行政院 115 年 10 月 22 日院臺衛字第 1151027957 號函核定

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫
第六期（116-120 年）

衛生福利部

中華民國 115 年 10 月

目錄

壹、計畫緣起 5

一、 依據 5

二、 沿革 6

三、 未來環境預測 9

四、 問題評析 13

五、 社會參與及政策溝通情形 18

貳、計畫目標 **21**

一、 目標說明 21

二、 達成目標之限制 22

三、 績效指標、衡量指標及目標值 23

參、現行相關政策及方案之檢討 **25**

一、 養成計畫第五期(111-115 年)執行成果分析與檢討 25

二、 其他相關計畫的影響 29

肆、執行策略及方法： **33**

一、 主要工作項目 33

二、 分期(年)執行策略 34

三、 配套措施 40

四、 執行步驟(方法)及分工 42

伍、期程與資源需求 **50**

一、 計畫期程 50

二、 經費來源及計算基準 50

三、 經費需求 52

陸、預期效果及影響 **59**

柒、財務計畫 59

捌、附則： 60
一、 替選方案之分析及評估 60
二、 風險管理 60
三、 相關機關配合事項 66
四、 中長程個案計畫自評檢核表 67
五、 中長程個案計畫性別影響評估檢視表 71
六、 中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表 83
七、 中長程個案計畫人權影響評估檢視表 85

表 1 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫沿革 8
表 2 歷年養成計畫公費生預招生人數一覽表 9
表 3 104 年與 114 年原住民族及離島地區人口與健康統計表 11
表 4 第六期養成計畫績效指標及年度目標值 24
表 5 重點科別培育公費醫師第三期與養成計畫第六期之差異表 32
表 6 醫事人員養成計畫第六期(116-120 年) 各類醫事人員培育人數一覽表 37
表 7 養成計畫業務執行工作項目 49
表 8 公費生待遇補助標準一覽表 51
表 9 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期之總經費需求估算 52
表 10 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期之年度概算表 54
表 11 計畫風險發生機率分類-機率之敘述 60
表 12 風險影響程度分類表-影響之敘述 61
表 13 計畫風險判定基準 61
表 14 風險評估及處理彙總表 63

圖 1　原鄉、離島地區醫護人力分布每萬人口執業比低於全國平均 17
圖 2　醫事人員養成公費生之培育、訓練及服務管理 39
圖 3　計畫現有風險圖像 64
圖 4　計畫殘餘風險圖像 65

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫

第六期(116-120 年)(草案)

壹、 計畫緣起

一、 依據

我國行政區域劃分為 22 縣市，再劃分為 368「鄉鎮區」，其中原住民族及離島地區(下稱原鄉離島地區)分布於 15 縣市 73 鄉鎮，原住民族地區計 55 個鄉鎮(30 個山地鄉、25 個平地鄉)，離島計有 18 個鄉鎮，土地面積占全國 47.7%；又查內政部統計至 114 年 12 月止，原住民族及離島地區總人口數約計 91 萬人(佔全國總人數約 3.8%)；惟原鄉離島地區因地處偏遠，且交通便利性較處弱勢，以致醫療照護人力資源不如都會區域充足；然醫事人力與醫療服務之可近性及國民健康息息相關；我國憲法 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。」；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。」；離島建設條例第 13 條：「為維護離島居民之生命安全及身體健康，行政院應編列預算，補助在離島開業之醫療機構、護理機構、長期照顧機構及其他醫事機構與該離島地區所缺乏之專科醫師，並訂定特別獎勵及輔導辦法。」等規定。

為促進原住民族健康平等，建構以原住民族為主體之健康政策，本部制定《原住民族健康法》（下稱原健法），並於 112 年 6 月 21 日經總

統公布施行，原健法第 9 條第 2 項規定，授權中央主管機關訂定原住民族健康照護人員範圍、培育、進用、留用、權利義務及其他相關事項之辦法，以及第 10 條規定「為確保原住民族地區醫療服務之提供及保障原住民族健康照護人員之來源，中央主管機關應會同中央教育主管機關，就大專校院健康照護相關科系，依原住民族地區需求，於招生名額外保留一定公費名額予原住民學生並據以於 113 年 10 月完成訂定「原住民族健康照護人員培育進用及留用辦法」。顯示充實原鄉離島地區醫護人力，為我國重要衛生保健施政政策。

衛生福利部(下稱本部)以「促進全民健康與福祉」為使命，透過精進醫療照護體系、促進醫療資源合理分佈，以保障民眾就醫權益。其中照顧弱勢族群、強化原鄉離島及偏遠地區醫療保健服務品質及可近性，為我國醫療照護之施政重點。為有效提升原鄉離島地區之醫療照護服務，充實在地醫療照護資源，促進在地人照護在地人，並積極持續培育當地醫事人才並鼓勵其長期留任，賡續辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」(下稱醫事人員養成計畫)。

二、 沿革

為改善醫療資源與醫事人力不足問題，保障在地居民就醫權益與醫療照護品質，我國耕耘原鄉離島地區在地醫事人員養成公費生已經超過 50 年；在臺灣省政府時代為培植山地離島地區醫護人力，自 58 年起至 78 年先後頒訂「臺灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」、「臺灣省地方醫護人員養成計畫（續辦計畫）」、「臺灣省地方醫護人員養成第

三期十年計畫」，培育醫/牙醫學系、護理科學生；於 83 年修訂「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」，增加招收藥學系與放射線技術科。

為強化並充實原鄉離島醫事人力資源，自 90 年起改以中長程計畫有系統培育，迄今醫事人員養成計畫已推動至第五期(111-115 年)，截至 114 年底醫事人員養成計畫公費生累計培育共計 1,655 名(男 47%、女 53%；含在學中)，其中醫學系 786 人（男 67%、女 33%）、牙醫 171 人（男 60%、女性 40%）、藥師 75 人（男 61%、女性 39%）、醫事檢驗師 31 人（男 55%、女性 45%）、醫事放射師 42 人（男 31%、女性 69%）、物理治療師 24 人（男 79%、女性 21%）、營養師 4 人（女性佔 100%）、護理人員 490 人（男 11%、女性 89%）、職能治療師 16 人（男 19%、女性 81%）、呼吸照護師 2 人（女性佔 100%）、語言治療師 7 人（男 29%、女性 71%）、臨床心理師 7 人(男 29%、女性 71%)。另從籍屬別統計，其原住民籍 755 名(醫學系 362 名、牙醫系 92 名、護理系 209 名及其他醫事科系 92 名)；離島籍 725 名(醫學系 395 名、牙醫系 395 名、護理系 138 名及其他醫事科系 116 名)、偏鄉籍 34 名(醫學系 29 名、牙醫系 3 名、護理系 2 名)及未限籍屬專科護理師碩士班 141 名等醫事公費生。

綜上，醫事人員養成計畫每期培育人數除依照地方需求數培育外，亦配合本部醫療照護政策及強化原鄉離島服務量能，逐年滾動調整及培育數量逐年增加，各期計畫沿革及培育人數請參見如下表 1 及表 2。

表 1 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫沿革

- **臺灣省地方醫護人員養成計畫（58-90 年）**
  - 58-78 年:「臺灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」、「臺灣省地方醫護人員養成計畫(續辦計畫) 」、「臺灣省地方醫護人員養成第三期十年計畫 」
  - 83 年：修訂「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」
  - 90 年 ：修正「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」為「臺灣省地方醫護人員養成續辦計畫
- **行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫（90-95 年）**
  - 90-93 年:「行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫」
  - 94-95 年: 續辦「行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫」
- **行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫第二期(96-100 年)**
- **行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫第三期（101-105 年)**
- **衛生福利部原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第四期（106-110 年)**
- **衛生福利部原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期（111-115 年)**

表 2 歷年醫事人員養成計畫公費生預計招生人數一覽表

期別	西醫師	牙醫師	護理人員	其他	合計
58~89 年	208	40	222	57	527
第一期(90~95 年)	60	5	1	7	73
第二期(96~100 年)	134	13	11	21	179
第三期(101~105 年)	114	16	40	36	206
第四期(106~110 年)	191	90	247	52	580
第五期(111~115 年)	144	21	346	89	600
第一期至第五期 小計	**643**	**145**	**645**	**205**	**1,638**
58 至 115 年 總計	**851**	**185**	**867**	**262**	**2,165**

三、 未來環境預測

（一） 氣候變遷與新興傳染病之威脅

因地球暖化趨勢，極端氣候更加頻繁，尤其是原鄉離島地區因地形崎嶇、地質敏感，常面臨颱風、滯留鋒面豪雨與地震引發的土石流及山崩。近期劇烈極端氣候更對山區部落生計造成重創，例如113年花蓮地震芮氏規模達7.11、114年花蓮馬太鞍溪堰塞湖災害等災情，造成水災、山崩與土石流等重大災害。面對極端氣候，相較於都會地區，交通不便與資源不足的山地偏鄉更顯弱勢，受極端氣候的影響更為巨大。

全球化趨勢之下，國際交流及經貿旅遊日益頻繁，使流行疾病感染源得以快速移動，助長新興傳染病發生與大規模傳染病疫情流行之

威脅，如92年爆發嚴重急性呼吸道症侯群(簡稱SARS)疫情、98年H1N1 新型流感大流行、102 年大陸H7N9 流感疫情及109年COVID-19新冠肺炎疫情全球大流行。當社會面對各類突發的健康危機，亟需及時且充足的醫療資源協助，但山地離島地區的醫療資源相對匱乏，維繫並促進這些地區居民的財產安全與身心健康是健康照護體系很大的挑戰。

（二） 我國人口之變遷：少子高齡化將對經濟、社會帶來深遠影響

我國人口正逐步面臨總人口數減少、年齡結構改變及城鄉人口移動等變遷。根據內政部戶政司全球資訊網人口統計資料，我國至114年12月底總人口數為2, 329萬9,132人，與113年比較減少了10萬1,088人，人口數為負成長現象(約-0.43%)，且65歲以上(老年)約占 20.49%（已破476萬人)；另114年出生數為10萬5,676人(粗出生率為4.53‰)，死亡數為19萬9,639人(粗死亡率為8.55‰)，出生數低於死亡數。

我國已於114年正式進入超高齡社會，全國65歲以上人口比例從104年的12.51%提高至114年的20.06%；離島與原住民族地區65歲以上人口比例也提高，其中金門縣與澎湖縣65歲以上人口比例於104年即分別已達11.18%與14.77%，114年為19.69%與21.03%；而原住民族地區65歲人口比例相對較低，104年與114年數值分別為6.81%與10.55%(表3)。原鄉離島地區因受限於地理環境及交通因素，較難吸引醫事人員投入，加上人口往都會地區遷移集中，對於人口減少且高齡化的偏鄉地區，原有的私立醫療機構恐將逐步減少，因此衛生所及公立醫院守護偏鄉地區居民健康之任務相對更加重要。

表 3 原住民族及離島地區人口與健康統計表(104 年與 114 年比較)

項目		總人口數[ab]	佔總人口比例(%)	65 歲以上人口比(%)[cde]	老化指數[cde]	平均餘命[fg](104 年、113 年) 男	女
全國 104 年		**23,492,074**		**12.51**	**92.18**	**77.01**	**83.62**
原住民族 104 年	全體	546,698	2.33	6.81	33.75	67.40	76.39
	山地	289,968	1.23	5.78	26.66	65.03	74.67
	平地	256,730	1.09	7.96	43.17	69.94	78.34
離島地區 104 年	金門	132,799	0.57	11.18	107.13	-	-
	澎湖	102,304	0.44	14.77	129.22	76.15	83.57
	連江	12,547	0.05	9.81	78.36	-	-
	綠島	3,775	0.02	9.93	98.68	-	-
	琉球	12,517	0.05	12.81	104.16	-	-
全國 114 年		**23,299,132**		**20.06**	**174.25**	**77.42**	**84.30**
原住民族 114 年	全體	629,456	2.70	10.55	52.48	68.65	77.78
	山地	335,470	1.43	9.15	42.88	67.04	76.31
	平地	293,986	1.26	12.14	64.99	70.28	79.38
離島地區 114 年	金門	139,313	0.60	19.69	255.57	-	-
	澎湖	106,716	0.46	21.03	223.65	77.03	83.75
	連江	13,621	0.06	17.14	180.23	-	-
	綠島	4,327	0.02	15.21	192.40	-	-
	琉球	12,076	0.05	21.62	257.75	-	-

資料來源：

a. 104 與 114 年戶籍人口統計速報表(https://www.ris.gov.tw/app/portal/346)、縣市原住民人數按身分及年齡（https://www.ris.gov.tw/app/portal/346）、縣市人口年齡結構指標（https://www.ris.gov.tw/app/portal/346）、及縣市原住民人數按身分及年齡（https://www.ris.gov.tw/app/portal/346）

b.臺東縣臺東戶政事務所、屏東縣東港戶政事 https://tth.taitung.gov.tw/demographics/detail/35AYKHL3VT、https://www.pthg.gov.tw/DONGGANG-HOUSE/Content_List.aspx?n=ADE995B2DD31093C）

c. 104 與 113 年簡易生命表提要分析與原住民生命表提要分析（https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=2911）

d. 104 與 113 年縣市別平均餘命(https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=3107）

註：(1)老化指數計算公式: 65 歲以上人口數/0-14 歲人口數×100、(2)金門縣受人口遷移影響結果失真、連江縣因人口數太少，故皆未單獨編算平均餘命。

（三） 非傳染性疾病為主之醫療需求增加

依據本部統計處114年死因統計結果顯示，我國114年十大死因合計死亡人數共14萬9,084人，占總死亡人數的74.7%，其中惡性腫瘤自71年起已連續44年居國人死因首位。65 歲以上死亡人口前5大死因與全國之死因相同，繼惡性腫瘤之後，第2至第5位死因分別為心臟疾病、肺炎、腦血管疾病及糖尿病，高齡長者易有多重慢性疾病，整合性醫療照護之需求殷切。

（四） 結合數位科技智慧醫療發展

為改善原鄉離島及偏僻地區民眾與長期照顧服務機構住民之醫療可近性，強化急性住院病人出院返家後之追蹤照護及在宅醫療之照護品質，本部於107年5月11日發布「通訊診察治療辦法」，放寬遠距醫療之照護對象與模式，且110年為遠距醫療元年，健保署亦正式將遠距醫療納入健保給付，為我國醫療發展的重要里程碑。

本部致力提升原鄉離島地區衛生所(室)資通訊科技，已於109年已完成原鄉離島地區衛生所建置共用醫療資訊系統（HIS）計73家(含1家衛生局)及醫療影像傳輸系統(PACS)計45家(含1家醫務所)，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100M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(HIS/PACS)設備。另於109年起於原鄉離島衛生所全面建置遠距醫療專科(五官科)門診服務，由中大型醫院專科醫師與在地衛生所醫師合作共同照護當地居民，以網路取代馬路，減少民眾就醫舟車勞頓及金錢成本，截至114年依地方需求完成建置57處(需求涵蓋率

100%)，服務人次約計2.7萬人次，民眾服務滿意度達8成以上；且自114年8月起，遠距醫療會診放寬區域及所有西醫專科別均可執行，衛生所依需求持續擴大科別服務，以提升原鄉離島醫療照護量能。

四、 問題評析

（一） 供給面

1. 醫事人員養成計畫整體培育情形：

本部分析醫事人員養成計畫第一至五期(90 年至 114 年)整體平均培育率約為 73%，進一步比較第一期至第五期（115 年以公告招生錄取人數估算）預招生人數、實際入學人數（培育人數）與培育率資料，醫師與牙醫師整體培育率高達 93%以上，次為其他醫事人員近達 84%，惟其中護理人員較低僅 46%。經檢討其原因，主要係公費生畢業後須返回地理位置相對偏遠之原鄉及離島地區履行服務義務，其就業選擇及學習機會受限、職涯未能持續發展、薪資福利及生活物資條件、家庭子女教育問題等，影響考生報考意願，致招生未達預期。

為提升護理公費生培育效能，契合在地需求，增加原鄉離島護理進階人才培育，提升在地醫療照護量能，本部調整護理系招生，於 110 年試辦「專科護理師碩士公費生培育計畫」，以培育家庭科護理師為主，執業場域主要為社區照護，並於 111 年擴大培育並納入醫事人員養成計畫第五期(111-115 年)，每年至少招生 24 名，其培育名額與護理學系互相流用，至 114 年已培育 141 名，培育率平均達 90%以上。

「專科護理師碩士公費生」培育目標係以提升醫療照護處置能力為重點，課程設計著重全年齡人口照護、直接照護及符合原住民族、離島及偏鄉社區需求之執業能力(含分析判斷、臨床推理及照護處置能力)之家庭科專科護理師。其履約年限為修業年限 1.5 倍（約 3 至 4 年），畢業取得家庭專科護理師證書後，分發至原鄉、離島及偏鄉地區衛生所、醫院、護理或長照機構服務，提供社區及弱勢族群照護。截至 114 年底，已有 17 名專科護理師碩士公費生投入原鄉、離島及偏鄉地區服務。

2. 考照率及取得國考資格期限與履約年限調整：

我國醫事人員執業必須依據各專業法規(如醫師法、護理人員法等)取得證書並完成登記始能執業，本部醫事人員養成計畫公費生培育近 5 年各類醫事人員考照率整體平均 83%，其中醫師為 80%、牙醫師為 78%、護理師為 98%及其他醫事人員平均為 75%。

另為使醫事人員養成計畫公費生畢業後能順利履約返鄉服務，本部原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生管理要點(以下稱管理要點)，第 23 點規範醫事人員養成計畫公費生畢業後取得醫事人員證書不得逾 12 年。然現今醫療照護人力需求大於供給，有關公費醫學生畢業後取得醫事人員證書之年限規範應有調整縮短之必要性。另鑑於醫學系與牙醫學系公費生修業年數相同，爰對於牙醫學系公費生之履約服務年限應與醫學系公費生一致性，爰擬研議調整為 10 年。

3. 醫師及護理人員期滿留任情形：

有關本案醫事人員養成計畫公費生培育對象以原住民族及離島籍屬為主，返鄉服務以原鄉離島衛生所為優先；又原鄉離島衛生所醫事人力編制員額及聘任均係屬地方自治權責，爰本部為使養成計畫公費醫師順利返鄉服務，每半年定期盤點原鄉離島衛生所醫師人力職缺情形，協助公費生順利覓得分發服務地點，充實原鄉離島衛生所醫事人力。目前原鄉離島衛生所醫師約占 95 %為本案計畫養成公費生。

另調查近 20 年(95 至 114 年)養成計畫公費醫師服務期滿累計總人數共計 128 名(原鄉 79 名，離島 49 名)，期滿後迄今仍留任計 77 名(原鄉 48 名，離島 29 名)，留任率為 60%。護理人員部分，服務期滿累計總人數共計 36 名(原鄉 9 名，離島 27 名)，期滿後迄今仍留任計 23 名(原鄉 5 名，離島 18 名)，留任率約 64%。

原鄉離島地區醫療照護資源不似都會區充足，缺少大型醫院完整之學習及進修資源，致公費醫學生常受個人生涯規劃、家庭生活需求、醫療後盾資源與在地津貼福利等因素影響留任；為促進醫事公費生返鄉服務及留任，本部積極推動的措施如下：

(1) 滾動式修正管理要點並定期盤點公告衛生所職缺，協助公費生覓得職缺返鄉服務。

(2) 配合偏鄉公費醫師留任獎勵計畫，鼓勵服務期滿公費醫師留任偏遠地區服務，獎勵 120-180 萬/人/年，補助費中至少 7 成給該留任公費醫師。

(3) 原鄉離島衛生所依需求全面建置遠距醫療專科門診服務，與各中大型醫院合作，提供五官科、心臟內科等專科服務，共同照護當地民眾，提升原鄉離島地區醫療可近性。

(4) 由承作當地衛生所之 IDS 醫院合作，支援當地衛生所人力及所需之醫療服務，並配合健保署推動之偏鄉全人整合照護，持續提供偏鄉地區醫療支援服務，形成互補關係。

(5) 為使原鄉離島養成計畫公費生久任留用在地服務，本部就原鄉離島衛生所醫師人力招募困難地區，115 年結合養成計畫公費醫師、承作當地 IDS 之醫院，建立「在地區域醫院聯盟合作」模式。

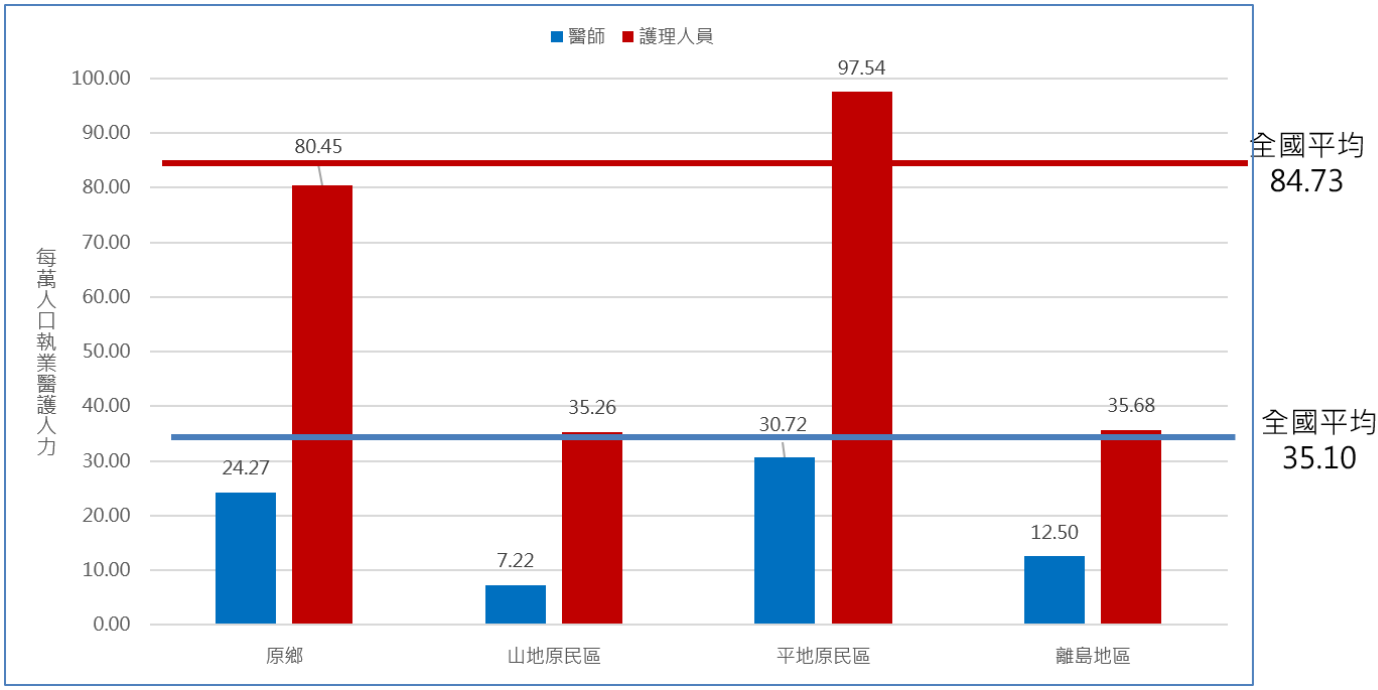
（二） 需求面

依據內政部統計資料，114 年平地原鄉人口有 52 萬 7,076 人，山地原鄉 19 萬 9,360 人，離島地區有 27 萬 6,053 人；依本部醫事管理系統分析，114 年每萬人口醫師數全國為 35.1 人、離島地區為 12.5 人、原鄉地區為 24.27 人(山地原鄉僅 7.22 人、平地原鄉為 30.72 人)；在護理人力方面，每萬人口護理人力全國為 84.73 人，離島地區 35.68 人、原鄉地區為 80.45 人，惟山地原鄉僅為 35.26 人，結果顯示原鄉離島地區醫護人力分布每萬人口執業比低於全國平均(圖 1)，每萬人口醫護人員執業數除平地原住民鄉與全國較為接近外，山地原住民鄉與離島鄉醫療可近性明顯較低，醫事人力招募及留任相對不易；為改善原鄉離島地區醫療資源，本部積極透過養成計畫醫事公費生培育、公費醫師留任獎勵、推動遠距醫療照護、優

化改善衛生所基礎建築環境與醫療設施設備及開業補助等策略，以提升原鄉離島醫療照護服務可近性，但原鄉離島地區之醫護人力與人口比例仍低於全國平均，爰需持續挹注醫事人力。

另離島地區民眾若如有需轉診至臺灣本島就醫時，主要透過空中轉診救護資源轉送，其載運之成本相當高。不同區域在地理、交通、產業發展、人口結構、經濟文化等各有其特殊性，所面對之醫療需求問題不盡相同。整體而言，人口結構越高齡化，慢性病照護與長期照顧需求就越高。此外低社經地位、健康識能不足與不良生活形態之民眾罹患各類慢性病之盛行率較高。偏鄉地區人口結構普遍較老化、健康識能較為不足，醫療需求相對為高，但因醫療資源相對缺乏，因而更顯弱勢。

圖 1. 原鄉、離島地區醫護人力分布每萬人口執業比低於全國平均



資料來源：

1.內政部戶政司鄉鎮戶數及人口數 114 年 12 月人口數。

2.醫事管理系統：醫師及護理人員數。*計算方式：每萬人口醫事人員數=醫事人員數/(114 年 12 月人口數/10,000

（三） 健康結果

從公共衛生最重要的健康指標—平均餘命來看，113 年全國平均餘命為 80.77 歲，相較於離島（澎湖）平均餘命與全國平均值相近，原住民族地區不論於山地或平地，其平均餘命明顯較全國短。113 年原住民族女性平均餘命 77.78 歲，男性 68.65 歲，與 103 年比較(女性平均餘命 76 歲，男性平均餘命 67.28 歲)已有進步，但仍分別低於全國平均 6.52 歲（女性）與 8.77 歲（男性），山地原住民族甚至分別低 7.99 歲（女性）與 10.38 歲（男性）；值得注意的是，平地原住民族地區每萬人口醫事人力與全國平均雖相差不遠，但其平均餘命卻仍明顯低於全國平均 (詳表 3)。

五、 社會參與及政策溝通情形

原鄉離島地區醫事人力養成需動員許多資源，涉及許多利害關係人的溝通協調，包括本部、教育部、原住民委員會、地方政府、衛生所、學校與醫院等。整個醫事人員養成計畫多年來運作順暢，主要仰賴相關機關(構)的密切溝通協調，並根據過去多年經驗，訂定公費生培育業務標準作業流程及管理要點。此外，公費生養成計畫為醫療網計畫之一環，必須考慮其他計畫的關聯與影響，包括「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」以及「重點科別培育公費醫師制度計畫」等。

為持續了解原住民族地區及離島地區醫師人力不足與問題，並研議相關對策，本部持續與地方政府及各界進行以下之溝通以建立共識：

（一） 本部原住民族健康政策會

1. 為建構以原住民族為主體之健康政策，本部依《原住民族健康法》第 4 條規定，於 112 年 7 月 21 日成立原住民族健康政策會，另為聚焦原住民族健康議題，於 113 年 4 月 2 日於該政策會下設 4 個工作小組(含中長程計畫、調查研究、健康照護人力政策、文化安全)，並視討論議題邀集各司署及跨部會與會，並邀請原住民族健康照護專家學者指導，以推動符合原住民族需求相關措施。
2. 114 年 11 月 4 日本部原住民族健康政策會決議，以本部推動原鄉健康不平等改善策略行動計畫為基礎，研擬原住民族健康照護中長程計畫，其中包含子計畫「原住民族醫事人員養成計畫」。

（二） 邀請地方政府衛生局召開培育需求討論會

本部於 114 年 9 月 16 日及 115 年 2 月 25 日函請地方政府提報養成計畫第六期醫事人力培育需求，建議地方衛生局評估時，應考量衛生所編制之未來職缺數及在地醫事人力需求，及「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)支援模式所需醫事人力，於 115 年 5 月 27 日與地方衛生局就地方培育需求面、中央政策推動面及未來招生對象資格進行研議討論，並確認培育需求數。

（三） 自評會議

為增進本案計畫具周延性及完整性，本部亦於 115 年 7 月 6 日邀集教育部、原住民族委員會及本部相關單位，召開「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期(116-120 年) 」自評會議，並依其會議討論方向，予以修正完成本計畫草案。

貳、 計畫目標

一、 目標說明

(一) 五年培育醫事人員養成計畫公費醫學生 630 名，並視各類醫事人員招收情形及地方政府需求等各項因素，逐年調整招生人數，且當年度之招生名額倘有缺額，亦依地方需求滾動至下年度招生。

(二) 為順利達成本案計畫培育需求數，本部持續委託專業團體辦理招生入學甄試事務，並結合各醫事培育學校培育原住民籍及離島籍屬各類醫事科系學生，以補實原鄉離島地區醫事人力資源，提升在地醫療照護服務可近性。

(三) 持續擴大護理人力培育，因應在地共病照護需求，培育社區照護專科護理師人才，有效提升照護效益，補實原鄉離島及偏遠地區護理人力缺口。

(四) 發展符合原鄉、離島及偏鄉地區健康照護供需之醫事人力教、考、訓、用最適制度，滾動式檢討醫事人員養成計畫公費生服務管理要點。

(五) 分析原鄉離島地區醫事人力資源之性別比例，並提供具社會性別及文化適切性之健康、醫療與照顧服務，以提升醫療照護服務之友善性。

(六) 維護及增修本部建立之醫事人員養成計畫公費生資訊管理平台，建立從就學、訓練及返鄉服務等各階段一條龍服務，並整合追蹤管理暨輔導機制，監測醫事公費生動向，發展本土模式人力供需指標。

(七) 持續促進醫事人員養成計畫公費生服務期滿留任達七成目標，充足原鄉、離島及偏鄉地區醫療照護人力量能。

二、 達成目標之限制

(一)醫事人員養成期程冗長，無法解決在地醫療服務之及時需求：醫事人員養成公費生自入學至完成訓練能返鄉分發服務平均約需 6 至 12 年，如醫學系約需 10-14 年(6 年修業、2 年臨床訓練、3-6 年不等之醫療專科訓練)、護理學系 6 年(4 年修業、2 年臨床訓練)、藥學系 7-8 年(5-6 年修業、2 年臨床訓練)；爰無法解決在地醫療服務之及時需求。

(二)醫事人員養成過程至分發服務變數多：因環境、教育、文化衝擊及個人因素，部分公費生因學習及適應力不良情形，造成休學、退學及畢業後無法順利取得證照；且公費生亦有因服兵役或懷孕、接受次專科訓練、重大傷病等因素申請展緩服務。

(三)我國醫療體制制度，對於社區照護場域之家庭專科護理師人才培育供需、實際應用及相關配套之效益發展，尚需透過試辦計畫建立制度。

(四)衛生所職缺囿於地方自治，影響分發：公費生分發服務以戶籍所在地之原鄉離島地區衛生所及公立醫院為主，但囿於地方自治，衛生所之人事任命權與職缺係為地方政府主管權責，公費生返鄉服務分發亦受影響。

（五）醫療環境變遷：民眾對醫療服務之要求與期望日漸提高，加上醫療環境改變，使醫療糾紛案件增加及法律責任加重，尤其影響醫師服務意願。

三、 績效指標、衡量指標及目標值

(一) 短程績效指標、衡量指標及目標值

鑑於近年原鄉離島地區考生之大學入學管道多元化，加上離島地區學生保送、師資培育公費生、重點科別培育公費醫師等選擇多樣化，以及受限於考試門檻、家長意願、學生興趣、社會氛圍、公費限制及經濟條件等因素，影響招生結果與錄取者就讀意願；另醫事科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至醫療機構進行臨床實習，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。爰依循第五期，將短程績效指標納入第六期績效指標及年度目標值，並增列養成公費醫事人員國考通過率指標(如表 4；1-3 項)。

(二) 中長程績效指標、衡量指標及目標值

本計畫目的係補實並均衡原鄉離島地區醫療人力之分布，爰定期監測原鄉離島每萬人口醫師及護理人員數，盤點原鄉離島衛生所醫事人員職缺，分析公費醫事人員返鄉服務人數及原鄉離島地區醫療院所公費醫師服務比率，以利培育養成醫事公費生返鄉服務，減少原鄉離島衛生所醫護人力缺口，以提升在地居民獲得適切及所需醫療照護可近性及品質(如表 4；4-5 項)。

另鑑於原鄉離島地區醫療照護資源不似都會區充足，缺少大型醫院完整之學習及進修資源，以致於公費生常受個人生涯規劃、家庭生活需求、醫療後盾資源與在地津貼福利等因素影響留任；為促進養成公費生返鄉服務及留任，本部已積極推動相關留任措施，並將確實檢討前開成效，以為下期計畫規劃之依據。

表 4 第六期養成計畫績效指標、衡量指標及目標值

項次	績效指標	衡量標準	年度目標值				
			116 年	**117 年**	**118 年**	**119 年**	**120 年**
1	醫學、牙醫學系新生入學率	實際入學數人系/招生數	≥78%	≥80%	≥82%	≥84%	≥86%
2	自我申請退學率	自我申請退學人數/入學人數	≤10%	≤10%	≤10%	≤10%	≤10%
3	公費醫事人員國考通過率	取得醫事人員證書人數/當年度畢業人數	≥70%	≥70%	≥70%	≥70%	≥70%
4	公費醫事人員返鄉服務率	實際返鄉公費醫事人數/應返鄉服務公費醫事人數	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
5	公費醫師服務原鄉離島衛生所之比率	公費醫師/原鄉離島衛生所醫師人數	≥80%	≥85%	≥90%	≥90%	≥90%

參、 現行相關政策及方案之檢討

一、 養成計畫第五期(111-115 年)執行成果分析與檢討

(一)醫事人力需求推估：

本計畫各期醫事人員養成計畫培育人數之推估，主要係請地方政府依據在地醫療院所(原鄉離島衛生所或公立醫院)照護需求提報各年度所需培育之各類醫事人員數，本部就地方政策施政需求擬定本期計畫之醫事人員培育數，後續邀集原鄉離島地區之地方政府衛生局、相關部會、專家學者召開會議共同討論。

養成計畫第五期各縣市所提報之醫事人員培育需求，離島縣市（澎湖、金門與連江縣）所提之需求數較原鄉地區多，特別於西醫師與護理人員部分，主要係各縣市提報養成需求之醫事人員數須同時考量公費生完成訓練後能順利返鄉服務之任職地點，離島地區除估算衛生所人力需求外，並包含島內公立醫院(部立澎湖/金門醫院、連江縣立醫院、三軍總醫院澎湖分院)醫事人力需求，因此培育需求數較多(原鄉地區仍以衛生所未來職缺情形進行培育需求推估)。此外，本部依亦考量在地衛生所或醫院實際提供全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)支援服務之科別、人力及服務量等，以及當地人口、疾病型態與政策推動需求等因素，研議推估醫事人員養成計畫培育需求數。

(二)各科系招生結果評估：

醫學系及牙醫系招生率平均達 9 成以上，惟護理學系招生率仍較未達預期，分析原因係原鄉離島地區考生之大學入學管道多元，再加

上原鄉離島地區醫事人員養成計畫、離島地區學生保送、師資培育公費生、重點科別培育公費醫師等，選擇多樣化；且本計畫報考生填報志願之順位以醫學系、牙醫系及其他醫事科系為優先，因此影響護理系之招生率。相關檢討與對策如下：

1. 加強宣導及提早說明：

   為提升醫事人員養成公費生報考人數，本部於每學年第一學期(10~11 月)辦理 8 場說明會，提供全國各直轄市及縣市衛生局、全國高級中等學校、各公私立高級職業學校參與，並提供學校懶人包及單張等，以促進原鄉離島在地學子符合資格者踴躍報考，促進原鄉離島醫療照護力人力挹注。

2. 調整護理系招生策略，110 年起試辦專科護理師碩士專班(不限籍屬)：

   鑒於 108 至 109 年度護理公費生招生率未達預期，為改善招生情形及持續改善原鄉離島地區護理人力缺口，除加強招生宣導工作外，經本部於 110 年度護理系增額名額中調整 24 名辦理專科護理師碩士專班公費生試辦計畫，招收資格不限籍屬別，為具護理執業年資 3 年以上之專科護理師及護理師，報考條件可由 IDS 醫院或醫學中心薦送或有意願者自行報名該專班學生，於畢業後分發至原鄉、離島及偏鄉地區服務，並以其培育年限(2-3 年)之 1.5 倍計算履約年限(約 3-4.5 年) ，與目前護理系畢業履約年限相近，110 年試辦計畫招生成效良好，爰列入養成計畫第 5 期繼續辦理，歷年專科護理師碩士專班招生率皆達 9 成以上。

3. 放寬分發地區限制及增加基層醫事人力推估：

醫學系與牙醫學系招生狀況較佳，但其未來培育訓練結束後服務分發時，可能會面臨原住民地區衛生所醫師職缺有限，特別是牙醫師職缺部分(第四期已依據牙醫資源不足區直接補實人力共 90 名，第五期亦培育 21 名，預計 117 年履約返鄉服務)；另本部國民健康署已於 110 年 10 月完成修訂並公告衛生所組織規程與員額編制參考基準，直轄市、縣（市）主管機關得依其財政狀況，寬列預算其所轄原住民族地區衛生所之員額編制，以爭取增加衛生所醫事人力員額編制(特別是護理人力部分)。爰須考慮公費生畢業後如何協助其分發服務，包括由公費生簽約時戶籍所在地衛生局協助其分發服務，並依本部管理要點之順位分發至相關醫療機構；以及放寬分發地區至非戶籍所在地縣市其醫療資源仍缺乏之非原住民族地區衛生所。

綜上，本部辦理第六期各類醫事人力培育需求，仍以地方政府提報為基礎，另參酌各類醫事人力招生狀況、實際缺口、法令政策制度及整備需要等因素，做整體調整分配。

(三)招生對象擴及設籍偏鄉地區之作業規劃與配套措施評估：

醫事人員養成計畫於 109 年度首度招生對象擴及「設籍偏鄉地區者」，109 年度醫學系招生錄取 6 名，另 110 年度招生 6 名醫學系、5 名牙醫學系及 11 名護理學系，並於養成計畫第 5 期持續培育偏鄉籍屬公費生，為使培育之偏鄉籍醫事公費生能至原鄉地區服務，規定偏鄉籍之公費生於完成訓練後分發服務之地點比照原住民籍公費生；為持續充實原鄉地區醫療人力量能，第六期計畫賡續推動辦理。

(四)賡續維運養成公費生管理資訊平台功能與精進：

本部於 109 年底完成公費生管理資訊平台建置，並於 110 年度啟用，係以公費生之培訓職涯作規劃，配合教、考、訓、用之發展，從就學培育、訓練及分發、履約各階段一條龍服務，建立其動向，除可定期盤點及清查公費生履約狀況外，該平台之資料庫相關數據亦可作為原鄉離島及偏鄉地區之人力供需監測指標。另行政作業面，主要協助培育學校及地方衛生局相關行政庶務作業效率提升，例如培育學校核銷作業、公費生履約狀態管理及相關統計報表等。

(五)強化養成公費生輔導機制及文化安全知能：

本部自 106 年起委託原住民醫學學會協助提供輔導工作，針對公費生不同階段在學(小手)/訓練(中手)/服務中(大手)/服務期滿(大大手)，傳承公費生培育目的，輔導活動包括 1.大小手見面會：與學長姐之交流與經驗傳承。2. 服務見習活動：安排公費生至原鄉及偏鄉衛生所或照護機構見習提升公費生跨文化照護知能。3.辦理文化能力課程：提升養成公費生之認同感、文化敏感度以及領導力，進而促進健康照護及管理相關知能與專業技能。建立北、中、南、東四區公費生培育學校輔導模式：已與高醫大、義大、成大、慈濟大學建立合作模式並於該校原資中心結合資源，不定期辦理大手到校演講，提供原鄉照護模式及執行文化健康技巧分享。

綜上所述，養成計畫對於原鄉及離島地區醫事人力培養有莫大貢獻，尤其西醫師。且第四期已擴大招生醫師、牙醫師及護理人力名額，但西醫師與牙醫師因民眾對其社會地位認知，招生數多能達標，但相對護理系招生狀況較未能達標，主要原因仍在於多數報考本計畫學生仍以醫科

為首選，且目前護理系入學管道多元，相較本計畫誘因較為不足；又未來護理師培育之履約原鄉離島衛生所非本部其可掌握之分配職缺，且衛生所護理師(公職護理) 出缺招聘，往往掌握於地方政府；依據本部平時監測盤點原鄉離島衛生所之護理師職缺情形，原鄉離島衛生所護理師較少有招募人才不易問題。但相較原鄉離島衛生所之醫師或牙醫師出缺，因受交通地點及薪資條件，部分原鄉離島衛生所仍有招募人才困難之困境。

考量原鄉及離島地區護理人力需求仍高且分布極度不均，故未來如要突破招生困境，需進一步研議及修正護理人力培育之作法，並規劃符合當地需求、搭配其職涯發展條件及增加相關福利與提升工作價值，以吸引護理人力投入。另養成計畫執行期限冗長，涉及多機構與單位，學校培育是很重要的一環，專校培育的可行性仍需要審慎評量。

二、 其他相關計畫的影響

為精進原鄉離島醫療照護服務資源及品質，本部積極從六大精進策略推動相關計畫，包括充實在地醫療人力、提升醫療可近性、強化公立醫院功能與更新設備、強化在地緊急醫療處理能力、推動遠距醫療、強化緊急後送機制。其中充實在地醫療人力相關計畫重要策略除了原住民族及離島地區醫事人員養成計畫外，尚包含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）及一般重點科別培育公費醫師制度等。

(一)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(下稱 IDS 計畫)

IDS 係由各健保業務組各轄區的醫院以計畫案方式承作，協助支援山地離島地區醫療服務。此外，參與 IDS 之醫事人力資源不只承作醫院，還包括在地衛生所之醫事人員。因此各地區衛生所仰賴 IDS 之程度不同。

本案醫事人員養成計畫第四期增額培育公費醫師的原因之一，期待能逐步取代 IDS 外部投入之醫事人力,但實際上很難完全取代,因 IDS 與在地醫療資源具有互補關係，部分專科醫療服務無法完全由在地衛生所（甚至醫院）提供或替代，故 IDS 仍有存在之必要。此外每家承接 IDS 的醫院與地方衛生單位協調產生 IDS 計畫內容亦不同。養成計畫所需培養之公費醫師,除需考量分發服務衛生所之職缺，亦需斟酌 IDS 運作。醫療供需具有動態性，原則上各地區衛生局與衛生所最了解在地狀況與需求，由地方衛生局提出因地制宜之醫事人力培育需求,本部則扮演協調、支持、整合與維持平衡之角色。

(二)重點科別培育公費醫師制度計畫(下稱重點科別培育計畫)

因近年來醫療環境改變,特別在急重症等科別醫師招收不易，為避免未來發生專科醫師人力失衡與地理分布不均問題，本部 105 年起重新啟動重點科別培育公費醫師制度計畫(前身為一般公費醫師培育制度，98 年停招)，並以內科、外科、婦產科、兒科與急診科等五大科為重點培育。規劃第一期計畫(105-109 年)每年培育 100 名醫師，共 500 名；第二期計畫(110-114 年)於 110 年招生 110 名，111-114 年則每年 160 名，共培育 750 名；第三期(116-120 年)計畫延續第二期規劃預計培育 750 名。

另重點科別培育公費醫師計畫與養成計畫第五期之公費醫師差異，兩計畫均為本部最重要之公費生培育計畫，前者重點科別計畫不限籍屬並以培育醫師為主，後者養成計畫屬在地養成，除培育醫師外尚有其他類醫事人員，且培育對象以為具原住民籍或離島籍屬為主，近 20 年來培育約 583 名公費西醫師，平均每年約 30 名。另重點科別公費醫師分發服務區域範圍較大，係涵蓋所有資源不足之偏鄉與離島地區，並主要分發至醫院服務，而養成計畫目的是培育在地之基層醫療照護人力，故分發服務區域主要於原鄉及離島地區之衛生所與公立醫院。這兩項計畫都屬公費培育並要求履行服務義務。養成計畫著重在地初級照護醫事人力培養，涵蓋所有需要的醫事人力，且招生資格限定離島、原鄉籍屬者及部分偏鄉地區，其履約期滿後之留任意願相對較強。重點科別計畫旨在強化偏鄉醫院醫療品質，注重醫師個人專業專科訓練，保障在醫學中心受訓，希望吸引優秀學生報考。重點科別公費醫師計畫第三期與醫事人員養成計畫第六期之差異比較(如表 5)。

表 5 重點科別培育計畫第三期與養成計畫第六期之差異表

項目	重點科別培育公費醫師 第三期計畫(116-120 年度)*	原鄉離島醫事人員養成計畫 第六期(116-120 年度)
報考資格	無籍屬限制(一般生)	原住民籍、離島籍、 偏鄉籍(109 年度起)
專科訓練科別	政策任務科(A 組)及人才羅致困難科(B 組)： 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)。 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。	急診醫學科、內科、外科、婦產科、兒科、家醫科為限。如因地區需求，衛生局同意且本部核定其他科別者不在此限。
訓練地點	專科醫師訓練醫院	專科醫師訓練醫院
服務年數 (不含訓練)	分組：政策任務組 15 年/ 區域羅才困難組 10 年。	醫學系 10 年。
服務地點	政策任務組：重度級急救責任醫院，或本部指定之機構。 區域羅才困難組：偏遠及離島地區之醫院。	原民籍：以簽約時戶籍所在地原鄉衛生所為優先。 離島籍：以簽約時戶籍所在地衛生所或公立醫院為優先。
保障	薪資獎勵、公職職缺、福利待遇及進修機會與補助	保障訓練容額

*註：資料來源本部醫事司提供之重點科別培育公費醫師計畫第三期計畫(116-120 年度)

綜上分析可知 IDS、重點科別計畫與醫事人員養成計畫從不同角度切入偏鄉醫療，各擔負不同的任務重點，連同本部其他相關計畫，共同協助建立與優化偏鄉醫療服務網。惟本養成計畫目的仍以滿足原鄉、離島及偏鄉地區之基層醫療照護需求為首要，故未來將發展符合其健康照護供需之醫事人力教、考、訓、用制度並能預警其人力量能，為本計畫之推動重點。

肆、 執行策略及方法：

一、 主要工作項目

(一)盤點地方培育需求及建立需求推估原則共識：

1. 為規劃本部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(116-120年)」培育名額，本部於114年9月16日及115年2月25日函請15個原鄉離島地區縣市衛生局盤點及研擬在地醫事人力需求推估計畫；並請地方衛生局對於醫事人力需求推估，除以原鄉離島衛生所編制缺額為基礎外，尚需考量在地衛生所或醫院目前接受IDS支援之科別、診次與服務人次及其佔該門診服務量之比重，及當地人口、疾病型態與衛生政策等因素，以反映未來培育公費醫事員額之實際需求。
2. 經各地方提報需求計畫後，本部分別於115年5月27日召開「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期醫事人力培育需求討論會」，就各縣市衛生局之需求進行交流討論。
3. 依各縣市衛生局所提之資料，可瞭解縣市衛生局鄉鎮區清楚其醫事人力缺乏狀況，但所提報之未來醫事人力需求預估數實際上並無法完全解決人力缺口，其中最大的關鍵仍在於各衛生所的正式職缺有所限制，爰本部第6期培育名額需求，仍以各縣市政府所提報之名額為基礎。

(二)偏鄉籍屬及未限籍屬(專科護理師碩士)賡續納入養成計畫第六期需求：

1. 依第五期培育經驗，醫事人員養成計畫第六期維持培育偏鄉籍屬醫學系30名(每年6名)，返鄉服務以原鄉衛生所為優先。
2. 另為因應原鄉、離島在地醫療需求，提升社區照護量能，持續培育專科護理師碩士公費生，每年平均培育30名，畢業後投入原鄉、離島及偏鄉地區服務。第5期招生率達9成以上，具穩定培育成效。

二、 分期(年)執行策略

(一) 每年各類醫事人員培育人數

養成計畫各類醫事人力培育需求，仍須衡量地方政府衛生所或離島公立醫院所需醫事人力培育需求、IDS 計畫支援人力、實際缺口、分發服務之資源分布均衡性及綜整原鄉離島及偏鄉醫療照護需求之人力整備等進行推估，爰本計畫第六期各類醫事人力培育數仍以地方政府提報為基礎，另參酌各類醫事人力招生狀況、實際缺口、法令政策制度及整備需要等因素整體調整分配。116 年至 120 年分年培育共計 630 名(每年平均約 126 名)，依籍屬別區分，其原住民籍各類醫事人員共計 144 名、離島籍屬各類醫事人員共計 306 名、偏鄉籍屬 30 名及無籍屬限制之專師碩士班計 150 名；另依系別分類，醫學系培育計 146 名(每年平均 29-30 名)、牙醫學系 34 名(每年平均 6-7 名)、護理系計 178 名(每年平均 35-36 名)、其他醫事科系培育計 122 名(每年平均 24-25 名)及專師碩士班計 150 名(每年平均 30 名)。有關醫事人

員養成計畫各類醫事人員培育人數如下，詳見表 6 (A.分籍分年培育表、B.分系分年培育表)。

1. **原住民族地區(不含蘭嶼鄉)**：培育數為144名，包含33名醫學系、10名牙醫學系、62名護理學系、25名藥學系及14名其他醫事相關學系公費生，以補實原住民地區衛生所及醫院所缺之醫事人力。
2. **離島地區**：培育數為306名，包含83名醫學系、24名牙醫學系、116名護理學系、30名藥學系及53名其他醫事相關學系公費生。
   (1)臺東縣蘭嶼鄉：培育數共計15名，培育8名醫學系、4名牙醫系、2名藥學系及1名護理系，以維持蘭嶼鄉衛生所醫事人力，並因應未來可能興建之蘭嶼醫院人力需求。
   (2)臺東縣綠島鄉：培育數共計9名，培育5名醫學系、3名牙醫系及1名藥學系，以維持衛生所醫事人力。
   (3)屏東縣琉球鄉：培育1名醫學檢驗系，以維持衛生所醫事人力。
   (4)澎湖縣：培育數共計119名，包含30名醫學系、5名牙醫學系、50名護理學系、15名藥學系及19名其他醫事相關學系公費生，以補實該縣11家衛生所及2家醫院(本部所屬澎湖醫院、三軍總醫院澎湖分院)之人力需求。且為應該縣望安鄉、七美鄉等二級離島地區因交通因素居民就醫不便須長期派駐醫護人力以及該縣癌症腫瘤科、一般外科、免疫風濕科及心血管疾病等專科醫師人力，及人口老化比率持續攀升，需投入較多之醫療照護服務人力，與於102年度成立澎湖縣兒童少年發展中心，需持續培育物理治療、語言治療及心理等專業人力協助推動早期療育相關業務。

(5)金門縣：培育數共計117名，培育27名醫學系、5名牙醫學系、50名護理學系、10名藥學系及25名其他醫事相關學系公費生，以補實該縣5家衛生所及本部所屬金門醫院之醫事人力需求，並持續推動金門區域醫院之發展，因應長照與觀光產業之醫療人力需求。

(6)連江縣：培育數共計45名，培育13名醫學系、7名牙醫學系、15名護理學系、2名藥學系及8名其他醫事相關學系公費生。以補實該縣4家衛生所及連江縣立醫院之醫事人力需求，並因應長照與觀光產業之醫療人力需求。

3. **偏鄉籍屬：**參照醫事人員養成計畫第五期之經驗，本計畫賡續培育共計30名醫學系公費生，招收設籍於本部中央健康保險署公告之全民健康保險醫療資源缺乏地區施行區域、優化偏鄉醫療精進計畫（113-116年度）核定版之公費醫師分發服務高度偏遠地區之一級、二級偏遠地區鄉鎮區之偏鄉籍屬公費生，並於畢業且完成訓練後，依原住民籍公費生分發規定，優先至原住民地區衛生所服務，以補實原住民地區醫護人力。惟偏鄉籍屬招生資格之規定，依辦理當年度招生作業之協調會決定及進行滾動式修正。

4. **支援偏鄉之專科護理師在職碩士專班公費生：**培育數為150名，招生名額納入護理培育需求名額中，於畢業後分發至原鄉、離島或偏鄉地區服務，提升原鄉及離島地區照護品質與配合遠距醫療之推動。

表6 醫事人員養成計畫第六期(116-120年) 各類醫事人員培育人數一覽表

A.分籍分年培育表							
原住民族	系別	116學年度	117學年度	118學年度	119學年度	120學年度	合計
原住民族(除蘭嶼外)	醫學系	15	3	6	6	3	33
	牙醫系	6	2	1	0	1	10
	護理系	14	7	14	10	17	62
	藥學系	8	4	5	2	6	25
	醫檢系	4	1	0	1	1	7
	醫放系	1	1	1	1	1	5
	物治系	1	0	0	1	0	2
離島地區	系別	116學年度	117學年度	118學年度	119學年度	120學年度	合計
臺東縣蘭嶼鄉	醫學系	1	1	2	2	2	8
	牙醫系	1	-	1	1	1	4
	藥學系	-	-	-	1	1	2
	護理系	-	-	-	-	1	1
臺東縣綠島鄉	醫學系	1	1	1	1	1	5
	牙醫系	1	-	1	-	1	3
	藥學系	-	-	-	1	-	1
屏東縣琉球鄉	醫檢系	-	-	1	-	-	1
澎湖縣	醫學系	6	6	6	6	6	30
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	護理系	10	10	10	10	10	50
	藥學系	3	3	3	3	3	15
	醫檢系	1	1	1	1	1	5
	醫放系	1	0	1	0	1	3
	物治系	2	1	0	1	0	4
	職治系	0	1	0	1	0	2
	語治系	1	0	1	0	1	3
	呼吸治療系	1	1	0	0	0	2
金門縣	醫學系	5	5	5	6	6	27
	牙醫系	1	1	1	1	1	5
	護理系	10	10	10	10	10	50
	藥學系	2	2	2	2	2	10
	醫檢系	1	1	1	1	1	5
	醫放系	2	2	2	1	1	8
	物治系	1	1	1	1	1	5
	職治系	0	1	0	1	0	2
	語治系	1	0	1	0	0	2
	呼吸治療系	1	0	1	0	1	3
連江縣	醫學系	3	2	3	2	3	13
	牙醫系	1	2	1	2	1	7
	護理系	3	3	3	3	3	15
	藥學系	1	0	1	0	0	2
	物治系	1	1	0	1	1	4
	醫放系	0	0	1	0	0	1
	營養系	0	1	0	0	0	1
	職治系	0	0	0	1	0	1
	語治系	0	0	0	0	1	1
無籍屬限制	專師碩士班	30	30	30	30	30	150
偏鄉籍屬	醫學系	6	6	6	6	6	30

B. 分系分年培育表							
系別		116 學年度	117 學年度	118 學年度	119 學年度	120 學年度	合計
醫學系		37	24	29	29	27	146
牙醫系		11	6	6	5	6	34
護理	護理系	37	30	37	33	41	178
	專師碩班	30	30	30	30	30	150
藥學系		14	9	11	9	12	55
醫檢系		6	3	3	3	3	18
醫放系		4	3	5	2	3	17
物治系		5	3	1	4	2	15
職治系		0	2	0	3	0	5
語治系		2	0	2	0	2	6
呼吸治療系		2	1	1	0	1	5
營養系		0	1	0	0	0	1
合計		148	112	125	118	127	630

(二) 賡續強化公費生培育、訓練及履約之輔導與管理

1. 為使公費生能如期履約，除延續舉辦公費生座談及說明會，敦促各校掌握公費生就學狀況，並明定畢業生於分發服務前，醫學系及牙醫系除須完成2年綜合臨床訓練外並需接受專科訓練，以及其他醫事科系(如護理學系、藥學系等)畢業後需完成2年臨床訓練。

2. 委託專業團體與學校合作輔導，並將文化敏感度議題與返鄉認同感融入，並建立公費生交流網絡及線上諮詢，以循序培養及維持公費生履約之認知及返鄉服務之能力。

3. 持續精進與維護公費生管理資訊平台，建立從就學培育、訓練及返鄉服務等各階段一條龍服務，建立整合追蹤管理暨輔導機制及提供衛生所職缺情形，協助公費生覓得服務地點，強化醫事人員養成公費生管理(如圖 2)。

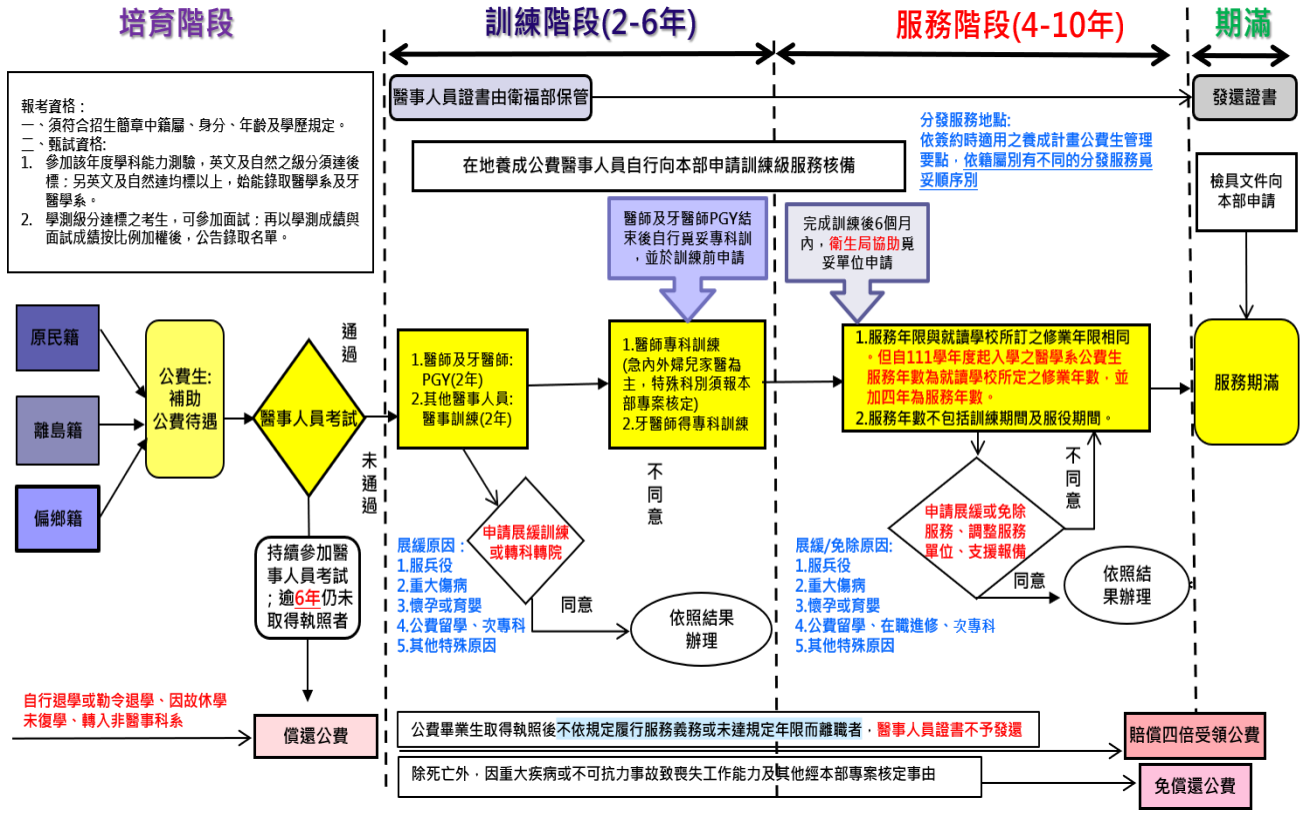


圖 2 醫事人員養成公費生之培育、訓練及服務管理

*備註：1.養成計畫公費西醫師服務年數為 10 年(比照重點科別公費醫師計畫第二期)

2.自 116 學年度起入學之牙醫學系公費生比照醫學系公費生服務年數為 10 年。

3.另自 116 學年度起入學之養成公費生取得醫事人員證書以 6 年為限(比照重點科別公費醫師計畫第三期)。

三、配套措施

醫事人員養成計畫目的除讓公費生能如實履約外，更期望完成服務後能繼續留在當地服務，永續在地醫療照護量能。然為要加強促進醫事養成公費生留任意願，需有完整的配套措施，如強化支持醫療照護環境、醫療專業職涯發展及家庭經濟生活等，故本部政策將持續朝此方向強化。

(一) 以本部醫院為後援醫院

本部所屬醫院(下稱部立醫院)遍布各縣市，以部立醫院為原鄉離島地區衛生所之後端支持醫院，任務包括養成公費生訓練階段之教學醫院、與原鄉衛生所醫師相互支援（例如巡迴醫療及醫師進修原鄉離島醫療不中斷）。如此，合作支援醫院可成為後送醫院，而養成公費醫師不但有輪替休息之機會，另於合作支援醫院中亦有更新醫學新知、繼續教育之機會，以充實醫師專業技能，提昇醫療品質。期能減少養成公費醫師之流動，使本部培育在地醫事人力之政策，得以落實。

(二) 醫學系公費畢業生之訓練與服務規定

目前本部重要之公費生培育政策計有重點科別培育公費醫師計畫與本案計畫(原鄉離島養成計畫)，爰養成計畫第六期朝與本部重點科別培育制度計畫一致(第二期之公費醫師服務年數、第三期之公費待遇補助調升)，保障醫學系公費生於醫學中心接受專科訓練，精進醫療照護專業知識技能，以確保提供在地原鄉離島醫療照護服務品質。

(三) 推動在地醫療，與健保署IDS計畫接軌

為使促進當地醫師專科執業能力臨床會診交流，與促進IDS計畫符合當地文化與需求，持續協助原住民族或離島地區在地醫療機構與衛生所，承接健保署IDS計畫的行政運作，藉由整合承作醫院、基層醫療機構和衛生所相關醫療資源，提供專科醫療、急性醫療、預防保健、慢性病個案照護、巡迴醫療、居家照護、轉診後送、假日夜間待診及值班等服務，以期提高山地鄉醫療可近性及解決醫事人力短期不足，全面改善山地鄉居民之健康狀況，也促使當地醫療資源及人力能與外地醫療支援人力長久與有效夥伴關係建立。

(四) 補助鼓勵醫事人員至原鄉離島地區開業

原鄉離島地區因醫療照護資源較為缺乏，醫療照護服務之可用性、可近性較一般地區不足，且對外交通相對不便，為彌補原鄉離島地區醫療照護之不足，爰依據離島建設條例第13條第1項規定授權訂定「離島開業醫療機構獎勵及輔導辦法」，補助鼓勵醫事人員於離島地區開業之醫療機構、護理機構及其他醫事機構。另本部自95年1月1日起實施「醫事人員至原住民族地區開業要點」，其補助對象擴大至所有醫事人員（醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、物理治療師、職能治療師等），以吸引醫事人員至原鄉離島地區開業，105至114年已補助醫事人員在原鄉離島地區開業之醫事機構共計62家。

(五) 推動偏鄉醫師留任獎勵計畫

自109年起推動鼓勵服務期滿公費醫師留任偏遠地區(含原鄉離島)服務，並自113年起放寬至非公費醫師，以鼓勵更多醫師深耕偏鄉。

計畫已於109年12月啟動，至114年底已核定補助39名(醫院34名、衛生所4名、榮家1名)。公費醫師於服務機構留任服務滿1年補助機構每人120萬(偏遠地區)至180萬(高度偏遠地區)，補助費用中至少7成給該留任公費醫師。

(六) 充實原住民族及離島地區長期照護專業人力

為因應人口老化之需，並健全長照服務體系之發展，我國「長期照顧服務法」已於106年6月3日起生效，為我國的長照服務制度做好奠基工作，原住民族及離島地區因交通問題，致提供服務成本高，影響服務提供單位或長照人力提供服務之意願與能力，相較於全國長照服務人力，仍顯不足，需積極培訓護理人員、物理治療人員、職能治療人員等人力，以利未來長期照護業務之推展，並於長期照顧計畫3.0中納入原住民族專章，以規劃符合原住民族需求之長照服務。

四、執行步驟(方法)及分工

醫事人員養成計畫依公費生培育過程與相關工作，分為「規劃」、「招生」、「就學」、「訓練」、及「服務」等五大階段，及其他相關統計及管考等行政業務。本計畫執行步驟，原則上依循本養成計畫之業務執行作業項目辦理（如表 15）。又為因應未來不可預期之突發狀況與保持計畫執行之彈性，達到本計畫目的，故實際執行方式，得由本部、地方政府及其他相關單位共同協調討論後，滾動調整各項執行細節，必要時上網公告，以維護民眾權益。

(一)招生方式

1.由本部委託專業單位辦理獨立招生入學試務作業，並將各籍屬及各

科系之招生結果，彙送大學甄選入學委員會依錄取生向該委員會登記就讀志願序辦理統一分發作業。

2. 持續強化招生宣導，提高民眾對本計畫認同：為提升醫事人員養成公費生報考人數，本部於每學年第一學期(10月~11月)辦理8場說明會，提供全國各直轄市及縣市衛生局、全國高級中等學校、各公私立高級職業學校參與，並提供學校懶人包及單張等，提升宣導效果。

(二)培育對象

1.醫事人員養成計畫第六期培育對象仍為具原住民身分、設籍於離島及偏鄉等地區（離島包括：金門縣、連江縣、澎湖縣及屏東縣之琉球鄉、臺東縣之蘭嶼鄉及綠島鄉；偏鄉：參照115年度招生公告之資格，並視當年培育需求調整，並於招生簡章公告）之學生，並符合當年度公告之招生簡章應考資格者。

2.支援偏鄉之專科護理師碩士公費生培育對象不限籍屬身分別，但須具有專科護理師資格或護理師執業年資至少2年(含)以上，於畢業後依契約規定於原住民族、離島及偏鄉地區提供照護服務。

(三)名額管控機制

每年度招生名額管控如下：

1.依照本計畫所核定該年度招生之名額辦理。

2.前一年度錄取名額不足，得依地區及科系別將缺額數滾動至招生名額內，滾動之缺額數以不超過招生年度所預招生名額之1/2為原則，並無條件捨棄小數點位數，且未達整數者則予不滾動；惟招生年度

該地區之系別未有招生名額數時,則得滾動至次年度招生名額內。

3.考量未來醫療照護及長期照顧人力之需求,本部必要時將邀請外界專家、地方政府及教育部召開相關會議,制定培育總額控管及流用原則，另為確保本計畫所培育之公費生均能至原鄉離島及偏鄉地區服務,倘該地區衛生所或公立醫院已無缺額,或經評估當地醫事人員數已達培育目標,得與地方政府討論後,調整招生數、招生籍屬及科系別,並於本計畫總招生名額下,得以互相流用調整,以提升計畫執行效益。

(四)養成方式與輔導機制

1. 本計畫養成之公費生,於新生註冊入學後,應填妥履行服務義務及保證書(契約書),完成簽約並由本部依教育部規定修業年限,提供其在學期間之各項費用。且為使公費生能如期履約,延續舉辦公費生座談及說明會,敦促各校掌握公費生就學狀況,並委託專業團體與學校合作輔導,並將文化敏感度議題與返鄉認同感融入,並建立公費生交流網絡及線上諮詢,協助輔導以循序培養公費生順利完成就學、訓練及服務等權利及義務。
2. 醫事人員養成計畫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。
3. 醫事人員養成計畫公費醫學生經國家考試及格領取醫事人員證書者,於未依規定完成服務義務前,其證書由本部保管,作為履約之保證。另由本部發給加蓋戳記之醫事人員證書影本1份,供辦理銓敘及執業登記之用。

(五) 調整訓練與服務方式(除牙醫師服務年限有修正外，其各類醫事人員公費畢業生之訓練與服務規定與第五期計畫一致)

1.醫學系公費畢業生之訓練：

(1)依專科醫師分科及甄審辦法之規定完成畢業後綜合臨床醫學訓練（簡稱一般醫學訓練）及專科醫師訓練。專科醫師訓練科別以急診醫學科為優先，並以內科、外科、婦產科、兒科、家庭醫學科為限。但因地域特殊醫療需求，經本部專案核定其他科別訓練者，不在此限。

(2)專科訓練地點以公費生選擇或協調醫學中心為原則。

2.牙醫學系公費畢業生之訓練：

(1)畢業後應完成綜合臨床醫學訓練二年，完成前款訓練後，得依牙醫專科醫師分科及甄審辦法之規定，申請牙醫專科醫師訓練。

(2)牙醫專科醫師訓練科別以家庭牙醫科、兒童牙科及特殊需求者口腔醫學科為限。但因地域特殊醫療需求，經本部專案核定其他科別訓練者，不在此限。

3.非醫學系及牙醫學系之公費畢業生之綜合臨床醫學訓練為2年。

4.畢業生於取得醫事人員證書後，並完成訓練，始得依服務管理要點規定申請分發服務。

5.本計畫公費畢業生服務年數不包含訓練，服務年數依下列規定：

(1)依本部核定之訓練期限完成訓練後，應向簽約時戶籍所在地衛生局辦理報到，由衛生局協助洽妥所規定之分發順序機構並檢具證明文件，向本部申請分發服務。

(2)醫學系及牙醫學系公費生：服務年數為10年。相關配套措施如下：

a.於服務期間，為精進專業臨床能力，經服務機構同意與協調進修期間之支援人力，得中斷服務返回公費生所選擇之醫療機構或醫學中心進修，有助其職涯規劃與發展。其受訓或進修期間可列入服務年資計算，但採計年數以2年為限。

b.確保公費醫師如分發至本部所屬醫院，將提供正式公職缺，享有公職相關福利，提供薪資保障，並逐年做滾動式調整。

c.於原鄉離島地區服務之本部所屬醫院年資，優先納入陞遷加分制度之參考。

(3)非牙醫學系及非醫學系公費生：服務年數與就讀學校所訂之修業年限相同。

(4)專師公費生畢業後，應依下列分發原則，自行洽妥服務機構，向本部申請分發服務：

a.於原住民族、離島或偏鄉地區之衛生所、醫院、護理機構或長期照顧機構服務。

b.於原住民族、離島或偏鄉地區設置護理機構。

c.依入學當年度本部招生簡章公告之專案分發服務規定。

6.保證書(契約書)之目的在於保證公費生（被保證人）於就學及服務期間，如有違反規定，應償還公費時，對被保證人各種賠償負連帶責任。

7.在學期間有關規定事項如下：

(1) 本計畫養成之公費生除受領本部公費待遇外，不得受領其他服務義務之獎學金，已受領者，仍應優先履行本部服務義務，並應簽立保證書。

(2) 在學期間，有下列情事之一，應繳還受領公費：

a.自行退學或因違反校規而受退學處分者。

b.因故休學未如期復學者。

c.轉入非醫事科系者。

(3) 在學期間，有下列情事之一，停發公費；其已領金額，得免予繳還：

a.死亡者。

b.因重大疾病或殘障，致不能繼續學業者。

c.其他經專案陳報本部核定者。

(4) 公費生修業超過規定年限，其延長修業期間所需各項費用，應自行負擔。無力負擔時，得申請以延長服務年限方式，繼續受領公費；延長服務期間與其延長修業期間相同。

(5) 公費生肄業及服務期間，均不得轉自費生或請求繳還公費。公費畢業生經醫事人員考試及格領取醫事人員證書，其醫事人員證書由本部保管，至服務期滿發還。另公費生取得執照後不依規定履行服務義務或未達規定年限而離職者，依「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生服務管理要點」辦理。

8.本計畫公費生畢業取得其醫事人員證書或專師公費生取得家庭科專科護理師證書，以畢業後六年為上限。

(六)分工

本部與教育部及培育學校等相關機關訂定招生標準及名額，以確保培育素質，各機關分工如下：

1. 本部：培育名額核定、業務協調與督導、職場環境之監控、留任獎勵規劃及其他綜理計畫之執行。
2. 教育部：招生作業之諮詢與督導、招生名額之建議。
3. 培育大學：辦理招生甄試作業、公費生培育與生活輔導，以及人員管控及分發作業。
4. 原住民族委員會：提供原住民族相關資料、宣導及考生資格審查、名額分配協助。
5. 地方政府：盤點人力需求、鼓勵在地學子報考並協助資訊行銷，提供醫事人員職缺,人員任用及執業管理及離島考生資格審查。

表 7 養成計畫業務執行工作項目

序列	業務階段	作業項目	說明
1	規劃階段	1. 每期養成計畫檢討續辦及委託專家進行下期人力需求評估。(每 5 年) 2. 調查各原住民及離島相關縣市需求並召開相關會議討論。 3. 函報行政院核定作業。 4. 定期管考作業及預算規劃事務。	本案係為 5 年 1 期之社會發展中長程計畫，依國發會規定函報行政院核定。
2	招生階段	1. 辦理招生名額分配確認、招生作業委託、簡章公告等相關事務。 2. 召開招生說明會。(配合甄試時間) 3. 寄發恭賀錄取信、製作保證書並辦理簽約說明會。 4. 辦理新生保證書簽署用印，並至醫事人員管理系統登載資料。	招生作業依大學甄選作業流程辦理。
3	入學階段	1. 各學期公費待遇及寒暑修費用補助作業。 2. 就學現況管控與核定、座談會及建置輔導機制等。 3. 延長公費待遇。 4. 寄發畢業生履約注意事項。 5. 統整新生名冊並匯入醫事管理系統。 6. 其他特殊狀況(如特殊原因轉學、就讀研究所、重病死亡等)行政業務。	
4	訓練階段	1. 核發用印後醫事人員證書影本。 2. 核定訓練地點科別及開通系統執登。 3. 特殊訓練科別之核定。 4. 其他特殊狀況(如展延、公費出國等)行政業務。	(牙)醫師訓練規定依專科醫師分科及甄審辦法辦理。
5	服務階段	1. 核定公費生服務地點及開通系統執登。 2. 辦理服務期滿證書核發作業。 3. 支援報備之核定。 4. 其他特殊狀況(如展延、公費出國等)行政業務。	

伍、期程與資源需求

一、 計畫期程

(一) 招生期程為116至120學年度，共計5年。

(二) 培育期程為116年9月1日至126年6月30日止，計10學年(各類醫事人員視培育學年而定)。

二、 經費來源及計算基準

(一)經費來源：本計畫經費概算粗估經費，由本部依年度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」、本部「重點科別培育公費醫師制度計畫第3期」及養成計畫第五期，並考量社會經濟發展及生活水準物價上漲，滾動調整經費補助。

(三)補助標準：

1.公費生待遇補助標準：詳如表8

(1) 每名公費生公費待遇補助：每學期生活津貼107,000元(含住宿費、膳食費、零用金及返鄉旅費等)；書籍費醫學系及牙醫系每名16,500元、其他醫事科系每名10,000元；每名應屆畢業生補助旅行參觀費3,000元；學校註冊費（如學雜費、學生平安保險

費、語言教學實習費）則依各校收費標準編列。前述公費待遇項目之標準，由本部視每年學雜費調漲幅度酌作調整。

(2) 教學設備補助費：補助培育學校添購設備費，按醫學系及牙醫學系，每名每年3萬元整；其他學系每名每年1萬5,000元整計列。詳如表8公費生待遇補助標準一覽表。

2.業務行政相關費：包括辦理本計畫所需之公費生專案管理、招生甄審作業、輔導、公費生資訊平台維護管理、其他事務性支出及差旅費等，按實際需要編列預算支應之。

表8　公費生待遇補助標準一覽表

項次	各項費用	補助標準/每學期
1	註冊費	依各校註冊時之收費標準支應
2	學雜費	依各校收費標準支應
3	生活津貼(含住宿及返鄉旅費)	上限107,000元
4	書籍費	1. 醫學系及牙醫系每人16,500元 2. 其他醫事科系每人10,000元
5	學生平安保險費	每人300；依各校收費標準支應
6	語言教學實習費	每人1200；依各校收費標準支應
7	應屆畢業生補助旅行參觀費	3000元/人/畢業年 於最後一學期支付1次
8	設備費	每人每年補助學校教學設備 1.醫學系及牙醫系每人30,000元/年 2.其他醫事科系每人15,000元/年
9	寒暑修課業輔導費	支付公費生因課業問題所需之寒暑修課業輔導費，修課通過得依各校收費標準，核實支付。

三、 經費需求

(一)招生期程：116 至 120 年度，共計 5 年。

(二)前期(第四、五期)養成計畫仍在學培育期間之養成。

(三)經費概算：所需經費初估約需 11 億 152 萬 484 元。(詳如附表 9-10)

(四)另本計畫配合中程歲出概算額度控管機制，依行政院核定之年度機關「中程歲出概算規劃額度」內據以編列歲出概算。

表 9 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期之總經費需求估算

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 6 期（116-120 會計年度）			
會計年度	經常門	資本門	小計
116 會計年度	222,787,293	16,335,000	239,122,293
117 會計年度	242,118,230	17,040,000	259,158,230
118 會計年度	204,855,512	15,015,000	219,870,512
119 會計年度	185,565,296	14,055,000	199,620,296
120 會計年度	170,414,153	13,335,000	183,749,153
總計	**1,025,740,484**	**75,780,000**	**1,101,520,484**

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 6 期（116-120 學年度）				
學年度	學期	經常門	資本門	小計
115 學年度	下學期	105,547,685	1,500,000	107,047,685
116 學年度	上學期	117,239,608	14,835,000	132,074,608
	下學期	117,452,608	1,500,000	118,952,608
117 學年度	上學期	124,665,622	15,540,000	140,205,622
	下學期	97,498,463	1,500,000	98,998,463
118 學年度	上學期	107,357,048	13,515,000	120,872,048
	下學期	86,830,281	1,500,000	88,330,281
119 學年度	上學期	98,735,015	12,555,000	111,290,015
	下學期	75,795,054	1,500,000	77,295,054
120 學年度	下學期	94,619,100	11,835,000	106,454,100
總計	**1,025,740,484**		**75,780,000**	**1,101,520,484**

表 10 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期之年度概算表

會計年度			116 會計年度					
學年度			115 學年度（下）			116 學年度（上）		
會計年總計			239,122,293					
會計年經常門			222,787,293					
會計年資本門			16,335,000					
學期經常門			105,547,685			117,239,608		
學期資本門			1,500,000			14,835,000		
系別			醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數			—	—	—	37	11	100
本期在學人數			—	—	—	—	—	—
前期在學人數			212	71	256	182	56	217
累計培育人數			212	71	256	219	67	317
應屆畢業人數			30	15	39	—	—	—
養成公費生受領公費待遇費用	學雜生活等相關補助費用	生活津貼(含住宿及返鄉旅費)	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000
		學雜費	74,983	68,615	58,854	75,928	69,480	59,596
		學生平安保險費	300	300	300	300	300	300
		語言教學實習費	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
		書籍費	16,500	16,500	10,000	16,500	16,500	10,000
	每名		199,983	193,615	177,354	200,928	194,480	178,096
	小計		42,396,396	13,746,665	45,402,624	44,003,185	13,030,130	56,456,293
	應屆畢業生旅行參觀費	每名	3,000	3,000	3,000	—	—	—
		小計	90,000	45,000	117,000	—	—	—
教學設備		每名	—	—	—	30,000	30,000	15,000
補助費		小計	—	—	—	6,570,000	2,010,000	4,755,000
行政維運相關經費			3,750,000			3,750,000		
管理系統擴充與維護費			1,500,000			1,500,000		

註：1.參考教育部「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」、本部「重點科別培育公費醫師制度計畫第 3 期」及養成計畫第 5 期，並考量社會經濟發展及生活水準物價上揚，滾動調升經費。

2.為簡化流程，將住宿費、膳食費、零用金及返鄉旅費等項目整併至單一生活津貼；學雜費係參考教育部「114 年度公立大學校院學雜收費基準一覽表（臺北醫學大學、高雄醫學大學）」，以第 5 期計畫 115 年度起為基礎並採 2 年調漲 1.26%計算。

3.行政維運相關經費：主要支應本計畫每年度招生甄審作業、管理要點與計畫檢討座談、新生座談、訴訟等行政業務費，及公費生在學、訓練及分發服務各階段之追蹤與輔導工作及製作文化敏感度課程教材等輔導追蹤管理費。

4.管理系統擴充與維護費：進行公費生資訊平台功能增修及整合本部公費醫師(重點科別培育)資訊化管理所需系統擴充與維護相關經費。

5.實際使用金額以當年度培育學校申請金額為依據。

會計年度			117 會計年度					
學年度			116 學年度（下）			117 學年度（上）		
會計年總計			259,158,230					
會計年經常門			242,118,230					
會計年資本門			17,040,000					
學期經常門			117,452,608			124,665,622		
學期資本門			1,500,000			15,540,000		
系別			醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數			—	—	—	24	6	82
本期在學人數			37	11	100	37	11	100
前期在學人數			182	56	217	162	52	170
累計培育人數			219	67	317	223	69	352
應屆畢業人數			20	4	47	—	—	—
養成公費生受領公費待遇費用	學雜生活等相關補助費用	生活津貼(含住宿及返鄉旅費)	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000
		學雜費	75,928	69,480	59,596	75,928	69,480	59,596
		學生平安保險費	300	300	300	300	300	300
		語言教學實習費	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
		書籍費	16,500	16,500	10,000	16,500	16,500	10,000
	每名		200,928	194,480	178,096	200,928	194,480	178,096
	小計		44,003,185	13,030,130	56,456,293	44,806,896	13,419,089	62,689,637
	應屆畢業生旅行參觀費	每名	3,000	3,000	3,000	—	—	—
		小計	60,000	12,000	141,000	—	—	—
教學設備		每名	—	—	—	30,000	30,000	15,000
補助費		小計	—	—	—	6,690,000	2,070,000	5,280,000
行政維運相關經費			3,750,000			3,750,000		
管理系統擴充與維護費			1,500,000			1,500,000		

註：1.參考教育部「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」、本部「重點科別培育公費醫師制度計畫第 3 期」及養成計畫第 5 期，並考量社會經濟發展及生活水準物價上揚，滾動調升經費。

2.為簡化流程，將住宿費、膳食費、零用金及返鄉旅費等項目整併至單一生活津貼；學雜費係參考教育部「114 年度公立大學校院學雜收費基準一覽表（臺北醫學大學、高雄醫學大學）」，以第 5 期計畫 115 年度起為基礎並採 2 年調漲 1.26%計算。

3.行政維運相關經費：主要支應本計畫每年度招生甄審作業、管理要點與計畫檢討座談、新生座談、訴訟等行政業務費，及公費生在學、訓練及分發服務各階段之追蹤與輔導工作及製作文化敏感度課程教材等輔導追蹤管理費。

4.管理系統擴充與維護費：進行公費生資訊平台功能增修及整合本部公費醫師(重點科別培育)資訊化管理所需系統擴充與維護相關經費。

5.實際使用金額以當年度培育學校申請金額為依據。

會計年度			118 會計年度					
學年度			117 學年度（下）			118 學年度（上）		
會計年總計			219,870,512					
會計年經常門			204,855,512					
會計年資本門			15,015,000					
學期經常門			97,498,463			107,357,048		
學期資本門			1,500,000			13,515,000		
系別			醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數			—	—	—	29	6	90
本期在學人數			24	6	82	24	6	82
前期在學人數			162	52	170	140	47	125
累計培育人數			186	58	252	193	59	297
應屆畢業人數			22	5	45	—	—	—
養成公費生受領公費待遇費用	學雜生活等相關補助費用	生活津貼(含住宿及返鄉旅費)	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000
		學雜費	75,928	69,480	59,596	76,884	70,355	60,346
		學生平安保險費	300	300	300	300	300	300
		語言教學實習費	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
		書籍費	16,500	16,500	10,000	16,500	16,500	10,000
	每名		200,928	194,480	178,096	201,884	195,355	178,846
	小計		37,372,568	11,279,814	44,880,081	38,963,704	11,525,944	53,117,400
	應屆畢業生旅行參觀費	每名	3,000	3,000	3,000	—	—	—
		小計	66,000	15,000	135,000	—	—	—
教學設備		每名	—	—	—	30,000	30,000	15,000
補助費		小計	—	—	—	5,790,000	1,770,000	4,455,000
行政維運相關經費			3,750,000			3,750,000		
管理系統擴充與維護費			1,500,000			1,500,000		

註：1.參考教育部「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」、本部「重點科別培育公費醫師制度計畫第 3 期」及養成計畫第 5 期，並考量社會經濟發展及生活水準物價上揚，滾動調升經費。

2.為簡化流程，將住宿費、膳食費、零用金及返鄉旅費等項目整併至單一生活津貼；學雜費係參考教育部「114 年度公立大學校院學雜收費基準一覽表（臺北醫學大學、高雄醫學大學）」，以第 5 期計畫 115 年度起為基礎並採 2 年調漲 1.26%計算。

3.行政維運相關經費：主要支應本計畫每年度招生甄審作業、管理要點與計畫檢討座談、新生座談、訴訟等行政業務費，及公費生在學、訓練及分發服務各階段之追蹤與輔導工作及製作文化敏感度課程教材等輔導追蹤管理費。

4.管理系統擴充與維護費：進行公費生資訊平台功能增修及整合本部公費醫師(重點科別培育)資訊化管理所需系統擴充與維護相關經費。

5.實際使用金額以當年度培育學校申請金額為依據。

會計年度			119 會計年度					
學年度			118 學年度（下）			119 學年度（上）		
會計年總計			199,620,296					
會計年經常門			185,565,296					
會計年資本門			14,055,000					
學期經常門			86,830,281			98,735,015		
學期資本門			1,500,000			12,555,000		
系別			醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數			—	—	—	29	5	84
本期在學人數			29	6	90	29	6	90
前期在學人數			140	47	125	120	45	95
累計培育人數			169	53	215	178	56	269
應屆畢業人數			20	2	30	—	—	—
養成公費生受領公費待遇費用	學雜生活等相關補助費用	生活津貼(含住宿及返鄉旅費)	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000
		學雜費	76,884	70,355	60,346	76,884	70,355	60,346
		學生平安保險費	300	300	300	300	300	300
		語言教學實習費	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
		書籍費	16,500	16,500	10,000	16,500	16,500	10,000
	每名		201,884	195,355	178,846	201,884	195,355	178,846
	小計		34,118,476	10,353,815	38,451,990	35,935,437	10,939,880	48,109,699
	應屆畢業生旅行參觀費	每名	3,000	3,000	3,000	—	—	—
		小計	60,000	6,000	90,000	—	—	—
教學設備補助費		每名	—	—	—	30,000	30,000	15,000
		小計	—	—	—	5,340,000	1,680,000	4,035,000
行政維運相關經費			3,750,000			3,750,000		
管理系統擴充與維護費			1,500,000			1,500,000		

註：1.參考教育部「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」、本部「重點科別培育公費醫師制度計畫第 3 期」及養成計畫第 5 期，並考量社會經濟發展及生活水準物價上揚，滾動調升經費。

2.為簡化流程，將住宿費、膳食費、零用金及返鄉旅費等項目整併至單一生活津貼；學雜費係參考教育部「114 年度公立大學校院學雜收費基準一覽表（臺北醫學大學、高雄醫學大學）」，以第 5 期計畫 115 年度起為基礎並採 2 年調漲 1.26%計算。

3.行政維運相關經費：主要支應本計畫每年度招生甄審作業、管理要點與計畫檢討座談、新生座談、訴訟等行政業務費，及公費生在學、訓練及分發服務各階段之追蹤與輔導工作及製作文化敏感度課程教材等輔導追蹤管理費。

4.管理系統擴充與維護費：進行公費生資訊平台功能增修及整合本部公費醫師(重點科別培育)資訊化管理所需系統擴充與維護相關經費。

會計年度			120 會計年度					
學年度			119 學年度（下）			120 學年度（上）		
會計年總計			183,749,153					
會計年經常門			170,414,153					
會計年資本門			13,335,000					
學期經常門			75,795,054			94,619,100		
學期資本門			1,500,000			11,835,000		
系別			醫學系	牙醫學系	其他學科系	醫學系	牙醫學系	其他學科系
招收人數			—	—	—	27	6	94
本期在學人數			29	5	84	29	5	84
前期在學人數			120	45	95	98	43	58
累計培育人數			149	50	179	154	54	273
應屆畢業人數			22	2	37			
養成公費生受領公費待遇費用	學雜生活等相關補助費用	生活津貼(含住宿及返鄉旅費)	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000	107,000
		學雜費	76,884	70,355	60,346	77,853	71,241	61,107
		學生平安保險費	300	300	300	300	300	300
		語言教學實習費	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
		書籍費	16,500	16,500	10,000	16,500	16,500	10,000
	每名		201,884	195,355	178,846	202,853	196,241	179,607
	小計		30,080,787	9,767,750	32,013,517	31,239,396	10,597,039	49,032,665
	應屆畢業生旅行參觀費	每名	3,000	3,000	3,000	—	—	—
		小計	66,000	6,000	111,000	—	—	—
教學設備		每名	—	—	—	30,000	30,000	15,000
補助費		小計	—	—	—	4,620,000	1,620,000	4,095,000
行政維運相關經費			3,750,000			3,750,000		
管理系統擴充與維護費			1,500,000			1,500,000		

註：1.參考教育部「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」、本部「重點科別培育公費醫師制度計畫第 3 期」及養成計畫第 5 期，並考量社會經濟發展及生活水準物價上揚，滾動調升經費。

2.為簡化流程，將住宿費、膳食費、零用金及返鄉旅費等項目整併至單一生活津貼；學雜費係參考教育部「114 年度公立大學校院學雜收費基準一覽表（臺北醫學大學、高雄醫學大學）」，以第 5 期計畫 115 年度起為基礎並採 2 年調漲 1.26%計算。

3.行政維運相關經費：主要支應本計畫每年度招生甄審作業、管理要點與計畫檢討座談、新生座談、訴訟等行政業務費，及公費生在學、訓練及分發服務各階段之追蹤與輔導工作及製作文化敏感度課程教材等輔導追蹤管理費。

4.管理系統擴充與維護費：進行公費生資訊平台功能增修及整合本部公費醫師(重點科別培育)資訊化管理所需系統擴充與維護相關經費。

5.實際使用金額以當年度培育學校申請金額為依據。

陸、預期效果及影響

本計畫透過醫事公費生之養成與分發服務，預期補實原鄉離島、偏鄉地區之衛生所與公立醫院之醫事人力，提升原鄉離島地區醫療照護能量，促進原鄉離島地區民眾獲得適切所需醫療照護服務，以達成原鄉離島健康平權與永續。

柒、財務計畫

本計畫為中央主辦計畫，財源來自本部之公務預算，其經費依中央主管相關法令規定辦理，所需經費均於中程歲出概算額度內編列，且經費均依未來執行業務工作編列。所需項目進行估算及編列，並於逐年辦理年度先期作業計畫及編制年度概算時，配合檢討經費需求，並依法定預算數調整修正計畫經費。計畫非公共建設計畫，且非屬自償性質，未來本計畫之執行亦將依核定經費撙節運用，以發揮最大效益。相關預算之編列依每年公費學生人數，補助其生活津貼(含住宿費、膳食費、零用金及返鄉旅費)、註冊費(含學雜費、學生平安保險費及語言教學實習費)、書籍費、及應屆畢業生旅行參觀費等，提供公費學生經濟協助，並補助培育學校添購設備費，挹注公費學生教學資源，透過本部與學校合作，以強化計畫執行成效。

捌、附則：

一、替選方案之分析與評估

為增進原鄉離島地區在地醫療量能，本部近年已積極推動多項措施，醫療照護品質與可近性已有明顯提升。考量原鄉離島地區醫療提供主要為衛生所及公立醫院，但因地處偏遠醫事人力招募較不易，多依賴養成醫事公費生返鄉服務，爰為持續挹注原鄉離島地區醫事人力，賡續辦理本計畫。

二、風險管理

(一)**風險辨識**：現階段所培育養成醫事人員公費生已陸續服務期滿或屆齡退休，且受限於原鄉離島地區地理環境與資源，其醫護人力仍不均與不足，倘未能賡續辦理本計畫，勢必嚴重衝擊原鄉離島地區之醫事人力與引發民怨。

(二)**風險分析**：依據本部參採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」及「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 11　計畫風險發生機率分類-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 12　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 13 計畫風險判定基準

發生機率 / 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	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)**風險評量**：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14）、「計畫現有風險圖像」（圖3）及「計畫殘餘風險圖像」（圖4）。

表 14　風險評估及處理彙總表

項次	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）
1	部分養成公費醫師規避服務義務而延遲或不參加醫師考試或臨床訓練，進而影響公費生返鄉服務預定期程。	部分養成公費醫師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，進而影響養成公費醫師人力培育及補充爰鄉離島醫療量能	本部已於公費生管理要點明定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返鄉服務義務，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，強化養成公費醫師認同，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)
2	醫師人力培育與實際原鄉離島衛生所出缺需求出現時間差。	醫師培育及專科訓練具一定年限，可能與原鄉離島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原鄉離島人力需求，滾動檢討並彈性調整培育名額配置，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影響。	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，逐步縮減人力供需時間差之衝擊。	2 (2x1)
3	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 ▪部分養成醫師公費生為規避服務義務而延遲或不參加醫師執照國家考試	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原鄉離島需求出現時間差 ■ 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 ■ 部分養成醫師公費生為規避服務義務而延遲或不參加醫師執照國家考試	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 ■ 醫事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

三、相關機關配合事項

（一）原住民族委員會：依據計畫執行，協助各學年度養成公費生招生對象(原住民籍身分) 資格審查、宣導及名額分配協助。

（二）教育部：依據計畫執行，協助各學年度養成醫事人員招生作業之諮詢與督導、招生名額之建議。

（三）地方政府：協助原鄉離島地區醫事人力需求、鼓勵在地學子報考並協助資訊行銷，提供醫事人員職缺，人員任用及執業管理及離島考生資格審查。

（四）各培育醫事系公費生院校：配合計畫執行，發展因校制宜之公費生輔導措施及推動原鄉離島醫療服務性社團，強化公費生對原鄉離島醫療服務熱忱。

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)	v				
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估，並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)	v				
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表？並依據各類審查作業規定提具相關書件		v			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）		v			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」）		v			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)	v				
	(2)是否研提完整財務計畫	v				
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	v				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		v			
	(3)經費負擔原則： a.中央主辦計畫：中央主管相關法令規定 b.補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	v				
	(4)年度預算之安排及能量估算：所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討，如無法納編者，應檢討調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢	v				

檢視項目	內　容　重　點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	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）		v			
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		v			
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	v				
	(2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a.現有人力運用情形 b.計畫結束後，請增人力之處理原則 c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源		v			
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商		v			
	(2)是否檢附相關協商文書資料		v			
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		v			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）		v			
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		v			
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		v			
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理		v			
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	v				
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	v				
10、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		v			非環境影響評估法第5條之

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	
						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		V			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		V			
	(3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標		V			
	(4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫		V			
	(5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		V			
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		V			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		V			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		V			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		V			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		V			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	
16、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		v			本計畫不適用。
17、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		v			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)		v			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		v			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		v			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	v				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　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：原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期（116-120年）

主管機關 （請填列中央二級主管機關）	衛生福利部	**主辦機關（單位）** （請填列擬案機關／單位）	**護理及健康照護司**

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. 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。本計畫推動原鄉離島醫事人員養成公費生培育制度，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，於醫事人員養成公費生培育、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. 養成計畫公費生培育制度自民國58年開始實施，藉提供養成計畫公費生4至6年公費補助，畢業後再分發至公費生戶籍所在地縣市之鄉鎮市區衛生所或偏遠地區之醫院服務，以達成原住民及離島地區之均衡醫療資源之目的。養成計畫公費醫事相關科系學生之招生，係依各校院新生入學考試規定辦理，主要是以籍屬認列，無涉性別議題。
評估項目	**評估結果**
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】 請依下列說明填寫評估結果： 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/)	1.養成計畫公費生於104至114年畢業之公費生性別比例：男性約佔55%，女性約佔45%，男女比例約為11：9。 2.養成計畫111至114年招生錄取結果：男性佔98人，女性佔130人，男女比例約3：4。 3.養成計畫自民國58年至114年預計招收2,050人，截至114年共計培育1,655人(男47%、女53%)，其中醫學系786人（男67%、女33%）、牙醫171人（男60%、女性40%）、藥師75人（男61%、女性39%）、醫事檢驗師31人（男55%、女性45%）、醫事放射師42人（男31%、

（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)。 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： **①政策規劃者**（例如:機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。 **②服務提供者**（例如:機關執行人員、委外廠商人力）。 **③受益者**（或使用者）。 c.前項之性別統計與0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。 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）。	女性69%）、物理治療師24人（男79%、女性21%）、營養師4人（女性佔100%）、護理人員490人（男11%、女性89%）、職能治療師16人（男19%、女性81%）、呼吸照護師2人（女性佔100%）、語言治療師7人（男29%、女性71%）、臨床心理師7人(男29%、女性71%)。 4.依據行政院性別平等處115年2月統計西醫師執業人數資料，男女比例約為3.5：1。 5.計畫係為公費生招生，併入各校院新生入學考試辦理，並由各校進行醫事人才教學培育作業，故暫無需強化的性別統計及分析。惟針對申請退學與平均服務年資之性別統計、服務期滿之性別分析、分析在地醫事人力動向及留任意願是否有性別差異、每年大學甄選入學之各類醫事公費生與自費生之性別統計比較，以為政策改善之依據。
評估項目	**評估結果**
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】 性別議題舉例如次： **a.參與人員** 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	1. 本計畫於研擬、修正過程係邀集原住民族委員、教育部、原鄉離島縣市衛生局、各醫事學院校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，不因不同性別、性傾向或性別認同者而有差異，暫無需強化的性別統計及分析。

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。 **b.受益情形** 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)。 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)。 **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**
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： **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。 **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。 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）。 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）。 **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。	□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： ■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。 1. 本計畫於研擬、修正過程係邀集原住民族委員、教育部、原鄉離島縣市衛生局、各醫事學院校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事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。另已蒐集醫事人員養成公費生招生情形及性別統計資料，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」蒐集醫事人員養成公費生之性別、服務地區、服務機構及科別等資料，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。

d.展覽、演出或傳播內容 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。 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）。 **e.研究類計畫** ① 產出具性別觀點之研究報告。 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。 **f.**強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。 **g.**其他有助促進性別平等之效益。	
評估項目	**評估結果**
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	□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： 本計畫推動原鄉離島醫事人員養成公費生培育制度及偏遠地區醫療人力布建，主要係以提升原鄉離島地區醫療照護服務可近性及補充醫療資源不足為核心目標。養成公費醫事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。 另原鄉離島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，亦不以性別作為原鄉離島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事人員於職涯發展、工作負荷及生活平衡等面向之需求，以提升養成公費醫事人員於原鄉離島地區服務之穩定性與持續性。 未來並將持續透過「養成公費醫事人員資訊管理平台」蒐集養成醫事人員之性別、服務地區、服務機構

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	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。

或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。 ④ 辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。 **e.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容** ① 規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。 ② 製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。 ③ 規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如:女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。 **f.建構性別友善之職場環境** 委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職），以營造性別友善職場環境。 **g.具性別觀點之研究類計畫** ①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。 ②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。	

評估項目	評估結果
2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】 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。	□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：本計畫主要編列醫事人員公費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	已參納委員意見。另未來將依需要針對不同類別之醫事人員進行性別統計分析或針對各項醫事公費生招生或留任等相關研究進行性別統計分析，以做為後續醫事人才培育政策的參考依據。
	3-2-2說明未參採之理由或替代規劃	已參納委員意見。
3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 115 年 7月 29 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：劉敏玲 職稱：科長 電話：(02)85907150 填表日期：115 年 6 月 23 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

（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： □1.現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址:http://www.taiwanwomencenter.org.tw/）。 ■.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。	
（一）基本資料	
1.程序參與期程或時間	115 年 6 月 29 日 至 115 年 6 月 29 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	1. 姓名職稱：王秀紅教授 2. 服務單位：考試院 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	□計畫研商會議 □性別平等專案小組 ■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	本計畫「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期（116-120年）草案」，為強化培育原住民族及離島地區在地醫事人才，改善醫療資源與醫事人力不足之問題，保障在地居民就醫權益與醫療照護品質，以能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。 計畫之政策規劃、計畫目標以及服務提供及受益對象為實施招生之各校公費生及偏遠地區民眾，計畫實施過程、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。
5.性別統計及性別分析之合宜性	1. 本計畫於研擬、修正過程透過邀集原住民族委員、教育部、原鄉離島縣市衛生局、各醫事院校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. 計畫提供相關性別統計，包括：(1)養成計畫公費生於104至114年畢業之公費生性別比例：男性約佔55%，女性約佔45%，男女比例約為11:9；(2)養成

	計畫111至114年招生錄取結果：男性佔98人，女性佔130人，男女比例約3：4；(3)養成計畫截至114年共計培育1,655人(男47.3%、女52.7%)；(4)依據行政院性別平等處115年2月統計西醫師執業人數資料，男女比例約為3.5：1。建議未來可針對不同類別之醫事人員進行性別統計分析。
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜。本計畫之政策規劃、計畫目標以及服務提供及受益對象為實施招生之各校公費生及偏遠地區民眾，計畫實施過程、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，有不平等對待或不良影響。
8.執行策略之合宜性	合宜。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	1. 本計畫「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期（116-120年）草案」，為強化培育原住民族及離島地區在地醫事人才，改善醫療資源與醫事人力不足之問題，保障在地居民就醫權益與醫療照護品質，以能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。 2. 本養成計畫主要為各校公費醫事相關科系學之招生，以各校新生入學考試規定辦理。計畫之政策規劃、計畫目標以及服務提供及受益對象為實施招生之各校公費生及偏遠地區民眾，計畫實施過程、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。 建議：(1)計畫在政策研擬、修正過程中，宜落實任一性別比例不低於1/3之原則。在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)除了計畫提供的相關性別統計外，未來可針對不同類別之醫事人員進行性別統計分析。(3)針對各項醫事人才公費生招生或留任等相關研究，皆能進行性別統計分析，或進行性別、科系類別、年齡、族群或地域之交叉分析，以做為後續醫事人才培育政策的參考依據。

（三）參與時機及方式之合宜性	合宜
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）**王秀紅**	

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： 。		**V**			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		**V**			
	(2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容		**V**			
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		**V**			
	(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		**V**			
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		**V**			
	(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		**V**			
4、執行策略及方法	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		**V**			
	(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		**V**			

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	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		V			
5、期程與資源需求	是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V			
6、預期效果及影響	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V			
	(2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式		V			

七、中長程個案計畫人權影響評估檢視表

填表日期： 115 年6 月22日

・填表人姓名：劉敏玲　服務單位及職稱：衛生福利部護理及健康照護司科長電話：02-85907150　e-mail： md1573@mohw.gov.tw

・計畫已於研擬初期，□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■徵詢人權諮詢員意見(□召開意見徵詢會議，日期：____年____月____日；■書面徵詢；□其他：　　）

・人權諮詢員姓名：**呂立**　**服務單位及職稱：臺大兒童醫院兒童胸腔加護科、兒少保護醫療中心主任**

・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）

填表說明

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。

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）：

（一） 因物價調整修正計畫經費。

（二） 變更計畫期程。

（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。

（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。

（五） 計畫之部分內容調整由其他計畫規劃辦理。

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：

（一） 現任或曾任行政院各相關人權任務編組民間委員。

（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。

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。

計畫名稱：**原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第六期（116-120年）**

主管機關（請填列中央二級主管機關）	衛生福利部	主辦機關（單位）（請填列案機關／單位）	護理及健康照護司

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：

1. **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：**

(1) 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。 **(2) 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」。** **2. 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。	**1. 本計畫為充實原鄉離島醫事人力，促進在地人照護在地人，培育具原住民籍及離島籍在地學子，藉由培育、訓練及返鄉服務，提升原鄉離島醫事人力及照護量能，達成民眾可近性獲得醫療照護可近性，保障原鄉離島地區健康促進與永續。** **2. 內容及服務安排亦受本計畫影響。** **(1) 直接影響對象** **A. 原住民族及離島地區衛生所及在地醫療機構，因醫事人力補充後，提升在地醫療照護服務穩定性，保障原住民族及離島全體民眾健康就醫服務生命權。** **B. 本計畫培育對象原住民籍與離島籍身分，保障在地學子擔任原鄉離島醫事人員之工作權。** **(2) 間接受影響對象** **A. 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。** **B. 接受本計畫醫事人員養成計畫公費醫師及各醫事人員，因服務安排、醫療專科別訓練選擇(內、外、婦、兒、急診及家庭科等領域)與要求受本計畫規範，可有效提升原鄉離島衛生所等醫療院所之醫療量能及服務穩定性。**

1-3【**請說明本計畫研擬過程之徵詢及協商程序**】 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**。 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。	**1. 本計畫研擬過程之徵詢程序如下：** **(1) 本計畫於114年9月及115年2月函請地方政府提報醫事人員養成計畫第六期各類醫事人員培育需求，並於115年5月與地方衛生局就地方培育需求面、中央政策推動面及未來招生對象資格進行研議討論，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。** **(2) 本計畫所涉相關單位，如教育部、原住民族委員會、培育學校及地方衛生局等，對於本計畫均配合本部規劃辦理。** 2. **本案計畫為促進原住民族健康政策之一，本部成立原住民族健康政策會，且為聚焦原住民族議題，於113年4月2日成立政策會下設4個工作小組(其中含健康照護人力政策)，並視討論議題邀集各司署及跨部會與會，並邀請原住民族健康照護專家學者指導，以推動符合原住民族需求相關措施。**
1-4 【**請說明資料蒐集情形**】 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。	盤點現有資料： **■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、當地醫護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）。** **■政府統朝計資料(行政登記、公務統計、調查統計)研究報告、考察報告等** □國內外文獻 □其他，請說明： 盤點現有資料後，是否另行蒐集資料： ■是，請勾選(得複選) □訪談(含利害關係人及專家) □焦點團體訪談 □田野調查 (現場觀察、調查、蒐集、採訪與紀錄) □問卷 □普查 **■其他，請說明：正式函文地方政府提報培育需求數、與相關單位召開研商會議** □否，未另行蒐集資料

權利項目1	享有可達到之最高身心健康標準權
評估項目	評估結果
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) 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.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) ： **(1) 人口統計：** **A. 2014及2024年原鄉離島地區縣市人口數及健康統計變化（P.11）。** **B. 2025年原鄉離島地區醫護人員每萬人口數比例與全國之比較（P.14-15）。** **(2) 國家發展委員會中華民國人口推估報告(2024至2070年)（P.9-10）：老年人口占比統計趨勢推估。** □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：
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) 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： (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。 (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。 (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	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： **本計畫主要培育原住民籍與離島籍屬在地醫事人員養成公費生，完成就學及臨床訓練後及返鄉服務，充實原鄉離島公費醫事人力，以促進原鄉離島在地居民可近性獲得所需之醫療照護服務，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，強化原鄉離島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。**

步驟。	
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。	■ 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」) 本計畫旨在補充原鄉離島地區之醫療照護醫事人力，以提升在地醫療照護量能，並未涉及削減既有醫療服務或民眾既有就醫權益。養成醫事人員公費生返鄉服務後，可提升原鄉離島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。 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：
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。	□ 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**） 1. 因應措施之規劃 □有**(得複選)** □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)： □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：
權利項目2	**工作權**
評估項目	評估結果
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) 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.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) ： **本案係培育原鄉離島地區醫事人員養成計畫，58-115年已培育1,655名公費醫事人員，其中已返鄉服務及服務期滿計有788名，原鄉離島衛生所醫師養成公費醫師占九成；且本案計畫招生對象限原住民籍與離島籍，保障在地學子返鄉服務工作權益，由此可見，多數公費醫事人員履行服務義務，對工作權造成之不利影響應相對有限。** □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：
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) 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： (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。 (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。 (3) 實現義務：為確保本權利項目之實	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：** **本計畫透過辦理「原鄉離島地區醫事人員養成計畫」，充足原鄉離島地區衛生所或公立醫院之醫事人力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，有助於提升醫事人員職涯發展穩定性及醫療人力合理配置。** **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，使原鄉離島學子透過計畫獲得醫事人員資格並持續精進專業能力並兼顧返鄉服務之職涯發展。本部亦委託專業團體辦理醫事人員養成公費生輔導計畫，就公費醫師事人員就學、訓練及下鄉分發服務內容予以輔導了解，並建立與公費醫事學生良好的溝通管道，提供公費醫事學生指導諮詢、課程輔導及定期與學生座談等，強化公費生認同原鄉離島返鄉服務價值，促進公**

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。	**費醫事人員均能順利完成履約服務。** 2. **本計畫預期產生之具體正面效益** **(1) 建立穩定的綜合臨床訓練及專科訓練管道，強化醫事人員養成公費生專業能力穩定性。** **(2) 提供穩定就業及任用機會，保障醫事人員得持續精進專業能力並兼顧職涯發展。** 3. **依績效指標、衡量標準、目標值及執行策略等說明：** **本計畫係辦理「原鄉離島地區醫事人員養成公費生計畫」，以培育急診醫學科、家庭醫學科、內科、外科、婦科及兒科等偏遠地區所需醫師人力為目標，透過公費醫事學生培育及制度性配置，持續充足原鄉離島地區醫療資源不足及醫師人力分布不均情形。本計畫於116年至120年，預計培育630醫事公費生，每年訂有公費醫事學生培育人數、招生率及原鄉離島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19、31-32頁）。另，本計畫之執行策略及推動方式，包括公費醫事學生培育、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27-42頁。**
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。	■ 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」) **本計畫旨在補充原鄉離島醫療資源不足地區之醫事人力，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。且公費醫事人員下鄉服務後，可提升原鄉離島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。** □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：
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	□ 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**） 1. 因應措施之規劃

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。	□有**(得複選)** □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)： □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：
權利項目3	**生命權**
評估項目	評估結果
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) 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	■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) ： **(1) 依本部醫事管理系統分析，114年每萬人口醫師數全國為35.1人、離島地區為12.5人、原鄉地區為24.27人(山地原鄉僅7.22人、平地原鄉為30.72人)；在護理人力方面，每萬人口護理人力全國為84.73人，離島地區35.68人、原鄉地區為80.45人，惟山地原鄉僅為35.26人，結果顯示原鄉離島地區醫護人力**

況；如有相關分組分析資料，請併予呈現。	**分布每萬人口執業比低於全國平均，影響在地民眾獲得健康照護權利，爰透過本案計畫培育在地醫事人員並返鄉服務挹注醫療人力，以提升醫療照護服務量能，維護在地民眾健康生命權。** **（2）依內政部統計資料，113年原住民族零歲平均餘命(73.25歲)較全體國民零歲平均餘命(80.23歲)約低7.54歲，爰為促進原住民族健康平等，本部積極從六大精進策略推動相關計畫，包括充實在地醫療人力、提升醫療可近性、強化公立醫院功能與更新設備、強化在地緊急醫療處理能力、推動遠距醫療、強化緊急後送機制。其中充實在地醫療人力相關計畫重要策略，爰本部辦理醫事人力養成計畫，充實原鄉地區醫事人力，在地守護族人健康永續。** □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：
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) 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： (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。 (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。 (3) 實現義務：為確保本權利項目之實	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： **本計畫旨在充實原鄉離島醫療照護資源不足地區之醫事人力，以提升在地醫療照護服務務量能，提升原鄉離島地區民眾可近性獲得醫療照護及緊急救護，進而保障原鄉離島民眾生命健康權益。** 2. 本計畫預期產生之具體正面效益 **(1) 促進原鄉離島地區民眾健康永續，可近性獲得適切所需醫療照護服務。** **原鄉離島醫療資源較卻缺乏，透過公費制度培育在地醫事人力，促進在地人服務在地人。**

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。	
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。	■ 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」) **本計畫旨在補充原鄉離島醫療資源不足地區之醫事人力，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。且公費醫事人員下鄉服務後，可提升原鄉離島地區基層醫療照護服務連續性，在地醫療量能將優於原先狀態，預估不會對生命健康權造成負向影響。** □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：
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。	□ 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**） 1. 因應措施之規劃 □有**(得複選)** □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)： □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：
權利項目4	**不受歧視與平等權**
評估項目	評估結果
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) 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.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) ： **經查依本部醫事管理系統分析，114年每萬人口醫師數全國為35.1人、離島地區為12.5人、原鄉地區為24.27人(山地原鄉僅7.22人、平地原鄉為30.72人)；在護理人力方面，每萬人口護理人力全國為84.73人，離島地區35.68人、原鄉地區為80.45人，惟山地原鄉僅為35.26人，結果顯示原鄉離島地區醫護人力分布每萬人口執業比低於全國平均。爰為充足原鄉離島地區醫事人力，透過本計畫培育公費醫事人力並返鄉服務，促進原鄉離島醫療照護資源投入與平等發展。** □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：
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) 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，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： (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	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： **計畫主要培育原住民籍與離島籍屬在地醫事人員養成公費生，完成就學及臨床訓練後及返鄉服務，充實原鄉離島公費醫事人力，以促進原鄉離島在地居民可近性獲得所需之醫療照護服務，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，保障原鄉離島地區民眾健康權益。** 2. **本計畫預期產生之具體正面效益** **(1) 促進原鄉離島地區民眾健康永續，可近性獲得適切所需醫療照護服務。** **原鄉離島醫療資源較卻缺乏，透過公費制度培育在地醫事人力，促進在地人服務在地人。**

利項目者，予以限制或禁止。 (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。 (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。	
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。	■ 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」) **本計畫旨在充實原鄉離島醫療資源不足地區之醫事人力，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。且公費醫事人員下鄉服務後，可提升原鄉離島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。** □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：
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。	□ 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**） 1. 因應措施之規劃 □有**(得複選)** □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)： □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：
權利項目5	**受教育權**
評估項目	評估結果
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) 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.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) ： **為持續培育原鄉離島醫事人力，充足原鄉離島人力資源，本計畫自58年至114年累計培育共計1,655名 (含在學中)，包括原住民籍755名(醫學系362名、牙醫系92名、護理系209名及其他醫事科系92名)；離島籍725名(醫學系395名、牙醫系395名、護理系138名及其他醫事科系116名)、偏鄉籍34名(醫學系29名、牙醫系3名、護理系2名)及未限籍屬專科護理師碩士班141名等醫事公費生。** □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：
631-6 【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) 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，何有助於履行國家義務之尊重、保護及實現	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： **本計畫主要培育原住民籍與離島籍屬在地醫事人員養成公費生，完成就學及臨床訓練後及返鄉服務，充實原鄉離島公費醫事人力，提昇原鄉離島在地居民可近性獲得所需之醫療照護服務，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，保障原鄉離島地區民眾健康權益。** 2. **本計畫預期產生之具體正面效益**

等面向，予以敘明： (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。 (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。 (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。	**主要保障原鄉離島地區在地學子，透過本計畫額外名額招生，經培育就學完成學業畢業後取得醫事人員國考證照，並經臨床醫學訓練後返鄉服務，以促進在地人照護在地人，增進民眾就醫信任感，強化醫病關係。**
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。	■ 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」) **本計畫主要培育原住民籍與離島籍屬在地在地學子醫事人員養成公費生，計畫為額外名額招生，保障原鄉離島在地居民教育權，並未涉及削減既有受教育權益務後，且可提升原鄉離島地區醫事人力挹注，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。** □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：
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。	□ 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**） 3. 因應措施之規劃 □有**(得複選)** □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)： □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 4. 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：
權利項目6	**享受和受益於文化的權利**
評估項目	評估結果
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) 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.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) ： **為持續培育原鄉離島醫事人力，充足原鄉離島人力資源，本計畫自58年至114年累計培育共計1,655名 (含在學中)，包括原住民籍755名(醫學系362名、牙醫系92名、護理系209名及其他醫事科系92名)；離島籍725名(醫學系395名、牙醫系395名、護理系138名及其他醫事科系116名)、偏鄉籍34名(醫學系29名、牙醫系3名、護理系2名)及未限籍屬專科護理師碩士班141名等醫事公費生。且本部自106年起委託原住民醫學學會協助提供輔導工作，針對公費生不同階段在學(小手)/訓練(中手)/服務中(大手)/服務期滿(大大手)，傳承公費生培育目的，辦理文化能力課程，提升養成公費生之認同感、文化敏感度以及領導力，進而促進健康照護及管理相關知能與專業技能。** □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：

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) 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，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： (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。 (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。 (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。	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： **計畫主要培育原住民籍與離島籍屬在地醫事人員養成公費生，完成就學及臨床訓練後及返鄉服務，充實原鄉離島公費醫事人力，以促進原鄉離島在地居民可近性獲得所需之醫療照護服務，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，保障原鄉離島地區民眾健康權益。** 2. **本計畫預期產生之具體正面效益** **為促進原鄉離島地區民眾健康永續，可近性獲得適切所需醫療照護服務。原鄉離島醫療資源較卻缺乏，透過公費制度培育在地醫事人力，促進在地人服務在地人。**
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。	■ 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」) **本計畫旨在充實原鄉離島醫療資源不足地區之醫事人力，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。且公費醫事人員下鄉服務後，可提升原鄉離島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。** □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：
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	□ 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**）

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。	1. 因應措施之規劃 □有**(得複選)** □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)： □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、本計畫於114年9月16日及115年2月25日函請地方政府提報醫事人員養成計畫第六期醫事人力培育需求，並建議地方衛生局評估時，應考量衛生所編制之未來職缺數及在地醫事人力需求，包括評估「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)支援模式，並應敘明需求原因，並於115年5月27日與地方衛生局就地方培育需求面、中央政策推動面及未來招生對象資格進行研議討論。(P.17)

二、本計畫核心目標在於挹注原鄉離島地區的醫事人力至少630名，其培育醫事人員及招生對象、履約服務區域均屬醫療弱勢地區，目的為充足原鄉離島地區醫療照護人才，預期可確保在地民眾弱勢群體（含偏鄉居民、兒少、高齡者等）可近性獲得適切所需健康照

護，促進原鄉離島醫療弱勢地區健康權實現。(P.28-30) **本計畫透過醫事人員養成公費生培育制度，提供公費醫事人員穩定的訓練及任用管道，並為順利返鄉服務，亦賡續強化公費生培育、訓練及履約之輔導與管理。雖本計畫可能造成醫事人員養成公費生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。（P.32-33）**
人權諮詢員建議事項： **經審視本計畫 1-1 所勾選之權利項目，原已勾選「不受歧視與平等權」、「生命權」、「工作權」及「享有可達到之最高身心健康標準權」，大致符合本計畫促進原鄉離島醫療可近性、健康平等及醫事人力培育之核心目的。惟本計畫亦涉及公費生招生、就學補助、專業培育、臨床訓練、服務地點、服務年限、履約義務及爭議處理等事項，除工作權外，亦與受培育者之受教育權利有關。本計畫以原住民族及離島地區為主要服務對象，並強調原住民族健康平等、在地人照顧在地人及原住民族健康政策主體性，對原住民族地區而言，醫療服務亦應兼顧文化議題、族群語言、部落脈絡及文化適切性，故建議1-1增列勾選「受教育權」及「享受和受益於文化的權利」。後續於 1-5 至 1-8 之評估內容中，應分別補充教育機會平等與學習支持、以及原住民族文化安全與在地參與機制，以確保本計畫不僅提升醫事人力數量，也能實質促進健康權、平等權、文化權與受培育者權益保障。**

人權諮詢員簽名：_呂立_____

日期：__115_年__6__月__30_日