

行政院衛生署中程施政計畫（102 至 105 年度）

壹、使命及願景

一、使命

健康是基本人權，也是每一個人追求的理想與目標，衛生署主管業務範圍廣泛，舉凡醫療照護、藥物食品管理、疫病防治、健康促進、全民健保及公共衛生等事項，均攸關全國人民的健康與福祉，本署制定任何重大政策，都要符合國人對健康的期待。我們致力於檢討過去，以務實前瞻態度用心規劃未來藍圖，以提供人民一個整體及連續性之健康照護體系，本署以「促進及保護全民健康福祉」當作使命，並以「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢」為願景。

二、願景

以人民健康與福祉為優先，營造一個優質健康幸福環境，以「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢」為願景。

貳、施政重點

一、現有施政重點及相關計畫執行成效檢討

（一）強化民眾全面參與，實踐健康生活

1、健康的出生與成長，建構優質生育環境、維護兒童及青少年健康。

- （1）導正性別失衡，組成出生性別比工作小組，建立監測與稽查機制，減少非醫療必要之性別檢測、告知與性別選擇（墮胎、胚胎選擇）。出生性別比自民國 93 年 1.108 下降至 101 年的 1.079。
- （2）自 93 年起全面實施網路出生通報，本系統並於 97 及 100 年度通過 ISO27001 認證，確保出生資料的機密性、完整性及可用性。100 年度通報數計 19 萬 8,387 人。
- （3）國人婚育年齡延後，生母年齡中位數已由 64 年之 25.4 歲延後至目前之 30.6 歲，導致不孕問題增多，對開放代理孕母制度需求也更高，惟自 94 年起，邀請各界多次討論，已草擬「代孕生殖法草案」，惟目前對親子關係之認定細節與適用對象，仍有不同意見，將再行聽取各方意見，取得共識。
- （4）營造親善且無障礙母乳哺育環境，推動母嬰親善醫療院所認證制度，通過認證之醫療院所家數自民國 90 年之 38 家，成長至 100 年之 158 家，產後一個月純母乳哺育率自民國 93 年之 29.4%，增加為 100 年之 61.8%，涵蓋全國 71.4% 的接生數。
- （5）生育保健：95 年 7 月 1 日起將新生兒先天代謝疾病異常篩檢服務項目由 5 項擴增為 11 項，並提高篩檢費用之減免額度；95 年至 100 年共篩檢 116 萬餘人，新生兒篩檢率 99% 以上，異常個案追蹤完成率達 97% 以上。補助孕婦接受產前遺傳診斷服務，補助人數由 94 年 31,376 人增加至 100 年 48,317 人，其中 34 歲以上高齡孕婦受檢率由 86.1% 增加達 90% 以上，異常個案追蹤完成率均達 95% 以上；遺傳性疾病檢查 94 年至 97 年平均每年約補助 10,000 餘人；經檢查發現之異常個案，均予轉介診治及提供遺傳諮詢與照護。另為確保遺傳服務品質，定期辦理機

構評核，截至 100 年共評核通過臨床細胞遺傳學檢驗機構 27 家、遺傳性疾病基因檢驗機構 9 家及遺傳諮詢中心 11 家。在罕病防治方面，自 89 年至 100 年底止，審議認定及公告 193 種罕病，78 種罕病藥物及其適應症、40 種罕病特殊營養食品及適應症，各診療機構共通報罕病 3,187 案；成立罕病特殊營養食品暨藥物物流中心，補助供應罕病個案維持生命所需之特殊營養食品，計儲備供應 32 項，另儲備 10 項罕病緊急用藥；提供罕病個案國際醫療合作代行檢驗服務，計補助 431 案。100 年起擴大對罕病病人之照護，包括補助國內確認診斷檢驗、營養諮詢、緊急醫療、維持生命所需之居家醫療照護器材等費用，其中營養諮詢費用補助，每人每年約為 1,500 元，並對維持生命所需之呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳痰機等 4 項器材費用進行補助。

- (6) 孕產婦及兒童預防保健服務：透過健保特約院所補助提供 10 次孕婦產前檢查，經統計 95 年孕婦產前檢查之平均利用率為 88.00%，至 100 年底已高達 93.28%，99 年起提供經濟弱勢孕婦乙型鏈球菌篩檢之補助服務，並於 101 年 4 月 15 日起全面補助本項服務，每名定額補助 500 元。另提供新住民產前檢查補助計畫，100 年共補助 10500 案；而兒童預防保健係透過設有兒科或家醫科特約兒童預防保健院所，補助提供 7 歲以下 7 次兒童預防保健服務，其 7 次平均利用率，95 年為 69.5%，至 100 年底已達 80.50%。99 年起提供經濟弱勢新生兒聽力篩檢之補助服務，並自 101 年起，全面補助 3 月 15 日（含）以後出生之 3 個月內的新生兒聽力篩檢，每案補助 700 元。另 100 年縣市衛生局提供學前兒童聽力篩檢率達 91.4%。
- (7) 國民口腔健康計畫推動兒童及青少年口腔健康，提供 5 歲以下兒童每半年 1 次牙醫師專業牙齒塗氟、口腔檢查、衛生教育等服務，以降低兒童齲齒率，94 年 7 月至 100 年約服務 158 萬 6,660 人次；自 91 年起全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，計 25 縣市國小學童參加，學童參與率 98.5%；自 99 年度起提供山地原住民族地區國小一、二年級學童及非山地原住民族低收入戶一年級學童白齒窩溝封劑服務，以預防弱勢兒童白齒之齲齒；99-100 年服務 7,554 名學童；自 100 年度擴大至山地原住民族地區及離島地區國小一、二年級學童，非山地原住民族中低收入戶及低收入戶國小一、二年級學童，及所有國小身心障礙一、二年級學童恆白齒窩溝封填服務。
- (8) 推動學齡前滿 4 歲及滿 5 歲兒童視力及斜弱視篩檢服務，以達早期發現、早期矯治，100 年計篩檢 361,759 人，初篩未通過人數為 47,121 人，異常個案轉介率達 98%。為普及兒童發展遲緩之發現與療育體系：目前已設置 42 家聯評中心，101 年增設至 45 家。
- (9) 推廣新住民兒童事故傷害預防照護計畫，施行安全學校推動前驅計畫，於 96-100 年總共有 46 家獲得國際安全學校認證。
- (10) 透過各縣市衛生局（所），運用幼兒居家安全環境檢核表，針對弱勢家庭中有 6 歲以下幼兒進行居家環境訪視並輔導改善，民國 100 年底計訪視 2 萬 417 戶。

2、健康的老化，加強糖尿病、高血壓、高血脂等慢性病防治，推廣預防保健服務。

- (1) 為建立有效篩檢模式，自 91 年起鼓勵縣市整合轄區醫療保健服務資源，結合成人預防保健服務、癌症篩檢等既有健康篩檢項目推動整合性篩檢服務。至 101 年已有 20 縣市加入實施整合篩檢服務之行列，92 年至 100 年底累計服務 220 萬餘人。
- (2) 加強主要慢性病之防治，免費提供 40 至 64 歲民眾每 3 年執行 1 次、65 歲以上民眾每年執行 1 次成人預防保健服務，100 年 1 至 11 月計 168 萬人接受該服務。另藉由該服務新發現血壓、血糖及血膽固醇值異常比率，分別為 20.8%、8.1% 及 12.0%。
- (3) 自 95 年起為普及血壓測量地點，除醫療院所提供服務外，於社區之不同型態地點提供量血壓服務，至民國 100 年底計約 1,987 個血壓站，另執行減鹽宣導，以降低日常飲食鈉鹽之攝取，以有效預防及控制高血壓。
- (4) 推動「老人健康促進四年計畫」（98-101 年），以影響老人健康、預防失能最重要的八個項目為重點－運動與健康體能、跌倒防制、健康飲食、口腔保健、菸害防制、心理健康、社會參與、疾病篩檢；透過衛生體系、醫療體系與社福體系的結合，全面推動。100 年全台共 477 家醫療院所結合 83.9% 的社區關懷據點辦理老人健康促進活動，並發起「健康 100 全國阿公阿嬤動起來」健康促進競賽，以鄉鎮為單位鼓勵超過 3 萬名長輩組隊參賽，101 年預估邀請 5 萬名長輩參與。
- (5) 補助縣市政府，推動高齡友善城市，99 年首先於嘉義市推動，100 年補助 9 縣市政府衛生局辦理，101 年已有 20 縣市加入。各縣市依長輩需求進行優先議題之推動，經由跨領域資源整合，改善不利老人的生活條件，建立適合長輩安居樂活的環境。
- (6) 推廣高齡友善健康照護機構認證，99 年依 WHO 高齡友善健康照護三大原則以及 WHO 之健康促進醫院標準，發展適用我國高齡友善健康照護之導入架構及標準，至 100 年底已有 13 家醫院通過認證。
- (7) 93 年訂定 20 歲以上成人「代謝症候群之判定標準」，96 年予以修訂後，於 96-100 年辦理預防代謝症候群多元行銷活動；97 年起辦理高、中、小學之主管及校護、營養師等之校園慢性病防治研習（包括肥胖暨代謝症候群、糖尿病、氣喘及骨質疏鬆等議題）。
- (8) 92 年全國所有縣市全面加入推動糖尿病共同照護網，100 年計 326 鄉鎮、1,588 家醫療院所（其中基層醫療單位 1,324 家）參與；輔導成立糖尿病友團體計 483 個；推展糖尿病健康促進機構計 174 家。為降低洗腎發生率，推動腎臟病宣導教育、篩檢及三高之控制，並自 93 年起設置「腎臟病健康促進機構」，機構數 100 年計 126 家，並設置更年期婦女保健免費諮詢專線。
- (9) 建置健康監測資料庫：自民國 90 年起每隔 4 年進行一次「國民健康訪問調查」，於 98 年辦理第 3 次調查，並預計於 102 年辦理第 4 次調查，以掌握國人之健康狀況及變化趨勢；以民國 78 年所建立之台灣地區中老年人世代，進行「中老年

身心社會生活健康長期追蹤調查」，業於 101 年 4 月完成第 7 次追蹤調查，以供因應高齡化社會擬定相關健康政策參考。

3、創造健康的支持性環境，營造健康生活，推動國人運動習慣改善。

- (1) 社區健康促進：以社區為平台，推動 4 大癌症篩檢宣導、老人健康促進、檳榔防制（含戒菸）、青少年菸害防制、安全促進、推動健康體重管理等議題，100 年計 16 縣市 104 個社區單位，於 107 個鄉鎮市區推動。
- (2) 推動職場健康促進：結合輔導專業團隊，95 年起輔導職場推動菸害防制及職場健康促進工作，96 年起推動健康職場自主認證，至 100 年底已有 7,411 家職場通過認證。
- (3) 推動健康城市：目前已有臺南市等 8 縣市 11 地區以非政府組織名義獲准加入健康城市聯盟（Alliance For Healthy Cities, AFHC）會員。將持續輔導各縣市推動健康城市及申請加入 AFHC。
- (4) 改善國人運動習慣：推動動態生活，宣導「每日一萬步、健康有保固」，及推動「上班族健康操」，養成動態生活習慣，促進國人身體健康。
- (5) 辦理「健康行為危險因子」電話調查，100 年電話調查結果：18 歲以上國人運動盛行率為 65.1%。
- (6) 推動安全社區：至 100 年底有 19 個社區通過世界衛生組織社區安全推廣協進中心（WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, WHO CCCSP）認證，將持續輔導社區推動安全社區計畫，營造安全友善的環境。
- (7) 推動肥胖防治：國民健康局於 100 年結合全國 22 縣市共同推動「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，號召 60 萬人共同減重 600 公噸，提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能，增進身心及社會健康，預防慢性疾病。由馬總統英九代言呼籲國人「聰明吃、快樂動、天天量體重」，並由行政院吳院長敦義帶領 22 縣市及各部會共同向肥胖宣戰，推動策略及成果：
 - A、推動「健康促進法」（草案）、協助推動「國民營養法」（草案），落實公共場所母乳哺育條例。
 - B、輔導醫療院所由診斷治療轉為健康促進，設立體重過重及肥胖提示系統，對病患及民眾主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務；於癌症篩檢報告中加入健康促進及維持健康體重衛教訊息；推動母嬰親善醫院，鼓勵哺育母乳，預防肥胖。
 - C、透過有組織的行動力，整合社區、學校、職場、醫院各場域跨部門資源，進行多元媒體肥胖防治宣導活動。
 - D、製作「健康生活動起來」手冊、摺頁等宣導品及衛生局、醫院、職場、學校等健康體重管理教戰手冊，建置肥胖防治網站及諮詢專線，進行多元管道大眾宣導，增進民眾熱量與營養、運動及健康體重管理之知能，迄 100 年底，共 724,564 位民眾參與健康體重管理活動，組成 11,880 個團隊，共同健康減重 1,104,058 公斤。

E、101 年續推動「躍動躍（101）健康 全民齊步走」活動，及營造動態社區環境包括 GIS 運動地圖與 App 服務計畫、致胖環境檢視評估計畫、健康體重諮詢服務計畫。

4、推動菸害防制工作，提供多元化戒菸服務（包含二代戒菸），營造無菸支持環境。

- （1）吸菸率、二手菸暴露率下降：菸害防制法新規定自 98 年 1 月 11 日上路已三週年，近九成民眾（88.5%）認為無菸環境因新規定有改善；18 歲以上成人吸菸率略有下降（由 97 年 21.9%降至 100 年 19.1%），過去 3 年減少 42 萬吸菸人口；法定禁菸場所二手菸暴露率持續下降，民眾二手菸保護率達 91.8%。
- （2）落實菸害防制法：100 年各縣市衛生局稽查輔導 38 萬餘家、352 萬餘次，處分 9,468 件。完成 50 件菸品之尼古丁與焦油含量抽驗，並辦理菸品資料申報作業。
- （3）菸害防制法宣導：透過勸導父親及早戒菸幸福無憾的 30 秒短片及「分享拒菸故事」、年輕族群反菸創作及網路影像徵選活動等，以提高青少年對菸害的覺察力。邀請知名資深藝人，分享菸害切身之痛的經歷，呼籲吸菸者及早戒菸，以遠離慢性阻塞性肺病、癌症及相關疾病。
- （4）校園菸害防制工作：辦理「校園戒菸教育種籽教師訓練計畫」，100 年已培訓 183 名初階班師資，能執行 3 小時的戒菸教育；另培訓 54 名師資具有輔導其他戒菸教育種籽教師能力，並能執行 12 小時戒菸教育。
- （5）建構無菸支持環境：至 100 年底累計輔導 7,411 家企業單位通過健康職場自主認證，將三人以上室內工作場所全面禁菸納入通過認證的要件；推動 3,696 所高中職以下學校成為健康促進學校，其中菸害防制列為必要辦理項目，另有 48 所大專校院加入無菸校園行列；另亦透過各軍總部積極推行菸害與檳榔防制相關工作。
- （6）提供多元化戒菸服務：提供門診戒菸服務，100 年合約醫療院所計 1,957 家，涵蓋 99% 人口之鄉鎮，服務 10 萬 8,922 人次，6 個月戒菸成功率約為 23.4%。另免付費電話戒菸諮詢服務（0800-636363），計服務 9 萬 8,486 人次，追蹤 6 個月點戒菸成功超過 3 成。與各縣市衛生局、藥師公會合作，100 年已有 1,000 家社區藥局加入提供免費戒菸諮詢服務。與法務部合作開辦「矯正機關菸害防制實施專案計畫」，協助 9,706 名收容人戒菸。

5、強化防癌宣導，推動主要癌症篩檢，提升癌症照護品質，推廣安寧療護及癌症病友服務。

- （1）防癌宣導：拍攝與錄製四項癌症篩檢之電視宣導片、廣播廣告及平面海報，並透過大眾媒體進行宣導。印製「防癌撇步 早期癌症篩檢」、「打倒口腔癌 免費口腔黏膜檢查」、「寶貝乳房停看聽 乳房攝影 so easy」、「定期檢查大腸癌 腸保健康一世人」、「子宮頸抹片檢查後續確診」、「女人私密筆記-遠離子宮頸癌 33 問」、「遠離 HPV 魔法書」，供民眾索取及宣導使用。

另透過多元管道加強檳榔危害健康之整合行銷宣導；透過學校、社區、職場、軍隊等不同場域營造無檳榔支持環境；結合跨部會共同推動兒童及青少年檳榔防制工作，將檳榔防制宣導之年齡層向下扎根，及製作相關宣導手冊及宣導品，如

「戒檳教戰手冊」、「拒檳貼紙」等發送至全國國中小學；研發戒檳教材、開設戒檳班提供戒檳服務，並對 30 歲以上嚼檳或吸菸者提供口腔癌篩檢服務等工作。目前國人成年男性嚼檳率持續下降，嚼檳率由 96 年之 17.2% 降至 100 年之 11.3 %。

- (2) 癌症標準化死亡率已由 98 年之每 10 萬人口之 132.5 降至 100 年之 131.6。
- (3) 癌症篩檢：擴大推動癌症篩檢服務，於 98 年 11 月 17 日起補助婦女乳房攝影檢查對象，由現行 50 至 69 歲，擴大至 45 至 69 歲，99 年 1 月 1 日起將 40-44 歲婦女具二親等以內血親罹患乳癌婦女每 2 年 1 次乳房攝影檢查，大腸癌與口腔癌篩檢亦納入健保預防保健服務。另自 99 年起補助 235 家醫院（100 年 228 家、101 年 222 家）推廣癌症篩檢，建置門診主動提示系統，提醒民眾接受篩檢。30-69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸癌篩檢率達、45-69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢率達、50-69 歲民眾 2 年內曾接受大腸癌篩檢率達 33%、30 歲以上嚼檳榔或吸菸民眾 2 年內曾接受口腔癌篩檢率達，已分別由 99 年之 60%、21%、22%、32% 提升至 100 年的 62%、29%、33%、40%，101 年持續擴大辦理中。
- (4) 癌症照護品質：為提升癌症治療服務品質，落實癌症診療品質保證措施準則，99 年補助 49 家、100 年補助 69 家醫院提升男女主要癌症之診療品質，提供以病人為中心之癌症診療服務。另自 97 起開始辦理癌症診療品質認證，並自 100 年起採用新版認證基準與作業程序，自推動認證迄今，共有 47 家醫院通過認證。
- (5) 安寧療護及病友服務：補助醫院辦理癌症病人安寧共同照護服務計畫，安寧療護涵蓋率已由民國 93 年 15.4% 提高至 99 年的 41.7%。在病友服務方面，輔導並補助民間癌症病友組織團體提供服務，由 94 年服務 1 萬人次提高到 100 年之 15 萬餘人次，另輔導補助醫院成立癌症資源單一窗口服務，100 年約服務 13 萬餘人次。

(二) 落實保健防疫整備，免除疾病威脅

1、急性傳染病流行風險監控與管理計畫

- (1) 即時掌握疫情及積極辦理防治，以減緩疫情：透過疾病管制局已建置之各類傳染病及病媒監視系統，進行各項疾病之疫情調查、緊急處置與病例追蹤。加強急性傳染病之病例監測，主動發現個案，實施國際機場入境旅客體溫篩檢措施等。
- (2) 因應疫情需求，採取相關措施，及早因應：防治工作依循疫情監視趨勢，適時召開會議或調整防治層級，並建構中央與地方政府溝通平台，及早因應。例如召開「登革熱流行疫情處理協調會報」及「登革熱疫情作戰技術會議」，於本土疫情升溫後，本署疾病管制派遣機動防疫隊員出動協助地方防疫工作，讓 100 年急速升溫之登革熱疫情，於第 45 週後呈現顯著反轉之趨勢。另依疫情監視趨勢，於 100 年 12 月成立「腸病毒專案任務小組」，每週定期召開會議，及早規劃辦理各項防疫措施，降低疫情對於幼童健康之威脅。

- (3) 採取疾病預防措施，提高接種完成率，減少感染個案，避免疫情發生：辦理三麻一風、肝炎等各項疫苗接種與國小新生疫苗補接種作業，維持我國相關傳染病之群體免疫力，降低易感族群間傳播之風險。
- (4) 落實腸病媒、腸道及腸病毒、肝炎及三麻一風等傳染病宣導教育，加強全民防治知能。

2、因應流感大流行準備計畫

- (1) 增加大流行戰備疫苗及流感抗病毒藥劑之使用效益，提升傳染病醫療照護之品質及量能並維持個人防護裝備之安全存量。
- (2) 參考 H1N1 大流行防治經驗依專家意見將流感抗病毒藥劑儲備量目標下修為 10-15%，節省公帑支出 32 億餘元。
- (3) 建立「醫用面罩聯合採購物流」創新機制，使儲備之口罩經由活化之市場機制進行動態之流通，維持達安全儲備量於新品狀態，節省更新物資所需之公帑。

3、感染性生物安全

- (1) 強化醫院多重抗藥性細菌相關感染管制措施並強化醫院感染管制查核輔導作業機制：研擬「醫院針對多重抗藥性細菌感染之防治作業程序」，加強醫院對於檢出多重抗藥性菌株之病患，落實感染管制措施。另委託辦理「100 年醫院感染控制查核作業品質提升計畫」。
- (2) 全面落實標準防護措施，強化醫院感染管制：99 至 100 年響應 WHO 手部衛生推廣活動，執行醫院手部衛生認證活動，共計 311 家醫院審核通過「手部衛生認證評定基準」。另委託 3 家醫院建置手部衛生示範中心，計畫執行期間台大醫院及高雄榮民總醫院榮登 2011 年亞太手部衛生卓越獎競賽已開發國家決選入圍名單，最後由台大醫院榮獲冠軍殊榮。
- (3) 感染症防治中心維運：妥善運用感染症防治中心既有空間及設施，辦理傳染病防治、反生恐等範疇之訓練、實務操作及演習等，結合理論與實務，厚植相關人員應變能力。

4、後天免疫缺乏症候群防治第四期五年計畫

- (1) 強化高危險群宣導及服務：完成本土化 3 家同志健康社區服務中心建置並參考國外作法，建置網路意見領袖協作平臺，傳播影響至少 96 萬人次使用臉書社群。
- (2) 垂直感染防治：落實母子垂直感染預防方案，98 年起連續 3 年無新增母子垂直感染個案。
- (3) 感染者提供醫療照顧，並提高就醫率：
 - A、本國籍感染者存活個案數為 18,660 人，100 年感染者就醫率達到 86.0%，較前一年之 84.8% 提升。
 - B、透過指定醫院之個案管理計畫，有效改善個案之危險行為及服藥順從性，每次都使用保險套之比率從 27.9% 上升至 63.8%，未規則服藥率由近 29.9% 降至 16.6%。

5、結核病十年減半全民動員第二期計畫

- (1) 發生率降低：推動各項防治策略，使我國結核病發生率逐年降低，100 年度為每十萬人口 55 人，較前一年降低 3.5%。
- (2) 治療成功率提高：持續推動 MDR 結核病醫療照護體系，收案滿 24 個月個案治療成功率達 76%，較之前未推動該措施前之治療成功率 51.2%，進步甚多。
- (3) 主動發現率增加：擴大高危險群篩檢，使主動發現比率由 99 年度 4.5% 進步到 100 年度 6.4%。
- (4) 接觸者檢查增加：加強落實結核病接觸者檢查，有效阻斷傳染，100 年接觸者檢查平均數 8.1 人，較 99 年 6.4 人增加。

6、設立國家基金及促進國民免疫力計畫

- (1) 維持疫苗高接種完成率，提升國民免疫力：穩定推動各項常規疫苗與新疫苗如五合一疫苗、國小學童改接種減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap-IPV) 接種政策；針對肺炎鏈球菌疫苗 (PCV) 部分，除原已涵蓋 5 歲以下高危險群、低收入戶、山地離島偏遠地區幼童外，自 101 年 1 月起再擴增將中低收入戶 5 歲以下幼童納入結合型肺炎鏈球菌疫苗公費接種對象，預估新增約 4.3 萬名幼童受惠。
- (2) 實施幼稚園/托兒所入學幼童預防接種紀錄檢查及追蹤補種作業，提早掌握其預防接種實際狀況，並及時追蹤未完成接種幼童完成接種。

7、新興/再浮現傳染病監測技術開發與應用

- (1) 建立未知感染原監測網絡：持續建置及維護感染性生物材料庫之外，並有效連結各醫院，建立重要疾病流行監測點與檢體採檢點，以儘早分析病原體特性，擬定適當防治策略。
- (2) 未知/新興感染原檢驗技術檢測平台之開發及建立高質化病原體防疫資料庫及創新應用技術，針對重要的流行株進行基因定序，以釐清流行株之變異度與重組變化，以作為未來研究及防疫政策的重要參考。
- (3) 研發國內重要傳染病病原之快速篩檢試劑，期能及早偵測傳染病原，並採取有效之疫情防治措施。

8、穩定供應生物製劑

- (1) 於 103 年底前，持續穩定生產供應卡介苗及抗蛇毒血清生物製劑，並辦理此二類產品委託製造相關事宜。
- (2) 進行抗蛇毒血漿與學術或民間機構合作生產計畫，委託學術或民間機構進行屏科大新建馬場營運。

9、建置 IHR 指定港埠核心能力計畫

- (1) 以現有指定港埠核心能力建置之經驗為常模，逐步延伸至我國其他國際港埠。
- (2) 積極參與各項國際相關活動，分享我國成果並交流資訊，提升我國國際能見度。
- (3) 持續強化邊境檢疫業務、提升港埠檢疫量能，具體落實 IHR 各項要求。

(三) 精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益

- 1、推動新世代健康領航計畫，建置急重症照護網絡，提升心理健康照護品質：

- (1) 99年1月25日訂定發布「醫院設立或擴充許可辦法」，並於100年9月16日發布修正部分條文，依據民眾就醫流向、生活圈、就醫交通時間、人口密度與行政區域等因素，重新劃分次醫療區域為50個。
- (2) 建構社區健康照護網絡，整合社區醫療資源，自97年起至101年底累計8家衛生局共81個衛生所參與整合性社區健康照護網絡建構。
- (3) 98年7月13日發布「醫院緊急醫療能力分級標準」，將急診、急性腦中風、急性冠心病、重大外傷、高危險妊娠及新生兒等5項急重症照護，列入醫院緊急醫療能力分級評定。截至民國100年底，共計有24家醫院通過重度級急救責任醫院評定，57家醫院通過中度級急救責任醫院評定，另有110家急救責任醫院列為一般級，全國急救責任醫院共計191家。
- (4) 推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器(CPR+AED)訓練」，自民國98年起迄今，共完成166處辦公場所或企業團體之訓練，約有1萬2,000名民眾參與訓練，36處辦公場所與企業團體自行裝設AED，並獲得本署CPR+AED認證。另亦針對PDA(公共場所推動AED)辦理產官學及法界大型公聽會與國際研討會，瞭解各國推動現況，並取得國內共識，共同推動。
- (5) 推展全人照護與健全專科醫師訓練制度，召開「醫師人力諮議委員會」會議，重新檢討各專科醫師之訓練容額與分配，從1,948名降至1,670名，以矯正專科失衡現象。98-100年每年均委託26科醫學會完成專科醫師訓練醫院認定工作。
- (6) 核定39家主要訓練醫院及87家合作醫院辦理100年度一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫；100學年度畢業後一般醫學訓練計畫完成1,370名醫師訓練；100年度計辦理14場師資培育研習營，完成963人次導師及臨床教師培訓。
- (7) 100年國人死因統計結果，自殺死亡人數為3,507人，粗死亡率15.1人/每10萬人，標準化死亡率為12.3人/每10萬人，各年齡層均呈現下降，繼99年居10大死因排名第11名，再次退居排名為第12名，且依世界衛生組織自殺死亡率盛行率的標準，目前已從高盛行率區域(自殺死亡人數每年每十萬人大於13人)，降至為中盛行率區域(每十萬人在6.5-13人之間)，顯示自殺防治工作之推動已具成效。
- (8) 持續推動基層護理人員繼續教育制度，落實護理人員繼續教育積分認定，100年度補助3家護理團體辦理護理人員繼續教育網絡建構計畫，完成規劃及提供護理人員繼續教育課程至少達248場(含視訊)，每一場6積點，共提供1553.4點免費繼續教育課程。
- (9) 95年起推動專科護理師制度，辦理專科護理師甄審，截至100年12月底，計有2,918人通過甄審(內科1,450人，外科1,468人)。持續進行繼續教育積點採認工作，並進行相關法規修訂，100年度專科護理師訓練醫院認定，共計有64家醫院，訓練容量2,488名，101年度專科護理師訓練醫院認定，共計有80家醫院。
- (10) 95年起規劃推動全責照護計畫，建置護理人員與醫院照顧服務員合作模式，減輕護理人員工作負擔。99-100年結合勞委會多元就業開發方案經費，於本署

苗栗等 9 家署立醫院設置全責照護病房，提供弱勢族群免付費之照服員服務，減輕照顧者負擔，促進民眾就業，提升護理照護品質。100 年下半年亦委託 4 家醫院就偏遠地區以部分付費之方式推動照服員共聘制度，激發偏遠地區人力之就業意願，提供在地化人力以照顧偏遠在地的住院病患。

(1 1) 100 年推動磁吸醫院特色競賽表揚計畫，參考美國磁吸醫院五大要素，規劃發展出能評估醫院是否有讓護理人員工作有成就感且提供適當生涯規劃的磁吸醫院特色指標，透過標竿學習和特色表揚，推廣磁吸醫院概念，以改善護理執業環境，留任護理人員。於年底辦理表揚及標竿學習，計有 83 家醫院申請，37 家獲獎。

(1 2) 辦理產後護理機構品質提升計畫，建立產後護理機構督導考核及評鑑一致性指標，辦理相關教育訓練及觀摩會，以提升機構照護品質，並輔導未立案產後護理機構立案，機構家數由 96 年的 46 家增加到 100 年的 105 家。100 年辦理 92 家機構評鑑試評，試評成果已提供作為各縣市督導考核成績之參考。

2、營造以病人為中心之就醫安全環境，規劃「無論有無過失醫療事故救濟制度」，以改善醫病關係提升醫療品質：

(1) 推廣病人安全以及以病人為中心之醫療作業，建立病人安全通報系統，100 年度計 3910 家醫療院所參與，通報件數為 61,107 件。

(2) 函頒醫院病人安全工作目標及執行策略，101~102 年度計有用藥安全、感染管制、手術安全、預防跌倒、異常事件管理、醫療溝通有效性、鼓勵病人及家屬參與、管路安全、火災預防、及住院病人自殺防治等十大目標。

(3) 修訂 100 年版「醫院評鑑基準」及「教學醫院評鑑基準」，新版「醫院評鑑基準」從 505 項整併為 238 項、8 大章整併為 2 大主軸，並將 7 種醫事人力配置列為必要項目；新版之「教學醫院評鑑基準」整合「新制教學醫院評鑑」、「畢業後一般醫學訓練訪查」及「教學醫院教學費用補助計畫查核」等關於教學醫院之評鑑或訪查，共將 14 職類之醫事人員納入教學醫院評鑑範圍。

(4) 自 100 年正式辦理醫學中心任務指標審查作業。

(5) 設置「醫院評鑑資訊公開專區」，公開醫院基本資料、評鑑相關資料及醫院業務資料，提供民眾選擇適當之醫院就醫之相關資訊。

(6) 為促進醫病關係和諧及病人安全，維護社會正義，刻研擬「醫事爭議處理及醫事事故救濟法（草案）」，規劃內容包含建立醫事爭議強制調解制度，並配套有關醫療事故救濟措施。

(7) 規劃推動高風險醫療科別之救濟補償機制，先以生育事故為優先辦理範圍，擬定「醫療機構生育事故救濟試辦計畫（草案）」，辦理期程為 101 年至 103 年，以作為未來規劃全面性醫療傷害補償制度之先驅計畫，並達成社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。

3、推動智慧型醫療服務及國民健康資訊建設計畫，建立公共衛生資訊整合服務，促進健康資訊加值應用：

- (1) 99 年度辦理加速診所實施電子病歷推廣案，強化診所實施電子病歷之推廣，共計輔導 2,000 家以上診所（其中西醫診所至少 1,000 家、中醫至少 50 家、牙醫至少 100 家，診所總數達 2,000 家以上，並使診所病歷，符合各項規範實作電子病歷。
 - (2) 自 98 年起持續推動醫院電子病歷，目前全國已有 274 家醫院報備實施電子病歷、208 家醫院通過電子病歷檢查，符合「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規範。
 - (3) 100 年底建置電子病歷交換中心（EEC），提供醫療影像及報告類、血液檢驗類、出院病摘類及門診用藥紀錄類 4 類電子病歷交換服務，已有 142 家醫院與交換中心交接。
 - (4) 推動遠距健康照護服務整合與發展
 - A、推動全國四區遠距健康照護服務聯結共 130 家醫療照護機構，65 家異業合作廠商。
 - B、至民國 100 年底止，累計收案 9,606 人，累積服務人次為 34 萬 3,063 人，使用即時諮詢服務 70,123 人次。
 - C、設置遠距健康照護南北區域服務中心，供民眾 24 小時不間斷之健康照護諮詢，以及健康管理服務，並協助民眾轉介至合作醫院就診。
 - D、發展遠距健康照護商業營運模式。
- 4、強化原住民族及離島、偏遠地區及原住民醫療保健服務；持續辦理「山地離島醫療給付效益提昇計畫」：
- (1) 100 年原住民及離島地區醫事人員養成計畫公費生招生，培育公費生 32 人。
 - (2) 為提升原住民鄉衛生所醫師繼續教育訓練及加強基層醫療保健服務，100 年由本署新竹醫院、臺中醫院、屏東醫院及花蓮醫院等 4 家承辦。
 - (3) 為鼓勵醫事人員至原住民族及離島地區開業，補助獎勵至原住民族及離島地區開業之醫事機構，以彌補當地醫療資源之不足。
 - (4) 改善原住民族及離島地區衛生所（室）辦公廳舍及環境，100 年補助 2 家衛生室重建、5 家空間整修、13 家修繕工程及 23 處山地原住民鄉衛生所（室）照明及空調設備改善專案計畫，以更新建築及延長房屋使用年限。
 - (5) 廣續充實原住民族及離島地區衛生所（室）辦公廳舍及醫療保健設備，以提升偏遠部落的醫療服務品質及資訊設備，縮短城鄉醫療差距。
 - (6) 整合 IDS 專科醫師與衛生所醫師聯合巡迴醫療。
 - (7) 為強化原住民族及離島地區衛生所醫療資訊系統（HIS），並使完整的醫療照護品質深入偏遠離島地區，藉由醫療資訊化，提升偏遠地區醫療服務品質，截至 100 年底已全數完成建置 48 家衛生所。
 - (8) 為提升原住民族及離島地區醫療服務品質，讓「行動門診」的服務，深入到偏遠部落，本署分年分階段建置原住民族及離島地區衛生所醫療影像傳輸系統（PACS），以強化該地區衛生所醫療品質，縮短醫療城鄉數位落差，迄 100 年

底已完成 32 家；另已完成 19 家衛生所與本署醫院 IRC 連線支援判讀，100 年底已支援判讀件數計有 3,364 件。

- (9) 為提升離島地區醫療照護品質及服務效率，每年補助離島地區醫院營運維持費，以維持一定之醫療作業水準。
- (10) 加強離島地區之「在地醫療」服務，提昇醫療品質，秉持「醫療不中斷」及「醫師動，病人不動」原則，推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療照護政策。
- (11) 強化本署空中轉診審核中心審核功能，100 年計受理緊急救護諮詢 117 件；另受理空中轉診申請 301 件，審核結果，計核准空中轉診 275 件，核准率約 91.36%，提升空中轉診後送醫療品質。
- (12) 繼續補助澎湖、金門、連江、臺東縣等四個衛生局辦理遠距醫療會診，100 年共計 25 個連線點，以提升離島居民醫療之可近性。
- (13) 成立原住民族及離島部落社區健康營造輔導中心，以「由下而上」、「因地制宜」與「永續經營」等三大方向制定部落健康議題，100 年度辦理「社區健康營造計畫」，共成立 2 個輔導中心，85 個健康營造中心。
- (14) 培育原住民族及離島地區衛生小天使宣導種子，100 年由台北市消防局、本署衛教會、健保局、疾管局、食品藥物管理局、國健局等單位提供衛教課程，邀請苗栗縣、南投縣、嘉義縣等原住民地區的小朋友、老師及原住民立法委員等共計 140 位參加。

5、身心障礙者醫療照護

- (1) 配合身心障礙者權益保障法，推動新制身心障礙鑑定及需求評估，完成鑑定標準、方法、鑑定流程規劃及人員訓練，100 年鑑定人員訓練，計 2,614 人及醫師 2,591 人，並建置新制身障鑑定民眾服務諮詢專線。
- (2) 推動身心障礙鑑定與需求評估之併同辦理之試辦、辦理鑑定醫院及醫學會宣導、身障團體宣導，101 年 3 月底全國 238 家均加入計畫鑑定醫院之試辦，並於 101 年 4 月底完成 5,173 人個案。
- (3) 推動身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫，以建置相關資源之聯絡平臺，建立機構間轉診制度，使身心障礙者能得到早期預防、早期治療及治療後之個案追蹤管理。99-101 年為集中身心障礙者牙科醫療訓練資源，建構優質教學實作環境，獎補助北、中、南、東共 5 家醫院設置特殊需求者牙科醫療服務示範中心，提供較完整的醫療照護及培訓相關人才。100 年度服務醫院（含示範中心）計 14 家，服務量至少達 19,179 人次。

6、加強精神科及藥癮病人防治，推動署立醫院開辦失智失能者社區照護服務：

- (1) 100 年度精神病人管理個案數為 123,748 人、訪員人數為 3,306 人、訪視病人共計 480,195 人次、協助病人就醫達 4,762 次。精神病人關懷訪視次數也由 98 年之平均每人 3.26 次，100 年則增加至平均每人 3.88 次，實際面訪病人比率平均為

43.37%，持續增進社區精神病人照護品質及加強社區精神病人之追蹤訪視之質與量。

- (2) 累計至 100 年本署醫院共有 9 家辦理失智失能者社區照護服務（基隆、苗栗、台中、南投、朴子、旗山、屏東、草寮、嘉南）。以個案管理方式、失智失能評估方案、照護教育訓練內涵、身體活動規畫，統合醫院、社區、家庭三方資源，讓失智失能患者可以得到完整持續性照護。總計篩檢 3,286 人次、收案 1,530 人、照顧者支持團體及衛教宣導計 11,048 人次。

7、落實十年長期照護計畫，充實照護服務資源，持續發展長期照護保險服務之輸送及管理體系：

- (1) 推動長照十年計畫，服務量占老年失能人口比例，已從 97 年之 2.3%，提高到 101 年 3 月底達 22%，增加 9 倍，分析比較長照個案社經狀況，發現中低收入戶個案佔 12.23%（全國總人口中低收入戶係佔 4%）；低收入戶個案係佔 14.24%（遠較全國低收入戶佔 1%之比例為高）。可見長照十年計畫，經濟弱勢族群所獲得之協助遠較一般民眾為高。
- (2) 為統籌規劃現有長照機構、人力合理分布，已完成全國首次跨部會長照資源盤點，劃分全國長照區域為大（22 個）、次（63 個）、小（368 個）區域。
- (3) 為提升偏遠地區山地離島長照服務可近性，100 年度完成設置 5 個長照服務據點，101 年已核定 8 個服務據點。
- (4) 98-100 年度共 383 家一般護理之家接受評鑑，其中 325 家評鑑合格，合格率占 84.9%。評鑑不合格之機構依評鑑結果進行後續輔導，並責成各轄區衛生局確實督導，加強管理，以提升照護品質，確保住民安全。
- (5) 為發展質優量足長照人員，本署積極擴大並加強各類照護人力的培訓，針對長照醫事專業人力已完成分為三個階段之課程規劃。並將分階段展開長照醫事專業人力培訓計畫，以強化長照專業人員照護量能。100 年已完成 6,114 人次。
- (6) 為健全長期照護服務體系之發展，規劃長照服務法，並於 101 年 2 月 23 日經行政院會通過後送立法院審議。

8、推動長期照護保險立法：

- (1) 98 年 12 月底函報長期照護保險法草案至行政院，並依行政院指示，配合二代健保之全民健康保險法修正草案規劃，重新研修長期照護保險法草案與研擬相關子法規。
- (2) 於 99 年委託各縣市衛生局辦理「國民長期照護需要調查（第一階段）」，完成 35 萬名個案面訪調查，初步統計全國失能率為 2.98%；續針對第一階段篩選出之失能者及其主要照顧者（各 1 萬名），由護理、社工等專業人員進行深度評估，於 100 年底完成第二階段調查，以了解失能者的長期照護需要及家庭主要照顧者面臨之問題及所需之資源。
- (3) 建立長期照護需求調查資料分析模型，進行調查資料之細部研究分析，以作為長照保險制度規劃之參考。

- (4) 運用國民長期照護需要調查所收集之全國失能資料，進行長期照護保險費用估算、費率精算及調整機制之初步探討，以作為設計我國長期照護保險精算細部模型及其假設條件與方法，並提供我國長期照護財務制度規劃之重要參考。
- (5) 完成長期照護保險多元評估量表（草案），並用於國民長照需要調查（第二階段），進行面訪個案之資料收集；未來將依個案資料分析結果，以及針對具較特殊長照需求之族群（包括精神障礙者、失智症者、智障者及有復健需求者），進行評估量表之測試及修正後，建立長照保險多元評估量表（第一版），作為未來評估失能者長期照護需要之評估工具，以貼近民眾需求，使長期照護服務資源能妥適利用。
- (6) 為進行建構長期照護保險支付標準之先期作業，已完成居家型服務資源使用相對值表之相關資料收集，以利未來依據照顧服務的特殊性，及執行該服務之難易度、投入心力等，界定長期照護保險之照顧服務項目及內容，作為未來訂定給付支付標準之參考。
- (7) 辦理居家服務成本分析調查，共回收居家服務單位現況問卷 72 份，照顧服務員問卷 614 份，居家服務督導問卷 287 份，並完成初步分析，將作為未來訂定具實證基礎之長期照護保險支付標準的重要參據。
- (8) 完成「長期照護保險給付制度-家庭照顧者教育訓練課程計畫」，作為研擬家庭照顧者教育訓練架構、執行方式、繼續教育及訓練品質確保方案之參考。
- (9) 自 100 年起與亞洲大學合作，以目前發展之長照保險多元評估量表（草案），收集我國使用長期照護資源之個案資料，目前已完成收集居家照護及住宿型機構之個案使用長照資源相關資料，作為建構長照保險給付標準之重要參據。
- (10) 為建立長期照護保險服務品質監控系統，以確保保險對象可獲得優質服務，進行「研擬長照保險服務品質確保與提升機制之規劃」，針對長期照護保險服務輸送品質、品質監測指標及資訊揭露方式等進行規劃。
- (11) 為持續進行長期照護保險提供家庭照顧者教育訓練之相關規劃，俾作為長期照護保險相關政策籌劃之參考，辦理「長期照護保險給付制度--家庭照顧者基礎教育訓練教案設計及實驗計畫--飲食篇」，製作教學影片，針對餵食部分提示重點並示範教學。
- (12) 進行「長期照護保險組織與照顧管理人力規劃」，探討保險人之組織與架構、長期照護保險委員會之組成與委員產生方式、長期照護保險照顧管理人力之任用資格、聘僱方式、專業訓練與認證機制，以及進行人力需求推估，並針對服務資源缺乏地區，規劃照顧管理人力資源，俾利長期照護保險之給付服務順暢而有效率的提供給保險對象。
- (13) 參與辦理長照保險規劃座談研討會、主題演講、節目訪談、文宣稿刊載、調查活動、展覽活動、社區宣導等宣導活動，自 98 年至 100 年底，共計宣導約 240 場次。

9、強化天然災害應變，推動災後重建工作，強化緊急醫療、心理衛生、防疫保健等災害前之減災整備、災害後之應變處置、災損情形與焦點問題及其相關之處置作為等：

(1) 因應全球氣候變遷、國際重大災害事件(日本福島核電廠核子事故)與國際間恐怖主義猖獗等天然災害、人為技術災害及複合式災害之挑戰，強化本署防救災及反恐怖行動應變機制，做好緊急醫療救護、傳染病監控、食品安全衛生及心理衛生等災難醫療暨公共衛生服務功能之減災、緊急應變與災後復原等工作。

10、加強天然災後重建，包括精神復健、心理衛生保健、醫療服務與公共衛生等重建工作：

(1) 為提供 98 年莫拉克颱風受災民眾之心理重建，本署積極提供心理重建服務，截至 100 年底止，累計出勤 11,288 人次、提供災區民眾關懷服務 6 萬 4,357 人次、追蹤高風險個案 1,753 人(持續追蹤 624 人)。

(2) 98 年莫拉克風災災後，補助國家級災難醫療救護隊更新或補充醫療儀器，並補助偏遠地區 8 家受災醫療機構購置醫療儀器，補助 1 家牙醫診所辦理私立醫事機構重建、整建或修繕貸款利息補貼。此外，於民國 100 年委託辦理「災區公共衛生相關應變及作業程序之探討與建置」研究案，期能蒐集國內公共衛生領域於防救災之能量，建置完整之災難醫療暨公共衛生服務功能。

(四) 強化食品藥物管理，保障民眾健康

1、全面檢討並修正食品藥物法規標準，以加強管理及符合國際規範：

(1) 完成公布修正食品衛生管理法第 31 條及第 34 條，加重違法食品業者之行政處分、罰金及刑責，增修訂農藥、動物用藥殘留標準及塑膠容器具等相關衛生標準。

(2) 擬訂及完成食品衛生管理法全案修正草案，落實自主管理精神及責任、建立產品供應來源及流向之追溯及追蹤系統、進口產品輸入前境外源頭查核管理與邊境查驗，建立食品風險管控機制。

(3) 擬訂及完成研擬「國民營養法」草案並送行政院審議，以營造健康飲食環境，並提供正確營養資訊。

(4) 函送立法院審議食品衛生管理法、健康食品管理法、化粧品衛生管理條例、藥事法修正草案，提高罰鍰，增訂反廣告及通路與販售商罰責之條文。

(5) 公布修正藥事法，藥局得販售一定等級醫療器材，增加醫療器材流通通路，以利管理。

(6) 公布修正藥害救濟法，放寬「適應症外使用藥品」而受害之情形，經審議認定符合用藥當時之醫學原理及用藥適當性者，亦可獲得藥害救濟給付之規定。

(7) 公布修正管制藥品管理條例，並發布管制藥品使用執照與登記證核發及管理辦法，以提升藥品管理效率，減低機構業者申報之負擔。

2、加強食品藥物之流通管理及監測，打擊不法產品：

(1) 完成食品添加物工廠(含販售業者)與健康食品工廠及產品查核。

(2) 提高補助地方衛生單位之食品安全衛生管理經費，加強食品之稽查及抽驗。

- (3) 成立跨部會偽劣假藥聯合取締小組，在衛生單位每月平均稽查 2,005 次數情況下，每月查獲件數減少；食品藥物化粧品廣告違規比率由 99 年 1 月 13.9%，下降至 101 年 3 月 6.31%。
 - (4) 訂定加速擴大實驗室認證方案，至 100 年底已公告通過認證之實驗室計 94 家，738 品項，以建構檢驗網絡。
 - (5) 隨時監控市售品之品質，即時進行後續追縱、調查及處理，以確保民眾用藥品質。
- 3、加強消費者保護與風險教育及溝通：
- (1) 賡續監控藥物濫用之趨勢，並適時修正管制藥品管理品項等共 4 項，增列 5-MeO-DIPT（火狐狸）及 Thiamylal Sodium（Citosol）為第四級管制藥品；K2（Spice）及對-氯安非他命為第三級管制藥品。
 - (2) 整併 6 個網站建置「食品藥物消費者知識服務網」，並整合民眾問答集為詢答系統，以便民眾瀏覽。
 - (3) 公布新版「國民飲食指標」及「每日飲食指南」，並提出「素食飲食指標」。
 - (4) 多元化多樣化辦理藥物濫用防制宣導，民眾對周遭親友吸食毒品之正確認知與處理態度比例達 68.6%，較 97 年的 56.5% 大幅提昇。
 - (5) 成立 14 所正確用藥教育中心、15 個資源中心及 72 所種子學校。
- 4、改革藥物及臨床試驗審查機制，提昇行政效率並協助台灣生技起飛鑽石行動方案：
- (1) 推動全方位藥品及醫療器材查驗登記審查改革，制定優先、精簡、國產創新新藥審查機制，並實施多國多中心臨床試驗計畫審查程序。
 - (2) 公告受理申請藥品及醫療器材專案諮詢輔導要點，落實創新藥品及醫療器材之早期輔導機制。
 - (3) 研擬化粧品衛生管理條例修正草案，合理化上市前審查管理，以與國際接軌。
 - (4) 落實新興科技產品之管理，完成生物相似性藥品、植物性新藥相關草案及要點。
- 5、提昇食品藥物安全及品質：
- (1) 開始輔導乳品業、持續輔導餐盒工廠及推動觀光旅館餐飲業落實 HACCP；並開始辦理真空包裝即時黃豆製品落實良好衛生規範及應辦理查驗登記國產維生素類膠囊錠狀食品查驗登記。
 - (2) 自 99 年 1 月 1 日起，全面推動實施國際 PIC/S GMP 規範，國內有 34 家藥廠通過 PIC/S GMP 查核，本署食品藥物管理局亦申請加入國際 PIC/S 組織，並通過第一階段書面審查。
 - (3) 規劃分階段落實我國原料藥 Drug Master File（DMF）制度。
 - (4) 建立新藥上市後的風險管理，推動 REMS（Risk Evaluation and Mitigation Strategies）。
 - (5) 有效監控上市後藥品安全性問題，採取必要風險管控措施，100 年度總計完成 40 項藥品風險管控，包括，要求修改仿單或限縮使用、要求廠商執行風險管理計畫或要求藥品下市。

(6) 落實醫療器材上市後安全監測，主動監視國內外醫材安全警戒資訊並推動醫療器材優良安全監視規範。

6、加強食品藥物安全國際合作：

(1) 簽署台灣與澳洲藥物管理合作瞭解備忘錄、台澳乳製品進口監測豁免瞭解備忘錄及台奧食品安全之合作備忘錄。

(2) 獲 APEC 經費補助主辦 APEC GRP 國際研討會，並持續參與 APEC、ICH-GCG 及 DIA 等區域性及全球性國際法規會議。

(3) 加入 GHTF 下的主管機關醫療器材警訊報告交換系統 (NCAR)。

(4) 當選亞洲醫療器材法規調和 (AHWP) 新任官方副主席，並主辦 2012 年第 17 屆 AHWP 年會。

(5) 積極辦理雙邊 (台澳、台歐盟、台星、台日) 藥政法規研討會，以擴大雙邊合作關係。

7、推動中藥用藥安全環境，提升中醫藥品質：

(1) 中藥廠全面實施「優良藥品製造規範」(GMP)，截至 100 年 12 月底為止，國內已實施該項規範之中藥廠總數為 116 家。辦理 GMP 中藥廠後續查廠，100 年度共辦理 60 家 GMP 中藥廠後續查廠。為完成檢驗室認證業務以提升中藥藥品品質，至 100 年 12 月底共計審查同意 80 家中藥廠委託檢驗案。

(2) 推動中藥材之包裝標示，公告應包裝標示之中藥材品項共 324 種。100 年度辦理加強抽查市售中藥產品，以確保中藥品質與安全。抽查進口或市售中藥材 206 件，其包裝標示之合格率为 97%。

(3) 公告 89 種中藥材之各種異常物質限量標準。100 年度委託抽驗 309 件中藥材，其中 4 件人參之總 PCNB 含量高於限量標準，整體合格率为 98.70%。

(4) 為促進中藥製劑安全品質提升，保障民眾健康及消費權益，99 年 5 月 28 日及 100 年 8 月 29 日分別公告修正「中藥濃縮製劑含異常物質之限量」之適用範圍及其實施日期，分別規範 200 項基準方及所有單味濃縮製劑總重金屬限量為 30 ppm；個別重金屬限量砷為 3 ppm、鎘為 0.5 ppm、汞為 0.5 ppm 及鉛為 10 ppm；微生物總生菌數限量為 10^5 cfu/g、大腸桿菌及沙門氏菌皆不得檢出。

(5) 99-100 年辦理 36 場中藥產業人才培訓及 102 場用藥安全教育宣導活動，輔導業者及民眾正確中藥用藥安全知識。

(五) 發展醫藥衛生科技

1、衛生署每年約執行 600-900 項研究發展計畫，年度預算為 40-50 億元，每年發表約 1,000-1,500 篇研究成果，包括國內期刊論文 100-150 篇、國外期刊論文 1000-1200 篇、國內研討會論文 400-1000 篇、國外研討會論文 500 篇、國內專著 20 篇、國外專著 10 篇等。並進行 2 項技術輸入 (800 千元)、3 項技術輸出 (60 千元)，7 項技術擴散 (43,850 千元)、促進廠商投資金額 617,648 千元。並獲得國外 (內) 專利及技術擴散、促進廠商投資等。

- 2、建構優質衛生科技政策，植根衛生科技研發：針對重要衛生相關議題進行流行病學調查或衛生相關統計成果，可作為政策或施政計畫擬定之實證基礎來源已完成約 727 項；針對疾病或健康問題所發展的介入方案或運作模式，可作為擬定正式施政計畫的藍圖參考，已完成約 234 項；建立未來制定基準、標準或管理制度所需的基礎實證資料，或實質產出法規草案已完成 38 項；建立資料庫或平台，可提供衛生施政與管理所需之知識文件，或開放民眾查詢使用已完成 35 項；可作為工作計畫擬定之實證基礎來源已完成約 455 項。
- 3、強化生命科學技術研究，邁向生醫科技產業：獲得 22 項國內專利及 18 項國外專利；，新增產學合作案共 49 件，合計執行中產學合作案共 68 件。同時也完成 2 件專屬授權案及 3 件非專屬授權案議約。並進行 5 項技術輸出（860 仟元），7 項技術擴散（43,850 仟元）、促進廠商投資金額（617,648）仟元。加速新藥新科技開發，並透過技術移轉或產學合作方式，輔導國內廠商投入醫藥生技開發，協助政府發展疾病預防及診斷方法、治療藥物、新穎診療儀器、快速製備新興感染疾病相關疫苗，提昇台灣生技產業競爭力。
- 4、推廣衛生科技服務，提升研發應用量能：提供的研究資源服務，包括研究平台服務、生命科學研究材料供應及醫藥衛生研究實證資料庫。對科學社群或目標服務對象提供服務項目，或者建立服務模式的數目已完成 4 項。提供 2 項醫藥衛生實證資料，包含：建立國民健康訪問調查（NHIS）資料庫與網站及全民健康保險研究資料庫，提供資料外釋服務。
- 5、本署「健康資料增值應用協作中心」已完成應用平台資料倉儲系統與商業智慧系統（Business Intelligence System, BI），提供健康資料增值服務與健康指標（或統計結果）查詢，旨在「保障個人健康隱私，促進健康資訊共享，減少資源重複投入」的核心價值下，期能達到健康資訊共享的目標。於 100 年 2 月起對外試行提供健康資料增值應用之服務，並於民國 100 年 8 月於中國醫藥大學成立本中心之研究分中心。迄 101 年 4 月底止，申請案件已逾 215 案，應收金額已達 1,275 萬元。
- 6、推動中醫藥科技發展及中醫藥國際衛生事務：
 - （1）截至 100 年研究成果取得專利 8 項，技術移轉 3 項。
 - （2）健全中醫藥教育訓練及服務網絡品質：建立 1 家中西醫合作示範病房、建置 3 家中醫臨床教學技能教室、完成建構中醫專科護理師「教、考、用」制度之參考模式研究。推動中醫藥數位學習，99 年至 100 年完成製作「易混淆藥材辨識數位學習課程」、「中醫基礎理論」及「中藥概論」等 3 項 32 小時數位學習課程，促進與推廣民眾用藥安全與知識。
 - （3）中藥用藥安全，全面提昇中藥品質水準：完成 50 項單方、54 項複方濃縮製劑之中西藥交互作用、完成茯苓等 285 種中藥材重金屬檢測、九層塔等 30 種青草藥及金銀花等 52 種中藥材農藥殘留檢測、神麴等 32 種中藥材微生物檢測、丹參等 20 種中藥材黃麴毒素檢測、枸杞等 54 種中藥材輻射劑量限量標準及滅菌量產之

可行性研究，輔導 18 家教學醫院成立中藥臨床試驗中心，中華中藥典第二版編修完成 300 種中藥材化學規格研究，出版「中藥彩色圖鑑」專書。

- (4) 推動中醫藥國際衛生事務：派員參加 WHO 傳統醫藥工作小組會議，成立國際中醫藥學術電子期刊「Journal of Traditional and Complementary Medicine」(JTCM) 並於 100 年 10 月 10 日發行創刊號，成立國際傳統醫藥交流合作中心、針灸及傳統醫學交流訓練中心，辦理「2010 年國際傳統/替代醫藥專業訓練營(2010 CAM/TM Professional Training Program)」及國際醫學人士來台參與針灸臨床訓練課程。

(六) 提高行政效能

- 1、食品查驗登記及藥物審查效能提升：為落實行政院台灣生技起飛鑽石行動方案，提升專業審查效能，整合本署食品藥物管理局與財團法人醫藥品查驗中心 CDE 之審查單位，建立單一審查體制。各項申辦案件提審查會審議比例均較 98 年減少 50% 以上，並簡化審查流程及時效；100 年度醫療器材查驗登記案件之審查平均辦理天數均較 99 年縮減 15 至 30%；100 年度新藥查驗登記之平均辦理天數較 99 年縮減 36%。另，食品查驗登記之審查天數，100 年度平均審查天數較 98 年縮短 10%。

(七) 改善健保財務，減少收支短絀

1、穩定全民健保財務

- (1) 實施中斷投保開單、投保金額查核、提高投保金額上限、調整軍公教全薪投保比率、投保金額調整等措施。100 年約增加保險費收入達 526.5 億元。
- (2) 改進藥品核價制度、進行藥價調整以縮減藥價差等措施，98 年進行第 6 次藥價調整，共調整 7,600 餘項，第 7 次藥價調整則於 100 年 12 月 1 日開始進行，調整品項約有 9,300 餘項。
- (3) 加強查核特約醫事服務機構虛報、浮報醫療費用違規情事，藉以提升健保醫療資源合理運用，98 年訪查 634 家，99 年訪查 847 家，100 年訪查 680 家（占特約之醫事服務機構家數 2.7%）。
- (4) 自 99 年 4 月 1 日起費率由 4.55% 調整至 5.17%。截至 101 年 4 月底止，健保收支已由 99 年 3 月底之累積短絀 604 億元，轉為結餘 51 億元。
- (5) 積極函催與溝通協商，促使欠費直轄市政府確實還款，99 年度償還欠費計 97.2 億元，目標達成率 99.2%；100 年度直轄市政府還款計畫均全數落實執行，償還欠費計 146.488 億元。
- (6) 為達成健保永續經營的目標，推動二代健保改革所提之全民健康保險法修正草案，已於 100 年 1 月 26 日經總統令修正公布，並經行政院宣布預定於 102 年 1 月 1 日實施。
- (7) 為使二代健保補充保險費能順利扣取，減少扣繳爭議，採分眾、分階段加強宣導，以爭取各界共識，100 年已辦理超過 1600 餘場各式宣導說明會，101 年持續深入大型投保單位及扣費義務人等單位舉辦 1000 場說明會，以利順利實施。

2、推動支付制度改革

- (1) 啟動「臺灣版住院診斷關聯群(Tw-DRGs)」自99年1月開始實施，第1階段導入項目共計164項。截至100年12月平均每件住院天數由4.39天下降為4.17天(下降5.01%)；平均每件實際醫療費用，由4萬5,511點減少為4萬5,366點(下降0.32%)。
- (2) 自100年8月起啟動第2波醫師RBRVS評量與醫院成本資料收集。
- (3) 運用醫院總額預算約14.78億元，自100年1月1日開始執行高風險、高心力投入之科別健保支付標準調整方案。
- (4) 試辦糖尿病、氣喘、高血壓、乳癌、精神分裂症、B型與C型肝炎帶原者、初期慢性腎臟病等7項論質計酬方案，受益人數約50萬人。
- (5) 推動「101年醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，目前試辦醫院達193家，照護人數約46萬人。
- (6) 100年7月起分三種模式試辦論人計酬計畫，目前共有7個院所團隊參與，試辦期間為3年。

3、擴大照顧弱勢民眾

- (1) 持續推動IDS計畫，解決山地、離島等偏遠地區醫療需求，目前有25家特約醫療院所承作，提供48個山地離島地區40萬居民醫療照護。
- (2) 100年度總額預算其他部門，業編列2億元預算以保障離島地區及緊臨山地鄉且為當地民眾主要就醫醫院(共15家)之點值(1點1元)，另101年再爭取3億元(共5億元)，用以保障偏遠地區醫院之點值。
- (3) 持續推動經濟弱勢民眾健保欠費協助方案(如紓困貸款、分期繳納、助繳欠費、愛心轉介)，截至100年底，紓困貸款部分共計核貸3,872件，金額2.41億元；分期繳納核准18.7萬件，金額43.79億元；愛心轉介補助2,646件，金額1,806萬元。
- (4) 爭取及運用公益彩券回饋金協助經濟弱勢民眾償還健保欠費與補助其就醫相關費用，截至100年共補助12萬餘人，金額約19億元。
- (5) 在醫療保障部分，未投保或欠費之民眾，因急重症需醫療時，只要持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保身分就醫。截至100年底，共計受理5,128件，醫療費用14,079萬元。
- (6) 針對西、中、牙醫療資源不足地區，鼓勵定點醫療或巡迴醫療，以嘉惠平地鄉偏遠地區民眾。

4、有效使用醫療資源

- (1) 協助看門診次數高之民眾正確就醫，並強化其本身健康管理，99年12月底，就醫次數每月超過20次者，經輔導後平均每人就醫次數下降5成。
- (2) 為了提升醫療資源使用效率，自99年起，將門診高利用對象輔導措施，由現行前一年門診申報就醫次數大於150次(含)者，擴大為前一年門診申報就醫次數大於100次(含)者，以充分發揮其應有效益，截至100年12月，輔導99年門診申報就醫次數大於100次(含)者後，節制之醫療費用約6.2億元。

(3) 防止醫療院所誘導民眾過度醫療、不當醫療費用之申報，並對於重複違規醫師、停約或終止特約之醫療院所，修法明定十年之內不予特約。

5、品質提升

(1) 為持續推動健保就醫資訊及醫療品質資訊公開，以促進醫療服務資訊透明化及提供有助於病人就醫選擇之資訊，截至 100 年年底公開之品質資訊如下：

A、整體性資訊：對醫院、西醫基層、中醫、牙醫、透析等 5 項總額整體性指標計 81 項作公開與監測。

B、院所別資訊：定期更新及檢討相關院所別公開資訊，包括共 5 項總額服務類計 98 項指標指標，及 6 類疾病類別計 24 項指標。

(2) 100 年對中央健保局服務滿意度調查顯示：投保單位之滿意度為 91.8%，醫療服務機構之滿意度為 89.6%，民眾之滿意度為 83.6%。

(八) 營造優質學習文化，發展人力資源

1、為強化中央與地方各級衛生及社福人員專業概念，辦理國內各級衛生人員訓練，100 年共計訓練 1400 人次。

2、進行中高階人員國外培訓，與美國 Duke 大學合作，本署高階主管赴美，進行 2 週之研習，並辦理相關研討會。

3、本署暨所屬機關（不含醫院）申請本（101）年度考試分發之職缺數共計 78 人。101 年度薦任第 9 職等以下非主管人員出缺數為 99 人，爰 101 年度本署暨所屬機關申請考試錄取分發人員數占薦任第 9 職等以下非主管人員總出缺數之比率為 78.8%。

4、推動參與世界衛生組織，WHA 觀察員，並積極爭取參與 WHO 技術性會議及活動，持續參與並以 APEC 衛生工作小組之副主席之身分促進區域醫衛議題之交流與合作，持續推動提案計畫。

5、推動國際醫療援助及人道之救援

(1) 配合外交部，辦理「海地臺灣衛生中心計畫」、「捐贈醫療器材」、以及「防疫生根計畫」三項公衛醫療面向之子計畫；建置醫療器材援助平台，100 年度共捐贈 7 個國家共 449 件醫療器材。

(2) 臺灣國際醫衛行動團隊（Taiwan IHA）與日本亞洲醫師協會（AMDA）合作，於 100 年赴斯里蘭卡北部賈夫納教學醫院進行白內障手術醫療交流，共計服務約 130 名病患。

6、辦理國際會議進而拓展國際人脈：辦理「2011 臺灣健康論壇」，本年主題為「永續健康體系」，本次論壇計有美、英、紐、日、韓等 25 國約 40 名國外資深官員與專家學者出席，就健康公平、健康照護財政及重大健康災難等議題進行討論，俾作為我國制定衛生政策之參考。

7、推展國際衛生合作

(1) 執行「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫」，100 年度共培訓來自 23 個國家 187 位國外醫事人員。

(2) 於馬紹爾群島共和國及索羅門群島辦理衛生中心計畫。

- (3) 於非洲、中南美洲等友邦，成功推動多項公共衛生計畫，例如在馬拉威運用 e-health 技術之愛滋病防治計畫、貝里斯及宏都拉斯之婦幼衛生教育訓練等。
- (4) 「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」於 100 年 6 月 26 日生效，並於 8 月召開第一次工作組會議，會中雙方建立各工作組之聯繫窗口，並就協議之後續執行事宜，進行積極商討，目前各合作領域已展開業務交流及召開相關會議，以積極落實協議。

二、未來環境情勢分析

在衛生相關人員及民眾努力下，我國衛生醫療及公共衛生成就，廣受國際讚揚；但現今社會、經濟環境變遷，少子女化、高齡化等人口結構以及民眾生活型態改變，慢性病防治及長期照護需求增加，醫療資源分配正義及弱勢照護問題；另因全球化及氣候變遷的影響，新興及再現傳染病之威脅；以及健保永續發展、食品藥物管理與安全等公共衛生的挑戰，我們需要以全球化的視野及創新思維，思考未來健康、醫療照護、預防保健等需求及挑戰，規劃研擬政策，以因應未來的公共衛生環境，提供全民一個幸福、健康、整體性的健康照護體系。

(一) 健康衛生組織體系內部優勢 (S)

- 1、衛生醫療照護及緊急應變體系健全：擁有完善便利的衛生醫療體系以及緊急災難應變系統，臨床技術與醫療服務先進在國際上享有盛譽，醫衛人才優秀並經驗豐富且對於國際事務具有熱忱；成立跨部會食藥安全之溝通管道，有效執行食品衛生安全管理及查緝偽劣假藥。
- 2、人口老化，長期照護議題受到重視：本署於 100 年 12 月底完成「國民長期照護需要調查」，收集掌握全國各年齡層失能率的代表性資料，為推估長期照護資源供需及長照保險規模、經算保險費率，以及建置國民長期照護需要之基礎資料庫。且台灣已有公保、勞保及健保等社會保險制度，可做為未來建構長期照護保險制度之參考，利於民眾接受以長期照護保險方式提供照護服務，並減輕使用長照服務之財務負擔。
- 3、防疫體系完整：我國歷經 SARS、H1N1 新型流感疫情，防疫體系架構完整，並強化傳染病監測通報系統全面網路化，提昇疫病資訊處理能力及時效性；依「傳染病防治諮詢會預防接種組」(ACIP) 之專業諮詢與建議，近年陸續導入新疫苗政策，我國推行之疫苗項目與接種完成率皆與歐美先進國家相當。另各縣市衛生所、合約醫院診所提供便捷的接種服務，並充分運用全國性預防接種資訊管理系統 (NIIS)，進行追蹤催種與統計作業，維持高接種完成率。
- 4、完善健保制度，保障民眾就醫權益：全民健保納保率超過 99.5%，可謂「人人有保」，民眾能獲得平等的醫療服務權利；醫療院所特約率達 92%，提供十分便利的就醫選擇。另健保制度獲國際肯定，民眾滿意度高。另健保資料庫完整，可協助及建構各種支付制度改革，平衡醫療發展，確保醫療資源有效運用。
- 5、資通訊科技實力完備：我國資通訊科技發達，配合政府以「推動六大新興產業，再創產業榮景」為主題，希望以資通訊技術 (ICT) 協助推動六大新興產業，創造 ICT 產業新藍海商機之政策方向，本署推動衛福資料加值應用雲端化服務，將共通性的研究資源以共享方式加以開發、建置，提供學界、業界使用，提升應用量能。

6、生技醫藥產業漸受重視：我國之生技醫藥環境與實力完備，審查制度透明一元化，審查品質好、效率高，並積極推動法規與國際接軌；且生物科技之研究發展漸受重視，本署與國內各大學共同組成合作研究群，推動基礎及臨床的跨領域整合性醫學研究計畫，並促成研究成果落實於政策；建置之國民健康實證資料庫，包括不同年齡層之國民健康監測調查，癌症登記、出生通報等，可據以研析以實證為基礎之施政方向，進一步確保政府施政效能。

（二）健康衛生組織體系內部之弱勢（W）

- 1、政府預算及人力短缺：政府預算逐年縮減，防疫經費不足，影響防治工作推動、食品衛生管理及健康促進等業務，且食品藥物業者達 32 萬家以上，中央及地方政府之衛生單位人力不足以因應，另溝通、法制、研究及臨床醫療專業人才不足，造成業務決策溝通困難。
- 2、組織改造之磨合：二代健保預定 102 年 1 月 1 日上路，依據行政院組織調整時程，正逢衛生福利部成立，健保主管機關之內部幕僚單位（社會保險司）、政策諮詢單位（健保會）及保險人（健保署）同時面臨機關改制及人員變動，不單各項新制上路有制度銜接與施行之挑戰，組織與人力之不確定性，亦增添業務順利推動之風險；另二代健保將新增保險人多項業務，行政經費逐年縮減，將面臨人力不足情況。
- 3、健保收支重要政策仰賴協議，增加決策難度：健保費收入與醫療費用支出多年來持續存在一定百分比的落差，配合二代健保的實施，須建立收支連動機制，全民健康保險會（以下稱健保會）被賦予更多職責，未來健保會的委員代表需承擔更大財務壓力，總額協議共識之達成將更加困難。
- 4、長照財源有限，不足以健全長照服務體系：長期照護服務體系缺乏穩定及充足之財源挹注，長照資源成長緩慢，長照服務之經濟規模不易擴大，亦不利提供適當之長照人力勞動條件。
- 5、衛生資源未系統性整合：國內衛生政策資源未系統化整合、對於衛生政策研究及資源亦未系統性整合與分享，不利於人才之養成與延攬，更削弱了學術研究之國際競爭力。其他如網際網路科技的發展，快速且無國界，增加食品、藥物管理的困難。又如新興科技運用於生育保健所衍生之法律、倫理、社會秩序等問題，都是科技發展帶來的威脅。
- 6、傳染病防治：人口老化趨勢加快，我國結核病人中 65 歲以上病人佔 53%，挑戰更形嚴峻，一般醫護人員對結核病診療經驗不足，不適當處方容易導致治療失敗。又因全球化，交通便利，增加防疫挑戰，另愛滋病男男間性行為者之疫情增加，且有年輕化趨勢，而該類高危險對象之介入相當困難。

（三）外部環境之機會（O）

- 1、民眾重視健康照護：民眾生活水準及健康認知提升，對健康之需求增加，因而關注醫療照護、食品衛生安全及支持健康促進相關議題的推動；另台灣社會歷經快速的變遷，社會型態與個人生活產生急速變化，衍生許多社會問題，心理健康已成為優先發展議題。另因人口老化，未來亟需強化社區健康照護體系，提供具可近性及經濟性之社區

健康促進、心理支持、疾病預防、疾病篩檢、慢性病整合照護、復健服務、長期照護、末期照護等服務，以因應人口結構改變所造成之衝擊。

- 2、民眾對長期照護議題日益重視：我國人口快速老化，依據本署 99 年國民長期照護需要調查之結果，推估未來 50 年我國 5 歲以上之整體失能人口數，於 100 年約為 66 萬人，其中 65 歲以上老年失能人口約為占 60.88%；至 119 年整體失能人口將較 100 年成長 75.51%，而老年失能人口比率亦增加為 79.33%，需照顧人口急速成長，且家庭結構改變，家庭照顧人力及功能日益衰減，需建立普及式長照服務制度，透過長照服務法立法，整合各類法規，並為長照制度奠定重要基礎。
- 3、二代健保建立收支連動，並合理配置資源：二代健保以強化「公平」、「品質」、「效率」為核心價值，透過「擴大費基」使保費負擔更公平、「收支連動」讓健保財務更穩健、「提升效能」使各界參與更深入、「全民納保」讓承保制度更公平、「資訊公開」讓重要資訊更透明、「多元支付」使醫療服務更彈性、「善用資源」讓醫療利用會更好、「保障弱勢」讓以後就醫免煩惱，且更重視民眾參與及資源合理配置機制。
- 4、國際交流及人才培育：隨著活路外交之推展及兩岸關係改善，我國國際空間可能擴大，有機會爭取全面實質參與 WHO，伴隨著貿易自由化及經濟全球化的趨勢，國際組織（如 APEC、OECD、World Bank、WTO 等）對於衛生安全或防疫議題日漸關注，可視為拓展我國與國際社會合作交流之機會，以及專業人力之培育；藉由「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」，與大陸建立醫藥衛生合作機制。
- 5、醫藥科技產業發展：健康照護產業逐漸發展，衛生、教育政策及醫療、社會環境之檢討修正，有助於各種健康照護產業的發展。世界健康產業興起，帶動醫療產業轉型並帶來生機。與其他國家合作交流或相互認證，有助於法規國際化及開拓我國製藥產業之外銷市場。

（四）外部環境的威脅（T）

- 1、人口老化，醫療費用上升：國人平均餘命持續增加，至 99 年底為 79.24 歲，然而 65 歲以上人口亦高達 10.74%，總生育率降為 0.90%，隨著高齡化及少子化社會的來臨，癌症、糖尿病和心血管等慢性病人數將大幅增加，醫療費用逐年增加，影響健保永續之發展，惟全球經濟景氣低迷，國內經濟發展亦受波及，醫療費用總額成長率恐受限，補充保險費之收入亦可能不如預期。收支連動、調整費率等各項新制之落實，易受客觀政治局勢變化影響。
- 2、經濟風暴影響弱勢健康照護：全球化帶來世界經貿及資訊之流通與共享，也加速新興傳染病及問題食品傳播及爆發，面對金融風暴，造成台灣失業率及社會問題（如卡債、飆車、搶劫、竊盜、藥癮、暴力行為等）的影響，以及接踵而來的貧富不均等問題，需增加對弱勢群體之健康照護，協助危機家庭及弱勢族群解決就醫及日後就養問題，並推動健康促進工作，減少其疾病之罹患，縮短健康不平等。
- 3、強化緊急醫療照護體系之建置：因應全球氣候異常及天然災害頻繁，致加強醫療照護體系之應變能力更為重要。921 地震後，每逢豪雨或颱風即造成水災、土石流、房屋

倒塌等災情，100年日本發生強烈地震，引發震災、海嘯、火災及核災等大型複合式災難，更凸顯醫療體系應變能力及人員配置亟需加強。

- 4、新興及再現傳染病威脅：近年因氣候暖化、環境變異，加上世界地球村的來臨，國際往來頻繁等因素，造成新興及再現傳染病之威脅日益增加，SARS 及 H5N1 新型流感等新興傳染病對全球公共衛生之嚴重威脅，國人入（出）國境或各國往來交通日益增多，各類傳染病入侵之風險增加，提昇傳染病防治困難度。另新移民配偶及其子女數持續成長，且台商攜帶子女來往兩地機率頻繁，增加催種作業的困難度。另民眾對於疫苗安全性等議題易受媒體不正確報導之影響，影響接種完成率。
- 5、國際交流合作：中國大陸以政治力干擾我國專業參與國際組織各項活動，非邦交國受制「一中原則」，而避免與我發展衛生合作關係，我國在國際社會中，因處境特殊，在國際發展中時常處於被忽略、被邊緣化的處境。
- 6、醫藥科技發展與人才培育：亞洲新興國家的生醫科技競爭力不容忽視，由於生技研究成果所帶動的附加價值高，國際間爭相發展，歐、美、日、韓等先進國家，不論從政府面或私人企業（如大型藥廠）對其醫藥衛生研究人才均有完整之培育系統，使其醫藥衛生研究能持續發展，並帶動其醫藥產業規模，國內環境相對下明顯不足。國科會報告顯示近年我國在醫衛領域的學術表現已經被韓國及中國大陸迎頭趕上；另鑒於戰後嬰兒潮世代將於近年逐漸退離職場，為避免衛生人才相繼流失，影響衛生專業經驗之傳承及人才培育，將逐年增加衛生領域專業人才之進用，為本署培育新一代之衛生專業人才。

三、未來 4 年施政重點

（一）精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益

- 1、完備健康照護體系，推動全民均等之健康照護
 - （1）落實醫療在地化，重塑初級健康照護網絡，針對弱勢族群發展健康公平之醫療照顧服務網絡，提高健康照護服務之可近性，並發展居家及社區安寧照護體系。
 - （2）落實醫療緊急醫療能力分級制度，建立急重症病患之轉診網絡，並特別加強婦兒科緊急醫療能力。
 - （3）落實對婦女及弱勢族群友善之醫療照護服務，改善醫院評鑑制度，促進醫療品質與病人安全。
 - （4）統籌規劃醫療資源分布，促進醫療資源缺乏區資源運用效益，並建置醫療資源管理資訊系統，提供政策規劃之統計分析基礎。
 - （5）檢視醫事人力規劃政策，解決醫事人員羅致及留任問題，並建立改善生育風險醫療制度。
- 2、促進全民心理健康
 - （1）建立「心理健康網」，建構三段五級、多元化及跨專業領域之心理健康服務體系。
 - （2）規劃推動符合不同性別、年齡、地域及特殊族群需求，包括一般民眾、罹患疾病者、康復者及健康照護者等之國家心理衛生政策及服務措施。

- (3) 督導地方政府強化心理衛生工作之服務量能，並以個案為中心，提供全人之心理衛生照護與服務。
- 3、完善長照服務體系，普及長照服務網絡，推動長照服務網計畫，普及長照服務體系。
 - (1) 持續強化照管中心之品質及量能，整合長照機構評鑑，並充實長照服務人力，提升服務品質。
 - (2) 廣續推動長照服務法。
- 4、改革護理人員制度，改善護理人員執業環境
 - (1) 建立專科護理師、護理人員、護佐及照顧服務員之照護分級制度。
 - (2) 專科護理師制度改革，加強基礎訓練，增加訓練醫院之訓練人數，修訂護理人員法，界定專科護理師執業範圍。
 - (3) 協調相關單位研擬「教考訓用脫節」解決方案，並強化護理人員養成教育和在職教育的品質。
 - (4) 推動本土化磁性醫院認證、建置護理人員回流計畫平台，改善護理執業條件及環境。
- 5、強化偏遠地區及弱勢族群照護
 - (1) 強化衛生所功能，提供具便捷及優質服務，改善離島地區衛生局所（室）環境與設備，推動醫療資訊化及支援判讀，整合 IDS 專科醫師與衛生所醫師聯合巡迴醫療。
 - (2) 強化原住民及離島地區醫療保健服務、醫事人力與提升專業知能，並落實離島醫療政策-醫師動病人不動之原則，廣續補助離島地區醫院營運維持費。
 - (3) 廣續推動空中轉診，遠距健康照護服務整合與發展，建構全國健康照護雲端平台服務與雲端健康記錄資料庫。
 - (4) 活化及整合部落社區健康營造。
- 6、加強署立醫院經營效率，深化署立醫院功能及定位
 - (1) 強化署立醫院管理委員會組織及功能，健全所屬醫院採購作業，辦理所屬醫院院長遴選及輪調作業。
 - (2) 關懷弱勢族群，推動獨居老人照護及整合性門診，持續辦理失智老人社區照護服務。
 - (3) 加強與社區民眾之互動，提供社區整合性醫療照護服務，試辦急性後期照護計畫，加強偏遠離島地區醫療服務計畫。
 - (4) 因應個資法實施，強化署立醫院安全資訊環境，全面實施電子化病歷，發展雲端醫療照護服務。
- 7、持續推動電子病歷
 - (1) 以電子病歷交換中心（EEC）為基礎，擴增其互通架構，提升為雲端電子病歷中心，強化運算、儲存及服務能力。
 - (2) 持續推動電子病歷，藉由電子病歷之便利性，提升工作環境及服務品質，降低醫護人力工作負擔與時間成本。

(3) 協助醫療院所提供持續性的醫療照護紀錄。

(二) 落實防疫整備，免除疫病威脅

1、繼續推動傳染病防治各項措施，免除全民疫病威脅

(1) 辦理下列「中長程個案計畫」，俾利進行急性傳染病、愛滋及結核病、新興傳染病之防治政策規劃及推動。

A、設立國家疫苗基金及促進國民免疫力計畫（98-102年）；

B、急性傳染病流行風險監控與管理計畫-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（100-104年）；

C、結核病十年 減半全民動員第二期計畫（100-104年）；

D、愛滋防治第五期五年計畫（101-105年）；

E、我國因應流感大流行準備第二期計畫（99年6月-104年）；

F、感染性生物安全防護計畫（100-104年）。

(2) 依據傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）之建議，訂立適合之預防接種政策，規劃訂於102年針對滿2歲至5歲的幼童全面接種PCV疫苗，103年實施2歲以下幼兒接種，104年起納入幼兒常規接種項目之新疫苗政策，同時積極維持各項常規疫苗高接種完成率，3歲以下達95%，提升國民免疫力。

(3) 加強醫療照護相關感染控制，厚植實驗室生物安全體系，辦理感染症防治中心維運。

(4) 辦理傳染病之檢驗研究、血清疫苗製造政策之規劃執行。

(5) 規劃推動國際檢疫、國際旅遊醫學、外籍人士健康管理等政策。

(6) 規劃愛滋感染者醫療費用多元方案，以落實疾病平權及緩解政府財政負擔。

(7) 委託衛生局辦理傳染病之防治計畫，因應轄區特性與資源，規劃切合當地需求的整合性防治策略，使經費與人力能夠有效運用，加強重點防疫工作及提升防疫品質。

2、提升疫病流行應變能力

(1) 加強疫情預警與應變機制，提升傳染病監測及通報效能，以強化整體防疫量能。

(2) 多元儲備流感抗病毒藥物及H5N1大流行（前）流感疫苗，更新因應流感大流行執行。

(3) 策略計畫及各項工作指引/流程，辦理不同形式之整備演訓。

(4) 建立防護裝備三級庫存機制，確保防疫物資配送量能。

3、強化國家防疫安全，儲備防疫物資

(1) 維持國內外疫輿情資料收集、分析、研判與發布，以及24小時運作之國際衛生條例聯繫窗口（IHR Focal Point）。

(2) 提升傳染病自動化監測與通報效能，開發智慧型行動疫情監測應用。

(3) 實施國際機場入境旅客體溫篩檢措施，進行各項疾病之疫情調查、緊急處置與病例追蹤。

(4) 積極參加國際重要會議，持續與歐美等先進國家進行國際雙邊及多邊合作，以拓展防疫國際觀及疫病應變能力。

(三) 營造友善健康支持環境，促進全民參與

- 1、健康的出生與成長：修訂相關法規或辦法（如優生保健法、代孕生殖法、人工生殖機構許可辦法等）；並以「科學實證為基礎」及「全人照護為核心」之原則，提供全方位孕產婦健康照護及兒童健康照護。
- 2、健康的高齡化：推廣社區長者參與健康促進活動，營造高齡友善城市，推動高齡友善健康照護，持續提昇四癌篩檢率及癌症診療品質，強化重要慢性病防治服務，持續拓展糖尿病共同照護涵蓋率。
- 3、健康生活與健康社區：持續推動「全人、全程、全面」的二代戒菸，以及菸害防制法修法和菸品健康福利捐之檢討與調整；加強檳榔防制宣導及跨部會防制工作；接續「躍動躍健康 全民齊步走」活動，提升規律運動人口並持續推廣「健康體重管理」計畫；輔導社區推動安全促進、健康城市、職場推動健康促進、健康促進學校議題，及降低事故傷害之發生。
- 4、關注弱勢健康，縮小健康不平等：持續加強罕病醫療照護補助；強化身障者及其照顧者口腔保健知能；提供原住民、離島、身障者及經濟弱勢國小 1-2 年級學童白齒窩溝封填；持續補助油症患者門診、住院部分負擔及健康檢查；提升偏遠地區癌症照護品質；持續關注提供新住民產前檢查及健康。
- 5、健康監測體系與其他：強化非傳染病健康監測調查機制，規劃建置國民營養/近視/事故傷害/先天性缺陷/大學世代長期追蹤研究等監測體系；並強化監測資料之即時分析和決策支援，推展監測資料之學術合作研究，包括與美國疾病管制中心建立健康監測調查合作。

(四) 制定科技研發政策，發展醫藥生技

- 1、推動任務型導向的衛生福利科技研究，提供具實證基礎的優質衛生政策。
- 2、結合臨床與基礎科學，致力於開創性轉譯醫學研究。
- 3、建構醫藥衛生產業發展優勢環境，加速生醫科技產業發展。
- 4、推動及提升衛福資料加值應用雲端化服務之量能。

(五) 促進國際交流與合作，促成國際接軌

- 1、推展國際衛生事務，參與世界衛生組織
 - (1) 積極爭取參與 WHO 技術性會議、活動及重要機制；拓展鄰近國家之人脈，爭取參與 WPRO 之機會
 - (2) 於衛生工作小組持續推動提案計畫，並積極爭取擔任 APEC 衛生工作小組之主席
 - (3) 扶植國內醫藥衛生團體，拓展與國際非政府組織之合作
- 2、配合我國外交政策，提供醫療援助、緊急人道援助，並協助培訓醫療衛生人員
 - (1) 將來亦就以下成績卓越的援助計畫繼續更深入地推展並開發新的援助及訓練計畫：駐馬紹爾群島共和國及駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫、台灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA)、醫療器材援助平台計畫 (Global Medical Instrument Support and

Service Program, GMISS) 、臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 (Taiwan International Healthcare Training Center, TIHTC)

(2) 在既有基礎上, 拓展非洲及亞太地區的實質衛生合作關係

3、建立國際衛生交流平台, 培育國際衛生人才

(1) 國際衛生交流平台: 臺灣健康論壇 (Taiwan Health Forum) 、加斯坦歐洲衛生論壇 (European Health Forum Gastein, EHFG)

(2) 培育國際衛生人才: 爭取前往國際組織或國外之政府機關受訓、研習; 獎勵國內大學院校開設國際衛生相關學程; 積極向教育部爭取公費留考國際衛生相關學門之員額

4、開展兩岸及港澳醫藥衛生之交流與合作

(1) 積極落實「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之執行, 定期召開工作組會議並展開各項業務交流及進行訊息通報等事宜

(2) 拓展與港澳之醫藥衛生合作

(六) 強化食品藥物管理, 保障民眾健康

- 1、健全法規標準及提昇審查量能: 強化產品法規科學研究, 建構現代化食品藥物及中藥管理法規環境; 建立業者及產品之登錄制度; 研修標準及管理規定; 建立國際調和化之藥物之上市前審查機制, 加強審查人員之培訓及業者之輔導。
- 2、強化產品風險評估及國家實驗室能力: 產品潛在有害物質之風險評估; 強化產品之安全性評估及品質監控; 建立食品藥物風險之早期預警制度及非預期危害因子之監控體系; 強化藥物濫用監控體系, 適時修正管制藥品管理品項; 發展核心檢驗科技, 提升管理、檢驗與研究水準; 建立風險評估及國家毒理中心, 培訓專業人才。
- 3、落實源頭管理: 加強輸入食品之境外管理及邊境查驗管理並推動中藥材邊境管理; 落實製造業者自主管理; 強化高風險食品製造業者及餐飲業者之管理及查核; 推動國內藥廠分階段落實建立原料藥 DMF、建立藥品賦形劑與包裝材質之管理機制; 落實中西藥廠符合優良製造規範及進行工廠之稽查。
- 4、精進產品流通及上市後管理: 推動食品業者建立追溯及追蹤系統管理; 發展全面性產品品質監控、後市場監測及稽查管理; 提升市售食品標示及食品添加物原料標示之符合率; 推動藥物優良運銷作業規範; 加強管制藥品之管理及稽查。
- 5、加強消費者保護與風險教育及溝通: 跨部會合作, 打擊不法產品及違規廣告; 建立藥品供應及照護網絡, 建構安全用藥環境; 強化藥物、疫苗的不良反應通報系統, 並加強宣導藥害救濟制度; 提升民眾食品、藥物安全風險溝通及教育。
- 6、促進食品藥物安全國際合作: 促進全球性與區域性食品藥物安全之國際合作與交流; 爭取成為國際 PIC/S 組織之會員; 落實海峽兩岸食品安全協議與兩岸醫藥衛生協議; 推動兩岸中醫藥學術研究交流。

(七) 永續健保制度, 推動長照保險制度

1、永續健保制度

- (1) 加強健保財務穩健：擴大政府負擔比率，使之不低於整體保險費 36%；落實執行補充保險費收繳業務及監控；配合健保新制進行財務推估及精算作業；爭取補充性財源，適時檢討費基並予擴大；中央協助地方清償欠費，健保費補助款改由中央統一負擔。
- (2) 持續支付制度改革：持續推動論質計酬支付方案；依 RBRVS 合理調整支付標準；持續推動住院 Tw-DRGs 支付制度；持續發展本土模式之「論人計酬試辦計畫」及家庭責任醫師制度。
- (3) 強化健保資訊公開：持續辦理民眾健保就醫參考資訊公開；持續辦理醫療品質資訊公開；辦理其他法定健保資訊公開（布）項目。
- (4) 精進健保資源之配置效益：持續推動「以病人為中心整合照護計畫」；持續推動「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」；訂定合理的藥品與特材給付方案，發展實證醫學與成本效益結合之醫療科技評估制度；推動慢性腎臟病患照護品質五年提升計畫；推動「抑制資源不當耗用之改善方案」。
- (5) 強化弱勢照護及醫療協助：協助弱勢繳納健保欠費、落實安心就醫方案；持續爭取經費，辦理「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」；辦理山地離島地區醫療給付效益提升計畫；辦理西醫基層、中醫、牙醫、醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案；矯正機關收容人納保及醫療服務方案。
- (6) 提升健保會之效能；提升總額協商效率；精進爭審案件之審理效能；檢討現制並持續健保改革。

2、進行長照保險規劃，推動長照保險立法

- (1) 研修長照保險法及相關子法規；開發長照保險多元評估量表；進行長照保險教育宣導與溝通。
- (2) 規劃長照保險財務制度；規劃長照保險給付與支付制度；規劃長照保險照顧管理制度。

(八) 發展衛生人力資源，提升組織量能

- 1、為提升中高階衛生福利人員之規劃、執行及評估能力，將籌辦中高階衛生人才培訓學程，課程將包括衛生政策規劃理論、實務分析、評估檢討以及溝通協調等，訓練培育具專業及創新性之衛生福利領導管理人才，提升國家衛生福利政策規劃品質。
- 2、將規劃並建立台灣健康科技評估（health Technology Assessment, HTA）機制，於實證分析之基礎上，制定完善之衛生政策，作為衛生政策智庫，並提出系統性政策分析及建議，以精進衛生政策架構及執行效能。
- 3、逐年提升公務人員考試及格錄取人員進用比率，為本署培育新一代衛生專業人才。

102、103、104、105 年之焦點施政：本署制定之各項重大政策均與民眾息息相關，以務實及前瞻態度檢討現行施政策略及執行成果，作為未來規劃施政方向之參考。102-105 年焦點施政如下述：102 年：推動二代健保、強化弱勢照護資源；103 年：健全偏鄉醫療照護、推動電子病歷；104 年：推動長照保險及服務網絡、精進食品藥物風險管理體系；105 年：嚴控疾病感染機制、推動高齡友善健康照護。

參、關鍵策略目標、共同性目標、關鍵績效指標及共同性指標

一、關鍵策略目標

本署依據平衡計分卡精神之「業務成果」、「行政效率」、「財務管理」及「組織學習」等四大面向，訂定「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」、「落實防疫整備，免除疫病威脅」、「營造友善健康支持環境，促進全民參與」、「制定科技研發政策，發展中西醫藥生技」、「促進國際交流與合作，促成國際接軌」、「強化食品藥物管理，保障民眾健康」、「永續健保制度，推動長照保險制度」、「發展衛生人力資源，提升組織量能」等 8 項關鍵策略目標，分別說明如下：

(一) 精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益(業務成果)

- 1、完備初級健康照護體系，強化急重症照護網絡，均衡醫療照護資源，提升醫療服務品質與效率。
- 2、促進全民心理健康，精進精神疾病防治與照護服務，強化成癮防治服務，加強特殊族群處遇服務，整合及加強心理健康基礎建設。
- 3、完備長照服務體系，普及長照服務網絡。
- 4、改善護理執業環境，提升護理人員專業能力及照護品質。
- 5、建置雲端化電子病歷，降低醫療院所建置或維護時所遭遇之困難，最終達成全國醫療院所互通之目標，提供持續性的醫療照護紀錄。

(二) 落實防疫整備，免除疫病威脅(業務成果)

- 1、架構完整防疫監視系統，強化疫病流行應變能力。
- 2、充實防疫整備，強化警示與緊急應變機制，妥善運用防疫資源。
- 3、擴大疫苗接種範圍，免除疾病威脅。

(三) 營造友善健康支持環境，促進全民參與(業務成果)

- 1、健全婦幼及生育保健服務環境，強化兒童及青少年健康促進。
- 2、營造支持性的高齡友善環境，促進活躍老化，減少慢性疾病造成之醫療負擔與失能。
- 3、擴大辦理癌症篩檢，並提升主要癌症之篩檢率，以早期發現早期治療，進而降低癌症病人死亡率。
- 4、培養健康健康生活型態，推動菸及檳榔防制、肥胖防治，維護個人、家庭及社會之健康。
- 5、營造安全社區、健康城市、健康醫院、健康學校、健康職場，促進社區活力。
- 6、補助罕病、油症患者醫療補助，推動原住民和新住民健康促進，以縮小健康不平等。
- 7、建置非傳染病監測系統，強化實證為基礎之施政，提升施政效能。

(四) 制定科技研發政策，發展醫藥生技(業務成果)

- 1、推動任務型導向的衛生福利科技研究，提供具實證基礎的優質衛生政策。
- 2、結合臨床與基礎科學，致力於開創性轉譯醫學研究。
- 3、建構醫藥衛生產業發展優勢環境，加速生醫科技產業發展。
- 4、推動及提升衛福資料加值應用雲端化服務之量能。

(五) 促進國際交流與合作，促成國際接軌(業務成果)

- 1、參與國際衛生組織：參加世界衛生大會及技術性會議，在臺灣舉辦 APEC 相關會議。

- 2、推動國際醫療援助：辦理國際醫療援助，培訓醫療衛生人員。
- 3、發展雙邊衛生合作與交流，辦理臺灣國際衛生論壇。
- 4、建立兩岸合作機制：召開兩岸傳染病防治、醫藥品安全與管理、中醫藥研究與交流及中藥材安全管理、緊急救治等工作組會議；辦理台港食品醫藥衛生合作機制之建置。

(六) 強化食品藥物管理，保障民眾健康(行政效率)

- 1、健全食品、藥物及化粧品之管理與風險評估體系，加強食品藥物之原料管理、源頭管理及流通稽查，重建 MIT 食品藥物之產品信譽。
- 2、推動跨部會合作取締不法藥物及黑心食品，加強食品藥物廣告監控，並有效減少藥物濫用。
- 3、建構符合國際潮流之醫藥品審查機制，簡化藥物審查流程，落實藥物製造管理與安全監測，提供民眾安全有效之藥物。
- 4、加強中藥材炮製規範、邊境查驗及落實源頭管理制度，加速中藥安全與品質提升。

(七) 永續健保制度，推動長照保險制度(財務管理)

- 1、加強財務穩定，改善支付制度，保障弱勢就醫，增進醫療品質。
- 2、規劃推動長照保險制度，分擔被保險人之長期照護風險，減輕失能者及其家庭使用長期照護服務之財務負擔。

(八) 發展衛生人力資源，提升組織量能(組織學習)

- 1、提升衛生人員之規劃、執行及評估能力，培育具專業及創新性之衛生管理人才，提升國家衛生政策規劃品質。
- 2、儲備衛生專業人才，建立優質工作團隊。

二、共同性目標

(一) 提升研發量能(行政效率)

行政及政策研究經費比率

(二) 落實政府內部控制機制(行政效率)

- 1、強化內部控制件數
- 2、增（修）訂完成內部控制制度項數

(三) 提升資產效益，妥適配置政府資源(財務管理)

- 1、機關年度資本門預算執行率
- 2、機關中程歲出概算額度內編報概算數

(四) 提升人力資源素質與管理效能(組織學習)

- 1、機關年度預算員額增減率
- 2、推動終身學習

三、關鍵績效指標、衡量標準及年度目標值

序號	關鍵策略目標	編號	關鍵績效指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							102	103	104	105
1	精進醫療照護體	1	每一次醫療區域	1	統計	(至少有一家中度	70%	80%	85%	90%

	系，保障民眾就醫權益(業務成果)	至少有一家中度急救責任醫院之完成率		數據	急救責任醫院之次醫療區域 ÷ 全國次醫療區域數) × 100%【次醫療區域係依「醫院設立或擴充許可辦法」第 5 條附表規定劃分，全國共計 50 個次醫療區域。】					
		2	長照服務涵蓋率	1	統計數據	長照服務涵蓋率 = (全國長期照顧管理中心服務人數 ÷ 失能老人推估人口數) × 100%	24%	27%	30%	33%
2	落實防疫整備，免除疫病威脅(業務成果)	1	提升防疫效能 (一)疾病發生率(愛滋防治成效、結核病防治成效、本土登革熱防治成效及腸病毒併發重症防治成效)	1	統計數據	(一)疾病發生率:四項分數加權平均 【愛滋防治成效+肺結核防治成效+本土登革熱防治成效(發生率+腸病毒併發重症防治成效指標) / 4。 【1.愛滋防治成效 愛滋感染人數年增率下降 = 當年度年增率- 前一年之年增率 (減少: 100 分, 持平: 90 分, 增加 5% 以內: 85 分, 增加 5%-10%: 80 分) **衡量數據: 102-105 年每年感染者年增率下降值均為 0.5% 2.結核病防治成效	100 分	100 分	100 分	100 分

				<p>結核病發生率下降=當年度疾病發生率-前一年發生率(減少：100分，持平：90分，增加：85分)*衡量數據:每十萬人口發生率:(102年53人;103年52人;104年50人;105年48人)</p> <p>3.本土登革熱防治成效(發生率)本土登革熱當年發生率-前五年平均值(發生率降低得100分、發生率持平得90分、發生率增加得80分)。*衡量數據:102-105年登革熱發生率(本土登革熱當年發生率-前五年平均值)，每年均<0</p> <p>4.腸病毒併發重症防治成效重症致死率當年度-年度績效目標值(急性傳染病流行風險監控與管理計畫-腸病毒重症致死率</p> <p>102年10.4%、103年10.2%、104年10.0%)，減少：100分，持平：90分，增加：80分</p>				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

		2	提升防疫效能 (二)完成率: 3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效	1	統計數據	(二)完成率: 3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種成效。【接種率當年度-前年度，增加：100 分，持平：90 分，減少：80 分*衡量數據:102-105 年每年完成率為 95%。】	100 分	100 分	100 分	100 分
3	營造友善健康支持環境，促進全民參與(業務成果)	1	癌症篩檢率之平均增加值	1	統計數據	子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌之癌症篩檢率平均增加值： (A+B+C+D) ÷4 A：當年-98 年（45-69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢率） B：當年-98 年（50-69 歲民眾 2 年內曾接受大腸癌篩檢率） C：當年-98 年（30 歲以上嚼檳榔或吸菸者 2 年內曾接受口腔黏膜檢查率） D：當年-98 年（30-69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸癌篩檢率）	18.0%	19.0%	20.0%	21.0%
		2	18 歲以上人口吸菸率	1	統計數據	(18 歲以上男性吸菸人口數 + 18 歲以上女性吸菸人口數) ÷ (18 歲以上人口數) × 100	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%

					%				
4	制定科技研發政策，發展醫藥生技(業務成果)	1	科技計畫成果實際被衛生政策採行百分比	1	統計數據 科技計畫成果實際採行定義：科技計畫被引用於報院計畫或年度施政計畫之業務推動者。(前一年度本署及所屬機關科技計畫成果實際採行件數) / (前一年度本署及所屬機關科技計畫結案的總件數) × 100%	20%	21%	23%	25%
		2	提升研發應用量能	1	統計數據 研發收入成長比：【當年度研發收入之金額-前一年度研發收入之金額/前一年研發收入之金額】× 100%	2%	2%	2%	2%
5	促進國際交流與合作，促成國際接軌(業務成果)	1	多邊國際衛生合作與交流	1	統計數據 參與世界衛生大會(WHA)與 WHO 衛生專業機制以及推動參與其它 WHO Governing Body(EB 及 WPRO)所辦理之會議及活動。 102年：參與國際間食品安全網絡通報機制及相關會議活動 103年：參與流感大流行框架國際間病毒株轉讓機	100%	100%	100%	100%

					制及相關會議活動 104 年：參與國際間終止結核病夥伴計畫及相關會議活動 105 年：參與全球流感因應與監測系統及相關會議活動				
		2	建立兩岸合作機制	1	統計數據 開展兩岸醫藥衛生之交流與合作，並積極落實「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之執行 102 年：建立中藥材安全管理機制 103 年：建立兩岸傳染病疫情通報及防疫合作機制 104 年：建立兩岸重大意外事故所致的傷病者之救治流程及機制 105 年：建立兩岸醫藥品合作機制	100%	100%	100%	100%
6	強化食品藥物管理，保障民眾健康(行政效率)	1	建立與國際調和之食品添加物分類	1	統計數據 食品添加物分類修正比率 = 已修正之分類項次 ÷ 與國際調和之食品添加物分類項次 (200 項) × 100%	40%	50%	60%	70%
		2	建立毒劇中藥材追蹤溯源系統	1	統計數據 毒劇中藥材追蹤溯源比率 = 配合建立毒劇中藥材追蹤溯源系統之項數 ÷ 毒劇中藥材 (10 項) × 100%	30%	40%	50%	60%

7	永續健保制度，推動長照保險制度(財務管理)	1	論質方案受益人數	1	統計數據	以該年度糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B型與C型肝炎帶原者、初期慢性腎臟病等6項論質計酬方案之受益人數。1.目標值為每年總受益人數較前一年受益人數增加5%。2.計算公式：該年度各方案總受益人數=前一年度之總受益人數，得80分。3.(各方案總受益人數-前一年度之總受益人數)/前一年度之總受益人數，每增加1%，加4分，滿分以100分計。	100分	100分	100分	100分
		2	發展反映各類失能者照顧需求之保險給付制度	1	統計數據	建立長期照護保險服務資源使用群分類系統，分類系統完成度： 102年：完成初步分類系統模型 103年：完成評估及修正 104年：完成試辦及再修正 105年：完成分類系統模型	100%	100%	100%	100%
8	發展衛生人力資源，提升組織量	1	提升年度考試及格錄取人員進用	1	統計數據	(申請年度考試分發人員數÷本年	60%	60%	60%	60%

能(組織學習)	比例			度薦任第 9 職等以下非主管人員出缺數) ×100%					
	2 參加本署辦理之衛生專業人員訓練成員，認同參訓有助於未來業務執行之百分比。	1	統計數據	較前年度成長 3% 以上	3%	3%	3%	3%	

註：

評估體制之數字代號意義如下：

- 1.指實際評估作業係運用既有之組織架構進行。
- 2.指實際評估作業係由特定之任務編組進行。
- 3.指實際評估作業係透過第三者方式（如由專家學者）進行。
- 4.指實際評估作業係運用既有之組織架構並邀請第三者共同參與進行。
- 5.其它。

四、共同性指標、衡量標準及年度目標值

序號	共同性目標	編號	共同性指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							102	103	104	105
1	提升研發量能(行政效率)	1	行政及政策研究經費比率	1	統計數據	(年度行政及政策類研究經費÷年度預算) ×100%	0.007 %	0.007 %	0.007 %	0.008 %
2	落實政府內部控制機制(行政效率)	1	強化內部控制件數	1	統計數據	當年度主動建立內部控制機制及完成改善內部控制缺失件數。	5 件	4 件	3 件	2 件
		2	增(修)訂完成內部控制制度項數	1	統計數據	本機關及所屬機關依業務重要性及風險性，於當年度增(修)訂完成內部控制制度作業項目數。	5 項	4 項	3 項	2 項
3	提升資產效益，妥適配置政府資源(財務管理)	1	機關年度資本門預算執行率	1	統計數據	(本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數) ÷ (資本	90%	90%	90%	90%

					門預算數) ×100% (以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)				
		2	機關中程歲出概算額度內編報概算數	1	統計數據 【(本年度歲出概算編報數－本年度中程歲出概算額度核列數)÷本年度中程歲出概算額度核列數】×100%	5%	5%	5%	5%
4	提升人力資源素質與管理效能(組織學習)	1	機關年度預算員額增減率	1	統計數據 【(次年度－本年度預算員額數)÷本年度預算員額】×100%	-0.16%	-0.17%	-0.18%	-0.2%
		2	推動終身學習	1	統計數據 當年度各主管機關(含所屬機關)自行辦理或薦送參加其他機關辦理 1 日以上之中高階公務人員培訓發展性質班別之中高階公務人員參訓人數達該主管機關(含所屬機關)之中高階公務人員總人數 40% 以上。	1(符號)	1(符號)	1(符號)	1(符號)