

辦理重點科別培育公費醫師制度計畫
(核定本)



中華民國106年1月修正

目錄

一、計畫緣起	1
(一) 依據	1
(二) 未來環境預測	1
(三) 問題評析	2
(四) 社會參與及政策溝通情形	5
二、計畫目標	7
(一) 目標說明	7
(二) 達成目標之限制	7
(三) 績效指標、衡量標準及目標值	7
三、現行相關政策及方案之檢討	10
四、執行策略及方法	17
(一) 主要工作項目	17
(二) 分期(年)執行策略	17
(三) 配套措施	18
(四) 執行步驟(方法)與分工	19
五、期程及資源需求	22
(一) 計畫期程	22
(二) 所需資源說明	22
(三) 經費來源及計算基準	23
(四) 經費需求	23
六、預期效果及影響	25
七、財務計畫	25
八、附則	26

表、圖目錄

表 1 次醫療區域.....	27
表 2 偏遠地區醫師不足人數.....	29
表 3 風險發生機率分類表－機率之敘述.....	30
表 4 風險影響程度分類表－影響之敘述.....	30
表 5 五大科住院醫師招收率.....	32
表 6 中長程個案計畫自評檢核表.....	33
表 7 中長程個案計畫性別影響評估檢視表.....	36
圖 1 本部風險圖象.....	31

衛生福利部辦理重點科別培育公費醫師制度計畫

一、計畫緣起

(一) 依據

醫師人力與醫療服務之可近性，與國民健康息息相關，爰醫事人員人力規劃為本部重要職掌之一，又依據醫療法第 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。

公費醫師培育制度自民國 64 年開始實施，藉提供醫學生 6 年公費補助，畢業後再分發至醫師人力不足地區或者醫師人力羅致較為困難之科別服務，以達成均衡醫師人力資源目的。公費醫師制度實施 30 餘年以來，已達成階段性之任務及政策之目的，因此，經本部委託學者評估研究，並召開數次會議審慎討論後，決定自民國 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至民國 98 年完全停止招收。

惟近年由於社會經濟、醫療環境、保險給付、人口結構改變及民眾對於醫療需求之期待提高等現象，致使住院醫師選擇執業科別之意願隨之改變，而生活品質、工時、醫療糾紛等考量已成為重要因素之一，導致急重難症科別住院醫師招收不易，未來恐發生專科醫師人力失衡與地理分布不均問題，爰為挹注偏遠地區及重點科別醫師人力之不足，開辦「重點科別培育公費醫師制度計畫」，有其必要性。

(二) 未來環境預測

按國家發展委員會之「中華民國人口推計（105 至 150

年)」報告指出，民國 103 年至 114 年將為我國高齡人口成長最快速期間，推估此比率在民國 107 年將超過 14% 成為高齡 (aged) 社會，於民國 115 年達 20% 成為超高齡 (super-aged) 社會；且高齡者生理機能退化及慢性疾病增加實難避免，未來不健康及失能人口以及所需健保醫療照護費用，預期亦將快速增加。

又依據 102 年度國家衛生研究院對於內、外、婦、兒及急診醫學科專科醫師人力進行之評估發現，內、外科部分，年齡越大，醫療服務使用率越高，而未來人口持續老化，將造成內、外科醫師人力供給不足的情況。婦產科不論供給面或需求面皆呈現下降的趨勢，但婦產科醫師至民國 111 年，60 歲以上醫師將達 49%，將降低醫療服務提供量，在考量工時過低醫師數等因素後，未來仍會出現人力短缺。兒科服務需求人口數雖有逐年減少的趨勢，但平均每人利用率的成長幅度遠大於人口數的影響，故未來兒科的服務需求量不減反增。急診醫學科部分，若以「緊急醫療分級評鑑標準」進行需求換算，將會有人力短缺的情形，綜上，五大科醫師人力未來仍是供給無法滿足需求之情形。

(三) 問題評析

1. 人口老化導致供需改變

為避免醫事人力供需不平衡，造成醫療資源之浪費、不當誘發醫療需求及影響醫療服務品質，目前我國對西醫師人力之培育，係採取教、考、訓、用之管制措施，自民國 75 年起限制醫學系每年招生總人數為 1,200 名，民國 88 年由教育部調整上限為每年 1,300 名至今。

本部為掌握國內醫師人力供需情形，亦定期委託國內學者或學術單位進行醫師供需狀況之評估，俾利適時因應我國經濟發展及人口社會型態之轉變，修正規劃我國醫事人力發展方向。依據 91 年度、95 年度、及 99 年度及 102 年度，本部委託國內學者或學術單位進行之西醫師人力供需狀況之評估，其結果皆顯示不須擴大國內醫學系之招生名額上限，惟按 102 年度國家衛生研究院之研究進一步分析，受到人口老化的影響，60 歲以上西醫師比率從民國 102 年的 16% 增加至民國 121 年的 34%，19 年間增加了 18%，且每週工作時數隨著年齡而降低，將會降低整體西醫師能提供的醫療服務量，可能造成未來雖然全國總體醫師數量足夠，但實際提供服務之量能不足，而造成人力短缺的情況。

此外，國內醫院總病床數 10 年來增加 23,537 床(成長率 21.27%)，其中需要較多醫護人力之特殊病床增加 12,932 床(成長率 55.9%)，亦導致醫院住院醫師需求提升。又依據 102 年度國家衛生研究院對於西醫師人力進行之評估發現，從醫療層級來看，估計至民國 112 年醫院將出現住院醫師人力不足的情形。

另為因應高齡化社會，落實政府照顧高齡人口及推動長期照護政策，未來醫療體系極需五大科等專科醫師，且偏遠地區醫院以公立醫院居多，招聘醫師實屬不易，需有公費醫師挹注其醫療人力，以維偏遠地區民眾之醫療照護。

2. 醫事人力地理分布問題尚待解決

偏遠地區因特殊地理、經濟條件及交通不易等，醫事人力羅致困難，致使民眾之醫療需求無法被有效滿足。依據國家衛生研究院對於內、外、婦、兒、急診專科醫師人力研究結果，10年內五大科醫師老化問題，尤其偏鄉地區及急重科醫師人力不足情形可能首當其衝。

又歷年五大科醫師之地理分布，分別如下：

內科部分，民國90年每萬人口最少內科醫師執業縣市為金門縣（0.18）、臺東縣（0.69）、新北市（0.78）；民國104年4月每萬人口內科醫師執業縣市最少為金門縣（1.16）、新竹縣（1.69）與新北市（2.18）。

外科部分，連江縣在民國90年時完全沒有外科醫師、新北市（0.40）次少，雲林縣平均每萬人口只有0.47位外科醫師；民國104年4月每萬人口最少外科醫師執業縣市為新竹縣（0.43）、金門縣（0.54）及苗栗縣（0.60）。

婦產科部分，每萬人口婦產科醫師執業數，連江縣在民國90年完全沒有婦產科醫師，澎湖縣（0.33）、嘉義縣（0.37）次少。民國104年4月每萬人口最少婦產科醫師執業之縣市則以金門縣最少（0.23）、苗栗縣次之（0.41）、新竹縣（0.48）。

兒科部分，每萬人口兒科醫師執業數，連江縣在民國90年完全沒有兒科醫師、臺東縣次少（0.29）、第三順位雲林縣（0.35）；民國104年4月比例最少之縣市為金門

縣 (0.54)、臺東縣 (0.54) 並列、嘉義縣 (0.61) 次之。

急診醫學科部分，每萬人口急診醫學科醫師執業數，澎湖縣、臺東縣、金門縣、連江縣在民國 90 年完全沒有急診醫學科醫師、新竹市 (0.03) 次少、花蓮縣與新北市並列第三順位 (0.04)。民國 104 年 4 月每萬人口急診醫學科醫師數，連江縣亦無急診醫學科醫師，最低縣市為金門縣 (0.16)，次少新竹縣 (0.22)、苗栗縣 (0.26)。

綜上，新竹縣、苗栗縣、嘉義縣、臺東縣、金門縣及連江縣等偏遠離島地區，仍需挹注五大科醫療資源。

(四) 社會參與及政策溝通情形

本部為因應醫師人力不足問題，召開多次會議審慎討論，各界達成之共識如下：

1. 依據民國 103 年 11 月 21 日、民國 103 年 12 月 17 日分別召開「研議國內醫學系學生招收人數檢討會」及「研議住院醫師納入勞動基準法評估會議」決議，醫師人力不足問題，由衛生福利部洽商教育部朝增加醫學系或學士後醫學系醫學生招生人數，重啟一般公費醫學生制度，初期先朝增加 10% 公費醫學生，針對醫師人力不足科別進行重點培育，於畢業並完成專科訓練後，挹注偏鄉提供 6 年服務。
2. 於民國 104 年 3 月 2 日，教育部與本部聯合召開「研商國內大學醫學系公費生制度會議」決議，有關公費生培育制度在賠償公費部分、為解決偏遠和五大科醫師人力缺口及將來退場機制等，請提具更詳細之規劃，教育部將配合

辦理。

3. 於民國 105 年 5 月 12 日召開「研商重點科別培育公費醫師制度計畫相關事宜會議」決議：

(1) 面臨民國 112 年整體西醫師人力不足，尤其醫院五大科人力短缺之問題，偏鄉地區將首當其衝。考量醫師培育時間長達 11 年以上，應儘速予以逐步增加公費醫學生人數，由原規劃之 105 年度培育 100 名公費醫學生，再依照過去提報培育計畫之醫學院校可招收名額，增加 100 名公費醫學生，以充實偏遠地區及五大科專科醫師人力。

(2) 本計畫公費醫師違約賠償 10 倍之規定，旨在達成均衡偏遠地區人力的目標，對於有心服務之公費醫師，完全不構成問題，且 18 歲學生已具備相當思考能力，亦有家長之協助，自應謹慎決定是否投入公費生行列，如調降違約賠償金額，未來恐需面對頻繁的違約賠償事件，及公費生培育政策失敗，不可不慎，建議本部考慮維持原 10 倍之規定。

(3) 考量公費生之志趣，於專科醫師訓練階段，得由公費生本人依其個人意願選擇於內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科接受住院醫師訓練。應尊重個人意願，不限制五大科的名額分配比例，由各專科的總額限制下各自申請。

(4) 公費醫師完成專科醫師訓練後之分發，由本部就當年度醫師人力不足地區醫院職缺進行調查，由公費醫師

本人依其個人意願向本部申請分發或由本部提供資訊平台進行選配分發。

二、計畫目標

(一) 目標說明

1. 短程目標

- (1) 每年培育公費醫學生 100 名。
- (2) 每年自我申請退學公費醫學生低於 10 名。

2. 長程目標

- (1) 培育重點科別醫師人力，如內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科，解決專科別人力不均。
- (2) 均衡偏遠地區醫療資源分布，縮短城鄉差距。

(二) 達成目標之限制

1. 醫師培育時間冗長，自入學至完成專科訓練，動輒需 10 年以上始能提供醫療服務，故宜儘早規劃，俾利對於逐年老化所需增加之醫療人力需求，提供及時之助益。
2. 公費生於培育過程，發現五大科與志趣不合，造成休學、退學等無法順利取得證書。

(三) 績效指標、衡量標準及目標值

1. 人力規劃理論基礎

人力規劃之主要內容包括短程與長程計畫；短程計畫係依組織目前之需求來測定目前人力需求，並進一步估計目前管理資源的能力及需求，從而訂定計畫以彌補

能力與需求間的差距；至於長程計畫，則以未來組織需求為起點，並參考短期計畫的需求，以測定未來的人力需求（Berger, 1976）。

醫師人力需求推估的方式主要有三（Goodman et al, 1996；詹佩玲、葉炳強、吳岱霖、吳肖琪，2005）：以需要為基礎(needs-based)、以需求為基礎(demand-based)、以及基準為基礎(benchmarking)。其次，考慮年代變化所造成的動態改變，通常透過影響醫師人力需求的因素變化來調整，影響醫師人力需求推估的影響因素，計有人口數、人口學特性、社經狀況、健康保險、醫療服務利用、疾病型態與新科技等（Cooper, 1995；McNutt, 1981；Schwartz, Sloan, & Mendelson, 1988；Weiner, 1994）。近年來，部分的醫師人力供需推估研究引進灰色預測模式（何始生，2004；何明宗、王智弘、林曜祥，2007），但推估的效果，有待進一步評估。

2. 醫師人力影響因素之探討

許多因素均會影響醫事人力之供需，包括人口老化、經濟成長、醫療照護體系、醫事人員生產力等，且因醫師人力養成耗時，因此本部均定期評估並檢討醫師人力供給與需求之情況，以提供國人高品質之照護。

針對醫師人力分布的研究，在病床數大幅上升的情況下，住院醫師不足的問題較為嚴重（宋文娟，1997；張錦文，1998）。此外，專科醫師人力在各科別、各地區及各級醫院也出現分布不均的情況（張錦文、楊惠婷、張金堅，1998）。

3. 衡量標準

US Department of Health and Human Services (USDHHS) 歸納出四種常用於評估專科醫師需求的方法：(1)以目前國內疾病負荷來評估專科醫師需求數；(2)以目前醫療體系產生的醫療利用來評估所需醫師數；(3)以符合 Health Maintenance Organization (HMO) 人力配置來評估所需醫師數；(4)利用人口組成、社會經濟變項評估所需醫師數。每萬人口醫事人員數雖為十分簡單的指標，但仍具一定之重要性（蔡文正，2006），除了利用每萬人口醫事人員數推估外，應放入社會經濟變項、人口結構、醫師工作負荷、非醫師的協助人力等因素，也是推估醫事人力需求的方法（Cooper et al, 2002；陳榮邦等人，2007）。

4. 本計畫執行之績效指標、衡量標準及目標值

(1) 短程績效指標、衡量標準及目標值

績效 指標	衡量 標準	年度目標值				
		105 年度	106 年度	107 年度	108 年度	109 年度
培育 人數	培育 人數	100	100	100	100	100
自我申 請退學 人數	自我申 請退學 人數	10	10	10	10	10

(2) 長程績效指標、衡量標準及目標值

每萬人口醫師數為重要且國際通用之指標，本部開辦「重點科別培育公費醫師制度計畫」後，除將評估整體醫師人力是否足夠外，並將評估偏遠地區醫療次區域每萬人口醫師數是否達 WHO 醫療基本需求標準平均每萬人口約有 10 位醫師標準等相關指標，決定是否繼續辦理本項計畫。

三、現行相關政策及方案之檢討

(一) 一般公費醫師培育政策

醫學系公費生培育之政策目的，自初始之「充實省(市)立醫院醫師人力」轉為「充實基層醫療、偏遠地區及冷門科醫師人力」，實施迄今，大約培育 6,537 位之各專科公費醫師，將近 60%之公費醫師於人才羅致困難科服務，20%於部立、縣(市)立非教學醫院服務，10%於本部指定支援山地離島之醫院服務，8%於衛生所服務，2%於山地離島地區服務。綜觀公費醫師培育成果，對人才羅致困難科醫師人力之挹注顯有成效，對基層醫療醫師人力之充實亦達部分成效，惟礙於公費醫師自行於山地離島開業之意願不高，致對於充實偏遠地區醫師人力之未臻理想。

另依據本部委託國內學者進行「醫學系一般公費生服務期滿後之各公費生執業地點、機構與服務階段變遷及其影響因素」之研究調查結果，服務期滿 10 年之公費生 938 人，其中 25%返回到臺北市服務、60%在台北縣、高雄市、台南、臺中等次級都會區服務。

公費醫師制度實施 30 餘年以來，已達成階段性之任務

及政策之目的，因此，經本部召開數次會議審慎討論後，自民國 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至民國 98 年停招。

(二) 對於近年內、外、婦、兒、急診醫學科醫師成長趨緩之情形，本部多次邀集各專科醫學會代表、醫院代表、消費者代表及專家學者召開會議，並於 102 年委託國家衛生研究院進行醫學生選科偏好評估調查，針對五大科醫師人力趨緩之原因，分析如下：

1. 醫學生選擇五大科別的意願降低

(1) 醫護人員逐漸重視生活品質：依據國家衛生研究院針對醫學生所進行之選科調查結果，不選擇五大科做為未來執業科別之影響因素包括，易有醫療糾紛、未來執業的生活品質較不好、相較其他科別工時數較長。

(2) 醫療糾紛之風險日高：依據統計資料顯示，自民國 76 年以來，本部醫事審議委員會接受司法、檢察機關委託鑑定之醫療糾紛案件數迅速攀升，由每年約 100 餘件增至 500 餘件，其中刑事告訴案佔 80%；另依科別分析，內、外、婦、兒科分佔 28%、34%、15%、8%，合計超過 85%。

(3) 給付制度與經濟誘因不利發展：過去健保給付對部分高風險、需值班、重症照護之科別，如婦產科、內科及外科等，未能提供足夠之給付差距，致使醫師流失，且新進住院醫師無願意投入該類科別領域。

(4) 少子化，影響投入婦兒科意願：近年我國出生率持

續下降，根據內政部統計資料顯示，75 年粗出生率為 15.93%，至 104 年降至 9.10%。另，因教育的普及，女性平均接受教育年數普遍延長，結婚年齡延後，首次生產平均年齡也由 75 年的 24.7 歲延至 104 年的 30.58 歲。

2. 專科間分配失衡與地理分布不均

(1) 專科容額高於每年申請人數，造成專科間失衡：民國 75 年始有專科醫師制度，惟並無人數限制，自民國 90 年起限定專科總容額為 1,948 名，以平衡專科醫師人力分布，但因各專科招收住院醫師仍有 10%彈性上限，合計 2,143 名，遠超過醫學生每年招收人數 1,300 名，長期以往乃致住院醫師選科彈性過大，造成專科人力間失衡。

(2) 城鄉人力差距，偏遠地區人力網羅不易，造成惡性循環。

3. 急診壅塞及暴力事件頻傳

(1) 全國急救責任醫院共計有 194 家，負責 24 小時民眾緊急傷病醫療服務，急診病人來源有 75%為民眾自行就醫、10%救護車後送、15%曾先就診而由其他醫療院所後轉入，全民健保的就醫便利、價格親民再加上交通日漸便利等因素，民眾就醫自由度高或品牌迷思等原因，可能為大型醫院急診壅塞最重要的原因。

(2) 以 104 年醫學中心急診 48 小時置留率而言，104 年醫學中心急診 48 小時平均置留率為 2.6%，於平均值

以上之醫學中心共 8 家。

(三) 為改善醫師人力、執業環境及加強醫師之留任，本部自民國 102 年起積極推動多項措施，希重振五大科（內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科）醫師人力，以促使醫師留任及增加醫師人力回流。具體措施包括：

1. 提高全民健保五大科別支付標準，為緩解國內內、外、婦、兒及急診科醫師出走的困境，於民國 100 年至民國 104 年醫療費用總額編列新臺幣（以下同）91.712 億元，用於調整急重難科別之支付標準及各年度編列金額如下：

(1) 民國 100 年醫院總額編列 14.87 億元，用於提升外科、婦產科及小兒科之診察費。

(2) 民國 101 年醫院總額編列 12.38 億元，西醫基層編列 9.09 億元，調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準。

(3) 民國 102 年醫院總額編列 50.55 億元，西醫基層編列 2.22 億元，用於合理調整內科及急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。

(4) 民國 103 年西醫基層編列 1.002 億元，配合民國 102 年醫院急重難科別之支付標準調整。

(5) 民國 104 年編列 1.6 億元，用於提升急診照護品質。

2. 開辦五大科住院醫師津貼計畫，自民國 102 年 9 月 1 日開辦津貼補助，對於五大科住院醫師專科訓練期間，每人於每年訓練結束後補助 12 萬元津貼，藉由提供誘因吸引醫學生投入五大科訓練與服務，截至民國 104 年已完成

- 4,739 位住院醫師津貼補助，撥付 5 億 645 萬元。鑑於急重症醫療照護人力攸關醫療品質甚鉅，自民國 105 年起辦理第二階段之「重點科別住院醫師津貼補助計畫」，除了五大科外，增列神經外科住院醫師為補助對象。
3. 合理調整五大科醫師訓練員額，自民國 102 年起將訓練名額總數由 2,143 名調降為 1,670 名，民國 103 年起再調降為 1,550 名，使貼近畢業生人數，提高五大科招收率。
 4. 充實五大科醫療輔助人力，有效分擔醫師的臨床照護工作，特別是外科醫師。民國 101 年至民國 104 年共增加 2,784 名專科護理師，預定每年增加 800 人。
 5. 強化畢業後全科及五大科訓練：民國 100 年起實施 1 年期畢業後一般醫學訓練 (PGY)，即為以五大科為主之臨床基礎訓練。104 學年度截至 105 年 3 月底止，有 1,386 名醫學系畢業生接受 PGY 訓練。
 6. 推動醫療糾紛處理法案立法及試辦生育事故救濟制度：
 - (1) 目前醫界已有不責難的病安文化，但外界仍有興訟文化，有轉變的空間。醫界推行病人安全工作多年，以不究責、共同學習的原則，尋找降低風險的流程改善方式，減少事故發生。
 - (2) 目前透過生育事故救濟試辦計畫，民眾漸漸較了解由生產過程本身風險所造成的事故，不能苛責醫師。另外本部也擴大試辦範圍獎助醫療機構妥善處理手術或麻醉風險所造成的事故，獎助金額上限為 80 萬元。

- (3) 在醫院、各縣市政府調解委員會及法界的共同努力下，本部受理司法檢察機關委託鑑定醫療糾紛案件量，自民國 101 年開辦生育事故救濟試辦計畫後，生產醫糾降 7 成，成效斐然，各界期待將其法制化，爰催生「生產事故救濟條例」，並於民國 105 年 6 月 30 日開始施行。
7. 推動醫療過失刑責合理化，本部為合理規範醫事人員因醫療糾紛所應擔負的刑事責任，避免高風險之科別醫療願意投入者漸少，業擬具醫療法第 82 條之 1 修正草案，經行政院於民國 101 年 12 月 13 日審查通過，並已於民國 101 年 12 月 18 日函送立法院審議，惟未立法完成，於第 8 屆立法委員任期屆滿後不續審。
8. 挹注五大科偏遠地區醫療資源，對於「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，急診診察費予以加成 30-50%，並對急診案件給予點值保障 1 點 1 元，另民國 105 年公告由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 25 家醫療資源不足地區醫院急診與急重症醫療，充實偏遠地區急重難科別醫師人力。
9. 偏遠地區公費醫師養成，自民國 90 年起，已有 56 名山地離島地區公費醫師接受訓練，返鄉服務的留任率高達七成。民國 101 至民國 105 年預計將再培育 114 名公費醫師，提升山地離島地區的醫療品質。
10. 延攬旅外醫師返鄉服務：為鼓勵美國、加拿大、日本、澳洲、紐西蘭、英國、法國或德國，具有我國醫師資格之旅外專科醫師回鄉服務，業擬具計畫，鼓勵該等醫師

回國至偏遠地區醫院服務，以挹注醫師人力，目前已有 17 位醫師返國服務。

11. 為解決急診壅塞之問題，自民國 101 年起辦理「提升急診轉診品質獎助計畫」，依據病人急診就醫流向、地理位置及生活圈，將全國急救責任醫院劃分網絡，並強化網絡內醫院間急診轉介的交班與風險告知過程。民國 104 年已架構 14 個網絡執行，計 194 家急救責任醫院參加，平均登錄率已達 98.4%。
12. 強化急診室安全，修正醫療法第 24 條及第 106 條，增列滋擾醫療業務執行之罰責規定，減少急診暴力事件發生，維護醫護人員安全，讓所有醫事人員都能在安全的環境中照顧病人。

(四) 另為了讓住院醫師的訓練及工作條件更臻合理，本部已施行多項措施，包括：

1. 參考美國醫師工時及值班之規定，自民國 100 年起限制住院醫師照顧病床數及值班時數上限，頒訂「住院醫師勞動權益保障參考指引」，提供醫院遵循。自民國 104 年起，將住院醫師值勤時數與職業災害保護，列為教學醫院評鑑條文，明定每週執勤時數不得超過 88 小時，並將住院醫師工時狀況，納為各縣市政府衛生局督導考核重點項目，隨時稽核醫院辦理狀況。
2. 本部規劃於民國 108 年 9 月 1 日，將全體受僱醫師納入勞基法保障，並於近期組成醫師勞動權益推動小組（以下稱推動小組），下設「人力資源」、「醫療政策」、「法制調適」

3 分組，全面檢視醫師納入勞基法之相關問題與配套措施。

(五) 五大科醫師人力自本部民國 102 年起積極推動多項措施後，住院醫師招收情形已明顯改善，如第一年住院醫師招收率均達 8 成以上，自民國 101 年至民國 104 年內科由 65%增至 82%、外科由 64%增至 100%、兒科由 84%增至 100%、婦產科由 72%增至 100%、急診醫學科由 75%增至 100%，第二年住院醫師留任率亦將近達 100%，惟偏遠區人力仍須長期且穩定挹注，以落實偏遠地區民眾醫療照顧。

四、執行策略及方法

(一) 主要工作項目

針對重點科別醫師人力進行培育，於畢業並完成專科訓練後，依據受領公費年數，挹注偏鄉提供 4 年及 6 年服務。

(二) 分期（年）執行策略

1. 本部為合理劃分醫療區域，爰依據民眾就醫流向、生活圈、就醫交通時間、人口密度與行政區域等因素，劃分 50 個次醫療區域（詳如表 1，p27），經本部於民國 104 年 4 月估算，其中未達 WHO 醫療基本需求標準每萬人口醫師數 10 位之地區，包括臺北西北區（新北市）、新竹竹北、新竹竹東、苗栗海線、苗栗中港、彰化南彰化、南投竹山、雲林北港、高雄旗山、臺東關山、臺東成功、臺東大武、花蓮鳳林及金門縣、連江縣，而前揭地區共計需補充 490 位醫師人力（詳如表 2，p29），始可達每萬人口醫師數 10 位之標準。

2. 本部依據偏遠地區醫師不足人數，每年將培育 100 名公費醫學生，以補充偏遠地區及醫療資源不足地區重點科別醫師人力。

年度	105 年度	106 年度	107 年度	108 年度	109 年度
培育人數	100	100	100	100	100

(三) 配套措施

本計畫最主要目的是希望公費醫師能續留偏遠地區服務，然而要使其留任，需有完整的配套措施，如強化支持環境等。

1. 加強公費醫學生輔導

為建立與公費醫學生良好的溝通管道，對於公費醫學生在校期間，將定期與學生座談。

2. 規劃區域醫療人力資源有效運用

為提升偏遠地區醫療資源運用效益，將敦促當地衛生局負責整合區域醫療資源，主導轄區內醫療機構人力分工，透過協調當地醫療人力相互支援模式，建構整合性醫療人力資源服務網絡，以減輕個別醫院公費醫師之工作負荷。

3. 保障公費醫師權益

本部於辦理公費醫師分發服務時，將籲請服務機構，對於公費醫師之薪資、福利等，予以公平、合理之對待，並要求服務機構建立醫師工時異常申訴管道與處理機

制，保障公費醫師勞動權益。

(四) 執行步驟(方法)與分工

1. 公費醫學生培育名額

考量醫學教育品質及量能，本計畫期程為5年，培育公費醫學生總名額現階段維持共500名；前一學年度未招收額滿之公費醫學生名額，可挪移調整至下一學年度累計招生，惟每一學年度招生上限為130名；若有超過130名上限之名額，則併入下學年度招收，以此類推，並建立滾動檢討及回饋機制，逐年檢討。有關各醫學院校培育名額，將由各醫學院校向本部提報計畫，再由本部會同教育部、醫學院評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council，簡稱TMAC)，視審查各醫學院校醫學教育資源及所報計畫後定之。

本計畫經評估偏遠次醫療區域之醫師人力達培育目標後，停止招收公費醫學生，其原有培育名額自動刪除，不得納入各醫學院校招生名額。

2. 培育方式

- (1) 醫學系公費醫學生之招生，併入各校院「個人申請入學」、「考試入學」及國防醫學院「軍事學校正期班甄選入學」方式辦理，學士後醫學系公費學生之招生由各校院自行辦理；其公費待遇項目、公費年數、服務年數及醫師證書之保管等事項，應於招生簡章中載明。

- (2) 公費醫學生於新生註冊入學時，應填具契約書及保證書。
- (3) 醫學系公費學生肄業期間受領公費待遇年數為 6 年；學士後醫學系公費學生肄業期間受領公費待遇年數為 4 年，無法在教育法令規定修業年限期間完成學業者，其延長修業年限期間，應不得受領公費待遇；公費醫學生入學後因學分抵免，提升年級，而縮短修業年數者，其受領公費待遇年數應比照修業年數縮短。
- (4) 公費醫學生除領公費待遇外，應不得受領其他具服務義務之獎學金或其他給付。
- (5) 公費醫學生肄業期間，被勒令退學、開除學籍或自動退學者，應償還其受領之公費。但有下列情形之一者，得免償還。

I. 死亡者。

II. 因罹患全民健康保險所訂重大傷病，或其他不能歸責於自己之事由，而不能繼續完成學業。

- (6) 公費醫學生經醫師考試及格領取醫師證書者，於未依規定完成服務義務前，其醫師證書由本部保管，作為履約之保證。另由本部發給加蓋戳記之醫師證書影本 1 份，以供辦理銓敘及執業登記之用。
- (7) 公費醫學生於規定之服務期間，不履行其服務義務者，除醫師證書由本部保管，直至完成服務後，始

予發還外，並應依其未服務之年數除以應服務年數之比例，償還其在學期間所受領公費總金額之一定倍數，但有下列情形之一者，得免償還公費。

I. 死亡者。

II. 因罹患全民健康保險所訂重大傷病，或其他不可歸責於自己之事由，而不能繼續履行服務義務者。

前項年數未滿 1 年者，以 1 年計。

(8) 公費醫學生服務期滿，應檢具其服務證明文件，送本部核准後始得離職，並由本部發還其醫師證書。

3. 訓練與服務方式

(1) 公費醫學生於畢業當年，分配於本部或國軍退除役官兵輔導委員會（以下稱退輔會）系統服務，依二系統補助經費比例，五分之四比例分發本部系統，五分之一比例分發退輔會系統服務。

(2) 公費醫學生畢業後，於本部重點培育科別，選擇受訓科別。

(3) 公費醫學生畢業並完成專科醫師訓練後，將參據分發當年度我國每萬人口醫師數低於全國平均值之次醫療區域醫師人力，由本部分發至醫師人力不足地區醫療機構或由本部提供資訊平台進行選配分發服務，醫學系公費學生畢業後之服務年數為 6 年；學士後醫學系公費學生畢業後之服務年數為 4 年。

(4) 公費畢業生於服務期間，不得以自費出國留學。以公費留學或服務機構薦送出國進修者，須經服務機構轉報本部同意，並申請展緩服務。其出國留學期間，不計入服務年數。

(5) 公費畢業生考取國內研究所，經其服務機構同意並轉報本部核准者，得申請展緩服務。

前項在國內研究所進修，其研究性質經服務機構認與服務性質有關，而同意帶職帶薪進修者，其進修期間，應計入服務年數。但無法在教育法令規定修業年限期完成研究者，其延長修業年限期間，不計入服務年數。

4. 預定培育科別

初期預定培育內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科，並逐年檢討培育科別。

五、期程及資源需求

(一) 計畫期程

1. 招生期程為 105 至 109 學年度，共計 5 年。
2. 培育期程為 105 年 9 月 1 日至 115 年 6 月 30 日止，計 10 學年整。

(二) 所需資源說明

1. 受領公費待遇項目，包括膳食費、學雜費、書籍費、住宿費、制服費、語言教學實習費（含電腦網路使用費）、學

生平安保險費及應屆畢業生旅行參觀費。前項公費待遇項目之標準，由本部視每年學雜費調漲幅度酌作調整。

2. 培育學校之經費補助，包括：

(1) 補助培育學校添購設備費，每人每學期 15,000 元整（醫學系公費學生第 6 學年、學士後醫學系公費學生第 4 學年實習期間，不予補助培育學校設備費）。

(2) 補助培育學校管理費：每人每學期 6,500 元整。

(三) 經費來源及計算基準

1. 經費來源：本計畫經費概算係粗估經費，由本部及國軍退除役官兵輔導委員會依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。
2. 計算基準：係參考教育部「公私立大專校院學雜收費基準一覽表」、「師資培育公費生公費待遇項目及標準表」及本部原住民及離島地區醫事人員養成計畫(101 年度至 105 年度)相關經費編列。
3. 補助標準：膳食費每月 3,250 元、零用津貼每月 3,500 元、書籍費每年 8,000 元、制服費每年 5,000 元、應屆畢業生旅行參觀費每次 3,000 元；學雜費每學期依教育部核定之標準編列；語言教學實習費（含電腦網路使用費）、學生平安保險費每學期依各校收費標準編列；住宿費每學期校內住宿者，依各校收費標準編列、校外住宿者，以 18,000 元為上限。

(四) 經費需求

1. 招生期程為 105 至 109 學年度，共計 5 年，培育期程為 105 年 9 月 1 日至 115 年 6 月 30 日止，計 10 學年整。

2. 經費概算（會計年度）

(1) 公費生待遇：每人每學期，膳食費 19,500 元、零用津貼 21,000 元、書籍費 4,000 元、制服費 2,500 元，應屆畢業生旅行參觀費 1,500 元、學雜費 72,000 元、語言教學實習費 1,053 元、學生平安保險費 257 元、住宿費 18,000 元，實際使用金額以當年度培育學校申請金額為依據，平均每人每學期約需 130,000 元。

(2) 設備費：每人每學期 15,000 元。

(3) 管理費：每人每學期 6,500 元。

單位：千元

年度	培育人次		公費待遇		設備費		管理費		小計	
	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會
105	80	20	10,400	2,600	1,200	300	0	0	11,600	2,900
106	217	60	26,040	7,800	3,255	900	1,411	390	30,706	9,090
107	400	100	52,000	13,000	6,000	1,500	2,600	650	60,600	15,150
108	560	140	72,800	18,200	8,400	2,100	3,640	910	84,840	21,210
109	720	180	93,600	23,400	10,800	2,700	4,680	1,170	109,080	27,270
110 <small>註二</small>	800	200	104,000	26,000	10,800	2,700	5,200	1,300	120,000	30,000
111	720	180	93,600	23,400	8,400	2,100	4,680	1,170	106,680	26,670

年度	培育人次		公費待遇		設備費		管理費		小計	
	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會
112	560	140	72,800	18,200	6,000	1,500	3,640	910	82,440	20,610
113	400	100	52,000	13,000	3,600	900	2,600	650	58,200	14,550
114	240	60	31,200	7,800	1,200	300	1,560	390	33,960	8,490
115	80	20	10,400	2,600	0	0	520	130	10,920	2,730
合計	4,777	1,200	618,840	156,000	59,655	15,000	30,531	7,670	709,026	178,670

備註：

- 一、自 102 學年度起，醫學系入學修業年限 6 年。
- 二、110 年度本部 80 人次、退輔會 20 人次，111 年度起本部 160 人次、退輔會 40 人次為醫學系公費學生第 6 學年實習期間，不予補助培育學校設備費。
- 三、105 及 106 年度經費需求係預算實際編列數。

3. 本計畫經評估偏遠次醫療區域之醫師人力達培育目標後，將停止招收公費醫學生，並不再編列經費。

六、預期效果及影響

本計畫透過醫師之培育及分發服務，預期可達補充偏遠地區及醫療資源不足地區重點科別醫師人力，均衡人力分布之目的。

七、財務計畫

本計畫財源來自衛生福利部之公務預算，藉由上述來源之政府編列預算，依每年公費醫學生人數，補助其膳食費、學雜費、書籍費、

住宿費、制服費、語言教學實習費（含電腦網路使用費）、學生平安保險費及應屆畢業生旅行參觀費，提供公費醫學生經濟協助，並補助培育學校添購設備費，挹注公費醫學生教學資源，透過本部與學校合作，以強化計畫執行成效。

八、附則

（一）風險評估

1. 風險辨識：依據本部委託之研究結果顯示，偏遠地區及醫療資源不足地區將發生醫師人力不足之風險，且五大科易有醫療糾紛、未來執業的生活品質較不好、相較其他科別工時數較多，故投入五大科之醫師人力相對減少，偏遠地區人力可能衝擊更大。
2. 風險分析：依據本部參採「風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」（詳如表 3，p30）及「風險影響程度分類表」（詳如表 4，p30），本計畫不實施之問題在風險機率分級方面，評估為「可能」發生，在風險影響程度方面，評估為「嚴重」。
3. 風險評量：本計畫經風險評估結果，其風險分布情形如風險圖像（詳如圖 1，p31），不實施之後果風險值為 4，超出本部所訂可容忍風險值 2。

（二）五大科住院醫師招收率（詳如表 5，p32）。

（三）中長程個案計畫自評檢核表（詳如表 6，p33）。

（四）性別影響評估檢視表（詳如表 7，p36）。

表 1 次醫療區域

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱
臺北	臺北	北區	北投、士林、石門、三芝、淡水
		西北區	三重、蘆洲、八里、五股、林口、泰山
		中區	中正、中山、萬華、大同、永和
		西區	板橋、新莊、樹林、土城、三峽、鶯歌
		南區	文山、新店、中和、烏來、深坑、石碇、坪林、平溪
	東區	大安、信義、松山、內湖、南港、汐止	
	基隆	不分區	基隆市、金山、萬里、瑞芳、雙溪、貢寮
	宜蘭	宜蘭	宜蘭、頭城、礁溪、壯圍、員山、大同
	羅東	羅東、五結、蘇澳、南澳、冬山、三星	
北區	桃園	桃園	大園、蘆竹、桃園、八德、大溪、復興、龜山
		中壢	觀音、中壢、新屋、楊梅、平鎮、龍潭
	新竹	新竹	新竹市
		竹北	竹北、新豐、湖口、新埔
		竹東	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西、尖石、五峰
	苗栗	海線	後龍、西湖、通霄、苑裡
		苗栗	苗栗、公館、銅鑼、三義、頭屋、獅潭、大湖、泰安、卓蘭
中港		竹南、頭份、三灣、南庄、造橋	
中區	臺中	山線	北屯、北區、豐原、石岡、新社、和平、東勢、潭子、后里、神岡
		海線	西屯、西區、清水、沙鹿、梧棲、龍井、大肚、大甲、外埔、大安、大雅
		屯區	中區、南區、南屯、東區、霧峰、大里、太平、烏日
	彰化	北彰化	和美、秀水、花壇、芬園、彰化、伸港、線西、鹿港、福興、埔鹽、員林、大村、埔心、永靖、社頭、溪湖
		南彰化	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州
	南投	埔里	埔里、仁愛、魚池
		草屯	國姓、草屯
		南投	南投、名間、中寮
		竹山	竹山、鹿谷、集集、水里、信義
	南區	雲林	北港
虎尾			虎尾、大埤、土庫、西螺、二崙、崙背、褒忠、臺西、東勢、麥寮
斗六			斗六、林內、蔴桐、古坑、斗南
嘉義		嘉義	嘉義市、水上
		阿里山	民雄、竹崎、番路、中埔、阿里山、大埔、梅山、大林、溪口、新港
		太保	朴子、六腳、東石、布袋、太保、鹿草、義竹
臺南		新營	白河、後壁、東山、柳營、六甲、鹽水、新營、下營、大內、官田、麻豆、佳里、學甲、北門、將軍、七股

南區		永康	安南、楠西、玉井、左鎮、南化、新化、善化、安定、新市、山上、西港、永康
		臺南	東區、中西區、北區、安平、南區、仁德、歸仁、關廟、龍崎
高屏	高雄	岡山	楠梓、左營、岡山、橋頭、燕巢、田寮、阿蓮、路竹、永安、彌陀、梓官、茄萣、湖內、仁武、大社
		高雄	三民、小港、前金、前鎮、苓雅、新興、鼓山、旗津、鹽埕、鳳山、大樹、鳥松、林園、大寮
		旗山	旗山、美濃、六龜、甲仙、杉林、內門、茂林、桃源、那瑪夏
	屏東	屏東	屏東、萬丹、長治、麟洛、九如、里港、鹽埔、三地門、霧臺、瑪家、高樹、萬巒、竹田、泰武、內埔
		東港	東港、新園、林邊、南州、佳冬、琉球、崁頂、新埤、潮州、來義
		枋寮	枋寮、春日、枋山、獅子
		恆春	恆春、車城、滿州、牡丹
	澎湖	不分區	馬公、湖西、白沙、西嶼、望安、七美
	東區	臺東	臺東
關山			關山、池上、海端、鹿野、延平
成功			成功、長濱、東河
大武			大武、達仁、金峰、太麻里
花蓮		花蓮	秀林、新城、花蓮、吉安、壽豐
		鳳林	萬榮、鳳林、光復、豐濱
		玉里	玉里、富里、卓溪、瑞穗

備註：

- 一、合計一級醫療區域 6 個，二級醫療區域 17 個，次醫療區域 50 個。
- 二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計但不列入二級及次療區域劃分。

表 2 偏遠地區醫師不足人數

統計時間：104 年 4 月

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	人數
臺北	臺北	西北區（新北市）	153
北區	新竹	竹北	33
	新竹	竹東	30
	苗栗	海線	41
	苗栗	中港	32
中區	彰化	南彰化	105
	南投	竹山	4
南區	雲林	北港	1
高屏	高雄	旗山	7
東區	臺東	關山	11
	臺東	成功	16
	臺東	大武	12
	花蓮	鳳林	2
臺北（金門縣、 連江縣）			43
合計			490

備註：

- 一、本表格所指偏遠地區，係指次醫療區域未達每萬人口醫師數 10 位者。
- 二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計但不列入二級及次醫療區域劃分。

表 3 風險發生機率分類表－機率之敘述

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

表 4 風險影響程度分類表-影響之敘述

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

圖 1 本部風險圖象

影響程度	風險分布		
	非常嚴重 (3)	3 (high risk) 高度危險的風險	6 (high risk) 高度危險的風險
嚴重 (2)	2 (moderate risk) 中度危險的風險	4 (high risk) 高度危險的風險 (本計畫 不實施之後果)	6 (high risk) 高度危險的風險
輕微 (1)	1 (low risk) 低度危險的風險	2 (moderate risk) 中度危險的風險	3 (high risk) 高度危險的風險
	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
	發生機率		

表 5 五大科住院醫師招收率

年度	95-99 年 平均	100 年	101 年	102 年	104 年 (104.12.31)
專科別	招收率	招收率	招收率	招收率	招收率
內科	100%	91%	65%	62%	82%
外科	89%	77%	64%	76%	100%
兒科	71%	69%	84%	89%	100%
婦產科	63%	72%	72%	73%	100%
急診醫學科	100%	100%	75%	87%	100%

表 6 中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第12點)	√		✓		1.本案非屬延續性計畫,無前期計畫執行成效評估。 2.本計畫非屬公共建設,無需檢附財務策略規劃檢核表。
	(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)是否依據「跨域加值公共建設財務規劃方案」之精神提具相關財務策略規劃檢核表?並依據各類審查作業規定提具相關書件		√		✓	
2、民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		√		✓	
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)	√		✓		
	(2)資金籌措:依「跨域加值公共建設財務規劃方案」精神,將影響區域進行整合規劃,並將外部效益內部化		√		✓	
	(3)經費負擔原則: a.中央主辦計畫:中央主管相關法令規定 b.補助型計畫:中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、依「跨域加值公共建設財務規劃方案」之精神所擬訂各類審查及補助規定	√		✓		
	(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	√		✓		

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	
	結果等經費審查之相關文件					
	(5)經費比 1:2 (「政府公共建設計畫前期作業實施要點」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	√		√		
	(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、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)	√		√		
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		√		√	
	(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、風險評估	是否對計畫內容進行風險評估		√		√	
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		√		√	
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	√		√		
11、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		√		√	

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
12、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		√		√	
13、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		√		√	
14、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		√		√	
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		√		√	
	(3)是否檢附相關說明文件		√		√	
15、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃		√		√	

主辦機關核章：承辦人

主任劉淑銘

單位主管

司長王宗曦

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

處長吳建國

首長

部長蔣丙煌

綜合規劃司長楊芝青

表 7 中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

填表日期：104 年 4 月 18 日		
填表人姓名：劉淑銘	職稱：薦任技士	身份： <input checked="" type="checkbox"/> 業務單位人員
電話：02-85907412	e-mail：mdlsming@mohw.gov.tw	<input type="checkbox"/> 非業務單位人員， (請說明：_____)
填 表 說 明		
<p>一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫除因物價調整而需修正計畫經費，或僅計畫期程變更外，皆應填具本表。</p> <p>二、「主管機關」欄請填列中央二級主管機關，「主辦機關」欄請填列擬案機關(單位)。</p> <p>三、建議各單位於計畫研擬初期，即徵詢性別平等專家學者或各部會性別平等專案小組之意見；計畫研擬完成後，應併同本表送請民間性別平等專家學者進程序參與，參酌其意見修正計畫內容，並填寫「拾、評估結果」後通知程序參與者。</p>		
壹、計畫名稱	辦理重點科別培育公費醫師制度計畫(105-109 年度)(草案)	
貳、主管機關	衛生福利部	主辦機關(單位) 衛生福利部
參、計畫內容涉及領域：	勾選(可複選)	
3-1 權力、決策、影響力領域		
3-2 就業、經濟、福利領域		
3-3 人口、婚姻、家庭領域		
3-4 教育、文化、媒體領域		
3-5 人身安全、司法領域		
3-6 健康、醫療、照顧領域	V	
3-7 環境、能源、科技領域		
3-8 其他(勾選「其他」欄位者，請簡述計畫涉及領域)		

肆、問題與需求評估		
項 目	說 明	備 註
4-1 計畫之現況問題與需求概述	<p>1. 公費醫師培育制度自民國 64 年開始實施，藉提供醫學生 6 年公費補助，畢業後再分發至醫師人力不足地區或者醫師人力羅致較為困難之科別服務，以達成均衡醫師人力資源目的。公費醫師制度實施 30 餘年以來，已達成階段性之任務及政策之目的，因此，經本部委託學者評估研究，並召開數次會議審慎討論後，決定自民國 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至民國 98 年完全停止招收。</p> <p>2. 惟近年由於社會經濟、醫療環境、保險給付、人口結構改變及民眾對於醫療需求之期待提高等現象，致使住院醫師選擇執業科別之意願隨之改變，而生活品質、工時、醫療糾紛等考量已成為重要因素之一，導致急重難症科別住院醫師招收不易，未來恐發生專科醫師人力失衡與地理分布不均問題，爰為挹注偏遠地區及五大科醫師人力之不足，開辦「重點科別培育公費醫師制度計畫」。</p>	簡要說明計畫之現況問題與需求。

<p>4-2 和本計畫相關之性別統計與性別分析</p>	<p>1. 按本部統計，一般公費生 97-104 年畢業人數，男性約佔 70%，女性約佔 30%，男女比例約為 2：1。</p> <p>2. 依據本部委託國內學者進行「醫學系一般公費生服務期滿後之各公費生執業地點、機構與服務階段變遷及其影響因素」之研究調查，服務期滿 10 年之公費生，其中男性約佔 84%，女性約佔 16%，男女比例約為 5：1。</p>	<p>1. 透過相關資料庫、圖書等各種途徑蒐集既有的性別統計與性別分析。</p> <p>2. 性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向及性別認同者之年齡、族群、地區等面向。</p>	
<p>4-3 建議未來需要強化與本計畫相關的性別統計與性別分析及其方法</p>	<p>本計畫公費醫學生之招生，分別併入各校院新生入學考試辦理，暫無需強化的性別統計及分析。</p>	<p>說明需要強化的性別統計類別及方法，包括由業務單位釐清性別統計的定義及範圍，向主計單位建議分析項目或編列經費委託調查，並提出確保執行的方法。</p>	
<p>伍、計畫目標概述（併同敘明性別目標）</p>	<p>1. 重點培育內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科醫師人力。</p> <p>2. 均衡偏遠地區醫療資源分布，縮短城鄉差距。</p>		
<p>陸、性別參與情形或改善方法（計畫於研擬、決策、發展、執行之過程中，不同性別者之參與機制，如計畫相關組織或機制，性別比例是否達 1/3）</p>	<p>本計畫於研擬、修正過程係透過邀集教育部、各醫學院院長及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p>		
<p>柒、受益對象</p>			
<p>1. 若 7-1 至 7-3 任一指標評定「是」者，應繼續填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9 及「第二部分—程序參與」；如 7-1 至 7-3 皆評定為「否」者，則免填「捌、評估內容」8-1 至 8-9，逕填寫「第二部分—程序參與」，惟若經程序參與後，10-5「計畫與性別關聯之程度」評定為「有關」者，則需修正第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3，並補填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9。</p> <p>2. 本項不論評定結果為「是」或「否」，皆需填寫評定原因，應有量化或質化說明，不得僅列示「無涉性別」、「與性別無關」或「性別一律平等」。</p>			
<p>項 目</p>	<p>評定結果 (請勾選)</p> <p>是 否</p>	<p>評定原因</p>	<p>備 註</p>
<p>7-1 以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象</p>	<p>V</p>	<p>本計畫非以特定性別、性傾向或性別認同為受益對象。</p>	<p>如受益對象以男性或女性為主，或以同性戀、異性戀或雙性戀為主，或個人自認屬於男性或女性者，請評定為「是」。</p>

7-2 受益對象無區別，但計畫內容涉及一般社會認知既存的性別偏見，或統計資料顯示性別比例差距過大者		V	本計畫公費醫學生之招生，分別併入各校院新生入學考試辦理，受益對象無區別。	如受益對象雖未限於特定性別人口群，但計畫內容涉及性別偏見、性別比例差距或隔離等之可能性者，請評定為「是」。
7-3 公共建設之空間規劃與工程設計涉及對不同性別、性傾向或性別認同者權益相關者		V	公共建設之空間規劃與工程設計不影響不同性別、性傾向或性別認同者之相關權益。	如公共建設之空間規劃與工程設計涉及不同性別、性傾向或性別認同者使用便利及合理性、區位安全性，或消除空間死角，或考慮特殊使用需求者之可能性者，請評定為「是」。

捌、評估內容

(一) 資源與過程

項 目	說 明	備 註
8-1 經費配置：計畫如何編列或調整預算配置，以回應性別需求與達成性別目標	本計畫並無特定性別，故經費之編列亦無依性別編列。	說明該計畫所編列經費如何針對性別差異，回應性別需求。
8-2 執行策略：計畫如何縮小不同性別、性傾向或性別認同者差異之迫切性與需求性	本計畫並無特定性別，故執行策略亦無依性別擬定。	計畫如何設計執行策略，以回應性別需求與達成性別目標。
8-3 宣導傳播：計畫宣導方式如何顧及弱勢性別資訊獲取能力或使用習慣之差異	本計畫公費醫學生之招生，分別併入各校院新生入學考試辦理，無直接對民眾宣導事項。	說明傳佈訊息給目標對象所採用的方式，是否針對不同背景的目標對象採取不同傳播方法的設計。
8-4 性別友善措施：搭配其他對不同性別、性傾向或性別認同者之友善措施或方案	本計畫並無特定性別，故無依性別擬定友善措施。	說明計畫之性別友善措施或方案。

(二) 效益評估

項 目	說 明	備 註
8-5 落實法規政策：計畫符合相關法規政策之情形	本計畫公費醫學生之招生，分別併入各校院新生入學考試辦理。	說明計畫如何落實憲法、法律、性別平等政策綱領、性別主流化政策及 CEDAW 之基本精神，可參考行政院性別平等會網站 (http://www.gec ey.gov.tw/)。
8-6 預防或消除性別隔離：計畫如何預防或消除性別隔離	本計畫公費醫學生之招生，分別併入各校院新生入學考試辦理。	說明計畫如何預防或消除傳統文化對不同性別、性傾向或性別認同者之限制或僵化期待。

8-7 平等取得社會資源： 計畫如何提升平等獲取社會資源機會	本計畫公費醫學生之招生，分別併入各校院新生入學考試辦理。	說明計畫如何提供不同性別、性傾向或性別認同者平等機會獲取社會資源，提升其參與社會及公共事務之機會。
8-8 空間與工程效益： 軟硬體之公共空間之空間規劃與工程設計，在空間使用性、安全性、友善性上之具體效益	本計畫未涉及公共空間之空間規劃與工程設計。	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。
8-9 設立考核指標與機制： 計畫如何設立性別敏感指標，並且透過制度化的機制，以便監督計畫的影響程度	本計畫公費醫學生之招生，分別併入各校院新生入學考試辦理，故受益對象不因不同性別、性傾向或性別認同者而有差異。	1.為衡量性別目標達成情形，計畫如何訂定相關預期績效指標及評估基準（績效指標，後續請依「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」納入年度管制作業計畫評核）。 2.說明性別敏感指標，並考量不同性別、性傾向或性別認同者之年齡、族群、地區等面向。

玖、評估結果：請填表人依據性別平等專家學者意見之檢視意見提出綜合說明，包括對「第二部分、程序參與」主要意見參採情形、採納意見之計畫調整情形、無法採納意見之理由或替代規劃等。

9-1 評估結果之綜合說明	基於人口老化所致醫療服務需求提升等因素，不同之專科別，其人力之需求，隨之有所改變，造成各科間人力失衡與地理分布不均，現為挹注偏遠地區五大科醫師人力之不足，開辦「重點科別培育公費醫師制度計畫」，增加醫學系學生培育人數，本計畫規劃重點係針對醫師人力不足科別進行重點培育，於畢業並完成專科訓練後，挹注偏鄉提供6年服務，惟目前本部未針對公費生選擇執業地點、機構、科別領域及服務年數等，進行性別及年齡之交叉分析，爰本期計畫尚無相關統計資料作為訂定性別目標之參考。	
9-2 參採情形	9-2-1 說明採納意見後之計畫調整	本部將參考委員之建議，對於未來公費生選擇執業地點、機構、科別領域及服務年數等，進行性別及年齡之交叉分析，以作為建立公費生性別友善工作環境政策制定之參考依據。
	9-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	
9-3 通知程序參與之專家學者本計畫的評估結果： 已於 104 年 5 月 1 日將「評估結果」通知程序參與者審閱		

* 請機關填表人於填完「第一部分」第壹項至第捌項後，由民間性別平等專家學者進行「第二部分—程序參與」項目，完成「第二部分—程序參與」後，再由機關填表人依據「第二部分—程

- 序參與」之主要意見，續填「第一部分－玖、評估結果」。
- * 「第二部分－程序參與」之 10-5 「計畫與性別關聯之程度」經性別平等專家學者評定為「有關」者，請機關填表人依據其檢視意見填列「第一部分－玖、評估結果」9-1 至 9-3；若經評定為「無關」者，則 9-1 至 9-3 免填。
 - * 若以上有 1 項未完成，表示計畫案在研擬時未考量性別，應退回主管（辦）機關重新辦理。

【第二部分－程序參與】：本部分由民間性別平等專家學者填寫

拾、程序參與：若採用書面意見的方式，至少應徵詢 1 位以上民間性別平等專家學者意見；民間專家學者資料可至台灣國家婦女館網站參閱 (http://www.taiwanwomenscenter.org.tw/)。			
(一) 基本資料			
10-1 程序參與期程或時間	104 年 04 月 28 日至 104 年 04 月 28 日		
10-2 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	王秀紅、高雄醫學大學護理學院教授兼院長、專長：婦女健康、長期照護、社區衛生、性別政策		
10-3 參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見		
10-4 業務單位所提供之資料	相關統計資料	計畫書	計畫書涵納其他初評結果
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 很完整 <input checked="" type="checkbox"/> 可更完整 <input type="checkbox"/> 現有資料不足須設法補足 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 應可設法找尋 <input type="checkbox"/> 現狀與未來皆有困難	<input type="checkbox"/> 有，且具性別目標 <input checked="" type="checkbox"/> 有，但無性別目標 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有，已很完整 <input type="checkbox"/> 有，但仍有改善空間 <input type="checkbox"/> 無
10-5 計畫與性別關聯之程度	<input type="checkbox"/> 有關 <input checked="" type="checkbox"/> 無關 (若性別平等專家學者認為第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3 任一指標應評定為「是」者，則勾選「有關」；若 7-1 至 7-3 均評定「否」者，則勾選「無關」)。		
(二) 主要意見：就前述各項(問題與需求評估、性別目標、參與機制之設計、資源投入及效益評估)說明之合宜性提出檢視意見，並提供綜合意見。			
10-6 問題與需求評估說明之合宜性	合宜		
10-7 性別目標說明之合宜性	無性別目標		
10-8 性別參與情形或改善方法之合宜性	合宜		
10-9 受益對象之合宜性	合宜		
10-10 資源與過程說明之合宜性	合宜		
10-11 效益評估說明之合宜性	合宜		
10-12 綜合性檢視意見	本計畫案雖與性別無直接相關，但是未來若能呈現更多的統計資料，可提供政策制定的參考依據。所提供的資料，已有初步的性別統計資料，例如：根據衛福部統計資料統計，一般公費生 97-104 年畢業人數，男性約佔 70%，女性約佔 30%，男女比例約為 2：1；另衛福部委託學者進行「醫學系一般公費生服務期滿後之各公費生執業地點、機構與服務階段變遷及其影響因素」之研究調查，服務期滿 10 年之公費生，其中男性約佔 84%，女性約佔 16%，男女比例約為 5：1。建議未來公費生選擇執業地點、機構、科別領域以及服務年數等，進行性別及年齡之交叉分析，以作為建立公費生性別友善工作環境之政策制定的參考依據。		
(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。 (簽音，簽名或打字皆可) 王秀紅 			