

調 查 意 見

壹、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。

貳、調查意見：

案經本院民國（下同）113年3月13日與114年2月18日向衛生福利部（下稱衛福部）、各縣市政府及所屬衛生所調取卷證資料¹，並至新北市坪林區、石碇區及石門

¹ 衛福部113年4月16日衛授國字第1130102819號函、南投縣政府113年3月26日府授衛企字第1130068688號函、臺南市政府113年3月26日府衛人字第1130394229號函、苗栗縣政府衛生局113年3月29日苗衛人字第1130006707號函、臺北市政府113年3月28日府授衛人字第1130111115號函、基隆市政府113年3月28日府授衛企貳字第1130110845號函、彰化縣政府113年3月29日府授衛人字第1130096174號函、金門縣政府113年3月29日府衛健字第1130026947號函、嘉義市政府113年4月1日府授衛企字第1135101392號函、屏東縣政府113年4月1日屏府授衛企字第11331081000號函、花蓮縣政府113年4月1日府衛人字第1130051757號函、臺中市政府113年4月2日府授衛人字第1130068048號函、新竹市政府113年4月2日府授衛人字第1130049821號函、宜蘭縣政府113年4月3日府衛企字第1130042684號函、桃園市政府113年4月2日府衛企字第1130070227號函、新北市政府衛生局113年4月3日新北衛人字第1130618409號函、嘉義縣政府113年4月1日府授衛人字第1130081196號函、高雄市政府113年4月8日高市府衛人字第11333384300號函、新竹縣政府113年4月8日府授衛企字第1138550498號函、雲林縣政府113年4月8日府衛人字第1130517404號函、臺東縣衛生局113年4月9日東衛人字第1130012178號函、澎湖縣政府113年4月10日府授衛企字第1133301522號函、連江縣政府113年5月7日府授衛字第1130022604號函、花蓮縣衛生局114年2月21日花衛醫字第1140005641號函、嘉義縣大埔鄉衛生所114年2月27日嘉埔衛所字第1140000663號函、新竹市北區衛生所114年2月27日竹市北衛字第1140000436號函、基隆市衛生局114年3月4日基衛企壹字第1140101659號函、高雄市政府衛生局114年3月4日高市衛醫字第11432186700號函、彰化縣衛生局114年3月14日彰衛人字第1140012031號函。各地方政府衛

區衛生所、花蓮縣瑞穗鄉及富里鄉衛生所、苗栗縣三灣鄉衛生所及新竹縣芎林鄉衛生所現地履勘，復就本案爭點，於114年3月25日詢問衛福部及所屬國民健康署（下稱國健署）、中央健康保險署（下稱健保署）及彰化縣衛生局相關主管及承辦人員，並經衛福部於114年4月18日補充資料到院，業調查竣事，茲提出調查意見如次：

- 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。

- (一)國內早期公共衛生政策以「基層公共衛生建設優於醫療建設」為指導方針，衛生所當時為國內公共衛生、醫療、預防保健最重要之基層衛生單位，雖亦開設門診診療民眾疾病，但主要工作仍在於防止傳染病及特定疾病之發生及流行。嗣72年開辦群醫業務後，漸趨發展「醫療」服務，在醫療資源尚不普及時期，於提升民眾就醫之可近性有其實質效益。查《縣市衛生局所屬衛生所或健康服務中心組織規程指導範例》所列衛生所掌理事項，包括健康促進、疾病防治、醫事服務及高齡健康照護及長期照顧等事項。對部分鄉鎮區而言，門診醫療仍是衛生所的

生局名稱包含「縣(市)政府衛生局」或「縣(市)衛生局」，本報告函文資料依公文名稱論述、法規以法定名稱論述，其餘皆以「縣(市)衛生局」論述。

核心業務，而醫療資源較為豐沛區域的衛生所，則以提供社區公共衛生、健康促進為主。

(二)我國衛生所或健康服務中心計374家，依其型態分類，計有「原住民族及離島地區衛生所」78家、「醫療資源缺乏地區衛生所」57家、「一般地區衛生所」153家、「都市地區衛生所或健康服務中心」86家²，除臺北市政府所屬12家健康服務中心自94年起醫療門診業務由臺北市立聯合醫院承接無編制醫師，以及高雄市所屬15家於114年變更為非醫事機構外，其他各縣市衛生所均有編制醫師人力，惟查：

- 1、全國衛生所醫師總編制數423人，醫師登錄數335人，有66家衛生所有醫師編制卻無醫師登錄，包括臺南市及雲林縣各12家、苗栗縣9家、臺中市8家、嘉義縣6家、基隆市及屏東縣各5家、新竹縣4家、新竹市及彰化縣2家、南投縣1家，無醫師登錄之衛生所多在醫療資源缺乏地區、一般地區或都市地區，而非位於山地原鄉或離島地區。
- 2、前述醫療資源缺乏地區、一般地區或坐落在六都中的臺中市、臺南市、高雄市的偏遠地帶（屬於過去的臺中縣、臺南縣、高雄縣區域）之衛生所，既非在山地離島，又非在都市地區，而處於「非山非市」的中介地區。其鄰近鄉鎮市並非完全沒有醫療資源，為維持醫療門診不中斷，各縣市衛生局及各衛生所均努力請托其他診所、醫院提供臨時兼任醫師支援。惟基隆市5家、新竹市1家及雲林縣10家衛生所並無鄰近醫療院所固定支援，且雲林縣口湖鄉、大埤鄉、元長鄉、斗六市、斗

²「原住民族及離島地區衛生所」之78家中有13家亦為「醫療資源缺乏地區衛生所」，分別為臺東縣大武鄉、太麻里鄉、卑南鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉及花蓮縣玉里鎮、光復鄉、富里鄉、瑞穗鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、豐濱鄉。

南鎮、東勢鄉、虎尾鎮、荊桐鄉、臺西鄉、褒忠鄉等10家衛生所無醫師登錄已逾5年以上。其他鄉鎮市區衛生所則由其他院所每週固定支援門診1診次至10診次，支援情形差異甚大。

- 3、另有23個鄉鎮市區除當地衛生所外無其他開業之西醫醫療機構（下稱開業西醫），包括：花蓮縣富里鄉；臺南市龍崎區；臺東縣蘭嶼鄉、延平鄉、海端鄉、達仁鄉、金峰鄉；新北市坪林區、石碇區；新竹縣峨眉鄉、五峰鄉；連江縣北竿鄉、莒光鄉、東引鄉；嘉義縣大埔鄉；澎湖縣望安鄉、七美鄉；屏東縣牡丹鄉、獅子鄉、霧臺鄉；高雄市田寮區、茂林區、桃源區。其中嘉義縣大埔鄉於113年底除衛生所外無其他開業西醫，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）。

（三）隨著社會經濟發展，國內普設醫療院所，多數地區衛生所之醫療功能已因一般基層診所林立而弱化，但除偏遠離島地區之衛生所外，仍有部分非山非市地區衛生所在醫療保健上具備相當之功能性及重要性。對部分地區的民眾而言，衛生所之交通位置相對便利、收費合理，係慢性病長者固定求診、拿藥之處所，亦有能力處理常見之皮膚傷口、感冒等健康問題。在預防接種、嬰幼兒保健與評估、子宮頸癌疫苗接種、癌症篩檢、慢性病管理、心理健康促進、自殺防治、長期照顧、病故的行政相驗等，皆為衛生所的重要工作。若衛生所無專職醫師執業，各項工作的推動將受影響，除醫療門診停擺，或必須仰賴其他醫療機構醫師支援，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的服務：

- 1、花蓮縣瑞穗鄉及富里鄉屬於平地原住民鄉，當地每萬人口西醫師人數僅分別為3.69人（瑞穗鄉）及1.05人（富里鄉），又富里鄉除衛生所外，無其他開業西醫，亦無急診服務。本案至富里鄉衛生所履勘時，該所醫師指出富里鄉當地從慢性病（如高血壓、高血糖及高血脂等三高）到急性感冒、腸胃炎，甚至骨科、眼科、皮膚科、泌尿科疾病皆為民眾至衛生所的就醫原因，若需要更進一步的儀器檢查（如電腦斷層、眼科檢查儀器等）或需住院治療者，則由衛生所轉介至臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總）玉里分院或玉里慈濟醫院，惟此二間醫院醫師流動率高，門診不穩定，影響病人就醫便利性，而若是開刀、心導管檢查、甲狀腺科或風濕免疫科疾病就醫需求，則要到花蓮縣或臺東縣的教學醫院進行治療。
- 2、新竹縣芎林鄉當地每萬人口西醫師人數僅0.49人，在原本執業24年的衛生所醫師於112年退休前，衛生所醫療門診為每週5診（每週一至週五上午），惟醫師退休後未有遞補醫師，而由臺北榮總新竹分院、竹北市衛生所主任及鄰近診所內科醫師支援，113年醫療門診減為每週3診（每週三上、下午及週五上午），且每診人數亦減少。
- 3、未有醫師登錄之衛生所，多年來持續向衛福部申請公費醫師分發，其中亦不乏位處都會或鄰近地區醫療資源充足之衛生所，該等衛生所雖偶有其他院所醫師支援，但診次少，且非編制內之專任醫師，主要支援之工作項目為門診醫療，看診結束後，醫療工作即完成。相較在衛生所執業之專任醫師，除門診醫療外，投注更多心力於慢性病防治、戒菸門診及糖尿病衛教門診等預防保健工

作，或深入社區對無法至衛生所接受診療的民眾進行居家醫療，一旦衛生所無專任醫師執業，有些公共衛生業務之推動將益形困難：

- (1) 基隆市中正區、仁愛區、中山區、安樂區及信義區等5家衛生所無醫師登錄，基隆市衛生局說明，當地衛生所是執行衛生預防保健服務（如癌症篩檢、疫苗施打等）的第一線單位，而衛生所醫師更是團隊重要人員，為確保公共衛生服務及時性與可近性，因此該局連年申請公費醫師，惟仍未獲分發。
- (2) 新竹市北區衛生所109年開始申請公費醫師，亦皆未獲分發，該所說明民眾從施打預防針、嬰幼兒保健與評估、子宮頸癌疫苗接種、口腔篩檢、心理健康促進、自殺、性病防治、慢性病管理、傳染病管理、都治³及行政相驗都很需要醫師在第一線推動，又當地醫療資源分配不均，且老年人口占總人口數17.1%，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。為維持門診不中斷，護理師必須在各醫療院所間奔走，靠人脈請託醫師支援，目前(114年)由新竹市南門醫院及鄰近診所醫師支援，惟每診不同醫師的現況下，已影響就診長者對於衛生所的信任度及醫病關係。

(四)部分縣市則基於在地資源條件與需求差異，規劃因地制宜的調整策略，透過人力彈性配置、醫療與行

³ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) 音譯為「都治」。目的是希望在關懷員的嚴密監督下，確保結核病人規則服下每顆藥物，同時給予支持關懷，並評估病患有無服藥、不適或副作用，協助病患如期治癒，亦即發揮「送藥到手、服藥入口、吃了再走」之精神，避免抗藥性細菌的產生，保護病人減少服藥副作用，同時也保護社會大眾、避免疾病蔓延最有效的方法。

政分工及資源整合，確保衛生所服務持續與穩定：

1、高雄市因應部分衛生所長期無醫師登錄，調整衛生所人力編制，將醫師編制員額改為其他醫事人力，並透過與醫院簽訂合作契約，確保衛生所醫療服務可近性：

- (1) 高雄市衛生局依據各區域醫療資源分布，將所屬衛生所劃分為三種類型，並進行組織功能再造。
- (2) 第一類衛生所（如田寮區等8家⁴）採醫療與公共衛生分流模式，自107年起因衛生所醫師屆齡退休或其他因素離職後，即與鄰近醫學中心簽訂「醫療服務合作方案」，由醫院協助辦理衛生所門診業務，並於契約中明定開診診次；公共衛生業務則由衛生所之護理及衛生行政人員負責。該等衛生所並調整人力配置，減列長期無法遞補之醫師編制，增列護理人力員額。
- (3) 第二類衛生所（如茂林區等14家⁵）因地區醫療需求較高，維持現行模式，由衛生所醫師擔任所長，並兼任醫療及行政管理職責。
- (4) 第三類衛生所（如苓雅區等16家⁶）因位處區域交通便利且醫療資源充足，業務重點轉向健康促進等公共衛生任務，且除前鎮區外，其餘15家於113年改為無醫師編制之非醫事機構。

2、彰化縣則降低衛生所醫師行政負擔，以提升醫師登錄意願：

- (1) 查彰化縣截至112年底，轄屬衛生所皆有醫師

⁴ 包含大樹區、燕巢區、田寮區、甲仙區、旗山區、梓官區、阿蓮區及湖內區。

⁵ 包含茂林區、桃源區、那瑪夏區、橋頭區、大寮區、六龜區、林園區、美濃區、內門區、杉林區、彌陀區、永安區、茄萣區、路竹區。

⁶ 包含三民區(含三民、三民二衛生所)、左營區、小港區、苓雅區、楠梓區、前鎮區、鼓山區、旗津區、新興區、鳳山區(含鳳山、鳳二衛生所)、鳥松區、大社區、岡山區、仁武區。

登錄。除部分區域鄰近臺中市，而有地理位置之優勢作為誘因外，彰化縣衛生局表示：「衛生局是衛生所的重要後盾，衛生所醫師在臨床醫療很強，但公共衛生投入需要衛生局協助，進行完善規劃，中央有很多既定的服務目標，都會由彰化縣衛生局協助，行政也主要由護理長協助，課員會有行政科的人員直接輔導，有很多輔導考核機制協助衛生所達到目標。希望可以建立友善職場讓醫師主任留在衛生所服務。」

(2) 彰化縣透過資源整合與行政分工，由衛生局先行妥善規劃、統籌業務，衛生所則依指令執行，公共衛生業務多由護理及行政人力協助，衛生所醫師則專注於臨床醫療門診，藉由減輕醫師行政負擔，提升其服務意願。

(五) 對於衛生所無醫師登錄之現況，本院詢據衛福部表示略以，因應衛生所醫師人力不足，確實會影響業務推動，惟應可透過外部支援及社區合作彌補，又各地資源條件不同，應採因地制宜之策略，特別是非山非市地區資源缺口亟需關注：

- 1、若偏鄉衛生所缺乏醫師，在推動預防保健確實會有阻力，惟以外部醫師協助支援不一定會比較差，衛生所醫師同時負責醫療及公共衛生亦可能會有分身乏術的窘境。公共衛生業務可以與社區基層診所、民間機構合作，不一定要由衛生所推動，公共衛生表現較好的地區，多以社區為基礎來發展公共衛生。
- 2、除了公費醫師外，也應要思考其他計畫來填補偏鄉的醫療資源。檢視現行各地衛生所業務推動情形，基隆市社區整合式篩檢的量能相較彰化縣確

實有減少，惟基隆市之優勢在於附近醫療資源豐沛，可以和其他醫療院所合作。又位於臺北市的健康服務中心，近幾年癌症篩檢、成人健檢等成績在六都之中較不理想，原因可能是臺北市醫療資源豐富，民眾選擇多元，健康服務中心雖然有市立聯合醫院支援，但民眾仍有很多醫院可以選擇。而針對高雄市轄內15家衛生所改成非醫療機構，但113年仍以衛生所形式經營，整體影響仍待觀察。每個地方有不同的影響因素，針對非山非市地區資源不足等類似社福領域中近貧戶的問題，亦實需改善。

(六)綜上，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，其中多數非位於山地原鄉或離島，也不在市區內，或坐落在六都中的臺中市、臺南市、高雄市的偏遠地帶（屬於過去的臺中縣、臺南縣、高雄縣區域），這些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。如果衛生所位在醫療資源豐富的都市，沒有衛生所提供的醫療服務，不至於有太大影響，像臺北市衛生所就在94年改制為健康服務中心，將預防接種及醫療門診委託各市立醫院承辦，但若位在偏遠地區，就可能影響長者就診品質。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，以社區需求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。

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。

- (一)健保署為使山地離島居民能獲得完善之醫療與照顧，自88年起推動「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（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，整合醫療資源並藉由行動醫療車、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：
- 1、目前(114年)全國50個山地離島鄉鎮均已納入IDS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。
 - 2、嘉義縣大埔鄉、花蓮縣豐濱鄉雖非山地離島地區，惟皆爭取列入IDS計畫實施區域。經查，嘉義縣大埔鄉於90年納入IDS計畫後，由衛生局整合大林慈濟醫院與奇美醫院資源，在大埔鄉衛生所設立大埔醫療站，提供24小時醫療服務，處理各類急症案件，包含外傷縫合334人、蜂螫206人、蛇

咬28人、魚鈎刺傷24人，緊急就醫看診累計502人，並設置超音波、X光、眼底鏡等設備，定期安排區域醫院12個專科醫師駐診，113年度開診次數約83診，共服務9,950人次，滿意度高達94%。又花蓮縣豐濱鄉於93年加入IDS計畫後，結合外部資源成立跨院醫療團隊，提供包含骨科、復健科、牙科、腸胃內科、泌尿科、身心醫學科、身心醫學科兒童青少年門診、糖尿病特別門診等專科門診，並強化夜間與假日待診、居家照護與預防保健服務，提升偏鄉居民的醫療可近性與照護品質。

(二)針對非屬山地離島之醫療資源不足地區，健保署則自91年起陸續推動「全民健康保險西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案（下稱醫缺地區改善方案）」，藉由辦理巡迴計畫、開（執）業計畫（下稱開業計畫），將醫療服務送入醫療資源不足地區，俾提升醫療資源不足地區民眾就醫可近性，並推動獎勵開業（無醫村）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並管理等服務。該方案之執行及獎勵方式如下：

- 1、巡迴計畫參酌醫人比、人口密度及當地交通依施行地區分級，支付巡迴醫療服務醫事人員論次費用。

表1、巡迴計畫分級及獎勵方式

類別	西醫	中醫	牙醫
分級	分3級：第1至3級為醫療資源導入容易至困難。	分7級：中醫資源不足(0級)、1級至2級偏遠(1至2級)、山地(3級)、1至3級離	分4級：第1至4級為平地牙醫醫療資源不足至極端

類別	西醫	中醫	牙醫
		島(4至6級)。	特殊困難地區。
論次計費	醫師每診4,000至9,000點。護理及藥事人員每診1,200至2,300點。	醫師每診2,300至14,200點。	牙醫師每小時1,800至4,600點。

資料來源：衛福部。

- 2、開業計畫依施行地區分級，每月支付開業診所保障額度，保障至第36個月止。執行計畫之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，每週總時數不得少於24小時，並包含2次夜診（每日18時以後）。

表2、113年開業計畫獎勵方式

單位：點

分類	西醫	中醫	牙醫
第1級	20萬	30萬	22萬
第2級	25萬	35萬	24萬
第3級	35萬	40萬	30萬

備註：114年牙醫第1至3級分別調升為30萬、33萬及41萬點。

資料來源：衛福部。

- 3、以113年為例，西醫醫缺地區改善方案，共182家院所前往118個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務約29.56萬人次，4家診所參與獎勵開業計畫。中醫醫缺地區改善方案共151家院所前往123個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務約32.20萬人次，11家診所參與獎勵開業計畫。牙醫醫缺地區改善方案共18個醫療團，前往140個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務約14.16萬人次，18家診所參與開業計畫。

(三)惟查，醫缺地區改善方案於各不足地區開設之巡迴

醫療診次落差甚大，以113年西醫醫缺地區改善方案為例，最多者為臺南市將軍區（2級區域）530診次、彰化縣伸港鄉（1級區域）487診次；彰化縣福興鄉、南投縣中寮鄉及國姓鄉、屏東縣麟洛鄉、萬巒鄉及花蓮縣吉安鄉則皆為0診次，且除了屏東縣麟洛鄉為1級區域，其餘皆為醫療資源缺乏更為嚴重、補助費用也較高之2級區域。又該方案並未涵蓋24小時急診服務，且夜診診次甚少，對此衛福部說明略以，目前(114年)係以補助「偏遠地區燈塔型地區醫院」方式，透過保障該等區域或鄰近區域之醫院點值，來補足缺乏24小時急診、夜間門診診療的區域。要言之，相較IDS計畫係整合醫療資源並輸送服務至山地離島地區，醫缺地區改善方案主要係以補助個別院所之形式，來改善區域醫療資源。

- (四)部分位處非山非市地區之鄉鎮區，醫療資源明顯不足，且因青年人口外流，常見高齡者獨居或老老相依，或有疾病卻因親友不便陪同或交通費用考量而延遲就醫，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。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，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缺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，於24小時急診、夜間門診、專科診療等量能仍顯不足。健保署允應強化醫缺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。

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。

- (一)本院履勘新北市坪林區、石碇區及石門區衛生所、花蓮縣瑞穗鄉及富里鄉衛生所、苗栗縣三灣鄉衛生所及新竹縣芎林鄉衛生所，綜整現行非山非市地區衛生所醫師招募困難之原因，包含衛生所位處區域之生活機能與交通不便、考量家庭及子女教育等因素，又或是缺乏醫學中心的訓練資源等，其中最主要之因素係衛生所醫師薪資待遇偏低，非山非市地區衛生所門診量有限、獎金亦不高，待遇誘因遠不及山地離島地區。衛福部查復亦稱：「薪資待遇多寡、工作地點、工作內容、及未來發展等等因素，均係影響至衛生所服務意願之因素」，又臺南市政府也提及：「根據過往徵才經驗，常有應徵者於公告徵才階段詢問薪資待遇後未送件，或經正式錄取後，表示經思考後，考量待遇與外界差異，放棄報到」等語，足見確有衛生所待遇低於其他醫療機構醫師之水準，而影響醫師至衛生所服務之意願。
- (二)查衛生所依《醫事人員人事條例》進用之醫師，俸給依其銓敘審定結果及《公務人員俸給法》發給，

包括本俸、年功俸及專業加給。倘符合各機關學校公教員工地域加給表之支給對象，將支給地域加給，又如醫師兼任該所主任，另支給主管職務加給。衛生所醫師職等範圍多為師（二）或師（三）級，比照公務人員提供生活津貼及相關福利。另依據《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，衛生所醫師應於年度開始前1個月，一致決定是否支領醫師不開業獎金。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。綜言之，衛生所醫師薪資總額主要可區分為：

1、選擇支領醫師不開業獎金之薪資：

師（三）級起薪為新臺幣（下同）56,590元，含本俸28,390元（385俸點）、專業加給28,200元，若無醫療門診或選擇領取醫師不開業獎金為34,000元，共計月薪90,590元。

2、選擇支領獎勵金之薪資：

不同地區之衛生所獎勵金有顯著差距，開診每日門診量若皆為15人次以上，即相當於醫師不開業獎金。

（1）嘉義市轄內衛生所每月約有3萬元至30萬元不等之獎勵金。

（2）雲林縣麥寮鄉衛生所每月獎勵金約為57,534元至81,319元，西螺鎮衛生所每月獎勵金約為472,868元至527,874元。

3、離島地區：

醫師得同時兼領醫師不開業獎金、獎勵金及

工作補助款，且醫師不開業獎金按原支標準另加50%支給。以金門縣衛生所醫師為例，每月平均待遇總額約為345,508元至598,162元。此外，若為偏鄉公費醫師留任獎勵計畫核定之衛生所醫師，每月可領取約10萬元至15萬元津貼補助。

從上可知，選擇醫師不開業獎金之醫師薪資相較於醫院或自行開業診所為低，衛生所師（三）級之醫師，若支領醫師不開業獎金，每月薪資約9萬餘元，師（二）級醫師則約11萬餘元。如選擇支領獎勵金，則開診每日門診量為15人次以上時，即相當於醫師不開業獎金。當門診服務量愈高時，醫師及衛生所醫護人員所能領取之獎勵金亦隨之增加，部分衛生所收入並不會低於醫院或自行開業，新北市即有相當比例之衛生所醫師每月獎勵金能領到30萬元。

（三）各縣市政府為改善所屬衛生所醫師待遇，採取之措施及建議包含：

1、臺中市政府107年及109年函文建請衛福部提高醫師不開業獎金，經該部函復因事涉通案待遇衡平及地方財政負擔，尚在研議中。另於112年兩次函請衛福部將臺中市大安區、新社區、石岡區及外埔區等4區，納入得同時兼領醫師不開業獎金及獎勵金地區，惟經該部函復其尚難符合《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》第8點規定之地區範圍：

（1）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》第8點規定略以：「……山地離島地區、無開業醫師執業地區服務之衛生所醫師，得同時兼領醫師不開業獎金及獎勵金。」

（2）臺中市大安區係屬於醫療資源缺乏地區，該區

雖有其他西醫診所，惟仍只有1間，又該地區每萬人口西醫師人數為0.56人。

- 2、嘉義縣政府前於112年9月5日函文建請考試院會同行政院修正《各機關師級醫事職務級別員額配置準則》第3條第1項第3款第1目相關規定⁷，增列山地離島地區衛生所之醫師，師（二）級員額不受比例限制，以鼓勵山地離島地區醫師留任，惟後經銓敘部於112年9月18日函復歉難採行。
- 3、苗栗縣政府於112年將醫師至衛生所之支援費由中央核定價1診支給3,435元提升到5,000元。原診次支援費由衛生所業務行政管理人事費支出，若醫師支援費不足部分則改由衛生所醫療作業基金支應。總計有金門縣、苗栗縣、連江縣、臺中市、雲林縣、臺東縣、新北市、新竹縣、高雄市、臺北市等10縣市之衛生所，提供以4,000元至6,000元不等之較高支援費用，並報請地方主管機關核備後執行。
- 4、南投縣中寮鄉、竹山鎮無醫師之衛生所，皆為一般公費生期滿後離開。南投縣政府除協助公費醫師申請偏鄉公費醫師留任獎勵計畫（108至112年度）之留任獎金外，並於112年11月13日函文建請衛福部訂定衛生所初任醫師保障薪制度與期限，並修正相關規範，將《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》，修正為全面開放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)

⁷ 直轄市政府衛生局所屬中醫醫院、各區衛生所（健康中心）、各縣（市）立醫院、防治所及各鄉（鎮、市、區）衛生所：醫師、中醫師及牙醫師合計，師（一）級人員之員額不得高於百分之1，不足1人時，得以1人計；師（三）級人員之員額不得低於百分之35。但各衛生所（健康中心）及各縣（市）防治所，不置師（一）級人員，師（二）級員額不足1人時，得以1人計。

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之衛生所才可以同時兼領之限制。

5、宜蘭縣政府107年修正《宜蘭縣政府衛生局所屬衛生所人員獎勵金發給要點》，將衛生所年度事業收支（不含事業外收支）總淨餘數提撥百分比由80%提升至90%，111年將各衛生所長期照顧服務收入納入醫療作業基金。

6、彰化縣政府：

- (1) 因偏鄉衛生所醫師大多要兼衛生所主任職務，因此除固定的門診醫療服務外，還要管理公共衛生龐大的業務，其他尚有公文批核、所務管理等瑣碎業務。但兼行政主管之待遇並不多，以師(二)級醫師為例，每月主管職務加給僅7,520元，顯與門診醫療收入不成正比。又偏鄉衛生所醫師待遇，除支領公務人員固定之待遇外，主要依賴醫療門診收入，依比例發給之獎勵金。但囿於醫療設備及醫事人員不足等方面的因素，醫師僅能從事一般病情較輕微或慢性疾病照護為主，加上醫療分級就醫制度未落實，一般民眾未建立社區醫師諮詢的習慣，在交通還算發達的偏鄉地區民眾，還是習慣往大醫院就醫，造成衛生所醫師門診醫療經營困難。
- (2) 建議衛福部可先調查國內醫師每月平均所得，對於偏鄉衛生所醫師初期經營不易，在前2年提供最低收入補貼政策，讓偏鄉衛生所醫師能在收入穩定下好好經營門診醫療。或對於偏鄉衛生所有關預防保健及醫療疾病管理門診看診費，有較大幅度之調高給付，提供較好誘因留住偏鄉衛生所醫師。

(四)承前述，各縣市政府為改善醫師待遇之具體措施包含協助申請衛福部偏鄉公費醫師留任獎勵計畫獎金、提高醫師支援費用、調高獎勵金提撥率及擴增醫療作業基金來源等，又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《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》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。歷年皆有地方政府函文建請衛福部修正該要點，或能以專案認定規定適用地區範圍。又本院履勘新北市石門區衛生所時，新北市衛生局亦表示：「依據醫事管理系統登載，石門區計有2家醫療機構，其中1家為『台灣電力公司第一核能發電廠員工診所』，該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，以增加偏鄉地區留才之誘因。」且該區每萬人口西醫師人數僅為1.82人。

(五)針對前述地方政府函文意見，衛福部查復說明略以：因其非屬山地離島或無開業醫師執業地區，該地區均有其他基層醫療院所或醫院可提供民眾醫療保健服務，請其因地制宜規劃轄區衛生所醫事服務及醫事人力，並本於權責衡酌該局所訂之縣市衛生局各衛生所人員獎勵金發給要點規定，研擬合宜之鼓勵方式。又對於修正《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》第8點規定之地區範圍，該部原則態度中立，惟因其相關經費需由各地方政府預算支應，勢必增加地方政府財政負擔，故本案須與各縣市政府進行意見交流，及更多的溝通與討論以取得共識後再進行研議。

該部並於本院約詢時表示：「石門地區很特別，

第一核能發電廠有診所，所以不算無醫師地區，至於該地區醫療資源缺乏地區，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，臺中市政府曾有來文，由於不符合要點規定，但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。」針對該部所指其他鼓勵，其補充說明如：

- 1、績效考評與競賽：採公開表揚與敘獎，亦優先提供參訪學習交流等進修機會。
- 2、免兼行政職，以發揮醫療專業、提供宿舍及醫師休息室等以上之鼓勵方式，來提升留任意願。
- 3、若符合衛福部年度偏鄉醫師留任獎勵計畫，將協助符合資格之醫師提送補助申請。
- 4、依《公務人員俸給法》支給薪酬，如醫師兼主任符合師(二)級任用資格，以師(二)級任用。

(六)審言之，衛福部所提出包括表揚敘獎與進修交流、免兼行政職、提供宿舍與休息室、協助申請偏鄉醫師留任獎勵計畫等替代性鼓勵措施，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。又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。

又查衛福部醫缺地區改善方案之開業計畫，依方案施行地區分級，每月支付新開業診所保障額度，第1級至第3級為20萬點至35萬點，並保障至第36個月止。針對部分地方政府所提出的初任衛生所醫師

薪資待遇保障之建議，衛福部或可研酌將醫缺地區之「衛生所初任醫師」納入之可行性，俾回應地方政府實務需求。

- (七) 綜上，在醫療最為缺乏的山地離島地區，衛福部提供較多之經濟誘因吸引公費醫師駐診留任，可以同時兼領醫師不開業獎金及獎勵金，另外又有原住民族及離島地區醫事人員養成計畫及返鄉服務之規劃，能讓公費醫師分發到原住民及離島地區的衛生所。相形之下，地處亦屬偏遠之非山非市地區衛生所，特別係門診量又不高的鄉鎮，衛生所醫師之待遇不及山地離島之衛生所醫師，而待遇雖非影響醫師執業之唯一原因，但仍為重要考量，建請衛福部參酌縣市政府意見，研議修正《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》第8點規定之地區範圍限制，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。

- 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。

(一)我國醫學系一般公費生培育計畫始於64年，提供醫學系學生6年公費補助，除了少數人力羅致困難科別的醫師外，公費醫師須於畢業或專科訓練後，接受分發至醫師人力不足地區，服務2至4年。其後政府認為已達成均衡醫師人力資源的階段性任務，決定自95年開始逐年減招40名公費生，並至98年完全停止招收，又為維護山地離島偏遠地區民眾醫療需求，而增加原住民族及離島地區醫事人員養成計畫之醫學系公費生培育名額，由每年平均培育10名增加至27名。受到近年急重難症科別住院醫師招收不易，衛福部遂於105年辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，重啟公費醫師培育制度。

(二)依據優化偏鄉醫療精進計畫，與衛生所醫師聘任相關措施包含公費醫師培育制度、留任獎勵計畫、退休醫師回任薪資不設限等，其中公費醫師培育制度更係長期作為主要推動政策。惟服務期滿之公費醫師多未持續留任原服務地區，留任率偏低不僅影響偏鄉醫療服務穩定性，也造成政策成效受限：

1、一般公費醫師制度：

(1)一般公費醫師培育制度自64至81年培育機關為教育部，82年迄今（114年）培育機關為衛福部及國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）並各依權責管理、分發。因年份久遠及各培育機關管理方式不同，加上之前未有相關系統化管理，爰衛福部說明服務期滿及留任等相關資料部分欠缺，而無法考證。

(2)據原行政院衛生署⁸96年5月9日至立法院社會福利及衛生環境委員會報告說明，一般公費醫師

⁸ 原行政院衛生署102年7月23日改制為衛福部，下同。

制度服務期滿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分發服務人數2.7%。

- (3) 依優化偏鄉醫療精進計畫第二期（113至116年度），截至112年7月，一般公費醫師制度服務期滿之公費醫師人數，共計1,148名，留任原院原科別之公費醫師人數共計311人，男女比約3：1，整體留任率27.09%。於112年7月1日至113年7月1日間，服務期滿之公費醫師共51人，留任偏鄉機構共27人(占53%)。

2、重點科別培育公費醫師制度計畫：

- (1) 衛福部自105年起辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，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，優先充實偏鄉醫院之急重症照護量能，提升在地醫院緊急醫療處理能力。
- (2) 105至109年實施第一期計畫，培育目標500名，已招收506名，惟尚在培育階段，105年首屆入學者，現為住院醫師第1年，公費醫師於專科醫師訓練完成後，最快於115年8月下鄉服務，需服務6年。
- (3) 110至114年為第二期計畫，培育目標750名，截至113學年度已招收575名，6年制醫學公費生需服務10年，4年制學士後醫公費生需服務8年。

3、原住民族及離島地區醫事人員養成計畫：

- (1) 為充實原鄉離島醫事人力照護量能，培育在地醫事人才，衛福部自58年起辦理原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，爭取以外加名額來招生及培育具原住民籍與離島籍身分之醫事公費生，並於完成培育與訓練後優先返回至戶

籍所在地之原鄉與離島地區衛生所或公立醫院服務。

- (2) 109年度首度招生對象擴及設籍偏鄉地區者，為使培育之偏鄉籍醫事公費生能至原住民族地區服務，故規定偏鄉籍之公費生於完成訓練後分發服務之地點比照原住民籍公費生。
- (3) 原鄉及離島地區衛生所之醫師約7成5為原住民族及離島地區醫事人員養成計畫培育之公費醫師，近20年服務期滿之公費醫師繼續留任於原鄉及離島地區服務約有7成。已推動至第五期（111至115年），至113年度已培育之醫學系公費生共計759人（含原住民籍378人、離島籍381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%。

4、偏鄉公費醫師留任獎勵計畫：

- (1) 衛福部108年起辦理偏鄉公費醫師留任獎勵計畫，補助服務期滿之公費醫師，續留或申請至離島、高度偏遠地區、偏遠地區之醫療機構或衛生所執業，於服務機構連續服務滿1年，離島及高度偏遠地區⁹補助每人每年180萬元，偏遠地區¹⁰補助每人每年120萬元，並至多補助2年為限。再於113年改為「偏鄉醫師留任獎勵計畫」，擴大補助對象至非公費醫師，包含各類公職、軍職之退休醫師。

⁹高度偏遠地區：無醫院、僅有地區醫院或急救責任醫院評定為一般級醫院之次醫療區域與離島地區。

¹⁰偏遠地區：已有急救責任醫院評定為中度級醫院之次醫療區、每萬人口醫師數<10位之次醫療區域及其他原住民族地區。

(2) 衛福部及退輔會109至112年間核定服務期滿之公費醫師共148名，補助計134名（其中離島20名、高度偏遠地區29名、偏遠地區85名），補助比率為90.5%。

(3) 其中核定獎勵任職於衛生所之公費醫師共計20名，實際留任共計17名，獲得補助獎勵之衛生所醫師留任率為85%。

5、退休公職醫事人員回任：

為鼓勵公立醫院之退休醫師前往偏遠地區執業，公務人員退休資遣撫卹法(下稱退撫法)第78條第2款及其施行細則第114條規定略以，退休人員再任「受聘(僱)擔任山地、離島或其他偏遠地區之公立醫療機關(構)，從事基層醫療照護職務」者，不適用退撫法第77條所定每月支領薪酬總額超過法定基本工資應停發月退休金並停辦優惠存款之規定，藉此吸引退休公職醫事人員至偏遠地區服務。

(三)申言之，自64年起實施之一般公費醫師制度，歷年培育之公費醫師服務期滿後留任率約為27%，又112至113年服務期滿之公費醫師，留任於偏鄉醫療機構則有27人（同期服務期滿之公費醫師數計51人，共占53%），而自58年起推動的原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，所培育之公費醫師服務期滿後留任率約為70%，雖然兩計畫各自培育之醫師具有人數差異，惟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。

本院針對兩計畫辦理情形詢問衛福部，該部表示略以：「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫之公費生僅限在離島跟原住民籍，且需要設籍一定時間，服務留任率高，成效還可以。畢業後若要進行次專科訓練，需要地方衛生局跟衛福部確認該區域的醫療需求，其分發順序也以衛生所為優先。一般公費醫師計畫可以選擇服務的地區很多，是以選擇制而非強制，又醫師選擇執業處所有很多考量，確實113年分發的公費醫師都選醫院的專科。一般公費醫師沒有身分別，在學生時期給予公費待遇，之後到指定地點服務，留任率不及於原住民族及離島地區醫事人員養成計畫。當初計畫目的不是留任，而是讓醫師能下鄉去服務，只是後來考量到流動率高，所以推動偏鄉留任獎勵計畫」等語。足見原住民族及離島地區醫事人員養成計畫自初期規劃就針對服務區域給予較多限制，也因此更能達到充實山地離島醫師人力資源之目的。反之，一般公費醫師制度則有較多服務地區可選擇，雖然衛福部說明為改善留任情形，已推動偏鄉醫師留任獎勵計畫，惟該計畫最多僅補助2年，若補助屆期，恐難讓偏鄉醫師願意持續留任。

(四)查非山非市地區未有醫師登錄之衛生所，自109至113年來皆有持續申請一般公費醫師分發，惟僅少數地區有獲分發（詳如下表），且相較衛生所，選擇分發至醫院的人數亦較多：

1、109至113年間，衛生所提列一般公費醫師完成訓練後服務缺額數及獲分發數如下：

表3、衛生所提列一般公費醫師完成訓練後服務缺額數及獲分發情形

單位：年、人

年度	提列缺額數	提列地區	獲分發數	獲分發地區
109	32	高雄市桃源區、新竹市北區、新竹縣湖口鄉、新竹縣寶山鄉、苗栗縣苑裡鎮、頭份市、卓蘭鎮、大湖鄉、公館鄉、銅鑼鄉、造橋鄉、三灣鄉、彰化縣鹿港鎮、和美鎮、北斗鎮、雲林縣莿桐鄉、麥寮鄉、東勢鄉、臺西鄉、元長鄉、口湖鄉、屏東縣潮州鎮、長治鄉、內埔鄉、新埤鄉、臺東縣卑南鄉、延平鄉、達仁鄉、綠島鄉、宜蘭縣蘇澳鎮、員山鄉、南澳鄉	6	高雄市桃源區、彰化縣和美鎮、臺東縣綠島鄉、宜蘭縣蘇澳鎮、員山鄉、南澳鄉
110	29	臺南市楠西區、新竹市北區、新竹縣新埔鎮、湖口鄉、苗栗縣苑裡鎮、頭份市、卓蘭鎮、大湖鄉、公館鄉、銅鑼鄉、造橋鄉、三灣鄉、彰化縣鹿港鎮、南投縣中寮鄉、雲林縣斗六市、斗南鎮、虎尾鎮、大埤鄉、莿桐鄉、東勢鄉、褒忠鄉、臺西鄉、元長鄉、口湖鄉、屏東縣潮州鎮、長治鄉、新埤鄉、臺東縣卑南鄉、宜蘭縣大同鄉	2	新竹縣湖口鄉、屏東縣新埤鄉
111	21	新北市平溪區、臺南市大內區、南化區、左鎮區、高雄市內門區、基隆市中正區、七堵區、仁愛區、中山區、新竹市北區、苗栗縣苑裡鎮、頭份市、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、南投縣中寮鄉、雲林縣元長鄉、口湖鄉、屏東縣內埔鄉、宜蘭縣蘇澳鎮、壯圍鄉、員山鄉	3	高雄市內門區、基隆市七堵區、苗栗縣西湖鄉
112	34	臺南市大內區、南化區、左鎮區、高雄市甲仙區、源區、基隆市中正區、仁愛區、中山區、安樂區、信義區、新竹市東區、北區、新竹縣新埔鎮、北埔鄉、苗栗縣苑裡鎮、頭份市、卓蘭鎮、公館鄉、銅鑼鄉、造橋鄉、三灣鄉、彰化縣伸港鄉、南投縣南投市、竹山鎮、中寮鄉、雲林縣古坑鄉、水林鄉、嘉義縣義竹鄉、屏東縣屏東市、潮州鎮、東港鎮、長治鄉、枋山鄉、臺東縣綠島鄉	1	彰化縣伸港鄉

年度	提列缺額數	提列地區	獲分發數	獲分發地區
113	30	臺南市大內區、南化區、左鎮區、高雄市甲仙區、源區、基隆市中正區、仁愛區、中山區、安樂區、信義區、新竹市東區、北區、苗栗縣苑裡鎮、頭份市、卓蘭鎮、公館鄉、銅鑼鄉、頭屋鄉、西湖鄉、三灣鄉、南投縣南投市、竹山鎮、中寮鄉、雲林縣古坑鄉、水林鄉、嘉義縣新港鄉、義竹鄉、屏東縣屏東市、潮州鎮、長治鄉、枋山鄉、臺東縣綠島鄉	0	無

資料來源：衛福部。

2、醫院109至113年提列公費醫師缺額及獲分發數額如下：109年提列206人，分發43人；110年提列99人，分發14人；111年提列106人，分發12人；112年提列87人，分發2人；113年提列87人，分發3人。

(五)有關研議擴大原住民族及離島地區醫事人員養成計畫的適用範圍，如辦理以戶籍所在地為醫療資源缺乏區域的公費醫師養成計畫，衛福部說明：「擴大辦理區域沒有共識，以保障離島跟原住民為主，擴大會有排擠性，有開放某些偏鄉的籍屬，受訓完再回到原鄉服務。」亦即該計畫仍以改善山地離島地區醫師人力資源為主，儘管有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。

又針對現行重啟之重點科別培育公費醫師制度計畫，衛福部說明：「重點科別公費醫師計畫有指定科別，都是缺額較大且屬基層所需的科別，因此沒有限定各個科別的人數限制。重點科別公費醫師計畫，有改變服務制度、改善留任率，即透過偏鄉醫院跟醫學中心結合，讓下鄉的公費醫師不會孤立無援，可以進修也有其他醫師支援，也不會影響偏

鄉民眾的就醫權利，但還沒實際服務，所以還要再看發展如何。重點科別公費醫師仍在執行，沒有規劃其他公費醫師計畫。衛福部要去思考除了公費醫師，有無其他計畫填補偏鄉醫療。」換言之，重點科別培育公費醫師制度計畫目的為改善醫院特定專科之醫師人力，對於偏遠地區、非山非市地區之衛生所醫師人力改善程度有限。

(六)綜上，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，實有留任率偏低之情。且該制度於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，又自58年持續辦理迄今之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。

參、處理辦法：

- 一、調查意見（不含附件），函請衛生福利部檢討改進見復。
- 二、調查意見（不含附件），經委員會討論通過後上網公布。

調查委員：浦忠成、林郁

容