

# 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫 第五期（111-115 年）

衛生福利部

中華民國 110 年 9 月

## 目錄

壹、計畫緣起.....	4
一、依據.....	4
二、沿革.....	4
三、未來環境預測.....	7
四、問題評析.....	10
五、社會參與及政策溝通情形.....	12
貳、計畫目標.....	14
一、目標說明.....	14
二、達成目標之限制.....	15
三、績效指標、衡量指標及目標值.....	15
參、現行相關政策及方案之檢討.....	22
一、養成計畫第四期(106-110年)執行成果分析與檢討.....	22
二、其他相關計畫的影響.....	26
肆、執行策略及方法：.....	30
一、主要工作項目.....	30
二、分期(年)執行策略.....	35
三、配套措施.....	36
四、執行步驟(方法)及分工.....	39
伍、期程與資源需求.....	44
一、計畫期程.....	44
二、經費來源及計算基準.....	44
三、經費需求.....	45
四、經費需求(含分年經費)及與中程歲出概算額度配合情形：.....	45
陸、預期效果及影響.....	45
柒、財務計畫.....	45
捌、附則：.....	46
附表 1 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫沿革.....	47
附表 2-1 歷年養成計畫公費生預招生人數一覽表.....	48
附表 2-2 各期養成計畫公費生預招生、實際培育人數與培育率.....	48
附表 2-3 近二十年(90年-109年)本部養成公費醫師服務期滿留任率.....	49
附表 2-4 近二十年(90年-109年)本部養成公費護理師服務期滿留任率.....	50

附表 2-5 109 年各類別養成公費生佔原住民族地區與離島衛生所醫事人力比.....	51
附表 3 百年人口重要指標 .....	52
附表 4 98 年與 108 年原住民族及離島地區人口與健康統計表 .....	53
附表 5 109 年全國與原住民族及離島地區每萬人口執業醫事人員數比較表 .....	54
附表 5-1 109 年原住民族鄉(鎮、市、區)人口與每萬人口執業醫師與護理人員數 .....	55
附表 5-1 109 年原住民族鄉(鎮、市、區)人口與每萬人口執業醫師與護理人員數(續).....	56
附表 5-2 109 年離島鄉鎮市人口與每萬人口執業醫師與護理人員數 .....	57
附表 6 評量健康覆蓋率十二項與健康 SDG 有關的追蹤指標 .....	58
附表 7 第五期計畫(111-115 年)預培育人數.....	59
附表 8 地方衛生(福利)局提報養成計畫第四期及第五期初估培育需求比較表(未含 108- 110 年度增額培育).....	61
附表 9 原住民族及離島地區養成計畫第四期(106-110 年)每年預培育數 .....	62
附表 10 106 至 109 年度原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第四期招生錄取分發結 果一覽表 .....	63
附表 11 IDS 計畫支援科別及服務量占衛生所或醫院門診人次比重 .....	64
附表 12 重點科別培育公費醫師第一期及第二期計畫權益義務對照表 .....	66
附表 13 吸引醫事人員至偏鄉執業與提高留任率的介入類別 .....	67
附表 14 養成計畫業務執行工作項目 .....	68
附表 15 公費生待遇補助標準一覽表 .....	69
附表 16 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期(111-115 年) 經費概算表.....	70
附表 17 風險發生機率分類表 .....	76
附表 18 風險影響程度分類表 .....	76
附表 19 中長程個案計畫自評檢核表 .....	78
附表 20 中長程個案計畫性別影響評估檢視表 .....	80

# 壹、計畫緣起

## 一、依據

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(下稱養成計畫)主要依據包括：  
(1)我國憲法第 157 條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」；(2)原住民族基本法第 24 條第 1 項：「政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民族健康及生命安全。」；及(3)離島建設條例第 13 條：「為維護離島居民之生命安全及身體健康，行政院應編列預算，補助在離島開業之醫療機構、護理機構、長期照顧機構及其他醫事機構與該離島地區所缺乏之專科醫師，並訂定特別獎勵及輔導辦法。」等規定。

衛生福利部(下稱本部)向以「促進全民健康與福祉」為使命，透過精進醫療照護體系、促進醫療資源合理分佈，以保障民眾就醫權益。其中照顧弱勢族群、強化離島、偏遠地區及原住民族地區醫療保健服務品質及可近性，為施政重點。為有效提升原住民族及離島地區之醫療照護服務，深耕當地醫療，需積極持續培育當地醫事人才並鼓勵其長期留任，爰廣續辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」。

## 二、沿革

為強化原住民及離島地區在地醫事人才培育，改善醫療資源與醫事人力不足問題，保障在地居民就醫權益與醫療照護品質，政府耕耘原住民及離島地區醫事人員培育已經超過五十年。自 58 年起至 109 年止已累計招生培育 1,192 位醫事公費生(含在學中)，包括 631 位原住民籍(310 位醫師、75 位牙

醫師、186 位護理人員及其他醫事科系 60 位)、555 位離島籍(321 位醫師、58 位牙醫師、97 位護理人員及其他醫事科系 79 位)及 6 位偏鄉籍(6 位醫師)等醫事公費生。各期計畫說明如下(沿革列表請參見附表 1)：

### **(一)臺灣省地方醫護人員養成計畫(58至90年)**

臺灣省政府為培植原住民族及離島地區醫護人力，自 58 至 78 年先後頒訂「臺灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」、「臺灣省地方醫護人員養成計畫(續辦計畫)」、「臺灣省地方醫護人員養成第三期十年計畫」，分別委託私立臺北、高雄醫學院及省立臺中護校，招收醫學系、牙醫學系、護理科學生。83 年修訂「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」委託私立高雄醫學院及元培專科學校，招收醫學系、藥學系及五年制放射線技術科、護理科學生，採單獨招生並限定學生籍屬、年齡等條件。後因配合臺灣省政府功能業務與組織調整，90 年修正「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」為「臺灣省地方醫護人員養成績辦計畫」。

### **(二)行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫(90至95年)**

90 年起由行政院衛生署(本部前身)延續臺灣省地方醫護人員養成計畫，訂定「行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫」，自 90 至 93 年止，為期 4 年，除賡續培育原住民族及離島地區在地醫事人才外，並於 91 年起整合金門及連江縣醫事人力培育之需求，本期共招生 48 名。後續因行政院衛生署組織業務調整，以及為使計畫得以持續推動，94 年先以第一期計畫續辦 1 年，該年招生 11 名<sup>2</sup>；95 年又再續辦，招生 14 名。

### **(三)行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫第二期(96至100年)**

考量培育對象及分發服務地區僅限於原住民族及離島地區，故修定計畫名稱為「行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫」。又為因應98年起本部一般公費醫師停招，故該期招生人數增加為179名。

#### **(四) 行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫第三期 (101至105年)**

第三期計畫於100年12月29日經行政院審查同意。另因配合教育部「離島地區學生保送高級中等以上學校辦法」修訂離島考生資格限制事宜及招生名額，行政院復於102年3月13日院臺衛字第1020014177號函核定招生人數共計206名。

#### **(五) 衛生福利部原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第四期 (106至110年)**

第四期於105年12月6日奉行政院院臺衛字第1050046129號函原核定106-110年預招生人數共224位(含每年醫學系20名、牙醫學系3-4名、護理學系13-14名及其他醫事科系7-8名)，後為因應住院醫師納入勞基法、勞基法修正(調整工時)、人口老化、未來長照人力需求、五大科人力不足、偏遠地區自行招募人力不易等因素，以及配合本部醫事人力中長期計畫目標與偏鄉護理菁英計畫轉型，復於107年2月22日獲行政院院臺字第1070005524號函同意並核定修訂計畫，於108至110年度增額招生356名醫事公費生(含醫學系30名/每年、牙醫學系24名/每年、護理學系60名/每年及其他醫事科系14名)。爰第四期預招生人數共計580名(平均每年培育醫學系達38名、牙醫學系18名、護理學系50名及其他醫事科系10名)。

第四期於 108 至 110 年(3 個年度)增額培育西醫師、牙醫師及護理師，係參照審計部審查意見，並考量過去培育名額主要受限於衛生所醫事人員編制數、培育學系資源及考試門檻等因素，故所提報的培育人數常較實際需求低。爰為配合本部醫事人力中長期計畫目標、因應其他法令政策(如勞基法工時規定修法)、離退潮及人口老化長照人力之需求等，故以實際由醫學中心支援次醫療區域之五大科(醫師執業人數少於 10 以下)之人數(直接轉化為在地需求人力)、原住民族地區及離島地區牙醫資源不足區及搭配偏鄉護理菁英計畫一般護理公費生培育計畫之轉型(104 至 107 年原訂培育共計約 200 名，108 年起併入養成計畫護理人力培育)等進行推估，共增列 90 名醫師、72 名牙醫師及 180 名護理人員之培育需求，另因應人口老化及長照人力之需，彈性增列 14 名其他醫事員額，合計增額 356 名(108-109 年平均每年醫學系 30 名、牙醫學系 24 名、護理學系 60 名及其他醫事科系 14 名)，以期充實醫療人力量能。

綜上，養成計畫各期規劃培育之醫事人力逐年增加，58 至 89 年以及第一至第四期預招生人數詳如附表 2-1，其中以西醫師為培育重點，如第一期 60 名(佔該期招生人數 82%)、第二期增加至 134 名(佔該期招生人數 75%)、第三期 114 名(佔該期招生人數 55%)及第四期 191 名(佔該期招生人數 33%)。西醫師以外之醫事人員，除了第四期護理人員預招生 247 名、牙醫師 90 名之外，其他醫事科系招生人數相對較少。

### 三、未來環境預測

#### (一)氣候變遷與新興傳染病之威脅

因地球暖化趨勢，極端氣候更加頻繁，例如 98 年莫拉克颱風與 104 年蘇迪勒颱風來襲，造成水災、山崩與土石流等重大災害。面對極端氣候，相

較於都會地區，交通不便與資源不足的山地偏鄉更顯弱勢，受極端氣候的影響更為巨大。

全球化趨勢之下，國際交流及經貿旅遊日益頻繁，使流行疾病感染源得以快速移動，助長新興傳染病發生與大規模傳染病疫情流行之威脅，如 92 年爆發嚴重急性呼吸道症候群(簡稱 SARS)疫情、98 年 H1N1 新型流感大流行、102 年大陸 H7N9 流感疫情及 108 年開始的 COVID-19 新冠肺炎疫情全球大流行。當社會面對各類突發的健康危機，亟需及時且充足的醫療資源協助，但偏鄉與原住民族及離島地區的醫療資源一向相對匱乏，如何維繫並促進這些地區居民的財產安全與身心健康是健康照護體系很大的挑戰。

## (二)臺灣人口之變遷

臺灣人口正逐步面臨總人口數減少、年齡結構改變及城鄉人口移動等變遷。根據內政部統計109年1至12月累計出生數為16萬5,249人，累計死亡數卻為17萬3,156人，出生數已經低於死亡數。另至109年12月底總人口數為2,356萬1,236人，與108年12月比較減少了4萬1,885人，人口開始轉呈負成長現象。

根據國家發展委員會於109年8月出版之「中華民國人口推估(2020至2070年)」之推估結果摘要，2070年相較2020年總人口數將約減少27%至39%，又其中15-64歲工作年齡人口自2015年達最高峰後逐年減少，至2040年將降至1,328萬人，較2020年減少355萬人(減少21%)，而65歲以上老年人口於2020年占人口比率16%，至2040年將升至30.2%，2070年持續增加至41.6%，且其中超過四分之一為85歲以上之超高齡老人(附表3)。

面對高齡化與少子化，臺灣快速邁向超高齡社會，全國65歲以上人口比例從98年的10.63%提高至108年的15.28%；離島與原住民族地區65歲以上人口比例也提高。其中金門縣與澎湖縣65歲以上人口比例於98年即分別已

達12.09%與14.63%，108年為13.66%與16.5%。而原住民族地區65歲人口比例相對較低，98年與108年數值分別為6.16%與8.14%(詳附表4)。原住民族地區及離島等偏遠地區原已困難吸引醫事人員投入，加上人口往都會地區遷移集中，對於人口減少且高齡化的偏鄉地區，原有的私立醫療機構恐將逐步減少，因此衛生所及公立醫院守護偏鄉地區居民健康之任務相對更加重要。

### **(三)非傳染性疾病為主之醫療需求增加**

我國108年十大死因合計死亡人數共13萬5,933人，占總死亡人數之77.5%，其中癌症自71年起已連續38年居國人死因首位。65歲以上死亡人口前5大死因與全國之死因相同，繼癌症之後，第2至第5位死因分別為心臟疾病、肺炎、腦血管疾病及糖尿病。高齡長者易有多重慢性疾病，整合照護之需求殷切。

### **(四)結合數位科技智慧醫療發展**

為改善國內山地、離島、偏僻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在宅醫療之照護品質，本部於107年5月11日發布「通訊診察治療辦法」，放寬遠距醫療之照護對象與模式，為我國醫療發展的重要里程碑。

本部致力於提升原住民族地區及離島地區衛生所(室)資通訊科技，截至109年已完成原住民族地區及離島地區衛生所建置共用醫療資訊系統(HIS)計73家(含1家衛生局)及醫療影像傳輸系統(PACS)計45家(含1家醫務所)。並已於108年完成原住民族及離島地區衛生所(室)及巡迴醫療點頻寬速率提升達100M或當地最高網速共計403處，及汰換64家衛生所之醫療資訊系統(HIS/PACS)設備。另於109年在臺東縣蘭嶼鄉及綠島鄉、澎湖縣西嶼鄉及望安鄉將軍衛生所、連江縣立醫院衛生所試辦遠距專科醫療服務。考量原

住民族及離島地區特性、醫療照護需求及未來發展趨勢，本部目前已爭取前瞻計畫 4 年 (110 至 113 年) 經費，規劃將試辦效益推廣且發展標準化遠距診療模式，以利擴展複製至其他原住民族地區衛生所，預計 110 至 113 年可涵蓋原住民族地區及離島地區 79 個衛生所至少 50% (約 40 家) 建置及提供遠距醫療專科門診服務。

## 四、問題評析

### (一) 供給面：

#### 1. 養成計畫整體培育率達七成五：

依據附表 2-2，分析養成計畫第一至四期(90 至 109 年)整體平均培育率為 75.34%。進一步比較第一期至第四期 (截至 109 年，110 年招生錄取就讀結果待 9 月) 預招生人數、實際入學人數 (培育人數) 與培育率資料，醫師與牙醫師整體培育率高達 95% 以上，次為其他醫事人員近達 80%；惟護理人員最低，僅 27%。從各期角度分析，第一(90-95 年)與第二期(96-100 年)預招生人數較少，培育率相對高達近 99%；第三期降至 84%，第四期則更低約 60%(有關第四期執行狀況及護理人員培育率低原因檢討與對策，另於「參、現行相關政策及方案之檢討」中說明)。

#### 2. 醫師及護理人員期滿留任率達七成以上：

經調查近 20 年(99 至 109 年)養成計畫公費醫師服務期滿累計總人數共計 118 名，其中原住民族地區有 89 名，期滿後迄今仍留任於原住民族地區服務者計 67 名，留任率達 75.3%；離島地區則已有 29 名服務期滿，其中 22 名迄今仍留任於離島地區服務，留任率達 75.9% (附表 2-

3)。護理人員部分，原住民族地區與離島留任率分別為 71.4%與 73.1% (附表 2-4)。

### 3.衛生所醫事人力來源

衛生所醫事人力來源，從附表 2-5 目前(110 年 5 月)原住民族及離島地區基層衛生所之醫事人力，其中有 65.3%之西醫師與 61.5%牙醫師來自養成計畫所培育。顯見，養成計畫所培育之公費醫事人員為原住民族地區及離島地區基層醫護照護之重要人力供給來源。

## (二)需求面

109 年平地原民族地區人口有 55 萬 1,543 人，山地原民族地區人口數為 20 萬 1,754 人，離島地區有 27 萬 5,975 人。每萬人口醫護人員執業數除平地原住民族地區與全國較為接近外，山地原住民族地區與離島地區醫療可近性明顯較低，顯示其醫事人力招募及留任相對不易(如附表 5)。例如 109 年全國每萬人口西醫師數為 21.04、離島地區為 9.38、山地原住民族地區僅 6.69；全國每萬人口牙醫師數為 6.46，離島地區為 2.43，山地原住民族地區只有 0.74；全國每萬人口護理人力為 60.51，離島地區與山地原住民族地區分別只有 22.68 與 20.12。為改善原住民族地區及離島地區醫療資源，透過養成計畫醫事公費生培育、公費醫師留任獎勵、改善衛生所醫療設施設備及開業補助等策略，但原住民族地區及離島地區之醫護人力與人口比例仍低於全國平均，其需求仍大於供給，需持續挹注醫事人力。

附表 5-1 與 5-2 為鄉鎮市區層次之資料，由數據顯示原住民族與離島鄉鎮市區每萬人口醫師數與護理人員數之分布皆有分布不均問題，平地原住民族地區整體醫療資源分布與全國數值雖相去不遠，但各鄉鎮間仍存在相當差異。另離島地區長期面臨民眾若如有需轉診至臺灣本島就醫時，主要透過駐

地之航空器轉送，其載運之成本相當高。不同區域在地理、交通、產業發展、人口結構、經濟文化等各有其特殊性，所面對之醫療需求問題不盡相同。整體而言，人口結構越高齡化，慢性病照護與長期照顧需求就越高。此外低社經地位、健康識能不足與不良生活形態之民眾罹患各類慢性病之盛行率較高。偏鄉地區人口結構普遍較老化、健康識能較為不足，醫療需求相對為高，但因醫療資源相對缺乏，因而更顯弱勢。

### (三)健康結果

從平均餘命來看，離島（澎湖）平均餘命與全國平均值相近，原住民族地區不論於山地或平地，其平均餘命明顯較全國短。108 年全體原住民族女性平均餘命 77.45 歲，男性 68.73 歲，與 98 年比較雖有進步，但仍分別低於全國平均 8.96 歲（女性）與 6.78 歲（男性），山地原住民族甚至分別低 11.14 歲與 8.26 歲。值得注意的是，平地原住民族地區每萬人口醫事人力與全國平均雖相去不遠，但其平均餘命卻仍明顯低於全國平均（如附表 4）。

## 五、社會參與及政策溝通情形

原住民族及離島地區醫事人力養成需動員許多資源，涉及許多利害關係人的溝通協調，包括本部、教育部、地方政府、衛生所、原住民族委員會、學校與醫院等。整個養成計畫多年來運作順暢，主要仰賴相關機關(構)的密切溝通協調，並根據過去多年經驗，訂定公費生培育業務標準作業流程程序書。此外，公費生養成計畫為醫療網計畫之一環，必須考慮其他計畫的關聯與影響，包括「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」以及「重點科別培育公費醫師制度計畫」等。

為持續了解原住民族地區及離島地區醫師人力不足與問題，並研議相關對策，本部持續與地方政府及各界進行以下之溝通以建立共識：

## **(一)本部原住民族衛生諮詢會議、離島諮詢委員會**

- 1.107年4月20日本部原住民族健康照護諮詢會，認同本部推動原住民族地區健康不平等改善策略行動計畫，10大行動計劃中包含原住民族地區醫事人力養成培育計畫。
- 2.107年6月29日本部離島健康照護諮詢會，通過原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生服務管理要點修正案，修正公費生完成訓練後優先返回戶籍所在地衛生所服務等規定。
- 3.108年12月1日本部離島健康照護諮詢會，針對原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生招生不足問題，建議放寬錄取標準、辦理招生說明會，本部已納入109年度招生甄試錄取門檻，達最低錄取標準者，只要學科能力測驗之英文與自然成績原級分達後標者，即可依甄試總成績高低正、備取，惟錄取醫學系與牙醫系者英文與自然學測成績之原級分須達均標。另本部於109及110年度均有辦理招生宣導與說明。

## **(二)邀請專家及離島與原住民族地區之地方政府衛生(福利)局召開「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期醫事人力培育需求推估討論會」：**

109年12月30日及110年1月8日，針對第五期醫事人力培育需求，建議衛生(福利)局評估時，非僅考量衛生所編制之未來職缺數，而希以實際在地醫事人力需求，包括評估「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(簡稱IDS)支援部分轉換為衛生所醫事人力實際需求，以及原住民族地區及離島長照醫事人力之需求等，一併納入培育需求推估。

## **(三)自評會議**

本部於 110 年 5 月 10 日召開「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期(111-1115 年)自評會議」，完成本計畫草案。

## 貳、計畫目標

### 一、目標說明

#### (一)短程目標

- 1.第五期預計培育醫事人員數 **600** 名，分年培育，每年約 120 名。(如附表 7)
- 2.每年自我申請退學之養成公費生低於 5 名。
- 3.每年醫學系及牙醫學系之新生入學率增加 1%：111 年 82%至 115 年達 86%。
- 4.持續擴大護理人力培育，因應在地共病照護需求，培育社區照護專科護理師人才，有效提升照護效益，補實原住民族地區、離島及偏遠地區人力缺口。
- 5.分析原住民族及離島地區醫事人力資源之性別比例，並提供具社會性別及文化適切性之健康、醫療與照顧服務，以提升醫療照護服務之友善性。

#### (二)中長程目標

- 1.發展符合原住民族地區、離島及偏鄉地區健康照護供需之醫事人力教考訓用最適制度，滾動式檢討公費生服務管理要點。
- 2.建置原住民族地區、離島及偏鄉地區醫事人力資源供需管理系統，監測醫事公費生動向，發展本土模式人力供需指標。
- 3.維持養成計畫公費生續留率七成為長期目標，預警與提升原住民族地區、離島及偏鄉地區醫療照護人力量能。

## 二、達成目標之限制

- (一)醫事人員養成期程冗長，無法解決在地醫療服務之及時需求：公費生自入學至完成訓練能返鄉分發服務約需 6 至 12 年，如醫學系約需 10-14 年(6 年修業、2 年臨床訓練、3-6 年不等之專科訓練)、護理學系 6 年(4 年修業、2 年臨床訓練)、藥學系 7-8 年(5-6 年修業、2 年臨床訓練)。
- (二)醫事人員養成過程至分發服務變數多：因環境、教育、文化衝擊及個人因素，部分公費生因學習及適應力不良情形，造成休學、退學及畢業後無法順利取得證照。
- (三)社區照護專科護理師人才培育供需、實際應用及相關配套之效益。
- (四)衛生所職缺囿於地方自治，影響分發：公費生分發服務以戶籍所在地之原住民族及離島地區衛生所及公立醫院為主，但囿於地方自治，衛生所之人事任命權與職缺係為地方政府主管權責，影響分發。
- (五)醫療環境變遷：由於民眾對醫療服務之要求與期望日漸提高，加上醫療環境改變，使醫療糾紛案件增加及法律責任加重，尤其醫師，致影響服務意願。

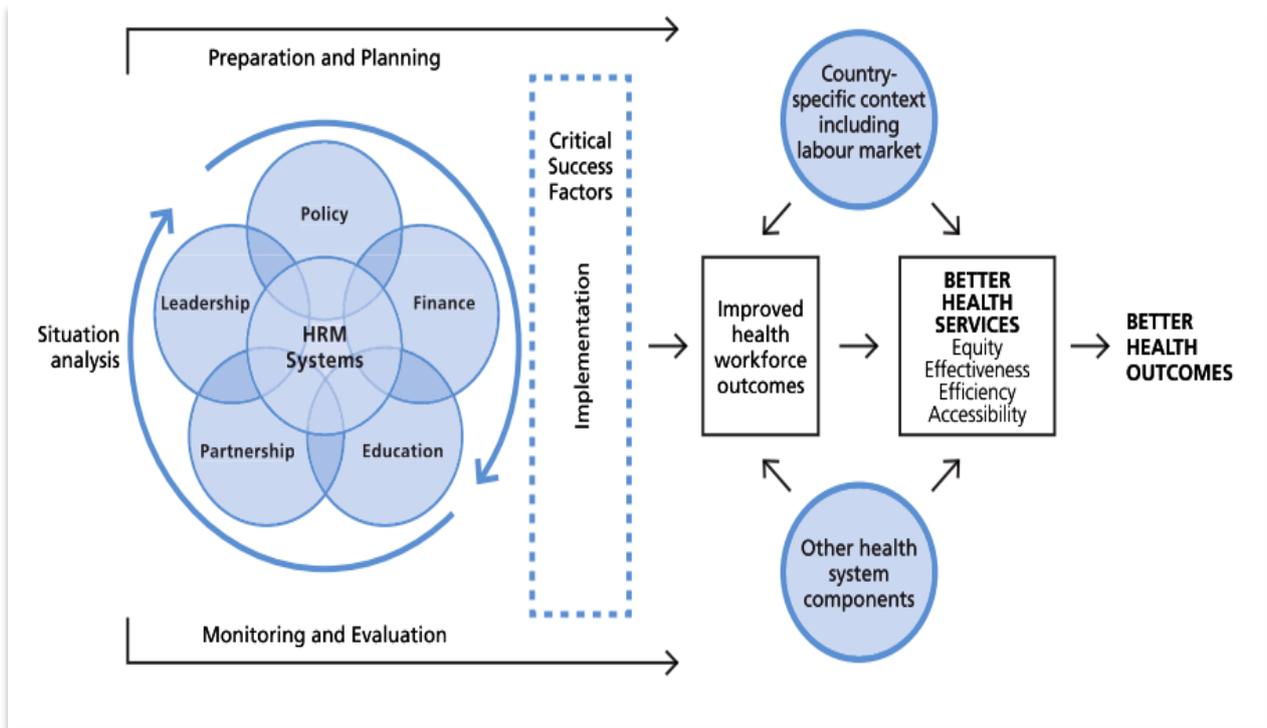
## 三、績效指標、衡量指標及目標值

### (一)人力推估與衡量方式之理論基礎

#### 1. 醫事人力供需規劃架構

依據世界衛生組織(WHO)有關醫事人力規劃與預測模型與工具的報告指出，一個國家醫事人力政策需要有實證基礎，而且其規劃與執行不只涵蓋衛生部門，而是需相關部門共同合作。WHO提出一個行動架構(如圖1)，該架構包含六個行動領域：人力資源管理系統、領導力、伙伴關係、財務、教育與政策(WHO, 2010a)。

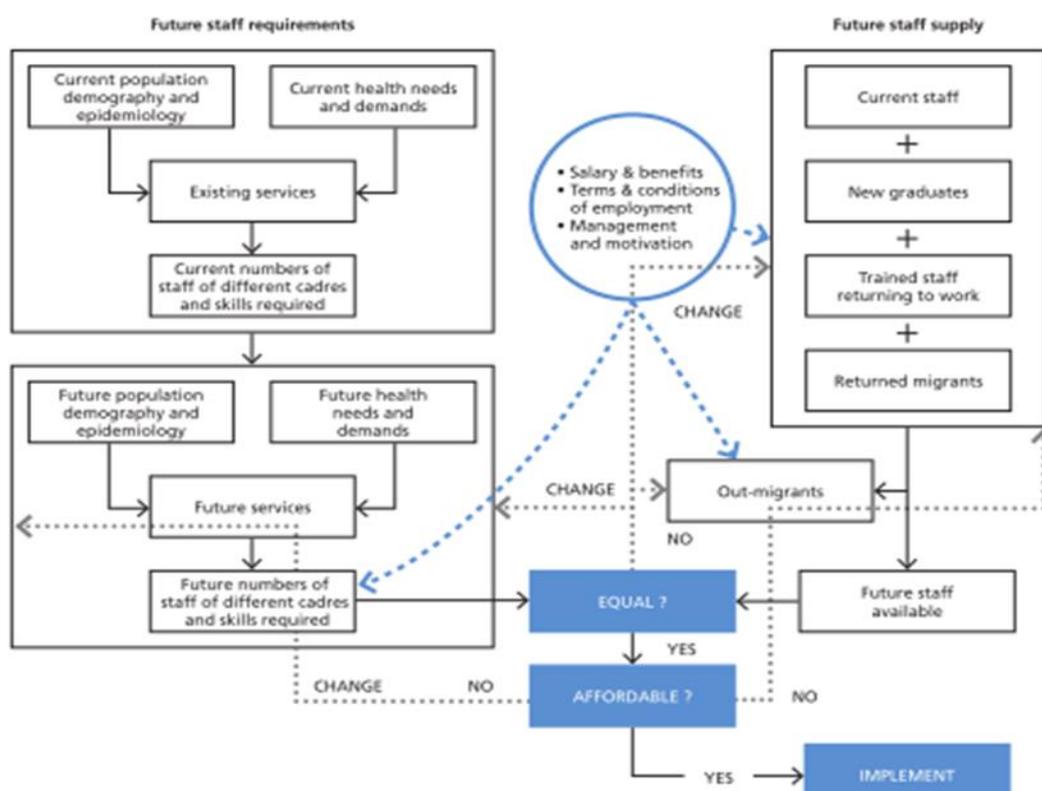
圖1 醫事人力資源行動架構 ( WHO , 2010a )



環繞著這些領域的行動循環包括情境分析、準備及規劃、執行、監測與評量。透過有效執行，考量勞動力市場狀況以及其他環境因素，改善醫事人力資源，提供更公平、有成效、具效率與可及的醫療服務，最終提升人民的健康。

WHO該報告描繪了一個如何檢視醫事人力供需是否平衡的概念圖（如圖2），其重點在於推測未來人力需求與供給之可能變化與差距。由於未來存在許多不確定性，因此主要藉助模擬（simulations）方式，檢視未來各種可能發生的重大變化對於醫事人力的影響，包含醫事人力需求與供給之預測、工作量、工作項目、人力發展與移動等。

圖2 連結醫事人力需求與供給推估之概念



## 2. 醫事人力供需預測指標與方法

影響未來醫事人力供需的重要變項，包括人口成長與變化、衛生政策、科技變遷、疾病負擔、醫療服務利用、攸關服務之品質標準、組織效率、技能組合、個別服務者之績效、大眾需求與期待，以及財源管道與是否足夠等（WHO，2010a）。推估未來醫事人力需求常用之方法包括：

### (1) 人力與人口比率法 (The workforce-to-population ratio method)

此方法優點為簡便，缺點即過度簡化，因只考慮人口變化因素，且假設分母是同質的（所有族群的健康照護需求類似），分子也是同質的（如每位醫師生產力都一樣）。

### (2) 健康需要法 (The health needs method)

此方法透過分析疾病、失能與傷害型態的可能改變，較深入探詢民眾

健康服務需要的變化，所需資料分析包括人口、社會文化與流行病學等資料。

### (3)服務需求法 (The service demands method)

此方法分析不同族群人口之醫療服務利用，並將利用率應用至未來人口狀態，以推估未來民眾對於服務預期需求的範圍與本質，並依照醫事人力生產力的標準或常模轉換為必要的醫事人力。此方法涉及不少變項，需要收集與這些變項攸關的資料。

### (4)服務標的法 (The service targets method)

此方法首先界定不同類型醫療服務的標的(與醫療利用)，並根據一些假設決定提供這些服務的機構其醫事人力應如何配置。

每種方法各有其優缺點，當資料取得有困難時，不得不進行部分妥協與調整。醫療體系規劃或管理者即必須決定未來人力需求估計最重要的變項有哪些。

醫事人力供給面之預測概念較容易，需要仔細計算的項目包括：(1)新加入的人力有多少；(2)未來人力增加、減少或改變類型的空間(capacity)有多少，如何招募所需醫事人力進入醫療體系；(3)人力流失狀況：包括退休、移出、死亡或提早退休。需要深入分析誰離開、原因何在，人力資源政策對醫事人力異動有何影響。此外醫事人力供給不單只看人數，還需顧及如何徵召、組織以及激勵這些醫事人員(WHO, 2010a)。人力推估模型無法一一反映現實複雜狀況，其分析之細緻程度取決於有哪些可用的資料以及相關假設，資料數量與品質會影響推估的準確性。資料來源非常多元，典型的資料包括：

(1) 人口學變項：包括起始(基期)年總人口、人口分布(年齡與性別

- 等)、預測期間預期每年人口成長率、城鄉分布與變遷等。
- (2) 流行病學資料：罹病與死亡主要原因、疾病型態預期變化等。
  - (3) 醫事人力的存量與流量 (stocks and flows)：每一類醫事人員數(公部門與私部門分布)、年齡性別分布、預期每年每類人員之減少率、每年畢業與完成訓練的人員數、醫療服務體系醫事人力淨流入或流出數(公部門與私部門)等。
  - (4) 薪資等成本資料：各類型醫事人力薪資與福利，未來每年薪資成本變化(調整通貨膨脹)。
  - (5) 經濟成長：基期GDP、預期GDP年增率、公共衛生體系年支出(人事與非人事支出)與未來變化。私部門經濟資料：有多少經費來自公部門非人事支出、私部門醫療支出與人事支出等。

WHO(2010a)報告介紹幾種人力供需預估之統計工具，包括需要人力之工作負荷指標(The workload indicators of staffing needs(WISN))、趨勢分析(Trend analysis)、迴歸分析(Regression analysis)、統合分析(Meta-analysis)與計量經濟分析(Econometric analysis)等。

此外，為了分析醫事人力變化的動態，一項可以運用的模擬方法是系統動力學(system dynamics)，其基本概念包括存量、流量、遞延與回饋(stocks, flows, delays and feedback)(Cave, Willis & Woodward, 2016)。

醫事人力教育訓練期間長，未來所需人力必須提早幾年開始訓練，圖3以藥師之教育訓練過程為例，呈現醫事人力養成的基本過程，其中包括三個「存量」，亦即教育、訓練與醫療服務體系。每年醫學院校相關科系招生，教育系統產生「流入」，教育體系「存量」增加。每年學生畢業，即產生「流出」。此外，教育過程中，可能有人中途因故退出(如休退學)

也會產生流出。畢業的學生進入訓練階段，進入另一個「存量」，訓練完成與取得證照之後就進入醫療體系服務（存量），直到離開為止。為了維持醫療服務體系有穩定充足的醫事人力，各個體系進出流量需加以調控，尤其有一些不確定因素所造成的人力缺口也需適時地彈性應變。

圖3 醫事人力供給面存量與流量分析示意圖

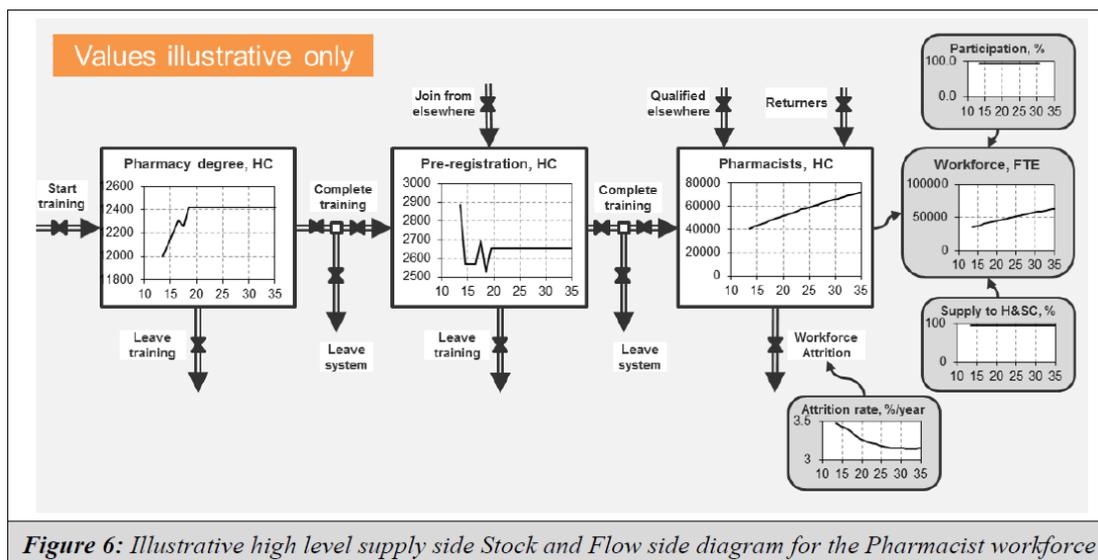


Figure 6: Illustrative high level supply side Stock and Flow side diagram for the Pharmacist workforce

出處：Cave, Willis & Woodward (2016)

### 3. 醫事人力供需與養成計畫規劃

WHO (2016) 一篇有關全面健康覆蓋及永續發展目標的健康人力需求的報告以12項與健康SDG有關的追蹤指標(參見附表6)評量210個國家與領土其2013年全面健康覆蓋率之表現(一項指標之覆蓋率須達80%以上才算高覆蓋率)進行排序,並以高覆蓋率達成百分比之中位數(約25%)國家所對應的醫事人力密度估計當作需配置醫事人力的最低門檻(醫師與護理/助產人力合計為每千人口4.45),並以此門檻估計2013與2030年全球各區域醫事人力(含醫師、護理/助產以及其他醫事人力)短缺狀況。該報告指出,全球整體醫事人力供給早已超過最低門檻,問題在於醫事人力分布不均,低收入與中低收入國家醫事人力短缺特別嚴重。

台灣2020年的醫師與護理/助產人力已達每千人8.21（附表5），若以WHO所用12項與健康SDG有關的追蹤指標檢視台灣的整體健康覆蓋率，台灣在國際社會中表現相當優異，除了良好的公共衛生基礎建設，全民健保醫療給付之周全更是世界翹楚。然而與國際社會醫事人力議題類似，如何處理醫療資源分布不均問題才是當前最大挑戰，這正是本計畫所要處理的醫療體系核心問題。從上述醫事人力存量與流量的概念，養成計畫需特別注意有哪些系統瓶頸與阻礙，造成醫事人力供給無法順利流向偏鄉，並提出政策方案，提升離島與原住民族地區醫事人力（理論參考文獻見P.87）。

## （二）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、衡量指標及目標值

鑑於近年原住民族及離島地區考生之大學入學管道多元化，加上離島地區學生保送、師資培育公費生、重點科別培育公費醫師等選擇多樣，以及受限於考試門檻、家長意願、學生興趣、社會氛圍、公費限制及經濟條件等因素均影響招生結果與錄取者就讀意願。另醫事科系為專業人才之培育，其學業壓力較其他一般科系繁重且須臨床實習，部分公費生因學習適應能力問題，而無法順利完成學業而退學。本部將持續加強公費生各階段之輔導工作，幫助公費生順利完成修業與臨床訓練。爰仍依循第四期，將本短程績效指標納入第五期列管指標項目，如下表。

第五期養成計畫績效指標及年度目標值

績效指標	衡量標準	年度目標值				
		111年	112年	113年	114年	115年
醫學、牙醫學系新生培育率	實際入學數醫學、牙醫學系÷招生數	84%	85%	86%	87%	88%
自我申請退學人數	自我申請退學人數	<5	<5	<5	<5	<5

## 2. 中長程績效指標、衡量指標及目標值

推展本計畫預期將可補實並均衡偏遠地區醫療人力之分布，並定期分析原住民族及離島地區之每萬人口醫師數，提升原住民族及離島地區居民醫療照護可近性及品質。此外將研析建立相關性別分析資料，如申請退學、平均服務年資之性別統計，分析在地醫事人力動向及留任意願之性別差異，每年大學甄選入學之各類醫事公費生與自費生之性別統計等相關資料。並以維持養成計畫公費生續留率七成為長期目標，持續分析在地醫事人力動向及留任意願，落實在地醫療化政策，並將確實檢討前開成效，以為下期計畫規劃之依據。

## 參、現行相關政策及方案之檢討

### 一、養成計畫第四期(106-110 年)執行成果分析與檢討

#### (一)醫事人力需求推估

以往各期養成計畫醫事人力之推估，主要請地方政府依據在地醫療照護需求提報各年度所需培育之醫事人員數，再由本部邀集原住民族及離島地區之地方政府衛生局及專家學者共同討論。第四期地方政府衛生(福利)局原提報培育需求總人數為 271 名(參見附表 8)，經討論後決議之人數為 224 名(附表 9)。

各縣市所提報之醫事人員培育需求差異甚大，離島縣市政府(澎湖、金門與連江縣)所提之培育需求數明顯比原住民族地區多，特別於西醫師與護理人員部分。各縣市提報養成需求之醫事人員數須同時考量公費生完成訓練後能順利返鄉服務之任職地點，離島地區除估算衛生所需求外，並包含島上公立醫院(部立醫院、縣立醫院、國軍醫院)醫事人力需求，因此培育需求數較多。原住民族地區則主以衛生所未來職缺情形進

行培育需求推估，故所提報相對保守。另檢視過去地方衛生局之提報需求，較未考量在地衛生所或醫院實際接受全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)支援服務之科別、人力及服務量等，以及當地人口、疾病型態與衛生政策改變等因素，故較難實際反映人力需求狀況。

## (二)擴大培育對象之招生結果評估

如前述，第四期計畫修正，於 108 至 110 年度擴增培育至 580 名(含原計畫 224 名及 108 至 110 年度增額 356 名)，截至 109 年度經招生錄取分發結果共培育 243 名(詳如附表 10)，含醫學系 126 名、牙醫系 59 名、護理學系 34 名。

醫學系及牙醫系招生率平均達 9 成以上，惟護理學系招生率最低，未達預期，分析主要原因乃原住民族及離島地區考生之大學入學管道多元；以 108 年度招生為例，大學甄選入學針對原住民族及離島地區考生開出共一千多個系組、5,298 個外加招生名額，再加上原住民族及離島地區醫事人員養成計畫、離島地區學生保送、師資培育公費生、重點科別培育公費醫師等，選擇多樣。而本計畫報考生填報志願之順位以醫學系、牙醫系及其他醫事科系為優先，因此影響護理系之招生率。相關檢討與對策如下：

### 1.加強宣導及提早說明

為提升報考人數，本部於 109 及 110 年度招生前，進行校園招生宣導工作，進入國高中校園宣導及提供相關單張與懶人包，如於 109 年 2 至 3 月進入校園進行 8 場說明會，及提供 4 所離島地區學校、9 所偏鄉學校與 55 所原住民族學生數 50 人以上學校懶人包及單張等。

## 2.調整護理系招生策略，110 年試辦專科護理師碩士專班(不限籍屬)：

鑒於 108 至 109 年度護理公費生招生率未達預期，為改善招生情形及持續改善原住民族地區及離島地區護理人力缺口，除加強招生宣導工作外，經本部評估及專家討論建議，於 110 年度護理系增額名額中調整 24 名辦理專科護理師碩士專班公費生試辦計畫，招收資格不限籍屬別，主要參照(1)本部偏鄉護理菁英計畫(104-107 年)之招生就讀率達 97%及考照率達 92%以上，108 及 109 年已分發 79 名護理公費生成效佳；(2) 檢討 109 年度辦理專科護理師研究所招生，因報考資格需具原民、離島或偏鄉籍屬資格者，至許多報考生因籍屬資格不符而無法參加甄審，以及該等籍屬之護理人才與人力有限而影響招生成效。招收資格為具護理執業年資 3 年以上之專科護理師及護理師，報考條件可由 IDS 醫院或醫學中心薦送或有意願者自行報名。該專班擬於畢業後分發至原住民族地區、離島及偏鄉地區服務，並以其培育年限(2-3 年)之 1.5 倍計算履約年限(約 3-4.5 年)，與目前護理系畢業履約年限相近。110 年此試辦計畫業經教育部同意，預計每年預培育 24 名，今(110)年之試辦培育 24 名名額已全數滿招，將滾動檢討計畫之招生及培育效益，並擬納入養成計畫第 5 期繼續辦理。

## 3.放寬分發地區限制及增加基層醫事人力推估：

醫學系與牙醫學系招生狀況較佳，但其未來培育訓練結束後服務分發時，可能會面臨原住民族地區衛生所醫師職缺有限，特別是牙醫師職缺部分(第四期已依據牙醫資源不足區直接補實人力共 90 名，目前除山地原住民族鄉(鎮、市、區)之牙醫師每萬人口執業數偏低 0.7 外，平地鄉及離島鄉可達全國平均值一半執業數)，屆時須考慮如何協助其分發服務，包括放寬分發地區至非戶籍所在地縣市其醫療資源仍缺乏

之非原住民族地區衛生所。另本部已修訂衛生所組織規程參考基準(近期擬公告)，依該基準未來地方政府得以爭取增加衛生所醫事人力員額編制(特別是護理人力部分)。

綜上，第五期各類醫事人力培育需求，仍以地方政府提報為基礎，另參酌各類醫事人力招生狀況、實際缺口、法令政策制度及整備需要等因素，做整體調整分配。

### (三)招生對象擴及設籍偏鄉地區之作業規劃與配套措施評估

本養成計畫於 109 年度首度招生對象擴及設籍偏鄉地區者，109 年度醫學系招生錄取 6 名，另 110 年度預計招生 6 名醫學系、5 名牙醫學系及 11 名護理學系。為使培育之偏鄉籍醫事公費生能至原住民族地區服務，故規定偏鄉籍之公費生於完成訓練後分發服務之地點比照原住民族籍公費生。惟未來招生狀況仍有待觀察，並需更深入瞭解招生宣導方式，以及本計畫所提供之職涯發展是否具有相對吸引力。

### (四)專責培育學校機制之效益

為降低同儕間教育文化背景不同之衝擊，提高畢業及醫事人員證書通過率，第四期規劃採公費生專校培育制度，但考量地方政府及家長對培育學校之選擇期望與意見，以及交通問題，如連江縣無航班至中南部地區，分配培育學校需以北部學校為主。故實際運作方式係採專校培育精神，徵詢培育學校培育意願，如醫學系以每校培育至少 7 名、護理系每校至少 10 名以上，作為本部協調培育學校及名額分配之參考依據。建立專校制度有優缺點，且需要更多配套與協調，包括需跟相關學校協商、地方政府與家長溝通，需從長計議並審慎評估。

## (五)完成養成公費生管理資訊系統建置

養成計畫第四期工作項目之一為建置管理資訊系統取代人工查詢比對作業，本部已經於 109 年底完成平台建置，並於 110 年度啟動運用。該資訊平台規劃，係以公費生之培訓職涯作規劃，配合教、考、訓、用之發展，從招生、培育、訓練及分發、履約各階段，建立其動向，除可定期盤點及清查公費生履約狀況外，未來該平台之資料庫相關數據亦可作為原住民族、離島及偏鄉地區之人力供需監測指標。

綜上所述，養成計畫對於原住民族地區及離島地區醫事人力培養有莫大貢獻，尤其西醫師。第四期擴大招生名額固然增加未來醫師人力，但是否能夠真正為原住民族地區及離島地區增加新血，必須要有配套。西醫師與牙醫師因民眾對其社會地位認知，招生較沒有問題，相對護理人力就截然不同，依據現況可知目前原住民族地區及離島仍需仰賴一般生。考量原住民族地區及離島地區護理人力需求仍高且分布極度不均，故未來如要突破招生困境，需進一步研議及修正護理人力培育之作法，並規劃符合當地需求、搭配其職涯發展條件及增加相關福利與提升工作價值，以吸護理人力投入。另養成計畫執行期限冗長，涉及多機構與單位，學校培育是很重要的一環，專校培育的可行性仍需要審慎評量。

## 二、其他相關計畫的影響

### (一)與養成計畫相關計畫

本部於 108 年獲行政院核定推動優化偏鄉醫療精進計畫(108-112 年)，分別從基層醫療可近性、急重症醫療量能及後送病患等面向，進行全面檢討並提出六大精進策略，包括 1.充實在地醫療人力、2.提升醫療可近性、3.強化公立醫院功能與更新設備、4.強化在地緊急醫療處理能力、5.

推動遠距醫療、6.強化緊急後送機制。策略 1.充實在地醫療人力相關計畫包含(1)原住民族及離島地區醫事人員養成計畫、(2)重點科別培育公費醫師制度、(3)公費醫師服務期滿留任獎勵計畫。策略 2.提升醫療可近性之計畫包含(1)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS 計畫)、(2)全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案、(3)全民健康保險中醫醫療資源不足地區改善方案、(4)全民健康保險牙醫醫療資源不足地區改善方案，與(5)補助醫事人員至原住民族及離島地區開業。

以下討論為與養成計畫最有關聯的健保全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫及本部重點科別培育公費醫師制度：

### **1.全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（下稱 IDS）**

IDS 係由各健保業務組各轄區的醫院以計畫案方式承作，協助支援原住民族及離島地區醫療服務。附表 11 資料顯示 IDS 支援各地區衛生所（或醫院）的醫療科別並不盡相同，所提供之門診服務量佔衛生所門診量之比重也有極大差異。此外，參與 IDS 之醫事人力資源不只承作醫院，還包括在地衛生所之醫事人員。因此各地區衛生所仰賴 IDS 之程度不同。

第四期養成計畫增額培育公費醫師的原因之一，在期待能逐步取代 IDS 外部投入之醫事人力，但實際上很難完全取代，因 IDS 與在地醫療資源具有互補關係，部分專科醫療服務無法完全由在地衛生所（甚至醫院）提供或替代，故 IDS 仍有存在之必要。此外每家承接 IDS 的醫院與地方衛生單位協調產生 IDS 計畫內容亦不同。養成計畫所需培養之公費醫師，除需考量分發服務衛生所之職缺，也需斟酌 IDS 運作。醫療供需是動態的，原則上各地區衛生局與衛生所最了解在地狀況與需求，因地制宜，由

他們提出醫事人力培育需求是較務實之作法，本部則扮演協調、支持、整合與維持平衡之角色。

## 2.重點科別培育公費醫師制度計畫(下稱重點科別培育計畫)

因近年來醫療環境改變，特別在急重症等科別醫師招收不易，為避免未來發生專科醫師人力失衡與地理分布不均問題，故本部 105 年起重新啟動重點科別培育公費醫師制度計畫(前身為一般公費醫師培育制度，98 年停招)，並以內科、外科、婦產科、兒科與急診科等五大科為重點培育。規劃第一期計畫(105-109 年)每年預培育 100 名醫師，共預培育 500 名；第二期(110-114 年)於 110 年預招生 110 名，111-114 年則每年 160 名，共預培育 750 名。兩期 10 年合計預培育 1,410 名公費醫師。

### (二)重點科別培育計畫與養成計畫第四期之公費醫師差異

重點科別計畫與養成計畫為本部最重要之公費生培育計畫，前者重點科別計畫不限籍屬並以培育醫師為主，後者養成計畫屬在地養成，故限以原住民族地區或離島籍屬，除培育醫師外尚有其他類醫事人員，從民國 90 年第一期至第四期合計 21 年共預招生培育 499 名公費醫師，平均每年約 24 名，遠低於重點科別計畫醫師之培育人數。重點科別公費醫師分發服務區域範圍較大，係涵蓋所有資源不足之偏鄉與離島地區，並主要分發至醫院服務，而養成計畫目的是培育在地之基層醫療照護人力，故分發服務區域主要於原住民族及離島地區之衛生所與公立醫院。

重點科別計畫與養成計畫第四期之差異比較如下表，目前 110 年重點科別計畫第二期計畫(如附表 12)，公費醫師服務年數已由原 6 年延長為 10 年，相關配套包括訓練科別非僅限於五大科；訓練地點安排於醫學中心；服務地點以本部所屬醫院為第一順位，次為醫學中心派遣支援偏鄉

醫院，並保障公職醫師正式職缺與薪資福利重點科別培育計畫與養成計畫第四期之差異如下表：

重點科別培育計畫與養成計畫第四期之差異表

項目	重點科別培育		養成計畫 第四期計畫 (106-110 年度)
	第一期 (105-109 年度)	第二期 (110-115 年度)	
報考資格	無籍屬限制(一般生)		原住民籍、離島籍、 偏鄉籍(109 年度起)
專科訓練科別	內科、外科、婦 產科、兒科及急 診醫學科	五大科為主，視實 際需求彈性調整科 別	急診醫學科、內科、外 科、婦產科、兒科、家醫 科為限。如因地區需求， 衛生局同意且本部核定其 他科別者不在此限。
訓練地點	專科醫師訓練醫院	醫學中心	專科醫師訓練醫院
服務年數 (不含訓練)	6 年	醫學系 10 年 學士後醫 8 年	醫學系 6 年。
服務地點	醫中支援偏鄉醫 院、部立醫院(不 具專科醫師訓練資 格)、本部指定離 島及偏遠地區醫 院	1. 偏鄉部立醫院為 主。 2. 醫學中心分發至 部立醫院服務，結 合醫學中心支援偏 鄉計畫。	原民籍：以簽約時戶籍所 在地原住民族地區衛生所 為優先。 離島籍：以簽約時護理所 在地衛生所或公立醫院為 優先。
保障	保障五大科訓練 容額	提供公職醫師正式 職缺，保障薪資	保障訓練容額

偏鄉地區地廣人稀，很難吸引醫師至當地開業，因此需要公部門介入，而如何確保偏鄉地區民眾能享有專業醫療照護是各國面臨的共同挑戰。依據 WHO 報告，為吸引與招聘醫事人員至偏鄉執業並提高其留任率 (WHO, 2010b)，建議應由教育、執業規範、財務誘因，以及專業與個人支持四大面向著手 (附表 13)。

若以這些介入項目對照養成計畫與重點科別計畫的規劃內容，這兩項計畫都屬公費培育並要求履行服務義務。養成計畫著重在地初級照護醫事人力培養，涵蓋所有需要的醫事人力。養成計畫招生資格限定離島、原住民籍屬者及部分偏鄉地區，其履約期滿後之留任意願相對較強。重點

科別計畫旨在強化偏鄉醫院醫療品質，注重醫師個人專業專科訓練，保障在醫學中心受訓，希望吸引優秀學生報考。

以上分析可知 IDS、重點科別計畫與本養成計畫從不同角度切入偏鄉醫療，各擔負不同的任務重點，連同本部其他相關計畫，共同協助建立與優化偏鄉醫療服務網。惟本養成計畫目的仍以滿足原住民族地區、離島及偏鄉地區之基層醫療照護需求為首要，故未來將發展符合其健康照護供需之醫事人力教、考、訓、用制度並能預警其人力量能，為本計畫之推動重點。

## 肆、執行策略及方法：

### 一、主要工作項目

#### (一)委託專業協助規劃養成計畫第五期並建立人力監測指標

- 1.召開專家會議，研議第五期培育需求推估重要考量參數。
- 2.評析養成計畫第四期執行成效。
- 3.建立原住民族地區及離島地區醫事人力監測指標。

#### (二)第五期(111-115 年)培育需求評估

##### 1.盤點地方培育需求及建立需求推估原則共識：

- (1) 為規劃本部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(111-115 年)」培育名額，於 109 年 9 月 9 日衛部照字第 1091561356 號函請 15 個原住民族及離島地區衛生(福利)局盤點及研擬在地醫事人力需求推估計畫；並請地方衛生局對於醫事人力需求推估，除以編制缺額為基礎外，尚需考量在地衛生所或醫院目前接受 IDS 支援之科別、診次與服務人次及其佔該門診服務量之比重，以及當地人口、疾病型態與衛生政策等因素，以反映未來培育公費醫事員額之實際需求。

經各地方提報需求計畫後，本部分別於 109 年 12 月 30 日與 110 年 1 月 8 日舉辦「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期醫事人力培育需求推估第 1、2 場討論會」，就各縣市衛生(福利)局之需求進行交流討論，並請專家學者列席指導。

- (2) 由各縣市衛生(福利)局所提之資料與報告，可瞭解縣市衛生(福利)局鄉鎮區都十分清楚其醫事人力缺乏狀況，但所提報之未來醫事人力需求預估數實際上並無法完全解決人力缺口，其中最大的限制仍在於各衛生所的正式職缺有所限制。在各縣市政府尚未爭取增加衛生所醫事人力設置員額前題下，本部第 5 期培育名額需求，仍以各縣市政府所提報之名額為基礎。

**2. 因應原住民族地區、離島與偏鄉照護人才需求及精進護理招生策略，專科護理師碩士公費生納入養成計畫第五期護理人員培育，每年預招生 24 名，理由如下：**

- (1) 為原住民族及離島地區健康照護之需求及接軌國際發展趨勢。
- (2) 畢業後將分發至原住民族及離島地區，提供以人口群為基礎之社區整合型有效照護，以解決原住民族及離島地區長久以來健康不平等議題。
- (3) 專師具豐富護理與醫療照護臨床經驗及獨立執業能力，是支援原住民族及離島地區最適與最佳人才。IDS 醫院派遣支援醫護人員多難固定及專責，缺少在地熟悉度及文化敏感度，影響照護品質與減輕衛生所工作負荷之目的。
- (4) 因應現在與未來遠距醫療照護發展，專師是醫師診療通訊最佳合作夥伴，可有效提升診療效益。

(5) 招收資格不限籍屬別，並於畢業後分發至原住民族地區、離島及偏鄉地區服務，並以其培育年限之1.5倍計算履約年限，故與目前護理系畢業履約年限相近。110年專科護理師碩士專班公費生試辦計畫目前招生24名，招生率及報到率100%。

綜上，衡量地方政府推估之醫事人力培育需求、IDS 支援人力、實際缺口、分發服務之資源分布均衡性及綜整原住民族地區、離島及偏鄉醫療照護需求之人力整備等，推估第 5 期醫事人力需求，分年培育共計 600 名(一年平均約 120 名)：其中公費醫師培育每年平均 28-30 名，以因應原住民族及離島地區在地需求；持續擴大護理人力培育，每年平均 45 名，以補實原住民族地區、離島及偏遠地區現存人力缺口；培育社區照護專科護理師人才，每年平均 24 名，因應在地急重症及慢性共病照護需求，有效提升照護效益；其他醫事科系培育每年平均 15-16 名(詳見附表 7:B.分系分年培育表)。另針對原住民族、離島地區及偏鄉籍屬等分配如下(詳見附表 7：A.分籍分年培育表)：

1.原住民族地區培育需求(不含蘭嶼鄉)：培育數為207名，包含40名醫學系、7名牙醫學系、119名護理學系、18名藥學系、及23名其他醫事相關學系公費生。合宜補足原住民地區衛生所及醫院所缺之醫事人力，並因應長期照顧相關醫事人力需求。

2.離島地區培育需求：培育數為213名，包含74名醫學系、14名牙醫學系、77名護理學系、15名藥學系及33名其他醫事相關學系公費生。依地方衛生局需求及其人員編制與提報之合理性，進行調整：

(1) 臺東縣蘭嶼鄉：培育3名醫學系及1名牙醫系公費生，為維持蘭嶼鄉衛生所醫事人力。

(2) 臺東縣綠島鄉：培育1名醫學系公費生，為維持衛生所醫師人力。

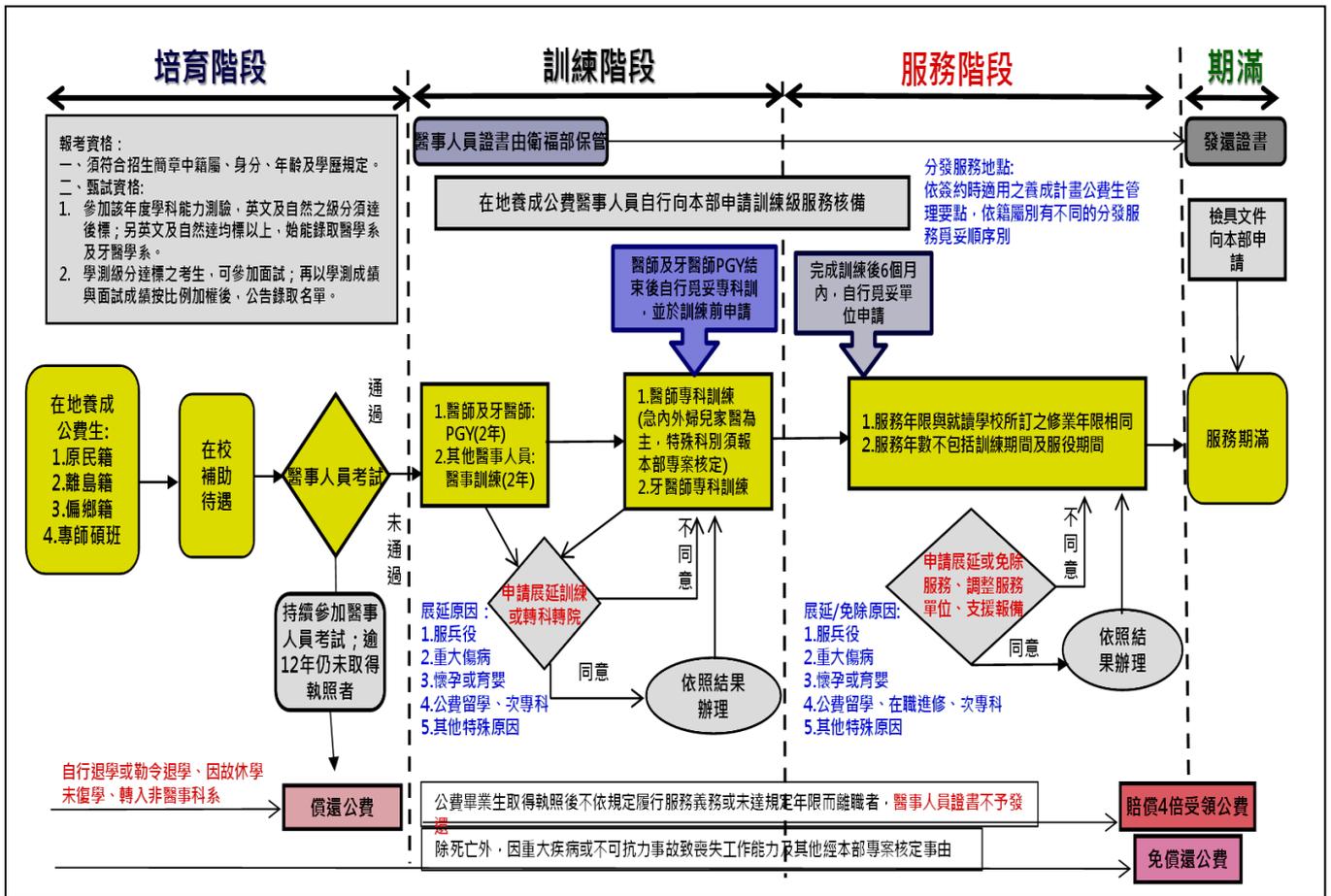
- (3) 屏東縣琉球鄉：培育1名醫學系、2名護理學系及1名其他醫事相關學系公費生，以維持衛生所醫事人力。
- (4) 澎湖縣：培育數共計110名，包含30名醫學系、5名牙醫學系、50名護理學系及25名其他醫事相關學系公費生，以補實該縣11家衛生所及2家醫院(本部所屬澎湖醫院、三軍總醫院澎湖分院)之人力需求。因應該縣望安鄉、七美鄉等二級離島地區因交通因素居民就醫不便須長期派駐醫護人力以及該縣癌症腫瘤科、一般外科、免疫風濕科及心血管疾病等專科醫師人力，及人口老化比率持續攀升，需投入較多之醫療照護服務人力，與於102年度成立澎湖縣兒童少年發展中心，需持續培育物理治療、語言治療及心理等專業人力協助推動早期療育相關業務。
- (5) 金門縣：培育數共計53名，培育25名醫學系、2名牙醫學系、10名護理學系公費生及16名其他醫事相關學系公費生，以補實該縣5家衛生所及本部所屬金門醫院之醫事人力需求，並持續推動金門區域醫院之發展，因應長照與觀光產業之醫療人力需求。
- (6) 連江縣：培育數共計41名，培育15名醫學系、5名牙醫學系、15名護理學系及6名其他醫事相關學系公費生。以補實該縣4家衛生所及連江縣立醫院之醫事人力需求，並因應長照與觀光產業之醫療人力需求。
3. 偏鄉籍屬：培育數共計60名，培育30名醫學系、30名護理學系。參照養成計畫第四期於109及110年度招收設籍於本部中央健康保險署公告之全民健康保險醫療資源缺乏地區施行區域、優化偏鄉醫療精進計畫(108-112年度)核定版之公費醫師分發服務高度偏遠地區之一級、二級偏遠地區之鄉鎮區，至報考當年未曾間斷並於該鄉鎮區受高級中等(含)以下教育滿六年以上之偏鄉籍屬公費生，並於畢業且完成訓練後，依原住民籍公費生分發規定，優先至原住民地區衛生所服務，以補實原住民地區醫護人力。

惟偏鄉籍屬招生資格之規定，依辦理當年度招生作業之協調會決定及進行滾動式修正。

4. 支援偏鄉之專科護理師在職碩士專班公費生：培育數為120名，每年預招生24名，招生名額納入護理培育需求名額中。於畢業後分發至原住民族地區、離島或偏鄉地區服務，提升照護品質與配合遠距醫療之推動。

### (三) 賡續強化公費生培育、訓練及履約之輔導與管理

1. 為使公費生能如期履約，除延續舉辦公費生座談及說明會，敦促各校掌握公費生就學狀況，並明定畢業生於分發服務前，醫學系及牙醫系除須完成2年綜合臨床訓練外並需接受專科訓練，以及其他醫事科系(如護理學系、藥學系等)畢業後需完成2年臨床訓練。
2. 委託專業團體與學校合作輔導，並將文化敏感度議題融入，以循序培養及維持公費生履約之認知及返鄉服務之能力。
3. 透過公費生資訊平台，從培育、分發及服務完成強化公費生管理如下圖。



## 二、分期(年)執行策略

本計畫採分年、分籍及分學系方式培育共計600名每年培育數如下：

A.分籍分年培育表							
原住民族地區	系別	111學年度	112學年度	113學年度	114學年度	115學年度	合計
原住民族地區 (除蘭嶼外)	醫學系	8	8	8	8	8	40
	牙醫系	2	2	1	1	1	7
	護理系	24	24	24	24	23	119
	藥學系	3	3	4	4	4	18
	醫檢系	-	-	1	-	1	2
	醫放系	1	-	-	-	-	1
	物治系	2	-	-	-	-	2
	職治系	2	2	2	2	1	9
	臨床心理系	2	2	2	2	-	8
營養學系	1	-	-	-	-	1	
離島地區	系別	111學年度	112學年度	113學年度	114學年度	115學年度	合計
臺東縣蘭嶼鄉	醫學系	-	-	2	-	1	3
	牙醫系	1	-	-	-	-	1
臺東縣綠島鄉	牙醫系	1	-	-	-	-	1
屏東縣琉球鄉	醫學系	1	-	-	-	-	1
	護理系	-	1	1	-	-	2
	醫檢系	-	-	-	1	-	1
澎湖縣	醫學系	6	6	6	6	6	30
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	護理系	10	10	10	10	10	50
	藥學系	1	1	1	1	1	5
	醫檢系	-	1	-	1	-	2
	醫放系	1	1	1	1	-	4
	物治系	1	1	1	1	1	5
	職治系	1	-	1	-	1	3
	語治系	1	-	-	-	1	2
	呼吸治療系	1	-	-	-	-	1
	臨床心理系	1	-	1	-	1	3
金門縣	醫學系	5	5	5	5	5	25
	牙醫系	1	1	-	-	-	2
	護理系	2	2	2	2	2	10
	藥學系	2	1	2	1	1	7
	醫檢系	1	1	1	1	1	5
	物治系	1	-	-	-	1	2
	職治系	-	1	-	-	-	1
	語治系	-	-	1	-	-	1
連江縣	醫學系	3	3	3	3	3	15
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	護理系	3	3	3	3	3	15
	藥學系	1	-	1	1	-	3
	物治系	-	1	-	1	-	2
	營養系	-	-	-	-	1	1
無籍屬限制	專師碩士班	24	24	24	24	24	120
偏鄉籍屬	醫學系	6	6	6	6	6	30
偏鄉籍屬	護理系	6	6	6	6	6	30
合計		128	118	122	117	115	600

<b>B. 分系分年培育表</b>							
系別		111 學年度	112 學年度	113 學年度	114 學年度	115 學年度	合計
醫學系		29	28	30	28	29	144
牙醫系		7	5	3	3	3	21
護理系	護理系	45	46	46	45	44	226
	專師碩班	24	24	24	24	24	120
藥學系		7	5	8	7	6	33
醫檢系		1	2	2	3	2	10
醫放系		2	1	1	1	0	5
物治系		4	2	1	2	2	11
職治系		3	3	3	2	2	13
語治系		1	0	1	0	1	3
呼吸治療系		1	0	0	0	0	1
臨床心理系		3	2	3	2	1	11
營養系		1	0	0	0	1	2
<b>合計</b>		<b>128</b>	<b>118</b>	<b>122</b>	<b>117</b>	<b>115</b>	<b>600</b>

### 三、配套措施

養成計畫目的，除讓公費生能如實履約外，更期望完成服務後能繼續留在當地服務，然為要加強公費生留任意願，需有完整的配套措施，如強化支持環境、職涯發展及經濟生活等問題，故本部政策將持續朝此方向強化。

#### (一) 以本部醫院為後援醫院

本部醫院遍布各縣市，以本部醫院為原住民族及離島地區衛生所之後端支持醫院，任務包括養成生訓練階段之教學醫院、與原住民鄉衛生所醫師相互支援（例如巡迴醫療及醫師進修原住民鄉醫療不中斷）。如此，合作支援醫院可成為後送醫院，而養成公費醫師不但有輪替休息之機會，另於合作支援醫院中亦有更新醫學新知、繼續教育之機會，以充實醫師

專業技能，提昇醫療品質。期能減少養成公費醫師之流動，使本部培育在地醫事人力之政策，得以落實。

## **(二) 醫學系公費畢業生之訓練與服務規定**

朝與本部重點科別培育制度第二期計畫一致，保障醫學系公費生於醫學中心接受專科訓練，確保學習品質。

## **(三) 推動在地醫療，與健保署IDS計畫接軌**

為使促進當地醫師專科執業能力臨床會診交流，與促進IDS計畫符合當地文化與需求，持續協助原住民族或離島地區在地醫療機構與衛生所，承接健保署IDS計畫的行政運作，藉由整合承作醫院、基層醫療機構和衛生所相關醫療資源，提供專科醫療、急性醫療、預防保健、慢性病個案照護、巡迴醫療、居家照護、轉診後送、假日夜間待診及值班等服務，以期提高山地鄉醫療可近性及解決醫事人力短期不足，全面改善山地鄉居民之健康狀況，也促使當地醫療資源及人力能與外地醫療支援人力長久與有效夥伴關係建立。

## **(四) 提供補助鼓勵醫事人員服務期滿後留任當地服務**

原住民族及離島地區因醫療資源較為缺乏，醫療資源之可用性、可近性較一般地區不足，且對外交通相對不便，為彌補離島地區醫療資源之不足，爰依據離島建設條例第13條第1項規定授權訂定「離島開業醫事機構與長期照顧服務機構獎勵及輔導辦法」，補助在離島開業之醫療機構、護理機構及其他醫事機構。另本部自95年1月1日起實施「醫事人員至原住民族地區開業要點」，其補助對象擴大至所有醫事人員（醫師、牙醫

師、藥師、醫事檢驗師、護理師、物理治療師、職能治療師等)，以吸引醫事人員至原住民族及離島地區開業。105至109年已補助在原住民族及離島地區開業之醫事機構共計87家。

#### **(五) 推動偏鄉公費醫師留任獎勵計畫(108-112年)**

鼓勵服務期滿公費醫師留任偏遠地區(含原住民族地區及離島)服務，提供獎勵。計畫已於109年12月啟動，110年將持續推動。109-110年已核定107名公費醫師，補助容額為醫院90名、衛生所14、榮民之家3名。至109年底已核定補助39名(醫院34名、衛生所4名、榮家1名)。公費醫師於服務機構留任服務滿1年補助機構每人120萬(偏遠地區)至180萬(高度偏遠地區)，補助費用中至少7成給該留任公費醫師。

#### **(六) 充實原住民族及離島地區長期照護專業人力**

依國家發展委員會推估我國老年人口總人口比率在114年將超過20%，成為「超高齡社會」。為因應人口老化之需，並健全長照服務體系之發展，我國「長期照顧服務法」已於106年6月3日起生效，為我國的長照服務制度做好奠基工作。原住民族及離島地區因交通問題，致提供服務成本高，影響服務提供單位或長照人力提供服務之意願與能力，相較於全國長照服務人力，仍顯不足。需積極培訓護理人員、物理治療人員、職能治療人員等人力，以利未來長期照護業務之推展。

## 四、執行步驟(方法)及分工

養成計畫依公費生培育過程與相關工作，分為「規劃」、「招生」、「就學」、「訓練」、及「服務」等五大階段，及其他相關統計及管考等行政業務。本計畫執行步驟，原則上依循本養成計畫之「業務標準作業流程程序書」辦理（如附表 14）。然為因應未來不可預期之突發狀況與保持計畫執行之彈性，達到本計畫目的，故實際執行方式，得由本部、地方政府及其他相關單位共同協調討論後，滾動調整各項執行細節，必要時上網公告，以維護民眾權益。

### (一)招生方式

1. 由本部委託專業單位辦理獨立招生甄審作業，並將各籍屬及各科系之招生結果，彙送大學甄選入學委員會依錄取生向該委員會登記就讀志願序辦理統一分發作業。
2. 持續強化招生宣導，提高民眾對本計畫認同：招生宣導管道除涵蓋全國中高等學校外，亦將函知各鄉鎮公所，透過公所宣導，提高本計畫報考人數與招生率。並製作相關懶人包等宣導素材，提升宣導效果。

### (二)培育對象

1. 具原住民身分或設籍於離島及偏鄉等地區（離島包括：金門縣、連江縣、澎湖縣及屏東縣之琉球鄉、臺東縣之綠島鄉；偏鄉：參照109至110年度招生公告之資格，並視當年培育需求調整，並於招生簡章公告）之學生，並符合當年度公告之招生簡章應考資格者。
2. 支援偏鄉之專科護理師碩士公費生培育對象不限籍屬身分別，但須具

有專科護理師資格或護理師執業年資至少3年(含)以上，於畢業後依契約規定原住民族、離島及偏鄉地區提供照護服務。

### (三)名額管控機制

每年度招生名額管控如下：

1. 依照本計畫原核定該年度招生之名額。
2. 前一年度錄取名額不足，得依地區及科系別將缺額數滾動至招生名額內，滾動之缺額數以不超過招生年度所預招生名額之1/2為原則，並無條件捨棄小數點位數，且未達整數者則不予滾動；惟招生年度該地區之系別未有招生名額數時，則得滾動至次年度招生名額內。
3. 考量未來醫療及長期照顧人力之需求，本部得邀請外界專家、地方政府及教育部召開相關會議，制定培育總額控管及流用原則，另為確保本計畫所培育之公費生均能至原住民族或離島及偏鄉地區服務，倘該地區衛生所或公立醫院已無缺額，或經評估當地醫事人員數已達培育目標，得與地方政府討論後，調整招生數、招生籍屬及科系別，並於本計畫總招生名額下，得以互相流用調整，以提升計畫執行效益。

### (四)養成方式與輔導機制

本計畫養成之公費生，於新生註冊入學後，應填妥履行服務義務及保證書(契約書)，完成簽約並由本部依教育部規定修業年限，提供其在學期間之各項費用。

**(五)調整訓練與服務方式(醫學系公費畢業生之訓練與服務規定與本部  
重點科別培育制度第二期計畫一致)**

1.醫學系公費畢業生之訓練：

(1)依專科醫師分科及甄審辦法之規定完成畢業後綜合臨床醫學訓練(簡稱一般醫學訓練)及專科醫師訓練。專科訓練科別，以家庭醫學科、內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科為限。但因地域特殊醫療需求，經本部專案核定其他科別訓練者，不在此限。

(2)專科訓練地點以公費生選擇或協調醫學中心為原則。

2.牙醫學系公費畢業生之訓練：

依牙醫專科醫師分科及甄審辦法之規定完成畢業後綜合臨床醫學訓練(簡稱一般醫學訓練)及牙醫專科醫師訓練。

3.非醫學系及牙醫學系之公費畢業生之訓練：為2年。

4.畢業生於取得醫事人員證書後，並完成訓練，始得依服務管理要點規定申請分發服務。

5.本計畫公費畢業生服務年數不包含訓練，服務年數依下列規定：

(1)醫學系公費生：服務年數為10年。相關配套措施如下：

a.於服務期間，為精進專業臨床能力，經服務機構同意與協調進修期間之支援人力，得中斷服務返回公費生所選擇之醫療機構或醫學中心進修，有助其職涯規劃與發展。其受訓或進修期間可列入服務年資計算，但採計年數以2年為限。

b. 確保公費醫師如分發至本部所屬醫院，將提供正式公職缺，享有公職相關福利，提供薪資保障，並逐年做滾動式調整。

c. 於原住民族地區及離島地區服務之本部所屬醫院年資，優先納入陞遷加分制度之參考。

(2)牙醫學系公費生：服務年數與就讀學校所訂之修業年限相同。

(3)非醫學系及牙醫學系之公費畢業生之訓練：服務年數與就讀學校所訂之修業年限相同。

5.保證書(契約書)之目的在於保證公費生(被保證人)於就學及服務期間，如有違反規定，應償還公費時，對被保證人各種賠償負連帶責任。

6.在學期間有關規定事項如下：

(1)本計畫養成之公費生除受領本部公費待遇外，不得受領其他服務義務之獎學金，已受領者，仍應優先履行本部服務義務，並應簽立保證書。

(2)在學期間，有下列情事之一，應繳還受領公費：

a. 自行退學或因違反校規而受退學處分者。

b. 因故休學未如期復學者。

c. 轉入非醫事科系者。

(3)在學期間，有下列情事之一，停發公費；其已領金額，得免予繳還：

a. 死亡者。

b. 因重大疾病或殘障，致不能繼續學業者。

c. 其他經專案陳報本部核定者。

(4)公費生修業超過規定年限，其延長修業期間所需各項費用，應自行負擔。無力負擔時，得申請以延長服務年限方式，繼續受領公費；延長服務期間與其延長修業期間相同。

(5)公費生肄業及服務期間，均不得轉自費生或請求繳還公費。公費畢業生經醫事人員考試及格領取醫事人員證書，其醫事人員證書由本部保管，至服務期滿發還。另公費生取得執照後不依規定履行服務義務或未達規定年限而離職者，依「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生服務管理要點」辦理。

## (六)分工

本部與教育部及培育學校等相關機關訂定招生標準及名額，以確保培育素質，各機關分工如下：

- 1.本部：培育名額核定、業務協調與督導、職場環境之監控、留任獎勵規劃及其他綜理計畫之執行。
- 2.教育部：招生作業之諮詢與督導、招生名額之建議。
- 3.培育大學：辦理招生甄試作業、公費生培育與生活輔導，以及人員管控及分發作業。
- 4.原住民族委員會：提供原住民族相關資料、宣導及考生資格審查、名額分配協助。
- 5.地方政府：盤點人力需求、鼓勵在地學子報考並協助資訊行銷，提供醫事人員職缺，人員任用及執業管理及離島考生資格審查。

## 伍、期程與資源需求

### 一、計畫期程

(一) 招生期程：111至115年度，共計5年。

(二) 養成期程：111年至121年，計10年。

### 二、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：本計畫經費概算粗估經費，由本部依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。

(二) 計算基準：係參考教育部「公私立大學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」、本部「重點科別培育公費醫師制度計畫」及養成計畫第四期。

(三) 補助標準：

1. 每名公費生公費待遇補助：每學期膳食費1萬9,500元、課業費1,000元、書籍費4,000元、制服費2,500元；每名應屆畢業生補助旅行參觀費3,000元；學校註冊費（如學雜費、學生平安保險費、語言學習及其他等）則依各校收費標準編列；住宿費每學期以1萬8,000元為上限。前述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。（如附表15）

2. 教學設備補助費：補助培育學校添購設備費，按醫學系及牙醫學系，每名每年3萬元整；其他學系每名每年1萬5,000元整計列。詳如附表15公費生待遇補助標準一覽表。

3. 業務行政相關費：包括辦理本計畫所需之公費生專案管理、招生甄審作

業、輔導、公費生資訊平台維護管理、其他事務性支出及差旅費等，按實際需要編列預算支應之。

### 三、經費需求

(一)招生期程：111 至 115 年度，共計 5 年。

(二)前期(第三及第四期)養成計畫及偏鄉護理菁英計畫(104-107 年)仍在學培育期間之養成。

(三)經費概算：所需經費初估約需 9 億 1,829 萬 3,382 元。

### 四、經費需求(含分年經費)及與中程歲出概算額度配合情形：

(一)經費需求詳如經費概算表。(詳如附表 16)

(二)另本計畫配合中程歲出概算額度控管機制，依行政院核定之年度機關「中程歲出概算規劃額度」內據以編列歲出概算。

### 陸、預期效果及影響

本計畫透過醫事公費生之養成與分發服務，預期對補實原住民族及離島等偏鄉地區之衛生所與公立醫院之醫事人力補足具有相當影響與幫助。

### 柒、財務計畫

本計畫為中央主辦計畫，財源來自本部之公務預算，其經費依中央主管相關法令規定辦理，所需經費均於中程歲出概算額度內編列，且經費均依未來執行業務工作。所需項目進行估算及編列，並於逐年辦理年度先期作業計畫及編制年度概算時，配合檢討經費需求，並依法定預算數調整修正計畫經費。計畫非公共建設計畫，且非屬自償性質，未來本計畫之執行亦將依核定經費摺節運用，以發揮最大效益。相關預算之編列依每年公費學生人數，補助其註冊費、膳食費、書籍費、住宿費、制服費及應屆畢業生旅行參觀費等，提供公費學生經濟協助，並

補助培育學校添購設備費，挹注公費學生教學資源，透過本部與學校合作，以強化計畫執行成效。

## 捌、附則：

### 一、風險管理

(一) **風險辨識**：現階段所培育之養成醫師已陸續服務期滿或屆齡退休，且受限於原住民族及離島地區地理環境與資源，原住民族、離島及偏遠地區之醫師人力仍不均與不足，倘未能賡續辦理本計畫，勢必嚴重衝擊原住民族及離島地區之醫事人力與引發民怨。

(二) **風險分析**：依據本部參採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」及「風險影響程度分類表」，本計畫主要為補實原住民族、離島及偏鄉地區衛生所與公立醫院等醫事人力，若不實施將致使該等地區醫事人力短缺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」。(詳如附表17與附表18，p76 )

(三) **風險評量**：本計畫經風險評估結果，如風險圖像表，本計畫主要為補實原住民族、離島及偏鄉地區衛生所與公立醫院等醫事人力與資源，若不實施將致使該等地區醫事人力短缺之後果風險值為4，超出本部所訂可容忍風險值2。(詳如附表18，p76 )

(四) **處理風險**：詳如風險評估及處理彙整表，p77。

### 二、相關機關配合事項或民眾參與情形

詳見本計畫第肆點：執行步驟（方法）與分工。(p.43)

### 三、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表

附表 1 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫沿革

◆ 臺灣省地方醫護人員養成計畫 (58-90 年)

58-78 年

- 「臺灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」
- 「臺灣省地方醫護人員養成計畫(續辦計畫)」
- 「臺灣省地方醫護人員養成第三期十年計畫」

83 年

- 修訂「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」

90 年

- 修正「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」為「臺灣省地方醫護人員養成績辦計畫」

◆ 行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫 (90-95 年)

90-93 年

- 「行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫」

94-95 年

- 續辦「行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫」

◆ 行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫第二期 (96-100 年)

◆ 行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫第三期(101-105 年)

◆ 衛生福利部原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第四期(106-110 年)

附表 2-1 歷年養成計畫公費生預招生人數一覽表

	西醫師	牙醫師	護理人員	其他	合計
58~89 年	208	40	222	57	527
第一期 90~95 年	60	5	1	7	73
第二期 96~100 年	134	13	11	21	179
第三期 101~105 年	114	16	40	36	206
第四期 106~110 年	191	90	247	52	580
<b>第一期至第四期 小計</b>	<b>499</b>	<b>124</b>	<b>299</b>	<b>116</b>	<b>1,038</b>
<b>58 至 110 年 總計</b>	<b>707</b>	<b>164</b>	<b>521</b>	<b>173</b>	<b>1,565</b>

資料來源：整理自養成計畫第四期之表 2（第 31 頁）與附表 1（第 50 頁）

附表 2-2 各期養成計畫公費生預招生、實際培育人數與培育率

期 別	培育率%	合計		西醫師		牙醫師		護理人員		其他	
		預招	培育	預招	培育	預招	培育	預招	培育	預招生	培育
第 1 期 90~95 年	100%	73	73	60	60	5	5	1	1	7	7
第 2 期 96~100 年	97.77%	179	175	134	131	13	13	11	10	21	21
第 3 期 101~105 年	83.98%	206	173	114	111	16	16	40	17	36	29
第 4 期 106~109 年	58.4%	416	243	141	126	62	59	174	33	29	25
合 計	76%	874	664	449	428	96	93	226	61	103	82
各類醫事人員培育率		76%		95.3%		96.9%		27%		79.6%	

附表 2-3 近二十年(90 年-109 年)本部養成公費醫師服務期滿留任率

年度	原住民族地區			離島地區		
	服務期滿	留任	留任率	服務期滿	留任	留任率
90	7	6	86%	3	3	100%
91	5	3	60%	2	2	100%
92	6	5	83%	1	1	100%
93	7	6	86%	2	2	100%
94	3	3	100%	-	-	-
95	2	2	100%	3	2	67%
96	12	8	67%	2	1	50%
97	5	3	60%	2	1	50%
98	9	7	78%	4	2	50%
99	8	6	75%	1	1	100%
100	7	5	71%	-	-	-
101	1	0	0%	3	3	100%
102	3	1	33%	1	1	100%
103	4	3	75%	1	1	100%
104	4	3	75%	2	1	50%
105	1	1	100%	1	1	100%
106	2	2	100%	1	0	0%
107	2	2	100%	-	-	-
108	1	1	100%	-	-	-
109	-	-	-	-	-	-
<b>總計</b>	<b>89</b>	<b>67</b>	<b>75.3%</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>75.9%</b>

附表 2-4 近二十年(90 年-109 年)本部養成公費護理師服務期滿留任率

年度	原住民族地區			離島地區		
	服務期滿	留任	留任率	服務期滿	留任	留任率
90	-	-	-	-	-	-
91	-	-	-	-	-	-
92	1	1	100%	1	0	0%
93	-	-	-	2	1	50%
94	-	-	-	-	-	-
95	2	2	100%	3	2	67%
96	3	1	33%	6	4	67%
97	-	-	-	6	5	83%
98	-	-	-	3	2	67%
99	1	1	100%	2	2	100%
100	-	-	-	-	-	-
101	-	-	-	-	-	-
102	-	-	-	-	-	-
103	-	-	-	-	-	-
104	-	-	-	1	1	100%
105	-	-	-	-	-	-
106	-	-	-	1	1	100%
107	-	-	-	1	1	100%
108	-	-	-	-	-	-
109	-	-	-	-	-	-
<b>總計</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>71.4%</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>73.1%</b>

附表 2-5 109 年各類別養成公費生佔原住民族地區與離島衛生所醫事人力比

醫事人員類別	人數	一般生	一般公費生	養成計畫公費生	養成公費生比例
西醫師	98	15	19	64	65.30%
牙醫師	13	4	1	8	61.50%
護理人員	451	412	1	38	8.40%
其他醫事人員	115	92	0	23	20.00%
合計	677	523	21	133	19.6%

附表 3 百年人口重要指標

年別	人口數 (萬人)	出生 數 (萬人)	死 亡 數 (萬人)	總生 育率 (平均每 位婦女 一生生 育子女 數)	零歲 平均 餘命 (歲)	6-21歲 學齡 人口 <sub>1</sub> (萬人)	15-64 歲工 作年 齡人 口占 比 (%)	<b>65歲以 上老年 人口占 比 (%)</b>	扶養 比
<b>1970</b>	1,468	40	7	4.00 <sup>2</sup>	69.1 <sup>2,3</sup>	580 <sup>2</sup>	57.4 <sup>2</sup>	<b>2.9<sup>2</sup></b>	74.2 <sup>2</sup>
<b>1980</b>	1,787	41	8	2.52	72.1 <sup>2,3</sup>	618	63.6	<b>4.3</b>	57.3
<b>1990</b>	2,040	34	11	1.81	73.8 <sup>2</sup>	613	66.7	<b>6.2</b>	49.9
<b>2000</b>	2,228	31	13	1.68	76.5	560	70.3	<b>8.6</b>	42.3
<b>2010</b>	2,316	17	15	0.90	79.2	474	73.6	<b>10.7</b>	35.8
<b>2015</b>	2,349	21	16	1.18	80.2	415	73.9	<b>12.5</b>	35.3
<b>2019</b>	2,360	18	18	1.05	80.9	366	72.0	<b>15.3</b>	39.0
<b>2020</b>	2,357	16	19	1.00	80.9	358	71.4	<b>16.0</b>	40.1
<b>2021</b>	2,354	16	19	1.01	81.0	352	70.8	<b>16.8</b>	41.2
<b>2025</b>	2,344	15	20	1.01	81.6	327	68.1	<b>20.0</b>	46.8
<b>2030</b>	2,320	15	22	1.10	82.3	301	65.2	<b>24.0</b>	53.4
<b>2040</b>	2,218	12	28	1.19	83.4	254	59.9	<b>30.2</b>	67.0
<b>2050</b>	2,037	11	33	1.20	84.3	225	54.1	<b>36.6</b>	84.9
<b>2060</b>	1,814	9	34	1.20	85.0	194	51.0	<b>40.0</b>	96.1
<b>2070</b>	1,581	8	33	1.20	85.6	168	49.5	<b>41.6</b>	102.0

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估2020至2070年」

註：

- 1.6-21歲學齡人口為年別之數據。
- 2.不含福建省金門、連江兩縣之資料。
- 3.由於1970年、1980年未公布兩性平均之零歲平均餘命數據，故上表係依據男、女性零歲平均餘命估算得之。
- 4.表中2020年（含）以後數據為推估值（中推估假設）。

附表 4 98 年與 108 年原住民族及離島地區人口與健康統計表

項目		總人口數 <sup>ab</sup>		平均餘命 <sup>bcd</sup>		65 歲以上人口 比 (%) <sup>ef</sup>	老化指數 <sup>ef</sup>
		總人口數	佔總人口 比例(%)	男	女		
<b>全國 98 年</b>		<b>23,119,772</b>		<b>76.03</b>	<b>82.34</b>	<b>10.63</b>	<b>65.05</b>
原住民族 98 年	全體	504,531	2.18	65.76	74.63	6.12	26.37
	山地	266,716	1.15	63.21	72.96	5.36	21.76
	平地	237,815	1.03	68.40	76.52	6.97	32.26
離島地區 98 年	金門	93,803	0.41	-	-	12.09	88.21
	澎湖	96,210	0.42	75.92	83.53	14.63	102.32
	連江	9,919	0.04	-	-	9.66	66.39
	綠島	3,331	0.01	-	-	9.19	68.92
	琉球	12,620	0.05	-	-	10.20	69.91
<b>全國 108 年</b>		<b>23,603,121</b>		<b>77.69</b>	<b>84.23</b>	<b>15.28</b>	<b>119.82</b>
原住民族 108 年	全體	571,427	2.42	68.73	77.45	8.14	41.64
	山地	303,706	1.29	66.55	75.97	6.89	32.87
	平地	267,721	1.13	71.04	79.10	9.55	53.29
離島地區 108 年	金門	140,185	0.59	-	-	13.66	148.93
	澎湖	105,207	0.45	77.2	84.26	16.50	159.40
	連江	13,089	0.06	-	-	12.04	102.34
	綠島	4,045	0.02	-	-	11.59	108.06
	琉球	12,232	0.05	-	-	16.29	167.061

資料來源：

- a. 98 與 108 年戶籍人口統計速報表(<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>)
- b. 98 與 108 年縣市原住民人數按身分及年齡 (<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>)
- c. 99 年與 108 年簡易生命表提要分析與原住民生命表提要分析  
(<https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=2911>)
- d. 98 與 108 年縣市別平均餘命(<https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=3107>)
- e. 109 年各縣市人口數按性別及單一年齡分 (<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>)
- f. 歷年至 108 年各縣市年底三階段年齡人口數、百分比及其扶養比  
(<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>)

計算公式：

老化指數: 65 歲以上人口數/0-14 歲人口數×100

附表 5 109 年全國與原住民族及離島地區每萬人口執業醫事人員數比較表

醫事別	地區別		山地		平地		離島地區	
			原住民地區		原住民地區		離島地區	
	人數		醫事人員執業數	每萬人口醫事人力	醫事人員執業數	每萬人口醫事人力	醫事人員執業數	每萬人口醫事人力
西醫師	49,576	21.04	135	6.69	1,182	21.43	259	9.38
中醫師	7,089	3.01	0	0.00	150	2.72	13	0.47
牙醫師	15,220	6.46	15	0.74	218	3.95	67	2.43
藥師與藥劑生	17,081	7.25	38	1.88	340	6.16	68	2.46
醫事檢驗師(生)	8,544	3.63	18	0.89	241	4.37	55	1.99
醫事放射師(士)	6,768	2.87	12	0.59	199	3.61	46	1.67
護理師(士)★	142,564	60.51	406	20.12	3,872	70.20	626	22.68
物理治療師(生)	7,600	3.23	6	0.30	178	3.23	87	3.15
營養師	2,053	0.87	1	0.05	60	1.09	14	0.51
助產師(士)	124	0.05	1	0.05	6	0.11	2	0.07
職能治療師(生)	5,196	2.21	0	0.00	170	3.08	30	1.09
臨床心理師	1,183	0.50	0	0.00	67	1.21	6	0.22
諮商心理師	305	0.13	0	0.00	7	0.13	0	0.00
呼吸治療師	162	0.07	0	0.00	6	0.11	0	0.00
語言治療師	937	0.40	0	0.00	21	0.38	6	0.22
聽力師	290	0.12	0	0.00	8	0.15	2	0.07
牙體技術師(生)	165	0.07	0	0.00	2	0.04	0	0.00
驗光師(生)	363	0.15	0	0.00	2	0.04	1	0.04
<b>醫事人員數合計</b>	<b>265,220</b>	<b>112.57</b>	<b>632</b>	<b>31.26</b>	<b>6,729</b>	<b>112.00</b>	<b>1,282</b>	<b>46.45</b>
<b>人口數合計</b>	<b>23,561,236</b>		<b>201,754</b>		<b>551,543</b>		<b>275,975</b>	

資料來源：

a. 醫療機構與人員基本資料 <https://data.gov.tw/dataset/15393>。

b. 內政部 109年各鄉鎮市區人口數按性別及年齡分 <https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。

★ 若根據 109 年 12 月台閩地區護理人員月報表，全國護理師(士)執業數為 18 萬 153 人(韓非醫療機構執業如學校、工廠等)，每萬人口護理師(士)數則為 76.46。

附表 5-1 109 年原住民族鄉(鎮、市、區)人口與每萬人口執業醫師與護理人員數

縣市	區域	鄉鎮	人口數		醫師數(中、西、牙)		每萬人口醫師數	護理人員數		每萬人口護理人員數
宜蘭縣	山地	南澳鄉	5,954	0.8%	6	0.4%	10.08	13	0.3%	21.83
		大同鄉	6,137	0.8%	4	0.2%	6.52	14	0.3%	22.81
	小計		<b>12,091</b>	<b>1.6%</b>	<b>10</b>	<b>0.6%</b>	<b>8.27</b>	<b>27</b>	<b>0.6%</b>	<b>22.33</b>
新北市	山地	烏來區	6,416	0.9%	5	0.3%	7.79	9	0.2%	14.03
桃園市	山地	復興區	12,354	1.6%	8	0.5%	6.48	22	0.5%	17.81
新竹縣	平地	關西鎮	27,775	3.7%	26	1.5%	9.36	46	1.1%	16.56
	山地	五峰鄉	4,487	0.6%	3	0.2%	6.69	4	0.1%	8.91
		尖石鄉	9,646	1.3%	5	0.3%	5.18	7	0.2%	7.26
小計		<b>41,908</b>	<b>5.6%</b>	<b>34</b>	<b>2.0%</b>	<b>8.11</b>	<b>57</b>	<b>1.3%</b>	<b>13.60</b>	
苗栗縣	平地	南庄鄉	9,573	1.3%	5	0.3%	5.22	7	0.2%	7.31
		獅潭鄉	4,158	0.6%	1	0.1%	2.41	6	0.1%	14.43
	山地	泰安鄉	5,782	0.8%	8	0.5%	13.84	15	0.4%	25.94
小計		<b>19,513</b>	<b>2.6%</b>	<b>14</b>	<b>0.8%</b>	<b>7.17</b>	<b>28</b>	<b>0.7%</b>	<b>14.35</b>	
臺中市	山地	和平區	10,809	1.4%	10	0.6%	9.25	18	0.4%	16.65
南投縣	平地	魚池鄉	15,466	2.1%	7	0.4%	4.53	7	0.2%	4.53
	山地	信義鄉	15,878	2.1%	9	0.5%	5.67	17	0.4%	10.71
		仁愛鄉	15,818	2.1%	7	0.4%	4.43	19	0.4%	12.01
小計		<b>47,162</b>	<b>6.3%</b>	<b>23</b>	<b>1.4%</b>	<b>4.88</b>	<b>43</b>	<b>1.0%</b>	<b>9.12</b>	
嘉義縣	山地	阿里山鄉	5,527	0.7%	3	0.2%	5.43	18	0.4%	32.57
高雄市	山地	那瑪夏區	3,147	0.4%	4	0.2%	12.71	9	0.2%	28.60
		茂林區	1,915	0.3%	2	0.1%	10.44	8	0.2%	41.78
		桃源區	4,223	0.6%	1	0.1%	2.37	9	0.2%	21.31
小計		<b>9,285</b>	<b>1.2%</b>	<b>7</b>	<b>0.4%</b>	<b>7.54</b>	<b>26</b>	<b>0.6%</b>	<b>28.00</b>	
屏東縣	平地	滿州鄉	7,471	1.0%	3	0.2%	4.02	6	0.1%	8.03
	山地	瑪家鄉	6,768	0.9%	14	0.8%	20.69	38	0.9%	56.15
		春日鄉	4,947	0.7%	7	0.4%	14.15	24	0.6%	48.51
		泰武鄉	5,351	0.7%	4	0.2%	7.48	15	0.4%	28.03
		來義鄉	7,448	1.0%	5	0.3%	6.71	17	0.4%	22.82
		牡丹鄉	4,865	0.6%	3	0.2%	6.17	12	0.3%	24.67
		霧台鄉	3,247	0.4%	2	0.1%	6.16	9	0.2%	27.72
		三地門鄉	7,689	1.0%	4	0.2%	5.20	16	0.4%	20.81
	獅子鄉	4,839	0.6%	2	0.1%	4.13	13	0.3%	26.87	
小計		<b>52,625</b>	<b>7.0%</b>	<b>44</b>	<b>2.6%</b>	<b>8.36</b>	<b>150</b>	<b>3.5%</b>	<b>28.50</b>	

附表 5-1 109 年原住民族鄉(鎮、市、區)人口與每萬人口執業醫師與護理人員數(續)

縣市	區域	鄉鎮	人口數		醫師數(中、西、牙)		每萬人口醫師數	護理人員數		每萬人口護理人員數
臺東縣	平地	臺東市	104,803	13.9%	332	19.5%	31.68	1,049	24.5%	100.09
		關山鎮	8,420	1.1%	26	1.5%	30.88	59	1.4%	70.07
		池上鄉	8,073	1.1%	8	0.5%	9.91	9	0.2%	11.15
		成功鎮	13,505	1.8%	11	0.6%	8.15	21	0.5%	15.55
		太麻里鄉	10,925	1.5%	8	0.5%	7.32	16	0.4%	14.65
		大武鄉	5,727	0.8%	4	0.2%	6.98	9	0.2%	15.72
		東河鄉	8,203	1.1%	5	0.3%	6.10	9	0.2%	10.97
		長濱鄉	6,926	0.9%	3	0.2%	4.33	9	0.2%	12.99
		鹿野鄉	7,601	1.0%	3	0.2%	3.95	11	0.3%	14.47
		卑南鄉	16,961	2.3%	4	0.2%	2.36	11	0.3%	6.49
	山地	金峰鄉	3,699	0.5%	4	0.2%	10.81	9	0.2%	24.33
		蘭嶼鄉	5,249	0.7%	4	0.2%	7.62	7	0.2%	13.34
		達仁鄉	3,489	0.5%	2	0.1%	5.73	8	0.2%	22.93
		延平鄉	3,549	0.5%	2	0.1%	5.64	7	0.2%	19.72
		海端鄉	4,105	0.5%	2	0.1%	4.87	8	0.2%	19.49
小計			<b>211,235</b>	<b>28.0%</b>	<b>418</b>	<b>24.6%</b>	<b>19.79</b>	<b>1,242</b>	<b>29.0%</b>	<b>58.80</b>
花蓮縣	平地	花蓮市	102,539	13.6%	820	48.2%	79.97	1,813	42.3%	176.81
		玉里鎮	23,381	3.1%	105	6.2%	44.91	387	9.0%	165.52
		新城鄉	20,058	2.7%	57	3.4%	28.42	193	4.5%	96.22
		鳳林鎮	10,821	1.4%	25	1.5%	23.10	65	1.5%	60.07
		壽豐鄉	17,589	2.3%	14	0.8%	7.96	72	1.7%	40.93
		吉安鄉	83,507	11.1%	65	3.8%	7.78	36	0.8%	4.31
		光復鄉	12,369	1.6%	8	0.5%	6.47	9	0.2%	7.28
		豐濱鄉	4,376	0.6%	2	0.1%	4.57	14	0.3%	31.99
		瑞穗鄉	11,312	1.5%	5	0.3%	4.42	7	0.2%	6.19
		富里鄉	10,004	1.3%	3	0.2%	3.00	7	0.2%	7.00
	山地	秀林鄉	16,143	2.1%	13	0.8%	8.05	26	0.6%	16.11
		卓溪鄉	6,036	0.8%	4	0.2%	6.63	10	0.2%	16.57
		萬榮鄉	6,237	0.8%	3	0.2%	4.81	6	0.1%	9.62
小計			<b>324,372</b>	<b>43.1%</b>	<b>1,124</b>	<b>66.1%</b>	<b>34.65</b>	<b>2,645</b>	<b>61.7%</b>	<b>81.54</b>
平地鄉合計			<b>551,543</b>	<b>73.2%</b>	<b>1,550</b>	<b>91.2%</b>	<b>28.10</b>	<b>3,878</b>	<b>90.5%</b>	<b>70.31</b>
山地鄉合計			<b>201,754</b>	<b>26.8%</b>	<b>150</b>	<b>8.8%</b>	<b>7.43</b>	<b>407</b>	<b>9.5%</b>	<b>20.17</b>
總計			<b>753,297</b>	<b>100.0%</b>	<b>1,700</b>	<b>100.0%</b>	<b>22.57</b>	<b>4,285</b>	<b>100.0%</b>	<b>56.88</b>

附表 5-2 109 年離島鄉鎮市人口與每萬人口執業醫師與護理人員數

地區	鄉鎮	人口數		醫師數(中、西、牙)		每萬人口醫師數	護理人員數		每萬人口護理人員數
		人口數	百分比	醫師數	百分比		護理人員數	百分比	
屏東縣	琉球鄉	12,121	4.4%	12	3.5%	9.90	30	4.8%	24.75
臺東縣	綠島鄉	4,026	1.5%	4	1.2%	9.94	7	1.1%	17.39
澎湖縣	馬公市	63,206	22.9%	156	46.0%	24.68	301	47.9%	47.62
	望安鄉	5,371	1.9%	4	1.2%	7.45	8	1.3%	14.89
	西嶼鄉	8,353	3.0%	6	1.8%	7.18	9	1.4%	10.77
	白沙鄉	9,907	3.6%	6	1.8%	6.06	11	1.8%	11.10
	七美鄉	3,885	1.4%	2	0.6%	5.15	2	0.3%	5.15
	湖西鄉	15,230	5.5%	6	1.8%	3.94	9	1.4%	5.91
	<b>小計</b>	<b>105,952</b>	<b>38.4%</b>	<b>180</b>	<b>53.1%</b>	<b>16.99</b>	<b>340</b>	<b>54.1%</b>	<b>32.09</b>
金門縣	金城鎮	43,000	15.6%	60	17.7%	13.95	27	4.3%	6.28
	金湖鎮	30,400	11.0%	42	12.4%	13.82	179	28.5%	58.88
	金沙鎮	20,732	7.5%	6	1.8%	2.89	3	0.5%	1.45
	金寧鄉	33,070	12.0%	6	1.8%	1.81	4	0.6%	1.21
	烈嶼鄉	12,733	4.6%	2	0.6%	1.57	3	0.5%	2.36
	烏坵鄉	662	0.2%	0	0.0%	0.00	0	0.0%	0.00
	<b>小計</b>	<b>140,597</b>	<b>50.9%</b>	<b>116</b>	<b>34.2%</b>	<b>8.25</b>	<b>216</b>	<b>34.4%</b>	<b>15.36</b>
連江縣	莒光鄉	1,489	0.5%	4	1.2%	26.86	2	0.3%	13.43
	南竿鄉	7,638	2.8%	17	5.0%	22.26	26	4.1%	34.04
	東引鄉	1,435	0.5%	3	0.9%	20.91	1	0.2%	6.97
	北竿鄉	2,717	1.0%	3	0.9%	11.04	6	1.0%	22.08
	<b>小計</b>	<b>13,279</b>	<b>4.8%</b>	<b>27</b>	<b>8.0%</b>	<b>20.33</b>	<b>35</b>	<b>5.6%</b>	<b>26.36</b>
<b>總計</b>		<b>275,975</b>	<b>100.0%</b>	<b>339</b>	<b>100.0%</b>	<b>12.28</b>	<b>628</b>	<b>100.0%</b>	<b>22.76</b>

註：附表5-1與5-2之資料來源同附表5

附表 6 評量健康覆蓋率十二項與健康 SDG 有關的追蹤指標

SDG TRACER INDICATOR 追蹤指標	分類
Antenatal care 產前照護	生產與婦幼健康
Antiretroviral therapy 抗愛滋病毒治療	傳染病
Cataract treatment 白內障治療	非傳染病
Diabetes treatment 糖尿病治療	非傳染病
DTP3 immunization 白喉破傷風百日咳疫苗	生產與婦幼健康
Family planning 家庭計劃	生產與婦幼健康
Hypertension treatment 高血壓治療	非傳染病
Potable water 飲用水供應	傳染病
Sanitation 衛生設施	傳染病
Skilled birth attendance 專業接生	生產與婦幼健康
Tobacco smoking 菸害防制	非傳染病
Tuberculosis treatment 結核病防治	傳染病

附表 7 第五期計畫(111-115 年)預培育人數

A.分籍分年培育表							
原住民族地區	系別	111學年度	112學年度	113學年度	114學年度	115學年度	合計
原住民族地區 (除蘭嶼外)	醫學系	8	8	8	8	8	40
	牙醫系	2	2	1	1	1	7
	護理系	24	24	24	24	23	119
	藥學系	3	3	4	4	4	18
	醫檢系	-	-	1	-	1	2
	醫放系	1	-	-	-	-	1
	物治系	2	-	-	-	-	2
	職治系	2	2	2	2	1	9
	臨床心理系	2	2	2	2	-	8
	營養學系	1	-	-	-	-	1
離島地區	系別	111學年度	112學年度	113學年度	114學年度	115學年度	合計
臺東縣蘭嶼鄉	醫學系	-	-	2	-	1	3
	牙醫系	1	-	-	-	-	1
臺東縣綠島鄉	牙醫系	1	-	-	-	-	1
屏東縣琉球鄉	醫學系	1	-	-	-	-	1
	護理系	-	1	1	-	-	2
	醫檢系	-	-	-	1	-	1
澎湖縣	醫學系	6	6	6	6	6	30
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	護理系	10	10	10	10	10	50
	藥學系	1	1	1	1	1	5
	醫檢系	-	1	-	1	-	2
	醫放系	1	1	1	1	-	4
	物治系	1	1	1	1	1	5
	職治系	1	-	1	-	1	3
	語治系	1	-	-	-	1	2
	呼吸治療系	1	-	-	-	-	1
	臨床心理系	1	-	1	-	1	3
金門縣	醫學系	5	5	5	5	5	25
	牙醫系	1	1	-	-	-	2
	護理學系	2	2	2	2	2	10
	藥學系	2	1	2	1	1	7
	醫檢系	1	1	1	1	1	5
	物治系	1	-	-	-	1	2
	職治系	-	1	-	-	-	1
	語治系	-	-	1	-	-	1
連江縣	醫學系	3	3	3	3	3	15
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	護理學系	3	3	3	3	3	15
	藥學系	1	-	1	1	-	3
	物治系	-	1	-	1	-	2
營養系	-	-	-	-	1	1	
無籍屬限制	專師碩士班	24	24	24	24	24	120
偏鄉籍屬	醫學系	6	6	6	6	6	30
偏鄉籍屬	護理學系	6	6	6	6	6	30
合計		128	118	122	117	115	600

附表7 第五期計畫(111-115年)預培育人數 (續)

<b>B. 分系分年培育表</b>							
系別	111 學年度	112 學年度	113 學年度	114 學年度	115 學年度	合計	
醫學系	29	28	30	28	29	144	
牙醫系	7	5	3	3	3	21	
護理	護理系	45	46	46	45	44	226
	專師碩班	24	24	24	24	24	120
藥學系	7	5	8	7	6	33	
醫檢系	1	2	2	3	2	10	
醫放系	2	1	1	1	0	5	
物治系	4	2	1	2	2	11	
職治系	3	3	3	2	2	13	
語治系	1	0	1	0	1	3	
呼吸治療系	1	0	0	0	0	1	
臨床心理系	3	2	3	2	1	11	
營養系	1	0	0	0	1	2	
<b>合計</b>	<b>128</b>	<b>118</b>	<b>122</b>	<b>117</b>	<b>115</b>	<b>600</b>	

附表 8 地方衛生(福利)局提報養成計畫第四期及第五期初估培育需求比較表(未含 108-110 年度增額培育)

縣市	醫事人員		醫師		牙醫師		護理師		助產		藥師		醫檢師		放射師		物理治療師		職能治療師		語言治療師		呼吸治療師		心理師		營養師		合計	
	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五	四	五
宜蘭縣	1	2	1	1		2																							2	5
新北市	1		1								1					1													2	2
桃園市											1								1										0	2
新竹縣																0													0	0
苗栗縣					2																								2	0
台中市						5																							0	5
南投縣	1				3							1																	5	0
嘉義縣																													0	0
高雄市	2	3		1	8					1	2	1																	12	6
屏東縣	13		3		22	4	2			6	1	6		5		6	1	6								6	1	75	7	
花蓮縣	29	21	1	2	7	138					#		2		1					8					8			37	193	
台東縣(含蘭嶼)	1	7		4																									1	11
澎湖縣	45	30	2	5		50					5		2		4		5		3	2	2			1	2	3			51	110
連江縣	10	10	5	5	5	15					3	2		3		1	2										1	26	36	
金門縣	30	15	5	2	10	10					7		5				2		1		1								45	43
屏東琉球	5	1	2			2				1		1	1	1		1													11	4
台東綠島	1		1	1																									2	1
小計	139	89	21	21	57	226	2	0	8	33	11	10	9	5	8	11	6	13	2	3	0	1	2	11	6	2	271	425		

附表 9 原住民族及離島地區養成計畫第四期(106-110 年)每年預培育數

	系別	106 學年度	107 學年度	108 學年度	109 學年度	110 學年度	合計
原住民族地區 (除蘭嶼外)	醫學系	5	5	5	5	5	25
	牙醫系	1	1	1		1	4
	藥學系	1	1			1	3
	護理學系	9	8	8	9	8	42
	物理治療系	1	1				2
	營養學系	1				1	2
	醫事技術系	1	1	1		1	4
	放射技術系	1		1		1	3
	職能治療系	1	1				2
	助產學系			1			1
台東縣蘭嶼鄉	醫學系	1	1		1		3
台東縣綠島鄉	醫學系	1					1
	牙醫系					1	1
屏東縣琉球鄉	醫學系	1		1			2
	牙醫系	1					1
	藥學系	1					1
	助產學系			1			1
澎湖縣	醫學系	6	6	6	6	6	30
	牙醫系		1		1		2
	藥學系		1		1	1	3
	護理學系		3	2	3	2	10
	物理治療系			1		1	2
	心理系	1	1				2
	語言治療系	1		1			2
	助產學系				2	2	4
金門縣	醫學系	6	6	6	6	6	30
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	護理系	2	2	2	2	2	10
連江縣	醫學系	2	2	2	2	2	10
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	放射技術系	1		1		1	3
	醫事技術系	1			1		2
	護理學系	1	1	1	1	1	5
	物理治療系	1					1
增額	醫學系			30	30	30	90
	牙醫系			24	24	24	72
	護理系			60	60	60	180
	其他			5	5	4	14
總計		50	44	162	161	163	580

備註：為符地方需求，增額(列)數將與地方政府研議再行核配籍屬。

出處：養成計畫第四期報院核定版第 38-39 頁，表 5。

附表 10 106 至 109 年度原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第四  
期招生錄取分發結果一覽表

學系別	年度	106	107	108	109	合計
	籍屬					
醫學系	原住民族	5	5	21	19	50
	離島籍	13	15	23	19	70
	偏鄉籍	-	-	-	6	6
牙醫系	原住民族	1	1	17	17	36
	離島籍	3	3	8	9	23
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
護理學系	原住民族	4	4	1	2	11
	離島籍	2	4	8	9	23
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
藥學系	原住民族	1	1	-	-	2
	離島籍	1	1	-	1	3
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
物理治療系	原住民族	1	1	-	1	3
	離島籍	1	-	1	1	3
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
職能治療系	原住民族	1	1	-	1	3
	離島籍	-	-	-	-	0
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
放射技術系	原住民族	-	1	1	-	2
	離島籍	-	-	-	-	0
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
醫事技術系	原住民族	1	1	1	-	3
	離島籍	1	-	-	1	2
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
語言治療系	原住民族	-	-	-	-	0
	離島籍	1	-	1	-	2
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
助產所碩士班	原住民族	-	-	-	-	0
	離島籍	-	-	-	-	0
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
營養學系	原住民族	-	-	-	-	0
	離島籍	-	-	-	-	0
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
臨床心理系	原住民族	-	-	-	-	0
	離島籍	1	-	-	-	1
	偏鄉籍	-	-	-	-	0
總計		37	38	82	86	243

附表 11 IDS 計畫支援科別及服務量占衛生所或醫院門診人次比重

縣市	衛生所或醫院	%	支援科別
宜蘭縣	大同鄉	36.48%	家醫科、急診醫學科、肝膽腸胃科、胸腔科
	南澳鄉	52.47%	家醫科、急診醫學科、內科、眼科、胸腔科
新北市	烏來區	47.59%	家醫、復健、身心醫學、肝膽腸胃科、眼科
桃園市	復興區	37.03%	小兒、婦產、復健、骨、眼、精神、肝膽腸胃科
新竹縣	尖石鄉	15.55%	胸腔科、眼科、復健科
	五峰鄉	41.34%	家醫、小兒、牙科、胸腔科(108.停診)
苗栗縣	泰安鄉	0.07%	肝膽腸胃科、婦產科、胸腔內科
台中市	和平區衛生所	30.47%	肝膽胃腸科、眼科、精神科
	和平區梨山衛生所	43.91%	肝膽胃腸科、精神科、復健科
嘉義縣	阿里山鄉	94.40%	家醫、小兒、復健、身心醫學科、腸胃內科、胸內、眼科
高雄市	茂林區衛生所	13.22%	肝膽內科、心臟內科、復健科、牙科、婦產科、耳鼻喉科、免疫風濕內科、胃腸內科、胸腔內科、一般外科、小兒科、皮膚科、眼科、內分泌內科、感染科、腎臟內科、胸腔外科、骨科、家醫科、精神科
	桃源區衛生所	33.84%	同上
	那瑪夏區衛生所	10.30%	同上
花蓮縣	秀林鄉	55.99%	家醫科、小兒科、復健科、身心醫學科、腸胃內科、胸腔內科、眼科、營養科
	卓溪鄉	52.67%	家醫科、腸胃內科、眼科、神經內科、心臟外科、血液腫瘤科、急診科、心臟內科
	萬榮鄉	56.49%	同上
	豐濱鄉 衛生福利部花蓮醫院 豐濱原住民分院	-	骨科、牙科、精神科、復健科、婦產科、泌尿科、糖尿病特別門診
台東縣	蘭嶼鄉	4.79%	家醫科、急診專科、一般內科、神經內科、心臟內科、腎臟內科、胸腔內科、神經外科、外科、小兒科、眼科、身心科、血液腫瘤科、感染科、婦產科、泌尿科
	綠島鄉	35.49%	家醫、小兒、急診醫學科、身心醫學科、腸胃內科、胸內、眼科、婦科、放射腫瘤科
	海端鄉	23.25%	家醫科、婦產科、腎臟內科、神經外科、眼科
	延平鄉	22.59%	家醫科、肝膽腸胃內科、感染科、腎臟內科、眼科、外科、泌尿科、身心科

附表 11 IDS 計畫支援科別及服務量占衛生所或醫院門診人次比重(續)

縣市	衛生所或醫院	%	支援科別
台東縣	金峰鄉	4.87%	心臟內科.胸腔內科.腸胃科.身心科.婦科.眼科.外科
	達仁鄉	30.09%	家醫科、肝膽腸胃科、眼科、牙科、腎臟內科、小兒科(108-109.8)、急診醫學科(至109.7)
金門縣	衛生福利部 金門醫院	14.58%	皮膚科、復健科、牙科、心臟內外科、大腸直腸外科、麻醉科、神經內外科、新陳代謝科、血液腫瘤科、過敏免疫風濕科、小兒神經科、小兒心臟科
澎湖縣	白沙鄉衛生所 (大倉、員貝)	4.41%	急診、一般外科、大腸直腸外科、消化外科、胸腔外科、神經外科、感染科、骨科、復健科、血液腫瘤科、婦產科、精神科、耳鼻喉科、家醫科、胃腸肝膽科、眼科
	白沙鄉吉貝衛生所	15.57%	
	白沙鄉烏嶼衛生所	35.77%	
	七美鄉衛生所	11.76%	
	望安鄉衛生所	24.55%	
	望安鄉將軍衛生所	13.32%	
連江縣	馬公市第三衛生所 (虎井、桶盤)	0%	
	連江縣立醫院	17%	腸胃內科、腎臟內科、心臟內科、新陳代謝科、胸腔內科、神經內科、復健科、眼科、耳鼻喉科、泌尿科、皮膚科、婦產科、小兒科、身心科
	北竿衛生所	54%	腸胃內科、腎臟內科、心臟內科、新陳代謝科、胸腔內科、眼科、耳鼻喉科、婦產科、小兒科、身心科
	東莒衛生所	31%	內科、眼科、婦產科、骨科
	西莒衛生所	35%	內科、眼科、婦產科、骨科
	東引衛生所	52%	內科、外科

附表 12 重點科別培育公費醫師第一期及第二期計畫權益義務對照表

項目	第一期 (105 年至 109 年)	第二期 (110 年至 114 年)
招生方式	醫學系公費醫學生 6 年	醫學系公費醫學生 6 年
訓練科別	五大科內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科	五大科為主，另得依偏鄉醫療視實際需求彈性調整
訓練地點	專科醫師訓練醫院	醫學中心
服務地點	1.醫中支援偏鄉醫院 2.本部不具專科醫師訓練資格之醫院 3.本部指定離島及偏遠地區醫院	1.位於偏遠地區之本部所屬醫院為主 2.結合醫學中心支援計畫醫中計畫支援對象不限於本部所屬醫院
服務年數(專科醫師訓練完成後)	服務 6 年 得中斷服務返回醫學中心或教學醫院進修，採分期履約完成公費服務	服務 10 年 得中斷服務返回醫學中心進修，採分期履約完成公費服務
保障	保障五大科訓練容額	1. 提供公職醫師正式職缺，薪資保障 2. 專科訓練容額保障、可選擇次專科進修

資料出處：<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-56268-1.html>

附表 13 吸引醫事人員至偏鄉執業與提高留任率的介入類別

Category of intervention 介入類別	舉例
A. Education 教育	A1 Students from rural backgrounds 學生來自偏鄉背景
	A2 Health professional schools outside of major cities 健康職業學校位於主要城市之外
	A3 Clinical rotations in rural areas during studies 學習過程中在偏鄉臨床實習
	A4 Curricula that reflect rural health issues 課程反映偏鄉醫療議題
	A5 Continuous professional development for rural health workers 偏鄉醫事人員持續專業發展
B. Regulatory 規範	B1 Enhanced scope of practice 擴大執業範圍
	B2 Different types of health workers 導入不同類型醫事人員
	B3 Compulsory service 強制的服務
	B4 Subsidized education for return of service 有履行服務義務的教育補助
C. Financial incentives 財務誘因	C1 Appropriate financial incentives 適當的財務誘因
D. Professional and personal support 專業與個人支持	D1 Better living conditions 較好的生活條件
	D2 Safe and supportive working environment 安全與支持的工作環境
	D3 Outreach support 促進城鄉醫事人員之間互相交流
	D4 Career development programmes 設計職涯晉升管道
	D5 Professional networks 支持專業網絡之發展
	D6 Public recognition measures 提高偏鄉健康照護的能見度

資料出處：WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.

附表 14 養成計畫業務執行工作項目

序 列	業務階 段	作業項目	說明
1	規劃階 段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每期養成計畫檢討續辦及委託專家進行下期人力需求評估。(每5年)</li> <li>2. 調查各原住民及離島相關縣市需求並召開相關會議討論。</li> <li>3. 函報行政院核定作業。</li> <li>4. 定期管考作業及預算規劃事務。</li> </ol>	本案係為5年1期之社會發展中長程計畫，依國發會規定函報行政院核定。
2	招生階 段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 辦理招生名額分配確認、招生作業委託、簡章公告等相關事務。</li> <li>2. 召開招生說明會。(配合甄試時間)</li> <li>3. 寄發恭賀錄取信、製作保證書並辦理簽約說明會。</li> <li>4. 辦理新生保證書簽署用印，並至醫事人員管理系統登載資料。</li> </ol>	招生作業依大學或四技甄選作業流程辦理。
3	入學階 段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各學期公費待遇及寒暑修費用補助作業。</li> <li>2. 就學現況管控與核定、座談會及建置輔導機制等。</li> <li>3. 延長公費待遇。</li> <li>4. 寄發畢業生履約注意事項。</li> <li>5. 統整新生名冊並匯入醫事管理系統。</li> <li>6. 其他特殊狀況(如特殊原因轉學、就讀研究所、重病死亡等)行政業務。</li> </ol>	
4	訓練階 段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 核發用印後醫事人員證書影本。</li> <li>2. 核定訓練地點科別及開通系統執登。</li> <li>3. 特殊訓練科別之核定。</li> <li>4. 其他特殊狀況(如展延、公費出國等)行政業務。</li> </ol>	(牙)醫師訓練規定依專科醫師分科及甄審辦法辦理。
5	服務階 段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 核定公費生服務地點，及開通系統執登。</li> <li>2. 辦理服務期滿證書核發作業。</li> <li>3. 支援報備之核定。</li> <li>4. 其他特殊狀況(如展延、公費出國等)行政業務。</li> </ol>	

附表 15 公費生待遇補助標準一覽表

項次	各項費用	補助標準/每學期
1	註冊費	依各校註冊時之收費標準支應
2	住宿費	上限18,000元
3	膳食費	3,250元/月×6月=19,500元
4	零用津貼	3,500元/月×6月=21,000元
5	課業費	1,000元/學期
6	書籍費	4,000元/學期
7	制服費	2,500元/學期
8	返鄉旅費	每名每學期支付1趟返鄉來回為限，並依票根核實支付。
9	應屆畢業生補助旅行參觀費	3000元/人/畢業年 於最後一學期支付1次
10	設備費	每人每年補助學校教學設備 1.醫學系及牙醫系每人30,000元/年 2.其他醫事科系每人15,000元/年
11	寒暑修課業輔導費	支付公費生因課業問題所需之寒暑修課業輔導費，修課通過得依各校收費標準，核實支付。

附表 16 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期(111-115 年)  
經費概算表

會計年度		111 會計年度					
年度		110 學年度 (下)			111 學年度 (上)		
會計年總計		165,572,722					
會計年經常門		148,892,722					
會計年資本門		16,680,000					
學期經常門		73,965,127			74,927,595		
學期資本門		3,000,000			13,680,000		
系別		醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數		-	-	-	29	7	92
本期在學人數		-	-	-	-	-	-
前期在學人數		205	92	206	176	87	122
累計培育人數		205	92	206	205	94	214
應屆畢業人數		29	5	84	-	-	-
養成公費生 受領公費待遇	學雜費	73,129	66,918	57,399	73,129	66,918	57,399
	學生平安保險	264	264	264	264	264	264
	語言學習及其他 費	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	膳食費	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500
	住宿費	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000
	零用津貼	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000
	課業費	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	書籍費	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
	制服費	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
	返鄉旅費	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
每名		145,473	139,262	129,743	145,473	139,262	129,743
小計		29,821,965	12,812,104	26,727,058	29,821,965	13,090,628	27,765,002
應屆畢業 生旅行參 觀費	每名	3,000	3,000	3,000	—	—	—
	小計	87,000	15,000	252,000	—	—	—
教學設備 補助費	每名				30,000	30,000	15,000
	小計				6,150,000	2,820,000	3,210,000
行政維運相關經費		4,250,000			4,250,000		
管理系統擴充與維護費		3,000,000			1,500,000		

- 註：1.學雜費係參考教育部「109 年度公立大專校院學雜收費基準一覽表（臺北醫學大學、高雄醫學大學）」、學生平安保險費、語言學習及其他費用，以第四期計畫 111 年度起為基礎並採 2 年調漲 1.26% 計算。
- 2.有關膳食、住宿、零用津貼、課業費、書籍費、制服費、應屆畢業生旅行參觀、設備補助、返鄉旅費等費用仍循本部第四期計畫（106-110 年）相關經費編列未調整。另返鄉旅費實際則依公費生返鄉票根核實支付，並以往返一次為限。應屆畢業人數醫學系及牙醫系以入學後 6 年計、其他學科系以 4 年計、在職碩士班以 3 年計。
- 3.行政維運相關經費：主要支應本計畫每年度招生甄審作業、管理要點與計畫檢討座談、新生座談、訴訟等行政業務費，及公費生在學、訓練及分發服務各階段之追蹤與輔導工作及製作文化敏感度課程教材等輔導追蹤管理費。
- 4.管理系統擴充與維護費：進行公費生資訊平台第 2 階段功能增修及整合本部公費醫師(重點科別培育)資訊化管理所需系統擴充與維護相關經費。
- 5.實際使用金額以當年度培育學校申請金額為依據。

會計年度		112 會計年度					
年度		111 學年度 (下)			112 學年度 (上)		
會計年總計		173,660,434					
會計年經常門		159,220,434					
會計年資本門		14,440,000					
學期經常門		74,562,595			84,657,839		
學期資本門		500,000			13,940,000		
系別		醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數					28	5	85
本期在學人數		29	7	92	29	7	92
前期在學人數		176	87	122	157	83	101
累計培育人數		205	94	214	214	95	278
應屆畢業人數		19	4	22			
養成 生活 等 相關 補助 費用 待遇 費用	學雜費	73,129	66,918	57,399	74,050	67,761	58,122
	學生平安保險	264	264	264	264	264	264
	語言學習及其他費	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	膳食費	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500
	住宿費	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000
	零用津貼	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000
	課業費	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	書籍費	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
	制服費	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
	返鄉旅費	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
	每名	145,473	139,262	129,743	146,394	140,105	130,466
小計	29,821,965	13,090,628	27,765,002	31,328,316	13,309,975	36,269,548	
應屆畢業生 旅行參觀費	每名	3,000	3,000	3,000	—	—	—
	小計	57,000	12,000	66,000	—	—	—
教學設備	每名				30,000	30,000	15,000
補助費	小計				6,420,000	2,850,000	4,170,000
行政維運相關經費		3,750,000			3,750,000		
管理系統擴充與維護費		500,000			500,000		

註：學雜費、平安保險及語言學習費採每 2 年調漲 1.26% 計算。

會計年度		113 會計年度						
年度		112 學年度 (下)			113 學年度 (上)			
會計年總計		194,138,041						
會計年經常門		177,633,041						
會計年資本門		16,505,000						
學期經常門		84,840,839			92,792,202			
學期資本門		1,500,000			15,005,000			
系別		醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系	
招收人數					30	3	89	
本期在學人數		57	12	177	57	12	177	
前期在學人數		157	83	101	138	79	63	
累計培育人數		214	95	278	225	94	329	
應屆畢業人數		19	4	38				
養成公費生受領公費待遇費用	學雜費	74,050	67,761	58,122	74,050	67,761	58,122	
	學生平安保險	264	264	264	267	267	267	
	語言學習及其他費	1,080	1,080	1,080	1,093	1,093	1,093	
	膳食費	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500	
	住宿費	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	
	零用津貼	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000	
	課業費	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	書籍費	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	
	制服費	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	
	返鄉旅費	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	
	每名		146,394	140,105	130,466	146,410	140,121	130,482
	小計		31,328,316	13,309,975	36,269,548	32,942,250	13,171,374	42,928,578
應屆畢業生	每名	3,000	3,000	3,000				
旅行參觀費	小計	57,000	12,000	114,000				
教學設備	每名				30,000	30,000	15,000	
補助費	小計				6,750,000	2,820,000	4,935,000	
行政維運相關經費		3,750,000			3,750,000			
管理系統擴充與維護費		1,500,000			500,000			

註：1.學雜費、平安保險及語言學習費採每2年調漲1.26%計算

2.公費生資訊平台每2年須分攤本部機房主機使用之軟硬體相關維護費。

會計年度		114 會計年度						
年度		113 學年度 (下)			114 學年度 (上)			
會計年總計		197,348,277						
會計年經常門		182,788,277						
會計年資本門		14,560,000						
學期經常門		93,218,202			89,570,075			
學期資本門		500,000			14,060,000			
系別		醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系	
招收人數					28	3	86	
本期在學人數		87	15	266	87	15	242	
前期在學人數		138	79	63	94	54	14	
累計培育人數		225	94	329	209	72	342	
應屆畢業人數		44	25	73				
養成公費生受領公費待遇費用	學雜費	74,050	67,761	58,122	74,983	68,615	58,854	
	學生平安保險	267	267	267	267	267	267	
	語言學習及其他費	1,093	1,093	1,093	1,093	1,093	1,093	
	膳食費	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500	
	住宿費	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	
	零用津貼	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000	
	課業費	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	書籍費	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	
	制服費	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	
	返鄉旅費	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	
	每名		146,410	140,121	130,482	147,343	140,975	131,214
	小計		32,942,250	13,171,374	42,928,578	30,794,687	10,150,200	44,875,188
應屆畢業生	每名	3,000	3,000	3,000				
旅行參觀費	小計	132,000	75,000	219,000				
教學設備	每名				30,000	30,000	15,000	
補助費	小計				6,270,000	2,160,000	5,130,000	
行政維運相關經費		3,750,000			3,750,000			
管理系統擴充與維護費		500,000			500,000			

註：學雜費、平安保險及語言學習費採每 2 年調漲 1.26% 計算

會計年度		115 會計年度					
年度		114 學年度 (下)			115 學年度 (上)		
會計年總計		187,573,908					
會計年經常門		173,258,908					
會計年資本門		14,315,000					
學期經常門		90,050,075			83,208,833		
學期資本門		1,500,000			12,815,000		
系別		醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數					29	3	83
本期在學人數		115	18	328	115	18	247
前期在學人數		94	54	14	50	28	5
累計培育人數		209	72	342	194	49	335
應屆畢業人數		44	26	90			
養成公費生受領公費待遇費用	學雜費	74,983	68,615	58,854	74,983	68,615	58,854
	學生平安保險	267	267	267	270	270	270
	語言學習及其他費	1,093	1,093	1,093	1,107	1,107	1,107
	膳食費	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500
	住宿費	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000
	零用津貼	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000
	課業費	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	書籍費	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
	制服費	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
	返鄉旅費	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
	每名	147,343	140,975	131,214	147,360	140,992	131,231
	小計	30,794,687	10,150,200	44,875,188	28,587,840	6,908,608	43,962,385
	應屆畢業生旅行參觀費	每名	3,000	3,000	3,000		
	小計	132,000	78,000	270,000			
教學設備	每名				30,000	30,000	15,000
補助費	小計				5,820,000	1,470,000	5,025,000
行政維運相關經費		3,750,000			3,750,000		
管理系統擴充與維護費		1,500,000			500,000		

註：1.學雜費、平安保險及語言學習費採每 2 年調漲 1.26%計算

2.公費生資訊平台每 2 年須分攤本部機房主機使用之軟硬體相關維護費。

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期（111-115 會計年度）			
會計年度	經常門	資本門	小計
111 會計年度	148,892,722	16,680,000	165,572,722
112 會計年度	159,220,434	14,440,000	173,660,434
113 會計年度	177,633,041	16,505,000	194,138,041
114 會計年度	182,788,277	14,560,000	197,348,277
115 會計年度	173,258,908	14,315,000	187,573,908
<b>總計</b>	<b>841,793,382</b>	<b>76,500,000</b>	<b>918,293,382</b>
原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期（111-115 學年度）			
學年度	經常門	資本門	小計
110 年度(下學期)	73,965,127	3,000,000	76,965,127
111 學年度	149,490,190	14,180,000	163,670,190
112 學年度	169,498,678	15,440,000	184,938,678
113 學年度	186,010,404	15,505,000	201,515,404
114 學年度	179,620,150	15,560,000	195,180,150
115 學年度(上學期)	83,208,833	12,815,000	96,023,833
<b>總計</b>	<b>841,793,382</b>	<b>76,500,000</b>	<b>918,293,382</b>

附表 17 風險發生機率分類表

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。

附表 18 風險影響程度分類表

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

附圖 1 本部風險圖像

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	9 (extreme risk) 極度危險的風險
嚴重 (2)	2 (moderate risk) 中度危險的風險	4 (high risk) 高度危險的風險 (本計畫主要為補實原住民族地區、離島及偏鄉地區醫事人力，若招生培育率及服務期滿後留任率不佳將致使醫事人力短缺之後果)	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)
	可能性		

衛生福利部原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第5期(111-115年) 風險評估及處理彙整表

整體層級目標	作業層級目標	風險項目	風險情境	現有控制機制	現有風險值 (可能性×影響程度)	新增控制機制	殘餘風險值(可能性×影響程度)
拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益	培育原住民族、離島及偏地區醫事人才，實地基層醫療照護需求	<p>1. 公費生招生培育率，如培育人數不足，將影響醫事人力之補實。</p> <p>2. 公費生服務期滿留任率，如留任低將影響在地醫事人力持續補實之目的與醫療品質。</p>	<p>1. 受少子化及大學入學管道多元化，影響本計畫報考意願及錄取後就讀意願，進而影響原鄉離島地區醫事人力補足之目的。</p> <p>2. 本計畫醫學系公費生服務期限為10年，可能影響報考意願。</p> <p>3. 公費生服務期滿後留任意願，影響因素多元又複雜，包含職場環境(薪資福利)、個人生涯規劃及子女教育與生活環境等因素。</p>	<p>1. 積極推廣本計畫及依在地實際需求滾動調整培育科系及名額：</p> <p>(1) 多元管道進行說明與宣導，增進學生及家長對計畫之了解與支持。</p> <p>(2) 邀集培育學校及地方政府定期檢討。</p> <p>(3) 將醫學系招生培育率列入績效指標。</p> <p>2. 賡續推動本部各項留任獎勵措施(留任獎勵金、開業補助、在職繼續教育等)，以達維持留任率7成之目標。</p>	4 (2×2)	<p>為降低醫學系服務年限改為10年影響招生培育率之風險，相關配套措施：</p> <p>1. 服務期間得中斷服務，返回醫學中心或醫療機構進修，並可採計服務年資以2年為限。</p> <p>2. 確保公費醫師如分發致本部所屬醫院提供正式公職缺、保障薪資福利並納入升遷加分制度參考。</p>	2 (2×1)

附表 19 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)	✓		✓		本案非屬公共建設，無須檢附財務策略規劃檢核表急促餐評估檢核表。
	(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		✓		✓	
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)	✓		✓		依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。
	(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)	✓		✓		本案非屬公共建設，不符跨域增值公共建設財務規劃方案，亦非屬自償性質。
	(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	✓		✓		
	(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		✓		✓	

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	
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)		✓		✓	本案非屬公共建設，不適用。
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、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓		✓		
9、環境影響分析(環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		✓		✓	本案非屬公共建設，不適用。
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓		✓		
11、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		✓		✓	本案非屬公共建設，不適用。
12、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		✓		✓	
13、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓		✓	本案非屬公共建設，不適用。
14、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓		✓	
15、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商	✓		✓		
	(2)是否檢附相關協商文書資料	✓		✓		
16、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		✓		✓	本案非屬公共建設，不適用。
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		✓		✓	
	(3)是否檢附相關說明文件		✓		✓	
17、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓			✓	

主辦機關核章：承辦人 單位主管 首長

黃玉徽

蔡淑鳳

主管部會核章：研考主管

會計主管

廖忠富

張育珍

首長 陳時中

110. 6. 15

附表 20 中長程個案計畫性別影響評估檢視表

**【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：原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期（111-115 年）(草案)

主管機關	衛生福利部	主辦機關（單位）	護理及健康照護司第三科
------	-------	----------	-------------

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><b>1-1 【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</b></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（<a href="https://gec.ey.gov.tw">https://gec.ey.gov.tw</a>）。</p>	<p>1.養成計畫公費生培育制度自民國 58 年開始實施，藉提供養成計畫公費生 4 至 6 年公費補助，畢業後再分發至公費生戶籍所在地縣市之鄉鎮市區衛生所或偏遠地區之醫院服務，以達成原住民族及離島地區之均衡醫療資源之目的。</p> <p>2.養成計畫公費醫事相關科系學生之招生，係依各校院新生入學考試規定辦理，主要是以籍屬認列，無涉性別議題。</p>
評估項目	評估結果
<p><b>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】</b></p>	<p>1.養成計畫公費生於 99 至 109 年畢業之公費生性別比例：男性</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」(<a href="https://www.gender ey.gov.tw/research/">https://www.gender ey.gov.tw/research/</a>)、「重要性別統計資料庫」(<a href="https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/">https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/</a>) (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」(<a href="https://gec.ey.gov.tw">https://gec.ey.gov.tw</a>)。</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 <b>政策規劃者</b> (例如:機關研擬與決策人員；外部諮詢人員)。</p> <p>② <b>服務提供者</b> (例如:機關執行人員、委外廠商人力)。</p> <p>③ <b>受益者</b> (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>約佔61%，女性約佔39%，男女比例約為1.56：1。</p> <p>2. 養成計畫106至109年招生錄取結果：男性佔122人，女性佔121人，男女比例約1：1。</p> <p>3. 養成計畫自民國58年至110年預計招收1,228人，截至109年共計培育1,192人(男52.6%、女47.4%)，其中醫學系637人(男70.5%、女29.5%)、牙醫133人(男61.7%、女性38.3%)、藥師45人(男68.9%、女性31.1%)、醫事檢驗師24人(男66.7%、女性33.3%)、醫事放射師37人(男27%、女性73%)、物理治療師17人(男76.5%、女性23.5%)、營養師3人(女性佔100%)、護理人員283人(男7.4%、女性92.6%)、職能治療師6人(男33.3%、女性66.7%)、呼吸照護師1人(女性佔100%)、語言治療師5人(男、女性分別佔女性佔40%、60%)、臨床心理師1人(男性佔100%)。</p> <p>4. 依據行政院性別平等處110年2月統計西醫師執業人數資料，男女比例約為4.7：1。</p> <p>5. 計畫係為公費生招生，併入各校院新生入學考試辦理，並由各校進行醫事人才教學培育作業，故暫無需強化的性別統計及分析。惟針對申請退學與平均服務年資之性別統計、服務期滿之性別分析、分析在地醫事人力動向及留任意願是否有性別差異、每年大學甄選入學之各類醫事公費生與自費生之性別統計比較，以為政策改善之依據。</p>
<b>評估項目</b>	<b>評估結果</b>
<p><b>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】</b></p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p><b>a. 參與人員</b></p>	<p>1. 本計畫係委託公共衛生專家團隊(含學術與實務領域專家)協助計畫草案之規劃。並與地方政</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。

**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）。

**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。

**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。

**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。

府、教育部、專家學者及相關單位共同研商，參與對象並未設定特定性別對象，兩性均共同參與。

- 2. 本計畫未涉及公共空間之空間規劃與工程設計。
- 3. 本計畫受益對象，不因不同性別、性傾向或性別認同者而有差異，站無需強化的性別統計及分析。

**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><b>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】</b></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><b>a. 參與人員</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>③ 營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</li> </ul> <p><b>b. 受益情形</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</li> </ul>	<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頁碼： 本計畫頁14(一)訂有短程目標5. 「分析原住民族及離島地區醫事人力資源之性別比例，並提供具社會性別及文化適切性之健康、醫療與照顧服務，以提升醫療照護服務之友善性」</p> <p>□ 未訂定性別目標者，請說明原</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><b>c.公共空間</b> 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><b>d.展覽、演出或傳播內容</b> 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> <p><b>e.研究類計畫</b> 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> <p><b>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</b></p> <p><b>g.其他有助促進性別平等之效益。</b></p>	<p>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><b>2-2【請根據 2-1 本計畫所訂定之性別目標,訂定執行策略】</b> 請參考下列原則,設計有效的執行策略及其配套措施:</p> <p><b>a.參與人員</b> 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> <p><b>b.宣導傳播</b> 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> <p><b>c.促進弱勢性別參與公共事務</b> 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。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有訂定執行策略者,請將主要的質性策略納入計畫書草案之適當章節中,並於本欄敘明計畫書草案頁碼: 執行策略:p. 14 本養成計畫報考資格僅限制籍屬別,並無性別之限制,相關執行策略如下: 1. 於公費生管理資訊系統納入公費生性別選項。 2. 定期分析公費生性別分布情形相關統計,提供計畫宣導與輔導相關參考。</p> <p><input type="checkbox"/>未訂執行策略者,請說明原因及改善方法:</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。
- 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><b>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】</b></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><input checked="" type="checkbox"/> 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，故亦無依性別編列經費。</p>
<p><b>【注意】</b> 填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分—程序參與】，再續填下列</p>	

「參、評估結果」。

### 參、評估結果

請機關填表人依據【第二部分—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。

#### 3-1 綜合說明

#### 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：黃玉微 職稱：技正 電話：02-85907149 填表日期：110年4月23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  
(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：

- 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/>）。
- 2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。
- 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	110年5月14日至110年5月14日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	1. 姓名職稱：王秀紅教授 2. 服務單位：考試院/高雄醫學大學 3. 專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策
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	合宜
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	無性別目標
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜

10.綜合性檢視意見	<p>1. 本案為「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期（111-115年）草案」，為強化培育原住民族及離島地區在地醫事人才，改善醫療資源與醫事人力不足之問題，保障在地居民就醫權益與醫療照護品質，以能有效提升原住民族及離島地區之醫療照護服務，深耕當地醫療，需積極持續培育當地醫事人才並鼓勵其長期留任。</p> <p>2. 計畫執行時係委託公共衛生專家團隊(含學術與實務領域專家)協助計畫草案之規劃。並與地方政府、教育部、專家學者及相關單位共同研商，參與對象未設定特定性別。未來組成專家團隊成員應符合「單一性別不得低於三分之一」的規定。另外，已成立之衛福部「原住民族健康照護諮詢會」也應符合「單一性別不得低於三分之一」的規定。</p>
------------	--

	<p>3. 計畫提供相關性別統計，包括：(1)養成計畫公費生於99至109年畢業之公費生性別比例：男性約佔61%，女性約佔39%，男女比例約為1.56：1；(2)養成計畫106至109年招生錄取結果：男性佔122人，女性佔121人，男女比例約1：1；(3)養成計畫自民國58年至110年預計招收1,228人，截至109年共計培育1,192人(男52.6%、女47.4%)；(4)依據行政院性別平等處110年2月統計西醫師執業人數資料，男女比例約為4.7：1。</p> <p>4. 未來宜持續建立醫事培育人才之性別、年齡之相關資料及統計分析。並檢視具社會性別及文化適切性之健康、醫療與照護服務之執行情形，以提升醫療照護服務。</p>
<p>(三) 參與時機及方式之合宜性</p>	<p>合宜</p>
<p>本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。</p> <p>(簽章，簽名或打字皆可) <u>王秀紅</u></p>	

## 參考文獻

1. Cave, S., Willis, G., & Woodward, A. (2016). *A retrospective of System Dynamics based workforce modelling at the Centre for Workforce Intelligence*. The 34th International Conference of the System Dynamics Society, [https://www.researchgate.net/profile/Sion-Cave/publication/321225119\\_A\\_retrospective\\_of\\_System\\_Dynamics\\_based\\_workforce\\_modelling\\_at\\_the\\_Centre\\_for\\_Workforce\\_Intelligence/links/5a158427aca272dfc1eb8e40/A-retrospective-of-System-Dynamics-based-workforce-modelling-at-the-Centre-for-Workforce-Intelligence.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sion-Cave/publication/321225119_A_retrospective_of_System_Dynamics_based_workforce_modelling_at_the_Centre_for_Workforce_Intelligence/links/5a158427aca272dfc1eb8e40/A-retrospective-of-System-Dynamics-based-workforce-modelling-at-the-Centre-for-Workforce-Intelligence.pdf), Accessed 19 November 2020.
2. World Health Organization. (2010a). *Models and tools for health workforce planning and projections (Human Resources for Health Observer, 3)*, <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/14/en/>, Accessed 20 February 2021.
3. World Health Organization. (2010b). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*, <https://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, Accessed 20 February 2021.
4. World Health Organization. (2016). *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*, <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>, Accessed 7 January 2021).