



第八期醫療網計畫
(核定本)

106年3月

目錄

壹、計畫緣起.....	3
一、依據.....	3
二、未來環境預測.....	3
三、問題評析.....	5
四、社會參與及政策溝通情形.....	7
貳、計畫目標.....	8
一、目標說明.....	8
二、達成目標之限制.....	8
三、績效指標、衡量標準及目標值.....	10
參、現行相關政策及方案之檢討.....	12
一、「開創全民均等健康照護計畫」預期效益達成情形及差異分析.....	12
二、執行績效.....	16
三、執行檢討.....	44
肆、執行策略及方法.....	58
一、主要工作項目.....	58
二、分年執行策略與分工.....	60
三、計畫執行步驟與方法.....	65
第一章 健康照護體系新定位.....	65
第一節 落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制.....	65
第二節 建立以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式.....	68
第三節 加強原住民及離島醫療資源不足地區健康服務效率.....	70
第四節 發展多元友善就醫環境.....	76
第五節 結合地方資源，提升原住民健康事務.....	77
第二章 全面提升緊急醫療救護體系與網絡.....	81
第一節 強化緊急醫療應變中心緊急應變機制.....	81
第二節 強化醫院緊急醫療能力分級制度.....	83
第三節 推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用.....	84
第三章 改善醫事人員執業環境，充實醫事人力.....	86
第一節 推動受僱醫師納入勞動基準法.....	86
第二節 強化醫師整合醫療能力.....	87
第三節 醫事人力培育及人才羅致規劃.....	89
第四節 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.....	90
第五節 充實並留置偏遠地區醫事人力.....	93
第四章 以病人安全為核心價值之醫療體系.....	96
第一節 革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制.....	96

第二節	以實證與病人參與為導向提升病人安全	98
第三節	發展智能醫療照護模式	100
第四節	強化非訴訟之醫療糾紛處理方式	102
第五節	產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型	103
第五章	健全法規制度發展	105
第一節	檢討醫療法規推動策略	105
第二節	促進醫療法人之發展，提供永續醫療照護服務	108
第三節	建立支持器官捐贈及移植之網絡環境	109
第四節	促進生物醫療科技發展	113
第五節	健全美容醫學管理與發展並兼顧醫病關係	116
第六節	活絡國際醫療衛生政策交流及合作	118
伍、	期程及資源需求	123
一、	計畫期程	123
二、	所需資源說明	123
三、	經費來源及計算基準	123
四、	經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形	125
陸、	預期效果及影響	127
柒、	財務計畫	128
捌、	附則	129
一、	替選方案之分析及評估	129
二、	風險評估	129
三、	相關機關配合事項	131
四、	中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表	132
五、	各年度經費明細一覽表	144

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。自第五期起（新世紀健康照護計畫），逐步轉為著重病人安全、提升醫療品質與人力素質等工作，強化特殊醫療體系，發展社區醫療衛生體系、推動長期照護服務等。本計畫承續前一期醫療網計畫「開創全民均等健康照護計畫」，為實現本部「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」之使命，提出策進作法，期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。

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）受僱醫師納入勞基法增加醫師人力需求

自 86 年 9 月起，醫事人員陸續納入勞基法適用，惟獨醫師因為執業性質之特殊性，對於納入勞基法之適用屢有爭議。近年來因有愈來愈多要求保障醫師勞動人權之建議，爰規劃於 108 年 9 月 1 日起將受僱醫師納入勞基法適用範圍之政策方向。

受僱醫師納入勞基法後，對於醫師人力需求將大幅上升，特別是住院醫師。國家衛生研究院於 103 年研究結果，推估若將住院醫師工時上限訂為 80 小時，欲維持現行之醫院及醫師提供之服務量，各專科缺少之臨床工時約為 39,117 小時至 60,431 小時，如果以住院醫師補足，共約需增加 1,209 位至 1,764 位住

院醫師。偏遠地區因受到都會區及較大型醫院之醫師人力需求增加影響，將更不容易招募到醫師進駐。為減少對醫療體系之衝擊，需就增加醫師人力供給，及減少醫療服務需求等面向著手，提出策進作法。

(二) 醫療服務供給模式改變以因應高齡化社會需求

我國 65 歲以上人口已達全國人口之 13.2%，人口老化使得慢性病盛行率提高，多重慢性病伴隨老化情形，使疾病處置及後續管理更形複雜，若病人有反覆住院情形，將占用更多急診及住院醫療資源。

當整體政策以在地老化為目標，應鼓勵民眾於社區醫療機構就醫，進行慢性疾病管理，減少對醫院醫療服務之需求。惟基層診所缺乏人力與設備，執行慢性疾病管理能力不足；醫院設備齊全，民眾期待一站式服務時，分級醫療與雙向轉診不易落實，宜促進醫院與基層診所間實質互動，提升照護連續性，發展跨層級醫院間合作機制。

(三) 天災、氣候異常及重大人為災害考驗醫療體系之緊急應變能力

因應全球氣候異常及天然災害頻繁，加強醫療照護體系之應變能力至為重要。台灣地形特別，高山險峻、河流湍急每逢豪雨或颱風易造成水災、土石流、房屋倒塌等災情。近年來尤其嚴重，如遇上述天災，即會產生嚴重度不等之重大傷害。

近 10 年來國際恐怖主義頻傳，常發生突然間且駭人之重大傷害：台灣雖然相對安全，但受到恐怖攻擊之機會仍存在，全國各地跨年晚會仍熱衷舉行，該時段民眾聚集眾多，若因小事亦可能發生群眾推擠或踐踏事件（如 2014 年上海外灘跨年晚會）。平時亦可能因規劃不周之群眾活動，產生無法想像的群體受傷事件（如 2015 年八仙樂園粉塵爆炸造成五百餘人嚴重燒傷事件）。綜言之，未來醫療體系緊急應變之能力必定接受到更頻

繁、更多樣且複雜之挑戰。有鑑於此，醫療緊急救護體系需與災害應變控制中心及軍方系統有更緊密之聯繫，平時做好橫向聯繫及縱向整合以應不時之需。

三、問題評析

(一) 落實分級醫療，建置以社區為基礎的健康照護服務體系

我國就醫之可近性高，民眾可自行至各層級醫療機構就醫，因此在功能上不易區分。雙向轉診推動已久，但醫療機構間、民眾與醫療機構間的互信尚不足，以致轉診效能有限。隨著老化社會醫療照護需求改變，慢性疾病與多重疾病病人對於更具可近性及持續性的醫療照護服務需求將再增加。衛生福利部為推動分級醫療，已研擬相關策略，包括健保支付制度調整、強化醫院與診所醫療合作模式、及提升民眾照護知能等。

健康照護體系應涵蓋預防保健、急性醫療及長期照護服務。就醫療網計畫目標而言，應強化急性醫療體系之功能，並接續預防保健與長期照護服務，促進醫療體系之水平與垂直整合。

預防保健與醫療服務之連結，可由衛生局統籌資源，衛生所做為執行中心，並引導社區醫療機構共同提供服務，建置整合性社區健康照護網絡，連結健康篩檢與後續之健康管理。惟因各地醫療資源分布不同，衛生所功能亦視各地資源分布情形有極大差異，應因地制宜規劃照護網絡模式。

自醫院至社區之服務整合，以慢性病病人之品質改善、長期照護需求者安置、及提供社區安寧照護服務為主要目標，設計照護模式，以醫院出院準備服務做為發展連續性照護模式之起點，鼓勵醫療機構間分工合作，將病人導引至社區接受照護，建置醫院與社區醫療資源共享及個案管理平台，以增進健康照

護服務之連續性與可近性，提高整體服務效率與品質，減少對醫院醫療服務的需求。試辦結果可再供作健保支付制度改善之參據。

(二)降低受僱醫師納入勞基法對醫療體系之衝擊

為保障醫師勞動人權，推動受僱醫師納入勞基法適用之政策。因醫師工時樣態多元，包括值班、備勤、備援、教學、會議、研究等，與其他職業不同且更為複雜，難以區分認定，因此，訂定醫師工時參考指引，作為醫師工時審核及勞動契約定之參考。

因相關政策評估均顯示受僱醫師納入勞基法推動初期，醫師人力不足以維持現有醫療服務量能，住院醫師人力將優先受到影響；醫院為延攬人力補足缺額，將吸引偏遠醫師移轉工作環境至較佳之都會區醫院，導致偏遠地區醫師羅致困難。因此配套措施之設計，以增加供給及減少需求為目標，以減低可能之衝擊。

減少需求部分，以醫院人力調整及工作分擔為主要策略，發展住院醫學專科醫師，自全人醫療觀點，由專責醫師負責住院病患照護，以更有效率處理複雜性疾病問題。另增加醫療輔助人力，推動專科護理師及臨床助理輔助醫師執行醫療業務。

針對偏遠地區醫師人力之補強，辦理重點科別培育公費醫師制度計畫補充醫師人力，另以醫學中心支援偏鄉離島地區計畫及公費生續留偏鄉服務獎勵計畫，確保資源不足地區之醫療照護需求與品質。

(三)緊急醫療救護資源之整合與智慧化

台灣緊急醫療體系已施行逾 20 年，各縣市衛生行政單位、醫療院所與消防局互相合作，已有相當成效。我國地形特殊，地質脆弱，每逢豪雨或颱風易造成水災、土石流、房屋倒

塌等災情。鑑於近年災害規模、複雜度及發生頻率往往超過以往應變經驗。

為提升應變效率及強化區域整體應變量能，規劃成立中央級指揮中心與戰情室，統合災害及緊急事件監測與資訊收集，遇有事件可及時提供所需資訊供應變決策參據，協調資源調度。另搭配各大醫療區域之緊急應變中心，連結各層級之急救責任醫院，依據檢傷分類情形轉送病人至適當之醫院，強化緊急醫療體系效率。

(四)強化醫療糾紛處理機制

醫療糾紛處理之核心精神為透過加強說明、溝通、關懷及調解，達到迅速解決彼此爭議，促進醫病關係和諧之目標，依其精神，依事件發生之三階段，強化訴訟外之醫療糾紛處理機制，包含(一)事前溝通：推動醫病決策共享機制；(二)事發關懷：辦理關懷訓練講習，醫院設立關懷小組；(三)事後調處：提升衛生局醫療爭議調處品質與效能(建立醫法雙調處機制，並鼓勵必要時提供第三方專家意見)。

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

本計畫建構於「開創全民均等健康照護計畫」之基礎上，致力於整合醫療照護服務輸送體系，連結社會福利、預防保健、長期照護及精神健康等相關體系，適度結合地區資源，建構在地化、連續性、整合性之公共衛生與醫療服務網絡，並全力均衡醫療照護資源，以落實分級醫療，充實醫事人力，提升醫療照護品質。

本計畫執行之整體目標如下：

- (一)落實分級醫療，強化連續性之全人健康照護體系。
- (二)提升區域緊急醫療應變量能，優化緊急醫療救護資訊平台。
- (三)推動受僱醫師納入勞基法，保障醫事人員勞動條件。
- (四)改善醫事人員執業環境，深化病人安全之核心價值。

二、達成目標之限制

- (一)我國健保制度之實施，已大幅降低民眾就醫障礙，惟因未全面實施分級轉診制度，至醫療體系呈現醫院大型化發展之趨勢，住院部分負擔低亦使民眾傾向使用健保住院服務，不利社區健康照護機構之發展。如何規劃急性後期及長照服務之轉銜，並提高基層及社區醫療機構之品質，使民眾願意就近接受服務，仍是醫療體系服務輸送面之重大挑戰。
- (二)衛生福利部成立後，中央組織於衛生及福利體系，自行政結構到服務內涵已逐步整合，然地方衛生局、社會局、社會關懷據點等在地服務單位之同步整合情形，與內政部及教育部等部會之跨單位及部會之工作協調，對於公共衛生三段五級之各項業務推動成效均會產生影響。

(三)現今醫療照護服務之提供仍偏重於醫療面，對於公共衛生三段五級初段及末段之照護服務投入仍顯不足，世界衛生組織資料指出，從健康的社會決定因素可瞭解，人類生活環境受全球、國家和地方各級經費、權利及資源分配狀況制約，並受到政策選擇影響，健康的社會決定因素是造成健康不平等之原因。在政府預算及人力逐年減列之情形下，我國衛生行政及公共衛生支出僅佔整體國民醫療保健支出約 6.5%，在人力與經費有限之情況下，計畫推展之成效恐將受到影響。

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 (104 年底)	106年	107年	108年	109年
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	-	4	6	8	10
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	-	2	4	6	8
	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	-	10	20	30	40
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	1.4%	2.0%	2.3%	2.6%	2.9%
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	300	400	500	510	520
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	59%	70%	75%	80%	85%
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	2,700	3,000	3,100	3,250	3,500

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (104 年底)	106年	107年	108年	109年
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%	83% (100-10 4年平 均值)	84%	86%	88%	90%
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	-	2,500	5,000	7,500	10,000
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	30萬	36萬	39萬	42萬	45萬
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	397	496	545	600	660

參、現行相關政策及方案之檢討

行政院前於 102 年 2 月 21 日核定「開創全民均等健康照護計畫」，實施期間自 102 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止。有關「開創全民均等健康照護計畫」預期效益達成情形、執行績效與執行檢討詳述如下：

一、「開創全民均等健康照護計畫」預期效益達成情形及差異分析

目標	策略	預期績效指標	評估基準	計畫目標	計畫目標現況	達成程度(%) 與差異分析
				105 年	104 年底數值	
完備健康照護體系	重塑初級健康照護網絡	參與健康照護網絡示範診所家數	全國累計網絡示範診所家數	450	395	達成程度 87.8%，已達預定工作進度，預計 105 年可達成目標。
	提升基層醫事機構服務品質	完成進行醫事檢驗項目之基層醫事機構參與能力測試家數達 15%	[(接受能力測試之診所數) / (申報基礎檢驗項目健保給付之診所數)]之百分比	15%	16.76%	已達成。
		完成訪視輔導設有醫用游離輻射設備之基層醫事機構之達成率	[(已完成訪視輔導之基層醫事機構數) / (全國設有醫用游離輻射設備之基層醫事機構數，但排除屬低劑量之牙醫診所數)]之百分比		60%	63.88%

目標	策略	預期績效指標	評估基準	計畫目標	計畫目標現況	達成程度(%) 與差異分析
				105年	104年底數值	
	推展居家及社區安寧照護模式	簽署預立選擇「安寧緩和醫療」意願書，並註記於健保IC卡人數	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20歲以上人數比率	15萬	32萬	已達成。
健全急重症照護網絡	推動醫院緊急醫療能力分級制度	依「醫院設立或擴充許可辦法」第5條規定之次醫療區域具有中度急救責任醫院之完成率	中度級(含)以上急救責任醫院比率=具中度急救責任醫院之次醫療區域數/次醫療區域個數(50)	90%	86%	達成程度95.6%，已達預定工作進度，預計105年可達成目標。
	推廣自動體外心臟電擊去顫器設置	全國設置自動體外心臟電擊去顫器之比率	每十萬人口設置自動體外心臟電擊去顫器(AED)之台數	25	21	達成程度84%，已達預定工作進度，預計105年可達成目標。
提升對偏遠地區醫療照護能力	偏遠地區衛生所功能再造	原住民族及離島地區衛生所(室)重擴建家數	原住民族及離島地區衛生所(室)重擴建家數	102	99	達成程度97%，已達預定工作進度，預計105年可達成目標。

目標	策略	預期績效指標	評估基準	計畫目標	計畫目標現況	達成程度(%) 與差異分析
				105年	104年底數值	
強化醫療資源及照護支援體系	健全器官捐贈及移植網絡	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	18萬	30萬	已達成。
醫事人力培育及推廣及醫療專業發展	醫事人力培育及人才羅致規劃	每西醫師服務人口數	總人口數/西醫師執業人數	529	數據尚未公布	104年12月底數值，本部統計處目前仍在計算中，尚未公布。
		每牙醫師服務人口數	總人口數/牙醫師執業人數	1,866	數據尚未公布	104年12月底數值，統計處目前仍在計算中，尚未公布。
	推展西醫一般醫學訓練	培訓一般醫學導師及臨床教師人數	培訓一般醫學導師及臨床教師人數	975	988	已達成
		培訓醫師人數	每年新增接受一年期一般醫學訓練學員人數	1,250	1,386	已達成
確保醫療照護品質	改革醫院評鑑制度	參與醫院評鑑醫院提供安全針具累計比率	提供安全針具醫院累計比率	100%	99%	104年目標已達成，預計105年度可完成。
		持續性監測指標導入項目數	持續性監測指標項目數	48	45	104年度目標已達成，將評估現有指標之信效度後，調整指標組成

目標	策略	預期績效指標	評估基準	計畫目標	計畫目標現況	達成程度(%) 與差異分析
				105年	104年底數值	
	促進醫療品質與病人安全	臺灣病人安全通報系統年度收案件數	臺灣病人安全通報系統每年新增收案件數	62,000	62,000	已達成。
健全法規制度以因應醫療體系變革	推動生育事故救濟試辦計畫	生育相關之婦產科與兒科醫療事故訴訟鑑定案件降低15%	當年度生育相關醫療事故訴訟既定案件數/全年度婦產科與兒科醫療事故訴訟鑑定案件數	15%	15%	已達成。
	保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制	透過定期訪查及不定期追蹤審查會之累計家數	透過定期訪查及不定期追蹤審查會之累計家數	135	175	已達成。

二、執行績效

(一)在完備健康照護體系方面

1. 重塑初級健康照護網絡

- (1) 為因應人口老化所伴隨之醫療照護需求，透過衛生局引領建置社區健康照護網絡平台，結合在地健康照護資源，以基層診所及社區醫院為中心，連結醫院及社區長期照護資源，及各公、私協力伙伴之組織運作，建置可近、可用與可接受之社區整合性健康照護服務模式。至 104 年累計 395 家診所參與整合性社區健康照護網絡建構。
- (2) 因應 WHO 在 2008 年報指出，應將健康照護體系導回以基層健康照護為核心，強調健康之公平性，提供以人為中心、全面性、可近性的照護，建構健康社區。有鑑於此，為讓全國衛生所人員得以提供社區民眾整體照護，有必要強化其專業知能。為增進衛生所人員進修機會，使衛生所醫護人員能夠不受時間、地點等限制進行學習，提供廣布全國之眾多衛生所人員優質之教育訓練課程，解決醫護人員同時面臨課業、工作、經濟或家庭等因素所造成的不便，達到完整培訓之目的，於 102 年至 104 年度針對衛生所人員，推動各項衛生保健及非傳染病防治應強化之專業知識與技能，開發出有關生育健康、孕期健康、兒童健康、健康老化、非傳染疾病防治、慢性病預防與控制、癌症防治、組織性篩檢、病情告知、健康飲食、視力保健、口腔保健、失智症、職場健康等共 14 主題、34 小時之數位教材以及 26 本電子書。
- (3) 衛生所線上學習課程皆置放於「e 學中心」、「e 等公務園」、「文官 e 學苑」三大平台，並提供公務人員終身學習時數績分，提升人員使用動機。統計 104 年於三大平台，共有 97,388 人次選課，有 93% 課程滿意度在 80 分以上。除了製作數位教材

外，也致力進行課程推廣，製作了國民健康署數位學習網，學習網中提供歷年之數位教材閱讀，並張貼相關推廣之活動資訊，讓全台衛生所醫護人員皆能透過該網頁，瞭解與自己業務相關之實用資訊，並運用至自己的業務上，提升工作效率。至於在衛教上，也幫助衛生所醫護人員在準備衛教資料時，提供參考資料的管道，或是提供電子書讓民眾做更進一步的瞭解，使其能大幅提升衛教上的成效。

2.提升基層醫事機構服務品質

- (1) 基層醫事放射機構自 98 年起至 103 年已訪視累計達 552 家，累積訪視達成率為 52%，104 年度完成 120 家，累積訪視達成率約為 63.88%。
- (2) 基層醫事檢驗機構至 103 年底已辦理診所能力測試或訪視累計達 605 家，累計達成率約為 12.4%，另經調查多數診所皆委託醫事檢驗所進行代檢。104 年度持續辦理醫事檢驗所訪視作業，已完成 213 家，累計達成率約為 16.76%。
- (3) 為增進民眾用藥安全，社區藥局端，辦理社區藥局評估考核計畫，針對社區藥局之人員與組織管理、設施及設備、藥品管理、專業服務進行評估考核，建立優良示範藥局認證制度，總計全國共 534 家藥局接受評核，並選出 96 家優良示範藥局。醫院端部分，104 年蒐集醫院藥局調製藥品品項並完成醫療院所調劑管理作業指引草案，於 105 年辦理醫院藥局調製藥品輔導訪查試辦計畫，完成蒐集國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造指引（Guide to Good Manufacturing Practice for Medicinal Products, PIC/S）歐、美、日等國有關調劑藥品之查檢內容，制定查檢表。
- (4) 為增進民眾對於藥物使用的正確觀念，採用多種管道及方式，透過藥師公會協助宣導及補捐助民間團體辦理正確用藥

宣導活動，教育民眾如何善用藥師專業知識，由社區藥局為民眾用藥安全把關。105 年成立 22 家正確用藥教育資源中心及遴選 465 家社區用藥諮詢站，將「正確使用指示藥與成藥」訂為宣導主軸，提升民眾用藥知能。

- (5) 辦理提升藥局藥品流通調度相關國際會議（藥品短缺國際會議），藉由分享國外醫院缺藥之處理機制及替代原則，作為國內醫院藥局換藥時之參考，降低換藥導致錯誤用藥之發生率，以保障病人用藥安全及促使藥品流通及提供藥局之間調度服務。

3.發展急性後期照護模式

- (1) 藉由串聯急性醫療、護理之家、日間照護、居家照護等跨專業團隊，建構無縫式的健康照護服務鏈，協助急性病人日常生活功能之恢復，提供返家衛教指導及居家照護安排，並由個案管理師定期追蹤。
- (2) 目前本部所屬醫院執行急性後期照護模式的初步成效顯示，接受急性後期照護民眾，不論身體功能、認知功能、營養指數、滿意度皆有明顯進步，且民眾滿意度高。
- (3) 中央健康保險署「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」已推動急性後期照護模式；鼓勵一般護理之家朝功能拓展方向設置特殊照護服務模式。102 年本部補助 2 家一般護理之家拓展特殊照護服務模式。

4.推展居家及社區安寧照護模式

- (1) 透過政府與民間團體合作，自 95 年度起主動進入社區宣導安寧緩和醫療概念及推動註記健保 IC 卡。自 95 年至 105 年 2 月止，計有 336,896 位民眾簽立「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書，並註記於健保 IC 卡。由 95 年每月平均 678 人至目前每月平均超過 5,000 人申請，民眾接受安寧緩和

醫療之觀念亦逐漸擴大。

- (2) 為建構整合性安寧療護體系，落實安寧醫療照護普及至各級醫院、社區及居家，本部於 101 年 4 月 9 日修正之醫療機構設置標準，增訂安寧病房設置標準，作為醫院設置安寧病床之依據。
- (3) 另為促使醫院重視安寧緩和醫療，本部已於醫院評鑑新增安寧緩和醫療之評鑑基準、評量項目及訪查方式，於 101 年至 103 年度委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理安寧療護評鑑基準試評作業，並於 104 年納入正式評鑑條文。
- (4) 有關健保特約醫療或護理機構可向中央健康保險署申請安寧療護服務計畫並提供安寧療護服務。鼓勵一般護理之家朝功能拓展方向設置安寧照護模式。103-104 年本部共補助 2 家一般護理之家拓展特殊照護服務模式。

(二)在健全緊急醫療照護網絡方面

1.強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合

- (1) 「區域緊急醫療應變中心計畫」維持 24 小時輪值，監控區域內事故，平時掌握並定期更新區域內緊急醫療應變量能、聯絡窗口，及進行整備與減災期的緊急醫療作為，於災害發生，協助本部與地方政府衛生局進行緊急醫療應變作為，掌握災情、傷病患收治動態資訊。每一年約監看 2,600 餘件事件，啟動應變約 100 餘件，協助本部進駐中央災害應變中心相關事宜（約 10 件）。
- (2) 強化區域內緊急醫療救護體系各項機制之整合，整合毒化災、輻傷之特殊緊急醫療與災難醫療隊等特殊緊急醫療應變體系，使意外事故應變更為迅速；定期召開區域緊急醫療協調會議、舉辦活動...等，每月確認區域內急救責任醫院之緊急醫療管理系統品質指標填報情形，提升區域內緊急醫療應

變品質。

- (3) 為提升區域內各項特殊災害應變（毒化災、核災、輻傷、大量傷病患、災難醫療救護隊）之軟硬體應變量能，每年舉辦各項災害教育訓練（約 70 場）、演習（約 40 場）、研討會/協調會（約 30 場），以提升救護人員應變能力，精進突發事故應變之效能。另，充實區域內急救責任醫院之各種緊急醫療設備，健全區域內緊急醫療應變硬體。
- (4) 完成輻傷、毒化災、急診暴力、震災（大量傷病患、孤立運作）等緊急醫療應變模組。
- (5) 舉辦 104 年度區域緊急醫療應變中心（Regional EMOCs）國際研討會，進行國際間災害應變機制之經驗分享與交流，藉以提升我國災難應變知識，與其他相關災害應變中心的國家建立相互學習及分享經驗的管道，有利於未來防災及應變能力之提昇。
- (6) 102 年 0327 南投縣地震事件、103 年 0731 高雄氣爆、澎湖復興空難、104 年台北復興空難、八仙塵爆、105 年 0206 台南地震等災害，本部 REMOC 皆於第一時間啟動，進行相關應變作為（通報、確認開案、匯集傷病患傷情動態資訊），提供區域緊急醫療應變量能，協助本部與地方政府衛生局進行緊急醫療應變作為，皆受肯定。

2. 推動醫院緊急醫療能力分級制度

- (1) 建立急救責任醫院分級制度，每年辦理緊急醫療能力分級評定與追蹤輔導，104 年評定 9 家，追蹤輔導 34 家。
- (2) 中度及重度級急救責任醫院家數增加，自 100 年重度級 24 家、中度級 58 家，成長至 104 年重度級 36 家、中度級 82 家、一般級 76 家，計有 194 家急救責任醫院。

3. 推廣自動體外心臟電擊去顫器（AED）之設置與運用

- (1) 法規完備：作為推動公共場所設置 AED 與鼓勵民眾學習 CPR+AED 之依據。
 - a. 102 年 1 月 16 日公布「緊急醫療救護法」第 14 條之 1、第 14 條之 2 增修條文。
 - b. 105 年 5 月 23 日公告「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」。
 - c. 102 年 7 月 11 日發布「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」。
 - d. 102 年 7 月 22 日函頒「自動體外心臟電擊去顫器(AED)安心場所之認證作業原則」。
- (2) 系統建置：藉由資訊科技，進行 AED 管理與普及急救教育。
 - a. 102 年建置本部公共場所 AED 急救資訊網：提供場所登錄 AED 之資訊，以利民眾查詢 AED 位置、法規、教材等急救教育新知。
 - b. 104 年建置「全民急救 AED」APP：提供即時、正確 AED 登錄資訊，建有「免撥號報案」、「找尋最近 AED」、「圖示與語音協助施救者急救」、「線上學習急救教育」、「相關 Q&A」等功能。
- (3) 急救教育教材編定：作為 CPR+AED 急救教育推動之依據與運用。
 - a. 公告 CPR+AED 三層教材各項時數及師資表。
 - b. 編訂公共場所民眾 CPR+AED 教材(管理員、完整版、簡易版)，並提供民眾自行下載。
- (4) 辦理相關宣導活動：
 - a. 102 年 5 月 29 日假臺北車站大廳舉辦「0529 你我來救，心手相連總動員—全面推動公共場所設置 AED 宣誓記者會」(行政院江宜樺院長、邱文達署長參與)。

- b. 102 年 11、12 月，辦理 3 場民眾心肺復甦與早期電擊宣導研討會(102 年底)，約 2,000 名民眾參與。
- c. 103 年 2 月 14 日，辦理「今天我啟動，明天你心動」感恩慶生會記者會，傳遞救人的溫馨，鼓勵民眾勇於救人。
- d. 103 年 11 月 22 日辦理「2014 Go Life 石門水庫國際路跑賽」，向民眾宣導 CPR、AED 的重要性，約有 7,000 名民眾參與。
- e. 104 年辦理 AED 推廣短片創意比賽，計有 57 部作品參賽。

(5) 綜合成效：

- a. 我國 AED 設置，從 100 年每十萬人口 8.9 台，至 105 年 2 月底，成長為 44.5 台(總數約 10,235 台)，成長 4 倍。
- b. 公共場所設置 AED 數量，從 100 年每十萬人口 2.8 台，至 105 年 3 月 11 日，成長為 29 台(總登錄台數 6,670 台)，成長 9.4 倍。
- c. 安心場所自 100 年 36 處，至 105 年 3 月 11 日，成長為 2,790 處，成長 76.5 倍。
- d. 公共場所 AED 急救資訊網將近 20 萬人次瀏覽。
- e. 全民急救 AED APP 近一萬人次下載。

4.發展婦兒科緊急醫療照護網絡

- (1) 101-102 年辦理「提昇(婦)產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」，獎勵 16 個縣市計 23 家醫院，補助有關(婦)產、兒科之醫師人力、加護病房及產房營運、設備及教育訓練等費用，提供該地區婦產科(19 家)及兒科(13 家)24 小時之醫療服務。
- (2) 自 104 年起，申請中度級急救責任醫院評定者，皆須評定第五章「高危險妊娠孕產婦與新生兒(含早產兒)」章節，以健全婦兒科緊急醫療照護網絡。

5.建置緊急傷病患轉診網絡

- (1) 衛生福利部自 102 年起辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，目的在整合全國緊急傷病患轉診網絡，建立地區及區域合作網絡、推動基地醫院下轉機制，紓解部分大型醫院急診壅塞、落實醫院緊急醫療能力分級制度，並強化緊急傷病患轉診風險告知，提升緊急傷病患轉診安全。
- (2) 全國 194 家急救責任醫院已規劃為 14 個急診病患轉診網絡，重度級急救責任醫院為各網絡之基地醫院，以區域聯防概念，整合網絡內中度級、一般級急救責任醫院，提供特定緊急傷病患之綠色通道，與急診間病人向上、平行、向下無縫接軌之急診轉診服務，並落實急診轉診過程之風險告知。各網絡運作情形良好，尤其中小型醫院受惠良多，讓急重症患者有效收治，也讓輕症或已經基地醫院處置緩解之病人留置在地社區醫院。
- (3) 綜合成效：
 - a. 全國急救責任醫院平均電子轉診登錄率自 102 年 1 月 2.6 %至 104 年已達 98.4%；重大疾病 4 小時住院比例達 63.2%；顯示緊急傷病患轉診效能，逐步提升。
 - b. 急診下轉率部分，以 104 年 1 至 10 月與 103 年同期累計人次相較，臺大醫院由 182 人次提升為 570 人次，提升 3.13 倍；林口長庚紀念醫院由 728 人次提升為 941 人次，提升 1.29 倍；臺中榮民總醫院由 227 人次提升至 696 人次，提升 3.06 倍；四家醫學中心（臺大、林口長庚、臺中榮總、高雄長庚）總累計下轉人次由 2,245 人次提升至 3,124 人次，總成長 1.39 倍。
 - c. 急診 48 小時置留率部分，以 104 年 1 至 10 月與 103 年同期相較，臺大醫院由平均 7.06%下降至 104 年 3.85%，進

步率 83%；林口長庚醫院由 103 年平均 7.76% 下降至 5.74%，進步率 35%；臺中榮民總醫院由 103 年平均 7.67% 下降至 6.09%，進步率 26%；高雄長庚醫院由 103 年平均 6.07% 下降至 5.33%，進步率 14%。

(三)在提升偏遠地區醫療照護能力方面

1.結合地方資源活化社區健康營造

- (1) 推動「部落社區健康營造計畫」，結合地方資源，以「在地化」、「訂立健康議題」以及「建立機制」三大方向，推動社區自發性之健康維護模式，促進民眾健康。
- (2) 102-104 年度辦理「部落社區健康營造計畫」，成立 71 個健康營造中心，由 15 家地方政府衛生局分別輔導之外，另委託臺灣原住民醫學學會及臺灣身心健康促進學會，協助訓練各營造中心經理人，因地制宜，擬定健康議題並據以執行，並辦理部落社區健康營造觀摩會。102 年至 104 年度實施成果包括：疾病篩檢 17 萬 2,010 人次，轉介篩檢異常 2 萬 8,796 人次，血壓監測 39 萬 6,575 人次。辦理健康飲食輔導活動，參加者計 8 萬 4,168 人次；辦理 1 萬 0,654 場次衛生教育宣導，參與者計 23 萬 9,780 人次，志工參與計 4 萬 2,990 人次。

2.提升偏遠地區衛生所功能服務量能

- (1) 加強山地離島偏遠地區硬體設備：老舊衛生所(室)之改建，並補助購置所需醫療保健、資訊、交通設備等；102-104 年度共核定補助 8 家衛生所(室)新重建及 30 家空間整修及修繕工程與 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。102-104 年度核定補助原住民族及離島地區衛生所(室)資訊設備 541 項、醫療設備 434 項、巡迴醫療車 14 輛、巡迴醫療機車 89 輛，提升偏遠部落醫療服務品質及資訊

設備，縮小城鄉醫療差距。

- (2) 積極提升原住民族地區醫事人員之專業職能，提供原住民族地區醫事人員繼續教育機會：102-104 年度由本部臺中醫院（北、中區）及屏東醫院（南、東區）辦理，除每年均完成訓練 151 名以上之醫師，420 名其他醫事人員外，並建立原住民族及離島地區衛生所醫事人員與承辦醫院及其他醫療機構經驗交流、學習之管道及模式。
- (3) 離島及原住民族地區醫事暨相關人員進修：102-104 年度補助 5 人，提升在地醫療品質，鼓勵醫事人員留任。
- (4) 補助大專院校社團寒、暑期前往原住民及離島地區辦理健康服務營計畫，每年補助 24 營隊。

3.有效運用偏遠地區緊急救護資源

- (1) 本部積極推動離島地區醫療「醫師動，病人不動」政策及「強化離島地區在地醫療-降低空中轉診方案」，另為使離島地區之緊急傷病患均能獲得妥善醫治，如符合「救護直昇機管理辦法」之空中救護適應者者，並經本部空中轉診審核中心審核通過者，即可協助緊急傷病患空中緊急後送服務。
- (2) 為達到有效之轉診，委託辦理空中轉診審核機制，成立「空中轉診審核中心」，24 小時派駐醫師值班，受理空中轉診及救護之申請與審核，並於所屬澎湖醫院及金門醫院、三總澎湖分院及連江縣立醫院配合，及臺灣本島醫院積極支援下，已有具體成效，104 年度共接受申請 273 件，核准 236 件，核准比例為 87.18%；104 年空中轉診後送就醫 236 人次，較 101 年同期 277 人次，減少 41 人次，下降幅度為 14.8%。
- (3) 為精進空中轉診辦理成效，定期檢討離島地區轉診個案之適切性，考量空中緊急醫療轉診後送有非常高的飛安及病人安全之潛在風險，極力宣導並請各申請端之醫療院所醫師，應

本於醫療專業教育病人及家屬，有關高空低壓低氧對病人可能造成的風險，並衡酌當地醫療能量提供適當之緊急處置與傷病患轉診之認定作業，以避免不當或無實質效益之醫療轉診及空中後送航次。

- (4) 至病情較穩定且因當地醫療能量不足有轉診必要者，依「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」規定，則可自行搭機（船）就醫，由政府補助所需就醫交通費二分之一，102-104 年度分別補助 1 萬 9,450 人次、2 萬 7,446 人次、2 萬 4,466 人次。
- (5) 賡續辦理原住民族及離島醫事機構開業補助：102-104 年補助 23 家醫事機構於當地開業服務民眾，充實地方醫療資源，提高就醫可近性。

4. 強化遠距醫療資訊系統功能

- (1) 為提升原住民族及離島偏遠部落醫療服務效能（例如行動部落門診），採分年分階段方式建置，95-104 年間，在原住民族及離島等 15 縣 64 家衛生所 342 處巡迴醫療點，完成建置醫療資訊系統（Health Information System，HIS）。105 年再納入南投縣（魚池鄉）、花蓮縣（壽豐鄉、鳳林鄉、光復鄉及富里鄉）、苗栗縣（獅潭鄉）等 6 家衛生所 HIS 系統之建置。
- (2) 醫療影像傳輸系統（Picture Archiving and Communication System，PACS）：104 年底已陸續完成原住民族及離島等 40 家鄉衛生所（其中 34 家 PACS 系統及 6 家跨區調閱系統）無片化環境；自 100 年起由本部醫院協助 29 家衛生所影像判讀，提供在地更佳的醫療診斷，提升偏遠地區醫療品質；102 年-104 年共支援判讀 2 萬 3,784 件。
- (3) 補助澎湖、金門、連江、臺東縣等 4 縣衛生局辦理視訊醫療

會診及研討會，共計 29 個連線點，102-104 年度辦理會診共計 3,007 人次。

5. 加強原住民國際衛生醫療事務交流合作

103 年補助台灣原住民醫學學會辦理「2014 年太平洋區原住民醫療衛生會議（2014 年 PRIDoC）」，有分別來自美國、澳洲、紐西蘭、加拿大及我國共 246 人參加。

6. 重整偏遠地區公立醫院服務效能

藉由本計畫補足偏遠離島地區醫院專科醫師人力之不足，強化偏鄉地區民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。

(四) 在強化醫療資源及照護支援體系方面

1. 建置醫療資源管理系統

(1) 於 102 至 104 年內，依據各系統使用者進行各項需求確認、程式增修、系統測試及上線與相關教育訓練，持續維護及增修本部醫事系統（包含醫事管理系統、醫事人員繼續教育積分管理系統、醫事查詢系統），並因應法規更動（如醫療機構設置標準、各類醫事人員法、醫事人員執業登記及繼續教育辦法），修正醫事系統各項功能，以提升系統資料有用性。另於 103 年建置報表伺服器，藉以降低系統回應與報表產製時間。

(2) 針對各縣市衛生局、公學會，各類醫事人員於北中南辦理醫事管理系統及醫事人員繼續教育積分管理系統之教育訓練，每年平均約 8 場，4 年共計 34 場。

2. 促進醫療資源整合及有效利用

(1) 辦理「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，於全國 6 大醫療區域各推選 1 家責任衛生局，擔任本計畫之功能性行政作業單位，並作為區域內醫療資源整合對話與協商平台，會同該區域內其他衛生局及相關合作單位等，依指定之輔導主題，

共同擬定具區域發展特色之計畫，由地方衛生局輔導轄區醫療機構，發展病人安全及醫療品質作業模式，規劃區域內各類醫事人員及醫院行政人員繼續教育及相關訓練活動，配合法規或政府政策推廣、輔導或宣導相關項目。並每年辦理年終檢討會，分享各醫療區域辦理計畫成果。

- (2) 為提升各區域執行「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」之品質，辦理輔導與評估計畫，針對衛生局執行計畫情形進行實地輔導，使全國各衛生局，持續精進能力輔導所轄醫療機構。

3.健全器官捐贈及移植網絡

- (1) 104 年度屍體器官捐贈人數達 264 人，相較 103 年度 223 人，成長率達 18%。
- (2) 本部推廣器官捐贈，104 年度民眾簽署「器官捐贈同意書」並註記於健保卡累計人數達 30 萬 6,447 人。
- (3) 104 年 7 月 1 日修正公布「人體器官移植條例」，本次修法重點包括：增訂腎臟活體配對捐贈，擴大器官來源；刪除活體器官移植須報經中央主管機關之規定，提升移植時效性；增訂發放身分證、駕照或健保卡等證件場所應擺放器官移植意願書，增加器官捐贈宣導的觸達機會；增訂病人至國外施行器官移植回國接受後續治療者之資料通報義務，以掌握國人至國外接受器官移植之情況等等。

4.建立全方位用藥安全環境

- (1) 針對高危險族群進行藥事照護服務，且制定藥事照護標準作業流程，在社區式照護方面共計服務至少 3,782 位民眾。關於特殊族群部分，編撰含中英、中越、中印，中泰及中東 6 國語言之新住民安全用藥手冊，讓語言不再成為新住民正確用藥之阻力，提升新住民獲取正確用藥知識之可近性。

(2) 有關藥事服務部分，參考國際優良藥事作業規範 (Good Pharmacy Practice, GPP)，研擬我國 GPP 草案，且為提昇調製藥品之品質與國際同步，試辦醫院藥局自行調製藥品輔導訪查計畫。另，持續維護國內外相關藥事資訊交流平台及網站，及整合國內藥事資源，並成立台灣優良藥事執業國際訓練中心，辦理藥事人員巡迴講座，以培訓國內藥學國際事務人才。

(五) 在均衡醫事人力及醫療專業發展方面

1. 醫事人力培育及人才羅致規劃

- (1) 為了解各類醫事人員供給與需求狀況，建立定期醫事人力評估機制，每年至少執行 1 項醫事人員評估計畫，自 100 年至 104 年已完成醫師、呼吸治療師、藥師及營養師等人力評估計畫。
- (2) 為強化醫事人員之教育訓練，增進其專業知能，以提高醫療服務水準，自 99 年起辦理「培育醫事人員出國進修實施計畫」，截至 104 年，共薦送 7 位醫師、3 位護理師、2 位藥師及 1 位營養師出國進修，其中女性 9 位、男性 4 位，目前已有 4 位醫師學成返國服務。
- (3) 賡續辦理原住民及離島地區醫事人員養成計畫 (101~105 年) 原住民族公費生人才培育，本部自 58 年至 104 年迄今，以原住民及離島地區醫事人員養成計畫培育醫事人才，共計培育醫事人員 910 名，分別為醫師 486 名、牙醫師 72 名、藥師 38 名，其他醫事人員 314 名；培育之公費生畢業後均分發返鄉服務，目前，公費醫師之留任率為 7 成，並於培育後分發返鄉服務，以縮短城鄉差距，促進強化偏遠地區醫療資源的平衡分布，並落實原住民族地區「在地化醫療」之使命。

2. 推展醫事人員一般醫學訓練

- (1) 為使醫學系畢業生獲得整合照護的能力，提升醫療服務品質，自 100 年起實施一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫，102 年至 105 年度均核定 40 家主要訓練醫院，每年度約有 1,332-1,395 名學員接受訓練。
- (2) 另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，並自 100 年度起，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 1300-1,400 名學員報名選配作業。

3.健全專科醫師訓練制度

- (1) 102-105 年每年均委託 23 科醫學會完成專科醫師訓練醫院認定工作。
- (2) 為促進各專科別醫師人力均衡分布，考量整體醫師人力需求狀況，自 90 年度起，全面實施「專科醫師容額管制計畫」，以達強化專科醫師訓練環境、提升專科訓練品質、均衡各專科醫師人力發展之目標。自 102 年起更將住院醫師訓練名額總數由每年 2,143 名調降為 1,670 名，103 年再進一步調降為 1,550 名，使容額數貼近醫學系畢業生人數 1,300 名，能發揮容額管制效果。

4.強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度

- (1) 持續推動基層護理人員繼續教育計畫，落實護理人員繼續教育積分認定，自 99 年度起補助護理相關團體辦理護理人員繼續教育補助計畫，迄今已連續補助 5 年，104 年度補助 2 家護理團體辦理護理人員繼續教育計畫，提供護理人員繼續教育課程 5,838 場（含視訊），每場 6 積點，共提供 1 萬 689 點免費繼續教育課程。
- (2) 辦理專科護理師甄審，95 年至 104 年計有 5,702 人（內科 3,011

人，外科 2,691 人) 甄審及格。另賡續辦理專科護理師繼續教育積點採認，以提升臨床護理品質。

- (3) 辦理專科護理師訓練醫院認定，自 101 年起採實地訪視認定(效期 4 年)。自 104 年起首遇 4 年 1 次效期屆滿重新申請認定訓練醫院。104 年提出申請共計有 57 家醫院，均通過訓練醫院之認定。目前已通過本部認定之訓練醫院家數共 95 家(含 4 家兼訓內科及外科)。

5. 充實並留置偏遠地區醫事人力

- (1) 賡續辦理原住民及離島地區醫事人員養成計畫(101~105 年) 原住民族公費生人才培育，自 58 年迄今，共計培育原住民及離島地區醫事人員 910 名，分別為醫師 486 名、牙醫師 72 名、藥師 38 名，其他醫事人員 314 名；培育之公費生畢業後依其契約分發返鄉服務。目前，公費醫師之留任率為 7 成，有助偏遠地區醫療資源的平衡分布，並落實原住民族地區「在地化醫療」之使命。
- (2) 為解決偏鄉地區護理人力不足問題，總統於 102 年 4 月 26 日與護理團體座談後，更責成衛生福利部儘速研擬「偏鄉護理 200 菁英計畫」，以培育護理公費生，並奉行政院 103 年 6 月 19 日核定「偏鄉護理 200 菁英計畫」。預計 4 年培育 200 名護理人力，104 年開始招募，於畢業後分發至 30 家偏鄉地區醫院執行臨床護理工作至少服務 4 年。
- (3) 護理系公費生 104 至 107 年預計培育 200 人，104 學年大學及四技二專招生結果共計 36 人就讀，105 學年預計招生 80 名，106 學年 44 名、107 學年 40 名。

(六) 在確保醫療照護品質方面

1. 改革醫院評鑑制度

- (1) 導入「以病人為焦點之查證方式 (Patient Focus Method，

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。

- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 醫院評鑑制度簡化：105 年 12 月 7 日公告修正 106 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 122 條 565 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。
- (5) 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%。
- (6) 推動醫療機構提供使用安全針具，並納為醫院評鑑重點條文，公告且持續更新安全針具品項清單，以協助醫療機構逐步導入安全針具，維護醫護人員執業安全。迄 104 年底參與醫院評鑑醫院累計已有 99% 提供安全針具。
- (7) 為營造兒童專屬之就醫環境，並鼓勵成立醫學中心級的兒童醫院，本部於 102 年訂定「兒童醫院評核作業程序」及「兒童醫院評核標準」等，並於 103 年公告 4 家醫院（台大醫院、

台北馬偕紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫院)分設兒童醫院，各院已分別於103年10月1日前開業，並完成評核作業，均評定為「兒童醫院評核合格(醫學中心)」。

105年研訂「兒童醫院評鑑基準及兒童教學醫院評鑑基準」、「兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑作業程序」，105至107年正式進行第一輪評鑑循環。

2.產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型

- (1) 102年起開始辦理產後護理機構評鑑，102至104年共計有186家機構接受評鑑，評鑑合格者173家，評鑑不合格者13家。
- (2) 101年起地方政府衛生局開始清查並輔導轄內坐月子中心轉型為產後護理機構，輔導轉型前，應使用本部99年公告「產後護理機構及坐月子中心定型化契約範本」及「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」與產婦簽訂契約，並於102年將產後護理機構及坐月子中心輔導納入地方政府衛生局考評項目，每年定期辦理清查及輔導。

3.推廣優質護理職場概念，改善護理執業條件及環境

- (1) 102年辦理我國優質護理職場醫院指標建構及現況調查，完成優質護理職場醫院指標評分基準及全國性優質護理職場醫院指標項目收集之抽樣調查，做為未來進行優質護理職場醫院認證之參考。
- (2) 102年辦理護理人力回流計畫，針對重返職場護理人員需求調查及護理人力回流計畫評價及計畫可行分析。
- (3) 於102年9月17日與中華民國護理師護士公會全國聯合會共同辦理「102年度獎勵愛滋病照護優良護理人員計畫」，表揚臨床基層愛滋病照護優良護理人員共計4位；另同步舉辦以「愛滋與傳染性疾病護理」為主題之愛滋病護理研習會，增

進臨床醫療人員最新愛滋治療進展新知、提升照護愛滋個案的能力。

- (4) 每年辦理國際護師節表揚大會，頒獎表揚傑出護理人員專業貢獻暨服務貢獻。
- (5) 103 年度委託台北市護理師護士公會辦理「簡化醫院護理文書作業計畫」，經三次專家會議討論，建議臨床護理人員之文書簡化，應結合護理評估及護理紀錄兩種，以落實護理評估執行之重要性。另建議暫時保留目前各種書寫護理紀錄的模式：如焦點紀錄法、敘述性紀錄法、SOAPIE（Subjective Objective Assessment Plan Implementation Evaluation）紀錄方式。未來應檢討出合宜之紀錄方式，落實文書作業簡化，以提升護理工作品質，並減輕工作負荷。
- (6) 102 年辦理「麻醉護理師訓練課程規劃計畫」，收集 6 個現行國內麻醉護理培育課程內容、國際麻醉護士協會（International Federation of Nurse Anesthetists，IFNA）麻醉護理養成教育標準的麻醉護理師能力、與能力相對應之課程內容做比對，發現僅有兩個課程編列全部能力對應之課程種類，但課程數目與內容仍有不足，確實有訂立全國標準化之麻醉護理師培育教育課程，以供開課單位參考之必要性。
- (7) 補助台灣助產學會辦理「助產人員繼續教育積分採認作業」，及辦理「103 年度助產師（士）繼續教育研習課程實施計畫」，共計有 7 個縣市公會參與，研習人數 170 人，課程滿意度達 98%。
- (8) 辦理 103 年度「護理主管業務聯繫會議計畫」，邀請全國各層級醫院護理長以上護理主管參加，與會人員共計 200 人，針對推動全國性護理業務整體性目標、勞動基準法與護理人員權益實例、各層級醫院推展護理業務之困境、護理管理者之

挑戰與因應等議題進行討論及分享，增進對護理人員正向執業環境之建構。

- (9) 自 103 年起辦理「建置護產人員暨機構管理資訊系統」，為強化護產人員及機構之管理工作與配合未來長照資訊雲端資訊平台政策，爰規劃開發與建置護產人員暨機構管理資訊系統，包含護產機構及人員管理系統、護產人員繼續教育積分管理系統（簡稱積分管理系統）。持續提供業務流程加強各項資料檢核功能，並與醫事管理系統及醫事資料交換平台介接，並整合醫事入口網提供單一帳號密碼管理機制，便於對護理人員提供單一服務窗口。並已於 104 年 6 月 30 日完成基本軟硬體設備之購置與安裝、護產機構管理、照顧服務員管理、嬰兒照顧人員管理、護產人員管理、護產人員繼續教育積分系統開發，以及與醫事系統進行護產人員與機構之資料介接等項目。且基於國家護產政策及護產系統建置之完整性，於 104 年 7 月持續進行系統功能擴充工作，系統擴充項目除購置資料庫系統備份之硬軟體設備外，另針對系統開發包含擴充護產人員及專科護理師之執業動態、繼續教育積分等統計報表分析功能、專科護理師訓練醫院與專科護理師甄審系統開發，並與相關系統資料（如醫院照顧服務員造冊管理資訊系統、醫事系統）介接等。

4. 建立醫院全責照護模式

- (1) 於 95 至 98 年建立全責照顧模式階段，探討與評估建立病房照顧服務員服務制度、培訓及輔導機制及共聘制度收費機制，並訂定全責照護工作手冊。
- (2) 自 99 至 102 年為結合資源推廣期，結合勞動部（前勞委會）多元就業開發方案及就業安心專案計畫，協助培訓照顧服務員。

- (3) 於 103 年辦理「以混合式照護模式制度建構本土化護理分級制度計畫」，發展護理分級建議方案，並研擬護理佐理員之培育課程、訓練資格、人力配置等方案（含課室教學、回覆示教及臨床實務）。另 104 年辦理「醫院護理人員執行護理專業、照顧工作內容及時間配置探討」計畫，瞭解國內各級醫院之輕中重不同病房之護理人員與護理輔助人力之工作時間、內容及人力配置，並提供護理人員得交付護理輔助人員之工作內容及人力比等建議。
- (4) 綜整上揭相關試辦及探討結果，以及已建立之照顧模式，將進一步評估推廣與經費給付等方案。

5. 促進醫療品質與病人安全

- (1) 自 94 年設置台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 年通報件數達 64,000 件，每季並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，104 年度並依監察院意見，包含雙 J 導管（輸尿管導管）移除之資訊管理等。
- (2) 104 年完成 105-106 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。
- (3) 104 年針對我國就醫認知及行為進行調查，得知民眾會主動確認自己的基本資料（從 73% 提升至 94.2%）、配合醫療人員在手術部位標記（80.1% 提升至 94.2%）及認同我國就醫過程是安全的（從 94 年 63.1% 提升至 101 年 77.1%，並至 104 年的 85.6%）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 94 年 36.7% 下降至 104 年的 11.3%。

6.提升醫療機構廢棄物處理能力

- (1) 102-104 年完成 145 家不同區域之醫院廢棄物及廢水之自主管理輔導作業。
- (2) 依據環保署 102-104 年提供本部之名單，已完成 194 家違反環保法令之醫療院所現場輔導作業，並完成改善及後續追蹤事項。
- (3) 完成 5 家醫療事業廢棄物再利用管理辦法附表再利用機構訪查事宜。
- (4) 完成本部輔導設立之處理機構及許可再利用機構之查核作業，共計 21 次。
- (5) 完成全國 6 家捐血中心輔導作業，並提供相關建議及製作妥善處理醫療廢棄物宣導單張，提供參考。
- (6) 完成 2 次「醫療事業廢棄物再利用管理辦法」修正。
- (7) 完成 3 次「醫療廢棄物減量及資源回收指引手冊」及「生物醫療廢棄物之判定手冊」之增修訂作業。
- (8) 完成訂定「衛生福利部共同清除、處理機構查核工作紀錄表」及「衛生福利部許可再利用機構查核工作紀錄表」。
- (9) 製作「醫院廢棄物再利用方法及醫療用廢塑膠再利用過程」及「網路申報教學影片」，供醫療機構參考。
- (10) 辦理 9 場次有關廢棄物減廢、再利用及廢水自主管理相關教育訓練或研討會總計 1,092 人次。
- (11) 針對處理機構辦理 1 場次申請或展延時之書件撰寫說明會。
- (12) 辦理 1 場次衛生局考評醫療機構妥善處理事業廢水及廢棄物業務說明會。
- (13) 針對全國醫療廢棄物處理網進行更新維護，共計維護更新 59 次。
- (14) 提供電話或線上諮詢服務共計 375 次。

(15) 配合完成網際網路通訊協定第 6 版 (Internet Protocol version ; IPv6) 之系統，進行「全國醫療廢棄物處理網」更新與更換主機等作業。

(七)在健全法規制度以因應醫療體系變革方面

1.改善醫療執業環境

(1) 本部奉行政院核定自 101 年起開辦生育事故救濟試辦計畫，幫助逾 300 個家庭渡過難關，產科訴訟案件減少 7 成，婦產科醫師回流，試辦成效斐然，並獲朝野立委支持予以法制化，此乃行政、立法機關均高度肯定之政策，本部並自 103 年 10 月起擴大試辦範圍至手術及麻醉事故。

(2) 「生產事故救濟條例」經立法院於 104 年 12 月 11 日三讀通過，總統於 104 年 12 月 30 日公布，自 105 年 6 月 30 日起施行。該條例明定為保障婦女生產風險，國家建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進產婦與醫事人員之伙伴關係，並提升女性生育健康及安全。

2.發展醫療服務產業

(1) 持續輔導國內醫療服務提供者發展醫療品牌，建立各自強項特色，累計共有 63 家醫院得代申請大陸地區人民來台從事健檢及美容醫學服務。統計 104 年 1 月至 11 月外籍人士來臺接受健檢、美容醫學及醫療等國際醫療服務共計有 26 萬 8,625 人次，服務人次與產值均有穩定成長。

(2) 開辦僑安專案，協助東南亞特定國家僑民申請來臺進行健康檢查、美容醫學及疾病治療，自 101 年 5 月 1 日開辦以來至 104 年底止，計 300 團 4,851 人次來臺。

3.保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制

(1) 藉由實地查核作業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。

104 年已完成 31 家次人體研究倫理審查委員會查核作業（包括實地查核、專案複查、不定時追蹤及書面審查等作業）。

- (2) 完成人體研究倫理審查委員會查核與不定時追蹤查核等作業程序、查核基準及其相關表單、資料之修訂。

4. 研擬執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範

- (1) 於 102 年度彙整並翻譯各國相關管理規範（例如 GCLP），與現行藥品優良臨床試驗準則（GCP）與藥物非臨床試驗優良操作規範（GLP）規範比較，並藉由業界溝通會議，邀集國內外專家及業界與學界代表，對前述規範於國內目前臨床試驗檢體分析實驗室之管理應用進行討論，彙整建議後經專家會議討論提出建議草案 1 份，以強化臨床試驗檢體取得至檢體分析間操作之管理。

- (2) 建立藥品優良臨床試驗實驗室作業指引（草案），並於 103 年度預告施行，期能作為各相關實驗室執行臨床試驗檢體分析時之參考，以加強原有 GLP 非臨床試驗實驗室管理規範與臨床試驗受試者權益維護之鍵結。

- (3) 針對臨床試驗檢體分析實驗室品質管理方面，103 年度提出對現行執行臨床試驗檢體分析之生體相等性試驗實驗室查核內容之修正建議 1 份，並進行模擬查核訓練，於 104 年度研擬臨床試驗檢體分析方法相關審查指引。

5. 活絡國際醫療衛生業務交流及合作

- (1) 為拓展我國衛生福利行政部門與美國衛生福利界之交流，創造直接互動之溝通平台，辦理衛生福利政策研討會或中高階衛生福利行政人員工作坊暨衛生福利圓桌會議，安排本部長官赴美進行公開演講及圓桌會議，105 年 6 月中旬邀請 7 位

美國衛生福利官員及專家學者來臺辦理衛生福利政策研討會，進行實務經驗交流及政策規劃之相互學習。

- (2) 102 年度已執行補助醫療援助及公共衛生計畫，分別為「參與第 141 屆美國公共衛生學會年會計畫」、「推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」、「北印度達蘭薩拉藏族社區健康護理訓練工作坊計畫」，以及「102 年推展國際醫療衛生事務合作交流計畫」等計畫。
- (3) 103 年度已執行補助醫療援助及公共衛生計畫，分別為「推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」、「緬甸醫療服務計畫」、「南印度孟各藏族社區醫院健康護理訓練工作坊計畫」，以及「參與馬紹爾共和國非政府組織 WUTMI 兒童聽力篩檢計畫」等計畫。
- (4) 103 年度臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA) 與日本亞洲醫師協會 (Association of Medical Doctors of Asia, AMDA) 合作，支援 11 月 13 至 15 日土耳其哈卡里省牙醫診療服務之醫藥物資，並於 12 月 2 至 7 日首次結合國內花蓮慈濟醫院，與 AMDA 共同於斯里蘭卡 Badulla 執行牙科義診活動，並與斯國市立 Badulla 醫院牙科團隊合作於 Poonagala 及 Wawekella 兩所學校為孩童進行洗牙、補牙、塗氟及口腔衛教等等。
- (5) 本部邱前部長於 103 年 6 月 1 日至 5 日應美國哈佛大學邀請，參與該校舉辦之衛生部長論壇 (Ministerial Health Leaders Forum)，共有歐亞非等 12 國現任衛生部長與會，分享交流各國施政經驗。
- (6) 104 年度已執行補助醫療援助及公共衛生計畫，分別為「印尼亞齊省公共衛生合作先期計畫」、「健康識能及健康治理國際醫衛合作計畫」等計畫。
- (7) 104 年 4 月 13 日臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA) 召開

「國際災難援助經驗交流與分享會議」，邀請美國國際開發署國外救災辦公室(USAID/OFDA)資深人道救援顧問 René Van Slate，就政府部門與民間單位於國際緊急災難醫療援助時之溝通協調，進行經驗分享。外交部、國防部、內政部消防署、以及紅十字會、路竹會、慈濟基金會、世界展望會等分政府組織皆派員與會，共計超過 85 人參與。

- (8) 104 年 5 月 27 日至 31 日本部臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA) 與日本亞洲醫師協會 (AMDA) 合作，邀請財團法人羅慧夫顱顏基金會及長庚醫療財團法人長庚醫院籌組醫療團以行共 10 人，赴印尼 RSUD Andi Makkasau ParePare 醫院提供唇顎裂手術義診，共計為 29 例病人執行手術及提供術後衛教。
- (9) 104 年 10 月 1 日至 7 日由本部與外交部共同組成之臺灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)與日本亞洲醫師協會(AMDA)社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本部雙和醫院等單位，合作印度菩提伽耶(Bodhgaya)地區之牙醫義診及口腔衛教活動，受惠人次約 150 人次。
- (10) 105 年度已執行補助醫療援助及公共衛生計畫，分別為「非洲馬拉威健康資訊系統強化及全球永續發展目標整合型合作計畫」、「台灣印尼國際醫療交流合作計畫」、「臺蒙國際醫療交流合作計畫」、「印尼亞齊省 Syiah Kuala University 公共衛生合作計畫」，以及「泰緬邊界暨桂河醫院醫療合作」等計畫。
- (11) 105 年 5 月由本部與外交部共同組成之臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA) 與日本亞洲醫師協會(AMDA)合作，邀請羅慧夫基金會及長庚醫院赴印尼南蘇拉威西省巴里巴里 (ParePare) 及巴魯 (Baru) 兩家醫院進行唇顎裂手術服務，為 23 名唇顎裂患者重建容顏。

- (12) 臺灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)十週年慶暨國際醫衛人道援助攝影展於 105 年 11 月 29 日舉辦，透過研討會、攝影展及演講等活動，與國內外合作夥伴交流計畫執行現況，並邀請亞洲醫師協會(AMDA)會長 Dr. Shigeru Suganami、AMDA 印度分會、印尼分會、斯里蘭卡分會會長，以及無國界醫生(MSF)香港辦公室主席劉鎮鯤醫師分享人道援助的經驗與成果；並透過攝影作品傳達國際醫衛合作及人道關懷之美。
- (13) 102 年至 105 年每年持續辦理「國際醫衛暨人道援助分享會」，邀請我國醫療院所及執行國際醫衛及人道援助之相關單位出席，將我國國際醫衛外交政策及各醫療院所進行國際醫衛合作的現況，透過主題演說、標竿學習及討論分享等方式進行經驗交流，會場並設立專區展示各單位國際醫衛合作與援助的出版品及執行成果海報。
- (14) 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，102 年度至 105 年度共完成 33 件捐贈案共 2663 件醫療器材(迄今共完成 32 國 94 件捐贈案，共 4,656 件之醫療器材)。
- (15) 委託辦理「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫」102 年度至 105 年度共培訓 530 人次之國外醫事人員(迄今共培訓來自 59 個國家共 1,241 人次之國外醫事人員)。
- (16) 為了更有效率地與國際社會分享台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，本部國際合作組與國民健康署於 102 年至 105 年持續共同辦理「臺灣全球健康論壇」，迄今已邁入第 12 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。

三、執行檢討

(一)在完備健康照護體系方面

1. 重塑初級健康照護網絡

- (1) 1979 年 WHO 提出「制定邁向 2000 年全民健康的策略」，指出基層健康照護（社區醫療）是健康照護體系之第一層，也是民眾與整個體系接觸的起點，健康照護體系之設計，應以基層健康照護為核心功能與主要提供者。
- (2) 自民國 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險以來，已降低民眾因疾病所造成的經濟壓力，病人亦可自由選擇就醫院所，惟部分民眾對基層醫療、家庭醫師之功能仍然認識不夠且信心不足，致初級醫療照護及慢性病人佔據重症醫療資源，醫療院所間之垂直分工與水平合作機制，尚未能有效落實，且醫療分科過度專科化，家庭醫師制度難以推展，民眾無法獲得整體性、持續性之健康照護，未來社區醫療衛生體系如何透過社區健康照護網絡，有效與預防保健、急性醫療、復健服務、長期照護等體系加強聯結，逐步落實本土之家庭醫師制度，仍需持續努力。
- (3) 至今對於衛生所之醫護人員而言，大多由臨床醫護人員轉任，雖具臨床個案照護經驗，但對社區民眾整體照護，仍有待加強。全國 370 所衛生所人員為數眾多且廣布各地，中央、地方衛生主管機關、醫療人員所屬公（學、協）會，雖可個別因應不同地域與當地重點業務內容，辦理公共衛生相關知能之教育訓練，惟實際實施時仍因遇有業務異動、承辦人員更迭等情形，相關教育訓練課程除必須每年重複辦理，亦因辦理時間、地點之限制，未能盡符衛生所人員之需；衛生所醫護人員亦往往同時面臨來自課業、工作、經濟或家庭等因素，以致實際上能完整且全程參與培訓或接續完成進修課程

之人員仍舊有限，而有持續性辦理之必要。

- (4) 有高達七成五以上的衛生所人員表示願意付出時間和精力去閱讀課程，也有將近八成的人員認為課程的內容可以實際應用在工作業務上並滿足其職場需求；另外，79%的人員覺得線上學習課程可以協助他們克服時間與空間的阻礙，進行繼續教育，獲益良多。

2.提升基層醫事機構服務品質

- (1) 有關基層醫事機構訪查作業已由中央衛生主管機關監督執行多年，亦達成訂定目標。目前各地衛生局對於訪查輔導作業皆已熟悉並掌握，建議應由地方衛生主管機關納入例行業務辦理。
- (2) 社區藥局評估考核試辦計畫，受考評對象由社區藥局自行報名或地方藥師公會推薦，102至103年共完成534家局考核，相較於全國共計有七千多家藥局，尚難能有效地讓全國社區藥局接受評估，未來對於精進社區藥局專業能力與形象相關計畫，可參考評估考核表，供各社區藥局自我評估，期許社區藥局能主動自我成長及改善形象，有效提升民眾用藥品質。

3.發展急性後期照護模式

配合本部中央健康保險署辦理「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」，將持續積極辦理急性後期照護服務，期能避免出院後過早入住長照機構或再住院，以節省社會成本及健保資源。

4.推展居家及社區安寧照護模式

- (1) 分析歷年民眾完成新註記安寧緩和醫療意願於健保IC卡之各年齡層資料中，超過60%簽署民眾為50歲以上之年齡，對於完成新註記安寧緩和醫療意願於健保IC卡之民眾資料，本部將持續進行性別與年齡的交叉分析，並依分析結果，作

為加強宣導之目標族群。

- (2) 在安寧宣導策略上，將透過營造安全且友善的情境，引導民眾討論生死與健康議題，說明簽署意願書的好處，強化介紹安寧療護的照護內容，為全人、全家、全隊、全程、全社區的五全照顧模式，消除民眾固有的誤解與恐懼，安寧療護係符合病人自主權利，以降低家屬對於末期照顧選擇安寧療護之疑慮與傳統道德倫理顧忌。
- (3) 加強與地方政府衛生局及其轄下衛生所合作，除深入社區宣導模式進行民眾宣導外，並擴大宣導合作對象至地區醫院，針對醫院社工、志工與臨櫃人員加強安寧療護觀念及安寧意願註記流程認識，以便服務就醫民眾降低其諮詢不便。

(二)在健全緊急醫療照護網絡方面

1.強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合

除強化緊急醫療應變中心緊急應變機制，持續修訂 REMOC 應變計畫，未來應再整合各項資訊，平時監控醫療量能，災時掌握重大傷情與病床等醫療能量，以利統籌規劃與決策。

2.推動醫院緊急醫療能力分級制度

將持續擴大醫院緊急醫療能力分級評定之品質內容，適時修訂評定基準，完善各章節人力規範與運用，辦理追蹤輔導訪查，輔導醫院針對分級評定結果進行改善，以落實分級制度；亦需強化醫院婦兒科照護能力，輔導更多醫院通過婦兒科照護能力章節。

3.推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用

現階段計畫僅能就推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用，進行基礎建設，宣導量能仍不足。未來應持續投注相關資源，結合 CPR 與 AED 急救技能，推動安心場所認證。另辦理 AED 效益分析，評估與研擬未來政策方針。

4.發展婦兒科緊急醫療照護網絡

- (1) 醫院之緊急醫療處理能力，區分為重度、中度、一般級急救責任醫院，至 104 年底全國已有 194 家急救責任醫院，均可提供 24 小時全科緊急醫療服務。其中特針對具有高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）之對象，要求各重度級急救責任醫院均須具有該項處置能力，並鼓勵中度級醫院也增加該項處置能力。
- (2) 目前全國有 50 家醫院（36 家重度級、14 家中度級）具有高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護能力，但苗栗、南投及連江等 3 縣未有醫院通過中度級以上高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護能力章節。本部已透過醫學中心及重度級急救責任醫院支援計畫及提供相關兒科急診之專科人力，指定本部苗栗醫院與南投醫院完成上開目標。
- (3) 將持續推動強化醫院婦兒科照護能力，輔導更多醫院通過婦兒科照護能力章節。

5.建置緊急傷病患轉診網絡

持續檢討「提升急診暨轉診品質計畫」緊急傷病患轉診網絡運作機制，評估現行 14 網絡區域劃分之妥適性、以及是否符合民眾生活圈及醫療需求等因素，及對於網絡轉出（out-degree）個案原因（如轉出原因為上轉或下轉？疾病分析？轉至何網絡/醫院？是否網內資源有不被滿足之情事等），依地域實質運作情形予以分析。另定期監測 48 小時滯留率等壅塞指標，適時檢討策略改進。

(三)在提升偏遠地區醫療照護能力方面

1.結合地方資源活化社區健康營造

- (1) 部落及社區健康營造計畫，係採「在地化」、「訂立健康議題」與「建立機制」三大方向推動；以機構化組織，結合地方資

源，活化社區健康策略，帶動社區民眾參與共同營造自發性健康新活力，創造健康的社區，執行多年以來，確已見績效。

- (2) 惟健康信念之建立非一蹴可及，本計畫前期乃在將此一營造機制導入部落，逐漸擴展至整個鄉（鎮、市）、區。未來將再檢討營造中心之輔導機制，希透過多面向之輔導，改變民眾被動接受健康服務的方式，透過社會組織促進民眾主動實踐健康生活。

2. 偏遠地區衛生所功能再造

原住民族及離島地區衛生所（室）新（重、擴）建工程，常因外部因素無法配合，主要影響之因素包括土地取得不易、土地使用分區、水土保持、氣候因素及道路交通等，雖依山地原住民族及離島地區海拔高度給予加權不同比率，惟因工程地點皆位於偏遠地區等，廠商意願不高等，致影響進度，未能如期完成。

3. 有效運用偏遠地區緊急救護資源

- (1) 為精進空中轉診辦理成效，定期召開「強化離島地區在地醫療-降低空中轉診方案特殊案件討論會議」，檢討離島確有轉診後送之必要性。
- (2) 考量空中緊急醫療轉診後送有非常高的潛在風險，仍請各轉診之醫療院所醫師，應本於醫療專業，教育病人及家屬，有關高空低壓低氧對病人可能造成的風險，並衡酌當地醫療能量，執行緊急傷病人轉診之認定作業，以避免不當或無實質效益之醫療轉診及空中後送航次。
- (3) 積極推動離島地區醫療「醫師動，病人不動」政策及「強化離島地區在地醫療-降低空中轉診方案」，並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配合，與臺灣本島醫院積極支援下，已有具體成效，至 104 年 12 月底離

島地區空中轉診後送 236 人次，較 101 年同期 277 人次，減少 41 人次，下降幅度為 14.8%。

4.強化遠距醫療資訊系統功能

- (1) 為強化離島地區遠距醫療計畫，本部於 104 年 8 月 31 日召開「104 年度離島地區遠距醫療視訊及會診作業計畫期中檢討會議」，建議離島遠距醫療視訊未來發展，應確實評估民眾透過視訊對於專科別之就醫的需求（如眼科、骨科），並結合當地醫院之醫療資源，提高就醫可能性並降低空中後送，提高民眾使用率，及擴展視訊服務功能。
- (2) 為強化偏鄉離島地區衛生所醫療資訊化，本部於 102-104 年間召開「偏鄉醫療資訊化資訊工作小組諮詢委員會議」，共召開 5 次檢討會議，依歷年來建置醫療資訊化之優缺點進行滾動式檢討，訂定 HIS 系統功能需求規格及架構，未來將朝雲端化架構。又本部為強化 PACS 系統及醫療影像資料之安全性與災難備援機制，辦理「原住民族及離島地區衛生所醫療影像集中備援計畫」，強化風險管理，並利衛生所醫療影像安全備份及災難復原之整備。

(四)在強化醫療資源及照護支援體系方面

1.建置醫療資源管理系統

- (1) 醫事系統係提供本部及各地方政府衛生局、公學會等承辦人員管理所轄醫療機構及人員等事宜，另每年醫事系統均配合法規修正功能，其系統操作繁複，為提升承辦人員對於系統操作之熟悉程度，每年應加辦各類使用者之教育訓練，加強宣導系統操作及相關法規概念。
- (2) 本部醫事系統資料包含醫事機構開業管理、醫事人員證書及執業管理等，因此，系統所儲存之資料量相當龐大，考量醫事系統始於民國 97 年建置，其部分儀器設備已不堪使用，未

來應逐年汰換老舊設備（運用程式伺服器或資料庫伺服器），以維持醫事系統穩定性及提升服務效能。

2. 促進醫療資源整合及有效利用

因國內各地區醫療資源確有差距，部分地區為提升醫療品質、加強醫事人員繼續教育，必須借助區域內具經驗之單位協助，並提供輔導，辦理交流學習活動。本計畫提供各大醫療區域內建立教育平台及互助機制，協助資源缺乏區提升醫療品質及照護能力，並藉由本計畫建立資源交流平台，以平衡醫療品質差距。

3. 健全器官捐贈及移植網絡

本部推展器官捐贈多年已有成效，惟目前國內各器官待移植者人數仍眾，需持續規劃有效器官捐贈移植政策，積極辦理宣導作業，以改善國內器官捐贈風氣，提升器官捐贈率。

4. 建立全方位用藥安全環境

有關藥事照護之相關標準作業流程已初步完成，但現階段僅部分地方政府衛生局曾參與辦理藥事照護，未來可考量增加參與之縣市數，及強化與地方機構合作，打造更多溝通管道，讓社區藥局深入社區，更易投入民眾用藥安全宣導及藥事照護服務。

(五) 在均衡醫事人力及醫療專業發展方面

1. 醫事人力培育及人才羅致規劃

(1) 為因應未來人口老化、科技發展等因素變遷情形，影響醫事人力供給及需求狀況，未來仍定期辦理各類醫事人員評估計畫，並依據評估結果持續檢討修正各類醫事人員之培育人數。

(2) 培育醫事人員出國進修實施計畫自 99 年起執行至 104 年，每年均薦送醫事人員出國進修，為促進國際交流，提升我國醫事人員臨床知能之深度與廣度，未來仍將賡續辦理本計畫

。

2.推展醫事人員一般醫學訓練

- (1) 因應 102 學年度入學之醫學系學制改為 6 年，108 年起將實施二年期一般醫學訓練計畫，自 102 年起，辦理一般醫學訓練分組試辦計畫，105 年計核定 16 家醫院辦理，未來將持續擴大辦理，以使 108 年起之第二年分組課程順利執行。
- (2) 因應醫學系學制改為 6 年，為強化畢業學生之一般醫學能力，將檢討訓練醫院資格條件，提升訓練品質，選配作業執行方式亦需配合檢討修正。

3.健全專科醫師訓練制度

- (1) 為避免 23 個專科分別至醫院進行訓練醫院認定，影響醫院醫療業務進行，業已辦理專科醫師訓練醫院聯合訪視作業。
- (2) 為進行專科醫師訓練改革，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。

4.強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度

- (1) 訂定「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」：本部於 103 年 10 月至 104 年 4 月間委託民間團體並邀集護理、醫師及醫院管理等相關專業團體，組成工作小組，歷經至少 8 次籌備會及 5 次工作小組討論，並辦理 3 次說明會，廣納各界專業意見，完成專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法之初稿，並邀地方相關主管及醫護相關學協會代表，召開 9 次討論會尋求共識，於 104 年 10 月 19 日發布，自 105 年 1 月 1 日起施行；另於 104 年 11 月 3 日配合修正「專科護理師分科及甄審辦法」。
- (2) 為因應「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」及「專

科護理師分科及甄審辦法」之施行，於 104 年 12 月 12 日、16 日、及 17 日分別委託臺中市政府衛生局（與中國附醫合作）、高雄市政府衛生局（與高醫附醫合作）及新北市政府衛生局（與亞東醫院合作），於北、中、南辦理說明會，說明上揭辦法相關規定及衛生局與訓練醫院相關責任義務，並針對「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」第 4 條相關規定，以實務範例，提供醫院做為訂定作業程序、可執行附表監督下醫療業務範圍之項目及特定訓練與預立特定醫療流程之標準作業程序等之參考，以發展適合各醫院之模式。

- (3) 為了解及協助護理人員繼續教育積分取得情形，每 6 年更新執業執照之護理人員數約近 10 萬人，均要透過委外廠商協助分析資料，由於系統原未設置積分查詢資料庫，且護理人員執業人數近 15 萬人，資料檢索耗時，護理人員無法及時了解積分取得情形，爰建置護理人員繼續教育積分查詢資料庫，以利於取得相關資料，使護理人員順利完成執業執照更新。

5. 充實並留置偏遠地區醫事人力

- (1) 為因應一般公費生培育於 98 年停招及 98 年起地方養成醫師進入退休潮、未來人口老化及五大科醫師人力需求等問題，爰自 105 學年度辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」，挹注偏遠地區醫師人力需求，本（105）學年度預定培育 100 名公費醫學生，註冊人數為 87 名，未招收額滿之公費醫學生名額，將調整至下一學年度累計招生。
- (2) 為培育偏鄉地區護理人才及充實偏鄉地區護理人力，依計畫預定招生 60 名，惟就讀人數為 36 名，不足之名額併入 105 學年 106 學年度名額累計招生。
- (3) 原住民及離島地區醫事人員養成計畫，101 年非醫學系之招生數為 23 名，實際報到為 9 名（入學率：39.1%）；102 年非

醫學系之招生數為 47 名，實際報到為 31 名（入學率：65.96%）；103 年非醫學系之招生數為 22 名（入學率：18.18%），實際報到為 4 名；104 年非醫學系之招生數為 25 名（入學率：72%），實際報到為 18 名。綜上，實際培育人數與規劃培育人數尚有差距，分析原因，當地在學生因受領公費之服務限制及履約義務等因素，而未報名本計畫之公費生甄試，以及報考學生成績未達標準，而未能錄取或未錄取理想學系，致放棄入學資格，致培育人數不如預期。

- (4) 為解決非醫學系培育不足數，除缺額數滾動調整納入外，104 年度將醫學系及其他學系門檻分開設立，有效提高非學系考生之錄取率。

(六) 在確保醫療照護品質方面

1. 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://mcia.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」，藉由系統的協助在實地評鑑的過程中，能即時的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。

2.產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型

(1) 102 年起開始辦理產後護理機構評鑑，102 至 104 年共計有 186 家機構接受評鑑，評鑑合格者 173 家，評鑑不合格者 13 家。

(2) 101 年起地方政府衛生局開始清查並輔導轄內坐月子中心轉型為產後護理機構，輔導轉型前，應使用本部 99 年公告「產後護理機構及坐月子中心定型化契約範本」及「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」與產婦簽訂契約，並於 102 年將產後護理機構及坐月子中心輔導納入地方政府衛生局考評項目，每年定期辦理清查及輔導

3.推廣優質護理職場概念，改善護理執業條件及環境

(1) 為改善護理執業環境及工作負荷，本部於 101 年 5 月推動護理改革計畫，改革策略中即包含持續進行護理人力監測工作及盤點護理人力相關指標資料庫，依據本部醫事管理系統統計，護理人員執業人數截至 105 年 12 月底止為 15 萬 8,318 人。

(2) 有關護理執業動態相關監測，本部透過醫事管理系統、醫院醫療服務量調查及專案調查計畫等管道，了解國內護理人員執業狀況與分布、離職率、空缺率及招募困難度等；另為了解護理畢業生之畢業後執業流向，於 103 年委託辦理護理人力流向調查，針對護理畢業生之執業流向進行調查。

(3) 另對於護理人力之需求評估，本部曾於 96-98 年委託辦理護理人力監測資料庫建置計畫，建立「護理人力管理指標」及

「護理人力資源管理資訊系統」，評估護理人力之供需，針對供應量，假設於產出之護理科系畢業生人數及護理人力異動情形維持現況不變之條件下，103 年國內執業之護理人員供給量推估為 140,423 人；需求量部分則假設未來每萬人口與護理人員數比率變化趨勢與過去十年相同下，103 年執業護理人員需求為 149,066 人，推估 103 年將短少約 8,643 人。另教育部於 103 年亦委託國立陽明大學辦理護理人力規劃評估，其中針對 91-101 年護理人力供需求進行推估結果，101 年護理人力需求之低、中、高標分別為 12 萬、14-16 萬、16-21 萬人。

- (4) 有鑑於相關護理改革策略之推動與長期照護需求逐年增加，皆促使未來護產人力需求增加，為有效推估國內未來 10 年護產人力之需求，以利提早培育相關人才與介入相關政策，已於 104 年起進行國內未來十年護產人力供給需求之推估研究調查計畫。

4. 建立醫院全責照護模式

- (1) 為改善病人照護品質及減輕民眾照顧住院病人之負擔，本部自 95 年起進行分階段試辦計畫發展全責照護模式，第一階段 95 至 98 年為建立全責照護模式階段，探討與評估建立病房照顧服務員服務制度、培訓及輔導機制及共聘制度收費機制，並訂定全責照護工作手冊；第二階段 99 至 102 年為結合資源推廣期，結合勞動部（前勞委會）多元就業開發方案及就業安心專案計畫，協助培訓照顧服務員（90 小時）；第三階段於 103 年進行「以混合式照護模式制度建構本土化護理分級制度計畫」，發展護理分級建議方案，並研擬護理佐理員之培育課程、訓練資格、人力配置等方案（含課室教學、回覆示教及臨床實務）。

- (2) 檢討分階段執行成果，為達未來政策上全面推動及長久運行之目標，經與護理專家代表研議，建議應從財務（健保給付、部分負擔或使用者付費）、人力及法規等各面向全面檢討並提出具體可行方案，爰規劃於 105 年度辦理「台灣全面推廣醫院護理整合照護服務（複合式）之可行性評估計畫」。

5. 促進醫療品質與病人安全

未來改革之方向如下，將納入 105 年計畫內持續辦理。

- (1) 推廣人為因素概念，運用於改善病安與品質。
- (2) 加強台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，以發掘病安議題。
- (3) 研擬法源確保通報資料不得揭露原則，訂定國內警訊事件及通報機制。
- (4) 推動醫病共享決策，促進醫病溝通。
- (5) 輔導醫院運用國外已開發之病安工具進行品質活動。

6. 提升醫療機構廢棄物處理能力

持續推動醫療機構資源回收再利用及污染防治計畫，並積極輔導醫院參與廢棄物再利用、減量及廢水自主管理。

(七) 在健全法規制度以因應醫療體系變革方面

1. 改善醫療執業環境

「生產事故救濟條例」自 105 年 6 月 30 日施行，該條例規定中央主管機關應建立事故通報及查察機制、建立資料庫進行相關事故事件統計分析運用、辦理講習強化第一線人員處理事故進行關懷能力等，均須配合條例施行予以落實。

2. 發展醫療服務產業

- (1) 持續輔導國內醫療服務提供者發展醫療品牌，建立各自強項特色，提升台灣醫療於國際之能見度。

(2) 積極吸引國外先進醫療機構來臺與國內健康產業結合，提升國內在醫療服務之品質與技術，並吸引國際知名機構來臺設立相關研發中心、帶動醫材、生技、藥品、養生等產業聚落林立，為臺灣健康產業之發展注入正面能量，進而帶動相關產業之活絡發展。

3.保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制

保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制政策，進行已達一定成效，惟為加強人體研究倫理審查委員會之運作品質，另研擬收集較具爭議案例與經驗分享，利用開放式的討論及溝通，強化評量共識的凝聚，期許透過查核訓練制度培養出更具一致、專業、嚴謹且客觀的查核委員，以協助審查會能真正落實持續提升審查品質。

4.研擬執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範

已參考國際 Good Clinical Laboratory Practice (GCLP) 建立「藥品優良臨床試驗實驗室作業指引」，惟因 GCLP 目前在各國並無法規強制性，所擬定「藥品優良臨床試驗實驗室作業指引」現作為執行相關臨床試驗檢體分析機構之原則性參考依據，並將其原則納入現行藥品優良臨床試驗（包含生體相等性試驗）操作之查核考量。另為推廣 GCLP 之理念，亦於本計畫中針對相關審查人員、查核人員及試驗執行人員辦理教育訓練與說明會議。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

第一章 健康照護體系新定位

第一節 落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制

第二節 建立以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式

第三節 加強原住民與離島醫療資源不足地區健康服務效率

第四節 發展多元友善就醫環境

第五節 結合地方資源，提升原住民健康事務

第二章 全面提升緊急醫療救護體系與網絡

第一節 強化緊急醫療應變中心緊急應變機制

第二節 強化醫院緊急醫療能力分級制度

第三節 推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用

第三章 改善醫事人員執業環境，充實醫事人力

第一節 推動受僱醫師納入勞動基準法

第二節 強化醫師整合醫療能力

第三節 醫事人力培育及人才羅致規劃

第四節 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

第五節 充實並留置偏遠地區醫事人力

第四章 以病人安全為核心價值之醫療體系

第一節 革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制

第二節 以實證與病人參與為導向提升病人安全

第三節 發展智能醫療照護模式

第四節 強化非訴訟之醫療糾紛處理方式

第五節 產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型

第五章 健全法規制度發展

第一節 檢討醫療法規推動策略

- 第二節 促進醫療法人之發展，提供永續醫療照護服務
- 第三節 建立支持器官捐贈及移植之網絡環境
- 第四節 促進生物醫療科技發展
- 第五節 健全美容醫學管理與發展並兼顧醫病關係
- 第六節 活絡國際醫療衛生政策交流及合作

二、分年執行策略與分工

年度 項目	106年	107年	108年	109年	執行 單位
一、健康照護體系新定位					
落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制	1. 檢討與形塑各層級醫療機構任務與定位。 2. 統籌規劃醫療資源合理分布。 3. 促進醫院與基層醫療合作，發展持續性照護模式 4. 輔導醫療區域整合醫療服務資源				醫事司
建立以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式	1. 協同地方衛生局，盤點區域資源，發展自醫院至社區，涵蓋出院後準備服務、急性後期醫療服務、居家與安寧療護之的整合性醫療照護服務模式與服務網絡。 2. 推廣分級醫療與家庭醫師制度。 3. 推廣居家及社區安寧緩和醫療照護服務，宣導安寧緩和醫療照護服務理念。 4. 推動社區藥局藥事照護服務，建立社區藥局照護品質評核制度。 5. 開發衛生所線上學習課程。				醫事司、 食品藥物 管理署、 國民健康 署
加強原住民與離島醫療資源不足地區健康服務整合效率	1. 協助偏鄉衛生所擴建或整修，更新醫療設備、資訊設備軟體、或巡迴醫療車輛。 2. 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。 3. 檢討與提升偏遠地區衛生所人力、作業模式及業務功能。 4. 建置空中轉診審核機制，提昇離島地區空中轉診品質。 5. 強化空中轉診後送來台支援服務。				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全面普及化。 2. 強化早產兒照護。 3. 推動新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助。 4. 強化身障者及新住民友善就醫環境。				醫事司、 國民健康 署
結合地方資源，提升原住民健康事務	1. 規劃辦理部落（社區）健康營造計畫。 2. 培育原住民及離島地區衛生小天使宣導種子，鼓勵大專青年服務隊前往原住民及離島地區從事社區服務及衛生宣導。 3. 規劃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。 4. 強化原住民地區醫護人員與原住民之溝通及醫療服務效能。				護理及健 康照護司

年 度 項 目	106 年	107 年	108 年	109 年	執行 單位
	5. 建構以病人為中心之友善醫療照護環境，提升健康狀況。				
二、全面提升緊急醫療救護體系與網絡					
強化緊急醫療應變中心緊急應變機制	1. 規劃與設置本部指揮中心、幕僚室與 24 小時運作之戰情室。	1. 建立本部指揮中心、幕僚室與戰情室啟動機制及運作規範章程。	1. 檢討及修訂本部指揮中心、幕僚室與戰情室啟動機制及運作規範章程。	1. 各區緊急醫療應變中心配合本部指揮中心、幕僚室與戰情室能即時啟動運作。	醫事司
	2. 監控各醫院作業能量，災時掌握重大災害之傷情、醫療能量、救護車、病床、與人力資源等，供本部統籌資源與決策。 3. 檢視及修訂區域緊急醫療應變中心計畫。				醫事司
強化醫院緊急醫療能力分級制度	1. 辦理醫院緊急醫療能力分級評定，修訂評定基準。 2. 加強醫學中心辦理「配合國家衛生醫療政策，提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質」之任務指標。 3. 辦理「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，補助偏遠及非都會區地區，提供 24 小時之兒科專科醫師急診醫療服務。				醫事司
推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	1. 推動安心場所認證，強化民眾學習 CPR+AED 急救技術、勇於施救之教育宣導。 2. 提升各級救護技術員訓練品質，強化救護技術員緊急救護之能力。				醫事司
三、改善醫事人員執業環境，充實醫事人力					
推動受僱醫師納入勞動基準法	1. 推動醫院整合醫學照護制度（Hospitalist）。 2. 規劃醫院整合照護醫師與基層家庭醫師之整合照護模式。 3. 增加醫療輔助人力，規劃建置臨床助理制度。				醫事司
強化醫師整合醫療能力	1. 提升重點科別住院醫師招收率。 2. 規劃並推展二年期一般醫學訓練制度，推動相關選配計畫。 3. 發展專科醫師訓練里程碑制度（milestone），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。 4. 檢討次專科醫師人力發展需求，規劃部分次專科人力培訓。				醫事司

年 度 項 目	106 年	107 年	108 年	109 年	執行 單位
	5. 推廣住院整合性醫療照護模式，辦理整合醫療照護人才訓練。				
醫事人力培育及人才羅致規劃	1. 定期評估各類醫事人力未來 5-10 年供需狀況。 2. 遴選醫療機構優秀醫事人員出國進修。				醫事司
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. 成立專科護理師諮詢委員會，進行專科護理師之分科、訓練醫院認定等相關工作。 2. 滾動式檢討「專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目」。 3. 每年檢討公告專科護理師甄審筆試範圍及辦理甄審。 4. 參考世界各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。 5. 試辦優質護理職場醫院，建立優質護理職場醫院認證機制。 6. 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。				護理及健康照護司
充實並留置偏遠地區醫事人力	1. 檢討公費醫師制度，辦理重點科別培育公費醫師制度計畫及偏鄉公費醫師留任獎勵計畫。 2. 補助獎勵至原住民及離島地區開業之醫事機構。 3. 辦理原住民及離島地區衛生所醫事人員繼續教育推廣及家庭醫學、急重症醫學訓練計畫及數位學習線上課程計畫。 4. 調整偏遠地區本部所屬醫院人力結構，強化在地角色與功能。				醫事司、護理及健康照護司、附屬醫療及社會福利機構管理會
四、以病人安全為核心價值之醫療體系					
革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制	1. 檢討醫療機構合理人力配置，研修醫院評鑑基準及持續性監測指標。 2. 訂定本部所屬醫院持續性指標標準化作業流程，辦理醫療品質指標相關教育訓練。				醫事司、本部附屬醫院及社會福利機構管理會
以實證與病人參與為導向提升病人安全	1. 推動國內醫療機構醫療品質與病人安全目標作業，改善病人安全通報系統。 2. 建置醫病共享決策平臺。 3. 整合本部所屬醫院病安通報系統功能、建置病人辨識系統。 4. 建置本部所屬醫院病安相關流程標準化，及自動化落實執				醫事司、本部附屬醫院及社會福利機構管理會

年 度 項 目	106 年	107 年	108 年	109 年	執行 單位
	行內外部定期訪查。				
發展智能醫療照護模式	1. 營造智慧化醫療照護場域示範，提供以病人為中心的智能醫院解決方案。 2. 研發傷病族群醫療照護服務模式或產品。 3. 培育研發應用人才，規劃個人化健康紀錄服務模式或產品認證機制。				資訊處、本部附屬醫院及社會福利機構管理會
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。 2. 輔導地方主管機關強化調處機制。 3. 強化醫療糾紛鑑定流程及人才。				醫事司
產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型	1. 辦理產後護理機構評鑑及成果會。 2. 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。				護理及健康照護司
五、健全法規制度發展					
檢討醫療法規推動策略	1. 改善醫事系統，辦理衛生行政人員教育訓練。 2. 配合病人自主權利法通過公布，宣導病人自主善終權益理念，辦理醫護人員教育訓練及民眾之宣導，建立病人自主權利之正確觀念。 3. 訂定預立醫療照護諮商之醫療機構資格、諮商團隊成員與條件、諮商程序及其他應遵循事項等事項之法規。 4. 研訂病人自主權利法所列5種臨床條件之具體判斷標準及參考程序，推動相關試辦計畫。 5. 提升醫療機構廢棄物處理能力。				醫事司
促進醫療法人之發展，提供永續醫療照護服務	1. 檢討現行醫療法人相關法規及函令。 2. 參考其他國家醫療法人管理制度，研擬有效管理政策。 3. 建置醫療法人資訊管理系統。				醫事司
建立支持器官捐贈及移植之網絡環境	1. 維持完整、正確的器官捐贈移植資料及公平、公正的器官分配機制。 2. 建立移植醫院退場機制，提升各器官移植醫院能力及品質。 3. 擴大辦理事官捐贈宣導工作。 4. 推動捐贈者家屬關懷及悲傷輔導服務。 5. 精進全國眼庫營運模式，落實眼角膜處理檢驗作業以提升眼角膜移植品質。				醫事司
促進生物醫療科技發展	1. 建立人體生物資料庫間彼此合作之模式。 2. 建立人體生物資料庫與全民健保資料庫及癌症資料庫間串				醫事司

年 度 項 目	106 年	107 年	108 年	109 年	執行 單位
	聯之實務模式。 3. 提升人體生物資料庫檢體及資料之運用率。 4. 強化醫用粒子查核內容及作業基準。				
健全美容醫學管理與發展並兼顧醫病關係	針對「美容醫學操作人員資格認定」及其他管理相關事項建置管理原則與機制(短期性策略)： 1. 制訂美容醫學操作人員資格認定原則。 2. 建置美容醫學其他管理相關事項處理機制。 3. 一致化中央及地方對美容醫學之管理。 4. 強化美容醫學民眾宣導。		與國際美容醫學管理趨勢保持接軌(中期策略) 1. 觀察比較台灣與各國美容醫學制度及輔助機制。 2. 建立美容醫學長期發展政策。		醫事司
活絡國際醫療衛生政策交流及合作	1. 辦理國際政策研討會或中高階衛生福利行政人員工作坊暨衛生福利圓桌會議。 2. 辦理需求導向之醫療衛生援助計畫。 3. 加強國際醫療衛生業務交流及人員培育。 4. 推動國際衛生交流，補助辦理國際衛生事務。				綜規司、國合組

三、計畫執行步驟與方法

第一章 健康照護體系新定位

第一節 落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制

為提升醫療品質建立分級醫療制度，本部於 100 年將全國劃分為 6 個一級醫療區、17 個二級醫療區、及 50 個次醫療區域，以合理分配醫療資源，並依醫療法第 28 條辦理醫院評鑑，將醫院區分為醫學中心、區域醫院及地區醫院 3 種層級，提供在地醫療與分級轉診之基礎架構。

為因應人口老化及慢性病盛行率上升，對健康照護服務需求的增加，以及受僱醫師納入勞基法後，醫院醫師值班人力需求增加對醫療體系所造成之衝擊，應落實分級醫療，以在地老化為目標，形塑基層醫療之功能與任務，增進社區健康照護服務之量能，強化醫院與診所醫療合作服務，導引民眾轉診就醫習慣，使醫學中心或區域醫院減少輕症服務，進一步減輕醫學中心一床難求現象，使其回歸教學、研究及重難症照護之本質，以全面提升醫療照護體系之服務效率。

一、策略作法

(一) 檢討與形塑各層級醫療機構任務與定位

1. 基層醫療機構包括診所、衛生所及小型醫院，負責基層醫療工作，並辦理一般保健及公共衛生工作，早期發現疾病及後續追蹤訪視，視病人需要適當轉介，提供慢性病人居家照護、復健指導及社區安寧照護服務。
2. 基層診所受限於硬體設施及人力，若需執行檢查或檢驗，常需轉診至醫院，因就醫不便，導致病人降低於診所就醫意願，傾向至大型醫院就醫。為提升基層醫療服務量能，提升基層醫師對於病人的照護連續性，應協助其提升慢性病整合性及居家照護服務能力，鼓勵基層診所朝向多科聯合執業、一站

式整合性服務，並透過開放醫院模式，鼓勵社區內醫院與基層醫師合作，於醫院開設門診與執行檢查或檢驗項目，提高民眾對於基層醫療的信任與利用，以減少急診與住院之醫療服務。

3. 地區醫院提供一般及專科之門診及住院醫療服務，應能有效支援區域內基層醫療單位之社區醫療服務，強化其於社區中之緊急醫療服務能力，建立與區域醫院或醫學中心轉銜及後送機制，成為向上承接醫院下轉病人、或向下支援基層醫療單位之樞紐，串連急性後期照護、社區居家照護、與社區安寧療護等各項服務，促進醫療體系水平與垂直整合。
4. 區域醫院及醫學中心應以提供重難症及住院醫療服務為主，將搭配健保支付制度設計，逐步導引其減少輕症服務。區域醫院在社區醫療體系承擔主要急重症醫療照護服務，接受基層醫療單位與地區醫院轉送之病人；醫學中心應具有研究、教學、訓練及高度醫療作業等多種功能，從事臨床及基礎醫學研究，與須精密診斷及高度技術之醫療工作，引進與開發新醫療技術，協助政府辦理各項醫療支援工作。
5. 為落實在地醫療及分級就醫，就生活圈、就醫流向與醫院緊急醫療能力等級，將全國急救責任醫院規劃為 14 個急診轉診網絡，重度級急救責任醫院為各網絡之基地醫院，提供特定緊急傷病患之綠色通道，提供急診病人向上、平行、向下無縫接軌之急診轉診服務，並建置電子轉診單，使各醫院急診轉診資訊透明院際間轉診溝通與互助更為順暢，並以此為基礎，逐步擴大至住院及加護病房病人之轉診。

(二) 統籌規劃醫療資源合理分布

國內每萬人口病床數相較於其他國家醫院病床數下降之趨勢，我國病床數增加的原因，主要為部分特殊病床的增加，應適時

審視與重整，規劃醫院特殊病床合理之分配比例與管理，逐步將特殊病床、急性後期、急診後送病床等納入資源管理，以促進病床資源之運用效益。

(三) 促進醫院與基層醫療機構合作，發展持續性照護模式

透過持續性照護模式試辦計畫，建立不同層級醫療機構間之整合照護模式，發展個案管理機制，如出院後照護服務與急性後期照護、醫院整合照護醫師與基層家庭醫師整合照護、失智症社區整合照護、社區安寧照護模式等，促使醫療服務有效自醫院轉銜至社區，逐步落實分級醫療及家庭醫師制度。試辦計畫效益，可提供健保支付制度修正參據，以建立連續性之全人健康照護體系。

(四) 輔導醫療區域整合醫療服務資源

為推動衛生政策需要，實施醫療區域輔導計畫，分別於全民健保六大醫療照護區域，依據各區域民眾之醫療需求，針對不同性別、族群、地區、產業與工作屬性群體，發展整體性、持續性與便利性之醫療照護網絡，建立區域內醫療資源整合之溝通協調平臺，促進解決區域內醫療照護相關問題，加強區域內醫療資源整合、協調、規劃與醫療品質之提升，協助醫療院所發展病人安全及醫療品質作業模式。

二、預期效益

- (一) 落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制，促進醫療服務效率。
- (二) 促進醫療資源合理分配，活化病床使用效益。

三、預算

- (一) 委託研究探討現行次區域劃分及病床合理量之相關計畫，每年約需 1,200 千元，4 年約需 4,800 千元。
- (二) 辦理醫療區域輔導及各醫療區域之執行成效評比相關計畫，每年約需 29,320 千元，4 年計編列預算 117,280 千元。

第二節 建立以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式

健康照護體系之設計，宜由基層醫療單位發揮核心功能，並為主要服務提供者。我國以往重視醫院的發展，加上民眾就醫習慣，傾向至大型醫院就診，導致社區醫療體系式微。面對現今慢性疾病盛行率增加及人口結構問題，對於服務連續性及個案管理的需求日益增加。無論是慢性病或老化相關之健康問題，以社區為基礎的健康照護體系，已被認為是最能有效提供民眾可近性、連續性及周全性之健康照護。

為因應人口老化所伴隨之醫療照護需求，推動家庭醫師制度，建置社區健康照護網絡平台，應結合在地健康照護資源，以基層診所及社區醫院為中心，向上連結衛生局、所之健康保健服務資源，向下結合醫院出院後服務及社區長期照護資源，擴大社區醫療機構提供個案管理、居家醫療及社區安寧照護服務之量能，納入各公、私協力夥伴之組織運作，建置可近、可用與可接受之社區健康照護服務模式。

一、策略作法

- (一)由衛生局主導評估轄區健康資源與人口需求，統籌調度轄內衛生所、醫療、社區資源與人力，促進社區內衛生、教育及社會等各類資源之整合，因地制宜，發展適切之全人健康照護服務對策與服務網絡，及以社區人口為單位之服務績效追蹤機制，使各層級社區健康照護資源能發揮其最大服務效能。
- (二)結合基層診所及社區資源，如衛生所、長照中心、福利機構等，連結醫院出院後服務及社區長期照護資源，發展疾病別（如失智症、慢性多重性疾病等）之自醫院至社區的整合性健康照護服務模式及服務網絡，強化出院轉銜機制，以及基層醫療院所於整合性醫療照護服務之角色，逐步落實家庭醫師制度。

- (三)推廣分級醫療與家庭醫師制度，以現有社區醫療群為基礎，提升基層診所醫療品質與量能，強化醫師全人醫療照護能力及疾病管理能力，宣導分級醫療及利用社區醫療群 24 小時電話諮詢服務，建立基層診所、社區醫療群與社區醫院及區域醫院間之雙向轉診網絡。
- (四)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。
- (五)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，研訂教育宣導計畫，宣導安寧療護的理念；強化醫療照護機構醫護、社工相關人員教育訓練，加強安寧緩和醫療之認知。
- (六)推動社區藥局藥事照護服務，落實社區藥局與醫院、診所之垂直分工與水平合作機制，建立社區藥局照護品質評核制度，前瞻性培育社區藥局多元藥事服務人才，並推動國際合作交流。
- (七)規劃將衛生所轉型為在地之社區健康照護中心，並強化社區為基礎的健康照護能力，建立連續性的全人照護模式，重建社區健康照護體系質量與信任。
- (八)開發公共衛生核心知能線上學習課程、電子書等，以及錄製國內研討會課程串流影音教材，並置放於數位學習平臺上，藉由個人電腦、行動載具（如平板電腦、智慧型手機）及網際網路等媒介，使衛生所醫護人員能夠不受時間、地點等限制進行學習，並可利用相關教材對民眾進行衛教宣導。

二、預期效益

- (一)建立涵蓋出院後準備服務、急性後期醫療服務、居家與安寧療護之整合性醫療照護服務模式與服務網絡，落實分級醫療並提升效能。

(二) 提昇基層診所照護品質，強化民眾對基層醫療院信任度，讓民眾擁有在地性、及時性與可近性之基層醫療照護服務。

三、預算

(一) 發展以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式及服務網絡，每年預計約需 10,000 千元，4 年共計 40,000 千元。

(二) 宣導安寧緩和醫療理念，每年預計約需 3,000 千元，4 年共計 12,000 千元。

(三) 推動「健全整合性藥事服務網絡」計畫，每年依需求規劃及預算編列，106 年至 109 年預計每年約需 9,110 千元，4 年合計 36,440 千元。

(四) 開發衛生所線上學習課程，預計每年所需經費 2,713 千元（經常門 2,611 千元；資本門 102 千元），106 年至 109 年總預算共計 10,852 千元（經常門 10,444 千元；資本門 408 千元）。

第三節 加強原住民及離島醫療資源不足地區健康服務效率

臺灣共有 30 個山地鄉（區）、18 個離島鄉（區）及 25 個平地原住民鄉，由於原住民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，而該地區之衛生所多為 50 年代興建，建築空間老舊，早已不敷現代社會使用。為提升偏鄉民眾醫療可近性及照護品質，除協助地方政府新（擴）建衛生所（室）外，並補助所需醫療、資訊設備及辦理醫療照護提升相關計畫。

由於離島地區因地處偏遠，地理環境阻隔，社會及醫療資源缺乏，為加強離島地區之「在地醫療」服務，本部秉持「醫療不中斷」原則，推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療照護政策，加強離島地區醫療照護服務整合效率。

一、策略作法

- (一)依據「衛生福利部辦理原住民及離島地區衛生所、室新(重、擴)建及空間整修計畫審查及補助原則」,針對老舊衛生所(室),予以重建及空間整修,並考量原住民及離島地區衛生所、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。
- (二)協助偏鄉衛生所,更新購置醫療設備、資訊設備之軟硬體或巡迴醫療車輛,充實在地醫療之硬體設備強化離島及原住民地區衛生所(室)醫療服務資源、以提升在地優質醫療照護品質。
- (三)為解決原住民族及離島地區民眾長期因醫療資源缺乏、地處偏遠及就醫交通不便等諸多因素,逐年編列預算補助衛生局專案辦理「原住民族及離島地區醫療照護提升計畫」案,以利該等地區醫療業務之推行。
- (四)檢討與提升偏遠地區衛生所人力、作業模式及業務功能:
1. 委託專家評估檢討現有衛生所人力及作業模式與業務功能,提供衛生所人員於行政、整合社區資源、健康服務空間規劃及維護、執行專案計畫、資訊分析等專業能力之培訓制度。
 2. 強化原住民族及離島原住民地區衛生局所功能角色定位,輔導衛生局所結合當地社區醫療群、山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS計畫)及醫療支援團體,成為社區公衛群,共同執行公共衛生任務,如疫情調查、衛生教育、社區疾病篩檢與防疫等,強化醫療支援服務計畫,並補助推動當地醫療保健、社區健康營造、資源整合及民眾衛教相關之經費,落實在地之醫療照護。
- (五)建置偏鄉衛生所(室)診視系統,提供緊急病人醫療諮詢或天

災時對外聯繫管道。

- (六)辦理原住民族及離島地區網路連線通訊費用，及遠距醫療視訊會診計畫。
- (七)為掌握原住民病人就醫環境和提供決策單位及預防管理能力，提供即時的多維度資料分析，推動原住民健康資訊庫及建置平地原住民地區醫療資訊化(含本部醫院支援判讀相關工作)，辦理醫療資訊系統增修、保固及維護計畫。
- (八)發展雲端化醫療及健康資料庫，規劃建立雲端化健康資料庫自動備份功能及異地備援機制，藉由雲端化規劃的技術讓醫療資訊系統可完整整合原住民及離島健康資料庫。
- (九)強化離島地區空中轉診來臺支援服務：
 1. 目前，金門、澎湖地區緊急醫療後送服務由本部委由民間航空公司辦理，民間航空能量不足時，則由空勤總隊馳援。連江地區則委由民間航空駐地服務。為強化航空器飛行支援體系，因應離島地區民眾緊急醫療空中轉診需求，以提供其最基本的醫療保障。於金門、連江及澎湖縣等三離島規劃採委外方式各配置一架民用航空器。另為使服務不中斷以避免產生空窗期，延誤三離島縣民眾就醫，致危及性命之虞，現有三離島之空中轉診機制仍持續運作，俟三離島駐地備勤計畫開辦，相關採購案亦同步終止。
 2. 賡續辦理空中轉診審核機制，辦理離島地區到院後所需醫療處置諮詢及空中轉診申請、審核、協調等工作，提升離島地區緊急空中轉診品質。
 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緊急醫療後送直昇機停機坪及相關設施整修及維護案。

4. 為減輕民眾負擔，補助民眾自行搭班機或班船來台就醫實支的交通費，其中本部補助額度為二分之一，民眾負擔二分之一；另凡符合救護直昇機管理辦法規定之空中救護適應症者，經本部空中轉診審核中心審核通過之後，空中轉診後送就醫實支之航空器費用，95%由本部編列預算補助，民眾負擔5%。

(十) 持續更新並優化空中轉診審核中心遠端醫療診視系統，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。

(十一) 強化離島地區之醫療照護與整合醫療資源：

1. 因應離島地區小三通之趨勢及民眾之醫療需求，急重症病人就醫之需求亦將增加，若全靠緊急後送，除經費需求將擴增外，且因天候、航空器等環境因素之影響，亦有緩不濟急之憾，因此，離島地區將以強化醫療資源整合及推動建置健全之在地醫療體系為主，緊急後送為輔之醫療照護模式。

2. 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。

(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。

- (十二)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，以保障離島居民對外緊急就醫權益。(依據「離島永續發展規劃暨離島建設基金計畫補助原則」，編列扣除自償性經費後，中央編列經費原則不得低於 15%)

二、預期效益

- (一)充實離島及原住民地區衛生所(室)醫療保健設備，以達醫療資源均衡發展。
- (二)強化原住民鄉醫療服務品質，健全救護體系，辦理原住民族及離島醫療照護提升計畫，提昇民眾相關災害緊急應變評估處理能力。
- (三)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。
- (四)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。
- (五)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。

三、預算

- (一)原住民及離島衛生所(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)，4 年合計需 171,652 千元整(資本門)。
- (二)原住民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，106 年至 109 年預計每年約需 18,717 千元(資本門)，4 年合計需 74,868

- 千元整（資本門）。
- (三) 原住民族及離島地區醫療照護提升計畫等相關工作，每年依各縣市所提需求規劃及預算編列，106年至109年預計每年約需6,000千元，4年合計需24,000千元整。
- (四) 推動醫療資訊化，每年依需求規劃，106年至107年預計每年約需9,673千元，108年至109年預計每年約需13,273千元（經常門9,673千元，資本門3,600千元），4年合計需45,892千元整（經常門38,692千元，資本門7,200千元）。
- (五) 原住民及離島地區網路連線費用，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，每年約需2,880千元，4年合計需11,520千元整。
- (六) 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，106年至109年預計每年約需3,300千元，4年合計需13,200千元整。
- (七) 偏遠及離島地區急重症傷病患轉診後送預算編列，每年439,557千元整，所需經費擬由本部、交通部、離島建設基金暨金門、連江、澎湖三縣政府公務預算支應，106年約需91,144千元，107年後之經費分配擬採滾動式調整，分攤費用預計每年需221,116千元，將再另行檢討經費來源及分配。空中救護審核機制計畫預計每年約需11,400千元；空中轉診審核中心全天候遠端醫療診視系統維護及通訊計畫預算編列，106至109年，預計每年約650千元。
- (八) 加強離島地區在地醫療、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54,361千元（經常門52,200千元、資本門2,161千元），4年合計需217,444千元整（經常門208,800千元、資本門8,644千元）。
- (九) 山地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。

- (十)離島建設基金計畫申請汰換救護船一艘，所需總經費約需 50,000 千元，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%，計 7,500 千元，分 2 年期撥款，106 年度（第 1 年）約需 3,600 千元，107 年（第 2 年）約需 3,900 千元。

第四節 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。然而，在這些基礎之外，仍應依據特殊族群之需求，提供更細緻之服務，以提升就醫環境之友善度。

一、策略作法

- (一)參考世界衛生組織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；另研發符合本土化之高齡友善健康照護認證基準，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通過認證，以提供高齡友善服務。
- (二)早產兒照護涉及醫療、長期照護、社會福利等各方面資源，包括：孕婦產檢早產防治衛教指導及早產危險因子之檢核事項，並提供產前衛教指導，推動及提供吸菸民眾及懷孕婦女與其家人戒菸及避免 2 手菸暴露、降低多胚胎植入及減少非醫學理由的引產及剖腹產；提供 7 歲以下兒童 7 次預防保健服務及衛教指導服務，依早產兒的矯正年齡進行身體檢查、發展評估，並持續輔導設置兒童發展聯合評估中心及評估醫院，提供疑似發展遲緩之早產兒聯合評估服務。
- (三)持續推動新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫，保護新

住民婦女在未納全民健保前之生育健康，使渠等於懷孕期間，均能受到規律的產前檢查。

- (四)整合內政部及地方政府相關資源，輔導醫療機構提供友善就醫環境及適足之溝通方式，建置就醫參考資訊，同步輔導基層醫療院所營造無障礙空間等改善作業，提升身障者及新住民就醫之可近性，維護其就醫權益。

二、預期效益

- (一)提供符合長者特殊需要的友善、支持、尊重與可近的療癒環境，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。
- (二)提升早產兒存活率，降低嬰兒死亡率。
- (三)提升聯合評估中心服務品質，提供疑似發展遲緩兒童完善及良好的醫療服務資源。
- (四)提供身障者及新住民優質健康照護服務，提升醫療服務之可近性。

第五節 結合地方資源，提升原住民健康事務

原住民平均餘命、十大死因及疾病狀況等因地處偏遠及交通不便各原住民鄉均不同，與全體國民有所差距；依據 103 年原住民全體零歲平均餘命為 71.60 歲，男性為 67.28 歲，女性為 76.00 歲，男、女性零歲平均餘命差距為 8.72 歲。若與 102 年相較，全體零歲平均餘命增加 0.34 歲，男性增加 0.53 歲，女性增加 0.09 歲。103 年癌症（惡性腫瘤）死亡人數為 4 萬 6,095 人，占所有死亡人數的 28.3%，標準化死亡率每十萬人口 130.2 人，較上年微降 0.2%；較 93 年下降 8.8%。

對於每個族群產生不同的歸屬感及差異性，也對於生理、價值觀及生活方式等造成影響。原住民族因長期的交通不便、語言文化差

異、青壯年人口外移及資源缺乏等因素，導致社經地位較低，並產生健康弱勢之型態或偏見，如精神失序、飲酒等相關健康問題。此外，原住民族亦因其文化背景、語言與一般漢人有異，於醫療機構求醫時，常有溝通之障礙或不愉快之就醫經驗，恐間接影響其醫療及健康成效。

目前在 22 個行政區域中，原住民鄉分布於 12 縣市，共計有 55 個「鄉鎮區」，人口數雖僅佔全國 3%，土地面積則佔 40% 以上，保障偏鄉民眾獲得高品質與完整的醫療照護，政府責無旁貸。強化原住民醫療照護之品質及可近性，主管機關除積極補足醫療資源及人力之外，提供適當、符合其需求且有尊嚴之友善健康照護服務環境，更有助於其身心靈健康狀態之提升。期望健康照護機構服務及管理能者能熟悉並了解原住民之特殊文化，不管在管理政策、溝通與服務、照護流程等面向之軟硬體服務設計上，提供原住民友善之醫療照護環境，確實提升原住民族之醫療可近性及醫療服務效能。

104 年 6 月 24 日總統修正公布之「原住民族基本法」第 24 條第 3 項規定，「政府應寬列預算，補助距離最近醫療或社福機構一定距離以上之原住民就醫、緊急醫療救護及後送，長期照護等醫療或社會福利資源使用之交通費用，其補助辦法，由中央目的事業主管機關定之。」本部遂依前開規定訂定並公告「原住民醫療或社會福利資源使用交通費用補助辦法」，自 105 年 1 月 1 日起施行。

一、策略作法

- (一) 培育原住民及離島地區衛生小天使宣導種子，從小扎根，增強預防保健觀念。
- (二) 為瞭解全國原住民及離島地區之醫療需求及特殊之健康議題等，辦理原住民族及離島地區衛生大會，相互觀摩學習，提升縣市推動醫療服務品質，凝聚衛生政策推動共識。
- (三) 為提升原住民族及離島地區民眾之健康知能與健康狀態，規劃

辦理部落（社區）健康營造計畫，除「因地制宜」輔導部落及社區制定健康議題外，以機構化組織，結合地方資源活化社區健康策略，帶動社區民眾參與共同營造自發性健康新活力，創造健康的社區；透過有效營造及串聯融合部落文化加倍健康生活及健康議題之推動效益，以達到部落永續經營與發展。

- (四) 鼓勵大專青年服務隊前往原住民及離島地區從事社區服務及衛教宣導。
- (五) 規劃辦理原住民地區醫護人員跨文化能力教育課程，使醫護人員充分了解及同理原住民因文化之特殊性所造成不同於一般之醫療與疾病觀，強化與原住民之溝通技巧。
- (六) 透過地方政府健康城市及健康促進醫院平台，建立原住民友善就醫環境。
- (七) 持續監測並進行焦點團體調查與訪談，適時檢討，提供符合原住民需求之健康照護服務。
- (八) 針對平地及都市原住民之醫療需求與健康議題，委託專家學者進行調查研究。
- (九) 補助醫療院所於都市原住民聚集地辦理定時定點巡迴醫療，提供特別門診、衛生教育及檢康檢查等服務。
- (十) 依據「原住民醫療或社會福利資源使用交通費用補助辦法」規定，補助該辦法第2條所定原住民，且居所之所屬鄉(鎮、區、市)，無適當醫療或長期照顧機構以提供所需之醫療或長照服務者之醫療或社會福利資源使用交通費用。
- (十一) 加強南島國家連繫，增進國際社會瞭解臺灣加入世界衛生組織的立場與必要性，補助南島民族醫療交流合作。
- (十二) 補助原住民醫學相關學會（團體）或學校，積極規劃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，補助南島民族醫療交流合作等。

二、預期效益

- (一)整合相關資源，推動部落健康營造，改變民眾被動接受健康服務的方式，透過社會組織促進民眾實踐健康生活，激發民眾對個人健康的關心，建立符合原住民部落及離島地區特色的個人健康管理模式。
- (二)強化原住民地區醫護人員與原住民之溝通及醫療服務效能。
- (三)建構以病人為中心之友善醫療照護環境，提升健康狀況。
- (四)增進原住民國際衛生醫療事務交流合作，及加強都市原住民之醫療照護工作，促進原住民族身體健康。
- (五)提供原住民族地區民眾轉診就醫、重大傷病就醫、緊急傷病就醫及入住住宿式長照機構之交通費補助，以減輕原住民就醫交通費之負擔。
- (六)維護原住民族地區傷病患，因當地無法獲得妥善醫療照護，而需至其他適當醫療機構治療就醫之權益

三、預算

- (一)培育原住民及離島地區衛生小天使宣導種子，預計每年約需 500 千元，4 年合計需 2,000 千元整。
- (二)原住民族及離島地區衛生大會，預計每年約需 1,000 千元，4 年合計需 4,000 千元整。
- (三)鼓勵大專青年服務隊前往原住民及離島地區從事社區服務及衛生宣導，預計每年約需 2,500 千元，4 年合計需 10,000 千元整。
- (四)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，預計約需 40,801 千元，4 年合計需 163,204 千元整。
- (五)平地及都市原住民巡迴醫療、衛教宣導保健服務，預計每年約需 700 千元，4 年合計需 2,800 千元整。
- (六)原住民國際事務交流、兩岸少數民族交流及健康照護政策檢討評估，每年預計約需 300 千元，4 年合計需 1,200 千元整。

第二章 全面提升緊急醫療救護體系與網絡

第一節 強化緊急醫療應變中心緊急應變機制

衛生福利部區域緊急醫療應變中心（REMOC）依緊急醫療救護法第 5 條第 2 項規定成立，其任務依同法第 9 條規定，係為蒐集災情、緊急醫療資源與評估醫療需求，並監控緊急傷病事件之發展及蒐集傷病患處理情形，並將資訊通報衛生福利部。又本部 6 個 REMOC 依「區域緊急醫療應變中心作業辦法」與「衛生福利部區域緊急醫療應變中心作業流程」辦理相關緊急醫療應變業務，平時維持 24 小時監控區域災害事故，協助、掌握各地區之緊急醫療應變之量能、緊急醫療應變資訊，更結合區域內各項緊急醫療應變體系（包含：化災、輻傷、災難醫療隊…等），使區域內各項應變機制能密切連結，區域應變機制更為完善。於發生災害事故且達啟動標準時，便進行通報及啟動相關應變作為，並承衛生福利部指揮官指示，進行應變工作，協助醫療支援調度及相關醫療資源整合彙整及溝通等事項。

並為強化各縣市緊急醫療救護體系與指揮體系之結合，並均衡各區緊急醫療救護水準，依緊急醫療救護法第 53 條及第 54 條規定，強化地方政府之緊急醫療救護量能，配合本部緊急醫療救護系統政策，完成各縣市轄內各區緊急醫療轉診網絡，落實分級醫療。

另，為提供醫院急性中毒急救醫療諮詢服務與民眾一般中毒諮詢，本部賡續委託辦理臨床毒藥物諮詢中心計畫，網羅國內臨床毒物學及急診醫學專家，持續扮演特殊緊急事件之專家平臺(包括新聞事件之衛生教育宣導等)與提供臨床毒物學專業資訊。

鑒於近年災害規模、複雜度及發生頻率往往超過以往應變經驗，爰為提升應變效率及強化區域整體應變量能，策進緊急醫療救護區域協調指揮，以精進應變能力及品質。

一、策略作法

(一) 規劃執行本部指揮中心與戰情室，統籌重大災害全國衛生局災

情監控及傷病患就醫動態，調度救護車、病床、藥品醫材與人力資源等醫療資源。

- (二)配合本部緊急應變小組作業要點暨災害警戒燈號啟動機制，啟動緊急醫療應變事宜及服務模式，提升區域緊急醫療應變量能。
- (三)依據緊急醫療救護法、區域緊急醫療應變中心作業辦法等規定，掌握區域緊急醫療應變量能。
- (四)成立本部戰情中心，負責統合 24 小時災害及緊急事件監測、資訊收集等事宜。應變時，轉換為本部中央緊急醫療應變中心(Central EMOC)成為本部應變幕僚單位，提供資訊供首長應變決策之依據，協調緊急醫療資源調度事宜。並依現行分區，分別委託醫療機構，成立各該區域之緊急醫療應變中心，負責該區域內緊急醫療應變及資源調度事宜。
- (五)指派醫護、藥學背景資深人員，提供 24 小時中毒線上諮詢並賡續購置緊急醫療特定解毒劑，分送各儲備醫院備用。
- (六)持續辦理急救責任醫院醫護人員中毒急救教育訓練，按季提供中毒諮詢相關統計報表，執行特殊異常事件諮詢及人體檢體毒物學檢驗研發，配合衛生福利部召開特殊中毒事件記者會，提供民眾正確中毒預防與緊急應變等服務。
- (七)補助地方政府衛生局申請「建立優質之緊急醫療救護體系計畫」，充實其緊急醫療相關設備，及辦理相關教育訓練，以提升地方政府緊急醫療應變之能量。

二、預期效益

- (一)完成戰情室規劃並運作。
- (二)提升對災難事件之快速機動反應，於災難初期立即救援，以有效減少災損。
- (三)提升地方政府衛生主管機關大量傷病患事件或災害發生時之緊急醫療救護應變能力。

三、預算

- (一)委託醫療機構辦理區域緊急醫療應變中心 (REMOC) 計畫，每年所需經費 71,374 千元 (經常門 50,054 千元、資本門 21,320 千元)，4 年合計需 285,496 千元 (經常門 200,216 千元、資本門 85,280 千元)。
- (二)委託辦理臨床毒藥物諮詢中心計畫，每年所需經費 8,100 千元，106 年至 109 年合計需 32,400 千元。
- (三)補助地方政府辦理緊急醫療救護相關工作，每年所需經費 18,258 千元 (經常門 12,182 千元、資本門 6,076 千元)，4 年合計需 73,032 千元 (經常門 48,728 千元、資本門 24,304 千元)。

第二節 強化醫院緊急醫療能力分級制度

為強化急救責任醫院服務與照護能力，本部自 98 年開始，將「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒 (含早產兒)」等服務內容納入醫院緊急醫療能力分級指定項目，以提供民眾就醫參考。自 106 年度起配合本部醫院評鑑改革，整合醫院緊急醫療能力分級評定條文與醫院評鑑條文，簡化行政程序與優化指標，並透過「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」與「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」等方案，提升醫療資源不足地區急救責任醫院之緊急醫療能力，並積極推動婦兒科醫療資源之提升。

一、策略作法

- (一)辦理醫院緊急醫療能力分級評定，逐年檢討並持續配合醫院之水準，修訂評定基準及評分說明，俾使醫院有向上提升之驅力及方向。
- (二)加強醫學中心辦理「配合國家衛生醫療政策，提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質」之任務指標，支援離島及醫療資源不

足地區醫院緊急醫療照護服務，積極協助偏遠離島地區提升急重症醫療照護品質及能量，以達到醫院緊急醫療能力分級所需之標準及醫院評鑑之醫學中心任務指標。

(三)辦理「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，補助偏遠及非都會區地區，每個縣市一家中度級以上急救責任醫院兒科醫師人力、設備費及管理費等，提供 24 小時之兒科急診（含新生兒及早產兒）緊急醫療服務，以提升兒科緊急醫療照護品質。

二、預期效益

109 年每縣市至少一家以上急救責任醫院，提供 24 小時之兒科專科醫師急診醫療服務達 85%。

三、預算

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，4 年合計共需 17,600 千元。

第三節 推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用

緊急醫療救護法第 14 條之 1、第 14 條之 2，於 102 年 1 月 16 日，經總統公布後，規定由衛生福利部公告之場所應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED），且納入「救人不受罰」的法律精神，保障施救者。使得我國緊急醫療救護邁入另一新紀元。

在 102 年，陸續公告「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」、發布「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」、函頒「安心場所認證原則」。在法規完備後，又建置「公共場所 AED 急救資訊網」、「全民急救 AED APP」，除讓 AED 設置場所登錄 AED，更讓民眾可即時查詢 AED 外，更提供 CPR、AED 急救教育教材、法規…等資訊，運用資訊科技，以多元的管道，讓民眾可自行學習 CPR、AED 相關之知能。

除了廣泛於場所設置 AED，為避免 AED 淪為昂貴的裝飾品，本部推動全民學習心肺復甦術加自動體外心臟電擊去顫器 (CPR+AED) 急救技能，讓 CPR+AED 成為全民運動，國人具備此一技救技能，強化事故現場第一線急救處置的能力。

另，鑑於緊急醫療救護技術、設備日新月異，民眾對於緊急醫療救護品質的要求與日遽增，為確保緊急傷病患之生命及健康，強化救護技術員緊急救護之能力，實有必要。使事故現場急救、到院前救護此一生命之鏈，環環相扣，以提升傷病患良好的預後。

一、策略作法

- (一) 為使全民具備 CPR+AED 急救技能，與 AED 設置場所具備一定緊急救護量能，使國人會急救、勇於急救，推動安心場所認證（場所設置 AED 且場所員工 70% 會 CPR+AED 急救技能）。以「安心場所」認證，正向鼓勵場所設置自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 與民眾學習 CPR+AED 急救技能。
- (二) 為確保緊急傷病患之生命及健康，將藉由提升各級救護技術員訓練機關（構）或團體訓練品質、編訂教材作為各級救護技術員訓練之依據，以提升各級救護技術員訓練品質，進而強化救護技術員緊急救護之能力。

二、預期效益

- (一) 全國安心場所 109 年達 3,500 處。
- (二) 使事故現場急救、到院前救護，環環相扣，以確保民眾生命健康、安全。

三、預算

106 年至 109 年每年所需經費 3,415 千元（經常門 2,528 千元、資本門 887 千元），4 年合計共需 13,660 千元（經常門 10,112 千元、資本門 3,548 千元）。

第三章 改善醫事人員執業環境，充實醫事人力

第一節 推動受僱醫師納入勞動基準法

有關醫師工時規範、延長工時、休息時間及職業災害補償等勞動權益，應予保障。惟鑑於醫療服務之需求與特殊性與一般行業不同，涉及層面廣泛，於保障民眾就醫權益、確保醫療體系健全發展、充實偏鄉醫療資源的前提下，爰擬定各項配套措施，規劃於 108 年 9 月 1 日正式將受僱醫師全面納入勞基法適用範圍，並報請勞動部核定公告為適用該法第 84 條之 1 規定之工作者，得由勞雇雙方另行議定工時。

一、策略作法

- (一) 推動醫院整合醫學照護制度 (Hospitalist)，鼓勵醫院增加設置專責住院病人照顧主治醫師，提升照護品質與效率。
- (二) 規劃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，提升醫療服務輸送效率。
- (三) 為避免因住院醫師工時縮減影響專科醫師之訓練品質，將與各專科醫學會研擬專科訓練應完成之學習項目、案例數及學習里程碑 (milestone)，發展多元訓練模式並建立以核心能力為導向之評量學習成效方式。
- (四) 增加醫療輔助人力，除持續培育專科護理師外，並規劃建置臨床助理制度，協助醫師執行醫療服務及相關行政事務。
- (五) 與勞動部釐清工時認定疑義，並依專科特性研商訂定工時指引，以供未來勞雇契約簽訂之參考依據。

二、預期效益

- (一) 使各專科住院醫師之工時及值班，均能符合「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」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) 將受僱醫師納入勞基法，改善醫師執業環境，提供民眾良好醫

療服務。

三、預算

- (一)專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫，每年約需 120,000 千元，4 年合計需 480,000 千元整。
- (二)辦理臨床助理甄審作業、醫院營運之財務影響評估、醫師人力流動與民眾就醫影響評估等相關計畫，每年約需 12,000 千元，4 年合計需 48,000 千元。
- (三)醫院整合照護醫師與基層家庭醫師整合照護計畫，每年約需 40,000 千元，4 年合計需 160,000 千元。

第二節 強化醫師整合醫療能力

因應新世紀疾病型態改變的挑戰，使畢業生獲得整合照護的能力，本部自 92 年起推動畢業後一般醫學訓練，培養住院醫師之核心能力，包括：病人照顧、醫學知識、臨床工作中的學習與改善、人際關係與溝通技巧、醫療專業素養及制度下的臨床工作等。第一階段(92 年至 94 年)為期 3 個月的一般醫學訓練，獲得改善國內教學醫院教學氣氛、奠立一般醫學精神與理念等初步成效；第二階段(95 年至 99 年)延長為 6 個月，培育一般醫學指導師資，並建立畢業後一般醫學訓練模式及客觀公正的訪查評估制度等；第三階段(100 年起)實施一年期畢業後一般醫學訓練，醫學系畢業生先不分科別完成畢業後之一般醫學訓練，結訓後再接續專科醫師訓練，以加強醫師之一般醫學訓練，使其皆能提供全人醫療服務，以具體落實建構全人健康照護醫療體系。

為使醫學系畢業生專心接受畢業後一般醫學訓練、提升住院醫師招募效率，自 100 年度起，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。

因應高齡化社會來臨，人口老化導致慢性病醫療服務需求提升，

未來相關專科醫師人力需求亦將增加，然近年由於社會經濟、醫療環境、保險給付、人口結構改變及民眾對於醫療需求之期待提高等現象，致使住院醫師選擇執業科別之意願隨之改變，急重難症科別住院醫師招收不易，內科住院醫師招收率甚至降至七成。為避免醫師人力供需不平衡造成照護人力不足，將持續進行並定期檢討修正醫事人力之規劃策略，以提升重點科別住院醫師招收率，並均衡醫事人力地理分布及醫師專科別分布。

一、策略作法

- (一) 透過重點科別住院醫師津貼補助、各專科醫師訓練容額之檢討、培育重點科別公費醫師等制度，提升重點科別住院醫師招收率。
- (二) 因應 102 學年度入學之醫學系學制改為 6 年，規劃 108 年起之二年期一般醫學訓練制度，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。
- (三) 配合二年期一般醫學訓練制度，推動相關選配計畫。
- (四) 進行專科醫師訓練改革，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。
- (五) 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。
- (六) 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，以衡平專業教育、工作時間及休息之品質。
- (七) 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，規劃部分次專科（如心臟內、外科）人力培訓，以為因應。

(八) 推廣住院整合性醫療照護模式，辦理整合醫療照護人才訓練 (Fellow in Hospital Medicine)，提升照護品質。

二、預期效益

(一) 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。

(二) 提升畢業後一般學訓練學員及住院醫師招募效率。

(三) 均衡各科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) 具體落實住院病人全人照護之目標。

三、預算

(一) 臨床技能評估模式及住院醫師選配相關計畫，每年預估經費 28,307 千元 (其中經常門 27,454 千元，資本門 853 千元)，4 年總經費需求為 113,228 千元 (其中經常門 109,816 千元，資本門 3,412 千元)。

(二) 專科醫師訓練醫院認定計畫，總經費需 48,964 千元，106 至 109 年每年各編列 12,241 千元。

第三節 醫事人力培育及人才羅致規劃

鑑於影響醫事人力供給與需求之因素甚多且複雜，包括科技發展、人口老化、經濟發展及健康保險政策等因素，各類醫事人員供需狀況應考量相關影響因素變遷情形定期進行評估，並依據評估結果檢討修正該類醫事人員之培育人數。另，為強化醫師之教育訓練，並遴選醫療機構優秀醫師赴國外進修研習，以增進其專業知能及相關業務推展。

一、策略作法

(一) 持續定期評估各類醫事人力未來 5~10 年供需狀況，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。

- (二) 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。

二、預期效益

- (一) 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。
- (二) 國外進修醫事人員返國後貢獻所學服務民眾及訓練相關人員，以提高醫療服務水準。

三、預算

- (一) 醫事人力供需狀況評估，預計每年約需 628 千元，4 年合計需 2,512 千元整。
- (二) 遴選醫事人員出國進修經費，每年約需 5,045 千元，4 年合計需 20,180 千元整。

第四節 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

本部已辦理 9 次專科護理師甄審，截至 104 年 11 月已有 5,702 名護理人員領有專科護理師證書（內科 3,011 名，外科 2,691 名）。因應醫療照護體系之運作需要，落實連續性醫療照護，強化護理人員與醫師業務之無縫銜接，使醫師能集中其專業能力於病人之核心診斷治療工作，應持續規劃提升護理人員之照護專業能力，並針對專業護理師於病人評估與協助醫師臨床處置之知識技能，適時研修護理人員法相關規定，檢討賦與專科護理師執行特定醫療照護工作之權限之可行性。

依據醫事人員執業登記及繼續教育辦法第 7 條規定，醫事人員（含護理人員）辦理執業執照更新，應於其執業執照更新日期屆滿前六個

月內，向原發執業執照機關申請換領執業執照，據台閩地區護理人員數統計，至104年9月底領證人數25萬4,420人，執業人數為14萬9,372人。

本部自97年起即積極補助護理相關團體辦理網路、實體及視訊繼續教育課程，101年度共完成302場護理人員繼續教育課程，共提供2,555.2點免費繼續教育課程，比原當年度規劃的120場，720點積分高出3倍多；102年護理人員繼續教育課程435場(含視訊)，計有2萬2,747人次參加，共提供2,707點免費繼續教育課程，比原規劃的300場多出135場，積分原規劃1,800點，比原規劃多9,07點積分。103年度至11月止計提供護理人員繼續教育課程553場(含視訊)，計3萬6,263人次上課，共提供3,214點免費繼續教育課程，103年6月19日已完成辦理第1次6年大換證作業，約有11萬之護理人員完成執業執照更新，經統計，全國換證率達98.5%。

104年度至10月止計提供護理人員繼續教育課程554場(含視訊)，計3萬3,998人次上課，未來度將持續補助護理相關團體辦理常態性繼續教育課程網路，提供全國網路、通訊及視訊課程，以協助護理人員接受繼續教育課程取得繼續教育積分。

依據本部醫療機構服務量統計資料顯示，截至104年底，381家訪查醫院中有75.59%的醫院表示招募護理人員有困難，全國醫療機構需聘僱護理人員8萬9,936人，然待聘護理人員缺額達3,867人，醫院之空缺率平均值為8.32%，依據相關研究文獻指出，醫院空缺率若超過5%，則醫院有護理人員短缺的情形。

一、策略作法

(一)成立本部專科護理師諮詢委員會，並下設「分科及甄審」、「訓練及評鑑」、「品質與執業範圍」工作小組，進行專科護理師之分科、訓練醫院認定、與執業範圍之擬定。

(二)健全護理人力相關法規：因應「專科護理師於醫師監督下執行

醫療業務辦法」，已於 104 年 10 月 19 日公布，並自 105 年 1 月 1 日施行，滾動式檢討「專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目」。

- (三)為確保訓練醫院之訓練品質，依據「專科護理師分科及甄審辦法」第 7 條規定辦理專科護理師訓練醫院之認定，除每年邀請具醫護背景之臨床專家成立工作小組，完成專科護理師訓練醫院認定作業之相關要點、流程、訪視評分表及作業手冊，並依據訪評指標，由外聘專家委員進行訓練醫院之實地訪視，訪評內容包括對醫院之組織運作及管理、教學師資與環境、教學訓練計畫與成果等評核指標。
- (四)每年檢討公告專科護理師甄審筆試範圍及辦理甄審，引導專科護理師訓練分科不宜過度次專科化，俾提高考照率，再輔以短期專科訓練，以因應艱困科別之臨床專科護理師人力需求。
- (五)每年地方衛生機關業務考評將「專科護理師相關輔導與管理」指標納入。
- (六)推動專科護理師繼續教育制度。
- (七)新增醫事人員繼續教育積分管理系統，提供本部監控護產人員累計積分查詢功能，以評估接受繼續教育需求。
- (八)建立護產人員繼續教育辦理平台，提供視訊課程據點網絡及偏遠地區授課據點。
- (九)依據需求評估規劃護產人員所需繼續教育課程。
- (十)與縣市衛生局建立合作機制，協助護產人員順利更新執業執照。
- (十一)建立護理人員指導護理畢業生之執業及醫院管理模式。
- (十二)參考世界各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。
- (十三)試辦優質護理職場醫院，並依實際執行狀況修正相關指標，逐年辦理推動優質護理職場醫院特色表揚，依不同層級醫院

區分區進行選拔，辦理觀摩會，並依據試辦結果，建立優質護理職場醫院認證機制。

(十四) 持續召開護理諮詢會議，辦理護理改革。

(十五) 公開醫院護病比資訊，並落實醫院評鑑，滾動修正基準，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。

二、預期效益

(一) 培育出職能相符之專科護理師，強化護產人員臨床所需知能，提高病人照護品質。

(二) 期望透過推動優質護理職場醫院，建立優良職場，使醫院能成為吸引人員工作並樂於留任的工作職場。

三、預算

(一) 專科護理師及護產人員訓練及認證，每年預估經費約為 24,380 千元（經常門 21,315 千元，資本門 3,065 千元），4 年總經費需求為 97,520 千元（經常門 85,260 千元，資本門 12,260 元）。

(二) 推動優質護理職場醫院，每年約需 10,593 千元，4 年合計需 42,372 千元。

第五節 充實並留置偏遠地區醫事人力

為保障偏遠地區民眾獲得公平性的醫療服務，應加強充實並留置醫事人力。目前台灣地區每萬人口有 18.3 名醫師，山地原住民族及離島地區約為 8.26 名醫師，山地原住民族地區約為 7.1 名醫師，平地原住民族地區約為 18.5 名醫師，離島地區約為 9.1 名醫師（103 年底資料）。鑑於在地醫療化為偏遠地區醫療發展原則，爰公費生培育為主要充實人力的制度之一。為因應在地醫事人才返鄉服務充實醫事人力，及鼓勵醫事人員留置原住民族及離島地區開業及醫事暨相關人員在職進修。另為有效解決偏鄉地區地區醫事人力缺乏問題，落實偏遠

地區民眾醫療照顧，本部亦展開增加醫學生培育人數規劃工作，以因應未來人力需求。

本部所屬醫院從省立醫院、署立醫院至部立醫院，經過百年仍然扮演社區健康守護及執行公共衛生的角色，基於照顧偏遠地區民眾的健康，目前本部所屬醫院多數位處偏遠或醫療資源缺乏之地區，其營運狀況、醫療設備、醫師人力科別需求各有不同，目前部立醫院並無醫學中心足以承載旗艦醫院之角色。此外，各院缺乏明確的在地功能定位，及院際間總體統合調度之機制，故人力運用多僅限於短期救急，以致偏遠醫院運用服務模式運作，一直未有專科人力支援策略性規劃。爰此，應提昇偏遠地區部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。

一、策略作法

- (一)檢討公費醫師制度，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，於完成訓練後投入偏鄉離島地區服務6年。相關工作另提報中長程個案計畫辦理。
- (二)持續辦理醫學中心支援偏鄉離島地區計畫，及研議偏鄉公費醫師留任獎勵計畫，確保資源不足地區之醫療照護需求與品質。
- (三)鼓勵醫事人員至原住民及離島地區開業，訂定「醫事人員至原住民地區開業補助要點」及「離島開業醫事機構獎勵及輔導辦法」，補助獎勵至原住民及離島地區開業之醫事機構，以彌補醫療資源之不足。
- (四)補助原住民及離島地區醫事暨相關人員在職進修，提升本職學能。
- (五)辦理原住民及離島地區衛生所醫事人員繼續教育推廣及家庭醫學、急重症醫學訓練計畫及數位學習線上課程計畫。
- (六)調查偏遠地區本部所屬醫院欠缺之基本專科需求，並盤整專科

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，以符合醫院運作，強化偏遠醫院在地角色與功能。

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。
- (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。

三、預算

- (一)充實偏鄉地區醫師人力，辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫，每年約需 60,000 千元，4 年合計需 240,000 千元。
- (二)補助偏遠地區醫院之支援醫師費用，預計每年約需 10,502 千元，4 年合計需 42,008 千元整。
- (三)公費醫師培育（復學），每年約需新臺幣 200 千元（經常門 180 千元及資本門 20 千元），4 年總計為 800 千元（經常門 720 千元及資本門 80 千元）。
- (四)辦理原住民及離島地區衛生所醫事人員繼續教育推廣及數位學習線上課程計畫，每年約需新臺幣 2,000 千元，4 年總計為 8,000 千元。
- (五)辦理原住民族及離島地區開業及「醫事人員至原住民族地區開業補助要點」及「離島開業醫療機構獎勵及輔導辦法」，每年約需新臺幣 3,600 千元（經常門 2,000 千元及資本門 1,600 千元），4 年總計為 14,400 千元（經常門 8,000 千元及資本門 6,400 千元）。
- (六)辦理原住民及離島地區醫事暨相關人員在職進修，每年約需新臺幣 400 千元，4 年總計為 1,600 千元。

第四章 以病人安全為核心價值之醫療體系

第一節 革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制

本部自 77 年起依據醫療法第 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。為改革醫院評鑑制度，本部於 105 年研擬簡化醫院評鑑基準，並將人力指標納入持續性監測指標監測。106 年度起，區域醫院及地區醫院將適用新版醫院評鑑基準，並將於同年檢討醫學中心評鑑制度。因應未來健康照護體系發展需要，除持續檢討評估醫院評鑑提供醫院外部監控品質改善之模式，亦研擬適度公開醫院評鑑資訊，促使醫院評鑑資訊透明化，協助民眾做出合適就醫選擇。

為簡化醫院評鑑準備作業，本部規劃建置「醫院評鑑持續性監測系統」，提供醫院於平時即可提報監測指標資料之資訊平台，將 4 年一次準備文書資料的作業分散於平時完成，並設置歷年提報資料下載等功能以便於監測醫療品質，作為醫院內部品質持續改善之機制並即時掌握醫療品質，使評鑑作業日常化，提供更客觀及更符合臨床實務的審核機制。未來將逐步整合醫院評鑑持續性監測及健保品質指標，適度介接醫事管理系統、健保資料庫等相關資料，以簡化指標收集作業，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。

本部所屬醫院為致力於以病人導向的醫療照護，有效整合醫療與護理作業，配合醫院評鑑相關規定及相關品質政策，透過醫療品質相關資訊整合，定期監測醫院共通性醫療品質指標，落實異常改善，並精進人員資料分析技能，提供品質促進標竿學習平台，改善所屬醫療機構之醫療品質。

一、策略作法

(一)持續檢視檢討醫院評鑑基準，並依據 106 年及 107 年度簡化醫

院評鑑制度所得到各醫院之評鑑結果，研修自 108 年起新一輪之醫院評鑑基準與作業程序（包括醫學中心）。

- (二)研擬合理之醫療機構人力配置，並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，並據以研議健保支付連動制度，有效提升醫療照護人力。
- (三)改善現有醫院評鑑持續性監測系統，整合品質提升相關業務及相關計畫指標（如醫品改善計畫、醫院評鑑持續監測系統、醫中任務指標及緊急醫療能力分級等），納入成果面指標，以連續、動態化持續監測醫療院所之醫療品質，落實醫院評鑑資料日常化，另適度介接醫事管理系統、健保資料庫等相關資料，以簡化指標收集作業，並可透過指標趨勢分析，作為醫院內部監控改善、評鑑及政府決策參考。
- (四)訂定本部所屬醫院持續性指標標準化作業流程，並持續監測，透過同儕比較，改善本部所屬醫院醫療品質。
- (五)維護本部所屬醫院現有醫療資訊系統功能。
- (六)辦理醫療品質指標分析教育訓練，提供醫院管理分析建議及學術發表等多方應用。

二、預期效益

- (一)建置醫療品質及病人安全為核心價值之醫院評鑑制度。
- (二)透過評鑑資訊公開，促使醫院正向改善醫療品質。
- (三)整合維護現有醫療資訊系統功能之正確性及時效性，促進本部所屬醫院院際間資訊交流。
- (四)強化本部所屬醫院異常通報及追蹤改善作業。

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 24,886 千元（經常門 22,610 千元，資本門 2,276

千元),4年約需99,544千元(經常門90,440千元,資本門9,104千元)。

(二)精進本部所屬醫院現有醫療資訊系統功能,預計每年約需5,000千元,4年合計需20,000千元整。

(三)本部所屬醫院持續性指標標準化作業流程及全面自動化維護,預計每年約需5,000千元,4年合計需20,000千元整。

第二節 以實證與病人參與為導向提升病人安全

一、背景說明

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,而身處其中的人員往往習慣於職場環境存在的既有錯誤行為模式,導致潛在問題不易發現。所以當錯誤發生,如何從錯誤中學習是一重要的課題。

我國自2004年起著手建置台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient-Safety Reporting System, 以下簡稱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。

近年來,歐美國家盛行醫病共享決策(shared decision making, 以下簡稱SDM),即是以實證醫學為基準,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。

配合本部病人安全工作目標，辦理本部所屬醫院病人安全工作，整合病安通報事件及相關資訊，形塑病人安全文化，整合異常事件通報系統，分享病人安全品質相關資訊。另整合病人辨識系統，強化臨床病人辨識功能，落實輔導稽核，以營造安全之就醫環境。

二、策略作法

- (一)推動國內醫療機構醫療品質與病人安全目標作業，持續改善TPR，並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，研擬改善措施以強化病人安全。
- (二)降低醫事人員之執業傷害，落實醫療院所全面提供安全針具政策。
- (三)建置醫病共享決策平臺，推展醫病共享決策的理念與作法，提供醫師、病人或家屬適合的學習管道，提供專業影片作為決策參考。
- (四)推動本部所屬醫院醫療團隊運用影音工具輔助醫病溝通。
- (五)推動本部所屬醫院之住院病人全人整合照護模式。
- (六)整合本部所屬醫院病安通報系統及相關資訊系統平台功能，對於既有或新增之各種異常通報事件，可有效儲存、整理並快速分析，以達到預防、分析、以及追蹤改善的目的。
- (七)維護本部所屬醫院病人辨識系統，強化臨床病人辨識功能。
- (八)辦理本部所屬醫院病人安全文化調查及病人安全教育訓練課程。
- (九)標準化本部所屬醫院病人安全相關流程，落實自動化審查機制。

三、預期效益

- (一)每年病安通報事件中，對病人(住民)健康影響程度屬重度以上者(重度、嚴重與死亡者)之比例逐年下降。
- (二)提升本部所屬醫院病人安全機制與服務，塑造學習型組織文化，以提升整體醫療服務，營造安全之就醫環境。

四、預算

- (一)推動病人安全工作目標及「台灣病人安全通報系統」與「醫病共享決策影音平台」維護相關工作，106 至 109 年每年約需 20,655 千元（經常門 18,238 千元，資本門 2,417 千元），4 年合計編列預算 82,620 千元（經常門 72,952 千元，資本門 9,668 千元）。
- (二)本部所屬醫院推動病人安全相關工作，每年約需 5,000 千元，4 年合計需 20,000 千元整。
- (三)本部所屬醫院推動醫病溝通相關工作，每年約需 5,000 千元，4 年合計需 20,000 千元整。

第三節 發展智能醫療照護模式

國內人口老化速率快速攀升，加上醫護人員的不足，醫療照護服務將面臨許多挑戰，傳統服務已無法滿足民眾需求。為改善高度依賴醫護人力之環境，如何導入智慧化和自動化，以提高醫護工作的效率和正確性，進而減少人力依賴，已成為當前極重要之工作。

智能醫院透過數位化視訊系統整合規劃，包括資訊、通訊、安全、智能、門禁管理等，藉由設備端來協助取得醫療訊息，配合動線規劃，自動推播到需要知道的醫療人員，透過更人性化的操作介面，來節省流程，擷節人力，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、資訊通訊產品的創新應用，整合醫療照護服務流程，以民眾需求為中心，建立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，讓醫院成為病人及家屬的後盾，可創造民眾健康、醫療資源及醫療人力之三贏局面。

因應網路時代來臨、科技產品之進步，以及高齡化社會未來在宅

醫療相關需求之增加，將針對現行醫師法對於親自診察及遠距醫療之規範合宜與否，與相關專家及醫界團體研商遠距醫療所涉適用情形，應告知事項、醫療器材應具備之規格等事項，以利評估修法之必要性及細節性規定。

一、策略作法

- (一)推動醫療服務機構或社區醫療聯盟導入（購置或租賃）智能機器人、物聯網（感知）設備等應用，紓解人力負擔及自動化蒐集健康資料，營造智慧化醫療照護場域示範。
- (二)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。
- (三)推動跨領域產學合作，利用健康照護大數據，優先研發傷病族群醫療照護服務模式或產品。
- (四)培育研發應用人才，規劃個人化健康紀錄（Personal Health Record，PHR）服務模式或產品認證機制。

二、預期效益

- (一)建立智慧化醫療照護場域示範，以有效節省醫護或行政人力，提高服務品質。
- (二)提出相關族群醫療照護服務模式或產品，經本部驗證具持續營運之機制，使醫療資訊市場能持續成長。
- (三)提高醫護工作的效率和正確性，提升病人醫療品質。

三、預算

- (一)建立智慧化醫療照護場域示範，106年至109年各約需9,158千元，4年共計36,632千元。
- (二)利用健康照護大數據，研發傷病族群醫療照護服務模式或產品，並培育研發人才及規劃PHR服務模式或產品認證機制，106年至109年各約需9,158千元，4年共計36,632千元。
- (三)本部所屬醫院發展智能醫院，預計每年約需32,102千元（資本

門)，4 年合計需 128,408 千元整（資本門）。

第四節 強化非訴訟之醫療糾紛處理方式

醫療本身有其風險，然而醫療事故或醫療爭議事件如走上司法訴訟，醫病雙方動輒面臨纏訟 2 到 10 年的窘境，不論最後何者在司法上獲勝，雙方均已耗費龐大精神與物質之代價，進而導致防衛性醫療興起，影響醫病正常互動，最終仍不利於病人就醫與民眾健康。因此，醫療爭議事件或醫療事故的處理，應有更合適的管道可供選擇，本部特別推動非訴訟之醫療糾紛處理方式，包含關懷、調處、救濟補償等處理機制，搭配病人安全通報及根本原因分析機制，有助真相釐清及同儕學習，使醫療爭議事件或醫療事故能有妥適、妥速的處理，兼顧病人就醫權益、醫事執業風險保障與整體醫療品質的提升。

一、策略作法

- (一)輔導醫療機構建立關懷機制，針對基層醫療院所普遍較無可運用資源之情形予以改善，並配合生產事故救濟條例增加輔導助產機構，以即時提供病人家屬所需溝通、說明、關懷、協助，推廣社會大眾認識訴訟外之醫療爭議事件處理管道。
- (二)強化醫院、診所及助產機構醫療爭議關懷服務機制之功能，以促進醫病溝通，提供病人及家屬適當協助與關懷服務，適時弭平可能之醫療爭議。
- (三)輔導地方主管機關強化醫療爭議調處機制，培養調處人才及增進能力，扮演中立第三方角色，協助醫病雙方有效溝通，拉近彼此認知，以和平懇切之態度化解爭議，緩和醫病關係。
- (四)強化醫療糾紛鑑定流程，持續培訓及規劃建置鑑定人才庫，以助釐清爭議。

二、預期效益

- (一)形塑社會文化，逐漸轉由非訴訟之方式處理醫療事故或醫療爭

議事件，締造醫事人員友善執業環境、維護病人醫療人權、建構良善之醫病互動正向關係。

- (二)有效抑制醫療糾紛司法訴訟增長趨勢，本部受理司法或檢察機關委託鑑定之醫療糾紛案件數量控制在每年 500 件以下（近 5 年每年平均為 660 件）。

三、預算

推廣關懷及調處等訴訟外機制、強化醫療糾紛鑑定流程及人才，每年約需 1,435 千元（經常門 300 千元，資本門 1,135 千元），4 年共計 5,740 千元（經常門 1,200 千元，資本門 4,540 千元）。

第五節 產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型

目前提供產婦產後照顧機構分為產後護理機構及坊間所稱之坐月子中心，前者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；後者為提供膳食及住宿，不得執行護理服務。為提升產後護理機構品質，確保產婦及嬰兒安全，本部於 102 年度針對產後護理機構辦理首次評鑑。同時輔導坐月子中心轉型為產後護理機構，積極宣導民眾慎選合法立案機構。

一、策略作法

- (一)辦理產後護理機構評鑑。
- (二)辦理產後護理機構評鑑說明會。
- (三)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。
- (四)辦理產後護理機構評鑑成果會。

二、預期效益

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、預算

106 年至 109 年每年預計約需 2,300 千元，4 年合計需 9,200 千元。

第五章 健全法規制度發展

第一節 檢討醫療法規推動策略

法律、法規命令是政府機關對於政策之具體表現，因此，我國的醫療法規，包括醫事人員、醫療機構管理及醫療業務管理三大類別，均需因配合時事滾動修正。近年來，因社經環境快速變遷、人民自主意識提高、醫療科技日新月異等多項因素參雜，加上全民健康保險制度的推行、少子女、高齡化、新移民等影響，為加速醫事法規之全面盤點、檢視及檢討，符合時代需求，及因應新的法律發布後所需制定之相關法規命令。

現行醫療行政之管理，係以「醫事人員別」與「醫事機構別」管理為基礎，其目的在於對於法規所定應行登記或辦理之事項（如醫療法、醫療機構設置標準、醫事人員執業登記及繼續教育辦法、醫師法、藥師法等 15 類醫事人員法），透過建置醫事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。另為符合各單位之需求，提供醫療行政決策常用之各項指標，如醫療機構開業分布、醫事人員數、病床數等，並配合法規變更與實務作業之需求，持續進行系統維護、功能增修及設備汰換等，以完善醫事系統之功能，增進衛生行政管理效率。

醫療照護方式的選擇，影響醫療資源之耗用。我國在推展安寧緩和醫療照護服務時，常因倫理考量或是病人與家屬抉擇不同，而導致醫病雙方對於選擇服務之疑慮，也影響末期病人之居家照護與安寧療護選擇。「病人自主權利法」於 104 年 12 月 18 日立法院三讀通過，105 年 1 月 6 日總統公布，明定 3 年後施行，為亞洲第一部病人自主權利之專法，此法之通過使臺灣病人自主權利往前邁進一大步，凡 20 歲以上具完全行為能力之意願人皆可透過醫療機構提供之「預立醫療照護諮商」(advance care planning, ACP)立下書面之「預立醫療決定」(advance directives, AD)，選擇接受或拒絕醫療，並經核章、公

證人公證或有具完全行為能力者二人以上見證，註記於健保卡，即具效力。

「病人自主權利法」適用對象由安寧緩和醫療條例之末期病人擴大至法定 5 種特定臨床條件，而健全預立醫療照護諮商制度，完善溝通過程，以確保「預立醫療照護諮商」之品質，是未來推動病人自主權利法之重要工作，將辦理相關法規之研擬及宣導，以期 3 年後順利推動，建立兼顧病人自主及醫學倫理之管理機制。

依據「廢棄物清理法」第 28 條規定，事業廢棄物之清理，除再利用外，應自行或委託機構清除處理；同法第 39 條規定，事業廢棄物之再利用，應依中央目的事業主管機關規定辦理。衛生福利部本於醫療之目的事業主管機關之職責，爰為配合該法之施行，輔導醫療機構妥善處理醫療廢棄物。

一、策略作法

- (一)委託相關單位檢討與分析我國醫療管理法規與先進國家之差異。
- (二)透過以各地方衛生局為核心之模式，將系統所載之相關資料統一管理（如機構、病床、醫事人員、執業狀況、報備支援等），以簡化醫療資源管理行政作業。並將上開醫療資訊經統計分析匯出報表，彙整全台醫療資源分布狀況，供各行政單位參考以加強醫療資源不足地區，提高醫事行政決策之效能。
- (三)配合相關法規變更，檢視醫事系統相關功能是否符合現行法規、因應衛生行政作業之需求（地方衛生局、公學會等），增修並維護現有醫事系統，於 106 年起逐年汰換老舊設備，預計每年更換 1 台運用程式伺服器或資料庫伺服器(AP 或 DB)，以維持醫事系統穩定性及提升服務效能。
- (四)為增進業務執行效率，每年於北、中南部針對各地方衛生局人員，辦理至少 10 場醫事系統之教育訓練，其訓練方式為介紹該

系統業務流程、報表解讀、系統功能架構與操作應用，以避免承辦人系統操作錯誤，並提升系統資料之正確性。

- (五)成立「病人自主權利諮議會」，研議病人自主權利法本法各項事宜。
- (六)補助相關民間專業團體辦理相關預立醫療照護諮商相關試辦計畫，以供訂定法規之參考。
- (七)訂定預立醫療照護諮商之醫療機構資格、應組成之諮商團隊成員與條件、諮商程序及其他應遵循事項等事項之辦法。
- (八)宣導病人自主權利法理念，研訂教育宣導計畫；強化醫療照護機構醫護、社工相關人員教育訓練及民眾宣導，加強病人自主權利之認知。
- (九)研議病人自主權利法所列 5 種臨床條件之具體判斷標準及參考程序。
- (十)每年至少委託辦理 1 項計畫，重點內容包括：輔導醫療機構廢棄物、廢水之自主管理、檢討修訂相關法規、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。

二、預期效益

- (一)檢討與分析 5 種以上我國醫療管理法規。
- (二)完善醫事系統之功能及維護系統設備之穩定性及資料之完整性。
- (三)建置預立醫療照護諮商流程及預立醫療決定註記於健保卡之模式。
- (四)醫學中心級以上醫院均具備「預立醫療照護諮商」之能力。
- (五)完成病人自主權利法相關授權辦法及配套措施之訂定，及正式施行。
- (六)每年至少輔導 20 家醫院參與廢棄物再利用、減量及廢水自主管

理及追蹤違反廢棄物清理法及水污染防治法等相關規定之醫療院所，並訂定改善措施及方法。

三、預算

- (一)醫事系統汰換及維護，與辦理相關教育訓練費用，預計每年約需 9,164 千元（經常門 6,164 千元；資本門 3,000 千元），4 年總預算共計 36,656 千元（經常門 24,656 千元；資本門 12,000 千元）。
- (二)辦理病人自主權利理念宣導及相關規定研訂等施行前之準備，106 年至 109 年各約需 966 千元，4 年共計 3,864 千元。
- (三)提升醫療機構廢棄物處理能力，每年預估經費 4,431 千元，4 年共計 17,724 千元整。

第二節 促進醫療法人之發展，提供永續醫療照護服務

一、背景說明

醫療法人具有高度之公益性，其治理與財產使用方式之良窳，與醫療法人運作及社會大眾之權益息息相關，對於整體社會環境影響甚鉅。

近年因全球化，國際醫療興起，醫療機構的發展也日漸多樣化，隨著醫療產業發展的多樣化與國際化，醫療機構設立的屬性及管理倍受突破性之期待與關心，社會大眾及相關團體對於我國醫療法人之管理及其公益特性，亦日趨關注。為保障民眾就醫之權益與醫療機構之永續發展，如何兼顧機構之適性經營與公益監督，以符社會期待，乃有其必要。

另本部鑑於醫療法人申請案件逐年增加，為即時掌握醫療法人之運作與異動狀況，達成政府推動業務電子化需求，並兼顧醫療法人資訊公開之趨勢，擬建置醫療法人資訊管理系統，期藉由系統自動化、整合等功能，即時掌控醫療法人相關申報資料之異動資訊。

二、策略作法

- (一) 檢討修訂現行有關醫療法人管理之相關法規及函令，如：醫療法、醫療法人必要財產最低標準、醫療法人財務報告編製準則、醫療法人投資上限規定、醫療法人設立醫療機構家數及規模限制等，以健全醫療法人治理及財產使用。
- (二) 參考其他國家醫療機構之屬性分類及醫療法人管理制度，以因應醫療產業發展趨勢，研擬有效之醫療法人管理政策及法規，以促其穩定發展。
- (三) 建置醫療法人資訊管理系統，即時掌握醫療法人申報資料之異動情形。

三、預期效益

- (一) 建構良善醫療法人法制環境，提升法人治理效能，以符合社會大眾期待。
- (二) 促進我國醫療機構永續發展，以永續提供醫療照護服務，保障民眾就醫權益。
- (三) 即時掌握醫療法人之運作與異動狀況，達成政府推動業務電子化需求，同時兼顧醫療法人資訊公開之趨勢。

四、預算

- (一) 研擬修訂醫療法人相關法規及制度：每年約需 2,802 千元，4 年共計 11,208 千元。
- (二) 建置醫療法人資訊管理系統：每年需 4,307 千元（經常門 21 千元，資本門 4,286 千元），4 年共計 17,228 千元（經常門 84 千元，資本門 17,144 元）。

第三節 建立支持器官捐贈及移植之網絡環境

台灣器官移植已發展 20 餘年，相關手術的質與量均有顯著的進步，死後器官捐贈人數也由 93 年度之 117 人（受惠人數計 261 人），

成長至 104 年之 264 人（受惠人數計 797 人），成長幅度約 125%。然據統計，截至 104 年 12 月 31 日止，有效等候接受器官移植病人數共計 8,666 人，仍遠較受惠人數高，形成了「需求」遠大於「供給」的情況。由於捐贈的器官稀少而又珍貴，因此，如何持續提升器官捐贈率、將器官合理的分配給最需要與最合適的病人，將是衛生福利部戮力推動之方向。

一、策略作法

- (一)維持完整、正確的器官捐贈移植資料及公平、公正的器官分配機制：我國自 93 年 12 月即建置「器官捐贈移植登錄系統」，並於 94 年 4 月 1 日正式施行器官線上分配機制，凡是器官衰竭需要器官移植的病人，經醫師評估確定後，均須登錄於此系統中，當有腦死病人願意捐贈器官時，醫院會依規定將其資料登錄於該系統，系統會依據本部公告的「人體器官捐贈移植分配及管理辦法」進行配對後，列出適合移植病人的排序名單，醫院即依據此名單進行移植，如此可避免人為的干預與操縱，使器官分配的機制更為公平，讓此寶貴的公共資產獲得妥適的分配與有效的運用。
- (二)建立移植醫院退場機制，提升各器官移植醫院能力及品質：我國現有移植醫院家數甚多，但移植品質因設備、人力及病人病情等因素而有不同。為減少品質差異影響移植成功率，本部訂定移植醫院退場機制，並將定期公布各移植醫院移植品質資訊，透過資訊公開，提升醫院醫療品質。
- (三)擴大辦理器官捐贈宣導工作：器官捐贈需藉觀念的改變，方可能使器官捐贈經由理性、道德的判斷納為個人的價值觀，進而願意化為行動支持與實踐，此一過程是需要透過對社會大眾長期不斷的教育宣導，方有可能達成。因此，未來四年，擬藉大眾媒體、企業、宗教與社會團體及衛生、健保、監理與戶政等

行政機關之管道進行宣導，並以「引導民眾思考人生終須面臨的生死議題，鼓勵及早為自己預立遺囑，在生命已無法挽救時選擇善終，減少不必要的痛苦，並於平時即與親人就相關話題作良好的溝通，同時能將個人的意願作清楚的表達，以減輕家屬於緊要關頭作決定時的罪惡感，及心中之不安及不捨」、「當親人有器官捐贈意願時，能尊重其選擇，完成其心願」為主題，以使器官捐贈更貼近民眾需求。

此外，觀念的改變非一朝一夕可達成，而教育是其中至為重要的途徑，若能及早耕耘，長期必能看見成果。爰將透過教育體系與各級學校合作，針對不同年齡層學生的特性，規劃較易為其所接受的宣導活動，期藉此增加青年學生對器官捐贈的了解，加深印象，進而認同器官捐贈之理念。

- (四)推動捐贈者家屬關懷及悲傷輔導服務：悲傷輔導是國內器官捐贈移植界近年來注意的重要議題，由於器官捐贈觀念尚未被國人普遍接受，因此雖有不少家屬鼓起勇氣、發揮大愛精神，在親人過世時捐贈其器官，幫助需要的病人，但由於周遭人的不同意見或異樣眼光，常使捐贈者家屬在喪親之外又飽受二度傷害，甚至對捐贈的決定感到懷疑與後悔，導致外界對於只推動器官捐贈，卻無後續關懷的情形有所批評。為幫助這些捐贈者家屬肯定捐贈器官的意義與決定，並順利度過喪慟的過程，將藉由建立後續追蹤關懷、輔導與轉介的機制，舉辦家屬關懷活動及培訓臨終關懷、悲傷輔導的人才。另為推動器官捐贈並慰勉民眾發揮大愛捐贈遺體器官，挽救器官衰竭病人之嘉行，本部業於 92 年訂定「捐贈屍體器官移植喪葬補助費補助標準」，捐贈眼角膜者補助新臺幣 5 萬元，捐贈眼角膜以外器官或捐贈多重器官者補助新臺幣 10 萬元。

- (五)精進全國眼庫營運模式，落實眼角膜處理檢驗作業以提升眼角

膜移植品質：在人體所有器官移植中，眼角膜移植是目前風險最低、成功率最高的手術。良好且足夠的「眼角膜內皮細胞數目」是評估眼角膜品質的重要指標，亦是決定眼角膜移植手術成功率及器官存活率的最重要因素，目前許多先進國家大多設有「國家型眼角膜保存庫」。過往，我國多數醫院鮮少針對國內捐贈之眼角膜進行內皮細胞密度檢驗，僅從肉眼觀察有無表皮細胞破損、局部水腫或彈力層皺摺等現象來判斷品質好壞，故難於術前篩選出內皮細胞數目較少的眼角膜。為提升我國眼角膜處理、保存技術與移植品質，財團法人器官捐贈移植登錄中心爰參考國外建置國家型眼角膜保存庫之經驗與模式，並依人體器官移植條例第 10 條之 1 規定，自 102 年起於 6 年內分階段成立全國眼庫，培養專責技術人員從事眼角膜之摘取、檢驗、移植手術前置作業，以統一所有作業流程，並進行維護移植用眼角膜之品質。

二、預期效益

- (一) 經由多面向的宣導，提升民眾對器官捐贈之認知，讓更多人能踴躍響應器官捐贈，並於 109 年使健保 IC 卡加註器官捐贈意願人數累計達 45 萬人，且器官捐贈移植受惠人數達 900 人，造福等待器官移植之病人及家屬。
- (二) 提升臺灣國家眼庫運作品質，眼角膜移植受贈者前之檢驗案例數逐年提升。

三、預算

4 年總預算 218,032 千元(含經常門 205,304 千元，資本門 12,728 千元)，每年預算為 54,508 千元(含經常門 51,326 千元，資本門 3,182 千元)。

第四節 促進生物醫療科技發展

我國在 91 年 1 月 2 日以衛署醫字第 0910012508 號公告「研究用人體檢體採集與使用注意事項」，使檢體之採集與使用有初步規範，隨時代之進展，21 世紀後基因體時代及國際生醫研究之趨勢，從原本單一個體的研究轉變成對整個族群的研究，以了解國人致病基因及基因與環境因素交互作用關係，朝向量身訂做的個人化醫療發展。為有效管理以人口群或特定群體為基礎之生醫研究，建立大規模之「人體生物資料庫, Biobank」，強化參與者保護及規範該資料庫之設立、管理、運用相關等事項，於民國 99 年 2 月 3 日公布施行人體資料庫管理條例，讓我國之人權保障及促進生醫研究進入一個新的里程碑。經計至 104 年，共有 26 家人體生物資料庫獲本部許可設置，在地域的分布上，計有北部 14 家、中部 4 家、南部 8 家；設置的特色為申請設置的機構屬性多元，有政府機關、醫療或學術機構、研究機構及法人；檢體及資料來源多元，包含本土常見慢性疾病、癌症、罕見疾病等疾病參與者及健康參與者；資料庫運作型態多元，有由國家型計劃支持之臺灣人體生物資料庫（Taiwan biobank）、醫學大學結合附設醫院之聯合型資料庫及機構獨立運作之資料庫。

臺灣人體生物資料庫預計收集健康參與者計 20 萬名，另外收集 15 種本土常見的慢性疾病及癌症之疾病參與者計 10 萬名，健康參與者由臺灣人體生物資料庫在各大醫院以設立駐站之方式收集檢體及資料，疾病參與者由教學醫院負責招募、告知同意及檢體資料之收集後，移轉予臺灣人體生物資料庫。不論是健康參與者或疾病參與者，皆有長期追蹤之設計，疾病參與者的檢體資料收集及追蹤，皆須與國內多家大型教學醫院合作。因是國家經費支持，所有檢體及資料開放給國內所有研究者使用。無論是人體生物資料庫或歷年建置之癌症登記資料庫、全民健保資料庫等各類型資料庫，皆有其據以設立之法令依據、設置目的及規範架構，若能在法律規範、資訊

安全之保障下，於各類型資料庫建進行串聯，以促進生醫研究，提升疾病之預防及治療。

又醫用粒子治療設備為現今最高科技醫療器材之一，具高能量輻射，如使用失當可導致人體健康或環境安全重大危害，且醫用粒子治療設備為「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」及「危險性醫療儀器審查辦法」列管項目之一，亦為本部之重點業務。國內已有醫療機構設置醫用粒子治療設備，並將施用於癌症病人，為提升醫療服務品質，強化風險管控，需建置醫用粒子治療設備品質指標，作為相關政策規劃之參考，以加強醫療團隊品質，維護設備與環境之安全，以保障民眾就醫安全。

同時，為促進生物醫療科技發展，透過以人體為試驗對象，取得、調查、分析、運用人體檢體或個人之生物行為、生理、心理、遺傳、醫學等有關資訊之科學研究，實乃造就人類科技發展、增進民眾福祉、創新人類文明不可或缺之重要一環。惟，在研究者的主觀價值與受試者間之潛在利益衝突，及與受試者間資訊不對等錯綜複雜因素下，受試者個人權益容易於研究過程中被忽視，而淪為單純的研究客體及達成學術研究目標的手段，導致受試者的人權遭受侵害。主管機關於保障學術研究自由及促進生物科技發展時，應同時保障受試驗對象之權益，並促進以人為對象之科學研究符合尊重自主、善益及正義之倫理原則。

一、策略作法

(一)建立人體生物資料庫間彼此合作之模式：在確保民眾隱私權益之前提下，並符合法律規範及資訊安全之保障，制定生物資料庫間合作之模式。

(二)依研究風險之大小及種類，訂定人體研究之相關法規或倫理指引。另，為保障國內機構倫理審查之品質，積極對各醫療機構倫理審查會進行訪查、輔導，並辦理教育訓練課程，以期確實落實受試對象

權益之保障，並將仰賴下列策略之推動：

1. 不定期研（修）訂人體試驗及生醫科技相關法規。
2. 提升醫療機構人體試驗委員會之功能，強化其審查及監督機制。
3. 加強生醫科技領域相關管理之研究，受理人體生物資料庫設置許可申請及相關監督管理事項。

(三)提升人體生物資料庫檢體及資料之運用率。

(四)建立人體生物資料庫與全民健保資料庫及癌症資料間串聯之實務模式。

(五)成立「高科技醫用粒子治療設備管理工作小組」，針對醫療機構執行高科技醫用粒子治療設備業務訂定相關控管指標，並進行相關之監督及控管，以確實掌握本國推動高科技醫用粒子治療設備之現況及相關潛在之衝擊評估。同時，並輔以下列細部作法：

1. 蒐集國外關於醫用粒子治療設備之醫療品質與管理之相關政策、方針與品質指標，並據以分析。
2. 蒐集國內設有醫用粒子治療設備機構之使用與管理現況。
3. 研議我國醫用粒子治療設備品質指標。
4. 研議醫用粒子治療設備查核機制。

二、預期效益

(一)至 109 年預估人體生物資料庫間合作例數累計達 10 家。

(二)促進以人為對象之科學研究符合尊重自主、善益及正義之倫理原則。確保國內人體研究（含醫療法所稱之人體試驗，及人體生物資料庫管理條例所稱之生物醫學研究）之學術研究自由及科技發展，並落實受試驗對象權益之保障。

(三)促進醫用粒子治療醫療服務品質，維護設備與環境之安全，強化風險管控以保障民眾就醫安全。

三、預算

(一)辦理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等，並設置國內外高科技醫用粒子治療設備諮詢窗口，每年約需 13,831 千元，4 年總計 55,324 千元，並視各年度實際需求及辦理情況調整之。

(二) 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，每年編列 900 千元，4 年總計約需 3,600 千元。

第五節 健全美容醫學管理與發展並兼顧醫病關係

在全球美容醫學發展漸轉朝商業化快速成長趨勢下，為避免將來國內美容醫學市場發生劣幣逐良幣之情形、保障美容醫學從業醫師權益及兼顧保護民眾健康安全 政府應扮演並擔負健全我國美容醫學發展法規環境之重要角色與責任。

承上，本部為確實提升美容醫學品質、保障民眾健康，自 102 年下半年起，即正式函請各縣市衛生局，針對國內執行美容醫學之醫療機構（計有 120 家醫院、1,009 家診所）展開稽查，並自 103 年起，再要求將美容醫療納入各縣市衛生局督導考核之重點項目；而至 104 年時，更將就執行美容醫學業務時之常見爭議及管理缺失，責成各地衛生局加強督導查核，包括就美容醫學處置同意書與說明書落實情況進行查核，以強化醫師告知義務之履行。

為導引台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

為持續強化及健全國內美容醫學管理，本部將透過如下作為，以期使台灣美容醫學發展能更臻完善：

(一) 針對「美容醫學操作人員資格認定」及其他管理相關事項建置

管理原則與機制（短期性策略）：

1. 制訂美容醫學操作人員資格認定原則：成立專家組成之工作小組，研議、制訂美容醫學操作人員之相關訓練及資格認定原則，以維護美容醫學服務品質、保障民眾相關權益。
2. 建置美容醫學其他管理相關事項處理機制：成立美容醫學諮議會，就美容醫學其他管理相關事項進行討論並研議訂定可能之處理機制。
3. 一致化中央及地方對美容醫學之管理：邀集各地方衛生局舉辦管理措施座談會，就美容醫學管理相關實務問題或困難點進行溝通協調，並強化醫事管理作業系統納入美容醫學管理相關項目與功能。
4. 強化美容醫學民眾宣導：研擬並製作美容醫學相關宣導文件與資料，以提升國內民眾對美容醫學正確認知，並降低產生風險或不必要糾紛之機會。透過各種教育及宣導，形塑自然及健康的正確美學，避免美容醫學成為過渡醫療化的疑慮。

(二)與國際美容醫學管理趨勢保持接軌（中期策略）：

1. 觀察比較台灣與各國美容醫學制度及輔助機制：將透過委辦研究性質計畫，先從觀察與蒐集各先進國家現行美容醫學管理制度角度切入，再比較我國制度之差異處，並從中找出待補強之處，以整體性觀點，採漸進方式，在參考國外相關補充性管理配套措施（包括促進機制）與考量我國國內發展狀況之前提下一步步補強於我國法規管理不足處。
2. 建立美容醫學長期發展政策：透過相關計畫執行，形成政府美容醫學智庫幕僚，就台灣美容醫學之長期發展研規劃相應政策，並隨時提供相關重要資訊與政策建議，以適時微調政府對規範管理國內美容醫學所採之政策方向與相關措施，並掌握國際間美容醫學管理最新動向。

二、預期效益

- (一)透過「美容醫學操作人員資格認定」及其他管理相關事項管理原則與機制之建置，應可收提升美容醫學服務品質並保障民眾健康安全。
- (二)藉由一致化中央及地方對美容醫學之管理，一方面，除可大幅提升政府管理美容醫學效率外，而另一方面，則可迅速確實至掌握國內美容醫學從業人員與機構之資訊，對違法執業或不符合規範者，亦可迅速反應並及時予以處理。
- (三)藉由合適之宣導方法及管道，可讓民眾有更多機會或獲得對美容醫學正確之訊息與知識，以大幅降低就醫民眾權益、健康受損之機會與美容醫學糾紛案件數。
- (四)透過委辦研究案件之執行，除可預為下階段我國美容醫學管理模式奠立良好基礎外，於過程中所逐步形成之智庫幕僚，亦可為政府將來對美容醫學所採政策，提供重要建議，並即時掌握國際間美容醫學最新規範趨勢及相關議題等資訊。

第六節 活絡國際醫療衛生政策交流及合作

一、背景說明

礙於國際政治定位的關係，拓展國際外交不易，但衛生及福利之政策方向，除考量我國國情外，亟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，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，有助於提升我國衛生及福利政策之規劃及執行成效。

長久以來，我國政府持續耕耘醫療衛生援外工作，使我國的醫療衛生實力和愛心不斷在世界各地發光發熱，使我國成為全球醫衛發展的重要盟邦。我國因為特殊國際政治地位，難以拓展外交活動空間，因此更需要配合政府活絡外交政策，透過專業醫療衛生等軟實力來開

拓國際舞台。國際醫衛合作領域即是最為彰顯之例，透過國際合作，協助他國改善醫療與公共衛生環境，既是人道援助，亦落實普世價值之下的健康權利追求。

鑒於國際醫衛組織與活動所涉及之領域極為廣泛（包括醫療衛生、政治、外交等領域），實有必要以新思維積極培育國際醫衛涉外人才，累積國際經驗，俾利我國醫衛專業優勢得以在世界舞台展現。

配合行政院於 105 年 9 月 5 日公布之「新南向政策推動計畫」，期與東協、南亞及紐、澳等國，建立醫療資訊、傳染病及非傳染病防治、生技及健保等醫衛之合作與交流，並藉由臺灣衛生醫療強項，深化我國與新南向區域國家之良好互動及合作關係，促進新南向區域國家醫衛官員與相關人員更進一步瞭解我國醫衛強項與發展，彰顯我國醫衛軟實力，進而提升臺灣在國際舞台之能見度。

二、策略作法

(一)建置國際友好交流平台：為增加與國際間衛生及福利之官員、專家學者之互動及經驗交流之機會，辦理國際政策研討會或中高階衛生福利行政人員工作坊暨衛生福利圓桌會議計畫，除安排本部長官與國外衛生福利官員或專家學者進行政策實務交流、經驗分享、政策討論、工作坊及圓桌會議外，或安排本部長官於國際場合進行公開演講、拜會國外衛生及福利公部門之官員，並建置雙方友好交流平台，除可增進我國之國際能見度外，並維繫雙方溝通管道，亦可使我國活躍於國際舞台展現我國衛生及福利之成就。

(二)辦理需求導向之醫療衛生援助計畫：委託或補助國內衛生醫療機構，配合我國外交政策，於友我國家執行衛生醫療援助計畫，透過與當地醫療機構及衛生主管機關溝通，針對當地所面臨之醫療資源及器材需求及醫衛人才訓練，予以協助，進而有助於提昇當地整體醫療品質及水準。

- (三)加強國際醫療衛生業務交流及人員培訓：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，協助培訓開發中國家之醫衛專業人員，並加強與我友邦與友好國家醫療專業人員之交流。
- (四)推動國際交流，辦理國際醫衛會議及補助推動國際醫衛相關事務：藉由舉辦國際醫衛相關會議，與國際社會分享台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。並為鼓勵我國相關機關、學校及團體等參與國際衛生事務，提升國際衛生能見度及扶植國際公共衛生人才，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。
- (五)醫療產業結合加值產業來推動品牌輸出，聚焦醫療資訊、輔導 JCI (Joint Commission International) 認證、結合周邊產品的三項策略來推動臺灣醫療服務落腳海外市場，鎖定東協、南亞、紐澳 18 國，我國健康產業國際輸出將整合科技及臨床服務優勢，促進以醫療為主導之健康事業品牌加值，帶動整廠方案與客製模組化輸出。另第 69 屆世界衛生大會(WHA)於 105 年 5 月 23 日至 28 日於瑞士召開，本屆發言主題為「改變我們的世界：倡議推動 Global Surgery」，為響應 WHA 之倡議，並肩負國際之責任，我國規劃提供全球外科醫師來台交流，以「以人為本」之精神，將首先針對新南向國家之醫療需求，連結我國優質外科領域，以提供符合標的國家需求的培訓計畫，培訓重點科別包含麻醉科、一般外科、婦產科、骨科、神經外科、整形外科、重建外科、移植外科。

三、預期效益

- (一)透過辦理國際政策研討會或薦派簡任級以上長官出國進行政策座談、實務交流、圓桌會議等，可展現我國在衛生及福利之實力，並維持國際間良好之夥伴關係及交流平台，亦可了解國際間政策執行及其運作模式，並藉由國外實際之經驗，重新思考我國政策的擬定方向，同時培養本部中高階人才前瞻性視野及國際敏感度。
- (二)透過需求導向之醫療衛生援助計畫，期提昇開發中國家之醫療環境及其醫療設施，達到敦睦邦交及提升我國國際能見度之目的。
- (三)加強國際醫療衛生業務交流及人員培訓，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，亦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，並經由補助國內機構辦理國際衛生事務，加強國際衛生事務之參與，推動國際衛生交流，扶植我國國際衛生人才。

四、預算

- (一)建置國際友好交流平台，每年編列 6,881 千元，4 年總計經費為 27,524 千元。
- (二)辦理需求導向之醫療衛生援助計畫，每年編列 6,172 千元，其中經常門 5,905 千元，資本門 267 千元，4 年合計編列預算 24,688 千元（經常門 23,620 千元，資本門 1,068 千元）。
- (三)加強國際醫療衛生業務交流及人員培訓，每年編列 6,547 千元，4 年合計編列預算 26,188 千元。
- (四)推動國際交流，補助辦理國際衛生事務，每年編列 6,372 千元，其中經常門 6,028 千元，資本門 344 千元，4 年合計編列預算

25,488 千元（經常門 24,112 千元，資本門 1,376 千元）。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

本計畫自民國 106 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。

二、所需資源說明

(一)所需人力需求：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 106 至 109 年所需經費為 4,076,400 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
	106 年	107 年	108 年	109 年		
一、健康照護體系新定位	347,082	347,082	347,082	347,082	1,388,328	
落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制	30,520	30,520	30,520	30,520	122,080	
建立以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式	24,823	24,823	24,823	24,823	99,292	
加強原住民與離島醫療資源不足地區醫療照護服務整合效率	245,938	245,938	245,938	245,938	983,752	
結合地方資源，提升原住民健康事務	45,801	45,801	45,801	45,801	183,204	
二、全面提升緊急醫療救護體系與網絡	105,547	105,547	105,547	105,547	422,188	
強化緊急醫療應變中心緊急應變機制	97,732	97,732	97,732	97,732	390,928	
強化醫院緊急醫療能力分級制度	4,400	4,400	4,400	4,400	17,600	

項 目	年 度					合計
	106 年	107 年	108 年	109 年		
推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	3,415	3,415	3,415	3,415	13,660	
三、改善醫事人員執業環境，充實醫事人力	329,896	329,896	329,896	329,896	1,319,584	
推動受僱醫師納入勞動基準法	172,000	172,000	172,000	172,000	688,000	
強化醫師整合醫療能力	40,548	40,548	40,548	40,548	162,192	
醫事人力培育及人才羅致規劃	5,673	5,673	5,673	5,673	22,692	
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	34,973	34,973	34,973	34,973	139,892	
充實並留置偏遠地區醫事人力	76,702	76,702	76,702	76,702	306,808	
四、以病人安全為核心價值之醫療體系	119,694	119,694	119,694	119,694	478,776	
革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制	34,886	34,886	34,886	34,886	139,544	
以實證與病人參與為導向提升病人安全	30,655	30,655	30,655	30,655	122,620	
發展智能醫療照護模式	50,418	50,418	50,418	50,418	201,672	
強化非訴訟之醫療糾紛處理方式	1,435	1,435	1,435	1,435	5,740	
產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型	2,300	2,300	2,300	2,300	9,200	
五、健全法規制度發展	116,881	116,881	116,881	116,881	467,524	
檢討醫療法規推動策略	14,561	14,561	14,561	14,561	58,244	
促進醫療法人之發展，提供永續醫療照護服務	7,109	7,109	7,109	7,109	28,436	
建立支持器官捐贈及移植之網絡環境	54,508	54,508	54,508	54,508	218,032	
促進生物醫療科技發展	14,731	14,731	14,731	14,731	58,924	
活絡國際醫療衛生政策交流及合作	25,972	25,972	25,972	25,972	103,888	

項 目	年 度	106 年	107 年	108 年	109 年	合計
	總 計		1,019,100	1,019,100	1,019,100	1,019,100

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 106 年至 109 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 4,076,400 千元（資本門 602,492 千元、經常門 3,473,908 千元），其中國民健康署 10,852 千元（資本門 408 千元、經常門 10,444 千元），食品藥物管理署 36,440 千元（均為經常門），衛生福利部 4,029,108 千元（資本門 602,084 千元、經常門 3,427,024 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	106 年	107 年	108 年	109 年	合計
衛生福利部	1,007,277	1,007,277	1,007,277	1,007,277	4,029,108
食品藥物管理署	9,110	9,110	9,110	9,110	36,440
國民健康署	2,713	2,713	2,713	2,713	10,852
總 計	1,019,100	1,019,100	1,019,100	1,019,100	4,076,400

表二 各年度大項經費一覽表

單位：千元

年度項目	106 年	107 年	108 年	109 年	合計
經常門	868,477	868,477	868,477	868,477	3,473,908
資本門	150,623	150,623	150,623	150,623	602,492
總 計	1,019,100	1,019,100	1,019,100	1,019,100	4,076,400

陸、預期效果及影響

我國目前正面臨人口老化、少子女化、疾病型態改變，及持續性與整合性照護需求增加等問題，為因應前開問題，合理劃醫療網，建構在地化的連續性、整合性之公共衛生與醫療服務體系，以期達到本部「精進醫療照護體系，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、促進醫療資源合理分布，落實分級醫療，提供民眾適切、可近性之醫療服務。
- 二、建立涵蓋出院後準備服務、急性後期醫療服務、居家與安寧療護之整合性社區醫療照護服務模式與服務網絡。
- 三、強化緊急醫療應變機制，增進急救責任醫院緊急傷病患轉診效率，強化急重症照護品質。
- 四、推動受僱醫師納入勞基法，改善醫師執業環境，提供民眾良好醫療服務。
- 五、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。
- 六、持續推動醫院評鑑改革，落實病人安全工作目標，輔導醫院進行品質優化及追蹤改善機制。
- 七、檢視醫師、護理及照顧人力規劃政策，並建立改善生育風險醫療制度，以發展對醫事人員友善之執業環境，解決人員羅致及留任問題，並關心其職涯發展需求。
- 八、健全器官捐贈與移植網絡及人體資料庫管理政策。
- 九、持續推動原住民族與離島地區醫療保健服務，落實醫療在地化，提高醫療服務品質。

柒、財務計畫

本計畫預算係以公務預算為主要經費來源，無自籌財源。

捌、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)針對行政院研究發展考核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)原住民及離島衛生所（室）重擴建及空間整修計畫
相關整建計畫，雖係由各縣市依據實際需求，向本部申請經費補助，重擴建原住民及離島衛生所（室）之空間或相關設備，惟部分地區可能因地處偏遠，工程或設備發包不易，因而無法按照預定計畫執行；或因路程遙遠或自然災害因素，影響施工進度。
- (二)成立本部 24 小時運作戰情室
設置戰情室之目的，為監控重大災害與醫療資源動靜態變化之圖資，涉及資訊系統建置與資料介接相關作業，需介接之資料，來自不同單位，所使用之資訊系統或資料格式並不相同，因此，建置戰情室主要資訊系統時，用於測試系統運作及協調資料介接之相關作業時間，可能影響整體戰情室規劃運作進度。

(三)推廣整合性醫療照護模式

為推動整合性醫療照護模式，將醫院專責醫療主治醫師照護病房設置制度化，預計逐步擴大計畫試辦範圍。除鼓勵醫療院所參與，尚需配合整合醫學急性後送病房設置標準規範及健保支付制度論質計酬方式之檢討，方能完備整體模式。

(四)風險評量

經上述各階段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：風險圖象

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.成立本部 24 小時運作戰情室 2.推廣整合性醫療照護模式	高度風險	高度風險
輕微(1)	低度風險 1.原住民及離島衛生所(室)重擴建及空間整修計畫	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12點)	V				
	(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)	V				
	(3)是否依據「跨域加值公共建設財務規劃方案」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		V			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」)		V			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)	V				
	(2)是否研提完整財務計畫	V				
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)	V				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:依「跨域加值公共建設財務規劃方案」精神,將影響區域進行整合規劃,並將外部效益內部化		V			
	(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、依「跨域加值公共建設財務規劃方案」之精神所擬訂各類審查及補助規定	V				
	(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	V				

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	
	不敷，須檢附以前年度預算執行、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 (「政府公共建設計畫先期作業實施要點」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、風險評估	是否對計畫內容進行風險評估	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				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。

中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

填表日期：105 年 4 月 7 日			
填表人姓名：李巧玲	職稱：科員	身份： <input checked="" type="checkbox"/> 業務單位人員	
電話：02-85907336	e-mail：mdchiaolin@mohw.gov.tw	<input type="checkbox"/> 非業務單位人員， (請說明：_____)	
填 表 說 明			
一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫除因物價調整而需修正計畫經費，或僅計畫期程變更外，皆應填具本表。			
二、「主管機關」欄請填列中央二級主管機關，「主辦機關」欄請填列提案機關（單位）。			
三、建議各單位於計畫研擬初期，即徵詢性別平等專家學者或各部會性別平等專案小組之意見；計畫研擬完成後，應併同本表送請民間性別平等專家學者進行程序參與，參酌其意見修正計畫內容，並填寫「拾、評估結果」後通知程序參與者。			
壹、計畫名稱	第八期醫療網計畫		
貳、主管機關	衛生福利部	主辦機關（單位）	衛生福利部醫事司
參、計畫內容涉及領域：	勾選（可複選）		
3-1 權力、決策、影響力領域			
3-2 就業、經濟、福利領域			
3-3 人口、婚姻、家庭領域			
3-4 教育、文化、媒體領域			
3-5 人身安全、司法領域			
3-6 健康、醫療、照顧領域	V		
3-7 環境、能源、科技領域			
3-8 其他（勾選「其他」欄位者，請簡述計畫涉及領域）			
肆、問題與需求評估			
項 目	說 明	備 註	
4-1 計畫之現況問題與需求概述	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。我國自 75 年起開始分期推動醫療網計畫，本計畫係前一期醫療網計畫「開創全民均等健康照護計畫」之延續計畫，為實現本部「精進醫療照護體系，保障民	簡要說明計畫之現況問題與需求。	

	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，並銜接健康促進及長期照顧服務工作，使民眾獲得整體性、持續性及周全性的健康照護服務，爰於106年至109年規劃推動本計畫。			
4-2 和本計畫相關之性別統計與性別分析	1. 執業護理人員數及護理科系畢業人數統計。 2. 老年人口結構。 3. 原住民族人口相關統計。 4. 我國外籍配偶人數統計。		1. 透過相關資料庫、圖書等各種途徑蒐集既有的性別統計與性別分析。 2. 性別統計與性別分析應儘量顧及不同性別、性傾向及性別認同者之年齡、族群、地區等面向。	
4-3 建議未來需要強化與本計畫相關的性別統計與性別分析及其方法	無。		說明需要強化的性別統計類別及方法，包括由業務單位釐清性別統計的定義及範圍，向主計單位建議分析項目或編列經費委託調查，並提出確保執行的方法。	
伍、計畫目標概述（併同敘明性別目標）	一、重新定位健康照護體系，活化病床使用效益及醫療資源分配。 二、提升區域緊急醫療應變量能，優化緊急醫療救護資訊平台。 三、改善醫事人員執業環境，強化醫師整合醫療能力及次專科認定。 四、推動智能醫療及相關產業發展，深化病人安全之核心價值。			
陸、性別參與情形或改善方法（計畫於研擬、決策、發展、執行之過程中，不同性別者之參與機制，如計畫相關組織或機制，性別比例是否達1/3）	計畫研擬、決策、發展、執行之相關組織人員，性別比例均達1/3。			
柒、受益對象				
1. 若 7-1 至 7-3 任一指標評定「是」者，應繼續填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9 及「第二部分一程序參與」；如 7-1 至 7-3 皆評定為「否」者，則免填「捌、評估內容」8-1 至 8-9，逕填寫「第二部分一程序參與」，惟若經程序參與後，10-5「計畫與性別關聯之程度」評定為「有關」者，則需修正第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3，並補填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9。 2. 本項不論評定結果為「是」或「否」，皆需填寫評定原因，應有量化或質化說明，不得僅列示「無涉性別」、「與性別無關」或「性別一律平等」。				
項 目	評定結果 (請勾選)		評定原因	備 註
	是	否		
7-1 以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象		V	本計畫非以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象。	如受益對象以男性或女性為主，或以同性戀、異性戀或雙性戀為主，或個人自認屬於男性或女性者，請評定為

				「是」。
7-2 受益對象無區別，但計畫內容涉及一般社會認知既存的性別偏見，或統計資料顯示性別比例差距過大者	V		<p>本計畫整體受益對象無區別，但部分計畫內容存有預防或消除性別偏見、縮小性別比例差距或隔離等之可能性：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 聯結社會福利、衛生、教育等相關部門及民間團體，提供婦女、兒童、身心障礙者等特定族群符合其需求之健康照護服務。 2. 檢視醫事人力規劃政策，並建立改善生育風險醫療制度，以改善醫事人員執業環境，解決人員羅致及留任問題。 	如受益對象雖未限於特定性別人口群，但計畫內容涉及性別偏見、性別比例差距或隔離等之可能性者，請評定為「是」。
7-3 公共建設之空間規劃與工程設計涉及對不同性別、性傾向或性別認同者權益相關者	V		本計畫未涉及公共建設之空間規劃與工程設計。	如公共建設之空間規劃與工程設計涉及不同性別、性傾向或性別認同者使用便利及合理性、區位安全性，或消除空間死角，或考慮特殊使用需求者之可能性者，請評定為「是」。

捌、評估內容

(一) 資源與過程

項 目	說 明	備 註
8-1 經費配置：計畫如何編列或調整預算配置，以回應性別需求與達成性別目標	部分工作項目存有預防或消除性別偏見、縮小性別比例差距或隔離等之可能性者，已分別編列經費，並將視未來計畫執行情形，逐年於額度內進行調整。	說明該計畫所編列經費如何針對性別差異，回應性別需求。
8-2 執行策略：計畫如何縮小不同性別、性傾向或性別認同者差異之迫切性與需求性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助區域內醫療院所發展病人安全及醫療品質作業模式，針對不同性別、族群及地區屬性群體，規劃區域內各類醫事人員及醫院行政人員繼續教育及相關訓練活動。 2. 宣導安寧緩和醫療的理念，增加 	計畫如何設計執行策略，以回應性別需求與達成性別目標。

	<p>一般社會大眾對安寧緩和醫療的認知。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 利用多元方式對於社區內特殊族群（偏遠地區、獨居老人或行動不便患者等）規劃藥事照護服務。 4. 推動住院醫師工時改善計畫，輔導醫院發展合適值班模式、建構妥適稽核管道，以逐步達成降低住院醫師工時目標。 5. 推動優質護理職場醫院，建立優良職場，使醫院能成為吸引人員工作並樂於留任的工作職場。 6. 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。 7. 透過各種教育及宣導，形塑自然及健康的正確美學，避免美容醫學成為過渡醫療化的疑慮。 	
8-3 宣導傳播： 計畫宣導方式如何顧及弱勢性別資訊獲取能力或使用習慣之差異	本計畫未直接辦理對民眾宣導，各工作項目可能涉及民眾宣導事項者，將視不同性族群資訊獲取能力與使用習慣之差異，規劃宣導策略。	說明傳佈訊息給目標對象所採用的方式，是否針對不同背景的目標對象採取不同傳播方法的設計。
8-4 性別友善措施： 搭配其他對不同性別、性傾向或性別認同者之友善措施或方案	將視計畫需求，聯結社會福利、衛生、教育、勞政等相關部門及民間團體之性別友善措施及方案，提供婦女、兒童、身心障礙者等特定族群及醫事人員符合其需求之健康照護服務及執業環境。	說明計畫之性別友善措施或方案。
(二) 效益評估		
項 目	說 明	備 註
8-5 落實法規政策： 計畫符合相關法規政策之情形	本計畫透過均衡醫療照護資源、培育及發展專業人力、優化醫療資訊管理平台，建立領先國際趨勢之法規制度、發展智能醫療等工作項目，落實憲法、醫療法、性別平等政策綱領、性別主流化政策及 CEDAW 等相關法規對於人民健康權、醫療自主權及生命尊嚴之保障。	說明計畫如何落實憲法、法律、性別平等政策綱領、性別主流化政策及 CEDAW 之基本精神，可參考行政院性別平等會網站 (http://www.gec.ey.gov.tw/)。
8-6 預防或消除性別隔離： 計畫如何預防或消除性別隔離	本計畫未涉及預防或消除傳統文化對男女角色、職業等之限制或僵化期待。	說明計畫如何預防或消除傳統文化對不同性別、性傾向或性別認同者之限制或僵化期待。
8-7 平等取得社會資源： 計畫	本計畫透過下列工作，提升婦女及弱	說明計畫如何提供不同性

<p>如何提升平等獲取社會資源機會</p>	<p>勢族群之就醫權益及環境，發展對醫事人員友善之執業環境，並關心其職涯發展需求：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療照護政策，加強離島地區醫療照護服務整合效率。 2. 利用多元方式對於社區內特殊族群（偏遠地區、獨居老人或行動不便患者等）規劃藥事照護服務。 3. 推動住院醫師工時改善計畫，輔導醫院發展合適值班模式、建構妥適稽核管道，以逐步達成降低住院醫師工時目標。 4. 推動優質護理職場醫院，建立優良職場，使醫院能成為吸引人員工作並樂於留任的工作職場。 	<p>別、性傾向或性別認同者平等機會獲取社會資源，提升其參與社會及公共事務之機會。</p>
<p>8-8 空間與工程效益：軟硬體的公共空間之空間規劃與工程設計，在空間使用性、安全性、友善性上之具體效益</p>	<p>本計畫未涉及公共建設之空間規劃及工程設計。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。 2. 安全性：消除空間死角、相關安全設施。 3. 友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。
<p>8-9 設立考核指標與機制：計畫如何設立性別敏感指標，並且透過制度化的機制，以便監督計畫的影響程度</p>	<p>本計畫對於各工作項目，均訂有考評指標，並依據目標需求，規劃執行策略。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為衡量性別目標達成情形，計畫如何訂定相關預期績效指標及評估基準（績效指標，後續請依「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」納入年度管制作業計畫評核）。 2. 說明性別敏感指標，並考量不同性別、性傾向或性別認同者之年齡、族群、地區等面向。
<p>玖、評估結果：請填表人依據性別平等專家學者意見之檢視意見提出綜合說明，包括對「第二部分、程序參與」主要意見參採情形、採納意見之計畫調整情形、無法採納意見之理由或替代規劃等。</p>		
<p>9-1 評估結果之綜合說明</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關社區藥事服務、培育醫事人員出國進修、註記安寧緩和醫療意願於健保 IC 卡等工作項目，將持續於計畫執行過程進行性別分析，以為未來計畫執行策略改進之參考。 2. 原住民及離島地區醫事人員養成計畫及老人長期照顧政策，因非屬本計畫工作項目，爰未參採。 	

	<p>3. 社區藥事本部已於 104 年 7 月 3 日訂定護理機構評鑑辦法，每年持續辦理產後護理機構評鑑，並會將評鑑結果函地方政府衛生局及機構積極輔導並改善，並列入地方督考追蹤其改善情形。另亦針對不合格機構，加強輔導、查核並列管；爰計畫內容不修正。</p> <p>4. 針對美容醫學民眾宣導工作，將透過各種教育及宣導，形塑自然及健康的正確美學，避免美容醫學過度醫療化發展。</p> <p>5. 各項衛生政策發展過程，將邀集相關專家及利益團體共同參與，過程中將納入女性專業人員意見，並促其充分參與。</p> <p>6. 部分涉及文字修正部分，已依委員建議修正。</p>	
<p>9-2 參採情形</p>	<p>9-2-1 說明採納意見後之計畫調整</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 業將計畫內容之「國際護士節」修正為「國際護師節」。 2. 計畫內文之「病患」，已修正為「病人」。 3. 對於完成新註記安寧緩和醫療意願於健保 I C 卡之民眾資料，本部將持續進行性別與年齡的交叉分析，並依分析結果，作為加強宣導之目標族群。 4. 已將形塑自然及健康的正確美學，避免美容醫學過度醫療化之宣導工作建議，新增於計畫中。
	<p>9-2-2 說明未參採之理由或替代規劃</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計畫推動藥事照護計服務，執行成果皆持續進行年齡與性別統計分析，惟統計結果顯示，照護對象以銀髮族群(>65 歲)用藥高風險族群為主，收案不因性別而有差異，且藥物治療問題在性別間無顯著差異。 2. 「培育醫事人員出國進修實施計畫」係依據本部每年公告徵選之進修領域，由各教學醫院依照其需求及人選專業程度推薦人選，補助對象不因不同性別、性傾向或性別認同者而有差異，因補助對象人數有限，將持續觀察分析，了解補助對象是否確有統計上之顯著差異，以作為未來政策發展之參考。 3. 有關原住民及離島地區醫事人員養成計畫，已規劃辦理第四期計畫，並提報行政院核定，爰不納入本計畫執行。 4. 「長照十年計畫」係行政院 96 年 4 月核定，於 97 年以公務預算開始推動，規劃建立服務模式及發展初步體系，另以醫發基金辦理「長照服務網計畫」，獎勵長照資源不足區設置長照資源，106 年將以長照基金補助長照資源不足地區；迄今長照十年計畫及長照服務網計畫已完成階段性任務，接續 105 年將辦理「長照服務量能提升計畫」，行政院 104 年 11 月 2 日核定在案。另，「長照服務量能提升計畫」已整合「長照十年計畫」、

		「長照服務網」及「長照服務法」，且已納入院列管事項。考量長照整體服務已另有計畫，不納入本計畫辦理。
9-3 通知程序參與之專家學者本計畫的評估結果：		
已於 105 年 7 月 6 日將「評估結果」通知程序參與者審閱		

* 請機關填表人於填完「第一部分」第壹項至第捌項後，由民間性別平等專家學者進行「第二部分—程序參與」項目，完成「第二部分—程序參與」後，再由機關填表人依據「第二部分—程序參與」之主要意見，續填「第一部分—玖、評估結果」。

* 「第二部分—程序參與」之 10-5「計畫與性別關聯之程度」經性別平等專家學者評定為「有關」者，請機關填表人依據其檢視意見填列「第一部分—玖、評估結果」9-1 至 9-3；若經評定為「無關」者，則 9-1 至 9-3 免填。

* 若以上有 1 項未完成，表示計畫案在研擬時未考量性別，應退回主管（辦）機關重新辦理。

【第二部分—程序參與】：本部分由民間性別平等專家學者填寫

拾、程序參與：若採用書面意見的方式，至少應徵詢 1 位以上民間性別平等專家學者意見；民間專家學者資料可至台灣國家婦女館網站參閱(<http://www.taiwanwomencenter.org.tw/>)。

(一) 基本資料			
10-1 程序參與期程或時間	105 年 4 月 22 日至 105 年 4 月 22 日		
10-2 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	王秀紅、高雄醫學大學教授兼副校長 婦女健康、高齡長期照護、性別政策、衛生政策		
10-3 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		
10-4 業務單位所提供之資料	相關統計資料	計畫書	計畫書涵納其他初評結果
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 很完整 <input type="checkbox"/> 可更完整 <input type="checkbox"/> 現有資料不足 須設法補足 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 應可設法找尋 <input type="checkbox"/> 現狀與未來皆有困難	<input checked="" type="checkbox"/> 有， 且具性別目標 <input type="checkbox"/> 有， 但無性別目標 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有， 已很完整 <input type="checkbox"/> 有， 但仍有改善空間 <input type="checkbox"/> 無
10-5 計畫與性別關聯之程度	<input checked="" type="checkbox"/> 有關 <input type="checkbox"/> 無關 (若性別平等專家學者認為第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3 任一指標應評定為「是」者，則勾選「有關」；若 7-1 至 7-3 均評定「否」者，則勾選「無關」)。		
(二) 主要意見：就前述各項(問題與需求評估、性別目標、參與機制之設計、資源投入及效益評估)說明之合宜性提出檢視意見，並提供綜合意見。			
10-6 問題與需求評估說明之合宜性	合宜		
10-7 性別目標說明之合宜性	合宜		
10-8 性別參與情形或改善方法之合宜性	合宜		

10-9 受益對象之合宜性	合宜
10-10 資源與過程說明之合宜性	合宜
10-11 效益評估說明之合宜性	合宜
10-12 綜合性檢視意見	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「針對高危險族群進行藥事照護服務，且制定藥事照護標準作業流程，在社區式照護方面共計服務至少 3,782 位民眾。並針對新住民特殊族群，編撰含中英、中越、中印，中泰及中東 6 國語言之新住民安全用藥手冊，以提升獲取正確用藥知識之可近性。」此政策有關注意到新住民的特師需求。建議：未來可進行社區式藥事服務對象之性別與年齡分析，以做為政策執行之參考。 2. 「99 年起辦理「培育醫事人員出國進修實施計畫」，截至 104 年，共薦送 7 位醫師、3 位護理師、2 位藥師及 1 位營養師出國進修，目前已有 4 位醫師學成返國服務。」建議：宜進行性別分析，以做為未來人才培育之參考依據。 3. 「自 58 年至 104 年迄今，原住民及離島地區醫事人員養成計畫培育醫事人才，共計培育醫事人員 910 名，分別為醫師 486 名、牙醫師 72 名、藥師 38 名，其他醫事人員 314 名；目前公費醫師之留任率為 7 成。」建議：宜進行性別分析，以做為未來人才培育及政策改進之參考依據。 4. 護理專業團體為提升護理專業形象及因應國家已停止護士執照考試，已將每年的慶祝大會正名為「國際護師節」而不再使用「國際護士節」之名稱。 5. 「101 年起地方政府衛生局開始清查並輔導轄內坐月子中心轉型為產後護理機構。」隨著社會少子女化、高齡化及家庭結構改變，產後護理機構的需求將越形重要。建議：宜加強產後護理機構的管理與評鑑，以維護產婦健康照護品質及嬰兒的健康安全。 6. 「分析歷年民眾完成新註記安寧緩和醫療意願於健保 I C 卡之各年齡層資料中，超過 60% 簽署民眾為 50 歲以上之年齡，本部將分析原因了解推廣努力的空間，以該年齡層為目標族群加強宣導。」建議：宜進一步進行性別與年齡的交叉分析，以為宣導及政策制訂的參考。 7. 強化美容醫學民眾宣導，除了「研擬並製作美容醫學相關宣導文件與資料，以提升國內民眾對美容醫學正確認知，並降低產生風險或不必要糾紛之機會。」，政府各相關部分因透過各種教育及宣導，形塑自然及健康的正確美學，避免美容醫學成為過渡醫療化的疑慮。 8. 各種衛生政策制定的過程，宜考量女性專業人員有充分參與的

	<p>機會。</p> <p>9. 制定老人長期照顧政策，強調以家庭及社區照護為主的照護網絡時，宜考量對於大多數主要照顧者以女性為主的社會現象，宜訂定適當的配套措施，避免女性成為無酬照顧者，或造成其身、心、社會健康受影響或成為家庭的犧牲者。</p> <p>10. 建議文中的「病患」修改為「病人」，以符合當代各項法規用語及以人為本的概念。</p>
<p>(三) 參與時機及方式之合宜性：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。 (簽章，簽名或打字皆可) 王秀紅</p>	

五、各年度經費明細一覽表

項目	負責單位	106年合計	106年經常門	106年資本門	107年合計	107年經常門	107年資本門	108年合計	108年經常門	108年資本門	109年合計	109年經常門	109年資本門	合計	經常門	資本門
壹、健康照護體系新定位	醫事司 照護司 國健署 食藥署	347,082	279,289	67,793	347,082	279,289	67,793	347,082	279,289	67,793	347,082	279,289	67,793	1,388,328	1,117,156	271,272
一、落實分級醫療，強化醫療機構間合作機制	醫事司	30,520	30,520	-	30,520	30,520	-	30,520	30,520	-	30,520	30,520	-	122,080	122,080	-
1.次區域劃分及病床合理量相關計畫	醫事司	1,200	1,200	-	1,200	1,200	-	1,200	1,200	-	1,200	1,200	-	4,800	4,800	-
2.醫療區域輔導及各醫療區域之執行成效評比相關計畫	醫事司	29,320	29,320	-	29,320	29,320	-	29,320	29,320	-	29,320	29,320	-	117,280	117,280	-
二、建立以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式	醫事司 食藥署 國健署	24,823	24,721	102	24,823	24,721	102	24,823	24,721	102	24,823	24,721	102	99,292	98,884	408
1.發展整合性健康照護服務模式及服務網絡	醫事司	10,000	10,000	-	10,000	10,000	-	10,000	10,000	-	10,000	10,000	-	40,000	40,000	-
2.宣導安寧緩和醫療理念	醫事司	3,000	3,000	-	3,000	3,000	-	3,000	3,000	-	3,000	3,000	-	12,000	12,000	-
3.健全整合性藥事服務網絡	食藥署	9,110	9,110	-	9,110	9,110	-	9,110	9,110	-	9,110	9,110	-	36,440	36,440	-
4.開發衛生所線上學習課程	國健署	2,713	2,611	102	2,713	2,611	102	2,713	2,611	102	2,713	2,611	102	10,852	10,444	408
三、加強原住民及離島醫療資源不足地區健康服務效率	照護司	245,938	178,247	67,691	245,938	178,247	67,691	245,938	178,247	67,691	245,938	178,247	67,691	983,752	712,988	270,764
1.原住民及離島衛生所(室)重擴建及空間整修	照護司	42,913	-	42,913	42,913	-	42,913	42,913	-	42,913	42,913	-	42,913	171,652	-	171,652
2.原住民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	照護司	18,717	-	18,717	18,717	-	18,717	18,717	-	18,717	18,717	-	18,717	74,868	-	74,868

項目	負責單位	106年合計	106年經常門	106年資本門	107年合計	107年經常門	107年資本門	108年合計	108年經常門	108年資本門	109年合計	109年經常門	109年資本門	合計	經常門	資本門
3.原住民族及離島地區醫療照護提升	照護司	6,000	6,000	-	6,000	6,000	-	6,000	6,000	-	6,000	6,000	-	24,000	24,000	-
4.推動醫療資訊化	照護司	9,673	9,673	-	9,673	9,673	-	13,273	9,673	3,600	13,273	9,673	3,600	45,892	38,692	7,200
5.原住民及離島地區網路連線費用	照護司	2,880	2,880	-	2,880	2,880	-	2,880	2,880	-	2,880	2,880	-	11,520	11,520	-
6.原住民族及離島地區遠距醫療視訊會診計畫費用	照護司	3,300	3,300	-	3,300	3,300	-	3,300	3,300	-	3,300	3,300	-	13,200	13,200	-
7.偏遠及離島地區急重症傷病患轉診後送	照護司	91,144	91,144	-	91,144	91,144	-	91,144	91,144	-	91,144	91,144	-	364,576	364,576	-
8.空中救護審核機制	照護司	11,400	11,400	-	11,400	11,400	-	11,400	11,400	-	11,400	11,400	-	45,600	45,600	-
9.空中轉診審核中心全天候遠端醫療診視系統維護及通訊	照護司	650	650	-	650	650	-	650	650	-	650	650	-	2,600	2,600	-
10.離島地區在地醫療、營運維持及改善民眾就醫照護品質	照護司	54,361	52,200	2,161	54,361	52,200	2,161	54,361	52,200	2,161	54,361	52,200	2,161	217,444	208,800	8,644
11.山地離島地區停機坪及相關設施整建(修)	照護司	1,300	1,000	300	1,300	1,000	300	1,300	1,000	300	1,300	1,000	300	5,200	4,000	1,200
12.補助離島地區購置緊急醫療救護相關設(施)備	照護司	3,600	-	3,600	3,600	-	3,600	-	-	-	-	-	-	7,200	-	7,200
五、結合地方資源，提升原住民健康事務	照護司	45,801	45,801	-	45,801	45,801	-	45,801	45,801	-	45,801	45,801	-	183,204	183,204	-
1.培育原住民及離島地區衛生小天使宣導種子	照護司	500	500	-	500	500	-	500	500	-	500	500	-	2,000	2,000	-
2.原住民族及離島地區衛生大會	照護司	1,000	1,000	-	1,000	1,000	-	1,000	1,000	-	1,000	1,000	-	4,000	4,000	-
3.大專青年服務隊原住民及離島地區社區服務及衛生宣導	照護司	2,500	2,500	-	2,500	2,500	-	2,500	2,500	-	2,500	2,500	-	10,000	10,000	-
4.部落社區健康營造中心及輔導中心	照護司	40,801	40,801	-	40,801	40,801	-	40,801	40,801	-	40,801	40,801	-	163,204	163,204	-

項目	負責單位	106年合計	106年經常門	106年資本門	107年合計	107年經常門	107年資本門	108年合計	108年經常門	108年資本門	109年合計	109年經常門	109年資本門	合計	經常門	資本門
5.平地及都市原住民巡迴醫療、衛教宣導保健服務	照護司	700	700	-	700	700	-	700	700	-	700	700	-	2,800	2,800	-
6.原住民國際事務交流、兩岸少數民族交流及健康照護政策檢討評估	照護司	300	300	-	300	300	-	300	300	-	300	300	-	1,200	1,200	-
貳、全面提升緊急醫療救護體系與網絡	醫事司	105,547	77,264	28,283	105,547	77,264	28,283	105,547	77,264	28,283	105,547	77,264	28,283	422,188	309,056	113,132
一、強化緊急醫療應變中心緊急應變機制	醫事司	97,732	70,336	27,396	97,732	70,336	27,396	97,732	70,336	27,396	97,732	70,336	27,396	390,928	281,344	109,584
1.辦理區域緊急醫療應變中心	醫事司	71,374	50,054	21,320	71,374	50,054	21,320	71,374	50,054	21,320	71,374	50,054	21,320	285,496	200,216	85,280
2.辦理臨床毒藥物諮詢中心	醫事司	8,100	8,100	-	8,100	8,100	-	8,100	8,100	-	8,100	8,100	-	32,400	32,400	-
3.補助地方政府辦理緊急醫療救護相關工作	醫事司	18,258	12,182	6,076	18,258	12,182	6,076	18,258	12,182	6,076	18,258	12,182	6,076	73,032	48,728	24,304
二、強化醫院緊急醫療能力分級制度	醫事司	4,400	4,400	-	4,400	4,400	-	4,400	4,400	-	4,400	4,400	-	17,600	17,600	-
三、推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	醫事司	3,415	2,528	887	3,415	2,528	887	3,415	2,528	887	3,415	2,528	887	13,660	10,112	3,548
參、改善醫事人員執業環境，充實醫事人力	醫事司 醫福會 照護司	329,896	324,358	5,538	329,896	324,358	5,538	329,896	324,358	5,538	329,896	324,358	5,538	1,319,584	1,297,432	22,152
一、推動受僱醫師納入勞動基準法	醫事司	172,000	172,000	-	172,000	172,000	-	172,000	172,000	-	172,000	172,000	-	688,000	688,000	-
1.專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫	醫事司	120,000	120,000	-	120,000	120,000	-	120,000	120,000	-	120,000	120,000	-	480,000	480,000	-
2.臨床助理甄審、醫院營運財務影響評估、醫師人力流動與民眾就醫影響評估等相關計畫	醫事司	12,000	12,000	-	12,000	12,000	-	12,000	12,000	-	12,000	12,000	-	48,000	48,000	-

項目	負責單位	106年合計	106年經常門	106年資本門	107年合計	107年經常門	107年資本門	108年合計	108年經常門	108年資本門	109年合計	109年經常門	109年資本門	合計	經常門	資本門
3.醫院整合照護醫師與基層家庭醫師整合照護計畫	醫事司	40,000	40,000	-	40,000	40,000	-	40,000	40,000	-	40,000	40,000	-	160,000	160,000	-
二、強化醫師整合醫療能力	醫事司	40,548	39,695	853	40,548	39,695	853	40,548	39,695	853	40,548	39,695	853	162,192	158,780	3,412
1.臨床技能評估模式及住院醫師選配相關計畫	醫事司	28,307	27,454	853	28,307	27,454	853	28,307	27,454	853	28,307	27,454	853	113,228	109,816	3,412
2.專科醫師訓練醫院認定計畫	醫事司	12,241	12,241	-	12,241	12,241	-	12,241	12,241	-	12,241	12,241	-	48,964	48,964	-
三、醫事人力培育及人才羅致規劃	醫事司	5,673	5,673	-	5,673	5,673	-	5,673	5,673	-	5,673	5,673	-	22,692	22,692	-
1.醫事人力供需狀況評估	醫事司	628	628	-	628	628	-	628	628	-	628	628	-	2,512	2,512	-
2.遴選醫事人員出國進修經費	醫事司	5,045	5,045	-	5,045	5,045	-	5,045	5,045	-	5,045	5,045	-	20,180	20,180	-
四、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	照護司	34,973	31,908	3,065	34,973	31,908	3,065	34,973	31,908	3,065	34,973	31,908	3,065	139,892	127,632	12,260
1.專科護理師及護產人員訓練及認證	照護司	24,380	21,315	3,065	24,380	21,315	3,065	24,380	21,315	3,065	24,380	21,315	3,065	97,520	85,260	12,260
2.推動優質護理職場醫院	照護司	10,593	10,593	-	10,593	10,593	-	10,593	10,593	-	10,593	10,593	-	42,372	42,372	-
五、充實並留置偏遠地區醫事人力	醫福會 醫事司 照護司	76,702	75,082	1,620	76,702	75,082	1,620	76,702	75,082	1,620	76,702	75,082	1,620	306,808	300,328	6,480
1.偏鄉公費醫師留任獎勵計畫	醫事司	60,000	60,000	-	60,000	60,000	-	60,000	60,000	-	60,000	60,000	-	240,000	240,000	-
2.補助偏遠地區醫院之支援醫師費用	醫福會	10,502	10,502	-	10,502	10,502	-	10,502	10,502	-	10,502	10,502	-	42,008	42,008	-
3.公費醫師培育(復學)	醫事司	200	180	20	200	180	20	200	180	20	200	180	20	800	720	80
4.原住民及離島地區衛生所醫事人員繼續教育推廣及數位學習線上課程	照護司	2,000	2,000	-	2,000	2,000	-	2,000	2,000	-	2,000	2,000	-	8,000	8,000	-
5.原住民族及離島地區開業獎勵與輔導	照護司	3,600	2,000	1,600	3,600	2,000	1,600	3,600	2,000	1,600	3,600	2,000	1,600	14,400	8,000	6,400

項目	負責單位	106年 合計	106年 經常門	106年 資本門	107年 合計	107年 經常門	107年 資本門	108年 合計	108年 經常門	108年 資本門	109年 合計	109年 經常門	109年 資本門	合計	經常門	資本門
6.原住民及離島地區醫事暨相關人員在職進修	照護司	400	400	-	400	400	-	400	400	-	400	400	-	1,600	1,600	-
肆、以病人安全為核心價值之醫療體系	醫事司 醫福會 照護司	119,694	81,764	37,930	119,694	81,764	37,930	119,694	81,764	37,930	119,694	81,764	37,930	478,776	325,056	151,720
一、革新醫院評鑑制度，建立醫院品質優化及追蹤改善機制	醫事司 醫福會	34,886	32,610	2,276	34,886	32,610	2,276	34,886	32,610	2,276	34,886	32,610	2,276	139,544	130,440	9,104
1.醫院評鑑相關作業規劃，及持續性監測指標系統建置	醫事司	24,886	22,610	2,276	24,886	22,610	2,276	24,886	22,610	2,276	24,886	22,610	2,276	99,544	90,440	9,104
2.精進本部所屬醫院現有醫療資訊系統功能	醫福會	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	20,000	20,000	-
3.本部所屬醫院持續性指標標準化作業流程及全面自動化維護	醫福會	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	20,000	20,000	-
二、以實證與病人參與為導向提升病人安全	醫事司 醫福會	30,655	28,238	2,417	30,655	28,238	2,417	30,655	28,238	2,417	30,655	28,238	2,417	122,620	112,952	9,668
1.病人安全工作目標及「台灣病人安全通報系統」與「醫病共享決策影音平台」維護	醫事司	20,655	18,238	2,417	20,655	18,238	2,417	20,655	18,238	2,417	20,655	18,238	2,417	82,620	72,952	9,668
2.本部所屬醫院推動病人安全相關工作	醫福會	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	20,000	20,000	-
3.本部所屬醫院推動醫病溝通相關工作	醫福會	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	5,000	5,000	-	20,000	20,000	-
三、發展智能醫療照護模式	資訊處 醫福會	50,418	18,316	32,102	50,418	18,316	32,102	50,418	18,316	32,102	50,418	18,316	32,102	201,672	73,264	128,408
1.建構醫療機構內資訊整合機制	資訊處	9,158	9,158	-	9,158	9,158	-	9,158	9,158	-	9,158	9,158	-	36,632	36,632	-

項目	負責單位	106年合計	106年經常門	106年資本門	107年合計	107年經常門	107年資本門	108年合計	108年經常門	108年資本門	109年合計	109年經常門	109年資本門	合計	經常門	資本門
2.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	資訊處	9,158	9,158	-	9,158	9,158	-	9,158	9,158	-	9,158	9,158	-	36,632	36,632	-
3.發展智能醫院照護模式	醫福會	32,102	-	32,102	32,102	-	32,102	32,102	-	32,102	32,102	-	32,102	128,408	-	128,408
四、強化非訴訟之醫療糾紛處理方式	醫事司	1,435	300	1,135	1,435	300	1,135	1,435	300	1,135	1,435	300	1,135	5,740	1,200	4,540
五、產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型	照護司	2,300	2,300	-	2,300	2,300	-	2,300	2,300	-	2,300	2,300	-	9,200	9,200	-
伍、健全法規制度發展	醫事司 綜規司 國合組	116,881	105,802	11,079	116,881	105,802	11,079	116,881	105,802	11,079	116,881	105,802	11,079	467,524	423,208	44,316
一、檢討醫療法規推動策略	醫事司	14,561	11,561	3,000	14,561	11,561	3,000	14,561	11,561	3,000	14,561	11,561	3,000	58,244	46,244	12,000
1.醫事系統汰換及維護，與辦理相關教育訓練費用	醫事司	9,164	6,164	3,000	9,164	6,164	3,000	9,164	6,164	3,000	9,164	6,164	3,000	36,656	24,656	12,000
2.辦理病人自主權利理念宣導及相關規定研訂	醫事司	966	966	-	966	966	-	966	966	-	966	966	-	3,864	3,864	-
3.提升醫療機構廢棄物處理能力	醫事司	4,431	4,431	-	4,431	4,431	-	4,431	4,431	-	4,431	4,431	-	17,724	17,724	-
二、促進醫療法人之發展，提供永續醫療照護服務	醫事司	7,109	2,823	4,286	7,109	2,823	4,286	7,109	2,823	4,286	7,109	2,823	4,286	28,436	11,292	17,144
1.修訂醫療法人相關法規及制度	醫事司	2,802	2,802	-	2,802	2,802	-	2,802	2,802	-	2,802	2,802	-	11,208	11,208	-
2.建置醫療法人資訊管理系統	醫事司	4,307	21	4,286	4,307	21	4,286	4,307	21	4,286	4,307	21	4,286	17,228	84	17,144
三、建立支持器官捐贈及移植之網絡環境	醫事司	54,508	51,326	3,182	54,508	51,326	3,182	54,508	51,326	3,182	54,508	51,326	3,182	218,032	205,304	12,728
四、促進生物醫療科技發展	醫事司	14,731	14,731	-	14,731	14,731	-	14,731	14,731	-	14,731	14,731	-	58,924	58,924	-

項目	負責單位	106年合計	106年經常門	106年資本門	107年合計	107年經常門	107年資本門	108年合計	108年經常門	108年資本門	109年合計	109年經常門	109年資本門	合計	經常門	資本門
1.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	醫事司	13,831	13,831	-	13,831	13,831	-	13,831	13,831	-	13,831	13,831	-	55,324	55,324	-
2.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	醫事司	900	900	-	900	900	-	900	900	-	900	900	-	3,600	3,600	-
六、建置國際健康政策友好交流平台	綜規司 國合組	25,972	25,361	611	25,972	25,361	611	25,972	25,361	611	25,972	25,361	611	103,888	101,444	2,444
1.建置國際友好交流平台	綜規司	6,881	6,881	-	6,881	6,881	-	6,881	6,881	-	6,881	6,881	-	27,524	27,524	-
2.辦理需求導向之醫療衛生援助計畫	國合組	6,172	5,905	267	6,172	5,905	267	6,172	5,905	267	6,172	5,905	267	24,688	23,620	1,068
3.加強國際醫療衛生業務交流及人員培訓	國合組	6,547	6,547	-	6,547	6,547	-	6,547	6,547	-	6,547	6,547	-	26,188	26,188	-
4.推動國際衛生交流，補助辦理國際衛生事務	國合組	6,372	6,028	344	6,372	6,028	344	6,372	6,028	344	6,372	6,028	344	25,488	24,112	1,376
合計		1,019,100	868,477	150,623	1,019,100	868,477	150,623	1,019,100	868,477	150,623	1,019,100	868,477	150,623	4,076,400	3,473,908	602,492