

優化兒童醫療照護計畫

(110-113 年度)

(核定版)



衛生福利部
中華民國 109 年 2 月

目錄

壹、計畫緣起	1
一、依據	2
二、未來環境預測	2
三、問題評析	5
四、社會參與及政策溝通情形	14
貳、計畫目標	17
一、目標說明	17
二、達成目標之限制	18
三、績效指標、衡量標準及目標值	21
參、現行相關政策及方案之檢討	23
一、兒童醫療相關計畫內容說明	23
二、兒童醫療相關計畫執行績效及檢討	26
肆、執行策略及方法	36
一、主要工作項目	36
二、分期(年)執行策略	46
三、計畫執行步驟與方法	48
(一)完備周產期醫療照護系統	48
(二)建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡	53
(三)跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質	56
(四)發展兒童重症運送專業團隊及網絡	59
(五)規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台	61
(六)培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用	63
(七)發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度	66
(八)推展脆弱家庭育兒指導服務方案	69
伍、期程及資源需求	71
一、計畫期程	71
二、所需資源說明	71

三、經費來源及計算基準	71
四、經費需求	74
陸、預期效果及影響	76
柒、財務計畫	77
捌、附則	77

壹、計畫緣起

高齡化與少子女化為臺灣社會面臨的嚴峻挑戰。臺灣的總生育率低，新生兒/兒童死亡率偏高，數項兒童死亡率指標(如新生兒死亡率、5歲以下兒童死亡率等)，近年來的改善幅度有限，其中與醫療或疾病相關的因素占了5成以上，實有必要正視兒童醫療照護問題。然近年來，拯救兒童生命的醫療人力卻相當失調，造成治療重難症病童的醫院無足夠的兒科專科醫師可以照護病童的情況。

聯合國兒童基金會 (United Nation Children's Fund, 簡稱 UNICEF) 於 2017 年提出，健康是兒童的基本權利，各國應以兒童作為發展的核心，共同達成聯合國永續發展目標(Sustainable Development Goals, 簡稱 SDGs)。相關政策研擬方向包括：(a)增加並強化兒童時期的健康投資；(b)評估政策對兒童不同發展階段的影響；(c) 建立以兒童為主的健康指標；(d)提供以兒童與家庭為中心的整合性健康照顧，達到全人照護的精神。其中，已開發國家應致力於解決社會及經濟弱勢所導致的健康不平等問題。綜觀人類的生命週期，在發展最快速、影響最甚的兒童時期增加照護投資，不僅能降低長大成人後罹患疾病的風險，亦能有效降低青少年及成人犯罪的機會、解決因社經地位差距衍生的社會問題，並增加成人生產力、回饋社會。

應從生命歷程的基礎架構「優化兒童醫療照護」，增加兒童醫療

及健康資源之挹注，改善周產期與急重症醫療照護，並強化初級醫療照護及健康管理，建立與公共衛生和社會福利體系的連結，方得以降低新生兒及兒童可預防的死亡，減少失能。

一、依據

醫療法第 88 條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。

民國 103 年臺灣兒童權利公約施行法於 11 月 20 日國際兒童人權日當天開始施行。公約第 24 條第一點為，締約國確認兒童有權享有最高可達水準之健康與促進疾病治療以及恢復健康之權利。締約國應努力確保所有兒童享有健康照護服務之權利不遭受剝奪。第二點則詳列出應採取適當之措施之事項，包括(a)降低嬰幼兒之死亡率；(b)確保提供所有兒童必須之醫療協助及健康照顧，並強調基礎健康照顧之發展。

二、未來環境預測

(一) 因應少子化趨勢發展的照護體系

成年期的健康是奠基於兒童時期，而健康的兒童更是國家未來倚重的生產力。以生命歷程的觀點，預防保健或醫療照護

的早期介入，可獲得較佳的成本效益。

臺灣生育率近年來在全球排名為後段班，國家發展委員會評估若排除國際淨遷徙因素，我國粗出生率與粗死亡率曲線將於 2019 年交叉，人口將於 2020 至 2027 年間達最高峰後轉為負成長，到 2065 年，總人口將降為 2018 年之 68%~80%。除了面對少子化議題及未來人口結構失衡的問題外，如何提昇國內生育率，改善周產期與緊急醫療照護，減少新生兒及兒童可預防的死亡，刻不容緩。

兒科疾病的特質差異性大，需要不同層級的醫療照護以因應。周產期和高危險新生兒的救治需要在地與普及化，而對於數量不多的重難罕症兒童而言，國內外研究證實適度的集中治療不僅對病人有益，更有助於醫療人員累積足夠的經驗與持續提升品質及安全。因此，重難罕症則需要集中的資源和整合平台，才能提升照護水準。

再者，醫院與基層診所各自擔負不同的兒童醫療照護能力，而兒科醫師在醫院執業的比例分布又與內、外、婦科等相當不同，內、外、兒、婦、急診科的醫師在醫院執業比例大約分別為 7 成、7 成 1、3 成 8、4 成 8、8 成 5。在臺灣現行的醫療體系中，兒科醫師是兒童醫療照護的主要專業人力，現有依功能

分級的醫療院所或緊急醫療救護系統對兒童醫療照護的專屬規劃著墨較少。現行單一全人口的醫療網實難完整涵蓋兒童的特殊需求，故需要以新生兒及兒童為核心，強化現有的軟硬體資源，橫向涵蓋全台各地，縱向連結基層、區域醫院與醫學中心，落實並精進功能，以得建構優質的保健服務、友善醫療環境及縝密的照護網絡，因應臺灣未來的兒童照護需求。

(二) 兒科醫師人力的短缺及分布不均

臺灣兒科醫師執業場所小自基層診所、大至醫學中心，在不同層級的垂直醫療院所分布嚴重不均，依據 107 年資料，在醫院執業的兒科醫師僅占 38%，且偏遠地區特別短缺。出生率下降、家長對醫療品質的不適切要求或期待、兒科人力成本高、工時長、容易發生醫療糾紛等，在在使得醫院兒科醫師人力大量流失；部分縣市的地區或區域醫院，因兒科醫師值班人力不足，甚至無法開辦兒科夜間急診服務。值班負擔重、醫療糾紛或暴力事件和醫療給付制度不合理等，也都是兒科醫師人力短絀加劇因子。

日本分析過去十年間 (2000~2010)，兒科醫師人力與 5 歲以下兒童死亡率的相關性，區分 366 家次級醫療照護單位進行比較。結果發現兒科醫師密度 (每千名 5 歲以下兒童人口之兒

科醫師數) 與 5 歲以下兒童死亡率呈顯著負相關，且兒科醫師人力資源最充沛相較最匱乏的區域，有較低的 5 歲以下兒童死亡率。由此顯示，兒童健康可藉由醫療人力資源的提升而得到改善，且平衡地域的分布是重要的考量。

(三) 新興醫療科技發展的重要性

醫療科技的發展日新月異，以創新科技精進兒童醫療是優化兒童照護不可或缺的一環。遠距醫療利用軟體技術與硬體設備，縮短醫療場域的距離，有助於弭平資源分布不均的現況。人工智慧 (Artificial Intelligence)、雲端服務等各項科技的導入，利用大數據整合分析政府及醫療機構的健康相關資料，以解決問題為導向進行資訊轉譯有利於系統性分配醫療資源，增加臨床作業的效益，並應用於監測指標、風險評估或防制策略。

精準醫療(Precision Medicine)，或稱「個人化醫療」，是在傳統的問診檢查外，輔以新興的生物醫學(如基因、蛋白質等)檢測、個體的差異性分析，協助規劃最適切的治療以減少副作用並提升療效。在藥物基因體學方面，已有部分的進展，未來應持續推動在兒童先天性或遺傳性、及困難診斷疾病等應用。

三、問題評析

(一) 新生兒/兒童死亡率改善幅度有限

世界衛生組織於 2015 年統計，新生兒死亡率占 5 歲以下兒童死亡率的 45.1%，**早產與窒息**等周產期併發症是前兩大主因。新生兒出生 7 天內的早期死亡更占新生兒死亡總數的一半以上。

依據衛生福利部統計資料顯示，若依經濟合作暨發展組織 (OECD) 國家計算新生兒/嬰兒死亡率之定義，排除懷孕週數 < 22 周或體重 < 500 公克的活產數計算，2016 年臺灣的新生兒死亡率約為 1.9‰ (2016 年日本 0.9‰、韓國 1.6‰)，嬰兒死亡率約為 3.3‰ (2016 年日本、韓國分別為 1.8‰、2.8‰)；與 OECD 國家相比，臺灣的排名分別為 13/28 及 17/26。而臺灣 5 歲以下的兒童死亡率從 9.7‰ (1990 年) 下降到 4.8‰ (2015 年)，降幅為 51%，尚未達到聯合國千禧年發展目標設定的降低三分之二。再以五歲以下兒童死亡率的下降趨勢來看，日本及韓國每年平均下降 0.1‰，但臺灣近幾年的資料並未呈現顯著的下降趨勢。

衛生福利部統計顯示，花蓮縣、臺東縣、屏東縣、高雄市等 4 縣市近四年嬰兒死亡率均高於全臺平均數，亟待改善。臺灣各地的主要生產醫療院所層級和分布差異性大，具備「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」能力的醫院也分布不均，且高危險妊娠的篩檢與轉介並未落實。建構完善的周產期轉診網絡及醫療照護是降低臺灣兒童死亡率的核心策略。

日本是全世界新生兒死亡率最低的國家，民情上是以母嬰照護為一體，故從 1995 年開始策劃「母子保健醫療設施整備事業的實施」，規劃每 100 萬人口、出生 1 萬人的區域，設立至少一家綜合周產期母子醫療中心，與數家地域周產期母子醫療中心。2008 年逐步推動周產期醫療計畫，在 2016 年達到每一個行政區(47 個都道府縣)至少有一家綜合周產期母子醫療中心。並設置協調中心協助轉診流程運作。法律層面上則立有母子保健法，實施懷孕婦女主動通報、政府提供孕產婦保健指導與營養支持、要求監護人主動通報低體重兒並提供相關醫療補助...等，這些經驗值得臺灣借鏡參考。

(二) 兒童相關醫療人力與資源分布不均

0-6 歲的身心障礙者人數逐年增加，除早產、複雜性先天性疾病外，急重症是兒童失能的重要原因，負責照護的專業人力則不斷流失。現有的緊急醫療救護系統主要以成人急症為規劃核心，相關兒童的醫療照護品質著墨較少。在醫院緊急醫療能力分級評定的辦法中，僅有重度級的評核有明確規定需 24 小時有兒科專科醫師提供緊急照會服務，中度級的則無強調。故無法提供兒童緊急傷患就醫的資源和品質的一致性支持。未來應依據地理 (交通距離與車程時間)與人口數，確保兒童緊

急傷病就醫的涵蓋率。

盤點全台提供 24 小時兒科專科急診服務的醫院名單，其包含重度級、中度級急救責任醫院(僅含有評定「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」章節能力的醫院)、兒童醫院以及「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」補助醫院，共有 70 家。若以一級醫療區來看，38.6%集中在台北區，東區僅占 4.3%。

在兒科醫師人力方面，依本部醫事管理系統 106 年資料，共計 3,106 位領有兒科專科醫師證書。以一級醫療區分析，顯示 33.4%集中在台北區，東區僅占 2%。再以兒科醫師數與兒童人口數的比率 (PCPR, pediatrician-to-child population ratio) 分析，106 年臺灣每一萬名兒童約有 7 名兒科醫生，接近 OECD 成員國的平均值；但若以二級醫療區來看，卻發現各區域間最高與最低的每萬名兒童之兒科醫師數差距有 3 倍之多，而偏遠地區的 PCPR 遠低於平均值且變動幅度大。本部自 102 年起擬具提升五大科健保支付標準、五大科住院醫師津貼等多項策略。兒科住院醫師招收情形已有明顯改善，已由 102 年 89% 提升至 107 年 100%。由此可知臺灣兒科醫師人力最主要的問題是分布不均而非單純人力不足，城鄉差距問題亦是影響分布的一大因素。

在婦產科人力方面，依本部醫事管理系統 108 年資料，共計 2,434 位領有婦產科專科醫師證書，其中約有 47% 於醫院執業、53% 於診所執業。若以縣市做分析，婦產科人力最充足的為臺北市，最不足的為宜蘭縣，兩縣市間的差距有 3 倍之多。然而受到國內少子化影響，部分婦產科醫師並不經常執行接生業務。

(三) 兒童重難罕症照護的困境

兒童重難症泛指危及生命、後遺症發生率或死亡率高、病情複雜、診斷或治療困難的兒童疾病，需要由醫院的醫療團隊來負責診治照護，然而在「醫院」執業之兒科專科醫師人力低於 4 成，難以因應兒童重難症的醫療需求。

現代人生育人數下降、產前檢查及各項篩檢工具進步，讓原本為數不多的兒科重難症病例數下降，既影響各專科人才培訓，也可能使醫療照護團隊因經驗不足而不易改善醫療成效。不僅須要集中化醫療以達到最佳成效，亦須專業運送專業團隊以解決可近性較一般醫療低的困境。再者，高端的醫療科技有助於改善困難診斷疾病的診治。然而，單一醫療院所難以負擔，政府協助研發、整合資源，才得以減少兒童失能。為鼓勵兒童醫療朝向優質發展，期望兒童醫院之設立可齊備各專科人才，集中資源以提升兒科重難罕症醫療品質，作為兒童健康醫療的

最後防線。

準此，本部前於 104-106 年即透過獎勵方案計畫的推動，補助並提升各兒童醫療專業團隊的臨床照護，在多項重難症的照護已顯有成效。將以過去的成果為立基，逐步建立以病童為中心的跨領域整合團隊，經由經驗傳承、分享醫療作業流程，持續精進並擴大兒科重難罕症領域之醫療品質及專業技術。

(四) 兒童重症轉送

轉送照護醫學是一門新興的醫療專業領域，與急症、重症醫學稍有區隔，運作上也非常不同於醫院的實務環境。現有文獻指出運用專業的團隊進行轉送與兒童死亡率的降低有顯著關連性，而在非專業團隊主導醫療轉送的情形下多有併發症的情況發生。

目前臺灣的緊急醫療救護系統(emergency medical services, EMS)已涵蓋大部分的成人(及部分青少年)之緊急傷病患，但兒童在生理構造與疾病類別有其特殊性，需要專業訓練的專送知識與技能，目前兒童急重症轉送未有專門團隊負責或系統調派，過程中的風險和權責難以釐清；病童可能因救護車上沒有完備的醫療器材與相關專業人員及時穩定病情產生併發症、造成殘疾、甚至死亡，相關媒體亦曾報導指出國內現缺乏是類專業轉

送系統。依據兒童的年齡可大致區分為新生兒的周產期轉診和兒童重症，新生兒的轉診需求較高且有其時效性的考量，需要相對小區域的規劃；而兒童重症轉診的需求量不一且異質性高，宜規劃較大範圍並涵蓋不同層級醫療院所的網絡。兩者互為連結，分工合作，逐步擴大其專業能力以建構兒童轉送系統。

以國外經驗來看，加拿大的多倫多病童醫院自 1980 年代開始發展急重症兒童轉診，由重症新生兒外接開始，逐步擴展至全年齡急重症兒童轉送，現有規模已成一專業科別。加拿大兒童轉送的運作是以地區性的醫療系統為基礎，再進一步連結不同區域而架構出完整的轉送網絡，並透過國家數據庫評估轉送隊伍的品質指標變化、分析指標變化與重要的臨床結果的相關性，檢討改善以提高轉送績效。

(五) 缺乏以兒童及家庭為中心的整合初級照護

預防保健是兒童健康照護的基礎，新生兒篩檢和預防注射對疾病的早期偵測與預防扮演重要的角色。然而，少子化與小家庭化導致父母照顧寶寶的經驗傳承有限，建構完善的兒童健康檢查與健康諮詢系統包括育兒指導變得非常重要。早期衛生所擔負之兒童照護管理角色，現因任務多元及人力問題而漸感吃力；現有的健兒門診往往流於行政程序而未能落實衛教。

國民健康署於 2010 年起實施「新一代兒童預防保健服務方案」，藉由檢討利用率偏低項目及服務時程、強化兒童發展篩檢、並整合基層醫療資源，以提升兒童預防保健服務的整體利用率及品質。更從 2013 年 7 月 1 日起推展「兒童衛教指導服務補助方案」，依兒童不同年齡層提供相關衛教指導服務，有助於掌握兒童的生長發育情況。截至 2014 年 12 月底，申請醫師服務涵蓋率達 78.1%，2014 年服務人次約計 24 萬 4,768 人次，平均利用率 77.7%(較前一年降低了 4.4%)。未來配合分級醫療政策，善用基層兒科專科醫師人力，推動幼兒專責醫師，規劃以兒童及家庭為中心的整合性服務，應更能提升兒童預防保健與照護之綜效。

兒科專科醫師訓練計畫包括訓練場所及師資、不同層級住院醫師的訓練項目之評估已有完整的規劃。然而，因應現代化疾病分布的改變、健康促進與預防保健的重要性、新興科技對罕病與急重難症的診治、偏遠地區或高風險家庭的特殊醫療需求、青少年的行為問題或健康關注，不僅要培訓特殊專科人才，也要強化兒科醫學的一般基礎訓練，使基層照護者有足夠更新的知識因應家長需求，並與不同層級或專業的醫療院所醫師合作，各發揮所長以攜手守護臺灣兒童的健康。

(六) 偏遠地區的兒童健康照護問題

本土的調查資料與研究數據顯示偏遠地區居民相較於都會地區死亡率/疾病率較高、健康行為較差、就醫可近性不佳、醫療人力及資源匱乏等；而偏遠地區嬰幼兒死亡率、早產兒比例及先天性畸形比例偏高，主要原因為偏遠地區孕婦產前照護不足且追蹤不易，加以婦產科及兒科的急診和重症醫療資源較缺乏，兒童預防保健利用率偏低且無法落實、兒科專業醫療需求可近性差(如早期療育等)，現有的支援系統難以永續經營。若遇特殊或緊急狀況，衛生所或基層醫療院所缺乏診治的量能，僅能透過轉送或轉診。再者，因其地域分布與社經型態，既有的醫療系統難以早期篩檢高風險家庭及孕產婦並適時轉介，更衍生成後續新生兒出生後，若需進一步醫療照護所面對的轉送風險，導致死亡或未能及時處理的醫療相關問題。而耗時的轉診與高額的轉送費用對偏遠地區的家長及醫院端都難以負擔。

兒童醫療照護網絡與偏遠地區醫療資源的困境環環相扣，須檢視偏遠地區醫療資源配置問題及目前所面臨之困境，並藉由建置完善且緊密的兒童醫療照護網絡，整合區域資源共享，並發展遠距醫療與重症轉送，來縫補偏遠地區兒科醫療之不足，使兒童能獲得最適當之照護。

四、社會參與及政策溝通情形

因應以上的兒童議題，為有效進行政策研擬及溝通，本部前於104年即補助國家衛生研究院成立「兒童醫學及健康研究中心」(簡稱兒研中心)，以國家兒童醫療與健康政策智庫為主要任務，並持續協助本部，研析現今臺灣重要且迫切的兒童醫療與健康議題：

(一)於104-106年組成兒童醫療與健康政策工作小組，邀集公部門及

非政府組織(NGO)團體之專家學者，舉行約135場次會議，共同規劃及研析兒童醫療與健康照護短中長程目標等相關議題。並於107年依據先前研討會與專家會議之討論，列出當前最需迫切解決的兒童整合性議題(降低兒童死亡率、降低兒童肥胖率、減少兒童新興成癮問題、兒童醫療與健康整合體系等)，期能提供相關單位相關政策建言及建議解決方案。

(二)於105年及107年邀請加拿大多倫多 Sick Kids Hospital 的團隊，

前來分享加拿大病兒轉院及到院前進階支持醫療的體系建立與實務經驗，作為臺灣發展兒童完善醫療網之重要參考。相關重點如下：

1. 嬰兒和兒童在危急情況下的安全轉送尤其需要轉送醫學方面的高度專業知識和技能，同時也需要高度可靠的專業間互動和團隊合作。

2. 兒科轉送系統應該能夠提供先進的床邊兒科技術照護，迅速將危急且重症病童送往轉診醫院，並在運送至接受醫院期間保持照護水平。
3. 轉送團隊所被預期的任務並不在於診斷，而是當症狀突然發生時，轉送團隊必須立即深入分析問題，當機立斷地讓病患病情穩定下來，以協助病患能到院做後續的診斷治療，故須重視轉送團隊人員專業能力的培訓及認證。

(三)於 106 年召開「兒童醫療網之建置專家座談會」，邀請兒科專家及各縣市衛生局人員與會，討論臺灣兒童醫療網的規劃，會議重點包括：

1. 兒童醫療網的建置應以永續發展為規劃，基於既有的體制及架構做調整，並強化兒童專責醫療。
2. 醫療網絡分級應依據人力資源、人口比例等建置，佐以時間、距離、交通路線等規劃範圍，需特別著重偏遠地區或資源缺乏區域。
3. 兒童重難罕症的醫療需求不盡相同，應分級照護。而各層級醫療院所除需落實其相對應之任務外，應由上而下或由下而上提供支援及整合。
4. 研擬兒童轉診或後送的標準規範及流程，並培訓專業人力與完

備資源平台。

(四)於 107 年舉辦兒童死亡率研討會，從醫療與健康面向來解構臺灣兒童死亡率偏高的原因，邀請國內講者針對臺灣兒童死亡率、兒童死亡回顧、兒童事故傷害等議題進行探討。其中特別提到近年來我國出生體重<500 公克新生兒的死亡率出現上升的趨勢，且臺灣一年約有 1,200 位<500 公克的新生兒，重視並檢討目前制度下的孕婦照護品質實為必要。

(五)於 107 年在北中南東各地分別舉辦「改善偏遠地區兒童健康照護問題」焦點團體會議，實際走入地方去了解在地的聲音，與基層對談，瞭解偏遠地區兒童的醫療照護問題。根據焦點團體所收集之回饋，進行歸納分析後，得知偏遠地區兒童健康照護主要問題為：兒科偏遠地區定義不明確、兒童預防保健無法落實（資源不足且利用率偏低）、兒童醫療可近性差（如急診服務與早期療育等）、孕產期健康照護不易、高風險家庭難以發現且追蹤、兒科醫事人力分布不均、以及支援偏遠地區兒科醫療院所困境等。

貳、計畫目標

一、目標說明

新生兒是生命歷程健康的基礎，以母嬰照護為核心的周產期醫療是必要的根基。現行緊急醫療能力分級的評核，與兒科相關項目為急診醫療品質、緊急外傷病人照護和高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質，正是兒童醫療照護網絡需優先考量的醫療照護。

因此，兒童醫療照護網絡將以既有的中或重度急救責任醫院為基礎，強化其周產期照護及兒童緊急傷患就醫的能力，充足兒童急重難罕症的醫療服務及提升品質，並整合醫療轉送體系，連結公共衛生預防、周產期照護等相關體系，共同提升兒童醫療的照護品質。

本計畫執行之整體目標為：

- (一)完備周產期醫療系統的發展，改善孕產婦及新生兒的健康指標
- (二)提升兒童緊急傷患就醫的可及性，落實分層分區的兒童醫療照護
- (三)強化兒童重症轉診與加護的資源，以減少兒童失能
- (四)培訓本土需求的兒科醫療照護人力，提升偏遠地區或醫療資源匱乏區的照護量能
- (五)發展兒童為中心之幼兒專責醫師制度，擴大基層照護量能

二、達成目標之限制

- (一) 臺灣各地的主要生產的醫療院所層級和分布差異性大，民情習慣不同，具備「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」能力的醫院也分布不均。然新生兒急救有其急迫性，甚或應從高危險妊娠介入，推動母體產前轉診，以母嬰照護為核心，故需整合跨領域資源並因應區域現況與需求，彈性微調執行規劃，才得以建立可及性高且完備的周產期照護網絡。
- (二) 兒科專科醫師人力基層執業比例增高，區域分布不均，尤其偏遠地區或醫療資源缺乏區的相對不足。部分縣市的地區或區域醫院，甚至因兒科醫師值班人力不足，無法開辦兒科夜間急診服務。因此，24 小時兒童傷患就醫可能需視情況由急診科醫師共同照護，並照會兒科醫師。在基層照護的部份，則需考慮家醫科醫師在接受適當的教育訓練課程後予以共同協助。
- (三) 兒童重難罕症為複雜性高、但病例數不多的疾病，若未能及時介入適切醫療，常有不可逆且嚴重的影響。然近年來生育人數下降、產前檢查及篩檢工具進步，更讓兒科重難症病例數下降，既影響各專科人才培訓，也可能使醫療照護團隊因經驗不足而不易提升醫療成效。因此需要高度整合且具經驗的專業團隊，規劃集中化醫療及轉介規範，方能有效精進治療成效。

- (四) 目前在本島轉送病患的首要運輸交通工具為救護車，而離島間則使用直昇機來做空中運輸。在路面運送上，常因路況不佳(尤其是東部或山區)而受到限制，進而影響到行駛時間及安全性；然空中轉送則需考量設備、氣候甚或疾病在高空中因壓力衍生的生理變化等因素。除了培養兒童重症專責轉送團隊外，完善的設備及兒童轉診系統之規劃也甚為重要。
- (五) 現有醫療照護體制之提供仍偏重於醫療面，對於公共衛生三段五級之初段照護，資源投入仍顯不足。國內使用兒童預防保健服務的平均利用率已達7成，但根據國民健康署107年資料顯示，98年出生的孩子至7歲前，從未使用兒童預防保健服務者有1.5%。偏遠地區或醫療資源不足區，缺乏具相關專業知識的兒科醫師或家醫科醫師，加上就醫可近性低，往往是推動公共衛生的缺口。如何落實兒童健康與疾病的初段預防工作，以提升其健康量能，是規劃兒童醫療照護計畫所必需的。
- (六) 每個兒童都有得到完善健康照護的權利。然而，各種疾病與健康照護需求不同、區域資源與人口特質也有差異。高涵蓋率的兒童醫療照護網絡、需要分層分區執行、橫向縱向聯繫，亦要有因地制宜的調整空間，是規劃的挑戰。考量公務資源有限，宜採階段性推動，依據既有的醫療資源制定相對應策略及補助

方案，以兒童醫療資源匱乏區為優先，並予以加成補助，即時改善就醫品質，再逐步擴大服務範圍。並依據任務調整補助方案，兒童醫療資源充沛區之醫療院所已運作完善的功能，不額外補助但宜納入網絡規劃以確保照護涵蓋率；但提供獎勵以推動需集中化發展或研發精進的項目。

三、績效指標、衡量標準及目標值

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值	110年	111年	112年	113年
降低兒童死亡率	五歲以下兒童死亡率每年平均下降大於0.1‰	五歲以下兒童死亡率	4.7‰ (106年)	4.6‰	4.5‰	4.35‰	4.2‰
完備周產期醫療系統的發展	每縣市至少一家重點醫院為周產期母嬰醫療中心	達成縣市比率	-	50%	60%	80%	90%
	周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷	產檢至少4次的高風險收案產婦人數/當年被收案且於隔年5月前有生產的產婦人數x100%	-	86%	88%	90%	92%
	極低出生體重(<1500公克)兒關懷追蹤	接受追蹤或結案之極低出生體重兒人數/符合極低出生體重兒追蹤條件之總人數x100%	-	70%	80%	90%	100%
	低出生體重(<2500公克)兒關懷追蹤	接受追蹤或結案之低出生體重兒人數/符合低出生體重兒追蹤條件之總人數x100%	-	-	30%	50%	70%
提供24小時之兒童緊急傷患就醫服務	每縣市至少一家重點醫院提供24小時之兒童緊急傷患就醫服務	達成縣市比率(排除資源充沛區)	75%	85%	90%	95%	100%

策略目標	績效指標	衡量基準	現況值	年度目標值			
				110年	111年	112年	113年
跨院際的診治平台，以照護兒童重難罕症疾病	分區建立兒童重難罕症焦點團隊	兒童重難罕症焦點團隊數	-	6	10	14	18
培訓兒童重症運送專業團隊	核心醫院具備兒童重症運送的專業能力	兒童重症運送專業團隊數	-	1	2	3	4
未滿3歲之兒童有專責醫師的照護	逐年提升未滿3歲之兒童有專責醫師照護的涵蓋率	幼兒專責醫師收案未滿3歲之兒童人數/全國未滿3歲之兒童人數x100%	5% (109年試辦預估涵蓋比率)	10%	15%	20%	30%
推展脆弱家庭育兒指導服務	逐年提升育有6歲以下脆弱家庭育兒指導服務涵蓋率	達成縣市比率	25% (108年推動)	30%	40%	50%	60%

參、現行相關政策及方案之檢討

一、兒童醫療相關計畫內容說明

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
中央健康保險署	全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案	爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案(原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫)，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 1 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應。
	全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫	家庭醫師整合性照護計畫提供之家庭醫師照護是由病人最常就醫的診所收為會員，該診所為其主要照護診所，對其有照護責任，該病人也可稱為該診所之忠誠病人；依計畫內容之收案對象，較需照護名單除係擷取上年度全國民眾於基層診所就醫資料分析，將每一名民眾最常就醫的診所視為主要照護診所外，仍需連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)	IDS 計畫的運作模式主要是由鄉外醫院整合當地的衛生所(或診所)，共同組成醫療合作團隊，提供當地所有住民(不分年齡、性別及種族等)所需要的醫療照護服務，包含門診、急診、專科醫療支援、巡迴醫療及居家護理等醫療服務，係為補充性資源。
國民健康署	高風險孕產婦健康管理試辦計畫	高風險孕婦之收案條件，可依地方政府衛生局視轄內需求調整，具任 1 項健康風險因子(如：目前有吸菸或喝酒或嚼檳榔者、多胞胎、曾生過早產兒、確診為妊娠高血壓、確診為妊娠糖尿病、藥物濫用及心理衛生問題)，或具任 1 項社會經濟危險因子(如未滿 20 歲、低收、中低收入戶、教育程度高中職肄業或以下)，或未定期產檢個案，經取得個案同意接受關懷追蹤之同意書後，提供孕期至產後 6 週之衛教、關懷追蹤及轉介服務，以電話關懷為主，到宅訪視為輔。由醫療院所或衛生局視個案健康需求評估結果，提供健康

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
		促進計畫及相關資源轉介，如有社政資源所需，則協助轉介、通報，介接至各司署所提供之服務方案。
	早產兒追蹤關懷計畫 (早產兒基金會辦理部分)	依據國民健康署出生通報系統統計資料顯示，我國早產兒發生率由 95 年起皆維持在 8.5 至 9.8% 之間，106 年有 1 萬 8,910 名早產兒，占全國新生兒的 9.69%；極低出生體重(<1500 公克)早產兒有 1,802 人，占全國新生兒的 0.92%。目前國內財團法人台灣早產兒基金會辦理「早產兒追蹤檢查小組」，針對極低出生體重(<1500 公克)早產兒進行關懷追蹤，惟該追蹤方式受個人資料保護法及人力限制，無法全面追蹤。其餘極低出生體重(<1500 公克)早產兒各縣市醫療院所無統一個案管理及轉介機制。國民健康署曾於 106 年進行其餘未納入早產兒基金會追蹤之個案關懷試辦，惟其成效有待改善，計畫未予延續。因此，藉由建立早產兒統一追蹤關懷機制，建立追蹤網絡，提高追蹤涵蓋率，以達成早產兒健康成長之目標。
	孕婦產前檢查及兒童預防保健	補助提供孕期婦女提供孕婦 10 次免費產檢、超音波檢查及乙型鏈球菌篩檢各 1 次，及 2 次孕婦產前衛教指導(含早產防治)；兒童預防保健針對 7 歲以下兒童 7 次兒童預防保健服務，服務內容包括：身體檢查(身高，體重，頭圍，營養狀況，一般健康檢查，臀部篩檢，隱睪，眼睛檢查，心臟雜音，口試等)和發育檢查。
疾病管制署	兒童常規疫苗接種	預防接種是傳染病防治最重要且最具效益的介入措施，目前提供學齡前兒童常規接種的疫苗共 9 項 19 劑次，可預防 14 種傳染病。
保護服務司	推動兒少保護區域醫療整合中心計畫	有鑑於嚴重兒虐事件發生時，政府的介入常難以挽回兒少生命或健康，除了強化前端風險因子之預防措施外，對於兒虐事件的判斷亦應建立更科學之專業協助機制，爰行政院「強化社會安全網計畫」規劃推動區域級以上醫療院所建立兒少保護區域醫療整合中心，計畫為期 3 年(107-109 年)，以整合醫院內醫療團隊，協助兒虐個案驗傷診療，提升區域內相關醫事人員之兒虐辨識與防治知能，使兒虐個案驗傷診療及後續追蹤更為完善。
醫事司	105-107 年「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」	運用醫療發展基金，補助偏遠及非都會地區，每縣市(除台北市與新北市外)一家中度級以上急救責任醫院，提供 24 小時兒科(含新生兒及早產兒)緊急醫療服務，需有兒科專科醫師於夜間及假日值班，提供急、住診等醫療服務，包含：急

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
		診(病房)業務、新生兒照護、兒童加護病房與必要時之緊急會診等，並建立該醫療區域內兒童重症緊急醫療轉診網絡。
	105-108 年「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」	由醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院，協助提升「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」醫療服務資源與品質，增加民眾就醫之可近性。
	兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案	為加強臨床的重難症兒科服務品質，衛生福利部鼓勵現有提供兒科服務之醫院，積極發展具國際競爭力之兒童重難症醫療服務，以兒童癌症、兒童外科、兒童整形外科、兒童心臟科、新生兒加護、兒童重難症加護、兒童神經科等醫療服務，做為獎勵對象。
社會及家庭署	脆弱家庭育兒指導服務方案	<p>1.本方案係銜接「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」產後 6 週關懷追蹤服務之後，經評估仍有育兒指導服務需求，醫療單位可連結本方案繼續提供服務，如嬰幼兒為具特殊醫療需求之狀況，將與醫療單位共同合作提供醫療知能之育兒指導服務。</p> <p>2.本方案服務對象以行政院所核定「強化社會安全網計畫」之育有 6 歲以下脆弱家庭為優先，案件來源包含民眾自行求助、網絡轉介或連結及社政單位自行發掘之脆弱家庭。</p> <p>3.由縣市政府自行辦理或結合轄內民間團體提供到宅育兒指導、提升家長知能方案、育兒諮詢、親職指導人員培力等服務。</p>

二、兒童醫療相關計畫執行績效及檢討

(一)中央健康保險署

1.全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案

本方案係將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 1 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能以個案管理方式，提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。另本方案並非僅針對高危險妊娠提供照護服務。

106 年計有 127 家院所(94 家醫院、33 家診所)參與，照護人數 60,475 人，照護率 32.3%。另現行除台東縣及離島地區，臺灣其他各縣市皆已有院所參與方案。

2.全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

本計畫自 92 年 3 月 10 日起實施，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。

107 年共組 567 群醫療群、收案會員數達 473 萬人，占總納保人口數 19.8%；參加診所數達 4,558 家，占基層診所 43.6%；參加醫師數達 5,924 人，占基層醫師人數 37.8%。

然計畫收案對象要求需連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人；因未滿3歲之兒童未有連續兩年在相同診所就醫之資料，不符計畫所訂之較需照護名單，故多數兒童未能享有此計畫之服務。未來將參考此計畫之執行方式，優先以未滿3歲之兒童為收案對象，建立專屬兒童的照護責任醫師制度。

3. 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)

現IDS計畫於50個山地離島地區實施，計30個計畫。依山地離島地區居民就醫需求，因地制宜彈性調整所需專科診次，查現有21個IDS計畫提供兒科專科診次服務。

未來期能配合此計畫協助兒科照護知識的職前訓練(下鄉服務前、不限原科別)，依各區需求加強兒童預防保健、早療等服務，擴大兒童醫療照護的服務範圍。

(二)國民健康署

1. 高風險孕產婦健康管理試辦計畫

衛生福利部國民健康署106年推動高風險孕產婦健康管理試辦計畫，由衛生局結合轄區醫療院所執行，針對高風險懷孕婦女，提供孕期至產後6週之個案管理關懷追蹤等服務。目前有嘉義、花蓮、台東、屏東、南投及宜蘭6縣共24家產檢院所參加。108年除前述縣市外，另新增新北市、苗

栗縣及高雄市加入辦理此計畫。

過去較無一個完整的政策或方案可以有效維持孕產婦及新生兒的醫療照護品質。雖近年來有「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」，但由於計畫僅針對若干特殊個案，受惠對象無法完整涵蓋全台孕產婦。

2. 低出生體重兒返診追蹤計畫

依《兒童及少年福利與權益保障法》，第 7 條規定：

「....衛生主管機關：主管婦幼衛生、生育保健、早產兒通報、追蹤、訪視及關懷服務、發展遲緩兒童早期醫療、兒童及少年身心健康、醫療、復健及健康保險等相關事宜」。

依據國民健康署出生通報統計資料顯示，我國早產兒發生率由 95 年起皆維持在 8.5 至 9.8% 之間，106 年有 1 萬 8,910 名早產兒，占全國新生兒活產數的 9.69%。同年極低出生體重(<1500 公克)早產兒活產人數為 1,802 人，約占全國活產新生兒的 0.92%。相關文獻指出，早產兒胎齡愈短、體重愈輕，出生後神經受損愈嚴重，及早於嬰兒期介入可減少相關合併症及提升認知發展。

世界各國的早產兒出院後照護模式不盡相同，但大多以其原先照顧的醫院進行追蹤（如：美國、日本、瑞士、韓

國、新加坡、加拿大等)，輔以社區的公共資源協助居家照護與早期療育。住院期間的狀況及追蹤所得的結果匯入早產兒追蹤的網絡，以做為醫療品質改進以及國家衛生政策的參考。

國內財團法人台灣早產兒基金會建立「早產兒追蹤檢查小組」，長期針對極低出生體重(<1500 公克)早產兒進行關懷追蹤，惟該追蹤方式受個人資料保護法及人力限制，無法全面追蹤。另，各醫療院所對於極低出生體重(<1500 公克)早產兒無統一個案管理模式及轉介機制。國民健康署曾於 106 年針對未納入早產兒基金會追蹤之個案進行追蹤關懷試辦計畫，惟其成效有待改善，計畫未予延續。在此，期透過本計畫，藉由建立低出生體重兒返診追蹤模式，提升低出生體重兒返診率。

3. 孕婦產前檢查及兒童預防保健

孕婦產前檢查利用率皆維持近 9 成左右，107 年產檢利用人次約 163 萬 8,361 人次；平均利用率 94.5%，至少 4 次產檢利用率 97.9%。

兒童預防保健服務平均利用率由 83 年最初 18.09%，提升至 107 年 78.4%。本署 107 年委辦研究顯示，前 4 次皆未執行者，以偏鄉及原鄉為高，因此提供縣市衛生局以專案核

定社區外展服務以提升可近性，以提升兒童預防保健利用率。

(三)疾病管制署

1. 兒童常規疫苗接種

兒童各項常規疫苗皆持續維持高接種完成率，基礎劑達 96% 以上，追加劑超過 93%，有效控制疫苗可預防疾病。

為各項常規疫苗高接種完成率之持續維持及再提升，除提供合約醫院診所及衛生所接種常規疫苗每劑次補助 100 元接種處置費，並將持續優化預防接種資訊管理系統(NIIS)功能，提升幼童疫苗催/補種追蹤之效率及接種完成率，另建立與社政等機關介接資料之交叉比對分析功能，確保特定風險族群幼兒及時獲得疫苗保護。

(四)保護服務司

1. 推動兒少保護區域醫療整合中心計畫

自 107 年 7 月起補助全台 7 家兒少保護區域醫療整合中心，經統計全台 7 家兒少保護區域醫療整合中心 107 年 7-9 月計協助 48 名兒虐個案驗傷辨識與評估，協助 15 名兒虐個案進行身心治療與鑑定，以上合計 63 名，其中計 44 件(約 7 成)由專業醫師評估為高度懷疑為兒虐；由檢警單位介入調查者計 23 件(約 3 成 7)。

在專業知能提升與網絡合作部分，全台 7 家兒保醫療中心 107 年 7-9 月共辦理 55 場次教育訓練及網絡、個案研討會議，計 1,744 人次參與；兒少保護區域醫療整合中心參與其他單位會議及教育訓練場次計 46 場，參與人次計 153 人次。為持續累積兒少保護醫療專業，並穩定、永續推動兒少保護醫療網絡合作，爰 108 年度持續推動本計畫。

(五)醫事司

1. 105-107 年「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」

本計畫目的為提升偏遠或非都會地區急救責任醫院兒科急診服務量能及品質，俾增進醫院照顧兒童之緊急醫療能力，並與鄰近區域之醫院合作，強化院際間醫療服務。

從 105 年核定 13 縣(市)13 家醫院，到 106 年的 15 縣(市)15 家醫院，目前全國已有桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣、台中市、雲林縣、南投縣、嘉義市、彰化縣、台南市、高雄市、屏東縣、花蓮縣、澎湖縣、金門縣等縣市，可提供 24 小時兒科專科醫師急診服務。

2. 105-108 年「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」

本計畫目的為提升偏遠地區急重症醫療照護品質，透過

醫學中心支援急診與相關急重症之醫師人力，以協助離島及醫療資源不足地區之醫院達成醫院緊急醫療能力分級評定基準之要求，落實醫療在地化。

計畫執行由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 25 家離島及醫療資源不足地區醫院，105 年及 106 年分別提供 107 名及 108 名急重症醫師人力。然藉由本計畫輔導 12 縣市之 25 家受獎勵醫院，106 年已協助 1 家醫院達重度級，5 家達部分重度級，5 家達全中度級，1 家達中度級(不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護章節)，10 家達部分中度級急救責任醫院基準，有效提升在地醫療服務資源與品質，落實在地化醫療以降低緊急傷病患轉出率。

3. 兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案

為發展及強化兒科急重難症創新之特色，辦理「兒科重難症醫療照護團隊獎勵」方案，獎勵 7 項類別(兒童癌症、兒童外科、兒童整形外科、兒童心臟科、新生兒加護服務、兒童重難症加護服務及兒童神經科)之醫療服務，104 年補助 12 家醫院 30 組團隊，105 年補助 11 家醫院 31 組團隊辦理，106 年補助 11 家醫院 29 組團隊辦理，提升兒科臨床的重難症醫療服務品質。

(六)社會及家庭署

1. 脆弱家庭育兒指導服務方案

依據 105 年兒少保護案件分析施虐因素，以施虐者缺乏親職知能 35% 最高、負面人格特質 23% 次之、藥酒癮 12% 再次之，因此，提升父母或主要照顧者之親職知能及技巧，預防最脆弱的 6 歲以下兒童遭受不當照顧或虐待實有必要。經檢視前述負面人格特質及藥酒癮者，亦為「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」之服務對象。倘前開計畫結束服務後，可連結本方案提供常規兒童育兒指導服務，有醫療需求之特殊嬰幼兒育兒指導服務建議連結醫療體系如幼兒專責醫師等，強化高風險孕產婦家庭教養及親職知能。

於 108 年推動本方案並補助新北市、臺中市、臺南市、高雄市、南投縣、雲林縣、嘉義縣及屏東縣 8 縣市辦理，為減緩區域資源不平等現象，確保有需要之脆弱家庭均能獲得專業服務與協助，將持續擴大推動全國 22 縣市，督促地方政府培植在地民間團體提供育兒指導服務資源，推展脆弱兒童保護預防性工作。

(七)現有計畫的挑戰與突破

1. 新生兒與五歲以下兒童死亡與周產期照護相關，應重新審視

高風險孕產婦標準化服務流程，以家庭訪視為原則、並提供有特殊醫療照顧需求之新生兒衛教指導，強化周產期照護，銜接既有的孕產護照方案，期能普及式建構全國孕產婦至產後 6 個月的新生兒衛教指導資源。

2. 既有的第八期醫療網計畫中雖有制定相關兒童緊急醫療照護之目標，但並無規劃相關經費，僅透過「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」使用醫療發展基金補助部分醫院。未來將延續此計畫精神，期以較穩定的財源持續提高兒童緊急傷患就醫的涵蓋率，同時納入兒保中心任務，以強化與社福資源的連結。
3. 兒科照護資源存在城鄉差距亟待改善，應推動兒童醫療照護網絡，透過分級醫療、雙向轉診的概念，由各級醫療院所分工合作提供連續性、整合性的醫療照護。然兒童重難罕症之照護應集中化，故需整合區域資源共享，並逐步發展遠距醫療與重症轉送以確保就醫可及性。
4. 過去兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案的團隊多侷限於單一醫院的服務，為有效整合資源提升效益，調整規劃以跨院際合作之焦點團隊方式運作。另外亦需強化重難罕症兒童家庭支持、出院準備及轉銜機制，以利結合醫療及社政單位提供

之福利補助及醫療照顧服務與後續追蹤。

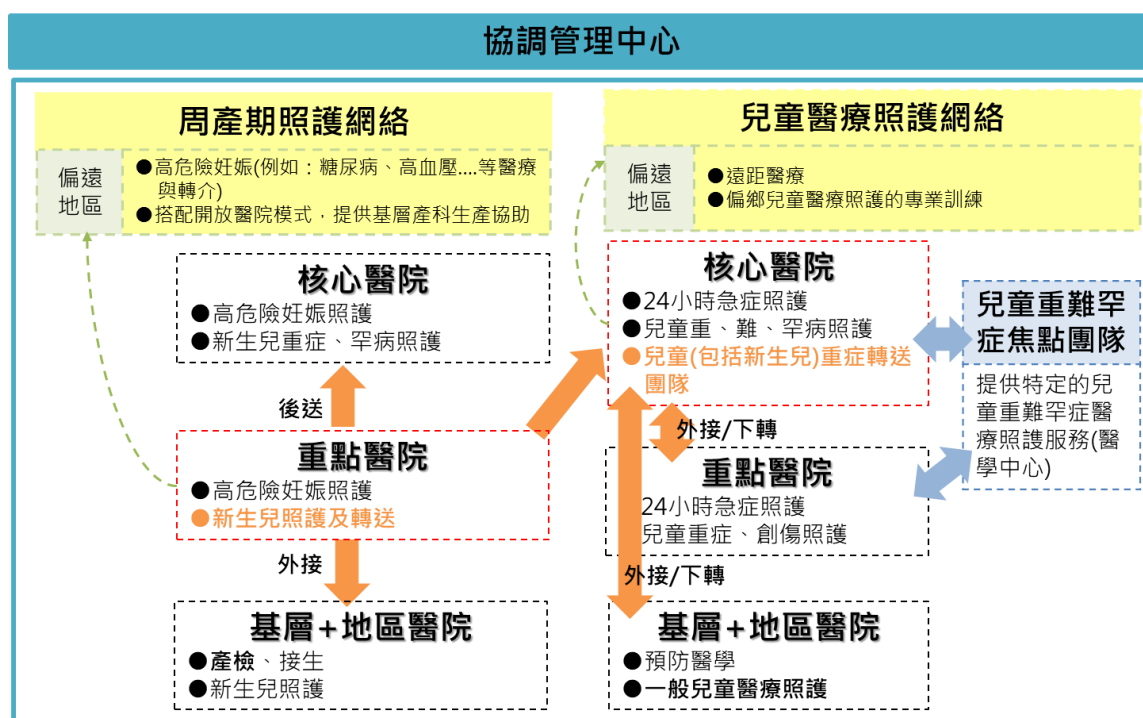
5. 既有的家庭醫師整合性照護計畫主要照護對象為慢性病患者或就醫次數較高的成人。幼兒醫療照顧有其特殊性，如篩檢、預防保健等皆不同於成人，與社政體系如早期療育或兒虐通報的連結尤其重要，須由具備相關專業訓練的醫師提供服務，並研擬兒童專屬的照護策略及指標。因此，規劃以試辦計畫先行推動，評估成效且滾動式修正。後續得以研擬逐步納入全民健康保險基金辦理之可行性。
6. 衛生福利部現有的兒童醫療照顧相關計畫之財源來自多個基金，例如：提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫由醫療發展基金支應、高風險孕產婦健康管理試辦計畫由菸品健康福利捐支應、脆弱家庭育兒指導服務方案由公益彩券回饋金支應等。然各項基金財源有限，為規劃完整且持續性的兒童醫療照顧網路，後續將整合至本計畫以公務預算執行，並以不重複補助為原則。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

(一) 架構

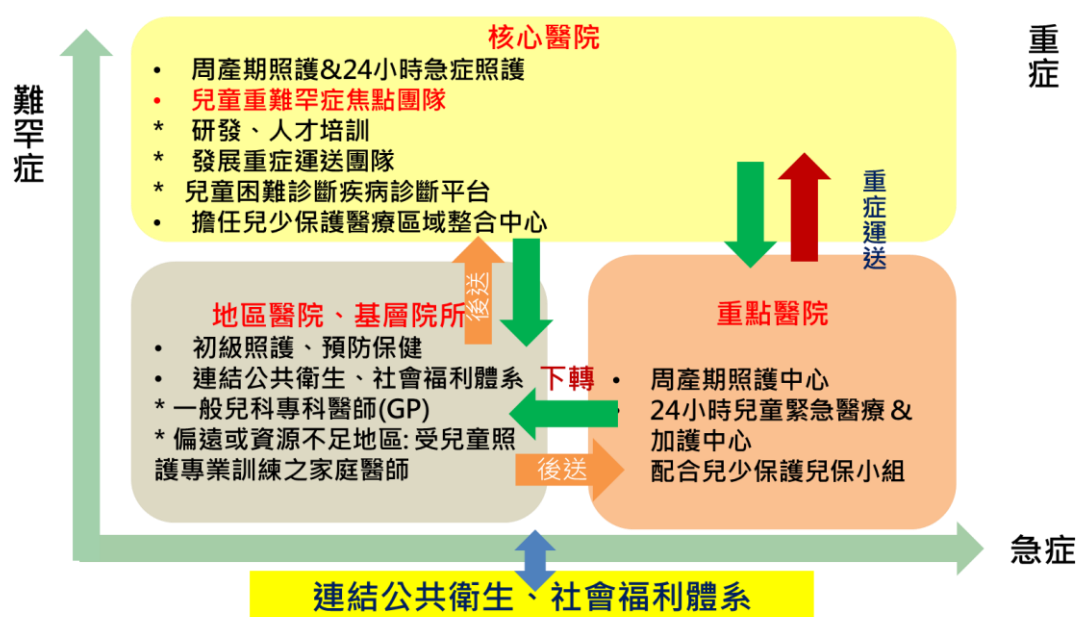
本計畫服務對象之兒童泛指十八歲以下，其中亦包含特定年齡層的族群，如：周產期（母嬰）、幼兒（未滿三歲）等族群，期能從生命的源起，增加兒童醫療及健康資源之挹注，有效提升兒童醫療照護品質，確保兒童生命質量，故規劃「周產期照護網絡」及「兒童醫療照護網絡」2大重點架構。



註：橘色箭頭表示轉送團隊的主責(含外接及下轉)、綠色箭頭表示主責支援偏遠地區、藍色箭頭表示兒童重難罕症之轉診

周產期轉診與照護及兒科急症處理，需要在地化醫療，宜以母嬰照護為核心，並強化兒童緊急傷病患就醫的量能，因應

區域需求，重點醫院居中擔任基層與醫學中心(核心醫院)間的橋樑。兒童重症轉診與重難罕症照護，則宜以集中化醫療(centralize)方式，由跨領域、資源整合的醫學中心(核心醫院)發展，規劃分區分級的雙向轉診機制，完備兒童醫療照護網絡。在兒童初級醫療照護與預防保健方面，規劃建立幼兒照護專責醫師制度。至於偏遠地區或醫療資源匱乏區，研擬由轉診網絡、遠距醫療、人力培訓等強化兒童醫療的照護支持。



兒童醫療照護網絡，為因應兒童各種健康狀況的不同照護需求，規劃以醫療資源分級、以就醫可及性分區的網絡。兒童重難罕症焦點團隊主責重難罕病的照護，核心醫院除上述任務外，並協助建立重症運送團隊、發展困難診斷疾病平台及遠距

醫療、培訓人才等；每縣市至少一家的重點醫院成為周產期照護中心，負責 24 小時兒童緊急傷病患的加護照護；地區醫院與基層院所著重預防保健和初級照護，在偏鄉或資源不足區域則需借重非兒科醫師接受必要訓練後的支援服務。再藉由雙向轉診與專業轉送團隊串起網絡，同時與公衛體系和社福體系連結，以確保資源挹注的有效運用及健康照護的連續性。

(二) 協調管理中心

在「周產期照護網絡」及「兒童醫療照護網絡」外建置了協調管理中心，居中擔任規劃及管理兒童醫療照護計畫執行的角色，其主要任務如下：

1. 協助並輔導兒童醫療網之規劃與推動，並協助管考及成效評估。
2. 協助進行計畫評選及監測執行團隊的執行進度與績效指標，並定期舉行成果發表、講座或研討會，增進各層級兒童醫療照護單位之交流。
3. 協助研發兒童醫療網之共通性素材，彙整本部各司署兒童相關照護及福利之資源及連結，廣納各領域專家意見，研擬幼兒照護專業知識指引及服務手冊。
4. 協助辦理兒童醫療專業培訓課程，包括幼兒專責醫師制度的

專業資格認定等課程；以及偏鄉或資源不足區域的兒童醫療照護知識。

5. 規劃建置「困難取得之兒童藥品及醫材資訊平台」，協助整合兒童臨床必要藥品及醫療器材之資訊及相關申請流程，提供使用端友善的快速搜尋及相關處理機制。
6. 研析兒童重要健康指標及兒科人力分布的相關資料，參照國際文獻的科學證據，協助研擬政策轉譯。
7. 規劃建置兒童資料整合系統，彙整參與醫療院所的相關評核指標及成果，以提供政策滾動修正之參考。

(三)各層級兒童醫療照護單位

關於「周產期照護網絡」及「兒童醫療照護網絡」的部分，依區域及醫療照護量能規劃核心醫院；考量各縣市人口數、交通距離及既有醫療資源規劃重點醫院，並得依執行情況擴大。在偏遠地區或醫療資源匱乏地區，則由核心醫院與重點醫院協助支援地區醫院或基層診所。各兒童醫療照護單位，須涵蓋的功能任務不同，得依據各區域醫療資源的現況，調整補助：

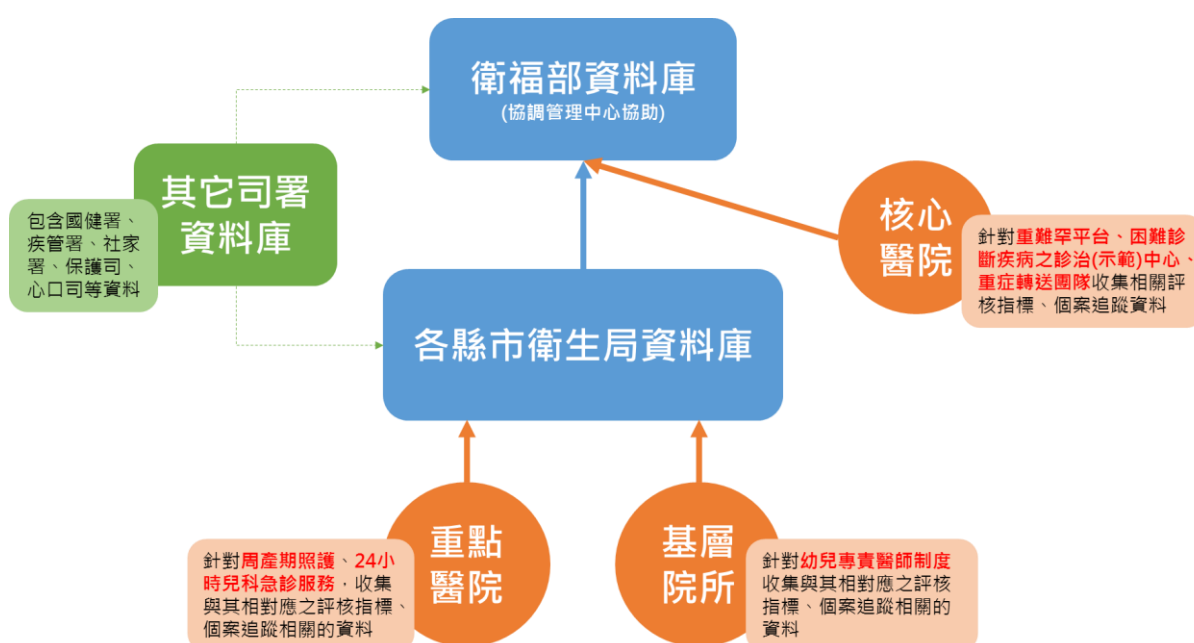
兒童醫療 分層 功能任務	核心醫院	兒童重難罕症 焦點團隊	重點醫院 (中/重度級以上 急救責任醫院)	地區醫院及 基層院所
周產期轉診(含 運送)與照護	V*	—	V	—
急症(兒童緊急 傷病患就醫)	V*	—	V	—
兒童重難罕症照 護	V	V	—	—
★兒童重症運送	V	—	—	—
★兒童困難診斷 疾病平台	V	—	—	—
★研發與人力培 訓	V	—	—	—
幼兒專責醫師	—	—	—	V

備註：「V」表示應具有該項能力；「—」則表示無要求；「*」表示無額外補助。

說明：
地區醫院及基層院所主責幼兒專責醫師之任務；重點醫院主責周產期照護及兒童急症照護之任務；核心醫院除兒童重難罕症焦點團隊任務外必須具備周產期照護及兒童急症照護之能力，另可視該院能力負責「★」之特殊行政任務。

(四)各單位之連結與整合

因本計畫涵蓋不同地域、層級之醫療院所，不僅是縱向與橫向的溝通與連結，更需與部內各單位合作。對於整體計畫的執行、管理，應借重資訊科技的技術設備，透過完善的系統規劃與整合，發展大數據研究模式，以兒童為核心、健康為主軸，依據生命歷程規劃，建置本土的兒童健康資訊資料庫，以建立臺灣兒童健康的常模。藉由精準醫療之概念與應用，透過資料的串連分享，進行兒童專屬健康指標的風險與預後相關分析，以提供更準確的治療或預防策略。不僅可落實成果轉譯，作為未來政策規劃的實證依據，亦可與國際接軌，進行兒童相關健康指標的國際比較，以為提供計畫推動與落實的基礎。



1. 各縣市衛生局統籌收集該縣市重點醫院及基層院所的資料，
並由 1-2 名個管人員協助進行資料的彙整及追蹤：
 - (1) 重點醫院：針對周產期照護、24 小時兒科急診服務，收集
與其相對應之評核指標、個案追蹤相關的資料。
 - (2) 基層院所：針對幼兒專責醫師制度收集與其相對應之評核
指標、個案追蹤相關的資料。
 - (3) 彙整相關司署所提供的兒童數據資料（如國民健康署的預
防保健篩檢率、疾病管制署的疫苗施打率等），以評估幼兒
專責醫師的執行完成率。
2. 核心醫院針對兒童重難罕照護平台、兒童困難診斷疾病之診
治(示範)中心、建置兒童重症轉送團隊之工作項目收集與其
相對應之評核指標、個案追蹤相關的資料。。
3. 設置兒童醫療(健康)資料庫，匯集各縣市衛生局、核心醫院
已初步彙整之資料，並由協調管理中心協助將整合的資料做
進一步的管理及分析，以為滾動式修正計畫執行之參考，及
計畫成效的評估。
 - (1) 協調管理中心建置資料整合系統的規劃：

資料整合系統預計分為「流程管理」與「成效評估」
兩方面進行。「流程管理」提供完整的幼兒至兒童的醫療資

訊，幼兒專責醫師透過該系統進行個案管理，重點醫院則以此完備周產期照護與急診轉送等；「成效評估」方面，除了檢核資訊整合系統運作之成效，並可依據系統資料進行兒童健康預後分析。

- a. 第一年：參考加拿大多倫多病童醫院發展國家數據庫，成立前置作業工作小組，負責系統建置規劃相關事務；建置登錄平台，配合計畫運行初期時程上線。
 - 針對幼兒至兒童健康照護需求，盤點系統所需之各項指標與資料來源、權責司署單位、定義等。
 - 回顧文獻與其他國家在資訊整合平台之相關經驗，召開專家會議研議整合性網路系統之建置規劃，包含法源依據、介面設計等。
 - 規劃建置專屬幼兒至兒童的個案管理登錄平台與介面，以醫師或個案管理師(醫院為單位)作為登錄單位。
- b. 第二年：根據前一年度的運作情形精進登錄平台之功能，並啟動後端資訊處理系統之前置規劃。
 - 根據盤點成果，檢核不同資料登錄或來源之一致性。
 - 研擬整合系統與各司署現有健康行政資料之整合或介接等可行性。

- c. 第三年：建置後端資訊處理系統，整合幼兒至兒童的健康及醫療資訊。
 - 初步利用整合系統進行分析，並參考登錄管理端的個案資料，以評估各任務指標及計畫執行成效。
- d. 第四年：完成幼兒至兒童醫療(健康)整合資訊系統之建置，應用於相關醫療品質改善之成效分析。
 - 邀請專家指導評估，並依運作情形，精進及改善整合系統之使用。
 - 針對本計畫兒童健康相關指標或醫療品質改善進行成效分析，以為後續政策擬訂、修正之參考。

(五)主要工作項目

透過「周產期照護網絡」、「兒童醫療照護網絡」與協調管理中心的規劃，列出以下八點主要工作項目：

- 1.完備周產期醫療照護系統
- 2.建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡
- 3.跨院際整合資源，強化重難罕症的照護能力與品質
- 4.發展兒童重症運送專業團隊及網絡
- 5.規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台
- 6.培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用

7.發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度

8.推展脆弱家庭育兒指導服務方案

二、分期(年)執行策略

年度 項目	110年	111年	112年	113年
完備周產期醫療照護系統	<ol style="list-style-type: none"> 輔導每縣市至少一家兒童重點醫院為周產期母嬰醫療中心，以負責高危險妊娠與新生兒加護照護及後續追蹤。 以提升母嬰的健康為核心，跨領域團隊網絡為基礎，規劃因地制宜的周產期轉診及運送流程。 針對高風險孕產婦(兒)族群，建立關懷追蹤服務制度，提供健康促進需求評估及定期追蹤產檢、轉介資源等服務，加強落實偏遠地區或醫療資源不足地區的服務。 分區規劃數個低出生體重兒追蹤關懷中心，以及建立低出生體重兒追蹤登錄專區系統，以提供完善的追蹤關懷服務。 			
建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡	<ol style="list-style-type: none"> 延續「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」目標，補助每縣市至少一家兒童重點醫院，提供24小時之兒童緊急傷患就醫服務，並肩負轄區內兒保小組的任務，協助個案的診治及轉介通報。 每縣市至少一家兒童重點醫院負責兒童重症加護照護，接續照護則依據緊急醫療能力分級。 配合急救責任醫院分級評定制度改革，建置分級、分區的兒童緊急醫療照護網絡，推動雙向轉診，並系統性監測品質。 由協調管理中心統籌，規劃兒童就醫地圖資訊平台。 			
跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質	<ol style="list-style-type: none"> 延續「兒科重難症醫療照護團隊補助方案」，以焦點團隊方式推動跨區、跨院際的診斷或治療資源平台，提升診治成效、減少兒童失能。 推動偏遠地區或醫療資源不足地區的兒童遠距醫療。 擔負兒少保護的醫療區域整合中心任務，協助處理複雜、嚴重或具爭議性兒虐案件。 由協調管理中心統籌，規劃建置困難取得之兒童藥品及醫材資訊平台。 			
★發展兒童重症運送專業團隊及網絡	優先補助1-2家核心醫院組織示範團隊，完成國外參訪訓練，並提出國內重症轉送團隊的建置指引。	示範團隊協助培訓兒童重症轉送專業人員。依據臺灣醫療需求，分區建置數個兒童重症運送專業團隊，並規劃轉診網	與重點醫院的周產期轉送(外接)團隊連結，逐步擴大服務項目與範圍(研擬遠距醫療以銜接等待轉診的照護)。	完成全國重症運送網絡規劃，藉由成效監控、經驗分享，與國外團隊交流，提升臺灣兒童重症的轉診量能。

年度 項目	110年	111年	112年	113年
		絡及照護流程。		
★規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台	完成至少一家示範平台的軟體設備建置，及專業人員培訓。	規劃困難診斷疾病之診治平台、檢測流程及醫師轉介服務規範。	推廣臨床醫療照護點的設置，建立網絡交流平台，逐步擴大服務項目與範圍。	統整資料並定期發表成果，與國際接軌，更新充足診治資源。
★培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用				<ol style="list-style-type: none"> 1. 因應人口趨勢及分布，規劃培訓兒童醫療相關專業人力。 2. 著重地域差異及在地需求，挹注資源于推廣兒童醫療新知於畢業後的專業繼續教育。 3. 開辦兒童照護相關的專業訓練，協助偏遠地區或資源匱乏區域執業的非兒科醫師，以提升兒童照護品質。 4. 挹注資源以鼓勵兒童臨床照護相關研究，重視本土需求之創新研發與轉譯應用。
發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度				<ol style="list-style-type: none"> 1. 優先由基層院所或社區醫院之兒科醫師擔任未滿3歲之兒童之照護專責醫師，以提升嬰幼兒的主動照護。 2. 以幼兒專責醫師與核心醫院及重點醫院跨層級合作，建立兒童醫療照護網絡(上轉與下轉)的合作關係。 3. 強化醫療體系與公共衛生體系(衛生所)、社福體系(高風險家庭)的連結，主動關懷追蹤有潛在照護需求的兒童與家庭。 4. 全面推動幼兒專責醫師制度，針對偏遠地區或資源匱乏區域，研擬在地執業的非兒科醫師專業培訓規劃。
推展脆弱家庭育兒指導服務方案				<ol style="list-style-type: none"> 1. 銜接高風險孕產婦(兒)族群產後6週或6個月的關懷追蹤服務，經評估仍需常規育兒指導服務者，透過轉介與連結本方案續予提供服務。 2. 推動並落實偏遠地區或育兒資源不足地區，針對具有特殊醫療需求、脆弱家庭照顧支持服務之轉介，並與醫療衛生體系(幼兒專責醫師等)、社福體系相關資源結合。

三、計畫執行步驟與方法

(一)完備周產期醫療照護系統

1.策略作法

- (1) 輔導每縣市至少一家兒童重點醫院為周產期母嬰醫療中心，補助排除兒童醫療資源充裕區域，另針對資源不足區域加成補助，以負責高危險妊娠與新生兒加護照護及後續追蹤。
 - a. 盤點調查各區域主要生產醫療院所之層級與分佈，著重現有的周產期照護量能。周產期母嬰醫療中心規劃以各縣市重度級急救責任醫院為優先，補強周產期醫療所需之人力、設備資源，整合婦產科、新生兒和急重症等跨領域醫療團隊，以提升照護能力及效率。
 - b. 由重點醫院協助辦理教育訓練，以共同提升區域網絡內之基層院所的照護能力。
 - c. 監測各重點醫院負責區域內，高危險妊娠與新生兒的概況如發生率與存活預後，藉由危險因子分析以改善健康指標。
 - d. 主動追蹤高風險新生兒出院後的健康發展及併發症的評估與早期介入、協助居家照護及衛教諮詢。
- (2) 以提升母嬰的健康為核心，跨領域團隊網絡為基礎，規劃

因地制宜的周產期轉診及運送流程。

- a. 建立基層醫療院所與重點醫院的資訊溝通平台，並以核心醫院為最高階層的後送基地。整合在地資源，跨大區域聯防為完善的周產期醫療網，逐步推動雙向轉診，使各層級醫療院所資源得到最佳利用。
- b. 規劃**新生兒轉送人員(團隊)**的專業培訓課程並定期評核，擬定並充實相關軟硬體設備需求。
- c. 推動優質醫療(如**高危險妊娠的產前轉診**)為核心，並定期舉辦個案討論或座談會，以改善診治流程與成效。
- d. 評估遠距會診、開放醫院模式之可行性與成效。

(3) 針對高風險孕產婦(兒)族群，建立關懷追蹤服務制度，提供健康促進需求評估及定期追蹤產檢、轉介資源等服務，強化並落實偏遠地區或醫療資源不足地區的服務。

- a. 補助地方政府衛生局結合轄區產檢院所，針對高風險懷孕婦女具健康風險因子，提供孕期至產後 6 週之衛教、關懷追蹤服務。
- b. 提供明確服務窗口與資訊化服務，包含產檢時面對面諮詢服務及電話關懷服務等，並後續視個案需求，輔以到宅訪視。

- c. 配合公共衛生體系、社福體系(如脆弱家庭育兒指導服務方案)的資源連結，普及式建構全國孕產婦至產後六個月新生兒衛教指導資源；針對有特殊醫療照顧需求之新生兒，則以家庭訪視為原則，提供衛教育兒指導服務及轉介服務由醫療或社政介入協助。
 - d. 強化偏遠地區或醫療資源不足地區的服務需求。另委請原住民族委員會協助，轉知所屬部落文化健康站及原住民族家庭服務中心相關合作院所清單，主動對孕產婦關懷其產檢狀態，並轉介符合收案條件者至合作院所進行收案追蹤。
- (4) 分區規劃數個低出生體重兒追蹤關懷中心，以及建立低出生體重兒追蹤登錄專區系統，提供完善的追蹤關懷服務。
- a. 整合兒童醫療照護網絡及相關體系，委辦醫療院所成立低出生體重兒追蹤關懷中心，規劃 37 週以下(出生體重 <1500 克及 <2500 克)低出生體重兒追蹤關懷及轉介作業流程。
 - b. 建置低出生體重兒登錄專區系統，以個案管理模式協助資料的彙整及追蹤，並建立跨縣市個案轉介聯繫機制及協尋失聯個案。

- c. 辦理低出生體重兒追蹤關懷模式及居家照護重點訓練課程，提升各中心及醫院個管人員的知能。

2. 預期效益

每縣市至少一家重點醫院為周產期母嬰醫療中心，涵蓋率從 50% 逐年增加至 90%。期能藉由周產期照護網絡的建置，提升母嬰的健康照護品質，降低孕產婦及嬰幼兒死亡及後續的慢性罹病率，尤其增進極低和低出生體重兒的追蹤照護。

3. 預算

- (1) 補強周產期醫療照護所需之人力，以新生兒轉送團隊專業人員、高風險新生兒個案管理師為主，預計每年約需 35,000 千元，4 年合計需 140,000 千元，視各年度實際需求及辦理情況調整之。
- (2) 補助新生兒轉送照護團隊之建置(如部分設備、服務費用等)，預計每年約需 50,000 千元，4 年合計需 200,000 千元，視各年度實際需求及辦理情況調整之。
- (3) 補助追蹤(含轉診)高危險妊娠的服務費用，預計每年約需 25,000 千元，4 年合計需 100,000 千元。
- (4) 補助追蹤高風險新生兒之服務費用，預計每年約需 15,000 千元，4 年合計需 60,000 千元，視各年度實際需求及辦理

情況調整之。

- (5) 針對資源不足區域額外加成補助，預計每年約需 20,000 千元，4 年合計需 80,000 千元。
- (6) 建立高風險孕產婦(兒)族群關懷追蹤服務，預計每年 66,862 千元，4 年合計需 267,448 千元。
- (7) 提供低出生體重兒完善追蹤關懷服務，預計 110 年 8,800 千元，111-113 每年 25,800 千元，4 年合計需 86,200 千元。

(二)建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡

1.策略作法

- (1) 延續「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」目標，排除兒童急診資源充裕之區域，補助每縣市至少一家兒童重點醫院，並針對資源不足區域加成補助，提供 24 小時之兒童緊急傷患就醫服務。
 - a. 執行規劃應以在地永續經營為主軸，結合專業人才培訓，並考量各重點醫院的專科人力與需求而客製化。
 - b. 肩負轄區內兒保小組的任務，協助個案的診治及轉介通報。
- (2) 每縣市至少一家兒童重點醫院負責兒童重症加護照護，接續照護則依據緊急醫療能力分級。
- (3) 配合急救責任醫院分級評定制度改革，建置分級、分區的兒童緊急醫療照護網絡，推動雙向轉診，規劃系統性的品質監測。
 - a. 輔導重點醫院針對緊急醫療能力分級評核中與兒科相關的章節：「急診醫療品質」、「緊急外傷病人照護」和「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質」，強化其人力設備資源，並提升照護品質。(期與周產期

母嬰醫療中心整合為同一院所)。

- b. 核心醫院主導規劃兒童緊急傷患轉送的網絡分區，以核心醫院作為基地醫院，連結區內重點醫院為網絡醫院，建置資源平台並訂定轉送之照護服務流程。最終目標是整合在地的周產期照護網絡與兒童醫療照護網絡。
- c. 重點醫院針對其緊急醫療能力不足的急重症病童，予以初步的急救處理穩定後，得後送至核心醫院接受進一步診治(即上轉)。
- d. 急重症患童經核心醫院的急診/加護病房適切處置後，其緊急情事消失後，但仍需住院治療，得轉出至重點醫院持續照護(即下轉)。
- e. 為強化兒童轉診品質，逐步將兒童轉診(相關資訊和指標)納入急診轉診資源整合作業系統(MARS 系統平台)，並有報告分析轉診之成效，建立互信良好、準確的雙向轉診機制。

(4) 由協調管理中心統籌，規劃兒童就醫地圖資訊平台。

- a. 統整核心醫院、重點醫院及基層院所之照護人力和處置能力，並依據就醫可及性，彙整為兒童緊急傷病患就醫的資訊。

- b. 彙整各專科與學會的專業知識，及國際間的重要指引或建議，規劃符合本土需求的兒童醫療照護衛教資訊，並推廣之。

2. 預期效益

藉由兒童重點醫院的普及，不同照護能力的醫療院所合作，改善兒童緊急傷患的預後。並利用衛教與資源平台，提高民眾與家長的知能，並以支持協助兒童的居家照顧。

3. 預算

- (1) 依據各地現有醫療資源不同，因地制宜補強兒童急診人力及相關業務費用：原則上每間醫院補助 1 名兒童急診人力，資源不足區域得補助 2 名人力，預計每年約需 155,000 千元，4 年合計需 620,000 千元。
- (2) 規劃兒童就醫地圖資訊平台相關費用，已編列於協調管理中心每年費用中。

(三)跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質

1.策略作法

(1) 延續「兒科重難症醫療照護團隊補助方案」，以焦點團隊方式推動跨院際的診斷或治療資源平台，提升診治成效、減少兒童失能。

a. 兒童重難罕症焦點團隊選定兒科重、難、罕症之目標病例，建立公開整合平台或機制，藉以改善跨院際重難罕症患者之診斷或治療，並協助建立雙向轉診之制度。各團隊需藉此平台與至少 2 家以上於非資源充裕區的醫療院所進行個案交流。

b. 強化重難罕症兒童家庭之出院準備及轉銜機制，以利結合醫療及社政單位提供福利補助及醫療及照顧服務與後續追蹤。

(2) 由協調管理中心統籌，規劃困難取得之兒童藥品及醫材資訊平台。可參照世界衛生組織(WHO)於 2017 年公布更新兒童基本用藥清單(WHO Model List of Essential Medicines for Children)，並召集專家學者訂定符合國人所需的兒童基本用藥清單。進而以清單為基礎，研擬統籌採購供應之可行性，並規劃資訊整合之平台建置方案，藉以提升兒童困難取得藥

品的可及性。兒童的醫材因尺寸或功能需求差異大，宜循此模式建立必要清單及研擬資源共享機制。

(3) 由核心醫院主導，並逐步發散至既有兒童相關醫療資源較充足的重點醫院，推動偏遠地區或醫療資源不足地區的兒童遠距醫療。

a. 評估兒童複雜慢性疾患的居家訪視、遠距醫療或會診需求。同時行政單位需確認相關法律責任、醫療給付及通訊設備發展是否完善。

b. 研擬特定疾患的試行方案，以銜接醫療網不同層級之資源與照護。

2. 預期效益

全台逐步規劃 18 個兒童重難罕症焦點團隊，提供特定疾患或次專科的診治發展，由協調管理中心統整為資源整合平台。

3. 預算

(1) 規劃數個團隊或次專科的資源整合平台，每一團隊補助 2,000 千元/年，並逐年增加團隊數量，預計 110 年約需 12,000 千元，111 年約需 20,000 千元，112 年約需 28,000 千元，113 年約需 36,000 千元，4 年合計需 96,000 千元。

(2) 規劃困難取得之兒童藥品及醫材資訊平台之相關費用，已

編列於協調管理中心每年費用中。

(四)發展兒童重症運送專業團隊及網絡

1.策略作法

- (1) 第一年：優先補助 1-2 家核心醫院組織示範團隊，完成國外參訪訓練，並提出國內重症轉送團隊的建置指引。進而透過各專家學者的審視與評核，規劃相關的教育訓練與規範。
 - a. 充實運送交通工具(包括地面與空中)的兒童專屬設備，以提升轉送路程的醫療照護支持。
 - b. 研擬遠距醫療以銜接等待轉診的照護
- (2) 第二年：示範團隊協助培訓兒童重症轉送專業人員。依據臺灣醫療需求，分區建置數個兒童重症運送專業團隊，逐步規劃轉診網絡及精進照護流程。
- (3) 第三年：與重點醫院的周產期轉送(外接)團隊連結，逐步擴大服務項目與範圍。
- (4) 第四年：完成全國重症運送網絡規劃，藉由成效監控、經驗分享，與國外團隊交流，提升臺灣兒童重症的轉診量能。
 - a. 可參考加拿大多倫多病童醫院發展國家數據庫，透過各轉送團隊將相關數據輸入平台，進一步分析以監測並改善轉診品質。

2. 預期效益

優先支持組成 1-2 個示範團隊，最終目標為每區皆有兒童重症運送團隊。期能與周產期轉送(外接)團隊連結，作為分級分層醫療網絡的基礎。

3. 預算

- (1) 補助兒童重症轉送相關醫療人員人事費，每個團隊每年約需 1,400 千元，逐年增加團隊數量，預計 4 年合計需 14,000 千元。
- (2) 充實轉送設備的建置(含軟硬體)，各團隊每年依所提需求規劃及預算編列，預計每個團隊每年約需 1,500 千元，逐年增加團隊數量，4 年合計需 15,000 千元，並視各年度實際需求及辦理情況調整之。
- (3) 重症轉送團隊所需之相關業務費及專業培訓費(提交培訓規劃書者，可部分使用於出國參訪訓練)，預計每團隊每年約需 1,100 千元，逐年增加團隊數量，4 年合計需 11,000 千元，並視各年度實際需求及辦理情況調整之。
- (4) 研擬遠距醫療之可行性，相關軟硬體設施預計每團隊每年約需 1,000 千元，逐年增加團隊數量，4 年合計需 10,000 千元。

(五)規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台

1.策略作法

(1)完成至少一家示範平台的軟硬體設備建置，及專業人員培訓。

a. 由核心醫院提出兒童困難診斷疾病平台的建置計畫，宜應用基因檢測、新興分子診斷、次世代定序等醫療科技工具，以精準醫療的概念，得整合既有資源並部分補助相關軟硬體的建置費用。

b. 規劃培訓高端醫療技術之專業人員，補助相關教育訓練費用。

(2)規劃困難診斷疾病之診治平台、檢測流程及醫師轉介服務規範。

a. 由醫師提出需求，以共享資源為基礎，由專家團隊進行全面性的臨床評估與科學檢查，進而針對病患的病情作出綜合判斷及治療策略。

(3)推廣臨床醫療照護點的設置，建立網絡交流平台，逐步擴大平台服務項目與範圍。

a. 以減少兒童困難診斷疾病的就醫障礙為主要目標，提高其就醫可近性。

(4) 統整資料並定期發表成果，與國際接軌合作，精進平台的診斷量能。

- a. 定期發表成果，並與國際交流，更新充足診治資源設備。
- b. 與國外相關機構組職建立合作關係，藉由雙向轉介以精進臺灣困難診斷平台的量能。
- c. 推動兒童的精準醫療發展。彙整相關臨床資料、基因定序及分子診斷資訊，結合 AI 大數據演算，精進兒童困難診斷疾病的預防、診斷與治療策略。得研擬未來建置本土的兒童人體生物資料庫之可行性。

2. 預期效益

建置國家級的兒童困難診斷疾病平台並與國際接軌，利用高端醫療技術，提升本土的照護量能。

3. 預算

成立國家級的兒童困難診斷疾病平台及網絡，包含設備、人力及增設臨床服務點等，每年依需求規劃編列預算，預計 110、111 年約各需 5,000 千元，112、113 年約各需 10,000 千元，4 年合計需 30,000 千元。並視各年度實際需求及辦理情況調整之。

(六)培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用

1.策略作法

- (1) 因應人口趨勢及分布，研擬兒童醫療相關專業人力的培訓規劃。可及性高的第一線基層執業人員、急重難症的特殊專科及相關外科系兒童醫療專才都應被重視。依據疾病特色和區域需求，規劃在地化或是轉診系統的協助支援。
 - a. 一般兒科與重點次專科的需求評估及培訓規劃。借助兒童醫療照護網絡分層轉診制度的建立，依據不同疾病的發生率與照護需求，研擬合宜之人力分布及培訓規劃，分級提供優質的照護。病例數少的重難罕症應朝集中化發展，才得以有效率的儲備相關專才，改善醫療成效。
 - b. 強化小兒科專科醫師的初級醫療照護及兒童發展評估的能力。
- (2) 著重地域差異及在地需求，由專家學者依據科學證據研擬兒童醫療照護的最新發展，規劃合宜的教材，並以多媒體的方式推廣，挹注資源于推廣兒童醫療新知於畢業後的專業繼續教育，並強化兒童友善醫療照護及早期療育的概念。
- (3) 開辦兒童照護相關的專業訓練，協助偏遠地區或資源匱乏

區域執業的非兒科醫師，以提升兒童照護品質。

- a. 利用核心醫院及重點醫院的醫療網絡支持，適時提供人力及照護的後援，並研擬偏遠地區遠距諮詢或次專科照會之可行性。
- b. 藉由教育訓練或特殊補助的方式，協助偏鄉地區的非兒科醫師建構「全人醫療照護模式」，納入非醫師醫療相關人員為團隊，以家庭照護為中心，依區域地緣建立全家健康管理模式。

(4) 挹注資源以鼓勵兒童臨床照護相關研究，重視本土需求之創新研發與轉譯應用

- a. 研擬運用資通訊科技 (ICT, Information and Communication Technology) 建置偏鄉智慧健康照護平台之可行性，利用智慧科技整合醫療保健與照護服務。
- b. 於醫院臨床端發展醫療科技創新應用，如建立兒童重難罕症就醫行動應用程式 (APP, mobile application)。
- c. 致力於兒童醫療照護相關研究及政策轉譯，如：分析與探討兒童死亡率城鄉差異之原因與改善策略、醫療資源不足區域之照護需求...等，並評估本計畫之執行成效，以提供政府政策建言。

2.預期效益

二級醫療區的每萬名兒童的兒科醫生數，1/2 達到 OECD 成員國的平均值(7.7)。(現況為 1/3 達成)

3.預算

(1)培訓優質醫療人力及舉辦在職訓練，每年依各醫院所提需求規劃及預算編列，預計每年約需 6,000 千元，4 年合計需 24,000 千元。

(2)發展兒童臨床照護之相關創新研發與轉譯應用，每年依各醫院所提需求規劃及預算編列，預計每年約需 6,000 千元，4 年合計需 24,000 千元。

(七)發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度

1.策略作法

- (1) 優先由基層院所(含衛生所)或社區醫院之兒科醫師擔任未滿3歲之兒童之照護專責醫師(資源不足區另外考慮)，以個案管理的方式提升嬰幼兒的主動照護。
 - a. 委由各領域專家與學會統籌規劃培訓課程。提升幼兒專責醫師的照護專業，精進衛教的落實與實施效能。
 - b. 提供收案對象之預防保健及初級照護，包括育兒諮詢、衛生教育、疫苗接種、發展評估等。
 - c. 強化特殊醫療需求之兒童的照護。進行居家/住院訪視，藉由個人化照護之改善策略，以提升診治療效。
- (2) 以幼兒專責醫師與核心醫院及重點醫院跨層級合作，建立兒童醫療照護網絡(上轉與下轉)的合作關係。
 - a. 與基層院所架構出良好的雙向轉診機制，藉由轉診的落實提升兒童急重症及兒童複雜慢性疾患的照護品質。
 - b. 利用資訊平台建立基層院所與重點醫院兒科醫師間的良好溝通；核心或重點醫院亦可提供協作聯盟的兒童基層院所參考名單，鼓勵輕症兒童可就近前往就醫諮詢。
 - c. 鼓勵核心和重點醫院成立整合門診，簡化複雜慢性疾患

的就醫流程，確保上轉或下轉間的持續性照護。

(3) 強化醫療體系與公共衛生體系(衛生所)、社福體系(高風險家庭)的連結，主動關懷追蹤有潛在照護需求的兒童與家庭。

a. 配合社政單位現有制度，對於常規疫苗接種未如期完成、疑似發展遲緩、脆弱家庭、兒虐/疏忽等個案，強化主動關懷及通報/轉介程序。

b. 研擬幼兒專責醫師受理社政單位轉介與標準作業服務流程，以強化兒童醫療與兒少保護及家庭照顧之雙向合作

(4) 依現有兒科專科醫師人力資源，全面推動幼兒專責醫師制度，並逐步擴大涵蓋率。針對偏遠地區或資源匱乏區域，研擬在地執業的非兒科醫師專業培訓規劃。

2. 預期效益

未滿3歲之兒童均有幼兒專責醫師(逐年提升涵蓋率)。

3. 預算

(1) 補助地方衛生局相關人事費用與行政管理費用，預計每年約需 24,200 千元，4 年合計需 96,800 千元。

(2) 獎勵基層醫療院所醫師收案管理、居家訪視等費用，逐年提升兒童涵蓋率，110 年需 85,860 千元，111 年需 128,790 千元，112 年需 171,720 千元，113 年需 257,580 千元，4 年合計需 643,950 千元。

(八) 推展脆弱家庭育兒指導服務方案

1. 策略作法

- (1) 建立與高風險孕產婦(兒)族群之關懷追蹤服務制度、幼兒專責醫師及「周產期照護網絡」、「兒童醫療照護網絡」等合作機制，提供高風險孕產婦家庭、育有 6 歲以下脆弱家庭一般常規兒童育兒指導服務。
- (2) 由地方政府評估轄內區域需求，自行辦理或輔導在地民間團體包含社會福利機構、基金會、團體及大專校院，提供到宅育兒指導、提升家長知能方案、育兒諮詢、親職指導人員培力等服務。
- (3) 地方政府應設置一名專業人員，評估轄內整體需求及資源盤點、辦理業務聯繫會議、彙送服務統計報表，並協調承辦單位與社福中心進行雙向合作。
- (4) 為強化家長照顧知能，規劃辦理主題課程、成長團體、工作坊、讀書會等方案，並視需要召開跨網個案研討會，提供周延的育兒指導照顧服務。
- (5) 由護理、幼教、家政、社工或具保母人員技術士證者等背景人員擔任親職指導人員，到宅提供親職示範、餐點預備、家務指導或親職諮詢等服務。

2.預期效益

逐年提升育有 6 歲以下脆弱家庭育兒指導服務涵蓋率，預計 110 年為 30%，111 年為 40%，112 年為 50%，113 年為 60%。

3.預算

推廣脆弱家庭育兒指導服務方案，包含人事經費、行政管理費及業務費相關費用，每年依需求規劃編列預算，預計每年約需 44,000 千元，4 年合計 176,000 千元。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

本計畫自民國 110 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

二、所需資源說明

(一) 所需人力需求：以機關現有預算員額調整因應。

(二) 所需財務需求：本計畫 110 至 113 年所需經費為 2,794,398 千元。

三、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：由公務預算支應。

(二) 計算基準：各單位依照不同**工作任務項目**來估算經費需求。

1. 工作任務項目費用估算：

(1) 協調管理中心每年補助 25,000 千元。

(2) 重點醫院規劃每縣市 1-2 家，視各縣市資源不同，每家醫院每年補助 10,000~17,500 千元：

a. 周產期轉診(含運送)與照護：5,000-7,500 千元/年。

b. 急症(兒童緊急傷病患就醫)：5,000-10,000 千元/年。

(3) 兒童重難罕症焦點團隊每年補助 2,000 千元。

(4) 核心醫院特殊行政任務：

a. 兒童重症運送專業團隊每年補助 5,000 千元。

- b. 兒童困難診斷疾病平台每年補助 5,000 千元。
 - c. 研發及兒科專業人力培訓每年補助 2,000 千元。
- (5) 脆弱家庭育兒指導服務方案，規劃每縣市每年補助 2,000 千元。

2. 支出項目費用參考：

(1) 人事費用：

- a. 專科醫師：每人月薪以 300 千元為限。
- b. 專科護理師(或相關醫事人員)：每人年薪以 700 千元為限。
- c. 個案管理師：每人以年薪 600 千元為限。
- d. 育兒指導專案管理人員服務費：每人以年薪 540 千元為限。

(2) 業務、設備費：執行本計畫所需文具紙張費用、郵電費、印刷費、國內旅費及誤餐費、會議餐費、場地費等用費，由本部視醫院層級核定。

(3) 管理費：執行機構人員協辦本計畫業務之加班費、水電費分攤及本計畫應負擔之補充保費等支出，每年度以不超過計畫項下人事費及業務費總和之 10%。

(5) 幼兒專責醫師制度相關費用：

a. 個案管理費：1,250-2,000 元/案/年

b. 到宅訪視費：1,500 元/案/次

(6) 高風險孕產兒族群關懷追蹤服務相關費用：

a. 電訪費：360-2,040 元/案/年

b. 到宅訪視費：1,800 元/案/次

c. 孕產婦健康管理行政費：1,000 千元/案/年。

(7) 低出生體重兒完善追蹤關懷服務相關費用：

a. 到宅訪視費：1,500 元/案/次

(8) 脆弱家庭育兒指導服務相關費用：

a. 到宅訪視費：675 元/案/次，每案每月最高 4 次。

b. 交通補助費：每日訪視件次之公里數合計，5 公里以上未滿 30 公里補助 200 元，30 公里以上至未滿 70 公里補助新臺幣 400 元，70 公里以上補助 500 元。

c. 保險費：提供到宅訪視親職指導人員保險費，視各縣市資源及需求核定。

d. 辦理提升家長知能方案、親職指導人員培力等教育訓練，每縣市最高補助 15 萬元/年。

四、經費需求

本計畫涵蓋數個權責單位之工作整合與精進，部分為舊有策略的強化，部分為新擬定推展之方案，為確保其規劃執行之可行性，擬於109年利用數項發展基金，以優先縣市、發展模式為依據，進行相關前驅計畫之試辦，並依據試辦計畫之成效評估滾動式修正本計畫。本計畫執行期間為110年至113年計4年，各項經費編列詳如下表一。

各項重要措施與該計畫執行期間之經費初步估計共需經費約2,794,398千元，其中衛生福利部2,264,750千元，國民健康署353,648千元，社會及家庭署176,000千元(詳如下表二)。

前列經費應由各執行單位視財務情形，逐年提出先期作業計畫，並經過預算程序核定後辦理。又本計畫內容每年之執行重點與項目，亦悉依所核訂先期作業計畫辦理。

表一、各項經費編列一覽表

單位：千元

年度 項目	110年	111年	112年	113年	合計
協調管理中心	25,000	25,000	25,000	25,000	100,000
*完備周產期醫療照護系統	220,662	237,662	237,662	237,662	933,648
*建立分級、分區的兒童緊急醫療照護網絡	155,000	155,000	155,000	155,000	620,000
跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質	12,000	20,000	28,000	36,000	96,000
發展兒童重症運送專業團隊及網絡	5,000	10,000	15,000	20,000	50,000

規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台	5,000	5,000	10,000	10,000	30,000
培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用	12,000	12,000	12,000	12,000	48,000
發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度	110,060	152,990	195,920	281,780	740,750
推展脆弱家庭育兒指導服務	44,000	44,000	44,000	44,000	176,000
總計	588,722	661,652	722,582	821,442	2,794,398
備註：「*」之項目經費已包含針對資源不足區域額外加成補助之費用。					

表二、各單位經費編列一覽表

單位：千元

執行單位	110年	111年	112年	113年	合計
衛生福利部	469,060	524,990	585,920	684,780	2,264,750
國民健康署	75,662	92,662	92,662	92,662	353,648
社會及家庭署	44,000	44,000	44,000	44,000	176,000
總計	588,722	661,652	722,582	821,442	2,794,398

陸、預期效果及影響

兒童醫療照護網絡的建置將強化臺灣現有緊急醫療網的兒童照護量能。以周產期照護及兒童緊急傷病患就醫為核心，致力於提升兒童急重難罕症的醫療照護需求，從生命歷程架構兒童健康資本，期降低新生兒死亡率及慢性罹病率，減少兒童可預防、可避免的死亡或失能，並改善難罕疾病的診治成效。分級網絡與轉診團隊的建立，更將逐步推動分級醫療與雙向轉診，促使醫療資源有效運用，改善健康不平等。

依據醫療照護專業與需求、人口數與交通距離考量，分級分區建置的兒童醫療照護網絡，期能藉由分工與合作讓兒童醫療照護達到最佳的效益。藉由幼兒專責醫師制度的建立，提升兒童初級的健康促進與預防保健，重點醫院的設置確保新生兒照護品質與兒童緊急傷患就醫的可及性，核心醫院得以專注於重難罕症診治的精進，並以兒童重症運送專業團隊、非兒科醫師的訓練、遠距醫療等縫補偏遠地區兒科醫療之不足，串以完備的轉診制度，減少兒童醫療照護資源分布不均的影響，讓每個兒童都能得到最合宜的醫療照護，達到以醫療為核心，改善與醫療相關的兒童死亡率的總目標。

「優化兒童醫療照護計畫」內容主軸在建構兒童醫療照護網

絡的根基(基礎建設)和醫療照護品質的提升，對於量化的死亡率(指標)宜以下降為查核點。若以 5 歲以下兒童死亡率下降趨勢來看，與臺灣民情相近的日本及韓國每年平均下降 0.1‰，106 年臺灣 5 歲以下兒童死亡率為 4.7‰，期透過「優化兒童醫療照護計畫」額外投注經費提升兒童的照護品質，以改善高風險新生兒的健康預後並減少意外或兒虐的發生，期 5 歲以下兒童死亡率每年平均下降會大於 0.1‰。

柒、財務計畫

本計畫預算係以公務預算為主要經費來源，無自籌財源。

捌、附則

風險評估

1. 風險辨識：依據本部委託之研究結果顯示，兒童醫療人力短缺及資源分布不均，臺灣新生兒/兒童死亡率相較於 OECD 國家表現不佳，偏遠地區及醫療資源不足地區兒童健康照護亟待改善，且兒童重難罕症照護面臨困境、亦缺乏以家庭為中心的兒童整合初級照護。
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 1)及「風險影響

程度分類表」(詳如表 2)，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)，不實施之後果風險值為 4，超出本部所訂可容忍風險值 2。

表 1 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 2 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 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		

(一) 人口數分布

一級醫療區域	18歲以下人口數	二級醫療區域	18歲以下人口數	總人口數	縣市	18歲以下人口數	總人口數	18歲以下人口數與總人口數百分比
臺北	1,302,839	臺北*	1,135,051	6,562,987	臺北市	474,402	2,682,721	18%
		基隆*	70,555	477,399	新北市	674,908	3,986,348	17%
		宜蘭	76,712	456,362	基隆市	56,296	371,317	15%
					宜蘭縣	76,712	456,362	17%
					金門縣	18,441	137,577	13%
				連江縣	2,080	12,906	16%	
北區	760,166	桃園	444,070	2,191,034	桃園市	444,070	2,191,034	20%
		新竹	217,855	993,973	新竹市	98,455	441,639	22%
		苗栗	98,241	553,245	新竹縣	119,400	552,334	22%
				苗栗縣	98,241	553,245	18%	
中區	860,401	臺中	547,642	2,788,828	臺中市	547,642	2,788,828	20%
		彰化	233,342	1,281,940	彰化縣	233,342	1,281,940	18%
		南投	79,417	500,686	南投縣	79,417	500,686	16%
南區	556,677	雲林	114,570	689,861	雲林縣	114,570	689,861	17%
		嘉義	125,784	780,151	嘉義市	52,116	269,345	19%
		臺南	316,323	1,886,251	嘉義縣	73,668	510,806	14%
				臺南市	316,323	1,886,251	17%	
高屏	605,288	高雄	461,323	2,776,786	高雄市	461,323	2,776,786	17%
		屏東	128,128	829,475	屏東縣	128,128	829,475	15%
		澎湖	15,837	104,105	澎湖縣	15,837	104,105	15%
東區	91,868	臺東	36,690	219,467	臺東縣	36,690	219,467	17%
		花蓮	55,178	329,016	花蓮縣	55,178	329,016	17%
備註： (1)新北市的金山、萬里、瑞芳、雙溪、貢寮包含在二級醫療區的基隆區而非臺北區 (2)資料年份：107年1月					總數	4,177,239	23,572,049	18%

(二) 醫院分布

縣市	醫學中心	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」章節能力的醫院)	「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」補助醫院	兒少保護醫療服務試辦中心
基隆市		長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	衛生福利部基隆醫院		
臺北市	1. 國立臺灣大學醫學院附設醫院 2. 三軍總醫院附設民眾診療服務處 3. 臺北榮民總醫院 4. 長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院 5. 國泰醫療財團法人國泰綜合醫院 6. 臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院 7. 新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	1. 臺北醫學大學附設醫院 2. 國泰醫療財團法人國泰綜合醫院 3. 臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院 4. 臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理 5. 國立臺灣大學醫學院附設醫院 6. 臺北榮民總醫院 7. 三軍總醫院附設民眾診療服務處 8. 新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	1. 長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院 2. 基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院		台大兒童醫院

縣市	醫學中心	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」章節能力的醫院)	「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」補助醫院	兒少保護醫療服務試辦中心
	8. 臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理	9. 振興醫療財團法人振興醫院			
新北市	1. 醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院 2. 臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院	1. 臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院 2. 衛生福利部雙和醫院〈委託臺北醫學大學興建經營〉 3. 醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院 4. 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院 5. 天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	1. 國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院 2. 天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院 3. 衛生福利部臺北醫院		醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
桃園市	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	1. 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院 2. 衛生福利部桃園醫院		衛生福利部桃園醫院	長庚醫療財團法人林口長庚醫院

縣市	醫學中心	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠產婦及新生兒照護」章節能力的醫院)	「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」補助醫院	兒少保護醫療服務試辦中心
新竹市		國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院	臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	
新竹縣		東元綜合醫院		東元綜合醫院	
苗栗縣			1. 李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院 2. 大千綜合醫院 3. 衛生福利部苗栗醫院 4. 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院	大千綜合醫院	
臺中市	1. 臺中榮民總醫院 2. 中山醫學大學附設醫院 3. 中國醫藥大學附設醫院	1. 澄清綜合醫院中港分院 2. 光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區 3. 中山醫學大學附設醫院 4. 童綜合醫療社團法人童綜合醫院 5. 光田醫療社團法人光田綜合醫院沙鹿總院	1. 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院 2. 亞洲大學附屬醫院	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	中國醫藥大學兒童醫院

縣市	醫學中心	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	「提升兒科急診醫療品質 及資源整合計畫」 補助醫院	兒少保護醫療服務試辦中 心
		6.臺中榮民總醫院 7.中國醫藥大學附設醫院/ 中國醫藥大學兒童醫院			
彰化縣	彰化基督教醫療財團法人 彰化基督教醫院	1.秀傳醫療社團法人秀傳 紀念醫院 2.彰化基督教醫療財團法 人彰化基督教醫院/彰化 基督教醫療財團法人彰 化基督教兒童醫院	1.彰化基督教醫療財團法 人員林基督教醫院 2.秀傳醫療財團法人彰濱 秀傳紀念醫院	彰化基督教醫療財團法人 彰化基督教兒童醫院	
南投縣			1.埔基醫療財團法人埔里 基督教醫院 2.衛生福利部南投醫院	埔基醫療財團法人埔里基 基督教醫院	
雲林縣		國立臺灣大學醫學院附設 醫院雲林分院	天主教若瑟醫療財團法人 若瑟醫院	國立臺灣大學醫學院附設 醫院雲林分院	
嘉義市		戴德森醫療財團法人嘉義 基督教醫院	天主教中華聖母修女會醫 療財團法人天主教聖馬爾 定醫院	戴德森醫療財團法人嘉義 基督教醫院	
嘉義縣		1.佛教慈濟醫療財團法人 大林慈濟醫院			

縣市	醫學中心	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」章節能力的醫院)	「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」補助醫院	兒少保護醫療服務試辦中心
		2.長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院			
臺南市	1. 國立成功大學醫學院附設醫院 2. 奇美醫療財團法人奇美醫院及其台南分院	1. 奇美醫療財團法人奇美醫院 2. 國立成功大學醫學院附設醫院	1. 郭綜合醫院 2. 臺灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	臺灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	國立成功大學醫學院附設醫院
高雄市	1. 高雄榮民總醫院 2. 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 3. 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	1. 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 2. 義大醫療財團法人義大醫院 3. 高雄榮民總醫院 4. 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	1. 衛生福利部旗山醫院 2. 高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	衛生福利部旗山醫院	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
屏東縣		安泰醫療社團法人安泰醫院	輔英科技大學附設醫院	安泰醫療社團法人安泰醫院	
宜蘭縣		醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	1. 國立陽明大學附設醫院 2. 財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院		

縣市	醫學中心	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	「提升兒科急診醫療品質 及資源整合計畫」 補助醫院	兒少保護醫療服務試辦中 心
花蓮縣	佛教慈濟醫療財團法人花 蓮慈濟醫院	佛教慈濟醫療財團法人花 蓮慈濟醫院	1. 國軍花蓮總醫院附設民 眾診療服務處 2. 臺北榮民總醫院玉里分 院	國軍花蓮總醫院附設民眾 診療服務處	佛教慈濟醫療財團法人花 蓮慈濟醫院
臺東縣			臺灣基督長老教會馬偕醫 療財團法人台東馬偕紀念 醫院		
澎湖縣			三軍總醫院澎湖分院附設 民眾診療服務處	三軍總醫院澎湖分院附設 民眾診療服務處	
金門縣			衛生福利部金門醫院	衛生福利部金門醫院	
連江縣					