

第 2 期優化兒童醫療照護計畫 (114 年至 117 年)



衛生福利部
中華民國 113 年 9 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	15
一、目標說明	15
二、達成目標之限制	17
三、績效指標、衡量標準及目標值	19
參、現行相關政策及方案之檢討	22
一、「優化兒童醫療照護計畫」第一期預期效益達成情形	22
二、執行績效	23
三、執行檢討	30
肆、執行策略及方法	42
一、主要工作項目	42
二、分年執行策略與分工	45
三、計畫執行步驟與方法	49
第一章 完備從周產期到新生兒、兒童的醫療連續性照護	49
第一節 重點醫院能力分級，提供在地化周產期與兒童緊急醫療照護	49
第二節 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷及偏鄉照護	54
第三節 極低及低出生體重兒居家照護	57
第二章 落實以兒童為中心強化初級照護與健康管理，並強化與社政體系合作	58
第一節 幼兒專責醫師制度	58
第二節 提升兒童發展篩檢異常發現及兒童發展聯合評估服務效能	62
第三節 建立我國嬰幼兒口腔親善之家照護模式	64
第四節 推廣兒童事故傷害防制計畫	66
第五節 兒童肥胖防治計畫	68

第三章 強化兒童重難症醫療照護資源整合與協調	70
第一節 核心醫院.....	70
第二節 兒童困難診斷疾病平台	75
第三節 建立跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊及規劃設置兒童(青少年)心智病房	77
第四節 特殊兒童及青少年視覺復能計畫.....	79
第四章 精進資訊整合，確保並監測兒童醫療照護網絡運作	83
第一節 設立優化兒童醫療照護計畫協調管理中心.....	83
第二節 設立兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心.....	86
第三節 兒童醫療專業照護人力培訓.....	88
第四節 整合精進幼兒專責醫師個案管理相關資訊系統與平台	91
伍、期程及資源需求	94
一、計畫期程.....	94
二、所需資源說明.....	94
三、經費來源及計算基準	94
四、經費需求.....	96
陸、預期效果及影響.....	97
柒、附則.....	98

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。新生兒與兒童的死亡率為間接衡量一個國家的醫療照護系統、衛生環境、經濟發展等最重要的指標之一，若能從生命的源起投入照護資源，則可降低兒童甚或成年期的罹病風險，亦能增進孩子最大的潛能發展，獲取最大的健康效益。針對新生兒與兒童的醫療照護與健康促進面向，實有必要依據不同年齡層之需求，精進兒童醫療照護網絡，然在資源佈建中，也需確保有足夠且穩定的兒童醫療與健康照護人力與相關軟硬體資源。

衛生福利部自 110 年開始推動「優化兒童醫療照護計畫」，第一期計畫執行至 113 年，建構三層級的兒童醫療照護網絡，依據全齡兒童的照護需求及資源，分級分區佈建，並優先由醫療資源較不足的區域開始推動各項策略。各縣市與各層級院所佈建在本計畫擴大修訂的資源挹注下已完成照護網絡的基本建構，然相關健康指標，如兒童死亡率下降之目標仍有待實現。經全面檢視執行歷程、跨單位跨領域檢討研議下一期精進方向，除需挹注更多資源，更應擴大涵蓋範圍納入其他兒童重要照護策略，並強化網絡分級與合作。

爰賡續辦理第二期延續性計畫(114-117 年)，從生命歷程的基礎增加兒童醫療及健康資源之挹注，加強周產期與兒童緊急醫療照護資源整合並依據能力分級；強化兒童初級醫療照護與健康管理，推動兒童發展篩檢與評估、兒童事故

傷害防制、兒童肥胖防治、兒童口腔健康...等，並建立與公共衛生和社會福利體系的連結；精進兒童重難罕症醫療照護品質及人才培育，同時兼顧兒童與青少年精神健康照護。在少子化趨勢下，確保兒童健康及醫療照護量能與品質，進一步達到降低新生兒及兒童可預防的死亡、減少失能、增進兒童健康之目標。

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。

臺灣兒童權利公約於 103 年 11 月 20 日國際兒童人權日施行，其第 24 條第 1 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。同條第 2 點則列舉應採取適當措施之事項，包括降低嬰幼兒之死亡率，以及確保提供所有兒童必需之醫療協助與健康照顧，並強調基礎健康照顧之發展。

二、未來環境預測

(一) 少子女化趨勢與家庭結構變遷

美國中央情報局資料顯示在全球生育率中，台灣僅 1.09 人為倒數第一名；且台灣出生人口逐年降低，在 112 年僅有十三萬五千人，少子女化問題日趨嚴重。

內政部人口統計資料亦顯示在 111 年超過 35 歲生育之女性占當年度

孕產婦比率近三分之一 (32.4%)，為 100 年 (17.8%) 的 1.8 倍。高齡生產的風險除了在懷孕期間罹患妊娠高血壓、子癲前症、妊娠糖尿病等高危險妊娠合併症的風險增加外，胎兒發生死亡、早產、出生體重低於妊娠週數、染色體異常或其他先天缺陷的機率也會增加。因此，在面對少子女化及孕產婦高齡化的趨勢時，更要從孕產期開始強化健康照護，提升周產期與緊急醫療照護品質，才能有效降低孕產婦及新生兒之可預防的死亡。

此外，台灣家庭結構近年來也有所改變，依據內政部資料顯示單親家庭比率從 107 年的 9% 上升至 111 年的 11%，而祖孫及三代同堂則從 107 年的 15% 下降至 111 年的 11%；且台灣每年約有兩萬名外籍配偶，以東南亞地區為最多 (55%)，其次為大陸地區 (30%)。嬰幼兒的健康成長與家庭成員和環境息息相關，因此兒童初級照護、疾病預防與健康促進及育兒指導等服務，亦需因應各種家庭結構樣貌而調整。

(二) 兒童醫療照護之發展趨勢與挑戰

兒童涵蓋 0 歲到 18 歲，健康照護在不同階段各有需求，且兒科疾病的特質差異性極大，現行醫療網以診治成人疾病為主，難以完整涵蓋兒童在生理構造與疾病類別的特殊需求。周產期的母嬰照顧和高危險新生兒的救治需要在地與普及化，以提供可及性高的連續性健康照護。而對於一般嬰幼兒的照護，則需落實初級預防與健康促進，透過篩檢即早啟動

必要的介入或轉介相關醫療或社福資源。而個案數不多但疾病複雜度較高的重難罕症兒童，則有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，重難罕症照護需資源整合、跨區合作，才能提升照護量能及品質。

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，醫院與基層診所各自擔負不同的照護對象與疾病範疇。惟兒科醫師在醫院執業的比例約 4 成 8，但近年來逐漸失衡。且兒科住院醫師的招收情形，曾經在衛生福利部推動多項策略下提升至招收率九成以上；然因 COVID-19 新冠肺炎疫情對於兒科醫師業務及薪資的衝擊，加以住院醫師補助津貼的停止，110 年的招收率即下降至七成八，且呈現逐年減少的情況。在少子女化及後疫情時代，兒科醫師及兒童急重難症照護領域的專業人力與團隊培訓更是一大挑戰。

COVID-19 新冠肺炎疫情間，兒童加護病房的運作，需因應兒童確診人數的增加，額外配置專業人力支援，以確保照護品質。依據瑞士的研究報告指出，照顧確診且同時患有兒童多系統發炎症候群(PIMS-TS)的兒童會比一般兒童加護病房的工作量更高，因此被歸類為較高的工作量類別；另外也指出患有複雜兒科特異性疾病(complex, pediatric-specific disorders)的兒童最好在兒童加護病房中治療並不建議轉院。因此在 COVID-19 疫情後，相關醫療人力安排對於兒童加護病房的影響極為重要，

應維持兒童所需要的關鍵能量(critical capacity)維護兒童加護病房獨特能力(unique abilities)，以確保兒童重症照護系統的運作。

再者，醫療科技的發展日新月異。遠距醫療利用軟體技術與硬體設備的支持，縮短了醫療場域的限制，有助於弭平資源分布不均的現況。智慧醫療的發展，則是透過人工智慧 (Artificial Intelligence)、雲端服務等各項科技的導入，能更有效地應用各種醫療領域的數據資料，進而提升醫療品質與效率。跨單位整合與兒童健康相關的資料數據，以問題為導向進行資訊轉譯，應能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。

面對少子女化趨勢、兒科醫療照護人力有限且分布不均、醫療科技發展快速變化等挑戰，更需依據兒童各種面向的醫療照護需求，精準佈建分層分級的兒童醫療照護網絡，確保每一位兒童都能被妥善照護。

三、問題評析

(一) 兒童醫療照護體系之現況

1. 根據統計 108 年全台兒童病人占所有病人比率為 17.5%，健保點數占比卻只有 7.65%，到了 111 年全台兒童患者人數占比約為 16.6%，健保點數占比僅有 6.3%，兒童健保點數逐年下降。然兒童成長階段，除醫療照護外，仍有預防保健、發展篩檢...等健康照護服務，需要有額外的資源挹注，早期介入以降低兒童甚或成年期的罹病風險，減少兒童失

能，並獲取最大的健康效益。

2. 在臺灣現行的醫療體系中，單一全人口的醫療網實難完整涵蓋兒童的特殊需求，緊急能力分級評定中僅有第五章規範高危險妊娠及新生兒醫療，然對於周產期相關分級照護能力規範不夠明確，且對於兒童緊急醫療照護的專業人力需求、緊急處置能力及品質指標也並未著墨。
3. 目前台灣各區域的兒童醫療照護資源分布不均，如：具有高危險妊娠及新生兒醫療緊急照護能力之急救責任醫院約31.5%集中在台北區，東區僅占6.7%；新生兒及兒童加護病床數集中於台北市、台中市、高雄市等都會區；兒科專科醫師有34%集中在臺北區，東區僅占2%，且兒科專科醫師執業登記於診所佔52%。為減少因應醫療資源分布不均造成的就醫不便性，應強化網絡合作、重症轉運、遠距會診等多元的醫療照護模式；然現行全民健康保險遠距醫療給付計畫，規範遠距會診實施科別僅限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科等，尚未包含兒科。

(二) 周產期照護與兒童緊急醫療照護之重要性

1. 依據衛福部相關資料統計，111年新生兒死亡人數占5歲以下兒童死亡人數約為51.8%，新生兒出生7天內死亡人數占新生兒死亡總人數則高達85.1%；進一步分析死因，則以源於周產期的特定病況、先天性畸形及變形及染色體異常為主因，顯示周產期的照護品質是影響死亡率的

重要關鍵。

2. 依據全民健康保險研究資料庫的分析，出生體重小於 1,500 公克早產兒有三分之一不在醫學中心出生，其死亡風險比在醫學中心出生者多了一倍，顯示分級的周產期醫療照護有其必要性。臺灣各地的主要生產醫療院所層級和分布差異性大，如：台北市生產人數主要以為診所(約 33%)及醫學中心(約 48%)、雲林縣則以診所(61%)為主、台中市以地區醫院(36%)及區域醫院(31%)為主、高雄市以地區醫院為主(55%)；另外醫院緊急醫療能力分級評定具備「高危險妊娠及新生兒醫療」能力的醫院分布不均，重症加護照護能力不一，相對於高危險妊娠的篩檢與產前轉診規範較不足，使得孕產婦無法依據個別健康狀況獲得適切的周產期照護，高危險新生兒亦無法在產前轉介至重症加護資源較充沛的院所接受照護。
3. 國際實證研究顯示，具有健康風險因子(如：抽菸、喝酒、高危險妊娠、營養不良、多胞胎等)，或社會經濟風險因子(如：未成年懷孕、低社經地位、低教育程度等)之孕產婦，在懷孕或分娩過程中會有較高的孕產風險，透過孕產婦關懷計畫之介入，可提升產檢照護利用、減少低出生體重兒及早產風險。
4. 國健署出生通報統計資料顯示，我國低出生體重未滿 1,500 公克的新生兒占總出生數，自 97 年 0.8%增加至 110 年 1.06%，亦即約每 100 名新

生兒就有 1 名是極低出生體重兒。極低出生體重兒出院返家後初期，其家庭在居家照顧上的壓力與憂鬱程度較足月兒家庭高，並與早產兒週數、體重、疾病嚴重度、生命存活的不確定性有相關性，文獻指出透過居家訪視可顯著降低母親的焦慮及壓力，並可降低再住院率。另外，「極低及低出生體重兒居家照護計畫」主要係持續追蹤極低及低出生體重兒出院返家後生長發育情形(如身體評估、進食營養評估等)、持續評估主要照顧者照護能力及壓力，與健保署之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」目的及服務對象不同。

5. 現有醫院緊急醫療能力分級評定基準，相關規範以成人急重症照護為主，與兒童相關的評核項目僅著重在第五章「高危險妊娠及新生兒醫療」中。盤點全台重度級急救責任醫院、有通過第五章之中度級或一般級急救責任醫院，合計 89 家。若以一級醫療區來看，31.5%集中在台北區，東區僅占 6.7%，因此需要額外挹注資源於醫療資源不足區域，確保兒童緊急醫療就醫的可近性。

(三)應強化兒童初級照護與健康管理，並建立與社政體系之合作

1. 兒童初級照護對於疾病的預防、早期診斷及治療至關重要，更是兒童健康的基礎。初級保健的可及性，及有無習慣性就醫地點和醫師是關鍵之一，依據台灣出生世代研究資料 (Taiwan Birth Cohort Study, TBCS) 發現，以診所為固定就醫場所的兒童，其急診、住院利用率顯

著低於以醫院為固定就醫場所、或是沒有固定就醫場所的兒童；然而，兒童相關健康與醫療照護服務項目眾多，且分散於不同權責單位中，需建構完善專責醫師制度，才得以藉由個案管理的方式整合現有的衛政與社政服務，提供全人的兒童健康管理與照護。另外，我國兒童預防保健服務利用率雖已逐年提升，110年達81%，然不同縣市間之服務利用率仍存在差異，且3-7歲階段的服務利用率更低於前面六次的服務利用率，而此階段的兒童發展、口腔健康與體位成長對青春期及成人慢性病的影響至為關鍵，意外事故防制要點也不同於嬰幼兒時期，為了兒童成長的連續性，則需要逐步擴大照護年齡層，以確保學齡前兒童都有幼兒專責醫師的陪伴與照護。

2. 依據衛福部「發展遲緩兒童早期療育服務個案通報概況」顯示，未滿6歲兒童發展遲緩通報人數雖逐年增加，但以內政部0歲至5歲年中人口數估算，112年通報數趨近3.5萬人，通報率約為3.4%，較國際數值恐有偏低。而目前國內針對兒童發展診察服務模式，缺乏由醫師於兒童發展關鍵年齡全面提供完整之發展篩檢。又現行雖已提供疑似多重發展遲緩兒童聯合評估服務，惟因兒童發展聯合評估中心醫療資源不足，民眾反映掛號等候時間過久，111年尚有約10%個案無法於規定時間內完成評估，且仍有許多疑似發展遲緩兒童須花費長時間等候，才可以進入聯合評估門診，故急需精進改善。

3. 齲齒為兒童最常見的慢性病之一，且齲齒是可預防的。依據 2017 年國民口腔健康狀況調查結果顯示，我國兒童齲齒率於 3 歲開始快速上升，每年平均增加 10%，5 歲兒童的齲齒率為 65.43%，遠高於 WHO 在 2025 年所訂 5 歲兒童齲齒盛行率低於 10% 的標準。顯見亟待強化 0-3 歲兒童整合性口腔健康照護服務。
4. 依據我國 2017-2020 年「國民營養健康調查」結果顯示，7-12 歲兒童過重及肥胖比率為 25.8%，且有研究指出，在兒童期和青春期體重過重或肥胖與整個生命過程中的不良健康後果有關，大約有 3/4 過重或肥胖的兒童，成年後會持續有過重或肥胖的問題，此外也可能增加成年期過早罹患心血管疾病、糖尿病、部分癌症和肌肉骨骼疾病等慢性疾病之風險，進而造成龐大的醫療負擔；應透過及早於兒童時期進行肥胖防治介入，鼓勵兒童從小培養良好習慣，解決兒童肥胖相關問題。
5. 依據衛福部統計處 111 年國人死因統計，0~5 歲兒童死於事故傷害有 62 人，死亡率為每十萬人口 6.0 人，主要死因依序為(1)跌倒(落)11 人、(2)意外溺死或淹沒 7 人、(3)運輸事故 6 人、(4)因暴露與接觸有毒物質所致的意外中毒 2 人，暴露於煙霧、火災與火焰 2 人、(5)其他 34 人。兒童事故傷害不僅花費龐大醫療成本，更消耗了難以估算的社會成本，部分具有中高度可預防性，應結合縣市因地制宜推展兒童事故傷害宣導防制行動方案相當重要，透過事先預防及避免，以減少傷害的發生

或嚴重度。

(四) 兒童重難罕症醫療照護之困境與發展

1. 兒童的醫療照護需求依據疾病類別及嚴重複雜度可大致分成四大面向，包含單一事件 (病例數多且病情較單一，如感染性疾病)、慢性疾病 (病例數多且醫療複雜度不高的慢性疾病，如氣喘、自閉症等)、複雜度較高的慢性疾病 (病例較少且醫療複雜度較高的慢性疾病，如癌症、先天性心臟病、先天性消化道異常、水腦等)、以及重症 (醫療複雜度非常高，且病情危急需重症照護的疾病，如高危險早產兒、需使用葉克膜之兒童重症等)。每個兒童在各面向的醫療需求不同，如在單一事件面向中之需求比例約占九成，即有九成的兒童會因為單一事件的病痛需要就醫；然而在複雜性較高的慢性疾病約僅占一成二，而重症照護需求只占 2.4%。另外，近年來因生育人數下降、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罕症病例數下降，既影響各專科人才培訓，也可能導致醫療照護團隊因經驗不足，而不易改善醫療成效，更需要跨科部、高度整合之專業團隊才能提升診治成效，故應發展區域整合之集中化、資源能力分級的兒童重難罕症醫療照護。
2. 台灣各地醫院的兒童加護病房設置方式不同，部分醫院獨立設置新生兒加護病房及兒童加護病房、部分醫院將新生兒與兒童加護病房合併設置、更有部分醫院將新生兒或兒童加護病房與成人加護病房合併設

置。然重症新生兒及兒童的照護需求不同，更是與成人重症照護模式有差異，因依據不同年齡別的疾病需求，藉由專業的照護團隊提供兒童重症照護服務。另外，依據本部緊急醫療管理系統統計，各縣市新生兒及兒童加護病床數分布不均，集中於台北市、台中市、高雄市等都會區，未來應考量各區域人口照護需求，規劃兒童重症照護資源佈建，並將分級醫療、重症轉運、跨院際級多領域的會診機制納入考量。

3. 另一方面，兒童(青少年)精神疾患指好發於出生後至 18 歲的精神疾患，併有發展、情緒和行為等問題，包含神經發展障礙症、學習障礙、焦慮疾患、情緒疾患、衝動控制與行為規範障礙症、創傷後壓力症候群及精神病疾患等。依據衛福部委託辦理「全國性兒童與青少年精神疾病流行病學調查」顯示，32.3% 學童終生罹患任一精神疾患；注意力不足過動症與自閉症的終生加權盛行率分別為 10.5%、1.0%，另有 7.9%學童有自殺意念，惟目前全民健康保險資料庫統計資料，皆低於前開數值。顯示臺灣目前有多數罹患精神疾病的兒童未接受醫師診斷，且民眾對兒童常見精神疾病的認知不足。
4. 除此之外，研究顯示心智障礙或多重障礙的兒童比一般兒童有高達近十倍左右的低視覺比例，因此針對發展遲緩和身心障礙兒少，更需要及早評估視覺能力與發現問題，尋求提升最佳視覺能力的可行性。為照護這群特殊需求個案，亟需建立完善視覺篩檢、評估、診斷與治療，

推動視覺復能專業技能培育制度，以早期篩檢出高危險或視覺異常的個案，藉由適當且早期的眼科治療與視覺復能訓練，擴大目標個案剩餘視覺使用能力、或運用視覺輔具訓練提升視覺效能等介入性處置，有助縮減未來相關醫療與社福資源耗用，涵養該類兒少日後獨立生活自主的機會，維護心理健康，並增進個案的生活品質。

四、社會參與及政策溝通情形

本計畫廣徵不同背景的專家學者(含醫療、公衛、護理、資訊、管理、行政等)及政府官員(現任及卸任)建言，並蒐集地方衛生局對於計畫內容的建議，各項工作於政策規劃過程中，均涵蓋與相關團體討論之結果。重要之社會參與及政策溝通情形如下：

- (一) 110 年底於行政院第 3784 次會議上報告優化兒童醫療照護計畫，會議決議重點：請衛福部持續結合相關資源，再加速、加碼、加大投入力道，以進一步再予優化。除醫療體系外，社會福利體系也應整體投入，以及相關部會及地方政府之配合，請林萬億政委督導統合，包括兒童專責醫院之設立等，讓兒童醫療照護體系更為健全，並請朱主計長在經費上予以支持。
- (二) 110-112 年連續三年於「全國醫療行政及醫療法規研討會」與全國各縣市衛生局人員宣導優化兒童醫療照護計畫各項策略推動，並針對計畫推動方向進行交流及討論。
- (三) 持續與婦產科醫學會、兒科醫學會、新生兒科醫學會等專業學會進行溝通與討論，如：擬定周產期轉診條件(含高危險妊娠產前轉診、新生兒外接)、提出兒童緊急醫療照護補助模式之建議、研擬幼兒專責醫師制度精進方向、精進兒童重難罕症照護品質監測、研擬兒科人才培訓方案、宣傳兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材管理資訊系統...等。

貳、計畫目標

一、目標說明

「上醫醫未病之病，中醫醫欲病之病，下醫醫已病之病」，最好的醫療照護即是從早期介入提供疾病預防、健康促進、預防保健...等服務。本計畫第一期以精進兒童醫療照護網絡為目標，第二期則往前延伸至兒童健康照護服務，以生命歷程(周產期、新生兒、兒童、青少年)及照護需求(一般兒童與重難症兒童)為考量納入更全面健康服務，包含以母嬰照護為核心的周產期醫療；涵蓋生理、心理、家庭、環境等不同層面的兒童全人照護；對於重難罕症等特殊照護需求兒童的醫療照護與人力培訓支持。藉由醫療體系、公共衛生體系、社福體系之合作與連結，建立完善的兒童醫療照護網絡，不漏接每一位兒童，共同提升兒童醫療品質與健康發展。

本計畫執行之整體目標如下：

- (一) 完備從周產期到新生兒、兒童的醫療連續性照護，並提升其就醫可近性。
- (二) 提升兒童初級照護品質與健康管理成效，並強化與社政體系合作。
- (三) 整合兒童重難罕症醫療資源，提升照護品質，減少兒童失能。
- (四) 發展兒童住院醫療之身心照護模式，建立兒童(青少年)精神醫療團隊及規劃設置專責心智病房。
- (五) 提升兒童發展篩檢異常發現及聯合評估服務效能。
- (六) 推廣兒童事故傷害防制宣導，強化事故傷害預防知能。

(七) 推廣兒童肥胖防治，建立正確的運動及飲食營養相關識能。

(八) 精進兒童醫療照護人力與團隊之培訓與留任，以維持少子女化下的兒童醫療照護系統穩定運作。

二、達成目標之限制

(一) 在少子女化趨勢下，需從不同面向改善兒童死亡率

近年來臺灣出生人數逐年降低，已從 105 年的 208,440 位新生兒降至 111 年的 138,986 位新生兒(出生率從 8.86‰降至 5.96‰)。然 5 歲以下兒童死亡人數雖有逐年減少，但與周產期相關疾病之死亡人數卻增加。包括與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患(從 105 年的 56 名增加至 111 年的 66 名)、母體因素及懷孕、分娩、生產之併發症所影響之胎兒及新生兒(從 105 年的 5 名增加至 111 年的 20 名)。另外，我國的早產率亦從 105 年的 9.77% 增至 111 年的 10.56%，出生體重<1500g 的比率也從 105 年的 0.93% 增至 111 年 1.06%，二者皆有逐年上升的趨勢，這群孩子的死亡率與罹病率也較足月新生兒高，對整體死亡率有所影響。

五歲以下兒童死亡率涉及國家整體發展，包含醫療體系、公共衛生措施、社會經濟等多面向因素，分析我國兒少各年齡層死亡原因，並參考 OECD 統計描述將死因分為醫療死因與非醫療死因，結果顯示：未滿四周新生兒以醫療死因為最大宗；滿四周未滿一歲之嬰兒仍以醫療死因為大宗，非醫療死因之占比則上升至約 25%；一歲至四歲兒童之非醫療死因占比更增加至約 35%。顯示非醫療死因對於五歲以下兒童死亡有一定比例之影響，爰本計畫將持續監測五歲以下兒童死亡率，惟其改善幅度可能受其他非醫療健康因素影響。

在少子女化的趨勢下，對於數量少的兒童死亡個案，需要進行更深入、且多面向的根本原因分析，並據以研擬相關改善策略，進一步監測死亡率、健康指標等成效。本計畫第二期除強化相關醫療照護品質以減少可避免或可預防的死亡外，也納入更多兒童照護權責單位及相關推動策略，期透過相關權責單位的合作與資源整合，提升從周產期開始的兒童健康照護。

(二) 兒科專業人力培訓之考驗

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，原已顯著改善兒科住院醫師招收情形，由 102 年之 89% 提升至 107 年之 100%，然 108 年又降低至 96%，111 年更減少至 76%，COVID-19 疫情期間對於兒科醫師及基層院所之衝擊，亦影響醫學生的選科意願。未來如何維持兒童醫療照護人力的量能與運作更是一大考驗。

另外，因生育人數下降、產前檢查及篩檢工具進步，使得兒科重難症病例數下降，進而影響各次專科人才培訓，亦可能使醫療照護團隊因經驗不足而不易提升醫療成效。除了精進國內兒童重難罕症的人才培訓機制外，未來也需強化國際合作交流，提升我國兒童重難症照護人才的培訓品質與量能。其中，兒童重症轉送照護醫學更是一門新興的醫療專業領域，相關專業照護人力與團隊的培訓更需要時間與經驗累積。

三、績效指標、衡量標準及目標值

(一) 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 (112年)	114年	115年	116年	117年
降低兒童死亡率	逐步改善5歲以下兒童死亡率	5歲以下兒童死亡率	5.3%	≤5.3%	≤5.3%	5.2%	≤5.2%
提升相關兒童照護品質	新生兒死亡率(排除體重<500公克或懷孕週數<22週)	新生兒死亡數(排除體重<500公克或懷孕週數<22週)/出生數 *1,000%	1.8% (111年)	≤1.8%	≤1.7%	≤1.7%	≤1.6%
提升孕產婦相關照護品質	孕產婦死亡率	孕產婦死亡人數/每十萬活產數	12.1 ⁰ / ₀₀₀₀ (110-112年平均)	12.0 ⁰ / ₀₀₀₀	≤12.0 ⁰ / ₀₀₀₀	11.8 ⁰ / ₀₀₀₀	≤11.8 ⁰ / ₀₀₀₀
周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷	收案期間4次以上產檢利用率	產檢4次以上的高風險收案產婦人數/當年被收案且應做產檢4次以上的高風險收案產婦人數 *100%	98.3% (111年)	≥98.5%	≥98.5%	≥98.5%	≥98.5%
原鄉地區周產期孕產婦追蹤關懷	補助原鄉地區孕產婦產檢交通費	補助人次	2,586	2,600	2,630	2,660	2,700
極低出生體重(≤1500公克)兒關懷追蹤	極低出生體重(≤1500公克)兒關懷追蹤率	接受追蹤或結案之極低出生體重(≤1500公克)兒人數/符合極低出生體重(≤1500公克)兒追蹤條件之總人數 x100%	97.9%	95%	≥98%	≥98%	≥98%
提升幼兒專責醫師的照護涵蓋	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%	44.8%	60%	70%	80%	90%

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (112年)	114年	115年	116年	117年
提升兒童發展異常及兒童發展聯合評估服務效能	兒童發展篩檢利用率	實際使用人次/應使用人次*100%	-	80%	81%	82%	83%
	初診個案≤30工作天完評率	初診個案完成聯合評估小於30工作天個案數/所有初診個案數	58.1% (112年10月)	≥98%	≥98%	≥98%	≥98%
建立我國善護之家模式	輔導縣市成立口腔親善中心醫院	成立口腔親善中心醫院縣市數	-	3	3	5	5
	試辦院所未滿3歲兒童塗氟及牙科就診率	接受追蹤之未滿3歲兒童前塗氟及牙科就診率	-	-	-	70%	75%
降低兒童事故傷害死亡率	未滿6歲兒童事故傷害死亡率	未滿6歲兒童事故傷害死亡人數/未滿6歲兒童年中人口數×100,000 ^{0/0000}	6.0 ^{0/0000}	≤6.0 ^{0/0000}	≤6.0 ^{0/0000}	≤6.0 ^{0/0000}	≤6.0 ^{0/0000}
降低兒童過重及肥胖率	7-12歲兒童過重及肥胖率	7-12歲兒童過重及肥胖人數/7-12歲兒童人數×100%	26.4% (111年)	26.3%	26.2%	26.1%	26.0%
	7-12歲兒童每日蔬菜攝取量達3份之盛行率	7-12歲兒童每日蔬菜攝取量達3份人數/7-12歲兒童×100%	13.1% (109年)	13.5%	14%	14.5%	15%
提升兒童重難罕症照護量能	兒科住院醫師留任率	兒科住院醫師完成訓練後兩年內留任在醫院體系的人數/兩年前兒科住院醫師訓練總人數	-	-	-	≥前一年度留任率	≥前一年度留任率
	核心醫院的小兒重難罕症照護能力	具有兒童重難罕症四大領域及小兒外科專科醫師執業的核心醫院數/核心醫院總數	-	-	-	75%	85%

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (112年)	114年	115年	116年	117年
建置兒童重症運送專業團隊	兒童重症運送專業團隊佈建數	兒童重症運送專業團隊數	3	4	6	7	7
佈建跨專業之兒童青少年精神醫療團隊及兒童(青少年)心智病房	跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊或兒童(青少年)心智病房佈建數	跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊數或兒童(青少年)心智病房數	-	2	3	3	3
兒童視覺復能	成立 Level 3 的專業視覺復能團隊	團隊建置家數(累計數)	5	10	15	18	22

參、現行相關政策及方案之檢討

行政院前於 109 年 2 月 14 日核定「優化兒童醫療照護計畫」，實施期間自 110 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日止。有關「優化兒童醫療照護計畫」預期效益達成情形、執行績效與執行檢討詳述如下：

一、「優化兒童醫療照護計畫」第一期預期效益達成情形

策略目標	績效指標	衡量基準	計畫目標	計畫目標 現況值	達成程度(%) 與差異分析
			113 年	112 年數值	
降低兒童死亡率	5 歲以下兒童死亡率每年平均下降大於 0.1‰	5 歲以下兒童死亡率	≤4.2‰	5.4‰ (111 年)	未達成，因受少子化影響，出生人數急遽下降，每個死亡個數對於死亡率的計算影響極大，導致兒童死亡率改善幅度有限。
完備周產期醫療系統的發展	提供周產期照護服務涵蓋率	有提供周產期照護服務之縣市/全國扣除離島之縣市數*100%	≥90%	95%	已達成
	周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷	收案期間 4 次以上產檢利用率(產檢 4 次以上的高風險收案產婦人數/當年被收案且應做產檢 4 次以上的高風險收案產婦人數)x100%	≥98%	98.3% (111 年)	已達成
	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(≤1500 公克)兒人數/符合極低出生體重(≤1500 公克)兒追蹤條件之總人數 x100%	90%	85%	已達成 111 年目標
提供 24 小時之兒童緊急傷患就醫服務	提供兒童緊急醫療照護涵蓋率	有提供兒童緊急醫療照護服務之縣市/全國縣市數*100%	100%	100%	已達成

策略目標	績效指標	衡量基準	計畫目標	計畫目標 現況值	達成程度(%) 與差異分析
			113 年	112 年數值	
跨院際的診治平台，以照護兒童重難罕症疾病	分區建立核心醫院，提供兒童重難罕症照護	核心醫院數	8	8	已達成
建置兒童重症運送專業團隊	建置兒童重症運送專業團隊	兒童重症運送專業團隊數	4	3	達成 75%
未滿 3 歲之兒童有專責醫師的照護	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%	35%	43.1%	已達成
推展育兒指導服務	逐年提升育有 6 歲以下育兒指導服務涵蓋數	達成補助縣市數	21	20	達成 95.24%

二、執行績效

(一) 完備周產期醫療照護系統

1. 周產期照護網絡計畫

計畫補助重點醫院統籌規劃轄區內周產期網絡運作，並建立新生兒外接團隊、高危險妊娠產前轉診機制及網絡內血庫調度中心，以強化高危險妊娠轉診與處置能力及新生兒加護照護。

- (1) 截至 112 年補助 9 家醫院組成區域周產期照護網絡，且於 111 年推動生活圈模式，在新竹縣市和嘉義縣市由執行醫院提供跨縣市服務。112 年加入 8 家核心醫院共同負責高危險妊娠與新生兒加護照護，故實際照護區域涵蓋 18 個縣市。執行醫院平均與區域內 6 家以上基層院所合作，並已涵蓋區域內 76% 新生兒之生產院所，部分縣市合

作院所亦包含助產所。執行醫院建立網絡內緊急血液調度機制，111年至112年累計有6家醫院執行血液調度實例，其中1家醫院規劃建置電子化的血品調度平台，在113例血液調度中，有21例為緊急個案。

- (2) 110年至112年累計提供高危險妊娠產前轉診服務345次，其中以有早產現象、嚴重型子癲前症、嚴重高血壓...等為最主要轉診原因；另外完成新生兒外接服務581次，外接個案以新生兒呼吸窘迫症、出生體重不足2 Kg或胎齡不足34週、生理狀況不穩定...等為大宗。
- (3) 新生兒外接服務需透過一個受過專業訓練的團隊出勤(包含醫師、護理師及相關人員)，才能確保新生兒在轉送過程中的安全。因此，112年度由相關領域專家籌劃新生兒外接團隊專業教育訓練課程，規劃課堂講授及工作坊，並做為重點醫院及核心醫院之外接團隊的必要訓練，以提升相關醫療人員之新生兒急重症加護專業知能，強化新生兒轉運的品質。
- (4) 補助3家醫院推動開放醫院模式，由執行醫院與基層院所婦產科醫師建立合作關係，結合基層診所的服務便利性與醫院醫療設施的完整性，使產婦可獲得連續且完善的醫療照護，110年至112年已協助64位孕產婦在醫院及基層診所醫師共同照護下順利生產。

2. 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫

- (1) 本計畫 110 年於 19 縣市推動，並於 111 年起擴大至全國 22 縣市辦理，服務對象涵蓋全國之高風險孕產婦(兒)，112 年收案服務目標數為 6,973 人，截至 112 年 10 月底已收案 7,612 人，收案達成率 109.2%。
- (2) 第 1 期計畫目標為高風險收案產婦於收案期間 4 次以上產檢利用率達 98% 以上，透過辦理實務工作者教育訓練，提升第一線實務工作者之照護服務品質。111 年收案期間 4 次以上產檢利用率已達 98.3%。

3. 極低及低出生體重兒居家照護計畫

- (1) 第 1 期計畫目標為極低出生體重(≤ 1500 公克)兒關懷追蹤率達 90% 以上，經 111 及 112 年擴大招募全國醫院，截至 112 年 10 月已有 80 家合約醫院加入。另，透過串接出生通報資料，持續與地方政府衛生局合作媒合零星之非合約醫院個案就近至合約醫院接受此計畫服務，期不漏接任一個案。
- (2) 截至 112 年 10 月底，實際已收案 2,563 人，收案率 97.6% (符合收案條件出院 2,627 人)，經了解拒絕收案之原因多為照顧者已有照顧早產兒之經驗或表示會按時回診。另 112 年已完成逾 800 次家訪、11,000 次電訪及 2,000 次視訊訪視服務。
- (3) 為確保各醫院居家照護之品質一致性，邀集相關專家及第一線服務醫護人員研製極低及低出生體重兒居家照護作業手冊。

(二) 建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡

計畫補助醫院提供 24 小時兒科 (含新生兒及早產兒) 緊急醫療服務 (需有兒科專科醫師或小兒外科專科醫師提供服務)，同時加強轄區內兒保小組的任務。

1. 截至 112 年補助 16 家醫院執行，所有醫院皆能提供 24 小時兒科緊急醫療服務，兒童看診人次以假日及夜間居多。且兒科專科醫師於急診第一線診療服務時段已接近六成，部分醫院則由兒科專科醫師急診照會。
2. 執行醫院在各級檢傷分類之可能等候時間內看診達成率整體為 98.56%。上轉率也逐年下降至 0.4%，逐趨穩定。

(三) 跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質

計畫補助核心醫院統籌規劃轄區內兒童重難罕症醫療照護運作，並發展兒童重難罕症焦點團隊，並藉由兒童重難罕症跨院際合作機制，落實分級醫療，強化重難罕症病童之診治，並輔以轉診轉運網絡，佈建兒童重難罕症醫療照護網絡。

1. 截至 112 年補助 8 家核心醫院，並涵蓋東部地區之佈建，籌組兒童重難罕症焦點團隊，共提供 12 項兒童重難罕症疾病範疇的醫療照護 (涵蓋兒童癌症、兒童神經重難症、兒童心臟重難症、兒童急性器官衰竭、極低體重早產兒、兒童外科重症、第一型糖尿病、兒童自體免疫疾病、Covid-19 以及其他新興感染之重症、多重先天性障礙疾病、罕見疾病、兒童慢性腎臟病)。112 年與 12 家重點醫院合作，負責兒童重難罕症照

護、高危險妊娠與新生兒加護照護。此外，核心醫院為將照護能力向外拓展，協助重點醫院等合作院所之臨床諮詢、個案討論及專業繼續教育等，共同提升重難罕症醫療照護成效及轉診效能。

2. 成立一家兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心：

透過召開「兒童臨床必要藥品及醫材專家諮議會」，定期檢視及調整「困難取得之兒童臨床必要藥品及醫材管理品項清單」，規劃及辦理品項管理、聯合採購、協助專案進口申請與協請健保收載等相關作業。並建置管理資訊系統，以改善國內兒童臨床使用之必要藥品及醫材取得困難問題。截至 112 年，「困難取得之兒童臨床必要藥品及醫材管理品項清單」共計有 34 項藥品及 18 項醫材；且 112 年度已完成 14 項藥品、33 項醫療器材之聯合招標，協助完成 7 項藥品、4 項醫材之專案許可，另有 10 項藥品及 15 項醫療器材，以資訊媒合方式協助醫療院所取得。

(四)發展兒童重症運送專業團隊及網絡

計畫補助佈建兒童重症轉運專業團隊，強化兒童重症轉運綠色通道，整合單一窗口，提供兒童安全且適切的 24 小時轉診服務。

1. 110-111 年於南北部各組成共 1 家兒童重症轉運專業團隊，112 年擴增至 3 家。轉運病童涵蓋近全台九成的縣市，亦包含離島。
2. 110 年至 112 年累計兒童重症轉運總人數為 315 人，其中新生兒重症轉

運共 180 位，個案以生理狀況不穩定者、危急性先天性心臟病及新生兒罹患呼吸窘迫症需高頻呼吸器輔助為大宗；另，兒童重症轉運共 135 位，個案以呼吸衰竭、危急性先天性心臟病及需兒童外科處置之外科急症等為前三大原因。

3. 兒童重症轉運服務為新興的專業領域，且需透過一個受過專業訓練的團隊出勤(包含醫師、護理師及相關人員)，才能確保兒童在轉運中的安全，因此，由執行團隊研擬「臺灣全齡兒童重症轉運專業培訓課程」，112 年修訂系統性課程架構及內容，並且辦理「兒童重症轉運專業教育訓練課程」，以提升相關醫療人員兒童重症轉運照護專業知能，強化全齡兒童轉運的醫療照護品質。

(五) 規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台

計畫補助困難診斷疾病平台協助困難診斷疾病之病童，透過專家諮詢委員會提供整合性醫療評估及診治方向，同時輔以遠距會診諮詢模式，減少病童就醫障礙，提升全國兒童困難診斷疾病照護之可及性。

1. 已建置 1 家國家級兒童困難診斷疾病平台，並建立兒童困難診斷疾病平台作業流程，籌組兒童困難診斷疾病專家諮詢委員會，以多專科跨院際照會機制，提供服務。
2. 為提升兒童困難診斷疾病平台之可及性，與配合衛福部遠距會診系統資源之運用，截至 112 年底共佈建 10 個遠端協同會診據點 (含離島)，協助

31 位兒童進行診斷與治療，其中已有 10 位兒童獲得明確診斷，診斷率約 32.3%，相較於美國國家衛生研究院（National Institutes of Health, NIH）之「全國未確診疾病計畫」（Undiagnosed Diseases Network, UDN）共協助 1,644 位困難診斷疾病病童，診斷率約 29%，本平台診斷率與美國 UDN 診斷率相近。

(六) 培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用

配合法定預算調整，該策略 110-112 年法定預算為 0 元。僅由本計畫協調管理中心協助初步研擬兒童照護專業培訓課程及相關照護品質監測。

(七) 發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度

幼兒專責醫師制度計畫是以個案管理的方式，發展幼兒為中心的健康照護制度，由基層兒科及家庭醫學科醫師擔任未滿 3 歲兒童之照護專責醫師，提供預防保健、預防接種、居家訪視、篩檢追蹤、通報轉介等相關初級照護及健康管理，並強化相關照護品質。同時，藉由衛政與社政資源的連結，提供幼兒全方位的健康照護。

1. 109 年由 6 縣市進行試辦計畫，110 年有 10 縣市參與辦理，112 年擴大至全臺 22 縣市參與。112 年起於醫療資源不足區域，納入非兒/非家醫科衛生所醫師，提升鄉鎮市佈建率達 92%，以改善偏遠地區或醫療資源匱乏區幼兒的照護品質與就醫可及性。截至 113 年 5 月全國共計 1,103 家醫療院所(含 2,268 名醫師)參與，總收案 193,168 人，全國收案

涵蓋率達 44.8%。

2. 將周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫個案、脆弱家庭、發展遲緩/早期療育需求等其他特殊照顧需求納入指定收案，指定收案人數也逐年增加至 113 年共計 9,655 人。
3. 為確保幼兒專責醫師服務品質一致性，且有足夠的幼兒照護知能，研製幼兒專責醫師服務手冊，並辦理多場線上及實體教育訓練；另建置幼兒專責醫師個案管理資訊系統，提供幼兒專責醫師進行個案管理。

(八) 推展育兒指導服務方案

1. 各地方政府 110 年與 52 個民間團體合作共同提供育兒指導服務，培力 900 名育兒指導員，服務 4,032 戶家庭、4,927 名兒童，提供到宅指導服務 3 萬 3,195 人次，辦理提升家長知能方案 460 場次。
2. 111 年合作團體成長至 56 個，育兒指導員增至 1,077 名，服務 3,862 戶家庭、4,247 名兒童，提供到宅指導服務 3 萬 6,708 人次，辦理提升家長知能方案 539 場次。

三、執行檢討

(一) 第一期優化兒童醫療照護計畫之整體推動

1. 第一期計畫執行期間，我國五歲以下兒童死亡率尚無明顯改善，且未達計畫目標。進一步分析五歲以下兒童死亡原因，整體雖以醫療死因為大宗，然非醫療死因之佔比隨年齡增加而上升，且佔一定比例。另

外，若分析一天內死亡新生兒資料，發現懷孕週數<22 週或出生體重<500 公克之新生兒於一天內死亡，約占所有一天內死亡之新生兒的50%。這些個案有可能是受政府生育津貼、生育給付、育兒津貼、生產事故救濟給付影響，造成新生兒出生當日報出生卻又馬上通報死亡，而使這些數據在解讀上會有所偏頗。整體來說，五歲以下兒童死亡率涉及國家整體發展，包含醫療體系、公共衛生措施、社會經濟等多面向因素；然本計畫係以改善兒童醫療照護為目標，應將計畫績效指標扣合兒童醫療照護品質做訂定，爰增列「孕產婦死亡率」、「兒科住院醫師完成訓練後兩年內留任在醫院體系之留任率」、「兒童重症轉運專業團隊數」等多項指標，以利評估本計畫的執行成效。

2. 依據 110-112 年法定預算之調整，第一期計畫經費前 3 年合計僅約 13 億元。計畫期中檢討顯示，因經費縮減影響實際執行，包括調降部分策略補助經費，亦影響各層級照護網絡的資源整合，導致計畫成效與原規劃有所落差。依據行政院指示，113 年起擴大辦理優化兒童醫療照護計畫，本部成功爭取一年 20 億元經費，各項策略得以調整補助，擴大加速辦理各執行要點，以逐步落實計畫目標。
3. 第一期計畫依據兒童照護需求將醫療照護網絡分為三層級：以一級醫療區分區布建 8 家核心醫院，培訓兒童醫療照護人力、精進兒童重難罕症的診治、發展兒童重症運送專業團隊、建立困難診斷疾病平台，

以減少兒童失能；以縣市生活圈布建 9 家周產期照護網絡醫院，並藉由核心醫院的加入，提供全台不同區域內的周產期照護服務，以提升孕產婦、新生兒及兒童的醫療照護品質與就醫可近性；於全台 22 縣市推動幼兒專責醫師制度，主要由基層兒科、家庭醫學科擔任未滿 3 歲兒童之照護專責醫師，除前述醫師之外，也透過辦理幼兒專責醫師專業教育訓練認證，將兒科及家醫科資源不足地區其他科別醫師納入本計畫，以平衡偏鄉地區的幼兒照護資源。整體而言，透過第一期計畫推動，已初步完成各層級醫療院所之布點，然各區域照護資源仍有所差異，需要進一步依據醫療照護專業能力與需求、人口數與交通距離考量，精進兒童醫療照護網絡的分級制度與不同層級醫療院所間的串連；偏遠地區兒童醫療照護，則須更強化遠距會診於緊急醫療及困難診斷疾病之應用，串以完備的轉診制度與專業轉運團隊。

(二) 從周產期到新生兒、兒童的醫療連續性照護

1. 「周產期照護網絡計畫」與「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」：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，本部自 105 年度起持續推動「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，補助醫院提供 24 小時兒科專科醫師急診服務。110 年起原規劃透過加強「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」之執行醫院相關周產期照護能力，以擴大提供孕產婦與新生兒之連續性照護。然因既有執行

醫院之能力與層級尚有差異，故另外推動「周產期照護網絡計畫」，以每縣市至少 1 家重點醫院做規劃，以完備周產期醫療照護資源佈建。然而，周產期醫療照護需要整合婦產科與兒科及相關重症加護的多專業團隊，透過相當經驗的累積，才能提升相關照護品質，因此重點醫院的設置，無法單純以縣市進行規劃。故 111 年起於新竹縣市、嘉義縣市以生活圈區域整合方式推動，補助 1 家醫院執行「周產期照護網絡計畫」，提供跨縣市的周產期照護與兒童緊急醫療服務，另補助 1 家醫院因應地域需求執行「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，提供兒童緊急醫療服務。但在二級醫療區的佈建仍有所不足，尤其都會區，故於 112 年起納入核心醫院共同提供周產期醫療照護服務。「提升兒科緊急醫療救護品質及資源整合計畫」補助每位兒科醫師每月 30 萬元，然各醫院之兒童急診運作模式不同，有些醫院由兒科醫師於急診看診，有些則是以兒科醫師急診會診方式提供服務，未來需依實際執行模式補助，以落實經費使用的合理性。經第一期優化兒童醫療照護計畫之推動，已大致完成周產期照護與兒童緊急醫療之佈點，然既有計畫執行醫院間仍存在照護量能(如：兒童急診數、高危險妊娠產前轉診、新生兒外接量、人力與重症床位數)的差異，需再進一步分級規劃，並檢視佈點之合適性，以發揮網絡最大的功能。另外，高危險妊娠分級照護與產前轉診仍有精進空間，需透過學協會合作，依據疾病照護需求，

進行分級獎勵與衛教推廣，以落實母體產前轉診。另外也需重視新生兒及兒童重症加護的量能與品質，加強加護病房的人力運用與品質監測、辦理相關教育訓練(如：新生兒外接團隊教育訓練、重症照護護理訓練)，以逐步提供全齡兒童的急重症照護，完備從周產期到新生兒、兒童的就醫可近性與連續性醫療照護。周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫：

透過不同網絡單位間之資訊交換、系統介接及資料比對，有利於發現潛在之高風險孕產婦(兒)個案，並使計畫個案管理人員可以較全面掌握個案狀況，本期計畫規劃完善不同網絡間之資訊傳遞，以期即時掌握個案之收案及關懷時程，並提供個案更周延的照護服務。

3. 極低及低出生體重兒居家照護計畫：

為強化與「優化兒童醫療照護計畫」相關子計畫之合作及服務之轉銜，需進一步規劃極低及低出生體重兒居家照護計畫與幼兒專責醫師制度計畫個案服務銜接相關事宜。

(二) 以兒童為中心強化初級照護與健康管理

1. 幼兒專責醫師制度以發展個人化的健康管理、主動發掘兒童照護需求、及早介入或轉介為目標，應逐步推動以涵蓋所有新生兒。109年於6個不同都會發展程度的縣市進行試辦計畫，由所轄衛生局及醫療院所共同參與，以建立初步模式。110-111年擴大納入4縣市(包含東部和都會

區)，112 年更擴大於 22 縣市推動，而為了讓每個在臺灣出生的孩子都能健康成長，自 112 年 11 月 1 日起，所有的新生兒皆納入幼兒專責醫師制度計畫的照護。因 110-112 法定預算調整，以及 COVID-19 疫情影響，幼兒專責醫師制度推動幅度有所限制，僅能擇必要工作項目及特定區域優先辦理，故尚無顯著推動成效；113 年成功爭取擴大辦理之經費，才得以逐步擴大未滿三歲幼兒的照護涵蓋，並落實從出生開始銜接幼兒專責醫師制度之目標。

2. 另外，依據國發會人口推估 114-117 年未滿三歲幼兒人口數每年平均約 45 萬人(中推估)，以每位幼兒專責醫師收案 300 人估算，至少需要 1,500 名幼兒專責醫師，截至 113 年 5 月，已有 2,268 名幼兒專責醫師參與，平均每位醫師照顧 85 名未滿三歲幼兒，然實際上離島地區平均每位醫師最低收案數小於 10 名、各縣市平均每位醫師收案數為 30 名至近 200 名不等，顯示幼兒專責醫師於區域上的分布不均。考量偏遠地區專業照護人力不足，112 年針對兒科/家庭醫學科醫師缺乏地區開放當地醫療院所兼任/報備支援之兒科/家庭醫學科專科醫師照護，或開放由當地衛生所執業之醫師 (不限兒科/家庭醫學科專科醫師)擔任幼兒專責醫師，但需完成幼兒專責醫師教育訓練，以確保不同專科的醫師皆有適切的照護知能，提供不同照護需求之兒童相關服務。
3. 已將周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫個案、極低及低出生體重兒、

社安網個案、發展遲緩/早期療育需求等其他特殊照顧需求納入指定收案，並由各地縣市政府衛生局協助媒合分派；然不同體系間的個案轉介流程仍待進一步標準化，並建立良好的雙向溝通機制。另外，考量特殊幼兒照護之需求，(如：極低及低出生體重兒、領有重大傷病卡之幼兒...等)，於 112 年度花蓮縣試辦與醫學中心合作，使有照護重難罕症兒童能力之醫院和醫師加入計畫，並擴大與社區基層院所或衛生所之合作，讓需要特殊醫療照護之幼兒可以獲得更完善的照顧。未來將持續擴大推動至全臺灣的醫學中心，整合相關醫學中心的資源以利協助幼兒專責醫師計畫的銜接照護、落實分級醫療，並顧及需要特殊照護資源之幼兒，以確保有效執行並達成區域整合效果。

4. 衛生局協助執行幼兒專責醫師制度計畫，是重要的一環。兒童的健康照護服務分屬於不同司署部門承辦，如：就醫轉診服務主管機關為健保署、預防接種服務主管機關為疾管署、牙齒塗氟照護服務主管機關為口腔健康司，希冀透過計畫補足衛生局人力需求及管理資源，對內協調相關科室之業務，對外管理參與醫療院所，並督導參與醫院落實個案管理及評核指標之監測，以有效整合跨部門合作，提升幼兒醫療服務的品質與覆蓋範圍，進而確保轄內每位幼兒都能獲得幼兒專責醫師適切的醫療照護。
5. 第一期計畫以 0-3 歲幼兒為主要照護對象，兒童健康議題除預防保健、

預防接種、居家訪視、篩檢追蹤、通報轉介等相關初級照護及健康管理之外，仍有其他重要的兒童健康範疇尚未納入，如：兒童發展篩檢評估、兒童事故傷害防制...等，因此需透過跨單位的策略推動與資源整合，以提供兒童全面性的健康照護服務。而 3-7 歲階段的兒童預防保健服務利用率較低，且此階段的兒童發展、口腔健康與體位成長對青春期及成人慢性病的影響至為關鍵，意外事故防制要點也不同於嬰幼兒時期。為了兒童成長的連續性，則需要逐步擴大照護年齡層，以確保學齡前兒童都有專責醫師的陪伴與照護。

(三) 兒童重難症醫療照護資源整合與協調

1. 兒童重難罕症焦點團隊

歷年衛福部所推動之「兒童重難症醫療照護團隊獎勵方案」致力於兒科重難症醫療的基礎研究與單一疾病治療之精進。然優化兒童醫療照護計畫以建構整體兒童醫療照護體系、醫療資源佈點及人力資源整合為主軸，故 110 年「核心醫院計畫」轉銜以協助兒童重難罕症照護網絡之佈建。

- (1) 因兒童重難症臨床照護個案數少且異質性高，110 年起廣泛定義兒童重難罕症焦點團隊之醫療服務主題範疇，分別為「兒童癌症、兒童一般外科(含整外)、新生兒及兒童重症加護、兒童神經內外科、兒童心臟內外科」等類別；然檢討兒童重難罕症焦點團隊執行成果，

無法聚焦資源整合及品質提升，爰此，112-113 年度核心醫院計畫聚焦 12 個照護服務類別，分為基本辦理類別及自選辦理類別。另，逐步規劃監測執行醫院之共同照護品質指標。但少子化趨勢及兒科專科醫師人力日趨不足，因此未來需進一步聚焦核心醫院計畫之服務範疇，以兒童重難罕症四大領域「新生兒、兒童癌症、兒童重難症及兒童遺傳」為主。

- (2) 周產期母嬰照護的需求與其他類別的兒童重難症照護不完全一致，高危險妊娠與新生兒外接有其在地化照護之可及性需求，也存在極度困難個案的轉介需求，故核心醫院需擔任最高層級周產期照護轉介的角色，並與第二層級醫療網絡重點醫院建立合作連結。112 年起為配合周產期照護計畫佈點的完整性，核心醫院執行周產期照護任務，並與重點醫院建立合作機制，整合區域內之孕、產、兒醫療照護資源。
- (3) 隨著醫療照護的進步，嬰幼兒時期的先天性疾病或慢性複雜疾病可存活至成人，兒童慢性複雜疾病所合併不同系統問題，可能隨著成長發育各個階段而改變，需要不同於成人慢性病的長期醫療照護和發展支持。因此，整合專業的團隊與完善的資源，強化從嬰幼兒到成人的疾病的整合照護也愈趨重要，故 112 年起核心醫院逐步推動慢性複雜(多重器官)疾病整合門診之照護。

- (4) 兒童重難罕症個案數隨著生育率下降和產前篩檢進步而逐年減少，加上兒科住院醫師招收率逐年下降，偏遠地區兒科照護人力更為缺乏，然兒童重症照護專業訓練與臨床服務需扣合，才能確保所培訓之人才質量符合台灣兒童重難罕症的照護需求。因此，未來需規劃相關人力培訓及留任機制的精進方案，以維持足夠的兒童醫療照護人力支持重難罕症照護服務。
- (5) 兒童重難症照護宜以一定程度的集中化模式以提升診治成效，因而可能降低此類兒童的就醫可及性。故需由兒童重症轉運專業團隊協助不同層級間兒童重難罕症個案的安全轉運，以減少就醫屏障及在適切的院所層級接受照護以落實分級照護的資源利用。截至 112 年僅於南、北區域設立 3 家兒童重症轉運專業團隊，雖執行醫院皆已建置標準作業流程，但仍需強化與各層級院所的合作，整體上之佈建需求仍顯不足，因此未來規劃將扣合核心醫院，擔任「全齡兒童」重症轉運之任務，提供重症兒童安全適切的連續性照護。

2. 兒童困難診斷疾病平台

兒童困難診斷疾病平台已成立專家諮詢委員會，並建立相關標準作業流程，需逐步擴大臨床服務據點，增加不同醫療院所醫師的參與度，並與兒童重難罕症焦點團隊建立更密切的交流機制，以提升兒童重難罕症的診治成效；因應基因檢測技術之進步，未來更需做為基因

檢測、報告判讀之專業培訓基地，提升全國一般兒科醫師基因相關的基本知能。

另外，為提升兒童困難診斷疾病平台運作效能及品質，更需依據需求精進遠距會診平台之功能，包含相關醫療資訊及檢測資料的交換機制。同時，透過國際合作交流，掌握新興科技與精準醫療發展趨勢，提升我國困難診斷疾病診治之能力。

3. 兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心

部分兒童重大病症需求藥材或醫材，難以現有機制取得，主因此類藥品或醫材，市場需求量低，醫院及廠商不願庫存備貨，或是廠商無意願進口/製造，亦有訂貨量無法達到最小出貨量、或是供應期程長至數月無法及時因應所需等情形；此外，因受優良運銷準則規範，廠商供應皆須以最小出貨量為購買單位，使得各院必須購買比需求量更多的數量，基於成本效益考量，使醫院自行庫備意願降低，或有部分項目供應不穩等，常造成病患無法即時得到治療，調度中心如可提供倉儲物流供應，才可有效解決該等兒童臨床必要藥品及醫材品項困難取得之現狀。

(四) 推展育兒指導服務方案

現行多由各地方政府相關網絡單位依其服務對象評估有需求家庭後，始進行育兒指導服務資源之連結及轉介，雖 110 年起配搭「周產期高風險

孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」，惟經檢視 111 年服務家庭僅 2%來自醫療體系連結及轉介，爰有必要透過宣導以推廣育兒指導資訊供網絡單位知悉運用。

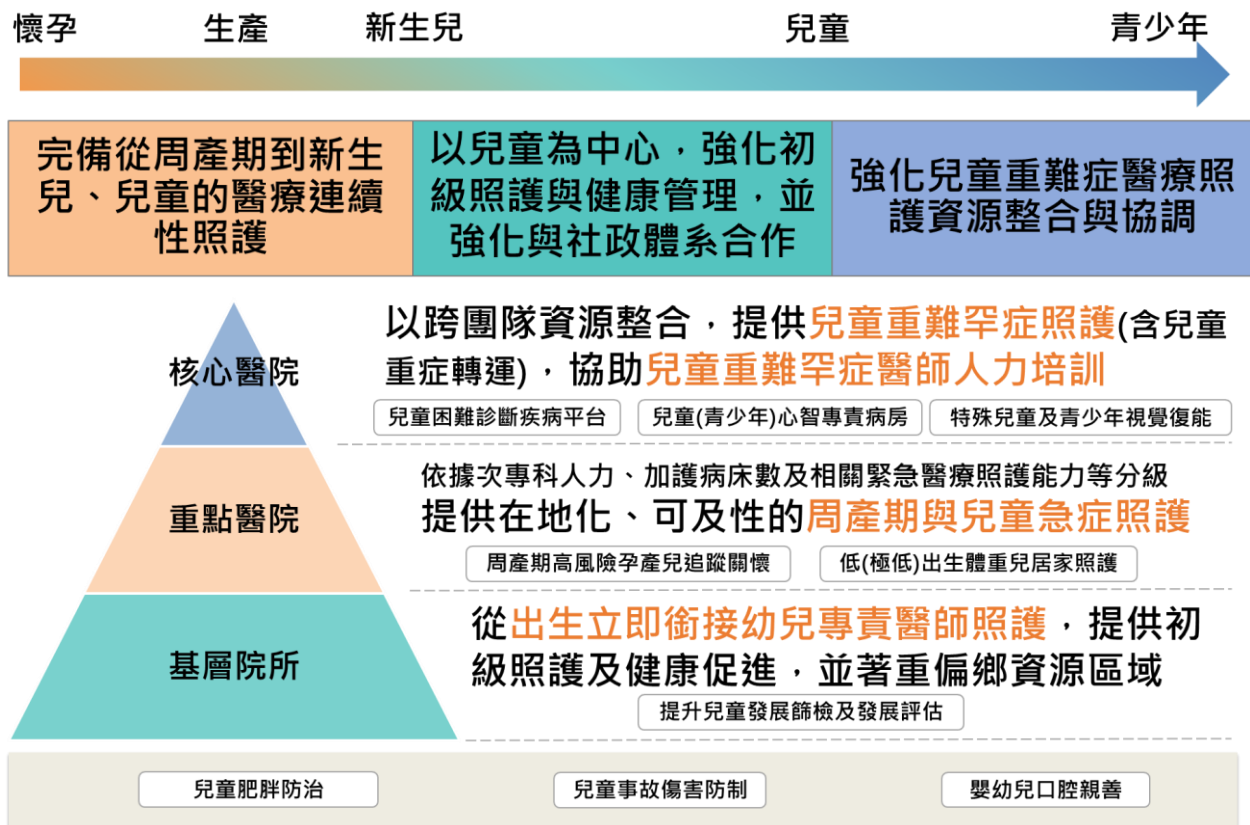
育兒指導服務方案相關推動費用已由「強化社會安全網計畫」項下經費支應，爰不於本計畫編列預算。

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 18 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 6 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，有效提升兒童生理及心理醫療照護品質，確保兒童生命質量。



本計畫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。兒童重症轉診與重難罕症照護，則宜以集中化醫療搭配網

絡整合，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，完備兒童生理及心理之醫療照護網絡，同時肩負兒童重難症人力培訓之重要任務。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，強化兒童緊急傷病患就醫的量能，並依據照護能力等提供分級照護，居中擔任基層與醫學中心(核心醫院)間的橋樑。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，並擔任醫療體系與公共衛生體系、社福體系合作之重要角色。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。

(二) 主要工作項目

第一章 完備從周產期到新生兒、兒童的醫療連續性照護

第一節 重點醫院能力分級，提供在地化周產期與兒童緊急醫療照護

第二節 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷及偏鄉照護

第三節 極低及低出生體重兒居家照護

第二章 落實以兒童為中心強化初級照護與健康管理，並強化與社政體系合作

第一節 幼兒專責醫師制度

第二節 提升兒童發展篩檢異常發現及聯合發展評估服務效能

第三節 建立我國嬰幼兒口腔親善之家照護模式

第四節 推廣兒童事故傷害防制宣導計畫

第五節 兒童肥胖防治計畫

第三章 強化兒童重難症醫療照護資源整合與協調

第一節 核心醫院

第二節 兒童困難診斷疾病平台

第三節 建立跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊及規劃設置兒童(青少年)心智病房

第四節 特殊兒童及青少年視覺復能計畫

第四章 精進資訊整合，確保並監測兒童醫療照護網絡運作

第一節 優化兒童醫療照護計畫協調管理中心

第二節 兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心

第三節 強化兒童醫療專業照護人力培訓

第四節 整合精進幼兒專責醫師個案管理相關資訊系統與平台

二、分年執行策略與分工

年度 項目	114年	115年	116年	117年	執行 單位
一、完備從周產期到新生兒、兒童的醫療連續性照護					
重點醫院能力分級，提供在地化周產期與兒童緊急醫療照護	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整合區域內周產期及兒童緊急醫療相關照護資源，以區域生活圈(跨縣市)設立重點醫院，並依據醫院緊急醫療能力分級及特定區域之需求，將重點醫院規劃分級為三個階層，分為高階、中階、初階之重點醫院。 2. 提升周產期與兒童重症加護醫療照護能力與品質。 3. 規劃因地制宜的周產期轉診及運送流程，依據疾病嚴重度適時轉診，並以高危險妊娠產前轉診為優先。 4. 建立重點醫院與區域內生產基層院所的合作關係，提供孕產婦的連續性照護。 5. 精進兒童緊急醫療照護網絡，並加強資源不足地區之佈點，提高兒童緊急醫療就醫可近性。 6. 落實重點醫院角色，居中擔任基層院所與核心醫院間的橋樑，並加強各層級網絡合作。 7. 精進本部「緊急醫療管理系統」之醫療資源彙整功能，作為兒童緊急醫療量能掌控與即時資訊追蹤之參考。 				醫事司
周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷及偏鄉照護	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針對周產期高風險孕產婦(兒)族群，建立關懷追蹤服務制度，於孕期至產後期間提供健康需求評估、衛教諮詢、關懷追蹤及資源轉介等服務。 2. 提供原住民族地區原住民孕產婦產前檢查及生產交通費補助，減輕其產檢及生產交通費用負擔，提升其產檢利用率，並自114年起逐年提升補助人次。 				國民健康署、護理及健康照護司
極低及低出生體重兒居家照護	<p>針對所有極低出生體重兒及低出生體重且有合併症、攜帶管路儀器、社會經濟或照顧者能力等因素者，由符合條件之醫院，提供出院後3個月或至矯正年齡2歲之居家照護、訪視及專線諮詢等衛教服務。</p>				國民健康署
二、落實以兒童為中心強化初級照護與健康管理					
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(含衛生所)或社區醫院之兒科、家醫科及部分醫療量能不足地區非兒非家醫科衛生所醫師擔任兒童照護專責醫師，以個案管理的方式提升未滿3歲幼兒的連續性主動照護。 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. 由衛生局建立跨單位溝通協調機制，包含局內跨部門溝通、轄內院所溝通、與學協會間的交流、特殊照顧需求個案(含兒少保護個案)的跨單位討論會議，並辦理各項計畫推廣活動。 5. 全面推動幼兒專責醫師制度，逐步落實從出生立即銜接的幼兒專責照護，以擴大照護涵蓋率。 				醫事司

年度 項目	114年	115年	116年	117年	執行 單位
提升兒童發展篩檢異常發現及聯合發展評估服務效能	建立兒童預防保健服務醫師或幼兒專責醫師透過兒童發展篩檢轉介疑似發展遲緩兒童之制度，以調整現行疑似發展遲緩兒童轉介流程，縮短個案評估等候期，提昇兒童發展聯合評估服務流程及品質。				國民健康署
建立我國口腔親善之家照護模式	<ol style="list-style-type: none"> 輔導縣市成立口腔親善中心醫院：以母嬰親善醫院為優先，結合兒童牙醫及家庭牙醫專科醫師資源，發展院內結合產前健康檢查、兒童預防保健服務以及口腔衛生教育指導與轉診之服務模式，並提供高風險個案關懷。 發展及辦理專業人員教育訓練：以婦產科、牙科或小兒科之醫護人員為優先對象，發展口腔健康照護教育訓練模組，並辦理教育訓練。 建立連續性口腔照護網絡與提供服務：以牙醫診所為網絡單位，結合兒童牙醫、家庭牙醫專科醫師人力，由口腔親善中心醫院連結網絡單位，佈建以家庭為中心之口腔照護網絡。 建立我國口腔親善之家照護模式，進行計畫成效評估與滾動檢討。 				口腔健康司
推廣兒童事故傷害防制宣導計畫	1. 各地方政府運用已開發兒童事故傷害檢核工具與衛教素材宣導，持續強化兒童、照顧者及大眾之兒童事故傷害預防知能。	2. 全國22個地方政府除強化嬰幼兒汽車安全座椅、睡眠安全及燒燙傷防制3項必辦議題宣導外，並因地制宜提出當地重要兒童事故傷害議題進行宣導。			國民健康署
兒童肥胖防治計畫	<ol style="list-style-type: none"> 完成規劃及製作兒童不同生命週期之倡議工具，並辦理宣導及推廣活動。 強化與教育部之合作，共同推動兒童「健康體位」議題，研發宣導教材及融入教學。 持續優化兒童體位篩檢與處理流程，執行個案介入及追蹤管理服務。 辦理醫療專業人員的健康體位教育訓練。 辦理托育人員種子師資培訓，建立種子師資名單。 	<ol style="list-style-type: none"> 擴大辦理兒童健康體位宣導及推廣活動。 持續強化與教育部之合作，並結合兒科醫師或校護等專業人員宣導，以期提升學童知能。 結合健康促進學校對體位異常兒童及早介入及診治，擴大辦理兒童體位篩檢與處理流程。 持續辦理醫療專業人員的健康體位教育訓練，以協助從業人員實作體位促進專業。 推動辦理托育人員種子師資培訓及研習訓練，強化兒童生命期營養、食物製備實作等課程，以增進托育人員相關知能，提升托育服務品質。 			國民健康署
三、強化兒童重難症醫療照護資源整合與協調					

項目	年度				執行單位
	114年	115年	116年	117年	
核心醫院	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以一級醫療區及醫療資源分布為原則設立核心醫院，統籌協調網絡內兒童重難症照護服務及提供專業人力培訓等資源。 2. 精進兒童重難症照護之專業人力培訓。 3. 拓展兒童重難罕症照護服務，並作為區域內兒童重難症之後送基地。 4. 發展兒童重症運送專業團隊。 5. 以區域整合及資源共享之概念，強化與各層級醫療院所(含重點醫院、基層院所)兒童醫療照護網絡的合作關係，提供連續性、完整性的醫療照護及後續追蹤。 				醫事司
兒童困難診斷疾病平台	<ol style="list-style-type: none"> 1. 精進國家級兒童困難診斷疾病平台之標準作業流程，提供國內所有困難診斷疾病個案之臨床評估及診治建議。 2. 推廣臨床醫療照護點的設置，建立網絡交流平台，以遠端協同會診模式，逐步擴大平台服務項目與範圍。 3. 提升困難診斷疾病的診治量能及檢測、判讀品質，並進行醫療經驗分享與國際交流。 				醫事司
佈建跨專業之兒童青少年精神醫療團隊及兒童(青少年)心智病房	<ol style="list-style-type: none"> 1. 逐步規劃建立3家醫院培植跨專業精神醫療團隊，並設置兒童(青少年)心智病房。 2. 發展兒童心智工作指引，並進行實證研究，以後續評估兒童精神疾病住院個案最佳效益醫療模式。 3. 納入實習制度及教育訓練，以提升各類醫事人員兒童精神疾病之敏感度及照護知能。 				心理健康司
特殊兒童及青少年視覺復能計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立四級制視覺復能模式 2. 完善特需兒少視力篩檢流程 3. 充實優質視覺醫療照護量能 4. 規劃社區式視覺照護服務 				醫事司
四、精進資訊整合，確保並監測兒童醫療照護網絡運作					
優化兒童醫療照護計畫協調管理中心	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助規劃優化兒童醫療照護計畫，輔導相關策略推動與執行，並協助管考及成效評估，以規劃永續之兒童醫療網。 2. 成立政策執行成效分析小組，針對兒童醫療與健康相關議題進行調查、分析研究與監測，以做為政策轉譯之參考。 3. 建置兒童醫療健康資訊整合平台，向醫療照護人員及民眾傳遞相關兒童醫療健康照護專業資訊。 4. 強化與兒童照護相關專業學協會、基金會等非政府組織之交流合作；定期辦理國際論壇，促進國際交流與合作。 				醫事司

年度 項目	114年	115年	116年	117年	執行 單位
兒童困難取得之 臨床必要藥品及 醫材調度中心	兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心之執行運作，逐步改善及精進兒童臨床照護問題及品質。 1. 蒐集及彙整全國兒童困難取得且臨床必要之藥品及醫材相關資訊，並提供相關建議及供應管道。 2. 建立及優化代辦採購、物流儲備及統籌供應之標準化流程，並協調全國各業務相關部門之聯繫及溝通。 3. 優化資訊管理系統，以提升臨床兒童醫療照護品質。 4. 降低專案申請相關時間及行政資源浪費。				醫事司
強化兒童醫療專 業照護人力培訓	1. 提供兒科住院醫師留任獎勵 2. 強化兒童重難罕症照護之國際合作。 3. 強化兒科核心能力之訓練。 4. 運用遠端醫療等科技，規劃線上教育學習及遠端會診機制。 5. 精進兒童次專科人力(如重難症照護人力)之培訓。 6. 兒科人力照護需求之推估。				醫事司
整合精進幼兒專 責醫師個案管理 相關資訊系統與 平台	1. 持續優化維運現有幼兒專責醫師個案管理資訊系統功能，至新幼兒專責醫師資訊整合平台系統功能完備上線。 2. 因應幼兒專責醫師制度計畫擴大，所有幼兒都有專責醫師政策，優化升級規格之新幼兒專責醫師資訊整合平台與數位工具。				醫事司

三、計畫執行步驟與方法

第一章 完備從周產期到新生兒、兒童的醫療連續性照護

第一節 重點醫院能力分級，提供在地化周產期與兒童緊急醫療照護

一、策略做法

(一)整合區域內周產期及兒童緊急醫療相關照護資源，以區域生活圈(跨縣市)設立重點醫院，並依據醫院緊急醫療能力分級及特定區域之需求，將重點醫院規劃分級為三個階層，分為高階、中階、初階之重點醫院。

1. 高階重點醫院：以重度級急救責任醫院為主，提供 24 小時高危險妊娠醫療照護服務，以及新生兒、兒童加護醫療照護服務，與 24 小時兒童緊急醫療，並提供新生兒重症的進階照護、兒童重症照護、新生兒外接團隊、急重症護理訓練。
2. 中階重點醫院：以中度級(通過第五章)急救責任醫院為主，且提供 24 小時高危險妊娠醫療照護服務，以及新生兒加護醫療照護服務，與 24 小時兒童緊急醫療，並提供新生兒重症的基礎照護。
3. 初階重點醫院：在資源不足區域、離島等特定區域，提供 24 小時兒童緊急醫療服務。

(二)提升周產期與兒童重症加護醫療照護能力與品質。

1. 辦理或參與兒童基礎及重症護理訓練課程，精進兒童照護人員、

團隊之急重症基礎和緊急處置能力。

2. 優化區域內之重症孕產婦、新生兒及兒童急重症照護措施與相關床位調度機制。
3. 監測兒童急重難症照護相關品質指標，並逐年提升其照護品質。

(三) 規劃因地制宜的周產期轉診及運送流程，依據疾病嚴重度適時轉診，並以高危險妊娠產前轉診為優先。

1. 擬定並定期檢視高危險妊娠產前轉診與新生兒外接之轉診條件；推動新生兒外接轉送人員(團隊)的專業培訓課程並定期評核。
2. 定期舉辦個案討論、座談會，並加強宣導相關照護資訊(如：高危險妊娠產前轉診重要性、病人安全目標、生產事故通報等)，共同提升區域網絡內之基層院所的照護能力。
3. 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。

(四) 建立重點醫院與區域內生產基層院所的合作關係，提供孕產婦的連續性照護。

1. 建置網絡內血庫調度中心，規劃相關血液調度機制，提供網絡內合作醫療院所緊急供血之服務。
2. 推動開放醫院模式，提供孕產婦可於基層診所產檢並至醫院生產，結合基層診所的服務與醫院設施，共同提供孕產婦連續完善的醫

療照護。

(五)精進兒童緊急醫療照護網絡，並加強資源不足地區之佈點，提高兒童緊急醫療就醫可近性。

1. 重點醫院強化全齡兒童的緊急醫療與中重症加護，並利用網絡合作提供區域生活圈(跨縣市)的兒童緊急醫療照護服務。
2. 依據就診需求量與兒科醫師人數規劃不同的兒童急診看診模式與補助方式，將醫師業務費合理區別(如:急診一線值班獎勵金、急診二線值班獎勵金...等)，支持該區域兒童醫療專業的人事連續性。
3. 加強轄區內兒保小組的任務，協助個案的診治及轉介通報。

(六)落實重點醫院角色，居中擔任基層院所與核心醫院間的橋樑，並加強各層級網絡合作。

1. 逐步納入區域內有從事接生之醫療院所，提高周產期照護網絡涵蓋率；並配合幼兒專責醫師制度計畫，提供新生兒及嬰幼兒照護雙向轉介。
2. 強化與區域內核心醫院之合作，提升新生兒、兒童加護病房相關照護專業訓練與交流，進一步建立後送機制，並協助離島或特殊區域兒童緊急醫療照護，給與專業人力支持及轉診處置建議，建立重症病患上轉及穩定病患下轉之機制。

(七)精進本部「緊急醫療管理系統」之醫療資源彙整功能，作為兒童緊

急醫療量能掌控與即時資訊追蹤之參考。

1. 依據兒童就醫急迫性、疾病嚴重度以及醫療院所照護能力(如：重症加護資源)建立分級分層醫療照護，並確保各層級醫療院所之轉診運作順暢且資訊透明。
2. 為強化兒童轉診品質，逐步將兒童轉診(相關資訊和指標)納入緊急醫療管理系統，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。

二、預期效益

- (一)藉由設立重點醫院完成區域周產期照護網絡及兒童緊急醫療之佈建，提供急症的可近性和初階重症的照護，包含從孕產婦到新生兒、兒童的連續性照護，提升母嬰的健康照護品質。
- (二)強化高危險妊娠產前轉診，以降低孕產婦及嬰幼兒可避免之死亡及後續的慢性罹病率。
- (三)每縣市皆有可提供兒科24小時緊急醫療服務之醫院，且精進「緊急醫療管理系統」中兒童醫療量能之監測，提升兒童緊急傷患就醫可近性

三、預算

- (一)依據照護能力設立不同層級之重點醫院，以提供周產期與兒童緊急照護服務，並逐步提升重症照護能力與品質，預計114年需408,992千元、115-117年每年需491,900千元，4年合計需1,884,692千元。

(二)辦理開放醫院模式，預計 114-117 年每年需 4,250 千元，4 年合計需 17,000 千元。

(三)緊急醫療管理系統之增修及維護相關費用，預計 114-117 年每年為 10,000 千元，4 年合計需 40,000 千元。

第二節 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷及偏鄉照護

一、策略做法

- (一)針對周產期高風險孕產婦(兒)族群，建立關懷追蹤服務制度，於孕期至產後期間提供健康需求評估、衛教諮詢、關懷追蹤及資源轉介等服務。
- (二)補助地方政府衛生局結合轄區產檢院所及相關合作單位，針對具有健康風險因子(菸/酒行為、多胞胎、確診為妊娠高血壓/妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民/新住民)、社會經濟風險因子(未滿 20 歲、低/中低收入戶、受家暴未定期產檢個案)、現居於山地原住民鄉之孕產婦或母親孕期全程未做產檢個案之新生兒，提供孕期至產後 6 週至 6 個月之衛教諮詢、關懷追蹤及轉介服務，各地方政府衛生局亦可因地制宜視所轄民眾需求增加其他收案條件，如：心理衛生、藥物濫用、新住民或身心障礙等孕產婦。
- (三)本計畫之新生兒後續將由「幼兒專責醫師制度計畫」銜接，並透過資訊系統對接，以建立完善之幼兒健康持續性照護網絡。
- (四)連結地方教育單位與社政單位，協助將高風險個案轉介至衛生局或醫療院所進行收案，並提供追蹤關懷服務，收案期間個案如有醫療或社政資源需求，亦提供適當之資源轉介協助。
- (五)為強化原住民地區服務需求，另委請原住民族委員會協助，將本計

畫之合作院所資訊轉知所屬原住民族文化健康站及原住民族家庭服務中心，並協助將符合收案條件者轉介至合作院所進行收案追蹤。

(六)提供原住民族地區原住民孕產婦產前檢查及生產交通費補助。

1. 補助原住民族地區原住民孕產婦產前檢查及生產交通費，具原住民身分孕產婦，持有孕婦健康手冊，依衛生福利部所定預防保健服務及全民健康保險法令規定，至醫療機構產前檢查及生產，鼓勵高危險妊娠孕產婦至重點醫院接受產檢及生產。依居住地至醫療機構之距離申請交通費補助，5 公里以上未滿 20 公里，每次補助 200 元；20 公里以上未滿 40 公里，每次補助 600 元；40 公里以上，每次補助 1000 元。
2. 為完備山地原住民族地區孕產婦周產期照護，擴大補助對象至山地原住民族地區非原住民籍孕產婦，依居住地至醫療機構之距離申請補助，補助基準同現行原住民族地區原住民孕產婦產前檢查及生產交通費補助，期能減輕山地原住民族地區孕產婦產檢交通費用負擔，提升產檢利用率。

二、預期效益

- (一)透過周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫，於孕期間至產後 6 週或 6 個月針對高風險懷孕婦女提供關懷服務，使其規律產檢並提高孕產相關健康識能，以增進孕期健康、降低孕產婦及新生兒死亡風險。

(二)減輕原住民族地區原住民籍及山地原住民族地區孕產婦產檢交通費用負擔，提升其產檢利用率，完善周產期母嬰照護。

三、預算

(一)建立周產期高風險孕產婦(兒)族群關懷追蹤服務，預計 114-117 年每年需 52,891 千元，4 年合計需 211,564 千元。

(二)有關補助原住民族地區原住民籍孕產婦產檢交通費用，過去 3 年共補助 3,792 人次，補助經費約 2,800 千元，平均每人次約需 0.75 千元。據統計山地原住民族地區 109 年產檢利用達 14,313 人次，為完備山地原住民族地區孕產婦周產期照護，擴大補助對象至山地原住民族地區非原住民籍孕產婦，預估每年山地原住民族地區產檢利用人次約 15,000 人次，預計每年約需 11,250 千元，114-117 年合計約需 45,000 千元。

第三節 極低及低出生體重兒居家照護

一、策略做法

(一)針對極低出生體重兒($\leq 1,500$ 公克)，及低出生體重且有合併症、攜帶管路儀器、社會經濟或照顧者能力等因素者，提供個案出院後 3 個月或至矯正年齡 2 歲之居家訪視、追蹤關懷、衛教及專線諮詢等服務。

(二)結合全國網絡醫院及轉介合作醫院，以個案管理模式提供服務，並建立跨縣市個案轉銜機制(包含:設立轉介窗口及交班確認等)。

(三)服務期間定期評估主要照顧者壓力及追蹤極低出生體重兒利用健保給付之心智發展檢查回診情形。

二、預期效益

預期逐年增加全國極低出生體重(≤ 1500 公克)兒關懷追蹤率，達不漏掉任一位個案的目標。並透過居家照護服務模式，提高主要照顧者的照護能力，降低極低及低出生體重兒出院後返家之再住院及急診利用，增進健康狀況，並降低主要照顧者照護壓力。

三、預算

提供極低及低出生體重兒居家照護服務，預計 114-117 年每年需 30,000 千元，4 年合計需 120,000 千元。

第二章 落實以兒童為中心強化初級照護與健康管理，並強化與社政體系合作

第一節 幼兒專責醫師制度

一、策略做法

(一)優先由基層院所(含衛生所)或社區醫院之兒科、家醫科及部分醫療量能不足地區非兒非家醫科衛生所醫師擔任兒童照護專責醫師，以個案管理的方式提升未滿3歲幼兒的連續性主動照護。

1. 委由各領域專家與學會統籌規劃培訓課程。提升從產前至未滿3歲幼兒的照護專業，精進健康評估與發展篩檢，強化兒童不當對待的辨識及全人照護的重要，並規劃117年試辦擴大辦理至6歲學齡前幼兒納入收案對象之事宜。
2. 提供收案對象連續性之預防保健及初級照護，包括兒童健康諮詢、健康促進介入、疫苗接種、身心發展評估等。
3. 強化特殊醫療需求之兒童的照護。依據臨床判斷，於必要時進行居家/住院訪視，藉由個人化照護之改善策略，以提升診治療效。

(二)以幼兒專責醫師跨層級院所間合作，建立兒童醫療照護網絡(上轉與下轉)的合作關係。

1. 與基層院所架構出良好的雙向轉診機制，確保上轉、下轉間的持續性照護，並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。

2. 強化醫學中心、區域、地區醫院與基層院所的合作機制，由網絡鄰近醫院提供偏遠地區幼兒專責醫師緊急事務聯繫或諮詢。
3. 核心醫院或醫學中心加入幼兒專責醫師制度，主責高風險等特殊個案的全人照護，並與基層院所研擬共同照護模式，達成區域整合資源共享之成效。

(三)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

1. 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。
2. 配合衛政單位政策，協助兒童事故傷害防制宣導、兒童肥胖防治、兒童發展篩檢服務、兒童口腔照護服務，培養兒童及照顧者相關觀念，並協助辦理相關推廣及宣導。
3. 強化幼兒專責醫師受理社政單位轉介與標準作業服務流程，並建立完善的回饋機制，以確保兒童醫療與兒少保護及家庭照顧之雙向合作，達到跨司署共同照護及追蹤個案。

(四)由衛生局建立跨單位溝通協調機制，包含局內跨部門溝通、轄內院所溝通、與學協會間的交流、特殊照顧需求個案(含兒少保護個案)的跨單位討論會議，並辦理各項計畫推廣活動。

(五)全面推動幼兒專責醫師制度，逐步落實從出生立即銜接的幼兒專責照護，以擴大照護涵蓋率。

1. 針對醫療量能不足區域，考量幼兒人數較少且有照護需求不一，研擬在地執業的非兒科、家醫科醫師專業培訓規劃，並給予相關管理費用加成、人力資源等補助。
2. 擴大從孕產婦/產檢開始推動幼兒專責醫師，並依據醫療院所資源與專業，分級照護特殊需求新生兒與一般健康新生兒，且透過衛生局端協助出生個案與幼兒專責醫師之媒合。
3. 整合精進幼兒專責醫師個案管理相關資訊系統與平台，透過兒童相關行政資料、家庭與孕產婦健康資訊之整合，掌握特殊照護需求之個案；優化系統使用者介面，提升幼兒專責醫師管理效率；進一步管理相關品質並進行成效分析。

二、預期效益

- (一)強化偏鄉與資源不足地區幼兒照顧之醫療量能，逐步擴大涵蓋率，使兒童均有幼兒專責醫師。
- (二)串聯兒童相關照護服務，藉由幼兒專責醫師整合管理，以提升兒童初級照護品質，促進健康發展。
- (三)優化社政與衛政之合作機制，提供相關照護資源給不同照護需求之兒童與家庭。

三、預算

以家庭為中心推動幼兒專責醫師制度計畫，逐年提升涵蓋率，並於117年試辦擴大收案年齡至未滿6歲，預計114年需912,500千元，115年需1,007,000千元，116年需1,101,500千元，117年需1,250,600千元，4年合計需4,271,600千元。

第二節 提升兒童發展篩檢異常發現及兒童發展聯合評估服務效能

一、策略做法

(一)提供 6 次兒童發展篩檢服務

1. 服務對象：6 至 10 個月、10 個月至 1 歲 6 個月、1 歲 6 個月至 2 歲、2 至 3 歲、3 至 5 歲、5 至 7 歲各 1 次。
2. 服務內容：配合兒童健康檢查其中 6 次服務時程，由通過兒童發展篩檢及評估教育訓練之兒科或家庭醫學科醫師，針對動作、語言、認知、社會情緒等面向進行發展篩檢，檢查結果皆需上傳至國民健康署系統。

(二)兒童發展篩檢異常個案轉介獎勵費：經由兒童發展篩檢發現發展異常兒童，需給予病情說明及衛教，並協助轉介至聯合評估中心/評估醫院進行評估。

(三)擴大聯評服務量能，增加全國兒童發展聯合評估服務據點及服務量，以利民眾就近取得聯評資源，並提升聯評中心服務量能誘因，增加門診診次，改善民眾等候門診時間過長問題，及提高每案評估費用，鼓勵聯評中心投入更多評估人力，縮短民眾等候評估及取得綜合報告書時間，以能及早診斷及早療育。

二、預期效益

(一)提高及提早兒童發展異常之發現。

(二)逐年縮短個案完成聯合評估等候時間，並提高初次評估個案於 30 工作天內完成評估之比率，以利及早銜接後續療育。

三、預算

(一)為服務 7 歲以下兒童 6 次發展篩檢，補助醫療院所兒童發展篩檢診察費用，114 年預計需 336,821 千元，115 年預計需 339,498 千元，116 年預計需 341,521 千元，117 年預計需 334,811 千元，4 年合計需 1,352,651 千元。

(二)疑似兒童發展異常轉介獎勵費用，預估 114 年約 7 萬名新發現個案，114 年預計需 17,500 千元，115-117 年預計每年需 30,000 千元，4 年合計需 107,500 千元。

(三)補助地方推動兒童發展聯合評估服務費用，114 年預計需 302,700 千元，115 年預計需 342,600 千元，116 年預計需 382,600 千元，117 年預計需 427,600 千元，4 年合計需 1,455,500 千元。

第三節 建立我國嬰幼兒口腔親善之家照護模式

一、策略做法

- (一)輔導縣市成立口腔親善中心醫院：以通過國民健康署母嬰親善認證之醫院為優先，結合兒童牙醫及家庭牙醫專科醫師資源，參照區域醫療資源分布，優先擇未滿 3 歲兒童齲齒率(DT)或齲齒經驗指數(DMFT)最高之排名前 1/3 縣市進行試辦；發展院內結合產前健康檢查、兒童預防保健服務及口腔衛生教育指導與轉診之服務模式，並提供高風險個案關懷、牙科緊急處理等服務。
- (二)發展及辦理專業人員教育訓練：以婦產科、牙科或小兒科之醫護人員為優先對象，發展口腔健康照護教育訓練模組，包含口腔保健指導、齲齒風險評估、口腔生長發育評估，以及擬定個人化口腔照護計畫等事項，並依不同職類醫事人員辦理教育訓練。
- (三)佈建連續性口腔照護網絡及建立口腔親善之家照護模式：以牙醫診所為網絡單位，結合兒童牙醫及家庭牙醫等專科醫師人力資源，由口腔親善中心醫院連結網絡單位，逐步佈建連續性口腔照護網絡。
- (四)建立我國口腔親善之家照護模式：由口腔親善中心醫院及網絡單位中完成教育訓練專業人員，提供孕婦口腔保健指導、嬰幼兒口腔評估與指導、個人口腔照護計畫、個案管理與轉介等連續性照護服務，逐步建立口腔親善之家照護模式。後續依本計畫口腔親善之家照護模式發

展情形，並參照區域醫療資源分布及服務需求，規劃發展結合托嬰中心或幼兒園之多元社區照護網絡。

(五)計畫成效評價與滾動檢討：進行嬰幼兒口腔健康相關監測與研究、計畫質性及量性資料蒐集與分析，以作為計畫成效評價及持續檢討改善之依據。

二、預期效益

建立結合周產期醫療保健服務，以0-3歲嬰幼兒為目標族群，提供以家庭為中心之連續性口腔健康照護服務，自出生起培養終生受用的口腔健康行為，建立我國口腔親善之家服務模式，提高1歲嬰幼兒接受口腔醫療照護比率，減少兒童齲齒發生率，進而減少醫療耗費及社會成本。

三、預算

(一)補助口腔親善中心醫院行政管理費用，預計114年需4,800千元，115年需9,600千元，116年需12,800千元，117年需16,000千元，4年合計需43,200千元。

(二)獎勵醫療院所收案管理、居家訪視等費用，逐年提升涵蓋率，114年需63,600千元，115年需88,000千元，116年需92,000千元，117年需132,000千元，4年合計需375,600千元。

(三)教育訓練及計畫成效評價預計每年需8,000千元，4年合計需32,000千元。

第四節 推廣兒童事故傷害防制宣導計畫

一、策略做法

- (一)輔導全國 22 縣市衛生局結合兒童死因回溯分析與未滿 6 歲兒童事故傷害相關數據，探討當地兒童事故傷害主要原因，透過縣市進行跨局處，包含：衛生局、警察局、消防局以及交通局等共同合作評估事故傷害熱點，強化兒童事故傷害防制宣導的作為。
- (二)運用國際認可的「哈登矩陣(Haddon Matrix)」，藉由流行病學的三要素，宿主(Host)、載體(Agent)以及環境(Environment)，在事故事件發生前、中、後所發揮的作用，進而分析兒童事故傷害發生的原因、改善因子、預防方法，結合社區資源擬定因地制宜的宣導行動方案，並發展兒童事故傷害衛教素材。
- (三)發展我國兒童事故傷害防制檢核工具，提供推動人員或照顧者運用，引導其採取有效的保護措施。
- (四)辦理特定議題事故傷害防制宣導與教育訓練，針對嬰幼兒汽車安全座椅宣導、睡眠安全與燒燙傷防制及地方政府自訂議題，辦理各場域並以事件為導向的宣導與教育訓練，以增進兒童及照顧者之事故傷害預防知能。

二、預期效益

積極推展縣市因地制宜之兒童事故傷害防制宣導行動方案，培養兒

童及照顧者安全觀念與提供特別保護措施，以事先預防及避免事故傷害的發生，進而降低「未滿6歲兒童事故傷害死亡率」。

三、預算

推廣兒童事故傷害防制宣導計畫，所需預算包含人事經費、行政管理費及業務費等相關費用，每年依需求規劃編列預算，114年預計需60,000千元，115年預計需80,000千元，116年預計需80,000千元，117年預計需80,000千元，4年合計需300,000千元。

第五節 兒童肥胖防治計畫

一、策略做法

- (一) 規劃、製作兒童健康體位倡議工具，並辦理相關宣導及推廣活動，以增進兒童及其照顧者之健康體位識能。
- (二) 強化與教育部之合作，共同推動兒童「健康體位」議題，研發宣導教材及融入教學，並結合兒科醫師或校護等專業人員宣導，以期提升學童知能。
- (三) 結合健康促進學校對體位過重或肥胖兒童及早介入及診治，參考「兒童肥胖防治實證指引」之篩檢與處理流程，執行個案介入及追蹤管理服務。
- (四) 辦理醫療專業人員的肥胖防治教育訓練，並評估納入相關學（協）會之學術活動或繼續教育積分認證機制，以協助從業人員實作肥胖防治專業。
- (五) 辦理托育人員（居家及機構式）研習訓練，強化兒童生命期營養、食物製備實作等課程，以增進托育人員相關知能，提升托育服務品質。

二、預期效益

服務健康促進學校過輕、過重及肥胖之幼生涵蓋率逐漸增加，提供可用性、可近性服務，並提升服務品質，降低 13 歲以下兒童過重及肥胖率，推動肥胖防治從小做起，在兒童早期即提供健康飲食、睡眠和身體

活動的指導和支持性環境，以確保兒童正常生長發育，並養成健康生活型態。以改善糖尿病、心血管疾病、中風等慢性疾病發生率或相關危險因子。

三、預算

辦理兒童肥胖防治，包含強化健康飲食教育、個案診治及追蹤管理、人員教育訓練、人事費、行政管理費及業務費相關費用，每年依需求規劃編列預算，114年預計需35,500千元，115年預計需56,000千元，116年預計需76,000千元，117年預計需98,000千元，4年合計需265,500千元。

第三章 強化兒童重難症醫療照護資源整合與協調

第一節 核心醫院

一、策略做法

(一)以一級醫療區及醫療資源分布為原則設立核心醫院，以統籌協調之角色，與區域內之醫學中心等級(各層級)醫院合作，合作事項包含兒童重難症照護服務、人力培訓、兒童重症轉運等，並配合區域資源分布規劃支援東部和離島地區之照護。

(二)精進兒童重難症照護之專業人力培訓

1. 兒童重難症人力培訓範疇以新生兒、重症加護、遺傳疾病、兒童癌症之四大領域以及小兒外科，因應未來兒童重難症照護人力之需求及偏鄉的人力缺口。

2. 由核心醫院研提兒童重難罕症照護教育與培訓精進方案，與區域內醫院合作，以訓練網絡概念，強化兒童重難症照護人力臨床教學及專業繼續教育。

(1) 各核心醫院及學會共同合作，訂定研修醫師之核心訓練課程。

(2) 與區域內之教學醫院合作及建立合作模式，訂定強化研修醫師兒童重難罕症照護之基礎與核心能力訓練機制。

3. 提升兒童重症加護醫療照護能力與品質

(1) 辦理或參與兒童基礎及重症護理訓練課程，精進兒童照護人員、

團隊之急重症基礎和緊急處置能力。

(2) 優化一級醫療區之重症孕產婦、新生兒及兒童急重症照護措施與相關床位調度機制。

(3) 監測兒童急重難症照護相關品質指標，並逐年提升其照護品質。

(三) 拓展兒童重難罕症照護服務，並作為區域內兒童重難症之後送基地

1. 核心醫院肩負責任區域內急重症醫療及周產期照護功能，整合跨領域醫療團隊合作，提升兒童重難罕症診治成效、減少兒童失能。

(1) 依各區域兒童重難罕症醫療照護資源，精進兒童重難罕症醫療服務，並依據醫院特色及照護能力發展其他醫療服務主題。

(2) 精進高危險妊娠孕產婦、高危險新生兒、兒童急症相關照護措施，以提升周產期照護及兒童緊急傷患照護服務。

(3) 由核心醫院發展慢性複雜疾病整合照護門診服務，規劃服務模式、轉介機制及成效追蹤等，提供從嬰幼兒時期銜接到成人之醫療照護。

2. 由核心醫院主導研議兒童遠距醫療的作業模式，推動偏遠地區或醫療資源不足地區的兒童遠距醫療，協助或支援合作醫院提升兒童重難症照護能力。

(1) 評估兒童遠距醫療或會診需求，並由行政單位確認相關法律責任、醫療給付及通訊設備發展是否完善。

- (2) 發展遠距會診，提供兒童重難罕症臨床諮詢，並制訂個案轉介、醫療專業人力支援之流程與規範。

(四)組成兒童重症轉運專業團隊

1. 配合核心醫院之佈建，並以區域內可近性及協調整合各區域需求，持續佈建全齡兒童重症轉運專業團隊。
 - (1) 組成全齡兒童重症轉運專業團隊，並完備專業人員的訓練及考核機制。
 - (2) 提供單一聯絡窗口，建立綠色通道，以提供全齡兒童 24 小時轉運服務。
2. 精進兒童重症轉運團隊各項規範，以提升轉運前中後的連續性照護。
 - (1) 精進兒童重症轉運團隊標準作業流程，並強化與救護車公司之合作規範。
 - (2) 強化遠距醫療臨床諮詢的相關設備或資料傳輸交換，如：生理監視數據、醫療影像的傳輸，以提升銜接等待轉診的照護品質。
 - (3) 監測服務量能、效率和品質(安全)項目，以確保安全轉運，並建立台灣兒童重症轉運團隊監測資料。
3. 與重點醫院之新生兒外接團隊建立合作機制，提供分級轉診之連續性照護，並強化與新生兒加護病房和兒童加護病房資源整合，

以完善兒童重症轉運網絡規劃。

(五)以區域整合及資源共享之概念，強化與各層級醫療院所(含重點醫院、基層院所)兒童醫療照護網絡的合作關係，提供連續性、完整性的醫療照護及後續追蹤。

1. 落實核心醫院角色，統籌網絡內兒童急重難罕症及周產期照護資源，提供其他醫院專業諮詢及轉診處置的協助，並強化醫療機構間之雙向連結，協同重點醫院提供連續性的醫療照護機制，使各層級醫療院所資源得到最佳利用。

2. 以多元形式舉辦兒童重難罕症醫學健康知識、認識照護資源等民眾衛教宣導活動。

二、預期效益

(一)藉由核心醫院之佈建，整合各區域孕、產、兒重難症醫療照護資源，並精進兒童重難症照護人力培訓，提供兒童重難罕症疾病診治及周產期照護服務，降低兒童失能。

(二)建立兒童重症轉運團隊與重點醫院新生兒外接團隊的合作機制，輔以兒童與新生兒重症加護團隊的量能整合，以佈建完整的周產期與兒童照護網絡。

三、預算

(一)以核心醫院統籌協調網絡內新生兒/兒童之急重症、周產期照護服務、

整合門診服務等，每年依需求規劃編列預算，114-117 年每年需約 75,200 千元，4 年合計需約 300,800 千元。

(二)為精進兒童重難罕症照護人力培訓及提升兒童重症加護醫療照護能力與品質，每年依需求規劃編列預算，114 年需 129,824 千元，115-117 年每年需約 403,700 千元，4 年合計需約 1,340,924 千元。

(三)補助兒童重症轉送專業團隊相關醫療人員人事費，並充實轉運團隊遠距醫療設備的建置(含軟硬體)，每年依需求規劃編列預算，114-117 年每年需約 41,280 千元，4 年合計需 165,120 千元。

第二節 兒童困難診斷疾病平台

一、策略做法

(一)精進國家級兒童困難診斷疾病平台之標準作業流程，提供國內所有困難診斷疾病個案之臨床評估及診治建議。

1. 精進兒童困難診斷疾病平台之標準作業流程，包含疾病範疇、醫師轉介服務、跨院際專家諮詢、診斷（檢測）等。
2. 由醫師提出需求，以共享資源為基礎，並邀集各領域之專家加入兒童困難診斷疾病平台諮詢委員會，以提供更全面的臨床評估與科學檢查，並針對病患的病情作出綜合判斷及治療策略。
3. 定期舉辦個案討論、座談會及相關教育訓練，以提升臨床醫師對於兒童困難診斷疾病的專業新知。

(二)推廣臨床醫療照護點的設置，建立網絡交流平台，以遠端協同會診模式，逐步擴大平台服務項目與範圍。

1. 精進兒童困難診斷疾病平台的軟硬體設備建置，並推廣臨床醫療照護點的設置，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。
2. 強化院際照會連結，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。

3. 精進本部「空轉後送遠距會診平台」之遠距會診功能，提升困難診斷疾病會診諮詢之效率。

(三)提升困難診斷疾病的診治量能及檢測、判讀品質，並進行醫療經驗分享與國際交流。

1. 輔導網絡內合作醫院相關檢測與服務品質，遵循精準醫療分子檢測實驗室檢測與服務指引。

2. 做為基因檢測、判讀之訓練基地，並協助基因檢測報告內容之轉譯，提升全國一般兒科醫師基因檢測及報告判讀之基本知能能力。

二、預期效益

優化兒童困難診斷疾病平台，透過跨院際之照會機制，減少兒童困難診斷疾病之就醫障礙，並與國際接軌，利用高端醫療技術，提升本土的照護量能與品質。

三、預算

(一)建置國家級的兒童困難診斷疾病平台及網絡，包含設備、人力、專家諮詢會診費用、增設臨床服務點等，每年依需求規劃編列預算，114-117年每年需約7,980千元，4年合計需約31,920千元。

(二)精進空轉後送遠距會診平台之兒童遠距會診功能增修及維護相關費用，預計114-117年每年為3,000千元，4年合計需12,000千元。

第三節 建立跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊及規劃設置兒童(青少年)心智病房

一、策略做法

- (一)建立跨專業精神醫療團隊提供兒童(青少年)住院之精神醫療服務，自不同醫院、病房類型，規劃新建病房或整修原有病房為兒童(青少年)專屬心智病房，發展相關照會、轉介與合作機制及建立指引，俾利後續推廣。
- (二)發展兒童心智工作指引與實證研究：依據上開不同病房類型之服務模式，發展工作指引，並進行實證研究，以後續評估兒童精神疾病住院個案最佳效益醫療模式。
- (三)納入實習制度及教育訓練，以提升各類醫事人員兒童精神疾病之敏感度及照護知能。

二、預期效益

逐步規劃於全國北、中、南共3家醫院培植跨專業精神醫療團隊，並設置兒童(青少年)心智病房，完善兒童精神醫療照護服務，發展兒童心智工作指引與實證研究，促進兒童青少年精神醫學之發展。

三、預算

成立跨專業精神醫療團隊：補助相關醫療人員人事費及業務費；設置兒童(青少年)心智病房：補助開辦費、空床補助費及設施設備費，預計

114 年需 98,000 千元，115 年需 126,000 千元，116 年需 78,000 千元，117 年需 78,000 千元，4 年合計需 380,000 千元。

第四節 特殊兒童及青少年視覺復能計畫

一、策略做法

(一)提供整合性視覺復能服務

連結優化兒童醫療照護網絡，透過適當之轉診及分級醫療，提升整合性特需兒少視覺復能醫療服務量能。

(二)建立四級制視覺復能模式(如表 1)

1. 建立 Level 0 至 Level 3 之四級制分級照護，促使社區、學校或醫療院所特需兒少個案能盡快完成早期視力篩檢，針對視覺異常者，安排適切眼科醫師或專業團隊，提供基礎式或進階式視覺復能服務。
2. 培植 Level 3 專業團隊擔任視覺復能據點，開設特殊門診收案服務，並成立視覺復能管理中心，暢通上下游轉診管道，推動全國四級制視覺復能模式。

表 1 特需兒少四級制視覺復能模式之分級說明表

分級	Level 0	Level 1	Level 2	Level 3
參與人員	1. 第一線醫事人員 ^{備註 1} 2. 特需兒少的照護者 ^{備註 2}	眼科醫師 ^{備註 3}	眼科醫師 ^{備註 4}	視覺復能專業醫療團隊
目的	擴充初級篩檢資源，及早發現視覺問題	確認診斷視覺異常，並依病情程度轉介病人	釐清視覺異常肇因，規劃視覺基礎復能服務	由專業醫療團隊提供進階式視覺復能服務
執行	參與人員接受	1. 進階篩	1. 進階篩	1. 由 Level 2 眼科醫

分級	Level 0	Level 1	Level 2	Level 3
業務	過初階教育或篩檢工具訓練後，可及早發現疑慮個案，並協助上轉至 Level 1 至 Level 3 醫療資源。	檢、診斷與治療。 2. 視病情需要轉介 Level 2 眼科醫師，或是直接轉介 Level 3 專業團隊。	檢、診斷、治療與視覺功能評估。 2. 提供特需兒少和主要照顧者衛教和視覺復能初步建議。 3. 視病情需要轉介 Level 3 專業團隊。	師擔任視覺復能專業醫療團隊主要負責人，並聯合職能治療師、驗光師等相關人員組成專業團隊，執行視覺評估與進階式視覺復能服務。 2. 擔任國內視覺復能復能據點，並擇定 1 家視覺復能管理中心，協助推動全國四級制視覺復能模式。 3. 個案狀況改善時，主動下轉個案至 Level 1 或 Level 2 提供持續性照護。
備註： 1. 例如護理師、職能治療師或坊間驗光師等醫事人員。 2. 例如個案照護者(家長或親友)或特教老師。 3. 接受過初階教育訓練(含使用篩檢工具訓練)之眼科醫師。 4. 參與過特需兒少視覺復能計畫或接受過進階教育訓練之眼科醫師。				

(三)完善特需兒少視力篩檢流程

依照初級視覺篩檢評估工具相關文獻界定定義，邀請專家測驗篩檢工具專家效度，邀請不同年齡層受試者測試篩檢工具驗證敏感度及特異度，發展不同年齡層適用之視覺篩檢測驗評估工具，續行結合

人工智慧技術，透過 AI 系統讓特殊兒少得到適切的相關醫療服務與照護。

(四)充實優質視覺醫療照護量能

針對四級制視覺復能分級任務，辦理醫事人員基礎版與進階版教育訓練課程，並規劃由現行 5 家視覺復能據點，逐年擴充至 22 家。

(五)規劃社區式視覺照護服務

針對不便外出就醫之特需兒少，開展社區型醫療服務模式，研備可攜式儀器設備、臨床資訊網路傳輸系統等配套項目，規劃外展式服務及遠距視覺復健模式。

二、預期效益

(一)開發適用評估量表，完善特需兒少視力篩檢流程，培育醫事人員與醫療院所優化視覺復健專業技能，藉由視覺復能管理中心輔導及管理機制，充實優質照護量能，並試辦外展式服務，以維護弱勢團體就醫權益。

(二)建立網路平台公告四級制模式之教材與資源、人才資料庫與視覺復能據點清單，提供透明化的特殊視覺醫療照護資源。運用英文網站介面，行銷我國特需兒少視覺復能專業性客製化服務，以拓展國際醫療服務契機

(三)復能中心依照發展不同年齡層可適用初級篩檢評估工具，後續開發

AI 版本初級篩檢評估工具，復能據點由建置後並實施轉診制度作為
納入健保給付項目參考依據。

三、預算

建構完整的特需兒少四級制視覺復能模式，培育專業人力與擴增服務
據點，逐年提升特需兒少視覺復能收案涵蓋率，積極增進就醫可近性，維
護特需族群健康平權。114 年預算 31,600 千元，115 年預算 77,700 千元，
116 年預算 91,000 千元，117 年預算 109,300 千元，4 年合計需 309,600 千
元。

第四章 精進資訊整合，確保並監測兒童醫療照護網絡運作

第一節 優化兒童醫療照護計畫協調管理中心

一、策略做法

- (一) 協助規劃優化兒童醫療照護計畫，輔導相關策略推動、執行及管考，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。
- (二) 辦理兒童醫療專業照護課程並研擬相關教育訓練教材，包括幼兒專責醫師制度的專業資格認定等課程、相關轉運團隊專業課程(如：全齡兒童重症轉運、新生兒外接轉送)及偏遠地區的兒童醫療照護知識。
- (三) 強化兒童醫療健康資訊整合平台的兒童醫療照護宣導
 1. 提供計畫執行者掌握各項策略的進展及整體網絡的互動，並利用電子化表單進行計畫申請及成果展現。
 2. 因應相關兒童照護專業人力培訓需求規劃數位學習資源專區，提供照護人員多元學習方式，提升相關兒童照護專業知能。
 3. 提供兒童相關的醫療知識與資源、兒童就醫地圖互動式查詢...等服務，促進民眾能進一步主動參與和醫院或院所建立互信的就醫模式。
- (四) 成立政策執行成效分析小組，針對兒童醫療與健康相關議題進行調查、分析研究與監測，並評估計畫執行成效，以做為政策轉譯之參

考。

1. 持續辦理相關急迫或新興兒童醫療照護議題研究及資料分析。
2. 監測兒童國際重要健康照護指標，並進行國際比較，聚焦分析具調整性或可介入性的因素。
3. 進行兒童醫療照護需求相關的調查研究，以做為各項策略精進之依據。
4. 完備兒科醫療資源配置分布，進行兒科健保評估效益分析，如：
評估健保財務中對於兒科醫療資源配置適切性。
5. 參考國內外可避免死亡原因相關文獻，與專家及專業學協會研議分析策略，並進行國內可避免死亡原因相關研究與監測。

(五) 強化與兒童照護相關專業學協會、基金會等非政府組織之交流合作，收集各界建議並同步進行計畫推動及成果宣傳；定期辦理國際論壇，促進國際交流與合作。

(六) 收集與分析計畫執行相關資料，並定期召集專家學者會議檢視各項策略執行進度與成果，並依據其與嬰幼兒死亡率及兒童健康指標的相關性及必要性，擇要研擬兒童醫療照護策略之精進及未來推動方向，逐步規劃永續之兒童醫療網。

二、預期效益

由優化兒童醫療照護計畫協調管理中心擔任我國兒童醫療照護之智

庫，確保及監測各層級網絡運作，並規劃永續之兒童醫療網。

三、預算

「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」之持續運作，協助計畫整體規劃與推動執行，並進行成效評估與相關研究，114-117年預計每年需約為 50,000 千元，四年合計需約 200,000 千元。

第二節 兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心

一、策略做法

增進兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心效益，逐步改善並精進兒童臨床照護問題及品質。

(一)設置「兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心」

1. 指定具有藥學或其他醫藥衛生專業背景人員辦理藥品及醫材採購作業，其中應有具備政府採購法之採購專業人員基本資格或進階資格者。
2. 針對所管理品項，依需求量、廠商供貨難易、保存期限等因素，研訂風險等級、儲備調度機制、相關作業流程及調度中心運作之各項標準作業程序（SOP）。
3. 調查各醫院及相關醫學會需求品項，如有建議之新增品項需同時徵詢相關專業團體意見。
4. 定期召集專家學者會議，修訂及更新國內「困難取得之兒童臨床必要藥品及醫材管理品項清單」。
5. 辦理藥品及醫材採購，協助專案進口及專案製造申請等作業，如：聯合招標匯集需求量、蒐集供應廠商資訊進行媒合、協助專案進口及專案製造申請等作業。
6. 持續精進「兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材管理資訊系統」

之功能。

(二)建立調度中心統籌採購之倉儲物流機制，提供病人即時的醫療需要：

1. 依供貨期程、歷年之臨床需求資料(如需求量及使用量)及調查市場供應情形，進行倉儲列管品項之供應分析，以評估倉儲品項及數量。
2. 定期評估需求數量、供應期程、供應穩定度、效期及價格等因素，並隨時監控庫存量與物流運送情形，以小量但頻率高之叫貨模式，管理及調整庫存備量。
3. 規劃先從效期較長之醫材優先試辦。

二、預期效益

改善兒童臨床照護問題及品質，減少臨床專家及病童因困難取得藥品及醫材而無法完善治療之情形。

三、預算

「兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心」之持續運作，114-117年每年約需 8,500 千元，四年合計需約 34,000 千元。

第三節 兒童醫療專業照護人力培訓

一、策略做法

(一) 兒科住院醫師留任獎勵

為鼓勵醫學生投入兒科訓練與服務，提升兒科住院醫師招收率及留任率，提供「二年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」(Postgraduate Training Program，簡稱 PGY) 之兒科組第二年訓練醫師及兒科住院醫師完訓並留任於醫院執業獎勵。

(二) 強化兒童重難罕症照護之國際合作

1. 鼓勵學協會及醫療院所與國外知名之兒童醫院建立長期合作機制，創建交流平台，鼓勵多元交流，包含人力培訓交流及經驗分享等，以提升國內兒科照護品質。
2. 合作模式可包含發展雙邊或多邊合作計畫、人力技術援助計畫、利用互聯網和其他數位技術提供遠程培訓和電子學習、至國外實地訓練及辦理國際研討會和工作坊。

(三) 強化兒科核心能力之訓練

1. 因應優化兒童醫療照護計畫之推動，依據周產期與兒科急症照護在地化、兒童重難罕症照護集中化及相關網絡轉診規劃，審視兒科未來應發展之重點核心能力。
2. 因應不同地域差異及在地需求，規劃培訓兒童醫療專業核心能力

及相關課程。

3. 規劃跨科合作訓練及繼續教育之精進，強化兒虐、發展遲緩及兒童(青少年)精神方面的辨識能力與處理。

(四)運用遠端醫療等科技，規劃線上教育學習及遠端會診機制

為提高兒童照護品質及降低就醫障礙與強化醫院間之聯繫合作，規劃運用遠距醫療強化線上教育學習、會診機制..等，以提高醫療服務的質量和效率。

(五)精進兒童次專科人力(如重難症照護人力)之培訓

1. 評估兒童重難罕症照護次專科人力需求，擬定相關重點次專科培訓機制及留任制度。
2. 促進培訓醫院與學會間之合作，設立共同的訓練課程或工作坊，以統籌和規劃各種培訓活動。
3. 對培訓醫院的教學品質及課程建立評估與回饋機制，定期進行評估，了解其成效與效益。

(六)兒科人力照護需求之推估

依據優化兒童醫療照護計畫之人力照護需求，與學協會、教學醫院等合作，調查兒科人力及服務量能現況，並針對未來人口出生率、死亡率及健保資料庫等統計數據，進行人力需求模式推估研究，以預測未來的兒科人力照護需求。

二、預期效益

提升兒科醫師核心照護能力，並加強院際間之合作，提供人力、醫療資源、繼續教育等雙向機制，且透過國際合作，協助提升國內兒科照護能量。

三、預算

- (一)辦理兒科住院醫師留任獎勵，每年依需求規劃編列預算，114-117 年每年需約 37,200 千元，4 年合計需約 148,800 千元。另，兒童次專科人力培訓相關費用已編列於核心醫院經費中。
- (二)鼓勵兒童重難罕症照護人力出國進修，每年依需求規劃編列預算，預估 114-117 年每年需約 15,000 千元，4 年合計需約 60,000 千元。
- (三)辦理兒科人力照護現況調查、人力未來需求推估，預計每年約需 3,000 千元，4 年合計需 12,000 千元。

第四節 整合精進幼兒專責醫師個案管理相關資訊系統與平台

一、策略做法

(一)持續優化維運現有幼兒專責醫師個案管理資訊系統(以下簡稱幼兒個案管理系統)功能，至新幼兒專責醫師資訊整合平台與數位工具(以下簡稱新幼兒平台與數位工具)功能完備上線。

1. 優化維運幼兒個案管理系統前後台使用者介面與功能。
2. 擴充幼兒個案管理系統計畫執行相關資料介接功能。

(二)因應幼兒專責醫師制度計畫擴大，所有幼兒都有專責醫師政策，優化升級規格之新幼兒平台與數位工具。

1. 優化家長選擇幼兒專責醫師之數位工具。
 - (1) 家長選擇專責醫師功能與機制。
 - (2) 家長查詢及更換專責醫師相關功能機制。
2. 依據功能建置或連結不同名單資料庫：
 - (1) 包含全國新生兒名單資料庫、高風險孕產婦或特殊照護需求幼兒名單資料庫、符合資格幼兒專責醫師名單資料庫...等。
 - (2) 透過多方跨司署資料整合，掌握新生兒來源基礎資料與資料正確性。
 - (3) 依幼兒照護需求介接相關單位計畫列管之個案名單資料庫。
3. 幼兒專責醫師資格管理：

- (1) 幼兒專責醫師資料與醫事人員資料之比對機制。
 - (2) 依醫師科別進行幼兒專責醫師教育訓練認證。
4. 利用不同名單資料庫進行比對，輔助媒合與收案：
- (1) 優化家長選擇數位工具資料與幼兒收案名單之資料比對機制並依此建立媒合與收案管理項目清單。
 - (2) 優化系統自動化輔助搭配人工媒合新生兒機制。
 - (3) 配合家長意願需求優化系統內部彈性媒合及轉換機制。
5. 優化幼兒個案管理功能：
- (1) 各層級之幼兒個案照護管理。
 - (2) 優化統計報表匯出內容及功能。
6. 指標管理與成效監測：
- (1) 臨床照護指標管理。
 - (2) 系統自動化指標計算。
 - (3) 幼兒照護成效監測。
7. 優化與幼兒專責醫師制度計畫相關之醫療院所醫療資訊系統(以下簡稱 HIS 系統)與本平台之介接需求。
8. 幼兒專責醫師制度計畫相經費計算與撥付相關之系統功能。

二、預期效益

隨著幼兒專責醫師制度計畫納入全國新生兒，計畫所包含之群體擴

大，相關資訊系統使用者自計畫執行人員(管理中心、衛生局、醫療院所、醫師、個管人員)擴增至計畫參與對象(幼兒家長)，透過優化升級資訊系統功能並強化資料比對機制以提升自動化作業輔助，減少人工處理作業，精進幼兒專責醫師制度計畫整體之計畫執行與相關成效監測之管理效率。

三、預算

- (一)幼兒個案管理系統功能將持續優化及維運至新幼兒平台與數位工具功能完備上線，考量平台建置功能多元及複雜性，其支持幼兒專責醫師制度計畫執行所需之功能完備時間較長，因此幼兒個案管理系統持續優化、維運 114 年需約 3,000 千元，115-117 年每年需約 2,000 千元，四年合計需約 9,000 千元。
- (二)優化新幼兒平台與數位工具，需多方跨司署資料整合介接、多種系統資料自動比對機制、建立配合行政業務之彈性媒合與收案機制、精進各層級之幼兒個案管理功能、幼兒專責醫師制度計畫及幼兒健康成效指標監測以及相關醫療院所之 HIS 系統介接需求等，考慮平台系統使用率與其功能複雜性，預計 114 年需約 7,000 千元，115 年至 117 年每年需約 8,000 千元，合計需約 31,000 千元。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

本計畫自民國 114 年 1 月 1 日起至 117 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 114 至 117 年所需經費為 **13,556,971** 千元。

三、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：由公務預算及基金預算支應。

(二) 計算基準：(單位：千元)

年度 項目	114 年	115 年	116 年	117 年	合計
一、完備從周產期到新生兒、兒童的醫療連續性照護					
重點醫院能力分級，提供在地化周產期與兒童緊急醫療照護	423,242	506,150	506,150	506,150	1,941,692
周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫	52,891	52,891	52,891	52,891	211,564
原住民族地區原住民孕產婦產前檢查及生產交通費補助	11,250	11,250	11,250	11,250	45,000
極低及低出生體重兒居家照護計畫	30,000	30,000	30,000	30,000	120,000
二、落實以兒童為中心強化初級照護與健康管理					
幼兒專責醫師制度	912,500	1,007,000	1,101,500	1,250,600	4,271,600
提升兒童發展篩檢異常發現及聯合發展評估服務效能	657,021	712,098	754,121	792,411	2,915,651

年度 項目	114年	115年	116年	117年	合計
建立我國嬰幼兒口腔親善之家照護模式	76,400	105,600	112,800	156,000	450,800
推廣兒童事故傷害防制宣導計畫	60,000	80,000	80,000	80,000	300,000
兒童肥胖防治計畫	35,500	56,000	76,000	98,000	265,500
三、強化兒童重難症醫療照護資源整合與協調					
核心醫院	246,304	520,180	520,180	520,180	1,806,844
兒童困難診斷疾病平台	10,980	10,980	10,980	10,980	43,920
佈建跨專業之兒童青少年精神醫療團隊及兒童(青少年)心智病房	98,000	126,000	78,000	78,000	380,000
特殊兒童及青少年視覺復能計畫	31,600	77,700	91,000	109,300	309,600
四、精進資訊整合，確保並監測兒童醫療照護網絡運作					
優化兒童醫療照護計畫協調管理中心	50,000	50,000	50,000	50,000	200,000
兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心	8,500	8,500	8,500	8,500	34,000
兒童醫療專業照護人力培訓	55,200	55,200	55,200	55,200	220,800
整合精進幼兒專責醫師個案管理相關資訊系統與平台	10,000	10,000	10,000	10,000	40,000
總計	2,769,388	3,419,549	3,548,572	3,819,462	13,556,971

四、經費需求

本計畫涵蓋數個權責單位之工作整合與精進，持續辦理第一期計畫所推動之各項策略，並加強兒童健康照護相關策略。本計畫執行期間為114年至117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13,556,971千元，其中醫事司8,868,456千元，國民健康署3,812,715千元，護理及健康照護司45,000千元，口腔健康司450,800千元，心理健康司380,000千元。(詳如下表2)

表2、各單位經費編列一覽表

單位：千元

執行單位	經費來源	114年	115年	116年	117年	合計
醫事司	公務預算	1,580,326	2,077,710	2,185,510	2,352,910	8,196,456
	基金預算 (醫療發展基金)	168,000	168,000	168,000	168,000	672,000
國民健康署	基金預算 (菸害防制及衛生保健基金)	835,412	930,989	993,012	1,053,302	3,812,715
護理及健康照護司	公務預算	11,250	11,250	11,250	11,250	45,000
口腔健康司	公務預算	76,400	105,600	112,800	156,000	450,800
心理健康司	公務預算	98,000	126,000	78,000	78,000	380,000
總計		2,769,388	3,419,549	3,548,572	3,819,462	13,556,971

陸、預期效果及影響

「優化兒童醫療照護計畫」第二期將投入更多的資源，確保每一位新生兒都能夠得到最優質的照護且健康成長。從產前開始推廣幼兒專責醫師制度，以個案管理的方式強化初級照護和健康促進，期能提早發現兒童潛在的健康問題，並及時給予合適處置。擴大兒童健康服務的範疇，提高兒童發展篩檢異常發現及兒童發展聯合評估服務的效能，並且積極推動兒童肥胖防治、事故傷害防制宣導、兒童口腔健康等其他照護服務，提供兒童全人的健康照護。強化兒童重難罕症照護量能，確保在新生兒、重難症、遺傳疾病和兒童癌症等領域，有穩定的兒科醫師人力，能夠提供高品質的照護服務，以減少重難罕症兒童的失能，另佈建兒童(青少年)心智病房，提升兒青精神醫療服務質量。

延續第一期佈建之兒童醫療照護網絡，進一步依據醫療照護專業能力與需求、人口數與交通距離考量，精進兒童醫療照護網絡的分級制度與不同層級醫療院所間的串連；偏遠地區兒童醫療照護，則將強化遠距會診於緊急醫療及困難診斷疾病之應用，串以完備的轉診制度與專業轉運團隊。期能藉由分工與合作讓兒童醫療照護達到最佳的效益。

第二期「優化兒童醫療照護計畫」持續建構兒童醫療照護網絡的根基(基礎建設)並延伸至兒童健康照護服務，期望每個兒童都能得到最合宜的健康與醫療照護，進一步改善兒童健康指標，並達成新生兒死亡率逐年下降的總目標。

柒、附則

一、風險管理

(一)風險辨識：

少子化趨勢下，兒童醫療照護更顯重要。然依據本部委託之研究結果顯示，兒童醫療人力資源分布不均、偏遠地區及醫療資源不足地區兒童健康照護亟待改善、兒童重難罕症照護面臨困境，且亦應強化兒童初級照護與健康管理。倘未能辦理本計畫，勢必嚴重衝擊我國兒童醫療與健康照護品質。

為使計畫如期、如質、如度完成，經分析前期計畫所遭遇問題，評估可能影響本計畫目標、期程及經費達成之風險項目，據以研析其發生之可能情境、現有風險對策及可能影響層面，綜整如下表3。

表3、本計畫之風險辨識表

風險項目	風險情境	現有風險對策
A：兒科專業人力之培訓具考驗，影響計畫推動	兒科住院醫師招收情形不穩定；另兒科重難症病例數較少，影響各次專科人才培訓，亦可能使醫療照護團隊因經驗不足而不易提升醫療成效。	持續辦理兒科住院醫師與兒科研修醫師留任相關計畫，並推動相關兒科醫療教育訓練，以期穩定兒科專業人力，提升本計畫推動成效。
B：補助計畫核定作業延誤，影響計畫期程	補助計畫公告、申請、核定作業過遲，致受補助單位執行計畫時間過於窘迫，亦無法順利銜接上下年度。	規劃跨年度計畫期程(如兩年期計畫)，減少計畫相關公告、核定等行政作業時間；另業請相關受補助單位預作規劃，以加速後續計畫申請流程事宜。
C：執行新興	新興計畫無既定模式可依	規劃計畫階段邀集相關單位

風險項目	風險情境	現有風險對策
計畫與原構想 規劃之落差	循，規劃階段難以預期可能遭遇困難，與實際計畫執行可能有所落差，致預算執行進度未如預期或影響計畫期程。	討論可能遭遇困難，或召開專家會議評估計畫可行性，並先以試辦方式以一兩個試辦點推行，定期調整及檢討評估計畫成果，以期計畫貼合實際需求，達成計畫效益。
D：年度法定 預算無法滿足 計畫編列及執 行所需經費	計畫所需經費與實際分配到可使用之經費有落差，影響計畫執行內容或難以達成預期目標。	依據實際分配到之經費調整計畫執行項目，籌措單位內其他計畫結餘款。

(二)風險分析：

參考「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「計畫風險可能性評量標準表」(表 4)、「計畫風險影響程度評量標準表」(表 5)，建立「風險判定基準」(表 6)，風險值(影響程度及可能性之乘積) 2 以下，予以容忍。

表 4、計畫風險可能性評量標準表－機率之敘述

可能性分級			
可能性分類 (等級)	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
機率之描述	4 年內只會在特殊的情況下發生	4 年內有些情況下會發生	4 年內大部分的情況下會發生

表 5、計畫風險影響程度評量標準表－影響之敘述

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

表 6、風險判定基準

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
	非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6
嚴重 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2	高度風險 R=3

極度風險(R=9)：需立即採取處理行動消除或降低其風險。

高度風險(R=3~6)：需研擬對策消除或降低其風險。

中度風險(R=2)：仍需進行控管活動降低其風險。

低度風險(R=1)：不需執行特定活動降低其風險。

(三)風險處理：

本部就所辨識之各項風險，依據前述風險評量標準及其現有風險對策，分析各項風險發生之可能性及影響程度，訂定「風險評估及處理彙總表」(表7)、「計畫現有風險圖像」(圖1)及「計畫殘餘風險圖像」(圖2)。

表7、風險評估及處理彙總表

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性× 影響程度)	新增風險 對策	殘餘風險 值 (可能性× 影響程 度)
兒科專業人力之培訓具考驗，影響計畫推動	兒科住院醫師招收情形不穩定；另兒科重難症病例數較少，影響各次專科人才培訓，亦可能使醫療照護團隊因經驗不足而不易提升醫療成效。	持續辦理兒科住院醫師與兒科研修醫師留任相關計畫，並推動相關兒科醫療教育訓練，以期穩定兒科專業人力，提升本計畫推動成效。	4 (2x2)	推動相關兒科醫療照護人力培訓配套策略，如強化兒科核心能力訓練、建立國內外人才培育交流合作。	2 (1x2)
補助計畫核定作業延誤，影響計畫期程	補助計畫公告、申請、核定作業過遲，致受補助單位執行計畫時間過於窘迫，亦無法順利銜接上下年度。	規劃跨年度計畫期程(如兩年期計畫)，減少計畫相關公告、核定等行政作業時間；另業請相關受補助單位預作規劃，以加速後續計畫申請流程事宜。	2 (2x1)	無	2 (2x1)

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性× 影響程度)	新增風險 對策	殘餘風險 值 (可能性× 影響程 度)
執行新興計畫與原構想規劃之落差	新興計畫無既定模式可依循，規劃階段難以預期可能遭遇困難，與實際計畫執行可能有所落差，致預算執行進度未如預期或影響計畫期程。	規劃計畫階段邀集相關單位討論可能遭遇困難，或召開專家會議評估計畫可行性，並先以試辦方式以一兩個試辦點推行，定期調整及檢討評估計畫成果，以期計畫貼合實際需求，達成計畫效益。	2 (2x1)	無	2 (2x1)
年度法定預算無法滿足計畫編列及執行所需經費	計畫所需經費與實際分配到可使用之經費有落差，影響計畫執行內容或難以達成預期目標。	依據實際分配到之經費調整計畫執行項目，籌措單位內其他計畫結餘款。	2 (2x1)	無	2 (2x1)

圖 1、計畫現有風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4 ■ 兒科專業人力之培訓具考驗，影響計畫推動	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2 ■ 補助計畫核定作業延誤，影響計畫期程 ■ 執行新興計畫與原構想規劃之落差 ■ 年度法定預算無法滿足計畫編列及執行所需經費	高度風險 R=3

圖 2、計畫殘餘風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2 ■ 兒科專業人力之培訓具考驗，影響計畫推動	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2 ■ 補助計畫核定作業延誤，影響計畫期程 ■ 執行新興計畫與原構想規劃之落差 ■ 年度法定預算無法滿足計畫編列及執行所需經費	高度風險 R=3

二、相關機關配合事項

- (一) 內政部消防署：配合現有組織、制度及相關計畫方案實施到醫療機構前緊急醫療救護工作。
- (二) 各縣市衛生局：配合計畫執行，發展因地制宜之健康服務計畫，並協助醫療相關法規執行及醫療資源管理事宜。

三、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)	V				本計畫非屬公共建設，無須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)	V				
	(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		V			
2、民間參與可行性評估	(1)是否評估民間參與之可行性，並撰擬評估說明(編審要點第4點)		V			
	(2)是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		V			
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)		V			
	(2)是否研提完整財務計畫	V				
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)	V				
	(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		V			
	(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	V				
	(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	V				
	(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)		V			
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		V			
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	V				
	(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		V			
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商		V			

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	
	(2)是否檢附相關協商文書資料		V			
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		V			
	(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）		V			
	(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		V			
	(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		V			
	(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		V			
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	V				
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	V				
10、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		V			
11、淨零轉型通案 評估	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		V			
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		V			
	(3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標		V			
	(4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫		V			
	(5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		V			
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		V			
13、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		V			
14、落實公共工程或房屋建築全生命週期各階段建造標準	是否瞭解計畫目標，審酌其工程定位及功能，對應提出妥適之建造標準，並於公共工程或房屋建築全生命週期各階段，均依所設定之建造標準落實執行		V			
15、公共工程節能減碳及生態檢核	(1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理		V			

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	
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		V			
16、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		V			
17、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		V			
18、營(維)運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運)		V			
19、房屋建築朝向零碳建築方向規劃	是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理		V			
20、地層下陷影響評估	屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理		V			
21、資通安全防护規劃	資訊系統是否辦理資通安全防护規劃	V				

四、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

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	
本計畫屬「淨零轉型」所屬子計畫(請檢視填寫下列事項)						
「十二項關鍵戰略」歸屬	屬「十二項關鍵戰略」之哪一項： _____。		✓		✓	本計畫非屬十二項關鍵戰略之一。
1、計畫緣起	(1)是否已參酌該項關鍵戰略之各階段性目標、績效指標、里程碑、機關權責分工、預期效益		✓		✓	
	(2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容		✓		✓	
2、計畫目標(含績效指標、衡量標準及目標值等)	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2)績效指標、衡量標準及目標值是否具體？是否有基準年比較值及具體計算、蒐集方式等		✓		✓	
3、現行相關政策及方案之檢討	(1)如屬淨零轉型所屬子計畫之延續性計畫，是否就「十二項關鍵戰略」之階段性目標、績效指標、里程碑、預期效益等之達成，辦理前期計畫執行成效評估，並納入總結評估報告		✓		✓	
	(2)是否將相關配套之淨零轉型所屬子計畫，檢討納入本計畫內容，以利發揮綜效		✓		✓	
4、執行策略及方法	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2)是否已預先辦理社會對話與溝通，並將公正轉型工作納入本計畫之執行規劃，涵蓋項目，列舉如： ● 辨識可能衝突及爭議—含利害關係人； ● 提出衝突及爭議之處理機制—如辦理公聽會、說明會、協調會等； ● 建立支持體系的工具手段—如編列相關預算、協調相關部會提出配套措施等； ● 公私協力做法—如預定邀集之相關公私立單位等； ● 預定辦理期程； ● 定期辦理問卷調查驗證成果做法等。		✓		✓	
	(3)是否掌握淨零科技之研發與導入，提升整體計畫減碳之貢獻，引領公私部門淨零轉型		✓		✓	
5、期程與資源需求	是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
6、預期效果及影響	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式		✓		✓	

五、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

- (1) 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

- (1) 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。
- (2) 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：優化兒童醫療照護計畫(草案)(114-117年)

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【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】 性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）可參考行政院性別平等會網站（ https://gec.ey.gov.tw ）。	1. 將循「消除對婦女一切形式歧視公約」（CEDAW）第12條第1項（女性生育保健的權利）及第12條第2項（懷孕及分娩的照護），以及「性別平等政策綱領」揭櫫「充權女性生育相關健康議題與自我保健，建構性別友善的生育安全與支持環境」之基本精神，於計畫推動、管考及應用，落實行政院性別平等政策綱領環境。 2. 我國於103年11月20日施行兒童權利公約施行法，依公

	<p>約第24條規定略為，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，並應針對(1)降低嬰幼兒之死亡率；(2)確保提供所有兒童必須之醫療協助及健康照顧，基礎健康照顧之發展等事項，採取適當之措施。</p> <p>3. 依據衛福部相關資料統計，111年新生兒死亡人數占5歲以下兒童死亡人數約為51.8%，新生兒出生7天內死亡人數占新生兒死亡總人數則高達85.1%。</p> <p>4. 本部國民健康署於106年逐步推動辦理周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫，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。截至111年已擴大至22縣市共同辦理。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析(含前期或相關計畫之執行結果)，並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/) (含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(https://gec ey.gov.tw)。</p> <p>b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體：</p> <p>1 政策規劃者 (例如:機關研擬與決策人員；外部諮詢人員)。</p> <p>2 服務提供者 (例如:機關執行人員、委外廠商人力)。</p> <p>3 受益者 (或使用者)。</p> <p>c. 前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析 (例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性)，探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性</p>	<p>1. 根據111年衛福部統計，新生兒死亡率為2.8‰，其中男性死亡人數為216人，女性死亡人數為167人；嬰兒死亡率為4.4‰，其中男性死亡人數為335人，女性死亡人數為275人。</p> <p>2. 根據110年內政部統計，1-4歲死亡率0.19‰，其中男性為0.21‰，女性為0.16‰。</p> <p>3. 本計畫討論過程均納入不同性別之經驗與意見。</p> <p>4. 依據上開死亡率及人數，並無顯著差別，暫無需強化的性別統計及分析。</p>

<p>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>	
評估項目	評估結果
<p>1-3【請根據1-1及1-2的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a.參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p>b.受益情形</p> <p>1受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。</p> <p>2受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p>c.公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>1使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>2安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>3友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	<p>1. 於110-112年的「全國醫療行政及醫療法規研討會」與全國各縣市衛生局人員宣導優化兒童醫療照護計畫各項策略推動，並針對計畫推動方向進行交流及討論。</p> <p>2. 持續與婦產科醫學會、兒科醫學會、新生兒科醫學會等專業學會進行溝通與討論，如：擬定周產期轉診條件(含高危險妊娠產前轉診、新生兒外接)、提出兒童緊急醫療照護補助模式之建議、研擬幼兒專責醫師制度精進方向、精進兒童重難罕症照護品質監測、研擬兒科人才培訓方案、宣傳兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材管理資訊系統...等。</p> <p>3. 上開研商過程之參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p>
<p>貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。</p>	
評估項目	評估結果
<p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對1-3的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p>a.參與人員</p>	<p>■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>一、為保障女性權益、突顯性</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.受益情形</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>c.公共空間</p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <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>e.研究類計畫</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>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</p> <p>g.其他有助促進性別平等之效益。</p>	<p>別意涵，本計畫將依行政院性別平等處建議將「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷」及「原住民族地區周產期孕產婦追蹤關懷」作為性別目標，同時納入計畫修正草案之計畫目標章節。</p> <p>二、本計畫績效指標及衡量標準包括「收案期間4次以上產檢利用率(產檢4次以上的高風險收案產婦人數/當年被收案且應做產檢4次以上的高風險收案產婦人數)x100%」，114-117年目標值均為≥98%及「補助原住民族地區孕產婦產檢交通費」(詳如計畫書第17頁)。</p> <p>□未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p>
<p style="text-align: center;">評估項目</p>	<p style="text-align: center;">評估結果</p>
<p>2-2【請根據2-1本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】</p> <p>請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：</p> <p>a.參與人員</p> <p>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。</p> <p>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.宣導傳播</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>■有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p>一、本計畫將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週至6個月之個案管理關懷追蹤等服務(詳如計畫書第48-50頁)。</p> <p>二、本計畫針對高風險孕產婦(兒)族群，透過在地機構(如醫院、衛生局、衛生所、助產所等)，由曾接受訓練之訪員提供個別化之健康需求評估、追蹤關懷(含家訪、電訪及面訪)、適切之衛教、轉介資源等服</p>

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。
- 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。

務。

- 三、連結地方教育單位與社政單位，協助將高風險個案轉介至衛生局或醫療院所進行收案，並提供追蹤關懷服務，收案期間個案如有醫療或社政資源需求，亦提供適當之資源轉介協助。
- 四、為強化原住民地區服務需求，另委請原住民族委員會協助，將本計畫之合作院所資訊轉知所屬原住民族文化健康站及原住民族家庭服務中心，並協助將符合收案條件者轉介至合作院所進行收案追蹤。
- 五、提供原住民族地區原住民孕產婦產前檢查及生產交通費補助，提升減輕山地原鄉孕產婦產檢交通費用並提升產檢利用率。
- 六、上開研商過程之參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。
- 七、本計畫未涉及公共空間之空間規劃與工程設計。
- 八、本計畫受益對象均為懷孕婦女，不因不同性別、性傾向或性別認同者而有差異，暫無需強化的性別統計及分析。

□未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：

評估項目

評估結果

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

有編列或調整經費配置者，請

<p>置】 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>說明預算額度編列或調整情形：本計畫績效指標『周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷』及『原鄉地區周產期孕產婦追蹤關懷』涉及孕產婦產前檢查利用措施及原鄉地區孕產婦產檢交通費，所需經費將根據計畫實施進程，依性別預算作業原則及注意事項，於實支年度納入計畫預算編列。</p> <p>□未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：本計畫並無特定性別，故亦無依性別編列經費。</p>
--	--

【注意】 填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分－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。

<p>3-1綜合說明</p>	<ol style="list-style-type: none"> 依優生保健法第7條第3款規定，主管機關應實施嬰、幼兒健康服務及親職教育。其健康服務部分，依醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項規定，包括兒童健康檢查、兒童衛教指導。醫事服務機構提供具健保身分兒童事項服務(出生2個月內尚未有健保身分新生兒，可依附父母健保卡)。國健署兒童預防保健服務委託健保署代辦，無外配子女、父母身障身分相關註記。 有關發展遲緩兒童早期療育服務個案通報人數之性別統計及性別差異之原因分析說明如下： <ol style="list-style-type: none"> 經查衛生福利部社會及家庭署公布之「發展遲緩兒童早期療育服務個案通報概況」顯示，自100年至112年男性與女性通報比例穩定，其性別比(男：女)約等於2.15：1。 導致前述性別差異之可能原因包括：發展遲緩之疾病發生率有性別差異(如自閉症、注意力不足過動症等，男童較女童高)、性別特質印象差異(如在男童身上發現話少、文靜之特質，較易警覺到異常，惟若發生在女童身上則可能疏忽其發展遲緩徵兆)等。 考量113年7月1日前未曾推動發展遲緩普篩服務，而無法確定通報發展遲緩兒童中，男高於女之原因是性別差異亦或是先天生理條件導致，爰將俟政策推行後，蒐集相關數據並分析，以規劃更明確的改善策略。 除新生兒及嬰兒之死亡人數外，未來將納入統計不同性別新生兒及嬰兒之死亡率，以為政策參考。 	
<p>3-2參採情形</p>	<p>3-2-1說明採納意見後之計畫調整(請標註頁數)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 有關建立我國嬰幼兒口腔親善之家照護模式，係以醫院為中心，結合牙醫診所佈建照護網絡，並建構雙向轉診機制；此外，模式建立過程需同時完備硬實力與軟實力，成立口腔親善中心醫院，

		<p>亦同步發展專業人員教育訓練。</p> <p>2. 為提升兒童1歲前、3歲前塗氟及牙科就診率，並增進計畫執行效益，參照委員意見修正計畫內容如下：</p> <p>第三節/一、策略做法/(一)輔導縣市成立口腔親善中心醫院：以通過國民健康署母嬰親善認證之醫院為優先，結合兒童牙醫及家庭牙醫專科醫師資源，參照區域醫療資源分布，優先擇齲齒率(DT)或齲齒經驗指數(DMFT)最高之排名前1/3縣市進行試辦；發展院內結合產前健康檢查、兒童預防保健服務以及口腔衛生教育指導與轉診之服務模式。(P58)</p>
	<p>3-2-2說明未參採之理由或替代規劃</p>	<p>1. 本計畫收案對象主要為已懷孕婦女，因收案前個案產檢次數未能反映本計畫執行成效，爰將指標訂定為收案期間4次以上產檢利用率，110年該指標實績值為95.5%，爰以此基礎訂定逐年目標值。</p> <p>2. 降低5歲以下兒童死亡率之涉及多面向因素，未能直接反映本計畫執行成效，爰將績效指標訂定改為降低新生兒死亡率(排除體重<500公克或懷孕週數<22週)，另外將強化監測兒童國際重要健康照護指標，並進行國際比較，聚焦分析具調整性或可介入性的因素。</p> <p>3. 依據台灣民眾就醫習慣、地理交通分布等因素，孕產婦與兒童就醫範圍多以生活圈而非單一縣市考量，故無法利用跨縣市就醫率評估周產期與兒童緊急醫療可近性，爰暫不修正計畫。未來將監測周產期與兒童緊急醫療就醫模式與相關照護品質。</p> <p>4. 依據我國6歲以下兒童口腔健康調查計畫統計分析結果，6歲以下兒童之齲齒率(DT)、缺牙率(MT)、填補率(FT)、齲齒經驗指數(DMFT)等口腔健康狀況，均無存在性別間差異，故性別非屬影響其塗氟服務利用情形之因素，爰暫不修正計畫。</p>

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：葉香吟 職稱：技正 電話：02-85907334 填表日期：__113__年__2__月__27__日
- 本案已於計畫研擬初期 徵詢性別諮詢員之意見，或 提報各部會性別平等專案小組（會議日期：__年__月__日）
- 性別諮詢員姓名：吳肖琪 服務單位及職稱：國立陽明交通大學衛生福利研究所教授 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）
（請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案）

【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>□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.taiwanwomenscenter.org.tw/）。</p> <p>■2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。</p> <p>□3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。</p>	
<p>(一) 基本資料</p>	
1.程序參與期程或時間	113年3月6日至113年3月7日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	國立陽明交通大學衛生福利研究所吳肖琪特聘教授 專長:健康、醫療與照顧
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
<p>(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）</p>	
4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	請補充：將循性別平等政策綱領、性別主流化政策及消除婦女一切形式歧視公約（CEDAW）之基本精神，於計畫推動、管考及應用，落實行政院性別平等政策綱領環境。
5.性別統計及性別分析之合宜性	<p>一、新生兒死亡率為2.8‰，細分性別，應呈現死亡率非死亡人數；嬰兒死亡率亦同。</p> <p>二、外配子女、父母身障身分、偏鄉；是否存在兒童預防保健使用次數、醫療利用次數的差距？</p> <p>三、早療人數存在性別差異，請補充其就醫率、延遲診斷率與家庭對發展遲緩兒童的照顧，是否存在性別與城鄉差距？醫療可以有哪些努力空間？</p> <p>四、請補充兒童牙醫利用、牙齒健康是否存在性別差異？不同性別3歲前塗氟率現況值應呈現。</p>
6.本計畫性別議題之合宜性	雖因參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與；惟針對前述性別統計有落差之項目，宜更明確描述縮小健康差距的改善策略。

<p>7.性別目標之合宜性</p>	<p>一、P16搭配期下降新生兒死亡率，「收案期間4次以上產檢利用率是重要指標之一，111年為98.3%，114-117年目標值均為$\geq 98\%$，有偏低之虞；另高風險產婦其孕期產檢4次以上即足夠嗎？訂四次是否太低？另建議增列產檢次數平均值是否有增加!</p> <p>二、P19 降低5歲以下兒童死亡率113年目標為$< 4.2\%$，112年為5.4%，因未達成目標，仍應納入下一期的目標，並詳列改善策略，包括與社區與公共衛生的結合；且應該區分男女，是否差距有縮小。</p> <p>三、P16提升周產期與兒童緊急醫療可近性，績效指標為重點醫院與核心醫院涵蓋率，將由95%變成100%，表示多補助一縣市即達標，代表大部分兒科疾病該縣市即可解決；建議績效指標採兒童跨縣市就醫下降(以兒童戶籍地或最常門診地點為居住地，與健保就醫資料分析，計算跨縣市就醫率)，並比較性別差距是否縮小。</p> <p>四、P56(一)口腔親善中心醫院，是”發展院內結合產前健康檢查、兒童預防保健服務以及口腔衛生教育指導與轉診之服務模式”？或應該是”讓基層知道將複雜個案轉介給該中心醫院”？</p>
<p>8.執行策略之合宜性</p>	<p>提醒針對性別存在差異的項目，應努力縮小性別健康與照護差距</p>
<p>9.經費編列或配置之合宜性</p>	<p>一、P56(四)建立我國口腔親善之家照護模式，若是指”由口腔親善中心醫院及網絡單位中完成教育訓練專業人員，提供孕婦口腔保健指導、嬰幼兒口腔評估與指導、個人口腔照護計畫、個案管理與轉介等連續性照護服務，逐步建立口腔親善之家照護模式”；部內需思考是藉繼續教育完成普及化？還是要設口腔親善之家完成集中化？P17績效指標以試辦院所當分母，則此計畫經費補助3到5縣市的效益顯著偏低；建議重新思考，若要让全國1歲前、3歲前”塗氟及牙醫就診率”增加，計畫內容應重新修正，且績效指標要呈現男女兒童塗氟率是否達標。</p> <p>二、依自評表，本計畫將”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週至6個月之個案管理關懷追蹤等服務(P47-49)”則本計畫應盤點編列多少比例的經費至衛生局，強化衛生局執行本計畫之公共衛生人力？</p>

10.綜合性檢視意見	兒童健康是重要議題，除整體提升兒童醫療照護品質外，績效指標應呈現性別的績效指標，針對差距大的指標，亦能朝縮小男童與女童健康與照護差距努力。
(三) 參與時機及方式之合宜性	合宜
<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) _____吳肖琪_____</p>	