

優化偏鄉醫療精進計畫  
(108-112 年度)  
(核定版)



衛生福利部  
中華民國108年11月



# 目錄

壹、計畫緣起.....	1
一、依據.....	1
二、未來環境預測.....	2
三、問題評析.....	6
四、社會參與及政策溝通情形.....	9
貳、計畫目標.....	16
一、目標說明.....	16
二、達成目標之限制.....	17
三、績效指標、衡量標準及目標值.....	18
參、現行相關政策及方案之檢討.....	19
一、執行績效.....	19
二、執行檢討.....	31
肆、執行策略及方法.....	35
一、主要工作項目.....	35
二、分年執行策略及分工.....	36
三、計畫執行步驟及方法.....	38
伍、期程及資源需求.....	54
一、計畫期程.....	54
二、所需資源說明.....	54
三、經費來源及計算基準.....	55
四、經費需求.....	55
陸、預期效果及影響.....	56
柒、財務計畫.....	56
捌、附則.....	57
一、風險管理.....	57
二、中長程個案計畫自評檢核表.....	57
三、中長程個案計畫性別影響評估檢視表.....	57

## 表、圖目錄

表 1 次醫療區域.....	58
表 2 公費醫師分發服務之高度偏遠地區.....	60
表 3 公費醫師分發服務之偏遠地區.....	61
表 4 各項計畫經費編列情形.....	62
表 5 本部原住民及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期每年預計培育數 一覽表.....	64
表 6 102-106 年高度偏遠地區及偏遠地區之醫師人力缺額及分發服務 情形.....	66
表 7 申請計畫書內容與格式.....	68
表 8 補助金額加成方式.....	69
表 9 風險發生機率分類表－機率之敘述.....	70
表 10 風險影響程度分類表－影響之敘述.....	70
表 11 中長程個案計畫自評檢核表.....	72
表 12 中長程個案計畫性別影響評估檢視表（修正草案）.....	74
圖 1 本部風險圖象.....	71

## 壹、計畫緣起

### 一、依據

醫師人力與醫療服務之可近性，與國民健康息息相關，爰醫事人員人力規劃為本部重要職掌之一，又依據醫療法第 88 條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫，據此，本部將全國劃分為 6 個一級醫療區域、17 個二級醫療區域，及 50 個次醫療區域（詳如表 1，p.58）。

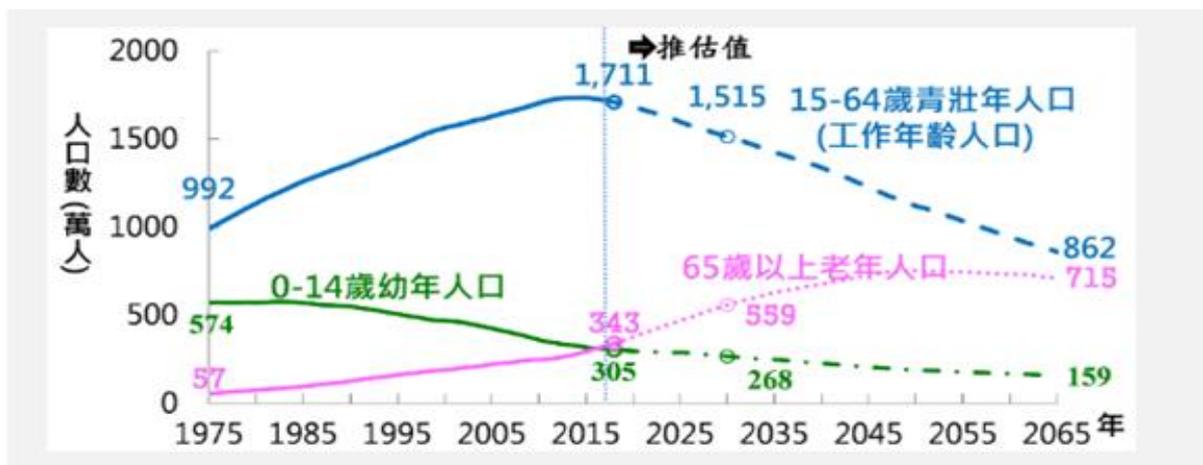
在人力方面，至 108 年 2 月，全國西醫師數已達 20.15 人/每萬人口，惟仍有部分次醫療區域醫師人力，低於世界衛生組織每萬人口醫師數 10 人，包括花蓮縣鳳林，臺東縣大武、關山、成功，雲林縣北港，彰化縣南彰化，南投縣竹山，苗栗縣海線、中港，新竹縣竹北等 10 個次醫療區域。

偏遠及離島地區醫療可近性因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源(品質)相對於一般地區醫療資源普遍不足。復以住院醫師將於 108 年 9 月 1 日納入適用勞基法，目前偏遠及離島部分科別醫師幾乎以 24 小時全年無休之方式執勤，納入適用勞基法後，將使偏遠及離島地區醫師人力問題更加嚴峻。為強化偏遠及離島地區醫療保健服務品質及可近性，逐步改善該等地區醫療照護品質，提升在地醫療量能，爰規劃辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」。

## 二、未來環境預測

近年來由於人口結構快速變化，並伴隨著人口減少，老年人口數增加，使國家發展面臨新的挑戰。依據國家發展委員會「中華民國人口推估（2018至2065年）」報告，以中推估為例，在人口年齡結構變動方面，我國未來仍維持高齡少子化趨勢，在0-14歲幼年人口部分，受育齡婦女人數減少及年齡偏高齡化影響，未來幼年人口數將持續下降，預估2030年將減少至268萬人（減12.1%），至2065年將減少至159萬人（減48.0%）。老年人口部分，於1993年成為高齡化社會，於2018年進入高齡社會，預估2026年我國老年人口占比將超過20%，成為超高齡社會的一員，高齡化速度較歐、美、日等國為快。預估2030年老年人口將增至559萬人（增63.1%），2065年再增至715萬人（增108.4%），占總人口比重達41.2%（如下圖）。這也導致於人們對醫療的需求增加，醫療人力集中於發展性較高的地區，醫療人力分布不均之狀況顯而易見（楊崇甫，2016）。

### 三階段人口趨勢



資料來源：「中華民國人口推估（2018至2065年）」。台北市：國家發展委員會，2018

按國家衛生研究院 103 年度之研究報告指出，因人口老化的影響，不但民眾醫療服務需求增加，醫師每週工作時數亦將伴隨年齡增加而降低，自 2023 年起恐形成醫療服務量能不足之情形。又為促進醫師勞動權益保障，改善過勞情形，勞動部公告醫療機構住院醫師於 108 年 9 月 1 日納入適用勞基法，屆時醫師工時縮減後，支援人力緊縮，將首先衝擊偏鄉地區醫療服務提供。

我國為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，以及提高醫療品質，於 75 年制定醫療法進行醫療管制，然因管制對象主要是醫院層級，對於個別開業醫師並無法加以管制或強制區域醫師人力之分配，且誘因不足，無法引導醫師均衡分布（江東亮，1995）。又自 84 年實施全民健康保險後，以「全民納保、危險分擔」之觀念，降低民眾就醫之經濟障礙，醫療公平性成為衛生政策持續關心之議題，尤其偏遠及離島地區的民眾在健保制度下的權益及健康正義更是備受關注。

依據 WHO（2010）所公布之「增進偏遠與鄉村地區衛生工作人力之供給：全球政策建議白皮書（Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations）」，透過實證方法，針對各國所採行之干預措施進行研析，並分從教育、法規、經濟激勵、專業發展等面向提出政策建議，其中最推薦且具證據力之方案為特別錄取來自偏遠地區的人進入各類醫事科系，以增加畢業生選擇在山地、離島地區執業的機會。此外，規劃符合偏遠地區所需的醫療課程，提供特定的專科技術訓練，增加一般科醫師在偏遠地區服務的信心，亦為 WHO 強烈推薦的方案；於經濟誘因方面，有研究指出薪資

及待遇是影響醫事人員在偏遠地區服務去留的兩個重要影響因素，如澳洲設有針對長時間服務於偏鄉離島地區醫事人員之獎勵政策，並根據不同地區有不同的獎勵標準，其中一項激勵措施在5年後將留任率提升至65%。又尚比亞的回顧報告顯示該國的「醫事人員留任計畫」實施2年後，約50餘名之醫師留任於無醫事人員之地區。而建立學術交流機會，對於偏遠地區醫事人員是重要的，包括專業雜誌、學術交流等。

又澳洲 National Rural Health Alliance (2008) 針對「改善偏遠地區醫事人力之措施 (Improving the rural and remote health workforce)」指出，政府應透過招聘醫事人員及健康照護系統之規劃，確保偏遠地區民眾獲得必要之醫療照護，亦應繼續為新的醫療保健模式提供支持和激勵措施，其中可能須提供醫師薪水，並鼓勵各職類團隊合作。主要建言如下：

(一) 增加醫療照護的供給：

1. 政府應提供特殊的錄取標準予偏鄉地區學生，提供更多跨領域的教育、偏鄉實習機會。
2. 對於在偏遠地區獨立執業的醫療人員而言，有系統的專業支持和諮詢可以提供相當的協助。
3. 改善醫事人員工作條件，可提高留任率。由於高等教育的花費相當龐大，有越來越多人選擇待遇高的工作，造成病人數少且相對低支付能力的偏遠地區無法留任醫事人力。
4. 留任政策需包括適當的繼續教育和專業發展、居住環境和後備支援、旅費、同儕支持及具吸引力的聘僱合約。

5. 增加醫事人員留任與招募，是促進偏遠地區發展的最佳策略：偏遠地區的基礎建設對增加醫療服務甚為重要，需要有源源不斷的資金及定期更新，才能確保這些機構提供服務。

(二) 國際醫療人員：可作為偏遠地區重要的醫事人力來源，政府應評估、支持、訓練外國受訓醫師至國內工作。

(三) 強化原住民醫事人力：

1. 原住民可作為充沛的人力資源，政府應在高中課程加入醫療保健議題，以鼓勵原住民學生選擇投入醫療工作。

2. 透過以下方式，提高原住民在醫療產業的比例：提升教育品質、鼓勵副學士課程、高考、鼓勵衛生醫療科學研究、原住民獎助學金、醫療科學原住民保障名額等。

(四) 同時增加供給與減少需求的策略性方法

1. 改善偏鄉地區的生活條件，良好的生活形態和社區環境，可吸引醫事人員自主決定到當地發展。

2. 建設完整通訊系統是偏鄉地區發展的先決條件，並可提供其他醫療需求，如數位影像和遠距醫療處置。

3. 有鑑於低健康程度對偏鄉地區的影響，教育及衛生基礎建設可改善當地居民的健康狀況，進而減少醫療需求。政府應將偏鄉發展視為改善健康和經濟的一項投資。

(五) 調整訓練制度：政府應與大學及醫療專業人員合作，建立一套偏鄉醫事人力計畫。

### 三、問題評析

#### (一) 基層醫療之醫事人員招募困難

由於社會經濟快速發展，人口遷往都市地區，導致城鄉人口差距擴大，根據世界銀行數據庫(World Bank Database)資料顯示，2015 年全世界居住於都市之人口有 54.8%，而已開發國家比率更高，如美國 87%、澳洲 86%、日本 92%，Lankford(1974)即指出，人口總數與醫師分布有重要關聯，各國均可能面臨偏遠地區醫師招募困難之問題。

偏遠及離島地區因為人口較少，就醫人次未達一定數量，執業所得不符經濟效益；復加上地理環境特殊、交通不便，缺少至醫學中心學習的機會，職涯發展受限制，且須考量家庭生活及子女教育等因素，導致招募及留任的困難，至偏遠及離島地區任職之醫師，亦難以長駐。

#### (二) 醫院部分專科或次專科醫師人力不足

偏遠及離島地區因不同的地理環境及疾病型態，各地區醫療資源和醫療人力之供需亦有所差別，故醫師人力之規劃除每萬人口醫師數外，實際需求則需進一步以區域進行分析。現今原住民族及離島地區的診所與衛生所多僅能提供一般性醫療服務，專科或特殊醫療科別人力則由醫院提供或需仰賴大型醫院支援。依據張肇松等人(2008)「原住民及離島地區醫事人員養成計畫效益評估與未來醫事人力需求推估之可行性與成效評估」調查中顯示，偏遠地區主要醫療需求為，老年人口醫療需求、婦幼兒照護醫療需求及專科醫師人力的需求。復依國家衛生研究院(2013)「內、

外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」研究結果顯示，10 年內五大科醫師老化問題，將使偏鄉地區及急重科醫師人力不足情形首當其衝，顯現偏遠地區之專科醫療人力仍需加強。

另依林文德等人(2014)「全民健保照護計畫對象需求監測模式及評估之研究山地離島醫療給付效益提昇計畫及山地離島醫療資源不足地區改善方案」，分析全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(Integrated Delivery System, IDS)所提供之醫療支援顯示，山地鄉鎮承作醫院主要為神經科(93.5%)、眼科(64.5%)、復健科(54.8%)、家醫、婦產科(均為51.6%)；離島鄉鎮承作醫院主要為神經科(68.4%)、小兒科、骨科、精神科、婦產科(均為63.2%)。若分析空中轉診後送情形，澎湖地區以心臟內科(35%)、其他科(30%)，金門地區以心臟內科(32%)、其他科(28%)，連江地區以其他科(34%)、骨科(23%)，臺東離島地區則以其他科(53%)、神經外科(14%)為主，足見山地離島除基本醫療需求外，眼科、心臟內科、神經科等急重症醫療亦有匱乏之虞，且隨著本部金門醫院心導管室及本部澎湖醫院心導管室、化療中心之設立，後續需有更多之醫療人力投入，始能維護山地離島居民之醫療品質。

### (三)急診後送及急重症醫療資源不足

依據楊長興等人(2007)以臺東縣為例的研究指出，改善偏遠地區醫療服務可近性，可降低死亡率、有效改善民眾健康的效果。山地鄉及離島地區因地理環境因素，多數部落或村里至醫院

就醫之車程超過 30 分鐘以上，倘有嚴重危及生命之病人，往往無法第一時刻獲得即時緊急救治。有鑑於此，本部已推動「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」、「提升醫療資源不足地區重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫」、「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」、「緊急醫療資源不足地區改善計畫」及「空中轉診後送機制」，然因轉診、後送時效上的問題，造成民眾就醫仍有所不便，顯見在地化醫療政策的重要性。

#### (四)設施設備老舊、交通不便

84年我國開辦全民健康保險後，打破了原來「價格—是醫療市場供需雙方產生買賣平衡的關鍵要素」之傳統，即醫療商品的「價格」與相關的「數量」因素，已不再是決定供需平衡的關鍵因素。取而代之的是，醫療商品本身的「醫療品質」與取得醫療商品的「便利性」。以醫療商品的「醫療品質」而言，要提供越高品質的醫療服務，要有越充足的專業人力、更多的精密儀器配置、更人性化的臨床照護等，對於醫療商品市場供給方的醫院而言，則要投入更多的資本才有可能達到（張石柱、蕭幸金、陳美惠、王詩鳳，2008），並要有相對數量的病人健保費用營收才能維持。因此，位於偏遠地區規模較小之醫療機構，在面對都會區的醫學中心與區域醫院等大型醫院的競爭時，往往處於劣勢。

換言之，在偏遠地區醫療機構面臨競爭壓力時，必須支出更多的儀器設備成本、病房人力物力成本及聘任更多專科醫師的成本壓力。惟來診病人不見得會帶來成比例的營收利益，這是偏遠

地區醫療機構營收經營的一大問題，使得醫療機構的維持更加艱辛。有鑑於離島偏鄉醫療環境之困境，本部持續推動各項政策，以期改善當地醫療品質，然除人力的充實，環境設備之改善亦至關重要。爰此，偏遠地區人力、醫療機構設施設備仍須長期且穩定挹注及改善，以落實偏遠地區民眾醫療照顧。

又醫療資源的可近性包含就醫的距離、交通的成本及醫療資源的可用性，其直接影響民眾決定醫療服務利用之重要考量。當醫療可近性高，民眾就醫時間成本低，其醫療需求較易滿足，反之，則較易不滿。Van Dis J (2002) 指出在偏遠地區的民眾，其就醫時機與就醫次數比都市的民眾少且有更高的交通障礙。黃志中等人 (2012) 研究顯示，山地離島民眾在醫療資源利用方面，離島鄉遇到慢性疾病時，約有 36% 認為花費時間約需 1 小時以上，山地鄉則為 48%，並約有 38% 的居民認為就醫不方便，顯見山地離島的居民對於醫療資源的可近性仍感不足。

#### 四、社會參與及政策溝通情形

本部為因應偏鄉醫療人力不足問題，多次召開專家會議進行研議，重要決議如下：

(一)105 年 11 月 16 日召開研商「偏鄉醫師留任獎勵計畫」專家會議決議：

1. 本計畫經費來源為菸品健康福利捐分配，囿於菸品健康福利捐調漲，收入短少，財源有限，初期以優先解決新、舊制公費醫師分發服務中斷所造成之人力問題為目標，故獎勵對象設定為服務期滿之公費醫師，於本計畫辦理期間續留或申請於公費醫

師訓練後分發服務醫院或衛生所執業者。

2. 有關「偏鄉醫師留任獎勵計畫」之獎勵方式，建議考量對於不同區域偏遠程度、科別給予不同加成，調查方式可由醫院提報或由衛生局盤點。
3. 為避免本計畫實施後造成其他醫師相對剝奪感，可考量將獎勵經費提供給醫院統籌運用。

(二)107年1月10日行政院林政務委員萬億召開「研商衛生福利部函報偏鄉公費醫師留任補助計畫」會議決議：

1. 衛生福利部(以下稱衛福部)一般公費醫師培育舊制自64年開始至98年停招，新制於105年重啟辦理，預計至115年始進行分發服務作業。衛福部為因應在新舊制度銜接過程將產生人力空窗及108年9月受僱醫師納入適用勞動基準法，為避免對偏鄉離島地區醫師人力造成衝擊，影響民眾就醫權益，擬辦理「偏鄉公費醫師留任補助計畫」，鼓勵公費醫師續留偏鄉離島地區之醫療機構及衛生所，以穩定偏遠地區醫師人力，確屬重要。
2. 為求本計畫周延妥適，請衛福部及國軍退除役官兵輔導委員會(以下稱退輔會)參考下列意見再行檢討修正，並於107年1月25日向院長陳報：
  - (1)加強說明偏遠地區醫師人力缺乏之原因，及本計畫提供之誘因與效益。
  - (2)衛福部及退輔會之辦理時程應於107年同時實施。
  - (3)於醫療機構執業者，限制須未滿60歲始予補助之合理性，以

及補助對象放寬至診所開業醫師之可行性一節，請再行研議。

- (4)加強說明本計畫申請期程之規定，及附件所列偏遠地區、高度偏遠地區與附表高需求科別之範圍，是否依時間而有變動情形，以利醫療機構遵循，避免申請時衍生爭議。另衛福部及退輔會對計畫申請規定及審核作業原則，應確立一致。
- (5)有關補助方式及每人每月補助基準部分，目前表達及呈現方式易致誤解，請檢討修正。
- (6)請退輔會加強說明委託國防醫學院培育公費醫師之機制及105年迄今培育員額。另「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」之培育對象不僅限原住民，尚包括離島地區公費生，請衛福部釐清修正。
- (7)本案所需經費，鑒於政府財政困難，建請優先檢討由相關之特種基金支應，倘無法由特種基金支應，應於本院核定主管概算額度內調整編列公務預算辦理，不另增賦預算額度。

(三)於107年1月25日，院長聽取「偏鄉公費醫師留任計畫報告」提示：

1. 本計畫未敘明可留任多少醫師、哪些地方的醫師及計畫實施效益等評估，請衛福部就離島、原鄉及偏鄉等醫療資源不足地區，盤整各地醫療需求量、總需求量及供給量，分析醫師人力缺口情形，全面性檢討公費醫師培育制度之效益，作為後續是否延續辦理或採取制度性變革之參考。
2. 考量一般公費醫師培育制度無法及時填補醫療資源不足地區之

醫師缺口且效益不彰，除參考「各機關學校公教員工地域加給表」之模式，研議提高醫師至醫療資源不足地區提供醫療服務之薪資待遇，或訂定加成制度，以提供留任誘因。

(四)107年9月28日召開研商「充實偏鄉醫療人力計畫」專家會議決議：

1. 本計畫名稱由「充實偏鄉醫療人力計畫」修正為「優化偏鄉醫療人力計畫」。
2. 有關「優化偏鄉醫療人力計畫」之研擬，將參考WHO對於增加醫事人員至偏遠地區服務之教育、法規、經濟激勵、專業發展等四大類措施及醫療服務模式進行規劃如下：

(1)教育方面：

- A. 檢討公費醫師培育計畫：未來之公費醫師培育計畫擬以地方養成公費生為主，並擴大原住民族及離島以外之偏遠地區招生來源。此外，檢討調整公費醫師分發服務方式，配合醫學中心支援偏遠地區醫院計畫，並提供公費醫師於服務期間得有一定時間選擇返回醫學中心精進技能。
- B. 強化醫師訓練計畫：於畢業後一般醫學訓練計畫，納入社區醫學、老人醫學及跨層級醫院之聯合訓練模式，並搭配專科住院醫師訓練容額之分配，於訓練期間得有一段時間前往偏遠地區醫院進行臨床輪訓，以落實分級醫療並強化偏鄉醫療服務經驗。

(2)法規方面：

A. 鼓勵退休公職、軍職醫師前往偏遠地區醫療機構服務：配合公務人員退休資遣撫卹法規定，提供銓敘部有關退休公務人員受聘擔任衛生主管機關公告之山地、離島或其他偏遠地區之公立醫療機構名單，不適用不得超過法定基本工資之規定。

B. 檢討法規鬆綁，提升偏遠地區健康照護效能：

(a) 導入資訊科技：業於 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服務模式，配合資通訊的發展，跨越疆域限制，得以固定通信、行動通信、網際網路及其他可溝通之通信設備或方式實施通訊診療。

(b) 執業規定：研議醫師得同時執業登記於 1 個以上之醫療機構，但必須包括偏遠地區之執業事實。

(c) 延攬海外醫師返國服務：參照法國、德國、新加坡等國家臨時行醫證規定，研議核予外國合格醫師臨時行醫證規範，促使山地、離島或偏遠地區醫療機構，得聘僱外國合格醫師於特定醫療機構內執行業務，補充偏遠地區醫療人力。

(d) 放寬執業範圍及報備支援程序：擴大偏遠地區護理人員得執行醫療業務的範圍；簡化醫師、藥師報備支援之規定等。

C. 評鑑制度改革：檢討醫學中心評鑑之任務指標及計分方式。

(3) 經濟激勵方面：

A. 規劃辦理公費醫師服務期滿留任獎勵計畫：藉由提供津

貼，鼓勵公費醫師於服務期滿後，續留偏遠地區醫療機構服務，以穩定偏遠地區之醫師人力。

- B. 調整合理待遇：建議提高偏遠地區公立醫療機構加給金額標準，增加組織編制員額；私立醫療機構則可考量提高健保加成給付。
- C. 研修山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（IDS）：獎勵醫師於山地離島地區開業（在地開業），增加留任意願。
- D. 持續改善偏遠地區衛生所（室）辦公廳舍、新（重）建工程及更新相關設備（施），以強化其功能。

#### (4) 專業發展方面：

- A. 扶持在地醫院，提升醫療照護能力：透過醫學中心規劃區域認養，以協助資源缺乏之原住民鄉或偏遠地區之醫療機構提升照護能力。
- B. 區域聯防相互結盟及開放醫院概念：有效運用在地人力，扶持在地醫院發展各具特色之醫療專長與照護能力，相互結盟，提升偏遠地區醫療照護水準，縮小城鄉間因交通、資源、技術間造成之落差。

#### (5) 醫療服務模式：

檢討公立醫院角色，研議跨體系整合之可行性：整合公立醫療機構（含衛生所）之資源與人力，並強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務，以增進偏遠地區民眾之健康促進、預防保健與醫療照護，弭平城鄉健康差距。

(五)107年10月19日召開研商「優化偏鄉醫療人力計畫」第二次專家會議決議：建議計畫期程以3年為一期，分就充實基層醫療人力、提升在地急重症醫療量能，研擬目標、執行策略及方法。

## 貳、計畫目標

### 一、目標說明

為提升離島及偏遠地區民眾就醫可近性，本計畫主要目標在於改善該等地區之醫療資源與醫師人力不足情形，整體目標如下：

(一)充實基層醫療醫師人力。

挹注基層醫療醫師人力為強化離島及偏遠地區醫療照護品質之基礎，以提供民眾全面性醫療照護。

(二)提升在地急重症醫療量能。

考量行政資源之有限性與運用效率，依醫院層級及醫院緊急醫療處理能力，將次醫療區域之偏遠程度劃分為三級，計畫目標將以一、二級人力改善為優先。

離島地區	澎湖(13.40)	金門(6.25)	連江(12.25)
	綠島(4.88)	蘭嶼(5.82)	小琉球(7.28)

### 次醫療區域偏遠程度

偏遠地區	縣市	次醫療區域	
一級(無醫院)	臺東	成功(5.72)	大武(4.90)
二級(僅有地區、一般級醫院)	臺東	關山(6.75)	
	屏東	恆春(12.42)	枋寮(14.36)
	花蓮	玉里(19.40)	鳳林(8.91)
	新竹	竹東(9.36)	
三級(已有中度級醫院)	高雄	旗山(10.47)	
	苗栗	海線(6.69)	

	彰化	南彰化(6.41)
	南投	南投(11.67) 草屯(14.69)
		竹山(9.51) 埔里(16.15)
	臺東	臺東(18.47)
	花蓮	花蓮(29.99)

備註：( )每萬人口醫師數

綜上，為妥善運用資源，將有限之醫師人力發揮最佳效益，優先挹注人力於高度偏遠地區（離島地區及一、二級偏遠地區，詳如表 2，p. 60）、偏遠地區（三級偏遠地區、每萬人口醫師數<10 位之次醫療區域及其他原住民族地區，詳如表 3，p. 61）。

## 二、達成目標之限制

由 WHO 之報告及其他國家經驗可知，偏遠地區醫事人員之留任，最佳的方式是促進偏遠地區的發展，而加強偏遠地區的基礎建設、居住環境和後備支援，均為重要之影響因素，然因其牽涉面向廣泛，尚非本計畫所能全然含括，故仍將以現行醫師人力培育、執業分布之改善進行規劃。

### 三、績效指標、衡量標準及目標值

目標	策略	績效指標	衡量基準	辦理機關	年度目標值					
					現況值 (107年)	108年	109年	110年	111年	112年
增加離島及一、二級偏遠地區醫師人力	分發原住民及離島地區養成醫師	服務期滿留任率維持近70%	留任人數/服務期滿人數 x 100%	衛福部	69%	70%	70%	70%	70%	70%
	辦理公費醫師服務期滿留任獎勵計畫	公費醫師留任目標達成率	補助留任人數/年度留任目標值 x 100%	退輔會	78%	80%	80%	80%	80%	80%
				衛福部	16%	50%	55%	55%	60%	60%
強化偏遠地區部立醫院之醫療與公共衛生任務	部立醫院醫師人力空缺率4%以下	醫師缺額數〔員額預算數-(公職+契僱)〕/員額預算數 x 100%	衛福部	11.1%	10%	8%	4%以下	4%以下	4%以下	
提升醫療網次區域急重症照護能力	提升醫療網次區域急重症照護能力至部分重度級以上	醫療網次區域中急救責任醫院為2家以下者，提升醫院達成部分重度級以上家數*	提升醫療網次區域急重症照護能力至部分重度級之醫院家數	衛福部	2家	3家	4家	4家	5家	5家

備註：\*全國為 50 個次醫療區域，計 200 家急救責任醫院。目前全國醫療網次區域中急救責任醫院 2 家以下之次醫療區域共 18 個醫療次區域，為提升次醫療區域中僅 2 家急救責任醫院之醫療量能，針對該 2 家醫院選定 1 家提升其緊急醫療能力分級評定標準。

## 參、現行相關政策及方案之檢討

偏遠及離島地區由於地理環境及交通不便利，復以人口稀少，醫事人員執業所得不符經濟效益，導致醫事人員招募及留任困難，醫療資源普遍有不足之情形。為提供該等地區民眾妥適的醫療照護，達到醫療服務全面覆蓋（universal coverage）之目標，本部業已推動各項措施，加強醫療資源不足地區醫療服務之數量及品質，辦理情形如下：

### 一、執行績效

#### （一）充實基層醫療人力方面

##### 1. 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫

###### （1）執行期程

A. 招生期程：106 至 110 學年度，共計 5 年。

B. 養成期程：106 年 9 月 1 日至 116 年 6 月 30 日止，計 10 年。

###### （2）計畫目標

###### A. 短程目標

(a) 106 至 110 學年度預計培育 580 名公費生。

(b) 每年自我申請退學之養成公費生低於 5 名。

###### B. 中程目標

(a) 規劃自 108 學年度起針對醫學系、牙醫系及護理學系逐步推動專校培育制度，減少修學時之不適應性，提高畢業及考照率。

(b) 因應勞基法修正、人口老化、長照人力需要、原偏鄉護理精英計畫轉型及 5 大科缺乏地區自行招募人力不易等因素，自 108 至 110 學年度，每年增額培育醫學系 30 名、牙醫學系 24 名、護理學系 60 名及其他醫事人員。

### C. 長程目標

(a) 均衡偏遠地區醫療人力之分布，提升原住民族及離島地區居民、醫療照護之可近性及品質。

(b) 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。

### (3) 現況執行情形

A. 自 58 至 107 年：已培育 1,024 名，其中醫學系 549 名、牙醫 82 名，護理人員 263 名及其他醫事人員為 130 名。

B. 養成計畫執行迄今，其中 281 名醫事人員已服務期滿，195 名醫事人員於期滿後留任原住民族及離島地區服務（留任率為 69%）。另查各醫事人員服務期滿留任率，以醫事檢驗師最高（100%），其次為藥師（73%）及醫事放射師（74%）。

C. 107 學年度已招生並錄取公費生 38 名（錄取率 72%），包含醫學系 20 名、牙醫學系 4 名、護理系 8 名及其他醫事人員

6 名。

## 2. 公費醫師制度計畫

### (1) 執行期程

A. 招生期程：105 至 109 學年度，共計 5 年。

B. 培育期程：105 年 9 月 1 日至 115 年 6 月 30 日止，計 10 學年整。

### (2) 計畫目標

充實偏遠地區及醫療資源不足地區重點科別醫師人力，均衡人力分布。

### (3) 現況執行情形

#### A. 一般公費醫師培育制度

醫學系公費生培育之政策目的，自初始之「充實省（市）立醫院醫師人力」轉為「充實基層醫療、偏遠地區及冷門科醫師人力」，實施迄今，大約培育 6,557 位各類專科公費醫師。基於公費醫師制度已達成階段性之任務，因此，經本部召開數次會議審慎討論後，自 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至 98 年停招。

#### B. 重點科別培育公費醫師制度

本部自 105 年辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，105 至 106 年公費醫學生預定各招收 100 名，入學人數分別為 87 名、97 名，自 107 年起，滾動式將前一學年度未招收額滿之公費

醫學生名額，調整至下一學年度累計招生，故 107 至 108 年招收名額均為 115 名，107 年入學人數為 109 名。至未來重點科別培育公費醫師制度計畫擬爭取續辦一期，惟將評估整體醫師人力、偏遠地區醫療次區域每萬人口醫師數與專科醫師需求，及在地養成公費生之返鄉服務情形，滾動檢討修正招生科別及人數。

### 3. 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）

#### (1) 執行期程

每期執行期程計 3 年。

#### (2) 計畫目標

- A. 鼓勵有能力、有意願之醫療院所至山地離島地區提供各項健保醫療服務，提升當地保險對象醫療照護可近性。
- B. 藉由醫療資源之整合及社區意識之融入，全面改善山地離島地區整體健保醫療服務品質。

#### (3) 現況執行情形

- A. 服務內容：夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療等醫療服務，以及健康促進、衛教、到宅服務等，提升當地保險醫療照護可近性。
- B. 辦理情形：107 年計有 26 家醫院承作並結合當地 84 家基層診所或衛生所，每月提供專科門診超過 1,900 診，照護人口約 47 萬人。

#### 4. 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

##### (1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

##### (2) 計畫目標

鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業與巡迴醫療服務。

##### (3) 現況執行情形

A. 執行方式：獎勵開業 3 年，每月保障收入 20 至 35 萬點。

巡迴醫療支付巡迴論次費用 3,500 至 8,500 點及診察費加成。

B. 辦理情形：107 年計有 163 家院所承作巡迴計畫，服務約 30 萬人次，12 家診所參與開業計畫。

#### 5. 全民健康保險中醫醫療資源不足地區改善方案

##### (1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

##### (2) 計畫目標

鼓勵中醫師至本方案施行區域開業與巡迴醫療服務。

##### (3) 現況執行情形

A. 執行方式：獎勵開業 3 年，每月保障 30 至 40 萬點，巡迴醫療論次 2,000 至 13,200 點及診察費加成。

B. 辦理情形：107 年計有 118 家院所承作巡迴計畫，服務約

24 萬人次，新增 5 家診所參與開業計畫。

## 6. 全民健康保險牙醫醫療資源不足地區改善方案

### (1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

### (2) 計畫目標

鼓勵牙醫師至計畫公告施行區域持續執業與提供牙醫巡迴醫療服務。

### (3) 現況執行情形

A. 執行方式：執業診所每月保障 22 至 30 萬點，巡迴醫療論次 1,500 至 3,700 點及醫療費用加成。

B. 辦理情形：107 年計有 19 個醫療團承作巡迴計畫，服務約 12 萬人次，另有 27 家診所參與執業計畫。

## 7. 補助醫事人員至原住民族及離島地區開業

### (1) 執行期程

每年發文各縣市衛生(福利)局轉知並公告於本部網站，申請案件隨到隨審。

### (2) 計畫目標

加強原住民族及離島地區在地醫療服務，使當地民眾方便就醫，以彌補當地醫療資源之不足。

### (3) 現況執行情形

A. 執行方式：補助至原住民族及離島地區開業，每一申請人補助上限新臺幣（以下同）50 萬元。

B. 辦理情形：94 至 107 年計補助原住民族及離島地區醫事機構開業 96 家。

## (二)提升在地急重症醫療量能方面

### 1. 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

#### (1)執行期程

自 105 年 1 月 1 日起至 108 年 12 月 31 日止(四年期)，每年審查期末成效做為下一年度續約之依據。

#### (2)計畫目標

- A. 在地醫院病患轉出率逐年降低。
- B. 在地醫院緊急傷病服務品質提升。
- C. 當地民眾滿意度增加。
- D. 在地醫院完成所指定模式要求及提報品質指標。

#### (3)現況執行情形

105 至 108 年度由 27 家醫學中心（含重度級）醫院支援醫療資源不足地區 26 家醫院，共提供 111 名專科醫師，依序為急診醫學科（34 名）、內科（14 名）、外科、神經科（均為 11 名）、兒科（9 名）、婦產科（8 名）、加護病房（7 名）、骨科（6 名）、麻醉科（5 名）、神經外科（4 名）、眼科、整型外

科（均為 1 名）。

## 2. 強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能計畫

### (1) 執行期程

每期執行期程計 1 年。

### (2) 計畫目標

- A. 持續推動醫療服務，提供適當醫療、保健服務，確保偏鄉地區居民就醫之可近性、便利性。
- B. 增加次診療服務科別，滿足在地居民基本醫療需求。
- C. 充實醫事人力，平衡城鄉醫療資源不均，減少病患轉診奔波不便之苦。
- D. 提升醫療品質及民眾醫療服務滿意度，建構優質醫療環境。

### (3) 現況執行情形

已補助本部花蓮醫院、台東醫院、恆春旅遊醫院至該等地區提供外科、急診、內科、神外等專科醫師服務。

## 3. 提升醫療資源不足地區重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫

### (1) 執行期程

自簽約日起至 108 年 12 月 31 日止。

### (2) 計畫目標

維護該縣市唯一之重度級急救責任醫院得以持續提供重度級

之緊急醫療照護能力，或輔導未有重度級醫院縣市，提升一家中度級急救責任醫院達成重度級標準，減少民眾跨區就醫奔波。

### (3)現況執行情形

104 至 107 年度已補助宜蘭羅東博愛醫院、雲林台大醫院、屏東安泰醫院，維持重度級急救責任醫院標準；自 107 年起新增苗栗大千醫院，已協助該院於緊急醫療能力分級評定急診、加護病房、急性腦中風、急性冠心症、高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)等章節，達成重度級之標準。

## 4. 提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫

### (1)執行期程

自 106 年 6 月 1 日起至 108 年 12 月 31 日止。

### (2)計畫目標

補助每縣市一家中度級以上急救責任醫院，提供 24 小時兒科專科醫師（含新生兒及早產兒）緊急醫療服務，並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。

### (3)現況執行情形

已協助 15 縣市 15 家醫院，由兒科專科醫師提供 24 小時兒科急診服務。

## 5. 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

### (1)執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

(2)計畫目標

以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

(3)現況執行情形

A. 執行方式：參加醫院承諾提供 24 小時急診者，浮動點值最高補至 1 元，每家醫院補助金額上限 1,500 萬。未提供 24 小時急診，選擇提供內外婦兒門住診者，每科全年最高補助 100 萬。

B. 辦理情形：107 年共 91 家醫院參與。

6. 離島地區醫院化療照護中心計畫

(1)執行期程

自 107 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。

(2)計畫目標

A. 疑似癌症或確診癌症個案追蹤，得以獲得適當治療。

B. 提供以病人為中心、安全、實證、並符合癌症診療品質的癌症照顧。

C. 依據癌症種類、腫瘤大小與擴散的程度來決定或是積極的化學治療或是消極的控制癌症以提高生活品質，減少縣民交通往返之辛勞。

### (3)現況執行情形

本部澎湖醫院化療照護中心自 104 年 10 月 1 日揭牌啟用，截至 108 年 4 月底止共計服務 2,191 人次，每月平均大約 51 人次的癌症病友可以不用在台澎兩地來回奔波。

## 7. 緊急醫療資源不足地區改善計畫

### (1)執行期程

每期執行期程計 1 年。

### (2)計畫目標

提升交通不便資源缺乏地區緊急醫療救護量能，維持偏遠地區醫療照護不中斷。

### (3)現況執行情形

設立 8 處「觀光地區急診醫療站」、3 處「夜間假日救護站」及提升 7 家「提升偏遠地區之醫院急診能力」。目前每月共提供 462 診次之急診醫療服務，每月約可服務急診病人約 9,200 人次。

## (三)初步成效

偏遠及離島地區由於地理環境及交通不便利，復以人口稀少，醫事人員執業所得不符經濟效益，導致醫事人員招募及留任困難，醫療資源普遍有不足之情形。為提供該等地區民眾妥適的醫療照護，達到醫療服務全面覆蓋 (universal coverage) 之目標，本部業已推動前揭各項措施(經費編列情形如表 4，p. 62)，補強醫療資源不足

地區醫療服務之數量及品質。

依據本部 108 年 2 月統計，全國每萬人口醫師數低於 10 人之 249 個鄉鎮，經挹注多項偏鄉醫療人力計畫之改善情形，包括分發約 97 名公費醫師至該等地區服務、透過 IDS 計畫提供約 42 個鄉鎮及西醫醫療資源不足地區改善方案提供約 110 個鄉鎮之各項健保醫療服務，提升當地民眾醫療照護可近性。

## 二、執行檢討

### (一)充實基層醫療人力方面

在提供民眾優質醫療服務的同時，達成 WHO 健康平等觀念是本部努力的目標，其中強化偏鄉資源更為提供醫療服務之首，而醫事人力質與量之充實乃是偏鄉地區醫療品質提升之重要關鍵。

本部一般公費醫師制度培育迄今，大約培育 6,557 位各類專科公費醫師，將近 60%之公費醫師於人才羅致困難科服務，20%於部立、縣（市）立非教學醫院服務，10%於本部指定支援山地離島之醫院服務，8%於衛生所服務，2%於山地離島地區服務。綜觀公費醫師培育成果，對人才羅致困難科醫師人力之挹注顯有成效，對基層醫療醫師人力之充實亦達部分成效，惟礙於公費醫師於服務期滿後續於山地離島地區執業之意願不高，致對於充實偏遠地區醫師人力之未臻理想。

本部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」公費生，招生來源為原住民籍及離島籍學生，培育後返回原住民族及離島地區服務。留任率近 7 成，對於原住民族及離島地區民眾，較能提供長期穩定之醫療服務。

### (二)提升在地急重症醫療量能方面

近年來因全球暖化使然，致使所謂的「緊急醫療」已不限於過往之定義，除居民生理、精神健康上之緊急狀況外，更增加了天災所帶來的風險。近年來我國曾發生許多重大災害；自 88 年 921 大地震發生，以及隨後發生的風災、水災，至 98 年的莫拉克

風災等，各項災難所衍生之醫療資源隨之出現。然而，偏遠及離島地區大多數幅員遼闊且村落與村落、島嶼與島嶼之間天候及路況難以控制、交通耗時且常仰賴小飛機或船隻，當面對緊急狀況需要前往醫療院所時，因須面對土石流及道路中斷或須面對飛機或船隻無法行使等不穩定的交通狀況，致就醫極為不便（黃志中等人，2012）。日益劇烈的氣候變化，勢必衝擊偏遠及離島地區之醫療環境。故有必要提升偏遠及離島地區之急重症醫療服務，以及強化當地緊急醫療資源與人力。

本部辦理「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」，105-108 年度由 27 家醫學中心（含重度級）醫院支援醫療資源不足地區 26 家醫院，提供 111 名專科及次專科醫師之科別，惟醫學中心醫師長期支援情況不穩定，且合作醫學中心更替頻繁，致執行成效難以延續，未來規劃整合縣市間醫療資源，醫學中心將優先支援其偏鄉地區之同體系醫院，並將支援偏鄉醫院納為醫學中心任務指標，鼓勵醫學中心主動輔導偏鄉醫院，強化偏遠地區急重症量能。並輔導醫院協助推動當地公共衛生業務或支援當地基層醫療人力，以區域聯防概念落實分級醫療，強化偏鄉地區基礎醫療照護品質。

### （三）強化緊急後送機制方面

離島地區的緊急傷病患若無法就地處理，則經常要靠緊急空中轉診。空中轉診審核中心，全年 24 小時提供緊急醫療諮詢、轉診必要性評估並協助航空器調度，強化離島地區空中緊急醫療後送機制，107 年共申請案件共 274 案，核准 228 件。另辦理金門、

連江及澎湖地區民用航空器駐地備勤計畫，提升緊急醫療後送之品質與效率。金門地區已於 107 年 7 月 27 日完成駐地，連江及澎湖地區於 107 年 8 月 1 日完成駐地。隨著離島地區之觀光人口及地方的發展，連帶影響醫療資源需求。故長期的醫療目標，除應改善其基層服務外，仍應持續強化離島醫院處理急重症醫療的能力，以提高醫療可近性。

現行緊急醫療空中轉診後送流程為醫療機構提出申請，再由空中轉診審核中心判斷是否符合後送標準，但因病人資訊並未完整提供至空中轉診審核中心，僅能聽取申請端描述後決定後送與否，依據本部空中轉診審核中心 107 年統計，3 日內出院之死亡人數約占 27%。108 年將建置多方資訊影像會診平台於本部空中轉診審核中心、原住民族及離島地區醫院、衛生所（室）及區域責任後送醫院，使「送（地方醫療院所）、接（接收責任醫院）、審（空中轉診審核中心）」多方能共同決策，並介接電子病歷及雲端藥歷使醫療資訊同步，藉由導入多方資訊共同決策以達到降低夜航及不必要後送。

#### （四）充實設施設備方面

有鑑原住民族及離島地區衛生所為其重要之醫療機構，本部除持續挹注該些地區衛生所（室）之重擴建並補助醫療、資訊及發電機等重要設備，於 107 年補助衛生所（室）新（重）建及修繕 15 家、更新醫療設備 52 項、資訊設備 64 項及巡迴醫療機車 23 輛，進而完善醫療設備及環境外，並輔以遠距醫療系統，使醫療照護品質能深入原住民族及離島地區。建置共用醫療資訊系統

(Health Information System, HIS)及醫療影像傳輸系統(Picture Archiving and Communication System, PACS) , 107 年完成 72 家原住民族及離島地區衛生所 HIS 系統建置, PACS 系統 45 家, 以提升居民就醫品質及可近性。

## 肆、執行策略及方法

### 一、主要工作項目

- (一) 檢討地方養成公費生培育計畫
- (二) 研議調整一般公費醫師分發服務地點
- (三) 辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫
- (四) 檢討法規鬆綁導入資訊科技
- (五) 強化住院醫師訓練計畫
- (六) 強化偏遠地區部立醫院之醫療與公共衛生任務
- (七) 研議擴大偏遠地區部立醫院免提折舊攤提
- (八) 檢討醫學中心支援計畫
- (九) 修正醫學中心評鑑任務指標

## 二、分年執行策略及分工

年 度 項 目	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	執行單位
一、檢討地方養成公費生培育計畫	1. 增加地方養成醫學系公費生培育名額。					衛福部護理及健康照護司
	2. 研議未來之公費醫師培育方式，擴大原住民族及離島地區以外之偏遠地區招生來源。		—	—	—	
二、研議調整一般公費醫師分發服務地點	研議限縮公費醫師訓練後服務之醫療機構。	公告公費醫師訓練後服務醫療機構名單。		—	—	衛福部醫事司
三、辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫	補助公費醫師津貼，鼓勵公費醫師服務期滿後，繼續於偏遠地區之公費醫師分發服務醫院，提供醫療服務。					退輔會、衛福部醫事司
四、檢討法規鬆綁導入資訊科技	辦理臺東地區建置遠距醫療門診試辦計畫。	1. 遠距醫療門診試辦計畫擴大至花蓮及恆春地區。	—	—	—	衛福部附屬醫療及社會福利機構管理會、護理及健康照護司、中央健康保險署
	—	2. 試辦離島地區遠距專科醫療門診計畫。	—	—	—	
五、強化住院醫師訓練計畫	規劃家醫科及五大科專科醫師訓練納入跨層級醫院之聯合訓練。	試辦家醫科及五大科專科醫師訓練納入跨層級醫院之聯合訓練。	實施家醫科及五大科專科醫師訓練納入跨層級醫院之聯合訓練。			衛福部醫事司

年度 項目	108年	109年	110年	111年	112年	執行單位
六、強化偏遠地區部立醫院之醫療與公共衛生任務	1. 研議部立醫院退休公職醫事人員回任事宜。	1. 辦理部立醫院退休公職醫事人員回任事宜。				衛福部附屬醫療及社會福利機構管理會
	2. 規劃部立醫院建立同體系內輪調陞遷制度。	2. 建立部立醫院同體系內輪調陞遷制度。				
七、研議擴大偏遠地區部立醫院免提折舊攤提	修正「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」。	陳報行政院核定「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」。	—	—	—	衛福部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛福部醫事司
八、檢討醫學中心支援計畫	盤檢醫學中心支援計畫，因地制宜調整各醫院計畫辦理目標。	辦理109-112年醫學中心支援計畫。				衛福部醫事司
九、修正醫學中心評鑑任務指標	研修醫學中心任務指標基準。	辦理醫學中心醫院評鑑。	研修醫學中心任務指標基準。		衛福部醫事司	

### 三、計畫執行步驟及方法

#### (一)檢討地方養成公費生培育計畫

##### 1. 策略作法

##### (1)增加地方養成醫事人員公費生培育名額

因應勞基法修正、本部醫事人力中長期計畫目標、本部原偏鄉護理菁英計畫轉型、離退潮、人口老化、未來長照人力需要及 5 大科人力缺乏之偏遠地區自行招募人力不易等因素，本部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期(106-110 年)」修正計畫，將培育 580 名(增額 356 名)，以期穩健醫療人力量能。本計畫採分年、分籍及分學系方式培育，計約 580 名公費生（詳如表 5，p. 64）。

##### (2)培育對象

以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：則視當年培育需求，必要時另於招生簡章公告）之學生，並符合當年度公告之招生簡章應考資格者為培育對象。本計畫增加培育數仍以原鄉及離島之未來需求為主，並保留培育偏鄉籍養成公費生之彈性。但偏鄉地區之培育及分配，將視各縣市政府盤點所提需求及佈建需要，召集當地衛生局及專家學者進行會議討論後，衡酌調整並公告之。

(3)本計畫執行方式，原則上依核定計畫所訂定之原則辦理。然為因應未來不可預期之突發狀況，實際執行方式，得由本部、

地方政府及其他相關單位開會討論後，調整各項執行細節，必要時並上網公告，以維護民眾權益。

#### (4) 招生方式

由各培育學校籌組聯合招生委員會制定相關招生原則及簡章，並藉由大學入學管道，招募符合本計畫公費生資格之原住民或離島及偏鄉地區學生。另未來將於招生端、入學端及就業端進行各項配套措施，透過強化招生宣導管道、適時分析招生狀況、建置透明健全的培育機制、訂定完善輔導及留任制度，強化本計畫公費生入學註冊率及整體執行效益：

##### A. 強化招生宣導管道與方式，提高民眾對本計畫之認同感：

未來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，使當地民眾能更加瞭解本計畫，產生認同感並進而參與本計畫，連帶提高公費生整體入學註冊率。

##### B. 適時檢討並分析招生狀況，擬定合宜之招生及宣導策略：

招生作業上，將持續責成委辦廠商或培育學校，檢視招生狀況並擬定策略，在維持一定學生招收品質下，藉由多元管道，如強化資訊曝露、地方政府與原民會協行銷銷、制定合宜門檻，使優秀且瞭解偏鄉狀況的人員能進入本管道，並於學成後能服務鄉里。

##### C. 建立公費生專責學校培育制度：為避免醫療資源過度傾斜

並兼顧地方特殊性，應該對地方的特殊性設計不同的訓練模式，才能促進醫療的平等性。目前養成公費生分別由 11

所醫學院校培育，各校每年僅能招收 5 至 10 名額不等，無法透過集中教學管理方式，教導原鄉離島等偏鄉地區所應具備之專業照護能力。鑒於原鄉離島等偏鄉地區在教育、文化習俗及環境之特殊性，倘能建置專責學校專門培育原鄉離島學子，以統籌培育相關專業人才，降低同儕間教育文化背景不同之衝擊，並減少修學期間之不適應性，可提高畢業及考照率。

D. 目前養成計畫雖以扶植在地人、服務在地人之模式辦理，然受制於公費生培育期程長、地方及醫院人事任用權責、實際職缺狀況，以及現行分發流程等限制，以致長期仍有偏鄉醫事人力缺口或公費生覓缺困難之狀況發生。公費生專責學校培育制度建立後，專責學校透過與當地或其他鄰近縣市醫院建置合作模式，地方政府將更能精確掌握可用之醫療人力，以強化當地醫療機構調度機制，又專責學校可將該些公費畢業生送至與其合作之醫院進行專業訓練，並強化該些醫院之人力，佈建綿密之醫療人力支援網絡，而公費畢業生亦有機會至醫院受訓，以精進技能並完善職涯發展，加強期滿留任偏鄉服務之意願。

E. 建置養成公費生管理資訊系統：考量現行醫事管理系統功能有限，無法有效管理其入學至履約近 20 年狀況，且現已培育 1,024 名公費生，未來增額培育後更需透過資訊管理，掌握及分析養成成效，爰獨立建置公費生培育、訓練、分發履約動態管理資訊系統，有其必要性。又本部於 106 年 12 月 11 日召開「原住民族及離島地區醫事人員養成計

畫第 4 期（106-110 年）」報院修正計畫研商會議，會中專家學者均贊同系統建置之迫切性。未來透過資訊平台建有學生端、培育端及地方端之動態維護可更快速了解公費生異動及職缺狀況，更利於公費生分發、履約之管理與時效性，亦呼應目前政府推動資訊公開透明之施政方向。

F. 適時調整修正公費生分發管理規定：因應近年來地方政府對於養成計畫公費畢業生之用人需求，為使公費畢業生於完成相關訓練後，能優先分發至戶籍所在地縣市服務，提升當地醫療照護效能，於 107 年 11 月 2 日公告修正原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生訓練分發及服務管理要點調整公費畢業生申請分發及逕行分發之順序，並強化地方政府對於籍屬公費生之管理。

## 2. 預期效益

(1) 維持原住民族及離島地區在地醫事人才，預估至 120 年，於原住民及離島地區之每萬人口服務之醫師數將由 14.4 名上升至 16.0 名，以縮短城鄉差距，均衡醫療資源，提高醫療服務水準，維護原住民及離島居民身心健康及健全照護體系。

(2) 培育偏鄉地區當地醫事人才，以利有效補充偏鄉地區醫事人力，有效提升偏鄉地區之醫療照護服務並提升醫療保健服務品質及可近性。

## (二) 研議調整一般公費醫師分發服務地點

### 1. 策略作法

(1) 研議限縮公費醫師訓練後服務之醫療機構

A. 本部公費醫師分發服務作業要點規定，公費醫師訓練後服務醫療機構包括本部不具專科醫師訓練資格之醫院、本部指定偏遠或離島地區之醫院、本部指定支援山地或離島地區之醫院、本部指定偏遠或山地及離島得自行開業之地區、非直轄市政府所屬衛生所或人口密度低於二百人/平方公里之直轄市政府所屬衛生所。

B. 由於一般公費醫師培育制度業於 98 年停招，自 107 年度起本部可分發公費醫師人數為 87 名，108 年度降至 64 名，預估 109 年度將降至 53 名，爰 109 年度公費醫師分發服務，將研議限縮本部指定支援山地或離島地區之醫院，為有支援離島或偏遠地區（一、二級）醫療照護者，另本部將參照每年可分發服務之公費醫師人數做滾動式修正，以使公費醫師能有效分發至極需醫師之偏遠離島地區。

## (2) 檢討核定公費醫師服務階段醫療機構各科別缺額數

A. 每年統計下一年度可分發服務之一般公費醫師及地方養成公費生將返鄉服務人數。

B. 依據地方養成公費生每年返鄉服務人數，檢討核定公費醫師服務階段醫療機構各科別缺額數，避免人力重置。

2. 預期效益：挹注離島、偏遠地區醫師人力，提供離島、偏遠地區民眾基本醫療照護，增進當地民眾醫療可近性。

## (三) 辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫

1. 我國自 64 年開辦之一般公費醫師培育制度，業自 95 年減招 40

名公費醫學生至 98 年停招，為保障偏鄉民眾就醫需求，本部自 105 年獲行政院同意，重新辦理重點科別公費醫師培育計畫，每年增加 100 名公費醫學生，包括本部培育 80 名、退輔會培育 20 名公費醫學生，於完成內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科專科醫師訓練後，由本部分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務 6 年，以充實偏鄉離島地區之醫師人力需求。由於一般公費醫師培育制度業於 98 年停招，前揭重點科別公費醫師培育計畫，預計需至 115 年起始辦理分發下鄉服務作業，故希藉由津貼之補助，鼓勵公費醫師於服務期滿後，能續留偏遠地區醫療機構服務民眾，並與重點科別公費醫師培育計畫之人力接軌，穩定偏遠地區醫師人力。

2. 依據本部及退輔會調查 102 至 106 年度高度偏遠（離島地區及一、二級偏遠地區）、偏遠地區（三級偏遠地區、每萬人口醫師數<10 位之次醫療區域及其他原住民族地區）之公費醫師服務醫療機構醫師人力缺額及分發服務情形，每年本部公費醫師服務醫療機構約需 162 名醫師（含高度偏遠地區 100 名、偏遠地區 62 名），分發約 52 名公費醫師（含高度偏遠地區 32 名、偏遠地區 20 名），退輔會公費醫師服務醫療機構約需 35 名醫師（含高度偏遠地區 26 名、偏遠地區 9 名），分發約 20 名公費醫師（含高度偏遠地區 15 名、偏遠地區 5 名）（詳如表 6，p. 66），統計資料顯示，公費醫師分發人數，相較偏遠地區所需人力，仍有差距。爰預估補助公費醫師服務人數，本部 108 至 109 年度約 30 至 50 人次、110 至 112 年度約 50 至 100 人次，退輔會 108 年度 0 人次、109 年度約 48 人次、110 年度約 54 人次、111 年

度約 59 人次、112 年約 63 人次，以補充偏遠地區醫師人力。

3. 另偏遠離島地區醫療機構之醫師專科科別需求，經調查公費醫師服務醫療機構需求科別，排序依序為內科、急診醫學科、第三為家庭醫學科、外科、兒科、骨科、復健科、第四為婦產科、眼科、皮膚科、解剖病理科、整形外科、第五為泌尿科、耳鼻喉科、神經科等。

#### 4. 策略作法

##### (1) 補助內容

###### A. 補助方式

- (a) 鼓勵公費醫師(包括一般公費醫師及地方養成公費醫師)服務期滿後，繼續於本部或退輔會指定位於高度偏遠地區及偏遠地區之公費醫師分發服務醫院(以下稱服務醫院)提供醫療服務，包括：本部非教學或不具專科醫師訓練資格之醫院；本部指定偏遠離島地區之醫院；本部指定支援山地或離島地區之醫院；退輔會所屬服務醫院及榮家。
- (b) 偏鄉基層服務：至本部指定位於高度偏遠地區及偏遠地區之公費醫師分發服務衛生所，提供醫療服務。

###### B. 補助對象

- (a) 服務期滿(以服務期滿證明書核發日為準)且未滿 65 歲之公費醫師，於本計畫辦理期間續留或申請於服務醫院執業者。

- (b)服務期滿之公費醫師，於本計畫辦理期間續留或申請於前項第二款衛生所執業者。
- (c)服務期滿之公費醫師如為公務人員，可依其意願選擇按「各機關學校公教員工地域加給表」規定申領地域加給或參與本計畫申領醫師津貼。
- (d)分發本部服務之一般公費醫師及地方養成公費醫師：服務期滿後，於本部指定之醫療機構服務。分發退輔會服務之一般公費醫師：服務期滿後，於退輔會指定之醫療機構服務。
- (e)本計畫補助之公費醫師，如有經投訴，且經評估不適任者，下年度不予補助。

## (2)計畫申請與審查作業流程

- A. 由服務機構提具「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫申請計畫書」（內容與格式詳如表 7，p. 68）一式 3 份（並附電子檔），函送本部或退輔會提出申請，申請日期以收文日為憑。
- B. 服務機構應於本部指定之期間提報計畫書，由相關領域之專家學者進行審查，並視醫療機構偏遠程度及醫療需求程度，擇優核定補助。
- C. 計畫核定後，由本部及退輔會同步實施，各與通過審查之服務機構簽訂契約書，服務機構如需新增或修正公費醫師名單，應逐年造冊函知本部或退輔會。

## (3)經費申請作業流程

- A. 本計畫由符合資格之服務機構提出申請，經本部或退輔會審核，並簽訂契約書後始得執行。
- B. 本計畫服務機構應檢具符合申請資格之公費醫師資料(含姓名、畢業年度、專科別、身分證字號、本部、退輔會核發之服務期滿證明書影本或相關證明等)及「參與偏鄉公費醫師留任獎勵計畫同意書」，送本部或退輔會辦理經費申請。
- C. 申請項目：符合補助資格之公費醫師，於本部或退輔會指定之期間於服務機構連續服務滿1年，給予服務機構120至216萬元津貼補助統籌運用，未滿1年者，不予補助，申請日前之服務月份不得重複採計。

#### (4) 經費撥付及核銷程序

- A. 補助經費經本部或退輔會核定後，由服務機構函送領據向本部或退輔會請款，並分別辦理撥付。
- B. 申請補助服務機構應於收到補助經費後，依本部或退輔會所訂時限，將公費醫師請領清冊及各項支出憑證，依會計科目裝訂成冊，連同收支明細表送本部或退輔會辦理核銷。
- C. 申請補助服務機構對撥付之經費如有疑義，應於撥付後15日內，以正式函文向本部或退輔會提出，並以1次為限，逾期本部或退輔會得不予受理。

#### (5) 計畫執行應注意事項

- A. 補助經費不得移作他用，受補助之服務機構對於公費醫師

薪資結構，不得因本計畫而變更，並維持與同科其他醫師之衡平性。

- B. 符合資格之公費醫師未確認申請資料與完成請領清冊簽章，致影響補助經費計算結果者，其損失由公費醫師自行負責。若申請補助服務機構未依公費醫師請領清冊撥付，或轉為服務機構給付薪資，經查證屬實者，應追回款項，並撥付公費醫師。
- C. 申請補助服務機構應督促受補助公費醫師遵循下列事項，違者，不予補助：
- (a) 公費醫師基於業務需要，得至區域級、地區級醫院或衛生所支援醫療業務，原則不超過每週總時數 1/2，惟如申請至同一縣市區域級、地區級醫院或衛生所支援醫療業務，不受前揭規定限制。
  - (b) 公費醫師基於教學、進修、研究需要，得前往醫學中心、區域級醫院等其他醫療機構，惟每年共計不得超過 1 個月。
  - (c) 公費醫師轉換執業處所，需於本部或退輔會指定之服務機構始得併計服務年資。
- D. 申請補助服務機構應配合本部或退輔會對補助計畫之相關查核與留任率等資料收集作業，並就稽核結果進行改善。
- E. 申請補助服務機構應督促機構內公費醫師完成「參與偏鄉公費醫師留任獎勵計畫同意書」之簽署。若以不實文件或

資料申請津貼，並已領收者，申請補助服務機構應將溢領之費用繳回本部或退輔會。

F. 申請補助服務機構應辦理公費醫師受領本計畫補助款項之所得稅列單申報作業。

5. 預期效益：藉由提供公費醫師留任服務津貼之方式，鼓勵公費醫師深耕偏鄉，提供醫療服務，預期可補充離島偏鄉地區醫師人力，達到醫療在地化之目標。

#### (四) 檢討法規鬆綁導入資訊科技

1. 醫療照護方式的選擇，影響醫療資源之耗用。近年來，因社經環境快速變遷、人民自主意識提高、醫療科技日新月異等多項因素參雜，加上少子化及高齡化之影響，因此在有限之醫師數下，輔以科技之照護方式，滿足偏遠地區醫療照護需求，勢在必行。

#### 2. 策略作法

##### (1) 發布「通訊診察治療辦法」

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，並就通訊醫療之執行方式、內容、紀錄與隱私保護等予以規範。

##### (2) 補助遠距醫療相關診療費用

A. 辦理 107-108 年度「臺東地區建置遠距醫療門診試辦計畫」，透過先進的資通訊技術與醫學中心等級醫院合作，提供試辦地區相關專科診斷服務，協助都會區醫療專業深

入偏遠地區並補助遠距醫療門診診療費用，109年度擴大試辦地點，增加花蓮及恆春地區，未來視辦理情形推廣至離島地區。

B. 109年度試辦離島地區遠距專科醫療門診計畫，在前瞻基礎建設「提升偏鄉衛生所（室）及巡迴醫療點網路品質計畫」之基礎上，藉由建置遠距醫療系統及資通訊技術，提供當地眼科、耳鼻喉科及皮膚科等專科醫師診療科別醫療服務，並補助遠距醫療門診診療費用，未來視辦理情形推廣至其他原鄉離島地區衛生所。

3. 預期效益：提升總體醫療資源的利用率，落實分級醫療，提升在地醫療品質。

#### (五) 強化住院醫師訓練計畫

1. 本部為促進醫師專業能力之深化及提升我國醫療水準與品質，自 75 年起推動專科醫師制度，每年委由各專科醫學會辦理該專科醫師訓練醫院認定，且管控各訓練醫院招訓人數，目前(西)醫師共計有 23 個分科。

2. 為強化住院醫師對於基層醫療之認識與相關疾病之診療能力，提升訓練的完整性，推動落實分級醫療制度，以提供病患連續性、整合性的醫療照護，刻正規劃於部分專科醫師訓練階段納入跨層級醫療機構之聯合訓練模式。

3. 策略作法

(1) 規劃家庭醫學科住院醫師第三年至偏遠地區衛生所輪訓。

(2)研議五大科住院醫師「跨層級」之訓練。

4. 預期效益：提升住院醫師訓練之廣度與完整性，以落實分級醫療並強化偏鄉醫療服務經驗。

#### (六)強化偏遠地區部立醫院之醫療與公共衛生任務

1. 偏遠地區由於醫事人員招募不易，其公共衛生任務亦常需仰賴公立醫院予以支援，以提供民眾優質完整之全面照顧。

2. 為鼓勵公立醫院之退休醫師前往偏遠地區執業，公務人員退休資遣撫卹法(以下簡稱退撫法)第 78 條第 2 款及其施行細則第 114 條規定：退休人員再任「受聘(僱)擔任山地、離島或其他偏遠地區之公立醫療機關(構)，從事基層醫療照護職務」者，不適用退撫法第 77 條每月支領薪酬總額超過法定基本工資應停發月退休金並停辦優惠存款之規定，藉此吸引退休公職醫事人員至偏遠地區醫院服務。

#### 3. 策略作法

##### (1)退休公職醫事人員回任

A. 盤點部立醫院近 5 年退休公職醫事人員並建立名冊資料庫，同時盤點偏遠地區醫院所需科別，由需求醫師人力醫院進行媒合尋覓，藉以借重有經驗之退休公職醫事人員回任偏遠地區服務。

B. 上述偏遠地區，依據銓敘部 108 年 2 月 1 日部退三字第 1084669753 號公告之醫療促進方案或計畫之偏遠地區，已納入之部立醫院分別為桃園醫院新屋分院、臺南醫院新化

分院、旗山醫院、恆春旅遊醫院、花蓮醫院、花蓮醫院豐濱原住民分院、玉里醫院、臺東醫院、臺東醫院成功分院、澎湖醫院、金門醫院，將來銓敘部如有修正認定範圍，本部亦隨之調整。

C. 除上開部立醫院外，亦積極鼓勵退休公職醫師至銓敘部公告偏遠地區之衛生所及醫院服務，包含國防部、教育部、輔導會及連江縣主管之醫院。

#### (2) 建立同體系內輪調陞遷制度

部立醫院醫事人員至偏遠地區醫院(依本部 104 年 4 月 24 日衛部管字第 1043260593 號公告辦理)服務者，服務年資滿 2 年，並表現優異，除列入年終考績參考，並將其服務年資納入陞遷加分制度參考。

4. 預期效益：提高醫事人員投入偏遠地區服務誘因，俾利縮短城鄉差距，提供偏遠居民持續性健康照護。

#### (七) 研議擴大偏遠地區部立醫院免提折舊攤提

1. 現行「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」免列折舊範圍為(一)「公務機關預算建(購)置之資產」及(二)「離島地區醫療機構自 102 年 5 月 15 日起，以公務預算增撥基金、醫療藥品母基金增撥基金或公務預算、醫療發展基金、金門縣醫療照護發展基金、民間團體及個人補(捐)助所建(購)置之資產」。惟前述第 2 點範圍僅限於「離島地區」，如「偏鄉地區」部立醫院需配合國家政策建置大樓及購置資產，接受其他公務預算或基金

之補（捐）助時，需面臨高額折舊之提列，嚴重增加醫院成本支出，限制「偏鄉地區」部立醫院未來發展性。

## 2. 策略作法

(1) 依循「離島地區」部立醫院模式，修正「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」，即新增免列折舊範圍包括「偏遠地區醫療機構以公務預算增撥基金、醫療藥品母基金增撥基金或公務預算、醫療發展基金、縣市政府之醫療照護發展基金、民間團體及個人補(捐)助所建(購)置之資產」。

(2) 本部將評估偏遠地區需求，提出「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」修正草案，陳報行政院核定。

3. 預期效益：擴大「偏遠地區」部立醫院免提折舊攤提範圍，使該類醫院因配合國家政策及地方醫療需求興建大樓及購置儀器設備時，得以解決該地區醫療資源及設備不足問題，提升醫療服務品質；另，無須因前述建（購）置資產所產生之折舊費用影響獎勵金發放，得以留任醫療專業人才，使醫院朝永續發展邁進。

## (八) 檢討醫學中心支援計畫

1. 醫學中心支援計畫自 102 年起執行，歷經 102 至 104 年及 105 至 108 年兩期計畫，計畫執行以來，遭遇問題包括，支援醫院醫師異動頻繁、醫學中心無預警終止合約無罰則或支援醫師科別與在地醫院需求不符等。為使計畫目標符合實際需求並提升計畫效益，已籌組外部專家委員小組 18 人，前往 25 家醫院進

行實地訪查，且經三次研商會議修正計畫方向，規劃以同體系本分院相互支援、同醫療網區域優先支援、調整獎勵機制及辦理目標等四大方向著手，並將結合區域聯防模式，整合醫療網內急重症分工，共同提升在地醫療資源與品質，減少跨區轉診。

## 2. 策略作法

(1)由醫學中心或重度級急救責任醫院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標準」中的「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)」等章節項目內容或目標關鍵績效指標，以提升在地醫療服務資源與品質。

(2)滾動式通盤檢討醫學中心支援計畫，因地制宜調整各醫院計畫辦理目標，以更加貼合當地實際需求，另透過補足專科醫師人力缺口，強化各縣市急重症醫療照護品質。

3. 預期效益：逐步提升就醫可近性並有效降低急診轉診率。

### (九)修正醫學中心評鑑任務指標（以下稱醫中任務指標）

1. 有關醫學中心定位及醫中任務指標，業經檢討，於 108 至 111 年醫學中心任務指標研修納入提升重、難症醫療服務品質與比重、協助提升醫療資源不足地區醫療水準等事項。

2. 本部於 108 年 1 月 7 日邀集所有醫學中心及重度級急救責任醫院，就醫中任務指標 (2.2)「帶動或提升區域內或資源不足地區之醫療水準，且具成效」之計分原則充分討論，並達成共識。

### 3. 策略作法

- (1)透過醫學中心支援計畫規劃區域認養，支援醫療資源缺乏之偏遠地區醫療機構，提升醫療照護能力。
- (2)帶動及提升區域內或資源不足地區之醫療水準，促進醫院發展機構間連續性照護模式及雙向轉診，並落實分級醫療，輔導提升在地或其他醫療機構醫療能力及服務品質。

### 4. 預期效益

- (1)加重醫學中心社會公益責任，提升區域醫療水準並落實分級醫療。
- (2)帶動或提升區域內或資源不足地區之急重症照護品質。

## 伍、期程及資源需求

### 一、計畫期程

自 108 年 8 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止。

### 二、所需資源說明

本計畫之主要工作項目，除「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」外，其他工作項目均以機關現有預算支應編列辦理。

### 三、經費來源及計算基準

(一)經費來源：「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」經費概算係預估經費，由本部及退輔會依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。

(二)計算基準：

1. 偏遠地區之公費醫師分發服務醫院或衛生所，聘僱符合條件之公費醫師，以每人每月補助金額 10 萬元為計算基準，再依偏遠程度、科別給予不同加成，加成方式詳如表 8(p. 69)。
2. 有關醫療機構偏遠程度，將依醫院層級及醫院緊急醫療處理能力，並參據次醫療區域每萬人口醫師數，逐年訂之。
3. 有關科別需求程度，將依縣市年度需求訂之。

### 四、經費需求

「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」預估補助公費醫師服務人數，本部 108 至 109 年度約 30 至 50 人次、110 至 112 年度約 50 至 100 人次，退輔會 108 年度 0 人次、109 年度約 48 人次、110 年度約 54 人次、111 年度約 59 人次、112 年度約 64 人次；每人每年補助 120 萬元為基準，再依各區域科別人數比率、不同區域偏遠程度、科別給予不同加成計算，5 年經費預估 9 億 5,201 萬元整，各年度經費預估如下：

單位：萬元/年

年度	補助人次			補助經費		
	退輔會	本部	小計	退輔會	本部	小計
108	0	30-50	30-50	0	2,250*	2,250
109	48	30-50	78-98	6,864	6,919**	13,783
110	54	50-100	104-154	7,722	18,000	25,722
111	59	50-100	109-159	8,437	18,000	26,437
112	63	50-100	113-163	9,009	18,000	27,009
合計	224	210-400	434-624	32,032	63,169	95,201

備註：一、補助人數將視預算情形調整之。

二、\*為108年10月~12月預估所需經費。

\*\*為預算案數。

## 陸、預期效果及影響

我國目前正面臨人口老化、少子女化、疾病型態改變，及持續性與整合性照護需求增加等問題，為因應前開問題，建構在地化的連續性、整合性之公共衛生與醫療服務體系，以期逐步改善偏遠地區醫療照護品質，拉近城鄉醫療差距，提升全民之健康。

## 柒、財務計畫

「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」財源來自本部及退輔會之公務預算，藉由上述來源之政府編列預算，依每年服務期滿公費醫師人數，補助其服務津貼，透過本部及退輔會與偏鄉醫療機合作，以強化計畫執行成效。

## 捌、附則

### 一、風險管理

- (一)風險辨識：由於偏遠及離島地區醫療可近性處於較不利環境，因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源(品質)相對於一般地區醫療資源普遍不足。復以住院醫師將於 108 年 9 月 1 日納入適用勞基法，目前偏遠及離島部分科別醫師幾乎以 24 小時全年無休之方式執勤，納入適用勞基法後，將使偏遠及離島地區醫師人力問題更加嚴峻，倘未能辦理本計畫，勢必嚴重衝擊偏鄉醫師人力。
- (二)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 9，p. 70)及「風險影響程度分類表」(詳如表 10，p. 70)，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」。
- (三)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，p. 71)，不實施之後果風險值為 4，超出本部所訂可容忍風險值 2。

### 二、中長程個案計畫自評檢核表

詳見本計畫表 11 (p. 72)。

### 三、中長程個案計畫性別影響評估檢視表

詳見本計畫表 12 (p. 74)。

表 1 次醫療區域

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

南區		港	
	太保	朴子、六腳、東石、布袋、太保、鹿草、義竹	
	臺南	新營	白河、後壁、東山、柳營、六甲、鹽水、新營、下營、大內、官田、麻豆、佳里、學甲、北門、將軍、七股
		永康	安南、楠西、玉井、左鎮、南化、新化、善化、安定、新市、山上、西港、永康
臺南	東區、中西區、北區、安平、南區、仁德、歸仁、關廟、龍崎		
高屏	高雄	岡山	楠梓、左營、岡山、橋頭、燕巢、田寮、阿蓮、路竹、永安、彌陀、梓官、茄萣、湖內、仁武、大社
		高雄	三民、小港、前金、前鎮、苓雅、新興、鼓山、旗津、鹽埕、鳳山、大樹、鳥松、林園、大寮
		旗山	旗山、美濃、六龜、甲仙、杉林、內門、茂林、桃源、那瑪夏
	屏東	屏東	屏東、萬丹、長治、麟洛、九如、里港、鹽埔、三地門、霧臺、瑪家、高樹、萬巒、竹田、泰武、內埔
		東港	東港、新園、林邊、南州、佳冬、琉球、崁頂、新埤、潮州、來義
		枋寮	枋寮、春日、枋山、獅子
		恆春	恆春、車城、滿州、牡丹
	澎湖	不分區	馬公、湖西、白沙、西嶼、望安、七美
東區	臺東	臺東	臺東、卑南、綠島、蘭嶼
		關山	關山、池上、海端、鹿野、延平
		成功	成功、長濱、東河
		大武	大武、達仁、金峰、太麻里
	花蓮	花蓮	秀林、新城、花蓮、吉安、壽豐
		鳳林	萬榮、鳳林、光復、豐濱
		玉里	玉里、富里、卓溪、瑞穗

備註：

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

表 2 公費醫師分發服務之高度偏遠地區

統計時間：108 年 2 月

離島地區		
縣市	鄉鎮	每萬人口醫師數
屏東縣	琉球鄉	7.28
澎湖縣	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	13.40
金門縣	金城鎮、金湖鎮、金沙鎮、金寧鄉、烈嶼鄉、烏坵鄉	6.25
連江縣	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	12.25
臺東縣	綠島鄉	4.88
臺東縣	蘭嶼鄉*	5.82

一級、二級偏遠地區				
一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	每萬人口醫師數
一級偏遠地區				
東區	臺東	成功	成功*、長濱*、東河*	5.72
東區	臺東	大武	大武*、達仁*、金峰*、太麻里*	4.90
二級偏遠地區				
北區	新竹	竹東	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西*、尖石*、五峰*	9.36
高屏	屏東	恆春	恆春、車城、滿州*、牡丹*	12.42
高屏	屏東	枋寮	枋寮、春日*、枋山、獅子*	14.36
東區	花蓮	鳳林	萬榮*、鳳林*、光復*、豐濱*	8.91
東區	花蓮	玉里	玉里*、富里*、卓溪*、瑞穗*	19.40
東區	臺東	關山	關山*、池上*、海端*、鹿野*、延平*	6.75

備註：

一、本表所指高度偏遠地區，係指離島地區及一級、二級偏遠地區。

二、「\*」同時為原住民族地區。

表 3 公費醫師分發服務之偏遠地區

統計時間：108 年 2 月

三級偏遠地區、每萬人口醫師數<10位之次醫療區域				
一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	每萬人口醫師數
北區	苗栗	海線	後龍、西湖、通霄、苑裡	6.69
北區	苗栗	中港	竹南、頭份、三灣、南庄*、造橋	9.56
中區	彰化	南彰化	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州	6.41
中區	南投	埔里	埔里、仁愛*、魚池*	16.15
中區	南投	草屯	國姓、草屯	14.69
中區	南投	南投	南投、名間、中寮	11.67
中區	南投	竹山	竹山、鹿谷、集集、水里、信義*	9.51
南區	雲林	北港	口湖、北港、水林、元長、四湖	9.48
高屏	高雄	旗山	旗山、美濃、六龜、甲仙、杉林、內門、茂林*、桃源*、那瑪夏*	10.47
東區	花蓮	花蓮	秀林*、新城*、花蓮*、吉安*、壽豐*	29.99
東區	臺東	臺東	臺東*、卑南*	18.47

其他原住民族地區	
縣市	鄉鎮
宜蘭縣	大同鄉(4.81)、南澳鄉(9.98)
新北市	烏來區(7.77)
桃園縣	復興鄉(5.82)
苗栗縣	泰安鄉(11.59)、獅潭鄉(4.62)
臺中市	和平區(8.17)
嘉義縣	阿里山鄉(5.36)
屏東縣	三地門鄉(5.20)、瑪家鄉(19.04)、霧台鄉(5.96)、來義鄉(5.38)、泰武鄉(7.42)

備註：一、本表所指偏遠地區，係指三級偏遠地區、每萬人口醫師數<10位之次醫療區域及其他原住民族地區。  
二、「\*」同時為原住民族地區。

表 4 各項計畫經費編列情形

編號	計畫名稱	本期計畫期程	目的	補助對象	補助人數/年	計畫經費(千元)			經費來源
						107年	108年	109年	
1	偏鄉公費醫師留任獎勵計畫	108-112年	穩定新舊制公費醫師培育制度銜接空窗人力	公費醫師服務醫院	108年約30-50人 109年約78-98人	-	22,500	69,188	公務預算(衛福部)
						-	0	68,640	公務預算(退輔會)
2	醫中支援計畫	105-108年	加強偏遠及離島地區醫院緊急照護能力	醫療資源不足地區醫院	約108-130人	600,000	680,000	667,880	醫發基金
3	原住民族及離島地區醫事人員養成計畫	106-110年	培育偏鄉長期人力	在學生	106-107每年約20-50人 108-109每年約80-160人	66,405	86,214	113,481	公務預算
4	一般公費醫師制度	98年停招	培育偏鄉長期人力	在學生	原約160人，105年後約1人	200	200	200	公務預算
5	重點科別公費醫師培育計畫	105-109年	培育偏鄉長期人力	在學生	約100人	55,890	70,000	87,250	公務預算(衛福部)
						15,150	19,695	26,361	公務預算(退輔會)
6	IDS計畫	每年(自88年起)	鼓勵醫療院所至山地離島地區提供健保醫療服務	健保特約醫療院所	26家醫療院所結合當地84家基層診所或衛生所(107年)	605,400	655,400	因109年健保費用總額尚未協商，故109年預算暫難提供。	健保基金
7	全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案	每年(自92年起)	鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業與巡迴醫療服務	健保特約醫療院所	巡迴計畫：163家醫療院所；開業計畫：12家診所(107年)	267,000	297,100		健保基金
8	全民健康保險中醫醫療資源不足地區改善方案	每年(自92年起)	鼓勵中醫師至本方案施行區域新開業與巡迴醫療服務	健保特約醫療院所	巡迴計畫：118家醫療院所；開業計畫：5家診所(107年)	135,600	135,600		健保基金
9	全民健康保險牙醫醫療資源不足地區改善方案	每年(自92年起)	鼓勵牙醫師至本方案公告施行區域提供巡迴醫療服務	健保特約醫療院所	巡迴計畫：19個醫療團；執業計畫：27家牙醫診所或衛生所(107年)	280,000	280,000		健保基金

編號	計畫名稱	本期計畫期程	目的	補助對象	補助人數/年	計畫經費(千元)			經費來源
						107年	108年	109年	
10	補助醫事人員至原住民族及離島地區開業	108年	鼓勵醫事人員至偏鄉設立醫事機構服務當地	醫事人員設立之機構	105年補助12家，106年補助5家，107年補助7家	3,600	3,400	2,401	公務預算
11	強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能計畫	105-109年	補助所需科別支援醫師經費	醫院	3家醫院/年	10,000	12,000	12,000	醫發基金
12	提升醫療資源不足地區重慶級醫院急診急診服務品質計畫	每年(自104年起)	維護當地唯一重慶級醫院持續提供重慶級醫療服務	縣市內唯一重慶級急診醫院	約12人	58,500	58,500	44,700	醫發基金
13	提升兒科急診及醫療品質整合計畫	每年(自105年起)	提升各縣市急診急診品質	中級以上急診醫院	約45人	171,300	171,300	0	醫發基金
14	離島地區醫院化療照護中心計畫	105-109年	穩定離島化療中心人力，促使癌症病人獲得適時且適當之治療及照護。	醫院	4人/年	6,000	6,000	6,000	醫發基金
15	緊急醫療資源不足地區改善計畫	每年(自84年起)	強化緊急醫療資源不足地區特殊時段急診急診服務	醫療資源不足地區醫院	6,405診次/年(非固定醫師支援)	178,000	167,000	196,600	醫發基金
16	金門、連江及澎湖地區民用航空器駐地備勤計畫	每年(自105年起)	因應民眾緊急醫療需求，提升離島地區急診急診品質	金門、連江及澎湖縣政府	金門約90趟、澎湖約90趟、連江約40趟/年	90,620	90,620	229,801	公務預算
17	臺東地區建置遠距醫療門診試辦計畫	107-108年	配合「通訊診察治療辦法」之施行，補充偏鄉專科門診醫療服務	醫院	無法估算(因本計畫係補助個管師1名、遠距醫師會診費及設備租賃費用等)	0*	0*	4,266	醫發基金

備註：\*107年及108年經費編列為0，當年度超支併結算，分別為1,448千元、4,338千元

表 5 本部原住民及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期每年預計培育數一覽表

A.分籍分年培育表							
地區	系別	106 學年度	107 學年度	108 學年度	109 學年度	110 學年度	合計
原住民鄉 (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
	物理治療學系	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
臺東縣蘭嶼鄉	醫學系	1	1		1		3
臺東縣綠島鄉	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
	物理治療學系			1		1	2
	心理系	1	1				2
	語言治療學系	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
	物理治療學系	1					1

A.分籍分年培育表							
地區	系別	106學年度	107學年度	108學年度	109學年度	110學年度	合計
增額(列) <sup>註</sup>	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
小計							580
B.分系分年培育表							
系別		106學年度	107學年度	108學年度	109學年度	110學年度	合計
醫學系	原核定	22	20	20	20	19	191
	增額(列)			30	30	30	
牙醫系	原核定	4	4	3	3	4	90
	增額(列)			24	24	24	
藥學系	原核定	2	2	0	1	2	7
護理學系	原核定	12	14	13	15	13	247
	增額(列)			60	60	60	
物理治療學系	原核定	2	1	1	0	1	5
營養學系	原核定	1	0	0	0	1	2
醫事技術系	原核定	2	1	1	1	1	6
放射技術系	原核定	2	0	2	0	2	6
職能治療系	原核定	1	1	0	0	0	2
心理系	原核定	1	1	0	0	0	2
語言治療系	原核定	1	0	1	0	0	2
助產系	原核定	0	0	2	2	2	6
其他	增額(列)			5	5	4	14
小計		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。

表 6 102-106 年高度偏遠地區及偏遠地區之醫師人力缺額及分發服務情形

二級醫療區域	次醫療區域	102 年度				103 年度				104 年度				105 年度				106 年度			
		本部		退輔會		本部		退輔會		本部		退輔會		本部		退輔會		本部		退輔會	
		需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發
新竹	竹東	24	3	6	6	10	2	10	9	10	3	7	4	8	2	13	2	1	0	22	9
屏東	東港	0	0	0	0	0	0	0	0	28	2	0	0	10	1	0	0	11	2	0	0
	枋寮	12	1	0	0	8	0	0	0	12	2	0	0	8	2	0	0	8	2	0	0
	恆春	21	7	0	0	14	6	0	0	20	7	0	0	19	8	0	0	15	3	0	0
花蓮	鳳林	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
	玉里	4	3	11	13	0	0	15	10	4	1	21	9	4	1	13	5	2	0	13	7
臺東	關山	1	1	0	0	4	2	0	0	4	1	0	0	4	1	0	0	3	0	0	0
	成功	0	0	0	0	3	1	0	0	13	1	0	0	5	1	0	0	2	0	0	0
	大武	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖	不分區	19	13	0	0	20	12	0	0	15	8	0	0	19	8	0	0	22	7	0	0
金門 連江	金門 連江	29	18	0	0	24	11	0	0	22	5	0	0	19	9	0	0	18	5	0	0
<b>高度偏遠地區小計</b>		<b>110</b>	<b>46</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>83</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>129</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>97</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	<b>83</b>	<b>19</b>	<b>35</b>	<b>16</b>
苗栗	海線	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
	中港	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0
彰化	南彰化	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
南投	埔里	11	1	8	5	5	1	8	6	7	1	8	2	9	1	9	4	6	2	7	4
	草屯	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	南投	8	2	0	0	3	1	0	0	5	3	0	0	4	2	0	0	9	3	0	0
南投	竹山	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0

二級醫療區域	次醫療區域	102 年度				103 年度				104 年度				105 年度				106 年度			
		本部		退輔會		本部		退輔會		本部		退輔會		本部		退輔會		本部		退輔會	
		需求	分發	需求	分發																
雲林	北港	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
高雄	旗山	8	4	0	0	10	4	0	0	10	2	0	0	6	2	0	0	7	2	0	0
花蓮	花蓮	22	7	1	1	16	4	1	1	19	4	1	1	5	5	1	1	16	4	0	0
臺東	臺東	17	7	0	0	27	7	0	0	22	10	0	0	19	5	0	0	28	5	0	0
偏遠地區小計		68	23	9	6	62	18	9	7	65	21	9	3	46	16	10	5	72	21	7	4
合計		178	69	26	25	145	52	34	26	194	51	37	16	143	50	36	12	155	40	42	20

表 7 申請計畫書內容與格式

### 偏鄉公費醫師留任獎勵計畫

- 一、計畫書封面：至少包含計畫年度、計畫名稱、計畫執行單位。
- 二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
- 三、計畫本文至少應包括：
  - (一) 擬招收科別之人力現況及人力規劃
  - (二) 計畫目標
  - (三) 計畫內容：至少應包含
    1. 計畫通訊資料（含計畫主持人及計畫連絡人之職稱、電話、傳真、e-mail、連絡地址等）。
    2. 擬提供公費醫師之待遇福利。
  - (四) 預期效益與自我考評：預期計畫結束將達成之效益及考評方式。

表 8 補助金額加成方式

單位：萬元/月

科別	區域		金額	
	偏遠地區	高度偏遠地區 (X 1.5)		
高需求科別 (X 1.2) (依年度需求訂之，例如： 內、急診、家醫科或次專 科等) <sup>註3</sup>	12 I (8.4)	II 18 (12.6)		
其他科別 (其他專科)	10 III (7)	IV 15 (10.5)		

備註：

1. 各區域科別所佔人數比率約為 I 22%，II 42%，III 12%，IV 24%。
2. ( ) 為公費醫師津貼金額，以 7 成計算。
3. 列舉之科別，係以 107 年度公費醫師分發服務醫療機構所提缺額科別需求排序為例。

表 9 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 10 風險影響程度分類表－影響之敘述

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

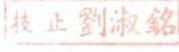
圖 1 本部風險圖象

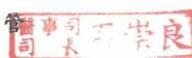
影響程度	風險分布		
非常嚴重 (3)	3 (high risk) 高度危險的風險	6 (high risk) 高度危險的風險	9 (extreme risk) 極度危險的風險
嚴重 (2)	2 (moderate risk) 中度危險的風險	4 (high risk) 高度危險的風險 (本計畫 不實施之後果)	6 (high risk) 高度危險的風險
輕微 (1)	1 (low risk) 低度危險的風險	2 (moderate risk) 中度危險的風險	3 (high risk) 高度危險的風險
	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
	發生機率		

表 11 中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第12點)	✓		✓		1.本案非屬延續性計畫,無前期計畫執行成效評估。 2.本計畫非屬公共建設,無需檢附財務策略規劃檢核表。
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估,並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)		✓		✓	
	(3)是否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)		✓		✓	
	(2)是否研提完整財務計畫		✓		✓	
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	✓		✓		本計畫非屬公共建設,不符跨域加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)經費比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)		√		√	非屬公共建設計畫不適用。
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		√		√	非屬公共建設計畫不適用。
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		√		√	非屬公共建設計畫不適用。
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		√		√	非屬公共建設計畫不適用。
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		√		√	非屬公共建設計畫不適用。
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		√		√	
	(3)是否檢附相關說明文件		√		√	
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		√		√	計畫內容未含資訊系統。

主辦機關核章：承辦人 

單位主管 

首長

  
108.7.11

主管部會核章：研考主管

會計主管 

首長



表 12 中長程個案計畫性別影響評估檢視表（修正草案）

**【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學者專家意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請依「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」，將性別目標之績效指標納入年度管制作業計畫並進行評核；另請各部會每年 1 次就該年度所有計畫進行性別影響評估後之修正情形及實際執行時所遇性別相關問題，綜整提報性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決性別影響評估實務上所遇困難。

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：優化偏鄉醫療精進計畫（108-112 年度）

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列擬案機關/單位)	醫事司
-----------------------	-------	--------------------------	-----

壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。

評估項目	評估結果
1-1 說明計畫與性別平等相關法規政策之相關性，並敘明其納入計畫規劃與執行之情形 性別平等相關法規政策包含憲法、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 0 網站( <a href="http://www.gec.ey.gov.tw/">http://www.gec.ey.gov.tw/</a> )。	1. 由於偏遠及離島地區醫療可近性處於較不利環境，因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源(品質)相對於一般地區醫療資源普遍不足。復以住院醫師將於 108 年 9 月 1 日納入適用勞基法，目前偏遠及離島部分科別醫師幾乎以 24 小時全年無休之方式執勤，入法後將使偏遠及離島地區醫師人力問題更加嚴峻。為強化偏遠及離島地區醫療保健服務品質及可近性，逐步改善該等地區醫療照護品質，提升在地醫療量能，

	<p>爰規劃辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」。</p> <p>2. 本計畫透過均衡醫療照護資源、培育及發展專業人力、鬆綁法規導入資訊科技、建構在地化的連續性、整合性之公共衛生與醫療服務體系等工作項目，落實憲法、醫療法及性別平等政策綱領之「健康、醫療與照顧篇」等相關法規對於人民健康權、醫療自主權及生命尊嚴之保障。</p>
<p><b>1-2 蒐集相關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> 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="http://www.gender ey.gov.tw/gecdb/">http://www.gender ey.gov.tw/gecdb/</a>）（含性別分析專區）、各部會性別統計專區及我國婦女人權指標(<a href="http://www.gec ey.gov.tw/">http://www.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，並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析。</p> <p>d.未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標（如 2-1 之 f）。</p>	<p>1. <b>本計畫規劃者如次：</b></p> <p>(1) 研擬人員：由本司行政幕僚共 7 人撰擬計畫(男性 2 人，女性 5 人)，不同性別者之性別比例達 1/3。</p> <p>(2) 決策小組：參與本計畫一級單位主管(部長、次長、主秘、司長、簡技、科長)，男性 5 人，女性 3 人，符合任一性別不得低於 1/3 原則。</p> <p>(3) 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，人員組成符合任一性別比例未低於 1/3 原則。</p> <p>2. <b>本計畫主要受益者如次：</b></p> <p>(1) 退休公職醫事人員：修正公務人員退休資遣撫卹法 78 條規定，受聘擔任山地、離島或其他偏遠地區之公立醫療機構，從事基層醫療照護職務，不適用不得超過法定基本工資之規定，以鼓勵退休公職醫師前往偏遠地區公立醫療機構服務。</p> <p>(2) 服務期滿且未滿 65 歲之公費醫師：藉由津貼之補助，鼓勵公費醫師於服務期滿後，繼續於偏遠地區醫療機構提供醫療服務，以穩定偏遠地區之醫療機構人力。</p> <p>3. <b>相關性別統計：</b></p> <p>(1) 依據 107 年統計資料顯示，執業登記之西醫師總人數為 46,352 人，其中男性 37,358 人，佔 81%，女性 8,994 人，佔 19%，男女比例約為 4：1。</p> <p>(2) 按本部統計，一般公費醫師 97-104 年畢業人數，男性約佔 70%，女性約佔 30%，男女比例約為 2：1。</p> <p>(3) 依據本部委託國內學者進行「醫學系一般公費生服務期滿後之各公費生執業地點、機構與服務階段變遷及其影響因素」</p>

	<p>之研究調查，服務期滿 10 年之公費生，其中男性約佔 84%，女性約佔 16%，男女比例約為 5：1。</p> <p>4. 依據上開受益對象，暫無需強化的性別統計及分析。</p>
<p><b>1-3 根據 1-1 及 1-2 評估結果，確認本計畫之性別議題</b> 性別議題舉例如次：</p> <p><b>a. 參與人員</b> 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（水平隔離、垂直隔離）、職場友善性不足，及性別參與不足等問題。</p> <p><b>b. 受益情形</b></p> <p>① 受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。</p> <p>② 受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p><b>c. 公共空間</b> 公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>① 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>② 安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>③ 友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p><b>d. 展覽、演出或傳播內容</b> 藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p><b>e. 研究類計畫</b> 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</p>	<p>1. 本計畫政策研擬及決策小組，人員組成均符合任一性別比例未低於 1/3 原則。</p> <p>2. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，人員組成符合任一性別比例未低於 1/3 原則。</p> <p>3. 退休公職醫事人員至偏遠地區公立醫療機構服務者或服務期滿且未滿 65 歲之公費醫師，於公費醫師分發服務醫療機構執業者，即為受益對象，並無區別性。</p> <p>4. 本計畫未涉及公共空間之規劃與設計。</p> <p>5. 本計畫未直接辦理對民眾宣導，各工作項目可能涉及民眾宣導事項者，將視不同性別、族群資訊獲取能力與使用習慣之差異，規劃宣導策略。</p>

與建議是否納入性別觀點。	
<b>貳、回應性別落差與需求：</b> 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 訂定性別目標、績效指標、衡量標準及目標值</b></p> <p>請針對 1-3 之性別議題，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> <p>①促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。</p> <p>②加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。</p> <p>③營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</p> <p><b>b.受益情形</b></p> <p>①回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</p> <p>②增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。</p> <p>③增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。</p> <p><b>c.公共空間</b></p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p><b>d.展覽、演出或傳播內容</b></p> <p>①消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。</p> <p>②提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。</p> <p><b>e.研究類計畫</b></p> <p>①產出具性別觀點之研究報告。</p> <p>②加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。</p> <p><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><input type="checkbox"/>有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本計畫政策研擬及決策小組，人員組成均符合任一性別比例未低於 1/3 原則。</li> <li>2. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，人員組成符合任一性別比例未低於 1/3 原則。</li> <li>3. 退休公職醫事人員至偏遠地區公立醫療機構服務或服務期滿且未滿 65 歲之公費醫師，於公費醫師分發服務醫療機構執業者，即為受益對象，並無區別性。</li> <li>4. 本計畫未涉及公共空間之規劃與設計。</li> <li>5. 本計畫未直接辦理對民眾宣導，各工作項目可能涉及民眾宣導事項者，將視不同族群資訊獲取能力與使用習慣之差異，規劃宣導策略。</li> </ol>

## 2-2 訂定執行策略

請根據 2-1 所訂定之性別目標，參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：

### a. 參與人員

- 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。

### b. 宣導傳播

- 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佈訊息。
- 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。

### c. 促進弱勢性別參與公共事務

- ① 計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。
- ② 規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。
- ③ 辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。
- ④ 培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。

### d. 培育專業人才

- ① 規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。
- ② 辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。

有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：

未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：

1. 本計畫政策研擬及決策小組，人員組成均符合任一性別比例未低於 1/3 原則。
2. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，人員組成符合任一性別比例未低於 1/3 原則。
3. 本計畫未直接辦理對民眾宣導，各工作項目可能涉及民眾宣導事項者，將視不同性族群資訊獲取能力與使用習慣之差異，規劃宣導策略。
4. 本計畫並無特定性別，故無依性別擬定友善措施。

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，將促進性別平等之積極性作法納入評選項目，以營造性別友善職場環境。（例如：廠商董監事任一性別比例不低於三分之一，或訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施）

**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。

**2-3 編列或調整經費**

a.根據 2-2 所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置，以達成性別目標或回應性別差異需求。

b.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。

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：

未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：  
本計畫並無特定性別，故經費之編列亦無依性別編列。

**【注意】** 填完前開內容後，請先依「填表說明二之(一)」辦理【第二部分－程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。

### 參、評估結果

請機關填表人依據【第二部分－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	偏遠及離島地區醫療可近性因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源(品質)相對於一般地區醫療資源普遍不足。現為強化偏遠及離島地區醫療保健服務品質及可近性，規劃辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」，本計畫規劃重點係逐步改善偏遠及離島地區醫療照護品質，提升在地醫療量能，較無須訂定性別目標。	
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)	本部將參考委員之建議，對於未來執業登記之西醫師總人數及性別比例、一般公費醫師畢業人數及性別比例、服務期滿公費生之人數及性別比例等持續追蹤並進行年齡與性別之交叉分析。
	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 108 年 6 月 11 日將「評估結果」通知程序參與者審閱。		

- 填表人姓名：劉淑銘 職稱：技正 電話：02-85907412 填表日期：108年6月4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：高雄醫學大學護理學院教授 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款(如提報各部會性別平等專案小組者，免填)

**【第二部分－程序參與】：由性別平等專家學者填寫**

<p>程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：</p> <p>a.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/)。</p> <p>b.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。</p> <p>c.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。</p>	
<b>(一) 基本資料</b>	
1.程序參與期程或時間	108 年 6 月 10 日至 108 年 6 月 10 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	<p>1.姓名職稱：王秀紅教授</p> <p>2.服務單位：高雄醫學大學</p> <p>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</p>
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
<b>(二) 主要意見</b> （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

<p>10.綜合性檢視意見</p>	<p>一、本案為「優化偏鄉醫療精進計畫(108~112年)」草案，醫師人力與醫療服務之可近性，與國民健康息息相關；其中偏遠及離島地區醫療可近性較不便利，致醫療照護資源(品質)相對於一般地區醫療資源普遍不足。因此醫事人員人力規劃為目前重要議題之一。</p> <p>二、計畫研擬及決策過程：研擬人員由醫事司行政幕僚共7人撰擬計畫(男性2人，女性5人)；決策小組由參與本計畫一級單位主管(部長、次長、主秘、司長、簡技、科長)，其中男性5人，女性3人。皆符合不同性別者之性別比例達1/3之原則。</p> <p>三、計畫研商討論過程：邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，人員組成符合任一性別比例未低於1/3原則。</p> <p>四、其他相關性別統計包括：執業登記之西醫師總人數及比例、一般公費醫師97-104年畢業人數及比例、服務期滿10年之公費生之比例等。</p> <p>五、未來進行本計畫時，亦將強化相關性別統計，包括：退休公職醫師前往偏遠地區公立醫療機構服務入性別統計與分析、服務期滿且未滿65歲之公費醫師、涉及民眾宣導事項者之性別平衡及性別統計等。</p> <p>六、建議：未來可持續追蹤執業登記之西醫師總人數及性別比例、一般公費醫師畢業人數及性別比例、服務期滿10年之公費生之人數及性別比例等。除性別統計分析外，可依需要進行年齡與性別之交叉分析。</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>	