

# 壹、 弱勢照顧與社會關懷

## 一、 弱勢族群照護

### (一) 偏鄉地區(含山地離島)醫療照護

本部為照顧弱勢族群保障就醫權益，積極強化偏鄉地區(含山地離島)『在地醫療』服務，挹注各項資源，包括：興建醫療大樓或改善衛生所(室)辦公廳、辦理養成公費生培訓、建置遠距醫療系統、推動醫療資訊化、強化緊急醫療後送及實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS)」等衛生醫療業務。以提升弱勢族群之衛生保健及醫療照顧服務品質，促使服務均等與可近性的獲得，及適當之健康醫療照護。

1. 偏鄉地區(含山地離島)之緊急傷病患就醫交通補助：為使嚴重及緊急傷病患均能獲得妥善醫治，採「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」之原則，強化在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療政策。102 年協助該等地區居民因緊急後送台灣本島就醫需要者共計 240 人次；102 年補助民眾自行搭機(船)就醫者之交通費及人次為 1,945 萬 2,631 元、19,450 人次。



圖 1 離島空中轉診後送部立雙和醫院

2. 提升偏鄉地區(含山地離島)醫療服務品質：如衛生所醫療資訊

化(HIS)系統與建置、建置醫療影像傳輸系統(PACS)與辦理遠距醫療、衛生所(室)之醫療/資訊設備更新、空間整修/重擴建、及購置巡迴醫療(機)車等。

偏鄉地區(含山地離島)醫療資訊化設置

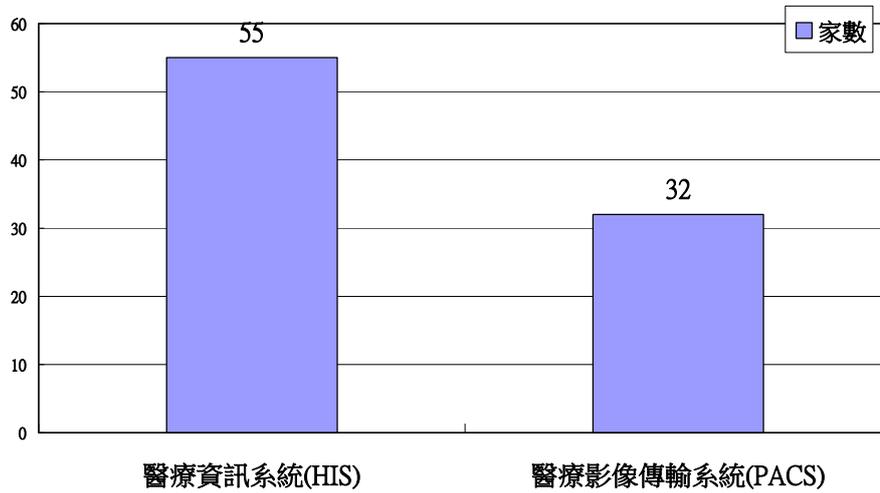


圖 2 偏遠地區醫療資訊化設置



圖 3 台東縣海端鄉衛生所牙科行動醫療車

3. 辦理公費醫事人才培育計畫：自 58 年迄今培育各類醫事人才共計 842 名。

表 1 歷年醫事人員養成公費生培育人數統計表(58-102 年)

醫事科系/類別	原住民籍	台灣省 離島籍	金門縣籍	連江縣籍	總計
醫學系	252	96	69	23	440
牙醫學系	39	18	3	7	67
藥學系	12	6	4	12	34
檢驗學系(科)	8	3	-	5	16
放射學系(科)	23	7	-	2	32
物理治療系	1	4	-	4	9
職能治療		2		1	3
語言治療		2		1	2
營養系	1	-	-	1	1
護理系(科)	165	59	-	11	235
合計	501	197	76	68	842

表 2 行政院核定 101 年~105 年養成計畫公費生培育人數統計表

醫事科系/類別	原住民籍	台灣省 離島籍	金門縣籍	連江縣籍	總計
醫學系	18	41	45	10	114
牙醫學系	5	7	-	4	16
藥學系	3	-	-	7	10
醫事技術系	3	-	-	5	8
放射技術系	-	-	-	5	5
物理治療學系	-	-	-	3	3
營養系	1	-	-	1	2
護理系(科)	26	-	-	14	40
其他	1	4	-	3	8
合計	57	52	45	52	206

4. 山地及離島開業補助計畫：94 至 102 年補助醫事人員開業計 53 家，補助金額約計新台幣 2,264 萬元。

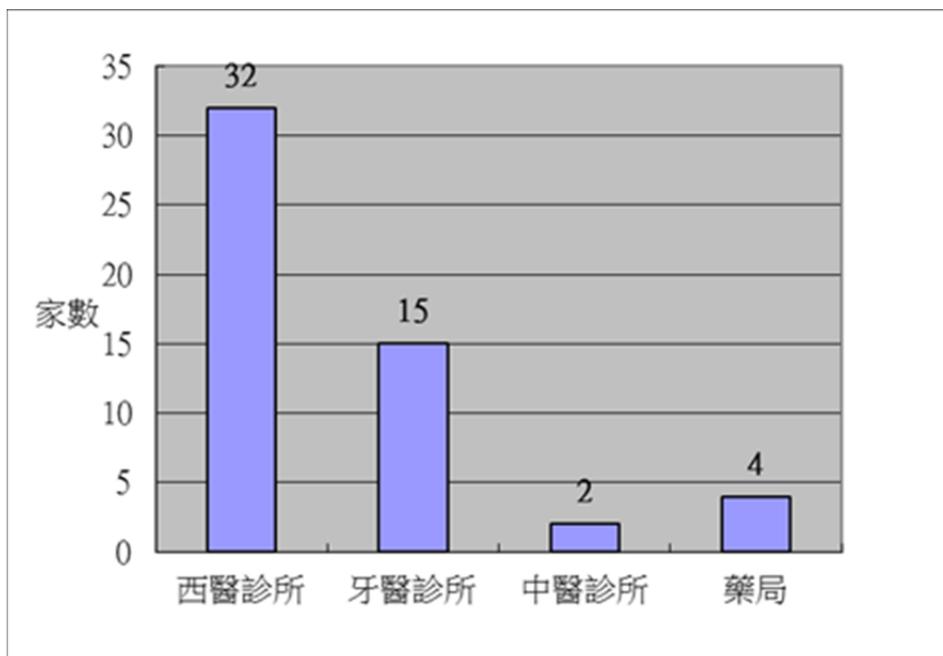


圖 4 山地離島地區開業補助執行情形

5. 辦理偏鄉地區(含山地離島)社區健康營造計畫：103 年度辦理「社區健康營造計畫」成立 2 個輔導中心、15 個衛生局 71 家健康營造中心，5 月底止實施總成果包括：疾病篩檢 29,028 人次，轉介篩檢異常 5,253 人次，血壓監測 52,057 人次。辦理健康飲食輔導活動，參加者計 10,450 人次；辦理 940 場次衛生教育宣導，參與者計 34,997 人次，志工參與計 4,650 人次。



圖 5 原住民部落及離島地區社區健康營造觀摩會輔導會議



圖 6 「原住民部落及離島社區健康營造輔導中心計畫」健康營造中心專案人員工作坊

## (二)偏鄉地區(含山地離島)長期照護

為促進長照資源多元化與均衡發展，本部積極規劃長照服務網計畫，依服務資源需求，全國劃分為大(22個)、中(63個)、小(368個)區域，研訂獎助資源發展措施，並以社區化及在地化資源發展為主。

推動山地離島偏遠地區(含山地離島)在地化長照服務體系發展，設置在地且社區化長照服務據點，培訓在地專業人力，結合當地資源，102年建置50個據點，預估103年完成89個據點。另辦理偏遠地區社區化長期照護資源管理與輔導計畫，建立偏遠地區社區化長照服務體系管理平台，以提供輔導、品質管理與評價機制。辦理在地人員長照教育訓練，強化在地人提供長期照顧的知能，充實當地的長照人力，100-102年度共辦理84場教育訓練2,158人次(偏遠地區、山地離島1,834人次)。



屏東縣三地門鄉



台東縣蘭嶼鄉

圖 7 在地且社區化長照服務據點

為提升失智症社區服務普及性，擴增失智症長照服務量能，102年9月於偏遠資源不足區域辦理獎助辦理「建置失智症社區服務計畫」，103年設置至少20個社區服務據點，服務內容包括提供「健康促進活動」、「電話問安諮詢及轉介服務」、「關懷訪視服務」、「教育及宣導活動」等服務。

另為提升偏鄉民眾使用遠距健康照護服務，於公共服務場所(如村里民眾服務中心、教會等)，設置遠距生理量測服務據點，使民眾於熟悉社區或在宅中獲得健康照護，並做自我健康監測管理與促進。



圖 8 社區遠距生理量測服務據點

### (三) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS)

山地離島地區由於交通不便、人口稀少且分散，無法吸引醫師前往開業，因此醫療資源普遍不足。全民健康保險開辦後，為維護山地離島地區保險對象就醫權益，與提昇當地醫療服務品質，本部積極推動山地離島地區之醫療服務改善措施，保障該地區居民之就醫權益，並自 88 年 11 月起推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS 計畫)，將大醫院較充足的醫療人力及資源送到山地離島地區，彌補當地醫療提供不足之困境，增加山地離島地區醫療服務之可近性及提昇醫療服務品質。

目前全國 50 個山地離島地區均已納入 IDS 計畫，102 年度共有 26 家醫院承作 (包含 7 家醫學中心、14 家區域醫院、5 家地區醫院) 與山地離島地區之醫療院所合作，山地離島地區民眾共有 44 萬多人受到 IDS 的照護。

服務內容因地制宜：以 102 年，山地離島地區居民實際發生之醫療費用為 35.05 億元，另 IDS 計畫額外投入經費 3.8 億元、每月共提供 1,938 診次專科門診，主要提供定點門診、24 小時急診、夜間門診

診療、夜間待診(晚上 9 點至次日早上 8 點)、專科診療(如眼科、婦產科、牙科、復健科、精神科、洗腎醫療、放射科等)及提供所需聘用的醫事服務人員、巡迴服務、慢性病照護、居家照護、疾病篩檢、預防保健及轉診後送服務，並且因實施地區、承作單位、當地民眾不同的醫療需求及天災緊急事件等，各 IDS 計畫因地區居民所需提供不同的服務內容。



圖 9 山地離島居民就醫剪影

山地離島地區就醫次數高於全國，以設籍於山地離島且在保之民眾就醫資料歸戶分析，102 年度山地離島地區民眾平均每人全年門診就醫(西醫)次數為 15.03 次，平均門診就醫點數為 14,692 點，高於同年度全國民眾西醫平均就醫次數(12.57 次)與就醫點數(14,096 點)，足見 IDS 計畫的實施確實提高當地民眾之就醫可近性。

102 年度實施 IDS 鄉鎮之民眾對計畫平均滿意度為 95%，其中宜蘭縣大同鄉、宜蘭縣南澳鄉、新竹縣尖石鄉、高雄市那瑪夏區、高雄市茂林區、屏東縣三地門鄉、屏東縣獅子鄉、屏東縣泰武鄉、屏東縣牡丹鄉甚至高達 99%。

## 山地離島地區-Service Map

IDS計畫實施之鄉鎮(區)及承作醫院



### (四) 身心障礙者醫療照護

推動新制身心障礙鑑定及輔具輸送服務，為讓弱勢族群的權益受到更妥善的保障，鑑定作業依照功能需求層面來進行鑑定，並以醫事、社工、特教等相關專業人員所組成團隊共同判定為準。另補助全國北中南東四區共計至少 10 家醫院辦理醫療復健輔具中心，提供醫療復健輔具服務輸送。

101 年 7 月全面實施身心障礙鑑定與需求評估新制，並 101 年 7 月 9 日公布「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」，補助之醫療輔具項目計 16 項、醫療費用計 3 項。截至 102 年底全國共計補助 7,520 人次，補助金額 4,647 萬 1,169 元整。

### (五) 身心障礙者牙科醫療服務

為了讓身心障礙者之口腔能得到適切的醫療照護，遂自 94 年起，

結合全國 15 家醫院推動「身心障礙牙科醫療服務網絡」。連結養護、特教、早療等社政相關資源，提供更便利的口腔醫療照護服務。98 年更依據身心障礙者權益保障法第 24 條第 2 項規定，發布身心障礙者特別門診管理辦法，督導各縣市衛生局依該辦法規定，至 102 年指定全國 22 縣市共 83 間醫院，為身心障礙者提供牙科醫療特別門診服務。

此外，鑒於建立分級性身心障礙者牙科醫療服務有其必要性，於 97 年度委託台北醫學大學假本部雙和醫院特殊需求者牙科醫療服務示範中心推動試辦計畫，並自 99 年至 101 年，於北、中、南及東區建置示範中心。該中心除了可以直接提供特殊需求者之口腔專門照護，也同時對於照護人員與一般牙醫師提供各類教育訓練。

接受前開服務網絡醫院提供之身心障礙牙科服務之人數，已從 96 年之 6,207 人次成長至 102 年度服務 4 萬 9,224 人次，並於 103 年持續補助 29 家醫院辦理推動身心障礙者牙科醫療服務。

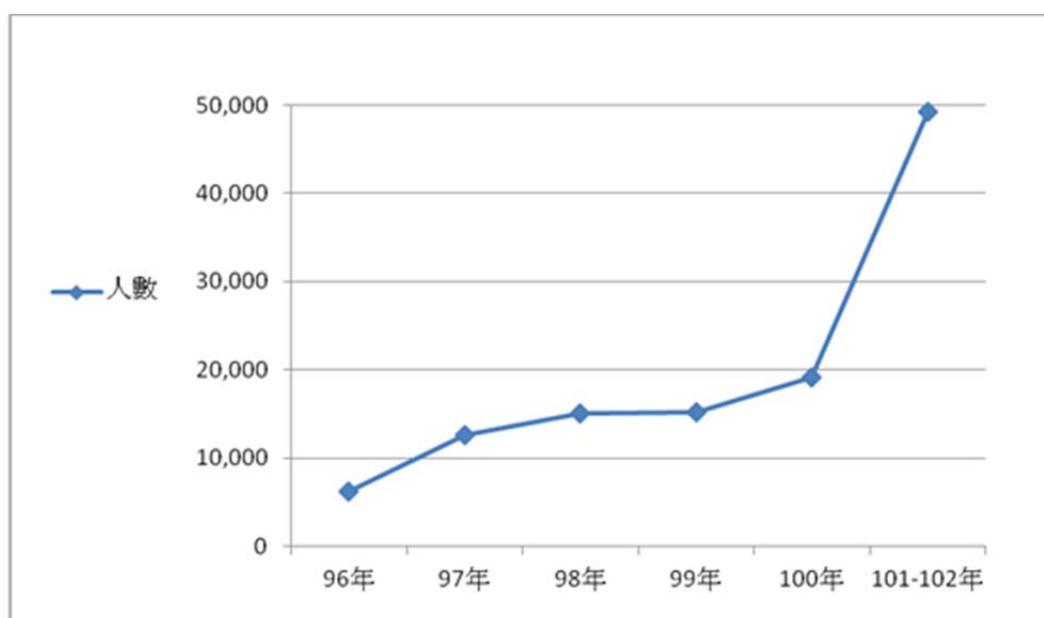


圖 10 96 年至 102 年身心障礙牙科服務成果

## (六) 新住民之健康照護

102 年國人結婚登記對數總計 14 萬 7,636 對，就配偶國籍分，本國籍者 12 萬 8,144 人(86.8%)，大陸(含港澳)1 萬 1,542 人(7.82%)，外籍 7,950 人(5.38%)人。非本國籍者共佔 13.2% (每 7.6 對結婚夫妻中有 1 對為新住民)，較 101 年之 14.37% 下降 1.17 %。出生嬰兒數方面，102 年新生嬰兒中，每 14.3 個小孩即有 1 個為新住民所生。

### 1. 輔導新住民納入全民健保

依據全民健康保險法規定，在台灣地區領有居留證，自在台居留滿 6 個月之日起，應參加全民健康保險，以獲得適當的醫療保障。本部中央健康保險署輔導新住民納入全民健保，經輔導後均已全數納保，保障新住民健保權益。

### 2. 提供全面生育保健諮詢與檢核建卡管理

為了降低新住民在語言溝通方面的問題，由縣市衛生局辦理「新住民生育保健通譯員培訓」，102 年共計 17 縣市、205 個衛生所，共 329 名之通譯員參與服務。另，開發多國語版生育保健教材，印製完妥越、印、泰、英、東等 5 國語言版「孕婦健康手冊」及「兒童健康手冊」。並分送各縣市衛生局轉醫療機構，提供新住民婦女生育保健及兒童預防服務之宣導與使用。

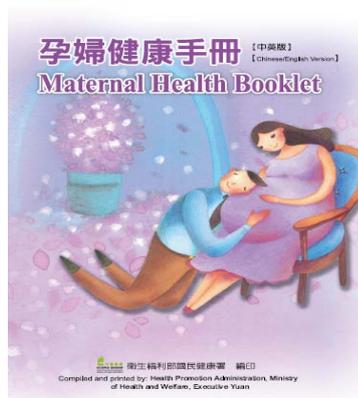


圖 11 孕婦健康手冊

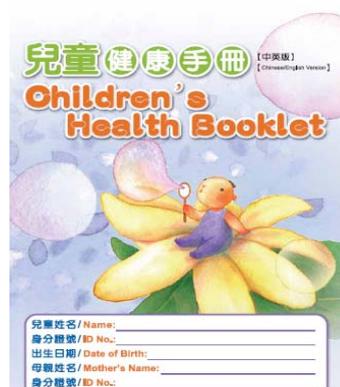
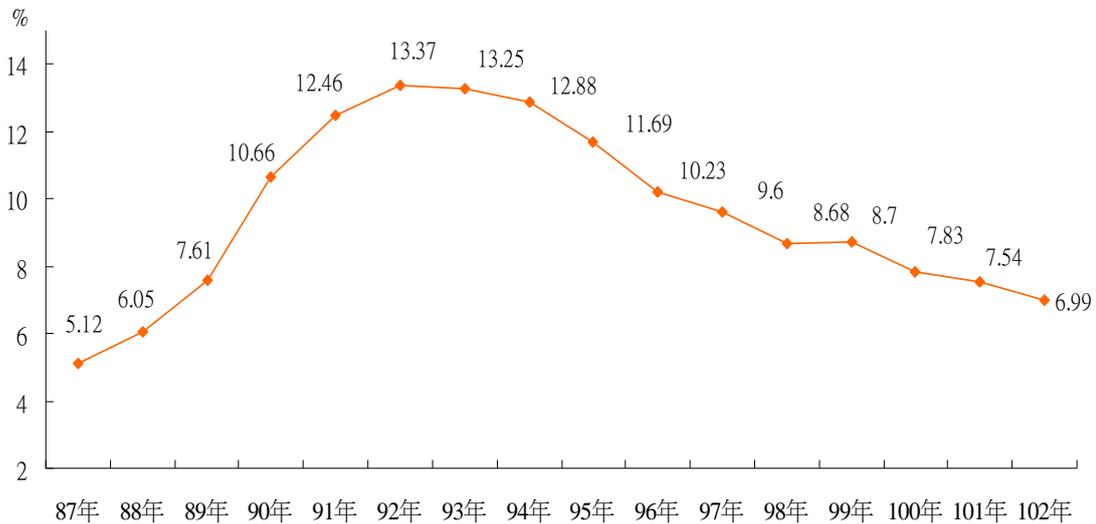


圖 12 兒童孕婦健康手冊

### 3. 提供新住民產前檢查醫療補助

自 100 年起，由本部國民健康署編列預算補助未納保婦女產前檢查費用，102 年共補助 11,927 案次，合計約 694 萬元。



資料來源：內政部統計處

註：非本國籍母親所生嬰兒數/嬰兒出生數\*100%

圖 13 87 至 102 年非本國籍母親所生嬰兒數佔嬰兒出生數百分比

#### (七) 發展遲緩兒童健康照護(早期療育)

依據「兒童及少年福利與權益保障法施行細則」規定，社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作方式，依未滿六歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧。本部國民健康署據以推動各項措施，強化發展遲緩兒童之照護：

##### 1. 提供兒童預防保健服務及異常個案之轉介、追蹤與管理

透過設有小兒科及家醫科等醫療機構，提供 7 歲以下兒童預防保健服務(計 7 次)，強化兒童健康手冊進行發展狀況發現。

102 年提供兒童預防保健服務利用計 118 萬人次，7 次平均利用率達 83.1%，1 歲以下兒童至少接受 1 次服務利用率達 97.6%。

如發現疑似發展遲緩兒童均轉介接受進一步診查及治療。

## 2. 全國廣設「兒童發展聯合評估中心」

「兒童發展聯合評估中心」提供疑似發展遲緩兒童接受評估可近性，縮短等候聯合評估之候診時間。每縣市設置 1-4 家，102 年共設置 45 家，以單一窗口及跨專業團隊方式（含小兒神經科、小兒復健科、小兒心智科、職能治療師、語言治療師、物理治療師、臨床心理師、聽力師、社工等），提供疑似發展遲緩兒童聯合評估。現行 45 家兒童發展聯合評估中心受理初複評之疑似遲緩個案自接受評估至完成評估報告書於 45 天內完成者佔 70% 以上。統計 102 年委託 45 家兒童發展聯合評估中心工作成果，受理疑似發展遲緩兒童之評估數計 18,361 人，經確診為正常者計 1,277 人，發展遲緩兒童計 13,750 人。



圖 14 連江縣立醫院至東引辦理  
外展篩檢服務



圖 15 澎湖縣惠民醫院至馬公國小附設  
幼兒園辦理兒童發展篩檢服務

## 3. 提升早療服務品質

於 102 年訂定「兒童發展聯合評估暨早期療育輔導訪查基準」，並組成專業團隊，實地輔導訪查 23 家兒童發展聯合評估中心，並辦理「以家庭為中心-發展遲緩兒童服務模式」專業繼續教育

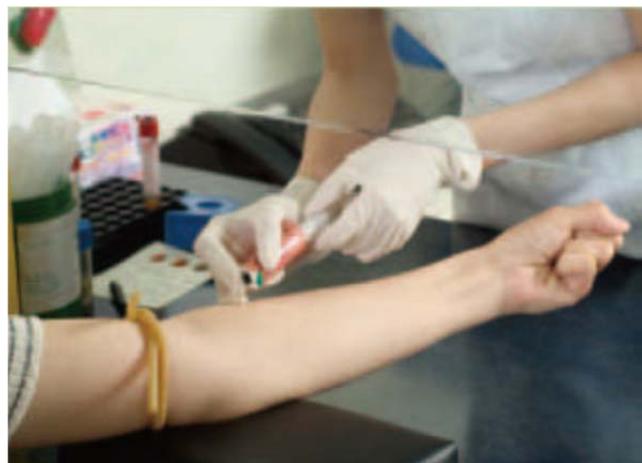
訓練，及聯評中心業務檢討與經驗分享會，以提升各聯合評估中心之服務品質。

另建置兒童發展聯合評估中心服務品質管考資訊系統，督導各聯合評估中心受理個案之候評時間及結案作業等。



### (八) 罕見疾病

為防治及早診斷出罕見疾病，並協助取得罕見疾病用藥及維持生命所需之特殊營養食品，我國於89年公布施行「罕見疾病防治及藥物法」，成為世界第五個立法保障罕見疾病病人的國家。亦是目前唯一將罕見疾病防治及後續醫療照護列入立法之國家，以保障罕見疾病病人醫療及生存權。



#### 1. 確保罕見疾病病人就醫權益

將罕見疾病納入健保重大傷病範圍，免部分負擔；健保給付罕見疾病醫藥費，每年約計25億餘元。

## 2. 落實罕見疾病病人照護

針對健保依法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物費用，依據「罕見疾病防治及藥物法」第 33 條規定，由本部國民健康署編列預算，補助國內確診檢驗、國外代檢服務、營養諮詢、緊急用藥、治療及維生所需居家醫療照護器材等醫療費用，全額補助中、低收入戶醫療費用，其他民眾補助 80% 為限。同時全額補助罕見疾病維生所需特殊營養食品及緊急醫療之費用，以落實照護罕見疾病病人。102 年補助罕見疾病病人維生所需之居家醫療照護器材 412 人次、代謝性罕見疾病營養諮詢費 326 人次、國內外確診 57 人次。

## 3. 成立「罕見疾病及藥物審議委員會」

審議認定、公告罕見疾病、罕見疾病藥物、特殊營養品及其適應症，並審理醫療補助案件，目前公告 201 種罕見疾病、82 種適用罕見疾病之藥物名單及 40 項罕見疾病特殊營養食品品目。

## 4. 設置罕見疾病特殊營養食品暨藥物物流中心

全額補助供應罕見疾病維生所需特殊營養食品及緊急需用藥物。102 年全額補助供應維生所需之特殊營養食品 37 項及儲備 10 項緊急需用藥物，約計 4 千餘萬元；102 年補助特殊營養品及罕見疾病緊急需用藥物計 966 人。

## 5. 編印罕見疾病宣導單張、手冊及結合民間團體辦理宣導活動，宣導罕見疾病防治。

## 6. 評核通過 11 家遺傳諮詢中心，提供罕見疾病及遺傳性疾病諮詢服務。



圖 16 罕見疾病電影「一首搖滾上月球」特映會

### (九) 全民健保弱勢協助措施

為減輕弱勢民眾保險費負擔，避免因經濟困境致影響就醫權益，採取下列各項協助措施：

#### 1. 健保費補助

對特定弱勢者補助健保費，包括低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、中低收入戶、未滿 20 歲及年滿 55 歲以上之無職業原住民。



圖 5 二代健保 保障弱勢宣導文宣

表 3 健保費補助受惠人數

時點	受惠人數
100 年	補助金額約新台幣 227 億元，補助約 308 萬人。
101 年	補助金額約新台幣 219 億元，補助約 257 萬人。
102 年	補助金額約新台幣 288 億元，補助約 231 萬人。

## 2. 紓困基金申貸

符合「全民健康保險經濟困難認定標準」，經戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所認定者，得向健保紓困基金申請無息貸款償付積欠之健保費及應向保險醫事服務機構繳納而尚未繳納之自行負擔醫療費用，1年後再開始還款。

表 4 紓困基金申貸受惠人數

時點	受惠人數
100 年	共核貸 3,872 件，金額約 2.41 億餘元。
101 年	共核貸 3,589 件，金額約 2.14 億餘元。
102 年	共核貸 3,164 件，金額約 1.85 億餘元。

## 3. 辦理分期繳納保險費

因經濟困難無力一次繳清欠費者，可辦理分期繳納健保欠費，減輕其繳納保費壓力。

表 5 分期繳納保險費受惠人數

時點	受惠人數
100 年	協助 18.7 萬件辦妥分期繳納，金額約 43.79 億元。
101 年	協助 13 萬件辦妥分期繳納，金額約 31.8 億元。
102 年	協助 11.4 萬件辦妥分期繳納，金額約 28.95 億元。

## 4. 轉介公益團體（或善心人士）代繳健保費

對於無力繳納保險費之家境清寒民眾，本部健保署積極尋求企業團體或善心人士協助繳納健保欠費。

表 6 轉介公益團體(或善心人士)代繳健保費受惠人數

時點	受惠人數
100 年	成功轉介個案計 2,646 件，獲補助金額共新台幣 1,806 萬

	餘元。
101 年	成功轉介個案計 4,755 件，獲補助金額共新台幣 2,274 萬餘元。
102 年	成功轉介個案計 8,706 件，獲補助金額共新台幣 2,480 萬餘元。

#### 5. 保障無力繳納保險費者就醫權益

為保障弱勢民眾就醫權益，對未加保或欠費之民眾，因急重症需醫療時，只要持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保身分就醫。診治後依個案狀況，協助其辦理投保、健保費紓困、轉介、分期等。

表 7 保障無力繳納保險費者就醫權益受惠人數

時點	受惠人數
100 年	獲得醫療保障者計 5,128 件，金額 1.4 億元。
101 年	獲得醫療保障者計 3,787 件，金額 1.0 億元。
102 年	獲得醫療保障者計 2,508 件，金額 0.6 億元。

#### 6. 二代健保主動查證，弱勢安心就醫

二代健保實施後，健保署除繼續對經濟弱勢者，提供各項協助措施，同時依據健保法第 37 條的精神，僅對於有經濟能力，但拒不繳納健保費者，才進行鎖卡。對於無力繳納健保費的民眾，則採取欠費處理作業與就醫脫鉤，繼續提供各項醫療給付，以保障其應有之健保權益。



圖 6 二代健保守護弱勢民眾宣導文宣

### 7. 經濟弱勢者之健康照護

除上述措施外，積極運用公益彩券回饋金，協助經濟弱勢族群繳納健保相關欠費及就醫相關費用，以保障其就醫權益。

表 8 公益彩券回饋金受惠人數

年度	受惠人數
100 年	補助金額為 3.95 億元，補助人數 4 萬 9 千餘人次。
101 年	補助金額為 4 億元，補助人數 4 萬 7 千餘人次。
102 年	補助金額為 4.51 億元，補助人數 6 萬 3 千餘人次。

## (十)提升弱勢福利服務與權益

### 1. 辦理父母未就業家庭育兒津貼實施計畫

為減輕家庭育兒負擔，本部辦理「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」並自 101.1.1 起施行。針對父母自行照顧 0-2 歲幼兒者，低收入戶兒童每月補助 5,000 元，中低收入戶兒童每月補助 4,000 元、綜合所得稅稅率未達 20% 家庭兒童每月補助 2,500 元，此外，鼓勵領取津貼之父母(或監護人)參加親職教育課程，以提升兒童照顧品質。102 年計 25 萬 4,331 人受益，補助約 52 億 5,500 餘萬元。

### 2. 特殊境遇家庭扶助

督導地方政府落實針對遭逢特殊境遇之單親家庭、隔代教養家庭、家暴受害家庭、未婚懷孕婦女及重大變故家庭等，提供緊急生活扶助、子女生活津貼、兒童托育津貼、傷病醫療補助、法律訴訟補助等相關扶助。102 年度扶助 1 萬 9,169 戶家庭、14 萬 8,979 人次、補助金額 4 億 2,784 萬餘元。截至 103 年 3 月底計扶助 1 萬 618 戶家庭，受益人數 1 萬 839 人；補助金額 9,210 萬 4,888 元。

### 3. 推動身心障礙權益保障白皮書

98 年 7 月函頒身心障礙權益保障白皮書，並於 102 年 8 月 20 日於行政院社會福利推動委員會報告白皮書之執行成果；另於 102 年 10 月 31 日函頒各權益面向之中程行動策略執行成果評估指標，以供各中央機關及各直轄市、縣(市)政府作為執行依據及填報參考。

#### **4. 辦理弱勢家庭兒少社區照顧服務計畫**

為強化家庭服務體系，提供完善家庭福利服務，社會及家庭署推動「弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務計畫」，針對家庭支持系統較缺乏之弱勢家庭，以社區化模式提供相關支持性、補充性及學習性服務措施，以分擔家庭教養及照顧壓力、支持家庭照顧能量及提升家長親職功能，建立以「家庭」為中心兒童及少年福利體系。並及早發現遭遇困難或有需求之高風險家庭，進行通報轉介及服務提供，以協助家庭正常發展。102年共補助106個方案，69名社工員，補助金額計4,716萬7,500元，受益人數25萬4,381人次。

#### **5. 設置社區照顧關懷據點**

各縣市政府積極結合村里辦公處、社會團體，設置社區照顧關懷據點，由當地民眾擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，發揮社區自助互助照顧功能，並建立連續性之照顧體系。截至102年底，全國共計設置1,852個據點。

#### **6. 辦理高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫**

為及早發現家庭兒少照顧困境，並提供協助，預防兒虐事件發生，推動高風險家庭兒童及少年處遇服務方案，102年計篩檢訪視3萬1,513個家庭、協助5萬2,565位兒童及少年。

### **(十一)低收入戶/中低收入戶照顧**

為使貧病、孤苦無依或生活陷入急困者獲得妥適之照顧並減緩所

得差距擴大，本部秉持「主動關懷，尊重需求，協助自立」原則辦理各項社會救助措施，以保障國民基本生活水準。本部推動「社會救助法」新制，截至 102 年底各縣市低收入戶及中低收入戶共計 69 萬 6,162 位弱勢民眾納入政府照顧範圍，較 100 年 6 月修法前增加 14 萬 2,742 戶、42 萬 34 人，受惠人數相較修法前增加 1.52 倍。

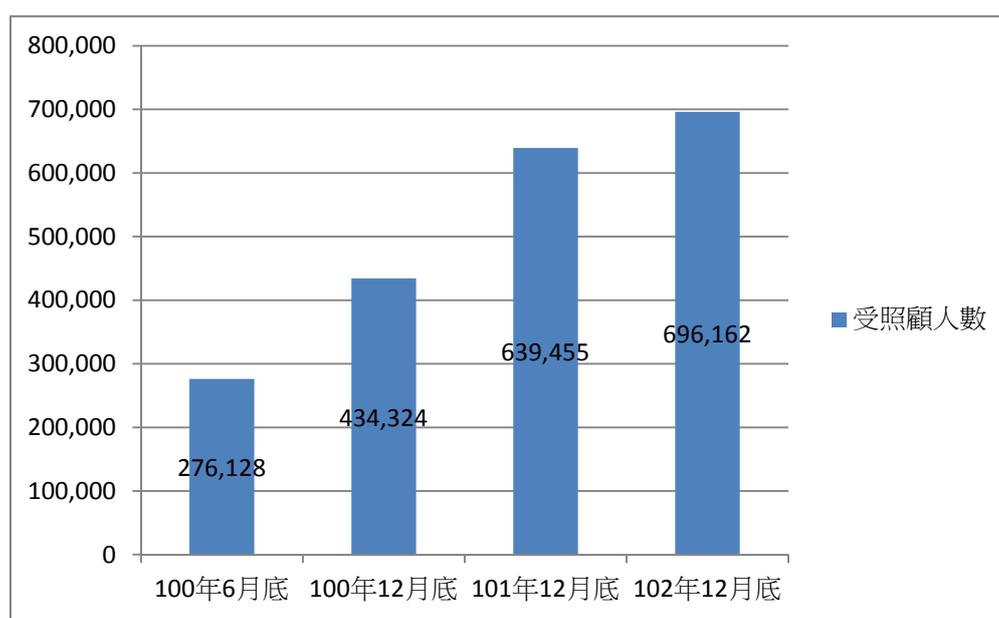


圖 19 社會救助新制上路受照顧人數

1. 辦理各項生活扶助工作：對低收入戶的各項生活扶助，主要以現金給付為主，包括家庭生活扶助、就學生活扶助及兒童生活扶助 3 大項，102 年度受益戶次 35 萬 2,852 戶，受益人次 205 萬 5,994 人次，補助經費 105 億 8,703 萬餘元。此外，地方政府透過以工代賑方式提供低收入戶就業機會，以鼓勵低收入戶家庭成員進入職場持續穩定就業，自立脫貧，102 年度受益人次 2 萬 6,929 人次，補助經費 3 億 9,871 萬餘元。
2. 醫療補助：為使低收入戶及中低收入戶得到妥適的治療與照顧，補助其健保費、部分負擔及全民健康保險不給付之醫療費用補助。

## 二、醫病關係和諧

為促進醫病關係和諧及病人安全，提升醫療服務品質及改善高風險醫療科別執業環境，本部研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」，規劃內容以「促進病人權益保障」為核心，納入透過第二、三章的「強化調解機制」、第四章的「提供及時補償」，第五章的「建立事故通報及除錯」三大主軸，期達成「維護醫病雙方權益，促進醫病關係和諧」、「迅速解決彼此爭議，實現社會公平正義」、「促進病人安全，提升醫療服務品質」之政策目標。主要辦理項目如下：



### (一) 辦理生育事故救濟試辦計畫

鑑於「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」涉及層面甚廣，並考量財源籌措及近年出生率下降、婦產科執業環境及相關醫療糾紛等因素，先以生育事故為試辦救濟範圍，辦理「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，該計畫於101年7月5日經行政院核定，101年10月1日正式辦理，時程為101年至103年。

生育事故救濟條件為：醫療機構或助產機構在生產過程中，於周產期之醫療與助產過程中，已依該機構專業基準施予必要之診斷、治療或助產措施，仍致孕產婦或胎兒、新生兒死亡或符合相當於身心障礙者權益保障法所定中度以上障礙之生育事故事件者。

因本試辦計畫經費係由本部醫療發展基金支應，依據規定該基金僅能提供給醫療機構，故民眾先與醫療機構取得協議後，再由醫療機

構申請，生育事故審議會視個案事實發生情節審定救濟金額。該金額的上限如下，且不得逾機構與民眾簽署達成協議之額度：

1. 孕產婦死亡：新臺幣 200 萬元以內。
2. 胎兒、新生兒死亡：新台幣 30 萬元以內。
3. 孕產婦或新生兒極重度障礙：每人新台幣 150 萬元以內。
4. 孕產婦或新生兒重度障礙：每人新台幣 130 萬元以內。
5. 孕產婦或新生兒中度障礙：每人新台幣 110 萬元以內。

## (二) 醫療糾紛處理

醫療傷害事件及紛爭解決制度已經成為社會大眾非常關心的議題，由於醫療行為具有不確定性與極限性，是以，醫事人員於執行醫療業務過程中，造成病人死亡或傷害結果時，就其應負之刑事責任應有具體之規範，以符合刑責明確化原則，並使醫事人員執行相關醫療業務時，得有遵循之標準，以避免因憚於刑責而衍生防禦性醫療或醫病關係之對立。本部 101 年度依醫療法第 98 條規定，受司法或檢察機關之委託辦理醫療糾紛鑑定案件數約 620 件。為明確、合理規範醫事人員因醫療糾紛所應擔負的刑事責任，本部已增訂醫療法第 82 條之 1 條文修正草案，明定醫事人員執行醫療業務應負刑事責任之情形及認定違反注意義務之判斷標準。該草案於 101 年 10 月 16 日送請行政院審查，行政院業於同年 12 月 18 日送請立法院審議。

## (三) 醫療事故補償

鑒於醫療糾紛儼然為醫事人員執業環境與安全、病人就醫權益保障及醫病互動關係良莠與否之重要議題之一。本部除研議醫療法第 82 條之 1 修正草案，於同年 101 年 7 月 27 日、8 月 27 日、10 月 5 日召開三次學者專家、機關代表共同會商會議，研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」，作為配套措施。該草案經本部同年 10 月 9 日送請行政院審查，行政院業於同年 12 月 18 日送請立法院審議，草案內容共計 7 章、52 條，主要包含規範醫學專業諮詢與提供醫療

爭議諮商機制；縮短取得病歷時間；建立公正、合理的醫療糾紛調解處理程序；規範重大醫療事故之專案小組調查；規範醫療事故責任難以釐清時給予補償；律定多元化補償基金來源等，避免醫病陷入纏訟，期使病方儘速弭平傷痛，達到促進醫病和諧關係，營造醫病雙贏局面。

### 三、 國際援助與合作

#### (一) 友善與和平的國際關係

98 年，在我國退出世界衛生組織的 37 年後， WHO 幹事長 Margaret Chan 發出邀請函，邀請我國以「中華台北(Chinese Taipei)」觀察員名義出席第 62 屆世界衛生大會(WHA)，之後每年我國皆受邀參與年度的世界衛生大會，由部長於大會中發言，分享我國卓越的醫衛成就及全球知名之全民健保經驗，我國代表團員並於大會期間藉由雙邊的會談，促成與世界各國的醫療衛生合作，將來，在我們的終極目標—成為 WHO 會員國—達成之前，我們都將遵循目前的合作模式，一步一腳印，繼續地在國際舞台上站穩腳步並力求完美演出。

我國成為 WHA 觀察員後，也取得了登錄「國際衛生條例」(IHR2005) 資訊網站的資格，可得到國際上最新的疫情資訊，我國之疫病專家並獲列入，成為 IHR2005 內專家的成員；除此之外，本部疾病管制署與 WHO 流感合作中心合作，取得美國、英國、日本及澳洲等國之 H1N1 病毒株與疫苗株，有助於我國 H1N1 疫苗之研發與製造。加入 WHO 對於我國國內傳染疾病之預防、疫情報發時之緊急處置與通報、尋求國際協助等方面，都發揮了莫大的助益。



圖 20 邱部長於第 66 屆 WHA 發表演說



圖 21 邱部長參與第 66 屆 WHA 和美國衛生及公眾服務部部長 Kathleen Sebelius 合影

## (二) 弱勢國家的關懷與援助

### 1. 成立台灣衛生中心

本部雙和醫院及高雄醫學大學附設中和紀念醫院，分別於北太平洋的馬紹爾群島共和國及南太平洋的索羅門群島設立了「台灣衛生中心」，並長期派駐台灣的醫護人員於當地，協助傳染病的治療及慢性病的防治，如學童的寄生蟲問題及糖尿病等，都獲得相當好的改善；此外，還幫助當地設立洗腎中心，及協助訓練當地的婦幼衛生專業人員。



圖 22 台灣衛生中心

### 2. 協助非洲國家防治愛滋病

為配合非洲當地國家的需求，本部委託屏東基督教醫院對於東南非洲國家提供協助，重點為愛滋病的防治，其它包括對於肯亞、甘比亞、迦納等國家進行提升婦幼衛生照護水準、防治糖尿病等之慢性病、建置醫療資訊系統、建立全民健康保險、緊急災難應變系統等計畫，並提供醫療物資和衛生人員訓練課程等，可說是醫療系統上全方位的協助，高度地發揮了我國的大愛精神。

### 3. 訓練國外的醫療衛生人員

由本部之臺北醫院辦理，藉由培訓國外的醫療衛生人員來協

助醫療資源較不足的國家，並達到醫療外交的目的，截至 102 年 12 月底已培訓了來自 46 個國家，共 851 位醫事人員。



圖 23 100 年馬來西亞衛生部 21 位官員來台參加全民健保訓練課程

#### 4. 提供醫療器材援助

民國 94 年本部委託臺大醫院辦理「醫療器材援助平台計畫」(GMISS)，希望可以藉著國內多餘或汰舊的醫療資源敦睦邦交，以幫助世界上需要幫助的國家和其人民，尤其是醫療資源缺乏、落後貧困的地區，並期望能夠藉由提升未開發國家之醫療設施進而提升其醫療品質。截至 102 年 12 月底共捐贈了 29 個國家，總計 13 多萬件之醫療器材。本計畫也會配合受援國的需求，於國內或國外提供醫工人員的訓練，以落實捐贈醫療器材的有效運作，將各醫療院所提供之資源達到最大之運用與效益，發揮人飢己飢、人溺己溺之人道關懷精神，建立國家良好形象。

### (三) 國際災難的人道救援

臺灣國際醫衛行動團隊(Taiwan IHA)為本部及外交部共同成立之任務團隊，自民國 95 年成立以來秉持著「成為整合政府與民間國際醫療衛生援外資源之平台」的宗旨，辦理各項國際緊急醫療及人道救

援工作。

100年2月22日，紐西蘭南島基督城發生芮氏規模6.3級地震，造成重大災害及181人死亡，本部邱文達部長立即指示TaiwanIHA配合外交部及內政部消防署特種搜救隊，提供配合地震災情所需之常備藥品包，包含抗生素、縫合包等十多種品項藥品及衛材，於2月22日晚間將該批藥品包送至我國桃園機場，供執行救援任務時使用。

100年7月底，泰國遭逢50年來最大的水災，洪水肆虐長達4個月，對泰國社會、人民及在泰台商造成嚴重衝擊。為彰顯我人道關懷精神，配合外交部執行「送愛到湄南」計畫，提供防疫宣導摺頁及家用急救包各6,000對泰國遭逢50年以來最大洪患進行援助。

100年8月1日至9日，Taiwan IHA與日本亞洲醫師協會合作赴斯里蘭卡北部賈夫納教學醫院進行白內障手術醫療合作，除捐贈水晶體等醫療物資，由臺大醫院新竹分院胡裕昇主任及本部台南醫院李婉如醫師參與義診之手術執行，共計服務134名病患，該活動在當地獲廣大迴響與肯定。

101年6月，為延續與日本亞洲醫師協會(AMDA)合作，TaiwanIHA捐贈斯里蘭卡賈夫納醫院所欠缺之白內障手術刀2柄及高壓滅菌器1台，以展示我國除積極派員參與國際醫療人道援助活動外，亦關注受援國之後續醫療能力提升與發展，當地媒體亦派員前往採訪及見證該消毒鍋之「啟用」。

102年7月28日至8月2日，臺灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)與日本亞洲醫師協會(AMDA)及斯國當地醫師共同合作前往斯里蘭卡穆萊蒂武(Mullaitivu)，於穆萊蒂武地區總醫院執行白內障義診手術，共計服務190名病患，並獲院方及當地軍警與民眾熱切歡迎與感謝之意。



圖 24 醫療團隊替當地居民檢查眼睛狀況