

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署暨其所屬疾病管制局。

貳、案由：為行政院衛生署不重視院內感染控制之業務，一再更換承辦單位，又未落實執行「院內感染控制」五年計畫所策定之相關措施，而其所屬疾病管制局接辦後，仍未有效賡續達成專案計畫預期目標，核渠等推動上開業務均難脫執行不力之咎；爰依法提案糾正由。

參、事實與理由：

護士先驅英國的南丁格爾女士曾云：「醫院不可增加對病人之傷害」，此話迄今仍被護理界奉為圭臬，成了日常照顧病人之座右銘。現今中外醫院，常見許多病人在入院醫療期間，卻染上其他疾病，這稱之為「院內感染」。由於醫療機構裡大多是久治不癒的病人，宛如細菌、病毒之集散地，交換抗生素突變基因之機率很大，加上侵入性檢查與支持性療法之進展，院內感染已經是醫療時常見之併發症，病患原有疾病與感染之併發，會加重病人之病情，延長住院天數、增長治療期程與費用，甚而引起殘疾或不幸死亡，使醫院病床流動率降低，對個人及國家之經濟而言，不但增加醫藥費用之支出，也帶給醫院服務人員工作量之增加及易受感染之威脅，而影響到醫師或醫院之名譽，甚至於產生醫療糾紛問題，故院內感染在概念上可視為一種特殊之感染症，亦為衡量各該醫院醫療品質良窳的重要指標之一，有加以控制及預防之必要。而根據調查顯示，祇要醫

院確實採行各項必要之預防措施，其中百分之三十至五十的感染其實是可以預防和避免的，故此部分可預防性「院內感染」受害之病人與家屬而言，死者含冤、家屬含恨、感染者不甘平白遭受無謂之病痛，此與醫療行為本來是要救人性命、緩解疼痛、減輕傷害之宗旨有悖。綜上可知，院內感染控制，攸關醫療品質之維持；而隨著醫療日趨集中化，院內感染之機率也大增，故督導醫院落實執行院內感染管制措施是件刻不容緩之工作，衛生主管機關責無旁貸。

案經行政院衛生署（下稱衛生署）、衛生署疾病管制局（下稱疾管局）於民國（下同）九十年五月七日、五月十六日、六月二十一日、七月十九日、九十一年一月二十五日相繼函復補充說明相關資料，並經本院於九十年六月一日、九十一年二月七日、三月二十六日三度約詢疾管局暨衛生署中央健康保險局（下稱健保局）相關人員到院說明以釐清案情竣事，茲將本案衛生署暨疾管局涉及違失部分臚陳如次：

- 一、院內感染控制計畫，專案目標迄未達成，逕列例行施政項目，防疫資源配置偏頗，漠視心態殊有可議。
  - （一）查衛生署為促使各醫療院所確實實施院內感染控制業務，發揮監測功能，調查發生原因，使減少其院內感染發生之可能，確保就醫病人權益及保障醫護人員之健康，避免醫療資源浪費，於八十五年間報奉行政院核准實施「院內感染控制計畫」（期程：八十五年七月一日至九十年六月三十日為第一期五年計畫，下稱院內感染五年計畫）。該計畫之策略目標有四：

- 1、建立全國院內感染控制監測制度。
- 2、提升醫院院內感染控制委員會功能，落實院內感染預防及控制。
- 3、促進醫療院所之間感染控制技術之相互交流，以提升醫療服務品質。
- 4、建立全國各醫療院所迅速及完整的法定及報告傳染病之通報與監測系統。

(二)次查院內感染五年計畫目前實施期程業已結束，該署函稱由於院內感染情形之監測與防治，係屬於醫院之醫療品質管制，故「院內感染控制」各項工作應持續性辦理，以維持醫院醫療品質之長期常規性控管，期使病患獲得良好品質之醫療照顧，並可協助社區傳染病之監測，故疾管局業自九十一年起將該項業務列入例行性重要施政業務，納入常軌運作。惟查上開第一期計畫之策略目標，五年來之進展相當有限，該專案計畫書內所臚列評析之八大問題，至今依然存在，迄未澈底有效解決，遑論達成預期績效及評估基準之要求。詎衛生署罔顧院內感染五年計畫之專案目標迄未達成，且未深切檢討評估其執行績效，賡續規劃第二期計畫以資銜接推動，率爾將此計畫改列例行施政項目辦理，顯有欠當。

(三)依據美國疾病管制中心之統計：每年院內感染之病人總數約有二百萬人，較該國每年癌症病患、意外受傷及急性心臟病之病人總和還要多；因而死亡之病人更高達八、〇〇〇人，所耗費之醫療直接成本更高達四十五億美元之譜。以我國一般醫院之平均醫療水準而言，尚難凌駕美國，況且有關院內感染管制措施悉跟隨美方之作為，起步較慢，管制實難優於美國醫院，若以台灣地區人口總數（二千二百三十餘

萬人) 約為美國人口總數 (二億七千七百餘萬人) 的八% 粗略估算, 我國每年院內感染的病人總數至少應有十六萬人、因而死亡者當在七千人以上, 額外耗費的健康保險醫療給付每年亦將高達新台幣 (下同) 數十億元以上。

(四) 按行政機關對某項業務之重視程度與其施政優先順位, 應可從其投入之人力、經費略窺一二, 惟查疾管局承辦院內感染控制業務之專責人力僅二員, 預算每年僅約三千萬元; 衡諸該局對於愛滋病防治工作 (目前愛滋病毒陽性反應者累計約四千人) 所配置之專責人員六至七人, 年度業務預算更高達一億元以上, 其重視程度兩相對照高低立判, 是以該署侈言十分重視「院內感染控制」計畫云云, 誠難以置信。核疾管局之行政作為未能妥善分配業務, 防疫資源配置有所偏頗, 揆諸前揭專責人力不足、經費短絀自明, 實有虛應故事之漠視心態, 殊有可議。

二、主辦單位更動頻繁, 移交作業失諸草率, 承辦人員迭經更替, 業務生疏銜接不良, 難辭執行不力之咎。

(一) 衛生署函稱有關更換「院內感染控制」業務之主辦單位, 係基於當時環境背景考量, 於計畫推行之不同階段由不同單位主辦:

1、 「院內感染控制」計畫之規劃與推動初期 (八十五年七月至八十七年八月), 係涉及傳染病防治之整體規劃與宣導, 宜由防疫單位會同公共衛生及感染管制專家總體規劃, 乃由該署防疫處主辦。

2、 至計畫執行中期 (八十七年八月至八十九年三月), 為加強醫療院所之配合, 並提

升院內感染控制於醫療品質評鑑中之重要性，故將該計畫交由該署醫政處主辦。

3、而該計畫執行後期，為能持續並整合院內感染控制計畫，強化社區傳染病防治與

院內感染管制工作之整合，故將「院內感染控制」計畫交由該署疾管局主辦。

(二)查該署雖謂十分重視「院內感染控制」計畫，故將該計畫分階段視其需要，交由不同單位主辦，相關業務仍由其他協辦單位協同辦理，以期確實執行該計畫，保障就醫民眾與醫院從業人員之健康，並減少因院內感染發生造成之醫療資源浪費云云；惟查八十七年八月五日該署防疫處將院內感染控制業務移交醫政處接辦，迨八十九年三月二十一日起，醫政處又將此業務移交給疾管局辦理，短短一年多內兩度易手，承辦人員迭經更換，經驗無法有效累積傳承之情形不難逆料。又卷查其移交清冊僅以二、三頁簡短交待，作業失諸草率，而該署歷年相關公文檔案亦未併同送交疾管局保管調閱，致使業務銜接出現斷層，相關人員必須重新摸索。此證諸本院要求該署提供歷年全國性院內感染控制監測統計報表，均付之闕如；又詢及我國每年究竟有多少因院內感染的病人總數、死亡總數、額外耗費醫療費用？亦茫然以對，無以作答，顯見院內感染五年計畫實施期程結束後，該署猶未掌握相關之本土性基礎疫情資料。核其業務之交接過於頻仍，移交草率而銜接不良，業務生疏造成「院內感染控制」推展績效不彰，實難辭執行不力之咎。

三、電腦監測通報系統，中途輕率暫停實施，卻未改採人工彙總，資料無從分析比較，行事不周顯有疏失。

- (一) 由於現行院內感染之界定標準、統計格式尚未統一（各醫院所送表報分科類別及欄位定義均不盡相同），導致報表彙整、分析困難，資料若混合統計，其結果不易詮釋；復以應行監測項目未予統一，涵蓋範圍太少，監測結果恐有低估之虞，無法有效發揮監測功能，更無從進行院際間之比較，是以業務電腦化之需求殷切。該署乃自八十三年度起，邀集院內感染控制小組之專家，召開多次諮詢委員會議，參考美國疾病管制中心之院內感染定義及監測系統，訂定中文版之「院內感染定義」、統一全國院內感染率之計算方式、並擬定「院內感染監測系統感染紀錄單」草案，俾設計開發電腦軟體供各醫院使用。嗣於八十四、八十五、八十六年度委託中華民國感染症醫學會，發展電腦軟體供醫院使用。該署並分梯次辦理醫院感染控制小組人員之教育訓練，指導其使用該電腦軟體，協助各醫院建立起院內感染疫情監視制度。
- (二) 前項電腦軟體初期係應用於醫學中心之加護病房，採取重點監測之方式，即所稱之「加強加護中心院內感染監測試辦計畫」。該電腦軟體發展三年計畫至八十六年度計畫結束時，共有七十四家各級醫院參與，經該署繼續推廣宣導，故截至八十八年十一月止，全國共有一〇八家醫院參加使用上開電腦軟體。
- (三) 嗣因多家使用醫院反應上開電腦系統功能未臻完善，使用費時不便，該委辦單位（中華民國感染症醫學會）對於各醫院提供之資料彙整不盡完整，且該軟體適逢公元二千年（Y2K）資訊年序危機，故該署醫政處於八十八年十一月十日以衛署醫字第八八〇七二二七五號函發文通告「加強加護中心院內感染監測」電腦軟體停用，暫

以書面方式進行院內感染疫情統計（統計報表則均留存在各醫院自行保管）。

- （四）由於前揭報表並未寄送給醫政處統計，自無法進一步彙計完整之資料庫以供比較分析，致使院內感染之監視作業形同虛設，歷年來之院內感染監測統計資料亦難以連貫銜接而不能整合為全國性院內感染監測資料庫。足見該署對於電腦監測通報系統，中途輕率暫停實施，卻未切實遵照原計畫工作項目所列『醫院收集資料、自行處理及送衛生署彙整、分析』之要領，另採人工彙總累計報表作業方式以資替代，致使各醫院辛苦監測之資料無從進行院際間之分析比較俾便據以改善，亦使歷年統計資料遽然中斷無以為繼，顯有疏失。

四、開發網路監測程式，未達計畫預期目標，推動層面反較狹隘，拓展方式失諸消極，進度落後均有欠當。

- （一）卷查疾管局於八十九年三月二十一日接掌院內感染管制業務後，鑑於疫情監視作業電腦化之需求殷切，且各醫院原有資訊系統之差異性高，整合不易，乃規劃辦理「院內感染疫情監視系統」網路版系統開發，並自行擬訂該局九十年度作業計畫為：『第一期推展至七家醫學中心（九十年一月至七月）、第二期推展至二十家署立醫院（九十年七月至十二月）』在案。

- （二）按全國之醫院總數為六六九家，惟疾管局自九十年十月起始由十七家醫學中心之二十三家醫院（含其分院六家）首先使用新開發之「網路版院內感染疫情監視系統」。即便九十一年三月起另有二十九家署立醫院與其他五家區域醫院加入使用該系統軟

體，亦即目前共計有五十七家醫院使用，僅占醫院總數之八·五%，遠比原先推廣「加強加護中心院內感染監測試辦計畫」之一〇八家醫院參加使用為少，更與前揭院內感染五年計畫之預期績效及評估基準所列「本計畫以各醫療院所為推廣對象，預定進度自八十五年度起，十二家醫學中心加護病房能立即參與衛生署院內感染監視網，八十六、八十七年度推廣至四十五家區域醫院，八十八、八十九年度推廣至五十四家地區教學醫院，九十年後再陸續推廣至其他四二〇家地區醫院」難以契合。

(三) 未查疾管局建置網路監測程式之進度不符該局自行擬訂目標與院內感染五年計畫之預期績效及評估基準，目前僅及醫學中心與署立醫院層級，推廣層面狹隘反不如前，無法達成全國性疫情監測資訊需要。又揆諸該局規劃自九十一年七月起，擬議開放讓有意願之區域醫院及地區醫院申請加入使用該系統軟體，然查各醫院均為獨立運作機構，而該局迄未釐訂促使醫療院所樂意主動加強辦理院內感染之誘因，對於不參與監測通報之醫院又毫無法制約束力量，該項方案流於消極被動，拓展方式恐將事倍功半，肇致進度嚴重落後，核有欠當。

五、院內感染獎懲制度，推動五年迄未建立，疏於督促無以落實，良法美意徒託空言，輕忽怠慢洵有未洽。

(一) 院內感染五年計畫就「建立院內感染獎懲制度」之策略中，載明：

1、中央衛生單位：



(1) 衛生署對醫院評鑑院內感染控制項目發現之缺失，應通知醫院限期改善並應有追蹤查核制度，以利確實督導改善。

(2) 訂定醫療單位院內感染控制考評辦法，由衛生署編列辦理考評及獎勵經費；考評時應將醫院評鑑院內感染控制項目發現之缺失列為重點查核項目。

(3) 將醫院評鑑、院內感染控制考評成績送中央健康保險局參考。

2、地方衛生單位：依中央所訂之考評辦法，定期舉辦轄區各醫院之院內感染控制業務考評，並編列有關經費辦理。

3、醫療院所：

(1) 鼓勵自行建立全院各科部：物料供應、廢棄物處理、醫院環境維護等部門院內感染控制績效考評制度，以促使全院各單位共同參與，彼此激勵，依其執行績效，予以適當懲處，每年編列專款提撥作為院內感染考評獎勵金。

(2) 參與衛生單位舉辦有關院內感染控制業務考評。

(二) 然查無論中央衛生單位、地方衛生單位或各醫療院所均未能確實遵照上開策略落實執行，足見院內感染獎懲制度，雖歷經五年計畫期程之推動迄未完全建立起來；衛生署又疏於督導地方衛生單位，從而地方衛生單位亦未據以轉飭轄區醫療院所改善並予以定期查核，縱令院內感染五年計畫所欲建立院內感染獎懲制度之良法美意徒託空言，核該署行事之輕忽怠慢，洵有未洽。

六、健保與院內感染間，缺乏醫療給付關聯，感控效益並未究明，醫院配合意願低落，凸

顯強化措施停滯。

(一) 院內感染五年計畫就「強化健康保險與院內感染控制之關聯性」策略中，載明：

1、中央衛生單位：

(1) 研擬合理支付制度，促使各醫療院所重視院內感染控制工作，並配合中央健康保險局，研議以診斷關係群之支付方式之可行性。

(2) 委託學者專家進行專案計畫，建立醫療院所實施院內感染預防工作之成本效益分析研究，並評估院內感染控制成本獨立計算之可行性，作為各醫療院所申報保險醫療費用之參考。

(3) 中央健康保險局規劃建立病人生理條件評估制度，以避免易產生院內感染的病患，就醫權益受損。

2、醫療院所：

(1) 應依規定配置合理之人力、物力，進行院內感染預防及控制工作，在保險單位尚未單獨列項支付前，有關費用攤入醫院之營運成本。

(2) 各醫療院所實施績效、成本分析，應一併考慮由院內感染疫情監視查知之個案，推估其因院內感染所延長之住院天數，及增加之醫療成本，與醫療院所投入院內感染管制之成本，進行比較分析，促使各醫療院所了解實施院內感染控制之必要性，並有助於中央健康保險局未來考量院內感染單獨列項支付之參考。

(二) 查現行健康保險支付制度仍依醫療服務量計酬為主，並未有效區分各醫療院所執行

院內感染控制之良窳，且對於因院內感染所延長之住院天數、所多使用之抗生素，及增加之額外醫療費用仍予以支付，亦即醫療院所執行院內感染控制之成效，並未影響其從健保局獲得之給付；而投入從事院內感染之人力、物力卻直接增加各醫療院所之營運成本。由於執行院內感染管制業務，缺乏足夠之經濟誘因與健保醫療給付回饋，造成醫院經營者配合之意願相對低落，甚且根本不重視。

(三)由上可知，目前健保與院內感染管制業務之間，依然缺乏醫療給付之必要關聯；而有關委託學者專家進行醫療院所實施院內感染預防工作成本效益分析研究之策略卻仍束之高閣，遑論評估院內感染控制成本獨立計算之可行性。且健保局應規劃建立病人生理條件評估制度云云，亦未見付諸行動。顯見衛生署與健保局均未盡心力，前揭強化兩者關聯性相關措施之進展遲緩甚或停滯問題，亟待迅予檢討改進。

綜上所述，行政院衛生署暨其所屬疾病管制局執行院內感染控制計畫，專案目標迄未達成，逕列例行施政項目，防疫資源配置偏頗，漠視心態殊有可議；又頻繁更動主辦單位，移交作業失諸草率，承辦人員迭經更替，業務生疏銜接不良，難辭執行不力之咎；而電腦監測通報系統，中途輕率暫停實施，卻未改採人工彙總，資料無從分析比較，行事不周顯有疏失；且開發網路監測程式，未達計畫預期目標，推動層面反較狹隘，拓展方式失諸消極，肇致進度落後；對於院內感染獎懲制度，推動五年迄未建立，疏於督促無以落實，良法美意徒託空言，輕忽怠慢洵有未洽；況且健保與院內感染間，缺乏醫療給付關聯，感控效益並未究明，醫院配合意願低落，凸顯強化措施停滯等均有欠當，爰依監察法第二十四條提案糾正，送請行政院轉飭所屬確實檢討並依法妥處見復。

提案委員：

中 華 民 國 九 十 一 年 四 月 三 十 日