

南 華 大 學

非營利事業管理學系

碩士論文

非營利組織的倡導行為：以全人健康照護理念推展為例

Advocacy by Nonprofits :

The Case of Holistic Health Care Advocacy

研 究 生：陳 麗 萍

指 導 教 授：呂 朝 賢 博 士

中 華 民 國 101 年 05 月 25 日

南 華 大 學

非營利事業管理學系

碩 士 學 位 論 文

非營利組織的倡導行為：
以全人健康的照護理念推展為例

研究生：陳麗萍

經考試合格特此證明

口試委員：王仕圖

謝聖和

呂朝賢

指導教授：呂朝賢

系主任(所長)：鄭文輝

口試日期：中華民國 101 年 5 月 4 日

謝 誌

在非營所在職專班二年時光，遇見了許多好老師，好同學，讓我學習的過程中，非常開心，雖然每週從台北南下，路途甚遠，但覺得到校上課是非常愉快的事。

本論文能順利完成，首先誠摯的感謝指導教授呂朝賢博士，在教授悉心的教導並指點我研究的正確方向，使我在這些年中獲益匪淺。感謝王仕圖教授及謝聖哲教授百忙之中撥冗擔任口試委員。本論文以財團法人國範文教基金會推展「全人健康照護」理念為探討個案對象。在論文寫作期間，承蒙國範文教基金會謝董事長及執行長等人提供寶貴意見及資料，非常感謝。

感謝臺大同事淑娟、澤民、佩穎、鈺勤、風鈴、佳宜等及標準化病人協會曾理事長、美雲及其他志工們在我課業繁重之時，幫忙協助處理工作上事務並圓滿達成任務，也要感謝同學森鑫、德榮、淑貞、麗香、儷文、乃思、儀芬等不厭其煩的指出我研究中的缺失，且總能在我遇到困難之時為我解惑，也恭喜我們順利走過這兩年。有你（妳）們大家的幫忙我銘感在心。

最後，特將本文獻給我敬愛的母親，感謝您無怨無悔的養育與無時無刻的關懷照顧，還有父親、先生、姊姊麗冠、妹妹稚蓁、琳潔及麗玉的支持及協助、泓叡及楷雯兩兄妹督促自己的學業，讓我能專注於課業研究中，願以此與家人共享。

陳麗萍 謹誌於

南華大學非營利事業管理學系研究所

中華民國 101 年 5 月

中文摘要

本研究以財團法人國範文教基金會為對象，透過個案研究法，藉由與專家學者與實務工作者的深度訪談，回顧該非營利組織透過政策倡導推展全人健康照護理念的歷程，並就執行成效進行評估，另就該非營利組織透過社會倡導提升民眾健康知能之案例進行分析，探討衛生醫療領域的非營利組織在健康照護議題上所能扮演的角色，並提出衛生醫療領域的非營利組織未來在全人健康照護議題開拓發展空間的建議。

透過文獻及質性訪談，本研究發現：由於臺灣人口老化，慢性病盛行，失能人數不斷增加，民眾對於全人健康照護的需求極為殷切，全人健康照護系統的運作強調扎根社區且以人為中心，在此一議題上，衛生醫療領域的非營利組織能夠經由政策倡導與社會倡導的積極參與，與相關政府單位及教育機構進行各方面的連結，在全人健康照護系統的制度建置、人才培育及民眾健康知能提升等方面，扮演重要的角色。

依據上述發現，本研究就衛生醫療領域的非營利組織未來在全人健康照護議題開拓發展空間，提出下列建議：（一）在制度建置方面，非營利組織可以透過政策倡導，推動以「社區醫療群」為基礎的家庭責任醫師及健保論人計酬制度，為全人健康照護系統奠定穩定基礎。（二）在人才培育方面，非營利組織可以透過與教育機構合作，強化以「一般醫學訓練」為主軸的全人照護醫師培育，實踐醫療專業盡責，提升醫療照顧的品質與安全。（三）在民眾健康知能提升方面，非營利組織可透過社會倡導機制，強化民眾就醫知識及用藥安全，加強個人自我健康照護的能力與責任，減少民眾的健康差距。此外，為因應高齡化社會的健康照護需求，非營利組織可以與地方政府、醫療機構、學術團體或公民團體合作，共同推展運動保健模式，協助民眾透過終身學習、社會參與或志願服務，來實踐「健康老化」的理念。

關鍵字：非營利倡導、倡導參與、政策倡導、社會倡導、全人健康照護

Abstract

Non-profit organizations can play an important role in shaping the health care policy. Our society is in increasing needs of holistic health care as the demographics of Taiwan are quickly aging, People/population suffering from chronic diseases are increasing, and the disabled people is growing. In response to the health needs of these populations, non-profit organization is hoped to actively participate in advocating for the health care policy as well as in improving health literacy. This study takes Guofan Foundation as concrete example to highlight the important role non-profit organizations can play in advocating for the health care policy and in improving health literacy.

Results provide evidence that policy-related activities can be undertaken by non-profit organization in the field of holistic health care. Non-profit organizations can cooperate directly with government agencies or educational institutions in this field to achieve their missions.

In light of these results, some strategic approaches are advised to expand the advocacy role played by nonprofit organizations in the health care sector. It is our suggestion that nonprofit advocacy for holistic health care may include establishment of an accountable family physician system to improve community health, sustaintment of educational reform in holistic physician training to improve health care quality and professional accountability, enhancement of health literacy to promote the quality of life in a community, as well as participation in activities contributing to healthy aging. (Full Text in Chinese).

Keywords: nonprofit advocacy, advocacy participation, policy advocacy, society advocacy, holistic health care

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究問題與目的	5
第三節 章節架構	5
第二章 文獻探討	7
第一節 非營利倡導的定義	7
第二節 非營利組織的倡導參與	9
第三節 倡導策略	13
第四節 倡導成效	15
第五節 小結	16
第三章 研究方法	18
第一節 研究設計及資料搜集方法	19
第二節 研究內容分析	20
第四章 非營利倡導案例研析－全人健康照護理念推展	26
第一節 全人健康照護理念的推展	26
第二節 國範文教基金會推展全人健康照護理念的背景	31
第三節 政策倡導案例研析	33
第四節 社會倡導案例研析	46

第五節 非營利組織的倡導角色	51
第五章 討論	54
第六章 結論與建議	60
參考書目	63
附錄 佐證資料	67

第一章緒論

第一節 研究動機

世界衛生組織（World Health Organization，簡稱 WHO）強調健康是一個整體性概念，包括身體、心理及社會各層面的健康，也是基本人權（WHO，1978）。健康表現在身體方面是體內環境穩定狀態（homeostasis）的維持、器官功能的正常發揮及知性活動的正常呈現；在心理及社會方面的表現包括正常人際關係及群體社會活動，能夠正常上班、無需他人照顧是基本的要求。亦即，健康是身體、心理與社會三方面的安適狀態。

傳統健康照護一向偏重於身體層面，對於心理及社會方面的關照較為缺乏。自 1980 年代以來，醫學界已經注意到：人類健康問題不但與身體有關，與心理、社會因素之間也有密切關聯，再者，不良生活方式、有害健康的行為及不好的社會環境也對現代人健康造成重大衝擊。因此，透過社區為基礎的「全人健康照護」（holistic health care）來全方位看待人的健康問題，注重心理及社會因素在健康維護與疾病發生中的作用，並將目光放寬到增強健康意識、矯正不良生活習慣、提高自我保健的責任與能力，就成為二十一世紀健康照護的趨勢（Norris & Pittman，2000）。

除了個體健康以外，「全人健康照護」概念也涵蓋群體健康。群體健康的改善有賴於公共衛生措施及生活狀況的改善—營養改善、乾淨的食物與飲水、較好的教育、較安全的職業環境，及較好的住宅。一般而言，決定健康狀況的主要因素是：(1)生活方式，即個人的職業、工作、飲食習慣、運動、喝酒、抽菸等；(2)環境因素，即自然環境中的危險物及社會環境（包括政治、經濟、文化、社會性因素）；(3)生物因素，即個人的體質、遺傳、抵抗力或生物狀況；(4)醫療服務的取得，即是否有足夠的診療設施及人員等。在上述因素中，無論由死亡原因比率或由健康、長壽比率來分析，決定健康狀況最重要的因素都是生活方式（約佔 50%），其次是環境因素及生物因素（各約佔 20%），大約只有 10%可以歸因於醫療服務的取得（謝博生，2006）。因而，由群體健康的觀點來看，健康照顧與醫療服務是不一樣的，如果社會的健康狀況要達成有意義的改善，必須對生活方

式及環境因素給予更大的重視，而非只注重改善醫療服務，例如，重視衛生教育、職場安全，減少藥物濫用、貧富差距等措施，對於民眾健康狀態的改善，要比提供高科技醫療更為有用。

個人一生的健康照顧包括遭遇急症或出現明顯疾病症狀時，在醫院進行的「醫療照顧」，以及在沒有遭遇急症或出現疾病症狀時，在社區進行的「自我照顧」。由於生活方式是決定個人健康狀態的最主要因素，因此，自我健康照顧最主要的方法是透過健康行為及生活型態的改變，來預防各種慢性病的發生或進行。

為了維護國民健康，使民眾獲得完整的健康照顧，在國家健康照顧體系的運作上，建置與推展「全人健康照護系統」是可行方向之一，此一系統以民眾為中心，除提供疾病治療服務之外，另須提供預防保健、衛生教育與個案管理服務。為了使全人健康照護系統有效運作，必須培育具備「全人照護」能力的醫師，促使醫療團隊發揮照護能量，促進區域健康資源整合，建立社區健康照護網絡，提昇民眾健康知能，引導民眾增強「自我健康照顧」的意願及能力。

回顧臺灣民眾的健康問題，在 1950 年代及 1960 年代，各種傳染病、急性病是造成健康威脅的主要來源。到了 1970 年代，隨著經濟快速發展、社會環境迅速變遷及國民所得提高，民眾的生活習慣及健康行為改變，各種慢性疾病例如高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、腦中風及癌症逐漸成為國民健康的嚴重威脅（衛生署，1999）。

對於民眾的健康照顧，政府一向重視以醫院為主體的醫療照顧，並未積極地從全人角度提供預防保健。1985 年 7 月開始，衛生署採取「醫療網計畫」，依照民眾自由就醫、醫師自由執業的原則，最初將全國分為 17 個醫療區來提供分級醫療照顧，2001 年以後改為 6 個醫療分區提供區域輔導與資源整合，依不同地域性將因地制宜推展相關業務（吳肖琪，2001）。由於臺灣特殊的社會文化背景及醫療生態的影響，「醫療網計畫」中規劃的垂直分工及照會轉診制度未能建立。結果，「醫療網計畫」提供的健康照顧更加重了重視疾病治療、忽視預防保健型態：民眾爭相到大醫院看病，社區基層醫療服務一直受到忽視，難以實踐「全人健康照護」的理念。

「全人健康照護」理念的推展與實踐，是因應高齡化社會健康需求的重要環節。由於醫療衛生技術的進步，使得各年齡層生存機率上升、死亡機率下降，而國人預期壽命（零歲平均餘命）亦往後延長。與10年前相比，2009年我國預期壽命約延長3.1歲，其中男性延長2.6歲，女性延長3.5歲。惟壽命延長亦使我國65歲以上老年人口快速增加，與10年前相比，老年人口占總人口比率增加2.2個百分點。可見未來65歲以上老年人口數將大幅增加，而由於未來壽命延長，老年人口中，主要是以年齡超過80歲以上者，成長最為快速。依據中推計¹，2010年80歲以上人口占老年人口比率為24.4%，至2060年將大幅上升為44.0%，成為「高齡社會」。臺灣社會的人口呈現快速老化的現象，為讓老人可以擁有健康的生活，並延長各種社會功能，是未來政府在「醫療網計畫」中必須加以重視的一環。

政府於 1995 年實施的全民健康保險是我國維護全民健康的最大安全防護網，開辦以來，降低民眾就醫的經濟障礙，提升醫療的可近性，獲得很高的評價。但是，全民健保實施以後，由於民眾依賴傳統的、偏重於身體層面的醫療照顧做為支持健康的手段，過度利用醫療資源的結果，使全民健保面臨嚴重的財務危機。如何在有限的醫療資源下，滿足民眾的健康照顧需求，成為政府與民間重視的課題。也就是在慢性病增多、預防保健未獲重視、人口快速老化及全民健保財務呈現危機的情況下，建置一個能夠提供週全性、持續性、協調性的「全人健康照護系統」遂成為 1990 年代末期衛生署重視的施政目標。

「全人健康照護系統」的建置於 2005 年 1 月開始進行，第一期由衛生署委託醫策會及臺大醫學院等機構委辦，系統建置有賴於政府機構與民間非營利組織共同合作。近年來，政府大力推動「業務委託民間辦理」的政策，非營利組織基於使命的達成，得以提供比政府部門更為周全的服務。在參與「政府業務委外」方面，具有相當寬廣的擴展空間與多項優勢。對於「政府業務委外」相關文獻資料進行分析探討，可以看出在政府委外辦理之業務類別中（包括文化教育、環境保護、醫療保健、社會服務、經濟事務、交通、工程、資訊等八大類），其中由非營利組織參與者，目前是集中在醫療保健、社會服務、文化教育等三種。而醫療保健類委外辦理之案例，非營利組織之參與多為醫療機構之公辦民營（委託經

¹資料參考自行政院經濟建設委員會「2010 年至 2060 年臺灣人口推計」報告，網址：<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNO=0000455>。

營)，亦即，以資金、人力、技術充足的大型財團法人承接公立醫院的經營，為民眾提供醫療服務，臺南市立醫院、署立嘉義醫院、署立雙和醫院、臺北市立萬芳醫院的委託經營是近年來為人熟知的例子，例如，醫療法人秀傳醫院於 1987 年承接臺南市立醫院的經營，臺北醫學大學於 2008 年承接署立雙和醫院及於 1996 年承接臺北市立萬芳醫院的經營。

就資金、人力、技術都不足的衛生醫療領域小型非營利組織而言，對於承接醫療機構之委託經營，顯然能力、條件都不夠。但是，全人健康照護系統的運作所強調的是紮根社區，政府必須營造一個能夠有效提升民眾健康知能並強化民眾自我健康照顧能力的社區環境，才能真正讓民眾享有身體、心理、社會面的安適。對於社區環境的營造與提供，衛生醫療領域的小型非營利組織應該能夠透過與政府單位合作的機制，充分運用它在公共服務所具有的特質與優勢條件，經由建構公私部門間良好的夥伴關係，在全人健康照護系統的實務工作方面，扮演一定的角色，獲得參與、發揮的空間。

除此之外，衛生醫療領域的非營利組織也可以在政策方面發揮影響力，非營利組織的倡導（Nonprofit advocacy）是近年來在政治、社會、衛生醫療領域很受關心的議題，非營利組織的倡導活動有助於鞏固民主體制，增進社會福祉，但是相關的研究還不是很多。另一方面，由於全人健康照護議題的倡導，涉及了高度的專業性及複雜性，過去比較缺乏非營利組織的參與，相關的研究更是有限。

財團法人國範文教基金會於 1992 年開始透過社區醫學教育與一般醫學教育的推動，與臺灣大學醫學院合作，建構全人照護的醫師人才培育模式與以社區醫療群為基礎的健康照護模式，做為政府建置「全人健康照護系統」的參考。1999 年 9 月發生的九二一大地震及 2003 年 3 月至 6 月發生的 SARS 疫情，對臺灣社會造成重大的衝擊，也曝露出多年來我國衛生醫療系統的缺失，災難後的衛生醫療重建，為我國「全人健康照護系統」的建置，提供了難得的契機。在這兩次災難的重建期間，財團法人國範文教基金會與臺大醫學院合作建構的畢業後一般醫學訓練暨社區醫療群模式獲得衛生署採納，在政策上落實於 2005 年開始實施的「全人健康照護計畫」（第五期醫療網計畫）。2009 年開始，國範文教基金會透過與政府單位合作，進行提升民眾健康知能的社區環境營造，參與全人健康照

護系統的實務工作。

財團法人國範文教基金會在全人健康照護理念推展的倡導行為，提供了一個難得的案例來探討衛生醫療領域非營利組織在全人健康照護議題的倡導參與以及非營利組織未來在此一議題開拓發展空間的可能性，此即進行本研究的背景、目的與動機。

第二節 研究問題與目的

本研究以國範文教基金會透過政策倡導與社會倡導，推展全人健康照護理念的個案做為研究對象，分析探討問題如下：

- 一、衛生醫療領域非營利組織如何參與倡導？倡導議題之來源為何？影響參與的因素為何？
- 二、衛生醫療領域非營利組織參與倡導之活動形式為何？採取何種策略進行？
- 三、倡導可以達成何種成效？影響倡導成效的因素為何？

為探討上述問題，本研究首先就實際個案之政策倡導行為，深入了解個案參與倡導，協助政府建立全人健康照護系統的背景、歷程與策略，並分析組織特色與政策倡導成效之間的關係。其次，由於提升民眾健康知能是一項重要的全人健康照護課題，本研究也基於個案參與社會倡導、提升民眾健康知能之事例，就非營利組織與政府單位之間的互動關係做一探討，並分析非營利組織的結構因素與其參與社會倡導之間的相關性。最後，本研究希望藉由上述問題的分析與探討，就衛生醫療領域非營利組織在全人健康照護議題的倡導參與及未來的開拓發展提出建議。

第三節 章節架構

本研究以六個章節，就衛生醫療領域非營利組織在全人健康照護理念推展的倡導活動，進行理論面及實務面的分析，最後導出衛生醫療領域非營利組織在全

人健康照護理念推展進行倡導的建議。本研究章節安排如下：

第一章 緒論，包括研究動機、研究目的、研究問題及研究架構及流程。

第二章 文獻探討，包括非營利倡導的定義、非營利組織的倡導參與、倡導策略及倡導成效。

第三章 研究方法，包括研究設計及資料搜集及研究內容分析。

第四章 非營利倡導案例研析，以國範文教基金會的倡導行為為例，研析其在推展全人健康照護理念的過程中，進行政策倡導及社會倡導之背景、歷程，評析其執行成效，並據此探析非營利組織的倡導角色。

第五章 討論，以非營利倡導之參與、策略與成效為重點，基於案例研析的結果，就非營利組織的倡導參與、採取之策略途徑、以及組織特色與倡導成效之間的關係，進行討論。

第六章 結論與建議，依據案例研析結果，就衛生醫療領域非營利組織在全人健康照護議題的倡導參與做一結論，對未來在此一議題的開拓發展提出建議，並就本研究的限制做說明。

第二章 文獻探討

非營利組織具有獨立、自主與公益的民間特性，乃公民參與公共政策制定與執行的重要中介管道。根據政府失靈（government failure）理論²觀點，非營利組織興起的主要原因，乃源於公民社群對政府無力回應民眾需求的反彈；也起於對政府太大、太複雜、無人情味和無能力處理緊急事件的不滿，期能藉由民眾與公益團體採取直接的公益行動，並且參與政府政策的規劃與方案之執行，來協助政府改善其公共服務之效率與品質（江明修、陳定銘，2000）。

「倡導」（Advocacy）是非營利組織的重要功能之一，通過結社，人們進行互動，培養組織技能，創造互相信任與接納的網絡（社會資本），使他們能共同合作解決社區問題，宣導理念，透過政策過程尋求糾正或改變（Boris and Krehely，2002）。非營利組織進行倡導活動對公民社會的貢獻不亞於直接提供社會服務，甚至能夠為社會服務爭取更多的資源投入，“立法與政策”是“資源投入”的後果，非資源也。

本章針對本研究將進行析探的問題，聚焦於非營利倡導的定義、非營利組織的倡導參與（Advocacy participation）、倡導策略以及倡導成效相關之文獻探討。

第一節 非營利倡導的定義

倡導是第三部門基於改變社會現況，試圖形成與民眾或弱勢案主權益相關的公共議題，透過促使政府制定或改善公共政策的方式，以產生對政治、經濟、社會系統、公共政策、資源分配的影響力（江明修，1999、Cohen，2001）。倡導係指有目的地去努力改變目前現有或研議中攸關特定個案或其群體權益的公共

² 當市場面臨失靈時，消費者希望政府能提供可信任之產品或服務，但是政府也會面臨失靈的狀況。「政府失靈」理論可用來解釋在什麼樣的狀況下，政府所提供之公共財貨與服務是無效率的。Wolf(1979)指出，在各種情況下，政府欲介入私有經濟部分、修正市場失靈，可能創造出新的無效率，但強調政府在某些條件下，其公共服務可能過度生產或是生產不足，或是在過高的成本下提供公共服務（Young,2001）。

政策或實務作法，亦或間接促成環境改變以更符合特定個案或其群體的相關需求，例如政策倡導、階層倡導、公民倡導、社區倡導、個案倡導等。

倡導是一種檢視社會及其問題的方式，是一個過程，也是最終目的，倡導有其方向，而且也負載了價值（葉琇珊，1992）。第三部門為了案主的利益與需求，將在服務過程中所遭遇到服務輸送問題、社會政策、制度問題，透過倡導形成公共議題，並透過社會立法的機制解決問題，藉由法律的具體規範，以謀求案主的最大福利（紀惠容，1998）。第三部門運用倡導方式，表達弱勢案主的需求，在政策制定過程中的積極參與，更有助於弱勢案主的權益保障，促進社會公益。

倡導的形式一般可以分為兩類：一為個案倡導（微視），也就是以案主和環境的互動為介入的焦點；另一類為階級倡導（鉅視），指的是透過社會政策的介入以改變環境。國內非營利組織學者多以社會政策為主要的倡導標的，根據這種觀點，倡導可以定義為基於社會正義的理念，透過計畫性的行動，挑戰既有政策或提倡新政策，以造成社會資源的重新分配，改善弱勢群體的處境（葉琇珊，1992；韓意慈，2009）。美國社會運動學者 J. Craig Jenkins 指出，「公益」或「正義」本身難有客觀的判準，有時倡導組織所爭取的是少數特定人群的實質利益，例如罕見疾病患者、外籍配偶。另一方面，倡導實際上並不限於政府的政策，例如有些公益團體為人權或環保向跨國企業施壓。因此，Jenkins 將倡導定義為「任何代表某種集團利益而欲影響制度菁英之決策的行為」（Jenkins，1987）。

Cohen（2001）根據倡導的目標、參與的對象以及環境，將倡導分為四種形式：(1)信念的倡導（Ideological advocacy）：主要指理念與價值的倡導，所採取的倡導策略可透過選舉、街道上的宣揚與戰鬥，或是影響相關重要的決策者，以使其信念成為主流。(2)大眾的倡導（Mass advocacy）：指的是藉由大眾的力量，訴求倡導主題的一種公共行動，諸如請願、抗議、展示、靜坐以及非暴力的公民式抗爭活動等，藉此進入決策系統，或影響決策，「大眾的參與」以及「運動」是兩項重要的基本元素。(3)利益團體的倡導（Interest-group advocacy）：透過遊說與其他說服上的努力，團體成員組織好一連串具體的議題，並向系統中的決策者提出相關的需求。(4)科層中的倡導（Bureaucratic advocacy）：指的是研究者、經濟專家、諮詢顧問等來自“智庫”或學術專業人士，企圖影響政府中的科層官僚

與決策系統，由於他們常被徵詢相關的意見，或主動發表其創見，因此對決策自有影響力。儘管倡導有各種不同形式，不過形式間並不互相排斥，只要能達到倡導的目標，倡導者可同時運用不同的形式。

第二節 非營利組織的倡導參與

非營利組織能夠扮演重要的倡導角色，促進健康的社會與政治批評過程的制度化。每當政府、企業、媒體、大學、教會未能滿足社會或道德的挑戰，倡導組織即充當領導的角色，這些組織已成為國家集體良心的一部份（O'Neill, 1989）。

壹、倡導組織

非營利組織視其主要任務可分為以政策倡導為主與提供服務為主兩類，這兩類組織在歷史上有很密切的關係，而且一個組織常常同時扮演兩種角色。在第三世界發展的領域中，非營利組織往往從單純照顧人們眼前需求的服務提供者，轉而重視政策倡導。換言之，以提供服務為主與或政策倡導為主的不見得是兩種不同的組織，而可能是組織成熟度的象徵（Korten, 1990）。

Jenkins(1987)指出，倡導著重於改變政策以保護集體財(Collective goods)；而服務提供則是創造可分的(divisible)或個人的(individual)利益，而且不必涉及政策的改變。即使實際上兩種類型的組織業務互有偏重，但理念常常是相通的，人員也互相流動。例如在美國，服務性組織常常作為倡導組織成員的培訓基地和退休後的歸宿（O'Neill, 1989）。

一、以政策倡導為核心之組織

以政策倡導為核心之組織在概念上乃指個人或組織透過有計畫地、有系統地的策略，向社會大眾或政府部門行銷特定的價值或理念，企圖影響公共政策的制定和執行。對於以政策倡導為核心的組織而言，政策倡導僅是達成組織使命的手段或策略而已，本身並不是目的，因此，政策倡導活動可以相當靈活和多元，不必拘泥於特定的形式，視其能否產生效果來決定（莊文忠等，2009）。

非營利組織介入公共政策運作，已成為現代民主國家的普遍現象，由於其深

入民間追求公益的特性，往往能將民眾實際的需求與建議，反應給政府並作為政府制定或執行公共政策之參考。

根據顧忠華、王興中（2010）的研究，臺灣倡導型非營利組織結構方面有下列特色：(1)在治理結構方面，理（董）監事成員以知識菁英（教授、律師）佔大多數，較缺少草根弱勢群體的參與，也幾乎沒有商業界人才加入。(2)在自律機制方面，許多倡導組織沒有加入公益團體的自律聯盟，且絕大部分在內部治理及財務資訊的揭露方面相當不透明。(3)在基礎結構方面，除少數具有區域分支機構外，不論會員人數或組織規模都比較小，跨議題的大型傘狀組織尚未出現，少數單一議題聯盟組織的覆蓋面也仍然相當侷限。(4)在財力資源方面，倡導型基金會的基金規模普遍較小，年度經費收支的規模落差很大，規模較大的組織通常接受政府委託的收入比例高達五成以上，自力募款的能力多半有限。從組織結構面來看，臺灣的倡導型非營利組織普遍存在草根動員和財力資源的雙重貧弱，而兩者之間互為因果；此外，倡導型組織之間的縱向與橫向連結也還有很大的發展空間。

二、以社會服務為核心（倡導為次要）之組織

倡導型非營利組織與服務提供型非營利組織的差異，在於前者以政策或體制（包括公部門與私部門）的改變為目的；後者則並不挑戰既有秩序，而在體制內完成它的工作。服務提供型非營利組織可彌補公部門功能失靈的不足，它們所提供的公共服務一方面實踐公共行政的公益性，另一方面透過政府與民間資源的整合，提升整體公共生產力與民眾福祉（江明修，2002）。

服務提供型非營利組織以具有福利服務遞送性質或是社福政策議題倡導性質的公益類組織為主，這包括慈善事業（宗教性或非宗教性）、社會福利機構、以及具有社會福利性質的基金會，它們在現代社會積極展現其先驅者、改革與倡導者、價值維護者、服務提供者與社會教育者等獨特功能（許世雨，1999）。這一類的非營利組織具有服務大眾的宗旨，不以營利為目的的組織結構，有一個不致令任何人利己營私的管理制度，而且具有合法免稅與可提供捐助人減（免）稅的法地位（Wolf，1990）。

就臺灣社會服務非營利組織的類別觀之，主要提供的服務類別為「身心障礙福利」、「社區服務」、「老年福利服務」、「家庭福利服務」與「兒童福利服務」。而面對近年來外籍勞工與外籍配偶日漸增多的趨勢下，也有許多非營利組織針對此對象提供服務。再者，提供「休閒娛樂與聯誼」服務的非營利組織也有增加的現象，反映出臺灣地區的服務提供型非營利組織愈來愈重視提供一般民眾（非弱勢團體）的休閒、體育與其他育樂服務（官有垣，2010）。

貳、倡導參與

非營利組織長期以自力或合作方式參與社會服務的提供，甚至參與公共政策的規劃，進而影響政策的制定，能夠扮演促進政策變遷的力量，捍衛社會的公平與正義（Bryce，2005）。非營利組織向政府部門與社會大眾倡導特定的理念或價值，進而產生的影響力，有不同的議題形成方式，議題設定則可以有不同的主導者。非營利組織對於倡導議題的形成，可以從因應國際潮流與趨勢、因應國內社會結構和脈絡變遷等客觀環境變化來形成，也可以從價值理念與利益需求等主觀建構面來形成。而議題設定的主導者，可以是組織領導人或董事會，也可以是組織成員或外聘的學者專家，視組織的特色而有不同（莊文忠等，2009）。

非營利組織的領導人、董事會及組織成員，對於倡導參與可能抱持不同觀點，例如，當組織的董事會由企業領導人或政府單位領導人組成時，與具有草根性社會服務背景的組織成員相比，可能比較不願意參與倡導（Bannhsa，2008）。非營利組織在倡導參與上，最主要的困難是缺少經費，另一個困難是缺少具備倡導技巧的人員，非營利組織的董事會、職員和志工通常欠缺進行倡導參與所需的溝通技巧。最後，非營利組織常會因考慮到法律的限制，或擔心影響到免稅身份，而不願參與倡導（Bass et al., 2007）。非營利組織的經費如果來自於政府，通常會被限制在目的用途，而不能用於倡導活動。許多基金會提供經費給非營利組織時，通常不會用於支持倡導活動，如果有的話，數量並不多，也未能持續支持（Bass et al., 2007）。

非營利組織的倡導參與受到許多因素的影響，其中最重要的是組織與政府部門的關係。有三種相關的理論對此提出說明：第一種理論是「資源依賴」(Resource

dependency) 理論認為非營利組織接受政府資源補助會面臨雙重壓力而影響到組織的倡導參與，首先，他們可能不願意採取提供經費的政府單位所反對的立場，其次，政府經費常會增加組織在會計帳務及資料處理方面的負荷，而減少組織在倡導方面的參與。接受政府經費支援的組織也可能受到法律限制而不能採經費於倡導活動，有些組織則擔心從事倡導活動可能違反法律，影響到它們的經費補助或免稅優惠，而不願參與倡導活動。因此，獲得政府經費補助越多的組織，越不可能參與倡導 (Child & Gronberg, 2007)。非營利組織以公眾健康為政策倡導時應遵守相關的法律及倫理守則，大部份的健康政策倡導活動不宜透過遊說 (不符合遊說的法律定義) (Vernick, 1999)。

第二種理論認為非營利組織與政府之間可能出現「可覺察衝突」(Perceived conflict)，此一理論主張政府覺察到非營利組織是競爭者，因而會尋求壓抑非營利組織的倡導，以便維持政府的優勢地位，按照此一理論，非營利組織接受更多的政府經費，應該會越少參與倡導 (Salamon, 2002)。

第三種理論認為非營利組織與政府之間出現「可覺察的夥伴關係」(Perceived partnership)，此一理論主張非營利組織與政府具有互補及合作關係，二者一起工作有助於支持政策及獲取資源，非營利組織有誘因去從事倡導活動來維持或增加他們從政府獲得的經費援助，按照此一理論，非營利組織接受更多的政府經費，應該呈現更多的倡導參與。另一方面，政府依賴非營利組織提供必需的社會服務，會產生誘因來接受組織的倡導活動，協助組織取得持續的支持 (Chaves, et al, 2004)。

非營利組織的大小有可能對倡導參與造成影響，許多研究者發現：組織結構包括規模大小及成熟度，可能會影響到倡導參與。當非營利組織的規模變大、變得更專業時，人員、經費、技術等資源增加，基底結構變得更強，可能較多參與倡導。這種理論即是「資源動員論」(Resource mobilization theory)，有些研究發現組織的成長及專業化並不會明顯抑制倡導參與，資源增加更可能促進組織參與倡導活動，提供了這種理論更多的支持 (Salamon, 2002; Child & Gronberg, 2007)。但也有些論辯認為組織變大時，涉入倡導有可能造成更大的損失 (Suarez, 2009)。

倡導參與通常會涉及非營利組織與政府的互動，以國內的情況而言，在社政領域裡，政府與非營利組織之間已建構出一種相互不可或缺的夥伴關係，非營利組織不再侷限於殘補的性質，只在政府無能力觸及的領域裡發揮功能，相反的，非營利組織成了政府推動福利服務委託外包的重要夥伴，肩負社會福利服務的提供。政府與非營利組織以契約委託方式進行的合作，遍及各個社福項目，以臺灣地區 2001 年到 2005 年身心障礙者服務方面的委託案為例，委託案件數由 2001 年的 37 件，上升至 2004 年的 113 件，再到 2005 年的 122 件，五年成長率達 230%（劉淑瓊，2008）。可看出，政府與非營利組織之間合作關係的密切程度。除了成為福利服務的直接提供者之外，非營利組織在福利議題的倡導上，也扮演著積極領航的角色，努力推動社會福利相關的立法。

第三節 倡導策略

就非營利組織所採取之倡導活動而言，可以分為以政府部門為對象以及以私部門或社會大眾為對象等兩種活動形式，它們所採取的策略視其活動內容而有不同。本文將以政府為倡導對象者稱之「政策倡導」，以社會大眾為倡導對象者稱之「社會倡導」。

一、以政府部門為對象

民主國家中，涉及社會價值與公共資源的權威性分配係掌握在政府部門的手上，公共政策的合法性地位和公權力基礎來自於立法機關和行政機關，因此，非營利組織想要影響法案的內容與政策的方向，就必須與政府部門打交道。以美國為例，非營利組織以政府部門為倡導對象所使用的策略可分為「立法倡導」（Legislative advocacy）和「政治倡導」（Political advocacy）。立法倡導又可分為二種形態：一是「立法遊說」（Legislative lobbying），以國會議員為對象，其目的在影響法案內容、追蹤立法進度、監督立法通過與政策執行，提出修法主張等，必須事先登記和報告，非營利組織必須熟悉政策的過程及瞭解可以介入的環節，主要是以資訊的提供為主，讓國會議員瞭解法案通過的利弊得失，一旦法案通過後，政策便交由行政部門負責執行，此時遊說的重心便會移到相關的部會，影響施行細節的訂定及政策工具的選擇；一是「草根遊說」（Grassroots

lobbying)，以一般大眾為對象，向他們宣傳理念、激起他們對政策議題的關心，進而透過電話、書信、投書等方式向其選區的國會議員表達意見，以改變國會議員的投票立場（江明修、陳定銘，2000）。

政府擁有政策制定的權力，掌握對社會資源進行重新分配之權威，以影響政府政策制定過程將是非營利組織影響社會資源分配最直接的管道。歸納目前非營利組織所使用之政策倡導策略，主要有：(1)立法與行政遊說策略，(2)候選人遊說策略，(3)擔任政府部門的諮詢委員，(4)建立策略聯盟，(5)運用大眾傳播媒體（莊文忠，2008）。不過，並非每一種策略都能對政府產生影響，引起政府單位的關注，在非營利組織相對於政府部門經常處於政策資訊不對稱，相對於企業組織則面臨財務資源不對等的地位，非營利組織進行政策倡導必須依據政策環境脈絡並結合可用資源，針對相關的公共問題，並以各種不同的策略突破政策參與的困境（羅金棟，2007）。

政策倡導並不是非營利組織最重要之目標或任務，只有少數非營利組織致力於政策倡導，其表現類型視非營利組織之類別而異（Child & Gronbjerg，2007）。對於健康知能的倡導，衛生教育相關的學生、教師及專業人員，在未來應扮演更重要的角色，大學應該提供與健康知能倡導相關的繼續教育機會，專業組織應該在開會時提供健康倡導相關的討論會或工作坊。當衛生教育專業人員接受他們在健康倡導的角色，就更能達成提升民眾健康知能的目標（Tappe & Galer-Unti，2001）。

二、以社會大眾為對象

非營利組織扮演著回應社會問題的角色，社會倡導來自以人為尊的價值，不但要喚起社會大眾對重要議題重視，並且要發揮提醒民眾、教育民眾的功能。以社會大眾為對象的倡導議題可以是目前現有或研議中攸關特定個案或其群體權益的公共政策，也可以是促成社會改變或環境改變以更符合特定個案或其群體的相關需求。在美國，以社會服務為核心（倡導為次要）之組織對於政治議題的倡導活動採取非常審慎的態度，藉以避免其免稅的地位受到影響，許多非營利組織鼓勵非政治性的志工及其他形式的服務活動參與來解決問題，參與政治遊說的組織非常小心自律（Boris & Krehely，2002）。

非營利組織以社會大眾為對象之倡導，主要是行銷有益社會福祉的理念，透過民眾認知與行為的改變，獲致社會改革的目標。歸納目前非營利組織所使用之倡導策略，主要包括：(1)舉辦活動，(2)運用大眾傳播媒體，(3)直接提供服務，(4)發行出版品以及(5)運用網路等。在不同的倡導階段可以採取不同的策略與技巧，依倡導行動的不同，也意味著應採取不同的策略與方法。近年來，「e 倡導」（運用網路進行社會倡導）很受重視，網路已成為非營利組織促進公民參與（Civic engagement）發揮其社會影響力以及擴展其與社會互動的利器（Suarez，2009）。

第四節 倡導成效

非營利組織針對倡導議題進行倡導活動，必須針對不同的標的對象，採取相對應的倡導策略，並且對民眾的服務與對政府的倡導應該要同時進行，因社會大眾的態度與政府的決策意見會相互影響（Soroka，2002）。

Cohen（2001）認為要達到成功的倡導，有幾項重要的原則：倡導者必須了解改變的歷程以找出相關的介入關鍵，改變是從個人的權力資源啟動，「以人為本」的倡導將會擁有較大的影響力，為了爭取大眾的支持，倡導者必須參與公共的辯論，倡導者必須參與決策系統，革新來自於不斷革新以及學習性的組織，有效的領導是長期的不可或缺的因素等。

有效的政策倡導是可以達到：(1)讓不關心此一議題的人開始關心；(2)讓關心的人瞭解問題的成因；(3)讓瞭解問題成因的人支持解決方案；(4)讓支持的人成為推動社會變革和政策變遷的力量。非營利組織能否透過政策倡導發揮影響力，有時不在於它所使用的策略，如果所倡導的價值觀與政府部門所主張的價值觀不相同，則倡導的影響力較低，如果組織倡導的價值觀符合政府的施政方針，則政府接受的意願較高（莊文忠，2008）。

非營利組織進行社會倡導（行銷）的目的是希望促成公共政策或社會觀念產生改變，其活動內涵依所欲達成的社會改變形式的不同又可以分為下列四種（Kotler，1982）：(1)促成「認知改變」（Cognitive change），(2)促成「行動改變」（Action change），(3)促成「行為改變」（Behavior change），(4)促成「價

值觀改變」(Value change)。Kotler 認為社會倡導(行銷)的效果有其層次上的困難度。

就社會倡導與政策倡導兩者相比，對於政府進行政策倡導或監督反而是比較容易的，可訴諸媒體的力量形成壓力，但是對社會大眾進行倡導要達到理想成效則較為困難。社會倡導之所以往往不容易達到理想成效，主要原因在於：第一，社會觀念的改變需要花較長的時間；其次，民眾參與和行動力不足，特別是年輕人較少投入公共事務的比例偏低；第三、組織本身人力資源不足；第四，社會大眾是多元的。

基本上，社會倡導活動產生影響的對象是整個社會，而且有時得花相當長的時間才能看見成效，亦即無論是針對個人、社區或組織進行倡導，其效益通常較不具體，甚至有時會被認為是成本高於效益。因此，從行銷觀點而言，成功倡導的先決條件是必須先明確地指出它所要訴求的主要對象，並且找到可以接觸到他們的最佳管道。

第五節 小結

倡導是第三部門基於改變社會現況，試圖形成與民眾或弱勢案主權益相關的公共議題，透過促使政府制定或改善公共政策的方式，以產生對政治、經濟、社會系統、公共政策、資源分配的影響力。倡導係指有目的地去努力改變目前現有或研議中攸關特定個案或其群體權益的公共政策或實務作法，亦或間接促成改變以更符合特定個案或其群體的相關需求，例如政策倡導、階層倡導、公民倡導、社區倡導、個案倡導等。

倡導組織可分為以政策倡導為核心與以社會服務為核心(倡導為次要任務)的兩種類型，這兩類組織在歷史上有很密切的關係，而且一個組織常常同時扮演兩種角色。倡導與服務不見得是兩種不同的組織，而可能是組織成熟度的象徵。即使實際上兩種類型的組織業務互有偏重，但理念常常是相通的，人員也互相流動。非營利組織的倡導參與，會受到組織與政府部門的關係。以及組織結構(包括規模大小及成熟度)的影響，有數種理論對此提出說明。

就非營利組織所採取之倡導活動而言，可以分為以政府部門為對象以及以私部門或社會大眾為對象等兩種活動形式，它們所採取的策略並不相同，本文將以政府為倡導對象者稱之「政策倡導」，以私部門或社會大眾為倡導對象者稱之「社會倡導」，前者採取之倡導策略分為「立法倡導」與「政治倡導」，後者採取之策略包括舉辦活動、運用媒體、發行出版品、提供服務、運用網際網路等。

非營利組織倡導行為產生影響的對象是整個社會，而且有時得花相當長的時間才能看見成效，非營利組織倡導活動就政策倡導與社會倡導兩者相比，對於政府進行政策倡導比較容易達到成效，對社會大眾進行倡導則較難達到理想的成效。

第三章 研究方法

量化研究通常以調查、實驗等方法來蒐集資料，多利用研究設計的技巧控制情境，孤立所要探討的變項，再探求變項間的相關性，其特點是能夠在短期間快速取得大量資料進行比較分析，所獲結果較為客觀，有實徵資料，有量化數據，然而對於較為複雜的人為因素如社會、經濟、心理、精神及家庭、學校等，往往就無法全面解釋與深入探討。質性研究則常用「參與觀察」(Participant observation)或「深度訪談」(In-depth interview)來蒐集資料，在概念操作化的時機與特性上與量化研究明顯不同。

個案研究法(Case study)係針對某些少數的情境或案例進行深入詳盡的研究，有時只對某一個案進行分析研究，其目的在對各案例中各種因素的相互關係有一完全的了解，而對某一個案深入研究常可發現利用其他方法可能發現不出來的關係，其優點包括：推論是從整個情境、實體的研究中獲得，而非僅從一個或若干個層面的研究中獲得；且個案研究是對一真實事件或情境的敘述，而統計研究只是真實情境的抽象概念；另外，可能是由於研究者和受訪者較長時間和較親密的共處，通常可發展出較融洽的關係，以及少依賴正式化的問題，因此可獲得較可靠的資料。個案屬於實證探究(Empirical inquiry)，在進行研究之前，先以理論命題指引研究所要觀察的範圍，確立研究課題，設定研究途徑，再藉著各種資料蒐集及分析，以找出問題原因，資料蒐集及分析同時進行的資料，經分析、理解，加以校正，就能接近現實，找出解決問題的對策(吳建華等，2004)。

目前國內以非營利組織的倡導(Nonprofit advocacy)為主題之研究相當有限，尚不足以進行大量資料之量化研究，本研究採取質性研究方法，透過相關著作、研究論述、出版刊物等文獻資料之整理，以財團法人國範文教基金會之倡導行為做為研究個案，著手進行分析，再針對學者專家及實務工作者進行深度訪談，希望能藉由理論與實務面向，探討非營利組織在全人健康照護理念推展的倡導角色，以及未來在此一議題上如何參與倡導，開拓發展的空間。

第一節 研究設計及資料搜集方法

本研究以文獻回顧、次級資料分析與質性訪談為依據，以個案研究之分析方式為途徑，分析探討研究個案推展全人健康照護理念在政策倡導上的歷程並評估其執行情形，以及藉由社會倡導加強民眾健康知能教育的過程並評估其績效，最後就衛生醫療領域非營利組織如何參與倡導全人健康照護提出建議。研究設計及資料蒐集方法如圖 3-1 所示。

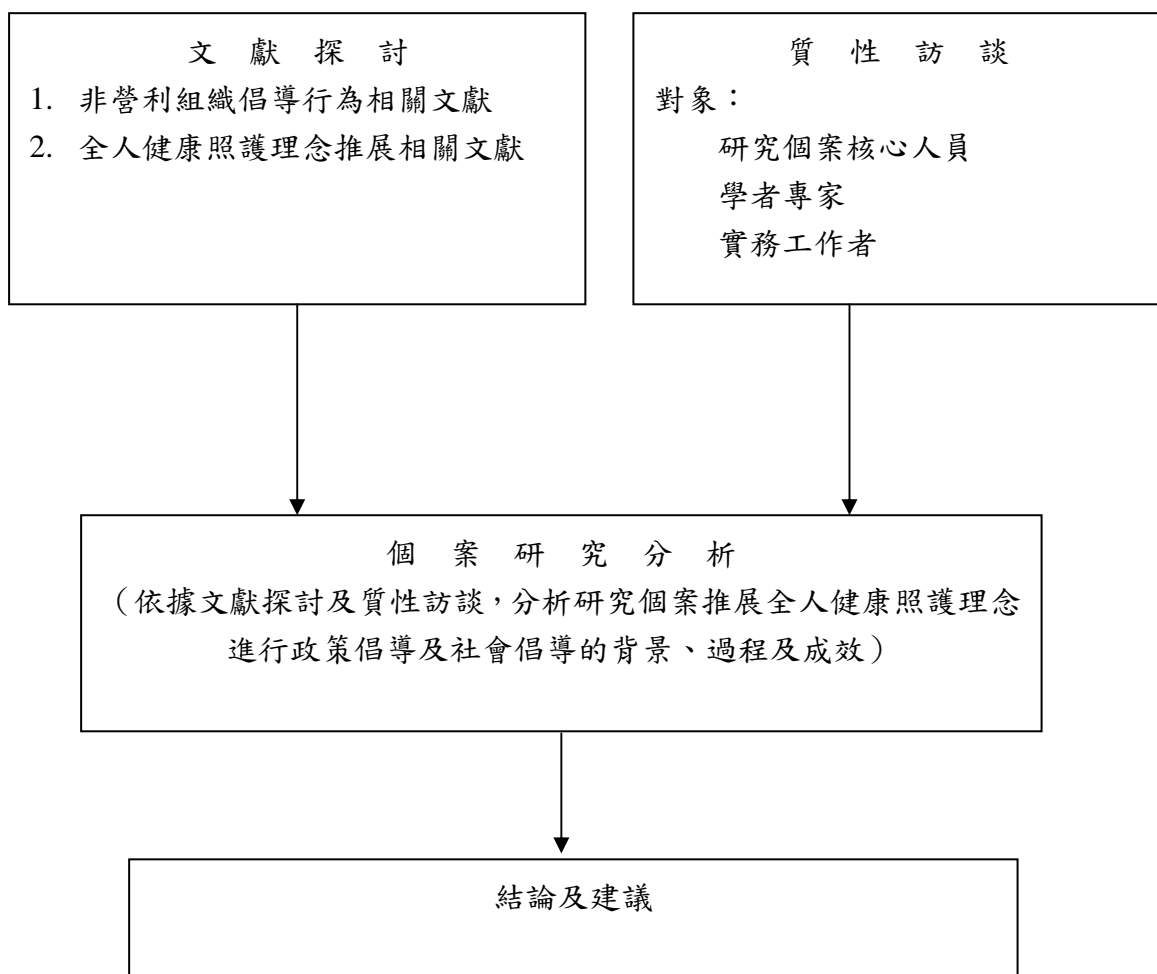


圖 3-1 研究設計及進程序

本研究探討非營利組織倡導之資料來源包括國內外相關文獻、行政院衛生署網站公告及統計資料，本研究分析研究個案倡導行為所收集之資料內容，係由研究者親自訪談研究個案之核心人員、相關之專家學者及實務工作人員所獲得。

第二節 研究內容分析

壹、文獻分析

在文獻資料方面，以研究個案進行全人健康照護理念推展，特別是「畢業後一般醫學訓練」以及「社區醫療群」模式建構的背景、過程、倡導成效之相關報告、出版品與實地參訪所得公開資料等，就衛生醫療領域非營利組織參與全人健康照護倡導進行理論與實務的探究。

貳、質性訪談與分析

一、質性訪談

本研究採取非結構式直接訪問法來進行，以前述之文獻探討為基礎擬定訪談大綱，視受訪者之回答情況進行訪談的程序。對本研究而言，使用訪談法可藉以了解研究個案核心人員、學者專家及實務工作者對衛生醫療領域非營利組織透過政策倡導及社會倡導機制，推展全人健康照護理念的看法與意見，且可透過訪談結果的分析，找出非營利組織運用政策倡導及社會倡導機制進行理念推展及實踐時所遭遇的問題，並為未來衛生醫療領域非營利組織推展全人健康照護理念提出具體的建議，以作為日後類似非營利組織之實際參考。茲將質性訪談的意涵歸納如后，作為支持本研究進行之基礎。

質性訪談是一種帶有目的的對話，研究者必須清楚自己的研究問題以及訪談的目標，從訪談中探求深度的訊息和理解。所謂深度理解的意涵有：1.訪談者必須有同理心，持有和該成員相同層次的理解；2.必須超越通識的感受，探索其潛沉在表象下所隱含的深層意義；3.深度理解部分出自對通識的假設，部分處自研究者的理解；4.可以補捉受訪者對某些活動、事件、文化及事物所表達的多元觀點（王仕圖、吳慧敏，2003）。

質性訪談是一種訪問者與受訪者雙方共同進行意義建構的過程，也就是說，透過雙方互動的過程，共同去「經歷」、「選取」、與「感染」，藉由這樣的過程去重新建構意見與情緒。質性訪談的目的在發掘人們內心深處的動機和態度，

唯人們有時不願在一群人面前公開談論某些動機或表示某些意見的情況下，質性訪談常常可以蒐集到一般訪談法中無法取得的資訊。而針對那些對研究主題有相當了解的專家學者，進行探索性的深度訪談分析，往往能夠從中取得最有利的資料以利研究。

進行訪談之前，需要準備以研究主題為基礎的訪談題綱，題綱的分類和次序上是經過研究者選取的，亦算是半結構性問卷。訪談紀錄的詳盡和正確是其基本原則，並需要具備追根究底的部份，在此部份，研究者和被研究者的話必須要區隔清楚，而研究者必須在訪談前與受訪者充分溝通、了解其意願，並讓受訪者清楚研究者的需要。在訪談進行時，研究者必須確實掌握研究旨趣，時時刻刻以研究問題為念，因此事前的訪談設計與準備是相當重要的。

本研究所採用的方法雖然有其優點，但也有其限制，茲整理如下：

表 3-1 研究方法優點與限制

方法	優點	限制
文獻分析法 (literature analysis)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 穩定：可以重複地檢視 2. 非涉入式：不是個案研究所創造的結果 3. 確切的：包含確切的名稱，參考資料，以及事件的細節 4. 範圍廣泛：長時間，許多事件和許多設置同以上文件部份所述 5. 精確的和量化的 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 可檢索性：可能性低 (2) 如收集不完整，會產生有偏見的選擇 (3) 報告的偏見：反應出作者的(未知的)偏見 (4) 使用的權利：可能會受到有意的限制同以上文件部份所述 (5) 由於個人隱私權的而不易接觸
訪談研究法 (interview method)	<ol style="list-style-type: none"> (1) 有目標的一直接集中於個案研究的主题 (2) 見解深刻一提供了對因果推論的解釋 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 因問題建構不佳而造成的偏見 (2) 回應的偏見 (3) 因無法回憶而產生的不正確性 (4) 反射現象一受訪者提供的是訪談者想要的答案
個案研究法 (case study)	<ol style="list-style-type: none"> (1) 真實一包含即時的事件 (2) 包含情境的一包含事件發生的情境 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 消耗時間 (2) 篩選過的一除非涵蓋的範圍很廣 (3) 反射現象一因為事件在被觀察中，可能會

		(4) 成本—觀察者所需花的時間
--	--	------------------

資料來源：本研究參考陳姿伶（2002）資料整理繪製

二、訪談對象

在訪談對象上的選取本研究是採取立意性抽樣（Purposive sampling），依本研究最能對研究主題提供最詳盡資料的研究對象為選取的標準（胡幼慧，1996）。本研究將以最了解非營利組織倡導全人健康照護理念推展規劃及運作為主要的訪談對象。本研究選取的對象有國範文教基金會之核心人員（該基金會推動這些議題倡導的組織結構列示如附圖 3-2），另外對於與本研究主題相關的學者專家及實務工作人員進行質性訪談。本研究受訪對象如表 3-2 所示。

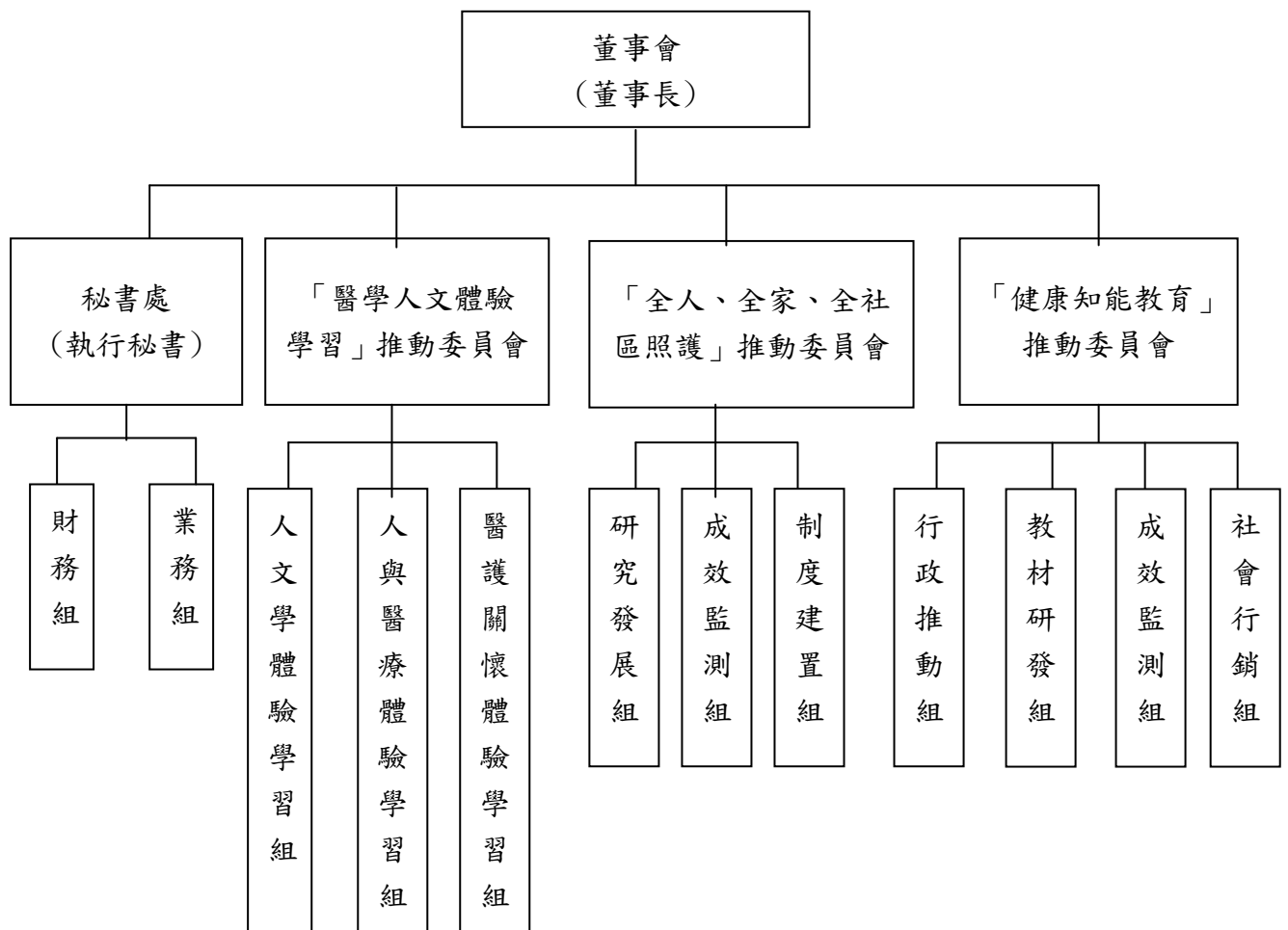


圖 3-2 國範文教基金會組織圖

表 3-2 受訪對象資料一覽表

類型	單位	職稱	代號
研究個案核心人員	國範文教基金會	董事長	A1
	國範文教基金會	董事	B4
	國範文教基金會	主任委員	A4
專家學者	臺大醫院教學部	主治醫師	C2
	臺大雲林分部老人綜合研究群	主持人，教授	A2
	臺大醫學院社區醫學研究群	主持人，教授	B1
	臺大醫學院三全辦公室	執行長、助理教授	C4
實務工作者	臺大雲林分部老人綜合研究群	助理研究員	A3
	臺大醫學院一般醫學科	技士	B2
	臺大醫學院醫學系	助教	B3
	臺大醫院關連之社區醫療群	助理研究員	C3
	臺北市聯合醫院	主任	C1
	國範文教基金會	專案助理	D1

三、訪談大綱

研究者以實際參與經驗，深入非營利組織瞭解其運作模式與執行層面，針對非營利組織之倡導行為、全人健康照護等議題進行分析，據以提出訪談大綱。

本研究訪談大綱設定之依據方向如下：

1. 受訪者對於非營利組織政策倡導的看法。
2. 受訪者對於非營利組織社會倡導的看法。
3. 受訪者針對本研究個案－國範文教基金會透過政策倡導進行全人健康照護理念推展的背景、過程及成效的看法。
4. 受訪者針對本研究個案國範文教基金會透過社會倡導提升民眾健康知能的背景、過程及成效的看法。
5. 受訪者對於醫療領域非營利組織參與全人健康照護理念推展以及在此一領域開拓發展空間的看法及建議。

在訪談题目的設定部份，本研究針對研究個案核心人員、學者專家及實務工作者等不同對象分別依據上述訪談大綱而訂定，每一受訪人的訪談题目設定為三至五題，题目內容皆事先徵得受訪者同意後才開始進行訪問。

四、訪談執行

本研究採取「訪談指引法」(The interview guide approach)，事先針對研究問題，根據受訪者專長及與本研究主題相關之工作經驗訂出訪談題目，再進行正式深入的訪談；訪談時將重點置於設計好的題目上，同時維持對話式的自然訪問模式，訪問過程中同時觀察週遭環境和受訪者的反應變化並做適當紀錄。

本研究之訪談均事先以電話徵得受訪者同意，再以傳真或電子郵件信函傳送訪談題綱。訪談過程中均先說明研究之目的，並以輕鬆討論之方式進行二至三小時。訪談時程自民國 100 年 7 月 1 日至 11 月 30 日，訪談內容透過錄音筆紀錄及訪談人隨手札記作為輔助工具完成訪談之實錄，再依題綱主題抽調出相關談話內容及受訪者所提供之補充資料內容進行分析。訪談執行之流程如圖 3-3 所示。

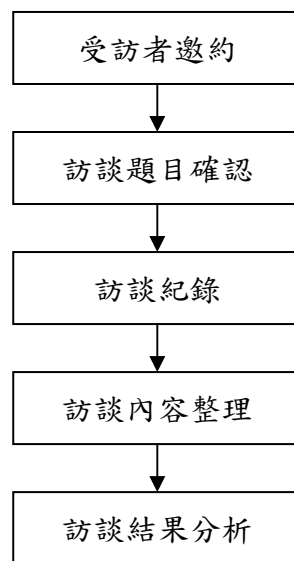


圖 3-3 訪談執行流程圖

參、研究倫理

本研究採質性研究，研究者為了遵守研究倫理規範，在研究訪談進行前，告知受訪者所有資料將僅供於本研究之用，不會外洩，以免受訪者囿於身分不便發表意見，並取得受訪者的同意，整個訪談的過程，尊重受訪者個人參與的意願，訪談過程中如果受訪者不願意參與，會停止訪談及錄音。

另外，針對訪談錄音內容製作逐字稿，為確實保護受訪者身分，在資料呈現方面，對受訪者之身分，採匿名方式整理，以英文代號取代，並審慎閱讀研究報告中之資料，將任何可能對受訪者造成傷害的訊息，都加以剔除，嚴守不傷害及保護受訪者之原則。因涉及研究倫理其訪談記錄，並不列入論文附錄中另針對以上研究進程序做倫理的考核。

第四章 非營利倡導案例研析－全人健康照護理 念推展

有關非營利組織倡導行為的研究大多以理論面向的討論居多，較少針對其參與倡導的議題設定及其倡導策略進行實務面向的檢視。在衛生醫療領域，非營利組織包括學校、學術機構、醫療機構、社團法人、職業公會、學會、協會、基金會等，通常都是以提供教學、研究或服務為核心任務，很少參與倡導活動，相關的研究相當少見。本章以國範文教基金會為研究個案，就基金會參與倡導活動推展全人健康照護理念的背景、歷程、策略、成效進行深入了解，並藉由相關文獻探討以及向專家學者的訪談結果，就非營利組織如何藉由參與倡導活動推展其所關注的議題，以及所採取的策略與所獲成效這三個面向進行歸納分析，提供本土經驗作為進一步研究非營利組織倡導行為的素材。以下章節安排第一節及第二節為全人健康照護及國範文教基金會簡介。第三節為研析國範文教基金會在推展全人健康照護理念的過程中，透過政策倡導如何參與、策略及成效。第四節為研析國範文教基金會在推展全人健康照護理念的過程中，透過社會倡導如何參與、策略及成效。第五節為以國範文教基金會案例據此探析非營利組織的倡導角色。

第一節 全人健康照護理念的推展

全人健康照護是一種以人為中心、家庭為單位、社區為範疇，同時兼具生理、心理、社會面向的健康照顧，「全人」的定義，涵蓋了一個人的生命週期，包含生、老、病、死，以及其身體、心靈、情緒、社會等面向。一個人由出生到死亡的健康照顧有如連續的光譜，視健康情況而移行，大致可以分為預防保健階段及疾病因應階段。前一階段是一個人沒有遭遇急症或出現明顯疾病的平常時候，應該經由「自我照顧」來達成健康目標；後一階段必須依賴「醫療照顧」來恢復健康。前一段的理念推展必須依賴民眾健康知能的提升，後一階段的理念推展則有賴於全人健康照護系統的建置（謝博生，2006）³。本節先就國內外專家學者對於全人健康照護相關之重要元素、系統建置及健康知能提升的論點做簡要探討，

³ 資料參考自醫策會出版《健康藍圖》，作者國範文教基金會董事長及醫策會董事長

藉此做為研析國範基金會推展全人健康照護理念的基礎。

壹、全人健康照護的重要元素

全人健康照護一方面著眼於以個人為關注核心的健康問題，為民眾提供具備並進行預防保健和民眾衛教的工作，以維持個人的身、心健康；另一方面也希望透過一個根植於社區的照護單位（基層醫療與社區醫院），經由平日所累積的群體經驗發現社區集體性的問題，並加以評估（社區診斷），藉著社區本身的力量（社區資源），以社區運作（組織）的模式鼓勵民眾加入社區健康計畫（參與），合力處理健康問題，平衡提供健康促進性、預防性、治療性、復健性及長期照護的服務，同時透過深植於社區之照護單位整合社區資源，以「共同照護」模式鼓勵醫療團隊成員共同參與來處理健康問題（陳慶餘，2006）⁴。

「3C及2A」是全人健康照護必須具備的重要元素。所謂的3C指的是生物心理社會（biopsychosocial）全面關注的「整體周全性」（comprehensiveness）、生活週期與疾病過程各階段連續關注的「持續性」（continuity）及承轉聯繫健康照護傳遞系統的「協調性」（coordination）；而2A指的是強調民眾對於醫療服務的「可獲用性」（availability）／「可接近性」（accessibility）及「可負責性」（accountability）／「可供給性」（affordability）。換句話說，全人健康照護理念推展所強調的不是醫療專業的分化或深度，而是對社區民眾最普遍的常見問題要求醫療服務的品質與廣度（黃信彰，2004）⁵。

「共同照護」的基本概念是：以基層醫療為基礎，組織一個跨層級、跨專業的醫療服務團隊，目的是希望每一位病人都可以被早期發現、妥善治療、長期追蹤、全面照護。在實務操作方面，「共同照護」必須協調整合社區內相關的健康照護資源，建立完整的轉介網絡，在團隊成員共同認可的基準與規範上，透過有效的病歷資料傳遞機制，加強溝通，以期落實「疾病管理」的成效。當團隊成員都能共同以病人為中心，提供兼顧了醫療、保健與生活品質的服務，社區內的慢

⁴ 資料參考自臺灣家庭醫學學會出版《家庭醫學》，作者現任國範文教基金會董事及社區醫療群主持人

⁵ 資料參考自北市醫學雜誌《社區醫學之研究與發展》，作者陽明大學醫學系家庭醫學科、臺北榮總醫院家庭醫學部

性病人只要在家庭中，就能得到優質、便利、有充足支援系統、持續性的全方位照顧（Nutting et al, 2009）。

全人健康照護必須依賴醫師所領導的基層醫療團隊共同合作來達成。醫師經由對民眾的疾病診治而維護其健康；對於沒有生病的人，醫師可指導協助其促進健康、預防疾病、改善生活品質，因此，培育醫師的醫學教育，與全人健康照護的任務達成，具有密切的關聯性。醫學教育不能只注重知識傳授及技術訓練，更要重視培養學生的人文素養及對社會的關懷情操，為了培育具備全人健康照護能力的醫師，醫學教育必須是科技與人文並重的教育（謝博生，1999）⁶。

貳、建置全人健康照護系統

在任何國家或社會，都有許多系統可以支持國民的健康，為了使國民獲得「全人」的健康照顧，政府必須進行「全人健康照護系統」的建置。一般而言，「全人健康照護系統」必須考慮下列變項：(1)社會環境，包括文化、經濟、政治、技術等社會力量的影響；(2)醫療機構：在這些機構中，民眾可以前往獲得醫療服務，因應急症、疾病的發生；(3)社區民眾：為了維護健康而希望獲得健康照護服務的人群。

世界衛生組織（WHO）在 2008 年世界衛生報告（World Health Report 2008）中呼籲各國政府應重視基層醫療保健服務，並提出四大改革措施，包括(1)公平正義之全民醫療（Universal coverage）：確保公平正義之醫療衛生體系，使所有人均能獲得醫療照護；(2)服務輸送（Service delivery）：應重新定位基層醫療之角色與功能，以因應環境變及民眾需要；(3)衛生政策（Public policy）：整合基層醫療保健工作及跨部門運作機制、強化各國及跨國之衛生介入措施，以確保較健康的社區；(4)領導能力（Leadership）：透過有效的領導進行醫療衛生體系改革，使其能夠滿足民眾需求及期待，其目的在於提供以病人為中心、有效及促進公平之照護服務（WHO，2008）。而 De Maseseneer et al, (2008) 亦指出多數健康計畫推動是以單一疾病(如愛滋病、瘧疾、結核病等)或特殊族群（如老人、兒童、孕婦等）為主之垂直計畫（Vertical programming），須融入社區導向基層醫

⁶ 資料參考自臺大醫學院出版《醫學人文教育》，作者國範基金會董事長及前臺大醫學院院長

療照護（即水平計畫（Horizontal programming）），包括廣泛性預防措施、基層照護服務、醫事人力發展，強化社區醫療資源垂直與水平整合，達到持續性疾病管控和改善全民健康。

基層醫療在健康照護體系中負責第一線任務，具備守護民眾健康、社區防疫及災難緊急救護等功能，並提供預防保健服務、衛生諮詢教育、心理諮商輔導、轉診轉檢等服務，期達到抑制照護成本浪費、透過較適當的醫療服務來改善民眾健康，以及降低健康不公平（張麟生，2007）。而基層醫療人員不僅提供預防保健與診療服務，也在公共衛生及防疫政策上扮演關鍵角色，肩負民眾衛生教育、傳染病監測通報及轉介；同時在政策執行上須兼顧法令規範及醫學倫理，以確保病人隱私，維護社區民眾健康及安全。基層醫療強調可近性、周全性、協調性、持續性及負責性之照護，在全人健康照護系統中，扮演著關鍵的角色。

衛生保健觀念已由過去強調疾病篩檢及疫苗接種轉為重視個人健康（如戒菸、拒嚼檳榔、均衡膳食及規律運動等習慣）與環境維護（如改善居家及職場衛生），並透過適當衛生教育策略協助民眾保持良好之生活型態，且配合疾病篩檢能及早發現身體功能異常或罹病，進而接受適當治療及追蹤改善，以盡速恢復健康和緩和疾病（張耀文等，2005）。有鑑於民眾對預防保健服務之認知與實際利用率仍有一定差距，全人健康照護系統必須依賴政府與民間非營利組織的共同合作來提升民眾健康知能，加強民眾自我健康照顧的能力，宣導民眾善用整合性預防保健服務。

參、提升民眾健康知能

全人健康照護系統的運作必須落實於社區與基層，政府、民眾與醫療提供者必須建立夥伴關係，只依賴政府計畫之執行不能保證達成目標，社區民眾的參與以及醫界的配合，才是成功的保證。而提升民眾健康知能是其中極為重要的環節。

健康知能（Health literacy）泛指任何時間民眾尋找、處理健康議題的能力，包括求醫時的情境，以及平時健康促進行為等的選擇與執行的潛力（National Library of Medicine，2000）。世界衛生組織以健康競能（Health competence）來為健康知能作註解：「是指一種可決定個人以某種足以促進與維持良好健康之方

式取得、瞭解、及使用資訊的動機與能力之認知與社會性技能」(Healthy People, 2010)。Nutbeam 將上開定義擴展為「包含了有關病程的作業知識，以及健康議題上個人的自我效能、以及想在健康議題上作出決策行動的動機」(Nutbeam D, 2000)。綜合以上的定義，本研究將健康知能界定為「個人取得、詮釋、理解基本健康訊息和服務的能力，以及運用這些訊息及服務來為適當的健康做決定」；換言之，也可說是個人為了自我照顧及達成健康目標所需的讀、寫、說、計算和解決社會需求等問題之行動能力。

健康知能是近年醫藥界、牙醫界、護理界、公衛界以及社工人員都非常關注的社會焦點，這主要是因它與病人安全有極為密切的關係。根據 IOM (Institute of Medicine, 美國醫學研究院) 及 AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, 美國健康照護研究與品質機構) 的報告，健康知能不足對疾病的預後及病人安全有絕對負面的影響，然而醫學的進步反而也可能使健康知能不足的病人病情惡化，這是因為新藥及新科技的引進使醫療更加複雜，高風險的族群恐怕遭遇更嚴重的疏失及副作用；況且許多民眾在就醫之前，常有習慣自我診斷或甚至購買非處方用藥及偏方自我治療，此時如果方向錯誤又自作聰明，可能盲目到處逛醫院而延誤病情並錯過治療的黃金時機。

屬於健康知能不足的病人族群首當其衝的是老年人，其次是教育程度不足的年幼小朋友，其他常見的還有低收入者、失業者、學校中輟生、弱勢族群含外籍勞工、新移民、殘障人士，這些聽不懂醫囑且看不懂書面衛教資料，又沒有門路或能力搜尋就醫管道的人；除了溝通上有困難以外，也有部份不知何時該去那裡、看什麼科別的醫師。另配合度很差的「問題」病人常常弄錯劑量、忘記服藥也忘了回診時間，並以錯誤訊息誤導醫護人員，結果等於是讓自己變成醫療疏失的當事者（加害同時也是受害者），由於他們的溝通問題常導致較嚴重的病情而需至急診求醫，也因此常被收住院或延長住院，更因屢屢發生的溝通不良而演變成醫療糾紛。

近年來，促進健康知能及病人安全被視為醫院的核心價值與社會責任，同時也是具經濟價值及前瞻性的經濟策略，在這一方面，推展健康知能教育是最重要的機制。隨著 e 化時代的來臨，健康知能的提升可以藉由多重管道以多種策略進

行研究發展，目前非常具有前瞻性的設備包括使用手機讀取檢查報告、多功能電子圖書館、利用遠距醫療（視訊書面可供病理科、放射科教學與診斷），運用網際網路及地理資訊系統（GIS）提供鄰近醫療機構所在地，或以地圖顯示某流行病之疫情發展等。以上資訊學方面的進行與健康知能息息相關，成為健康知能教育的重要內容。

第二節 國範文教基金會推展全人健康照護 念的背景⁷

財團法人國範文教基金會⁸成立源由來自於企業家對社會的回饋，香港 NEWTIMES 企業集團（中文全名為新旭集團有限公司，英文全名是 NEWTIMES GROUP HOLDINGS LTD）創辦人凌建凡先生，於 1986 年為感謝當時臺大醫學院腎臟科謝博生教授盡力治好他母親重疾，首度捐款贊助臺大醫院的腎臟醫學研究。凌建凡先生對謝博生教授的醫術、學養、人格有深刻的認識與高度推崇。1987 年秋天，凌建凡先生向謝博生教授提議成立基金會，請謝博生教授全權主導基金會的發展及運作。

「財團法人國範文教基金會」1988 年 2 月設立。命名為「國範」，主要是創辦人凌建凡先生為了感念他的乾媽姚邱國範女士。由於凌先生的父親與他的乾爹

⁷ 參考資料自國範文教基金會 20 週年特刊《價值的呈顯》

⁸ 財團法人國範文教基金會成立於 1988 年，成立宗旨在醫學教育、社區醫學及民眾衛生教育的推廣，近幾十年來與國立台灣大學醫學院、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、中華民國醫師公會全國聯合會、糖尿病病友協會合辦衛生教育活動、師資培訓及學生生活營等計畫。其組織資本能力：人力資本（專業能力）：基金會董事長及董事除創辦人外其成員背景皆為醫師、教授、醫療及醫學專業領域的人士所組成，其組織專業能力上具有相當重要性；個人社會資本（社會網絡）：基金會董事長另擔任醫策會董事長，衛生署全民健保爭議審議委員會主任委員、「因應醫學系學制改革專案小組」及「一年期醫師畢業後一般醫學訓練」學者專家委員，中央健保局「推動全人健保家庭責任醫師制度」總顧問，教育部「醫教會一體學習組」主持人，除董事長其部份董事也擔任導引國家醫療、醫學領域重要發展、制度建置等職務，其組織社會脈絡相當廣泛；組織社會資本：基金會成員對於組織認同度及發展向心力非常認同，願意跟隨董事長及董事會的理念、制度適時地配合及調整，也願意加入新觀念，為組織的發展毫無保留的貢獻心力，達到組織最高目標。

姚志崇先生是北京大學時期同班同學以及日後好朋友的关系，當凌建凡先生於1951年因緣際會地自上海抵達香港時，因為他的乾爹乾媽已在香港定居，所以，凌建凡先生抵達之初就獲得姚邱國範女士在起居生活方面的照顧，對凌建凡先生當時生活上的安定有重大的協助。尤其是他們夫婦二位克勤克儉、資助莘莘學子以及待人以誠、悲天憫人的基督精神，對凌建凡先生有非常大的鼓勵和影響。凌建凡先生認為他的事業之所有今天的基礎，都是得自姚邱國範女士的感召，因此，凌先生捐助創設的這個基金會就以「國範」為名，藉以表達凌建凡先生對乾媽恩情的感念心意。

對於像「國範文教基金會」這一個極小型的公益性財團法人，應該選擇什麼領域並運用什麼方法，才能以極有限的資源對臺灣社會的公益作出有意義的貢獻，是基金會之董事會必須嚴肅面對的根本課題。在1988年至1991年期間，有鑑於以個人電腦為基礎的電腦化時代已經到臨，而臺灣的醫界對於電腦的使用仍極陌生，因此，基金會就以推展醫療資訊管理的研究及研討為業務重點，協助教學醫院提升其醫療資訊管理的效能及效率。自1990年代起，臺灣醫界對電腦應用的認識已漸趨普遍，所以，基金會自1992年起，就將業務重點調整為：對臺大醫學院教學改革的協助、對教學醫院教學模式的改進等面向。在1992年至1997年期間，基金會就以推展醫學教育及社區醫學之研究，作為主要的業務領域。基金會發現：透過醫學教育的革新及推展來提升醫學生、住院醫師、主治醫師及開業醫師的素質、技能及成長潛能，是幫助臺灣醫界持續進步的最好方法，也是國範文教基金會貢獻臺灣社會的最佳途徑。

從1998年以後，國範文教基金會將自身的角色設定為：臺灣醫學教育及社區醫學的開路先鋒，亦即，在醫學教育及社區醫學這兩大領域，只要是前瞻性、創新性、關鍵性或示範性的議題，都是國範基金會優先投注資源去處理的對象，以期導引臺灣醫學界在這兩大領域的發展能與先進國家同步。由於基金會的明確定位並且劍及履及地結合臺大醫學院的教授，每年持續推展一系列開創性工作計畫並培訓許多深入基層醫療的人才，因而，在1999年底至2002年底這段「臺灣中部921大地震災區重建期」期間，國範文教基金會與臺大醫學院師生對災區民眾的身心醫療作出極大的貢獻；而在2003年SARS疫情減緩後，國範文教基金會也立即以其對醫學教育的前瞻經驗，結合臺大醫學院的教授，建構全人醫療教育

模式，建議衛生署推動「一般醫學教育」來調整臺灣醫療體系的體質。在 921 震災及 SARS 疫情這兩項衝擊臺灣社會的事件上，國範文教基金會以社區醫學及醫學教育這兩個領域的專業挺身而出，基於建構全人醫療及健康照護理念為臺灣社會作出關鍵的貢獻⁹。

第三節 政策倡導案例研析

我國非營利組織透過政策倡導推展全人健康照護理念肇始於財團法人國範文教基金會。該基金會以推動社區醫學暨醫學教育之研究、提升社區醫學暨醫學教育品質為宗旨，透過政策倡導來鼓吹建置「全人健康照護系統」則是基金會的次要任務（國範基金會，2009）。本節整理文獻分析及訪談結果，就國範文教基金會參與政策倡導的背景、歷程、策略及成效做深入了解，做為研析本研究所將探討的三個問題的依據。本研究個案是以政府部門政策倡導策略主要有擔任政府部門的諮詢委員及建立聯盟策略及以社會大眾為倡導對象社會倡導策略主要有舉辦活動、直接提供服務、發行出版品以及運用網路等。不同於以往，本研究個案採行動研究之具體計畫來呈現，超出非營利組織以往之倡導策略。

⁹有關國範文教基金會投入全人健康照護理念的動機，可以從國範基金會董事長的訪談上了解：有鑑於醫療科技迅速發展，醫療逐漸去人性化，醫師培育必須重視全人醫療的能力養成，實現人性化的醫療才能避免高科技醫療時代造成的缺失。另一方面，臺灣社會的高齡化非常迅速，我們的醫療體系結構並不適宜高齡社會的健康照顧，需要加以調整，尤其是要重視社區醫療及基層醫療的重要性，因此需要重整我們的社區醫療體系。再這樣的背景之下，我認為推展全人健康照護理念，改善醫學教育，提升醫師全人照護的能力，並且重建我們的基層醫療體系才能因應臺灣社會的健康需求。(A1)

國範基金會採取的策略是跟臺大醫學院合作，透過醫學教育改革，建構全人醫療教學訓練模式(也就是一般醫學訓練)，並且通過與臺大醫學院的合作，在社區建構以社區醫療群為基礎的家庭醫師共同照護制度的模式。這兩個模式建構完成以後，我就以國範基金會董事長及臺大醫學院院長的身份，向政府作政策上的建議(也就是倡導)。2003 年臺灣發生 SARS 疫情，當時我以國範文教基金會董事長又兼醫策會董事長的身份，承擔起全國醫療衛生重建計畫的規劃和一部分的執行任務，因此有機會把國範基金會和臺大醫學院在過去十年之間共同建構起來的一般醫學教育模式及家庭醫師共同照護模式(也就是社區醫療群模式)，透過醫策會的關鍵角色，獲得政府的支持，成為衛生署的政策，並且在全國推展。(A1)

壹、倡導的參與

本研究針對國範基金會參與政策倡導推展全人健康照護理念的背景與歷程進行訪談分析，整理基金會核心人物的看法得知：國範基金會參與政策倡導的過程頗為曲折，而且經過一段時間的蘊釀，最初是因為有鑑於臺灣社會持續進步，醫療科技突飛猛進，醫療環境急激變化，如何讓未來的醫師能夠因應日趨複雜的醫療照顧及高齡化社會的健康需求，成為重要的課題。內容如下：

臺灣於 1970 年代開始，經濟呈現迅速發展，大型醫院不斷增加，朝向高科技、專科化發展，醫學院畢業生大多選擇進入專科，留在醫院服務，基層醫師人力不足的現象越來越嚴重。另一方面，各醫學院及教學醫院的教育訓練偏重於「專科醫療訓練」，缺乏「一般醫療訓練」，未能提供基層民眾一般性的健康照護需求，造成民眾對基層醫療失去信心，競相前往醫院就診的現象。大型醫院主導的醫療體系，其基本作為是「治病」，而非「治病人」，只重視疾病的檢驗、用藥、處置，卻忽視病人的心理狀態，缺乏應有的人文關懷，未能提供包括健保、預防及復健的完整的「全人健康照護」，因此，需要進行醫學教育及醫療體系改革，培育具備全人照護能力的醫師，發展適合於本土社會、歷史背景的社區醫療體系，建置本土化的全人健康照護系統。（A1）

醫療體系的改革必須依賴醫師行為的改變，而醫學教育是改變醫師行為的主要動力，因此，醫學教育改革是醫療體系改革最重要的環節。多年來，我國的醫師培育採取醫學系畢業生直接進入教學醫院接受專科訓練的方式，訓練的內容是「器官導向」、「疾病中心」、「分科治療」。這樣的訓練方式有利於培養專科醫師，但是，由於各專科之間缺乏互動合作及銜接性，致使在醫療現場普遍缺乏對病人情況的全盤了解，不易給病人整體性、連續性的醫療，難以落實身、心、社會面兼顧的全人醫療照護。為了因應高齡化社會的健康照護需求，醫學教育必須讓未來的醫師具備社區醫療、疾病預防及慢性病處理的能力，除了針對個別病人施行診斷及治療之外，還要能夠承擔促進個人與群體健康以及有效利用醫療資源的任務，成為一位能夠提供「全人健康照護」的醫師。基於這樣的認知，國範基金會於 1992 年開始與臺大醫學院合作，推動社區醫學及一般醫學教育，建構培育全人照護醫師的教學模式。（A2）

1990 年代臺灣社會的人口開始老化，人口結構高齡化衍生之問題主要是：疾病型態慢性化、各種慢性病多，失能人口增加，所需要的健康照護內容複雜而且照護時間長期化。1995 年臺灣實施全民健保制度之後，民眾就醫的可近性大為增加，由於醫療體系的不健全，再加上民眾未能重視生活因素對健康的影響，習慣在多處就醫，致生重複用藥、檢驗、檢查，造成醫療資源過度使用，病人本身承受的醫療風險也增加。在社會高齡化、慢性病盛行、醫療需求不斷增加而醫療資源有限的時代，全人健康照護系統的建立必須依賴健全的社區醫療提供支持民眾健

康的環境，加強民眾的健康知能，協助民眾進行自我健康照護，並加強民眾的健康責任，而不能只依賴在醫院進行的高科技醫療服務。這樣的認知促使國範基金會於 1999 年開始協助臺大醫學院推動以社區為基礎的全人健康照護模式建構。(A3)

由上述得知，臺灣經濟蓬勃發展，大型醫院不斷增加，基層醫師人力不足，人口高齡化等問題，在 1995 年實施健保制度之後，因民眾就醫可近性增加，醫療體系的不健全，再加上民眾未重視生活因素而影響健康，許多健康風險問題產生，為因應社會高齡化、慢性病盛行、醫療需求的增加而資源有限，所以必需建置一個能夠提供「全人健康照護」的醫師及建立健全的社區醫療提供支持民眾健康的環境並加強民眾的健康知能的全人健康照護系統。因此國範文教基金會在董事長主導及董事會同意之下，以對臺大醫學院教學改革¹⁰的協助、對教學醫院教學模式¹¹的改進、協助建構全人照護醫師培育模式為主要業務，後來進一步推動以社區為基礎的全人醫療模式建構。在 2003 年後的衛生醫療重建期間展開政策倡導，國範文教基金會董事長兼醫策會董事長的身份向政府鼓吹以「全人照護醫師培育模式」（一般醫學訓練）及以社區為基礎的「全人醫療模式」（社區醫療群）的兩種模式納入「全人健康照護系統」的建置內容。

貳、倡導的策略

本節以國範文教基金會與臺大醫學院合作培育全人照護醫師的教育模式，其內容包括：社區醫學訓練、畢業後一般醫學訓練及醫學人文體驗學習。分別就幾個面向從文獻資料中及在深度訪談中所獲得的資訊做一分析。

一、培育全人照護醫師

培育全人照護醫師的教育模式，其內容包括：社區醫學訓練、畢業後一般醫學訓練及醫學人文體驗學習。1992 年 2 月國範文教基金會開始協助臺灣大學醫學院進行醫學教育改革，實施醫學系新課程，其目標是建立培育全人照護醫師的教育模式。在課程規劃及教學設計方面，特別加強重視生物、心理、社會模式的「社區醫學訓練」及重視基本臨床照顧能力的「畢業後一般醫學訓練」，並將人

¹⁰ 臺大醫學院在 1992 年開始進行醫學系的課程及教學改革，一直到 1998 年 7 月才告一段落。

¹¹ 臺大醫學院在 1998 年 8 月開始進行「畢業後醫學教育」改革，在附設醫院實施住院醫師訓練改進方案。

文融入醫學專業的教學，讓學生能夠依循「以人為中心」的觀念，從事全人健康照護服務，將醫療行為由對個人身體的照顧，延伸到心理、社會面向的關懷。(謝博生，1999)¹²

「社區醫學訓練」是以社區為學習場所的教學方式，醫學教育學者認為以社區為基礎的健康照護所需要的技能必須在社區中養成，醫學生應有更廣泛的社區醫學訓練。傳統的醫師培育是在醫院裡進行教學，集中於急性及較嚴重病人的「醫療照顧」需求，並不重視一般民眾的「健康照顧」需求。醫院所提供的高科技醫療與大多數民眾所需要的健康照顧之間存在著落差，因此，只以醫院為學習場所的教育方式培養出來的醫師被認為未能符合「全人健康照護」的需求。在英國，近年來健康服務系統的改變，導致了病人的住院日數減少，有些學科已發現：傳統基於醫院導向的學習，已經不能為學生提供適當的學習經驗，有必要將一部分的學習場所轉移到社區，因此，以基層醫療、門診醫療為主的教學越來越受到重視。在二十世紀九十年代，臺灣各醫學院醫學教育已呈現出重要的改變：學習的場所及重點由傳統在醫院的醫學及急性病人的醫療，轉變為重視在社區的學習及慢性病人的照護，讓培養出來的醫師較能適應未來以社區為基礎的健康照護服務(謝博生，2003)¹³。訪談內容如下：

國範文教基金會於 1992 年開始協助臺大醫學院規劃、設計社區醫學訓練課程，1995 年臺大醫學系新課程納入社區醫學訓練。國範基金會在一過程中扮演的角色是協助醫學院建立實施社區醫學訓練的教學場所，培育社區醫學訓練所需的師資，營造適合進行社區醫學訓練的教學環境。(B1)

社區醫學訓練是一種以「全人健康照護」為對象以及以「共同照護團隊」為方式的學習，學生以社區為學習場所，在基層醫師的診所觀察醫師的工作，有機會和教師討論社區診療與醫院診療的差異，也有機會學習到範圍廣泛的社會醫學、文化、健康相關的題材，以民眾的「健康需求」以及「常見而重要但較輕微的疾病」為學習的重點。要落實「社區醫學訓練」的理念並不容易，在規劃時，必須明確地訂定教學目標及課程內容，在執行上，教師之間的協調合作和學生的主動學習非常重要，必須

¹² 資料參考自臺大醫學院出版《醫學人文教育》，作者國範文教基金會董事長及前台大醫學院院長

¹³ 資料參考自臺大醫學院出版《一般醫學教育》，作者國範文教基金會董事長及前台大醫學院院長

鼓勵學生承擔起學習的責任，臺大醫學院於將「社區醫學訓練」納入醫學系新課程，在我國醫學教育改革的進程中，是一項重要的里程碑。(B1)

「畢業後一般醫學訓練」是讓醫學系畢業生養成一般性的臨床技能並獲得獨立行醫能力的訓練過程，在訓練過程中，受訓者在臨床指導教師的指導下，學習各種常見、一般性疾病的診斷、治療與照護能力，從病人的照顧中學習與病人、家屬及醫療團隊成員互動溝通的能力，訓練內容也強調醫療品質的改善與醫療資源的最佳運用，養成醫療專業素養與責任感，能夠提供民眾周全性及持續性的全人健康照護。「畢業後一般醫學訓練」讓住院醫師在進入專科醫療訓練之前，能夠具備全人健康照護的概念與技能，鼓勵醫師留在社區提供一般性的診療及健康照護服務（謝博生，2003）。訪談內容如下：

1995年8月國範文教基金會開始協助臺大醫學院規劃建構「一般醫學訓練」的教學模式，首先支助臺大醫學系於1998年8月開辦「二階段學程¹⁴」，招選醫學系四年級學生於暑假期間開始修習第一階段課程，學生於修畢五、六年級的一般醫學課程後提前一年畢業，於畢業後接受一年的「畢業後一般醫學訓練」（PGY訓練），養成全人健康照護技能。1999年8月臺大醫學院成立「一般醫學科」，負責二階段學程之教學協調及行政事務，國範文教基金會全力協助一般醫學科教學訓練活動之進行，並支助「二階段學程」學生進行一般醫學相關之學習活動。(B2)

由上得知，國範基金會協助臺大醫學院規劃培育全人照護醫師的教育模式是建構「社區醫學訓練」及「畢業後一般醫學訓練」兩種訓練模式，從這兩種訓練模式建構過程中可以得知，過去醫學教育的目標均由醫學院和教學醫院來決定，著重於生物醫學知識的傳授及臨床診療技能的訓練，那時的醫學教育和健康醫療體系並無密切的關係，但在1995年開始實施全民健保，社會愈來愈傾向由納稅人決定他們需要什麼樣的醫師，而非由醫學院來決定社會需要什麼樣的醫師。所以，新的趨勢要求醫學教育應與人群及社區結合，醫師的培育也要能配合社會的醫療需求，讓未來的醫師具備社區醫療、疾病預防及慢性病處理的能力。所以才需要將「社區醫學訓練」及「畢業後一般醫學訓練」納入培育全人醫師教育模式。

¹⁴本學程的訓練期間共計三年，分為兩個階段實施，第一個階段為畢業前的訓練，在醫學系第五及第六年實施；第二階段讓受訓者以醫師身份在實際負責病患照顧及上級醫師指導監督的條件下，整體性的學習全人醫療的診療經驗。

「醫學人文體驗學習」除了上述兩項模式，醫學教育以培育良醫為目標，除了科學教育及技術訓練之外，還必須使學生了解醫學的人文、哲學層面，確立價值觀、倫理觀及生命哲學觀。於 2008 年國範文教基金會與臺大醫學人文博物館合作推動醫學人文體驗學習計畫，醫學人文體驗學習體現了將人文融入醫學專業教學的理念，它所秉持的理念是：讓學生成為學習的主角，經由人物與作品的體驗、討論及參觀、參訪等不同途徑，激發學生主動學習的興趣，提升學生思考「人文學」相關問題並主動探索求知的能力，發展學生對「人文學」課題的學習自信，進而提升個人的人文素養。醫學人文體驗學習讓學習者通過接觸人文學的作品及人物去體驗真、善、美的事物，並對這些作品及人物做出審慎的回應，讓學習者透過思考與探索而能從得出他自己觀點的過程中享受著樂趣，培養審慎的思考能力及開闊的理解力，藉此因應外在的社會現實所造成的挑戰（臺大醫學人文博物館，2010）¹⁵。

有關以上訓練方式內容：2009 年 4 月國範文教基金會與臺大醫學系共同辦理第一屆「習醫先修體驗學習營」，開始推展醫學人文體驗學習的教育理念。2009 年 9 月國範文教基金會協助臺大醫學系學生組織「學習群」，進行以學生為主導的「人文學體驗學習」。2008 年 11 月臺大醫學人文博物館成立，此一功能性單位並無正式人員的編制，也缺乏公務預算的支持，在國範文教基金會的全力協助下，該博物館的典藏、展示、教育、研發活動才得以順利展開。2010 年 7 月國範文教基金會與醫學人文博物館共同辦理「醫學人文體驗學習活動」，這項教育推廣活動將是未來進一步落實全人照護醫師培育的重要環節。（B3）

人道主義（humanism）與專業素養（professionalism）一直被視為是醫師培育的核心價值，醫學生在學習過程中，除了知識與技能的學習之外，認同感與價值觀的培養佔有重要的角色。本研究認為：國範文教基金會於 2008 年與臺大醫學人文博物館合作推動「人文學體驗學習計畫」，旨在與制式醫學教育互補，提供一個讓學生去投入、探索的互動環境進行經驗分享與學習，讓學生在體驗學習活動中，感受並體驗醫學科學背後的核心價值，養成探索自我的能力，重視自己內心的重要層面，思考醫療工作的意義，獲得啟發與智慧，找回在醫學教育過程中，漸漸被磨耗的人文精神，在主體性、認同感、價值觀的培養上獲得更好的成效，在畢業後能夠更有能力、更全面去幫助病人。

¹⁵ 資料參考自臺大醫學人文博物館與國範基金會共同出版《人文學體驗學習計畫》

二、建構社區醫療模式

以社區為基礎的醫療模式由醫師、護理師、社工人員、藥師、治療師等專業人員組成健康照護團隊，為民眾提供包括預防保健、門診治療、住院治療、一般醫療、專科醫療、居家照顧、日間照護等一系列的健康照顧服務，經由「疾病管理」、「個案管理」、「照護管理」的階段發展，逐步實踐「以社區為範疇、以家庭為單位、以個人為中心」的全人健康照護理念（謝博生，2006）。受訪者針對社區醫療模式¹⁶的建構，從不同面向表達他們的看法：

國範文教基金會於 1999 年 4 月協助臺大醫學院成立「社區醫學研究群」，這是一個功能性的單位，主要的任務是集合臺大醫學院對社區醫學有熱誠的教師，共同合作，藉由「行動研究」，建構一個適合臺灣地區而且以全人健康照護為導向的「社區醫療模式」，俾為改善臺灣地區的醫療制度提供可行的方案。「社區醫學研究群」成立後，設規劃訓練、社區發展、推廣協調、資訊網路等工作小組，擬定了理念宣傳¹⁷、試辦「社區醫療群模式」、推廣的三階段工作計畫，希望能夠結合臨床醫學與公共衛生，深入社區，辦理以社區為基礎的全人健康照護，促進社區健康和推動醫療發展，協助政府建置一個醫院醫療和社區醫療均衡的「全人健康照護系統」。(A1)

國範文教基金會於 1999 年 7 月協助臺大醫學院建構以社區為基礎的全人醫療模式，最初以署立桃園醫院及桃園縣觀音鄉衛生所為基地，辦理以社區為基礎的醫學教育與醫療服務，以結合臨床醫學與公共衛生的方式融入社區，一方面為臺大醫學系學生提供一般醫學與社區醫學訓練的教學場所，一方面提供全人健康照護服務，依此理念建立「桃園社區醫療群¹⁸」，提供政府做為建置全人健康照護系統的參考。1999 年 9 月臺

¹⁶ 臺大醫學院附設醫院一向以實施高科技專科訓練為主，無法提供社區醫療方面的教育協助，因此，有必要另覓一個能夠提供一般醫學與社區醫療的教學場所來施教。「社區醫療群」的原始構想，正是為了彌補臺大住院醫師訓練的不足。

¹⁷ 社區醫學研究群為達到宣傳社區醫療理念的目的，特別在 2000 年 2 月發行「社區醫療通訊」雜誌，每兩個月定期出刊一次，內容專門報導社區醫療群試辦的情況，以及研究群所執行研究計畫的進行情形，截至 2002 年 8 月為止，共計出刊十六期。社區醫療通訊雜誌的每期主題：1.發行社區醫療通訊以推展社區醫療；2.建構整體性健康照顧體系以邁向健康大國；3.九二一災後心理社會重建之省思與前瞻；4.九二一災後醫療現況、面臨困境與需求；5.臺大醫療體系一週年回顧與省思；6.臺大醫療體系向下紮根推廣雲林縣社區醫療群；7.溪頭長青健康中心；8.落實轉診制度提昇社區健康服務品質；9.住院醫師社區醫學訓練；10.全民健康促進週活動；11.提振基層診療競爭力；12.高齡化社會中的社區醫療照護；13.基層醫療品質提升計畫；14.災難醫學研討會；15.一般醫學臨床教育；16.九二一震災三週年回顧。

¹⁸ 1999 年 7 月，臺大醫學院規劃的第一個社區醫療群於桃園縣構建完成，包括了第一級（觀音

灣發生九二一大地震，造成重大災情。國範文教基金會與臺大醫學院社區醫學研究群立即邀請鹿谷、竹山地區基層醫師協助、組織「鹿谷鄉社區醫療群」，推動整合性醫療服務及社區醫學教育，並展開社區健康營造。在此一背景之下，建構「社區醫療群」模式實務運作的設計，主要的工作內容是醫療服務提供、社區醫學教育及健康社區營造。（B4）

社區醫療群是由在同一社區內若干家診所的醫師，組成一個「基層醫師團隊」，提供民眾整體性的初級醫療與預防保健服務。民眾以家戶為單位，選擇加入社區生活圈中這些家庭醫師而成為「健康家庭會員」。在基層自主下，「社區醫療群」自行尋求與社區醫院形成合作關係，家庭醫師在醫療服務工作上互相支援，宣導家庭醫師制度與觀念，為民眾建立家戶與個人健康檔案，提供一個「以病人為中心、家庭為單位、社區為範疇」的整合性健康照護體系」。為了落實疾病管理、個案管理及家戶管理，每一個社區醫療群須建置自己的「社區醫療資訊系統」，登錄會員資料以進行疾病管理與追蹤，並能與合作醫院間進行雙向轉診。合作醫院提供會議室定期舉行的醫療群聯繫會報，以促進彼此之溝通、協調；基層醫師也可以利用合作醫院之圖書館及各項教學資源等做為終身學習進修之管道，並接受繼續教育以維持基層執業品質。「病房巡診」與「共同照護門診」是合作醫院進一步提昇基層照護的具體功能，社區醫療群的醫師可以利用此合作機制將有需要進一步檢查或診斷之病人轉診至醫院門診，運用其檢驗或檢查設備而得到更完整便捷之服務。或者，當會員轉診至完整便捷之服務。或者，當會員轉診至醫院接受住院服務時，家庭醫師可以到病房探視，甚至與醫院主治醫師交換專業意見，提供持續性的照顧。（B3）

2001年8月國範文教基金會與臺大雲林分部合作，共同辦理「臺大雲林社區醫療中心」，將推動家庭醫師制度及建置社區共同照護網絡列為「雲林社區醫療群」的主要工作內容。2002年國範文教基金會支助臺大醫學院社區醫學研究群執行「建構社區醫療體系先導計畫」，在臺北縣三重市、臺中縣大雅鄉及桃園縣平鎮市等地組織三種不同性質的社區醫療群實驗模式，探討在社區推廣共同照護網絡及家庭醫師制度來建立全人健康照護系統的相關問題。此一計畫的成果後來被健保局採納，以「家庭醫師整合性照護計畫」的形式擴大辦理。（B1）

從組織結構，「共同照護門診」是一種由醫院及基層醫師合辦的本土化聯合執業模式，醫院和基層醫師之間存在是合作關係，而非僱傭關係。設置「共同照護門診」，大幅改善了醫師彼此間難以合作的情形，也避開了聯合門診的管理問題，最大的好處是，可以逐步建立起合作醫院與基層診所的緊密關係。透過「共

鄉衛生所及醫療站）、第二級（桃園醫院）及第三級（臺大醫院）的醫療機構，形成具體的健康照護體系。經臺大醫學院會議同意後將這新的架構以「臺大醫療體系」為名義，進行社區教學與醫療理念的宣導及推廣。

同照護門診」制度，基層醫師可以利用到醫院看診的時段，把病人帶到醫院進行照會，利用醫院儀器進行必要檢驗，幫忙解決醫療上的問題。再者，基層醫師還可以建置「共同照護網絡」，以民眾為對象，經由「疾病管理」、「個案管理」至「照護管理」的階段性推展，以共同照護門診做為基礎，主動關心特定病人的健康，逐步在社區中擴大照顧的範圍。

本研究認為：臺灣的社區醫療體系可以利用醫療群為基礎，將健康照護的實施地點由醫院轉移至社區，將臨床醫學與公共衛生做密切的結合，為民眾提供周全性、持續性醫療照顧，達成經濟上的效率和公平性。對老年人及多數的慢性病人而言，此一體系可以使他們能在接近於日常生活環境的情境下，接受醫療服務及其他的支持性健康服務，繼續過正常的生活，只有在發生急性或重症情況時，才轉送到醫院住院治療。這種為大部分社區居民提供一般性的健康服務及輕微疾病診斷處置的方式，花費比較低廉，可進而節省昂貴的醫療資源。由於這項計畫可以改善全民健保的許多問題，是很有幫助的，很快就被政府採納執行。

三、全人健康照護計畫

國範文教基金會為推展全人健康照護理念所採取的策略，以及基金會與臺大醫學院共同建構的兩項模式，由基金會董事長向政府建議納入「全人健康照護系統」的建置中，此項建議於2003年SARS疫情後獲得衛生署採納，於2005年正式納入「全人健康照護計畫」在全國施行。（衛生署，2005）

「全人健康照護計畫¹⁹」即是衛生署推動的第五期醫療網計畫，實施期間自2005年1月起至2008年12月止。醫療網自1985年開始推動，前三期計畫（計15年），著重於硬體建設及人力規劃，解決臺灣醫療機構設施數量不足及資源分佈不均問題。第四期「新世紀醫療網計畫」（2001年至2004年）開始轉為強化軟體部分，並延續推動區域資源均衡發展。（吳肖琪，2010）

2003年春季臺灣發生SARS疫情，國範文教基金會董事長謝博生教授當時也

¹⁹ 衛生署在2005年推動「全人健康照護計畫」，主要以提升醫療照顧品質、建構全人健康照護體系為願景，希望建立一個能提供全人（包括身、心、靈及社會層面）、全民（每一個人都可以得到）基本保健醫療（包括預防保健、疾病就醫、長期照護及安寧照護）的健康照護系統。

擔任財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會負責人。SARS疫情過後，行政院推動「後SARS臺灣重建計畫」，邀請謝教授擔任其中的「醫療體系再造計畫」規劃小組召集人，策劃臺灣醫療體系改革。謝教授於規劃小組會議中提議將國範基金會與臺大醫學院自1999年共同建構的「畢業後一般醫學訓練模式」及「社區醫療群共同照護模式」納入臺灣醫療體系再造計畫中，藉以提升醫療品質及人力素質，強化社區醫療及全人照護。此項提案獲得全體委員贊成，經行政院核定後，由衛生署醫事處協調政府相關單位完成相關行政程序，於2003年8月開始試辦（醫策會，2003）²⁰。

2005年開始執行的「全人健康照護計畫」（第五期醫療網計畫）特別著重在促進病人安全，提升人力素質，並配合後SARS醫療體系持續再造與社區醫療衛生防疫工作推動，強調以病人為中心，發展社區醫療體系（衛生署，2005）。因此，由國範文教基金會提出的全人健康照護理念及基金會與臺大醫學院共同建置的兩項模式就由政府繼續納入醫療網計畫中，於全國推廣。

以上得知，國範文教基金會為推展全人健康照護理念與臺大醫學院共同建構的「畢業後一般醫學訓練模式」及「社區醫療群共同照護模式」，這兩個模式於2005年被衛生署納入第五期醫療網計畫（全人健康照護計畫）在全國實施。本研究認為：民主國家中，涉及社會價值與公共資源的權威性分配係掌握在政府部門的手上，公共政策的合法性地位和公權力基礎來自於立法機關和行政機關，因此，非營利組織想要影響法案的內容與政策的方向，就必須與政府部門打交道。由國範文教基金會參與全人健康照護議題倡導的歷程可知，基金會採取的策略並非建立與政府部門的互動關係，也未與其他非營利組織建立網絡關係來進行遊說或推動修法，而是協助臺大醫學院推動醫學教育改革，建構培育全人照護醫師的教學模式及以社區為基礎的全人醫療模式，提供政府做為參考。

參、倡導的成效

國範基金會在推展全人健康照護理念的過程中，所進行的政策倡導被衛生署採納執行的內容主要是屬於醫師培育制度的「畢業後一般醫學訓練模式」以及屬

²⁰ 國範基金會董事長擔任「後SARS臺灣重建計畫」醫療體系改造組召集人。

於社區醫療制度的「社區醫療群共同照護模式」，由國範文教基金會共同合作相關單位人員利用各種出版品、不同期刊及座談會等方式將此理念多方面管道進行推展，主要成效為醫學系學制及社區醫療制度的改變。

一、畢業後一般醫學訓練

「畢業後一般醫學訓練」的執行可分為下列幾個階段進行²¹(朱宗信,2010):

三個月期畢業後一般醫學訓練²²:自 2003 年 7 月開始實施，以教學醫院第一年各科住院醫師為對象，施以三個月的一般醫學訓練，讓受訓者以第一年住院醫師身份，在實際負責病患照顧的條件下，整體性地學習全人醫療的診療經驗。三個月的訓練期間，有一個月接受「社區醫學訓練」，另外是一般醫學內科一個月，一般醫學外科一個月，另外必須完成一般醫學訓練課程 36 小時。

六個月期畢業後一般醫學訓練²³:自 2006 年 7 月開始實施，訓練期間由三個月延長為六個月，將全人照護一般醫學理念導入專科醫師基礎訓練，強調年輕住院醫師實際操作經驗之累積與對社區醫療制度運作之瞭解，致力於以核心理念為導向的專科全人醫療訓練，期望能夠落實以病人為中心的全人醫療照護。六個月的訓練內容包含「40 小時一般醫學基本訓練課程」、「一個月一般醫學實務訓練」、「一個月社區醫學基本課程」、「一個月社區醫學相關選修」及「三個月專科相關選修」。

一年期畢業後一般醫學訓練²⁴:自 2011 年 7 月開始實施，接受訓練之第一年住院醫師不分科，結束完整之一年期一般醫學訓練後再接受專科醫師訓練。一年期畢業後一般醫學訓練最主要的目標是培養六大核心能力：病人照護、醫學知

²¹ 資料參考自《住院醫師教育的六大核心能力》，作者國範文教基金會董事及臺大醫學院一般醫學科教授

²² 民國 92 年國內發生 SARS 疫情暴露我國醫療體系及醫學教育體系多年的缺失，在疫情穩定之後，行政院衛生署提出重整臨床醫師養成訓練改革計畫，於 92 年 7 月正式公告實施「畢業後一般醫學訓練－因應 SARS 疫情醫師人力儲備計畫」。

²³ 第二階段訓練目的與特性為落實美國 IOM (Institute of Medicine) 以核心能力為導向的住院醫師培訓制度。

²⁴ 民國 99 年 4 月 12 日行政院衛生署公告「一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」，自 100 年 7 月 1 日起實施。

識、從工作中學習及成長、制度下之臨床工作、專業素養、人際關係及溝通技巧。訓練內容包括社區醫學（二個月）、一般醫學內科（四個月）、一般醫學兒科（一個月）、一般醫學婦科（一個月）、一般醫學外科（二個月）、一般醫學急診（一個月）、一般醫學選修（一個月）。

對於上述各階段的訓練成效，尚未有整體性的評估，有些暫時執行的結論：

「畢業後一般醫學訓練」相關的教學行政事務由醫策會辦理，醫策會雖然依循「以病人為中心」的思維來進行課程規劃及教學設計，但是，要改變教學醫院多年來的教育訓練方式卻不是一件容易的事，它需要指導老師與受訓學員同步進行觀念上的變革，也需要教學機構領導人的決心及支持，並建立受訓學員學習的典範。2003年至2010年之間，由於受訓學員是由各專科第一年住院醫師調訓，學員們並未充分了解「一般醫學訓練」的理念，學習意願不高，學習態度不積極，因此學習成效受了很大的影響。（C1）

2011年開始執行全一年期訓練之後，受訓學員經由衛生署辦理的選配制度分發至各教學醫院接受訓練，由於受訓學員必須完成一般醫學訓練才能進入各專科，能夠專心學習，醫策會所規劃的訓練內容及訓練目標相當明確，各教學醫院的指導老師熱心教學，受訓學員能夠充分了解一般醫學訓練的理念，大部分受訓學員的學習態度相當積極，學習意願也提高了，教學成效獲得很大的改善。（C2）

整理上述內容，「畢業後一般醫學訓練」理念雖好，但在辦理的初期，學員們並未充分了解「一般醫學訓練」的理念，所以影響參與者的學習意願和動機。在2011年後，受訓學員經由衛生署辦理的選配制度分發至各教學醫院接受訓練，也充分了解「一般醫學訓練」的理念，教學成效獲得很大的改善。

二、社區醫療群制度

社區醫療群制度（家庭醫師整合性照護計畫）在政策執行上，存在著理念與實踐的落差。以2003年到2009年的執行成效而言，無論在醫療群的數目、基礎醫師與醫院之間的協調合作、家庭醫師制度的落實等，都有很大的改善空間。2003年開辦以來，參與的基層診所逐漸增加，自2006年起全國有超過三百個醫療群²⁵以上提供家庭醫師服務。目前參與²⁶的診所數約佔全國基層診所的19.87%，參與的家庭醫師數則約佔全國基層開業醫師的17.76%，民眾參與的家戶數達6萬戶

²⁵ 資料參考自三全辦公室 <http://pgy.mc.ntu.edu.tw> 92-97 健保局醫療群統計

²⁶ 資料參考自三全辦公室 <http://pgy.mc.ntu.edu.tw> 97 健保局參與醫療群院所醫師及會員數統計

以上，人數約 156 萬餘人，佔全臺人口 6.6%。以過程面來看，幾乎所有診所都能 100% 建立家庭檔案。但執行初期面臨的困難不少，包含系統的建置、網路連線、資訊平台的建置、家戶資料上傳與電腦使用操作等方面。此外，民眾恐懼資料外洩，亦造成家戶會員收案時的困擾（臺灣家庭醫學醫學會，2010）。

關於社區醫療群制度的政策執行成效²⁷，尚未建立具體的評估指標²⁸，依實證文獻回顧，整體而言，民眾對此一制度呈現高滿意度，為健保省下不少經費與提供永續經營之基礎。對於社區醫療群執行中心的調查呈示：多數醫師對於整合式照護認識程度高，態度正面，並認同以人為中心的整合式照護模式（臺灣家庭醫學醫學會，2011）。

對於此訓練制度，尚未有整體性的評估，有些暫時執行的一些滿意度結論：

與合作醫院互動方面，當家戶會員需要進一步檢驗或治療時，多數醫師會優先轉診至合作醫院，轉至病人要求之醫院之比例不到兩成。合作醫院的轉診回覆率近九成，平均回覆時間為二至三天。轉診前家庭醫師多會囑咐病人須再回診所追蹤，但轉診後社區醫院醫師有請民眾回家家庭醫師處這卻只有少數。不過整體而言，多數醫師同意會員得到基層門診轉診住院之持續性照護，也表示轉診作業流程比之前進步很多。醫師對於共同照護門診平均滿意度偏低，認為共同照護門診成效不彰，醫院也不見得歡迎基層醫師到醫院看診。24 小時緊急電話諮詢服務專線使用率明顯偏低，衛教宣傳場次則明顯逐年增加，會訊出版次數也有同樣結果，顯示在社區營造方面有長足的進步。預防保健部分，會員接受成人健檢及子宮頸抹片比率高於一般民眾。會員能夠獲得醫護人員主動提供預防保健資訊的比例較高，民眾對預防保健滿意度非常高。（C3）

大多數醫師由家庭醫師整合性照護計畫推動，提供會員完整之預防保健服務。有少數醫療群主動發展社區營造模式、設計預防保健提醒系統、

²⁷ 社區醫療群的成立之初是試圖消除存在於基層醫師與社區醫院間的隔閡，強化彼此合作，使社區醫院朝向開放式醫院經營，也讓基層醫師可以使用社區醫院的醫療設施，強化基層醫療照顧能力，使醫療資源獲得更有效益的使用，創造更好的基層醫療環境，提供社區民眾更佳的健康照顧，讓臺灣的社區醫療品質能夠提升。

²⁸ 多數先進國家，對基層醫療品質都有標準的評估流程，如英國的基層醫療品質指標，包含病人的服務與基層醫師團隊兩部分。健保局對臺灣目前的社區醫療群已經訂定了品質指標，但內容分類與英國制度有所不同。依據健保局的標準，品質指標必須包括指定家庭醫師之會員家戶資料建檔管理比率達 100%，會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 10% 以上，會員全年 70% 之門診均就診於該社區醫療群，成人預防保健服務及子宮頸抹片檢查比率為 50% 以上等等。

研發疾病管理資訊工具或利用實證醫學指引設計決策支援系統，出現難能可貴的自發性學習型組織行爲。有相當多數醫師認爲 24 小時諮詢專線影響生活品質。這是影響醫師加入計畫的原因之一。有八成以上醫療群診所使用醫療群資訊系統，然而大都用於家戶基本資料建檔，不到一半醫師會執行電子化轉診。基層醫師認爲健保局提供的資訊系統沒有實質的意義。社區醫療群醫師參與大型社區衛教活動很踴躍，參與率可達七成五到八成。開辦健保以來，醫療服務普及化了，弱勢的就醫得到支持，但是我們國民的生活型態並沒有改變。生活型態的改變必須落實健康管理及健康促進，這不只是靠個人，更要靠基層醫師發揮指導、帶領、協助的角色，期待民眾能夠因為參與健康管理、健康促進，慢慢落實到生活型態的改變。（C3）

社區醫療群制度理念很好，但理念規劃與執行上有落差，在政策執行滿意度上反映出在合作醫院互動方面，家戶會員需要進一步檢驗或治療時，多數醫師會優先轉診至合作醫院，轉至病人要求之醫院之比例不到兩成。基層醫師對於共同照護門診滿意度偏低，醫院也不見得歡迎基層醫師到醫院看診。24 小時緊急電話諮詢服務專線使用率明顯偏低。再者，政府提供的資訊系統沒有實質的意義，對民眾也沒提供相關資訊及教育，以致民眾的生活型態並沒有改變，以上因素之下造成此項理念與執行實質上的落差。

本研究認爲：國範基金會對於全人健康照護議題的政策倡導聚焦於「畢業後一般醫學訓練」及「社區醫療群」這兩個制度建置，經政府單位採納並執行，是一種「從無到有」的制度建置，本身就呈現出政策倡導的成效。致於在理念及執行上的落差，對於未來倡導者在政策倡導除了理念的大聲疾呼之外，必要時須兼顧該項制度後續執行與實踐的能力，政策倡導或可延伸至充權與參與制度執行。

第四節 社會倡導案例研析

有鑑於提升民眾健康知能是實現全人健康照護理念的重要環節，國範文教基金會於 2008 年成立「健康知能教育推動委員會」，並向衛生署提出計畫，申請經費推動「校園正確用藥教育」，這是「政府業務委外」合作辦理提升民眾健康知能教育的一個案例，可做為探索性個案（exploratory case），提供分析非營利組織與政府在提升民眾健康知能的互動關係與合作策略，也可以藉此案例檢視公、私部門合作辦理提升民眾健康知能教育的優缺點以及互補整合的可能性，提供日後其他研究者參考。

國範基金會執行的「校園正確用藥教育計畫」採取由政府提供經費、非營利組織提供服務的「合夥模式」(Collaborative-partnership model)。本節整理相關文獻及訪談結果，就該基金會參與倡導的背景、採取的策略及執行的成效做探討分析。

一般的健康知能教育應該達成的目標是：每個病人皆能看懂：(1)藥袋上的訊息；(2)出院後的注意事項；(3)同意書的內容；(4)健康保險合約及規定；(5)衛教資料。本研究透過文獻分析發現：面對健康知能仍普遍不足的現況，政府及提供醫療服務的工作者，到底應有何因應對策？目前尚未具體化。

「校園正確用藥教育計畫」所推動的工作包括：(1)輔導各個學校發展出正確用藥的教學模組，經遴選及專家修改後，計有高中職 6 件、國中 15 件、國小 13 件優良教學模組，公佈於網路上供各校參考運用；(2)辦理正確用藥五大核心能力調查，(3)在中心學校與種子學校進行介入前後測比較；(4)進行提升學生用藥安全的生活技能教學、營造校園用藥安全及社區重視正確用藥氛圍(紀雪雲²⁹，2009)。

「校園正確用藥教育計畫」由 2009 年至 2011 年的三年之中，執行內容包括：(1)在全國各地成立了 11 所「正確用藥教育中心學校」，提升教師正確用藥教育的能力，開發正確用藥教學模式，成為地方推展正確用藥教育的示範學校；(2)由中心學校邀集該縣市種子學校(每一中心學校有 5-6 種子學校)，成為一個推動正確用藥教育的夥伴校群，來改善該縣市師、生、民眾的正確用藥知能；(3)由中心學校、種子學校與該區之正確用藥教育資源中心(設立於該區相關醫療機構)建立合作模式；(4)建立正確用藥教育成效監測中心，監測各區之教育成效，包括教材、教法在認知和行為評量；(5)建立「正確用藥互動數位資訊學習網」，提供民眾正確用藥學習與搜尋的管道，提升民眾正確用藥自我學習的功能；(6)舉辦全國性「正確用藥五大核心能力」成效比賽和「正確用藥教育網路博覽會」暨「教學觀摩會」提供觀摩；(7)培訓校園正確用藥小記者於校內廣播教育，並安排實地赴地方電台播報正確用藥教育新聞。(8)營造校園用藥安全氛圍，辦理全國性用藥安全教學觀摩活動及用藥安全創意競賽，推廣用藥安全教學模組及開

²⁹ 現任國範文教基金會健康知能教育推動委員會主任委員

發教具，供各校進行宣導推廣，並進行媒體行銷活動。(9)進行正確用藥教育模式之行動研究，及用藥安全成效調查研究，透過與家長、社區、藥師等的整合參與，結合社會科學的實驗方法與社會行動，促進教師專業成長，藉此改善學生學習正確用藥的成效³⁰（紀雪雲，2010）。針對國範基金會推動「校園正確用藥教育計畫」的背景、執行的策略與成效，受訪者表示：

健康知能教育的範圍相當廣泛，正確用藥教育是其中重要的一項，我認為：臺灣民眾在地下電台廣告的影響之下，對於用藥的認知產生了很大的偏差，許多民眾對於用藥常用的名詞如處方箋、仿單、症狀緩解等都不太理解，如何以淺顯生活化的教育方式和教材從事正確用藥教育，讓民眾能夠看懂藥袋上的訊息並正確服用藥物，是健康知能教育中極為重要的一環。一般而言，影響民眾獲取正確用藥資訊的途徑包括電視、報紙、親友、醫師、藥師，經分析，國小高年級同學其獲得正確用藥教育的知識主要來自醫師和藥師比例較成人高，因此，如果在國小階段就讓國民瞭解用藥是一種專業行為，應以醫師、藥師等專業人員的資訊為主，而不是隨便聽信媒體或朋友，則地下電台賣藥活動的影響力應可逐漸消失。此即國範基金會向衛生署申請經費，執行「校園正確用藥教育計畫」的背景。（A1）

「校園正確用藥教育計畫」所採取的執行策略是分別在臺灣的北、中、南、東及離島成立了 11 所正確用藥教育的中心學校，協助各縣市政府教育處（局）辦理縣（市）內正確用藥教育行政工作，每一個中心學校有 5 至 6 所種子學校，成爲一個推動正確用藥教育的校群網絡。每個種子學校都以用藥五大核心能力爲主要教學內容，正確用藥五大核心能力包括：看醫師說清楚、領藥問清楚、用藥清楚方法與時間、做身體的主人、與醫師藥師做朋友。各校廣泛地將其融入各領域的教學，包括健康與體育學習、生活、社會學習、藝術與人文學習、綜合活動學習、語文學習、自然與生活科技學習等領域。「校園正確用藥教育計畫」同時也營造學校與社區關係，除了學校家長及鄰近社區之外，也和設立於社區醫療機構的「正確用藥教育資源中心」（由衛生署輔助設立）合作，建立緊密的夥伴關係。「校園正確用藥教育計畫」培訓的教師，與「正確用藥教育資源中心」所培訓出來的藥師在社區範疇產生頻繁的互動，爲提升民眾健康知能建構了一個可供推廣的模式。（C1）

就執行成效而言，依據該計畫各種子學校於進行正確用藥五大核心能力教學前與教學後之前測與後測調查，教學前後學生或教師正確用藥知能均有明顯提升。其次，學生在遵囑服藥行為、家人有熟識的醫師或藥師提供藥物諮詢，以及家中有藥師諮詢電話之比率均有提升。該計畫以「服藥的時間認知」作爲教師對正確用藥的能力指標之一，結果發現：未接受「正確用藥教育研習」之前，對於飯前服藥或飯後服藥有正確認知者不及七成，接受「正確用藥教育研習」之後，其認知正確率增加至七成

³⁰ 資料參考自國範文教基金會 2010 年「校園正確用藥教育模式開發與研究計畫」成果報告。

以上，達到統計學上顯著意義，可見正確用藥教育之訓練行動介入，對於教師的正確用藥知能是有助益的，當教師知能提升之後，對於學生的知能也有明顯的幫助。該計畫利用網站將各參與學校所辦理的各項教學活動，以電子檔呈現在網路上，提供全國其他學校觀摩學習，也讓民眾能夠主動上網，自我學習，獲得正確用藥學習與搜尋的新管道，確實建立正確用藥的核心能力。(D1)

表 4-1 正確用藥教育的推展

區域	中心學校	種子學校	-合作夥伴- 正確用藥教育資源中心
北區	臺北市立中正國民中學	敦化國中、仁愛國中、 西湖國中、蘭雅國中、 龍山國中、成德國中	臺北馬偕紀念醫院
	桃園縣田心國民小學	大有國小、大崙國小、 南美國小、新明國中、 龍潭國中	壠新醫院
	新竹縣立寶山國民中學	湖口中學、關西國中、 博愛國小、大肚國小、 北埔國小	馬偕紀念醫院新竹分院
中區	臺中市文山國民小學	大鵬國小、北新國中、 建功國小、西苑高中、 立人國小	彰化基督教醫院
	國立員林農工	彰化高商、彰化女中、 溪湖高中、北港高中、 永靖高工、大慶商工	彰化基督教醫院
南區	嘉義市嘉北國民小學	志航國小、博愛國小、 興安國小、北興國中、 民生國中	奇美醫院柳營分院
	臺南市復興國民中學	安南國中、文賢國中、 成功國中、忠孝國中、 德高國小	奇美醫院柳營分院
東區	宜蘭縣文化國民中學	宜蘭國中、冬山國中、 利澤國小、公館國小、 頭城國中	羅東聖母醫院
	臺東縣立寶桑國民中學	新港國中、岩灣國小、 月眉國小、鸞山國小、 三和國小	建議 臺東馬偕紀念醫院
離島	金門縣立金沙國民中學	中正國小、古城國小、 金沙國小、金鼎國小、 卓環國小	建議亞東醫院 臺北馬偕紀念醫院
	澎湖縣立馬公國民中學	中正國中、五德國小、 馬公國小、湖西國小、 石泉國小	澎湖三軍總醫院

資料來源：本研究參考紀雪雲（2010）資料整理繪製

提昇民眾健康知能教育也是全人健康照護理念中重要環節，其中正確用藥教育是讓民眾了解用藥的安全性，過去在地下電台廣告影響下，民眾對於用藥的認知產生了很大的偏差，如果能將教育對象從國小學童就開始經由老師及藥師提供正確用藥相關知識，將有助於民眾健康的維護。

本研究認為：透過健康知能教育的推動來提升民眾的健康知能，必須強調政府與非營利組織的合作，過去政府部門提供醫療機構較多參與的管道，提供非營利組織的參與管道十分有限，為了讓我國的「全人健康照護系統」發揮成效，提供非營利組織更多的參與社會倡導的管道是值得推動的。再者，非營利組織社會倡導是希望達到社會行為改變，但要讓社會行為改變是較難達成，需花較長的時間才能達到效果。國範文教基金會在此計畫角色是與政府部門合作共同倡導健康知能教育的提升，此計畫是以教師與學生為對象，其成果報告顯示已呈現出初步成效。

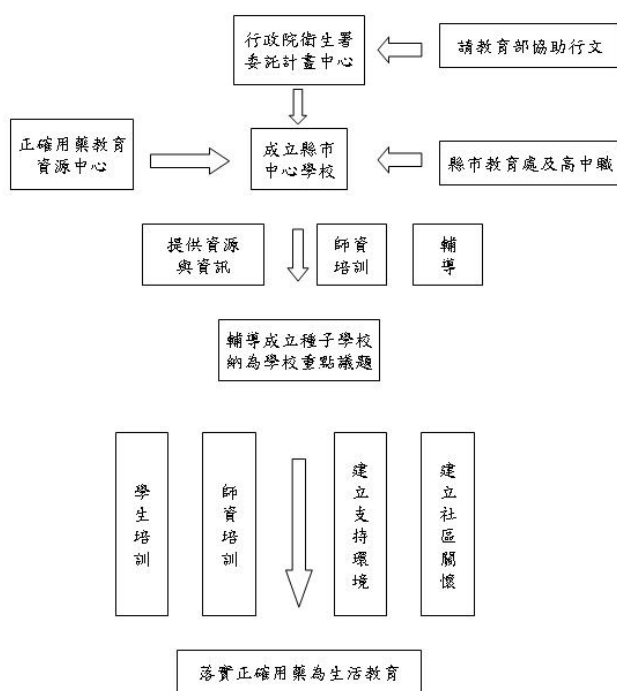


圖 4-1 「校園正確用藥教育計畫」執行架構圖
資料來源：本研究參考紀雪雲（2009）資料整理繪製

第五節 非營利組織的倡導角色

由國範基金會的案例及相關的文獻、訪談可知，在全人健康照護的理念推展上，非營利組織可以透過倡導活動，扮演一定的角色，不但可以參與政策倡導，協助政府建置全人健康照護系統，也能夠參與社會倡導，在提升民眾健康知能方面發揮教育大眾的社會教化功能。在本研究的訪談中，對於非營利組織在全人健康照護議題的倡導上，未來所具有的拓展空間，受訪者多抱持正面的看法，相關的論點如下所述：

我覺得在全人健康照護的理念推展上，具備專業背景的非營利組織可以扮演積極的角色，透過政策倡導發揮影響力，尤其是鼓吹家庭醫師制度的建立。全人健康照護理念的實踐應基於對社區民眾健康狀況、行為因素、生活型態、社會環境的瞭解，落實個人的健康管理及疾病管理，並建立在「共同照護」的基礎上，這樣的理念推展及實踐，必須根植於家庭醫師制度。(B1)

我認為，非營利組織可以在促進民眾的「自我健康照顧」上，發揮更大的影響力。在社區中，民眾個人與家庭醫師的關係最為密切，一有健康上的問題就可以就近請教家庭醫師，民眾位於全人健康照護體系的中心，位於中心的意義即是掌握自己的健康。以民眾為中心的意涵即是讓病人掌控選擇權來管理他/她自己的健康和醫療，包括：選擇最適當的家庭醫師及醫療服務的種類，以及決定在何時、何地去接受健康照護系統提供的協助。(A1)

臺灣的健康照護系統中，醫院醫療扮演了最重要的角色，由於醫院朝向大型化，病人習慣於在大醫院就醫，社區醫療相對萎縮，此種醫院醫療與社區醫療不均衡的情況，十分不利於高齡化社會中慢性病人的醫療保健需求，有待改善。非營利組織在全人健康照護特別重視紮根社區，提升民眾健康知能，能夠讓民眾能夠掌握自己的健康，協助民眾做自我健康照顧，讓傳統以疾病治療為重點的健康照護朝向預防保健、健康促進而轉型，也能夠讓醫院醫療與社區醫療在全人健康照護系統中取得均衡。(A2)

近年來，「健康促進」已經成為協助民眾改變生活型態，使其邁向最理想健康的一門藝術與科學。民眾的自我健康照顧被認為是達成健康促進目標的一種過程，非營利組織接受政府委託提供健康促進觀念的推廣，一方面有助於營造推展健康促進的穩固環境，強化民眾自我健康照顧能力，另一方面還能向民眾提供適當的資訊，讓民眾的健康成為全人健康照護體系的核心價值。如此，全人健康照護體系的三方組成者，民眾、醫療提供者、政府，就可以建立共識，以一致的眼光和願景，共同讓全人健康照護系統順利運作。(A3)

我認爲，非營利組織在全人健康照護議題的倡導上，未來宜繼續提升醫師教育品質，促進醫療專業盡責，改善健保醫療支付制度，促進健康資源整合，透過有效率的共同照護，增加預防保健服務的可近性，減少民眾的健康差距，協助政府建立家庭醫師制度。此外，也可協助基層醫師改變角色，由傳統的針對疾病做診斷及治療的角色改變爲支持民眾健康、指導民眾改變健康行爲的角色，協助民眾跨越健康照顧的鴻溝，這樣的角色扮演將會有助於減少醫療資源浪費，改善全民健保的財務危機。（A4）

非營利組織在全人健康照護議題的倡導上，可以扮演積極的角色，從 2009 年開始在促進民眾的「自我健康照顧」以及 2011 年推動建立「家庭責任醫師制度」兩項議題上，發揮重要的影響力。

非營利組織接受政府委託提供健康促進觀念的推廣，有助於營造推展健康促進的穩固環境，強化民眾自我健康照顧能力，還能向民眾提供適當的資訊，讓民眾的健康成爲全人健康照護體系的核心價值。促進民眾、醫療提供者、政府建立共同理念並推廣。

2011 年 1 月 26 日公告的二代健保法中，第 44 條明訂「保險人爲促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。……」所謂家庭責任醫師是能夠爲社區中大多數家庭負擔起責任做好預防性與治療性醫療保健照顧的醫師，亦即，能夠在社區中提供所有家庭中成員一種全人健康照護模式且以論人計酬方式接受酬勞的醫師。此一制度的建立，將可達到提高健康照護品質、節省國家醫療支出、提升國民健康、消弭健康不平等的目標，值得非營利組織全力投入。在這一領域，非營利組織可以協助政府積極行銷「每一個家庭都有家庭醫師」的理念，建立論人計酬支付制度；也可以協助家庭提升家庭成員養成正確就醫觀念與行爲，承擔健康責任，改善生活習慣。非營利組織的積極參與必然有助於在我國建立起「以病人爲中心之家庭責任醫師制度全人健康照護體系」。

本研究認爲，國範基金會過去在全人健康照護議題上所扮演的倡導角色，已經爲非營利組織進行倡導活動建立了與合作夥伴之共同理念倡議模式範例。除了前文敘及的促進民眾「自我健康照顧」及推動建立「家庭責任醫師制度」兩項議題之外，未來非營利組織也可以在提升醫師教育品質，促進醫療專業盡責，改善

健保醫療支付制度，加強健康資源整合，透過有效率的共同照護，增加預防保健服務的可近性，減少民眾的健康差距等議題上，扮演一定的倡導角色。

第五章 討論

前一章有關國範基金會參與政策倡導與社會倡導來推展全人健康照護理念的案例研析，呈示衛生醫療領域的非營利組織在全人健康照護議題的倡導活動具有一定的參與空間，也能夠獲得具體的成效，實現組織的理念。本章基於案例研析的結果，就非營利組織的倡導參與、倡導策略及倡導成效進行延伸討論，藉此導引本研究的結論與建議。

壹、倡導參與

對於參與倡導的非營利組織而言，董事會在議題設定上是主要的決定者；但也有些非營利組織是由秘書長或執行長先行構思規劃，再交由董事會評估，決定採納或否決；有些非營利組織採取民主式的領導風格，在領導者授權之下組織內部成員有機會主動地參與議題設定，另外也有納入政策利害關係人意見及外部專家學者主導者。本研究透過訪談內容發現，國範基金會屬於以教育為導向的非營利組織，它的董事會主要由醫學教育及衛生醫療領域的專家學者所組成，董事會成員具備足夠的知識，能夠依據他們的專業判斷，提出符合組織所關注的議題。再者，董事會領導人與董事會成員之間能夠以共同的理念、使命及願景而結合，展現出和諧的氛圍。因此，整個組織在參與倡導上，董事會不但能夠有效地主導，共同一致地推動，有些董事會成員甚至實際參與組織的倡導活動，擔任專案委員會的主持人³¹。

許多服務型的非營利組織以社會議題的倡導為其次要任務，與社會倡導相關的活動，都會涉及與政府部門之間的互動。隨著社會多元化，非營利組織與政府部門之間的互動關係日益複雜，有競爭、有合作、有互賴、有衝突，近年來，許多研究發現：非營利組織與政府之間的互動關係能夠預測倡導參與的程度高低，有「資源依賴」、「可覺察的衝突」、「可覺察的夥伴關係」等參種理論提出這

³¹ 國範文教基金會設三個專案委員會：「醫學人文體驗學習」推動委員會主持人梁繼權董事、「全人、全家、全社區照護」推動委員會主持人邱泰源教授、「健康知能教育」推動委員會主持人紀雪雲副教授。

方面的預測。本研究整理訪談結果發現，國範基金會與政府單位建立互動，共同合作，在提升民眾健康知能的社會倡導過程中，並未能印證「資源依賴」，也未能印證「可覺察衝突」；另一方面，由「校園正確用藥教育計畫」的執行成果，卻可以印證「可覺察的夥伴關係」（紀雪雲，2010）。NPO 在理念的倡導上，居於政府之前，且需有良好的組織能力才得以讓理念被政府及社會大眾接受。但有關理念被實踐的可能性上，若有政府的協助，會增加實踐的機會。

一些研究發現，組織結構可能會影響到倡導參與，此即「資源動員論」，但也有不同觀點，如第二章所述。本研究透過訪談內容分析發現，國範基金會對於提升民眾健康知能的倡導參與，可以驗證「資源動員論」，組織的成長及專業化不但沒有抑制倡導參與，反而因為專業技能的經驗累積以及使命感的激勵，提高了參與的程度。在以服務為導向的非營利組織，倡導的參與通常限於與組織任務有關的議題，但有時也會延伸至更廣的議題。本研究透過訪談結果發現，國範基金會近年來的社會倡導活動除了推展「健康知能教育」之外，也進行了「全人、全家、全社區照護」以及「醫學人文體驗學習」等議題的倡導（基金會推動這些議題倡導的組織結構請參考第三章圖 3-2）。本研究認為，這樣的組織結構有利於組織成長及專業化，並促進組織參與倡導活動³²，值得衛生醫療領域非營利組織做為參考。

貳、倡導策略

非營利組織進行政策性倡導影響政府行政、立法部門間決策活動，所採取的策略途徑一般包括：舉辦公聽會、進行遊說、建立聯盟及運用大眾傳播媒體等，不同的策略在各個政策領域中各有其效果，就臺灣非營利組織在當前政策制定過程中所扮演的角色及功能而言，以民選政治人物和民意代表遊說為倡導策略，是相當有效的作法。本研究發現：國範基金會所採取的策略途徑與上述一般採取的策略途徑不太相同，是比較積極的倡議模式並尋求與理念相同合作夥伴共同合

³² 國範基金會為進行「醫學人文體驗學習」及「全人、全家、全社區照護」等議題的倡導，特規劃網站提供人文學交流平台 <http://gfh.mc.ntu.edu.tw> 及社區醫療群醫師交流平台 <http://pgy.mc.ntu.edu.tw>，藉由網絡交流平台提供參與者最新活動資訊、政府最新政策及參與者互動溝通管道。

作，它所採取的策略是以透過與臺大醫學院合作，建構實踐模式提供政府部門參考的方式來進行倡導。

國範基金會與臺大醫學院合作建構的全人健康照護實踐模式主要有二種：(1) 培育全人照護醫師的教學模式，(2) 以社區為基礎的全人醫療模式，這二種實踐模式都由基金會協助臺大醫學院相關教師進行「行動研究」(Action research) 而逐步建構起來。行動研究由問題情境做出發點，由實際工作者執行某一種立即運用於解決問題的計畫，並對此計畫做評估、檢討、改良，以期獲得較佳的決定，提高工作的效果(謝博生，1999)。國範基金會與臺大醫學院教師合作，以行動研究來建構實踐模式，並以此提供政府部門參考，做為政策倡導的策略，這是一種創新的策略，值得進一步探討。

本研究透過訪談內容分析發現：國範基金會在建構實踐模式的過程中，將專家與實際工作人員結合在一起，形成一個合作的團體，透過團體討論與分析，隨時檢討，不斷修正以符合實際情境的需要，據此而建立的實踐模式具有本土性及可行性，具有較強的說服力。例如，在培育全人照護醫師的教學模式建構過程中，國範基金會協助臺大醫學院將過去以大講堂講授醫學倫理的教學方法改為以小班討論教學方法進行，教學方法的革新提昇了教學成效，有助於醫學生的倫理觀和價值觀的確立。在以社區為基礎的全人醫療模式建構過程中，國範基金會協助臺大醫學院社區醫學研究群在鹿谷鄉進行九二一震災後的整合性醫療服務³³。這些實踐模式建構完成之後，在政策倡導歷程中，增強了對政府單位的說服力，提高了倡導的成效。

在社會倡導方面，非營利組織所採取的策略主要是舉辦活動、運用大眾傳播媒體、直接提供服務、發行出版品以及網路行銷等。國範基金會在提升民眾健康知能議題的倡導，是在校園進行正確用藥教育活動的方式來進行，與上述一般非營利組織採取的策略有其獨特之處。

³³ 在臺大醫學院社區醫學研究群出版的《社區醫療通訊》發刊詞中，作者國範基金會董事長謝博生兼台大醫學院院長提到：在 921 地震之後，動員師生參與災區的醫療衛生重建，擬定了結合醫療、保健、社會服務並涵蓋醫療制度改善的「健康社區計畫」，於災後重建過程中協調基層醫師，經由提供整合性醫療服務來協助災民重建身心、營造健康社區、並藉此改善醫療制度。

本研究認為，類似國範基金會採取的策略，只能視為特殊案例，不容易做一般性的推廣，不過，非營利組織與教育機構或學術機構合作，就特定的問題進行行動研究或教育活動，能夠將研究結果獲得的結論做為政策倡導的佐證或加強政策倡導的說服力，也能夠將教育活動的成效推廣，應該是一種值得考慮的策略途徑。

參、倡導成效

國範基金會對於全人健康照護議題的政策倡導聚焦於「畢業後一般醫學訓練」及「社區醫療群」這兩個議題，這些議題經政府單位採納並執行，是一種「從無到有」的制度建置，本身就呈現出政策倡導的成效，至於政策的執行成效，前者必須依賴各教學醫院，後者必須依賴基層醫師、社區醫院的配合，二者所涉及的因素都相當多元而複雜。

全人健康照護議題的社會倡導成效應呈現於民眾健康知能的提升及健康行為的改變，涉及的因素更為複雜。對於特定議題的有效倡導應可以讓不關心的人開始關心，讓關心的人了解問題的成因，讓了解的人支持解決方案，最後，讓支持的人成為推動改變的力量。國範基金會對於「校園正確用藥教育計畫」的推動，是以教師與學生為對象，計畫成果報告顯示已呈現出若干成效（包括：100學年度正確用藥已納為必選議題，期望讓用藥教育能更落實、將正確用藥教育與教科書結合納為常態教學及未來可將醫師結合社區及教育體系進行衛生教育等）（紀雪雲，2011）。

一些研究證實政策倡導的成效與組織的特色之間，具有明顯的相關性，它們確認了一些共同的組織特色，包括：組織與個別的政策決策者建立良好的個人關係，組織聘用了有經驗的政策專家，組織聚焦於少數的核心議題，並長期努力於這些議題，組織提供資源發展職員的能力，組織設定現實性的目標。本研究依據與訪談對象所做之探討，發現國範基金會進行的倡導活動之所以能夠獲得良好的成效，除了具備這些共同的組織特色之外，還因為基金會擁有下列特殊的條件與優勢：

一、知識密集、才智密集

國範文教基金會並非憑藉大量金錢在推展業務，而是透過董事長謝博生教授的領導，結合臺大醫學院教授群的才智，為臺灣醫學教育及社區醫學規劃發展的方向並作出示範性的先導推展。因此，國範文教基金會是一個「知識密集」、「才智密集」的公益財團法人，而不是一個「人力密集」、「金錢密集」的財團法人。

二、人才培育、制度建置

國範基金會以推展臺灣社區醫學及醫學教育之研究、提升社區醫學暨醫學教育品質作為成立宗旨，反映出基金會對臺灣醫師人才培育課題的關心。由於醫療體系是臺灣社會福祉的最重要支撐力量之一，而醫師的素質、能力及態度又是決定醫療體系表現水準的關鍵因素，因此，基金會就針對臺灣醫師人才培育及醫療制度建置上所面臨的重要課題，像是：醫學生的基本素質養成及住院醫師的畢業後一般醫學訓練以及社區醫療體系與全人健康照護制度的建置等，提出前瞻性、創新性的思維並且結合各方資源、人力將其推行。國範文教基金會二十餘年來持續在臺灣醫師人才培育及社區醫療制度等課題上的投入，補強了學院制式醫學教育難以觸及的重要環節，在制度面及執行面上對臺灣醫師之水準提升及全人健康照護制度的建置，作出關鍵性及積極性的貢獻。

三、將經費運用於關鍵需求

對於臺灣絕大多數的純民間財團法人基金會而言，它們的業務絕少與政府或公部門的事務、政策有直接的關連，至多也只是為爭取政府的資源而配合、響應政府機關的計畫。然而，國範文教基金會卻在全人照護醫師培育及社區醫療制度建置這兩個屬於政府權責的公部門課題上，起著導引並協助政府部門推行國家社會所需政策、計畫的作用，也就是說，國範這個小型的純民間基金會，發揮著導引政府部門行善事的功能。國範文教基金會在謝博生教授的領導下所建立的「知識密集、才智密集」特色及「人才培育、制度建置」理念，已獲得政府主管機關及相關機構的高度信任³⁴，因而對於國範基金會在全人照護醫師培育及社區醫療制度建置領域所建議的政策、方案或計畫都能欣然接納並予以推行；而國範基金

³⁴ 謝博生教授除擔任國範文教基金會董事長外，另擔任醫策會董事長，衛生署全民健保爭議審議委員會主任委員、「因應醫學系學制改革專案小組」及「一年期醫師畢業後一般醫學訓練」學者專家委員，中央健保局「推動全人健保家庭責任醫師制度」總顧問，教育部「醫教會一體學習組」主持人

會對於自身所建議而為政府所採納推行的計畫，也主動投入資源、人力，針對公家預算經費不能、不便或難以及時投注的關鍵工作事項，協助政府推行工作以達成任務。這也是國範文教基金會之所以能將有限、少量年度經費，發揮最大槓桿作用的原因。

四、創設人與主持人的契合

國範文教基金會之所以能夠發展出上述獨有的特色，並對臺灣全人健康照護的發展作出重大貢獻，最根本的原因就在於基金會捐助人與主持人間的絕對信任，也就是說，捐助人與主持人兩人間在友誼、理念及價值觀上的高度默契，才是促使國範文教基金會成功發展的關鍵因素。捐助人凌建凡先生不但捐助創設了基金會，而且 20 餘年來每年都撥捐相當數額的款項支持基金會的業務活動，凌先生除了捐錢，從不過問基金會的業務或活動，只要求主持人謝博生教授在有經費需求時務必告知，希望謝教授不要因為經費顧慮而影響基金會業務的推展。謝博生教授則在自身專業及職務的影響範圍內，為基金會的成長、發展及業務推展，殫精竭慮地領導基金會在全人照護醫師培育及社區醫療制度建置這兩大領域為臺灣醫界作出貢獻。

本研究認為，國範基金會所擁有的這些特殊條件與優勢，其他的非營利組織不見得能夠複製，不過，國範基金會的案例確實顯示出：在全人健康照護議題的倡導上，衛生醫療領域的非營利組織具有一定的參與空間，在人口迅速高齡化的臺灣社會，全人健康照護議題的倡導值得非營利組織積極進行開拓。

五、其他不同之處

本個案研究除上述特殊條件與優勢之外，另有其因倡導組織形式為基金會提供其理念並與教育機構合作以行動研究計畫模式共同參與，基金會其董事也是執行計畫直接參與者。其次，倡導策略主要是培育全人照護醫師的教學模式及以社區為基礎的全人醫療模式兩種，這兩種模式為行動研究計畫，是由實際執行者對此計畫做評估、檢討及改良也是一種創新的模式，最後，倡導成效方面，社會大眾對於用藥知識有認知上改變、醫師及醫院對於「社區醫療群」制度上有行動改變、對於「全人」觀念上行為改變為其倡導成效，但「價值觀改變」在倡導成效上還是有其層次上的困難。

第六章 結論與建議

倡導與非營利組織二者在觀念上有密切的相關性，許多非營利組織致力於從事倡導，有些非營利組織以倡導做為核心任務，另有些非營利組織則以倡導做為次要活動，用以支持其主要的社會服務功能。雖然，倡導被認為是非營利組織的重要功能，但是此一領域的研究仍然相當有限，過去的相關研究散見於政治學、社會學及跨領域非營利研究(Andrews & Edward, 2004)。

許多政治理論主張：在民主制度之下，倡導是非營利組織所扮演的最重要的角色之一。透過代表少數族群或弱勢族群發聲，或透過推動公共政策改變並加以監督，非營利組織的倡導行為有助於維持民主政府的品質以及對民眾需求的回應。

全人健康照護是一種以人為中心、家庭為單位、社區為範疇，同時兼具身、心、靈、社會面向，並涵蓋個人生、老、病、死各階段的照護。為了維護國民健康，使民眾獲得完整的健康照顧，政府必須進行「全人健康照護系統」的建置與推展，此一系統除了提供疾病治療服務之外，另須提供預防保健、衛生教育與健康管理服務，涵蓋的範圍很廣。由於全人健康照護議題具有高度的專業性及複雜性，除了專業醫療機構(提供醫療服務)及政府外圍財團法人(執行醫療政策)之外，民間非營利組織在此一領域之參與並不普遍，相關之研究相當有限。

本研究以國範文教基金會為研究個案，藉由文獻分析以及與專家學者及實務工作者的深度訪談，研析非營利組織參與倡導的議題設定、活動策略及倡導成效。本章綜合前述之討論，依據受訪對象所提出的看法與見解，配合高齡化社會的健康需求，對衛生醫療領域非營利組織在全人健康照護議題倡導的開拓發展，提出策略建議，期待衛生醫療領域非營利組織能由本研究之建言，獲得進一步的資訊和參考。

壹、結論

本研究分析整理訪談結果發現：

(一) 臺灣已經進入高齡化社會，慢性病盛行，全人導向的健康照護需求不斷增加，但是現今的醫療體系將重點放在疾病治療，未能提供包括預防保健、健康促進的完整性照護，民眾對於全人健康照護的需求極為殷切，全人健康照護系統的運作強調扎根社區而且以人為中心，在此一領域，非營利組織很有可能開拓寬廣的發展空間。

(二) 非營利組織透過政策倡導推展的全人健康照護理念在政策執行及理念實踐之間，存在著相當的落差，必須做嚴謹的評估、監督並尋求改善。

(三) 非營利組織可以透過倡導參與機制在實踐全人健康照護理念上扮演多元的角色，朝著多元化的任務目標發展，與相關政府單位進行各方面有形與無形的連結，來發揮更大的貢獻。

過去臺灣的非營利組織所關注的多半聚焦在老人福利、兒童福利、婦女福利、身心障礙福利等社政議題，對於與全人健康照護相關的衛政議題很少著墨。目前政府已經透過「全人健康照護計畫」(第五期醫療網計畫)初步建立了以社區為主體之全人健康照護系統的基底結構，並朝向整合各區域之健康照護資源，建立以病人為中心的完整的全人健康照護制度繼續發展。臺灣社會的人口結構迅速老化，慢性病盛行，失能人數不斷增加，民眾的健康照顧需求由「治療」轉變為「預防、治療與照護並重」。民國 101 年中央政府組織改造方案中，衛政與社政將合併為衛生福利部，並積極規劃在縣市社區進行衛生及福利服務資源之整合，此種情況為醫療衛生領域非營利組織參與全人健康照護議題倡導提供了難得的契機。期待本研究提出的策略建議能夠有助於衛生醫療領域的非營利組織在全人健康照護議題開拓發展的空間。

貳、建議

依據本研究的結果，作者謹提出下列三項策略建議，以供衛生醫療領域非營利組織參考。

(一) 在制度建置方面，非營利組織可以透過政策倡導，推動以「社區醫療群」為基礎的家庭責任醫師制度及健保論人計酬制度，為全人健康照護系統奠定穩定基礎。

(二) 在人才培育方面，非營利組織可以透過與教育機構合作，強化以「一般醫學訓練」為主軸的全人照護醫師培育，實踐醫療專業盡責，提升醫療照顧的品質與安全。

(三) 在民眾健康知能提升方面，非營利組織可透過社會倡導機制，強化民眾就醫知識及用藥安全，加強個人自我健康照護的能力與責任，減少民眾的健康差距。此外，為了因應高齡化社會的健康照護需求，非營利組織可以與地方政府、醫療機構、學術團體或公民團體合作，共同推展運動保健模式，協助民眾透過終身學習、社會參與或志願服務，來實踐「健康老化」的理念。

參、研究限制

本研究以個案研究方式進行，由於全人健康照護議題具有高度的專業性及複雜性，除了專業醫療機構(提供醫療服務)及政府外圍財團法人(執行醫療政策)之外，民間非營利組織在此一領域之參與並不普遍，相關之研究相當有限。尤其，衛生醫療領域非營利組織通常都是提供教學、研究或服務，很少參與倡導，因此本研究選擇財團法人國範文教基金會做為研究個案，深入探討該組織如何藉由倡導活動推展其所關注的議題。

本研究專注於衛生醫療領域非營利組織進行全人健康照護理念之倡導行為，對於非屬衛生醫療領域 NPO 及非屬全人健康照護理念倡導行為未予納入。再者，本研究採用訪談研究法，限於時間、經費等因素限制，接受本研究訪談之學者專家及實務工作者之人數較為不足。最後，研究者受限於訪談相關技巧訓練不足，或訪談對象因涉及對部分工作內容或議題不願發表意見，可能影響訪談結果。

參考書目

壹、中文部份

- 王仕圖、吳慧敏(2003)。深度訪談與案例演練，齊力，林本炫編，質性研究方法與資料分析。嘉義縣：南華大學教育社會學研究所。
- 朱宗信(2010)。住院醫師教育的六大核心能力。台北：臺灣醫學教育學會。
- 江明修(2002)。非營利管理。台北：智勝。
- 江明修(2003)。非營利組織管理。台北：智勝。
- 江明修、許世雨、劉祥孚(1999)。第三部門經營策略與社會參與。台北：智勝。
- 江明修、陳定銘(2000)。臺灣非營利組織政策遊說的途徑與策略。公共行政學報，第四期，頁153-192。
- 行政院衛生署(1999)。國民保健三年計畫－推動社區健康營造。台北：衛生署。
- 行政院衛生署(2005)。全人健康照護計畫(核定本)。台北：衛生署。
- 行政院衛生署中央健康保險局(2010)。全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫。台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- 吳肖琪(2001)。醫療網過去十五年計畫執行成效評估與展望。台北：衛生署。
- 吳肖琪(2009)。全人健康照護計畫醫療區域輔導與資源整合執行成效評估。台北：衛生署。
- 吳建華、謝發昱、黃俊峰、陳銘凱(2004)。個案研究。潘慧玲主編，教育研究的取徑：概念與應用。台北：高等教育文化事業有限公司。
- 官有垣(2010)。服務型第三部門的研究－臺灣福利服務型NPO的特質。嘉義縣：國立中正大學社會福利學系。
- 紀雪雲(2009)。98年度「校園正確用藥教育計畫」。台北：行政院衛生署食品藥物管理局。
- 紀雪雲(2010)。99年度「校園正確用藥教育模式開發與研究計畫」。台北：行政院衛生署食品藥物管理局。
- 紀雪雲(2011)。100年度「校園正確用藥教育議題創造之研究及推廣計畫」。台北：行政院衛生署食品藥物管理局。
- 紀惠容、鄭怡世(1998)。「社會福利機構從事社會立法公益遊說策略剖析：以

- 「兒童及少年性交易防治條例」立法過程為例」。社區發展季刊，第84期，頁164-176。
- 胡幼慧（1996）。質性研究理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 財團法人國範文教基金會（2008）。價值的呈顯。20週年特刊。台北：國範文教基金會。
- 張耀文、周稚傑、羅慶微（2005）。未滿四十歲成人預防保健服務建議。基層醫學，第20卷，頁108-113。
- 張麟生（2007）。基層醫療診所的角色與功能。基層醫學，第22卷，頁99-104。
- 莊文忠（2008）。NPO與政府互動：政策網絡連結機制的實證分析。收錄於江明修主編，第三部門與政府：跨部門治理，頁203-225。台北：智勝。
- 莊文忠、徐明莉、張鐙文（2009）。非營利組織的議程設定與政策倡議的形成：質化研究的檢證。公共行政學報，第33期，頁121-163。
- 許世雨（1999）。非營利組織與公共行政。江明修編。非營利組織經營策略與社會參與，頁155-189。台北：智勝。
- 陳姿伶（2002）。個案研究法。臺灣農業推廣學會研究法訓練班講義，未出版。
- 陳慶餘（2006）。家庭醫學與家庭醫業。呂碧鴻編。家庭醫學，頁3-17。台北：臺灣家庭醫學學會。
- 黃信彰（2004）。社區醫學之研究與發展。北市醫學雜誌，第1卷，第2期，頁121-125。
- 葉琇珊（1992）。社會工作的倡導觀點：理念與實務之探討。臺灣大學社會學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 臺大醫學人文博物館（2010）。人文學體驗學習計畫。台北：臺大醫學院醫學人文博物館。
- 臺灣家庭醫學學會（2010）。家庭醫師整合性照護計畫成效回顧暨政策建言書。台北：臺灣家庭醫學學會。
- 臺灣家庭醫學學會（2011）。臺灣整合式健康照護的未來與建言。台北：臺灣家庭醫學學會。
- 劉淑瓊（2008）。「競爭？選擇？論臺灣社會服務契約委託之市場理性」。東吳社會工作學報，第18期，頁67-104。
- 謝博生（1999）。醫學人文教育。台北：臺大醫學院。

- 謝博生 (2003)。一般醫學教育。台北：臺大醫學院。
- 謝博生 (2006)。健康藍圖。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。
- 韓意慈 (2009)。非營利組織的政策倡導。蕭新煌、官有垣、陸宛蘋編，非營利部門：組織與運作。台北：巨流。
- 羅金棟 (2007)。國家治理中非政府組織的角色與政策倡議策略：以菸害防制法為例。非政府組織學刊，第2期，頁69-90。
- 顧忠華、王興中 (2010)。倡議型第三部門研究的回顧與展望。政治大學第三部門研究中心。

貳、西文部份

- Andrews, K. & Edwards, B. (2004). Advocacy organizations in the U.S. Political process. *Annual Review of Sociology*, 30:479-506.
- Bass, G. & Arons, D. & Guinane, K. & Carter, M. (2007). Seen but not heard: *Strengthening nonprofit advocacy*. Washington, DC: The Aspen Institute.
- Bay Area Network of Nonprofit Human Services Agencies (BANNHSA)(2008). Notes from meeting September 17, 2008, *at Family Support Services of the Bay Area*, Oakland, CA.
- Boris, E. & Krehely, J.(2002). "Civic Participation and Advocacy". In Salamon L. (ed.), *The State of Nonprofit America*. Brookings Institution.
- Bryce, H. J. (2005). *Players in the public policy process: Nonprofits as social capital and agents*. New York: Palgrave Macmillan Press.
- Chaves, M. & Stephens, L. & Galaskiewicz, J. (2004). Does government funding suppress nonprofits' political activity? *American Sociological Review*, 69, 292-316.
- Child, C. D. Gronbjerg, K. A. (2007). Nonprofit Advocacy Organizations: Their Characteristics and Activities. *Social Science Quarterly*, Vol 88(1):259-281.
- Cohen, D.(2001). Part I: Reflections on Advocacy. In Cohen, D., de la Vega R. & Watson, G., *Advocacy For Social Justice*. CT: Kumarian Press, Inc. pp.3-51.
- De, M. J. & Van, W. C, & Egilman, D. et al (2008). *Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment*. Br J Gen Pract 58: 3-4.
- Jenkins, J. C.(1987). "Nonprofit Organizations and Policy Advocacy." In Walter W. Powell (ed), *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, 1st Ed. New Haven and London: Yale University Press.
- Korten, D.C.(1990). Getting to the 21st Century: *Voluntary Action and the Global Agenda*. West Hartford: Kumarian Press.

- Kotler, P. (1982). *Marketing for nonprofit organizations*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- National Library of Medicine (2000). *Current bibliographies in medicine : Health literary*. Bethesda Maryland.
- Norris, T. & Pittman, M.(2000). The healthy communities movement and the coalition for healthier cities and communities: *Public Health Report*, (115):118-24.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goad: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15:259-67.
- Nutting, P.A. & Miller, W.L.& Crabtree, B.F. et al(2009). Initial lessons from the first National Demonstration Project on practice transformation to a Patient-Centered Medical Home:*Annals of Family Medicine*(7):254-60
- O'Neill, M.(1989). The Third America: *The Emergence of the Nonprofit Sector in the United States*. San Francisco and London: Jossey-Bass.
- Salamon, L. (2002). *Explaining nonprofit advocacy: An exploratory analysis*. Johns Hopkins University, Institute for Policy Studies, Center for Civil Society Studies Working Paper No. 21. Retrieved from <http://www.jhu.edu/~ccss/publications/ccsswork/workingpaper21.pdf>.
- Soroka, S. N. (2002). Issue attributes and agenda-setting by media, the public, and policymakers in Canada. *International Journal of Public Opinion Research*, 14(3), 264-285.
- Suarez,D. F. (2009). Nonprofit Advocacy and Civic Engagement on the Internet. *Administration & Society*,Vol.41(3),267-289.
- Tappe, M. K.& Galer-Unti, R. A. (2001). Health Educators' Role in Promoting Health Literacy and Advocacy for the 21st Century. *Journal of School Health*, Vol 71(10):477-482.
- The World Health Organization: The World Health Report 2008-Primary health care. *Geneva: World Health Organization*, 2008.
- US Department of Health and Human Services, *Office of Disease Prevention and Health Promotion Healthy People 2010*. (<http://www.health.gov/healthy people>).
- Vernick, J. S. (1999). Lobbying and Advocacy for the Public's Health: What are the Limits for Nonprofit Organizations?. *American Journal of Public Health*, Vol 89(9):1425-1429.
- Wolf, T. (1990). *Managing a nonprofit organization*. N.Y.:Prentice-hall Press.
- World Health Organization(WHO)(1978). *Declaration of Alma-Ata* ◦

附錄 佐證資料

壹、培育全人照護醫師

編號	訪談記錄或受訪人提供之資料
1	教學計畫簡介二份
2	98年12月21日衛生署-畢業後一般醫學訓練計畫會議紀錄
3	101年1月12日因應醫學系學制改革專案小組第一次會議紀錄
4	101年2月29日「一年期醫師畢業後一般醫學訓練」課程內容調整共識會議-行政院衛生署
5	100年醫學院公文函(博物館與國範基金會定期舉辦博物館參訪體驗學習活動)
6	國立臺灣大學醫學人文博物館-人文學體驗計畫
7	博物館體驗學習參考手冊
8	醫學教育通訊—臺大醫學院 1-15 期

貳、建構社區醫療模式

編號	訪談記錄或受訪人提供之資料
1	92年6月16日衛生署紀錄「後SARS臺灣重建計畫-醫療及公共衛生組第一次會議」
2	101年2月15日座談會：建置社區健康照護支持網絡、推展家庭責任醫師制度
3	國立臺灣大學醫學人文博物館-健康照護關懷計畫
4	全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫—共識會議
5	高齡化社會社區醫院的新挑戰
6	厝邊好醫生社區好醫院-教學版 DVD
7	Health Care in the New Millennium Jossey-Bass
8	100年7月24日「永續全人醫療健康照護」學術研討會暨「臺灣永續全人醫療健康照護協會」成立大會
9	100年6月26日家庭醫師計畫的成效與展望—座談會資料
10	論人計酬試辦計畫書草案-彰濱秀傳紀念醫院
11	101年2月8日全民健康保險家庭責任醫師制度座談會
12	社區銀髮族健康關懷-北投文教基金會
13	看見北投營造幸福 2000-2010 系列二永續與健康-北投文教基金會
14	101.2.18日北海金健康嘉年華活動手冊-臺大醫院
15	「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」推動現況—中央健康

	保險局台北分局
16	社區醫療通訊－臺大醫學院社區醫學研究群 2000.02-2002.08

參、提升民眾健康知能

編號	訪談記錄或受訪人提供之資料
1	成果發表記者會公文書函-教育部
2	校園正確用藥教育執行經過及成果
3	100年12月08日食品藥物管理局新聞稿
4	正確用藥核心能力-教學資源手冊
5	98年度校園正確用藥教育計畫企劃書
6	99年度校園正確用藥教育模式開發與研究計畫企劃書
7	100年度校園正確用藥教育議題創造之研究及推廣計畫企劃書
8	98年校園正確用藥教育計畫成果報告
9	宜蘭縣99年度校園正確用藥教育-種子教師增能研習暨工作坊手冊
10	正確用藥五大核心能力臺北市99年度校園正確用藥教育成果發展會手冊
11	99年校園正確用藥教育模式開發與計畫成果報告
12	校園正確用藥教育模式開發與研究計畫-輔導員輔導手冊
13	100年度校園正確用藥教育議題創造之研究及推廣計畫成果發表
14	100年校園正確用藥教育議題創造之研究及推廣計畫成果報告

國立台灣大學醫學人文博物館 人文學體驗學習計畫

博物館展示簡介

國立台灣大學醫學人文博物館
財團法人國範文教基金會

共同出版

中華民國九十四年一月



全人健康照護計畫（核定本）

行政院衛生署