



建構敏捷韌性醫療照護體系計畫
(核定本)

110年7月修訂

目錄

壹、計畫緣起.....	3
一、依據.....	4
二、未來環境預測.....	4
三、問題評析.....	9
四、社會參與及政策溝通情形.....	17
貳、計畫目標.....	18
一、目標說明.....	18
二、達成目標之限制.....	19
三、績效指標、衡量標準及目標值.....	20
參、現行相關政策及方案之檢討.....	23
一、「第八期醫療網計畫」預期效益達成情形及差異分析.....	23
二、執行績效.....	25
三、執行檢討.....	74
肆、執行策略及方法.....	86
一、主要工作項目.....	86
二、分年執行策略與分工.....	88
三、計畫執行步驟與方法.....	91
第一章 重塑以價值為基礎之醫療服務體系.....	91
第一節 檢討病床分類及功能定位.....	91
第二節 建構急性後期照護體系.....	93
第三節 優化醫療品質管理機制.....	96
第四節 公立醫院體系之定位與強化.....	100
第二章 完善全人全社區醫療照護網絡.....	105
第一節 推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務網絡.....	105
第二節 提升原住民族及離島地區健康照護服務品質與效率.....	111
第三節 發展多元友善就醫環境.....	120
第四節 強化兒童初級醫療照護品質與健康管理.....	123
第三章 建構更具韌性之急重難症照護體系.....	124
第一節 精進區域急重症醫療體系與緊急事件應變.....	124
第二節 持續強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療量能.....	127
第三節 深化社區緊急醫療應變能力與災難救助量能.....	129
第四章 充實醫事人員量能改善執業環境.....	132
第一節 精進醫事人員培育及整合照護能力.....	132
第二節 提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任.....	136
第三節 改善醫事人員執業環境.....	139
第四節 改善專科護理師及護產人員職場環境.....	141

第五節 強化非訴訟之醫療糾紛處理	143
第五章 運用生物醫學科技強化醫療照護效能	146
第一節 加速智能科技於醫療照護應用	146
第二節 建立精準醫療照護環境	151
第三節 推動再生醫學及新興醫療科技發展與法規調適	153
第六章 加速法規調適與國際合作	156
第一節 醫事機構及人員管理全面電子化	156
第二節 推廣醫事人員繼續教育線上學習	158
第三節 促進醫療法人健全與永續發展	160
第四節 強化國際醫衛政策交流及合作	163
伍、期程及資源需求	167
一、計畫期程	167
二、所需資源說明	167
三、經費來源及計算基準	167
四、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形	169
陸、預期效果及影響	171
柒、附則	173
一、替選方案之分析及評估	173
二、風險評估	173
三、相關機關配合事項	175
四、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表	176
五、各年度經費明細一覽表	187

壹、計畫緣起

我國自 75 年起開始分期推動醫療網計畫，第一期至第三期著重於硬體建設及人力規劃，以解決醫療機構設施數量不足及資源分布不均之問題；第四期—新世紀健康照護計畫（民國 90-93 年），加以促進醫療專業同儕自律與醫療照護品質之良性競爭、落實各類醫事人力專業教育、關懷醫療弱勢族群之特殊照護需求、強化既有醫療照護體系；第五期醫療網—全人健康照護計畫（民國 94-97 年），著重於提升醫療照護品質、強化基層醫療服務、建立全人健康照護體系；第六期醫療網—新世代健康領航計畫（民國 98-101 年），循前期計畫的基礎，建構整合性社區健康照護網絡、落實長照十年及身障醫療復健網絡；第七期醫療網-開創全民均等健康照護計畫（民國 102-105 年），因應行政院組織改造，並為實現「落實品質、提升效率、關懷弱勢、均衡資源」施政願景，於該期計畫持續完備健康照護體系、建構弱勢族群照護服務網絡、強化偏遠地區醫療挹注及確保醫療照護品質等為重點。

至第八期醫療網（民國 106-109 年）承續前期計畫，以「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」使命，建立以社區為中心的整合性居家醫療照護、建立與推廣分級醫療、推廣器官捐贈與安寧緩和醫療、普及友善健康照護環境、改善醫事人員執業環境及勞動條件、促進生物醫療科技發展為重點。今為實現本部「拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益」之使命，又適逢 108 年（西元 2019 年）嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情之衝擊，爰承前「第八期醫療網計畫」，並依據行政院施政方針，以及參考國際及未來發展趨勢，續予規劃第九期「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫（名稱暫定）」，於 110 年至 113 年推動辦理，強化醫療照護體系對於未來全球環境趨勢及國內社會結構變遷等挑戰之應變能力，持續以保障全體國民不論身處何地，均能享有周全性(Comprehensive)、

持續性(Continuity)及協調性(Coordinated)的健康照護服務之願景邁進。

一、依據

醫療法第 88 條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。

二、未來環境預測

(一) 環境變遷與新興傳染病為 21 世紀人類健康最大的威脅

全球極端氣候，包括洪災、暴雨、土石流、熱傷害、乾旱等極端天氣事件造成之意外傷害、溫度與雨量改變造成疾病傳播途徑改變、或溫度上升造成二次空氣汙染物（如臭氧及懸浮微粒等）生成影響呼吸道及心臟血管疾病盛行率，甚至間接損害精神狀況。加上 2019 年 12 月爆發嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情，導致全球 4 千多萬人確診罹病，並陸續造成許多國家醫療體系幾近崩壞，多達 100 多萬人死亡的慘況。

極端氣候及新興傳染病等社會環境變遷因素，正在擴大威脅人類健康，且對各國醫療體系的影響與衝擊愈來愈大，因此，如何持續強化全國急重症醫療照護及心理健康照護體系，提供完善且即時之醫療與心理照護服務，並強化醫療照護及社會福利機構防災整備與應變量能，以減少人員與財產之損失，是醫療照護體系亟需面對之挑戰。

(二) 非傳染性疾病為主之醫療需求增加

國人生活型態改變，抽菸、不當飲酒、嚼食檳榔、不健康飲食、身體活動量不足等不健康行為及肥胖，導致罹患多重慢性病的問題日益嚴重，分析 2006 年 20 歲以上成人罹患

慢性腎臟病、糖尿病、高血壓情形，發現至少 1 種慢性疾病者占 68.38%、2 種者占 26.96%、3 種者占 4.69%，若分析 2013 年 65 歲以上老年人多重共病情況，則發現有 1 項以上慢性病者佔 86.30%、2 項以上為 68.50%、3 項以上亦高達 47.20%；分析 2018 年十大死因之分布，則發現除了事故傷害（佔 4.0%）外，其他死因皆屬非傳染性疾病。因此，隨著高齡社會的來臨，非傳染性疾病之照護需求將造成健保及社會福利支出上漲，如何從預防與活躍老化的角度，領導與協調跨職別的專業合作，以提升民眾健康飲食與適度運動之良好習慣，並推動健保支付制度改革，以因應健保支出成長有限下，對於醫療照護體系之衝擊。

（三）臺灣總人口數減少與年齡結構改變，突顯醫療照護整合與效率之重要性

依據國發會中推計 2018-2064 年人口將減少近 600 萬人，其中 15-64 歲者將減少 813.5 萬人（佔總人口比例自 72.5% 降至 50%），65 歲以上者則增加 375.2 萬人（佔總人口比例自 14.5% 增加為 40.8%）；2018-2040 年 22 年期間人口會減少 113.3 萬，65 歲以上長者會增加 333.4 萬，15-64 歲勞動人口會減少 370.6 萬，兩者相加約 700 萬人，表示未來 22 年人口結構有 700 萬人的大翻轉；接下來的 6、5、5、4、4 年，人口各減少約 100 萬人；顯示未來勞動人口急速下降、老年人口急速增加；每萬人口醫師數及病床數會因全國人口減少而增加。另一方面，勞動人力減少、繳稅族群減少，未來國民醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）年增率將高於國內生產毛額（Gross Domestic Product, GDP）年增率。

鑑於全民健保財務因應前開人口與年齡結構改變所接種

而來的健保支付制度或給付勢必進行之改革，醫療體系亦須思考以下之變革：(1) 提供以病人為中心並整合資源，效率與效能並重之健康照護模式，以延緩失能、在地老化。(2) 持續擴大急性後期照護，鼓勵垂直整合社區醫療與長照體系連結。(3) 人力政策應朝人才培養多專長、跨次專業 (Multi-Skill) 及轉銜照護 (Transitional Care) 能力，避免過度次專業化發展導致照護片段化。(4) 衛生所功能之轉型定位，尤其是人口減少鄉鎮的衛生所更需強化其空間設施設備及角色功能，整合相關社區資源，提供全面性之整合性服務，例如：不老健身房、延緩失能、篩檢、醫療、非傳染性疾病的管理、自殺防治及長照之功能。

(四) 人口外流鄉鎮之低照護量能問題更顯嚴重

聯合國預測全世界各大城市未來 30 年將迎來 25 億人，全球人口逐漸朝都市集中，2028 年全球 68% 人口居住在都市地區；以日本為例，自平成 17 年至 29 年 (2005 年至 2017 年) 共 12 年間，日本總人口數減少 125 萬，然東京都 (增加 116 萬人)、神奈川縣 (增加 38 萬人)、埼玉縣 (增加 25 萬人)、大阪府 (增加 2 萬人) 等 4 個都會地區人口反增加約 181 萬人，代表其他區域人口減少 306 萬人，顯示日本人口已往都會區集中，城鄉差距擴大。

回顧 1997-2007 年及 2007-2017 年臺灣各醫療區人口的改變，發現臺灣於 1997-2007 年人口增加 118.36 萬人，2007-2017 年人口增加 55.4 萬人，在這二段期間臺灣人口合計增加 173.8 萬，惟宜蘭、苗栗、彰化、南投、雲林、嘉義、屏東、臺東、花蓮等農業縣為主的醫療區在二段期間的人口數反減少，意即過去 20 年都會區人口增加數超過 173.8 萬人，而 6 都 (5 個醫療區) 在 2001-2017 年增加 70.45 萬人口，已超過

該時期臺灣人口數的增加；臺北、桃園及臺中是增加最多的醫療區。另依據 2018 年內政部統計臺灣男性與女性平均餘命相差 6.5 歲，女性平均餘命相較男性長，而農業縣男性與女性平均餘命差距更大，農業縣醫療及長照資源亦相對較少。

在此人口遷徙之趨勢下，未來醫療機構之經營壓力更加嚴峻恐從偏鄉撤退，雖本部已推行多項方案，包括山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System, IDS）、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案、強化山地離島在地醫療設施及人力、醫學中心支援計畫、偏鄉緊急醫療照護獎勵計劃等，以提升資源不足地區之健康服務量能及品質，未來應更重視強化在地衛生所（室）及公立醫院之角色及照護量能，以肩負該等地區之社區健康照護任務。

（五）人口組成越趨多元化將挑戰醫療照護體系之應變性

據統計 2018 年底我國外籍配偶與大陸（含港澳）配偶人數達 54 萬 3,807 人，其中大陸港澳地區佔全體之 66.1%、其次為越南 19.34%、印尼 5.52%、菲律賓和泰國則各約 2%；另 107 學年度新住民子女就讀國中小之學生數達 16.7 萬人，占整體之 9.36%，主要集中在都會區縣市，但以連江縣、金門縣及嘉義縣等離島偏鄉縣市之新住民子女占該縣市學生數比率最高。新住民因語言、文化、風俗、生活習慣及就醫行為等皆受其原生國影響，而與多數國人有所差異，且易受限於文化隔離、語言障礙、文化衝突、人際關係隔離、及支持系統缺乏等，導致其不易獲得健康資訊與資源，致醫療利用較國人平均為低，惟隨著國人不婚不生比例增加，新住民人數則日益增加，該如何於健康照護體系中融入多元族群之文化及健康需求，並提升健康照護人員之跨文化照顧能力，以

發展綜合多元性、具彈性、及經濟合宜之健康照護服務將為重要議題。

(六) 結合數位科技發展智慧醫療將成必然趨勢

臺灣自 1995 年起實施全民健保制度，至今已累積龐大的健保醫療數據，2010 年起本部開始推動電子病歷系統計畫，至今已有八成以上醫院可相互交換電子病歷。有鑑於臺灣之資訊科技向為我國重點產業之一，資訊科技和醫療應用的整合，不但可改善照護成本、提高醫療服務之可近性與醫療品質，更可提高我國醫療產業於世界之競爭力。

隨著 IoT (物聯網技術)、大數據、資料探勘、深度學習 (Deep Learning)、人工智慧 (Artificial Intelligence, AI) 及機器人等應用科技的發展，擴大推動遠距醫療以提升服務可近性、以人工智慧達成精準醫療和降低成本需求、以自動化機器人提高醫療生產力和減少常規錯誤、以物聯網和穿戴式裝置強化民眾對個人健康之管理、以區塊鏈提升健康數據安全等，將可促使醫療保健價值鏈的所有參與者間，建立強有力的合作關係，並創建具有成本效益及以民眾 (病人) 為中心的醫療保健系統。

(七) 呼應 2018 年世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 呼籲須強化高品質的健康照護

參考聯合國 2016-2030 年 永續發展目標 (Sustainable Development Goals, SDGs)，期望達到確保全體人民能夠健康生活與促進幸福的目標，有品質的健康服務體系是 SDGs 3.5 全面健康覆蓋的前提，確保照護服務符合有效、安全、符合民眾及社區需求 (必要條件)、及時、公平、整合照護、與有效率等七個面向，強調服務要在對的地方、對的時間、回應服務使用者的需要及喜好，且要極小化傷害及資源浪費。

三、問題評析

(一) 整體急性病床數較 OECD 國家多，但利用率（占床率）偏低，且分佈失衡

1. 我國急性病床高於多數 OECD 國家

2016 年我國每萬人口急性病床數分別為 47.06 床（如加上慢性及亞急性呼吸照護病床、急診觀察床，則為 50.25 床），明顯高於 2015 年 OECD 會員國之平均 36.19 床，且相較於近 10 年各國每萬人口急性病床數多呈下降趨勢，我國之每萬人口急性病床數則未有明顯變化。

2. 我國急性病床占床率較多數 OECD 國家低，尤其是小型醫院

我國近十年來整體急性病床占床率約達 66-71%，雖有微幅增加趨勢，然仍低於 OECD 各國之平均值 75.7%，且遠低於英國 2016 年 90.3%、及澳洲 2009 年 85%，顯示我國急性病床之利用效率仍有提升空間。若進一步分析不同病床規模醫院之急性病床占床率，則發現 50 床以下醫院之急性病床占床率偏低且持續下降，30 床以下醫院之急性病床占床率未超過兩成、30-49 床醫院僅約 45%；進一步針對 50 床以下醫院分析區域間急性病床占床率之差異與變化，則發現部分區域於 2006-2016 年之急性病床占床率下降近 5 成，顯示病床資源運用效益，尚有探究及檢討改善空間。

3. 病床多集中於大型醫院，影響社區化醫療政策之推展

2016 年醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層院所病床數佔整體比例分別為 21.93%、38.29%、29.90%、10.25%，顯示病床仍多集中於大型醫院，不利民眾在地化醫療或社區化醫療之發展。

(二) 因應人口快速老化，需加速落實全人照護

1. 人口快速高齡化需強化多重慢性病之整合照護

近年來健保署持續推動多項疾病管理方案，包含糖尿病、初期慢性腎臟病、氣喘、乳癌、思覺失調、BC 型肝炎、慢性阻塞性肺病、末期腎臟病前期等，透過健保支付方式的改變，鼓勵醫師及其他醫事人員共組團隊，提供參與計畫之個案連續性醫療照護，以減緩病程及減少併發症，並定期追蹤、衛教及督促個案，以將疾病控制在最佳狀態；惟隨著高齡人口的攀升，多重慢性病問題將不可忽視，僅針對單一疾病、片段式的照護模式將不具成本效益，應使專業人員具備整合照護之能力，強化各次專科及各醫學相關領域人員之老人常見問題處理能力（包括多重慢性病、與失能情形），並學習跨專業間之合作與協調，以提供兼顧品質與效率的照護服務（圖 1）。



圖 1 以人為中心的整合性照護

2. 醫療機構擔負疾病篩檢任務，應更重視健康處方

民眾於醫療院所就醫時，若醫院團隊能給予更多的衛教

及鼓勵，民眾可以更健康。依據 2013-2016 年「國民營養健康狀況變遷調查」，我國成人過重及肥胖盛行率（身體質量指數大於等於 24）達 45.4%，顯示國人肥胖盛行率居高不下，易有慢性疾病發生，然而醫療院所未著重於肥胖問題之介入。以 2001 年為改善糖尿病照護品質而推行之「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案試辦計劃」為例，僅針對以病患為中心的共同照護模式、提昇糖尿病治療指引遵循率及建立品質導向之支付制度。爰應鼓勵參與之家醫群可於病患就醫時進行初段預防、衛生教育，使民眾了解飲食及運動的重要性。

3. 國人生命末期花費健保資源約十分之一，鼓勵民眾自主善終將持續為重要政策

病人在生命末期之花費約佔健保資源十分之一，臨終前一個月仍接受呼吸器、葉克膜等積極介入性療法的比例應持續檢討；政府自 2000 年起推動「安寧緩和條例」、「拒絕心肺復甦術（Do not resuscitate, DNR）」等多年，民眾接受度逐漸增加，但仍有很大的提升空間，而「病人自主權利法」自 2019 年起全面施行，應持續推廣鼓勵民眾瞭解醫療自主權益與預立醫囑，以降低無效醫療。

4. 因應受僱醫師納入勞基法須提高醫療人力及醫療照護之效率

勞動部於 108 年 3 月 12 日公告指定「醫療保健服務業僱用之住院醫師（不包括公立醫療院所依公務人員法制進用之人員）自 108 年 9 月 1 日起適用《勞動基準法》」；應持續關注教學醫院對於住院醫師之人力需求，偏遠地區則可能因受到都會區及大型醫院醫師人力需求增加的影響，將更難以招募到醫師進駐，爰此，可研議增加臨床醫療人力或醫療輔助人力、提升人力運用彈性、推動分級醫療等方向規劃。

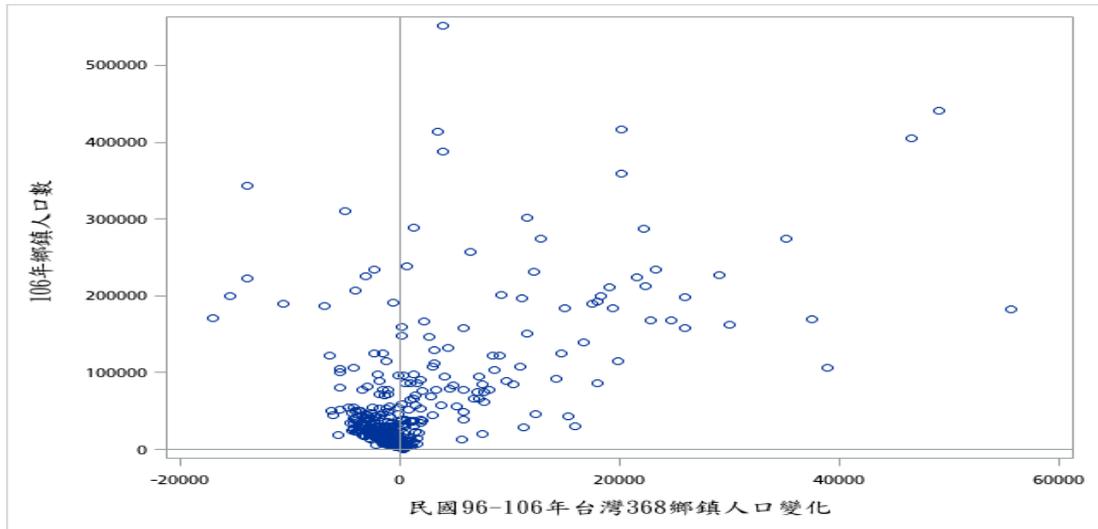
5. 人口減少鄉鎮之衛生所功能角色須強化，融合醫療、長照及延緩失能

從鄉鎮人口分析，過去 20 年 17 個醫療區中有 10 個醫療區人口呈現負成長，若以 368 鄉鎮市區為分析基礎，則有 224 個鄉鎮市區人口減少，人口下降比率愈高的鄉鎮，人口數愈少、人口密度愈低，且老化程度愈嚴重；而人口密度愈低的鄉鎮市區，醫師數及床數亦顯較低。顯示偏鄉地區在人口老化日益嚴重的窘境下，醫師留任率低流動性高，醫療資源更顯缺乏（圖 2）。

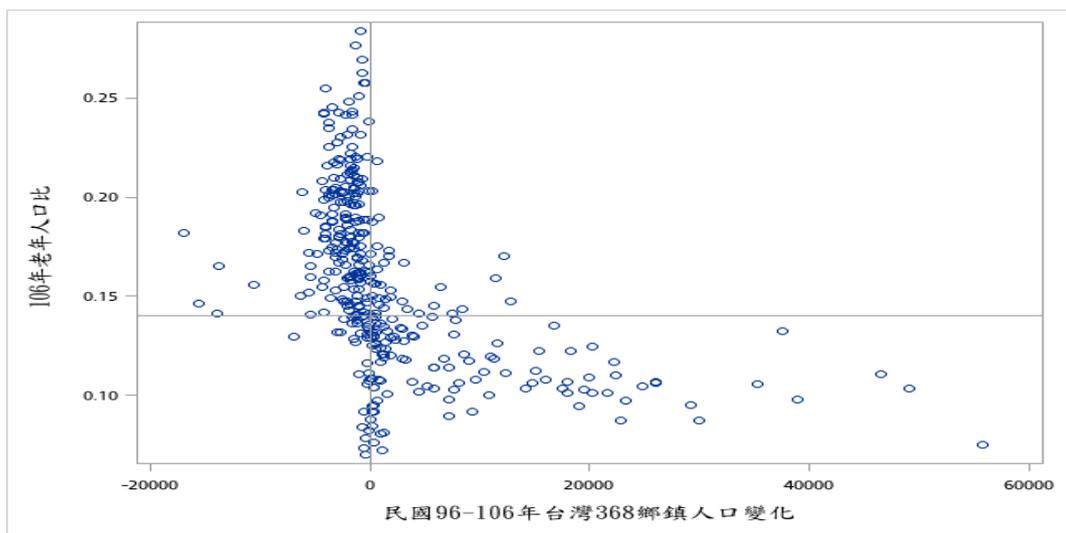
醫療照護是偏遠地區衛生所重要功能之一，2019 年國內尚有 73 個鄉鎮屬全民健保醫療資源缺乏地區、有 115 個鄉鎮屬全民健保西醫醫療資源不足地區；偏遠地區人口在過去二十年臺灣人口增加 150 萬人時，仍呈現下降趨勢，而未來臺灣整體人口負成長，偏鄉人口將減少更多，偏鄉醫療任務則必須仰賴衛生所（室）。

偏遠地區衛生所（室）滿足偏鄉民眾醫養多元的健康照護需求，應具備牙科、藥局、預防接種、復健、健身、長照服務、延緩失能、共餐、日間臨托、日間照護、無障礙廁所等功能與設施設備，此外，若要能夠網羅醫事人員前往支援或輪調至偏鄉地區工作，提供醫事人員短期住宿的套房則是必要的設施。相較於區公所、戶政事務所或派出所，衛生所（室）是提供偏鄉地區長者綜合型長照服務的最佳機關，因此，應強化當地衛生所（室）之醫療與長期照護服務量能、連結當地醫療照護與社福資源，成為社區醫療的守護者。

1. 106年鄉鎮人口數關係圖



2. 106年老年人口比關係圖



3. 106年人口密度比關係圖

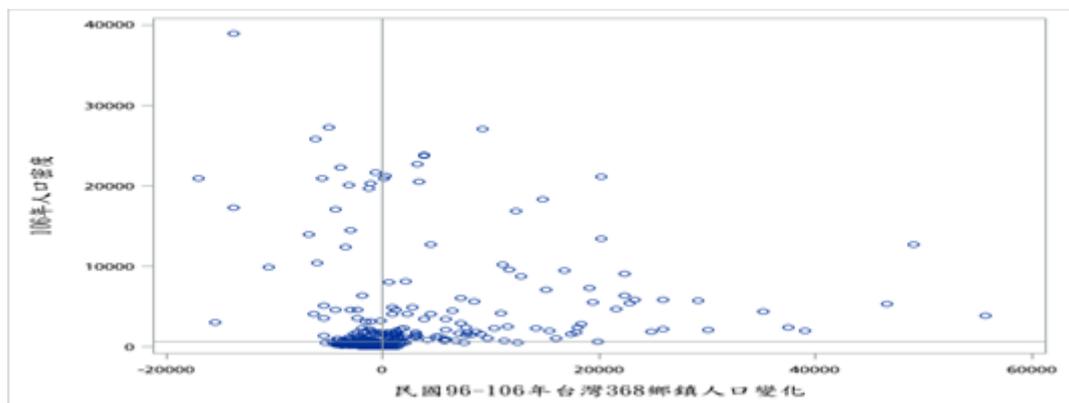


圖 2 我國 2007-2017 年 368 鄉鎮人口變化圖

6. 安寧照護應朝社區居家式照護發展

國外之安寧療護係以居家為主，搭配快速回應團隊（Rapid Response Teams, RRTs），團隊成員利用電話諮詢或家訪解決病患問題，以減少病人往返醫院之辛勞，並可提升醫療資源之有效利用。我國安寧病房之護產人力配置為 1:1，相較於加護病房 1:1.5、49 床以下急性一般病床 1:4、50 床以上急性一般病床 1:3，需要更多人力；採住院安寧個案健保每月給付超過 18 萬元，其成本遠高於居家或社區安寧模式；目前一年即有四萬餘人死於癌症，若加入其他九大類非癌末期病人，健保將難以支撐此昂貴的住院方式提供安寧療護。

我國自 2000 年 7 月試辦安寧病房，2009 年 9 月將住院安寧療護導入支付標準，2011 年 4 月在急性一般病床或加護病床試辦「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，居家（在宅）與護理之家則從 1996 年 7 月試辦，2009 年 9 月導入安寧居家（甲類）支付標準，2012 年 12 月針對住院或急診重症病人新增「緩和醫療家庭諮詢」支付標準 1500 點，至 2014 年 1 月開始實施安寧居家（乙類）支付標準。近幾年雖積極輔導醫療院所推展居家安寧，然若要縮小居家安寧的城鄉差距，仍必須加速訓練符合安寧療護資格的醫事人員，尤其是安寧居家乙類。

7. 急性後期照護應以社區醫療照護為主、長照為輔

美國 PAC 以居家醫療為主，其次為護理之家，日本則先收治於社區型復健醫院，再搭以長照（介護）服務，均非留置於昂貴的急性病床。我國則自 2014 年起健保署分階段實施「全民健康保險急性後期整合照護計畫」，2017 年 6 月起將日間照護及居家模式納入 PAC 整合照護模式，期透過垂直整合轉銜系統之建構，對具復健潛能個案給予積極整合性照

護。隨著社區化的成熟，應參考國際成功模式，規劃並推廣 PAC 銜接照護模式，以減少失能，降低長期照護需求。

8. 強化跨部會及跨單位共同推動健康照護之政策

高齡社會有更多的多重慢性病患需要被照顧，很多併有長期照顧的需求，提升基層醫療院所醫事人員對長照的認識，或賦予附設長照服務的任務，有助於民眾就近得到醫療與長照服務。

(三) 強化醫療團隊溝通，提升照護效率與效能

1. 專業人員養成過度次專業化，致多重慢性病失能者有太多的個案管理師

依據專科醫師分科及甄審辦法明定醫師專科分為 23 分科，且超過 90% 醫師取得次專科執照，健保有多個論質計酬計畫係以疾病為中心，致現行之個案管理師，亦以疾病為中心的概念規劃，例如居家照護、出院準備服務、論病例計酬及疾病管理（又稱論質計酬或醫療給付改善試辦方案），及長照服務之照顧管理師等，然而，多重慢性病患可能須同時面臨多位不同計畫之個案管理師，不僅導致資訊難整合之問題，亦會有不同管理師間的溝通問題，甚至造成品質不一致之情形。因此，未來醫療體系應更著重於以人為中心的照護模式。

2. 跨專業團隊溝通與合作之能力仍待加強

急救、重大手術、癌症、多重慢性病或安寧照護等高風險或複雜的醫療情境，通常涉及醫師、護理師、藥師、物理治療師、職能治療師、語言治療師或社工師等不同領域的專業人員，與病人及家屬組成跨專業團隊攜手合作照顧病人。因此，應強化跨專業團隊之協調與溝通能力，以改善流程、減少臨床錯誤、改善病患預後、增加員工與病患滿意度，並

減少醫療糾紛之風險。

3. 持續推廣醫病共享決策模式 (Shared Decision Making, SDM)
與強化病人自主權利法之踐行能力

截至 2019 年 7 月，已有 97 家醫院提供預立醫療照護諮商服務，且超過 4,800 多位民眾完成簽署，然仍有臨床上簽署及落實執行上的難題，如預立醫療照護諮商、預立醫療決定與醫療委任代理人等法律設計，並無法完全取代病人與家屬間善終意願與價值觀的溝通，因此，醫療人員應當學習適當的溝通技巧，同理家屬的善意，尤其是於揭露壞消息之後，適當處理病人及家屬的情緒，給予支持；積極宣導並鼓勵有意願簽署之民眾與家人溝通對話，並以具體方法鼓勵進行預立醫療照護諮商、簽署預立醫療決定、指定醫療委任代理人。同時，配合醫病共享決策的推廣，使病人能依照自身的偏好跟價值，與醫療團隊的醫療決策達成共識，使治療達到醫療團隊、病人及家屬間的三贏。

(四) 醫療照護科技之應用

1. 健保加深醫療科技運用

健保署之健康存摺於 2016 年改版精進後，2019 年 4 月 30 日使用人數增至 114 萬人、使用人次則達約 1,217 萬人次，民眾已漸意識到能使用健康存摺，未來可持續推廣，並加深運用雲端藥歷與健康存摺，推動結合遠距醫療或智慧醫療照護，提升照護之持續性、可近性與效率、效能。

2. 大數據結合生物資料庫尚有發展空間

過去於應用大數據分析時 (如醫學影像攝影、生物科技應用)，多運用在臨床醫療照護上，重視實證醫學、實證護理，然較欠缺對實證衛生決策之投資，如何整合生物資料庫與大數據分析，以利未來全人口健康照護政策之擬定，此

外，若能將大數據分析結果提供縣、市政府或研究單位簡易查詢，則可發揮政策國家化、策略在地化之目標。

3. 遠距醫療將成為醫療之常態

因應台灣高齡化社會的來臨，居家（在宅）醫療需求快速增加，加上資通訊技術進步與物聯網時代來臨，遠距醫療已是多數國家之發展趨勢。為改善國內山地、離島、偏僻地區民眾及長期照顧服務機構住民之醫療可近性，強化急性住院病人出院返家後之追蹤照護及居家（在宅）醫療之照護品質，衛福部於2018年5月11日發布「通訊診察治療辦法」，放寬遠距醫療之照護對象與模式，為我國醫療發展的重要里程碑。2020年嚴重特殊傳染性肺炎流行疫情期間，遠距醫療之需求及角色更為突顯，確有再予放寬或成為醫療常態之檢討必要。

四、社會參與及政策溝通情形

本計畫廣徵不同背景的專家學者（含醫療、公衛、護理、資訊、管理、行政等）及政府官員（現任及卸任）建言，並蒐集地方衛生局對於計畫內容的建議，各項工作於政策規劃過程中，均涵蓋與相關團體討論之結果。

貳、計畫目標

一、目標說明

本計畫期「建構敏捷（Agile）韌性（Resilience）的醫療照護體系，以回應快速變動的社會環境」，應重新型塑醫療體系與功能調整以達到提升效能之目標；落實以病人為中心的醫療照護，應逐步改變以疾病為中心，轉為以病人為中心之全人照護，衛生所的角色功能應能連結預防保健及長照，提供以人為中心之完整性服務；建立社區為基礎的醫療照護體系，輔以急重難症特殊照護體系，重難症需要有區域醫療之規劃體系配套，也需要健保支付制度的改革，以提升資源運用效益，營造具有韌性（Resilience）且可永續的醫療體系環境，實現在地老化及在地安養目標。社區為基礎的醫療照護體系，包括均衡各層級醫院與基層醫療院所的分布、平衡偏鄉及離島等資源不足區域的醫療照護量能、強化人口減少鄉鎮之社區照護資源、精進弱勢族群（原住民、身心障礙者、高齡、新住民及跨性別等）的友善醫療照護模式，並導入新科技、大數據分析、智慧醫療等前瞻性之智能醫療照護模式等。

本計畫執行之整體目標如下：

- （一）提升醫療資源之運用效能及合理分配。
- （二）建構以人口群為中心之整合照護網絡。
- （三）強化醫療應變能力及偏鄉離島醫療照護。
- （四）持續改善醫事執業環境。
- （五）創造具韌性且智能的醫療照護體系。

二、達成目標之限制

- (一) 降低區域級以上醫院病床的占率雖有助於體系健全、民眾就醫可近性、與健保永續發展，然需要立法院及全民健保政策的配合。
- (二) 若能開發完成結合長照、社福、癌篩、勞政、外籍看護工申請與全民健保申報等民眾個人或院所總歸戶之資源決策系統，提供敏捷且有效能的歸人、歸院所、歸機構的量化指標，讓縣市政府查詢該縣市大數據分析結果，將有利於落實以實證為基礎的衛福決策，以及全人全社區服務成效的提升。
- (三) 補助或獎勵基層醫療院所執行全人（包括預防保健或結合長期照護與安寧服務）全社區健康照護服務的誘因、訓練、輔導、稽核及效標機制要更健全。
- (四) 挹注偏鄉衛生所更優質的空間設施設備與人力的量能，需要經費之挹注，否則無法落實偏鄉全人全社區照護。
- (五) 初段預防與健康素養的宣導經費若不足，較難鼓勵民間單位製作或提供多媒體、微短片、或網站等客製化衛教素材，供醫療院所或衛生單位教導民眾使用健康存摺、疾病自我照顧管理、病人自主權利等之推廣。

三、績效指標、衡量標準及目標值

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (108 年底)	110年	111年	112年	113年
發展急性 後期模式	建立與發展急性 後期照護模 式	成立急性後期 照護示範模 式據點	-	2	4	6	8
發展居家 (在宅) 醫療服務 網絡	建立與發展居 家(在宅)醫療 服務網絡	完成居家(在 宅)醫療服務網 絡示範縣市	-	-	2	4	6
推動以人 為中心社 區為基礎 的整合性 居家醫療 照護服務 模式	精進及推廣家 庭醫師制度結 合長期照護服 務與社區安寧 療護照護模式 之整合性社區 居家醫療照護 模式	廣泛推動整合 性社區醫療照 護模式縣市數	10	12	14	16	18
推廣分級 醫療	提升基層醫師 全人照護量能 及品質	辦理基層醫師 全人照護訓練 累計場次	277	287	297	307	317
推廣安寧 緩和醫療	簽署預立選擇 安寧緩和醫療 暨維生醫療抉 擇意願書民眾 人數及占率	簽署預立選擇 安寧緩和醫療 暨維生醫療抉 擇意願書之累 計人數及占率	67.5萬 (2.9%)	84.5萬 (3.5%)	93萬 (3.8%)	101萬 (4.2%)	110萬 (4.6%)
提升預立 器官捐贈 意願	預立器官捐贈 意願並完成健 保 IC 卡註記人 數	累計至當年度 預立器官捐贈 意願並完成健 保 IC 卡註記總 人數	43萬	50萬	53萬	56萬	59萬
促進原住 民族健康 平等	部落健康營造	健康識能傳播 人次	23,510	24,000	26,000	28,000	30,000

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (108 年底)	110年	111年	112年	113年
普及友善 健康照護 環境	高齡友善健康 機構家數	通過高齡友善 健康照護機構 認證家數	645	700	750	800	850
推動延緩 失能之長 者友善照 護模式	醫院推動長者 友善照護模式 相關計畫人員 參與高齡照護 教育訓練	醫院參與長者 友善照護模式 相關計畫人員 接受高齡照護 教育訓練比率 (分子:完成該 年度高齡照護 教育訓練人數/ 分母:參與長者 友善照護模式 計畫人員數)	-	75%	80%	85%	90%
推廣正確 用藥安全 知能	民眾接受藥師 教育後,正確用 藥知能之認知 提升率	藥師教育介入 後民眾用藥知 識提升人數/出 席用藥安全相 關活動人數 x100%	75%	80%	80%	85%	85%
整合重症 醫療照護 網絡	強化 14 個緊急 傷病患轉診網 絡建置重症資 源調度機制	急性冠心症、急 性腦中風及緊 急外傷網絡之 快速通道完成 比率	-	75%	80%	90%	95%
改善護理 人力及勞 動條件	增加護理執業 人力量能	每年增加執業 累計總人數	175,029	2,500	5,000	7,500	10,000
提升男性 護理人員 執業人數	提升男性護理 人員執業比例	男性護理人員 執業佔全國執 業護理人員比 例	3%	3.3%	3.8%	3.8%	3.8%

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (108 年底)	110年	111年	112年	113年
強化醫療 糾紛處理 機制	強化醫院提供 關懷服務量能	醫院提供關懷 服務量之成長 率	1,055 件	5%	5%	5%	5%
建置醫政 管理之貼 心數位服 務	維持醫事管理 系統運作，輔助 全國衛生機關 受理醫事人員 執業及醫事機 構開業相關申 請	醫事人員執業 及醫事機構開 業相關申請件 數(每年應換照 人數有所差異， 本項指標係為 呈現提供醫政 管理服务線上 化之穩定度)	目前均 為臨櫃	16,000	24,000	36,000	40,000

參、現行相關政策及方案之檢討

行政院前於 106 年 3 月 28 日核定「第八期醫療網計畫」，實施期間自 106 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日止。有關「第八期醫療網計畫」預期效益達成情形、執行績效與執行檢討詳述如下：

一、「第八期醫療網計畫」預期效益達成情形及差異分析

策略目標	績效指標	衡量基準	計畫目標	計畫目標現況	達成程度(%) 與差異分析
			109 年	108 年底數值	
建立以社區為中心的整合性居家醫療照護服務模式	建立結合長期照護服務與社區安寧療護照護模式之整合性社區居家醫療照護示範模式	建置整合性社區醫療照護示範模式縣市數	10	10	已達成。
建立與推廣分級醫療	建立及推廣分級醫療與家庭醫師制度示範模式	辦理分級醫療與家庭醫師制度示範縣市數	8	10	已達成。
	基層醫師接受全人照護訓練	辦理基層醫師全人照護訓練場次	40	90	已達成。
推廣安寧緩和醫療	簽署預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書民眾比率	簽署預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之民眾佔全國人數比率	2.9%	2.9%	已達成。
普及友善健康照護環境	高齡友善健康照護機構家數	通過高齡友善健康照護機構認證家數	520	645	已達成。

策略目標	績效指標	衡量基準	計畫目標	計畫目標現況	達成程度(%) 與差異分析
			109年	108年底數值	
提供24小時之兒科急診醫療服務	每縣市至少一家急救責任醫院提供24小時兒科專科醫師急診醫療服務	達成縣市比率	85%	86%	已達成。
推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	安心場所數	安心場所認證數	3,500	3,500	已達成。
改善醫師執業環境	重點科別(內、外、婦、兒、急診醫學科)住院醫師平均招收率	招收人數/本部核定訓練容額x100%	90%	92%	已達成。
改善護理人力及勞動條件	增加護理執業人力量能	每年增加執業人數	10,000	175,029	已達成。
推廣器官捐贈及移植	簽署「器官捐贈同意書」，並註記於健保IC卡人數	簽署「器官捐贈同意書」，並註記於健保IC卡累計人數	45萬	43萬	達成程度95.6%，已達預定工作進度，預計109年可達成目標。
促進生物醫療科技發展	提升臺灣國家眼庫運作品質	國人捐贈眼角膜檢驗案例數	660	613	達成程度92.9%，已達預定工作進度，預計109年可達成目標。

二、執行績效

(一) 健康照護體系之定位

各縣市每萬人口病床數差距逐漸小：縮小城鄉的差距是醫療網努力的目標，第一期醫療網縣市於 75 年每萬人口病床數的差距為 3.14 倍，至 86 年每萬人口急性病床的縣市差距比為 10.23，至 106 年已經降為 2.98 倍。醫學中心與區域醫院的占率過高，區域級以上醫院 89-100 年病床占率增加 5%，住院日數及住院費用持續增加，106 年區域級以上醫院佔整體的病床數占 60.02 %、住院日數占 70.36 %、住院費用占 83.62 %。

1. 落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制

- (1) 醫療區域輔導與醫療資源整合：於全國 6 大醫療區域各委由 1 家責任衛生局負責協調區域內資源運用、加強輔導醫療院所落實推動分級醫療，及建立與發展完整性、連續性之健康照護模式（表 1）。
- (2) 建置轉診資訊交換平台、並修訂「全民健康保險轉診實施辦法」以落實雙向轉診：截至 107 年 11 月底，累計 9,866 家院所使用轉診平台，其中 5,813 家以批次方式轉診，計轉出 74.5 萬人次；106 年 1-4 月至 107 年 1-4 月之區域級以上醫院下轉件數由 1,826 件增加為 2,232 件、基層診所上轉件數由 130,669 件增加為 129,219 件，比較兩者相差倍數，由 70 倍減少為 60 倍，顯示下轉件數仍有加強空間。針對高屏醫療區，其中 11 家合作醫院已開始使用電子轉診平台進行雙向轉診，使用比率約 91.7%（11 家/12 家）。北區醫療區 12 家醫院，全數通過「建立雙向轉診網絡機制及加強轉診資訊系統管理效能」之評估。東區醫療區透過教育訓練及實地輔導導入雙向轉診概念及電子轉診平台操作說明，與健保署東區業

務組合作執行，於 106 年實地輔導獲得 21 家院所良好回饋，其中電子轉診平台建置目標達成率達 118%、轉入病人的滿意度達 92%及轉出病人滿意度達 90%。

- (3) 穩定落實醫院轉診網絡：將全國 201 家（重度級 46 家、中度級 75 家及一般級 80 家）急救責任醫院規劃為 14 個轉診網絡，推動網絡內醫院轉診機制，每年預估投入新臺幣 6 千萬元。106 年度全國急救責任醫院急診轉出共計 78,269 人，網絡內醫院互轉比率 70.2%，總登錄完整率為 96.6%。各醫院檢傷一級病人急診 24 小時滯留率自 105 年之 2.94%下降至 106 年之 2.31%，檢傷二級病人急診 48 小時滯留率自 105 年之 3.03%下降至 106 年之 2.18%。
- (4) 調整部分負擔，以期改變民眾就醫習慣，並解決急診壅塞情形：在門診部分負擔部分，106 年實施經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔 40 元，未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔 60 元；在急診部分負擔部分，106 年實施至醫學中心急診檢傷分類為 3-5 級者部分負擔由 450 元調高至 550 元。
- (5) 推動門診減量政策：自 107 年第 3 季起逐年減少區域級以上醫院門診服務量 2%，以 5 年降低 10%為目標值並定期檢討；並以調高部分急重症醫療的給付金額、於急診品質提升方案及提升急性後期照護品質試辦計畫等增加轉診獎勵費用、積極推動醫療體系垂直整合計畫等方式為配套，避免大醫院因為門診收入縮減而影響運作。108 年第 1 季較 107 年第 4 季門診減少 5.1%。
- (6) 持續辦理跨層級醫院合作計畫：藉由醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務，於 2017 年修正公告開放基層診所之皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科支援地區醫

院急診，共 50 個團隊參與本計畫，計 56 家醫學中心及區域醫院、365 名醫師、到 50 家地區醫院，提供 9,154 支援診次服務；2017 年相較去年同期，被支援醫院門診人次增加 (4,775 vs 4,948)，參與醫院之降血壓 (0.37% vs 0.34%)、降血脂 (0.23% vs 0.20%)、安眠鎮定 (1.74% vs 1.23%) 及抗憂鬱藥物 (0.51% vs 0.46%) 用藥重複率降低；截至 2018 年底共 59 個醫療團隊參與計畫，107 年 10 月共申報 12,229 診次。本部於 106 年起推行「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」，統計至 108 年止，全臺約 70 個體系組成聯盟，逾 5,000 家診所加入醫療資源的垂直整合的計畫。108 年上半年度醫學中心下轉至基層院所的占率大幅提升 25 倍、平轉至醫學中心的占率下降 4.6 倍；基層診所上轉至醫學中心的占率下降 1.2、平轉至基層診所的占率大幅上升 7.4 倍，顯示出整體上轉占率雖高，下轉的比逐年成長中。

(7) 提升急性後期照護計畫：

- A. 新北市於 106 年 1 月 1 日至 106 年 11 月 30 日為止，轉介中風病人出院後居家照護個案數 116 人，共收案 98 案，轉介成功率 84.5%，已結案 67 案，平均核定天數（申請至核定）為 3.9 天，平均服務提供等待天（出院至第一次提供服務）數為 4.7 天。截至 107 年 10 月，中風收案 84 人，轉介長照服務 74 人，轉介率達 88.1%。
- B. 截至 106 年底，共 38 團、200 家醫院參與計畫；除屏東枋寮、宜蘭羅東、臺東 1 之關山、成功、大武之外，45 個醫療區皆有承作醫院。
- C. 在「收案人數」部分，以腦中風及燒燙傷個案皆逐年增加，前者自 103 年之 1,626 人逐年成長至 106 年之 4,279 人，後者自 104 年之 29 人增加至 106 年之 58 人，106 年脆弱性骨

折共 114 人、創傷性神經損傷共 10 人、衰弱高齡共 47 人、心臟衰竭共 14 人。

D. 在「結案病人整體功能進步占率」部分，腦中風個案自 103 年之 87% 逐年成長至 106 年之 89%，燒燙傷個案自 104 年之 89.7% 逐年成長至 106 年之 92.3%，106 年脆弱性骨折為 94%、創傷性神經損傷為 93%、衰弱高齡為 63%。

E. 在「結案病人結案後回歸門診或居家自行復健占率」部分，腦中風個案自 103 年之 83% 逐年成長至 106 年之 89%，燒燙傷個案自 104 年之 86.2% 逐年成長至 106 年之 90.4%，106 年脆弱性骨折為 89.4%、創傷性神經損傷為 80%、衰弱高齡為 76%。

(8) 研擬「開放醫院生產共同照護試辦計畫」：透過獎勵補助計畫，鼓勵設有產房之醫院與基層產科診所發展生產合作模式，提供孕產婦全程照護並擴大提供接生服務之婦產科醫師來源。

表 1 六大醫療區域輔導及醫療資源整合績效

醫療區	執行成果
臺北區	「輔導醫療機構建置醫療與長期照顧整合性照護——以中風病人出院後社區 PAC（急性後期照顧計畫）」，以新北市執行試辦計畫，自 105 起與 12 家醫療機構合作，106 至 107 年轉介個案數為 225 人次，共收案 192 案，轉介成功率為 85.3%，平均等待核定天數（申請至核定）為 3.9 天，平均服務提供等待天數（出院至第一次提供服務）為 4.7 天。
北區	「建立雙向轉診網絡機制及加強轉診資訊系統管理效能」，協助轉診服務數 105 年 837 人次、106 年 1,242 人次及 107 年 2,764 人次，總成長率為 330%；「輔導醫療機構提升出院準備服務並建立後續照護管理機制」，106 年 12 家醫院參與，107 年 15 家醫院參與計畫，服務收案涵蓋率由 11.60%（106 年）提升至 13.95%（107 年）、服務轉銜後續照護率由 44.61%（106 年）上升至 54.50%（107 年）、總轉介人次高達 5,206 人次。
中區	「建構醫療院所雙向轉診暨出院後繼續照護」，106 年受輔導醫療機構計 20 家（11 家醫院、9 家診所）之外，107 年擴大範圍新增中彰投醫學中心 4 家、基層診所 22 家、衛生所 13 家。107 年建立鄉鎮市衛生所、各科別診所與醫院之間亦提供雙向轉診暨出院後繼續照護醫療服務窗口，截至 107 年 11 月已完成超過 1,000 人次轉診服務，較 106 年已增加 10%。另南投縣 11 家醫院目前已全數設有出院準備服務機制，以提升病患後續照顧之服務理念。
南區	「整合性腦中風健康照護出院服務計畫」，參與本計畫出院服務個案數達總數 76.6%，培訓服務人員單位涵蓋率達 42.4%。
高屏區	「輔導醫療機構結合基層診所及社區資源，建立出院後繼續照護管理機制，及推動整合性照護、建構雙向轉診網絡機制」，參與計畫團隊數由 9 組（106 年）增至 12 組（107 年）、機構數由 121 家（106 年）增加至 276 家（107 年）、其涵蓋率由 37% 增加至 65.7%。
東區	「建立出院後繼續照護管理機制及建構雙向轉診網絡機制」，電子轉診平台轉回率由 34%（106 年）提升至 42%（107 年）、輔導醫療機構使用電子轉診平台，106 年 21 家及 107 年 16 家，使用率達 98%。

2. 建立以人群為中心，社區為基礎的健康照護服務模式
- (1) 逐年開放基層院所有能力執行之項目：106 年度西醫基層總額編列 2.5 億元，開放 25 項診療項目至基層施行，106 年 5-12 月基層院所申報計約 134.2 百萬點，107 年 1-10 月基層院所申報 189.4 百萬點；107 年則編列 4.5 億元預算，支應 106 年開放項目、及增加開放 9 項診療項目至基層施行，107 年 2-10 月基層院所申報 4.3 百萬點，107 年 6-10 月基層院所申報 36.4 百萬點。
- (2) 發展整合性健康照護服務模式及服務網絡：106 至 107 年執行「建構社區整合性健康照護網絡計畫」，旨在建立以病人為中心，連續性之全人健康照護且逐步落實分級醫療，與跨機構間的無縫轉銜與合作。計畫執行內容主要包含建立連續性照護機制或模式、建構社區照護資源網絡平台、建立開放醫院與基層醫療機構共同照護模式、研擬評核指標及配合辦理醫事人員繼續教育及政府政策推廣項目及配合辦理醫事人員繼續教育及政府政策推廣項目（表 2）。

表 2 各縣市衛生局發展整合性健康網絡績效

衛生局	執行成果
宜蘭縣	邀集 8 家醫院及 33 家基層醫療院所參與共同照護模式、跨機構間合作轉銜逐步落實分級醫療，由醫院成功轉銜社區基層醫療照護 193 案、基層醫療院所提供居家醫療照護 330 案，及辦理 10 場（14 場次）全人教育訓練，參與人數 805 人次及 3 場次失智症醫療照護教育訓練，參與人數 144 人次。
臺北市	輔導參與本部「醫院整合醫學照護制度推廣計畫」及「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」之 4 家醫院（臺大醫院、北榮醫院、三軍總醫院及北市聯醫中興院區），建置跨機構以病人為中心之連續照護模式。另為建構社區照護資源網絡平台，首先完成承接本部相關計畫資源盤點，促成醫院部門間橫向聯繫、基層合作醫療群、家庭醫師醫療群等資源共享，來提升轉銜成功個案數，更結合獨特而前瞻之「臺北市家庭責任醫師照護整合計畫」、「社區安寧整合性服務計畫」、「強化出院準備服務精進計畫」及「家庭藥師計畫」等，銜接長照 2.0 出院準備，提供完善社區居家醫療、跨團隊專業人員訪視、社區安寧、社區藥師等服務，建構以人為中心，連續性之全人、全家、全社區健康照護體系，目前成功轉銜（持續與社區照護達 3 個月以上）至居家醫療照護個案數達 104 人、至社區安寧達 71 人，透過實地拜訪與持續聯繫了解執行現況與困境。
桃園市	建置以病人為中心之跨層級機構間醫療照護模式，利於合作醫院為住院民眾進行需求評估，截至 107 年 11 月 30 日止整合健康評估服務已達 2,102 人，出院準備服務轉介量達 1,949 人。輔導 9 家醫院參與開放醫院模式，以原有社區醫療群為平台連結縱向與橫向資源，落實完善的醫療分級、轉診制度，截至 107 年 11 月 30 日止轉介成功率達 92.72%。另參與居家醫療整合照護/安寧病房/安寧共照或社區居家安寧之機構數已達 150 家，以 106 年 10 月 103 家為基

數計算，成長率達 45.63%。

苗栗縣 參與開放醫院模式共有 5 家醫院，每家醫院派 2 位委員提供 2 次實地輔導訪查，依據所提之計畫及專家研擬之檢核表進行查核，2 次實地輔導訪查的平均得分為 79.4 分及 81.8 分。為提升專業服務品質，共辦理 10 場醫事人員教育訓練課程，其中基層醫師全人照護教育訓練課程 7 場次，參與人數 530 人次，滿意度 80%~98%；失智症醫療照護教育訓練課程 3 場次，參與人數 315 人次，課程總體滿意度 90%~100%。在品質指標管理上，基層診所上轉醫院率為 78.78%，醫院回轉診所率 50.06%；電子平台轉診利用率 54.59%。共有 7 家醫院參與出院準備服務機制之運作，整體收案涵蓋率達 12.59%，後續照護轉介率為 52.15%。輔導具備安寧照護能力之醫院增加至 2 家，居家安寧收案數共 99 案。

雲林縣

1. 臺大雲林分院辦理醫院整合醫學制度 (Hospitalist)，規劃設立急性短住病房與一般醫學專責病房，提供住院病人全人照護，專責病房住院平均天數 4.4 天，一般病房平均住院天數 7.1 天 (縮短 2.7 天住院天數) 成效良好。
2. 輔導醫院建置以病人為中心之跨層級機構間醫療照護模式，臺大雲林分院與成大斗六分院建立「綠色通道」，試辦雲林縣急門診醫療支援 (區域醫院與地區醫院)，病人由臺大雲林分院門急診轉至成大斗六分院門急診，病人接受「雙主治醫師」的醫療照護，臺大雲林分院 (重度級) 下轉 (中度級) 急救責任醫院人次，由 106 年下轉 36.4 人次/月→107 年下轉 48.3 人次/月 (平均增加 12 人次/月)。另推動安養護中心病人分流社區醫院，避免輕症病人湧入重度級醫院急診，106 年機構住民後送臺大雲林分院急診比率較 107 年下降 12%。改善醫院人力不足的問題，中度級醫院有能量照護病人，重度級醫院可下轉病人至中度級醫院，減少重度級急救責任醫院急診壅塞，跨機構間的合作及資源共享，

及不同專科別醫師的相互交流，能讓資源發揮最大效能，增加醫師照護能力，提升病人對於醫療照護的信任及滿意度。

3. 推動開放醫院模式，計有 9 家醫院 62 家診所加入，醫院診所資源共享、雙向轉診，發展出平行非垂直的觀念，提供延續性照護及社區照護模式，建立「雲林雙向轉診醫療聯盟」，形成緊密合作無間的「雙向轉診」及「垂直下轉」合作醫療聯盟，臺大雲林分院擔任雲林地區基層醫療的堅強後盾，共同推動分級醫療，參與分級醫療聯盟 A. 提供基層醫師與醫院醫師彼此溝通交流及增加互信的平台，雙方可討論執行分級醫療的困難點，進而提出解決方案。B. 推動雙主治醫師照護。C. 雲林轉診地圖建置（病人居家附近基層診所及照護科別）D. 提供學術交流分享。在推動開放醫院（Open Hospital）模式，能使基層醫師將診斷面延伸到治療面，不但能轉介檢查、參與手術處置，病人穩定後再回診所追蹤，不啻為醫院、診所及民眾三贏的政策。
4. 建構社區照護資源網絡平台，統整有限資源及在地需求，透過網絡平台建立執行模式及作業流程，提升長照服務接軌在地居家醫療（安寧）服務，107 年照顧管理專員共轉介 169 名個案，居家醫療服務人次由 105 年（411 人次）→107 年 9 月（978 人次）成長 2.3 倍；重度居家醫療服務人次由 105 年（1,218 人次）→107 年 9 月（5,732 人次）成長 4.7 倍；居家安寧服務人次 105 年（1,068 人次）→107 年 9 月（1,118 人次）成長 1.7 倍，107 年居家醫療照護人數成長率較 106 年成長 20.6%，居家安寧照護利用率較 106 年成長 27.1%，預立安寧緩和醫療簽署率達 1.68%。另出院準備服務銜接出院後接受長照服務，平均天數 8.8 天遠快於全國平均值（21.4 天）12.6 天，透過網絡平台溝通、協調及行政流程修改，擴展了長照 2.0 之出院準備服務及居家醫療有效銜接，急性醫療到長期照護，建構社區整合性健康照護網絡，以達

成全人照顧、在地老化、多元連續服務的長期照護，安寧照護療
護做的好，亦可降低醫療糾紛的產生。

花蓮縣 依據花蓮高齡化特性與安寧需求，以及需加強糖尿病照護之現況，
選定安寧及糖尿病照護 2 項主題。

1. 安寧療護：以花蓮慈濟醫院為開放醫院中心，該院安寧照護團
隊與國軍花蓮總醫院、本部花蓮醫院及北區 3 家衛生所（含附
設居家護理所）建立合作模式。透過二次開放醫院實地輔導方
式，了解合作醫療機構執行困境並協助改善，同時提供人員教
育訓練（含實習）、特殊個案陪同訪視、居家及機構安寧個案管
制藥品使用、各類專業人員諮詢、多國語言數位化照護系統
（民眾照護版）、24 小時民眾電話諮詢專線等專業資源，及建立
個案轉介照護之模式。
2. 糖尿病共同照護：以門諾醫院為開放醫院中心，該院糖尿病共
同照護團隊與臺北榮民醫院玉里分院、南區 3 家衛生所建立合
作模式。透過開放醫院實地輔導方式，了解合作醫療機構執行
糖尿病共同照護門診服務現況與困境，並提供改善建議，同時
提供人員教育訓練、照護諮詢、轉診平台等專業資源，及建立
與南區衛生所個案轉介照護之模式。
A. 評核指標 1「提升居家醫
療個案數」：105 年收案 46 案，106 年增加至 929 案，107 年
1,620 案，增加幅度高達 3,421.7%。
B. 評核指標 2「提升具備
安寧照護醫院數」：全力輔導及資源挹注下，辦理甲類安寧教育
訓練，107 年新增衛生福利部花蓮醫院、臺北榮民醫院玉里分院
開設安寧病房。
C. 品質查核指標：設定出院個案追蹤比率、接
受社區醫療照護比率、同一疾病 3 日內急診比率及同一疾病 14
日內非計畫性再住院比率等 4 項指標，了解本計畫介入輔導效
益，提升個案社區照護服務使用率，並針對安寧照護/糖尿病個
案 3 日內急診及 14 日內再住院率，未來將持續追蹤。

- (3) 提供開診時段與急診就醫資訊查詢：包含「看診時段查詢系統（表）」、「重度級急救責任醫院急診壅塞查詢系統」、「急救和緊急狀況處理」等，並提高假日基層開診率，提高民眾就醫可近性。
- (4) 推廣居家醫療整合性照護服務模式：105-107 年居家醫療整合照護計畫之接受服務人次分別為 7,675 人、32,741 人次、43,654 人次，參與醫療院所與醫療團隊數分別為 272 家組成 110 個團隊、785 家組成 195 個團隊、1,069 家組成 212 團隊，50 個次醫療區域均有服務院所，逾 9 成為基層診所及居護所，可就近提供照護。
- (5) 擴大家庭醫師整合性照護計畫：102-107 年參與醫療群自 374 群逐年成長為 567 群（較 106 年增加 7.8%）、參與醫師數自 3,343 人逐年增加為 5,924 人（較 106 年增加 14.3%）、參與院所數自 2,785 家成長為 4,558 家（較 106 年增加 12.2%），已達成各次級醫療區均已至少有 1 群醫療群診所服務之目標；107 年收案會員人數計 473 萬餘人，較 106 年增加 14.4%。
- (6) 推廣居家及社區基礎的安寧緩和醫療照護服務：為拓展我國安寧緩和醫療觀念，本部透過多元互動宣傳策略，使民眾及醫事人員對安寧緩和醫療有正確認知，並提升各層級醫療照顧提供者之照護知能。持續推廣居家及社區基礎的安寧緩和醫療照護服務，建構急性醫療與長期照護、安寧緩和醫療照護及社區照護等服務資源之連結模式；101-106 年健保安寧療護服-人數明顯成長，於 107 年健保安寧療護服務人數共計 51,445 人（安寧居家 11,994 人、住院安寧 14,556 人、安寧共照 42,458 人），較 105 年成長 19%（安寧居家 37%、住院安寧 13%、安寧共照 19%）；病患死亡前一年接受安寧療護比率自 101 年之 13.3% 逐年成長至 107 年之 26.3%，其中癌症

個案的部分自 39.8% 上升為 61.4%、八大非癌症個案則自 3.0% 增加為 15.3%；針對 101 年至 107 年安寧療護人力供給面，醫師人數自 318 人上升至 1,022 人（成長 221%），護理人員自 340 人上升至 1,562 人（成長 359%），其他人員自 82 人上升至 259 人（成長 216%）；102 年至 107 年符合安寧服務資格機構數逐年成長，其中可提供居家安寧之機構數快速成長（居家安寧成長 461%、安寧共照成長 31%、住院安寧成長 52%）（圖 3）。根據本部統計，歷年「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願註記於健保 IC 卡人數逐年成長，累計至 108 年 12 月上旬為止，共有 66 萬 8,888 位民眾完成健保卡註記，占全國人口數約 2.9%；每年度接受安寧照護人數則自 106 年 4 萬 8,034 人，成長至 107 年 5 萬 1,445 人，較前期成長 7%，另癌症病人死亡前 1 年安寧療護利用情形已超過 60%，顯示歷年來安寧緩和醫療推廣已有具體成效。

- (7) 研擬安寧緩和醫療之末期病人評估相關措施之指引，加強宣導安寧緩和醫療及照護的理念：102-106 年預立同意安寧意願註記人數逐年上升，多數縣市之人數為成長趨勢，截至 108 年 4 月，全國預立醫療決定意願總計 1,856 人、預立同意安寧意願註記總計 600,642 人；101-106 年通過安寧緩和訓練課程之醫療相關人員數量逐年提升，護理人員自 294 人增加為 1,316 人、醫師自 289 人增加為 929 人、其他專業人員則自 72 人增加為 244 人（圖 3-2-1）。
- (8) 健全整合性藥事服務網絡：106 至 109 年度 8 月計有新北市、桃園市等 17 縣市衛生局參與藥事照護服務，共累計培訓 3,177 位藥師，869 家社區藥局執行藥事照護服務，合計執行用藥整合服務 11,488 人次，機構式照護 4,663 人次及醫療院所-社區藥局轉介 842 人次。106 至 109 年度 8 月針對學童、

銀髮族、新住民及原住民等族群於新北市、桃園市等 17 個縣市舉辦 726 場中小型用藥安全宣導講座，近兩年擴大分別在臺北、臺中及臺南完成 3 場大型活動，並運用新興媒體、設計系列性推廣素材及刊登用藥安全知能文章等宣導方式，提升民眾用藥知能。持續維持國內外相關藥事資訊交流平台及網站，及整國內資源，並推動國際合作交流，辦理藥事人員巡迴講座，培訓國內藥學國際事務人才。

- (9) 開發衛生人員線上學習課程：執行「108 年建構基層健康促進工作者專業核心能力之線上教學模式計畫」，至 108 年 11 月底完成 20 個縣市衛生局、87 個衛生所執行「預防衰弱服務網-樞紐計畫」之社區健康工作者，4 個梯次 6 大單元（含高齡者照護相關議題及資源盤點整合交換 2 大主題）課程，共計舉辦 24 場次、約有 200 名衛生局所人員參與。

3. 加強原住民及離島醫療資源不足地區健康服務效率

- (1) 106 年計有 26 家醫院承作「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（IDS）」，服務約 46 萬人次，該計畫逐年提升山地及離島地區之區外西醫門診就醫次數及門診醫療費用點數，並改善年山地離島地區保險對象之每十萬人口可避免住院件數、與急慢性指標表現，總體指標相較於全國表現，離島地區可避免住院率較全國低、山地地區則較全國高。
- (2) 持續擴展「西醫醫療資源不足地區改善方案」，截至 106 年，方案施行地區計 115 個鄉鎮區，共計 160 家院所承作巡迴計畫，服務約 30 萬人次，5 家診所參與開業計畫。
- (3) 持續強化「中醫醫療資源不足地區改善方案」，102-106 年無中醫鄉鎮數自 103 個降為 87 個，於獎勵開業服務計畫、及巡迴醫療服務計畫部分之服務天數、服務人數、服務人次、及巡迴率皆有明顯提升；106 年方案施行地區計 162 個鄉鎮

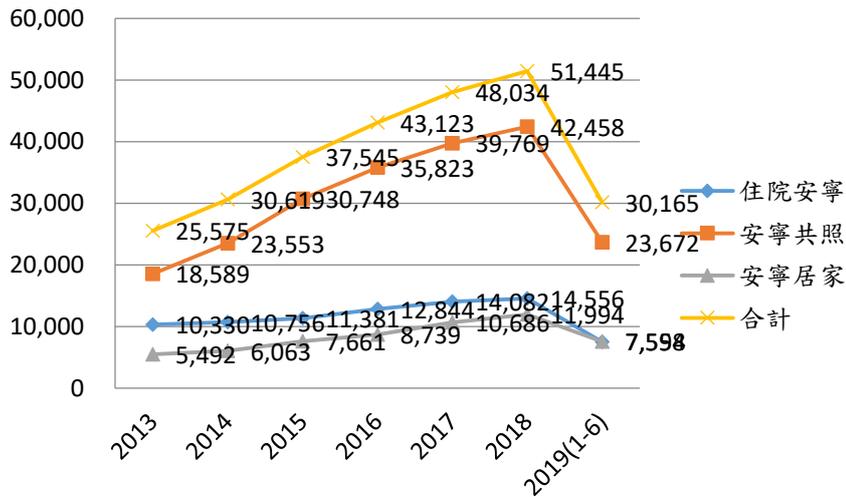
區，中醫總額編列 1.215 億專款，共計 93 家院所承作巡迴計畫，服務約 22 萬人次，12 家診所參與開業計畫。

- (4) 106 年「牙醫醫療資源不足地區改善方案」施行地區計 145 個鄉鎮區，牙醫總額編列 2.8 億專款，共計 284 家院所承作巡迴計畫，服務約 17 萬人次，34 家診所參與開業計畫。
- (5) 持續推動「醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案」：102-106 年符合資格醫院自 101 家逐年增加為 124 家，參與醫院自 66 家逐年增加為 90 家，參與率自 65.35% 增加為 72.58%；106 年參與醫院中，有 72 家提供內科、89 家提供外科、58 家提供婦產科、54 家提供小兒科門診服務，另有 90 家提供急診服務。
- (6) 輔導在地醫院加強醫療照護量能，並強化在地醫療之設施設備：106 年已輔導 12 縣市之 25 家受獎勵醫院，協助緊急醫療資源不足地區之 1 家醫院達重度級、5 家醫院達部分重度級、5 家醫院達全中度級、1 家醫院達中度級（不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護章節）、10 家達部分中度級急救責任醫院基準；另藉由醫療發展基金購置或汰換急重症相關設施設備、補助興建醫療大樓、澎湖醫院成立化療照護中心及心血管照護中心、金門醫院成立心導管室、改善衛生所（室）辦公廳舍、新（重）建工程及更新相關設備（施）、建置共用醫療資訊系統（HIS）及醫療影像傳輸系統（PACS）。協助偏鄉衛生所擴建或整修，更新醫療設備、資訊設備軟硬體、或巡迴醫療車輛：
 - A. 補助衛生所（室）重建及空間整修及修繕工程與直昇機停機坪修繕工程，以更新建築及延長房屋使用年限：106 年補助 3 家衛生所（室）重建、8 家修繕工程與 11 處直昇機停機坪修繕工程；107 年補助 3 家衛生所（室）重建、2 家空間整修及

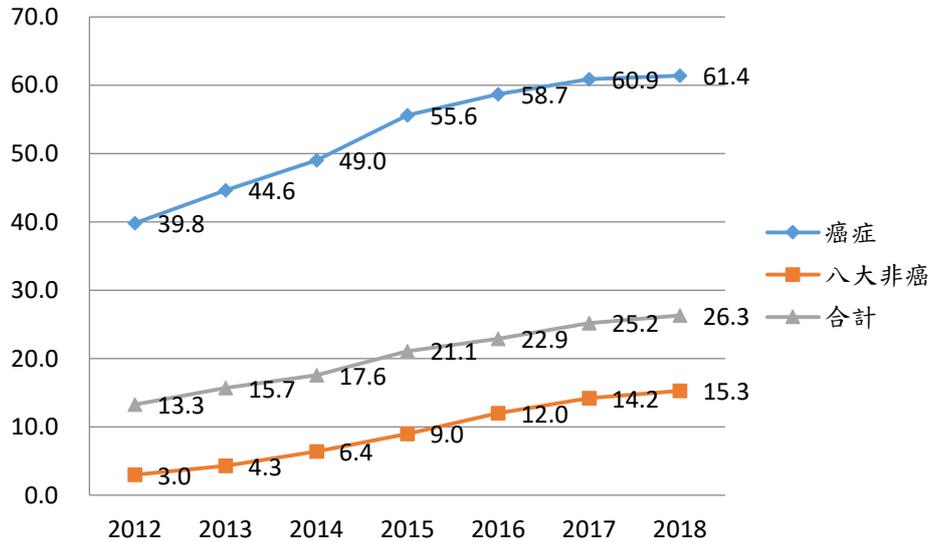
9 家修繕工程與 11 處直昇機停機坪修繕工程；108 年度預計補助 5 家（含跨年度 3 家）衛生所（室）重建、1 家空間整修及 1 家修繕工程與 11 處直昇機停機坪修繕工程；109 年度補助 8 家（含跨年度 7 家）衛生所（室）重建、3 家空間整修與 11 處直昇機停機坪修繕工程，以更新建築及延長房屋使用年限。

B. 補助原住民族及離島地區衛生所（室）更新醫療設備、資訊設備及巡迴醫療車、機車，提升偏遠部落的醫療服務品質及資訊設備，縮短城鄉醫療差距：106 年補助更新醫療設備 120 項、巡迴醫療車 6 輛及巡迴醫療機車 7 輛；107 年補助更新醫療設備 51 項、資訊設備 64 項及巡迴醫療機車 23 輛；108 年核定補助更新醫療設備 75 項及巡迴醫療車 4 輛。

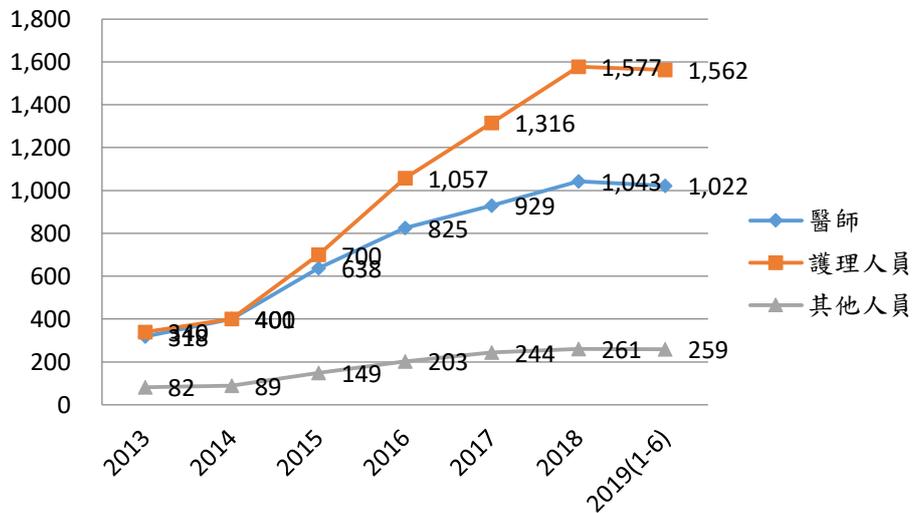
1. 服務人數



2. 病患死亡前一年接受安寧療護之比率



3. 醫事人員數



4. 機構數

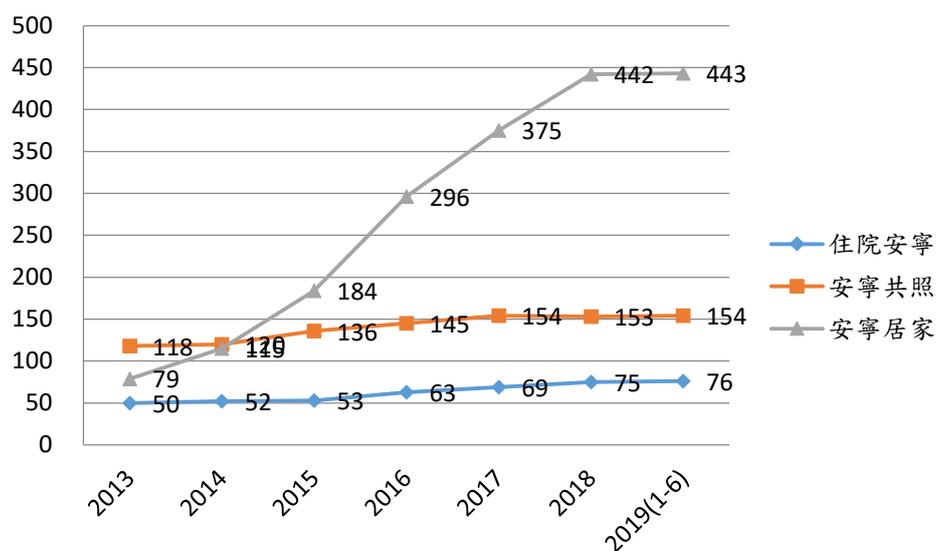


圖 3 我國 2013-2019 年安寧療護之推動成效

資料來源：整理自衛生福利部醫事司(2019)：臺灣安寧療護政策現況報告。20190910

(7) 維持偏鄉緊急醫療照護不中斷：透過設立 3 個「夜間或假日救護站」、8 個「觀光地區急診醫療站」、7 家地區醫院辦理「提升醫院急診能力計畫」等，每月共提供 460 診次之急診醫療服務，每月約可服務 9,200 急診人次；對無法於當地獲得妥善醫療照護、自行搭機（船）轉診至臺灣本島就醫者，補助就醫實支交通費二分之一；106 年空中轉診後送共 235 人次；106 年完成「金門、連江、澎湖地區救護航空器駐地備勤暨運送服務計畫」採購案決標，於金門、連江及澎湖地區採委外方式各配置一架民用航空器駐地備勤，於 107 年 7 月執行任務。建置偏鄉衛生所（室）診視系統，緊急病人提供醫療諮詢或天災時對外聯繫管道：

A. 為強化偏鄉離島地區衛生所醫療資訊化服務，分年分階段建置共用醫療資訊系統（HIS）及醫療影像傳輸系統（PACS），透過影像判讀中心即時提供衛生所醫療診斷，提升醫療診斷品質及偏遠地區民眾就醫的方便性。

- B. 為強化醫療資訊傳輸設備及其支援系統，擴大行動醫療門診服務，辦理「提升偏鄉衛生所（室）及巡迴醫療點網路品質計畫」，提升原住民族及離島地區 73 個鄉（鎮、區）共 403 處衛生所（室）及巡迴醫療點之頻寬升速至 100Mbps，並汰換 64 家衛生所醫療資訊系統設備，截至 108 年 7 月已完成 355 處之頻寬及 11 縣市 32 家衛生所之汰換作業，提升醫療影像傳輸品質及判讀效率，平衡城鄉醫療資源、落實數位人權。
- C. 辦理「原住民族及離島地區衛生局/所醫療資訊化軟、硬體設備維護計畫」及「原住民族及離島地區衛生局/所醫療資訊化軟、硬體設備維護計畫」，維持醫療資訊系統（HIS/PACS）之功能正常及提供其軟、硬體設備之整體維護，以提升在地醫療診斷品質：HIS 系統門診每年門診人次逐年提升：106-107 年分別為 1,056,492 人次、1,088,715 人次；PACS 系統影像判讀件數逐年提升：106-107 年每年判讀人次分別為 17,177 件、18,990 件。
- (8) 檢討與提升偏遠地區衛生所人力、作業模式及業務功能：加強離島地區「在地醫療」服務，積極推動離島地區醫療「醫師動，病人不動」政策，並強化及整合在地醫療照護資源及發展有利在地民眾健康照護的可近性服務，爰對於本部所屬澎湖醫院及金門醫院、三總澎湖分院及連江縣立醫院提供醫院營運維持計畫補助，以改善離島在地醫療照護服務品質，並在臺灣本島醫學中心醫院積極支援下，已有具體成效，醫院醫療服務滿意度達 80% 以上。
- (9) 建置空中轉診審核機制，提升離島地區空中轉診品質：為精進空中轉診辦理成效，空中轉診審核中心定期召開業務檢討會議，檢討離島確有轉診後送之必要性，提昇離島地區空中

轉診品質。於 107 年 5 月發布「通訊診察治療辦法」，擴大遠距醫療之照護對象與模式，以提升照護量能並確保品質。

- (10) 強化空中轉診後送來臺支援服務：為提升離島地區緊急醫療救護品質，因應民眾緊急醫療空中轉診需求，本部於金門、連江及澎湖三離島地區採委外方式各配置一架民用航空器駐地備勤，以提供離島民眾最基本的醫療保障，金門縣已於 107 年 7 月 27 日中午 12 時完成駐地，連江縣與澎湖縣已於 107 年 8 月 1 日零時完成駐地。107 年申請案件 263 案，核准 228 案；108 年截至 7 月申請案件 186 案，核准 159 案。建置「緊急救護零時差多方資訊影像會診平臺」，提供多方醫療資訊予空審中心、接收轉診醫院及申請後送醫療院所醫師診療決策及空中轉診需求評估，減輕第一線醫師壓力，降低夜航及不必要轉診之風險。於 108 年 8 月底已完成空中轉診審核中心、申請後送醫療院所及接收轉診醫院等相關單位系統建置，第 1 期建置單位（含空審中心、連江縣、蘭嶼鄉、綠島鄉及其接受轉診醫院）已於 108 年 7 月 1 日啟用。

4. 發展多元友善就醫環境：

- (1) 推動高齡友善健康照護機構全面普及化：截至 107 年通過高齡友善健康照護機構計有 609 家，包含 200 家醫院、330 家衛生所（佔所有衛生所 89.1%）、1 家診所及 78 家長照機構，截至 108 年 10 月底止，累計 636 家高齡友善健康照護機構通過實地訪查認證。
- (2) 強化早產兒照護：為強化早產兒防治，從產檢第 16 及 20 週，提供早產防治衛教指導，透過院所於產檢進行早產評估，106-107 年孕婦衛教指導平均利用率達 7 成以上。另透過出生通報系統包含週數和體重之早產兒通報作業，提供 7 歲以下 7 次健康檢查、發展評估及衛教指導服務，106 至年

107 年預防保健服務平均利用率為 78.1%。疑似發展遲緩者可轉介至全國 51 家兒童發展聯合評估中心，進行評估及追蹤，107 年已設置 51 家聯合評估中心，106-107 年受理疑似發展遲緩兒童之評估數計 58,665 人，其中經確診/疑似遲緩計 42,325 人。107 年完成「早產兒照護線上互動式教材」提供早產兒照護相關醫護人員線上學習；另完成「早產兒居家照顧手冊」電子書，供家長照顧者使用，以利與醫療端配合銜接。

(3) 持續推動「早期療育健保醫療給付改善方案」：

- A.104-106 年照護人數自 15 人增加為 954 人，照護率自 0.7% 增加為 14.9%。
- B.106 年方案參與家數於醫院為 8.1%、基層診所為 0.2%，方案照護率於醫院為 14.9%、於診所為 0.06%。
- C.106 年舊個案之就醫情形，有 29%的固定就醫率超過七成，有 53%之同（跨）院就醫總次數較前年總就醫次數下降。
- D.106 年參與個案之各項目使用情形，有 57.6%使用物理治療、有 62.3%使用語言治療、有 78.9%使用職能治療、有 24.9%使用心理治療，家庭參與相關項目使用率為 9.76%。
- E.106 年參與個案之資源連結情形，有 98%個案已至通報轉介中心完成通報、有 45%個案實際使用轉介教育及社政等資源服務、有 36%為社政或教育機構至醫療院所交流、有 28%為醫療院所至社政或教育機構交流。

(4) 持續推動「孕產婦全程照護健保醫療給付改善方案」：104-106 年照護人數自 59,114 人增加為 60,475 人，照護率自 29.0%增加為 32.3%；106 年方案參與家數於醫院為 59.5%、基層診所為 22.1%，方案照護率於醫院為 37.3%、於診所為

21.2%；102-106 年參與方案者之出院後 14 日內再住院率、及剖腹產率皆較未參與方案者低。

- (5) 推動新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助：本部國民健康署提供新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助，針對配偶為中華民國國籍、來臺未滿 6 個月之新住民，補助 10 次產檢、1 次超音波、1 次乙型鏈球菌篩檢及 2 次衛教指導服務補助，使未納健保之新住民懷孕婦女獲得完整的生育醫療照護。106 年補助 10,962 案次、107 年補助 10,370 案次、108 年截至 9 月止補助達 6,990 案次，推估至 108 年底可達 10,000 案次。
 - (6) 輔導醫療機構提供友善就醫環境及適足之溝通方式，同步輔導基層醫療院所營造無障礙空間等改善作業，以建立友善就醫環境。
 - (7) 維護身心障礙者與特殊民眾就醫權益：採跨司署合作方式，透過國民健康署辦理友善診所認證及中央健康保險署提供健保財務誘因，鼓勵診所建置無障礙友善就醫環境。成立「就醫無礙管理中心」及補助辦理特殊兒童眼科示範中心試辦計畫，推動相關作業。彙整各政府部門、民間機構通譯服務（含人才資源）、公用通譯 APP 軟體，以及外語版醫療單張等多語言通譯資源，並提供全國醫療院所無償下載使用。
5. 結合地方資源，提升原住民健康事務：推動原鄉離島部落社區健康營造計畫，結合地方資源，辦理因地制宜、由下而上健康議題，結合地方資源傳播社區健康識能，並強化部落健康營造特色發展，辦理家庭健康關懷，紮根家庭連結及需求水平整合或轉介，以建立由在地人服務在地人健康照護供需模式；部落社區健康營造中心設置：106 年設置總處數 71 處，107-108 年設置總處數 73 處。為改善原鄉健康不平等與

解決離島醫療資源不均，完善原鄉離島地區醫療照護及品質，本部整合各署司相關單位資源於 107 年 4 月、6 月分別完成原鄉、離島健康照護行動計畫。原鄉訂有 2 項總體目的、10 項行動計畫及 20 項監測指標；離島有 2 項總體目的、10 項行動計畫及 17 項監測指標。為縮小原住民族健康不平等，強化離島地區在地醫療照護整合及緊急後送政策目標，跨域推動原鄉及離島健康照護相關政策計畫，分別設置原鄉與離島健康照護諮詢會。

(二) 「全面提升緊急醫療救護體系與網絡」

1. 強化緊急醫療應變中心緊急應變機制：

- (1) 補助地方政府辦理緊急醫療救護相關工作：補助各地方衛生局辦理「建立優質之緊急醫療救護體系計畫」，執行緊急救護相關訓練，心肺復甦數 (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) 及自動體外心臟電擊去顫器 (Automated External Defibrillator, AED) 課程訓練 (約 1,000 場/年)、救護技術員訓練 (約 35 場/年)、災難醫療救護隊演練課程 (約 70 場/年)、醫療暴力演練 (約 100 場/年)；籌備緊急救護所需器材 (生理監視器、AED、急救推床、無線電)，在未來醫療網策進計畫除輔導災難醫療隊，更推廣使用 OCHA 平台。
- (2) 辦理區域緊急醫療應變中心：為健全區域緊急醫療救護體系應變機制，六區區域緊急醫療應變中心維持 24 小時輪值，平均每年約監看 2,000 餘件事件，啟動應變約 100 餘件，於災害發生時，協助本部與地方政府衛生局進行應變期的緊急醫療作為。協助本部進駐中央災害應變中心相關事宜 (約 10 件)。同時協助辦理各項災害 (毒化災、核災、輻傷、大量傷病患、災難醫療隊) 緊急醫療應變量能儲備，辦理各項緊急醫療應變教育訓練、演習、研討會/協調會，提升各區緊急醫

療應變人員之知能與技能，並充實緊急醫療設備，並協助地方政府衛生局輔導醫院災害防治之緊急災害應變措施。

- (3) 辦理臨床毒藥物諮詢中心：辦理中毒諮詢與檢驗服務、中毒急救教育訓練（8場次/年）、緊急醫療特定解毒劑之採購、電話諮詢服務（3,200件/年）。
2. 強化醫院緊急醫療能力分級制度：修正急救責任醫院分級評定基準，引導醫院以緊急醫療轉診網絡為基礎，導入區域聯防之概念，建立遠距會診機制，簡化人員報備支援程序，以強化區域合作，提升照護效能。辦理醫院緊急醫療能力分級評定，提升各急救責任醫院急重症照護能力，目前全國共有201家急救責任醫院（46家重度級、75家中度級、80家一般級）。達成每縣市一家重度級急救責任醫院標準，離島及恆春地區醫院以區域聯防之方式提供及時的心血管、腦血管急症處置。
3. 推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用：截至105年4月，全國合計276家訓練單位。AED設置自100年每十萬人口8.9台，至108年7月底，成長為42.3台（總數約9,972台），成長4.7倍。公共場所設置AED數量，從100年每十萬人口2.8台，至108年7月底，成長為26.3台（總登錄台數約6,212台），成長9.4倍。至108年4月，全國共計5,332處安心場所，設置9,709處AED；各縣市以臺北市（1,902處）、新北市（1,212處）、桃園市（1,098處）、及臺中市（1,023處）最多處；依場域類型分析，交通要衝計561處、長距離交通工具計236處、觀光旅遊地區計521處、學校、集會場所或特殊機構計3,770處、休閒場所360處、購物場所計314處、旅宿場所計248處、公共浴場或溫泉區計67處、其他場所計3,630處。

(三) 「改善醫事人員執業環境，充實醫事人力」

1. 推動受僱醫師納入勞基法：

- (1) 實施「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」：為逐步改善醫師勞動權益，參考美國住院醫師工時指引，並經醫界共識，於 106 年 8 月 1 日起實施「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，規範醫院與住院醫師聘僱契約應約定及不得約定事項、工時採認原則、工時及例休假規定等。另為落實工時指引規定，本部於 107 年 6 月針對 20 家受訓畢業後一般醫學訓練 (post-graduate year training, PGY) 及專科住院醫師訓練之教學醫院進行實地訪查，發現 4 週 320 小時總工時之符合率為 95.9%，28 小時連續工時之符合率為 86.3%，惟仍有部分科別與醫院，未符合工時指引規範，將持續追蹤輔導。
- (2) 委託醫師納入勞基法因應、衝擊評估相關計畫：為改善醫師勞動條件並確保民眾就醫權益，本部經與勞動部共同協商，住院醫師已於 108 年 9 月 1 日納入勞基法，並適用該法第 84 條之 1 議定工時，以維持彈性。至於主治醫師因各界尚有不同意見，包括工時限制排擠醫師臨床服務、教學、研究，影響照顧延續性及衝擊偏鄉醫療服務提供等，故將持續與各界協調溝通。
- (3) 研擬並推動增加臨床醫療人力供給、增加醫療輔助人力、調整專科醫師訓練計畫、強化人力運用彈性、推動分級醫療、落實轉診制度等多項措施，以因應住院醫師納入勞基法，工時限縮對於醫院人力之衝擊。
- (4) 專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫：106 年 12 月起辦理醫療垂直整合銜接照護試辦計畫；106-108 年共 16 家醫院參與；108 年度核定補助 21 家醫院辦理醫院整合醫學照護制度推廣計畫，參與專責主治醫師人數計 146 人；為提升醫療

體系照護效能，自 109 年醫院整合醫學照護制度(Hospitalist)與醫療垂直整合銜接照護計畫合併，提供教學、臨床服務及社區轉銜，病人獲得持續性照護，以降低病人門、急診反覆就醫及住院，提升醫療體系照護效能，落實分級醫療與轉診制度，計有 18 家醫院參與。

(5) 統計 107-108 年，完成醫院整合醫學科 40 小時專業課程訓練且通過醫院整合醫學科專科醫師甄審計 222 人。

2. 強化醫師整合醫療能力

(1) 調整 PGY 及專科醫師訓練計畫以確保住院醫師訓練品質：擬訂專科訓練應完成之學習項目、案例數及學習里程碑

(milestone)，發展多元訓練模式，建立以核心能力為導向之學習成效評量方法，以確保住院醫師訓練品質；另納入社區醫學、老人醫學及跨層級醫院之聯合訓練模式，並搭配專科住院醫師訓練容額之分配，鼓勵於訓練期間前往偏遠地區醫院進行臨床輪訓，以落實分級醫療並汲取偏鄉醫療服務經驗。

(2) 試辦醫院整合醫學制度 (Hospitalist)：鼓勵醫院發展住院整合醫學，以提升住院照護品質與效能，並可分擔專科醫師及住院醫師之工作負荷，自 104-109 年度，每年核定補助 15-21 家醫院辦理本項計畫。

(3) 辦理整合醫療照護人才訓練：培養具有跨專科別之整合照護能力專業人才，並強調整合網絡及整合醫療能力。108 年共 21 家醫院參與醫院整合醫學照護制度，計有 53 人完成醫院整合醫學科 40 小時專業課程訓練。

(4) 臨床技能評估模式：完成 24 家醫學臨床技能測驗考場之實地訪查作業。

- (5) 二年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫及住院醫師選配相關計畫：為提升新進醫師訓練品質，奠定全人醫療基礎，加強全人照顧之觀念與能力，並與專科訓練順利銜接，自 100 年起辦理一年期 PGY 訓練計畫，另因應 102 學年度入學之醫學系學制改為 6 年，自 108 年起辦理二年期一般醫學訓練計畫；為提升住院醫師招募效率、使醫學系畢業生專心接受畢業後一般醫學訓練，配合辦理畢業後一般醫學訓練選配計畫，讓住院醫師之招募及臨床訓練更符合民眾及國家政策需要。每年度約有 1,300-1,400 名學員報名選配作業。
- (6) 專科醫師訓練醫院認定計畫：完成 23 科專科訓練醫院之認定工作。

3. 醫事人力培育及人才羅致規劃

- (1) 醫事人力供需狀況評估：為了解各類醫事人員供需狀況，建立定期醫事人力評估機制，於 107 年委託國家衛生研究院執行「西醫師人力發展評估計畫」，並於 107 年 11 月 14 日及 11 月 20 日完成「西醫師人力發展評估計畫」焦點團體會議。於 106 年 2 月 23 日完成「心理師人力發展評估計畫」之結案事宜。
- (2) 遴選醫事人員出國進修經費：自 99 年起辦理「培育醫事人員出國進修實施計畫」，截至 107 年共薦送 12 位醫師、8 位護理師、3 位物理治療師、2 位藥師、2 位營養師及 2 位社工師出國進修；本計畫於 108 年 1 月 18 日完成公告，並於 108 年 5 月 21 日完成遴選結果，薦送 1 名醫師為期 2 年出國進修。截至 108 年男女比例為 10:20 針對歷年性別統計，99 年度女性 1 名、101 年度女性 1 員、102 年度男性 1 員女性 1 員、103 年度男性 1 員、104 年度男性 2 員女性 6 員、105 年男性 5 員女性 11 員、108 年男性 1 員。

- (3) 辦理醫事人員繼續教育及非醫事人員教育訓練：為精進醫療品質，提升我國醫事人員及非醫師人員識能，增進照護服務之全面性，本部委託地方衛生局辦理教育訓練課程，106 年辦理 81 場，參與人數約 9,239 人次、107 年辦理 160 場，參與人數約 28,855 人次、108 年辦理 99 場，參與人數約 11,241 人次，課程滿意度皆逾 90%。
4. 強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度，推動優良職場
- (1) 增加專科護理師人數：每年增加約 600-800 人，以輔助醫師執行臨床業務，並提升整體照護效率及品質，截至 108 年計 8,852 人取得專科護理師證書，執業率約 85%。另為接軌國際「2030 未來專科護理師制度」本部 109 年 7 月起啟動專科護理師人才培育作業，並同步提升麻醉護理人員執業品質與保障，增加甄審類別「麻醉科」，於 109 年 12 月辦理第一次麻醉科專科護理師甄審作業。
- (2) 檢討專科護理師執業範圍：依據護理人員法第 24 條第 3 項規定，專科護理師及接受訓練期間護理師，得於醫師監督下執行醫療業務，爰於 104 年 10 月 19 日訂定發布「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，並自 105 年 1 月 1 日施行。為使專科護理師執業範疇更符合臨床實務需求，經調查彙整專科護理師訓練醫院、直轄市、縣（市）政府衛生局及醫護團體意見，於 106 年 5 月 8 日修正擴大得於醫師監督下執行之醫療業務項目。
- (3) 外國護理人員留任策略，訂定並發展推動優質護理職場醫院特色競賽指標：
- A.106 年辦理推廣優質護理職場計畫，辦理 10 場講座，加強護理照護模式、排班最適化、與勞基法相關議題認識，促使醫療機構建立優質職場。

- B. 建立醫院住院照顧共聘模式，改善住院照顧品質與醫院人力有效運用。
- C. 為解決民眾住院生活照顧及經濟負擔，本部 106-107 年辦理「醫院推動住院病人友善照護模式輔導計畫」，推動醫院照服員「一對多」共同照顧模式，發展輔導指標，共 34 家醫院辦理並予以表揚；且已修正醫院照顧服務員管理要點，以強化照服員管理、醫院得設立專戶（基金）統籌管理，及維護照服員職場權益公告，公告指引手冊供醫院推動參考。108 年透過 4 場全國研討會及發行醫院與民眾版懶人包方式擴大宣導，並已納入 109 年醫院區域及地區醫院評鑑試評項目；依 8 月全國醫院共聘推動普查結果，目前已有 129 家醫院回復已推動（或正規劃推動）；下半年研議轉型智慧共聘制度，規劃「多對多」住院共照團隊模式，讓民眾可依照顧需求自聘照顧項目，並將導入智慧平台，提升管理效率與共管照顧品質。109 年推動住院照顧生態轉型，試辦「多對多」住院共照團隊模式，並導入資訊平台、發展指引，協助醫院推動因地制宜、因院創新之共照組合模式，建立本土共照組合模式。
- D. 試辦優質護理職場醫院，建立優質護理職場醫院認證機制：因應勞動基準法修法，本部與勞動部合作，於 106 年 4 月公告「勞動基準法下護理排班問答暨合理護理排班指引與範例」手冊，並配合 107 年勞動基準法部分條文修正通過，於同年 2 月製作護理排班懶人包與再次修編指引。為確保全國護理人員勞動權益，本部於 107 年 2 月 1 日開放「護理職場爭議通報平台」，供基層護理人員向中央主管機關反映不合理排班及職場爭議問題，期透過資訊透明、掌握第一線職場現況及強化查核輔導等方式，落實勞基法規定。

E. 公開醫院護病比資訊，及推動「住院保險診療報酬與護病比連動」與監督機制，以維護護理人員勞動權益：護病比資訊公開：105 年 7 月起每季公布特約醫院 VPN 登錄各月份之護病比，106 年 5 月改成每月。擴大護病比連動加成：106 年及 107 年擴大護病比連動加成級距，由原 9-11%（3 級）調整為 2-20%（5 級）。推動護病比入法：將全日平均護病比增訂於「醫療機構設置標準」第 12 條之 1 規範，並已於 108 年 5 月 1 日施行。

5. 充實並留置偏遠地區醫事人力

- (1) 補助偏遠地區醫院之支援醫師費用：自 105 年開辦充實醫師人力計畫，截至 108 年 10 月底止，計提供偏鄉離島地區醫院 7,864 節門診（服務 178,066 人次）、5,447 小時之急診時數（服務 7,247 人次）。105 年預算執行率為 95.01%、106 年為 79.28%、107 年為 90.99%、預計 108 年執行率為 100%。
- (2) 補助獎勵至原住民及離島地區開業之醫事機構：持續鼓勵醫事人員至原住民族及離島地區開業，並依「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業補助要點」及「離島開業醫事機構獎勵及輔導辦法」規定提供補助獎勵，105 年補助 12 家，106 年補助 5 家，107 年補助 7 家，108 年度第一階段補助 2 家，補助金額計 77 萬元，第二階段提出申請有 3 家，已於 108 年 11 月 18 日函送委員審查。
- (3) 開辦重點科別培育公費醫學生計畫：有鑑於未來人口老化及偏鄉醫師人力需求，本部於 105 年重啟公費醫學生培育計畫（重點科別培育公費醫師制度計畫），每年招收 100 名公費醫學生，並規定於完成內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科專科醫師訓練後，分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務 6 年，以充實偏鄉、離島地區之醫師人力需求。統計 107

年入學報到率已達 95%。108 學年度復學計 1 人，補助經費 8 萬 8,697 元整（經常門為 7 萬 8,697 元整、資本門為 1 萬元整）。

(4) 辦理地方養成公費醫學生計畫：持續辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，101-107 年每年約培育 20 名醫學生，108 年起增加為每年 50 名，於完成訓練後，優先分發至山地、離島地區衛生所（室）服務 6 年，充實該地區之醫師人力、提升在地醫療品質。「優化偏鄉醫療精進計畫」業於 108 年 11 月 12 日經行政院核定，刻正就「優化偏鄉醫療精進計畫」內容，研擬子計畫「公費醫師期滿留任獎勵計畫」相關申請作業規劃。

(5) 調整公費醫師分發服務規定，以區域為基礎並放寬支援規定，以統合人力運用。

(6) 提升重點科別住院醫師招收率：102 年內科、外科、婦產科、兒科、急診住院醫師招收率約 62%、76%、76%、89%、87%，至 108 年升至 82%、100%、100%、96%、100%，且留任率平均都逾九成；105 年增加補助神經外科，其住院醫師招生率均維持 100%，留任率自 105 年的 96% 提升為 108 年的 100%。

(7) 辦理醫學中心或重度級急救責任醫院支援醫療資源不足地區醫院獎勵計畫，並配合醫院評鑑制度改革，強化醫學中心任務指標，依據其支援醫院醫療項目發展重點，支援其所需之專科醫師人力，提升該區域醫療照護品質及人力資源效益。

(四) 「以病人安全為核心價值之醫療體系」

1. 革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制：

(1) 配合法規或政策推廣、輔導或宣傳：截至 107 年 10 月底，南區醫療區結合各機關團體辦理各式活動，配合設攤宣導和民

眾衛教共辦理 21 場次活動，合計 2,197 人次參與，平均每場 104 人參加，期許結合各式活動使不同人群、不同年紀的民眾都能更了解政府相關醫療衛生政策。

- (2) 改革醫院評鑑制度：檢討修正醫院評鑑基準，回歸以醫療品質與病人安全為核心，朝簡化評鑑條文、整併各類訪查與優化查證方式三大面向改革，為回應各界對醫院評鑑制度之批評與建議，本部於 105 年 5 月 20 日籌組醫院評鑑制度改革小組，確立醫院評鑑制度改革方案，醫院評鑑回歸以醫療品質與病人安全為核心，推展以病人臨床照護的系統性查證 (Patient Focus Method, PFM)，並以此精神簡化醫院評鑑基準，刪減非醫療核心之條文，免除醫護人員不必要的文書行政工作。
- A. 導入「以病人為焦點之查證方式 (PFM)」，著重實務面之評量，評鑑委員藉由病人照護流程之查訪，了解醫院實際 (日常) 作業過程與品質，並協助檢視潛在風險及提供改善方向。
 - B. 強化資訊系統填報功能，建構持續性監測制度，由醫院於平時監測醫療品質相關數據並定時回報。
 - C. 於 104 年度醫院評鑑基準及教學醫院評鑑基準，將醫院牙科照護與中醫照護納入評鑑基準，並辦理試評作業。同年並將住院醫師工時、三班平均護病比及安寧照護等相關條文納入正式評鑑項目。
 - D. 醫院評鑑制度「簡化」：108 年 4 月 18 日公告修正 108 年度醫院評鑑基準 (區域醫院、地區醫院適用)，除醫學中心之外，一體適用，將評鑑基準自 188 條 1,297 項評量項目，簡化為 125 條 570 項評量項目，減少幅度達 56%；保留護病比及 13 類人力共計 12 條評鑑基準，同時建立持續性監測指標

定期監測，如低於設置標準，則由地方政府衛生局依法查處，並輔導改善。

- E. 醫院評鑑制度「優化」：導入以病人臨床照護流程為核心的系統性查證方式（PFM），檢視醫院日常作業以貼近病人實際照護面；89.0%的受評醫院表示該查證方式有利於提升醫院醫療品質。
 - F. 醫院評鑑制度「日常化」：建立「醫院評鑑持續性監測系統」，落實醫療品質監控並融入日常化管理與改善。
 - G. 跨部會醫療衛生評鑑作業，朝項目減併、指標簡化、期程調整及精簡文書作業等方向進行，各項評鑑、訪查、認證依性質併入評鑑週與訪查週辦理，總項目由 40 項減少為 24 項，簡化幅度達 40%。
- (3) 完成發布 107-108 年病人安全工作目標：依目標值推廣並執行相關以病人安全為核心價值之品質提升工作，持續推廣醫病共享決策（SDM）政策，建立與更新決策輔助工具，以實證與病人參與為導向提升病人安全。
- (4) 整合及精簡各類評鑑、訪查、認證作業：進行跨單位協調及檢討，採項目減併、指標簡化、期程調整及精簡文書作業等方式，經檢討後，自 106 年起醫院每年以接受 1 項中央辦理之評鑑為原則。醫療衛生評鑑作業總項目由 40 項減少為 24 項，簡化幅度達 40%。106 年底針對 150 家受評醫院進行意見回饋調查，7 成醫院表示一週最多可接受兩類訪視，9 成醫院對簡化行政作業表示滿意，整體而言，98.8% 表示對聯合訪視制度規劃表示滿意。
- (5) 醫院醫事人力配置之檢討改善：醫院評鑑之人力相關指標已納入持續性監測系統，定期填報、及時查核，監督頻率將高於醫院評鑑 4 年一次之實地查核。為反映臨床作業之實務人

力需求，研訂醫院評鑑合理的人力指標，本部已完成委託辦理各類醫事相關人力之研析，據以作為 108-111 年醫院評鑑基準研修的參考。

2. 以實證與病人參與為導向提升病人安全：

(1) 持續辦理醫病共享決策推廣，建立與更新決策輔助工具：

A.107 年辦理推廣醫病共享決策觀念相關課程，共辦理 14 場次實體課程訓練 944 人次。

B. 完成更新 4 項重要主題編修及重製決策輔助工具（骨科、產科、心臟內科及氣管造口術），並各辦理 1 場工作坊，進行編修並建立更新機制。

C.107 年辦理決策輔助工具競賽，透過競賽宣傳 PDA 審查標準並徵求決策輔助工具，共計報名 178 件作品，實際收到 148 件作品，其中 129 件通過行政審查，經專家審查共選出 1 名金獎、4 名銀獎、6 名銅獎、14 名佳作、43 名入選，並邀請獲得佳作以上 25 件優良作品決策輔助工具授權開放供全國醫療機構無償使用，以達到資源共享。

(2) 進行參與醫院之醫療機構成效評估：為了解促使各機構持續參與 SDM 的動力為何因素，並藉由調查結果作為未來推動參考，其調查結果主要因素為：期望促進良好醫病關係 70%，顯示有近七成的醫療機構期望藉由推動醫病共享決策，提升醫病關係及促進醫病間良好溝通。

(3) 進行參與醫院之醫療人員成效評估：臨床照護過程中，臨床人員明顯感受到 SDM 帶來的好處進行調查，醫療人員最明顯感受的首要好處為：提升病人對醫療決策的參與程度佔 74%，顯示近年透過推動醫病共享決策，醫療人員在臨床照護與病人互動的過程中，已明顯感受到病人對醫療決策的參

與度已逐漸提高且同時透過參與醫療決策進而降低病人就醫的焦慮感。

- (4) 進行參與醫院之病人成效評估：為瞭解民眾接觸 SDM 與否之感受與期待，以患有心房顫動之民眾為研究對象，經醫師篩選符合之病人，使用原看診模式及使用決策輔助工具進行醫病共享決策模式進行看診後分組比較，運用 Ottawa 中 Decisional Conflict Scale 量表收集民眾之感受與看法。調查結果發現，有使用決策輔助工具進行 SDM 者，以「你是否肯定自己作出什麼選擇？」平均感受最高，於整體各題項間分析結果發現，使用決策輔助工具進行 SDM 之看法與感受程度顯著較原看診模式佳 ($p=0.0046$)。
- (5) 醫療品質及維護病人安全推動工作受世界各國肯定：德國貝特曼基金會將臺灣經驗納入其發表的跨國醫病共享決策國家策略調查研究報告，並對臺灣自 2015 年起推動醫病共享決策的成效評論「在極短的時間內，臺灣在廣泛實施 SDM 方面取得了令人矚目的進展，這似乎是因為衛生福利部以及財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會的強勁領導所發揮的作用」。
- (6) 病人安全工作目標及「臺灣病人安全通報系統」與「醫病共享決策影音平台」維護：
 - A. 自 94 年設置臺灣病人安全通報系統，每年持續維護並定期進行分析統計，104 年起通報件數均達 64,000 件，每季定期公布分析報表供各界作為病安改善參考；另外，為使醫界能互相學習，每年均依病安分析結果，選擇重大意外事件，製作多篇警示訊息或學習案例。

- B. 完成 105-106 年、107-108 年醫院版及診所版病人安全目標，包含執行策略及參考作法，使地方政府衛生局能針對醫療品質與病人安全設定共同之目標，以提升全國整體醫療品質。
 - C. 107 年針對我國就醫認知及行為進行調查，得知民眾已了解醫師對病情解說的重要性（93.4% 提升至 95.3%）、配合醫療人員在手術部位標記（94.2% 提升至 97.8%）及認同我國就醫過程是安全的（101 年 77.1% 提升至 104 年的 85.6%，並至 107 年 93.4%）等比例，均呈現逐年上升趨勢。而不同意我國就醫過程是安全的比例，則從 104 年的 11.3% 下降至 107 年的 6.2%。
 - D. 自 104 年起委託醫策會於全國推動「醫病共享決策」（SDM），4 年來共號召 260 家醫療院所參與實踐。
 - E. 透過年度籌組專家小組包括專案小組及工作小組，進行規劃相關作業，如年度 SDM 推廣主題方向、課程規劃、研議評估問卷，醫病共享決策平台運作等。
 - F. 搜尋國際執行醫病共享決策現況及推行策略經驗，以與國際接軌，與時俱進。收集包括美國、英國、加拿大、挪威等，以提供我國執行參考。
 - G. 持續辦理推廣醫病共享決策觀念相關課程，鼓勵醫院發展醫病共享決策輔助工具。
 - H. 辦理決策輔助工具競賽，透過競賽宣傳 PDA 審查標準並進行徵求決策輔助工具。
 - I. 在 107 年德國非營利組織貝特曼基金會 7 月出版的醫病共享決策國家策略調查研究報告中，推舉臺灣為「令人矚目且成果優異」的國家。
3. 發展智能醫療照護模式：

- (1) 發展智能醫院照護模式：106 年度建置智能醫療照護病人抽血輸血安全管理系統，提升加強病人抽輸血工作之辨識安全；建置智能醫療照護病人警示安全管理系統，結合護理站叫人鈴系統提供護理師數位化即時回應病人需求，提升臨床照護品質；建置生理監視智能系統及無線網路環境提升，協助醫療人員透過資訊設備監控，即時觀測病人狀況提升現有臨床照護品質；建置智能醫療照護系統及相關資訊設備提升，藉由資通訊科技輔助，提升居家照護業務作業自動化，增進社區預防醫療及居家醫療照護相關品質。107 年度建置智能醫療病人辨識系統，期透過資通訊技術協助血庫及檢驗採血流程之辨識功能準確度，提升病人安全保障及醫療人員臨床工作效率；建置個人化智能醫療照護系統，期以「醫療個人化服務應用」提供民眾就醫便利性，改善就醫體驗，延伸醫院醫療照護至居家，提供全人整合模式建立持續性關懷。108 年度推動所屬醫院護理資訊系統精進，期透過持續推動各所屬醫院護理資訊系統精進，提升護理人員工作便利性及民眾更完整的服務；充實遠距專科診療，期提升偏遠地區民眾醫療服務可近性，減少舟車勞頓，藉由本部所屬醫院相互支援發展遠距診療系統，補充本部部分偏遠離島醫院之醫療服務。
- (2) 精進健康存摺功能：103 年 9 月 25 日 1.0 版上線，初期僅電腦 IE8.0 以上可使用，提供近一年門住診資料，當日申請，隔日下載，至 103 年底計 6,308 使用人次，隨後陸續新增 11 種醫療類、3 種保費資料，當日申請，10 分鐘內可下載，至 104 年底計 29 萬使用人次；105 年 7 月 2.0 版上線，持續精進健康存摺內容，新增手術資料及用藥資料，內容增至 14 種醫療類；107 年增加四癌篩檢結果資料、自行登錄自費健康

檢查結果、兒童預防接種時間提醒及推播功能、健康存摺體驗版及醫療檢查影像查詢或下載，下半年亦將增加「手機快速認證」功能。截至 107 年 11 月底，健康存摺使用人數約 99 萬人，使用次數約 918 萬人次。

- (3) 107 年度規劃醫療健康資訊實務（已於 107 年 12 月 27 日完成議價，預計執行期程 8 個月），就「醫事憑證管理中心未來發展之研究」及「醫療院所應用區塊鏈進行同意書數位化管理」進行研究，預計可達成醫事憑證管理系統（HCA）自主營運之執行方案，並訂定各階段重要工作里程碑，另藉由區塊鏈技術及智能合約，提升民眾同意書授權之即時管控與效率，並確保其個人資料之安全與正確，加速整體跨域整合應用。
- (4) 建構醫療機構內資訊整合機制：106 年委託臺中及高雄榮總 2 家醫學中心，規劃與推動：
- A. 委託臺中榮總發展如何減少無法於 24 小時內完成電子病歷簽署之問題、減少簽署電子病歷的時間、運用行動憑證整合現行醫護人員醫療服務流程。
 - B. 委託高雄榮總導入醫事人員行動憑證管理機制、導入電子病歷簽章行動化及病人安全事件通報與管理。
 - C. 委託社團法人臺灣醫學資訊學會分別就「個人健康紀錄互通標準之研訂」與「我國電子病歷與醫療資訊交換共享之政策發展研究」分別進行研究，除於現行公告之醫療健康交換標準外，建立 1 項個人健康紀錄互通標準草案，並規劃有效營運模式進行雛型建置與試辦，另提出 2 個方案作為具體改善醫療資訊交換的方向，及 5 年策略藍圖目標。
 - D. 107 年「醫療院所應用區塊鏈進行同意書數位化管理計畫」委託「社團法人臺灣社區醫療整合照護學會」以臺北市立聯

合醫院、亞東紀念醫院及連江縣立醫院三定醫院為跨院際之實作場域，每家醫院各有 1 組同意書 AP Server、同意書區塊鏈節點及資料庫（為「健康福祉整合照護示範場域推動計畫」之 SQL Server）。本計畫 3 區塊鏈節點與「健康福祉整合照護示範場域推動計畫」區塊鏈 5 節點形成 8 節點之聯盟鏈並協同運作。確認區塊鏈技術是完全符合能確保資料的完整性、身分鑑別及不可否認性的電子技術，以此方式進行同意書簽署是符合電子簽章法的精神。為了強化使用區塊鏈技術進行同意書數位簽署的適法性，本計畫參考數位簽章的憑證實務作業基準，進一步設計身分認證者的角色，納入類似憑證註冊審驗人員（RA Officer, RAO）的確認機制，使整體設計與身分認證機制更為嚴謹，也為後續其他新興電子技術應用提供先例，促使更多的創新應用發展。

- (5) 研發傷病族群醫療照護服務模式或產品及規劃 PHR 服務模式或產品認證機制：106 年在「建立醫院示範場域，促進相關產業發展」分別委託花蓮慈濟醫院及臺灣健康資訊交換第七層協定協會辦理，成果如下：
- A. 花蓮慈濟醫院：完成以醫院急性後期的連續性智慧整合進行研究，引導臺灣資通訊產業與醫療照護產業的新創場域。
 - B. 臺灣健康資訊交換第七層協定完成與汐止國泰醫院合作，藉由發展雲端轉診、轉檢串連偏鄉之雙溪衛生所，以智慧醫療創新示範模式，照顧慢性病民眾；成立智慧健康專案辦公室，完成國內重要智慧醫療及健康照護發展趨勢評估報告，並就個人健康紀錄（PHR），於雙和醫院辦理個人健康檢查報告應用試辦，以及舉辦智慧醫療與個人健康紀錄應用創意企劃競賽。

C.107 年委託「臺灣健康資訊產業整合協會」進行「醫事憑證管理中心未來發展之研究」，並提出「醫事憑證管理中心未來發展建議」：可應用於綁定醫療院所內部醫護人員之差勤管理、行政服務、公文等；可規劃應用於當前之長期照顧體系之相關人員或行政人員；不建議採納收費制度，須提升誘因使用；結合於其他憑證譬如自然人憑證以及未來的新 eID；導入其他技術譬如生物辨識科技、雲端憑證；跨產業上的技術與管理合作譬如保險業等後續的研擬評估與規劃發展。

4. 強化非訴訟之醫療糾紛處理方式：

- (1) 輔導醫療機構建立關懷機制：截至 107 年底，全國 483 家醫院皆有設立醫療糾紛關懷小組或有類似機制。為建立醫療事故外部關懷機制網絡，協助基層醫療院所於醫療事故發生後即時提供病家所需溝通、說明、關懷與協助，輔導 6 個縣市，計 8 個醫師公會建立醫療爭議關懷小組及相關機制，另亦輔導醫療群或醫事法律學會、律師公會等建立溝通關懷支持網絡。設計醫病溝通關懷服務單張，提供醫療機構使用，使民眾認識訴訟外醫療爭議處理管道。建置「醫療爭議關懷資源專區」網頁，建立諮詢專線，提供人才庫媒合、資源轉介、醫療關懷與諮詢服務。
- (2) 強化醫療（助產）機構醫療爭議關懷服務機制之功能：編製醫療爭議關懷人員相關訓練課程內容。辦理關懷人才共識營及培訓工作坊共 5 場，培訓關懷人員 172 人，參與人員均認為課程很重要且對提升能力有幫助。為強化臨床醫療人員熟悉生產事故關懷及溝通實務，辦理 3 場次「生產事故溝通關懷講習」，共計 249 人。
- (3) 輔導強化地方主管機關醫療爭議調處機制：編製醫療爭議調解人員及評析意見訓練課程內容。辦理 5 場次調解人才共識

會及培訓工作坊，共培訓調解專家 134 人；另辦理 2 場次評析及醫事專業諮詢專家共識及研習會，培訓 136 人，參與者均認課程內容於實務很重要且有幫助。辦理「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，建立醫法雙調處模式，提供第三方專家意見，強化醫療爭議調處品質及效能，106 年度調處成功率為 32.9%，107 年度為 40.5%；並與法務部合作於臺中、臺南、彰化試辦刑事庭前調處機制。

- (4) 推動生產事故救濟：生產事故救濟條例自 105 年 6 月 30 日施行，截至 108 年 10 月底止，計收到 887 件申請案，扣除不符申請要件退件之 28 件，計受理 859 件，完成審議 786 件，其中 743 件符合救濟給付規定，救濟金額總計新臺幣 3.83 億元，救濟比率 95%，並有效減少 60% 產科醫療訴訟，間接促成婦產科住院醫師回流，近 3 年平均招收率達 99%。建置醫療爭議處理及生產事故救濟資訊系統，管理相關案件並產出相關統計報表。
- (5) 強化醫療糾紛鑑定流程及人才：本部依醫療法受理司法或檢察機關之委託鑑定案件，自 101 年起案件量呈現下降趨勢，與 107 年底案件量相較，減少約 37%。鑑定案件平均回復時間，自 101 年約 9-10 個月，至 108 年約 6 個月，縮短 40%，並累計培訓 1,545 名初鑑醫師。建置醫事糾紛鑑定資訊系統，管理鑑定案件並產出相關統計報表。
- (6) 產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型：102 年起開始辦理產後護理機構評鑑，107 年底產後護理機構共 266 家，計 99 家機構接受評鑑，評鑑合格者 83 家 (83.84%)，評鑑不合格者 16 家 (16.16%)。107 年度辦理 2 場產後護理機構評鑑說明會及 1 場產後護理機構評鑑成果發表會，另檢視產後護

理機構及坐月子中心定型化契約應記載及不得記載事項，納入地方考評項目。

(五) 「健全法規制度發展」：

1. 檢討醫療法規推動策略：

- (1) 開發與維護醫事相關資訊整合管理系統：輔助各縣市政府衛生局熟習新醫事管理系統之介面與操作，分別於 108 年 7 月 26 日及 7 月 29 日辦理 2 場醫事管理系統教育訓練。改善系統本身之效能，於 108 年 5 月 21 日完成磁碟陣列汰換及資料移轉作業，以提供更快速、更穩定之系統效能。持續增修醫事管理系統各功能及型態別，以符相關法令之規定。
- (2) 蒐集先進國家（如美國、英國、澳洲等）法規，並參考各國規定進行差異分析，完成「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷之對策分析」研究報告，並包含 5 項以上法規修正草案建言。
- (3) 依據目前系統效能問題、作業流程、使用者問題及法規變更，提出改善措施及系統效能評估指標，並完成各項教育訓練及系統修正。
- (4) 辦理病人自主權利理念宣導及相關規定研訂等實施前之準備：我國病人自主權利法於 105 年 1 月 6 日發布，已於 108 年 1 月 6 日施行，本部於 107 年委託中華民國醫師公會全國聯合會辦理「建置病人自主權利法相關配套機制計畫」，以建立病人自主權利配套機制及諮商制度，及醫事人員相關訓練課程標準。為使該法順利實施，本部於 107 年 10 月 3 日發布「病人自主權利法施行細則」、「預立醫療決定書」及「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」，於 108 年 1 月 11 日公告「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」等配套法規。病人自主權利法所列 5 種臨床條件及具體判斷

標準已研訂完成。於 106-107 年「建置病人自主權利法相關配套機制」舉辦大型政策宣導 3 場、7 場預立醫療照護諮商人員訓練 7 場；108 年「推廣病人自主權利照護模式計畫」已辦理 44 場民眾宣導活動、8 場預立醫療照護諮商人員訓練課程。

- (5) 為建立預立醫療照護諮商制度，統籌規劃並使民眾及醫事人員對病人自主權之預立醫療照顧計畫有相關認知，本部亦補助財團法人中華民國（臺灣）安寧照顧基金會辦理「推廣病人自主權利法照護模式試辦計畫」，107 年完成辦理 14 場種子人員訓練、65 場民眾宣導活動，並邀集 65 家醫院作為預立醫療照護諮商試辦機構。
 - (6) 於 107 年 10 月 3 日發布提供「預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」及「病人自主權利法施行細則」等子法規，並同日公告「預立醫療決定書」範本，提供各醫療機構參考執行。
 - (7) 提升醫療機構廢棄物處理能力：107 年委託辦理「輔導醫療機構資源回收再利用及查核共同清除處理、再利用機構污染防治計畫」，於 105-107 年完成 202 家反廢棄物清理法及水污染防治法等規定之醫療院所追蹤輔導及 12 家廢棄物處理機構之查核。107 年 32 家違規醫療機構之追蹤改善及完成 106-107 年 157 家違規醫療機構之後續追蹤。
2. 促進醫療法人之發展，提供永續醫療照護服務：
- (1) 辦理 110 家醫療法人實地輔導訪視及財務報告審查作業，及 104 家醫療法人之財務報告審查作業，以有效監督、輔導醫療法人董事會組織運作及財產管理。另規劃建置醫療法人資訊管理系統，以即時掌握醫療法人申報資料之異動情形。

- (2) 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施：106年3月22日發布修訂醫療機構設置標準第13條，限制法人所設醫院附設之門診部，以離島或原住民族地區為限；配合醫院門診部回歸醫院總額，107年醫院總額編列4億元之專款予以補助。
 - (3) 修訂醫療法人相關法規及制度：為強化醫療財團法人監督管理，促其善盡社會責任，擬具「醫療法部分條文修正草案」，修正重點包含「強化公共監督，健全董事會治理」、「加強醫療財團法人財務資訊公開透明」及「要求醫療財團法人善盡社會責任並擴大公益投入」，於106年5月17日立法院社福衛環委員會完成逐條審查，共計通過10條，保留7條（含立委提案）交付黨團協商。修正「醫療財團法人董事選任辦法」第7條及「醫療法人財務報告編製準則」。配合財團法人法於108年2月1日施行，增訂相關法規如「醫療財團法人會計處理準則」、「年度工作計畫及報告編製辦法」、「資料電子傳輸辦法」、「對個別團體、法人或個人所為獎助或捐贈得超過當年度支出百分之十之金額限制規定」、「登記之財產總額或年度收入總額達一定金額應建立內部控制與稽核制度及財務報表應經會計師查核簽證與訂定誠信經營規範之一定金額規定」及「誠信經營規範指導原則」等。
 - (4) 建置醫療法人資訊管理系統：初步完成建置醫療法人資訊管理系統並辦理教育訓練。
3. 建立支持器官捐贈及移植之網絡環境：
- (1) 簽署「器官捐贈同意書」，並註記於健保IC卡累計人數達44.8萬人。建置及維護器官捐贈移植分配系統、喪葬補助系統，保障器官分配公平性。擴大器官捐贈移植配對：制定施行器官摘取移植手術管理辦法、活體腎臟交換配對移植手術管理辦法及心臟停止死亡後器官捐贈參考指引。完成境外器

官移植調查，建立查核機制。建立國家級器官保存庫（眼庫及皮膚保存庫），並建置臍帶血資訊媒合平台，以發揮眼角膜移植國內自足、皮膚敷料暫被保存需求及臍帶血應用效益最大化。

(2) 102-106 年預立同意器官捐贈人數微幅下滑，然多數縣市之預立同意器官捐贈人數皆有成長；截至 2019 年 4 月 1 日，全國預立同意器官捐贈總計 418,590 人。

(3) 101-107 年器官捐贈人數自 193 人逐年增加為 327 人；各類器官中以肺臟佔多數、各類組織中以眼角膜佔大宗；心臟、肺臟、眼角膜、皮膚之捐贈案例數有微幅成長，其他器官或組織則多有減少情形。

(4) 98-107 年肝、腎臟活體捐贈移植例之累計數分別為 4,158 例及 1,117 例；移植例數有微幅下降趨勢，腎臟之移植例數呈增加情形。

(5) 108 年 1-4 月有效等候接受器官移植病人為 9,646 人、接受大愛器官/組織移植計 233 人、大愛器官捐贈總人數為 74 人、大愛器官（組織）捐贈總例數為 258 例。

(6) 102 年成立「臺灣國家眼庫」，從 104 年的 404 例，107 年截至 12 月 24 日 482 例，國人捐贈角膜數目逐年成長。

(7) 持續辦理捐贈者家屬關懷及悲傷輔導服務，每年分區辦理家屬關懷活動，104 年至 107 年每年平均出席人數為 480 人。

4. 促進生物醫療科技發展：

(1) 統計至 108 年，共有 31 家人體生物資料庫獲本部許可設置，在地區的分布上，計有北部 15、中部 5、南部 9、東部 2；設置的特色為申請設置的機構，有政府機關、醫療或學術機構、研究機構及法人；檢體來源多元，包含常見慢性疾病、癌症、罕見疾病等參與者血液，蠟塊和冷凍組織以及臨床資

訊等豐富資料，另有健康參與者作為對照組；由於已有人體生物資料庫管理條例的法律，並有嚴格的個資管控規範，以及商業利益回饋機制，人體生物資料庫之檢體和醫療資訊，為無法律疑義的被學術界和產業界所安心運用的高品質醫療資訊和檢體。

- (2) 為建置國家級生物資料庫整合平台，行政院吳政忠政委於 107 年 3 月 7 日、5 月 28 日及 7 月 12 日邀請本部、中央研究院、國家衛生研究院及臺北醫學大學代表研商人體生物資料庫合作聯盟可行性。
- (3) 前述整合平台，擬採類似倉儲物流服務之營運模式，鼓勵國內現有 31 家生物資料庫加入，同時亦應建立一致性的檢體與資訊之品保、品管標準及流程，未來亦將提供加值應用服務，對內（參與之生物資料庫）、對外（欲申請使用之國內外產學研醫界）提供單一服務窗口，經由透明且公開之機制，匯集各家生物資料庫所持有之檢體及資訊，供外界申請運用。
- (4) 醫療機構人體研究倫理審查會、人體生物資料庫及醫用粒子治療設備之定期訪查、不定期追蹤、輔導、資料蒐集分析及教育訓練課程：委託辦理「高科技醫用粒子治療設備之品質管理計畫」，作為建置醫用粒子治療設備品質指標及後續管理之政策規劃參考。成立「醫用粒子治療設備監督會」，定期召開會議，促進醫用粒子治療設備之安全運作審查及監督管理。截至 108 年底，醫用粒子治療設備設置計畫已核准 12 案，2 案已正式啟用，10 案持續建置中。
- (5) 建立生醫科技管理機制及辦理人體生物資料庫、人體試驗案件等審查會議：辦理醫療機構之人體研究倫理審查委員會定期查核、不定期追蹤及輔導等相關作業。組成人體研究倫理

審查會查核制度專家諮詢小組，協助檢討、研修查核作業程序、查核基準、查核資料表及評定標準。藉由查核制度已整體帶動我國人體研究倫理審查委員會之運作品質，並確保各審查會落實標準作業程序建置，以提升人體研究倫理審查委員會審查品質及受試者保護之目的。於 106--108 年度查核 IRB 家數如下：106 年度總計 35 家數；107 年度總計 35 家數；108 年度總計 20 家數；至 108 年底已召開 13 次醫事審議委員會（醫療技術小組）共審議 49 件次之人體試驗案。

5. 健全美容醫學管理與發展並兼顧醫病關係：公告 16 項「美容醫學處置之同意書及說明書範本」，內容包含醫師之聲明事項、病人之聲明事項、病人詢問及醫師答復內容紀錄欄位、醫師專科別及專科證書字號欄位。並於 104 年將輔導查核美容醫學診所使用同意書納入地方衛生局督導考核，輔導率達 100% 且未符合者均已由地方衛生局進行輔導改善。105 年公告醫療法第 86 條第 7 款之「以其他不正當方式為宣傳」範圍。107 年修正「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，就 7 項風險性高之特定美容醫學手術，規範執行手術醫師資格及醫療機構應遵行事項，同年我國美容醫學醫療院所概估家數，診所為 1,186 家，醫院為 130 家，共計 1,316 家。108 年由醫策會開辦診所美容醫學品質認證。
6. 活絡國際醫療衛生政策交流及合作：
 - (1) 委託辦理「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫」，107 年度共培訓來自 14 個國家共 132 人次之國外醫事人員（迄今共培訓來自 65 個國家共 1,480 人次之國外醫事人員）。
 - (2) 委託辦理「醫療器材援助平臺計畫」，募集全國醫療院所堪用之醫療儀器，配合外交政策捐贈友邦或友好國家，107 年度

完成 7 件捐贈案，共計 301 件醫療器材（迄今共完成 106 件捐贈案逾 5,000 件醫療器材）。

- (3) 臺灣國際醫衛行動團隊於 107 年 5 月與羅慧夫顱顏基金會合作，並與長庚醫院顱顏中心、雅加達醫療團隊赴印尼龍目島馬塔蘭大學醫院辦理顱顏醫療團隊培力計畫，完成 31 例唇顎裂患者手術，並進行醫療技術交流及衛教活動。
- (4) 辦理「2018 臺灣全球健康論壇」(2018 Global Health Forum in Taiwan)：於 107 年 10 月 28 至 10 月 29 日舉行，計有 11 位衛生部部次長與會，共 31 國 63 位高階衛生官員與國際醫衛專家共同參與，論壇 2 日合計的出席總人數達 1,035 人。本年論壇為 2005 年起舉辦以來，國內外與會人數最多的一年，可見透過論壇持續多年舉辦，已有效建構一個立足臺灣且放眼國際之醫療衛生專業交流平台。
- (5) 辦理需求導向之醫療衛生援助計畫：
 - A. 106 年度已執行計畫分別為「泰緬邊界暨桂河醫院醫療合作」、「印尼亞齊省 Syiah Kuala University 第三年公衛合作計畫」、「2017 寒期柬埔寨王國服務隊」、「蒙古肝炎防治與感染管制訓練專班」，以及「106 年度推展非洲地區迦納國家衛生醫療合作計畫」等計畫。107 年度已執行計畫分別為「107 年推展非洲地區迦納國家醫療衛生合作計畫」、「推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」、「臺蒙國際醫療交流合作計畫」、「2018 年宏都拉斯義診及醫學交流計畫」、「衛生福利部雙和醫院與俄羅斯西伯利亞聯邦臨床研究中心國際衛生合作計畫」，以及「印尼顱顏醫療團隊培訓計畫」等計畫，促進我國民間團體與各組織發展夥伴合作關係，推廣我國衛生醫療軟實力，與世界潮流接軌。108 年度已執行計畫分別為「2019 宏都拉斯義診及醫學交流」、「108 年度推展非洲地區衛生醫

療合作計畫」等計畫。106 年及 107 年持續辦理「國際醫衛援助分享會」，邀請我國醫療院所及執行國際醫衛援助之相關單位出席，透過主題演說、標竿學習及討論分享等方式，進行國際醫衛合作經驗交流。

- B. 臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA) 為本部及外交部共同成立之任務編組，配合外交政策辦理國際醫衛合作與緊急醫療援助工作；自 95 年成立起曾赴海地、尼泊爾等地提供震災災後援助，亦積極與國內外 NGO 合作辦理援助計畫，拓展國際援助網絡，迄今共執行 35 次任務。106 年至 108 年與亞洲醫師協會及羅慧夫顱顏基金會合作，赴印尼辦理顱顏醫療團隊培力計畫，進行醫療技術交流及衛教活動；並赴越南河內國家兒童醫院，捐贈鼻咽內視鏡等醫療器材，強化該院語言治療設備能量，提升整體治療照護品質。
- C. 委託辦理「醫療器材援助平台計畫」，募集全國醫療院所汰舊堪用之二手醫療儀器，並配合外交政策捐贈友邦或友好國家，106 年至 108 年共完成 21 件捐贈案共 1,501 件醫療器材（迄今共完成 36 國 120 件捐贈案，共 6,407 件之醫療器材）。
- D. 持續辦理「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心 (TIHTC)」計畫，106 年至 108 年共培訓 361 人次(男性：152 人次；女性：209 人次)之國外醫事人員（中心成立迄今培訓來自 68 個國家共 1,657 人次之國外醫療衛生人員）。
- E. 為了更有效率地與國際社會分享臺灣公共衛生及醫藥專業之成就，且為使世界各國可以就國際間重要衛生政策發展趨勢及友邦當前醫療衛生問題與需求，共同交換意見並分享經驗，本部國際合作組、國民健康署與外交部持續共同辦理「臺灣全球健康論壇」，迄今已邁入第 15 年。論壇每年皆依

據聯合國及世界衛生組織（WHO）當前之重要衛生議題、全球衛生現況與未來發展等方向，制定當年度會議主題，並邀請各國衛生部部長、次長、高階衛生官員，與 WHO、歐盟和聯合國等國際組織合作密切之國際知名公衛專家，共同進行研討，亦期望透過此論壇累積我國國際衛生人脈，以利未來建立良好之合作關係。

- (6) 建置國際友好交流平台：於 107 年 8 月 20 日至 8 月 31 日辦理「中高階衛生福利行政人員工作坊暨臺美衛生福利圓桌會議計畫」，由本部暨所屬機關、部立醫院、地方衛生局等 14 位中高階主管赴美交流，與美國聯邦與各州數十位衛生福利部門高階官員、非政府組織首長及衛生福利專家學者，就當前重要的衛生福利議題，舉辦多場研討會及圓桌會議，進行專業交流及深度討論，建立臺美衛生福利良好互動及策勵平台。並實地參訪美國官方衛生福利機關、非政府組織、毒癮防治法庭、北卡生技發展中心、精神復健機構、杜克大學癌症醫學中心等，了解美國衛生福利組織運作模式，並拓展我國衛生福利中高階主管之國際視野，提升人才培育之效益，俾利未來制定相關政策之參考。並於 108 年 5 月邀請 7 位美國衛生福利界之高階官員來臺交流召開研討會，並參訪我國重要衛福機關，建立雙方友好互動平台；並安排本部長官赴美進行公開演講及圓桌會議，與美國聯邦及各州高階官員、NGO 領袖辦理多場圓桌會議，分享彼此實務經驗，宣揚我國衛生福利重要成就。

三、執行檢討

(一) 「健康照護體系之定位」

1. 整合性居家醫療之轉銜照護亟待整合：即使醫院提供出院準備服務，病人離開醫院到社區後，各種醫療和長照服務能否順利連結和持續輸送，才是挑戰的開始。
2. 醫院出院準備之服務量能與內容均不足：出院準備端和長照中心、基層診所、長照服務提供者的連結薄弱。
3. 目前醫事人員的每千人醫事人員數配比偏低，醫療集中化的現象使社區欠缺從醫院端釋出之社區照護需求的能力。
4. 整合性居家醫療之實際收案情形仍待提升：其困難包括溝通平台缺乏、工作時間與人力不足、給付與用藥、醫療糾紛等，且最大困境為社區端缺乏資源協調者，使服務銜接與連結困難。
5. 各區域依當地醫療資源情形，發展特色醫療服務模式，惟各區域僅於試辦縣市執行。
6. 由試辦縣市衛生局依當地醫療資源及發展特色，醫院成功轉銜社區基層醫療照護及開放醫院與基層醫療機構合作家數皆逐年成長，已見初步成效。
7. 臺灣承襲華人文化，社會風氣依然避諱談論死亡議題，病人於嚴重傷病時，或其家屬才瞭解安寧緩和醫療照護內涵，難以理性並充分思考生命末期照護決策，107 年度癌症死亡前 1 年接受安寧療護之比率雖已達 61.4%，惟八大非癌症末期患者死亡前 1 年接受安寧療護之比率僅有 15.3%，顯示安寧緩和療護觀念除加強對八大非癌症病人宣導外，更要提早對一般健康民眾、早期患者實施善終教育。
8. 偏鄉離島地區因地理環境特殊，地域差異性大，醫療資源分布不均，導致居民無法得到完善用藥照護，藉由增加受過專

業培訓之藥師投入照護服務，並加強與醫師專業合作檢視居民用藥問題，共同保障民眾用藥安全。

9. 在變化快速的數位時代，將配合時下流行媒體趨勢，規劃整體性媒體策略，強化用藥安全知能傳播。
10. 由於國際交流合作涉及面向較廣，較難有可量化之長期評量指標，未來可針對特定國際藥事團體建立長期穩定關係，以及建立藥事服務國際交流合作機制，深化我國於國際間之能見度及發言權，並提升我國藥事執業專業能力。
11. 「108 年建構基層健康促進工作者專業核心能力之線上教學模式計畫」後續將繼續進行數位教學影音檔案之製作，於 108 年 12 月中旬進行期中報告，並預計於 109 年 3 月進行期末報告。
12. 因應原住民族及離島地區所需維護醫療資訊系統之衛生所家數逐年增加，未來將逐年微調升經費，以符合在地需求。
13. 為強化原住民族及離島地區衛生所（室）及巡迴醫療點網路基礎建設，於 106-109 年透過前瞻計畫提升前開點位網路頻寬至 100M 或當地最高網速，以提升醫療資訊及影像傳送品質，惟因應前開計畫於 110 年後退場，故編列經費支應衛生所（室）及巡迴醫療點網路連線費用，以維持當地網路品質。
14. 金門、連江及澎湖縣三離島縣自 107 年起實施航空器駐地備勤計畫，空轉後送次數與去年同期相比明顯增加，並縮短空中轉診航行時間，顯示航空器駐地備勤之必要性。為強化空中轉診作業送接審三方醫療資訊交換及共同決策，自 108 年起規劃建置空轉後送遠距會診平臺，除透過資料介接及病人書面同意下取得病人電子病歷與健保醫療資訊雲端查詢系統就醫資料，作為空中轉診醫療專業判斷，並提供多方視訊會

診功能，以利送接審三方醫師討論空中轉診必要性。該系統已於 108 年 10 月全面啟用，新舊作業模式轉換過渡期持續輔導使用者作業。

15. 本部將於 109-112 年推動從生命歷程的基礎架構「優化兒童醫療照護計畫」。為強化對低出生體重兒的照護，國健署於上述計畫中已納入低出生體重兒返診追蹤計畫，將建立全國性區域低出生體重早產兒追蹤關懷中心，發展低出生體重兒返診追蹤關懷模式，爰不續提醫療網計畫。
16. 新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫，已納入常態性補助計畫，爰不續提醫療網計畫。
17. 現行營建署相關建築無障礙法規與醫療機構設置標準中，除醫院與衛生所訂有規定外，基層診所尚無相關規範，以致無法提高身心障礙者就醫可近性，不利推動分級醫療。新住民來自不同國籍別、語言別需求也不同，加上個案就醫之醫療院所與科別差異大，難以每個機構皆配置不同語言別之通譯人員提供服務。
18. 為結合地方資源，推動部落社區健康營造中心計畫，截至 108 年已建置 73 個部落社區健康營造中心，推已具成效，惟近 10 年各營造中心補助上限維持 50 萬元，扣除營運所需費用後不易調整營造中心經理人薪資，造成營造中心無法留住人才。

(二) 「全面提升緊急醫療救護體系與網絡」

1. 近年來，因全球氣候變遷與社會活動改變，新形態或複合式災難屢屢發生，如高雄氣爆、八仙塵暴、宜蘭火車出軌及南方澳跨港大橋斷橋等。突顯緊急醫療應變及災難醫療訓練極為重要。未來將透過持續建立及精進集中教育訓練架構及培訓模式，並結合六區緊急醫療應變中心，規劃完整及一致性

之災難醫療救護訓練架構及課程。俾提升各區緊急醫療應變人員之知能與技能。

2. 賡續委託建置「臨床毒藥物諮詢中心」計畫，由國內醫學中心與重度級急救責任醫院，提供 24 小時全天候中毒個案諮詢與化學災害傷患中毒臨床診斷協助，建構完整臨床中毒醫療應變團隊，以因應急診醫護人員與一般民眾毒物中毒事件及時線上支援，降低突發事件可能的人命損失。近年來新興毒品中毒案件仍頻傳，在中毒緊急救治與緊急醫療特定解毒劑調度等基礎及持續教育訓練與防治宣導努力下，面對臨床中毒事件，期許該中心持續扮演醫院急診緊急醫療服務良好夥伴關係；惟近年來有志投入臨床毒物科的醫師人數銳減，「臨床毒藥物諮詢中心」計畫益顯重要，除政府持續挹注經費成立中心外，加速推動職業醫學科、家庭醫學科等專科別醫師，投入毒物科，維持各類中毒案件緊急醫療照護服務。
3. 為健全醫療救護體系，全面盤點地方縣市災難醫療的量能，並督導計畫經常門及資本門經費之使用期程。
4. 每年度配合國際醫療技術指引及我國醫療資源之變化，辦理醫院緊急醫療能力分級評定標準修正，以更能符合醫療環境與促進各急救責任醫院精進醫療品質與效率。配合醫院評鑑簡化，及落實行政院簡化各類評鑑制度之政策，區隔醫院評鑑與緊急醫療能力分級評定之查證內容，不重複。並與醫院評鑑整併進行，於同一週辦理，降低醫院之負擔。
5. 自動體外心臟電擊去顫器（AED）設置效益評估：參考衛福部統計資料，截至 108 年 12 月，全國計 10,587 處設置有 AED，102 至 108 年合計使用 550 次，108 年度通報使用 63 次，其中現場曾恢復心跳共 22 筆（約佔 35%），有明顯成效，宜再評估 AED 之設置效益。

(三) 「改善醫事人員執業環境，充實醫事人力」

1. 醫療垂直整合銜接照護試辦計畫執行期間，因病人下轉意願低、收案個案病情相對複雜、用藥品項多、基層診所銜接照護較難收治及執行醫院對於病人就醫資料收集困難等因素，尚難顯現執行醫院個案對於門、急診及住院頻率等醫療資源運用情形。
2. 醫事人力招募及留任不易。持續改善醫療執業環境，針對自主性與選擇性較受限制之住院醫師，已自 108 年 9 月 1 日納入勞基法適用，另推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，將工作契約、職災補償、退休保障及醫療業務風險保障等納入規範，以保障醫師勞動權益，維護病人安全。
3. 住院醫師選配相關計畫，每年度選配成功率均達 9 成以上。
4. 持續辦理醫事人員出國進修，針對教學醫院所遴選出人員，實施出國進修，並於返國後推動該領域發展之目標。
5. 專科護理師筆試及口試甄審之品質及訓練醫院之訓練品質良莠不齊，且執業範籌各醫院不同。
6. 宜善用護理人力：108 年底護理執業人數有 17 萬 5,029 人，在醫療機構服務佔 81%，在護理機構及精神復健機構只佔 8.42% 及 0.15%，領證的 29 萬名護理人員中，僅有約 60% 有實際執業。107 年護理人員離職率 10.04%、執業率 59.39 及每千人口執業數 7.18 人，與國際相較仍有改善空間，且醫院普遍反映招募困難。
7. 有效強化偏鄉離島地區急重症醫療服務，落實在地化醫療，減少病人及家屬舟車勞頓之不便。充實醫師人力計畫雖已有具體成效，並有效提升偏遠離島醫院門、急診診次及服務量，惟該等地區尚有羅置專科醫師困難之情形，故仍於九期

醫療網規劃持續編列此預算，以提供偏鄉離島地區所需之醫療服務，增加當地居民就醫可近性。

8. 本部持續辦理醫學系公費生復學之補助，統計 106-108 年共補助 2 名，目前尚有 1 位公費生休學中，1 位就讀醫學系 5 年級。
 9. 為強化醫療在地化，辦理原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，截至 108 年已培育 1,106 位公費醫事人員，109-110 年將持續擴大招生，醫事人員服務期滿留任於當地服務約 7 成。
 10. 因環境、教育、文化衝擊影響公費醫師之返鄉服務意願。
 11. 「優化偏鄉醫療精進計畫」於 108 年 11 月 12 日經行政院核定，子計畫「公費醫師期滿留任獎勵計畫」將儘速於 109 年公告，以銜接新舊公費醫師制度空窗期間之醫師人力。
 12. 為鼓勵醫事人員至原住民族及離島地區開業，補助開業獎勵每家最高 50 萬元，截至 108 年底共補助 101 家（原住民族地區 44 家，離島地區 57 家）。
- (四) 「以病人安全為核心價值之醫療體系」
1. 醫病共享決策觀念相關課程之教育訓練場次有限，觸及廣度不足。
 2. 參與醫病共享決策推廣之各類醫療院所中，基層醫療院所之參與度仍待提升。
 3. 多數醫療院所僅重視開發決策輔助工具，較缺乏臨床運用實務經驗。
 4. 醫病溝通需依不同區域人口特性而有不同因應方式，需促進區域內的經驗交流。
 5. 發展本部所屬醫院智能醫療照護模式時，因相關需求將影響本部所屬 26 家醫院醫療流程，為求審慎規劃均經醫福會資

訊管理小組委員協助研商及規劃，以致影響辦理期程，嗣後將提前進行相關規劃作業積極辦理。

6. 改革醫院評鑑制度：

- (1) 實地評鑑作業完整資訊化：醫院評鑑申請及申報作業已陸續開放醫院評鑑管理系統 (<https://mci.mohw.gov.tw>)，採線上填報。在評鑑資料繳交的部份，也由繳交紙本，改以光碟或隨身碟方式繳交資料電子檔。為持續簡化受評醫院在評鑑準備作業的負擔，將規劃系統可直接受理受評醫院上傳評鑑資料，並持續強化系統檢核、除錯（如：有無漏填）功能以確認資料完整性。同時規劃建置「線上評量系統」，藉由系統協助在實地評鑑的過程中，能即時登打成績及意見內容，或於系統中建置 PFM 的訪查路徑、歸納條文組合或是其他成績、意見表登打檢核功能，以提升評量的效率。
 - (2) 實地查證優質化：為優化評鑑制度，104 年度醫院評鑑實地查證導入「以病人為焦點的查證方式」，受評醫院及評鑑委員對於此實地查證方式均給予支持及肯定。為達委員運用 PFM 查證方式之一致性，規劃研發經營管理組及醫療照護組交叉查證之模組及查證工具。於教學醫院評鑑方面，同時開發「以病人為焦點的查證方式」之教育訓練模式，規劃教學醫院評鑑實地查證方式。同時亦可將相關的資訊彙整成教材，供未來儲備評鑑委員訓練使用。
7. 因應醫療環境變動，持續修訂更新病人安全目標，並加強臺灣病人安全通報系統（Taiwan Patient-Safety Reporting System，以下簡稱 TPR）通報資料分析模式，發掘病安重要議題，以發展原因分析及降低風險相關策略。

8. 為改善多數醫療機構僅重視開發醫病共享決策之決策輔助工具，較缺乏臨床運用實務經驗，強化臨床運用實務經驗訓練更為需要。
9. 為加強基層參與醫病共享政策，可結合醫師公會或在地單位之例行活動，辦理相關推廣，以提升醫病間有效溝通。
10. 醫病溝通需依不同區域的人口特性而有不同因應方式，需進一步推動區域內實務經驗交流分享。
11. 未來將儘量集中經費就醫療機構內資訊整合標準化進行研究，以為醫療機構資訊整合介接參用。
12. 發展本部所屬醫院智能醫療照護模式時，因相關需求將影響26家醫院醫療流程，為求審慎規劃均經醫福會資訊管理小組委員協助研商及規劃，以致影響採購期程，致使辦理進度較為落後，爾後將提前進行相關規劃作業。
13. 為更有效進行資訊整合及迅速帶動智慧醫療產業可考量配合政策發展遠距診療相關周邊系統及穿戴裝置等執行方案。
14. 依調查顯示，醫療事故發生後，民眾與醫療機構對於是否提供關懷服務之時點及內容存在認知落差，顯示仍有強化醫療機構關懷人員說明、溝通及關懷訓練之必要。
15. 協助基層院所提供外部溝通、說明與關懷支持網絡之布建，仍待強化。
16. 地方主管機關辦理調處之執行效率及品質已有提升，惟部分執行內容仍有提升之空間，例如爭點整理以釐清問題、提供內部人員關懷機制、區域內醫療專業人才不足等，均待改善。
17. 為確保訓練課程之品質並符合醫療爭議處理之實際需求，各項課程內容應依實際辦理情形進行滾動式檢討修正，俾切合實需。

18. 為解決醫病雙方對醫療爭議處理之困境，並將生產事故救濟執行之成功經驗擴大至全國醫療爭議事件，爰本部於 101 年及 107 年持續提出以非訴訟途徑解決紛爭相關法案，惟迄未完成立法，除持續推動立法外，尚可參考英國、澳洲等先進國家成功機制，推動建立國內醫事爭議保護與支持機制，創造社會多贏。
19. 醫療爭議處理及生產事故救濟資訊系統屬新建置系統，受限於政策變動及預算不足等因素，後續仍需依政策規劃及資訊安全規範進行系統功能擴充與增修。
20. 有關醫事鑑定案件之處理，雖平均鑑定時程有縮短，惟鑑定所需作業時間、流程透明化及品質之提升等情，依司法改革國是會議結論，仍有持續改善空間。
21. 醫事糾紛鑑定資訊系統之資料蒐集、統計分析及管理運用功能尚有不足，仍有持續維護及擴充功能之必要。
22. 110 年產後護理機構加入實地災害情境演練符合實際需要，擬增編預算列。

(五) 「健全法規制度發展」：

1. 病人自主權利法之配套措施及大眾認同仍待努力：
 - (1) 病人自主權利法於 108 年 1 月 6 日正式施行，宜訂定明確、可執行之配套措施，如訂定施行細則、提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法、諮商人員訓練課程大綱等；另有關宣導部分，如何提升大眾對病人自主權利法的認知，為 107 年度重要推動政策之重要目標。
 - (2) 現行法規制度與臨床執行現況尚有落差，需研擬修正相關法令條文與相關配套機制；預立醫療照護諮商資源分布不均，需加速預立醫療照護諮商機構拓點。各機構之預立醫療照護諮商流程標準不一，無法於諮商前提供意願人之必要資訊，

諮商時充分說明預立醫療照護內容。醫事人員及民眾對於病人自主權利認知度不足，需加強推廣。

2. 器官捐贈及預立器官捐贈情形仍待加強：
 - (1) 器官捐贈及預立器官捐贈人數停滯，且每月平均約有 50 人撤銷器捐註記，實際執行捐贈情形仍有進步空間。
 - (2) 器官捐贈人數雖逐年增加，但待移植人數仍偏高：截至 108 年底，全國共 9,904 人等待器官捐贈，其中以腎臟等待人數最多，共有 7,663 人，其次為肝臟與眼角膜，分別為 1,087 人與 844 人。
3. 人體生物資料庫之收案量及應用仍加強：目前臺灣已有 33 機構建置經本部核可的人體生物資料庫，然大部分收案量低，與產官學研界交流性低；於 108 年建置「國家級人體生物資料庫整合平台」擬透過橫向連結國內各生物資料庫數據及單一申請窗口，提升申請量能及加值數據。
4. 美容醫學相關規範管理不易：
 - (1) 依醫師法之規定，凡具醫師資格者，均得執行各項醫療業務。又醫療業務在性質上本為一體，無法嚴格分割，早期並無限制進行美容醫學醫師之資格，許多醫師選擇自行開業進行美容醫學，在高達 1,000 多家美容醫學醫療機構中，有些醫師之資歷經驗可能未充分揭露，另外對於美容醫學可能風險是否對民眾詳加說明及麻醉安全性等，皆容易造成糾紛。
 - (2) 美容醫學相關技術及產品推陳出新，加上資通訊科技發展，相關之醫療廣告在內容及方式上也日新月異，造成管理不易，為擴大客源，經常過度行銷，或是在內容上誤導消費者，造成糾紛。

5. 「醫療法部分條文修正草案」仍未經立法院審查通過，將持續檢討醫療法人管理相關法令及制度，並適時研擬並提出修正草案。
6. 財團法人法於 108 年 2 月 1 日施行，需配合該法及相關法令規定監督及健全財團法人之組織及運作，惟為有效達成業務監督，以現有機關人力配置，執行效益尚有不足，實有部分業務委外辦理之需要，並需配合該法及相關法令規定辦理年度資料報備、資料公開及資料電子傳輸作業，爰需開發相關資訊管理系統功能以資因應。
7. 現行已有「人體生物資料庫管理條例」及相關配套法案如「人體生物資料庫資訊安全規範」及「人體生物資料庫商業運用利益回饋辦法」，未來將盤點我國人體生物資料庫現行法規制度現況與產官學研界加值應用需求落差，並依據前述現況與需求落差分析，研擬修正相關法令條文、標準化產業應用申請程序與相關配套機制。
8. 國內醫用粒子治療設備自第 1 案啟用至今已 4 年，關於設備營運狀況、治療病人效益等應進行通盤檢討，以作為後續管理之參考。目前國內多數醫用粒子治療設備仍為建置階段，應積極研議細部管理機制，因應後續更多高風險設備之啟用，以保障病人安全。
9. 目前臨床人體試驗案希望提升 IRB 的審查效率，有效縮短個案審查時間，並使計畫主持人與研究廠商減少申請時往來的補退件時間。國際上對於受試者的保護日益重視，應逐步擴大 IRB 對研究案件的管理與監督範圍。
10. 我國自 2017 年未能受邀以觀察員身分出席世界衛生大會（WHA），而臺灣位於東亞樞紐，人員往來頻繁，因此容易發生傳染病原跨國傳播、交互感染，然而，臺灣無法出席

WHA 及全面參與 WHO 相關技術性會議、機制及活動，使我國取得疫病及醫衛資訊之時效多有延宕，資訊內容亦不完整，形成全球衛生安全體系及健康人權的嚴重缺口。

11. 為維護國人健康權益，擬擴大辦理活絡國際醫療衛生政策交流及合作相關事務，強化與國際盟友建立實質夥伴合作關係，以與全球共同實現全民均健的願景，使全體國民不論身處何地，均能享有整體性、持續性及周全性的健康照護服務，並在 2030 年前落實聯合國「永續發展目標」第 3 項 (SDG 3)：確保全人類各年齡層健康與福祉。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

第一章 重塑以價值為基礎之醫療服務體系

第一節 檢討病床分類及功能定位

第二節 建構急性後期照護體系

第三節 優化醫療品質管理機制

第四節 公立醫院體系之定位與強化

第二章 完善全人全社區醫療照護網絡

第一節 推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務網絡

第二節 提升原住民族及離島地區健康照護服務品質與效率

第三節 發展多元友善就醫環境

第四節 強化兒童初級醫療照護品質與健康管理

第三章 建構更具韌性之急重難症照護體系

第一節 精進區域急重症醫療體系與緊急事件應變

第二節 持續強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療量能

第三節 深化社區緊急醫療應變能力與災難救助量能

第四章 充實醫事人員量能改善執業環境

第一節 精進醫事人員培育及整合照護能力

第二節 提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任

第三節 改善醫事人員執業環境

第四節 改善專科護理師及護產人員職場環境

第五節 強化非訴訟之醫療糾紛處理

第五章 運用生物醫學科技強化醫療照護效能

第一節 加速智能科技於醫療照護應用

第二節 建立精準醫療照護環境

第三節 推動再生醫學及新興醫療科技發展與法規調適

第六章 加速法規調適與國際合作

第一節 醫事機構及人員管理全面電子化

第二節 推廣醫事人員繼續教育線上學習

第三節 促進醫療法人健全與永續發展

第四節 強化國際醫衛政策交流及合作

二、分年執行策略與分工

年 度 項 目	110 年	111 年	112 年	113 年	執行 單位
一、重塑以價值為基礎之醫療服務體系					
檢討病床分類及功能定位	1.檢討及評估我國未來病床需求 2.調整各類病床之配置比例與管理				醫事司
建構急性後期照護體系	1.檢討各層級醫療機構之功能與任務 2.規劃建置急性後期照護制度 3.試辦周全性、持續性、協調性之急性後期照護模式				醫事司
優化醫療品質管理機制	1.革新醫院評鑑品質管理機制 2.建立夥伴關係深化病人安全文化 3.輔導及提升醫療機構永續發展能力				醫事司
公立醫院體系之定位與強化	1.部屬醫院之使命及政策任務 2.強化公立醫院角色功能				附屬醫療及社會福利機構管理會
二、完善全人全社區醫療照護網絡					
推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務網絡	1.發展區域內醫療機構之整合性健康照護服務網絡 2.發展居家（在宅）醫療服務網絡 3.鏈結長照資源提供一站式服務 4.強化社區安寧、器官捐贈及移植支持網絡				醫事司
提升原住民族及離島地區健康照護服務品質與效率	1.強化原住民族及離島地區衛生所（室）健康照護服務 2.提升原住民族及離島地區在地醫療照護量能 3.強化離島地區空中及救護船緊急後送服務 4.促進原住民族及離島地區健康照護研究發展及跨域合作				護理及健康照護司
發展多元友善就醫環境	1.推動高齡友善健康照護機構 2.推動延緩失能長者之醫院友善照護模式 3.提升身心障礙者與新住民等特殊需求者就醫權益 4.推動藥事多元照護服務				醫事司、國民健康署、食品藥物管理署
強化兒童初級醫療照護品質與健康管理	1.發展家庭為基礎的幼兒專責醫師制度 2.推展脆弱家庭育兒指導服務方案 3.強化兒科醫師初級醫療照護及兒童發展評估能力 4.建立低出生體重兒登錄系統，完善追蹤關懷服務				醫事司、社家署、國健署
三、建構更具韌性之急重難症照護體系					

年 度 項 目	110 年	111 年	112 年	113 年	執行 單位
精進區域急重症醫療體系與緊急事件應變	1.提升戰情中心智慧化資訊分析能力，強化緊急指揮調度機制 2.整合區域緊急應變中心，提升緊急醫療救護電子化 3.優化臨床毒藥物諮詢中心功能與智慧化				醫事司
持續強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療量能	1.精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備 2.整合重症醫療照護網絡，建置重症資源調度機制 3.強化區域聯防，提升偏鄉緊急醫療量能				醫事司
深化社區緊急醫療應變能力與災難救助量能	1.提升公共場所 AED 效能，完善社區「生存之鏈」 2.普及急救與災難教育訓練，擴大社區參與 3.整合地方縣市緊急應變量能，強化社區防災工作				醫事司
四、充實醫事人員量能改善執業環境					
精進醫事人員培育及整合照護能力	1.醫師及各類醫事人員人力評估，據以調整政策 2.強化醫師及醫事人員畢業後訓練符合社會需要 3.專科及次專科醫師訓練制度改革 4.持續推動醫院整合醫學制度暨垂直整合銜接照護計畫				醫事司
提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任	1.優化公費醫師培育制度挹注偏鄉醫師人力 2.改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援 3.推動遠距醫療提升資源不足地區之就醫可及性				醫事司、 附屬醫療 及社會福 利機構管 理會、健 保署
改善醫事人員執業環境	1.落實住院醫師勞動權益保障 2.推動受僱醫師勞動權益保障法制化 3.檢討醫院各類醫事人員合理配置 4.強化醫療機構醫療暴力防範措施				醫事司
改善專科護理師及護產人員職場環境	1.推動護理人員多元角色發展 2.改善護產執業環境與執業率				護理及健 康照護司
強化非訴訟之醫療糾紛處理	1.建構醫療事故關懷支持系絡，促進醫病互動正向關係 2.推動醫療事故預防及醫療事故爭議處理法制化 3.優化醫事鑑定處理效能，提升鑑定作業流程透明度				醫事司
五、運用生物醫學科技強化醫療照護效能					
加速智能科技於醫療照護應用	1.建構遠距醫療照護環境 2.推動智慧醫療及照護體系品質管理				醫事司、 資訊處、

年 度 項 目	110 年	111 年	112 年	113 年	執行 單位
	3.發展智能醫院照護模式 4.建構醫療機構內資訊整合機制 5.推動智慧科技於藥事服務及用藥安全之運用管理				附屬醫院 及社會福 利機構管 理會、食 品藥物管 理署
建立精準醫療照 護環境	1.整合我國生物研究資源，推動國家級生物資料整合系統 2.推動我國基因檢測技術發展及相關配套機制 3.檢討及修正人體研究相關法規				醫事司
推動再生醫學及 新興醫療科技發 展與法規調適	1.發展新興醫療技術 2.持續推動新興醫療科技及特定醫療技術法規管理 3.強化美容醫學及品質管理				醫事司
六、加速法規調適與國際合作					
醫事機構及人員 管理全面電子化	1.優化醫事管理系統，提升醫政管理效率 2.研修醫療機構電子病歷製作及管理辦法促成全面電子化 環境 3.辦理遠距醫療及遠距醫事服務法規研修				醫事司、 資訊處
推廣醫事人員繼 續教育線上學習	1.整合醫事人員繼續教育課程資訊 2.建置醫事人員繼續教育學習平台 3.辦理衛生人員線上學習課程				醫事司、 國民健康 署
促進醫療法人健 全與永續發展	1.精進醫療法人管理制度，建構彈性調適機制 2.布建電子化資訊系統，提升監督管理效能 3.輔導醫療法人善盡社會責任與創新永續發展				醫事司
強化國際醫衛政 策交流及合作	1.持續建置國際友好交流平台 2.推動及辦理國際醫衛合作相關事務 3.培育國際醫衛人才並促進國際醫衛經驗交流 4.活絡國際藥事服務交流及合作				綜規司、 國合組、 食品藥物 管理署

三、計畫執行步驟與方法

第一章 重塑以價值為基礎之醫療服務體系

第一節 檢討病床分類及功能定位

人口結構老化為 OECD 國家共同面臨之議題，在醫療需求增加之際，多數已開發國家並未因應人口老化而增加病床，病床數反而呈下降趨勢。2018 年臺灣邁入高齡社會（老年人口比例達 14%），國家發展委員會推估 2019 年死亡數超過出生數，社會快速老化及少子化的問題應更重視；依據國發會發表的中華民國人口中推估，2018 至 2040 年臺灣人口將減少 112.9 萬人，老年人口增加 333.4 萬人，年輕人減少 370.6 萬人；2040 年之後間隔 6 年、5 年、5 年、4 年、4 年，臺灣人口會分別再下降約百萬人，預估至 2064 年人口約 1758.5 萬人。

相較於 OECD 國家，目前我國人口結構相對年輕，人均急性病床數卻略高於其中位數，未來因著少子化出生人口數的快速遞減下，即使不再增加病床，病床亦將呈現自然增加；另有國內研究顯示，我國 2004 年病床數已高過國際相同條件下的平均水準，且病床利用效率仍有改善空間。部分歐美國家為因應財務壓力及醫療照護模式的改變，多以朝向提升醫院經營效率、健全社區照護體系、減少醫院病床數之方向發展。

全球多數已開發國家因應人口結構高齡化及少子女化，致長期照顧需求增加，為避免非必要或社會性住院，採取發展長期照顧體系，並配合減少或調整病床分類之策略，以減緩急性醫療照護體系之負擔。我國為即將迎來超高齡社會準備，應全面檢討評估我國未來急性住院病床需求，並依醫療網規劃之各醫療區域特性，及區域人口變化趨勢與醫療需求推估，發展因地制宜之策略，逐步調整急性期、急性後期及慢性期等各類病床之適當配置比例，並健全管理

機制，以促進病床資源之運用效益。

一、策略做法

(一) 檢討及評估我國未來病床需求

國內每萬人口病床數相較於其他國家醫院病床數高，為因應青壯年人口逐年減少及區域人口變遷，致醫療資源分佈更趨失衡之情形，除依人口數比例規劃全國病床資源外，尚需依個別地域人口數及老化程度，規劃合理之配比與管理機制，以促進病床資源之運用效益。

1. 蒐集並整合既有統計資料，結合地理資訊系統，繪製醫事機構數、病床數、人均病床數、占床率等病床配置與利用情形之相關指標統計地圖，檢討我國病床配置及醫療資源供給現況。
2. 以本土實證資料評估住院病人對於不同功能病床之實際需求。
3. 依據未來人口推計數及相關本土參數，推估未來（2025、2050年）各類病床需求及理想分布。

(二) 調整各類病床之配置比例與管理

1. 檢討病床重分類：依病床功能屬性研議整合醫學急診後送病床納屬一般病床；加護病床、燒傷病床、燒傷加護病床、嬰兒病床、急性結核病床、精神加護病床、普通隔離病床、正壓隔離病床、負壓隔離病床、骨髓移植病床、性侵犯累加害犯強制治療病床、手術恢復床等特殊病床歸屬高度急性病床；新增亞急性病床，包含急性後期照護床、慢性呼吸照護病床、亞急性呼吸照護病床、安寧病床；日間手術、急診觀察床、血液透析床、腹膜透析床則歸屬日間病床。
2. 配合醫療機構病床的重新分類，修訂相關法規及管理機制。
3. 根據我國民眾未來就醫各類病床需求之推估，發展各區域逐

步調整或轉換醫療機構病床配置之藍圖與策略。

二、預期效益

藉由適時重塑 (re-shape) 我國病床資源配置，規劃合理之配比與區域分佈，改善急性病床之低利用率及低價質醫療服務，活化病床使用效益，進而促進醫療體系之效率及效能。

三、預算

檢討病床分類及功能定位等相關業務，第 1 年約需 6,000 千元 (經常門 6,000 千元)，第 2 年至第 4 年各約需 70,000 千元 (經常門 70,000 千元)，4 年合計約需 216,000 千元 (經常門 216,000 千元)。

第二節 建構急性後期照護體系

全球衛生醫療保健支出逐年上漲，然而低價值醫療可能導致醫療費用上升、病人身體與心理傷害、壓縮高價值的醫療服務資源供給，因此，若能減少低價值醫療利用及降低急性住院日數，應能減少非必要治療與後續相關醫療費用支出，減緩醫療保健負擔，俾利全民健康保險永續經營。

參照鄰近國家日本與我國 65 歲以上人口比例的變遷對照，顯示我國現在的人口高齡化比例，是相當於約 25 年前的日本 (1995 年約 14.6%)，且約 20 年後 (2038 年) 我國即將和日本現在的超高齡社會人口比例 (2019 約 26.8%) 相近。復鑑於日本在這歷來的高齡政策演進中，於 2000 年代發展創設「恢復期復健病房」(集中復健專門病房)，以強化復健服務，減少急性醫療資源的耗用，並促進病人身心機能到生活機能的恢復，使能順利回歸社區或居家自主生活為目標；亦規劃建立社區式整合照護系統，以周全式的確保提供多職能團隊之醫療照護服務，及預防、居住、日常生活的支持，以利老人 (即時失能更嚴重) 都可以在熟悉的家中環境度過晚年，致力於減少急性後期需求者或長照個案的罹病與住院。執行迄今近 20 年

累積許多寶貴的經驗與成效，實可作為我國規劃未來超高齡社會所需之醫療體系政策的借鏡與參考。

反觀我國現今之醫療保健照護模式係以急性醫療及長期照顧為兩大主軸，法規、財務各自獨立，但如欲達成以病人為中心的全人全社區之照護體系，發展急性後期照護（post-acute care, PAC）則扮演重要之關鍵，以填補急性醫療與長照間存在之照護縫隙。PAC 是透過積極的跨專業領域照護，以功能回復為目標，幫助病人發展獨立生活的能力、改善生活品質、減少對醫療及社會服務之需求，使病人順利回歸社區。我國因人口老化趨勢加速，醫療照護需求隨之快速增加，加以慢性恢復期病人佔用急性一般病床的現象普遍，或缺乏積極進行復健之整合性機構或計畫，形成醫療資源的無效使用。爰此，本期醫療網計畫除檢討現有病床之分類與定位外，亦規劃建構完整之急性後期照護（復健）體制，以改善病床使用效能，並提供病人連續性的照護需求，減少病人短期內再住院，或後續嚴重失能而入住長照機構。

一、策略作法

（一）檢討各層級醫療機構之功能與任務

1. 藉由各醫療區域相關計畫強化基層醫療服務品質，與醫院及社區長照資源間之多元合作，參與並增進社區健康照護服務之量能。
2. 相關醫療政策規劃除納入導引民眾聰明就醫習慣及自我健康意識外，並朝向以降低醫學中心或區域醫院之輕症服務負荷，使得以回歸教學、研究及重難症照護之本質，全面提升醫療照護體系之服務效能與韌性，以因應突發性之醫療照護挑戰。

（二）規劃建置急性後期照護制度

1. 重新審視及檢討醫療體系納入急性後期（復健醫療）照護，

前瞻性建構「以人口群為中心」的健康照護服務。

2. 依人口結構發展趨勢，評估所需急性後期照護之常見疾病或處置，分析相關需求。
 3. 規劃建立復健（集中復健專門）病房、社區整合性照護病房等多元模式的急性後期照護網絡，輔以合宜的健保財務支付機制，及多職能專業團隊之人力培訓以提供適切服務。
 4. 逐步發展急性後期（復健）醫療鏈結社區照護一體化網絡，強化各類型服務機構間之連結，應用統一之評核策略，規劃個案各階段之健康計畫，適時提供完善的轉介，同時完備轉銜交班作業，使個案不需奔波，而是隨各階段之發展，於各級機構接受不同階段之照護計畫，達成回歸社區，健康生活之目標。
- (三) 試辦周全性、持續性、協調性之急性後期照護模式
1. 擇定本部部立醫院參照日本復健醫院周全性的全責照護模式，進行前瞻復健（病房）醫院試辦作為示範之標竿醫院，以利後續推廣之參據。
 2. 檢討現行「急性後期整合照護計畫」，導入本部部立醫院試辦計畫成果（疾病種類、收案、照護期限放寬、疾病嚴重度加成、品質指標），規劃適當合理的財務支付制度。
 3. 融合長期照護體系發展資源，擴展社區式居家照護，以利全方位的轉銜接軌照護。

二、預期效益

- (一) 建立急性後期照護（復健）體制，以改善病床使用效能，並提供病人連續性的照護需求。
- (二) 減少病人短期內再住院，或後續嚴重失能而入住長照機構，降低急性病床的低利用率佔床，甚或是不當耗用，促進醫療資源運用效能。

三、預算

辦理急性後期照護模式相關計畫，每年約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元），4 年約需 16,000 千元（經常門 16,000 千元）。

第三節 優化醫療品質管理機制

本部為提升國內醫療技術水準，及強化醫院醫療品質與管理制度，自 77 年起即依據醫療法第 28 條規定，辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑，經多年努力，已由傳統的「結構面」、「專業品質」評鑑逐漸轉為以整體醫療服務成果表現為觀點，著重「流程面」、「結果面」及「以病人為中心」、「強調病人安全」的方向，奠定我國醫療服務品質得與國際並駕齊驅的重要基礎。因應未來環境變遷及健康照護體系發展等需要，除持續滾動式修正評鑑基準，導引醫院強化復原力及應變力，及適時檢討評估評鑑對於醫院監控品質改善策略，亦須規劃適度公開醫院評鑑資訊，促使醫院評鑑資訊透明化，提供醫院間的精進學習，亦可作為民眾就醫選擇的參考。

另，隨著人類生活型態改變，全球氣候變遷改變傳染性疾病的傳染途徑與分布之區域，病毒與致病性微生物不斷適應、變異，使得各種新興傳染病不斷發生。2003 年出現嚴重急性呼吸道症候群（severe acute respiratory syndrome, SARS），醫院內感染的案例已成為國際上重大威脅健康之新興傳染病。又 2019 年 12 月爆發嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情，國際間陸續發生嚴重院內感染群聚事件。因此，為降低發生院內感染風險，醫院應落實醫院評鑑制度加強新興傳染病感染管制及防疫措施。

基於醫療照護系統的高技術性、高專業性以及各個元素間的緊密互動性，潛在錯誤或系統性失效對民眾就醫安全是一大威脅。我國自 2004 年起著手建置臺灣病人安全通報系統（TPR），以「匿名、自願、無究責、保密、共同學習」為宗旨鼓勵各界參與，近期

每年都約可收納超過 7 萬件不良事件通報量，經校正後每年約有 6 萬件左右的收件量，本部將運用 TPR 資料庫辦理案例學習、警示訊息、制定年度工作目標及教育訓練等作業，以降低重複的錯誤在不同醫事機構間重複發生，並進一步建立醫療機構正向環境及納入新興傳染病對策。

近年歐美國家盛行醫病共享決策（SDM），以實證醫學為基準，強調最佳研究證據、臨床專家經驗以及病人家屬的期待下，提供以病人為中心之醫療服務，可強化醫病雙方的溝通，提供病人及家屬足夠的資訊作為決策參考依據，達成雙方治療共識，進而提升民眾對病人安全與醫療品質之參與程度，並有助事前釐清雙方認知差異，共同掌握治療病情利基，減少未來意見衝突情況發生。

復隨著 ICT 資訊產業以及物聯網的快速進展，智慧醫療透過即時、流通的資訊，可以讓醫療體系更優化。國內許多醫院皆已開始導入智能系統提供醫療更便捷安全有品質的服務，已成為醫院智能系統運作管理的新趨勢。因此，該科技技術運用在醫療服務之趨勢，對病人醫療照護所產生的可能風險與影響，在病人安全管理政策上亦應同步予以密切關注，適時防護。

目前依護理人員法向衛生主管機關申請並核准立案之產後護理機構，提供護理服務，為提升產後護理機構品質，確保產婦及嬰兒安全，本部於 102 年起針對產後護理機構辦理評鑑，積極宣導民眾慎選合法立案機構。

一、策略作法

（一）革新醫院評鑑品質管理機制

1. 持續參與國際評鑑專業機構相關會議、論壇之交流及研討，積極汲取國際新知及品質管理趨勢。
2. 滾動式研修評鑑制度及評量基準，持續整合各式訪查內容，減少重複評核。參採重要時事議題朝深化基準之修訂，亦因

應當前國家衛生政策與法規制度之發展，納入因應疫情的感染管制與醫療整備、智能化醫院、多元友善就醫環境及共聘照護制度等內容，以符實需。

3. 擴大日常化、資訊化無紙作業模式，減輕臨床醫療相關人員之負荷，回歸臨床照護服務之本質。
 4. 適時檢視醫療機構人力配置，逐步整合醫院評鑑持續性監測與健保等相關品質指標，適度介接醫事管理系統、健保資料庫等資料，簡化指標收集及評量作業，建立公正客觀之品質監測機制，帶動整體健康照護品質優質化。
 5. 產後護理機構評鑑
 - (1) 依據護理人員法及護理機構評鑑辦法每年辦理產後護理機構評鑑，促進產後護理機構照護品質，透過評鑑領航及輔導產後護理機構照護安全與管理效能特色發展，促進護理機構品質標竿學習與自我品質管理。
 - (2) 依據每年度產後護理機構評鑑作業程序，辦理當年度產後護理機構評鑑相關作業。
 - (3) 辦理產後護理機構評鑑說明會及機構防火避難安全研習會，包括評鑑基準內容、夜間災害情境演練計畫，並著重加強機構的安全防火避難教育訓練，提升安全相關知能，協助機構進行風險辨識與（風險）溝通作業落實。
 - (4) 辦理產後護理機構評鑑成果會，邀請專家或委員進行當年度評鑑分享，透過分享使機構注意未來評鑑應注意事項，並落實平日之管理，使其持續性改善。
- (二) 建立夥伴關係深化病人安全文化
1. 關注國際發展趨勢，精進病人安全工作目標（含新興傳染病相關對策）及臺灣病人安全通報相關系統。
 2. 鼓勵 TPR 通報，加強推動重大病安事件之根本原因分析機制

(RCA)，以實證方式分析病安事件，研擬改善措施保障病人安全。

3. 培訓重大病安事件根本原因分析報告審查或諮詢輔導人員，協助醫療機構找出系統性的問題或風險。
 4. 建立國內醫療機構正向執業環境，提升員工復原力 (resilience)，讓員工得以安心工作。
 5. 推廣民眾或病人參與病人安全議題，宣導運用本部相關平臺資源，以多元化素材輔助醫病溝通及參與醫療決策。
 6. 鼓勵醫院之醫療團隊參與醫病溝通或醫病共享決策相關課程，並促進跨院之經驗交流。
- (三) 輔導及提升醫療機構永續發展能力

為有效配合環保署「資源回收再利用推動計畫」之執行而擬定，藉從輔導面、法規面、及執行面等面向分頭進行探討及推動醫療機構之資源回收再利用工作，協助達成我國環境永續發展之願景。推動資源回收再利用制度而言，係以「源頭減量」及「物質循環再利用」的觀念與方式來減少廢棄物的產生，同時亦考量能源及資源之節約性，因此在歐美先進國家以及部分深具環保意識之優良企業早已開始倡導與實施減量 (Reduction)、資源回收 (Resource Recovery)、再使用 (Reuse) 以及再循環 (Recycle) 等觀念。

1. 輔導醫療機構廢棄物、廢水之自主管理、辦理廢棄物與廢水污染防治實務管理研討會及針對違反環保法令之醫療院所進行輔導改善及追蹤。
2. 持續辦理醫療機構違反廢棄物及廢水環保法令輔導作業 (含環保法規、污染防治及室內空氣品質相關之研討)，並檢討修訂相關法規。

二、預期效益

- (一) 完善以病人安全為核心價值，醫療服務品質優質化。
- (二) 加強產後護理機構的管理與評鑑，維護產婦健康照護品質及嬰兒健康安全。
- (三) 持續優化醫療品質管理，民眾就醫感受愈趨正向，醫療紛爭愈趨下降，醫病關係愈趨良性互動。
- (四) 完成「資源回收再利用推動計畫」，建立醫療機構資源回收再利用之能量。妥善處理醫療機構產出之廢棄物及廢水，降低違規事件，避免環境二次污染。

三、預算

- (一) 辦理醫院評鑑相關作業規劃，及持續性監測指標系統建置等工作，每年約需 45,000 千元（經常門 43,000 千元，資本門 2,000 千元），4 年合計約需 180,000 千元（經常門 172,000 千元，資本門 8,000 千元）。
- (二) 產後護理機構評鑑，每年約需 6,200 千元（經常門 6,200 千元），4 年合計約需 24,800 千元（經常門 24,800 千元）。
- (三) 推動病人安全工作目標、醫病共享決策及「台灣病人安全通報系統」與「醫病共享決策影音平台」維護等相關工作，第 1 年約需 35,000 千元（經常門 32,000 千元，資本門 3,000 千元），其餘 3 年分別約需，38,000 千元（經常門 33,000 千元，資本門 5,000 千元）、41,000 千元（經常門 34,000 千元，資本門 7,000 千元）、44,000 千元（經常門 35,000 千元，資本門 9,000 千元），4 年合計約需 158,000 千元（經常門 134,000 千元，資本門 24,000 千元）。
- (四) 委託輔導醫療機構資源會收再利用及查核許可機構污染防治之相關計畫，每年約需 4,431 千元（經常門 4,431 千元），4 年合計約需 17,724 千元（經常門 17,724 千元）。

第四節 公立醫院體系之定位與強化

臺灣早期醫療資源貧乏，除分布極其不均，城鄉差距尤屬嚴重，為讓民眾就近獲得適切醫療照護，斯時中央衛生主管機關乃於原臺北縣等大部分縣市相繼設置省立醫院，其中約有三分之二位處偏遠、離島地區或具特殊功能性，提供當地民眾必要之急重症與醫療服務。時至 88 年精省後，原臺灣省政府衛生處之業務移撥原行政院衛生署（下稱原衛生署）主管，原各省立醫院乃配合改制為署立醫院。嗣至 102 年 7 月 23 日，各署立醫院配合原衛生署改制，遂再改隸為衛福部。

本部所屬醫院共計 26 家，分布於全國各地，但多數為區域型及地區型規模之社區醫院，除致力醫療服務提供外，亦積極營造社區健康，保障偏鄉離島及弱勢族群照護，近年更擴大提供長期照護服務，設置護理之家、住宿型長期照顧機構及長照服務據點，加強老人照護服務，解決我國邁入高齡社會之需求。

此外，不論國家面臨何等嚴重疫情、災變，如嚴重特殊傳染性肺炎、八仙樂園粉塵暴燃、花蓮地震等事件，部屬醫院無疫不與，總於第一時間內不計代價動員人力、投入物資，乃為國家醫療救援堅強的後盾，然而隨著醫療環境變遷，企業化經營之私立醫院快速發展，國內醫療市場高度競爭，部屬醫院亦面臨重要考驗，故如何定位公立醫院角色，強化國家資源之挹注，穩固其永續發展之根基，實為確保公醫使命達陣的重要依據。

一、策略作法

本部所屬醫院為重要的社區健康照護者，除急性照護功能外，同時亦發展慢性照護、復健階段的功能，並兼具公醫使命，為各地方民眾深為倚賴，主要任務包括：

（一）部屬醫院之使命及政策任務

1. 提供連續完整之全人整合照護

（1）本部所屬醫院，包括 10 家區域醫院、11 家地區醫院、5 家

精神科專科醫院，共計提供 4,775 床急性一般床、1,517 床急性精神、3,227 床慢性病床、36 床慢性結核病床、168 床漢生病床。

- (2) 所屬區域醫院除提供次專科完備之急重症醫療照護及創造跨團隊合作之整合服務外，更以提供優質的醫療服務、提升服務品質為首要目標，近年因應人口結構與民眾醫療需求之改變，積極發展急性後期照護、多重慢性病整合照護、安寧緩和醫療等照護。此外，成立「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心」，迄 109 年 5 月，成功培訓來自 68 個國家、1,657 人次國外醫療衛生人員；並擔任我國國際緊急救援救物資籌備窗口，順利完成包括尼泊爾地震、泰國水災等 20 次國際災害所需之藥品及醫療物資整備任務。
- (3) 地區醫院深耕社區，貼近民眾生活，積極與醫學中心、區域醫院合作，提供專科門診及住院醫療服務，並因應當地民眾需要，發展復健、社區健康營造、藥酒癮、弱勢族群健康管理等，守護鄉民健康。

2. 守護偏鄉離島民眾健康

- (1) 部屬醫院計 7 家位於偏鄉離島地區，而該等地區因醫療資源欠缺，部屬醫院常成為醫療照顧主要提供者，故本部透過整合部屬規模較大且營運較好之醫院支援方式，提升當地醫院急重症醫療照護能力，並結合轄區各項資源，提供民眾公共衛生、巡迴醫療、義診、交通接駁、居家關懷照護、空中後送等各項服務。
- (2) 囿於偏遠離島地區專科醫師招募不易，本部分別於臺東醫院成功分院、花蓮醫院豐濱分院、恆春旅遊醫院及澎湖醫院等開辦眼科、耳鼻喉科及皮膚科等遠距專科會診，民眾反應良好，症狀改善率 70%，回診追蹤結案率高達 86%，實際轉

診率僅 1.3%。

3. 肩負防疫應變重要任務

依據傳染病防治醫療網之規劃，共計 6 家網區應變醫院，其中逾八成為部屬醫院，身負優先收治新興重大傳染病病人之責，另有 7 家縣市應變醫院、6 家隔離醫院，總計提供 201 床負壓隔離病床，擔負大部分一線防疫工作。

4. 布建長期照護資源

因應高齡社會來臨與長期照護需求，部屬醫院積極配合長照政策，規劃以社區為基礎的整合照護服務，朝醫養結合多元經營，除已設置 2,700 床護理之家床外，持續於長照資源不足地區布建居家式、社區式及住宿式長照機構，目前已布建 11 處住宿式長照機構及 25 家長照 ABC 特約單位。

5. 提供特殊醫療照護服務

- (1) 部屬醫院 5 家精神科專科醫院，床數約佔全國 34%，並提供公費養護床 1,943 床，為全國最大的精神醫療服務網。
- (2) 部屬樂生療養院提供漢生病院民食、衣、住、行及育樂全方位照顧，養老送終。
- (3) 本部胸腔病院為結核病專責醫院，具備多重抗藥性治療團隊、整合性負壓隔離病房區、X 光巡迴車隊，並支援各縣市、偏遠地區醫院及衛生所線上胸部 X 光判讀服務。

(二) 強化公立醫院角色功能

1. 發展醫學中心級之部屬醫院

目前部屬區域醫院雖已能提供完整之醫療照護，惟為期部屬醫院之醫療專業技術能不斷精進，於教學、訓練、研究方面，更能有醫院扮演領頭羊之角色，提升整體部屬醫院醫療服務品質，培訓專業人才，將積極發展醫學中心級之部屬醫院。

2. 有效提升偏鄉離島之資源運用

(1) 法規鬆綁

為活化偏遠離島地區醫院之人才招募、設施設備更新速率，強化急重症照護能力，檢討鬆綁該等地區獎勵金發給、建（購）置資產免列折舊提撥之認定等相關規定。

(2) 加強次專科人才招攬與留任

為強化偏遠離島地區醫院次專科醫師人員招攬與留任，擬配合中央政府機關總員額法之修正，檢討部屬醫院編制員額，鼓勵多予偏遠地區正式職缺，並輔以人才招募留任計畫，加強人才留任。

3. 充實防疫量能

(1) 擴大部屬醫院隔離病房、專責病房等設置，定期檢修設施設備，儲備良好的醫療團隊及人員訓練，並辦理臨床試驗，提升醫療服務量能與品質。

(2) 因應新興傳染病長期防疫需求，研議規劃設立國家防疫醫院，配置感染控制示範中心、傳染病患收治示範病房及傳染病檢驗中心等。

4. 建構長期照護制度

持續配合長照需求，於偏鄉離島及長照資源不足地區整合布建居家式、社區式及住宿式等各類長照機構資源，並注入防疫概念，如檢疫專區、感控動線、醫療後送等。

5. 強化特殊醫療照護服務

研擬精神病人公費養護床轉型長照住宿型機構計畫。

二、預期效益

- (一) 提供民眾從出生到臨終優質完整之多元全人醫療照護。
- (二) 提昇偏遠離島地區部屬醫院急重症醫療服務效能，並提供適切醫療服務，以達成偏鄉離島及弱勢族群的照護責任。

- (三) 因應人口老化，發展長期照護業務，在地深耕，永續營運發展。
- (四) 成為國家在緊急災難或傳染性疾病發生時，堅強的醫療支援後盾。

三、預算

- (一) 26 家部屬醫院定位與營運發展總體檢，111 至 113 年每年各約需 1,200 千元（經常門 1,200 千元），3 年合計約需 3,600 千元（經常門 3,600 千元）。
- (二) 辦理部屬醫院偏鄉離島醫師招募留任計畫，111 至 113 年每年各約需 75,600 千元（經常門 75,600 千元），3 年合計約需 226,800 千元。
- (三) 部屬醫院設置防疫專責小組，加強辦理醫護人員教育訓練，並搭配防疫秘書執行防疫任務，111 至 113 年每年各約需 2,000 千元（經常門 2,000 千元），3 年合計約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元）；補助整建修繕隔離專責病房每床上限 1,500 千元，111 至 113 年每年各約需 15,000 千元（資本門 15,000 千元），3 年合計約需 45,000 千元（資本門 45,000 千元）。
- (四) 精神病人公費養護床照護品質提升計畫，111 至 113 年每年各約需 1,200 千元（經常門 1,200 千元），3 年合計約需 3,600 千元（經常門 3,600 千元）。

第二章 完善全人全社區醫療照護網絡

第一節 推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務網絡

「以人口群為中心 (people-centred)」的整合照護，意指以人和社區、而非疾病，做於健康照護系統之核心，使民眾能掌握自己的健康，而不是被動接受服務。有證據顯示，「以人口群為中心」的整合照護服務系統為更有效、成本更低、可提高健康素養、和民眾參

與度的方式，且亦更具有應變力。「以人口群為中心」的整合照護服務為一種重要的創新方式，其可增強民眾的能力以對抗健康照護系統的分散，並可強化整個健康照護機構的組織和提供者之協調合作，以提供符合民眾需求的衛生服務（WHO, 2015）。

「以人口群為中心」的健康照護服務概念，為採個人、家庭和社區為觀點的照護方法，並將其視為可信賴的衛生系統參與者和受益者，以人道和周全的方式回應民眾的需求和偏好，並要求民眾參與決策、參與自己所需的衛教和支持服務，其圍繞民眾的健康需求和期望、而非疾病別以進行組織。在「整合式服務」的概念，係為健康照護服務的管理及輸送，確保民眾在不同級別、不同地點皆可接受其終生所需的健康照護服務，包含健康促進、疾病預防、疾病診斷、疾病治療、疾病管理、復健、及臨終照護服務（WHO, 2015）。

因應人口結構老化及未來人口減少之趨勢，發展以人為中心（person-center/people-center），藉由水平、垂直整合，促進跨疾病別照護計畫之橫向溝通，減少多病別多個案管理師之情形，並強化協調機制，使病人於住院期間、出院後等各照護階段之各類服務無縫接軌。另持續評估區域內醫療需求及資源運用情形，為促使醫療照護資源有效利用，應致力於減少無效率、低價值的醫療或照護，透過醫院與基層醫療院所合作，落實分級醫療、提升區域醫療量能。

一、策略作法

（一）發展區域內醫療機構之整合性健康照護服務網絡

1. 試辦計畫之縣市衛生局，「以人口群為中心（people-centred）」的整合照護模式，賡續精進發展社區整合性健康照護模式，並於轄內擴大推動，成為常態運作之模式。
2. 逐步推廣其他縣市納入計畫實施範圍，並預定於計畫執行期間內，輔導地方政府建構具備地方醫療發展特色且可行之社

區整合性照健康照護網絡。

3. 持續整合區域內醫療服務資源，發展跨醫療區域醫療照護模式，建立因地制宜之在地化醫療服務模式。

(二) 發展居家（在宅）醫療服務網絡

為提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性及減少不必要之社會性住院，建立在社區基礎的醫療服務，鼓勵各種次專科醫師進入社區，承擔起從診療到臨終照護的責任，並且整合社區跨專業領域資源，營造家庭、社區健康的環境和聯結，提供給病人完整的醫療和生活照顧。

1. 建立以需求為導向，規劃系統化彈性的居家（在宅）醫療服務網絡，落實全人全社區之照護理念。
2. 試辦居家（在宅）整合醫療服務示範計畫，據以減少病人急診就診率及再入院率。
3. 發展並強化居家（在宅）個案通訊診療之遠距與復健照護機制，落實在地化安養目標。

(三) 鏈結長照資源提供一站式服務

由以疾病、以人為中心朝以人為中心的照護，以醫帶養或以養帶醫，達到全人照護，推動跟基層醫療院所亦能協助病人連結長照資源。鼓勵各區域擴大辦理特色醫療服務模式，並可參酌其他區域推動情形，發展因地制宜之在地化醫療服務模式。

近來新興之公共衛生議題層出不窮，如 SARS、禽流感、MERS、嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）等流行疫情，及社區職場健康風險、食品安全議題等，均嚴重影響國民健康及社會安全。持續評估區域內醫療需求及資源運用情形，並促進醫療機構與基層醫療院所合作，強化區域醫療量

能。

1. 精進醫療機構與長照機構合作機制，以連續性健康照護模式，強化多重慢性病管理、急性後期照護、社區安寧照護、營養、延緩失能、長期照護復能等。
2. 配合 109 年 6 月 3 日經總統公告公共衛生師之立法，提供公共衛生專長，評估及分析區域內人口及環境之醫療或照護需求，導入公共衛生三段五級照護模式，深化因地制宜之在地化醫療服務文化。
3. 持續整合區域內之醫療服務資源，發展跨醫療區域醫療照護模式。

(四) 強化社區安寧、器官捐贈及移植支持網絡

為使國人尊重生命，並提升末期病人的照護品質、增進民眾對於生命與死亡認知識能，透過整合病人自主權、安寧緩和醫療及器官捐贈等生命末期醫療照護政策，使民眾對於生命末期醫療照護觀念普及化，並推動分層、分工的生命末期醫療網絡，強化各機關橫向連結，共同建構以人為中心之生命末期醫療照護網絡。

1. 整合病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策
 - (1) 建置病人自主權、安寧緩和醫療及器官捐贈整合系統，達成政府推動業務電子化之需求，並藉由系統自動化、整合等功能，有效率的進行個案管理，以擴大服務之成效並發揮其協調與監督之功能。
 - (2) 透過內部資源整合，辦理生命末期醫療照護政策規劃、執行之相關行政庶務，研議整合之行政策略。
2. 建立大眾善終概念
 - (1) 透過多元互動宣傳策略，推廣生命教育，促進生命識能，重新思考生命的意義，讓民眾及醫事人員對於病人自主權、安

寧緩和醫療及器官捐贈有正確認知，並提升各層級醫療照顧提供者之照護知能。

- (2) 為及早建立大眾善終概念，本部將與推廣單位合作，規劃幼童及青少年教育課程融入生命自主權倫理思辨能力訓練，並透過座談會、遊戲、微電影等貼近青少年之行銷策略，培養學生對於生命品質及照護抉擇的認知與價值觀，讓善終教育向下紮根。
- (3) 發展以病人為中心，由醫師提出各種處置實證資料，協助病人依個人對生命生活品質、個人喜好與價值觀共同進行醫療決策，推動並提供生命末期醫療照護資訊，協助民眾及早為生命終點做好準備。

3. 建構生命末期醫療照護社區網絡

- (1) 建構全國醫事與相關人員推動生命末期醫療照護之能力，發展末期病人醫療照顧模式及社區網絡模式。
- (2) 輔導醫療機構發展生命末期醫療照護模式，整合在地醫療基層診所、衛生所、居家護理所提供相關服務。
- (3) 強化支持器官捐贈及移植之網絡環境，除依據人體器官移植條例規定，補助器官捐贈者喪葬補助費、辦理器官保存庫維護及運行外，持續辦理捐贈眼角膜檢驗、保存及出入庫管理、皮膚保存庫之大體皮膚保存、檢驗、調度等。

二、預期效益

- (一) 因地制宜有效整合並妥善運用區域內衛生行政與醫療資源，完成建構社區整合性健康照護網絡，促進醫療與長照鏈結，減輕超高齡社會的負擔，減少醫療保險的給付，提供適切之醫療照護服務且精進服務品質。
- (二) 建立整合性生命末期醫療照護服務模式與服務網絡，並落實推動生命末期相關政策，強化民眾末期觀念。落實在地老

化，使民眾擁有在地性、及時性與可近性之生命末期醫療照護服務。

(三) 建置單一資訊系統，整合預立醫療決定、安寧緩和療護及器官捐贈意願，快速勾稽病人生命末期意願，縮短病人與家屬認知落差。

(四) 落實醫療機構器官勸募常態，建立完整器官勸募及分配網絡。

三、預算

(一) 辦理醫療區域輔導相關計畫，第 1 年約需 30,000 千元（經常門 30,000 千元），第 2 年約需 31,000 千元（經常門 31,000 千元），第 3 年約需 32,000 千元（經常門 32,000 千元），第 4 年約需 33,000 千元（經常門 33,000 千元），4 年合計約需 126,000 千元（經常門 126,000 千元）。

(二) 推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務模式及服務網絡，第 1 年約需 10,000 千元（經常門 10,000 千元），第 2 年約需 12,000 千元（經常門 12,000 千元），第 3 年約需 14,000 千元（經常門 14,000 千元），第 4 年約需 16,000 千元（經常門 16,000 千元），4 年合計約需 52,000 千元（經常門 52,000 千元）。

(三) 發展居家（在宅）醫療服務網絡計畫，111 年至 113 年每年各約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元），3 年合計約需 60,000 千元（經常門 60,000 千元）。

(四) 強化整合性生命末期醫療照護服務模式與服務網絡，落實推動生命末期相關政策，強化民眾末期觀念，以及系統化管理民眾生命末期意願與器官捐贈移植配對等，第 1 年約需 129,250 千元（經常門 122,250 千元，資本門 7,000 千元），第 2 年約需 145,250 千元（經常門 136,250 千元，資本門 9,000

千元)，第3年約需150,640千元（經常門141,640千元，資本門9,000千元），第4年約需156,640千元（經常門147,640千元，資本門9,000千元），4年合計約需581,780千元（經常門547,780千元，資本門34,000千元）。

第二節 提升原住民族及離島地區健康照護服務品質與效率

我國原住民族及離島地區分布於15縣市，包括30個山地原鄉、25個平地原鄉及18個離島鄉鎮，人口僅占全國3%，土地面積卻占44%；因土地遼闊，人口分散及交通不便，使原住民族及離島地區健康照護資源相較都會區域不足。世界衛生組織(WHO)於2003年提出健康平等概念，聯合國於2007年9月13日通過「聯合國原住民權利宣言」，強調健康是原住民基本人權之一；消弭健康不平等是聯合國2030年全球永續發展目標，依內政部統計資料，107年原住民族零歲平均餘命較全體國民零歲平均餘命(80.7歲)約低8.1歲，蔡英文總統104年提出原住民族政策主張之一為「重視原住民族健康權，消弭醫療照護的不均等」；顯示原住民健康權利保障已為世界及我國重要健康照護政策與努力目標。

由於原住民族及離島地區環境特殊，當地醫療、公共衛生及保健業務，需仰賴地方政府所設立的衛生所(室)，提供當地居民醫療照護服務，而該地區之衛生所(室)建築物如逾使用年限、老舊不堪使用或空間動線已不敷醫療服務使用需求，賡續辦理協助地方政府新(擴)建衛生所(室)，補助購置所需醫療設備、提升資通訊科技及辦理醫療照護服務提升相關計畫，強化原住民族及離島地區衛生所(室)醫療健康照護服務，以提升原住民族及離島地區民眾醫療可近性及照護品質。

推動原住民族及離島地區醫療照護政策以增強在地醫療照護為首要目標，並運用自助、互助、共助與公助力量概念，結合中央、地方及民間資源，共同建構符合在地醫療照護文化之可近性照護體

系，以促進原住民族及離島地區醫療健康照護可近及量能，提升整體健康照護政策服務利用涵蓋率，保障民眾健康平等權利。

離島地區因地處偏遠，地理環境阻隔，社會及醫療資源缺乏，除加強離島地區之「在地醫療」服務，本部秉持「醫療不中斷」原則，建置空中轉診審核機制，提昇離島地區空中轉診品質，並推動強化離島地區空中及救護船緊急轉診後送支援服務，落實在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療照護政策，以達強化離島地區醫療照護服務。

原住民族及離島地區民眾健康一直受到各界關注與重視，原住民健康照護受文化影響，制定因地制宜且具以文化安全的原住民健康照護計畫顯得相當重要；又離島地區因地理位置致醫療資源顯有不足，其民眾健康發生緊急情況均需空轉後送本島照護，如何促進原住民族及離島地區民眾健康永續與醫護資源支援，一直為本部政策推動方向，爰促進原住民族及離島地區健康照護研究發展及跨域合作，研擬以實證為基礎發展提升原住民族及離島健康之衛生政策與策略方案，以達成在地民眾健康照護需求與健康促進永續。

一、策略作法

(一) 強化原住民族及離島地區衛生所（室）健康照護服務

1. 協助原住民族與離島地區衛生所擴建或整修，更新醫療設備、資訊設備軟硬體、或巡迴醫療車輛。

- (1) 依據「衛生福利部辦理原住民族及離島地區衛生所、室新（重、擴）建及空間整修（修繕）計畫審查及補助原則」，地方政府衛生局提報年度需求辦理補助原住民族與離島地區衛生所（室）相關工程計畫，針對已逾使用年限之老舊衛生所（室）者予以新（重）建，另現有建築物動線如有規劃不佳或空間整體使用不良或房屋因不堪使用辦理整修，並考量原住民族及離島地區衛生所、室，因地域阻隔性，施工不易，

酌將工程費用計算基數均予以加權計算，以利工程之順利發包及如期施工，更新硬體設施，符合現階段醫療保健服務之需，為偏遠地區部落民眾提供更具現代化的就醫環境，解決偏遠地區交通不便所造成之就醫落差。

- (2) 地方政府衛生局提報年度需求辦理補助原住民族及離島地區衛生所（室）設備更新計畫，協助衛生所（室）更新購置醫療設備、資訊設備或巡迴醫療車輛，充實在地醫療之硬體設備強化原住民族及離島地區衛生所（室）醫療服務資源，以提升在地優質醫療照護品質。
- (3) 為強化原住民族及離島地區緊急傷病患後送就醫體系，提升醫療保健服務品質，依原住民族及離島之地理地形特性及需求，辦理補助原住民族及離島地區緊急醫療後送直昇機停機坪及相關設施整修及維護案。

2. 提升原住民族及離島地區衛生所（室）資通訊科技

- (1) 建置原住民族及離島地區衛生所醫療資訊化環境（含本部醫院支援判讀相關工作），辦理醫療資訊系統（HIS/PACS）增修、保固及維護計畫，並提供系統使用者相關之技術問題諮詢（含系統異常教育訓練）及其他臨時發生事項之處理，提升醫療診斷品質及判讀效率。
- (2) 補助原住民族及離島地區網路連線通訊費用，提供緊急病人醫療諮詢或天災時對外聯繫管道，並辦理遠距醫療視訊會診計畫，及作為未來推展遠距醫療專科門診服務之基礎。
- (3) 發展醫療及健康資料庫，規劃建立雲端化資料庫自動備份功能及異地備援機制，提供即時的多維度資料分析，掌握病人就醫環境並提供決策單位預防管理能力。

（二）提升原住民族及離島地區在地醫療照護量能

1. 提升離島地區在地醫療服務、營運維持及改善民眾就醫照護

整合澎湖、金門、馬祖等地區醫療資源，強化各離島地區公立體系醫院功能，建立雙向轉診、轉檢資訊系統及社區共同照護網絡，結合地方醫療資源負責當地醫療服務，並與衛生所共同策劃推動當地之醫療照護服務。有關加強離島地區醫院醫療資源整合之策略如下：

- (1) 澎湖地區醫療資源整合：由澎湖縣衛生局協調，本部澎湖醫院及三總澎湖分院其功能分工強化方案，以提升在地醫療之品質與水準，對醫療資源進行良好溝通及支援。另為維持兩院在地醫療品質，本部將視需要補助基本營運維持費用。
- (2) 金門地區醫療資源整合：為提升金門醫院在地醫療之品質與水準，本部將補助基本營運所需相關費用。
- (3) 馬祖地區醫療資源整合：由連江縣衛生局負責醫療資源整合，為提升馬祖地區之在地醫療之品質與水準，本部將補助基本營運所需相關費用。

2. 推動原住民族地區部落及離島地區社區健康營造

- (1) 結合地方資源，辦理因地制宜、由下而上健康議題識能傳播；強化部落社區特色發展，辦理家庭健康關懷，協助健康需求或異常之服務資訊提供與轉介；為促進家庭有能力人員社會參與，提升部落健康照護量能，建立由在地人服務在地人健康照護供需模式。
- (2) 鼓勵年輕世代參與原住民族及離島地區之健康營造，依本部於原住民族及離島地區推動健康照護政策提供健康之服務、活動、參與或陪伴，對原住民族及離島地區產生影響與蛻變，以促進民眾之健康生活建立。

3. 獎勵補助醫事人員至原住民族及離島地區開業

- (1) 依據「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」及「離島開業醫事機構與長期照顧服務機構獎勵及輔導辦法」，

補助獎勵至原住民族及離島地區開業之機構。

(2) 鼓勵公費生返鄉服務。

(3) 請縣市衛生（福利）局加強宣導。

(三) 強化離島地區空中及救護船緊急後送服務

1. 強化離島地區空中及救護船緊急後送服務

(1) 依據「救護直昇機管理辦法」規定，持續委託專業團體或機構，協助辦理緊急傷病患空中轉診後送個案會診（含諮詢）、協調、申請轉診案件審核與後續到院後個案追蹤作業，提升離島地區緊急空中轉診品質。

(2) 持續更新並優化空轉後送遠距會診平臺，協助各建置點於申請空中轉診後送時，透過該系統與本部審核中心醫師共同診斷緊急傷病患病情，以辦理必要性轉診或提供醫療諮詢。

2. 強化離島地區空中及救護船緊急轉診後送支援服務

(1) 辦理緊急醫療後送相關人員在地教育訓練，以提升緊急後送品質：補助臺東縣、屏東縣、金門縣、連江縣及澎湖縣政府辦理緊急醫療後送品質提升計畫，依離島地區緊急醫療後送需求，辦理相關急重症教育訓練。

(2) 補助辦理離島地區緊急醫療後送業務及教育訓練：辦理臺東縣離島地區空中轉診後送服務，委託具有空中救護專業能力之民間公司，派駐中級以上救護技術員及受過空中救護訓練之護理人員執行空中轉診隨機醫療救護救護工作、補助蘭嶼鄉及綠島鄉救護耗材及辦理緊急醫療相關訓練、個案討論會，以提升緊急醫療救護品質（金門、連江、澎湖三離島空中轉診另提報中長程專案計畫）。

(3) 補助離島救護船之營運、維護與人力等費用：為改善屏東縣琉球鄉急重症轉診赴臺之民眾提供有效率的緊急醫療服務，補助屏東縣政府救護船營運，以保障離島居民對外緊急就醫

權益。

- (4) 辦理離島地區醫事人力增能培訓，以提升當地醫事人員專業能力：補助臺東縣辦理 ETTC 或 ACLS 訓練課程、空中救護訓練、護理人員照護增能課程及各類醫事人員專業課程等相關訓練課程，提供完善專業醫療教育訓練，以提升當地醫療照護品質及公共衛生執行能力。

(四) 促進原住民族及離島地區健康照護研究發展及跨域合作

1. 建置相關健康研究資料及推動國際學術交流及醫療實務合作。

規劃盤點原住民族及離島地區健康照護政策執行成效，建置相關健康研究資料，發展以實證為基礎之健康照護方案；並透過國際會議之參與或舉辦，與國外學者專家交流建立合作關係，促進我國原住民族及離島地區健康照護政策與國際接軌暨能見度提升。

2. 強化原住民族及離島地區醫護人員服務知能及交流合作

為展現原住民族及離島地區健康照護政策成效，並增進我國原鄉及離島地區醫事人員健康照護服務知能，提升原鄉及離島健康照護服務品質，規劃辦理原住民族及離島地區健康照護相關研討會或知能教育訓練，以促進該等地區醫事專業服務人員、國內外專家學者與相關民間團體及機關（構）等，進行健康照護服務之經驗分享與交流合作；並透過產官學的務實對話，在現行的夥伴關係上針對如何解決問題」找到更有效率的銜接做法，凝聚健康照護政策制定與推動共識。

3. 補助民間機構團體辦理原住民族及離島地區健康促進服務
4. 為促進及活化提升原住民族地區部落健康狀態，善用在地社會資源，活化民間機構組織，共同締造原住民族及離島地區

之健康促進與預防保健氛圍，規劃補助民間機構團體辦理原住民族及離島地區健康促進服務，營造健康生活建立與永續。

二、預期效益

- (一) 改善衛生所（室）醫療環境空間，以提升在地醫療服務品質。
- (二) 充實原住民族及離島地區衛生所（室）醫療保健設備資源，以提升在地優質醫療照護品質。
- (三) 改善原住民族及離島地區停機坪設（施）備，以提升直昇機飛航使用安全。
- (四) 提供醫療資訊系統（HIS/PACS）及其軟、硬體設備之整體維護，確保其功能正常運作，提升醫療診斷品質及偏遠地區民眾就醫的方便性，提供在地優質的醫療診斷。
- (五) 提供衛生所醫療頻寬升速後的連線通訊費用，並確保網路服務及品質正常，強化醫療影像傳輸、健保卡過卡率及病歷調閱之效率。
- (六) 強化及整合在地醫療照護資源及發展有利在地民眾健康照護的可近性服務，以改善離島醫療照護服務品質
- (七) 促進原住民族與離島地區醫療照護資源配置，提升民眾醫療服務獲得可近性及醫療服務品質，落實在地醫療照護。
- (八) 提升整體健康照護政策服務利用涵蓋率，增進原住民族及離島地區民眾之健康維護與促進。
- (九) 促進跨領域合作效能，發展健康照護資源產業，促進在地人服務在地人之健康照護資源育成。
- (十) 彌補偏鄉及離島地區醫療資源不足，並落實在地醫療，使當地民眾可就近就醫。
- (十一) 運用有限之空中救護資源辦理空中後送，提供原住民族及

離島地區民眾緊急就醫之必要協助。藉由擴充空中轉診運送服務能量，確保緊急傷病患之空中轉診後送服務不中斷。

- (十二) 維護離島嚴重傷病患，因當地無法獲得妥善醫療照護，而需轉診至本島就醫之權益。
- (十三) 增進離島民眾在地就醫可近性及充實在地醫療資源，以提供離島地區民眾所需之醫療照護服務。
- (十四) 促進國內原住民族及離島地區健康照護研究相關資源之整合與發展。
- (十五) 優化原住民族及離島地區健康照護研究能量。
- (十六) 促進原住民族及離島地區健康照護政策與國際趨勢同步接軌及交流合作。

三、預算

- (一) 原住民族及離島地區衛生所(室)重擴建及空間整修計畫，每年依各縣市所提需求規劃及預算編列，預計每年約需 42,913 千元(資本門 42,913 千元)，4 年合計需 171,652 千元整(資本門 171,652 千元)。
- (二) 原住民族及離島地區辦理各項醫療、資訊設備及巡迴醫療(機)車更新購置，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，預計每年約需 18,717 千元(資本門 18,717 千元)，4 年合計需 74,868 千元整(資本門 74,868 千元)。
- (三) 原住民族及離島地區停機坪及相關設施整建(修)，預計每年約需 1,300 千元(經常門 1,000 千元、資本門 300 千元)，4 年合計需 5,200 千元(經常門 4,000 千元、資本門 1,200 千元)整。
- (四) 原住民族及離島地區衛生局(所)醫療資訊化軟、硬體設備維護計畫，預計每年約需 13,000 千元(經常門 13,000 千

- 元)，4年合計需 52,000 元整（經常門 52,000 千元）。
- (五) 原住民族及離島地區遠距醫療視訊會診計畫費用，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，預計每年約需 3,875 千元（經常門 3,875 千元），4年合計需 15,500 千元整（經常門 15,500 千元）。
- (六) 加強原住民族及離島地區在地醫療、營運維持及改善民眾就醫照護品質預算編列，預計每年約需 60,000 千元（經常門 57,500 千元、資本門 2,500 千元），4年合計需 240,000 元整（經常門 230,000 千元、資本門 10,000 千元）。
- (七) 部落社區健康營造中心及輔導中心，每年依各縣市所提需求公開徵求，預計每年約需 65,720 千元（經常門 65,720 千元），4年合計需 262,880 千元整（經常門 262,880 千元）。
- (八) 鼓勵大專青年服務隊前往原住民族及離島地區從事社區服務及衛生宣導，預計每年約需 2,400 千元（經常門 2,400 千元），4年合計需 9,600 千元整（經常門 9,600 千元）。
- (九) 辦理原住民族及離島地區醫事機構開業補助預計每年約需 3,015 千元（經常門 1,206 千元及資本門 1,809 千元），4年合計需 12,060 千元（經常門 4,824 千元及資本門 7,236 千元）。
- (十) 空中救護審核機制計畫，預計每年約需 12,000 千元（經常門 12,000 千元），4年合計需 48,000 元整（經常門 48,000 千元）。
- (十一) 緊急後送品質提升計畫，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，預計每年約需 610 千元（經常門 610 千元），4年合計需 2,440 元整（經常門 2,440 千元）。
- (十二) 臺東縣離島地區空中轉診後送服務，每年依臺東縣所提需求規劃預算編列，預計每年約需 4,050 千元（經常門

4,050 千元)，4 年合計需 16,200 元整（經常門 16,200 千元）。

（十三）屏東縣救護船船舶營運維持計畫，每年依屏東縣所提需求規劃預算編列，另依據「離島永續發展規劃暨離島建設基金計畫補助原則」，經費編列扣除自償性經費後，中央編列經費原則不得低於 15%，預計每年約需 1,476 千元（經常門 1,476 千元），4 年合計需 5,904 千元整（經常門 5,904 千元）。

（十四）離島醫事人力增能培訓計畫，每年依縣市所提需求規劃預算編列，另依據「離島永續發展規劃暨離島建設基金計畫補助原則」，經費編列扣除自償性經費後，中央編列經費原則不得低於 15%，預計每年約需 80 千元（經常門 80 千元），4 年合計需 320 千元整（經常門 320 千元）。

（十五）原住民族及離島地區健康照護研討會，預計每年約需 3,500 千元（經常門 3,500 千元），4 年合計需 14,000 千元整（經常門 14,000 千元）。

（十六）原住民族及離島地區國內外衛生事務及健康照護活動，每年預計約需 2,000 千元（經常門 2,000 千元），4 年合計需 8,000 千元整（經常門 8,000 千元）。

（十七）原住民族及離島地區健康促進其他業務，每年預計約需 2,000 千元（經常門 2,000 千元），4 年合計需 8,000 千元整（經常門 8,000 千元）。

第三節 發展多元友善就醫環境

現行法規對於醫療機構無障礙設施已於醫療機構設置標準訂有相關規範，而在醫院評鑑基準中，也規範醫院應提供多元管道的就醫資訊及醫療諮詢服務，維護病人就醫的權益。另依據 108 年 1 月內政部統計，我國 65 歲以上人口比例已高達 15.37%，我國 65

歲以上人口由 7%增至 14%之時間預估僅 25 年，老化速度相較世界其他各國快速，為因應高齡人口增加，及其之需求，需提供更細緻之服務，以提升就醫環境之友善度。

為落實「身心障礙者權利公約」理念，維護身心障礙者及特殊需求者之就醫與健康促進權利，及早因應高齡化社會人口結構需求，倡導「以病人為中心」之就醫服務，規劃分階段優化國內醫療機構無障礙就醫環境。為提升國內醫療機構外語服務環境品質，提供新住民及外籍人士就醫更加便利，減少因語言隔閡影響渠等就醫權益，避免引發非必要之醫療爭議，創造友善醫療環境及服務品質。

在人口減少的城鄉，含偏遠、離島地區，社區藥局儼然成為社區健康照護服務之重要據點，另因應高齡化及少子化，機構式照護之需求亦逐年增加，受過專業訓練之藥師，能深入地方、機構，執行藥物治療評估，提供連續性照護服務，進行健康促進，保障民眾用藥安全。

一、策略作法

(一) 推動高齡友善健康照護機構

參考國際之高齡友善照護原則及健康促進醫院標準，於國內推動辦理；並研發符合我國之高齡友善健康照護服務基準，由相關司署研議以政策或計畫協助導入醫院、基層醫療診所與長期照護機構，以提供高齡友善服務。

(二) 推動延緩失能長者之醫院友善照護模式

打造高齡友善環境並建構高齡友善健康服務，鼓勵教學醫院於急診、住院及門診端，透過延緩長者衰弱、失能之篩選與評估機制，將慢性病長者適當分流，提供完整照護，並透過與社區資源適當之轉銜，讓長者返家後亦能得到持續性照護服務。

(三) 提升身心障礙者與新住民等特殊需求者就醫權益

1. 持續完備全國醫療院所無障礙軟硬體設施、編制各類公版資源、開發教育訓練課程教材、建立標竿醫療院所與學習案例。
2. 持續關注身心障礙者與新住民及多元性別等弱勢或特殊需求者之醫療照護需求，營造多元化及合宜適性的就醫環境。
3. 配合相關法規修正，逐步輔導醫療院所精進民眾就醫環境。
4. 運用醫發基金辦理相關委辦及獎補助作業。

(四) 推動藥事多元照護服務

1. 強化偏鄉、離島社區藥局之功能，提升偏鄉、離島專業醫療資源之可及性。
2. 與地方政府合作，結合社區藥局，推動機構式藥事照護，由藥師執行藥物治療評估。

二、預期效益

- (一) 強化醫療院所公版之支援教材與衛材相關資源，減少醫界自行開發人力與物力耗損。
- (二) 逐步改善國內就醫環境友善度，維護身心障礙者就醫權益。
- (三) 提供符合長者特殊需要的友善、支持、尊重與可近的照護服務，以預防及延緩老年失能的發生，提供長者在老化過程獲致最大健康的機會。
- (四) 整合在地醫療資源與社區，將慢性病長者適當分流，在醫院急診、住院及門診均能獲得完整照護，返家後亦能得到持續性照護服務，以延緩其衰弱、失能之發生。
- (五) 針對偏遠地區、獨居老人或行動不便患者等特殊族群，即時提供藥事服務，提升用藥安全。
- (六) 配合長照政策，整合機構式藥事照護服務，健全整體長照服務網絡。

三、預算

- (一) 有關推動高齡友善健康照護機構及推動延緩失能之長者醫院友善照護模式自行編列，不使用第九期醫療網經費。
- (二) 有關維護身心障礙者就醫權益係運用醫療發展基金預算，爰不於本計畫中編列預算。
- (三) 推動藥事多元照護服務計畫，每年依需求規劃及預算編列，每年約需 10,000 千元（經常門 10,000 千元），4 年合計約需 40,000 千元（經常門 40,000 千元）。

第四節 強化兒童初級醫療照護品質與健康管理

為增加兒童照護投資，強化初級照護及健康管理，將推動執行「優化兒童醫療照護計畫」，其中包括發展家庭為中心之幼兒專責醫師制度，落實兒童預防保健並提升醫療照護品質，另將建立高風險孕產婦（兒）健康追蹤關懷機制，也藉此強化醫療體系、公共衛生體系及社福體系的連結，主動關懷追蹤有潛在照護需求的兒童與家庭，完善國內兒童醫療照護網絡。

一、策略作法

(一) 發展家庭為基礎的幼兒專責醫師制度

由基層診所或社區醫院之兒科醫師擔任未滿 3 歲兒童之照護專責醫師，透過個案管理方式，以提升嬰幼兒的全人照護，並強化醫療體系、公共衛生體系及社福體系的連結，主動關懷追蹤有潛在照護需求的兒童與家庭。

(二) 推展脆弱家庭育兒指導服務方案

銜接高風險孕產婦（兒）族群產後 6 週或 6 個月的關懷延續追蹤服務，推動並落實偏遠地區或育兒資源不足地區，針對具有特殊醫療需求、脆弱家庭照顧支持服務之轉介，並與醫療衛生體系及社福體系相關資源結合，提供周延的育兒指導服務。

(三) 強化兒科醫師初級醫療照護及兒童發展評估能力

因應人口趨勢及分布，考量地域差異及在地需求，規劃培訓兒童醫療相關專業人力，並開辦相關專業訓練課程，藉以協助偏遠地區或資源匱乏區域執業的非兒科醫師，提升兒童照護品質。

(四) 建立低出生體重兒登錄系統，完善追蹤關懷服務

分區規劃數個低出生體重兒追蹤關懷中心，以及建立低出生體重兒追蹤登錄專區系統，提供完善的追蹤關懷服務。

二、預期效益

完善自周產期起之兒童醫療照護網絡，重新形塑兒童初級醫療照護之功能，強化兒童健康促進與管理，藉以降低兒童死亡率，減少兒童可預防、可避免的死亡或失能，並落實分級醫療與雙向轉診機制，有效運用醫療資源，改善健康不平等。

三、預算

將由「優化兒童醫療照護計畫」項下經費支應，爰不於本計畫中編列預算。

第三章 建構更具韌性之急重難症照護體系

第一節 精進區域急重症醫療體系與緊急事件應變

面對人為或天然災害所帶來的生命威脅，建立韌性緊急事件應變能力，刻不容緩。以 2019 年 12 月爆發嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情為例，緊急醫療應變的強化結合中央、地方指揮體系，提升面對事件應處能力。

重大地震災害一旦發生，將考驗跨區域急重症與緊急事件醫療服務，第九期醫療網計畫將建構更具韌性之急重難症照護體系並與鄰近友邦分享台灣災難醫療救護的經驗，參與亞太區災難醫療事務，協助推動人道救援合作計畫，響應世衛建立區域合作機制的精

神。

一、策略作法

(一) 提升戰情中心智慧化資訊分析能力，強化緊急指揮調度機制

1. 強化戰情中心系統倉儲架構，連結緊急醫療、防疫、食安與醫療資源統整等資訊網，建構監測系統，精進災難醫療雲端管理平台。
2. 新增自動化連結緊急傷病患就醫動向、災害防救醫療物資、災民收容安置、血液存量及解毒劑等關鍵。
3. 緊急醫療救護資訊，藉由系統化災難醫療模組，強化預警決策與風險分析，提升緊急應變指揮調度效能。
4. 整合六區緊急醫療救護區域協調指揮體系，提升緊急指揮調度機制。

(二) 整合區域緊急應變中心，提升緊急醫療救護電子化

1. 整合六區區域緊急應變中心，分階段建置急救責任醫院資訊系統自動介接功能，開發具智慧化資訊分析能力，強化監控醫療資訊、彙整醫療資源量能。
2. 建立自動化機制，於災難事件或大量傷患事件發生時，藉由系統即時掌握各急救責任醫院空床數與傷病患資料，強化區域緊急醫療應變中心即時監測與訊息傳遞機制，促進整體衛生行政效能。
3. 透過資料交換平台，即時監控各層級醫療狀況，協助智慧化盤整急重症資源，精進區域緊急醫療應變機制。
4. 協助辦理各項災害（毒化災、核災、輻傷、大量傷病患、災難醫療隊）緊急醫療應變量能儲備，辦理線上緊急醫療應變教育訓練課程，提升各區緊急醫療應變人員之知能與技能。
5. 發展各類專長醫療救護課程，多元災難醫療專業人員培育場域、整合災難醫療訓練認證機制、透過國際災難醫療年會舉

辦、產官學合作發表與國際接軌。

(三) 優化臨床毒藥物諮詢中心功能與智慧化

1. 整合臨床毒物科與職業醫學科相關案例，進行本土臨床中毒案件長期趨勢的統計分析，建立一套可依據重要（或較具特异性）的臨床症狀（symptoms）或徵候（signs）的中毒診斷人工智慧輔助查詢系統。
2. 強化人工智慧大數據資料庫功能，開發中毒寶典 APP，提供民眾與醫療人員快速辨識及中毒臨床處置之建議。優化解毒劑儲備網功能。
3. 結合廣續與東南亞與歐盟及美洲國家持續進行國際交流，分享經驗。

二、預期效益

- (一) 藉由提升戰情中心智慧化資訊分析能力，強化緊急指揮調度機制，整合衛生醫療監測資訊，提升複合式災難中央緊急醫療指揮調度應變能力。
- (二) 透過緊急醫療通報資訊之調整收集，快速掌握緊急醫療照護量能，穩定急重症醫療資源。
- (三) 完善區域緊急醫療應變中心即時監測與訊息傳遞機制，促進整體衛生行政效能。
- (四) 結合智慧化、優化臨床毒藥物諮詢，提升初期診斷有關新興濫用藥物 NPS 中毒等之效能。

三、預算

- (一) 提升戰情中心智慧化資訊分析能力，強化緊急指揮調度機制，第 1 年約需 4,090 千元（經常門 3,297 千元，資本門 793 千元），第 2 年約需 5,863 千元（經常門 4,297 千元，資本門 1,566 千元），第 3 年約需 6,363 千元（經常門 4,797 千元，資本門 1,566 千元），第 4 年約需 6,863 千元（經常門 5,297 千

元，資本門 1,566 千元)，4 年合計約需 23,179 千元（經常門 17,688 千元，資本門 5,491 千元）。

(二) 整合區域緊急應變中心，提升緊急醫療救護電子化，第 1 年約需 66,816 千元（經常門 58,816 千元，資本門 8,000 千元），第 2 年至第 4 年每年各約需 67,440 千元（經常門 58,816 千元，資本門 8,624 千元），4 年合計約需 269,136 千元（經常門 235,264 千元，資本門 33,872 千元）。

(三) 優化臨床毒藥物諮詢中心功能與智慧化，第 1 年約需 13,100 千元（經常門 8,100 千元，資本門 5,000 千元），第 2 年約需 33,000 千元（經常門 23,000 千元，資本門 10,000 千元），第 3 年約需 34,000 千元（經常門 24,000 千元，資本門 10,000 千元），第 4 年約需 35,000 千元（經常門 25,000 千元，資本門 10,000 千元），4 年合計約需 115,100 千元（經常門 80,100 千元，資本門 35,000 千元）。

第二節 持續強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療量能

健全緊急醫療救護系統，是建構完整健康照護網不可或缺的一環。強化事故現場處置的能力，可提升傷病患良好的預後，爭取黃金時間。推動緊急醫療救護體系優質化，強化急救責任醫院分級效能，以提升在地醫療量能為策略，目標為改善強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療照護能力，縮短醫療照護之可近性，提升緊急醫療救護品質。

一、策略作法

(一) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備

1. 參考國外各急重症治療指引，滾動式調整分級評定基準，精進急性冠心症、缺血性腦中風、緊急外傷、高危險妊娠孕產婦、新生兒（含早產兒）等五大急症量能服務。
2. 透過醫院緊急醫療能力分級制度之推動，結合重度級、中度

級與一般級急救責任醫院引導醫院以病人為中心之臨床作業模式，著重於醫院之設施、作業量能及處置能力與品質之評定。

3. 盤點急重症科別人力與醫療儀器設備，建置資料庫，整合急重症醫療處理能力。

(二) 整合重症醫療照護網絡，建置重症資源調度機制

1. 完善 14 個緊急傷病患轉診網絡，整合網絡內重度級、中度級、一般級急救責任醫院，提供向上、平行、向下轉診服務，強化院際轉診效率與安全性。
2. 辦理定期網絡聯繫會議，強化急性冠心症、腦中風、外傷網絡之綠色通道，並結合加護病房轉診，建立區域合作機制，確保急重症患者緊急醫療服務強化網絡運作之順暢與效率。

(三) 強化區域聯防，提升偏鄉緊急醫療量能

1. 藉由設立觀光地區醫療站、或假日及夜間醫療站及提升醫院急診能力之模式，強化交通不便、資源缺乏地區之緊急醫療救護量能，維持偏鄉地區醫療照護不中斷。
2. 強化醫學中心任務，由醫學中心以認養醫療資源不足地區方式進行支援，逐步提升偏遠離島地區急重症醫療照護品質及能量，達到醫院緊急醫療能力分級所需之標準。
3. 辦理重度級急救責任醫院緊急醫療服務品質提升計畫，協助當地唯一重度級急救責任醫院，維持在地緊急醫療量能提供
4. 結合科技，擴大遠距醫療之運用，建置急重症遠距醫療照護模式。

二、預期效益

- (一) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備。整合網絡內中度級、一般級急救責任醫院，建立區域聯防機制，並建立急重症病人快速處理流程，爭取救命之黃金時間

並減少癒後失能之發生。

- (二) 落實緊急醫療在地化及確保即時處置能力，於災難發生或醫療人力、設施發生緊急變動時，能適時調度資源因應，使急重症照護體系正常運作。
- (三) 強化急性冠心病網絡，整合重症醫療照護網絡與緊急醫療管理系統，病人直接送至設有心導管室且能夠處置之醫院。

三、預算

- (一) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備辦理緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導訪查作業，每年約需 4,400 千元（經常門 4,400 千元），4 年合計約需 17,600 千元（經常門 17,600 千元）。
- (二) 整合重症醫療照護網絡，建置重症資源調度機制辦理重症醫療照護網絡，每年需 847 千元（經常門 847 千元），4 年合計約需 3,388 千元（經常門 3,388 千元）。

第三節 深化社區緊急醫療應變能力與災難救助量能

全球升溫及氣候變化的趨勢及強度已不容忽視，因應氣候變遷所導致的衝擊，聯合國氣候變遷會議於 2015 年通過巴黎協議，呼籲各國重視氣候變遷的影響。氣候變遷造成的衝擊影響層面很廣，極端天氣事件，如暴雨、颱風，造成民眾傷亡以及後續傳染病爆發問題等，對公共衛生是極大的威脅與挑戰。

災害發生不會選擇時間地點，又因諸多因素導致各類場所緊急醫療人員抵達時間快慢不一，此時如果該場所民眾能有充分知識不要驚慌失措且能自救並協助其他民眾，將可使受災傷亡人數有效降低。

一、策略作法

- (一) 提升公共場所 AED 效能，完善社區「生存之鏈」
 1. 透過每年度分析公共場所 AED 使用紀錄，檢視各類設置場所

效益，並滾動式檢討應設置自動體外心臟電擊去顫器之公共場所地點。

2. 發展多元化教材，如線上化教材及影像式教學等，強化急救教育的向下扎根。
3. 結合資訊科技，研擬公共場所 AED 設置登錄、場所管理員複訓及使用紀錄通報等數位化之可能性。

(二) 普及急救與災難教育訓練，擴大社區參與

1. 強化災難發生時，一般民眾之救人救己的初步急救能力。包括了解檢傷分類、生命徵象的評估、基本外傷處置與心肺復甦術等。
2. 編修災難緊急救護教育訓練課綱與教科書，可使民眾於緊急醫療人員到場前可先自救或協助其他民眾，將增加黃金救援時間。
3. 開發虛擬化災難民眾自我救援新技術，提供因應氣候變遷社區自救暨韌性社區緊急救護訓練課綱與教材，民眾能有充分知識不要驚慌失措且能自救並協助其他民眾。

(三) 整合地方縣市緊急應變量能，強化社區防災工作

1. 整合地方縣市衛生局緊急應變量能，督導醫院辦理緊急災害應變措施演習與桌上模擬演練，推動優質化緊急醫療救護體系。
2. 提升場域活動之安全性，督導各縣市政府衛生局辦理複合式災難演練醫與觀光旅遊地區大量傷病患應處能力。
3. 因應突發事件，定期檢討各級救護技術員（Emergency medical technician, EMT）訓練課綱，與配套修正「救護技術員管理辦法」與「醫療指導醫師實施辦法」，以因應突發災難事故所需救護技術與能量需求。
4. 結合緊急醫療救護體系與災難醫療救援團隊的整合，強化社

區防災工作。

5. 建構各級醫院評估與改善關鍵設施耐災能力工具模組，檢討修訂緊急災害應變措施計畫。

二、預期效益

- (一) 完成多元化 AED 教材編撰，提供系統線上化通報使用紀錄功能，提升公共場所 AED 使用效能。
- (二) 擴大社會參與，普及急救教育訓練，擴大社區參與。
- (三) 整合地方縣市緊急應變量能，強化社區防災工作。
- (四) 優化緊急醫療網絡，促進緊急醫療相關調度與反應時效，即時掌握緊急醫療量能。在醫療人力、設備不足或無法即時得到醫療救護時，以期災難發生時社區民眾可以緊急應變

三、預算

- (一) 提升公共場所 AED 效能，完善社區「生存之鏈」，第 1 年約需 1,000 千元（經常門 1,000 千元），第 2 年約需 3,000 千元（經常門 2,000 千元，資本門 1,000 千元），第 3 年約需 3,800 千元（經常門 2,800 千元，資本門 1,000 千元），第 4 年約需 4,200 千元（經常門 3,200 千元，資本門 1,000 千元），4 年合計約需 12,000 千元（經常門 9,000 千元，資本門 3,000 千元）。
- (二) 普及急救教育訓練，擴大社區參與每年約需 500 千元（經常門 500 千元），4 年合計約需 2,000 千元（經常門 2,000 千元）。
- (三) 整合地方縣市緊急應變量能，強化社區防災工作每年約需 15,064 千元（經常門 10,064 千元，資本門 5,000 千元），4 年合計約需 60,256 千元（經常門 40,256 千元，資本門 20,000 千元）。

第四章 充實醫事人員量能改善執業環境

第一節 精進醫事人員培育及整合照護能力

衛生醫事人力是醫療資源最重要的部分，而其中醫師人力資源因其培育時間長、成本耗用高之外，醫師常為醫療團隊之領導者，故醫師人力之數量與素質，更是深切影響醫療服務品質，因此，負責培育住院醫師之教學醫院，負有提供其良善之臨床訓練場所及教學資源之責任與使命。另為確保醫事人員開（執）業品質，醫療法、專科醫師分科及甄審辦法及各類醫事人員法規，訂有申請開業前需於教學醫院接受2年至6年不等年數訓練之規定，俾使醫療機構新進醫事人員均能接受必要之訓練，以達成提昇醫療品質及確保病人安全之目標。而教學醫院為訓練醫師及各類醫事人員之主要場所，為使新進醫事人員獲得良好之訓練，教學醫院之訓練師資人力及教學活動品質，更顯得重要。補助教學醫院建構良好之教學環境，培訓具醫療專業核心能力，落實全人照顧之理念且符合社會需求之醫師及各類醫事人員。藉由計畫之獎勵措施，激勵醫院研擬優良教學方案與團隊照護模式，逐步推動以病人為中心之照護模式。

為建構全人健康照護醫療體系，提升並確保醫師臨床照護基本素質，本部已於100年9月23日修正醫師法施行細則第1條之1，有關國內醫學系或中醫學系選醫學系雙主修及外國醫學學歷畢業生應醫師國家考試之資格，其關於實習期滿成績及格之考評，應包括由本部認可教學醫院所辦理之臨床技能測驗（Objective Structured Clinical Examination, OSCE），並因應氣候變遷所致非傳染性之慢性疾病及新興傳染性疾病之演進，加入合宜且敏捷之技能測試模式。

此外，為強化醫師臨床技能並與世界醫療接軌，辦理並遴選醫療機構優秀醫師赴國外進修研習，以增進其專業知能，造福國人健康及相關業務推展。

我國專科醫師制度，自 77 年起依據醫師法及專科醫師分科甄審辦法實施，專科醫師訓練對於醫師專業精進及全民醫療品質提升具有重大貢獻，惟因內、外、婦、兒、急診等科別因臨床工作繁重，致該科別住院醫師招收困難；又社會經濟、醫療環境、保險給付等，皆為住院醫師選擇職業科別之參考，對於因應高齡化社會來臨，新興傳染疾病及人口老化導致慢性病醫療服務需求提升，急、重、難症及特殊科別住院醫師招收及培育，更是不易。為因應未來醫療照護需求模式改變及專科醫師人力合理培育策略，本部將滾動式檢討並因時制宜調整專科醫師人力需求規劃，並藉由專科醫師訓練制度，強化核心次專科及跨層級、跨領域訓練，除滾動式調整以提升重點科別住院醫師招收率外，並均衡醫事人力及專科醫師分布。

我國住院醫師於 108 年 9 月 1 日起納入「勞動基準法」之適用對象，工時縮減後醫師人力運用效率必須提高，本部自 104 年起持續推動辦理「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」（106 年更名為醫院整合醫學照護制度推廣計畫），及辦理「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」，為提升醫療體系照護效能，爰 109 年將醫院整合醫學照護制度（Hospitalist）與醫療垂直整合銜接照護計畫合併，提供教學、臨床服務及社區轉銜，病人獲得持續性照護，透過獎勵醫院設置專屬病房，推動整合醫療照護模式，整合醫師人力運用，提升醫療處置效率與品質，並提供病人出院後之照護體系間銜接和建立轉介機制，使得病人平常能由社區之家庭責任醫師照顧，住院時之病人照護轉移由 Hospitalist 醫師接手照顧，藉以建立起「雙主治醫師制度模式」，將醫院與社區基層醫療密切統合，提供以病人為中心之全人照護，以降低病人門、急診反覆就醫及住院，提升醫療體系照效能，落實分級醫療與轉診制度。

一、策略作法

(一) 醫師及各類醫事人員人力評估，據以調整政策

持續定期評估各類醫事人力供需狀況：規劃每年至少執行 1 項醫事人員供給與需求狀況評估計畫，建立定期醫事人力供需評估機制，並依據評估結果檢討修正該類醫事人員之培育人數。

(二) 強化醫師及醫事人員畢業後訓練符合社會需要

1. 配合 2 年期一般醫學訓練制度，推動相關選配計畫。
2. 公開遴選醫療機構優秀醫事人員，依本部指定之相關領域，至國外進行為期六個月至二年進修或專題研究。

(三) 專科及次專科醫師訓練制度改革

1. 強調住院醫師臨床學習評量、同儕學習及合理的訓練強度及時數，納入聯合訓練模式。由第三方監督機制—專科醫師訓練計畫認定會 (RRC)，進行 23 個專科執行訓練計畫認定之品質及分配容額之審核監督。
2. 發展專科醫師訓練里程碑制度 (milestone)，訂定專科醫師訓練各階段應完成之次核心能力 (subcompetencies) 與進階制度。
3. 檢討修訂各專科醫師甄審原則之繼續教育實施方式及積分，增加線上課程規劃及參與社區衛生教育宣導，並以衡平專業教育、工作時間及休息之品質。
4. 為健康照護體系之健全發展，檢討次專科醫師人力發展需求及培育制度；重視未來急重症醫療照護人力需要，規劃核心次專科 (如心臟內、外科、胸腔外科等) 人力培訓，以為因應。

(四) 持續推動醫院整合醫學制度暨垂直整合銜接照護計畫

結合醫院整合照護醫師與基層家庭醫師之整合照護模式，連結出院準備服務與社區醫療照護，減少病人再住院

率，提升照護品質與效率。

二、預期效益

- (一) 醫事人員至國外進修返國後貢獻所學服務民眾及訓練相關人員，提供醫療服務水準。
- (二) 培育醫師具備一般性醫療技能，提供民眾周全性及持續性的全人照護，並使其具備整合照護能力，提升醫療服務品質。
- (三) 均衡各專科醫師人力合理分布，確保專科醫師訓練醫院訓練品質。
- (四) 每年至少進行 1 項醫事人員未來 5~10 年供需狀況評估計畫，評估結果提供教育部增設或調整醫事相關學系所及招生名額之審定參考。
- (五) 推廣醫院整合醫學病房，以病人為中心的整合醫療照護模式，鼓勵醫院與社區基層醫療結合，提供病人整合性照護，提升醫療品質。並透過通訊遠距或實際訪視之銜接照護過程，達到無縫出院計畫，活絡住院後回轉社區的流程。
- (六) 對於高醫療資源使用以及多重共病病人，強化疾病管理，進行院內外整合以及個管系統，以降低其門、急診及住院頻率，執行預立治療計畫，提升醫療資源有效運用。

三、預算

- (一) 臨床技能評估模式相關計畫，每年約需 3,966 千元（經常門 3,966 千元），4 年合計約需 15,864 千元（經常門 15,864 千元）。
- (二) 遴選醫事人員出國進修經費，每年約需 4,397 千元（經常門 4,397 千元），4 年合計約需 17,588 千元（經常門 17,588 千元）。
- (三) 一般醫學訓練選配計畫，每年約需 4,637 千元（經常門 3,897 千元，資本門 740 千元），4 年合計約需 18,548 千元（經常門

15,588 千元，資本門 2,960 千元)。

(四) 專科醫師訓練醫院認定計畫，第 1 年約需 11,366 千元 (經常門 11,366 千元)，第 2 年約需 14,612 千元 (經常門 14,612 千元)，第 3 年約需 17,824 千元 (經常門 17,824 千元)，第 4 年約需 21,344 千元 (經常門 21,344 千元)，4 年合計約需 65,146 千元 (經常門 65,146 千元)。

(五) 醫事人力供需狀況評估，每年約需 628 千元 (經常門 628 千元)，4 年合計約需 2,512 千元 (經常門 2,512 千元)。

(六) 醫院整合醫學制度 (Hospitalist) 暨垂直整合銜接照護計畫，每年約需 193,555 千元 (經常門 193,555 千元)，4 年合計約需 774,220 千元 (經常門 774,220 千元)。

第二節 提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任

偏遠及離島地區醫療之可近性，因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源 (品質) 相對於一般地區醫療資源普遍不足。為強化偏遠及離島地區醫療保健服務品質及可近性，保障偏遠地區民眾獲得公平性的醫療服務，應加強充實並留任醫事人力。

為有效解決偏鄉地區醫事人力缺乏問題，培育公費生作為主要充實人力的制度之一，此外，應強化本部所屬醫院扮演社區健康守護及執行公共衛生的角色，提昇偏遠地區公立醫院醫療服務效能，並提供適切醫療服務，以達成公醫使命及完成偏鄉離島及弱勢族群的照護責任。

鑒於醫療科技日新月異及少子化、高齡化之影響，因此，在醫師資源有限情形下，輔以遠距科技之醫療照護方式，滿足偏遠地區醫療照護需求，勢在必行。

本部所屬醫院目前有 26 家，其中部分位於民間不願投資的偏遠離島地區或為特殊功能醫院，受人口數、就醫量之限制，經營較為

不易，營運狀況、醫療設備及醫師人力缺額日趨惡化。部屬醫院從原來之省立醫院、署立醫院至部立醫院，守護臺灣民眾健康將近百年，於社區健康照護及執行公共衛生任務中，扮演著舉足輕重的角色；並在此次之嚴重特殊傳染性肺炎防治上，責無旁貸的肩負起大部分集中檢疫場所醫療照護之責，部屬醫院是我國在衛生體系、疫病防疫上不可或缺重要之一環。

基於照顧偏遠地區及弱勢民眾的健康，部屬醫院在各財團法人醫院強大競爭下，仍力圖發展；目前雖無醫學中心等級之部屬醫院以承載旗艦醫院之角色，且各院之營運狀況、醫療設備、醫師人力科別需求亦各有所不同，因此需仰賴醫事人力支援方式，才能提供完善之醫療照護服務，達成公醫使命，並完成偏鄉離島及弱勢族群的照護責任，提供民眾在地醫療（門、住、急診）需求，減少就醫奔波或後送之苦。

一、策略作法

（一）優化公費醫師培育制度挹注偏鄉醫師人力

定期評估偏鄉所需醫師人力，檢討公費醫師制度，持續辦理地方養成公費醫師培育及一般公費醫師培育（復學）外，另自 105 年起辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」，每年增加 100 名公費醫學生，培育內、外、婦、兒、急診等人力短缺之專科醫師。

（二）改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援

1. 持續辦理醫學中心支援偏鄉離島地區計畫，並滾動式通盤檢討醫學中心支援計畫，因地制宜調整各醫院計畫辦理目標，帶動及提升區域內或資源不足地區之醫療水準。
2. 促進醫院發展機構間連續性照護模式及雙向轉診，並落實分級醫療，輔導提升在地或其他醫療機構醫療能力及服務品質。

3. 辦理公費醫師服務期滿留任獎勵計畫，以穩定偏遠地區醫師人力，提升資源不足地區之醫療照護需求與品質。
 4. 調查偏遠地區本部所屬醫院欠缺之基本醫事人力需求，盤整專科醫師人力結構，提供偏遠地區本部所屬醫院欠缺之診療科別及人力，以符合當地民眾需求，並完善醫院運作，強化偏遠醫院在地角色與功能。
- (三) 推動遠距醫療提升資源不足地區之就醫可及性
1. 法規鬆綁：於 107 年 5 月 11 日發布「通訊診察治療辦法」，放寬遠距醫療之照護對象與模式，並就通訊醫療之執行方式、內容、紀錄與隱私保護等予以規範。
 2. 推動遠距醫療門診試辦計畫，協助都會區醫療專業深入偏遠地區，並研議遠距醫療門診診療費用。

二、預期效益

- (一) 補充偏遠地區及醫療資源不足地區醫師人力，均衡人力分布，提供民眾在地醫療（門、住、急診）需求，減少就醫奔波或後送之苦。
- (二) 充實基層、偏遠地區及特殊科別醫師人力。
- (三) 培育原住民及離島地區在地醫事人才，以有效解決偏遠地區醫事人力缺乏問題，均衡醫療資源，縮短城鄉差距，並促進衛生業務推展，提高醫療服務水準，維護原住民及離島居民身心健康，健全原住民族及離島地區照護體系。
- (四) 提高醫事人員投入偏遠地區服務誘因，俾利縮小城鄉差距，提供偏遠居民持續性健康照護。

三、預算

- (一) 補助偏遠地區醫院之支援醫師費用，每年約需 12,000 千元（經常門 12,000 千元），4 年合計約需 48,000 千元（經常門 48,000 千元）。

- (二) 公費醫師培育(復學)，第一年約需 200 千元(經常門 180 千元，資本門 20 千元)，第 2 年起無公費生復學。

第三節 改善醫事人員執業環境

為保障醫師勞動權益，確保病人安全，本部經與勞動部協商，針對自主性與選擇性較受限制之住院醫師，已自 108 年 9 月 1 日起適用勞動基準法，並經勞動部指定為該法第 84 條之 1 工作者，工時上限依本部 108 年 7 月 31 日公告修正之「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」規範。另公立醫療院所依公務人員法制進用之住院醫師，因已有相關公務人員法制規範，爰不列入本次適用勞基法之範圍，惟其工時仍須符合本部公告之「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」規定，並列入教學醫院評鑑評核項目，以保障其權益。對於自主性高之主治醫師，考量醫療型態特殊性，貿然實施勞基法恐將衝擊醫病關係、病人就醫權益與偏鄉醫療服務提供等，本部已推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，保障其勞動權益。

檢討並修正醫院評鑑相關條文，建置醫事人力合理配置，並強化醫院暴力應變機制，以建構友善且合理之醫療環境及工作量，確保醫事人員工作安全，並提升病人安全及醫療品質。

一、策略作法

(一) 落實住院醫師勞動權益保障

1. 委託相關團體辦理醫師勞動權益保障輔導措施，配合政策推動辦理說明會及座談會。
2. 檢討釐清工時規範之執行問題及疑義，並適時滾動性調整及修正「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」。

(二) 推動受僱醫師勞動權益保障法制化

1. 推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，將工作契約、職災補償、退休保障及醫療業務風險保障等納入

規範，草案已於 108 年 4 月 17 日陳報行政院，將俟行政院通過後送請立法院審議。

2. 配合醫療法修正實施進度，研擬訂定相關子法規。

(三) 檢討醫院各類醫事人員合理配置

1. 醫院評鑑制度檢討：研擬合理之醫療機構人力配置。

2. 建置持續性監測與通報機制：定期公開各醫院之醫院評鑑成績與人力配置情形，促使醫院正向改善人力配置情形。

3. 研議健保支付連動制度，有效提升醫療照護人力。

(四) 強化醫療機構醫療暴力防範措施

1. 與當地警察局合作，實地檢視急診室所有監視器位置、數量及相關安全設計，並檢討改善。

2. 加強訓練各醫院所僱用之保全人員，以提升執勤品質及應勤裝備。

3. 管控酒醉民眾滋擾醫院，通知家屬帶回或通報警察機關派遣警力至現場協助，或對酒醉滋事之民眾實施管束，並帶返勤務處所依法處理。

4. 加強醫療暴力事件通報，並完成訂定暴力事件應變標準作業流程，每年定期演練。

二、預期效益

(一) 使住院醫師之工時均能符合「住院醫師勞動權益保障參考指引」及教學醫院評鑑之規定，以提升醫療服務品質，確保病人就醫安全。

(二) 完備將醫師勞動權益保障法令規定，改善醫師執業環境，提供民眾良好醫療服務。

(三) 具體改善醫事人員職場環境及維護人身安全。

三、預算

委託醫師納入勞基法因應、衝擊評估相關計畫，每年約需

10,125 千元（經常門 10,125 千元），4 年合計約需 40,500 千元（經常門 40,500 千元）。

第四節 改善專科護理師及護產人員職場環境

本部自 95 年起辦理專科護理師甄審，截至 108 年計 8,852 人取得專科護理師證書，以強化專科護理師與醫師共同提供整合性醫療照護與品質，使醫院有效運用醫事人力。為因應國內專科護理師人力需求擴大、社會與國人對健康照護品質提升的高度需求，同時維護專師執業權益，業於 104 年 10 月 19 日訂定發布「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，為使專師之執業範疇更符合臨床實務需求及周延，本部將不定期滾動式修正專科護理師執業範圍。

我國領有護理人員證照約 28 萬人，實際執業 17 萬人（執業率 60%），占 15 類醫事人力總數的 5 成以上，其中約 66% 護理人員在醫院執業，近年來針對醫院護理人力改善措施如下：自 104 年起透過護病比納入醫院評鑑、護病比連動健保支付及護病比每月公開制度逐步改善護病比，107 年推動護病比法制化及建置「護理職場爭議通報平台」，108 年護病比正式納入醫療機構設置標準；同時透過勞動檢查及提高護理薪資方式，逐步改善護理職場環境；為強化我國護產人力於健康照護價值，提升領照護理人力的執業率，本部持續推動護理優質職場相關策略，期結合國際護產與照護相關組織、學術團體等，發展國際創新人力策略，促進護產專業發展及人力之有效應用，為我國醫療及健康照護創建更良好的工作環境與制度。

一、策略作法

（一）推動護理人員多元角色發展

1. 完善護產人力制度及法規：參考世界衛生組織 2030 健康專業人力資源全球策略及國際趨勢，以我國 2030 未來護產照護需求為目標，修正我國護產人力制度與法規，重點以擴大執業

範疇、推動進階護產職涯發展、精進護產機構發展及管理規範等，拓展護產多元執業與提升社區照護量能，為我國醫療及健康照護創建更良好的工作環境與制度。

2. 滾動式修正專科護理師執業範疇：以國際接軌為目標，收集與調查執業中專科護理師、臨床專家與相關專業團體之意見，修正專科護理師執業範疇，以符合臨床實務運用與保障專科護理師執業權益。
 3. 規劃本土專師人才培育制度，研發試題及建立標準化訓練課程，以符合專師現行臨床實務情境，維護訓練專師之訓練品質與甄審及格率。
 4. 發展我國在地化之專師轉銜教育訓練課程，同時培育具社區照護專業之護理人才，更延伸醫院專師職涯發展及拓展其照護場域，強化以人為本、家庭為單位、社區為導向之健康照護網絡，提升民眾照護品質及全民健康覆蓋率。
- (二) 改善護產執業環境與執業率
1. 建置醫院護理人力資料庫，掌握我國護理人力服務現況，提供護理相關政策決策支援，改善護理職業環境。
 2. 建構優質護理職場環境並持續推動多項改善措施（護病比納入醫院評鑑、護病比連動健保住院診療報酬、護病比資訊公開、護病比入法及建置護理職場爭議通報平台等），改善工作負荷，提升職場勞動條件，提升護理人力量能與回流。
 3. 推動本土化住院護理整合照護模式，有效運用住院照顧人力，減少護理人員工作負荷，提升專業工作滿意度。
 4. 加強護理工作性別平權觀念，提高職場間性別平等意識，以去除護理專業人員之性別刻板印象與偏見，提升男性護理人員執業比例。

二、預期效益

- (一) 有效訂定專科護理師執業範疇，以符合臨床實際執業情形。
- (二) 邁向專科護理師制度發展達教考用一致。
- (三) 增加護理執業人力量能每年增加執業人數 2,500 人，及提升男性護理人員執業之比例。
- (四) 發展國際創新人力策略，配合護產相關法規修訂，促進護產專業發展及人力之有效應用。
- (五) 建立本土化住院護理整合照護模式，促使醫院照護人力資源之有效利用。

三、預算

- (一) 推動護理人員多元角色發展，每年約需 36,000 千元（經常門 32,935 千元，資本門 3,065 千元），4 年合計需 144,000 千元（經常門 131,740 千元，資本門 12,260 元）。
- (二) 改善護產執業環境與執業率，每年約需 25,593 千元（經常門 25,593 千元），4 年合計需 102,372 千元（經常門 102,372 千元）。

第五節 強化非訴訟之醫療糾紛處理

醫療行為具有特殊性、高風險性及不可預期性，對於醫療過程可能產生之不良結果，其過失責任及因果關係常難以認定，且與病人本身狀況及病程發展亦具一定之關聯性，由於醫病雙方對於醫療知識與資訊的落差，可能引發醫療爭議，造成醫病關係走向對立。隨著我國社經環境之發展、醫療技術不斷進步，及病人自主意識抬頭，對於醫療品質要求的提升，伴隨整體醫療環境、勞動條件、媒體生態及社會氛圍等外在因素影響，醫療爭議案件快速增長，其所引發的社會問題逐漸到重視。因此，如何透過合宜的非訴訟醫療糾紛處理機制來處理爭議事件，並促進醫病雙方之溝通，是我國醫療政策的重要課題。

一、策略作法

(一) 建構醫療事故關懷支持系絡，促進醫病互動正向關係

1. 辦理醫療爭議處理及關懷服務教育訓練，以促進醫病正向良性溝通，適時弭平可能之醫療爭議，包含：(1) 辦理相關教育訓練課程，如培訓種子教師及辦理臨床照護醫療人員關懷服務訓練等；(2) 強化臨床人員面對醫事爭議事件的支持及陪伴系絡，如醫法諮詢服務與心理支持服務之培訓及保護服務機制之建立；(3) 發展醫事爭議預防與協處相關課程，並培訓醫法諮詢人才；(4) 輔導發展與布建醫療事故外部關懷支持系絡及醫事爭議保護支持機制。
2. 強化地方主管機關醫療爭議調處機制，包含：(1) 持續研發與更新相關訓練課程內容、教材及實施方法；(2) 辦理關懷、調解及評析相關訓練，賡續培養調解人才及增進技能，協助醫病雙方有效溝通，拉近彼此認知，化解爭議；(3) 持續增修並維運資訊系統，期待藉由系統自動化、整合等功能，統計量化及定性醫療事故之類型，據以研擬規劃施政策略方案，達到提升醫療品質之成效，及政府推動業務電子化之目標。

(二) 推動醫療事故預防及醫療事故爭議處理法制化

1. 賡續辦理多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫：因醫療糾紛訴訟曠日廢時，於醫療事故爭議處理機制尚未完成立法前，本部與法務部自 107 年起合作「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，要求醫療糾紛案件進入司法程序前，應先經由衛生局「雙調處」，即調處過程有醫學及法律背景專家參與，必要時衛生局得聘第三專家，且第一次調處會議應於 45 天內召開，案件需於 90 天內完成調處。
2. 推動醫事爭議處理機制之立法：朝「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」、「預防除錯提升品質」三大原則研擬

相關制度及法案，以解決醫病雙方面對醫療爭議處理之困境，並建立醫療機構在醫療事故發生時儘速向病人等溝通、說明之機制，俾利後續調解程序之進行，鼓勵醫療機構建立病人安全管理制度，強化醫療事故風險分析及預防機制，促進共同學習以提升醫療品質。

(三) 優化醫事鑑定處理效能，提升鑑定作業流程透明度

1. 強化醫事爭議鑑定流程及人才培訓：持續檢討改善醫事鑑定案件之處理流程，檢討修訂相關作業規定，並精進培訓方案及充實各科別領域專家鑑定人才庫，以提升鑑定作業品質與透明度，並縮短作業時效。
2. 優化醫事爭議資訊處理效能：依政策規劃及資訊安全規定需求，持續增修並維運醫療爭議處理及生產事故救濟資訊系統與醫事糾紛鑑定資訊系統功能，增加系統增修之彈性，以因應未來變動調整需要，俾利案件分析及資訊分享。

二、預期效益

- (一) 藉由關懷支持系絡之建構，拉近醫病認知差距，促進醫病和諧關係。
- (二) 強化資訊處理整合分析效能，提供政策規劃制定方向。

三、預算

- (一) 辦理關懷、調解及評析相關訓練課程及建立醫療爭議處理強化機制，第1年約需32,000千元（經常門32,000千元），第2年約需36,000千元（經常門36,000千元），第3年約需38,000千元（經常門38,000千元），第4年約需40,000千元（經常門40,000千元），4年合計約需146,000千元（經常門146,000千元）。
- (二) 強化醫事爭議鑑定流程及人才培訓，每年約需15,000千元（經常門15,000千元），4年合計約需60,000千元（經常門

60,000 千元)；另增修及維護系統，每年約需 4,000 千元 (經常門 1,000 千元，資本門 3,000 千元)，4 年合計約需 16,000 千元 (經常門 4,000 千元，資本門 12,000 千元)。

(三) 增修及維護醫事爭議處理相關作業系統，每年約需 4,000 千元 (經常門 1,000 千元，資本門 3,000 千元)，4 年合計約需 16,000 千元 (經常門 4,000 千元，資本門 12,000 千元)。

第五章 運用生物醫學科技強化醫療照護效能

第一節 加速智能科技於醫療照護應用

近年資訊科技快速發展，促使全球各國推動科技結合醫療產業，將醫療延伸至社區及偏鄉，透過遠端視訊及智慧化科技與技術，建立病人健康需求與醫療網絡間之資訊連結。為因應新的雲端智慧化、數位化管理創新服務時代，導入全新的雲端數位智能系統，使衛福部所屬醫院病人也能享受個人化，以客為尊及貼心的醫療服務。

國內人口老化速率快攀升，加上醫護人員的不足，現行醫療照顧服務體系將面臨許多挑戰，傳統醫療服務模式已無法滿足民眾需求。為改善高度依賴人力服務的醫療環境，如何導入智慧化和自動化提高醫護人力環境的工作效率，進而減少人力依賴已成為當前極重要之工作。亟需運用我國高度資訊數位化的環境進行整合研究。透過檢討評估我國現行醫療人力缺乏及未來各類醫療照顧需求，並依醫療網規劃之各醫療區塊特性，搭配人口變化趨勢與醫療需求推估，逐步調整急性期、急性後期及慢性期等各類智能醫療照護之適當配置比例與管理機制，以促進智能醫療照護資源之運用效益，有效改善因醫護人員的不足導致醫療照顧服務受影響之情形。

在以資通安全為基礎的考量下，整合數位化資訊系統環境規劃智能醫療體系，藉由設備端來協助取得疫調、醫療訊息配合動線規

劃智能醫療檢查、門禁管理及自動推播到需要被告知的醫療人員等，運用更人性化操作介面來節省流程，保護及擷節醫療人力並提升服務品質。配合世界新科技的發展趨勢及其對環境與生活健康之影響，醫療保健器材產業結合電子、資通訊產品的創新應用，整合醫療照護服務流程，建置以民眾需求為中心之服務流程，透過病人健康需求與醫療網絡間之資訊連結，落實醫囑及病後照顧，讓醫療體系成為病人家屬的後盾，可創造民眾健康、醫療資源及人力之三贏局面。

因應網路時代來臨、科技產品之進步，以及高齡化社會、近來國際間新型高傳染性疾病的出現，居家（在宅）醫療相關需求之驟增，將針對現行親自診察及遠距醫療相關需求，與產官學界之專家及醫界團體研商遠距療所涉適用情形規範合宜與否、應告知事項、醫療器材具備之規格等事項，以利評估修法之必要性及相關規定細節。

國際已逐步運用智慧科技於藥事服務、用藥安全管理與宣導，例如透過遠距科技，提供偏遠及離島地區民眾藥事照護服務；提供藥品仿單之電子結構化資料供醫院或藥局結合至醫令系統或管理系統，強化用藥安全預警；提供個人客製化即時藥品安全警訊系統，強化藥品警訊傳遞；透過智慧科技提供分群分眾資訊。本計畫擬強化智慧科技於藥事服務及用藥安全之運用，健全相關管理規範，以減輕醫療人員負擔，並提升民眾用藥安全。

一、策略作法

（一）建構遠距醫療照護環境

1. 透過智慧遠距醫療模式，擴大遠距醫療之照護對象，並輔以資通訊網路技術，提升醫療照護之可近性、即時性、效率及醫療資源之有效運用。
2. 建置「緊急救護會診平臺」，提供病人完整醫療訊息至空中轉

診審核中心，接收轉診醫院及申請後送醫療院所醫師診療決策及空中轉診需求評估，減輕第一線醫師壓力，降低夜航及不必要轉診之風險，以強化空中轉診後送來臺支援服務，提升離島地區緊急醫療救護品質。

（二）推動智慧醫療及照護體系品質管理

1. 發展 IoT（物聯網技術）、大數據、資料探勘、深度學習（Deep Learning）、人工智慧（Artificial Intelligence, AI）及機器人等應用科技與醫療產業結合及發展，推動醫療服務可近性。
2. 建立智慧醫療及照護體系，降低醫療成本、減少醫療常規錯誤，並以穿戴式裝置強化個人健康管理，並以區塊鏈提升健康數據安全，建立醫療保健所有醫療參與者強有力的合作關係，建立以民眾（病人）為中心的醫療保健系統。

（三）發展智能醫院照護模式

1. 發展大數據處理及分析能力，將醫療資訊升級為健康資訊管理。
2. 運用雲端科技建構新一代醫療服務體系，提供以病人為中心的智能醫院解決方案，作為智能醫療服務的核心目標。
3. 藉由醫療服務與資訊科技的整合，從基本的醫療與照護，進展到醫療系統數位化與自動化，進而提供更有價值的醫療服務。

（四）建構醫療機構內資訊整合機制

建置資料倉儲系統，培養大數據人才研析醫療機構內資訊整合機制之關鍵。透過產官學界研究及大數據驗證，研發對長照及傷病族群醫療照護改善模式或產品及規劃個人健康紀錄（PHR）服務之情境模式或相關產品之應用認證機制。

1. 培訓對社政及衛政等資料具敏感度之人員，關注國際發展趨

勢，透過既有資料庫之數據分析成果，建構有效之跨領域資料倉儲。

2. 透過跨領域資料倉儲及大數據人才找出醫療機構內資訊整合機制的可行性與效益。

(五) 推動智慧科技於藥事服務及用藥安全之運用管理

1. 強化藥品安全資訊運用

- (1) 提供結構化之藥品資訊電子開放資料，以供醫療機構之醫令系統、藥局管理系統及外界開發之用藥安全系統使用，以加速資訊連結、傳遞與分享。
- (2) 建置第2代藥品資訊查詢系統，提供友善多元服務功能，如二維條碼掃描、響應式網頁、客製化服務模組，供醫療人員及民眾使用。

2. 完善智慧科技藥事服務管理

- (1) 蒐集國際間將智慧科技運用於藥事服務之發展趨勢，評估國內需求及可行性，以訂定新型態藥事服務管理規範。
- (2) 針對新型態藥事服務進行試辦計畫，並進行滾動式精進，以促進新型態藥事服務之發展。

二、預期效益

- (一) 因應遠距醫療及智慧服務時代，透過醫療科技縮短偏鄉及市區醫療差距，建立以人為中心之醫療照護模式。
- (二) 建立智慧醫療服務，簡化民眾就醫流程，加強個人健康管理，加強個人化醫療照護模式。
- (三) 提高醫護人員的工作效率和正確性，提升病人醫療品質。
- (四) 培養大數據人才，有效運用相關資料倉儲數據，節省行政人力，找出對長照及傷病族群醫療照護改善模式或產品及規劃個人健康紀錄（PHR）服務之情境模式或相關產品之應用認證機制，以提高服務品質，另透過產官學界研究及大數據驗

證雙重驗證，提出相關族群醫療照護服務模式或產品，使長照及醫療資訊市場能持續成長。

- (五) 運用智慧科技，強化藥品安全資訊傳遞，確保民眾用藥安全。
- (六) 強化藥品安全資訊運用，提供架構化之藥品安全資訊供醫療機構及藥局使用，強化用藥安全管理。
- (七) 發展新型態智慧藥事服務模式，建立多元藥事服務模式，提升藥事服務之便捷性。

三、預算

- (一) 建構遠距醫療照護環境，第 1 年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元），第 2 年約需 25,000 千元（經常門 15,000 千元，資本門 10,000 千元），第 3 年約需 35,000 千元（經常門 25,000 千元，資本門 10,000 千元），第 4 年約需 45,000 千元（經常門 35,000 千元，資本門 10,000 千元），4 年合計約需 110,000 千元（經常門 80,000 千元，資本門 30,000 千元）。
- (二) 推動智慧醫療及照護體系及品質管理，第 1 年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元），第 2 年約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元），第 3 年約需 7,500 千元（經常門 7,500 千元），第 4 年約需 9,000 千元（經常門 9,000 千元），4 年合計約需 27,500 千元（經常門 27,500 千元）。
- (三) 發展智能醫院照護模式相關計畫，每年約需 32,102 千元（資本門 32,102 千元），4 年合計約需 128,408 千元（資本門 128,408 千元）。
- (四) 「建構長照及醫療機構內資訊整合機制」暨「研發傷病族群醫療照護模式或產品及規劃個人健康紀錄（PHR）模式或產品認證機制」，每年約需 15,538 千元（經常門 15,538 千元），4 年合計約需 62,152 千元（經常門 62,152 千元）。

(五) 推動智慧科技藥事服務相關計畫，每年約需 20,000 千元（第 1 年經常門 10,000 千元，資本門 10,000 千元；第 2 至 4 年經常門 15,000 千元，資本門 5,000 千元），4 年合計約需 80,000 千元（經常門 55,000 千元，資本門 25,000 千元）。

第二節 建立精準醫療照護環境

精準醫療為全球新興之重要醫療領域發展課題，其完整生態系統包含基因檢測、個人健康與醫療資訊整合、標靶治療等相關面向，涉及之醫療專業與生技產業範疇廣泛。精準醫療發展之重要環節，為建立一涵蓋真實世界證據之資料庫，透過資料串連分析，加速臨床實證資料收集，縮短藥物/檢測研發時程，發展以病人為中心之治療策略。

目前英、美、日各國政府都積極建立大型人體生物資料庫，以及推動醫療資訊加值運用，並研擬配套措施，鼓勵及協助生技醫療產業發展，我國亦於 2018 行政院生技產業策略諮議委員會（2018 BTC）歸納多位委員重要意見，期望在兼顧個人隱私保護及電子數據品質下，整合醫療資料與生物資料庫，開放予產學研醫使用。

衛生福利部於 99 年發布施行人體生物資料庫管理條例，訂有個資管控規範以及商業利益回饋機制，可使納入人體生物資料庫之檢體及其相關醫療與生物資訊，合法提供學術界和產業界申請使用，108 年 10 月亦號召國內 31 家人體生物資料庫，建置人體生物資料庫整合平台，推動國內生物資料庫資源串連與資訊共享。

為提升精準醫療檢測之品質與療效，本部研議將實驗室開發檢測納入「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」（下稱特管辦法）管理，並於 109 年 4 月 6 日預告相關該辦法修正草案，強化我國推動精準醫療診斷檢測技術之品質管理，建置符合國際潮流之法規環境，鼓勵產業投入該相關領域之研發及生產，帶動我國生技產業發展。

一、策略作法

(一) 整合我國生物研究資源，推動國家級生物資料整合系統

1. 建立收集檢體及資料之標準作業流程，與一致性檢體出庫之品質管理，提升資料庫的品質與檢體使用效率。
2. 整合各人體生物資料庫檢體資訊，建立一致性的臨床數據標準，建置整合平台之大數據資料庫與增值運用機制。
3. 建立整合平台之單一檢體與資料申請窗口與快速審查機制，維運檢體資訊網站，提供外界查詢及申請檢體或資料。
4. 監督人體生物資料庫的運作及設置機構管理，檢討修訂人體生物資料庫管理條例及相關配套法規，以使相關個資運用能保障參與者權益，兼顧產、學、研運用資料彈性。

(二) 推動我國基因檢測技術發展及相關配套機制

將實驗室開發檢測納入特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法（以下簡稱特管辦法）管理，針對醫療機構施行相關檢測之品質要求與操作人員，訂定相關規範，並持續調適相關法規架構使與國際調和，以鼓勵產業投入研發相關檢測技術於臨床運用。

(三) 檢討及修正人體研究相關法規

針對我國人體研究及人體試驗相關法規進行盤點，簡化申請流程，加強查核機制，加速我國新興醫療技術發展。

二、預期效益

(一) 成立國家級人體生物資料庫合作聯盟，活絡我國人體生物資料庫檢體使用，提升國內人體生物資料庫運作品質，建立與國際學術機構或生技產業合作關係。

(二) 建置實驗室開發檢測之管理架構，確保檢測品質，鼓勵相關產業投入。

(三) 簡化我國人體研究相關申請流程，強化查核機制，持續推動

人體研究及人體試驗之發展。

三、預算

- (一) 辦理人體生物資料庫設置許可/展延之審查及實地輔導查核，第 1 年約需 10,000 千元（經常門 10,000 千元），第 2 年約需 30,000 千元（經常門 20,000 千元，資本門 10,000 千元），第 3 年及第 4 年各約需 35,000 千元（經常門 25,000 千元，資本門 10,000 千元），4 年合計約需 110,000 千元（經常門 80,000 千元，資本門 30,000 千元）。
- (二) 推動我國基因檢測技術發展及建立配套機制，第 1 年約需 15,000 千元（經常門 15,000 千元），第 2 年約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元），第 3 年及第 4 年各約需 25,000 千元（經常門 25,000 千元），4 年合計約需 85,000 千元（經常門 85,000 千元）。
- (三) 辦理人體生物資料保存及人體試驗查核機制，第 1 年約需 7,500 千元（經常門 7,500 千元），第 2 年約需 10,000 千元（經常門 10,000 千元），第 3 年約需 15,000 千元（經常門 15,000 千元），第 4 年約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元），4 年合計約需 52,500 千元（經常門 52,500 千元）。

第三節 推動再生醫學及新興醫療科技發展與法規調適

綜觀現今國際醫學發展趨勢，隨著近年新興生物技術快速發展，細胞治療、組織工程與基因技術於臨床應用上也出現突破性發展。由於此類新興治療產品與技術之特性異於一般藥品與醫療器材，需建構適切的審查及管理方式，以促進國內相關產業發展，強化我國新興治療技術水準。本部於 107 年 9 月 6 日發布修正特管辦法，開放低風險、安全性可確定之細胞治療技術於臨床使用，同時推動「再生醫療製劑管理條例（草案）」立法，期望縮短再生醫療製劑上市的期程並加強安全監控。

新興醫療科技項目不僅於早期研發階段，有產品與技術無法劃分之特性，其型態可能與過往熟悉之產品或醫療器材不同，亦有可能為以提供服務為型式之「產品」，因此，如何規劃於早期階段不強硬採取產品或技術擇一方式管理，引導研發單位於臨床試驗第一期（安全性確認）完成後，接續於進行風險評估後列入特管辦法執行，或進入下一階段之產品臨床試驗，均須持續調適相關法規，並保持適當彈性，以促進新興醫療科技研發應用，同時保障病人安全。

為導引臺灣美容醫學及相關產業朝向正面發展並逐漸邁向下一個嶄新的紀元，本部將以分階段漸進之方式，規劃和持續完備美容醫學管理之相關配套機制及措施，以期在協助此產業快速發展之同時，亦能與國際規範趨勢保持接軌並兼顧民眾與醫師相關權益。

一、策略作法

（一）發展新興醫療技術

盤點國內新興醫療相關法規與產業面臨問題，針對我國新興醫療科技相關法規制度發展進程與規劃，持續評估相關產業與研究單位所遭遇之困難，比較世界各國推動新興醫療科技之國家發展策略，並調適相關管理法規，以促進相關科技之早期運用，鼓勵相關產業發展。

（二）持續推動新興醫療科技及特定醫療技術法規管理

1. 因應細胞治療技術開放施行，提供計畫申請之諮詢輔導機制，建立細胞治療計畫之登錄制度、年度評估與總體成效評估機制，發展依風險級別之細胞治療技術監管機制，以完備細胞治療技術管理環境。
2. 配合新醫療技術發展與臨床試驗結果，研議納入特管辦法管理項目，並就已於特管辦法列管項目，排除列管執行成效穩定者，簡化行政效率。

(三) 強化美容醫學及品質管理

特管辦法已於 107 年 9 月 6 日將削骨、鼻整形、義乳植入、大量抽脂、臉部拉皮、全身拉皮、腹部整形等 7 大類屬較高風險之美容醫學手術納入管理，具體規範其執行人員資格、術前同意、麻醉執行等事項，為落實並強化國內美容醫學及其品質管理，將持續強化美容醫學民眾宣導及資訊揭露，於醫事管理系統納入美容醫學管理相關項目與功能，定期公告登記施行特定美容醫學手術之醫療機構及通過醫策會美容醫學品質認證之醫療機構，供民眾選擇參考，並將醫療廣告查核列為地方衛生局督導考核項目。

二、預期效益

- (一) 推動新興醫療科技發展，彈性調適管理法規架構，促進相關產業研發與正向發展。
- (二) 促進新醫療技術於臨床運用之醫療服務品質，強化風險管控，保障民眾就醫安全。
- (三) 強化國內美容醫學及其品質管理，提升國內民眾對美容醫學正確認知，降低產生風險或不必要糾紛之機會。

三、預算

- (一) 發展新興醫療技術，第 1 年約需 14,140 千元（經常門 12,140 千元，資本門 2,000 千元），第 2 年約需 26,140 千元（經常門 24,140 千元，資本門 2,000 千元），第 3 年約需 31,140 千元（經常門 29,140 千元，資本門 2,000 千元），第 4 年約需 31,140 千元（經常門 29,140 千元，資本門 2,000 千元），4 年合計約需 102,560 千元（經常門 94,560 千元，資本門 8,000 千元）。
- (二) 持續推動新興醫療科技及特定醫療技術法規管理，第 1 年約需 9,000 千元（經常門 9,000 千元），第 2 年至第 4 年各約需

12,000 千元（經常門 9,000 千元，資本門 3,000 千元），4 年合計約需 45,000 千元（經常門 36,000 千元，資本門 9,000 千元）。

（三）強化美容醫學及品質管理，第 1 年約需 7,000 千元（經常門 7,000 千元），第 2 年約需 8,000 千元（經常門 8,000 千元），第 3 年約需 9,000 千元（經常門 9,000 千元），第 4 年約需 10,000 千元（經常門 10,000 千元），4 年合計約需 34,000 千元（經常門 34,000 千元）。

第六章 加速法規調適與國際合作

第一節 醫事機構及人員管理全面電子化

臺灣優質之醫療服務及健保已獲得全球高度肯定及競爭力，而現行相關醫事行政之作業流程，係以「醫事人員」與「醫事機構」為基礎，針對法規所定應行登記或辦理之事項，進行該等項目之管理。為簡化並電子化醫療資源管理行政作業，衛生福利部（以下簡稱本部）於 98 年建置醫事管理系統以提供全國性醫事資訊服務迄今，透過建置系統將上述應登記之事項納入資訊化管理，並整合各區域內醫療資源之分布狀況，作為行政管理之依據，該系統包含醫事管理系統、積分管理系統及入口網，主要使用者為衛生行政機關（業務如機構、病床、醫事人員、執業狀況、報備支援等）、公學會及全國各類醫事人員使用，並與醫事業務相關單位資訊系統資料介接，適時簡化醫療資源管理行政作業，並期望達到醫療資訊共享等效益。

惟該等業務涉及相關醫療法規，且作業流程繁複耗時，經查「醫療機構設置標準」、「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」及相關醫事人員法等規定，無論申請醫事機構開業或醫事人員申請執業登記，皆應填具相關申請書，並檢附醫事人員證書、照片、醫事

人員公會會員證明文件等及繳納執業執照費，向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請，發給開業證書或執業執照；而外國醫事人員來臺從事臨床進修或教學申請作業，各教學醫院以紙本進行陳報，由本部人員進行審核及資料匯整之統計分析作業。因此，現行醫事機構及醫事人員欲申辦各項業務，需於主管機關及相關公會兩處往返申辦，且重複繳交各項紙本文件及費用，為建構智慧化政府，簡化申辦流程及提升核准作業效率，以降低紙本文件傳遞，進而帶來更創新便捷之服務、體現更透明治理之政府，故規劃進行本計畫之線上申辦系統建置作業。

因應智慧醫療及數位醫療之趨勢，資通訊技術進步與物聯網時代來臨，促進遠距醫療之發展，研議修正或調適醫療法（含醫療機構電子病歷製作及管理辦法）、醫師法（含通訊診察治療辦法）、個人資料保護法、歐盟一般資料保護規範（General Data Protection Regulation）、資通安全管理法等法規。

一、策略作法

（一）優化醫事管理系統，提升醫政管理效率

1. 優化醫事管理系統之介面，以更直觀操作方式呈現，並設計智慧客服，排除系統使用者的操作疑難，以增進地方政府及醫事人員正確使用系統解決問題的機會，並減少傳統人力的負擔。
2. 因應日漸龐大的醫事管理資料，提升醫事資料庫容量及醫事系統之頻寬，確保行政效率。
3. 將目前紙本申請、臨櫃辦理的各項醫事人員執（歇）業及醫事機構開（歇）業相關申請，逐步轉換為線上申辦，並同步改善作業流程。

（二）研修醫療機構電子病歷製作及管理辦法促成全面電子化環境 將醫療機構電子病歷製作及管理辦法與個人資料保護

法、歐盟一般資料保護規範 (General Data Protection Regulation)、資通安全管理法、醫療法等法律進行調適，使醫療機構進行病歷電子化之過程得兼具資訊安全及數位發展。

(三) 辦理遠距醫療及遠距醫事服務法規研修

研商修正通訊診察治療辦法，提升適合採遠距之醫療業務或其他由醫事人員提供之專業服務，得於兼顧病人隱私及服務適切性情況下執行，並促進國內遠距醫療及相關技術之發展。

二、預期效益

- (一) 線上申辦系統完成後，每年可提供 16,000 次以上醫事人員及醫事機構，就其執業執照及開業執照相關需求，使用線上申辦服務，大幅提升醫事人員申辦之便捷性及受理機關之行政效率，並預估可逐年提高使用比率。
- (二) 維持醫事管理系統運作，每年輔助全國衛生機關受理醫事人員執業及醫事機構開業等相關申請 100,000 件。

三、預算

醫政管理相關系統全面線上化，第 1 年約需 25,000 千元 (經常門 10,000 千元，資本門 15,000 千元)，第 2 年約需 35,000 千元 (經常門 15,000 千元，資本門 20,000 千元)，第 3 年約需 38,000 千元 (經常門 17,000 千元，資本門 21,000 千元)，第 4 年約需 41,000 千元 (經常門 18,000 千元，資本門 23,000 千元)，4 年合計約需 139,000 千元 (經常門 60,000 千元，資本門 79,000 千元)。

第二節 推廣醫事人員繼續教育線上學習

依法各類醫事人員申請執業登記或執業執照更新時，需檢附規定之繼續教育積分證明文件，期望透過繼續教育制度，使醫事人員

能維持足夠的專業技能外，並具備法規、倫理及品質等知能。過去國內醫事相關團體開設之繼續教育課程，多以實體課程為主，線上課程為輔。隨科技進步，越來越多線上學習平台推出，使遠距教學的環境越加友善，故本部期望透過推廣醫事人員繼續教育線上學習課程，增加醫事人員接受繼續教育的可近性。

一、策略作法

(一) 整合醫事人員繼續教育課程資訊

整合醫事人員相關繼續教育課程資訊，統一於網路平台提供查詢資訊，提升醫事人員接受繼續教育之方便性。

(二) 建置醫事人員繼續教育學習平台

因應線上學習平台的發展趨勢，推動國內醫事人員繼續教育開課團體開設數位課程，並建置或提供醫事人員繼續教育學習平台，提升醫事人員接受繼續教育之可近性。

(三) 辦理衛生人員線上學習課程

增能賦權予衛生人員使用線上學習各類教材，以及運用健康 99、e 等公務園及學習平台等進行推廣。發展健康促進相關議題教學指引，以符合衛生人員提供民眾健康促進服務之需要；研擬學習成效指標，以了解衛生人員學習過程及成果；辦理衛生人員健康促進議題相關教育訓練，以多元、互動方式提供衛生人員學習。

二、預期效益

(一) 逐年提升醫事人員繼續教育線上課程開設數，每年開設至少 100 堂線上數位課程

(二) 維持繼續教育積分管理系統運作，每年使全國醫事人員可線上查詢繼續教育積分 100 萬次以上。

(三) 為提升衛生人員提供健康促進服務相關知能，持續規劃及辦理線上學習課程，以促進衛生人員增能學習。

三、預算

- (一) 推動醫事人員繼續教育線上學習課程相關業務，第 1 年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元），第 2 年約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元），第 3 年約需 7,000 千元（經常門 7,000 千元），第 4 年約需 9,000 千元（經常門 9,000 千元），4 年合計約需 27,000 千元（經常門 27,000 千元）。
- (二) 推動衛生人員線上學習課程相關業務，每年約需 2,700 千元（經常門 2,605 千元，資本門 95 千元），4 年合計約需 10,800 千元（經常門 10,420 千元，資本門 380 千元）。

第三節 促進醫療法人健全與永續發展

財團法人法於 108 年 2 月 1 日施行，就財團法人之設立許可、組織營運及管理監督建立共通性管理規範，使各政府機關能更有效管理，並促進財團法人之健全發展，以確實達成鼓勵其積極從事社會公益，進而增進民眾福祉之目標。本部所管醫療衛生相關財團法人約 222 家，其中包含政府捐助之財團法人 6 家，民間捐助之財團法人 216 家；若以醫療法人區分，則有 55 家醫療財團法人及 56 家醫療社團法人，爰依其任務性質之不同，就各類法人之管理監督密度應有不同，且需配合財團法人法及其相關法令規定，持續檢討醫療法人及衛生財團法人管理相關法令與制度之必要。

醫療法人依醫療法第 46 條及第 53 條規定，負有提撥年度結餘辦理研究發展、人才培訓、健康教育、醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項之義務，以促其善盡社會責任，其中有關醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項之範圍及分配比例，雖於醫療法施行細則第 30 條之 1 定有明文，惟其實際支用內容項目未臻明確，致外界對於部分使用內容有所質疑，爰需蒐集國際間相關法令規範，俾供參考研擬具體管理措施。

一、策略作法

- (一) 精進醫療法人管理制度，建構彈性調適機制
 - 1. 修訂醫療法人相關法規及制度：委託辦理醫療法人法規及制度研究，以研擬有效之醫療法人管理政策，並提出相關法規及制度之修正建議，俾利適時修正醫療法人管理相關法令，以強化醫療財團法人監督，促其善盡社會公益責任，並使醫療社團法人之運作更具彈性，俾利永續經營。
 - 2. 精進醫療衛生法人事務監督機制：規劃辦理相關教育訓練，增進法人管理階層及行政人員對於有關法令之認知，俾強化其法令遵從度，提升行政管理效能。逐步檢討規劃將醫療法人及衛生財團法人監督管理相關事項委外辦理機制及作法，以彌補機關人力不足需要及提升業務監督執行效率。
- (二) 布建電子化資訊系統，提升監督管理效能
 - 1. 建置維護醫療法人資訊管理系統：因應人力配置及相關法令規定，規劃增修醫療法人資訊管理系統相關功能，包含財務報表建置、各類申請審核管理或預警機制之建立等，以精進行政管理監督效能。
 - 2. 建置維護衛生財團法人資訊管理系統：增修衛生財團法人資訊管理系統相關功能，以適時掌握各類申報資料之管理及異動情形，減少相關行政作業人力需求。
- (三) 輔導醫療法人善盡社會責任與創新永續發展
 - 1. 委託辦理相關研究計畫，蒐集至少 5 個世界主要國家醫療機構之社福金相關法令，分析比較我國與世界主要國家醫療機構社福金法令之差異性，針對我國醫療法人辦理有關醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等，提出具體管理建議。
 - 2. 研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施，就辦理

成效優良者，給予適當獎勵，以促其投入並善盡社會公益責任。

二、預期效益

- (一) 良善法制作業環境，提升法人治理效能，促其善盡社會責任，永續經營發展，保障民眾就醫權益。
- (二) 簡化相關作業流程，提升行政處理效能，減省作業人力需求。

三、預算

- (一) 研擬修訂醫療法人相關法規及制度，第1年約需7,000千元（經常門7,000千元），第2年約需7,500千元（經常門7,500千元），第3年約需8,000千元（經常門8,000千元），第4年約需8,500千元（經常門8,500千元），4年合計約需31,000千元（經常門31,000千元）。
- (二) 精進衛生財團法人監督事務，第1年約需7,000千元（經常門7,000千元），第2年約需7,500千元（經常門7,500千元），第3年約需8,000千元（經常門8,000千元），第4年約需8,500千元（經常門8,500千元），4年合計約需31,000千元（經常門31,000千元）。
- (三) 醫療法人資訊管理系統維護與增修，每年約需5,000千元（經常門550千元，資本門4,450千元），4年合計約需20,000千元（經常門2,200千元，資本門17,800元）。
- (四) 衛生財團法人資訊管理系統建置、維護及增修，每年約需5,000千元（經常門550千元，資本門4,450），4年合計約需20,000千元（經常門2,200千元，資本門17,800元）。
- (五) 研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施，111至113年每年各約需3,000千元（經常門3,000千元），3年合計

約需 9,000 千元（經常門 9,000 千元）。

第四節 強化國際醫衛政策交流及合作

隨著社會經濟高度發展、跨國交流互動頻繁，醫衛社福議題日漸複雜，為完善我國衛生福利政策，除了亟需借鏡國際對於各式議題之應對經驗外，在全球化趨勢下，亦需積極開拓我國與國際交流合作之機會，透過專業溝通及深度政策研討，培養我國中高階衛生福利行政人員之宏觀視野及敏感度，以制定符合國際發展脈絡及我國國情之衛生福利政策，建構完善之全人照護體系。

我國自 106 年起未能受邀以觀察員身分出席世界衛生大會（WHA），而臺灣位於東亞樞紐，人員往來頻繁，因此容易發生傳染病原跨國傳播、交互感染，然而，臺灣無法出席 WHA 及全面參與 WHO 相關技術性會議、機制及活動，使我國取得疫病及醫衛資訊之時效多有延宕，資訊內容亦不完整，形成全球衛生安全體系及健康人權的嚴重缺口。

依據行政院之施政方針：「結合國際與我政府各部會及民間力量、資源與經驗，在人道救援、醫療援助、疾病防治、數位治理、婦女賦權及媒體識讀等領域強化國際合作，與理念相近國家及國內外重要非政府組織(NGO)建立夥伴關係，對區域及國際社會做出貢獻」，並維護國人健康權益，擬擴大辦理強化國際醫衛政策交流及合作相關事務，與國際盟友建立實質夥伴合作關係，以與全球共同實現全民均健的願景，使全體國民不論身處何地，均能享有整體性、持續性及周全性的健康照護服務，並在 2030 年前落實聯合國「永續發展目標」第 3 項（SDG 3）：確保全人類各年齡層健康與福祉。

另衛生及福利之政策方向，除考量我國國情外，實需廣納國際上新視野、新思維及新做法。為因應國際潮流及跟上國際腳步，俾與國際接軌，持續培養本部中高階人員之宏觀視野與思維，加強政

策制定及決策能力，並累積國際人脈，有助於提升我國衛生及福利政策之規劃及執行成效。

因應國際上新興藥事服務蓬勃發展，透過積極參與國際藥事服務會議及活動，瞭解國際藥事服務發展趨勢，作為我國施政之參考，並分享予我國藥事人員，以提升其執業能力。強化與國際藥事組織及各國之交流與合作，展現我國藥事服務能力及成果，提升我國在國際舞台之能見度及影響力。

一、策略作法

(一) 持續建置國際友好交流平台

透過辦理國際衛生福利政策研討會及中高階衛生福利行政人員工作坊暨衛生福利圓桌會議，安排本部長官與國外衛生福利官員、專家學者進行政策交流、經驗分享、實務討論等，以及規劃本部長官於國際場合參加政策論壇、進行公開演講、拜會國外衛生及福利公部門及非營利組織，建立與國際接軌及長期交流合作之平臺，並拓展我國衛生人員視野及能力，以建構完善之全人照護體系。

(二) 推動及辦理國際醫衛合作相關事務

委託或補助國內衛生醫療機構，配合我國外交政策，於友我國家執行醫療衛生合作計畫，透過與當地醫療機構及衛生主管機關溝通，針對當地醫療資源及器材需求及醫衛人才訓練需求，予以協助，輸出臺灣優質醫療衛生專業技術及經驗，以與國際盟友建立實質夥伴合作關係。

另鼓勵並協助我國相關機關、學校及團體等辦理推動國際衛生事務，於每年公開徵求補（捐）助辦理國際衛生事務計畫，進而扶植我國國際衛生人才，並促進國際醫衛政策交流。

(三) 培育國際醫衛人才並促進國際醫衛經驗交流

為積極配合政府醫療外交政策，善盡我國做為國際社會成員的責任，持續強化與國內外組織合作執行國際人道援助任務，分享我國先進之醫療衛生專業知識、技術及經驗，協助培育國際醫衛專業人員，並加強與我友邦與友好國家醫療專業人員之醫衛經驗交流，並提升我國國際能見度。

另藉由舉辦國際醫衛相關會議，邀請各國之衛生部長、次長與高階衛生官員等等，共同進行研討、交流醫衛政策，除與國際社會分享臺灣公共衛生及醫藥專業之成就，亦能了解國際間重要衛生政策發展趨勢及友邦當前醫療衛生問題與需求。

(四) 活絡國際藥事服務交流及合作

1. 蒐集國際間藥事服務發展趨勢，作為我國施政之參考，並辦理相關研討活動，將國際藥事服務新知分享予國內藥事人員。
2. 培育國內藥事服務國際交流人才，鼓勵我國藥事人員參與國際藥事服務相關會議或活動，向國際分享我國藥事照護執行成果。

二、預期效益

- (一) 透過國際衛生福利政策研討會及中高階衛生福利行政人員工作坊暨衛生福利圓桌會議，深入了解國際間政策規劃及實務執行模式，並在各式政策交流及實地參訪過程中，前瞻性研討我國衛生福利政策精進方向，同時向國際分享我國醫衛社福之運作及決策模式，展現「Taiwan can help, and Taiwan is helping!」精神，並宣揚我國衛生福利之成就，提升我國國際形象。
- (二) 透過辦理國際醫衛合作計畫，輸出臺灣優質衛生醫療專業技術及經驗，與各國進行交流合作並提昇合作國家醫療環境及

品質，以與國際盟友建立實質夥伴合作關係。

- (三) 培育國際醫衛人才並促進國際醫衛經驗交流，期能提升當地醫護人員專業素質及醫療服務品質，展示我國醫衛強項，提升我國國際能見度。
- (四) 辦理國際醫衛會議邀請各國之衛生部長、次長與高階衛生官員等等，共同進行研討、交流醫衛政策，期透過會議累積我國國際人脈，以利未來建立良好之合作關係，另協助國內機構辦理推動國際衛生事務，加強國際衛生事務之參與，推動國際衛生交流。
- (五) 與國際藥事照護服務接軌，提升國內藥物使用品質與醫療服務水準。
- (六) 強化藥事服務國際交流，強化我國之能見度及影響力。

三、預算

- (一) 建置國際友好交流平台，每年約需 9,000 千元，4 年合計約需 36,000 千元（經常門 36,000 千元）。
- (二) 推動及辦理國際醫衛合作相關事務，每年約需 12,250 千元（經常門 11,630 千元，資本門 620 千元），4 年合計約需 49,000 千元（經常門 46,520 千元，資本門 2,480 千元）。
- (三) 培育國際醫衛人才並促進國際醫衛經驗交流，每年約需 12,750 千元，4 年合計約需 51,000 千元（經常門 51,000 千元）。
- (四) 活絡國際藥事服務交流及合作，每年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元），4 年合計約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元）。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

本計畫自民國 110 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

二、所需資源說明

(一) 所需人力需求：醫療衛生、多重慢性病與自殺防治議題重要，社會安全網第二期以補充衛生局人力為優先。本計畫因重新型塑醫療體系病床及全人全社區照護，應依 22 縣市增加 44 個員額，為配合國家精簡人力政策，將以機關現有預算員額調整因應。

(二) 所需財務需求：本計畫 110 年至 113 年所需經費為 5,954,457 千元。

三、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：由公務預算支應。

(二) 計算基準：

單位：千元

項 目	年 度				合計
	110 年	111 年	112 年	113 年	
一、重塑以價值為基礎之醫療服務體系	100,631	262,631	265,631	268,631	897,524
檢討病床分類及功能定位	6,000	70,000	70,000	70,000	216,000
建構急性後期照護體系	4,000	4,000	4,000	4,000	16,000
優化醫療品質管理機制	90,631	93,631	96,631	99,631	380,524
公立醫院體系之定位與強化	0	95,000	95,000	95,000	285,000
二、完善全人全社區醫療照護網絡	415,906	454,906	463,296	472,296	1,806,404
推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務網絡	169,250	208,250	216,640	225,640	819,780

項 目	年 度				
	110 年	111 年	112 年	113 年	合計
提升原住民族及離島地區健康 照護服務品質與效率	236,656	236,656	236,656	236,656	946,624
發展多元友善就醫環境	10,000	10,000	10,000	10,000	40,000
強化兒童初級醫療照護品質與 健康管理	0	0	0	0	0
三、建構更具韌性之急重難症照護 體系	105,817	130,114	132,414	134,314	502,659
精進區域急重症醫療體系與緊急 事件應變	84,006	106,303	107,803	109,303	407,415
持續強化偏鄉與資源不足地區緊 急醫療量能	5,247	5,247	5,247	5,247	20,988
深化社區緊急醫療應變能力與災 難救助量能	16,564	18,564	19,364	19,764	74,256
四、充實醫事人員量能改善執業環 境	357,467	364,513	369,725	375,245	1,466,950
精進醫事人員培育及整合照護能 力	218,549	221,795	225,007	228,527	893,878
提升資源不足地區之醫事人員羅 致及留任	12,200	12,000	12,000	12,000	48,200
改善醫事人員執業環境	10,125	10,125	10,125	10,125	40,500
改善專科護理師及護產人員職場 環境	61,593	61,593	61,593	61,593	246,372
強化非訴訟之醫療糾紛處理	55,000	59,000	61,000	63,000	238,000
五、運用生物醫學科技強化醫療照 護效能	140,280	204,780	237,280	254,780	837,120
加速智能科技於醫療照護應用	77,640	98,640	110,140	121,640	408,060
建立精準醫療照護環境	32,500	60,000	75,000	80,000	247,500
推動再生醫學及新興醫療科技 發展與法規調適	30,140	46,140	52,140	53,140	181,560
六、加速法規調適與國際合作	95,700	110,700	115,700	121,700	443,800
醫事機構及人員管理全面電子 化	25,000	35,000	38,000	41,000	139,000

項 目	年 度				合 計
	110 年	111 年	112 年	113 年	
推廣醫事人員繼續教育線上學習	7,700	8,700	9,700	11,700	37,800
促進醫療法人健全與永續發展	24,000	28,000	29,000	30,000	111,000
強化國際醫衛政策交流及合作	39,000	39,000	39,000	39,000	156,000
總 計	1,215,801	1,527,644	1,584,046	1,626,966	5,954,457

四、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形

本計畫執行期間為 110 年至 113 年計 4 年，各單位經費編列一覽表詳如下表一。各項重要措施與該計畫執行期間之經費初步估計共需經費約 5,954,457 千元（經常門 5,094,030 千元，資本門 860,427 千元），其中國民健康署 10,800 千元（經常門 10,420 千元，資本門 380 千元），食品藥物管理署 140,000 千元（經常門 115,000 千元，資本門 25,000 千元），衛生福利部 5,803,657 千元（經常門 4,968,610 千元，資本門 835,047 千元），有關本計畫各年度大項經費一覽表如下表二，各年度經費明細一覽表如附件。

前列經費應由各執行單位視財務情形，逐年提出先期作業計畫，並經預算程序核定後辦理。又本計畫內容每年之執行重點與項目，亦悉依所核定先期作業計畫辦理。

表一 各單位經費編列一覽表

單位：千元

執行單位	110年	111年	112年	113年	合計
衛生福利部	1,178,101	1,489,944	1,546,346	1,589,266	5,803,657
食品藥物管理署	35,000	35,000	35,000	35,000	140,000
國民健康署	2,700	2,700	2,700	2,700	10,800
總計	1,215,801	1,527,644	1,584,046	1,626,966	5,954,457

表二 各年度大項經費一覽表

單位：千元

年度項目	110年	111年	112年	113年	合計
經常門	1,040,227	1,302,693	1,356,095	1,395,015	5,094,030
資本門	175,574	224,951	227,951	231,951	860,427
總計	1,215,801	1,527,644	1,584,046	1,626,966	5,954,457

陸、 預期效果及影響

為因應人口高齡化及少子女化所帶來的各種健康及環境衝擊，民眾對於整體醫療照護之需求隨之增加，合理計劃醫療網，落實「以人為中心」之公共衛生與醫療服務體系，以期達到本部「拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益」之施政願景，使全體國民不論身處何地，均能享有無差距的醫療資源，獲得整體性、持續性及周全性的健康照護服務。

- 一、促進醫療資源之運用效益及合理分布，提供民眾適切、可近性之醫療服務。
- 二、引領醫療照護品質之提升，落實病人安全工作目標，建構安全、優質、有效益且具人性關懷的醫療環境。
- 三、建構以人口群為中心之整合照護網絡，促進跨疾病別溝通，及提供無縫接軌各照護階段之各類服務。
- 四、落實器官捐贈移植規定，強化我國器官捐贈風氣，提升器官捐贈移植配對機會。
- 五、促進原住民族與離島地區醫療照護資源配置，提升民眾醫療服務獲得可近性及醫療服務品質，落實在地醫療照護。
- 六、精進緊急醫療應變機制，整合區域緊急醫療資源，逐步提升急重症醫療服務品質。
- 七、落實住院醫師工時指引，推動其他聘僱醫師勞動權益保障法制化，持續改善醫師勞動權益。
- 八、衡平醫師、護理及照顧人力，建構優質醫療職場環境，強化醫療爭議處理機制，促進醫病關係和諧，減少工作負荷，促進人員留任及回流，並關心其職涯發展需求。
- 九、促進跨領域合作效能，強化部落社區健康營造組織運作，發展健康照護資源產業，推動在地人服務在地人之健康照護資源育成。
- 十、建立智能醫療照護模式，導入醫療科技縮短城鄉差距。

十一、建立與國際接軌及長期交流合作之平臺，並拓展我國衛生人員視野及能力，以建構完善之全人照護體系。

柒、 附則

一、 替選方案之分析及評估

- (一) 本計畫逐年於辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，各執行單位將配合檢討經費需求調整資源分配，並應依法定預算覈實調整修正計畫經費，按年度作業計畫所設定各項工作之優先順序，檢討整併性質相近之細項計畫，重新調配資源及經費，另亦逐年評估檢討，以滾動式調整修正策略績效目標值。
- (二) 針對國家發展委員會列管之總統競選政見應辦項目，以及行政院揭櫫鬆綁與重建等施政重點所需經費優先納編，以掌握計畫工作項目之優先順序。
- (三) 針對新興計畫採行先驅試辦計畫模式進行，經檢討評估執行成效後，再據以規劃全面推廣。

二、 風險評估

- (一) 風險辨識：依據本部委託之研究結果顯示，臺灣正面臨高齡化及少子女化，致醫療需求增加，將造成醫療照護體系沉重負擔，醫事人員執業環境及勞動條件需持續改善，且又適逢108年嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情之衝擊，應強化醫療照護體系對於未來全球環境趨勢及國內社會結構變遷等挑戰之應變能力。
- (二) 風險分析：依據本部參採「風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」（詳如表 1）及「風險影響程度分類表」（詳如表 2），本計畫不實施之問題在風險機率分級方面，評估為「幾乎不可能」發生，在風險影響程度方面，評估為「嚴重」。
- (三) 風險評量：本計畫經風險分析進行風險評量，參考下列表 1

「風險發生機率分類表」及表 2「風險影響程度分類表」，作為衡量風險影響程度及發生機率之參考標準。風險值之計算方式為影響程度及發生機率之乘積（風險值=影響程度*發生機率），本計畫執行項目風險分布情形如風險圖像（圖一）。

表 1：風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
等級及可能性	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
機率之描述	發生機率 0%~40%；只有在特殊的情況下發生。	發生機率 41%~60%；有些情況下會發生。	發生機率 61% 以上；在大部分的情況下會發生。

表 2：風險影響程度分類表-影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	形 象	社會反應
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	嚴重	中度危機	衛生福利部形象受損	要求追究衛生福利部行政責任
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任

圖一：風險圖像

影響程度	風險分布		
非常嚴重 (3)	高度風險	高度風險	極度風險

嚴重 (2)	中度風險 1.本計畫不實施 之後果	高度風險	高度風險
輕微 (1)	低度風險	中度風險	高度風險
	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
發生機率			

三、相關機關配合事項

- (一) 內政部消防署：配合現有組織、制度及相關計畫方案實施到醫療機構前緊急醫療救護工作。
- (二) 各縣市衛生局：配合計畫執行，發展因地制宜之健康服務計畫，並協助醫療相關法規執行及醫療資源管理事宜。
- (三) 衛生福利部中央健康保險署：配合各項政策推動，發展健保給付方案。

四、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表

中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第10點)	√		√		
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估,並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)	√		√		
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表?並依據各類審查作業規定提具相關書件		√		√	本計畫不適用
2、民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		√		√	本計畫不適用
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)	√		√		
	(2)是否研提完整財務計畫	√		√		
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	√		√		本計畫逐年於辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時,按年度依法定預算覈實調整修正計畫經費。
	(2)資金籌措:本於提高自償之精神,將影響區域進行整合規劃,並將外部效益內部化		√		√	
	(3)經費負擔原則: a.中央主辦計畫:中央主管相關法令規定 b.補助型計畫:中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	√		√		
	(4)年度預算之安排及能量估算:所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討,如無法納編者,應檢討調減一定比率之舊有經費支應;如仍有不敷,須檢附以前年度預算執	√		√		

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件					
	(5)經資比 1:2 (「政府公共建設計畫前期作業實施要點」第 2 點)		V		✓	
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		V		✓	
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	V		✓		
	(2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a.現有人力運用情形 b.計畫結束後，請增人力之處理原則 c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源		V		✓	
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)		V		✓	本計畫不適用
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		V		✓	本計畫不適用
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定(中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第 10 條)		V		✓	
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		V		✓	
	(4)是否符合土地徵收條例第 3 條之 1 及土地徵收條例施行細則第 2 條之 1 規定		V		✓	
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第 21 條規定辦理		V		✓	
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	V		✓		
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		V		✓	本計畫不適用
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	V		✓		
11、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		V		✓	本計畫不適用

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
12、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		V		✓	本計畫不適用
13、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		V		✓	本計畫不適用
14、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		V		✓	本計畫不適用
15、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商		V		✓	本計畫不適用
	(2)是否檢附相關協商文書資料		V		✓	本計畫不適用
16、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		V		✓	本計畫不適用
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		V		✓	本計畫不適用
	(3)是否檢附相關說明文件		V		✓	本計畫不適用
17、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	V		V		計畫部分工作室涉及資訊系統規劃部分，將依本部資訊安全相關管理規範進行資通安全防護規劃。

主辦機關核章：承辦人

薦任 羅郁婷

單位主管

醫事司 石崇良

首長

陳時中

主管部會核章：研考主管

綜合規劃司 張雅敏

會計主管

會計處 張育珍

首長

109. 7. 14

中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】 各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

- (一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少 1 人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。
- (二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：
 - 1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。
 - 2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

- (一) 請填寫完成【第一部分－機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分－程序參與】，宜至少預留 1 週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。
- (二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分－機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：建構敏捷韌性醫療照護體系計畫（草案）（110-113 年度）

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列擬案機關/單位)	醫事司
------------------------------	-------	---------------------------------	-----

壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。

評估項目	評估結果
<p>1-1 【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</p> <p>性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）可參考行政院性別平等會網站（https://gec.ey.gov.tw）。</p>	<p>1. 行政院於 2011 年提出《性別平等政策綱領》，列舉七大核心議題，核心議題之一為「健康、醫療與照顧」，公務人員與醫療人員一樣，若能具備性別勝任能力（gender competence），都有助於落實《性別平等政策綱領》或「消除對婦女一切形式歧視公約」（The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women，簡稱 CEDAW）的理念，消滅性別刻板印象造成之身心健康危害，破除疾病之性別盲，提供具性別敏感度</p>

	<p>之醫療保健與相關服務(性平會，2018)。</p> <p>2. 《性別平等教育法部分條文修正草案》定義多元性別為指任何人之生理性別、性別特徵、性別特質、性傾向、性別認同及性別變更等差異情形。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析(含前期或相關計畫之執行結果)，並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a.歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/)(含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會-性別分析」(https://gec ey.gov.tw)。</p> <p>b.性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體： ◎政策規劃者(例如:機關研擬與決策人員；外部諮詢人員)。 ◎服務提供者(例如:機關執行人員、委外廠商人力)。 ◎受益者(或使用者)。</p> <p>c.前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析(例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性)，探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3 找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p> <p>d.未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標(如 2-1 之 f)。</p>	<p>1. 根據國民健康署 102 年「國民健康訪問調查」，2013 年 65 歲以上老年人多重共病情況，則發現男性有一項以上慢性病者佔 84.20%、女性佔 88.10%；兩項以上男性為 64.00%、女性為 72.50%；三項以上男性 40.50%、女性為 53.10%。</p> <p>2. 根據內政部 108 年人口統計指出，男女平均餘命差異 6.5 歲，女性平均餘命較男性長，農業縣男女平均餘差異較大。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-3【請根據 1-1 及 1-2 的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a.參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離(例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任)、職場性別友善性不足(例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施)，及性別參與不足等問題。</p> <p>b.受益情形</p> <p>◎受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關</p>	<p>1. 本計畫研擬過程之溝通：因應上述醫療網議題，為有效進行政策研擬及溝通，邀集公部門及醫療機構團體之專家學者，舉行約 2 場次會議，共同規劃及研析本計畫之規劃方向。</p> <p>2. 上開研商過程之參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p>

<p>注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會(例如:獲得政府補助;參加人才培訓活動),或平等參與社會及公共事務之機會(例如:參加公聽會/說明會)。</p> <p>◎受益者受益程度之性別差距過大時(例如:滿意度、社會保險給付金額),宜關注弱勢性別之需求與處境(例如:家庭照顧責任使女性未能連續就業,影響年金領取額度)。</p> <p>c.公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計,宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>◎使用性:兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>◎安全性:消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>◎友善性:兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容,宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>研究類計畫之參與者(例如:研究團隊)性別落差過大時,宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題;若以「人」為研究對象,宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	
--	--

貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。

評估項目	評估結果
<p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對 1-3 的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p>a.參與人員</p> <p>◎促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。</p> <p>◎加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。</p> <p>◎營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</p> <p>b.受益情形</p> <p>◎回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</p> <p>◎增進弱勢性別獲得社會資源之機會(例如:獲得政府補助;參加人才培訓活動)。</p> <p>◎增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會(例如:參加公聽會/說明會,表達意見與需求)。</p> <p>c.公共空間</p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p>	<p><input type="checkbox"/>有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <p>1.參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p>

<p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。 ⊙提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。 <p>e.研究類計畫</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙產出具性別觀點之研究報告。 ⊙加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。 <p>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</p> <p>g.其他有助促進性別平等之效益。</p>	
評估項目	評估結果
<p>2-2【請根據 2-1 本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】</p> <p>請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：</p> <p>a.參與人員</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。 ⊙前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。 <p>b.宣導傳播</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。 ⊙宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。 ⊙與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。 <p>c.促進弱勢性別參與公共事務</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。 ⊙規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。 ⊙辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。 ⊙培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。 <p>d.培育專業人才</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息； 	<p><input type="checkbox"/>有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第九期醫療網計畫研商過程之參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，故未訂定性別目標及相關策略。

結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動)。

◎辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。

◎培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。

◎辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

e.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

◎規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。

◎製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。

◎規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容(例如:女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化)。

f.建構性別友善之職場環境

委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法(例如:評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施;鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職)，以營造性別友善職場環境。

g.具性別觀點之研究類計畫

◎研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才;積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。

◎以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。

評估項目

評估結果

2-3【請根據 2-2 本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】

各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。

有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：本計畫所編列經費配置之研究助理薪資、出席費及國內旅費皆未涉及性別差異，確保不同性別皆有平等權益。

未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：本計畫並無特定性別，故經費之編列亦無依性別編列。

【注意】填完前開內容後，請先依「填表說明二之(一)」辦理【第二部分一程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。

參、評估結果

請機關填表人依據【第二部分一程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。

3-1 綜合說明	1. 將持續追蹤人口統計等相關性別分析。除性別統計分析外，並依需要進行年齡與性別之交叉分析。 2. 將持續加強建構及充實醫事人員之性別友善執業環境。 3. 對於身心障礙者及新住民等特殊需求者，將持續建置友善就醫環境，提升醫事人員多元文化溝通能力，以減少歧視及偏見，營造合適的就醫環境。 4. 「為強化醫師臨床技能與世界醫療接軌，規劃遴選醫師出國研習」將就歷年出國研習人員進行相關性別統計分析。	
3-2 參採情形	3-2-1 說明採納意見後之計畫調整(請標註頁數)	
	3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	
3-3 通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 109 年 6 月 29 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。		

- 填表人姓名：羅郁婷 職稱：科員 電話：02-85907335 填表日期：109 年 4 月 17 日
- 本案已於計畫研擬初期 徵詢性別諮詢員之意見，或 提報各部會性別平等專案小組（會議日期： 年 月 日）
- 性別諮詢員姓名：王秀紅 服務單位及職稱：高雄醫學大學教授 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）
 （請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案）

【第二部分—程序參與】：由性別平等專家學者填寫

<p>程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1.現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址：http://www.taiwanwomenscenter.org.tw/）。</p> <p><input type="checkbox"/> 2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。</p> <p><input type="checkbox"/> 3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。</p>	
<p>(一) 基本資料</p>	
1.程序參與期程或時間	109年6月23日至109年6月23日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	<p>1.姓名職稱：王秀紅教授</p> <p>2.服務單位：高雄醫學大學</p> <p>3.專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策</p>
3.參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見
<p>(二) 主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填4至10欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）</p>	
4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	無性別目標
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜
10.綜合性檢視意見	<p>一、本案為第九期醫療網計畫「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」草案，為因應極端氣候，新興傳染病等全球環境因素快速變遷，建構即時醫療與心理照護服務，以強化國內醫療照護體系。</p> <p>二、計畫預計舉辦2場會議，以有效研擬及溝通相關進行政策，邀請公部門及醫療機構團體之專家學者，以共同規劃及研析計畫進行方向。參與對象為設定特定性別，兩性均可共同參與。</p> <p>三、針對計畫內容，研擬與性別相關之議題，包括：計畫參與人員、受益情形、公共空間之使用性、安全</p>

	<p>性、友善性、展覽、演出或傳播內容、具性別觀點之研究計畫等性別相關執行策略及其配套措施。</p> <p>四、其他相關性別統計包括：102年65歲以上老年人多重共病情況（一項、二項、三項以上慢性病者）之性別比例、108年男女餘命差異分析等。</p> <p>五、建議1：未來進行本計畫時，宜持續追蹤人口統計等相關性別分析。除性別統計分析外，並依需要進行年齡與性別之交叉分析。</p> <p>六、建議2：未來宜持續加強建構及充實醫事人員之性別友善執業環境。例如，因應人口老化日益嚴重，醫療照護環境多元化，宜發展高齡友善執業環境及相關措施。對於女性醫師及女性醫事人員，宜強化及預防職場暴力及霸凌之友善職場環境。</p> <p>七、建議3：對於身心障礙者及新住民等特殊需求者，宜持續建置友善就醫環境，提升醫事人員多元文化溝通能力，以減少歧視及偏見，營造合適的就醫環境。</p> <p>八、建議4：「為強化醫師臨床技能與世界醫療接軌，規劃遴選醫師出國研習」。未來可提供歷年出國研習人員相關性別統計分析，例如性別角色是否為影響女性醫師出國研習之障礙因素。</p>
<p>(三) 參與時機及方式之合宜性</p>	<p>合宜</p>
<p>本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。</p> <p>(簽章，簽名或打字皆可) <u> 王秀紅 </u></p>	

五、各年度經費明細一覽表

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
壹、重塑以價值為基礎之醫療服務體系	醫事司 照護司 醫福會	100,631	95,631	5,000	262,631	240,631	22,000	265,631	241,631	24,000	268,631	242,631	26,000	897,524	820,524	77,000
一、檢討病床分類及功能定位	醫事司	6,000	6,000	0	70,000	70,000	0	70,000	70,000	0	70,000	70,000	0	216,000	216,000	0
（一）檢討及評估我國未來病床需求	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
（二）調整各類病床之配置比例與管理	醫事司	6,000	6,000	0	70,000	70,000	0	70,000	70,000	0	70,000	70,000	0	216,000	216,000	0
二、建構急性後期照護體系	醫事司	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	16,000	16,000	0
（一）檢討各層級醫療機構之功能與任務	醫事司	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	16,000	16,000	0
（二）規劃建置急性後期照護制度	醫事司															
（三）試辦周全性、持續性、協調性之急性後期照護模式	醫事司															

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
三、優化醫療品質管理機制	醫事司 照護司	90,631	85,631	5,000	93,631	86,631	7,000	96,631	87,631	9,000	99,631	88,631	11,000	380,524	348,524	32,000
(一) 革新醫院評鑑品質管理機制	醫事司 照護司	51,200	49,200	2,000	51,200	49,200	2,000	51,200	49,200	2,000	51,200	49,200	2,000	204,800	196,800	8,000
(二) 建立夥伴關係深化病人安全文化	醫事司	35,000	32,000	3,000	38,000	33,000	5,000	41,000	34,000	7,000	44,000	35,000	9,000	158,000	134,000	24,000
(三) 輔導及提升醫療機構永續發展能力	醫事司	4,431	4,431	0	4,431	4,431	0	4,431	4,431	0	4,431	4,431	0	17,724	17,724	0
四、公立醫院體系之定位與強化	醫福會	0	0	0	95,000	80,000	15,000	95,000	80,000	15,000	95,000	80,000	15,000	285,000	240,000	45,000
(一) 部屬醫院之使命及政策任務	醫福會	0	0	0	2,400	2,400	0	2,400	2,400	0	2,400	2,400	0	7,200	7,200	0
(二) 強化公立醫院角色功能	醫福會	0	0	0	92,600	77,600	15,000	92,600	77,600	15,000	92,600	77,600	15,000	277,800	232,800	45,000
貳、完善全人全社區醫療照護網絡	醫事司 國健署 照護司 食藥署	415,906	342,667	73,239	454,906	379,667	75,239	463,296	388,057	75,239	472,296	397,057	75,239	1,806,404	1,507,448	298,956

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
一、推動以人為中心社區 為基礎的健康照護服 務網絡	醫事司	169,250	162,250	7,000	208,250	199,250	9,000	216,640	207,640	9,000	225,640	216,640	9,000	819,780	785,780	34,000
(一) 發展區域內醫療機 構之整合性健康照 護服務網絡	醫事司	40,000	40,000	0	43,000	43,000	0	46,000	46,000	0	49,000	49,000	0	178,000	178,000	0
(二) 發展居家(在宅) 醫療服務網絡	醫事司	0	0	0	20,000	20,000	0	20,000	20,000	0	20,000	20,000	0	60,000	60,000	0
(三) 鏈結長照資源提供 一站式服務	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(四) 強化社區安寧、器 官捐贈及移植之支 持網絡	醫事司	129,250	122,250	7,000	145,250	136,250	9,000	150,640	141,640	9,000	156,640	147,640	9,000	581,780	547,780	34,000
二、提升原住民族及離島 地區健康照護服務品 質與效率	照護司	236,656	170,417	66,239	236,656	170,417	66,239	236,656	170,417	66,239	236,656	170,417	66,239	946,624	681,668	264,956
(一) 強化原住民族及離 島地區衛生所 (室)健康照護服 務	照護司	79,805	17,875	61,930	79,805	17,875	61,930	79,805	17,875	61,930	79,805	17,875	61,930	319,220	71,500	247,720

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(二) 提升原住民族及離島地區在地醫療照護量能	照護司	131,135	126,826	4,309	131,135	126,826	4,309	131,135	126,826	4,309	131,135	126,826	4,309	524,540	507,304	17,236
(三) 強化離島地區空中及救護船緊急後送服務	照護司	18,216	18,216	0	18,216	18,216	0	18,216	18,216	0	18,216	18,216	0	72,864	72,864	0
(四) 促進原住民族及離島地區健康照護研究發展及跨域合作	照護司	7,500	7,500	0	7,500	7,500	0	7,500	7,500	0	7,500	7,500	0	30,000	30,000	0
三、發展多元友善就醫環境	醫事司 國健署 食藥署	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	40,000	40,000	0
(一) 推動高齡友善健康照護機構全面普及化	國健署	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(二) 推動延緩失能之長者醫院友善照護	國健署	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(三) 提升身心障礙者與新住民等特殊需求者就醫權益	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(四) 推動藥事多元照護服務	食藥署	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	40,000	40,000	0
四、強化兒童初級醫療照護品質與健康管理	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(一) 發展家庭為基礎的幼兒專責醫師制度	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(二) 推展脆弱家庭育兒指導服務方案	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(三) 強化兒科專科醫師初級醫療照護及兒童發展評估能力	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(四) 建立低出生體重兒登錄系統完善追蹤關懷服務	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
參、建構更具韌性之急重難症照護體系	醫事司	105,817	87,024	18,793	130,114	103,924	26,190	132,414	106,224	26,190	134,314	108,124	26,190	502,659	405,296	97,363
一、精進區域急重症醫療體系與緊急事件應變	醫事司	84,006	70,213	13,793	106,303	86,113	20,190	107,803	87,613	20,190	109,303	89,113	20,190	407,415	333,052	74,363

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(一) 提升戰情中心即時分析能力，強化緊急指揮調度機制	醫事司	4,090	3,297	793	5,863	4,297	1,566	6,363	4,797	1,566	6,863	5,297	1,566	23,179	17,688	5,491
(二) 整合區域緊急應變中心，提升緊急醫療救護電子化	醫事司	66,816	58,816	8,000	67,440	58,816	8,624	67,440	58,816	8,624	67,440	58,816	8,624	269,136	235,264	33,872
(三) 優化臨床毒藥物諮詢中心功能與智慧化	醫事司	13,100	8,100	5,000	33,000	23,000	10,000	34,000	24,000	10,000	35,000	25,000	10,000	115,100	80,100	35,000
二、持續強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療量能	醫事司	5,247	5,247	0	5,247	5,247	0	5,247	5,247	0	5,247	5,247	0	20,988	20,988	0
(一) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備	醫事司	4,400	4,400	0	4,400	4,400	0	4,400	4,400	0	4,400	4,400	0	17,600	17,600	0
(二) 整合重症醫療照護網絡，建置重症資源調度機制	醫事司	847	847	0	847	847	0	847	847	0	847	847	0	3,388	3,388	0

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(三) 強化區域聯防，提升偏鄉緊急醫療量能	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
三、深化社區緊急醫療應變能力與災難救助量能	醫事司	16,564	11,564	5,000	18,564	12,564	6,000	19,364	13,364	6,000	19,764	13,764	6,000	74,256	51,256	23,000
(一) 提升公共場所AED效能，完善社區「生存之鏈」	醫事司	1,000	1,000	0	3,000	2,000	1,000	3,800	2,800	1,000	4,200	3,200	1,000	12,000	9,000	3,000
(二) 普及急救與災難教育訓練，擴大社區參與	醫事司	500	500	0	500	500	0	500	500	0	500	500	0	2,000	2,000	0
(三) 整合地方縣市緊急應變量能，強化社區防災工作	醫事司	15,064	10,064	5,000	15,064	10,064	5,000	15,064	10,064	5,000	15,064	10,064	5,000	60,256	40,256	20,000
肆、充實醫事人員量能改善執業環境	醫事司 照護司 醫福會	357,467	347,642	9,825	364,513	354,708	9,805	369,725	359,920	9,805	375,245	365,440	9,805	1,466,950	1,427,710	39,240
一、精進醫事人員培育及整合照護能力	醫事司	218,549	217,809	740	221,795	221,055	740	225,007	224,267	740	228,527	227,787	740	893,878	890,918	2,960

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(一) 醫師及各類醫事人員人力評估，據以調整政策	醫事司	8,363	8,363	0	8,363	8,363	0	8,363	8,363	0	8,363	8,363	0	33,452	33,452	0
(二) 強化醫師及醫事人員畢業後訓練符合社會需要	醫事司	4,637	3,897	740	4,637	3,897	740	4,637	3,897	740	4,637	3,897	740	18,548	15,588	2,960
(三) 專科及次專科醫師訓練制度改革	醫事司	11,994	11,994	0	15,240	15,240	0	18,452	18,452	0	21,972	21,972	0	67,658	67,658	0
(四) 持續推動醫院整合醫學制度暨垂直整合銜接照護計畫	醫事司	193,555	193,555	0	193,555	193,555	0	193,555	193,555	0	193,555	193,555	0	774,220	774,220	0
二、提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任	醫事司 醫福會	12,200	12,180	20	12,000	12,000	0	12,000	12,000	0	12,000	12,000	0	48,200	48,180	20
(一) 優化公費醫師培育制度挹注偏鄉醫師人力	醫事司	200	180	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	180	20
(二) 改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援	醫福會	12,000	12,000	0	12,000	12,000	0	12,000	12,000	0	12,000	12,000	0	48,000	48,000	0

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(三) 推動遠距醫療提升 資源不足地區之就 醫可及性	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
三、改善醫事人員執業環 境	醫事司	10,125	10,125	0	10,125	10,125	0	10,125	10,125	0	10,125	10,125	0	40,500	40,500	0
(一) 落實住院醫師勞動 權益保障	醫事司	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
(二) 推動受僱醫師勞動 權益保障法制化	醫事司	10,125	10,125	0	10,125	10,125	0	10,125	10,125	0	10,125	10,125	0	40,500	40,500	0
(三) 檢討醫院各類醫事 人員合理配置	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(四) 強化醫療機構醫療 暴力防範措施	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
四、改善專科護理師及護 產人員職場環境	照護司	61,593	58,528	3,065	61,593	58,528	3,065	61,593	58,528	3,065	61,593	58,528	3,065	246,372	234,112	12,260
(一) 推動護理人員多元 角色發展	照護司	36,000	32,935	3,065	36,000	32,935	3,065	36,000	32,935	3,065	36,000	32,935	3,065	144,000	131,740	12,260
(二) 改善護產執業環境 與執業率	照護司	25,593	25,593	0	25,593	25,593	0	25,593	25,593	0	25,593	25,593	0	102,372	102,372	0

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
五、強化非訴訟之醫療糾紛處理	醫事司	55,000	49,000	6,000	59,000	53,000	6,000	61,000	55,000	6,000	63,000	57,000	6,000	238,000	214,000	24,000
(一) 建構醫療事故關懷支持系絡，促進醫病正向關係	醫事司	36,000	33,000	3,000	40,000	37,000	3,000	42,000	39,000	3,000	44,000	41,000	3,000	162,000	150,000	12,000
(二) 推動醫療事故預防及醫療爭議處理法制化	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(三) 優化醫事鑑定效能，提升鑑定作業透明度	醫事司	19,000	16,000	3,000	19,000	16,000	3,000	19,000	16,000	3,000	19,000	16,000	3,000	76,000	64,000	12,000
伍、運用生物醫學科技強化醫療照護效能	醫事司 醫福會 資訊處 食藥署	140,280	96,178	44,102	204,780	142,678	62,102	237,280	175,178	62,102	254,780	192,678	62,102	837,120	606,712	230,408
一、加速智能科技於醫療照護應用	醫事司 醫福會 資訊處 食藥署	77,640	35,538	42,102	98,640	51,538	47,102	110,140	63,038	47,102	121,640	74,538	47,102	408,060	224,652	183,408

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(一) 建構遠距醫療照護環境	醫事司	5,000	5,000	0	25,000	15,000	10,000	35,000	25,000	10,000	45,000	35,000	10,000	110,000	80,000	30,000
(二) 推動智慧醫療及照護體系品質管理	醫事司	5,000	5,000	0	6,000	6,000	0	7,500	7,500	0	9,000	9,000	0	27,500	27,500	0
(三) 發展智能醫院照護模式	醫福會	32,102	0	32,102	32,102	0	32,102	32,102	0	32,102	32,102	0	32,102	128,408	0	128,408
(四) 建構醫療機構內資訊整合機制	資訊處	15,538	15,538	0	15,538	15,538	0	15,538	15,538	0	15,538	15,538	0	62,152	62,152	0
(五) 推動智慧科技於藥事服務及用藥安全之運用管理	食藥署	20,000	10,000	10,000	20,000	15,000	5,000	20,000	15,000	5,000	20,000	15,000	5,000	80,000	55,000	25,000
二、建立精準醫療照護環境	醫事司	32,500	32,500	0	60,000	50,000	10,000	75,000	65,000	10,000	80,000	70,000	10,000	247,500	217,500	30,000
(一) 整合我國生物研究資源，推動國家級生物資料整合系統	醫事司	10,000	10,000	0	30,000	20,000	10,000	35,000	25,000	10,000	35,000	25,000	10,000	110,000	80,000	30,000
(二) 推動我國基因檢測技術發展及相關配套機制	醫事司	15,000	15,000	0	20,000	20,000	0	25,000	25,000	0	25,000	25,000	0	85,000	85,000	0

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(三) 檢討及修正人體研究相關法規	醫事司	7,500	7,500	0	10,000	10,000	0	15,000	15,000	0	20,000	20,000	0	52,500	52,500	0
三、推動再生醫學及新興醫療科技發展與法規調適	醫事司	30,140	28,140	2,000	46,140	41,140	5,000	52,140	47,140	5,000	53,140	48,140	5,000	181,560	164,560	17,000
(一) 發展新興醫療技術	醫事司	14,140	12,140	2,000	26,140	24,140	2,000	31,140	29,140	2,000	31,140	29,140	2,000	102,560	94,560	8,000
(二) 持續檢討新興醫療科技及特定醫療技術法規與管理	醫事司	9,000	9,000	0	12,000	9,000	3,000	12,000	9,000	3,000	12,000	9,000	3,000	45,000	36,000	9,000
(三) 強化美容醫學及品質管理	醫事司	7,000	7,000	0	8,000	8,000	0	9,000	9,000	0	10,000	10,000	0	34,000	34,000	0
陸、加速法規調適與國際合作	醫事司 國健署 綜規司 國合組 食藥署	95,700	71,085	24,615	110,700	81,085	29,615	115,700	85,085	30,615	121,700	89,085	32,615	443,800	326,340	117,460
一、醫事機構及人員管理全面電子化	醫事司	25,000	10,000	15,000	35,000	15,000	20,000	38,000	17,000	21,000	41,000	18,000	23,000	139,000	60,000	79,000

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(一) 優化醫事管理系統，提升醫政管理效率	醫事司	25,000	10,000	15,000	35,000	15,000	20,000	38,000	17,000	21,000	41,000	18,000	23,000	139,000	60,000	79,000
(二) 研修醫療機構電子病歷製作及管理辦法促成全面電子化環境	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(三) 辦理遠距醫療及遠距醫事服務法規研修	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
二、推廣醫事人員繼續教育線上學習	醫事司 國健署	7,700	7,605	95	8,700	8,605	95	9,700	9,605	95	11,700	11,605	95	37,800	37,420	380
(一) 整合醫事人員繼續教育課程資訊	醫事司	5,000	5,000	0	6,000	6,000	0	7,000	7,000	0	9,000	9,000	0	27,000	27,000	0
(二) 建置醫事人員繼續教育學習平台	醫事司															
(三) 辦理衛生人員線上學習課程	國健署	2,700	2,605	95	2,700	2,605	95	2,700	2,605	95	2,700	2,605	95	10,800	10,420	380
三、促進醫療法人健全與永續發展	醫事司	24,000	15,100	8,900	28,000	19,100	8,900	29,000	20,100	8,900	30,000	21,100	8,900	111,000	75,400	35,600

項目	負責單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(一) 精進醫療法人管理制度，建構彈性調適機制	醫事司	14,000	14,000	0	15,000	15,000	0	16,000	16,000	0	17,000	17,000	0	62,000	62,000	0
(二) 布建電子化資訊系統，提升監督管理效能	醫事司	10,000	1,100	8,900	10,000	1,100	8,900	10,000	1,100	8,900	10,000	1,100	8,900	40,000	4,400	35,600
(三) 輔導醫療法人善盡社會責任與創新永續發展	醫事司	0	0	0	3,000	3,000	0	3,000	3,000	0	3,000	3,000	0	9,000	9,000	0
四、強化國際醫衛政策交流及合作	綜規司 國合組 食藥署	39,000	38,380	620	39,000	38,380	620	39,000	38,380	620	39,000	38,380	620	156,000	153,520	2,480
(一) 持續建置國際友好交流平台	綜規司	9,000	9,000	0	9,000	9,000	0	9,000	9,000	0	9,000	9,000	0	36,000	36,000	0
(二) 推動及辦理國際醫衛合作相關事務	國合組	12,250	11,630	620	12,250	11,630	620	12,250	11,630	620	12,250	11,630	620	49,000	46,520	2,480
(三) 培育國際醫衛人才並促進國際醫衛經驗交流	國合組	12,750	12,750	0	12,750	12,750	0	12,750	12,750	0	12,750	12,750	0	51,000	51,000	0

項目	負責 單位	110年 合計	110年 經常門	110年 資本門	111年 合計	111年 經常門	111年 資本門	112年 合計	112年 經常門	112年 資本門	113年 合計	113年 經常門	113年 資本門	合計	經常門	資本門
(四) 活絡國際藥事服務 交流及合作	食藥署	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	20,000	20,000	0
合計		1,215,801	1,040,227	175,574	1,527,644	1,302,693	224,951	1,584,046	1,356,095	227,951	1,626,966	1,395,015	231,951	5,954,457	5,094,030	860,427