

# 優化兒童醫療照護計畫

(110 年-113 年)

核定本



衛生福利部  
中華民國 112 年 8 月修正

優化兒童醫療照護計畫修訂說明		
項次	項目	內容說明
一	修正依據	依據 110 年 12 月 30 日行政院院會決定，請本部持續結合相關資源，再加速、加碼、加大投入力道，進一步再予優化，除醫療體系外，社會福利也應整體投入，爰依「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」第 9 點，提擬本計畫辦理修正。
二	環境變遷檢討	臺灣少子女化問題嚴重，然 108 年 5 歲以下兒童死亡率卻高達 4.7%，明顯高於日本 2.5%、韓國 3.2%。為改善我國兒童死亡率應加速、加碼、加大兒童醫療照護網絡的優化。爰依編審要點第 9 點修正本計劃相關經費及工作項目，計畫期程不變。
三	需求重新評估	<p>(一)依據行政院院會決定，加速、加碼、加大兒童醫療照護網絡的優化，爰擴大各項策略的經費編列(如修正計畫書 P108-111)。</p> <p>(二)孕產婦與新生兒的急重症照護考量就醫可及性與照護量能，須以生活圈區域整合方式進行規劃，並依據次專科人力、加護病床數及相關緊急醫療照護能力等提供分級照護，逐步提供全齡兒童的緊急醫療照護，爰規劃於 112 年調整「周產期照護網絡計畫」補助模式，並加強兒童緊急醫療照護功能。</p> <p>(三)為提高兒童緊急醫療就醫可近性，需強化偏遠地區的布點，並藉由區域聯防與遠距醫療進一步改善部分地區兒童緊急醫療照護人力不足的困境。</p> <p>(四)兒童重難罕症照護品質的提升需有優質的專業團隊佈點，110 年雖已成立 6 家核心醫院，然尚缺乏東部地區的佈點，爰規劃於 112 年於東部地區增設核心醫院。另外各層級醫療院所間的兒童重難症照護資訊也應有專責單位協助整合與協調，另外也需確保兒童重難罕症次專科照護</p>

		<p>人力之訓練，爰規劃於 112 年增加核心醫院工作項目。</p> <p>(五)為完善兒童之身心醫療照護，需建立跨專業精神醫療團隊，並設置兒童（青少年）心智專責病房，以利早期治療，並提供整合性服務。</p> <p>(六)為提升幼兒專責醫師照護涵蓋率，需擴大辦理縣市，爰規劃於 112 年擴大於 22 縣市辦理，並落實從出生立即銜接的幼兒專責照護，另外利用網絡合作機制由核心或重點醫院提供偏遠地區幼兒專責醫師緊急事務聯繫或諮詢。</p> <p>(七)依美國 CDC 建議，所有的兒童都需要發展監測 (monitoring) 與發展篩檢 (screening)，前者由家長以簡易的查檢表來監測，後者則由健康照護者或受過訓練者執行，以早期發現發展疑似異常兒童，予以轉介評估。兒童發展聯合評估服務，目前聯合評估等候時間平均 85.3% 個案於 45 工作天完成，且因評估量能不足，致疑似發展遲緩兒童長時間等候，爰須擴大醫療專業服務供給量，以能快速完成完整性的發展評估確認。</p> <p>(八)依據「兒童權利公約」第 6 條揭示，每個兒童均有生存及發展的權利。在兒童的健康問題中，卻以「事故傷害」所造成的危害最為嚴重。這些事故不僅花費龐大醫療成本，更消耗了難以估算的社會成本，爰須加強兒童事故傷害防制，透過事先預防而避免傷害的發生。</p> <p>(九)「兒童權利公約」第 24 條提及「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。」而兒童或青少年時期的肥胖會導致成年時期的肥胖，可能直接或間接的增加成年後肥胖相關慢性病的罹病率和死亡率，因此肥胖防治應著重於從兒童時期做起，並延伸至整個生命週期。</p>
--	--	--

四	計畫及預算執行檢討	<p>整體計畫因 110-111 年法定預算之調整，導致經費不足，實際執行時除調降部分策略補助經費，亦影響相關策略推動及各層級照護網絡的資源整合：</p> <p>(一)「周產期照護網絡計畫」110 年原核定經費為 145,000 千元，法定預算為 86,900 千元。配合法定預算之調整及計畫可執行性，調降執行醫院補助費用，僅得優先補助 8 家醫院建立新生兒外接與高危險妊娠產前轉診機制。另因計畫期程至 110 年 12 月底，需時辦理驗收作業，爰保留 110 年經費 48,440 千元，業已於 111 年通過驗收後付款。</p> <p>(二)「提升兒科緊急醫療救護品質及資源整合計畫」110 年原核定經費為 155,000 千元，法定預算為 150,600 千元。配合法定預算之調整，調降執行醫院補助費用，僅優先補助 17 家醫院提供 24 小時兒童緊急醫療照護服務。</p> <p>(三)「核心醫院計畫」包含兒童重難罕症照護、兒童重症轉運專業團隊、兒童困難診斷疾病平台三項執行策略，110-111 年原核定預算合計 57,000 千元，法定預算合計為 19,921 千元。因法定預算之調整，經評估以 110-111 年跨年度計畫方式推動，並調降執行醫院補助費用，僅優先補助必須之人事費及設備費，組成 6 家核心醫院、2 家兒童重症轉運專業團隊及 1 家兒童困難診斷疾病平台；另因經費不足，影響執行醫院發展兒童遠距醫療照護。因係跨年度計畫，爰保留 110 年經費 18,821 千元，依計畫時程執行計畫，預計於 111 年底通過驗收後付款。</p> <p>(四)「幼兒專責醫師制度計畫」110-111 年原核定預算合計 263,050 千元，法定預算合計為 112,200 千元。因法定預算之調整，經評估以 110-111 年跨年度計畫方式推動，並減少辦理縣市數、調降個案管理及</p>
---	-----------	---

		<p>績效獎勵費用。110年共於10縣市辦理，合計452家醫療院所(含796名醫師)參與，總收案53,370人，全國收案涵蓋率達10.3%。另因係跨年度計畫，爰保留110年經費60,967千元，依計畫時程執行計畫，預計於111年底通過驗收後付款。</p> <p>(五)「培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用」之策略110年原核定預算為12,000千元，法定預算為0元。因法定預算之調整，僅由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；尚需相關經費委託專責單位辦理兒童照護專業培訓課程並評估兒童照護相關成本效益及計畫執行品質監測。</p>
五	修正原因說明	<p>(一)本計畫將於112年起擴大推動各項策略，期能進一步改善5歲以下兒童死亡率，爰調整死亡率年度目標值。</p> <p>(二)孕產婦與新生兒的急重症照護需考量就醫可及性與照護量能，爰規劃於112年調整「周產期照護網絡計畫」補助模式，以生活圈區域整合方式進行規劃，並逐步提供全齡兒童的緊急醫療照護。</p> <p>(三)為提高兒童緊急醫療就醫可近性，需強化偏遠地區的布點，並藉由區域聯防與遠距醫療進一步改善部分地區兒童緊急醫療照護人力不足的困境。</p> <p>(四)負責兒童重難罕症照護的核心醫院尚缺乏東部地區的佈點，爰規劃於112年於東部地區增設核心醫院。另外各層級醫療院所間的兒童重難症照護資訊也應有專責單位協助整合與協調，爰於112年起增加核心醫院工作項目，做為新生兒/兒童之照護需求協調中心，並協助兒童重難罕症次專科人力之培訓。</p> <p>(五)我國目前尚無兒童(青少年)心智專責病房，考量兒童精神疾病個案其治療模式有別於成人，在照顧需求及強度上，</p>

		<p>亦高於一般成人個案，故是類個案需具有跨專業之醫療團隊提供服務，爰於 113 年起逐年增加建立跨專業精神醫療團隊及規劃設置兒童（青少年）心智病房。</p> <p>(六)為提升幼兒專責醫師照護涵蓋率，需擴大辦理縣市，爰規劃於 112 年擴大於 22 縣市辦理，並落實從出生立即銜接的幼兒專責照護。另外利用網絡合作機制由核心或重點醫院提供偏遠地區幼兒專責醫師緊急事務聯繫或諮詢。</p> <p>(七)為提升兒童健康需強化及增加醫師執行發展篩檢內容，期早期發現疑似發展遲緩兒童，及早轉介、診斷及提供早療服務。另針對兒童發展聯合評估服務，能縮短個案候診評估時間，給予兒童健康更周全的照顧。</p> <p>(八)為維護兒童基本的生存權益及提供特別保護措施，新增「推廣兒童事故傷害防制計畫」，以期透過事先預防而避免傷害的發生。</p> <p>(九)根據我國「國民營養健康調查」，我國過重及肥胖盛行率呈上升趨勢，爰新增規劃「學齡前兒童肥胖防治計畫」，結合相關人員與場域，推動肥胖防治從小做起。</p>									
六	修正目標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="611 1361 783 1397">績效指標</th> <th data-bbox="783 1361 1343 1397">調整說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="611 1397 783 1608">5 歲以下兒童死亡率每年平均下降大於 0.1‰</td> <td data-bbox="783 1397 1343 1608">本計畫將於 112 年起擴大推動各項策略，期能進一步改善五歲以下兒童死亡率，爰調整死亡率年度目標值。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 1608 783 1944">提供周產期照護服務涵蓋率</td> <td data-bbox="783 1608 1343 1944">           一、調整為以生活圈區域(跨縣市)模式補助重點醫院，並強化核心醫院任務，以多元策略(遠距會診、轉介支援…等)，以共同提供周產期照護服務，爰調整績效指標及衡量基準之文字說明。            二、為加速布建周產期照護網絡，爰調增年度目標。         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 1944 783 2022">周產期高風險孕產</td> <td data-bbox="783 1944 1343 2022">一、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</td> </tr> </tbody> </table>	績效指標	調整說明	5 歲以下兒童死亡率每年平均下降大於 0.1‰	本計畫將於 112 年起擴大推動各項策略，期能進一步改善五歲以下兒童死亡率，爰調整死亡率年度目標值。	提供周產期照護服務涵蓋率	一、調整為以生活圈區域(跨縣市)模式補助重點醫院，並強化核心醫院任務，以多元策略(遠距會診、轉介支援…等)，以共同提供周產期照護服務，爰調整績效指標及衡量基準之文字說明。 二、為加速布建周產期照護網絡，爰調增年度目標。	周產期高風險孕產	一、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	
績效指標	調整說明										
5 歲以下兒童死亡率每年平均下降大於 0.1‰	本計畫將於 112 年起擴大推動各項策略，期能進一步改善五歲以下兒童死亡率，爰調整死亡率年度目標值。										
提供周產期照護服務涵蓋率	一、調整為以生活圈區域(跨縣市)模式補助重點醫院，並強化核心醫院任務，以多元策略(遠距會診、轉介支援…等)，以共同提供周產期照護服務，爰調整績效指標及衡量基準之文字說明。 二、為加速布建周產期照護網絡，爰調增年度目標。										
周產期高風險孕產	一、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										

		<p>婦(兒)追蹤關懷</p>	<p>反映本計畫執行成效，爰將指標調整為收案期間之 4 次之產檢利用率，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>二、本指標計算條件為該年度所有產前收案之個案，排除「身分證字號」無法判別者、無法比對出生通報資料者、比對出生通報後生產日期差異 100 天以上者、產檢應執行次數為 0 者，並以各年度前一年至當年底之產檢核銷資料比對計算。</p>
		<p>極低出生體重(≤1500 公克)兒關懷追蹤</p>	<p>一、極低出生體重兒定義為出生體重小於或等於 1500 公克嬰兒，酌修文字。</p> <p>二、原極低出生體重兒總目標數 100% 係考量分母排除家屬拒絕(包含家屬為醫護背景、僅納入醫院追蹤流程等)或出國等個案；惟經試辦後評估仍應將上述個案納入分母，以利後續追蹤了解計畫執行成效。為使指標可真實反映執行成效，調整績效指標內容，將極低出生體重(≤1500 公克)兒關懷追蹤之總目標自 100% 調整為 90%。</p> <p>三、考量計畫僅針對出生體重大於 1,500 公克未達 2,500 公克「有合併症或攜帶管路及儀器」者進行收案，並非單純以體重評斷收案條件，需仰賴執行計畫醫院之臨床實務判斷是否收案，且占出生體重大於 1,500 公克未達 2,500 公克甚少(110 年試辦醫院僅收 20 人)，若以追蹤率較難呈現實際執行成效，爰刪除低出生體重(&lt;2500 公克)兒關懷追蹤指標。</p>
		<p>提供兒童緊急醫療照護涵蓋率</p>	<p>將透過各地補助醫院及網絡內核心醫院與重點醫院合作，共同提供兒童緊急醫療照護服務，故調整績效指標及衡量基準之文字說明。</p>
		<p>分區建立核心醫</p>	<p>一、調整為以核心醫院為單位籌組兒童重難罕症焦點團隊，提供區</p>

	院，提供兒童重難罕症照護	<p>域內兒童重難罕症照護服務，故調整績效指標及衡量基準之文字說明。</p> <p>二、因110-111年核心醫院已達6家，並規劃於112年於東部區域增設核心醫院，爰調增年度目標。</p>
未滿3歲之兒童有專責醫師照護的涵蓋率	擬於112年起擴大辦理縣市，爰調增年度目標	<p>考量國內醫療資源分布、地理位置及交通、及兒童重症轉送需求，並非所有核心醫院均需設置兒童重症運送專業團隊，爰修正績效指標名稱，使與衡量基準相符，衡量基準及目標值內容均未修正。</p>
建置兒童重症運送專業團隊		<p>一、我國目前尚無兒童（青少年）心智專責病房，考量兒童精神疾病個案其治療模式有別於成人，在照顧需求及強度上，亦高於一般成人個案，故是類個案需具有跨專業之醫療團隊提供服務。</p> <p>二、自113年起逐年布建跨專業精神醫療團隊及設置兒童（青少年）心智病房。</p>
布建兒童青少年專業精神醫療團隊及心智病房		<p>三、本計畫原訂定年度目標係參考108年縣市申請本部社家署補助經費數量訂定，故於衡量基準增加「補助」之文字。</p> <p>四、為使目標值與「強化社會安全網第二期計畫」規範一致，改以縣市數訂定。</p>
逐年提升育有6歲以下育兒指導服務涵蓋數		<p>一、配合兒童健康檢查其中6次服務時程，由通過發展篩檢訓練之醫師提供兒童發展篩檢服務，以早期發現發展異常兒童。</p> <p>二、透過兒童發展篩檢服務將疑似多重發展遲緩兒童，轉介兒童發展聯合評估，提供全面性完整評估診斷，早期發現異常個案，以即早介入提供早療服務。</p>
提升兒童發展篩檢異常發現及聯合評估服務效能		

		0~5 歲兒童事故傷害死亡率(每十萬人口)	新增「0~5 歲兒童事故傷害死亡率」，規劃輔導地方政府結合兒童死因回溯分析，透過縣市跨局處合作找出全國事故傷害熱點與相關問題，推展縣市因地制宜兒童事故傷害防制行動方案及提供特別保護措施，以減少兒童事故傷害死亡率。
		2 個月-6 歲過重及肥胖率	新增「2 個月-6 歲過重及肥胖率」，參照現況基礎值 17.7% (2017-2020 年國民營養調查)，訂定年度目標。
七	分年實施計畫及資源需求	如修正計畫書 P.63-67 及 P.103-113。	

# 目錄

<b>壹、計畫緣起</b> .....	<b>1</b>
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 .....	19
<b>貳、計畫目標</b> .....	<b>23</b>
一、目標說明 .....	23
二、達成目標之限制 .....	25
三、績效指標、衡量標準及目標值 .....	27
<b>參、現行相關政策及方案之檢討</b> .....	<b>30</b>
一、兒童醫療相關計畫內容說明 .....	30
二、兒童醫療相關計畫執行績效及檢討 .....	35
<b>肆、執行策略及方法</b> .....	<b>53</b>
一、主要工作項目 .....	53
二、分期(年)執行策略 .....	63
三、計畫執行步驟與方法 .....	68
(一)完備周產期醫療照護系統 .....	68
(二)建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡 .....	74
(三)跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質 .....	77
(四)發展兒童重症運送專業團隊及網絡 .....	82
(五)規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台 .....	84
(六)建立跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊及兒童(青少年)心智病房 .....	86
(七)培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用 .....	88
(八)發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度 .....	91
(九)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 .....	94
(十)推展育兒指導服務方案 .....	96
(十一)推廣兒童事故傷害防制計畫 .....	98

(十二)推動學齡前兒童肥胖防治計畫.....	100
<b>伍、期程及資源需求 .....</b>	<b>102</b>
一、計畫期程.....	102
二、所需資源說明.....	102
三、經費來源及計算基準.....	102
四、經費需求.....	108
<b>陸、預期效果及影響 .....</b>	<b>111</b>
<b>柒、財務計畫 .....</b>	<b>113</b>
<b>捌、附則.....</b>	<b>114</b>

## 壹、計畫緣起

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

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

應從生命歷程的基礎架構「優化兒童醫療照護」，增加兒童醫療

及健康資源之挹注，擴大兒童健康服務，推廣兒童事故傷害防制及兒童肥胖防治，改善周產期與急重症醫療照護，並強化初級醫療照護及健康管理，建立與公共衛生和社會福利體系的連結，方得以降低新生兒及兒童可預防的死亡，減少失能，並增進兒童健康。

## 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以及恢復健康之權利，締約國應努力確保所有兒童享有健康照護服務之權利不遭受剝奪。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，及確保提供所有兒童必須之醫療協助及健康照顧，並強調基礎健康照顧之發展。

## 二、未來環境預測

### (一) 因應少子女化趨勢的兒童醫療照護需求與困境

臺灣生育率近年來在全球排名為後段班，根據內政部的人口統計數據，2020 年我國死亡數超過出生數，自然增加率由正轉負，總人口開始負成長。在面對少子女化議題及未來人口結

構失衡的問題時，其中的關鍵是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，才能有效降低新生兒及兒童可預防的死亡。

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

在臺灣現行的醫療體系中，兒科醫師是兒童醫療照護的主要專業人力，現有依功能分級的醫療院所或緊急醫療救護系統，對兒童醫療照護的專屬規劃著墨較少。再者，醫院與基層診所各自擔負不同的兒童醫療照護能力，而兒科醫師在醫院執業的比例分布約 3 成 8，雖然在衛生福利部推動多項策略下，兒科住院醫師招收情形已有提升，然於 108 年又下降，在少子女化及後疫情時代，兒科專業人力的培訓更是一大挑戰。

現行單一全人口的醫療網實難完整涵蓋兒童的特殊需求，故需立基於既有的醫療照護資源與系統，以新生兒及兒童為核心建立精準照護網絡：分區規劃、跨區合作擴大兒童重難罕症

的專科照護量能；滿足母嬰照護在地化需求，提供可及性高的連續性健康照護；落實幼兒初級健康照護，即早啟動介入或轉介相關醫療資源。透過分級分層提供妥適的醫療照護，以因應臺灣未來的兒童照護需求。

## (二) 新興醫療科技發展的重要性

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

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

### 三、問題評析

#### (一) 5 歲以下兒童死亡的改善幅度與國際相比有限

依據衛生福利部統計資料顯示，臺灣 5 歲以下兒童死亡率，已從 1990 年之 9.7‰，下降到 2015 年之 4.8‰，降幅達 51%，然而尚未達到聯合國千禧年發展目標設定的降低三分之二。再以 5 歲以下兒童死亡率的下降趨勢來看，日本及韓國每年平均下降 0.1‰，臺灣雖有逐年下降（從 2016 年的 4.8‰降至 2020 年的 4.5‰），但與日本及韓國相比仍有進步空間。

世界衛生組織於 2015 年統計，新生兒死亡率占 5 歲以下兒童死亡率的 45.1%。依經濟合作暨發展組織 (OECD) 國家之新生兒/嬰兒死亡率定義計算 (排除懷孕週數 < 22 周或體重 < 500 公克的活產數)，臺灣在 2016 年的新生兒死亡率約為 1.9‰ (2016 年日本 0.9‰、韓國 1.6‰)，嬰兒死亡率約為 3.3‰ (2016 年日本、韓國分別為 1.8‰、2.8‰)，皆高於鄰近國家；與 OECD 國家相比，臺灣的排名分別為第 13 名 (13/28) 及 17 名 (17/26)，在 OECD 國家間排名中段。

#### (二) 周產期照護之重要性

根據衛福部相關資料統計，105-109 年新生兒死亡人數占 5 歲以下兒童死亡人數約為 52.8%，新生兒出生 7 天內死亡人

數占新生兒死亡總人數則高達 77.8%。進一步分析死因，則以先天性畸形、變形及染色體異常、與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患、源於周產期的呼吸性疾患為近年來前三大主因。另外，臺灣的早產率自 103 年起平均每年增加 0.10%，108 年臺灣早產率為 10.40%。儘管極低出生體重兒 (VLBW，出生體重 <1500 g) 僅佔新生兒之 0.5-1%，但其死亡率佔新生兒死亡率 75%。

周產期區域化 (perinatal regionalization) 的要點，是辨識高危險妊娠及推動產前母體轉診至具合適處置能力的醫療機構。文獻證明，周產期區域化有助於降低極低出生體重兒 (very low birth weight infants) 的新生兒死亡率。周產期區域網絡的規劃需立基於不同照護能力的分級規範，然臺灣各地的主要生產醫療院所層級和分布差異性大，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，加上高危險妊娠的篩檢與轉介並未落實，使得孕產婦無法獲得全面性之周產期照護。

依衛生福利部統計資料，108 年共計 2,434 位醫師領有婦產科專科醫師證書，其中約 47% 於醫院執業、53% 於診所執業。若以縣市別 (不計離島) 分析每名婦產科專科醫師負責的新生兒數，以臺北市最低 (46.5 名新生兒)，最高為宜蘭縣 (138.9 名新

生兒)，兩縣市間差距達 3 倍。此外，部份基層診所受限於人力及設備維持成本，未提供生產服務，抑或缺乏緊急血品調度及手術處置等快速轉診通道，進而影響孕產婦的照護品質。

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

### (三) 兒童緊急醫療照護資源分布不均

據衛福部資料顯示，0-5 歲的身心障礙者領證人數自 102 年的 7,308 名逐年增加至 110 年的 9,391 名，除早產、複雜性先天性疾病外，急重症是兒童失能的重要原因，但照護專業人力則不斷流失。現有的緊急醫療救護系統，主要以成人急症為規劃核心，與兒童相關的規劃著墨較少。在醫院緊急醫療能力

分級評定基準中，僅有重度級急救責任醫院評核，明確規定需 24 小時有兒科專科醫師提供緊急照會服務，中度級急救責任醫院則未要求，部分醫療資源較不足地區無法提供兒童緊急傷病患一致性之就醫資源及品質。

全台提供 24 小時兒科專科急診服務的醫院，包含兒童醫院、醫學中心（含準醫學中心）、重度級、中度級急救責任醫院具高危險妊娠及新生兒醫療能力之醫院，合計 86 家。若以一級醫療區來看，33.7%集中在台北區，東區僅占 4.7%。未來應依據地理位置（交通距離與車程時間）與人口數，並考量在地專業人力的永續發展，提高兒童緊急傷病就醫的可近性。

#### (四) 兒童重難罕症照護的困境

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

當今因生育人數下降、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，也可能使醫療照護團隊因經驗不足，而不易改善醫療成效。因此，不僅須要集中化醫療以達到最佳成效，亦須專業運

送團隊以解決可近性較一般醫療低的困境。再者，高端醫療科技有助於改善困難診斷疾病的診治。然而，單一醫療院所難以負擔，政府協助研發、整合資源，才得以提升診斷與治療進而減少兒童失能。為鼓勵兒童醫療朝向優質發展，期望兒童醫院之設立可齊備各專科人才，集中資源以提升兒科重難罕症醫療品質，作為兒童健康醫療的最後防線。

#### (五) 兒童重症轉送

轉送照護醫學是一門新興的醫療專業領域，與急症、重症醫學稍有區隔，運作上也非常不同於醫院的實務環境。現有文獻指出，運用專業轉送團隊與降低兒童死亡率有顯著關連性，而非專業團隊主導之醫療轉送，多有併發症的情況發生。

目前臺灣的緊急醫療救護系統（emergency medical services，EMS）已涵蓋大部分的成人（及部分青少年）緊急傷病患，但兒童生理構造與疾病類別有其特殊性，需要專業的轉送知識與技能，且兒重症轉送所需設備亦與成人不同，病童可能因救護車上沒有完備的醫療器材與相關專業人員隨行，及時穩定病情，而產生併發症、造成殘疾、甚至死亡，媒體亦曾有報導指出國內現缺乏此類專業轉送系統。兒童重症轉送，依據兒童年齡可大致區分為新生兒（出生 28 天內）及兒童（18 歲以下），新生兒外

接的轉診需求較高，有其不可預期和時效性的考量，需要相對小區域的轉送網絡規劃，宜納入周產期照護規劃；而兒童重症轉診的需求量不一，且異質性高，轉送網絡宜朝較大範圍規劃，並涵蓋不同層級醫療院所，兩者互為連結，分工合作，以完整建構兒童重症轉送系統。

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

#### (六) 兒童（青少年）精神醫療照護的困境

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。依據本部委託辦理「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。

又國內尚無兒童(青少年)精神科專屬病房，目前兒童(青少年)與成人精神病人為混合收治狀態，除無法依其年齡及診斷提供適切之治療外，與成人混收亦恐增加彼此之衝突，均可能危害兒童(青少年)之相關權益。為符合國際兒童權利公約精神，確保兒童青少年享有健康照護服務之權利不遭受剝奪，同時考量兒少最佳利益，兒少精神醫療照護服務之發展，有其急迫性及必要性。基於兒童(青少年)精神病人治療模式有別於成人，尤其是在生理—心理—社會(Bio-psycho-social)的復健層面，心理—社會層面更為重要，在照顧需求及強度上，亦高於一般成人精神病人。

是類個案需由具有跨專業之醫療團隊提供服務，惟醫院基於營運成本及營運維持之考量，對於是否有穩定財源多有疑慮，爰無意願規劃設置兒童青少年心智病房，不利於罹患精神疾病兒童青少年之疾病治療及醫療介入模式之發展。

#### (七) 兒童醫療照護人力分布不均

依衛生福利部統計資料，108 年共計 3,058 位醫師領有兒科專科醫師證書。以一級醫療區分析，33.1%集中在臺北區，東區僅占 1.8%。再以兒科專科醫師數與兒童人口數的比率(PCPR, pediatrician-to-child population ratio) 分析，108 年臺灣每萬名兒童約有 7 名兒科專科醫生，接近 OECD 成員國的平均值；但若以二級醫療區來看，各區域每萬名兒童之兒科專科醫師數差距，可達 3 倍之多，而偏遠地區的 PCPR 則遠低於平均值，且變動幅度大。由此可知臺灣兒科專科醫師人力最主要的問題，是分布不均，而非人力不足。而根據日本研究顯示，兒科專科醫師密度與 5 歲以下兒童死亡率相關，兒童健康可藉由醫療人力資源的提升而得到改善，因此兒童照護人力是規劃提升台灣兒童健康所需考量的因素之一。

兒科專科醫師訓練計畫包括訓練場所及師資、不同層級住院醫師的訓練項目亦有完整的規劃。然而，因應現代化疾病分布的改變、健康促進與預防保健的重要性、新興科技對罕見疾病與急重難症的診治、偏遠地區或高風險家庭的特殊醫療需求、青少年的行為問題或健康關注，不僅要培訓特殊專科人才，也要強化兒科醫學的一般基礎訓練，使基層照護者有足夠更新的知識因應家長需求，並與不同層級醫療院所或兒童相關多專業

人員合作，甚或借重家庭醫學科醫師的共同協助，各自發揮所長，以攜手守護臺灣兒童的健康。

#### (八) 缺乏以兒童及家庭為中心的整合初級照護

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，少子女化與小家庭化導致父母照顧兒童之經驗傳承有限，建構完善的兒童健康檢查與健康諮詢系統，包括育兒指導，變得非常重要。早期衛生所擔負之兒童健康照護管理角色，現因衛生所任務多元及人力問題，而漸感吃力；現行之健兒門診往往流於行政程序，而未能落實衛教。

為因應兒童健康需求與疾病樣態的變化趨勢，偏鄉兒童人口數少、專業照護人力不足...等，應建構以兒童及家庭為中心的連續性初級照護制度，以個案管理的方式整合現有的衛政與社政服務，讓基層醫師擔任兒童照護網絡的重要樞紐，及早落實兒童初級照護，並普及早期療育、親職教養等資源給有需要的孩子。

#### (九) 兒童發展遲緩篩檢及評估問題

根據世界衛生組織統計，兒童發展遲緩的發生率大約 6% 至 8%，依衛生福利部「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逐年增加，以內政部 0 歲至 5 歲年中人口數估算 109 年通報率約為 2.2%，較國際數值恐有偏低；另，疑似發展遲緩兒童通報個案之男女性別比約為 2.15:1，造成此現象原因可能包括：造成發展遲緩之疾病發生率有性別差異（例如自閉症或注意力不足過動症等，男童較女童高）或性別特質印象差異（例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，則家長可能疏忽其發展遲緩徵兆）。

另外，依美國 CDC 建議，兒童發展篩檢和評估應該包括：1. 發展監測(monitoring)由家長以簡易的查檢表來監測；2. 發展篩檢(screening)由健康照護者或受過訓練者執行；3. 發展評估(evaluation)則由相關醫療專業人員執行。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，且若提供本全面性發展篩檢，亦提早發現因性別刻板印象而忽略之疑似發展遲緩兒童。又針對疑似多重發展遲緩兒童接受整合性發展評估服務，於個案自評估日起 45 工作天內，應完成綜合報告書並協助轉介後續療育服務，經統計 110 年完成評估個案資料顯示，尚有約 15%個案無法依前述規定時間內完成評估，且仍有許多疑似發展遲緩兒童，家長須

花費長時間等候，才可以進入聯合評估，故急需精進改善。

#### (十) 偏遠地區的兒童健康照護問題

依據衛生福利部 107 年 5 月公告之「通訊診察治療辦法」所訂定之偏遠地區定義，並根據國家衛生研究院兒童醫學及健康研究中心於 108 年編纂之台灣偏鄉婦幼健康報告，利用衛生福利部資料科學中心的資料，分析 99-105 年各縣市偏遠地區及非偏遠地區之婦幼相關健康數據，發現偏遠地區新生兒和嬰兒死亡率之 7 年平均值，分別為 3.2‰和 5.5‰，高於非偏遠地區（2.6‰和 4.2‰），而資源相對不足區域，如屏東縣、花蓮縣和台東縣，其縣內偏遠地區及非偏遠地區之平均新生兒死亡率（4.6-4.8‰及 3.0-4.1‰）和嬰兒死亡率（7.2-12.0‰及 4.7-5.9‰）差距，也都高於其他縣市，顯示屏東縣、花蓮縣和台東縣在全縣內對於兒童健康照護上皆顯現不利情況。

除此之外，新竹縣和臺中市之偏遠地區平均新生兒死亡率（5.2‰和 6.4‰）和嬰兒死亡率（8.5‰和 10.9‰）並不低於屏東縣、花蓮縣和台東縣，而南投縣和高雄市偏遠地區之平均新生兒死亡率（3.7‰和 3.8‰）和嬰兒死亡率（6.0‰和 6.2‰）亦較其它縣市高；另外，臺東縣與花蓮縣之兒童預防保健服務利用率及產檢利用率，也較其它縣市略低。

影響偏遠地區與非偏遠地區的健康指標差距的原因有多個面向，如偏遠地區孕婦產前照護不足且追蹤不易，加以婦產科及兒科的急診和重症醫療資源較缺乏，兒童預防保健利用率偏低且無法落實，兒科相關專業醫療需求可近性差（如早期療育等），現有人力資源挹注的獎補助方案難以永續支持與經營，若遇特殊或緊急狀況，衛生所或基層醫療院所缺乏診治量能，多以轉診因應。再者，若未能早期辨識偏遠地區的高風險家庭及具危險因子的孕產婦，予以適時轉介，更可能會衍生後續新生兒出生後的醫療照護問題與轉送風險，而耗時的轉診與高額的轉送費用對偏遠地區的家長及醫院端都難以負擔。

兒童醫療照護網絡與偏遠地區醫療資源的困境環環相扣，應藉由建置完善且緊密的兒童醫療照護網絡，整合區域資源共享，並發展遠距醫療與重症轉送，來縫補偏遠地區兒科醫療之不足，使兒童都能獲得最適當之照護。

#### (十一) 事故傷害為 0~5 歲兒童主要的死因

依據「兒童權利公約」第 6 條揭示，每個兒童均有生存及發展的權利。在兒童的健康問題中，卻以「事故傷害」所造成的危害最為嚴重，依據衛生福利部統計處 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(如表1)。

另依據「兒童及少年福利與權益保障法」第13條規定「中央衛生主管機關應進行6歲以下兒童死亡原因回溯分析，並定期公布分析結果」。衛生福利部為探究兒童死亡發生脈絡與兒童死亡原因，109年與110年於新北市、桃園市、臺中市、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣及臺東縣等縣市辦理「推動縣市兒童死因回溯分析計畫」，評估兒童死亡的「可預防性」，共討論90位個案，並歸納出3個概括性議題：事故傷害、突然非預期嬰兒死亡、周產期照護服務與早產。其中高度可預防性個案之非自然死亡原因，包括：車禍、窒息、兒虐、溺斃、墜樓、火災、誤吞水銀鈕扣電池造成食道潰瘍出血；中度可預防性個案之死因，包括：死亡發生情境與孕婦因素相關、診斷提及嗆奶、窒息或呼吸道阻塞、診斷嬰兒猝死症候群等。

綜上，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。因此，為維護兒童基本的生存權益及提供特別保護措施，結合縣市因地制宜推展兒童事故傷害防制行動方案相當重要，期透過事先預防及

避免，以減少傷害的發生或嚴重度。

表 1 111 年 0-5 歲兒童事故傷害主要死因

111 年	
死因順位	0-5 歲 (死亡人數/死亡率)
第 1 名	跌倒(落)11 人(1.1)
第 2 名	意外溺死或淹沒 7 人(0.7)
第 3 名	運輸事故 6 人(0.6)
第 4 名	因暴露與接觸有毒物質所致的意外中毒 2 人(0.2) 暴露於煙霧、火災與火焰 2 人(0.2)
	其他 34 人(3.3)，其中呼吸的其他意外威脅 32 人(3.1)

資料來源：衛生福利部統計處 111 年年齡別統計表(死亡率為每十萬人口)；111 年 0-5 歲年中人口數為 104 萬 383 人

## (十二) 兒童肥胖問題

根據世界衛生組織統計，2020 年全球過重或肥胖的嬰幼兒(5 歲以下)人口高達 3,900 萬人，而國內最新 2017-2020 年「國民營養健康調查」結果亦顯示，6 歲(含)以下兒童過重或肥胖比例為 17.73%，以內政部人口統計資料估計約 21.8 萬人。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。

兒童肥胖的主要危險因子包括不健康飲食及含糖飲料攝取過量、缺乏身體活動和久坐行為等生活型態，因此，世界衛生組織終止兒童肥胖委員會(Commission on Ending Childhood

Obesity)於 2016 年針對兒童肥胖防治提出：促進健康食物攝取、促進身體活動、兒童早期提供健康飲食及身體活動等健康生活型態指導與支持、促進學齡兒童健康支持性校園環境、提供體重管理服務等面向之執行策略建議，期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，以達到終止兒童肥胖之目標。

另我國倡議聯合國兒童權利公約，自 2014 年起立法施行《兒童權利公約施行法》，其第 24 條提及「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。」兒童健康權為一種綜合性權利，不僅指預防、健康促進、治療、康復，而且亦指兒童有權利盡可能充分地成長和發展。在 2022 年兒童權利公約第二次國家報告國際審查會議中，委員更針對兒童肥胖防治工作提出擴大辦理兒童及青少年肥胖防治相關計畫之建議，期解決兒少肥胖問題，本部積極配合辦理，研擬兒童肥胖防治計畫。

#### 四、社會參與及政策溝通情形

因應以上議題，為有效進行政策研擬及溝通，本部前於 104 年即補助國家衛生研究院成立「兒童醫學及健康研究中心」（簡稱兒研中心），以國家兒童醫療與健康政策智庫為主要任務，並持續協助本部，

研析現今臺灣重要且迫切的兒童醫療與健康議題：

一、104-106 年組成兒童醫療與健康政策工作小組，邀集公部門及非政府組織（NGO）團體之專家學者，舉行約 135 場次會議，共同規劃及研析兒童醫療與健康照護短中長程目標等相關議題。並於 107 年依據先前研討會與專家會議之討論，列出當前最需迫切解決的兒童整合性議題（降低兒童死亡率、降低兒童肥胖率、減少兒童新興成癮問題、兒童醫療與健康整合體系等），期能提供相關單位相關政策建言及建議解決方案。

二、105 年及 107 年邀請加拿大多倫多 Sick Kids Hospital 的團隊，分享加拿大病兒轉院及到院前進階支持醫療的體系建立與實務經驗，作為臺灣發展兒童完善醫療網之重要參考。相關重點如下：

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

(二) 兒科轉送系統應該能夠提供先進的床邊兒科技術照護，迅速將危急且重症病童送往轉診醫院，並在運送至接受醫院期間保持照護水平。

(三) 轉送團隊所被預期的任務並不在於診斷，而是當症狀突然發生時，轉送團隊必須立即深入分析問題，當機立斷地讓病患病情

穩定下來，以協助病患能到院做後續的診斷治療，故須重視轉送團隊人員專業能力的培訓及認證。

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

(一) 兒童醫療網的建置應以永續發展為規劃，基於既有的體制及架構做調整，並強化兒童專責醫療。

(二) 醫療網絡分級應依據人力資源、人口比例等建置，佐以時間、距離、交通路線等規劃範圍，需特別著重偏遠地區或資源缺乏區域。

(三) 兒童重難罕症的醫療需求不盡相同，應分級照護。而各層級醫療院所除需落實其相對應之任務外，應由上而下或由下而上提供支援及整合。

(四) 研擬兒童轉診或後送的標準規範及流程，並培訓專業人力與完備資源平台。

四、107 年舉辦兒童死亡率研討會，從醫療與健康面向來解構臺灣兒童死亡率偏高的原因，邀請國內講者針對臺灣兒童死亡率、兒童死亡回顧、兒童事故傷害等議題進行探討。其中特別提到近年來我國出生體重<500 公克新生兒的死亡率出現上升的趨勢，且臺

灣一年約有 1,200 位<500 公克的新生兒，重視並檢討目前制度下的孕婦照護品質實為必要。

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

## 貳、計畫目標

### 一、目標說明

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

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

本計畫執行之整體目標如下：

- (一) 完備周產期醫療系統的發展，改善孕產婦及新生兒的健康指標。
- (二) 提升兒童緊急傷病患就醫的可及性，落實分層分區的兒童醫療照護。
- (三) 強化兒童重症轉診與加護的資源，以減少兒童失能。
- (四) 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) 規劃專業人力培訓，因應在少子女化下的兒童醫療照護系統運

作。

(六) 強化兒童遠距醫療照護，提升偏遠地區的照護量能。

(七) 發展兒童為中心之幼兒專責醫師制度，以兒童個人化的健康管理提升初級照護與健康促進成效。

(八) 提升兒童發展篩檢異常發現及聯合評估服務效能。

(九) 推廣兒童事故傷害防制，以減少事故傷害發生。

(十) 結合醫療院所及幼兒園所等相關單位，推動學齡前兒童肥胖防治。

## 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 110 年的 153,820 位新生兒（出生率從 8.86‰降至 6.55‰）。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 109 年的 79 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 109 年的 19 名）。

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。其中與醫療照護相關的因素，應透過本計畫改善以減少可避免或可預防的死亡，然涉及社會福利、教育、經濟等大環境因素，則需透過相關權責單位的合作，才能達到加乘的改善成效。

### (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，已明顯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%，COVID-19 疫情期間對於兒科醫師以及基層院所之衝擊，

亦影響醫學生的選科意願。未來需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。另外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需要時間與經驗累積。

### (三) 周產期照護網絡的規劃與考量

周產期照護網絡需以就醫可近性為考量規劃，然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。因此周產期母嬰醫療中心的設置，無法單純以縣市進行規劃。為確保周產期照護的可及性與品質，需同時考量生產人數與醫療資源，透過生活圈區域整合，及遠距會診、轉介支援...等多元方式，提升周產期照護之涵蓋率。

### 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 (110年)	110年	111年	112年	113年
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	4.9‰	4.6‰	4.5‰	4.3‰	≤4.2‰
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%	42%	50%	60%	90%	≥90%
	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%	95.5%	95%	96%	97%	≥98%
	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%	-	70%	80%	85%	90%
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%	90%	85%	90%	95%	100%
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	6	6	6	8	8

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (110年)	110年	111年	112年	113年
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	2	1	2	3	4
布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)精神醫療團隊及兒童(青少年)心智病房布建數	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	-	-	-	-	1
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%	10.3%	10%	15%	30%	35%
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	未滿3歲發展遲緩兒童通報占率	未滿3歲通報人數/未滿6歲通報人數x100%	43% (111年)	-	-	-	44%
	兒童發展聯合評估之初診個案≤25工作天完評率	初診個案完成聯合評估小於25工作天個案數/所有初診個案數	43.8% (初診+複診) (111年)	-	-	-	70%
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	18	18	19	20	21
降低兒童事故傷害死亡率	0~5歲兒童事故傷害死亡率	分子:0~5歲兒童事故傷害死亡人數 分母:0~5歲兒童年中人口數	6.0人 (每十萬人口)	-	-	-	維持或低於6.0人 (每十萬人口)

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			現況值 (110年)	110年	111年	112年	113年
降低兒童過重及肥胖率	2個月-6歲兒童過重及肥胖率	2個月-6歲兒童過重及肥胖人數/2個月-6歲兒童人數 x100%	<b>17.7%</b> (109年)	-	-	-	<b>17.5%</b>

## 參、現行相關政策及方案之檢討

### 一、兒童醫療相關計畫內容說明

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
中央健康 保險署	全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案	爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案（原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫），將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 1 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應。
	全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫	家庭醫師整合性照護計畫提供之家庭醫師照護是由病人最常就醫的診所收為會員，該診所為其主要照護診所，對其有照護責任，該病人也可稱為該診所之忠誠病人；依計畫內容之收案對象，較需照護名單除係擷取上年度全國民眾於基層診所就醫資料分析，將每一名民眾最常就醫的診所視為主要照護診所外，仍需連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)	IDS 計畫的運作模式主要是由鄉外醫院整合當地的衛生所（或診所），共同組成醫療合作團隊，提供當地所有住民（不分年齡、性別及種族等）所需要的醫療照護服務，包含門診、急診、專科醫療支援、巡迴醫療及居家護理等醫療服務，係為補充性資源。
國民健康署	周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫	針對周產期高風險孕婦收案條件，可依地方政府衛生局視轄內需求調整，針對懷孕婦女具任 1 項健康風險因子（如：有菸酒、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）、社會經濟危險因子（未滿 20 歲、低/中低收入戶、受家暴未定期

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
		產檢個案)、母親孕期全程未做產檢個案之新生兒,或其他地方政府衛生局視需求收案之對象,提供孕期至產後 6 週或 6 個月之衛教、關懷追蹤及轉介服務,以電話關懷為主,到宅訪視為輔。由醫療院所或衛生局視個案健康需求評估結果,提供健康促進計畫及相關資源轉介,如有社政資源所需,則協助轉介、通報,介接至各司署所提供之服務方案。
	低(含極低)出生體重兒家照護計畫	<p>依據國民健康署出生通報系統統計資料顯示,我國早產兒發生率由 95 年起皆維持在 8 至 11% 之間,110 年有 1 萬 6,835 名早產兒,占全國新生兒的 10.61%;極低出生體重 (&lt;1,500 公克)早產兒有 1,689 人,占全國新生兒的 1.06%。財團法人台灣早產兒基金會辦理「早產兒追蹤檢查小組」,針對極低出生體重 (&lt;1,500 公克)早產兒進行關懷追蹤,惟該追蹤方式受個人資料保護法及人力限制,無法全面追蹤。其餘極低出生體重 (&lt;1,500 公克)早產兒,各縣市醫療院所無統一個案管理及轉介機制。國民健康署曾於 106 年試辦其餘未納入早產兒基金會追蹤之個案關懷,惟其成效有待改善,計畫未予延續。因此,藉由建立早產兒統一追蹤關懷機制,建立追蹤網絡,提高追蹤涵蓋率,以達成早產兒健康成長之目標。</p> <p>綜上,國民健康署已於 111 年起與全國 64 家醫院合作擴大全國推動「低(含極低)出生體重兒居家照護計畫」,並針對極低出生體重兒以及低出生體重兒有合併症或攜帶管路儀器者進行收案,建構個案出院返家後之追蹤訪視、個案管理及轉介等機制,以建立全國服務網絡。據出生通報資料分析,目前 64 家合約醫院應可涵蓋逾 9 成極低出生體重兒。</p>
	孕婦產前檢查及兒童預防保健與兒童衛教指導服務	補助提供孕期婦女提供孕婦 14 次免費產檢、3 次超音波檢查、2 次孕婦產前衛教指導(含早產防治),及妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗與乙型鏈球菌篩檢各 1 次;兒童預防保健針對 7 歲以下

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
		兒童 7 次兒童預防保健服務，內容包括：健康檢查(包括身高，體重，頭圍，營養狀況，一般健康檢查，臀部篩檢，隱睪，眼睛檢查，心臟雜音等)、發展篩檢及衛教指導。
	補助地方推動兒童發展聯合評估服務計畫	為提供疑似多重發展遲緩兒童完整的評估服務，國民健康署透過補助地方偕同醫療機構設置單一窗口，提供聯評諮詢及個案受理服務，透過專人協助安排整合性評估，以減少個案於醫院往返頻率。並組成跨專業兒童發展聯合評估團隊提供兒童所需之各面向發展評估後，將其個別化評估結果，整合並撰寫完成兒童發展聯合評估綜合報告書，提供家長及早療單位個案發展情形及療育建議方向。
疾病管制署	兒童常規疫苗接種	預防接種是傳染病防治最重要且最具效益的介入措施，目前提供學齡前兒童常規接種的疫苗共 9 項 19 劑次，可預防 14 種傳染病。
保護服務司	推動兒少保護區域醫療整合中心計畫	有鑑於嚴重兒虐事件發生時，政府的介入常難以挽回兒少生命或健康，除了強化前端風險因子之預防措施外，對於兒虐事件的判斷亦應建立更科學之專業協助機制，爰行政院「強化社會安全網計畫」規劃推動區域級以上醫療院所建立兒少保護區域醫療整合中心，以整合負責轄區內之兒保醫療小組、基層醫療院所團隊，協助兒虐個案驗傷診療，提升區域內相關醫事人員之兒虐辨識與防治知能，使兒虐個案驗傷診療及後續追蹤更為完善，並建立區域內醫療院所、幼兒專責醫師有關兒保醫療專業諮詢制度，及針對院內急診、門診受理因意外傷害就醫之 6 歲以下居家意外傷害個案，結合相關專業人員之志願服務團體（如退休醫護人員）發展社區追蹤關懷機制及到宅訪視，以提升照顧、教養子女之親職知能。
醫事司	105-107 年「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」	運用醫療發展基金，補助偏遠及非都會地區，每縣市（除台北市與新北市外）一家中度級以上急救責任醫院，提供 24 小時兒科（含新生兒及早產兒）緊急醫療服務，需有兒科專科醫師

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
		於夜間及假日值班，提供急、住診等醫療服務，包含：急診（病房）業務、新生兒照護、兒童加護病房與必要時之緊急會診等，並建立該醫療區域內兒童重症緊急醫療轉診網絡。
	105-108 年「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」	由醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院，協助提升「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」醫療服務資源與品質，增加民眾就醫之可近性。
	兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案	為加強臨床的重難症兒科服務品質，衛生福利部鼓勵現有提供兒科服務之醫院，積極發展具國際競爭力之兒童重難症醫療服務，以兒童癌症、兒童外科、兒童整形外科、兒童心臟科、新生兒加護、兒童重難症加護、兒童神經科等醫療服務，做為獎勵對象。
社會及家庭署	育兒指導服務方案	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.本方案係銜接「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」產後 6 週關懷追蹤服務之後，經評估仍有育兒指導服務需求，醫療單位可連結本方案繼續提供服務，如嬰幼兒為具特殊醫療需求之狀況，將與醫療單位共同合作提供醫療知能之育兒指導服務。</li> <li>2.本方案服務對象以行政院所核定「強化社會安全網計畫」之育有 6 歲以下脆弱家庭為優先，案件來源包含民眾自行求助、網絡轉介或連結及社政單位自行發掘之脆弱家庭。</li> <li>3.由縣市政府自行辦理或結合轄內民間團體提供到宅育兒指導、提升家長知能方案、育兒諮詢、育兒指導員培力等服務。</li> </ol>
護理及健康照護司	山地原住民族地區孕產婦產前檢查及生產交通費補助	提供山地原住民族地區孕產婦產前檢查及生產交通費補助，減輕其交通費用負擔，提升產檢利用率，完善周產期母嬰照護，自 108 年 10 月起原鄉地區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

權責機關/ 單位	計畫名稱	計畫內容
		生產，可依居住地至醫療機構之距離申請交通費用補助。

## 二、兒童醫療相關計畫執行績效及檢討

### (一) 中央健康保險署

#### 1. 全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案

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

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

#### 2. 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

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

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

然計畫收案對象要求需連續兩年在相同診所就醫之忠誠

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

### 3.全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫（IDS）

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

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

## （二）國民健康署

### 1.周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫（原名：高風險孕產婦健康管理試辦計畫）

衛生福利部國民健康署106年起推動高風險孕產婦健康管理試辦計畫，由衛生局結合轄區醫療院所執行，針對高風險懷孕婦女，提供孕期至產後6週之個案管理關懷追蹤等服務。截至111年已擴大至22縣市共同辦理。

分析山地原住民鄉及離島地區之產檢利用情形發現，109

年山地原住民鄉之孕婦至少 8 次產檢利用率為 90.1%(其中有 6 鄉低於 80%)，離島地區為 92.2%(其中連江縣為 87.2%)，均較全國的 93.8% 低，顯示產檢資源不足，將影響孕婦接受產檢的完整性，不利於孕產婦及胎兒的健康，爰此，擬透過本計畫強化現居住於山地原住民鄉及離島地區之孕婦產檢服務資源與關懷照護服務，以提升該地區孕婦產檢相關預防保健服務之利用，降低孕產風險。

## 2. 低（含極低）出生體重兒居家照護計畫（原名：低出生體重兒返診追蹤計畫）

依《兒童及少年福利與權益保障法》，第 7 條規定：「……衛生主管機關：主管婦幼衛生、生育保健、早產兒通報、追蹤、訪視及關懷服務、發展遲緩兒童早期醫療、兒童及少年身心健康、醫療、復健及健康保險等相關事宜」。

依據國民健康署出生通報統計資料顯示，我國早產兒發生率由 95 年起皆維持在 8.5 至 9.8% 之間，110 年有有 1 萬 6,835 名早產兒，占全國新生兒活產數的 10.61%。同年極低出生體重（<1500 公克）早產兒活產人數為 1,802 人，約占全國活產新生兒的 0.92%。相關文獻指出，早產兒胎齡愈短、體重愈輕，出生後神經受損愈嚴重，及早於嬰兒期介入可減少相關合併症

及提升認知發展。

世界各國的早產兒出院後照護模式不盡相同，但大多以其原先照顧的醫院進行追蹤（如：美國、日本、瑞士、韓國、新加坡、加拿大等），輔以社區的公共資源協助居家照護與早期療育。住院期間的狀況及追蹤所得的結果匯入早產兒追蹤的網絡，以做為醫療品質改進以及國家衛生政策的參考。

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

### 3. 孕婦產前檢查及兒童預防保健服務

(1) 孕婦產前檢查利用率皆維持近 9 成左右，110 年產檢利用人次約 154 萬 1,103 人次；平均利用率 95.6%，4 次以上產檢利用率 97.6%。

(2) 兒童預防保健服務內容之檢討：參考美國 CDC 建議，所

有的兒童都需要發展偵測 (monitoring) 與發展篩檢 (screening)，前者由家長以簡易的查檢表來監測，後者則由健康照護者或受過訓練者執行，現行兒童預防保健之兒童健康檢查服務內容包括：身體檢查(身長高、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、髖關節篩檢、隱睪、眼睛檢查、心雜音、口腔檢查等)及發展診察，現行發展診察僅透過家長事先填寫兒童健康手冊內自評量表後，再進入診間由醫師檢視量表內容及給予衛教，然分析醫事服務機構上傳檢查結果檔顯示(第 5 次及第 7 次)，經由兒童健康檢查服務發現發展異常(指檢視家長自評量表及醫師診察後判定為「醫生建議轉介，進一步檢查」)約為 0.3%-0.5%，較國內未滿 6 歲兒童發展遲緩通報率及國際水準低，顯示應強化兒童預防保健服務內容，強化兒童發展評估，以早期發現發展異常兒童，予以早期轉介進入後續療育。

#### 4. 兒童發展聯合評估服務計畫

兒童發展評估是一項高度專業且高人力成本之臨床評估，不但需要多領域專業人員參與及團隊合作，同時應有適合兒童個別需要之評估模式與整合性的流程規劃，以減少家長及兒童在醫院及家庭間來回奔波。爰國民健康署自 99 年輔導 35 家醫

療機構建立疑似多重發展遲緩兒童聯合評估之完整合作服務模式及完成評估計 5,183 人，另為提升服務可近性、縮短評估等候時間及強化偏遠地區服務，業逐年擴增兒童發展聯合評估中心家數，截至 110 年共計補助 52 家醫療機構及完成聯合評估計 18,268 人。

另聯合評估團隊依「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」，須於個案評估日起 45 天（工作天）內，完成綜合報告書，提供家長並協助轉介當地通報轉介中心，以利後續服務之進行。經統計 110 年雖有 85.3% 個案符合上開規定時程，但仍需精進以達成及早診斷及早療育之目標，另過去轉介至聯合評估服務缺乏篩檢分流機制，仍有部分非多重發展遲緩兒童亦轉介進入聯合評估，造成醫療負擔，期透過本計畫持續優化兒童發展聯合評估服務流程及品質，及監測個案評估等候時間，以達早期診斷早期療育之成效。

### (三) 疾病管制署

#### 1. 兒童常規疫苗接種

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

為各項常規疫苗高接種完成率之持續維持及再提升，除提

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

#### (四) 保護服務司

##### 1. 推動兒少保護區域醫療整合中心計畫

本部參考健保 6 大分區，於各區成立 1 至 2 處兒少保護區域醫療整合中心，自 107 年 7 月起補助全台 7 家兒少保護區域醫療整合中心，經統計全台 7 家兒少保護區域醫療整合中心，107 年 7-9 月計協助 48 名兒虐個案驗傷辨識與評估，協助 15 名兒虐個案進行身心治療與鑑定，以上合計 63 名，其中計 44 件（約 7 成）由專業醫師評估為高度懷疑為兒虐；由檢警單位介入調查者計 23 件（約 3 成 7）。

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

合作，爰持續推動本計畫，至 111 年已擴大補助至 11 家。

## (五) 醫事司

### 1.105-107 年「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」

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

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

### 2.105-108 年「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」

本計畫目的為提升偏遠地區急重症醫療照護品質，透過醫學中心支援急診與相關急重症之醫師人力，以協助離島及醫療資源不足地區之醫院達成醫院緊急醫療能力分級評定基準之要求，落實醫療在地化。

計畫執行由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 25 家離島及醫療資源不足地區醫院，105 年及 106 年分別提供 107

名及 108 名急重症醫師人力。然藉由本計畫輔導 12 縣市之 25 家受獎勵醫院，106 年已協助 1 家醫院達重度級，5 家達部分重度級，5 家達全中度級，1 家達中度級（不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護章節），10 家達部分中度級急救責任醫院基準，有效提升在地醫療服務資源與品質，落實在地化醫療以降低緊急傷病患轉出率。

### 3. 兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案

為發展及強化兒科急重難症創新之特色，鼓勵醫院落實跨領域醫療團隊合作模式，提升各兒童醫療專業團隊的臨床照護，辦理「兒科重難症醫療照護團隊獎勵」方案，獎勵 7 類（兒童癌症、兒童外科、兒童整形外科、兒童心臟科、新生兒加護服務、兒童重難症加護服務及兒童神經科）醫療服務，104 年補助 12 家醫院 30 組團隊，105 年補助 11 家醫院 31 組團隊辦理，106 年補助 11 家醫院 29 組團隊辦理，提升兒科臨床的重難症醫療服務品質。

## (六) 社會及家庭署

### 1. 育兒指導服務方案

依據 105 年兒少保護案件分析施虐因素，以施虐者缺乏親職知能 35% 最高、負面人格特質 23% 次之、藥酒癮 12% 再次

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

於 108 年推動本方案並補助新北市、臺中市、臺南市、高雄市、南投縣、雲林縣、嘉義縣及屏東縣 8 縣市辦理，為減緩區域資源不平等現象，確保有需要之脆弱家庭均能獲得專業服務與協助，並於 110 年納入強化社會安全網第二期計畫持續擴大推動全國 22 縣市，督促地方政府培植在地民間團體提供育兒指導服務資源，推展脆弱兒童保護預防性工作。

#### (七) 護理及健康照護司

##### 1. 山地原住民族地區孕產婦產前檢查及生產交通費補助

為減輕原住民族地區懷孕原住民婦女產檢之交通上經濟障礙，提升產檢利用率，早期發現孕婦及胎兒之健康問題，及早採取有效措施，降低懷孕期間合併症之發生，保障母嬰健康，本部自 108 年 10 月起提供原鄉地區原住民孕產婦產前檢查及

生產交通費補助，具原住民身分孕產婦可向衛生局提出申請，依居住地至醫療機構之距離補助交通費用，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。109 年山地原鄉原住民孕產婦產檢交通費補助 651 人次，補助經費達 515 千元；110 年補助 933 人次，補助經費達 759 千元。

#### (八) 現有計畫的挑戰與突破

1. 新生兒與五歲以下兒童死亡與周產期照護相關，應重新審視高風險孕產婦標準化服務流程，以家庭訪視為原則、並提供有特殊醫療照顧需求之新生兒衛教兒指導，強化周產期照護，銜接既有的孕產護照護方案，期能普及式建構全國孕產婦至產後 6 個月的新生兒衛教指導資源。
2. 第八期醫療網計畫中雖有制定相關兒童緊急醫療照護之目標，但並無規劃相關經費，僅透過「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」使用醫療發展基金補助部分醫院。未來將延續此計畫精神，期以較穩定的財源持續提高兒童緊急傷患就醫的涵蓋率，同時納入兒保中心任務，以強化與社福資源的連結。
3. 兒科照護資源存在城鄉差距亟待改善，應推動兒童醫療照護網絡，透過分級醫療、雙向轉診的概念，由各級醫療院所分工合

作提供連續性、整合性的醫療照護。然兒童重難罕症之照護應集中化，故需整合區域資源共享，並逐步發展遠距醫療與重症轉送以確保就醫可及性。

4. 過去兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案的團隊多侷限於單一醫院的服務，為有效整合資源提升效益，應以病童為中心組成跨領域整合團隊，經由經驗傳承、分享醫療作業流程，並透過區域網絡資源整合的概念，持續精進兒童重難罕症領域之醫療品質及專業技術，擴大其照護量能。
5. 既有的家庭醫師整合性照護計畫主要照護對象為慢性病患者或就醫次數較高的成人。幼兒醫療照護有其特殊性，如篩檢、預防保健等皆不同於成人，與社政體系如早期療育或兒虐通報的連結尤其重要，須由具備相關專業訓練的醫師提供服務，並研擬兒童專屬的照護策略及指標。因此，規劃以試辦計畫先行推動，評估成效且滾動式修正。後續得以研擬逐步納入全民健康保險基金辦理之可行性。
6. 衛生福利部現有的兒童醫療照護相關計畫之財源來自多個基金，例如：提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫由醫療發展基金支應、高風險孕產婦健康管理試辦計畫由菸品健康福利捐支應、育兒指導服務方案由公益彩券回饋金支應及 111 年起由強化社

會安全網第二期計畫經費支應等。然各項基金財源有限，為規劃完整且持續性的兒童醫療照護網路，後續將整合至本計畫以公務預算執行，並以不重複補助為原則。

### **(九)優化兒童醫療照護計畫 110 年執行成效與挑戰**

#### **1.核心醫院計畫：**

110 年組成 6 家核心醫院，運用區域整合的概念，建構兒童重難罕症醫療合作機制，推展兒童重難罕症醫療照護；組成 2 家兒童重症轉運專業團隊，提供安全穩定及持續照護的轉診服務；組成 1 家兒童困難診斷疾病平台，透過專家會診方式提供整合性的醫療評估，減少兒童困難診斷疾病的就醫障礙。

目前東部區域的兒童重難罕症照護仍缺乏專業人力資源及轉診轉運機制的支援，應於東部地區增設核心醫院，並藉由現有兒童醫院對東部的支持，提升在地重難罕症照護的發展；另外各層級醫療院所間的兒童重症加護資訊也應與緊急醫療照護系統適度整合，以完善兒童重難症的轉送與監測其照護品質。

#### **2.兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心：**

為瞭解及改善全國各醫療院所兒童困難取得品項之情形，截至 111 年中，共計評估藥品 14 項、醫材 26 項之新增品項案

件申請，協助 5 件專案申請案及建立全國 133 家醫療院所之聯繫窗口達成順暢之溝通管道。

自調度中心建置起，依實際運作經驗及蒐集回饋建議分析，發現確有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，例如醫材列管項目「雙迴路腎臟透析永久導管」，經尋訪各供應商，雖終於尋獲有能力代理該品項之廠商，但因進口成本高及使用量低而不願協助進口，又如醫材列管項目「胸管」，國內廠商無庫存，且下訂後須 6 個月之供貨期，供應時程緩不濟急，如建立倉儲庫備機制，則可由倉儲提供，使病患得到即時的治療；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。

### 3.周產期照護網絡計畫：

補助 8 家醫院組成區域周產期照護網絡，提供網絡內緊急血液調度、高危險妊娠與新生兒的加護照護、建立周產期母體轉診與新生兒外接等服務；另有 3 家醫院推動開放醫院模式，結合基層診所的服務與醫院設施，使產婦可獲得連續完善的醫療照護。

孕產婦與新生兒的急重症照護需求量與照護品質及各地孕產人數相關，足夠的照護需求量除能支持醫療團隊的運作，亦能提升相關照護品質。故需考量就醫可及性與照護量能，並加強孕產期的風險管理，以生活圈區域整合規劃周產期照護網絡；且為發揮此網絡最大的照護功能，應逐步提供全齡兒童的緊急醫療照護。

#### 4. 提升兒科緊急醫療救護品質及資源整合計畫：

補助 17 家醫院執行「提升兒科緊急醫療救護品質及資源整合計畫」，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），並加強轄區內兒保小組的任務。

部份地區仍有兒童緊急醫療照護人力的不足的困境，應藉由區域聯防與遠距醫療進一步改善，並同時因應偏遠地區的照護需求，規劃因地制宜、永續發展的補助模式。

#### 5. 幼兒專責醫師制度計畫：

109 年共有 6 縣市試辦，110 年擴大為 10 縣市參與，由基層兒科醫師或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。110 年共 452 家醫療院所（含 796 名醫師）參與，總收案 53,370 人，全國收案涵蓋率達 10.3%。

發展兒童個人化的健康管理，可主動發掘兒童照護需求，及早介入或轉介，提升健康成長潛能並降低兒童可預防的死亡、減少失能，故應全面推動幼兒專責醫師制度；然偏遠地區專業照護人力不足，應有合作機制支援幼兒的緊急事務性聯繫與諮詢。

#### 6. 優化兒童醫療照護計畫協調管理中心：

110 年起委託國家衛生研究院承接協調管理中心，進行周產期照護網絡及兒童醫療網絡之規劃及推動，包含計畫管考與成效評估、研究分析、其他相關政策轉譯及計畫協調等工作；同時透過辦理教育訓練、研擬專業教材、設計文宣單張及影片等方式推廣各項計畫；並規劃建置資訊公開平台，作為計畫管理、照護資源查詢與成果分享。另外於疫情期間協助聯繫幼兒專責醫師、核心醫院等，配合本部推動相關防疫措施。

為提升各項計畫執行效益，確保計畫執行的延續性，減少資源挹注斷層，應與衛福部相關權責單位共同研議行政作業流程優化。另外計畫初期以網絡布建為主，未來應著重計畫執行的效益評估與品質監測，並研析本土實證，以為策略滾動式調整之參考。

#### (十)因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情之相關作為

- 1.透過幼兒專責醫師的推動，提升幼兒個人化的健康管理，得以不受疫情影響，如期完成兒童常規預防保健與注射，另外亦推動幼兒專責醫師投入遠距視訊門診，提供兒童居家照護服務。
- 2.以兒童困難診斷疾病平台為延伸應用，由 11 家兒科重症照護收治醫院（含 6 家核心醫院）輪流排班，提供確診重症兒童的跨院會診諮詢服務，協助給予醫療診斷、處置、治療等建議。同時結合健保署之醫療機構視訊診、縣市政府居家照護門診計畫及本部之遠距門診診療方案，提供醫療照護。
- 3.為整備兒科輕重症病人收治量能，衛生福利部補助財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，辦理醫院實地輔導作業，盤點 10 家兒童重症照護收治醫院。並依據兒童 COVID-19 收治能力將全國設有專責病床醫院，分為兒科重症照護收治醫院、其他醫學中心、其他重度級急救責任醫院、中度級急救責任醫院且為兒

科專科醫師訓練醫院、腸病毒後送醫院、其他具有專責病房之醫院。

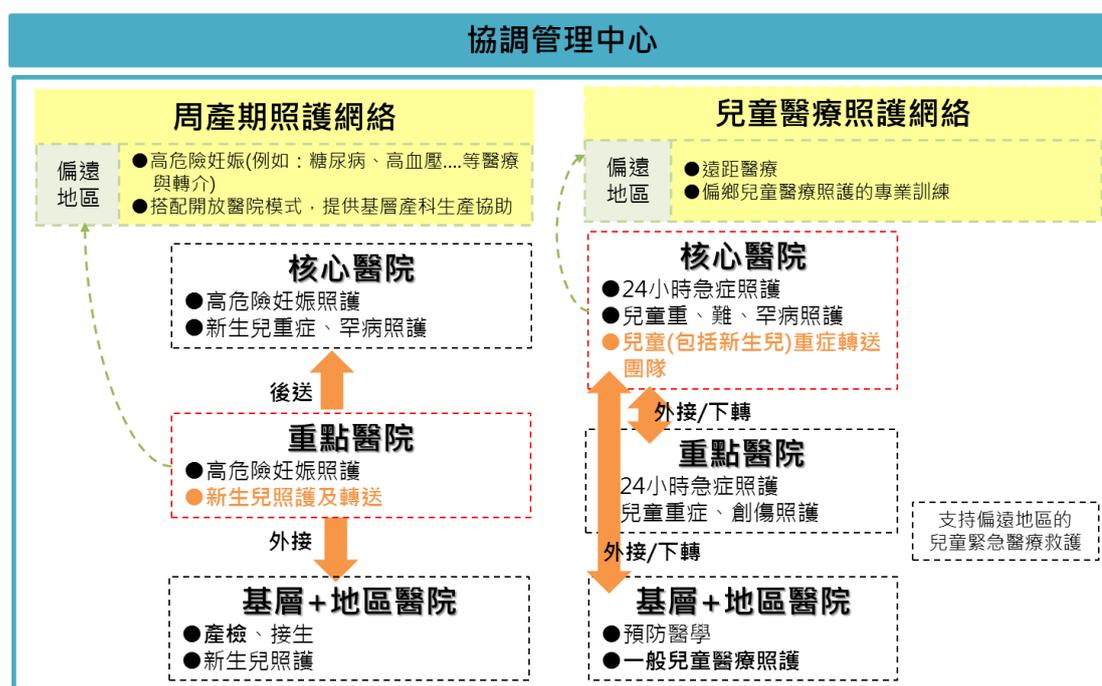
4. 為保全兒童醫療量能，推動兒童醫療應變措施，確保兒童就醫權益，強化社區分流照護，無症狀、輕症之兒童，採居家照護；不符合居家照護條件者，由照顧者陪同收治於加強版集中檢疫所/防疫旅館。重症之兒童，優先收治於兒科重症照護收治醫院、醫學中心和重度級急救責任醫院。若症狀好轉，可下轉至中度級急救責任醫院或具有專責病房之醫院，共同照護。

## 肆、執行策略及方法

### 一、主要工作項目

#### (一) 架構

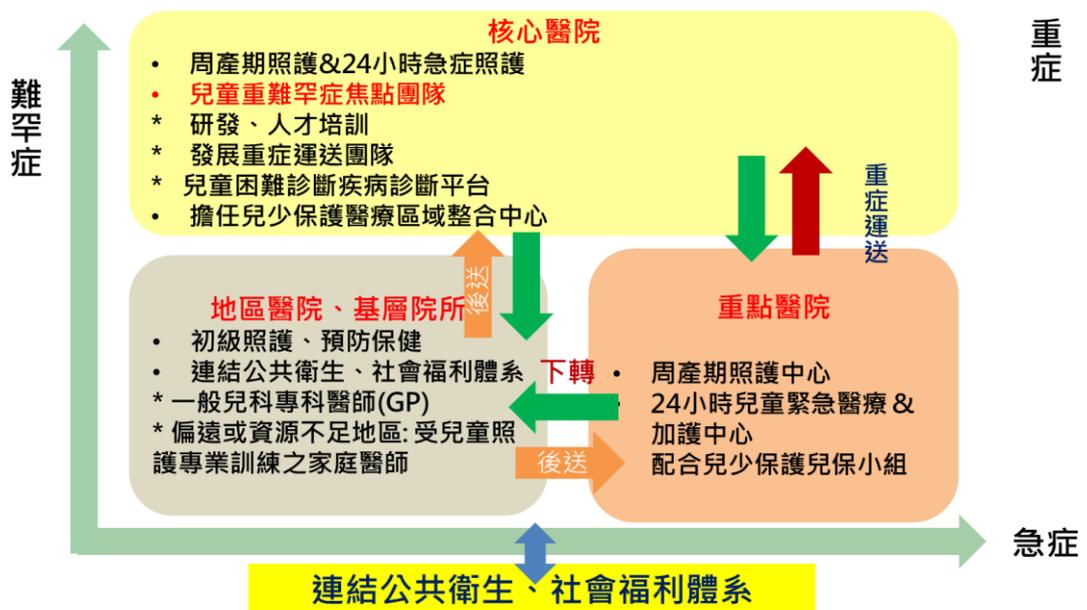
本計畫服務對象之兒童泛指 18 歲以下，其中亦包含特定年齡層的族群，如：周產期（母嬰）、幼兒（未滿 3 歲）等族群，期能從生命的源起，增加兒童醫療及健康資源之挹注，有效提升兒童生理及心理醫療照護品質，確保兒童生命質量，故規劃「周產期照護網絡」及「兒童醫療照護網絡」2 大重點架構。



註：橘色箭頭表示轉送團隊的主責(含外接及下轉)、綠色箭頭表示主責支援偏遠地區

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

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



兒童醫療照護網絡，為因應兒童各種生理及心理健康狀況的不同照護需求，規劃以醫療資源分級、以就醫可及性分區的網絡。以一級醫療區分布為考量設立核心醫院，主責兒童重難罕病的照護，並協助建立重症運送團隊、發展困難診斷疾病平

台及遠距醫療、培訓人才等；每生活圈區域至少一家重點醫院，依據照護能力分級提供周產期母嬰醫療照護與 24 小時兒童緊急傷病患加護照護，並於資源不足區域加強緊急照護布點；地區醫院與基層院所著重預防保健和初級照護，在偏鄉或資源不足區域則需借重非兒科醫師接受必要訓練後的支援服務。在心理健康部分，包括強化一般病房之精神醫療團隊質量，落實身心整合照護，並設置兒童（青少年）心智專責病房，提升兒童精神醫療照護成效。再藉由雙向轉診與專業轉送團隊串起網絡，同時與公衛體系和社福體系連結，以確保資源挹注的有效運用及健康照護的連續性。

## (二) 協調管理中心

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

1. 協助並輔導兒童醫療網之規劃與推動，並協助管考及成效評估。
2. 協助進行計畫評選及監測執行團隊的執行進度與績效指標，並定期舉行成果發表、講座或研討會，增進各層級兒童醫療照護單位之交流。

- 3.協助研發兒童醫療網之共通性素材，彙整本部各司署兒童相關照護及福利之資源及連結，廣納各領域專家意見，研擬幼兒照護專業知識指引及服務手冊。
- 4.協助辦理兒童醫療專業培訓課程，包括幼兒專責醫師制度的專業資格認定等課程、偏遠地區的兒童醫療照護知識及相關轉運團隊專業培訓課程（包含全齡兒童重症轉運、新生兒外接轉送）。
- 5.規劃建置「兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心」，協助整合醫院端、廠商端、相關醫學會之兒童困難取得之臨床必要藥品及醫療器材之資訊及建議，協尋兒童困難取得之臨床必要藥品及醫療器材的供應管道，建立代辦採購、實體倉儲及統籌供應之運作流程。另研擬在符合現行法規規定下，提升專案申請之行政效率又可兼具用藥安全之運作模式。並配合政府 e 化資訊通訊之便民服務，提供使用端友善的快速搜尋及相關處理機制，共同精進兒童臨床照護問題及品質。
- 6.研析兒童重要健康指標及專業人力照護需求相關資料，參照已開發國家兒童照護體制發展模式，協助研擬政策轉譯。
- 7.擬定並監測計畫執行品質指標，彙整本土兒童醫療照護資源分布與需求，以為整體計畫滾動式修正之參考。

### (三) 各層級兒童醫療照護單位

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

兒童醫療 分層 功能任務	核心醫院	重點醫院 (中/重度級以上急救責任醫院)	地區醫院及 基層院所
周產期轉診(含運送)與照護	V	V	—
急症(兒童緊急傷病患就醫)	V*	V	—
兒童重難罕症照護	V	—	—
★兒童重症運送	V	—	—
★兒童困難診斷疾病平台	V	—	—
★研發與人力培訓	V	—	—
幼兒專責醫師 <sup>#</sup>	V	V	V
★跨專業兒童(青少年)精神醫療團隊及兒童(青少年)心智病房	V	—	—
備註： 「V」表示應具有該項能力；「—」則表示無要求；「*」表示無額外補助。 「#」配合幼兒專責醫師全面辦理，逐步納入所有生產醫療院所。			

兒童醫療 分層 功能任務	核心醫院	重點醫院 (中/重度級以上急救責任醫院)	地區醫院及 基層院所
<p>說明： 地區醫院及基層院所主責幼兒專責醫師之任務；重點醫院主責周產期照護及兒童急症照護之任務；核心醫院必須具備周產期照護及兒童急症照護之能力，另可視該院能力負責「★」之特殊行政任務。</p>			

#### (四)兒童醫療健康資料整合資訊系統

因本計畫涵蓋不同地域、層級之醫療院所，不僅是縱向與橫向的溝通與連結，更需與部內各單位合作；對於整體計畫的執行、管理，應借重資訊科技的技術設備，透過完善的系統規劃與整合，以兒童為核心、健康為主軸，串連兒童醫療健康相關資料。不僅可落實成果轉譯，作為未來政策規劃的實證依據，亦可與國際接軌，進行兒童相關健康指標的國際比較，以為提供計畫推動與落實的基礎。

為此，除依策略需求個別規劃資訊管理系統(如幼兒專責醫師個案管理系統、兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材管理資訊系統...等)外，更需有整體計畫的「兒童醫療健康資訊整合平台」，並依據不同使用者需求規劃專業版及民眾版。專業版提供計畫執行者掌握各項策略的進展及整體網絡的互動，強化個案管理與資訊串接；民眾版則能提供一般大眾獲取相關的醫療知識與資源，進一步主動參與和醫師或院所建立互信的就醫模式，提升醫病關係，促進醫療照護體系的良性發展。

##### 1. 專業版：

(1) 揭露各項策略的公開資訊供醫療院所檢索，包含計畫

內容、執行期程、相關照護表單、重要行政資源...等，

以強化各項策略的推動，提升計畫執行效率。

(2) 連結並優化相關策略資訊管理系統：

A. 幼兒專責醫師個案管理系統：依據使用者與功能

區分規劃，包括收案媒合、個案管理與成效指標評

核。擴大兒童健康資料串接及查詢功能，整合特殊

照護需求的幼兒名冊，以利媒合專責醫師照顧；提

供醫師看診及個案管理人員能即時掌握兒童醫療

健康資訊、預防保健及注射紀錄或轉介追蹤之友

善介面，以落實個案管理；另行監測與幼兒健康指

標或預後相關的中長期效應。

B. 兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材管理資訊系

統：優化採購申請介面與建置相關資料庫，並提供

友善的醫藥材供應資訊查詢及臨床專業人員的需

求申請...等，以強化兒童困難取得之臨床必要藥

品及醫材的管理。

C. 強化其他現有作業系統/平台中兒童照護相關資訊，

如電子轉診平台、緊急醫療管理系統、遠距會診平

台等，以優化相關行政流程並確保兒童醫療與健康資料蒐集的完整性，進一步應用於評估計畫執行成效、監測兒童健康指標...等。

## 2. 民眾版：

- (1) 提供各項策略相關的醫療健康知識，如：衛教資訊、照護資源、計畫懶人包與 Q&A...等。除宣導並推廣政府所提供之兒童醫療照護，藉健康知能的傳遞，提升民眾的主動參與，建立良性的就醫模式。
- (2) 依據不同項目的兒童就醫資訊規劃友善便利的地圖檢索，方便民眾查找符合需求的就醫院所或相關轉診資訊。
- (3) 定期公告各項策略重要成果及兒童健康指標變化趨勢，以呈現整體計畫的成效。

## (五) 主要工作項目

透過「周產期照護網絡」、「兒童醫療照護網絡」與協調管理中心的規劃，列出以下十二點主要工作項目：

1. 完備周產期醫療照護系統
2. 建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡
3. 跨院際整合資源，強化重難罕症的照護能力與品質

4. 發展兒童重症運送專業團隊及網絡
5. 規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台
6. 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
7. 培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用
8. 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
9. 發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度
10. 推展育兒指導服務方案
11. 推廣兒童事故傷害防制計畫
12. 學齡前兒童肥胖防治計畫

## 二、分期(年)執行策略

年度 項目	110年	111年	112年	113年
完備周產期醫療照護系統	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以區域生活圈(跨縣市)推動周產期照護網絡，輔導每區域至少一家重點醫院為周產期母嬰醫療中心，負責高危險妊娠與新生兒加護照護。</li> <li>2. 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。</li> <li>3. 落實重點醫院角色，支持區域內全齡兒童的緊急醫療照護。</li> <li>4. 針對周產期高風險孕產婦(兒)族群，建立關懷追蹤服務制度，提供健康促進需求評估及定期追蹤產檢、轉介資源等服務，並加強落實山地住民鄉及離島地區等醫療資源不足地區之孕婦產檢利用與追蹤關懷服務。</li> <li>5. 針對低(含極低)出生體重兒，邀請符合條件之網絡醫院及轉介合作醫院，提供低(含極低)出生體重兒出院後至矯正年齡2歲之居家照護、訪視及專線諮詢等衛教服務，以及建立低(含極低)出生體重兒居家照護系統，並與相關專業學協會公私協力，共同合作，以提供完善的追蹤關懷服務。</li> </ol>			
建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 延續「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」目標，結合各地24小時緊急醫療服務、重點醫院及核心醫院的網絡合作，提高兒童緊急醫療就醫可近性。</li> <li>2. 配合急救責任醫院分級評定制度改革，建置分級、分區的兒童緊急醫療照護網絡，推動雙向轉診，並系統性監測品質。</li> <li>3. 強化本部緊急醫療系統之醫療資源監測功能，即時掌握全國兒童醫療量能。</li> </ol>			
跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 延續「兒科重難症醫療照護團隊補助方案」，加強區域醫療資源整合，籌組兒童重難罕症焦點團隊，以提升診治成效、減少兒童失能。</li> <li>2. 做為區域內兒童重難罕症照護之訓練基地，以提升、強化區域兒童重難症照護人力(含專科醫師及護理師)臨床教學與培訓。</li> <li>3. 做為網絡內新生兒/兒童之重症照護需求協調中心，並協助提供新生兒與高危險妊娠重症照護。</li> <li>4. 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。</li> <li>5. 建置兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心，逐步解決及精進兒童臨床照護問題及品質。</li> </ol>			

★發展兒童重症運送專業團隊及網絡	優先補助1-2家核心醫院組織示範團隊，並提出國內重症轉送團隊的建置指引。	示範團隊協助培訓兒童重症轉送專業人員。依據臺灣醫療需求，分區建置數個兒童重症運送專業團隊，並規劃轉診網絡及照護流程。	與重點醫院的新生兒外接團隊連結，逐步擴大服務項目與範圍（研擬遠距醫療以銜接等待轉診的照護）。	完成全國重症運送網絡規劃，藉由成效監控、經驗分享，與國外團隊交流，提升臺灣兒童重症的轉診量能。
★規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台	完成至少一家示範平台的軟體設備建置。	建立跨區兒童困難診斷疾病平台標準作業流程，並籌組兒童困難診斷疾病專家諮詢委員會。	推廣臨床醫療照護點的設置，建立網絡交流平台，逐步擴大服務項目與範圍。	統整資料並定期發表成果，精進困難診斷疾病的診斷與治療量能，提升照護品質。
★建立跨專業兒童（青少年）精神醫療團隊及心智病房	尚未納入本計畫			補助1家醫院組織跨專業精神醫療團隊及規劃設置兒童（青少年）心智病房。
★培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 因應人口趨勢及分布，規劃培訓兒童醫療相關專業人力。</li> <li>2. 著重地域差異及在地需求，挹注資源于推廣兒童醫療新知於畢業後的專業繼續教育，並強化兒童友善醫療照護及早期療育的概念。</li> <li>3. 開辦兒童照護相關的專業訓練，包含偏遠地區兒童健康照護、兒虐辨識與通報流程、專業轉送人員培訓課程等。</li> <li>4. 收集兒童照護品質相關數據，並挹注資源進行資料加值應用，以精進兒童相關政策擬定。</li> </ol>			
發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 優先由基層院所或社區醫院之兒科醫師擔任未滿3歲之兒童之照護專責醫師，以提升嬰幼兒的主動照護。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4. 全面推動幼兒專責醫師制度，逐步落實從出生立即銜接的</li> </ol>			

	幼兒專責照護，以擴大照護涵蓋率。	
提升兒童發展篩檢異常發現及兒童聯合發展聯合評估服務效能	尚未納入本計畫。	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效能及品質。
推展育兒指導服務方案	<ol style="list-style-type: none"> <li>銜接高風險孕產婦(兒)族群產後6週或6個月的關懷追蹤服務，經評估仍需常規育兒指導服務者，透過轉介與連結本方案續予提供服務。</li> <li>推動並落實偏遠地區或育兒資源不足地區，針對具有特殊醫療需求、脆弱家庭照顧支持服務之轉介，並與醫療衛生體系(幼兒專責醫師等)、社福體系相關資源結合。</li> </ol>	
推廣兒童事故傷害防制計畫	尚未納入本計畫。	<ol style="list-style-type: none"> <li>規劃輔導地方政府結合兒童死因回溯分析，透過縣市跨局處合作找出0~5歲兒童事故傷害第1死因。</li> <li>補助地方提具0~5歲兒童事故傷害第1死因之預防行動方案，因地制宜分析兒童事故</li> </ol>

		<p>傷害原因及提出具體策略。</p>
<p>學齡前兒童肥胖防治計畫</p>	<p>尚未納入本計畫。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 給付醫療院所介入及診療：結合健康促進幼兒園針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。</li> <li>2. 辦理專業人員教育訓練：以小兒科醫師專業人員為主要對象，辦理教育訓練工作坊，提升肥胖防治專業能力。</li> <li>3. 補助社會局辦理托育人員健康識能提升宣導：發展宣導素材，並結合</li> </ol>

		<p>托育人員（居家及機構式）在職研習訓練，強化相關人員健康體位與健康飲食相關知能，提升托育服務品質。</p> <p>4. 素材規劃、製作與宣導：製作健康體位與健康飲食相關之宣導素材，提供每間幼兒園一套教材範例，並辦理相關宣導。</p>
--	--	--

### 三、計畫執行步驟與方法

#### (一)完備周產期醫療照護系統

##### 1. 策略作法

- (1) 以區域生活圈(跨縣市)推動周產期照護網絡，輔導每區域至少一家重點醫院為周產期母嬰醫療中心，並透過強化核心醫院周產期照護功能，共同負責高危險妊娠與新生兒加護照護。
  - a. 盤點各區域新生兒及孕產婦人數、主要生產醫療院所照護量能(次專科人力、新生兒加護病床數、兒童加護病床數...等)與分佈(交通距離)，規劃優先以各區域重度級急救責任醫院為重點醫院，補強其周產期醫療所需之人力、設備資源，整合婦產科、新生兒和急重症等跨領域醫療團隊，以提升照護能力及效率。
  - b. 藉由核心醫院擴大提供高危險妊娠及新生兒照護服務，做為周產期醫療網絡的後送單位，另離島或資源不足區域亦由核心醫院發展遠距會診方式，支持在地周產期醫療照護。
  - c. 規劃因地制宜的周產期轉診及運送流程(包含高危險妊娠產前轉診與新生兒外接機制)，並擬定轉診條件，依據疾病嚴重度適時轉診。

- d. 規劃新生兒外接轉送人員(團隊)的專業培訓課程並定期評核，擬定並充實相關軟硬體設備需求。
  - e. 定期舉辦個案討論、座談會及相關教育訓練，並配合政府加強宣導相關照護資訊(如：產後憂鬱的發掘與轉介、病人安全目標、生產事故通報等)，以改善周產期相關診治流程與成效，共同提升區域網絡內之基層院所的照護能力。
  - f. 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。
- (2) 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。
- a. 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。
  - b. 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。
- (3) 落實重點醫院角色，支持區域內全齡兒童的緊急醫療照護；居中擔任基層院所與核心醫院間的橋樑，整合區域內周產期

及兒童緊急醫療相關照護資源，並依據次專科人力、加護病床數及相關緊急醫療照護能力等提供分級照護，另外建立跨縣市周產期及兒童緊急醫療相關轉送流程或方案。

(4) 針對周產期高風險孕產婦(兒)族群，建立關懷追蹤服務制度，提供健康促進需求評估及定期追蹤產檢、轉介資源等服務，強化並落實山地原住民鄉及離島地區等醫療資源不足地區之追蹤關懷服務。

a. 補助地方政府衛生局結合轄區產檢院所，針對周產期高風險懷孕婦女具健康風險因子(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)、社會風險因子(未滿 20 歲、低/中低收入戶、受家暴未定期產檢個案)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依民眾需求增加其他收案條件，如：藥物濫用、心理衛生、山地原鄉或身心障礙等孕產婦。

b. 提供明確服務窗口與資訊化服務，包含產檢時以及產後新生兒照護之衛教諮詢服務及追蹤關懷服務等，並後續視個案需求，輔以到宅訪視。

- c. 本計畫之新生兒後續主要由「幼兒專責醫師制度計畫」銜接，提供完善之新生兒及幼兒照護；另，收案期間個案如有醫療或社政資源需求，亦提供相關轉介協助。
  - d. 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；另強化原住民地區服務需求，另委請原住民族委員會協助，轉知合作院所資訊予所屬原住民族文化健康站及原住民族家庭服務中心，並協助轉介符合收案條件者至合作院所進行收案追蹤。
- (5) 針對低(含極低)出生體重兒族群，建立「低(含極低)出生體重兒居家照護」服務模式，並提供居家照護、訪視及專線諮詢等服務。
- a. 針對極低出生體重( $\leq 1,500$  公克)，與低出生體重(超過 1,500 公克未滿 2,500 公克)且有合併症或攜帶管路及儀器之個案進行收案。
  - b. 結合全國網絡醫院及轉介合作醫院，以個案管理模式，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)，提供出院後至矯正年齡 2 歲之居家照護、訪視及專線諮詢等服務。

- c. 與相關專業學協會公私協力，共同合作，提供完善的追蹤關懷服務。

## 2. 預期效益

- (1) 每區域生活圈(跨縣市)至少一家重點醫院為周產期母嬰醫療中心，並逐年增加周產期照護涵蓋率。期能藉由周產期照護網絡的建置，提升母嬰的健康照護品質，降低孕產婦及嬰幼兒死亡及後續的慢性罹病率，尤其增進極低和低出生體重兒的追蹤照護。
- (2) 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 周或 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。
- (3) 低(含極低)出生體重兒居家照護計畫預期逐年增加全國極低出生體重( $\leq 1500$  公克)兒關懷追蹤率。藉由全國網絡(包含網絡醫院及轉介合作醫院)布建及轉銜機制建立，提供出院後至矯正年齡 2 歲之居家照護、訪視及專線諮詢等服務，期可增進家庭照顧能力及減少照顧者壓力。

## 3. 預算

- (1) 以區域生活圈模式推動周產期照護，逐年提升周產期照護涵

蓋率，並擴大辦理開放醫院模式，110 年法定預算 86,900 千元，111 年法定預算 86,273 千元，112 年法定預算 94,377 千元，預計 113 年需 100,250 千元，4 年合計需 367,800 千元。

(2) 自 113 年起於周產期照護重點醫院，提供全齡兒童的緊急醫療照護服務，預計需 50,400 千元。

(3) 建立周產期高風險孕產婦(兒)族群關懷追蹤服務，110 年法定預算 35,369 千元，111 年法定預算 52,847 千元，112 年法定預算 45,000 千元，預計 113 年需 67,891 千元，4 年合計需 201,107 千元。

(4) 提供低(含極低)出生體重兒居家照護服務，110 年法定預算 8,800 千元，111 年法定預算 17,821 千元，112 年法定預算 18,200 千元，預計 113 年需 30,000 千元，4 年合計需 74,821 千元。

## (二)建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡

### 1. 策略作法

(1) 延續「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」目標，結合各地 24 小時兒童緊急醫療服務、重點醫院及核心醫院的轉診機制與網絡合作，提高兒童緊急醫療就醫可近性。

a. 對於資源不足區域的執行規劃，以在地永續經營為主軸，支持兒童醫療專業的人事連續性，並考量各地的專科人力與需求(包含兒科專科、急診專科...等)，以區域聯防機制支持；另外同時肩負轄區內兒保小組的任務，協助個案的診治及轉介通報。

b. 區域生活圈(跨縣市)，則藉由重點醫院擴展全齡兒童的緊急醫療與中重症加護，利用網絡合作共同提供兒童緊急醫療照護服務，強化重症病患上轉及穩定病患下轉之機制。

c. 離島或特殊區域考量，則由核心醫院協助給與專業人力支持及轉診處置協助。

(2) 配合急救責任醫院分級評定制度改革，建置分級、分區的兒童緊急醫療照護網絡，推動雙向轉診，規劃系統性的品質監測。

- a. 於緊急醫療能力分級評核中與兒科相關的章節強化兒童照護品質及轉診規範。
- b. 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。
- c. 為強化兒童轉診品質，逐步將兒童轉診(相關資訊和指標)納入健保署電子轉診平台與緊急醫療管理系統，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。
- d. 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。

## 2. 預期效益

藉由偏遠地區兒童緊急醫療院所的布建，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。

## 3. 預算

- (1) 依據各地現有醫療資源不同，因地制宜補強兒童急診人力及相關業務費用，110-111 年每年法定預算為 150,600 千元，112 年法定預算 143,350 千元，預計 113 年需 205,700 千元，

4 年合計需 650,250 千元。

(2) 緊急醫療管理系統之功能增修及維護相關費用，預計 113 年  
需 15,000 千元。

### (三)跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質

#### 1. 策略作法

(1) 延續「兒科重難症醫療照護團隊補助方案」，加強區域醫療資源整合，籌組兒童重難罕症焦點團隊，以提升診治成效、減少兒童失能。

a. 兒童重難罕症焦點團隊除提供基本兒童重難罕症醫療服務(如：兒童癌症、兒童神經重難症、兒童心臟重難症、兒童急診、兒童重症加護、極低體重早產兒、兒科外科重症、兒童罕病與遺傳...等)，可進一步依據醫院特色及照護能力發展其他醫療服務主題(如：膽道閉鎖、第一型糖尿病、兒童自體免疫疾病、COVID-19 及其他新興感染重症...等)，以提供連續性、完整性的醫療照護及後續追蹤。

b. 建構區域內醫療機構協調合作機制與轉介網絡，並提供整合性醫療照顧服務，以改善跨院際重難罕症病童之診斷或治療。

c. 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。

d. 發展複雜慢性或罕見疾病整合照護門診，以銜接嬰幼兒

時期至成人之照護。

(2) 做為區域內兒童重難罕症照護之訓練基地，以提升、強化區域兒童重難症照護人力(含專科醫師及護理師)臨床教學與培訓。

a. 依據核心醫院選擇的醫療服務主題，以焦點團隊概念擬定兒童重難罕症照護教育精進計畫，並追蹤計畫執行成效。

b. 發展重難症訓練模式，加強集中化照護及網絡合作，並追蹤研修醫師畢業後就業情形與未來表現等。

c. 核心醫院可視各醫療服務主題需求，自行規劃訓練團隊人力配置，如：協助教學之次專科醫師、資深護理師...等。

(3) 做為網絡內新生兒/兒童之重症照護需求協調中心，並協助提供新生兒與高危險妊娠重症照護。

a. 整合在地資源，擴大提供新生兒外接、高危險妊娠轉診、緊急血液調度等服務，並推動雙向轉診，使各層級醫療院所資源得到最佳利用。

b. 統籌網絡內新生兒/兒童急重難罕症照護資源(人力、床位、設備)，由核心醫院協助各層級醫療院所(含基層院所)

轉診諮詢，並以核心醫院為最高階層的後送基地。

(4) 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。

a. 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。

b. 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。

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

a. 召集專家學者訂定國內「困難取得之兒童臨床必要藥品及醫材管理品項清單」，進而再以清單為基礎，研擬供應措施，如調度中心統籌採購物流供應、調度中心代辦聯合招標匯集需求量或蒐集供應廠商資訊進行媒合等之模式。

b. 承上，有關分級供應措施為針對管理品項清單蒐集各品項現行之供應及需求狀況，並依供應及需求狀況規劃調度、管理、採購、供應及專案進口申請等相關機制與作業，並透過資訊管理系統監測及協調各醫院管理品項清單之適當運用。

c. 部分確實困難取得之品項難以現有機制取得或無法即時取得，如無供應商代理進口之品項、供應期程長至數月之品項、因報廢風險大、使用量低導致醫院及廠商不願庫備之品項，為從根本解決困難取得衍生之兒童照護問題，應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，評估可行策略如下：

(a). 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。

(b). 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。

(c). 規劃先從效期較長之醫材優先試辦。

## 2. 預期效益

全台逐步規劃8家核心醫院，提供兒童重難罕症疾病診治，降低兒童失能，並精進兒童重難症照護人力培訓。

## 3. 預算

(1) 分區規劃核心醫院以提供兒童重難罕症的整合性醫療照護，並逐年增加核心醫院數，110-112年3年之法定預算共16,548

千元，113 年需約 58,400 元，4 年合計需 74,948 千元。

(2) 以焦點團隊概念延伸辦理相關教學訓練計畫，精進區域兒童重難症照護人力培訓，補助協助教學之醫師、護理師津貼、醫院管理行政費用等，每家醫院需約 21,000 千元，113 年合計需約 168,000 千元。

(3) 自 112 年起由 8 家核心醫院加強網絡照護資源整合，包含擴大提供高危險妊娠及新生兒照護服務、統籌網絡內新生兒/兒童急重難罕症照護資源等，112 年法定預算 11,200 千元，113 年需約 88,000 千元，2 年合計需約 99,200 千元。

(4) 自 110 年起設立「兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心」，110 年法定預算為 6,000 千元，111 年為 5,000 千元，112 年為 5,700 千元；自 113 年起規劃建置倉儲物流供應中心，包含建置兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材管理資訊系統倉儲物流功能、評估需求、辦理統籌採購及建置倉儲與物流運作機制，並預計增加 1-2 名人力，預估相關費用約需 12,700 千元。

#### (四)發展兒童重症運送專業團隊及網絡

##### 1. 策略作法

- (1) 第一年：優先補助 1-2 家核心醫院組織示範團隊，並提出國內重症轉送團隊的建置指引。進而透過各專家學者的審視與評核，規劃相關的教育訓練與規範。
  - a. 考量全齡兒童的需求與異質性，完善兒童各年齡專用之轉運外接備物(如急救包、呼吸器、藥物及輸液幫浦等)、設備，以提升轉送路程的醫療照護支持。
  - b. 利用生理監視數據、醫療影像的遠距醫療傳輸，銜接等待轉診的照護。
- (2) 第二年：示範團隊協助培訓兒童重症轉送專業人員。依據臺灣醫療需求，分區建置數個兒童重症運送專業團隊，逐步規劃轉診網絡及精進照護流程。
- (3) 第三年：與重點醫院的新生兒外接團隊連結，逐步擴大服務項目與範圍。
  - a. 高危險新生兒的轉診需求較高且有其時效性的考量，由每個區域生活圈內的重點醫院負責；協助至基層院所外接，並依疾病困難度分級或可協助上轉送到核心醫院。
  - b. 全齡的兒童重症轉送團隊，規劃由北中南東各有一家核

心醫院負責；協助各層級療院所間的重症兒童轉送；且為各年齡層重症兒童的轉診中心 (referral center)。

- c. 藉由重點醫院高危險新生兒外接團隊與核心醫院全齡兒童重症轉送團隊間的合作、佈建網絡，以確保新生兒及兒童皆有專業轉送團隊提供穩定且安全的轉送照護。

(4) 第四年：完成全國重症運送網絡規劃，藉由成效監控、經驗分享，與國外團隊交流，提升臺灣兒童重症的轉診量能。

## 2. 預期效益

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

## 3. 預算

組成兒童重症轉送專業團隊，補助兒童重症轉送相關醫療人員人事費，並充實轉送設備的建置(含軟硬體)，逐年增加團隊數量，110-112 年 3 年法定預算共 9,251 千元，預計 113 年需約 20,640 千元，4 年合計需 29,891 千元。

## (五)規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台

### 1. 策略作法

- (1) 完成至少一家示範平台的軟硬體設備建置。
  - a. 由核心醫院提出兒童困難診斷疾病平台的建置計畫，宜應用基因檢測、新興分子診斷、次世代定序等醫療科技工具，以精準醫療的概念，得整合既有資源並部分補助相關軟硬體的建置費用。
- (2) 建立跨區兒童困難診斷疾病平台標準作業流程，並籌組兒童困難診斷疾病專家諮詢委員會。
  - a. 擬定兒童困難診斷疾病之範疇、跨院際專家諮詢及個案分派之機制、醫師轉介服務及診斷(檢測)流程等。
  - b. 由醫師提出需求，以共享資源為基礎，由專家諮詢委員會進行全面性的臨床評估與科學檢查，進而針對病患的病情作出綜合判斷及治療策略。
  - c. 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。
- (3) 推廣臨床醫療照護點的設置，建立網絡交流平台，逐步擴大平台服務項目與範圍。
  - a. 以減少兒童困難診斷疾病的就醫障礙為主要目標，提高

其就醫可近性。

(4) 統整資料並定期發表成果，精進困難診斷疾病的診斷與治療

量能，提升照護品質。

a. 彙整相關臨床資料、基因定序及分子診斷資訊定期發表

成果，並與國際交流，更新充足診治資源設備。

## 2. 預期效益

建置國家級的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。

## 3. 預算

成立國家級的兒童困難診斷疾病平台及網絡，包含設備、人力、專家諮詢會診費用、增設臨床服務點等，110-112年3年之法定預算共6,047千元，預計113年需約7,530千元，4年合計需13,577千元。

## (六)建立跨專業兒童（青少年）精神醫療團隊及兒童（青少年）心智病房

### 1. 策略作法

(1) 建立跨專業精神醫療團隊提供兒童住院之精神醫療服務，並依下列不同病房類型進行試辦計畫，發展相關轉介與合作機制及建立指引，俾利後續推廣。

- a. 於兒童醫院之一般病房：規劃混合收治生理疾病及心理疾病兒少個案之病房，並建立跨專業兒少精神醫療團隊。除提供兒童（青少年）精神疾病個案醫療服務，倘因生理疾病住院，且合併心理健康、精神疾病或是神經系統問題之兒少個案，亦可提供服務或俾利心理健康問題早期發現早期介入。
- b. 於兒童醫院設置兒童（青少年）心智病房：規劃整修原有病房，以符合精神科病房設置規定；建立跨專業精神醫療團隊，提供精神醫療服務；並建立院內轉介機制，提供合併生理疾病之兒童、青少年醫療服務。
- c. 於精神科專科醫院規劃兒童（青少年）心智病房：規劃專責收治兒童（青少年）之精神科病房，成立跨專業精神醫療團隊，提供精神疾病兒童整合醫療服務，並建立

轉介與合作機制，以解決兒少個案生理疾病或其他相關問題。

(2) 發展實證研究：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有效益之醫療模式，提升醫療效益。

(3) 納入實習制度及教育訓練，以提升各專業醫事人員對於兒童精神疾病之敏感度與照護知能。

## 2. 預期效益

於第 1 期計畫建立 1 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，促進兒青精神醫學之發展。

## 3. 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 113 年需約 70,000 千元。

## (七)培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用

### 1. 策略作法

(1) 因應人口趨勢及分布，研擬兒童醫療相關專業人力的培訓規劃。可及性高的第一線基層執業人員、急重難症的特殊專科及相關外科系兒童醫療專才都應被重視。依據疾病特色和區域需求，規劃在地化或是轉診系統的協助支援。

a. 借助兒童醫療照護網絡分層轉診制度的建立，依據不同疾病的發生率與照護需求，研擬合宜之人力分布及培訓規劃，分級提供優質的照護。

b. 邀集專家學會擬定兒童重難罕症照護之重點次專科，並評估次專科人力需求，進一步規劃相關培訓機制。病例數少的重難罕症應朝集中化發展，由核心醫院協助相關照護人力培訓，才得以有效率的儲備相關專才，改善醫療成效。

c. 強化小兒科專科醫師、家庭醫學科專科醫師、偏遠地區不分科醫師...等執業人員的初級醫療照護及兒童發展評估的能力。

(2) 著重地域差異及在地需求，由專家學者依據科學證據研擬兒童醫療照護的最新發展，規劃合宜的教材，並以多媒體的方

式推廣，挹注資源于推廣兒童醫療新知於畢業後的專業繼續教育，並強化兒童友善醫療照護及早期療育的概念。

(3) 開辦兒童照護相關的專業訓練，包含偏遠地區兒童健康照護、兒虐辨識與相關通報流程、專業轉送人員相關培訓課程等。

a. 藉由教育訓練或特殊補助的方式，協助偏鄉地區的非兒科醫師建構「全人醫療照護模式」，納入醫師以外之醫療相關人員為團隊，以家庭照護為中心，依區域地緣建立全家健康管理模式。

b. 推廣兒少保護相關識能，提升醫事人員對於兒少虐待的辨識知能，宣導通報轉介流程。

c. 研擬專業轉送團隊人員培訓課程及相關教材，並完備相關教學設備，以進一步演練實際轉送之情況，提升轉送過程的安全性。

(4) 收集兒童照護品質相關數據，並挹注資源進行資料加值應用，以精進兒童相關政策擬定。

a. 監測兒童國際重要指標(如兒童死亡率)，聚焦分析具調整性或可介入性的因素，並因應擬定相關政策。

b. 監測整體計畫執行的品質與成效，以滾動式修正相關政策推動。

c. 評估兒童照護相關成本效益，改善相關給付方案。

## 2. 預期效益

擬定兒童醫療照護相關訓練課程及教材，培訓優質兒童照護人力；精進兒童醫療政策，逐年優化兒童醫療照護網絡。

## 3. 預算

本項策略 110-112 年法定預算為 0 元，113 年已於策略三「跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質」中，編列兒童重難症照護人力臨床教學與培訓相關經費。

## (八)發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度

### 1. 策略作法

(1) 優先由基層院所(含衛生所)或社區醫院之兒科醫師擔任未滿3歲之兒童之照護專責醫師(資源不足區另外考慮)，以個案管理的方式提升嬰幼兒的主動照護。

a. 委由各領域專家與學會統籌規劃培訓課程。提升幼兒專責醫師的照護專業，精進衛教的落實與實施效能。

b. 提供收案對象之預防保健及初級照護，包括育兒諮詢、衛生教育、疫苗接種、發展評估等。

c. 強化特殊醫療需求之兒童的照護。進行居家/住院訪視，藉由個人化照護之改善策略，以提升診治療效。

(2) 以幼兒專責醫師與核心醫院及重點醫院跨層級合作，建立兒童醫療照護網絡(上轉與下轉)的合作關係。

a. 與基層院所架構出良好的雙向轉診機制，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。

b. 強化核心醫院及重點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。

- c. 研擬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，或與基層院所研擬共同照護模式。
- (3) 強化醫療體系與公共衛生體系(衛生所)、社福體系(高風險家庭)的連結，主動關懷追蹤有潛在照護需求的兒童與家庭。
- a. 配合社政單位現有制度，對於常規疫苗接種未如期完成、疑似發展遲緩、脆弱家庭、兒虐/疏忽等個案，強化主動關懷及通報/轉介程序。
  - b. 研擬幼兒專責醫師受理社政單位轉介與標準作業服務流程，以強化兒童醫療與兒少保護及家庭照顧之雙向合作。
- (4) 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。
- a. 針對偏遠地區或資源匱乏區域，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醫師專業培訓規劃，並給予相關管理費用加成補助。
  - b. 透過衛生局端協助出生個案與幼兒專責醫師之媒合。擴大所有接生醫療院所參與計畫，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。
  - c. 精進幼兒專責醫師個案管理系統，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。

## 2. 預期效益

未滿 3 歲之兒童均有幼兒專責醫師(逐年提升涵蓋率)。

## 3. 預算

(1) 補助地方衛生局相關人事費用與行政管理費用，110-111 年於 10 縣市辦理，2 年法定預算共 15,640 千元；112 年起擴大於 22 縣市辦理，法定預算 35,321 千元；113 年起增加出生個案媒合幼兒專責醫師所需之行政業務費用，約需 110,000 千元，4 年合計需 160,961 千元。

(2) 獎勵基層醫療院所醫師收案管理、居家訪視等費用，逐年提升兒童涵蓋率，110-111 年 2 年法定預算共 96,560 千元，112 年法定預算 149,806 千元，自 113 年起提高基層院所醫師收案管理、居家訪視等費用，並針對偏鄉或資源匱乏區給予加成補助，預計 113 年需約 556,890 千元，4 年合計需 803,256 千元。

(3) 落實從出生立即銜接的幼兒專責照護，精進幼兒專責醫師個案管理系統之功能，預計 113 年需約 10,000 千元。

## (九)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

### 1.策略做法

#### (1)新增 6 次兒童發展篩檢服務：

a.服務對象：配合 6 次兒童預防保健服務 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 4 歲、4 至 7 歲各增加 1 次發展篩檢。

b.服務內容：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。

(2)新增發現發展異常兒童轉介費：經由兒童發展篩檢發展異常兒童給予病情說明(包括：如為疑似單一發展遲緩，轉介至醫療機構進行確診、治療；如為疑似多重發展遲緩，轉介聯合評估中心/評估醫院進行整合性評估)並進行轉介，則給予獎勵費。

(3)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。

(4)建立個案分流機制：透過兒童預防保健及幼兒專責醫師制度，建立疑似單一或多重遲緩兒童分流及轉診機制。

(5)縮短等候看診時間：規劃醫療機構提升服務量能誘因，依服

務量能加成給付評估費用，改善民眾無診可掛及等候門診時間過長問題。

- (6)縮短取得綜合報告書時間：提高評估費用，鼓勵聯評中心投入評估人力，縮短候評時間，以達及早診斷及早療育之目標。

## 2. 預期效益

- (1)提高及提早兒童發展異常之發現。
- (2)逐年縮短個案完成聯合評估等候時間於 45 工作天內完成，並提高針對初次評估個案要求於 25 工作天內完成評估之比率，以利及早銜接後續療育資源。

## 3. 預算

- (1)兒童發展篩檢及轉介獎勵費，預計 113 年需約 169,346 千元。
- (2)補助地方推動兒童發展聯合評估服務費用，預計 113 年需約 233,080 千元。

## (十)推展育兒指導服務方案

### 1. 策略作法

- (1) 建立與高風險孕產婦(兒)族群之關懷追蹤服務制度、幼兒專責醫師及「周產期照護網絡」、「兒童醫療照護網絡」等合作機制，優先提供高風險孕產婦家庭、育有 6 歲以下脆弱家庭一般常規兒童育兒指導服務。
- (2) 由地方政府評估轄內區域需求，自行辦理或輔導在地民間團體包含社會福利機構、基金會、團體及大專校院，提供到宅育兒指導、提升家長知能方案、育兒諮詢、育兒指導員培力等服務。
- (3) 地方政府應設置一名專業人員，評估轄內整體需求及資源盤點、辦理業務聯繫會議、彙送服務統計報表，並協調承辦單位與社福中心進行雙向合作。
- (4) 為強化家庭居家環境安全、家長照顧技巧及親職教育等，規劃辦理主題課程、成長團體、工作坊、讀書會等方案，並視需要辦理執行人員教育訓練，以及召開跨網個案研討會，提供周延的育兒指導照顧服務。
- (5) 由護理、幼保、家政、社工、特教、早療、具保母人員技術士證者或修畢托育人員專業訓練課程且具備 2 年以上托育

工作經歷者等背景人員擔任育兒指導員，到宅提供親職示範、餐點預備、家務指導或親職諮詢等服務。

## 2. 預期效益

逐年提升育有 6 歲以下育兒指導服務涵蓋數，預計 110 年為 18 個縣市，111 年為 19 個縣市，112 年為 20 個縣市，113 年為 21 個縣市。

## 3. 預算

推廣育兒指導服務方案，包含人事經費、行政管理費及業務費相關費用，每年依需求規劃編列預算，110-111 年法定預算 61,615 千元，112 年法定預算 69,936 千元，113 年約需 123,975 千元，4 年合計 255,526 千元，111-113 年已納入強化社會安全網第二期計畫經費辦理。

## (十一)推廣兒童事故傷害防制計畫

### 1. 策略作法

- (1) 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)，在意外事件發生前、中、後所發揮的作用，進而分析兒童事故傷害發生的原因與預防方法。
- (2) 研發相關檢核工具，協助全國 22 縣市衛生局分析兒童事故傷害原因及改善因子與介入時機，並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與原因，加強兒童重要事故傷害防制公共衛生議題。
- (3) 利用哈登矩陣輔以相關檢核工具，協助全國 22 縣市衛生局分析兒童事故傷害死亡原因、改善因子與介入時機，據以推動防制工作。114 年找出全國 0~5 歲兒童事故傷害的第 1 死因後，深化全國可預防兒童事故傷害之行動方案；115 年找出 0~5 歲兒童事故傷害第 2 死因，並提具預防之行動方案；116 年持續深化第 1 與第 2 死因之行動方案；117 年新增 1~3 個 0~5 歲兒童事故傷害死因之預防行動方案，並持續深化前述行動方案。

## 2. 預期效益

積極推展縣市因地制宜之兒童事故傷害防制行動方案，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，進而減少「0~5 歲兒童事故傷害死亡率」。

## 3. 預算

推廣兒童事故傷害防制計畫，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，113 年預計 50,000 千元。

## (十二)推動學齡前兒童肥胖防治計畫

### 1. 策略作法：

- (1) 規劃給付方案，協助醫療院所結合健康促進幼兒園提供體位過重或肥胖的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。
- (2) 運用「兒童肥胖防治實證指引」等實證教材，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。
- (3) 結合托育人員（居家及機構式）在職研習訓練，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。
- (4) 製作健康體位與健康飲食相關之宣導素材，提供每間幼兒園一套教材範例，並辦理相關宣導，以期能提升幼生相關知能。

### 2. 預期效益

服務健康促進幼兒園過輕、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6

歲以前兒童過重及肥胖率至 17.5%，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。

### 3. 預算

辦理學齡前兒童肥胖防治，包含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，預計 113 年需 14,244 千元。

## 伍、期程及資源需求

### 一、計畫期程

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

### 二、所需資源說明

(一) 所需人力需求：以機關現有預算員額調整因應。

(二) 所需財務需求：本計畫 110 至 113 年所需經費為 3,621,407 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：各單位依照不同**工作任務項目**來估算經費需求。

#### 1. 工作任務項目費用估算：

(1) 協調管理中心(含兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心)逐年補助 25,000-37,700 千元。

(2) 重點醫院視各縣市資源不同，112-113 逐年補助每家 14,580-20,000 千元。

(3) 於偏遠地區補助兒童緊急醫療中心，112-113 逐年補助每家 8,400-12,100 千元。

(4) 核心醫院：

a. 兒童重難罕症照護 112-113 年逐年補助每家 13,780-

39,300 千元。

b. 兒童重症運送專業團隊 112-113 年逐年補助每家 3,300-5,160 千元。

c. 兒童困難診斷疾病平台 112-113 年逐年補助每家 5,844-7,530 千元。

(5) 育兒指導服務方案，110 年規劃補助 44,000 千元，111-113 年擴增資源培力，補助 100,000-130,000 千元不等/年。

(6) 建立跨專業精神醫療團隊及規劃設置兒童（青少年）心智病房 113 年規劃補助 70,000 千元。

## 2. 支出項目費用參考：

### (1) 人事費用：

a. 專科醫師：每人月薪以 300 千元為限。

b. 專科護理師(或相關醫事人員)：每人年薪以 700 千元為限。

c. 個案管理師：每人以年薪 600 千元為限。

d. 育兒指導專案管理人員服務費：每人以年薪 540 千元為限。

(2) 業務、設備費：執行本計畫所需文具紙張費用、郵電費、印刷費、國內旅費及誤餐費、會議餐費、場地費、開辦費等用

費，由本部視醫院層級核定。

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

(4) 幼兒專責醫師制度相關費用：

a. 個案管理費：3,000-5,000 元/案/年

b. 到宅訪視費：1,500 元/案/次

(5) 周產期高風險孕產婦(兒)族群關懷追蹤服務相關費用：

a. 評估費：400-800 元/案。

b. 追蹤服務費：160 元/案/次。

c. 到宅訪視費：一般地區 1,700 元/案/次，原住民族地區或離島 2,040 元/案/次。

d. 衛生局輔導轄區醫事機構行政費：30-160 萬元/年。

(6) 低(含極低)出生體重兒居家照護服務相關費用：

a. 低(含極低)出生體重兒居家照護專案管理中心：每年 5,000 千元。

b. 評估費：600-1,000 元/案。

c. 個案管理費：100 元/案/月。

d. 居家訪視費：1,700-2,340 元/案/次。

- e. 視訊訪視費：400 元/案/30 分鐘。
- f. 電話訪視/面訪費：400 元/案/次。
- g. 個案轉銜作業費：500 元/案。
- h. 居家訪視交通費：依醫院至個案現居地於 Google 地圖之距離訂定。未滿 10 公里單程次補助新臺幣 250 元；10 公里以上未滿 20 公里單程次補助新臺幣 500 元；20 公里以上單程次補助新臺幣 800 元。

(7) 育兒指導服務相關費用：

- a. 到宅訪視費：800 元/案/次，每案每年最高補助補助 48 次。至偏遠地區服務每案次增加補助 300 元，共計 1,100 元。
- b. 交通補助費：每日訪視件次之公里數合計，5 公里以上未滿 30 公里補助 200 元，30 公里以上至未滿 70 公里補助新臺幣 400 元，70 公里以上補助 500 元。
- c. 保險費：提供到宅訪視育兒指導員保險費，視各縣市資源及需求核定。
- d. 辦理提升家長知能方案、育兒指導員培力等教育訓練，視各縣市資源及需求核定。

(8) 兒童發展篩檢相關費用(依國民健康署「醫事服務機構辦理

預防保健服務注意事項」最新公告為主)

- a. 兒童發展篩檢：400 元/次
- b. 發現發展異常兒童轉介獎勵費：250 元/案

(9) 補助地方推動兒童發展聯合評估服務費用：

- a. 地方政府衛生局行政管理費：80 萬元/家。
- b. 醫療機構基本補助額度：80 萬元/家，另澎湖縣、金門縣及連江縣 85 萬元/家。
- c. 個案評估補助費：初評且小於 25 工作天完成評估，補助 4,000 元/案；初評且大於 25 工作天完成評估及複評個案，補助 2,000 元/案。
- d. 個案評估補助加成費：依醫療機構每年完成評估個案數分級加成給付個案評估補助費，最高加成 40%。
- e. 外展評估費：1 萬 8,000 元/場。
- f. 聯評服務績效獎勵金：每家醫療機構最高獎勵 5 萬元。
- g. 山地鄉及離島地區個案聯評交通補助：

(a)現居山地鄉地區：依個案住家到醫療機構接受聯合評估之單程距離計算，補助 5 公里以上未滿 20 公里每次 200 元、20 公里以上未滿 40 公里每次 600 元、40 公里以上每次 1,000 元，每名最高補助 3 次。

(b)現居離島鄉地區：個案實際前往臺灣本島之醫療機構接受聯合評估之個案及陪同者 1 人，每次補助全額大眾運輸交通費，以及計程車資(車資實報實銷，每次最高補助 300 元)，最高補助 2 次。另，離島縣市個案前往縣市內醫療機構接受聯合評估之個案及陪同者 1 人，每次補助全額船費或半額之機票費用，以及計程車資(車資實報實銷，每次最高補助 300 元)，最高補助 3 次。

#### 四、經費需求

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

各項重要措施與該計畫執行期間之經費初步估計共需經費約3,621,407千元，其中醫事司2,553,283千元，國民健康署742,598千元，社會及家庭署255,526千元，心理健康司70,000千元(詳如下表二)。

另外依據110年12月30日行政院院會決定，本部持續結合相關醫療與社福資源，加速、加碼、加大優化兒童醫療照護網絡，於112年及113年增加執行重點與項目，並擴大編列預算。

表一、各項經費編列一覽表

單位：千元

年度 項目	110年 (法定預算)	111年 (法定預算)	112年 (法定預算)	113年	合計
協調管理中心	19,000	17,600	19,000	25,000	<b>80,600</b>
兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心	6,000	5,000	5,700	12,700	<b>29,400</b>
完備周產期醫療照護系統	131,069 (含菸害防制及衛生保健基金44,169千元)	156,941 (含菸害防制及衛生保健基金70,668千元)	157,577 (含菸害防制及衛生保健基金63,200千元)	248,541 (含菸害防制及衛生保健基金97,891千元)	<b>694,128</b>

建立分級、分區的兒童緊急醫療照護網絡	150,600	150,600	143,350	220,700	<b>665,250</b>
跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質	9,000	3,333	15,415	314,400 (含醫療發展基金 168,000 元)	<b>342,148</b>
發展兒童重症運送專業團隊及網絡	3,000	1,111	5,140	20,640	<b>29,891</b>
規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台	2,922	555	2,570	7,530	<b>13,577</b>
培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用	0	0	0	0	<b>0</b>
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	-	-	-	70,000	<b>70,000</b>
發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度	56,100	56,100	185,127	676,890	<b>974,217</b>
提升兒童發展篩檢異常發現及聯合評估服務效能-兒童發展篩檢	-	-	-	169,346	<b>169,346</b>
提升兒童發展篩檢異常發現及聯合評估服務效能-兒童發展聯合評估	-	-	-	233,080	<b>233,080</b>
推展育兒指導服務	24,623 (公益彩券回饋金)	36,992 (公務預算-強化社會安全網二期計畫)	69,936 (公務預算-強化社會安全網二期計畫)	123,975 (公務預算-強化社會安全網二期計畫)	<b>255,526</b>
推廣兒童事故傷害防制計畫	-	-	-	50,000	<b>50,000</b>
學齡前兒童肥胖防治計畫	-	-	-	14,244	<b>14,244</b>
<b>總計</b>	<b>402,314</b>	<b>428,232</b>	<b>603,815</b>	<b>2,187,046</b>	<b>3,621,407</b>
<b>修正前計畫核定經費</b>	<b>588,722</b>	<b>661,652</b>	<b>722,582</b>	<b>821,442</b>	<b>2,794,398</b>

表二、各單位經費編列一覽表

單位：千元

執行單位	經費來源	110年 (法定預算)	111年 (法定預算)	112年 (法定預算)	113年	合計
醫事司	公務預算	333,522	320,572	470,679	1,260,510	2,553,283
	基金預算 (醫療發展基金)	-	-	-	168,000	
國民健康署	基金預算 (菸害防制及衛生保健基金)	44,169	70,668	63,200	564,561	742,598
社會及家庭署	基金預算 (公益彩券回饋金)	24,623	-	-	-	255,526
	公務預算 (強化社會安全網二期計畫)	-	36,992	69,936	123,975	
心理健康司	公務預算	0	0	0	70,000	70,000
總計		402,314	428,232	603,815	2,187,046	3,621,407

表三、經費來源一覽表

單位：千元

經費來源	110年 (法定預算)	111年 (法定預算)	112年 (法定預算)	113年	合計
公務預算	333,522	357,564	540,615	1,454,485	2,686,186
基金預算	68,792	70,668	63,200	732,561	935,221
總計	402,314	428,232	603,815	2,187,046	3,621,407

## 陸、預期效果及影響

「優化兒童醫療照護計畫」的推動將強化臺灣現有緊急醫療網的兒童照護量能，且將加速於 112 年完成兒童醫療照護體系的布建。以周產期照護及兒童緊急傷病患就醫為核心，致力於提升兒童急重難罕症與心理健康之醫療照護需求，提供兒童身心整合照護；從生命歷程架構兒童健康資本，導入風險管理機制，以降低新生兒死亡率及慢性罹病率，減少兒童可預防、可避免的死亡或失能，並改善難罕疾病的診治成效。分級網絡與轉診團隊的建立，更將逐步推動分級醫療與雙向轉診，促使醫療資源有效運用，改善健康不平等。

依據醫療照護專業與需求、人口數與交通距離考量，分級分區建置的兒童醫療照護網絡，期能藉由分工與合作讓兒童醫療照護達到最佳的效益。藉由幼兒專責醫師制度的建立，完善兒童健康管理，提升兒童初級的健康促進，逐步推廣以家庭為中心的全人照護；另外強化兒童預防保健服務醫師發現發展遲緩兒童能力及提升服務品質，以提早發現發展異常個案時間，並透過跨專業兒童發展評估團隊，及時提供聯合評估服務，以及早銜接後續療育資源。重點醫院的設置確保新生兒照護品質與兒童緊急傷患就醫的可及性。核心醫院得以專注於重難罕症診治的精進、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。另布建兒童（青少年）心智病房，提升兒青

精神醫療服務質量。偏遠地區兒童醫療照護，則需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，消弭城鄉醫療資源差距，讓每個兒童都能得到最合宜的醫療照護，達到以醫療為核心，改善與醫療相關的兒童死亡率的總目標。

「優化兒童醫療照護計畫」內容主軸在建構兒童醫療照護網絡的根基(基礎建設)和醫療照護品質的提升，對於量化的死亡率(指標)宜以下降為查核點。若以5歲以下兒童死亡率下降趨勢來看，與臺灣民情相近的日本及韓國每年平均下降0.1‰，106年臺灣5歲以下兒童死亡率為4.7‰，期透過「優化兒童醫療照護計畫」額外投注經費提升兒童的照護品質，以改善高風險新生兒的健康預後並減少意外或兒虐的發生，期5歲以下兒童死亡率每年平均下降會大於0.1‰。另透過推廣兒童事故傷害防制，培養兒童及照顧者安全觀念與提供特別保護措施，以減少「0~5歲兒童事故傷害死亡率」。在兒童過重及肥胖防治，兒童保健服務涵蓋率逐漸增加，提供可用性、可近性服務，並提升服務品質，降低6歲以前兒童過重及肥胖率至17.5%，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。

## 柒、財務計畫

本計畫預算係以公務預算及基金預算為主要經費來源，無自籌財源。

## 捌、附則

### 一、風險評估

1. 風險辨識：依據本部委託之研究結果顯示，兒童醫療人力短缺及資源分布不均，臺灣新生兒/兒童死亡率相較於 OECD 國家表現不佳，偏遠地區及醫療資源不足地區兒童健康照護亟待改善，且兒童重難罕症照護面臨困境、亦缺乏以家庭為中心的兒童整合初級照護。
2. 風險分析：依據本部參採「風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」(詳如表 1)及「風險影響程度分類表」(詳如表 2)，本計畫不實施之問題在風險機率分級方面，評估為「可能」發生，在風險影響程度方面，評估為「嚴重」。
3. 風險評量：本計畫經風險評估結果，其風險分布情形如風險圖像(詳如圖 1)，不實施之後果風險值為 4，超出本部所訂可容忍風險值 2。

表 1 風險發生機率分類表－機率之敘述

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

表 2 風險影響程度分類表-影響之敘述

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

圖 1 本部風險圖像

影響程度	風險分布		
	非常嚴重 (3)	3 (high risk) 高度危險的風險	6 (high risk) 高度危險的風險
嚴重 (2)	2 (moderate risk) 中度危險的風險	4 (high risk) 高度危險的風險 <b>(本計畫 不實施之後果)</b>	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		

## 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、兒童醫療資源分布

#### (一) 人口數分布

一級醫療區域	18歲以下人口數	二級醫療區域	18歲以下人口數	總人口數	縣市	18歲以下人口數	總人口數	18歲以下人口數與總人口數百分比
臺北	1,142,616	臺北*	997,685	6,380,384	臺北市	401,044	2,490,445	16%
		基隆*	59,077	462,180	新北市	607,517	3,989,880	15%
		宜蘭	68,093	449,435	基隆市	48,201	362,239	13%
					宜蘭縣	68,093	449,435	15%
					金門縣	15,946	140,740	11%
				連江縣	1,815	13,711	13%	
北區	707,609	桃園	413,898	2,266,913	桃園市	413,898	2,266,913	18%
		新竹	209,775	1,027,435	新竹市	93,832	451,689	21%
					新竹縣	115,943	575,746	20%
苗栗	83,936	536,585	苗栗縣	83,936	536,585	16%		
中區	764,835	臺中	493,672	2,806,385	臺中市	493,672	2,806,385	18%
		彰化	203,088	1,250,631	彰化縣	203,088	1,250,631	16%
					南投	68,075	482,841	南投縣
南區	482,889	雲林	97,334	667,667	雲林縣	97,334	667,667	15%
		嘉義	104,985	775,328	嘉義市	44,840	263,821	17%
					嘉義縣	60,145	491,507	12%
臺南	280,570	1,855,449	臺南市	280,570	1,855,449	15%		
高屏	532,694	高雄	409,067	2,731,782	高雄市	409,067	2,731,782	15%
		屏東	109,526	801,914	屏東縣	109,526	801,914	14%
					澎湖	14,101	106,174	澎湖縣
東區	80,214	臺東	31,801	213,032	臺東縣	31,801	213,032	15%
		花蓮	48,413	320,405	花蓮縣	48,413	320,405	15%
備註： (1)新北市的金山、萬里、瑞芳、雙溪、貢寮包含在二級醫療區的基隆區而非臺北區 (2)資料年份：111年3月					總數	<b>3,710,857</b>	<b>23,268,991</b>	<b>16%</b>

(二) 醫院分布

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

縣市	兒童醫院	醫學中心 (準醫學中心*)	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	兒少保護區域醫療整合 中心
		8. 臺北市立萬芳醫院—委 託財團法人臺北醫學大 學辦理	9. 振興醫療財團法人振興 醫院 10. 臺北市立聯合醫院仁 愛院區		
新北市		1. 醫療財團法人徐元智先 生醫藥基金會亞東紀念 醫院 2. 佛教慈濟醫療財團法人 台北慈濟醫院* 3. 衛生福利部雙和醫院 〈委託臺北醫學大學興 建經營〉*	1. 臺灣基督長老教會馬偕 醫療財團法人淡水馬偕 紀念醫院 2. 衛生福利部雙和醫院〈委 託臺北醫學大學興建經 營〉 3. 醫療財團法人徐元智先 生醫藥基金會亞東紀念 醫院 4. 佛教慈濟醫療財團法人 台北慈濟醫院 5. 天主教耕莘醫療財團法 人耕莘醫院	1. 國泰醫療財團法人汐止 國泰綜合醫院 2. 天主教耕莘醫療財團法 人永和耕莘醫院 3. 衛生福利部臺北醫院 4. 輔仁大學學校財團法人 輔仁大學附設醫院	醫療財團法人徐元智先 生醫藥基金會亞東紀念 醫院
桃園市		長庚醫療財團法人林口長 庚紀念醫院	1. 長庚醫療財團法人林口 長庚紀念醫院 2. 衛生福利部桃園醫院		長庚醫療財團法人林口 長庚醫院

縣市	兒童醫院	醫學中心 (準醫學中心*)	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	兒少保護區域醫療整合 中心
新竹市	新竹市立馬偕兒童醫院(本部同意設立)		1. 國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院 2. 臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	
新竹縣			東元綜合醫院	1. 中國醫藥大學新竹附設醫院 2. 新竹臺大分院(生醫醫院竹北院區)	
苗栗縣			大千綜合醫院	1. 李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院 2. 衛生福利部苗栗醫院 3. 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院	
臺中市	中國醫藥大學兒童醫院	1. 臺中榮民總醫院 2. 中山醫學大學附設醫院 3. 中國醫藥大學附設醫院	1. 澄清綜合醫院中港分院 2. 光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區 3. 中山醫學大學附設醫院 4. 童綜合醫療社團法人童綜合醫院	1. 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院 2. 亞洲大學附屬醫院 3. 林新醫療社團法人林新醫院	中國醫藥大學兒童醫院

縣市	兒童醫院	醫學中心 (準醫學中心*)	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	兒少保護區域醫療整合 中心
			5.光田醫療社團法人光田 綜合醫院沙鹿總院 6.臺中榮民總醫院 7.中國醫藥大學附設醫院/ 中國醫藥大學兒童醫院		
彰化縣	彰化基督教醫療財團法人 彰化基督教兒童醫院	彰化基督教醫療財團法人 彰化基督教醫院	1.秀傳醫療社團法人秀傳 紀念醫院 2.秀傳醫療財團法人彰濱 秀傳紀念醫院 3.彰化基督教醫療財團法 人彰化基督教醫院/彰化 基督教醫療財團法人彰 化基督教兒童醫院	彰化基督教醫療財團法人 員林基督教醫院	彰化基督教醫療財團法 人彰化基督教兒童醫院
南投縣				1.埔基醫療財團法人埔里 基督教醫院 2.衛生福利部南投醫院	
雲林縣			國立臺灣大學醫學院附設 醫院雲林分院	天主教若瑟醫療財團法人 若瑟醫院	國立臺灣大學醫學院附 設醫院雲林分院

縣市	兒童醫院	醫學中心 (準醫學中心*)	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	兒少保護區域醫療整合 中心
嘉義市			戴德森醫療財團法人嘉義 基督教醫院	天主教中華聖母修女會醫 療財團法人天主教聖馬爾 定醫院	
嘉義縣			1.佛教慈濟醫療財團法人 大林慈濟醫院 2.長庚醫療財團法人嘉義 長庚紀念醫院		
臺南市		1. 國立成功大學醫學院附 設醫院 2. 奇美醫療財團法人奇美 醫院	1. 奇美醫療財團法人奇美 醫院 2. 國立成功大學醫學院附 設醫院	1. 郭綜合醫院 2. 臺灣基督長老教會新樓 醫療財團法人麻豆新樓 醫院 3. 台灣基督長老教會新樓 醫療財團法人台南新樓 醫院 4. 臺南市立安南醫院-委託 中國醫藥大學興建經營	國立成功大學醫學院附 設醫院

縣市	兒童醫院	醫學中心 (準醫學中心*)	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	兒少保護區域醫療整合 中心
高雄市	高醫附設兒童醫院 (本部許可設立)	1. 高雄榮民總醫院 2. 長庚醫療財團法人高雄 長庚紀念醫院 3. 財團法人私立高雄醫學 大學附設中和紀念醫院 4. 義大醫療財團法人義大 醫院*	1.財團法人私立高雄醫學 大學附設中和紀念醫院 2.義大醫療財團法人義大 醫院 3.高雄榮民總醫院 4.長庚醫療財團法人高雄 長庚紀念醫院	1. 衛生福利部旗山醫院 2. 高雄市立小港醫院(委託 財團法人私立高雄醫學 大學經營) 3. 國軍高雄總醫院左營分 院	1. 財團法人私立高雄醫 學大學附設中和紀念 醫院 2. 長庚醫療財團法人高 雄長庚紀念醫院
屏東縣			安泰醫療社團法人安泰醫 院	1. 輔英科技大學附設醫院 2. 恆基醫療財團法人恆春 基督教醫院 3. 屏基醫療財團法人屏東 基督教醫院	
宜蘭縣			醫療財團法人羅許基金會 羅東博愛醫院	1. 國立陽明交通大學附設 醫院 2. 財團法人天主教靈醫會 羅東聖母醫院	
花蓮縣		佛教慈濟醫療財團法人花 蓮慈濟醫院	佛教慈濟醫療財團法人花 蓮慈濟醫院	1. 國軍花蓮總醫院附設民 眾診療服務處 2. 臺北榮民總醫院玉里分 院	佛教慈濟醫療財團法人 花蓮慈濟醫院

縣市	兒童醫院	醫學中心 (準醫學中心*)	重度級急救責任醫院	中度級急救責任醫院 (有評定「高危險妊娠孕產婦 及新生兒照護」章節能力的 醫院)	兒少保護區域醫療整合 中心
臺東縣			臺灣基督長老教會馬偕醫 療財團法人台東馬偕紀念 醫院		臺灣基督長老教會馬偕 醫療財團法人台東馬偕 紀念醫院
澎湖縣				三軍總醫院澎湖分院附設 民眾診療服務處	
金門縣				衛生福利部金門醫院	
連江縣					
資料年份：111 年 3 月					