
- 計畫審議要項包括：
 - 計畫書表：政策指示、民意及輿情反映
 - 計畫可行性：計畫目標、環境、財務、技術、人力、營運管理可行性、社會參與及政策溝通成效
 - 計畫協調：權責分工、相關計畫之配合
 - 計畫效果：社會效果、經濟效益、財務效益、成本效益比、前期計畫績效
 - 計畫影響：國家安全、社會經濟、自然環境、性別等之影響

13

第二部分： 衛生醫療績效指標

收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊

14

國際關注之衛生醫療類別績效指標

- 以簡潔明確方式，提供概念框架來瞭解和評估民眾的健康和醫療系統

指標來源	指標簡介
澳洲健康2016年報 (Australia's health 2016)	指標可允許比較不同時期、不同地理區域和國家的情況 可改善服務提供當管制和透明度 不涵蓋健康狀況、健康決定因素、健康系統表現等三個領域，並與國際使用的健康績效框架一致
美國健康國民2020白皮書 (Healthy people 2020)	針對20個衛生主題規劃多個績效指標；針對特定優先的健康問題，選出12個重要議題，26個優先健康績效指標(Leading Health Indicators, LHI) 各績效指標可用以評估國家於關鍵健康議題的表現，並促進跨單位及部門間的合作協調，並亦可鼓勵國家及地方層級單位皆積極採取行動 用於監測歐盟成員國的健康和衛生強健狀況，與歐盟成員國和其他歐洲國家參考
歐洲核心健康指標 (THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI)	指標涵蓋健康所有面向，依標準結構方式，以人口和社會經濟狀況、健康狀況、健康決定因素、健康服務、促進健康之五大韌性，及健康服務和保健、高齡化和人口、健康決定因素、疾病和心理健康、所有政策中之健康五大政策領域健康目標之分類 指標具有良好定義，且為合理、具比較性的，數據會定期進行更新必要時亦可按照性別、年齡組、社會經濟地位等分類分析
經濟合作暨發展組織健康照護品質指標 (OECD Health Care Quality Indicators)	指標是其政策相關性、科學性、且能進行國際間的比較 針對健康照護的表現係由「照護品質」、「照護可近性」及「照護成本」三個面向評估，針對健康照護品質則區分為健康狀況、健康風險因素、照護可近性、照護品質、健康照護資源五大類 以「重要性」、「科學性」與「可行性」為指標選擇原則
美國AHRQ醫療品質指標	包含預防、住院、病人安全、兒科品質指標 僅用於急性護理醫院管理數據使用，尚不適用於其他類型的設置
WHO全球參考100項健康指標 核心清單 (100 Core Health Indicators)	為一系列標準化的指標操作型定義，用以反映國際優先關注的衛生醫療狀況及趨勢 讓各國可依據其自己的能力及衛生醫療優先事項進行資料收集，藉指標測量以收集各國的健康醫療類要資訊

15

澳洲健康2016(Australia's health 2016)之健康績效指標

領域	維度	維度說明	指標
一、健康狀況	1. 健康政策	疾病、失能、損傷或創傷、或其與健康相關問題的患病率	Incidence of heart attacks Incidence of selected cancers (bowel, melanoma, lung cancer, breast cancer (females), cervical) Incidence of sexually transmissible infections and blood-borne viruses (syphilis, HIV, hepatitis B, hepatitis C, chlamydia, gonorrhoea) Incidence of end-stage kidney disease Hospitalisation for injury and poisoning
	2. 功能	改變身體結構或功能、活動限制、和參與限制	Severe or profound core activity limitation
	3. 福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的福祉	Psychological distress Self-assessed health status
	4. 死亡	死亡率及預期壽命的測量	Infant/young children mortality rate (infants<1 year), Indigenous infants (<1 year), children aged 1-4 years) Life expectancy (all males, all females, Indigenous males, Indigenous females)
二、健康決定因素	5. 環境因素	物理、化學和生物因素如空氣、水和土壤品質	Children exposed to tobacco smoke in the home Water quality
	6. 社區社會經濟因素	社會因素，如社會資本、支持服務、社會經濟因素(如住房、教育、就業和收入)	Proportion of people with low income Proportion of babies born with low birthweight Health literacy Educational attainment for selected school years and adults
	7. 健康行為	態度、信念、知識和行為，如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式	Proportion of adults who are daily smokers Proportion of adults at risk of long-term harm from alcohol Fruit and vegetable intake Physical inactivity
8. 生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素	Proportion of persons obese and overweight	

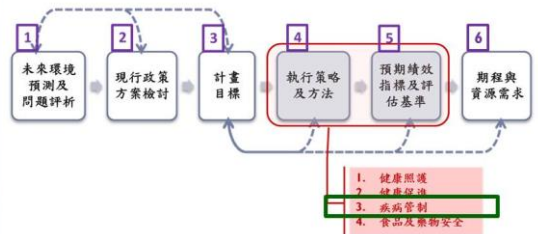
16

領域	維度	維度說明	指標
三、健康系統表現	9. 可及性	提供可貼合國家需要，且符合已建立標準的照護、介入、或活動	Unsafe sharing of needles
	10. 可近性	民眾可在正確的地點及時間獲得服務，不因收入、身份位和文化背景而存在差異	Immunisation rates for vaccines in the national schedule (1 year, 2 years, 5 years, adults) Selected potentially preventable hospitalisations Survival following acute coronary heart disease event Survival of people diagnosed with cancer (5-year relative rates) Potentially avoidable deaths Bulk-billing for non-referred (GP) attendances Selected potentially avoidable GP-type presentations to emergency departments Waiting time for elective surgery Waiting time for emergency department care Cancer screening rates (breast, cervical, bowel) Differential access to hospital procedures Proportion of pregnancies with an antenatal visit in the first trimester
	11. 連續性照護	隨著時間的推移，可透過各項計劃、從患者、組織和層次，提供民眾不同斷且協調的照護或服務	Proportion of people with diabetes with a GP annual cycle of care Proportion of people with asthma with a written asthma action plan Proportion of people with mental illness with a GP care plan
	12. 回應性	服務可回應個案需求，且讓個案感受到尊重和保護，並鼓勵其參與照護內容的討論及選擇	
13. 安全性	避免或降低醫療服務過程中所受到管理或環境等類之危害	Adverse events treated in hospitals Falls resulting in patient harm in hospitals	
14. 效率和可持續性	以最良成本效益的資源利用取得預期效果	Net growth in health workforce (medical practitioners, nurses and midwives) Cost per case mix-adjusted separation for acute and non-acute care episodes	

17

提案一：衛生醫療類別「共通性審議原則」草案

- 審議內容及步驟



18

一、明列計畫依據，並進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，回應社會需求

- 明列計畫之參考依據，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向。
- 分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性：評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。
- 解決社會問題以回應社會需求：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

19

二、整合衛生醫療相關資源，並檢討現行相關政策及方案：

- 盤點現行衛生醫療資源配置情形，評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。
- 分析現行衛生醫療相關政策之執行現況，瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。

20

三、訂定明確、具前瞻性、全面性和完整性之計畫目標：

- 計畫目標應清楚明確，並可回應社會變遷趨勢，如包含全民健康覆蓋、改善健康服務的公平性、以人為中心的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化妝品安全、改善衛生機關的能力及當責性；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

- 符合證據(evidence-based)導向、且依成本效益分析結果擬定最適策略：依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。
- 執行策略與方法，應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：計畫執行策略與方法之擬定，應能具體達成計畫目標，能具體解決社會問題；另延續性計畫應先辦理前期實施成效政策評估據以規劃。(承接下一頁)

21

◦ (承接上一頁)

- 廣納利害關係群體意見，並將策略優劣點傳達給利害關係者：存在透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，將策略之優劣點等訊息充分傳達給利害關係者，參考利害關係群體的意見，規劃或調整相關措施，利害關係者應包含中央和地方政府與機構、公眾代表、公民社會、健康醫療照護提供者及發展夥伴等。
- 強化跨部會與單位協調合作機制：考量衛生醫療類計畫多需跨領域合作，當工作項目需由各部會或單位依其權責辦理，應啟動跨部會協調機制，於計畫中載明部會分工，以事先協調方式確保分工確實執行，以利資源有效運用，發揮整合綜效。

22

五、訂定關鍵績效指標，以回應計畫目標並解決社會問題：

計畫應訂定具體、與計畫目標關聯之量化績效指標、衡量標準及分年度目標值，以利評估計畫執行成效，且績效指標宜以結果為導向為佳；針對延續性或關聯性計畫應強調其執行情形、及績效指標達成度，衡酌持續辦理之必要性或預先規劃退場機制。

六、編列計畫經費、預算來源及財務規劃之合理性及可行性：

計畫中須有符合實際的預算架構和資金預測，並依照工作項目、執行年度等進行妥適之分配及規劃，當該計畫未得到充分財源，應存在配套方案或可依策略總目標擇要執行的機制。

23

提案二：「疾病管理領域」之審議原則草案

一、建構完善的各傳染病篩檢及通報機制

- 建構早期風險預警機制：蒐集分析各類傳染病之傳染途徑等特性資料及其易感族群，整合運用醫療機構通報機制、旅遊醫學、旅遊警示、流行病學調查、資訊科技及新興篩檢技術等，建構各傳染病流行趨勢監測機制。
- 建立傳染病防治訊息傳遞網絡：掌握時效以通知醫療及衛生人員有關WHO或先進國家最新發布相關傳染病防治相關技術指導，提升疑似感染個案通報效能及醫療品質，另將必要資訊儘速傳達予民眾，以加強民眾自我防護措施。
- 強化傳染病的公共衛生基礎設施，進行全面性的傳染病監測

24

二、擬訂及推動相關傳染病防治策略

- **提升傳染病防治醫療網及防治網絡之效能**：致力於技術的進步，並確保國家、地方公共衛生部門、醫療院所、照顧機構、和非政府組織皆為國家控制傳染病蔓延之強而有力夥伴。
- **訂定符合國際規範之傳染病防治策略，並依風險預測及時採取適切之檢疫及防疫作為**：依據國際衛生條例(IHR)、世界衛生組織(WHO)相關傳染病防治指引及全球防治策略之傳染病防治策略；另依世界衛生組織疫情IHR應變委員會會議結論及國內傳染病風險預測結果，及時採取適切之檢疫及防疫作為。
- **提升緊急應變機制之完整性及效能**：藉由完善人才訓練、加強國際交流、新興科技及資通訊科技之應用等多元策略，精進傳染病流行病學調查分析，依風險預測結果，及時透過跨部會合作及公私協力機制，推動適切之傳染病防治相關措施，以及疫情緊急應變相關機制。另廣精進人才訓練、演練及品質管理等作為。 **[承接下一頁]**

25

(承接上一頁)

- **發展以科學實證為基礎的臨床與社區服務、公共衛生圍堵手段，並建立決策境外、邊境檢疫、社區防治及醫療體系保全等四道防線**，以預防和治療傳染病。
- **防疫作為及其物資整備應基於風險評估或風險預測，並確認新的診斷技術、治療方式、藥品、疫苗及預防技術可有效運用資源達成計畫目標及預期效益後，始納入計畫**：例如運用健康科技評估之方法或原則進行評估或小規模試辦計畫，抑或參酌國際組織及先進國家相關報告，始導入新傳染病之診斷技術、治療方式、藥品、疫苗及預防技術。
- **分析易感受族群之特性及其行為，據以擬訂相關傳染病防治策略**：例如調整篩檢策略或治療模式，於必要時，研議及推動除罪化相關措施及其配套措施。
- **考量氣候變遷、國際旅客變化、國際或周邊國家疫情變化及人口老化對傳染病防治影響，據以檢討修正相關策略。**

26

三、強化疾病管制專業人員動員機制，並改善其勞動條件，確保合理的工作負擔

- **以證據(evidence-based)為導向，利用實證科學為基礎，將訊息充分傳達給利害關係者(如中央和地方政府機構、公眾代表、公民社會、健康照護提供者、和發展夥伴等)，以共同解決實際問題，並應用於決策分析及傳染病防治指引的制定。**

27

提案三：「疾病管制領域」之績效指標草案

「疾病管制」領域審議原則草案	績效指標草案
一、建構完善的各傳染病篩檢及通報機制	<ul style="list-style-type: none"> Incidence of sexually transmissible infections and blood-borne viruses (syphilis, HIV, hepatitis B, hepatitis C, chlamydia, gonorrhoea) Top 5 communicable diseases in terms of death rate per 100,000 population Risk factors of communicable diseases Tuberculosis incidence rate per 100,000 population Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population
二、擬訂及推動相關傳染病防治策略	<ul style="list-style-type: none"> Immunisation rates for vaccines in the national schedule (1 year, 2 years, 5 years, adults) Vaccination coverage in children Influenza vaccination rate in elderly End the epidemics of Aids, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases Tuberculosis treatment success rate (% of new cases)
三、強化疾病管制專業人員動員機制，並改善其勞動條件，確保合理的工作負擔	
四、以證據(evidence-based)為導向，利用實證科學為基礎，將訊息充分傳達給利害關係者，以共同解決實際問題，並應用於決策分析及傳染病防治指引的制定	

28

Thanks for your attentions

衛生醫療類別社會發展計畫審議之 調整規劃研究- 「食品及藥物管理」焦點座談會

執行單位：國立陽明大學
計畫主持人：吳育琪 老師
協同主持人：許銘能 老師
研究人員：葉馨婷 博士後研究員
會議時間：2017/04/24上午9:30-11:30
會議地點：濟南辦公區703第一研討室
計畫執行起迄：2016/11/07-2017/07/06

計畫緣起

- 衛生醫療類別社會發展計畫涵蓋民眾高度關注議題，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求
- 「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」為行政院為辦理中長程個案計畫編審作業之參考依據，國家發展委員會為更細緻精進衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標，提供未來國家發展委員會審議計畫、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考，故委託本計畫

材料與方法

課題	執行方法	執行步驟
一、分析我國衛生醫療政策各領域之特質、問題及挑戰	文獻蒐集與分析	1. 以近五年之行政院或部會管制計畫為範疇，依計畫特性區分為 <u>健康促進、健康照護、疾病管制、食品藥物管理</u> 等四大議題。 2. 收集並彙整各計畫之未來環境預測、問題評析、計畫目標、達成目標限制等資料，以瞭解各領域之特質、問題及挑戰
二、參考國外經驗及參酌本會近五年審議之衛生醫療類別社會發展計畫，建立衛生醫療類別社會發展計畫(含各領域)之審議原則、參考績效指標	文獻蒐集與分析	1. 審議原則： 1) 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定 2) 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類別計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定 2. 績效指標： 1) 收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，彙整其常用之衛生醫療類績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衛生基準等資訊 2) 彙整國內四大領域之行政院或部會管制計畫資料，瞭解績效指標之訂定情形
三、彙整國內外衛生醫療專業團體指引、網站及相關資料庫等	文獻蒐集與分析	1. 邀請公共衛生、健康政策與管理、健康照護、疾病管制及食品安全領域之學、界、學界參與計畫審議原則座談 2. 針對計畫審議原則之適切性、績效指標之適切性與可用性等議題進行討論 3. 選取國際間衛生醫療類之重點網站，彙整其網站功能、關注議題、常見衛生醫療類指標或指引等資料，以評估其使用於衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則及績效指標之可行性

第一部分： 衛生醫療審議原則

- 以WHO「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構，參酌澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書等各國關注之健康議題擬定
- 以「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎，針對衛生醫療類別計畫之特質及重點，進行審議原則之細部擬定

Joint Assessment of National Health Strategies and Plans (WHO, 2013)

優點：較具宏觀及整體性

重點事項	原則	說明
一、情境分析 分析現狀，根據良好的情境分析，進行清晰且具相關性的策略選擇，及優先事項排序	(一) 國家策略應以良好的現狀及四角分析為基礎，包含政治、社會、文化、性別、流行病學、法律、治理和制度環境。	情況分析應針對健康決定因素及健康結果進行全面和參與性分析，並須涵蓋該國之流行病學、政治、社會經濟、組織狀況等因素，使用分類數據進行分析，以瞭解初級健康照護是否達成衛生部門政策目標及其表現趨勢；政策目標應包含全面覆蓋、改善衛生公平性、服務可及性、以人為本的照護系統、促進和維護社區健康的公共政策，改善衛生當局的能力等要點。
	(二) 國家策略應具備明確的優先事項、目標、政策、目的、介入措施和預期成果，此將有助於改善健康結果和公平性，並滿足國家和全球承諾。	目的、目的和介入措施應可因應健康優先事項、可近性、公平性、成本、品質和健康結果等議題，並解決不同人口群，特別是弱勢群體的複雜健康問題；其涵蓋面應包含衛生服務的資金計劃，確定如何籌集資金、解決獲取資金障礙，盡量減少醫療服務而導致的貧困風險，並透過服務提供效率和品質的提升以創造價值。
	(三) 計劃介入措施應具備可行性、適切性、及公平性，並須以實證為基礎且經過良好的實踐，包含考慮有效性、效率和可持續性。	計劃的執行方式及介入層級應以充分分析其效果和效益，並確認其與優先需求相關；另須考慮過去實施的經驗，確認擴大辦理之可行性，並確定提高效率的方法；計劃應確認是否對公平性、效率和可持續性等關鍵系統問題，包括財務、人力資源和技術可持續性有限制；根據「國際衛生條例(International Health Regulations)」，緊急健康應變計畫(如自然災害、新發/復發疾病等)的應變計劃應納入各級計劃中。
	(四) 建立並存在具可程度的風險評估和緩解策略。	風險分析應包含成功實施的潛在障礙；瞭解策略應確認如何解決這些風險。

重點事項	原則	說明
二、過程：國家策略之發展和實施支持程序的健全性和包容性	(一) 國家策略和實施計劃的制定過程應考慮所有利害關係者參與，並經其認可而發展。	需存在透明機制，確保政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，並經系統性方式規劃制定國家策略與年度業務計畫，利害關係者應包含國家和地方政府機關、公眾代表、公民社會、私人健康照護提供者，和發展夥伴。
	(二) 對國家策略應有高度的政治承諾。	依據「健康融入所有政策(health in all policies)」之精神，制定相關部門和跨部門的政策與立法，以便成功實施；策略應留意於實施時所需的監管、和立法相關的挑戰，並須擬定克服問題的辦法；政治承諾的表現，係指維持、或在相關情況下增加政府對國家策略的資金供應的規定；依據國情，計劃應層層級(如國民議會)的政策討論，並正式核准國家衛生策略和預算。
	(三) 國家策略應符合相關的中央與地方策略、資金架構和計劃。	國家衛生策略、特定疾病方案、和其他次級策略應具備一致性，亦須與國際目標相一致；在聯邦和權力下放的衛生系統中，須建立有效的機制，確保必要的國家計劃亦可解決國家層級的主要目標和問題。
三、策略的費用和預算架構：健全性和可行性	(一) 國家策略應建立經常性和投入資金要求，如人力資源、藥品、權力下放管理、基礎設施、社會保護機制等費用，架構中亦應適時包含公共衛生部門外的活動和利害關係者之成本；成本估算應清楚解釋，證實其符合實際，並以經濟學合理的估算方法為基礎。	策略應提供健全支出架構，其成本計算應與預算相連，包含實施策略的經常性和投入資金要求，如人力資源、藥品、權力下放管理、基礎設施、社會保護機制等費用，架構中亦應適時包含公共衛生部門外的活動和利害關係者之成本；成本估算應清楚解釋，證實其符合實際，並以經濟學合理的估算方法為基礎。
	(二) 策略中須有符合實際的預算結構和資金預算，當該策略未得到充分資助，應存在可從策略目標中明確優先順序的機制。	資金預算應包括所有資金來源，主要的國內和國際資金來源(包含貸款)皆有明確的財政承諾，並有穩定性和風險；資金規劃需實際，依經濟條件規劃中期支出計劃和財政空間限制；若資金層級不清楚或存在差距，則應確保支出優先順序與結果一致(針對高、低、和最可能的資金方案下規劃計畫和方案，或透過過程的說明解釋以確認支出之優先順序。

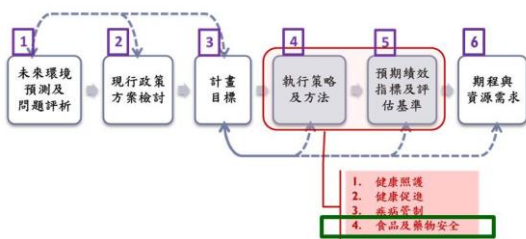
行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點

- 為辦理行政院所屬各部、會、行、總處、署、院、省政府及省諮議會之中長程個案計畫編審作業之重要依據
- 中長程個案計畫內容如下：
 - 計畫緣起：依據未來環境預測；問題評析；社會參與及政策溝通情形
 - 計畫目標：目標說明；達成目標限制；績效指標、衡量標準及目標值
 - 現行相關政策及方案之檢討
 - 執行策略及方法：主要工作項目；分期(年)執行策略；執行步驟(方法)與分工
 - 期程與資源需求：計畫期程；所需資源說明；經費來源及計算基準；經費需求(含分年經費)及與中程或出預算額度配合情形
 - 預期效果及影響
 - 財務計畫
 - 附則：替選方案之分析及評估；風險評估；相關機關配合事項；中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表；其他有關事項
- 計畫審議要項包括：
 - 計畫需求：政策指示、民意及輿情反映
 - 計畫可行性：計畫目標、環境、財務、技術、人力、營運管理可行性、社會參與及政策溝通成效
 - 計畫協調：權責分工、相關計畫之配合
 - 計畫效果：社會效果、經濟效益、財務效益、成本效益比、前期計畫績效
 - 計畫影響：國家安全、社會經濟、自然環境、性別等之影響

13

提案一：衛生醫療類別「共通性審議原則」草案

審議內容及步驟



14

一、進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，並回應社會需求

進行現況問題及原因分析以突顯議題重要性：評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年趨勢分析及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。

解決社會問題以回應社會需求：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

二、盤點並整合相關資源：

盤點現行衛生醫療資源配置情形，**評估整合公私部門資源投入之可行性**，提高衛生醫療服務提供之多元性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。

15

三、計畫目標須明確且具前瞻性、全面性和完整性：

目標應清楚明確，並可回應社會變遷趨勢，如包含全民健康覆蓋、改善健康服務的公平性、以人為中心的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、改善衛生機關的能力及負責性；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

計畫策略符合實證告知(evidence-informed)，依成本效益分析結果，將策略優劣傳達給利害關係者，以共同提出最適策略；依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析成本效益，且依據社會變遷趨勢及資訊科技發展情形，將策略之優劣點等訊息充分傳達給利害關係者(如中央和地方政府機構、公眾代表、公民社會、健康照護提供者、和發展夥伴等)，以共同調整服務提供方式，並適時檢討資源及人力配置。**(承接前一頁)**

16

(承接前一頁)

- 執行策略、方法應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：策略與方法之擬定，應能具體達成計畫目標，且解決社會問題；另延續性計畫應先辦理前期實施成效政策評估據以規劃。
- 廣納利害關係群體意見：存在透明機制，確認政府的領導和所有利害關係者為有意義的參與，參考利害關係群體的意見，規劃或調整相關措施，利害關係者應包含中央和地方政府機構、公眾代表、公民社會、健康照護提供者、和發展夥伴等。
- 強化跨部會與單位協調合作機制：考量衛生醫療類計畫多需跨領域合作，當工作項目需由各部會或單位依其權責辦理，應事先啟動跨部會協調分工機制，再於計畫中載明部會分工，以確保分工確實執行，以利資源有效運用，發揮整合綜效。

17

五、訂定關鍵績效指標，以回應計畫目標並解決社會問題：

計畫應訂定具體、與計畫目標關聯之量化或質化績效指標、衡量標準及分年度目標值，以利評估計畫執行成效；針對延續性或關聯性計畫應強調其執行情形、及績效指標達成度，衡酌持續辦理之必要性或預先規劃退場機制。

六、計畫經費、預算來源及財務規劃之合理性及可行性：

計畫中須有符合實際的預算架構和資金預測，並依照工作項目、執行年度等進行妥適之分配及規劃，當該計畫未得到充分財源，應存在可依策略總體目標擇要執行的機制。

18

提案二：「食品藥物管理領域」之審議原則草案

一、確保食品及原料於輸入、生產、製造、販售到消費等各階段之安全及品質

考量健康風險評估結果及安全管理策略之對應性，並依據風險分級訂定管理策略，其中食品健康風險評估須建立在完善的食品及其原料監測數據、國人攝食資料、有害物質之毒理分析及劑量反應數據、健康危害等之資料庫，及完善的風險評估人員培育機制。

分析民眾使用量、食品潛在健康風險、抽驗不合格率及國內外食品安全警訊等因素，選定需加強管理之高風險產品項目，**提升農、畜、水產品及食品之溯源及流通管理之整合性**，整合運用農、畜、水產品溯源管理、食品製程管理技術、管理系統驗證制度、資通訊科技及跨部會資源等，研訂產品全生命週期之高風險食品安全管理策略。

掌握資通訊科技及食品加工科技之運用情形，適時導入新興管理措施或業者輔導機制。

(承接前一頁)

19

(承接前一頁)

提升管理機制及衛生標準與國際調合程度，且策略應符合源頭管理為主，流通管理為輔之國際安全管理機制。

策略應藉由政府、業者及消費者共同合作**促使食品業者落實食品安全自主管理**。

通盤考量易感受族群之食安風險及新興傳播媒體發展趨勢等，擬訂適切之食品安全管理措施及教育宣導策略，**並採分眾宣導及有效觸及目標族群之宣導策略**，提升民眾正確食品風險認知及正確選購食品之能力。

藉由利害關係人溝通等方式，**分析及檢討食品安全事件**，據以建立事前預防、事中因應及強化溝通協調等風險管理及危機處理機制。

20

二、確保藥物開發、臨床試驗、上市申請、量產、上市等各階段之安全及品質

考量健康風險評估結果及安全管理策略之對應性，並依據風險分級訂定策略，健康風險評估應包括：藥物不良反應通報與不良通報資料分析、藥品與其原料監測資料、國人用藥行為調查、藥品療效不等通報、新藥上市後風險管理計畫資料、國際藥物安全訊息及藥物科技發展資訊蒐集等資料。

通盤審視管理法規及機制與國際調合程度，且策略應符合「藥物上市前管理為主，藥物上市後管理為輔」之國際藥物安全管理機制。

掌握國際及先進國家之新興生技藥品、高階醫療器材、再生醫學及智慧醫療等科技發展趨勢及產品管理規範，並分析國內醫療需求及產業發展趨勢等，擇定特定新興產品項目，**提升新興藥物審查及業者輔導量能，並建立國內管理規範**。

(承接前一頁)

21

(承接前一頁)

提升藥物上市前管理及流通管理之整合性，整合運用臨床前試驗及臨床試驗之品質管理、提升產品審查效能、製程管理技術、產品運銷管理、產品上市後安全及品質監控資料回饋檢討產品上市前審查規範、管制藥品流向管理及稽查等，研訂全產品生命週期藥物安全管理策略。

藉由利害關係人溝通等方式，**分析及檢討藥物安全事件**，建立事前預防、事中因應及強化溝通協調等風險管理及危機處理機制。

透過公私協力，提升國內藥物安全及品質監控機制、醫療院所通報不良事件機制、國際藥物安全警訊監視機制、健康調查等之整合性及效能，**強化藥物風險監視及建立完善的預警機制**。並依前開藥物安全風險訊息，**研訂流通管理措施及分眾分群用藥安全宣導策略**。

22

第二部分： 衛生醫療績效指標

收集澳洲健康2016年報、美國健康國民2020白皮書、歐洲核心健康指標、OECD健康照護品質指標、美國AHRQ醫療品質指標、WHO全球參考100項健康指標核心清單等，**彙整其常用之衛生醫療績效指標，及其指標說明、操作型定義、計算公式、或衡量基準等資訊**

23

國際關注之衛生醫療類別績效指標

• 以**簡潔明確方式**，提供概念框架來瞭解和評估民眾的健康和健康系統

指標來源	指標特色
澳洲健康2016年報 (Australia's health 2016)	• 指標可允許比較不同族群、不同地理區域和國家的情況 • 可改善服務提供客實測和透明度 • 不僅涵蓋健康狀況、健康決定因素、健康系統表現等三個領域，並與國際使用的健康績效指數一致 • 針對當前健康領域面臨的14個挑戰，共計40個健康指標
美國健康國民2020白皮書 (Healthy people 2020)	• 針對10個跨衛生週期多項績效指標，針對高度優先的健康問題，選出12個 重要議題 、26個優先健康績效指標(Leading Health Indicators, LHI) • 各種績效指標可用以評估國家於關鍵健康議題的表現，並促進跨單位及部門間的合作協調，並亦可鼓勵國家及地方層級單位積極採取行動 • 用於監測歐盟成員國的健康和衛生強健狀況，供歐盟成員國和其他歐洲國家參考
歐洲核心健康指標 (THE EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS, ECHI)	• 指標涵蓋健康所有面向，依指標結構方式，以人口和社會經濟狀況、健康狀況、健康決定因素、健康服務、促進健康之五大策略，及健康服務和保健、高齡化和人口、健康決定因素、疾病和心理健康、所有政策中之健康五大政策領域建議指標之分類 • 指標官員有良好的定義，且為合理、具比較性的，數據會定期進行更新，必要時亦可按照性別、年齡組、社會經濟地位等分類分析
經濟合作暨發展組織健康照護品質指標 (OECD Health Care Quality Indicators)	• 指標更具政策相關性、科學性、且能進行國際間的比較 • 針對健康照護的表現係由「照護品質」、「照護可近性」及「照護成本」三個面向評估，針對健康照護品質則區分為健康狀況、健康風險因素、照護可近性、照護品質、健康照護資源五大類 • 以「重要性」、「科學性」與「可行性」為指標選擇原則 • 包含預防、住院、病人安全、兒科品質指標 • 僅用於急性護理醫院管理數據使用，尚不適用於其他類型的設置
美國AHRQ醫療品質指標	
WHO全球參考100項健康指標核心清單 (100 Core Health Indicators)	• 為一系列標準化的指標操作型定義，用以反映國際間優先關注的衛生醫療狀況及趨勢 • 據各國可取得的自己的能力及衛生醫療優先事項進行資料收集，種族測量量以收集各國的健康醫療重要資訊

24

澳洲健康2016(Australia's health 2016)之健康績效指標

領域	維度	維度說明	指標
一、健康狀況 (1)民眾的擔憂如何? (2)健康狀況在民眾間是否存在差異? (3)改善民眾健康狀況的最佳機會為何?	1.健康狀態	疾病、失能、損傷或疾病、或任何其他健康相關問題的患病率	<ul style="list-style-type: none"> Incidence of heart attacks Incidence of selected cancers (bowel, melanoma, lung cancer, breast cancer (females), cervical) Incidence of sexually transmissible infections and blood-borne viruses (syphilis, HIV, hepatitis B, hepatitis C, chlamydia, gonorrhoea) Incidence of end-stage kidney disease Hospitalisation for injury and poisoning
	2.功能	影響身體結構或功能、活動限制、和參與限制	Severe or profound core activity limitation
	3.福祉	針對個人身體、心理和社會福祉的措施	<ul style="list-style-type: none"> Psychological distress Self-assessed health status
	4.死亡	死亡率和預期壽命的測量	<ul style="list-style-type: none"> Infant/young children mortality rate (infants <1 year), Indigenous infants (<1 year), children aged 1-4 years) Life expectancy (all males, all females, Indigenous males, Indigenous females)
二、健康決定因素 (1)決定良好健康的因素是否有改善? (2)因素的影響是來自於哪裡或那些人? 每個人改變的狀況是否相同?	5.環境因素	物理、化學和生物因素 如空氣、水和土壤品質	<ul style="list-style-type: none"> Children exposed to tobacco smoke in the home Water quality
	6.社區因素	社會因素、如社會資本、支持服務、社會經濟因素(如住房、教育、就業和收入)	<ul style="list-style-type: none"> Proportion of people with low income Proportion of babies born with low birthweight Health literacy Educational attainment for selected school years and adults
	7.健康行為	態度、信念、知識和行為, 如飲食、身體活動、吸菸和酒精消費模式	<ul style="list-style-type: none"> Proportion of adults who are daily smokers Proportion of adults at risk of long-term harm from alcohol Fruit and vegetable intake Physical inactivity
	8.生物醫學因素	遺傳相關的疾病易感性及其他相關因素	Proportion of persons obese and overweight

Thanks for your attentions

領域	維度	維度說明	指標
三、健康系統表現 (1)健康系統如何運作? (2)在個案照護需求範圍內的照護品質如何? 個人所接受到的照護品質是否相同? (3)系統是否具備成本效益並且是可持續運作的?	9.有效性	提供可貼合需求差異、且符合正確且正確的規模、介入、或活動	<ul style="list-style-type: none"> Unsafe sharing of needles
	10.可近性	民眾可在正確的地點、時間獲得照護服務, 不因收入、身體位置和文化背景而存在差異	<ul style="list-style-type: none"> Immunisation rates for vaccines in the national schedule (1 year, 2 years, 5 years, adults) Selected potentially preventable hospitalisations Survival following acute coronary heart disease event Survival of people diagnosed with cancer (5-year relative rates) Potentially avoidable deaths
	11.連續性照護	隨著時間的推移, 可透過各項計劃、從業者、組織和層面, 提供民眾不斷且協調的照護或服務	<ul style="list-style-type: none"> Bulk-billing for non-referred (GP) attendances Selected potentially avoidable GP-type presentations to emergency departments Waiting time for elective surgery Waiting time for emergency department care Cancer screening rates (breast, cervical, bowel) Differential access to hospital procedures Proportion of pregnancies with an antenatal visit in the first trimester Proportion of people with diabetes with a GP annual cycle of care Proportion of people with asthma with a written asthma action plan Proportion of people with mental illness with a GP care plan
	12.回應性	服務可回應個案需求, 且讓個案感受到尊嚴和保護, 並鼓勵其參與照護內容的討論及選擇	
13.安全性	個案或團隊接受健康服務過程中所受到因管理或環境導致之危害	<ul style="list-style-type: none"> Adverse events treated in hospitals Falls resulting in patient harm in hospitals 	
	14.效率和可持續性	以最成本效益的資源利用取得預期成果	<ul style="list-style-type: none"> Net growth in health workforce (medical practitioners, nurses and midwives) Cost per case mix-adjusted separation for acute and non-acute care episodes

提案三: 「食品藥物管理領域」之績效指標草案

審議原則(草案)	績效指標(草案)
一、確保食品及原料於輸入、生產、製造、販售到消費等各階段之安全及品質	<ul style="list-style-type: none"> 食品抽驗不合格率 稽查工廠發現缺失嚴重程度之下降情形 民眾對食品安全之確認知率
二、確保藥物開發、臨床試驗、上市申請、量產、上市等各階段之安全及品質	<ul style="list-style-type: none"> 中/西藥品抽驗不合格率 中/西藥品品質異常事件後續處理之完成率 民眾對藥品安全之確認知率
三、改善食品藥物管理專業人員之勞動條件, 確保合理的工作負擔	<ul style="list-style-type: none"> 食品藥物管理專業人員之培訓情形 食品藥物管理專業人員之分布情形 食品藥物管理專業人員之留任情形
四、以實證告知(evidence-informed)為導向, 利用實證科學為基礎, 將訊息充分傳達給內部及外部顧客, 以共同解決實際問題, 並應用於決策分析、產品製造或運銷指引及醫療處方或調劑指引的制定。	

附件六 專家意見收集問卷

「衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究」計畫問卷

各位健康照護領域的專家學者，您好：

衛生醫療類別社會發展計畫所涵蓋議題受民眾高度關注，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求。

衛生醫療類別社會發展計畫之中長程個案計畫編審作業，係依據「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」之規範採綱要式呈現，由國家發展委員會會同相關機關及邀請審查委員，針對計畫之需求性、可行性、協調性、計畫效果(益)性及對國家安全、社會經濟、自然環境之影響等，就政策面、整合面、資源面等做綜合性及方向性考量，並對同類型計畫排定優先順序或做統整性建議，進行周詳深入的評估及審議，提供前瞻完整之審議建議，俾利計畫之修改及推展。

為能精進目前衛生醫療政策及相關計畫之審議現況，並使審議原則更符合健康促進、健康照護、疾病管制、食品及藥物管理等四大領域特性，以利用計畫引導國家整體衛生醫療政策調整及資源整合，符合國家發展趨勢與整體環境之需求，俾合理運用國家有限資源，提升政府整體職能及效能，國家發展委員會特委託此計畫以擬定衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則，提供未來國家發展委員會審議計劃、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考。

懇請 各位老師能針對目前本研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「共通性審議原則」及「健康照護」領域審議原則草案進行修改或增刪，並提供寶貴資訊，本計畫資料會以整體匯整方式呈現，請放心作答！敬請撥冗填答並於 106年5月3日前以電郵回覆至「n2899@ms18.hinet.net信箱。若您對本問卷有任何疑問或指教，歡迎您與葉馨婷博士後研究員((02)2826-7000 ext.5162；0920-805-529) 連絡。崑此敬頌

時祺

委託單位：國家發展委員會

執行單位：國立陽明大學

衛生福利研究所 吳肖琪教授 敬上

「共通性審議原則」草案

「共通性審議原則」適用於各領域衛生醫療類別社會發展計畫審議之參考。本研究所提出之草案係以 WHO 「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構、「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎擬定，並針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則細部說明。

壹、請針對下列之「共通性審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、明列計畫依據，並進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，回應社會需求

- (一) 明列計畫之參考依據，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向。
- (二) 分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性：評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。
- (三) 解決社會問題以回應社會需求：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

二、整合衛生醫療相關資源，並檢討現行相關政策及方案

- (一) 盤點現行衛生醫療資源配置情形，評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。
- (二) 分析現行衛生醫療相關政策之執行現況，瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。

三、訂定明確、具前瞻性、全面性和完整性之計畫目標：計畫目標應清楚明確，並可回應社會變遷趨勢，如包含全民健康覆蓋、改善健康服務的公平性、以人為中心的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化妝品安全、改善衛生機關的能力及當責性；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

- (一) 符合證據(evidence-based)導向、且依成本效益分析結果擬定最適策略：依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。
- (二) 執行策略與方法，應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：計畫執行策略與方法之擬定，

「健康照護」領域審議原則草案

計畫整體架構應符合「共通性審議原則」與增列「健康照護領域審議原則」。本研究所提出之草案係參酌 WHO 「Advancing food safety initiatives: strategic plan for food safety including foodborne zoonoses 2013-2022」、澳洲健康 2016 年報、美國健康國民 2020 白皮書等各國關注之健康議題擬訂。

壹、請針對下列之「健康照護領域審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、改善健康照護體系之有效性、可近性、連續性、回應性、效率和可持續性，並兼顧照護服務之品質

(一) 改善健康照護系統，以確保輸送體系之連續性及效益

1. 健康照護系統需具備有效性、可近性、連續性、回應性、效率和可持續性之特質。
2. 進行資源重分配，提高經費運用效益：盤點現行健康照護資源之配置情形，強化資源配置之合理性及社會可接受度。
3. 提升服務輸送效率，縮短城鄉差距：調查健康照護資源分布及民眾健康需求等資料，發掘健康照護服務供需失衡之處，透過誘因機制及其配套措施、資通訊科技之運用及強化等平衡供需方法。

(二) 確保健康照護品質，使民眾獲得全面且優質的照護服務

1. 發展以證據(evidence-based)為導向之決策分析及臨床指引：利用實證醫學為基礎，將策略之優劣點等訊息充分傳達給利害關係者(如中央和地方政府機構、公眾代表、公民社會、健康照護提供者、和發展夥伴等)，以共同解決臨床實際問題，並應用於決策分析及臨床指引的制定。
2. 訂定具體之量性績效指標及合理目標值：績效指標宜以結果為導向為佳，透過持續監測並採具誘因之改善策略，確保並提升健康照護品質。
3. 發展可解決不同人口群健康照護問題之策略：特別是弱勢群體(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等)。
4. 透過品質管理方法及資通訊科技之運用及強化，確保病人安全並提升服務效率：透過異常事件管理、根本原因分析等方式，發掘病人醫療過程中所遭受之不良結果或傷害事件，據以研擬矯正或改善措施。

二、採用創新照護模式，減少由疾病所引起的失能和死亡，並改善病患生活品質

(一) 監測疾病死亡率和存活率的改善趨勢，透過對疾病流行病學變化趨勢之瞭解，以研擬更佳之照護模式。

(二) 發展以證據(evidence-based)為導向且兼具成本效益之新興健康照護模式：評估現有健康照護模式成效，說明如何將實證結果傳達給利害關係者(如中央和地方政府機構、公眾代表、公民社會、健康照護提供者、和發展夥伴等)，以發展新興健康照護模式。

(三) 透過預防及具成效之方案措施，以改善民眾心理健康，並獲得適當的高品質心理衛生服務。

「衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究」計畫問卷

各位健康促進領域的專家學者，您好：

衛生醫療類別社會發展計畫所涵蓋議題受民眾高度關注，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求。

衛生醫療類別社會發展計畫之中長程個案計畫編審作業，係依據「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」之規範採綱要式呈現，由國家發展委員會會同相關機關及邀請審查委員，針對計畫之需求性、可行性、協調性、計畫效果(益)性及對國家安全、社會經濟、自然環境之影響等，就政策面、整合面、資源面等做綜合性及方向性考量，並對同類型計畫排定優先順序或做統整性建議，進行周詳深入的評估及審議，提供前瞻完整之審議建議，俾利計畫之修改及推展。

為能精進目前衛生醫療政策及相關計畫之審議現況，並使審議原則更符合健康促進、健康照護、疾病管制、食品及藥物管理等四大領域特性，以利用計畫引導國家整體衛生醫療政策調整及資源整合，符合國家發展趨勢與整體環境之需求，俾合理運用國家有限資源，提升政府整體職能及效能，國家發展委員會特委託此計畫以擬定衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則，提供未來國家發展委員會審議計劃、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考。

懇請 各位老師能針對目前本研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「共通性審議原則」及「健康促進」領域審議原則草案進行修改或增刪，並提供寶貴資訊，本計畫資料會以整體匯整方式呈現，請放心作答！敬請撥冗填答並於106年5月3日前以電郵回覆至「n2899@ms18.hinet.net」信箱。若您對本問卷有任何疑問或指教，歡迎您與葉馨婷博士後研究員((02)2826-7000 ext.5162；0920-805-529) 連絡。 肅此敬頌

時祺

委託單位：國家發展委員會

執行單位：國立陽明大學

衛生福利研究所 吳肖琪教授 敬上

「共通性審議原則」草案

「共通性審議原則」適用於各領域衛生醫療類別社會發展計畫審議之參考。本研究所提出之草案係以 WHO 「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構、「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎擬定，並針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則細部說明。

壹、請針對下列之「共通性審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、明列計畫依據，並進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，回應社會需求

- (一) 明列計畫之參考依據，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向。
- (二) 分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性：評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。
- (三) 解決社會問題以回應社會需求：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

二、整合衛生醫療相關資源，並檢討現行相關政策及方案

- (一) 盤點現行衛生醫療資源配置情形，評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。
- (二) 分析現行衛生醫療相關政策之執行現況，瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。

三、訂定明確、具前瞻性、全面性和完整性之計畫目標：計畫目標應清楚明確，並可回應社會變遷趨勢，如包含全民健康覆蓋、改善健康服務的公平性、以人為中心的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化妝品安全、改善衛生機關的能力及當責性；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

- (一) 符合證據(evidence-based)導向、且依成本效益分析結果擬定最適策略：依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。
- (二) 執行策略與方法，應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：計畫執行策略與方法之擬定，

「健康促進」領域審議原則草案

計畫整體架構應符合「共通性審議原則」與增列「健康促進領域審議原則」。本研究提出之草案係參酌 WHO 「Advancing food safety initiatives: strategic plan for food safety including foodborne zoonoses 2013-2022」、澳洲健康 2016 年報、美國健康國民 2020 白皮書等各國關注之健康議題擬訂。

壹、請針對下列之「健康促進領域審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、發展前端預防，改善群體健康和生活品質

- (一) 發展以證據(evidence-based)為導向之經濟有效的健康介入措施，並評估介入措施成效：以實證為基礎，依科學實證及資源盤點結果，導入經濟有效的健康介入措施，並於計畫執行過程或完成後採科學方式進行計畫之成效評估，以提高資源及經費運用效益。
- (二) 整合運用政府及民間資源，以推動因地制宜之健康促進策略：盤點現行健康促進資源之配置情形，整合運用政府及民間資源，並運用行為科學等技術，且兼顧不同地育、文化、生活習慣等差異，推動因地制宜之健康促進策略。
- (三) 透過健康行為維持健康體態及心態，達到健康促進和減少慢性疾病風險：針對國人健康行為進行調查，並彙整國外創新之健康保護因子相關資訊，透過健康飲食及適切生活、運動、身體活動、正向思考、韌性訓練等健康行為，維持健康體態及心態，達到健康促進和減少慢性疾病風險。
- (四) 重視意外傷害和暴力、菸草使用和二手菸暴露、憂鬱症預防、口腔和顱面疾病預防等議題。

二、減少疾病發生的風險，並早期發現和控制

- (一) 介入致病的高風險因素，有效避免發生不良事件、及疾病的潛在併發症：以證據(evidence-based)為導向，藉由流行病學相關研究成果，瞭解民眾之健康狀態（指健康與健康失調，如疾病、傷害、殘障和死亡的存在與否）和健康事件（指疾病、傷害、殘障和死亡的發生與否）之分布情形和決定因素，及控制方法。
- (二) 透過以證據為基礎的良好篩檢工具，減少疾病發生或疾病死亡：參酌國外新興資訊、及國內疾病篩檢成效之相關分析結果，透過以證據為基礎的良好篩檢工具，以早期發現疾病，進而接受早期治療以減少疾病發生或疾病死亡。
- (三) 改善肥胖情況以避免疾病併發症的流行：透過定期之國民健康狀況調查，瞭解民眾之飲食、運動、生活等習慣，透過有效介入方案以降低肥胖盛行率。
- (四) 強化疾病潛在個案的初級健康照護：針對罹病高風險族群進行追蹤及管理，提高其健康促進知能及行為等。

三、關注次人口群健康福祉之提升

- (一) 改善婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區的健康不平等，如發展心理健康促進（如溝通、團隊領導、互助合作、自信心培養等）、減少發病率和死亡率、懷孕健康和行為、孕期健康和行為、產後健康和行為、嬰兒照護、失能和其他損傷、健

「衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究」計畫問卷

各位疾病管制領域的專家學者，您好：

衛生醫療類別社會發展計畫所涵蓋議題受民眾高度關注，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求。

衛生醫療類別社會發展計畫之中長程個案計畫編審作業，係依據「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」之規範採綱要式呈現，由國家發展委員會會同相關機關及邀請審查委員，針對計畫之需求性、可行性、協調性、計畫效果(益)性及對國家安全、社會經濟、自然環境之影響等，就政策面、整合面、資源面等做綜合性及方向性考量，並對同類型計畫排定優先順序或做統整性建議，進行周詳深入的評估及審議，提供前瞻完整之審議建議，俾利計畫之修改及推展。

為能精進目前衛生醫療政策及相關計畫之審議現況，並使審議原則更符合健康促進、健康照護、疾病管制、食品及藥物管理等四大領域特性，以利用計畫引導國家整體衛生醫療政策調整及資源整合，符合國家發展趨勢與整體環境之需求，俾合理運用國家有限資源，提升政府整體職能及效能，國家發展委員會特委託此計畫以擬定衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則，提供未來國家發展委員會審議計劃、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考。

懇請 各位老師能針對目前本研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「共通性審議原則」及「疾病管制」領域審議原則草案進行修改或增刪，並提供寶貴資訊，本計畫資料會以整體匯整方式呈現，請放心作答！敬請撥冗填答並於106年5月3日前以電郵回覆至「n2899@ms18.hinet.net」信箱。若您對本問卷有任何疑問或指教，歡迎您與葉馨婷博士後研究員((02)2826-7000 ext.5162；0920-805-529) 連絡。 肅此敬頌

時祺

委託單位：國家發展委員會

執行單位：國立陽明大學

衛生福利研究所 吳肖琪教授 敬上

「共通性審議原則」草案

「共通性審議原則」適用於各領域衛生醫療類別社會發展計畫審議之參考。本研究所提出之草案係以 WHO 「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構、「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎擬定，並針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則細部說明。

壹、請針對下列之「共通性審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、明列計畫依據，並進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，回應社會需求

- (一) 明列計畫之參考依據，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向。
- (二) 分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性：評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。
- (三) 解決社會問題以回應社會需求：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

二、整合衛生醫療相關資源，並檢討現行相關政策及方案

- (一) 盤點現行衛生醫療資源配置情形，評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。
- (二) 分析現行衛生醫療相關政策之執行現況，瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。

三、訂定明確、具前瞻性、全面性和完整性之計畫目標：計畫目標應清楚明確，並可回應社會變遷趨勢，如包含全民健康覆蓋、改善健康服務的公平性、以人為中心的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化妝品安全、改善衛生機關的能力及當責性；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

- (一) 符合證據(evidence-based)導向、且依成本效益分析結果擬定最適策略：依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。
- (二) 執行策略與方法，應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：計畫執行策略與方法之擬定，

「疾病管制」領域審議原則草案

計畫整體架構應符合「共通性審議原則」與增列「疾病管制領域審議原則」。本研究所提出之草案係參酌 WHO 「Advancing food safety initiatives: strategic plan for food safety including foodborne zoonoses 2013-2022」、澳洲健康 2016 年報、美國健康國民 2020 白皮書等各國關注之健康議題擬訂。

壹、請針對下列之「疾病管制領域審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、建構完善的各傳染病篩檢及通報機制

- (一) 建構早期風險預警機制：蒐集分析各類傳染病之傳染途徑等特性資料及其易感染族群，整合運用醫療機構通報機制、旅遊醫學、旅遊警示、流行病學調查、資通訊科技及新興篩檢技術等，建構各傳染病流行趨勢監測機制。
- (二) 建立傳染病防治訊息傳遞網絡：掌握時效以通知醫療及衛生人員有關 WHO 或先進國家最新發布相關傳染病防治相關技術指導，提升疑似感染個案通報效能及醫療品質，另將必要資訊儘速傳達予民眾，以加強民眾自我防護措施。
- (三) 強化傳染病的公共衛生基礎設施，進行全面性的傳染病監測。

二、擬訂及推動相關傳染病防治策略

- (一) 提升傳染病防治醫療網及防治網絡之效能：致力於技術的進步，並確保國家、地方公共衛生部門、醫療院所、照顧機構、和非政府組織皆為國家控制傳染病蔓延之強而有力夥伴。
- (二) 訂定符合國際規範之傳染病防治策略，並依風險預測及時採取適切之檢疫及防疫作為：依據國際衛生條例(IHR)、世界衛生組織(WHO)相關傳染病防治指引及全球防治策略之傳染病防治策略；另依世界衛生組織疫情 IHR 應變委員會議結論及國內傳染病風險預測結果，及時採取適切之檢疫及防疫作為。
- (三) 提升緊急應變機制之完整性及效能：藉由完善人才訓練、加強國際交流、新興科技及資通訊科技之應用等多元策略，精進傳染病流行病學調查分析，依風險預測結果，及時透過跨部會合作及公私協力機制，推動適切之傳染病防治相關措施，以及疫情緊急應變相關機制。另賡續精進人才訓練、演練及品質管理等作為。
- (四) 發展以科學實證為基礎的臨床與社區服務、公共衛生圍堵手段，並建立決戰境外、邊境檢疫、社區防治及醫療體系保全等四道防線，以預防和治療傳染病。
- (五) 防疫作為及其物資整備應基於風險評估或風險預測，並確認新的診斷技術、治療方式、藥品、疫苗及預防技術可有效運用資源達成計畫目標及預期效益後，始納入計畫：例如運用健康科技評估之方法或原則進行評估或小規模試辦計畫，抑或參酌國際組織及先進國家相關報告，始導入新傳染病之診斷技術、治療方式、藥品、疫苗及預防技術。
- (六) 分析易感受族群之特性及其行為，據以擬訂相關傳染病防治策略：例如調整篩檢策略或治療模式，於必要時，研議及推動除罪化相關措施及其配套措施。

「衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究」計畫問卷

各位食品及藥物管理領域的專家學者，您好：

衛生醫療類別社會發展計畫所涵蓋議題受民眾高度關注，需配合未來趨勢，整合衛生、學校、醫療、職場、或社區等場域之服務網絡及資源，進行健康促進、特殊保護、疾病預防篩檢、醫療及照護，以回應社會需求。

衛生醫療類別社會發展計畫之中長程個案計畫編審作業，係依據「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」之規範採綱要式呈現，由國家發展委員會會同相關機關及邀請審查委員，針對計畫之需求性、可行性、協調性、計畫效果(益)性及對國家安全、社會經濟、自然環境之影響等，就政策面、整合面、資源面等做綜合性及方向性考量，並對同類型計畫排定優先順序或做統整性建議，進行周詳深入的評估及審議，提供前瞻完整之審議建議，俾利計畫之修改及推展。

為能精進目前衛生醫療政策及相關計畫之審議現況，並使審議原則更符合健康促進、健康照護、疾病管制、食品及藥物管理等四大領域特性，以利用計畫引導國家整體衛生醫療政策調整及資源整合，符合國家發展趨勢與整體環境之需求，俾合理運用國家有限資源，提升政府整體職能及效能，國家發展委員會特委託此計畫以擬定衛生醫療類別社會發展計畫之審議原則，提供未來國家發展委員會審議計劃、衛生福利部相關單位撰寫中長程計畫之參考。

懇請 各位老師能針對目前本研究所擬之衛生醫療類社會發展計畫「共通性審議原則」及「食品藥物管理」領域審議原則草案進行修改或增刪，並提供寶貴資訊，本計畫資料會以整體匯整方式呈現，請放心作答！敬請撥冗填答並於 106年5月3日前以電郵回覆至「n2899@ms18.hinet.net」信箱。若您對本問卷有任何疑問或指教，歡迎您與葉馨婷博士後研究員((02)2826-7000 ext.5162；0920-805-529) 連絡。肅此敬頌
時祺

委託單位：國家發展委員會

執行單位：國立陽明大學

衛生福利研究所 吳肖琪教授 敬上

「共通性審議原則」草案

「共通性審議原則」適用於各領域衛生醫療類別社會發展計畫審議之參考。本研究所提出之草案係以 WHO 「Joint Assessment of National Health Strategies and Plan」為架構、「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」所規範之計畫審議要項為基礎擬定，並針對衛生醫療類計畫之特質及重點，進行審議原則細部說明。

壹、請針對下列之「共通性審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、明列計畫依據，並進行未來環境預測及現況問題評析，據以突顯議題重要性，回應社會需求

- (一) 明列計畫之參考依據，以總統政見或行政院重大施政及決策等為方向。
- (二) 分析目前及未來之健康問題及原因，以突顯議題重要性：評估環境、人口、家庭結構、及對標的人口群(如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等弱勢群體)的變化，透過多年(十年以上)之健康問題趨勢及原因分析，以預測未來環境之重要變化及對健康議題之影響。
- (三) 解決社會問題以回應社會需求：確認衛生醫療欲解決問題之優先順序，以權衡政策重點與社會價值，並進一步說明解決策略之選擇方式，且須回應民意或解決社會問題。

二、整合衛生醫療相關資源，並檢討現行相關政策及方案

- (一) 盤點現行衛生醫療資源配置情形，評估整合公私部門資源投入之可行性，提高衛生醫療服務提供之多元性，及強化食品藥物化妝品安全管理之確效性，並指定專責單位或建立相關機制，以協調整合資源，或規劃跨機關、跨專業、跨年齡等之整合式服務模式等；透過計畫進行資源重分配，以衡酌政府資源分配之均衡性、公平性及效益性，並兼顧偏鄉、不同族群之特殊需求。
- (二) 分析現行衛生醫療相關政策之執行現況，瞭解現行相關計畫之發展及執行情形，從中發掘政策之待改善及修正調整之處，或待回應民意或解決社會問題與相關政策間之缺口，以進一步擬定相關政策之替代方案、或更佳之衛生醫療相關政策與目標。

三、訂定明確、具前瞻性、全面性和完整性之計畫目標：計畫目標應清楚明確，並可回應社會變遷趨勢，如包含全民健康覆蓋、改善健康服務的公平性、以人為中心的照護系統、促進及維護社區健康的公共政策、確保食品藥物化妝品安全、改善衛生機關的能力及當責性；目標規劃需涵蓋可近性、公平性、效率、品質和健康結果等議題。

四、擬定具證據導向、符合成本效益、與欲解決問題相互扣合、廣納利害關係群體意見、且具跨部會與單位協調合作機制之計畫策略

- (一) 符合證據(evidence-based)導向、且依成本效益分析結果擬定最適策略：依據實證資料推估健康照護之需求人口、供給數量及經費需求，並分析不同策略之成本效益，以應用於決策分析及衛生醫療指引的制定。
- (二) 執行策略與方法，應與計畫目標及欲解決問題相互扣合：計畫執行策略與方法之擬定，

「食品藥物管理」領域審議原則草案

計畫整體架構應符合「共通性審議原則」與增列「食品及藥物管理領域審議原則」。本研究提出之草案係參酌 WHO 「Advancing food safety initiatives: strategic plan for food safety including foodborne zoonoses 2013-2022」、澳洲健康 2016 年報、美國健康國民 2020 白皮書等各國關注之健康議題擬訂。

壹、請針對下列之「食品及藥物管理領域審議原則」草案進行審視，並直接於原檔酌以增刪修改，修改處請以紅字粗體標記。

一、確保食品及原料於輸入、生產、製造、倉儲、流通、販售到消費等各階段之安全

- (一) 檢視健康風險評估結果及安全管理策略之對應性，並依據風險分級訂定管理策略，其中食品健康風險評估須建立在完善的食品及其原料監測數據、國人攝食資料、有害物質之毒理分析及劑量反應數據、健康危害等資料庫，及完善的風險評估人員培育機制。
- (二) 研訂產品全生命週期之高風險食品安全管理策略：分析民眾使用量、食品潛在健康風險、抽驗不合格率及國內外食品安全警訊等因素，選定需加強管理之高風險產品品項，提升農、畜、水產品及食品之溯源及流通管理之整合性，整合運用農、畜、水產品溯源追蹤管理、食品製程管理、管理系統驗證制度、資通訊科技及跨部會資源等。
- (三) 適時導入新興科技管理措施或業者輔導機制，以掌握資通訊科技及食品加工科技之發展與運用情形。
- (四) 提升管理機制與國際調合程度，且策略應符合源頭管理為主，流通管理為輔之國際安全管理機制。
- (五) 促使食品業者落實食品安全自主管理：策略應藉由政府、業者及消費者共同合作。
- (六) 擬訂適切之食品安全管理措施及教育宣導策略：通盤考量易感受族群之食安風險及新興傳播媒體發展趨勢等，並採分眾宣導及有效觸及目標族群之宣導策略，提升民眾正確食品風險認知及正確選購食品之能力。
- (七) 藉由利害關係人溝通等方式，分析及檢討食品安全事件，據以建立事前預防、事中因應及強化溝通協調等風險管理、風險溝通及危機處理機制。

二、確保藥物開發、臨床試驗、上市申請、量產、運銷、上市後、使用等各階段之安全及品質

- (一) 檢視健康風險評估結果及安全管理策略之對應性，並依據風險分級訂定策略，健康風險評估應包括：藥物不良反應通報與不良品通報資料分析、藥品與其原料監測資料、國人用藥行為調查、藥品療效不等通報、新藥上市後風險管理計畫資料、醫療處方或調劑指引的制定、國際藥物安全訊息及藥物科技發展資訊蒐集等資料。
- (二) 落實「藥物上市前後管理並重」之國際藥物安全管理機制及策略，通盤審視管理法規及機制與國際調合程度。
- (三) 擇定特定新興產品品項，提升新興藥物審查及業者輔導量能，並建立國內管理規範：

附件七 期末審查意見回覆

國家發展委員會 105 年度委託研究計畫 「衛生醫療類別社會發展計畫審議之調整規劃研究」期末審查意見回覆

審查委員/單位	審查意見	意見回覆
鍾國彪教授	請加強本報告共通性及個別領域審議原則之連結性，如以圖表呈現共通性及個別領域審議原則之關聯性。另請加強說明個別領域審議原則與參考績效指標之對應性，如審議原則及績效指標對照表，期能更系統性呈現審議原則及績效指標	針對共通性及個別領域審議原則之連結性已補充說明於報告 P.140 第 4-11 行及 P.143 第 1-4 行。 表 7-2-6(P.149-150)已呈現審議原則及績效指標之對照情形，並已於報告 P.143 第 6-21 行補充個別領域審議原則與參考績效指標之對應性。
	請重新檢視並修正焦點座談會專家出席人次及問卷回收率。	感謝委員提醒，出席人次及問卷回收率已修正於報告 P.11 第 10 及 23 行。
邱尚志副教授	請將本報告「第七章結論與建議」選定績效指標與「第二章材料與方法」所述指標選擇原則相互扣合，例如加強說明如何運用重要性、科學性、可行性等指標選擇原則，並可再詳細說明選定前開指標之考量因素。	感謝委員提醒，針對指標選擇之考量已補充於報告 P.143 第 6-21 行。
	有關本報告第六章衛生醫療照護指引與相關資料庫部分，建議補充說明其所列各項資料庫可查詢衛生醫療領域相關資訊項目。	各項資料庫可查詢衛生醫療領域相關資訊項目已加強補充於報告第六節 (P.121-134)之內容中。
紀雪雲教授	請將「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」納入第二章材料與方法。	相關內容已補充於 P.5 第 13-14 行、及 P.6 第 12-13 行。
	建議依據世界衛生組織 2016 健康促進上海宣言，修正本報告第三章衛生醫療領域之特質、問題及挑戰內容，另建議補充世界衛生組織目前重要計畫相關內容。	已於 P.26 第 5-15 行補充世界衛生組織 2016 健康促進上海宣言之相關內容。世界衛生組織之重要計畫內容已補充於 P.25 第 24-25 行至 P.26 第 1-5 行。
	請補充說明計畫審議者可參考之決策思維，例如訂定資源分配之優先順序作業模式，抑或如何運用有限資源達成更好效益策略。	目前計畫撰寫機關及計畫審議者皆應已具備相關決策思維，或可參考本計畫「第三章衛生醫療領域之特質、問題及挑戰」內容以瞭解各領域問題及重要性。
行政院內政衛福勞動處	查本報告健保財務問題陳述分散，且引述「全民健康保險法」之法條條次似有誤，請修正本報告相關內容。	感謝委員提醒，已於 P.21 第 8 行修正「全民健康保險法」之法條條次為第 24 條。
	建議就我國目前醫療體系亟需改善問題，修正健康照護領域績效指標，例如本報告健康照護領域績效指標每萬人口病床數部分，似無法呈現我	原每萬人口病床數之績效指標，已調整為「每萬人口病床/醫事人員數(全國、六大區、縣市、次醫療區)」(P.149 第 8 行)。

	<p>國醫療資源分布不均之現況，建議檢討修正前開績效指標。</p>	
	<p>建議提高本報告健康照護領域審議原則與我國全民健康保險制度相關性。</p>	<p>考量我國每萬人口急性病床數偏高、各層級醫院之病床數及利用呈倒金字塔發展、且缺乏以強化社區居家健康照護為導向的有效政策，未來將增加健保財務負擔並阻礙社區居家照護資源之發展，因此未來政策亟需朝提升健康照護體系之照護服務品質、降低由疾病所引起的失能和死亡、及建構以個案為中心之整合照護模式等方向發展(P.21-22、P.144)。</p>
衛生福利部	<p>請依據衛生福利部網站所列衛生福利部 106 年度施政計畫內容，修正本報告第五章第二節衛生福利部之關鍵績效指標內容，例如「癌症篩檢率之平均增加值」應修正為「四癌篩檢陽性追蹤率之平均增加值」。另建議依據衛生福利部公布之最新統計數字，更新本報告第 20 頁引述每萬人口病床數。</p>	<p>針對衛生福利部 106 年度施政計畫之績效指標已修改為「四癌篩檢陽性追蹤率增加值」(P.100)。</p> <p>針對每萬人口病床數亦已參考統計處公告資料更新於 P.21 第 19-21 行。</p>
	<p>請補充說明本報告「第七章結論與建議」健康促進領域審議原則及參考績效指標所列特定族群所涵蓋範圍。</p>	<p>特定族群所包含範圍係如婦女、嬰兒、兒童、原住民、貧窮、及邊緣化社區等(P.144)。</p>
	<p>請於本報告第三章衛生醫療領域之特質、問題及挑戰第五節小結部分，增列藥物安全管理相關內容。</p>	<p>已補充藥物安全管理相關內容於 P.58 第 9-10、12-14、16 行及 P.59 第 5-7 行。</p>
衛生福利部 中央健康保險署	<p>建議可於健康照護領域納入與全民健康保險相關之績效指標。</p>	<p>已補充「可避免之死亡及住院情形」、「超長住院及再住率」、「全面實施 DRGs 制度」、「DNR 簽署率」、「社區居家安寧涵蓋率」等健康照護領域之績效指標(P.149)。</p>
衛生福利部 疾病管制署	<p>建議研究團隊考量現行跨部會協調所面臨各部會本位主義等問題，修正本報告共通性審議原則之四、擬定實證與整合導向政策(四)強化跨部會與跨單會位整合機制部分內容。</p>	<p>需跨部會分工之計畫，應於計畫送審前請行政院召開跨部會會議，以提出具體之分工組織架構、協調機制、及運作模式，並於計畫中載明，必要時得於審議過程中請行政院再次召開，以確保分工可確實執行，並發揮計畫整合綜效(P.142)。</p>
衛生福利部 國民健康署	<p>請將健康促進領域審議原則有關二、降低疾病發生風險 (二)「落實健康體位以避免疾病併發</p>	<p>已於 P.145 修正相關內容。</p>

	症的流行」，修正為「落實健康行為以 避免疾病併發症的流行」。	
	請將健康促進領域績效指標中一、發 展群體健康前端預防政策績效指標 部分所列「健康素養」修正為「健康 識能」。	基於不同領域之用詞不同，已於 P.149 修改相關內容。
	建議健康促進領域參考績效指標納 入「孕婦產前檢查至少八次的服務利 用率」。	已於 P.149 補充相關內容。
衛生福利部 食品藥物管理署	基於食品安全管理較少使用「品質異 常事件及食用不良反應事件」等名 詞，請檢討修正食品藥物安全管理領 域績效指標。	基於不同領域之用詞不同，已修正為 「食源性疾病處理完成率」(P.150)。
國家發展委員會	有關結論與建議部分，考量我國兒童 齲齒盛行率偏高及肥胖問題亟待解 決，建議可參酌 OECD 相關健康指 標網站資料，將兒童齲齒、體重過重 及肥胖情形納入健康促進領域之績 效指標。	已於 P.149 補充「肥胖和超重的比例(兒 童、成人)」、「兒童牙齒塗氟率」、及 「降低兒童齲齒盛行率」等健康促進領 域績效指標。
	有關衛生醫療照護指引與相關資料 庫、結論與建議部分，建議修正如 下： (1) 增列衛生福利部國民健康署之健 康監測與統計資料： http://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=62 。 (2) 增列衛生福利部食品藥物管理署 藥物食品研究年報資料： http://www.fda.gov.tw/TC/PublishResearch.aspx 。	已於 P.133-P.134、P.153 第 10-13 行補 充相關內容。