



健康台灣深耕計畫（114-118 年度）

衛生福利部

114年2月

目錄

| | |
|-----------------------------------|----|
| 壹、計畫緣起..... | 2 |
| 一、依據..... | 2 |
| 二、未來環境預測..... | 3 |
| 三、問題評析..... | 11 |
| 貳、計畫目標..... | 19 |
| 一、目標說明..... | 19 |
| 二、達成目標之限制..... | 19 |
| 三、績效指標、衡量標準及目標值..... | 21 |
| 參、現行相關政策及方案之檢討..... | 37 |
| 肆、執行策略及方法..... | 43 |
| 一、主要工作項目..... | 43 |
| 二、執行策略..... | 44 |
| 伍、期程及資源需求..... | 48 |
| 一、計畫期程..... | 48 |
| 二、所需資源說明..... | 48 |
| 三、經費來源及計算基準..... | 48 |
| 陸、預期效果及影響..... | 50 |
| 柒、財務計畫..... | 51 |
| 捌、附則..... | 52 |
| 一、風險管理..... | 52 |
| 二、中長程個案計畫自評檢核表（1120811 修正版本）..... | 57 |
| 三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表及相關規劃..... | 60 |
| 四、性別影響評估檢視表..... | 62 |

壹、計畫緣起

衛生福利部（下稱本部）為維護全民健康與福祉，秉持全球化、在地化及創新化思維，整合社會福利及衛生醫療資源，戮力規劃施政藍圖。近年因應新興傳染病威脅及人口高齡少子化，期能透過「分級分流醫療體系創新模式」、「以人為中心、以社區為基礎整合性照顧網路創新模式（全人全家全社區照護）」，及「以區域為範疇家庭醫師制度擴展創新模式」，提供完善且一體之服務，以達成「促進全民健康與福祉」之使命。

本部依政策規劃，已挹注相關經費於提升醫療品質、改善醫療場域工作環境、強化人才培育及留任偏鄉等相關工作，惟醫療機構對於相關工作如有創新發想，可能限於試辦模式規模不足、醫療機構內部管理模式尚難外推、研發管理手法或相關資訊系統需投入額外資金等因素，導致進展力度不足。臺灣醫界研發能力充足，但非新醫療科技或學術研究項目難以尋求補助，如覓得相關政府補助計畫又需受限於計畫框架。因此，為加速醫療機構於現今環境依據其自身需求，配合政府政策，由下而上提出做法，解決問題並達成政策目標，需從不同面向思考，投資醫療機構發展，讓民眾能得到更優質之健康照護服務，以達到健康臺灣的遠大目標。

本計畫採取補助方式降低醫療機構推動創新方案之門檻，透過申請審查階段，適度考量醫療機構的自主投入意願與能力，作為計畫評選的重要參考，進一步引導有條件之機構進行資源配合或後續自主投入，並持續輔導醫療機構將計畫成果納入日常營運機制，藉由內部資源整合、人才留任及技術維運，確保計畫結束後成果得以延續。同時，針對成效不佳之提案將請其限期改善或終止補助，以達到政府資源的有效分配與運用，實現「健康台灣深耕計畫」的長期目標。

一、依據

- (一) 醫療法第 91 條規定，中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，應採取獎勵措施。
- (二) 賴總統清德就任前參與國家希望工程議題論壇，邀請醫界相關團體及各領域意見領袖提出建言，於 2025 年推動「健康台灣深耕計畫」，以「優化醫療工作條件、人才培育、智慧化醫療、社會責任」等 4 大主軸

推動。

二、未來環境預測

(一)人口結構改變

人口結構變化引領照護模式變革，人才培育也須因應調整，依據國家發展委員會「中華民國人口推估（2022至2070年）」報告，在人口年齡結構變動方面，我國未來持續面對「超高齡社會來臨」及「人口紅利消失」等衝擊，在0-14歲幼年人口部分，受育齡婦女人口減少影響，未來幼年人口數將持續下降，老年人口部分，我國已於2018年進入「高齡社會」（65歲以上老年人口占比超過14%），預估2025年我國老年人口占比將超過20%，成為「超高齡社會」的一員。有關人口老化導致醫療照護需求增加一節，查健保總額成長率之醫療服務成本及人口因素成長率（人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率及投保人口成長率），其中人口結構改變率已考量人口老化對醫療需求的影響，近五年（110~114年）人口結構改變率之成長率介於1.570%至1.987%。

(二)醫護人力分布不均，加劇了偏鄉地區醫療資源不足之窘境

隨著台灣人口老化加劇、慢性病患增加，未來醫療需求持續攀升，醫療人力短缺的問題將日益嚴重。急重難症醫療人力更是面臨龐大挑戰，特別是年輕醫師流入量低，加上現有醫師因工作壓力大、超時工時多而流失率上升，進一步惡化急重症醫療資源短缺的現象。此外，偏遠地區與離島地區的醫療人力分配不均，導致資源差距擴大。為應對這些挑戰，發展與強化社區醫療群與基層醫療機構的人力配置和運作模式尤為重要，以提升基層醫療機構的照護能力與總體醫療穩定性，進一步促進大醫院與基層單位的協同合作，減輕大醫院的負擔。未來，在缺乏有效的醫事人員留任策略及誘因機制下，醫事人力流動率可能持續升高，並影響醫療品質。隨著科技進步及高齡化人口的增加，對於專科醫師和護理人員的需求日益強烈，若無法加強醫療人力規劃與培訓，並改善職涯發展路徑和工作環境，醫療體系將面臨更大的壓力，影響整體醫療服務的可及性與質量。

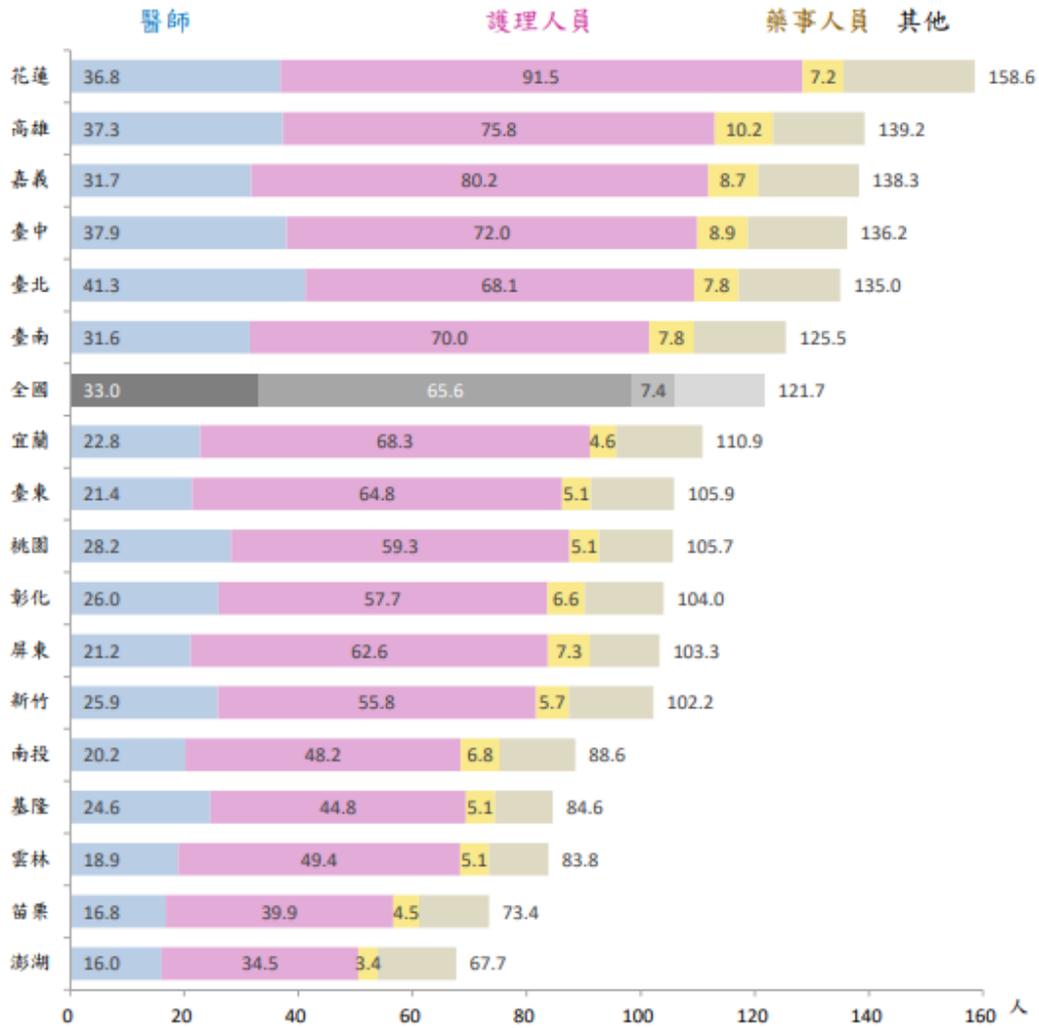
依據衛生福利部 2023 年 12 月發布之「111 年醫事機構服務量統計年報」顯示，2022 年底每萬人口執業醫事人員數以花蓮醫療區最多，澎湖醫療區最少。按醫療區域觀察，2022 年底每萬人口醫療院所執業醫事人員數高於全國平均值者有 6 個醫療區，以花蓮醫療區 158.6 人居首，其次為高雄 139.2 人；低於平均值者有 11 個醫療區，以澎湖醫療區 67.7 人最少。醫護人員也多集中於大城市，加劇了偏鄉地區的醫療資源不足。

(三) 韌性敏捷醫療體系下醫事專業人員角色定位

醫事專業人員是完整醫療體系不可或缺之關鍵要素之一，高風險及複雜的醫療情境造成對生命的威脅，培養其具韌性的緊急應變能力，能與不同領域專業人員，及病人與家屬協調與溝通，具備跨領域團隊合作照護之能力，以改善流程、減少臨床錯誤、改善病人預後、增加醫療團隊默契及病人滿意度，降低醫療糾紛之風險。

另在 COVID-19 疫情肆虐期間，醫院與基層院所間各自扮演重要的角色，透過分級醫療體系讓防疫工作達到全方位應變，於社區提供確診者照護服務，得以維護醫院救治能量，因此醫療服務的提供除需要足夠專業人力，與持續改善醫事專業人員執業環境，另充實醫事專業人力及強化醫事專業人員培訓，與與時俱進的在職教育共同完善環境下，才足以建立長遠健全的醫療制度。

圖、2022 年底每萬人口醫療院所執業醫事人員數—按醫療區域分



附註：1.資料係按 17 個「二級醫療區域」分類：「臺北」醫療區包含臺北市及新北市(不含金山、萬里、瑞芳、雙溪、貢寮區)；「基隆」醫療區包含基隆市及新北市之金山、萬里、瑞芳、雙溪、貢寮區；「新竹」醫療區包含新竹縣及新竹市；「嘉義」醫療區包含嘉義縣及嘉義市。
2.因金馬非屬醫療區，故不列入統計。

資料來源：衛生福利部「111 年醫事機構服務量統計年報」(2023/12)

(四)提升師資培育成效與教學型醫事專業人員的功能定位

醫事專業人員之養成過程中，需運用「師徒」制之訓練模式。在此種訓練模式中，教師所扮演之「典範」角色，對受訓人員之觀念與行為有深刻影響，故教師需具備良好之專業素養，教學醫院評鑑亦將「師資培育」納入其重要項次，以確保訓練品質。而醫學教育訓練之師資培育目標，除了培養具教學熱忱的醫師，提升其參與教學程度，應更進一步推廣以教育科學/教育方法學為本的教學技巧，以培育優秀醫事專業人

員增加醫療服務品質與提升醫療服務量能。

(五)以能力導向之醫學教育模式培育醫事專業人才

鑑於人口結構改變，以及 COVID-19 疫情與國際情勢（俄烏戰爭）之經驗，為了強化醫事專業人員之核心能力與專業技能，臨床醫學訓練已朝向能力導向之醫學教育模式（Competency-Based Medical Education, CBME）發展，不同於傳統臨床醫學訓練以時間為導向，CBME 訓練計畫係依據各職類醫事人員之所需的核心能力（core competency）為架構設計課程，訂定能力進展的要求，教學訓練以學習者為中心進行彈性調整，並強調訓練後的表現成果，以培育符合未來社會需求之醫事專業人員。

為落實 CBME 訓練模式，除建立里程碑（Milestones）或可信賴專業活動（Entrustable Professional Activities, EPAs）來確保訓練結果符合臨床能力要求，亦須藉由運用資訊化輔助工具來收集數據、量化評估和提供質性回饋，以監測 CBME 訓練模式的效果和成效實為重要，因此發展適切的系統可以協助提供結構化的學習環境，支持受訓者的能力發展、評估與回饋，以有效進行能力管理、資源共享、進程監控與數據分析等。

我國高齡化社會的來臨，居家（在宅）醫療需求快速增加，提升國內山地、離島、偏鄉地區民眾及長期照顧服務機構住民之醫療可近性，強化急性住院病人出院返家後之追蹤照護及居家（在宅）醫療之照護品質，隨著資通訊技術進步與物聯網時代來臨，以及 COVID-19 防疫期間加速智慧醫療與擬真訓練技術發展，也讓臨床醫學訓練以多元方式發展（如：遠距與智慧醫療教學、擬真訓練、混成學習等），因應全人照護、病人安全及醫療品質之需求，醫學訓練朝向數位化、科技化發展之訓練模式為未來重要趨勢，亦可同步提升訓練效能，及有效提升臨床訓練師資之教學成效。

(六)智慧醫療大量運用於醫療現場

資訊科技為臺灣的重點產業之一，在技術逐步成熟情形下，資訊科技與醫療應用的整合，成為各界關注的重點。世界衛生組織（WHO）

定義「智慧醫療」(eHealth)，為資通訊科技(information and communications technologies, ICT)於醫療相關領域的應用，資通訊科技導入醫療現場，已經對於提升臨床工作流程效率，降低醫療成本帶來極大助益。近年來，因為大數據分析興起，透過資訊系統所蒐集之資料，更可進一步分析利用於改善醫療品質、作業流程、醫療機構營運管理等，同時，醫療機構開始運用資通訊科技，進行健康管理、遠距醫療、會診諮詢等。隨著資訊科技(如 AI 科技應用)創新，智慧醫療運用之場域日廣，所帶來之創新服務模式更加可期。

另過往醫療機構接受評鑑需耗費人力及時間準備，若導入智慧醫療，輔助醫療機構評鑑資料數位轉型，有助於改善行政作業流程，及減輕人員負擔。

(七) 導入智慧科技，協助減輕醫療負擔

導入智慧科技可有效解決醫療人力資源緊繃、醫事人員工作壓力大、資源配置不均及流程效率低等問題，並鼓勵基層醫療機構導入運用科技，以強化社區醫療群。醫事人員長期面臨高負荷的壓力，不僅需要處理大量病患，還需應對診斷、護理和後續追蹤等多重任務，卻缺乏科技支援，導致身心疲憊。此外，醫療資源配置上，缺少智能系統來優化病床、手術室等資源的分配與調度，資源浪費和不足的情況時有發生，無法靈活應對需求波動。雖然部分醫院已開始採用電子病歷系統，但在病患資料管理、決策輔助和部門間資料共享上，技術落差明顯，醫事人員需耗費大量時間處理繁瑣重複的工作，減少專注於核心醫療業務的時間。資源調度和排班依然依賴人工判斷，無法利用 AI 進行動態調整，這對急重難科等高壓部門的醫師和護理人員造成更大壓力。在醫療流程管理上，病患報到、診療和出院等環節的管理效率不高，導致病人等待時間過長，加重醫事人員的工作負擔。若能引入 AI 技術進行流程優化和資源調度，如智慧化病床管理、自動化掛號與檢查系統，以及智慧病歷分析與預後預測系統、人力物力預警或調度運用等智慧技術開發，將顯著提升服務效率與品質、在臨床診斷方面，醫事人員需面對大量醫療數據與影像判讀的壓力。由於 AI 輔助診斷系統尚未普及，醫師依賴

人力處理龐大的影像資料，耗時且容易疲勞。而且，診療數據的跨機構共享效率低，限制了醫療資訊的聯動性。故隨著 AI 技術的進一步發展，若能全面應用於醫療照護體系，並推動基層醫療機構的數位化升級，將有望大幅改善這些問題，提升整體醫療效率，並減輕醫事人員的負擔。

(八) 智慧醫院、智慧醫療、醫療數據共享及資訊安全

醫療數據共享及資安問題逐漸成為各界關注的焦點。隨著智慧醫院的發展，醫療機構面臨數據整合與共享的需求，但現有的醫療數據系統間缺乏標準化與互通性，導致不同醫院及醫療機構之間的數據難以實現高效共享。醫事人員在診療過程中需手動整合患者資料，增加了診斷決策的時間和困難。此外，數據共享的不足也影響了跨院合作和臨床研究的推動，不利於醫療創新與效率提升。

在醫療資安方面，部分醫療機構仍未能全面達到國際資安認證的標準，且現行的數據防護措施尚不完善，存在數據洩漏或未授權訪問的風險。隨著醫療資訊化的推進，醫院的電子病歷、患者隱私資訊等成為駭客攻擊的潛在目標，對於資安的管理仍需加強。此外，醫療機構內部的數據訪問權限控管也未完善，對於敏感數據的監控不足，存在未授權人員訪問患者隱私資訊的可能性。

智慧醫院的概念強調整合智慧科技與醫療資源，但目前台灣許多醫院在智慧化程度上仍有提升空間。電子病歷系統雖已普及，但病房智慧化管理、遠端監控技術、智慧病床等應用尚未全面實施，導致資源運用效率未能達到最佳。醫療數據的分析與應用也未充分利用 AI 技術，如病歷自動分析、智慧輔助診斷等，現階段仍依賴醫事人員的人工作業，增加了醫護人員的負擔。現有醫院在流程管理上的效率仍待提升，智慧化系統未能全面支持病患報到、診療和出院等全流程的數位化運作。

綜上，台灣醫療在數據共享、資安防護及智慧醫院建設上，面臨標準化不足、資安風險未控、智慧化程度不足的挑戰。為實現智慧醫療的目標，需進一步推動數據標準化與安全策略，加強數據共享的互通性，同時深化智慧醫院的技術應用，提升醫療服務效率與品質。

(九)營造健康生活型態

台灣目前在營造健康生活型態方面尚未全面完備，包括個別化健康生活處方的缺乏、健康管理資源的不足，以及社區健康資源供應與推廣的局限。雖然醫療機構提供基本的健康管理，但大多以疾病治療為核心，對預防醫學和健康促進的重視度不夠。個別化健康處方的制定常依賴醫師的個別經驗，而缺乏大數據支持的系統分析，導致患者的需求未能得到全面的回應。這使得健康管理計畫在執行與調整上欠缺靈活性與持續性，患者難以獲得長期且精準的健康支持。進一步來看，台灣的社區健康資源設置雖有一定基礎，但資源內容單一，推廣和參與度也相對有限，無法充分覆蓋社區所有年齡層和健康需求。現有的健康促進計畫多數集中於健康講座或簡單的運動活動，缺乏綜合性和系統性的健康干預手段，無法有效提高居民的健康素養。為解決這些問題，強化社區醫療群的健康管理成為關鍵。透過社區醫療群的建立與基層醫療機構的發展，可以強化社區內醫療與健康資源的整合，提供更具持續性和針對性的健康管理支持。此外，由於社區健康資源和醫療機構間的聯繫不夠緊密，健康資訊的流通不暢，使得居民在利用健康資源時缺乏連續性和整合性。現有的社區健康促進計畫在健康教育和居民參與度上仍有不足，對不同族群的健康需求與習慣的關注不夠。若能進一步整合社區健康資源，強化社區醫療群的健康管理功能，提升健康促進活動的多元性，並透過智慧化的數據平台推動個別化健康處方的普及，將有助於加強全方位的健康管理。這不僅能減少慢性病的發生，提升全民健康水準，也能促進社區健康支持網絡的形成，使每位民眾在社區中都能獲得個人化且連續的健康服務。

(十)綠能減碳

台灣醫療體系在綠能減碳方面面臨多重挑戰。雖然部分醫療機構開始意識到減少碳足跡的重要性，並採取了一些綠色措施，如安裝太陽能板、採用節能照明、改善空調系統等，但整體推行力度和覆蓋範圍仍然不足。大多數醫院的能源消耗依然主要依賴傳統電力，對可再生能源的使用尚未達到一定規模。此外，許多醫療機構在設施擴建和

設備更新時，缺乏全面的環保規劃和標準。綠色建築認證的推動也面臨困難，僅有少數新建或大型醫院開始依循國際標準，設計節能減碳的建築結構，整體綠色建築比例不高。另一方面，醫療廢棄物的管理也亟需改善，目前醫療廢棄物的分類與回收系統尚未普及，造成了資源浪費及環境負擔。同時，由於缺乏全面的數據分析和監控系統，醫療機構在監控碳排放及能源使用效率方面也存在技術與資源的局限。醫院內的節能措施多以局部或短期行動為主，缺乏長期持續的減碳規劃。儘管政府已開始推動減碳政策，但政策層面與醫院實際運行之間仍存在落差，具體措施和配套資源尚未完全到位。此外，醫院內部的環保意識培訓和管理策略的制定也尚未完全普及，醫事人員對綠色醫院概念的了解及認同度需要進一步提升。總體而言，台灣醫療體系在推動綠色醫院及減碳措施方面，雖有部分進展，但仍需要更積極的政策支持、更廣泛的技術應用以及更全面的資源配置，才能實現更為顯著的減碳成果並降低對環境的影響。

（十一）社會責任（ESG）

部分醫療機構已開始關注環境、社會和治理的永續發展議題，但整體推動仍處於初期階段。在環境層面上，大多數醫療機構的減碳措施仍以節能設備和減少資源浪費為主，醫療廢棄物的回收與減量化需要進一步提升。部分醫院開始推動綠色醫院計畫，但綠色建築認證和資源循環利用的全面實施尚不足。在社會層面，醫療機構對病患安全、員工健康和社區支持的關注日益增加，但醫事人員的工作壓力與職業滿意度仍是挑戰。此外，偏遠和離島地區的醫療可及性問題依然存在，醫療資源和人力不足導致這些地區居民無法享受到同等質量的醫療服務。在治理層面，台灣醫療體系的永續發展管理機制尚未完善，ESG策略缺乏明確的框架和指標，報告透明度和數據披露也有待提升。醫院內部的 ESG 管理與決策模式多數以短期經濟效益為導向，長期永續發展規劃不足，利害關係人的參與度與監督機制也較為薄弱。整體而言，台灣醫療體系在社會責任（ESG）管理上有初步成果，但距離全面實踐還有很大的進步空間，需進一步強化醫院內部治理、推動透

明報告制度、以及落實永續策略。

(十二) 全球化與醫療永續經營的思考

為降低健康不平等，聯合國 2030 年永續發展目標 (Sustainable Development Goals, SDGs)，期望達到確保全體人民能夠健康生活與促進幸福的目標，有品質的健康服務體系是 SDGs 3 全面健康覆蓋的前提，確保照護服務符合有效、安全、符合民眾及社區需求 (必要條件)、及時、公平、整合照護與有效率等七個面向，強調服務要在對的地方、對的時間、回應服務使用者的需要及喜好且要極小化傷害及資源浪費。

三、問題評析

(一) 人口老化導致醫療照護需求增加

醫療與科技的進步使得國人壽命的延長，根據國家發展委員會統計，臺灣老年人口比例於 107 年達 14% 進入「高齡」社會，並預計將於 114 年超過 20% 進入「超高齡」社會；又隨著晚婚晚育、不婚不育等社會風氣盛行，少子化現象使得扶養比不減反增，高齡照護勢必成為熱門議題。

隨著高齡人口的攀升，多重慢性病問題日益凸顯，僅針對單一疾病、片段式的照護模式將不具成本效益，醫療專業人員養成除了特定領域的專精之外，未來也更需水平展開，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之常見問題處理能力 (包括多重慢性病、與失能情形)，強化專科訓練如何落實全人照護，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)，以提供符合未來人口結構所需的醫療與健康照護服務。

依據目前本部公告 112 年醫事機構服務量統計年報顯示，全國醫院急性一般病床占床率未達 7 成，為避免未來高齡化社會恐衍生等床候床之問題，前開病床使用率相關指標尚有改善之空間，應鼓勵醫院提升病床使用效能，以擴大全國醫療服務量能，提高醫療服務品質。

(二) 疫後臨床醫療照護人力留任成為重要課題

歷經 COVID-19 疫情之緊繃階段，醫療照護人力因為疫情期間產

生之心理壓力及工作倦怠，則離職率增加導致臨床醫療照護人力短缺，因此如何緩解人力流失及人力留任為重要關鍵，除了打造友善及合理之醫療職場環境外，讓醫事專業人員專注於本職工作，提升其職場成就感與韌性，並藉由臨床教師制度讓新進醫事人員適應工作，期望增進醫療照護人力對於臨床照護工作之認同感與滿意度，進而提升留任意願。另培養良好的團隊合作精神，促進醫事人員之間的協作和互助，以及合理的工作安排，以及如何建立支援措施，減少醫事人員的工作壓力與增加人力運用，亦為目前重要的課題。

(三) 醫療照護服務及教學訓練數位轉型

臨床醫學訓練與醫療品質及民眾安全息息相關。因應醫療數位科技之發展，運用虛擬實境 (Virtual Reality, VR)、擴增實境 (Artificial Reality, AR)、混合實境 (Mixed Reality, MR) 及延展實境 (Extend Reality, XR) 等訓練方式，在醫學教育上具備成本效益比高保真人體模型的模擬高 83%，整體訓練表現提高 250%；與傳統方式訓練相較，1 年後學習資訊保留由 20% 增加為 80%，增加 4 倍；較傳統方法培訓減少 40% 錯誤率，顯見運用延展實境等科技於臨床醫學訓練為具備成本效益及提升醫療品質與病人安全之未來趨勢。

COVID-19 疫情期間更是大幅改變臨床訓練方式及醫療照護型態，然現行專科醫師及各職類醫事人員之臨床訓練體制仍以傳統理論運用於實體照護訓練，對於新興科技、智慧醫療等通訊技術運用之訓練課程尚在發展階段，且在數位科技下的醫療實務訓練，資訊安全、病人隱私、倫理法律議題亦是智慧醫療應用重要議題，因此推展相關實務訓練及繼續教育進修課程，或者規劃人工智慧與醫療倫理之共通性指引，提供醫療專業人員有所依循，進而保障民眾健康與照護品質。

(四) 師資培育制度應同步強化

目前醫學院評鑑以及教學醫院的評鑑基準中，均必須設有教師培育及發展的專責單位，強化新進教師、及醫學院實習生與 PGY 受訓醫師之訓練重任的住院醫師們 (resident as teacher) 之教學能力。但是師資培育制度仍有下列問題：

1. 教學醫院的醫師負擔教學、研究、服務及行政業務，爰此，臨床教師在時間與資源有限的環境中，多使用傳統的方式完成自己負責的教學課程，較無時間學習新的教學理念或使用新的教學方法，也引至教學成效參差不齊。
 2. 目前並無系統性對臨床教師教學能力及教學成效進行評估。以 PGY 師資制度來說，只要完成一般培育訓練時數即符合資格，並未評估其教學能力，對教師之教學評估結果，需反應在其未來教學工作分配及相關報酬與升等。
- (五) 各職類醫事人員臨床訓練應逐步落實能力導向之醫學教育模式 (Competency-Based Medical Education, CBME) 模式

國際上臨床醫學訓練趨勢皆朝向 CBME 模式辦理，其優點係不以時間為導向，而是根據各職類醫事人員所需的核心能力架構設計課程，隨著住院醫師納入勞基法，新興傳染病對疾病照護、學習模式等影響，使得整體照護模式須進行改變，支持改變的基礎就是明確訂定專業照護人力的核心能力，並能有工具確保這些專業醫護人員關鍵的勝任核心能力。惟現階段各專科醫學會與各職類醫事團體發展 CBME 之進度不一，為積極鼓勵相關醫事專業團體發展里程碑或可信任專業活動 (Entrustable Professional Activities, EPAs)，而訓練評估工具的多元化，如何有系統性及結構性的在地化實行，讓訓練機構能明確瞭解其所訂定內容與評估之邏輯與原理，避免直觀地於原本的訓練中開始收集里程碑或 EPAs 的評量，但又可以結合工作場域的臨床評估 (Workplace Based Assessment, WBA)，為教師與學員帶來有意義的學習與評估，做到 CBME 的真意實為重要。

(六) 輔導醫療機構導入智慧醫療存在挑戰

數位科技日益成熟，醫療現場導入相關技術之門檻及成本看似下降，但相關技術及系統導入，於不同醫療機構間，技術及經費投入仍存在落差。各界積極建議政府投注資源於智慧醫療發展，但就實務面來看，各醫療機構之需求不同，使用之技術或系統亦不相同，以目前政府積極輔導醫療機構運用電子病歷交換資料為例，各醫療機構規模不同，

投注於改善系統之成本也不同，難以用一致性之補助計畫挹注資源。至於採用新醫療技術或導入科技運用，除新技術研發可申請科技研究計畫經費，相關成本多由醫療機構自籌。適度引導醫療機構導入智慧醫療，且發展方向符合政策發展目標，以符政府資源運用效益，需思考創新之推動模式。

(七)AI 導入醫事機構數位轉型

臺灣面臨嚴重的醫療人力短缺問題，醫療需求大幅攀升，但年輕醫護人員減少並傾向集中在大城市，加劇偏鄉醫療資源不足；現職醫護人員工作負擔沉重，臨床資料人工操作耗時耗力，加重工作環境惡化。

臺灣政策推動 AI 技術與應用，解決公衛醫療需求具急迫性與必要性，如透過 AI 技術自動生成病歷報告以減輕醫護人員負擔，而聚焦在核心醫療照護業務；導入 AI 視覺語言模型 (Vision-Language Model) 技術，可有效提升醫療報告的效率及品質，有效改善偏鄉地區缺乏專科醫師問題。

另外，臺灣目前已有多數醫院應用導入人工智慧，但缺乏政府相關規範，導引正確的使用。許多產品宣稱其技術具有外部準確性，但未進行驗證，對臨床實踐與病患安全產生了重大隱憂。故，AI 應用應依國際明確的步驟及方法，確保醫療機構在導入 AI 的過程中，考慮其外部準確性，維護個資隱私與資訊安全，並對 AI 軟體進行生命週期管理，相關辦法與美國及歐盟國際標準接軌。

(八)社會責任

1. 有效轉診制度及落實分級醫療

我國醫療院所層級分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，各級醫院肩負不同照護任務與角色。現行分級醫療制度未強制病人轉診，醫療服務可近性高，民眾就醫自由，不分疾病輕重，往醫學中心或區域醫院就醫，易造成醫院及急診室擁塞。

依據健保署統計，各層級特約院所門診量的占率，106 年醫學中心、區域醫院、地區醫院和基層診所分別是 10.7%、15.1%、9.9%及

64.3%；倘以 107 年起之 10 年件數幾何平均成長率推估，趨勢如維持不變，推估 113 年各層級的占率分別為 11.9%、17.8%、9.6%及 61.4%，換言之，每天約近 30%的門診量湧向醫學中心與區域醫院。爰自 106 年起推動分級醫療政策，截至 113 年 1-6 月各層級占率分為 11.5%、13.8%、9.8%及 64.9%。

分級醫療目的為讓醫院專注照顧急重症病人，民眾生病先至基層醫療院所或地區醫院就醫，經醫師專業診療後，將複雜個案轉診至其他專科診所或醫院照護，病患經必要之檢查或治療後，依醫師建議轉回原院所或其他適當院所，接受後續治療或照顧，透過各級醫療院所分工合作，藉由雙向轉診，提供病患連續性、整合性之醫療照護，協助民眾找對醫師、看對科，提升醫療照護品質並紓解醫學中心擁擠情形，促進醫療資源均衡發展，達到醫療分工及合作目的。

2. 家醫醫療群之醫療照護應與長照銜接：現行家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）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。基層診所雖已與醫院建立轉診、共同照護門診、就醫快速通道等合作機制，惟主要係針對慢性病個案提供預防保健及相對應之醫療服務。考量台灣 114 年將邁入超高齡社會，如何將醫療照護與長照銜接，整合社區醫療與長照服務，以提供民眾全人全程照護，為各社區醫療群須面對的重要課題。
3. 家庭計畫認知度待提升，且未落實以家庭成員優先收案之目標：健保署自 92 年起辦理家醫計畫，迄今已逾 20 年，113 年共計 522 個醫療群，5,544 家診所、7,949 名醫師參與，收案約 627 萬人。又按現行計畫收案制度，係以健保署派案名單為主要收案對象，致部分民眾對於本計畫認知度較低。另現行醫師自行收案對象係以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人優先為原則，惟因計畫並未要求蒐集及建立家庭資訊，爰無法掌握家醫診所實際照護的家庭數及成員，進而鼓勵醫療群以「家庭」為單位提供服務。
4. 急重症及偏遠地區醫療量能：

目前醫療人力集中於發展性較高的地區，醫療人力分布不均之狀

況顯而易見。且偏遠及離島地區醫療可近性，因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致急重症醫療照護資源相對於一般地區醫療資源普遍不足。

又我國人口老化、多重慢性疾病型態增加及少子化影響下，緊急醫療需求持續提升，透過整合醫療照護模式的推廣，建立跨層級醫療機構合作網絡，妥善整合各層級醫療資源及提升病床運用效能，而偏鄉人口老化問題相較於都市更加嚴峻，且地理位置、人口分布及產業等影響，緊急醫療量能遠不及於都市區域。

為強化偏遠及離島地區醫療保健服務品質及可近性，藉由醫學中心之醫療團隊挹注人力，協助提供醫療資源不足地區急重症醫療量能，並肩負輔導及協助區域內其他醫療機構之責任，以強化偏鄉、緊急醫療醫療不足地區之在地量能，善盡社會之責任。另，也仰賴資訊科技輔助遠距醫療應用、強化醫療網資源互享，扶持醫療資源不足之醫療機構、急救站，提供急重症醫療，以彌平醫療資源分配不均，使醫療體系之任一環節，承擔更多社會責任，提供高品質之以病人為中心之全人照護。

5. 營造健康生活型態

在台灣的醫療現況中，營造健康生活型態方面，仍面臨幾項顯著的問題。首先，針對個別化健康生活處方的推動尚未達到理想狀態，雖然許多醫療機構已開始重視患者的全人健康，但在實踐層面，對個別患者健康風險評估與預防策略的落實不足，導致個別化健康處方的制定與執行相對有限。許多醫療機構仍以疾病治療為主，難以有效推動全方位的健康管理。其次，在健康管理的推行上，現有的系統多專注於短期干預，缺乏長期跟進的機制，導致患者在治療後的健康追蹤和管理效果不佳。這對於慢性病患者來說，缺乏持續的健康管理計畫可能會導致病情惡化或復發。為此，強化社區醫療群的健康管理成為關鍵。透過建立與強化社區醫療群，不僅能夠整合基層醫療機構的人力資源，還能提升健康管理的連續性與覆蓋面，尤其是針對偏遠地區的居民，能更有效地提供健康資訊和服務。再者，雖然政府已設立社區健康中心，但資源配置和覆蓋面仍有明顯不足，尤其是偏遠地區的居民較難及時獲得健康資

訊和服務。社區健康資源如健康資訊中心和健康促進計畫的數量和質量都未能普遍達標，且社區健康活動的參與度和影響力有待提升。居民對健康促進活動的認知不足，參與意願偏低，進而限制了社區健康資源的發揮。最後，在健康資訊傳遞上，現有的醫療系統仍依賴於傳統渠道，數位化發展不完全，導致醫療機構難以有效實現健康資訊的傳播與互動。若能藉助數位平台推動線上健康管理、教育與互動，並透過社區醫療群加強健康資源的整合與運用，將有助於促進醫患間的良好互動與健康促進的推廣。總結而言，台灣醫療體系在營造健康生活型態上仍有許多改善空間，特別在個別化健康管理、社區健康資源推廣和健康資訊數位化傳遞上亟待加強。

6. 綠能減碳

在台灣醫療體系中，綠能減碳的實踐面臨多項挑戰。首先，醫療院所在能源使用和管理方面普遍依賴傳統的電力和能源系統，缺乏針對醫療設施的綠色能源方案和節能措施。雖然部分醫院已開始逐步導入節能設備，如 LED 照明、節能空調系統等，但大多數醫院尚未全面採用太陽能等可再生能源或能源管理智能化技術。此外，許多醫療機構在新建或改建設施時，對於綠色建築標準的考量不足，缺乏對於低碳排放建材、建築設計和運營環保標準的重視，導致醫院建築在能耗和碳排放上存在顯著浪費。其次，醫療廢棄物的減量和處理依然是台灣醫療體系中的一大痛點。醫療廢棄物中包含大量一次性醫療耗材和污染物，現有的醫療廢棄物管理多數側重於合規處理，缺乏減量和資源再利用的有效策略，導致醫療廢棄物處理成本高昂，並對環境帶來一定壓力。此外，部分醫療院所對於廢棄物的分類處理和資源回收機制尚不完善，回收率和再利用率有待提高。

在制度設計上，目前缺乏針對醫療機構的統一綠色採購政策，醫療設備和物資的採購多數以價格和品質為導向，忽視了產品的碳足跡和環保標準。這導致在醫療器材和設備的採購與使用過程中，無法有效推動綠色供應鏈的建立，從而削弱了整體醫療系統在碳排放控制上的努力。

綜上，台灣的醫療體系在綠能減碳方面，亟需改善能源管理、推動

綠色建築、優化廢棄物管理和建立綠色採購政策。推動醫療設施的綠色轉型，不僅有助於達成碳中和的長期目標，也將提升醫療機構的永續發展能力，實現綠色醫療的理念。

7. 社會責任(ESG)

台灣醫療體系在社會責任（ESG）方面，面臨多項挑戰與問題。首先，在環境方面，醫療機構在資源使用與碳排放管理上存在不足。許多醫院的能源系統和建築設施尚未全面導入綠色標準，節能減碳的具體措施如可再生能源利用、廢棄物減量和分類回收等尚未普及，導致醫療設施的碳足跡偏高。此外，醫療廢棄物的處理機制缺乏創新與有效性，對環境的影響依然顯著，未能有效平衡醫療發展與環境保護之間的矛盾。

在社會層面，台灣的醫療資源分配存在明顯的城鄉差距，特別是偏遠地區的醫療可及性和公平性不足。現有的醫療體系過於集中於都市核心地區，離島和山區醫療服務資源匱乏，且缺乏有效的醫療支援機制。此外，醫療機構在執行社區健康促進活動與提供公共健康教育上，雖有努力，但參與度和效果仍然有限，社區健康資源與民眾健康意識的提升需要進一步強化。

在治理方面，醫療機構對 ESG 的整體重視度仍有待提高。多數醫院尚未建立完善的 ESG 治理架構和監管機制，缺乏系統性的永續發展計畫。醫院對永續報告書的發布與公開披露也未達國際標準，報告內容透明度與合規性不足，未能全面反映醫療機構的永續發展成果。此外，醫院管理層對於社會責任和治理（如患者權益保護、員工權益保障）相關議題的重視度不高，亟需制定具體的行動策略來加強企業治理與社會責任的履行。

綜上，台灣醫療體系在社會責任（ESG）方面的現況，顯示出在環境、社會和治理上存在系統性的缺陷和挑戰。要實現真正的永續發展，需要醫療機構在環境保護、社會參與、治理架構等方面進行全面的強化，並積極推動具體的改善措施，以達成長期的永續目標和社會價值。

貳、計畫目標

一、目標說明

(一)計畫目標

綜合前述問題評析，本部擬補助醫療機構、社區醫療群、醫學會或醫事相關公會等，鼓勵強化其推動達成下列目標：

1. 優化醫療工作條件
2. 規劃多元人才培訓
3. 導入智慧科技醫療
4. 社會責任醫療永續

二、達成目標之限制

- (一)資源與經費有限：推動提高醫事人員核心價值、擴大科技投資及優化資源配置等目標，需大量的經費支持，但現有的醫療經費分配有限，可能導致項目推進受阻。
- (二)人力資源短缺：急重難科醫師和護理人員的短缺，直接影響到回流醫院誘因及留任策略的執行成效。醫療人員流動率高，難以持續提供高質量的照護。
- (三)跨部門協作困難：促進醫事人員跨領域合作的目標，面臨專業分工過細和部門間溝通障礙，跨部門合作的制度化和文化尚未完善，影響跨領域學習的推動。
- (四)科技導入的接受度與成本：導入智慧醫療科技及國際先進技術，需要醫療人員的學習與適應，部分資深醫師對 AI 科技及自動化系統的接受度低，同時設備與技術的更新成本高昂。
- (五)資安與數據隱私風險：推動醫療數據共享和智慧醫院發展需確保資安，台灣現有的資訊系統在防護和管理上尚未達到國際標準，面臨數據隱私洩漏的風險。
- (六)分級醫療落實難度：社區醫療的資源和人力配置不均，尤其在偏遠地區與都市之間，醫療服務的可及性和質量差異明顯，落實分級醫療體系需要全面的政策調整和資源再分配。
- (七)社會參與與支持不足：推動綠色醫院及健康生活型態的計畫，需要公

眾的積極參與與支持，但目前大眾對環保及健康生活的重視度不高，推廣和實施進度有限。

(八)ESG 治理機制欠缺：建立醫療機構的環境、社會與治理（ESG）模式需要高層管理的全力支持與推動，但部分醫療機構缺乏 ESG 的長期規劃和目標設置，實施上有難度。

三、績效指標、衡量標準及目標值

願景：成為亞太地區最具醫療發展力國家

本計畫自 114 年 1 月 1 日起執行至 118 年 12 月 31 日之計畫目標及績效指標及評估基準(以 5 年為期)：

鑑於計畫涵蓋範疇廣泛且醫療機構推動進度受資源分配、執行條件及外部環境影響，為避免因齊頭式目標影響參加意願，尚不宜制定統一具體量化目標，目標值需具彈性，始能因地制宜，符合實際需求與執行可能性。

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|--------------------|-----------------------------|--|--|--|
| 範疇一、優化醫療工作條件 | | | | |
| 1. 提高醫事人員核心價值與工作環境 | 1-1. 提供具有競爭力的薪酬或福利，吸引優秀人才 | 1. 員工滿意度調查：進行年度員工滿意度調查，專注於薪酬、福利和工作環境的評價，評估薪酬競爭力是否達標及彈性工時及工作靈活度的評價。(如同仁對於工作滿意度達 70%。公式：滿意度調查得分/滿意度調查總分) 2. 減少短缺科別的人員流動率變化。 3. 減少超時工時比例：監控員工的超時工時數據，並計算其占總工時的比，衡量彈性排班制度是否有效降低工時壓力。 4. 建立明確改善勞動力流失之制度或措施，促進醫療人力穩定。 | 1. 優化並新增如健康檢查、退休福利、職業發展培訓等措施，提升福利多樣性。 2. 設立定期評估機制，針對員工流動率與留任率進行分析，並透過員工滿意度調查檢視福利和薪酬政策的適用性與成效。 3. 設立差異化津貼與獎勵機制：針對人力短缺的醫療科別，設立額外津貼或獎金制度，如危險津貼、加班補助或偏遠地區津貼，增加吸引力。 4. 調整薪資結構並定期檢討。 5. 推行彈性工時制度或區域聯防等彈性互助方式 | 1. 確保薪酬和福利具競爭力，吸引並留住人才，減少流失率。 2. 透過設立差異化的津貼、進修補助及升遷機會，增強吸引力與人員穩定性，並透過定期檢討薪資結構來保持競爭力，滿足市場需求。 3. 持續優化排班安排，促進工作效率和員工留任率的提升。 |
| | 1-2. 設立新的薪資制度，鼓勵醫療照護不足的人力科別 | | | |
| | 1-3. 實施靈活的工作時間(排班)與輪班制 | | | |
| 2. 優化醫院 | 2-1. 消除資源 | | | 透過數據化管理 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|----------------|--------------------------|---|--|---|
| 內資源配置 | 浪費,精確的需求預測和資源管理 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 提升資源使用率:追蹤病床、手術室、診療設備等關鍵資源的使用率,計算實際使用與總可用資源的比例,評估資源配置的有效性,並確保資源不閒置或過度使用。 2. 需求預測準確度:利用歷史數據與人工智慧技術進行需求預測,分析資源供需情況,並比較預測與實際需求的差異,以衡量預測準確性,減少資源過度或不足的情況。 3. 專科資源平衡指數:監控各專科間的資源分配情況,根據標準差或其他統計指標,計算專科之間的資源分配差異,確保不同專科能公平獲取所需資源。 4. 減少資源浪費或重複使用率:記錄和分析資源的重複或過度使用項目,建立審計機制,確保資源重複利用的項目逐年減少,提升管理效率並降低成本。 5. 病床使用率: <ol style="list-style-type: none"> (1) 申請機構依 113 年基準值,自訂各類病床占床率年度成長率目標值。 (2) 申請機構依 113 年基準值,比較計畫執行後,出院 14 天內因相同或相關病情之非計畫性再住院率降低比率。 (3) 得自訂其他有具體資料可驗證之指標。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立數據化資源管理系統:設置資源追蹤與管理系統,定期記錄並分析病床、手術室、設備等關鍵資源的使用率,進行持續監控與報告,優化資源調度。 2. 應用 AI 進行需求預測:採用人工智慧技術分析過往資源使用數據,預測資源需求趨勢,並動態調整資源配置,以減少資源閒置與不足。 3. 設立跨專科資源協調機制:成立跨專科資源管理委員會,定期檢視各專科的資源使用情況,並根據實際需求進行資源調配,減少差異化。 4. 定期資源使用審計:每季度進行資源使用審計,檢視並記錄重複使用與浪費的項目,針對重複利用項目提出具體改善方案,提高資源效能。 | 系統和 AI 需求預測,追蹤並提升關鍵資源的使用效率,設立跨專科協調機制,定期審計和分析資源使用情況,減少浪費及專科間的資源差異,達到高效配置和管理目標。 |
| | 2-2. 提升關鍵資源的使用效率,減少專科間差異 | | | |
| 3.擴大科技投資降低工作負荷 | 3-1. 引入AI和機器人流程自動化來處理重 | 1. 提升自動化處理量:記錄由 AI 和機器人 | 1. 導入自動化流程:在醫療影像分析、 | 透過減少重複性任務的工作時間、提升自動化處理 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|---------------|---|--|---|--|
| | 複性工作，如醫療影像分析和報告生成，減少醫療人員的工作負擔 | <p>1. 完成的任務數量，並與人工作業量進行比較，以評估自動化的推廣成效。(如護理人員護理紀錄完整率達 90%。公式：記錄完整之欄位數/紀錄表總欄位數)</p> <p>2. 減少工作時間比例：追蹤醫療人員在重複性任務(如影像分析、報告生成)上花費的時間，計算在引入 AI 和自動化後的工作時間減少比例。</p> <p>3. 評估與計算引入 AI 或自動化後的人力、物資減少比例，俾供評鑑或未來專業人力估算與改革參據。</p> | <p>1. 報告生成等重複性工作中，優先引入經過驗證的 AI 模型和機器人技術，減少醫療人員的手動操作。</p> <p>2. 建立績效評估機制：針對 AI 技術的引入，建立錯誤率監控和自動化處理量的追蹤機制，定期進行效果檢查和優化調整。</p> <p>3. 員工培訓與支持：為醫療人員提供針對 AI 和自動化系統的培訓，確保員工能夠順利過渡並充分利用技術輔助工具，減少學習曲線帶來的負擔。</p> | 量、降低錯誤率，最終減輕醫療人員的工作負擔，同時提高工作效率和準確度。 |
| 4. 制定醫事人力留任策略 | <p>4-1. 培養良好的團隊合作精神，促進醫事人員之間的協作和互助</p> <p>4-2. 合理的工作安排和支援措施，減少醫事人員的工作壓力</p> <p>4-3. 建立員工關懷計畫，提供心理支持與工作生活平衡的措施</p> | <p>1. 提升各類醫事人力留任率：定期監測員工的流動率與留任率，評估團隊合作、支援措施和員工關懷計畫對人員穩定的效果。(如參與計畫全部醫事機構之醫事人員留任率：任職滿一年醫事人員數/僱用醫事人員數。)</p> <p>2. 參與計畫全部醫事機構之非現職醫事人員(醫師、護理人員，以及自訂一類流動率較高之醫事人員)回任人數成長率：當年度僱用連續 6 個月以上未執業登記之前揭醫事人員人數/前一年度僱用連續 6 個月以上未執業登記之前揭醫事人員人數。</p> <p>3. 心理健康與支持滿意度調查：每年進行心理健康與支援措施滿意度調查，了解醫事人員對心理支持和工作生活平衡</p> | <p>1. 推動團隊建設活動：定期舉辦團隊建設活動，如工作坊、討論會等，提升醫事人員間的信任與溝通，增進團隊合作精神。</p> <p>2. 優化排班制度與工作負荷：推行彈性排班制，並定期檢討工作分配與支援措施，確保醫事人員的工時平衡和合理安排。</p> <p>3. 建立心理支持機制：設立心理諮詢服務，提供專業心理支持，並設立壓力釋放空間和健康活動，幫助員工減輕壓力。</p> <p>4. 設立員工關懷專案：制定員工關懷計畫，如彈性工時、定期健康檢查、心理諮詢等，促進工作與生活的平衡，增強員工歸屬感。</p> | 透過提升醫事人員的團隊合作能力，促進部門間的協作互助，並通過合理的工作安排減少工作壓力，最終提高工作滿意度。同時，通過心理支持和關懷計畫提供全方位的支援，平衡工作與生活，進而減少員工流動率並增強留任意願，確保醫事人力的穩定性和持續發展。 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|------------------|---|--|--|---|
| | | 的需求和滿意度。 4. 取得友善職場相關認證或獎項(例如職場健康認證、職場性別平等認證、中高齡者及高齡者友善職場認證等認證,或工作生活平衡獎、母性健康友善獎等獎項)。 | | |
| 範疇二、規劃多元人才培訓 | | | | |
| 1. 提供持續教育和專業發展機會 | 1-1. 專業培訓和進修機會 1-2. 鼓勵參加國內外的學術會議和研討會 | 1. 培訓及進修參與率與人數: 追蹤醫事人員參與專業培訓和進修課程的人數, 並計算其年度參與率, 以確保持續提升醫事人員的專業知識。(如數位技能培訓課程參與率: 院內醫事人員參加數位技能培訓課程人數, 占全院醫事人員數比率達80%。) 2. 課程完成率與認證獲得: 記錄成功完成培訓課程並取得專業認證的人員比例, 評估醫事人員在培訓和進修後的知識提升效果。 3. 累計試辦之數位虛擬訓練模組數/試辦人數。 4. 累計發展及試辦之跨部門訓練模組數/試辦人數。 5. 培訓及進修參與率逐年提升(如每年參與專業培訓與進修課程的人數 / 總醫事人員數 × 100%)。 | 1. 制定多樣化培訓課程: 根據不同層級和專業需求, 設計基礎和進階的專業培訓課程, 涵蓋臨床技能、管理能力和技術創新等主題。 2. 提供線上與實體的進修方式: 結合線上課程和實體工作坊, 提供靈活的學習模式, 以便醫事人員根據工作需求和時間安排進修。 3. 學術資助與獎勵計畫: 針對參加國內外學術會議並發表成果的醫事人員, 提供資助和獎勵, 鼓勵積極參與學術交流。 4. 成果報告與分享機制: 建立學術會議成果報告制度, 要求參加會議者回院內進行知識分享或工作坊, 提升團隊整體知識水平和學術氛圍。 | 透過持續提升醫事人員的專業素質與技能, 並確保他們能適應醫療技術的變化與發展。鼓勵參加國內外學術會議, 增進醫事人員的學術交流和創新思維, 促進新知識的內部傳播, 提升整體醫療品質。 |
| 2. 促進醫事人員跨領域 | 2-1. 鼓勵醫事人員參與跨部門的合作項目, 增強綜合能力 | 1. 訓練機構應提供多元數位訓練工具, 使醫事人員可靈活且 | 1. 推動跨部門合作項目: 設立跨部門合作專案, 邀請不同 | 透過促進醫事人員跨部門合作及多方面培訓, 提升綜合素質和數位 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|-------|---|---|---|---|
| 合作和學習 | <p>2-2. 提供管理、技術、創新等多方面的培訓，提升醫事人員的綜合素質</p> <p>2-3. 提升醫事人員在數位工具和技術方面的能力</p> | <p>彈性接受多樣化臨床教學方式，該數位課程在臨床訓練過程中，所占比例應有所提升，有具體資料可驗證之指標。</p> <p>2. 跨部門跨領域合作項目：追蹤醫事人員參與跨部門合作項目的參與率，統計參與人數和年度增長趨勢，以評估項目的推動效果。如跨部門合作項目參與率逐年提升(參與跨部門合作項目的醫事人員數 / 總醫事人員數 × 100%)。</p> <p>3. 醫療整合照護(可以中、西醫)完成收案數：申請機構依建立之整合醫療照護模式收案病人數。(計算方式：完成收案病人數)。</p> <p>4. 建立病種為中心之醫療整合照護(可以中、西醫)指引數：依申請機構收案病種之醫療整合照護模式，發展臨床治療指引。(計算方式：建立收案病種之醫療整合照護指引數量)。</p> <p>5. 建立跨職類醫療整合臨床照護訓練(可以中、西醫)課程數：依申請機構收案病種之跨職類臨床照護模式，發展臨床訓練課程。(計算方式：建立收案病種之醫療整合臨床訓練課程數量。)</p> <p>6. 培育醫療整合照護(可以中、西醫)及AI科技應用人才數：申請機構依訓練課程，完成醫療整合照護及AI科技應用訓練人數，並應訂定考核</p> | <p>部門的醫事人員共同參與，解決臨床或管理上的綜合問題，並定期舉行跨部門交流會議。</p> <p>2. 提供多元化的培訓計畫：設計針對管理、技術及創新方面的培訓課程，結合實體與線上學習，涵蓋不同職位與專業需求的培訓方案。</p> <p>3. 數位技能培訓：開展數位工具和技術的基礎與進階課程，並提供操作演練機會，提升醫事人員對數位工具的掌握能力和應用水平。</p> <p>4. 建立知識分享平台：設立內部分享機制，鼓勵醫事人員在完成合作或培訓後進行成果分享，通過交流會和工作坊等形式，提升團隊的學習氛圍。</p> | <p>能力，通過跨部門合作參與率、培訓完成率、技能測試結果及分享次數評估，推動知識交流與專業成長。</p> |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|--------------------|-------------------------------|---|---|--|
| | | <p>方式完成考核。(計算方式：依訓練課程接受訓練，並完成考核人數)。</p> <p>7.醫院安排永續發展委員會相關部門員工參加醫療永續相關教育訓練(含線上課程)，年度參訓率達50%。(公式：永續發展委員會相關部門員工之參訓人數/永續發展委員會相關部門員工人數)</p> | | |
| 3. 提高急重難科醫師的回流醫院誘因 | 3-1. 急重難科醫師的合理分配，確保獲得高質量的醫療服務 | <ol style="list-style-type: none"> 以區域或機構系統為核心，建立關鍵科別住院醫師招收、訓練及後續專科醫師留任制度。 關鍵次專科醫師留任，且建立區域關鍵醫療任務穩定計畫。 提升醫師留任率：分析急重難科醫師的年度流動率與留任率，檢視人員合理分配對醫師穩定性的影響。 維持關鍵科別(五大科)住院醫師穩定招收：醫院當年度關鍵科別住院醫師整體招收率不低於95%，且整體留任率不低於90%，指標公式說明如下： <ol style="list-style-type: none"> 招收率為當年度關鍵科別招收住院醫師第1年(下稱R1，R2為住院醫師第2年)(含該分組PGY2升R2)人數，占當年度關鍵科別公告容額數之比率。 留任率為當年度關鍵科別招收由R1升至R2之人數，占當年度關鍵科別原招收R1人數之比率。 醫師留任率逐年提升(急重難科醫師的年度 | <ol style="list-style-type: none"> 建立醫師人員配置標準：根據各醫院的需求和急重難科的工作負荷，制定標準化的人員配置指引，並定期檢查每科室的醫師配置是否符合規範。 優化醫師分配與激勵機制：針對急重難科醫師設計差異化的薪酬激勵政策，並提供專業進修機會，提高留任率，減少人員流動。 調整醫師排班與休假制度：設計靈活的排班與休假制度，定期檢討醫師工作負荷，提供充分的休息與健康支持，減少過度工作壓力。 | 透過標準化的醫師配置指引和持續檢視，確保急重難科室有足夠且適當分配的醫師，同時透過病患滿意度調查與合理的工作排班制度，維持高質量的醫療服務，提升患者信任度，並優化薪酬激勵政策以提高醫師留任率。 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|----------------|---|---|---|---|
| | | 留任率 = 留任醫師數 / 急重難科醫師總數 × 100%)。 | | |
| 4. 建立明確的職涯發展路徑 | 4-1. 為醫事人員制定清晰的職涯發展計畫，提供晉升和發展的機會 4-2. 實施導師制度，讓經驗豐富的醫事人員指導和支持新進人員 | 1. 提升新進人員留任率：追蹤導師制度實施後新進人員的留任率變化，評估導師制度對人員穩定性的影響。 2. 建立一套公平的晉升與發展制度：統計醫事人員每年獲得晉升或參與進修發展機會的次數，以衡量職涯發展計畫的落實效果及員工專業成長。 3. 臨床教師師資培育課程參與率：各職類醫事人員符合臨床教師之年資時，其參與臨床教師師資培育課程人數比率達80%。 | 1. 制定個別化職涯規劃：每年與醫事人員進行職涯會談，根據個人專業目標和發展需求，制定具體的職涯發展計畫，並定期檢討與更新。 2. 提供多樣化的晉升和進修機會：設立專業進修課程、技能提升訓練和管理能力培訓，並透過績效考核提供晉升機會，促進醫事人員的專業發展。 3. 導師與新進人員配對計畫：根據專業領域和個人需求，為新進人員指派合適的導師，並設立定期交流和技術指導機制。 4. 導師支持與反饋機制：為導師提供輔導與培訓，並設置反饋管道，讓新進人員能就導師指導效果提出建議，確保導師制度的實施成效。 | 透過制定個別化職涯發展計畫，提供醫事人員明確的晉升和進修機會，同時實施導師制度，讓經驗豐富的醫事人員提供新進人員指導與支持，增強專業成長和職場穩定性。 |
| 範疇三、導入智慧科技醫療 | | | | |
| 1. AI 科技協助臨床醫療 | 1-1. 以AI取代大規模重複性的影像判讀 1-2. AI 醫療解決方案的應用場域由「醫院」延伸至「居家場域」 1-3. 更多AI解決方案進入臨床應用，並輔助醫師做出診斷決策；輔助護理人員減輕臨床照護上負擔，如 | 1. 提升影像判讀準確率與時間節省：追蹤AI 技術在影像判讀的準確率，並比較AI 技術與人工判讀所節省的時間，評估AI 取代重複性工作的效果。 2. 自訂導入智慧醫療服務模組數量或完成率等量化性指標。 3. 依循衛生福利部資訊處三大類型智慧醫療中心技術手冊 | 1. 建立 AI 影像判讀中心：設立專門的AI 影像判讀中心，進行大規模影像數據的自動判讀與篩選，並與人工判讀結果進行定期比對和調整。 2. 推廣居家健康管理設備：研發並推廣居家使用的 AI 健康監控設備，如心電圖監測器、AI 輔助診斷系統，讓病 | 以 AI 技術取代重複性影像判讀，提升診斷準確度與效率，並透過推廣居家應用，擴展醫療解決方案至居家場域，另可增加AI 臨床解決方案的採用率，輔助醫師診斷並將 AI 技術融入健康照護的全價值鏈，提升醫療服務質量與全面性。 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|-------------------|--|---|---|--|
| | <p>人力配置規劃、數據自動化整合、護理工作流程及文書作業改善等面向。</p> <p>1-4. AI 自然融入健康照護的價值鏈，從醫療教育、疾病診斷到大眾健康維護</p> | <p>(1)依循手冊中負責任 AI 執行中心內容，建立醫療院所負責任 AI 落地機制與辦法之數量。</p> <p>(2)對接臨床 AI 取證驗證中心（取證）之數量；使用之 AI 需經過大規模人群驗證或取得 TFDA 認證。</p> <p>(3)對接 AI 影響性研究中心（給付）之數量；進行 AI 臨床效益評估，確保 AI 產品兼具臨床有效性與全民健康效益。</p> <p>(4)發展 AI 使用 SMART on FHIR 模式數量。</p> <p>(5)參加國際性智慧醫療評比次數。</p> | <p>患在家中即可獲得醫療指導。</p> <p>3. 臨床 AI 解決方案研發與測試：與醫療機構合作，進行多階段的 AI 臨床測試，並依據醫師反饋進行優化，確保 AI 技術的臨床決策支持效果。</p> <p>4. 整合健康教育與護理體系：將 AI 應用於醫療教育課程、患者健康管理和疾病預防，促進醫療資源的合理配置與健康照護的全程化管理。</p> | |
| 2. 引進國際接軌的醫療科技及技術 | <p>2-1. 透過技術轉移，引進國際先進的醫療技術</p> <p>2-2. 更新國際科技設備，確保符合國際標準，提升醫療服務的質量和效率</p> <p>2-3. 與本地企業進行創新研發，開發具有國際競爭力的醫療產品</p> | <p>1. 引進國際接軌的醫療科技及技術件數。</p> <p>2. 研發合作項目數量與成果：統計與本土企業合作進行的創新研發項目數量，並記錄成功開發的具有國際競爭力的醫療產品數量，衡量研發成效。</p> | <p>1. 國際合作與技術引進平台建設：建立專業技術轉移平台，與國際醫療機構建立長期合作，確保新技術的引進和落地應用，並定期評估臨床成效。</p> <p>2. 設備更新計畫制定：每年進行醫療設備的現況評估，制定設備更新計畫，並與國際標準對接，確保設備持續符合最新國際標準和品質要求。</p> <p>3. 本土創新研發促進計畫：與本地企業合作，針對關鍵技術和產品進行研發支持，鼓勵跨領域專業團隊參與，推動具有國際競爭力的創新成果。</p> <p>4. 國際認證支持與推動機制：設立國際認證支持計畫，協助研發產品通過國際認證，並推動研</p> | 透過技術引進和轉移，確保成功引進並應用國際先進醫療技術，更新設備以符合國際標準，提升服務質量和效率，另可與本土企業合作開發國際競爭力的醫療產品，並促進其取得國際認證，進入全球市場。 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|----------------|--|---|---|---|
| | | | 發成果進入國際市場，提升國際影響力和競爭力。 | |
| 3. 優化醫療照護流程和效率 | <p>3-1. 透過電子病歷系統，簡化病患資料管理，提升醫療效率</p> <p>3-2. 對現有的醫療流程進行盤點和整合，簡化病人從報到到出院甚至長照之流程</p> <p>3-3. 利用大數據和 AI 進行數據分析，預測病人需求，優化資源配置和人員調度</p> | <p>1. 提升電子病歷使用率：追蹤醫療人員對電子病歷系統的使用率，統計每月使用人次，評估系統在簡化病患資料管理和提升醫療效率方面的效果。</p> <p>2. 提升醫療流程簡化率：定期檢視醫療流程的盤點與整合成果，計算流程簡化後的步驟減少比例，並衡量病患就醫時間的縮短程度。</p> | <p>1. 電子病歷全面推行：推動醫療機構全面導入電子病歷系統，並提供使用培訓，確保醫療人員熟練操作，提升病患資料管理效率。同步推動電子簽章及電子文件應用機制，建構完整之數位醫療資訊紀錄流通環境。</p> <p>2. 醫療流程再造：對現有流程進行盤點與再設計，簡化從病人報到、診療、住院到出院的全流程，並引入數位化簽核和自助報到系統。</p> <p>3. 大數據與 AI 應用：建立大數據分析平台，應用 AI 技術進行病人需求預測和資源優化調度，改善醫療資源（如醫護人力、病床）配置效率。</p> <p>4. 病人導向的流程整合：設立病人服務中心，統籌病人報到、診療和出院服務，提供一站式的就醫體驗，縮短病人等候時間，提升滿意度。</p> | 透過電子病歷系統的導入、醫療流程的再設計，以及大數據與 AI 技術的應用，目標是提升醫療效率和病人滿意度，優化病患從報到到長期照護的全流程體驗，同時實現醫療資源的合理配置和人員調度，減少等待時間和流程繁瑣，確保醫療服務質量的持續改進。 |
| 4. 醫療數據共享和安全 | <p>4-1. 建立安全的醫療數據共享平台，促進醫療研究和創新</p> <p>4-2. 醫院資訊系統取得資安認證及檢測</p> <p>4-3. 確保患者數據的隱私和安全</p> | <p>1. 雲服務環境布建之具體事項。</p> <p>2. 資安認證通過率：記錄醫院資訊系統申請並通過資安認證的比例，並每年進行定期檢測，確保所有系統持續符合資安標準。</p> | <p>1. 建立醫療數據共享平台，採用數據加密、權限控管、雙重驗證等資安技術，並設立數據審核與授權機制，確保數據安全與合規，將個人資料加密儲存、傳輸納入必要事項。並參照「隱私強化技術應用指引」，審酌資料利用</p> | 透過建立安全的醫療數據共享平台，並採用數據加密、權限控管等技術，與進行資安認證及定期檢測，確保數據合規與安全；同時，實施多重認證與訪問控制，並進行數據安全培訓，提升醫護人員意識及患者信任感。 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|------------|---|---|---|--|
| | | | <p>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。</p> <p>2. 資訊系統資安認證與滲透測試：每年進行醫院資訊系統的資安認證申請，並安排專業的資安滲透測試，檢測系統的潛在漏洞，並進行相應修補。</p> <p>3. 多重認證和訪問控制：實施多重認證機制，並根據角色設置不同的訪問權限，僅授權人員能訪問敏感醫療數據，防止未授權存取。</p> <p>4. 數據安全培訓和患者告知：定期為醫護人員進行數據隱私與安全培訓，提高其意識；同時，向患者告知數據隱私保護措施，增強其信任感。</p> | |
| 5. 朝智慧醫院發展 | <p>5-1. 導入各種數位化基礎設施及技術</p> <p>5-2. 門診及病房採取智慧流程和系統</p> | <p>1. 提升數位化設施覆蓋率：追蹤醫院內各科室和病房數位化基礎設施的覆蓋率，統計導入電子病歷系統、遠端監控系統、智慧藥櫃等技術的比例，以評估數位化推行效果。</p> <p>2. 提升門診及病房智慧系統使用率：記錄門診患者自助掛號、自助繳費及自助報到系統的使用率，並分析患者等待時間的縮短程度，評估智慧流程的實施效果。並監測病房中智慧床位、病患監控系統及醫護調度系統的</p> | <p>1. 鼓勵導入數位化醫院管理：透過數位化資源管理，監控管理場域、裝備設施、醫材藥品等，提供 AI 智能調度建議與有效分配，提升場所設施與醫療裝備之利用效率。</p> <p>2. 全面導入電子病歷系統：推動電子病歷的全面應用，讓醫護人員能隨時訪問病患資料，提高資訊共享效率，縮短診療流程時間，提升醫療服務的準確性。</p> <p>3. 智慧門診系統建</p> | <p>透過導入數位化基礎設施及技術，提升各科室和病房的數位化覆蓋率，強化電子病歷系統和智慧門診系統的應用，優化自助服務和病房管理，縮短患者等待時間，提升醫療效率和患者滿意度，並通過數據集成與 AI 分析改進醫療決策。</p> |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|---------------------------|---|--|--|---|
| | | 使用頻率，並評估病患照護效率的提升效果。 | <p>設：設置自助掛號、自助繳費、自助報到和數位化問診系統，簡化患者就醫流程，減少等待時間，提升門診效率與患者體驗。</p> <p>4. 病房數位化管理系統：導入病房智慧床位管理、遠端監控及智能護理系統，實現病患狀況的即時監控和信息快速更新，優化護理服務。</p> <p>5. 醫療數據集成與分析平台：建立集成化的數據平台，應用 AI 技術分析病患數據，進行醫療預測及診療決策支持，改善資源調配和醫療品質。</p> <p>6. 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或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。</p> | |
| 範疇四、社會責任醫療永續 | | | | |
| 1. 落實分級醫療，以社區醫療為基礎，整合照護體系 | <p>1-1. 醫療院所多元發展醫療照護，發展與建立連續性照護，及長期照護之整合</p> <p>1-2. 促進不同醫療專業之間的合作，共同制定和執行患者的治療計畫，提供全方位的照</p> | <p>1. 提升連續性照護的覆蓋率：追蹤醫療院所提供的連續性照護和長期照護的患者比例，統計接收跨院照護服務的患者數量，以評估整合照護的實施成效。</p> <p>2. 自訂有效轉診及落實分級醫療等量化指標。</p> | <p>1. 建立連續性照護平台：整合不同醫療院所的資訊系統，推動跨院數據共享和聯合管理，確保患者能獲得連續且一致的醫療與長期照護服務。</p> <p>2. 推動跨專業合作模式：設立多專業團隊會議機制，促進</p> | 1. 透過提升社區醫療體系的連續性照護能力，促進多專業間合作，實現個性化治療方案，並利用遠程監控技術加強患者健康管理，從而提供整合性、全方位且持續的醫療服務，提升 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|------|---|--|---|--|
| | <p>護</p> <p>1-3. 發展個性化醫療，根據患者的具體需求和健康狀況，提供量身定制的醫療服務</p> <p>1-4. 利用遠程監控技術，實時追蹤病人的健康狀況，及時提供醫療建議</p> | <p>3. 自訂以人為中心、以社區為基礎整合性照護模式之量化性指標。</p> <p>4. 自訂區域內家庭擁有家庭醫師之比率、民眾滿意度及醫療品質提升之具體指標。</p> <p>5. 遠程監控技術使用率：統計醫療機構中採用遠程監控技術追蹤患者健康狀況的次數，並分析施行成效與患者反饋。</p> <p>6. 在宅醫療照護完成收案數(可以中、西醫)：追蹤醫療機構依建立之在宅醫療照護模式收案病人數。</p> <p>7. 建立在宅醫療照護指引數(可以中、西醫)：統計醫療機構依收案病種，所發展之在宅醫療照護指引數。</p> <p>8. 建立偏鄉醫療或社區健康促進訓練課程數(可以中、西醫)：統計醫療機構依收案病種或族群，所發展之偏鄉醫療、社區健康促進訓練課程數。</p> <p>9. 提升連續性照護的覆蓋率逐年提升(提供連續性照護和長期照護的患者數量 / 總患者數量 × 100%)。</p> <p>10. 偏遠地區醫療服務覆蓋率逐年提升(到偏遠地區提供醫療服務的次數 / 預定服務範圍 × 100%)。</p> <p>11. 遠程監控技術使用率逐年提升(採用遠程監控技術的患者數 / 總患者數 × 100%)。</p> | <p>醫師、護理師、藥師及其他專業人員間的溝通，定期評估患者的治療計畫和照護結果。</p> <p>3. 推行個性化醫療計畫：引入精準醫療的數據分析技術，根據患者的基因、生活習慣及健康狀況，制定個性化的治療方案，並進行動態調整。</p> <p>4. 導入或開發遠程監控技術：擴大遠程醫療設備的覆蓋範圍，提供遠程健康監控設備，讓醫療團隊能即時監控高風險患者，並在異常情況下及時給予建議和處置。</p> <p>5. 組成巡迴醫療團隊(可以中、西醫)，定期至社區及偏鄉提供醫療資源：安排醫療團隊並建立巡迴診療計畫，定期至社區及偏鄉進行診療。</p> <p>6. 制定偏鄉醫療或社區健康促進培訓課程及考核方式(可以中、西醫)：根據不同社區場域及病種，建立醫事人員專業培訓課程。</p> | <p>病患滿意度和照護效果。</p> <p>2. 透過提升社區及偏鄉之醫療覆蓋率(可以中、西醫)，提供民眾多元在宅服務選擇，並解決偏鄉在宅醫療需求。</p> |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|-----------------------|---|--|--|--|
| 2. 協助政府提升醫療資源的可及性和公平性 | 2-1. 派遣醫療團隊到偏遠地區，提供醫療服務，縮小醫療資源差距 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 提升偏遠地區醫療服務覆蓋率：追蹤醫療團隊到偏遠地區進行醫療服務的次數及範圍，統計服務的居民數量及患者就診次數，評估資源分配的公平性。 2. 醫療機構協助穩定非山非市或緊急醫療資源不足地區之醫療機構 24 小時急重症照護量能急提升品質。 3. 支援非山非市或緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，予以維持或提升其緊急醫療能力分級評定章節之緊急醫療處理能力。 4. 派遣醫療團隊維穩緊急醫療不足地點之緊急醫療服務，縮小醫療資源差距，以因應當地民眾與遊客之緊急醫療需求，民眾整體滿意度達 80% 以上。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期派遣醫療團隊：安排醫療專業團隊定期輪派到偏遠地區，提供基本醫療和專科診療服務，並建立巡診計畫，確保醫療服務的持續性和穩定性。 2. 設立醫療支援中心：在離島及非山非市地區設立醫療支援中心，並配備遠端醫療技術，提供 24 小時的急重症遠端指導及支援服務。 3. 提升醫療設備與資源：提供偏遠地區和離島的醫療機構急重症設備更新及資源補充，確保醫療設施符合 24 小時急重症照護需求，提升醫療服務的質量。 4. 建立在地醫療人員培訓計畫：對偏遠地區在地醫護人員進行急重症照護培訓，提升當地醫療隊伍的急診處理能力，增強醫療資源的可及性和穩定性。 | 透過建立健全的醫療服務覆蓋和支援機制，透過定期派遣醫療團隊、設立支援中心、提升醫療設備與資源及強化在地醫護人員培訓，確保偏遠及離島地區能穩定提供 24 小時急重症照護，縮小醫療資源差距並提升照護品質。 |
| | 2-2. 協助穩定離島或非山非市地區醫療機構 24 小時之急重症照護量能及提升品質 | | | |
| 3. 營造健康生活型態 | 3-1. 提供病人個別化的健康生活處方，與全方位的健康管理 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康處方執行率：追蹤病人接受並遵循個別化健康處方的比例，統計每月或每季度的處方執行率，以評估健康生活處方的落實效果。透過強化社區醫療群的角色，可以更有效地追蹤病患的健康處方執行情況，並提供持續的指導和支持，以確保患者能夠遵循健康建議。 2. 病人健康指標改善率：定期檢測接受健 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立個別化健康處方系統：為病人提供根據其健康狀況和生活方式的個別化健康處方，並定期進行醫師與病人之間的健康管理跟進會談。 2. 健康數據監測與反饋機制：設立病人健康指標監測機制，透過智能裝置或數位健康工具，定期監控病人的血壓、血糖、體重等數據，並自動生成報 | 透過提供個別化健康處方與全方位健康管理，提升病人的健康指標改善率，同時，通過推廣社區健康資源，如健康資訊中心和促進計畫，提升社區資源使用率與居民健康意識，並進一步優化健康資源配置。 |
| | 3-2. 提供社區健康資源，如健康資訊中心和健康促進計畫 | | | |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|------|------|---|--|------|
| | | <p>康處方指導的病人健康指標變化,如血壓、血糖、體重等,並比較治療前後的數據,評估健康管理的成效。社區醫療群的建立能幫助醫療機構有效整合基層醫療資源,提供更具持續性與系統性的健康管理,提升病患的健康改善效果。</p> <p>3. 社區健康資源使用率:統計社區健康資源(如健康資訊中心和健康促進計畫)的參與人數及活動次數,評估社區健康資源的使用情況和普及率。透過強化社區醫療群的合作與聯繫,能更好地推動社區健康資源的利用與普及,鼓勵居民積極參與健康促進活動。</p> <p>4. 健康促進活動滿意度:透過問卷調查參與社區健康促進活動的居民,了解其對活動內容和效果的滿意度,並根據反饋優化健康資源配置。社區醫療群的強化能促進社區醫療機構之間的合作,提升活動的組織效能和多樣性,進而提升居民對健康促進活動的滿意度。</p> <p>5. 家醫三高會員監測數據(HbA1c、LDL、血壓)控制良率達80%。</p> <p>6. 家醫會員可避免住院率較去年同期進步。</p> <p>7. 就醫件數之下轉率高於全國平均值 (1)醫療院所:下轉率高於全國平均值 (公式:下轉件數/</p> | <p>告提供給醫療團隊。</p> <p>3. 社區健康促進計畫的推廣:在社區內設立健康資訊中心,提供健康講座、運動課程及健康檢測活動,推廣健康生活觀念,提升居民的健康意識。</p> <p>4. 健康資源互動平台建設:開發線上健康互動平台,讓居民隨時查詢健康資訊、參加線上活動並進行健康諮詢,促進社區健康資源的便捷利用與交流。須符合「網站無障礙規範」,取得無障礙 AA 等級以上(含)標章,保障身障人士數位平權;並提供多語言支援。</p> | |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|------------------------|--|---|--|--|
| | | 接受上轉件數) (2)社區醫療群：接受下轉率高於全國平均值(公式:接受下轉或回轉件數/上轉件數) 8.醫院辦理醫療與長照之整合性照護，民眾滿意度達80%以上。 | | |
| 4. 致力於減少碳足跡，推動綠色醫院 | 4-1. 醫療照護產業透過減少醫療設施產生的直接碳排放來實現脫碳 4-2. 醫院新建或擴建時，從設計到運營都需要考慮環保和可持續性 | 1. 減少碳排放率：追蹤醫療設施每年直接碳排放的減少量，並與基準年度的數據進行比較，確保逐年降低碳排放，達成脫碳目標。 2. 醫療廢棄物源頭減量與提升回收再利用比率：記錄醫療設施中廢棄物的回收和妥善處理比例，特別是醫療廢棄物的減量化與資源回收的成效，確保減少環境負擔。(如提升醫療事業廢棄物再利用率，應較基準年逐年提升1%。) 3. 執行「部醫綠生活十大守則」中至少3項，並於年度結束進行執行成果分析。 | 1. 設置節能設備與優化能源使用：引入高效節能設備，如LED照明系統、節能空調與智能電力管理系統，優化能源使用，減少直接碳排放。 2. 推動綠色建築標準：在醫院新建或擴建時，採用綠色建築標準，利用太陽能、雨水回收系統、低耗能建材等，以實現環保和可持續性。 3. 廢棄物分類與再生利用：推行廢棄物的分類處理，增加醫療廢棄物回收利用，減少對環境的負擔，同時鼓勵對紙張、塑膠等進行二次利用。 4. 鼓勵綠色採購：推廣採用環保材料和設備的採購政策，優先選擇低碳排放和可再生材料的供應商，支持環境友善的醫療運營模式。 | 透過追蹤醫療設施碳排放減少率和能源使用效率的提升，並統計取得綠色建築認證的比例及廢棄物回收率，評估醫療設施在脫碳和環保設計方面的成效，確保達成綠色醫院目標。 |
| 5. 建立環境、社會和治理(ESG)管理模式 | 5-1. 定期發布永續報告書，透明披露醫院的永續發展狀況 | 1. 定期發布永續報告書：追蹤醫院每年按時發布永續報告書的頻率，確保報告書涵蓋環境、社會和治理(ESG)相關的主要議題，並符合國際披露標準。(如依照GRI準則撰寫永續報告書，並於每年公 | 1. 設立 ESG 專責小組：成立專門的 ESG 管理小組，負責制定永續發展策略、監控目標進度、收集並分析 ESG 數據，確保報告書內容準確反映永續發展成效。 2. 導入國際 ESG 標 | 透過提高醫院永續發展的透明度，追蹤 ESG 指標達成進度，涵蓋環境、社會及治理三大領域，並通過第三方審核確保合規性，建立與利害關係人的信任和互動。 |

| 計畫目標 | 績效指標 | 績效指標衡量方式 | 參考作法 | 指標目的 |
|------|------|---|--|------|
| | | <p>開發行。)</p> <p>2. ESG 關鍵績效指標達成率：設立具體的 ESG 目標(如碳排放減少、社會貢獻計畫、人權保障等)，定期檢查各項目標的達成率，並在報告書中進行透明披露。</p> | <p>準：依據國際標準（如全球永續性報告協會 (Global Reporting Initiative, GRI 或永續會計準則委員會 (Sustainability Accounting Standards Board, SASB)設計報告框架，涵蓋環境、社會及治理三大領域，強化數據披露的透明度，並獲得第三方審核認證。</p> <p>3. 定期與利害關係人互動：每年舉行多次利害關係人座談會，聽取員工、社區、患者等的意見，並依此更新 ESG 計畫，確保決策符合各方期望。</p> <p>4. 公佈 ESG 績效目標和成果：在報告書中明確披露年度 ESG 目標、具體行動及達成成果，定期檢視改進，增加醫院永續行動的可視化和透明度。</p> | |

參、現行相關政策及方案之檢討

一、專科醫師訓練

為促進醫師專業能力之深化及提升我國醫療水準與品質，遂依據醫師法及專科醫師分科及甄審辦法之規定，自民國 75 年起推動專科醫師制度，又為了衡平各科專科醫師之人力分布、強化專科醫師訓練環境、提升專科醫師訓練品質，自民國 90 年起，全面實施專科醫師訓練容額管制計畫，並訂定各科之專科醫師訓練名額，每年委由各專科醫學會辦理該專科醫師訓練醫院認定，且管控各訓練醫院招訓人數，按民國 99 年 6 月 9 日修正發布之專科醫師分科及甄審辦法，第 3 條規定醫師類之專科分科計有家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、麻醉科、放射診斷科、放射腫瘤科、解剖病理科、臨床病理科、核子醫學科、急診醫學科、職業醫學科、整形外科等 23 類。

專科醫師制度及專科醫師訓練容額管制計畫自實施以來，對於人才羅致困難科別確有助益，近年專科醫師總容額為 1,549 名經分配至各專科，並委請各專科醫學會將核定容額進行專科醫師訓練容額分配至各合格教學醫院。另為加強次專科人力狀況之掌握，本部亦請各專科醫學會針對所屬次專科之人力供需情形進行盤點，以確保人力分布符合當時醫療需求，妥善分配醫療資源，逐步將次專科納入管理機制。

二、臨床醫事人員培訓計畫

92 年國內發生嚴重急性呼吸道症候群，突顯醫療體系與醫學教育問題，住院醫師訓練過早進入專科化之情形，促使衛生福利部以「先學做一般醫師，再學做專科醫師」的初衷推動重整臨床醫師養成訓練改革計畫，推動「西醫師畢業後一般醫學訓練」，培育新一代的住院醫師具備一般性醫療技能外，能以全人觀點，統整考量醫療照護服務需求；另因應醫學系學制改為六年至，爰 108 學年度 8 月起 PGY 訓練調整為二年期 PGY 訓練，並於第二年 PGY 訓練模式採內科組、外科組、兒科組、婦產科組及不分科組訓練，因應醫療需求轉變於訓練課程中納入高齡、安寧及住院整合等相關訓練課程。

自 96 年起參酌西醫師 PGY 訓練執行經驗，陸續推動 14 職類臨床醫事

人員培訓計畫，透過制度化設計醫事職類新進人員「二年期訓練計畫」制度，確實提升教學醫院教學訓練品質，而為鼓勵訓練機構提供良好之訓練場所及教學資源，本部訂定「教學醫院教學費用補助計畫」（現更名為臨床醫事人員培訓計畫），藉以部分補助訓練機構之教學訓練費用，俾使新進醫事人員均能接受必要之訓練，達到提升醫療品質及確保病人安全之目標。

囿於目前訓練機構雖有聯合訓練機制，尚缺乏對於全人整合或跨科共同照護之訓練，亦需建立相關訓練之臨床師資及訓練成效評核等品質提升與管理機制，考量後疫情時代應重視人力量能及專業賦能，爰亟待進行訓練模式、訓練課程之重新思考與規劃，以提升訓練品質。

三、推動職場健康促進

全國目前已有 271 家健康醫院（全國涵蓋率約 57%），21 家醫院獲獎為績優職場，持續鼓勵醫院加入響應健康促進，並鼓勵表現優異醫院參加「績優健康職場與優良推動人員評選及表揚活動」。

四、智慧醫療服務作業模式

本部於 109 年 1 月 15 日公布醫療器材管理法，開放機構經其目的事業主管機關同意，可申請醫療器材商，另亦考量近年生醫產業迅速發展，為加強醫療法人研發、投資新創生醫及配合政府政策投資意願，於 111 年 12 月 6 日以衛部醫字第 1111668634 號令發布醫療法第 35 條第 1 項所定醫療法人投資限制，112 年已開創醫療機構投入智慧醫療產品研發，並由醫療機構取得醫療器材許可證先例。智慧醫療欲持續發展，除有前述法規鬆綁，亦需要整合我國的資通與生技產業、結合醫療體系與學術單位的資源與專業，發展公私協力的多元合作夥伴關係，促進體系共榮，並從輔助、預防、診斷、治療至預後，以全面性體系思維導入智慧創新及數位轉型，又因應近年醫事與護理人員於高負荷環境執業，如何運用智慧醫療服務分擔人員壓力並維持健康照護服務的供需平衡，使醫事與護理人員專注於優先事項，提升整體體系在專業人力資源方面的效率，將為我國醫療體系可持續發展的課題。

五、醫院評鑑資料數位轉型

為達確保病人安全與醫療服務品質之目標，發展出現行醫院評鑑制度，並訂有醫院評鑑、教學醫院評鑑及醫學中心任務指標等基準。為達基準所訂

標準，以往醫院接受評鑑，需耗費大量人力預做準備，整理評鑑作業所需資料，造成醫院人員負擔。因應智慧醫療發展趨勢，本部規劃將評鑑資料進行數位轉型，並鼓勵醫療院所發展評鑑資料數位轉型機制，減輕人員準備負擔。

六、發展成效指標數位化管理模式

為鼓勵醫療機構升級院所內資訊系統，由現行人工收集資料模式，配合本部推動之電子病歷或指定資料交換標準，優化為自動化收集模式，減輕臨床人力工作負荷，並藉由開發資訊共享、品質監控或系統即時預警等功能，同步提升醫療照護品質。

完成系統升級之醫療院所，不論參與創新整合跨層級照護模式計畫、醫院評鑑持續性監測指標作業、緊急醫療救護智能平臺救急救難一站通、或坊間各類醫療品質指標監測系統，皆可達省時省力之功效，更有利於本部推動電子病歷及促進資料格式標準化之政策目標。

七、全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案

健保署自 103 年起辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，鼓勵醫事機構提升網路頻寬及院所智慧化資訊，以利即時查詢病患於不同醫事服務機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，及提升醫療服務效率。另自 104 年起鼓勵醫療院所即時上傳檢驗（查）結果，載入健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統，以避免不必要之重複檢驗（查）。112 年檢驗（查）結果總上傳率已達 95.9%，相較 111 年 91.2% 顯著成長，惟診所囿於資訊能力不足，許多醫事機構仍無法達成自動化上傳檢驗（查）結果，上傳率仍偏低（112 年上傳率約計 71.2%），將持續推動醫療院所上傳，以保障民眾資就醫結果資料即時以及自我健康管理。

八、AI 導入醫事機構數位轉型

目前國際 AI 技術蓬勃發展，近幾年我國也積極推動 AI 技術，期望將我國打造為「世界 AI 之島」，使我國具有研發 AI 科技的能力、擁有開發製造 AI 系統的產業，以及培養民眾擁有應用 AI 工具的文化。

隨著大語言模型和視覺語言模型的進步，運用 AI 技術將可有效提升醫療報告效率和品質；視覺語言模型除了應用在病理科之外，也可應用於醫學相關影像專業報告。

西方國家建置之 AI 模型，多使用西方國家的病人資料庫所建置，因此無法考量到非西方國家以外的疾病特殊性，如許多臺灣人特殊的疾病資料明顯不足，若要順利將這些智慧醫療科技導入，必須收集高品質的臺灣病人資料，以國際標準模型為基礎，集中訓練調校，始能發展出本地適合的應用。惟上述技術與政策正在積極發展中，尚未全面落實於醫療體系中。

九、有效轉診制度及落實分級醫療

為逐步推動分級醫療，自 106 年起執行「提升基層醫療服務量能」、「導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔」、「調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務」、「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」、「提升民眾自我照護知能」，及「加強醫療財團法人管理」等 6 項策略及各項配套措施。另自 112 年 7 月 1 日起實施部分負擔調整方案，調高醫學中心及區域醫院門診藥品部分負擔上限及急診部分負擔，為鼓勵分級醫療，引導民眾就醫分流，基層診所不調整。

截至 113 年 6 月底，基層診所就醫占率為 64.86%，雖較 106 年（分級醫療政策推動基期）同期上升 0.19%，然成長幅度有限。另統計 112 年慢性病案件於各層級占率，醫學中心、區域醫院、地區醫院和基層診所分別 19.2%、24.9%、16.5%及 39.4%，約有 44%慢性病人於區域級以上醫院就醫，為避免醫院及急診室擁塞，將持續推動分級醫療，將穩定慢性病人下轉。

十、住院醫療整合暨醫療銜按照護計畫

我國住院醫師於 108 年 9 月 1 日起納入「勞動基準法」之適用對象，工時縮減後醫師人力運用效率必須提高，本部自 104 年起持續推動辦理「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」（106 年更名為醫院整合醫學照護制度推廣計畫），及辦理「醫療垂直整合銜按照護試辦計畫」；為提升醫療體系照護效能，爰於 109 年將醫院整合醫學照護制度（Hospitalist）與醫療垂直整合銜按照護計畫合併，提供教學、臨床服務及社區轉銜，病人獲得持續性照護，透過獎勵醫院設置專屬病房，推動整合醫療照護模式，整合醫師人力運用，提升醫療處置效率與品質。

鼓勵醫院建立整合照護團隊，並與社區基層醫療結合，提供病人延續性照護，113 年度通過核定者共計有 13 家醫院；為評估國內醫院執行醫院整

合醫學暨醫療銜按照護（Hospitalist）成效，委託相關專業團體辦理，於計畫執行期間每月協助核定醫院進行品質指標監測，每年度於專案小組會議修訂醫院整合醫學暨醫療銜按照護試辦計畫品質監測指標，113 年度品質指標分為管理指標、照護指標及成效指標等 3 類共計 27 項。

十一、家庭醫師整合性照護計畫

健保署自 92 年起辦理家醫計畫，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。優先將高齡、慢性病、醫療高利用等較需照護之民眾，交付家醫計畫之診所。醫療群執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、優化諮詢服務、規劃主動電訪服務等、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。並規劃逐步以家醫計畫為基礎，整合各項論質計酬方案及代謝計畫等，以提升慢性病人照護品質，提供以病人為中心之全人照護。113 年共計 522 個醫療群（5,544 家診所）參與家醫計畫，收案近 627 萬人。

十二、醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院 緊急醫療照護服務獎勵計畫

由醫學中心及重度級急救責任醫院認養緊急醫療資源不足地區醫院，除了提供專科醫師支援人力外，並予以偏鄉醫院之醫師急重症科別等相關教育訓練，提升特殊區域或資源不足地區之急重症醫療水準。

本部自 102 年辦理由醫學中心支援急診與相關急重症之醫師人力，以協助離島及醫療資源不足地區之醫院提升在地醫療服務量能（102-104 年計 57 名、105-108 年計 107 名、109-112 年計 139 名），並強化在地急重症醫療。惟醫學中心醫師長期支援情形不穩定，且合作更替頻繁，致醫事人才難以深耕在地且執行成效難以延續。

十三、緊急醫療資源不足地區改善計畫

本計畫可由補助地區之醫院優先提出，以下列 4 種模式申請：

1. 設立夜間及假日救護站。
2. 設立觀光地區急診醫療站。
3. 提升緊急醫療資源不足地區醫院急診能力。以衛生所為基地，由醫療院所之緊急醫療團隊，提供假日、夜間急診醫療。（30 分鐘車程以內無急

救責任醫院) 本模式可由補助地區之醫院優先提出申請。

4. 強化醫療資源不足地區 24 小時急診能力。以衛生所為基地，由急救責任醫院之緊急醫療團隊，提供全年、全時段急診醫療。(60 分鐘車程以上無急救責任醫院)

113 年以設立「觀光地區急診醫療站」、設立「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」及「強化醫療資源不足地區 24 小時急診能力」4 種模式辦理，共計 23 處急診醫療站，維持偏遠地區 24 小時急診不中斷。

十四、偏遠地區遠距醫療建置計畫

自 110 年施行至今，共補助 119 處醫療院所，組成 14 個急重症遠距會診網絡進行區域聯防，分別為急重症遠距會診之基地醫院 14 家(供給端)、支援醫院 14 家(需求端，可為部分類別之供給端)、網絡合作醫院(需求端)及急診醫療站(需求端)等 91 處，並已施行超過千次之急診、緊急外傷、腦中風及心肌梗塞等遠距照會。

計畫施行至今，急重症遠距會診體系已有基礎架構及一定規模。遠距醫療對於一般民眾及醫事人員仍屬較為新穎且不熟悉之事物，且對於醫事人員而言，遠距醫療屬於附帶服務項目，需於工作期間抽空進行會診，且多數情況並無額外獎勵機制，增加額外之工作負擔。

十五、提升急重症及加護病房轉診品質計畫

自 102 年度起辦理，提供病人安全適切轉診過程及良好醫療救護品質。該計畫依各縣市衛生局規劃之醫療責任分區及全國醫療機構分布概況，劃分 14 個急重症轉診網絡，由各網絡之基地醫院整合合作基地醫院及網絡醫院，建立醫療合作網絡，建立院際間急重症病人轉診合作機制。

急重症轉診網絡之轉診機制已漸完善，後續宜鼓勵非緊急介入性病人盡量留於原醫院治療，透過遠距會診提供病人持續性照顧，或重症轉診不經過急診直接入住對方加護病房治療，以減輕急診壅塞，提升轉診品質。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

(一)成立計畫之規劃諮詢小組

本部將聘請相關領域專家，包括醫療、管理、資訊等代表，組成諮詢小組，協助本部規劃計畫推動方向及具體推動策略、績效指標等內容，使經費有效運用於醫療場域，達到計畫預定目標。

(二)研擬申請作業辦法

本部將委託專業團體成立管理中心，聘請相關領域專家研擬申請作業辦法，明訂申請單位資格條件、申請方式、計畫內容等，俾利申請單位依循。

(三)申請單位

醫療機構、社區醫療群、醫學會、或醫事相關公會等。

(四)辦理計畫審查作業

為確保計畫審查作業品質，本部將組成審查團隊，遴選計畫審查委員，並建立審查原則及標準，以書面審查為主，簡報審查為輔之方式進行。審查前進行委員共識，提升計畫審查品質。

(五)委託專業團體進行計畫專案管理

為確保計畫執行品質，本部將委託專業團體成立管理中心，蒐集分析醫療機構相關現況資料，提供審查委員作為計畫審查參考，並作為滾動檢討計畫執行工作之參考。並對於獲補助計畫者，進行計畫執行進度管理，並視需要辦理輔導作業，協助醫療機構完成相關工作，達到預期目標。

(六)計畫追蹤管考機制

本計畫總執行期程為 5 年，申請或執行計畫者可以此期程規劃長期發展策略及目標，惟每一年度補助額度，仍需依計畫執行成效評核結果，核定次一年度之補助經費額度，以確保本計畫能達到預目標，並妥適運用政府資源。獲補助單位每年提報 2 次（期中及期末）執行報告，由本部所籌組之審查團隊進行書面審查，執行成效不佳者，另安排專案報告或實地輔導，提供改進建議。

(七) 成果推廣

1. 舉辦各執行計畫單位之觀摩或標竿學習等活動，以進行持續性改善與系統化學習，提高績效下，找出最好的實務運用。
2. 建立本計畫之交流平臺，公開各執行單位之執行成果與執行經驗，有效分享其他相關單位學習或推動相關改善工作之參考。

(八) 核心補助辦理事項

補助醫療機構依循衛生福利部資訊處三大類型智慧醫療中心技術手冊，執行負責任 AI 執行中心內容，建立醫療院所負責任 AI 落地機制與辦法；對接臨床 AI 取證驗證中心（取證），使用之 AI 需經過大規模人群驗證或取得 TFDA 認證；對接 AI 影響性研究中心（給付），進行 AI 臨床效益評估，確保 AI 產品兼具臨床有效性與全民健康效益；發展 AI 使用 SMART on FHIR 模式。

二、執行策略

申請單位依「優化醫療工作條件、規劃多元人才培訓、導入智慧科技醫療、社會責任醫療永續」等 4 大範疇擬定之計畫內容，不可與本部、其他部會或地方政府計畫內容重複，如經確認為相同計畫，將終止獎勵並追回已補助款項。

四項範疇項下各訂有達成目標，並為扣合本計畫願景，鼓勵醫療機構對於相關內容創新發想、促進醫療機構發展，期能成為亞太地區最具醫療展力國家，達到健康臺灣之目標，各目標分別擬訂績效指標，供申請機構參考，盼望藉以拋磚引玉，鼓勵醫療機構可另行提出創新績效指標及具體可行之衡量方式，以厚實目標成效量能，達成計畫深耕之效，並將鼓勵醫療機構配合提撥一定比例納為評選加分項目，期以鼓勵開創永續經營模式。

(一) 優化醫療工作條件

本範疇設有「提升醫事人員核心價值與工作環境」、「優化醫院內資源配置」、「擴大科技投資降低工作負荷」、「制定醫事人力留任策略」四大目標，各目標項下提出之建議策略分述如下：

1. 提升醫事人員核心價值與工作環境：提供具有競爭力的薪酬或福利，

吸引優秀人才；設立新的薪資制度，鼓勵醫療照護不足的人力科別；實施靈活的工作時間（排班）與輪班制。

2. 優化醫院內資源配置：消除資源浪費，精確的需求預測和資源管理；提升關鍵資源的使用效率，減少專科間差異。
3. 擴大科技投資降低工作負荷：引入 AI 和機器人流程自動化來處理重複性工作，如醫療影像分析和報告生成，減少醫療人員的工作負擔。
4. 制定醫事人力留任策略：培養良好的團隊合作精神，促進醫事人員之間的協作和互助；合理的工作安排和支援措施，減少醫事人員的工作壓力；建立員工關懷計畫，提供心理支持與工作生活平衡的措施。

（二）規劃多元人才培訓

本範疇設有「提供持續教育和專業發展機會」、「促進醫事人員跨領域合作和學習」、「提高急重難科醫師的回流醫院誘因」、「建立明確的職涯發展路徑」四大目標，各目標項下提出之建議策略分述如下：

1. 提供持續教育和專業發展機會：專業培訓和進修機會；鼓勵參加國內外的學術會議和研討會。
2. 促進醫事人員跨領域合作和學習：鼓勵醫事人員參與跨部門的合作項目，增強綜合能力；提供管理、技術、創新等多方面的培訓，提升醫事人員的綜合素質；提升醫事人員在數位工具和技術方面的能力。
3. 提高急重難科醫師的回流醫院誘因：急重難科醫師的合理分配，確保獲得高質量的醫療服務。
4. 建立明確的職涯發展路徑：為醫事人員制定清晰的職涯發展計畫，提供晉升和發展的機會；實施導師制度，讓經驗豐富的醫事人員指導和支持新進人員。

（三）導入智慧科技醫療

本範疇設有「AI 科技協助臨床醫療」、「引進國際接軌的醫療科技及技術」、「優化醫療照護流程和效率」、「醫療數據共享和安全」、「朝智慧醫院發展」五大目標，各目標項下提出之建議策略分述如下：

1. AI 科技協助臨床醫療：以 AI 取代大規模重複性的影像判讀；AI 醫療解決方案的應用場域由「醫院」延伸至「居家場域」；更多 AI 解決方案進

入臨床應用，並輔助醫師做出診斷決策；AI 自然融入健康照護的價值鏈，從醫療教育、疾病診斷到大眾健康維護。

2. 引進國際接軌的醫療科技及技術：透過技術轉移，引進國際先進的醫療技術；更新醫療科技設備，確保符合國際標準，提升醫療服務的質量和效率；與本地企業進行創新研發，開發具有國際競爭力的醫療產品。
3. 優化醫療照護流程和效率：透過電子病歷系統，簡化病患資料管理，提升醫療效率；對現有的醫療流程進行盤點和整合，簡化病人從報到到出院甚至長照之流程；利用大數據和 AI 進行數據分析，預測病人需求，優化資源配置和人員調度；導入 AI 擬人智慧行動櫃台，緩解衛教諮商及預問診人力；導入語音 AI 輔助診療紀錄擬撰、交班病摘等文書作業，減省人力負擔。
4. 醫療數據共享和安全：建立安全的醫療數據共享平台，促進醫療研究和創新；醫院資訊系統取得資安認證及檢測；確保患者數據的隱私和安全。
5. 朝智慧醫院發展：導入各種數位化基礎設施及技術；門診及病房採取智慧流程和系統。
6. 培養跨領域人才：要實現智慧醫療，需有多種人才，本計畫關注培育包含醫療資訊人才、醫療 AI 人才、資料科學家；醫療資訊人才測重於電子病歷的專業知識；醫療 AI 人才注重臨床 AI 的相關知識；資料科學家注重大數據分析研究。以優先培養醫療機構從業人員上述能力，促進醫療場域之數位轉型。
7. 資料標準：促進醫療服務及醫療檢驗相關機構統一使用 LOINC、SNOMED CT 與 RxNorm 三大國際標準，以符合國際 FHIR 格式，實現資料互通。

(四)社會責任醫療永續

本範疇設有「落實分級醫療，以社區醫療為基礎，整合照護體系」、「協助政府提升醫療資源的可及性和公平性」、「營造健康生活型態」、「致力於減少碳足跡，推動綠色醫院」、「建立環境、社會和治理（ESG）管理模式」五大目標，各目標項下提出之建議策略分述如下：

1. 落實分級醫療，以社區醫療為基礎，整合照護體系：醫療院所多元發展

醫療照護，發展與建立連續性照護，及長期照護之整合；促進不同醫療專業之間的合作，共同制定和執行患者的治療計畫，提供全方位的照護；發展個性化醫療，根據患者的具體需求和健康狀況，提供量身定制的醫療服務；利用遠程監控技術，實時追蹤病人的健康狀況，及時提供醫療建議。

2. 協助政府提升醫療資源的可及性和公平性：派遣醫療團隊到偏遠地區，提供醫療服務，縮小醫療資源差距；協助維穩定離島或非山非市地區醫療機構 24 小時之急重症照護量能及提升品質。
3. 營造健康生活型態：提供病人個別化的健康生活處方，與全方位的健康管理；提供社區健康資源，如健康資訊中心和健康促進計畫。
4. 致力於減少碳足跡，推動綠色醫院：醫療照護產業透過減少醫療設施產生的直接碳排放來實現脫碳；醫院新建或擴建時，從設計到運營都需要考慮環保和可持續性。
5. 建立環境、社會和治理（ESG）管理模式：定期發布永續報告書，透明披露醫院的永續發展狀況。

三、執行步驟(方法)及分工

本計畫係規劃由醫療機構根據自身需求，由下而上提出具體作法，為避免過度限制，爰計畫執行策略係以政策目標及改善方向為核心，採彈性設計，進而提升申請單位設計方案的多元性與創新性。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

自 114 年 1 月 1 日起至 118 年 12 月 31 日止，共計 5 年。

二、所需資源說明

- (一)所需人力需求：本計畫將成立專案辦公室辦理計畫徵求、審查等行政作業，並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 118 年所需經費為新臺幣（以下同）489 億 3,481 萬 9 千元。
- (三)本計畫未明確訂定具體量化指標及經費分攤之處，後續申請單位須提報詳細執行計畫，包含具體目標、執行方式、經費用途與預算編列，透過申請審查與執行成果報告進行管控，以確保經費合理運用並追蹤受補助單位指標執行情形與年度檢討，以適時調整執行策略，俾利掌握計畫執行成效與提升補助效益。本計畫將秉持靈活且可行的推動策略，在年度檢討與階段性成果回饋基礎上，進一步提升量化指標的明確性與執行效益，逐步優化經費分攤與規劃機制，以確保資源配置與成效之間的最佳平衡，並將鼓勵醫療機構配合提撥一定比例納為評選加分項目，期以鼓勵開創永續經營模式。

三、經費來源及計算基準

- (一)經費來源：本計畫 5 年合計需 489 億 3,481 萬 9 千元，由公務預算支應。
- (二)計算基準：每案補助或獎勵金額依計畫內容及涉及範疇等核定。

（單位：千元）

| 經費配置面向 | 分年經費需求 | | | | | | 經費用途 |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--|
| | 114 年 | 115 年 | 116 年 | 117 年 | 118 年 | 合計 | |
| 優化醫療工作條件 | 1,833,000 | 3,082,386 | 3,245,480 | 3,340,579 | 3,383,740 | 14,885,185 | 補助醫療機構或相關團體辦理下列工作： (1) 提高醫事人員核心價值與工作環境。 (2) 優化醫院內資源配置。 |

| | | | | | | | |
|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|---|
| | | | | | | | (3) 擴大科技投資降低工作負荷。 (4) 制定醫事人力留任策略。 |
| 規劃多元人才培訓 | 970,000 | 1,622,308 | 1,708,148 | 1,758,200 | 1,780,916 | 7,839,571 | 補助醫療機構或相關團體辦理下列工作： (1) 提供持續教育和專業發展機會。 (2) 促進醫事人員跨領域合作和學習。 (3) 提高急重難科醫師的回流醫院誘因。 (4) 建立明確的職涯發展路徑。 |
| 導入智慧醫療科技 | 1,095,000 | 1,835,236 | 1,932,342 | 1,988,963 | 2,014,661 | 8,866,202 | 補助醫療機構或相關團體辦理下列工作： (1) AI 科技協助臨床醫療。 (2) 引進國際接軌的醫療科技及技術。 (3) 優化醫療照護流程和效率。 (4) 醫療數據共享和安全。 (5) 朝智慧醫院發展。 |
| 社會責任醫療永續 | 1,916,950 | 3,224,337 | 3,394,943 | 3,494,422 | 3,539,570 | 15,570,222 | 補助醫療機構或相關團體辦理下列工作： (1) 落實分級醫療，以社區醫療為基礎，整合照護體系。 (2) 協助政府提升醫療資源的可及性和公平性。 (3) 營造健康生活型態。 (4) 致力於減少碳足跡，推動綠色醫院。 (5) 建立環境、社會和治理(ESG)管理模式。 |
| 業務費 | 185,050 | 375,159 | 395,009 | 406,584 | 411,837 | 1,773,638 | 辦理本計畫本部所需行政費用，及委託辦理專案管理辦公室及計畫平台相關費用。 |
| 合計 | 6,000,000 | 10,139,426 | 10,675,922 | 10,988,747 | 11,130,724 | 48,934,819 | |

註：各項經費配置，得依計畫徵求及審查情形，於每一年度預算額度內調整因應。

陸、預期效果及影響

範疇一、優化醫療工作條件

- 一、提高醫事人員核心價值與工作環境：提升工作滿意度，減少流動率，增強醫療服務品質。
- 二、優化醫院內資源配置：資源利用效率提升，縮短病患等候時間，減少醫療成本。
- 三、擴大科技投資降低工作負荷：自動化流程減少重複性工作，提升醫療人員效率與健康。
- 四、制定醫事人力留任策略：穩定醫事人力，減少人員流失，保持專業團隊穩定性。

範疇二、規劃多元人才培訓

- 一、提供持續教育和專業發展機會：促進醫事人員專業成長，提升臨床技能與服務質量。
- 二、促進醫事人員跨領域合作和學習：強化團隊合作，增進多專業間的協作效果與治療成果。
- 三、提高急重難科醫師的回流醫院誘因：改善醫療資源短缺問題，確保急重症患者獲得即時照護。
- 四、建立明確的職涯發展路徑：增強醫事人員職業目標感，提升留任率與專業忠誠度。

範疇三、導入智慧醫療科技

- 一、AI 科技協助臨床醫療：提高診斷準確率，減少醫療錯誤，縮短診療時間。
- 二、引進國際接軌的醫療科技及技術：引進先進治療技術，提高醫療水準，增強國際競爭力。
- 三、優化醫療照護流程和效率：減少病患等候時間，提升就醫體驗，增強

醫療服務效率。

- 四、 醫療數據共享和安全：促進醫療信息整合，提高資料利用率，保障數據隱私。
- 五、 朝智慧醫院發展：提升醫療管理智慧化水平，促進病患與醫療系統互動便利。

範疇四、社會責任醫療永續

- 一、 落實分級醫療，以社區醫療為基礎，整合照護體系：強化基層醫療，減輕大型醫院負荷，提升照護連續性。
- 二、 協助政府提升醫療資源的可及性和公平性：減少醫療資源不均問題，提升偏遠地區健康水準。
- 三、 營造健康生活型態：降低疾病風險，提高社會健康意識，減少醫療需求。
- 四、 致力於減少碳足跡，推動綠色醫院：提升環保意識，減少環境負擔，降低醫療成本。
- 五、 建立環境、社會和治理（ESG）管理模式：提高醫療機構的社會責任，增強可持續發展形象。

柒、財務計畫

本計畫所需總經費約為新臺幣 489 億 3,481 萬 9 千元（含經常門、資本門），係以公務預算為主要經費來源，無自籌財源。

捌、附則

一、風險管理

(一)風險辨識：

經檢視過往計畫大多由政府機關擬定政策，制定目標，再由醫療機構依據政府機關所擬定之策略執行，雖可達成計畫目標，但限制醫療機構發展可能性，爰此，本計畫將採取與過往截然不同的方式，由下而上提出做法，解決問題並達成政策目標，倘未能辦理本計畫，勢必無法提升醫療機構發展之可能性。

為使計畫如期、如質、如度完成，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。

本計畫之風險辨識表

| 風險項目 | 風險情境 | 現有風險對策 |
|---------------------|--|---|
| A:受補助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。 |
| B:補助計畫核定作業延誤，影響計畫期程 | 補助計畫公告、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；另業請相關受補助單位預作規劃以加速後續計畫申請流程事宜。 |
| C:執行新興計畫與原構想規劃之落差 | 新興計畫無既定模式可依循，規劃階段難以預期可能遭遇困難，與實際計畫執行可能有所落差，致 | 規劃計畫階段邀集相關單位討論可能遭遇困難，或召開專家會議評估計畫可行性，並先以試辦方式以1至2個試辦點 |

| 風險項目 | 風險情境 | 現有風險對策 |
|--------------------------|--|-------------------------------------|
| | 預算執行進度未如預期或影響計畫期程。 | 推行，定期調整及檢討評估計畫成果，以期計畫貼合實際需求，達成計畫效益。 |
| D: 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。 |

(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 1、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 2、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 3、計畫風險判定基準

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

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 4)、「計畫現有風險圖像」(圖 3)及「計畫殘餘風險圖像」(圖 4)。

表 4、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，協助輔導受補助單位，依計畫目標執行。 | 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) |
|-----------------------|---|---|-------------------------|------------|-------------------------|
| 補助計畫核定作業延誤，影響計畫期程 | 補助計畫公告、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；另業請相關受補助單位預作規劃以加速後續計畫申請流程事宜。 | 2 (2x1) | 無 | 2 (2x1) |
| 執行新興計畫與原構想規劃之落差 | 新興計畫無既定模式可依循，規劃階段難以預期可能遭遇困難，與實際計畫執行可能有所落差，致預算執行進度未如預期或影響計畫期程。 | 規劃計畫階段邀集相關單位討論可能遭遇困難，或召開專家會議評估計畫可行性，並先以試辦方式以一兩個試辦點推行，定期調整及檢討評估計畫成果，以期計畫貼合實際需求，達成計畫效益。 | 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 ■ 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 |

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、中長程個案計畫自評檢核表（1120811 修正版本）

| 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) | | ✓ | | | 本計畫為新興計畫。 |
| | (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) | | ✓ | | | 本計畫不適用。 |
| | (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」) | | ✓ | | | |
| 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 | | ✓ | | | |
| | (7)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 | ✓ | | | | |
| | (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 | | ✓ | | | |

| 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 | |
| | 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 | | ✓ | | | 因應重大政策所需，且受限計畫啟動期限在即，爰於本計畫報請行政院審查時，同步辦理性別影響評估。 |
| 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 | | ✓ | | | |
| | (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

三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表及相關規劃

| 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： 第5項「節能」。 | ✓ | | | | |
| 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—如辦理公聽會、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； ● 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 | ✓ | | | | |

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

【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：健康台灣深耕計畫（草案）（114-118 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 |
|--|--|
| <p>1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</p> <p>性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）可參考行政院性別平等會網站（https://gec ey.gov.tw）。</p> | <p>1. 行政院自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」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</p> |

| | <p>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】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/)（含性別分析專區）、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(https://gec.ey.gov.tw)。</p> <p>b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列 3 類群體：</p> <p>1 政策規劃者（例如：機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。</p> <p>2 服務提供者（例如：機關執行人員、委外廠商人力）。</p> <p>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. 性別統計部分，根據國民健康署110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54.6%，女性為53.6%，男性較女性高；分析18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、骨質疏鬆及癌症之罹病率為女性高於男性。</p> <p>2. 依據113年第34週內政統計通報指出，國人平均壽命為80.23歲，其中男性76.94歲、女性83.74歲，男女平均餘命差異6.80歲，女性平均餘命較男性長。</p> <p>3. 我國未來持續面對「超高齡社會來臨」及「人口紅利消失」等衝擊，預估2025年我國老年人口占比將超過20%，成為「超高齡社會」的一員，本計畫著重規劃精進我國醫療體系之相關政策推動，目標對象為醫療機構、社區醫療群、醫學會或醫事相關公學會，並未對特定性別有所差異。</p> |
| 評估項目 | 評估結果 |
| <p>1-3【請根據 1-1 及 1-2 的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a. 參與人員</p> | <p>1. 為依據賴總統清德政見，加速醫療機構依據其自身需求，由下而上提出做法，解</p> |

| | |
|--|---|
| <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p>b. 受益情形</p> <p>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）。</p> <p>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</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>1 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>2 安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>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</p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e. 研究類計畫</p> <p>研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p> | <p>決問題並達成政策目標，爰本部推動辦理本計畫。</p> <p>2. 本計畫業召開6次工作會議進行溝通，為有效進行政策研擬及溝通，未來會持續邀集相關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，查本計畫召開6次研商會議，皆有不同性別人員參與，未來將持續留意不同性別之參與比率。</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>□有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p>■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。尚無具顯著性別落差應基於性別</p> |

| <p>b.受益情形</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。 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）。 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>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> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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>e.研究類計畫</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 產出具性別觀點之研究報告。 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>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>統計數據佐證，後續執行上倘有明顯差異，將分析原因並提出改善措施。</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> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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>b.宣導傳播</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）。 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。 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>c.促進弱勢性別參與公共事務</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，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p>■未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：尚無具顯著性別落差應基於性別統計數據佐證，後續執行上倘有明顯差異，將分析原因並提出改善措施。</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。
- 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。
- 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。
- 4 培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。

d. 培育專業人才

- 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）。
- 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。
- 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。
- 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。

e. 具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

- 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。
- 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。
- 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）。

f. 建構性別友善之職場環境

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

g. 具性別觀點之研究類計畫

- 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。
- 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。

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><input type="checkbox"/>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> <p>■未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：本計畫並無特定性別，故經費之編列亦無依性別編列。</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」。

參、評估結果

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

| | |
|------------------------|---|
| <p>3-1 綜合說明</p> | <p>本計畫以「優化醫療工作條件、規劃多元人才培育、導入智慧科技醫療、社會責任醫療永續」四大範疇推動，未對特別性別有所差異，無須訂定性別目標。</p> |
|------------------------|---|

| | | |
|------------------------|----------------------------------|--|
| <p>3-2 參採情形</p> | <p>3-2-1 說明採納意見後之計畫調整(請標註頁數)</p> | <p>無</p> |
| | <p>3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃</p> | <p>本計畫目標對象為醫療機構、醫療群、醫學會或醫事團體，未對特別性別有所差異，爰未調整計畫書。</p> |

3-3 通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：

已於 113 年 11 月 21 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。

- 填表人姓名：羅郁婷 職稱：專員 電話：(02)8590-7365 填表日期：113年11月1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：吳肖琪 委員 服務單位及職稱：國立陽明交通大學衛生福利研究所教授 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款(如提報各部會性別平等專案小組者，免填)
- (請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案)