

衛生福利部
辦理重點科別培育公費醫師制度計畫
(第三期)
(核定版)



衛生福利部
中華民國115年6月

目錄

壹、	計畫緣起.....	1
一、	依據.....	1
二、	未來環境預測.....	2
三、	問題評析.....	6
四、	社會參與及政策溝通情形.....	11
貳、	計畫目標.....	12
一、	目標說明.....	12
二、	達成目標之限制.....	14
三、	績效指標、衡量標準及目標值.....	14
參、	現行相關政策及方案之檢討.....	16
一、	一般公費醫師培育政策.....	16
二、	內、外、婦、兒、急診醫學科醫師成長趨勢.....	16
三、	改善醫師人力、執業環境及加強醫師留任之具體重要措施.....	18
四、	挹注偏遠地區醫療資源.....	20
五、	保障醫師勞動權益.....	22
六、	措施推行後改善情形.....	22
七、	重點科別培育公費醫師制度.....	23
肆、	執行策略及方法.....	24
一、	主要工作項目.....	24
二、	分期(年)執行策略.....	25
三、	配套措施.....	26
四、	執行步驟(方法)與分工.....	27
伍、	期程及資源需求.....	32

一、	計畫期程	32
二、	經費來源及計算基準	32
三、	經費需求	32
陸、	預期效果及影響	34
柒、	財務計畫	34
捌、	附則	34
一、	替選方案之分析及評估	34
二、	風險管理	34
三、	相關機關配合事項	41
四、	中長程個案計畫自評檢核表	41
五、	中長程個案計畫性別影響評估檢視表	45
六、	中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表	55
七、	中長程個案計畫人權影響評估檢視表	57
表 1	1997、2007、2017、2024 年各縣市人口數變化	5
表 2	各縣市於 2007 與 2017 年、2017 與 2024 年期間人口減少之鄉鎮數	6
表 3	風險情境對策分析	35
表 4	計畫風險發生機率分類表－機率之敘述	36
表 5	計畫風險影響程度分類表－影響之敘述	36
表 6	計畫風險判定基準	37
表 7	風險評估及處理彙總表	38

表 8 醫療區域劃分表	69
表 9 偏遠地區醫師不足人數	72
表 10 偏遠地區中高齡醫師執業人數	73
圖 1 2024 至 2070 年三階段人口趨勢—中推估	3
圖 2 2024 至 2070 年三階段人口占比—中推估	3
圖 3 計畫現有風險圖像	39
圖 4 計畫殘餘風險圖像	40

衛生福利部辦理重點科別培育公費醫師制度計畫

壹、計畫緣起

一、依據

醫師人力與醫療服務之可近性，與國民健康息息相關，爰醫事人員人力規劃為本部重要職掌之一，又依據醫療法第 88 條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。

公費醫師培育制度自民國（以下同）64 年開始實施，初期由教育部負責培育，至 82 年由本部及退輔會分別培育，藉提供醫學生 6 年公費補助，畢業後再分發至醫師人力不足地區或醫師人力羅致較為困難之科別服務，以達成均衡醫師人力資源目的。公費醫師制度實施 30 餘年，已達成階段性之任務及政策之目的，因此，經本部委託學者評估研究，並召開數次會議審慎討論後，決定自 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至 98 年完全停止招收。

惟近年由於社會經濟、醫療環境、保險給付、人口結構改變及民眾對於醫療需求多元化等現象，致使住院醫師選擇執業科別之意願隨之改變，而生活品質、工時、醫療糾紛等考量已成為重要因素之一，導致急重難症科別住院醫師招收不易。為避免未來發生專科醫師人力失衡與地理分布不均問題，遂於 105 年至 109 年開辦「重點科別培育公費醫師制度計畫」（第一期），以挹注偏遠地區之重點科別醫師人力之不足，同時為改善偏鄉醫療資源不足問題，並於 108 年 11 月 12 日辦理「優化偏鄉醫療精進計畫」，其中對於偏鄉醫師人力缺口部分，除整體性檢討公費醫師養成培育制度外，另辦理偏鄉公費醫師留任計畫，以因應公費醫師新舊

制度銜接過程衍生偏鄉醫師人力缺口。隨後，為持續回應偏鄉醫療不足，遂於 110 年至 114 年辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」(第二期)，以充實偏遠地區醫師人力。

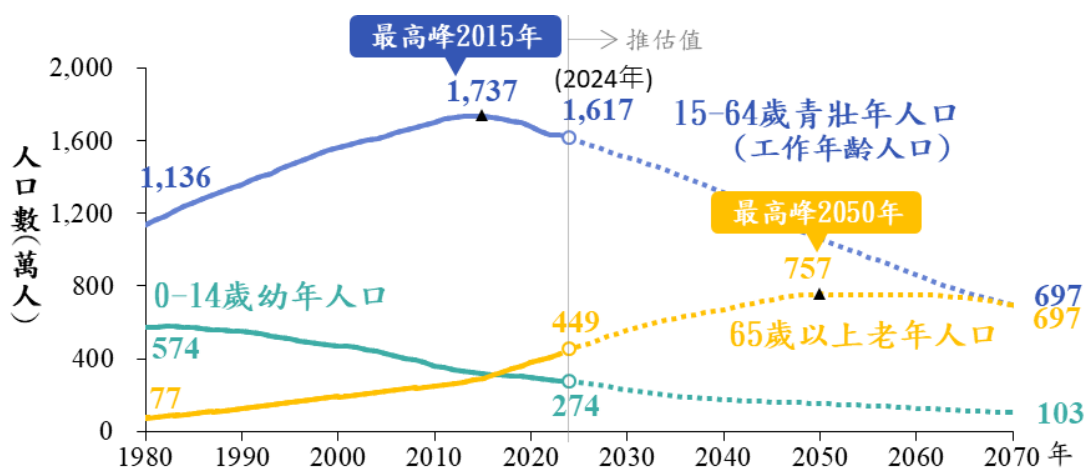
有鑑於臺灣人口逐漸朝向高齡少子化與集中化趨勢，偏鄉地區之醫師人力可能因病人數減少而撤退，且在新冠肺炎疫情後，各科別間人力失衡情形益發突顯，為確保偏遠地區基礎照護及急症處置量能穩定運作，並促進醫師人力合理配置，維持各科別人才穩定，且特定科別應有制度確保一定人力維持醫療任務，爰規劃辦理第三期重點科別公費醫師培育計畫，以持續守護偏鄉醫療照護不中斷，並強化羅致困難科別人力之均衡發展。

二、未來環境預測

(一) 人口變化：朝向超銳減、超高齡、超少子化趨勢

107 年臺灣老年人口比率已達 14.5%，正式邁入高齡化社會。臺灣總人口數 108 年為最高峰(2,360 萬人)，109 年死亡人數(17 萬 3,156 人)超過出生人數(16 萬 5,249 萬人)，首度出現人口負成長的現象。依據國家發展委員會：中華民國人口推估(113 年至 159 年)，可發現 113-159 年，人口減少近 757-903 萬人，其中 15-64 歲者將減少 920 萬人(佔總人口比例自 69.1%降至 46.6%)，顯示 159 年 65 歲以上老年人口將與青壯年人口相當。此外，工作年齡人口以 45-64 歲中高齡占多數，其占比將自 126 年起超過 5 成，顯示勞動力趨向高齡化問題。

圖 1 2024 至 2070 年三階段人口趨勢—中推估



資料來源：國家發展委員會中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）數據-幼年-青壯年-老年三階段人口結構；節錄日期 114/11/5；<https://pop-proj.ndc.gov.tw/>

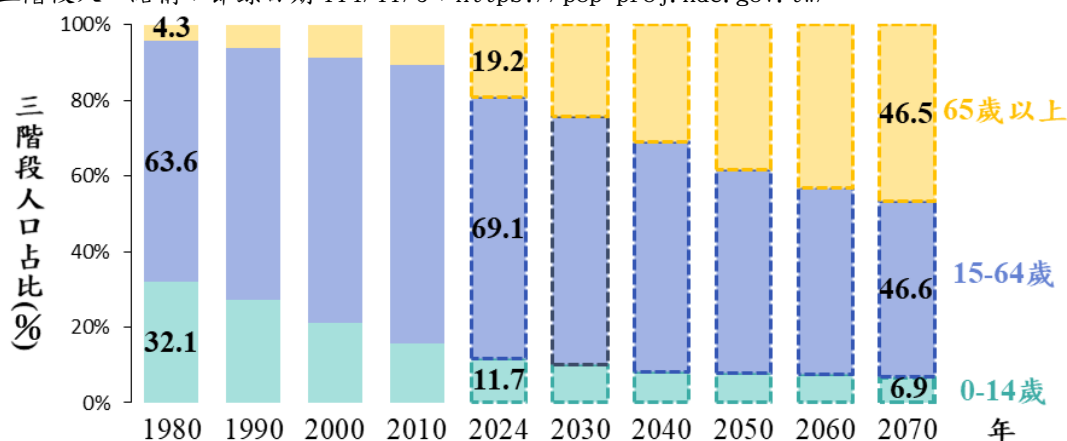


圖 2 2024 至 2070 年三階段人口占比—中推估

面臨未來超高齡化、超少子化及勞動力人口下降問題，在不增加醫師數之假設下，臺灣會因人口快速下降，導致每萬人口醫師數快速增加，更加凸顯醫師人力及醫療資源需做合理分配之重要性，以回應人口結構變遷之醫療需求，同時兼顧地區差異，促進整體醫療體系發展。

(二) 人口遷徙：城鄉社會結構變遷導致人口超集中化

人口集中於都會區為國際趨勢，聯合國預測，全世界各大城市未來 30 年將迎來 25 億人，全球人口逐漸朝都市集中，預估 117 年全球 68% 人口居住在都市地區。我國六都人口占率，106 年為 69.19%，113 年為 69.77%，在未來人口持續減少之情形下，非都會區人口減少速度會高於都會區。依據國家發展委員會委託「我國區域層級之家戶推計模擬」研究結果顯示，至 134 年人口呈正成長之縣市，為桃園市、新竹縣、新竹市，保持微幅成長者為新北市，連江縣、金門縣及臺中市亦為未來人口正成長的縣市，至於其他縣市，包括臺北市與高雄市，人口均下降。若再進一步分析老年人口比之變化，預估非都會區老化的程度，會遠較都會區高，未來城鄉差距會更大（國家發展委員會委託研究：我國區域層級之家戶推計模擬，2020）。

回顧 86-96 年、96-106 年及 106-113 年 3 個時段之臺灣各縣市人口改變，發現 86-96 年增加 121.56 萬人，96-106 年增加 61.28 萬人，但 106-113 年卻減少 17.10 萬人，可知 106-113 年人口減少速度較 96-106 年快，預估未來 10 年人口減少更快。進一步探究各縣市在 96-106 年及 106-113 年 2 個期間人口減少之鄉鎮數，發現 96-106 年有 224 個鄉鎮人口減少，106-113 年則有 276 個鄉鎮人口減少，預估未來 5 年人口減少之鄉鎮會更多。

在人口集中化趨勢下，偏遠地區原已困難吸引醫師投入，偏鄉醫療院所可能因病人數減少而撤退，因此，為確保偏鄉醫療照護，需仰賴公立醫療院所及衛生所，其角色定位、功能強化及人才留任，會變得更加重要。本部已推動多項方案，包括山地離島地區醫療給付效益提升計畫（IDS）、強化山地離

島在地醫療設施及人力、醫學中心支援計畫、偏鄉緊急醫療照護獎勵計畫等，以提升資源不足地區之健康服務量能及品質，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。

表 1 1997、2007、2017、2024 年各縣市人口數變化

縣市	人口數 (單位：萬人)				人口數變化 (單位：萬人)			2017-2024年 人口改變率(%)
	1997年	2007年	2017年	2024年	1997-2007 年	2007-2017 年	2017-2024 年	
	a	b	c	d	b-a	c-b	d-c	(d-c)/c
合計	2174.28	2295.84	2357.12	2340.02	121.56	61.28	-17.10	-0.73%
新北市	342.05	379.80	398.67	404.70	37.75	18.87	6.03	1.51%
臺北市	259.85	262.93	268.33	249.09	3.08	5.40	-19.24	-7.17%
桃園市	161.45	193.50	218.80	233.86	32.05	25.30	15.06	6.89%
臺中市	234.97	260.68	278.71	286.06	25.71	18.03	7.35	2.64%
臺南市	181.41	187.01	188.65	185.87	5.60	1.65	-2.78	-1.48%
高雄市	266.33	276.49	277.69	273.14	10.16	1.20	-4.55	-1.64%
宜蘭縣	24.20	46.04	45.66	44.92	21.84	-0.38	-0.74	-1.62%
新竹縣	42.17	49.58	55.22	59.46	7.41	5.63	4.24	7.69%
苗栗縣	56.03	56.02	55.38	53.29	-0.02	-0.64	-2.09	-3.78%
彰化縣	129.77	131.44	128.25	122.57	1.66	-3.19	-5.68	-4.43%
南投縣	54.67	53.37	50.11	47.23	-1.30	-3.27	-2.88	-5.75%
雲林縣	75.19	72.57	69.04	65.84	-2.62	-3.53	-3.20	-4.63%
嘉義縣	56.77	55.13	51.12	47.88	-1.64	-4.02	-3.24	-6.34%
屏東縣	91.38	88.96	82.99	78.92	-2.42	-5.96	-4.07	-4.90%
臺東縣	25.30	23.37	21.95	21.02	-1.93	-1.41	-0.93	-4.23%
花蓮縣	35.81	34.33	32.92	31.54	-1.48	-1.41	-1.38	-4.20%
澎湖縣	9.12	9.24	10.41	10.79	0.12	1.17	0.38	3.65%
基隆市	37.94	39.04	37.15	36.14	1.10	-1.89	-1.01	-2.71%
新竹市	35.18	39.90	44.11	45.72	4.72	4.21	1.61	3.66%
嘉義市	26.28	27.31	26.94	26.22	1.03	-0.37	-0.72	-2.68%
金門縣	5.11	8.15	13.75	14.36	3.05	5.59	0.61	4.44%
連江縣	0.84	0.99	1.29	1.40	0.15	0.29	0.11	8.14%
六都人口數	1446.06	1560.40	1630.85	1632.72	114.35	70.43	1.87	0.11%
六都人口占 率(%)	66.51	67.97	69.19	69.77	94.072	114.919		

資料來源：內政部戶政司(2025)：人口統計資料：年度縣市及全國統計資料-01 縣市人口按性別及五齡組；
<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>

縣市	鄉鎮數	2007- 2017年			2017- 2024 年		
		人口減少 鄉鎮數	人口減少 鄉鎮占率	減少>5千 人鄉鎮數	人口減少 鄉鎮數	人口減少 鄉鎮占率	減少>5千人 鄉鎮數
		a	b	c=b/a*100%	d	e=d/a*100%	
新北市	29	9	31%	1	18	62%	3
臺北市	12	4	33%	0	12	100%	12
桃園市	13	1	8%	0	2	15%	0
臺中市	29	8	28%	1	15	52%	0
臺南市	37	27	73%	1	29	78%	2
高雄市	38	24	63%	4	31	82%	3
宜蘭縣	12	6	50%	0	9	75%	0
新竹縣	13	6	46%	0	7	54%	0
苗栗縣	18	15	83%	0	16	89%	0
彰化縣	26	21	81%	0	24	92%	1
南投縣	13	12	92%	2	13	100%	0
雲林縣	20	17	85%	0	17	85%	0
嘉義縣	18	16	89%	0	17	94%	0
屏東縣	33	28	85%	1	31	94%	1
臺東縣	16	13	81%	0	11	69%	0
花蓮縣	13	11	85%	1	11	85%	1
澎湖縣	6	0	0%	0	1	17%	0
基隆市	7	5	71%	2	6	86%	0
新竹市	3	0	0%	0	0	0%	0
嘉義市	2	1	50%	1	2	100%	0
金門縣	6	0	0%	0	3	50%	0
連江縣	4	0	0%	0	1	25%	0
合計	368	224	61%	14	276	75%	23

資料來源：內政部戶政司(2025)：人口統計資料：各月人口資料-03.鄉鎮戶數及人口數；年度縣市及全國統計資料-01 人口按性別及五齡組；<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>

三、問題評析

(一) 人口老化導致供需改變

為避免醫事人力供需不平衡，造成醫療資源之浪費、不當誘發醫療需求及影響醫療服務品質，目前我國對西醫師人力之培育，係採取教、考、訓、用之管制措施，自 75 年起限制醫學系每年招生總人數為 1,200 名，88 年由教育部調整上

限為每年 1,300 名至今。

本部為掌握國內醫師人力供需情形，亦定期委託國內學者或學術單位進行醫師供需狀況之評估，俾利適時因應我國經濟發展及人口社會型態之轉變，滾動式修正並規劃我國醫事人力發展方向。

依據本部於 108 年度委託國家衛生研究院辦理之「2019 西醫師人力發展評估計畫」研究結果顯示，國內醫學系招生名額無須擴大。然而，隨著人口持續高齡化，60 歲以上西醫師比率預估將由 102 年的 16%，上升至 120 年為 29.1%。

由於醫師年齡愈高，每週平均工作時數通常逐年下降，整體可提供之醫療服務量亦隨之減少。研究進一步指出，以外科系醫師為例，65 歲以上女性醫師在各層級醫療機構執業時，每週平均工時約較整體平均少 24%至 29%；男性外科醫師則約少 17%至 33%。而 65 歲以上於醫院執業之內科系醫師，其平均每週工時普遍低於整體平均約 30%至 50%。

該研究並假設執業西醫師最高執業年齡為 84 歲，惟估計 120 年時，75 歲以上仍持續執業之西醫師約有 3,615 人。若扣除此部分高齡醫師實際可提供之服務量能，有效人力供給將進一步減少，顯示未來醫療服務量能可能不足，存在人力短缺之風險。

另為因應高齡化社會，落實政府照顧高齡人口及推動長期照護政策，未來醫療體系亟需五大科等專科醫師，且公立醫院大都地處偏遠，招聘醫師實屬不易，需有公費醫師挹注其醫療人力，以維持偏遠地區民眾之醫療照護。

(二) 醫事人力地理分布問題尚待解決

依據 102 年度國家衛生研究院對於內、外、婦、兒及急

診醫學科專科醫師人力進行之評估發現，人口年齡結構越大，對於內、外科醫療服務需求越高，而未來人口持續老化，將造成內、外科醫師人力供給不足的情況。婦產科在供給面或需求面皆呈現下降的趨勢，惟婦產科醫師至 111 年，60 歲以上醫師將達 49%，將降低醫療服務提供量，考量醫師因年齡老化恐造成工時過低等因素後，未來仍會出現人力短缺。兒科服務需求人口數雖有逐年減少的趨勢，但平均每人利用率的成長幅度遠大於人口數的影響，故未來兒科的服務需求量不減反增。急診醫學科部分，若以「緊急醫療分級評鑑標準」進行需求換算，將會有人力短缺的情形，綜上，五大科醫師人力未來仍是供給無法滿足需求之情形。

偏遠地區因特殊地理、經濟條件及交通不易等，醫事人力羅致困難，致使民眾之醫療需求無法被有效滿足。依據國家衛生研究院對於內、外、婦、兒、急診專科醫師人力研究結果，10 年內五大科醫師老化問題，尤其偏鄉地區及急重科醫師人力不足情形可能首當其衝。又歷年五大科醫師之地理分布，分別如下：

內科部分，90 年每萬人口最少內科醫師執業縣市為金門縣 (0.18)、臺東縣 (0.69)、新北市 (0.78)；108 年底每萬人口內科醫師執業縣市最少為金門縣(1.57)、新竹縣(2.29) 與苗栗縣(2.60)；113 年底仍以金門縣(1.25)、苗栗縣(2.06) 及南投縣 (2.37) 最低。

外科部分，連江縣在 90 年時完全沒有外科醫師、新北市 (0.40) 次少，雲林縣平均每萬人口只有 0.47 位外科醫師；108 年底每萬人口最少外科醫師執業縣市為金門縣 (0.78)、新竹縣(1.31)及新北市(1.50)；113 年底則為金門縣(0.49)、南投縣 (0.64) 及苗栗縣 (0.71) 最低。

婦產科部分，每萬人口婦產科醫師執業數，連江縣在 90 年完全沒有婦產科醫師，澎湖縣 (0.33)、嘉義縣 (0.37) 次少。108 年底每萬人口婦產科醫師最少之縣市為苗栗縣、宜蘭縣(0.51)並列、金門縣次之 (0.64)；113 年底最低者為澎湖縣 (0.28)、苗栗縣 (0.41) 及金門縣 (0.42)。

兒科部分，每萬人口兒科醫師執業數，連江縣在 90 年完全沒有兒科醫師、臺東縣次少(0.29)、第三順位雲林縣(0.35)；108 年底每萬人口兒科醫師執業縣市最少為金門縣 (0.86)、嘉義縣(0.97)、澎湖縣(1.14)；113 年底則為金門縣(0.63)、澎湖縣 (0.74)，苗栗縣 (0.77)。

急診醫學科部分，每萬人口急診醫學科醫師執業數，澎湖縣、臺東縣、金門縣、連江縣在 90 年完全沒有急診醫學科醫師、新竹市 (0.03) 次少、花蓮縣與新北市並列第三順位 (0.04)。108 年底每萬人口急診醫學科醫師數，連江縣亦無急診醫學科醫師，最低縣市為金門縣 (0.14)，次少澎湖縣 (0.29)、苗栗縣 (0.46)；113 年底最低者為南投縣 (0.36)、金門縣 (0.49) 及澎湖縣 (0.56)。

綜上，可知部分偏遠地區之五大科人力亟待填補，仍需挹注五大科醫療資源。

(三) 因應國家整體醫療政策需求

近年我國醫療環境與公共衛生需求持續變化，部分專科及次專科已出現人力培育不足或服務需求增加之情形。為確保醫療體系穩定運作並強化關鍵醫療專業量能，本計畫第三期在既有重點科別培育基礎上，納入臨床病理科、小兒外科、感染科、重症醫學科、兒童青少年精神醫學科及司法精神醫學科等專科或次專科，相關原因說明如下。

首先，就專科人力供給情形而言，部分專科新進人力明顯不足。依據本部專科醫師發證人數統計，臨床病理科近3年（111年至113年）平均每年領證人數僅約4人；另依本部次專科人力調查，小兒外科領證人數於111年為1人，112年及113年均為0人，顯示相關專科及次專科之新進人力補充有限，未來恐難以因應醫療服務需求及既有醫師逐漸退休所產生之人力缺口。

其次，隨著新興傳染病及重症醫療需求增加，感染科與重症醫學科之專業人力亦日益重要。近年嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情及其他新興與再興傳染病威脅頻發，凸顯感染科醫師於傳染病診斷、疫情監測及院內感染控制等工作之重要性，而重症醫學科醫師則在重症病患整合照護及醫療資源調度方面扮演關鍵角色。依相關專業學會統計，截至115年2月6日止，感染科有效會員人數為822人，重症醫學科有效會員人數為3,203人，顯示我國已建立一定規模之專業社群，惟考量相關專科醫師培育時間較長，未來面對新興傳染病威脅及人口高齡化所帶來之重症醫療需求，仍有持續培育專業人力之必要。

此外，因應社會安全網政策推動，精神醫療相關人力需求亦逐漸增加。兒童青少年精神醫學科次專科醫師人力雖由109年276人增加至114年351人，惟每年人數僅約13至22人，且多數醫師需兼顧成人精神醫療服務，致實際投入兒童青少年精神醫療服務之量能仍相對不足。

另就司法精神醫療而言，近年精神障礙者觸法事件引發社會高度關注，司法精神醫療體系之建立亦為行政院社會安全網政策的重要推動項目。目前司法精神醫學次專科醫師，自109年至114年已累計培育113位醫師，惟現有通過甄審

之醫師多為資深醫師，部分已接近退休年齡，新生代專業人力仍相對不足。另依監護處分執行情形統計，每年相關個案收治及處遇量均逾 200 人次，顯示司法精神醫療服務需求持續存在，亟需培育相關專業人力。

綜上，考量部分專科人力供給不足、公共衛生及重症醫療需求增加，以及社會安全網政策推動等因素，本計畫第三期納入臨床病理科、小兒外科、感染科、重症醫學科、兒童青少年精神醫學科及司法精神醫學科等科別，以透過公費醫師培育制度，引導醫學生投入關鍵專科訓練與服務，逐步補充相關專業人力，並強化我國醫療體系之韌性與整體醫療照護量能。

(四) 偏鄉醫師留任困境

多數鄉鎮人口逐漸變少、變老，合併低照護量能等問題，為平衡偏鄉及離島等資源相對不足區域之醫療照護供給，維護偏鄉醫療照護量能，需積極強化公立醫療院所功能與角色。此外，偏鄉醫師在人力供給不足之前提下，每位醫師臨床負擔加重，照顧區域廣，更使人員流動快速，留任困難。

偏鄉之醫療機構除臨床醫療服務，通常也肩負日益繁重之公共衛生角色，在高齡化社會下，應考量偏遠離島地區經營不易，加強其角色定位、功能強化及人才留任等支援。

四、社會參與及政策溝通情形

本部為因應醫師人力不足問題，召開數次會議研議重點科別培育公費醫師制度相關規範，各界達成之共識如下：

- (一) 依據 103 年 11 月 21 日、同年 12 月 17 日、104 年 3 月 2 日及 105 年 5 月 12 日分別召開「研議國內醫學系學生

招收人數檢討會」、「研議住院醫師納入勞動基準法評估會議」、「研商國內大學醫學系公費生制度會議」及「研商重點科別培育公費醫師制度計畫相關事宜會議」，討論重啟一般公費醫學生制度，對醫師人力不足科別進行重點培育，挹注偏鄉提供 6 年服務。另考量公費生之志趣，於專科醫師訓練階段，應尊重個人意願，不限制五大科的名額分配比例，由各專科的總額限制下各自申請。

(二) 於 106 年 7 月 19 日召開「重點科別培育公費醫學生招生檢討會議」決議，有關 105 年度及 106 年度未招收之缺額，將滾動調整至未來年度招生，原則上每家學校以培育 20 名為上限。另建議高雄醫學大學評估公費醫學生之招收部分改由學士後醫學系入學管道辦理之可行性。

(三) 於 113 年 11 月 23 日、114 年 10 月 30 日召開「重點科別培育公費醫學生座談會」，就公費醫師專科醫師訓練及下鄉分發方式進行充分討論，作為研擬「重點科別培育公費醫師待遇分發訓練及服務要點」(草案)之參考。

(四) 於 114 年 11 月 10 日召開「本部重點科別培育公費醫師制度計畫第三期溝通會議」，就第三期計畫之目標、培育、訓練及服務制度等重點內容進行全面性報告與意見交流，所提建議與會議結論，作為本計畫後續規劃精進及執行落實之參考。

貳、計畫目標

一、目標說明

(一) 短程目標

1. 五年培育公費醫學生至多 750 名，並視各培育學校招收情形及辦學品質等各項因素逐年調整招生人數。每年公費醫學生實際招生率達 9 成。
2. 醫學系為專業人才之培育，其學業壓力較其他一般科系繁重且須臨床實習，部分公費生因學習適應能力問題，而無法順利完成學業而退學。本部將持續加強公費生各階段之輔導工作，幫助公費生順利完成修業與臨床訓練。
3. 學士後醫學系培育 4 年，自 119 年(118 年第 1 學期)起始參加國家考試，國考通過率達 7 成。

(二) 中長程目標

1. 醫師培育歷程較長，自入學至完成專科醫師訓練通常需 10 年以上始能投入醫療服務。另各專科醫師訓練期程約為 2 至 4 年不等，且部分醫師可能因服兵役、懷孕生育、接受次專科訓練或重大傷病等因素申請展緩服務，致實際投入偏遠地區服務之時間有所差異，爰自 125 年起追蹤已取得專科醫師證書之公費醫師投入偏遠地區服務之比率，以評估本計畫對補充偏鄉醫療人力之成效。
2. 培育重點科別醫師人力，以內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科為主，並視偏鄉人力需要彈性調整培育科別，以解決專科別人力不均。
3. 均衡偏遠地區醫療資源。

二、達成目標之限制

- (一) 醫師培育時間冗長，自入學至完成專科訓練動輒需 10 年以上始能提供醫療服務(6 年修業、2 年臨床訓練、3-6 年不等之專科訓練)，無法解決在地醫療服務之及時需求。
- (二) 因各專科訓練期程為 2 至 4 年不等，且因服兵役或懷孕、受次專科訓練、重大傷病等因素申請展緩服務。
- (三) 公費生於培育過程，發現五大科與志趣不合，造成休學、退學等無法順利取得證書。
- (四) 目前各專業領域發展多元，取得醫學系畢業證書後可能不從事臨床服務。

三、績效指標、衡量標準及目標值

(一) 短程績效指標、衡量標準及目標值

績效指標	衡量標準	年度目標值				
		115	116	117	118	119
預計招生人數	預計招生人數	150	150	150	150	150
實際招生人數	實際招生人數	135	135	135	135	135
自我申請退學率	自我申請退學人數/入學人數	≤10%	≤10%	≤10%	≤10%	≤10%

績效 指標	衡量 標準	年度目標值				
		119	120	121	122	123
醫師國考 通過率	取得醫師證 書人數/當年 度畢業人數	≥70%	≥70%	≥70%	≥70%	≥70%

(二) 中長程績效指標、衡量標準及目標值

績效 指標	衡量 標準	年度目標值				
		125	126	127	128	129
取得專科 證書率	取得專科醫 師人數/完訓 人數	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
完訓之公 費醫師服 務率	服務人數/取 得專科醫師 人數	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%

1. 為更具體反映本計畫對偏鄉醫療人力實際挹注之成效，透過追蹤各年度完成培育及實際進入偏鄉服務之人數變化，綜合評估整體公費醫師制度計畫於改善偏鄉醫療人力配置及強化醫療服務量能之政策效益。
2. 因本計畫公費醫師服務年數為 10 或 15 年，並於 135 年起逐年追蹤完成服務之公費醫師留任率，期能長期久任，達到穩定偏鄉醫療人力。

參、現行相關政策及方案之檢討

一、一般公費醫師培育政策

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」，經統計招生年度 93 年至 98 年之一般公費醫師，將近 42% 之公費醫師於人才羅致困難科服務，59.7% 分發至本部所屬醫院服務，28% 分發至本部指定支援山地離島之醫院服務，12.6% 於衛生所服務。可見公費醫師培育，對人才羅致困難科醫師人力之挹注顯有成效，對基層醫療醫師人力之充實亦達部分成效。

惟依據本部委託國內學者進行「醫學系一般公費生服務期滿後之各公費生執業地點、機構與服務階段變遷及其影響因素」之研究調查結果，服務期滿 10 年之公費生 938 人，其中 25% 返回到臺北市服務、60% 在新北市、高雄市、台南市、臺中市等次級都會區服務，可見公費醫師服務期滿後續留於偏遠地區服務之意願不高，對於充實偏遠地區醫師人力仍有進步之空間。

綜觀我國公費醫師制度自 64 年實施，40 餘年以來，公費醫師扮演偏鄉醫療不可或缺之角色；然因一般公費醫師之留任率不佳，前經檢討後，自 95 年起逐年減招，至 98 年停招。

二、內、外、婦、兒、急診醫學科醫師成長趨勢

近年內、外、婦、兒、急診醫學科醫師成長趨緩，本部多次邀集各專科醫學會代表、醫院代表、消費者代表及專家學者召開會議，並於 102 年委託國家衛生研究院進行醫學生選科偏好評估調查，針對五大科醫師人力趨緩之原因，分析如下：

（一）醫學生選擇五大科別的意願降低

1. 醫護人員逐漸重視生活品質：依據國家衛生研究院針對

醫學生所進行之選科調查結果，不選擇五大科做為未來執業科別之影因素包括，易有醫療糾紛、未來執業的生活品質較不好、相較其他科別工時數較多。

2. 醫療糾紛之風險日高：依據統計資料顯示，自 76 年以來，本部醫事審議委員會接受司法、檢察機關委託鑑定之醫療糾紛案件數迅速攀升，其中刑事告訴案占 74%，醫療糾紛讓醫師面臨很高的執業風險和不確定性，頻繁出入法院更是曠日廢時，浪費社會成本，承受極大的心理壓力，以致無法專注於臨床工作，故寧可選擇其他醫療風險低的科別。
3. 給付制度與經濟誘因不利發展：過去健保給付對部分高風險、需值班、重症照護之科別，如婦產科、內科及外科等，未能提供足夠之給付差距，致使醫師流失，且新進住院醫師無願意投入該類科別領域。
4. 少子化，影響投入婦兒科意願：近年我國出生率持續下降，根據內政部統計資料顯示，75 年粗出生率為 15.93%，至 108 年降至 7.42%，113 年再降至 5.76%。另，因教育的普及，女性平均接受教育年數普遍延長，結婚年齡延後，首次生產平均年齡也由 75 年的 24.7 歲延至 113 年的 31.65 歲。

(二) 專科間分配失衡與地理分布不均

1. 專科容額高於每年申請人數，造成專科間失衡：75 年始有專科醫師制度，惟並無人數限制，自 90 年起限定專科總容額為 1,948 名，以平衡專科醫師人力分布，但因各專科招收住院醫師仍有 10%彈性上限，合計

2,143 名，遠超過醫學生每年招收人數 1,300 名。近年雖已調整專科總容額為 1,550 名，貼近醫學生畢業人數，但可觀察到部分科別招收不佳，造成專科人力間失衡。

2. 城鄉人力差距，偏遠地區人力網羅不易，造成惡性循環。

三、改善醫師人力、執業環境及加強醫師留任之具體重要措施

為改善醫師人力、執業環境及加強醫師之留任，本部自 102 年起積極推動多項措施，希重振五大科（內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科）醫師人力，以促使醫師留任及增加醫師人力回流。具體重要措施包括：

（一）提高全民健保五大科別支付標準，為緩解國內內、外、婦、兒及急診科醫師出走的困境，於 102 年至 113 年醫療給付費用總額額外投入新臺幣(以下同)292.262 億元，用於調整急重難科別之支付標準，各年度編列金額如下：

1. 102 年醫院投入 50.55 億元，用於合理調整急重難科別之支付標準；西醫基層投入 0.22 億元，用於外科手術及處置項目支付標準之調整。
2. 105 年投入 6 億元，用於調整部分手術兒童加成方式及基本診療支付標準。
3. 106 年投入 60 億元，用於調整醫院重症支付標準、調整部分手術兒童加成方式、急診例假日加成時間及兒童專科醫師加成等。
4. 107 年醫院投入 27.05 億元，用於調整重症護理費、護病比加成、特定診療項目支付點數及鼓勵地區醫院假日

開診相關支付標準。

5. 108 年醫院投入 43.942 億元，用於調整醫院重症支付標準及基本診療項目。
 6. 109 年投入 57.51 億元，用於調整急診及住院之基本診療項目及重症支付標準。
 7. 111 年投入 10 億元，用於提升重症照護費用，及調升首日住院護理費。
 8. 112 年投入 1.04 億元，用於新增「高風險妊娠生產新生兒緊急處置費」診療項目，並自 112 年起每年挹注 15 億元（至 113 年共計投入 30 億元）辦理健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能，及持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能專款計畫，用於調整調整急重症基本診療項目之支付點數差額或額外加成。
 9. 113 年醫院投入 5.09 億元，用於調升新生兒中重度住院診察費、兒童加護病房住院診察費、病房費及護理費等項目；西醫基層投入 0.86 億元，用於將基層院所「藥事服務費」列為兒童加成項目。
- (二) 開辦五大科住院醫師津貼計畫，自 102 年 9 月 1 日開辦津貼補助，對於五大科住院醫師專科訓練期間，每人於每年訓練結束後補助 12 萬元津貼，藉由提供誘因吸引醫學生投入五大科訓練與服務。另於 105 年擴大補助科別至神經外科，截至 113 年 12 月 31 日已累計完成住院醫師津貼補助 24,234 人次，共計投入 27 億 1,080 萬元。

- (三) 合理調整五大科醫師訓練員額，自 102 年起將訓練名額總數由 2,143 名調降為 1,670 名，103 年起再調降為 1,550 名，使貼近畢業生人數，提高五大科招收率。
- (四) 強化醫師與護理團隊合作照護，發揮專科護理師在醫療照護中的臨床專業能力，並在醫院授權範圍內執行相關醫療業務，以提升照護效能與病人安全。自 95 年至 113 年，通過專科護理師甄審 15,082 人，執業人數達 90%。
- (五) 強化畢業後全科及五大科訓練：100 年起實施 1 年期 PGY 訓練，即為以五大科為主之臨床基礎訓練；又配合 108 學年度醫學系學制改變，自 108 年起實施 2 年期 PGY 訓練，強化畢業後全科訓練。
- (六) 推動生育事故救濟及籌辦醫療爭議處理機制：為減少醫療糾紛，促進產婦與醫事人員之夥伴關係，確保事故發生後及時給予救濟，爰制定生產事故救濟條例。截至 113 年，共核予救濟金 14 億 3,540 萬元，受託辦理之司法訴訟鑑定案件，產科部分減少約六成。另為妥速處理醫療爭議，促進醫病和諧關係，醫療事故預防及爭議處理法推動「訴訟外紛爭解決機制」，113 年度醫療爭議調解成功率提升至 45%，透過醫療爭議調解制度，提供醫病雙方一個溝通平臺，緩和醫病緊張關係，以減少訟源，提升醫療品質，促使五大科醫師留任及增加醫師人力回流的效果。

四、挹注偏遠地區醫療資源

- (一) 推動「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，107 年至 109 年每年預算 9.5 億元，110 年至

112 年每年預算 11 億元，113 年預算為 13 億元。保障
措施包含：

1. 任務型補助：離島、山地鄉及醫療資源不足或相鄰鄉鎮提供 24 小時急診及內、外、婦、兒科服務之醫院(不限地區醫院)，給予浮動點值「最高 1 點 1 元」保障，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限。
 2. 基本營運保障(燈塔型地區醫院，113 年開始)：符合本計畫對象條件之地區醫院，且符合離島醫院、急救責任醫院及該鄉鎮(區)僅有一家醫院者，於前開計畫預算，補助該等醫院收入或予以點值保障
- (二) 投入遠距醫療照護縮短城鄉差距：以區域聯防概念整合區域醫療資源，提供偏鄉或醫療資源不足區域，醫學中心等級之醫療照護，強化偏鄉地區急重症醫療照護可近性與品質，截至 113 年 12 月，已完成全國 14 個急重症轉診網絡基地醫院，建置遠距醫療中心，由 119 處醫療院所共同合作，提供重症緊急醫療遠距會診服務。
- (三) 強化區域聯防，提升偏鄉緊急醫療量能：由醫學中心或重度級急救責任醫院支援 29 家在地醫院、23 處緊急醫療資源不足地區，挹注 141 名專科人力，提供緊急醫療資源不足地區所需之緊急醫療量能，並深化醫學中心達成醫院評鑑五大任務指標之提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質之使命。
- (四) 補實原鄉離島地區在地醫事人力，建構在地人服務在地人量能，自 58 年起辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」已至第 5 期(111-115 年)，培育對象為原

住民、離島及偏鄉籍屬，分發服務以返回戶籍所在地原鄉離島地區衛生所為優先。截至 113 年底已培育養成公費醫師 759 名，服務期滿仍留任原住民族及離島地區服務達七成，以充實在地醫療人力，維護居民健康權益。

(五) 自 109 年起辦理偏鄉公費醫師服務期滿留任獎勵計畫，並自 113 年起擴大補助至非公費醫師，於服務機構執業滿一年，給予服務機構新臺幣 120 萬元至 180 萬元之補助。截至 113 年共補助 123 名醫師至偏鄉服務(其中離島 32 名、高度偏遠地區 20 名、偏遠地區 71 名)。

五、保障醫師勞動權益

為了讓住院醫師的訓練及工作條件更臻合理，本部已施行多項措施，包括參考美國醫師工時及值班之規定，自 100 年起限制住院醫師照顧病床數及值班上限，並於 108 年 9 月 1 日起住院醫師適用勞動基準法，公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」規範，4 週總工時不得超過 320 小時(平均每週 80 小時)，並列入教學醫院評鑑評核項目，以保障其權益。

六、措施推行後改善情形

五大科醫師人力自本部 102 年起積極推動多項措施後，住院醫師招收情形已明顯改善，如第一年住院醫師招收率均達 8 成以上，自 101 年至 108 年，五大科別均呈現增加趨勢，第二年住院醫師留任率亦將近達 9 成以上。惟自 109 年至 113 年，除內科增加 2.48% (89.92%增至 92.4%)，其他四大科別均呈下降趨勢，顯示近年來五大科別可能受整體醫療環境變化、流行性傳染病衝擊、年輕醫師工作型態改變及工作模式選擇多元等因素，招收情形略有下降。因此，除仍需長期穩定偏遠地區人力，以落實偏遠地區

民眾醫療照顧外，尚須強化各科別之人力均衡。

七、重點科別培育公費醫師制度

本部於 105 年重啟「辦理重點科別培育公費醫師制度計畫」，第一期(105-109 年)及第二期(110 年-114 年)，兩期共計 10 年，預計招收 1,250 位公費醫學生，統計 105 至 114 學年培育計 1,232 位公費醫學生，男女比例約為 2:1(總數 821:411)，達原訂招收目標之 93% (1,232/1,331)，平均退學率 10%；並依 105 至 108 學年度實際完成培育比率(341/399=85%)，預估畢業人數 1,047 名。

本部執行計畫過程，學生及家長對於公費醫師制度有諸多擔憂，及有部分公費生未參加考試以規避服務義務等相關情形，致影響招收情形，爰提出改善措施與策進作為如下：

- (一) 成立「公費醫師培育制度督導小組」，邀請公費生代表共同參與，改善舊制公費生制度缺點，導正負面形象。
- (二) 委託相關學校辦理「重點科別培育公費醫師制度輔導計畫」，邀集各培育學校組成輔導老師支持網，提供公費醫學生指導諮詢、規劃辦理公費醫學生下鄉服務體驗營及定期與學生座談等，以提升公費生榮譽感及認同偏鄉服務價值。公費生對於學校執行重點科別培育公費生輔導計畫之整體滿意度達 95%(N=208)，其中男性與女性公費生之整體滿意度分別為 96%及 91%。
- (三) 規劃未來重點科別公費醫師下鄉分發方式，研擬配合醫學中心支援偏遠地區醫院計畫，提供公費醫師於服務期間得有一定時間選擇返回醫學中心精進技能。
- (四) 本部為使公費醫師於訓練及服務階段瞭解各項制度規劃及相關注意事項，自 114 年度起已建置「公費生專用信

箱」及「專線服務電話」，作為單一聯繫窗口，提供公費生待遇訓練及服務分發相關規範及疑義諮詢等即時協助，俾利公費醫師於各階段遇有問題時，得迅速獲得回應，以提升制度推動的溝通品質與行政效能。

(五) 本部已建置「公費醫事人員資訊管理平台」，透過數位化資訊系統整合分發選填、訓練紀錄管理、服務年限計算、資料上傳及行政通知等功能，強化公費生相關流程之資訊化管理，並藉由系統化作業，簡化行政程序、提升資料精準度，並強化各培育學校及服務醫院之協作效率。

(六) 鑒於部分公費醫學生為規避服務義務而延遲參加醫師考試，進而影響公費生制度目的之達成，本部已於第二期計畫中定明公費醫學生應於畢業後 12 年內持續參加醫師考試，逾 12 年未取得醫師資格者，應返還已受領之公費，以落實培育目的及後續偏鄉服務義務，確保制度人力供給穩定。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

(一) 培育重點科別醫師人力，給予公費待遇 4 年或 6 年，公費生於畢業並完成專科醫師訓練或次專科訓練後，另依所選訓練組別，分發服務 10 年或 15 年。

(二) 分發服務地點依訓練科別彈性調整，並以任務為導向，守護民眾醫療健康照護及穩固關鍵科別醫師人力。

二、分期（年）執行策略

- (一) 本部為合理劃分醫療區域，爰依據民眾就醫流向、生活圈、就醫交通時間、人口密度與行政區域等因素，劃分 52 個次醫療區域（詳如表 8，p70）。經查 113 年 12 月底，未達 WHO 醫療基本需求標準每萬人口醫師數 10 位之次醫療區域，包括新竹竹東、苗栗海線、彰化南彰化、臺東關山、臺東成功、臺東大武、花蓮鳳林及金門縣，而前揭地區共計需補充 239 位醫師人力（詳如表 9，p73），始可達每萬人口醫師數 10 位之標準。
- (二) 又按 102 年度國家衛生研究院之研究分析，因人口老化的影響，民眾醫療服務需求增加，醫師每週工作時數隨年齡增加而降低，可能造成醫師數量足夠，但實際提供服務量能不足，仍出現人力短缺情形。依據未達每萬人口醫師數 10 位地區之醫師年齡分布（詳如表 10，p74），可見偏遠地區醫師高齡化現象嚴重。考量偏遠地區以公立醫療機構提供服務為主，若以 65 歲為公職醫師之退休年齡，並推算本計畫培育公費醫師約在 12 年後始能至偏鄉服務，12 年後之醫師缺口預計達 382 位。
- (三) 目前持續透過醫中支援計畫，挹注偏遠地區之急重症專科人力，人力需求約為 140 位醫師。
- (四) 經查近 5 年各專科平均招收率，五大科中僅兒科未達 85%，另臨床病理科更低於 60%。近年亦觀察到神經科、重症醫學科、小兒外科等急重症科別有羅致困難之現象。
- (五) 自 105 年至 114 學年度止，預計畢業人數計 1,047 名公費醫學生，依據偏遠地區醫師不足及年齡老化等現況，並考

量部分科別人力出現警訊，規劃 115 年至 119 年，每年招生人數上限 150 名，除依照前一年度各校招收情形，調整當年度招生人數外，並滾動式檢討培育成效及前二期人力填補情形，評估逐年減招或停止招生。

三、配套措施

本計畫核心目標是希望公費醫師能續留偏遠地區服務或投入急重難等關鍵科別領域，然而若要使其留任或投入相關專科，需有建立完善的配套措施，如強化支持環境及資源等。

(一) 加強公費醫學生輔導

為建立與公費醫學生良好的溝通管道，對於公費醫學生在校期間，由各培育學校組成輔導老師支持網，提供公費醫學生指導諮詢、課程輔導及定期與學生座談等，強化公費生認同偏鄉服務價值，並建置透明健全的培育機制，以減少退學人數。

(二) 規劃區域醫療人力資源有效運用

為提升偏遠地區醫療資源運用效益，敦促當地衛生局負責整合區域醫療資源，主導轄區內醫療機構人力分工，透過協調當地醫療人力相互支援模式，建構整合性醫療人力資源服務網絡，以減輕個別醫院公費醫師之工作負荷。

(三) 保障公費醫師權益

本部成立「公費醫師培育制度督導小組」，負責檢討培育公費醫師制度及公費醫師分發服務機制，保障公費醫師權益，包括薪資待遇、福利等；另籲請服務機構，對於公費醫師應予公平、合理之對待，同時，要求服務機構建

立醫師工時異常申訴管道與處理機制，以保障公費醫師勞動權益。

(四) 成立專案辦公室

為確保公費醫師於服務前後即時獲取政策、訓練及行政作業相關資訊，並有效回應公費醫師及各服務醫院在執行過程中所遇疑義，及強化整體制度推動效能，規劃建置「衛福部重點科別公費醫師訓練及服務專案辦公室」，統籌整合各執行面向與協調運作。

四、執行步驟（方法）與分工

(一) 公費醫學生培育名額

考量醫學教育品質及量能，第三期計畫期程為5年，培育公費醫學生總名額至多750名，並視各培育學校招收情形、辦學品質及偏鄉人力等各項因素滾動調整招生人數。

(二) 培育方式

1. 醫學系公費醫學生之招生，併入各校院「申請入學」、「分發入學」方式辦理，學士後醫學系公費學生之招生由各校院自行辦理；其公費待遇項目、公費年數、服務年數及醫師證書之保管等事項，應於招生簡章中載明。
2. 公費醫學生於新生註冊入學時，應填具契約書及保證書。
3. 醫學系公費學生肄業期間受領公費待遇年數，最長為六年；學士後醫學系公費學生肄業期間受領公費

待遇年數，最長為四年，無法在教育法令規定修業年限期間完成學業者，其延長修業年限期間，應不得受領公費待遇；公費醫學生入學後因學分抵免，提升年級，而縮短修業年數者，其受領公費待遇年數應比照修業年數縮短。

4. 公費醫學生除領公費待遇外，應不得受領其他具服務義務之獎學金或其他給付。
5. 公費生肄業期間，經勒令退學、開除學籍或自動退學者，應終止公費待遇，並償還其受領之公費。但有下列情形之一，並經本部同意者，免除償還義務：

I. 死亡

II. 罹患全民健康保險法所定之重大傷病。

III. 其他不可歸責於己之事由。

6. 公費醫學生經醫師考試及格領取醫師證書者，於未依規定完成服務義務前，其醫師證書由本部保管，作為履約之保證。另由本部發給加蓋戳記之醫師證書影本 1 份，以供辦理銓敘及執業登記之用。
7. 公費醫學生於規定之服務期間，不履行其服務義務者，除醫師證書由本部保管，直至完成服務後，始予發還外，並應依其未服務之年數除以應服務年數之比例，償還其在學期間所受領公費總金額之一定倍數，但有下列情形之一者，得免償還公費。

I. 死亡。

II. 因罹患全民健康保險所訂重大傷病

III. 其他不可歸責於己之事由，而不能繼續履行服務義務者。

前項年數未滿 1 年者，以 1 年計。

8. 公費醫學生服務期滿，應檢具其服務證明文件，送本部核准後始得離職，並由本部發還其醫師證書。
9. 未履行服務義務者，因未達成培育目的，即使已償還公費，其醫師證書仍不予發還。

(三) 訓練與服務方式

1. 公費醫學生於畢業當年，分配於本部或國軍退除役官兵輔導委員會（以下稱輔導會）培育體系服務，依此二培育體系補助經費比例，五分之四比例分發於本部培育體系服務，五分之一比例分發於輔導會培育體系服務。
2. 公費醫學生畢業後，於本部重點培育科別，選擇受訓科別並視當年度偏遠地區人力實際需求彈性調整培育科別。
3. 訓練地點為醫學中心，並於醫學中心完成專科醫師訓練或本部指定次專科後，由本部分發至偏遠地區之本部所屬醫院（以下稱本部偏鄉醫院）服務，結合醫學中心支援偏鄉計畫；或由輔導會分發至該會所屬榮民總醫院分院及榮家。

4. 服務年數不包含訓練：醫學系公費學生及學士後醫學系公費學生畢業後之服務年數為 10 年或 15 年。
5. 公費畢業生於服務期間，不得以自費出國留學。以公費留學或服務機構薦送出國進修者，須經服務機構轉報本部同意，並申請展緩服務。其出國留學期間，不計入服務年數。
6. 公費畢業生考取國內研究所，應經其服務機構同意並轉報本部核定。其全職修讀研究所期間，不計入服務年數。

(四) 預定培育科別

培育科別分為政策任務科(A 組)及人才羅致困難科(B 組)：

1. A 組：重症醫學科、臨床病理科、小兒外科(次專科)、兒童青少年精神醫學科(次專科)及司法精神科(次專科)。
2. B 組：內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科、感染科、神經科及神經外科，並得依醫學生畢業當年度之偏鄉人力需要逐年彈性調整培育科別。

(五) 服務期間保障

規劃辦理本部所屬醫院重點科別培育公費醫師攬才延任獎勵計畫，提供薪資獎勵、公職職缺、福利待遇及進修機會與補助等措施，提升留任誘因並保障公費醫師服務權益。

(六) 輔導及行政管理措施

為強化重點科別公費醫學生之培育品質及行政管理效能，本部持續規劃「公費醫事人員資訊管理平台」，整合培育歷程、訓練紀錄、志願選填及服務管理等功能，並導入行動化操作、通知機制及資料分析模組，以提供即時資訊、減少行政負擔，並運用智慧化數據分析，以強化人力配置與政策決策支持，並建置全方位輔導支持計畫(含公費醫學生輔導老師支持網、臨床訓練階段及服務分發階段相關輔導作為)，及設置「公費醫師訓練及服務專案辦公室」，相關規劃如下：

1. 組成與定位：本專案辦公室為另行成立之專責行政支援單位，其人員配置以專案人力為主，作為跨單位之整合協調與前端服務窗口。
2. 設置目標：本專案辦公室之設置，係以提升溝通效率、強化行政支援、降低制度執行摩擦為目標，透過專責人力與單一窗口之運作模式，確保公費醫師制度得以穩定、有效推動。
3. 運作機制：
 - (1) 設置公費醫師專線及專用信箱，作為公費醫師與服務醫院之單一聯繫窗口，提供公費醫師於訓練及服務階段之制度諮詢與行政協助及協助服務醫院釐清分發、服務管理及相關行政作業流程。
 - (2) 負責案件進度追蹤、彙整回復及跨單位溝通協調，確保回應一致性與時效性。
 - (3) 針對重複性或制度性問題，定期彙整分析，逐步建置指引或常見問答資料，減少重複詢問，並回饋作

為制度精進及行政流程優化之參考。

伍、期程及資源需求

一、計畫期程

- (一) 招生期程為 115 至 119 學年度，共計 5 年。
- (二) 培育期程為 115 年 9 月 1 日至 125 年 6 月 30 日止，計 10 學年整。

二、經費來源及計算基準

- (一) 經費來源：本計畫經費概算係粗估經費，由本部及輔導會依預算程序逐年列入公務預算支應編列辦理。
- (二) 計算基準：係參考教育部「公私立大學校院學雜收費基準一覽表」、「師資培育公費生公費待遇項目及標準表」及本部原住民及離島地區醫事人員養成計畫(106 年度至 110 年度)相關經費編列。
- (三) 補助標準：每人每學期生活津貼(含住宿費)10 萬 2,000 元、書籍費 1 萬 6,500 元、應屆畢業生旅行參觀費 3,000 元；學雜費每學期依教育部核定之標準編列；語言教學實習費(含電腦網路使用費)、學生平安保險費每學期依各校收費標準編列。

三、經費需求

- (一) 培育期程為 115 年 9 月 1 日至 125 年 6 月 30 日止，計 10 學年整。

(二) 本計畫所需經費初估約需 17 億 3,025 萬元：公費生待遇經費本部 13 億 8,420 萬元及退輔會 3 億 4,605 萬元

(三) 經費概算 (會計年度)

1. 公費生待遇：每人每學期，生活津貼(含住宿費) 10 萬 2,000 元、書籍費 1 萬 6,500 元，應屆畢業生旅行參觀費 3,000 元、學雜費 8 萬元、語言教學實習費及電腦網路使用費約 1,200 元、學生平安保險費 300 元，實際使用金額以當年度培育學校申請金額為依據，平均每人每學期約需 20 萬元。
2. 設備費：每人每學期 1 萬 5,000 元。
3. 管理費：每人每學期 1 萬元。

單位：千元

會計年度	培育人次		公費待遇		設備費		管理費		小計	
	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會	本部	退輔會
115	120	30	24,000	6,000	1,800	450	1200	300	27,000	6,750
116	360	90	72,000	18,000	5,400	1,350	3,600	900	81,000	20,250
117	600	150	120,000	30,000	9,000	2,250	6,000	1500	135,000	33,750
118	840	210	168,000	42,000	12,600	3,150	8,400	2,100	189,000	47,250
119	1,008	252	201,816	50,454	15,120	3,780	10,080	2,520	227,016	56,754
120	1008	252	201,744	50,436	15,120	3,780	10,080	2,520	226,944	56,736
121	864	216	173,088	43,272	12,960	3,240	8,640	2,160	194,688	48,672
122	648	162	129,960	32,490	9,720	2,430	6,480	1620	146,160	36,540
123	408	102	81,960	20,490	6,120	1,530	4,080	1020	92,160	23,040
124	216	54	43,416	10,854	3,240	810	2,160	540	48,816	12,204
125	72	18	14,616	3,654	1,080	270	720	180	16,416	4,104
合計	6,144	1,536	1,230,600	307,650	92,160	23,040	61,440	15,360	1,384,200	346,050

陸、預期效果及影響

本計畫透過醫師之培育及分發服務，預期可達充實偏遠地區醫師人力及強化急重難科醫師人力，以兼顧國家醫療資源均衡發展。

柒、財務計畫

本計畫財源來自衛生福利部及國軍退除役官兵輔導委員會之公務預算，藉由上述來源之政府編列預算，依每年公費醫學生人數，補助其生活津貼(含住宿費、膳食費、零用金)、學雜費、書籍費、語言教學實習費及電腦網路使用費、學生平安保險費及應屆畢業生旅行參觀費，提供公費醫學生經濟協助，並補助培育學校添購設備費，挹注公費醫學生教學資源，透過本部與學校合作，以強化計畫執行成效。

捌、附則

一、替選方案之分析及評估

為增進偏鄉民眾之醫療可近性，強化在地醫療量能，本部近年來已積極推動多項措施，對於偏鄉醫療的可近性及照護品質，已有明顯提升。考量偏鄉地區之醫療提供主要為公立醫院、衛生所(室)，但醫師招募不易，歷來多依賴公費醫師分發服務，為持續挹注偏遠地區及重點科別醫師人力之不足，並考量偏鄉醫師年齡老化因素，爰賡續辦理本計畫。

二、風險管理

(一) 風險辨識：

依據本部委託之研究結果顯示，偏遠地區及醫療資源不足地區將發生醫師人力不足之風險，且五大科易有醫療糾紛、未來執

業的生活品質較不好、相較其他科別工時數較多，故投入五大科之醫師人力相對減少，偏遠地區人力可能衝擊更大。

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。

表 3 風險情境對策分析

風險項目	風險情境	現有風險對策
A：部分公費醫學生為規避服務義務而延遲參加醫師考試，進而影響公費生制度目的之達成。	部分公費醫師可能僅以取得醫學系學位為目標，於學業完成後延遲或不參加醫師考試，以規避後續應履行之公費醫師服務義務，進而影響公費醫師人力培育及補充偏鄉醫療量能之政策目的。	本部已於第二期計畫中定明公費醫學生應於畢業後12年內持續參加醫師考試，逾12年未取得醫師資格者，應返還已受領之公費，以落實培育目的及後續偏鄉服務義務，確保制度人力供給穩定。
B：醫師人力培育與實際偏鄉需求出現時間差。	醫師培育及專科訓練具一定年限，可能與偏鄉及特定專科之即時人力需求存在時間落差，影響短期內人力補充效果。	將依醫學生畢業年度之偏鄉人力需求，滾動檢討並彈性調整培育科別及名額配置，並與既有偏鄉醫療相關政策相互配合，以降低人力供需時間差對醫療服務之

風險項目	風險情境	現有風險對策
		影響。
C：計畫核定預算經費，無法滿足計畫執行所需經費。	計畫核定經費與實際所需(或分配到可使用)經費時有落差，影響計畫執行內容落實度或預期目標達成度。	依據實際分配到之經費調整計畫執行項目與目標值，並妥善運用其他計畫結餘款，籌措短缺費用。

(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」、「風險影響程度分類表」，建立「風險判定基準」，風險值（影響程度及發生機率之乘積）2 以下，予以容忍。

表 4 計畫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)	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
機率之描述	5 年內只會在特殊的情況下發生	5 年內有些情況下會發生	5 年內大部分的情況下會發生

表 5 計畫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 6 計畫風險判定基準

發生機率 影響程度	發生機率		
	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2	高度風險 R=3

極度風險(R=9)：需立即採取處理行動消除或降低其風險。

高度風險(R=3~6)：需研擬對策消除或降低其風險。

中度風險(R=2)：仍需進行控管活動降低其風險。

低度風險(R=1)：不需執行特定活動降低其風險。

(三) 風險處理：

本部就所辨識之各項風險，依據前述風險評量標準及其現有

風險對策，分析各項風險發生之可能性及影響程度，訂定「風險評估及處理彙總表」（表 7）、「計畫現有風險圖像」（圖 3）及「計畫殘餘風險圖像」（圖 4）。

表 7 風險評估及處理彙總表

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性× 影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性× 影響程度)
部分公費醫學生為規避服務義務而延遲或不參加醫師考試，進而影響公費生制度目的之達成。	部分公費醫師可能僅以取得醫學系學位為目標，於學業完成後延遲或不參加醫師考試，以規避後續應履行之公費醫師服務義務，進而影響公費醫師人力培育及補充偏鄉醫療量能之政策目的。	本部已於第二期計畫中定明公費醫學生應於畢業後 12 年內持續參加醫師考試，逾 12 年未取得醫師資格者，應返還已受領之公費，以落實培育目的及後續偏鄉服務義務，確保制度人力供給穩定。	4 (2x2)	持續透過在學期間輔導支持網絡制度，強化公費醫師認同，並暢通溝通管道，協助公費醫學生了解契約內涵及不履行服務義務之影響。	2 (1x2)
醫師人力培育與實際偏鄉需求出現時間差。	醫師培育及專科訓練具一定年限，可能與偏鄉及特定專科之即時人力	將依醫學生畢業年度之偏鄉人力需求，滾動檢討並彈性調整培育科別及名額配置，並與既有偏鄉	2 (2x1)	透過第一期及第二期已培育完成之分發服務公費醫師，逐步縮減人力	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)
	需求存在時間落差，影響短期內人力補充效果。	醫療相關政策相互配合，以降低人力供需時間差對醫療服務之影響。		供需時間差之衝擊。	
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 3 計畫現有風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4 ■部分公費醫學生為規避服務義務而延遲或不參加醫師考	高度風險 R=6

		試	
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2 ■ 醫師人力培育與實際偏鄉需求出現時間差 ■ 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 4 計畫殘餘風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2 ■ 部分公費醫學生為規避服務義務而延遲或不參加醫師考試	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 ■ 醫師人力培育與實際偏鄉需求出現時間差	高度風險 R=3

		<p>■ 年度法定預算無法滿足計畫編列及執行所需經費</p>	
--	--	--------------------------------	--

三、相關機關配合事項

- (一) 國軍退除役官兵輔導委員會：依據計畫執行，協助研議公費醫師相關政策及管理措施之制定等事宜。
- (二) 各培育醫學系公費生院校：配合計畫執行，發展因校制宜之公費生輔導措施及推動偏鄉醫療服務性社團，強化公費生對偏鄉醫療服務之熱忱。

四、中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第10點)	✓				
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估，並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)	✓				
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表？並依據各類審查作業規定提具相關書件		✓			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
	(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		✓			

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	
	內部化					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
	(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		✓			
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		✓			
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		✓			本計畫不適用。
	(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		✓			

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	
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		✓			本計畫不適用。
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		✓			
	(3)是否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		✓			
	(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		✓			
	(5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		✓			
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓			本計畫不適用。
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		✓			本計畫不適用。
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		✓			本計畫不適用。
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		✓			本計畫不適用。
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		✓			本計畫不適用。
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		✓			本計畫不適用。

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	
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)		✓			本計畫不適用。
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		✓			本計畫不適用。
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		✓			本計畫不適用。
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，將依本部資訊安全管理規範進行資通安全防護規劃。

主辦機關核章：承辦人

單位主管

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

五、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學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

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

計畫名稱：辦理重點科別培育公費醫師制度計畫(第三期)(115-119年度)

主管機關

衛生福利部

主辦機關（單位）

醫事司第五科

（請填列中央二級主管機關）

（請填列提案機關／單位）

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
<p>1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</p> <p>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)。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 行政院自100年函頒「性別平等政策綱領」(以下簡稱綱領)，並於110年5月修正綱領整體架構，凝聚6大面向及33項推動策略。其中於「健康、醫療與照顧」面向，強調建構性別友善之健康、醫療與照顧職場環境，改善勞動條件與性別隔離情形，並加強人員之性別平等意識，以消除性別刻板印象與偏見，提供具性別敏感度之醫療照護與相關服務；同時關注不利處境者之需求與醫療服務可及性，以保障不同性別及偏遠地區民眾之健康與就醫權益。本計畫推動公費醫師培育制度，亦將參酌上開政策精神，並依《消除對婦女一切形式歧視公約》(CEDAW)第5條、第10條、第11條、第12條及第24號一般性建議之意旨，於公費醫師培育、服務及留任制度規劃中，持續檢視並消除性別刻板印象與偏見，促進教育與執業環境之性別平等。 2. 本計畫於推動過程中將注意性別平等相關法規與政策，並在制度規劃及相關組織運作(如專案辦公室編組)時兼顧性別衡平原則。另公費醫學生之招生係依各校院招生制度辦理，並持續關注不同性別學生於醫學教育培育歷程及未來服務場域之發展情形，以促進醫療教育及執業環境之性別友善與平等發展。

評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析(含前期或相關計畫之執行結果)，並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender.ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender.ey.gov.tw/gecdb/)(含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(https://gec.ey.gov.tw)。</p> <p>b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體：</p> <p>①政策規劃者(例如：機關研擬與決策</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本部統計重點科別公費生105年至114年在學人數(不含退學)，男性626人、女性451人，合計1,077人，男女比例約為1.39：1。各年度招生情形略有差異，其中109年女性52人高於男性41人，113年男女比例亦接近1：1，顯示女性投入醫學教育及公費醫師培育制度之比例逐步提升。 2. 次統計本計畫105年至108年訓練階段公費生(已取得醫師證書)，男性171人、女性108人，男女比例約為1.58：1。各年度在學與訓練過程中男女比例大致相似，顯示於醫師培育與訓練過程中，未見明顯性別隔離情形。 3. 另查行政院性別平等會「重要性別統計資料庫」所載114年醫師性別統計資料，西醫師執業人數男女比例約為3.29：1。進一步觀察不同年齡層醫師之性別分布，39歲以下醫師男女比例約為1.87：1，40至49歲約為2.58：1，50至59歲約為4.55：1，60

<p>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>至69歲約為8.57：1，70歲以上約為18.40：1，顯示醫師人力結構中隨年齡層提高男性比例逐漸增加。整體而言，較高年齡層醫師男性比例較高，反映早期醫學教育與醫療職場環境中男性投入比例較高之情形，而較年輕世代女性醫師比例已有逐步提升之趨勢，顯示醫療人力結構正逐漸朝性別多元發展。</p> <p>4. 綜合上述資料顯示，公費醫師培育制度於培育及訓練階段已呈現逐步趨於均衡之性別分布。未來隨105年起培育之公費醫師自115年起陸續投入偏遠地區及相關醫療機構服務，本部將持續透過「公費醫事人員資訊管理平台」蒐集公費醫師之性別、服務地區、服務機構及科別等相關資料，追蹤其服務與留任情形並進行統計分析，以作為精進公費醫師培育制度及營造性別友善醫療職場環境之參據。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-3【請根據1-1及1-2的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a. 參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離 (例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任)、職場性別友善性不足 (例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施)，及性別參與不足等問題。</p> <p>b. 受益情形</p> <p>① 受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會 (例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動)，或平等參與社會及公共事務之機會 (例如：參加公聽會/說明會)。</p> <p>② 受益者受益程度之性別差距過大時</p>	<p>1. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集教育部、各醫學院院長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。</p> <p>2. 衛生福利部公費醫師培育制度督導小組委員會，委員男性10人、女性6人，女性比例約37.5%，在制度治理及決策層級亦納入不同性別代表參與，以兼顧多元觀點。</p>

(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)。

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。

- 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。

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。

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。

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】</p> <p>請針對1-3的評估結果,擬訂本計畫之性別目標,並為衡量性別目標達成情形,請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值,並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益:</p> <p>a. 參與人員</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>b. 受益情形</p>	<p><input type="checkbox"/>有訂定性別目標者,請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節,並於本欄敘明計畫書草案之頁碼:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未訂定性別目標者,請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集教育部、各醫學院院長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. 本計畫未涉及公共空間之空間規劃與工程設計。 3. 本計畫受益對象為醫學生及偏遠地區民眾,不因不同性別、性傾向或性別認同而有差異。另已蒐集公費醫學生招生情形及醫師人力性別統計資料,並進行相關性別分析,未來將持續透過「公費醫事人員資訊管理平台」蒐集公費醫師之性別、服務地區、服務機構及

<p>① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</p> <p>② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。</p> <p>③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。</p> <p>c. 公共空間 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>科別等資料，追蹤其服務與留任情形，以作為制度精進及營造性別友善醫療執業環境之參據。</p>
--	--

評估項目	評估結果
<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：</p> <p>a. 參與人員</p> <p>① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。</p> <p>② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。</p> <p>b. 宣導傳播</p> <p>① 針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法</p>	<p><input type="checkbox"/>有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未訂執行策略者，請說明原因及改善方法： 本計畫推動公費醫師培育制度及偏遠地區醫療人力布建，主要係以提升偏遠地區醫療可近性及補充醫療資源不足為核心目標。公費醫學生之招生係依各校院招生制度及入學考試成績為主要錄取基準辦理，錄取標準採一致原則，未因性別而有所差異，男女學生均得依相同標準參與甄選與錄取。 另偏遠地區醫療人力配置係依地區醫療需求及醫療資源分布情形規劃，醫療服務之提供不以特定性別為限制，亦不以性別作為偏鄉醫療人力配置之優先考量。惟在制度推動過程中，仍將適度關注不同性別醫師於職涯發展、工作負荷及生活平衡等面向之需求，以提升醫師於偏遠地區服務之穩定性與持續性。</p>

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，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。
- ② 辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。
- ③ 培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。
- ④ 辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

未來並將持續透過「公費醫事人員資訊管理平台」蒐集公費醫學生及公費醫師之性別、服務地區、服務機構及科別等相關資料，進行必要之統計與分析，以作為後續制度精進及營造性別友善醫療執業環境之參據。

e. 具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

- ① 規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。
- ② 製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。
- ③ 規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。

f. 建構性別友善之職場環境

委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職），以營造性別友善職場環境。

g. 具性別觀點之研究類計畫

- ① 研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。
- ② 以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。

評估項目

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】

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。

評估結果

- 有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：
- 未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：本計畫主要編列公費醫學生獎助費及相關業務推動經費，係依制度培育及醫療人力政策需求編列，未就特定性別另行編列預算。惟於計畫推動過程中，仍將於既有業務經費及資訊系統運作中納入性別統計蒐集與相關分析工作，作為後續制度精進及營造性別友善醫療執業環境之參據。

【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	將持續追蹤人口統計等相關性別分析。除性別統計分析外，並依需要進行年齡、性別與地區之交叉分析，以作為建立公費生相關政策制定的參考依據。	
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)	
	3-2-2說明未參採之理由或替代規劃	因第一、二期公費醫學生係自105年起培育，醫師養成需歷經醫學系六年、畢業後一般醫學訓練(PGY)及專科訓練等階段，預計於115年起始陸續投入偏遠地區及相關醫療機構服務，目前尚無實際服務資料可供完整分析。 未來隨公費醫師逐步投入服務，本部將運用「公費醫事人員資訊管理平台」蒐集相關資料，持續追蹤公費醫師之性別、年齡、服務地區、服務機構及科別等統計資訊，並逐步辦理性別分析，以評估公費醫師培育制度對偏遠地區醫療人力挹注及不同性別醫師服務情形之影響，作為後續政策精進與建立性別友善執業環境之參據。
3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 114 年 12 月 19 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：賴雅靖 職稱：專員 電話：02-85907421 填表日期：115年3月14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 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請優先邀請前三款以下人員擔任，並請勾選：

1. 現任「行政院性別影響評估人才參考名單」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。名單請參閱行政院性別平等會網頁（網址：<https://gec.ey.gov.tw/>；路徑為：首頁>性別主流化>性別影響評估）。
2. 現任或曾任行政院性別平等會民間委員。
3. 現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。
4. 其他_____。

(一) 基本資料

1. 程序參與期程或時間	114 年 11 月 22 日 至 114 年 11 月 22 日
2. 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	王秀紅、考試院考試委員/高雄醫學大學名譽教授、 專長：婦女健康、高齡長期照顧、健康促進、性別議題、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	<p>本計畫「重點科別培育公費醫師制度計畫（第三期）」係為因應人口超高齡、超少子化趨勢、人口嚴重外流等因素，導致醫事人力供需不平衡，造成內、外科醫師人力供給不足。計畫目標短期為逐年調整招生人數，長期目標為培育重點科別醫師人力，以內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科為主，期解決專科別醫師人力不均；並均衡偏遠地區醫療資源。</p> <p>本計畫旨在公費醫學生之招生及培育，計畫之政策規劃、計畫目標以及各校招生考試實施過程、執行方式與結果不因特定性別、性傾向或性別認同者而有所差異。</p>
5. 性別統計及性別分析之合宜性	<p>一、計畫提供重點科別公費生105-114年招生人數，男性佔821人，女性佔411人，男女比例約為2：1。</p> <p>二、計畫委託國內學者進行「醫學系一般公費生服務期滿後之各公費生執業地點、機構與服務階段變遷及其影響因素」之研究調查，服務期滿10年之公費生，其中男性約佔84%，女性約佔16%，男女比例約為5：1。</p> <p>三、依據行政院性別平等處113年統計西醫師執業人數資料，男女比例約為3：1.1。</p>
6. 本計畫性別議題之合宜性	本計畫之公費醫學生招生，計畫之政策規劃、計畫目標以及各校招生考試實施過程、執行方式與結果不因特定性別、性傾向或性別認同者而有所差異。
7. 性別目標之合宜性	計畫未訂定性別目標。計畫不因不同性別、性傾向或性別認同者，有不平等之對待或不良之影響。

8. 執行策略之合宜性	本計畫實施過程及執行策略，不因特定性別、性傾向或性別認同之差異而有所區別。
9. 經費編列或配置之合宜性	經費之編列及配置合宜。
10. 綜合性檢視意見	<p>一、本計畫「重點科別培育公費醫師制度計畫（第三期）」係為因應人口超高齡化、超少子化趨勢、人口嚴重外流等因素，導致醫事人力供需不平衡，造成內、外科醫師人力供給不足。計畫目標短期為逐年調整招生人數，長期目標為培育重點科別醫師人力，以內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科為主，期解決專科別醫師人力不均；並均衡偏遠地區醫療資源。</p> <p>二、本計畫旨在公費醫學生招生及培育，計畫之政策規劃、計畫目標以及各校招生考試實施過程、執行方式與結果不因特定性別、性傾向或性別認同者而有所差異。</p> <p>三、建議：(1)計畫在研擬、修正過程透過邀集教育部、各醫學院院長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。各種政策研商過程及相關會議，宜確保不同性別參與的機會。(2)本計畫執行期間，宜持續追蹤人口統計等相關性別分析。除性別統計分析外，並依需要進行年齡、性別與地區之交叉分析。(3)公費生選擇執業地點、機構、科別領域及服務年數等，宜進行性別及年齡等各變項之交叉分析，以作為建立公費生相關政策制定的參考依據。</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。 (簽章，簽名或打字皆可) <u>王秀紅</u></p>	

六、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		✓			

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	
	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		✓			

七、中長程個案計畫人權影響評估檢視表

填表日期：115年3月14日
<p>· 填表人姓名：<u>賴雅靖</u> 服務單位及職稱：<u>衛生福利部醫事司專員</u> 電話：<u>02-85907421</u></p> <p>e-mail：<u>mdyinqi@mohw.gov.tw</u></p> <p>· 計畫已於研擬初期，<input type="checkbox"/>提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論（會議日期：____年____月____日）；或<input checked="" type="checkbox"/>徵詢人權諮詢員意見（<input type="checkbox"/>召開意見徵詢會議，日期：____年____月____日；<input checked="" type="checkbox"/>書面徵詢；<input type="checkbox"/>其他：_____）</p> <p>· 人權諮詢員姓名：<u>黃嵩立</u> 服務單位及職稱：<u>國立陽明大學公共衛生研究所教授</u></p> <p>· 身分：符合本表填表說明第三點第二款（如徵詢2位以上者，請自行增列；如係提報各部會人權工作小組者，免填）</p>
<p><u>填表說明</u></p>
<p>一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫，應依「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」規定辦理。</p> <p>二、行政院所屬各機關之中長程個案計畫，不論新訂或修正，皆應依據本表進行人權影響評估。但經核定之中長程個案計畫所提出之修正內容（修正計畫），若僅限於下列事項者，得免重辦人權影響評估（各機關須檢附前次辦理之影響評估檢視表，並確定該表內容已根據核定計畫完成修正）：</p> <p>(一) 因物價調整修正計畫經費。</p> <p>(二) 變更計畫期程。</p> <p>(三) 調整計畫執行之細節性或技術性事項：施作技術、工法或工項調整、招商模式改變、配合法令修改調整計畫分工權責機關、修正經費來源或調整自償率，及前開事項衍生之經費調整。</p> <p>(四) 因預算不足，刪減工作項目，且該工作項目業經前次人權影響評估檢視(1)無不利影響；(2)可能產生不利影響，已規劃採取因應措施及救濟機制；或(3)可能產生不利影響，未規劃採取因應措施，將於執行中對相關權利項目保障情形持續追蹤。</p> <p>(五) 計畫之部分內容調整由其他計畫規劃辦理。</p> <p>三、各機關於計畫研擬初期，即應提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論，或以召開會議、書面等方式徵詢人權諮詢員（至少1人）之意見，以初步釐清可能直接或間接影響之處境不利群體及「壹、人權影響評估」可能涉及之權利項目，以利後續徵詢及協商程序與評估作業之進行；並得視對外徵詢、協商之情形及影響評估之需要，再行徵詢各部會人權工作小組、相關人權任務編組或人權諮詢員之意見。人權諮詢員應符合下列資格之一：</p> <p>(一) 現任或曾任行政院各相關人權任務編組民間委員。</p> <p>(二) 現任或曾任各部會人權工作小組或相關人權任務編組民間委員。</p> <p>四、彙總型計畫應由各主、協辦機關針對主管之工作項目進行人權影響評估作業，並由主辦機關彙整後提報。</p>
計畫名稱： 辦理重點科別培育公費醫師制度計畫(第三期)(115-119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) (請填列案機關/單位)	醫事司
-----------------------	-------	-------------------------	-----

壹、人權影響評估

1-1 請依提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論，或徵詢人權諮詢員之意見，以及踐行徵詢及協商程序所獲利害關係人之意見，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」，勾選計畫所涉及之權利項目(可複選)，並進行影響評估；上開意見均認定本計畫與下列權利項目無直接或間接關聯者，主辦機關(單位)得於中長程個案計畫函報行政院審查前，檢附草案及相關意見函請行政院人權及轉型正義處同意後，勾選「未涉及上述權利項目」：

1. 民族自決權 2. 不受歧視與平等權 3. 獲得有效救濟之權利 4. 生命權
5. 免於酷刑或其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰權
6. 免於奴役和強迫勞動的權利 7. 人身自由與人身安全權
8. 自由被剝奪之人的人道處遇 9. 禁止因無力履行契約上義務即予監禁
10. 遷徙自由權 11. 外國人、大陸地區人民、香港澳門居民及無國籍人之驅逐
12. 公平審判權 13. 禁止溯及既往之刑事處罰 14. 法律人格獲承認
15. 隱私和名譽權 16. 思想、信念及宗教自由權 17. 意見自由與言論自由權
18. 免受剝削、暴力和虐待 19. 集會和結社自由權 20. 尊重家庭的權利
21. 父母和子女的權利 22. 姓名權和獲得國籍權 23. 參與政事和投票的權利
24. 工作權 25. 社會保障權
26. 享有適足生活水準的權利(含適足食物權、適足居住權)
27. 享有可達到之最高身心健康標準權 28. 受教育權 29. 享受和受益於文化的權利
30. 財產權
其他： _____
 _____ (編號)等權利項目涉及性別議題部分，已依備註第3點將人權影響評估內容填寫於「中長程個案計畫性別影響評估檢視表」。
未涉及上述權利項目，業經行政院人權及轉型正義處同意(函復日期及文號：____年____月____日____字第____號)

備註：

- 以上經勾選計畫涉及之權利項目，除已填寫於「中長程個案計畫性別影響評估檢視表」部分外，均應依評估項目1-5至1-8逐一填列檢視結果；又計畫涉及之權利項目達2個以上時：
 - 原則應就各權利項目分別呈現評估結果，並請就下列表格自行增列，即先就某一權利項目填列1-5至1-8後，再增列並接續填列下一權利項目之1-5至1-8，且權利項目之檢視順序無須依上開權利項目編號順序為之；最後再於「貳、人權影響評估結果」綜合說明。
 - 計畫內容同時涉及兩個以上權利項目，且對該等權利項目之內涵高度重疊時，得於權利項目欄位同時填寫所涉權利項目之名稱，於1-5至1-8併同呈現所列權利項目之人權影響評估結果。例如：針對水權之相關規劃，得於右邊欄位填寫「享有可達到之最高身心健康標準權、享有適足生活水準的權利(含適足食物權、適足居住權)」；針對禁止強迫勞動之相關規劃，得於右邊欄位填寫「免於奴役和強迫勞動的權利、工作權」。
- 就未經納入「國際人權公約保障權利項目索引表」之權利項目，例如未直接明定於已國內法化國際人權公約條文但經聯合國條約機構等國際組織作成一般性意見所肯認之集體權、

環境權、發展權等，計畫主辦機關認有必要進行評估時，得勾選「其他」並敘明之。

3. 特定權利項目之評估內容，涉及「性別」或「與性別交織之不利處境者（例如：原住民族、新住民、高齡、身心障礙、農村及偏遠地區等女性、女童，以及同性戀、雙性戀、跨性別者與雙性人等）」之部分，請填列於本要點附表二。
4. 經行政院人權及轉型正義處同意而勾選「未涉及上述權利項目」者，免填評估項目1-2至1-8。

1-2【請釐清可能直接或間接受影響對象】

說明計畫內容可能直接或間接受影響之團體、群體或個人且應優先考量是否涉及原住民族、不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者、老人、身心障礙者、兒少、新住民、勞工、移工及其家庭成員、偏鄉及離島居民、難民、尋求庇護者、非我國籍或於我國無戶籍人民（含外國籍及無國籍人士）等處境不利群體。

本計畫為確保偏遠地區基礎照護及急症處置量能穩定運作，並促進醫師人力合理配置，維持各科別人才穩定，預定培育公費醫師科別分為政策任務科(A組)及人才羅致困難科(B組)，因兩組別服務內容不同，影響之對象亦有所差異。茲就本計畫可能直接或間接受影響之對象分列如下：

1. 政策任務科(A組，包含重症醫學、臨床病理、小兒外科、兒童青少年精神醫學、司法精神醫學等)

(1)直接受影響對象

- A. 需仰賴相關醫療資源之民眾，例如兒童與青少年、高齡者、身心障礙者、精神疾病患者、慢性病個案，以及行動不便等處境不利之族群，預期可提升醫療照護可近性。
- B. 接受公費培育、需投入A組科別訓練及服務之醫學生及醫師，其專科選擇、訓練內容及服務安排亦受本計畫影響。

(2)間接受影響對象

執行A組任務之地方醫療機構，可能因人力補充後，提升服務穩定性。

2. 人才羅致困難科(B組，包含內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學、感染科、神經科、神經外科等)

(1)直接受影響對象

- A. 目前偏遠地區醫師不足、醫療服務項目有限，但在公費醫師下鄉服務後可獲得更完整醫療照護之居民。
- B. 因醫療人力缺乏而需跨鄉鎮就醫、延誤診斷或頻繁轉診之病人，如慢性病患者、高齡者及行動不便者等，預期可因在地醫療量能提升而減少奔波。
- C. 接受公費培育並投入B組科別訓練與服務之醫學生及醫師，因服務安排、科別選擇與訓練要求受本計畫規範。

(2)間接受影響對象

偏遠地區之地方醫療院所，可能因人力補充後，提升內、外、婦、兒、急診等領域之醫療量能及服務穩定性。

<p>1-3 【請說明本計畫研擬過程之徵詢及協商程序】</p> <p>1. 請說明徵詢及協商程序之人事時地及方式，如公共建設所在地居民公聽會、施工前說明會等；如有相關爭議，請說明相關團體、群體或個人主要意見、參採與否及其理由。</p> <p>2. 如有身心障礙者、兒少、原住民族等處境不利群體之個人、代表團體及相關團體參與之相關統計分析資料，請一併說明。</p>	<p>1. 本計畫研擬過程之徵詢程序如下： 本部於114年11月10日召開「本部重點科別培育公費醫師制度計畫第三期溝通會議」，邀請中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人台灣醫學生聯合會，傾聽各方立場，並就第三期計畫之目標、培育、訓練及服務制度等重點內容進行全面性報告與意見交流，針對其所提出之疑慮及建議，已做充分溝通說明，以作為本計畫後續細部規劃之精進及執行落實之參考。</p> <p>2. 本計畫研擬過程之協商程序如下： (1)本部於113年11月23日、114年10月30日召開「重點科別培育公費醫學生座談會」，參與對象包含學校及公費醫學生，並就公費醫師專科醫師訓練及下鄉分發方式進行充分討論，作為研擬「重點科別培育公費醫師待遇分發訓練及服務要點」(草案)之參考。 (2)本計畫所涉相關單位，如退輔會、培育學校及服務醫療院所，對於本計畫均無提出相關意見，亦配合本部規劃辦理。</p>
<p>1-4 【請說明資料蒐集情形】</p> <p>機關於計畫研擬過程中，應先盤點現有資料，並勾選資料類型：倘發現基礎資料不足，而曾以會議以外之其他方式，如焦點團體訪談等研究方法，另行蒐集資料，請填寫「是」，並依實際情形勾選蒐集資料之方式；如無，則請勾選「否」。至現有資料及另行蒐集資料之內容，請視涉及之權利項目，另於「1-5」欄說明。</p>	<p>盤點現有資料：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>政府統計資料(行政登記、公務統計、調查統計)包含人口統計、人口推估報告、當地醫師人力及醫療相關公務統計資料(相關數據及計畫書頁碼，詳如1-5評估結果)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>研究報告、考察報告等</p> <p><input type="checkbox"/>國內外文獻</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>盤點現有資料後，是否另行蒐集資料：</p> <p><input type="checkbox"/>是，請勾選(得複選)</p> <p><input type="checkbox"/>訪談(含利害關係人及專家)</p> <p><input type="checkbox"/>焦點團體訪談</p> <p><input type="checkbox"/>田野調查(現場觀察、調查、蒐集、採訪與紀錄)</p> <p><input type="checkbox"/>問卷</p> <p><input type="checkbox"/>普查</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>否，未另行蒐集資料</p>
<p>權利項目1</p>	<p>享有可達到之最高身心健康標準權</p>
<p>評估項目</p>	<p>評估結果</p>
<p>1-5 【請盤點本計畫可能直接或間接受影響對象之調查及統計資料】 (可複選)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>1. 行政院及各機關之調查、統計資料(含各機關業務統計、歷次國家報告、國家人權行動計畫、結論性意見行動回應表、人權指標等相關統計)：</p>

請就「1-1」欄勾選所涉權利項目及依「1-2」欄所列可能影響對象，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「對本權利項目可能造成影響之事項」及「相關國際人權規範」，盤點行政院及各機關之調查、統計資料，於本欄敘明相關現況；如有相關分組分析資料，請併予呈現。

(1)人口統計 (P2-6)：

- A. 1997、2007、2017及2024年各縣市人口數變化。
- B. 各縣市於2007與2017年、2017與2024年期間人口減少之鄉鎮數。

(2)國家發展委員會中華民國人口推估報告(2024至2070年) (P2-3)：幼年-青壯年-老年三階段人口趨勢及人口占比(中推估)。

(3)醫師人力發展評估 (P7)：

- A. 本部於108年度委託國家衛生研究院辦理之「2019西醫師人力發展評估計畫」研究結果顯示，隨著人口持續高齡化，60歲以上西醫師比例預估將由102年的16%，上升至120年為29.1%。
- B. 由於醫師年齡愈高，每週平均工作時數通常逐年下降，整體可提供之醫療服務量亦隨之減少。研究進一步指出，以外科系醫師為例，65歲以上女性醫師在各層級醫療機構執業時，每週平均工時約較整體平均少24%至29%；男性外科醫師則約少17%至33%。而65歲以上於醫院執業之內科系醫師，其平均每週工時普遍低於整體平均約30%至50%。
- C. 該研究並假設執業西醫師最高執業年齡為84歲，惟估計120年時，75歲以上仍持續執業之西醫師約有3,615人。若扣除此部分高齡醫師實際可提供之服務量能，有效人力供給將進一步減少，顯示未來醫療服務量能可能不足，存在人力短缺之風險。

(4)五大科別(內、外、婦、兒及急診醫學科)專科醫師人力評估 (P7-9)：

- A. 內科部分，90年每萬人口最少內科醫師執業縣市為金門縣(0.18)、臺東縣(0.69)、新北市(0.78)；108年底每萬人口內科醫師執業縣市最少為金門縣(1.57)、新竹縣(2.29)與苗栗縣(2.60)；113年底仍以金門縣(1.25)、苗栗縣(2.06)及南投縣(2.37)最低。
- B. 外科部分，連江縣在90年時完全沒有外科醫師、新北市(0.40)次少，雲林縣平均每萬人口只有0.47位外科醫師；108年底每萬人口最少外科醫師執業縣市為金門縣(0.78)、新竹縣(1.31)及新北市(1.50)；113年底則為金門縣(0.49)、南投縣(0.64)及苗栗縣(0.71)最低。

- C. 婦產科部分，每萬人口婦產科醫師執業數，連江縣在90年完全沒有婦產科醫師，澎湖縣(0.33)、嘉義縣(0.37)次少。108年底比例最少之縣市為苗栗縣、宜蘭縣(0.51)並列、金門縣次之(0.64)；113年底最低者為澎湖縣(0.28)、苗栗縣(0.41)及金門縣(0.42)。
- D. 兒科部分，每萬人口兒科醫師執業數，連江縣在90年完全沒有兒科醫師、臺東縣次少(0.29)、第三順位雲林縣(0.35)；108年底兒科醫師執業縣市最少為金門縣(0.86)、嘉義縣(0.97)、澎湖縣(1.14)；113年底則為金門縣(0.63)、澎湖縣(0.74)，苗栗縣(0.77)。
- E. 急診醫學科部分，每萬人口急診醫學科醫師執業數，澎湖縣、臺東縣、金門縣、連江縣在90年完全沒有急診醫學科醫師、新竹市(0.03)次少、花蓮縣與新北市並列第三順位(0.04)。108年底每萬人口急診醫學科醫師數，連江縣亦無急診醫學科醫師，最低縣市為金門縣(0.14)，次少澎湖縣(0.29)、苗栗縣(0.46)；113年底最低者為南投縣(0.36)、金門縣(0.49)及澎湖縣(0.56)。

(5) 偏遠地區醫師不足人數 (P73)：

依113年12月估算，其中未達WHO 醫療基本需求標準每萬人口醫師數10位之地區，包括新竹竹東、苗栗海線、彰化南彰化、臺東關山、臺東成功、臺東大武、花蓮鳳林及金門縣而前揭地區共計需補充239位醫師人力，始可達每萬人口醫師數10位之標準。

(6) 偏遠地區中高齡醫師執業人數統計。(P74)

(7) 未來偏鄉醫師缺口預估人數 (P25)：

依據未達每萬人口醫師數10位地區之醫師年齡分布，可見偏遠地區醫師高齡化現象嚴重。考量偏遠地區以公立醫療機構提供服務為主，若以65歲為公職醫師之退休年齡，並推算本計畫培育公費醫師自培育階段至分發服務所需年數約12年，12年後之醫師缺口預計達382位。爰本計畫透過115-119年每年培育150名公費醫師，預估可補足12年後之偏鄉醫師缺口。

(8) 經查近5年各專科平均招收率，五大科中僅兒科未達85%，另臨床病理科更低於60%。(P25)

(9) 依據本部專科醫師發證人數統計，臨床病理科近3

	<p>年(111-113 年)平均領證人數僅 4 人；另依本部次專科人力調查，小兒外科領證人數於 111 年為 1 人，112 年及 113 年均為 0 人，顯示該專科及次專科人力供給明顯不足。此外，近年嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)及其他傳染病威脅頻發，感染科與重症醫學科之專業能力對提升國家醫療體系韌性及公共衛生安全甚為關鍵。因此感染科及重症醫學科之專業人力培育對強化國家醫療體系韌性具有迫切需求。另配合本部推動兒少心理支持及司法精神醫療資源佈建等政策，強化兒童青少年精神醫學科及司法精神科之人力培育。</p> <p><input type="checkbox"/>2. 既有調查、統計資料尚不足，將強化或新增相關調查或統計，請說明：</p>
<p>1-6 【請說明本計畫預計產生之正面效益如何落實相關國際人權規範】(自評本項權利項目未有正面效益者，無須填寫本項)</p> <p>請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生何種正面效益，即如何有助於履行國家義務之尊重、保護及實現等面向，予以敘明：</p> <p>(1) 尊重義務：針對政府行使公權力之行為或直接以法律限制或剝奪特定資格，可能影響本權利項目者，予以限制或禁止。</p> <p>(2) 保護義務：針對政府以外之個人或團體等第三人，強化其作為或不作為等義務，以保護當事人權利不受第三人之侵害。</p> <p>(3) 實現義務：為確保本權利項目之實現，由政府直接或鼓勵民間提供資源或服務、建立新制度或採取必要步驟。</p>	<p>1. 請說明本計畫預計產生之本項權利項目正面效益及相關國際人權規範關聯性：</p> <p>本計畫透過培育及配置公費醫師人力，以改善偏遠地區及急重難科醫師人力不足情形，提升醫療服務可近性，與「國際人權公約保障權利項目索引表」所列第 27 項「享有可達到之最高身心健康標準權」及「經濟社會文化權利國際公約」所保障之健康權相關。依該公約第 12 條揭示之「人人享有可達到之最高標準身心健康權利」精神，國家應採取適當措施改善醫療資源分布不均情形。本計畫透過制度性培育及配置醫師人力，強化偏遠地區醫療服務量能，促進民眾公平取得醫療服務之機會，逐步落實健康權保障。</p> <p>2. 依績效指標、衡量標準、目標值及執行策略等說明：</p> <p>本計畫係辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」，以培育急重難症科別及偏遠地區所需之醫師人力為目標，透過公費醫學生培育及制度性配置，逐步改善偏遠地區醫療資源不足及醫師人力分布不均情形。</p> <p>本計畫於 115 年至 119 年，預計每年培育 150 名公費生，訂有公費醫學生培育人數、招生率及偏遠地區醫師人力配置等績效指標，並就相關衡量標準及目標值進行規劃（詳見計畫書第 14 至 15 頁）。另，本計畫之執行策略及推動方式，包括公費醫學生培育、專科訓練銜接及服務配置機制等，相關分年推動策略及執行事項詳見計畫書第 24 頁至 31 頁。</p>
<p>1-7 【說明可能直接或間接產生之不利影響】</p> <p>請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生之</p>	<p>■ 暫未發現對權利項目可能產生之不利影響（勾選本項者，免填「1-8 因應措施之規劃」）</p> <p>本計畫旨在補充偏遠及醫療資源不足地區之醫師人力，以提升當地醫療量能，並未涉及削減既有醫療服務或民眾既有就醫權益。公費醫師下鄉服務後，可提升偏遠地區基層醫療照護服務連續性，當地醫</p>

<p>不利影響，如計畫施行後，將導致國家可能直接或間接侵害權利項目、可能難以防免權利項目受第三人之侵害、或可能有礙權利項目落實，並敘明該等不利影響之內容、嚴重程度、時空範圍、發生機率、不可回復性等。</p>	<p>療量能將優於原先狀態，預估不會對健康權造成負向影響。</p> <p><input type="checkbox"/> 可能對權利項目產生不利影響(勾選本項者，請續填「1-8因應措施之規劃」)，說明：</p>
<p>1-8【因應措施及救濟機制之規劃】</p> <p>對於可能直接或間接產生之不利影響，經衡酌比例原則，研議是否採取預防、減輕、補償等措施，且應考量除現行行政及司法救濟外，是否有創設特殊救濟機制之必要性。</p>	<p><input type="checkbox"/> 雖有不利影響，惟已提供下列因應措施及救濟機制(請標明計畫本文頁數)</p> <p>1. 因應措施之規劃</p> <p><input type="checkbox"/> 有(得複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 預防措施(指得避免權利侵害情形發生之作法，例如興建高速公路迴避密集住宅區及油電水等關鍵基礎設施，避免侵害享有可達到之最高身心健康標準權和享有適足生活水準的權利)：</p> <p><input type="checkbox"/> 減輕措施(指有助於阻止侵害行為繼續發生或緩和權利侵害範圍及程度之作法，例如道路兩側設置隔音牆、吸音板及工程施作方式採用連續長焊鋼軌等，以減少車輛行駛間之噪音與振動影響)：</p> <p><input type="checkbox"/> 補償措施(指得以回復原狀或填補損害(失)之作法，例如徵收拆遷民宅或是路線穿越建物下方之補償)：</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p>2. 救濟機制(得複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 適用現行行政及司法救濟(指權利受侵害者獲得主張、實現其權利之途徑或作法，包括現行行政及司法救濟機制，如訴願及行政、民事、刑事訴訟程序)</p> <p><input type="checkbox"/> 適用其他法規或本計畫所創設之特殊救濟機制，說明：</p>
<p>權利項目2</p>	<p>工作權</p>
<p>評估項目</p>	<p>評估結果</p>

<p>1-5 【請盤點本計畫可能直接或間接受影響對象之調查及統計資料】（可複選）</p> <p>請就「1-1」欄勾選所涉權利項目及依「1-2」欄所列可能影響對象，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「對本權利項目可能造成影響之事項」及「相關國際人權規範」，盤點行政院及各機關之調查、統計資料，於本欄敘明相關現況；如有相關分組分析資料，請併予呈現。</p>	<p>■1. 行政院及各機關之調查、統計資料(含各機關業務統計、歷次國家報告、國家人權行動計畫、結論性意見行動回應表、人權指標等相關統計)：經查本部一般公費醫師培育政策，截至114年11月17日統計資料顯示，取得醫師證書人數為1,017人，其中償還公費而未完成服務之人數為14人，係依照規定無法取回醫師證書者，約占總人數之一成。由此可見，多數公費醫師均履行服務義務，對工作權造成之不利影響應相對有限。</p> <p><input type="checkbox"/>2. 既有調查、統計資料尚不足，將強化或新增相關調查或統計，請說明：</p>
<p>1-6 【請說明本計畫預計產生之正面效益如何落實相關國際人權規範】(自評本項權利項目未有正面效益者，無須填寫本項)</p> <p>請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生何種正面效益，即如何有助於履行國家義務之尊重、保護及實現等面向，予以敘明：</p> <p>(1) 尊重義務：針對政府行使公權力之行為或直接以法律限制或剝奪特定資格，可能影響本權利項目者，予以限制或禁止。</p> <p>(2) 保護義務：針對政府以外之個人或團體等第三人，強化其作為或不作為等義務，以保護當事人權利不受第三人之侵害。</p> <p>(3) 實現義務：為確保本權利項目之實現，由政府直接或鼓勵民間提供資源或服務、建立新制度或採取必要步驟。</p>	<p>1. 請說明本計畫預計產生之本項權利項目正面效益及相關國際人權規範關聯性：</p> <p>本計畫透過辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」，提供特定科別醫師穩定之專業訓練及就業機會，並透過制度化培育及服務配置機制，改善醫療人力分布不均情形，有助於提升醫師職涯發展穩定性及醫療人力合理配置。</p> <p>依「經濟社會文化權利國際公約」第6條所揭示之工作權保障精神，國家應採取適當措施促進人民獲得工作機會並保障職涯發展。本計畫透過公費培育制度提供專業訓練與任用機會，使醫師得持續精進專業能力並兼顧職涯發展。</p> <p>本部透過召開「重點科別培育公費醫學生座談會」，就公費醫師訓練及下鄉分發服務內容公開說明，使學生在充分資訊揭露下，可依個人意願決定是否參與公費培育，且建立與公費醫學生良好的溝通管道，公費醫學生在校期間，由各培育學校組成輔導老師支持網，提供公費醫學生指導諮詢、課程輔導及定期與學生座談等，強化公費生認同偏鄉服務價值，並建置透明健全的培育機制，以減少退學人數。</p> <p>政府挹注資源培育公費醫師，提供其接受專業訓練及提供任用機會，促進受訓與就業機會之實現，並保障服務期間得以持續精進專業技能，穩定職涯發展。</p> <p>為提升偏遠地區醫療資源運用效益，敦促當地衛生局負責整合區域醫療資源，主導轄區內醫療機構人力分工，透過協調當地醫療人力相互支援模式，建構整合性醫療人力資源服務網絡，以減輕個別醫院公費醫師之工作負荷。</p> <p>2. 本計畫預期產生之具體正面效益</p> <p>(1) 建立穩定的專科訓練管道，強化醫師專業能力穩定性。</p>

	<p>(2)提供具政策任務性的專科訓練機會，提升醫師在重症、兒少精神、司法精神等領域之專業職涯發展。</p> <p>(3)提供穩定就業及任用機會，保障醫師得持續精進專業能力並兼顧職涯發展。</p> <p>3. 依績效指標、衡量標準、目標值及執行策略等說明： 本計畫以培育急重難症科別及醫療人力不足地區所需之醫師人力為目標，透過公費醫學生培育、專科訓練銜接及服務配置機制，逐步改善醫療人力分布不均情形。並訂定公費醫學生培育人數、招生率及醫師人力配置等績效指標，據以訂定相關衡量標準及目標值（詳見計畫書第14至15頁）。另本計畫之執行策略及推動方式，包括公費醫學生培育機制、專科訓練制度及服務分發安排等，相關分年推動策略及執行事項詳見計畫書第24頁至31頁。</p>
<p>1-7 【說明可能直接或間接產生之不利影響】 請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生之不利影響，如計畫施行後，將導致國家可能直接或間接侵害權利項目、可能難以防免權利項目受第三人之侵害、或可能有礙權利項目落實，並敘明該等不利影響之內容、嚴重程度、時空範圍、發生機率、不可回復性等。</p>	<p><input type="checkbox"/> 暫未發現對權利項目可能產生之不利影響（勾選本項者，免填「1-8因應措施之規劃」） 本計畫旨在補充偏遠及醫療資源不足地區之醫師人力，以提升當地醫療量能，並未涉及削減既有醫療服務或民眾既有就醫權益。公費醫師下鄉服務後，可提升偏遠地區基層醫療照護服務連續性，當地醫療量能將優於原先狀態，預估不會對健康權造成負向影響。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 可能對權利項目產生不利影響(勾選本項者，請續填「1-8因應措施之規劃」)，說明： 本計畫預期可改善特定科別醫療人力缺乏並提供穩定職涯管道，惟執行過程中仍可能對工作權造成以下影響：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 服務義務期間限制醫師職涯彈性：公費醫師需完成服務年限，可能影響短期內轉科、轉職或選擇其他職涯發展方向。 2. 地點選擇受限：若服務區位需配合偏遠地區或特定任務配置，可能限制醫師自由選擇工作地點之空間。
<p>1-8 【因應措施及救濟機制之規劃】 對於可能直接或間接產生之不利影響，經衡酌比例原則，研議是否採取預防、減輕、補償等措施，且應考量除現行行政及司法救濟外，是否有創設特殊救濟機制之必要性。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 雖有不利影響，惟已提供下列因應措施及救濟機制（P. 24-25）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因應措施之規劃 <p><input checked="" type="checkbox"/> 有(得複選)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 預防措施(指得避免權利侵害情形發生之作法，例如興建高速公路迴避密集住宅區及油電水等關鍵基礎設施，避免侵害享有可達到之最高身心健康標準權和享有適足生活水準的權</p>

利)：

- (1) 本部成立「公費醫師培育制度督導小組」，負責檢討培育公費醫師制度及公費醫師分發服務機制，保障公費醫師權益，包括薪資待遇、福利等；另籲請服務機構，對於公費醫師應予公平、合理之對待，同時，要求服務機構建立醫師工時異常申訴管道與處理機制，以保障公費醫師勞動權益。
- (2) 為確保公費醫師於服務前後即時獲取政策、訓練及行政作業相關資訊，並有效回應公費醫師及各服務醫院在執行過程中所遇疑義，及強化整體制度推動效能，規劃建置「衛福部重點科別公費醫師訓練及服務專案辦公室」，統籌整合各執行面向與協調運作。

減輕措施(指有助於阻止侵害行為繼續發生或緩和權利侵害範圍及程度之作法，例如道路兩側設置隔音牆、吸音板及工程施作方式採用連續長焊鋼軌等，以減少車輛行駛間之噪音與振動影響)：

補償措施(指得以回復原狀或填補損害(失)之作法，例如徵收拆遷民宅或是路線穿越建物下方之補償)：

無

2. 救濟機制(得複選)

適用現行行政及司法救濟(指權利受侵害者獲得主張、實現其權利之途徑或作法，包括現行行政及司法救濟機制，如訴願及行政、民事、刑事訴訟程序)

適用其他法規或本計畫所創設之特殊救濟機制，說明：

貳、人權影響評估結果

請說明評估結果，並於計畫本文進行調整或補充於「預期效果及影響」(請標明計畫本文頁數)：

一、本計畫自113年起，已召開公費醫學生座談會，就公費醫師專科醫師訓練及下鄉分發方式進行充分討論，作為研擬「重點科別培育公費醫師待遇分發訓練及服務要點」(草案)之參考。另於於114年11月10日召開「本部重點科別培育公費醫師制度計畫第三期溝通會議」，邀請中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人台灣醫學生聯合會，就第三期計畫之規劃考量及重點內容進行充分說明意見交流，傾聽各方意見，作為後續細部規劃之參考，以增進政策透明度並落實參與權。(P11)

二、本計畫核心目標在於挹注偏遠及醫療資源不足地區的醫師人力、強化急重難科別之服務量能及促進專科人力均衡發展。本計畫預期可提升偏鄉醫療可近性，促進弱勢群體(含偏鄉居民、兒少、高齡者等)之健康權實現。(P35)

三、本計畫透過公費醫師培育制度，提供公費醫師穩定的訓練及任用管道，並規劃服務期間相關保障措施(如:薪資獎勵、公職職缺、福利待遇及進修機會與補助等)，以提升留任誘因並保障公費醫師服務權益。雖本計畫可能造成醫師在訓練科別及服務地點上之限制，但已透過公開資訊及相關因應措施，以最大程度降低不利影響，達成公共利益與工作權保障之衡平。(P25、27、31)

表 8 醫療區域劃分表

114 年 2 月 4 日修正發布

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	淡海	石門、三芝、淡水、八里
		北區	北投、士林
		西北區	三重、蘆洲、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	蘆竹、桃園、龜山
		中壢	大園、觀音、中壢、新屋、楊梅
		平德	八德、平鎮、大溪、龍潭、復興
	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、國姓
		南投	草屯、南投、名間、中寮
竹山		竹山、鹿谷、集集、水里、信義	
南區 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
		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、水上
	臺南	新營	白河、後壁、東山、柳營、六甲、鹽水、新營、下營、大內、官田、麻豆、佳里、學甲、北門、將軍、七股
		永康	安南、楠西、玉井、左鎮、南化、新化、善化、安定、新市、山上、西港、永康
		臺南	東區、中西區、北區、安平、南區、仁德、歸仁、關廟、龍崎
高屏	高雄	岡山	楠梓、左營、岡山、橋頭、燕巢、田寮、阿蓮、路竹、永安、彌陀、梓官、茄萣、湖內、仁武、大社、鼓山
		高雄	三民、小港、前金、前鎮、苓雅、新興、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、綠島、蘭嶼
		關山	關山、池上、海端、鹿野、延平、卑南
		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
		鳳林	萬榮、鳳林、光復、豐濱、壽豐
		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 52 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療區域劃分。

表 9 偏遠地區醫師不足人數

統計時間：113 年 12 月

一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	人數
北區	新竹	竹東	52
	苗栗	海線	12
中區	彰化	南彰化	73
東區	臺東	關山	20
	臺東	成功	10
	臺東	大武	11
	花蓮	鳳林	8
臺北（金門縣）	-	-	53
合計	-	-	239

備註：

- 一、本表格所指偏遠地區，係指次醫療區域未達每萬人口醫師數 10 位者。
- 二、金門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 10 偏遠地區中高齡醫師執業人數

二級 醫療區域	次醫 療區	醫師人數(以年齡分)			
		65 歲以上	60-64 歲	55-59 歲	53-54 歲
台東	大武	3	2	0	0
	成功	6	2	1	0
	關山	9	2	4	3
新竹	竹東	51	27	18	8
金門	金門	13	11	9	2
彰化	南彰化	62	32	26	13
苗栗	海線	32	10	8	8
花蓮	鳳林	6	6	5	3
	總計	182	92	71	37

備註：

一、本表格所指偏遠地區，係指次醫療區域未達每萬人口醫師數 10 位者。

二、資料來源：醫事管理系統 113 年 12 月資料。