

拾肆、政府推動醫療平權相關措施執行情形

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）憲章指出，不分種族、宗教、政治信仰、經濟或社會條件，享受最高可能水準之健康，係每一個人之基本權利。惟隨著經濟、社會與環境等差異，不同社會群體獲取健康之權利產生落差，造成「健康不平等」（Health inequalities）現象，爰 WHO 呼籲各國應採取積極措施及政策以消弭及減少健康不平等，確保每位國民之健康基本人權獲得保障，各成員國並於 2011 年共同簽署「健康社會決定因素里約熱內盧政治宣言」（Rio Political Declaration on Social Determinants of Health），宣示強化跨部門合作，共同因應影響健康福祉之社會因素，以實現社會與健康公平；而我國為接軌國際趨勢，亦於臺灣永續發展目標列示核心目標 3「確保及促進各年齡層健康生活與福祉」，致力提升全體國民健康福祉。按政府近年持續推動各項政策，改善原住民族及偏鄉地區居民醫療資源可及性及品質，惟囿於偏鄉教育經濟水準落差、幅員遼闊交通不便等因素，加以醫療資源及健康識能發展較為不足，致使當地民眾健康情形相對欠佳。衛生福利部（下稱衛福部）為強化醫療保健服務品質及可近性，於 108 至 112 年度辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」，納列緊急醫療資源不足地區改善計畫等 20 餘項子計畫，復於 113 至 116 年度續辦第二期計畫，總經費計 56 億 6,090 萬餘元（表 1），推動「強化在地緊急醫療處理能力」、「提升基層醫療服務量能」、「充實在地醫療人力」、「強化緊急後送機制」等 4 大策略，期改善國人健康不平等情形，並落實偏鄉醫療服務全面覆蓋（universal coverage）之政策目標。茲將 WHO 因應健康社會決定因素之行動、政府推動醫療平權相關措施概況暨審計機關重要審核意見，說明如次：

表 1 優化偏鄉醫療精進計畫第二期經費規模

單位：新臺幣千元

年度\項目	合計	經常門	資本門
合計	5,660,904	2,283,784	3,377,120
113	161,578	161,578	-
114	1,453,313	518,802	934,511
115	2,750,224	783,702	1,966,522
116	1,295,789	819,702	476,087

註：1. 該計畫核定經費僅列計「偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫」、「強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務」、「整合偏鄉醫療照護資訊連結」、「充實在地牙醫醫療量能」、「原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質」、「偏鄉醫師留任獎勵計畫」及「強化衛生所（室）醫療照護服務資源」等工作項目，其餘工作項目均以機關現有預算支應辦理。

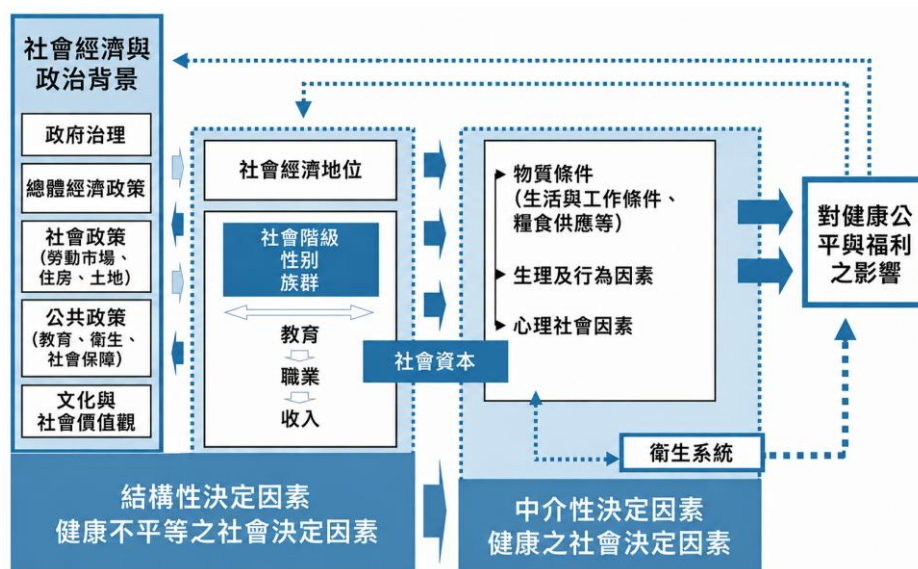
2. 資料來源：優化偏鄉醫療精進計畫第二期計畫書。

一、世界衛生組織因應健康社會決定因素之行動

WHO 於 2010 年提出健康社會決定因素行動概念框架(A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, 圖 1)，揭示各群體間因教育、職業、收入等

社經條件不同，造成其環境（如居住環境、工作條件、消費能力等）、心理（如壓力、人際關係、社會支持等）、生理及行為（如營養、體能活動、菸草及酒精消費等）等差異，進而導致不平等之健康結果，該等因素統稱

圖 1 WHO 健康社會決定因素行動概念框架



資料來源：本部整理自 WHO 2010 年健康社會決定因素行動概念框架。

為健康之社會決定因素（Social Determinants of Health, SDH）。爰 WHO 成員國於 2011 年共同簽署「健康社會決定因素里約熱內盧政治宣言」，呼籲各國除改善衛生醫療系統外，亦應跨部門合作強化健康社會決定因素（SDH）之行動能力，導入「健康融入所有政策」（Health in All Policies）精神，以實現健康平權。WHO 並於 2012 年第 65 屆世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）決議敦促各會員國落實該政治宣言之承諾，從社會、經濟及環境等影響健康之根本因素採取行動，改善健康不平等問題，進而促進健康平權及永續發展。

二、政府推動醫療平權相關措施概況

我國健康平權推動策略，歷來係以原住民族、弱勢族群、山地離島及偏遠地區居民等為目標族群，推動提升醫療照護服務可近性、強化在地醫療量能及緊急後送機制、充實在地醫事人力、改善醫療數位落差及照護設施等多項政策或計畫措施，投入資源強化其健康及醫療照護服務。衛福部並報經行政院核定自 108 年度起辦理優化偏鄉醫療精進計畫，納入前開措施賡續推動，114 年度相關經費規模合計 134

億餘元。茲就醫療照護服務可近性促進情形、醫事人力分布均衡強化情形、醫療數位落差及照護設施改善情形、弱勢族群疾病預防及醫療照護服務推動情形等面向，分述如次：

（一） 山地離島及偏遠地區醫療照護服務可近性促進情形

政府為提升偏鄉醫療照護可近性，改善其醫療服務品質，由衛福部及所屬中央健康保險署（下稱健保署）陸續推動全民健康保險（下稱健保）山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System，下稱 IDS 計畫）、健保偏鄉地區全人整合照護執行方案、健保西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案等措施，將醫療資源送入偏鄉，以協助提供專科診療、巡迴醫療等醫療照護及健康促進服務；另為強化偏鄉急重症處理能力，持續辦理醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵等計畫，期提升偏鄉急重症緊急醫療服務量能，114 年度相關計畫經費計 111 億 1,801 萬餘元（表 2）。各項重要措施執行情形擇要說明如次：

表 2 114 年度偏鄉醫療照護服務相關計畫經費規模

單位：新臺幣千元

項目	辦理機關	經費規模
合計		11,118,014
IDS 計畫、健保偏鄉地區全人整合照護執行方案	健保署	1,356,600
健保西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案		6,100,800
健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫		2,000,000
醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫	衛福部	755,740
緊急醫療資源不足地區改善計畫、提升醫療資源不足地區重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫		251,490
充實在地牙醫醫療量能		401,580
空中救護審核機制計畫、金門連江澎湖三離島地區航空器駐地備勤計畫		241,591
強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能計畫、離島地區醫院化療照護中心計畫		10,213

註：1. 本表經費規模包含優化偏鄉醫療精進計畫第二期核定經費、各辦理機關預算支應經費。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

1. 外部醫療資源引進山地離島地區：健保署為提升醫療可近性，歷年於山地離島地區推動 IDS 計畫，由承作計畫之大型醫院進駐山地離島地區，與在地院所共組團隊，提供專科診療、急診、巡迴醫療等醫療照護服務（圖 2）；復為改善 IDS 計畫側重疾病診療之服務模式，自 111 年起試辦偏鄉地區全人整合照護執行方案，由承作醫院與當地院所合作，以健康促進為主，醫療診治為輔，提供在

地民眾整合性之照護服務。

114 年度計有 21 家 IDS 計畫承作醫院至 43 個山地離島（含適用地區）鄉鎮提供醫療服務 45 萬餘人次；另有 7 家醫院至 9 個山地離島地區提供全人整合照護服務 14 萬餘人次。

2. 西醫、中醫、

牙醫醫療資源不足地區改善

方案：健保署為均衡醫療資源分布，獎勵醫師至 IDS 計畫實施地區以外之醫療資源不足地區開業或提供巡迴醫療服務。114 年度西醫醫療資源不足地區改善方案執行結果，計有 2 家診所開業，並有 183 家院所至 123 個鄉鎮辦理巡迴醫療，服務 30 萬餘人次；中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案執行結果，則各有 11 家、17 家診所開（執）業，並分別有 162 家及 341 家院所至 124 個、136 個鄉鎮辦理巡迴醫療，服務 34 萬餘人次、14 萬餘人次。

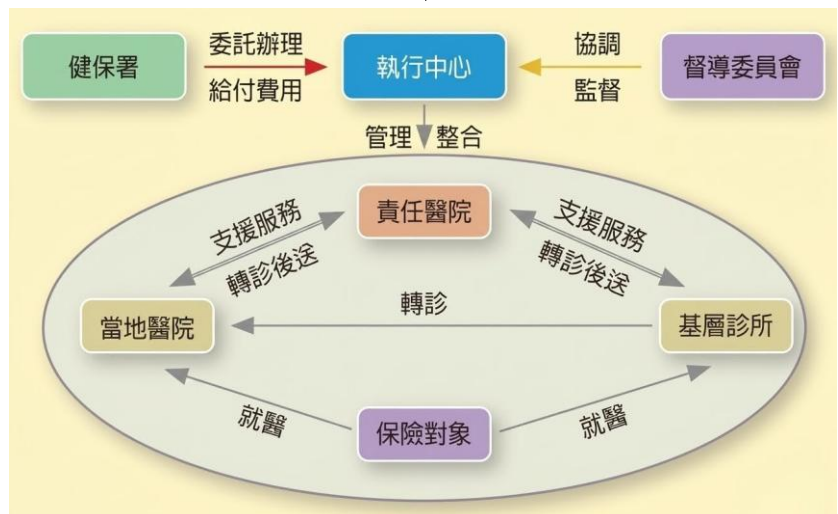
3. 醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫

院緊急醫療照護服務獎勵計畫：衛福部為提升離島及醫療資源不足地區民眾就醫之可近性，獎勵大型醫院支援該等地區急診與急重症之專科醫師人力，以協助當地醫院提升急診、加護病房、腦中風、冠心病、重大外傷、高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護等緊急醫療能力。114 年度計有 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 28 家離島及醫療資源不足地區醫院 137 名急重症專科醫師人力。

（二） 山地離島及偏遠地區醫事人力分布均衡強化情形

我國山地離島及偏遠地區因地理環境特殊及交通不便，醫療資源相對匱乏，且人口較為稀少，執業所得不符經濟效益，醫事人員羅致困難。衛福部為培育在地醫事人才，落實醫療在地化，陸續推動原住民族及離島地區醫事人員養成計畫、重點科別培育公費醫師制度計畫、偏鄉醫師留任獎勵計畫等，期透過公費培育、在職獎勵等措施，充實偏遠地區醫療人力，114 年度相關計畫經費計 4 億 4,398 萬餘元

圖 2 IDS 計畫運作模式



資料來源：擷取自健保署（2014）「全民健保山地離島醫療服務紀實」，頁 31。

(表 3)。另為改善護理人員執業環境，實施醫院急性一般病床之三班護病比標準及辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫，並為減輕護理人員工作負荷，辦理住院整合照護服務計畫，鼓勵醫院導入照顧服務員（下稱照服員）共同合作照護病人模式，114 年度相關計畫經費計 30 億 6,600 萬元。各項重要措施執行情形擇要說明如次：

表 3 114 年度偏鄉醫事人力相關計畫經費規模

單位：新臺幣千元

項目	辦理機關	經費規模
合計		443,981
原住民族及離島地區醫事人員養成計畫	衛福部	140,310
重點科別培育公費醫師制度計畫		147,940
偏鄉醫師留任獎勵計畫	國軍退除役官兵輔導委員會	60,762
	衛福部	83,798
補助醫事人員至原住民族及離島地區開業	衛福部	2,401
建構在地醫療網絡試辦計畫		5,770
整合偏鄉醫療照護資訊連結		3,000

註：1. 本表經費規模包含優化偏鄉醫療精進計畫第二期核定經費、各辦理機關預算支應經費。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

1. **原住民族及離島地區醫事人員養成計畫：**衛福部為穩定偏遠地區醫事人力，培育具原住民身分及設籍於離島、偏鄉地區之公費醫師，分發至原住民族及離島地區之衛生所、醫院、長期照護管理中心或長期照護服務機構等，並以學生簽約時戶籍所在地之衛生所或公立醫院為優先，補實該等區域所需基本醫事人力。截至 114 年底止，已培育 1,655 人（包括醫學系 786 人、牙醫系 171 人、護理系 349 人、專科護理師碩士 141 人及其他學系 208 人）。

2. **醫學系一般公費生培育制度與重點科別培育公費醫師制度計畫：**衛福部自 64 年起辦理醫學系一般公費生培育制度，以補實基層醫療、偏遠地區及冷門科別醫師人力，98 年因已完成階段性任務而停止招收。嗣因急重難症科別住院醫師招收不易，自 105 年起再開辦重點科別培育公費醫師制度計畫，學生畢業後接受內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科等專科醫師訓練，並分發至醫療資源缺乏地區之醫療院所服務。截至 114 學年度止，已招生 1,232 人，預計於 115 年首度辦理分發作業。

3. **偏鄉醫師留任獎勵計畫：**衛福部自 109 年起與國軍退除役官兵輔導委員會共同辦理偏鄉醫師留任獎勵計畫，公費醫師如於公費服務期滿後，續留偏遠地區醫療機構執業滿 1 年，依偏遠程度補助 120 萬元至 180 萬元，每名醫師至多補助 2 年為限，並自 113 年度起擴及非公費醫師，藉由津貼補助之誘因，鼓勵醫師投入偏遠地區服務。截至 114 年底止，已提供 300 位偏鄉醫師留任獎勵。

4. **改善護理人員執業環境：**衛福部為建立護理照護合理負荷，自 113 年實施醫院急性一般病床之三班護病比標準，並辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫，鼓勵醫院增聘及留任護理人力，暨建立專科護理師制度，與醫師共同提供連續性與整合性之護理及醫療照護。另自 111 年起推動住院整合照護服務計畫，鼓勵醫院導入照服員共同合作照護病人模式，以減輕家屬照顧壓力及護理人員工作負荷。114 年度計有 395 家醫院獲撥三班護病比達標獎勵 11 億 9,433 萬餘元，110 家醫院參與住院整合照護服務計畫，開辦床數 5,351 床。

(三) 醫療數位落差及照護設施改善情形

衛福部鑑於資通訊技術與智慧醫療科技快速發展，藉由發布通訊診察治療辦法、建置資訊平臺設備及推動健保給付機制等途徑，於山地離島及偏遠地區推動遠距醫療服務，期提升當地照護服務可近性及效率。又偏鄉醫療資源缺乏，衛生所（室）係在地醫療保健及長期照護服務之重要據點，衛福部暨所屬國民健康署（下稱國健署）考量我國位處環太平洋地震帶，地震活動頻繁，為改善老舊建築物耐震能力，補助地方衛生機關廳舍之耐震評估、補強、整建或重建作業，以降低震災風險並維護公共安全。114 年度相關計畫經費計 18 億 4,270 萬餘元（表 4）。各項重要措施執行情形擇要說明如次：

表 4 114 年度醫療數位落差及照護設施改善相關計畫經費規模

單位：新臺幣千元

項目	辦理機關	經費規模
合計		1,842,704
健保遠距醫療給付計畫	健保署	200,000
原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質	衛福部	30,000
偏遠、離島及醫療資源缺乏地區醫院效能提升計畫—建置遠距醫療門診計畫(衛福部所屬醫院部分)		14,835
偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫		9,600
重建、整修原鄉及離島衛生所(室)		160,711
重建、整修基層衛生所(室)		1,427,558
	國健署	

註：1. 本表經費規模包含優化偏鄉醫療精進計畫第二期核定經費、各辦理機關預算（含中央政府前瞻基礎建設計畫特別預算）支應經費。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

1. **山地離島及偏遠地區遠距醫療服務：**衛福部為完善遠距醫療服務，訂定通訊診察治療辦法，作為推動相關醫療服務之法源依據，並透過健保遠距醫療給付計畫，鼓勵山地離島及醫療資源不足地區之醫療院所，建置遠距醫療服務模式，由當地醫師進行診察，並透過視訊方式與遠距醫師進行會診，共同提供診療建

議與照護服務。114 年度計有 133 家在地院所與 55 家遠距醫院合作參與計畫，提供 68 個偏鄉離島地區之遠距醫療服務。

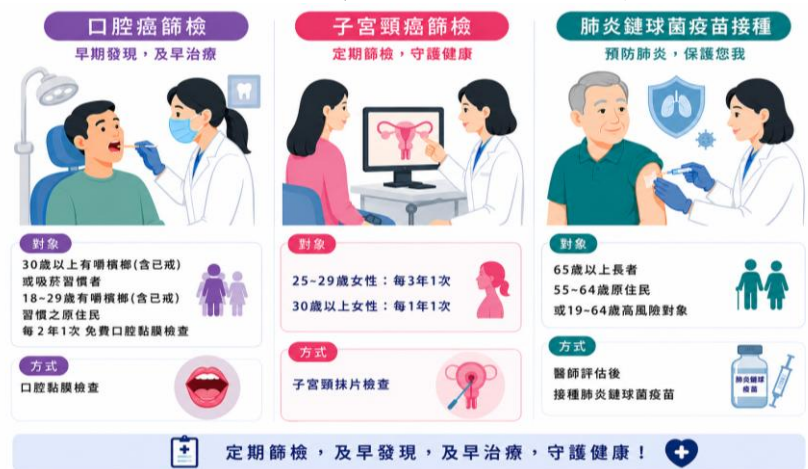
2. 地方衛生所（室）耐震評估、補強、整建或重建：衛福部及國健署歷年來持續補助原住民族及離島地區衛生機關辦公廳舍辦理空間修繕或整建工程，復考量除原住民族及離島地區外，其餘地區衛生所（室）亦有整建之需求，自 106 年起運用中央政府前瞻基礎建設計畫特別預算（下稱前瞻預算），補助地方衛生機關廳舍之耐震評估或補強作業經費，110 至 114 年度計補助 100 案，核定補助金額計 17 億 7,917 萬餘元。

（四）弱勢族群疾病預防及醫療照護服務推動情形

衛福部為維護國人健康，持續辦理全民預防保健服務及健康促進措施，並考量部分族群罹患口腔癌、子宮頸癌或侵襲性肺炎鏈球菌感染症等特定疾病之風險程度較高，推動相關疾病預防措施（圖 3），舉如提供嚼檳榔等高風險行為者口腔癌篩檢服務，114 年度截至 9

月底止，已於 IDS 計畫施行地區篩檢 1 萬餘人次；補助女性子宮頸抹片檢查，111 至 113 年度 30 歲以上之婦女，過去 3 年間曾接受子宮頸抹片檢查之比率均為 4 成以上；針對侵襲性肺炎鏈球菌感染症高風險對象推動肺炎

圖 3 口腔癌、子宮頸癌篩檢與肺炎鏈球菌疫苗實施對象及方式



資料來源：本部自行繪製。

鏈球菌疫苗接種，114 年 65 歲以上長者肺炎鏈球菌疫苗完整接種率為 33.53%。又國健署為強化孕產婦及嬰幼兒之照護服務，推動周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷服務，並提供原住民族地區原住民孕產婦產前檢查及生產交通費補助，114 年度計提供 9,290 名孕產婦關懷服務及 4,506 人次交通費補助。另衛福部鑑於國內失能者 8 成以上具有慢性疾病，自 108 年起推動居家失能個案家庭醫師照護方案，由基層醫療院所執行社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並提供長照人員醫事服務建議，114 年度參與之特約醫療院所計 948 家，收案 10 萬餘人。

三、審計機關重要審核意見

茲將本部查核政府推動醫療平權相關措施執行情形所提重要審核意見，區分醫療平權跨部門合作及監測機制、山地離島及偏遠地區醫療照護服務可近性、山地離島及偏遠地區醫事人力分布、醫療數位落差及照護設施改善、弱勢族群疾病預防及醫療照護服務等 5 個面向，歸納摘述如次：

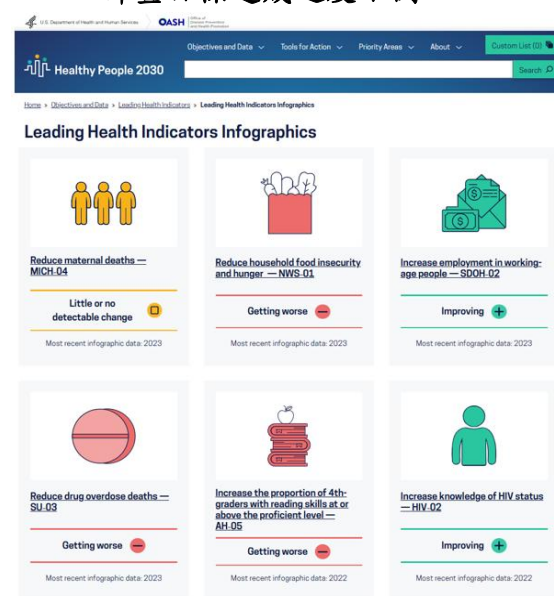
(一) 醫療平權跨部門合作及監測機制面向

1. 先進國家已針對影響健康行為及結果之社會決定因素，整合跨部門資源推動健康平權介入措施，惟我國尚乏醫療以外領域之跨部會上位政策計畫及跨部門合作行動，不利健康平權整體施政之規劃及整合，允宜督促研謀因應，俾以整體政府觀點促進國民健康平權：WHO 指出各群體間因教育、職業、收入等社經條件不同，導致不平等之健康結果，該等因素統稱為健康之社會決定因素 (Social Determinants of Health, SDH)。WHO 成員國於 2011 年共同簽署「健康社會決定因素里約熱內盧政治宣言」，呼籲各國應強化 SDH 之跨部門合作，導入「健康融入所有政策」精神，以實現健康平權。部分先進國家為呼應 WHO 之倡議，已陸續推動跨部門合作行動，舉如英國透過收入、就業、犯罪、教育、住房及社區服務、健康、居住環境等 7 項指標，編製多重剝奪指數 (Index of Multiple Deprivation)，辨識亟需政府介入之弱勢族群，推動計畫改善其醫療資源及健康情形；美國「健康人群 2030」(Healthy People 2030) 計畫將 SDH 列為關鍵重點，期消弭群體間健康差距；加拿大制訂加拿大生活品質框架 (Quality of Life Framework for Canada)，將經濟、社會、健康、環境、良好治理等指標納入政府決策及預算流程，促使非衛生部門考量其政策對健康之影響；澳洲則簽署「消弭落差國家協議」(National Agreement on Closing the Gap)，聚焦原住民族之文化、教育、經濟、居住及數位包容等 SDH，跨部門合作推動多項計畫，共同維護健康平權。而我國現行健康平權推動策略，係以原住民族、弱勢族群、山地離島及偏遠地區居民為目標族群，投入資源強化其醫療照護，並自 108 年起辦理優化偏鄉醫療精進計畫，持續挹注資源推動充實在地醫事人力、提升醫療照護服務

可近性等多項醫療公衛服務政策或計畫措施，至於攸關健康之其他關鍵 SDH，雖由中央權責部會各自推動相關措施，然未如歐美先進國家整合各類 SDH 擬訂跨部門上位政策計畫，並據以訂定促進健康平權之短中長期目標，促進各部門協調合作，以達成 WHO 倡議健康融入所有政策之理念。經函請行政院督促權責機關借鏡先進國家優良實務，以整體政府觀點，確保中央部會政策均納入消弭健康落差之 SDH 具體目標，並精進跨部會合作機制及整合策略，共同促進國民健康平等。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、貳、行政院主管項下重要審核意見（十六）1。】

2. 我國尚未建立健康社會決定因素之追蹤監測機制，不利系統性瞭解各類社會決定因素與健康結果間之相互關係，及評估各部門健康平權措施之有效性，允宜督促研謀因應，以提供相關政策規劃及執行之實證依據：WHO 於 2012 年第 65 屆世界衛生大會（WHA）呼籲各國落實「健康社會決定因素里約熱內盧政治宣言」之承諾，並建立監測機制強化課責，連結 SDH 與健康之關係，跨部門分享相關實證資訊與趨勢，評估政策措施之有效性，並提供外界獲得監測結果之管道，以促進健康平權。部分歐美先進國家為順應此國際趨勢，已建置健康不平等儀表板或資料庫網站，定期發布健康與 SDH 指標之監測數據，舉如英國健康不平等儀表板（Health Inequalities Dashboard）網站、美國健康人群 2030（Healthy People 2030）網站、加拿大健康不平等資料工具（Health Inequalities Data Tool）網站、澳洲消弭落差資料庫（Closing the Gap-Information Repository）網站等，監測內容涵括多項 SDH 跨部門指標，並可監督政府政策計畫目標達成情形（圖 4），俾利外界監督推動進展。而國健署曾於 105 年委託編製

圖 4 美國健康人群 2030 網站監測政策計畫目標達成進度示例



註：1. 健康人群 2030 除制定 SDH 指標之目標外，亦制定主要健康指標（Leading Health Indicators）之政策計畫目標，並公開揭露政策計畫目標達成情形，包括：已達成或超越目標、改進中、幾乎或完全沒有變化、情況惡化等。

2. 資料來源：美國衛生與公眾服務部疾病預防與健康促進辦公室健康人群 2030 網站。

「臺灣健康不平等報告」，指出 SDH 係影響健康情形之關鍵決定因子，並建議政府應建立國民健康監測機制。現行權責機關雖已持續蒐集轄管之 SDH 相關數據，並各自公開資訊，然未能參酌先進國家作法，系統性分析 SDH 與健康結果之關聯，並建置相關監測及資訊公開機制，不利評估各部門健康平權措施之有效性，作為跨部門合作改善各群體健康落差之參據。經函請行政院督促權責機關參酌先進國家推動方式，研議建立 SDH 指標之追蹤監測及公開機制，作為規劃及調整跨部會健康平等行動之實證依據，以實現健康平權之願景。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、貳、行政院主管項下重要審核意見（十六）2。】

（二） 山地離島及偏遠地區醫療照護服務可近性面向

1. IDS 計畫之推行有助彌補山地離島及偏遠地區醫療資源之不足，惟山地鄉區外就醫比率逐年上升，又可避免住院件數為全國平均之 2 倍，偏鄉就醫可近性及醫療照護成效尚有改善空間，允宜研謀強化全人整合照護，以縮短城鄉居民之健康落差：健保署推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System，下稱 IDS 計畫），導入區外醫療資源提供山地離島地區診療與健康促進服務，有助彌補偏鄉醫療資源之不足。惟山地鄉保險對象區外就醫比率由 110 年之 74.5% 增至 114 年之 76.6%，且區內及區外就醫疾病高度相似，當地醫療服務恐未能滿足民眾醫療需求。又 110 至 114 年山地鄉保險對象可避免住院件數為每 10 萬人口 2,323.96 件至 3,095.32 件不等，為全國每 10 萬人口 994.63 件至 1,174.96 件之 2 倍以上（表 5），且由 110 年之 2.47 倍逐漸擴增至 114 年之 2.77 倍，顯示山地鄉民眾較易因未獲得即時且適當之門診照護，使用原可避免之住院醫療，當地醫療照護服務之可近性及品質仍有提升空間。另健保署自 111 年起逐步於 IDS 計畫執行地區試辦偏鄉地區全人整合照護執行方案（下稱全人整合方案），引入可避免住院件數等評核指標，並提供健

表 5 全國及山地鄉保險對象可避免住院件數

單位：件/每10萬人口、倍

年	全國 (A)	山地鄉 (B)	山地鄉對全 國倍數差距 (B/A)
110	1,101.94	2,726.16	2.47
111	994.63	2,323.96	2.34
112	1,119.15	2,918.17	2.61
113	1,174.96	3,095.32	2.63
114	999.68	2,766.04	2.77

註：1. 每 10 萬人口可避免住院件數，係依據美國健康照護研究及品質局（Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ）預防品質指標（prevention quality indicators, PQIs）定義之急性及慢性疾病住院合計件數除以 18 歲以上人口數×100,000。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

保醫療點數回饋金及區內就醫比率提升獎勵等給付誘因，鼓勵醫療院所提供民眾整合性之健康照護，114 年已於 9 個 IDS 計畫執行地區試辦。惟該年度國內區外就醫比率大於 9 成，或可避免住院件數逾全國平均 3 倍之 15 個山地鄉中，僅 3 個納入全人整合方案試辦地區，有待擴展導入整合性之照護模式，以利促進當地民眾健康情形。經函請衛福部督促強化山地鄉健康促進及醫療診治之連續性照護服務，並研議針對區外就醫比率及可避免住院件數較高之地區，優先導入推動全人整合照護措施，以利縮短城鄉居民之健康落差，落實健康平權。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（五）1.】

2. 醫學中心或重度級急救責任醫院支援偏鄉醫院急重症專科人力，有助提升山地離島及偏遠地區緊急醫療能力，惟部分受支援醫院因專科醫師人力不足，急重症處置量能尚待提升，允宜研謀因應，以完備偏鄉緊急醫療服務體系：衛福部自 102 年起辦理醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫（下稱醫中支援計畫），由醫學中心或重度級急救責任醫院支援急診與急重症全職專科醫師人力，協助偏遠地區醫院提升緊急醫療能力，114 年計有 28 家醫院接受支援 137 名急重症專科醫師人力。另該部為建立院際間急重症轉診機制，自 102 年起推動提升急重症及加護病房轉診品質計畫，於全國建置 14 個急重症轉診網絡，截至 114 年底，計有 205 家醫院參與網絡，其中亦包含醫中支援計畫之 28 家受支援醫院。惟查該 28 家受支援醫院 114 年整體急診轉出率 1.39%，仍高於全國轉診網絡 205 家醫院之 1.04%，甚有轉出率為 6.54% 者，且轉出原因主要係專科醫師人力問題，其中 12 家醫院因人力問題轉出傷病患之比率已逾轉出總人數之 4 成，顯示該等受支援醫院仍較易因醫師人力因素而將緊急傷病患轉出，收治及處置量能有待提升。考量偏鄉醫院部分專科僅由少數醫師輪值，若遇離職或個人健康因素退出等，即出現人力缺口，需將病患轉至其他醫院處置，不利急重症醫療服務之穩定運作，且現行支援醫院支援人員多採短期輪值方式，較難建立長期穩定之醫療團隊合作及醫病關係，亦影響照護服務之連續性與整體醫療效率。經函請衛福部強化偏鄉急重症專科醫師之長期支援機制，並加強偏鄉在地人才培育及留任措施，以建立穩定之在地急重症醫療團隊，完備偏鄉緊急醫療服務體系。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（五）2.】

3. 消防機關救護技術員為緊急醫療救護之關鍵人力，惟高級救護員占比未及整體救護人力之 2 成，地域分布亦有不均，又偏遠地區 OHCA 傷病患急救成功率與全國平均尚有差距，允宜研謀因應，以提升緊急救護成效：消防救護人員負責執行急重症病患到院前之救護服務，可分為初級（EMT-1）、中級（EMT-2）及高級救護技術員（EMT-P）等 3 類。據內政部消防署（下稱消防署）統計，截至 114 年底止，全國消防機關計有 15,729 位救護技術員，包括 404 位 EMT-1、12,817 位 EMT-2 及 2,508 位 EMT-P。依救護技術員管理辦法規定，EMT-P 得依預立醫療流程執行氣管插管、電擊及使用體外心臟節律器等高級救命術（Advanced Life Support, ALS），可提升傷病患之存活率及康復出院率。據國內研究指出，急救現場 EMT-P 人數占比逾緊急救護團隊之半數，有助及時為緊急傷病患實施高級救命術，確保急救程序完整性。消防署 108 年 6 月派員考察報告亦載述，EMT-P 人數應至少為救護技術員總人數之 2 成，方有足夠人力為病患提供高級救命術。惟據消防署統計，全國 EMT-P 占救護技術員總人數之比率，從 111 年之 11.88%，成長至 114 年之 15.95%，惟與上開報告建議之 EMT-P 配置比率尚有落差，甚有 5 個市縣 114 年 EMT-P 人數未及轄內救護技術員人數之 1 成，顯示 EMT-P 之人力分布全國仍有地域落差。另查，「到院前心肺功能停止（OHCA）傷病患急救成功率」係緊急救護體系運作重要觀察指標之一，112 至 114 年偏遠鄉鎮市區消防分隊 OHCA 傷

病患急救成功率由 21.30% 逐年上升至 27.56%（表 6），然與全國急救成功率 32.14% 至 36.91% 相較，仍有 8 至 10 個百分點不

表 6 偏遠鄉鎮市區消防分隊 OHCA 傷病患急救成功率

單位：人、%

年、 項目 地區	112			113			114		
	OHCA 傷病患 人數	急救 成功 人數	急救 成功率	OHCA 傷病患 人數	急救 成功 人數	急救 成功率	OHCA 傷病患 人數	急救 成功 人數	急救 成功率
全國	18,654	5,996	32.14	18,456	6,301	34.14	18,246	6,735	36.91
偏遠 鄉鎮市區	2,789	594	21.30	2,679	690	25.76	2,678	738	27.56

註：1. 偏遠鄉鎮市區，係指衛福部優化偏鄉醫療精進計畫第二期列載之醫師分發服務高度偏遠地區及偏遠地區。

2. 資料來源：整理自消防署提供資料。

等之落差，凸顯偏遠地區緊急救護成效仍有提升空間。經函請消防署強化高級救護人力資源培訓與配置，並研謀改善城鄉救護成效差距，維護國人生命安全。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、柒、內政部主管項下重要審核意見（十六）】

(三) 山地離島及偏遠地區醫事人力分布面向

1. 衛福部推動公費醫師培育及留任獎勵相關計畫，有助充實山地離島及偏遠地區在地人力，惟近年公費醫師分發人數皆未及需求數之 1 成，且留任情形未能有效改善，允宜研謀因應，以促進醫事人力投入偏鄉服務：衛福部為充實在地醫事人力，歷年持續推動原住民族及離島地區醫事人員養成制度，培育具原住民身分或設籍於離島、偏鄉地區之公費醫師（下稱養成公費醫師），分發至原住民族及離島地區服務；另自 64 年起招收一般身分學生培育為公費醫師（下稱一般公費醫師），畢業後分發至醫事人力不足地區或人力羅致困難科別服務，嗣於 98 年停止招收。該部為因應近年急重難症科別醫師人力缺口，自 105 年起辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，培育內科等五大科為主之公費醫師，截至 115 年 3 月底止，尚無完成訓練並申請分發服務者。據衛福部統計，112 至 114 年各市縣對一般及養成公費醫師之需求名額為 126 至 130 名不等，惟各年度公費醫師實際分發人數僅 7 至 11 名（表 7），皆未及需求數之 1 成，截至 114 年底止，各市縣尚有百餘位公費醫師缺額未能補足。另衛福部自 109 年起辦理偏鄉醫師留任獎勵計畫，依醫師留任時間及服務機構偏遠程度，提供津貼補助，

期穩定偏鄉醫師人力。惟據衛福部統計 93 年起公費醫師留任情形，一般公費醫師服務期滿之留任率由 108 年之 13.56% 微幅提升至 114 年之 14.94%，惟整體留任率

表 7 公費醫師需求人數及分發服務情形

單位：人

需求單位別		112 年		113 年		114 年	
		需求	分發	需求	分發	需求	分發
合計		126	7	126	11	130	7
衛生所	小計	39	5	39	8	42	4
	一般公費醫師	34	1	30	—	35	—
	養成公費醫師	5	4	9	8	7	4
醫院(一般公費醫師)		87	2	87	3	88	3

註：1. 112 至 114 年養成公費醫師均分發至衛生所服務。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

僅約 1 成餘；養成公費醫師留任率則由 108 年之 70.45% 下滑至 114 年之 63.50%，未達計畫維持 7 成留任率之目標。凸顯現行津貼補助等誘因，尚不足以因應偏鄉醫師人力流失情形，倘未輔以相關配套措施，恐仍難以吸引人員長期留任。經函請衛福部強化偏鄉醫師之各面向支持配套措施，以提升醫事人力投入偏鄉服務及留任之意願。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（六）

1.】

2. 部分醫療資源不足地區之平地偏鄉衛生所，專任醫師長年懸缺，仰賴區外醫師支援看診及提供巡迴醫療服務，不利提升當地民眾獲得醫療保健資源之可近性，影響疾病防治及健康促進效能，允宜研謀因應，以維護偏鄉民眾健康：原住民族及離島地區衛生所，受益於原住民族及離島籍公費醫師培育與留任獎勵、IDS 計畫等資源挹注，據衛福部統計 114 年 10 月底全國 78 個原住民族及離島地區衛生所西醫師缺額情形，僅 6 個衛生所各有 1 名缺額待補，且其皆已進用至少 1 名專任醫師，醫師人力相對穩定。惟部分位處健保西醫醫療資源不足地區改善方案施行區域之非原住民族地區平地偏鄉（下稱非山非市地區）衛生所，仍面臨缺乏專任醫師之困境，計有 17 個衛生所於 111 至 114 年間連續 4 年均無西醫師執業登記。按近年來可供分發之一般公費醫師名額稀缺、重點科別公費醫師尚未完成訓練分發服務，又各地方政府參照行政院「地方機關慢性病防治所與衛生所及健康服務中心人員獎勵金發給要點」規定，規範除衛福部公告之山地離島地區、無開業醫師執業地區外，其他地區衛生所之專任醫師，僅能就不開業獎金及醫療機構獎勵金擇一申領，不無影響醫師駐診執業意願；加以依衛福部現行「公立衛生醫療機構特約（兼任）醫師診療報酬支給數額表」規定，該等衛生所洽請其他醫師支援看診之診療報酬每診次 3,435 元，與健保西醫醫療資源不足地區改善方案所訂巡迴醫療服務醫師每診次 4,000 元至 9,000 元相較仍有落差，亦不易吸引醫師至衛生所支援診療服務，該 17 個非山非市地區衛生所每週門診頻率多數僅 1 至 5 診次，且外部醫療院所至當地提供之巡迴醫療頻率亦有限，在地醫療可近性相對不足，恐影響醫病信賴之建立，不利慢性病防治及健康促進效能。經函請衛福部強化該等偏鄉衛生所招募專任醫師之誘因，以穩定常駐醫師人力，提升當地醫療保健及公共衛生服務量能，維護偏鄉民眾健康。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（六）2.】

3. 衛福部為鼓勵醫院留任護理人力及改善護理人員執業環境，辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫，惟部分醫院未能達成護病比標準，及住院整合照護服務計畫執行成效有待提升，允宜研謀改善，以維繫整體醫療服務品質：衛福部為建

立三班護理照護合理負荷，自 113 年 3 月起實施醫院急性一般病床之三班護病比標準，並辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫。又為提供以病人為中心之醫療服務，建立專科護理師制度，與醫師共同提供連續性及整合性之護理及醫療照護。另自 111 年度起推動住院整合照護服務計畫，111 至 114 年度共挹注 19 億餘元，鼓勵醫院導入照服員共同合作照護病人模式，以減輕民眾住院家屬之照顧壓力及護理人員工作負荷。經查執行情形，核有：(1) 衛福部辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫，分二階段推動，並要求醫院應於「護助 e 起來」平臺公開獎勵金運用情形。惟第一、二階段分別有 28 家及 54 家醫院因未補足人力缺口達成護病比標準，無法領取相應獎勵，且間有獎勵金未及早發放或公開之運用資訊未更新或過於簡略；(2) 依專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法規定，專科護理師得於醫師指示下執行醫療業務，惟囿於臨床醫療個案病況差異，預立之醫療流程未及調整更新，或醫師延遲簽署，相關業務執行現況與現行規範機制存有落差，且存有專科護理師跨科執業情形，均不利專科護理師制度之順遂推展；(3) 住院整合照護服務計畫之整體醫院住院整合照護涵蓋率及病床使用率未及 1 成、5 成，又醫院照服員在職訓練時數標準較長照服員為低，且間有醫院反映人員招募及留任不易，或未符照護實需，影響服務之推展等情事，經函請衛福部研謀改善，以利護理人員執業環境改善，俾強化醫療照護體系韌性，維繫整體醫療服務品質。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（六）3。】

（四） 醫療數位落差及照護設施改善面向

1. 衛福部持續推動遠距專科門診及急重症會診醫療服務，惟部分山地離島及偏遠地區遠距門診利用情形欠佳，民眾區外就醫情形仍頻，且各類遠距醫療服務分採不同之資訊平臺，影響偏鄉醫療服務效能，允宜研謀因應，以提升智慧醫療應用效益：健保署自 109 年起辦理健保遠距醫療給付計畫，透過健保給付機制，鼓勵山地離島及醫療資源不足地區之醫療院所建置遠距醫療服務模式（圖 5）；衛福部復為擴大推動遠距醫療，於 110 至 114 年間以該部公務預算及前瞻預算 1 億 6,875 萬元，補助原鄉離島地區衛生所建置遠距專科門診，截至 114 年底止，計有 56 家衛

生所開設遠距專科門診。惟經分析該 56 家衛生所 112 至 114 年間遠距專科門診利用情形，實際無人就診之行政區數量由 17 處增至 26 處，無人就診之專科項次由 24 項次增至 45 項次；又 114 年設有耳鼻喉科遠距門診之 44 家衛生所中，近半數無人就診，其中部分地區耳鼻喉科係當地民眾區外就醫前 5 大科別之一，顯

圖 5 山地離島及偏遠地區遠距醫療服務示意



資料來源：本部自行繪製。

示當地民眾對該專科醫療服務仍具實際需求，惟囿於遠距診療時間較長及在地端醫師操作熟稔度等因素，影響民眾就診意願，資源利用率偏低。另衛福部於 110 至 113 年辦理遠距醫療專科門診建置計畫，透過遠距專科門診及急重症會診等服務模式強化偏鄉醫療服務量能，惟 2 項醫療服務分採不同資訊平臺，增加資料介接及維運管理之困難，亦不利跨系統資料整合及資通安全管理。經函請衛福部依各地區就醫需求及服務利用情形，滾動檢討遠距醫療實施科別，並研議整合各類遠距醫療資訊平臺，以提升偏鄉醫療服務效能及政府資源運用效益。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（七）2.】

2. 衛福部及國健署補助地方政府辦理衛生所（室）耐震評估及補強工作，惟部分案件執行進度落後，且尚有老舊衛生所（室）未依規定辦理相關作業，間有位處震災高風險地區者，恐影響地方衛生廳舍之使用安全，允宜研謀因應，以強化建築物之耐震韌性：據「建築物實施耐震能力評估及補強方案（公有建築物）」規定，88 年 12 月 31 日前申請建造之公有建築物，應辦理建築物耐震能力評估及補強工作。衛福部及國健署為強化地方衛生廳舍之使用安全，於 110 至 114 年度以公務預算及前瞻預算公有危險建築補強計畫經費合計 17 億 7,917 萬餘元，補助市縣政府辦理衛生所（室）建築物耐震評估補強相關工程計 100 案，惟因部分衛生所（室）

地處偏遠招標作業不易，或營建成本上漲等因素，截至 115 年 3 月底止，尚有 68 案未完成耐震補強作業，其中屬 112 年度（含）以前補助案件計 7 案，甚有 4 案為 110 年度補助案件，歷經 4 年餘仍未能辦理完竣，計畫管控及執行效能尚待強化。另據國健署提供資料，全國 88 年 12 月 31 日前設計建造之衛生所（室）計 390 處，截至 115 年 3 月底止，尚有 158 處未完成耐震評估及補強作業，其中 61 處刻正辦理規劃設計或工程履約中，餘 97 處未辦理評估或尚未依評估結果辦理補強作業，且該 97 處衛生所（室）中，部分位於震災風險較高地區之近斷層地區，更有同時位於活動斷層地質敏感區或土壤液化高度潛勢區者，相關建物迄未辦理耐震評估或補強作業，不利確保基層公共衛生服務據點之使用安全。經函請衛福部持續督導並協助地方政府強化補助案件期程管控及追蹤機制，針對長期未結案件研擬具體改善措施，並積極辦理老舊衛生所（室）之耐震評估補強作業，以提升地方衛生廳舍之耐震韌性。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（七）3.】

（五）弱勢族群疾病預防及醫療照護服務面向

1. 原住民族口腔癌死亡風險長期高於全國，政府為降低檳榔對其口腔健康之危害，規劃制定專法強化管理，惟法案預告時各界意見分歧，相關管理制度尚待確立，允宜廣納各方建言凝聚共識，研議管制規範及配套措施，以縮減族群間之健康差距：近年政府持續推動原住民族預防保健及醫療服務，有助改善其健康狀況，113 年原住民族平均餘命 73.23 歲，較 104 年增加 1.37 歲，惟與全體國民平均餘命之差距，卻由 111 年之 6.19 歲，擴大為 113 年之 7.54 歲，顯示族群間健康不平等現象持續存在，其中口腔癌係影響原住民族健康之重大疾病，109 至 113 年原住民族口腔癌標準化死亡率介於每 10 萬人 13.0 人至 16.7 人之間，明顯高於全體人口之 8.5 人至 8.6 人。衛福部為推動口腔癌防治工作，前於 99 年研擬檳榔危害防制法（草案），惟因涉及農民及原住民生計，暫緩立法作業。嗣監察院鑑於政府怠於推動檳榔危害防制專法等情，於 110 年 12 月糾正行政院，經衛福部等相關單位研議改善作為，於 112 年 12 月提報中央癌症防治會報決議，建立檳榔危害相關法

令管理機制，該部即於 113 年擬訂檳榔健康危害防制法草案，期強化相關管理規範。惟草案預告期間各界意見分歧，截至 115 年 3 月底止，草案仍處研議及意見整合階段，相關管理制度尚待確立，經函請衛福部匯集各界意見凝聚共識，於兼顧原住民族文化、民情及減緩社會衝擊之前提下，儘早健全檳榔健康危害相關管理規範及配套措施，並強化符合原住民族需求之健康促進與戒檳支持服務，維護國人口腔健康。

【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（八）1.】

2. 政府為維護長者健康，推動肺炎鏈球菌疫苗接種，逐步提升高齡族群之接種涵蓋率，惟部分長者未完整接種，影響疫苗保護成效，允宜持續強化疫苗接種宣導，以增進長者疾病預防能力：侵襲性肺炎鏈球菌感染症（Invasive Pneumococcal Disease, IPD），係我國傳染病防治法規定之第四類傳染病，好發於 5 歲以下嬰幼兒及 65 歲以上老年人，114 年度全國 347 例病例中，約 4 成為 65 歲以上長者。政府為降低長者 IPD 之中重症風險，自 111 年起提供 71 歲以上長者公費接種一劑 23 價肺炎鏈球菌多醣體疫苗（PPV23），112 年 10 月起擴大提供 65 歲以上長者公費接種一劑 13 價結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV13）及一劑 PPV23 疫苗，完成二劑接種者，可降低中重症發生風險達 7 成 5。執行結果，65 歲以上長者任一劑疫苗接種率由 112 年之 50.44%，增加至 114 年之 59.64%，完整接種率亦由 7.73% 增為 33.53%，成長逾 4 倍，有助維護長者健康，惟與部分先進國家（地區）相較（如英格蘭為 73.60%、加拿大為 54.70%、西班牙為 48.37%），完整接種率仍有提升空間。另 WHO 指出，PCV13 疫苗保護力約為 5 年，PPV23 疫苗保護力則約 2 至 5 年，倘未於保護效期內適時追加接種，恐影響免疫效果。惟截至 115 年 3 月底止，全國僅接種一劑疫苗之 95 萬餘人中，計有 33 萬餘人距其第一劑疫苗接種時間已逾 5 年，甚有 14 萬餘人已逾 10 年，長者之 IPD 免疫保護力恐有不足。又衛福部疾病管制署已於 115 年 1 月實施肺炎鏈球菌疫苗轉換政策，以單劑 20 價結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV20），取代原本二劑疫苗接種，有助簡化接種流程，提升民眾接種意願，經函請衛福部強化疫苗接種宣導，並持續提升接種疫苗之可近性及便利性，以增進高齡族群之疾病預防能力。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（八）2.】

3. 政府為降低子宮頸癌對女性健康之危害，推動子宮頸抹片篩檢及 HPV 疫苗接種，惟山地離島地區子宮頸癌篩檢率尚有精進空間，且部分市縣未完整將特殊教育及矯正學校納入 HPV 疫苗入校接種範圍，允宜研謀因應，以強化我國癌症預防體系：感染人類乳突病毒（Human Papilloma Virus, HPV）可能引發子宮頸癌及口咽癌等疾病，其中子宮頸癌 7 成以上係因 HPV 感染所致。政府為降低其對女性健康之危害，自 84 年起補助 30 歲以上女性每年 1 次子宮頸抹片檢查，並呼籲女性每 3 年應至少接受 1 次抹片檢查。經查，子宮頸癌標準化發生率由 84 年之每 10 萬人 25.2 人，下降至 112 年之每 10 萬人 7.44 人，同期間標準化死亡率亦由每 10 萬人之 11 人，減少為每 10 萬人 2.83 人，子宮頸癌防治已具成效。惟據統計，111 至 113 年國內 30 歲以上婦女，過去 3 年間曾接受子宮頸抹片檢查之比率均為 4 成左右，同期間 IDS 計畫界定之山地離島地區女性，過去 3 年曾接受子宮頸抹片檢查之比率仍較全國落後 15.30 個百分點至 16.99 個百分點不等，顯示偏遠地區女性之利用率相對較低。另查，國健署為強化癌症防治，自 107 年起採主動進入校園方式，提供國中女生 HPV 公費疫苗接種及相關衛教宣導，復於 114 年擴大將國中男性納入公費疫苗施打對象，並訂定當年度國中男性疫苗接種率達 8 成之政策目標。執行結果，111 及 112 年度入學之國中女性 HPV 疫苗完整接種率各為 90.95% 及 90.04%，已達 WHO 所倡議 90% 以上女性於 15 歲前完整接種之目標，而 113 年度入學國中男性第一劑接種率 79.13%，亦接近國健署所設定之 8 成目標（表 8），惟部分市縣未將各該年度有國中部學生之特

殊教育學校或矯正學校完整列入入校接種範圍，不利降低渠等罹患相關疾病之風險。經函請衛福部研謀善策因應，強化山地離島地區女性接受抹片篩檢之意

願，並完善疫苗接種對象之盤點與執行作業，以強化我國癌症預防體系。【詳總決算審核報告第 2 冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（八）3.】

表 8 HPV 公費疫苗接種率

單位：%

項目 \ 年度	111 年度 入學女性	112 年度 入學女性	113 年度入學 (註 1)	
			女性	男性
第一劑接種率	92.55	92.12	91.46	79.13
完整接種率	90.95	90.04	...	...

註：1. 113 年度入學者第二劑 HPV 疫苗於 115 年施打，故尚無完整接種率資料。

2. 資料來源：整理自國健署提供資料。

4. 高風險孕產婦追蹤關懷計畫之偏遠地區孕產婦收案涵蓋率約為 5 成，且部分個案未辦理產後需求評估或到宅訪視，又原住民族地區孕產婦產檢及生產交通費補助利用情形偏低，補助對象未能完整納列平地原住民族地區之孕產婦，允宜研謀因應，以強化弱勢族群及偏遠地區之母嬰照護：衛福部及國健署為強化孕產婦之健康照護服務，持續辦理周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫（下稱高風險孕產婦追蹤關懷計畫），提供個案孕期至產後 6 週或 6 個月之衛教、關懷及轉介服務，並推動原住民族地區孕產婦產前檢查及生產交通費補助措施，減輕當地婦女孕產期之經濟負擔，114 年度計提供 9,290 名孕產婦關懷服務及 4,506 人次交通費補助。經查相關業務推動情形，核有：（1）國健署自 112 年起將居住山地原住民族地區、屏東縣琉球鄉及臺東縣綠島鄉等 32 個偏遠鄉（區）之孕產婦納入高風險孕產婦追蹤關懷計畫收案對象，惟 112 至 114 年間該 32 個鄉（區）參與計畫之孕產婦 3,053 人，僅約同期間該等地區嬰兒出生數之半數，顯示偏遠地區孕產婦之追蹤關懷服務仍有待強化。又據該計畫服務流程，個案收案後應由個案管理（下稱個管）人員進行產前、產後需求評估各 1 次；個管人員應以每月提供個案 1 次追蹤關懷服務為原則，並建議至少 1 次採到宅訪視方式執行。惟 112 年至 114 年 6 月間，部分市縣高風險孕產婦追蹤關懷計畫產後需求評估案件完成比率未及 7 成，且全國僅 2 個市縣之個案平均到宅訪視次數超過計畫建議之 1 次，部分個案尚未能於產後接受心理、身體健康狀態等專業評估，或由個管人員實地到宅觀察瞭解個案生活狀況；（2）依原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助辦法規定，山地及平地原住民族地區之原住民族孕婦，居住地無適當醫療機構，而至居住地 5 公里以外之機構進行產檢及生產，可依實際距離申請交通費補助。衛福部復為強化山地原住民族地區之孕產婦照護，自 114 年起擴大將山地原住民族地區之非原住民孕產婦，納列補助對象範圍。惟部分原住民地區轄內無可執行孕婦產檢之醫療機構，111 至 114 年度平均每位孕產婦申請交通費補助次數僅 0.6 次至 1.57 次不等，與公費產檢補助次數 14 次尚有落差，顯示部分偏遠地區孕產婦交通支持措施之利用情形仍待提升。又自 114 年起，居住於山地原住民族地區之非原住民孕產婦，亦可申請產檢及生產交通費補助，惟平地原住民族地區孕產婦交通費補助仍須同時符合身分及居住地等條

件，補助資格存有差異等情事，經函請衛福部研謀改善，以強化弱勢族群及偏遠地區之母嬰照護。【詳總決算審核報告第2冊丙、拾柒、衛生福利部主管項下重要審核意見（九）1.】

5. 衛福部推動居家失能個案家庭醫師照護方案，提供醫療與長照整合性服務，惟約3成參與院所首次開立醫師意見書平均作業天數逾規定時程，又未建立達成健康監測評核指標之相應獎勵機制，允宜研謀改善，以提升方案服務品質：衛福部鑑於國內失能者8成以上具有慢性疾病，為預防其病程導致失能狀況惡化及造成就醫不便，自108年7月起推動「居家失能個案家庭醫師照護方案」（下稱居家失能家醫方案），規劃由基層醫療院所醫師及護理人員，執行社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並由家庭醫師開立醫師意見書，提供長照人員醫事服務建議，作為擬訂服務計畫之參據。114年度編列預算數7億6,530萬元，參與該方案之特約醫療院所及收案人數由112年度之862家、9萬餘人，增至114年度之948家、10萬餘人。經查，該方案114年度新派案計29,245人，其中照管中心派案後至醫師意見書首次開立日起逾方案所定期限14天者計10,004人，約占34.21%，整體平均約需16.7日，主要係部分服務單位接受派案量偏高，影響醫師意見書開立時程，不利長照特約單位及時參照專業醫事服務建議，依個案健康狀況調整照顧服務內涵。次查，方案訂有「高血壓測量率」、「高血糖監測率」、「高血脂監測率」等與個案健康監測有關3項績效指標，惟114年度達成該3項指標年度目標值

之院所分別僅約占33.72%、1.29%、1.39%（表9），顯示多數參與院所未能落實提供慢性病個案定期健康監控及照護之目標，且方案尚未建立指標達成

之相應獎勵機制，不利引領參與院所落實個案健康監測服務。經函請衛福部督促研謀改善，以提升方案服務品質。【詳審核報告非營業部分乙、參、十一、衛生福利特別收入基金項下重要審核意見（1）C.】

表9 114年度居家失能家醫方案參與院所服務個案之健康監測相關績效指標達成情形

項目 院所數	單位：家、%					
	高血壓測量率 （目標值95%）		高血糖監測率 （目標值70%）		高血脂監測率 （目標值70%）	
	家數	占比	家數	占比	家數	占比
照護個案符合指標 衡量對象家數	872	100.00	853	100.00	791	100.00
達成目標值數	294	33.72	11	1.29	11	1.39
未達成目標值數	578	66.28	842	98.71	780	98.61

資料來源：整理自衛福部提供資料。