

第九章、優質的兒童醫療系統

- 召集人： 國家衛生研究院群體健康科學研究所所長 熊昭
- 副召集人： 國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院院長 吳美環
- 撰稿成員： 衛生福利部中央健康保險署視察 王玲玲
衛生福利部中央健康保險署署長 李伯璋
國立成功大學醫學院名譽教授 林其和
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院分子感染症醫學研究中心主任 邱政洵
臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系副教授 施淑芳
國立臺灣大學醫學院副院長 倪衍玄
中華民國重症醫學會名譽理事 謝凱生
- 研議成員： 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院副院長 李宏昌
國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院教授 張美惠
國立陽明大學學校衛生研究中心助理研究員 陳沿如
中國醫藥大學新竹附設醫院主治醫師 彭慶添
童綜合醫療社團法人童綜合醫院兒童心臟醫學中心執行長 黃碧桃
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院副院長 黃璟隆
高雄醫學大學附設中和紀念醫院副院長 楊瑞成
國立陽明大學護理學院院長 劉影梅

(依姓氏筆畫排序)

前言

聯合國在世界人權宣言中宣布：兒童有權享有特別照顧及協助；進而在 1989 年通過「兒童權利公約」，旨在以兒童的最佳利益為一優先考量，確保其生存與發展。臺灣在 2014 年也頒布「兒童權利公約」施行法，足見政府對兒童的重視，亦應視為保障兒童健康的最高指導原則。

台灣正面對嚴峻的少子化議題，且逢「五大皆空」的醫療困境，兒科醫療面臨重大危機。兒科醫療人力大量由醫院流失，提供 24 小時兒童急診服務及兒童重症（含新生兒）照護的醫療院所減少，還有偏鄉兒科醫療不足等問題。依據兒童疾病的照護需求、不同專業團隊的整合，導入兒童友善的措施，規劃優質的兒童醫療系統，並建置雙向的兒童轉診醫療網，實刻不容緩。兒童醫療照護的整體不僅是疾病的治療，更應內含積極的兒童健康促進與保健概念，進而預防可能疾病之發生。近年來臺灣人口結構與社會型態的變遷，如貧富差距擴大、外配家庭激增及職業婦女比例提高等，更加劇兒童健康照護的衝擊與挑戰。如何落實預防保健服務，尤其是高風險家庭的介入。在持續普及疫苗預防接種的同時，以國家的力量支持臺灣地域性的兒童傳染病之疫苗發展。並利用多媒體和醫療資訊雲端化的建置，提供照顧者獲得可靠的醫療資訊或健康警訊。

健全照護系統的根基是醫療品質與安全，醫院評鑑則是國際間廣為使用的管理工具。當臺灣兒童醫院的設立與發展尚在草創時期，相關評鑑規範應該因應本土地域性之需求逐步調整，並提供合理的給付支持。如何在全民健康保險的有限資源及平等原則下，兼顧兒童臨床照護的多樣性與複雜度，更是永續支持急重難症和偏鄉地區的醫療所必要的。兒科醫師人力則是醫療體系不可或缺的角色，基礎的醫學教育與臨床服務培訓、執業環境及資源分配等方面皆應強化精進，才能讓兒科及相關領域醫師依其專業各適其所。

政府鼓勵生育計畫的宣導目標是「生得多、養得起、顧得好」，達標的關鍵即是優質的健康照護系統。

第一節、優質的兒童醫療系統之需求

壹、現況檢討

一、臺灣兒童醫療體系之發展與現況

臺灣兒科學的發展在亞洲起步相當早，算來迄今已有約 110 年歷史。1906 年臺大醫院成立臺灣第一個小兒科，之後各醫院也陸續成立小兒科；到了 1980 年代，臺大有感於應有專屬

的兒童醫院來提供兒童醫療，尤其是重難症病兒的醫療與照護，對兒童才是最好的健康福祉；因而提出國家兒童醫院計畫，1994 年終獲行政院核定通過。

在此期間，長庚醫院率先於 1997 年成立長庚兒童醫院，以分院方式經營，然因醫院評鑑時分院數的限制，而於 2006 年結束長庚兒童分院組織架構。臺大兒童醫院則繼之在 2008 年完成建築主體。2013 年衛生福利部公告修正醫療機構設置標準附表，增訂兒童醫院之設置標準，做為設立兒童醫院的法律依據；2014 年臺大兒童醫院終於正式成立，同年，另有 3 家兒童醫院成立。

目前臺灣提供兒童醫療的醫院計有 4 家專門的兒童醫院、19 家醫學中心、近 80 家區域醫院、300 多家地區醫院及超過 10,000 家私人診所。

二、臺灣兒科專科醫師人力之變遷與現況

臺大醫院小兒部於 1947 年建立兒科住院醫師培訓計畫，1951 年創立兒科次專科的學門；1960 年兒科醫學會成立，也出版了學會專門雜誌，正式名稱為「小兒科暨新生兒科學」(Pediatrics and Neonatology)，並正式列名科學引文索引 (Science Citation Index, SCI) 兒科學門雜誌，2016 年排名為 78/121，影響係數 (Imapct Factor; IF) 為 1.287。2011 年該學會出版了另一本著重討論兒科醫療事務的中文雜誌「兒科最前線」。

1988 年正式建立兒科專科醫師甄審制度，截至 2017 年，已有 4,559 位經正式認證 (certificated) 兒科醫師。目前衛生福利部每年通過的兒科住院醫師員額約 130 位，視當年招收狀況可微調。估計目前提供兒科專科醫師訓練計畫的醫院約 60 家，含四家兒童醫院、19 家醫學中心及 41 家區域醫院。

近二十年來，由於少子化的衝擊，加上全民健保給付不足以反映醫療成本，致使一些臨床負擔較吃重的科別人力不斷流失；內、外、婦、兒、急診五大科別，過去最為搶手，如今卻大鬧醫師荒，不少醫院甚至招不到住院醫師，被形容為「五大皆空」。小兒科醫師在此市場縮減、經濟收益下滑環境下，要留住人才本已不易，加上兒科開業相對容易且成本較低，故而兒科醫療人力大量由醫院流失，已成難挽的頹勢。2017 年在醫院服務的兒科醫師占全部兒科醫師比例已下降到 37%。

導致兒科醫師大量由醫院出走，還有另一個因素：由於兒科住院醫師人力減少、又有工時保障，只得連主治醫師也加入值勤行列；各醫院兒科主治醫師名額本來就不多，相對下，值班與急診輪班次數更為頻繁；加上醫院的兒童醫療給付收入遠低於成人醫療給付收入，兒童醫院與醫院兒童醫療部門都在賠錢，醫院也難提供誘因，留住兒科醫師，只得任他們在備

感心力交瘁下黯然離開醫院。而一旦有主治醫師離開醫院，很容易掀成骨牌效應，導致更多兒科醫師出走。如今各地各醫院兒童醫療人才缺乏，除了兒科醫師，連兒童外科系醫師、兒童麻醉科系醫師、兒童影像科醫師等也嚴重不足。

貳、目標

「兒童權利公約」的精神在於維護「兒童的最佳利益」。兒童醫療系統亦應依「兒童權利公約」的精神，以「兒童的最佳利益」捍衛孩子的健康。規劃有效且優質之兒童醫療系統，並由兒童疾病治療的概念變成積極的兒童健康促進觀念。為有效使用醫療資源，可依兒童醫療難度與病兒數量之綜合面向來規劃優質兒童醫療系統，以提供有醫療可近性且有效率之兒童醫療系統。

參、策略

- 一、依據兒童疾病的臨床照護需求包括急迫性、嚴重複雜度及相關專業團體(如外科、復健、精神系等)的整合支持性，參照各醫療院所的軟硬體規模，分級規劃其主要照護的疾病類別，輔以合宜之給付制度，為優質兒童醫療系統的主要架構(有關精神醫療資源分配之細節，詳見第四章)。
- 二、盤點台灣各區域兒童的醫療需求、醫療院所及專業人力分布，基於常見疾患的就醫可即性高、罕見或複雜疾病的治療規劃的完整性佳(集中化醫療)，建立分層分級的雙向轉診醫療網絡。
- 三、設立國家級兒童醫院及相關研究中心，整合國內外資源平台，規劃最新進的診斷中心，以協助解決目前醫學尚未能及時診斷或治療的困難疾病。對於複雜性高、但病例數不多的疾病，需要高度整合且具經驗的專業團隊。唯有集中化醫療轉介，方能有效提高治療成效，這也是兒童醫院醫療照護最重要的精隨。
- 四、整體兒童醫療照護網絡必須內涵兒童健康促進與保健概念，方能有效促進兒童健康，進而預防可能疾病之發生。

五、推展兒童友善醫療環境及相關措施，納入兒童照護相關人員的教育訓練，培育如兒童醫療輔導師（child life specialist）等專業人員，並推動以家庭為中心的醫療照護發展。

兒童醫療之面向

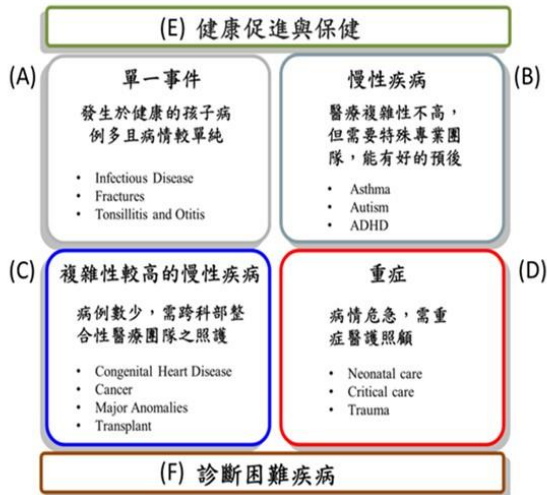


圖 1、兒童醫療之面向

- (面向A)為發生於健康孩童的單一事件，病例數多但病情較單純，大多與感染性疾病相關，可由就醫可及性高的基層診所或地區醫院主責照護。
- (面向B)為病例數多、但醫療複雜性不高的兒童慢性疾病，例如氣喘、自閉症等。需特殊專業整合治療，方能有效改善醫療成效，可由地區或區域醫院負責。
- (面向C)為病例數較少、需要跨科部整合團隊照護之慢性複雜疾病如先天性心臟病、癌症等，則由區域醫院以上層級的醫療院所主責照顧。
- (面向D)為病情危急、嚴重的新生兒、重症或外傷病患。需同時考量就醫時間及專業團隊，可由區域醫院或醫學中心負責，但應具備醫院緊急醫療能力分級之中重度級以上能力。

肆、衡量指標：

一、中程指標（2022）

- (一) 完成兒童醫療需求及醫療軟硬體（含人力）之評估。
- (二) 診斷困難疾病之診斷中心試辦計畫。
- (三) 完成兒童友善醫療及兒童友善措施之評估。

二、長程指標（2030）

- (一) 完成「診斷困難疾病之診斷中心」試辦計畫。
- (二) 完成優質的兒童醫療系統之建構 以支持兒童醫療需求。
- (三) 修正醫療給付制度，使兒童醫療（兒童專科及兒童相關醫療專科）有穩定成長。
- (四) 完成兒童友善醫療及兒童友善措施之政策。

第二節、兒童醫療網（含急診、重症、轉診及偏鄉等議題）

壹、現況檢討

目前全國各縣市均可提供 24 小時兒科急診服務，為精進兒科急診醫療服務，補助偏遠及非都會區地區中度級以上急救責任醫院由兒科專科醫師提供 24 小時急診服務，已使全國 17 縣（市）可執行。

貳、目標

- 一、兒童急診：所有急症兒童都可在合理時間內，得到即時、適當、完整及高品質的急診醫療照護。
- 二、兒童重症加護：所有危重症兒童都能得到為兒童設計的重症醫學照護。
- 三、兒童急重症醫療網：所有需緊急轉送的兒童都能即時得到迅速、安全、連續性的轉診醫療服務。

參、策略

一、兒童急診

- (一) 兒科診療包含 0~18 歲兒童，兒科急診醫師需有能力處理 0~18 歲兒童所有急症；其專科性高、難度高、風險高，加上家屬焦慮，是醫師對兒童急診望而卻步的原因。然而，先進國家已了解兒科急診的特殊性，兒童急診建議由兒科專科醫師服務。臺灣少子化，孩子生得少，所以要顧的好。建議國家跟健保單位應提供各種誘因，以達到每縣市至少有一家醫院可提供全天 24 小時兒科急診專科醫師服務。
- (二) 在重度級急救責任醫院可提供急症兒童各種專科即時會診或進行處置、手術。
- (三) 偏遠地區醫事人員應定期接受兒童急症教育訓練，例如負責偏鄉醫療之急診科或家庭醫學科專科醫師，繼續教育學分應有一定比例為兒童急症醫學，並接受兒童高級生命支持訓練。

二、兒童重症加護

建議設立兒童醫療重症中心可提供高危險妊娠孕產婦與新生兒、早產兒及重症兒童之醫療照護，並應設有兒科專科醫師負責的兒童加護病房。

三、軟硬體規劃

- (一) 妥善合理估計短期、中期（~2022 年）以及長期（~2030 年）兒童醫療及兒科急、危重症醫療所需的人力及資源投入（床位、設備、研究...等）。

(二) 計劃性培育兒科急危重症相關人才。

(三) 對兒童急、危重症之發展，政府應提供足夠誘因，並正視無論是兒童醫院或綜合醫院(包含醫學中心)兒科單位在全民健保給付制度下的營運困境。

四、兒童醫療網

(一) 強化兒童轉診品質，將兒童轉診納入急診轉診資源整合作業系統(MARS系統平台)，並有報告分析轉診之成效，使轉診醫院與接受轉診醫院在轉診前、中、後都有互信良好、準確、可理解的溝通，且建立雙向轉診機制。

(二) 鼓勵高危險妊娠之轉診，應以產前孕婦轉診為優先考量。

(三) 完成兒童醫療網。

肆、衡量指標

一、中程指標(2022)

(一) 全國每縣市至少一家醫院提供兒科24小時急診服務，涵蓋率達75%。

(二) 台灣本島各縣市之心肌梗塞、缺血性腦中風、緊急外傷、高危險妊娠、早產兒及兒科急診等五大急診處理流程，每縣市完成重度級標準之涵蓋率達85%。

二、長程指標(2030)

(一) 全國每縣市至少一家醫院提供兒科24小時急診服務，涵蓋率達80%。

(二) 台灣本島各縣市之心肌梗塞、缺血性腦中風、緊急外傷、高危險妊娠、早產兒及兒科急診等五大急診處理流程，每縣市完成重度級標準之涵蓋率達88%。

第三節、兒童健康促進（包含健檢及疫苗）

壹、現況檢討

回顧近年來衛生單位為提升整體兒童健康狀態所做的努力，臺灣現行兒童健康促進計劃的涵蓋範圍分為以下兩大面向：

一、兒童預防保健服務

提供家長重要的兒童照護衛教指導、例行性生長發展評估和身體檢查。現行的兒童預防保健服務除供醫療人員評估兒童生長及發育情形外，亦提供父母照顧幼兒衛教指導。為提升我國婦幼健康照護品質，國民健康署依據實證研究，即美國預防性服務工作小組（Preventive Services Task Force, USPSTF）建議，初級保健機構要對成年人、孕婦提供相關議題諮詢，針對孕期規劃重要健康議題，補助醫療機構兩次產前衛教評估與指導費用，包括早產徵兆、危害物質、體重控制、均衡飲食、多元友善生產、母乳哺育指導及孕期心理適應指導等。

此外，自 2013 年 7 月 1 日起，國民健康署編列預算推動「兒童衛教指導服務補助方案」，並自 2014 年 11 月 1 日起，配合兒童預防保健服務時程，調增至七歲以下全程七次。衛教重點包括出生至 2 個月，提供嬰兒補餵、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防等衛教指導；2~4 個月提供嬰兒餵食與口腔清潔、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防等衛教指導；4~10 個月提供哺餵及營養指導、副食品添加、口腔清潔與乳牙照護、事故傷害預防等衛教指導；10 個月至 1 歲半提供幼兒補餵、副食品添加、餵食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導；1 歲半至 2 歲提供幼兒飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導；2~3 歲提供幼兒飲食習慣、用餐環境、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導；3 歲至未滿 7 歲提供兒童習慣養成、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導共七次。

另外，亦於 2014 年 11 月推展二次「孕產婦衛教指導服務補助方案」，衛教重點包括妊娠第一孕期經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿 17 週前，提供維持母胎安全、孕期營養、兩性平權等衛教指導。妊娠第三孕期，妊娠第 29 週以上，提供維持母胎安全、孕期營養、孕期心理適應、生產準備計畫、母乳哺育等衛教指導，期透過對孕產婦及兒童主要照顧者的衛教指導服務，強化婦幼健康照護。在學校方面，根據「學校衛生法」，針對國小一年級及四年級分別進行定期健康檢查，教育部亦推動學校健康促進計畫逾十年，議題包括視力保健、口腔保健、用藥安全、健康體位、菸檳防制、性教育及全民健保。

二、實施常規疫苗接種

疫苗接種是運用減毒或去活性處理後的病原成分，誘發人體產生保護性免疫力，進而預防傳染病發生。此一措施是世界衛生組織（WHO）目標，也是現行醫學界公認最符合成本效益的公共衛生政策。目前臺灣兒童小學入學前的常規疫苗接種，涵蓋多種活性減毒疫苗及非活性疫苗，而多年來推行常規疫苗接種的結果，許多感染症如白喉、小兒麻痺、先天性德國麻疹症候群與新生兒破傷風等現今在臺灣已絕跡。此外，自 1984 年實施全面新生兒 B 型肝炎疫苗接種，臺灣兒童 B 型肝炎慢性帶原率已由 10% 下降到 1% 以下，連帶 B 型肝炎相關之肝細胞癌，兒童發生率也明顯地大幅降低。

貳、目標

兒童健康促進願景在於施行落實兒童預防保健服務與普及常規疫苗接種，進而提升兒童整體健康狀態，及預防傳染性疾病發生。

- 一、建置完善的兒童預防保健及醫療照護環境。
- 二、強化醫療人員對醫療照護之品質。
- 三、提升家庭對兒童預防保健及醫療照護之健康素養。

參、策略

一、落實兒童預防保健服務及提升服務品質

近年來臺灣兒童預防保健服務在各方努力下，整體利用率已有所提升，使用率仍僅達七、八成；為落實兒童預防保健服務及提升服務品質，透過發佈新聞稿、海報、臉書等方式，向家長傳播兒童預防保健服務相關重要訊息，包括：接受兒童健檢需帶兒童健康手冊及健保卡、接受兒童預防保健服務前，先填妥「家長記錄事項」及「衛教紀錄表」，以協助醫師評估及診斷、檢查後，醫師及家長於手冊簽章，確認已提供及接受該次服務等；期透過多元管道，增強民眾與家長對兒童健康的自覺與重視外，同時結合相關學會增加專科醫師培訓，提升兒童預防保健服務的可近性，以期提升兒童預防保健服務利用率及服務品質。

二、加強親子閱讀宣導，降低兒童語言與認知發展遲緩發生率

國內外研究均指出，親子共讀可提升幼兒口語能力、促進幼兒認知發展、擴展幼兒知識範圍、鞏固親子關係。嬰幼兒閱讀在兒童語言與認知發展上扮演預防醫學的重要角色，歐美各國自 1989 年起推動「接觸並閱讀」（Reach Out and Read, ROR）活動，由醫療端主動發起建議家長與嬰幼兒共同閱讀運動，諸多研究陸續證實，此作法能有效提高幼兒語言發展和閱

讀能力，縮短日後學業落後差距，連帶增強家庭教育功能，對相對弱勢的家庭而言，更顯重要。臺灣可參考國際做法，加強親子閱讀宣導，以降低兒童語言與認知發展遲緩發生率，亦可由兒科醫師主動提供有關嬰幼兒早期閱讀與親子共讀衛教，以提升兒童語言與認知的良性發展。

三、接軌世界衛生組織疫苗接種政策

臺灣早年在疫苗接種政策與執行上向與全球各先進國家齊步，然而，近十幾年來我國在疫苗製造與新疫苗引進部分已趨於落後。「全球免疫願景和戰略」(Global Immunization Vision and Strategy GIVS)為2006年世界衛生組織與聯合國兒童基金會(UNICEF)攜手推動的全球疫苗推展願景與策略計畫，目的在推動疫苗接種、引進新疫苗與技術、整合疫苗與其他重要醫療資源、制訂疫苗策略等。臺灣對新疫苗推廣與疫苗接種政策的落實，仍應持續與國際接軌。

四、明確的國家疫苗產業政策，提升疫苗自給率

近年來臺灣兒童接種的疫苗時有短缺現象，例如B肝疫苗、五合一疫苗等，部分可能是因開發中國家在世界衛生組織的推動及慈善機構資助下開始大量購買兒童疫苗，而疫苗供應在短時間難大量提升。目前臺灣雖已有兩家本土疫苗製造公司，但國內疫苗自給率僅8%，遠低於同屬亞洲的日、韓。若能訂定明確的國家疫苗產業政策與疫苗自製計畫，除了能因應疫苗短缺現象外，亦能針對臺灣地域性的兒童傳染病打造專屬疫苗，例如腸病毒疫苗，以保護本國兒童的健康。

五、強化家庭與學校共同推動兒童健康促進之關係

國民及學前教育署推動健康促進學校已逾十年，其模式與成效可為家庭與學校共同推動兒童健康促進之參考。

- (一) 研擬兒童健康臨床指引，並著重研擬父母親或主要照顧者健康素養，規劃提升其健康素養之介入方案。
- (二) 評估目前政府推動衛教方案成效，並研擬強化效益之方法。
- (三) 分析並研擬影響家庭對兒童預防保健及醫療照護健康素養之相關因素，規劃衛教方案，包括衛教媒材、課程及一對一或團體衛教等。
- (四) 建立兒童健康及醫療監測資料庫，並整合加值相關資料，定期監測兒童健康狀況，進行方案評價。
- (五) 未來考慮由健康促進管理師或公共衛生師(若「公共衛生師法」通過)可與醫護人員共同推動兒童健康促進計畫。

肆、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 落實及提升兒童預防保健服務，提升預防保健服務利用率。
- (二) 加強宣導嬰幼兒親子閱讀，降低兒童語言與認知發展遲緩發生率。

二、長程指標（2030）

- (一) 提升青少年對預防保健與健康照護之健康素養，強化青少年健康識能：青少年常被認為是健康的群體，事實上，卻有許多青少年因事故傷害、自殺、暴力、懷孕合併症和其他可預防或可治療疾病而早逝。臺灣自 1993 年起推動「青少年保健門診計畫」，提供青少年親善門診服務，惜仍不夠普及，且使用率不高，未來應透過多元管道，強化青少年對預防保健與健康照護之健康素養，議題包括肥胖問題、飲食問題、校園霸凌、視力保健、生長發育（內分泌問題）、性教育、藥物或毒品議題及青少年預防接種等，以強化青少年健康。
- (二) 明確的國家疫苗產業政策，提升國內疫苗自給率。

第四節、兒童保健與健康資訊的普及化

壹、現況檢討

依據臺灣兒科醫學會建議：兒童生長發育評估（生長遲緩及發育遲緩之鑑定）、兒童營養（配方及母乳餵食問題、肥胖）、疫苗及預防接種之實務諮詢等，都屬於兒童一般醫學基本教育範圍。由醫學院課程到畢業後的一般醫學訓練（Post-graduate year training, PGY training），兒童醫療與保健是新一代年輕醫師接受兒科一般醫學教育重點。全民健保實施後，政府特別規劃了兒童健康檢查服務項目，這是預防性健康照護措施，也是提升兒童健康策略；兒科醫學會與行政院國民健康署為推動此政策，共同出版了「兒童預防保健服務醫師手冊」作為兒科醫師執業參考，其內容包括：兒童健康檢查、發展評估、預防接種、預防性介入以及兒童滿一個月、2~4 個月、4~10 個月、10 個月~1 歲半、1 歲半~2 歲、2~3 歲及 3~7 歲各階段檢查時程與內容。

然而，兒科專科醫師訓練大多著重疾病診斷與治療，這項兒童健康提升項目在兒科訓練中常被忽略，再加上健兒門診仍受看診量太多之累，醫護人員能分配給家長提供有關兒童健康照顧資訊的時間受到擠壓，因此，雖有兒童定期健康檢查及諮詢門診安排，卻成效不彰。

國民健康署與兒科醫學會合編了一本「兒童健康手冊」，內容相當豐富，目的是提供家長有關嬰幼兒健康照顧參考資訊，由於內容主要是文字性描述，是否閱讀後理解或掌握這些資訊，並可完全運用在兒童照顧上，實令人存疑。由於網路發達，不少家長習慣藉由網路取得育兒資訊，然而，資訊正確性及品質參差不齊，有待過濾與把關。

國際比較

美國小兒科醫學會為回應兒童健康管理及預防醫學需求，1994 年即出版「兒童健康照護指引—光明的未來」，到 2017 年已出版到第四版，其內容包括：家庭支持、發展評估、心理健康、營養、健康體重、口腔健康、預防接種、事故預防以及性別發展與健康性行為等。這本書依據不同年齡的特性與健康需求，設計不同時期的內容。每五個美國家庭就有一家的小孩需要特別醫療幫忙，這本書出版目的在確保每一兒童均可以有光明的未來。美國兒童健康照護專家委員會強調，決定列入這本指引的內容，必須有最新實證醫學支持，而非依據專家個人喜好或是偏方。此外，美國兒科醫學會各領域專家委員會也出版涵蓋各種專題的簡易衛教單張，供其會員購買、運用於民眾衛教。兒科醫學會同時要求各訓練中心要培養出能為兒童代言的兒科醫師。

貳、目標

- 一、 提供兒童適當成長與健康發展的醫療環境。
- 二、 電子化兒童健康保健手冊，可結合個人手機及雲端保健資訊。
- 三、 民眾衛教內容多樣化，補強影音模式，方便家長或醫療人員選讀。
- 四、 落實完整的兒童健康檢查，確保其成長及接種注射完成率。
- 五、 醫療資訊雲端化，方便照顧者獲得醫療資訊及提供健康警訊。
- 六、 培訓兒童醫療保健人員，使具有提供完整兒童預防保健服務的能力。
- 七、 兒科醫療人力充足並建立健檢制度，以滿足兒童醫療保健需求。

參、策略

- 一、 擴充國民健康署網站有關嬰幼兒健康照顧衛教功能，提供醫療人員依據兒童個別主題化衛教資訊、簡易衛教單張，已運用於民眾衛教上。
- 二、 電子化兒童健康保健資訊，運用科技與網際網路，結合手機及雲端資訊數位科技，使兒童健康照護所需資訊更加普及。
- 三、 利用行動載具 APP 功能，提醒家長兒童健康檢查及疫苗注射時程服務。
- 四、 維護各醫療單位兒童健康檢查與諮詢系統。
- 五、 加強兒科醫護人員兒童健康維護教育訓練與研究能力。

肆、衡量指標

- 一、中程指標（2022）
 - （一） 建置 APP 功能：提醒家長兒童健康檢查及疫苗注射時程。
 - （二） 兒科醫師訓練計畫：落實兒科醫師兒童健康維護教育與研究能力，並列入成果評估。
 - （三） 投入兒童健康及疾病防治的教育與研究經費，要能反映出正成長。
- 二、長程指標（2030）
 - （一） 電子化兒童健康保健資訊，結合手機及雲端資訊數位科技，使兒童健康照護資訊更加普及。
 - （二） 成立國家級兒童健康研究單位。

第五節、兒童醫院評鑑

壹、現況檢討

醫院評鑑是醫院品質改進的重要促進措施。我國 1978 年引進醫院評鑑及教學醫院評鑑，在亞洲是最先實施醫院評鑑的國家。1999 年政府捐助成立財團法人醫院評鑑醫療品質策進會（醫策會），並自 2004 年起醫院評鑑級教學醫院評鑑作業之行政事務，即委託醫策會協助辦理。

醫院評鑑的重點，其實就是經過有系統的查核，來推動醫院組織架構、作業準則，以及醫療照護品質，都能維持一定程度以上的水準。兒童醫療也是一直遵循這個大方向，一起接受歷來評鑑的監督。

我國在 2014 年首度展開兒童醫院的評核作業，嗣後衛生福利部研訂兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑基準條文，於 2016 年及 2017 年分別進行兒童醫院評鑑之試評。依該部 2016 公告之兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑作業程序規定，申請兒童醫院評鑑資格為：1.領有開業執照之兒童醫院 2. 由醫學中心等級醫院（即總院）分離另設立專供診治兒童之綜合醫院，且總院在醫院評鑑合格有效期間內間內；或已具「兒童醫院評核合格（醫學中心）」資格者，應於效期屆滿當年度提出申請。

目前臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院、臺中市中國醫藥大學兒童醫院及彰化基督教兒童醫院，均已分別通過衛生福利部辦理之兒童醫院評鑑及教學醫院評鑑，並經公告為兒童醫院評鑑合格（醫學中心）。

目前世界兒童醫院有兩種形式，一是完全獨立醫院設置，一種是院中院型式。目前我國 4 家兒童醫院都在 300 床以內，因資源有限，需總院行政資源支持，實質是院中院。兒童醫院評鑑須脫離其設置的架構，但這個問題仍須隨國家社會發展自然形成，目前應開放醫院自行負責管理制度；我們須關注焦點還是回歸兒童醫院的兒童醫療品質、兒童病人安全、兒童友善醫療環境等議題。

由於兒童醫院目前屬於我國新起步的醫療機構，目前都屬於試行階段，但未來勢必會有正式評鑑，可以想見兒童醫院未來所面對的嚴格考驗。對於目前經費與人力拮据的兒童醫院來說，如何兼顧兒童醫療品質的評鑑要求，是值得大家關注的事情。

貳、目標

- 一、推動兒童醫院醫療照顧品質的促進與發展。
- 二、考慮兒童醫療特性，兼顧我國兒童醫院成立未幾的實際情況，逐步分階段修改評鑑條文，催化兒童醫院的成長與發展。

參、策略

- 一、訂定兒童醫院短、中、長期發展計畫。
- 二、建立共享母院資源的兒童醫院評鑑方案，扶植兒童醫院成長，全力發展兒童最佳醫療、提供兒童醫療教育之最佳環境。
- 三、如將來醫院設置標準調整，開放非醫學中心分立兒童醫院，或完全獨立設置兒童醫院，醫院評鑑設計時應兼顧此兩種形式的評鑑內容。獨立醫院依據其規模與照顧病人數，合理設定管理標準。
- 四、針對兒童醫院評鑑委員，舉行教育訓練並建立回饋機制。

肆、衡量指標

一、中程目標（2022）

配合兒童醫療網規劃之兒童分級醫療發展任務及目標，進行兒童醫院評鑑制度改革。

二、長程目標（2030）

配合兒童醫療網規劃之兒童分級醫療發展任務及目標，滾動式修正兒童醫院評鑑制度。

第六節、健保制度的兒科給付

壹、現況檢討

- 一、兒科醫師人力不足，健保給付有限為影響醫療發展生態的重要因素之一，國內醫療人才發展及分布也因而呈現失衡現象。
- 二、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之兒童相關給付規定為反映兒科醫師投入之心力及對兒童照護之重視，2004~2016年間，健保透過增加支付標準兒童加成項目、提高兒童加成比率、提升兒童相關診療項目支付點數等方式，挹注兒科發展經費累計達33億點數。
- 三、健保給付兒童相關醫療照護計畫
 - (一)牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫：2014年度起納入，以協助發展遲緩兒童及早接受牙醫診療，改善口腔健康，並減少後續相關醫療費用。
 - (二)中醫總額試辦計畫
 1. 特定疾病門診加強照護：2006年推動小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫兩項試辦計畫，並於2013年導入支付標準。
 2. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：透過中醫治療介入，改善過敏性鼻炎兒童的學習情形與生活品質，進而提升學習能力；自2016年9月起實施。
- 四、兒童醫療照護相關論質計酬方案
 - (一)自2001年11月起推動全民健康保險氣喘醫療給付改善方案，透過醫療團隊提供完整、正確的衛教資訊，加強病患自我照護能力，減少急症及併發症發生。
 - (二)發展遲緩兒童早期療育：2015年10月實施「早期療育門診醫療給付改善方案計畫」，建立以個案及家庭為中心之整合性照護模式，提升醫療服務品質，導正就醫行為，提供個案與家庭合理且適當、有效率之療育服務。

貳、目標

為因應人口老化、醫療科技日新月異及民眾就醫自由等因素，造成醫療利用增加；如何讓有限的醫療資源發揮最大效益，提升醫療效率與品質，是醫療發展須面對的考驗。檢視現行制度，全民健保需積極整合與全人照護有關的論質、家庭醫師、醫院整合性門診與論人計酬等全民健保醫療給付改革計畫，讓更多病人能獲得有效醫療照護；促進專科間健保支付的公平性，提高急重難科醫師回流之誘因，全方位提升民眾就醫可近性、醫療品質與照護效果。

一、兒童病患，特別是重症病患，得到適當照護。

二、兒童重症病患得到適當且合理給付。

參、策略

一、持續支付制度改革，提升醫療效率

(一)持續健保支付標準調整方案，確保支付公平。

(二)增加支付誘因，研議各項配套措施；加強與醫界溝通及合作，提升醫療服務效率與品質。

二、推動連續式照護模式，提升醫療品質

(一) 整合與全人照護有關的論質、家庭責任醫師、醫院整合性門診與論人計酬等醫療給付改善計畫，逐步推動促進預防醫學、落實轉診、提升醫療品質及醫病關係之家庭責任醫師制度；依據實證醫學，訂定有效與無效醫療指標。

(二) 鼓勵區域內醫療院所成為合作夥伴，逐步推動促進預防醫學、落實轉診、提升醫療品質及醫病關係之家庭責任醫師制度，以提升醫療照護品質。

三、推動分級醫療，提供周全及連續性兒科照護服務。

肆、衡量指標

一、中程指標（2022）

(一) 改革照護模式，提升醫療品質：滾動修改及改革健保支付標準，提升不同科別間支付的公平性。

(二) 落實連續式照護：推動全人醫療照護，建立連續性疾病追蹤管理模式，落實家庭責任醫師制度，提升轉診服務，提供整合性照護服務。

二、長程指標（2030）

挑選適當指標，建立常規性監控資料庫，作為醫療體系健全成長根據。例如兒童給付相關規定，是否能全面性涵蓋兒童各種醫療面向發展，例如重症病童....等。

第七節、兒科人力

壹、現況檢討

一、國際趨勢

醫師人力短缺或分布不均，是全球許多家共同面臨的挑戰。根據國外文獻，自主的生活形態（controllable lifestyle）被認為是影響醫師專科選擇的重要因素之一；這些因素包含工作時間外個人自主支配的時間、家庭生活、工作時間固定等。

二、臺灣現況

出生率下降、家長對醫療品質的不適切要求或期待、兒科人力成本高、工時長、容易發生醫療糾紛等，在在使得醫院兒科醫師人力大量流失；部分縣市的地區或區域醫院，因兒科醫師值班人力不足，甚至無法開辦兒科夜間急診服務。臺灣兒科醫師執業場所小自基層診所、大至醫學中心，在不同層級的垂直醫療院所分布嚴重不均，依據 2017 年資料，在醫院執業的兒科醫師僅占 37%，偏鄉特別短缺。值班負擔重、醫療糾紛或暴力事件和醫療給付制度不合理等，都是兒科醫師人力短絀加劇因子。

值得一提的是，外科系兒童醫療專才缺乏，更是一大隱憂。由於現代人生育人數下降、產前檢查及各項篩檢工具進步，讓原本為數不多的兒科重難症病例數下降，既影響各專科人才培訓，也可能使醫療照護團隊因經驗不足而不易改善醫療成效。健保給付不對等，未考量兒童病患配合度較差且技術門檻較高，小手術也需麻醉的風險，使得兒科人才網羅愈發不易，設備資源投入不足，惡性循環下，導致兒童醫療發展日益困難，也嚴重威脅到兒童健康品質。

三、兒科醫師執業趨勢與分布

- (一) 兒科執業醫師女性比例增加及年齡老化趨勢。
- (二) 兒科基層執業比例增高，區域分布不均。
- (三) 生育率下降並未減低兒科醫療服務需求。

四、相關制度法規的演進

- (一) 推動生產事故救濟法制化。2012年10月1日起，衛生福利部啟動「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」；2015年12月30日正式公布「生產事故救濟條例」，2016年6月30日正式施行，由政府建立救濟機制，承擔女性生產風險。
- (二) 強化訴訟外之醫療爭議處理機制：1.事前溝通：自105年起推動醫病決策共享（SDM）機制。2.事發關懷：辦理關懷訓練講習；醫院設立關懷小組。3.事後調處：提升衛生局醫療爭議調處品質與效能（建立醫法雙調處並提供第三方專家意見）。

五、全民健保支付標準與審查制度改革

- (一) 提高全民健保兒科及相關醫療支付標準。
- (二) 健保署進行審查改革，作法包括推動精準篩異審查、設定回推倍數上限、強化雲端查詢共享，以期能為醫療營造友善的環境。

六、改善兒科及兒童外科醫師人力供給和分布不均

- (一) 自2001年度起，全面實施1,300名醫學系學生專科醫師訓練容額管制計畫，管控各科招訓人數，爰內科、外科、婦產科、兒科及急診科（五大科）醫師成長已趨穩定。
- (二) 增加五大科住院醫師津貼。
- (三) 合理調整五大科醫師訓練員額。

七、平衡城鄉醫療資源和整合醫療資源

- (一) 挹注兒科及外科系兒童專科的偏遠地區醫療資源。
- (二) 醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院的緊急醫療照護。
- (三) 提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫。
- (四) 全民健康保險跨層級醫院合作計畫。

貳、目標

- 一、醫療執業環境優質化。
- 二、確保兒科及外科系兒童醫療專才的培育。
- 三、平衡兒科及外科系兒童醫療專才的人力分布與發展。

參、策略

衛生福利部在法規制度面採行多項措施，以改善兒童及相關專科醫療執業環境，應持續推動並精進，包括：

一、醫療暴力事件的懲處

- (一) 提高全民健保兒科及相關醫療之支付標準。
- (二) 持續推動健保審查制度改革。

二、平衡城鄉醫療資源

- (一) 落實分級醫療，減少城鄉醫療差距，改善醫療人員超時工作負擔。衛生福利部中央健康保險署應推動有效的社區健康照護網絡和轉診制度，落實分級醫療政策，提供民眾完整、

便利的健康醫療照顧。未來將加強基層醫師之合理醫療給付，提升社區醫療品質；加重醫學中心急診、重大疾病、罕見疾病與加護病房醫療功能的給付。此外，提高偏鄉醫療給付，建立以病人為中心的醫療體系，分別加強垂直與水平整合，有效率報備支援，打造在地健康照護網絡。

(二) 挹注兒科及外科系兒童專科之偏遠地區醫療資源，持續並擴大辦理偏遠地區醫院服務效能。

(三) 持續推動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。

三、確保兒科及外科系兒童醫療專才培育

(一) 提升兒童人口數與兒科醫師數比值，並依據疾病特色和區域需求，規劃在地化或是轉診中心人力。

(二) 兒童外科系醫療是外科系專科醫師訓練核心、而非全部，兒童外科醫療專業訓練之容額須有彈性；再者，對病例數少的兒童外科難症應集中資源，才能有效率地儲備相關專才，改善醫療成效。

(三) 兒童醫療照護特別仰賴各種醫療團隊協助，應依據照護內容與特質，考量兒科專科護理師角色，並培訓相關人才，強化團隊功能。

(四) 因應衛福部自 2017 年 8 月 1 日起公告實施「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，應持續改善各層級兒科醫師之合理工時及人力。

四、平衡兒科及外科系兒童醫療專才的人力分布與發展

(一) 落實兒童醫療網的建置與雙向轉診，以減少城鄉差距（詳見第二節）。

(二) 以在地基層醫療人員為主，與鄰近醫院合作，提供人力、醫療資源、繼續教育等雙向機制。

五、因應女性的兒科主治醫師比例增加，應落實性別工作平等法、工作場所母性健康保護技術指引等相關規範，既保障其權益，亦顧及職場友善育兒環境、彈性工時或臨時育兒假等配套措施，以提高其留職率。

肆、衡量指標

一、中程指標（2022）

(一) 兒童人口數與兒科醫師數比值達已開發國家之中位數。

(二) 規劃北、中、南各有兒童外科系診治中心，具充足的外科系特殊醫療專才及照護團隊，並負責區域（尤其是偏鄉離島）之轉診網絡。

二、長程指標（2030）

(一) 兒童人口數與兒科醫師數比值達已開發國家之前三分之一。

(二) 規劃東部有兒童外科系的診治中心，具充足的外科系特殊醫療專才及照護團隊，並負責區域（尤其是偏鄉離島）之轉診網絡。

第八節、醫療教育

壹、現況檢討

臺灣的醫學教育最早為七年制並包含一年的實習醫師訓練，取得醫師執照後再進行不同專科的住院及研修醫師訓練。然而近年來檢討聲浪不斷，主要是住院醫師訓練呈現過早專科化及過度細專科化現象，容易造成看病不看人的缺失，且與臺灣社會的需求逐漸產生落差。全國醫學院乃規劃學制改革以因應教育部及衛生福利部加強基層診療人力（primary care physician）培育之政策。第一階段為畢業前訓練，由七年改為六年，以使醫學生於取得醫師資格、可獨立執行醫療業務下，接受紮實的一般醫學臨床訓練。自 2011 年起實施完全的一年期畢業後一般醫學訓練（Post Graduate Year，PGY program），而自 2019 年畢業的醫學生則是 6 年制醫學系第一屆，開始實施兩年期畢業後一般醫學訓練。在基礎醫學教育的部分強調跨學科及專題式學習、全人照護、團隊合作與自我學習評核；PGY 第一年的訓練目標在於具備一般醫學（包括兒科）的基本照護能力，第二年則是強化專科基礎訓練、跨領域的醫療照護。這是所有醫師具備兒科臨床照護基本能力的基礎，甚或是偏鄉或兒科人力不足區域的潛在協助者，而對於複雜的兒科重難症，不同專業間有效的溝通與整合更需具備必要的知識背景。

另一方面，兒科專科醫師訓練計畫包括訓練場所及師資、不同層級住院醫師的訓練項目的評估已有完整的規劃。然而，因應現代化疾病分布的改變、健康促進與預防保健的重要性、新興科技對罕病與急重難症的診治、偏鄉或高風險家庭的特殊醫療需求、青少年的行為問題或健康關注，也正逐步推動精進兒科專科醫師訓練，以使受完整訓練的兒科醫師得以發揮所長守護臺灣兒童的健康。

貳、目標

- 一、提升醫學教育中，兒科基本照護知識與臨床技能的學習成效。
- 二、落實畢業後一般醫學訓練的目標，強化所有醫師兒科醫療照護能力。
- 三、精進兒科專科醫師訓練，培育本土性需求人才。

參、策略

一、基礎醫學教育

- (一) 投資師資培育的精進。各種專業知識與時俱進，需提供老師充足的資源，推動以多元、創新、關懷、領導的精神從事教學。

(二) 強化基礎知識與臨床照護的連結。在醫學系第五及第六年年進入臨床見習時加強實作，除了一般臨床教學之外，特別強化與「疾病診斷」相關的病史詢問、病徵檢查及邏輯思考訓練；並注重培養照護病患的責任感，強化與「病患照護」的相關訓練，以了解病人心理感受、期待與病患和家屬建立良好人際關係的訓練。

二、畢業後一般醫學訓練：落實受訓者以兩年不分科住院醫師身分，在實際負責病患照顧的實作中，學習全人醫療的診療經驗包括兒科基礎照護，如熟悉兒科病態或疾病之處理、預防醫學概念、及跨部門的溝通與整合。

三、兒科專科醫師訓練：定期評估兒童醫療照護需求，逐步調整相關訓練規劃，尤其要落實繼續教育課程，培養實證醫學為基礎的醫療照護，以提升照護能力。採用實體課程、網路多媒體等多元方式，以提升訓練成效，並顧及於偏鄉地區執業之醫師進修權利。

肆、衡量指標

兒科專科醫師訓練宗旨在「培育能以病人為中心、施行全人照顧、具備兒科臨床能力的醫師。

一、中程指標（2022）

(一) 規劃兒科醫師訓練計劃的系統性客觀評估機制，以確保兒科醫師於完成訓練後的臨床照護品質。

(二) 推廣繼續教育課程的便利性，例如線上課程、視訊連線等。

二、長程指標（2030）

(一) 定期評估並修正兒科醫師訓練課程，以因應臺灣本土兒科照護的需求。

(二) 偏鄉或人力資源不足地區的兒科執業人員能及時獲得更新的醫療照護知識。