



健康照護升值白金方案

行動計畫(核定本)

98年8月

目 錄

壹、前言	1
貳、願景	3
參、策略	5
肆、分項計畫說明	9
4.1 主軸策略一、健全醫療照護體系	9
4.1.1 健康照護績效提升計畫	9
4.1.2 提升偏遠地區醫療服務品質計畫	11
4.1.3 偏遠地區醫療提升計畫	13
4.1.4 提升偏遠離島署立醫院醫療品質	14
4.1.5 身心障礙特殊需求者口腔整合性照護計畫	17
4.1.6 牙醫門診特殊服務項目醫療服務試辦計畫	18
4.1.7 矯正機關醫療狀況改善試辦計畫	20
4.2 主軸策略二、推動長期照護體系	25
4.2.1 長期照顧十年計畫	25
4.2.2 推動長期照護保險立法	28
4.3 主軸策略三、發展健康促進產業	31
4.3.1 健康促進計畫	31
4.3.2 癌症篩檢計畫	32
4.3.3 國民營養調查、監測及改善計畫	35
4.4 主軸策略四、發展台灣智慧醫療服務	40
4.4.1 推動電子病歷	40
4.4.2 醫療影像數位化、影像傳輸計畫	42
4.4.3 推動山地離島服務遠距醫療計畫	45
4.4.4 醫院安全關懷RFID計畫	49
4.4.5 推動健康資料庫增值應用計畫	53
4.5 主軸策略五、推動國際及兩岸醫療	58
4.5.1 醫療服務國際化旗艦計畫	58
4.5.2 金門醫院醫療大樓興建計畫	63
4.6 主軸策略六、強化國家衛生安全	65
4.6.1 國產疫苗自製計畫	65
4.6.2 血液製劑發展計畫	67
4.6.3 管制藥品自製計畫	68
伍、追蹤管考	72
陸、健康照護升值白金方案-各分項計畫預算配置與績效指標表	73
柒、健康照護升值白金方案-各分項計畫經費來源分析表	73

壹、前言

以產業生命週期論，台灣的醫療服務產業已處於成熟階段，擁有高品質、高科技，且具成本效益之服務，供給面也略有餘裕。整體而言，有醫療體系健全、就醫方便性且效率高、服務品質高而費用合理、醫療資訊技術發達等四項特色，此亦為我國發展醫療服務產業之絕佳條件。

然而，為因應瞬息萬變的醫療環境，我國之醫療服務業亟須適時調整轉型。其首要者為人口結構之急劇變化，97年底我國65歲以上老年人口占10.4%，高齡少子趨勢至為明顯，導致醫療負擔增加；其次，醫療照護分工日漸精細，造成特定照護相對短缺；此外，隨著資訊社會的來臨，醫療資訊科技亦日新月異（電子化、數位化、無紙化），傳統醫療照護模式勢將面臨莫大衝擊。這些改變，服務提供者固然首當其衝，必須及時面對，惟亦有賴政府倡議創新之政策作為，以活絡及健全醫療產業之永續發展。

過去台灣擁有半導體、面板，以及資通訊產業製造、代工的優越地位，但未來必定無法僅靠此一優勢去因應全球經濟困局之挑戰；爰此，政府推動「六大新興產業發展」（生物科技、綠色能源、醫療照護、精緻農業、觀光旅遊、文化創意），配合六大新興產業之推動，行政院衛生署（以下稱本署）研擬本「健康照護升值白金方案」，由政府挹注

資金，結合民間力量，期於四年內(98-101 年)年有效提升醫療服務品質，為全民健康加值，並帶動相關產業之創新發展。

貳、願景

「健康照護升值白金方案」實施期間(98-101年)，預計由政府投入資金約計595.59億元，全面推動1.醫療照護體系；2.長期照護體系；3.健康促進產業；4.智慧台灣醫療服務；5.國際與兩岸醫療；6.國家衛生安全等有關之軟硬體建設，引進長期照護保險，強化疫苗自製能力，普及高品質的公共衛生、傳染病防治、預防保健與醫療照護，並建構完整的衛生安全體系。就宏觀面而言，將降低健康照護服務與健康指標的地區性差異；就微觀面而言，已訂定各項行動計畫之分年績效指標，以落實本方案之執行考核。

本方案實施期間(98-101年)，預估政府可支配的資金投入將由97年之40.03億元，增加至101年之334.76億元；帶動的產業價值將由97年之64.05億元，增加至101年之535.62億元，全期產值952.94億元。其所創造之GDP，將由97年之41.63億元，增加至101年之348.15億元，全期為619.41億元¹，相關就業人口將增加33,476人²；又鑒於長照保險籌辦將誘發民間挹注與投資，推估101年長照人力需求為244,721人³，相關從業人口可望達278,197人；並將使

¹依據行政院主計處產業投入產出關聯表，顯示醫療保健服務產出與投入比約為1.6。本方案產值預估係以97年度為計算基期，當年度政府可支配資金為40.03億元，產業價值為64.05億元(40.03億元*1.6=64.05億元)；而101年度政府可支配資金預計為334.76億元，產業價值則增加至535.62億元(334.66億元*1.6=535.62億元)。

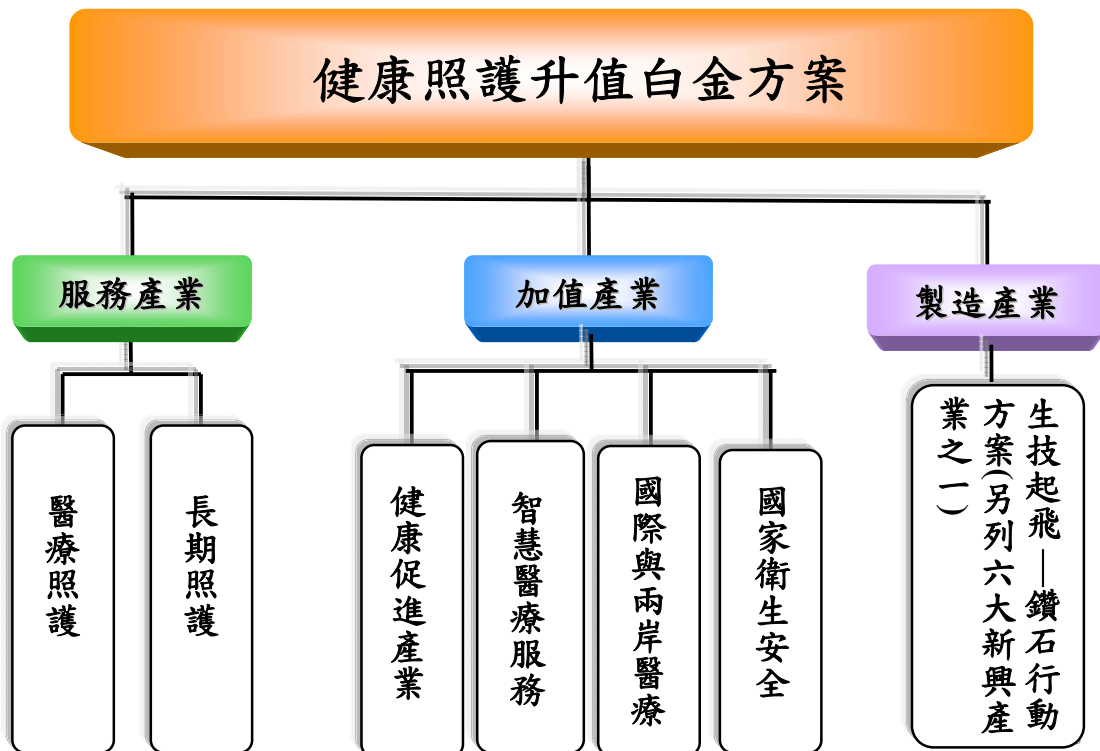
²依據本署統計室推估101年將增加之相關就業人口數

³依據吳淑瓊教授2003年「全國長期照護需要評估第三年計畫」推估

我國於洛桑管理學院之國家競爭力評比中，在健康基礎建設部分之排名，由 2008 年第 12 名，向前推進至第 10 名以內。

參、策略

依據前述所提之醫療照護產業發展優勢、機會，本署將醫療產業以「一三七」進行策略規劃，「一三七」策略規劃即是一個白金方案，三大產業體系，七項主軸策略，做為整體策略執行準則。



一、第一「服務產業」體系可區分為兩項主軸策略。

第一項主軸策略為「健全醫療照護體系」，主要目的在促進醫療資源合理分布，拉近城鄉差距，弭平健康不平等，提供民眾適切的、可近的、連續性之醫療服務。目前在醫療照護體系所使用的經費多以透過菸品健康福利捐的挹注，應用於補助山地離島、偏遠地區醫療資源

之充實與服務品質之提升，使我國民眾擁有均等的醫療照護機會。

第二項主軸策略為「推動長期照護體系」，是透過居家、社區及機構式之服務提供整合性照護，藉由開辦多元化長期照護保險機制，引進民間資源並活絡周邊產業，並透過基礎服務人力與設施的鋪設，協助長期照顧服務科技的引進與發展。

二、第二「加值產業」體系可區分為四項主軸策略。

第一項主軸策略為「發展健康促進產業」，目的在提昇國人健康促進之意識及投資，帶動民間資源投入健康產業的發展，協助國人落實健康生活。藉由倡導「健康體能」、「健康飲食」議題，並鼓勵民眾參與癌症篩檢服務，進而帶動發展健康產品，及癌症篩檢生技產業的發展。此外著手檢討現行相關法規，營造有利產業發展環境，以期促進民眾執行健康行為，並藉由經濟有效的篩檢技術，早期發現疾病、早期治療，提昇國人優良的生活品質。

第二項主軸策略為「發展智慧台灣醫療服務」，資訊科技整合，打破資源地域時空限制，加速病患診療決策時間，提昇醫療品質，減少醫療資源浪費，例如：我國正在推行「電子病歷」，就是希望透過電子的方式使資訊流通無障礙，還有大家耳熟能詳的「醫院關懷 RFID 計畫」，也是藉由網路通訊與資訊科技導入 RFID 技術，達到便民的效果，這部分可結合醫療照護與資通訊科技，發展社區式、居家式、機構式

三種遠距照護服務模式，簡化操作、登記流程，使全民得以輕鬆使用醫療資源與服務。

第三項主軸策略為「推動國際與兩岸醫療」，其目的在促進國家整體形象發揚，帶動產業發展，深化我國全球化節點之能見度，主要策略為奠基在不危害國內民眾就醫權益前提下，推動重症醫療及觀光醫療。前者之主要措施是建立國際及大陸人士來台就醫常態化機制，簡化其就醫入境申請程序，並且協助業者與國際保險業者、醫療機構等建立轉介通路。後者是透過交通部觀光局等相關機關協助串聯旅遊業者與醫療院所，輔助旅遊業者開發養生、保健、醫療美容行程等，鼓勵僑胞返台從事高階健檢，針對相關法令限制檢討，適度鬆綁，達到提升國際及大陸人士來台就醫之意願，並且透過適當之行銷模式，將台灣醫療優勢推廣至海外，創造台灣特有之國際醫療品牌形象，此措施需透過廣告、節目、展場等適當之行銷管道，強化品牌露出程度，深化閱聽人對於台灣醫療服務之形象。另本署正規劃新建金門醫院醫療大樓，以因應金門地區人口增長與小三通台商、旅客之激增所衍生之醫療需求，並奠基金廈地區之醫療基礎建設，提供金門旅遊觀光旅客之優質醫療照護服務。

第四項主軸策略為「強化國家衛生安全」，以維護國家衛生安全為最高指導原則，確保國產疫苗、管制藥品及血液製劑之安全、品質及

穩定供應。主要措施包括新建 cGMP 規範要求之免疫馬場、儲備防疫所需 H1N1 新型流感疫苗、完成腸病毒 71 型疫苗初期人體臨床試驗，促成民間投資及提昇產業價值；鼓勵發展國內血液製劑產業，推動國血國用以達自給自足，並規劃管制藥品製藥工廠逐步民營化，以提升管制藥品國內自製率。

三、第三產業體系為「製造產業」。

此項下之主軸策略為強化「生技醫藥產業」，此部分是著重審查機制之制度建立，包含建立 TFDA，滿足業界一元化審查需求及強化人體試驗相關審查與監督機制，建立卓越臨床試驗與研究體系，對於已趨成熟之生醫產品，優先制訂與國際接軌之產品審查機制。此部分規劃已併入六大新興產業之「生技起飛—鑽石行動方案」共同推動辦理。

綜上，本署期待藉由「健康照護升值白金方案」行動方案之落實及發展，提升國人生活品質，營造健康相關產業發展環境，進而建立台灣醫療產業全球版圖。

壹、分項計畫說明

4.1 主軸策略一、健全醫療照護體系

4.1.1 健康照護績效提升計畫

4.1.1.1 計畫目標

- 一、逐步建立醫院績效率測指標。
- 二、依據照護品質或績效給與獎勵。
- 三、尋求醫療品質不斷改善與提升。
- 四、透過適當公布醫療品質或績效指標，以供民眾就醫參考。

4.1.1.2 計畫內容概述

主要目的為辦理全國醫院績效率測指標與改善制度之獎勵，係逐步發展醫院績效率測指標監測機制，以論品質（績效）之財務誘因，搭配醫院評鑑制度改革與健保支付制度，逐步發展醫療品質監測機制，藉由照護品質或績效良窳給與獎勵，促成病人安全與醫療品質不斷提升，及資訊揭露，以供民眾就醫參考。

4.1.1.3 具體措施

一、論質計酬—獎勵運用績效率測指標與落實品質改善

- （一）醫院績效率測指標與落實改善：依品質指標監測年度結果，逐年以不同比例之組合激勵醫院，作為品質提升之誘因與鼓勵。獎勵機制分成3類：

1. 獎勵指標系統自動化 (infrastructure)。
2. 獎勵品質指標之收集與通報 (pay for reporting)。
3. 獎勵品質績效表現 (pay for performance)。

(二) 加強醫院感染控制

藉由手部衛生推廣、認證與示範中心的建立，以減少院內感染之發生，因而可減少醫療資源耗用。同時，形成病人安全文化，並經由定期績效指標評估，促使醫院持續檢討改善病人安全與醫療品質。

1. 三大執行策略：有效介入措施、財務誘因及績效導向，以獎勵醫院推廣認證，並與國際接軌。
2. 績效指標：以推動病人安全及賦權病人為主軸，多元資料來源、客觀及外部稽核為選取原則。

二、獎勵整合性照護

推動孕產婦整合性照護，鼓勵醫療機構針對全程產檢且未自行要求剖腹生產之孕產婦，提升個案管理功能，依收案條件、試辦醫院與醫師資格，酌予醫療機構每一案件「孕產期管理照護費（900 或 1,000 點）之獎勵，另依品質指標監測年度結果，加給「品質提升獎勵費（500 點）」，作為品質提升之誘因。

三、建構品質監測與體系改善專案計畫

(一) 專案管理工作：辦理醫院績效率量測指標與落實改善工作之專案管理中心、建置測指標共通資訊平臺(含品質指標管理系統、醫院推廣)作業、加強醫院感染控制實地認證與建置示範中心等計畫。

(二) 醫療整合與品質促進相關工作：辦理醫事人員繼續教育課程及積分審查工作、建置社區健康品質監測機制計畫、提升牙科醫療品質與病人安全、牙醫獨立執業前二年訓練、教學訓練及師資培育、人體試驗委員會訪查計畫、提升臨床檢驗與放射品質計畫等計畫。

四、推動計畫相關研究發展與行政工作

推動計畫所需之相關研究及工作包括：醫院績效率量測指標相關研究發展與計畫評估調查、發展本土化醫療體系品質指標計畫及編製醫療品質報告書、郵電、旅運、印刷裝訂與廣告、法律事務諮詢、講課鐘點、稿費、專家審查與查詢費、用品消耗、租金、人才培育及國際交流等。

4.1.2 提升偏遠地區醫療服務品質計畫

4.1.2.1 計畫目標

為充實偏遠地區醫療資源，提升醫療服務品質，補助醫院發展急重症醫療照護服務模式，加強偏遠地區醫療照護之可近性及

醫事人員急重症照護訓練，讓民眾能在地即時獲得適當品質的醫療照護。

4.1.2.2 計畫內容概述

獎勵偏遠地區醫院成立外傷、心導管、腦中風、周產期、急診、兒童重症等特殊急重症照護中心；獎勵偏遠地區醫院辦理偏遠地區醫療服務促進計畫，使其能與醫學中心、教學醫院、重度級急救責任醫院等（以下簡稱合作醫院）建立雙向轉診合作網絡發展中期照護（intermediate care）服務模式；辦理偏遠地區醫師次專長培訓及醫事人員急重症照護訓練計畫，薦送醫師或其他醫事人員接受相關醫療照護訓練。

4.1.2.3 具體措施

一、獎勵偏遠地區醫院成立特殊急重症照護中心

以縣市作整體考量，評估民眾特殊之緊急醫療需求，提供急重症醫療服務，並以成立外傷、心導管、腦中風、周產期、急診、兒童重症等照護中心為重點發展方向。除了充實相關之專科醫師人力、辦理相關醫事人員訓練，與特殊照護中心之設施以外，並應與縣內或縣外其他醫療機構建立醫事人員支援合作計畫（包括遠距醫療與影像判讀等），並建立轉診後送協調機制。

二、偏遠地區醫療服務促進計畫

輔導偏遠地區醫院與醫學中心、教學醫院、重度級急救責任醫院等（以下簡稱合作醫院）建立雙向轉診合作網絡發展中期照護（intermediate care）服務模式，接受合作醫院將病情較為穩定之住院病患轉診住院或門診追蹤治療，以適度紓解上層醫院病床壅塞之情形，並可使病患就近接受照護。另，藉由合作醫院醫師至偏遠地區醫院支援醫療業務，同時協助教學訓練活動，提升照護品質。

三、偏遠地區醫師次專長培訓及醫事人員急重症照護訓練計畫

依醫院所規劃發展次專長或特殊急重症照護中心種類別，薦送醫師或其他醫事人員接受相關醫療照護訓練。

4.1.3 偏遠地區醫療提升計畫

4.1.3.1 計畫目標

鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏鄉鎮提供開業或巡迴醫療服務外，更進一步徵求地區級以上醫院醫師，至基層醫師受限於人、物力無法前往巡迴之醫療資源缺乏地區，提供健保醫療照護服務，保障全體保險對象之就醫權益，促進全體國民之健康。

4.1.3.2 計畫內容概述

中央健康保險局每年依每位醫師服務當地住民人數比過高及當地衛生局評估有特殊需求之鄉鎮，公告醫療資源缺乏鄉鎮名

單，鼓勵西醫基層醫師至公告名單內鄉鎮提供開業或巡迴醫療服務，另針對仍無基層醫師前往之鄉鎮，中央健康保險局各分局將徵求具服務熱忱之地區級以上醫院提供巡迴或到宅醫療服務，並由醫院依據服務鄉鎮之需求提出照護計畫，由該局各分局核定後實施。

4.1.3.3 具體措施

- 一、鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區開業提供醫療服務，每位醫師限申請 1 次。對於獎勵開業之醫師，提供為期 12 個月，其申報之診察費加 1 成支付之優惠措施。
- 二、鼓勵西醫基層醫師經當地衛生局報備核准後，至醫療資源缺乏地區提供巡迴醫療服務。對於至偏遠地區巡迴醫療之醫師，除其申報之診察費加 1 成支付外，另以論次計酬支付巡迴醫療服務醫師及護理人員之報酬。
- 三、鼓勵地區級以上醫院醫師至基層醫師無法承作之醫療資源缺乏地區提供巡迴醫療服務。除對於至偏遠地區巡迴醫療之醫師診察費按申報點數加 1 成支付之優惠措施外，另以論次計酬支付巡迴醫療服務醫師及護理人員之報酬。

4.1.4 提升偏遠離島署立醫院醫療品質

4.1.4.1 計畫目標

- 一、羅致專科醫師及引進高品質檢查儀器，以提高民眾就醫可近性及更完善之醫療照護。
- 二、充實急重症醫療人力及設備，透過病人在地醫療利用、消費人口與物資流動，帶動相關產業發展。
- 三、提供本署山地離島醫療保健服務，讓當地居民能夠得到更妥適的醫療照顧；保障該地區居民及遊客生命安全，達到「那裡有需要，醫療服務就送到那裡」的服務精神。
- 四、引進專科醫療並加強預防保健服務之衛生教育觀念，除能增加醫療可近性外，亦可有效提昇民眾的醫療照護品質，落實政府照顧偏遠地區民眾健康。

4.1.4.2 計畫內容概述

本署所屬醫院位處山地離島者，計有金門、澎湖、台東、花蓮、旗山、恆春等醫院、由於該醫院專科醫師人力不足，始終無法提供更健全之專科醫療，以提升醫療服務品質，而該7家所屬醫院雖位處山地離島，但其地區觀光景點遠近馳名，因緊急醫療資源缺乏，備受地方關切。為配合觀光發展，本計畫將充實其醫院急診、加護及特殊專科醫療照護人力、設備，彌補該地區醫療資源缺口，改善急重症醫療處置能力，以提昇醫療服務品質，確保當地民眾及遊客健康安全，並提振觀光景氣。

4.1.4.3 具體措施

- 一、聘請專科醫師包括整型外科、皮膚科、心臟內科、腸胃內科、胸腔內科等，以強化現有之醫療陣容，提升醫療服務品質。
- 二、引進 64 切電腦斷層檢查，提供醫師正確的診療依據，以減少回台轉診率及緊急空中後送支援。
- 三、加強人員在職教育，提昇急重症醫療水準，山地離島地區，交通極為不便，人員接受繼續教育之成本高，機會也不多，需選派有關醫護人員，接受相關醫學中心教育訓練。
- 四、尋求醫學中心合作，建構垂直整合模式，與醫學中心合作，派遣缺乏之專科醫師看診及協助醫護人員在職訓練，提升在地醫療水準。
- 五、建立遠距醫療會診機制，提昇病人安全，與醫學中心建立影像、病歷等資料之傳輸交換，達成爭取急救時效及診斷能力。
- 六、增添新醫療設備，並加速設備汰舊換新（64 切電腦斷層檢查儀器等）。
- 七、設置社區巡迴服務車，減少民眾就醫障礙，增設社區巡迴服務車，往來於各村落及分院之間，以方便民眾就醫。
- 八、持續推廣居家護理及喘息服務業務，並增辦居家安寧護理及安寧療護專科照護，對癌症病患、疾病末期患者、長期臥病

在床者及患者家屬提供良好護理服務。

九、與監獄進行醫療合作，照護及提升受刑人健康人權，與監獄進行線上醫療諮詢，透過專科醫師以視訊方式對慢性病患及精神科，高危險群進行健康照護，以達到預防醫學目的。

十、於發生重大災情時，因應所需緊急醫療服務支援災區醫療照護工作，可配合協調醫療人員攜帶醫療物資進入災區服務。

4.1.5 身心障礙特殊需求者口腔整合性照護計畫

4.1.5.1 計畫目標

為提升身心障礙特殊需求者牙科之衛生保健及醫療照護服務品質，特鼓勵醫療機構設置符合特殊需求者之牙科特別門診示範中心，以有效改善身心障礙特殊需求者之口腔健康問題，並培訓提供特殊需求者口腔照護之專業人力。

4.1.5.2 計畫內容概述

一、委託醫療機構建置示範中心至少 2 家，並據以發展可行且有效之服務模式。

二、示範中心應設立特殊需求者牙科特別門診。

三、示範中心應與身心障礙者照護網絡承作醫院建立相互支援及轉診機制。

四、示範中心應開辦身心障礙特殊需求者之教育訓練。

4.1.5.3 具體措施

- 一、應有獨立照護空間並設有執行牙科、麻醉等相關設備，且應以病人為中心提供整合性醫療照護服務，且能於中心內執行必要之手術與麻醉作業。
- 二、建立特殊需求者牙科多元團隊服務模式（含一般牙科、兒童牙科暨各次專科以及麻醉科等醫事人員）、個案管理及品質改善機制。
- 三、提供適合特殊需求者口腔照護之整合式就醫流程、就醫服務導引、診療空間設施與特殊醫療服務項目，並應規劃跨醫療科會診流程，以及提供無障礙服務、溝通與空間設施。
- 四、發展特殊需求者口腔醫療照護相關之教學訓練模式與計畫。
- 五、參與身心障礙牙科醫療網絡，提供轉介服務。

4.1.6 牙醫門診特殊服務項目醫療服務試辦計畫

4.1.6.1 計畫目標

加強提供先天性唇顎裂、顱顏畸形症患者及中度以上身心障礙者牙醫醫療服務，並提昇其牙醫醫療服務品質。未來，身心障礙者牙醫服務將朝向落實依障礙類別設計符合其所需之牙科醫療需求，以周全保障身障者之牙醫醫療照顧。

4.1.6.2 計畫內容概述

中央健康保險局於 91 年起開始推動本計畫，並每年檢討改善。目前除將先天性唇顎裂及顱顏畸形患者之齒顎矯正醫療納入健保給付範圍，保障申報醫療費用，並以醫療服務費用加成誘因，鼓勵醫院提供中度以上身心障礙者牙醫服務，並審慎評核申請參加計畫醫院之醫師臨床經驗及治療設備需要，以提高服務之醫療品質；另並同意牙醫師組成醫療團，定期至內政部指定的身心障礙福利機構或支援未設牙科之精神科醫院及有特殊需求的啓智學校提供牙醫醫療服務，除支給論量加成之醫療費用外，並支給論次醫師費用，以擴增服務方式。

4.1.6.3 具體措施

一、先天性唇顎裂及顱顏畸形患者之齒顎矯正申報醫療費用序以保障點值。

二、身心障礙者牙科醫療相關優惠具體措施如下：

(一) 診療項目服務點數加成給付：服務重度以上身心障礙者提高每點支付金額，且優先結算，中度身心障礙者亦提高每點支給。

(二) 提高門診診察費：服務中度以上身心障礙者門診診察費相較一般門診為高。

(三) 提供氟化物防齲服務：中度以上身心障礙者接受牙醫醫療

時，得依病情需要，適時給予氟化物防齲服務處理。

(四)論次支給牙醫師費用：牙醫師得組成醫療團，經報備核可，得至身心障礙福利機構、支援未設牙科之精神科醫院及有特殊需求的啓智學校提供中度以上身心障礙者特殊服務，且另支給論次計酬之醫師費用。

(五)論次支給麻醉科醫師費用：麻醉專科醫師得支援基層院所或加入醫療團，除麻醉項目加成支付外，並額外支給論次之醫師費用。

三、本計畫將持續辦理，並會檢討醫療需要及合理性，依需要與醫界協商增加相關預算以加強照顧身心障礙者之牙齒健康。

4.1.7 矯正機關醫療狀況改善試辦計畫

4.1.7.1 計畫目標

- 一、完備醫療服務品質，以減少矯正機關收容人重症及戒護外醫頻率。
- 二、加強矯正機關公共衛生及收容人預防保健服務，以早期發現、早期治療、防止傳染病擴散。
- 三、建立矯正機關收容人醫療服務及衛生保健模式，提供法務部未來據以擴大至其他矯正機關辦理之參考。

4.1.7.2 計畫內容概述

本試辦計畫為三年計畫，第一年（98年）擇選二家監所（都市型及偏遠地區各一處）試辦，於法務部現行矯正機關衛生醫療體系下運作，由本署就其衛生醫療服務不足部分，以統包方式委託醫療機構承作。第二年（99年）起則以統包方式，由本署委託醫院結合其他醫療院所，共同提供試辦監所收容人之醫療及預防保健服務，並評估試辦計畫成效。第三年（100年）將視其評估結果決定擴大辦理之規模與內容。第四年起（101年）由法務部參照此模式編列預算賡續辦理其矯正機關衛生醫療業務。

一、服務內容：計畫提供之服務內容主要為加強監所內受刑人之專科醫療門診、及提供公共衛生及預防保健服務，至於戒護住院，原則上仍由各矯正機關依現行模式運作。

二、經費支給原則：有關受刑人之醫療及衛生保健服務費用，98年度試辦計畫經費由本署支應，99及100年度原則由本署支應，惟法務部應賡續編列試辦監所之醫療及採購藥品、疾病醫療材料經費，並以分攤方式，支應部分試辦計畫經費；至戒護外醫之醫療費用，按現行作法，由收容人自付醫療費用，無法負擔者則由法務部予以補助；至特定疾病如肺結核（TB）及愛滋病（AIDS）等則依各該法規辦理。

4.1.7.3 具體措施

一、醫療服務

(一) 一般服務：

為加強慢性病管理，將以一般科或家醫科為主，原則以平日提供上、下午各 1 診次及假日 1 診次之服務；另依前開原則，補足二監所門診診次尚不足部分。

(二) 專科服務：

1. 感染科（含愛滋門診）每月 1 診次。
2. 皮膚科每月 2 診次。
3. 精神科桃園監獄每月 4 診次及泰源技能訓練所每月 1 診次。
4. 其他專科服務（99 年度以後，再視情形逐步擴及其他專科服務）。

二、預防保健

(一) 入監健康檢查(包含肺結核篩檢)

1. 一般生化及尿液檢查：桃園監獄由承作醫院提供試管，配合監所之性傳染病血液篩檢採集檢體，並交由承作醫院進行一般生化及尿液檢查。泰源技能訓練所則由監所自行採集檢體後，交由承作醫院進行一般生化及尿液檢查。
2. 肺結核篩檢：由本署疾病管制局協調 X 光巡迴車，常態提

供二試辦監所收容人之胸部 X 光檢查，分別為桃園監獄每週 1 次及泰源技能訓練所每月 1-2 次。

3. 定期健康檢查：平日門診時，由醫師評估疑似慢性病、重病、傳染病患者，提供相關檢驗、檢查。

4. 癌症篩檢：桃園監獄及泰源技能訓練所僅收容男性，爰癌症篩檢以口腔癌及大腸癌為主，由本署國民健康局提供篩檢服務及費用，至確診所需費用，則納入試辦計畫編列。

(四) 口腔健康檢查：由牙科醫師每年提供 2 次定期口腔健康檢查及牙科基礎護理服務。

(五) 肺結核全面篩檢：由本署疾病管制局協調 X 光巡迴車，每年提供試辦監所收容人之胸部 X 光檢查 1 次。

三、藥癮戒治

由精神科門診提供戒癮服務及出獄前美沙冬替代療法之轉介諮詢服務，並由臨床心理師進行團體心理治療每週 1 次。

四、戒菸門診

考量收容人吸菸盛行率高，為促進收容人健康，本試辦計畫將包含每月 1 次之戒菸門診服務。

五、其他醫療服務

(一) 衛教宣導（以愛滋病患與毒癮者為主，另由醫師視個案需

要轉介)

(二) 緊急醫療諮詢

(三) 戒護就醫的配合(輕症、短期住院安排)

六、法務部負責事項

(一) 賡續編列試辦監所之醫療及採購藥品、疾病醫療材料經費，並以分攤方式，支應部分試辦計畫之經費。

(二) 請試辦監所確實依所提「避免收容人浪費醫療實施措施」辦理，以減少醫療濫用之可能性。

(三) 為利建立收容人個人可攜式健康管理資料庫，請試辦監所將相關檢驗檢查結果予以建置於獄政醫療子系統內，避免收容人於移監後重複檢查，浪費醫療資源。

(四) 法務部資訊處協助承作醫院之醫療資訊系統與獄政醫療子系統資料之串聯，並予以協助檢驗報告資料之轉檔處理。

(五) 第四年起(101年)由法務部參照衛生署98至100辦理之模式編列預算賡續辦理其矯正機關衛生醫療業務。

4.2 主軸策略二、推動長期照護體系

4.2.1 長期照顧十年計畫

4.2.1.1 計畫目標

建構我國長期照護體系，以利銜接開辦長照保險，擬透過補助策略引進民間參與，加強長照各項服務資源發展；督(輔)導縣市政府強化照顧管理制度及服務輸送效率與效能；並加強宣導，增進民眾及社會各界對使用本國長期照顧服務之認知；同時強化各類人才培育，提升整體服務能量與品質等相關機制，強化服務資源整備。

4.2.1.2 計畫內容概述

服務對象以日常生活需他人協助者為主，包括下列失能者：65 歲以上老人；55 歲以上山地原住民；50 歲以上之身心障礙者；僅 IADLs 失能且獨居之老人。失能程度分為三級：1. 輕度失能（1 至 2 項 ADLs 失能者，以及僅 IADL 失能且獨居之老人）。2. 中度失能（3 至 4 項 ADLs 失能者）。3. 重度失能（5 項以上 ADLs 失能者）。

政府依民眾失能程度及家庭經濟狀況，提供補助；失能程度愈高、經濟狀況愈弱勢者，政府提供的補助額度愈高。失能者在補助額度內使用各項服務，需部分負擔經費。

補助項目包括：居家護理、居家及社區復健、喘息服務、照顧服務（含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務）、輔具購買（租借）及住宅無障礙環境改善服務、老人餐飲服務、長期照顧機構服務及交通接送等服務。

4.2.1.3 具體措施

為強化長照服務資源整備，以利銜接開辦長照保險，經檢討現行長期照顧十年計畫，擬定具體改善措施如下：

一、強化照管中心人力留任措施（衛生署）

檢討放寬各縣市照管人員任用資格；適度調整薪資待遇，及人力配置標準；另加強照管人員培育並提升訓練效率，充實其專業知能。

二、居家護理（衛生署）

檢討調降一般戶之自付額；增訂擴大居家護理服務給付項目；放寬服務對象，以提高服務使用量。

三、居家及社區復健（衛生署）

檢討調降一般戶之自付額；另放寬修訂物理治療及職能治療服務之補助次數及頻率（每項服務每星期最多一次，一年各以六次為原則），增加服務受益人數。

四、喘息服務（衛生署）

檢討調降一般戶之自付額；另擴大補助對象，針對外籍看護工無法協助照顧（空窗期）超過 1 個月者，亦納入喘息服務補助對象。

五、居家服務（內政部）

檢討調降一般戶之自付額，並放寬聘僱本國籍幫傭者不得申請照顧服務之規定；另規劃於長照保險開辦前，補助照顧服務員偏遠地區加給、補助取得照顧服務員技術士專業證照者證照加給、補助照顧服務員勞健保及勞退準備金，以增加照顧服務員實質勞動所得，提高其留任意願；主動開發潛在使用者；爭取公彩回饋金補助地方政府 2 位專案社工人力推展長照服務。

六、日間照顧（內政部）

檢討調降一般戶之自付額；另規劃於長照保險開辦前，提高現有設施設備補助比率，以減輕服務單位成本，提高參與意願；補助新設立之日間照顧中心開辦費，減輕服務單位成本，提高參與意願；補助日間照顧服務員經費，減輕服務單位人事成本，提高參與意願；將日間照顧資源培植方案列入 99 年度公益彩券回饋金指標性計畫（三年計畫），推動日間照顧資源培植方案；持續推動日間照顧擴點輔導計畫；協

調相關機關，解決各縣市政府所面臨問題：就各縣市反應運用閒置國中、小學用地推展日間照顧中心面臨地目不符規定問題，內政部營建署已著手研修「都市計畫公共設施用地多目標使用辦法」，增列學校用地得列多目標作為社會福利設施使用，於該辦法修正通過後，各縣市社會福利主管機關只要徵得教育主管機關同意，即可於學校設置日間照顧中心。

七、交通接送（內政部）

檢討放寬交通接送使用對象至中度失能者，以提高服務使用量，並提升服務提供單位參與提供服務之意願。

八、長期照顧機構服務（內政部）

於長照保險開辦前，補助現已營運之機構修繕及充實設施設備，以提升機構服務品質。

4.2.2 推動長期照護保險立法

4.2.2.1 計畫目標

我國正處人口快速老化階段，未來醫療與照護成本亦將大幅增加，宜即早因應，由政府推動長期照護保險。結合民間力量，配合長期照顧服務體系之建立，讓失能而需被照護者，在獲得完善的照護時，透過社會保險自助互助作為，減輕個別家庭負擔。

4.2.2.2 計畫內容概述

本署於 98 年 7 月奉行政院核定成立長期照護保險籌備小組，以經建會之規劃為基礎，協同相關部會積極對外溝通，廣泛聽取意見，並研擬相關保險法案內容及條文，預定於 98 年底提出立法草案送立法院審議，且於 99 年積極推動立法，同時，亦將同步展開籌辦工作。在長期照護保險籌辦同時，本署照護處仍將繼續協同內政部，積極調整與落實「我國長期照顧十年計畫」，持續發展長期照護服務輸送及管理體系，為開辦長照保險奠定基礎。

4.2.2.3 具體措施

一、研擬長期照護保險法（草案），並積極溝通

自 98 年 7 月起，本署即奉行政院核定成立長期照護保險籌備小組，積極展開相關籌備事宜。首要之務係以經建會之規劃方案為基礎，進行長期照護保險法草案之研擬。經建會已邀請本署與相關部會研商，同時積極對外溝通，除前往各縣市政府就長期照護十年計畫之調整、長期照護保險規劃方向與對縣市政府之影響等議題進行溝通，聽取地方之建言外，並針對不同屬性之團體與民眾，舉辦多場全國及地方性之規劃溝通座談會，就規劃的初步內容，與各界交換意見，作為研擬相關保險法案之參考。

二、推動立法，同步展開籌辦工作

自 99 年起，將積極推動長期照護保險法立法通過，並擬先成立長期照護保險籌備處，積極展開相關籌辦工作，此階段於作業面之重要工作項目包含：推動長期照護保險之相關法令研訂、發展失能給付等級評估工具、訂定保險支付標準、規劃承保作業、精算保險財務、開發相關作業資訊系統、照護服務特約事宜準備，並於開辦前完成保險人之籌設。為使保險能順利開辦，其他重要配合事項亦將同步推動，包含長期照護相關基礎調查、相關團體之溝通與協商、建構長期照護保險之人力培育計畫、政策宣導與議題回應等。

4.3 主軸策略三、發展健康促進產業

4.3.1 健康促進計畫

4.3.1.1 計畫目標

推動民眾健康生活型態，增加規律運動及天天五蔬果人口，營造社區健康生活的支持性環境，協助慢性病防治，降低慢性病醫療照護支出；協助國內醫院推動健康促進醫院，並積極參與國內及國際健康促進醫院合作及聯繫網絡。

4.3.1.2 計畫內容概述

一、基於「預防重於治療」，爰以社區為平台，透過推動「健康體能」、「健康飲食」議題，期增加規律運動及天天五蔬果人口，並結合推動無菸社區、無檳榔社區、安全社區等各項健康促進工作，增進民眾健康促進知能、強化及維持其健康行為，可有效減少或延緩慢性疾病發生，有助控制慢性病患者病情，增加健康餘命，提升民眾生活品質。

二、協助國內醫院參與健康促進醫院工作，以既有醫療服務為基礎，強化對院內員工、患者及患者家屬，與其鄰近社區居民之預防保健及健康促進工作。另透過參與國際健康促進醫院合作網絡，邀請國外健康促進醫院專家學者蒞台，進行學術、實務經驗交流，促進國內健康促進醫院工作之推動。

4.3.1.3 具體措施

一、健康促進社區認證試辦暨社區整合計畫

為鼓勵社區持續投入健康營造工作，以「健康飲食」、「要活就要動」、「無菸社區」、「無檳榔社區」、「安全社區」等議題，依「健康促進社區認證準則與標準」，透過社區營造手法，推動健康飲食、要活就要動，並運用各項菸害防制策略，協助落實公共場所禁菸之新規定，加強宣導檳榔健康危害防制，打造安全生活環境，以降低國人事故傷害死亡率，透過營造健康的支持性環境與加強民眾健康技能，協助國人於日常生活中落實健康行為，以預防慢性病發生，與協助慢性病防治。

二、健康促進醫院網絡推廣計畫

蒐集、彙整國內、外健康促進醫院學術與實務推動經驗資料，協助國內醫院參與推動健康促進醫院工作，並申請國際健康促進醫院認證、加入國際健康促進醫院網絡，進行國內、外學術交流與實務經驗互動，促進國內健康促進醫院工作之推動，強化醫院深入社區，重視並積極倡議提供各項預防保健（如兒童、成人）及慢性病防治（含疾病篩檢）服務。

4.3.2 癌症篩檢計畫

4.3.2.1 計畫目標

透過提供民眾癌症篩檢服務，期能早期發現疾病、早期治療，以提高癌症病人存活率，減少癌症對生命的威脅，確保國民健康，並促成相關醫療產業之發展。

4.3.2.2 計畫內容概述

提供的癌症篩檢服務項目包含：30-69 歲婦女子宮頸癌篩檢、50 歲至 69 歲婦女乳癌篩檢、50 歲至 69 歲大腸直腸癌篩檢及 18 歲以上嚼檳榔或吸菸者口腔癌篩檢。

4.3.2.3 具體措施

一、加強衛教與宣導教育，以提升民眾對篩檢的認知

(一) 定期調查民眾參與篩檢之促進和阻礙因素，作為規劃宣導和推廣方案之依據。

(二) 利用大眾傳播，並結合衛生局、醫療院所和民間團體利用小眾或人際傳播方法宣導政府免費提供之篩檢服務項目。

二、推廣主要癌症篩檢計畫

由政府免費提供較具成本效益之常規癌症篩檢項目，包括子宮頸癌篩檢、乳癌篩檢、結直腸癌篩檢及口腔癌篩檢等。

三、建立足夠之篩檢服務體系

(一) 經由健保合約醫療院所，常規提供篩檢服務。

(二) 以社區設站方式強化常規篩檢服務資源不足地區。

(三) 提供誘因增加醫療院所積極提供篩檢服務之意願。

四、建立促進民眾主動參與篩檢的機制

(一) 衛生局結合勞工局對無固定雇主和無勞工健康檢查之小型工廠，聘請醫師赴工廠或是集會地點主動提供口腔癌篩檢。

(二) 促使醫療院所和衛生局所整合現有之免費篩檢項目，提供以民眾為中心之整合式篩檢。

(三) 建立促使民眾主動參加篩檢之獎勵機制。

(四) 結合工作場所和社區健康促進計畫，將癌症篩檢融入其中，藉由群體影響來提升篩檢意願。

五、建立有效之癌症篩檢陽性個案轉介追蹤體系

(一) 建立誘因促使醫療院所積極追蹤篩檢陽性個案與提供陽性個案確診。

(二) 解決陽性個案接受確診和治療之障礙

六、建立癌症篩檢品質之監測機制，以提升篩檢品質

(一) 建立篩檢醫事人員及醫療院所認證。

(二) 藉由定期分析申報資料監測品質。

(三) 輔導衛生局瞭解辦理社區篩檢應注意事項，包括品質要求之必要設備和檢體之輸送等。

七、檢視相關法規以營造有利於產業之環境

因應未來提昇之癌症篩檢量及解決醫療資源不足之情形，擬檢視及修訂相關法規及認證原則，以利醫療產業促進癌症篩檢。

4.3.3 國民營養調查、監測及改善計畫

4.3.3.1 計畫目標

使全民擁有豐富且正確的營養、食品安全及健康知識，建構健康的飲食環境、提升並落實國人之健康飲食行為、建立國民營養監測及改善之研議機制，提升我國健康食品科技產業之競爭力，以期全面提升國人之營養健康狀況，延長國人壽命，並減少健保支出。

4.3.3.2 計畫內容概述

本計畫之緣起在於：

- 一、國人營養健康問題日漸加劇：由歷次的國民營養健康狀況變遷調查發現國人有六大類食物攝取分配不均、多種營養素缺乏、國人十大死因前四位(癌症、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病)與飲食營養問題息息相關、營養知識不足及態度行為之錯誤等問題。
- 二、推動國民營養政策困境：國民營養法尚未立法完成、政府行政組織間橫向、縱向之連結與分工不足，且經費困窘，就衛

生署之飲食營養監測與推廣之經費，過去十數年來，全國 2300 萬人每人每年約僅新台幣 1 元(日本 2008 年國民營養相關預算為，每人每年平均約新台幣 25.5 元、美國 2008 年國民營養相關預算為，每人每年平均約新台幣 6181 元)，足見相關經費之困窘。

三、國民營養狀況監測資源不足：我國自 69 年至今辦理五次全國性國民營養調查，分別於民國 69-70 年、75-77 年、82-85 年、86-91 年及 93-97 年，但該五次調查或是委託學校或是委託研究機構辦理，因無固定經費與調查人員，調查規模亦難一致，更因無法規依據，人民可不接受，對完訪率影響頗鉅，耗費調查資源，影響整體調查成果。

四、隨著高齡化社會的到來及不斷攀升的醫療費用，保健食品市場緩步上升，根據財團法人食品工業發展研究所調查，2006 年我國保健食品市場達新台幣 625 億元，目前台灣市場約有 3000 項保健食品，由此可知，在健康大趨勢影響下，預計將有愈來愈多食品朝向健康加值食品之路邁進。對於健康食品個案審查申請案件之審查期程，目前衛生署公告以 180 天為辦理期限（不包含申請者補件時間），為利提昇我國健康食品科技產業之競爭力，擬將再縮短辦理時間，以促進我國

健康食品產業發展。

因此本計畫之目的為：

- 一、普及正確膳食營養保健資訊並推動整體多元營養宣導教育。
- 二、推動國民營養法完成立法、加強政府行政組織間之橫向與縱向之連結與分工，以期整體性及永續性的規劃國民營養監測與有效的改善國民營養健康狀況。
- 三、定期辦理國民營養健康狀況調查與監測之模式、建構完善之國民營養監測及改善計畫。
- 四、提升我國健康食品科技產業之競爭力。

4.3.3.3 具體措施

- 一、普及正確膳食營養保健資訊並推動整體多元營養宣導教育
 - (一) 定期修訂與發布我國「國民飲食指標」、「每日飲食指南」及「國人膳食營養素參考攝取量」，以科學原理為依據，並考量國人健康問題、營養狀況、飲食習慣等，指引國人選用各類食物與份量，調配健康均衡的日常飲食，以避免營養缺乏，提升營養品質，進而能預防慢性疾病，維護健康。
 - (二) 行銷正確的飲食觀念、營養知識、攝食態度與行為，並加強各場域（學校、職場等）營養宣導教育，除此之外更擴

大民間資源參與，鼓勵餐飲業者與食品業者於供餐或購買環境提供健康飲食資訊或鼓勵工作職場實施員工飲食營養教育等。此計畫將以宣導民眾「攝取天天5蔬果」為主，由癌症防治角度切入，鼓勵民眾每天攝取三份蔬菜、二份水果，相對減少攝取過多肉類，達到均衡飲食，以促進民眾健康，增進農產品之銷售為主軸。

二、推動國民營養法立法，加強產、官、學、民間之共同合作，以期早日通過國民營養法之立法，待國民營養法立法完成即可加強政府行政組織間之橫向與縱向之連結與分工。

三、定期辦理國民營養健康狀況調查與監測之模式、建構完善之國民營養監測及改善計畫

(一) 建立全年齡層國民定期營養健康狀況田野調查、分析調查及監測之模式，如營養調查研究設計與抽樣模式之設計研修、飲食調查相關之各類問卷建立與研修、飲食調查方法及工具之建立與研修、營養調查標準作業程序及操作手冊之研修、營養調查訪員之職能訓練、調查檢驗之品質管控標準化、田野調查、飲食知識、態度及行為及相關資訊問卷調查及身體檢查結果分析；並建立機動性國民營養狀況偵查模式，建立簡易、機動，且具有科學實證效益之國民

營養狀況偵查機制，並依國民營養問題及改善政策規劃與推動，辦理偵查研究計畫。

- (二) 應用國民營養健康狀況監測成果，建置國民營養監測資料庫，定期發布國民飲食營養現況，以提供一般民眾了解及專業人士後續研究利用。發展研議國民營養監測相關研究及後續營養問題改善政策之機制，如設置「國民營養監測及改善工作小組」，定期召開會議。發展國民營養調查資料庫之加值性研究，以國民營養調查資料庫為基礎，辦理各項國民營養監測後續加值性研究及營養問題改善政策前置型研究。

4.4 主軸策略四、發展台灣智慧醫療服務

4.4.1 推動電子病歷

4.4.1.1 計畫目標

在保障民眾個人隱私為前提下，加速推動醫療院所醫療作業資訊化及病歷電子化，以提升醫療照護品質與病人安全；並且發展健康資訊技術促進院際電子病歷互通整合，以減少病患重複檢驗檢查及用藥情形，提升醫療資源之運用效能。

4.4.1.2 計畫內容概述

本計畫首先完備醫療院所實施電子病歷及院際間電子病歷交換所需相關法制，及擬訂與推動健康資訊應用隱私保護與資訊管理規範，以達到保障民眾健康資訊安全與隱私的目的。同時提供醫療院所相關之資訊安全講習、ISO27001：2005 驗證服務及培訓資訊安全種子人員，以強化醫療機構之資訊安全防護能力。此外，為了達到電子病歷互通之目標，訂定電子病歷互通之標準架構供院際病歷互通時遵循使用。最後，藉由提供政策法令、技術支援及財務補助等誘因，促使醫療院所加速推動實施電子病歷與院際病歷互通，以提升醫療品質及病人安全。

4.4.1.3 具體措施

一、建立我國電子病歷發展規範及基礎建設；

設置全國電子病歷發展委員會與工作小組，督促與規劃各項電子病歷發展規範與基礎建設，針對電子病歷與個人健康資訊的交換與利用等，研議訂定我國電子病歷隱私保護法規，以加強民眾對使用電子病歷之信心與信賴，並制訂電子病歷系統規範與開發共通元件，以供醫療院所與使用，奠定推動電子病歷的重要基礎。

二、推動院際電子病歷互通；

制定及維護電子病歷格式標準，以使醫療院所進行院際電子病歷交換時有相關標準可遵循，並遵循本署全國電子病歷發展委員會規劃之院際電子病歷互通模式及資訊安全與隱私保護機制，提昇本署影像交換中心為病歷交換中心，及進行初始階段之測試作業。其中，優先推動院際醫學影像及報告、血液檢驗及用藥紀錄互通，並分階段逐步擴展病歷交換中心使用率，減少重複檢驗檢查及用藥，使病患獲得連續性的醫療照顧。

三、鼓勵及輔導醫療院所發展醫療作業資訊化、病歷電子化等電子病歷基礎建設及互通：

提供醫院(不含署立醫院)部分財務補助及技術輔導、推動署立醫院實施電子病歷及委託廠商輔導診所採用符合全國電子病歷發展委員會制定之電子病歷系統規範。且依本署要求之病歷互通

項目，要求各醫療院所配合完成轉換病歷格式及編碼、建置相關系統及完成院際電子病歷交換等相關作業。此外，為了確認醫療院所對電子病歷之資訊安全保護能力與實作的完善程度，配合辦理電子病歷檢查作業及營運電子病歷驗證中心，以提供醫療院所電子病歷驗證服務。

四、落實醫院資訊發展與醫院評鑑及健保審查作業結合：

推動醫療院所進行健保專業審查及醫院評鑑採用電子病歷，並辦理相關宣導及教育訓練活動。

4.4.2 醫療影像數位化、影像傳輸計畫

4.4.2.1 計畫目標

- 一、提供民眾快速、便捷、高品質的醫療影像 e 化服務，且為電子病歷基礎建設。
- 二、支援偏遠地區，縮短城鄉數位落差，解決偏遠地區不易聘得放射科醫師之情事。
- 三、醫療資源分享，減少重複檢查。

4.4.2.2 計畫內容概述

- 一、完成所屬醫院 PACS 建置達影像數位化。
- 二、建立影像中心，將醫院、山地離島之影像異地備援至本署，提供跨院判讀及調閱。

三、建立虛擬判讀中心，提供平台供放射科專科醫師即時、無地域限制之判讀服務。

四、建立影像交換中心，供全國公私立醫療院局所分享醫療資源。

五、建立抽審制度及培訓人才，提昇判讀品質。

4.4.2.3 具體措施

署立醫院醫療影像判讀中心計畫係透過異地備援系統，將各院醫療影像資料備份至本署醫管會，並建置判讀中心，由本署醫院自行處理各項醫療影像報告，且建立影像抽審中心，擬委請台大醫院或其他醫學中心協助，以提升判讀中心之品質。

一、完成本署偏遠離島醫院及山地離島衛生所無片化建置

98年完成本署南投、嘉義、朴子、旗山、屏東、恆春、台東、玉里、金門、澎湖、八里、樂生、桃療、草屯、嘉南及胸腔病院等16家醫院PACS建置(南投等6家經費自籌)。建置項目包含PACS伺服主機及軟體、診斷及一般工作站、網路設備、備援主機及軟體等。

二、完成16家衛生所HIS及PACS建置

(一) 建置HIS系統：包含桃園縣復興鄉、高雄縣那瑪夏鄉及茂林鄉、連江縣北竿鄉、東引鄉、東莒衛生所、西莒衛生所等3縣7鄉23個巡迴醫療點。

- (二) 建置 PACS 系統：包含臺北縣烏來鄉、宜蘭縣大同鄉及南澳鄉、嘉義縣阿里山鄉、台東縣達仁鄉、蘭嶼鄉、綠島鄉(含海端鄉、延平鄉及金峰鄉建置跨區調閱系統功能)等 4 縣 10 鄉，共計 10 個單位。

三、建立影像中心

- (一) 擴充異地備援系統，將豐原、彰化、花蓮、南投、嘉義、朴子、旗山、恒春、屏東、台東、玉里、金門、澎湖醫院、胸腔病院及八里、樂生、桃療、草屯、嘉南療養院等 19 家醫院及 48 家衛生所。
- (二) 建立影像管理作業制度；如影像儲存週期、登入者權限等。
- (三) 開發建置影像管理及分析系統
- (四) 建立虛擬判讀中心
1. 判讀中心制度設計；人員、費用等行政管理及判讀作業流程。
 2. 判讀中心系統建置：
 - (1) 判讀作業系統
 - (2) 人力資源管理系統
 - (3) 帳務處理系統

四、建立影像交換中心，與健保局合作，建立影像交換平台。

(一) 交換中心作業制度設計

1. 交換制度規劃

2. 交換收費制度規劃

(二) 交換中心作業系統開發建置

(三) 軟硬體環境建置

五、建立抽審中心

(一) 抽審制度設計

(二) 線上抽審作業系統開發建置

六、人才培訓，委由醫學中心辦理

4.4.3 推動山地離島服務遠距醫療計畫

4.3.3.1 計畫目標

一、推動山地離島地區共用醫療資訊系統（HIS）及醫療影像傳輸

系統（PACS）建置計畫，縮短偏遠部落醫療城鄉差距。

二、推動遠距健康照護服務網絡，塑造優質健康生活。串連各種

服務系統與資源，建構社區、居家與機構照護服務模式，結

合台灣資通訊產業優勢，發展數位健康照護創新應用服務，

以達多元連續、全人照顧、在地老化之理念。

4.3.3.2 計畫內容概述

一、山地離島地區因環境因素限制，醫療資源普遍缺乏，又因交

通不便，民眾赴外地就醫不易，因此大多依賴當地衛生所提供必需之醫療服務。山地離島衛生所醫療設施在不斷充實改善下，已陸續提供一般門診及急診醫療所需。本案為提供後端支援醫院影像報告服務，讓「行動醫療」深入部落提供服務，以使偏遠山地離島地區居民享有大型醫院等級之醫療服務；另透過科技的協助，藉由共享醫療資訊平台，使山地離島衛生所與後端支援醫院形成醫療網，於個案後送時避免再重覆使用醫療資源。本署自 96 年起已分年分階段建置推動「山地離島地區共用醫療資訊系統(HIS)及醫療影像傳輸系統(PACS)建置計畫」，使衛生所人員即可透過此系統執行相關的醫療作業，期望藉由此模式能提供山地離島民眾與都會區民眾一樣，擁有完備的醫療照護品質。

二、本署自 96 年推動「遠距照護試辦計畫」，建置居家式、社區式和機構式三類照護服務的系統整合模式，透過資訊服務業、醫療服務業、醫療器材業、電信業、保全業、保健設備業等異業結合，發展創新之科技化照護服務，提供各種模式的健康照護創新應用，期望帶動健康照護產業相關領域市場發展；並透過遠距照護共通資訊平台的建置，串連各種照護模式，為民眾提供連續性照護服務。隨著人口快速老化與疾

病型態的慢性化，民眾對於長期照護的需求日趨殷切。而資訊通訊科技與電子化醫療器材的應用，則可為民眾提供多元化的健康照護服務。

4.3.3.3 具體措施

一、推動山地離島遠距服務

(一) HIS 系統：

為強化山地離島及原住民地區 HIS 系統(Health Information System)，使完整的醫療照護能深入偏遠部落，已完成建置新竹縣、苗栗縣、台中縣、南投縣、屏東縣等 5 縣 17 鄉 143 個巡迴醫療點。有鑑於此，本署 98 年上半年度正建置宜蘭縣、嘉義縣、花蓮縣及臺東縣共 4 縣 11 鄉 71 個巡迴醫療點。下半年度預計更擴大推廣到桃園縣、高雄縣、連江縣等 3 縣 6 鄉 20 個巡迴醫療點；山地鄉地區預計 99 年度全部完成建置。藉由醫療資訊化，以提升偏遠地區醫療服務品質；截至 98 年底山地鄉預計完成 90%，離島地區已完成 33.3%。

(二) PACS 系統：

建置 PACS(Picture Archiving Communication System)系統，已完成連江全縣與台北市立聯合醫院連線、花蓮縣秀林鄉與花蓮慈濟醫院連線，另苗栗縣泰安鄉等 8 個點與本署醫院連線。

山地離島地區醫療資源，透過醫療影像判讀中心即時提供衛生所醫療診斷，提升醫療服務之可近性、品質及滿意度。有鑑於此，本計畫本年度將完成宜蘭縣等 5 縣 7 鄉，共計 7 個衛生所建置醫療影像傳輸系統，同時亦建置跨區調閱系統功能包含宜蘭縣等 5 縣 12 個衛生所並與影像判讀中心平台整合，俾便衛生所人員透過此系統執行相關之醫療作業，達成資源共享，降低營運成本，提升服務競爭力之目標；截至 98 年底山地鄉預計完成 80%(含跨區調閱系統)，離島地區已完成 44.4%。

二、遠距照護

(一) 建立因地制宜服務模式，鼓勵醫療照護機構導入遠距照護服務模式，提升民眾健康品質。

1. 因應在地環境（如：都會、鄉村、山地離島）對健康照護需求之不同，建置與推廣居家式、社區式、機構式的遠距照護服務模式。
2. 結合相關業界與社政、衛政專家共同建立可行之服務營運模式，進行成本效益分析和訂定服務收費方式及補助機制。
3. 連結與整合現有資源（如：社區醫療群、長期照顧管理中心），與國內現有推動遠距照護之醫療院所研商結合發展可能性，以進行後端資訊整合連結，進而擴大遠距照護之服

務效益。

- (二) 遠距照護產業推動：推動醫療照護、醫療器材、系統整合、資訊軟體等異業合作，發展創新服務營運模式，以帶動產業及人才投入；開放資訊平台介面，以連結多樣化的醫療器材及設備，提供遠距照護創新應用試驗平台。
- (三) 制訂並推動與國際接軌之電子照護記錄與遠距照護資訊交換標準，建立安全及保障隱私的健康資訊交換環境。
- (四) 辦理教育訓練：推動遠距照護之跨領域人才培訓，厚植科技化照護人力，針對醫療照護機構服務人員，提供遠距照護相關在職訓練。
- (五) 舉辦國際研討會：推展遠距照護服務與科技之國際合作與交流，積極參與國際間科技化照護之推動活動及資源分享，邀請國外專家進行經驗交流與分享。

4.4.4 醫院安全關懷 RFID 計畫

4.4.4.1 計畫目標

- 一、藥品派送運用 RFID 核對，提供病人用藥安全服務，以提升醫療品質。
- 二、改善照護流程運用 RFID 管控，提升病患服務滿意度。
- 三、長期照護運用 RFID 監控示警，達主動關懷照護。

四、隔離病患運用 RFID 監控示警，提供安全照護。

五、治療及危險區門禁運用 RFID 管控，加強安全照護。

六、持續研發 RFID 在臨床上之應用。

4.4.4.2 計畫內容概述

一、本計畫以台中醫院 RFID 在醫療應用先導計畫之經驗為基礎，作為醫院臨床醫療推廣之參考，並改善及修正訂定標準作業流程，以更符合實際臨床醫療所需。

二、將 RFID 技術導入醫院資訊系統，運用先進之網路通訊及資訊科技，建立高品質之醫療照護模式及正確之流程管理制度。其內容包括病人用藥安全、醫療流程管控、長期照護、隔離病房及門禁管理等。並擴大至社區醫院、區域醫院、療養院、醫學中心等試辦，以為推廣至全國醫療機構應用之依據，以促進醫療資訊業之發展。

4.4.4.3 具體措施

本計畫依據醫院現行作業進行規劃，結合醫院 HIS 系統，與 RFID 的軟硬體及條碼技術進行整合，以大幅提升 RFID 技術在醫療方面整底應用之可行性。在上述原則下，依序發展相關系統。病患管理方面運用 RFID 相關技術，並串連 HIS 系統即時更新資料，提供病患第二辨識，藉此提高用藥安全。同時記錄病患動向並連

結門禁系統，同時紀錄病患與醫護人員接觸史，提供醫療安全機制。亦可偵測並病患動態降低意外發生機率。用藥安全部分除運用 RFID 技術外亦連結藥包機與藥品供貨系統，降低人為輸入錯誤，並借由系統機制提供第二種辨識方式，同步提高輸注液用藥安全。貴重儀器結合門禁管理系統自動回報貴重資產區域，避免貴重儀器遺失。相關措施方式如下：

一、用藥安全辨識重點措施－藥包機自動辨識供補管理

(一) 運用 RFID 結合電子秤主動提示藥盒需補貨及識別藥品正確性。

(二) 運用 RFID 主動提示藥包機藥品庫存需補貨量。

(三) 運用 RFID 識別藥包機之藥盒放置正確位置。

(四) 藥包機自動辨識供補管理。

二、藥品圖文輔助辨識管理

(一) 運用 RFID 於住院病患給藥之核對。

(二) 運用 Bar-code 於門診病患給藥查詢。

(三) 運用 RFID 或 Bar-code 輔助藥師核對處方用藥。

(四) 運用 RFID 或 Bar-code 輔助護理人員領藥之核對。

(五) 整合條碼增加用藥安全並管制藥品。

三、流程管理重點措施

(一) 住院照護流程管理

1. 運用 RFID 於行動護理車，紀錄巡房照護時間，俾按時給藥、醫囑執行。
2. 主動提示臨時醫囑異動及正確核對。
3. 住院照護流程管理(給藥、照護、處置)。

(二) 貴重儀器管理

1. 運用 RFID 輔助管控儀器使用管理。
2. 運用 RFID 輔助儀器校正維護。

四、長期照護管控重點措施－健康行動醫療照護

- (一) 運用 RFID 識別精神、失智及護理之家病患活動範圍管制及緊急呼叫。
- (二) 運用 RFID 輔助醫師對失智老人自動實施醫療多媒體治療。
- (三) 即時監控病患位置及管理。
- (四) 護理之家、失智老人、精神病房等之健康醫療照護。
- (五) 緊急事故通報。
- (六) 數位學習系統衛教運用。

五、隔離病房控管重點措施

- (一) 隔離病房監控定位-隔離監控系統。
- (二) 自動記錄護理人員接觸史。

(三) 追蹤紀錄、管理-追蹤定位系統。

六、門禁管理重點措施－運用 RFID 於治療區域

4.4.5 推動健康資料庫增值應用計畫

4.4.5.1 計畫目標

- 一、提昇健康資料品質與健全資料內涵。
- 二、規劃及建置健康指標與基礎資料庫。
- 三、規劃及建置健康指標與基礎資料增值應用平台。
- 四、規劃及建置健康資料增值應用協作中心。
- 五、因應未來發展與遠程規劃。

4.4.5.2 計畫內容概述

本計畫系統建構將採逐步擴充的方式。97 年度與 98 年度將成立專案辦公室，檢討現有健康指標與基礎資料庫內涵，加強資料安全與提昇資料品質，蒐集內外部需求，規劃集體性之健康指標、基礎資料庫、增值應用平台與協作中心之建置，規劃風險評估與內外部管控機制之建置，推廣本計畫的應用層面等；99 年度除了建置健康指標與基礎資料庫、提供指標查詢及增值分析工具之外，將進一步於既有之基礎資料庫架構上，開發增值應用平台，並持續規劃協作中心之成立，且試行讓現有資料增值的需求者可於通過審查後，有條件地使用平台處理相關資料，以產生現有健

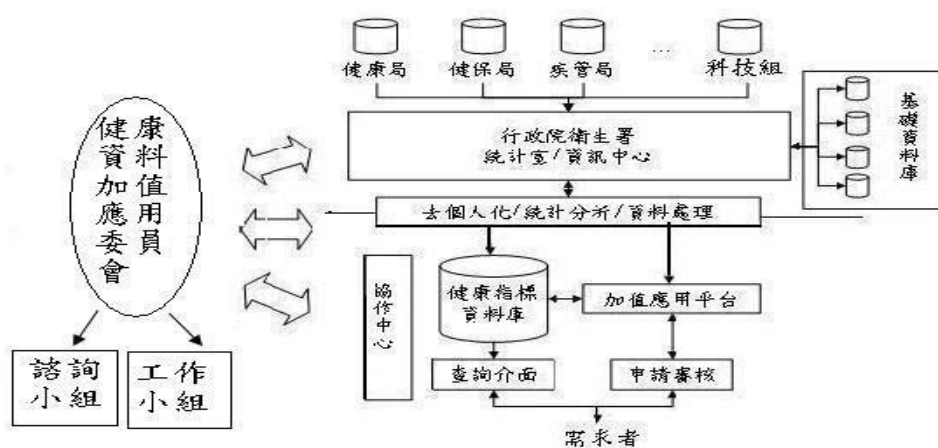
康指標庫無法滿足之統計量；於 100 年度正式成立協作中心，除負責維運健康指標、基礎資料庫及增值應用平台之外，亦將檢討各項作業程序與規範，制定永續經營之營運模式，結合學術團體與研究機構組成營運團隊，能持續不斷地提供健康資料增值應用服務，並可逐步充實基礎健康資料庫內容，產製多元性的健康指標，符合國際健康潮流與公共衛生趨勢，且能擴大國內相關學術研究層面。

4.4.5.3 具體措施

一、建構健康指標與基礎資料庫

健康指標意指由基礎 (essential) 健康資料庫所產生的健康指標，指標內容僅包括統計分析後之次級資料或統計量；而健康指標之製作及未來創新之增值應用都需要相關基礎資料庫的支持，因此 97 年度與 98 年度與須蒐集本署各單位與附屬機關對健康指標與基礎資料庫需求，並將相關健康指標需求項目進行分類與定義。基礎資料庫將透過適當介面將資料由各單位收集至本署資訊中心或統計室，由統計室派專人加密後加以儲存以備後續應用，各單位提供具個人辨識碼之原始資料檔即予以封存統計室，不對外提供未加密之原始資料檔，加密後之資料庫將採分散式架構儲存，未來如有必要再依據不同應用目的再作聯結，並不預先

做資料之聯結，視增值個案需要，由基礎資料庫取出所需資料於增值應用平台進行處理，包括去個人化、資料處理、統計分析與模糊化等，才將集體性之次級資料或統計量存入健康指標資料庫；或經審核後對外提供，指標需求、增值個案需求、所需資料內涵、資料處理步驟時程、平台使用、產生資料之格式與內容、對外提供統計結果內容與方式等，均需透過一定的審核、監督與管控程序為之，審核、監督與管控機制之制定與執行，由健康資料增值應用委員會及諮詢小組、工作小組與協作中心為之。其系統架構如下圖：



NHIP 推動健康資料增值應用架構圖

資料之品質影響其所產生指標的有效性，因此除了實作健康指標之外，提昇資料品質也是本階段之重要工作項目之一。例如資料

的缺漏、不合理值等之比對、檢誤等，除維持資料之合理性、一致性與可用性等外，亦須明確提出相關資料的使用限制及相關資料信效度的分析。

除了健康指標、基礎資料庫、增值應用平台與協作中心之規劃與建置外，97 年度與 98 年度亦須研提資料使用之內外部管控與風險管理機制，與後續本計劃之執行過程中，對可能發生之風險（如個別資料外洩、信用損壞等）能預作預防、監控、溝通與爭議產生時之處理機制。

二、建構健康資料增值應用平台

本計劃除利用現有基礎資料庫產製健康指標外，為提升基礎資料庫的創新應用。因此於 99 年度，本計劃將於既有健康指標與基礎資料庫之基礎上，持續開發增值應用平台，讓有資料增值需求者可以提出申請，經過健康資料增值委員會審查後，透過平台取得必要之服務。增值應用平台所提供的服務可分為兩大類：(1) 接受指標資料增值處理服務申請，提供最終資料處理結果；(2) 接受資料增值需求者使用增值應用平台申請，採實體隔離自行操作，且僅能攜出不具個別資料性質之統計量。為應資料增值需求者熟悉相關資料庫內涵與使用，將就各類資料規劃建置虛擬資料庫。

99 年度持續規劃協作中心及其服務流程與規範，以及未來之營運模式，包括組織架構、智慧財產權歸屬、服務項目、服務收費標準以及永續營運模式之財務分析與平衡計劃等。

三、成立健康資料增值應用協作中心

本計劃將於 100 年度成立健康資料增值應用協作中心，除了藉原有之健康指標與增值應用平台，提供與資料增值有關之處理分析等專業服務外，並持續收集新的資料或視需要產生新的健康資料與指標，開發新的增值應用需求，逐步健全我國衛生健康指標，以滿足衛生決策需求，並符合國際發展趨勢，亦可整合各學術研究團體共同開發增值應用平台之使用，以真正達到提高健康資訊之整合性與增值應用之創新性。

100 年度將規劃協作中心之組織與營運模式，依據 97、98 與 99 年度之執行狀況加以分析；檢討可永續經營之營運模式與組織架構。

4.5 主軸策略五、推動國際及兩岸醫療

4.5.1 醫療服務國際化旗艦計畫

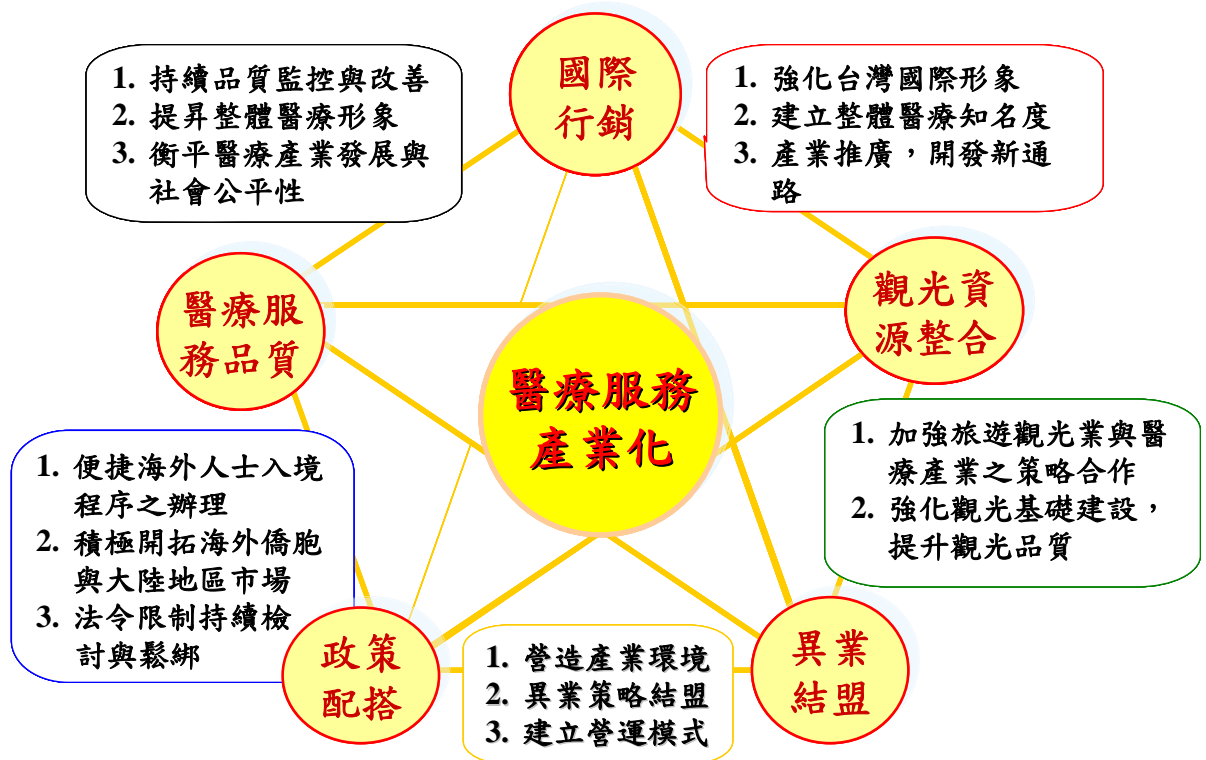
4.5.1.1 計畫目標

結合臺灣的優質醫療、高科技與親善服務，整體行銷規劃「醫療服務國際化」，宣揚臺灣優質醫療服務暨提升外交與觀光發展，塑造我國優良國際形象；並結合產、官、學界之相關資源及醫療服務網絡，營造國內國際醫療產業環境發展，提供予國內醫療界持續進步動力，提升我國醫療產業之競爭力，整合相關產業暨帶動相關產業進步。

4.5.1.2 計畫內容概述

台灣醫療服務產業處於成熟階段，整體醫療服務產能尚有餘裕，爰配合國家政策推動醫療服務國際化，以不排擠國內民眾就醫權益為優先考量，配合推動一般產業性的國際醫療，並以協助國際人道救援次之。

本署自 96 年起推動辦理「醫療服務國際化旗艦計畫」，完整規劃醫療服務國際化整體策略、輔導及評估計畫，建立台灣醫療服務國際化之平臺，進行國家醫療服務形象整體行銷，醫療機構建立商業服務模式之輔導，並就本計畫之推廣對於國內醫療機構與民眾之衝擊進行相關評估分析。計畫架構圖如下所示。



4.5.1.3 具體措施

一、建立醫療服務國際化平臺，並持續強化該平臺之功能

成立「醫療服務國際化專案管理中心」，作為資訊流通及整合之平台，進行通路規劃與行銷、建立外語化資料、專業培訓暨課程規劃、參與國際醫療服務展覽與會議、建立與國際保險業者合作通路(含國內保險公司)、辦理對外醫療服務國際化窗口，並彙整政府相關部會資訊及通路資源供醫療機構參考運用；另為整體行銷宣傳我國醫療服務國際化，建置多語系之統一入口網站，網站內容包括我國醫療服務強項介紹、國際病人就醫流程、建議基本收費表、交通生活資訊與及時聯絡窗口等資料俾供國際人士

參考使用。

二、籌組醫療服務國際化整體規劃小組，藉以整合、協調各部會資源

鑒於醫療服務國際化之推動涉及跨產業結合、行銷宣傳等整體推動策略規劃事宜，極須政府各機關部會間共同合作，挹注相關資源，爰而籌設「醫療服務國際化整體規劃小組」，由本署推派適當人員擔任召集委員，並聘請行政院經濟建設委員會、交通部觀光局、行政院新聞局、經濟部國際貿易、行政院大陸委員會、僑務委員會、外交部等有關機關，以及相關領域專家者共同擔任本小組委員，依實際計畫推動情形召開會議檢討推動策略與方針，並適時投入各該部會機關可供結合之資源。各相關部會之政策作為與協助與挹注資源與整理如下表：

部會名稱	政策與作為與挹注資源
行政院經濟建設委員會	協調部會資源分配與產業環境營造
交通部觀光局	<ol style="list-style-type: none">1. 串聯旅遊業者與醫療院所，輔助旅遊業者開發養生、保健、醫美行程等，並給予廣告與補助獎勵，協助業者包裝產品2. 台灣保健觀光旅遊之國際行銷與推動。例如：製作各式之宣傳摺頁3. 國際人士來台旅遊之統計分析，將來台旅客於保健、醫療服務之消費及動向調查資料提供

部會名稱	政策與作為與挹注資源
	參考
行政院新聞局	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將台灣整體醫療服務形象納入台灣國情宣傳短片，藉此展現台灣優異的醫療技術與服務品質 2. 由該局駐外單位協助發布相關新聞稿，並適時分發本案文宣資料 3. 適時於國際間發布計畫相關新聞，協助增加國際曝光與知名度 4. 協助聯繫駐台記者採訪 5. WHO 文宣專刊配合刊登本案相關資訊
經濟部	<ol style="list-style-type: none"> 1. 配合相關展覽，辦理研討會，邀請外國專業人士來台經驗分享。 2. 組團參加國際醫療展覽及論壇，以宣傳台灣優質醫療服務，開拓國際醫療客源。 3. 協助媒合國內業者與可供結盟合作之企業或機關團體(例如：保險公司、跨國企業客戶、非營利團體、宗教團體、辦理國際活動之廠商等)，建立國際行銷通路。
僑務委員會	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助辦理台灣醫療服務國際化宣導團 2. 提供僑界可供配合行銷之活動行程並協助安排宣傳活動 3. 協助向僑胞宣傳本計畫相關資訊及鼓勵僑胞返台接受醫療服務
外交部	<ol style="list-style-type: none"> 1. 持續簡化外籍人士來台就醫入境程序 2. 協助收集醫療簽證統計資訊，並定期提供參考 3. 透過駐外館處行銷推廣或洽排外國訪賓了解國際醫療服務狀況，提高台灣醫療品牌能見度

部會名稱	政策與作為與挹注資源
行政院大陸委員會	協助蒐集大陸地區對此項計畫回應之相關情資
內政部入出國及移民署	<ol style="list-style-type: none"> 1. 持續簡化大陸人士申請來台就醫之程序 2. 協助收集大陸地區人士來台申請就醫之統計資訊，並定期提供參考 3. 受理大陸人士來台就醫入境許可之申請與核發
行政院金融監督管理委員會	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助國內醫療產業與外國保險業在臺子公司或分公司溝通，俾了解與國際保險業者合作通路建立之可行性 2. 醫療產業有醫療責任保險需求提出時，協助轉請產險公會協調研議開發保險商品之可行性

三、辦理醫療服務國際整合行銷措施。

因我國於國際醫療服務的發展上，目前尚處於萌芽階段，縱使目前擁有價格與品質上的優勢，但在缺乏國際知名度與許多發展成功的競爭對手情形下，顯然無法收到良好的效益，爰此行銷台灣整體優質醫療的形象為本計畫首要重點，行銷訴求以「台灣」為圓心，以優質醫療科技服務為半徑，勾勒台灣專業形象，具體措施為整合跨部會資源，進行多元化行銷，透過節目製播、短片製播、記者會、跨媒介宣傳、影音輸出產品執行，將台灣醫療優勢推廣至海外，以創造台灣特有之國際醫療品牌形象。

四、營造醫療服務國際化產業發展環境，輔導建立醫療服務國際

化商業模式(business model)。

- (一) 簡化醫療簽證、大陸人士申請來台就醫之申請程序，降低國際及大陸人士來台之障礙。
- (二) 輔導醫療院所與相關產業資源進行聯結及整合，例如與旅遊業者、飯店業者、航空業者進行異業整合。
- (三) 輔導醫療機構建立風險管理機制，包含風險預防、風險溝通、及處理因應可能衍生的醫療糾紛，並評估開發醫療傷害補償險之可行性，並使該醫療傷害補償險之收費、理賠、申請標準公開透明化，使民眾(不分國內與國際人士)可自由選擇可負擔的保險產品，藉此於不幸發生醫療傷害事故時，無須再像以往花費長時間進行訴訟，甚至被要求擔負舉證責任，而可以在經過簡單的因果關係排除下，迅速獲得補償，以降低醫療傷害發生之衝擊。

4.5.2 金門醫院醫療大樓興建計畫

4.5.2.1 計畫目標

- 一、建構金門地區，符合國家 2010 年醫療網衛生指標白皮書之規劃床數。
- 二、對應金門地區人口增長與激增之小三通台商與旅客，所衍生之醫療與衛生需求。

三、提昇金門醫院硬體與動線，促進病人安全與符合現階段金門醫院之發展需求。

四、奠定衛生署金門醫院未來發展之硬體基礎，以服務與面對金廈區域之醫療生態變化。

4.5.2.2 計畫內容概述

新建綜合醫療大樓、精神醫療大樓各一棟。興建期程：民國98年至民國101年，民國102年啟用營運。

4.5.2.3 具體措施

一、興建規模：總樓地板面積 29,400 平方公尺。

(一)綜合醫療大樓為地上 8 層，地下 1 層，樓地板面積 22,700 平方公尺。

(二)精神醫療大樓為地上 3 層，樓地板面積 6,700 平方公尺。

(三)本綜合醫療大樓興建完成後，與舊有院舍調整運用，設總病床 526 床(含日間照護及洗腎床計 80 床)，其中一般病床 380 床、特殊病床 65、日間照護及洗腎 80 床。

二、本案興建完成後將朝區域醫院等級醫院發展，羅致次專科醫師、購置相關醫療設備，除可提供金門當地民眾優質醫療服務，減少後送台灣醫療個案數外，並配合小三通之發展，同時提供旅遊人口及廈門地區台商相關的醫療服務。

4.6 主軸策略六、強化國家衛生安全

4.6.1 國產疫苗自製計畫

4.6.1.1 計畫目標

促使廠商於國內投資疫苗廠產製疫苗，以因應新興傳染病疫苗接種之緊急需求，有效提昇我國疾病預防與健康照護之水準，保障國家安全。另為穩定國內抗蛇毒血清供應，提昇免疫技術及原料品質，將製造技術移轉民間，提昇產業價值。

4.6.1.2 計畫內容概述

為鼓勵疫苗產業發展，規劃腸病毒疫苗長期採購案。另因應本(98)年發生之 H1N1 新型流感可能造成秋冬期間發生大流行疫情，規劃購買 H1N1 新型流感疫苗至少 1,000 萬劑，並邀請美國食品藥物檢驗管理局人員協助，提供國內疫苗查驗登記之指導，以積極協助國內廠商產製疫苗，提供安全的疫苗讓民眾接種。

規劃新建符合國家 cGMP 規範要求之免疫馬場，與民間合作建置免疫馬匹專業飼養管理、高抗體效價馬匹繁殖等運作及研究機制，提昇我國馬匹免疫技術及抗蛇毒血清產量，亦可藉此協助產製其他國家所需之抗蛇毒血清，除可增加產業效益並兼收拓展外交邦誼之效。

4.6.1.3 具體措施

一、採購 H1N1 新流感疫苗

於 98 年 12 月前採購 H1N1 新流感疫苗 1,000 萬劑，儲備防疫所需疫苗，並藉此提升國內廠商流感疫苗之產製技術。

二、採購腸病毒 71 型臨床試驗及疫苗

規劃腸病毒 71 型疫苗採購案，預計於 100 年執行臨床一、二期試驗，101 年執行臨床三期試驗及長期採購腸病毒 71 型疫苗疫苗。

三、新建符合國家 cGMP 規範要求之免疫馬場並委託營運

(一) 採整體規劃分期施工之方式執行，預計於 3 年內建造完成

我國第一個符合 cGMP 免疫馬場，建築面積約 1,911 坪，包括馬舍、繁殖場、運動場等相關房舍及馬匹免疫採血等相關設施，其飼養規模可達免疫用馬 100 匹及繁殖用馬 50 匹，可供每年生產精製 1 萬瓶抗蛇毒血清之馬血漿。

(二) 委託民間機構維護管理免疫馬場相關設施、管理照護免疫

馬匹及自行育種繁殖高抗體效價馬匹等項目。於免疫馬場落成第 1 年起，將委託給具備免疫馬飼養管理等技術支援體系之民間機構或學校負責營運。並將進行馬匹免疫技術改良、免疫馬匹管理照護、高抗體效價馬匹自行育種繁殖等，達成扶持國內相關產業，發展國際市場之願景。

4.6.2 血液製劑發展計畫

4.6.2.1 計畫目標

發展國內血液製劑產業及促進血液製劑安全性技術之研發。

4.6.2.2 計畫內容概述

我國自推動自願無償捐血以來，於民國 80 年國民捐血率首度達到 5.18% 之國際公認無償供血之國民捐血率，迄今我國一直維持國民捐血率大於 5% 以上，維持百分之百之無償捐血供應醫療用血，使我國邁入血液事業先進國家之列。為發展國產血液製劑產業，降低本國依賴國外進口的情形，並提升血液製劑之安全與品質，確保其穩定供應，爰依「血液製劑條例」，訂定『血液製劑發展方案』，推動相關發展措施，使國內血液製劑安定供應。

4.6.2.3 具體措施

一、確保無償捐血制度運作及血液的安全與品質

二、鼓勵發展國內血液製劑產業及安全性技術研發

(一) 研(修)定相關獎勵輔導措施，獎勵血液製劑製造廠之興建

或血液製劑產品之投資。(經濟部)

(二) 血液製劑產品安全性技術提升。(經濟部)

以國內捐血來源之血液製劑製造業者，申請經濟部相關的

科技專案計畫經費，進行血液製劑製造之安全與關鍵技術研發計畫及費用。

(三) 衛生署依據「血液製劑條例」，加強推動醫療機構優先使用國血製劑。

(四) 建構良好之國內血液製劑產業發展環境。

1. 對國人血液製劑之健保核價得專案辦理，對國外輸入之血液製劑以自費方式處理。
2. 由單一機構統合管理國外血液製劑輸入量。
3. 政府每年固定收購一定數量之國血製劑。

4.6.3 管制藥品自製計畫

4.6.3.1 計畫目標

管制藥品管理局製藥工廠充分利用廠房空間、設備及人力資源，以供應國內疼痛醫療所需第一級、第二級管制藥品，經由擴大民間參與協助研發、製造之策略，節省成本、增加效率，提高國產自製比率。

4.6.3.2 計畫內容概述

管制藥品管理局製藥工廠為突破人力、設備資源不足與廠房空間限制等困境，預定將目前輸入之第一、二級管制藥品製劑，逐步委託由國內符合 GMP 相關規範之民間藥廠製造，並由製藥工

廠建立安全管制機制，派員駐廠監製，藉助民間力量參與公共事業，依循序漸進方式，俟管制藥品相關管理法規修訂、公家資產鑑評價、現有員工權益的規劃安排等配套措施完成後，逐步轉移民營，提高國產自製比率，並藉自由市場機制，達到降低藥價、擷節健保資源、促進國內製藥產業及經濟發展。

4.6.3.3 具體措施

一、管制藥品委託民間藥廠製造

將目前管制藥品管理局以輸入方式供應國內醫療使用之第一級、第二級管制藥品，採取公開招標辦理委託民間藥廠製造，提高國產自製比率。執行重點如下：

- (一) 政策研議：邀集局內、外相關單位與具藥政、製藥背景之專家學者共同研議有關經費編列、藥事法規、管制藥品管理等相關議題。
- (二) 擬訂委託製造之安全管理規範：依我國民情，第一級、第二級管制藥品貿然完全開放民間製造，恐有無法有效防制濫用之隱憂，必須基植於安全管制機制下，以協力製造或委託製造方式，增加產品製造之整體效益。
- (三) 擴大公開徵詢民間參與意願：請台灣區製藥工會函知各會員，參與委託製造之意願。

(四) 規劃委託製造優先順序：依據委託製造之效益以及民間參與意願，擬定委託製造之優先順序，據以實施。

(五) 辦理委託製造招標：於確認委託製造項目後，規劃委託製造需求說明書，制訂招標簽約條件、製程進行方式、產品規格材料、廠商之作業條件、付款方式及相關文件，依政府採購法辦理招標。

二、管制藥品製藥工廠民營化

本措施於完成修訂政府主管機關組織法、「管制藥品管理條例」等相關法律後，即可執行。依民間資金加入之比例，可以公民合資與完全民資兩種模式，成立公司運行，其性質、權利與義務完全等同於民間企業，達到實質促進民間企業投資生產，同時提升管制藥品國內自製比率。執行重點如下：

(一) 辦理資產鑑評價：辦理清算現有公資產，包括土地、建物、硬體設備、軟體所有權等。

(二) 招標：採行公開招標，簽訂協議，達公開、公平原則，避免圖利他人或利益輸送之質疑。

(三) 公投資預算編審：鑑於公私合資成立新公司牽涉政府投資行為，須透過預算編審程序。

(四) 成立新公司籌備處：申請公司設立登記及簽訂相關合作協

議。

(五) 現有員工權益的安排規劃：具有公務員身分者可移撥至其他機關或單位，不具公務員身分者或採留用、或從優結算資遣、或辦理退休方式處理。

伍、追蹤管考

一、各執行單位主管研考或主辦研考之人員負責該機構主辦項目之考核與評估工作。

二、本方案之執行進度追蹤管考，由行政院衛生署總追蹤管考單位設置本方案執行情形追蹤管考系統(Intranet Web Based)，各執行單位應依管考週期（每半年）定期於該系統填報執行進度，再由本署總追蹤管考單位審核後陳報行政院審定。

三、本方案預計投入資金，如有不可抗力之因素，發生短缺，將適時檢討調整績效指標。

陸、健康照護升值白金方案-各分項計畫預算配置與績效指標表

柒、健康照護升值白金方案-各分項計畫經費來源分析表