



開創全民均等健康照護計畫

行政院衛生署

中華民國102年4月

目錄

壹、計畫緣起	3
一、依據.....	3
二、未來環境預測.....	4
三、問題評析.....	5
貳、計畫目標	9
一、目標說明.....	9
二、達成目標之限制.....	10
三、預期績效指標及評估基準.....	12
參、現行相關政策及方案之檢討	16
一、「新世代健康領航計畫」預期效益達成情形及差異分析.....	16
二、執行績效.....	23
三、執行檢討.....	48
肆、執行策略及方法	61
一、主要工作項目.....	61
二、分年執行策略與分工.....	63
三、計畫執行步驟與方法.....	69
第一章 完備健康照護體系.....	69
第一節 重塑初級健康照護網絡.....	69
第二節 提升基層醫事機構服務品質.....	72
第三節 發展急性後期照護模式.....	74
第四節 推展居家及社區安寧照護模式.....	76
第五節 提升身心障礙者牙科醫療服務可近性.....	78
第二章 健全緊急醫療照護網絡.....	80
第一節 強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合.....	80
第二節 推動醫院緊急醫療能力分級制度.....	82
第三節 推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用.....	83
第四節 發展婦兒科緊急醫療照護網絡.....	84
第五節 建置緊急傷病患轉診網絡.....	85
第三章 提升偏遠地區醫療照護能力.....	87
第一節 結合地方資源活化社區健康營造.....	87
第二節 偏遠地區衛生所功能再造.....	89
第三節 有效運用偏遠地區緊急救護資源.....	91
第四節 強化遠距醫療照護資訊系統功能.....	94
第五節 加強原住民國際衛生醫療事務交流合作.....	95
第六節 重整偏遠地區公立醫院服務效能.....	96
第四章 強化醫療資源及照護支援體系.....	98

第一節	建置醫療資源管理系統	98
第二節	促進醫療資源整合及有效利用	99
第三節	健全器官捐贈及移植網絡	102
第四節	建立全方位安全用藥環境	105
第五章	均衡醫事人力及醫療專業發展	106
第一節	醫事人力培育及人才羅致規劃	106
第二節	推展醫事人員一般醫學訓練	107
第三節	健全專科醫師訓練制度	108
第四節	強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度	110
第五節	充實並留置偏遠地區醫事人力	112
第六章	確保醫療照護品質	115
第一節	改革醫院評鑑制度	115
第二節	產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型	117
第三節	推廣優質護理職場概念，改善護理執業條件及環境	118
第四節	建立醫院全責照護模式	119
第五節	促進醫療品質與病人安全	120
第六節	提升醫療機構廢棄物處理能力	122
第七章	健全法規制度以因應醫療體系變革	123
第一節	改善醫療執業環境	123
第二節	發展醫療服務產業	125
第三節	保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制	127
第四節	研擬執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範	129
第五節	活絡國際醫療衛生業務交流及合作	132
伍、	期程及資源需求	135
一、	計畫期程	135
二、	所需資源說明	135
三、	經費來源及計算基準	135
四、	經費需求	138
陸、	預期效果及影響	140
柒、	附則	141
一、	替選方案之分析及評估	141
二、	有關機關配合事項	141
三、	各年度經費明細一覽表	142

壹、計畫緣起

我國自 75 年起開始分期推動醫療網計畫，第一、二、三期計畫著重於硬體建設、人力規劃，主要在解決醫療資源數量不足及分布不均的問題；自第四、五、六期之「新世紀健康照護計畫」起，除延續區域資源均衡發展外，並且追求醫療品質及重視病人安全，強調以病人為中心，發展社區醫療衛生體系。透過各時期醫療網計畫之實施，對於我國醫療資源之合理分布，醫療品質之持續提升，已有顯著成效。

目前我國正面臨人口老化及全球化所帶來的各種健康及環境衝擊，為提供民眾優質的健康照護服務，使全體國民不論身處何地，均能享有無差距的醫療資源，本署爰繼第六期「新世代健康領航計畫」之後，於 102 年至 105 年規劃推動本計畫。

又因應行政院組織改造，規劃整併社政及衛政部門，將增設心理健康司，分四科辦事。有關心理健康促進、精神疾病防治、物質濫用防治及特殊族群處遇等業務，本署已另研擬「國民心理健康促進計畫」予以規劃辦理，而不列入本計畫。

為實現本署「落實品質、提升效率、關懷弱勢、均衡資源」之施政願景，本計畫規劃內容重點包括：完備健康照護體系、健全急重症照護網絡、建構弱勢族群照護網、強化偏遠地區醫療網、建置管理資訊系統、培育醫事人力及確保醫療照護品質等，以銜接本署國民健康局推動初段預防之「國民保健與健康促進計畫」及連結末段由內政部與本署共同推動之「長期照顧十年計畫」，期使民眾獲得整體性、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) 高齡化及少子女化提高民眾對醫療照護之需求

國人平均餘命持續增加，至 99 年底為 79.24 歲，然而 65 歲以上人口亦高達 10.74%，總生育率降為 0.90%，隨著人口的高齡化及少子女化，對於整體醫療照護需求將逐日增加。目前健康照護體系過度醫療化及片斷化，可能導致醫療及照護資源過度耗用，加重人口扶養負擔，未來亟需強化社區健康照護體系，提供具可近性及經濟性之社區健康促進、心理支持、疾病預防、疾病篩檢、慢性病整合照護、復健服務、長期照護、末期照護等服務，以因應人口結構改變所造成之衝擊。

(二) 全球化及都市化對於健康之社會決定因素影響加劇

全球化帶來世界經貿及資訊之流通與共享，也加速新興傳染病及問題食品傳播及爆發，民國 97 年雷曼兄弟破產後所爆發之金融風暴，以及近期歐洲所爆發之經濟危機，對於台灣失業率及社會問題(如卡債、飆車、搶劫、竊盜、藥癮、暴力行為等)的影響，除造成民眾不安，接踵而來的貧富不均等問題，對於全民身心健康亦帶來負面影響。醫療照護體系除了提供醫療照護服務外，如何有效導入社區資源，協助危機家庭及弱勢族群解決就醫及日後就養問題，是衛生福利部成立後重要工作。

(三) 天然災害及氣候異常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，致加強醫療照護體系之應變能力更為重要。921 地震後，每逢豪雨或颱風即造成水災、土石流、房屋倒塌等災情，100 年日本發生強烈地震，引發震災、海嘯、火災及核災等大型複合式災難，更凸顯醫療體系應變能力及人員配置亟需加強。

三、問題評析

(一)配合行政院組織改造，醫療網工作應有新的思考方向

行政院組織改造後，將成立衛生福利部，目前規劃之衛生福利部組織架構，將合併原社會司身心障礙福利科、老人福利科、身心障礙福利機構輔導科、老人福利機構輔導科、及衛生署護理及健康照護處之長期照護科，組成「社會照顧及發展司」，一同規劃老人福利、身心障礙者福利、長期照護服務、長期照護及安養機構管理等相關事宜。此外，衛生福利部也將成立「心理健康司」，以更全面及前瞻性擘劃心理健康促進及精神衛生相關業務。

因此，醫療網計畫將更專注在解決國內醫療體系及資源發展之均衡，原「新世代健康領航計畫」中所發展之長期照護及精神衛生體系工作內容將不再於醫療網計畫執行，但會強化與長期照護體系、精神衛生體系、預防醫療體系及社會福利體系間之連結網絡，從社區醫療體系與社區資源之整合開始，逐步推動衛政及社政體系之合作與資源共享。

(二)醫療資源分配不患寡患不均

醫療網計畫推動至今，我國醫療資源已漸趨充足，每萬人口總病床數自 73 年之 33.1 床，增加至 99 年之 68.6 床，其中每萬人口急性一般病床數為 32.01 床；每萬人口醫師數，則自 73 年之 8 人，達到 99 年之 19.1 人。然而病床數逐年上升，多集中於區域以上之醫院(民國 97 年已佔 55.8%)，民眾住院利用之水平亦遠較國外高，目前仍存在城鄉、本島離島間醫療資源的差距，顯示我國健康資源分配仍需努力之方向。如何均衡醫療資源配置，強化健康服務輸送體系，減少醫療資源不足區之就醫障礙，為未來需加強重點。

(三)社區醫療照護服務體系尚未周全

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，建構健康的社區。世界各國照護體系亦以社區為中心，除提供初段預防保健及中段醫療照護服務外，復健資源、長期照護、安寧療護等亦朝向社區化、去機構化之趨勢發展。我國社區照護服務體系以醫療為主，近年來開始推展預防保健服務，但其他相關服務資源仍有不足。民眾對基層醫療院所之信心不足，難使民眾願意就近就醫，亦使得多重慢性病患者至基層診所就醫比例偏低。

(四) 提供無障礙與性別友善之就醫環境仍有努力空間

臺灣地區身心障礙人數逐年攀升，提供身心障礙者友善就醫環境，如外籍看護工陪伴就醫的多語環境、醫院無障礙環境、身心障礙者門診的可近性等仍有改善空間；輔具資源之連結、衛政和社政之照護網絡、專業評估人員之質量、發展遲緩兒童早期療育之早期通報等不足，皆有待未來檢討與改善。性別友善醫療不應侷限於性與生殖特定性別之需求，應擴及全人身心健康面向，並透過有效策略積極推動達成。

(五) 應積極發展急性後期照護模式

急性後期照護(PAC)發展尚未健全，導致急性病床佔用情形嚴重，造成超長住院及再住院的情形，國內推行住院診斷關聯群制度(DRGs)的同時，宜早日發展急性後期照護，避免健保資源過度耗用。然國內目前所試辦之急性後期照護仍有過度醫院化及醫療化之傾向，合宜之照護模式有待研究發展。如何協助獨立型護理之家或病床使用率低之社區醫院轉型提供急性後期照護、釐清收案對象，培育急性後期照護的專業人才，建置符合成效之急性後期照護設置標準及管理機制；以及擴展社區式居家照護於急性後期照護，應配合長期照護體系發展積極建

佈，以利急性醫療及長期照護體系資源之有效利用與轉銜。

(六)安寧療護服務宜回歸社區

目前國內安寧療護服務仍多由區域以上醫院住院病房提供，與國外朝社區與居家發展之趨勢與經驗相違背；且民國 98 年健保局新增八類疾病病患可使用健保安寧病房及居家安寧照護服務，然個案使用服務時機定義不明，我國安寧療護模式之未來發展仍有待釐清。

(七)資源缺乏區之獎助措施需檢視整合

山地離島及偏遠地區因地理環境特殊，居民平均餘命及生活條件較一般地區差，醫療資源較不足，地域差異性大，導致衛生保健政策推動困難度高，因此政府提供眾多補助計畫，希望有助於問題解決。但配合行政組織改造，應適時檢視補助計畫配置情形，增加資源運用效益，減少重複配置。此外，衛生所(室)醫療資訊共享平台之成效不如預期，且如醫事人力之培植及留任，及衛生所、社區健康營造與社區關懷據點之連結及合作機制等，仍有待未來進一步改善。

(八)大型醫院急診壅塞及一床難求情形待解決

我國仍有大型醫院急診壅塞之問題，如重度急救責任醫院服務量增加幅度大於中度急救責任醫院、輕症之成人非創傷病患往重度急救責任醫院集中等。又民國 99 年急救責任醫院分級制度與檢傷五級正式上路，及獎勵醫院於醫療資源缺乏地區設置特殊急重症照護中心，可能存在急診資源重複配置之問題，另鑑於重大災變(如土石流、水災、地震)頻繁及可能同時發生複合式災難，亟需更重視跨部會間良好合作溝通機制，並增加急診資源運用效率。

(九)醫事人員工作條件待改善，人才羅致困難

近來急診室暴力問題頻傳，醫事人員工時問題屢見爭議，

顯示醫事人員之執業壓力及工作負荷高，影響病人安全及醫療品質。強化醫事人員執業環境，解決部分專科住院醫師招收人力不足，護理人員留任不易等問題，乃當務之急。

貳、計畫目標

一、目標說明

我國正面臨人口老化、少子女化、持續照護需求增加之環境變遷；又鑑於健康照護體系整合不易、醫療過度專科化及家庭醫師制度尚待建立等問題；本計畫乃建構於「新世代健康領航計畫」之基礎上，配合行政院組織改造，整合醫療照護輸送體系，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，培育及發展專業人力，提升醫療照護品質，使幼有所長、壯有所用、老有所終，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養，讓民眾活得更長壽、活得更健康、活得更快樂。

本計畫執行之整體目標如下：

- (一)落實醫療在地化，強化社區醫療體系及品質，因地制宜，針對不同族群及地區屬性群體，發展具性別意識、健康公平之全人健康照顧服務計畫，促進醫療體系均衡發展，提高健康照護服務之可近性。
- (二)發展特殊醫療照護網絡，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，滿足弱勢族群對於健康服務之需求。
- (三)健全急重症照護網絡，逐步改善大型醫院急診壅塞及一床難求情形，特別加強婦兒科緊急醫療能力。
- (四)持續強化性別友善醫療與照顧環境，落實對婦女及弱勢族群友善之健康/醫療/照顧環境，加強各項服務機構評鑑制度之性別友善服務認證機制，強化服務工作者之性別教育。
- (五)統籌規劃醫療機構及人力合理分布，促進醫療資源缺乏區資源運用效益，資源分配力求地區、階級、族群及性別的平衡，減少因資源分布不均或性別盲等因素導致之健康不平等情形，並

建置醫療資源管理資訊系統，提供政策規劃之統計分析基礎。

- (六)檢視醫師、護理及照顧人力規劃政策，解決醫師及護理人員羅致及留任問題，改善醫事人員執業環境與勞動性別平等，並建立改善生育風險醫療制度，以改善醫事人員執業環境。

二、達成目標之限制

- (一)我國每萬人口急性病床數持續增加，與 OECD 會員國之逐年縮減趨勢相反，雖整體醫院家數減少，但在 89-99 年間，區域級以上醫院總病床數約增加 2 萬 5 千床，顯示我國過度醫院化及醫院大型化之情形嚴重。健保制度雖然降低了民眾就醫障礙，惟缺乏分級轉診機制之設計，除助長醫院大型化發展之趨勢，住院負擔低亦使民眾傾向使用健保住院服務，不利社區照護機構之發展。如何規劃急性後期及長照服務之給付及自行負擔標準，並提高基層及社區照護機構之品質，使民眾願意就近接受服務，仍是醫療體系服務輸送面之極大挑戰。
- (二)目前各項政策均朝社區化發展，因此強化地方政府人力極為重要，行政院於 99 年核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，目的即為充實地方社工人員之質與量，但衛生單位之衛生行政人員及公衛護士未見充實。隨著國人對健康照護要求增加，老人福利法、身心障礙者權益保障法、精神衛生法等法規之修正，均賦予地方衛生單位更多之權責，整合性社區健康照護網絡之建置經驗亦發現，地方衛生行政人員及公衛護士在相關預防保健及慢性病個案管理服務上扮演重要角色，為確保各項衛生行政業務推展及執行品質，地方衛生單位相關人力配置將影響計畫推動情形。
- (三)許多健康問題與社會環境及社會福利有極大關係，藉由衛生福利部成立，中央組織於衛生及福利體系自行政結構到服務內涵

皆可整合，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。

- (四)各機關均建置健康照護相關之資訊系統(如公共衛生監測系統、醫療機構管理系統、長照資源系統等)，惟資料內容之正確、完整、一致性，系統之可整合性等，均有待發展及檢驗。且未來個人資料保護法施行後，對於資訊系統管理及民眾衛生醫療資訊交流應用是否產生負面影響，都尚待觀察。
- (五)現今醫療照護服務之提供仍偏重於醫療面，對於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、預期績效指標及評估基準

目標	策略	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (100 年底)	102年	103年	104年	105年
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	-	150	250	350	450
	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	2%	7%	10%	12%	15%
		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	28%	40%	46%	52%	60%
	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」意願書，並註記於健保IC卡累計人數	10萬	12萬	13萬	14萬	15萬

目標	策略	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (100 年底)	102年	103年	104年	105年
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)	64%	70%	80%	85%	90%
	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	15.2	16	18	21	25
提升對偏遠地區醫療照護能力	偏遠地區衛生所功能再造	山地離島衛生所(室)重擴建家數	山地離島衛生所(室)重擴建家數	84	93	96	99	102
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	13萬	15萬	16萬	17萬	18萬
醫事人力培育及醫療專業發展	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	596 (統計室尚無100年度資料,99年度為596)	560	549	539	529

目標	策略	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (100 年底)	102年	103年	104年	105年
		每牙醫師服務人口數	總人口數/ 牙醫師執業 人數	1,987 (統計 室尚無 100年 度資 料, 99 年度為 1,987)	1,926	1,906	1,886	1,866
	推展西醫 師一般醫 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	890	900	925	950	975
		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	604	1,250	1,250	1,250	1,250
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	-	10%	30%	60%	100%
		持續性監測 指標導入項 目數	持續性監測 指標項目數	40	40	42	45	48
	建立醫院 全責照護 模式	每年推廣10 家醫院	每年推廣醫 院家數	4	10	10	10	10
	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	61,107	62,000	62,000	62,000	62,000

目標	策略	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (100 年底)	102年	103年	104年	105年
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	-	7%	10%	13%	15%
	保障受試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	58	75	90	110	135

參、現行相關政策及方案之檢討

行政院前於 98 年 2 月 12 日核定「新世代健康領航計畫」，實施期間自 98 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日止。有關「新世代健康領航計畫」預期效益達成情形，該計畫執行績效與執行檢討詳述如下：

一、「新世代健康領航計畫」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
				101 年	100 年底數值	
服務體系再造，健康產出加值	均衡醫療資源	每萬人口急性一般病床數	全國急性一般病床開放使用登記數	32.35	31.9	98.6% 健保實施論病例計酬，醫院營運也朝向減少病人住院天數及加強病床有效利用，爰病床數暫時不會再劇增。
	建立優質之緊急醫療救護體系	一、急救責任醫院急診病人滯留超過 24 小時人數之年平均比率(%)	全國急救責任醫院(急診病人滯留超過 24 小時人數/急診病人總數)之年平均比率	5.0	2.58	已達成

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
				101年	100年底數值	
		二、急救責任醫院 72 小時再返急診之年平均比率 (%)	全國急救責任醫院 (急診病人離院後 72 小時內再度返回急診就醫人數/急診病人總數) 之年平均比率	3.0	3.45	目前進度已達 87%，因自 98 年始實施「醫院緊急醫療能力分級評定」作業，醫院對於評定基準相關作業已積極配合準備。
	落實長照十年計畫及身心障礙醫療復健網絡	一、接受長期照護管理中心服務人數	長期照護管理中心每年累計服務人數	48,552	94,337	已達成
		二、衛生署所屬醫院開辦失智失能社區照護	每年累計參與之醫院家數	11	9	達成程度 81%，已達成預定工作進度，預計 101 年可達成目標。
	加強山地離島、偏遠地區及原住民醫療保健服務	一、山地離島衛生所 (室) 重擴建家數	衛生所 (室) 重擴建累計家數	67	83	已達成
		二、離島地區空中轉診人次逐年減少	當年度離島地區空中轉診人次	280	275	已達成

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
				101年	100年底數值	
	強化精神衛生體系及社區精神病人照護	一、全國25縣市成立24小時緊急處理機制(縣市數)	每年累計成立24小時緊急處理機制之縣市數	25	22	因縣市合併，全國縣市數由25個減少為22個，實際達成率為100%
		二、社區精神病人平均訪視次數(該年訪視總人次數/該年列管人數)	社區精神病人平均訪視次數(該年訪視總人次數/該年列管人數)	3.00	3.88	已達成
服務品質 增值	建構整合型社區健康照護網絡	衛生所參與數(所)	每年累計參與之衛生所數(所)	100	81	目前進度已達80%，因計畫推展採循序漸進方式，由各縣市於轄區內先進行小規模試辦，再將試辦模式推展至轄區內其他衛生所，預計101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
				101年	100年底數值	
	加強山地離島、偏遠地區及原住民醫療保健服務	山地離島之部落社區健康營造中心家數	部落社區健康營造中心累計家數	90	85	達成程度 75%，已達成預定工作進度，預計101年可達成目標。
	落實長照十年計畫及身心障礙醫療復健網絡	導入遠距照護之醫療照護機構(家)	每年累計參與之醫療院所數(家)	30	100	已達成
	推動病人安全	研訂醫院推動病人安全參考作業指引則數	病人安全參考作業指引則數	4	12	已達成
	健全器官捐贈與移植網絡	屍體器官移植受惠人數	每年屍體器官移植受惠人數	640	877	已達成
照護人力加值	強化醫事人力規劃與	一、每西醫師服務人口數	總人口數/西醫師執業人數	598	577.85	已達成

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
				101年	100年底數值	
素質提升	二、每萬人口醫師數最高與最低區域差距比	每萬人口醫師數最高區域/最低區域	2.24	2.36	分析每萬人口醫師數最高與最低區域兩地區之醫師數，並無顯著變化，惟兩地區的人口數總增加率差距為 7.68(苗栗地區 1.86%；花蓮地區 -5.82%)，導致每萬人口醫師數最高與最低區域差距比，比預期目標值高。	
	三、培訓一般醫學導師及臨床教師人數	以導師：學員比例 1:5 及臨床教師：學員比例 1:3 估算	775	4571	已達成	
護理人力規劃與培育	建置護理執業改善措施之多元化模式	護理執業改善措施之多元化模式	5	4	100 年度目標為 4 種，目前進度已達 80%，預計 101 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
				101年	100年底數值	
健康產業 增值	國際醫療 照護人才 規劃與培 育	具國際服 務流程標 準化之醫 院(家數)	具國際服務流程 標準化之醫院家 數	10	7	100 年度目標 為 6 家，達成率 116%；因受限於 經費逐年下 修，為求早日達 成預期總目 標，故 100 年度 公開徵求 3 家 署立醫院辦 理，累積執行家 數達 7 家。
	國際衛 生合作 交流	執行短、 中、長期醫 療援助及 公共衛生 計畫	執行醫療援助及 公共衛生計畫執 行數目	2	4	已達成
	國際緊 急醫療 援助制 度化	國際緊急 醫療隊設 置及人員 資料庫	醫師隊員人數 護理人員隊員數 行政人員隊員數	40 80 20	47 113 21	已達成

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
				101年	100年底數值	
	國際醫療衛生人員培訓	開發國際醫療衛生訓練教材及培訓班(類別)	開發之教材及訓練班之類別數	4	3	目前達成度為75%，係以100年第二季結束時之執行情形，與101年底預定計畫目標比較所得結果，後續將會依原定工作進度持續推動，並於101年底完成預定計畫目標值。

二、執行績效

(一)在醫療與公共衛生服務體系再造方面

1. 合理劃分醫療區域

(1)醫療網計畫自民國 74 年實施至 99 年底，急性一般病床及急、慢性精神病病床之設置，均已達到預期之目標值。醫療院所一般病床為 9 萬 9,177 床，其中急性一般病床為 7 萬 4,140 床、慢性一般病床 3,779 床、急性精神病床 6,932 床、慢性精神病床 1 萬 3,978 床，平均每萬人口病床數為 42.82 床，已達醫療網規劃目標。

(2)考量整體大環境、醫療需求及醫療體系均已發生重大變化，於 100 年 9 月 16 日發布修正「醫院設立或擴充許可辦法」部分條文，重新劃分醫療次區域，將民國 75 年規劃之醫療網所劃分之 17 個醫療區、63 個次區域，依據民眾就醫流向、生活圈、就醫交通時間、人口密度與行政區域等因素，劃分為 50 個次醫療區域，且每個次醫療區域均有一家區域級以上之醫院。

2. 建構整合性社區健康照護網絡

(1)計畫實施以來，於試辦區域已展現出基層醫療單位參與公共衛生及醫療防疫工作之潛力，衛生所成為動員社區、連結各級政府公共衛生資源與基層醫療機構之樞紐，而在衛生所將公共衛生業務轉移至基層醫療院所進行之過程中，基層醫療院所亦能獲得衛生行政單位相關教育及行政支援溢注，於業務執行效率及服務品質均獲得提升，至 100 年累計 8 家衛生局共 81 個衛生所參與整合性社區健康照護網絡建構。

(2)醫護人員線上學習計畫自 98 年至 99 年已完成健康飲食、青少年健康與性教育、慢性病預防與控制等 13 主題，共 70 小時之數位學習課程，以及 32 小時之國內研討會串流課程，並

置放於臺灣 e 學院線上學習平台，供醫護人員線上修課及取得繼續教育積分。據臺灣 e 學院統計資料顯示，自 99 年 4 月至 100 年 9 月，共計 205,124 人次點閱上開課程，10,628 人次登入會員並進修課程，18 個月內平均每日約有 20 人進修課程，5,063 人次完成課程並取得繼續教育積分認證。為推廣線上學習之使用，99 年針對衛生所醫護人員於全國各地辦理 11 場推廣說明會，共計 500 餘人參加。

3. 為提供全民整體性、持續性與方便性之醫療照護網絡，規劃「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，發展區域內醫療資源整合對話與協商平台，建立區域內醫療支援體系，推動整合性照護及雙向轉診網絡，協助區域內醫療院所發展病人安全及醫療品質作業模式，及協調及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，以加強區域內醫療機構交流合作與提升區域醫療水準，每年度均辦理年終檢討會進行經驗分享與觀摩。

4. 健全用藥安全體系

- (1) 建立長期照護之藥事照護服務模式計畫，完成 11 家社區藥局 16 位藥師的招募，共有 106 位病人接受處方調劑時的判斷性服務、86 位病人接受處方調劑後的用藥配合度諮詢服務及 194 位病人接受居家或機構內之藥事照護服務。
- (2) 進行社區藥局評估考核制度規畫及試辦計畫，配合現況以及特殊執業情況，並參卓國外經驗，規劃內容從藥局的硬體設施，到人員訓練與藥品提供的完整性，及對社區的服務規劃等，99 年完成規劃社區藥局評估考核制度草案，共分六大領域，每個領域分為基礎項目與進階項目兩部分，共計 152 條。
- (3) 承續 98 年度制訂之「社區藥局實習相關規範」，99-100 年進行社區藥局實習制度推廣試辦計畫，擬定實習指導師資培訓及推廣規劃，進一步整合各大學院校之藥學系所實施之社區

藥局實習教育，使其更趨一致性與完整性，讓社區藥局成為培養具備專業形象與提供良好服務品質之未來藥師，不可或缺之重要一環。

- (4) 為鼓勵我國藥事人員參與國際藥學事務及藉由參加國際會議活動(世界藥學會 FIP-為 WHO 下之主要藥學之次組織)，與國外藥師交流，以提高我國在國際醫藥界之能見度及認同度，辦理中華民國藥事人員參與世界藥學會(FIP)國際藥學事務活動計畫，訂定鼓勵辦法以鼓勵藥事人員及藥學生參加第 71 屆世界藥學會年會，共計 38 位藥師參與年會。另輔導藥事人員及藥學生於第 71 屆世界藥學會年會(69thInternational congress of FIP)發表口頭報告(共 1 篇)及壁報展出(共 14 篇)，含英語演講及壁報製作之協助及訓練，展現我國藥事服務水準及經驗提供。

(二)在公立醫療體系資源整合與功能再造方面

1. 衛生署所屬醫療機構資源整合與功能再造

- (1) 開發建置本署所屬醫院醫療品質指標監控系統，改善及增加現有系統之功能，指標數值可由 HIS 系統直接提供輸入，減少人工收集的誤差及改善醫療品質指標蒐集不彰問題，至 100 年度已完成本署所屬 26 家醫院之系統建置。
- (2) 於 98 年度執行「推動本署所屬醫院參加台灣醫療品質指標計畫」完成建置 13 家本署所屬醫院之 Client 端使用者之資料收集系統。另針對各醫院使用醫療品質指標系統之使用率偏低(13 家醫院已完成建置系統，11 家醫院使用)，組成專案小組進行「提升醫療品質指標(TCPI)監測系統管理效能」改善專案。
- (3) 持續開發監測 TQIP 指標系統項目，第一期指標項目共開發 153 項，第二期指標項目共開發 41 項。100 年度轉置為 TCPI，項目數共 89 項，並新增開發 37 項 THIS 項目，截至目前共計開發 235 項指標。

(4)100 年辦理醫療品質指標品管分析 SPC 研習會及指標分析專家輔導教育訓練各 2 場，並至所屬 26 家署立醫院辦理系統上線到院輔導教育訓練。

2. 榮民醫療體系資源整合與功能再造

(1)為改善偏遠地區醫師不足情形，99 年 1-11 月榮（總）院間相互支援，以及支援責任區榮家計 28,804 診次，全時段科經營計 32 個科別，體系內互通有無，改善偏遠地區內醫師不足問題；另支援門診服務量及健保申報費用較 98 年同期有顯著成長，顯示支援達初步成效。

(2)推動科經營，訂定「行政院國軍退除役官兵輔導委員會醫療機構區域科經營作業要點」暨「行政院國軍退除役官兵輔導委員會醫療基金統籌款補助榮總支援地區榮院醫師獎勵金計畫」，98-100 年度共計補助 77 名員額（北區 41 名、中區 23 名、南區 13 名）。

(3)醫療設備集中採購，99 年醫療設備集中採購項數共辦理 788 項，決標 767 項，執行率達 97.3%，總採購金額計 9 億 9,701 萬餘元，總決標金額 8 億 7,010 萬餘元，節省公帑 1 億 2,690 萬餘元及相當人力。

(4)整合資訊系統，針對加強醫院為民服務、保障病人就醫安全及提升弱勢與偏遠地區醫療品質等，策略規劃榮（分）院及榮家保健組之資訊系統採統一式整合資訊系統（已完成醫療管理、行政管理資訊系統及共同入口網站等），榮總採議題式整合資訊系統（已完成跨院病歷查詢系統、藥品衛材採購共同平台、醫學數位化資源合作網、榮民入出院資料通報系統、轉院及轉診系統、榮民醫療體系入口網站及區域性醫療影像資料中心等），與三級醫療機構均有關者則採共用式整合，並將持續發展榮民醫療體系病歷資料中心、虛擬專有網路系統

(VPN)及醫療資訊決策支援系統等。藉由以上之資訊整合，以提升醫療作業效率及服務照顧功能、減少重複浪費，擴大資源共享。

(三)在建立優質之緊急醫療救護體系方面

1. 資源整合及體系強化

- (1)於 98 年度始將災難醫療隊及毒化災難應變體系（包含化災、輻傷、毒藥物等）納入區域緊急醫療應變中心（REOC）應變，以強化各區域緊急醫療應變機制，並分區發展區域特色任務（核災輻傷應變、急診化災應變、毒藥物應變、災難醫療隊、急診核災、高山救護等），提供其他五區應變中心做為參考，及針對上開應變機制辦理相關訓練以提升區域內各項災害之應變量能。
- (2)為健全緊急醫療救護網絡，配合緊急醫療救護法修法，於 98 年 7 月 13 日發布「醫院緊急醫療能力分級標準」，將急診、急性腦中風、急性冠心症、重大外傷、高危險妊娠及新生兒等 5 項急重症照護，列入醫院緊急醫療能力分級評定。截至 100 年底，共計有 24 家醫院通過重度級急救責任醫院評定，55 家醫院通過中度級急救責任醫院評定（含 1 家由衛生局暫准者），另有 112 家急救責任醫院列為一般級，全國急救責任醫院共計 191 家。
- (3)持續推動臨床毒藥物諮詢工作，100 年度共計接獲 3,963 個諮詢個案、中毒個案等緊急電話線上諮詢，並進行追蹤分析與建檔，宣導品製作及毒化災緊急應變、毒藥物新聞事件評析、歷年濫用藥物、農藥中毒、食品中毒、化災中毒等案件分析、編寫「DEHP 汙染事件醫療諮商-醫療衛生工作人員參考資料」及「水產品人為汙染毒素」預防中毒手冊、代訓 34 名醫師、特定解毒劑採購、配置、解毒劑緊急支援調配及辦

理 2011 年國際中毒診斷與救治研習會一場。

2. 推廣緊急醫療救護與急救相關教育訓練及國際交流接軌

- (1) 本署為提升區域緊急醫療應變中心 (REOC) 與各項特殊災害應變 (毒化災、核災、輻傷、大量傷病患、災難醫療救護隊) 之功能，並為提升區域內各項災害之應變量能，舉辦各項災害教育訓練，於 100 年，6 區 REOC 共計辦理 118 場訓練、59 場演習 (含評核)、37 場研討會，及 1 場國際研討會議，對於提升區域內各項緊急醫療應變，有相當助益。
- (2) 推動辦公處所與企業團體參與「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器 (CPR+AED) 訓練」，自 98 年起迄今，共完成 166 處辦公場所或企業團體之訓練，約有一萬二千名民眾參與訓練。且藉由此訓練推廣，約有 36 處辦公場所與企業團體自行裝設 AED，擴大民眾急救自救之能力，並獲得本署 CPR+AED 認證。另亦針對 PDA (公共場所推動 AED) 辦理 1 場產官學及法界大型公聽會與國際研討會，瞭解各國推動現況，並取得國內共識，共同推動。
- (3) 出版華文地區第一本「高級救護技術員訓練教科書」，提供全國救護人員作為救護技術與專業知識的參考，讓高級救護技術員在危急的時刻，做出最正確的判斷與處置。

3. 擴充緊急救護資訊系統與提升功能

緊急醫療管理系統業已完成功能整合及維護作業，內容包括事件通報管理、醫療資源管理、救護紀錄管理、救護技術員管理等功能。現有 500 多個消防救護及衛生醫療等單位上線使用，除有效提升軟硬體效能，並減少因人為或天災可能造成本系統服務中斷之原因與時間。另為加強各急救責任醫院相互支援能力，於今年提供各院可線上查詢院間空床床位資料，俾利緊急救護資源運用。

4. 健全大量傷病患緊急醫療救護應變體系

- (1) 依據緊急醫療救護法之相關規定，除要求各縣市衛生機關健全大量傷病患緊急醫療救護應變體系並補助各縣市衛生機關辦理全民急救訓練、救護車稽查、大量傷病患災害救護演習與醫療督導考核等緊急醫療救護相關工作。
- (2) 於 98 年度至 100 年度分別補助台北縣、台中縣、嘉義縣、金門縣，辦理各類事故大量傷患緊急醫療救護演習，經演習單位之籌備會議、實地預演、正式演練，已達成整合地方衛生機關、醫療院所與消防機關共同進行救護之預期成效，有效提升緊急醫療能力。

(四) 在強化持續性健康照護體系方面

1. 落實長照十年計畫及身心障礙醫療復健網絡

- (1) 落實長照十年計畫，整合長照資源，強化縣市照管中心功能，截至 100 年 8 月底計有 22 個照管中心（每縣市均有一個），並下設 38 個分站，提供民眾之服務量占失能人口數之比例快速成長，由 97 年 2.3%，成長至 100 年 8 月 20%。
- (2) 結合民間資源，擴展服務設施，提供多元化長照服務，建立照護品質管理制度。98-100 年獎勵 25 家護理之家功能改造及拓展計畫，發展多元特殊照護服務；每年補助 22 縣市辦理護理機構督導考核業務，98-99 年度共計 370 家一般護理之家接受評鑑，306 家評鑑合格，合格率占 82.7%。
- (3) 加強長期照護專業人力培育與運用，99-100 年辦理長照醫事專業人員訓練，共計 4,764 人完成第一階段共同課程，3,738 人完成第二階段專業課課程；98-100 年辦理照顧管理中心人員教育訓練，完成第一階段核心課程者計 214 人，第二階段 157 人。
- (4) 發展各類專業人員訓練及課程標準化作業，將長照專業人力

課程規劃為 Level I 共同課程、Level II 專業課程及 Level III 整合性課程，照管中心照顧管理人員亦完成 3 階段課程規劃。

2. 發展中期照護服務模式

(1) 於榮民醫療體系，98 年制訂中期照護之照護標準及臨床診療作業指引，98-100 年完成 10 次中期照護工作團隊推動會議，針對中期照護設施標準及臨床診療作業指引、訓練課程、個案管理、成果發表及執行進度等內容進行規劃及討論，增進參與計畫之榮(總)院相互交流觀摩經驗，並提升服務品質。98 年辦理 2 梯次中期照護訓練課程、99 年辦理 5 場次基礎訓練及 6 場次進階訓練，參訓人數已逾 1,000 人次。

(2) 建立榮民醫療體系中期照護模式先驅計畫，於 5 家榮民醫院完成開設中期照護床位共 150 床，98-100 年 8 月總服務 1,925 人次。99 年經統計結案個案中之功能性評估結果，約 91% 個案在日常生活功能 (ADL) 面向有顯著進步。

(3) 98 年 9 月 18 日召開「中期照護成果發表會暨國際研討會」，99 年 10 月 29 日辦理「2010 國際中期照護研討會暨歐盟高齡醫學會亞洲精華會議」，邀請衛生署、台灣老年醫學會、台大醫院及榮(總)院、榮譽國民之家等單位，約計 400 人共同參與，以促進國內、國際間中期照護經驗交流。

(4) 98 年輔導 2 家署立醫院辦理護理之家床位轉型成立中期照護單位，至 100 年 6 月底，桃園醫院及屏東醫院累積收案數各為 11 人及 78 人；99 年新增 2 家署立醫院，至 100 年 6 月底累積收案數，各為基隆醫院 5 人及苗栗醫院 4 人。100 年再新增 1 家醫院，組成相關專業照護團隊，協助病患早日回歸家庭及社區。

(5) 獎勵 7 家獨立型護理之家試辦中期照護創新照護服務模式。

(五) 在加強山地離島及原住民醫療保健服務方面

1. 強化醫療資源之整合

- (1) 為提昇離島居民醫療之可近性，配合 IDS 計畫，以支援專科醫療、定點假日門診、巡迴門診、整體委外承作等方式，朝「醫師動，病人不動」方向持續努力，保障民眾就醫權益。
- (2) 「行政院衛生署空中轉診審核中心」持續 24 小時運作，受理空中轉診案件之申請及審核，100 年計受理緊急救護諮詢 24 件；另受理空中轉診申請 301 件，審核結果計核准 275 件(含器官緊急運送及救護)，核准率約 91.36%。
- (3) 補助金門、連江、澎湖等離島地區醫院營運所需聘用相關工作人員、醫療設備強化及維護管理、緊急救護及醫護人員再教育、營運維持等醫院之營運維持費所需費用，以維持一定之醫療作業水準。另訂定「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」，補助轉診來臺就醫二分之一交通費，100 年離島地區來臺就醫之病患計 27,033 人次。
- (4) 補助連江縣立醫院 90% 經費，總計新台幣 3 億 691 萬 1,345 元整，建設連江醫療大樓，並建置遠距醫療及醫療影像傳輸系統，提供連江縣民眾更具現代化之醫療服務品質，保障連江縣民眾就醫權利；該大樓已於 99 年完工並於 100 年 1 月 21 日落成剪綵暨啟用典禮。
- (5) 訂定「離島開業醫療機構獎勵及輔導辦法」之獎勵措施，以充實離島醫事人力，98-100 年度共補助 11 家，計補助金額新台幣 438 萬 6,000 元。

2. 強化醫療照護品質

- (1) 配合緊急醫療傷病患運送救護，每年依地方需求，編列預算設置及維護山地離島地區之停機坪，97 至 100 年共補助 23 處。
- (2) 賡續補助澎湖、金門、連江、台東縣等四個縣衛生局辦理遠

距醫療會診，共計 25 個連線點，99 年度辦理會診服務計 905 人次及遠距教學及會議計 606 場次。

- (3) 每年均補助 15 家衛生局，因地制宜規劃辦理山地離島及原住民地區醫事人員緊急醫療救護訓練，並積極推動招募健康志工，給予相關訓練，提升緊急救護之醫療品質，98-101 年度共補助新台幣 1,384 萬元。

3. 發展醫療資訊系統 (HIS) 及醫療影像傳輸系統 (PACS)

- (1) 分年分階段於山地離島鄉衛生所建置醫療資訊系統 (HIS)，提供「行動門診」送醫療到部落之便利醫療服務，以及建置人性化的原住民語音掛號系統，至 100 年已有 48 家衛生所完成建置，100 年預計再建置 9 家衛生所。
- (2) 為賡續建置醫療影像傳輸系統，自 95-100 年度起陸續完成 32 家衛生所之醫療影像傳輸系統(PACS)部分(含跨區域之調閱系統)。100 年度增加宜蘭縣、澎湖縣等 3 家衛生所及金門縣 1 家醫務所。99 年 4 月起由署立醫院執行 PACS 代讀代判之醫療診斷件數，截至 100 年 8 月共計 4,215 件，平均每月為 247 件。
- (3) 為推動山地離島醫療資訊化，以「智慧醫療品質圈」為主題，以「千里醫療、彈指之間偏遠地區行動智慧醫療改善專案」為圈名，參加 99 年第 11 屆醫療品質獎競賽，其中偏遠地區行動智慧醫療改善專案，獲得潛力獎及特別獎(新人獎)共二項。

4. 強化衛生所角色及功能

- (1) 為提昇偏遠地區民眾之就醫品質，改善民眾就醫環境，對於山地鄉老舊不符現代需求之衛生所、室，逐年編列經費補助重(擴)建及修繕，自 88 年起至 100 年，累計核定補助 83 家衛生所(室)。

(2)自 98 至 100 年 6 月底，累計補助山地離島地區衛生所(室) 資訊設備 463 項、醫療設備 564 項、巡迴醫療車 25 輛、巡迴醫療機車 62 輛、救護車 3 輛，平地原住民地區衛生所(室) 資訊設備 215 項、醫療設備 164 項、巡迴醫療車 7 輛、巡迴醫療機車 20 輛，以提升偏遠部落的醫療服務品質及資訊設備，縮短城鄉醫療差距。

5. 充實醫療衛生人力與提升專業能力

(1)補助臺北醫學大學、高雄醫學大學、慈濟大學、元培科技大學、國立臺灣大學、國立陽明大學、長庚大學、輔仁大學、中國醫藥大學、中山醫學大學、馬偕醫學院等 11 所學校辦理地方醫事人員養成教育，民國 58 年至民國 100 年止，共計培育醫師 400 名、牙醫師 58 名、藥師 31 名、其他醫事人員 287 名。培育之公費生畢業後均分發返鄉服務，截至 99 年止醫師服務期滿者有 142 位、服務中有 38 位、訓練中 28 位、服役 2 位、死亡及退學者 12 位、其他尚未服務者 13 位，餘均在學培育中。

(2)為因應一般公費醫師停招，辦理原住民及離島地區醫事人員養成計畫，96-100 年共計培育 179 名在地醫事人員，平均每年培育約 26 名醫師，所培育之醫師畢業後需回鄉義務服務 7 年。另為留住人才落實在地醫療，補助經費鼓勵服務期滿在地開業、強化在地服務醫事人員繼續教育、以署立醫院為後援醫院及與健保局 IDS 計畫接軌，目前公費醫師之留任率為 70.4%。

(3)訂定「行政院衛生署補助醫事人員至山地鄉開業要點」鼓勵醫事人員至山地鄉開業，以充實山地鄉醫療人力。99 年補助 4 家，補助金額新台幣 179 萬 3,429 元，100 度申請補助為 6 家。

(4)訂定「行政院衛生署離島及原住民地區醫事暨相關人員進修補助計畫」，提高離島及原住民地區醫事暨相關人員進修意願及本職學能，以提升偏遠地區醫療服務品質。98 年度補助 4 人，補助金額 14 萬 7,430 元；99 年度補助 5 人，補助金額 20 萬 1,060 元；100 度申請補助為 7 人。

6. 部落民眾健康生活促進

(1)協助原住民族改變其生活形態，推動「部落社區健康營造計畫」，採「本土化」、「訂立健康議題」與「建立機制」三大面向，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。

(2)辦理部落社區健康營造，加強推動部落社區健康營造及民眾衛生教育宣導，於原住民部落及離島地區甄選機關團體辦理「社區健康營造計畫」，100 年度共成立 2 個輔導中心，85 個健康營造中心，計畫執行議題因地制宜，原住民部落營造中心推動部落耆老關懷訪視、關懷部落老人、減嚼檳榔、農藥中毒防治等，離島區針對運動與健康飲食生活型態之永續經營、結核病防治與人權教育、新住民的關懷等健康議題，共計實施成果包括：疾病篩檢 2 萬 9,876 人次，轉介篩檢異常 3,555 人次，血壓監測 7,248 人次。辦理健康飲食輔導活動，參加者計 1 萬 8,255 人次；辦理 687 場次衛生教育宣導，參與者計 43,279 人次，志工參與計 4,011 人次。另委託臺灣原住民醫學會及臺灣身心健康促進學會，協助輔導各營造中心及辦理部落社區健康營造觀摩會，成果豐碩。

(3)辦理山地鄉衛生所醫師繼續教育訓練，包含急重症訓練、酒癮戒治、物理治療、職能治療及家暴性侵害（復健）等課程，全國 30 個山地鄉、25 個平地原住民地區及 18 個離島鄉之基

層醫療醫事人員專業職能訓練。99 年度完成訓練 100 名醫師及 620 名醫事人員，其他醫療機構參與醫事人員 480 名，並於期末辦理成果發表，以提升山地離島衛生所醫護人員專業素質，提供國內外醫療新知。

(4)加強國際醫療交流合作，薦送人員參加「2010 紐西蘭醫療衛生政策國際交流計畫」及第 138 屆「美國公共衛生學會年度研討會(APHA)」。

7. 加強辦理都市原住民之醫療照護工作

(1)補助 15 家衛生局辦理「山地離島地區地方醫療保健促進計畫」，98-101 年度共補助新台幣 2,471 萬 4,700 元。

(2)99 年度補助辦理「原住民檳榔文化過去、現在、未來、14 族群母語影片製作計畫」，已完成 14 族原住民族語檳榔防制宣導影片。

(六)在推展病人安全及以病人為中心之醫療作業方面

1. 促進醫療機構提升醫療品質及推廣病人安全

(1)訂定年度醫院醫療品質與病人安全工作目標及執行策略，提供各醫院作為原則性之參考準據，得依實際狀況彈性運用相關策略，並列入衛生局對醫療機構督導考核項目。

(2)建置「臺灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient Safety Reporting System, 簡稱 TPR)」，將所獲得不良事件通報資料經專案分析討論後，自 98 年起共撰寫警示訊息 29 則，學習案例 6 則，病人安全參考作業指引 5 則，並無償提供下載使用，俾利醫療院所交流學習。

(3)持續維護與更新病人安全資訊網，該網站依照「無障礙網頁開發規範」原則規劃管理，網站內容包括：公告國內學習資訊、病人安全相關活動、國內碩博士論文中有關病人安全議題相關文獻，國內外期刊與病安議題相關之文章，週知美國

NPSF、愛爾蘭 ISQua、英國 NPSA 及澳洲 AAQHC 等網站相關研討會訊息。本網站推廣多年已培養固定瀏覽族群，截至 2011 年 11 月已達 274 萬瀏覽人次。

- (4)於 99 年將「醫療品質及病人安全委員會」與「全民健康保險醫療品質委員會」，整併為「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」，陸續統整並擬定國內病人安全與醫療品質政策，以落實強化委員會之功能。
- (5)檢討修訂「醫院安全作業參考指引」與「診所安全作業參考指引」，俾利醫療院所參考辦理。
- (6)持續辦理病人安全週活動，98 年至 99 年推動「醫病總動員，安全靠你我」主議題，設計「Ask Me、Speak Up」與「醫病夥伴關係宣言」等活動，100 年至 101 年辦理「病人安全我會應」，鼓勵病人主動「回應、反應&響應」，以維護病人安全；另積極推動「手術安全」等相關活動。
- (7)參與促進病人安全國際交流活動，於 98 至 101 年，持續出席 ISQua、ASQua、AHRQ、APHA、NPSF 等國際機構年會，並於會議中把握國際經驗交流機會，及進行海報展示與專題演講。另邀請醫療品質與病人安全領域之國際專家學者蒞臨台灣，辦理國際交流研討會議。98 年於國際期刊完成 2 篇文章發表，另 99 年與 100 年各完成 1 篇，弘揚本國病人安全辦理績效。
- (8)截至 100 年底，經衛生署評鑑合格之新制醫院評鑑特優醫院 41 家(含教學醫院 40 家)，新制醫院評鑑優等醫院 98 家(含教學醫院 69 家)，新制醫院評鑑合格醫院 287 家(含教學醫院 8 家)，新制精神科醫院評鑑優等醫院 10 家(含教學醫院 8 家)，新制精神科醫院評鑑合格醫院 30 家(含教學醫院 3 家)，總計 466 家，約佔臺閩地區醫院總數 92%。

- (9)修訂「醫院評鑑基準」及「教學醫院評鑑基準」，新版「醫院評鑑基準」，從 505 項整併為 238 項、8 大章整併為 2 大主軸，並將 7 種醫事人力配置列為必要項目，同時加入我國過去較為欠缺的評鑑內容，以使評鑑基準更加周全。新版之「教學醫院評鑑基準」整合「新制教學醫院評鑑」、「畢業後一般醫學訓練訪查」及「教學醫院教學費用補助計畫查核」等關於教學醫院之評鑑或訪查，共將 14 職類之醫事人員納入教學醫院評鑑範圍。
- (10)進行評鑑流程改善，提倡評鑑文件簡化，減少醫院為準備評鑑而作的文書作業；建立醫院評鑑持續性監測系統，平時即請醫院填報相關資料，評鑑時就不用再重新準備；引入新式評鑑方法，以實地訪問工作人員、病人、家屬等現場查證等方式，取代僅以書面資料審查，藉由推動醫院落實評鑑日常化，減少醫院準備評鑑的負擔。
- (11)為強化醫學中心之任務與功能，自 94 年起邀集專家學者集思廣益、密集討論，蒐集彙整相關醫院及團體之意見，並期符合社會與政府期望之「醫學中心」定位與角色，於 95 年研擬完成醫學中心任務指標及具體衡量內容，並於 96 年至 98 年進行試評，並自 100 年正式辦理醫學中心任務指標審查作業。
- (12)設置「醫院評鑑資訊公開專區」，該專區公開之資訊包括：醫院基本資料、評鑑相關資料及醫院業務資料，目前民眾已能上網查閱醫院評鑑結果相關資訊，俾據以選擇適當之醫院就醫。
- (13)辦理臨床倫理相關議題之討論會及教育訓練，98 年度辦理 4 場臨床倫理議題討論會，與會者達 1000 人次，99 年度分別辦理醫事人員廣告代言、公共衛生及資源分配、失智症患者

照護、及加護病房之倫理議題討論會，參與人數共計 602 人。100 年度針對撤除維生治療與預立醫療計畫等倫理議題，辦理建立臨床倫理網絡與教育訓練計畫，以強化醫事人員對安寧療護之認知，參與訓練之醫事人員計有 1,917 人。

2. 建立用藥安全機制

- (1) 辦理「家庭用藥總檢查暨家庭廢舊藥品環境毒性評估計畫」，於全國建置 115 間「家庭用藥檢查站」，由社區藥局擔任。
- (2) 辦理「用藥持續性照護（用藥資訊總歸戶）之試辦計畫」，已建立病患用藥紀錄表單（含紙本與電子資料），並開發病患用藥持續性照護（用藥資訊總歸戶）資訊平台—行政院衛生署臺灣用藥持續性照護管理中心。
- (3) 辦理「推展優良藥事作業規範（GPP）暨國際交流計畫」，已擇定尼泊爾作為交流對象，完成雙邊合作協定（備忘錄）初稿，並完成相關教育訓練計畫，並完成國內各醫院靜脈輸注調劑作業資料文獻蒐集及問卷設計，提出具體作業草案。
- (4) 辦理鼓勵藥師走出專業走入基層計畫，利用問卷調查方式確認相關人民團體之建立意見交流平台意願，並訂定 6 項論壇議題：臺灣與先進國家民眾用藥行為的比較、健保藥價解決民眾用藥障礙的建議方案、民眾的藥品取得有無保障、藥事服務有待改進之方案、藥食與身體夥伴關係的基本認知、高診次病人用藥輔導之必要性與經驗談，已於臺北市及新北市召開 2 場次論壇會議，並投稿 2 篇專文於藥學雜誌。

(七) 在全面提升醫療機構與醫事機構照護品質方面

1. 加強醫療與醫事機構照護品質

- (1) 為提升醫事檢驗機構品質，衛生署於 98 年至 100 年陸續分別辦理基層醫事檢驗機構能力測試暨教育訓練課程計畫、基層

醫事檢驗機構品質提升獎勵計畫及「基層醫事檢驗品質提升計畫」，自 98 年至 100 年 6 月，平均每年執行 480 餘家基層醫事機構檢驗能力測試（各項目平均結果，達「可接受比率」分別為：生化 95.7%、血液項目 95.9%、尿液項目 98.12%），並辦理品質提升教育訓練，參與人數計 1,464 人。

- (2) 為提升醫事機構放射服務品質，強化醫事放射業務管理，於 98 年進行醫事放射所訪視及輔導，共計訪查 101 家、輔導 36 家，99 年完成 60 家醫事放射所品質調查，100 年度進行基層醫事機構游離輻射作業品質實地訪視輔導，預計至少完成 40 家醫事放射所及 80 家的西醫牙醫診所之訪查。

2. 生醫科技管理與品質提升

- (1) 於 98 年至 100 年 6 月陸續完成 10 項人體生物資料庫、人體試驗機構倫理審查會等生醫科技管理相關法規修正訂定，並分別於台中、台北及高雄舉辦「醫療法及人體生物資料庫管理條例」法規說明會宣導相關法規，另依各機構需要，派員至各機構進行法規說明。人體研究法亦於 100 年 12 月 28 日公布施行。
- (2) 就人體試驗/研究倫理審查會辦理實地訪視及不定時追蹤查核作業，98 年度至 99 年度分別辦理 39 個及 15 個受理委員會實地訪視，38 個及 13 個合格委員會實地訪視。另 100 年度辦理之人體試驗/研究倫理審查會訪視及不定時追蹤，共計完成 29 個委員會實地訪視及追蹤查核作業。

3. 妥善處理醫療廢棄物及提升醫療機構環境衛生品質

- (1) 完成 58 家不同區域之醫院廢棄物及廢水之自主管理輔導作業。
- (2) 協助完成 5 家再利用機構向地方環保機關申請通過本署檢核事項。

- (3)依據本署提供之名單已完成 31 家違規環保法令之醫院現場輔導作業，該院並完成違規事項之改善。
- (4)針對全國醫療廢棄物處理網進行更新維護，共計維護更新 44 次。
- (5)提供電話或線上諮詢服務共計 380 次。
- (6)推派 16 家醫療機構參與環保署「事業廢棄物與再生資源清理及資源減量回收再利用績效優良獎」，9 家獲獎。
- (7)完成 3 種再利用種類之評估，包括廢食用油、注射液軟袋、廢洗腎藥水桶，再利用之種類及其管理方式。
- (8)共計辦理 12 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

(八)在醫事人力規劃與推展全人照護訓練制度方面

- 1. 98-100 年每年均委託 26 科醫學會完成專科醫師訓練醫院認定工作。
- 2. 截至 99 年，已培育 6,014 名公費畢業生，分發至衛生署系統服務者共 3,363 人，計 1,214 人履行服務義務，其中 279 人服務於人才羅致困難科別，185 人於山地離島、衛生所及衛生署或地方政府所屬非教學醫院履行第 2 階段服務義務，其餘則正接受住院醫師訓練。
- 3. 護理人力規劃與培育
 - (1)為提升我國護理人員形象，吸引優秀人才加入護理行業，製作完成護理形象宣導紀錄片並寄送全國護理相關機構及學校。
 - (2)自 98 年起每年補助財團法人護理人員愛滋病防治基金會辦理獎勵愛滋病照護優良護理人員計畫，每年各表揚 4 名基層愛滋病照護優良護理人員，以激勵愛滋病照護護理人員之士氣，提昇服務品質，共同為全民健康奉獻心力。

- (3) 每年辦理國際護士節表揚大會，進行傑出護理人員專業貢獻暨服務貢獻獎頒獎。
- (4) 100年起推動磁吸醫院，參考美國磁吸醫院五大要素，在不增加醫院護理人員文書作業負擔及之護理人員能共同參與之前提下，規劃發展出能評估醫院是否提供護理人員工作成就感且提供適當生涯規劃之本土性特色指標，並於年底辦理磁吸醫院—特色競賽表揚計畫及標竿學習，以營造醫院良好工作環境及條件，提高護理人員留任率。
- (5) 有關目前護理人員勞動條件，已於相關勞動法規中規範，惟醫院常因不諳法規而使護理人員超時工作及沒有適當休假，業於100年11月1日將「醫療機構與護理人員勞動契約建議應記載及不得記載事項」及「醫院聘僱員工期間勞動條件常見不符勞動基準法等相關法規事項」資料各1份函全國各醫院、護理專業團體及本署醫院管理委員會轉知知所屬機關、醫院或會員參考辦理。
- (6) 除97年10月31日公告指定中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣護理學會、中華民國急重症護理學會及中華民國精神衛生護理學會等4家護理團體為本署認可之繼續教育積分採認單位，99年5月再增加1家台灣腎臟護理學會為繼續教育積分採認單位。
- (7) 98年度補助辦理「護理人文與法規繼續教育計畫」及「社區醫療護理人員繼續教育資訊平台系統之輔導暨推廣計畫」，前者主要為提出護理專業訓練推動護理歷史與護理人文與法規繼續教育建議報告，作為推動護理人文與繼續教育之參考；後者為透過資訊系統的平台，辦理護理人員護理專業、法規等教育課程、學習管道與資訊交流介面，以提供護理人員繼續教育訓練課程。

- (8)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，99 年度補助 11 家護理相關團體辦理護理人員繼續教育補助計畫，100 年度補助 3 家護理團體辦理護理人員繼續教育網絡建構計畫，預定完成規劃及提供護理人員繼續教育課程至少 248 場(含視訊)，每場 6 積點，共提供 1553.4 點免費繼續教育課程。
- (9)依本署 94 年「臨床護理人力配置模式相關研究計畫」成果，委託醫院辦理全責照護計畫，至 98 年底計有 14 家醫院試辦。本計畫試行由 1 位照顧服務員照顧多位病人方式，與護理人員共同照顧病人，以建置合理護理人員與護理輔助人員合作模式，減輕護理人員工作負擔。
- (10)本署 100 年配合勞委會多元就業開發方案，於 9 家署立醫院推動全責照護，於苗栗、豐原、南投、彰化、旗山、花蓮、澎湖、恆春旅遊、金門等 9 家本署醫院設置全責照護病房，提供弱勢族群免付費之照服員服務。另就偏遠地區優先推動看護員共聘制度，以照顧偏遠地區住院病患，目前已有 4 家醫院接受委託辦理看護員共聘制度。
- (11)95 年委託辦理「護理人力資源管理資訊系統建置計畫」，完成資料庫初步建置，96-98 年賡續完成「護理人力監測資料庫建置計畫」，與本署醫事管理系統介接，97 年起配合本署每年醫療服務量專案調查，進行護理人力指標資料收集，掌握全國護理人力資料。並依據建立之人力推估模式，即時推估未來 5-10 年之護理人力指標數據。
- (12)於 99 年 4 月 20 日及 100 年 2 月 25 日進行專科護理師分科及甄審辦法 2 度修法，並成立 99 年度專科護理師諮詢委員會，設「分科及甄審」、「訓練及評鑑」、「品質與執業範圍」等 3 組工作小組進行專科護理師制度改進及檢討。

- (13)辦理專科護理師甄審，迄今計有 2,918 人(內科 1,450 人，外科 1,468 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。
- (14)辦理專科護理師訓練醫院認定，100 年度核定訓練醫院 69 家，核定訓練容量 2,488 名(內科 1,198 名、外科 1,290 名)；101 年度訓練醫院認定試評通過 62 家通過，另書面審查通過 18 家，101 年度共核定訓練醫院共 80 家。
- (15)依據消費者保護法，推動使用產後護理機構及坐月子中心定型化契約範本暨其應記載及不得記載事項並進行宣導及使用情形查核，保障消費者權益。
- (16)建立產後護理機構評鑑資料庫，執行實地評鑑作業與輔導訪查及成效評估，擬定評鑑委員共識計畫，進行評鑑成績登錄及計算相關統計維護分析，完成產後護理機構試評作業程序及分析報告，並辦理產後護理機構評鑑督考創新特色績優成果發表會。

(九)在發展國際醫療衛生交流與推動醫療服務國際化方面

1. 國際醫療援助及合作

- (1)自 98 年起即持續與國內醫療院所合作，辦理多項與南島或亞太地區國家之醫療衛生計畫，其中包括「駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫」以及「駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心計畫」，分別在索羅門群島以及馬紹爾群島共和國成立臺灣衛生中心，與該國衛生部以及當地醫療機構合作，辦理各項醫療服務、衛生教育推展與公共衛生活動。本年度除上揭 2 項計畫，另辦理「100 年度推動西非地區醫療衛生合作計畫」、以及與亞洲醫師協會(AMDA)合作，派遣眼科醫師支援斯里蘭卡執行白內障手術等公共衛生及醫療援助計畫共 4 項計畫。
- (2)完成 TaiwanIHA 醫療隊之設置，建立醫療隊員資料庫，包含

醫師、護理師、行政人員共計 84 名。

2. 國際醫療衛生業務交流及人員培訓

- (1) 舉辦國際研討會，98 至 100 年度共辦理 3 場，約計 880 人參加。
- (2) 98 年組團參加美國公共衛生協會年會，並辦理 1 場平行特別論壇，進行 6 項主題報告。
- (3) 辦理「行政院衛生署健康照護行政人員出國短期研習計畫」，98 年度計 13 位中高階人員組團前往美國進行 2 週之研習及參訪。
- (4) 辦理「中高階衛生行政人員工作坊暨台美公共衛生圓桌會議」，99 年度至 100 年度計 2 次，本署各單位及縣市衛生局共 28 人參加。
- (5) 安排國外研習與圓桌會議，增進我國衛生單位人員及學者，就公共衛生議題、健康平等及風險、前瞻政策思維、健康照護改革等不同議題，了解美國多年執行政策的經驗與觀點，增進國際視野。活動中美方高級衛生官員與我國衛生醫療、社會福利各領域先進及同仁，有機會進行深度交流與對話，並探討公共衛生策略合作交流之可能性使參與者皆感獲益良多。
- (6) 實地參訪美國政府部門、非政府組織及科技產業，並以面對面之方式交流，進行實務經驗分享與交流，使我國衛生行政部門與美國衛生產、官、學界建立良好互動關係，實質建立我國衛生界與美國衛生部門高階主管之友好關係。
- (7) 宣達台灣的公共衛生經驗，分享我國在公共衛生與全民健保的成果豐碩，99 年楊志良前署長以「Financing Health Care for All: the Taiwan Experience and the Relevance for US Reform」為題發表演說，分享我國實施全民健保之經驗，提

供美國作為其健保改革之參考；100 年本署資訊中心許明暉主任則以「The Impact of Health Information Technology on Public Health: the Taiwan Experience」為題，分享台灣醫療資訊科技之運用情形，獲在場熱烈迴響，讚譽有加。

- (8)98 年-99 年邀請國外實證護理、社區衛生護理政策、個案管理、全責照護及磁力醫院等領域之專業學者計 23 位蒞台進行經驗交流。
- (9)辦理友邦護理人員培訓：98 年計有 14 國 19 名之高階護理人員參加。
- (10)98-100 年派 12 位本署人員及衛生所護理人員出國參加國際護理協會等國際組織舉辦之國際研討會及社區護理教育訓練課程。99 年獲世界衛生組織邀請參加「2010 年法規論壇及第三屆三方會議 Triad Meeting 會議」。
- (11)自 98 年起委請國內醫療院所辦理國外醫療衛生人員訓練課程，藉由建立國外醫療專業人員來臺培訓之模式，並開發國際醫療衛生訓練教材及培訓課程，提供友邦醫事人員來臺受訓之機會，協助其醫療技術提升，並增進與友邦國家間之實質合作關係。本年度已針對國外醫事專業人員辦理 3 類別之培訓課程並開發訓練教材，其中包括助產人員、寄生蟲防治、慢性病防治等培訓課程。

3. 醫療服務國際化

- (1)配合行政院執行六大新興產業政策，納為健康照護升值白金方案工作項目之一。
- (2)協請行政院政務委員督導醫療服務國際化之推動，並定期召開醫療服務國際化整體規劃小組委員會議，聘請行政院經濟建設委員會、交通部觀光局、行政院新聞局、經濟部國際貿易、行政院大陸委員會、僑務委員會、外交部等有關機關，

以及相關領域專家者共同擔任本小組委員，不定期檢討計畫推動成效，協調跨部會資源，研擬不同服務策略模式，以利我國醫療服務國際化之推廣。

- (3) 委託台灣私立醫療院所協會成立我國醫療服務國際化統一窗口—「國際醫療管理工作小組」，作為資訊交流與傳播之整合中心，並維護國際醫療網站平台，同時輔導會員醫療機構建置具國際競爭力之環境。
- (4) 委託辦理國際醫療行銷相關計畫，積極邀請並媒合國內外相關業者進行洽談合作，配合各式媒體宣傳我國國際醫療服務，共邀得平面媒體如工商時報、經濟日報、蘋果日報、旺報、台灣商報、新華社、中央社；電子媒體如中天、公視、民視、人間衛視及大陸地區的東南衛視等，露出至少 60 篇、國內外電視台 10 次以上報導相關題材，其他平面媒體如雜誌則陸續有專題報導、並經營 facebook 等微網誌以加強行銷力度。
- (5) 於海外共設置 21 處台灣國際醫療服務駐點，提供外籍人士來臺就醫之諮詢及協助。
- (6) 委託國家地理頻道製作台灣醫療整體形象紀錄片，計劃於 101 年春季於全球公開播映。
- (7) 發送國際醫療相關文宣品至海外駐點與各部會海外駐點進行宣傳。
- (8) 檢討國內相關法規並進行鬆綁，99 年 1 月 11 日公告放寬國際醫療廣告得以非本國語文刊播相關訊息；另於 99 年 1 月 25 日發布「醫院設立或擴充許可辦法」，可供醫院先行作為規劃設置國際醫療病床辦理依據，100 年移民署公告修正「內政部入出國及移民署各類人民申請案件處理時限表」，增列大陸地區人民申請來臺就醫、伴醫之發證時限為三天，如遇有

狀況需緊急來臺就醫時，可個案處理縮短發證時間。

- (9)截至 100 年度 10 月底，已完成：台北、台中、桃園、新竹、花蓮、基隆、恆春旅遊醫院等 7 家署立醫院建置國際醫療服務之標準流程。

三、執行檢討

(一)在醫療與公共衛生服務體系再造方面

1. 合理劃分醫療區域

- (1)近年來，公私立醫療院所呈現逐年增加趨勢，迄今醫院計有 508 家，診所計有 2 萬 183 家。醫療院所朝兩極化發展，醫院家數逐年減少；診所家數逐漸增多。有關醫療資源之整合，未來應加強垂直與水平之整合，以及導正醫療機構大型化之問題。
- (2)自實施全民健保以來，醫院家數因經營管理效率及競爭之故，家數雖呈減幅趨勢，但其病床數則增加迅速。至 99 年底醫療院所院病床數共 15 萬 8,922 床（含一般病床及特殊病床），其中一般病床占 62.4%；病床總數屬公立院所計 46,633 床，占 29.34%；非公立院所計 112,289 床，占 70.65%；非公立院所病床數約為公立院所的 2.4 倍。
- (3)國內醫療資源已漸趨充足，至 99 年底每萬人口急性一般病床為 32.01 床，目前主要加強解決資源分布不均的問題，避免醫療資源過度集中與重複投資。
- (4)為提升病床運用效益及因應全民健保總額制度對醫院之衝擊，以及確保民眾就醫權益，俾使醫療資源之投入與分布更趨合理，將加強醫療資源過賸區醫院設立或擴充案件之事前審查外，並將不定期清查經許可卻長期未開放妥善運用之病床。

2. 建構整合性社區健康照護網絡

- (1)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財務危機，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，初級醫療照護及慢性病患佔據重症醫療資源，醫療院所

間之垂直分工及與水平合作機制，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、長期照護等體系之加強聯結，逐步落實本土之家庭醫師制度，仍需持續努力。

- (2) 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。基層健康照護包含三段五級之照應，惟目前醫療體系過度專科化，基層執業醫師於執行社區醫療能力不足，且多數基層院所因醫療人力有限，投入繼續教育之意願不高，為提升整體基層醫療照護之品質，於衛生行政體系尚需就相關專業能力及行政配套制度，給予基層醫療院所適度支援。
- (3) 基層醫療照護品質之評核制度，目前以地方衛生主管機關所辦理之定期督導考核為主，對於最基本之照護品質要求及評核制度，尚缺乏共識，針對不同服務類型之診所，是否應採取不同之督考標準，也尚待擬定。
- (4) 衛生所人員大多由臨床醫護人員轉任，雖具臨床個案照護經驗，但對於公共衛生知能及社區民眾整體照護，仍有待加強。根據人事行政局 99 年統計資料顯示，衛生所人員流動率高達 24%，顯示衛生所業務承辦人員更迭頻仍。藉由線上學習課程，能使衛生所人員不受限於傳統上課時間、地點等限制進行學習，快速熟悉公共衛生核心概念，以充能衛生所人員，並提昇衛生所服務品質。未來除針對不同主題製作課程，以豐富線上學習課程之內容外，也將透過新近流行之行動載具

(平版電腦、智慧型手機等)為媒介，使進修線上學習課程更為便利。

3. 醫療區域輔導與資源整合

(1)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，必須藉助區域內有經驗之單位協助，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，支援院際間人力及轉診支援，以平衡醫療資源差距。

(2)為促使急性醫療與預防保健、社區防疫、居家照護和復健、長期照顧等有效連結，減少失能病患進入殘障，協助具有回復的潛能者，自醫院返家後，能由疾病痊癒並回復獨立生活能力，應建構醫療機構間之支援與分工體系，整合區域內醫療資源，持續落實「以病人為中心」醫療照護服務。另並配合相關法規，落實各類醫事人員繼續教育，加強專業知能，提升醫療照護品質。

4. 健全用藥安全體系

(1)社區藥局評估考核制度規劃及試辦計畫，目前僅以台北市為研究試辦對象，計畫目標係為提升藥局的服務品質，而非稽核藥局的良窳，計畫施行結果確實提升台北市社區藥局品質，未來可考量增加試辦縣市。

(2)社區藥局實習指導師資培訓研習會有助於提升社區藥局實習教學之成效，未來宜持續辦理，至於社區藥局實習指導藥師認證與資格延續、教學社區藥局詳細評估條件與制度之落實，仍待廣為延攬多方專家進行討論，進而參照先進國家將社區藥局實習列為必修之藥學教育課程。

(二)在公立醫療體系資源整合與功能再造方面

1. 衛生署所屬醫療機構資源整合與功能再造

- (1) 本案自 98 年起執行至今，已改善並增加現在資訊統之功能，各院醫療品質指標可藉由 HIS 直接提供數據、降低人工蒐集數值時間；並訂定指標收集（分子及分母）標準化作業流程，透過醫護人員就源資料輸入、統一流程、實施操作標準化教育訓練，以提升指標數值之正確性，惟發現醫院於實際使用上仍存在問題。
- (2) 「系統匯出數值」與「醫院人工蒐集指標數值」差異大，以 100 年 5 月台中醫院 TCPI 監測 50 項指標（綜合照護 28、精神照護 22 項）為例，二者僅 18 項指標數值相符，正確率僅 36%。
- (3) 資訊平台分析資料參考價值低，填報不穩定，無法進行定期分析比較，且指標管理者大多不會使用分析管理報表。

2. 榮民醫療體系資源整合與功能再造之內容與期程，在政府組織再造尚未核定情形下，為讓整合政策推動平緩順遂，減少整併過程及改革衝突，徹底解決整合問題，考量榮民醫療體系承受度及執行力，採「穩妥週全」、「循序漸進」、「互補互利」、「健全法制」、「實質配套」及「可行人性」等原則規劃進行期程規劃，依區域醫療環境需求採「水平」、「垂直」或併行方式，就三所榮民總醫院及十二所榮民醫院推動近、中、長程整合作業，以增加體系競爭力。

(三) 在建立優質之緊急醫療救護體系方面

1. 緊急醫療網推展迄今，雖已建置本土化一般及大量傷病患緊急醫療體系的架構及運作模式，但是災難發生有其不確定性，因此，任何可引起大型醫療災害的事件發生，應該有一個完整且統一的應變機制，讓人民的生命健康更有保障，因此，持續強化六大分區內緊急醫療服務系統資源與指揮體系之整合，期能

規劃適當跨區域支援網絡。即使災難不幸發生時，也能將損害減到最低並減少復原所需的時間。

2. 為建構一個安全的生活環境，推廣民眾急救觀念與技能，本署自 93 年起，辦理民眾 CPR 教育訓練，迄今共完成 20 萬人次以上急救訓練。鑑於國外先進國家陸續將徒手心肺復甦術與自動體外心臟電擊去顫器（CPR+AED）相結合以提升急救成功率，本署亦透過中華民國紅十字會總會各地的分、支會共同合作，於全國各地推廣 CPR+AED 訓練，依據日本推廣 AED 之經驗，對於在公共場所發生突發性心臟停止個案，其急救成功率可從原來的 7% 左右，提高達 38%，而根據本署的估計，全國每年大約有 2 萬名民眾發生到院前心臟停止，如果大力推廣於公共場所廣設 AED 並訓練民眾使用，將可望即時挽救更多的生命，因此，仍將持續推動於公共場所設置 AED 及場所認證。
3. 針對急重症之照護如心臟疾病、腦血管疾病及事故傷害，掌握醫療處置黃金時間，提供最適切醫療服務，攸關救治之成功與否，本署自 98 年起依緊急醫療救護法規定，建立醫院緊急醫療能力分級之機制，針對醫院緊急醫療處置能力及持續性照護品質進行深度評核，提升急、重症醫療照護品質，目前雖已有 23 家醫院通過重度級醫院評定、26 家醫院通過中度級醫院評定，提供民眾第一線之緊急傷病救治服務。100 年度亦已完成 40 家醫院實地訪查（重度級 1 家、中度級 39 家），然仍須持續辦理醫院緊急醫療能力分級評定，並進行醫院緊急醫療能力不定時及即時追蹤輔導訪查機制，以輔導醫院持續改善並提升急、重症醫療照護品質，及建置優質之特殊照護中心，強化急、重症照護網絡。

（四）在強化持續性健康照護體系方面

1. 落實長照十年計畫及身心障礙醫療復健網絡

- (1)全面檢討長期照顧十年計畫推動狀況，研擬調整各項目推動策略及補助標準，並規劃逐步擴大長照十年計畫服務對象，建置普及化服務網絡，強化縣市照管中心功能，整合長照資源，並建立照管中心輔導機制。
- (2)結合民間資源，擴展服務設施，提供多元化長照服務，獎勵一般護理之家功能拓展計畫，發展多元特殊創新照護服務模式，建立照護品質管理制度。
- (3)加強長期照護專業人力培育與運用。
- (4)長照服務法草案仍在立法院審議中，將繼續推動法制相關作業。後續將積極研擬「長照服務網第一期計畫」報院審議。
- (5)服務之永續性及相關產業之投入是邁入下一階段之發展重點。持續發展長期照護服務之輸送及管理體系，建立個案管理服務之標準作業流程及規範，為服務擴大推動之重點，並且為鼓勵創新產業之發展，商業公司營運模式應儘速建立，同時並提出收費營利機制及回饋模式，使服務能延伸至照顧弱勢族群。此外，更設置遠距健康照護區域服務中心，以跨區整合照護資源，增進服務之即時回應性。
- (6)加強身心障礙者醫療復健網絡，了解新制身心障礙鑑定推行時之衝擊範圍，及早準備期使新制推行順利，並建立標準化等級劃分方式。推動身心障礙醫療復健輔具中心計畫推展多年，未來將加強開發創新服務內容。

2. 發展中期照護服務模式

- (1)中期照護在無全民健保、醫療保險或其他經費之補助，需由民眾自行負擔費用之情形下，降低民眾入注意願。病患多由家人或申請外傭在家照護，以摺節開銷，若有醫療需求時，再往返醫院。
- (2)病患、家屬及醫事人員對中期照護之認同度尚有空間，且照

護人力需求比護理之家高，於業務量不穩定下，無法增設獨立之照護人力。

(五)在加強山地離島及原住民醫療保健服務方面

1. 未來將持續推動「強化離島地區在地醫療－降低空中轉診方案」，以「離島地區醫院自控」及「事後監督管控機制」，建立離島地區醫院(本署澎湖醫院、本署金門醫院、三總澎湖分院、連江縣立醫院)合理空中轉診人次之管控機制，由所在地衛生局及醫院強化初審的功能，以達到內控作用，並督促轉出醫院本於醫療專業及衡酌當地醫療能量，確實執行緊急或嚴重傷病患轉診之認定作業。
2. 配合緊急醫療傷病患運送救護，持續補助地方政府申請之山地離島停機坪及相關設施整建(修)需求，依地方政府所提之計畫經費需求編列相關預算。
3. 持續就所建置 HIS 之優缺點及應改進事項，進行滾動式檢討，調整無線寬頻網路；另為減少因系統連結主機時斷訊或傳送訊號不良，將伺服器主機由原集中式改採分散式，及將屏東縣集中式架構增加網路安全防護設備，並訂定最符合當前功能與服務需求之規範。
4. 強化衛生所角色及功能
 - (1)山地離島地區衛生所、室新(重、擴)建工程，常因外部因素無法配合，致影響進度，未能如期完成，影響之因素包括土地取得不易、工程地點皆位於偏遠地區或土石流及風災地區、工程施作困難度高，致廠商意願不高，導致招商不易等。
 - (2)藉資訊相關設備更新，可強化衛生所基層醫療保健服務及病患醫療資訊管理之能力；另為強化山地離島地區緊急傷病患後送就醫體系，視山地離島之地理地形特性及地方需求，

補助或汰舊衛生所救護車及其相關救護設備，又因偏遠山地離島特性就醫可近性較差，巡迴醫療需求頻繁，需有巡迴醫療(機)車，以提升醫療服務品質及就醫便利性，提供在地醫療服務。

5. 充實醫療衛生人力與提升專業能力

(1)台灣地區每萬人口醫師數為 16.6 人，山地離島地區約為其 1/2。由於 98 年一般公費醫師停招、養成醫師進入退休潮及服務區域範圍增加至都會原住民地區等因素，山地離島地區之醫事人力將更顯不足，未來仍應賡續規劃辦理原住民及離島地區醫事人員養成計畫。

(2)經分析未來醫事人員不足數及已培訓中之醫事人員等因素，並由各縣市衛生局提報醫事人力預估需求員額及召開六次討論會議後，其 101~105 年將再規劃培育共計 180 名。

(六)在推展病人安全及以病人為中心之醫療作業方面

1. 往年辦理醫療品質提升與病人安全推展以醫院為主，為提升基層醫療院醫療品質及確保民眾就醫安全，使病人安全活動得以全面性推廣，並依醫療照護特性齊驅適性發展，未來將加強基層醫療院所提升醫療品質及推廣病人安全作業，並逐步發展基層醫療院適用之安全工作目標、辦理年度公告、修正診所病人安全作業參考指引、規劃基層院所人員相關教育訓練課程等作業，期提供相關人員實務執行參考。
2. 醫院評鑑基準已於 100 年大幅度修正，並以醫院評鑑基準為基礎，研擬一套持續性醫院評鑑監測指標及新式評鑑方法，惟尚未正式使用於正式評鑑，未來將逐步導入。
3. 為關懷特殊族群及弱勢族群，營造特殊族群及弱勢族群之友善就醫環境，以及考量偏遠地區之醫療水準可能無法比擬都會區之醫院，持續檢討修訂醫院評鑑基準範圍，將友善就醫環境納

入醫院評鑑基準，並研擬偏遠地區醫院評鑑標準。

4. 針對醫院評鑑及教學醫院評鑑委員之遴選、訓練與評核，建立公正客觀之機制，未來將持續規劃資深委員制度，並建立全方位委員訓練制度，以強化評鑑委員專業之評鑑技能。
5. 醫院評鑑資訊範圍甚廣，並非每樣都易於民眾解讀，如未經篩選即公開所有資訊，可能造成民眾無法掌握資訊重點，以及錯誤解讀，本署將持續研議醫院評鑑資訊公開之內容及形式，以提供更符合民眾需求的資訊，以及提供民眾更便捷的查詢方式。
6. 隨著生物醫學科技日益精進及現代社會價值觀的多元化，醫療照護人員在日常執業過程、醫療照護的提供、甚至醫療機構在醫院營運或醫療資源分配上所產生的政策及倫理難題，不僅在量的方面與日劇增，在本質上也益發複雜分歧。有必要針對這些議題研訂相關指導手冊及執行教育訓練，以提供醫護人員必要的支援與可供遵循的程序，進而提升醫療品質並保護病患權益。

(七) 在全面提升醫療機構與醫事機構照護品質方面

1. 為提升我國醫事機構放射、檢驗作業品質，衛生署透過檢驗能力測試、實地訪視、輔導等措施，確保我國基層醫事機構檢驗、放射作業品質。然醫事檢驗及醫用游離輻射設備廣泛使用在我國各類醫事機構，爰自 100 年起，衛生署對於基層醫事機構檢驗、放射品質分別方向：
 - (1) 放射作業品質：亦針對西醫、牙醫診所之放射作業納入實地訪視、輔導等品質提升計畫的範圍，期能全面提升我國基層醫事機構的放射作業品質，守護我國民眾的健康。
 - (2) 檢驗作業品質：擬於 101 年起針對實際執行醫事檢驗作業之西醫診所納入實地輔導、能力測試等品質提升計畫的範圍，並分年調查實際執行醫事檢驗業務之診所家數，結合地方衛

生局力量，提升基層醫事機構檢驗之品質。

2. 生醫科技管理與品質提升

(1) 為保護受試者權益，未來人體試驗/研究倫理審查會不定時追蹤訪視之追蹤項目，將不限上次訪視委員建議改善事項，並增列訪視基準之必要項目為必追蹤項目，另，訪視委員得隨機抽查受訪審查會其他條文之執行情形進行評分，必要時得增加追蹤頻率。

(2) 人體生物資料庫管理條例於 99 年 2 月 3 日發布，並於 100 年 1 月 26 日發布修正第 29 條及第 30 條條文，本署依其相關規定分別於 99 年 8 月 3 日發布人體生物資料庫資訊安全規範、99 年 9 月 8 日發布人體生物資料庫商業運用利益回饋辦法、100 年 1 月 31 日公告人體生物資料庫管理設置許可管理辦法、100 年 2 月 15 日公告人體生物資料庫審查費收費標準，及 100 年 2 月 23 日函告人體生物資料庫設置申請須知，並依人體生物資料庫管理條例第 4 條規定，自 100 年 4 月 1 日起受理國內各機構人體生物資料庫設置許可之申請，確保我國人體生物資料庫之作業品質。

3. 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。

4. 建立用藥安全機制

(1) 應加強宣導民眾對家庭廢舊藥品之正確清除方式，並與藥師、藥劑生公會、社區藥局合作，培訓相關志工團體，並就應就家庭廢舊藥品可能造成之生態毒性部分深入探討評估。

(2) 強化用藥持續性照護資訊平台機制，擴大參與之衛生局及醫療院所，提醒醫師正確開立處方及避免調劑給藥疏失。

(3) 積極參與國際藥學事務，促進我國與世界各國之藥學專業交流。

(4) 加強用藥安全宣導及教育訓練，並辦理相關研討會或說明會。

(八) 在醫事人力規劃與推展全人照護訓練制度方面

1. 為避免 26 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. 公費醫師培育制度實施 30 餘年以來，不論公立醫院、山地離島、偏遠地區醫師人力不足問題，都已逐步改善，已達成階段性之任務及政策之目的，經過審慎評估後，決定自民國 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至民國 98 年完全停止招收；地方養成公費醫師則增加培育名額由原來每年 6-9 名，增為 27 名。

3. 護理人力規劃與培育

(1) 95 年起參考各種照護模式精髓，以及臺北市政府經驗，推行「全責照護計畫」，並參考嘗試以使用者付費方式推行。計畫成果顯示藉由護理工作分工的落實，不同層級的人員執行不同的工作內容，可減輕住院病患家屬的負擔，讓病患擁有安寧的住院環境，進而提高住院護理照護品質，住院病患、家屬及工作人員滿意度皆有提升，成本效益分析顯示可推廣至其他病房進行試辦。

(2) 依據本署醫療機構服務量統計資料顯示，截至 2009 年 12 月底，513 家訪查醫院中有 64.92% 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 89,936 人，然待聘護理人員缺額達 3,867 人，醫院之空缺率平均值為 6.33%，依據相關研究文獻顯示，醫院空缺率若超過 5% 則醫院有護理人員短缺的情形。另由於本國護理人員每班照顧病人數仍屬偏高，文獻顯示，惟有透過全國護理人員人力監測以維持人力供需平衡、明確界定護理人員執業範圍以制訂護理養成及繼續教育課程內容，並規劃護理實證研究重點優先順序逐步推行，再加上適度形象包裝，才能提升護理專業臨床能力及專業形

象，進而增加護理專業於醫療保健體系之競爭力，據以建立合理護理人力配置，提升護理照護品質。

- (3)為了解護理人員繼續教育積分取得情形，每年均要透過委外廠商協助分析資料，由於系統無未設置積分查詢資料庫，且護理人員執業人數近13萬人，致取得資料需耗費數月，設置醫事人員繼續教育積分查詢資料庫，有利於取得相關資料，使護理人員順利完成執業執照更新。

(九)在發展國際醫療衛生交流與推動醫療服務國際化方面

1. 國際雙邊醫療援助及衛生合作計畫主要係委託國內醫療衛生機構，在海外執行醫療服務或公共衛生推展工作，自執行以來多獲駐在國衛生部及醫療機構之讚許，可見透過專業醫療衛生等軟實力來開拓我國國際舞台，確有其推動成效。未來將持續與當地衛生機關合作，進行更積極的溝通及協調，加強社區健康促進服務與衛生教育活動，增加當地醫事人員或民眾參與衛教活動之意願及興趣。另一方面，此類型計畫運作涉及外交部門、當地衛生主管機關、以及國內外醫療機構，因此，未來將加強各機關之協調，以達到預期之工作成果。

2. 國際醫療衛生業務交流及人員培訓

- (1)近年前來我國接受臨床訓練之國外醫事人員人數日益增多，足見台灣醫療專業與培訓成果已獲各國肯定信賴。為提高我國醫衛專業知識對外輸出成果，應加強醫療專業人員參與涉外事務以及國際活動之能力，並朝向增加訓練科別進行規劃，並透過與其他國內醫療機構之合作，結合國內相關醫療資源，以期未來能提供更符合培訓學員需求之課程。
- (2)面對當前氣候異常變遷，以及全球化之趨勢，常常造成難以預測之天然與人為災害，使得捍衛全民健康之公共衛生工作日益艱難，常需要借鏡他國、他地經驗，規劃事前防範，事

中救助及事後重建之工作，因此透過國與國之間、中央與地方之間、醫療照護體系之間建立「夥伴關係」，使行政者應能跨越專業領域，與夥伴協力合作，共同解決問題，回應民眾需求甚為重要。

(3)現行國際醫療衛生業務交流及人員培訓計畫部分，雖已逐步建立衛生照護體系之夥伴關係，惟囿於經費之限制，尚難促使課程規劃拓展廣度與深度。若能增加訓練天數及參訓員額，使其與國際衛生官員有更積極互動，建立友好關係，並培養前瞻思維，達到具有更緊密夥伴關係之研習培訓目標。

3. 持續輔導 6 家具標準國際服務流程之「國際醫療服務特約醫院」提供優質之醫療服務；業已於台北醫院建置國外專業醫療人才訓練中心，於台中醫院建立「國際醫療及衛生研發實驗室」，於基隆醫院提供客貨輪海上船員與國際郵輪旅客及工作人員線上醫療諮詢服務或門急住診醫療服務，拓展海上國際醫療服務。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

第一章 完備健康照護體系

- 第一節 重塑初級健康照護網絡
- 第二節 提升基層醫事機構服務品質
- 第三節 發展急性後期照護模式
- 第四節 推展居家及社區安寧照護模式
- 第五節 提升身心障礙者牙科醫療服務可近性

第二章 健全緊急醫療照護網絡

- 第一節 強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合
- 第二節 推動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
- 第四節 發展婦兒科緊急醫療照護網絡
- 第五節 建置緊急傷病患轉診網絡

第三章 提升偏遠地區醫療照護能力

- 第一節 結合地方資源活化社區健康營造
- 第二節 偏遠地區衛生所功能再造
- 第三節 有效運用偏遠地區緊急救護資源
- 第四節 強化遠距醫療資訊系統功能
- 第五節 加強原住民國際衛生醫療事務交流合作
- 第六節 重整偏遠地區公立醫院服務效能

第四章 強化醫療資源及照護支援體系

- 第一節 建置醫療資源管理系統
- 第二節 促進醫療資源整合及有效利用
- 第三節 健全器官捐贈及移植網絡
- 第四節 建立全方位用藥安全環境

第五章 均衡醫事人力及醫療專業發展

- 第一節 醫事人力培育及人才羅致規劃
- 第二節 推展醫事人員一般醫學訓練
- 第三節 健全專科醫師訓練制度
- 第四節 強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度
- 第五節 充實並留置偏遠地區醫事人力
- 第六章 確保醫療照護品質
 - 第一節 改革醫院評鑑制度
 - 第二節 產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型
 - 第三節 推廣優質護理職場概念，改善護理執業條件及環境
 - 第四節 建立醫院全責照護模式
 - 第五節 促進醫療品質與病人安全
 - 第六節 提升醫療機構廢棄物處理能力
- 第七章 健全法規制度以因應醫療體系變革
 - 第一節 改善醫療執業環境
 - 第二節 發展醫療服務產業
 - 第三節 保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制
 - 第四節 研擬執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範
 - 第五節 活絡國際醫療衛生業務交流及合作

二、分年執行策略與分工

項 目	年 度				執行單位
	102 年	103 年	104 年	105 年	
一、完備健康照護體系					
重塑初級健康照護網絡	1. 建構整合性社區健康照護網絡。 2. 開發衛生所線上學習課程。 3. 提升基層診所醫療照護品質。				醫事處、國民健康局
提升基層醫事機構服務品質	1. 提昇基層醫事機構檢驗作業品質。 2. 提昇基層醫事機構游離輻射防護品質。 3. 建立社區藥局評估考核機制及促進服務品質。				醫事處、食品藥物管理局
發展急性後期照護模式	試辦多元照護模式並評估模式推廣之可能性。				醫管會、護理及健康照護處
推展居家及社區安寧照護模式	1. 試辦居家及社區安寧照護服務模式。 2. 研議安寧照護相關指引。 3. 宣導安寧照護理念。				護理及健康照護處、醫事處、行政退除役官兵輔導委員會(103-105年)
提升身心障礙者牙科醫療服務可近性	1. 獎勵醫療機構提供身心障礙者牙科醫療服務，建置照護網絡與轉診制度。 2. 培訓身心障礙者口腔照護之專業人力。				醫事處
二、健全緊急醫療照護網絡					
強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合	1. 強化緊急醫療應變中心緊急應變機制。 2. 強化地方緊急醫療服務系統與指揮體系之結合。				醫事處
推動醫院緊急醫療能力分級制度	1. 研修醫院緊急醫療能力分級基準。 2. 辦理醫院緊急醫療能力分級評定。 3. 輔導醫院建置優質特殊照護中心，強化急、重症照護網絡。				醫事處

項 目	年 度				執行單位
	102 年	103 年	104 年	105 年	
推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	1. 鼓勵公共設施及企業團體設置自動體外心臟電擊去顫器。 2. 推動 CPR+AED 訓練。 3. 配合修訂相關法規。				醫事處
發展婦兒科緊急醫療照護網絡	1. 提昇（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合。 2. 辦理婦產科、周產期急重症教育訓練與兒科急重症相關教育訓練課程。 3. 建立當地轉診後送協調機制。				醫事處
建置緊急傷病患轉診網絡	1. 建立區域性轉診網絡及服務模式。 2. 落實急救責任醫院緊急傷病患轉診登錄。				醫事處
三、提升對偏遠地區醫療照護能力					
結合地方資源活化社區健康營造	1. 推動原住民族及離島部落社區健康營造工作。 2. 針對影響原住民族地區民眾健康狀況因素之相關議題提出改善計畫。				護理及健康照護處
偏遠地區衛生所功能再造	1. 修建離島及原住民族地區老舊衛生所（室），充實醫療硬體設備。 2. 檢討衛生所人力、作業模式及業務功能，合理調整衛生所組織及作業。				護理及健康照護處
有效運用偏遠地區緊急救護資源	1. 強化空中轉診後送支援服務。 2. 強化空中轉診審核中心審核功能及評估品質。				護理及健康照護處
強化遠距醫療資訊系統功能	1. 推動原住民族健康資訊系統及離島地區醫療數位化。 2. 建立雲端健康照護紀錄資料庫。				護理及健康照護處
加強原住民國際衛生醫療事務交流合作	1. 規劃建置健康研究資料及國際學術交流及醫療實務合作。 2. 滿足平地及都市原住民之健康及醫療需求。				護理及健康照護處

項 目	年 度				執行單位
	102 年	103 年	104 年	105 年	
重整偏遠地區公立醫院服務效能	1. 盤整偏遠地區公立醫院在地角色與功能。 2. 設定醫療人力調度及培育機制。				衛生署醫院管理委員會
四、強化醫療資源及照護支援體系					
建置醫療及資源管理系統	1. 建置整合式醫療資源管理資訊系統。 2. 配合法規之變更與因應衛生行政作業之需要，持續維護並增修現有醫事管理資訊系統。				醫事處
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工作。 2. 設置醫事審議委員會，強化病床資源管理。				醫事處
健全器官捐贈及移植網絡	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. 擴大辦理器官捐贈宣導工作，整合器官勸募網絡，推動捐贈者家屬關懷及悲傷輔導服務。 3. 提昇腎臟移植醫院能力與品質。				醫事處
建立全方位用藥安全環境	1. 建立因應高齡化社會之藥事服務模式。 2. 訂定藥事照護標準流程與相關規範。 3. 擴大特殊族群用藥安全之措施及教育宣導。				食品藥物管理局
五、均衡醫事人力及醫療專業發展					
醫事人力培育及人才羅致規劃	1. 持續評估醫事人力供需狀況，建立定期評估機制。 2. 遴選醫療機構優秀醫師出國進修。				醫事處
推展醫事人員一般醫學訓練	1. 推展畢業後一般醫學訓練計畫。 2. 推動一般醫學訓練選配計畫，提升一般醫學受訓學員招募效率。 3. 培育一般醫學訓練師資。				醫事處

項 目	年 度				執行單位
	102 年	103 年	104 年	105 年	
健全專科醫師訓練制度	1. 檢討改革專科醫師容額管制計畫，均衡各專科醫師人力發展。 2. 檢討次專科醫師人力發展需求及培育制度。 3. 持續改善住院醫師一般醫學訓練制度，推動住院醫師選配計畫。				醫事處
強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度	1. 推動專科護理師之分科及甄審、訓練醫院認定、與執業範圍擬定等相關工作。 2. 修定專科護理師相關法規。 3. 建立護產人員繼續教育辦理平台，評估護產人員繼續教育需求及課程規劃。				護理及健康照護處
充實並留置偏遠地區醫事人力	1. 辦理公費生培育，充實基層、偏遠地區及特殊科別醫事人力。 2. 培育原住民族及離島地區在地醫事人員。 3. 鼓勵醫事人員至原住民族及離島地區開業。				醫事處、護理及健康照護處
六、確保醫療照護品質					
改革醫院評鑑制度	1. 改善醫院評鑑方法及制度，建置持續性指標系統，引進以病人為中心之評鑑方法，推動醫院評鑑資訊資料化。 2. 將弱勢族群照護及友善醫院環境納入醫院評鑑基準。 3. 研議偏遠地區醫院及特色醫院評鑑標準。				醫事處
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優良機構觀摩。 2. 輔導坐月子中心轉型為產後護理機構。				護理及健康照護處

項 目	年 度				執行單位
	102 年	103 年	104 年	105 年	
推廣優質護理職場概念，改善護理執業條件及環境	1. 試辦優質護理職場醫院，並進行分區觀摩及特色表揚活動。 2. 建立優質護理職場醫院認證機制。				護理及健康照護處
建立醫院全責照護模式	1. 建立輔助護理人力全責照護模式，並逐步推廣。 2. 建立輔助護理人力管理制度。				護理及健康照護處
促進醫療品質與病人安全	1. 強化中央級醫療品質及病人安全委員會功能，推廣病人安全通報系統。 2. 輔導醫療機構提升醫療品質與病人安全，並鼓勵民眾參與。 3. 制訂與推廣醫院病人安全工作目標，持續檢討修訂醫院及診所安全作業參考指引。				醫事處
提升醫療機構廢棄物處理能力	推動醫療廢棄物資源回收再利用。				醫事處
七、健全法規制度以因應醫療體系變革					
改善醫療執業環境	1. 試辦醫療機構辦理生育事故爭議補償相關計畫。 2. 研擬醫療爭議處理與醫療事故救濟相關法案。				醫事處
發展醫療服務產業	1. 建構醫療產業發展推動平臺。 2. 適度鬆綁相關法規，營造產業發展環境。 3. 設立專辦國際醫療之醫療機構，並規劃相關認證工作。				醫事處
保障受試對象權益及完善倫理審查機制	1. 提升醫療機構人體研究審查委員會之功能，並強化相關審查及監督機制。 2. 適時審視相關法規，保障受試對象權益。				醫事處

項 目	年 度				執行單位
	102 年	103 年	104 年	105 年	
研擬執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範	1. 規劃及研擬相關法規或草案之制定及建立實驗室查核標準及申請程序。 2. 對執行臨床試驗檢體分析之國內實驗室辦理查核工作。				食品藥物管理局
活絡國際醫療衛生業務交流及合作	1. 辦理需求導向之國際醫療衛生合作計畫，加強國際醫療衛生業務交流。 2. 前瞻性培育國際醫衛人才。				國際合作處、企劃處

三、計畫執行步驟與方法

第一章 完備健康照護體系

第一節 重塑初級健康照護網絡

世界衛生組織於 1978 年 Alma-Ata 健康宣言中提出，基層健康照護是人民的基本權益，初級健康照護需要大量的社區資源參與，以提供綜合性及廣泛性的服務，和以社區為基礎的預防保健服務。社區健康服務體系除衛生所外，尚包括各醫院、診所、藥局等。預防保健工作應深入社區與醫療體系密切結合，運用各機制，促成醫院、診所、藥局等醫事人員主動參與，提供社區民眾各項預防保健服務，以照護社區健康及提升民眾自我照顧的能力，達到促進健康與預防疾病，進行預防重於治療之源頭管理。此外，基層醫療應針對急症或重症病人，強化第一線與後送機構之處理機制；另加強慢性病管理與老人整合性醫療照護，及憂鬱症早期發現之追蹤管理，落實由急性、急性後期、安寧緩和醫療照護、居家與社區照護之持續性照護。

自民國 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險以來，降低民眾因疾病所造成的財務危機，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，初級醫療照護及慢性病患佔據重症醫療資源，醫療院所間之垂直分工及與水平合作機制，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、長期照護等體系之加強聯結，逐步落實本土之家庭醫師制度，仍需持續努力。

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，但對於公共衛生知能及社區民眾整體照護，仍可再加強。全國 372 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、醫事人員所屬公（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，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衛生所人員仍舊有限。

一、策略作法

由縣市衛生局主導轄區健康資源與人口需求之評估，連結各項公共衛生及包含衛生所在內之社區醫療資源，建構社區健康照護網絡，發展以社區人口為單位之個案管理機制，以落實醫療機構之分工與整合，並藉由衛生行政單位相關教育及行政支援挹注，加強基層醫療機構公共衛生及防疫保健等功能，提升區域內基層醫療機構照護品質。

（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，針對不同性別、族群、地區、產業與工作屬性群體，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）衛生所之培力：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台上，藉由個人電腦、行動載體（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。

（三）落實醫療機構之分工與整合，擴大基層醫療機構之參與：為共同建立社區健康照護網絡，參照社區醫療群模式之基礎，透過各轄區衛生局（所），結合各社區內衛生、教育及社會等相關資

源，鼓勵基層醫護人員提供符合社區民眾需求之外展式服務，促進基層醫療機構積極參與，可跨組織（或單位）結合不同分科成為照護團隊，同時，鼓勵基層開業醫師參與配套之教育訓練，依區域需求發展學習型組織與資訊分享機制，建立良好之社區健康照護模式。

（四）提升基層診所醫療照護品質

1. 推廣診所病人安全活動及醫療品質提升方案，就診所版病人安全作業參考指引、診所版病人安全與醫療品質工作目標、台灣病人安全通報系統（TPR）異常事件通報與分析學習，以及示範診所等議題，針對基層從業人員，推廣病人安全與醫療品質理念，藉以提升基層診所對病人安全內涵認知，並深耕病人安全文化。
2. 研議辦理病人安全示範診所作業，鼓勵基層醫療院所，以自願參與為基本原則，推廣診所辦理醫療品質提升計畫，推動性別友善之醫療照護環境，並由地方衛生機關建置標準作業程序，就所轄醫療機構業務，定期實施督導考核作業。執業優良者，頒發示範診所標章以資鼓勵，另針對待改善之診所，則加強輔導作業，以確保民眾就醫安全，減少不必要的醫療糾紛。另建置標竿學習對象，強化基層院所的自主管理能力，俾利同儕觀摩學習與相互交流，增進醫療品質與落實病人安全理念，並提供民眾就醫選擇參考。
3. 建立良善診所與醫院間合作模式，以充實診所相關設備或人力不足之先天性限制。
4. 鼓勵診所辦理社區健康營造業務，結合當地社區與社會福利資源，配合辦理相關健康維護活動，提供性別友善且便利之身心健康諮詢、健康促進與衛生教育，以及相關資訊/資源之轉介，強化診所人文關懷面向，敦促診所主動扎根「在地醫

療」，並與病人建立夥伴關係。

二、預期效益

- (一)強化社區醫療體系，建構整合性社區健康照護網絡，以落實醫療資源之垂直與水平整合，強化社區篩檢及發展個案追蹤機制。
- (二)藉由不受傳統的上課與進修方式限制之線上學習模式，充能衛生所醫護人員，以提昇衛生所服務品質。
- (三)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)每衛生局依轄區範圍及人口數，每年度最高不超過 3,500 千元/年估算，102 年至 105 年每年預計約需 21,309 千元，4 年共計 85,236 千元。
- (二)開發衛生所線上學習課程，102-105 年每年預計 3,542 千元(其中資本門為 50 千元，經常門為 3,492 千元)，4 年共計 14,168 千元(其中資本門為 200 千元，經常門為 13,968 千元)。

第二節 提升基層醫事機構服務品質

醫學檢驗為醫療保健業務中非常重要之一環，檢驗作業品質之好壞影響整個健康照護服務之成效與品質，衛生署於 98 年至 100 年陸續委託辦理基層醫事檢驗機構能力測試及輔導措施，惟診所之參與意願明顯偏低；依統計資料，100 年國內診所申請檢驗項目健保給付家數約計 5,000 家，加上目前既有之 443 家基層醫事檢驗所，截至 100 年 8 月，約計 5,500 餘家基層醫事機構可能實際執行醫事檢驗業務。為確保基層醫事機構之檢驗作業品質，爰透過外部品質管理措施等進行輔導及提升。

另由於基層醫事機構（包含診所、醫事放射所及衛生所）普遍設有可發生游離輻射設備，設備操作人員（醫師及醫事放射師）的專業

素養及 X 光機設備使用管理與作業品質的良窳，攸關民眾接受檢查時輻射曝露劑量的多寡與檢查影像訊息品質，爰針對基層醫事機構之放射檢查作業品質，主管機關必須透過其他行政措施予以輔導及提升。

社區資源整合需建立良好的基礎，藉由推廣民眾利用基層醫療體系及社區藥局，以活化社區基層健康照護，同時落實藥局之在地價值，推動社區藥局基層照護，以民眾可近的資源，傳播正確用藥的觀念，營造良好的社區醫療環境。然而，由於釋出至社區藥局處方箋量不足，藥局藥品流通與備藥欠缺完善機制，以致民眾持處方箋至社區藥局調劑卻無法取得與醫院或診所相同的藥品，致民眾對於社區藥局服務專業與品質觀感不佳。又藥局的藥品調劑在醫藥分業後扮演重要之角色，依藥品優良調劑作業準則之規定，藥師依醫師開立的處方箋調劑藥品並提供用藥諮詢的服務。為確保調劑品質及用藥安全，藥局的訪查監督機制是不可或缺的，品質及管理的稽核機制為社區藥局照護品質提升重要的環節。

一、策略作法

- (一) 為達到全面基層醫事機構作業品質之提升，除透過各種輔導措施如：實地輔導、繼續教育、品保實作等，輔導基層醫事機構符合相關法令規範，並運用地方衛生主管機關督導責任及加強醫事檢驗人員與醫事放射人員相關公會對其會員提供協助，以達到全面提升基層醫事機構之基礎檢驗作業能力及放射作業品質之目標。
- (二) 建立社區藥局評估考核機制，提升社區藥局專業品質。
- (三) 建立藥局供應平台或藥品支援系統。
- (四) 辦理社區藥局諮詢服務與專業核心課程訓練，提升社區藥事人員專業服務能力。
- (五) 與醫院合作，訂定社區藥局藥品調劑藥品雙重確認關鍵指標，輔導社區藥局遵守專業規範，建立優良示範藥局。

二、預期效益

- (一)提升診所、醫事檢驗所、衛生所等基層醫事機構檢驗作業品質，並促進地方主管機關對於基層醫事機構之基礎檢驗作業能力之管理。
- (二)促進基層醫事機構正確使用及管理可發生游離輻射設備，以提升其游離輻射防護品質。
- (三)促使藥品流通及提供藥局之間藥品調度服務，提供社區民眾完整的藥事服務及健康照護。
- (四)增進民眾對於藥物使用的正確觀念。
- (五)推動實施藥局評估考核與輔導，逐步落實家庭藥師的觀念。

三、預算

- (一)102年至105年，於提升基層醫事機構之基礎檢驗作業能力及放射品質方面，預計研擬相關輔導措施辦理方式及實地執行作業所需經費，102至105年各約需4,150千元，4年合計須16,600千元整。
- (二)102年至105年，於社區藥局品質提升方面，預計102-105年約需4,000元，4年合計須16,000千元整。

第三節 發展急性後期照護模式

為因應高齡化的社會變遷，國內近年來正積極發展長期照護體系，而全民健康保險也為了控制論量計酬所導致醫療費用快速成長，促使醫療供給者有效率的提供服務，減緩醫療照護支出的成長，也將逐步導入前瞻性支付制度(如 DRGs)做為主要改革方案之一。因此，規劃發展過去較被忽視的急性後期照護措施，是完備持續性照護體系的當務之急。

急性後期照護是介於急性醫療與長期照護之間的健康照護服務，藉由提供病人積極的復健，無論是生理的或心理的復健，協助病

人從急性病院出院回到社區前所需要持續性的健康照護服務。英國老年醫學會也依循同樣的概念與精神，發展中期照護的健康照護模式，旨在幫助病人由疾病急性期過渡至恢復期、讓原可在家中照顧之慢性功能缺損個案，預防其生活功能的惡化而過早入住機構，或是協助末期病人盡量在生命末期維持一個儘可能的舒適狀態。

目前國內推動急性後期照護服務，係以榮民醫療體系為主，以社區醫院模式推動，而衛生署為強化持續性照護體系，並以署立醫院附設護理之家及一般護理之家模式等多元方式進行試辦。退輔會模式的推動以英國中期照護為主要發展模式，輔以周全性老年評估做為功能性評估的基礎，其成果顯示，在審慎的以周全性老年評估為工具篩選個案進行治療的條件下，平均年齡達 82.7 歲的老年病患能在平均六週的治療期間有效改善其身心功能，而進一步研究也發現，接受中期照護的個案之短期功能進步對於病患長期健康狀況也有顯著的改善，顯見此一模式的短期與長期成效，相當具有推動的意義。

一、策略作法

(一) 研議照護對象之界定及收案標準與評估方式：

急性後期照護方案旨在照顧中和低密集照護程度的個案，採目標導向治療，在急性住院之後或取代急性住院治療，以一種或一種以上特定、積極、複合的醫療狀況或複雜技術性之照護處理。急性後期照護單位不需要提供像醫院一般密集程度的照護，但是比一般護理之家需要更密集的照護，相關的專業人員應具有相當知識評估和管理該特殊情況並執行所需的程序。適合急性後期照護的對象例如：心臟復健、腫瘤復健 (oncology recovery, 如接受化療及放射線治療)、肺部的狀況、骨科復健、神經系統障礙/中風、複雜的傷口處置及靜脈注射 (每天兩次以上) 等。照顧的持續時間從短期 (short term) 3-30 天、中期 (intermediate) 31-90 天，至長期 (long-term) 91 天到 2 年。

(二)發展多元照護模式，輔導可轉型之醫療機構或護理機構參與試辦計畫，配合十年長照計畫所提供之社區居家專業治療服務，包括物理治療、職能治療、醫師與護理人員訪視等，建立社區居家急性後期照護服務模式。

二、預期效益

(一)擴大急性後期照護服務對象與內容，強化健康照護服務體系的連續性及完整性。

(二)增進急性醫療及長期照護資源配置的效率。

三、預算

(一)署立醫院試辦急性後期照護計畫，102-105年每年經常門5,665千元，資本門13,680千元，共計19,345千元，4年合計77,380千元（經常門22,660千元，資本門54,720千元）。

(二)急性醫院、復健相關機構、技術性護理之家或居家護理機構等合作提供服務模式發展，102至105年每年預算編列約需新台幣2,400千元（資本門），4年總計9,600千元。

第四節 推展居家及社區安寧照護模式

本署為提升癌症末期病患照護品質並有效利用急性病房資源，自84年開始辦理推動安寧療護計畫及訂定安寧療護病房設置參考規範，85年將安寧居家照護納入健保給付試辦計畫，89年安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫，惟臨終照護涵蓋範圍不僅限於癌症患者且醫院提供較侷限於安寧照護醫療服務，99年本署著手研議安寧緩和醫療照護模式於長期照護機構施行之可行性，為落實非癌疾病末期安寧照護，開始於護理之家試辦安寧緩和照護模式，以促使護理之家能與社區醫院結合，融入安寧療護的理念與實務，減輕臨終末期個案與家屬負擔，爰本署規劃推動居家及社區安寧照護模式。另外，安寧緩和照護人力的訓練與照護模式的建置至為關鍵。安

寧緩和醫療發展是以安寧專業人員其服務理念融入病人日常的醫療照護中，使病人的症狀得到妥善緩解，進而心靈亦得到平撫，安詳面對死亡。因此，本計畫將積極推展安寧療護業務，以期提供病人及其家屬高優質照護。

一、策略作法

- (一)獎勵社區醫院成立安寧照護團隊，建構完整護理之家及長照機構之支援及轉介網絡。
- (二)研擬安寧照護相關照護措施之指引，如友善環境與設施、疼痛控制。
- (三)試辦居家及社區基礎的安寧照護服務模式，急性醫療與長期照護、安寧照護及社區照護等服務資源之連結模式。
- (四)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。
- (五)補助相關民間專業團體辦理安寧緩和醫療相關研究計畫，以供訂定及修正法規之參考。
- (六)103年起獎勵社區榮民醫（分）院發展社區式安寧緩和照護模式，成立安寧緩和醫療專業照護團隊；試辦榮民體系安寧緩和醫療全程照護網絡；協助無眷單身榮民預先規劃醫療照顧計畫或指定醫療委任代理人。

二、預期效益

- (一)拓展一般護理之家(含設置日間照護)特殊照護型態服務模式，提供需安寧療護者及其家屬等多元化照護服務。
- (二)提供個案照護模式的多元選擇。
- (三)藉由宣導安寧緩和醫療的理念，增加一般社會大眾對安寧緩和醫療的認知，並在身體健康時提前思考安寧緩和醫療的意義與自身的接受度，有其必要性，以讓更多民眾及醫事人員對安寧

緩和醫療意願，有正確之認知。

三、預算

- (一)每年預算編列補助一般護理之家辦理安寧照護模式約需新台幣 5,858 千元(資本門)，4 年共計 23,432 千元。
- (二)為辦理加強宣導安寧緩和醫療的理念，102 至 105 年各約需 3,550 千元，其中經常門為 3,200 千元，資本門為 350 千元，4 年共計 14,200 千元(經常門為 12,800 千元，資本門為 1,400 千元)。
- (三)榮民醫療體系自 103 年起辦理安寧緩和醫療相關計畫，包括獎勵社區榮民醫(分)院發展社區式安寧緩和照護模式；試辦榮民體系安寧緩和醫療全程照護網絡、協助無眷單身榮民預先規劃醫療照顧計畫或指定醫療委任代理人；103 至 105 年編列經費各為 13,400 仟元(含資本門 1,900 仟元，經常門 11,500 仟元)、13,300 仟元(含資本門 1,800 仟元，經常門 11,500 仟元)、13,300 仟元(含資本門 1,800 仟元，經常門 11,500 仟元)，總計需經費 40,000 仟元(含資本門 5,500 仟元，經常門 34,500 仟元)。

第五節 提升身心障礙者牙科醫療服務可近性

身心障礙者之牙科醫療服務可分為兩個層次，對於情緒及行為無須特別照顧者，其牙科診療方式與一般民眾並無太大差異，但對於有嚴重情緒困擾或重度智障之身心障礙者，因其生活自理能力的欠缺，口腔衛生不易維護，求診時機亦較延遲，以致使其牙科醫療之處理，更為耗時與困難，或常需要進行鎮靜或麻醉，再施予牙科診療。

目前全國 22 縣市均已依身權法第 24 條第 2 項規定，指定醫院為身心障礙者提供牙科醫療及早期療育之特別門診服務，除此之外，為強化身心障礙者牙科醫療服務效能，實應結合社福、教育及醫療等專

業，藉由早期篩選發現個案，早療體系、社福資源之轉診、通報，與醫療服務體系共同合作，提供適當的個案管理、就醫服務與衛生教育，以助於身心障礙者口腔保健，爰發展以結合社福與教育體系資源的服務網絡模式，提升身心障礙者牙科醫療服務可近性。

一、策略作法

- (一) 獎勵醫療機構提供身心障礙者牙科醫療服務，以有效改善身心障礙者口腔健康問題。
- (二) 連結社福、教育與醫療不同領域之專業，建置身心障礙者牙科醫療服務網絡及轉診制度。
- (三) 培訓身心障礙者口腔照護之專業人力，以充實人力資源，提升醫療照護品質。

二、預期效益

建立跨領域之牙科醫療服務網絡，增進牙科醫療服務可近性，強化醫療照護人員專業品質。

第二章 健全緊急醫療照護網絡

第一節 強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合

在台灣過去的歷史中，經歷過許多災難，有些是自然力量所引起，有些是人為因素所產生，常導致人民生命財產、居住環境的破壞、經濟產業的受創、人民生活秩序的脫軌、以及社區居民生理和心理的創傷等。因應災難之發生，緊急醫療網推展迄今，已漸顯績效，包括法規的研訂與修訂、中央與地方行政單位間垂直與水平之聯繫、各類專業人員培育與訓練、精密儀器與設備的建置、到院前的處置與運送、急診醫療品質的提升、各類災難演習等等，已建置本土化一般及大量傷病患緊急醫療體系的架構及運作模式，但是災難發生有其不確定性，加上醫療災害不僅可來自於疫情的發生，也可源自其他自然的災害，如風災、水災、地震；意外災，核災；以及人為災害，如化學恐怖災、生物恐怖等災害。當不同的災害發生時，我們的指揮系統除了因應災害外，平時亦要加強預防、準備，而災後亦要進行復原工作。因此，任何可引起大型醫療災害的事件發生時，應該有一完整且統一的因應機制，提升應變能力使損害降到最低，讓人民的生命健康更有保障，因此，持續發展健全的緊急醫療救護體系，仍是緊急醫療救護最重要的工作。

未來將持續強化六大分區內緊急醫療服務系統資源與指揮體系之整合，期能規劃適當跨區域支援網絡。即使災難不幸發生時，也能將損害減到最低並縮短復原所需的時間。

一、策略作法

(一)持續加強各區域緊急醫療應變中心緊急應變機制：

1. 整合區域化災及輻傷醫療協調中心，將區域內化災、核災急救責任醫院、醫療除污與個人防護裝備儲備醫院各項服務等業務及設備納入應變中心管理。

2. 建立全國緊急醫療資訊、資源平台，掌握各地區醫療資源、救護設施、人力等網絡，隨時監控及提供全國緊急醫療資源狀況。
3. 強化災難發生時，指揮體系與災難應變網絡運作機制。
4. 建立災害醫學資料庫：針對已發生之災害事件，蒐集並分析相關資料，針對現有之措施加以改善，以達到災難預防、準備、反應的最佳效果。
5. 持續強化災難醫療救護隊，配合緊急醫療網分區及急救責任醫院的能量與需求，同步架構災難醫療救護隊垂直與跨區域橫向連繫網絡，因應不同規模災難，定期辦理訓練、演習與實際支援，提升對災難事件之快速機動反應，於災難初期立即救援，有效減少災損。

(二)持續強化各縣市政府緊急醫療服務系統與指揮體系之結合，並提升緊急應變機制：

1. 各縣市地方政府配合修訂緊急醫療救護相關子法規之完整性。
2. 發生大量傷病患時，直轄市及縣市衛生主管機關指揮、派遣及災情通報作業機制之建立。
3. 建立轄區內災害之緊急醫療救護應變標準流程並舉辦大量傷病患桌上演練或共同實務演練。

(三)持續強化災難醫療救護隊及地區性災難醫療體系：整合國家級災難醫療救護隊與地區性災難醫療救護隊，配合緊急醫療網分區及急救責任醫院的能量與需求，同步架構災難醫療救護隊垂直與跨區域橫向連繫網絡，因應不同規模災難，定期辦理訓練、演習與實際支援，提升對災難事件之快速機動反應，於災難初期立即救援，有效減少災損。

二、預期效益

- (一)提升對災難事件之快速機動反應，於災難初期立即救援有效減少災損。
- (二)提升直轄市、縣(市)衛生主管機關大量傷病患事件或災害發生時，緊急醫療救護應變能力。

三、預算

- (一)區域緊急醫療應變中心 102 年至 105 年，預計每年約需 72,701 千元，其中資本門為 10,356 千元，經常門為 62,345 千元，4 年合計需 290,804 千元整(其中經常門為 249,380 元，資本門為 41,424 元)。
- (二)其他緊急醫療服務系統與指揮體系，102 年至 105 年，預計每年約需 43,596 千元，其中資本門為 9,839 千元，經常門為 33,757 千元，4 年合計需 174,384 千元整(其中經常門為 135,028 元，資本門為 39,356 元)。

第二節 推動醫院緊急醫療能力分級制度

隨著國人生活型態之改變，十大主要死因順位前五名依序為惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、糖尿病、事故傷害。其中，對於心臟疾病、腦血管疾病及事故傷害之發生，掌握醫療處置黃金時間，提供最適切醫療服務，攸關救治之成功與否。再者，近年未滿 1 歲嬰兒粗死亡率約為 4.5%，其中未滿 4 週之新生兒死亡人數占嬰兒總死亡數之 6 成，其主要死亡原因除了先天性畸形、變形及染色體異常外，源於周產期的呼吸性疾患、事故傷害占總嬰兒死亡人數約 1/4。在出生率逐年下降之際，孕產婦兒科醫療照護品質不僅為重要之衛生指標，更是國家發展之重要施政工作之一。

為能搶救急、重症病人之生命與改善預後情況，積極強化醫院對急重症醫療處置之效能及品質，應有其必要性。本署自 98 年起依緊急醫療救護法規定，建立醫院緊急醫療能力分級之機制，針對醫院緊

急醫療處置能力及持續性照護品質進行深度評核，以提升急、重症醫療照護品質。

一、策略作法

- (一)邀集學者、專家組成分級評定基準研修小組，針對醫院緊急能力評級表、分級評定基準及作業程序等進行檢討修訂，並符合醫院運作現況及可行性。
- (二)辦理醫院緊急醫療能力分級評定作業並定期公告評定結果。
- (三)持續進行醫院緊急醫療能力不定時及即時追蹤輔導訪查機制，以輔導醫院持續改善並提升急、重症醫療照護品質。
- (四)輔導醫院建置優質之特殊照護中心，強化急、重症照護網絡。
 1. 研訂醫院各類特殊照護中心之設置基準。
 2. 依醫院之特性及專長，輔導建置優質之腦中風中心、急性冠心症中心、外傷中心、周產期照護中心、兒科重症照護中心、急診中心，並完成各類照護中心之認證，確保臨床處置效能，俾利病人獲得即時、適切之醫療服務。

二、預期效益

建構急、重症照護網絡，提供民眾即時、優質之照護品質。

三、預算

102年至105年每年約需5,500千元，4年合計需22,000千元整。

第三節 推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用

全國每年大約有2萬名民眾發生到院前心臟停止，在消防單位皆配有AED的情況，救活率只有5%，如果大力推廣於公共場所廣設AED並訓練民眾使用，將可望即時挽救更多的生命。

為營造一個健康、安全環境，使民眾在發生意外事故時，能於第一時間獲得即時救治，參考歐美日等先進國家推廣與設置自動體外心

臟電擊去顫器 (AED) 之經驗，全面推動「心肺復甦術加自動體外心臟電擊去顫器 (CPR+AED) 訓練」並鼓勵企業團體設置 AED。

一、策略作法

- (一)參酌國外推動經驗與國內緊急醫療資源現況，針對設置優先次序、立法需要與實施步驟等，擬定可行性評估與推動計畫。
- (二)為消除民眾疑慮及鼓勵民眾對緊急傷病患者伸出援手，擬參考美國、加拿大等國家，將「善良的撒瑪利亞人法」救人不受罰精神納入緊急醫療救護法。
- (三)每年至少完成 50 處企業、團體內 70% 員工接受 CPR+AED 訓練，並請各縣市政府衛生局針對府內機關辦理前開訓練。
- (四)持續針對設置 AED 且員工有 70% 接受 CPR+AED 訓練的企業、團體，進行認證，鼓勵企業團體設置 AED。

二、預期效益

大力推廣於公共場所廣設 AED 並訓練民眾使用，將可望即時挽救更多的生命。

三、預算

102 年至 105 年每年約需 4,100 千元，4 年合計需 16,400 千元整。

第四節 發展婦兒科緊急醫療照護網絡

國內生育率逐年下降，婦產科與兒科專科醫師人力面臨執業年齡老化，專科醫師成長趨緩之問題，進而造成中小型醫院維持產科及兒科 24 小時運作困難，甚至部分偏遠地區夜間及假日無兒科醫師看診之窘況。

為了提供孕產婦及兒童 24 小時之緊急醫療照顧，保障其生命安全及偏遠地區民眾之就醫可近性與品質，遂推動辦理「提昇(婦)產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」。其策略如下：

一、策略作法

- (一)辦理「提昇(婦)產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」，提供 24 小時(婦)產科與兒科緊急醫療服務。
- (二)獎勵醫院提供 24 小時(婦)產科(含新生兒)或兒科緊急醫療服務，整合當地及鄰近地區醫療資源，並與婦產科及兒科專科醫師合作，於夜間及假日值班，提供生產及急、住診等緊急醫療服務。
- (三)辦理婦產科、周產期急重症教育訓練與兒科急重症相關教育訓練課程，鼓勵當地之專科醫師參與課程，強化專科醫師之專業技能。
- (四)建立當地轉診後送協調機制：整合當地醫療機構，較高層級醫院需接受較低層級醫療機構之轉診，如遇重症個案時，上轉至重度級急救責任醫院或醫學中心，以建立轉診網絡。

二、預期效益

提供 24 小時(婦)產科、兒科緊急醫療照護服務，保障其生命安全。

第五節 建置緊急傷病患轉診網絡

急診病人約有 75%為病人自行就醫、10%由消防局 119 送醫，有 15%則為各醫療院所急診、門診之轉診病人，又以醫院急診室之緊急傷病患轉診更為重要，是以，強化其轉診品質及推動正確且安全的轉診為迫切的議題。

一、策略作法：

- (一)建立緊急傷病患轉診系統與資訊管理平台，以促進轉診效率與品質。
- (二)建置緊急傷病患轉診網絡，原則以重度級急救責任醫院為基地醫院，整合所在一、二級醫療區域內之一般級、中度級急救責任醫院及本署補助之特殊急重症照護中心。

(三)訂定合作協議，內容以病人服務為主，包括彼此間轉診服務方式、網絡醫院對基地醫院之緊急傷病患向上轉診及基地醫院對網絡醫院之向下轉診等。

二、預期效益

- (一)完成急救責任醫院緊急傷病患轉診網絡。
- (二)落實急救責任醫院緊急傷病患轉診登錄。

第三章 提升偏遠地區醫療照護能力

第一節 結合地方資源活化社區健康營造

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而各原住民鄉均不同，與全體國民比較更是有顯著差距；依據 99 年原住民族人口及健康統計年報，原住民族平均死亡年齡 70.3 歲，較非原住民族低 8.8 歲；男性 66 歲，女性 74.78 歲，較非原住民族分別低 10.13 歲及 7.77 歲。另外，在主要癌症死因上，98 年原住民族癌症死亡人數 698 人，男性 380 人，女性 318 人。較上年癌症總死亡人數增 53 人，其中男性增 20 人，女性增 33 人。男性所有癌症死亡人數較女性為高，前十大主要癌症死因以食道癌、肝和肝內膽管癌、胃癌與口腔癌男性死亡率高於女性較多。離島地區地理環境特殊，海空為其與台灣本島的交通運輸工具，但又常常受天候的影響，導致民眾生活上不便。故原住民及離島地區因地處偏遠且醫療資源缺乏等因素，需有加強醫療保健等各項措施。

一、策略作法

本署自 89 年度起，於原住民族及離島地區，辦理「部落社區健康營造計畫」，計畫採「由下而上」、「因地制宜」與「永續經營」等三大方向制定部落健康議題；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；藉由部落特色，使健康生活透過有效營造及串聯，使健康議題融合部落文化的效益加倍，以達到部落永續經營與發展。

(一)成立原住民及離島部落社區健康營造輔導中心，培訓各部落營造中心專案經理人提昇企劃書撰寫能力，辦理部落社區健康營造觀摩會，以創意競賽及媒體行銷的方式，提升部落社區民眾健康營造之參與感。

(二)培育原住民及離島地區衛生小天使宣導種子，使部落預防保健觀念從小扎根，同時也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。

- (三)依據部落健康評估擬定在地化健康議題，與各衛生所合作積極推動在地健康議題，成立健康評估小組及推動委員會進行社區資源整合及運作。
- (四)招募及培訓之志工，系統性的組織與運作，並發揮示範及推廣的功能。
- (五)以部落社區健康營造組織策略，鼓勵社區民眾接受定期疾病篩檢及相關健康促進，以相互扶持激勵的方式，建構部落支持性網絡，來促進彼此的健康生活。
- (六)原住民族地區民眾健康狀況允應重視，並研謀改善影響健康之因子。針對影響原住民族地區民眾健康狀況因素之相關議題提出實施方法。提出分年限之短、中、長程計畫目標，以規劃永續策略，建構健康部落願景。
- (七)規劃永續策略，建構健康社區願景。建立量性及質性的評估指標，二年以上之計畫應逐年評估計畫效益與部落健康趨勢，提出實施困境的改善策略。
- (八)規劃原住民及離島地區部落社區營養飲食衛生宣導。
- (九)規劃原住民及離島地區健康志工培訓業務。

二、預期效益

為整合相關資源並扮演社區健康營造之協力窗口，推動部落健康營造之精神乃在既有的衛生體系，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。

三、預算

於原住民族及離島地區推動健康促進相關工作及健康需求調查，102年至105年，預計每年約需44,832千元，4年合計需179,328千元整。

第二節 偏遠地區衛生所功能再造

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，地域遼闊，加上當地特有的生活型態及風俗習慣，且一般經濟及就業情況較差，導致許多健康及公共衛生的問題。

當地醫療、公共衛生及保健業務，常需仰賴各縣市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，且因屬偏遠地區地方政府委託工程招標不易，廠商投標意願不高，採購作業期程延長，常常影響工程進度。

一、策略作法

- (一)依據「行政院衛生署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，致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)考量當地衛生所之需求，更新購置醫療資訊設備、救護車或巡迴醫療車輛，持續強化離島及原住民地區衛生所(室)醫療服務資源、並充實在地醫療之硬體設備，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保健促進計畫及強化原住民族及離島地區緊急醫療服務救護訓練相關工作」案，以利該等地

區醫療業務之推行。

(四)衛生所人力、作業模式及業務功能檢討。

1. 因應業務之需求，委託專家評估檢討現有衛生所人力、作業模式及業務功能，合理調整衛生所組織及作業。
2. 加強衛生所人員之行政、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。
3. 強化山地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，結合中央健保局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。

二、預期效益

- (一)改善衛生所(室)辦公廳舍及環境，提昇該地區之醫療保健服務品質及滿意度，充實原住民及離島地區醫療保健資源。
- (二)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。
- (三)強化原住民鄉醫療服務品質，健全救護體系，辦理醫療保健促進計畫及當地救護專業訓練，提昇民眾相關災害緊急應變評估處理能力。

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，102年至105年，預計每年約需資本門37,107千元，經常門2,000千元整，共計需39,107千元整，4年合計需156,428千元整(資本門148,428千元，經常門8,000千元整)
- (二)原住民及離島地區辦理各項資訊設備購置每年依各縣市所提需

求規劃預算編列，102年至105年，預計每年約需33,913千元（資本門），4年合計需135,652千元整。

- (三)原住民地區及離島地區辦理醫療保健促進計畫及緊急醫療服務救護訓練等相關工作，每年依各縣市所提需求規劃及預算編列，102年至105年，預計每年約需7,200千元，4年合計需28,800千元整。

第三節 有效運用偏遠地區緊急救護資源

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，本署秉持「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，提升離島地區醫療品質。

一、策略作法

- (一)強化本署空中轉診審核中心審核功能，以提昇離島地區空中轉診評估之品質。
1. 廣續辦理空中轉診審核中心，辦理離島偏遠地區到院後所需之空中轉診申請、審核、協調及諮詢等工作。
 2. 審核作業資訊化。
 3. 加強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，透過該系統與本署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。
- (二)強化空中轉診後送來台支援服務
1. 強化航空器飛行支援體系，鼓勵民間航空公司加入，離島地區空中緊急醫療轉診後送服務之航空器不足部分，則協調內政部空中勤務總隊派遣支援。
 2. 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。

3. 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，其中本署補助額度為二分之一，民眾負擔二分之一；另凡符合衛生署空中轉診適應症者，經本署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%由本署編列預算補助，民眾負擔5%。

4. 加強審核以避免資源浪費。

(三) 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，以維持離島地區醫院一定之醫療作業水準，增進民眾就醫可近性。

(四) 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具體策略如下：

(1) 澎湖地區醫療資源整合：由澎湖縣衛生局協調，本署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，本署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:由本署金門醫院負責醫療資源整合，所需醫療專業人力、費用由「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS計畫)經費支應，必要時，由本署區域聯盟醫院支援，本署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，所需醫療專業人力、費用由「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS計畫)經費支應，必要時，由本署區域聯盟醫院支援，本署將補助基本營運所需相關費用。
- (4) 為改善花東縱谷地區醫療資源缺乏問題，強化原住民醫院在地化並予以基本營運維持費，以維持在地醫療，減少往返後送。

二、預期效益

- (一) 運用有限之空中救護資源辦理空中後送，提供原住民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。
- (二) 維護離島嚴重傷病患，因當地無法獲得妥善醫療照護，而需轉診至本島就醫之權益。
- (三) 增進離島民眾在地就醫可近性及充實在地醫療資源，以提供離島地區民眾所需之醫療照護服務。

三、預算

偏遠及離島地區急重症傷病患轉診相關工作及原住民地區與離島地區醫療品質維護相關工作，102-105年每年預計約需146,480千元，其中經常門為138,807千元，資本門為7,673千元，4年經費共計需585,920千元(含經常門555,228千元、資本門30,692千元)。

第四節 強化遠距醫療照護資訊系統功能

「台灣遠距醫療效益評估指標之建立與分析研究計畫」的結論指出，下一階段建議繼續發展遠距門診的技術，其中醫療資訊系統發展計畫必須要符合轉診、轉檢共通之醫療資訊系統、要有共享之電子病歷系統及醫療影像儲傳系統。台灣原住民族及離島地區因環境特殊，地區遼闊，交通不方便，醫療資源缺乏，醫療服務資訊化程度亦明顯落後，提升共用醫療資訊系統，有助於整體醫療品質改善。因此，藉由 HIS 及 PACS 系統的建置，將當地衛生所、支援醫院及緊急醫療責任醫院(IDS)等三方，做跨區域的資訊連結，以發揮原住民鄉共同醫療照護的功能。

一、策略作法：

- (一)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(含本署醫院支援判讀相關工作)。
- (二)廣續辦理醫療資訊系統增修、保固及維護計畫。
- (三)辦理原住民及離島地區網路連線通訊費用。
- (四)發展照護雲，建立雲端健康照護記錄資料庫。

二、預期效益

提供即時衛生所醫療診斷，避免重覆浪費醫療資源，提升醫療服務之品質。

三、預算

推動醫療資訊化每年依需求規劃及預算編列，102 年至 105 年，預計每年約需 16,010 千元(經常門 15,510 千元及資本門 500 千元)，4 年合計需 64,040 千元整(經常門 62,040 千元及資本門 20,000 千元)。

第五節 加強原住民國際衛生醫療事務交流合作

辦理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，藉多方醫療保健學術研究研討活動，使原住民議題邁入國際化，並經兩岸少數民族醫療相關交流活動，達到相互學習及精進之目的。另為因應近年都會區原住民人口比例已激增至 56%，故加強辦理都市原住民之醫療照護等工作。

一、策略作法

- (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。
- (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。
- (三) 規劃辦理重要疾病之調查及防治、辦理醫療保健、衛教宣導、及南島民族醫療交流合作等。
- (四) 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。
- (五) 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。
- (六) 透過巡迴醫療或衛生局、所網路便民服務之衛生資訊系統等多管道加強輔導都市原住民運用全民健保等相關醫療衛生資源。

二、預期效益

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。

三、預算

- (一) 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，102 年至 105 年每年預計約需 500 千元，4 年合計需 2,000 千元整。
- (二) 平地及都市原住民巡迴醫療、衛教宣導保健服務，102 年至 105

年，預計每年約需 600 千元，4 年合計需 2,400 千元整。

第六節 重整偏遠地區公立醫院服務效能

署立醫院於早期省制時期，對地方的醫療服務扮演相當重要的角色，基於照顧偏遠地區民眾的健康，不少署立醫院設在民間不願投資的偏遠離島地區，雖不具經濟規模，卻仍提供必要的急重症與特殊醫療服務。隨著財團法人醫院快速成長，使國內醫療市場高度競爭，造成都會地區醫療資源過剩，連帶使得署立醫院扮演的角色逐漸弱化，然而偏鄉離島醫療資源仍然相對不足。署立醫院目前有數家位處偏遠離島醫療資源缺乏之醫院，其以營運狀況、醫療設備、醫師人力科別需求各有不同，而現況署立醫院中仍未有大型醫學中心級醫院足以承載旗艦醫院之支援負擔。此外，各院缺乏明確的在地化角色定位，及院際間總體統合調度之機制，故人力運用多僅於短期救急或暫時填補，以致偏遠離島醫院運用服務模式運作，一直未有專科人力資源策略性規劃，其目前困境如下：

- (一)缺乏全國署立醫院專科人力供需盤點資訊。
- (二)未有統合性人力調度及人才招聘之運作機制。
- (三)未把公費生分發有效結合於署立醫院偏遠離島地區人力調度。
- (四)未有明確人力供需配套之財務資源分配機制。

一、策略作法

- (一)設定各偏遠醫院在地角色與功能。
 - 1. 確認各偏遠醫院所欠缺之基本專科需求，符合基本醫院運作。
 - 2. 普查各偏遠地區在地醫療資源供需，設定署立醫院之在地功能。
- (二)重組「集合式專科人力支援及招募模式」。
 - 1. 盤整大型署立醫院專科人力結構。

2. 設定以專科人力需求為基礎之「集合式專科人力支援及招募模式」群組。

(三)設定衛生署醫院統一醫療人力調度及培育機制。

1. 成立單一窗口，統籌專科人力供需資源管理。

2. 整合衛生署醫院公費生養成與分發機制。

(四)分配服務模式再造所需投入之財務資源。

1. 確認供給及需求醫院人資費用公務預算之分配基礎。

2. 設定偏鄉服務投入公醫貢獻指標衡量。

二、預期效益

(一)達成署立醫院轉型之目標任務，強化偏遠離島之角色功能。

(二)改善偏遠服務量能不足問題，補足人力專科資源。

(三)統一醫事人力調度，整合公費生分發專科招募。

(四)建立專科人資管理模式，盤整預算資源投入基準。

三、預算

102年至105年，預計每年約需8,100千元，4年合計需32,400千元整。

第四章 強化醫療資源及照護支援體系

第一節 建置醫療資源管理系統

現行醫療行政之管理，係以人員別與機構別管理為基礎，其目的在於對於法規所定應行登記或辦理之事項，經由資料庫之建置，以建構完整之登記資料，以作為行政管理資料查詢之參據。在此需求之下，衛生署已陸續建置醫事管理系統、醫事人員繼續教育管理系統、醫院評鑑管理系統及緊急醫療管理系統等資訊系統，將各該法規要求應登記之事項納入資訊化管理。該等資訊系統為配合法規變更與實務作業之需求，持續進行維護及增修，以保持醫事管理基本需求之完整遂行。

鑑於本期計畫均衡醫療資源之目標，尤需完善醫療資源之管理，爰規劃區域醫療資源為管理基礎，建置醫療資源之管理資訊系統，經由資訊系統之界接，整合現有各醫療資訊系統之內容及交通、經濟及人口等數據，以醫療行政決策之常用各項指標，包括區域內人床數量、醫事人員資源及醫療需求等，期能運用科學化之數據，除及時呈現區域內之醫療資源實況外，並能對於未來醫療資源之投入，提供及時清晰之決策參考訊息，以提高醫事決策品質，協助建構堅實之醫療照護體系。

一、策略作法

(一)在不影響現有各類醫事相關系統之運作效能下，建置以地理資源為核心之整合式醫療資源管理資訊系統，經由界接方式，將目前各相關之醫事資訊系統內容，包括機構、病床、醫事人員、緊急醫療訊息、精神醫療資源、人力培訓狀態等資料，納入醫療資源管制規定，以區域為單位，即時呈現進行醫療資源之管理資訊，以簡化醫療資源之管理行政作業，並提高醫事行政決策效能。

(二)配合法規之變更與因應衛生行政作業之需要，持續維護並增修

現有醫事管理資訊系統，以提高效能。

二、預期效益

經由醫療資源管理資訊系統之建置，可跨現有資訊系統，完整呈現以區域為基礎之醫療資源分布情形，以及時掌握區域內各類醫療資源有無過剩或不足；進而依據資源統計結果，對於未來機構設置或人員投入時，能提供明確管理參考訊息，以大幅度提高衛生行政管理之決策品質與效率。

三、預算

- (一)整合式醫療資源管理資訊系統部分，102年至105年每年約需3,685千元，其中經常門3,252千元，資本門433千元。4年共計14,740千元（經常門13,008千元，資本門1,732千元）。
- (二)醫事管理系統增修維護部分，102至105年每年約需6,598千元，其中經常門4,476千元，資本門2,122千元。4年共計26,392千元（經常門17,904千元，資本門8,488千元）。

第二節 促進醫療資源整合及有效利用

為利醫療資源整合，分別於全民健保六大醫療照護區域，實施醫療區域輔導計畫，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、持續性與方便性之醫療照護網絡，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。

整合區域內醫療資源，使病床資源之投入與分布更趨合理，並持續發展具備特色之「以病人為中心」及「全人照護」之健康照護模式，提升醫療照護品質，促使急性醫療與預防保健、社區防疫、居家照護和復健、長期照護等有效連結，建構醫療機構間之支援與分工體系，持續落實「以病人為中心」醫療照護服務。另並配合相關法規，落實

各類醫事人員繼續教育，加強專業知能，提升醫療照護品質。

一、策略作法

(一)運作機制

1. 依照全民健康保險分區劃分為六大醫療區域，各區推舉一責任衛生局負責協調區域內專家學者、衛生機關、中央健康保險局分局、醫療機構、醫事團體及醫療業務有關機關團體代表等，組成區域管理委員會（以下簡稱區管會）。
2. 區管會應定期開會，負責規劃、協調與督導該區域之區域輔導及醫療資源整合作業模式，並協調區域內醫療行政機關、醫療機構、醫事團體等推動計畫。
3. 衛生署依據衛生醫療政策需要，訂定且逐年修訂醫療區域輔導計畫工作項目，並辦理檢討會議，以推廣分享各區年度計畫成果、評估計畫成效、改善方針與發展方向。另依據區域人口健康、衛生與醫療之實際需求，研訂下年度工作項目，提供各醫療區域據以辦理。
4. 設置醫事審議委員會審議醫院設立或擴充案件，並保障國民公平就醫之機會，避免醫療病床資源過度集中，影響民眾就醫權益。

(二)工作任務與發展目標

1. 提升區管會功能，作為區域內醫療資源整合之溝通平臺，加強區域內醫療資源協調與規劃功能。並依據輔導工作需求建立相關工作小組，持續督導與協調相關計畫之執行。
2. 發展具備區域特色之「全人照護」及「以病人為中心」醫療作業模式，並整合基層醫療保健（primary care）、次級照護（secondary care）及第三級照護（tertiary care）等各級醫療機構之雙向轉診轉檢服務。
3. 建立區域內醫療支援體系，協助區域內各醫療院所，針對不

同性別、族群、地區、產業與工作屬性群體，發展適切之全人健康照護服務，建立「以病人為中心」之醫療模式，橫向整合急性醫療服務、復健醫療、老人醫學、急性後期照護、長期照護、安寧照護與社區照護等持續性照護。

4. 協調與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，建置6大醫療區域資訊分享平台，平台分享內容包括教育訓練課程資訊、教育訓練資料庫、並提供區域醫療資源共享及整合窗口等。
5. 發展各區域之醫療區域輔導與資源整合計畫執行成效評比模式。
6. 適時檢討修訂「醫院設立或擴充許可辦法」，以使病床資源之投入與分布更趨合理。除了加強醫療資源過賸區醫院設立或擴充病床案件之事前審查以外，並將不定期清查經許可卻長期未開放妥善運用之病床，俾利提升病床運用效益及因應全民健保總額制度對醫院之衝擊，以及確保民眾就醫權益。
7. 不定期召開醫事審議委員會，對於醫院申請設立或擴充之案件，依醫院設立或擴充許可辦法之規定審查病床設置之合理性，審查內容包括占床率、平均住院日、財務、配置平面圖等面向。
8. 控管醫療資源分布，醫院申請設立或擴充地區，地方衛生主管機關得就該區病床資源通盤檢討，協調相關醫院，並依醫院設立或擴充許可辦法，辦理病床核減事宜。
9. 強化地方衛生主管機關推動醫療資源權責，依據醫療法或醫療機構設置標準，加強查處各醫院之醫事人力配置，未符合標準，經依法限期改善；屆期未改善者，依法給予停業處分或輔導醫院核減病床。

二、預期效益

(一) 建立區域內醫療支援體系，協助區域內醫療院所發展病人安全及醫療品質作業模式，推動整合性照護及雙向轉診網絡，以及協調及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。

(二) 促進醫療資源合理分布，提供民眾適切及可近性之醫療服務。

三、預算

在經費編列方面，4 年計編列預算 152,632 千元，102 年至 105 年每年 38,158 千元。

第三節 健全器官捐贈及移植網絡

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 99 年之 209 人（受惠人數計 756 人），成長幅度約 78.6%。然據統計，截至 100 年 8 月 25 日止，有效等候接受器官移植病人數共計 7,473 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，將是衛生署戮力推動之方向。

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，系統會依據本署公告的「器官分配原則」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)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、宗教與社會團體及衛生行政機關等管道、族群進行宣導，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，如國小採兒童劇之方式、國高中採器官捐贈宣導影片演示，並培訓生命教育教師擔任校園器捐觀念宣導推手等，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。

(三)評估整合器官勸募網絡之可行性與適切性及成效分析：我國目前有 10 個器官勸募網絡，彼此之間具相互合作又處彼此競爭之微妙關係；雖然目前器官捐贈人數也逐年增加，但將多個器官勸募網絡進行整合，預期可統一相關勸募流程與標準，拉高平均勸募能力與品質，減少部分資源之耗費，或可因此增加死後捐贈者（器官）數；惟當競爭關係消除後，也可預見將有部分醫院將因此不再投入相當資源於勸募工作，而使器官勸募成效

大打折扣或造成反效果。因此，我國應就整合器官勸募網絡之可行性與適切性，有詳細、確實之評估工作，或藉由該評估工作，得到對於增加器官勸募成效更加妥適之推動策略與方法。

(四)提升參與腎臟移植醫院能力及品質：我國現有腎臟移植醫院家數甚多，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，本署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。

(五)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。

二、預期效益

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，並於民國 105 年使健保 IC 卡加註器官捐贈意願人數累計達 15 萬人，且器官捐贈移植受惠人數達 800 人，造福等待器官移植之病人及家屬。

三、預算

4 年總預算 249,796 千元(含經常門 242,880 千元，資本門 6,916 千元)，102-105 年每年預算為 62,449 千元(含經常門 60,720 千元，資本門 1,729 千元)。

第四節 建立全方位安全用藥環境

隨著醫療的進步，老化人口也逐年增加，有多重慢性疾病的老人用藥更為複雜，需藥事服務的評估與介入。為因應老人化社會，應加強藥事人員的藥事照護服務模式，建立臨床專業培訓機制，使藥事人員走入社區提供直接服務，減少老人用藥風險。另外，特殊族群之用藥照護體系與用藥安全保護措施與一般族群不同，更應建立符合其需求的用藥安全機制，以降低所衍生的風險，建置全方位安全用藥環境。

一、策略作法

- (一)因應高齡化社會，建立長期照護之藥事服務模式或病患醫療完成後至返家期間之藥事照護。
- (二)訂定藥事照護標準流程與相關準則與評估工具，辦理臨床藥事照護能力課程訓練與實習課程。
- (三)訂定高危險用藥族群，提供用藥照護服務。
- (四)擴大特殊族群（例如視障、聽障、小兒、高齡人口、新移民等）用藥安全之措施及教育宣導。

二、預期效益

- (一)加強長期照護之藥事服務及照護。
- (二)提升高危險用藥族群對於藥物使用的正確觀念，降低用藥風險。
- (三)擴大對特殊族群的健康服務。

三、預算

102-105 年每年預計 3,486 千元，4 年合計 13,944 千元。

第五章 均衡醫事人力及醫療專業發展

第一節 醫事人力培育及人才羅致規劃

鑒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 項醫事人力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師，依本署指定之相關學門，至國外進行為期三個月至二年進修或專題研究。

二、預期效益

- (一)每年至少進行一類醫事人力未來 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)國外進修醫師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，102 年至 105 年，預計每年約需 800 千元，4 年合計需 3,200 千元整。
- (二)遴選醫師出國進修經費，102 年至 105 年，預計每年約需 7,650 千元，4 年合計需 30,600 千元整。

第二節 推展醫事人員一般醫學訓練

因應疾病型態改變及新興傳染病之挑戰，美國、英國、日本等先進的國家，對於其畢業後的醫學生，均先施予一般醫學訓練，讓其獲得獨立行醫能力；我國的醫學系畢業生，以往均係直接接受專科醫師訓練及次專科醫師訓練，導致醫師學習偏重以高科技為主軸的專科醫療，或以疾病為導向的治療模式，以致普遍缺乏一般醫療技能，同時也未具有全人照護的視野，而此一問題於民國 92 年 SARS 疫情肆虐期間即已呈現。為導正此現象，本署自 92 年度起推動「畢業後一般醫學訓練」，以培育新一代的住院醫師具備一般性醫療技能外，能以全人觀點，統整考量醫療照護服務需求；95 年度起以原有 3 個月訓練模式為基礎，辦理 6 個月畢業後一般醫學訓練，並建立畢業後一般醫學訓練模式、培訓一般醫學指導師資及建立客觀公正的訓練計畫訪查評估制度等。

自民國 100 年 7 月 1 日開始，實施一年期畢業後一般醫學訓練計畫，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，並使新進醫師具備獨立執業能力，進而提升基層醫療服務品質。

醫療法第 96 條規定，教學醫院辦理醫師及其他醫事人員訓練，並接受醫學院、校學生臨床見習、實習。另為確保醫事人員開（執）業品質，醫療法、專科醫師分科及甄審辦法及各類醫事人員法規，均訂有醫事人員需於教學醫院接受 2 年至 6 年不等年數的訓練。衛生署為鼓勵教學醫院提供良好之訓練場所及教學資源，俾使醫療機構新進醫事人員均能接受必要之訓練，達到提升醫療品質及確保病人安全之目標，爰擬訂「教學醫院教學費用補助計畫」並奉實施，藉以部分補助教學醫院之教學訓練費用，並於 100 年度修正名稱為「臨床醫事人員培訓計畫」。

一、策略作法

- (一)為提升新進醫師訓練品質，奠定全人醫療基礎，加強全人照顧之觀念與能力，持續實施一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫。
- (二)推動「一般醫學訓練選配計畫」，以提升一般醫學受訓學員招募效率。
- (三)培育一般醫學訓練師資，加強一般醫學臨床教學實務訓練，並建立教學醫院與教師之交流平台，以提升整體教學品質。

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，並使其具備獨立執業能力，提升基層醫療服務品質。
- (二)培訓具備核心教學技能之一般醫學教學師資，配合畢業後一般醫學訓練計畫推動，提升教學訓練品質及成效。

三、預算

推展畢業後一般醫學訓練計畫，102年至105年每年預估經費約為349,173千元，其中醫師畢業後一般醫學訓練為315,647千元，一般醫學訓練師資培育33,526千元，4年總經費需求共計1,396,692千元。

第三節 健全專科醫師訓練制度

近年由於醫療環境、保險給付、人口結構改變及科技進步等因素，醫師人力專科別間之需求與發展，亦隨之改變。為避免醫師人力供需不平衡造成醫療人力資源之浪費，將持續進行並定期檢討修正醫事人力之規劃策略，以均衡醫事人力地理分布及醫師專科別分布。

另為奠定良好之專科醫師訓練成效，有關於專科醫師訓練制度及訓練課程之修訂，亦持續檢討辦理。

一、策略作法

- (一)加強實施專科醫師容額管制計畫，調整各科專科醫師訓練容額

與分配，以均衡各專科醫師人力之發展，促進各專科醫師人力之合理分布。

- (二)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。
- (三)規劃成立「醫師人力諮議委員會」及「專科醫師訓練計畫認定委員會」，研議專科及次專科醫師人力供給與需求相關問題及審議專科醫師訓練醫院認定作業，以均衡醫師人力發展與提升住院醫師訓練品質。
- (四)配合住院醫師一般醫學訓練制度改革，檢討、修正訂定專科醫師訓練課程基準。
- (五)為提升住院醫師招募效率及建構合理的專科醫師人力分配，持續推動「住院醫師選配計畫」，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。
- (六)規劃設置財團法人畢業後醫學教育發展中心，統籌辦理專科及次專科醫師培育及訓練事宜。

二、預期效益

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。

三、預算

- (一)專科醫師訓練醫院認定計畫，總經費需 59,500 千元，102-105 年度各編列 14,875 千元。
- (二)住院醫師選配計畫，102 年至 105 年每年預估經費 5,308 千元(其中經常門 3,008 千元，資本門 2,300 千元)，4 年總經費需求為 21,232 千元(其中經常門 9,200 千元，資本門 12,032 千元)。

第四節 強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度

目前本署已辦理5次專科護理師甄審，截至100年8月已有2,918名護理人員領有專科護理師證書（內科1,450名，外科1,468名），惟目前專科護理師的執業範圍未臻明確，各界對專科護理師的角色解讀不同，並衍生新增其他分科（如兒科、精神科、麻醉科、急診、婦產科等分科）之需求，亟待釐清與逐步規劃。

因應醫療照護體系之運作需要，落實對病人施予醫療連續性之醫療照護，強化護理人員與醫師業務之無縫銜接，俾醫師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。

依據護理人員執業登記及繼續教育辦法規定，約有13萬名護理人員將於103年6月20日進行大規模之執業執照更新。99年底統計資料顯示，非執業及執業中護理人員繼續教育積分0積分計有4萬4,661人，仍有21.6%執業護理人員2年內未達繼續教育積點50點（平均每年25點），護理人員取得之積分點數低於50點者，計有2萬8,536人，顯示護理人員取得繼續教育積分仍有其困難度，且邇來屢屢發生護理人員不諳護理及勞動條件相關法規，以致違反相關法規並造成勞動權益受損，有必要透過繼續教育使護理人員恪遵相關法規，以保障病人及護理人員自身安全之權益。

此外，由於目前護理畢業生通過護理人員考試之比率偏低，為有效運用護理畢業生未考取證照之人力，輔導護理畢業生順利取得護理人員證書，以緩解護理人力不足之窘境，將持續修訂相關法規，建立護理人員指導護理畢業生之執業及醫院管理模式。

另助產人員已於100年4月15日完成第一次執業執照更新，依據本署100年8月24日醫事管理系統資料顯示，目前執業人數僅117

人，開業助產所 52 家，惟健保特約實際執行業務助產所僅 12 家，有必要透過繼續教育強化助產人員在孕產婦照護所需知能。

一、策略作法

- (一)成立本署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：專科護理師執行部分原屬醫療範疇之業務，長期規劃於護理人員法明訂專科護理師執業範圍，並規範。
- (三)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。
- (四)專科護理師訓練醫院認定納入教學醫院評鑑—「醫師及醫事人員類教學醫院」評鑑中之護理職類中辦理，並進行追蹤輔導訪視，鼓勵醫院在師資學員一定比例訓練學員。
- (五)推動專科護理師繼續教育制度。
- (六)新增醫事人員繼續教育積分管理系統，提供本署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。
- (七)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。
- (八)依據需求評估規劃護產人員所需繼續教育課程。
- (九)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)建立護理人員指導護理畢業生之執業及醫院管理模式。

二、預期效益

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。

三、預算

102 年至 105 年每年預估經費約為 20,000 千元，其中經常門為 19,785 千元，資本門為 215 千元，4 年總經費需求為 80,000 千元(經常門為 79,140 千元，資本門為 860 千元)。

第五節 充實並留置偏遠地區醫事人力

公費醫師培育制度係自民國 64 年，由教育部依據「大學與獨立學院醫學系及學士後醫學系公費學生待遇及畢業後分發服務實施簡則」開始培育，於民國 82 年轉由本署依據「行政院衛生署公費醫師培育及分發服務實施簡則」繼續辦理。

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 16.6 名醫師，山地離島地區約為其二分之一。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等問題，爰特別規劃加強培育原住民及離島地區養成公費生，辦理原住民及離島地區醫事人員養成計畫(101-105 年)，培育在地醫事人才，並返鄉服務充實醫事人力及鼓勵醫事人員留置山地鄉及離島地區開業及醫事暨相關人員在職進修。

一、策略作法

(一)公費生培育：藉提供醫學生 6 年公費補助，公費生畢業後再至醫師人力不足地區或者醫師人力羅致有困難之科別服務，達成均衡醫師人力資源之目的。

(二)原住民及離島地區在地醫事人員養成

1. 分析未來不足數及培訓中之醫事人員等因素，並由各縣市衛生局提報醫事人力預估需求員額及召開六次討論會議後，規劃 101-105 年培育名額，共計 180 名。
2. 以原住民身分及設籍於離島地區(包括：金門縣、連江縣、

澎湖縣及屏東縣之琉球鄉、臺東縣之綠島鄉)之學生為培育對象。

3. 招生期程 101 至 105 年共 5 年；養成期程為 101 年 9 月至 112 年 6 月計 11 學年整。
4. 養成公費生畢業後需接受訓練及服務，履約方式之服務年限規定：醫學系公費畢業生訓練需依專科醫師分科及甄審辦法之期間規定辦理、牙醫學系及非醫學系公費畢業生之訓練為 2 年，完成訓練後應申請服務，醫學系為 7 年、牙醫學系為 6 年、其他醫事學系為 4 年。
5. 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。
6. 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「離島開業醫療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。
7. 補助原住民及離島地區醫事暨相關人員在職進修。

二、預期效益

- (一) 充實基層、偏遠地區及特殊科別醫師人力。
- (二) 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，健全山地離島地區照護體系。

三、預算

- (一) 公費醫師培育，102 年編列 10,240 千元(其中經常門為 9,300 千元，資本門為 940 千元)，103 年預計 7,700 千元(其中經常門為 7,000 千元，資本門為 700 千元)，2 年總計為 17,940 千元整(其中經常門為 16,300 千元，資本門為 1,640 千元)，104

年度後停招。

- (二)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，102年至105年每年經費約需新臺幣3,500千元，4年總計為14,000千元。
- (三)辦理山地及離島地區開業及「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」，102年經費約需新臺幣5,750千元，102年至105年每年經費約需新臺幣5,000千元，其中經常門為1,000千元，資本門為4,000千元，4年總計為20,000千元(含經常門4,000千元，資本門為16,000千元)。
- (四)辦理原住民及離島地區醫事暨相關人員在職進修，102年至105年每年經費約需新臺幣500千元，4年總計為2,000千元。

第六章 確保醫療照護品質

第一節 改革醫院評鑑制度

國內醫院評鑑在本署與各界多年的努力下，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，未來如何強化整個醫院評鑑制度，促進醫院持續改善醫療品質，並提供病人及家屬友善的就醫環境，皆需要持續檢討評估，以瞭解醫院評鑑提供醫院外部監控品質改善之模式是否符合國際趨勢潮流與因應環境改變所需，持續改革精進。

一、策略作法

(一) 進行醫院評鑑方法改善

1. 以醫院評鑑基準為基礎，建立持續性之醫院評鑑品質監測指標。藉由品質監測指標系統之建立，醫院可定期回報相關資料或紀錄，以作為醫院自我持續品質改善之機制；並於評鑑時提供委員參考確認，同時簡化醫院評鑑資料準備作業。
2. 引進以病人為中心的評鑑方法—Patient-focused methodology (簡稱PFM)，以「可追索證實」取代「確有紀錄可查」，建立評鑑路徑 (pathway)，以系統性思維設計標準化之評鑑技術。
3. 推動醫院評鑑資料資訊化，除醫院填報資料全面電子化外，同時推廣委員線上評核，以加速評鑑成績計算、提供受評醫院相關改善建議，並有利於評鑑資料運用。

(二) 將友善就醫環境納入醫院評鑑基準：為關懷特殊族群及弱勢族群，營造特殊族群及弱勢族群之友善就醫環境，研議將老人友善就醫環境、婦幼友善就醫環境、發展遲緩兒童早期療育、身心障礙人士照護等納入醫院評鑑。

(三) 推動醫療機構全面提供安全針具：為落實醫療法第 56 條醫療機

構應於 5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具之規定，將成立「安全針具推動專案小組」，以研議具體方案、訂定推動之優先順序，並列入醫院評鑑。

(四)研議偏遠地區醫院及特色醫院評鑑標準：偏遠地區醫院因地理位置特殊，人才招募不易，設備、設施無法像都會地區之醫院充足，屬醫療資源缺乏區域，醫療水準可能無法比擬都會區之醫院，因此需要另外一套醫院評鑑制度，重新定位其任務及角色，以保障偏遠地區民眾就醫權益。除外，為慮及專科特色醫院發展，無法像綜合醫院的規模，具有多元的設備及設施，亦應重新賦予其角色及定位，亦需建置另一評鑑標準。

(五)建立評鑑委員任期制度

1. 本署自 93 年開始實施評鑑委員遴聘制度，委員聘任採 1 年 1 聘制，除行政作業耗時外，為提升評鑑委員的流動率，促進新舊評鑑委員輪替的機會，並增進委員遴聘的透明度，研議將遴聘制度朝任期制規劃。
2. 成立評鑑委員遴聘委員會，修訂遴聘辦法，接受各界的推薦名單，公平公開的甄選委員。

(六)擴大評鑑資訊公開範圍

1. 持續維護更新衛生署網頁及醫院評鑑委託協辦單位之網頁，公開評鑑基準、評量項目、作業程序、合格名單、評鑑成績平均水準參考表等資料，評鑑結果書面資料及電子檔，亦會寄給個別之受評醫院及主管機關參考。並於衛生署網頁設置「醫院評鑑資訊公開專區」，公開個別醫院之評鑑結果資訊，包括：(a)醫院基本資料：機構代碼、名稱、所在縣市、健保特約類別、電話、代表地址、科別、病床數及醫事人力。(b)評鑑相關資料：最近一次評鑑年度、評鑑結果、評鑑合格效期、必要項目評量結果、人力配置項目評量結果（「醫院

評鑑」或「合格效期」欄位空白者，為不合格、重點複查、全院複評或未接受評鑑之醫院)。(c)醫院業務資料：每日門診人次、每日住院人次、平均住院日、佔床率。

2. 醫院評鑑資訊範圍甚廣，並非每樣都易於民眾解讀，如未經篩選即公開所有資訊，可能造成民眾無法掌握資訊重點，以及錯誤解讀，本署將持續研議醫院評鑑資訊公開之內容及形式，以提供更符合民眾需求的資訊，以及提供民眾更便捷的查詢方式。

二、預期效益

- (一)加強病人安全，提升醫療品質。
- (二)減輕醫院工作人員負擔。
- (三)公開醫院評鑑結果資訊，提供民眾作為就醫選擇之參考。
- (四)提高弱勢族群及偏遠地區民眾之就醫可近性，及提供弱勢族群及偏遠地區更佳的醫療品質。

三、預算

在經費編列方面，102年及105年經費各約需26,228千元，其中經常門25,328千元，資本門900千元，4年合計編列預算104,912千元(資本門3,600千元，經常門101,312千元)。

第二節 產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型

近年來因少子化及核心家庭增加，都會地區產後接受坐月子服務之需求量大增，截至100年8月立案之產後護理機構，已由96年的46家增加至100年117家，且因屢有民眾因住宿於未立案為產後護理機構之坐月子中心，發生食物中毒、感染、甚至嬰兒猝死案件，爰有必要強化產後護理機構照護品質，輔導坐月子中心轉型為產後護理機構，並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及辦理優良產後護理機構觀摩會。
- (二) 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。
- (三) 辦理民眾慎選產後護理機構宣導活動。

二、預期效益

提升產後護理機構照護品質，保障母嬰權益。

三、預算

102 年至 105 年每年預計約需 4,000 千元，4 年合計需 16,000 千元。

第三節 推廣優質護理職場概念，改善護理執業條件及環境

依據本署醫療機構服務量統計資料顯示，截至 98 年底，513 家訪查醫院中有 64.92% 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 89,936 人，然待聘護理人員缺額達 3,867 人，醫院之空缺率平均值為 6.33%，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。

100 年醫改會公布血汗醫院選拔，引起各界廣泛討論護理人員不足及過勞問題，致無法吸引護理人員留任職場。

一、策略作法

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 進行優質護理職場醫院之試辦，並依實際執行狀況適時修正第 1 年發展之指標。
- (四) 依據試辦結果，建立優質護理職場醫院認證機制。

二、預期效益

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

102 年至 105 年每年約需 4,129 千元，4 年合計需 16,516 千元。

第四節 建立醫院全責照護模式

少子化與高齡化造成家庭結構改變，家庭人口數降低，可承擔照顧責任的子女少，致使原有家庭成員相互支援功能降低，有照顧需求者增加，卻不易從家庭取得合適的照顧。

病患家庭往往面臨承擔照顧工作與永續就業的衝突，部分照顧者因此被迫離開職場，而其中大部分為女性。替代照顧人力費用高昂，一般家庭無力負擔，聘請醫院照顧服務員之經濟負擔沉重，12 小時 1,000-1,200 元，24 小時約 2 千元，高於大部分上班族之日薪，非一般家庭可負擔。

護理人力耗損，降低照護品質。護理人力同時需負荷病人的生活照顧及護理照護，無法妥適看顧每一位病患；又各醫療院所基於成本考量，調整護理人力，造成護理人員超時工作及高流動率。

一、策略作法

(一)建立全責照護模式：於病房補充輔助護理人力，使護理人員專心提供護理專業服務，由輔助護理人力提供非護理專業之生活照顧，減輕家屬提供病人生活照顧之負擔。

1. 醫院輔助護理人力可採以下來源之一：

(1) 培訓照顧服務員：協助培訓照服員，於全責照護病房工作 6 個月累積經驗後，協助取得照顧服務員丙級證照，於計畫結束後，將有意繼續從事照顧服務工作之人員資料，建置於本署長期照護人力資料庫，供各縣市衛生局推動長期照護工作所需人力之運用。

(2) 醫院委外聘僱之照顧服務員。

(3) 醫院現有聘僱之照顧服務員。

(4) 規劃招募未考取護理人員證書之護理科系畢業生。

2. 收費方式：低收入戶及經醫院社工室認定之對象可採免付費，其餘採使用者付費，收費標準須報經當地衛生局核定。

3. 本計畫執行不得以輔助護理人力取代或減少應有的護理人力，輔助護理人力應與護理人員成為合作團隊，依據護理人員指示執行非護理專業之生活照顧工作，依據病人疾病嚴重程度，建立 1 位輔助護理人力每班照顧多位病人之工作模式。

4. 建立醫院輔助護理人力管理制度。

(二) 舉辦記者會及宣導活動進行全責照護計畫實行內容及成果之宣導。

(三) 依據建立之全責照護試辦模式，並參考母嬰親善醫院認證制度，由衛生署所屬醫院開始，逐步推廣至全國公立醫院。

二、預期效益

(一) 建立醫院輔助護理人力制度，提高就業率。

(二) 促使病人獲得妥善照顧。

(三) 降低家屬照顧者經濟及體力負擔，可持續就業。

(四) 醫院降低陪病率，改善就醫住院環境。

(五) 降低護理人員工作負荷。

三、預算

102 年至 105 年每年預計約需 4,000 千元，4 年合計需 16,000 千元。

第五節 促進醫療品質與病人安全

本國醫學教育以專科導向、疾病導向及知識導向發展，臨床醫學更重視細緻的專業分工，雖能提供有效醫療服務，但也導致醫療費用高漲，並造成片斷性醫療照護。

國內自 92 年陸續發生幾起醫療疏失事件造成多人傷亡後，多數醫療機構積極辦理病人保護措施，致力降低各種可能發生的醫療不良

事件，以保障病人就醫的安全。本署近年更積極強調以病人為中心，推廣病人安全作業與醫療品質促進活動，以期提供全人性醫療照護體系。

一、策略作法

- (一)強化中央級醫療品質及病人安全委員會功能。
- (二)持續輔導醫療機構設置醫療品質及病人安全相關組織或單位，期落實以病人為中心之醫療照護，逐步營造病人安全文化。
- (三)推廣臺灣病人安全通報系統，偵測並分析國內醫療不良事件發生件數、類型與因應策略，建立共同學習平台。
- (四)制訂與推廣醫院病人安全工作目標，並明列「一般原則」與「參考作法」，提供各醫院作為原則性之參考準據。
- (五)檢討修訂「醫院安全作業參考指引」與「診所安全作業參考指引」，推展以病人安全、病人為中心之醫療作業。
- (六)持續辦理醫療品質與病人安全相關研究。
- (七)運用新興資訊與品質管理工具或科技，營造病人安全醫療環境。
- (八)鼓勵民眾參與醫療品質與病人安全活動，以強化健康觀念並進行自我健康管理。
- (九)積極參與醫療品質與病人安全議題之國際交流活動。

二、預期效益

對於健康照護過程中，可能引起的不良結果或損害，積極採取的避免、預防與改善措施。前開不良的結果或傷害，包含了錯誤、偏差與意外。應分別從醫療提供者與醫療接受者的角度，建置醫療安全資訊，發展提昇病人安全的機制，期許提高國內醫療品質水平，落實以病人為中心之醫療照護，逐步營造病人安全文化。

三、預算

102年至105年每年約需18,194千元，4年度合計編列預算72,776千元。

第六節 提升醫療機構廢棄物處理能力

依據「資源回收再利用法」規定「中央主管機關及中央目的事業主管機關，應依權責制定有關減少資源消耗，抑制廢棄物產生，及促進資源回收再利用之政策及法令，並付諸施行」。衛生署本於醫療目的事業主管機關之職責，爰為配合該法之施行及行政院環境保護署「資源回收再利用推動計畫（93年至109年）」之執行，包含：「整合資源回收再利用推動」、「訂定各類事業廢棄物減量率與再利用率」、「強化源頭減量工作」、「積極推動資源回收再利用」、「提供經濟誘因，促進業者投資」、「強化資源再生市場機制」、「健全事業廢棄物再利用基線資料」、「加強教育宣導及資訊系統」等八大措施之執行，減少資源使用，促進資源有效循環利用，達成事業廢棄物產生量最小化與資源回收再利用最大化之目標。

一、策略做法

配合行政院環境保護署「資源回收再利用推動計畫(93年至109年)」，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。

二、預期效益

提升醫療機構廢棄物之再利用率及減量率，減少醫院處理成本，並達成資源回收再利用之目的。

三、預算

於提升醫療機構廢棄物處理能力方面，102至105每年預估經費6,016千元，4年共計24,064千元整。

第七章 健全法規制度以因應醫療體系變革

第一節 改善醫療執業環境

醫療爭議 (medical dispute) 為現今醫療事業重要議題之一，也造成醫病關係的緊張與若干社會問題。民國 83 年馬偕醫院肩難產事件讓國內醫界與法界開始對醫療事故究應採取過失賠償或無過失救濟制度提出辯論與爭議。為平息紛爭使民事責任關係明確化，93 年修正之醫療法第 82 條雖明定：「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任」；然，醫療過程所引起的不良結果與其他一般意外傷害其本質上有其不同，醫療行為在解除病人生命或身體危害目標下，具備一定程度之必要性與強制性，也同時具有侵害性及不確定性，而其不良結果與醫療行為間之因果關係時常難以認定，進而對故意或過失責任之界定造成困擾。

為避免醫師因擔憂因醫療爭議遭受訴訟困擾而採取防禦性醫療，對於平衡民眾就醫時因無可避免之風險致受到非預期之不良結果，以避免醫療爭訟之發生，造成醫病雙方均須承擔訴訟所生時間、金錢及精神等多方面之煎熬；此外，如訴訟結果民眾未必能得到相關賠償，又可能造成醫病之對立。爰此，本署已著手規劃對於該等民眾提供及時之救濟，初期將對於遭受生育事故之母嬰給予相關之救濟，並累積辦理經驗及發生率等統計數據，視財源逐步擴展至手術、麻醉及各項醫療事故民眾。

此外，為避免醫事人員因執行業務，遭致就醫民眾以刑事訴訟追訴之陰影，已規劃研議限制醫師之刑事責任於故意或重大過失，另配合前述醫療救濟制度從醫用者及醫療服務提供者雙方面著手，以建構完善之醫事從業人員執業環境，免於非必要訴訟之風險，並改善醫病關係。

一、策略作法

- (一)研擬試辦補償生產過程中所致母嬰之風險，以累積未來建構整體醫療事故補償或救濟制度之實務經驗與數據。目前衛生署已研擬「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議試辦計畫」，於 100 年 11 月報請行政院審查，業於 101 年 7 月 5 日經行政院核定，101 年 10 月 1 日開辦，計畫期程為 101 年至 103 年。對於經本署評鑑合格或訪視通過之醫療機構或助產機構（以下稱機構），於周產期之醫療與助產過程中，已依該機構專業基準施予必要之診斷、治療或助產措施，仍致孕產婦或胎兒、新生兒死亡或符合相當於身心障礙者權益保障法所定中度以上障礙之生育事故事件。該事件須經機構與病人雙方達成協議，機構同意給予病方金錢或其他適當方式之協助，由政府對該機構給予以一定經費之鼓勵。
- (二)加入本計畫之機構，凡於 101 年至 103 年期間於機構內執行生育或接生服務所發生之生育事故案件，自發生日起二年內與病方達成生育事故處理協議者，於協議成立日起 60 日內，向衛生署或衛生署委辦之機關（構）、團體提出救濟給付之申請；助產機構則由其醫療協助契約之醫療機構申請。
- (三)研擬「醫療爭議處理與醫療事故救濟法」草案，程序面規劃訂定醫療調解制度，由各直轄市、縣（市）主管機關組織醫療爭議調解委員會，辦理醫療爭議之調解，調解成立經法院核定時具有與確定判決同一之效力。此外，該草案並由實體面依據本署辦理生育事故救濟之經驗增訂醫事事故救濟制度，視財源逐步將救濟範圍，由生育擴大至手術及麻醉，進而及全部醫療作業，以改善醫病關係。
- (四)研擬增訂醫療法第 82 條之一修正草案規定，明定醫事人員執行醫療業務應負刑事責任之情形及認定違反注意義務之判斷標準。「醫療糾紛處理與醫療事故補償法」草案及醫療法第 82 條

之一修正草案行政院業於 12 月 18 日送請立法院審議。

二、預期效益

- (一) 對於因無可避免之風險所造成之醫療事故，提供及時之救濟，使民眾之傷害降低，亦減少醫師之防禦性醫療，改善醫病關係。
- (二) 於照顧民眾就醫權益時，經由立法明確醫師之刑事責任範圍，讓醫師能減少因醫療行為受刑事追訴之顧慮，改善醫師之執業環境，使其安於執業，照顧全民福祉。

第二節 發展醫療服務產業

在人口結構逐漸老化及所得提高的發展下，歷年來國民醫療保健支出（NHE）呈現成長的趨勢，NHE 自 84 年至 98 年由 3,822 億元成長為 8,648 億元，同期間 NHE 佔 GDP 比例則由 5.3% 增加為 6.9%，惟我國 NHE 佔 GDP 比例與其他已開發國家相較之下仍偏低，尚有提升的空間。

而自 84 年開辦全民健康保險以來，台灣醫療產業逐步面臨轉型，醫院朝向大型化經營，經營成本持續提高，使中小型醫院面臨更多生存競爭壓力，而健保支付方式的變革也影響了醫院的經營行為。因此伴隨著人口老化及科技進步，醫療服務市場所涵蓋的領域逐漸擴大，醫療產業已從以往單純的疾病治療趨向客戶服務面向。

透過輔導醫療服務提供者發展醫療品牌，建立各自強項特色，提供多元化醫療服務，並效法產業之制度化、組織能力等企管能力，與同業、異業進行橫向縱向活化整合，可有效開拓醫療業者之創新經營策略，並提升我國醫療服務業之整體競爭力。

一、策略作法

- (一) 建構醫療產業發展推動平臺，整合民間及公部門之資源，強化醫療服務產業之服務流程及友善環境建置。
- (二) 成立醫療服務產業品牌之輔導辦公室，辦理整合行銷以及促進

策略結盟，建立產業模式，架構完整服務之價值鏈，創造我國醫療品牌形象。

1. 輔導醫療院所與關聯產業資源進行聯結及整合，並協助參加相關展覽、研討會及拓銷活動，以建立異業結盟之合作模式。
2. 強化品牌行銷輔導，為醫療體系帶入產業化思維，輔導具發展意願之醫療業者建立醫療品牌，協助業者定位醫療發展特色及方向，並擴展其行銷通路。
3. 結合醫療業者之品牌發展，形塑我國醫療服務產業之品牌形象。

(三) 適度鬆綁相關法規，營造產業發展環境。

1. 醫療廣告規定適度放寬：醫療機構得就國際醫療服務有關事項，以非本國語文登載或播放分項醫療服務或組合式醫療服務項目、費用及其優惠措施之說明，以及結合相關業者共同提供之服務項目、費用及其優惠措施之說明等內容。
2. 訂定「醫院設立或擴充許可辦法」：
 - (1) 醫院得向中央主管機關申請特許設置國際醫療病床，並依相關規定管理該病床之使用，供醫院先行作為規劃設置國際醫療病床辦理依據。
 - (2) 本署得指定國際醫療醫院於特定區域設立，且其病床數不受各級醫療區域之病床數限制。

(四) 辦理特色醫療項目之品質認證，擬定認證相關辦法、標準，及證書之核發、管理等機制，以確保品質無虞為產業發展之利基。

二、預期效益

- (一) 促成醫療機構與關聯產業之連結性，強化產業之完整服務價值鏈，使我國醫療服務產業邁向多元化環境。
- (二) 透過醫療產業品牌輔導，協助醫療機構發展特殊或策略性醫療服務，開拓醫療機構之經營面向。
- (三) 營造我國醫療服務產業品牌形象，配合多元化之產業環境，提

升我國醫療服務之整體競爭力。

三、預算

在經費編列方面，本案鼓勵民間參與投資，4年計編列預算32,400千元，102年至105年每年約需8,100千元。

第三節 保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制

以人為試驗對象，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，乃促進人類科技發展、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)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。本署業於91年1月2日公告、95年8月18日修正「研究用人體檢體採集與使用注意事項」；96年7月17日公告「人體研究倫理政策指引」；96年8月9日公告「人類胚胎及胚胎幹細胞研究倫理政策指引」；98年5月20日修正「醫療法」人體試驗相關條文，並於98年12月14日公告「人體試驗管理辦法」；99年2月3日施行、100年1月26日修正施行「人體生物資料庫管理條例」，並分別於99年7月2日、99年9月8日及100年1月31日公告「人體生物資料庫資訊安全規範」、「人體生物資料庫商業運用利益回饋辦法」及「人體生物資料庫設置許可管理辦法」；另為因應「個人資料保護法」第六條之限制，

避免醫療與生物醫學相關之科學研究，因為個人資料保護法之施行，而導致其發展受到嚴重限制，影響醫療科技進步，並為確保研究對象之權益，於100年12月28日公布施行「人體研究法」。除規定涉及人為對象的研究，應經機構倫理審查並取得受試對象知情同意書外，並依研究風險種類不同，於「人體研究法」、「醫療法」及「人體生物資料庫管理條例」中分別立法，並建立監督管理機制。另，為保障國內機構倫理審查之品質，本署亦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。

(二)為達成上開目標，有賴下列策略之推動：

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。

二、預期效益

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、預算

- (一)醫療機構倫理審查會定期訪查、不定期追蹤、輔導及辦理教育訓練課程，102至105年每年約需7,863千元，4年總計31,452千元，並視各年度實際需求及辦理情況調整之。
- (二)受理人體生物資料庫設置許可申請及相關監督管理事項，102年及105年每年編列1,645千元，4年總計約需6,580千元，並視各年度實際需求及辦理情況調整之。

第四節 研擬執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範

臨床試驗檢體分析是臨床試驗中重要的一環，例如試驗藥物血中濃度等藥動參數的測定，以及藥物安全性和有效性的監控等，對於臨床試驗的執行及試驗終點的判定都具有重要的影響。因此，臨床試驗檢體的分析與檢驗流程，應該依循一種可被廣泛接受的準則規範，以確保受試者的安全，忠實呈現實驗數據並確保其可信度。綜觀國際，臨床試驗執行場所及相關研究單位之管理法規，隨著醫藥科技的進步及潮流改變，一直不斷的在修正與改進，最主要的目的即在於對受試者權益及安全性做更嚴格的把關，並確保產出資料的品質與可信度。

具國際協和化特色的 EU Clinical Trial Directive 和 ICH GCP Guideline，近年來除了致力於強化倫理審查委員會之角色，也對藥商及臨床試驗研究者提出相關規範，然而其對於臨床試驗檢體研究分析的場所與流程規範卻著墨甚少：在 EU Clinical Trial Directive 中，雖對臨床試驗執行過程中各個層面進行了定義及規範，但於臨床檢體分析之規範仍未有明確定義；而在 ICH GCP Guidance 的第 2.13 章節中，則提到臨床試驗中之各個試驗程序皆應有明確的操作流程可供依循，以確保試驗之品質，另於第 8.2.12 及 8.3.7 等有關必須文件 (Essential Documents) 的章節中也指出相關之實驗室須經認證，卻無執行臨床試驗檢體分析之實驗場所或流程所必須依循的準則或認證依據。我國亦無針對執行臨床試驗檢體分析之實驗室進行認證之依據。

在目前無明確準則可依循的狀況下，部分國內外執行臨床試驗檢體分析的實驗室，選擇依循藥物非臨床試驗優良操作規範 (GLP) 進行試驗分析，但因 GLP 中敘明其範疇不包括人體試驗或臨床試驗（非臨床試驗優良操作規範第 2 條第 2 款），且對於臨床試驗之人類檢體，相對於動物檢體分析上較為不同的實驗項目，以及檢體的取得與保存

方式並無明確定義，因此無法保障受試者之權益及檢體分析結果之有效性。在目前越來越多 CRO 及藥廠成立實驗室，以及原執行非臨床試驗檢體分析之實驗室投入臨床試驗檢體分析的情況下，擬定一款相應於 GLP 及 GCP 準則之規範，以保障受試者權益及臨床試驗結果之品質與可信度，進而提升國內臨床試驗水準，實有其必要性。

目前世界各國基於此種考量，均開始擬定與公告實驗室執行臨床試驗檢體分析評估的準則及建議，例如 EMA 提出了「Reflection Paper for Laboratory that Perform the Analysis or Evaluation of Clinical Trial Samples」，MHRA 在其 GCP 準則下制定了「Guidance on the Maintenance of Regulatory Compliance in Laboratories that Perform the Analysis or Evaluation of Clinical Trial Samples」，WHO 則是依循 GLP 之精神公告了「Good Clinical Laboratory Practice (GCLP)」，而 NIH 則是公布了「Guidelines on Good Clinical Laboratory Practice: Bridging Operations between Research and Clinical Research Laboratories」，這些準則的內容均涵蓋了有關實驗室組織架構管理、實驗室人員於實驗操作流程的訓練及認證、試驗執行委託相關證明文件、臨床試驗執行操作流程的認知、實驗相關資料及文件之建立與管理、受試者之安全及個人隱私保護、受試者同意書、檢體標示及保管、試驗方法確效及反複試驗之再現性、資料收集與報告、實驗執行場所之規範、實驗儀器之保存、電腦運算系統之管理，以及品質管理流程等，攸關臨床試驗執行與檢體分析流程之各個面向。

藉由本計畫之執行，將召集各界學者專家及產業界與衛生主管機關對談，並擬定適用我國國情，且可與國際法規銜接之優良臨床試驗實驗室操作規範，以提供執行臨床試驗檢體之實驗室可參考執行之依據，並針對國內執行生體可用率及生體相等性等臨床試驗檢體分析實驗室訂定查核制度，實際查核相關實驗室。本計畫之施行將有助於增

加國內執行臨床試驗結果數據之品質及有效性，以提升我國臨床試驗水準與國際接軌。

一、執行策略：

- (一)邀請國內外專家針對 GCLP 相關之法規背景及未來應用趨勢進行演講。
- (二)蒐集國際間應用於實驗室執行臨床試驗檢體分析之相關準則規範與認證模式。
- (三)邀請專家學者與產業界代表進行座談及專家會議，討論於國內臨床試驗檢體分析實驗室依據 GCLP 進行查核之觀察重點及可能遭遇困難點。
- (四)參考國際規範，建置符合我國國情之優良臨床試驗實驗室操作規範及訂定相關配套措施，並針對國內執行生體可用率及生體相等性等臨床試驗檢體分析實驗室建立查核制度及查核表。
- (五)委託外部專業機構，依循制定之相關規範，查核國內執行生體可用率及生體相等性等臨床試驗檢體分析實驗室至少 3 家。

二、預期效益

- (一)參考國際規範，建置符合我國國情之優良臨床實驗室操作規範，並舉辦針對國內執行生體可用率及生體相等性等臨床試驗檢體分析實驗室例行性查核，可有助於國內相關臨床試驗檢體分析實驗室提升分析結果之品質與數據有效性。
- (二)提高對受試者安全及個人隱私之保護。
- (三)與國際接軌之優良臨床實驗室操作規範之施行，可提升國內臨床試驗水準，增加多國多中心臨床試驗於我國設點之機會，而使國內相關藥物研發能量增強，以及新興藥品於國內上市之機會。

三、預算

102 至 105 年每年經費預計為 3,700 千元，4 年總計經費 14,800

千元。

第五節 活絡國際醫療衛生業務交流及合作

過去幾年，全球歷經金融風暴及天然災害，不僅為全人類帶來嚴峻挑戰，亦阻礙國際社會追求在 2015 年前達成「千禧年發展目標」(MDGs)的努力。值此落實「千禧年發展目標」的期限將屆之際，且健康又係「千禧年發展目標」的核心，此刻正是我國展現所具有之優質醫衛專業，回饋國際社會之際。我國因為特殊國際政治定位，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。醫療衛生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。

再者，過去因退出聯合國，使得我國參與國際組織及會議活動的機會大幅減少，連帶使我國衛生人員對於國際組織運作、國際會議規程缺乏基本瞭解，國際衛生事務之折衝、協商及談判等歷練亦極為不足。如今我國已成為世界衛生大會(WHA)觀察員，然而國際醫衛組織與活動所涉及之領域極為廣泛(包括政治、外交等領域)，故實有必要以新思維積極培育國際醫衛外交人才，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。

鑑於戰後嬰兒潮人口高齡化，已開發國家少子化等社會型態改變，衍生健康照護模式變遷、平等健康權、疾病暴露風險等公共衛生議題，已引起國際衛政及醫療界之重視與關注，爰加強本署高階管理人員決策思考視野，有助於提升衛生醫療政策規劃及推動品質。

一、策略作法

(一)辦理需求導向之醫療衛生合作計畫

委託國內衛生醫療機構，配合我國外交政策，於友我國家執行衛生醫療合作計畫，針對當地所面臨之疾病與公共衛生問題，

透過溝通協調擇定優先議題，與當地醫療機構及衛生主管機關合作，推動各項社區健康促進以及公共衛生改善工作，並協助訓練當地專業醫護人員，進而有助於提昇當地整體醫療品質及水準。

(二) 前瞻性培育國際醫衛人才

1. 深厚國際醫衛外交人力資源：與國外學術或醫療衛生相關機構合作，選送機關內中高階人員，參加國際衛生短期研習或進修相關課程；爭取派員前往醫療衛生相關之國際組織或國外機關受訓研習等。
2. 扶植國際公共衛生人才：針對國內醫療衛生相關機構或大學院校系所，鼓勵其開設國際衛生相關學程，並獎勵或補助師生參與國際衛生事務、赴國際醫療衛生組織實習等。
3. 開發國際組織參與機會：尋求可行之交流管道，透過國內醫衛相關機構，持續針對我國參與國際衛生事務之現況與訴求進行溝通，爭取後續參與重要機制、活動或會議之契機。

(三) 加強國際醫療衛生業務交流及人員培訓

1. 每年辦理國際公共衛生與健康照護等行政相關人員之培訓，透過適切之國外訓練課程及會議，提升受訓人員之國際經驗，培養國際觀，使之成為具前瞻性的國際衛生醫療人才。
2. 為促進國際醫療衛生、護理、健康照護行政等相關人員專業知識、技術交流與觀摩，學習相關經驗，每年舉辦相關領域之展覽或會議，以加強國際交流與觀摩，學習國外經驗，另並延請國外專家來台講習或技術指導，進行經驗分享。

二、預期效益

- (一) 透過需求導向之醫療衛生合作計畫，達到鞏固邦誼、強化援助、增進交流之目的，充分展現我國對於世界衛生組織憲章所揭櫫「Health for All」以及普世價值之追求，亦足以彰顯台灣身

為國際社會的一份子，積極投入全球健康議題、參與國際事務之正面形象。

- (二) 加強培育我國國際衛生事務人才，學習國際組織運作機制，提升我國參與國際衛生事務、議事、談判、協商之能力，並增加國內青年參與國際醫衛活動機會，累積及傳承國際事務經驗。
- (三) 有助於建立國際衛生人脈，深化與世界衛生組織(WHO)等國際組織之關係，獲得與其他國家相同平等之待遇，增加國際活動參與空間。

三、預算

- (一) 需求導向之醫療衛生合作計畫，102年至105年每年編列18,000千元，4年合計編列預算72,000千元。
- (二) 前瞻性培育國際醫衛人才，102年至105年每年預計編列9,802千元，其中經常門8,906千元，資本門896千元，4年合計編列預算39,208千元(經常門35,624千元，資本門3,584千元)。
- (三) 辦理衛生行政人員研習他國之衛生政策、制度改革、醫藥衛生產業及國際合作策略，102年至105年每年編列4,080千元，4年合計編列預算16,320千元。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

本計畫自民國 102 年 1 月 1 日起至 105 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，不另增加人力需求。

(二)所需財務需求：本計畫 102 至 105 年所需經費為 4,552,868 千元（不含人事費）。

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	102 年	103 年	104 年	105 年	合計
一、完備健康照護體系	64,154	77,554	77,454	77,454	296,616
重塑初級健康照護網絡	24,851	24,851	24,851	24,851	99,404
提升基層醫事機構服務品質	8,150	8,150	8,150	8,150	32,600
發展急性後期照護模式	21,745	21,745	21,745	21,745	86,980
推展居家及社區安寧照護模式	9,408	22,808	22,708	22,708	77,632
二、健全緊急醫療照護網絡	125,897	125,897	125,897	125,897	503,588
強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合	116,297	116,297	116,297	116,297	465,188
(一)區域緊急醫療應變中心	72,701	72,701	72,701	72,701	290,804

項 目	年 度					合 計
	102 年	103 年	104 年	105 年		
(二)其他緊急醫療服務系統與指揮體系	43,596	43,596	43,596	43,596	174,384	
推動醫院緊急醫療能力分級制度	5,500	5,500	5,500	5,500	22,000	
推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	4,100	4,100	4,100	4,100	16,400	
三、提升對偏遠地區醫療照護能力	296,742	296,742	296,742	296,742	1,186,968	
結合地方資源活化社區健康營造	44,832	44,832	44,832	44,832	179,328	
偏遠地區衛生所功能再造	80,220	80,220	80,220	80,220	320,880	
有效運用偏遠地區緊急救護資源	146,480	146,480	146,480	146,480	585,920	
強化遠距醫療照護資訊系統功能	16,010	16,010	16,010	16,010	64,040	
加強原住民國際衛生醫療事務交流合作	1,100	1,100	1,100	1,100	4,400	
重整偏遠地區公立醫院服務效能	8,100	8,100	8,100	8,100	32,400	
四、強化醫療資源及照護支援體系	114,376	114,376	114,376	114,376	457,504	
建置醫療及資源管理系統	10,283	10,283	10,283	10,283	41,132	
促進醫療資源整合及有效利用	38,158	38,158	38,158	38,158	152,632	
健全器官捐贈及移植網絡	62,449	62,449	62,449	62,449	249,796	
建立全方位用藥安全環境	3,486	3,486	3,486	3,486	13,944	
五、均衡醫事人力及醫療專業發展	417,046	414,506	406,806	406,806	1,645,164	
醫事人力培育及人才羅致規劃	8,450	8,450	8,450	8,450	33,800	
推展醫事人員一般醫學訓練	349,173	349,173	349,173	349,173	1,396,692	
健全專科醫師訓練制度	20,183	20,183	20,183	20,183	80,732	
強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度	20,000	20,000	20,000	20,000	80,000	
充實並留置偏遠地區醫事人力	19,240	16,700	9,000	9,000	53,940	

項 目	年 度					合計
	102 年	103 年	104 年	105 年		
六、確保醫療照護品質	62,567	62,567	62,567	62,567	250,268	
改革醫院評鑑制度	26,228	26,228	26,228	26,228	104,912	
產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型	4,000	4,000	4,000	4,000	16,000	
推廣磁力醫院概念，改善護理執業條件及環境	4,129	4,129	4,129	4,129	16,516	
建立醫院全責照護模式	4,000	4,000	4,000	4,000	16,000	
促進醫療品質與病人安全	18,194	18,194	18,194	18,194	72,776	
提升醫療機構廢棄物處理能力	6,016	6,016	6,016	6,016	24,064	
七、健全法規制度以因應醫療體系變革	57,010	61,677	61,677	61,677	242,041	
發展醫療服務產業	8,725	8,725	8,725	8,725	34,900	
保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制	12,250	12,250	12,250	12,250	49,000	
整合臨床試驗資訊及管理系統	3,700	3,700	3,700	3,700	14,800	
活絡國際醫療衛生業務交流及合作	32,335	37,002	37,002	37,002	143,341	
總 計	1,133,972	1,144,832	1,137,032	1,137,032	4,552,868	

附註：

本署為中央衛生主管機關，依緊急醫療救護法第 9 條規定，應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，委託醫療機構於各區域內組成區域緊急醫療應變中心，以整合緊急醫療救護資源，並強化緊急應變機制。

依法各區域應變中心應辦理即時監控、掌握區域內災害緊急醫療事件、資源狀況並建置資料庫；規劃災害醫療事件之復建工作，及定期之演練，跨域協調應變及指揮調度急救醫療物資及人力等項業務。凡此種種應變程序及相關配合措施等，在實務運作上，均有賴整體設計與規劃，長期間的定期緊急救護演練、培育與醫療應變資源盤點，方可確保一旦災害發生時，啟動緊急醫療之調度指揮體系有條不紊，確屬延續性計畫且有整合一次辦理之實需。爰本署規劃「區域緊急醫療應變中心」計畫，總經費為 290,804 千元，為 102 至 105 年 4 年期之延續性計畫，以應各區域應變中心實際整體計畫之執行。

四、經費需求

本計畫執行期間為 102 年至 105 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 4,552,868 千元（資本門 544,424 千元、經常門 4,008,444 千元，不含人事費），其中行政院國軍退除役官兵輔導委員會 400,000 千元（資本門 5,500 千元、經常門 34,500 千元），國民健康局 14,168 千元（資本門 200 千元、經常門 13,968 千元），食品藥物管理局 44,744 千元（均為經常門），衛生署 4,453,956 千元（資本門 538,724 千元、經常門 3,915,232 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	102年	103年	104年	105年	合計
衛生署	1,119,244	1,116,704	1,109,004	1,109,004	4,453,956
TFDA	11,186	11,186	11,186	11,186	44,744
國健局	3,542	3,542	3,542	3,542	14,168
退輔會	0	13,400	13,300	13,300	40,000
總計	1,133,972	1,144,832	1,137,032	1,137,032	4,552,868

表二 各年度大項經費一覽表

單位：千元

年度項目	102年	103年	104年	105年	合計
經常門	998,711	1,007,911	1,000,911	1,000,911	4,008,444
資本門	135,261	136,921	136,121	136,121	544,424
總計	1,133,972	1,144,832	1,137,032	1,137,032	4,552,868

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，合理重劃醫療網，建構在地化的連續性、整合性之公共衛生與醫療服務體系，以期達到讓民眾活得更長久、活得更健康、活得更快樂之願景。

- 一、促進醫療資源合理分布，提供民眾適切、可近性之醫療服務。
- 二、建立整合性社區健康照護網絡，強化社區醫療體系，因地制宜發展針對不同性別、族群及地區屬性群體之全人健康照顧服務計畫，落實健康照護資源之垂直與水平整合。
- 三、發展疾病後急性過渡期照護模式，建構完善身心障礙醫療復健及社區居家安寧療護服務體系，以提供民眾完整性連續性照護服務。
- 四、提升災難應變能力，以提供傷病患優質的緊急醫療救護。
- 五、健全急重症照護網絡，逐步改善大型醫院急診壅塞及一床難求情形。
- 六、整合資源缺乏地區醫療資源，強化遠距醫療會診系統及全國山地離島地區共用醫療資訊系統效能。
- 七、改革醫院評鑑制度，引進以病人為中心之評鑑方法，將弱勢族群照護及友善醫院環境納入醫院評鑑基準。
- 八、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。
- 九、推展醫療團隊訓練制度，加強專科醫師制度改革，培育護理人力，以提供全人醫療照護服務。

柒、附則

一、替選方案之分析及評估

- (一)本計畫逐年於辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，各執行單位將配合檢討經費需求調整資源分配，並應依法定預算覈實調整修正計畫經費，按年度作業計畫所設定各項工作之優先順序，檢討整併性質相近之細項計畫，重新調配資源及經費，另亦逐年評估檢討，以滾動式調整修正策略績效目標值。
- (二)針對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、有關機關配合事項

- (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、各年度經費明細一覽表

單位：千元

項目	負責單位	102年 資本門	102年 經常門	102年 合計	103年 資本門	103年 經常門	103年 合計	104年 資本門	104年 經常門	104年 合計	105年 資本門	105年 經常門	105年 合計	資本門 合計	經常門 合計	合計
壹、完備健康照護體系	醫事處、國健局、TFDA、退輔會、醫管會、照護處	22,338	41,816	64,154	24,238	53,316	77,554	24,138	53,316	77,454	24,138	53,316	77,454	94,852	201,764	296,616
一、重塑初級健康照護網絡	醫事處、國健局	50	24,801	24,851	50	24,801	24,851	50	24,801	24,851	50	24,801	24,851	200	99,204	99,404
1.社區健康照護網絡	醫事處	0	21,309	21,309	0	21,309	21,309	0	21,309	21,309	0	21,309	21,309	0	85,236	85,236
2.衛生所線上學習課程	國健局	50	3,492	3,542	50	3,492	3,542	50	3,492	3,542	50	3,492	3,542	200	13,968	14,168
二、提升基層醫事機構服務品質	醫事處、TFDA	0	8,150	8,150	0	8,150	8,150	0	8,150	8,150	0	8,150	8,150	0	32,600	32,600
1.基層醫事機構檢驗能力及放射品質	醫事處	0	4,150	4,150	0	4,150	4,150	0	4,150	4,150	0	4,150	4,150	0	16,600	16,600
2.社區藥局品質	TFDA	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	16,000	16,000
三、發展急性後期照護模式	醫管會、照護處	16,080	5,665	21,745	16,080	5,665	21,745	16,080	5,665	21,745	16,080	5,665	21,745	64,320	22,660	86,980
1.署立醫院試辦急性後期照護計畫	醫管會	13,680	5,665	19,345	13,680	5,665	19,345	13,680	5,665	19,345	13,680	5,665	19,345	54,720	22,660	77,380
2.其他試辦模式	照護處	2,400	0	2,400	2,400	0	2,400	2,400	0	2,400	2,400	0	2,400	9,600	0	9,600
四、推展居家及社區安寧照護模式	照護處、醫事處、退輔會	6,208	3,200	9,408	8,108	14,700	22,808	8,008	14,700	22,708	8,008	14,700	22,708	30,332	47,300	77,632
1.補助一般護理之家辦理安寧照護模式	照護處	5,858	0	5,858	5,858	0	5,858	5,858	0	5,858	5,858	0	5,858	23,432	0	23,432

項目	負責單位	102年 資本門	102年 經常門	102年 合計	103年 資本門	103年 經常門	103年 合計	104年 資本門	104年 經常門	104年 合計	105年 資本門	105年 經常門	105年 合計	資本門 合計	經常門 合計	合計
2.安寧緩和醫療宣導、教育及研究	醫事處	350	3,200	3,550	350	3,200	3,550	350	3,200	3,550	350	3,200	3,550	1,400	12,800	14,200
3. 榮民醫療體系辦理安寧緩和醫療相關計畫	退輔會	0	0	0	1,900	11,500	13,400	1,800	11,500	13,300	1,800	11,500	13,300	5,500	34,500	40,000
貳、健全急重症照護網絡	醫事處	20,195	105,702	125,897	20,195	105,702	125,897	20,195	105,702	125,897	20,195	105,702	125,897	80,780	422,808	503,588
一、強化緊急醫療服務系統及指揮體系整合	醫事處	20,195	96,102	116,297	20,195	96,102	116,297	20,195	96,102	116,297	20,195	96,102	116,297	80,780	384,408	465,188
1.區域緊急醫療應變中心	醫事處	10,356	62,345	72,701	10,356	62,345	72,701	10,356	62,345	72,701	10,356	62,345	72,701	41,424	249,380	290,804
2.其他緊急醫療服務系統與指揮體系	醫事處	9,839	33,757	43,596	9,839	33,757	43,596	9,839	33,757	43,596	9,839	33,757	43,596	39,356	135,028	174,384
二、推動醫院緊急醫療能力分級制度	醫事處	0	5,500	5,500	0	5,500	5,500	0	5,500	5,500	0	5,500	5,500	0	22,000	22,000
三、推廣自動體外心臟電擊去顫器之設置與運用	醫事處	0	4,100	4,100	0	4,100	4,100	0	4,100	4,100	0	4,100	4,100	0	16,400	16,400
參、提升偏遠地區醫療照護能力	照護處、醫管會	79,193	217,549	296,742	79,193	217,549	296,742	79,193	217,549	296,742	79,193	217,549	296,742	316,772	870,196	1,186,968
一、結合地方資源活化社區健康營造	照護處	0	44,832	44,832	0	44,832	44,832	0	44,832	44,832	0	44,832	44,832	0	179,328	179,328
二、偏遠地區衛生所功能再造	照護處	71,020	9,200	80,220	71,020	9,200	80,220	71,020	9,200	80,220	71,020	9,200	80,220	284,080	36,800	320,880
1.偏遠地區衛生所重擴建	照護處	37,107	2,000	39,107	37,107	2,000	39,107	37,107	2,000	39,107	37,107	2,000	39,107	148,428	8,000	156,428
2.偏遠地區衛生所設備購置	照護處	33,913	0	33,913	33,913	0	33,913	33,913	0	33,913	33,913	0	33,913	135,652	0	135,652
3.強化山地鄉醫療服務品質促進計畫	照護處	0	7,200	7,200	0	7,200	7,200	0	7,200	7,200	0	7,200	7,200	0	28,800	28,800

項目	負責單位	102年 資本門	102年 經常門	102年 合計	103年 資本門	103年 經常門	103年 合計	104年 資本門	104年 經常門	104年 合計	105年 資本門	105年 經常門	105年 合計	資本門 合計	經常門 合計	合計
三、有效運用偏遠地區緊急救護資源	照護處	7,673	138,807	146,480	7,673	138,807	146,480	7,673	138,807	146,480	7,673	138,807	146,480	30,692	555,228	585,920
四、強化遠距醫療照護資訊系統功能	照護處	500	15,510	16,010	500	15,510	16,010	500	15,510	16,010	500	15,510	16,010	2,000	62,040	64,040
五、加強國際醫療交流合作及都市原住民醫療照護	照護處	0	1,100	1,100	0	1,100	1,100	0	1,100	1,100	0	1,100	1,100	0	4,400	4,400
1.國際醫療交流	照護處	0	500	500	0	500	500	0	500	500	0	500	500	0	2,000	2,000
2.平地及都市原住民醫療保健	照護處	0	600	600	0	600	600	0	600	600	0	600	600	0	2,400	2,400
六、重整偏遠地區公立醫院服務效能	醫管會	0	8,100	8,100	0	8,100	8,100	0	8,100	8,100	0	8,100	8,100	0	32,400	32,400
肆、強化醫療資源及照護支援體系	醫事處、TFDA	4,284	110,092	114,376	4,284	110,092	114,376	4,284	110,092	114,376	4,284	110,092	114,376	17,136	440,368	457,504
一、建置醫療及資源管理系統	醫事處	2,555	7,728	10,283	2,555	7,728	10,283	2,555	7,728	10,283	2,555	7,728	10,283	10,220	30,912	41,132
1.整合式醫療資源管理資訊系統	醫事處	433	3,252	3,685	433	3,252	3,685	433	3,252	3,685	433	3,252	3,685	1,732	13,008	14,740
2.醫事管理系統增修維護	醫事處	2,122	4,476	6,598	2,122	4,476	6,598	2,122	4,476	6,598	2,122	4,476	6,598	8,488	17,904	26,392
二、促進醫療資源整合及有效利用	醫事處	0	38,158	38,158	0	38,158	38,158	0	38,158	38,158	0	38,158	38,158	0	152,632	152,632
三、健全器官捐贈及移植網絡	醫事處	1,729	60,720	62,449	1,729	60,720	62,449	1,729	60,720	62,449	1,729	60,720	62,449	6,916	242,880	249,796
四、建立全方位用藥安全環境	TFDA	0	3,486	3,486	0	3,486	3,486	0	3,486	3,486	0	3,486	3,486	0	13,944	13,944
伍、均衡醫事人力及醫療專業發展	醫事處、照護處	7,455	409,591	417,046	7,215	407,291	414,506	6,515	400,291	406,806	6,515	400,291	406,806	27,700	1,617,464	1,645,164
一、醫事人力培育及人才羅致規劃	醫事處	0	8,450	8,450	0	8,450	8,450	0	8,450	8,450	0	8,450	8,450	0	33,800	33,800

項目	負責單位	102年 資本門	102年 經常門	102年 合計	103年 資本門	103年 經常門	103年 合計	104年 資本門	104年 經常門	104年 合計	105年 資本門	105年 經常門	105年 合計	資本門 合計	經常門 合計	合計
1.醫事人力供需狀況評估	醫事處	0	800	800	0	800	800	0	800	800	0	800	800	0	3,200	3,200
2.遴選醫師出國進修	醫事處	0	7,650	7,650	0	7,650	7,650	0	7,650	7,650	0	7,650	7,650	0	30,600	30,600
二、推展醫事人員一般醫學訓練	醫事處	0	349,173	349,173	0	349,173	349,173	0	349,173	349,173	0	349,173	349,173	0	1,396,692	1,396,692
1.醫師畢業後一般醫學訓練	醫事處	0	315,647	315,647	0	315,647	315,647	0	315,647	315,647	0	315,647	315,647	0	1,262,588	1,262,588
2.一般醫學訓練師資	醫事處	0	33,526	33,526	0	33,526	33,526	0	33,526	33,526	0	33,526	33,526	0	134,104	134,104
三、健全專科醫師訓練制度	醫事處	2,300	17,883	20,183	2,300	17,883	20,183	2,300	17,883	20,183	2,300	17,883	20,183	9,200	71,532	80,732
1.專科醫師訓練醫院認定計畫	醫事處	0	14,875	14,875	0	14,875	14,875	0	14,875	14,875	0	14,875	14,875	0	59,500	59,500
2.住院醫師選配	醫事處	2,300	3,008	5,308	2,300	3,008	5,308	2,300	3,008	5,308	2,300	3,008	5,308	9,200	12,032	21,232
四、強化專科護理師及護產人員訓練及認證制度	照護處	215	19,785	20,000	215	19,785	20,000	215	19,785	20,000	215	19,785	20,000	860	79,140	80,000
五、充實並留置偏遠地區醫事人力	醫事處、照護處	4,940	14,300	19,240	4,700	12,000	16,700	4,000	5,000	9,000	4,000	5,000	9,000	17,640	36,300	53,940
1.公費醫師培育	醫事處	940	9,300	10,240	700	7,000	7,700	0	0	0	0	0	0	1,640	16,300	17,940
2.辦理原住民及離島地區衛生所醫事人員繼續教育推廣計畫	照護處	0	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	14,000	14,000
3.鼓勵醫事人員至山地及離島地區開業	照護處	4,000	1,000	5,000	4,000	1,000	5,000	4,000	1,000	5,000	4,000	1,000	5,000	16,000	4,000	20,000
4.補助原住民及離島地區醫事暨相關人員在職進修	照護處	0	500	500	0	500	500	0	500	500	0	500	500	0	2,000	2,000
陸、確保醫療照護品質	醫事處、照護處	900	61,667	62,567	900	61,667	62,567	900	61,667	62,567	900	61,667	62,567	3,600	246,668	250,268
一、改革醫院評鑑制度	醫事處	900	25,328	26,228	900	25,328	26,228	900	25,328	26,228	900	25,328	26,228	3,600	101,312	104,912

項目	負責單位	102年 資本門	102年 經常門	102年 合計	103年 資本門	103年 經常門	103年 合計	104年 資本門	104年 經常門	104年 合計	105年 資本門	105年 經常門	105年 合計	資本門 合計	經常門 合計	合計
二、產後護理機構評鑑及坐月子中心輔導轉型	照護處	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	16,000	16,000
三、推廣磁力醫院概念，改善護理執業條件及環境	照護處	0	4,129	4,129	0	4,129	4,129	0	4,129	4,129	0	4,129	4,129	0	16,516	16,516
四、建立醫院全責照護模式	照護處	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	16,000	16,000
五、促進醫療品質與病人安全	醫事處	0	18,194	18,194	0	18,194	18,194	0	18,194	18,194	0	18,194	18,194	0	72,776	72,776
六、提升醫療機構廢棄物處理能力	醫事處	0	6,016	6,016	0	6,016	6,016	0	6,016	6,016	0	6,016	6,016	0	24,064	24,064
柒、改善法規制度以因應醫療體系變革需求	醫事處、國合處、企劃處、TFDA	896	52,294	53,190	896	52,294	53,190	896	52,294	53,190	896	52,294	53,190	3,584	209,176	212,760
二、發展醫療服務產業	醫事處	0	8,100	8,100	0	8,100	8,100	0	8,100	8,100	0	8,100	8,100	0	32,400	32,400
三、保障受試驗對象權益及完善倫理審查機制	醫事處	0	9,508	9,508	0	9,508	9,508	0	9,508	9,508	0	9,508	9,508	0	38,032	38,032
1.醫療機構倫理審查會管理	醫事處	0	7,863	7,863	0	7,863	7,863	0	7,863	7,863	0	7,863	7,863	0	31,452	31,452
2.人體生物資料庫管理	醫事處	0	1,645	1,645	0	1,645	1,645	0	1,645	1,645	0	1,645	1,645	0	6,580	6,580
四、研擬執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範	TFDA	0	3,700	3,700	0	3,700	3,700	0	3,700	3,700	0	3,700	3,700	0	14,800	14,800
五、活絡國際醫療衛生業務交流及合作	國合處、企劃處	896	30,986	31,882	896	30,986	31,882	896	30,986	31,882	896	30,986	31,882	3,584	123,944	127,528

項目	負責單位	102年 資本門	102年 經常門	102年 合計	103年 資本門	103年 經常門	103年 合計	104年 資本門	104年 經常門	104年 合計	105年 資本門	105年 經常門	105年 合計	資本門 合計	經常門 合計	合計
1.需求導向之醫療衛生合作計畫	國合處	0	18,000	18,000	0	18,000	18,000	0	18,000	18,000	0	18,000	18,000	0	72,000	72,000
2.培育國際醫衛人才	國合處	896	8,906	9,802	896	8,906	9,802	896	8,906	9,802	896	8,906	9,802	3,584	35,624	39,208
3.衛生行政管理人員研習	企劃處	0	4,080	4,080	0	4,080	4,080	0	4,080	4,080	0	4,080	4,080	0	16,320	16,320
合計		135,261	998,711	1,133,972	136,921	1,007,911	1,144,832	136,121	1,000,911	1,137,032	136,121	1,000,911	1,137,032	544,424	4,008,444	4,552,868