

# 調 查 報 告

壹、案由：雲林縣為我國老年人口佔比第二之縣市，108年之零歲平均餘命為78.74歲，僅優於屏東縣、臺東縣及花蓮縣；死亡率為10.52%，僅低於嘉義縣及臺東縣。雲林縣之醫事人員及醫療機構集中於特定鄉鎮，雖設有「幸福專車」協助老人就醫，但沿海地區鄉鎮老人就醫仍有不便，且偏遠鄉鎮因非山地離島地區，中央挹注之資源有限，使雲林縣偏鄉地區民眾遭遇健康不平等。究應如何弭平雲林縣與全國其他縣市及縣內鄉鎮醫療資源不均問題，提升就醫可近性，有深入瞭解之必要案。

貳、調查意見：

案經函請衛生福利部（下稱衛福部）、雲林縣衛生局、交通部說明並調取卷證資料，並於民國（下同）110年3月22日至長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院（下稱雲林長庚醫院）履勘，及諮詢專家學者，嗣於同年4月8日詢問相關機關人員，完成調查。茲綜整調卷<sup>1</sup>、履勘、諮詢及詢問所得，提出下列調查意見：

- 一、衛福部以醫療網之醫療區及次區域內每萬人口之病床數、醫事人員數作為規劃醫療資源分布之基礎，然此基礎忽略（次）區域內之人口及醫療機構並非平均分布之事實，以平均值作為特定地區醫療資源並無不足之認定，未能如實反映偏鄉地區醫療資源不足之困境及當地民眾遭受健康不平等之威脅。雲林縣20個鄉鎮中有14個為全民健保醫療資源不足地區，衛福部及

---

<sup>1</sup> 交通部109年12月9日交路字第1090415332號函、雲林縣衛生局109年12月25日雲衛會字第1099000119號函、衛生福利部109年12月22日衛部顧字第1090143099號函。

雲林縣政府允應完善在地醫療照護、養成在地醫療人力，提升照護服務可近性，並因地制宜建構普及、可近且高效率的健康照護環境，縮減健康差距。

(一)按醫療法第88條第1項規定：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。同法第89條規定：醫療區域之劃分，應考慮區域內醫療資源及人口分布，得超越行政區域之界限。查衛福部訂定之醫療網，依地方生活圈、都市化程度、交通、人口密度及就醫習性劃分醫療區，將雲林醫療區劃分成「斗六次區域」、「虎尾次區域」及「北港次區域」3個醫療次區域，其中斗六次區域包括斗六市、蔴桐鄉、古坑鄉、林內鄉、斗南鎮；虎尾次區域包括大埤鄉、虎尾鎮、土庫鎮、西螺鎮、二崙鄉、崙背鄉、褒忠鄉、東勢鄉、臺西鄉、麥寮鄉；北港次區域包括北港鎮、元長鄉、水林鄉、口湖鄉、四湖鄉。

(二)依據衛福部106年核定之「第八期醫療網計畫」，每西醫師服務人口數（公式為：總人口數/西醫師執業人數）於105年之目標值為529人，換算成每萬人口之西醫師人數為18.90人。另依衛福部「108年醫療機構現況及服務量統計分析」，雲林縣與全國相較，醫事人員數及醫療機構床數之情形如下：

- 1、每萬人口執業醫事人員數，雲林縣為79.0人，全國為112.6人。
- 2、每萬人口執業醫師數，雲林縣為18.1人，全國為30.4人。
- 3、醫院專科醫師專任人數，雲林縣為53.8%，全國平均為70.0%。
- 4、平均每萬人口醫院病床數，雲林縣為47.1床，全

國平均為57.3床，雲林縣為全國倒數第二。

5、每萬人口一般病床數，雲林縣為32.3床，全國平均為41.7床。

從前述各項指標均顯示雲林縣醫事人員數及醫療機構床位數與其他縣市相較，均屬偏低。

(三)次查虎尾次區域涵蓋10鄉鎮，人口數310,679人；斗六次區域及北港次區域各涵蓋5鄉鎮，人口數分別有為229,444人及136,750人，各次區之醫療資源情形如下：

1、據衛福部查復稱：每萬人口醫師數為重要且國際通用之指標，依WHO醫療基本需求標準，平均每萬人口約有10位醫師，雲林縣每萬人口醫師數<sup>2</sup>已符合WHO標準。

2、斗六次區域西醫師422人、每萬人口18.4名西醫師；虎尾次區域西醫師340人、每萬人口西醫師數10.9人；北港次區域西醫師135人、每萬人口西醫師數9.9人，虎尾及北港次區域每萬人口西醫師數與斗六次區域有相當落差，且北港次區域每萬人口西醫師數略低於WHO標準。

(四)查雲林縣人口由104年之702,495人減少至108年之683,664人，5年間減少18,831人，每年減少人數介於4,425人至5,242人間，且呈逐年減少趨勢，但斗六市、虎尾鎮及麥寮鄉之人口數卻逐年增加，人口有集中於都市化地區之情形。縣內有17家醫院，分布於7鄉鎮，其中斗六次區域之醫院全部位於斗六市(6家)、北港次區域之醫院全部設於北港鎮(4家)，虎尾次區域5家醫院則分布於西螺鎮、虎尾鎮(2家)、斗南鎮、土庫鎮及麥寮鄉(各1家)。前述設有醫院

---

<sup>2</sup> 截至109年12月底止，雲林縣每萬人口醫師數13.3人(897醫師/676,873人)，

之鄉鎮，除土庫鎮每萬人口醫師數為4.9人較低外，其餘6個鄉鎮市均高於其他未設有醫院之鄉鎮，又以斗六市32.6人、北港鎮26.9人、虎尾鎮23.4人及西螺鎮16.7人較多。另雲林縣屬衛福部109年公告之緊急醫療資源不足地區，有6家急救責任醫院，包括：「重度級」之臺大醫院雲林分院；「中度級」之中國附醫北港醫院、若瑟醫院及雲基醫院3家，以及「一般級」之成大醫院斗六分院及雲林長庚醫院2家，其中雲林長庚醫院為沿海地區唯一提供急診醫療與住院服務之醫療機構。

- (五) 衛福部對於醫療資源分布係以醫療區及次區域內每萬人口之病床數、醫事人員數作為規劃之基礎，然此基礎忽略(次)區域內之人口及醫療機構並非平均分布之事實，偏鄉地區之醫療資源與平均值相較具備離散特性，依此作為特定地區醫療資源並無不足之認定，未能如實反映偏鄉地區醫療資源不足之困境及當地民眾遭受健康不平等之威脅，實際上雲林縣除設有醫院之鄉鎮市外，其他鄉鎮之醫療資源不足。另按健保署公告之「全民健保西醫醫療資源不足地區」係以「每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過2,600人之鄉鎮(市)」為認定條件，以110年2月底人口數統計，雲林縣大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉、二崙鄉、林內鄉、古坑鄉、東勢鄉、口湖鄉等9個鄉鎮屬西醫療資源不足鄉鎮；另該署於109年將每位登記執業醫師所服務之戶籍人數介於2,000至2,599人之鄉鎮再納入醫療資源不足地區<sup>3</sup>，荊桐鄉、四湖鄉、土庫鎮、褒忠鄉、崙背鄉等5個鄉鎮即屬之，因此雲林縣有14個鄉鎮為每位

---

<sup>3</sup> 依據衛福部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及同年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議。

登記執業醫師所服務之戶籍人數超過2,000人之「110年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」施行區域。其中大埤鄉每萬人口醫師數僅1.1人、元長鄉2.0人、臺西鄉2.2人，同時符合醫療資源缺乏地區之條件。

(六)雲林縣108年平均每戶家庭可支配所得79.8萬元，排名全國縣市第17；不識字率2.62%，為全國最高，影響個人養生習慣、衛教知識及生活壓力；該縣為我國65歲以上老年人口占比第二高之縣市，占比由104年之16.3%增加至108年之18.3%，迄109年底已達19.10%，僅低於嘉義縣；零歲平均餘命緩步增加，由104年之78.1歲增加至108年之78.7歲，但各年均低於全體國人零歲平均餘命，約差距1.8歲至2.2歲，僅優於屏東縣、臺東縣及花蓮縣。零歲平均餘命係綜合家戶經濟、教育程度、社會環境及個人信仰之複合指標，亦反映出雲林縣之醫療條件與全國縣市相較仍有落差。例如：雲林縣為農業縣，人口集中於斗六市、虎尾鎮等都會地區，其他多數鄉鎮人口外流且分散，醫療服務之市場規模隨人口減少而萎縮，難以吸引醫師前往開業，復因交通不便，且專任醫師與其他醫事人員招募及留任均不易，以雲林長庚醫院為例，有103名主治醫師，但專科醫師僅26名，占25%。又因先天地理位置、環境資源及城市發展程度之差異，開源困難且節流不易，長期為全國貧窮之縣市之一，復因財政窘困，公共建設基礎薄弱；沿海地區謀生不易、工作機會少，年輕人口外流另尋出路，長者多數獨居或長者照顧長者，時有忍受小病拖成大病才就醫之情形。

(七)雲林縣醫療人力及資源集中在斗六市，而大埤鄉、元長鄉及臺西鄉為醫療資源缺乏地區，加上水林

鄉、二崙鄉、林內鄉、古坑鄉、東勢鄉、口湖鄉、荊桐鄉、四湖鄉、土庫鎮、褒忠鄉、崙背鄉等共14個鄉鎮屬醫療資源不足地區。前述醫療資源缺乏或不足地區65歲以上長者人數成長，醫療需求增加，當地雖有衛生所或基層診所能提供部分之基本健康照護及醫療服務，但醫療設備、專科醫療之服務量能闕如或極其有限，醫療品質也將受到影響，有些鄉鎮無24小時之急診，若遭遇急重難症需跨鄉鎮甚至跨縣市就醫，負擔更高之交通、時間成本，身體已有病痛之長者還要歷經遙遠的就診之路折磨，飽受奔波之苦，部分長者或因交通不便，或因無人協助而難以自行就醫，即未能適時獲得適質之醫療照護，醫療服務之可近性亟待提升。

(八)雲林縣政府查復稱：雲林縣為偏鄉窮縣，吸引及留住醫療專業人力不易，減少醫護人員外流甚至人才回流，除需地方政府努力規劃區域醫療網絡外，亟需中央政府對偏鄉醫療資源的重新佈建及規劃，以及重新檢討公費醫師政策，增強在地醫學生回鄉服務誘因，評估雲林沿海地區得納入指定偏遠地區之「公費醫師訓練後得分發服務醫療機構」，以及提高全民健康保險對偏鄉地區給付條件，方能改善區域發展不均所致之醫療不平等。至本案諮詢專家對於改善醫療資源不足地區醫療問題之意見略以：

- 1、改善偏遠地區生活機能及交通不便問題。
- 2、鼓勵醫事人員至資源不足地區服務，提供獎勵費用；開放公費醫師下鄉至醫療資源相對缺乏之醫院。
- 3、落實緊急醫療區域聯防機制。
- 4、給予醫療資源不足地區醫療機構必要補助。
- 5、降低衛生政策對醫療資源不足地區醫療機構衝

擊（例如全民健保門診減量政策）。

#### 6、應用科技-遠距醫療。

(九)綜上，雲林縣每萬人口執業醫事人員數、每萬人口執業醫師數、醫院專科醫師專任人數、平均每萬人口醫院病床數及每萬人口一般病床數，均不如國內其他多數縣市；而縣內虎尾及北港次區域之每萬人口西醫師數與斗六次區域亦有相當落差，3個醫療次區域之醫療資源分布不均，健康不平等情形明顯存在於雲林縣醫療資源不足地區之鄉鎮。健康是基本人權，衛福部及雲林縣政府允應持續努力完善在地醫療照護、養成在地醫療人力，提升照護服務之覆蓋率，並因地制宜建構普及、可近且高效率的健康照護環境，縮減健康差距。

二、雲林縣半數以上鄉鎮為健保醫療資源不足地區，衛生所及基層醫療院所雖能提供基本健康照護，但民眾所需特定專科別醫療照護服務極其有限，健保署允應強化資源不足地區改善方案之實施內容，以醫師移動、病人不動之方式，因地制宜輸送更多科別之專科醫療服務至雲林縣醫療資源不足地區，以縮小城鄉差距，落實健康平權：

(一)健保署為使山地離島居民能獲得完善之醫療與照顧，已推動「山地離島地區醫療給付效益提升計畫（下稱IDS計畫）」，提供較具彈性的支付方式，保障大型醫療院所之收入，鼓勵與山地離島地區衛生所或診所合作，藉由行動醫療車、設置夜間或假日救護站，提供在地化門診、急診、專科醫療支援、巡迴醫療及居家護理等醫療服務，目前全國50個山地離島鄉鎮均已納入計畫，提供定點門診、24小時急診及夜間門診診療、夜間待診、專科診療（如眼

科、婦產科、牙科等)、巡迴醫療，及轉診後送等完整之醫療服務，依據當地人口特性及醫療利用狀況，加強多樣化服務，兼顧在地民眾需求。

(二)雲林縣非前述山地離島地區，並未納入IDS計畫服務涵蓋範圍。然雲林縣內有14個鄉鎮屬健保署公告之110年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區，該署已推動獎勵開業(無醫村)計畫、巡迴醫療服務計畫，以專款鼓勵西、中、牙醫師到醫療資源不足地區新開業，或提供專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理等服務。

(三)截至108年12月底，雲林縣各鄉鎮市均有衛生所及西醫診所，西醫診所(含衛生所)家數以斗六市68家最多，其次為虎尾鎮50家、北港鎮30家，但大埤鄉及褒忠鄉各僅有3家；另口湖鄉及四湖鄉無牙醫診所，而臺西鄉、二崙鄉、元長鄉及水林鄉均僅有1家；東勢鄉無中診醫所，林內鄉、褒忠鄉、二崙鄉、元長鄉、四湖鄉及口湖鄉均僅有1家中醫診所。民眾至基層診所可接受基本之醫療照護，但若診所醫師因故不再執業，補充新的醫師人力甚為困難，且民眾若有專科服務或急重難症之醫療需求，則需至鄰近之醫院就醫，主要就醫醫院包括：臺大醫院雲林分院、成大醫院斗六分院、若瑟醫院、雲基醫院、中國附醫北港醫院及雲林長庚醫院等6家。據雲林縣政府稱，前述醫院之照護區域約可包含轄內20鄉鎮，醫療資源缺乏之大埤鄉、臺西鄉及元長鄉民眾，主要分別前往鄰近之天主教福安醫院(斗南鎮)、雲林長庚醫院(麥寮鄉)及中國附醫北港醫院(北港鎮)就醫。

(四)依據本案諮詢專家之意見略以：

1、雲林縣主要健康及醫療問題包括退化性疾病，且

務農為業之住民人數多，與農業相關之職業傷害常見，迫切需要醫療照顧的民眾比率很高。

- 2、雲林縣十大死因之各種疾病標準化死亡率均高於全國，而前二大死因分別為惡性腫瘤及心臟疾病。惡性腫瘤每十萬人口死亡率較高之鄉鎮包括：大埤鄉、二崙鄉、東勢鄉、臺西鄉、四湖鄉及水林鄉，心臟疾病死亡率較高之鄉鎮包括：土庫鎮、北港鎮、東勢鄉、元長鄉、口湖鄉及水林鄉。
- 3、海線人口減少及外流十分嚴重，很多病人寧可先在家附近藥局拿藥，過了幾天沒有用才會跑遠一點看醫師，會造成疾病之惡化與治療上之困難。另外，有些在外之子女知道父母需就醫，就將父母接去都市接受醫療。
- 4、透析患者需每週3次固定治療作業，合併症較多且透析後之虛弱感嚴重，須經常性的輪椅與人力協助，一般用車無法滿足需求。而沿海鄉鎮人口外流嚴重，患者多為獨居且乏人照顧者，就醫的交通需求參照現行復康巴士，然其條件限制與服務量能不敷患者所需。
- 5、雲林縣為農業縣，年輕人外出，老年人留居鄉間。因健康識能不足，交通不便，身體不適時無法及時就醫，到重病才至醫院診療，導致因病失能情況更嚴重，要優先改善醫療可近性，降低就醫障礙。

(五)雲林縣109年死亡率為每十萬人口1,041.0人，僅低於嘉義縣及臺東縣；標準化死亡率為每十萬人口455.7人，僅低於嘉義縣及臺東縣。據雲林縣政府稱：死亡率與人口老化兩者之間有緊密之關聯性等語；復稱：老人多有營養及運動不足、慢性病、身

體功能退化或或因失能、失智需高密度照護需求增加等問題等語；又稱：惡性腫瘤死亡率為全國第五，平均罹病年齡皆正值家庭經濟支柱的中壯年，預防保健四癌篩檢結果陽性者應進行後續確診，但醫療資源不足，且大部分集中都會地區，多數地區就醫交通不便等語。查雲林縣醫療資源不足地區多為老人人口比率較高之鄉鎮，倘能透過成人預防保健與篩檢，強化早期診斷及介入，亦可延緩病程，避免惡化及合併症，但醫療資源不足地區之民眾若篩檢陽性，仍需至其他鄉鎮接受診斷，或罹病民眾需至斗六市、虎尾鎮始能獲得完善醫療，卻因交通及陪伴就醫因素，致延遲就醫，不利於早期有症狀時及時追蹤及定期回診。且雲林縣民眾主要之健康問題包括農業相關之職業傷害、惡性腫瘤、心臟疾病及血液透析等，均需迫切或高密度之特定專科別醫療照護，當地衛生所及基層院所限於設備及專長，僅能提供基本醫療照護，而巡迴醫療服務能提供之專科服務極其有限，當地民眾若要獲得專科診療，仍需舟車勞頓至鄰近鄉鎮或大型醫院就醫，然許多病人根本無法出門至離家太遠之醫院，難以獲得適當之醫療。

- (六)健保署為克服山地離島地區因交通問題造成之就醫障礙，已推動IDS計畫多年，以醫師移動、病人不動之方式，提供以病人為中心之醫療及照護服務。惟雲林縣多數鄉鎮醫療資源明顯不足，年輕人多外出就業，常見高齡者獨居或老老相依，或有疾病卻因不願麻煩兒孫而無人陪伴，或因交通費用過高問題而延遲就醫，此情形尤以沿海鄉鎮及古坑草嶺最為普遍，地理限制及交通障礙影響住民就醫意願，若罹患慢性病卻不能依醫囑定期就診、服藥，恐難以

延緩病程之惡化。而國內因地理限制及交通障礙影響醫療可行性之問題，不獨存在於山地離島地區，雲林縣醫療資源不足之鄉鎮即超過半數，實際上甚難落實在地醫療，雖有醫療資源不足地區改善方案之介入，但對於強化當地基層醫療院所量能及鼓勵開業或提供巡迴醫療服務之資源有限，且因不屬IDS計畫實施地區，仍未能獲得24小時急診、夜間門診診療、夜間待診、專科診療等量能。綜上，雲林縣半數以上鄉鎮為醫療資源不足地區，衛生所及基層醫療院所雖能提供基本健康照護，但民眾所需特定專科別醫療照護服務極其有限，健保署允應強化資源不足地區改善方案之實施內容，以醫師移動、病人不動之方式，因地制宜輸送更多科別之專科醫療服務至雲林縣醫療資源不足地區，以縮小城鄉差距，落實健康平權。

三、交通障礙影響部分有醫療需求民眾之就醫行為，衛福部、交通部公路總局及雲林縣政府允應確實檢討現行針對雲林縣醫療資源不足地區交通問題之改善或補助措施，使符合民眾需求，提升偏鄉長者就醫之便利性及減少交通成本：

(一)衛福部為減輕居住於原住民鄉之原住民，因病需轉診、就醫之交通費負擔，訂定「原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助辦法」，補助居住於山地鄉及平地鄉之原住民轉診就醫、重大傷病就醫、緊急傷病就醫、普通傷病就醫與孕婦產前檢查及生產，以及入住住宿式長照機構之交通費，然雲林縣20個鄉鎮均非原住民鄉，非前述交通費補助之實施地區。

(二)據雲林縣政府查復稱，已針對縣內之公共運輸現

況，提出「轉運站串聯」、「現有路線優化」、「幸福專車發展方向」、「偏鄉服務缺口縫補」、「觀光路線服務規劃」等五大方向規劃，並透過公路總局補助之幸福巴士計畫，完善偏鄉之公共運輸服務。另交通部公路總局為改善偏鄉地區民眾交通需求，推動幸福巴士（Demand Responsive Transit Service，原稱DRTS），選定公共運輸空間服務涵蓋率較低及傳統客運業者無服務意願之偏鄉地區優先推動，由地方政府或鄉鎮公所以幸福巴士或幸福小黃等多元運具提供運輸服務，並搭配預約機制，提供符合當地特性及需求之運輸服務。嗣交通部於109年11月27日修正發布汽車運輸業管理規則第44條之2<sup>4</sup>、第44條之3<sup>5</sup>、第44條之4<sup>6</sup>等條文規定，無市區公車或計程車願意服務之偏鄉地區，縣市政府可規劃特殊服務方式及規範事項，輔導當地社會團體或個人成立市區汽車客運業經營。

(三)雲林縣民眾就醫得搭乘公共運輸、市區公車及醫院之醫療專車，目前各大醫院均已公共運輸可抵

---

<sup>4</sup> 汽車運輸業管理規則第44條之2規定：

市區汽車客運之偏遠路線，公路主管機關得視實際需要規劃特殊服務方式、收費基準及應遵守事項，公告徵求市區汽車客運業或計程車客運業經營；經公告無業者有意願時，公路主管機關得輔導當地社會團體或個人成立市區汽車客運業經營。

<sup>5</sup> 汽車運輸業管理規則第44條之3規定：

地方政府自行經營市區客運業者，本規則有關公司或商業組織之市區汽車客運業規定，除辦理公司或商業登記者不適用外，得準用之；其經營並得徵求當地社會團體、個人協助。前條市區汽車客運之偏遠路線，經公路主管機關公告徵求經營，無業者有意願時，地方政府得依其公告之特殊服務方式、收費基準及應遵守事項經營。

<sup>6</sup> 汽車運輸業管理規則第44條之4規定：

依第44條之2後段成立市區汽車客運業經營偏遠路線者，其相關申請立案程序、營運、票價及監督管理事項，不受本規則有關市區汽車客運業之限制；其營運車輛並應領用營業牌照，於未繼續提供服務時，公路主管機關應命其繳回牌照，不依期限繳回牌照者，逕行註銷之；其由個人提供服務者，限使用小客車。地方政府依前條第2項規定經營者，亦同。

計程車客運業依第44條之2前段規定經營偏遠路線者，應依中央公路主管機關公告最低投保金額投保乘客責任保險；其營運及收費不受原業別各該規定之限制。

依前2條規定經營市區汽車客運之偏遠路線者，其營運車輛之車身標識，由中央公路主管機關定之。

達；另結合行動不便身心障礙者復康巴士、長照服務專車接送，解決民眾就醫需求。惟查：

- 1、雲林縣內之16家醫院，分布於斗六市、北港鎮、西螺鎮、斗南鎮、虎尾鎮、土庫鎮及麥寮鄉，當地民眾就醫較具可近性。其他鄉鎮之民眾，可採自行開車、搭乘計程車或大眾運輸工具至鄰近醫院就醫。各鄉鎮民眾自行開車至最近之急救責任醫院所需之時間約在3分鐘至26分鐘之間。惟雲林縣東西最寬達50公里，西南側交通網絡之聯外交通不便，從水林鄉開車至臺大醫院雲林分院急診需49分鐘，口湖鄉需47分鐘，北港鎮需43分鐘，出入需花費相當時間。

鄉鎮市	醫院/時間(單位:分鐘)	鄉鎮市	醫院/時間(單位:分鐘)
斗六市	成大醫院斗六分院/3分鐘	虎尾鎮	若瑟醫院/3分鐘
麥寮鄉	雲林長庚醫院/11分鐘	西螺鎮	雲基醫院/8分鐘
斗南鎮	若瑟醫院/16分鐘	北港鎮	中國附醫北港醫院/6分鐘
古坑鄉	成大醫院斗六分院/13分鐘	土庫鎮	若瑟醫院/13分鐘
莿桐鄉	雲基醫院/15分鐘	口湖鄉	中國附醫北港醫院/26分鐘
二崙鄉	若瑟醫院/6分鐘	元長鄉	中國附醫北港醫院/12分鐘
水林鄉	中國附醫北港醫院/15分鐘	崙背鄉	雲基醫院/14分鐘
臺西鄉	雲林長庚醫院/20分鐘	四湖鄉	中國附醫北港醫院/20分鐘
大埤鄉	若瑟醫院/17分鐘	林內鄉	成大醫院斗六分院/20分鐘
東勢鄉	中國附醫北港醫院/21分鐘	褒忠鄉	中國附醫北港醫院/12分鐘

- 2、以醫療資源不足之臺西鄉、口湖鄉、水林鄉、四湖鄉、褒忠鄉及東勢鄉為例，均有公路客運及醫療專車服務，褒忠鄉亦有市區客運路線可提供轉乘。然而，公路客運現有路線之時間無法有效配合地方需求，以古坑鄉為例，尚有許多村落至今仍無公車可到達；另公車的客源不穩定，降低客

運公司經營的意願，或是取消行駛路線，或是班次甚少，且公車站牌間之站距亦甚遠，長者到達接駁定點已甚為難行，縱有大眾運輸至鄰近鄉鎮，卻未必有直達車班，需多次等車、換車，而各鄉鎮之幸福專車每日僅1-2班車次，醫院專車最多亦係上、下午各1班次，錯過了班次，下一班次可能於第二天才發車，難謂便利。

- 3、幸福專車規劃目的應係行駛無大眾運輸可達之偏鄉，但近年來沿海地區的臺西鄉、四湖鄉、口湖鄉及水林鄉等並無幸福專車路線。至於有幸福專車之鄉鎮除古坑鄉外，均僅1輛專車，每日行駛班次有限。又幸福專車以載送偏鄉民眾至客運停靠站、市區購物為主，行經路線之醫療單位為輔，且自起站至市區所需時間約1小時，乘客之生理需求亦較難兼顧，影響民眾搭乘前往就醫之意願。嗣雲林縣於109年規劃以幸福巴士取代幸福專車之服務，初步向公路總局申請斗南鎮及荊桐鄉幸福巴士經費補助，倘能獲得補助，將取消幸福專車之行駛。
- 4、公路總局109年度補助雲林縣古坑鄉推動幸福巴士1條路線，路線為斗六至草嶺；另補助東勢、麥寮鄉推動幸福小黃2條路線，分別為四美安南線及昌南同安線，並提供預約班次之服務<sup>7</sup>。惟雲林縣政府除於營運期間下鄉辦理路線搭乘說明會，並派遣營運車輛至現場供民眾體驗，亦至東勢鄉廟宇聚落詢問搭乘需求與路線建議，但運量仍未能有效提升，因此後續此路線僅營運至109

---

<sup>7</sup> 109年核定補助古坑鄉營運缺口207萬2,173元，東勢、麥寮鄉營運缺口118萬8,432元，合計326萬605元。幸福小黃路線每天提供往返共4固定班次及2預約班次服務，收費標準比照市區客運路線，每人每次20元

年10月31日止，期間累積開行1,516班次，每班次載客人數小於1人。

- 5、雲林長庚醫院有5條醫療專車路線，計66站點，涵蓋崙背鄉、四湖鄉、褒忠鄉、東勢鄉、臺西鄉、麥寮鄉及彰化縣大城鄉等7鄉鎮，但平均每日搭乘到院人數，四湖線6人、東勢線7人、崙背線8人、褒忠線11人、大城線4人；每日搭乘離院人數四湖線9人、東勢線5人、崙背線6人、褒忠線8人、大城線6人<sup>8</sup>。
- 6、雲林縣口湖鄉、四湖鄉及水林鄉民眾若搭乘計程車前往最近之中國附醫北港醫院就醫，若符合搭乘復康巴士之條件，則車資分別為277元、243元及171元；但若不符合搭乘復康巴士之條件而搭乘，或搭乘計乘車分別需742元、658元及478元<sup>9</sup>。
- 7、衛福部長照專車、復康巴士已進入偏鄉，具身心障礙證明人士可搭乘復康巴士、符合長照服務個案者可利用長照專車，但長者若失能等級未達標準，卻又有就醫需求時，仍不能使用長照專車及復康巴士。
- 8、雲林縣由於大眾運輸不足，獨居長者愈來愈多，有些長者就醫需靠鄰居免費或收費接送。然偏鄉地區有些村落私營接送病人，司機生意興隆，且不一定願意接送，而此偏鄉村落收費接送之特殊服務方式，並非罕見，其適法性亦非無疑。

(四)雲林縣政府為鼓勵長者及身障者儘量使用大眾運輸系統，因此於縣內辦理敬老行樂服務，凡設籍縣內65歲以上長者、身心障礙者（含必要陪伴者）於搭

---

<sup>8</sup> 資料來源：雲林長庚醫院110年3月22日簡報內容。

<sup>9</sup> 非身障人士搭乘民間復康巴士，比照計乘車費率跳表收費。資料來源：北港醫院吳院長錫金於本案諮詢時之簡報內容。

乘大眾運輸免費，惟此項服務被主計總處以「非法定社福項目」列為預警項目；另該府建議偏鄉地區民眾就醫應比照「原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助辦法」，給予就醫協助補助。

- (五)雲林縣民眾除自行開車、搭乘計乘車就醫外，亦得採公路客運、市區公車及醫院之醫療專車就醫，或可利用幸福專車、幸福小黃及幸福巴士，惟上述大眾交通運輸之載客運量有限，交通部及雲林縣政府佈建之路網及由當地業者提供汽車運輸之特殊服務方式，其車次、接駁地點、行車路線、時間及定點間之接駁等未必符合使用者需求；另雖結合行動不便身心障礙者復康巴士、長照服務專車接送，但有身心障礙或失能條件之限制；又衛福部已補助特定民眾使用醫療資源之交通費，但對象僅限於原住民鄉之原住民族，雲林縣鄉鎮均不屬之；而雲林縣政府建議縣內65歲以上長者於搭乘大眾運輸免費，則被主計總處列為非法定社福之預警項目。綜上，交通障礙影響部分有醫療需求民眾之就醫行為，交通規劃除提供民眾運輸載具外，更需符合民眾使用意願，為改善雲林縣偏鄉地區因交通不便影響醫療可近性之問題，除檢討公共運輸缺口外，亦可參考對於原住民使用醫療或社福資源之交通費補助之作法，研議予偏鄉長者就醫之補助等多元之可行策略，以貼近當地民眾之需求。爰衛福部、交通部公路總局及雲林縣政府允應確實檢討現行針對雲林縣醫療資源不足地區交通問題之改善或補助措施，使符合民眾需求，提升偏鄉長者就醫之便利性及減少交通成本。

#### 四、衛福部允應檢討公費醫師制度、偏鄉地區執業之專任

助產人員執行子宮頸抹片採樣之可行性、牙醫師巡迴醫療之誘因、公立醫院醫師支援非公立醫院醫療服務之限制及通訊診療治療辦法偏遠地區認定之範圍，確實協助雲林縣政府處理人力及資源不足之問題，改善偏遠地區之醫療照護。

- (一) 雲林縣之醫療院所有118家設置牙科、98家有中醫科，西醫診療科別則以家庭醫學科77家最多，內科67家其次、西醫一般科再次之，但有12科別設置之家數未達10家，包括泌尿科、精神科、皮膚科等。至於醫師執業科別則多為內科、家庭醫學科、兒科等，而整形外科、神經外科、眼科等專科科別執業登記之醫師人數較少。
- (二) 雲林縣內之醫院，部分專科或次專科醫師人力不足，據臺大醫院雲林分院表示，該院缺乏之專科科別包括：代謝內分泌科、小兒外科、腎臟內科、眼科、感染科、放射科、整形外科、神經外科、復健科、婦產科及骨科。
- (三) 據雲林縣衛生局表示：女性接受子宮頸抹片篩檢社區巡迴服務，多希望由女性專業人員執行採檢，但雲林縣婦產科或家庭醫學科之女醫師人數少，且助產所之專任助產人員女性亦僅1位，恐無法充分協助社區篩檢，影響民眾意願及篩檢率。另表示：雲林縣口湖鄉及二崙鄉無牙醫師執業，另有4個鄉鎮各僅1名牙醫師，雖有執業於都會地區之牙醫師，參加健保醫療資源不足地區改善方案，但其巡迴醫療期間原執業之牙醫診所可能即需要休診，且至偏鄉地區巡迴醫療之路途遙遠，恐將影響牙醫師參與意願<sup>10</sup>。

---

<sup>10</sup> 例如：調升該方案之牙醫巡迴醫療服務論次支付點數及另予補助車馬費。

(四)對於雲林縣部分專科別之醫師人力不足問題，臺大醫院雲林分院與成大醫院斗六分院透過院際IT系統共享及執行整形外科、神經外科的聯合排班，互相查詢對方醫院就診資料，提供整形外科及神經外科的遠距視訊照會，透過雙向影音通訊裝置（包括視訊機與VPN），進行病患診察、病情說明與醫療端溝通，如病情較為複雜亦可由醫師親臨會診<sup>11</sup>。臺大醫院雲林分院亦正進行與若瑟醫院之兒科重症及重大創傷的VPN及執行流程建置，及規劃與雲基醫院針對心臟內科、重大創傷的合作，透過區域聯防整合各院次專科醫師不足之部分，並提供病患合適之遠距醫療照護服務<sup>12</sup>。惟臺大醫院雲林分院為公立醫院，其醫師至若瑟醫院或雲基醫院等非公立醫院值班，受有每週支援4小時之時數限制，使區域聯防之成效不若臺大醫院雲林分院與成大醫院斗六分院兩家公立醫院之合作模式。

(五)雲林縣為緊急醫療資源不足地區，自106年起由臺大醫院雲林分院陸續推動遠距醫療相關試辦計畫，嗣衛福部於107年5月11日發布「通訊診療治療辦法」，放寬遠距醫療之照護對象與模式。目前臺大醫院雲林分院與轄內16家養護機構<sup>13</sup>、社區診所<sup>14</sup>及眼科醫師<sup>15</sup>合作，以有效提供偏鄉地區非緊急但迫切需要之遠距診療服務。然沿海地區之雲林長庚醫院部分

---

<sup>11</sup> 此合作模式又稱作「雙星照會」，107年照護個案25人，108及109年已成長至72人、167人。

<sup>12</sup> 臺大醫院雲林分院與成大醫院斗六分院、若瑟醫院及雲基醫院之合作，又稱作「四星連線」。

<sup>13</sup> 建立傷口照護資訊交流平臺，並由傷口照護專科護理師外訪個案，結合整形外科醫師遠距通訊指導，協助機構內住民與案家得到良好之傷口照護，減少感染風險。

<sup>14</sup> 針對心、肺高風險病人建立居家監測模式，結合社區診所醫師共同照護、監測高風險出院病人，給予照護指導及醫療建議。自109年11月起至110年1月已收案服務管理9名個案。

<sup>15</sup> 醫院之眼科專科醫師人數不足，無法提供全時段眼科急診照會之服務，與台全聯合診所、竑明眼科診所及彰基簽訂合作備忘錄，由院內急診採購相關眼科設備，由合作診所眼科醫師提供非上班時間之眼科急診遠距照會服務，直接或間接訓練偏鄉地區醫師學習最新的醫療技術與臨床病例，相互交流討論以強化醫療專業知能。

專科醫師人力不足，但麥寮鄉因係雲林長庚醫院所在，而未列入該辦法認定之偏遠地區，而鄰近之臺西鄉、崙背鄉、東勢鄉、四湖鄉及彰化縣大城鄉則已列入。

(六) 本案諮詢時，與會之專家多建議增列特定科別(骨科、復健科)之公費醫師、物理治療師及職能治療師分派至雲林縣內之醫院服務；又建請國民健康署同意認列雲林縣醫療院所登記執業之專任助產人員執行子宮頸抹片採樣，並得以核付預防保健費用；另表示應檢討偏鄉地區牙醫師人力缺乏及巡迴醫療誘因不足、公立醫師至非公立醫院值班受有支援4小時時數限制，以及遠距醫療相關試辦計畫之範圍應予擴大等問題。

(七) 綜上，雲林縣特定專科科別執業登記之醫師數較少，目前雖已透過區域聯防、遠距醫療等模式，整合在地醫院發展各具特色之專長及照護能力，但仍應檢討公費醫師制度、偏鄉地區執業之專任助產人員執行子宮頸抹片採樣之可行性、牙醫師巡迴醫療之誘因、公立醫院醫師支援非公立醫院醫療服務之限制及通訊診療治療辦法偏遠地區認定之範圍，確實協助雲林縣政府處理人力及資源不足之問題，改善偏遠地區之醫療照護。

五、衛福部、健保署及雲林縣政府允應針對影響醫療資源不足地區民眾接受C肝篩檢及治療之問題進行檢討，以有效篩檢出潛在病患，並使其能就近獲得持續之醫療：

(一) 依據108年死因統計數據顯示，106年國人肝癌發生人數為11,225人，標準化發生率為每十萬人口29.3人，雲林縣則為每十萬人口44.53人。國人罹患肝

癌、肝硬化及慢性肝病，與B型肝炎（下稱B肝）及C型肝炎（下稱C肝）有關，全民健保自108年1月起，只要確認感染C肝，不論有無肝纖維化，均給付C肝口服新藥治療，該藥品副作用低，治癒率高，透過適當治療，避免演變為慢性肝病及肝硬化；嗣國內於109年擴大開放45至79歲之民眾，可接受終身一次的B、C肝篩檢，以早期發現B、C肝。

(二)衛福部國家消除C型肝炎辦公室所訂之「全國各鄉鎮市區C肝風險潛勢等級」最高等級為「7級」。雲林縣1級鄉鎮有2個、4級2個、5級3個、6級7個，7級6個，包括：大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、西螺鎮、崙背鄉及麥寮鄉，為C肝風險潛勢等級最高等級之鄉鎮。雲林縣衛生局透過健保成人健檢、整合性篩檢、肝炎篩檢、雲林縣各醫院資料庫，發現雲林縣40歲以上C肝篩檢的涵蓋率為30.4%，即40歲以上縣民約有69.6%未曾接受C肝篩檢，該局已採取精準式篩檢，主動通知設籍在雲林縣但還未接受過C肝篩檢之40歲以上縣民接受篩檢。

(三)惟據雲林縣政府出席本案詢問之人員稱：最近在做C肝篩檢，但檢查出來，老人家不願意出來治療等語；另稱：C肝篩檢我們挨家挨戶去找，但發現有4成「籍在人不在」，又治療醫院有限制，就醫會有方便性、經濟及陪伴的問題。最近衛生局邀集衛生所及鄉鎮公所就在地資源做整合，發現第一線工作人員真的很辛苦，甚至有時要幫忙打電話給他們小孩問能不能陪老人就醫，甚至有些人放棄治療。就算我們曾經嘗試去募集車輛協助就醫，但又會有維護問題等種種的困難等語；又稱：C肝的篩檢會涉及醫院總額及基層總額，雲林縣有191家醫療院所可以做篩檢，篩檢陽性會進一步做RNA確認，但基

層診所擔心做RNA的確認會影響到基層總額之支出，倘因此意願不高，會再影響到後續的治療，建議健保署及早因應，雲林縣做篩檢做的很辛苦，但不去做進一步的RNA確認，等於篩檢白做了等語。

(四)雲林縣衛生局為強化C肝防治，已與醫療院所合作辦理外展門診，深入偏鄉並逐村設立免費C肝篩檢站，以降低盛行率，但仍發現有部分民眾無病識感而拒絕就醫；部分獨居長者無家屬陪同就醫，或因交通障礙影響就醫之可近性，未能持續接受治療；或目前仍有鄉鎮尚未有治療C肝之醫療院所；或因基層院所在無提供C肝用藥治療之前提下，擔心RNA確診之檢驗費用(2,200點)影響總額點值及費用可能遭健保核刪，而影響提供RNA確診服務之意願。綜上，雲林縣部分確認C肝之民眾無病識感而拒絕就醫，或因交通障礙而未能持續接受治療，又因治療之醫療院所未普及，影響C肝之消除，衛福部、健保署及雲林縣政府允應針對影響醫療資源不足地區民眾接受C肝篩檢及治療之問題進行檢討，以有效篩檢出潛在病患，並使其能就近獲得持續之醫療。

參、處理辦法：

- 一、調查意見函衛生福利部檢討改進或督促所屬檢討改進見復。
- 二、調查意見函雲林縣政府，並督促所屬就調查意見一、三、五，檢討改進見復。
- 三、調查意見三，函請交通部公路總局檢討改進見復。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請社會福利及衛生環境、交通及採購委員會聯席會議處理。

調查委員：賴鼎銘、林郁容

中 華 民 國 1 1 0 年 8 月 日

附件：「調查案件人權性質調查回條」、本院109年10月29日院台調壹字第1090800257號派查函及相關案卷。

案名：雲林縣偏鄉地區健康不平等案。

關鍵字：雲林縣醫療、醫療資源缺乏、健康不平等、巡迴醫療、幸福專車

