

衛生福利部
辦理重點科別培育公費醫師制度計畫
(第二期)
(核定版)



衛生福利部
中華民國109年9月

目錄

一、計畫緣起.....	1
(一) 依據.....	1
(二) 未來環境預測.....	2
(三) 問題評析.....	3
(四) 社會參與及政策溝通情形.....	6
二、計畫目標.....	7
(一) 目標說明.....	7
(二) 達成目標之限制.....	8
(三) 績效指標、衡量標準及目標值.....	8
三、現行相關政策及方案之檢討.....	10
四、執行策略及方法.....	18
(一) 主要工作項目.....	18
(二) 分期(年)執行策略.....	18
(三) 執行步驟(方法)與分工.....	19
五、期程及資源需求.....	24
(一) 計畫期程.....	24
(二) 經費來源及計算基準.....	24
(三) 經費需求.....	25
六、預期效果及影響.....	26
七、財務計畫.....	26
八、附則.....	26
(一) 替選方案之分析及評估.....	26
(二) 風險評估.....	27
(三) 相關機關配合事項.....	27
(四) 中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表..	27

表 1 次醫療區域	28
表 2 偏遠地區醫師不足人數	30
表 3 偏遠地區醫師不足人數預估-醫師年齡老化因素	31
表 4 第一期及第二期計畫經費總表	32
表 5 風險發生機率分類表-機率之敘述	33
表 6 風險影響程度分類表-影響之敘述	33
表 7 中長程個案計畫自評檢核表	35
表 8 中長程個案計畫性別影響評估檢視表	37
圖 1 本部風險圖象	34

衛生福利部辦理重點科別培育公費醫師制度計畫

一、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64年開始實施，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餘年以來，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，決定自民國95年開始，逐年減招40名公費生，並至民國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，未來恐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。

為改善偏鄉醫療資源不足問題，本部業推動各項措施，並於108年11月12日經行政院核定辦理「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。

有鑑於醫師人力分布不均，為改善偏鄉醫師人力不足問題，同時，因應精準醫療及 AI 人工智慧之國際趨勢，鼓勵多元人才跨領域投入醫療領域，爰規劃辦理第二期重點科別公費醫師培育計畫。

(二) 未來環境預測

1. 人口變化：面臨高齡少子化趨勢

臺灣總人口數減少與年齡結構改變：依據國發會中推計 2018-2064 年人口將減少近 600 萬人，其中 15-64 歲者將減少 813.5 萬人（佔總人口比例自 72.5% 降至 50%），65 歲以上者則增加 375.2 萬人（佔總人口比例自 14.5% 增加為 40.8%）；2018-2040 年 22 年期間人口會減少 113.3 萬，65 歲以上長者會增加 333.4 萬，15-64 歲勞動人口會減少 370.6 萬，兩者相加約 700 萬人，表示未來 22 年人口結構有 700 萬人的大翻轉；接下來的 2046、2051、2056、2060 及 2064 年，人口各減少約 100 萬人；顯示未來勞動人口急速下降、老年人口急速增加；每萬人口醫師數及病床數會因全國人口減少而增加。

2. 人口遷徙：人口外流、老化鄉鎮之低照護量能問題凸顯

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，2028 年全球 68% 人口居住在都市地區。而回顧臺灣 1997-2007 年及 2007-2017 年各醫療區人

口的改變，發現 1997-2007 年人口增加 118.36 萬人，2007-2017 年人口增加 55.4 萬人，在這二段期間臺灣人口合計增加 173.8 萬，惟宜蘭、苗栗、彰化、南投、雲林、嘉義、屏東、臺東、花蓮等農業縣為主的醫療區，在這二段期間的人口數反而減少，意即過去 20 年都會區人口增加數超過 173.8 萬人，而 6 都（5 個醫療區）在 2001-2017 年增加 70.45 萬人口，已超過該時期臺灣人口數的增加；臺北、桃園及臺中是增加最多的醫療區。

在此人口遷徙之趨勢下，未來醫療機構之經營壓力更加嚴峻，醫療人力恐從偏鄉撤退，本部雖已推行多項方案，包括山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System, IDS）、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案、強化山地離島在地醫療設施及人力、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，惟仍有不足處，未來本部將更重視強化偏遠離島地區衛生所（室）及公立醫院之角色及照護量能，以肩負該等地區之社區健康照護任務。

（三）問題評析

1. 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，自民國 75 年起限制醫學系每年招生總人數為 1,200 名，民國 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 102 年度委託國家衛生研究院研究西醫師人力供需狀況之評估，結果顯示不須擴大國內醫學系之招生名額上限，惟受到人口老化的影響，推估 60 歲以上西醫師比率，將從民國 102 年的 16%，增加至民國 121 年的 34%，且每週工作時數隨著年齡而降低，將會降低整體西醫師能提供的醫療服務量，可能造成實際提供服務之量能不足，形成人力短缺的情況。又國家衛生研究院「2019 西醫師人力發展評估計畫」之研究結果，亦顯示執業西醫師平均年齡逐年增加，雖然全國總體醫師數量足夠，但實際提供服務之量能可能不足。

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，未來醫療體系極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。

2. 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，年齡越大，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，惟婦產科醫師至民國 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，民國 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）；民國 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）。

外科部分，連江縣在民國 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；民國 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）。

婦產科部分，每萬人口婦產科醫師執業數，連江縣在民國 90 年完全沒有婦產科醫師，澎湖縣（0.33）、嘉義縣

(0.37)次少。民國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)。

兒科部分，每萬人口兒科醫師執業數，連江縣在民國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)；民國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)。

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、連江縣在民國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)。民國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)。

綜上，新竹縣、苗栗縣、嘉義縣、金門縣、澎湖縣及連江縣等偏遠地區，仍需挹注五大科醫療資源。

(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：

1. 依據民國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。

2. 於民國 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份改由學士後醫學系入學管道辦理之可行性。
3. 於民國 107 年 3 月 10 日、108 年 9 月 28 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。

二、計畫目標

(一) 目標說明

1. 短程目標

- (1) 五年培育公費醫學生 750 名。
- (2) 每年自我申請退學公費醫學生低於招生名額一成。

2. 中長程目標

- (1) 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。
- (2) 均衡偏遠地區醫療資源。

(二) 達成目標之限制

1. 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，故宜儘早規劃，俾利對於逐年老化所需增加之醫療人力需求，提供及時之助益。
2. 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。

(三) 績效指標、衡量標準及目標值

1. 人力規劃理論基礎

人力規劃之主要內容包括短程與長程計畫；短程計畫係依組織目前之需求來測定目前人力需求，並進一步估計目前管理資源的能力及需求，從而訂定計畫以彌補能力與需求間的差距；至於長程計畫，則以未來組織需求為起點，並參考短期計畫的需求，以測定未來的人力需求 (Berger, 1976)。

醫師人力需求推估的方式主要有三 (Goodman et al, 1996；詹佩玲、葉炳強、吳岱霖、吳肖琪，2005)：以需要為基礎(needs-based)、以需求為基礎(demand-based)、以及基準為基礎(benchmarking)。其次，考慮年代變化所造成的動態改變，通常透過影響醫師人力需求的因素變化來調整，影響醫師人力需求推估的影響因素，計有人口數、人口學特性、社經狀況、健康保險、醫療服務利用、疾病型態與新科技等 (Cooper, 1995；McNutt, 1981；Schwartz, Sloan, & Mendelson, 1988；Weiner, 1994)。近年來，部分的醫師人力供需推估研究引進灰色預測

模式（何始生，2004；何明宗、王智弘、林曜祥，2007），但推估的效果，有待進一步評估。

2. 醫師人力影響因素之探討

許多因素均會影響醫事人力之供需，包括人口老化、經濟成長、醫療照護體系、醫事人員生產力等，且因醫師人力養成耗時，因此本部均定期評估並檢討醫師人力供給與需求之情況，以提供國人高品質之照護。

針對醫師人力分布的研究，在病床數大幅上升的情況下，住院醫師不足的問題較為嚴重（宋文娟，1997；張錦文，1998）。此外，專科醫師人力在各科別、各地區及各級醫院也出現分布不均的情況（張錦文、楊惠婷、張金堅，1998）。

3. 衡量標準

US Department of Health and Human Services (USDHHS) 歸納出四種常用於評估專科醫師需求的方法：(1)以目前國內疾病負荷來評估專科醫師需求數；(2)以目前醫療體系產生的醫療利用來評估所需醫師數；(3)以符合 Health Maintenance Organization (HMO) 人力配置來評估所需醫師數；(4)利用人口組成、社會經濟變項評估所需醫師數。每萬人口醫事人員數雖為十分簡單的指標，但仍具一定之重要性（蔡文正，2006），除了利用每萬人口醫事人員數推估外，應放入社會經濟變項、人口結構、醫師工作負荷、非醫師的協助人力等因素，也是推估醫事人力需求的方法（Cooper et al, 2002；陳榮邦等人，

2007)。

4. 本計畫執行之績效指標、衡量標準及目標值

(1) 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				
		110 年度	111 年度	112 年度	113 年度	114 年度
培育人數	培育人數	110	160	160	160	160
自我申請退學人數	自我申請退學人數	11	16	16	16	16

(2) 中長程績效指標、衡量標準及目標值

每萬人口醫師數為重要且國際通用之指標，本部辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」，除將評估偏遠地區醫療次區域每萬人口醫師數是否達 WHO 醫療基本需求標準平均每萬人口約有 10 位醫師標準外，並將滾動式檢討偏鄉整體醫療資源之可及性及可近性。

三、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」，實施迄今，大約培育 6,537 位之各專科公費醫師，將近 60%之公費醫師於人才羅致困難科服務，20%於部立、縣(市)立非教學醫院服務，10%於本部指定支援山地離島之醫院服務，8%於衛生所服務，2%於山地離島地區服務。綜觀公費醫師培育成果，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，惟礙於公費醫師自行於山地離島開業之意願不高，致對於充實偏遠地區醫師人力之未臻理想。

另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、臺中等次級都會區服務。

我國公費醫師制度自民國 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) 對於近年內、外、婦、兒、急診醫學科醫師成長趨緩之情形，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：

1. 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，自民國 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 80%；惟本部自 106 年起推動多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫，另規劃建置「醫療爭議處理資源專區」諮詢平台，並提供關懷服務諮詢專線，期能達到減訟止紛之目標。

- (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 104 年降至 9.10%，108 年再降至 7.53%。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 107 年的 30.90 歲。

2. 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：民國 75 年始有專科醫師制度，惟並無人數限制，自民國 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，但長期以往乃致住院醫師選科彈性過大，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。

3. 急診壅塞及暴力事件頻傳

(1) 全國急救責任醫院共計有 201 家，負責 24 小時民眾緊急傷病醫療服務，急診病人來源有 75% 為民眾自行就醫、10% 救護車後送、15% 曾先就診而由其他醫療院所後轉入，全民健保的就醫便利、價格親民再加上交通日漸便利等因素，民眾就醫自由度高或品牌迷思等原因，可能為大型醫院急診壅塞最重要的原因。

(2) 以 108 年醫學中心急診 48 小時滯留率而言，108 年醫學中心急診 48 小時平均滯留率為 3.8%，於平均值以上之醫學中心共 7 家。

(三) 為改善醫師人力、執業環境及加強醫師之留任，本部自民國 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：

1. 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，於民國 102 年至民國 108 年醫療費用總額編列 333.224 億元，用於調整急重難科別之支付標準及各年度編列金額如下：

(1) 民國 102 年醫院總額協商 50.55 億元，用於合理調整急重難科別之支付標準；西醫基層總額協商 0.22 億元，用於外科手術及處置項目支付標準之調整。

(2) 民國 103 年西醫基層總額投入 1 億元，用於同步調升 102 年醫院調整之急重難科別之支付標準。

- (3) 民國 105 年編列 107.83 億元，用於調整基本診療支付標準。
 - (4) 民國 106 年編列 102.7 億元，用於調整醫院重症、偏遠及地區醫院以及診所門診診察費支付標準。
 - (5) 民國 107 年醫院編列 26.982 億元，用於調整重症護理費、護病比加成率、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。
 - (6) 民國 108 年醫院編列 43.942 億，用於調整醫院重症支付標準項目。
2. 開辦五大科住院醫師津貼計畫，自民國 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。另鑒於五大科人力為急重症照護之重要基礎人力，於 105 年擴大補助科別至神經外科，截至 108 年已累計完成住院醫師津貼補助 14,058 人次，撥付約 16 億元。
 3. 合理調整五大科醫師訓練員額，自民國 102 年起將訓練名額總數由 2,143 名調降為 1,670 名，民國 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。
 4. 充實五大科醫療輔助人力，有效分擔醫師的臨床照護工作，特別是外科醫師。民國 95 年至民國 108 年通過專科護理師甄審總數計 8,822 人，預定每年增加 800 人。
 5. 強化畢業後全科及五大科訓練：民國 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。

6. 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伙伴關係，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 108 年 10 月底，共核予救濟金 3 億 8,380 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，建立醫療糾紛非訴訟之處理機制，本部業擬具醫療事故預防及爭議處理法草案，於 107 年 5 月 24 日經立法院逐條審議完畢，並於 108 年 10 月 25 日召開朝野黨團協商會議，尚有部分條文需保留再議。雖未能於第 9 屆立法委員會期中完成立法程序，本部亦擬將該法案重行送請立法院審議。
7. 挹注五大科偏遠地區醫療資源，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」，對山地離島、偏遠地區及緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院給予點值保障，107 年至 108 年每年預算 9.5 億元，參與本方案之醫院若提供 24 小時急診或內科、外科、婦產科、兒科門住診服務，給予浮動點值最高補至 1 點 1 元保障。另辦理「醫學中心支援離島及偏遠地區計畫」，公告由 25 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 29 家醫療資源不足地區醫院急診與相關急重症之醫師人力。
8. 偏遠地區公費醫師養成，自民國 101 年起，已有 63 名山地離島地區公費醫師接受訓練，返鄉服務的留任率高達七成。民國 101 至民國 109 年已完成招收培育 196 名公費醫

師，提升山地離島地區的醫療品質。

9. 延攬旅外醫師返鄉服務：為鼓勵美國、加拿大、日本、澳洲、紐西蘭、英國、法國或德國，具有我國醫師證書之旅外專科醫師回鄉服務，業擬具計畫，鼓勵該等醫師回國至偏遠地區醫院服務，以挹注醫師人力，目前還留任之醫師人數共計 12 位。

(四) 另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，自民國 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。

(五) 五大科醫師人力自本部民國 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，自民國 101 年至民國 108 年內科增加 17%(65% 增至 82%)、外科增加 36%(64% 增至 100%)、兒科增加 12%(84% 增至 96%)、婦產科 28% (72% 增至 100%)、急診醫學科增加 25% (75% 增至 100%)，第二年住院醫師留任率亦將近達 9 成以上，惟偏遠區人力仍須長期且穩定挹注，以落實偏遠地區民眾醫療照顧。

(六) 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」(105 年-109 年)，預計 5 年培育 500 位公費生，由 10

所醫學院校招收公費生，統計 105 至 108 學年培育計 399 位公費醫學生，男女比例約為 2:1，總招收率 92.79% (399/430)，平均退學率 6.5%；並依實際在學率 (373/430=86.79%)，預估畢業人數 472 名。

各年度培育人數各年度培育人數及自我申請退學人數之性別統計如下：

學年度	培育人數					退學人數				
	男	百分比	女	百分比	總數	男	百分比	女	百分比	總數
105 學年度	51	59%	36	41%	87	6	55%	5	45%	11
106 學年度	69	71%	28	29%	97	8	89%	1	11%	9
107 學年度	71	65%	38	35%	109	6	100%	0	-	6
108 學年度	67	63%	39	37%	106	0	-	0	-	0
合計	258	65%	141	35%	399	20	77%	6	23%	26

備註：105 學年度退學人數係指 105 學年度入學之公費醫學生中，迄 108 學年度自我申請退學之人數，其餘學年度以此類推。

本部執行計畫過程初期，學生及家長對於公費醫師制度有諸多擔憂，致影響招收情形，爰提出改善措施與策進作為如下：

1. 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。
2. 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%。

3. 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、執行策略及方法

(一) 主要工作項目

1. 培育重點科別醫師人力，給予公費待遇四年或六年，公費生於畢業並完成專科醫師訓練後，另依所受公費待遇年數，分發服務八年或十年。
2. 分發服務地點以本部所屬偏遠醫院為主，偏遠地區及特殊任務之部立醫院優先，並以任務為導向，守護當地民眾醫療健康照護。

(二) 分期（年）執行策略

1. 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 50 個次醫療區域（詳如表 1，p28），經本部於民國 109 年 1 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、苗栗中港、彰化南彰化、南投竹山、雲林北港、臺東關山、臺東成功、臺東大武、花蓮鳳林及金門縣、連江縣，而前揭地區共計需補充 265 位醫師人力（詳如表 2，p30），始可達每萬人口醫師數 10 位之標準。
2. 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 3，p31)，並推算本計畫培育公費醫師至偏鄉服務約在 12 年後，所需醫師數預估達 643 位。

3. 本部依據偏遠地區醫師不足人數，並考量醫師年齡老化因素，自 105 年至 108 學年度止，已培育 399 名公費醫學生，推估至 109 學年度，將招收累計達 500 名公費醫學生；規劃 110 年招收 110 名公費醫學生，111 年至 114 年每年將培育 160 名公費醫學生。

年度	110 年度	111 年度	112 年度	113 年度	114 年度
培育人數	110	160	160	160	160

(三) 配套措施

本計畫最主要目的是希望公費醫師能續留偏遠地區服務，然而要使其留任，需有完整的配套措施，如強化支持環境等。

1. 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。

2. 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。

3. 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) 執行步驟(方法)與分工

1. 公費醫學生培育名額

考量醫學教育品質及量能，第二期計畫期程為5年，培育公費醫學生總名額共750名；前一學年度未招收額滿之公費醫學生名額，可挪移調整至下一學年度累計招生，惟每一學年度招生上限為200名；若有超過200名上限之名額，則併入下學年度招收，以此類推，建立滾動檢討及回饋機制，逐年檢討。有關各醫學院校培育名額，將由各醫學院校向本部提報計畫，再由本部會同教育部、醫學院評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council，簡稱TMAC)，視審查各醫學院校醫學教育資源及所報計畫後定之。

2. 培育方式

- (1) 醫學系公費醫學生之招生，併入各校院「個人申請入學」、「考試入學」及國防醫學院「軍事學校正期班甄選入學」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。

3. 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：醫學系公費學生畢業後之服務年數為10年(衛福部培育體系:前5年分發於本部偏鄉醫院服務，後5年得依其意願選擇分發於偏遠地區醫院或衛生所服務)；學士後醫學系公費學生畢業後之服務年數為8年(衛福部培育體系:前4年分發於本部偏鄉醫院服務，後4年得依其意願選擇改分發於偏遠地區醫院或衛生所服務)。

另公費醫師如配合國家政策需要，經本部專案審查同意之次專科訓練、進修或與我國簽訂有醫療合作協定之國家從事國際援助等，其受訓或服務期間可列入服務年資計算，但採計年數以2年為限。

- (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，經其服務機構同意並轉報本部核備。

4. 預定培育科別

預定培育內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科為主，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。

5. 服務期間保障

規劃由本部或輔導會所屬醫院提供公職醫師正式職缺，並保障薪資。

五、期程及資源需求

(一) 計畫期程

1. 招生期程為 110 至 114 學年度，共計 5 年。
2. 培育期程為 110 年 9 月 1 日至 120 年 6 月 30 日止，計 10 學年整。

(二) 經費來源及計算基準

1. 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。
2. 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。
3. 補助標準：膳食費每月 3,250 元、零用津貼每月 3,500 元、書籍費每年 8,000 元、制服費每年 5,000 元、應屆畢

業生旅行參觀費每次 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；住宿費每學期校內住宿者，依各校收費標準編列、校外住宿者，以 18,000 元為上限。

（三）經費需求

1. 招生期程為 110 至 114 學年度，共計 5 年，培育期程為 110 年 9 月 1 日至 120 年 6 月 30 日止，計 10 學年整。

2. 經費概算（會計年度）

（1）公費生待遇：每人每學期，膳食費 19,500 元、零用津貼 21,000 元、書籍費 4,000 元、制服費 2,500 元，應屆畢業生旅行參觀費 1,500 元、學雜費 72,000 元、語言教學實習費及電腦網路使用費約 1,066 元、學生平安保險費 257 元、住宿費 18,000 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 130,000 元。

（2）設備費：每人每學期 15,000 元。

（3）管理費：每人每學期 6,500 元。

第二期經費

單位：千元

會計年度	每學期培育人次		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
110	88	22	11,440	2,860	1,320	330	572	143	13,332	3,333
111	304	76	39,520	9,880	4,560	1,140	1,976	494	46,056	11,514
112	560	140	72,800	18,200	8,400	2,100	3,640	910	84,840	21,210
113	816	204	106,080	26,520	12,240	3,060	5,304	1,326	123,624	30,906
114	1,072	268	139,360	34,840	16,080	4,020	6,968	1,742	162,408	40,602
115	1,152	288	149,760	37,440	17,280	4,320	7,488	1,872	174,528	43,632
116	968	242	125,840	31,460	14,520	3,630	6,292	1,573	146,652	36,663

117	704	176	91,520	22,880	10,560	2,640	4,576	1,144	106,656	26,664
118	448	112	58,240	14,560	6,720	1,680	2,912	728	67,872	16,968
119	240	60	31,200	7,800	3,600	900	1,560	390	36,360	9,090
120	80	20	10,400	2,600	1,200	300	520	130	12,120	3,030
合計	6,432	1,608	836,160	209,040	96,480	24,120	41,808	10,452	974,448	243,612

(第一期及第二期計畫經費總表，如表 4，p32)

六、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，厚植部立醫院達成公醫使命。

七、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，補助其膳食費、學雜費、書籍費、住宿費、制服費、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。

八、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) 風險評估

1. 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。
2. 風險分析：依據本部參採「風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」（詳如表 5，p33）及「風險影響程度分類表」（詳如表 6，p33），本計畫不實施之問題在風險機率分級方面，評估為「可能」發生，在風險影響程度方面，評估為「嚴重」。
3. 風險評量：本計畫經風險評估結果，其風險分布情形如風險圖像（詳如圖 1，p34），不實施之後果風險值為 4，超出本部所訂可容忍風險值 2。

(三) 相關機關配合事項

1. 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。
2. 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及性別影響評估檢視表

本計畫之中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表（如表 7、8）。

表 1 次醫療區域

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

南區		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
	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
		高雄	三民、小港、前金、前鎮、苓雅、新興、鼓山、旗津、鹽埕、鳳山、大樹、鳥松、林園、大寮
		旗山	旗山、美濃、六龜、甲仙、杉林、內門、茂林、桃源、那瑪夏
	屏東	屏東	屏東、萬丹、長治、麟洛、九如、里港、鹽埔、三地門、霧臺、瑪家、高樹、萬巒、竹田、泰武、內埔
		東港	東港、新園、林邊、南州、佳冬、琉球、崁頂、新埤、潮州、來義
		枋寮	枋寮、春日、枋山、獅子
		恆春	恆春、車城、滿州、牡丹
	澎湖	不分區	馬公、湖西、白沙、西嶼、望安、七美
東區	臺東	臺東	臺東、卑南、綠島、蘭嶼
		關山	關山、池上、海端、鹿野、延平
		成功	成功、長濱、東河
		大武	大武、達仁、金峰、太麻里
	花蓮	花蓮	秀林、新城、花蓮、吉安、壽豐
		鳳林	萬榮、鳳林、光復、豐濱
		玉里	玉里、富里、卓溪、瑞穗

備註：

- 一、合計一級醫療區域 6 個，二級醫療區域 17 個，次醫療區域 50 個。
- 二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計但不列入二級及次療區域劃分。

表 2 偏遠地區醫師不足人數

統計時間：109 年 1 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	24
	苗栗	海線	44
	苗栗	中港	11
中區	彰化	南彰化	97
	南投	竹山	3
南區	雲林	北港	5
東區	臺東	關山	11
	臺東	成功	14
	臺東	大武	12
	花蓮	鳳林	2
臺北（金門縣、 連江縣）	-	-	42
合計	-	-	265

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、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計但不列入二級及次醫療區域劃分。

表 3 偏遠地區醫師不足人數預估-醫師年齡老化因素

次醫療區	醫師人數(若以年齡區隔之統計)			
	65 歲以上	60 歲以上	55 歲以上	53 歲以上
大武	1	5	7	7
中港	62	96	129	139
北港	33	51	75	84
成功	4	7	9	10
竹山	33	56	82	85
竹東	35	58	84	89
金門連江	4	15	30	35
南彰化	43	71	104	114
海線	24	36	46	54
鳳林	4	8	12	12
關山	5	10	14	14
總計	248	413	592	643

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 109 年 1 月資料。

表 4 第一期及第二期計畫經費總表

單位：千元

年度	每學期培育人次		公費待遇		設備費		管理費		小計		備註
	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	
105	80	20	10,400	2,600	1,200	300	0	0	11,600	2,900	第1期經費
106	217	60	26,040	7,800	3,255	900	1,411	390	30,706	9,090	第1期經費
107	400	100	52,000	13,000	6,000	1,500	2,600	650	60,600	15,150	第1期經費
108	560	140	72,800	18,200	8,400	2,100	3,640	910	84,840	21,210	第1期經費
109	720	180	93,600	23,400	10,800	2,700	4,680	1,170	109,080	27,270	第1期經費
110	888	222	115,440	28,860	12,120	3,030	5,772	1,443	133,332	33,333	第1期及第2期經費
111	1,024	256	133,120	33,280	12,960	3,240	6,656	1,664	152,736	38,184	第1期及第2期經費
112	1,120	280	145,600	36,400	14,400	3,600	7,280	1,820	167,280	41,820	第1期及第2期經費
113	1,216	304	158,080	39,520	15,840	3,960	7,904	1,976	181,824	45,456	第1期及第2期經費
114	1,312	328	170,560	42,640	17,280	4,320	8,528	2,132	196,368	49,092	第1期及第2期經費
115	1,232	308	160,160	40,040	17,280	4,320	8,008	2,002	185,448	46,362	第1期及第2期經費
116	968	242	125,840	31,460	14,520	3,630	6,292	1,573	146,652	36,663	第2期經費
117	704	176	91,520	22,880	10,560	2,640	4,576	1,144	106,656	26,664	第2期經費
118	448	112	58,240	14,560	6,720	1,680	2,912	728	67,872	16,968	第2期經費
119	240	60	31,200	7,800	3,600	900	1,560	390	36,360	9,090	第2期經費
120	80	20	10,400	2,600	1,200	300	520	130	12,120	3,030	第2期經費
合計	11,209	2,808	1,455,000	365,040	156,135	39,120	72,339	18,122	1,683,474	422,282	

表 5 風險發生機率分類表－機率之敘述

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

表 6 風險影響程度分類表－影響之敘述

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

圖 1 本部風險圖像

影響程度	風險分布		
	非常嚴重 (3)	3 (high risk) 高度危險的風險	6 (high risk) 高度危險的風險
嚴重 (2)	2 (moderate risk) 中度危險的風險	4 (high risk) 高度危險的風險 (本計畫 不實施之後果)	6 (high risk) 高度危險的風險
輕微 (1)	1 (low risk) 低度危險的風險	2 (moderate risk) 中度危險的風險	3 (high risk) 高度危險的風險
	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
	發生機率		

表 7 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		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		V	
2、民間參與可行性評估	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		V	
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)	V		✓		
	(2)是否研提完整財務計畫	V		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,須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	V		✓		
	(5)經費比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		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	
	d.請增人力之經費來源					
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)		✓		✓	
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		✓		✓	
	(2)屬補助型計畫,補助方式是否符合規定(中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條)		✓		✓	
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		✓		✓	
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		✓		✓	
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者,是否依原住民族基本法第21條規定辦理		✓		✓	
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓		✓		
9、環境影響分析(環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		✓		✓	
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓		✓		
11、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		✓		✓	
12、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		✓		✓	
13、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓		✓	
14、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		✓		✓	
15、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		✓		✓	
16、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(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		✓		✓	
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		✓		✓	
	(3)是否檢附相關說明文件		✓		✓	
17、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓		✓		

主辦機關核章：承辦人

專員林淑芬

主管部會核章：研考主管

副司長魏璽倫

司長陳俊傑

單位主管

辦事司長石崇良

會計主管

會計處長張育珍

首長

首長 陳時中
109.7.24

表 8 中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

<p>【填表說明】 各機關使用本表之方法與時機如下：</p> <p>一、計畫研擬階段</p> <p>(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。</p> <p>(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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>二、計畫研擬完成</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>				
<p>計畫名稱：辦理重點科別培育公費醫師制度計畫(第二期) (110-114年度) (草案)</p>				
<p>主管機關 (請填列中央二級主管機關)</p>		<p>衛生福利部</p>	<p>主辦機關(單位) (請填列擬案機關/單位)</p>	<p>醫事司第五科</p>
<p>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。</p>				
<p>評估項目</p>		<p>評估結果</p>		
<p>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）。</p>		<p>1.公費醫師培育制度自民國64年開始實施，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者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餘年以來，已達成階段性之任務及政策之目的，因此，經本部召開數次會議審慎決定自民國98年完全停止招收。</p> <p>2.惟近年由於社會經濟、醫療環境、保險給付、人口結構改變及</p>		

	<p>民眾對於醫療需求之期待提高等現象，致使住院醫師選擇執業科別之意願隨之改變，導致急重難症科別住院醫師招收不易，未來恐發生專科醫師人力失衡與地理分布不均問題，爰為挹注偏遠地區及五大科醫師人力之不足，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)，以挹注偏遠地區及重點科別醫師人力之不足，並規劃辦理第二期重點科別公費醫師培育計畫。</p> <p>3.上開計畫公費醫學生之招生，係依各校院新生入學考試規定辦理，無涉性別議題。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析(含前期或相關計畫之執行結果)，並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a.歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/) (含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(https://gec.ey.gov.tw)。</p> <p>b.性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體：</p> <p>①政策規劃者 (例如:機關研擬與決策人員；外部諮詢人員)。</p> <p>②服務提供者 (例如:機關執行人員、委外廠商人力)。</p> <p>③受益者 (或使用者)。</p> <p>c.前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析(例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性)，探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p> <p>d.未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標(如2-1之 f)。</p>	<p>1.本部統計，一般公費生97-104年畢業人數，男性約佔70%，女性約佔30%，男女比例約為2：1。</p> <p>2.本部統計，重點科別公費生105-108年招生人數，男性佔264人，女性佔135人，男女比例約為2：1。</p> <p>3.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，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>4.依據行政院性別平等處109年2月統計西醫師執業人數資料，男女比例約為4：1。</p> <p>5.依據上開性別人數比例，雖男性遠多於女性，然本計畫公費醫學生之招生，係依各校院新生入學考試規定辦理，無涉性別，爰暫無需強化的性別統計及分析。</p>
評估項目	評估結果

<p>1-3【請根據1-1及1-2的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a.參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p>b.受益情形</p> <p>①受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。</p> <p>②受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p>c.公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>①使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>②安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>③友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納人性別觀點。</p>	<p>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>貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。</p>	
<p style="text-align: center;">評估項目</p>	<p style="text-align: center;">評估結果</p>
<p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對1-3的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p>a.參與人員</p> <p>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</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>驗與意見。</p> <p>②加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。</p> <p>③營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</p> <p>b.受益情形</p> <p>① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</p> <p>② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。</p> <p>③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。</p> <p>c.公共空間</p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <p>① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。</p> <p>② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>① 產出具性別觀點之研究報告。</p> <p>② 加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。</p> <p>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</p> <p>g.其他有助促進性別平等之效益。</p>	<p>■未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <p>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. 本計畫未涉及公共空間之空間規劃與工程設計。</p> <p>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。</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】</p> <p>請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：</p> <p>a.參與人員</p> <p>① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。</p> <p>② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。</p> <p>b.宣導傳播</p> <p>① 針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。</p>	<p><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>■未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：</p> <p>1. 本計畫並無特定性別，故無依性別擬定執行策略。</p> <p>2. 本計畫並無特定性別，故無依性別擬定友善措施。</p>

② 宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。

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。

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

<p>①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。</p> <p>②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。</p>		
評估項目		評估結果
<p>2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】 各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>		<p><input type="checkbox"/>有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：本計畫並無特定性別，故亦無依性別編列經費。</p>
<p>【注意】填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分－程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。</p>		
<p>參、評估結果 請機關填表人依據【第二部分－程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。</p>		
3-1綜合說明		
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）	本部將參考委員之建議，對於未來進行本計畫時，持續追蹤人口統計等相關性別分析。除性別統計分析外，並依需要進行年齡與性別之交叉分析。另，對於未來公費生選擇執業地點、機構、科別領域及服務年數等，進行性別及年齡之交叉分析，以作為建立公費生性別友善工作環境政策制定之參考依據。
	3-2-2說明未參採之理由或替代規劃	
<p>3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 年 月 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。</p>		

· 填表人姓名： 林淑芬 職稱： 專員 電話： 02-85907412 填表日期： 109年 7月 6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： 高雄醫學大學教授 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第 一 款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）

【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/>）。
- 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。

(一) 基本資料

1.程序參與期程或時間	109 年 7 月 2 日至 109 年 7 月 2 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：高雄醫學大學 3.專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策
3.參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見

(二) 主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填4至10欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）

4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	無性別目標
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜

<p>10.綜合性檢視意見</p>	<p>一、本案為「重點科別培育公費醫師制度計畫第二期(草案)」，為因應高齡少子化趨勢、人口嚴重外流等因素，建構高齡化社會下之長期照護服務政策，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，以強化國內醫療照護體系，均衡偏遠地區醫療資源，落實偏遠地區民眾醫療照顧。</p> <p>二、所提供的資料已有初步的性別統計資料。根據衛生福利部性別統計資料，一般公費生97-104年畢業人數，男性約佔70%，女性約佔30%，男女比例約為2：1；而重點科別公費生105-108年招生人數，男性佔264人，女性佔135人，男女比例約為2：1。另衛福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，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。而依據行政院性別平等處109年2月統計西醫師執業人數資料，男女比例約為4：1。</p> <p>三、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之專家共同研商討論，針對計畫規劃與執行予以檢討，以有效研擬及溝通相關進行政策。參與對象未設定特定性別，兩性均可共同參與。</p> <p>四、針對計畫內容，研擬與性別相關之議題，包括：計畫參與人員、受益情形、公共空間之使用性、安全性、友善性、展覽、演出或傳播內容、具性別觀點之研究計畫等性別相關執行策略及其配套措施。</p> <p>五、其他相關性別統計，包括：目前一般公費醫師培育政策，將近60%之公費醫師於人才羅致困難科服務，20%於部立、縣(市)立非教學醫院服務，10%於衛福部指定支援山地離島之醫院服務，8%於衛生所服務，2%於山地離島地區服務；而服務期滿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、臺中等次級都會區服務。</p> <p>六、建議1：未來進行本計畫時，宜持續追蹤人口統計等相關性別分析。除性別統計分析外，並依需要進行年齡與性別之交叉分析。</p> <p>七、建議2：未來公費生選擇執業地點、機構、科別領域及服務年數等，進行性別及年齡之交叉分析，以作為建立公費生在性別友善執業環境之相關政策制定的參考依據。</p>
<p>(三) 參與時機及方式之合宜性</p>	<p>合宜</p>
<p>本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。</p> <p>(簽章，簽名或打字皆可) <u>王秀紅</u></p>	