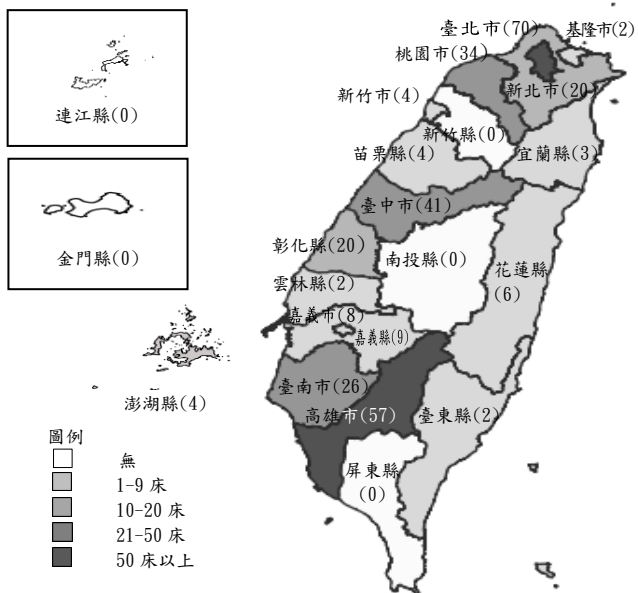


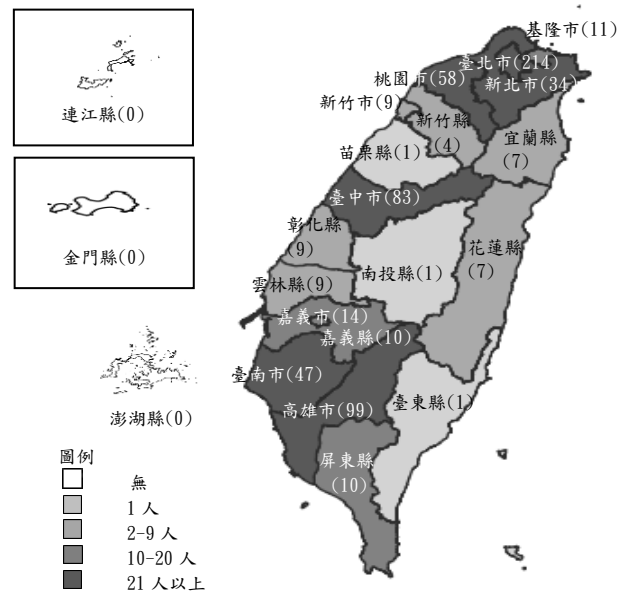
經查截至民國 104 年 8 月底止，嘉義縣等 15 個縣市設置燒傷（加護）病床數皆不到 10 床，其中屏東縣等 5 個縣未設置燒傷（加護）病床，國內燒燙傷醫療資源顯有不足且分布不均情形（圖 4）。又衛生福利部因應八仙樂園粉塵暴燃事件醫療照護需求，透過多重管道提供各醫療院所所需之人力資源協助，計 12 家醫院提出 28 位醫師需求，需求之醫師科別多為整形外科醫師。截至民國 104 年 12 月 7 日止，新竹市等 12 個市縣之整形外科專科醫師人數皆少於 10 名，其中金門縣、連江縣及澎湖縣皆無整形外科專科醫師，苗栗縣、南投縣及臺東縣僅有 1 名整形外科專科醫師，全國各市縣整形外科專科醫師人力分布不均，且部分市縣醫師人力不足（圖 5），經函請衛生福利部研謀改善。據復：1. 各醫院特殊病床之設置，經各衛生局評估後，如確有設置之需要，應協調所轄醫院依醫療機構設置標準辦理；2. 曾函文各地方政府衛生局，務必督導大型活動主辦單位注意緊急醫療救護規劃；3. 民國 104 及 105 年度整形外科專科醫師訓練容額，業已考量國內急重難醫療體系專科照護醫師人力需求及醫師工時等因素，調增至 26 名。

圖 4 各市縣燒傷病床及燒傷加護病床之床數分布圖



註：1. 各市縣括號內數字為各該市縣燒傷病床及燒傷加護病床合計床數。
2. 資料來源：依據衛生福利部提供資料（資料日期：民國 104 年 8 月 31 日），本部運用地理資訊系統（QGIS）繪製。

圖 5 各市縣整形外科專科醫師執業人數分布圖



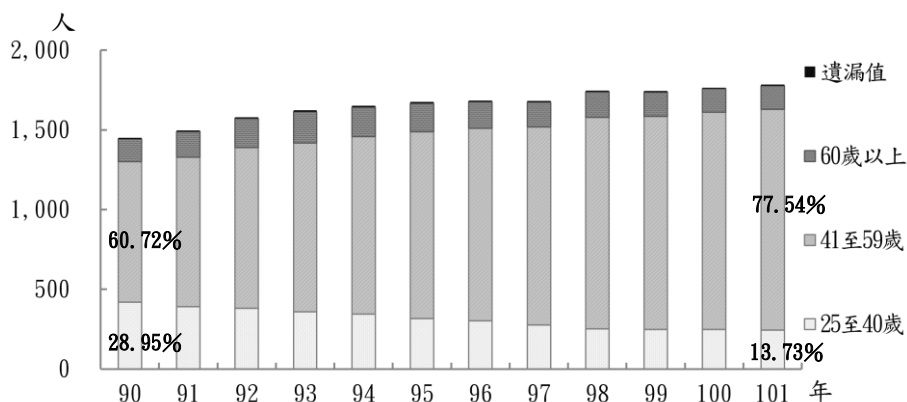
註：1. 各市縣括號內數字為各該市縣整形外科專科醫師執業人數。
2. 資料來源：依據衛生福利部提供資料（資料日期：民國 104 年 12 月 7 日），本部運用地理資訊系統（QGIS）繪製。

（六）衛生福利部已推動多項措施期提升孕產婦全程照護品質，惟我國婦產科別面臨醫師執業年齡偏高及斷層問題，緊急醫療照護處理量能仍有不足，允宜妥謀善策，以提升孕產婦醫療照護品質。

衛生福利部為改善婦產科醫師人力缺乏且不均問題，加強對孕產婦之醫療照護，持續推出多項措施補充婦產科醫事人力、提升孕產婦及新生兒之緊急醫療照護能力，暨推動友善多元溫柔生產醫院試辦計畫，期能提升孕產婦照護品質；國民健康署亦藉由提供孕婦 10 次產檢、乙型鏈球菌篩檢、產前遺傳診斷補助等措施，照護母嬰健康。經查各項計畫之辦理，核有：1. 我國

婦產科別因少子化導致之執業環境改變、給付制度未盡合理、工作時間長、醫療糾紛案件多等原因，影響醫師執業意願，據衛生福利部民國 102 年委託研究報告所載，婦產科主治醫師之年齡區間為 41 至 59 歲者之占比，由民國 90 年之 60.72% 逐年攀升至民國 101 年之 77.54%，25 至 40 歲之醫師占比則由 28.95% 降至 13.73% (圖 6)，推估至民國 111 年，婦產科專科醫師人力 60 歲以上者，將達 49 %，面臨執業醫師高齡化及斷層問題；

圖 6 婦產科執業醫師人數及年齡分布情形圖



註：1. 係以具婦產科專科證書且執業登記為婦產科或一般科之主治醫師人數統計；遺漏值為醫師出生年月日不明者。
2. 資料來源：本部依國家衛生研究院民國 102 年「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」成果報告資料自行繪製。

2. 部分市縣具備中度級以上高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護能力之急救責任醫院家數仍有不足，其中連江縣、苗栗縣及南投縣等轄內甚乏醫院具備該等照護能力，而地形狹長且幅員廣闊之臺東縣、花蓮縣轄內亦各僅有 1 家醫院具備重度或中度級照護能力(表 19)，難以滿足民眾在地就醫之需求；3. 該部自民國 103 年度起試辦友善多元溫柔生產醫院計畫，提供國人多元生產照護選擇，惟因國人接受度普遍不足等，致計畫成效受限，復以本年度計畫歷經多次檢討修正仍未核定，肇致所編預算 2,000 萬元悉未執行，減損政府資源運用效益，亦影響政策執行之延續性；4. 國民健康署為降低孕產婦及嬰幼兒死亡率，早於民國 102 年 1 月間即規劃針對高風險懷孕婦女建立懷孕期至產後之完整追蹤機制，並對高風險兒童(如早產兒、低體重兒)提供追蹤關懷服務等，民國 103 至 104 年度合計編列預算 2 億 1,821 萬元，政策立意良善，惟相關計畫仍止於修正階段，本年度遲未核定辦理，所編預算連年未能執行，損及政府資源運用效率；5. 母嬰親善醫療院所認證家數及其出生涵蓋率均已逐年成長，國內現今執行產科服務之醫

表 19 各市縣具高危險妊娠孕產婦、新生兒照護能力之急救責任醫院家數統計表

單位：家

區域	市縣別	合計	重度級家數	中度級具重度級能力家數(註1)	中度級家數(註2)
臺北區	基隆市	2	1	—	1
	宜蘭縣	2	1	—	1
	臺北市	10	7	—	3
	新北市	8	4	1	3
	金門縣	1	—	—	1
北區	連江縣	—	—	—	—
	桃園市	1	1	—	—
	新竹市	2	1	1	—
中區	新竹縣	1	1	—	—
	苗栗縣	—	—	—	—
	臺中市	8	6	—	2
南區	彰化縣	3	2	—	1
	南投縣	—	—	—	—
	雲林縣	2	1	1	—
高屏區	嘉義市	2	1	—	1
	嘉義縣	2	2	—	—
	臺南市	3	2	1	—
東區	高雄市	4	4	—	—
	屏東縣	1	1	—	—
東區	澎湖縣	1	—	—	1
	花蓮縣	1	1	—	—
東區	臺東縣	1	—	—	1

註：1. 係中度級急救責任醫院，並具備高危險妊娠孕產婦及新生兒重度級能力之醫院家數。
2. 係中度級急救責任醫院，且通過高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質章節能力評定者。
3. 資料來源：衛生福利部公告之民國 104 年急救責任醫院名單。

療院所 3 百餘家中，基層診所約占 5 成，惟至民國 104 年底止，通過認證之基層診所占全國診所出生數涵蓋率仍僅 42.79%，相較於醫院達 9 成以上（表 20），仍有大幅成長空間等情事，經函請衛生福利部妥謀善策，並督促權責單位積極研謀改善。據復：1. 自民國 102 年起，已陸續辦理五大科住院醫師津貼補助、重點科別公費生計畫、推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度，暨提高健保五大科別支付標準等多項措施，未來將持續監測婦產科招收率；2. 自民國 105 年起擴大辦理「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務

表 20 母嬰親善院所認證家數、占比及出生數涵蓋率一覽表

單位：家、%

年	101		102		103		104	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
醫療院所家數（註 1）	169	197	169	187	163	172	162	166
通過家數	128	34	132	43	133	44	138	43
認證占比	75.74	17.26	78.11	22.99	81.60	25.58	85.19	25.90
院所出生數涵蓋率（註 2）	92.99	32.03	93.81	40.71	90.65	41.76	95.29	42.79

註：1. 係有執行產科服務之醫療院所家數。

2. 係通過認證之醫院（診所）出生人數占全體醫院（診所）總出生人數之比率。

3. 資料來源：國民健康署民國 101 至 104 年之母嬰親善醫療院所認證計畫認證結果分析報告。

獎勵計畫」，將重度級急救責任醫院納入支援醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務，並新增辦理「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，期增進兒科緊急醫療服務之即時性與可近性；3. 已邀集相關學會，研議計畫業務方向建議，並提高婦產科醫師及助產師（士）之獎助誘因；另研議將助產師服務納入健保孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫支付；4. 將邀集專家學者及地方衛生局就修正後計畫進行討論達成共識，預計民國 105 年度可執行部分預算；5. 已於地方衛生保健業務考評項目納入「鼓勵轄區院所參與母嬰親善認證」項目，並辦理相關計畫，加強輔導院所參與認證，針對全國接生數排名前 70 名之未曾參與或尚未通過認證之院所，列為優先輔導對象。

（七） 政府對於遭逢急難者已訂有相關社會救助制度，惟制度面及執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以提升政府救助資源之運用效率。

衛生福利部為協助遭受急難民眾，獲得及時、有效之救助，訂有「衛生福利部急難救助金申請審核及核撥作業規定」及「馬上關懷急難救助作業要點」，以設置相關急難救助金。本年度編列預算計 3 億 8,846 萬餘元，執行結果，救助 15,200 人次，已提供部分弱勢家庭及時經濟紓困，惟查相關業務之執行，仍核有：1. 「馬上關懷急難救助作業要點」規範之救助對象係以負擔家庭主要生計責任者死亡、失蹤或罹患重傷病、失業或因其他原因無法工作，致家庭生活陷於困境者為主，核與「衛生福利部急難救助金申請審核及核撥作業規定」規範之救助對象為戶內人口死亡無力殮葬、遭受意外傷害或罹患重病、負家庭主要生計責任者失業或失蹤無法工作，致生活陷於困境者等存有高度重疊性，且民國 103 及 104 年度該部編列馬上關懷急難救助預算均為 3 億 8,471 萬餘元，執行率皆未達 8 成，惟衛生福利部急難救助預算為 445 萬餘元及 374 萬餘元，執行結果大幅超支，經費不足數均由馬上關懷急難救助預算流用支應（表 21），不利政府救助資源之運用，允宜研議整併之可行性，以提供民眾單一、適足之急難救助服務；2. 政府