

114年6月18日 社會福利及衛生環境委員會



非山非市地區衛生所醫師人力案

調查委員：浦忠成委員、林郁容委員

案 由

衛生所之職掌事項除於近年納入高齡健康照護與長期照顧、社會安全網等，並因應COVID-19疫情新增社區疫調、篩檢與疫苗注射等工作，使衛生所組織與人力面臨困境。據悉，全國374間衛生所中，有54間「非山非市」地區之衛生所缺乏專職醫師駐診，相對於臺北、新北市新增3家醫學中心，疑有醫療資源分配不當等問題。究**衛生所人力資源之培育、延攬及醫護人員薪酬福利是否完善？醫護人員缺口如何補足？衛生福利部有無因應作為？**均攸關民眾醫療權益，有深入瞭解之必要案。



衛生所醫師編制及實際登錄情況

- 我國衛生所或健康服務中心計 374 家
- 衛生所醫師總編制數 423 人，醫師登錄數 335 人，有 66 家衛生所無醫師登錄
- 無醫師登錄之衛生所多非在山地離島，又非在都市地區，而處於「非山非市」的中介地區。
- 其鄰近區域並非沒有醫療資源，惟仍有16家衛生所並無鄰近醫療院所固定支援，且無醫師登錄多年。
- 另有23個鄉鎮除當地衛生所外無其他開業西醫，嘉義縣大埔鄉又因未有醫師於衛生所執業，致該鄉為無醫地區，且此情形已逾25年以上(自85年起)。



衛生所無醫師登錄之困境



- 醫療門診減少



- 疾病防治、健康促進等公衛推動業務受阻



- 難以建立良好醫病關係

新竹縣芎林鄉原本執業24年的衛生所醫師退休前，醫療門診為每週5診，因退休後未有專任醫師，而由鄰近院所支援，門診減為每週3診，且每診人數亦減少。

支援醫師於門診醫療結束後工作即完成。缺乏專任醫師造成慢性病門診照護、公共衛生業務推動困難，並嚴重影響口腔篩檢、使戒菸門診停擺。每診不同醫師亦影響就診長者對於衛生所的信任度及醫病關係。



部分地區因地制宜的調整衛生所服務策略



- 高雄與鄰近醫學中心簽訂合作方案，由醫院協助門診業務，確保醫療門診診次，並減列長期無法遞補之醫師編制，增列公衛、護理人力
- 彰化由衛生局先行妥善規劃、統籌業務，衛生所則依指令執行，降低衛生所醫師行政負擔，提升執業意願



調查意見一

- 截至113年底，衛生所醫師編制數423人，醫師登錄數335人，有編制卻無醫師登錄計66家，非山非市地區的衛生所沒有專任醫師駐診，甚至專任醫師長年懸缺，已是常態，多須仰賴其他醫療機構支援醫師人力。一旦醫師不固定，診次較以往減少外，亦衝擊疾病防治、健康促進等公共衛生服務。
- 受到所在區域環境影響，各家衛生所面臨的挑戰不盡相同，衛福部允宜偕同地方政府共同盤點資源，推動衛生所組織改造與人力調整，俾確保基層醫療與公共衛生服務的可近性與永續性，實現健康照護在地化。



改善山地離島、偏鄉地區醫療資源相關措施

1. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（IDS計畫）



- 自88年起推動，透過大型醫療院所與山地離島地區衛生所或診所合作，整合區域醫療資源。
- 藉由行動醫療車、設置夜間或假日救護站，提供在地化醫療服務：24小時急診、夜間門診、專科醫療支援、巡迴醫療及居家護理等醫療服務。
- 全國50個山地離島鄉鎮均已納入。

2. 全民健康保險西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案（醫缺地區改善方案）



- 自91年起推動，藉由辦理巡迴計畫、開業計畫，將醫療服務送入醫療資源不足地區。
- 惟各地之巡迴醫療診次落差甚大，最多者臺南市將軍區（2級區域，數字越大醫療資源越缺乏）530診次、彰化縣伸港鄉（1級區域）487診次，但有5個2級區域為0診次。
- 方案並未涵蓋24小時急診服務，且夜診診次甚少。



調查意見二

- 健保署為克服山地離島地區因交通問題造成之就醫障礙，已推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫多年，透過區域醫療整合，將服務輸送至山地離島區域，提供以病人為中心之醫療及照護服務。
- 惟國內因地理限制及交通障礙影響醫療可近性之問題，不獨存在於山地離島地區，非山非市地區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資源之助益有限，且因不屬山地離島地區醫療給付效益提昇計畫實施地區，於24小時急診、夜間門診、專科診療等量能仍顯不足。
- 健保署允應強化醫療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非山非市之醫療資源不足地區，以縮小城鄉差距，落實健康平權。



衛生所醫師待遇差異

- 依《地方機關慢性病防治所與衛生所及健康服務中心人員獎勵金發給要點》，醫師不開業獎金或與兼職（支援或代理）醫療機構獎勵金則須擇一支領，惟若屬衛福部公告之山地離島地區、無開業醫師執業地區服務之衛生所，其醫師得同時兼領醫師不開業獎金及獎勵金，離島地區之衛生所醫師得另按月發給工作補助款。



- 選擇支領醫師不開業獎金：3萬4千元
- 每月約9萬元



- 選擇支領獎勵金：不同地區有顯著差距，3萬元至30萬元不等
- 每月約8萬至35萬元



- 離島地區：可同時兼領不開業獎金、獎勵金，另有工作補助款
- 每月約35萬至60萬元



地方政府曾多次建請衛福部修正相關 獎勵金發給要點規定

- 歷年皆有地方政府函文建請衛福部修正《地方機關慢性病防治所與衛生所及健康服務中心人員獎勵金發給要點》，或能以專案認定規定適用地區範圍。
- 因部分非山非市地區衛生所，雖屬於醫療資源缺乏地區，惟其仍非規定之地區範圍，而無法同時兼領醫師不開業獎金及獎勵金。

- 本院履勘新北市石門區衛生所時，新北市衛生局亦表示：石門區僅有2家醫療機構，其中1家為核一廠內員工診所，並無實際對外服務，卻因此導致石門區衛生所醫師無法同時支領醫師不開業獎金及獎勵金，建議衛福部以『專案』認定。



衛福部請各縣市權責決定給予其他鼓勵

衛福部表示：

石門地區因核一廠有診所，所以不算無醫師地區，各縣市可以依該區情況給予其他鼓勵，由於獎勵金由縣府支應，需要由縣政府衡平去討論，可以由縣市權責決定給予其他鼓勵，並非僅用獎勵金的方式。

該部補充說明其他鼓勵如：

辦理績效考評與競賽、免兼行政職、提供宿舍及醫師休息室、協助醫師申請偏鄉醫師留任獎勵計畫、依《公務人員俸給法》支給薪酬等。

- 衛福部所提替代性鼓勵措施，固非無見，惟仍難以回應基層所關切之制度性薪資待遇問題。
- 該部稱未能納入同時兼領醫師不開業獎金及獎勵金之地區係因該地區已有其他診所存在，卻未審酌各地區資源分布之特殊情況，恐忽視地區醫療服務可近性、可用性與醫療品質等實際困境。且該部竟將「依《公務人員俸給法》支給薪酬，並按資格任用」等依法任用措施，列為鼓勵方式，係混淆基本權益與獎勵概念，顯非妥適。



調查意見三

- 非山非市衛生所醫師之待遇不及山地離島之醫師，而待遇雖非影響醫師執業之唯一原因，但仍為重要考量，
- 衛福部允應參酌縣市政府意見，研議修正相關規定之可行性，使非山非市且醫療資源不足地區之衛生所醫師得同時兼領本職之醫師不開業獎金與本職及兼職（支援或代理）醫療機構之獎勵金，不受衛福部公告之山地離島地區、無開業醫師執業地區服務之限制，
- 又或提供醫療資源不足地區之衛生所初任醫師待遇保障，並應積極辦理政策溝通，善盡中央政府機關統籌與規劃之權責。



公費醫師相關培育計畫



1. 一般公費醫師制度

- 自64年起推動，服務期滿10年之公費醫師，其中約85%返回都會區服務，而續留於山地離島服務者僅占2.7%。又截至112年7月留任率 **27.09%**。



2. 重點科別培育計畫

- 自105年起辦理，預計每年增加100名公費醫師，挹注偏遠地區內、外、婦、兒、急診科專科醫師人力，最快於115年8月下鄉服務。



3. 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫

- 自58年起辦理，原鄉及離島地區衛生所之醫師約7成5為該計畫培育，至113年度已培育之醫學系公費生共計759人，包含履約服務中134名、在學中212名、訓練中234名及其他情形52名，以及服務期滿127名，其中服務期滿後留任人數共89名，服務期滿留任率為 **70.07%**。

→ 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫之留任率明顯較高，其原因可能係一般公費醫師制度僅以學費優待的方式鼓勵學生投入公費醫師行列，而原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，則是針對設籍於山地離島地區之在地學子給予外加名額，兩者對於服務地區之熟悉程度自有所差異，進而影響其留任意願。



調查意見四

- 公費醫師培育計畫作為增加偏鄉離島地區醫師人力的重要推動政策之一，衛福部於64年開始推動一般公費醫師培育制度。
- 惟查，該制度所培育之公費醫師，服務期滿後多未留任於原服務之偏鄉地區。且98年停招後，近年公費醫師需求數皆遠大於培育之公費醫師數，衛福部105年雖已重新辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，惟每年新培育之100名公費醫師須至115年始分發下鄉服務作業，又原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，儘管自109年起開放偏鄉籍屬之公費生名額，惟其受訓後分發之服務區域仍以山地離島地區之衛生所為主。
- 現行各項公費醫師培育計畫對於改善非山非市地區之衛生所招募醫師人力問題，成效有限，亟待衛福部檢討改進。



處理辦法

1 調查意見，函請衛生福利部檢討改進見復。

2 調查意見，經委員會討論通過後上網公布。