

衛生福利部
優化偏鄉醫療精進計畫第二期
(113-116 年度)



衛生福利部
中華民國113年1月

目錄

壹、計畫緣起.....	1
一、依據.....	1
二、未來環境預測.....	2
三、問題評析.....	5
四、社會參與及政策溝通情形.....	9
貳、計畫目標.....	9
一、目標說明.....	9
二、達成目標之限制.....	10
三、績效指標、衡量標準及目標值.....	11
參、現行相關政策及方案之檢討.....	13
一、執行績效.....	13
二、執行檢討.....	29
肆、執行策略及方法.....	34
一、主要工作項目.....	34
二、分年執行策略及分工.....	35
三、計畫執行步驟及方法.....	38
(一)強化在地緊急醫療處理能力.....	38
(二)提升基層醫療服務量能.....	42
(三)充實在地醫療人力.....	54
(四)強化緊急後送機制.....	67
伍、期程及資源需求.....	69
一、計畫期程.....	69
二、所需資源說明.....	69
三、經費來源及計算基準.....	69
四、經費需求.....	73
陸、預期效果及影響.....	77
柒、財務計畫.....	77
捌、附則.....	79
一、替選方案之分析與評量.....	79
二、風險管理.....	79
三、相關機關配合事項或民眾參與情形.....	85
四、中長程個案計畫自評檢核表.....	85
五、中長程個案計畫性別影響評估檢視表.....	85

表目錄

表 1、各縣市每萬人口牙醫師數.....	53
表 2、次醫療區域劃分一覽表.....	59
表 3、醫師分發服務之高度偏遠地區.....	61
表 4、醫師分發服務之偏遠地區.....	62
表 5、各計畫分年經費需求.....	75
表 6、各單位經費編列一覽表.....	77
表 7、本計畫之風險辨識表.....	79
表 8、風險發生機率分類表－機率之敘述.....	81
表 9、風險影響程度分類表－影響之敘述.....	81
表 10、風險判定基準.....	81
表 11、風險評估及處理彙總表.....	82
表 12、中長程個案計畫自評檢核表.....	86
表 13、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表.....	88
表 14、中長程個案計畫性別影響評估檢視表.....	91

圖目錄

圖 1、我國人口推估三階段人口趨勢	2
圖 2、影響醫事人員留任偏遠地區之六大因素	7
圖 3、建構在地醫療網絡示意圖	65
圖 4、計畫現有風險圖像	84
圖 5、計畫殘餘風險圖像	84

壹、計畫緣起

一、依據

偏遠及離島地區醫療可近性因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源及品質相對於一般地區醫療資源普遍不足。為強化偏遠及離島地區醫療保健服務品質及可近性，逐步改善該等地區醫療照護品質，提升在地醫療量能，本部於民國 108-112 年辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」，期透過「充實在地醫療人力、提升醫療可近性、強化公立醫院功能更新設備、強化在地醫院緊急醫療處理能力、推動遠距醫療、強化緊急後送機制」等六大策略，逐步改善偏遠地區醫療照護品質，拉近城鄉醫療差距，提升全民之健康。

第二期優化偏鄉醫療精進計畫承續前期計畫，以實現本部「建構偏鄉在地醫療照護網絡，實現醫療平權」之使命，於 113 年至 116 年推動辦理，以「強化在地緊急醫療處理能力、提升基層醫療服務量能、充實在地醫療人力、強化緊急後送機制」等四大面向，然工欲善其事，必先利其器，偏鄉面臨交通不便及人口老化之現實因素，且民眾日常就醫及預防保健實務中，衛生所(室)仍為臺灣社區保健醫療網絡中最重要的據點，在公共衛生政策推廣及預防保健業務具舉足輕重地位。

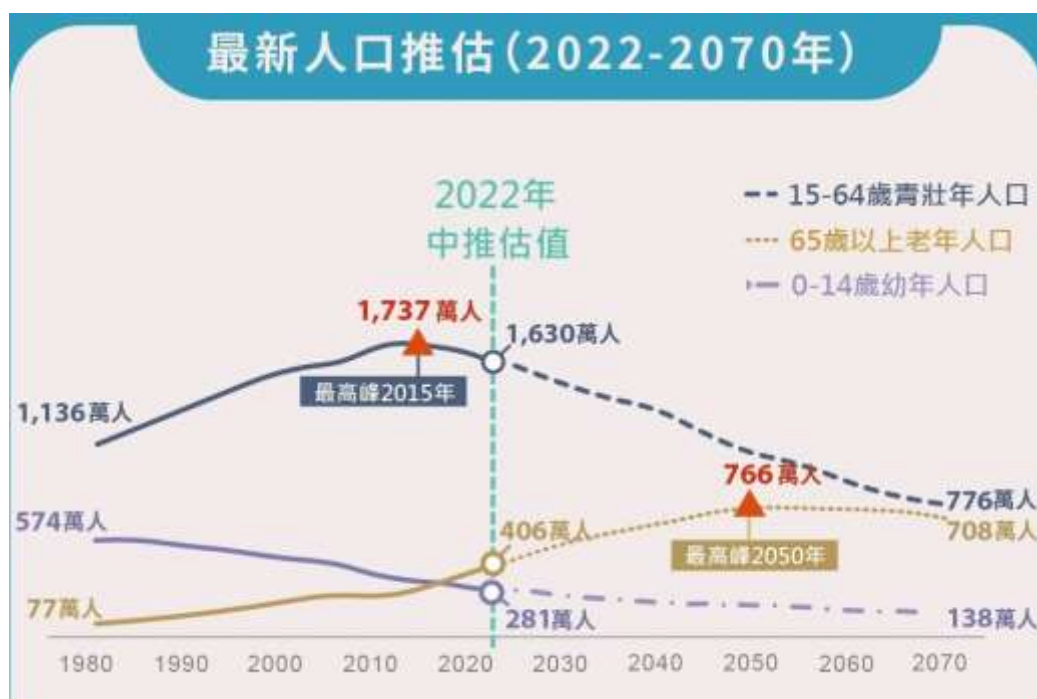
國家醫療政策中提及打造居家、社區、機構、醫療、社福之一體式服務，建立以長照社區整體照顧體系為基礎之共生社區，又因高齡化社會，且健康促進、疾病防治、醫療服務、高齡健康與長照及社區健康管理等各項業務，衛生所（室）均需擔任在銜接醫療、社區照顧上第一線角色，但在建築物硬體上自 88 年臺灣發生芮氏規模

7.3 之集集大地震，造成許多建築物嚴重損壞，甚至倒塌，時至今日顯示既有建築物之耐震能力不足，另因應老化民眾就醫需求改變，許多建築物受限於硬體環境，無法提供更加便捷服務。故為保障基層公衛人員服務安全性及社區民眾就醫可近性，提供完善且安適的醫療及衛生保健服務環境，應儘速補強或重建有危險之虞之衛生所(室)，以改善支援偏鄉最前線的衛生所(室)硬體設施，且搭配醫療數位資訊化及強化各單位橫向連結等重要工作，全面改善、完善偏鄉醫療照護網絡，期望改善偏鄉居民的健康不公平。

二、未來環境預測

(一) 人口結構改變增加未來醫療照護需求

近年來由於人口結構快速變化，並伴隨人口減少，老年人口數增加，使國家發展面臨新的挑戰。依據國家發展委員會「中華民國人口推估（2020 至 2070 年）」報告，以中推估為例，在人口年齡結構變動方面，我國未來仍維持高齡少子化趨勢，在 0-14 歲幼年人口部分，受育齡婦女人數減少及年齡偏高齡化影響，未來幼年人口數將持續下降，預估 2030 年將減少至 245 萬人（減 12.2%），至 2070 年將減少至 138 萬人（減 50.4%）。老年人口部分，於 1993 年成為高齡化社會，於 2018 年進入高齡社會，預估 2025 年我國老年人口占比將超過 20%，成為超高齡社會的一員，高齡化速度較歐、美、日等國為快。預估 2030 年老年人口將增至 556 萬人（增 30.2%），2070 年再增至 708 萬人（增 65.6%）（如下圖 1）。這也導致於人們對醫療照護之需求增加，醫療人力多集中於發展性較高之地區，醫療人力分布不均之狀況將更明顯（楊崇甫，2016）。



資料來源：「中華民國人口推估（2022至2070年）」，台北市：國家發展委員會，2022

圖 1、我國人口推估三階段人口趨勢

國人平均壽命增加，人口老化指數逐年攀升，因人口老化的影響，不但民眾醫療服務需求增加，醫師每週工作時數亦將伴隨年齡增加而降低，恐形成醫療服務量能不足之情形。又為促進醫師勞動權益保障，確保病人安全，本部經與勞動部協商，針對自主性與選擇性較受限制之住院醫師（不包括公務人員法制進用者）自 108 年 9 月 1 日起適用勞動基準法，醫師工時縮減後，支援人力緊縮，將首先衝擊偏鄉地區醫療服務之提供。

（二）人口外流影響偏鄉醫療量能

台灣人口在 2020 年初進入負成長，依據國家發展委員會委託計畫「我國區域層級之家戶推計模擬報告」，出生率持續減少而老年人口持續上升，亦即自然增加將呈現負向成長，在此趨勢下，縣市及鄉村層級將更明顯，人口增加負成長之縣市，人口淨移出也會更加嚴重，部分偏鄉地區會出現較高移出率，人口老化程度亦較都

會區嚴重。推估各縣市 2020 年至 2045 年總人口成長趨勢，除連江縣、金門縣、新竹縣、新竹市、桃園市與臺中市之總人口呈現正向成長，其餘縣市均為負向成長，且全國人口結構老化程度，將由 2019 年的 15.28%，上升至 2045 年的 32.97%，其中苗栗縣、南投縣及嘉義縣的在 2045 年老年人口比重將會超過四成，高於全國老年人口比（陳信木 et al., 2020）。

在此人口改變之趨勢下，未來醫療照護及長期照顧將面臨之壓力更加嚴峻，雖本部已推行多項方案，包括山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System, IDS）、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案、強化山地離島在地醫療設施及人力等策略，惟私立醫療機構在面臨經營壓力下，在偏鄉服務之穩定度將備受考驗，因此，未來應更重視強化在地衛生所（室）及公立醫院之角色及照護量能，以肩負該等地區之社區健康照護任務。

（三）智慧醫療興起帶動創新醫療服務模式

鑑於網路時代來臨、科技產業之進步，以及高齡化社會需求，完備醫師以通訊方式進行診療確有必要，本部於 107 年 5 月 17 日公布「通訊診療治療辦法」，適用山地、離島、偏僻之地區，並明定特殊情況得使用通訊診療方式進行緊急救護及基層醫療。108 年底全球爆發新冠肺炎疫情，導致世界各地醫療體系面臨巨大衝擊，因應新冠肺炎疫情之緊急狀態，109 年函釋放寬「通訊診療治療辦法」，並開辦全民健康保險遠距醫療給付計畫、推動健保醫療資訊雲端查詢系統、健康存摺及數位疫苗證明等，加速推動智慧醫療服務，有效降低醫療成本並提升品質成效，提升民眾健康福祉。

隨著國際科技數位發展趨勢，世界衛生組織（WHO）、歐盟（EU）及美國食品藥物管理署（FDA）均倡議推動智慧醫療，透過醫療場域結合通訊科技，如物聯網技術、大數據分析、人工智慧等，帶動創新醫療服務模式，有效解決偏鄉或離島居民舟車勞頓就醫之苦，落實醫療在地化，並促進健康平權，重塑我國健康照護服務以人為本高價值導向之服務體系。

三、問題評析

（一）偏遠地區醫事人力留任與招募不易

偏鄉地區因交通不便、經濟資源不足、人口稀少等因素，公立衛生所（室）醫事人員編制有限，常須獨立作業且工時長，而私立醫療機構又因執業所得難以符合經濟效益，難以吸引醫事人員至偏鄉在地服務。另偏鄉地區缺少大型醫院完整之學習及進修資源，生活物資條件較差及個人生涯規劃及子女教育等影響因素下，導致醫事人員之招募及留任不易，亦難以長駐。

國外亦針對偏鄉地區醫師留任及流動情形進行研究，如澳洲研究顯示，每年約有 10% 一般科醫師（GP, General Practitioner）將執業地點由鄉村遷移至都會地區，導致鄉村地區有醫師不足情形（Mazumdar & McRae, 2015）。日本研究則顯示，1980 年至 2002 年間，都市地區每萬人的醫師數是鄉村地區的兩倍，且 20 年間未有較大變動，即醫師分布不均現象難以改善。

因此，為解決偏遠地區醫事人力不均問題，世界衛生組織（2021）公布「發展、人才吸引、招聘與留用農村和偏遠地區之衛生人力指南（WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote

areas)」，透過實證方法，針對各國所採行之干預措施進行研析，提出影響醫事人員留任偏遠地區之六大因素（如下圖 2），分別為個人出生背景、家庭與社區地位、專業進修與繼續教育、強制性義務服務、工作與生活條件、津貼福利，並分從教育、法規、經濟激勵、專業發展等面向提出政策建議，在教育方面，最推薦且具證據力之方案為招收具有偏遠地區背景的學生進入各類醫事科系教育及訓練，以增加畢業生選擇在山地、離島地區執業的機會。此外，安排學生至偏遠地區接受臨床訓練、將偏遠地區可能遇到之議題納入教育訓練，以及滿足偏遠地區工作者繼續教育與專業發展之需求，亦為世界衛生組織強力推薦之策略。於經濟誘因方面，研究指出薪資及待遇是影響醫事人員於偏遠地區服務去留的重要影響因素，待遇福利亦包含加速晉升條件、交通及住宿補助、子女教育補助及配偶就業機會等方案。



資料來源：「發展、人才吸引、招聘與留用農村和偏遠地區之衛生人力指南（WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas）」，世界衛生組織，2021

圖 2、影響醫事人員留任偏遠地區之六大因素

（二）偏遠地區醫師不足或分布不均

依據本部醫事管理系統 112 年 5 月資料，全國醫院共計 510 家、診所共計 22,802 家、西醫師數為 22.94 人/每萬人口，惟仍有部分次醫療區域之醫師人力低於每萬人口醫師數 10 人，包括台東縣大武（5.51）、金門（6.3）、台東縣成功（6.43）、彰化縣南彰化（7.01）、苗栗縣海線（7.55）、新竹縣竹東（8.27）、台東縣關山（8.94）、花蓮縣鳳林（9.38）、苗栗縣中港（9.65）、雲林縣北港（9.93）等 10 個次醫療區域，且依據國民健康署「2021 年臺灣各縣市衛生所統計年報」，尚有 69 所衛生所無醫師登錄，顯示仍有偏遠地區醫師不足問題。

偏鄉歷來多依賴公費醫師分發服務，由於一般公費醫師培育制度業於 98 年停招，105 年重啟「重點科別公費醫師培育計畫」，截至 111 年已招收 758 名醫學生，惟須於 115 年起始辦理分發下鄉服務作業，仰賴公費醫師分發緩不濟急，為因應公費醫師新舊制度銜接過程衍生偏鄉醫師人力缺口，本部於 109 年至 112 年辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫，希藉由津貼之補助，鼓勵公費醫師於服務期滿後，能續留偏遠地區醫療機構服務民眾，並與重點科別公費醫師培育計畫之人力接軌，穩定偏遠地區醫師人力。截至 111 年核定公費醫師期滿留任共計 115 名，排除已離職或留職停薪者，共計補助 104 名公費醫師，其中留任高度偏遠地區 22 名、偏遠地區 69 名及離島地區 13 名。

（三）偏遠地區之醫療服務多仰賴公立醫療機構

研究顯示醫療機構較多之地區，民眾跨區就醫比例較低，反之若區域內醫療資源較為缺乏，則跨區就醫情況便會增加（李虹映 et al., 2014; 林維娟 et al., 2004），而偏遠地區之醫療量能大多由公立醫療機構或衛生所（室）提供，然基於國內衛生所為政府最基層之之醫療、衛生及保健單位，卻有多處鄉鎮市衛生所屬 88 年以前設計建造之老舊窳陋建物，未能符合最新耐震設計標準，近年又因轄區人口增長、老化速度加劇、組織架構調整，人員配置與空間環境明顯呈現機能需求不足，難以發揮其全人照護之功能以及災害發生時救災救護之效能。

另於原住民族及離島地區，其醫療資源相較都市更甚缺乏，當地民眾之基本醫療健康照護、預防保健、傳染病防治、長期照護等，多需仰賴衛生所（室）提供，惟原住民族及離島地區衛生所（室）因地

處偏遠，易受當地氣候、颱風、豪大雨或地震等影響發生災損，或已逾使用年限而老舊不堪使用，為提升偏遠地區醫療量能，改善衛生所（室）硬體環境刻不容緩。

四、社會參與及政策溝通情形

本計畫委辦研究團隊調查偏遠地區醫療資源利用與需求評估，並召開多次專家會議，廣徵不同背景的專家學者（含醫療、公衛、護理、管理、行政等）及政府官員建言，蒐集醫療院所（含偏遠地區醫院）、衛生局、所代表對於計畫內容的建議，同步調查衛生所服務空間及需求評估，亦於偏鄉醫師留任計畫工作小組會議，與相關單位及專家學者進行溝通討論，各項執行政策與工作規劃均涵蓋與相關團體討論之結果。

貳、計畫目標

一、目標說明

偏遠及離島地區由於地理環境及交通不便利，復以人口稀少，醫事人員執業所得不符經濟效益，導致醫事人員招募及留任困難，醫療資源普遍有不足之情形。為提升離島及偏遠地區醫療保健服務品質及就醫可近性，使偏鄉離島居民獲得周全的醫療照護，提供該等地區民眾妥適的醫療照護，達到醫療服務全面覆蓋（universal coverage）之目標，將搭配醫療資訊化及鬆綁醫療法規等重要政策，全面改善及完善偏鄉醫療照護網絡，消弭城鄉健康的不平等。

本計畫執行之整體目標如下：

- （一）強化在地緊急醫療處理能力，提升急重症照護量能
- （二）提升基層醫療服務量能，增進就醫可近性；衛生所（室）均需擔任在銜接醫療、社區照顧上第一線角色，因此衛生所

(室)空間常為提供社區民眾接受健康照護服務場域，故完成50處以上衛生所(室)之耐震補強、拆除重建或新建工程，以符合安全及在地服務需求。

(三) 充實在地醫療人力，改善醫事人力缺口

(四) 強化緊急後送機制，提升黃金救命效能

二、達成目標之限制

(一) 由 WHO 之報告及其他國家經驗可知，偏遠地區醫事人員之留任，最佳的方式是促進偏遠地區的發展，而加強偏遠地區的基礎建設、居住環境和後備支援，均為重要之影響因素，然因其牽涉面向廣泛，尚非本計畫所能全然含括。

(二) 為提高醫事人員於偏鄉、離島地區服務之意願，改善在地衛生所(室)之軟體與空間硬體設備為一重要之影響因素，惟其需要經費之挹注，否則難以改善偏鄉醫療照護。

(三) 考量行政資源之有限性與運用效率，將視每萬人口醫師數、醫院層級及醫院緊急醫療處理能力等整體醫療需求，劃分偏鄉偏遠程度，以評估優先順序提供補助。

三、績效指標、衡量標準及目標值

目標	策略	績效指標	衡量基準	辦理機關	年度目標值				
					現況值 (111年)	113年	114年	115年	116年
壹、強化在地緊急處理能力	提升醫療網絡醫療區域急重症醫療照護品質	次醫療區域急救責任醫院小於2家以下者 ^{註1} ，醫院達中度級具分章節重程度級之醫院家數	醫院緊急醫療能力分級評定	衛福部醫事司	8家	8家	8家	9家	9家
貳、提升基層醫療服務量能	重建、整修基層衛生所(室)	增加基層衛生所(室)之耐震補強、拆除重建或新建工程達90件以上	耐震補強工程發包數案件數	衛福部國健署	-	-	27件	15件	9件
			拆除重建或新建工程發包數案件數		-	-	7件	36件	-
	重建、整修原鄉及離島衛生所(室)	補助重建、整修原鄉及離島衛生所(室)件數	補助重建、整修原鄉及離島衛生所(室)件數	衛福部照護司	3件	3件	3件	3件	3件
	充實在地牙醫醫療量能	累計訓練之招募人次	學年度訓練中之招募人數	衛福部口腔司	-	-	50	105	150

目標	策略	績效指標	衡量基準	辦理機關	年度目標值				
					現況值 (111年)	113年	114年	115年	116年
參、充實在地醫療人力	分發原住民民族及離島地區養成公費醫師	服務期滿留任率維持近 70%	留任人數 / 服務期滿人數 x 100%	衛福部照護司	約 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
	辦理醫師申請或留任偏鄉獎勵計畫	補助申請或留任偏鄉之醫師人次	補助申請或留任偏鄉之醫師人次	國軍退除役官兵輔導委員會	31	41	41	41	41
				衛福部醫事司	33	50	50	50	50
肆、強化緊急後送機制	離島地區空中緊急轉診後送	空中緊急轉診核准後實際執行率	空中緊急轉診實際執行件數 / 空中緊急轉診核准件數 * 100%	衛福部照護司	90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%

註：

1. 急救責任醫院小於 2 家之次醫療區域：金門、連江、西北區、竹東、中港、海線、草屯、南投、埔里、竹山、北港、斗六、太保、阿里山、旗山、枋寮、澎湖、鳳林、玉里、關山等 20 個次醫療區域（資料期間 112 年 5 月）。
2. 各計畫年度目標值將依各單位每年實際分配之預算調整，並依所核定先期作業計畫辦理。

參、現行相關政策及方案之檢討

行政院前於 108 年 11 月 12 日院臺衛字第 1080034296 號核定「優化偏鄉醫療精進計畫」，實施期間自 108 年 8 月 1 日至 112 年 12 月 31 日止。有關「優化偏鄉醫療精進計畫」預期效益達成情形、執行績效與檢討詳述如下：

一、執行績效

第一章 強化在地緊急醫療處理能力

(一) 醫學中心（重度級醫院）支援計畫【檢討醫學中心支援計畫】 及【修正醫學中心評鑑任務指標】

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

(1) 執行期程

自 109 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止（4 年為 1 期），
並每年審查期末成效作為下一年度續約之依據。

(2) 計畫目標

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

(3) 現況執行情形

109 年至 112 年由 30 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援
醫療資源不足地區 29 家偏遠醫院，挹注 139 名專科醫師人
力，112 年支援科別及人數依序為急診醫學科(24 名)、外科、
神經科(均為 17 名)、心臟內科(15 名)、神經外科(12 名)、
婦產科(10 名)、加護病房、兒科(均為 9 名)、內科(6 名)、

骨科（5 名）、麻醉科（4 名）、肝膽腸胃科（3 名）、眼科（2 名）、心臟外科、胸腔外科、胸腔內科、腎臟內科、泌尿科、放射線科（均為 1 名）。

2. 提升醫療資源不足地區重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫

（1）執行期程

自 109 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止（4 年為 1 期）。

（2）計畫目標

維護該縣市唯一之重度級急救責任醫院得以持續提供重度級之緊急醫療照護能力，或輔導未有重度級醫院縣市，提升一家中度級急救責任醫院達成重度級標準，減少民眾跨區就醫奔波。

（3）現況執行情形

109 至 112 年已補助宜蘭羅東博愛醫院、臺大雲林醫院、屏東安泰醫院，維持重度級急救責任醫院標準；自 107 年起新增苗栗大千醫院，已協助上開 4 家醫院於「醫院緊急醫療能力分級評定」中急診、急性腦中風、急性冠心症、緊急外傷、高危險妊娠及新生兒、加護病房等章節項目內容，達成重度級之標準。

3. 提升兒科緊急醫療救護品質及資源整合計畫

（1）執行期程：以 2 年為 1 期，並依每年期末執行成效作為下一年度續約依據。

（2）計畫目標

每縣市至少 1 家中度級以上急救責任醫院提供 24 小時兒童

(含新生兒及早產兒) 緊急醫療，並有兒科專科醫師或小兒外科專科醫師於夜間及假日值班，提供急、住診等醫療服務。

(3) 現況執行情形

111 年已協助 14 縣市 14 家醫院，由兒科專科醫師或小兒外科專科醫師提供 24 小時兒童緊急醫療服務。

(二) 緊急醫療資源不足地區改善計畫

(1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，並滾動式調整辦理下一期計畫。

(2) 計畫目標

提升交通不便資源缺乏地區緊急醫療救護量能，維持偏遠地區醫療照護不中斷。

(3) 現況執行情形

設立 8 處「觀光地區急診醫療站」、1 處「夜間假日救護站」、10 處「醫療資源不足地區之醫院急診能力」與 1 處「強化醫療資源不足地區 24 小時急診能力」，每月可服務急診病患約 5,200 人次。

第二章 提升基層醫療服務量能

(一) 強化衛生所(室) 醫療照護服務資源

1. 執行期程

每年發文各縣市衛生(福利)局，定期彙整所轄衛生所(室) 整建需求(包含原住民及離島地區)。

2. 計畫目標

偏鄉民眾在面對醫療、社區照顧的銜接，常需要有熟識在地需求的健康守門人，另外在癌症、慢性病等疾病篩檢及醫療

需求上，衛生所醫師及公共衛生護理師常為最基層的服務提供者，因此衛生所(室)之整體建築物安全，至關重要。故因應在地服務需求改善衛生所(室)環境，以提供當地民眾安全舒適就醫空間，並提升醫療及照護品質。

3. 現況執行情形

(1) 本部於 106 年至 112 年辦理「前瞻基礎建設計畫」之「整建長照衛福據點計畫－衛生所項目」及「公有危險建築補強重建計畫地方政府衛生局及衛生所計畫」，截至 111 年 12 月針對全國 374 處衛生所，已辦理 228 處（272 案）公有建築物修繕、補強、拆除重建或新建，共補助計新臺幣（以下同）21 億 8,195 萬 7,000 元，其中補助位於醫療資源缺乏地區計 75 家衛生所其中之 55 所（62 案），涵蓋率為 73%，惟尚未全面完成全國衛生所(室)建築物改善。

(2) 「原鄉及離島地區衛生所、室新（重、擴）建及空間整修（修繕）計畫」：108-112 年已補助原住民族及離島地區衛生所新（重、擴）建 10 處、空間整修 6 處及修繕 5 處。

(二) 擴大推動遠距醫療照護服務【檢討法規鬆綁導入資訊科技】

1. 擴大推動遠距醫療，並納入健保給付

107 年 5 月發布通訊診療辦法，110 年遠距醫療納入健保給付範圍。

2. 偏遠地區遠距醫療建置計畫

107-111 年度推動「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，自 107 年開辦至 111 年 12 月底止，總服務量共計 8,796 人次。

3. 設置原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診

(1) 執行期程

109 年起進行試辦五官科遠距醫療專科門診服務，110-113 年依地方需求全面擴大推動。

(2) 計畫目標

補實原住民族及離島地區專科醫療資源，提升民眾就醫可近性。

(3) 現況執行情形

109 年於原鄉離島衛生所計 14 處進行試辦，110-113 年依地方需求全國擴大推動，截至 112 年 3 月完成布建 36 處，已服務共計 9,619 人次。

4. 全民健康保險遠距醫療給付計畫

(1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

(2) 計畫目標

遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。

(3) 現況執行情形

A. 執行方式：

- a. 專科門診遠距會診（限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科）。
- b. 急診遠距會診（不限科別）。

B. 辦理情形：

本計畫自 109 年 12 月 29 日公告施行，111 年共 62 家在地院所與 32 家遠距院所合作參與本計畫，服務鄉鎮計 47 個，專科門診遠距會診服務 6,400 人次，急診遠距會診服務 85 人次。

（三）強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務

1. 鼓勵公務人員退休回任

（1）於 109 年 6 月底前完成更新本部所屬醫院退休醫事人員名單、並請本部所屬偏遠離島醫院提供職缺訊息公告。截至 112 年 12 月 31 日止有 51 位於非偏遠離島醫院退休之醫事人員至偏遠醫院服務。

（2）督導本部所屬醫院降低偏鄉醫師人員空缺率：人員空缺率自 109 年第 1 季 16.51%降低至 112 年第 4 季 2.38%。

2. 規劃部立醫院建立同體系內輪調陞遷制度

本部業於 108 年修正「衛生福利部所屬醫療機構醫事人員兼任院長副院長及各級醫事主管之任期及遴用辦法」增列第六條第一項第四款規定，將本部偏鄉偏遠、離島地區之醫院服務資歷列入遴用條件之一，鼓勵醫師前往偏遠離島地區服務。

（四）研議擴大偏遠地區部立醫院免提折舊攤提

「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」業經行政院於 108 年 11 月 18 日修正核定第四點，將偏遠地區醫療機構列為醫院資產免提折舊攤提範圍，有助偏遠地區醫院紓解營運困境。

（五）提升在地醫療可近性

1. 補助醫事人員至原住民族及離島地區開業

（1）執行期程

每年發文各縣市衛生（福利）局轉知並公告於本部網站，申請案件隨到隨審。

(2)計畫目標

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

(3)現況執行情形

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

B. 辦理情形：94 至 111 年計補助原住民族及離島地區醫事機構開業 120 家。

2. 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)

(1)執行期程

每期執行期程計 3 年。

(2)計畫目標

A. 鼓勵有能力、有意願之醫療院所至山地離島地區提供各項健保醫療服務，提升當地保險對象醫療照護可近性。

B. 藉由醫療資源之整合及社區意識之融入，全面改善山地離島地區整體健保醫療服務品質。

(3)現況執行情形

A. 服務內容：夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療等醫療服務，以及健康促進、衛教、到宅服務等，提升當地保險醫療照護可近性。

- B. 辦理情形：111 年計有 26 家醫院承作並結合當地 71 家基層診所（含衛生所）、居家護理所及物理治療所，每月提供專科門診超過 1,800 診，照護人口約 48.8 萬人。

3. IDS 計畫之山地鄉全人整合照護執行方案

(1) 執行期程

每期執行期程計 3 年。

(2) 計畫目標

- A. 透過醫療照護的垂直及水平整合，以改善山地鄉住民健康差距並提供具文化敏感度之照護服務。
- B. 鼓勵醫療院所提供全人整合性照護的服務與合作機制，以建立健康照護的可近性與健康結果指標。

(3) 現況執行情形

- A. 服務內容：提供健康促進、預防保健、疫苗接種、疾病診療、個案追蹤及健康管理等全人整合性照護服務。
- B. 辦理情形：自 111 年起由花蓮慈濟醫院承作花蓮縣秀林鄉山地鄉全人照護執行方案，並與當地秀林鄉衛生所合作提供健康促進、預防保健、疫苗接種及疾病診療等全人整合照護服務，每月提供專科診次約 50 診次。111 年服務約 2.4 萬人次，應照護人數為 7,888 人。

4. 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

(1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

(2) 計畫目標

鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業與巡迴醫療服務。

(3) 現況執行情形

A. 執行方式：獎勵開業 36 個月，每月保障收入 20 至 35 萬點。

巡迴醫療論次費用 3,500 至 8,500 點及診察費加成。

B. 辦理情形：111 年計有 172 家院所承作巡迴計畫，服務約 29.2 萬人次，1 家診所參與開業計畫。

5. 全民健康保險中醫醫療資源不足地區改善方案

(1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

(2) 計畫目標

鼓勵中醫醫師至本方案施行區域開業與巡迴醫療服務。

(3) 現況執行情形

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

B. 辦理情形：111 年計有 154 家院所承作巡迴計畫，服務約 30 萬人次，7 家診所參與開業計畫。

6. 全民健康保險牙醫醫療資源不足地區改善方案

(1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

(2) 計畫目標

鼓勵牙醫師至計畫公告施行區域持續執業與提供牙醫巡迴醫療服務。

(3) 現況執行情形

A. 執行方式：執業診所每月保障 22 至 30 萬點，巡迴醫療論次每小時 1,800 至 4,600 點及醫療費用加成。

B. 辦理情形：111 年計有 19 個醫療團承作巡迴計畫，服務約 11.1 萬人次，另有 21 家診所參與執業計畫。

7. 強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能計畫

(1) 執行期程

每期執行期程計 1 年。

(2) 計畫目標

A. 持續推動醫療服務，提供適當醫療、保健服務，確保偏鄉地區居民就醫之可近性、便利性。

B. 增加診療服務科別，滿足在地居民基本醫療需求。

C. 充實醫事人力，平衡城鄉醫療資源不均，減少病患轉診奔波不便之苦。

D. 提升醫療品質及民眾醫療服務滿意度，建構優質醫療環境。

(3) 現況執行情形

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

8. 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

(1) 執行期程

每期執行期程計 1 年，每年依全民健康保險會協商結果辦理。

(2) 計畫目標

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

民眾就醫之可近性。

(3)現況執行情形

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

B. 辦理情形：111 年共 93 家醫院參與。

9. 離島地區醫院化療照護中心計畫

(1)執行期程

自 104 年 10 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日。

(2)計畫目標

- A. 疑似癌症或確診癌症個案追蹤，得以獲得適當治療。
- B. 提供以病人為中心、安全、實證、並符合癌症診療品質的癌症照顧。
- C. 依據癌症種類、腫瘤大小與擴散的程度來決定或是積極的化學治療或是消極的控制癌症以提高生活品質，減少縣民交通往返之辛勞。

(3)現況執行情形

本部澎湖醫院化療照護中心自 104 年 10 月 1 日揭牌啟用，截至 112 年 3 月底止共計服務 6,445 人次，每月平均大約 67.9 人次癌症病友可以不用在台澎兩地來回奔波。

第三章 充實在地醫療人力

(一) 精進重點科別及在地養成公費醫師培育

1. 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫【檢討地方養成公費生
培育計畫】

(1)執行期程

A. 招生期程：111 至 115 學年度，共計 5 年。

B. 養成期程：111 年 9 月 1 日至 121 年 6 月 30 日止，計 10 年。

(2)計畫目標

A. 111 至 115 學年度預計培育 600 名公費生(每年約培育 120 名)，提升原住民族地區、離島及偏鄉地區醫療照護人力量能。

B. 維持養成計畫公費醫師留任率 7 成。持續擴大護理人力培育，因應在地照護需求，培育社區照護護理師進階人才。

C. 滾動式檢討公費生服務管理要點，均衡偏遠地區醫療人力之分布，提升原住民族及離島地區居民醫療照護之可近性。

(3)現況執行情形

A. 58 年至 111 年：已培育 1,387 名，其中醫學系 703 名、牙醫 159 名，護理人員 363 名及其他醫事人員為 162 名。

B. 分析 91 至 111 年養成計畫服務期滿之醫事人員留任於原住民族及離島地區服務之留任率達 70%。其中公費醫師留任率達 75%、公費牙醫師 65%。

C. 111 學年度已招生培育醫事公費生 78 名(招生培育率 61%)，包含醫學系 24 名、牙醫學系 5 名、護理系 13 名、專科護理師碩士公費生 23 名及其他醫事人員 13 名。

2. 公費醫師制度計畫【研議調整一般公費醫師分發服務地點】

(1)執行期程

A. 招生期程：第一期（105 至 109 年），第二期（110 至 114 年）。

B. 培育期程：105 年 9 月 1 日至 120 年 6 月 30 日止，計 15 學年整。

(2)計畫目標

充實偏遠地區及醫療資源不足地區重點科別醫師人力，均衡人力分布。

(3)現況執行情形

(1)一般公費醫師培育制度

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

服務期滿公費醫師人數共計 1,148 名，留任原院原科別公費醫師人數共計 311 人，男女比約 3:1，整體留任率 27.09%。

(2)重點科別培育公費醫師制度

本部自 105 年辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，第一期（105 年至 109 年）共招收約 506 名公費醫學生，預計於 115 年陸續投入偏鄉醫療服務；第二期（110 年-114 年）預計招收 750 名，110 至 111 年度已招收 252 名。

(3)研議調整一般公費醫師分發服務地點

業經本部公費醫師培育制度督導小組第 6 次會議討論通過，109 年「衛生福利部公費醫師訓練後服務機構」與 108 年度之差異點在於限縮本部指定支援山地或離島地區之醫院，即 109 年服務機構，限指定參與健保署 IDS 計畫且支援醫院照護地區為離島或一級偏遠地區(次醫療區無醫院)之醫院。

一般公費醫師培育計畫已於 98 年以後停止招生，目前該計畫尚未下鄉服務之公費醫師不到 10 人，為簡化行政作業，自 112 年起皆分發至本部 112 年 2 月 16 日衛部醫字第 1121660715 號公告名單之醫療機構服務。

(二) 提升偏遠地區醫師羅致及留任獎勵

1. 偏鄉公費醫師留任獎勵計畫

(1) 執行期程

109 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日

(2) 計畫目標

由於一般公費醫師培育制度業於 98 年停招，前揭重點科別公費醫師培育計畫，預計需至 115 年起始辦理分發下鄉服務作業，為因應公費醫師新舊制度銜接過程中偏鄉醫師之人力缺口，故希藉由津貼之補助，鼓勵公費醫師於服務期滿後，能續留偏遠地區醫療機構服務民眾，並與重點科別公費醫師培育計畫之人力接軌，穩定偏遠地區醫師人力。

(3) 現況執行情形

(4) 109 年至 111 年本部核定共計 66 人(男性 51 人，女性 15 人)，實際獲補助計 59 人[其中留任高度偏遠地區 7 人(男性 6 人，

女性 1 人)、偏遠地區 39 人(男性 30 人,女性 9 人)及離島地區 13 人(男性 10 人,女性 3 人)], 另有 7 名醫師(男性 5 人,女性 2 人)因故離職,公費醫師留任目標達成率為 89% ($59/66=89\%$)。

(5) 109 年至 111 年國軍退除役官兵輔導委員會核定共計 49 人(男性 46 人,女性 3 人),實際獲補助計 45 人〔其中留任高度偏遠地區 15 人(男性 13 人,女性 2 人)、偏遠地區 30 人(男性 29 人,女性 1 人)〕,另有 4 名醫師(皆為男性)因故離職,公費醫師留任目標達成率為 92% ($45/49=92\%$)。

2. 管控離島及一、二級偏遠地區之本部所屬醫院醫師人力空缺率

(1) 鼓勵公務人員退休回任,持續更新本部所屬醫院退休醫事人員名單,並提供本部所屬醫院職缺訊息公告。

(2) 督導本部所屬醫院降低偏鄉醫師人員空缺率:自 109 年 16.51%降低至 111 年 0%

(三) 強化住院醫師訓練計畫

1. 為強化住院醫師對基層醫療之認識與相關疾病之診療能力,提升訓練的完整性,推動落實分級醫療制度,以提供病患連續性、整合性的醫療照護。
2. 109 年度起試辦家庭醫學科住院醫師至偏遠地區醫療機構輪訓(社區醫學課程),為期 3 至 8 個月,跨層級訓練場所涵蓋有基層診所、長照機構、社區醫療群、衛生所、居家醫療等,其中各醫院計畫納入衛生所訓練場域者為 59 家(佔 87%),大多以間歇式時段訓練規劃為主,持續一個月以上之訓練時數規劃者僅 10 家(佔 14.71%);另有 17 家計畫醫院因承接健保

署 IDS 計畫、醫中支援計畫或偏遠地區衛生所本身具教學訓練資格的專科醫師。且收集住院醫師意見大致同意至偏遠地區或醫療資源缺乏地區住院醫師學習有助於增加醫師本身責任感及不同制度下工作與溝通訓練。

3. 108 年起試辦內科專科醫師整合訓練，藉由具有豐沛臨床病人與教學資源的醫學中心或準醫學中心做為主要訓練醫院，與 1 至 3 家合作之主要訓練醫院合作之主訓醫院合併內科專科醫師訓練容額，形成一個整合訓練系統，並採共同招聘住院醫師方式，住院醫師可於此整合訓練系統醫院間輪流訓練。調查 108-112 年申請醫院招收人數每年可增加 9-18 人，可改善非都會區或規模較小之主訓醫院內科住院醫師招收率，除可增加住院醫師在醫學中心(主要訓練醫院)有較長的訓練時間，獲得較廣泛之學習內容及完整醫療訓練之外，短期輪訓在非都會之訓練模式可接觸社區型病患，並學習轉診轉院運作流程，落實推動分級醫療制度。
4. 每年辦理專科醫師訓練醫院認定計畫，委請各醫學會依據 AGCME 六大核心能力，訂定各專科相應的次核心能力。根據次核心能力，訂定明確的評核標準，使住院醫師明確瞭解每個階段學習重點，有明確成效評估及進階制度，逐步提升專科醫師訓練品質。

第四章 強化緊急後送機制

(一) 離島地區空中緊急轉診

1. 建立空中轉診審核機制

- (1) 成立空中轉診審核中心：提供 24 小時緊急醫療諮詢、評估

轉診必要性及協助航空器調度，平均每年審核件數約 300 件。

- (2) 建置空轉後送遠距會診平臺：透過「空轉後送遠距會診平臺」建立空中轉診「送」、「接」、「審」三方同步整合醫療分享決策模式，提供第一線醫事人員專業支持，增進離島民眾對於在地醫療之信心，降低空間距離感所生之就醫障礙，以減少不必要之空中轉診。

2. 推動金門、連江、澎湖三離島地區救護航空器駐地備勤計畫

- (1) 執行期程：自 106 年 7 月 28 日起至 114 年 12 月 31 日止。

- (2) 計畫目標

完成金門縣、連江縣及澎湖縣三離島地區專機駐地、空中緊急轉診安全轉送之目標，促進離島地區緊急醫療後送時效。

- (3) 現況執行情形

A. 執行方式：107 年 8 月完成三離島航空器救護專機駐地備勤，提供緊急醫療後送、病危返鄉等服務。

B. 辦理情形：110 至 111 年計完成三離島空中緊急轉診計 470 趟次。

二、執行檢討

(一) 強化緊急醫療能力方面

近年因氣候變遷、新興疾病流行以及社會活動的改變，新型態或複合式災難頻傳，如 103 年高雄氣爆事件、104 年八仙塵暴事件、110 年花蓮太魯閣號列車出軌事件等，各項災難所衍生之醫療資源隨之出現，突顯緊急醫療應變及災難醫療訓練越為重要。然而，偏遠及離島地區天候及路況難以控制、交通耗時，導致醫療照護資源不足，勢必衝擊偏遠及離島地區之醫療量能，故有必

要提升偏遠及離島地區之急重症醫療服務，強化當地緊急醫療資源與人力。

本部自 102 年辦理由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提升在地醫療服務量能（102-104 年計 57 名、105-108 年計 107 名、109-112 年計 139 名），並強化在地急重症醫療。惟醫學中心醫師長期支援情形不穩定，且合作更替頻繁，致執行成效難以延續，目前規劃同體系醫院或同一醫療網優先支援，並結合醫學中心任務指標及住院醫師容額等誘因，提高醫院支援偏鄉之意願，未來規劃整合縣市間醫療資源及公費醫師人力，持續強化偏鄉醫療照護品質。

（二）提升基層服務量能方面

鑑於原住民族及離島地區衛生所為其重要之醫療機構，本部除持續挹注該地區衛生所（室）之重擴建並補助醫療、資訊及發電機等重要設備，於 112 年補助衛生所（室）新（重）建及修繕 4 家、更新醫療設備 45 項及巡迴醫療（機）車 11 輛，進而完善醫療設備及環境外，並輔以遠距醫療系統，使醫療照護品質能深入原住民族及離島地區。此外，本部亦建置共用醫療資訊系統（Health Information System, HIS）及醫療影像傳輸系統（Picture Archiving and Communication System, PACS），截至 108 年完成 73 家原住民族及離島地區衛生所 HIS 系統建置，PACS 系統 45 家，並已於 108 年完成原住民族及離島地區衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬速率提升達 100Mbps 或當地最高網速共計 403 處，及汰換 64 家衛生所之醫療資訊系統設備，111 年度協助汰換連江縣轄內衛生所及醫院 PACS 設備，另考量偏鄉離島仍有專科服務不足問題，

仍有必要放寬遠距醫療之照護對象或模式，增加遠距醫療涵蓋範圍，以提升居民就醫品質及可近性。

本部於 106 年至 112 年辦理「前瞻基礎建設計畫」之「整建長照衛福據點計畫－衛生所項目」及「公有危險建築補強重建計畫地方政府衛生局及衛生所計畫」，截至 112 年 9 月針對全國 374 處衛生所，已辦理 227 處（299 案）公有建築物修繕、補強、拆除重建或新建，共補助計 24 億 2,300 萬元，其中補助位於醫療資源缺乏地區、原住民族及離島地區計 134 家衛生所其中之 55 所（62 案），涵蓋率僅 41%，惟經國民健康署 112 年 9 月盤點目前仍有 9 縣市有修繕、重建及新建需求，否則難以落實偏鄉在地醫療量能之提升。

（三）充實在地醫療人力方面

偏鄉地區常面臨醫療資源不足之挑戰，醫事人力短缺更是其中最主要的問題，尤其急重難症之專科別在偏鄉及離島地區常見分布不均情形，為確保在地擁有足夠之醫護人員提供必要醫療服務，及時應對意外事故或緊急情況，充實醫事人力之質與量乃是提升偏鄉地區醫療品質之重要關鍵。

為此，本部辦理「公費醫師培育制度」及「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，除可挹注偏鄉醫事人力，並重點培育人才羅致困難科別之醫師人力，對基層醫療醫師人力之充實亦達部分成效。

惟 98 年起停招舊制公費醫師，105 年重啟辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，為因應新舊制度銜接過程衍生偏鄉醫師人力缺口，以及受僱醫師納入勞動基準法致醫師工時縮減之影響，爰

擬具「優化偏鄉醫療精進計畫」(第一期)，辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫等，以改善偏鄉醫師人力缺口，惟第一期計畫將於 112 年底屆期，本部於 111 年委託專業團體評估偏鄉醫師人力資源現況、偏鄉公費醫師留任獎勵計畫之效益及下一期檢討改善措施。

為瞭解偏鄉醫師人力供需，本部於 111 年委請專業團體評估偏鄉離島醫師人力供給及就醫民眾需求，分析 108 年至 110 年大多偏鄉離島地區醫師人力主要仍為巡迴醫療，而區外就醫比率大於 50%之次區域共計 8 個次醫療區(嘉義縣阿里山、宜蘭縣宜蘭、南投縣草屯、臺東縣大武、臺東縣成功、花蓮縣鳳林、雲林縣虎尾、雲林縣北港)，其中 110 年跨區就醫最多之科別為內科(80.5%)及家醫科(42.5%)，顯示仍有多數鄉鎮有西醫師需求。

礙於偏鄉醫師招募困難，仍有偏鄉離島地區缺乏醫師，且公費醫師於服務期滿後續於偏鄉地區執業之意願較低，流動率高，109-112 年計有 15 位以上公費醫師經核定補助後仍離職或留職停薪，且計畫執行後，近三年各地醫師人數雖均有上升，惟仍有澎湖、屏東、南投次醫療區之每萬人口醫師數無明顯增加，致對於充實偏遠地區醫師人力之未臻理想，且「重點科別培育公費醫師制度計畫」(第一期，105-109 年)之公費醫師預計最快需至 115 年起始辦理分發下鄉服務作業。

因此本部分別於 112 年 3 月 17 日、4 月 20 日、5 月 18 日、7 月 14 日邀集專家學者召開會議，並於 112 年 3 月 15 日及 5 月 10 日召開高階主管會議，除檢討第一期偏鄉公費醫師留任獎勵計畫執行成效，亦討論規劃第二期偏鄉醫師留任獎勵計畫相關執行細節，經評估為增加挹注偏鄉醫師人力，確有擴大補助對象需求，

除增加人數，亦考慮不限於期滿之公費醫師。為謹慎評估偏鄉醫師人力，本司亦將偏鄉醫師留任困難提報本部 111-113 年風險評估會議，風險評估專家委員亦建議，增加補助人數及放寬補助條件至非公費醫師是重要的解決策略。

為保障期滿公費醫師權益，補助對象將視在地醫療機構偏遠程度、當地整體醫療需求、及特定科別羅致困難情形等條件排定補助之優先順序，並仍以服務期滿之公費醫師、偏鄉衛生所為優先，另將每年召開專家會議檢討補助方式，以持續穩定提供偏鄉醫師人力之需求。

(四)強化緊急後送機制方面

為落實醫療在地化政策，提升離島醫療照護品質，仍應持續強化離島醫院處理急重症醫療能力，以提升醫療照護可近性。惟離島地區如遇有無法提供緊急傷病患適當之醫療照護服務或經在地醫師評估無法於當地適當處置時，得透過空中轉診審核中心申請空中轉診。該審核中心提供 24 小時緊急醫療諮詢、轉診必要性評估並協助航空器調度。111 年申請空中轉診案計 307 件，經審核中心核准 286 件(核准率 93%)。另為提升空中緊急轉診之品質與效率，107 年起辦理三離島專機駐地，臺東蘭嶼、綠島則由內政部空中勤務總隊支援執行空中緊急醫療後送。

當緊急醫療資源無法及時觸及偏鄉離島地區之居民，僅能依靠航空器之快速支持，因此強化空中緊急醫療後送機制仍有其必要性，並應持續強化轉診效能。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

(一) 強化在地緊急醫療處理能力

1. 醫學中心（重度級醫院）支援計畫
2. 緊急醫療資源不足地區改善計畫
3. 偏遠地區遠距醫療建置計畫
4. 偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫

(二) 提升基層醫療服務量能

1. 強化衛生所（室）醫療照護服務資源
2. 全民健康保險遠距醫療給付計畫
3. 原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質
4. 提升在地醫療可近性
5. 充實在地牙醫醫療量能

(三) 充實在地醫療人力

1. 精進重點科別及在地養成公費醫師培育
2. 偏鄉醫師留任獎勵計畫
3. 強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務
4. 整合偏鄉醫療照護資訊連結
5. 強化住院醫師訓練計畫

(四) 強化緊急後送機制

1. 建立空中轉診審核機制
2. 推動金門、連江、澎湖三離島地區救護航空器駐地備勤計畫

二、分年執行策略及分工

年 度 項 目	113 年	114 年	115 年	116 年	執行單位
(一) 強化在地緊急醫療處理能力					
醫學中心（重度級醫院）支援計畫	檢討醫學中心支援計畫，因地制宜調整醫院辦理目標，並持續充實在地醫師人力。				衛福部醫事司
緊急醫療資源不足地區改善計畫	強化緊急醫療資源不足地區全時或特殊時段之醫療服務，藉由補助在地醫院互相合作之方式，提供當地民眾與遊客之緊急醫療需求。				衛福部醫事司
偏遠地區遠距醫療建置計畫	完成至少 24 個急診遠距供給點，提供急診會診服務，並依計畫執行情形滾動式調整，評估是否推動擴大服務範圍或項目。				衛福部醫事司
偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫	建立系統、整合人員及辦理教育訓練課程。	優化系統及擴大系統運用範圍，並導入遠距醫療照護科技。			衛福部醫事司
(二) 提升基層醫療服務量能					
重建、整修基層衛生所（室）	持續補助基層衛生所補強或拆除重建工程，完善基層衛生所之服務空間及設施，提升衛生所服務量能				衛福部國健署
重建、整修原鄉及離島衛生所（室）	補助原鄉及離島地區衛生所、室新（重、擴）建、空間整修及修繕。				衛福部照護司
全民健康保險遠距醫療給付計畫	視預算額度逐步擴大實施科別及施行地區。				衛福部健保署
原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質	依地方需求布建原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務，提供眼、皮膚、耳鼻喉等科別，並維運 100Mbps 網路服務。	持續維運原鄉離島遠距醫療專科門診平台及衛生所(室)與巡迴醫療點 100Mbps 網路，以利永續提供服務。			衛福部照護司

年 度 項 目	113 年	114 年	115 年	116 年	執行單位
健保 IDS 計畫	因地制宜提供山地離島地區民眾專科醫師診療、巡迴醫療等各項健保服務，並定期召開督導小組委員會，評估及反映當地實際醫療需求，適時檢討調整醫療服務。				衛福部健保署
山地鄉全人整合照護執行方案	鼓勵醫療院所結合當地基層醫療單位提供健康促進、預防保健、疫苗接種及疾病診療等全人整合照護服務與合作機制，建立健康照護可近性與健康結果指標。				衛福部健保署
西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案	每年評估各方案施行區域之合宜性，依實際需求修訂方案，提供開（執）業及巡迴醫療服務。				衛福部健保署
充實在地牙醫醫療量能	由區域醫院層級以上之教學醫院優先結合本部所屬醫院及牙醫醫療資源不足地區之院所，訓練人力後分發服務，充實當地牙科量能，建立牙科三級轉診支援網絡及辦理外展服務(以住宿式機構為優先)。				衛福部口腔司
(三) 充實在地醫療人力					
重點科別培育公費醫師	賡續培育重點科別公費醫師，並分發至偏遠地區服務。				衛福部醫事司
推動在地養成計畫	賡續培育原住民族及離島地區在地公費醫師。				衛福部照護司
偏鄉醫師留任獎勵計畫	補助續留或申請至偏遠地區醫療機構執業之醫師津貼，以穩定偏遠地區醫師人力。				衛福部醫事司、退輔會
強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務	由公立醫院擔負人力支援協調角色，協調及分派有意願至偏遠地區服務之醫師執業，建立運作模式。				衛福部醫事司、附屬醫療及社會福利機構管理會
	強化偏遠離島地區本部所屬醫院醫事人力，以提供偏遠離島地區民眾優質完整之全面醫療照護。				衛福部附屬醫療及社會福利機構管理會
整合偏鄉醫療照護資訊連結	建置偏鄉資訊整合平台，資訊化管理偏鄉醫療照護資源。				衛福部醫事司、資訊處
強化住院醫師訓練計畫	評估、規劃及試辦家庭醫學科等部分專科之住院醫師至偏遠地區衛生所輪訓。				衛福部醫事司

<div>年 度</div> <div>項 目</div>	113 年	114 年	115 年	116 年	執行單位
(四) 強化緊急後送機制					
建立空中轉診審核機制	提供 24 小時緊急醫療諮詢、轉診必要性評估並協助航空器調度，強化離島地區空中緊急醫療後送機制。				衛福部照護司
推動金門、連江、澎湖三離島地區救護航空器駐地備勤	於三離島地區各提供一架航空器全日駐地備勤，並提供各該離島緊急醫療後送服務。				衛福部照護司

三、計畫執行步驟及方法

(一)強化在地緊急醫療處理能力

1. 醫學中心（重度級醫院）支援計畫

為辦理急重症醫療照護網絡，自 101 年起，於醫院評鑑「醫學中心任務指標基準 5.1.4 章節」增列「提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質」為重要試辦指標，並於 104 年納為評鑑正式項目。據此，於 102-104 年辦理由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標準」中的「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）」等章節項目內容，105-108 年增列重度級急救責任醫院參與本支援計畫以提升在地醫療服量能，增加民眾就醫之可近性，並搶救病患生命之黃金時間。以逐年降低在地醫院病患轉出率、提升緊急傷病服務品質、增加當地民眾滿意度、達成在地醫院急重症照護模式及品質為目標，持續照護離島及醫療資源不足地區之民眾健康。109-112 年賡續辦理本計畫，並持續檢討各項計畫目標，以提升急重症照護品質。

(1) 策略作法

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

(2) 預期效益

A. 加重醫學中心社會公益責任，提升區域醫療水準並落實分級醫療。

B. 帶動或提升區域內或資源不足地區之急重症照護品質。

(3) 預算

辦理醫學中心（重度級醫院）支援計畫相關業務，每年約需 7 億 2,000 萬元，4 年合計約需 28 億 8,000 萬元，預算來源為醫發基金。

2. 緊急醫療資源不足地區改善計畫

為完善偏鄉針對醫療資源不足地區，提升在地醫療能力提供緊急醫療資源不足地區及觀光風景區即時之緊急醫療服務，自 95 年起補助在地醫院以互相合作之方式，因應當地民眾與遊客之緊急醫療需求。

(1) 策略作法

由急救責任醫院之緊急醫療團隊以互相合作之方式，提供全時或特殊時段之緊急醫療服務，以設立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」及「強化醫療資源不足地區 24 小時急診能力」4 種模式辦理。

(2) 預期效益

急救責任醫院與在地醫療機構互相合作之方式提供當地民眾與遊客之緊急醫療需求。

(3) 預算

辦理緊急醫療資源不足地區改善計畫相關業務，每年約需 2 億 5,000 萬元，4 年合計約需 10 億元，預算來源為醫發基金。

3. 偏遠地區遠距醫療建置計畫

我國因山脈眾多，地形複雜，偏遠及醫療資源不足地區因交通不便、人口稀少分散，且醫事人力之招募不易，導致部分科別醫師需求無法獲得滿足，必須向外轉診尋求醫療協助，不但造成民眾不便，也可能在轉診過程中造成延宕或危險。

遠距醫療已是多數國家醫療發展之趨勢，更是我國近年推動之重要衛生政策。因應台灣人口結構的改變，居家醫療或遠距會診之需求快速增加，加上資訊及通訊科技（Information and Communications Technology, ICT）進步與物聯網（Internet of Things, IoT）時代的來臨，藉由法規之鬆綁搭配醫療與通訊及智慧科技發展之結合，提供在地民眾即時的專科別診療，打破時間與地域之限制，緩解偏遠及醫療資源不足地區專科醫師人力不足與醫療資源分配不均的問題。

(1) 策略作法

- A. 以「遠距會診」、「綠色通道」、「安全轉診」及「區域聯防」等四大執行策略為核心，強化區域間之醫療合作關係，保障急重症轉診安全，並降低非必要或無效之轉診行為。
- B. 以 14 個轉診網絡為核心，由醫學中心或中度級以上急救責任醫院做為遠距急診會診服務供給端，協助提供區域內偏遠地區或緊急醫療資源不足地區醫療機構 24 小時之急診會診服務。

(2) 預期效益

- A. 建構成成熟之遠距急診會診模式，完善區域聯防機制。
- B. 提升偏遠及醫療資源不足地區民眾緊急醫療之可近性，提升急重症轉診安全性及效率。
- C. 預期於 113 年完成約 100 點之遠距服務點位，包含 24 個供給端及 76 個需求端。

(3) 預算

113 年度所需經費約 2,800 萬元，由前瞻特別預算支應；114 年起將持續爭取前瞻特別預算，以優化本案後續運行模式，及維運遠距醫療會診平台（含郵電相關費用），每年約需 1,000 萬元。

4. 偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫

偏鄉地區醫療人力與資源不足，是各國普遍存在之問題。因受地理環境影響，借助高科技是解決方法之一。美國 CDC 國家慢性病預防和健康促進中心（National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, NCCDPHP）已廣泛使用遠程醫療幫助偏鄉居民改善健康照護。它可減少因距離、交通或行動不便所產生之照護障礙，改善醫療不平等之問題。美國農村偏鄉地區比城市居民更容易死於五種主要死因：心臟病、癌症、意外傷害、慢性下呼吸道疾病和中風。而除癌症外，均與緊急醫療照護有關，遠距醫療可提升其照護品質。

遠程分類（tele-triage）與傳統分類類似，但使用通訊技術來補充或替代與患者互動的效率與品質。遠程檢傷分類可確定患者之緊急狀況及所需之照護資源，同時可建立民眾就醫前之篩選機制、降低緊急就醫之急迫性及避免因就醫不便而延誤病情。遠程分類被證實的好處包括（1）降低非必要之急診就醫，（2）輕病可獲得快速解決，（3）降低民眾就醫時間成本及（4）提升 EMS 及急診效率。

(1) 策略作法

- A. 與消防署合作辦理偏鄉到院前遠距緊急檢傷分類與諮詢。
- B. 整合偏鄉與支援醫學中心緊急醫療醫護人員。
- C. 系統連結 EMS 派遣中心與偏鄉緊急救護單位（醫療站、急診室、

基地醫院急診)。

(2) 預期效益

- A. 活絡偏鄉醫療人力之運用
- B. 整合區域醫療資源
- C. 提升偏鄉居民緊急醫療滿意度

(3) 預算

辦理偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫相關業務，113 年預算為 807 萬 6 千元，114-116 年每年約需 1,222 萬元，4 年合計約需 4,473 萬 6 千元，預算來源為公務預算。

(二) 提升基層醫療服務量能

1. 強化衛生所（室）醫療照護服務資源

基於國內衛生所為政府最基層之之醫療、衛生及保健單位，由於鄉鎮市衛生所多屬 88 年 12 月 31 日以前設計建造之早期老舊窳陋建物，未能符合最新耐震設計標準，近年又因轄區人口增長、組織架構調整，人員配置與空間環境明顯呈現機能需求不足，難以發揮其全人照護之功能以及災害發生時救災救護之效能。

另於原住民族及離島地區，其醫療資源相較都市更甚缺乏，當地民眾之基本醫療健康照護、預防保健、傳染病防治、長期照護等，多需仰賴衛生所（室）提供，惟原住民族及離島地區衛生所（室）因地處偏遠，易受當地氣候、颱風、豪大雨或地震等影響發生災損，或已逾使用年限而老舊不堪使用，爰為提供當地民眾安全舒適之就醫環境，本部自 88 年起辦理「原住民族及離島地區衛生所、室新（重、擴）建及空間整修（修繕）計畫」，逐年編列預算補助辦理衛生所（室）之整建，以改善衛生所（室）環境，提升醫療及照護品質。

惟目前除原住民族及離島地區外，非都市之地區仍有衛生所(室)有硬體建築、拆除重建或新建之需求，為提升基層醫療服務量能，使居民獲得周全的醫療照護，將盤點全國衛生所，並依實際需求逐步推動強化衛生所(室)之耐震補強、重建或新建工作。

(1) 策略作法

- A. 非都會區之衛生所(室)盤點重建計畫：依據各縣市所提初詳評報告、計畫，推動基層衛生所耐震補強、重建或新建工作，預計4年內將可完成50棟以上衛生所補強、重建或新建工程，除提供基層衛生所安全建築外，並擴建場所範圍，容納更多使用項目，為地方提供多元醫療服務之功能。
- B. 山地離島地區衛生所(室)盤點重建計畫：縣市衛生主管機關全盤考量所轄原住民族及離島地區衛生所、室之需求，並於每年一月底前，提出下年度該等地區衛生所室新(重、擴)建暨空間整修(修繕)之需求計畫。
- C. 已於112年9月15日盤點全國22縣市衛生所補強、重建或新建需求，統計結果為14縣市94件有補助需求，仍依每年盤點結果修正。

(2) 中央與地方政府之分工

A. 中央政府：

- (A)負責各縣市衛生所(室)建築物耐震能力評估、補強、拆除重建及新建執行計畫之規劃、執行與督導。
- (B)核定經費補助各地方政府。

B. 地方政府：

- (A)負責轄區衛生所(室)建築物耐震能力評估、補強、拆除重

建及新建執行計畫之規劃、執行。

(B)邀請相關公會或學術團體，組設諮詢小組，提供建築物所有權人或使用人技術諮詢。

(3) 預期效益

- A. 翻新衛生所硬體建築，完善基層衛生所之服務空間及設施，符合社區需求，提升居民優質的多元複合創新照護服務。
- B. 改善原住民族及離島地區衛生所（室）環境，以提供在地民眾安全舒適就醫空間，並提升醫療及照護品質。

(4) 預算

- A. 非都會區之衛生所（室）盤點重建計畫：執行本計畫所需公有建築物耐震補強（含增、改、修建）、拆除重建或新建作業之評估費、設計監造費、工程費、專案人力雇用費及必要之行政作業費等，經費總計約 29.72 億元，預算來源擬爭取公共建設計畫經費支用。
- B. 山地離島地區衛生所（室）盤點重建計畫：每年平均編列經費約 4,000 萬元（資本門），以機關現有預算編列支應，預算來源公務預算。

2. 全民健康保險遠距醫療給付計畫

為增進山地離島及偏僻地區民眾專科醫療可近性與照護完整性，健保署辦理「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，由山地離島及偏僻地區之特約醫療院所提出申請，提供當地民眾專科遠距門診。

(1) 策略作法

- A. 擴大實施科別：目前會診實施科別為眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科等，後續將再持續蒐集

各界意見，檢討實施科別。

- B. 擴大實施地區：目前實施地區包括「全民健康保險法所稱山地離島地區」及「衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區（僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫，限 110 年以前（含）已核定之計畫）」，未來將持續蒐集意見，檢討施行地區。

(2) 預期效益

提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性，充實在地醫療資源，落實醫療在地化，鼓勵各該地區以視訊通訊方式，提供專科門診及急診遠距會診服務。

(3) 預算

- A. 本計畫之遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成與全民健康保險居家醫療照護整合計畫醫師訪視費加成由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，112 年預算計 1.7 億元。

- B. 其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

（註）鑑於全民健保醫療服務係採總額支付制度，113-116 年健保總額尚未協商分配，爰以 112 年預算作為執行參考。

3. 原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質

本部於 108 年全面提升原鄉離島衛生所（室）及巡迴醫療點網路頻寬至 100Mbps，縮短城鄉醫療資源差距，另為補實原鄉離島地區專科醫療資源不足，在基礎建設完備及法規鬆綁基礎之上，109 年擇定 14 處原住民族及離島地區醫療院所試辦遠距醫療專科門診服務，110-113 年依地方需求擴大推動，截至 111 年底已完成建置 36 處，預計

至 113 年可完成 52 處佈建（需求涵蓋率 100%）。

(1) 策略作法

建置原鄉離島衛生所(室)及巡迴醫療點 100Mbps 寬頻網路，並推動衛生所遠距醫療專科門診服務，提供眼、耳鼻喉及皮膚科等科別服務，由衛生所醫師親自診察病人，及衛生所專業醫事人員操作五官鏡等醫療儀器設備為患者檢查，並由遠端院所合作的專科醫師透過視訊會診方式給予診療建議，雙方共同合作照護病人。

(2) 預期效益

提升原鄉離島地區在地醫療量能及醫療網路品質，分享醫學中心豐富的醫療資源，以提升在地醫療服務品質及可近性，節省醫療成本，縮短城鄉醫療差距。

(3) 預算

原住民族及離島地區衛生所遠距醫療專科門診服務預計至 113 年累計可完成 52 處衛生所布建（含設備購置、系統系統等），需求涵蓋率達 100%，並維運原鄉離島衛生所(室)及巡迴醫療點 100Mbps 寬頻網路，前開所需經費由前瞻特別預算支應至 113 年度；惟自 114 年起需增修及維運遠距醫療專科門診視訊平台（含郵電相關費用）與維運 100Mbps 寬頻網路等，計每年經費約需 3,720 萬元(經常門 2,720 萬元，資本門 1,000 萬元)，3 年(114-116 年)總經費預估需 1 億 1,160 萬元(8,160 萬元，資本門 3,000 萬元)。

4. 提升在地醫療可近性

為平衡城鄉醫療資源差距，健保署辦理 IDS 計畫、山地鄉全人整合照護執行方案及西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案，鼓

勵醫療院所及醫師至山地離島及偏遠地區提供醫療服務。

(1) 策略作法

A. IDS 計畫

於全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算項下，編列額外經費支應醫事人員支援費用、特定醫療服務費用、健康照護促進及品質提升費及評核指標獎勵費，鼓勵醫療院所至 50 個山地離島地區提供夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診、其他醫療健康促進等各項健保醫療服務。

B. IDS 計畫之山地鄉全人整合照護執行方案

設計多元性支付誘因，以支付醫事人員支援費用及回饋金及外加獎勵費等全人整合照護費用，鼓勵醫療院所結合當地基層醫療單位提供健康促進、預防保健、疫苗接種及疾病診療等全人整合照護服務與合作機制，建立健康照護可近性與健康結果指標，並透過醫療照護的垂直及水平整合，改善山地鄉住民健康差距及提供具文化敏感度之照護服務。

C. 西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案

依地區分級，每月支付開（執）業計畫診所保障收入，另提供巡迴論次費用及診察費加成等，鼓勵醫療院所及醫師至醫療資源不足地區提供醫療服務。

(2) 預期效益

將較充足的醫療人力及資源送到山地離島及偏遠地區，以彌補當地醫療提供不足之困境，增加醫療服務之可近性及提昇醫療服務品質。

(3) 預算

A. IDS 計畫及山地鄉全人整合照護執行方案

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」專款項下支應，112 年預算計 6 億 540 萬元。

B. 西醫醫療資源不足地區改善方案

a. 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應，112 年預算計 3 億 1,710 萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。

b. 全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應，112 年預算計 1 億元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。

C. 中醫醫療資源不足地區改善方案

由全民健康保險醫療給付費用總額中醫門診醫療給付費用總額之「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應，112 年預算計 1 億 7,200 萬元。

D. 牙醫醫療資源不足地區改善方案

由全民健康保險醫療給付費用總額牙醫門診醫療給付費用總額之「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應，112 年預算計 2 億 8,000 萬元。

(註)鑑於全民健保醫療服務係採總額支付制度，113-116 年健保總額尚未協商分配，爰以 112 年預算作為執行參考。

5. 充實在地牙醫醫療量能

截至 112 年 9 月，計有 13 縣市每萬人口牙醫師數少於 5 人(如表 1)，為提升偏遠地區醫院牙醫師招募及留任，改善民眾口腔醫療服務

可近性及醫療品質，並符合多數 OECD 國家每萬人 5-8 名牙醫師之水準，故規劃以區域醫院層級以上之教學醫院，優先結合本部所屬醫院及牙醫醫療資源不足地區之院所，透過導入新進牙醫師、資深牙醫師之方式，充實當地牙科量能，以符合當地民眾口腔照護需求。

本計畫為新興計畫，規劃派駐具專科或一定資格之牙醫師(下稱資深牙醫師)支援，預計充實上開 13 縣市轄內之 13 家本部所屬醫院牙科人力，並可擴大支援有意願之牙醫醫療資源不足地區之院所，使公立醫院及偏遠地區院所牙科充分發揮公共衛生、臨床醫療及外展服務之任務角色。

(一) 策略作法

由區域醫院層級以上之教學醫院擔任訓練指導角色(下稱訓練醫院)，優先結合**本部所屬醫院及牙醫醫療資源不足地區之院所(下併稱服務院所)**，充實醫院牙科人力、設施設備及牙科醫療耗材，建立訓練醫院及服務院所之三級支援轉診網絡，提供當地民眾合宜、優質之牙科服務，並辦理住宿式機構外展服務及規劃均衡資源分布及提高留任率之措施，以充實在地醫療量能。為利本計畫順利推動，得由本部於計畫期程內，依前置作業需求辦理試辦計畫。

1. 多元人力導入

分為**訓練期及服務期**兩階段，**訓練期由訓練醫院招募通過第二階段牙醫師考試者**，提供二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練；若配合政策招募對象擴大為通過第一階段牙醫師考試者，**則可協助安排臨床實作訓練。**訓練結束後則分發至服務院所，依本部指定之期限提供服務，並得依訓練醫院之教學發展需求，辦理社區牙醫學、高齡牙醫學、牙科公共衛生主題相關研究。

每家訓練醫院收訓學員時，得派駐資深牙醫師至服務院所支援。

服務期則由完成訓練之牙醫師赴服務院所，以新進牙醫師之身分，依本部指定之一定年數履約期限提供偏鄉口腔醫療及外展服務。關於分發至訓練醫院及服務院所之方式及序位、指定之一定年數履約期限及其他與訓練服務有關之事項，由本部另行公告之。

2. 充實服務院所設施設備

補助治療椅、移動式設備及牙科醫療耗材，補助數量依各院招收本計畫新進牙醫師數及外展服務量而定，完備其擴大醫院牙科及外展服務量能所須之基礎硬體設施。

3. 辦理外展服務

由訓練醫院指派之資深牙醫師及服務院所牙科所組成之口腔照顧指導團隊，視在地醫療需求，以住宿式機構為優先對象，辦理口腔保健指導外展服務，提供口腔健康或機能評估，及照顧者衛教指導。

(二) 預期效益

透過訓練醫院派駐資深牙醫師支援之制度，厚植服務院所牙科人力，並由口腔照顧指導團隊之外展服務，提供偏僻地區機構可近、友善之照護與指導服務，改善口腔照顧品質，同步改善偏鄉居民及機構民眾之牙科服務可近性。

補助訓練醫院派駐資深牙醫師至服務院所之支援獎勵費，增聘人力獎勵費(鼓勵訓練醫院增聘人力補足派駐資深牙醫師之人力缺口)、臨床訓練費、收訓獎補助費(補助牙科耗材、補助輔助人力、研究獎勵)、長期支援費及其他業務費；服務院所赴接受外展服務

單位之專業服務費、機構教育訓練費、臨時工資、設施設備耗材補助及其他業務費；接受外展服務單位之指標達成獎勵費。**總經費需求計 23 億 9,944 萬元**，分別由長照服務發展基金、公務預算支應，說明如下：

1. 公務預算 20 億 5,914 萬元：

- (1) 支援獎勵費：每位派駐資深牙醫師每人每月 30 萬元，114-116 年逐年至多派駐 37、77、100 人，計須 7 億 7,040 萬元。
- (2) 增聘人力獎勵費：每增聘 1 名主治醫師，獎勵訓練醫院每月 15 萬元/月，114-116 年逐年至多增聘 19、39、50 人，計須 1 億 9,440 萬元。
- (3) 臨床訓練費：以每位學員每月 3 萬元計，114-116 年逐年至多 74、154、200 名學員，計須 1 億 5,408 萬元。
- (4) 收訓獎補助費：牙科耗材補助費以每位學員每月補助 2 萬元計；輔助人力補助費以每位學員每月補助 1 萬元計；每家訓練醫院每收訓 2 位學員，研究獎勵費 25 萬元，每年研究獎勵費上限為 100 萬元。計須 2 億 758 萬元。
- (5) 長期支援獎勵費：由同位資深牙醫師長期支援同家服務院所滿 1 年，每名資深牙醫師獎勵訓練醫院 180 萬元，每家醫院每年長期支援獎勵費上限 360 萬元。114-116 年逐年獎勵 19、39、50 資深牙醫師，計須 1 億 9,440 萬元。
- (6) 其他業務費：訓練醫院每派駐 1 名牙醫師，每年補助其他業務費 50 萬元，用於行政管理，如：臨時工資、印刷費、餐費、差旅費，每家醫院每年上限為 150 萬元，計須 1 億 700 萬元。
- (7) 設施設備費：治療椅 100 萬元/臺、移動式設備 50 萬元/組。

114-116 年預計分年補助 200 套(治療椅及移動式設備)，本項計須 3 億元。

(8) 轉任留任獎勵費：轉任留任於服務院所，每人每月 7-10 萬元(實際補助金額由本部審查核定)，114-116 年預計至多 22、42、50 人留任，計須 1 億 1,628 萬元。

(9) 人員招募之考試分發等行政襄助經費每年 500 萬元，本項計須 1,500 萬元。

2. 長照服務發展基金 3 億 4,030 萬元：

(1) 專業服務費：每家服務院所每年 76.8 萬元(800 元/人次，預計提供每位住民一週 2 次之服務)，114-116 年至多補助 20、40、40 家服務院所，計須 7,680 萬元。

(2) 辦理住宿式機構照顧者口腔健康教育訓練費：每家服務院所每年 20 萬元(5 萬元/場)，計須 2,000 萬元。

(3) 臨時工資：每年每家服務院所補助 70.3 萬元，供外展專業服務及教育訓練使用，計須 7,030 萬元。

(4) 其他業務費：每服務院所家每月 9.1 萬元，計須 1 億 920 萬元。

(5) 獎勵住宿式機構：指標分為口腔保健類及口腔機能支持類，接受外展服務之單位得申請兩類指標獎勵費，每類指標達成獎勵 4 萬元/半年，114-116 年預計獎勵 80、160、160 家住宿式機構，計須 6,400 萬元。

表 1、各縣市每萬人口牙醫師數

縣市	執登人數	112 年 7 月底人口數	每萬人口牙醫師數
新北市	2,777	4,031,256	7
臺北市	3,533	2,507,143	14
桃園市	1,404	2,306,565	6
臺中市	2,126	2,837,555	7
臺南市	1,202	1,859,229	6
高雄市	1,955	2,737,298	7
宜蘭縣	190	449,976	4
新竹縣	292	587,065	5
苗栗縣	205	534,968	4
彰化縣	610	1,242,512	5
南投縣	156	478,334	3
雲林縣	175	661,576	3
嘉義縣	96	486,049	2
屏東縣	260	796,936	3
臺東縣	67	211,933	3
花蓮縣	148	318,165	5
澎湖縣	37	107,331	3
基隆市	214	362,539	6
新竹市	372	455,069	8
嘉義市	241	263,810	9
金門縣	20	143,109	1
連江縣	7	14,005	5
總計	16,087	23,392,423	7

註：資料截至 112 年 9 月。

(三)充實在地醫療人力

1. 精進重點科別及在地養成公費醫師培育

我國自 64 年開辦之一般公費醫師培育制度，業自 95 年減招 40 名公費醫學生至 98 年停招，惟近年因社會經濟、醫療環境、人口結構改變及民眾對醫療需求多元化等現象，致使住院醫師選擇職業科別之意願隨之改變等因素，急重難症科別住院醫師招收不易，恐發生專科醫師人力失衡與地理分布不均問題，遂於 105 至 109 年重新辦理「重點科別公費醫師培育計畫（第一期）」，110 至 114 年辦理「重點科別公費醫師培育計畫（第二期）」，於完成內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科專科醫師訓練後，由本部或退輔會分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務，以充實偏鄉離島地區之醫師人力需求。

依據我國憲法第 157 條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」及原住民族基本法第 24 條第 1 項：「政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。」爰為有效提升原住民族及離島地區之醫療照護服務，深耕當地醫療，需積極持續培育當地醫事人才並鼓勵其長期留任，自 58 年起辦理原鄉離島在地醫事人才養成，至 111 年已培育 1387 名醫事公費生，原鄉衛生所達 8 成均為養成計畫公費醫師，服務期滿後留任率達 7 成。

(1) 策略作法

A. 精進與廣續培育重點科別公費醫師

- a. 培育重點科別醫師人力，給予公費待遇四年或六年，公費生於畢業並完成專科醫師訓練後，另依所受公費待遇年數，分發服務八年或十年。

b. 畢業之公費醫學生，五分之一比例分發於退輔會培育體系之榮民醫院或榮譽國民之家服務，五分之四比例分發於本部培育體系服務，服務地點以本部所屬偏遠醫院為主，偏遠地區及特殊任務之部立醫院優先，並以任務為導向，結合醫學中心支援偏鄉計畫。

c. 預定培育重點科別以內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科為主，並視偏遠地區人力實際需求彈性調整培育科別。

B. 精進與廣續培育原住民族及離島地區在地公費醫師

a. 公費醫師培育對象：具原住民身分或設籍於離島及偏鄉等地區之學生，於當年度招生簡章公告應考資格者。

b. 名額管控機制：

招生結果缺額科系得依地區及科系別滾動至次年度招生員額。

考量未來醫療及長期照顧人力需求，得邀請外界專家、地方政府及教育部召開會議，制定培育總額控管及流用原則。

c. 提供輔導服務及滾動修正管理要點

提供各階段輔導與諮詢服務及整合相關資源，辦理文化力與領導力相關課程，提升返鄉服務意願。

滾動修正公費生管理要點，有利返鄉服務及均衡在地醫事人力分布。

(2) 預期效益

A. 充實偏遠地區醫師人力，培育重點專科別，厚植部立醫院達成公醫使命。

B. 透過醫事公費生養成與分發服務之管理，預期對補實原住民族及離島等偏鄉地區衛生所與公立醫院之基層醫療人力補充具相當

幫助。

(3) 預算

- A. 精進與賡續培育重點科別公費醫師：依每年公費醫學生人數，補助其膳食費、學雜費、書籍費、住宿費等，提供公費醫學生經濟協助，並補助學校添購設備費，105 至 120 學年度，本部所需經費預估 16.83 億、退輔會所需經費預估 4.22 億，以本部及退輔會現有預算編列支應，預算來源為公務預算。
- B. 精進與賡續培育原住民族及離島地區在地公費醫師：主要提供醫事公費生在學期間修業所需之學費等相關修業獎補助，5 年(111-115 年)所需經費預估 9.18 億元，以機關現有預算編列支應，預算來源為公務預算。

2. 偏鄉醫師留任獎勵計畫

由於一般公費醫師培育制度業於 98 年停招，重點科別公費醫師培育計畫（第一期），預計需至 115 年起始辦理分發下鄉服務作業，偏鄉醫師人力仍有不足之虞，為因應公費醫師新舊制度銜接過程衍生偏鄉醫師人力缺口，本部於 109 年至 112 年辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫，希藉由津貼之補助，鼓勵公費醫師於服務期滿後，能續留偏遠地區醫療機構服務民眾，並與重點科別公費醫師培育計畫之人力接軌，穩定偏遠地區醫師人力。

偏遠地區因特殊地理位置、經濟條件及交通不易等情形，仍有部分偏鄉存有醫師年邁、醫師不足或無醫師問題，偏鄉醫師人力羅致困難，公費醫師之留任仍難以滿足部分偏鄉醫療需求，故 113 年起擴大補助對象至不限於公費醫師，有意願續留或申請至偏鄉醫療機構或衛生所執業之醫師，均納入本計畫補助對象，以均衡偏鄉醫師人力。

(1) 策略作法

A. 補助對象：以服務期滿（以服務期滿證明書核發日為準）之公費醫師為優先，並擴大補助對象至非公費醫師，及各類公職、軍職之退休醫師，續留或申請於偏鄉服務之醫療機構或衛生所執業者。

B. 補助方式：

a. 鼓勵醫師續留或申請至本部或退輔會指定位於高度偏遠地區、偏遠地區或基於政策需要經專案認定醫療資源不足地區之醫療機構或衛生所執業，考量行政資源之有限性與運用效率，依醫療層級及醫院緊急醫療處理能力、每萬人口醫師數，將次醫療區域（詳如表 2 次醫療區域劃分一覽表）之偏遠程度劃分高度偏遠及偏遠地區，並視在地醫療機構偏遠程度、當地整體醫療需求、及特定科別羅致困難情形等條件排定補助之優先順序，其偏遠地區定義如下：

高度偏遠地區：無醫院、僅有地區醫院或急救責任醫院評定為一般級醫院之次醫療區域與離島地區。（詳如表 3）

偏遠地區：已有急救責任醫院評定為中度級醫院之次醫療區、每萬人口醫師數<10 位之次醫療區域及其他原住民族地區。（詳如表 4）

b. 服務機構包含：衛生所、本部非教學或不具專科醫師訓練資格之醫院、本部指定偏遠離島地區之醫院、本部指定支援山地或離島地區之醫院、退輔會所屬服務醫院及榮譽國民之家。

c. 符合補助資格之醫師，於服務機構執業滿一年，給予服務機構新臺幣（以下同）120 萬元至 180 萬元之補助。未滿一年者，不予補助，並由服務機關繳回已預撥款項。補助項目說

明如下：

服務機構為衛生所：僅補助人事費，並應全額發給該醫師。

服務機構為醫院、榮譽國民之家：人事費至少七成應發給該醫師，其他得用於同一科或相關科別之醫師費用。管理費則依需要編列，以總補助費用之百分之五為上限。

- C. 最多補助以 2 年為限，116 年(即計畫執行最後一年)受補助之醫師，預計僅補助 1 年為限。
- D. 其餘事項應符合本部公告之「偏鄉醫師留任獎勵計畫申請作業須知」。

(2) 預期效益

- A. 與重點科別公費醫師培育計畫之人力接軌，充實及穩定偏遠地區或醫療資源不足地區基層、特殊科別醫師人力，提供民眾在地醫療門、住、急診需求，減少就醫奔波或後送之苦。
- B. 提高醫師投入偏遠或醫療資源不足地區服務之誘因，縮短城鄉健康差距。

(3) 預算

- A. 補助偏鄉醫師人力等相關業務，依不同區域偏遠程度予以加成，預估每人每年補助約 120 萬至 180 萬元整，本部每年經費約需 8,374 萬元整，退輔會每年經費約需 6,076 萬 2 千元整。(包含本部聘僱約用人員辦理偏鄉醫師留任獎勵計畫等行政庶務，預估每年所需經費 60 萬元)。
- B. 綜上，本部 4 年經費預估需 3 億 3,496 萬元(經常門)；退輔會 4 年經費預估需 2 億 4,304 萬 8 千元(經常門)。

表 2、次醫療區域劃分一覽表

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱
臺北	臺北	北區	北投、士林、石門、三芝、淡水
		西北區	三重、蘆洲、八里、五股、林口、泰山
		中區	中正、中山、萬華、大同、永和
		西區	板橋、新莊、樹林、土城、三峽、鶯歌
		南區	文山、新店、中和、烏來、深坑、石碇、坪林、平溪
		東區	大安、信義、松山、內湖、南港、汐止
	基隆	不分區	基隆市、金山、萬里、瑞芳、雙溪、貢寮
	宜蘭	宜蘭	宜蘭、頭城、礁溪、壯圍、員山、大同
		羅東	羅東、五結、蘇澳、南澳、冬山、三星
北區	桃園	桃園	大園、蘆竹、桃園、八德、大溪、復興、龜山
		中壢	觀音、中壢、新屋、楊梅、平鎮、龍潭
	新竹	新竹	新竹市
		竹北	竹北、新豐、湖口、新埔
		竹東	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西、尖石、五峰
	苗栗	海線	後龍、西湖、通霄、苑裡
		苗栗	苗栗、公館、銅鑼、三義、頭屋、獅潭、大湖、泰安、卓蘭
		中港	竹南、頭份、三灣、南庄、造橋
中區	臺中	山線	北屯、北區、豐原、石岡、新社、和平、東勢、潭子、后里、神岡
		海線	西屯、西區、清水、沙鹿、梧棲、龍井、大肚、大甲、外埔、大安、大雅
		屯區	中區、南區、南屯、東區、霧峰、大里、太平、烏日
	彰化	北彰化	和美、秀水、花壇、芬園、彰化、伸港、線西、鹿港、福興、埔鹽、員林、大村、埔心、永靖、社頭、溪湖
		南彰化	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州
	南投	埔里	埔里、仁愛、魚池
		草屯	國姓、草屯
		南投	南投、名間、中寮
		竹山	竹山、鹿谷、集集、水里、信義
南區	雲林	北港	口湖、北港、水林、元長、四湖
		虎尾	虎尾、大埤、土庫、西螺、二崙、崙背、褒忠、臺西、東勢、麥寮
		斗六	斗六、林內、莿桐、古坑、斗南
	嘉義	嘉義	嘉義市、水上
		阿里山	民雄、竹崎、番路、中埔、阿里山、大埔、梅山、大林、溪口、新港
		太保	朴子、六腳、東石、布袋、太保、鹿草、義竹
		新營	白河、後壁、東山、柳營、六甲、鹽水、新營、下營、

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

備註：

一、合計一級醫療區域 6 個，二級醫療區域 17 個，次醫療區域 50 個。

二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計但不列入二級及次醫療區域劃分。

表 3、醫師分發服務之高度偏遠地區

統計時間：112 年 5 月

離島地區		
縣市	鄉鎮	每萬人口 醫師數
屏東縣	琉球鄉	7.36
澎湖縣	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	12.21
金門縣	金城鎮、金湖鎮、金沙鎮、金寧鄉、烈嶼鄉、烏坵鄉	6.29
連江縣	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	12.87
臺東縣	綠島鄉	7
臺東縣	蘭嶼鄉 [*]	5.7

高度偏遠地區				
一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	每萬人口 醫師數
東區	臺東	成功	成功 [*] 、長濱 [*] 、東河 [*]	6.43
東區	臺東	大武	大武 [*] 、達仁 [*] 、金峰 [*] 、太麻里 [*]	5.51
北區	新竹	竹東	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西 [*] 、尖石 [*] 、五峰 [*]	8.27
高屏	屏東	恆春	恆春、車城、滿州 [*] 、牡丹 [*]	11.5
高屏	屏東	枋寮	枋寮、春日 [*] 、枋山、獅子 [*]	13.2
東區	花蓮	鳳林	萬榮 [*] 、鳳林 [*] 、光復 [*] 、豐濱 [*]	9.38
東區	花蓮	玉里	玉里 [*] 、富里 [*] 、卓溪 [*] 、瑞穗 [*]	19.55
東區	臺東	關山	關山 [*] 、池上 [*] 、海端 [*] 、鹿野 [*] 、延平 [*]	8.94

備註：

1. 「*」同時為原住民族地區。
2. 無醫院之次醫療區為臺東縣成功、臺東縣大武。
僅有地區、一般級醫院為臺東縣關山、屏東縣恆春、枋寮、花蓮縣玉里、鳳林、新竹縣竹東。

表 4、醫師分發服務之偏遠地區

統計時間：112 年 5 月

偏遠地區				
一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	行政區名稱	每萬人口醫師數
北區	苗栗	海線	後龍、西湖、通霄、苑裡	7.55
北區	苗栗	中港	竹南、頭份、三灣、南庄 [*] 、造橋	9.65
中區	彰化	南彰化	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州	7.01
中區	南投	埔里	埔里、仁愛 [*] 、魚池 [*]	16.32
中區	南投	草屯	國姓、草屯	15.8
中區	南投	南投	南投、名間、中寮	12.41
中區	南投	竹山	竹山、鹿谷、集集、水里、信義 [*]	10.69
南區	雲林	北港	口湖、北港、水林、元長、四湖	9.93
高屏	高雄	旗山	旗山、美濃、六龜、甲仙、杉林、內門、茂林 [*] 、桃源 [*] 、那瑪夏 [*]	11.9
東區	花蓮	花蓮	秀林 [*] 、新城 [*] 、花蓮 [*] 、吉安 [*] 、壽豐 [*]	32.82
東區	臺東	臺東	臺東 [*] 、卑南 [*]	20.75

其他原住民族地區	
縣市	鄉鎮
宜蘭縣	大同鄉（4.88）、南澳鄉（9.8）
新北市	烏來區（6.29）
桃園縣	復興鄉（4.59）
苗栗縣	泰安鄉（12.19）、獅潭鄉（4.82）
臺中市	和平區（8.24）
嘉義縣	阿里山鄉（5.57）
屏東縣	三地門鄉（3.84）、瑪家鄉（22.07）、霧台鄉（6.01）、來義鄉（5.38）、泰武鄉（5.62）

備註：「*」同時為原住民族地區。

3. 強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務

偏遠地區由於交通不便，醫事人員招募不易，其醫療及公共衛生任務常需仰賴當地公立醫院予以支援，提供偏遠地區居民醫療服務，以減少城鄉健康差距，提供民眾優質完整之全面醫療照護。

為此，多數位於偏鄉離島的本部所屬醫院責無旁貸，本部已於112年爭取增加本部所屬醫院預算員額，俟行政院核定編制員額核定員額並發布後，醫院即可開始招募新員額人員。本計畫著重提升偏遠離島地區本部所屬醫院—花蓮醫院及其豐濱分院、臺東醫院及其成功分院、玉里醫院、旗山醫院、恆春旅遊醫院、南投醫院、金門醫院及澎湖醫院計8家醫院(註)之醫事人力(含醫師)為主，並補助新聘醫師到任及留任薪資。另為支援有醫師人力需求之偏鄉醫院，將以公立醫院為主，擔負人力支援協調角色，協調及分派有意願至偏遠地區服務之醫師執業，以挹注並穩定偏遠地區醫療人力，建構在地醫療照護網絡。

註：位於前項計畫(即提升偏遠地區醫師羅致及留任獎勵-偏鄉醫師留任獎勵計畫)高度偏遠及偏遠地區之本部所屬醫療機構。

(1) 策略作法

A. 建構在地醫療網絡：

- a. 盤點偏遠地區醫療機構或衛生所專科醫師人力需求，並由公立醫院擔負人力支援協調角色，協調及分派有意願至偏遠地區服務之醫師執業，其對象除公費醫師外，亦包含非公費醫師，並預計以一到兩處進行試辦計畫，建立運作模式，以建構在地醫療網絡，穩定偏鄉人力供需，運作模式之示意圖如圖3。

- b. 持續透過醫學中心支援計畫，由醫學中心或重度急救責任

醫院分派醫師至本部指定支援偏遠及離島地區醫療機構，其人力缺口得外加專科醫師容額。

B. 偏遠離島地區本部所屬醫院醫事人力深耕計畫：

定期盤點偏遠地區本部所屬醫院晉用醫事人力情形，對於招募困難之醫院進行輔導、規劃晉用人力方案，以建構在地醫療網絡，穩定偏鄉人力。

- a. 補助對象：偏遠地區本部所屬醫院——花蓮醫院及其豐濱分院、臺東醫院及其成功分院、玉里醫院、旗山醫院、恆春旅遊醫院、南投醫院、金門醫院及澎湖醫院計 8 家醫院，醫院有新聘醫師即可補助。

b. 補助方式：

區域醫院：需每月自籌 10 萬元，補助超過自籌款之金額，最高上限為第一年每月 10 萬元；第二年每月 7 萬元；第三年每月 4 萬元，依超過自籌款以上費用實報實銷。

地區醫院：補助最高金額為第一年每月 30 萬元；第二年每月 20 萬元；第三年每月 10 萬元，依實際發放薪資費用實報實銷。需任職期滿 3 個月始得申請補助費用，如需派至院外支援，依相關規定辦理。

(2) 預期效益

1. 增加並穩固偏遠離島本部所屬醫院醫事人力，活化醫師人力資源，滿足在地醫療及公衛任務人力。
2. 增加偏遠離島本部所屬醫院晉用醫師人數。
3. 強化偏鄉在地醫療機構間之連結，建構在地醫療網絡，以減少城鄉醫療資源差距，實現醫療平權。

(3) 預算

辦理偏遠離島地區本部所屬醫院醫事人力深根計畫，4 年(113 年~116 年)約需 2 億 5,296 萬元(經常門)，其中 113 年 4,200 萬元預算來源為單位自籌，114 年至 116 年計 2 億 1,096 萬元預算來源為公務預算，及建構在地醫療網絡試辦計畫等相關業務，113 年預算為 500 萬元，114-116 年每年約需 1,000 萬元，4 年約需 3,500 萬元整（經常門），預算來源為公務預算。

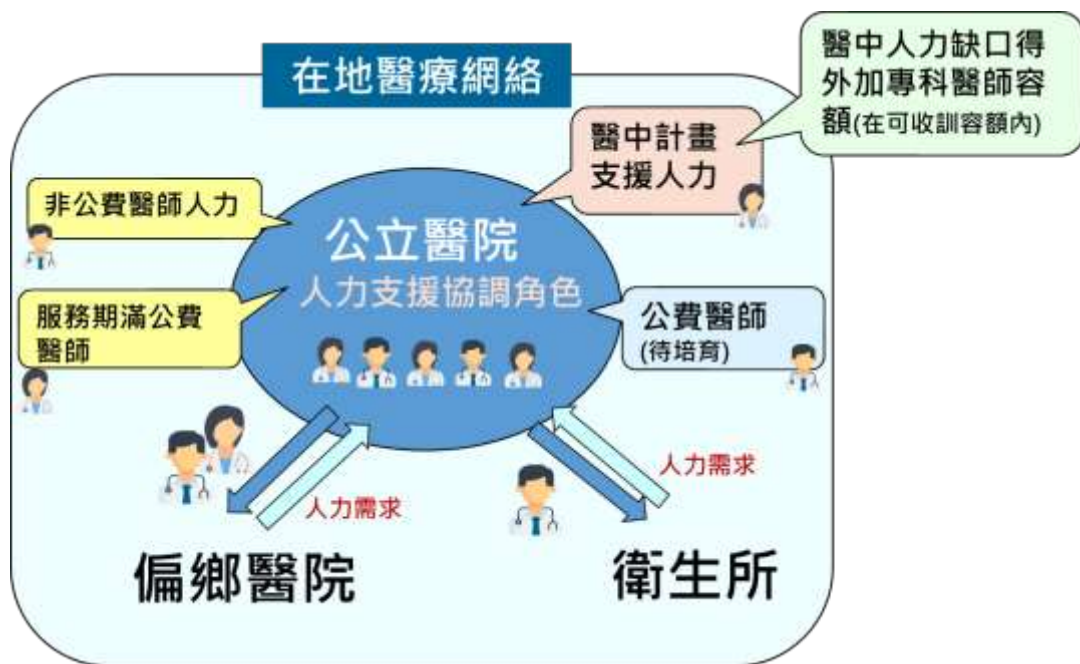


圖 3、建構在地醫療網絡示意圖

4. 整合偏鄉醫療照護資訊連結

偏鄉醫療照護由眾多單位協力執行，包含醫事司、國民健康署、口腔健康司、護理及健康照護司、中央健康保險署及國軍退除役官兵輔導委員會等單位，為迅速掌握偏鄉醫療照護資源，強化各單位間之橫向連結，達資訊共通之效益，並因應數位化及國際趨勢，將規劃整合之資訊化平台，統籌各單位資源，建立連結窗口。

(1) 策略作法

- A. 醫事司與資訊處合作，就現有資源建置偏鄉資訊整合平台，有效以資訊化統合各單位資源（如公費生培育計畫平台），減少行政作業負擔。
- B. 定期列管及檢討計畫成效，加強各單位橫向連結。

(2) 預期效益

有效且迅速掌握偏鄉醫療照護資源，減少行政作業負擔，強化跨單位橫向連結，以達資訊共通之效益。

(3) 預算

辦理整合偏鄉照護資訊連結計畫等相關業務，113年預算400萬元，114-116年每年約需500萬元，4年約需1,900萬元整（均為經常門），預算來源為公務預算。

5. 強化住院醫師訓練計畫

本部為促進醫師專業能力之深化及提升我國醫療水準與品質，自77年起依據專科醫師分科甄審辦法，推動專科醫師制度，每年委由各專科醫學會辦理該專科醫師訓練醫院認定，且管控各訓練醫院招訓人數，目前（西）醫師共計有23個分科。

為強化住院醫師對於基層醫療之認識與相關疾病之診療能力，提升訓練的完整性，且增進偏遠地區醫療院所或衛生所醫療服務量能，提供偏遠地區居民整合性的醫療照護，規劃於部分專科醫師訓練階段納入跨層級醫療機構之聯合訓練模式，並因時制宜調整專科醫師人力需求規劃，以強化住院醫師訓練，同時均衡偏鄉基層醫療照護。

(1) 策略作法

- A. 調查偏遠地區基本醫師人力需求，盤點專科醫師人力結構。
- B. 評估、規劃及試辦家庭醫學科等部分專科住院醫師至偏遠地區衛生所輪訓。

(2) 預期效益

- 1. 提升住院醫師訓練之廣度與完整性，強化偏鄉醫療服務經驗。
- 2. 增進偏鄉醫療機構或衛生所在地角色與功能，提升偏遠地區醫療服務量能，增進民眾就醫可近性。

(3) 預算

規劃及辦理部分專科醫師之訓練課程等相關業務，每年約需 200 萬元整，以機關現有預算編列支應，預算來源為公務預算。

(四)強化緊急後送機制

1. 建立空中轉診審核機制

依據「救護直昇機管理辦法」第 4 條規定，建立「空中救護審核機制」，並制定「衛生福利部空中轉診審核中心離島地區緊急空中後送案件標準作業流程」，全日 24 小時受理離島醫院（或衛生所）所需之空中轉診申請、審核、協調、諮詢等工作，以提升空中緊急醫療後送之時效性及專業性，並有效利用相關資源。

(1) 策略作法

- A. 成立空中轉診審核中心提供 24 小時緊急醫療諮詢、評估轉診必要性及協助航空器調度。
- B. 建置「空轉後送遠距會診平臺」，完善離島地區空中轉診「送」、「接」與「審」三（多）方同步整合醫療分享決策模式，減輕第一線醫師壓力，降低夜航及不必要轉診風險。

(2) 預期效益

促進空中緊急轉診之時效性、安全性及專業性。

(3) 預算

辦理空中轉診審核中心及空轉後送遠距會診平臺等相關業務，每年約需 1,700 萬元整（含醫師值班費、系統維護等），以機關現有預算編列支應，預算來源為公務預算。

2. 推動金門、連江、澎湖三離島地區救護航空器駐地備勤計畫

為因應離島地區民眾緊急醫療空中轉診需求必要性及時效性，於 107 年 8 月啟動金門、連江、澎湖三離島航空器駐地備勤及運送服務，促進及時安全轉送。

(1) 策略作法

由廠商分別於金門縣、連江縣及澎湖縣三離島地區各提供 1 架航空器全日駐地備勤（除維修外），並提供各該離島緊急醫療後送、病危返鄉及交通運輸等運送服務項目，前開服務執行以緊急醫療後送為優先。

(2) 預期效益

提升三離島地區急重症病患及時空中緊急轉診後送至臺灣本島就醫之效率，促進三離島醫療照護之可近性及品質。

(3) 預算

辦理金門、連江、澎湖三離島地區航空器駐地備勤計畫相關業務，每年約需 2 億 3,000 萬元整（含「駐地備勤費用」及「運送服務費用」），以機關現有預算編列支應，預算來源為公務預算。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

自 113 年 1 月 1 日起至 116 年 12 月 31 日止。

二、所需資源說明

本計畫之主要工作項目，除「偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫」、「強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務」、「整合偏鄉醫療照護資訊連結」、「充實在地牙醫醫療量能」、「原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質」、「偏鄉醫師留任獎勵計畫」及「強化衛生所（室）醫療照護服務資源」外，其他工作項目均以機關現有預算支應編列辦理。

三、經費來源及計算基準

（一）偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫

本項為新興計畫，補助申請單位與消防署合作辦理建立偏鄉遠距緊急檢傷分類與諮詢，實行縣市逐年需至少增加 1 縣市，透過本部與消防機構合作，強化偏鄉及緊急醫療不足地區之緊急醫療資源，依計畫實際執行情形調整，經費概算係預估經費，由本部依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。

（二）強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務

本項為新興計畫，共分 2 項子計畫，其一為醫福會主責之「偏遠離島地區本部所屬醫院醫事人力深根計畫」，補助本部所屬醫院花蓮醫院及其豐濱分院、臺東醫院及其成功分院、玉里醫院、旗山醫院、恆春旅遊醫院、南投醫院、金門醫院及澎湖醫院計 8 家醫院之新聘醫師，113 年試辦經費由醫福會自籌，114 年至 116 年則由公務預算支應編列。另一計畫則為醫事司主責，醫福

會協辦之「建構在地醫療網絡試辦計畫」，預計試辦一至兩個地點，補助公立醫院辦理協調醫師人力資源分配相關事宜，包含醫院行政管理費、人事費、成功轉介獎勵費用等，依計畫實際執行情形調整，經費概算係預估經費，由本部依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。

(三)整合偏鄉醫療照護資訊連結

本項為新興計畫，預計與本部資訊處合作，委辦專業團體規劃透過資訊化方式整合偏鄉醫療照護資源，依計畫實際執行情形調整，經費概算係預估經費，由本部依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。

(四)充實在地牙醫醫療量能

本項為新興計畫，依招募人力數、訓練醫院與服務院所計畫申請情形，補助支援獎勵費、增聘人力獎勵費、臨床訓練費、收訓獎補助費、長期支援費、專業服務費、機構教育訓練費、轉任留任獎勵費、設施設備費、指標達成獎勵金及其他業務費等，厚植部立醫院及牙醫醫療資源不足地區之院所牙醫醫療量能，依計畫實際執行情形調整，經費概算係預估經費，由本部依預算程序逐年列入長照服務發展基金、公務預算支應編列辦理。

(五)「原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質」

本計畫由前瞻預算支應至 113 年，114 年後依計畫實際執行情形調整，依預算維護及增修原鄉離島衛生所遠距醫療專科會診平台，並依各縣市需求擴充服務科別及維運原鄉離島衛生所(室)及巡迴醫療點 100Mbps 寬頻網路，經費概算係預估經費，由本部依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。

(六) 偏鄉醫師留任獎勵計畫

1. 經費來源：「偏鄉醫師留任獎勵計畫」經費概算係預估經費，由本部及退輔會依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。
2. 計算基準：
 - (2) 獎勵醫師續留或申請至偏遠地區或基於政策需要經專案認定醫療資源不足之地區醫療機構執業，依其位於偏遠地區程度，核予每人每年 120 萬或 180 萬元（含留任醫師薪資津貼，其他醫師人事費用及管理費）。
 - (3) 109 至 111 年補助公費醫師期滿留任偏遠及離島地區本部為 59 人（核定人數 66 人）、退輔會為 45 人（核定人數 49 人），本計畫補助每人每年 120 萬元或 180 萬元，本部以每年補助醫師 50 人次估列、退輔會以每年補助醫師 41 人次估列。
 - (4) 有關醫療機構偏遠程度，視每萬人口醫師數、醫院層級及醫院緊急醫療處理能力等整體醫療需求，劃分次醫療區域之偏遠程度，並以高度偏遠程度地區優先補助。
 - (5) 聘僱約用人員（臨時人員）辦理偏鄉醫師留任獎勵計畫行政庶務，預估每年所需經費 60 萬元。

(七) 強化衛生所（室）醫療照護服務資源

1. 本項為新興計畫，有關「強化衛生所（室）醫療照護服務」，計畫期程共計 4 年，分年完成基層衛生所（室）建築物耐震補強（含增、改、修建）、拆除重建、新建工作，執行本計畫所需經費，包括公有建築物耐震補強（含增、改、修建）、拆除重建、新建作業之評估費、設計監造費、工程費、專案人力雇用費及必要之行政作業費、管理費等，概估經費總計約 29 億

7,287 萬元（含資本門 29 億 6,087 萬元），本部為計畫管理工作所需，得以專案人力（委外勞務承攬人力）或委託專業機構協助辦理列管案件之清查、計畫審查、設計審查、協調、督導、管制考核、技術輔導等行政工作。

2. 經費來源：經費概算係預估經費，擬爭取公共建設計畫經費支用，並逐年列入公務預算支應編列，地方政府編列配合款方式辦理，依序推動重建、整修基層衛生所（室）工作，透過補助款之挹注，預計 4 年內將可完成 90 棟以上衛生所補強、拆除重建或新建工程，加速基層衛生所硬體更新為安全穩固建築空間，以提供在地性且多元完善共融之醫療照護服務。
3. 計算基準：公有建築物辦理耐震補強（含增建、改建、修建）及拆除重建或新建工作等費用之參考單價如下，但其他法令或中央目的事業主管機關另有規定者，從其規定：
 - (1) 初步及詳細評估：由直轄市及縣(市)自籌，中央不補助。
 - (2) 補強工程（含直接補強工程費、合理之間接修復費、工程管理費等支出）：依營建物價及近年計畫性質及工程規模相當之工程包發金額估算，申請單位需檢附營建物價及相關工程發包金額佐證資料，每處最高補助 1,000 萬元。
 - (3) 重建、新建、拆除工程費及各項設計監造費：依營建物價及近年計畫性質及工程規模相當之工程包發金額估算，申請單位需檢附營建物價及相關工程發包金額佐證資料，並依總預算編製作業手冊共同性費用編列基準表、公共建設工程經費估算編列手冊或各直轄市、縣（市）政府所訂建築工程造價標準、政府採購法相關規定，每處最高補助 7,500 萬元。

(4) 耐震補強及拆除重建之補助比率：依受補助當年行政院主計總處所定之年度財力級次分級補助，補助比率如下：

A. 第一級：百分之三十五。

B. 第二級：百分之八十。

C. 第三級：百分之八十五。

D. 第四級：百分之九十。

E. 第五級：百分之九十五。

4. 區位偏遠或特殊情形之建築物，得由本部就個案情形審查後酌予提高補助經費百分之三十。因應近年原物料價格波動，並應參考行政院公共工程委員會 110 年 12 月 23 日工程企字第 1100101935 號函及 111 年 6 月 22 日工程企字第 1110100381 號函妥為考量。

5. 自償率

地方衛生所(室)係提供社區民眾醫療及保健服務之處所，非營運處所，因此無自償率。

四、經費需求

本計畫執行期間為 113 年至 116 年，共計 4 年，所需總經費為新臺幣 63 億 7,161 萬 4 千元，來源包括：

1. 中央政府公務預算：30 億 5,844 萬 4 千元(含經常門 27 億 2,844 萬 4 千元、資本門 3 億 3,000 萬元)。

2. 其他支應：33 億 1,317 萬元(含經常門 3 億 5,230 萬元、資本門 29 億 6,087 萬元)。

依前項經費編列計算基準，各年度依各單位經費需求分年預估如

下表 5，各單位經費編列一覽表詳如表 6。各項重要措施與該計畫執行期間之經費初步估計共需約 63 億 7,161 萬 4 千元（經常門 30 億 8,074 萬 4 千元，資本門 32 億 9,087 萬元），其中本部醫事司計 4 億 3,369 萬 6 千元（均為經常門）、口腔健康司計 23 億 9,944 萬元（經常門 20 億 9,944 萬元，資本門 3 億元）、護理及健康照護司計 1 億 1,160 萬元（經常門 8,160 萬元，資本門 3,000 萬元）、國民健康署 29 億 7,287 萬元（經常門 1,200 萬元，資本門 29 億 6,087 萬元）、附屬醫療及社會福利機構管理會 2 億 1,096 萬元（均為經常門）、國軍退除役官兵輔導委員會 2 億 4,304 萬 8 千元（均為經常門）。

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

表 5、各計畫分年經費需求

單位：千元

年 度 項 目	負 責 單 位	113 年法定預算			114 年			115 年			116 年			合計	經常門	資本門
		小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門			
(一) 強化在地 緊急醫療處理 能力		8,076	8,076	0	12,220	12,220	0	12,220	12,220	0	12,220	12,220	0	44,736	44,736	0
偏遠及緊急醫 療不足地區到 院前救護醫療 指導模式計畫	醫事司	8,076	8,076	0	12,220	12,220	0	12,220	12,220	0	12,220	12,220	0	44,736	44,736	0
(二) 提升基層 醫療服務量能		0	0	0	1,367,591	409,330	958,261	2,707,912	801,390	1,906,522	1,408,407	982,320	426,087	5,483,910	2,193,040	3,290,870
重建、整修基層 衛生所	國健署	0	0	0	892,261	4,000	888,261	1,780,522	4,000	1,776,522	300,087	4,000	296,087	2,972,870	12,000	2,960,870
- 公共建設經費																
原鄉離島衛生 所遠距醫療專 科門診服務暨 醫療網路品質	照護司	0	0	0	37,200	27,200	10,000	37,200	27,200	10,000	37,200	27,200	10,000	111,600	81,600	30,000
充實在地牙醫 醫療量能		0	0	0	438,130	378,130	60,000	890,190	770,190	120,000	1,071,120	951,120	120,000	2,399,440	2,099,440	300,000
- 公務預算	口腔司	0	0	0	370,070	310,070	60,000	754,070	634,070	120,000	935,000	815,000	120,000	2,059,140	1,759,140	300,000
- 長照基金		0	0	0	68,060	68,060	0	136,120	136,120	0	136,120	136,120	0	340,300	340,300	-

年 度 項 目	負 責 單 位	113 年法定預算			114 年			115 年			116 年			合計	經常門	資本門
		小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門			
(三) 充實在地醫療人力		153,502	153,502	0	224,062	224,062	0	232,702	232,702	0	232,702	232,702	0	842,968	842,968	0
偏鄉醫師留任獎勵計畫	退輔會	60,762	60,762	0	60,762	60,762	0	60,762	60,762	0	60,762	60,762	0	243,048	243,048	0
偏鄉醫師留任獎勵計畫	醫事司	83,740	83,740	0	83,740	83,740	0	83,740	83,740	0	83,740	83,740	0	334,960	334,960	0
強化偏遠地區公立醫院之醫療與公共衛生任務		5,000	5,000	0	74,560	74,560	0	83,200	83,200	0	83,200	83,200	0	245,960	245,960	0
3. 偏遠離島地區本部所屬醫院醫事人力深根計畫	醫福會	0	0	0	64,560	64,560	0	73,200	73,200	0	73,200	73,200	0	210,960	210,960	0
4. 建構在地醫療網絡試辦計畫	醫事司 醫福會	5,000	5,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	35,000	35,000	0
整合偏鄉醫療照護資訊連結	醫事司 資訊處	4,000	4,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	5,000	5,000	0	19,000	19,000	0
(四) 強化緊急後送機制		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 6、各單位經費編列一覽表

單位：千元

項 目 \ 年 度	113 年 法定預算數	114 年	115 年	116 年	合計
衛生福利部 醫事司	100,816	110,960	110,960	110,960	433,696
衛生福利部 口腔健康司	0	438,130	890,190	1,071,120	2,399,440
衛生福利部 護理及健康照護司	0	37,200	37,200	37,200	111,600
衛生福利部 國民健康署	0	892,261	1,780,522	300,087	2,972,870
衛生福利部 附屬醫療及社會福利 機構管理會	0	64,560	73,200	73,200	210,960
國軍退除役官兵輔導 委員會	60,762	60,762	60,762	60,762	243,048
總計	161,578	1,603,873	2,952,834	1,653,329	6,371,614

陸、預期效果及影響

- 一、 隨人口老齡化、少子女化、疾病型態改變所帶來的健康及環境衝擊，整體醫療照護之需求隨之增加，尤其偏遠地區問題會日趨嚴重，為因應前開問題，建構在地化的連續性、整合性之公共衛生與醫療服務體系，以期逐步改善偏遠地區醫療照護品質，拉近城鄉醫療差距，提升全民之健康。
- 二、 透過公共建設經費挹注衛生所(室)危險建築補強重建，以優化基層醫療服務空間，至少 50 處以上，並逐步改善衛生所(室)醫療及衛生保健服務品質，提升全民之健康。

柒、財務計畫

「偏遠及緊急醫療不足地區到院前救護醫療指導模式計畫」財

源來自本部公務預算，藉由上述來源之政府編列預算，補助申請單位與消防署合作辦理建立偏鄉遠距緊急檢傷分類與諮詢，實行縣市逐年需至少增加 1 縣市，透過本部與消防機構合作，強化偏鄉及緊急醫療不足地區之緊急醫療資源。

「強化衛生所（室）醫療照護服務資源」財源擬爭取公共建設計畫經費支用，藉由上述來源之政府編列預算，由直轄市、縣（市）政府提報計畫，耐震評估結果有安全疑慮之建築物，將依其評估結果、使用情形與實際需求進行經費審查後，在當年度經費額度內依序核給補強、拆除重建或新建工程經費及必要之行政作業費等。

「原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務暨醫療網路品質」財務來自本部之公務預算，藉由上述來源之政府編列預算，維護及增修原鄉離島衛生所遠距醫療專科會診平台，並依各縣市需求擴充服務科別及維運原鄉離島衛生所(室)及巡迴醫療點 100Mbps 寬頻網路。

「充實在地牙醫醫療量能」財源來自長照服務發展基金及公務預算，依招募人力數、訓練醫院與服務院所計畫申請情形，補助支援獎勵費、增聘人力獎勵費、臨床訓練費、收訓獎補助費、長期支援費、專業服務費、機構教育訓練費、轉任留任獎勵費、設施設備費、指標達成獎勵金及其他業務費等，厚植部立醫院及牙醫醫療資源不足地區之院所牙醫醫療量能。

「偏鄉醫師留任獎勵計畫」財源來自本部及退輔會之公務預算，藉由上述來源之政府編列預算，依續留或申請至偏遠地區醫療機構執業之醫師人數，補助其服務津貼，透過本部及退輔會與偏鄉

醫療機構合作，以強化計畫執行成效。

捌、附則

一、替選方案之分析與評量

本計畫為重要施政工作項目，各項執行策略將於編制年度概算時，由執行單位檢討經費需求，滾動式調整資源分配，並依法定預算覈實調整計畫經費，按年度工作項目之風險衝擊性、政策優先性，整合調配相關資源及經費。

二、風險管理

(一)風險辨識：

由於偏遠及離島地區醫療可近性處於較不利環境，因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源（品質）相對於一般地區醫療資源普遍不足，倘未能辦理本計畫，勢必嚴重衝擊偏鄉緊急醫療資源及醫師人力。

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 7。

表 7、本計畫之風險辨識表

風險項目	風險情境	現有風險對策
A：偏鄉及離島醫師羅致及留任不易，影響計畫目標達成	偏鄉及離島因交通不便，人口稀少且分散，社會及經濟等資源相較不足，影響醫師至偏鄉服務之意願。	檢討及改善前期計畫之「偏鄉醫師留任獎勵計畫」，將補助對象擴大至非公費醫師，亦鼓勵榮職、軍職及退休醫師至偏鄉服務，且強化公立

風險項目	風險情境	現有風險對策
		醫院於偏鄉醫院角色，以期穩定偏鄉醫師人力，達成本計畫目標。
B：衛生所(室)修繕及重建工程延宕	核定補助項目時程過遲，招標未如預期，致受補助單位執行計畫時間過於窘迫。	訂定「優化偏鄉衛生所整/修建補助要點」及核銷作業流程供地方政府依循，並請地方政府逐案填復「實地訪查作業檢核表」以加速後續補助流程事宜。
C：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。
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「風險發生機率分類表」(表 8)、「風險影響程度分類表」(表 9)，建立「風險判定基準」(表 10)，風險值(影響程度及發生機率之乘積) 2 以下，予以容忍。

表 8、風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
可能性分類 (等級)	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (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 9、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

表 10、風險判定基準

發生機率 影響程度	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (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	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 11)、「計畫現有風險圖像」(圖 4)及「計畫殘餘風險圖像」(圖 5)。

表 11、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)
偏鄉及離島醫師羅致及留任不易，影響計畫目標達成	偏鄉及離島因交通不便，人口稀少且分散，社會及經濟等資源相較不足，影響醫師至偏鄉服務之意願。	檢討及改善前期計畫之「偏鄉醫師留任獎勵計畫」，將補助對象擴大至非公費醫師，亦鼓勵榮職、軍職及退休醫師至偏鄉服務，且強化公立醫院於偏鄉醫院角色，以期穩定偏鄉醫師人力，達成本計畫目標。	4 (2x2)	辦理「強化住院醫師訓練計畫」，強化住院醫師訓練之廣度與完整性，提升偏遠地區醫療服務人力。	2 (1x2)
衛生所(室)修繕及重建工程延宕	核定補助項目時程過遲，招標未如預期，致受補助單位執行計畫時間過於窘迫。	訂定「優化偏鄉衛生所整/修建補助要點」及核銷作業流程供地方政府依循，並請地方政府依所填復「實地訪查作業檢核表」提前進行規劃以加速	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)
		後續補助流程事宜。			
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 4、計畫現有風險圖像

發生機率 影響程度	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (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 ■ 偏鄉及離島醫師羅致及留任不易，影響計畫目標達成	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2 ■ 衛生所(室)修繕及重建工程延宕 ■ 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 5、計畫殘餘風險圖像

發生機率 影響程度	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (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 ■ 偏鄉及離島醫師羅致及留任不易，影響計畫目標達成	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 ■ 衛生所(室)修繕及重建工程延宕 ■ 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

三、相關機關配合事項或民眾參與情形

「偏鄉醫師留任獎勵計畫」由本部及國軍退除役官兵輔導委員會共同辦理，國軍退除役官兵輔導委員會負責該會所屬醫療機構之補助事宜，其餘醫療機構則透過本部辦理補助事宜，並將由本部公告每年申請作業須知。

四、中長程個案計畫自評檢核表

中長程個案計畫自評檢核表詳見本計畫表 12、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表詳見本計畫表 13。

五、中長程個案計畫性別影響評估檢視表

詳見本計畫表 14。

表 12、中長程個案計畫自評檢核表(1120811 修正版本)

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)	✓		✓		
	(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)	✓		✓		已於112年3月16日向院長陳報前期計畫執行成效，後續依規定辦理計畫執行成效評估及總結評估報告。
	(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		✓		✓	本計畫不適用。
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)		✓		✓	本計畫不適用。
	(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」)		✓		✓	本計畫不適用。
3、經濟及財務效益評估	(1) 是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)	✓		✓		
	(2) 是否研提完整財務計畫	✓		✓		
4、財源籌措及資金運用	(1) 經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	✓		✓		本計畫逐年於辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，按年度依法定預算覈實調整修正計畫經費。
	(2) 資金籌措：本於提高自償之精神，將影響區域進行整合規劃，並將外部效益內部化		✓		✓	
	(3) 經費負擔原則： a. 中央主辦計畫：中央主管相關法令規定 b. 補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	✓		✓		
	(4) 年度預算之安排及能量估算：所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討，如無法納編者，應檢討調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	✓		✓		
	(5) 經資比1:2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		✓		✓	
	(6) 屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		✓		✓	
5、人力運用	(1) 能否運用現有人力辦理	✓		✓		
	(2) 擬請增人力者，是否檢附下列資料： a. 現有人力運用情形 b. 計畫結束後，請增人力之處理原則 c. 請增人力之類別及進用方式 d. 請增人力之經費來源		✓		✓	

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商	✓		✓		
	(2)是否檢附相關協商文書資料		✓		✓	於 112 年 3 月 15 日高階主管會議與各單位協商，並以請辦單及電子郵件跨機關討論。
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍	✓		✓		本計畫不涉及農牧用地，係以原有建物之修繕及重建。
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定（中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法第 10 條）	✓		✓		
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		✓		✓	
	(4)是否符合土地徵收條例第 3 條之 1 及土地徵收條例施行細則第 2 條之 1 規定		✓		✓	
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第 21 條規定辦理	✓		✓		
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓		✓		
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓		✓		
10、環境影響分析（環境政策評估）	是否須辦理環境影響評估		✓		✓	非環境影響評估法第 5 條之開發行為
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		✓		✓	無受補助比率逾工程建造經費 50%且補助經費達新臺幣 1 億元以上之個案
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施	✓		✓		以受中央機關補助達 1/2 以上，且工程總造價在新台幣 5 仟萬元以上之公有新建建築物始需規劃採用
	(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		✓		✓	非屬屬臺灣 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
	(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		✓		✓	

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	
	(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、中長期個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		✓		✓	
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔	✓		✓		待計畫施行後請執行單位提供
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	✓		✓		
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	✓		✓		
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		✓		✓	無受補助經費達新臺幣 1 億元以上之個案
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理	✓		✓		
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	✓		✓		
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		✓		✓	本計畫不適用
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)	✓		✓		
19、房屋建築朝近零碳建築方向規劃	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		✓		✓	無受補助比率逾工程建造經費 50%且補助經費達新臺幣 1 億元以上之個案
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		✓		✓	無屬作業須知之重大開發建設計畫之開發案件
21、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓		✓		計畫部分工作涉及資訊系統規劃部分，將依本部資訊安全相關管理規範進行資通安全防護規劃。

主辦機關核章：承辦人

鍾友倍

單位主管

劉明達

首長

部長薛瑞元

主管部會核章：研考主管

富崑

會計主管

張育珍

首長

表 13、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		✓		✓	

表14 、中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

(一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少 1 人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見；

(二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：

1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。

2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

(一) 請填寫完成【第一部分－機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分－程序參與】，宜至少預留 1 週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。

(二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分－機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家意見，修正計畫書草案及表格內容。

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

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：優化偏鄉醫療精進計畫第二期（113-116 年度）

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列提案機關/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. 本部於民國 108-112 年辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」，透過多項策略，逐步改善偏遠地區醫療照護品質，拉近城鄉醫療差距，提升全民之健康。 2. 本計畫承續前期計畫，辦理「優化偏鄉醫療精進計畫第二期(113-116 年)」，以實現本部「建構偏鄉在地醫療照護網絡，實現醫療平權」之使命，期透過「強化在地緊急醫

	<p>療處理能力、提升基層醫療服務量能、充實在地醫療人力、強化緊急後送機制」等四大面向，均衡偏遠地區之醫療照護資源，並注重醫事人員權益保障，提供獎勵誘因等措施，以落實憲法、醫療法及性別平等政策綱領之「健康、醫療與照顧篇」等相關法規對於人民健康權、醫療自主權及生命尊嚴之保障。</p>
<p>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」</p> <p>(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「行政院性別平等會一性別分析」(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、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p> <p>d.未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標(如 2-1 之 f)。</p>	<p>1. 本計畫規劃者：</p> <p>本計畫於研擬、修正過程係透過邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，人員組成符合任一性別比例未低於 1/3 原則。</p> <p>2. 本計畫主要受益者：</p> <p>為提升偏鄉及離島地區在地醫療量能，「優化偏鄉醫療精進計畫第二期(113-116年)」辦理重點策略如下：</p> <p>(1) 偏鄉醫師留任獎勵計畫：鼓勵醫師續留或申請至本部或退輔會指定偏遠地區之醫療機構或衛生所執業，補助對象不限性別，係考量醫療機構偏遠程度、緊急醫療處理能力等整體醫療需求等，有意願至偏鄉服務之醫師即為受益對象，並無區別性。</p> <p>(2) 衛生所(室)盤點重建計畫：依據各縣市所提初詳評報告、計畫，推動基層衛生所耐震補強、重建或新建工作，除提供基層衛生所安全建築外，並擴建場所範圍，容納更多使用項目，完善在地多元醫療服務之功能，受益對象無區別性。</p> <p>3. 相關性別統計：</p> <p>(1) 依據醫事管理系統 112 年 5 月之統計資料</p>

	<p>顯示，執業登記之西醫師總人數為 53,270 人，其中男性 41,519 人，佔 77.9%，女性 11,751 人，佔 22.1%，男女比例約為 3.5：1。</p> <p>(2) 112 年 7 月調查一般公費醫師培育制度服務期滿之公費醫師人數為 1,148 人，留任原院原科別為 311 人，整體留任率為 27%，男女比例均約為 3：1。</p> <p>(3) 依據 112 年 6 月重點科別培育公費醫師第二期之培育學校回復在學學生資料顯示，重點科別培育公費醫學生男性 343 人(佔 58%)，女性 251 人(佔 42%)，男女比例約為 1.3：1。</p> <p>(4) 西醫師整體男女比例為 3.5：1，一般公費醫師培育服務期滿之公費醫師男女比例亦約 3：1，二者之性別分布無明顯差異，；另新制重點科別培育公費醫師之在學學生男女比例 1.3：1，已趨近一致，無明顯性別差異。</p>
<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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與，人員組成符合任一性別比例未低於 1/3 原則，爰無訂定相關性別目標、績效指標、衡量標準及目標值。。 2. 偏鄉醫師留任獎勵計畫之補助對象不限性別，係考量醫療機構偏遠程度、緊急醫療處理能力等整體醫療需求等，有意願至偏鄉服務之醫師即為受益對象，無區別性，爰無訂定相關性別目標、績效指標、衡量標準及目標值。 3. 衛生所（室）盤點重建計畫之公共空間部

<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 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。 ②安全性:消除空間死角、相關安全設施。 ③友善性:兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容 藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容,宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e.研究類計畫 研究類計畫之參與者(例如:研究團隊)性別落差過大時,宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題;若以「人」為研究對象,宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	<p>分,提供使用者平等使用的機會,並非以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象,爰無訂定相關性別目標、績效指標、衡量標準及目標值。</p> <p>4. 依據上開策略之受益者及相關統計資料,並無顯著差別,暫無需強化性別統計及分析。</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。

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】 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 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。 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。 ③營造性別友善職場,縮小職場性別隔離。</p> <p>b.受益情形 ① 回應不同性別需求,縮小不同性別滿意度落差。</p>	<p><input type="checkbox"/>有訂定性別目標者,請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節,並於本欄敘明計畫書草案之頁碼:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未訂定性別目標者,請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <p>說明:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集相關單位及該領域專家共同研商討論,針對本計畫規劃與執行予以檢討,參與對象未設定特定性別對象,兩性均共同參與。 2. 本計畫執行策略之受益者均未指定特定性別、性傾向或性別認同者,爰無訂定相關性別目標、績效指標、衡量標準及目標

<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>值。</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】

請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：

a.參與人員

- ① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。
- ② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。

b.宣導傳播

- ① 針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。
- ② 宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。
- ③ 與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。

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

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

■未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：

1. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。
2. 本計畫執行策略之受益者均未指定特定性別、性傾向或性別認同者，爰無訂定相關性別目標、績效指標、衡量標準及目標值。

<p>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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>e.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)。</p> <p>f.建構性別友善之職場環境</p> <p>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。</p> <p>g.具性別觀點之研究類計畫</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】</p> <p>各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>	<p><input type="checkbox"/>有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：</p> <p>本計畫之執行策略並未指定特定性別、性傾向或性別認同者，故經費之編列亦無依性別編列。</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。

3-1 綜合說明	偏遠及離島地區醫療可近性因交通不便，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源及品質相對於一般地區醫療資源普遍不足。為強化偏遠及離島地區醫療保健服務品質及可近性，行政院於 108 年 11 月 12 日核定辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」，因計畫即將屆期，為持續完善偏鄉醫療照護，將承續前期計畫，辦理「優化偏鄉醫療精進計畫第二期」，計畫期程自 113 年至 116 年，共計 4 年，本計畫規劃重點係逐步改善偏遠及離島地區醫療照護品質，提升醫療量能，無指定特定性別，無須訂定性別目標。	
3-2 參採情形	3-2-1 說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）	有關衛生所（室）盤點重建計畫之公共空間部分，本部將參考委員建議，請國民健康署考量建置衛生所（室）工作人員性別友善職場環境以及民眾就醫時的性別友善就醫環境。
	3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	

3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：

已於 112 年 8 月 00 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：鍾友佑 職稱：技正 電話：02-85907411 填表日期：112年8月15日
- 本案已於計畫研擬初期 ☒ 徵詢性別諮詢員之意見，或 ☐ 提報各部會性別平等專案小組（會議日期：____年____月____日）
- 性別諮詢員姓名：王秀紅 服務單位及職稱：考試院考試委員/高雄醫學大學教授
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

程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：

- 現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址：<http://www.taiwanwomencenter.org.tw/>）。
- 現任或曾任行政院性別平等會民間委員。

c.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。	
(一) 基本資料	
1.程序參與期程或時間	112 年 7 月 10 日至 112 年 7 月10 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	1. 姓名職稱：王秀紅考試委員/教授 2. 服務單位：考試院/高雄醫學大學 3. 專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策
3.參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見
(二) 主要意見 （若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填 4 至 10 欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）	
4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	無訂定性別目標
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜

10.綜合性檢視意見	<p>一、本計畫承續「優化偏鄉醫療人力計畫(108~112 年)」，辦理「優化偏鄉醫療精進計畫第二期(113-116 年)」，期透過「強化在地緊急醫療處理能力、提升基層醫療服務量能、充實在地醫療人力、強化緊急後送機制」等四大面向，均衡偏遠地區之醫療照護資源，改善偏鄉居民的健康不公平。</p> <p>二、計畫於研擬、修正過程係透過邀集相關單位及該領域專家共同研商討論，針對計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，人員組成符合任一性別比例未低於 1/3 原則。</p> <p>三、提供相關性別統計，包括：(1)112 年 5 月之統計資料顯示，執業登記之西醫師總人數為 53,270 人，其中男性</p>
------------	---

	<p>41,519 人(佔 77.9%)，女性 11,751 人(佔 22.1%)，男女比例約為 3.5：1。(2)112 年 6 月培育學校回復之在學學生資料顯示，重點科別培育公費醫學生男性 343 人(佔 58%)，女性 251 人(佔 42%)，男女比例約為 1.3：1。</p> <p>四、計畫內容在醫事人員權益保障，例如及提供偏鄉醫師留任之獎勵誘因等措施，不因不同性別、性傾向或性別認同者，而有不同的對待或不同的受益情形。鑑於我國生育率的低下，除了薪資福利的獎勵等之誘因，應建置友善生育與養育之職場環境，以利偏鄉醫事人員工作與家庭之衡平。</p> <p>五、衛生所（室）盤點重建計畫之公共空間部分，改善衛生所（室）環境，以提供當地民眾安全舒適就醫空間。此外，亦應建置衛生所（室）工作人員性別友善職場環境以及民眾就醫時的性別友善就醫環境。</p>
(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）<u>王秀紅</u></p>	