

2011 全國婦女國事會議－性別政策綱領草案：健康、醫療與照顧

<http://www.gsi.nccu.edu.tw/?p=1209>

全國婦女國事會議將於 100 年 3 月八號召開，將是性別研究的一大進程，對於性別跨領域研究將有突破性的發展，本文為會議的性別綱草案八篇中的一篇。連結如下，[http://www.women100.org.tw/main\\_page.aspx?PARENT\\_ID=23](http://www.women100.org.tw/main_page.aspx?PARENT_ID=23)

健康、醫療與照顧篇－性別友善及身心並重是推動全方位健康政策的目標  
(初稿)

現況與背景分析

2004 年婦女政策綱領，依建構健康優先、具性別意識醫學倫理的健康政策原則，訂定健康與醫療的政策內涵為：(1)制定具性別意識之健康政策，建立有性別意識的醫學倫理與醫學教育。(2)強化性教育，提昇女性身體及性自主權，避免性病及非自主之懷孕。(3)健康決策機制中應考量性別的平衡性。(4)落實對婦女友善的醫療環境，並充分尊重女性的就醫權益及其自主性。(5)全民健康保險制度之決策及資源分配，應力求地區、階級、族群及性別的平衡。(6)從事具性別意識的女性健康及疾病研究。(7)檢視並改善女性健康過度醫療化的現象。(8)肯定女性對促進及維護健康之貢獻，對家庭及職場的女性照顧者提供充分的資源及報酬。(9)推動青少女性教育工作。

爰此，衛生署於 2005-2007 召開數十場跨部會之政策制定會議，於 2008 年核定通過「婦女健康政策」，係首次打破局處業務導向、疾病導向、醫療導向、譴責病人導向，並以渥太華健康促進五大行動綱領撰寫之具性別意識健康政策。針對婦女政策綱領之九大政策內涵，轉化為可具體落實之目標和策略行動。這六年期間的性別與健康發展分述如下。

#### (一) 健康決策之性別平衡不夠

衛生署所屬委員會的女性參與率從 2005 年的 22% 提升至 2009 年的 38%，委員任一性別未達三分之一的委員會比例從 2005 年的 77.8% 大幅降低為 2009 年的 7.7%。衛生署所屬機關職員的性比例為 36.3(男/女\*100)，非主管 29.7%，主管 102.1。

醫事照護人力性別比例失衡，女性婦產科醫師比例 14.7%，男護士比例 1%，護理之家照護者與照顧服務員之男性比例皆低於 10%。但健康/醫療/照顧工作產業卻是職場性別友善措施推行最不力之產業，約聘兼職比率日益提高，工作勞務與情感勞務繁重，嚴重缺乏支持婦女兼顧家庭和工作責任之措施。

#### (二) 具性別觀點之健康研究質與量皆不足

衛生署以人為對象之疾病死亡率、疾病危險因子、流行病學及公共衛生研究已進行性別分析之比例自 2006 年 30.8% 提升至 96 年 49.1%。為提升研究科技計畫管考人員的性別意識，於 2007 年和 2008 年科技管理研習營融入性別主流化與性別影響評估課程。但國科會與國衛院並無提升健康與醫療科技研究者性別意識的措施。

性別統計資料庫係彙整自既有衛生統計指標、健康調查與健保利用之資料，缺乏界定社會性別對健康的影響（性別在社會文化、經濟、環境、醫療照護系統等健康決定因素上的差異，對健康的影響）。有資源利用的分析，但沒有資源控制的分析（避孕方法的利用率、避孕的決定權、墮胎的決定權、剖婦產的決定權），無法瞭解家庭健康照護資源與決策。只能回答資源使用者是誰，但無法知道使用者的利益是什麼。多為個人指標，沒有從國家、醫療機構、社區等制度與組織結構觀點，分析性別與健康的關係。沒有針對健康服務提供的可及性、可近性分析（財務可近性、地理可近性、文化可近性）和公平性分析（經濟發展、職業、地區經濟型態、所得不平等）。此外，缺乏監督機制，資料未定期更新，缺乏從性別統計發展性別目標甚至性別回應預算的政策機制。另，性別統計按婦女政策綱領羅列，不易看到健康議題中是否反映健康優先的價值，亦不易突顯女性在慢性病的風險高於男性的。

性別統計分析仍局限於生理性別的面向，社會性別統計次分類不足，如：抗憂鬱藥物的使用和運動有性別比，但無法進一步得知年齡別的性別比、城鄉的性別比。因此會出現整體而言慢性病健康風險男高於女，但是依年齡別檢視生命週期不階段的健康風險，會驚覺五十歲後之高血脂、高血糖、高血壓發生率皆是女性高於男性，存在風險發展趨勢之性別差異。

因為性別統分析不足，而導致有性別統計卻性別盲的現象。吸菸人口男性多於女性，但是吸菸率減少約 2%，約減少 30 萬吸菸人口，但減少的是男性，女性吸菸者是增加的；如果進一步分析過去 1 年曾經戒菸、有戒菸意圖和曾有醫護人員勸戒之性別統計，則會發現女性戒菸動機和戒菸支持是低於男性的（排除懷孕分娩戒除）。

### （三）性別友善醫療環境進展慢

醫師與護理師之繼續教育分別自 2007 年與 2008 年開始列入性別相關課程。目前為止，西醫師 92.5%、牙醫師 91.9%、中醫師 84.6%，護理師 72.7%、護士 51.1%、職能治療師 53.3%、職能治療生 42.5%、放射師 66.9%、放射士 54.6%、醫檢師 57.4%、醫檢生 40.0%、營養師 58.7%、助產士 28.4%、心理師 10.1% 每年接受二學

分之性別學分。但是，並未評估性別繼續教育是否提升其性別敏感度。

母嬰親善醫院數自 2004 年 77 家略為增加至 2009 年之 113 家。但陪產率並未增加(25%)，城鄉差異不大。母乳哺育率 52.4%遠低於北歐國家的 98%與日本的 70%。母嬰親善醫院的普遍率仍低，特別是基層婦產科醫院，母嬰親善重點傾向哺餵母乳支持環境，極少針對女性友善生產措施，如待產、生產、產後同一室的樂兒房，減少生產過度醫療化及增加女性身體參與和自主性之生產計畫書。少數醫院設置更年期門診、婦女健康門診/中心與青少年門診，但未有推廣政策，亦缺乏輔導與認證之鼓勵機制，以確保服務內容是否兼具保健資訊之充權和性別意識培力。

過度醫療化仍然嚴重，子宮切除率自 2004 年 0.19%下降至 2008 年 0.13%。生產醫療化剖腹產率未見下降，2001 年到 2007 年約在 32%到 35%上下(WHO 建議能接受的剖腹產率為 10-15%)，灌腸與會陰切開微幅降低。女性與男性之更年期被簡化和醫療化為性荷爾蒙不足，忽略更年期是中年進入老年過程中，除生理變化外，亦是社會角色、家庭結構、勞動經濟變動，準備退休的階段。

#### (四) 性別角色規範差異影響身心健康

性別角色和不平等的性別關係在不同的社會經濟背景下，健康防護的機會、資源多寡與求醫行為存在性別差異，導致健康風險，以及獲取健康資訊、照護和服務之機會不同，造成健康結果的性別差異。

婦女受傳統社會角色的規範，無酬家庭照顧者七成以上為女性，擁有較低經濟資源與決控感，在無替手情況下，一天工作時數為十九小時全年無休，老年照顧者尚有自身健康狀況之需求，其餘非老年之照顧者，尚有育兒之家務和經濟負荷，但是女性家庭照顧者喘息服務申請利用率卻低於男性。25-44 歲育齡期婦女勞動參與率為 75%，疲勞程度是所有年齡層之冠，凸顯職業婦女心力交瘁。雖然婦女工作對其健康有正面影響，但其主要從事之服務業、製造業、文書行政與照護工作，又因勞動環境差、同工不同酬、輪班、情緒勞動等因素，以及工作與家務兩個班別的雙重壓力下，每日平均工時較男性多一至三小時。

性別角色規範導致精神疾病罹患率與鎮靜抗憂鬱用藥一直是女性多於男性，且女性憂鬱症發作期長、較易慢性化、復發率高。近年來，精神疾病罹患率男女皆有增加的趨勢，但值得注意的是罹病率的年增率男性高於女性。男女好發之精神疾病類型不同，其中最大宗的情感性精神疾病和精神官能症女性是男性 1.5 倍，酒精性疾病與酒癮症候群男性是女性的六倍(年增率卻是女高於男)。自殺死亡的男女性別比是 2.3，但是自殺通報關懷個案性別比卻是 0.5，安心專線來電者性別比 0.6，顯示女性會主動求助，易被社會網絡發現通報，但男性少求助且易被旁人

輕忽的現象。而男性自殺率激增對女性的影響並未被探討。

重男輕女導致生殖醫療過度干預影響出生性別比失衡。自然情況下之出生性別比約在 105 至 106，絨毛胚胎性別基因檢測技術的介入使得八零年代出生性別比上升至 110 以上。爾後因造成嬰兒畸形被衛生署明令禁止，醫師也怕醫療糾紛而趨保守，性比例下降至 108。近年因抽血即能檢驗胎性，又使性比例激增至 111。

不孕夫妻因傳宗接代期待造成身心與經濟負荷。為健全人工生殖之發展，保障不孕夫妻、人工生殖子女與捐贈人之權益，於 2007 年實施人工生殖法。利用率逐年增加。2008 年人工生殖週期中，懷孕率 36.5%，活產率 27.1%，25.7%懷孕週期並無活產結果，而活產週期中雙多胞胎佔 35.5%。僅 4.2%使用捐贈精卵。懷孕率與活產率幾乎是隨著接受治療者女性的年齡之增加而下降。

此外，對女性瘦才是美、胸部豐滿才具魅力、男性性功能等性別迷思，導致整型美容醫學與性功能治療等過度醫療化和商品化現象，女性過度消費瘦身產品惡化經濟處境，甚至引起不安全用藥問題。

#### （五）慢性病與癌症防治亟需具性別敏感度社會文化和環境策略

慢性病的代價很大，有效的疾病防治包括預防、篩檢和治療三大策略，具性別敏感度的政策和方案須能鑑別生理性別與社會性別導致健康風險和求醫行為的差異，以及疾病後果和疾病負荷的性別差異。菸害防治法與癌症防治法著實讓改變了過去重治療輕預防的現象。國民健康局近年積極採取獎勵輔導和管理醫事產業手段，改善醫院重醫療和輕預防與篩檢之思維與作法，提升健康服務品質與涵蓋率，不同於過去僅採取衛生教育介入傳達保健是個人義務的價值。如：癌症診療品質認證醫院（40 家）、糖尿病健康促進機構認證（167 家）、社區戒菸諮詢藥局（北縣北市南市嘉市共 280 家藥局）。特別是醫院癌症醫療品質提升補助計畫獎勵原則中，評核指標以論質計酬概念加權計分五年內和 2 年內未做過子宮頸抹片和乳癌篩檢，與癌症存活率，獎金分配預算 76%為癌症篩檢，34%為癌症診療。但婦女癌症防治預算以篩檢為最大宗，雖然降低婦癌死亡人數，但仍無法降低婦女的罹癌的風險，此外子宮頸癌疫苗防治策略焦點若為 HPV 疫苗甚至以子宮頸癌疫苗稱之時，則將性傳染疾病之男性責任隔絕於外，防護職責歸因於女性，是性別平等觀念的退步。

慢性病防治仍過度重視個人行為改變在健康促進上的重要性，忽略社會文化、環境和科技因素對健康的影響和限制。如：女性肺癌與廚房油煙、二手煙、拜拜持香、雷射印表機廢碳粉等關係，乳癌與食物和環境荷爾蒙的關聯。未依不同性別之生命週期和社會經濟處境發展以民眾為主體規劃整合式照護。城鄉地區之健康

照護資源與成效差距大，慢性病死亡率地區差異性大，以糖尿病為例，高屏和花東是北市的兩倍。

按議題推展保健工作，導致系統器官分離與身心分離，衛生局所、醫療機構、職場與社區的垂直整合和水平合作尚待強化。特別是女性更年期是健康老化的關鍵點，其所需之心理健康、生理健康、性健康、運動、健康飲食和疾病篩檢分屬多個機構，醫院更年期門診、更年期諮詢服務、更年期成長團體與社區/職場健康營造，並未建構出以女性為主體之更年期照護網。國民健康局曾鼓勵各縣市發展成立的更年期成長團體，因未有積極策略協助其發展，目前仍運作團體數少，亦未能掌控更年期資源清單。

#### (六) 廣泛和持續存在的不平等現象

雖然男女面臨許多類似的健康挑戰，但差距依然很大，以致要特別關注婦女的健康問題。出於生物和行為方面的優勢，婦女的壽命一般比男性長。但是婦女的壽命較長但不一定健康，有些症狀只限於婦女，並且只有她們可能遭受其負面影響。其中一些，諸如妊娠和分娩等，並非疾病，而是具有健康風險並需要衛生保健的生物和社會過程。有些健康挑戰對男女均有影響，但是對女性的影響更大或不同，因此需要明確適合婦女需要的應對措施。其它症狀對男女的影響程度多少相同，但婦女在獲得所需要的衛生保健方面面臨更多的困難。此外，基於性別不平等現象—例如勞動就業和收入方面的不平等—限制了女性保護其健康的能力。國家內部存在健康不平等現象，多元文化性別族群的健康需求不同，針對經濟、文化、區域、族群發展等不利條件下之兒童、少年、身心障礙者、老人、原住民、新住民等，應提供額外之協助以提升其健康生活品質

新住民女性僅生育健康被關注，其餘健康需求皆未被考量。原住民之十大死因與十大癌症不同於全國統計，平地與山地鄉各疾病之發生率和死亡率皆遠遠高於都會區原住民，不同族裔間差異性亦大，但未見有不同策略介入。原住民腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、慢性肝病及肝硬化、事故傷害、高血壓之死亡率遠高於全國，其中高血壓與糖尿病的死亡率是女性高於男性。平地鄉與山地鄉原住民癌症死亡率高於都會區原住民 2-3 倍，值得注意的是平地鄉女性乳癌死亡率是都會區和山地鄉的 2 倍，子宮頸癌平地鄉和山地鄉是都會區的 10 倍，反應有潛在醫療保健服務利用可及性與可近性差的問題。原住民族不同族間的健康差異大，包括酗酒暴力等心理健康問題，亦缺乏對應之策略。

女性是長期照護的大宗利用者，因為平均餘命（男 75.6 歲，女性 81.9 歲）與失能生存年數（男性平均失能 6 年，女性 7.5 年）接是女性均高於男性，推估需長期照護人數女多於男(1.5 倍)。而結婚年齡男性大於女性三歲，老年配偶照顧者

又以女性為主。原住民的老年性比例為 0.66，更凸顯女性原住民的高齡需求與長照需求。

國民健康局為加強青少年的性健康，建置幸福 e 學園，提供性知識、線上心理諮詢與提問。可惜月經資訊、經痛處理、性傳染疾病（HIV 與 HPV 病毒感染）不足，釐清子宮頸癌是性傳染疾病，青少年提問未作性別分析，明確區分少男與少女資訊區。性教育與性健康主管單位不同資源重疊，介入成效不明。

### 基本理念與觀點

CEDAW 公約中與健康/醫療/照顧有關的條文包括：第十二條「消除保健方面對婦女的歧視，特別是生育健康」，第十條「保障婦女教育和培訓的權利，包括參加體育和獲取計畫生育知識的權利」，第五條「消除有關性別角色的陳規定型觀念與偏見」，第六條「考量農村婦女面臨的特殊問題與權利」。

聯合國第 54 屆婦女地位委員會（2010）對北京行動綱領中的健康議題提出未來仍須加強的項目中，值得台灣借鏡的是：(1)增加健康促進和生殖健康服務的資源配置。(2)促進未成年女性之生殖健康，預防早孕與性傳染疾病。(3)重視脆弱婦女群體的優先需求，如：身心障礙婦女、老年婦女、貧窮婦女、偏遠地區和農村地區婦女等。(4)加強保健系統之可及性和全面性，擴大心理健康、暴力侵害婦女和非傳染性疾病有關之女性保健服務。(5)應更加重視婦女作為正式和非正式照護者的需求和優先事項。WHO 在婦女與職業健康計畫中強調除有薪工作之健康問題、職業生育危害與性騷擾外，亦須關注家務勞動、照顧工作者、移民工作者之健康問題。此外，WHO（2002）的《性別政策》強調所有公共衛生政策、研究與介入方案，皆需融入性別分析觀點，釐清生理性別與社會性別造成之健康風險與健康後果影響，與性別有關之社會經濟和文化因素造成之健康不平等，以及性別角色與性別權力關係是否導致健康服務利用之不公平。

為回應第四屆世界婦女大會通過的《北京行動綱領》和聯合國經濟及社會理事會關於把社會性別觀點納入聯合國系統所有政策和方案主流的第 1997/2 號商定結論。第六十屆世界衛生大會通過了《把性別觀點納入世衛組織工作的主流策略和行動計畫》WHA60.25 號決議，並敦促會員國制定國家戰略以便在衛生政策、規劃、研究和計畫過程中處理性別問題，該決議還敦促會員國確保將性別平等觀點納入各級衛生保健提供和服務，建立性別分析和計畫的能力，把性別問題納入組織管理的主流，促進性別統計資料的使用和性別分析，建立問責機制旨在加強和擴大衛生組織的能力並形成制度化，以分析社會性別和生理性別在健康方面的作用，並監測和處理健康系統和可避免的性別不平等，確保能充分實施性別主流化。將性別觀點納入各項政策和規劃，對於實現所有千年發展目標具有重要的意

義(充權和性別平等),並能促使 2002 年通過的世衛組織性別政策實踐。(WHO, 2009)。

WHO 在 2009 年出版《婦女與健康：今日之證據，明日之議題》，報告指出婦女的健康需要超越了性和生殖問題報告，除生物與社會決定因素的相互作用之外，並提醒注意兩性不平等可能導致更加容易面臨風險和遭受其影響，難以獲得衛生保健和資訊，並影響健康結果。長期以來，婦女健康一直是 WHO 關注的一個問題，但今日已成為急迫的重點問題。這份報告闡明了其緣由。它利用當前資料，總結了我們目前對婦女在其整個生命過程中以及在世界不同區域的健康問題的認識。WHO 提醒各國如果不能在婦女生命的適當時期處理健康問題，可能造成的後果和代價更大。在人口日益老化的時代，我們的挑戰是要預防和管理今天的風險因素以確保它們不會導致明天的慢性健康問題。本報告呼應《2008 年世界衛生報告：初級保健—過去重要，現在更重要》中提出的初級保健改革的相關意義，並特別強調在婦女健康問題上急需更協調一致的政治和機構領導、可見度和資源。

面對來自人口老化、家庭功能萎縮、社會價值變遷、城鄉差距及跨國婚姻的挑戰，復加上氣候變遷、環境汙染與安全等健康風險曝露的升高，追求健康平均餘命非醫藥科技能辦到。健康照護體系的目標，包含安全、有效、以病人為中心、即時、有效率以及公平。展望未來，2011 年性別平等政策綱領之健康/醫療/照顧的原則為：切合性別的需要、參與及充權、健康促進與疾病預防優先、健康公平與與效益、生理與心理並重、社區服務導向、跨部門的整合性策略。其最終目標為達到性別平等，促進健康政策與服務之成效、涵蓋面和公平性。

### (一) 性別平等與公平

不因個人生理性別而在機會、資源與利益配置和取得服務方面而受歧視的性別平等。性別公平則是不同性別間的利益和責任分配應符合公平和正義，重新認知不同性別間會有不同的需要和權力，而這些分歧應該被識別和處理的方式，糾正兩性之間的不平衡。性別主流化要改變移組織文化和思維方式，以及在目標，結構和資源分配上的性別正義。因此需要在機構內不同層次調整議題設定、決策、規劃、實施和評價。

### (二) 性別敏感度

增加性別影響健康和健康照護的質性與量性知識與資訊，據此發現性別目標，切合性別的需要，以做為發展性別敏感度計畫的基礎，並據此監測進展。儘管對婦女健康問題已有諸多瞭解，但是對於婦女所面臨的特殊挑戰的規模和性質以及有

效應對這些挑戰的辦法，認識仍不足。

### (三) 參與及充權

強化參與決策的層級，縮小職位性別差距的權力平等外，方能使決策具備性別敏感度。儘管女性是主要的健康促進者，衛生系統依賴女性提供健康照護，包括在家庭內擔任主要照護人、在社區和醫療院所擔任保健志工，但是衛生系統往往很少回應她們的需要。婦女雖然是衛生系統的骨幹，但是她們卻很少能夠擔任行政或管理層的職務，大多數往往只從事低工資工作並面臨著更大的職業衛生風險。當婦女在家庭或社區中擔任健康照護提供者時，往往得不到支持、認可和報酬。

### 政策願景與內涵

#### 制定具性別意識與健康公平之政策與議程

制定跨部會共同允諾達成的婦女健康議程。性別與健康議題散落於各部會之局處間，有必要開展更多的合作，建立支援性結構、獎勵措施和問責機制，提昇政策實踐之效益，中央與地方衛生單位內部局處科室間要有效的協作和聯繫，此外主動積極與其他部會發展協同合作，期能更全面性和回應滿足婦女的需要。

促進公共政策改革以達更健康的社會。公共政策對女性和女童的健康結果具有潛在重要的影響力，如：健康學校、健康職場、健康醫院、健康社區、樂齡教育等方案，皆須融入性別觀點發展性別友善措施，增加充權，減少性別不平等。

確保所有的研究、政策、計劃、方案和倡議皆須融入性別觀點，包括公共衛生、醫療服務、照護與生物醫藥科技，此將有助健康公平與效率的目標達成。

政府部門、醫療照護機構與學術研究機構之中高階管理人員皆須具性別意識與性別分析能力，確保性別政策推動、傳遞、轉化行動策略與管理監督之效益。

確保健康/醫療/照顧服務決策機制中的性別平衡。

重新配置健康與醫療資源。建構以健康促進為主，疾病預防為輔，醫療與照護為最後一道防線的健康體系。更多預防癌症發生的研究、方案和跨部會政策。落實心理健康三段五級之資源分配。提高山地離島、農村與偏遠地區之資源可及性與可近性之有效策略。

以社區為基礎的心理健康服務系統，統一整合各級心理衛生工作(藥物濫用、節酒、自殺、家暴精神病友、家庭…)，減少婦女因疾病、社會、文化成因所造成之心理健康威脅，增進其心理抗逆能力。

檢視並改善生殖健康、性健康與心理健康過度醫療化的現象。

減緩女性長期照護依賴之時間，延長健康平均餘命。

將性別分析與性別平等議題納入提供健康照護體系的主流



落實健康及疾病研究與實務方案融入性別分析。必須分析性別角色和性別關係對下列各面向的影響：(1)健康保護和危害影響；(2)利用資源以促進和保護心理健康和生理健康，包括資訊、教育、技術和服務；(3)疾病的表現、嚴重性、發生頻率與結果；(4)疾病與健康的社會文化情境；(5)健康系統和服務的反應；(6)正式和非正式健康照護提供者的性別角色。

增加性別影響健康和健康照護的質性與量性知識與資訊，據此發現性別目標，以做為發展性別敏感度計畫的基礎，並據此監測進展。所有衛生統計資料必須按年齡和性別分列，這類資料對於方案的策劃和管理至關重要，研究工作在設計、分析和闡釋結果時，必須注重性別問題。

落實對婦女友善的醫療環境，並充分尊重女性的就醫權益及其自主性。

培養健康/醫療/照顧從業人員之性別敏感度，提升健康/醫療/照顧機構之性別敏感度。使其有能力評估民眾在不同生命週期階段之需求和獲取服務的能力是否有社會性別差異，鑑別社會角色、文化與生物因素對健康風險、疾病經驗與健康結果的影響。

提升健康/醫療/照顧產業與學術研究機構內的性別平等，促進健康/醫療/照顧產業勞動處境之性別友善性。健康醫療照顧產業多為女性從業人員，約聘人力比例高，輪班與超時工作。破除健康/醫療/照顧服務工作者之性別刻板印象。

為滿足青少女、青少年、育齡期婦女及其配偶、新住民女性、原住民女性、老年女性、身心障礙者、多元性別取向者的性別友善照護，不應只是成立更年期門診、婦女健康門診/中心，只給醫療未給教育資訊。

消弭性別角色規範對身心健康的影響

肯定女性對促進及維護健康之貢獻，鼓勵男性參與家庭照顧，減少我國傳統社會之照顧責任女性化現象。

重視性別規範差異對心理健康的影響。對家庭及職場的女性照顧者提供充分的資源及報酬。減少婦女因疾病、育兒、照顧工作、社會文化成因所造成之心理健康威脅，增進其心理抗逆能力。

重視暴力、隔離、忽視與偏見在婦女身心所造成的健康問題。

照護服務之規劃考量家庭照顧者之社會性別需求(照顧者之性別角色、城鄉差異、原住民山地鄉之特殊文化與資源可近性需求)，不因社會性別差異而產生照護資源取得之障礙，長期照護需要者能獲得具社會性別及文化適切性之身心照護服務。提供女性需照顧者符合個人需求之長期照護服務，並支持家庭照顧能力，對女性照顧者提供適當之協助，以分擔家庭照顧責任，減輕女性照顧者之照顧負擔。

提升健康/醫療/照顧過程中之自主性

提昇身體意識及性自主權，包括身體意識與健康教育，並建立正確體型意識，特別是女童與男童、青少女與青少年。

非性別隔離的性教育與經期健康教育，減少性傳染疾病與非自主之懷孕，包括已

婚與未婚、成年與未成年。

確保並尊重文化與經濟弱勢族群之自主性（原住民、老年婦女、新住民女性、身心障礙者、移工等）。

按新住民女性來台後家庭生命週期各階段之需求，除了生育健康外，亦應跨大至其他性健康、經期健康、心理健康、慢性病與性傳染疾病預防、用藥安全、健康生活型態等資訊和服務。健康照護人員須尊重並了解不同國家新住民原生國之文化、健康信念與認知程度，據此提供適切資訊和發展服務。

發展各生命週期階段以女性為主體之整合式健康照護服務與健康資訊。

包括經期健康、生育健康、性健康、健康生活型態、心理健康、慢性病與性傳染疾病預防、用藥安全、環境危害健康等。

建構孕產婦的社區照護網絡，由懷孕開始到產後照護，針對不同目標群體提供適切的充權，提升生育健康和自我保健的之知能和自主性，營造兩性參與的親善生產及母乳哺育環境。

讓所有女孩有一個公平的健康開端對其一生健康至關重要。成年婦女面臨的許多健康問題源自兒童期，為使青少年能健康地過渡到成人期，必須了解他們的健康和發展需求並予以滿足解決。幫助青少年在青春期養成健康的習慣，將使其以後健康受益匪淺，包括可以降低心血管疾病、中風和癌症導致的死亡率和殘疾率。同時也能解決老年婦女的需求，由於婦女壽命通常比男性長，所以她們在整個老年人口中的比例越來越高。社會必須現在就做好準備，預防和管理通常與老年有關的慢性健康問題。在年輕時確立健康的習慣可以幫助婦女積極健康地活到高齡歲數。

性和生殖是生育年齡期間(15 到 49 歲之間)的核心議題。婦女健康不僅僅與婦女自身有關，而且還對下一代的健康與發展具有影響。從學校、家庭、職場、社區、醫院、電腦網路等建構一共同照護網。

藉由生命週期介入促進性別間的平等，並確保介入方案不會惡化性別角色關係的平等。

### 具體行動措施

積極推動性別友善之醫療與照護環境

透過倡議活動、研討會或訓練等方式，讓國內醫事專業相關人員團體了解 CEDAW 公約和北京行動宣言，掌握 WHO 之性別主流化策略，以利性別友善醫療與照護環境發展。

訂定性別親善門診之獎勵辦法並擴大普及率。比照癌症診療品質認證、癌症醫療論質獎勵要點，提供醫療與照護機構申請性別友善獎勵之誘因，導引醫院持續辦理癌症醫療品質提升工作，提升主要癌症篩檢率及癌症診療品質，延長癌症病患存活率。醫院癌症醫療品質提升補助計畫獎勵原則中，根據評核指標核發獎勵金，以論質計酬概念加權計分五年內和兩年內未做過子宮頸抹片和乳癌篩檢，與癌症

存活率。

透過全民健康保險的給付規定，改善醫院重醫療和輕預防與篩檢之思維與作法。研擬建立醫療風險基金，優化醫師執業環境，則可減少防禦性醫療，避免不必要醫療項目。如：剖腹產。

醫療與照護機構評鑑與衛生局所績效納人性別平等指標

醫事與照護機構內成立性別平等推動委員會，每年提出一項性別改善目標和方案。

醫事與照護機構人力資源性別統計，逐年縮小勞動性別化之比例。

各種醫院評鑑項目，增加促進醫事與照護機構勞動就業之性別友善性措施。

醫事人員除繼續醫學教育每年至少需二學分性別相關課程外，擔任醫療與照護機構中高階主管需接受進階性別分析與性別預算培力課程。

重視醫療人員所得分配不公，護理人員和約聘人員薪資過低的問題。

健康促進醫院評鑑認證項目，針對員工部分，應增加性別權益項目，包括托育服務、員工身心健康需求。

檢視性別工作平等法在醫療與照護場域的實施現況。

健康政策與衛生法規之性別影響評估和成效分析

1. 定期檢討性別統計指標項目是否充分反映健康的性別差異，是否考慮到性別角色和性別差異及社會中的不平等現象，男女受益於獲得資源和服務的方式，健康政策是否回應性別統計發現的性別不平等問題。

2. 擴充性別統計維度責成各單位使用性別統計做性別分析而後產生中長程計畫。

3. 中央政府非新增之持續性中長程重大衛生計畫與重要醫療法規，皆需作性別影響評估。

4. 心理健康相關政策應執行之性別影響評估。

5. 針對長期照護需求的性別差異性發展策略。

6. 醫療院所與衛生局所健康服務方案規畫時須做性別檢視。

7. 全民健康保險和未來的長期照顧保險應以給付為誘因，積極推動國民保健工作，落實民眾健康行為與健康生活型態管理，預防疾病，促進國民健康。

8. 建構以鄉鎮社區為基礎的心理衛生服務系統，推動分級預防工作。

9. 依據社區與特定社群之醫療保健需求，整合社區醫療保健資源，全面提升醫療品質，發展優質、安全、可近性之全人的醫療照護體系。

10. 各項健康與福利服務之提供應以容易接近、連續性、權責分明、費用負擔得起，以及滿足全人需求和促進其身心健全發展為原則規劃之。

#### 確保服務提供決策過程中婦女的意見發聲

1. 中央與地方之健康/醫療/照護人力的性別平衡、婦女在各層級之決策參與不低於 30%、去除人員僱用之性別刻板印象、各種性別受僱者之支持網絡、組織工作考量婦女生育責任、社區健康委員會的性別平衡、服務提供過程聯結性別團體、檢視服務方向是否有性別偏見。

2. 衛生署與國民健康局例行性的健康調查，包括生育力與家庭需求調查、兒童及青少年行為之長期發展調查、嬰幼兒健康照護需求世代追蹤調查，中老年世代追蹤調查、三高調查、吸菸調查、國民健康訪問調查等，皆應作性別統計，呈現年齡、性別、身心狀況、種族、宗教、婚姻、性傾向等社會人口特質而有之健康、醫療與照顧需求，以利提供適當的服務。

3. 經濟、文化、區域、族群發展等不利條件下之兒童、少年、身心障礙者、老人、婦女、原住民、新住民等，必須定期諮詢與結合民間社團，以了解其需求並提供額外之協助，以提升其健康生活品質。

#### 跨部會局處合作之健康策略

檢視衛生單位各局處之業務分工，重整為以生命週期為主體，針對不同生命週期之重要健康議題，整併連結三段五級工作與資源。

聯結社會福利、衛生、教育等部門，提供兒童、青少年獲得整合之健康教育、性教育、經期教育和心理健康教育。

聯結衛生與就業經濟勞動部門，提供適用於不同產業別與工作屬性之職場健康資訊與諮詢，並評估監督其成效。

連結衛生、內政部、移民署與學校，依新住民家庭生命週期提供具文化適切性之健康資訊、諮詢與服務，並評估監督其成效。

跨部會整合與績效管理，俾利提供全人、全程、全方位的服務，以及增進資源使用的效率。