



強化醫療防疫照護體系落實健康台灣計畫 (核定本)

114年9月

目錄

壹、計畫緣起	5
一、依據	7
二、未來環境預測	7
三、未來問題評析	12
貳、計畫目標	18
一、目標說明	18
二、績效指標、衡量標準及目標值	19
參、現行相關政策及方案之檢討	22
一、「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」預期效益達成情形及差異分析	22
二、「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」執行績效	24
(一) 重塑以價值為基礎之醫療服務體系	24
(二) 完善全人全社區醫療照護網絡	29
(三) 建構更具韌性之急重難症照護體系	35
(四) 充實醫事人員量能改善執業環境	38
(五) 運用生物醫學科技強化醫療照護效能	45
(六) 加速法規調適與國際合作	50
三、相關計畫及政策執行檢討	56
肆、執行策略及方法	86
一、主要工作項目	86
二、分年執行策略與分工	87
三、計畫執行步驟與方法	94
第一章 邁向健康臺灣韌性醫療體系	94
第一節 提升整體醫療資源使用效益	94
第二節 落實日常整備管理	99
第三節 活絡在地緊急應變韌性	104
第二章 加值人力資源管理機制	107
第一節 醫事人力整備回流	107
第二節 護產人力資源整合及多元能力發展	113
第三節 醫事系統數位化管理	116
第三章 優化社區共融照護量能	126
第一節 策進以人為本，以社區為基礎之整合性健康照護網絡	126
第二節 建立安寧及善終支持網絡	129
第三節 維護特殊需求族群醫療權益	132
第四章 因應社會變遷調適政策	139

第一節 導引醫療機構實踐社會責任	139
第二節 和諧醫療工作場域	141
第三節 滾動式法規調適	146
伍、期程與資源需求	152
一、計畫期程	152
二、所需資源說明	152
(一)所需人力需求	152
(二)所需財務需求	152
陸、預期效果及影響	152
柒、財務計畫	154
捌、附則	158
一、風險管理	158
(一)風險辨識	158
(二)風險分析	159
(三)風險處理	160
二、相關機關配合事項或民眾參與情形	162
三、中長程個案計畫自評檢核表	164
四、性別影響評估檢視表	167
【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫	167
五、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表	176
六、其他有關事項	177

壹、計畫緣起

我國自民國74年起分期推動醫療網計畫。第一期醫療網計畫（74-79年）為解決醫療資源不足及分布不均問題，依據當時行政院經濟建設委員會之「臺灣地區綜合開發計畫」，將全臺劃分為17個醫療區，期望每個醫療區皆有區域醫院。第二期醫療網計畫（80-85年）為擴充醫療資源及解決資源不均問題，使民眾能就近獲得適當醫療保健服務及一般性門診、急診及住院醫療服務，於82年將全國劃分為63個次醫療區域（不含金門、馬祖地區），期望達到每個次醫療區域皆有地區醫院之目標。第三期醫療網計畫（86-89年）則著重於均衡醫療資源分布及醫事人力質量，健全醫療品質評鑑制度，有效利用醫療設施與建立分級醫療及轉診制度。綜上，第一期至第三期醫療網計畫著重於硬體建設及人力規劃，以解決醫療機構設施數量不足及資源分布不均之問題。

87年發生大園空難，88年921地震，開始省思大型災難或意外發生時，伴隨產生之龐大醫療量能需求，很難以單一個縣市醫療資源獨力承擔。因此，第四期醫療網計畫—新世紀健康照護計畫（90-93年），將全國依健保分區劃分為臺北區、北區、中區、南區、高屏區、東區等6大醫療區，促進區域內資源整合及互相支援，亦透過醫療專業同儕自律與醫療照護品質良性競爭，落實各類醫事人力專業教育，並關懷醫療弱勢族群之特殊照護需求，強化既有醫療照護體系。92年嚴重急性呼吸道症候群（severe acute respiratory syndrome，下稱SARS）流行，凸顯病人安全之重要性，第五期醫療網計畫—全人健康照護計畫（94-97年）爰著重於提升醫療照護品質，建立全人健康照護體系，強調提供「以病人為中心」之醫療照護，並重視建置社區醫療衛生體系，強化基層醫療服務。第六期醫療網計畫—新世代健康領航計畫（98-101年）循全人健康照護計畫之基礎，促進醫療資源合理分布，建構整合性社區健康照護網絡，落實長照十年及身障醫療復健網絡。另考量醫療環境改變、縣市合併、新興市鎮快速發展等，於100年公告修訂「醫院設立或擴充許可辦法」，將次醫療區域重新劃分為50個次醫療區域。

第七期醫療網計畫—開創全民均等健康照護計畫（102-105年）則因應行政院組織改造，102年衛生福利部（以下簡稱本部）成立，將心理健康業務獨立

於「國民心理健康促進計畫」規劃辦理，並為實現「落實品質、提升效率、關懷弱勢、均衡資源」之施政願景，於該期醫療網計畫以完備健康照護體系、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為工作重點。第七期醫療網同時將醫療與社福體系合作、特殊族群醫療照護，列為該期之重要任務。

至104年，蔡英文總統提出「醫療保健支出合理成長，且成長率不低於GDP成長率」、「建構社區醫療照護體系，落實分級醫療及雙向轉診」、「強化醫療糾紛處理機制，減少醫病雙方不必要訴訟」等3大醫療政見，期透過持續改革，擘劃一個符合高齡社會需求之健康照護輸送網絡與照護模式，故第八期醫療網計畫（106-109年）承續前期醫療網計畫，為實現「精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益」之使命，以建立以社區為中心之整合性居家醫療照護服務模式促進分級醫療、推廣安寧緩和醫療、普及友善健康照護環境、改善醫師執業環境及護理人力與勞動條件、推廣器官捐贈及移植、推動生物醫療科技發展等為策略目標。

本部於107年至108年期間規劃第九期醫療網計畫時，發現自109年起，臺灣人口開始減少，非都會區人口下降趨勢更快，偏鄉缺少年輕人力，醫療照護體系將面臨新的挑戰。為實現「醫療體系可以快速回應社會變遷與克服困境保有韌性」之目標，第九期醫療網計畫-建構敏捷韌性醫療照護體系計畫（110年-113年）參考國際發展趨勢，強化醫療照護體系面對未來全球環境趨勢及國內社會結構變遷等挑戰之應變能力，持續以保障全體國民不論身處何處，均能享有周全性（Comprehensive）、持續性（Continuing）及協調性（Coordinated）健康照護服務之願景邁進，期能重塑醫療體系，發展遠距智慧醫療與照護，朝提高整合效率之全人照護、全社區照護努力。惟108年底開始，全世界面臨3年餘之嚴重特殊傳染性肺炎疫情大流行，意外加速全世界遠距醫療照護，及感染管控量能提升之需求，防疫、篩檢、診斷、治療、遠距照護、感染控制，成為「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」之重要工作。另外，在以人及社區為中心之整合照護，以及強化偏鄉醫療部分，在過去4年亦有較明確之作為。

有鑑於臺灣人口朝向銳減化、少子化、高齡化、與集中化趨勢，其中少子

化對醫事人力衝擊甚鉅，另嚴重特殊傳染性肺炎疫情變迭，新疫情亦隨時可能再起，伴隨氣候異常對健康之衝擊，與物價上漲等趨勢，皆是本期醫療網計畫「強化醫療防疫照護體系落實健康台灣計畫」需要關切之重點。

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）人口呈現超銳減、超高齡、超少子化

107年臺灣老年人口比例已達14.5%，正式邁入高齡社會。臺灣總人口數之高峰發生在108年（2,360萬人），然而青壯年人口在104年即達到歷史高峰（1,737萬人）。此外，出生人口在86（牛）年為326,002人、87（虎）年271,450人，出生數驟降5.5萬人，至89年龍年效應出生數增加至302,312人，至90（蛇）年260,345人，一年再驟降4.2萬人，且逐年持續降至99（虎）年166,886人，亦即86年至99年短短13年間，出生人口幾乎減半。86年出生者，迄今28歲，應屬於勞動人力，但各界可明顯感受到政府部門、民間非營利組織或藍領勞力階級等工作場域，都很難應聘新血投入，此趨勢只會愈趨嚴重。

依據國家發展委員會：中華民國人口推估（109年至159年）數據之中推計，可發現109年至133年，人口少約264萬人，老人約增加337萬人，青壯年人口約減少469萬人，戰後嬰兒潮也進入85歲以上，85歲以上失能率約50%，之後每間隔約5-6年，皆減少100多萬人，至159年將減少859萬人。在不增加醫師數與病床數之假設下，臺灣會因為人口快速下降，導致每萬人口醫師數、每萬人口病床數快速增加。但值得注意的是，已開發國家人口亦持續老化，但因為財務無法負擔，國家政策多朝減床、社區化、整合照護、自我照護努力，臺灣需積極

參考國外經驗，預作檢討規劃或重塑醫療體系之可行作為。

圖 1 1997-2024年出生人口數

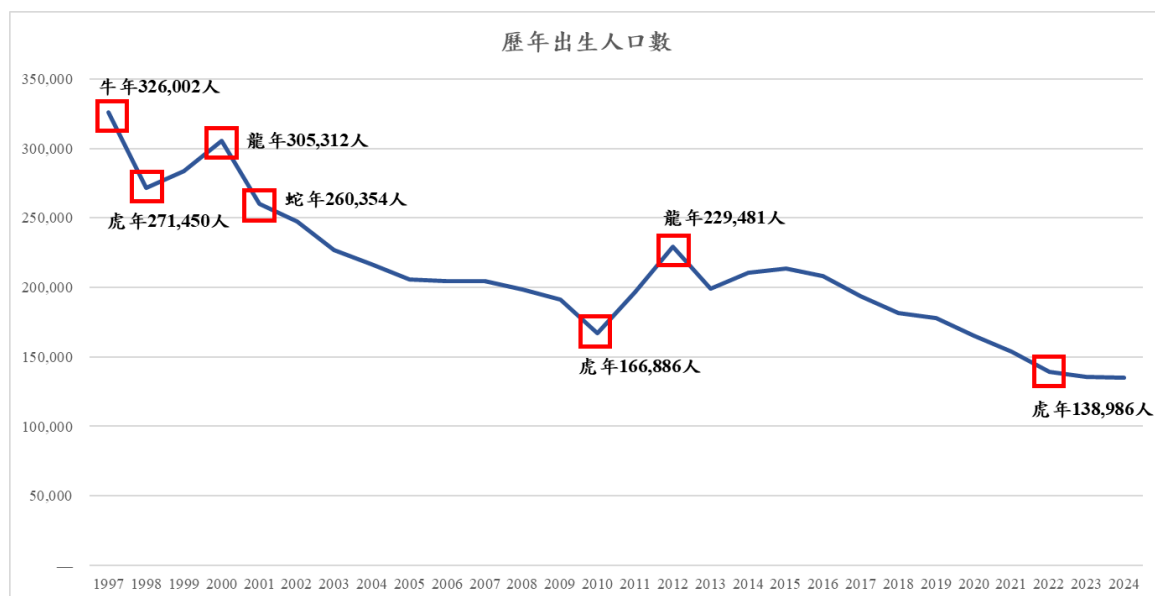


表 1 臺灣109-159年人口總數、年齡結構、扶養比推估

年 度	人口數及改變（單位：萬人）						扶 養 比	扶 老 比	零歲平均餘命(歲)		
	總人口		15-64歲		65歲以上				總計	男性	女性
	該年 人口數	與109 年相差 人數	該年 人口數	與109 年相差 人數	該年 人口數	與109 年相差 人數					
109	2,356.1	-	1,681.1	-	378.7	-	40.16	22.53	81.32	78.11	84.75
111	2,326.5	-29.7	1,636.0	-45.1	408.6	29.9	42.21	24.97	79.84	76.63	83.28
125	2,223.1	-133.0	1,400.4	-280.6	635.3	256.6	58.74	45.37	83.26	80.10	86.43
133	2,091.8	-264.3	1,211.5	-469.6	715.9	337.2	72.67	59.09	84.31	81.19	87.44
143	1,880.2	-475.9	982.9	-698.2	753.2	374.5	91.29	76.63	85.57	82.48	88.67
148	1,762.5	-593.6	880.4	-800.7	750.8	372.1	100.20	85.28	86.18	83.10	89.26
153	1,641.6	-714.6	784.9	-896.2	739.7	361.0	109.15	94.25	86.78	83.71	89.84
157	1,544.7	-811.4	722.0	-959.1	716.0	337.3	113.96	99.17	87.24	84.18	90.30
159	1,496.7	-859.4	697.4	-983.6	696.6	317.9	114.60	99.89	87.47	84.41	90.52

資料來源：國家發展委員會(114)：中華民國人口推估（109年至159年）數據—中推計；節錄日期114/08/12
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。

(二) 城鄉社會結構變遷導致人口超集中化

人口集中於都會區是國際趨勢，聯合國(2022)World Cities Report 2022：Envisaging the Future of Cities 指出，2020年全球約有一半的人

口居住於城市，至2070年預計增長至58%。我國六都人口佔率，106年為69.19%、113年為69.77%，在人口持續減少之情形下，未來非都會區人口減少的速度，會高過都會區。依據國家發展委員會委託「我國區域層級之家戶推計模擬」研究結果顯示，至2045年人口呈正成長之縣市，為桃園市、新竹縣、新竹市，保持微幅成長者為新北市，連江縣、金門縣及臺中市亦為未來人口正成長的縣市，至於其他縣市，包括臺北市與高雄市，人口均下降。若再進一步分析老年人口比之變化，預估非都會區老化的程度，會遠較都會區高，未來城鄉差距會更大(國家發展委員會委託研究：我國區域層級之家戶推計模擬，2020)。

回顧1997-2007年、2007-2017年及2017-2024年3個時段之臺灣各縣市人口改變，發現1997-2007年增加121.56萬人，2007-2017年增加61.28萬人，但2017-2024年卻減少17.10萬人，可知2017-2024年人口減少速度較2007-2017年快，預估未來10年人口減少更快。進一步探究各縣市在2007-2017年及2017-2024年2個期間人口減少之鄉鎮數，發現2007-2017年有224個鄉鎮人口減少，2017-2024年則有276個鄉鎮人口減少，預估未來5年人口減少之鄉鎮會更多。

偏鄉醫療院所之醫事人員，可能因病人數減少而撤退，因此，要確保偏鄉醫療照護，可能需仰賴公立醫療院所及衛生所，其角色定位、功能強化及留住人才，會變得更為重要。依據本部國民健康署(2023)之2022年臺灣各縣市衛生所統計年報顯示，各地方政府衛生局所屬衛生所中，111年無醫師者共計71所(含未編制醫師之15所)，其中有25所位於「西醫醫療資源不足地區」。本部自105年辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」，每年增加100名公費醫師，預計115年起，辦理分發下鄉服務作業，另透過山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、優化偏鄉醫療精進計畫、醫療資源不足地區改善方案，強化山地離島在地醫療設施與人力、維持偏鄉緊急醫療照護不中斷，以提升資源不足地區之健康服務效率，未來應更重視強化在地衛生室、所及社區照護之量能，以肩負社區健康照護之角色。

表 2 1997、2007、2017、2024年各縣市人口數變化

縣市	人口數（單位：萬人）				人口數變化（單位：萬人）			2017-2024年 人口改變率(%)
	1997年	2007年	2017年	2024年	1997-2007 年	2007-2017 年	2017-2024 年	
	a	b	c	d	b-a	c-b	d-c	
合計	2174.28	2295.84	2357.12	2340.02	121.56	61.28	-17.10	-0.73%
新北市	342.05	379.80	398.67	404.70	37.75	18.87	6.03	1.51%
臺北市	259.85	262.93	268.33	249.09	3.08	5.40	-19.24	-7.17%
桃園市	161.45	193.50	218.80	233.86	32.05	25.30	15.06	6.89%
臺中市	234.97	260.68	278.71	286.06	25.71	18.03	7.35	2.64%
臺南市	181.41	187.01	188.65	185.87	5.60	1.65	-2.78	-1.48%
高雄市	266.33	276.49	277.69	273.14	10.16	1.20	-4.55	-1.64%
宜蘭縣	24.20	46.04	45.66	44.92	21.84	- 0.38	-0.74	-1.62%
新竹縣	42.17	49.58	55.22	59.46	7.41	5.63	4.24	7.69%
苗栗縣	56.03	56.02	55.38	53.29	- 0.02	- 0.64	-2.09	-3.78%
彰化縣	129.77	131.44	128.25	122.57	1.66	- 3.19	-5.68	-4.43%
南投縣	54.67	53.37	50.11	47.23	- 1.30	- 3.27	-2.88	-5.75%
雲林縣	75.19	72.57	69.04	65.84	- 2.62	- 3.53	-3.20	-4.63%
嘉義縣	56.77	55.13	51.12	47.88	- 1.64	- 4.02	-3.24	-6.34%
屏東縣	91.38	88.96	82.99	78.92	- 2.42	- 5.96	-4.07	-4.90%
臺東縣	25.30	23.37	21.95	21.02	- 1.93	- 1.41	-0.93	-4.23%
花蓮縣	35.81	34.33	32.92	31.54	- 1.48	- 1.41	-1.38	-4.20%
澎湖縣	9.12	9.24	10.41	10.79	0.12	1.17	0.38	3.65%
基隆市	37.94	39.04	37.15	36.14	1.10	- 1.89	-1.01	-2.71%
新竹市	35.18	39.90	44.11	45.72	4.72	4.21	1.61	3.66%
嘉義市	26.28	27.31	26.94	26.22	1.03	- 0.37	-0.72	-2.68%
金門縣	5.11	8.15	13.75	14.36	3.05	5.59	0.61	4.44%
連江縣	0.84	0.99	1.29	1.40	0.15	0.29	0.11	8.14%
六都人口數	1446.06	1560.40	1630.85	1632.72	114.35	70.43	1.87	0.11%
六都人口占 率(%)	66.51	67.97	69.19	69.77	94.072	114.919		

資料來源：內政部戶政司(2025)：人口統計資料：年度縣市及全國統計資料-01縣市人口按性別及五齡組；
<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。

表 3 各縣市於2007與2017年、2017與2024年期間人口減少之鄉鎮數

縣市	鄉鎮數	2007- 2017年			2017- 2024 年		
		人口減少 鄉鎮數	人口減少 鄉鎮占率	減少>5千 人鄉鎮數	人口減少 鄉鎮數	人口減少 鄉鎮占率	減少>5千人 鄉鎮數
	a	b	c=b/a*100%		d	e=d/a*100%	
新北市	29	9	31%	1	18	62%	3
臺北市	12	4	33%	0	12	100%	12
桃園市	13	1	8%	0	2	15%	0
臺中市	29	8	28%	1	15	52%	0
臺南市	37	27	73%	1	29	78%	2
高雄市	38	24	63%	4	31	82%	3
宜蘭縣	12	6	50%	0	9	75%	0
新竹縣	13	6	46%	0	7	54%	0
苗栗縣	18	15	83%	0	16	89%	0
彰化縣	26	21	81%	0	24	92%	1
南投縣	13	12	92%	2	13	100%	0
雲林縣	20	17	85%	0	17	85%	0
嘉義縣	18	16	89%	0	17	94%	0
屏東縣	33	28	85%	1	31	94%	1
臺東縣	16	13	81%	0	11	69%	0
花蓮縣	13	11	85%	1	11	85%	1
澎湖縣	6	0	0%	0	1	17%	0
基隆市	7	5	71%	2	6	86%	0
新竹市	3	0	0%	0	0	0%	0
嘉義市	2	1	50%	1	2	100%	0
金門縣	6	0	0%	0	3	50%	0
連江縣	4	0	0%	0	1	25%	0
合計	368	224	61%	14	276	75%	23

資料來源：內政部戶政司(2025)：人口統計資料：各月人口資料-03. 鄉鎮戶數及人口數；年度縣市及全國統計資料-01縣市人口按性別及五齡組；<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。

(三) 國際疫情更迭

過去20年，冠狀病毒已造成3次大流行，分別為92年 SARS、101年中東呼吸症候群（下稱 MERS）、以及108年嚴重特殊傳染性肺炎，而過去3年，全世界已有7億多嚴重特殊傳染性肺炎感染病例，6百多萬人死亡，預估未來仍會發生第4次的冠狀病毒流行。後嚴重特殊傳染性肺炎疫情時期，臺灣醫療體系仍須就此預作風險管理，並進行整備。

（四）全球氣候異常

全球暖化，氣候異常將成為常態，除了颱風、土石流、地震、寒流、熱浪、溫差擴大，地球暖化對動植物生態也產生變化，病媒蚊生態改變亦可能帶來新的災難。112年1月10日立法院三讀通過，將《溫室氣體減量及管理法》修正為《氣候變遷因應法》，明定我國應在139年達成溫室氣體淨零排放，因此，醫療機構更需重視碳稅開徵，關注綠色轉型帶來之能源、產業、生活、社會相關議題。

（五）心理健康議題重要性

隨著精神病人疾病型態改變及藥物治療技術進展，各國均朝多元化精神病人社區照護模式及服務方案方向發展，並強化以社區為基礎及跨團隊的精神醫療照護。在醫療機構以外，設有多元照護機構及社區心理衛生中心，設置以個案管理為基礎之照護團隊，強調連續性、持續性及整合性之精神照護，並依精神疾病個案之嚴重度、急迫性及需求，提供不同的服務方案。

為完善精神照護機構管理、加強跨機關社區精神病人照顧及保障病人權益，我國111年修正精神衛生法，強調推動心理健康促進、布建社區心理衛生中心、精進病人協助及前端預防、建立危機處理機制、強化精神病人通報、發展多元社區支持等重點。社區精神醫療是全世界精神醫療的發展趨勢，有必要參酌國外發展趨勢、配合國內法令之訂修、以及考量嚴重特殊傳染性肺炎疫情對醫療體系帶來之衝擊及因應，對於精神照護體系進行總體檢，並加強心理健康基礎建設，以符合民眾之心理健康及精神醫療需求。

三、未來問題評析

（一）正視人口變化對醫療資源之影響

1. 檢討與調整每萬人口病床數目標值

我國每萬人口病床數將因總人口數減少，而持續增加，以英國、日本、韓國、澳洲等國家為例，為因應高齡社會，已逐年縮減病床，

從各國近10年數據顯示，每萬人口急性病床數多呈下降趨勢，且下降趨勢逐漸趨緩（韓國除外）。近5年，我國每萬人口總病床數已超過71床，113年為72.93床，明顯高於104年 OECD 會員國之平均36.19床，而我國尚未推動調節每萬人口急性病床數，亟待積極因應。

2. 增加病床資源運用效能

我國近10年來占床率約達55-65%，如進一步以醫院層級分析，發現醫學中心佔床率最高，約為70-78%，區域醫院為58-67.99%，地區醫院介於49.55-58.66%，若不考慮近3年受疫情影響，占床率有微幅增加的趨勢。

108年住院日數為32,826千日，利用該年資料推估，若欲維持80%之占床率，床數須調整為112,418床；若占床率為85%，則床數須調整為105,805床。

未來宜研擬透過通訊診療或電話諮詢等方式減少住院、再住院、超長住院現象，並持續發展家庭醫師制度、分級醫療、居家虛擬住院等多元政策、並與社區資源進行醫療資源整合，以配套提供完善照護。

3. 資源傾向集中於區域級以上醫院

不同健保特約類別醫院中，110年醫學中心與區域醫院病床數佔全國整體比例為65.09%，占床率為60.09%，住院日數（千日）佔率為68.02%，住院費用（百萬元）佔率為81.7%，顯示病床仍多集中於區域級以上醫院（醫療利用亦是）。

110年住院天數相較於100年，下降11.52%，住院費用上升38.49%，然110年住院受疫情影響，僅可作為參考。但106年區域醫院以上病床佔60%，住院天數佔70.36%，住院費用佔83.6%，宜再籌思醫療資源合理分配策略，強化各層級分級醫療院所之任務，提高社區醫療量能。

4. 偏鄉醫事人員留任困境

多數鄉鎮人口逐漸變少、變老，合併低照護量能等問題，為平衡偏鄉及離島等資源相對不足區域之醫療照護供給，維護偏鄉醫療照護量能，需積極強化公立醫療院所及衛生所功能與角色。

目前全國368個鄉鎮市區，共設有374家衛生所，長期在第一線提供各項公共衛生及醫療保健服務。然隨著我國人口結構高齡化，衛生所職掌日趨繁雜，除了提供預防保健、醫療門診、疾病防治、傳染病防治、預防接種，近年隨社會需求，增加高齡者健康照護、長照、協助社安網等服務，持續為社區民眾健康而努力。

而公立醫療機構與衛生所同樣肩負日益繁重之公共衛生角色，在高齡化社會下，應考量偏遠離島地區經營不易，加強其角色定位、功能強化及人才留任等支援。

5. 醫事人力供需影響病床開放

因應總人口數減少，若欲維持111年每萬人口醫師、護理人力及開放病床數水平基礎，依照國發會（112）人口中推估資料推演，至159年反而須減少23,220名醫師、46,219名護理人力及52,119張開放病床。

惟近年部分醫院積極申請擴床，以致需延攬更多醫事人力，但醫院關床卻常肇因於護理人力不足。未來宜再釐清護理人力變動，是因轉業或移動到社區長照2.0領域或其他變因影響，以研擬有效留任護理人力作法。

表 4 以2022年每萬人口醫師、護理人力及開放病床數為基礎，推估未來48年醫療資源

年度	年底人口數 (萬人)	每萬人口推估數			預估數		
		醫師	護理人力	開放病床	醫師	護理人力	開放病床
2022	2326.464	32.96	65.61	73.97	76,680	152,636	172,095
2036	2256.976	33.97	67.63	76.25	74,390	148,080	166,949
2044	2149.890	35.67	71.00	80.05	70,860	141,054	159,027
2049	2063.533	37.16	73.97	83.40	68,014	135,388	152,640
2054	1965.320	39.02	77.66	87.57	64,777	128,945	145,375
2059	1860.195	41.22	82.05	92.51	61,312	122,047	137,599
2064	1752.150	43.76	87.11	98.22	57,751	114,959	129,607
2068	1665.280	46.05	91.66	103.34	54,888	109,259	123,181
2070	1621.957	47.28	94.11	106.10	53,460	106,417	119,976
48年	-704.50	14.32	28.50	32.13	-23,220	-46,219	-52,119

資料來源：國家發展委員會(2023)：中華民國人口推估（2022年至2070年）數據—中推計；節錄日期2023/05/28；https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。

（二）塑造疫後韌性醫療體系

1. 評鑑制度改革

臺灣推動醫院評鑑與長照機構評鑑制度，奠定醫療照護品質基礎，未來宜再強化感控、數位健康照護、評鑑作業E化等事項。

2. 儲備醫事人員多功職能

為因應人口超高齡化趨勢，醫事人員6年繼續教育訓練課程，宜考量強化安寧照護、多重慢性病、長照訓練課程，以及長者健康整合式功能評估（ICOPE）等多元議題。

3. 強化醫療照護體系整備

過去3年多，基於嚴重特殊傳染性肺炎疫情，醫院、診所、長照機構等單位在感染管制上，落實勤洗手與消毒作業等，均有長足進步。另疫情肆虐時，人與人減少接觸以斷開鏈結，促使遠距醫療、遠距照護、遠距運動指導的快速發展，也凸顯健康促進、自主管理的重要。

為因應未來無法預期的下一次疫情到來，此時正須辦理後疫情整備，如分艙分流概念、就醫動線規劃，以及相關等教育訓練作業，並強化醫事人員心理韌性，建置強調團隊合作的醫療環境氛圍。

4. 緊急醫療救護體系品質

往年推動之緊急醫療體系作業與創新服務，於嚴重特殊傳染性肺炎疫情期間發揮效能，未來針對緊急醫療照護品質，仍需維持24小時監控區域災害事故，協助掌握各區域緊急醫療應變之量能與資訊，充實區域內緊急醫療應變硬體設備，及提升區域內緊急醫療應變軟硬體量能，並配合國家未來重大政策，賡續韌性醫療體系運作規劃，辦理相關訓練及演習，以提升我國緊急醫療應變效能。

（三）強化以人為中心之整合照護

1. 水平與垂直整合

本部中央健康保險署（下稱健保署）推動大家醫計畫，以現行家醫計畫為基礎擴充發展，有別於目前以癌症、心血管疾病、腦血管疾病、腎衰竭和失智症等疾病導向為主之計畫，將原有的慢性腎臟病

(CKD)、糖尿病(DM)和代謝症候群等計畫資訊整合，依照「以人為中心」概念，先進行數據歸人，使醫師能立即知道每位病人有哪些疾病，再朝「以家庭為中心」，將相關資訊進一步歸戶，讓醫師了解該病人的家人之健康狀況，能更好的治療疾病與早期預防，以避免或延緩疾病發生，並配套建置家醫大平臺、擴大健康存摺 SDK 資料加值應用，來確保民眾健康。

111年國內已有609個醫療群參與計畫，包括5,664家診所(占西醫基層診所約53%)、7,833位醫師(占西醫基層醫師約46%)，加入家醫計畫之會員為600.2萬人(占總保險對象人數約25%)，另外，111年所有醫療群皆在特殊嚴重傳染性肺炎疫情期間提供防疫相關服務，包括609個醫療群(100%)、4,716家診所(83%)提供視訊診療服務，595個醫療群(98%)、2,456家診所(43%)協助施打疫苗，608個醫療群(99%)、3,469家診所(61%)提供確診者相關照護。

家醫大平臺整合個人化初級照護資訊，包括醫療記錄(含檢驗檢查、醫療影像、計畫收案等記錄)、穿戴裝置數據，以及在取得民眾同意下，納入健康存摺之本部相關單位資料，以健康存摺 SDK 發展的第三方健康 App 資料等進行整合分析，主動提供健康風險預測和示警等功能，讓民眾能及早介入、自我照顧，預防或延緩疾病發生，並針對目標族群，包括癌症篩檢、慢性腎臟病、糖尿病和代謝症候群高風險民眾，進行檢驗值分析、異常管理、風險預測、日常追蹤等，例如未篩檢提醒、疫苗注射提醒等。

2. 強化弱勢族群之友善醫療照護模式

針對特殊就醫需求族群(例如身心障礙、行動不便、高齡、獨居老人、原住民、新住民及精神病人等)，我國已推動辦理各類健康平權維護策略，惟就不同個案之特殊處境，仍需敦促醫療院所持續提供適切服務及就醫環境，以符應個案就醫需求。

另為平衡偏鄉及離島等資源不足區域的藥事照護量能、強化人口減少鄉鎮之藥事服務資源、精進特殊族群的友善支持服務模式，應強

化智慧科技於藥事服務之運用，減輕藥事人員負擔，營造友善便利照護環境。

（四）著重以社區為中心之整合照護

WHO（2019）出版「Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage」，強調以人和社區為健康照護系統核心（非以疾病為中心），促使民眾能掌握自己的健康，而非被動接受服務，才是更有成效、提高健康素養及民眾參與度、且更具應變力的方式。

應持續強化全人全社區之整合性照護，提供在地性連續式醫療服務，培力基層院所之社區健康守護量能，驅動衛生局（含衛生所）透過建立高齡友善社區，落實社區診斷、資源連結以及公私協力機制，培力社區增能。在基層院所推動預防保健、與社區 ICOPE 及長照資源連結，提升長者的內在能力（intrinsic capacity）、自主健康管理、倡議有為老化，增進醫病關係，可降低醫療耗用，提升資源運用效益，有利於營造韌性（Resilience）的醫療體系。

（五）發展智慧醫療照護

1. 提升醫療院所智慧化

加速智慧科技應用於醫療照護領域，可提升醫療服務之可近性與醫療品質，並降低醫療服務及照護成本，建立具有成本效益及以民眾（病人）為中心的醫療保健系統。醫療院所掛號、批價、醫材、藥品之庫存管理，亦可透過智慧化科技協助，以降低人力，並提升品質與效率。

2. 擴大應用數位健康領域

透過發展遠距診療、線上諮詢、遠距監護、遠距互動健康管理等作業，擴大數位健康運用範疇，以利提升醫事人力效率。

貳、計畫目標

一、目標說明

全球嚴重特殊傳染性肺炎疫情初歇，各國衛生治理重點由原先對抗大流行衝擊，轉向疫情後之復甦啟動作業。因此，配合國際公共衛生重點工作方向，應積極調整醫療資源分布、增加病床資源運用效能、強化醫療機構疫後整備作業、培植醫事人員多元職能、規劃醫事團隊有效分工與合作機制、推動醫療數位轉型，加速推動受疫情影響之各項健康永續發展目標，以及早因應下一波疫情來襲時，所造成整體照護需求增加，及可能發生的公共衛生緊急事件等挑戰。

考量我國人口結構快速轉變，且部分醫療資源相對匱乏、或青壯年人口大量外移之偏遠或鄉村地區，高齡長者比例更高，許多失能、獨居長者以及行動不便者之健康權益需要更多保障，針對就醫需求變化及醫療資源供給分配問題，凸顯未來醫療照護整合、智慧醫療照護、精準醫療與增進服務效率之重要性，應積極運用資訊科技輔助醫療應用，促進醫療系統建立一致化標準格式，以利資料互通互享共用，提升臨床作業效率，並提高我國醫療產業於世界之競爭力。

因應全球氣候治理發展趨勢，全球已有128個國家訂下2050淨零目標。為達到聯合國105-119年（西元2016-2030年）永續發展目標（Sustainable Development Goals, SDGs）及「the Triple Billion Targets」期望目標，有品質的健康服務體系，是SDGs 3.5全面健康覆蓋的前提，健康照護服務應有效、安全、符合民眾及社區需求，並兼顧及時、公平、整合照護、與有效率等7個面向，強調服務要在對的地方、對的時間、回應服務使用者的需要及喜好，且要極小化造成傷害及避免資源浪費，以確保全體人民能夠健康生活。

綜上，本計畫執行之整體目標如下：

- （一）邁向健康臺灣韌性醫療體系。
- （二）加值人力資源管理機制。
- （三）優化社區共融照護量能。
- （四）因應社會變遷調適政策。

二、績效指標、衡量標準及目標值

表 5 績效指標、衡量標準及目標值

策略目標	計畫名稱	績效指標	衡量基準	年度目標值				
				現況值 (113年底)	114年	115年	116年	117年
病床資源目標	-	檢討醫院之急、慢性一般病床未開放床數比例	降低急性一般病床未開放床數比例	14%	13%	12%	11%	10%
推動家庭責任醫師	醫療區域輔導與醫療資源整合計畫	於全國22縣市建構整合性社區健康照護網絡，推動家庭責任醫師照護服務。	22縣市完成建構整合性社區健康照護網絡。	18	19	20	21	22
落實分級醫療政策	醫療區域輔導與醫療資源整合計畫	於全國22縣市建立跨層級醫療機構垂直合作機制，落實分級醫療服務。	22縣市完成建構跨層級醫療機構垂直合作網絡。	18	19	20	21	22
	-	基層醫療(含西基診所及地區醫院)門診就醫件數占率	提升基層醫療(含西基診所及地區醫院)門診就醫件數占率	74%	74.1%	74.1%	74.2%	74.2%
強化風險管理與病人安全	病人安全計畫	鼓勵醫療機構推動病人安全活動	每年響應病人安全週機構數	316	300	300	300	300
精進醫院緊急醫療能力分級制度	緊急醫療能力分級評定	醫院緊急醫療能力分級評定申請案評定率	實際評定醫院家數/醫院申請案件	100%	100%	100%	100%	100%
補充社區緊急醫療應變目標	公共場所AED急救資訊網營運維護及功能增修案	完成AED安心場所認證數500家/年	每年AED安心場所認證數	1,418	500	500	500	500
精進醫事人才培育	輔導機構辦理臨床醫事人員培訓	提升醫事人力接受臨床訓練之覆蓋率	每年新進醫事人力接受臨床訓練之覆蓋率	80%	81%	82%	83%	84%
改善護理人力及勞動條件	加值人力資源管理機制	增加護理執業人力量能	每年增加執業累計總人數	190,195 (截至112年11月)	5,000	7,500	10,000	12,500

策略目標	計畫名稱	績效指標	衡量基準	年度目標值				
				現況值 (113年底)	114年	115年	116年	117年
提升男性護理人員執業人數	加值人力資源管理機制	提升男性護理人員執業比例	男性護理人員執業佔全國執業護理人員比例	4.1%	4.4%	4.6%	4.8%	5%
完善醫院護理輔佐人力制度	加值人力資源管理機制	增加醫院護理輔佐人力量能	醫院護理輔佐認證人數	0	800	1,000	2,000	3,000
補充電子病歷/資訊整合目標	無計畫名稱	落地推動 FHIR 醫資標準規格各式介接	累計落地推動臺灣醫院將資料轉換成 FHIR 之醫院家數	0	10	20	50	100
發展衛生福利部所屬醫院智慧醫院照護模式	建置衛生福利部所屬醫院智慧系統	智慧醫療服務應用模組上線醫院家次	每年度建置1套智慧醫療服務應用模組	15	3	3	3	3
發展急性後期模式	醫療區域輔導與醫療資源整合計畫	鼓勵地區醫院參與急性後期照護計畫之承作醫院	參與 PAC 計畫之承作醫院家數較前一年家數至少成長2家	123	125	127	129	131
提升急性後期照護成效	急性後期照護計畫	急性後期照護計畫（下稱 PAC）個案結案後可順利回歸門診或居家自行復健	PAC 個案結案後回歸門診或居家自行復健率	88%	88%	89%	89%	89%
推廣病人自主權利及安寧緩和醫療	病人自主識能推動計畫	簽署預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書及預立醫療決定書總件數	簽署預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書及預立醫療決定書之累計件數	97.1萬	110萬	115萬	120萬	125萬
提升預立器官捐贈意願	器官勸募、捐贈及移植管理作業計畫	預立器官捐贈意願並完成健保 IC 卡註記件數	累計至當年度預立器官捐贈意願並完成健保 IC 卡註記總件數	55.8萬	64萬	66萬	68萬	70萬
提供社區藥事照護服務	多樣化藥事服務計畫	導正病人在用藥認知與行為上的錯誤，或提供諮詢	藥師執行藥事服務人次	-	2,000	2,000	2,000	2,000

策略目標	計畫名稱	績效指標	衡量基準	年度目標值				
				現況值 (113年底)	114年	115年	116年	117年
推廣正確用藥安全知能	多樣化藥事服務計畫	民眾接受藥師教育後，正確用藥知能之認知提升率	藥師教育介入後民眾用藥知識提升之人數比率	-	85%	85%	86%	86%
提升原鄉離島地區就醫可近性	原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診計畫	辦理原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務	遠距醫療專科門診服務人次	6,907	7,000	7,100	7,200	7,300
推動原住民族及離島地區部落社區健康	原住民族及離島地區部落社區健康營造計畫	提升部落社區健康營造服務量能	每年辦理家庭健康關懷總人次	12,971	15,000	17,000	19,000	20,000
精進醫療事故預防及醫療爭議處理措施	因應社會變遷調適政策一和諧醫療工作場域	強化醫療爭議處理能力	醫療爭議調解成功率	32%	34%	36%	38%	40%

參、現行相關政策及方案之檢討

一、「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」預期效益達成情形及差異分析

本計畫之前期計畫，為「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」，辦理期程自110年1月1日至113年12月31日止，計畫之預期效益達成情形如下表。

表 6 計畫之預期效益達成情形

策略目標	績效指標	衡量基準	計畫目標	目標達成情形	達成程度(%) 與差異分析
發展急性後期模式	建立與發展 PAC 模式	成立 PAC 示範模式據點	8	10	已達成。
發展居家（在宅）醫療服務網絡	建立與發展居家（在宅）醫療服務網絡	完成居家（在宅）醫療服務網絡示範縣市	6	10	已達成。
推動以人為中心社區為基礎的整合性居家醫療照護服務模式	精進及推廣家庭醫師制度結合長期照護服務與社區安寧療護照護模式之整合性社區居家醫療照護模式	廣泛推動整合性社區醫療照護模式縣市數	18	18	已達成。
推廣分級醫療	提升基層醫師全人照護量能及品質	辦理基層醫師全人照護訓練累計場次	317	320	已達成。
推廣安寧緩和醫療	簽署預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書民眾人數及占率	簽署預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之累計人數及占率	100萬 (4.2%)	103萬 (4.3%)	已達成。
提升預立器官捐贈意願	預立器官捐贈意願並完成健保 IC 卡註記人數	累計至當年度預立器官捐贈意願並完成健保 IC 卡註記總人數	59萬	64萬	已達成。
促進原住民族健康平等	部落健康營造	健康識能傳播人次	30,000	39,190	1.已達成目標。 2.原住民族健康平均餘命較全國低6.98歲，仍須賡續推動，以縮小健康不平等。

策略目標	績效指標	衡量基準	計畫目標	目標達成情形	達成程度(%) 與差異分析
普及友善健康照護環境	高齡友善健康機構家數	通過高齡友善健康照護機構認證家數	850	1,173	已達成。
推動延緩失能之長者友善照護模式	醫院推動長者友善照護模式相關計畫人員參與高齡照護教育訓練	醫院參與長者友善照護模式相關計畫人員接受高齡照護教育訓練比率 (分子：完成該年度高齡照護教育訓練人數/ 分母：參與長者友善照護模式計畫人員數)	90%	93%	已達成。
推廣正確用藥安全知能	民眾接受藥師教育後，正確用藥知能之認知提升率	藥師教育介入後民眾用藥知識提升人數/出席用藥安全相關活動人數 x100%	85%	85%	已達成。
整合重症醫療照護網絡	強化14個緊急傷病人轉診網絡建置重症資源調度機制	急性冠心症、急性腦中風及緊急外傷網絡之快速通道完成比率	95%	95%	已達成。
醫事人力培育	培育具備核心能力之醫事人力	每年新進醫事人力接受臨床訓練之覆蓋率	80%	80%	已達成。
改善護理人力及勞動條件	增加護理執業人力量能	每年增加執業累計總人數	10,000	12,576	1. 112年目標值已達成，預計113年依限完成目標值為10,000。 2. 因應健康照護人力老齡化，面臨著高齡社會化、整體照護需求增加，112年雖已達訂定之目標，未來仍需持續增加護理

策略目標	績效指標	衡量基準	計畫目標	目標達成情形	達成程度(%) 與差異分析
					執業人力量能。
提升男性護理人員執業人數	提升男性護理人員執業比例	男性護理人員執業佔全國執業護理人員比例	3.8%	4.1%	1. 112年目標值已達成，預計113年依限完成，目標值為3.8%。 2. 為加強護理工作性別平權觀念，提高職場間性別平等意識，112年雖已達訂定之目標，未來仍持續提升男性護理人員執業比例。
強化醫療糾紛處理機制	強化醫院提供關懷服務量能	醫院提供關懷服務量之成長率	5%	12.6%	已達成。
建置醫政管理之貼心數位服務	維持醫事管理系統運作，輔助全國衛生機關受理醫事人員執業及醫事機構開業相關申請	醫事人員執業及醫事機構開業相關申請件數（每年應換照人數有所差異，本項指標係為呈現提供醫政管理服務線上化之穩定度）	40,000	42,123	113年目標值已達成。

二、「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」執行績效

（一）重塑以價值為基礎之醫療服務體系

1. 檢討病床分類及功能定位

110年修正發布醫院設立或擴充許可辦法，增訂醫院減少一般病床數應申請許可之規定及申請程序，並依醫院層級、病床開放情形，修訂法人或醫院申請設立或增設一般病床之條件。另考量醫院申設多取決於區域人口分布，於醫療資源較缺乏之二級醫療區，病

床資源常有分布不均情形，為提升二級醫療區域之病床資源衡平，增列急性一般病床資源管制之例外情形。

110年迄今辦理約10場醫事審議委員會，審議案件逾70件，另就醫院經許可未開放之慢性一般病床予以核減，以促進醫院病床使用效率。

2. 建構 PAC 體系

本部輔導6大醫療區域，依區域特性及需要，規劃推動因地制宜之 PAC 模式，並依所訂定之照護主題及品質指標，媒合區域內不同層級之醫療機構或照護資源，提升社區內 PAC 服務量能。截至113年參與醫院共計123家。

另本部111年補助本部臺中醫院及朴子醫院辦理復健醫療試辦計畫，針對腦中風、創傷性神經損傷及脆弱性骨折等3種疾病之急性後期、有功能回彈復健潛能的病人，進行實驗恢復期復健病房收案服務。

健保署推動全民健康保險急性後期整合照護計畫（下稱健保 PAC 計畫），期降低區域級以上醫院占床率，協助建構 PAC 體系，並增進民眾就醫可近性、維護健保永續發展。

健保 PAC 計畫自103年起試辦腦中風 PAC，104年新增燒燙傷，106年新增脆弱性骨折、創傷性神經損傷、衰弱高齡及心臟衰竭，共6項照護疾病。截至113年12月底共計38個團隊、232家醫院參與，113年1-12月期間腦中風共收案照護6,028人、燒燙傷14人、脆弱性骨折3,967人、創傷性神經損傷483人、衰弱高齡631人及心臟衰竭1,689人。

3. 優化醫療品質管理機制

(1) 持續改善醫院評鑑制度

醫院評鑑及教學醫院評鑑研修作業，原規劃研修之108年至111年度醫院評鑑及教學醫院評鑑各項基準，已召開多次研修會議，亦邀請各職類及醫院團體代表，針對醫學中心醫事人力條文研修

方向進行討論，例如規劃將醫護社工及精神照護人力列為必要條文、新修訂之醫事人力條文採試評方式等，並制定各項基準草案。惟109年至111年醫院評鑑作業因遇嚴重特殊傳染性肺炎疫情暫停，112年疫情趨緩後恢復辦理。

為利醫院準備評鑑作業，本循環（112至115年）醫學中心版評鑑基準以110年研修完成之各項評鑑基準為基礎，配合防疫政策及相關單位建議事項酌修，於醫院評鑑基準新增風險管理、住院病人照護及感染管制相關條文。醫學中心任務指標維持五大任務，調整任務三為「卓越的醫療品質與病人安全」，另新增鼓勵醫院優先購買及採用國產防疫物資，與鼓勵醫院配合國家優化兒童醫療照護政策之相關基準。教學醫院評鑑條文經整併及調整，分別下修為醫學中心100條，區域醫院及地區醫院105條。112年度申請醫院評鑑及教學醫院評鑑者，共計185家醫院，113年度申請醫院評鑑及教學醫院評鑑者，共計143家醫院。

醫院評鑑申請及申報作業已陸續開放於醫院評鑑管理系統（<https://mcia.mohw.gov.tw>）線上填報，所需繳交之評鑑資料，也改以光碟或隨身碟方式繳交。為持續簡化受評醫院準備評鑑作業的負擔，將持續規劃系統可直接受理受評醫院上傳評鑑資料，並持續強化系統檢核、除錯（如：有無漏填）功能，以確認資料完整性，同時規劃建置「線上評量系統」，評鑑委員於實地評鑑過程，能即時登打成績及意見內容，或建置 PFM 訪查路徑、歸納條文組合或是其他成績、意見表登打檢核功能，以提升評量的效率。

已逐步整合醫院評鑑持續性監測與公部門相關品質指標，適度介接醫事管理系統、健保資料庫等資料，簡化指標收集及評量作業，建立公正客觀之品質監測機制，帶動整體健康照護品質優質化。醫院評鑑之人力相關指標已納入持續性監測系統，定期填報、及時查核，監督頻率將高於醫院評鑑4年一次之實地查核。

為反映臨床作業之實務人力需求，研訂醫院評鑑合理的人力指標，已委託辦理各類醫事相關人力之研析，據以作為108-111年醫院評鑑基準研修參考。109年度邀集各職類及醫院團體代表，召開會議討論各職類公會全國聯合會所提醫學中心適用版醫院評鑑基準之人力評量項目建議，於本評鑑循環（112年至115年）醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用），將新修訂醫事人力條文列為試評條文，收集醫院執行情形，作為下一評鑑循環（116年至119年）評鑑基準研修參考。

為優化評鑑制度，104年度醫院評鑑實地查證導入「以病人為焦點的查證方式」，受評醫院及評鑑委員對於此實地查證方式均給予支持及肯定。為達委員運用 PFM 查證方式之一致性，規劃研發經營管理組及醫療照護組交叉查證之模組及查證工具，同時開發教學醫院評鑑「以病人為焦點的查證方式」之教育訓練模式，規劃教學醫院評鑑實地查證方式。同時亦可將相關的資訊彙整成教材，供未來儲備評鑑委員訓練使用。

(2) 優化產後護理機構評鑑制度

110-111年產後護理機構評鑑因應嚴重特殊傳染性肺炎防疫作為，評鑑業務暫緩，僅針對個別需求主動申請評鑑之產後護理之家辦理評鑑。112年需評鑑家數計93家，完成93家產後護理之家評鑑。113年需評鑑家數計46家，已完成46家產後護理之家評鑑。

113年完成3場產後護理之家評鑑說明會、3場產後護理之家災害情境模擬應變演練工作坊，及46家產後護理之家評鑑。自110年度開始，針對各年度接受評鑑之產後護理之家辦理災害情境模擬應變演練工作坊，目的為帶領機構從災例中認識機構災害特性及防減災思維與風險辨識、溝通及緊急應變作業，以提升機構安全及品質。

(3) 自94年設置臺灣病人安全通報系統，每年持續維護並定期進行分析統計，104年起通報件數均達64,000件，每季均公布分析報

表供各界作為病安改善參考。另外，為使醫界能互相學習，每年均依病安分析結果，選擇重大意外事件，製作多篇警示訊息或學習案例。

- (4) 完成111-112年、113-114年醫院版及診所版病人安全目標，包含執行策略及參考作法，使地方政府衛生局能針對醫療品質與病人安全設定共同之目標，輔導醫療機構提升整體醫療品質。另持續鼓勵醫療機構提升孕產兒照護安全，以確保高危險孕產兒照護品質。因應後疫情時代，已逐步研議智慧醫療風險相關議題，未來將持續於病人安全目標中規劃研議。
- (5) 113年辦理「輔導醫療機構資源回收再利用及查核共同清除處理、再利用機構污染防治計畫」，已調查478家公、私立醫院廢塑膠再利用作業，並對110-113年違反廢棄物清理法及水污染防治法等規定之91家醫療機構進行追蹤輔導，查核13家廢棄物清除、處理及再利用機構處理廢棄物之情形。

4. 公立醫院體系之定位與強化

(1) 請增衛生福利部所屬醫院（下稱部屬醫院）預算員額

因應部屬醫院業務日益繁重，及考量偏遠離島地區醫院徵才不易，本部業於111年11月28日函報行政院請增部屬醫院預算員額，並經行政院於112年4月17日同意核增員額529人，以提供具制度保障之公職職缺，吸引各類專業人才在地深耕、永續發展。本部並已調增各院員額，以增補或維持醫事人力穩定。後續部屬醫院將積極補實獲配預算員額人力，並滾動式調整人力需求。

(2) 協助部屬醫院醫師與相關人力招募及訓練

本部辦理「提升醫療人力計畫」，於110年至113年協助部屬醫院招募共計178位醫師（男144位/女34位，含偏鄉離島醫院共增募59位），挹注部屬醫院及偏鄉離島地區所需之醫師人力，完善醫療服務。

部屬醫院現行感染管制教育訓練計畫，皆針對在職、新進員工

及醫事、非醫事人員等職別規劃不同課程，109至111年度因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情，部屬醫院持續發揮公醫使命，配合中央流行疫情指揮中心防疫部署政策，執行各項第一線防疫工作，迄今後疫情時期，仍賡續加強與國內相關部門防疫人才訓練交流，為部屬醫院繼續培育流行病及防疫專業人員。另定期檢視隔離病房效能，以提供民眾完整之醫療照護，確保醫療服務量能與品質。

(3) 開設部屬醫院長照機構

本部部屬醫院於111年10月開設1家綜合式長照機構(社區式、住宿式)，並與鄰近醫院簽訂合作備忘錄，因應住民有緊急就醫需求時，能及時送醫。112年12月及113年8月再開設2家住宿式長照機構。因應超高齡社會來臨，部屬醫院持續配合本部政策，整合布建居家式、社區式及住宿式長照機構，由團隊整合資源提供完善長照服務。從社區長照、篩檢保健、整合門診、住院醫療(如急性後期照護計畫及安寧緩和醫療)、出院準備到機構安養，建構完整長照一條龍服務模式，以完善偏鄉離島及資源不足地區長照資源，滿足當地民眾需求。

(4) 持續提升精神病人公費養護床照護品質

本部玉里醫院與草屯療養院收治公費養護床精神病人，110年至113年兩院共計照顧精神病人公費養護床住民62,798人次。隨著精神疾病公費養護床住民年紀增長，慢性病合併症持續惡化，照護人力及費用比例隨之增長，兩院配合長照機構立案期程，以「衛生福利部長照服務發展獎助作業要點申請政策性獎助計畫」提列申請補助並送行政院核備，以期盡早立案，使精神疾病公費養護長照需求者獲得整體性、高品質之醫養照顧，安享在地老化。

(二) 完善全人全社區醫療照護網絡

1. 推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務網絡

(1) 建構社區整合性健康照護網絡

為提供民眾連續性照護，持續推動社區整合性健康照護網絡有

其必要，除提升雙向轉診及居家安寧照護，讓病人出院後可就近於社區醫院持續獲得醫療照護，免除舟車勞頓，亦可紓減大型醫院之壅塞情形。

透過辦理「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，已於6大醫療照護區域，建構整合性社區健康照護網絡及急性後期醫療照護體系。為落實在地民眾之健康照護，拓展醫療服務走入社區，仍需持續建構社區資源，並連結多元組織、多元服務模式，推動不同層級醫療機構相互合作與資源共享，吸引民間企業公益資源投入，促進地方醫療照護發展，以提升醫療服務的完整性。

(2) 整合病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策

為使國人尊重生命，強化社區安寧、器官捐贈及移植支持網絡，並提升末期病人的照護品質、增進民眾對於生命與死亡認識能，本部已建置「預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統」，藉由系統自動化、整合等功能，進行系統化管理以及提供便民的E化服務。

(1) 建立大眾善終概念

透過公私合作，由各地方政府衛生局、全國醫療機構、相關學協會共同推廣生命教育及教育訓練，113年辦理14堂線上訓練課程、67場推廣宣導活動，宣導人次達近25,000人次，強化生命末期醫療照護觀念。隨著時代改變，以及持續推廣生命自主觀念，民眾對於臨終議題態度逐步開放。截至113年底，全國預立醫療決定意願註記總計93,981人、預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願註記總計1,031,741人，器官捐贈同意書註記總計643,846人。

(2) 建立支持器官捐贈及移植之網絡環境

建置及維護器官捐贈移植分配系統、喪葬補助系統，保障器官分配公平性。為擴大器官捐贈移植配對，已制定施行器官摘取移植手術管理辦法、活體腎臟交換配對移植手術管理辦法及心臟停

止死亡後器官捐贈參考指引，另完成境外器官移植調查，建立查核機制。建立國家級器官保存庫（眼庫及皮膚保存庫），並建置臍帶血資訊媒合平臺，以發揮眼角膜移植國內自足、皮膚敷料保存需求及臍帶血應用效益最大化。

109-112年預立同意器官捐贈人數微幅上升，截至113年底，全國預立同意器官捐贈總計643,846人。113年接受器官組織捐贈例數達648例，各類器官中以腎臟及肝臟佔多數，各類組織中以眼角膜佔大宗，心臟、肺臟、眼角膜、小腸之捐贈案例數有微幅成長，其他器官或組織則多有減少情形。截至113年底，有效等候接受器官移植病人為11,377人、接受大愛器官/組織移植計1,153人、大愛器官捐贈總人數為366人、大愛器官（組織）捐贈總例數為1,106例。102年成立「臺灣國家眼庫」，從104年404例至113年561例，國人捐贈角膜數目逐年成長。

2. 提升原住民族及離島地區健康照護服務品質與效率

(1)強化基層醫療保健基礎建設

為提升原住民族及離島地區(下稱原鄉離島)優質醫療照護服務品質及效能，補助地方政府辦理原鄉離島衛生所（室）及直昇機停機坪整建工程，110年至113年計補助32家。另為充實原鄉離島衛生所（室）之醫療儀器等設施設備，110年至113年補助更新醫療設備284項、巡迴醫療車16輛及機車29輛。

(2)推動原鄉離島衛生所醫療資訊化

每年賡續維運及增修原鄉離島衛生所共用醫療資訊系統（HIS）計73家及醫療影像傳輸系統（PACS）計36家；110年至113年 HIS 系統門診平均每年服務約127萬3,242人次，PACS 系統服務39萬7,375張影像，另委託判讀人次平均每年為2萬3,469件。

為強化醫療資訊傳輸效率，擴大行動醫療門診服務，提升原鄉離島79個鄉（鎮、區）衛生所（室）及巡迴醫療點之頻寬升速至100Mbps，並汰換64家衛生所醫療資訊系統設備，且為補實專科

醫療照護服務，109-113年原鄉離島衛生所設置遠距醫療專科門診計55處，截至113年共服務20,481人次。

(3)提升在地醫療照護量能

補助地方政府結合地方民間組織，設置部落社區健康營造中心，辦理因地制宜之健康識能傳播，增進民眾健康促進，並透過家庭健康關懷，提供有健康需求或健康狀況異常者相關服務資訊及協助轉介，紮根家庭與健康照護資源之連結。設置部落社區健康營造中心，110年-111年計有71處、112年73處、113年73處，另辦理健康識能傳播及家庭健康關懷，提供健康需求或異常狀況者相關服務資訊轉介。設置部落社區健康營造中心，至113年設置73處，每年辦理健康識能傳播及家庭健康關懷，平均約達3萬人次。

辦理離島地區醫院提升優質照護計畫，補助本部澎湖醫院、金門醫院、三軍總醫院澎湖分院及連江縣立醫院等4家辦理護理人力留任、健康照護等服務加值措施，以提升醫療照護服務量能。

依據「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業補助要點」及「離島開業醫事機構獎勵及輔導辦法」規定，辦理獎助醫事人員至原鄉離島開業，充實醫療照護資源，110年至113年補助計18家。

(4)強化緊急醫療救護即時性

辦理空中救護審核機制，全天候24小時提供緊急醫療諮詢、空中轉診必要性評估，且於108年啟用「空轉後送遠距會診平臺」，完善空中緊急轉診「送」、「接」與「審」三方同步整合醫療分享決策模式，減少第一線醫護人員壓力，每年核准空中轉診約計300件。另於107年8月起，提供金門、連江及澎湖3離島地區救護航空器專機駐地備勤及運送服務，促進空中轉診後送效率。

為增加原鄉離島地區醫療救護人員接受空中救護相關訓練人員資格及量能，補助地方政府辦理教育訓練計畫，提升衛生所及醫療院所人員緊急救護技能，並落實隨機醫護（救護）人員空中

救護培訓管理，110-113年度計辦理61場次、2,003人次參訓。

3. 發展多元友善就醫環境

(1) 推動高齡友善健康照護機構全面普及化

截至112年，通過健康照護機構認證計1,173家，其中衛生所已達99%以上。診所自110年發展以自評方式，提升高齡照護品質，且為降低醫療院所參與認證之行政負擔，自113年起健康醫院以醫院網絡方式取代原認證模式，未來以提供高齡友善服務架構供機構自評，取代原有認證制度。

(2) 推動延緩失能長者之醫院友善照護模式

為打造高齡友善環境並建構高齡友善健康服務，推動醫院發展以長者為中心之跨領域整合服務模式，彙整醫護人員實務經驗及執行成效，於112年編製實務操作手冊，提供醫院執行參用，以推動高齡友善服務及識能，後續將由醫院自主推動。112年補助136家醫院推動高齡友善健康促進服務，醫院提供醫事人員參與高齡照護教育訓練，截至112年12月底醫事人員接受高齡照護教育訓練比率已達93%。

(3) 保障高齡長者及維護身心障礙者就醫權利

為維護高齡社會需求及維護身心障礙者就醫權利，辦理「就醫無礙管理中心」計畫，邀集身心障礙團體、醫療院所代表等專家，共同推動易讀版範本、公用版教材、數位學習等教育訓練課程、開發友善就醫地圖及更新友善設計解說手冊、進行醫療院所客製化輔導，並持續維護友善就醫資訊網。截至113年，已完成身心障礙者(含兒童及婦女)醫病溝通使用之易讀資訊，包含知情同意書、衛教單張、醫病共享決策單張與臨床醫療流程圖卡22式，並製作適用醫事人員之數位學習教材，包含 CRPD 核心概念簡介、實踐 CRPD 分享身心障礙者之就醫經驗及困境等8項，另完成「醫療機構友善設計樣態解說手冊」，逐步改善無障礙就醫環境。

經考量弱勢族群於疫情期間就醫需求，本部109年至111年運用

嚴重特殊傳染性肺炎特別預算，辦理「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」，獎勵24家醫院（計83張隔離病床）與1,386家診所。另為提升我國醫療院所友善就醫環境比例，112年至113年辦理「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」，獎勵醫院與診所改善通路、廁所、輔助溝通工具與無障礙設施設備，計獎勵17家醫院（27張隔離病床）與403家診所，並辦理標竿競賽，表揚42家醫院及32家診所設置使高齡長者、婦女、兒童、身心障礙或行動不便之民眾順利就醫之環境空間、設備、溝通工具及服務流程。

(4) 偏鄉離島地區藥事照護服務

110至113年度累計有21縣市衛生局參與藥事照護服務，合計執行社區式藥事照護17,843人次，機構式照護服務8,784人次及醫療院所社區藥局轉介2,029人次，並舉辦2,395場社區及校園用藥安全推廣講座，利用闖關遊戲、有獎徵答、社群平臺發布訊息等多元宣導方式，強化民眾正確用藥觀念，提升民眾正確用藥知能。

偏鄉離島地區因地理環境特殊，地域差異性大，醫療資源分布不均，且部分獨居長者、行動不便者，亦受到交通、外出不便之限制，導致無法得到完善用藥照護。藉由增加受過專業培訓之藥師投入照護服務，並加強與醫師專業合作檢視居民用藥問題，共同保障民眾用藥安全。

因應人口老化趨勢，未來應持續推動社區式及機構式藥事照護，並針對偏鄉、失能、行動不便者、獨居長者或身心障礙者等特殊族群，可能受到交通、外出不便之限制，投入資源提供友善藥事服務環境。

4. 強化兒童初級醫療照護品質與健康管理

(1) 發展以家庭為基礎之幼兒專責醫師制度

為增加兒童健康照護投資，強化初級照護及健康管理，自110年起推動「優化兒童醫療照護計畫」，發展以家庭為中心之幼兒專責醫師制度，以落實兒童預防保健，提升兒童健康照護品

質，強化醫療、公共衛生及社福體系之連結，主動關懷追蹤有潛在照護需求的兒童與家庭，完善國內兒童醫療照護網絡。

109年於6縣市試辦，110年為10縣市參與，112年擴大於全臺22縣市辦理。截至113年底，共1,153家醫療院所（含2,454名醫師）參與，共收案257,424人，全國收案涵蓋率達59%。

(2) 推展脆弱家庭育兒指導服務方案

113年計21個縣市申請經費辦理，1個縣市自籌經費辦理，提供育兒指導服務，培力1,117名育兒指導員，服務3,462戶家庭、4,186名兒童，提供到宅指導服務5萬7,860人次，辦理提升家長知能方案642場次。

(3) 強化兒科醫師初級醫療照護及兒童發展評估能力

配合幼兒專責醫師制度計畫推動，辦理一系列教育訓練課程，合計4學分核心課程及40學分專業訓練課程，課程主題包含「各類疫苗施打及風險評估」、「兒童健康手冊與預防保健衛教」、「兒童安全議題之事故傷害與不當對待防制」、「發展遲緩兒童相關疾病及早期療育介紹」、「常見疾病、檢驗與用藥安全」等。

(4) 建立低出生體重兒登錄系統，完善追蹤關懷服務

自110年試辦「低（含極低）出生體重兒居家照護計畫」，111年4月起全面推動，至113年12月底，共收案極低出生體重兒3,292人，收案率達97.7%，並完成1,530次家訪、23,314次電話及3,784次視訊訪視。

（三）建構更具韌性之急重難症照護體系

1. 精進區域急重症醫療體系與緊急事件應變

(1) 提升戰情中心即時分析能力，強化緊急指揮調度機制

依使用者反饋及內部檢討，持續提升戰情中心智慧化分析能力，改善使用者介面，並分析各類災害應變所需資訊，包含災害潛勢分析、強化防救災國土資訊圖資應用、生成各類緊急醫療品質指標報表、強化醫事量能（如特殊病床空床數、全國醫

事人力及 ICU 空床數等）監測，進行跨單位資料介接以強化資料分析效能及品質。另配合嚴重特殊傳染性肺炎疫情，增加各類防疫相關醫療應變所需功能，如兒童醫療量能監測專區、集檢所量能監控機制、產製嚴重特殊傳染性肺炎病人收治相關清冊等，經由自動化之跨單位資料介接及智慧化數據分析呈現，使系統升級成為區域急重症醫療體系和緊急事件應變的強大工具，提供災害應變及疫情防護第一線情報支持和即時分析，以更有效地應對不同應變情境。

(2) 整合區域緊急應變中心，提升緊急醫療救護電子化

為健全區域緊急醫療救護體系應變機制，六區區域緊急醫療應變中心維持24小時輪值，平均每年約監看2,000餘件事件，啟動應變約100餘件，於災害發生時，協助本部與地方政府衛生局進行應變期之緊急醫療作為、協助本部進駐中央災害應變中心相關事宜（約10件）、同時協助辦理各項災害（毒化災、核災、輻傷、大量傷病人、災難醫療隊）緊急醫療應變量能儲備，辦理各項緊急醫療應變教育訓練、演習、研討會/協調會，提升各區緊急醫療應變人員之知能與技能，並充實緊急醫療設備，協助地方政府衛生局輔導醫院災害防治之緊急災害應變措施。

(3) 優化臨床毒藥物諮詢中心功能與智慧化

辦理中毒諮詢與檢驗服務、中毒急救教育訓練（8場次/年）、緊急醫療特定解毒劑之採購、電話諮詢服務（3,200件/年），建置中毒診斷人工智慧輔助查詢系統，提供預測未知毒物可能種類（機磷、除蟲菊精、嘉磷塞異丙胺鹽、固殺草、因滅汀等5種農藥）。

2. 持續強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療量能

(1) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備

辦理醫院緊急醫療能力分級評定，提升各急救責任醫院急重症照護能力，113年全國共有205家急救責任醫院（重度級52家、

中度級74家及一般級79家)。為達成每縣市一家重度級急救責任醫院標準，離島及南投地區醫院以區域聯防方式，提供及時的心血管、腦血管急症處置。

(2) 穩定落實醫院轉診網絡

為建立院際間急重症病人轉診合作機制，將全國205家急救責任醫院劃分為14個急重症轉診網絡。113年度全國急救責任醫院急重症轉出共計73,746人，轉入網絡內醫院比率達71.08%。因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情緊急應變，由14個轉診網絡之基地醫院主責，優先協調網絡內急重症病人收治及轉診，重症跨區轉診則由6區緊急醫療應變中心(REMOC)協助調度，於疫情期間成功調度重症轉診498案，顯見14個急重症轉診網絡多可透過急重症轉診機制有效率收治重症病人。

(3) 強化區域聯防，提升偏鄉緊急醫療量能

提供緊急醫療資源不足地區所需之專科醫師人力，挹注範圍涵蓋55%之全國縣市，搶救病人生命之黃金時間，使110年偏鄉居民時間敏感性疾病30天內平均死亡率，由105年之5.78%下降至5.53%，其中以離島地區、屏東及台東地區降低最多，分別下降32.76%、20.14%、19.58%，並深化醫學中心達成醫學中心五大任務指標中，提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質之使命。

3. 深化社區緊急醫療應變能力與災難救助量能

(1) 提升公共場所 AED 效能，完善社區「生存之鏈」

為提升 AED 管理效率，並考量資訊管理系統日趨成熟，112年5月10日發布修正「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」，完備 AED 設置相關規定，並將「公共場所 AED 急救資訊網」納入法規，透過線上化管理，強化管控全國 AED 設置情形，並於資訊網建置 AED 檢索地圖，供民眾查找 AED 所在位置，以提升 AED 使用效能。同日公告修正「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公

共場所」，新增國民中學、公眾服務單位（警察分局、派出所、分駐所）、宗教聚會場所等公共場所，擴大社區緊急救護設備涵蓋範圍，以因應極端氣候及高齡社會，提升突發性心跳停止個案數之情形。

截至113年12月，全國計設置14,669處自動體外心臟電擊去顫器（AED），相較法規發布前新增約2,000台 AED；回報 AED 使用案例共計1,267件，其中現場曾恢復心跳共483筆（約佔38%），有明顯成效。

(2) 普及急救與災難教育訓練，擴大社區參與

110年製作「民眾版 CPR+AED 教學影片」已公開於本部網站、公共場所 AED 急救資訊網及影音平臺（如 Youtube、e 等公務園學習平臺），並於112年完成手語版 CPR+AED 教學影片製作、113年完成民眾外傷止血影片、CPR+AED 教材更新，供民眾學習及運用。

截至113年12月，「民眾版 CPR+AED 教學影片」已超過15萬人次觀看，有明顯成效。

(3) 整合地方政府緊急應變量能，強化社區防災工作

整合地方政府衛生局緊急應變量能，督導醫院辦理緊急災害應變措施演習與桌上模擬演練，推動優質化緊急醫療救護體系。為提升場域活動之安全性，督導各地方政府衛生局辦理複合式災難演練，提升觀光旅遊地區大量傷病人應處能力，結合緊急醫療救護體系與災難醫療救援團隊，強化社區防災工作。

（四）充實醫事人員量能改善執業環境

1. 精進醫事人員培育及整合照護能力

由於社會結構高齡化及醫療環境改變，且新興傳染病或重大災難事件頻傳，因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情過後未來醫療新常態發展，醫事人員臨床訓練課程須持續精進及調整，以增進醫事人員對於高齡照護及全人醫療照護服務之專業核心能力，因此，持續精進臨床

醫事人員訓練模式實屬重要。又醫師畢業後一般醫學訓練選配計畫，每年度選配成功率均達9成以上，且各教學醫院之住院醫師招募率已大幅提升，對於住院醫師訓練，亦須持續落實能力導向醫學教育模式(CBME)，並輔導及監督專科醫師訓練醫院提升教學量能，以培育優質專科醫師具備整合照護能力。

為管理臨床訓練之訓練品質及維護分發作業之公平性，須持續辦理醫師選配分發與專科醫師訓練醫院等認定作業，以確保培育優質醫事人員。

2. 辦理住院整合暨醫療銜接照護相關計畫

考量我國人口老化及多重慢性疾病型態增加，並為因應108年住院醫師納入「勞動基準法」，工時縮減後醫師人力運用效率必須提高，爰自104年起辦理「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」，並於106年更名為「醫院整合醫學照護制度推廣計畫」，鼓勵醫院由專責主治醫師照護病房，建立整合照護團隊、鼓勵整合醫學照護訓練，藉此推動整合照護模式。自109年起，納入出院後之照護體系銜接及轉介機制，透過社區轉銜，使病人獲得持續性照護，以降低病人門、急診反覆就醫及住院，提升醫療體系照護效能，落實分級醫療與轉診制度，並逐年強化社區轉銜之執行比率，以逐步朝向社區醫療資源之聯結為目標，每年參與計畫家數約13-15家。

3. 提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任

(1) 辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫

為鼓勵服務期滿公費醫師，續留或申請於高度偏遠地區、偏遠地區之醫療機構執業，以每人每月補助薪資津貼7-10萬為基準，再依偏遠程度給予不同加成。109年至113年度核定服務期滿之公費醫師共236名，補助計217名（其中離島32名、高度偏遠地區47名、偏遠地區138名）。

(2) 充實偏遠地區部屬醫院之醫師人力

因偏遠地區部屬醫院羅致醫師不易及招募困難，爰補助醫院充

實醫師支援人力，俾利提供偏鄉離島及弱勢族群完善醫療照護服務。110年補助本部臺東醫院，提供門診463診次，服務7,761人次；急診服務47人次。111年補助本部花蓮醫院，提供門診540診次，服務6,216人次。112年補助本部恆春旅遊醫院，提供門診441診次，服務4,353人次。113年補助本部恆春旅遊醫院，提供門診582診次，服務5,754人次；急診服務923人次。

4. 改善醫事人員執業環境

本部持續推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，將工作契約、職災補償、退休保障及醫療業務風險保障等納入規範。醫界對醫療法修正草案大多支持，惟因嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響、「勞工職業災害保險及保護法」於110年4月30日公布、以及勞動部因應大法官釋字第807號解釋文，提出勞基法有關女性夜間工作等相關規定修正草案，為避免醫療法部分條文修正草案與上開規定有間，應有配合修正之必要，本部將持續與各界溝通研議，研訂更妥適之勞動權利保障規範。相關執行績效說明如下：

(1) 保障住院醫師勞動權益

本部經與勞動部協商，針對自主性與選擇性較受限制之住院醫師，已自108年9月1日納入勞動基準法適用，並適用該法第84條之1議定工時。另已於109年3月27日公告「住院醫師適用勞動基準法相關 Q&A」，109年5月22日公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，並列入教學醫院評鑑評核項目，以保障住院醫師勞動權益。

委託專業團體調查住院醫師納入勞動基準法後，PGY1、PGY2及各科別住院醫師之工時現況，與納入勞動基準法前工時差異及比較分析，亦持續蒐集住院醫師勞動權益執行相關問題，於111年3月28日辦理「醫師勞動權益保障相關法制及輔導措施執行計畫」專家座談會，及111年5月3日會同勞動主管機關，辦理「住院醫師工時現況座談會」，以持續檢討作為政策制定參考。

(2) 保障其他受僱醫師勞動權益

主治醫師為醫療服務提供之主力，但對於主治醫師納入勞動基準法一事，各界尚有不同意見，包括工時限制排擠醫師臨床服務、教學、研究，影響照顧延續性及衝擊偏鄉醫療服務提供等。為了解對工作時間限制於主治醫師之相關影響，本部於111年度委託專業團體，調查主治醫師工時上限對偏鄉醫療服務提供以及改善醫師生活的影響，並於112年2月18日、113年3月4日及113年12月19日邀集相關單位召開關係團體溝通會議，將彙整各單位意見進行評估，以保障醫師勞動權益，維護病人安全。

對於甫完成專科醫師訓練後接受細分科訓練，不適用勞基法之「臨床研究員」，其勞動權益亦須受保障，本部已於112年5月16日公告「臨床研究員（Fellow）與醫療機構訂定聘用契約注意事項」，作為醫療機構與臨床研究員訂定契約及保障其權益之參考。

5. 改善專科護理師及護產人員職場環境

(1) 改善專科護理師職場環境

每年增加專科護理師約600-800人，截至113年計15,082人取得專科護理師證書，執業率約9成。為提升麻醉護理人員執業品質與保障，於109年增加甄審類別「麻醉科」。為達以人為中心，不分年齡之醫療處置及進階護理之整合照護目標，拓展專科護理師在社區進入家庭之醫療照護量能，113年增加甄審類別「家庭科」，使專科護理師能在各照護領域發揮整合性醫療照護之團隊角色。

為配合臨床實務及未來照護需求，於113年3月12日公告修正專科護理師執行醫師監督下醫療業務項目、強化預立醫療流程之規範，及專科護理師於醫院以外執行於醫師監督下醫療業務之機制。

為維護專科護理師執業安全，本部於111年啟動專科護理師預立醫療流程培育推動作業，辦理20場次培訓工作坊、完成1套本土化預立醫療流程教材供各醫院參考運用，並於112年辦理預立醫療流程成果分享會及專科護理師法規說明會，將持續擴大辦理

預立醫療流程之培訓工作坊及標竿學習分享會，並滾動式更新教材，協助各醫院發展符合院內之預立醫療流程，以提供專科護理師安全執業場域。113年度輔導醫院落實專科護理師執行醫療業務的預立醫療流程標準與機制，設立6個預立醫療培訓基地並培訓528位種子人員，截至113年底，308家醫院完成預立醫療流程通報，累計9,629件，較111年成長108%。

(2) 改善護病比措施

已將護病比納入評鑑、連動健保住院診療報酬、護病比資訊公開、全日平均護病比納入醫療機構設置標準等，另為建立合理三班護病比，須持續性收集實證數據收集，於112年8月1日起啟動每月於健保 VPN 系統填報三班護病比，於113年1月26日公告各層級醫院急性一般病床（不含精神急性一般病床）三班護病比標準（醫學中心：白班1:6、小夜1:9、大夜1:11；區域醫院：白班1:7、小夜1:11、大夜1:13；地區醫院：白班1:10、小夜1:13、大夜1:15），並自同年3月1日起實施，推動原則以「獎勵先行」、「逐步推動」及「引領標竿」三原則，同步規劃三班護病比達標醫院獎勵，並啟動三班輪值夜班護理人員直接獎勵，落實三班護病比，以有效降低護理人員工作負荷。

(3) 保障護產人員勞動權益

107年建立職場匿名爭議通報平臺，落實護理職場環境改善，保障護理人員執業權益及病人安全。截至113年，共接獲通報3,588件，均每案查核，裁罰率約17%。同時建置護產人員專屬社群互動網站，以護產人員執業為主軸，整合護理執業與專業發展資訊、執業意見調查及會議線上直播，強化護理公共事務參與，平臺瀏覽244萬9,341次、使用者58萬3,442人。112年底啟動友善護理職場調查，鼓勵醫院公開職場勞動條件資訊（如薪資福利、育才留才、職場環境特色及優點等），帶動正向護理執業環境。

(4) 111年起透過健保專款推動「住院整合照護服務試辦計畫」，以

護理及輔助人員技術混合照護 (skill-mixed)，建構我國新住院照護模式，以減輕護理人員工作負荷，強化護理專業能力正面效益。111年輔導40家試辦醫院推動，112年起擴大輔導84家醫院，113年輔導111家醫院，發展本土護理及照護輔佐人力分級分工 (Skill-Mixed) 模式指引，同時推動醫院護理輔佐人力制度，113年試辦已完成7家醫院自訓自用，永續醫療體系照護人力。

(5) 改善護理人力缺口

查109年至113年護理人員執登人數，109年為180,153人、110年185,015人、111年187,519人、112年190,024人、113年193,876人，每年總執業護理人數持續增加。惟疫情後近2年(即111年1月至112年12月)，護理執業人力因疲累及考照率下降，導致相較歷年人力增加數略有下降。再查，每年離開職場和回流護理人數相近，故每年新領證進入職場人數為每年增加人數，整體執業率維持為63% (扣除65歲以上領證未執業)。

6. 強化非訴訟之醫療糾紛處理

(1) 推動醫療事故預防及爭議處理法

為解決醫病雙方對醫療爭議處理之困境，本部推動「醫療事故預防及爭議處理法」(下稱醫預法)立法，以「保障病人權益、促進醫病和諧、提升醫療品質」為目標，並以「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」、「醫療事故預防提升品質」三大原則制定，111年5月30日經立法院三讀通過，並經總統於111年6月22日以華總一義字第11100052431號令制定公布，並於113年1月1日施行。

(2) 輔導醫療機構建立關懷機制

自110年起藉由醫療機構辦理醫療事故關懷及醫療爭議協助服務標竿獎勵計畫，獎勵醫學中心建立醫療事故關懷群組支持系統，協助中小型醫療機構建立醫療事故關懷機制，以助於醫療事故發

生後即時提供病家所需溝通、說明、關懷與協助，113年辦理1場標竿分享研討會交流執行經驗，並擬自114年起增加獎勵機構家數，且將獎勵對象擴及區域醫院，以及擴充對99床以下醫院及診所之輔導量能。

自110年起每年辦理醫療事故關懷服務績優表揚，113年表揚個人21名、醫療機構6家及衛生局，正向鼓勵各界投入醫療事故關懷及爭議協助服務。醫療事故關懷及爭議處理資源中心持續透過提供專線電話、網站及線上等管道，提供人才媒合、資源轉介、醫療關懷與諮詢服務等，並進行網站改版，以助於使用者更容易尋求所需資訊。

(3) 輔導強化地方主管機關醫療爭議調處機制

113年度共辦理4場醫療爭議調解委員實戰心法系列課程，完訓人數1,167人次，以擴充醫療爭議調解所需之相關人才。辦理2場次醫療爭議評析及醫事專業諮詢專家研習會，完訓人數98人，以提升專家意見品質，參與者均認同課程內容於實務重要且有幫助，截至113年，累積已有387名專家完訓。

醫療事故預防及爭議處理法已於113年1月1日施行，醫療爭議由直轄市、縣（市）主管機關組成之醫療爭議調解會負責調解，併同醫事專業諮詢及醫療爭議評析第三方專家意見之引入，望可有效解決醫療爭議。113年度辦理調解案件共計804件，調解成立360件，調解成立率為45%。

(4) 強化醫事鑑定流程及人才

本部依醫療法受理司法或檢察機關之委託鑑定案件，自102年起案件量呈現下降趨勢，111年相較於102年之案件量，減少約37%。鑑定案件自成案至提交鑑定報告之平均時間，自101年約8至9個月，至113年約7至8個月，縮短11%，協助司法或檢察機關儘速取得醫事鑑定專業意見，以儘快審理案件或進行偵查。

本部為提升醫事鑑定品質，持續委託財團法人醫院評鑑暨醫療

品質策進會(下稱醫策會)協助辦理初鑑醫事人員教育訓練，110年至113年共辦理20場初鑑醫事人才培訓課程，完訓人數共832名。

另為配合醫事鑑定業務推動，本部於107年底重新規劃建置新版醫事糾紛鑑定資訊系統，持續透過系統管理鑑定案件及產出相關統計報表，並辦理教育訓練了解使用者需求，110年至113年共108人次參與教育訓練。

(五) 運用生物醫學科技強化醫療照護效能

1. 加速智慧科技於醫療照護應用

(1) 推動智慧醫療及照護體系品質管理

為使各類資料可互相對照，以利未來共通格式傳輸之需求，本部執行導入醫療語彙與編碼之語意互操作性應用(LOINC、SNOMED CT、ATC 等)於醫院門診護理等系統實作，並負責代碼更新(含向後相容)、維運與國際版權導入使用。配合健保署癌藥事前審查，已完成約90項健保-碼對應至 LOINC(含基因檢測)等。

本部配合金融監督管理委員會「2026年非現金支付交易筆數達80億筆，交易金額達新臺幣10兆元」目標，推動醫療費用非現金支付服務，並配合國家發展委員會之行動支付政策，進一步推動醫療費用行動支付。數位發展部數位產業署續依上述政策，將醫療機構列為行動支付擴大應用場域，爰本部配合持續推動醫療機構提供行動支付，醫學中心已全數可提供轉帳匯款、金融卡、信用卡或手機 APP 等非現金支付方式。

(2) 發展部屬醫院智慧照護模式

截至113年度，已陸續完成15家部屬醫院智慧照護相關系統建置，其上線醫院及系統如下：

- i. 110年完成本部豐原醫院醫療資訊系統。
- ii. 111年完成本部基隆及苗栗等2家醫院醫療資訊系統。
- iii. 112年完成本部基隆、苗栗、豐原、屏東、玉里、臺東、胸腔、

恆春等8家醫院生理量測儀器數據自動傳輸系統。

iv. 112年完成本部臺中醫院之長期照護健康管理系統。

v. 113年完成本部基隆、旗山醫院及八里療養院之智能藥櫃系統。

(3) 精進電子病歷交換單張新標準

現已透過成立智慧健康雲 PMO，推行國際電子病歷交換標準 FHIR，鼓勵各醫療院所及民間單位建立電子病歷交換標準，持續培育 FHIR 人才，辦理訓練認證課程，112年補助39家醫院共50人參加 FHIR Fundamental 國際課程，培養開發電子病歷互通之能力。四大急重症電子病歷單張配合救急救難一站通計畫，已完成 OHCA 及 TRAUMA 電子病歷交換，參與交換之醫院超過30家，並另新增 AMI、CVA 二類單張交換。

因應視訊診療所需，制定電子處方箋交換欄位標準，以及調劑紀錄標準（草案），尋找場域進行試辦。另將建立更多電子病歷 FHIR 單張交換標準，推廣至各醫療院所。

持續與臺灣相關標準推動學協會合作，針對門診護理應用，加速資料交換標準及語意互操作性標準之本土化擴充，同時考量欄位之共通性及特有性，讓跨系統醫療院所的資料可以達到結構化、標準化。以通用、最少交換資料為原則，進行欄位的設計，制定門診、住院及護理系統所需之 FHIR 交換資料元素，目前已經確定需求欄位範疇(包含:門診資料、住院資料、護理資料以及其他支援性表單及記錄)，進行標準值集盤點與規劃。

(4) 精進藥事服務

I. 推動智慧科技於藥事服務及用藥安全之運用管理

藥品仿單(說明書)涵蓋用藥安全重要資訊，例如禁忌、警語、注意事項等，透過發展電子結構化仿單(110至113年度12月31日已累計完成7,051筆)，將有助於整合至醫療及健康照護資訊系統，強化藥品安全資訊傳遞與運用。

II. 遠距藥事服務

蒐集國際通訊診療之給藥模式（電子處方箋），有助我國通訊診療之發展，並針對遠距藥事服務進行試辦，依據實務面、推動面等現行情形，提出可行方案，持續蒐集國際新形態或運用智慧科技之藥事服務模式，蒐集推動背景、運用情形、相關管理法規等，以作為相關政策推動或管理之參考。

2. 建立精準醫療照護環境

(1) 整合我國生物研究資源，推動國家級生物資料整合系統

統計至113年12月，共有39家人體生物資料庫經本部許可設置，分別為北部19家、中部9家、南部10家及東部1家，申請設置機構包含政府機關、醫療或學術機構、研究機構及法人，檢體來源多元，包含常見慢性疾病、癌症、罕見疾病等參與者血液，蠟塊和冷凍組織以及臨床資訊等，另有健康參與者作為對照組。

由於已有人體生物資料庫管理條例，並有嚴格個資管控規範及商業利益回饋機制，人體生物資料庫之檢體和醫療資訊，為無法律疑義、被學術界和產業界可安心運用之高品質醫療資訊和檢體。

為使各生物資料庫之資料有效整合串聯運用，活絡我國生醫研究及產業之創新發展，國家級生物資料庫整合平臺（以下簡稱整合平臺）於108年10月30日成立，提供單一服務窗口，建立一致性的檢體與資訊之品保、品管標準及流程。本部積極鼓勵國內各人體生物資料庫加入整合平臺，統計至113年底已有36家人體生物資料庫參與，登錄收案數已逾105萬例。

為完善巨量生物資料管理與監督機制、接軌國際資料處理方式，並授予整合平臺設立之依據、建立中央生物資料庫倫理委員會（Central EGC）制度，本部已於112年2月23日以衛部醫字第1121660857號公告「人體生物資料庫管理條例」修正草案，期能順應當前生物醫學發展趨勢及因應大數據科技發展現況，促進人體生物資料庫活絡應用。

(2) 推動我國基因檢測技術發展及相關配套機制

為利醫療機構申請實驗室開發檢測施行計畫，及後續審查作業有一致性作業原則，本部於111年1月17日訂定「醫療機構施行實驗室開發檢測項目申請須知」、「醫療機構施行實驗室開發項目計畫書（格式）」，委託醫策會辦理實驗室開發檢測審查作業，並就高複雜度及委託境外實驗室之檢測加強管理，以確保醫療機構施行實驗室開發檢測之品質，保障病人權益。

本部已訂定實驗室開發檢測施行計畫、品質認證之一致性申請程序及審查制度，並於111年1月27日及112年5月2日辦理醫療機構申請實驗室開發檢測說明會，內容包含文件準備、審查重點、常見錯誤樣態等，亦建立諮詢窗口，協助醫療機構及實驗室進行文件建立、品質管理及維運實務等事項，以提升實驗室開發檢測施行品質，實現我國個人化精準醫療照護。統計至113年底，已核准13,020件實驗室開發檢測項目施行計畫。

(3) 檢討及修正人體研究相關法規

辦理醫療機構人體生物資料庫及醫用粒子治療設備之定期訪查、不定期追蹤、輔導、資料蒐集分析及教育訓練課程，成立「醫用粒子治療設備監督會」，定期召開會議，促進醫用粒子治療設備之安全運作審查及監督管理。補助辦理109-110年度「全國粒子治療設備合理量之評估精算」計畫，作為醫用粒子治療設備品質後續管理之政策規劃參考。截至113年底，醫用粒子治療設備設置計畫已核准16案，5案已正式啟用，11案持續建置中。

辦理醫療機構之人體研究倫理審查委員會定期查核、不定期追蹤及輔導等相關作業，組成人體研究倫理審查會查核制度專家諮詢小組，協助檢討、研修查核作業程序、查核基準、查核資料表及評定標準。藉由查核制度，已整體帶動我國人體研究倫理審查委員會之運作品質，並確保各審查會落實標準作業程序建置，達到提升人體研究倫理審查委員會審查品質及受試者保護之目的。110年度查核20家，111年度38家，112年度29家，113年度21家，

另至113年度召開4次醫事審議委員會（醫療技術小組），共審議19件次之人體試驗案。

3. 推動再生醫學及新興醫療科技發展與法規調適

(1) 推動新興醫療科技發展及特定醫療技術法規與管理

細胞治療技術於世界各國發展迅速，為促進國內細胞治療技術與國際接軌，經多方研議，於107年發布「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」(下稱特管辦法)，將具足夠安全性及療效之細胞治療技術納入。目前開放之6項細胞治療技術，以自體細胞治療技術為主，如自體 CD34 selection 周邊血幹細胞治療、自體免疫細胞治療、自體脂肪幹細胞治療、自體纖維母細胞治療、自體骨髓間質幹細胞治療以及自體軟骨細胞治療等。這些或為國外已施行、風險性低，或已經於國內實施人體試驗累積達一定個案數，安全性可確定、成效可預期的細胞治療技術項目，經核准後，可開放運用於符合適應症臨床治療個案。後於110年2月9日再度修正特管辦法，開放醫療機構施行細胞治療技術，並於該辦法明定，醫療機構施行細胞治療技術，應擬定施行計畫向中央主管機關申請核准。統計至113年底，計有584件細胞治療技術申請案，已核准420件細胞治療技術施行計畫。

對於傳統治療方式無效的急重症病人欲尋求其他醫療管道者，先進國家除了參與人體臨床試驗之外，莫不積極尋求解決之道，著重於應用醫療創新以拯救生命。本部為呼應此一未被滿足之醫療需求，重新檢討107年公布特管辦法修正條文開放6項細胞治療技術之經驗，並參考美國「right to try Act」(嘗試權法案)重要之核心精神，在限定情況下，擴大病人的個人自由和代理範圍，於111年1月公告「再生醫療發展法」草案、「再生醫療之施行及管理條例」草案、「再生醫療製劑管理條例」草案，期全面性推動再生醫療研究與發展，提升醫療品質，促進全民健康。此三法案後續整併為「再生醫療法」及「再生醫療製劑條例」，由行政

院於112年2月16日送請立法院審議，於113年6月4日由立法院三讀通過。

(2) 強化美容醫學及品質管理

108年起由醫策會開辦診所美容醫學品質認證，至113年底已通過認證並於效期內診所計46家。本部於110年起補助中華民國美容醫學醫學會辦理美容醫學品質提升作業，協助國內美容醫學診所提升服務品質，並以符合醫策會品質認證標準為目標，至113年底已輔導32家次診所。

(六) 加速法規調適與國際合作

1. 醫事機構及人員管理全面電子化

(1) 開發與維護醫事相關資訊整合管理系統

為輔導各地方政府衛生局熟習醫事管理系統之介面與操作，分別於113年5月28日及113年5月29日辦理3場醫事管理系統相關教育訓練。

另改善及提升系統本身之效能，於111年12月7日擴充設備（NAS 備份儲存裝置、磁碟陣列擴充）及111年12月29日汰換交換器設備，以提供更快速、更穩定之系統效能。

(2) 持續增修醫事管理系統各功能及型態別，以符相關法令規定

依據目前系統效能問題、作業流程、使用者問題及法規變更，提出改善措施及系統效能評估指標，並完成各項教育訓練及系統修正。

2. 推廣醫事人員繼續教育線上學習

(1) 醫事人員繼續教育線上課程開設數

本部業以111年8月26日衛部醫字第1111665068號令，修正「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第14條附表，使實體課程得採直播、視訊方式進行，並調整網路繼續教育及雜誌通訊課程積分上限，以克服疫情期間醫事人員難以參加實體繼續教育課程之限制。

另配合政策需要，自110年起至113年7月底錄製「即刻救援：外傷急救實用技巧」、「由死因統計應用範例說明-醫師填寫死因診斷注意事項」等7堂線上課程，總計2萬1,887人參訓。

(2) 辦理衛生所人員培訓計畫：

透過專家諮詢及蒐集地方政府衛生局（所）意見，自110年研擬衛生所人員公共衛生基礎核心能力課程模組，並分別於111年9月（新進人員）及112年4月（資深人員）試辦2場教育訓練，累計受訓人數共計164人，學員整體自覺核心能力有顯著差異（ $p < 0.001$ ），課程對提升學員核心能力有助益。

前所研擬之衛生所人員公共衛生基礎核心能力課程模組及試辦2場教育訓練，113年再辦理2場教育訓練後，課程已臻成熟，並發展該課程模組實施指引，提供地方彈性運用辦理相關課程，已達成年度目標。

3. 促進醫療法人健全與永續發展

(1) 修訂醫療法人相關法規及制度

配合108年2月1日施行之財團法人法，修正「醫療法人財務報告編製準則」、「全國性衛生財團法人及醫療財團法人年度工作計畫及報告編製辦法」及訂定「醫療財團法人適用財團法人法第十九條第三項財產運用規定」。另依醫療法第35條第2項規定，於94年11月8日以衛署醫字第0940219014號公告之醫療法人投資限制（下稱投資限制公告）已實行多年，考量醫療產業發展迅速，醫療技術日新月異，為因時制宜，應適度修正，爰於111年12月6日廢止投資限制公告，並於同日訂定「醫療法第三十五條第一項所定醫療法人投資限制」。又考量各醫療院所近年來遭遇醫護人力、醫療資源等營運困境，致諸多醫療財團法人面臨財務壓力，爰於112年3月31日發布訂定「醫療財團法人適用財團法人法第十九條第三項財產運用規定」。

(2) 促進醫療法人健全營運

辦理106家醫療法人實地輔導訪視及財務報告審查作業，及53家醫療財團法人之年度工作計畫、經費預算及工作報告審查作業，以有效監督、輔導醫療法人董事會組織運作及財產管理。

辦理184家衛生財團法人年度報備資料之審查作業，及每年度擇定30至40家法人進行實地輔導訪視，以有效監督、輔導衛生法人董事會組織運作及財產管理。

(3) 建置醫療法人資訊管理系統

增修醫療法人資訊管理系統相關功能，並藉由教育訓練等模式，輔導醫療法人線上申請相關行政作業，以即時掌握醫療法人申報資料之異動情形。

增修衛生財團法人資訊管理系統相關功能，以適時掌握各類申報資料之管理及異動情形，並作為法定主動公開資訊之查詢平臺。

4. 強化國際醫衛政策交流及合作

(1) 建置國際友好互動交流平臺

陸續於111年至113年之8月中旬辦理「中高階衛生福利行政人員工作坊暨臺美衛生福利圓桌會議計畫」(110年因疫情停辦)，由本部暨所屬機關(構)、地方政府衛生局、社會局等中高階主管赴美交流，與美國聯邦與各州數十位衛生福利部門高階官員、非政府組織首長及專家學者，舉辦多場研討會及圓桌會議，雙方就當前重要衛生福利議題進行深度交流。同時實地參訪美國衛生福利機關、地方非政府組織等，如：北卡州衛福部、家庭暴力防治委員會兒童研究和治療中心、德罕社會救助機構，每年安排不同參訪機構，就本部主掌業務領域，廣泛深入了解美國政策執行與服務輸送模式，以擴展我國衛生福利中高階主管之國際視野，提升其專業能力，有助精進我國衛生福利政策與服務之品質與效率。此外，並於111年至113年間(110年因疫情停辦)，每年邀請美國衛生福利界之高階官員來臺交流，舉辦衛福政策研討會，展現我國衛生福利重要成果，並邀請美方參訪我國重要衛福機關，分享彼

此實務經驗。藉此建立良好互動交流平臺，賡續維持臺美互動情誼，促進專業互信與合作。

(2)委託辦理「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫」

109年至113年共培訓564名之國外醫療衛生人員，中心成立迄今，培訓來自82個國家逾2,200名之國外醫療衛生人員。

(3)委託辦理「醫療器材援助平臺計畫」

募集全國醫療院所堪用之醫療儀器，配合外交政策捐贈友邦或友好國家，109-113年共完成32件捐贈案，捐贈逾1,800件醫療器材，計畫執行迄今，共完成39國146件捐贈案，捐贈逾7,900件醫療器材。

(4)顧顏醫療團隊培力計畫

臺灣國際醫衛行動團隊於108年與羅慧夫顧顏基金會合作，赴印尼辦理顧顏醫療團隊培力計畫，進行醫療技術交流及衛教活動，並辦理新南向顧顏種子醫療人員培訓計畫，培訓印尼、越南等新南向國家外科及牙科等醫療人員。

(5)主辦國際性健康議題論壇

為與國際社會分享臺灣公衛及醫藥專業之成就，並與世界各國就國際間重要衛生政策發展趨勢及友邦當前醫療衛生問題與需求，共同交換意見並分享經驗，本部與外交部持續共同辦理「臺灣全球健康福祉論壇」。110年舉辦「2021臺灣全球健康福祉論壇」，論壇兩天共計614人次實體與會，其中包括15國共計16名駐臺官員出席。111年舉辦「2022臺灣全球健康福祉論壇」，論壇兩天共計876人次實體與會，其中包括14國共計26名國外官員來臺實體與會。112年舉辦「2023臺灣全球健康論壇」，論壇兩天共計726人次實體與會，其中包括14國共計23名國外官員以及12國38位國際知名專家學者來臺實體與會。113年舉辦「2024臺灣全球健康福祉論壇」，論壇兩天共計超過559人次實體出席，其中包括26國58位國外高階衛生官員及專家學者來臺實體與會。

(6)辦理需求導向之醫療衛生援助計畫

為促進我國醫療院所及民間團體與各組織發展夥伴合作關係，推廣我國衛生醫療軟實力，與世界潮流接軌，109年度執行「墨西哥及瓜地馬拉人道醫療援助計畫」、「109年度緬甸仰光及臘戍醫藥衛生提升計畫」、「109年度推展非洲地區迦納國家衛生醫療合作計畫」、「109年度非洲永續發展與全民健康覆蓋目標實務工作：馬拉威醫療品質提升與健康資訊系統強化合作計畫」及「推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」等計畫。110年度執行「110年度緬甸仰光及臘戍醫藥衛生提升計畫」、「帛琉、緬甸人道醫療援助計畫」、「110年推展西非地區（迦納）國家醫療衛生合作計畫」、「110年度非洲永續發展與全民健康覆蓋目標實務工作：馬拉威醫療品質提升與健康資訊系統強化合作計畫」及「推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫」等計畫。111年度執行「2022越南顯顯醫療團隊培力計畫」、「111年推展西非地區（迦納）國家醫療衛生合作計畫」、「非洲馬拉威國際醫療衛生合作與健康資訊強化計畫」及「111年度推展非洲地區衛生醫療合作計畫」等計畫。112年度執行「強化具韌性之當地健康資訊系統及新模式人才培育計畫」、「112年新南向國家糖尿病照護培力推廣計畫」、「推展西非地區醫療衛生合作計畫暨舉辦第6屆臺灣-西非健康論壇」、「非洲馬拉威國際醫療衛生合作與健康資訊強化計畫」、「非洲衛生醫療合作計畫」及「深化我國與索馬利蘭醫療公衛交流計畫」等。113年度執行「113年度推展西非地區醫療衛生合作計畫」、「2024年巴拉圭國際醫療義診及醫學交流計畫」及「巴拉圭人道醫療援助計畫」、「史瓦帝尼 Raleigh Fitkin Memorial Hospital 合作計畫」、「非洲南部馬拉威國際醫療衛生暨健康資訊系統發展計畫」、「肯亞醫療衛生合作計畫」等。

臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）為本部及外交部共同成立之任務編組，配合外交政策辦理國際醫衛合作與緊急醫療援助

工作。自95年成立起，曾赴海地、尼泊爾等地提供震災災後援助，亦積極與國內外 NGO 合作辦理援助計畫，拓展國際援助網絡，迄今共執行37次任務。109年1月，澳洲森林野火災情導致嚴重空氣汙染，本團隊協助捐贈 N95 口罩6,000枚。同年5月，非洲友邦史瓦帝尼出現嚴重特殊傳染性肺炎疫情，我國除捐贈防疫物資之外，亦由臺北醫學大學組成之醫療防疫團前往協助。同年11月，我中美洲四友邦瓜地馬拉、尼加拉瓜、宏都拉斯及貝里斯遭受颶風侵襲，造成當地嚴重災情，本團隊協調臺北醫院籌備42大箱、約500公斤緊急醫衛物資援贈友邦。110年4月外交部、衛福部、國際合作發展基金會（ICDF）、國家實驗研究院和國家災害防救科技中心共同簽署「聖文森國災害管理降低緊急醫療負擔發展計畫前期研究專案」策略性合作備忘錄，111年派遣專家赴聖文森及格瑞那丁考察，針對當地重要關鍵基礎設施之地震、火山及颶風預警系統進行預警評估，並捐贈聖國火山監測設備，強化當地火山監測量能。另協助聖國氣象局人員培訓，舉辦防災科技相關應用研討會等，發展防災共識。112年12月，與日本亞洲醫師協會(Association of Medical Doctors of Asia, AMDA)合作辦理尼泊爾醫院內視鏡技術轉移訓練計畫，協助捐贈消化道內視鏡，配合 AMDA 所提供之技術教育訓練，提升當地醫療檢驗量能，維護整體照護品質。113年與奇美醫院合作辦理「衣索比亞急診醫療照護培訓計畫」，主題為急診、燙傷及重症治療等議題，以強化醫護人員培訓，提昇醫療服務量能，深化臺衣雙邊合作關係。

(7)持續積極參與國際組織藥事交流活動

110年至113年，每年參與世界藥學會（FIP）區域會議及年會、西太平洋藥事論壇（WPPF）執行委員會議、年會等、亞洲藥學會（FAPA）年會相關交流活動28場次，並於111年至113年 FIP 年會期間，辦理 Taiwan Reception，與會者包含 FIP 會長、副會長、多國藥學會理事長等多位國際重要人事及藥師等，參與人數總計

達450人。

(8)整合國內資源，推動國際藥事合作

每年辦理新南向國家藥師培訓活動，110及111年因應疫情，以線上視訊方式，辦理為期5日之優良藥事執業規範訓練課程，112年則採實體辦理，並參訪我國衛生福利部食品藥物管理署（下稱食藥署）及衛生福利部中央健康保險署。113年亦辦理5場專業交流會議，針對無菌危害性藥品的安全處理相關議題進行討論，各國藥師也交流於資源不足情況下的應對方法，同時臺灣藥師亦反思在危急情境中的因應能力。110至113年共累積87名以上新南向國家藥師參與，有效提升我國藥事執業之專業形象及國際聲望。

(9)培訓國內藥學國際事務人才

110至113年間，每年辦理年輕藥師或藥學生國際事務培訓講座/活動4場，內容涵蓋國際事務交流、藥事新知及國際衛生政策等，以培育兼具國際化思維、藥學專業知識及實務經驗之人才，提高我國藥學領域人才在國際事務中的競爭力。

三、相關計畫及政策執行檢討

（一）重塑以價值為基礎之醫療服務體系

1. 檢討病床分類及功能定位

醫院一般病床仍有增加趨勢，惟依國家發展委員會之人口推估，未來我國人口數將逐年減少，每萬人口病床數勢必隨之增加，病床數過多可能致使供給創造需求，造成更多低價值住院而犧牲重難症治療之點值。又目前我國已開始面臨照護人力不足之問題，縱使病床數上升，若無相應之醫療照護人力，亦無法提升醫療照護量能。目前外界及醫療機構，仍普遍存在以一般病床數作為評估醫療量能唯一指標之思維，將導致以一般病床提供亞急性或慢性病之照護，增加醫療費用及照顧人力成本，且不利於病床數之控制及轉型，應研議如何發展其他醫療量能評估指標，以避免醫療機構過度擴充病床。

為控制急性一般病床成長，已於110年檢討修正醫院設立或擴充

許可辦法，並加強對於急性一般病床設立或擴充之限制條件。為賡續推動病床適性轉型及提升使用效能，仍需持續檢討各類病床未開放情形及慢性病床之轉型對策，針對占床率長期偏低或許可病床久未開放使用之醫院，評估核減其一般病床，並輔導其投入其他醫療供給管道，如在宅醫療、急性後期照護等，針對醫院經許可未開放之慢性病床已予凍結設置，未來將輔導醫院刪減慢性病床。另目前僅一般病床訂有總量管制，特殊病床則無數量限制，在病床轉型過程中，可能導致醫院改設置特殊病床，以變相增建病床。為制定特殊病床之合理管理方式，將持續分析特殊病床之使用現況、管制策略、各類病床之合理占比及功能定位，擬定管控特殊病床資源之相關策略，並配合修正醫院設立或擴充許可辦法及醫療機構設置標準之相關規定。

2. 建構 PAC 體系

多數醫院習慣以申請健保給付方式，以急性一般病床提供 PAC 服務，增加醫療成本及醫事人力支出，尚無有力之財務或獎勵補助等誘因，使醫院願意依據個案病情進展，釋出個案至社區接受後續照護，以致需要 PAC 個案，仍以醫院為主要服務提供者，無法於熟稔的居家或社區裡接受 PAC 服務。另外，急性一般病床可收治急性住院病人以及急性後期住院病人，而 PAC 病床，僅能收治急性後期住院病人，無法收治急性住院病人，以致 PAC 病床功能受限，爰醫院仍以申請急性一般病床為優先選項。

健保 PAC 計畫尚待未來本部各單位就體制、醫療轉銜進行整併及合作，將研議修正健保 PAC 計畫，依相關公、學、協會所提建議，後續召開專家會議討論，研議透過提高健保 PAC 計畫照護費、評估費、獎勵費等誘因，鼓勵地區醫院加入健保 PAC 計畫，藉以增加健保 PAC 收案病人數。另同時檢討提高日間照護及居家照護之照護費用，鼓勵院所透過其他照護模式，完善 PAC 之照護。

為維護醫療量能有效供給，對於有 PAC 需求之病人或個案，仍須賡續推動整合照護機制，並因應病情變化或需求，協助妥適轉銜後

續服務機制，以提供病人適切且持續性的照護。

3. 優化醫療品質管理機制

(1) 持續改善醫院評鑑制度

為持續檢討醫院評鑑制度，增加各項評鑑基準之鑑別度，將持續研修評鑑制度及評量基準，整合各式訪查內容，減少重複評核，參採重要時事議題，朝深化基準方向修訂，亦因應當前國家衛生政策與法規制度之發展，納入因應疫情之感染管制與醫療整備、智慧化醫院、多元友善就醫環境等內容，以導引醫院強化復原力及應變力。

因醫學中心評鑑制度已近20年未大幅修正，為確保醫學中心服務品質，並使其配合政策發展，發揮應有之重難症病人醫療照護、教學訓練及研究等功能，已研擬醫學中心評鑑改革方向，包含醫學中心任務指標，將著重於研修重難症醫療能力、創新研究、智慧醫療、國際醫療支援等相關政策基準，並增加客觀性指標比重。教學醫院評鑑，將著重提升醫院教學能力及成果，持續性監測指標，將朝與評鑑基準連動，發展自動化收集醫院品質資訊機制，以落實醫院評鑑日常化為目標。

(2) 優化產後護理機構評鑑制度

依據護理人員法第23條之1規定，中央主管機關應辦理護理機構評鑑，又護理機構評鑑辦法第3條規定，護理機構應接受中央主管機關之評鑑。為優化評鑑制度，評鑑方式以「實地訪查」方式進行，部分項目由評鑑委員於實地訪查前進行線上查核審閱，並於實地訪查時確認，以減少評鑑程序上的冗長。

為強化產後護理之家環境安全，並培養機構人員對於災害應變的應對及防減災邏輯思維，邀請公共安全專業領域之專家委員研議規劃辦理「災害情境模擬應變演練工作坊」，引導學員就產後護理之家的特性，進行風險辨識與溝通及災害情境緊急應變實作改善，以提升機構安全及品質。

為賡續及強化產後護理之家照護品質及安全，提升護理機構等專業團體人員管理及照護能力，維護產婦健康照護品質及嬰兒健康安全，就產後護理之家評鑑作業編列經費支應，有其必要性。

(3) 病人安全

為持續維護及提升國內病人安全，除年度病人安全目標之更新及維持，因應後疫情時代與醫療人力問題，提高效率、減輕負荷的智慧醫療已為重要發展方向，特別是對於重要醫療情境的團隊合作，與智慧科技導入對病人安全的影響等，都將是接下來需要關注的重點及執行方向，爰此仍需持續參考國際間病安工作發展趨勢，推動病人安全相關工作，以因應於未來之醫療變革下，能持續維護及提升醫療品質與病人安全。

(4) 113年辦理「輔導醫療機構資源回收再利用及查核共同清除處理、再利用機構污染防治計畫」，已調查478家公、私立醫院廢塑膠再利用作業，並對110-113年違反廢棄物清理法及水污染防治法等規定之91家醫療機構進行追蹤輔導，查核13家廢棄物清除、處理及再利用機構處理廢棄物之情形。然而醫療廢塑膠之再利用率已達趨緩，如何提升醫療廢塑膠之再利用率及輔導產源減量，進而達到環境永續，係近期各界關注議題，本部亦須持續輔導及推廣，以落實醫療機構之廢棄物管理。

(二) 完善全人全社區醫療照護網絡

1. 推動以人為中心社區為基礎的健康照護服務網絡

(1) 建構社區整合性健康照護網絡

為提供民眾連續性照護，持續推動社區整合性健康照護網絡有其必要，除提升雙向轉診及居家安寧照護，讓病人出院後可就近於社區醫院持續獲得醫療照護，免除舟車勞頓，亦可紓減大型醫院之壅塞情形。

將持續透過「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，於6大醫療照護區域，推動不同層級的醫療機構相互合作與資源共享，並媒

合或吸引民間企業公益資源投入，促進地方醫療照護發展，提升醫療服務的完整性。

(2) 整合病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策

因應後疫情時代來臨，應透過數位化整合服務且持續優化系統功能，使功能與服務能夠與時俱進，持續優化並發展數位服務(包含優化線上簽署意願書流程等)，並提升民眾善終選擇便利性，民眾可快速取得各項宣導資訊及服務。

善終政策推展透過整合不同層級的需求與意見，確保政策的可接受性。在醫療機構透過召開跨領域研討會，經驗成果分享，擴大醫療機構人員參與。對於一般民眾，則以多元可近的宣傳模式，宣導善終三法或發布生命教育訊息，引導民眾思考生死議題。過去推動善終政策及整合業務迄今(113年底)，累計完成預立醫療決定註記9萬3,981件、預立安寧緩和意願註記103萬1,741件以及預立器官捐贈意願註記64萬3,846件。

然而臺灣承襲華人文化，社會風氣避諱談論死亡議題，隨著時代觀念逐漸開放，民眾開始願意談論臨終議題，或是遇到嚴重傷病時，病人及其家屬才瞭解安寧緩和醫療照護內涵。113年度癌症死亡前1年接受安寧療護之比率已達64.2%，惟8大非癌症末期病人死亡前1年接受安寧療護之比率，僅有23%，顯示除加強對8大非癌症病人宣導安寧緩和療護觀念外，更要提早對一般健康民眾、早期病人實施善終教育。

此外，我國器官捐贈人數雖逐年增加，但待移植人數仍偏高，爰亟需持續優化器官移植及勸募制度，並以多元管道提升民眾器官捐贈認同感。截至113年底，全國共11,377人等待器官捐贈，其中以腎臟等待人數最多，共有8,756人，其次為眼角膜與肝臟，分別為1,257人與929人。而每月平均約有103人撤銷器官捐贈註記，實際執行捐贈情形仍有進步空間。

爰延續政策成果，持續推廣善終政策，建構優質醫病關係及維

護民眾生命自主權利，辦理推動醫療機構提供 ACP 及安寧療護相關服務，增進民眾諮商的可近性及提升 AD 簽署率。加強辦理安寧療護教育訓練，強化醫事人員職能，以提供符合民眾需求的服務，並輔導長照機構提供安寧療護。在辦理器官移植、捐贈勸募作業方面，則增進醫院輔導、優化人員訓練、器官運送等作業程序，並提供整合性器官捐贈者醫療照護及主動進行器官勸募。

2. 提升原鄉離島健康照護服務品質與效率

(1) 強化基層醫療保健基礎建設

補助原鄉離島衛生所（室）重擴建及空間整修及醫療設施設備更新，近年來營建成本高漲，且工程地點位處偏遠，工程招標困難，需多次招標或檢討招標文件或邀請廠商投標始完成決標，爰應編列足額經費，以改善原鄉離島衛生所（室）醫療服務品質及建物安全性。

(2) 推動原鄉離島醫療資訊化

辦理醫療資訊系統（HIS/PACS）增修、保固及維護計畫，提供系統使用者相關之技術問題諮詢（含系統異常教育訓練）及其他臨時發生事項之處理，並委託本部醫院支援影像判讀相關工作，提升醫療診斷品質及判讀效率，爰應持續挹注經費，以完善原鄉離島衛生所醫療資訊化環境。

(3) 提升在地醫療照護量能

為建構原鄉離島健康照護支持環境，本部補助地方政府結合在地民間組織資源，至113年完成建置73處部落社區健康營造中心，辦理健康識能傳播及家庭健康關懷服務。惟因本計畫預算有限，以致補助健康營造中心之經費，無法調整營造中心經理人薪資，影響人才留任。又113年尚有13個鄉鎮未設置營造中心，為達一鄉一部落/社區營造中心之目標，應持續挹注經費及投入人力，以協助在地人服務在地人之健康照護資源育成。

鼓勵醫事人員至原鄉離島開業提供醫療服務，並依「衛生福利

部補助醫事人員至原住民族地區開業補助要點」及「離島開業醫事機構獎勵及輔導辦法」規定提供補助獎勵，應持續補助以提升在地醫療量能。

(4) 強化緊急醫療救護即時性

考量目前離島地區在地醫療照護服務量能及資源仍較不足，如遇有無法提供緊急傷病患適當醫療照護服務時，仍需透過空中轉診後送至本島進一步救治。為提升離島地區緊急醫療救護品質及因應民眾空中轉診後送需求，本部持續辦理離島地區緊急醫療照護相關計畫(如空中救護審核機制、三離島航空器駐地備勤計畫等)，有關離島地區急重症轉診後送相關計畫，預計自115年起併入三離島航空器駐地備勤計畫推動辦理。

3. 發展多元友善就醫環境

(1) 維護身心障礙者就醫權利

因應高齡人口增長，以及身心障礙者不同障別就醫需求，各界對於無障礙就醫環境或友善就醫設施設備之期許，以致民間訴求與醫界可提供之服務範疇，兩造落差持續擴大，亟待雙方進行充分且理性溝通，共釋出合理的因應或替代改善方案。

考量各類型醫療機構無障礙就醫環境落差、醫療場域使用衛教議題繁多，不同障別就醫需求不一，仍需持續提升醫事人員之身心障礙者權益保障意識，爰自108年起，委託辦理「就醫無礙管理中心」計畫，研議優化國內醫療機構無障礙就醫環境，並擴大辦理客製化輔導、充實就醫圖資平台、研發公共圖標、相關研究與教育訓練等配套作業。

為鼓勵醫療機構建置友善就醫環境，本部自110年起辦理「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」，獎勵醫療機構設置友善通路與廁所、無障礙設施設備與多元輔助溝通工具等事項。

經統計，110年至111年及112年至113年計有41家醫院通過上開獎勵計畫，且查全國22縣市中，計有連江縣、新竹市、臺中市、

嘉義市、澎湖縣、花蓮縣及臺東縣等7個縣市之醫院未設置無障礙隔離病室，另計有1,789家診所通過上開獎勵計畫，約佔全國診所7.5%，且查全國22縣市中，診所通過獎勵計畫比率低於全國平均值（7.5%）之縣市，計有臺北市、金門縣、新竹縣、苗栗縣、臺中市、雲林縣、嘉義縣、臺南市、高雄市、及澎湖縣等10個縣市，爰為增加醫療院所設置改善就醫環境與設備之意願，需持續推動無障礙就醫環境相關計畫，以落實身心障礙者權利公約之精神，及未來超高齡化社會之民眾就醫需求。

(2) 偏鄉離島地區藥事照護服務

偏鄉離島地區因地理環境特殊，地域差異性大，醫療資源分布不均，並且部分獨居長者、行動不便者，亦受到交通、外出不便之限制，導致無法得到完善用藥照護。藉由增加受過專業培訓之藥師投入照護服務，並加強與醫師專業合作檢視居民用藥問題，共同保障民眾用藥安全。

因應人口老化趨勢，未來應持續推動社區式及機構式藥事照護，並針對偏鄉、失能、行動不便者、獨居長者或身心障礙者等特殊族群，可能受到交通、外出不便之限制，投入資源提供友善藥事服務環境。

計畫迄今雖皆完成預定進度，但曾接受過藥事照護服務之民眾仍為少數，應持續挹注經費投入資源，擴大受過專業培訓之藥師群，進而增加有用藥問題民眾獲得專業藥事服務的機會，保障全民用藥安全。

4. 強化兒童初級醫療照護品質與健康管理

為增加兒童照護投資，強化初級照護及健康管理，自110年起推動「優化兒童醫療照護計畫」，依據兒童照護需求，布建醫療及健康照護資源，透過第1期優化兒童醫療照護計畫之推動，已初步完成兒童初級醫療照護布點及健康管理之成效如下：

(1) 發展家庭為基礎的幼兒專責醫師制度

112年已於全國22縣市推動幼兒專責醫師制度，優先由基層院所或社區醫院之兒科或家醫科醫師擔任未滿3歲之兒童之照護專責醫師，以個案管理的方式提升嬰幼兒的主動照護，強化醫療體系與公共衛生體系、社福體系的連結，使幼兒得到完善的健康照護。截至113年底，共計1,153家醫療院所、2,454名醫師參與，總收案25萬7,424人，全國收案涵蓋率達59%。然第一期主要以被動收案，及執行基本兒童健檢、預防接種、篩檢追蹤、通報轉介等相關照護及健康管理，惟仍有其他重要的兒童健康範疇相關資源連結未納入，未來將進一步轉為主動追蹤收案，並納入兒童發展評估、兒童事故傷害等各項健康網絡之連結，強化與社政間之聯繫，並輔以資訊系統之強化，以進一步優化幼兒全人健康照護。

(2) 推展脆弱家庭育兒指導服務方案

截至113年底已補助21個縣市辦理，1個縣市自籌經費執行，主要提供父母或主要照顧者親職知識及技巧，預防兒童遭受不當照顧或對待，提供到宅育兒指導，如親職示範、家務指導(環境安全指導)、親職諮詢，辦理親子主題課程、學習性團體、成長團體、親子互動等提升家長知能之活動。113年底共服務3,462個家庭、4,186位兒童。第一期多由各地方政府相關網絡單位，依其服務對象評估有需求家庭後，始進行育兒指導服務資源之連結及轉介，惟經檢視，111年服務家庭僅2%來自醫療體系連結及轉介，爰未來將進一步主動連結，並透過宣導，加強推廣育兒指導資訊供網絡單位知悉運用。

(3) 強化兒科醫師初級醫療照護及兒童發展評估能力

已辦理幼兒專責醫師相關教育訓練課程，提升基層醫師對於兒童的相關照護知能。因應偏遠地區專業人力不足，雖第一期於112年起已針對兒科/家庭醫學科醫師缺乏地區，開放可由兼任/報備支援之兒科/家庭醫學科專科醫師照護，亦開放由於當地衛生所執業之非兒科/家庭醫學科專科醫師擔任幼兒專責醫師，截至113

年底已完訓76家衛生所82位非兒科家醫科醫師提供服務，但未來仍需強化合作機制，支援幼兒之緊急事務性聯繫與諮詢。未來亦將鼓勵幼兒專責醫師參加國民健康署兒童健康發展篩檢等相關訓練，持續強化兒科醫師對於兒童發展評估能力，以確保能即早發現發展遲緩兒童，即時轉介後續療育服務。

(4) 建立低出生體重兒登錄系統，完善追蹤關懷服務

113年底已與81家醫院合作，結合醫療院所建立低(極低)出生體重兒居家照護模式，提供主動、可近、專業且有品質的居家照護服務，以降低家長在早產兒出院返家照顧上的不安及焦慮，並建立住院與返家後之照護銜接，及早發現發育問題，及早介入治療及療育。截至113年底，極低出生體重兒計收案3,292人，收案率達97.7%，並完成1,530次家訪、23,314次電訪及3,784次視訊訪視。第一期雖已增加合作機構數，惟較無連結相關計畫資源。為強化與「優化兒童醫療照護計畫」相關子計畫之合作及服務轉銜，未來將進一步規劃極低及低出生體重兒居家照護計畫與幼兒專責醫師制度計畫個案服務銜接相關事宜。

綜上，現階段兒童初級醫療照護品質與健康管理成果雖已具執行成效，然各區域照護資源仍有所差異，需要進一步依據醫療照護專業能力與需求、人口數與交通距離考量，精進兒童醫療照護網絡不同層級醫療照護間的串連。未來相關兒童醫療健康照護工作，將進一步擴大另於第2期優化兒童醫療照護計畫中辦理，以完備從周產期到新生兒及兒童的醫療連續性照護、強化兒童重難症醫療照護資源整合與協調、落實與強化以兒童為中心的初級照護與健康管理。

(三) 建構更具韌性之急重難症照護體系

1. 精進區域急重症醫療體系與緊急事件應變

(1) 提升戰情中心即時分析能力，強化緊急指揮調度機制

戰情中心資訊系統之功能，雖於前一期計畫期間多次增修改善，

可應對多數災難醫療應變需求，惟仍有部分功能尚待進一步改善，如改善資料倉儲架構以加快系統反應速度、部分新增功能與相關舊有功能間之整合、及使用者介面持續改善以更符合人性化需求等，將持續與系統廠商溝通，逐步優化系統效能。

(2) 整合區域緊急應變中心，提升緊急醫療救護電子化

近年歷經花蓮震災、本部臺北醫院附設護理之家火災、普悠瑪列車出軌翻覆、南方澳跨港大橋斷橋、錢櫃 KTV 大火、太魯閣列車出軌、嚴重特殊傳染性肺炎及明揚科技火災等重大災害事件挑戰，由於災害類型轉變更為多樣化及複雜化，更突顯緊急醫療應變及災難醫療訓練之重要性。為因應詭譎多變之災害情勢，配合國家未來重大政策，推動韌性醫療體系，結合社區民防運作規劃，強化複合式災難醫療救護課程，並精進醫院毒化災、疫災處理能力，持續新增規劃多元訓練課程方式，研議各項災害專責應變及評核標準，以凝聚共識並草擬模組供政策參考。

(3) 優化臨床毒藥物諮詢中心功能與智慧化

為精進並提升臨床毒藥物中心服務量能，將持續整合現有相關醫療團體毒藥物專業諮詢量能，擴大專業諮詢人員人才庫，並拓展諮詢服務，提供更多醫護人員24小時全天候專業中毒諮詢服務，強化複雜案例之毒物診治諮詢，即刻協助緊急中毒病人醫療處置，達成銜接政府積極推動之中毒資源整合，及加強緊急醫療品質目標。

近年來全球極端氣候加劇，使我國面臨多元複合式的威脅，再者與毒化物有關之中毒事件層出不窮。因此，建立全方位的國家安全化學與韌性醫療整備有其特殊性、必要性及重要性，爰自114年起，另以「建構國家安全化學與韌性永續計畫」及「韌性醫療整備計畫」辦理相關工作。

2. 持續強化偏鄉與資源不足地區緊急醫療量能

(1) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備

為強化區域合作，已將各急救責任醫院參與區域聯防及轉診網絡、病人資訊介接、遠距會診等方式，納入醫院緊急醫療能力分級評定試評項目，雖已有具體成效，惟尚可精進，故仍於新一期醫療網計畫規劃持續編列預算，並配合醫院及教學醫院評鑑改革，精進緊急醫療能力分級評定標準，並滾動式納入急性冠心病、急性腦中風、緊急外傷、高危險妊娠、新生兒照護及加護病房照護等之國內外相關醫學會建議治療指引與品質指標，以精進照護品質。

(2) 穩定落實醫院轉診網絡

14個急重症轉診網絡雖然已建立急性冠心病、腦中風、外傷網絡之轉診快速通道，惟疫情期間重症轉診調度過程中，對於時間急症疾病轉診尚可精進，如轉入醫院處置時效或加強轉診前遠距合作會診，以及建立E化成果報表，以精進重症轉診調度效率，提升緊急醫療照護量能。

(3) 強化區域聯防，提升偏鄉緊急醫療量能

提供緊急醫療資源不足地區所需之專科醫師人力，挹注範圍涵蓋55%之全國縣市，搶救病人生命之黃金時間，使110年偏鄉居民時間敏感性疾病30天內平均死亡率，由105年之5.78%下降至5.53%，其中以離島地區、屏東及台東地區降低最多，分別下降32.76%、20.14%、19.58%，並深化醫學中心達成醫學中心五大任務指標之提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質之使命。

為持續提升偏鄉離島地區緊急醫療照護服務量能及品質，落實「病人不動，醫師動」之原則，降低偏鄉交通不便之阻礙，實踐以病人為中心的理念，有關充實醫師人力等相關計畫，雖已有具體成效，並有效提升偏遠離島醫院門、急診診次及服務量，惟高齡少子化無可避免之趨勢，仍導致醫療供需改變、人口遷徙、老化鄉鎮等問題，均使該等地區尚有羅致專科醫師困難之情形，勢必需朝系統性管理、自動化等E化科技趨勢發展，才能更加提升

醫療照顧效能，以提供偏鄉離島地區所需之醫療服務，增加當地居民就醫可近性。

針對支援偏鄉離島醫療，提升在地緊急醫療醫療能力、強化急重症轉診網絡及建置急診遠距區域聯防機制，以保障緊急醫療資源不足地區民眾及弱勢族群之醫療權益等，均屬社會責任之醫療永續，並契合總統之政見，將以「優化醫療工作條件、人才培育、智慧化醫療、社會責任」等四大主軸列入「健康台灣深耕計畫」，擴大辦理。

3. 深化社區緊急醫療應變能力與災難救助量能

(1) 提升公共場所 AED 效能，完善社區「生存之鏈」

截至113年12月，全國計設置14,669台自動體外心臟電擊去顫器（AED），回報 AED 使用案例共計1,267件，其中現場曾恢復心跳共483筆（約佔38%），有明顯成效，惟每年 OCHA 個案逾2萬人，其中有使用 AED 之個案比例較低，未來應持續評估 AED 之設置效益，並提升公共場所 AED 使用率。

(2) 普及急救與災難教育訓練，擴大社區參與

為擴大推廣急救教育訓練，自109年起試辦混成式急救教育，並研製「民眾版 CPR+AED 教學影片」，截至113年12月，「民眾版 CPR+AED 教學影片」已超過15萬人次觀看，有明顯成效。惟經抽樣調查我國民眾急救教育情形，僅 47.9%曾參加過 CPR 急救訓練課程，其中超過6成民眾接受急救訓練距今已逾2年，未來應推廣民眾定期參加急救教育訓練，並擴大推廣混成式急救教育，提升參加急救訓練之便利性，同時研訂混成式急救教育指引，並更新急救相關教材，以因應未來數位化教學之可行性。

(3) 整合地方縣市緊急應變量能，強化社區防災工作

因應氣候變遷，災害多變，未來面臨災難愈來愈複雜，為精進各縣市面對複合式災難之應變能力，並有效運用各縣市緊急救護資源，未來應加強推廣數位化線上化課程及影像式教學等，並辦

理複合式災害應變之教育訓練，同時深入社區有效運用地方緊急醫療資源，推動優質化緊急醫療救護體系。

（四）充實醫事人員量能改善執業環境

1. 精進醫事人員培育及整合照護能力

為因應社會發展及醫療環境變遷，我國透過醫師畢業後一般臨床訓練、臨床醫事人員訓練課程強化臨床醫事人員照護能力，提升醫療照護品質，雖已有具體成效，惟近年新型傳染病或重大災難等議題頻傳，故培育醫事人員面臨醫療環境變化之韌性應變能力，實屬重要。故除持續落實能力導向醫學教育模式模式（CBME），未來將持續精進及調整臨床訓練課程制度面，並評估將新興議題導入繼續教育訓練方案，以培育優良及具備全人照護能力之醫事人員。

2. 辦理住院整合暨醫療銜按照護相關計畫

醫療垂直整合銜按照護試辦計畫自107年起至113年度間持續辦理，從參與醫院之各項監測指標結果，可觀察出醫療垂直整合銜按照護試辦計畫執行期間，因病人下轉意願低、收案個案病情相對複雜、用藥品項多、基層診所銜按照護較難收治及執行醫院對於病人就醫資料收集困難等因素，尚難顯現執行醫院個案對於門、急診及住院頻率等醫療資源運用情形。

然而，面臨嚴重特殊傳染性肺炎 疫情以及人口老化的雙重衝擊，全民均健之健康照護體系應建立在永續治理之上，為維持敏捷韌性健康照護體系永續之必要策略，因此應積極整合醫療資源，尤其應建置以病人為中心之醫療照護、社區照護、居家服務和長期照護分工體系。為鼓勵醫療機構以更多元的社區連結與拓展為推動策略，本項工作將調整及強化各醫院特色並連結在地資源，建構結合地方需求之整合轉銜照護模式。

3. 提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任

（1）辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫

偏鄉地區因交通不便、經濟資源不足、人口稀少等因素，公立

衛生所（室）醫事人員編制有限，常須獨立作業且工時長，而私立醫療機構又因執業所得難以符合經濟效益，難以吸引醫事人員至偏鄉在地服務。另偏鄉地區缺少大型醫院完整之學習及進修資源，生活物資條件較差，及個人生涯規劃及子女教育等影響因素下，導致醫事人員之招募及留任不易，亦難以長駐。

(2) 充實偏遠地區部屬醫院之醫師人力

偏遠離島地區或特殊功能部屬醫院在醫事人力羅致上相對困難，人力調度亦面臨不足。透過補助醫院辦理「衛生福利部所屬偏遠地區醫院充實醫師人力計畫」，得以紓解該等醫院醫事人力不足之困境，招募缺乏之各專科醫師，強化醫療團隊陣容。上開計畫雖有支援之醫師人力協助醫療服務，惟計畫招聘醫師大多數非在地醫師，偏遠地區交通往返之不便性，降低羅致醫師的誘因，也因計畫執行時間短暫，醫病關係不易建立。現階段期能持續爭取補助經費挹注，以長期計畫發展進行規劃，以較優質條件吸引醫事人力進駐服務，進而提供地區民眾可近性之醫療服務，保障偏遠地區居民之健康權，亦有利建立醫師與病人間信任感及忠誠度。

4. 改善醫事人員執業環境

保障醫師勞動權益：委託專業團體調查住院醫師納入勞動基準法後，PGY1、PGY2及各科別住院醫師之工時現況，與納入勞動基準法前工時差異及比較分析，亦持續蒐集住院醫師勞動權益執行相關問題，於111年3月28日辦理「醫師勞動權益保障相關法制及輔導措施執行計畫」專家座談會，及111年5月3日會同勞動主管機關，辦理「住院醫師工時現況座談會」，以持續檢討作為政策制定參考。

主治醫師為醫療服務提供之主力，但對於主治醫師納入勞動基準法一事，各界尚有不同意見，包括工時限制排擠醫師臨床服務、教學、研究，影響照顧延續性及衝擊偏鄉醫療服務提供等。為了解對工作時間限制於主治醫師之相關影響，本部於111年度委託專業團

體調查主治醫師工時上限對偏鄉醫療服務提供以及改善醫師生活的影響，並於112年9月11日邀集醫師工會、專家學者召開專家座談會，以提供政策制定之意見。除瞭解工時限制對於偏鄉醫師之影響外，後續仍需進一步了解所有主治醫師或住院醫師之各項勞動條件現況與細節，爰應持續針對各項醫師勞動權益保障議題進行調查與分析。本部亦持續推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，將工作契約、職災補償、退休保障及醫療業務風險保障等納入規範，並辦理醫療法增訂醫師勞動權益專章之修正草案研商會議，持續與相關團體研商，充份與各界溝通研議尋求共識，以保障醫師勞動權益，維護病人安全。

5. 改善專科護理師及護產人員職場環境

(1) 改善專科護理師職場環境

為保障專科護理師執業權益與病人安全，113年已成立6個預立醫療流程培訓基地，完成標準化預立醫療流程培育課程規劃。為輔導醫院建立因院制宜預立醫療流程，強化專科護理師臨床推理能力，賡續輔導成立預立醫療流程培訓基地，擴大培訓量能。另專科護理師分科及甄審辦法自113年新增「家庭科」，為發展專科護理師於社區執業模式，確保專科護理師培育學校教、考、用一致目標，及專科護理師社區訓練機構的訓練品質，規劃辦理專科護理師培育學校及社區訓練機構認定標準，並據以認定推動。

(2) 改善護病比措施

為落實總統健康台灣政策，建立合理三班護病比，三班護病比標準歷經7個版本研議、近6個月連續健保 VPN 各醫院三班護病比現行實際狀況填報分析、2次33單位代表、4次各層級醫院相關團體代表協商後核定，於113年1月26日公告，自同年3月1日起實施，三班護病比標準(不含精神急性一般病床)如下：醫學中心：白班1:6、小夜1:9、大夜1:11；區域醫院：白班1:7、小夜1:11、大夜1:13；地區醫院：白班1:10、小夜1:13、大夜1:15。113年三班

護病比的標準推動以「獎勵先行」、「逐步推動」及「引領標竿」三原則推動，同步啟動三班輪值夜班護理人員直接獎勵，並規劃醫院達標獎勵，落實三班護病比，合理護理人員照護負荷，充實護理人力缺口。

(3) 保障護產人員勞動權益

本部透過「護理職場爭議通報平臺」，結合地方政府查處輔導，至113年已受理3,588案件，裁罰率約17%。另建置護產人員專屬「護助e起來」網站，鼓勵護理人員公共事務參與，112年新增友善護理職場專區，截至113年底有435家醫院公開職場勞動條件資訊，帶動正向護理執業環境，持續透過本計畫精進平台效能與資訊公開。在降低護理工作負荷部分，本部刻正發展醫院護理輔佐人力制度，透過照護工作分級分工模式，可降低護理人員非技術性照護及庶務工作負荷，未來得在護理人員指導下輔助護理業務，使護理人員回歸護理專業，強化其專業能力正面效益，有助改善護理執業環境。本計畫將完善輔佐人力訓練認證及分級分工照護模式，同時建置資訊化人力認證登錄、管理及人力分析機制，永續醫療照護人力與效能。

(4) 改善護理人力缺口

111年醫院護理服務量調查結果，總空缺率6.53%、總離職率為11.73%，均較110年略高，經評估與111年護理師國考及格率下降，及疫情後護理人員因疲累離開職場有關，致111年相較歷年之年增加數略有下降。為因應疫情後及未來人口老化護理照護需求，並落實總統健康台灣政策，推動三班護病比入法，行政院已同意辦理「護理人力政策整備中長程計畫(114-117年)」，將持續推動與執行相關計畫，針對影響臺灣護理人力留任的多元因素因應，透過人力培育、正向職場與薪資改善3大方向12項策略，政府與護理、醫院代表一起協力營造正向職場環境，以有效留任護理人力。

6. 強化非訴訟之醫療糾紛處理

(1) 推動醫療事故預防及爭議處理法

該法之立法重點為「說明、溝通及關懷」、「醫療爭議調解」及「醫療事故預防」等三大面向，本部應辦理事項包括辦理全國衛生局行政人員及醫療爭議調解委員之教育訓練、建置及維運醫療爭議處理資訊管理系統、重大醫療事故通報系統、醫療事故民眾自主通報系統及該等系統功能之優化等醫療事故預防及爭議處理法明定應辦理事項。惟因受限於公務預算核給不足等因素，後續仍需另依政策規劃及爭取其他預算以落實法規措施。

(2) 輔導醫療機構建立關懷機制

依醫療事故預防及爭議處理法第6條明定，醫療機構應組成醫療事故關懷小組，以提供說明、溝通及關懷服務。為強化醫療事故關懷人員之說明、溝通及關懷技巧，有必要規劃辦理相關教育訓練課程。

然99床以下醫院、診所，因機構規模及資源有限，難以建立院內關懷機制。爰另規劃調查、彙整99床以下醫院、診所可指定之專業人員或可委託之專業機構、團體，並輔導建置關懷機制及程序，以供99床以下醫院、診所可獲取外部醫療事故關懷資源，並定期統計關懷支持推廣成效。

(3) 輔導強化地方主管機關醫療爭議調處機制

醫療事故預防及爭議處理法已於113年1月1日施行，醫療爭議由直轄市、縣（市）主管機關組成之醫療爭議調解會負責調解，併同醫事專業諮詢及醫療爭議評析第三方專家意見之引入，望可有效解決醫療爭議。爰作為前導型計畫之「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，已於112年12月31日功成身退。該計畫經費支付係依衛生局回報之醫療爭議調處案件數多寡而變動，且為核實支付，經費使用狀況依醫療爭議調處案件數多寡而定；將來若有辦理相關計畫之規劃，會參酌該計畫實際情形調整。

(4) 強化醫事鑑定流程及人才

醫事鑑定案件量雖呈現下降趨勢，惟近年委託鑑定事項愈趨繁雜刁鑽，需耗費較多時間進行審理，故平均鑑定時程縮短成效有限；另流程透明化及提升品質等情，亦有持續改善空間。

110年至113年已辦理20場初鑑醫事人才培訓課程，完訓人數共832名，且9成以上參與者認為課程有助於了解醫事鑑定，建議未來仍須持續培訓。然本部辦理醫事鑑定，由未完訓者撰寫之案件於110年至113年約佔3成，故為利傳承與累積鑑定經驗，並持續擴增初鑑醫事人才庫，有必要持續辦理相關教育訓練課程。

為配合醫事鑑定業務推動，本部已透過醫事糾紛鑑定資訊系統管理鑑定案件及產製相關報表，並辦理教育訓練蒐集使用者回饋與建議。為持續優化操作介面之流暢及穩定性，並配合113年5月15日施行之刑事訴訟新制，調整系統流程，有必要繼續進行系統功能增修及維護。

(五) 運用生物醫學科技強化醫療照護效能

1. 加速智慧科技於醫療照護應用

(1) 推動智慧醫療及照護體系品質管理

近年網路資訊安全已備受重視，為於建立智慧醫療與資訊安全防護取得平衡，使民眾能獲得便利及安全的E化醫療服務，本部將持續與各單位合作，推展以民眾（病人）為中心的醫療保健E化環境。

另現行人工智慧發展下，發展出各類AI模型，可輔助智慧醫療之發展。而AI所產生之結果，是否能被信任，此時，負責任AI執行中心的設立，便可解決醫師與民眾對於人工智慧技術的疑慮，特別是針對AI技術的不透明性與偏差兩大問題。世界衛生組織（WHO）針對在醫療領域中負責任使用人工智慧（AI）提出了六大原則，旨在確保AI技術的應用符合倫理、公平，並促進公共衛生，該六大原則分別為，1.保護自主權（Protect

Autonomy)，即 AI 係提供醫療專業人員輔助決策，非自行決策；2.促進人類福祉和安全及公共利益（Promote Human Well-being and Safety and the Public Interest）；3.確保透明度、可解釋性和可理解性（Ensure Transparency, Explainability, and Understandability）；4.促進責任感和當責制（Foster Responsibility and Accountability），建立處理 AI 系統錯誤或故障的標準流程等；5.確保包容性和公平性（Ensure Inclusiveness and Equity），即 AI 的設計和使用應促進包容性，並解決健康差距問題；6.促進可持續的 AI (Promote Sustainable AI)，即 AI 的開發和部署應環保且資源高效。

在上述資安以及 AI 的需求下，透過經費挹注，可有效改善及推動智慧醫療及照護體系品質管理。

(2)發展部屬醫院智慧照護模式

智慧醫院係透過資通訊科技技術，結合院內醫療資訊系統，應用於醫療照護。本次計畫執行，以偏鄉醫療地區設置遠距醫療設備協助診療，及長期照護機構利用智慧設備輔助照護人員之功效尤為顯著。智慧醫療解決的問題複雜度愈高，其所需要資料就愈多，故如何蒐集現有資訊系統之病人資料，搭配智慧設備應用尤為重要。惟實務上，因各醫院之資訊系統為各自開發設計，並無制式規範，故如何整合現有資訊系統，以充分獲得病人資料，為發展智慧醫院，下一階段之重要課題。

有關發展部屬醫院智慧照護部分，截至113年度，已陸續完成15家部屬醫院智慧照護相關系統建置，並持續推廣至各部屬醫院。隨著人工智慧(AI)技術成熟，搭配智慧醫療運用為目前趨勢，故持續透過本計畫，將智慧醫療導入部屬醫院更多層面醫療照護，精進部屬醫院醫療品質，發揮公醫使命照顧民眾就醫權益，更顯重要。

(3)精進電子病歷交換單張新標準

因 FHIR 電子病歷交換之技術較新，而現階段 FHIR 規範尚未完成轉換，試辦未具規模，且醫院平常業務繁重，導致其參與意願較低。未來 FHIR 基礎規劃配合次世代醫療架構漸次成型時，電子病歷資料交換中心將於113年內試行導入 FHIR 部署醫院轉換，並將擴大交換病歷單張資料實際應用。對於 FHIR 技術人力培訓，持續舉辦課程，推廣並鼓勵醫院參加。

另亦將持續與臺灣相關標準推動學協會合作，針對門診護理應用加速資料交換標準，及語意互操作性標準之本土化擴充，同時考量欄位之共通性及特有性，讓跨系統之醫療院所資料可結構化、標準化，並以通用、最少交換資料為原則，進行欄位設計，制定門診、住院及護理系統所需之 FHIR 交換資料元素。目前已經確定需求欄位範疇(包含:門診資料、住院資料、護理資料以及其他支援性表單及記錄)，進行標準值集盤點與規劃。

透過經費挹注，可將更多的醫療單張，醫療數據資料 FHIR 化，以提升本國醫療資料交換使用率，進一步改善醫療品質。

(4)精進藥事服務

I.推動智慧科技於藥事服務及用藥安全之運用管理

新興科技及資訊之迅速發展，使民眾生活型態改變，國際間皆積極研議運用智慧科技於藥事服務之各項作業，包括：評估處方合適性、藥品調劑、配送及販售、用藥指導及監測等，我國亦應積極蒐集國內外應用智慧科技於藥事服務之現況及發展趨勢，作為未來管理及推動智慧科技應用於藥事服務政策之參考，以即早因應。

因此，我國應積極學習並參考國外在智慧科技應用於藥事服務的經驗，針對國內實際需求和發展情況，未來將可制定相應的政策和標準，以促進智慧藥事服務的全面發展，提升藥事服務的品質和效率，保障民眾的用藥安全。

II.遠距藥事服務

蒐集國際通訊診療之給藥模式（電子處方箋），有助我國通訊診療之發展，並試辦遠距藥事服務，依據實務面、推動面等現行情形，提出可行方案，持續蒐集國際新型態或運用智慧科技之藥事服務模式，蒐集推動背景、運用情形、相關管理法規等，以作為相關政策推動或管理之參考。

遠距藥事科技照護服務較實體、面對面之方式更為即時，雖說相較社區內的藥事照護服務更為花費人力、時間成本，但相較居家式的藥事照護服務亦有節省成本之可能。未來推行遠距藥事科技照護服務，可能針對特殊族群、地域及服務方式進行規劃，以提高藥事照護服務之覆蓋率。

2. 建立精準醫療照護環境

(1) 整合我國生物研究資源，推動國家級生物資料整合系統

近年精準醫療已成為我國重要發展策略，作為其基礎資源的人體生物資料庫受到重視，其生物資料基礎建設不僅帶動各界對健康資料應用樣態的無限發想，同時促使大眾重新檢視生醫健康資料治理機制。現行人體生物資料庫適法基礎相對完備，但因應環境變化趨勢延伸相關議題，亦為因應人體生物資料庫多元生態，完善資料治理規範，辦理「人體生物資料庫管理條例」修法作業，未來將盤點我國人體生物資料庫現行法規制度現況與生物資料管理標準之策略方向，並依據前述現況與需求落差分析，研擬修正相關法令條文、標準化產業應用申請程序與相關配套機制，以完善生物資料治理模式與整合運作機制，提供產官醫研資料利用合規基礎。

(2) 推動我國基因檢測技術發展及相關配套機制

實驗室開發檢測項目多元龐雜，申請案已由112年底約4,000件大幅增加至3萬件(截至113年12月)，且仍餘8,000件申請案件須排入審核，實有加速審核及標準化相關作業流程之必要，爰將建置實驗室開發檢測登錄管理系統，經由系統化管理與優化審查流程，

提升效率。

(3) 檢討及修正人體研究相關法規

臨床人體試驗案為能有效縮短案件審查時間，提升 IRB 的審查效率惟一重要議題，同時減少文件往來的補退件時間，以及協助各院 IRB 有效管理申請案件與文件，應持續優化人體試驗登錄管理系統，以系統化管理與審核模式，提升效率。又國際上對於受試者的保護日益重視，在紐倫堡宣言(1947)、赫爾辛基宣言(1964)及貝爾蒙報告(1974)所提出研究倫理原則基礎上，應逐步擴大並滾動檢討 IRB 對研究案件的管理與監督範圍。同時為保護受試者權益與安全，維持具有獨立的倫理審查及監督機制，亦將採取定期查核 IRB 及優化相關作業程序，以保障全體受試者權益。

3. 推動再生醫學及新興醫療科技發展與法規調適

(1) 推動新興醫療科技發展及特定醫療技術法規與管理

為使有需要之病人能得到適當治療，保障民眾使用細胞治療技術的品質、效率與安全，將持續檢討、精進細胞治療技術之申請流程及相關配套措施等作業流程，並透過實證資料為基礎，評估各項細胞治療技術之成效，以符合國際間醫學發展趨勢。

截至112年底，本部已核准305件細胞治療計畫，各類計畫總收案達1,398人次，再生醫療領域蓬勃發展，為強化監管機制，我國亦於113年6月19日公布再生醫療法，透過專法從醫療執行端、製劑端、細胞製備端全面納管。為銜接特管辦法規範，完善再生醫療法相關機制，研議各類子法與規範，以建立再生醫療管理運作機制。

(2) 強化美容醫學及品質管理

依醫師法之規定，凡具醫師資格者，均得執行各項醫療業務。又醫療業務在性質上本為一體，無法嚴格分割，早期並無限制進行美容醫學醫師之資格，許多醫師選擇自行開業提供美容醫學服

務，在高達1,000多家美容醫學醫療機構中，有些醫師之資歷經驗可能未充分揭露，另外對於病歷書寫是否詳實、是否對民眾詳加說明美容醫學可能風險及麻醉安全性等，皆容易造成糾紛。美容醫學相關技術及產品推陳出新，加上資通訊科技發展，相關醫療廣告在內容及方式上也日新月異，造成管理不易，為擴大受治者來源，美容醫學診所從業人員經常過度行銷，或是在內容上誤導受治者，造成糾紛。綜上，113年底診所具有診所美容醫學品質認證計有46家診所，對於持續提升美容醫學醫療機構品質實有持續推展必要，以為持續提升美容醫學醫療機構品質，保障民眾就醫安全並降低糾紛，未來將持續強化美容醫學診所從業人員對於美容醫學相關規範的知能，提供相關教育訓練資源，同時檢討美容醫學診所輔導機制，加強推廣診所符合品質認證標準。

（六）加速法規調適與國際合作

1. 醫事機構及人員管理全面電子化

（1）開發與維護醫事相關資訊整合管理系統

為改善及提升系統本身之效能，於111年12月7日擴充設備（NAS 備份儲存裝置、磁碟陣列擴充）及111年12月29日汰換交換器設備，以提供更快速、更穩定之系統效能。另現有資料庫程式版本將停止更新，基於相同性、安全性及成本考量，將規劃逐步汰換已使用多年之舊式伺服器，併安裝新版本之資料庫管理系統，以利維運。

（2）持續增修醫事管理系統各功能及型態，以符相關法令規定

醫事管理系統於98年建置，因建置年份較為久遠，系統語法及結構老舊，難以因應新增需求，且易生資安風險。此外，現有系統所儲存之醫事資料龐大，同時與多個系統介接，為滿足逐步開放之線上申辦需求，符合現行資通安全相關規範，實有需要整體性優化整合系統架構，以增進系統效能，維持高度可用性及不中斷服務。

2. 推廣醫事人員繼續教育線上學習

醫事人員繼續教育線上課程開設數，現已提升每年開設至少100堂線上數位課程。因應疫情期間，考量防疫及國內醫事人員接受繼續教育線上學習管道之需求，實有必要辦理相關繼續教育線上學習課程，以增進對醫事人員知識及政策推廣之可近性。建構敏捷韌性的醫療照護體系計畫(第九期醫療網)已辦理之線上課程，包括「病人自主權利介紹」、「由死因統計應用範例說明-醫師填寫死因診斷注意事項」等7堂線上課程，將持續辦理，以增進醫事人員知能及政策推廣之可近性。截至113年底，已於衛生福利e學院開設「安寧緩和醫療介紹」、「病人自主權利介紹」等14堂線上課程，共計12,143人次參與線上學習。

為因應本部法令政策宣導，並配合行政院囑交重要議題推廣需求，仍有賡續委製線上課程之必要，俾增進醫事人員新知取得近便性。

3. 促進醫療法人健全與永續發展

(1) 修訂醫療法人相關法規及制度

因應醫療產業快速發展，對於從事醫療事業辦理醫療機構為目的之醫療法人，其監管有適度配合調整之必要，將持續檢討醫療法人管理相關法令及制度，適時研擬並提出修正草案。

(2) 促進醫療法人健全營運

依醫療法及財團法人法規定，本部應辦理醫療及衛生法人實地輔導訪視及財務報告審查作業。另配合個人資料保護法112年5月31日修正發布，依該法及相關法令規定，主管機關負有監督財團法人資通安全及個資保護之責任，及依資通安全管理法第7條規定，主管機關得稽核特定非公務機關之資通安全維護計畫實施情形，本部主管之政府捐助財團法人共計16家，本部按2年1次之稽核頻率進行資通安全實地稽核，惟為有效達成業務監督，以現有機關人力配置，執行效益尚有不足，實有部分業務委外辦理之需要，且需相關資訊安全資源以資因應。

(3)建置醫療法人資訊管理系統

醫療法人資訊管理系統雖已建置，惟因系統為新建置，部分醫療法人操作使用時較為生疏，時常遇到困難，減少使用意願，仍維持原本紙本送件模式。為增加醫療法人使用系統頻率及面對新時代資訊系統申請的目標，擬持續優化改善醫療法人資訊管理系統，並加強教育訓練，協助醫療法人將依醫療法及財團法人法之應登記相關資料於系統完成登錄。

衛生財團法人資訊管理系統於審查申報資料時，仍為輔助角色，擬持續增修線上審查功能，並強化衛生財團法人資訊管理系統之應用，以符合數位管理及無紙化之趨勢。

4. 強化國際醫衛政策交流及合作

(1)建置國際友好互動交流平臺

我國中高階衛生福利行政人員赴美交流培訓計畫以及臺美衛生福利政策研討會，實施對象為我國權管衛生福利業務之中央及地方政府機關中高階主管，以及美國聯邦與各州衛生福利部門高階官員或專家學者，旨在就當前重要衛生福利議題進行深度交流，與透過實地參訪，建構雙邊對話平臺，對於提升政策深度及施政品質，貢獻卓著。惟鑒於國際物價上漲以及因應環境變遷等因素，為得以持續辦理相關計畫，並維持高品質及廣泛與具深度之交流，實際執行預算逐年增加，預算缺口日益增大。本培訓計畫係為實質培育我國衛生福利中高階主管人才，以及建立臺美間良好互動平臺與維持高品質交流，應有穩健經費支持，方可順遂推行。

(2)委託辦理「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫」

為積極配合政府醫療外交政策，透過結合我國醫療院所專業資源，對國外醫療及衛生人員辦理培訓之工作，分享我先進之醫療衛生專業知識、技術及經驗，將臺灣醫衛強項行銷全球，提升我國國際能見度，並作為實質交流平台，加強與我友邦與友好國家醫療專業人員之雙邊合作。

計畫推行迄今已培訓達82國逾2,200名之國外醫療衛生人員。透過歷年培訓學員與合作機構的分享與介紹，陸續吸引新生加入，成功塑造專業醫衛訓練品牌形象，不僅提升各地醫衛人才專業度，同時為我國經營與累積醫療衛生相關人脈，亦赴國外積極辦理計畫推廣，建立與國外機構之交流合作關係。為於我國醫衛援外層面持續發揮影響力，實有持續辦理之需要，以開拓對外醫衛之雙邊合作。

(3)委託辦理「醫療器材援助平臺計畫」

109-113年間共完成32件捐贈案，捐贈逾1,800件醫療器材、設備及車輛。其中，因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情，募徵防疫相關物資捐贈友邦貝里斯等國，也響應我外交部，與民間人士及 NGO 合作援贈受戰事影響的烏克蘭，同時配合對外政策，捐贈越南等新南向國家。計畫執行契合我醫衛外交政策，著有成效。

計畫執行迄今（94年至113年），共完成39國146件捐贈案，捐贈逾7,900件醫療器材。除友邦與友我國家及長年合作之國內醫院外，近年亦持續新增捐贈國家及合作之 INGO，顯見計畫獲得受贈對象及國內外公私部門之肯定。為持續透過我醫衛強項加強參與國際社會，強化國際醫衛交流及合作，應延續多年之成果，持續辦理。

(4)主辦國際性健康議題論壇

每年論壇皆依據聯合國及世界衛生組織（下稱 WHO）當前之重要衛生議題、全球衛生現況與未來發展等方向，制定當年度主題，並邀請各國衛生部部長、次長、高階衛生官員，與 WHO、歐盟和聯合國等國際組織合作密切之國際知名公衛專家來臺與會，本論壇在國際友人及國內專家學者的大力支持下，累積我國國際衛生人脈，在國際上已建立良好口碑，展現臺灣與國際社會攜手合作及我國醫衛備受國際肯定之成果。

「臺灣全球健康福祉論壇」自2005年舉辦以來，每年邀請各國

衛生部之高階官員，以及與聯合國、世界衛生組織(WHO)、歐盟等國際組織合作密切之國際知名醫衛專家，共同探討全球及WHO關注之健康福祉議題，累積國際醫衛人脈，並已建立極良好之口碑，為臺灣國際醫衛交流之年度盛事，友邦衛生官員及國際醫衛專家每年均熱情參與，係我國與全球醫衛領袖及專家共同探討國際間關切議題之重要交流平台。為持續透過我醫衛強項加強參與國際社會，強化國際醫衛交流及合作，應延續多年之成果，持續辦理。

110年舉辦「2021臺灣全球健康福祉論壇」，論壇兩天共計614人次實體與會，其中包括15國共計16名駐臺官員出席。111年舉辦「2022臺灣全球健康福祉論壇」，論壇兩天共計876人次實體與會，其中包括14國共計26名國外官員來臺實體與會。112年舉辦「2023臺灣全球健康福祉論壇」，論壇兩天共計726人次實體與會，其中包括14國共計23名國外官員以及12國38位國際知名專家學者來臺實體與會。113年舉辦「2024臺灣全球健康福祉論壇」，論壇兩天共計超過559人次實體出席，其中包括26國58位國外高階衛生官員及專家學者來臺實體與會。

我國自106年未能受邀以觀察員身分出席世界衛生大會(WHA)，而臺灣位於東亞樞紐，人員往來頻繁，因此容易發生傳染病原跨國傳播、交互感染。然而，臺灣無法出席WHA及全面參與WHO相關技術性會議、機制及活動，使我國取得疫病及醫衛資訊之時效多有延宕，資訊內容亦不完整，形成全球衛生安全體系及健康人權的嚴重缺口。囿於上述我國國際參與受到限制，爰此更有賴平時辦理國際醫衛論壇，透過邀請各國衛生部高階官員、國際重要醫衛組織及國際知名醫衛專家來臺等方式，建立良好醫衛人脈。尤以新冠肺炎疫情期間，我國能夠得到各國及時捐贈之疫苗、防疫物資等援助，用於國人身上，都是因為我國深耕國際醫衛合作得到的良善回饋，爰實有必要持續辦理，透過擴大

活絡國際醫療衛生交流，有助於強化與國際盟友建立實質夥伴合作關係，及落實聯合國「永續發展目標」第17項（SDG17），與全球共同實現全民均健的願景。

(5)辦理需求導向之醫療衛生援助計畫

為促進我國醫療院所及民間團體與各組織發展夥伴合作關係，推廣我國衛生醫療軟實力，與世界潮流接軌，109至113年計補助辦理逾20個國際醫療衛生合作計畫，涵蓋非洲、亞太地區及中南美洲，計畫多屬多年連續性計畫不宜中斷，爰應持續辦理，並補助國內衛生專業團體參與國際性醫療衛生會議，藉此促進我國在國際衛生領域的參與能量，並提升我國國際能見度。

臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）為本部及外交部共同成立之任務編組，配合外交政策辦理國際醫衛合作與緊急醫療援助工作，自95年成立起曾赴海地、尼泊爾等地提供震災災後援助，亦積極與國內外 NGO 合作辦理援助計畫，拓展國際援助網絡，迄今共執行37次任務。

為因應全球極端氣候變化及複合性災害等挑戰，強化我國緊急災難應變量能，將擴大辦理活絡國際醫療衛生政策交流及合作相關事務，爰應持續辦理，以強化與拓展國際盟友之實質夥伴合作關係，加強區域聯防，快速應對緊急重大意外災害，並在2030年前落實聯合國第3項「永續發展目標」（SDG3）。

(6)活絡國際藥事服務交流及合作

我國自1971年退出聯合國以來，參與國際間政府組織受限，國際交流亦侷限於少數國家，自2002年加入「世界貿易組織」(WTO)後，即積極希望加入「世界衛生組織」(WHO)，盼透過與各國交流之經驗與資訊，使臺灣免除全球疾病防治漏洞的恐懼，進而使臺灣人民享有更好的醫療保健服務。藥學專業是我們國際合作的重點之一，我國長久以來所推動之「國際接軌」，亦從以往之媒體發聲，發展至更務實之專業交流。且臺灣自2003年起實施醫藥

分業，藥師於醫療服務之角色日漸加重，尤其疫情期間藥師大量投入防疫工作，更積極主動提供線上藥事服務諮詢，增加藥事照護可近性，大幅提升民眾信賴，成為公共衛生的重要角色。

藥事照護為 FIP 重點發展項目之一，FIP 自 WHO 建立以來就是 WHO 在藥學領域的合作夥伴，並共同發表許多跟藥學相關的文稿，自1987年起，FIP 也扮演 WHO 地區辦公室的聯絡官 (Liaison officer)，藉由加入 FIP 成為會員組織，間接或直接參與 WHO 相關合作和交流，提升我國國際醫藥界之能見度，厚實我國藥學外交實力。

國際交流合作成果難有可評量是否達成提升我國能見度及影響力之量化標準，且藥學相關國際組織近年展開整併或轉型，我國因國際情勢及政策，難以成為各組織之正會員，無法參與重要決策。如何維持我國能見度將成重要挑戰，未來可積極加入各委員會，實質參與國際組織運作。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

第一章 邁向健康臺灣韌性醫療體系

第一節 提升整體醫療資源使用效益

第二節 落實日常整備管理

第三節 活絡在地緊急應變韌性

第二章 加值人力資源管理機制

第一節 醫事人力整備回流

第二節 護產人力資源整合及多元能力發展

第三節 醫事系統數位化管理

第三章 優化社區共融照護量能

第一節 策進以人為本，以社區為基礎之整合性健康照護網絡

第二節 建立安寧及善終支持網絡

第三節 維護特殊需求族群醫療權益

第四章 因應社會變遷調適政策

第一節 導引醫療機構實踐社會責任

第二節 和諧醫療工作場域

第三節 滾動式法規調適

二、分年執行策略與分工

表 7 分年執行策略與分工

年 度 項 目	114年	115年	116年	117年	執行 單位
壹、邁向健康臺灣韌性醫療體系					
一、提升整體醫療資源使用效益					
(一) 推動家庭責任醫師制度，持續落實分級醫療政策	於全國22縣市建構整合性社區健康照護網絡，推動家庭責任醫師照護服務。	持續於各縣市推動家庭責任醫師照護服務。	與全國六大醫療區域合作，依執行情形滾動式修正推動策略。	綜整過去3年成效，依執行情形規劃第4年推動策略。	醫事司 健保署
(二) 策進病床使用效能與加強管控機制	1. 辦理特殊病床管理機制專業研究案。 2. 盤點經許可未開放之病床資源。 3. 持續落實特約醫院依法應公布每日保險病床數及使用情形之查核及管理。	1. 與各界溝通特殊病床之管理方向。 2. 針對久未開放之病床進行審議並評估核減。 3. 持續落實特約醫院依法應公布每日保險病床數及使用情形之查核及管理。	1. 辦理特殊病床管理機制之相關法規修正。 2. 輔導佔床數低之醫院依其所在地及醫療需求進行轉型。 3. 持續落實特約醫院依法應公布每日保險病床數及使用情形之查核及管理。	1. 滾動式修正特殊病床管理機制，以配合實務需求。 2. 持續落實特約醫院依法應公布每日保險病床數及使用情形之查核及管理。	醫事司 健保署
二、落實日常整備管理					
(一) 強化風險管理及病人安全工作	1. 研擬115-116年病人安全年度目標。 2. 研議智慧醫療納入病安通報範疇。	辦理病安目標促進活動，鼓勵落實執行策略與做法。	評估醫療機構對於病安目標落實情形，研議117-118年病人安全年度目標。	依執行情形滾動式修正推動策略。	醫事司

(二) 改革醫院評鑑制度	1.研擬醫院評鑑改革各項基準草案。 2.研擬醫院評鑑資料數位轉型規劃草案。	1.辦理試評，制定醫院評鑑及教學醫院評鑑新基準。 2.鼓勵醫院臨床作業導入智慧醫療模式。	1.實施醫院評鑑及教學醫院評鑑各項新基準。 2.輔導醫院運用智慧醫療優勢，發展合作模式。	優化醫院評鑑系統，發展便利且有益醫療環境永續發展模式。	醫事司
(三) 精進醫院緊急醫療能力分級制度	基於兒童核心與重點醫院差異，配合其滾動式修正評鑑基準。	試辦修正後之醫院緊急醫療能力分級評定。	正式實行修正後之醫院緊急醫療能力分級評定。	落實執行修正後之醫院緊急醫療能力分級評定。	醫事司
(四) 後疫情精神照護機構評鑑制度	1.將精神照護機構因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情防疫措施納入評鑑基準，促使精神照護機構落實感染管制作為。 2.因應精神衛生法修法，於精神照護機構評鑑基準融入保障病人權益、強化社區支持、提升強制治療與照護品質等修法意涵。				心健司
(五) 完善產後護理之家品質管理	辦理當年度受評機構之實地評鑑。				照護司
三、活絡在地緊急應變韌性					
(一)強化全民急救訓練,提升公共場所AED 效能，完善社區「生存之鏈	整合現有急救教育訓練資源(包含AED急救教材、急救訓練機構、訓練師資)，並置放「公共場所AED急救資訊網」或本部相關網站。	優化「公共場所AED急救資訊網」之相關功能，並依據整合之急救教育訓練資源建置急救資料庫或平台。	向民眾推廣使用「公共場所AED急救資訊網」與急救資料庫或平台，並透過獎勵機制，強化公共場所AED使用效能。	定期更新及維護「公共場所AED急救資訊網」與急救資料庫之相關資料。	醫事司

(二)儲備民間緊急應變技能	1.督導各地方政府衛生局辦理緊急醫療相關社區訓練及演練等。 2.規劃緊急醫療挹注資源分析等E化系統之雛形。	1.督導各地方政府衛生局辦理緊急醫療相關社區訓練及演練等。 2.研發緊急醫療挹注資源分析等E化系統。	1.督導各地方政府衛生局辦理緊急醫療相關社區訓練及演練等。 2.優化緊急醫療挹注資源分析等E化系統。	1.督導各地方政府衛生局辦理緊急醫療相關社區訓練及演練等。 2.優化緊急醫療挹注資源分析等E化系統。	醫事司
貳、加值人力資源管理機制					
一、醫事人力整備回流					
(一)精進多元人才培育	1.醫師及各類醫事人員人力評估，據以調整培育政策 2.強化醫師及醫事人員畢業後訓練，提升職場韌性及復原力 3.專科醫師訓練模式改革及強化跨領域醫療團隊合作照護模式				醫事司
(二)強化部屬醫院服務量能	辦理偏遠地區部屬醫院醫師支援工作，以解決醫師人力不足問題，提升民眾就醫滿意度。	辦理偏遠地區部屬醫院醫師支援工作，以解決醫師人力不足問題，提升民眾就醫滿意度。	辦理偏遠地區部屬醫院醫師支援工作，以解決醫師人力不足問題，提升民眾就醫滿意度。	辦理偏遠地區部屬醫院醫師支援工作，以解決醫師人力不足問題，提升民眾就醫滿意度。	醫福會
(三)推廣繼續教育線上學習	1.維持醫事人員繼續教育線上課程開設數。 2.持續規劃及辦理線上學習課程。	1.維持醫事人員繼續教育線上課程開設數。 2.持續規劃及辦理線上學習課程。	1.維持醫事人員繼續教育線上課程開設數。 2.持續規劃及辦理線上學習課程。	1.維持醫事人員繼續教育線上課程開設數。 2.持續規劃及辦理線上學習課程。	醫事司
(四)推展國際合作與交流平臺	持續建置國際友好互動交流平臺				綜規司
	1.辦理國際性健康議題論壇。 2.辦理國際醫衛人員訓練中心計畫。 3.醫療器材援助平臺計畫。 4.辦理醫療衛生援助計畫。				國合組
二、護產人力資源整合及多元能力發展					

(一) 改善護產執業環境與執業率	透過獎勵充實醫院護理人，並持續監測醫院三班護病執行狀況。	滾動式調整醫院三班護病比標準及獎勵方案。	醫院三班護病比標準入法準備。	醫院三班護病比標準入法推動。	照護司
(二) 精進專科護理師制度及強化人才培育	提升預立醫療流程培訓基地培訓量能，持續培育專科護理師人才並強化訓練制度	擴充本土專科護理師預立醫療流程教材，規劃專科護理師培育學校認定及社區訓練機構認定標準。	推動專科護理師培育學校認定及社區訓練機構認定作業，確保專科護理師(家庭科)訓練品質並朝向教考用一致目標。	持續優化專科護理師培育制度及預立醫療流程標準作業深根。	照護司
(三) 完善醫院護理佐理人力制度	推動人力訓練、認證制度及分級分工照護模式；建置資訊化人力認證登錄功能。	精進人力訓練與認證制度，建立資訊化平台管理及人力分析功能。	持續優化醫院護理輔佐人力制度，透過資訊科技，提升人力運用效能。	持續優化醫院護理輔佐人力制度，透過資訊科技，提升人力運用效能。	照護司
三、醫事系統數位化管理					
(一) 優化醫事人員數位化管理	辦理系統功能增修、優化及維運事宜。				醫事司
(二) 卓進醫事管理系統效率	辦理系統功能增修、優化及維運事宜。				醫事司
(三) 輔導醫療機構推動電子病歷作業	將資料轉換成FHIR之醫院累計10家。	將資料轉換成FHIR之醫院累計20家。	將資料轉換成FHIR之醫院累計50家。	將資料轉換成FHIR之醫院累計100家。	資訊處
(四) 推動機構內部資訊整合機制	維持HCA醫事憑證管理中心運作。	持續維運且增修HCA醫事憑證管理中心之功能。	維運HCA醫事憑證管理中心，維護系統備援、持續配合資安稽核、強化系統危機應變處理機制。	維持HCA醫事憑證管理中心簽發醫事人員憑證約4萬張。	資訊處

(五) 加強數位化醫療器材需求管理	建置醫療器材短缺通報單一資訊平台，使醫療器材短缺通報事件評估處理完成率达到80%。	推動並維護醫療器材短缺通報單一資訊平台，使醫療器材短缺通報事件評估處理完成率达到85%。	優化並維護醫療器材短缺通報單一資訊平台，提昇醫療器材需求評估效率，醫療器材短缺通報事件評估處理完成率达到90%。	精進並維護醫療器材短缺通報單一資訊平台，提昇醫療器材需求評估效率，醫療器材短缺通報事件評估處理完成率达到95%。	食藥署
(六) 發展智慧化服務模式	發展部屬醫院智慧醫院照護模式。	發展部屬醫院智慧醫院照護模式。	發展部屬醫院智慧醫院照護模式。	發展部屬醫院智慧醫院照護模式。	醫福會
	1.持續優化藥品仿單查詢平台以增進建檔筆數。 2.針對國際間智慧科技於藥事服務之運用及新型態藥事服務之發展趨勢，進行相關研究與資料蒐集。	1.持續維運藥品仿單查詢平台以增進建檔筆數。 2.評估國內新型態藥事服務之需求及可行性，確保服務品質提升。	1.推廣並精進藥品仿單查詢平台之功能，以促進藥品仿單資訊之利用及交換。 2.研擬智慧科技藥事服務管理規範，以保障藥事服務品質。	1.推廣並精進藥品仿單查詢平台之功能，以促進藥品仿單資訊之利用及交換。 2.持續優化國內新型態藥事管理，精進智慧科技藥事服務管理規範。	食藥署
	為確保民眾用藥權益，檢討現行藥品主動監測及分配調度機制。	為提升藥品供應監測資訊系統，整合中盤藥商藥品庫存資料，強化藥品供應監測。	持續依據使用者建議擴充維運藥品供應監測系統功能，擴充中盤藥商家數及藥品庫存資料筆數，強化藥品供應監測。	強化藥品供應監測系統教育訓練，持續精進藥品主動監測及分配調度機制。	
參、優化社區共融照護量能					
一、策進以人為本，以社區為基礎的整合性照護網絡					
(一)培植社區醫院與基層醫療整合照護	優化以病人為中心之跨機構層級及跨領域之整合照護模式。周全急性後期照護服務網絡。				醫事司

能力	與地方政府合作，結合當地醫療資源，推動藥事照護服務，提升用藥安全。	與地方政府合作，結合當地醫療資源，推動藥事照護服務，提升用藥安全。	持續與地方政府合作，結合當地醫療資源，推動藥事照護服務，提升用藥安全。	持續與地方政府合作，結合當地醫療資源，推動藥事照護服務，提升用藥安全。	食藥署
(二)鼓勵公私協力合作	推動不同層級醫療機構、醫事機構及民間企業合作。				醫事司
二、建立安寧及善終支持網絡					
(一)優化病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策支持環境	1.整合善終政策，優化線上服務系統功能及推廣宣導專區。 2.辦理實體或線上課程、工作坊，提升醫事人員臨終照護專業知能，建立優質生命末期醫療團隊。 3.推動民眾預立器官捐贈意願諮詢及家屬關懷服務。 4.強化器官捐贈及移植支持網絡。				醫事司
(二)建立並推廣民眾生命自主識能	以多元管道拓展民眾對於器官捐贈認同，以及推廣生命教育概念及普及民眾對於病人自主權利、安寧緩和重視。				醫事司
(三)建構安寧緩和醫療照護社區網絡	1.整合社區資源建立醫療機構與社區組織合作平台，提供綜合性安寧緩和照護服務。 2.完備安寧照護網絡，提供民眾合適的臨終照護模式及臨終場所。				醫事司
三、維護特殊需求族群醫療權益					
(三)提升友善就醫環境	1.獎勵醫療院所設置友善就醫環境 2.逐步輔導醫療院所精進民眾就醫環境 3.精進身心障礙者及新住民等特殊需求者就醫權益				醫事司
(四)推動原鄉離島在地醫療照護	1.補助地方政府結合在地民間組織資源建置部落社區健康營造中心，辦理健康識能傳播及家庭健康關懷服務。 2.辦理原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診，並依需求新增服務科別。				照護司
肆、因應社會變遷調適政策					
一、導引醫療機構實踐社會責任					
(一)輔導法人善盡社會責任	1.持續檢討修訂醫療法人相關法規及制度。 2.優化醫療衛生法人事務監督機制。 3.維護及增修醫療法人資訊管理系統。 4.維護及增修衛生財團法人資訊管理系統。				醫事司

	5.輔導醫療法人善盡社會責任與創新永續發展。				
(二)輔導與管理 醫療機構醫 療廢棄物	1.輔導醫療機構醫療廢棄物管理。 2.配合環境部「資源循環行動計畫」研擬提升資源回收再利用率及評估可回收再利用項目。				醫事司
二、和諧醫療工作場域					
(一)保障醫師勞 動權益	1.落實住院醫師勞動權益保障。 2.持續推動受僱醫師勞動權益保障法制化。				醫事司
(二)精進醫療事 故預防及醫 療爭議處理 措施	1.精進醫事專業諮詢及醫療爭議評析。 2.提升醫療事故關懷品質。 3.建構韌性醫療爭議調解機制。 4.優化醫療事故及爭議處理法暨關懷資源專區。 5.精進醫療事故預防制度。 6.提升醫事鑑定處理時效，改善鑑定作業品質，減輕醫事人員執業負擔。				醫事司
三、滾動式法規調適					
(一)開展新興醫 療技術與再 生醫學	建立再生醫療 管理制度。	完善再生醫療 管理機制。	強化再生醫療 管理。	強化再生醫療 管理。	醫事司
(二)人體生物資 料庫管理接 軌國際以及 滾動檢討人 體研究相關 法規	辦理人體生物 資料庫管理條 例及其子法規 修法作業。	辦理人體生物 資料庫管理條 例及其子法規 修法作業。	建立人體生物 資料庫管理數 位轉型推動策 略，建立資訊 系統加速人體 生物資料庫相 關管理行政作 業，建構持續 性監測制度。	促進人體生物 資料庫建置具 合規、效益及 安全性之資料 利用環境（如 Safe Data Environment） 。	醫事司
(三)完善實驗室 開發檢測管 理	建置實驗室開 發檢測登錄管 理系統。	維運實驗室開 發檢測登錄管 理系統，並經 由系統化管理 與優化審查流 程，提升效 率。	維運實驗室開 發檢測登錄管 理系統，並經 由系統化管理 與優化審查流 程，提升效 率。	維運實驗室開 發檢測登錄管 理系統，並經 由系統化管理 與優化審查流 程，提升效 率。	醫事司
	為提升實驗室 開發檢測品質 管理系統，推	為提升實驗室 開發檢測品質 管理系統，檢	為提升實驗室 開發檢測品質 管理系統，持	為提升實驗室 開發檢測品質 管理系統，精	食藥署

	動實驗室品質管理訓練與後續管理及建置認證管理資訊系統。	討推動實驗室品質管理訓練與後續管理及持續建置認證管理資訊系統。	續推動實驗室品質管理訓練與後續管理及擴充維運認證管理資訊系統。	進實驗室品質管理訓練與後續管理及優化維運認證管理資訊系統。	
(四)促進美容醫學品質提升及強化管理	強化美容醫學及品質管理。				醫事司
(五)醫院重處理及使用仿單標示單次醫材輔導及審查	辦理輔導、審查及外部稽核作業。	1.評估回歸醫療器材管理之可行性。 2.辦理輔導、審查及外部稽核作業。	經評估後倘需續辦本項業務，繼續執行輔導、審查及外部稽核作業。	經評估後倘需續辦本項業務，繼續執行輔導、審查及外部稽核作業。	醫事司

三、計畫執行步驟與方法

第一章 邁向健康臺灣韌性醫療體系

第一節 提升整體醫療資源使用效益

人口結構老化為 OECD 國家共同面臨之議題，在醫療需求增加之際，多數已開發國家並未因應人口老化而增加病床，病床數反而呈下降趨勢。依據國發會發表之中華民國人口中推估，114至139年臺灣人口將減少293.1萬人，老年人口增加298.1萬人，年輕人減少500.7萬人；2040年之後間隔6年、5年、5年、4年、4年，臺灣人口會分別再下降約百萬人，預估至153年人口約1621.9萬人。

相較於 OECD 國家，目前我國人口結構相對年輕，人均急性病床數卻略高於其中位數，未來因出生人口數快速遞減，即使不再增加病床，病床亦將呈現自然增加。另有國內研究顯示，我國93年病床數已高過國際相同條件下的平均水準，且病床利用效率仍有改善空間。部分歐美國家為因應財務壓力及醫療照護模式的改變，多以朝向提升醫院經營效率、健全社區照護體系、減少醫院病床數之方向發展。

目前之急性病床數量，未來隨著人口減少及老化的衝擊，恐將導致病

床供過於求、醫事人力不足、醫療資源過剩等困境，且現行各級醫院與基層院所彼此間，漸行趨向以競爭關係相持不下，有礙醫療資源均衡分布及有效運用，應再行檢視目前醫療體系組織架構與分工模式，推動跨層級醫療院所合作機制、鼓勵開展分級醫療轉診制度、提升各類病床使用效能，並研議適切病床轉型措施。

為避免急性期後穩定之病人憂心返家後的照護而滯留醫院，以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，健保署自103年1月1日起分階段實施健保 PAC 計畫，目前計有6項照護疾病，依個別病人失能程度，在治療黃金期內給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院機率及醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔。

健保署自92年起辦理「家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）」，其特色係鼓勵同一地區5家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供服務。藉由家醫計畫之施行，養成民眾正確就醫習慣，故民眾平時得由基層診所提供初級照護，俟有進一步診療需要時，再轉診至醫院就醫，以整合醫院及基層診所之醫療資源。113年共計522個醫療群（5,544家診所）參與家醫計畫，收案約627萬人，並與305家醫院合作，提供會員更優質且即時的轉診服務，包括轉診優先掛號、就醫費用減免、檢驗檢查快速通道、門診就醫快速通道、手術或住院快速通道。

健保署自105年辦理全民健康保險居家醫療照護整合計畫，並於113年辦理全民健康保險在宅急症照護試辦計畫，提供住院替代服務，期能減少急性或慢性病床使用，或避免不必要之社會性住院，讓醫療資源有效分配。

分級醫療之目的，是讓低風險輕症或穩定慢性病人於基層院所照護，高風險或重症病人於區域級以上醫院照顧，以合理分配醫療資源，並讓轉診雙方之醫療院所，即時獲得必要資訊，以提供病人連續性照護。於醫療院所端，健保署為鼓勵各級醫療院所合作雙向轉診，提供病人連續性、整合性之醫療照護，鼓勵院所建立轉診合作機制，於支付標準提供轉診誘因，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案，並持續鼓勵醫療體系合作，截至113年12月底，共計組成81個策略聯盟，已有6,916家特約院所參與。於

民眾端，導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔，健保署於112年7月1日起實施部分負擔調整方案，調高大型醫院急診和醫院開立之門診藥品部分負擔，其目的在於引導民眾正確就醫，並保障弱勢族群，對於基層診所就醫皆未調整，並積極提升民眾自我照護知能，加強宣導分級醫療及部分負擔調整，利用既有管道逐年提升民眾正確認知。

一、策略做法

（一）推動家庭責任醫師制度，持續落實分級醫療政策

鼓勵中大型醫院發揮團隊精神，與基層院所進行上下游服務垂直整合機制，推動家庭責任醫師制度，促進跨層級醫療分工，共組區域性照護聯盟，建立共好共榮合作模式。依據病人病情需求，落實分級醫療政策，按「大病到醫院、小病轉基層院所、復健與癒後善用社區照護量能」的原則，協助相關機構活絡溯上轉診及逐下回轉之雙向轉診模式，以加強現有醫療資源運用效能，促進資源合理配置，提高醫療服務量能，並扭轉漸趨失衡醫療生態。

輔導區域性照護聯盟整合轄內出院準備轉銜照護、社區醫療與復健、健康促進、長期照護、居家安寧緩和等資源，循序漸進改變民眾就醫習慣與健康行為，協助擇選合適就醫之場所，提升民眾就醫可近性，確保民眾及時獲得合適的醫療服務，提供連續性、完整性且高品質的整合性健康照護服務，以落實在地老化、在地安養的政策，引領健康臺灣願景。

（二）策進病床使用效能與加強管控機制

現行醫療資源布建，除依人口數比例規劃全國病床資源外，未來尚需依個別地域人口數及老化程度，規劃合理之配比與管理機制，以促進病床資源之運用效益。考量人口持續減少，衍生未來每萬人口病床數上升情形，為避免未來病床資源供過於求，增加醫療照護成本及低價值住院情形，規劃辦理以下事項：

1. 定期盤點及清查全國病床開放情形，督導地方政府應依據「醫院設立或擴充許可辦法」確實掌握轄內病床開放情形，並減少或廢止開放使用期限未開放之病床數，以提升病床使用效能。
2. 蒐集並分析現有統計資料，了解各類病床使用效率及佔床率，檢討我國病床使用效率。強化醫事管理系統資訊控管功能，掌握地方政府衛生局同意醫院開放及關閉一般病床情形，及增加病床開放期程管控示警機制，定期統計已屆開放期限而未開放病床之醫院情形，以加強對於病床開放期程之管控。
3. 分析人口推估資料，並將其納入各類病床供需目標考量，以利各類病床供需評估可因應未來需求，並根據民眾未來醫療及病床需求推估，及各地區之人口特性、醫療需求，發展因地制宜之醫療資源管理策略。
4. 檢討目前以每萬人口急性一般病床數作為醫療資源評估指標之標的，並研議評估醫療資源量能的其他指標，以避免各縣市朝爭取擴充病床為導向，造成病床數持續上升。
5. 落實健保特約醫院依法公布保險病床使用情形
依全民健康保險法第67條及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第34條規定，特約醫院應每日公布保險病床使用情形，包含總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，及保險病房設置比率應符合規範之查核管理。
6. 針對經許可未開放病床數予以核減後，輔導床數減少之醫院配合其所在地之醫療需求進行轉型。規劃慢性病床之轉型對策，輔導轉型為提供急性後期或長期照護服務。
7. 研析特殊病床管理機制，分析特殊病床之使用現況、管制

方向，並配合 OECD 國家對於急性病床之定義，推估各類病床之合理占比，研議急診觀察床、整合醫學急診後送病床、加護病床、燒傷類病床、嬰兒病床等特殊病床資源之管理策略。

（三）提升急性後期照護成效

對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出，並配合健康臺灣政策，加強急性後期照護結案後有長照需求的個案取得長期照顧資源，以完善醫療銜接長照之願景，提升醫療資源運用效率。

（四）提升基層醫事機構韌性應變能力

基層醫事機構面臨嚴峻疫情或重大事故與災情時，囿於有限的人力與物力條件，難以及時應變執業風險與調節營運壓力。為強化我國跨層級醫療團隊分工合作之韌性，擴大在地基層服務量能，宜及早規劃區域聯防機制，合理配置相關資源，籌辦整備計畫，盤點物資儲備，推動標準化作業流程，建立特殊病人後轉路徑，規劃人員支援調度，辦理相關應變教育訓練，成立資訊共享與同儕學習模式，順暢與衛生機關有效溝通協調機制，不定期滾動檢討應變措施的有效性，精進對突發情況之韌性應對能力。

二、預期效益

- （一）推動家庭責任醫師制度，落實分級醫療與雙向轉診政策，提升臨床服務品質，減少非必要的醫療耗用。
- （二）提升醫療資源利用效率，強化醫療應變能力及量能。
- （三）多元運用病床及社區診所資源，活化醫事人力配置，降低全民健康保險財務負擔。
- （四）協助各層級醫院病床配置適性發展，促進分級醫療政策。
- （五）輔導基層醫事機構完善應變整備計畫，增強服務韌性。

三、預算

- (一) 開展跨層級合作聯盟機制，推動家庭醫師制度及連續性整合照護模式，以及提升基層醫療機構應變能力，並辦理分區同儕標竿學習與交流精進活動，每年約需10,000千元，4年合計約需40,000千元。
- (二) 審查醫療資源設置及相關管理作業，每年約需1,000千元，4年合計約需4,000千元。
- (三) 委託辦理醫療資源管理制度研究及病床使用效益評估等計畫，每年約需3,000千元，4年合計約需12,000千元。

第二節 落實日常整備管理

為提升我國醫療品質及推廣病人安全觀念，本部自92年起推動病人安全相關計畫及業務，並於93年起著手建置臺灣病人安全通報系統（TPR），以「匿名、自願、無究責、保密、共同學習」為宗旨，鼓勵各界參與，並推動風險預警機制，維護病人就醫安全。除 TPR 系統運用事後通報資料，進行分析檢視並製作學習案例，以警示同儕避免錯誤重複發生外，仍需積極針對各類醫療服務，推動風險預警作業，藉由日常醫療品質指標收集作業，進行指標管理與分析，以即早自動偵測異常狀態，據以配套修正醫療院所內部行政流程或臨床醫療服務作業，避免復發不良事件。

此外，亦需持續關注國際病人安全工作發展趨勢，分析國內現況，精進病人安全工作目標，特別是後疫情醫療策略。另配合 WHO 年度「世界病人安全日」辦理相關響應活動，強化醫療機構實踐推動，建構安全就醫環境，並鼓勵醫院推動民眾及病人參與病人安全的多元措施，以強化參與提升病人安全。

本部為提升國內醫療技術水準，及強化醫院醫療品質與管理制度，自77年起即依據醫療法第28條規定，辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑，經多年努力，已由傳統的「結構面」、「專業品質」評鑑逐漸轉為以整

體醫療服務成果表現為觀點，著重「流程面」、「結果面」及「以病人為中心」、「強調病人安全」的方向，奠定我國醫療服務品質得與國際並駕齊驅之重要基礎。因應未來環境變遷及健康照護體系發展等需要，除持續滾動式修正評鑑基準，導引醫院強化復原力及應變力，及適時檢討評估以評鑑提升醫院之品質改善策略，亦須規劃適度公開醫院評鑑資訊，促使醫院評鑑資訊透明化，提供醫院間精進學習，亦可作為民眾就醫選擇的參考。

經過嚴重特殊傳染性肺炎疫情洗禮，顯示醫院管理應將應變韌性及風險管理，內化為醫院管理新文化。因此，透過醫院評鑑制度改革，建構醫療機構於公共衛生、醫療照護、感染控制、防疫全方位並重，並強化醫院對於分級醫療之規劃參與，往上游聯結衛生醫療體系，往下游連結社區基層，同時導入智慧管理機制，以確保醫院危機應變韌性及因應未來各式新興危機。

一、策略做法

（一）強化風險管理及病人安全工作

1. 關注國際發展趨勢並評估國內實際情形，持續精進病人安全工作目標。並與醫療機構或相關學協會合作，辦理病人安全相關推廣課程，提升醫療品質。
2. 探討智慧醫療所產生之病人安全風險，發展臨床流程導入改善作法。
3. 響應世界衛生組織各年度世界病人安全日主題，由政府部門、醫療機構、病人及民眾共同響應，並強化病人參與。

（二）改革醫院評鑑制度

1. 持續參與國際評鑑專業機構相關會議、論壇，積極汲取國際新知及品質管理趨勢。
2. 辦理醫院評鑑制度改革，參採重要時事議題，深化基準修訂，並配合國家衛生政策與法規制度發展，納入因應疫情與重大災難之醫療整備、智慧化醫院、多元友善就醫環境等內容，

及強化醫學中心於醫療服務、卓越品質、研究科技、社會責任及國際醫療等之功能角色。

3. 規劃醫院評鑑資料數位化轉型，鼓勵醫院自動化收集評鑑相關資料，並逐步整合醫院評鑑持續性監測與健保等相關品質指標，適度介接醫事管理系統、健保資料庫等資料，簡化指標收集及評量作業，建置友善系統介面及標準化共通欄位，提供醫院、評鑑委員簡化評鑑前期準備及實地評核作業。
4. 逐年滾動式檢討評鑑基準及評量基準，持續整合各式訪查內容，減少重複評核。擴大日常化、資訊化無紙作業模式，減輕臨床醫療相關人員之負荷，回歸臨床照護服務之本質。

（三）精進醫院緊急醫療能力分級制度

1. 參考國外各急重症治療指引，滾動式調整分級評定基準，精進急性冠心症、缺血性腦中風、緊急外傷、高危險妊娠孕產婦、新生兒（含早產兒）等5大急症量能服務。
2. 透過醫院緊急醫療能力分級制度，結合重度級、中度級與一般級急救責任醫院，引導醫院發展以病人為中心之臨床作業模式，並著重於醫院設施、作業量能及處置能力與品質之評定。
3. 配合優化兒童醫療照護網絡計畫之相關規劃，及醫院評鑑及教學醫院改革，將兒童醫療照護品質納入緊急醫療能力分級評定中規劃。

（四）精進精神照護機構評鑑制度

1. 將精神照護機構因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情之防疫措施納入評鑑基準，促使精神照護機構落實感染管制作為，以提升精神病人之就醫及照護安全（如精神科醫院評鑑基準納入防疫應變整備及演練措施、精神復健機構評鑑基準納入訪客感染管制相關管理規範、精神護理之家評鑑基準強化工作人員及服務對象感染預防處理與監測、服務對象健康管理等防疫

機制等)。

2. 因應精神衛生法於113年12月14日修正施行，於精神照護機構評鑑基準融入保障病人權益、強化社區支持、提升強制治療與照護品質等修法意涵，以建構兼顧病人人權及照護品質之精神醫療照護體系。
3. 行政院核定之「全民心理健康韌性計畫」，已納入「發展連續性精神照護網絡」工作，將透過精進精神照護機構評鑑基準，完善精神照護機構評鑑制度，滾動修正精神照護機構評鑑指標，提升照護服務品質，建置各類精神照護機構之評鑑制度與評鑑間隔期間不定期追蹤輔導機制，以確保機構服務品質及有效改善缺失事項。

(五) 完善產後護理之家品質管理

在急性醫療資源有限的挑戰下，為使社區民眾能得到良好的連續性照護，透過輔導與評鑑等機制，引導護理、助產等專業團體與機構，強化專業發展與人員能力，全面提升機構、社區及居家場域之照護品質與可近性。

1. 辦理產後護理之家評鑑

- (1) 依據各年度產後護理之家評鑑作業程序，辦理產後護理之家評鑑相關作業，及產後護理之家評鑑說明會。
- (2) 辦理災害情境模擬訓練演練工作坊，強化機構災害風險辨識與溝通作業。

2. 強化護產人力培育及提升專業知能

目前國內孕產婦生產以醫師接生為主，助產人員接生甚少，且助產人力培訓出現斷層，爰需強化助產人員之專業技能及留任，並提升其專業地位，延續助產人員之專業服務及功能，並朝提供社區孕產婦居家生產推動。

二、預期效益

- (一) 以病人安全為核心價值，醫療服務品質優質化。

- (二) 提升醫院品質資料收集效率，強化醫學中心評鑑、醫院評鑑及教學醫院評鑑之鑑別度，落實評鑑作業日常化，減輕醫院人員工作負擔。
- (三) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，落實急重症應變整備，建立急重症病人快速處理流程，爭取救命之黃金時間，並減少癒後失能之發生。
- (四) 加強產後護理之家管理與評鑑，維護產婦健康照護品質及嬰兒健康安全，提升護理機構等專業團體人員管理及照護能力。

三、預算

- (一) 推動病人安全工作目標等相關工作，第1年約需10,000千元，其餘3年分別約需12,000千元、14,000千元、16,000千元，4年合計約需52,000千元。
- (二) 辦理醫院評鑑改革及評鑑資訊管理系統改版擴充等相關作業，114年及115年每年約需20,000千元(經常門10,000千元，資本門10,000千元)，116年及117年每年約需15,000千元(經常門10,000千元，資本門5,000千元)，4年合計約需70,000千元(經常門40,000千元，資本門30,000千元)。
- (三) 辦理醫院評鑑相關作業，及持續性監測指標系統建置等工作，114年及115年每年約需70,000千元(經常門67,000千元，資本門3,000千元)，116年及117年每年約需72,000千元(經常門67,000千元，資本門5,000千元)，4年合計約需284,000千元(經常門268,000千元，資本門16,000千元)。
- (四) 精進醫院緊急醫療能力分級制度，每年約需7,000千元，4年合計約需28,000千元(經常門28,000千元)。
- (五) 本部報行政院核定之「全民心理健康韌性計畫」執行策略二「發展連續性精神照護網絡」，已納入精神照護機構評鑑、均衡精神醫療資源及提升病床使用效率等工作項目，爰未於本計畫編列相關預算。

(六) 辦理產後護理之家評鑑相關作業，每年預計約需6,300千元(經常門6,300千元)，4年合計需25,200千元(經常門25,200千元)。

第三節 活絡在地緊急應變韌性

因應近幾年的氣候變遷及自然環境惡化，導致天災頻傳。為有效應變各項災害，完善生命之鏈，提升民眾急救技能，擴充社區緊急救護資源，強化社區第一線反應能力，並結合醫院緊急醫療量能，整合重症醫療照護資源，方能提升緊急醫療品質，使民眾在事故發生第一時間具備自救及救人的能力，爰推廣急救與災難教育訓練實有必要。除了使民眾具備緊急應變能力，同時社區具備之緊急救護資源(如：自動體外心臟電擊去顫器，AED)亦不可或缺，強化社區緊急應變能力，兩者相輔相成，方能使民眾的健康與生命傷害減至最低。

一、策略做法

(一) 強化全民急救訓練，提升公共場所 AED 效能，完善社區「生存之鏈」

透過優化「公共場所 AED 急救資訊網」及本部相關網站，建置急救資料庫或平台，整合現有急救教育訓練資源(包含 AED 急救教材、急救訓練機構、訓練師資等)，提供民眾學習急救相關知識之管道，並擴大推廣民眾使用「公共場所 AED 急救資訊網」與急救資料庫或平台。另為提升 AED 使用效能，依據各地方政府對於 AED 宣導、推廣或教育訓練辦理情形，以及各場所 AED 使用情形，建立相關獎勵機制，鼓勵公共場所積極參與 AED 設置以及申請安心場所認證，充實社區緊急救護量能，完善社區「生存之鏈」。

(二) 儲備民間緊急應變技能

1. 整合各縣市緊急應變資源，督導各地方政府衛生局辦理複合式災難演練與觀光旅遊地區大量傷病人應處能力、醫院辦理

及製作緊急災害應變措施演習與桌上模擬演練等訓練課程，同時推廣數位化線上化課程及影像式教學等，深化社區緊急應變能力，推動優質化緊急醫療救護體系。

2. 透過遠距醫療會診平臺等E化系統之便利性功能資訊彙整能力，提供使用者更直觀且即時之遠距會診功能，並經由資料自動彙整及智慧化分析功能，整合會診資訊及各類監測指標反饋，簡化非必要之人為作業，增加遠距會診平臺之使用意願及分析各區域緊急醫療資源之目標，完善社區緊急醫療應變能力。

二、預期效益

- (一) 更新現有急救教材，並持續開發多元化教材，增加學習急救技能便利性及可及性，透過提升民眾學習急救技能意願，擴充社區第一線緊急應變人員數量。
- (二) 藉由優化公共場所 AED 急救資訊網相關功能，強化公共場所 AED 管理，以提升各公共場所 AED 使用效能。
- (三) 整合地方縣市緊急應變量能，強化社區防災工作，藉由實體課程數位化、線上化課程及影像式教學等訓練，督導地方政府及醫院對於複合式災害之應變能力。

三、預算

- (一) 完善社區 AED 效能，普及急救與災難教育訓練：第1年約需10,500千元（經常門5,400千元，資本門5,100千元），第2至4年每年約需7,500千元（經常門6,300千元，資本門1,200千元），4年合計約需33,000千元（經常門24,300千元，資本門8,700千元）。
- (二) 推廣混成式急救教育課程與急救教材研發，強化社區緊急醫療應變能力：每年約需2,500千元，4年合計約需10,000千元（經常門10,000千元）。
- (三) 綜理在地緊急應變量能，114年約需7,500千元（經常門4,310

千元，資本門3,190千元)

(四) 精進資源不足地區急診遠距會診等相關平臺，每年約需12,500千元(經常門4,000千元，資本門8,500千元)，4年合計約需50,000千元(經常門16,000千元，資本門34,000千元)。

第二章 加值人力資源管理機制

第一節 醫事人力整備回流

伴隨我國整體社會、經濟、醫療環境、人口結構及科技發展等因素變化，對於醫事人力之需求與培育目標亦隨之調整，為不斷提升醫療品質及水準，培訓具現代醫療專業核心能力，且符合社會需求之各類醫事人員，係本部醫事人力培育政策之核心目標。

隨著高齡人口攀升，未來多重慢性病問題將不可忽視，亦大幅度改變民眾口腔健康照護之需求，近年來實證研究顯示，口腔疾病與其他慢性病時常共同發生，且存在著雙向關係，僅針對單一疾病、片段式的照護模式將不具成本效益，應使專業人員具備整合照護之能力，強化各專科及各醫學相關領域人員對於老人常見問題之處理能力（包括多重慢性病、口腔衰弱、失能情形等），強化專科訓練落實全人照護，透過學習跨專業間之合作與協調、醫病共享決策模式（Shared Decision Making, SDM），以提供符合未來老人化人口之醫療與健康照護服務。

嚴重特殊傳染性肺炎疫情期間，醫療服務供給量及醫療需求前所未有地快速改變，醫事人力面對疫情不確定性、病毒感染風險性，透過各職類醫事人員的養成教育及在職訓練，提升自身專業核心能力，以有效因應環境的變遷，強化面對突發事件的應變力，同時增強韌性來調適高強度工作下的壓力。且本次疫情更凸顯醫師與各職類醫事人員合作照護模式，以及中西醫結合之照護體系重要性，因此，跨層級跨科別之全人訓練模式亦至為重要。

為培育及精進醫事人力專業核心能力，本部將持續檢討及盤點各類醫事人員畢業後臨床醫學訓練以及專科醫師訓練，並以能力導向醫學教育模式（Competency-based Medical Education, CBME）引導醫事人力訓練制度改革，除了適度區隔學習成效及勞動工時，確保訓練品質及勞動權益並重，並以韌性人才培育為規劃方向，強化醫事人員對高齡族群及科技應用之敏感度，透過建立里程碑（Milestones）或可勝任的能力制度（EPAs），確保訓練結果符合臨床能力要求。

另衛生福利部所屬26家醫院中，有部分位於民間不願投資之偏遠、離島地區，或為特殊功能醫院，受人口數、就醫量之限制，營運狀況、醫療設備及醫師人力缺額日趨惡化。部屬醫院從原來的省立醫院、署立醫院至部立醫院，守護臺灣民眾健康百年，於社區健康照護及執行公共衛生任務中，扮演舉足輕重的角色，並在此次嚴重特殊傳染性肺炎防治上，責無旁貸地肩負起大部分集中檢疫場所醫療照護之責，是我國在衛生體系、疫病防疫上不可或缺之重要一環。

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

臺灣因受限國際政治，無法成為 WHO 會員，因此需有賴平時與全球各國及重要國際醫衛組織建立合作交流與聯繫網絡，方能達到資訊交流，及時因應之效。為提升國際參與，並推動臺灣醫療水準在國際之能見度，以拓展軟實力為主軸策略，積極推展外國醫事人員來台接受訓練或進行教學，以深化醫事人員之國際交流。

另因參與政府間國際組織及會議的機會大幅減少，連帶使得我國衛生人員對於國際組織、國際會議規程缺乏基本瞭解，對議事之折衝、協商及談判等，歷練亦均極為不足，爰有需要因應國際社會之思維與作法，積極培育醫事人員之跨域多元能力，尤其是在國際醫衛外交領域，培育新一代的國際衛生人才，以因應國際社會之思維與作法。因此，應加強拓展我國與國際間交流機會，廣納新思維及新作法，交換持續發展於社區穩健健康照護體系之經驗，並提升基層服務量能，增加民眾可及性，並持續培訓我國中高階衛生福利人才，加強其政策制定與決策能力，以提升我國衛生福利政策之規劃及執行成效，建構更臻完善之健康照護體系。

一、策略做法

（一）精進多元人才培育

1. 強化醫師及醫事人員畢業後訓練符合社會需要

- (1) 配合2年期一般醫學訓練制度，推動相關選配計畫。
- (2) 再造新進醫事人員訓練制度，融入高齡照護相關知能，檢討訓練成效指標，促進醫事職類 PGY 訓練之永續發展。

2. 精進專科醫師訓練模式

- (1) 委託專業團體評估專科醫師訓練精進策略及強化指標，辦理專科醫師訓練計畫認定會（RRC）之監督與輔導，並合作賦能各專科醫學會。
 - (2) 因應人口結構及醫療型態改變，精進專科醫師訓練制度，推動以勝任能力為導向之訓練模式（Competence-based Medical Education，CBME），並落實核心能力評核機制。
- #### 3. 定期評估各類醫事人力供需狀況，規劃每年至少執行1項醫事人員供給與需求狀況評估計畫，建立定期醫事人力供需評估機制，並依據評估結果，檢討修正該類醫事人員之培育人數。
- #### 4. 維護臨床技能評估測驗（簡稱 OSCE）之品質及公正性，委託專業團體定期進行考場認可審查及輔導訪查等作業。
- #### 5. 為提升國際參與，並推動臺灣醫療水準在國際之能見度，以拓展軟實力為主軸策略，積極推展外國醫事人員來台接受訓練或進行教學，以深化醫事人員之國際交流。

（二）強化部屬醫院服務量能

部屬醫院多數位處偏遠，招聘醫師實屬不易，藉由調查偏遠地區部屬醫院所欠缺之基本醫事人力需求，盤整專科醫師人力結構，提供並充實偏遠地區部屬醫院欠缺之診療科別及人力，以符合當地民眾需求，並完善醫院運作，強化偏遠醫院在地角色與功能，以維護在地民眾完善之醫療照護。

（三）推廣繼續教育線上學習

因應環境變遷、醫療服務與政府管理模式所作出之調適及配

合政策推廣項目，應適時宣導至醫事人員群體，爰持續推動國內醫事人員繼續教育開課團體開設數位課程，並應用繼續教育線上學習管道，辦理相關繼續教育線上學習課程，以增進對醫事人員推廣知識及政策之可近性。有關強化醫事人員個資保護及資訊安全意識，以及培育醫療場域數位轉型所需人才等相關課程，另於健康臺灣深耕計畫規劃執行，不於本期醫療網計畫提列。

（四）推展國際合作與交流平臺

1. 為提升國際參與，並推動臺灣醫療水準在國際之能見度，以拓展軟實力為主軸策略，積極推展外國醫事人員來臺接受訓練或進行教學，以深化醫事人員之國際交流。
2. 依據行政院113年施政方針，結合國內外各方力量，在民主人權、人道救援、醫療公衛、減災防災、數位治理、永續發展、性別平權及糧食安全等領域強化國際合作，與理念相近國家及重要非政府組織（NGO）建立公私協力夥伴關係，對區域及國際社會做出貢獻，我國亦不能自外於國際社會之一員。為善盡我國做為國際社會成員的責任，並積極配合政府醫療外交政策，辦理「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心」計畫，結合我國醫療機構專業資源，培訓國外醫療及衛生人員，提升其素質，進而提升當地人民生活品質，及加強與我友邦與友好國家醫療專業人員之雙邊合作，亦透過持續關注開發中國家醫療需求，提升我醫衛人員能力。
3. 舉辦國際醫衛相關會議或其他醫衛合作計畫，如「臺灣全球健康福祉論壇」，邀請各國之衛生部長、次長與高階衛生官員、國際知名醫衛專家來臺等等，共同進行研討、交流醫衛政策，以及 WHO 關注之健康福祉議題。「臺灣全球健康福祉論壇」已連續辦理20年，為我國醫衛領域建立豐富國際人脈，除藉由與各國之衛生部長、次長與高階衛生官員、國際知名醫衛專家之深入交流，了解國際間衛生政策發展趨勢及友邦當前醫療衛生問題與需求外，亦可與國際盟友建立實質夥伴合作關係、深化國際重要醫衛組織參與，

拓展國際衛生人脈與國外衛生機構、學術單位之合作契機，有助於提升臺灣醫衛專業人員參與國際衛生事務、議事、談判與協商之能力，進而培養醫事人員跨域多元能力，扶植我國國際衛生人才。

4. 辦理國際衛生福利政策研討會及中高階衛生福利行政人員工作坊暨衛生福利圓桌會議，邀請國際衛生福利領域高階官員來臺辦理研討會，使我國衛福領域人員瞭解國際上當前重要政策規劃，並實地參訪我國官方及民間衛福機關（構），深入社區體驗基層衛生福利政策推動成果，雙方就重要衛福議題進行溝通交流，分享彼此實務經驗。
5. 安排我國衛福中高階主管參與國際政策論壇，與國外衛福高階官員、專家學者及非營利組織領袖進行深度政策交流，並實地參訪國外重要衛福機關、非營利組織及社區組織等，以汲取國際經驗，拓展我國衛福人才之國際視野及能力，持續精進各項政策，並向國際展現我國衛生福利之成就，提升我國國際能見度。

二、預期效益

- （一）培育醫師具備一般性醫療技能，提供民眾周全性及持續性的全人照護，並使其具備整合照護能力，提升醫療服務品質。
- （二）醫事人員供需狀況評估結果可作為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。
- （三）維護臨床技能評估測驗（簡稱 OSCE）之品質及公正性。
- （四）強化國際深度交流與人才培養，並提升我國醫療之國際參與，彰顯我國醫療訓練量能。
- （五）挹注偏遠及資源不足地區部屬醫院醫師人力，滿足在地民眾就醫需求，增強對醫院信任度。
- （六）維持醫事人員繼續教育線上課程開設數，每年開設至少100堂線上數位課程。
- （七）配合政策推廣項目，持續規劃及辦理醫事人員繼續教育。

- (八) 透過辦理國際醫衛合作、援助計畫及國際醫衛會議等事務，與各國進行交流合作，輸出臺灣優質衛生醫療專業技術及經驗，彰顯我國醫療訓練量能，並提昇合作國家醫療環境及品質。
- (九) 培訓與媒合國際醫衛人才，期提升當地醫護人員專業素質及醫療服務品質，展示我國醫衛強項，提升我國國際能見度。計畫推行迄今逾20年，完成80個國家超過2千人次之國際學員培訓，期能持續推展，將我國醫衛強項透過本計畫行銷全球。
- (十) 透過辦理國際交流活動，與各國衛生福利領域之中高階官員進行研討、交流，與國際盟友建立實質夥伴合作關係，以利進一步協助國內醫衛機構推動辦理國際衛生事務，並培養我國衛福領域人才，精進我國各項衛生福利政策。透過國際深度交流，彰顯我國衛生福利之成就，以提升我國國際能見度。

三、預算

- (一) 一般醫學訓練選配計畫，每年約需3,300千元(經常門3,300千元)，4年合計約需13,200千元(經常門13,200千元)。
- (二) 專科醫師訓練醫院認定相關計畫，每年約需50,000千元(經常門)，4年合計約需200,000千元(經常門)。
- (三) 臨床技能評估模式相關計畫，每年約需6,000千元(經常門6,000千元)，4年合計約需24,000千元(經常門24,000千元)。
- (四) 醫事人力供需狀況評估，每年約需6,000千元(經常門)，4年合計約需24,000千元(經常門)。
- (五) 維護及持續擴充境外醫事人員來臺申辦系統，每年約需5,000千元(經常門4,500千元、資本門500千元)，4年合計約需20,000千元(經常門18,000千元，資本門2,000千元)。
- (六) 辦理偏遠地區部屬醫院醫師支援工作，每年約需10,400千元(經常門10,400千元)，4年合計約需41,600千元(經常門41,600千元)。
- (七) 辦理醫事人員繼續教育線上學習課程相關業務，每年約需4,000千元(經常門4,000千元)，4年合計約需16,000千元(經常門16,000千元)。

元)。

(八) 推展國際醫衛合作事務，每年編列16,000千元，4年合計編列預算64,000千元(經常門64,000千元)。

(九) 培訓與媒合國際醫衛人才，每年編列19,000千元，4年合計編列預算76,000千元(經常門76,000千元)。

(十) 建置國際交流互動平臺，每年約需9,000千元，4年合計約需36,000千元(經常門36,000千元)

第二節 護產人力資源整合及多元能力發展

臺灣至113年底，約有19萬執業護理人力，平均每千人口護理人員數為8.1人。與全球趨勢相似，在高齡與慢性病的驅動下，整體健康照護需求持續提升，每年總執業護理人力雖增加，但照護需求也逐年提升，預測119年需增加5.5萬護理人力。

特別是在疫後時期，除因應健康照護人力老齡化而流失的人力，面臨未來可能發生的公共衛生緊急事件的挑戰，為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，臺灣醫療體系有必要借鏡照護人力組合分工模式，建立護佐人力制度，由醫院提供民眾因疾病住院衍生之健康照護服務，使民眾於住院過程中，家屬可以不用全時在醫院照顧病人或自聘看護，且病人也能獲得連續性及完整性的照護，提升住院照護品質。為建構我國新住院照護服務，永續我國醫療照護體系，健保自111年推動「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，由醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度，安排適當照護輔佐人力，將病房團隊人員之照護工作，進行分級分工，113年核定試辦醫院計111家、5,376床。114年起移由公務預算支應。

一、策略做法

(一) 改善護產執業環境與執業率

1. 完善護產人力制度及法規：參考 WHO 2030健康專業人力資源全球策略及國際趨勢，以我國2030年未來護產照護需求為目標，修正我國護產人力制度與法規，重點以擴大執業範疇、推動進階護

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

2. 優化護理人力資料庫，建立跨部會護理人力教考用監測，掌握我國護理人力服務現況，提供護理人力供需分析與相關政策決策支援，改善護理執業環境。
3. 建構友善護理職場環境，持續推動多項改善措施（護病比納入醫院評鑑、連動健保住院診療報酬、護病比資訊公開、全日平均護病比納入醫療機構設置標準、建立與推動三班護病比標準、及護理職場爭議通報平臺及醫院友善職場典範獎勵與資訊公開等），及護理人力政策整備12項策略（三班護病比標準推動與達標醫院獎勵、三班輪值夜班護理人員直接獎勵、公職護理師比例擴大調升、護理友善職場典範獎勵、智慧科技減輕護理負荷、護理新手臨床教師制度及擴大住院整合照護計畫等），改善護理人員工作負荷，提升職場勞動條件，提升護理人力量能與回流。
4. 加強護理工作性別平權觀念，透過與護理團體共同推動護理專業形象宣導，藉由男性護理人員之現身說法及相關活動露出，鼓勵男性進入護理科系就讀，及推動護理人員性別工作平等在職教育課程，提高職場間性別平等意識，以去除護理專業人員之性別刻板印象與偏見，提升男性護理人員執業比例，亦經由「護理職場爭議通報平台」，提供職場性別不友善案件通報管道，改善不同性別之職場困境。

（二）精進專科護理師制度及強化人才培育

為提升護理人員專業素養及照護品質，自95年起推動專科護理師制度，截至113年底，經甄審及格之專科護理師領證人數累計有1萬5,082人，另為因應以人口為基礎之社區醫療照護需求，112年6月26日修正發布「專科護理師分科及甄審辦法」，新增「家庭科」，拓展專科護理師在社區進入家庭之醫療照護量能，與醫師成

為合作團隊，共同提升社區不分年齡之醫療處置及進階護理之整合照護品質。

為維護專科護理師執業安全，本部定期監測聘有專科護理師之醫院辦理預立醫療流程情形，同時將持續擴大辦理預立醫療流程之培訓工作坊及標竿學習分享會，滾動式更新教材，協助各醫院發展院內預立醫療流程，以提供專科護理師執業安全場域。為使專科護理師之執業範疇更符合臨床實務需求及周延，將不定期滾動式修正「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，以確保專科護理師執業安全。

1. 滾動式修正專科護理師執業範疇：為配合臨床實務及未來照護需求，滾動式修正專科護理師執行醫師監督下醫療業務項目、強化預立醫療流程之規範，及專科護理師於醫院以外執行於醫師監督下醫療業務之機制等。
2. 精進專科護理師各類人才培育，提升專科護理師甄審品質，確保專科護理師於各類場域執業安全。
3. 培育家庭科專科護理師，同時延伸醫院專科護理師職涯發展，及拓展其照護場域，強化以人為本、家庭為單位、社區為導向之健康照護網絡，提升民眾照護品質及全民健康覆蓋率。

（三）完善醫院護理佐理人力制度

發展醫院護理佐理人力，完善人力訓練認證及分級分工照護模式，同時建置資訊化人力認證登錄、管理及人力分析機制，掌握人員服務量能。

二、預期效益

- （一）滾動式修正專科護理師執業範疇，以符合臨床實際執業情形。
- （二）持續培育專科護理師各類人才、邁向專科護理師制度發展達教考用一致。
- （三）增加護理執業人力量能，每年增加執業人數2,500人，及提升男性護理人員執業之比例。

三、預算

- (一) 改善護產執業環境與執業率，每年約需35,000千元(經常門30,000千元，資本門5,000千元)，4年合計需140,000千元(經常門120,000千元，資本門20,000元)。
- (二) 推動護理人員多元角色發展，每年約需36,000千元(經常門32,935千元，資本門3,065千元)，4年合計需144,000千元(經常門131,740千元，資本門12,260千元)。
- (三) 辦理醫院護理輔佐人力制度發展作業、人員認證管理及持續性監測指標系統建置等工作，每年約需5,500千元(經常門3,000千元，資本門 2,500千元)，4年合計約需22,000千元(經常門12,000千元，資本10,000千元)。

第三節 醫事系統數位化管理

為加速醫療資訊系統革新，帶動醫療與健康資訊流通效益，國內推動醫院病歷電子化發展已有相當成果，惟目前仍使用 CDA (臨床文檔架構 Clinical Document Architecture) R2之標準，於跨平臺及互操作性使用上備受侷限。此外，目前醫院內僅針對上傳至健保系統之資料(例如出院病摘等)才轉檔成符合 CDA R2之交換格式，而其餘院內相關病歷/檢查檢驗資料，仍以各自醫療資訊系統所提供之格式為主。期望藉由製作電子病歷-出院病摘之 FHIR 資料交換作法之試點試行，搭配相關機關(構)銜接不同照護類型(居家照護或長照中心)之資料承轉需要。

因 FHIR 電子病歷交換之技術較新，而現階段 FHIR 規範尚未完成轉換，試辦未具規模，且醫院平常業務繁重，導致其參與意願較低。未來 FHIR 基礎規劃配合次世代醫療架構漸次成型時，電子病歷資料交換中心將於113年內開始試行導入 FHIR 部署醫院轉換，並將擴大交換病歷單張資料實際應用。對於 FHIR 技術人力培訓，持續舉辦課程，推廣並鼓勵醫院參加。

將完成之各類單張 FHIR，建立至臺灣核心實作指引 (Taiwan Core Implementation Guide，簡稱 TW core IG)，並採用 HL7® FHIR® standard

(Fast Healthcare Interoperability Resources) IG 建置方法，參考國際病人摘要 (International Patient Summary, IPS) 1.1.0-CI Build 及美國核心實作指引 (US Core Implementation Guide)，進一步定義適用於臺灣健康照護資料交換需求的 Resources，以供各家醫院使用 FHIR 格式，並可自定義擴充項，目標期望達到全臺醫學資料可有效交換、傳輸，提升醫療品質。

為以數位醫療實現醫療平權，加速世界接軌臺灣之願景，創造一個永續、可負擔的數位醫療典範，將持續推動建立臺灣資料標準，醫學中心以 FHIR 資料交換架構對接數據中台，並且建置一個次世代電子病歷平台，以利醫療院所電子病歷快速交換與串接，並推動次世代電子病歷系統三大核心基礎，包含 FHIR、Rule library 與 Smart on FHIR。

協助醫院等機構推動以資訊科技輔助醫療應用，可提升醫事作業效率與醫療品質，並輔助醫療決策，未來應以 HL7-FHIR 醫療資訊交換基礎架構為基礎，結合相關國際醫療資訊專業詞彙標準 (例如：LONIC、SNOMED 等)，建立醫療系統，朝向國際化、一致化之格式標準，以利資料互通，並提高我國醫療產業於世界之競爭力。

另本部醫事管理系統於98年建置，功能主要包含醫事管理系統、醫事人員繼續教育積分管理系統、醫事系統入口網、醫事資料交換平臺及線上申辦，為本部重要之核心系統。近年來為增進業務執行效率，各相關業務單位逐步將各項業務流程資訊化，並為考量資料一致性之需求與提供更便民之服務，陸續與本部醫事系統資料介接，以共享醫療資訊，使醫政服務業務無縫接軌。相關系統使用者需依賴使用本部醫事系統之資料以辦理常規業務，故保持本部醫事系統之高度可用性、增加資訊安全性及不中斷服務是首要目標。將持續透過運用新興技術優化政府服務流程，故規劃全面優化系統架構及介面、軟硬體設施設備更新、視覺化資料呈現、AI 智慧管理機制導入等作業，並持續配合資通安全相關規範，加強資訊安全防護措施，以順利推動醫政管理業務數位發展及轉型。

面對疫後時期，數位轉型已成為全球各國健康醫療體系之共同目標。我國專科醫師制度，自77年起依據醫師法及專科醫師分科甄審辦法實施，

至今專科醫師訓練相關管理、醫事人員證書管理大多仍以紙本作業流程為主，難以銜接快速變遷之醫事人員管理及發展。為有效增進業務執行效率，將專科醫師及醫事人員證書之管理逐步數位化、資訊化，並與本部醫事系統資訊介接，可加速行政作業及提供更便民之服務。

另藥品供應是全世界共同面臨的議題，後疫情時代民眾回歸常規醫療，為增加民眾用藥可近性，強化我國藥品供應鏈韌性，主動監測國內藥品供應狀態、藥品妥善分配，以確保國內藥局及醫療機構取得所需藥品保障民眾用藥權益。

一、策略做法

（一）優化醫事人員數位化管理

1. 專科醫師數位化管理

推動專科醫師數位化管理，建置並維運專科醫師訓練數位化管理平臺，包含專科醫師甄審原則、訓練計畫、課程基準、訓練醫院之認定、資格有效期間、證書效期及訓練容量等，以節省行政作業時間，有效掌握專科醫師之訓練及成效。後續亦將優化專科醫師訓練管理平臺之架構及介面，擴充資料庫容量，提升系統整體效能。

（二）卓進醫事管理系統效率

1. 優化醫事管理系統之架構及介面，擴充資料庫容量及頻寬，提升系統整體效能：為提高系統效能以及使用效率，需優化醫事管理系統之架構，並彈性增修需求功能，擴充資料庫容量及頻寬，以提升系統整體效能，滿足醫療人員及衛生局所使用者的需求。
2. 支援新技術及視覺化資料呈現：導入人工智慧及統計資料或大數據分析，以儀表板資訊直覺式呈現業務需監測數據，加強使用者操作效率，部分功能可採用響應式網頁（RWD）技術，以便於使用者使用不同工具操作之便利性，並可增加資料公開性，開放提供所需人員後續開發功能使用。
3. 設備主機集中管理：將硬體設備移轉至衛生福利部內網域環境，

利於部內硬體集中式統一管理，並有利於部內系統介接安全性，即時監控硬體設備掌握當前之狀況。並依資通安全責任等級分級辦法，依系統防護需求分級規定，強化機房基礎設施及達成異地備援機制。

4. 改進使用者體驗：提升使用者體驗，減少重複輸入驗證資料登入模式，進而整合串接各子系統之功能，藉此加強改良系統使用者介面及使用者經驗(UI/UX)之操作性，改進系統反饋機制等，以業務角度優化系統功能，藉以提高衛生局所作業效率，改善作業流程。
5. 配合資通安全相關規範，加強資訊安全防護，提升安全性：隨著網路科技發展迅速，資訊安全及個人資料保護議題也愈趨重要，醫事管理系統需提升硬體等級，並配合軟體升級改版以提升其安全性，其中包括加強資料加密、防止駭客攻擊、減少系統漏洞等。
6. 遵循法律法規：隨著法律法規的改變，系統需要改版以遵循新的法律法規要求，包括資料隱私保護、資料保密要求等，來配合資通安全相關規範加強資訊安全防護。
7. 對於醫院關鍵核心資訊系統等數位資產，應鑑別高風險因素，採行合宜之數位韌性技術，融入各資料安全和共享所涵蓋的技術基礎設施。包括評估雲地混和備援及備份上雲等措施可行性，以提升醫療相關單位之數位應變能力與實際應用和整合。
8. 本計畫各項 API、系統開發，須符合原始碼掃描、弱點掃描等各項資安需求，例如透過以下軟體(包含但不限於)，CycloneDX/Syft 等對軟體原始碼產生 SBOM，並以弱點檢測工具(如 Google OSV-Scanner) 檢查所使用軟體元件的版本與已知問題，以確保所使用程式元件之安全性。
9. 醫療資料倘涉及交換、釋出，依情況參照「隱私強化技術應用指引」，審酌資料利用情境及最小曝露原則，善用隱私強化技術平衡隱私保護與資料運用需求，透過技術方法降低直接利用原始資料

所衍生的風險，支持醫療研究。

(三) 輔導醫療機構推動電子病歷作業

1. 持續推廣更多醫院建立「緊急醫療救護智能平臺-救急救難一站通推動計畫」之四大急重症電子病歷單張(OHCA、TRAUMA、CVA、AMI) 交換，並持續推動舊格式 CDA R2轉型為國際醫學資料標準 FHIR，協助及輔導醫院使用該格式。
2. 將 EEC 電子病歷交換中心設備移轉為虛擬機，納入本地雲管理（可動態調整 CPU、RAM、硬碟之容量），除沿用 HA 架構外，另建置負載平衡，以順遂醫院上傳與擷取病歷資料。
3. 推展醫院端 EEC 閘道（EEC Gateway）升級為 FHIR Service，將電子病歷單張電子交換由 HL7-CDA-R2更新為 HL7-FHIR 的技術架構，以促進醫院導入 FHIR 技術。
4. 依照次世代數位醫療平臺計畫，透過醫療健康資料交換標準（如 FHIR），進行全面檢視與維護，旨在達到與國際標準接軌的同時，也保持與醫事機構作業實務的連貫性。
 - (1) 數據標準化：疾病管制署與心理健康司等資料彙集平臺，皆與本部電子病歷交換中心(EEC)建有病歷資料調閱機制，如 EEC 病歷資料改以 FHIR 蒐集，制定統一的數據格式和編碼標準，可確保各部司署和系統之間可以順利地共享數據，減少重複輸入和錯誤。
 - (2) 資訊交換：建立安全可靠的醫療資訊交換平臺，實現跨單位間之數據交換和共享，提高醫療服務效率和質量。
 - (3) 隱私保護：妥善運用 HCA 醫事機構/人員憑證之簽章與加解密功能及時戳服務，確保個人醫療數據的隱私和安全，建立完善的醫療數據保護體系，防止數據外洩和濫用。
 - (4) 法律規範：制定相關法律和法規，明確規定醫療機構和個人的責任和義務，加強醫療資訊管理和監管，保障公眾健康和利益。

(四) 推動機構內部資訊整合機制

1. 便利醫事人員憑證換發便利性

HCA 依據政府機關公開金鑰基礎建設憑證政策 (Certificate Policy for the Government Public Key Infrastructure, CP for GPKI)

「保證等級第3級之個人身分鑑別程序,用戶須採臨櫃或以書面委任代理人臨櫃申請」之規定,制定註冊窗口作業暨安全規範,並於全國地方衛生局、高雄市及新北市政府衛生局所轄衛生所、臺北市政府衛生局所轄聯合稽查分隊等地點,設立註冊窗口 (Registration Authority Officer, RAO),受理全國醫事人員、醫事機構或其委託人臨櫃申請醫事人員、醫事機構憑證 IC 卡及其相關作業。

2. 推展憑證行動化應用

醫事人員行動憑證目的,讓醫護人員只靠行動裝置,如手機、平板等,即可解決以往需要醫事憑證 IC 卡(實體卡)才能執行的作業(如電子病歷簽章)。醫事機構可依據 HCA 醫事人員行動憑證管理服務窗口作業要點,向 HCA 申請擔任服務窗口,經審查通過後,服務窗口即可簽發該院之醫事人員使用行動憑證。

3. 持續優化 HCA 服務

包含 HCA 網站新增行動憑證管理服務窗口線上申辦管理功能、憑證用戶聯絡資料變更功能與電子郵件寄送排程改良作業、線上收費平臺新增批次申請繳費功能與 RAO 系統到期換發查詢功能、開發支援 Mac 及 Linux 64位元之 HCA API 元件、可提前線上換卡之機制規劃與調整等。

(五) 加強數位化醫療器材需求管理

1. 近年因疫情、區域衝突,導致全球供應斷鏈危機,醫療物資緊急需求顯現,但因過去全球貿易分工綿密,缺乏供應韌性,多數國家一度面臨重要物資匱乏。為因應斷鏈與物資缺乏風險,未來將更重視關鍵醫療物資供應的穩定性,並強化國際合作,以打造更具韌性、不易受衝擊的關鍵醫療物資供應鏈。

2. 監控國內外關鍵醫療器材供應情況，提供智慧化單一通報處理平臺，預警斷鏈危機並快速反應，穩定供應韌性。

（六）發展智慧化服務模式

1. 部屬醫院導入智慧醫療服務系統

隨著醫療資訊科技輔助與發展，帶動臨床醫療照護模式改變，另嚴重特殊傳染性疫情的衝擊下，更凸顯利用科技輔助醫療照護的重要性，將依照醫療照護流程，於門診、急診、住院、長照或社區醫療服務，規劃建置智慧醫療服務系統，另就輔助醫療專業，規劃建置智慧檢驗、智慧影像、智慧藥局、智慧護理等。本部醫院將逐年導入智慧醫療服務應用模組，提升相關智慧化服務，以提升醫療品質與病人安全。

2. 發展智慧化藥事服務

（1）精進藥品安全資訊傳遞及多元應用

除強化藥品查詢系統，提供客製化藥品資訊查詢，包括藥品仿單更新、藥品回收、藥品供應資訊等，供醫療人員使用，並推動藥品電子結構化仿單（說明書），以利藥品仿單（說明書）之重要安全資訊，例如禁忌、警語、注意事項，可整合至醫療機構醫令系統、藥局藥品管理系統及其他健康照護系統，強化藥品安全性資訊傳遞及於智慧科技之多元運用，提升民眾用藥安全，並減輕醫療人員之負擔。

（2）強化新型態藥事服務管理

參與國際會議或蒐集國際文獻，瞭解國際間智慧科技於藥事服務之運用，以及新型態藥事服務之發展趨勢，評估國內需求及可行性，以訂定智慧科技藥事服務管理規範，提升藥事服務品質及民眾用藥之便捷性。

3. 藉由精進諮詢及評析作業

（1）國外藥品短缺監測

輸入藥品可能受到國外戰爭因素、國際情勢等影響，導致

供應不穩。為及早因應處理，食品藥物管理署（下稱食藥署）擬主動持續監測國外藥品短缺網頁及國外藥品短缺輿情，針對與我國同一供應來源之輸入藥品，主動請輸入業者加強監測國外製造廠之生產供應情形，倘有異常情形，及時進行藥品短缺通報。

(2) 國內用藥需求監測

近年來國內因解封、呼吸道及腸胃道疾病個案數有增加之趨勢，為避免相關用藥短缺，食藥署將主動監測國內相關疾病之用藥需求與相關藥品之供應情形，必要時協調輸入業者增加輸入，請產能仍有餘裕之國產業者增加生產，並請國產業者提早下訂原料藥、提高原料藥儲備、新增原料藥來源等，食藥署並協助業者加速相關審查作業。

(3) 加強中盤商藥品分配及調度

鑒於藥局及診所等醫療機構多係透過中盤藥商取得所需藥品，食藥署已建置「藥品供應監測資訊系統」，與國內大型中盤藥商合作，整合其藥品庫存資料，強化藥品供應監測，並協調持有許可證之藥商，保留一定比例的藥品供應予中盤藥商，以保障藥局及醫療機構取得所需藥品。

二、預期效益

- (一) 輔導全國急救責任醫院完善電子病歷資訊化系統建置，同時導入資料自動化協作模式，建構介接資料標準，進而減少衛生及消防單位資訊不一致問題，優化急重症個案轉送流程，減少轉院次數，提升救護運輸工具之使用效率。
- (二) 運用智慧化醫療器材資訊化平臺，提昇醫療器材資訊傳遞、收集、分析與調度，滿足我國醫療需求。
- (三) 運用智慧科技建構臨床醫療照護模式，以智慧醫療提升醫療品質與病人安全，提高醫院醫事人員工作的效率和正確性，提升病人醫療品質與安全，並減輕醫事人員工作負荷。

- (四) 藉由醫療服務與資訊科技整合，從基本的醫療與照護，進展到醫療系統數位化與自動化，進而提供更有價值的醫療服務。
- (五) 運用藥事服務智慧科技，提供結構化之藥品資訊，供醫療機構、藥局及相關機構使用，強化藥品資訊傳遞，確保民眾用藥安全及便捷性，並簡化藥事人員負荷，提升藥事工作正確性。
- (六) 加強藥品供應監測，針對確有短缺疑慮之藥品，即早採取相關因應措施，保障民用用藥權益。運用監控資訊系統，改善藥品供應分配不均情事，確保各層級醫療院所及藥局之藥品供應穩定。
- (七) 維持醫事管理系統運作，每年輔助全國衛生機關受理醫事人員執業及醫事機構開業等相關申請100,000件。
- (八) 提供教育積分多元查詢資料管道，便於使用者利用開發不同之工具查詢資料。
- (九) 以自然人憑證醫事人員卡等多元登入方式，增加安全性及便利性，提升使用者操作系統之良好體驗。
- (十) 持續建立電子病歷單張標準，以利各醫院互通調閱，並配合 FHIR 標準之引用，提升各類醫療資訊可互相操作能力，以推行智慧醫療。
- (十一) 建立衛生醫療電子文件認證機制，提供安全及可信賴的網路環境，確保電子資料傳輸的完整性、機密性、資料來源的身分認證及不可否認性。HCA 提供電子簽章、加解密、醫事人員行動憑證、時戳服務及校時服務等應用，以建立電子病歷簽章作業機制之環境，俾利醫事人員執行電子病歷相關應用服務。

三、預算

- (一) 提升醫事管理系統效率，每年約需20,000千元(經常門10,000千元，資本門10,000千元)，4年合計約需80,000千元(經常門40,000千元，資本門40,000千元)。
- (二) 輔導醫療機構推動電子病歷及推動機構內部資訊整合機制相關業

務，每年約需9,589千元（經常門），4年合計約需38,356千元（經常門）。

（三）發展新型態醫療器材科技服務，每年約需15,000千元（經常門10,500千元，資本門4,500千元），4年合計約需60,000千元（經常門42,000千元，資本門18,000千元）。

（四）發展部屬醫院智慧醫院照護模式，每年約需27,000千元（資本門27,000千元），4年合計約需108,000千元（資本門108,000千元）。

（五）發展我國智慧化藥事服務，每年約需20,000千元（經常門15,000千元，資本門5,000千元），4年合計約需80,000千元（經常門60,000千元，資本門20,000千元）。

（六）強化藥品供應穩定及分配調度，每年約需30,000千元（經常門20,000千元，資本門10,000千元），4年合計約需120,000千元（經常門80,000千元，資本門40,000千元）。

第三章 優化社區共融照護量能

第一節 策進以人為本，以社區為基礎之整合性健康照護網絡

經推估，未來全國總人口數下降，且人口往城市移動，將造成非都會區人口加速流失。另隨著高齡人口持續攀升，個體老化影響身心機能衰退、衰弱，及常見於高齡者之多重慢性病問題，將有愈來愈多長者在機構度過晚年。為避免人口流動造成非都會區醫療服務需求量銳減，導致基層健康照護單位服務難以續航供給，宜及早針對非都會區，發展因地制宜措施，規劃都市地區大型醫院進行跨域醫療合作支援，並鼓勵小型醫療機構（包含基層院所）耕耘在地醫療資源量能。

優化以病人為中心之跨機構層級及跨服務領域之周全性照護模式，連結促進健康行為所需之衛生教育與社區支持資源、診治疾病所需之專業醫療服務、急性後期照護之復健復能服務、與適切佈建居家安寧緩和資源，並輔導健康照護單位與醫療機構建立相互合作與資源共享機制，強化在地社區醫療機構參與度，融合不同領域專業人員跨域合作，鼓勵導入智慧醫療技術，協調多元服務模式優化社區健康照護，促進地方醫療照護資源永續發展。

有鑑於我國醫療資源不患寡而患不均，基於交通不便、人口稀少且分散等因素，使偏鄉地區招募醫師人力更為不易，加劇整體醫療資源不均衡情形，應強化資源缺乏偏鄉地區（非山非市）之緊急醫療救護量能，維持偏鄉地區醫療照護不中斷，提高偏遠地區民眾就醫之可近性。

為因應臺灣人口老化及多重慢性病增加的趨勢，健保署將持續推動家庭醫師計畫，逐步整合各項論質計酬方案及代謝症候群防治計畫，期藉由家庭醫師醫療群早期發現代謝症候群病人，協助個案追蹤管理，延緩慢性病病程發展，亦可透過多重慢性病門診整合等措施，提升慢性病人照護品質。為將醫療服務模式逐步轉型為以病人為中心之全人照護，健保署規劃建置家醫大平台，預訂於113年底完成，平台將彙整及歸戶現有之個人健康資料（健保就醫紀錄、衛福部各司署資料庫、穿戴式裝置或個人key in之生理量測數據及健康資料等），透過數位化工具進行個案追蹤管理及提醒，

賦能民眾及回饋醫師個人化資訊，提升健康管理效率。

另配合國家長期照顧政策，鼓勵醫院辦理出院準備服務，強化出院準備轉銜長照服務量能。另現行健保已給付居家照護與安寧療護服務，將視需要邀集相關專家與學會檢討支付規範，持續擴大照護對象、服務場域，以及調升支付點數，並發展在宅急症照護模式等服務。

一、策略做法

（一）培植社區醫院與基層醫療整合照護能力

1. 為精進醫療資源服務效能，除前述推動之家庭責任醫師制度、分級醫療與雙向轉診作業外，宜落實以人為中心理念，鼓勵社區醫療機構發展多元服務模式，豐沛社區整合性照護量能，提供全人全程照顧。
2. 持續辦理「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，將全國劃分為6大醫療照護區域，於各醫療區域，委託1家責任衛生局，擔任本計畫之功能性行政作業單位，並作為區域內醫療資源整合對話與協商平臺，協調區域內各項資源，建立健康照護支援體系。
3. 配合社區醫療需求，規劃醫院病床（如急性後期照護病床、呼吸照護病床、安寧病床）轉銜社區照護之發展策略，並培育醫事人員急性後期照護識能與技能。
4. 配合健保署健保急性後期照護計畫，輔導各醫療區域強化社區醫療服務品質，促進醫院及社區長照資源間之多元合作，增進社區健康照護服務之量能。
5. 以病人需求為中心，滾動式檢討安寧療護相關支付規範。111年因應長照及末期病人需求，擴大服務場域及安寧收案條件，並增訂緊急訪視加成及調升山地離島訪視點數，以提升醫事人員投入社區式居家安寧之意願。續配合臨床實際需求，邀相關專業團體討論支付標準調整方式，強化安寧療護照護量能。
6. 提供社區多元藥事服務
與地方政府合作，協助偏鄉離島地區建立社區整合性照護網絡，

結合當地醫療資源，強化社區藥局之功能，確保偏鄉離島地區居民，不分年齡均能得到，包含用藥諮詢及服藥遵從與配合之安全性等相關的藥事服務，並針對用藥配合度不佳之病人，導正病人於用藥認知與行為上的錯誤，以提高病人的用藥配合度，同時持續配合推動長照、安養或護理機構之藥事照護服務。另針對失能、行動不便者、獨居長者或身心障礙者等特殊族群，提供送藥到府、用藥指導與諮詢服務，增強其用藥安全，建立用藥安全相關知能。

（二）推動公私協力合作模式

1. 推動不同等級的醫療機構相互合作：為充分發揮各醫療機構之醫療專長及資源，鼓勵區域內不同層級之醫療機構合作並共享資源，透過區域內醫療機構人才交流與聯合培訓，實現醫療資源最優配置，提高整體區域醫療品質。
2. 促進地區醫院合作與資源共享：推動地區醫療機構相互合作，如醫療專業人才培訓、共同藥物採購策略、電子病歷系統共享、醫療照護轉介等。
3. 優化區域醫療與照護服務結構：建立醫療、長照及居家照護間緊密的連接橋樑，使各項服務能夠順暢地互相連接，確保民眾在不同健康狀況下都能獲得完整且連續的照護，提升醫療服務的完整性。
4. 介接民間企業資源，共同擴大價值：輔導醫療機構進行專案提案並與相關企業資源媒合，吸引企業公益資源投入，建立價值共創之合作機制，促進地方醫療照護資源發展。

二、預期效益

- （一）優化區域醫療照護服務結構，精進醫療資源的分配與利用，確保病人得到適切及連續的健康照護。
- （二）發展社區整合照護模式，藉由社區醫療群及家庭醫師，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，包含跨團隊居家訪視服務，減少居家長期照護病人往返門診之舟車勞頓，及降低再

急診、再入院率，實現在地老化目標。

- (三) 完備急性後期連續式照護，期透過跨專業領域照護，以功能回復為目標，幫助病人發展獨立生活能力、改善生活品質、減少對醫療及社會服務之需求，使病人順利回歸社區。
- (四) 鼓勵地區內醫療機構共同合作，提高醫療品質及資源有效利用，確保公平與效率。
- (五) 與民間資源相互連結，爭取企業以公益投入或合作夥伴之形式，擴大地方可利用資源，共創地區醫療照護發展，並保障資源的妥適運用。
- (六) 縮短偏遠地區、獨居長者或行動不便者等特殊族群與藥品之間的距離，提升藥物可及性，發揮便民利民之效。
- (七) 即時提供藥事服務，提升民眾用藥安全，為民眾提供周全性、協調性與持續性服務。

三、預算

- (一) 辦理醫療區域輔導相關計畫，第1年約需32,200千元(經常門32,200千元)，第2年約需34,200千元(經常門34,200千元)，第3年約需36,200千元(經常門36,200千元)，第4年約需38,200千元(經常門38,200千元)，4年合計約需140,800千元(經常門140,800千元)。
- (二) 推動多元藥事服務，每年約需30,000千元(經常門30,000千元) 4年合計約需120,000千元(經常門120,000千元)。

第二節 建立安寧及善終支持網絡

為使國人尊重生命自主，並提升末期病人的照護品質，增進民眾對於生命與死亡認知識能，透過整合並優化病人自主權、安寧緩和醫療及器官捐贈等生命末期醫療照護政策，以及提供便民之系統化資訊服務，使民眾對於病人自主及安寧緩和醫療照護觀念普及化，並推動分層、分工的安寧緩和醫療網絡，強化各機關協作及橫向連結，確保末期病人能在尊嚴與關懷下善終。另透過提升各界對器官捐贈移植分配的支持與信任，促進器官

捐贈普及化，共同建構以人為中心之安寧緩和醫療照護網絡。

一、策略作法

（一）優化病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策支持環境

1. 優化病人自主權、安寧緩和醫療及器官捐贈整合系統，達成業務電子化之需求，並藉由系統自動化、整合等功能，有效率進行個案管理，以擴大服務成效，並發揮其協調與政策監督之功能，進一步作為績效評估及品質提升指標參考之依據。
2. 藉由內部資源整合，建立跨部門協調機制，以確保政策規劃執行的一致性，辦理病人自主、安寧療護及器官捐贈之政策規劃、執行之相關行政庶務，強化整合行政策略。
3. 除依據人體器官移植條例規定，補助器官捐贈者喪葬費，提升社會對器官捐贈的認識與支持，以及辦理器官保存庫維護及運作，以有效提升器官利用效率外，持續辦理捐贈眼角膜檢驗、保存及出入庫管理、皮膚保存庫之大體皮膚保存、檢驗、調度等，確保器官捐贈移植供需品質。

（二）建立並推廣民眾生命自主識能

1. 透過多元多方宣傳策略，強化生命教育，透過與醫療機構、學協會、各地方政府衛生局及民間單位合作，推廣生命教育，包括講座、工作坊及社區宣導活動，促進生命識能，重新思考生命的意義。運用多元工具廣泛傳播資訊，提高公共關注度，針對醫事人員，設計專業培訓課程，讓民眾及醫事人員對於病人自主權、安寧緩和醫療及器官捐贈有正確認知，提升各層級醫療照顧提供者之照護知能。
2. 為及早建立大眾善終概念，本部將與推廣單位合作，規劃兒童及青少年教育課程融入生命自主權倫理思辨能力訓練，並透過座談會、互動遊戲、微電影、廣播節目、趣味實體活動等貼近青少年之多元行銷策略，提升青少年對生命品質及照護選擇的認知與價

值觀，讓善終教育在年輕一代扎根，建構由下而上的生命自主權利表意、安寧緩和醫療意識及器官捐贈意願普及化的社會氛圍。

3. 以病人為中心，由醫師提出各種處置實證資料，協助病人依個人對生命生活品質、個人喜好與價值觀，共同進行醫療決策，推動並提供生命末期醫療照護資訊，協助民眾及早為生命終點做好準備。

（三）建構安寧緩和醫療照護社區網絡

1. 強化全國醫事與相關人員生命末期醫療照護之能力，發展末期病人醫療照顧模式及社區網絡模式，提供各類安寧（安寧住院、安寧共照以及居家安寧）照護服務相關醫護人力量能。
2. 輔導醫療機構發展生命末期醫療照護模式，整合在地醫療基層診所、衛生所、居家護理所提供相關服務，促進跨機構間協作及安寧服務銜接，推廣社區教育模式，以培訓在地服務團隊，發展標準化作業程序或指引，提升臨終照護品質，確保民眾善終權益及相關資源的永續運作。
3. 建置並推廣醫療體系及長照機構之安寧緩和療護整合性服務模式，逐步推廣至各層級醫療機構運作，使安寧緩和療護有效串接醫院、社區診所及長照單位，使民眾可取得連貫且整合性安寧照護服務，並提供社區診所、長照單位之醫療人員充足完備之醫院備援，整合安寧緩和醫療資源，建構健全之社區網絡系統。

二、預期效益

- （一）建立整合性安寧緩和醫療照護服務模式與網絡，並落實推動臨終相關政策，強化民眾生死認知識能。落實在地老化，使民眾享有在地性、即時性與可近性之安寧緩和醫療照護服務，保障末期病人善終尊嚴，減輕家屬照護負擔及悲傷情緒，達到生死兩相安的善終生活品質，同時推動社會持續關注病人自主、安寧療護及器官捐贈相關議題。

- （二）優化單一資訊系統，整合預立醫療決定、安寧緩和療護及器官捐

贈意願，快速勾稽病人自主意願，提供符合民眾需求之醫療機構服務資訊與宣導資源，提升善終醫療效率，減少非必要醫療資源浪費，透過民眾參與安寧療護服務的可近性，強化對建構善終照護網絡的支持，以達到更全面化的人性化照護關懷模式。

- (三) 落實醫療機構器官勸募常態，進而提升器官捐贈者意願及受捐贈者適配性及移植成功率，擴大社會大眾對器官捐贈的支持與參與，確保器捐資源分配的透明公正。

三、預算

強化整合性生命末期醫療照護服務模式與器官捐贈及移植之網絡環境，多元推廣民眾生命自主識能，第1年約需120,000千元（經常門113,000千元，資本門7,000千元），第2年約需141,000千元（經常門132,000千元，資本門9,000千元），第3年約需160,000千元（經常門151,000千元，資本門9,000千元），第4年約需160,000千元（經常門151,000千元，資本門9,000千元），4年合計約需581,000千元（經常門547,000千元，資本門34,000千元）。

第三節 維護特殊需求族群醫療權益

為維護身心障礙者之就醫權利，本部鼓勵醫療機構以「通用設計」（Universal Design）概念，規劃友善就醫服務及提供友善就醫環境、設備、溝通工具及服務流程。鑑於各類型醫療院所友善就醫環境大相逕庭，不同障礙者之就醫特殊需求迥異，且亟待提升全體相關醫事人員之障礙者權益保障意識等事項，將持續研議精進國內醫療機構友善就醫環境改善方針，擴大辦理相關研發、調查、輔導、教育訓練、獎勵與競賽活動等配套作業。

透過辦理「就醫無礙管理中心」計畫，已完成身心障礙者（含兒童及婦女）醫病溝通使用之易讀資訊，包含知情同意書、衛教單張、醫病共享決策單張與臨床醫療流程圖卡，及適用醫事人員之數位學習教材，包含CRPD核心概念簡介、實踐CRPD分享身心障礙者之就醫經驗及困境等，建置友善就醫資訊網，完成「醫療機構友善設計樣態解說手冊」等，逐步

提升友善就醫環境。

我國原住民族及離島地區分布於15縣市，包括30個山地原鄉、25個平地原鄉及18個離島鄉鎮，人口僅占全國3%，土地面積卻占44%。因土地遼闊，人口分散及交通不便，使原住民族及離島地區健康照護資源相較都會區域不足。WHO 於2003年提出健康平等概念，聯合國於2007年9月13日通過「聯合國原住民權利宣言」，強調健康是原住民基本人權之一，消弭健康不平等是聯合國2030年全球永續發展目標。依內政部統計資料，112年原住民族零歲平均餘命較全體國民零歲平均餘命（80.7歲）約低6.98歲，為落實國家希望工程施政目標「強化原住民族健康服務」，原住民健康權利保障已為世界及我國重要健康照護政策與努力目標。

一、策略做法

（一）提升友善就醫環境

1. 邀請身心障礙團體代表、老人福利、建築管理、社會福利與衛生行政主管機關、相關醫學團體、各層級醫療院所代表等領域專家組成的專案小組，凝聚各界政策推動共識。賡續推動友善就醫環境，製作適用醫事人員之數位教材，提升醫事人員之身心障礙者權益保障意識，完善就醫圖資平台，擴大辦理客製化輔導與相關教育訓練等。
2. 針對「硬體面」就醫空間，配合相關法規修正，並透過盤點「110-112年醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」成果，參酌身心障礙者與高齡長者就醫需求，據以檢討規劃未來辦理友善就醫環境獎勵方案內容，以增加醫療院所改善就醫環境與設備之意願。另持續辦理就醫無礙標竿競賽，鼓勵醫療院所建置學習範例，逐步輔導醫療院所精進民眾就醫環境。
3. 持續關注新住民、外籍人士或諳外語者，或多元性別等弱勢或特殊需求者之醫療照護需求，降低特殊需求者就醫障礙，營造多元化及合宜適性之就醫環境。
4. 提供無障礙之病人自主推廣與預立醫療諮商服務

- (1) 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統取得無障礙標章，使身心障礙者可有效使用網站資源。
- (2) 建立醫院無障礙與多語言預立醫療諮商服務，發展無障礙教具及預立醫療照護諮商說明工具書，以提供更貼近需求者之服務。

(二) 推動原鄉離島在地醫療照護

原住民健康照護受文化影響，制定因地制宜且具文化安全的原住民健康照護計畫顯得相當重要。又離島地區因地理位置，致醫療資源顯有不足，其民眾健康發生緊急情況均需空轉後送本島照護，如何促進原鄉離島民眾健康永續與醫護資源支援，一直為本部政策推動方向。

推動原鄉離島醫療照護，以增強在地醫療照護為首要目標，並運用自助、互助、共助與公助力量概念，結合中央、地方及民間資源，共同建構符合在地醫療照護文化之可近性照護體系，以促進原鄉離島健康照護之可近性及量能，提升整體健康照護政策服務利用涵蓋率，保障民眾健康平等權利。

1. 推動原鄉離島部落社區健康營造

結合在地民間組織團體，設置部落社區健康營造中心，並以「因地制宜」、「建立機制」及「永續經營」三大策略，推動部落社區健康營造。執行重點如下：

- (1) 健康議題傳播：瞭解部落/社區民眾健康相關資料，及其健康影響因素及需求，選定符合在地需求健康議題，進行健康知能傳播。
- (2) 辦理家庭健康關懷：瞭解家庭成員使用公共衛生健康政策之服務利用情形，提供有健康需求或健康狀況異常者相關服務資訊及協助轉介。

2. 促進原鄉離島健康照護研究發展及跨域合作

- (1) 補助民間機構團體辦理原鄉離島健康促進服務：持續委託專業機構團體協助，輔導地方政府推動健康營造事務，以提升部落

社區健康照護能量。另補助民間機構團體辦理原鄉離島健康促進服務，共同營造在地健康生活建立與永續。

- (2) 強化原鄉離島健康照護知能及交流合作：為展現原鄉離島健康照護政策成效，增進原鄉離島醫事人員健康照護服務知能，辦理原鄉離島健康照護相關政策、研討會或教育訓練，促進在地健康照護人員、國內外專家學者與民間團體及機關進行健康照護經驗分享與交流。

3. 營造原鄉離島衛生所（室）之服務品質

原鄉離島環境特殊，當地居民醫療、公共衛生及保健業務多需仰賴衛生所（室）提供，爰須強化在地醫療照護資源，以提升原鄉離島民眾醫療可近性及照護品質。

- (1) 營造原鄉離島衛生所（室）之服務品質：協助原鄉離島地區衛生所整建及停機坪維護，更新醫療設備、資訊設備軟硬體或巡迴醫療車輛。

(2) 精進原鄉離島智慧醫療照護：

- I. 賡續辦理原鄉離島衛生所醫療資訊系統（HIS/PACS）增修及維護，並規劃辦理醫療資訊系統雲端化運作，強化資訊安全，以確保醫療服務效率及品質。
- II. 強化基礎網路建設，賡續提升衛生所（室）及巡迴醫療點網路頻寬至100Mbps 或當地最高網速，並持續維運，以提升醫療資訊及影像傳送品質，縮短原住民族及離島地區數位落差。
- III. 為補實原鄉離島專科醫療資源，於110-113年已擴大推動原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診，提供眼、耳鼻喉及皮膚科等專科服務，透過衛生所與後端大型醫院合作的專科醫師之醫療視訊會診服務，落實民眾在地化醫療在地化。114年起持續推動，並依地方需求逐步擴大服務科別，使民眾在地享有醫院層級之醫療照護。

(3) 提升原鄉離島在地醫療照護量能

- I. 依據「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」及「離島開業醫事機構與長期照顧服務機構獎勵及輔導辦法」，補助醫事人員至原鄉離島開業，賡續充實在地醫療照護資源。
- II. 補助本部澎湖醫院、金門醫院、三軍總醫院澎湖分院及連江縣立醫院等4家，辦理護理人力留任、健康照護等服務加值措施，以提升醫療照護服務量能。

二、預期效益

- (一) 因應各類障礙者不同就醫需求，從法規面與實務面推動醫療機構建置友善就醫環境，逐步改善國內就醫環境友善度，維護身心障礙者就醫權益。
- (二) 使身心障礙者可簡易查找預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統內容，進行醫療機構諮商服務時，可正確、清楚了解預立醫療決定所簽署內容，提供民眾便民服務。
- (三) 提升原住民族及離島地區部落社區健康照護服務利用涵蓋率，增進在地民眾之健康維護與促進。
- (四) 促進跨領域合作效能，發展健康照護資源產業，以促進在地人服務在地人之健康照護資源育成。
- (五) 提升原鄉離島在地醫療量能及可近性，並落實醫療在地化，縮短城鄉醫療差距。

三、預算

- (一) 提升友善就醫環境相關工作，運用醫療發展基金預算辦理，不於本計畫編列預算。
- (二) 部落社區健康營造中心及輔導中心，每年依各縣市所提需求公開徵求，預計每年約需63,400千元（經常門63,400千元），4年合計需253,600千元整（經常門253,600千元）。
- (三) 辦理原鄉離島相關健康照護政策研討會等，預計每年約需3,500千

元(經常門3,500千元),4年合計需14,000千元整(經常門14,000千元)。

- (四) 辦理原鄉離島國內外健康照護業務,每年預計約需4,000千元(經常門4,000千元),4年合計需16,000千元整(經常門16,000千元)。
- (五) 原鄉離島衛生所(室)新(重、擴)建及空間整修(修繕)計畫及離島地區停機坪及相關設施整建(修),每年依各縣市所提需求規劃及預算編列,預計每年約需50,000千元(經常門1,000千元、資本門49,000千元),4年合計需200,000千元整(經常門4,000千元、資本門196,000千元)。
- (六) 辦理原鄉離島衛生所醫療、資訊設備及巡迴醫療(機)車更新購置,每年依各縣市所提需求規劃預算編列,預計每年約需21,000千元(資本門21,000千元),4年合計需84,000千元整(資本門84,000千元)。
- (七) 辦理原鄉離島醫事機構開業補助預計每年約需3,000千元(經常門1,300千元及資本門1,700千元),4年合計需12,000千元(經常門5,200千元及資本門6,800千元)。
- (八) 加強離島地區在地醫療優質照護品質預算編列,預計每年約需60,000千元(經常門57,500千元、資本門2,500千元),4年合計需240,000元整(經常門230,000千元、資本門10,000千元)。
- (九) 辦理原鄉離島衛生所醫療資訊系統軟、硬體設備維護、增修及委託判讀計畫,預計每年約需20,000千元(經常門18,000千元,資本門2,000千元),4年合計需80,000千元整(經常門72,000千元,資本門8,000千元)。
- (十) 辦理原鄉離島衛生所(室)及巡迴醫療點頻寬維護,預計每年約需10,000千元(經常門10,000千元),4年合計需40,000千元整(經常門40,000千元)。
- (十一) 辦理原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務,增修及維運遠距醫療專科門診視訊平臺(含郵電相關費用),並依需求擴大服務範

圍等，預計每年經費約需30,000千元（經常門20,000千元，資本門10,000千元），4年總經費預估需120,000千元（80,000千元，資本門40,000千元）。

第四章 因應社會變遷調適政策

第一節 導引醫療機構實踐社會責任

財團法人法於108年2月1日施行，就財團法人之設立許可、組織營運及管理監督等，建立共通性管理規範，使各政府機關能更有效管理，並促進財團法人之健全發展，以確實達成鼓勵其積極從事社會公益，進而增進民眾福祉之目標。本部所管醫療衛生相關財團法人約286家，其中包含政府捐助之財團法人7家，民間捐助之財團法人279家；若以醫療法人區分，則有53家醫療財團法人及53家醫療社團法人。爰依各類法人之任務性質差異，對各類法人之管理監督密度應有不同，且有需配合財團法人法及其相關法令規定，持續檢討醫療法人及衛生財團法人管理相關法令與制度之必要。

近年網際網路及資訊科技迅速發展，資通安全及個人資料外洩事件時有所聞，促使醫療法人及衛生財團法人重視資通安全問題，並能逐步提升資安防護能力，採行適當安全措施確保系統與資料安全，有其必要。

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

一、策略做法

（一）輔導法人善盡社會責任

1. 持續檢討修訂醫療法人相關法規及制度：委託辦理醫療法人法規及制度研究，以研擬有效之醫療法人管理政策，並提出相關法規及制度之修正建議，俾利適時修正醫療法人管理相關法令，以強化醫療財團法人監督，促其善盡社會公益責任，並使醫療社團法人之運作更具彈性，俾利永續經營。
2. 優化醫療衛生法人事務監督機制：持續辦理相關教育訓練，增進法人管理階層及行政人員對於有關法令之認知，加強對資通安全

及個人資料保護之重視，俾強化其法令遵從度，提升行政管理效能。持續檢討將醫療法人及衛生財團法人監督管理相關事項委外辦理機制及作法，以彌補機關人力不足需要及提升業務監督執行效率。

3. 維護及增修醫療法人資訊管理系統：藉由教育訓練等模式，輔導醫療法人線上申請相關行政作業，逐步達成電子化申請業務，減少紙類印刷，落實無紙化政策。另藉由該系統將醫療法董事登記資料、財產登記資料、財務報表等加以紀錄，以適時掌握各類申報資料之管理及異動情形，減少相關行政作業人力需求。
4. 維護及增修衛生財團法人資訊管理系統：增修衛生財團法人資訊管理系統相關功能，提升法人申報資料之便利性，以適時掌握各類申報資料之管理及異動情形，減少相關行政作業人力需求。
5. 輔導醫療法人善盡社會責任與創新永續發展：研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施，就辦理成效優良者，給予適當獎勵，以促其投入並善盡社會公益責任。

（二）輔導與管理醫療機構醫療廢棄物

藉由對醫療院所推動醫療廢棄物之源頭減量、妥善分類、拓展再利用管道等方式，並提供廢棄物法規、減廢及再利用之諮詢輔導，強化醫療院所對醫療廢棄物管理的認知。

二、預期效益

- （一）良善法制作業環境，提升法人治理效能，促其善盡社會責任，永續經營發展，保障民眾就醫權益。
- （二）強化醫療院所對醫療廢棄物管理認知。

三、預算

- （一）持續檢討修訂醫療法人相關法規及優化監督制度，第1年約需7,500千元（經常門7,500千元），第2年約需8,000千元（經常門8,000千元），第3年約需8,500千元（經常門8,500千元），第4年約需9,000

千元(經常門9,000千元),4年合計約需33,000千元(經常門33,000千元)。

(二) 優化衛生財團法人監督事務,第1年約需8,000千元(經常門8,000千元),第2年約需8,600千元(經常門8,600千元),第3年約需9,200千元(經常門9,200千元),第4年約需9,800千元(經常門9,800千元),4年合計約需35,600千元(經常門35,600千元)。

(三) 醫療法人資訊管理系統維護與增修,每年約需3,000千元(經常門2,500千元,資本門500千元),4年合計約需12,000千元(經常門10,000千元,資本門2,000千元)。

(四) 衛生財團法人資訊管理系統維護及增修,每年約需3,000千元(經常門500千元,資本門2,500千元),4年合計約需12,000千元(經常門2,000千元,資本門10,000千元)。

(五) 研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施,每年約需3,000千元(經常門3,000千元),4年合計約需12,000千元(經常門12,000千元)。

(六) 辦理輔導醫療機構資源回收再利用及查核共同清除處理、再利用機構污染防治相關計畫,含辦理研討會及查核、輔導、維護醫療廢棄物處理網,每年約需5,000千元(經常門5,000千元),4年合計約需20,000千元(經常門20,000千元)。

第二節 和諧醫療工作場域

為保障醫師勞動權益,確保病人安全,本部經與勞動部協商,針對自主性與選擇性較受限制之住院醫師,自108年9月1日起適用勞動基準法,並經勞動部指定為該法第84條之1工作者,工時上限依本部108年7月31日公告修正之「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」規範。另公立醫療院所依公務人員法制進用之住院醫師,因已有相關公務人員法制規範,爰不列入本次適用勞基法之範圍,惟其工時仍須符合本部公告之「住院醫師勞動

權益保障及工作時間指引」規定，並列入教學醫院評鑑評核項目，以保障其權益。對於自主性高之主治醫師，考量醫療型態特殊性，貿然實施勞基法，恐將衝擊醫病關係、病人就醫權益與偏鄉醫療服務提供等，本部已推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，保障其勞動權益。

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

一、策略做法

（一）保障醫師勞動權益

1. 落實住院醫師勞動權益保障

- (1) 委託專業團體辦理醫師勞動權益保障輔導措施，配合政策推動辦理說明會及座談會。
- (2) 持續蒐集住院醫師勞動權益保障及工作時間相關意見，調查分析醫師勞動權益及工作時間現況。

2. 推動受僱醫師勞動權益保障法制化

- (1) 持續檢討與調整臨床研究員與醫療機構訂定聘用契約注意事項。
- (2) 推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，將工作契約、職災補償、退休保障及醫療業務風險保障等納入規範。
- (3) 配合醫療法修正實施進度，研擬訂定相關授權規定。

（二）精進醫療事故預防及醫療爭議處理措施

1. 精進醫事專業諮詢（下稱諮詢）及醫療爭議評析（下稱評析）

遴選評析（諮詢）委員，建置及維運評析（諮詢）人才庫，簡化評析（諮詢）業務（含收案、資料檢核、病歷資料整理、案件審查、召開小組會議等相關業務），另建置評析（諮詢）案件資料庫，引入大數據分析及資料探勘。

2. 提升醫療事故關懷品質

為提升醫療機構關懷人員說明、溝通及關懷能力，納入聯合訓練模式辦理訓練講習，強化醫療爭議發生時，醫療機構對醫事人員提供之關懷及具體協助之能力，並藉由發展醫療爭議處理關懷相關課程（包含發展多元化教材，如線上化教材及影像式教學等），精進醫療事故關懷支持網路。另辦理醫療事故關懷服務績優表揚，獎勵說明、溝通及關懷成效優良之個人、醫療機構、專業機構或團體，以強化醫療事故關懷工作。

3. 建構韌性醫療爭議調解機制

辦理調解相關訓練，賡續培養調解人才及增進技能，協助醫病雙方有效溝通，拉近彼此認知，化解爭議。研發並更新醫療爭議調解專家訓練教材，依法規及實務需要，彙編更新版醫療爭議調解委員指引手冊。辦理醫療爭議調解機制相關宣導，鼓勵民眾運用醫療爭議調解機制。發展醫療爭議處理資訊管理系統，並持續增修及維運，期待藉由系統自動化、整合及半結構化內容等功能，統計量化及分析醫療爭議類型，據以研擬規劃施政策略方案，達到政府推動業務電子化之目標。另依法補助直轄市、縣（市）主管機關醫療爭議調解會運作之經費，以期提高調解會運作效能。

4. 優化醫療事故及爭議處理法暨關懷資源專區（下稱專區）

強化對民眾、醫療院所及地方政府衛生局提供醫療爭議處理資源、諮詢、轉介、專家推薦及媒合服務之功能。以電話協談或發展線上客服等方式，提供醫療爭議處理資源諮詢專線。於專區提供醫預法相關資訊及資源，並藉由專區，對99床以下醫院、診所或其他醫事機構，提供外部醫療事故關懷支持網絡及各類資源。

建置及維護跨縣市之醫療爭議處理專家人才庫，及就服務個案及資訊來源進行相關統計分析。

5. 精進醫療事故預防制度

舉辦病人安全管理制度相關教育訓練，以預防及降低醫療事故發生，並使醫院內醫事人員及其他相關人員，獲得學習除錯之機會。由醫療機構主動進行完整之調查及分析根本原因，並提出系統性改善方案後通報主管機關，藉以促成跨機構間之學習分享，期避免重大醫療事故重複發生。同時，強化重大醫療事故通報系統之大數據資料庫功能，作為未來快速辨識病人安全事件之基礎。未來就重大醫療事故事件，將以專家實地及書面審查併行，爰將培訓重大醫療事故根本原因分析及改善人才，利用結構化方式系統化檢視個案與事件，以了解事件背後之影響因素，藉以檢討與提供改善建議方向。另對於辦理病人安全管理制度成效優良之醫院，予以獎勵，以達成深化病人安全制度之目標。

6. 提升醫事鑑定處理時效，改善鑑定作業品質，減輕醫事人員執業負擔

(1) 強化醫事鑑定流程及人才培訓

持續檢討改善醫事鑑定案件之處理流程及相關作業規定，並精進培訓方案及充實各科別領域專家鑑定人才庫，以持續改善鑑定作業品質與透明度，提升作業時效。刑事訴訟法於113年5月15日施行，規定鑑定人須具結、具名及到庭以言詞說明，考量前揭規定可能造成鑑定人備受騷擾、報復等困擾，多數委員、專家、鑑定機構皆不願意繼續配合參與本部醫事審議委員會醫事鑑定，將使本部面臨無法審理刑事案件醫事鑑定之窘境，而司法或檢察機關若無醫事鑑定報告供參，實難繼續進行判決或偵查程序，恐影響醫事糾紛兩造雙方之權益，故將持續研議刑事訴訟新制對醫事鑑定造成衝擊之因應措施（例如：將醫事鑑定業務回歸司法或檢察機關依其職權辦理、邀集相關學會研

擬醫事鑑定建議收費標準等)，避免醫事糾紛訴訟程序延宕，造成醫事人員負擔而影響其執業。

(2) 優化醫事糾紛鑑定資訊處理效能

依政策規劃及資訊安全規定需求，維持醫事糾紛鑑定資訊系統運作，並持續增修其功能，以優化系統穩定性及操作便利性，俾利進行案件管理、分析及資訊分享。

二、預期效益

- (一) 藉由推動受僱醫師勞動權益保障法制化、調查分析醫師勞動權益及現況，並持續檢討與調整臨床研究員與醫療機構訂定聘用契約注意事項，進而保障醫師勞動權益，建構友善職場環境，確保病人安全。
- (二) 藉由精進諮詢及評析作業、提升醫療事故關懷品質、建構韌性醫療爭議調解機制、精進醫療事故預防制度及優化醫療事故及爭議處理法暨關懷資源專區，以拉近醫病認知差距，促進醫病和諧關係，迅速解決醫療爭議，促進共同學習以提升醫療品質，並保障民眾近接資訊權，使民眾擁有在地性、及時性與可近性醫療爭議諮詢服務。
- (三) 藉由持續檢討改善醫事鑑定流程、培訓鑑定人才、優化資訊系統效能、及研議刑事訴訟新制對醫事鑑定造成衝擊之因應措施，提升醫事鑑定處理時效、改善鑑定作業品質、減輕醫事人員執業負擔。

三、預算

- (一) 委託辦理醫師勞動權益保障相關法制研擬及工作時間調查等計畫，每年約需20,000千元（經常門20,000千元），4年合計約需80,000千元（經常門80,000千元）。
- (二) 優化醫療事故關懷及爭議調解計畫，第1年約需136,500千元（經常門130,500千元，資本門6,000千元），第2年約需111,500千元（經常門105,500千元，資本門6,000千元），第3年約需109,500千元（經常

門103,500千元，資本門6,000千元)，第4年約需108,500千元（經常門102,500千元，資本門6,000千元），4年合計約需466,000千元（經常門442,000千元，資本門24,000千元）。

（三）精進醫療事故預防相關制度，每年約需35,000千元（經常門32,000千元，資本門3,000千元），4年合計約需140,000千元（經常門128,000千元，資本門12,000千元）。

（四）強化醫事鑑定流程及人才培訓，每年約需20,000千元（經常門20,000千元），4年合計約需80,000千元（經常門80,000千元）；另優化系統，每年約需3,500千元（經常門1,500千元，資本門2,000千元），4年合計約需14,000千元（經常門6,000千元，資本門8,000千元）。

第三節 滾動式法規調適

醫療新興科技快速發展，精準醫療近來深受各界矚目。人體生物資料庫在精準醫療中扮演著關鍵的角色，本部於99年發布施行人體生物資料庫管理條例，帶動我國人體生物資料庫建置發展，訂有資訊安全管控規範以及商業利益回饋機制，可使納入人體生物資料庫之檢體及其相關醫療與生物資訊，合法提供學術界和產業界申請使用，108年10月亦號召國內多家人體生物資料庫，建置人體生物資料庫整合平臺，推動國內生物資料庫資源串連與資訊共享。此外，人體基因、生物標記、醫學影像等生物資料運用發展多元，針對是類生物檢體所衍生之數據、資料及資訊，人體生物資料庫亦有蒐集、運用之需求，應就生物資料庫多元生態，完善治理規範與監督機制，以利實務管理所需，並順應當前生物醫學發展趨勢，持續進行人體生物資料庫管理條例及相關子法規之修法作業。

在生醫科技迅速發展的時代，再生醫療相關領域之技術與知能已逐漸成熟，並加速擴大應用至臨床醫學。為推動國內細胞治療技術與國際接軌，本部於107年修正發布特管辦法，開放6項安全性可確定、療效可預期之細胞治療技術項目。為了建構更周延的再生醫療發展環境，並順應國際間醫

療發展趨勢，重整我國再生醫療管理架構，提出再生醫療法及再生醫療製劑條例二部草案，從醫療執行端、製劑端、細胞製備端全面納管，並完備再生醫療研究發展、人體試驗、組織細胞源頭管理等產業鏈所必需之管理機制，同時兼顧再生醫療臨床應用之品質與安全。希望在法規引導與輔助下，提供安全有品質的再生醫療服務。

因應我國對於精準醫療發展的政策，現今創新生物科技及市場需求爆發成長的分子檢測，大多是在實驗室內發展與使用。為維護是類實驗室自行開發檢測之品質，保障病人安全，本部於110年2月9日發布修正特管辦法新增實驗室開發檢測（Laboratory Developed Tests, LDTs）管理之相關規定，將與癌症、藥物、罕見疾病、病原體等診斷、治療相關之基因檢測納入管理，期望於維護病人安全之前提下，提供病人優質之醫療照護，同時促進醫療生技醫藥產業發展。

隨著全球再生醫療、精準醫療及數位醫療等新興科技領域快速發展，在各國產學研界的投入下，相關技術也源源不絕的開發並應用。本部將以分階段漸進之方式，規劃和持續完備新興醫療技術管理之相關配套機制及措施，亦期待透過再生醫療專法的制定，完善管理法規制度，並有效整合資源，以營造友善環境，共同促進國內再生醫療產業發展。

一、策略做法

（一）開展新興醫療技術與再生醫學

蒐集、盤點國內新興醫療科技相關法規與產業發展趨勢，除評估相關單位所遭遇之困難，並針對國際上推動新興醫療科技之管理政策、規範及推動作法等進行比較、分析，以臻我國新興醫療科技相關法規制度發展進程與規劃，另透過相關管理法規之調適，衡平新興醫療於學術研究及產業發展之實務需求。

1. 完善再生醫療管理制度，研擬再生醫療法相關子法與規範，完善整體運作機制，保障病人安全。
2. 優化相關資訊系統功能，控管申請、審核與核定案件進度，提升行政效率，有效管理。

（二）人體生物資料庫管理接軌國際，滾動檢討人體研究相關法規

1. 因應國際健康資料治理趨勢，檢討修訂人體生物資料庫管理條例及相關配套法規，以使相關個資運用能保障參與者權益，兼顧產、學、研運用資料彈性。
2. 人體生物資料庫管理進行數位轉型，透過資訊系統加速人體生物資料庫相關管理行政作業，建構持續性監測制度，於平時監測人體生物資料庫相關數據並定時回報，以強化查核作業。
3. 盤點我國人體研究及人體試驗相關法規，建置系統化作業，簡化申請流程，加強查核機制，加速我國新興醫療技術發展。

（三）完善實驗室開發檢測管理

1. 依特管辦法第37條規定，食藥署辦理實驗室開發檢測（Laboratory Developed Tests, LDTs）實驗室認證。隨著檢測技術及國際標準日新月異，市場上癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測，或產前及新生兒染色體與基因變異檢測等檢測蓬勃發展，唯有持續精進實驗室檢測品質之管理要求，透過實驗室查核及品質管理訓練，提升實驗室人員對品質管理之認知，並落實品質管理，始能確保實驗室開發檢測之品質，促使社區民眾獲得可信賴之檢測結果，提升社區民眾取得各項檢測之可近性。同時，建置精準醫療分子檢測實驗室認證管理資訊系統，系統性管控實驗室查核之各階段及各結果，並以風險評估原則，進行各類檢測複雜度與風險程度之管控，訂定專案性不定期查核，強化實驗室通過認證之後續管理，並能即時監測認證實驗室之檢測品質，把關精準醫療分子檢測品質，以完善在地精準醫療照護環境。
2. 精進實驗室開發檢測施行計畫審查流程，並就高複雜度及委託境外實驗室之檢測加強管理，以確保醫療機構施行實驗室開發檢測之品質。
3. 建立實驗室開發檢測施行計畫後續追蹤管理機制，就實驗室開發檢測項目之異常事件、醫療不良事件、特殊事件、新聞事件或通

報、檢舉、投訴等事件訂定追蹤指標，以確保實驗室開發檢測準確性及安全性。

4. 健全「實驗室開發檢測登錄管理系統」功能，建立以線上方式進行實驗室開發檢測計畫相關申請、登錄、審查、核准及追蹤作業，以達到行政效能提升、資訊公開透明之目的。

（四）促進美容醫學品質提升及強化管理

為維護美容醫學品質及確保民眾就醫安全，已於107年9月6日將削骨、鼻整形、義乳植入、大量抽脂、臉部拉皮、全身拉皮、腹部整形等7大類屬較高風險之美容醫學手術納入特管辦法管理，同時規範其執行人員資格、術前同意、麻醉執行等事項。為落實及提升美容醫學醫療機構之品質，針對美容醫學醫療機構相關品質認證、執業人員資格及廣告三方面加強推廣及管理，除持續強化美容醫學民眾宣導及資訊揭露，如定期公告登記施行特定美容醫學手術之醫療機構及通過醫策會美容醫學品質認證之醫療機構，亦將醫療廣告查核列為地方政府衛生局督導考核項目，以強化醫療廣告之查處效率。

（五）醫院重處理及使用仿單標示單次醫材輔導及審查

為使醫院於重處理及使用仿單標示單次使用醫療器材時有所依循，以維持醫療品質及病人安全，本部於109年公布「醫院重處理及使用仿單標示單次醫材作業指引」，並自109年起委託辦理「醫院重處理及使用仿單標示單次醫材輔導及審查作業計畫」及外部稽核作業。原預計以3年作為過渡期，基於醫治病人需要、病人經濟可負擔性、及國內尚無重處理單次醫材之廠商等因素，爰延長醫院可申請「醫院重處理及使用說明書標示單次醫材」之期間，原自113年1月1日起，重處理單次醫材者一律視為「製造」業者，已於112年12月14日公告修正「醫療法第一百零八條第四款中央主管機關規定禁止使用之藥物」規定，將過渡期自112年12月31日延長至115年12月31日止。

為維持醫療品質及病人安全，並為持續接受醫療院所提出申請計畫，辦理初步審查及資料彙整作業，提送本部「單次使用醫療器材再使用審議小組」申請計畫，受理醫院嚴重不良反應事件通報後，並進行調查及完成調查報告等工作事項，爰延續辦理醫院重處理及使用仿單標示單次醫材輔導及審查作業。

二、預期效益

- (一) 推動新興醫療科技應用與管理規範，鼓勵相關學研、產業共同投入，協助建構完整產業服務價值鏈，提升運用於臨床之新醫療技術品質，保障民眾就醫安全及權益。
- (二) 活絡我國人體生物資料庫生物資料、生物檢體使用，提升國內人體生物資料庫運作品質，建立與國際學術機構或生技產業合作關係。簡化人體研究及人體試驗申請流程，加速我國新興醫療技術發展。
- (三) 精進 LDTs 認證檢測品質管理，提升產業品質能力及認證實驗室後續管理，即時監測認證實驗室品質。
- (四) 完善實驗室開發檢測監管機制，提升檢測品質，鼓勵相關產業投入。
- (五) 促進國內美容醫學品質提升及強化管理，持續推廣美容醫學醫療機構品質認證，並提升民眾對美容醫學之正確認知。

三、預算

- (一) 開展新興醫療技術與再生醫學，優質化臨床試驗創新環境，第1年約需30,000千元(經常門28,000千元，資本門2,000千元)，第2年約需41,000千元(經常門39,000千元，資本門2,000千元)，第3年至第4年各約需46,000千元(經常門44,000千元，資本門2,000千元)，4年合計約需163,000千元(經常門155,000千元，資本門8,000千元)。
- (二) 辦理人體生物資料庫設置管理及進行數位轉型，與研修人體研究相關法規及建立配套措施，第1年約需19,000千元(經常門11,000千元，資本門8,000千元)，第2年約需30,000千元(經常門25,000千

元，資本門5,000千元)，第3年及第4年各約需35,000千元（經常門32,000千元，資本門3,000千元），4年合計約需119,000千元（經常門100,000千元，資本門19,000千元）。

（三）精進我國基因檢測技術發展及管理機制，第1年約需15,000千元（經常門10,000千元，資本門5,000千元），第2年約需20,000千元（經常門15,000千元，資本門5,000千元），第3年及第4年各約需25,000千元（經常門20,000千元，資本門5,000千元），4年合計約需85,000千元（經常門65,000千元，資本門20,000千元）。

（四）辦理 LDTs 實驗室認證管理相關業務，第1年及第2年各約需15,000千元（經常門10,000千元、資本門5,000千元），第3年及第4年各約需15,000千元（經常門12,000千元、資本門3,000千元），4年合計約需60,000千元（經常門44,000千元，資本門16,000千元）。

（五）促進美容醫學品質提升及檢視與調整特定技術法規，第1年約需21,000千元（經常門21,000千元），第2年至第4年各約需22,000千元（經常門22,000千元），4年合計約需87,000千元（經常門87,000千元）。

（六）辦理「醫院重處理及使用仿單標示單次醫材輔導及審查作業」計畫相關業務，每年約需5,000千元（經常門5,000千元），4年合計約需20,000千元（經常門20,000千元）。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

自114年1月1日起至117年12月31日止。

二、所需資源說明

(一)所需人力需求：本計畫因配合國家政策，將以機關現有預算員額調整因應。

(二)所需財務需求：本計畫114至117年所需經費為5,262,856千元。

陸、預期效果及影響

有鑑於我國人口結構邁入超銳減化、超高齡化、超少子化及超集中化趨勢，加上近年重大新發疫情與災難衝擊，以及全球性氣候異常，導致醫療需求改變、多重慢性病增加、偏遠鄉鎮數目擴大、以及醫事人力短缺等隱憂，考驗我國醫療資源運用效能、平時醫療服務與醫事人力整備落實度、以及緊急醫療體系與急重症醫療品質之因應能力。

一、盤整醫療機構動員能力，規劃物資備援與調度機制，加強病床資源活化，提升使用效益，並輔助小型醫療機構永續經營。

二、透過促進日常化與資訊化評鑑作業，推動醫療機構即時資訊流通，協助臨床資訊及指標E化收集與導出，運用數位管理因應風險建置自動預警機制，持續改善臨床流程，並進行醫療機構服務動線再設計，以提升醫療體系韌性與敏捷應對力。

三、強化區域聯防急重症照護，建立縱向、橫向聯繫機制及災害緊急醫療應變量能儲備，運用智慧化分析提升災難應變時系統資料處理量能及反應效率，完備緊急醫療指揮調度體系。

四、儲備民間緊急應變技能，發展多元化急救教材，增加民眾學習急救技能便利性及可及性；辦理複合式災難演練與大量傷病人應處能力，整合地方政府衛生局緊急應變量能，強化社區緊急救護應變力。

- 五、為保障醫師勞動權益，持續蒐集各界對住院醫師勞動權益保障相關意見，推動醫療法修法，增訂其他聘僱醫師勞動權益保障專章，研議將工作契約、職災補償及退休保障等納入規範，並持續與相關團體研商，充份與各界溝通研議尋求共識，以保障醫師勞動權益，維護病人安全。
- 六、加值醫事人力資源管理機制並優化臨床教學環境，強化醫事人員臨床核心技能與韌性能力，以增進醫事人員落實全人照護、跨專業之溝通合作，確保培養符合未來社會健康需求之醫事人員，進而提升整體醫療環境品質與量能。
- 七、健全新進中醫師中醫學科臨床診療能力及強化西醫臨床醫學訓練，提升臨床處置效益，完善就醫品質環境，以提供民眾優質服務。
- 八、落實相關措施以有效妥速處理醫療爭議，同時改善醫療執業環境，進一步促進醫病共好雙贏。
- 九、強化醫院與社區資源之連結，完善體系之分工及銜接，鼓勵區域內不同層級之醫療機構合作與資源共享，並與民間資源合作，共創永續價值，提升整體區域醫療品質。
- 十、為提升末期病人的照護品質、增進民眾對於生命與死亡認知識能，透過整合並優化病人自主權、安寧緩和醫療及器官捐贈等生命末期醫療照護政策，提供便民之系統化資訊服務，使民眾對於安寧緩和醫療照護觀念普及化，並推動分層、分工的安寧緩和醫療網絡，強化各機關橫向連結，共同建構以人為中心之善終支持網絡。
- 十一、持續關注新興醫療發展，因應智慧醫療發展，完善新進技術管理機制，並確保醫療品質及病人權益。

柒、財務計畫

本計畫涵蓋數個權責單位之工作整合與精進，持續辦理前一期計畫所推動之各項作業，並加強塑造疫後韌性醫療照護體系相關策略。本計畫執行期間為114年至117年計4年，申請經費，從前一期計畫近60億元預算降為52.6億元，各項經費計算基礎編列詳如下表。

表 8 各項經費計算基礎

(單位：千元)						
年度 項目	策略做法摘要	114年	115年	116年	117年	合計
壹、邁向健康臺灣韌性醫療體系						
一、提升整體醫療資源使用效益	推動家庭責任醫師制度，落實分級醫療政策，策進病床使用效能與加強管控機制。	14,000	14,000	14,000	14,000	56,000
二、落實日常整備管理	1.強化風險管理及病人安全工作，改革醫院評鑑制度，精進醫院緊急醫療能力分級制度。 2.完善產後護理之家品質管理	113,300	115,300	114,300	116,300	459,200
三、活絡在地緊急應變韌性	整合緊急醫療資源，並透過線上化平台或系統強化相關資源運用，提升社區緊急應變能力	33,000	22,500	22,500	22,500	100,500
貳、加值人力資源管理機制						
一、醫事人力整備回流	1.偏遠地區部屬醫院積極與診所、區域醫院及醫學中心等醫院合作，延攬專科醫師駐診服務，藉由人力支援方式，提供民眾在地醫療(門、住、急診)需求，減少就醫奔波之苦。 2.透過辦理國際性健康議題論壇、國際醫衛人員訓練中心、醫療器材援助平臺及醫療衛生援助等計畫，推展國際合作與交流平臺。	128,700	128,700	128,700	128,700	514,800

年度 項目	策略做法摘要	114年	115年	116年	117年	合計
二、護產人力資源整合及多元能力發展	1.改善護產執業環境與執業率 2.精進專科護理師制度及強化人才培育 3.完善醫院護理佐理人力制度	76,500	76,500	76,500	76,500	306,000
三、醫事系統數位化管理	1.運用醫療器材短缺通報單一資訊平台，提昇醫療器材需求評估效率，期預警斷鏈危機並快速因應。 2.透過發展電子結構化仿單平臺及資料庫建置，將有助於整合至醫療及健康照護資訊系統，強化藥品安全資訊傳遞與運用。 3.發展國際間智慧科技於藥事服務之運用，以及新型態藥事服務之發展趨勢，以提升藥事服務品質及民眾用藥之便捷性。 4.透過整合中盤商藥品庫存資料，強化藥品供應監測，並妥善調度藥品供應，以保障藥局及醫療機構取得所需藥品。 5.發展部屬醫院智慧化服務模式。	121,589	121,589	121,589	121,589	486,356
參、優化社區共融照護量能						
一、策進以人為本，以社區為基礎之整合性健康照護網絡	1.持續辦理「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，將全國劃分為6大醫療照護區域，於各醫療區域，委託1家責任衛生局，作為區域內醫療資源整合對話與協商平臺，協調區域內各項資源，建立健康照護支援體系及推動跨層級之醫療機構相互合作機制。 2.與地方政府合作，結合當地醫療資源，強化社區藥局之功能。	62,200	64,200	66,200	68,200	260,800

年度 項目	策略做法摘要	114年	115年	116年	117年	合計
二、建立安寧及善終支持網絡	提供便民資訊促進民眾對於病人自主及安寧緩和醫療照護觀念普及化，並共同推動分層、分工的安寧緩和醫療網絡，確保末期病人能在尊嚴與關懷下善終。	120,000	141,000	160,000	160,000	581,000
三、維護特殊需求族群醫療權益	1.推動原鄉離島部落社區健康營。 2.促進原鄉離島健康照護研究發展及跨域合作 3.營造原鄉離島衛生所（室）之服務品質。	264,900	264,900	264,900	264,900	1,059,600
肆、因應社會變遷調適政策						
一、導引醫療機構實踐社會責任	1. 持續檢討修訂醫療法人相關法規及制度。 2. 優化醫療衛生法人事務監督機制。 3. 維護及增修醫療法人資訊管理系統。 4. 維護及增修衛生財團法人資訊管理系統。 5. 輔導醫療法人善盡社會責任與創新永續發展。	29,500	30,600	31,700	32,800	124,600
二、和諧醫療工作場域	1. 精進醫事專業諮詢及醫療爭議評析。 2. 提升醫療事故關懷品質。 3. 建構韌性醫療爭議調解機制。 4. 優化醫療事故及爭議處理法暨關懷資源專區。 5. 精進醫療事故預防制度。 6. 提升醫事鑑定處理時效，改善鑑定作業品質，減輕醫事人員執業負擔。	215,000	190,000	188,000	187,000	780,000
三、滾動式法規調適	透過實驗室品質管理訓練、後續管理及建置資訊系統，提升實驗室開發檢測品質管理系統。	105,000	133,000	148,000	148,000	534,000
總計		1,283,689	1,302,289	1,336,389	1,340,489	5,262,856

備註:各項經費編列原則，臚列於表20。

各項重要措施與該計畫執行期間所需總經費約為新臺幣5,262,856千元(含經常門與資本門)，係以公務預算為主要經費來源，無自籌財源；其中醫事司3,068,100千元，護理及健康照護司1,390,800千元，食品藥物管理署440,000千元，附屬醫療及社會福利機構管理會149,600千元，國際合作組140,000千元，資訊處38,356千元，綜合規劃司36,000千元。

表 9 各單位經費編列一覽表

(單位：千元)

執行單位	114年	115年	116年	117年	合計
醫事司	735,000	753,600	787,700	791,800	3,068,100
護理及健康 照護司	347,700	347,700	347,700	347,700	1,390,800
食品藥物管 理署	110,000	110,000	110,000	110,000	440,000
附屬醫療及 社會福利機 構管理會	37,400	37,400	37,400	37,400	149,600
國際合作組	35,000	35,000	35,000	35,000	140,000
資訊處	9,589	9,589	9,589	9,589	38,356
綜合規劃司	9,000	9,000	9,000	9,000	36,000
總計	1,283,689	1,302,289	1,336,389	1,340,489	5,262,856

捌、附則

一、風險管理

(一)風險辨識

我國面臨人口銳減化、少子化、高齡化、與集中化趨勢，與國際疫情更迭、全球氣候異常等威脅下，整合有限醫療資源並強化運作效能更顯重要。然依據本部委託之研究結果顯示，我國醫療資源仍需均衡分配管理以避免資源過度集中，持續培植醫事人力避免人才斷層，加強全人全社區整合性服務，及關注偏遠地區及醫療資源不足地區醫療量能，積極塑造疫後韌性醫療體系，以因應環境變遷帶來的各式挑戰。倘未能辦理本計畫，將嚴重影響我國衛生與醫療體系之醫療照護品質。

為使計畫如期、如質、如度完成，經分析前期計畫所遭遇問題，評估可能影響本計畫目標、期程及經費達成之風險項目，據以研析其發生之可能情境、現有風險對策及可能影響層面，綜整如下表。

表 10 風險情境對策分析

風險項目	風險情境	現有風險對策
A：醫療資源分配不均，影響我國醫療服務品質。	醫療資源包含病床與醫事人力，按國外經驗顯示高齡化社會下，對急性病床需求漸減，對社區型醫療服務需求漸增，我國現有醫療資源分布結構，尚不足以因應高齡化社區之醫療服務需求。	應積極建置韌性醫療體系以因應未來人口與環境變遷，加值人力資源管理機制、優化社區共融照護量能，以提升本計畫推動成效。
B：相關補助或委託辦理計畫核定作業恐有延誤，影	相關計畫公告、申請、核定等作業耗時耗力，致受補助或受委託單位執行計畫時間有限，或難以順利銜接計畫期程以	規劃跨年度計畫期程(如兩年期計畫)，應預作因應並減少計畫相關公告、核定等行政作業時間，以順

風險項目	風險情境	現有風險對策
響計畫期程。	致中斷辦理。	利推動相關計畫無縫性銜接辦理。
C：計畫核定預算經費，無法滿足計畫執行所需經費。	計畫核定經費與實際所需(或分配到可使用)經費時有落差，影響計畫執行內容落實度或預期目標達成度。	依據實際分配到之經費調整計畫執行項目與目標值，並妥善運用其他計畫結餘款，籌措短缺費用。

(二) 風險分析

參考「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」、「風險影響程度分類表」，建立「風險判定基準」，風險值（影響程度及發生機率之乘積）2以下，予以容忍。

表 11 計畫風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
可能性分類 (等級)	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
機率之描述	5年內只會在特殊的情況下發生	5年內有些情況下會發生	5年內大部分的情況下會發生

表 12 計畫風險影響程度分類表－影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	形象	社會反應
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	嚴重	中度危機	衛生福利部形象受損	要求追究衛生福利部行政責任

1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任
---	----	------	---------	--------------

表 13 計畫風險判定基準

發生機率 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2	高度風險 R=3

極度風險(R=9)：需立即採取處理行動消除或降低其風險。

高度風險(R=3~6)：需研擬對策消除或降低其風險。

中度風險(R=2)：仍需進行控管活動降低其風險。

低度風險(R=1)：不需執行特定活動降低其風險。

(三)風險處理

本部就所辨識之各項風險，依據前述風險評量標準及其現有風險對策，分析各項風險發生之可能性及影響程度，訂定「風險評估及處理彙總表」(表14)、「計畫現有風險圖像」(圖3)及「計畫殘餘風險圖像」(圖4)。

表 14 風險評估及處理彙總表

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性× 影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性× 影響程度)
受補助或委託辦理計畫單位未按原核定內容推動	計畫雖經本部核定執行，惟受補助單位可能因人事異動等情形，影響計畫推動執行。	將持續管考受補助或委託辦理計畫單位依核定計畫推動期程及達成績效目標，作為未來年度補助之參考依據。	4 (2x2)	於計畫期間，與受補助單位建立良好溝通機制，並於期中審查計畫執行進度及方向，協助輔導	2 (2x1)

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性×影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性×影響程度)
				受補助單位，依計畫目標執行。	
受補助或委託辦理計畫計畫核定作業延誤，影響計畫期程	受補助或委託辦理計畫計畫公告、申請、核定作業過遲，致受補助單位執行計畫時間過於窘迫，亦無法順利銜接上下年度。	規劃跨年度計畫期程（如二年期計畫），減少計畫相關公告、核定等行政作業時間；另業請相關受補助或委託辦理計畫單位預作規劃以加速後續計畫申請流程事宜。	2 (2x1)	無	2 (2x1)
年度法定預算無法滿足計畫編列及執行所需經費	計畫所需經費與實際分配到可使用之經費有落差，影響計畫執行內容或難以達成預期目標。	依據實際分配到之經費調整計畫執行項目，籌措單位內其他計畫結餘款。	2 (2x1)	無	2 (2x1)

圖3、計畫現有風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4 ■ 受補助單位未按原核定內容推動	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2 ■ 補助計畫核定作業延誤，影響計畫期程 ■ 執行新興計畫與原構想規劃之落差	高度風險 R=3

		■ 年度法定預算無法滿足計畫編列及執行所需經費	
--	--	-------------------------	--

圖4、計畫殘餘風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2 ■ 受補助單位未按 原核定內容推動	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2 ■ 補助計畫核定作業延誤， 影響計畫期程 ■ 執行新興計畫與原構想規 劃之落差 ■ 年度法定預算無法滿足計 畫編列及執行所需經費	高度風險 R=3

二、相關機關配合事項或民眾參與情形

為促使本計畫各項工作順利推動，方能達到具體效益，茲將本計畫各項工作與其他部會配合執行事項彙整如下：

表 15 各項工作與其他部會配合執行事項

工作項目 (策略)	子項目	協辦機關	配合事項
一、提升整體醫療資源使用效益	(一) 推動家庭責任醫師制度，持續落實分級醫療政策。	各直轄市、縣(市)政府、醫療機構	

	<p>(二) 策進病床使用效能 與加強管控機制</p> <p>(三) 規劃病床多元運用 與適性轉型</p> <p>(四) 提升基層醫事機構 醫療防疫應變能力</p>		
<p>三、落實日常 整備管理</p>	<p>(一) 強化風險管理及病人安全工作</p> <p>(二) 改革醫院評鑑制度</p> <p>(三) 精進醫院緊急醫療能力分級制度</p>	<p>醫院、精神照護機構與產後護理之家評鑑委辦單位、各直轄市、縣(市)政府、醫療機構。</p>	

三、中長程個案計畫自評檢核表

表 16 中長程個案計畫自評檢核表

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

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	(2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a.現有人力運用情形 b.計畫結束後，請增人力之處理原則 c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源		✓			
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商		✓			
	(2)是否檢附相關協商文書資料		✓			
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		✓			本計畫不適用。
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定（中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法第10條）		✓			
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		✓			
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		✓			
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理		✓			
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓				
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓				
10、環境影響分析（環境政策評估）	是否須辦理環境影響評估		✓			非環境影響評估法第5條之開發行為。
11、淨零轉型通案評估	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		✓			本計畫不適用。
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		✓			
	(3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標		✓			
	(4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫		✓			
	(5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		✓			
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓			本計畫不適用。

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
13、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓			本計畫不適用。
14、落實公共工程或房屋建築全生命週期各階段建造標準	是否瞭解計畫目標，審酌其工程定位及功能，對應提出妥適之建造標準，並於公共工程或房屋建築全生命週期各階段，均依所設定之建造標準落實執行		✓			本計畫不適用。
15、公共工程節能減碳及生態檢核	(1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理		✓			本計畫不適用。
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		✓			本計畫不適用。
16、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		✓			本計畫不適用。
17、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		✓			本計畫不適用。
18、營(維)運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運)		✓			本計畫不適用。
19、房屋建築朝近零碳建築方向規劃	是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理		✓			本計畫不適用。
20、地層下陷影響評估	屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理		✓			本計畫不適用。
21、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓				計畫部分工作涉及資訊系統規劃部分，將依本部資訊安全相關管理規範進行資通安全防護規劃。

主辦機關核章：承辦人

單位主管

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

四、性別影響評估檢視表

中長程個案計畫性別影響評估檢視表【一般表】

【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫

表 17 中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【填表說明】 各機關使用本表之方法與時機如下：			
一、計畫研擬階段			
(一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員(至少1人)，或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。			
(二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：			
1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。			
2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。			
二、計畫研擬完成			
(一) 請填寫完成【第一部分－機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分－程序參與】，宜至少預留1週給專家學者(以下稱為程序參與者)填寫。			
(二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分－機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。			
三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。			
四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。			
註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。			
計畫名稱：強化醫療防疫照護體系落實健康台灣計畫(草案)(114-117年度)			
主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列提案機關/單位)	醫事司
壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。			
評估項目		評估結果	
1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】 性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約(CEDAW)可參考行政院性別平等會網站(https://gec.ey.gov.tw)。		1. 行政院自100年函頒「性別平等政策綱領(以下簡稱綱領)」，復於110年5月修正綱領整體架構，凝聚6面向及33項推動策略，其中推動策略之「健康、醫療與照顧」	

	<p>中，加強人員性別平等意識，將有助於落實《性別平等政策綱領》或「消除對婦女一切形式歧視公約」的理念，消滅性別刻板印象造成之身心健康危害，提供具性別敏感度之醫療保健與相關服務。</p> <p>2. 本計畫業考量性別平等相關法規與政策，無缺乏性別敏感度與性別刻板印象情形。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析（含前期或相關計畫之執行結果），並分析性別落差情形及原因】 請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」（https://www.gender ey.gov.tw/research/）、「重要性別統計資料庫」（https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/）（含性別分析專區）、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會－性別分析」（https://gec ey.gov.tw）。</p> <p>b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體： 1政策規劃者（例如：機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。 2服務提供者（例如：機關執行人員、委外廠商人力）。 3受益者（或使用者）。</p> <p>c. 前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析（例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性），探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p> <p>d. 未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標（如2-1之f）。</p>	<p>1. 根據國民健康署106年「國民健康訪問調查」，18歲以上國人自評健康狀態，自評健康狀態「好」者，男性為55.6%，女性為53.7%，男性較女性高；另外20至64歲國人曾經醫師診斷罹患各項慢性疾病罹病率，其中大多數的慢性疾病罹病率是男性高於女性，只有在心臟疾病、骨質疏鬆、癌症、關節炎及白內障之罹病率為女性高於男性。</p> <p>2. 依據112年第32週內政統計通報指出，國人平均壽命為79.84歲，其中男性76.63歲、女性83.28歲，男女平均餘命差異6.65歲，女性平均餘命較男性長（請確認資料是否最新）。</p> <p>3. 本計畫主針對未來人口超高齡化、少子化等人口結構更迭、疫情後時代醫療供需平衡，以及氣候變遷等議題，規劃中長期全國衛生醫療政策之推動，目標對象為全國民眾，並未對特定性別有所差異。</p> <p>4. 依據本部醫事管理系統統計，本部113年底男性護理人員執業佔全國執業護理</p>

	人員比例4.6%。
評估項目	評估結果
<p>1-3【請根據1-1及1-2的評估結果，找出本計畫之性別議題】 性別議題舉例如次：</p> <p>a.參與人員 政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p>b.受益情形 1 受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。 2 受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p>c.公共空間 公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。 1 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。 2 安全性：消除空間死角、相關安全設施。 3 友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容 藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e.研究類計畫 研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	<p>1. 本計畫業召開6次工作會議進行溝通，未來為有效進行政策研擬及溝通，會持續邀集公部門及醫療機構團體之專家學者進行計畫意見收音作業，共同規劃及研析本計畫之規劃方向。</p> <p>2. 上開研商過程之參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p>

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

評估項目	評估結果
<p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對1-3的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p>a.參與人員</p> <p>1促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。</p> <p>2加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。</p> <p>3營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</p> <p>b.受益情形</p> <p>1回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</p> <p>2增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。</p> <p>3增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。</p> <p>c.公共空間</p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <p>1消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。</p> <p>2提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>1產出具性別觀點之研究報告。</p> <p>2加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。</p> <p>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</p> <p>g.其他有助促進性別平等之效益。</p>	<p>■有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明除計畫書第20頁外，為推動整體護產人力資源整合及多元能力發展，透過指標觀察政策推動對各性別之職場留任效益，將「男性護理人員執業比」列為績效指標外，其餘計畫內容未針對參與對象設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p> <p>□未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p>
評估項目	評估結果
<p>2-2【請根據2-1本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】</p> <p>請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：</p> <p>a.參與人員</p>	<p>■有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄</p>

<p>1本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。</p> <p>2前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。</p> <p>b.宣導傳播</p> <p>1針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。</p> <p>2宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。</p> <p>3與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。</p> <p>c.促進弱勢性別參與公共事務</p> <p>1計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。</p> <p>2規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。</p> <p>3辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。</p> <p>4培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。</p> <p>d.培育專業人才</p> <p>1規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。</p> <p>2辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。</p> <p>3培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。</p> <p>4辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。</p> <p>e.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容</p>	<p>敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p>1.除本計畫書第115頁中，為推動整體護產人力資源整合及多元能力發展，透過指標觀察政策推動對各性別之職場留任效益，將「男性護理人員執業比」列為績效指標外，其餘計畫內容未針對參與對象設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p> <p>2. 加強護理工作性別平權觀念，透過與護理團體共同推動護理專業形象宣導藉由男性護理人員之現身說法及相關活動露出，鼓勵男性進入護理科系就讀，及推動護理人員性別工作平等在職教育課程，提高職場間性別平等意識，以去除護理專業人員之性別刻板印象與偏見，提升男性護理人員執業比例，亦經由「護理職場爭議通報平台」，提供職場性別不友善案件通報管道，改善不同性別之職場困境。</p> <p>3.本計畫研商過程之參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，故未訂定性別目標及相關策略。</p> <p><input type="checkbox"/>未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：</p>
--	--

<p>1規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。</p> <p>2製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。</p> <p>3規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。</p> <p>f.建構性別友善之職場環境</p> <p>委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職），以營造性別友善職場環境。</p> <p>g.具性別觀點之研究類計畫</p> <p>1研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。</p> <p>2以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。</p>	
評估項目	評估結果
<p>2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】</p> <p>各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>	<p>■有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.產後護理之家評鑑相關作業經費25,200千元 2.身心障礙女性友善就醫環境經費，業納入其他預算辦理。 3. LGBTI 族群友善醫療環境經費未獨立編列經費。 <p>□未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：</p>
<p>【注意】填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分一程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。</p>	
<p>參、評估結果</p> <p>請機關填表人依據【第二部分一程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。</p>	
<p>3-1綜合說明</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將持續追蹤人口統計等相關性別分析。除性別統計分析外，並依需要進行年齡與性別之交叉分析。 2. 將持續加強建構及充實醫事人員之性別友善執業環境。 3. 維護身心障礙者及新住民等特殊需求者就醫權益，建置友善就醫環

	境，提升醫事人員多元文化溝通能力，以減少歧視及偏見，營造合適的就醫環境。	
3-2參採情形	3-2-1 說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）	
	3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	
3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 年 月 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。		

- 填表人姓名：黃敏玲 職稱：約聘研究員 電話：(02)8590-7327 填表日期：113年4月11日
- 本案已於計畫研擬初期 ☒ 徵詢性別諮詢員之意見，或 ☐ 提報各部會性別平等專案小組（會議日期： 年 月 日）
- 性別諮詢員姓名：王秀紅 服務單位及職稱：考試院考試委員 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）（請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案）

【第二部分—程序參與】：由性別平等專家學者填寫

程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一： <input type="checkbox"/> 1.現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址： http://www.taiwanwomencenter.org.tw/ ）。 <input type="checkbox"/> 2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。 <input checked="" type="checkbox"/> 3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。	
（一）基本資料	
1.程序參與期程或時間	113 年 4 月 30 日 至 113 年 4 月 30 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	1.姓名職稱： <u>王秀紅考試委員/教授</u> 2.服務單位： <u>考試院/高雄醫學大學</u> 3.專長領域： <u>護理教育、婦女健康、高齡長期照護、社區衛生、健康促進、健康政策、性別主流化政策、領導與管理</u>
3.參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見
（二）主要意見 （若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填4至10欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）	
4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	依各相關性平法規

5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	合宜
8.執行策略之合宜性	無訂定性別目標
9.經費編列或配置之合宜性	合宜

<p>10.綜合性檢視意見</p>	<p>一、本案為第十期醫療網計畫草案：「強化醫療防疫照護體系落實健康台灣計畫」，主要目標為邁向健康臺灣韌性醫療體系，有效運用照護服務資源。</p> <p>二、計畫提供相關統計資料，包括：(1)國民健康署106年「國民健康訪問調查」，18歲以上國人自評健康狀態，自評健康狀態「好」者，男性為55.6%，女性為53.7%。(2)20至64歲國人曾經醫師診斷罹患各項慢性疾病罹病率，其中大多數的慢性疾病罹病率男性高於女性，而心臟疾病、骨質疏鬆、癌症、關節炎及白內障之罹病率為女性高於男性。(3)國人平均餘命為79.84歲，其中男性76.63歲、女性83.28歲，男女平均餘命差異6.65歲。建議未來持續對各項執行業務成果及指標進行性別統計分析，進而，以性別為基礎進行各種交織性分析，例如年齡、族群等之交叉分析。</p> <p>三、計畫在規劃階段召開6次工作會議進行溝通，並說明未設定特定性別對象，兩性均共同參與，然而，卻未明確說明兩性參與的性別比率。建議未來提供性別相關資料，以符合任一性別不得少於三分之一之原則。</p> <p>四、計畫主要是針對未來人口超高齡化、少子女化等人口結構改變、後疫情時代醫療供需平衡、以及氣候變遷等議題，規劃中長期全國衛生醫療政策。計畫受益對象為全國民眾，並未對特定性別有所差異，計畫也特別強化弱勢族群(例如：身心障礙者、高齡者、原住民、新住民等)的友善醫療照護模式以及脆弱家庭育兒指導服務方案等。</p> <p>五、足夠的醫療健康照護人力(Human Resource for Health)是確保醫療服務品質及病人安全的基石。建議對於提供全民健康的醫事人員(尤其大多數為女性的護理人員)，應積極改善其執業環境(例如：暴力與霸凌事件預防以及心理韌力的復原等)，並關注其工作與生活的平衡，確保身心健康及留任，以強化醫療防疫照護體系落實健康台灣計畫。</p>
-------------------	--

(三) 參與時機及方式之合宜性	合宜
本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。 (簽章，簽名或打字皆可) <u>王秀紅</u>	

五、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

表 18 中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
本計畫屬「淨零轉型」所屬子計畫（請檢視填寫下列事項）						
「十二項關鍵戰略」歸屬	屬「十二項關鍵戰略」之哪一項： _____。		✓		✓	本計畫非屬十二項關鍵戰略之一。
1、計畫緣起	(1)是否已參酌該項關鍵戰略之各階段性目標、績效指標、里程碑、機關權責分工、預期效益		✓		✓	
	(2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容		✓		✓	
2、計畫目標 (含績效指標、衡量標準及目標值等)	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2) 績效指標、衡量標準及目標值是否具體？是否有基準年比較值及具體計算、蒐集方式等		✓		✓	
3、現行相關政策及方案之檢討	(1)如屬淨零轉型所屬子計畫之延續性計畫，是否就「十二項關鍵戰略」之階段性目標、績效指標、里程碑、預期效益等之達成，辦理前期計畫執行成效評估，並納入總結評估報告		✓		✓	
	(2)是否將相關配套之淨零轉型所屬子計畫，檢討納入本計畫內容，以利發揮綜效		✓		✓	
4、執行策略及方法	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2)是否已預先辦理社會對話與溝通，並將公正轉型工作納入本計畫之執行規劃，涵蓋項目，列舉如： ● 辨識可能衝突及爭議—含利害關係人； ● 提出衝突及爭議之處理機制—如辦公聽會、說明會、協調會等； ● 建立支持體系的工具手段—如編列相關預算、協調相關部會提出配套措施等；		✓		✓	

	<ul style="list-style-type: none"> ● 公私協力做法—如預定邀集之相關公私立單位等； ● 預定辦理期程； ● 定期辦理問卷調查驗證成果做法等。 					
	(3)是否掌握淨零科技之研發與導入，提升整體計畫減碳之貢獻，引領公私部門淨零轉型		✓		✓	
5、期程與資源需求	是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
6、預期效果及影響	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式		✓		✓	

六、其他有關事項

無。

表 19 各年度經費明細表

單位:千元

項目	負責 單位	114 年 合計	114 年 經常門	114 年 資本門	115 年 合計	115 年 經常門	115 年 資本門	116 年 合計	116 年 經常門	116 年 資本門	117 年 合計	117 年 經常門	117 年 資本門	合計	經常門	資本門
一、邁向健康臺灣韌性醫療體系	醫事司 健保署 心健司 照護司	160,300	130,510	29,790	151,800	129,100	22,700	150,800	131,100	19,700	152,800	133,100	19,700	615,700	523,810	91,890
(一) 推動家庭責任醫師制度，持續落實分級醫療政策	醫事司 健保署	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	40,000	40,000	0
(二) 策進病床使用效能與加強管控機制	醫事司 健保署	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	16,000	16,000	0
(三) 強化風險管理及病人安全工作	醫事司	10,000	10,000	0	12,000	12,000	0	14,000	14,000	0	16,000	16,000	0	52,000	52,000	0
(四) 改革醫院評鑑制度與辦理相關作業	醫事司	90,000	77,000	13,000	90,000	77,000	13,000	87,000	77,000	10,000	87,000	77,000	10,000	354,000	308,000	46,000
(五) 精進醫院緊急醫療能力分級制度	醫事司	7,000	7,000	0	7,000	7,000	0	7,000	7,000	0	7,000	7,000	0	28,000	28,000	0
(六) 後疫情精神照護機構評鑑制度	心健司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(七) 完善產後護理之家品質管理	照護司	6,300	6,300	0	6,300	6,300	0	6,300	6,300	0	6,300	6,300	0	25,200	25,200	0
(八) 強化全民急救訓練，提升公共場所 AED 效能，	醫事司	13,000	7,900	5,100	10,000	8,800	1,200	10,000	8,800	1,200	10,000	8,800	1,200	43,000	34,300	8,700

項目	負責 單位	114 年 合計	114 年 經常門	114 年 資本門	115 年 合計	115 年 經常門	115 年 資本門	116 年 合計	116 年 經常門	116 年 資本門	117 年 合計	117 年 經常門	117 年 資本門	合計	經常門	資本門
完善社區 「生存之鏈」																
(九)儲備民間緊急應變技能	醫事司	20,000	8,310	11,690	12,500	4,000	8,500	12,500	4,000	8,500	12,500	4,000	8,500	57,500	20,310	37,190
二、加值人力資源管理機制	醫事司 醫福會 綜規司 國合組 照護司 資訊處 食藥署	326,789	259,224	67,565	326,789	259,224	67,565	326,789	259,224	67,565	326,789	259,224	67,565	1,307,156	1,036,896	2,70,260
(一)精進多元人才培育	醫事司	70,300	69,800	500	70,300	69,800	500	70,300	69,800	500	70,300	69,800	500	281,200	279,200	2,000
(二)強化衛生福利部所屬醫院服務量能	醫福會	10,400	10,400	0	10,400	10,400	0	10,400	10,400	0	10,400	10,400	0	41,600	41,600	0
(三)推廣繼續教育線上學習	醫事司	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	4,000	0	16,000	16,000	0
(四)推展國際合作與交流平臺	綜規司 國合組	44,000	44,000	0	44,000	44,000	0	44,000	44,000	0	44,000	44,000	0	176,000	176,000	0
(五)改善護產執業環境與執業率	照護司	35,000	30,000	5,000	35,000	30,000	5,000	35,000	30,000	5,000	35,000	30,000	5,000	140,000	120,000	20,000
(六)精進專科護理師制度及強化人才培育	照護司	36,000	32,935	3,065	36,000	32,935	3,065	36,000	32,935	3,065	36,000	32,935	3,065	144,000	131,740	12,260
(七)完善醫院護理輔佐人力制度	照護司	5,500	3,000	2,500	5,500	3,000	2,500	5,500	3,000	2,500	5,500	3,000	2,500	22,000	12,000	10,000
(八)卓進醫事管理系統效率	醫事司	20,000	10,000	10,000	20,000	10,000	10,000	20,000	10,000	10,000	20,000	10,000	10,000	80,000	40,000	40,000

項目	負責 單位	114 年 合計	114 年 經常門	114 年 資本門	115 年 合計	115 年 經常門	115 年 資本門	116 年 合計	116 年 經常門	116 年 資本門	117 年 合計	117 年 經常門	117 年 資本門	合計	經常門	資本門
(九)推動電子病歷作業與機構內部資訊整合機制	資訊處	9,589	9,589	0	9,589	9,589	0	9,589	9,589	0	9,589	9,589	0	38,356	38,356	0
(十)加強數位化醫療器材需求管理	食藥署	15,000	10,500	4,500	15,000	10,500	4,500	15,000	10,500	4,500	15,000	10,500	4,500	60,000	42,000	18,000
(十一)發展智慧化服務模式	醫福會 食藥署	77,000	35,000	42,000	77,000	35,000	42,000	77,000	35,000	42,000	77,000	35,000	42,000	308,000	140,000	168,000
三、優化社區共融照護量能	醫事司 食藥署 照護司	447,100	353,900	93,200	470,100	374,900	95,200	491,100	395,900	95,200	493,100	397,900	95,200	1,901,400	1,522,600	378,800
(一)培植社區醫院與基層醫療整合照護能力	醫事司	32,200	32,200	0	34,200	34,200	0	36,200	36,200	0	38,200	38,200	0	140,800	140,800	0
(二)提供社區多元藥事服務	食藥署	30,000	30,000	0	30,000	30,000	0	30,000	30,000	0	30,000	30,000	0	120,000	120,000	0
(三)鼓勵公私協力合作	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(四)整合生命末期服務模式與器捐及移植環境，多元推廣民眾生命自主識能	醫事司	120,000	113,000	7,000	141,000	132,000	9,000	160,000	151,000	9,000	160,000	151,000	9,000	581,000	547,000	34,000
(五)提升友善就醫環境	醫事司	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(六)推動原住民族及離島地區在地醫療照護	照護司	264,900	178,700	86,200	264,900	178,700	86,200	264,900	178,700	86,200	264,900	178,700	86,200	1,059,600	714,800	344,800

項目	負責 單位	114 年 合計	114 年 經常門	114 年 資本門	115 年 合計	115 年 經常門	115 年 資本門	116 年 合計	116 年 經常門	116 年 資本門	117 年 合計	117 年 經常門	117 年 資本門	合計	經常門	資本門
四、因應社會變遷調適政策	醫事司 食藥署	349,500	315,500	34,000	353,600	322,600	31,000	367,700	340,700	27,000	367,800	340,800	27,000	1,438,600	1,319,600	119,000
(一)輔導法人善盡社會責任	醫事司	24,500	21,500	3,000	25,600	22,600	3,000	26,700	23,700	3,000	27,800	24,800	3,000	104,600	92,600	12,000
(二)輔導與管理醫療機構醫療廢棄物	醫事司	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	20,000	20,000	0
(三)保障醫師勞動權益	醫事司	20,000	20,000	0	20,000	20,000	0	20,000	20,000	0	20,000	20,000	0	80,000	80,000	0
(四)精進醫療事故預防及醫療爭議處理措施	醫事司	195,000	184,000	11,000	170,000	159,000	11,000	168,000	157,000	11,000	167,000	156,000	11,000	700,000	656,000	44,000
(五)開展新興醫療技術與再生醫學	醫事司	30,000	28,000	2,000	41,000	39,000	2,000	46,000	44,000	2,000	46,000	44,000	2,000	163,000	155,000	8,000
(六)人體生物資料庫管理接軌國際以及滾動檢討人體研究相關法規	醫事司	19,000	11,000	8,000	30,000	25,000	5,000	35,000	32,000	3,000	35,000	32,000	3,000	119,000	100,000	19,000
(七)完善實驗室開發檢測管理	醫事司 食藥署	30,000	20,000	10,000	35,000	25,000	10,000	40,000	32,000	8,000	40,000	32,000	8,000	145,000	109,000	36,000
(八)促進美容醫學品質提升及強化管理	醫事司	21,000	21,000	0	22,000	22,000	0	22,000	22,000	0	22,000	22,000	0	87,000	87,000	0
(九)醫院重處理及使用仿單標示單次醫材輔導及審查	醫事司	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	20,000	20,000	0
合計		1,283,689	1,059,134	224,555	1,302,289	1,085,824	216,465	1,336,389	1,126,924	209,465	1,340,489	1,131,024	209,465	5,262,856	4,402,906	859,950

表 20 各年度經費明細編列依據與說明

單位:千元

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
一、邁向健康臺灣韌性醫療體系					
(一) 推動家庭責任醫師制度，持續落實分級醫療政策	醫事司	開展跨層級合作聯盟機制，辦理分區同儕標竿學習與交流精進活動 經常門 2,000 千元*5 場=10,000 千元	開展跨層級合作聯盟機制，辦理分區同儕標竿學習與交流精進活動 經常門 2,000 千元*5 場=10,000 千元	開展跨層級合作聯盟機制，辦理分區同儕標竿學習與交流精進活動 經常門 2,000 千元*5 場=10,000 千元	開展跨層級合作聯盟機制，辦理分區同儕標竿學習與交流精進活動 經常門 2,000 千元*5 場=10,000 千元
	健保署	無編列經費	無編列經費	無編列經費	無編列經費
(二) 策進病床使用效能與加強管控機制	醫事司	辦理審查醫療資源設置及相關管理作業，委託辦理醫療資源管理制度研究及病床使用效益評估等計畫 經常門 4,000 千元	辦理審查醫療資源設置及相關管理作業，委託辦理醫療資源管理制度研究及病床使用效益評估等計畫 經常門 4,000 千元	辦理審查醫療資源設置及相關管理作業，委託辦理研析特殊病床管理機制評估等計畫 經常門 4,000 千元	辦理審查醫療資源設置及相關管理作業，委託辦理檢討醫療資源管理指標及病床使用效益評估等計畫 經常門 4,000 千元
	健保署	無編列經費	無編列經費	無編列經費	無編列經費
(三) 強化風險管理及病人安全工作	醫事司	推動病人安全工作目標等相關工作，經常門需 10,000 千元，	推動病人安全工作目標等相關工作，經常門需 12,000 千元、	推動病人安全工作目標等相關工作，經常門需 14,000 千元、	推動病人安全工作目標等相關工作，經常門需 16,000 千元，
(四) 改革醫院評鑑制度與辦理相關作業	醫事司	辦理醫院評鑑相關作業，每年預計需 90,000 千元（經常門 77,000 千元，資本門 13,000 千元） 1.醫院評鑑及教學醫院評鑑、分級評定及追蹤輔導訪查相關作業：經常門 70,000 千元，資本門 13,000 千元。 2.政策規劃及評鑑改革：經常門 7,000 千元	辦理醫院評鑑相關作業，每年預計需 90,000 千元（經常門 77,000 千元，資本門 13,000 千元） 1.醫院評鑑及教學醫院評鑑、分級評定及追蹤輔導訪查相關作業：經常門 70,000 千元，資本門 13,000 千元。 2.政策規劃及評鑑改革：經常門 7,000 千元	辦理醫院評鑑相關作業，每年預計需 87,000 千元（經常門 77,000 千元，資本門 10,000 千元） 1.醫院評鑑及教學醫院評鑑、分級評定及追蹤輔導訪查相關作業：經常門 70,000 千元，資本門 10,000 千元。 2.政策規劃及評鑑改革：經常門 7,000 千元	辦理醫院評鑑相關作業，每年預計需 87,000 千元（經常門 77,000 千元，資本門 10,000 千元） 1.醫院評鑑及教學醫院評鑑、分級評定及追蹤輔導訪查相關作業：經常門 70,000 千元，資本門 10,000 千元。 2.政策規劃及評鑑改革：經常門 7,000 千元
(五) 精進醫院緊急醫療能力分級制度	醫事司	辦理醫院緊急醫療評鑑相關作業，每年預計需 7,000 千元（經常門）。	辦理醫院緊急醫療評鑑相關作業，每年預計需 7,000 千元（經常門）。	辦理醫院緊急醫療評鑑相關作業，每年預計需 7,000 千元（經常門）。	辦理醫院緊急醫療評鑑相關作業，每年預計需 7,000 千元（經常門）。
(六) 後疫情精神照護機構評鑑制度	心健司	無編列經費	無編列經費	無編列經費	無編列經費

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
(七)完善產後護理之家品質管理	照護司	辦理產後護理之家評鑑相關作業，每年預計約需 6,300 千元（經常門 6,300 千元）。	辦理產後護理之家評鑑相關作業，每年預計約需 6,300 千元（經常門 6,300 千元）。	辦理產後護理之家評鑑相關作業，每年預計約需 6,300 千元（經常門 6,300 千元）。	辦理產後護理之家評鑑相關作業，每年預計約需 6,300 千元（經常門 6,300 千元）。
(八)強化全民急救訓練，提升公共場所 AED 效能，完善社區「生存之鏈」	醫事司	辦理優化「公共場所 AED 急救資訊網」及整合現有急救教育訓練資源，第 1 年約需 13,000 千元（經常門 7,900 千元，資本門 5,100 千元）。	辦理優化「公共場所 AED 急救資訊網」及整合現有急救教育訓練資源，第 2 至 4 年，每年約需 10,000 千元（經常門 8,800 千元，資本門 1,200 千元）。	辦理優化「公共場所 AED 急救資訊網」及整合現有急救教育訓練資源，第 2 至 4 年，每年約需 10,000 千元（經常門 8,800 千元，資本門 1,200 千元）。	辦理優化「公共場所 AED 急救資訊網」及整合現有急救教育訓練資源，第 2 至 4 年，每年約需 10,000 千元（經常門 8,800 千元，資本門 1,200 千元）。
(九)儲備民間緊急應變技能	醫事司	1.辦理緊急醫療資源不足地區等 e 化系統，每年約需 12,500 千元（經常門 4,000 千元，資本門 8,500 千元）。 2.辦理補助各地方政府衛生局辦理複合式災難演練，深化社區緊急應變能力，預計約需 7,500 千元（經常門 4,310 千元，資本門 3,190 千元）。	辦理緊急醫療資源不足地區等 e 化系統，每年約需 12,500 千元（經常門 4,000 千元，資本門 8,500 千元）。	辦理緊急醫療資源不足地區等 e 化系統，每年約需 12,500 千元（經常門 4,000 千元，資本門 8,500 千元）。	辦理緊急醫療資源不足地區等 e 化系統，每年約需 12,500 千元（經常門 4,000 千元，資本門 8,500 千元）。
二、加值人力資源管理機制					
(一)精進多元人才培育	醫事司	1.一般醫學訓練選配計畫，每年約需 3,300 千元（經常門 3,300 千元）。 2.專科醫師訓練醫院認定相關計畫，每年約需 50,000 千元（經常門）。 3.臨床技能評估模式相關計畫，每年約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元）。 4.醫事人力供需狀況評估，每年約需 6,000 千元（經常門）。 5.維護及持續擴充境外醫事人員來臺申辦系統，每年約需 5,000 千元（經常門 4,500 千元、資本門 500 千元）。	1.一般醫學訓練選配計畫，每年約需 3,300 千元（經常門 3,300 千元）。 2.專科醫師訓練醫院認定相關計畫，每年約需 50,000 千元（經常門）。 3.臨床技能評估模式相關計畫，每年約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元）。 4.醫事人力供需狀況評估，每年約需 6,000 千元（經常門）。 5.維護及持續擴充境外醫事人員來臺申辦系統，每年約需 5,000 千元（經常門 4,500 千元、資本門 500 千元）。	1.一般醫學訓練選配計畫，每年約需 3,300 千元（經常門 3,300 千元）。 2.專科醫師訓練醫院認定相關計畫，每年約需 50,000 千元（經常門）。 3.臨床技能評估模式相關計畫，每年約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元）。 4.醫事人力供需狀況評估，每年約需 6,000 千元（經常門）。 5.維護及持續擴充境外醫事人員來臺申辦系統，每年約需 5,000 千元（經常門 4,500 千元、資本門 500 千元）。	1.一般醫學訓練選配計畫，每年約需 3,300 千元（經常門 3,300 千元）。 2.專科醫師訓練醫院認定相關計畫，每年約需 50,000 千元（經常門）。 3.臨床技能評估模式相關計畫，每年約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元）。 4.醫事人力供需狀況評估，每年約需 6,000 千元（經常門）。 5.維護及持續擴充境外醫事人員來臺申辦系統，每年約需 5,000 千元（經常門 4,500 千元、資本門 500 千元）。
(二)強化衛生福利部所屬醫院服務量能	醫福會	偏遠地區部屬醫院醫師支援工作計畫需求說明： 補助 4 家偏遠地區醫院醫師支援費用，區分一般診療業務每小時 600 元至 1,200 元；急診醫療業務得以 2,800 元為上限；醫事人員檢查費：每小時 150 元	偏遠地區部屬醫院醫師支援工作計畫需求說明： 補助 4 家偏遠地區醫院醫師支援費用，區分一般診療業務每小時 600 元至 1,200 元；急診醫療業務得以 2,800 元為上限；醫事人員檢查費：每小時 150 元	偏遠地區部屬醫院醫師支援工作計畫需求說明： 補助 4 家偏遠地區醫院醫師支援費用，區分一般診療業務每小時 600 元至 1,200 元；急診醫療業務得以 2,800 元為上限；醫事人員檢查費：每小時 150 元	偏遠地區部屬醫院醫師支援工作計畫需求說明： 補助 4 家偏遠地區醫院醫師支援費用，區分一般診療業務每小時 600 元至 1,200 元；急診醫療業務得以 2,800 元為上限；醫事人員檢查費：每小時 150 元

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
		至 400 元。(係參照「衛生福利部○○醫院與○○醫院醫療合作契約書」範本所訂標準訂定。) 經常門(每家) 1.門診單價 1,200 元/小時*1,600 小時=1,920,000 元。 2.急診單價 2,800 元/小時*240 小時=672,000 元。 3.醫事人員檢查費 400 元/小時*20 小時=8,000 元。 計畫小計 2,600,000 元/家*4 家=10,400,000 元。	至 400 元。(係參照「衛生福利部○○醫院與○○醫院醫療合作契約書」範本所訂標準訂定。) 經常門(每家) 1.門診單價 1,200 元/小時*1,600 小時=1,920,000 元。 2.急診單價 2,800 元/小時*240 小時=672,000 元。 3.醫事人員檢查費 400 元/小時*20 小時=8,000 元。 計畫小計 2,600,000 元/家*4 家=10,400,000 元。	至 400 元。(係參照「衛生福利部○○醫院與○○醫院醫療合作契約書」範本所訂標準訂定。) 經常門(每家) 1.門診單價 1,200 元/小時*1,600 小時=1,920,000 元。 2.急診單價 2,800 元/小時*240 小時=672,000 元。 3.醫事人員檢查費 400 元/小時*20 小時=8,000 元。 計畫小計 2,600,000 元/家*4 家=10,400,000 元。	至 400 元。(係參照「衛生福利部○○醫院與○○醫院醫療合作契約書」範本所訂標準訂定。) 經常門(每家) 1.門診單價 1,200 元/小時*1,600 小時=1,920,000 元。 2.急診單價 2,800 元/小時*240 小時=672,000 元。 3.醫事人員檢查費 400 元/小時*20 小時=8,000 元。 計畫小計 2,600,000 元/家*4 家=10,400,000 元。
(三)推廣繼續教育線上學習	醫事司	辦理醫事人員繼續教育線上學習課程相關業務，每年約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元）	辦理醫事人員繼續教育線上學習課程相關業務，每年約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元）	辦理醫事人員繼續教育線上學習課程相關業務，每年約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元）	辦理醫事人員繼續教育線上學習課程相關業務，每年約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元）
(四)推展國際合作與交流平臺	綜規司	經常門 1. 辦理工作坊、座談會暨圓桌會議(含專家出席費、鐘點費、會議場租、設備使用租金、場地佈置、印刷品設計製作、資料蒐集費等相關費用):4,080千元 2. 當地陸上交通接送(含機場接送、參訪州別之開會及各參訪地點等接送):1,020千元 3. 行政作業及人事管理費用(含行政事務：電話、傳真、郵資、攝影、文具紙張等；人事費：主持人費、專任及兼任助理薪資等；雜支費；管理費):3,900千元 小計：9,000千元	經常門 1. 辦理工作坊、座談會暨圓桌會議(含專家出席費、鐘點費、會議場租、設備使用租金、場地佈置、印刷品設計製作、資料蒐集費等相關費用):4,080千元 2. 當地陸上交通接送(含機場接送、參訪州別之開會及各參訪地點等接送):1,020千元 3. 行政作業及人事管理費用(含行政事務：電話、傳真、郵資、攝影、文具紙張等；人事費：主持人費、專任及兼任助理薪資等；雜支費；管理費):3,900千元 小計：9,000千元	經常門 1. 辦理工作坊、座談會暨圓桌會議(含專家出席費、鐘點費、會議場租、設備使用租金、場地佈置、印刷品設計製作、資料蒐集費等相關費用):4,080千元 2. 當地陸上交通接送(含機場接送、參訪州別之開會及各參訪地點等接送):1,020千元 3. 行政作業及人事管理費用(含行政事務：電話、傳真、郵資、攝影、文具紙張等；人事費：主持人費、專任及兼任助理薪資等；雜支費；管理費):3,900千元 小計：9,000千元	經常門 1. 辦理工作坊、座談會暨圓桌會議(含專家出席費、鐘點費、會議場租、設備使用租金、場地佈置、印刷品設計製作、資料蒐集費等相關費用):4,080千元 2. 當地陸上交通接送(含機場接送、參訪州別之開會及各參訪地點等接送):1,020千元 3. 行政作業及人事管理費用(含行政事務：電話、傳真、郵資、攝影、文具紙張等；人事費：主持人費、專任及兼任助理薪資等；雜支費；管理費):3,900千元 小計：9,000千元
	國合組	計畫名稱：2025臺灣全球健康福祉論壇 1.業務費：5,700千元 2.國外專家及官員來台與會費用：6,125千元 計畫小計：11,825千元	計畫名稱：2026臺灣全球健康福祉論壇 1.業務費：5,700千元 2.國外專家及官員來台與會費用：6,125千元 計畫小計：11,825千元	計畫名稱：2027臺灣全球健康福祉論壇 1.業務費：5,700千元 2.國外專家及官員來台與會費用：6,125千元 計畫小計：11,825千元	計畫名稱：2028臺灣全球健康福祉論壇 1.業務費：5,700千元 2.國外專家及官員來台與會費用：6,125千元 計畫小計：11,825千元

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
		計畫名稱：臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 1.人事費1,773千元 2.業務費3,940千元 3.管理費137千元 4.國外旅費300千元 計畫小計6,150千元 計畫名稱：醫療器材援助平臺計畫 1.人事費2,005千元 2.業務費1,510千元 3.管理費210千元 4.國外旅費300千元 計畫小計4,025千元 計畫名稱：補(捐)助辦理國際衛生事務計畫 1.參與國際醫療衛生會議、研習、訓練及活動，計1,419千元 2.辦理國際性醫藥衛生計畫、會議或活動，計5,229千元 3.辦理區域性國際衛生交流，計6,352千元 計畫小計13,000千元	計畫名稱：臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 1.人事費1,773千元 2.業務費3,940千元 3.管理費137千元 4.國外旅費300千元 計畫小計6,150千元 計畫名稱：醫療器材援助平臺計畫 1.人事費2,005千元 2.業務費1,510千元 3.管理費210千元 4.國外旅費300千元 計畫小計4,025千元 計畫名稱：補(捐)助辦理國際衛生事務計畫 1.參與國際醫療衛生會議、研習、訓練及活動，計1,419千元 2.辦理國際性醫藥衛生計畫、會議或活動，計5,229千元 3.辦理區域性國際衛生交流，計6,352千元 計畫小計13,000千元	計畫名稱：臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 1.人事費1,773千元 2.業務費3,940千元 3.管理費137千元 4.國外旅費300千元 計畫小計6,150千元 計畫名稱：醫療器材援助平臺計畫 1.人事費2,005千元 2.業務費1,510千元 3.管理費210千元 4.國外旅費300千元 計畫小計4,025千元 計畫名稱：補(捐)助辦理國際衛生事務計畫 1.參與國際醫療衛生會議、研習、訓練及活動，計1,419千元 2.辦理國際性醫藥衛生計畫、會議或活動，計5,229千元 3.辦理區域性國際衛生交流，計6,352千元 計畫小計13,000千元	計畫名稱：臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 1.人事費1,773千元 2.業務費3,940千元 3.管理費137千元 4.國外旅費300千元 計畫小計6,150千元 計畫名稱：醫療器材援助平臺計畫 1.人事費2,005千元 2.業務費1,510千元 3.管理費210千元 4.國外旅費300千元 計畫小計4,025千元 計畫名稱：補(捐)助辦理國際衛生事務計畫 1.參與國際醫療衛生會議、研習、訓練及活動，計1,419千元 2.辦理國際性醫藥衛生計畫、會議或活動，計5,229千元 3.辦理區域性國際衛生交流，計6,352千元 計畫小計13,000千元
(五)改善護產執業環境與執業率	照護司	辦理改善護產執業環境與執業率相關計畫約需 35,000 千元（經常門 30,000 千元，資本門 5,000 千元）	辦理改善護產執業環境與執業率相關計畫約需 35,000 千元（經常門 30,000 千元，資本門 5,000 千元）	辦理改善護產執業環境與執業率相關計畫約需 35,000 千元（經常門 30,000 千元，資本門 5,000 千元）	辦理改善護產執業環境與執業率相關計畫約需 35,000 千元（經常門 30,000 千元，資本門 5,000 千元）
(六)精進專科護理師制度及強化人才培育	照護司	推動護理人員多元角色發展、精進專科護理師制度及強化人才培育相關計畫約需 36,000 千元（經常門 32,935 千元，資本門 3,065 千元）	推動護理人員多元角色發展、精進專科護理師制度及強化人才培育相關計畫約需36,000千元（經常門32,935千元，資本門3,065千元）	推動護理人員多元角色發展、精進專科護理師制度及強化人才培育相關計畫約需36,000千元（經常門32,935千元，資本門3,065千元）	推動護理人員多元角色發展、精進專科護理師制度及強化人才培育相關計畫約需36,000千元（經常門32,935千元，資本門3,065千元）
(七)完善醫院護理輔佐人力制度	照護司	辦理醫院護理輔佐人力制度發展作業、人員認證管理及持續性監測指標系統建置等工作約需 5,500 千元（經常門 3,000 千元，資本門 2,500 千元）	辦理醫院護理輔佐人力制度發展作業、人員認證管理及持續性監測指標系統建置等工作約需5,500千元（經常門3,000千元，資本門 2,500千元）	辦理醫院護理輔佐人力制度發展作業、人員認證管理及持續性監測指標系統建置等工作約需5,500千元（經常門3,000千元，資本門 2,500千元）	辦理醫院護理輔佐人力制度發展作業、人員認證管理及持續性監測指標系統建置等工作約需5,500千元（經常門3,000千元，資本門 2,500千元）

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
(八)卓進醫事管理系統效率	醫事司	提升醫事管理系統效率，每年約需 20,000 千元（經常門 10,000 千元，資本門 10,000 千元）	提升醫事管理系統效率，每年約需 20,000 千元（經常門 10,000 千元，資本門 10,000 千元）	提升醫事管理系統效率，每年約需 20,000 千元（經常門 10,000 千元，資本門 10,000 千元）	提升醫事管理系統效率，每年約需 20,000 千元（經常門 10,000 千元，資本門 10,000 千元）
(九)推動電子病歷作業與機構內部資訊整合機制	資訊處	落地推動 FHIR 醫資標準規格各式介接 經常門 9,589 千元	落地推動 FHIR 醫資標準規格各式介接 經常門 9,589 千元	落地推動 FHIR 醫資標準規格各式介接 經常門 9,589 千元	落地推動 FHIR 醫資標準規格各式介接 經常門 9,589 千元
(十)加強數位化醫療器材需求管理	食藥署	執行醫療器材需求通報案件調查評估、研析國際間相關管理政策、監控國內外關鍵醫療器材供應情況之相關專責人員聘用、專家審查、國際專業資料檢索與翻譯及郵電印刷等行政所需支出；及維護通報平台正常穩定運作、設置使用者諮詢專線與辦理教育訓練所需費用，預計每年約需經常門10,500千元。 持續優化完善醫療器材通報處理平台之專案管理、軟體開發及程式設計與資安檢測等主要工作所需費用，預計每年約需資本門4,500千元。	執行醫療器材需求通報案件調查評估、研析國際間相關管理政策、監控國內外關鍵醫療器材供應情況之相關專責人員聘用、專家審查、國際專業資料檢索與翻譯及郵電印刷等行政所需支出；及維護通報平台正常穩定運作、設置使用者諮詢專線與辦理教育訓練所需費用，預計每年約需經常門10,500千元。 持續優化完善醫療器材通報處理平台之專案管理、軟體開發及程式設計與資安檢測等主要工作所需費用，預計每年約需資本門4,500千元。	執行醫療器材需求通報案件調查評估、研析國際間相關管理政策、監控國內外關鍵醫療器材供應情況之相關專責人員聘用、專家審查、國際專業資料檢索與翻譯及郵電印刷等行政所需支出；及維護通報平台正常穩定運作、設置使用者諮詢專線與辦理教育訓練所需費用，預計每年約需經常門10,500千元。 持續優化完善醫療器材通報處理平台之專案管理、軟體開發及程式設計與資安檢測等主要工作所需費用，預計每年約需資本門4,500千元。	執行醫療器材需求通報案件調查評估、研析國際間相關管理政策、監控國內外關鍵醫療器材供應情況之相關專責人員聘用、專家審查、國際專業資料檢索與翻譯及郵電印刷等行政所需支出；及維護通報平台正常穩定運作、設置使用者諮詢專線與辦理教育訓練所需費用，預計每年約需經常門10,500千元。 持續優化完善醫療器材通報處理平台之專案管理、軟體開發及程式設計與資安檢測等主要工作所需費用，預計每年約需資本門4,500千元。
(十一)發展智慧化服務模式	醫福會	建置智慧醫療服務系統：開發部醫共用系統，再依各部醫需求，建置至各院。資本門(依據資訊軟體協會「資訊服務委外經費估算原則」估算，單位：千元) 1.專案管理：12 人月*200=2,400 2.系統分析：50 人月*215=10,750 3.系統設計：60 人月*215=12,900 4.系統管理：2 人月*132=264 5.其他：6 人月*124=744 計畫小計約 27,000(千元)	建置智慧醫療服務系統：開發部醫共用系統，再依各部醫需求，建置至各院。資本門(依據資訊軟體協會「資訊服務委外經費估算原則」估算，單位：千元) 1.專案管理：12 人月*200=2,400 2.系統分析：50 人月*215=10,750 3.系統設計：60 人月*215=12,900 4.系統管理：2 人月*132=264 5.其他：6 人月*124=744 計畫小計約 27,000(千元)	建置智慧醫療服務系統：開發部醫共用系統，再依各部醫需求，建置至各院。資本門(依據資訊軟體協會「資訊服務委外經費估算原則」估算，單位：千元) 1.專案管理：12 人月*200=2,400 2.系統分析：50 人月*215=10,750 3.系統設計：60 人月*215=12,900 4.系統管理：2 人月*132=264 5.其他：6 人月*124=744 計畫小計約 27,000(千元)	建置智慧醫療服務系統：開發部醫共用系統，再依各部醫需求，建置至各院。資本門(依據資訊軟體協會「資訊服務委外經費估算原則」估算，單位：千元) 1.專案管理：12 人月*200=2,400 2.系統分析：50 人月*215=10,750 3.系統設計：60 人月*215=12,900 4.系統管理：2 人月*132=264 5.其他：6 人月*124=744 計畫小計約 27,000(千元)
	食藥署	1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需經常門5,000千元。 2.強化新型態藥事服務管理，評估我國對於新型態藥事服務及運用智慧科技藥事服務之需求及可行性，並分析國	1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需經常門5,000千元。 2.強化新型態藥事服務管理，評估我國對於新型態藥事服務及運用智慧科技藥事服務之需求及可行性，並分析國	1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需經常門5,000千元。 2.強化新型態藥事服務管理，評估我國對於新型態藥事服務及運用智慧科技藥事服務之需求及可行性，並分析國	1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需經常門5,000千元。 2.強化新型態藥事服務管理，評估我國對於新型態藥事服務及運用智慧科技藥事服務之需求及可行性，並分析國

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
		<p>內醫療或藥事機構之執行現況、推行服務之困境及因應策略、推動相關管理法規之建議、出席國際醫藥會議、邀請國際專家來台、辦理國內之國際間藥事服務交流經驗分享，每年約需經常門10,000千元</p> <p>3.擴充維運藥品供應監測資訊系統，預計每年約需經常門15,000千元。</p> <p>4.強化藥品供應監測系統教育訓練、中盤商庫存資料格式整合前置作業，預計每年約需經常門5,000千元。</p> <p>資本門:</p> <p>1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需5,000千元。</p> <p>2.擴充維運藥品供應監測資訊系統預計每年約需10,000千元。</p>	<p>內醫療或藥事機構之執行現況、推行服務之困境及因應策略、推動相關管理法規之建議、出席國際醫藥會議、邀請國際專家來台、辦理國內之國際間藥事服務交流經驗分享，每年約需經常門10,000千元</p> <p>3.擴充維運藥品供應監測資訊系統，預計每年約需經常門15,000千元。</p> <p>4.強化藥品供應監測系統教育訓練、中盤商庫存資料格式整合前置作業，預計每年約需經常門5,000千元。</p> <p>資本門:</p> <p>1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需5,000千元。</p> <p>2.擴充維運藥品供應監測資訊系統預計每年約需10,000千元。</p>	<p>內醫療或藥事機構之執行現況、推行服務之困境及因應策略、推動相關管理法規之建議、出席國際醫藥會議、邀請國際專家來台、辦理國內之國際間藥事服務交流經驗分享，每年約需經常門10,000千元</p> <p>3.擴充維運藥品供應監測資訊系統，預計每年約需經常門15,000千元。</p> <p>4.強化藥品供應監測系統教育訓練、中盤商庫存資料格式整合前置作業，預計每年約需經常門5,000千元。</p> <p>資本門:</p> <p>1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需5,000千元。</p> <p>2.擴充維運藥品供應監測資訊系統預計每年約需10,000千元。</p>	<p>內醫療或藥事機構之執行現況、推行服務之困境及因應策略、推動相關管理法規之建議、出席國際醫藥會議、邀請國際專家來台、辦理國內之國際間藥事服務交流經驗分享，每年約需經常門10,000千元</p> <p>3.擴充維運藥品供應監測資訊系統，預計每年約需經常門15,000千元。</p> <p>4.強化藥品供應監測系統教育訓練、中盤商庫存資料格式整合前置作業，預計每年約需經常門5,000千元。</p> <p>資本門:</p> <p>1.電子化仿單系統資料庫及平台之優化維運、增加電子仿單建檔筆數，每年約需5,000千元。</p> <p>2.擴充維運藥品供應監測資訊系統預計每年約需10,000千元。</p>
三、優化社區共融照護量能					
(一)培植社區醫院與基層醫療整合照護能力	醫事司	<p>辦理醫療區域輔導相關計畫</p> <p>5,100千元*6分區=30,600千元</p> <p>年終檢討會1,600千元*1場=1,600千元</p> <p>經常門小計32,200千元</p>	<p>辦理醫療區域輔導相關計畫</p> <p>5,400千元*6分區=32,400千元</p> <p>年終檢討會1,800千元*1場=1,800千元</p> <p>經常門小計34,200千元</p>	<p>辦理醫療區域輔導相關計畫</p> <p>5,700千元*6分區=34,200千元</p> <p>年終檢討會2,000千元*1場=2,000千元</p> <p>經常門小計36,200千元</p>	<p>辦理醫療區域輔導相關計畫</p> <p>6,000千元*6分區=36,000千元</p> <p>年終檢討會2,200千元*1場=2,200千元</p> <p>經常門小計38,200千元</p>
(二)提供社區多元藥事服務	食藥署	<p>規劃委託全國22地方政府衛生局辦理以下業務:</p> <p>1.推動藥師提供社區式用藥整合服務、機構式照護服務、送藥到府服務並推動轄內醫療院所與社區藥局建立合作關係，預計每年約需經常門16,800千元。</p> <p>2.辦理社區及校園用藥安全推廣講座、製作推廣品/素材、執行前後測問卷及相關研討會，預計每年約需經常門13,200千元。</p>	<p>規劃委託全國22地方政府衛生局辦理以下業務:</p> <p>1.推動藥師提供社區式用藥整合服務、機構式照護服務、送藥到府服務並推動轄內醫療院所與社區藥局建立合作關係，預計每年約需經常門16,800千元。</p> <p>2.辦理社區及校園用藥安全推廣講座、製作推廣品/素材、執行前後測問卷及相關研討會，預計每年約需經常門13,200千元。</p>	<p>規劃委託全國22地方政府衛生局辦理以下業務:</p> <p>1.推動藥師提供社區式用藥整合服務、機構式照護服務、送藥到府服務並推動轄內醫療院所與社區藥局建立合作關係，預計每年約需經常門16,800千元。</p> <p>2.辦理社區及校園用藥安全推廣講座、製作推廣品/素材、執行前後測問卷及相關研討會，預計每年約需經常門13,200千元。</p>	<p>規劃委託全國22地方政府衛生局辦理以下業務:</p> <p>1.推動藥師提供社區式用藥整合服務、機構式照護服務、送藥到府服務並推動轄內醫療院所與社區藥局建立合作關係，預計每年約需經常門16,800千元。</p> <p>2.辦理社區及校園用藥安全推廣講座、製作推廣品/素材、執行前後測問卷及相關研討會，預計每年約需經常門13,200千元。</p>

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
(三)鼓勵公私協力合作	醫事司	納入醫療區域輔導相關計畫辦理，未獨立編列經費。	納入醫療區域輔導相關計畫辦理，未獨立編列經費。	納入醫療區域輔導相關計畫辦理，未獨立編列經費。	納入醫療區域輔導相關計畫辦理，未獨立編列經費。
(四)整合生命末期服務模式與器捐及移植環境，多元推廣民眾生命自主識能	醫事司	計畫需求說明： 優化病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策支持環境、多元多方宣傳策略強化生命教育理解、優化單一資訊系統，整合預立醫療決定、安寧緩和及療護及器官捐贈意願，以及落實醫療機構器官勸募常態，進而提升器官捐贈者意願及受捐贈者適配性及移植成功率，擴大社會大眾對器官捐贈的支持與參與，確保器捐資源分配的透明公正。 經常門 113,000 千元 資本門 7,000 千元 計畫小計 120,000 千元	計畫需求說明： 優化病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策支持環境、多元多方宣傳策略強化生命教育理解、優化單一資訊系統，整合預立醫療決定、安寧緩和及療護及器官捐贈意願，以及落實醫療機構器官勸募常態，進而提升器官捐贈者意願及受捐贈者適配性及移植成功率，擴大社會大眾對器官捐贈的支持與參與，確保器捐資源分配的透明公正。 經常門 132,000 千元 資本門 9,000 千元 計畫小計 141,000 千元	計畫需求說明： 優化病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策支持環境、多元多方宣傳策略強化生命教育理解、優化單一資訊系統，整合預立醫療決定、安寧緩和及療護及器官捐贈意願，以及落實醫療機構器官勸募常態，進而提升器官捐贈者意願及受捐贈者適配性及移植成功率，擴大社會大眾對器官捐贈的支持與參與，確保器捐資源分配的透明公正。 經常門 151,000 千元 資本門 9,000 千元 計畫小計 160,000 千元	計畫需求說明： 優化病人自主權、安寧緩和及器官捐贈等生命末期醫療政策支持環境、多元多方宣傳策略強化生命教育理解、優化單一資訊系統，整合預立醫療決定、安寧緩和及療護及器官捐贈意願，以及落實醫療機構器官勸募常態，進而提升器官捐贈者意願及受捐贈者適配性及移植成功率，擴大社會大眾對器官捐贈的支持與參與，確保器捐資源分配的透明公正。 經常門 151,000 千元 資本門 9,000 千元 計畫小計 160,000 千元
(五)提升友善就醫環境	醫事司	納入醫療發展基金項下計畫辦理，未於本計畫編列經費。	納入醫療發展基金項下計畫辦理，未於本計畫編列經費。	納入醫療發展基金項下計畫辦理，未於本計畫編列經費。	納入醫療發展基金項下計畫辦理，未於本計畫編列經費。
(六)推動原住民族及離島地區在地醫療照護	照護司	1.部落社區健康營造中心及輔導中心，每年依各縣市所提需求公開徵求，預計每年約需63,400千元（經常門63,400千元）。 2.辦理原鄉離島相關政策及健康照護研討會等，預計每年約需3,500千元（經常門3,500千元）。 3.辦理原鄉離島國內外健康照護業務，每年預計約需4,000千元（經常門4,000千元）。 4.原鄉離島衛生所（室）新（重、擴）建及空間整修（修繕）計畫及離島地區停機坪及相關設施整建（修），依各縣市所提需求規劃及預算編列，預計每年約需50,000千元（經常門1,000千元、資本門49,000千元）。	1.部落社區健康營造中心及輔導中心，每年依各縣市所提需求公開徵求，預計每年約需63,400千元（經常門63,400千元）。 2.辦理原鄉離島相關政策及健康照護研討會等，預計每年約需3,500千元（經常門3,500千元）。 3.辦理原鄉離島國內外健康照護業務，每年預計約需4,000千元（經常門4,000千元）。 4.原鄉離島衛生所（室）新（重、擴）建及空間整修（修繕）計畫及離島地區停機坪及相關設施整建（修），依各縣市所提需求規劃及預算編列，預計每年約需50,000千元（經常門1,000千元、資本門49,000千元）。	1.部落社區健康營造中心及輔導中心，每年依各縣市所提需求公開徵求，預計每年約需63,400千元（經常門63,400千元）。 2.辦理原鄉離島相關政策及健康照護研討會等，預計每年約需3,500千元（經常門3,500千元）。 3.辦理原鄉離島國內外健康照護業務，每年預計約需4,000千元（經常門4,000千元）。 4.原鄉離島衛生所（室）新（重、擴）建及空間整修（修繕）計畫及離島地區停機坪及相關設施整建（修），依各縣市所提需求規劃及預算編列，預計每年約需50,000千元（經常門1,000千元、資本門49,000千元）。	1.部落社區健康營造中心及輔導中心，每年依各縣市所提需求公開徵求，預計每年約需63,400千元（經常門63,400千元）。 2.辦理原鄉離島相關政策及健康照護研討會等，預計每年約需3,500千元（經常門3,500千元）。 3.辦理原鄉離島國內外健康照護業務，每年預計約需4,000千元（經常門4,000千元）。 4.原鄉離島衛生所（室）新（重、擴）建及空間整修（修繕）計畫及離島地區停機坪及相關設施整建（修），依各縣市所提需求規劃及預算編列，預計每年約需50,000千元（經常門1,000千元、資本門49,000千元）。

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
		5.辦理原鄉離島衛生所醫療、資訊設備及巡迴醫療（機）車更新購置，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，預計每年約需21,000千元（資本門21,000千元）。 6.辦理原鄉離島醫事機構開業補助預計每年約需3,000千元（經常門1,300千元及資本門1,700千元）。 7.加強離島地區在地醫療優質照護品質預算編列，預計每年約需60,000千元(經常門57,500千元、資本門2,500千元)。 8.辦理原鄉離島衛生所醫療資訊系統軟、硬體設備維護、增修及委託判讀計畫，預計每年約需20,000千元（經常門18,000千元，資本門2,000千元）。 9.辦理原鄉離島衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬維護，預計每年約需10,000千元（經常門10,000千元）。 10.辦理原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務，增修及維運遠距醫療專科門診視訊平臺（含郵電相關費用），並依需求擴大服務範圍等，預計每年經費約需30,000千元（經常門20,000千元，資本門10,000千元）。	5.辦理原鄉離島衛生所醫療、資訊設備及巡迴醫療（機）車更新購置，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，預計每年約需21,000千元（資本門21,000千元）。 6.辦理原鄉離島醫事機構開業補助預計每年約需3,000千元（經常門1,300千元及資本門1,700千元）。 7.加強離島地區在地醫療優質照護品質預算編列，預計每年約需60,000千元(經常門57,500千元、資本門2,500千元)。 8.辦理原鄉離島衛生所醫療資訊系統軟、硬體設備維護、增修及委託判讀計畫，預計每年約需20,000千元（經常門18,000千元，資本門2,000千元）。 9.辦理原鄉離島衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬維護，預計每年約需10,000千元（經常門10,000千元）。 10.辦理原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務，增修及維運遠距醫療專科門診視訊平臺（含郵電相關費用），並依需求擴大服務範圍等，預計每年經費約需 30,000 千元（經常門 20,000 千元，資本門 10,000 千元）。	5.辦理原鄉離島衛生所醫療、資訊設備及巡迴醫療（機）車更新購置，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，預計每年約需21,000千元（資本門21,000千元）。 6.辦理原鄉離島醫事機構開業補助預計每年約需3,000千元（經常門1,300千元及資本門1,700千元）。 7.加強離島地區在地醫療優質照護品質預算編列，預計每年約需60,000千元(經常門57,500千元、資本門2,500千元)。 8.辦理原鄉離島衛生所醫療資訊系統軟、硬體設備維護、增修及委託判讀計畫，預計每年約需20,000千元（經常門18,000千元，資本門2,000千元）。 9.辦理原鄉離島衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬維護，預計每年約需10,000千元（經常門10,000千元）。 10.辦理原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務，增修及維運遠距醫療專科門診視訊平臺（含郵電相關費用），並依需求擴大服務範圍等，預計每年經費約需 30,000 千元（經常門 20,000 千元，資本門 10,000 千元）。	5. 辦理原鄉離島衛生所醫療、資訊設備及巡迴醫療(機)車更新購置，每年依各縣市所提需求規劃預算編列，預計每年約需21,000千元（資本門21,000千元）。 6.辦理原鄉離島醫事機構開業補助預計每年約需3,000千元（經常門1,300千元及資本門1,700千元）。 7.加強離島地區在地醫療優質照護品質預算編列，預計每年約需60,000千元(經常門57,500千元、資本門2,500千元)。 8.辦理原鄉離島衛生所醫療資訊系統軟、硬體設備維護、增修及委託判讀計畫，預計每年約需20,000千元（經常門18,000千元，資本門2,000千元）。 9.辦理原鄉離島衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬維護，預計每年約需10,000千元（經常門10,000千元）。 10.辦理原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務，增修及維運遠距醫療專科門診視訊平臺（含郵電相關費用），並依需求擴大服務範圍等，預計每年經費約需 30,000 千元（經常門 20,000 千元，資本門 10,000 千元）。
四、因應社會變遷調適政策					
(一)輔導法人善盡社會責任	醫事司	計畫需求說明: 1. 持續檢討修訂醫療法人相關法規及優化監督制度 經常門 7,500 千元 計畫小計 7,500 千元 2. 優化衛生財團法人監督事務	計畫需求說明: 1. 持續檢討修訂醫療法人相關法規及優化監督制度 經常門 8,000 千元 計畫小計 8,000 千元 2. 優化衛生財團法人監督事務	計畫需求說明: 1. 持續檢討修訂醫療法人相關法規及優化監督制度 經常門 8,500 千元 計畫小計 8,500 千元 2. 優化衛生財團法人監督事務	計畫需求說明: 1. 持續檢討修訂醫療法人相關法規及優化監督制度 經常門 9,000 千元 計畫小計 9,000 千元 2. 優化衛生財團法人監督事務

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
		經常門 8,000 千元 計畫小計 8,000 千元 3. 衛生財團法人資訊管理系統維護及增修 經常門 500 千元 資本門 2,500 千元 計畫小計 3,000 千元 4. 醫療法人資訊管理系統維護與增修 經常門 2,500 千元 資本門 500 千元 計畫小計 3,000 千元 5. 研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施 經常門 3,000 千元 計畫小計 3,000 千元	經常門 8,600 千元 計畫小計 8,600 千元 3. 衛生財團法人資訊管理系統維護及增修 經常門 500 千元 資本門 2,500 千元 計畫小計 3,000 千元 4. 醫療法人資訊管理系統維護與增修 經常門 2,500 千元 資本門 500 千元 計畫小計 3,000 千元 5. 研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施 經常門 3,000 千元 計畫小計 3,000 千元	經常門 9,200 千元 計畫小計 9,200 千元 3. 衛生財團法人資訊管理系統維護及增修 經常門 500 千元 資本門 2,500 千元 計畫小計 3,000 千元 4. 醫療法人資訊管理系統維護與增修 經常門 2,500 千元 資本門 500 千元 計畫小計 3,000 千元 5. 研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施 經常門 3,000 千元 計畫小計 3,000 千元	經常門 9,800 千元 計畫小計 9,800 千元 3. 衛生財團法人資訊管理系統維護及增修 經常門 500 千元 資本門 2,500 千元 計畫小計 3,000 千元 4. 醫療法人資訊管理系統維護與增修 經常門 2,500 千元 資本門 500 千元 計畫小計 3,000 千元 5. 研擬醫療法人辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等相關執行績效之評比標準、獎勵機制及措施 經常門 3,000 千元 計畫小計 3,000 千元
(二)輔導與管理醫療機構醫療廢棄物	醫事司	辦理輔導與管理醫療機構醫療廢棄物，每年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元）。	辦理輔導與管理醫療機構醫療廢棄物，每年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元）。	辦理輔導與管理醫療機構醫療廢棄物，每年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元）。	辦理輔導與管理醫療機構醫療廢棄物，每年約需 5,000 千元（經常門 5,000 千元）。
(三)保障醫師勞動權益	醫事司	委託辦理醫師勞動權益保障相關法制研擬及工作時間調查等計畫，每年約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元）。	委託辦理醫師勞動權益保障相關法制研擬及工作時間調查等計畫，每年約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元）。	委託辦理醫師勞動權益保障相關法制研擬及工作時間調查等計畫，每年約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元）。	委託辦理醫師勞動權益保障相關法制研擬及工作時間調查等計畫，每年約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元）。
(四)精進醫療事故預防及醫療爭議處理措施	醫事司	計畫需求說明： 1. 優化醫療事故關懷及爭議調解計畫 經常門 130,500 千元 資本門 6,000 千元 計畫小計 136,500 千元 2. 精進醫療事故預防相關制度 經常門 32,000 千元 資本門 3,000 千元 計畫小計 35,000 千元	計畫需求說明： 1. 優化醫療事故關懷及爭議調解計畫 經常門 105,500 千元 資本門 6,000 千元 計畫小計 111,500 千元 2. 精進醫療事故預防相關制度 經常門 32,000 千元 資本門 3,000 千元 計畫小計 35,000 千元	計畫需求說明： 1. 優化醫療事故關懷及爭議調解計畫 經常門 103,500 千元 資本門 6,000 千元 計畫小計 109,500 千元 2. 精進醫療事故預防相關制度 經常門 32,000 千元 資本門 3,000 千元 計畫小計 35,000 千元	計畫需求說明： 1. 優化醫療事故關懷及爭議調解計畫 經常門 102,500 千元 資本門 6,000 千元 計畫小計 108,500 千元 2. 精進醫療事故預防相關制度 經常門 32,000 千元 資本門 3,000 千元 計畫小計 35,000 千元

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
		3. 持續研議刑事訴訟新制對醫事鑑定造成衝擊之因應措施，並配合法規調整鑑定系統流程。 經常門(含編列依據與單價分析) 單價 21,500 千元*1 次=21,500 千元 資本門(含編列依據與單價分析) 單價 2,000 千元*1 次=2,000 千元 計畫小計 23,500 千元。	3. 持續研議刑事訴訟新制對醫事鑑定造成衝擊之因應措施，並配合法規調整鑑定系統流程。 經常門(含編列依據與單價分析) 單價 21,500 千元*1 次=21,500 千元 資本門(含編列依據與單價分析)單價 單價 2,000 千元*1 次=2,000 千元 計畫小計 23,500 千元。	3. 持續研議刑事訴訟新制對醫事鑑定造成衝擊之因應措施，並配合法規調整鑑定系統流程。 經常門(含編列依據與單價分析) 單價 21,500 千元*1 次=21,500 千元 資本門(含編列依據與單價分析) 單價 2,000 千元*1 次=2,000 千元 計畫小計 23,500 千元。	3. 持續研議刑事訴訟新制對醫事鑑定造成衝擊之因應措施，並配合法規調整鑑定系統流程。 經常門(含編列依據與單價分析) 單價 21,500 千元*1 次=21,500 千元 資本門(含編列依據與單價分析) 單價 2,000 千元*1 次=2,000 千元 計畫小計 23,500 千元。
(五)開展新興醫療技術與再生醫學	醫事司	計畫需求說明：委託機構持續辦理再生醫療申請案件審查事宜，優化線上申請系統功能。 經常門：28,000千元 資本門：2,000千元 計畫小計：30,000千元	計畫需求說明：委託機構持續辦理再生醫療申請案件審查事宜，優化線上申請系統功能。 經常門：39,000千元 資本門：2,000千元 計畫小計：41,000千元	計畫需求說明：委託機構持續辦理再生醫療申請案件審查事宜，優化線上申請系統功能。 經常門：44,000千元 資本門：2,000千元 計畫小計：46,000千元	計畫需求說明：委託機構持續辦理再生醫療申請案件審查事宜，優化線上申請系統功能。 經常門：44,000千元 資本門：2,000千元 計畫小計：46,000千元
(六)人體生物資料庫管理接軌國際以及滾動檢討人體研究相關法規	醫事司	委託機構持續辦理提升人體生物資料庫品質、人體生物資料庫管理條例修法事宜。 經常門 11,000 千元 資本門 8,000 千元 計畫小計 19,000 千元	因應人體生物資料庫管理條例修法，委託機構辦理人體生物資料庫管理條例相關子辦法修法、提升人體生物資料庫品質、建置資訊管理系統事宜。 經常門 25,000 千元 資本門 5,000 千元 計畫小計 30,000 千元	因應人體生物資料庫管理條例修法，委託機構辦理人體生物資料庫管理條例相關子辦法修法、提升人體生物資料庫品質、優化資訊管理系統事宜。 經常門 32,000 千元 資本門 3,000 千元 計畫小計 35,000 千元	委託機構辦理提升人體生物資料庫品質、優化資訊管理系統事宜。 經常門 32,000 千元 資本門 3,000 千元 計畫小計 35,000 千元
	醫事司	精進實驗室開發檢測施行計畫審查流程並委託專業資訊團隊健全實驗室開發檢測登錄管理系統功能 經常門 10,000 千元 資本門 5,000 千元 計畫小計 15,000 千元	精進實驗室開發檢測施行計畫審查流程並委託專業資訊團隊健全實驗室開發檢測登錄管理系統功能 經常門 15,000 千元 資本門 5,000 千元 計畫小計 20,000 千元	精進實驗室開發檢測施行計畫審查流程並委託專業資訊團隊健全實驗室開發檢測登錄管理系統功能 經常門 20,000 千元 資本門 5,000 千元 計畫小計 25,000 千元	精進實驗室開發檢測施行計畫審查流程並委託專業資訊團隊健全實驗室開發檢測登錄管理系統功能 經常門 20,000 千元 資本門 5,000 千元 計畫小計 25,000 千元
(七)完善實驗室開發檢測管理	食藥署	計畫需求說明： 經常門 1.實驗室品質管理訓練活動(含教育訓練課程、研討會、工作坊、書面/實地輔導等)每場次估約200千元*16場次=3,200千元。 2.認證實驗室之後續管理(含能力試驗結果整理與確認、書面審查、實地查核)，委託辦理行政庶務每人900千元/年*2	計畫需求說明： 經常門 1.實驗室品質管理訓練活動(含教育訓練課程、研討會、工作坊、書面/實地輔導等)每場次估約200千元*16場次=3,200千元。 2.認證實驗室之後續管理(含能力試驗結果整理與確認、書面審查、實地查核)，委託辦理行政庶務每人900千元/年*2	計畫需求說明： 經常門 1.實驗室品質管理訓練活動(含教育訓練課程、研討會、工作坊、書面/實地輔導等)每場次估約200千元*16場次=3,200千元。 2.認證實驗室之後續管理(含能力試驗結果整理與確認、書面審查、實地查核)，委託辦理行政庶務每人900千元/年*2	計畫需求說明： 經常門 1.實驗室品質管理訓練活動(含教育訓練課程、研討會、工作坊、書面/實地輔導等)每場次估約200千元*16場次=3,200千元。 2.認證實驗室之後續管理(含能力試驗結果整理與確認、書面審查、實地查核)，委託辦理行政庶務每人900千元/年*2

項目	負責單位	114 年	115年	116 年	117 年
		人= <u>1,800千元</u> ，外部專家審查/國內實地查核及相關費用每家次估約100千元*30家次= <u>3,000千元</u> ；國外實地查核及相關費用每家次估約500千元*4家次= <u>2,000千元</u> ，計6,800千元。 資本門 建置 LDTs 實驗室認證管理資訊系統5,000千元*1式= <u>5,000千元</u> 。 計畫小計 經常門10,000千元、資本門5,000千元	人= <u>1,800千元</u> ，外部專家審查/國內實地查核及相關費用每家次估約100千元*30家次= <u>3,000千元</u> ；國外實地查核及相關費用每家次估約500千元*4家次= <u>2,000千元</u> ，計6,800千元。 資本門 持續建置 LDTs 實驗室認證管理資訊系統5,000千元*1式= <u>5,000千元</u> 。 計畫小計 經常門10,000千元、資本門5,000千元	人= <u>1,800千元</u> ，外部專家審查/國內實地查核及相關費用每家次估約100千元*30家次= <u>3,000千元</u> ；國外實地查核及相關費用每家次估約500千元*6家次= <u>3,000千元</u> ，計7,800千元。 3. 維運 LDTs 實驗室認證管理資訊系統1,000千元*1式= <u>1,000千元</u> 。 資本門 後續擴充 LDTs 實驗室認證管理資訊系統3,000千元*1式= <u>3,000千元</u> 。 計畫小計 經常門12,000千元、資本門3,000千元	人= <u>1,800千元</u> ，外部專家審查/國內實地查核及相關費用每家次估約100千元*30家次= <u>3,000千元</u> ；國外實地查核及相關費用每家次估約500千元*6家次= <u>3,000千元</u> ，計7,800千元。 3. 維運 LDTs 實驗室認證管理資訊系統1,000千元*1式= <u>1,000千元</u> 。 資本門 後續擴充 LDTs 實驗室認證管理資訊系統3,000千元*1式= <u>3,000千元</u> 。 計畫小計 經常門12,000千元、資本門3,000千元
(八)促進美容醫學品質提升及強化管理	醫事司	計畫需求說明：委託機構持續辦理提升美容醫學醫療機構品質事宜。 經常門：21,000千元 資本門：0元 計畫小計：21,000千元	計畫需求說明：委託機構持續辦理提升美容醫學醫療機構品質事宜。 經常門：22,000千元 資本門：0元 計畫小計：22,000千元	計畫需求說明：委託機構持續辦理提升美容醫學醫療機構品質事宜。 經常門：22,000千元 資本門：0元 計畫小計：22,000千元	計畫需求說明：委託機構持續辦理提升美容醫學醫療機構品質事宜。 經常門：22,000千元 資本門：0元 計畫小計：22,000千元
(九)醫院重處理及使用仿單標示單次醫材輔導及審查	醫事司	計畫需求說明：委託廠商持續辦理辦理輔導、審查及外部稽核作業事宜。 經常門：5,000千元 資本門：0元 計畫小計：5,000千元	計畫需求說明：委託廠商持續辦理辦理輔導、審查及外部稽核作業事宜。 經常門：5,000千元 資本門：0元 計畫小計：5,000千元	計畫需求說明：委託廠商持續辦理辦理輔導、審查及外部稽核作業事宜。 經常門：5,000千元 資本門：0元 計畫小計：5,000千元	計畫需求說明：委託廠商持續辦理辦理輔導、審查及外部稽核作業事宜。 經常門：5,800千元 資本門：0元 計畫小計：5,000千元