

# 我國偏鄉離島地區醫療資源及相關提升計畫執行成效之探討

## 目 錄

頁次

壹、前言	1
貳、我國偏鄉離島地區之醫療資源及相關改善計畫概況	2
一、原住民族、離島及高偏遠地區之醫療資源概況	2
二、提升原住民族、離島及高偏遠地區醫療資源相關計畫與預算編列	5
參、偏鄉離島地區醫療資源相關問題分析	7
一、近年推動各項醫療促進或改善計畫與方案，部分未達預期目標或參與情形不高，且偏鄉離島地區之醫師人力、在地及緊急醫療量能仍相對不足，均待廣續研謀精進	7
二、我國面臨嬰兒高死亡率與低出生率現象，且近年各縣市間嬰兒及新生兒死亡率之差距皆呈擴增情形，並存有城鄉落差問題，允宜及早完備兒童醫療照護體系	14
三、現行公費醫師培育制度之權利義務差異頗大，恐影響報考意願，且招收情形及在學人數未如預期，亦難以紓解偏遠地區及重點科別醫師人力缺口	19
四、一般公費醫師之留任率偏低，且整體地方養成醫師及公費醫師之留任意願有待妥謀提升；又近年各縣市公費醫師需求缺口皆逾7成，108年度更攀升至8成，整體培育分發數相較所需醫師人力之差距頗大，亦宜改善	23
肆、結論與建議	31

# 我國偏鄉離島地區醫療資源及相關提升計畫 執行成效之探討

## 壹、前言

按中華民國憲法第 157 條之規定，國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，且基於健康乃基本人權，主管機關衛生福利部<sup>1</sup>（以下簡稱衛福部），向以促進全民健康與福祉為使命，透過精進醫療體系，保障民眾就醫權益與促進醫療資源合理分布。

復以，醫師人力與醫療服務之可近性，攸關國人健康水準，然偏遠及離島地區存有交通不便、人口稀少等因素，醫事人員招募與留任不易、醫療資源普遍不足，而為提升我國偏鄉離島地區醫療服務之品質與可近性，中央政府持續推動辦理相關改善措施及計畫，經費來源包括公務預算、醫療發展基金、全民健康保險基金(以下簡稱健保基金)等，用以辦理公費醫師培育計畫、原住民族及離島地區醫事人員養成計畫、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、西(牙、中)醫醫療資源不足地區改善計畫等。惟依衛福部統計資料，108 年 2 月我國(西)醫師數達每萬人口 20.15 人，368 個鄉鎮市區<sup>2</sup>(以下簡稱鄉鎮)中仍高達 249 個(比率 67.66%)之醫師人力，低於世界衛生組織(World Health Organization, WHO)醫療基本需求每萬人口醫師數 10 人之標準。

爰此，本文擬檢視我國提升偏鄉離島地區醫療資源相關計畫之執行成效，及探討該等地區之醫師人力、醫療資源現況等量能與適足性，並研提建議及未來改進方向。

---

<sup>1</sup>配合行政院組織再造，衛生福利部於 102 年 7 月 23 日成立，由前行政院衛生署與內政部轄下之社會司、兒童局、國民年金監理會、家庭暴力與性侵害防治委員會及教育部所屬國立中國醫藥研究所等整合而成，肩負制定國家衛生福利政策之重任。

<sup>2</sup>全國 22 縣市，共 368 個鄉鎮市區，包含 235 鄉、64 鎮、20 市、49 區。

## 貳、我國偏鄉離島地區之醫療資源及相關改善計畫概況

茲就我國原住民族、離島及偏鄉地區之醫療資源概況、提升該等地區醫療資源相關計畫之預算編列及推動情形等，擇要說明如下：

### 一、原住民族、離島及高偏遠地區之醫療資源概況

#### (一)原住民族地區

原住民族地區分布於 12 縣市，包含 30 個山地原住民鄉及 25 個平地原住民鄉，土地面積占全國約 47%，107 年底戶籍登記註記為原住民身分之人口數計 56 萬 5,561 人，占全國人口比率 2.4%<sup>3</sup>，其中山地原住民 30 萬 460 人、平地原住民 26 萬 5,101 人。據衛福部資料<sup>4</sup>，以醫療機構分布狀況觀之，全國平均值為每千平方公里 618 家，山地原住民鄉僅有 6 家，且 107 年度全國平均每萬人口醫師數 19.03 人，整體原住民族地區為 16.15 人。

#### (二)離島地區

離島地區分布於 5 縣市，包含澎湖縣、金門縣、連江縣、屏東縣琉球鄉、臺東縣綠島鄉等 18 個鄉鎮，土地面積占全國 0.9%，108 年底人口比率約 1.16%。依衛福部資料<sup>5</sup>，離島地區每萬人口醫師數僅 9.63 人，遠低於全國平均 19.03 人，且未及 WHO 醫療基本需求標準每萬人口 10 人。

#### (三)高偏遠地區

據銓敘部 108 年 2 月 1 日公告依公務人員退休資遣撫卹法第 78 條所定「醫療促進方案或計畫之山地、離島或其他偏遠地區」之範圍，係由衛福部協助提供，推動之醫療促進方案或計畫包含全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案、全民健

<sup>3</sup>內政部 108 年 3 月 9 日內政統計通報資料。

<sup>4</sup>109 年 4 月原住民族及離島地區醫事人員養成計畫之招生說明資料。

<sup>5</sup>同註 4。

康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫、緊急醫療資源不足地區急救責任醫院、全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫、全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(簡稱 IDS 計畫)等，而列屬偏遠地區者涵蓋 16 縣市之 22 家醫院及 159 家衛生所(詳附錄 1)。

考量現行法規尚無規範偏鄉或偏遠地區範圍，而上開方案或計畫之涵蓋區域廣泛，施行地區係依各方案(計畫)內容規定辦理且認定條件各異，故本文擬以衛福部 109 學年度原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生學士班甄試入學招生簡章中「偏鄉籍區域」<sup>6</sup>之 13 縣市、63 鄉鎮，作為偏鄉範疇(以下稱高偏遠地區，詳表 2-1-1)。

表 2-1-1 原住民族、離島及高偏遠地區(鄉鎮別)一覽表

縣市別	原住民族地區	離島地區	高偏遠地區	比率
澎湖縣		七美鄉、白沙鄉、西嶼鄉、馬公市、望安鄉、湖西鄉		100% (6/6)
金門縣		金沙鎮、金城鎮、金湖鎮、金寧鄉、烈嶼鄉、烏坵鄉		100% (6/6)
連江縣		北竿鄉、東引鄉、南竿鄉、莒光鄉		100% (4/4)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉		冬山鄉、五結鄉、三星鄉	41.7% (5/12)
新北市	烏來鄉		石碇區、萬里區、坪林區、石門區、平溪區、雙溪區、貢寮區	27.6% (8/29)

<sup>6</sup>偏鄉籍定義係依衛福部中央健康保險署公告之 107 至 109 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區施行區域、優化偏鄉醫療精進計畫核定版之公費醫師分發服務高度偏遠地區之一級、二級偏遠地區為準。又所定偏鄉籍區域中，魚池鄉係平地原住民鄉，故不重複列示之。

縣市別	原住民族地區	離島地區	高偏遠地區	比率
桃園市	復興鄉		觀音區	15.4% (2/13)
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉、 關西鎮*		橫山鄉、芎林鄉、 寶山鄉、北埔鄉、 峨眉鄉、竹東鎮	69.2% (9/13)
苗栗縣	泰安鄉、南庄鄉*、 獅潭鄉*		造橋鄉、三灣鄉、 西湖鄉	33.3% (6/18)
臺中市	和平區		大安區	6.9% (2/29)
彰化縣			線西鄉、福興鄉、 芬園鄉、埔鹽鄉、 田尾鄉、芳苑鄉、 大城鄉、溪州鄉	30.8% (8/26)
南投縣	仁愛鄉、信義鄉、 魚池鄉*		國姓鄉、鹿谷鄉、 中寮鄉	46.2% (6/13)
雲林縣			大埤鄉、臺西鄉、 元長鄉、水林鄉	20.0% (4/20)
嘉義縣	阿里山鄉		六腳鄉、東石鄉、 鹿草鄉、大埔鄉、 番路鄉	33.3% (6/18)
臺南市			官田區、七股區、 將軍區、南化區、 龍崎區、北門區、 楠西區、左鎮區	21.6% (8/37)
高雄市	茂林區、桃源區、 那瑪夏區		田寮區、永安區、 六龜區、甲仙區、 杉林區、內門區	23.7% (9/38)
屏東縣	牡丹鄉、來義鄉、 春日鄉、泰武鄉、 獅子鄉、瑪家鄉、 霧臺鄉、三地門 鄉、滿州鄉*	琉球鄉	萬巒鄉、新園鄉、 崁頂鄉、竹田鄉、 車城鄉、恆春鎮、 枋寮鄉、枋山鄉	54.5% (18/33)
臺東縣	蘭嶼鄉、達仁鄉、 延平鄉、金峰鄉、 海端鄉、臺東市*、 大武鄉*、成功鎮*、 池上鄉*、卑南鄉*、 東河鄉*、長濱鄉*、 鹿野鄉*、關山鎮*、 太麻里鄉*	綠島鄉		100% (16/16)
花蓮縣	秀林鄉、卓溪鄉、 萬榮鄉、花蓮市*、 玉里鎮*、光復鄉*、 吉安鄉*、富里鄉*、			100% (13/13)

縣市別	原住民族地區	離島地區	高偏遠地區	比率
	新城鄉*、瑞穗鄉*、 壽豐鄉*、鳳林鎮*、 豐濱鄉*			
小計	12 縣市 55 個鄉鎮	5 縣市 18 個鄉鎮	13 縣市 63 個鄉鎮	-

說明：表內\*代表平地原住民鄉；()之分子與分母各為該縣市之原住民族、離島及高偏遠地區數量與鄉鎮總數；高偏遠地區為衛福部 109 學年度原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生學士班甄試入學招生簡章中之「偏鄉籍區域」，且因魚池鄉已列平地原住民鄉，故未列入高偏遠地區。

資料來源：自行研究整理。

## 二、提升原住民族、離島及高偏遠地區醫療資源相關計畫與預算編列

為提升偏鄉離島地區醫療服務之品質與可近性，歷年來中央政府持續辦理各項醫療促進或改善計畫與方案；經綜整近年提升該等地區醫療資源相關計畫與方案(詳表 2-2-1)，經費來源分為 3 類，包含公務預算、醫療發展基金及健保基金，其中公務預算分由衛福部及國軍退除役官兵輔導委員會(以下簡稱退輔會)編列預算支應。

又前開計畫與方案多屬持續推動辦理者，渠核心目的乃培育及維持偏鄉離島地區長期穩定之醫師人力，並加強在地醫療與急重症醫療量能，109 年度編列預算數合計 36.87 億元。

表 2-2-1 近年提升偏鄉離島地區醫療資源相關計畫與方案及 107 至 109 年度預算編列彙總表 單位：新臺幣千元

經費來源	計畫(方案)名稱	本期計畫 期程(年)	預算數		
			107 年度	108 年度	109 年度
公務預算 (衛福部、 退輔會)	重點科別公費醫師培育計畫	105-109	71,040	89,695	113,611
	偏鄉公費醫師留任獎勵計畫	108-112	-	22,500	69,188
公務預算 (退輔會)	委託國防醫學院代訓醫學系公費生	每年(自 99 年復招)	13,521	14,268	14,791
公務預算 (衛福部)	原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(第四期)	106-110	66,405	141,402	157,649

經費來源	計畫(方案)名稱	本期計畫 期程(年)	預算數		
			107 年度	108 年度	109 年度
公務預算 (衛福部)	補助醫事人員至原住民族 及離島地區開業	每年(自 94 年起)	3,600	3,400	3,400
醫療 發展 基金	醫學中心暨重度級急救醫 院支援離島及醫療資源不 足地區計畫(醫中計畫)	105-108	600,000	680,000	667,880
	緊急醫療資源不足地區改 善計畫	每年(自 84 年起)	178,000	167,000	180,000
	提升醫療資源不足地區重 度級急救責任醫院緊急醫 療照護服務品質計畫	每年(自 104 年起)	58,500	58,500	44,700
	強化偏遠及醫療資源缺乏 地區醫院效能計畫	105-109	10,000	12,000	12,000
	離島地區醫院化療照護中 心計畫	105-109	6,000	6,000	6,000
健保 基金	全民健康保險山地離島地 區醫療給付效益提昇計畫 (IDS 計畫)	每年(自 88 年起)	605,400	655,400	655,400
	全民健康保險西醫醫療資 源不足地區改善方案	每年(自 92 年起)	267,000	297,100	397,100
	全民健康保險中醫醫療資 源不足地區改善方案	每年(自 92 年起)	135,600	135,600	135,600
	全民健康保險牙醫醫療資 源不足地區改善方案	每年(自 92 年起)	280,000	280,000	280,000
	全民健康保險醫療資源不足 地區之醫療服務提升計畫	每年(自 101 年起)	950,000	950,000	950,000
合 計			3,245,066	3,512,865	3,687,319

說 明：表內 109 年度「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之預算來源包含(1)109 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 3.171 億元，得與醫院總額同項專款相互流用；(2)109 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 0.8 億元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。

資料來源：自行研究整理。

## 參、偏鄉離島地區醫療資源相關問題分析

### 一、近年推動各項醫療促進或改善計畫與方案，部分未達預期目標或參與情形不高，且偏鄉離島地區之醫師人力、在地及緊急醫療量能仍相對不足，均待賡續研謀精進

為改善偏鄉及離島地區之醫療資源與醫師人力不足情形，我國歷年持續推動各項醫療促進或改善計畫與方案，期培育該等地區長期穩定之醫師人力，並提升在地醫療及急重症醫療量能。經查：

#### (一)部分計畫尚未達成預期目標，或參與巡迴醫療服務計畫之意願猶待提升

衛福部及所屬近年持續辦理多項補助醫療資源不足地區醫療院所相關計畫與方案(詳貳、二之表 2-2-1)，惟部分計畫尚未達成預期目標，部分方案之參與巡迴計畫意願猶待提升，茲舉例說明如下：

1. 醫學中心暨重度級急救醫院支援離島及醫療資源不足地區計畫之預期目標為受獎勵醫院達到契約規定之緊急醫療能力分級評定，執行結果，106 年度至 108 年度分別有 2 家、1 家及 1 家醫院未達成目標。
2. 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案部分，106 年度至 108 年度巡迴醫療服務計畫公告方案施行區域中，未能提供巡迴服務鄉鎮分別有 4 個、3 個及 1 個。
3. 全民健康保險中醫醫療資源不足地區改善方案部分，106 年度至 108 年度巡迴醫療服務計畫公告方案施行區域中，未能提供巡迴服務鄉鎮分別有 6 個、59 個<sup>7</sup>及 49 個。
4. 全民健康保險牙醫醫療資源不足地區改善方案部分，106 年度

---

<sup>7</sup>主要係因 107 年度巡迴醫療服務計畫公告方案施行區域大幅增加所致。

至 108 年度巡迴醫療服務計畫公告方案施行區域中，未能提供巡迴服務鄉鎮分別有 14 個、16 個及 17 個。

**(二) 偏鄉及離島地區之醫療機構數量約占全國 6%，分布密度偏低，且部分鄉鎮僅得仰賴診所，甚或無任何醫療機構**

依中華民國醫師公會全國聯合會最近期公布之 107 年度統計資料，全國西醫醫療機構共 1 萬 2,028 家，其中 25 家醫學中心、77 家區域醫院、302 家地區醫院、44 家新制精神科醫院、33 家醫院及 1 萬 1,548 家診所。

經進一步統計，30 個山地原住民鄉均無醫院，僅有診所計 97 家，25 個平地原住民鄉有 16 家醫院及 240 家診所(詳表 3-1-1)，整體原住民族地區中，僅花蓮市、新城鎮、壽豐鄉、豐濱鄉、玉里鄉、臺東市、關山鎮、成功鎮等 8 個鄉鎮有醫院，其餘 47 個鄉鎮僅有診所。復以，離島地區各類醫療機構統計資料(詳表 3-1-1)，離島 18 個鄉鎮中有 5 家醫院及 97 家診所，主要集中於馬公市(3 家醫院及 40 家診所)，且七美鄉及烏坵鄉尚無醫療機構。又屬高偏遠地區之 63 個鄉鎮，僅有 8 家醫院及 264 家診所或衛生所，其中醫院部分均為地區醫院，位於新竹縣竹東鎮 4 家、屏東縣恆春鎮 3 家及屏東縣枋寮鄉 1 家，且臺南市龍崎區及嘉義縣大埔鄉尚無醫療機構。

整體而言，偏鄉離島地區之醫療機構數量僅占全國 6.04%，多數鄉鎮僅得仰賴轄內診所，部分甚至無醫療機構，該等地區醫療資源仍顯不足。

**表 3-1-1 原住民族、離島及高偏遠地區各類醫療機構數統計**

單位：家

項目	原住民族地區			離島地區	高偏遠地區	小計
	山地	平地	小計			
醫學中心	0	1	1	0	0	1

項目	原住民族地區			離島地區	高偏遠地區	小計
	山地	平地	小計			
區域醫院	0	3	3	0	0	3
地區醫院	0	8	8	4	8	20
新制精神科醫院	0	4	4	0	0	4
醫院	0	0	0	1	0	1
診所	97	240	337	97	264	698
合計	97	256	353	102	272	727
占全國醫療機構比率	0.81%	2.13%	2.93%	0.85%	2.26%	6.04%

資料來源：依中華民國醫師公會全國聯合會 107 年台灣執業醫師、醫療機構統計資料，自行整理統計。

### (三)連江縣、金門縣、澎湖縣及南投縣等 4 縣迄無重度級急救責任醫院，且重、中度級急救責任醫院多位於西部都會區，緊急醫療資源之分布仍不均

依衛福部 109 年 4 月公告資料，全國共計 202 家急救責任醫院，包含重度級 46 家、中度級 75 家、一般級 81 家，其中連江縣、金門縣、澎湖縣及南投縣等 4 縣，尚無重度級急救責任醫院，且重度級與中度級急救責任醫院多位於西部都會區，整個東部地區亦僅 3 家重度級急救責任醫院(詳表 3-1-2、圖 3-1)，顯示緊急醫療資源之分布容有不均情形。又據衛福部提供資料，截至 109 年 6 月止，全國 50 個次醫療區域<sup>8</sup>，其中「新竹-竹東」、「屏東-恆春」、「臺東-關山」、「臺東-成功」、「臺東-大武」、「花蓮-鳳林」及「花蓮-玉里」等 7 個區域，迄無中度級急救責任醫院，顯示前開次醫療區域內 37 個鄉鎮<sup>9</sup>之緊急醫療

<sup>8</sup>衛福部依醫療法第 88 條第 1 項之規定，將全國劃分為 6 個一級醫療區域、17 個二級醫療區域及 50 個次醫療區域，其中「次醫療區域」之劃分原則，係以鄉鎮生活圈為主，並考量交通運輸動線。

<sup>9</sup>「新竹-竹東」包含竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西、尖石、五峰等 9 個鄉鎮；「屏東-恆春」包含恆春、車城、滿州、枋山、獅子、牡丹等 6 個鄉鎮；

量能，仍待妥謀提升。

表 3-1-2 各縣市急救責任醫院家數明細表

單位：家

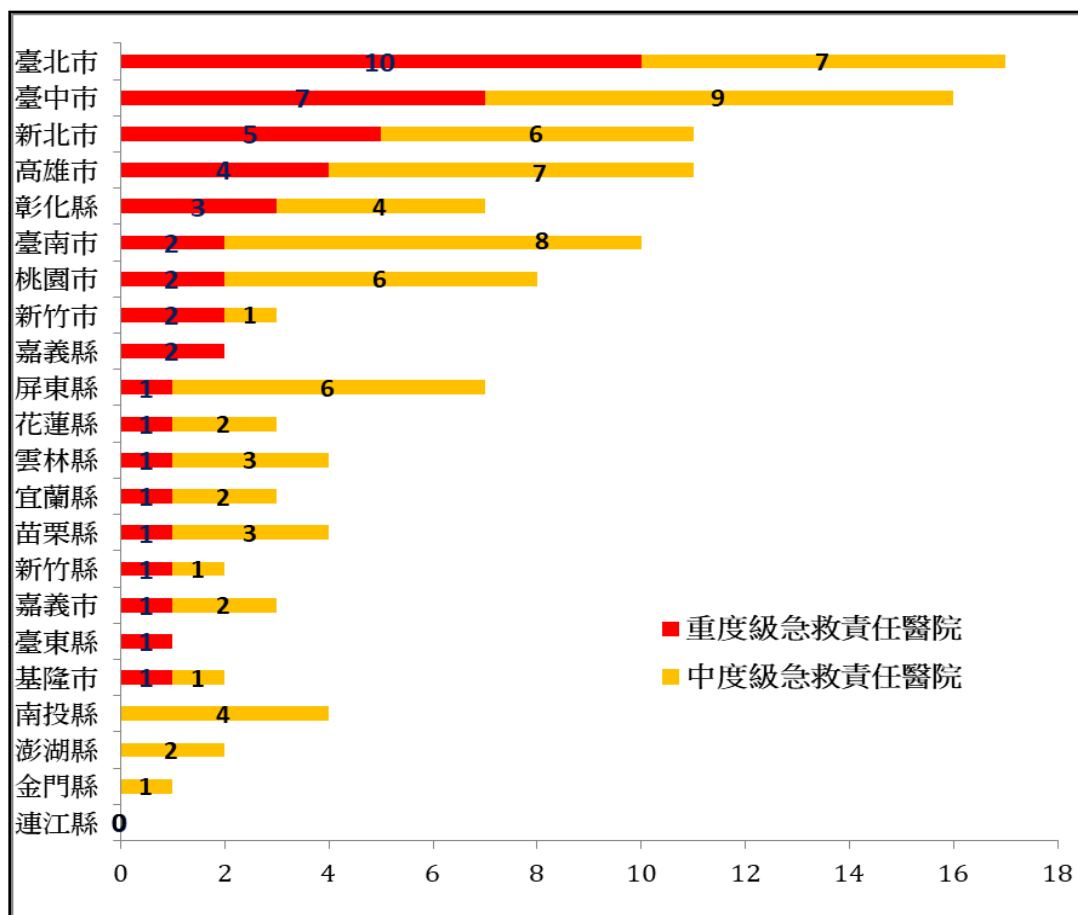
縣市別	重度級 急救責任醫院	中度級 急救責任醫院	一般級 急救責任醫院	小計
連江縣	0	0	1	1
金門縣	0	1	0	1
澎湖縣	0	2	0	2
南投縣	0	4	2	6
基隆市	1	1	2	4
臺東縣	1	0	4	5
嘉義市	1	2	2	5
新竹縣	1	1	4	6
苗栗縣	1	3	2	6
宜蘭縣	1	2	4	7
雲林縣	1	3	3	7
花蓮縣	1	2	5	8
屏東縣	1	6	7	14
嘉義縣	2	0	2	4
新竹市	2	1	2	5
桃園市	2	6	3	11
臺南市	2	8	3	13
彰化縣	3	4	6	13
高雄市	4	7	13	24
新北市	5	6	8	19
臺中市	7	9	5	21
臺北市	10	7	3	20
合計	46	75	81	202

說明：依各縣市重度級急救責任醫院之家數，由低至高排序。

資料來源：依衛福部 109 年 4 月 20 日公告更新急救責任醫院分區名單資料，自行整理。

「臺東-關山」包含關山、池上、海端、鹿野、延平等 5 個鄉鎮；「臺東-成功」包含成功、長濱、東河、綠島等 4 個鄉鎮；「臺東-大武」包含大武、達仁、金峰、太麻里、蘭嶼等 5 個鄉鎮；「花蓮-鳳林」包含豐濱、鳳林、光復、萬榮等 4 個鄉鎮；「花蓮-玉里」包含玉里、瑞穗、富里、卓溪等 4 個鄉鎮。

圖 3-1-1 各縣市重度級與中度級急救責任醫院家數比較圖



資料來源：表 3-1-2。

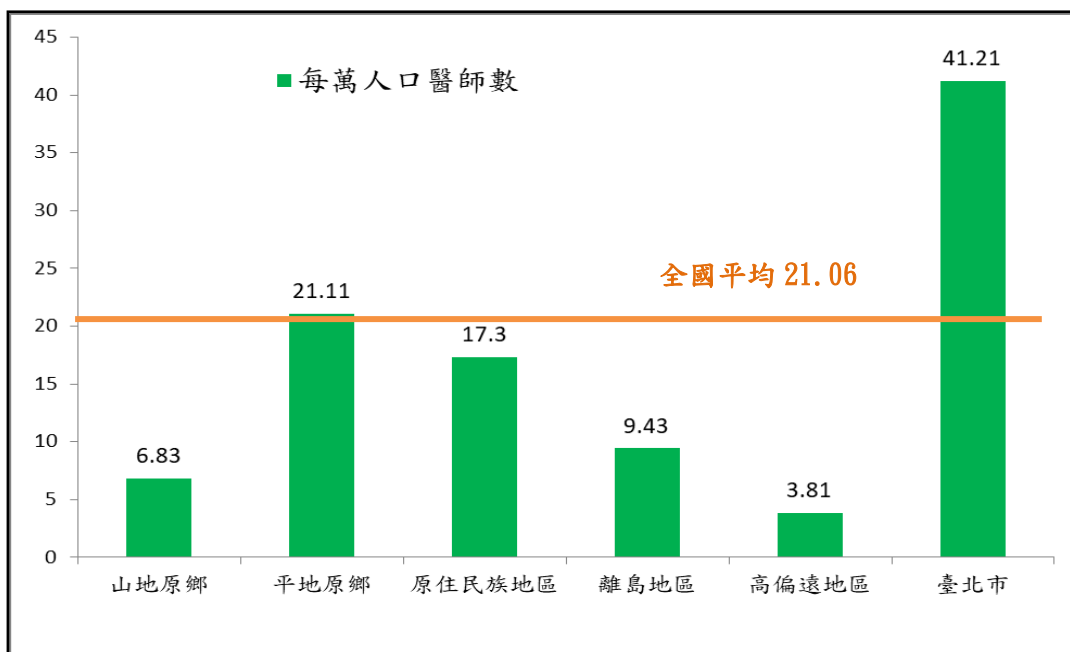
(四)109 年 1 月仍有 3 鄉鎮為無醫鄉，且山地原住民鄉、離島地區及高偏遠地區之平均每萬人口醫師數均未及全國平均値之 5 成；又與 107 年度相較，部分偏鄉離島鄉鎮之醫師人力未增反減，呈惡化情形

依衛福部提供 109 年 1 月醫師執業人數資料，全國每萬人口醫師數 21.06 人，略高於 108 年 2 月之 20.15 人，最高、最低縣市各為臺北市(41.21 人)、金門縣(6.56 人)，高低差距 6.28 倍。經分別就原住民族地區、離島地區及高偏遠地區統計結果，除平地原住民鄉(21.11 人)外，山地原住民鄉平均每萬人口醫師數 6.83 人、離島地區 9.43 人、高偏遠地區 3.81 人(詳圖 3-1-2)，均未達 WHO 醫療基本需求標準 10 人，且僅分別為全國

平均之 32.43%、44.78%、18.09%。

又整體原住民族地區、離島地區及高偏遠地區共計 136 個鄉鎮，除澎湖縣馬公市、金門縣金湖鎮、連江縣南竿鄉、連江縣北竿鄉、高雄市那瑪夏區、高雄市茂林區、臺東市、臺東縣關山鎮、花蓮市、花蓮縣新城鄉、花蓮縣鳳林鎮、花蓮縣玉里鎮、屏東縣春日鄉、屏東縣瑪家鄉、屏東縣恆春鎮、屏東縣枋寮鄉、新竹縣竹東鎮等 17 鄉鎮外，其餘 119 鄉鎮(比率 87.50%) 每萬人口醫師數皆低於 10 人，醫師人力明顯不足。

圖 3-1-2 109 年 1 月原住民族、離島及高偏遠地區醫師人力



資料來源：依衛福部提供及內政部統計資料，自行計算繪圖。

再者，觀察 109 年 1 月全國各鄉鎮別之醫療資源(詳表 3-1-3)，仍有嘉義縣大埔鄉、金門縣烏坵鄉、連江縣東引鄉等 3 鄉無醫師，且新北市坪林區、新北市石碇區、臺中市大安區、臺南市龍崎區、高雄市田寮區、高雄市桃源區、新竹縣峨眉鄉、苗栗縣三灣鄉、臺東縣海端鄉、臺東縣延平鄉等 10 個鄉各僅有 1 位醫師；復與中華民國醫師公會全國聯合會公布 107 年度統計

資料<sup>10</sup>比對，僅減少新北市石門區 1 個，餘 15 個不變，甚至增加新北市石碇區、新竹縣寶山鄉、新北市萬里區、新竹市香山區、彰化縣田尾鄉、新北市坪林區、苗栗縣三灣鄉、金門縣烈嶼鄉等 8 個鄉鎮，顯示近年部分鄉鎮之醫師人力資源未增反減，有惡化趨勢，我國醫師人力城鄉落差及分布不均情形仍待持續妥謀改善。

表 3-1-3 109 年 1 月醫師人力資源極為缺乏之鄉鎮 單位：人

項目	縣市及鄉鎮別
無醫鄉	嘉義縣大埔鄉、金門縣烏坵鄉、連江縣東引鄉
僅 1 位醫師	新北市坪林區、新北市石碇區、臺中市大安區、臺南市龍崎區、高雄市田寮區、高雄市桃源區、新竹縣峨眉鄉、苗栗縣三灣鄉、臺東縣海端鄉、臺東縣延平鄉
每位醫師平均照顧人口數逾 6 千人	臺中市大安區(19,111)、彰化縣福興鄉(11,687)、雲林縣大埤鄉(9,401)、彰化縣芳苑鄉(8,271)、金門縣金寧鄉(8,133)、屏東縣崁頂鄉(7,710)、 <b>新北市石碇區(7,629)</b> 、嘉義縣六腳鄉(7,513)、臺南市七股區(7,433)、 <b>新竹縣寶山鄉(7,313)</b> 、 <b>新北市萬里區(7,291)</b> 、 <b>新竹市香山區(7,146)</b> 、 <b>高雄市田寮區(7,043)</b> 、彰化縣田尾鄉(6,748)、 <b>新北市坪林區(6,689)</b> 、 <b>新竹縣芎林鄉(6,645)</b> 、 <b>苗栗縣三灣鄉(6,532)</b> 、彰化縣埔鹽鄉(6,437)、 <b>新竹縣橫山鄉(6,395)</b> 、 <b>金門縣烈嶼鄉(6,375)</b> 、 <b>苗栗縣造橋鄉(6,237)</b> 、桃園市觀音區(6,178)、南投縣國姓鄉(6,082)

說明：「每位醫師平均照顧人口數逾 6 千人」係參考中華民國醫師公會全國聯合會公布年度台灣執業醫師、醫療機構統計之標準，等同每萬人口醫師數 1.67 人。又( )內表示每位醫師平均照顧人口數，並由高至低排序；文字陰影部分係與 107 年度鄉鎮名單比較後，新增加之鄉鎮名單。

資料來源：依衛福部提供及內政部統計資料，自行計算整理。

<sup>10</sup>107 年度平均每位醫師照顧人口逾 6 千人之鄉鎮計有新北市石門區、桃園市觀音區、新竹縣芎林鄉、新竹縣橫山鄉、苗栗縣造橋鄉、臺中市大安區、彰化縣埔鹽鄉、彰化縣福興鄉、彰化縣芳苑鄉、南投縣國姓鄉、雲林縣大埤鄉、嘉義縣六腳鄉、臺南市七股區、高雄市田寮區、屏東縣崁頂鄉、金門縣金寧鄉等 16 個鄉鎮。

## 二、我國面臨嬰兒高死亡率與低出生率現象，且近年各縣市間嬰兒及新生兒死亡率之差距皆呈擴增情形，並存有城鄉落差問題，允宜及早完備兒童醫療照護體系

依內政部統計資料，我國 108 年度出生人數 17 萬 7,767 人，較 107 年度減少 3,834 人，且為歷年次低紀錄<sup>11</sup>；據衛福部最近期發布之衛生福利統計資料，2017 年我國新生兒死亡率、嬰兒死亡率<sup>12</sup>，與經濟合作暨發展組織(OECD)會員國比較，分居中、後段成績，且排名退步，加以我國偏鄉地區之嬰兒死亡率偏高，國內兒童醫療照護網絡亟待妥謀強化。謹說明如下：

### (一)我國新生兒、嬰兒死亡率較其他先進國家為高，且近年排名下滑，反映兒童醫療照顧體系有欠完備

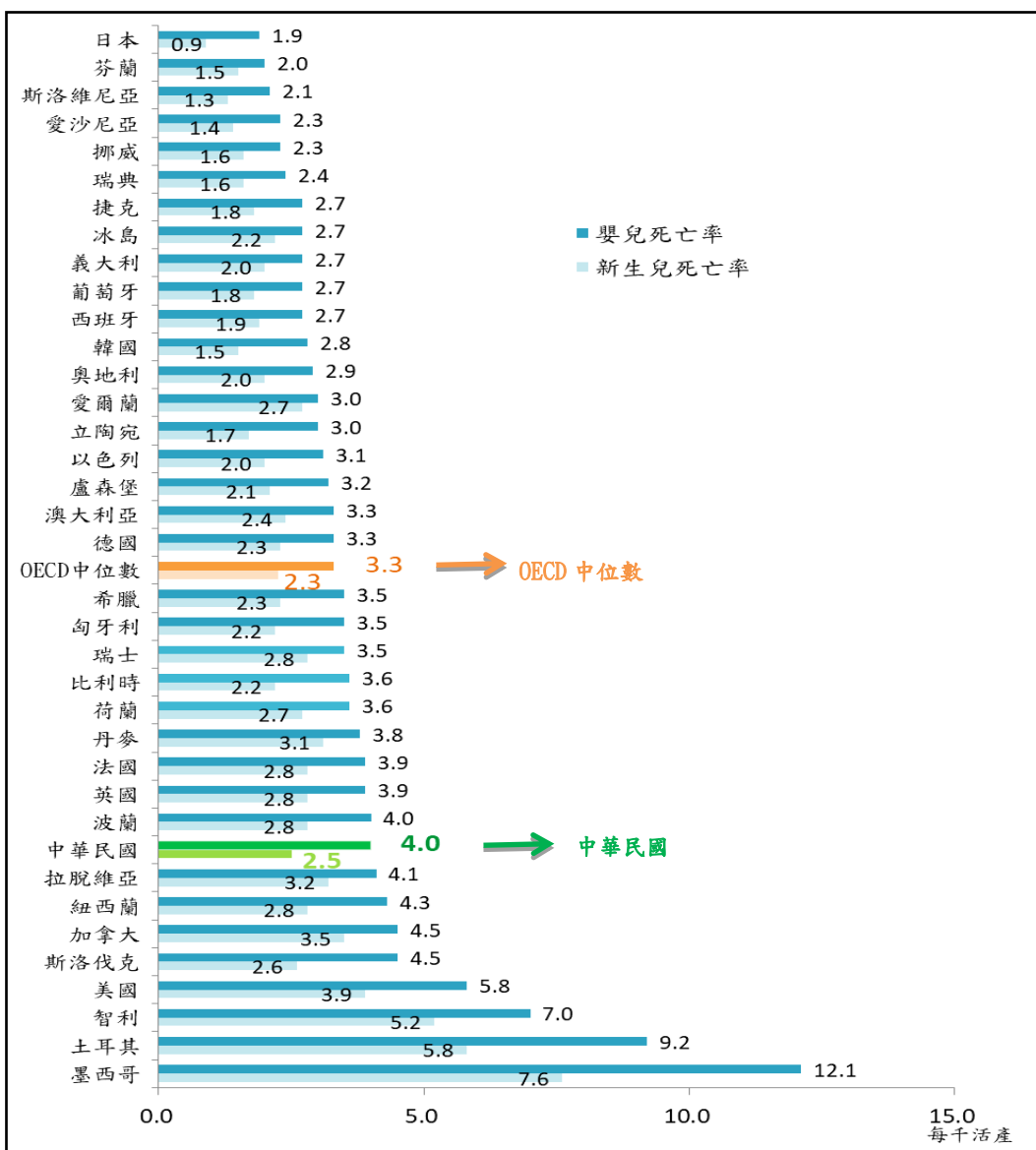
嬰兒死亡率係衡量一個國家兒童健康水準之指標，與 OECD 36 個會員國相比，2017 年我國嬰兒死亡率 4.0‰排名第 28 位，新生兒死亡率 2.5‰排名第 22 位，係屬中後段成績(詳圖 3-2)，顯示我國嬰兒死亡率較高，且與 2016 年相較，排名更分別下滑 2 名及 5 名，而兒童醫療體系完善係降低嬰兒死亡率之關鍵要素，反映我國兒童醫療照顧似有不足問題。

---

<sup>11</sup>歷年最低紀錄為 99 年度之 16 萬 6,886 人。

<sup>12</sup>新生兒死亡率=新生兒死亡數(嬰兒出生後未滿 28 天之死亡數)/活產嬰兒數\* 1,000；嬰兒死亡率=嬰兒出生後未滿 1 歲之死亡數/活產嬰兒數 \* 1,000。

圖 3-2 2017 年 OECD 會員國與我國嬰兒、新生兒死亡率比較



資料來源：衛福部 107 年度衛生福利統計動向。

(二)花蓮縣等 5 縣市連續 4 年嬰兒死亡率高於全國平均數，且各縣市間嬰兒及新生兒死亡率之差距皆同步擴增

經統計 105 年度至 108 年度各縣市嬰兒死亡率資料(詳表 3-2-1)，花蓮縣、臺東縣、屏東縣、高雄市、新北市等 5 縣市連續 4 年嬰兒死亡率高於全國平均數，顯示該等縣市嬰兒死亡率相對偏高。

表 3-2-1 105 年度至 108 年度嬰兒死亡率高於全國平均數之縣市  
明細表

單位：每千活產

項目	105 年度	106 年度	107 年度	108 年度
全國平均數	3.9	4.0	4.2	3.8
高於全國 平均數之 縣市及其 嬰兒死亡率	花蓮縣 8.6	花蓮縣 7.4	花蓮縣 10.0	臺東縣 6.8
	屏東縣 5.9	臺東縣 6.7	屏東縣 7.5	苗栗縣 6.2
	高雄市 5.5	屏東縣 5.8	宜蘭縣 7.5	澎湖縣 6.1
	新竹市 5.3	高雄市 5.6	嘉義縣 6.2	基隆市 5.8
	臺東縣 4.6	苗栗縣 4.7	臺東縣 6.0	花蓮縣 5.8
	新竹縣 4.5	宜蘭縣 4.5	嘉義市 5.9	南投縣 5.7
	新北市 4.2	新北市 4.3	澎湖縣 5.7	高雄市 5.4
	澎湖縣 4.0		高雄市 5.5	新北市 5.0
			基隆市 5.5	宜蘭縣 4.3
			臺北市 4.5	屏東縣 4.2
			新北市 4.3	新竹市 3.9

說明：表列縣市別係依各該縣市當年度嬰兒死亡率，由高至低排序。  
資料來源：整理自衛福部公告「嬰兒與孕產婦死亡數及死亡率各縣市死亡概況」資料。

又由各縣市近年嬰兒及新生兒死亡率比較資料觀之(詳表 3-2-2)，105-106 年度及 107-108 年度嬰兒死亡率排名前 3 者皆為花蓮縣、臺東縣、屏東縣，且縣市間嬰兒死亡率最高與最低之差距由 3.57 倍增加為 4.87 倍；新生兒死亡率部分，105-106 年度及 107-108 年度排名前 3 者分別為花蓮縣、屏東縣、高雄市及花蓮縣、澎湖縣、屏東縣，縣市間最高與最低之差距由 4.89 倍上升至 5.44 倍。

表 3-2-2 近年嬰兒及新生兒死亡率之縣市比較

單位：每千活產

項目/ 縣市別	嬰兒死亡率		新生兒死亡率	
	105-106 年度	107-108 年度	105-106 年度	107-108 年度
排名 前 3 者	花蓮縣 7.99	花蓮縣 7.89	花蓮縣 5.04	花蓮縣 6.64
	屏東縣 5.82	臺東縣 6.41	屏東縣 4.10	澎湖縣 6.64
	臺東縣 5.63	屏東縣 5.90	高雄市 4.02	屏東縣 3.76
最低	嘉義縣 2.24	金門縣 1.62	嘉義縣 1.03	彰化縣 1.22
最高最 低差距	3.57 倍	4.87 倍	4.89 倍	5.44 倍

說明：考量部分縣市嬰兒出生數及死亡數較低或為 0，其死亡率波動甚

大，爰以 2 年度平均數值比較之，且平均數值為 0 者，不列入比較。

資料來源：依衛福部提供之資料，自行計算。

### (三)近年各鄉鎮之嬰兒死亡率高於 10%者，其中逾 8 成係屬偏鄉離島地區

經觀察前開連續 4 年嬰兒死亡率高於全國平均數之花蓮縣、臺東縣、屏東縣、高雄市<sup>13</sup>、新北市等 5 縣市，經逐予計算及檢視渠等轄內鄉鎮於 105-106 年度、107-108 年度之嬰兒死亡率，茲彙整嬰兒死亡率排名前 5 高或死亡率高於 10%者(詳表 3-2-3)，該等鄉鎮大多為原住民族地區及偏鄉地區。

表 3-2-3 近 4 年嬰兒死亡率皆高於全國平均數之縣市及其轄內鄉鎮之嬰兒死亡率排名前 5 高之明細表 單位：每千活產

項目	105-106 年度	107-108 年度
花蓮縣	卓溪鄉 鳳林鎮 萬榮鄉 新城鄉 秀林鄉	鳳林鎮 瑞穗鄉 萬榮鄉 秀林鄉 吉安鄉
臺東縣	金峰鄉 大武鄉 鹿野鄉 太麻里鄉 延平鄉 關山鎮	池上鄉 蘭嶼鄉 卑南鄉 長濱鄉 東河鄉
屏東縣	車城鄉 霧臺鄉 瑪家鄉 來義鄉 枋寮鄉	三地門鄉 來義鄉 崁頂鄉 滿州鄉 九如鄉
高雄市	茂林區 田寮區 那瑪夏區 桃源區 烏松區	六龜區 鹽埕區 那瑪夏區 梓官區 烏松區
新北市	烏來區 三芝區 坪林區 五股區 貢寮區	坪林區 貢寮區 三峽區 金山區 烏來區

資料來源：依衛福部提供之資料，自行計算與整理。

又由全國各鄉鎮近年嬰兒死亡率高於 10%者觀之(詳表 3-2-4)，105-106 年度有 33 個鄉鎮，於 107-108 年度增為 36 個鄉鎮，且對照貳、二之表 2-1-3，屬原住民族、離島及偏鄉地區者分別為 27 個鄉鎮及 29 個鄉鎮，比率均逾 8 成，顯示我國嬰兒死亡率存有城鄉落差。

<sup>13</sup>據高雄市政府衛生局 108 年 12 月 16 日發布「高雄市嬰兒死亡統計」，該市近 5 年(103 年至 107 年)各行政區嬰兒死亡率，較高行政區除 3 個原民區(即茂林區、那瑪夏區、桃源區)外，另有杉林、美濃、田寮及烏松等區，多屬偏鄉及其鄰近區域。

表 3-2-4 近 4 年嬰兒死亡率高於 10‰之鄉鎮

單位：每千活產

嬰兒死亡率	105-106 年度	107-108 年度
高於 20‰	1. 金門縣烏坵鄉 2. 臺東縣金峰鄉 3. 屏東縣車城鄉 4. 花蓮縣卓溪鄉 5. 屏東縣霧臺鄉 6. 花蓮縣鳳林鎮 7. 高雄市茂林區 8. 花蓮縣萬榮鄉	1. 新北市坪林區 2. 臺東縣池上鄉 3. 澎湖縣望安鄉 4. 臺東縣蘭嶼鄉 5. 花蓮縣鳳林鎮
15‰-20‰	9. 澎湖縣望安鄉 10. 新北市烏來區 11. 臺東縣大武鄉 12. 新竹縣尖石鄉 13. 新竹縣五峰鄉 14. 彰化縣竹塘鄉	6. 嘉義縣番路鄉 7. 屏東縣三地門鄉 8. 屏東縣來義鄉 9. 屏東縣崁頂鄉 10. 臺南市將軍區 11. 花蓮縣瑞穗鄉 12. 臺東縣卑南鄉 13. 臺東縣長濱鄉 14. 花蓮縣萬榮鄉
10‰-15‰	15. 雲林縣褒忠鄉 16. 新北市三芝區 17. 高雄市田寮區 18. 屏東縣瑪家鄉 19. 臺東縣鹿野鄉 20. 屏東縣來義鄉 21. 臺東縣太麻里鄉 22. 雲林縣崙背鄉 23. 新北市坪林區 24. 屏東縣枋寮鄉 25. 彰化縣大城鄉 26. 高雄市那瑪夏區 27. 嘉義縣大埔鄉 28. 屏東縣林邊鄉 29. 臺東縣延平鄉 30. 臺東縣關山鎮 31. 花蓮縣新城鄉 32. 彰化縣二水鄉 33. 高雄市桃源區	15. 基隆市中山區 16. 屏東縣滿州鄉 17. 高雄市六龜區 18. 花蓮縣秀林鄉 19. 嘉義縣大埔鄉 20. 桃園市復興區 21. 高雄市鹽埕區 22. 臺東縣東河鄉 23. 臺中市和平區 24. 新竹縣峨眉鄉 25. 高雄市那瑪夏區 26. 南投縣水里鄉 27. 苗栗縣苑裡鎮 28. 臺東縣金峰鄉 29. 臺東縣鹿野鄉 30. 宜蘭縣礁溪鄉 31. 屏東縣九如鄉 32. 新竹縣尖石鄉 33. 苗栗縣三灣鄉 34. 臺中市石岡區 35. 臺東縣延平鄉 36. 花蓮縣吉安鄉

資料來源：依衛福部提供之資料，自行計算與整理。

### 三、現行公費醫師培育制度之權利義務差異頗大，恐影響報考意願，且招收情形及在學人數未如預期，亦難以紓解偏遠地區及重點科別醫師人力缺口

為達成均衡醫師人力資源之目的，我國早自 64 年起開始實施公費醫師之培育制度，嗣為充實基層、偏遠地區及重點科別醫師人力，於 105 年度起辦理重點科別培育公費醫師制度計畫。惟現行公費醫師培育制度之權利義務差異頗大，且招生情形未如預期，允宜研謀改善。謹說明如下：

#### (一)我國公費醫師培育制度簡述

目前除原住民族及離島地區醫事人員養成計畫<sup>14</sup>之限制籍屬公費醫師(即地方養成公費醫師)外，我國公費醫師之培育制度主要為衛福部及退輔會之重點科別培育公費醫師制度計畫(計畫所培育醫學系公費生，以下簡稱重點科別公費生)，暨退輔會委託國防醫學院代訓醫學系公費生(以下簡稱代訓公費生)。合先敘明。

按我國公費醫師培育制度自 64 年開始實施，藉提供醫學生 6 年公費補助，畢業後再分發至醫師人力不足地區或醫師人力羅致較為困難之科別服務，以達成均衡醫師人力資源目的，其後考量已達成階段性任務，於 98 年停止招收公費醫學生。據衛福部表示，一般公費醫師培育制度中，64 年至 81 年培育機關為教育部，82 年至 92 年培育機關為衛生署，93 年至 97 年培育機關為衛生署及退輔會，並各依權責管理與分發。

嗣為充實基層、偏遠地區及重點科別醫師人力，衛福部於

---

<sup>14</sup>衛福部以促進全民健康與福祉為使命，而照顧弱勢族群、強化離島及偏遠地區醫療保健服務品質及可近性乃為其施政重點之一；為有效提升離島地區之醫療照護服務，培育當地醫事人才，以期深耕當地醫療並長期留任為現階段重要課題，自 106 年起廣續辦理原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(第 4 期)。

105 年度重啟起公費醫師培育，辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，預計招生 500 名公費醫學生，以挹注偏遠地區及重點科別醫師人力之不足。此外，退輔會自 99 年復委託國防醫學院代訓公費生每年 13 名，並自 105 年起調增為每年 18 名，以及配合衛福部辦理重點科別培育公費醫師制度計畫(畢業後按 1/5 比例分配退輔會服務)。

## (二)現階段重點科別公費生及代訓公費生間，關於服務年數之計算及未履約賠償金額之差異頗大

由當前我國公費醫師培育、分發及差異比較(詳表 3-3-1)，各類公費醫師權利義務差異頗大，主要歸納如下：

1. 服務年數之計算：以同為「重點科別培育公費醫師制度計畫」之重點科別公費醫師而言，分發至衛福部體系之實際服務年數，將較退輔會體系者高出 2 年至 6 年，醫師證書之被保管年數亦隨同延長。
2. 未履約賠償之倍數及金額：由同樣分發至退輔會體系者以觀，重點科別公費醫師未履行服務之違約賠償金額為受領公費 4 倍，而委託國防醫學院代訓公費醫師係受領公費 1 倍，且因二者公費待遇不同(詳表 3-3-1)，前者違約賠償倍數將高於 4 倍；以僅服務 1 年為例，經估算重點科別公費醫師之賠款總金額 520 萬元<sup>15</sup>，代訓公費醫師為 65 萬元<sup>16</sup>，賠償金額差距可達 8 倍之多。

---

<sup>15</sup>以衛福部編列補助金額估算，計算結果： $(26 \text{ 萬元} * 6 \text{ 年} * 4 \text{ 倍}) * 5 \text{ 年} / 6 \text{ 年} = 520 \text{ 萬元}$ 。

<sup>16</sup>以退輔會編列補助金額估算，計算結果： $(13 \text{ 萬元} * 6 \text{ 年} * 1 \text{ 倍}) * 5 \text{ 年} / 6 \text{ 年} = 65 \text{ 萬元}$ 。

表 3-3-1 當前我國公費醫師之培育、分發及差異明細表

項目	重點科別培育 公費醫師制度計畫	委託國防醫學院 代訓醫學系公費生
辦理年度	105 年起迄今	99 年復招迄今
主辦機關	衛福部	退輔會
依據	衛生福利部重點科別培育公費醫師分發服務實施簡則	國軍退除役官兵輔導委員會公費醫師培育及分發服務實施簡則
在學待遇 (受領公費)	1. 制服費(每學期): 2,500 元 2. 書籍費(每學期): 4,000 元 3. 學雜費(每學期): 依教育部核定標準 4. 平安保險費及住宿費(每學期): 依各校收費標準; 校外住宿以 1.8 萬元為上限 5. 畢業生旅行參觀費: 3,000 元 6. 膳食費(每月): 3,250 元 7. 語言教學實習費(每學期): 依各校收費標準 8. 零用津貼(每月): 3,500 元 ▶編列補助每人每年 26 萬元	1. 制服費(每學期): 1,000 元 2. 書籍費(每學期): 1,500 元 3. 學雜費(每學期): 依教育部核定標準。 4. 平安保險費及住宿費(每學期): 按學校收費標準; 自行車住宿校外者不予補助 5. 畢業生旅行參觀費: 3,000 元 6. 生活津貼(每月): 3,528 元; 主食費 728 元及副食費 2,800 元 ▶編列補助每人每年 13 萬元
違約賠償	按比例償還受領公費之 4 倍	按比例償還受領之公費
履約保證	保管醫師證書作為履約之保證	
受訓科別	內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科	依退輔會核定各榮總公費生專科醫師訓練員額與科別
畢業後分發系統及服務規定	衛福部 (比例 4/5)	退輔會 (比例 1/5)
	1. 服務年數 6 年; 服務年數 <b>不包括專科醫師訓練階段(訓練年限 2 年-6 年)</b> 2. 完成專科醫師訓練後, 依規定分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務 6 年	1. 服務年數 6 年; 服務年數包括專科醫師訓練階段 2. 分發至榮民總醫院服務 4 年(完成專科醫師訓練)後, 分發至榮民總醫院分院或榮譽國民之家服務 2 年

說明：衛福部編列補助每人每學期 15.15 萬元，扣除補助學校之設備費及管理費(每人每學期計 2.15 萬元)後，在學待遇每人每學期約為 13 萬元，且實際在學待遇將隨學校及住宿與否而有不同。又

退輔會編列補助每人每學期 7.5 萬元，扣除補助國防醫學院之設備費(每人每學期計 1 萬元)後，在學待遇每人每學期為 6.5 萬元。  
資料來源：綜合整理自退輔會及衛福部提供暨自行蒐集之資料。

### (三)重點科別培育公費醫師制度計畫之招生情形未盡理想，105 年度至 108 年度均低於預計招生目標

衛福部於 105 年度重啟「重點科別培育公費醫師制度計畫」，預計每年招收名額 100 人，5 年共計 500 人，嗣依招生情形滾動檢討，自 107 年度起，將前一學年度未招滿名額調整至下一學年度累計招生，107 年度至 109 年度規劃培育各 115 名公費生。

以 105 學年度至 108 學年度重點科別培育公費醫師制度計畫招收情形觀之(詳表 3-3-2)，各學年度註冊人數分別為 87 人、97 人、109 人及 106 人，顯示各學年度均未能足額招生，且截至 109 年 3 月底止，實際招收重點科別公費生 399 人，而累計在學人數僅 373 人，較註冊人數減少 26 人。

表 3-3-2 重點科別培育公費醫師制度計畫之招收情形一覽表

單位：人

學年度	預計招收名額	註冊人數	累計註冊人數	累計在學人數 (109 年 3 月底)
105	100	87	87	76
106	100	97	184	164
107	115	109	293	267
108	115	106	399	373
109	115	-	-	-

資料來源：整理自衛福部提供之資料。

再者，據退輔會說明，其委託國防醫學院代訓公費生部分，自 99 年復招迄今，招生順遂，每年新生註冊人數皆達招生名額。兩相對照，或係衛福部重啟之重點科別公費醫師制度，較以往公費醫師之服務年數長及限制科別等因素，且如前開(二)所述二者間之權利義務差距大，恐肇致影響考生之報考意願及對未

來生涯擔憂，實不利公費醫師培育，亦難達成充實基層、偏遠地區及重點科別醫師人力之目的，進而無法紓解醫師缺口。

#### 四、一般公費醫師之留任率偏低，且整體地方養成醫師及公費醫師之留任意願有待妥謀提升；又近年各縣市公費醫師需求缺口皆逾 7 成，108 年度更攀升至 8 成，整體培育分發數相較所需醫師人力之差距頗大，亦宜改善

為改善偏鄉離島地區之醫療品質及縮短城鄉醫療落差，除宜持續強化該等地區醫療環境、基礎建設與支援設備外，端賴長期且穩定之醫事人力。惟經統計結果，109 年 5 月一般公費醫師留任率僅約 2 成，且地方養成醫師之留任意願容有提升空間，加以培育分發數相較該等地區所需醫師人力之差距頗大，均待研謀改善。謹說明如下：

##### (一) 以往培育之一般公費醫師，於服務期滿在原院原科別留任比率低於 2 成

依衛福部提供 109 年 5 月醫事管理系統資料，我國培育之一般公費醫學生<sup>17</sup>共計 1,182 人，取得專科醫師證書者 844 人，其中服務期滿公費醫師數計 827 人，仍留任原院原科別人數僅 156 人，整體留任率 18.86%，而內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科等五大科之平均留任率為 20.55%，其中外科 17.19%、婦產科及兒科僅各為 2.86%及 6.12%(詳表 3-4-1)，顯見公費醫師留任不易，且整體服務期滿在原院原科別留任比率低於 2 成，亦屬偏低。

---

<sup>17</sup>衛福部表示，一般公費醫師培育制度中，64 年至 81 年培育機關為教育部，82 年至 92 年培育機關為衛生署，93 年至 97 年培育機關為衛生署及退輔會，並各依權責管理及分發。

表 3-4-1 一般公費醫師於服務期滿留任原院原科別情形表(資料時點：109 年 5 月) 單位：人

科別	服務期滿公費醫師人數	留任原院原科別公費醫師人數	留任率(留任原院原科別)
內科	148	39	26.35%
外科	64	11	17.19%
婦產科	35	1	2.86%
兒科	49	3	6.12%
急診醫學科	69	21	30.43%
<b>五大科小計</b>	<b>365</b>	<b>75</b>	<b>20.55%</b>
其他專科	462	81	17.53%
<b>合計</b>	<b>827</b>	<b>156</b>	<b>18.86%</b>

資料來源：整理自衛福部提供之資料。

(二)衛福部培育之地方養成公費醫師及退輔會培育之公費醫師，於服務期滿之留任率尚有提升空間

1. 衛福部培育地方養成公費醫師，服務期滿留任率未及 7 成

據衛福部 109 年 6 月提供統計數據，原住民族及離島地區醫事人員養成計畫部分，截至 107 年底培育 549 名醫師，服務期滿醫師數為 185 名，留任人數 120 名，留任率 64.87%；截至 108 年底培育 593 名醫師，服務期滿醫師數 186 名，留任人數 121 名，留任率 65.05%，雖高於 107 年度，惟整體留任率低於 7 成，尚有提升空間。

又由取得專科醫師證書者之服務期滿留任情形觀之(詳表 3-4-2)，108 年度部分科別留任率偏低，例如：外科 52.63%、婦產科 40%、急診醫學科 55.56%、神經專科 50%，耳鼻喉科、骨科及職業醫學科甚至無留任者。衛福部表示，影響留任意願可能原因包含：生涯規劃、家庭生活及子女教育等問題，且原住民族及離島地區交通不便，資源缺乏，缺少醫學中心學習，加以衛生所醫事人員編制有限，無替代及支援人力，影響服務意願。

表 3-4-2 衛福部原住民族及離島地區醫事人員養成計畫之公費醫師服務期滿留任情形表(資料時點：108 年度)

單位：人

科別	取得專科醫師證書人次	服務期滿公費醫師人數	留任公費醫師人數	留任率
內科	60	34	25	73.53%
外科	24	19	10	52.63%
婦產科	11	5	2	40%
兒科	19	5	5	100%
急診醫學科	19	9	5	55.56%
家庭醫學科	106	79	48	60.76%
耳鼻喉科	2	0	0	0%
神經專科	4	4	2	50%
眼科	3	2	2	100%
骨科	2	2	0	0%
復健科	1	1	1	100%
職業醫學科	1	1	0	0%
皮膚科	1	1	1	100%
合計	253	162	101	62.35%

資料來源：衛福部。

## 2. 退輔會培育公費醫師(含代訓公費生部分), 雖整體留任率近 9 成, 惟部分榮家或榮總分院留任率未達 8 成

依退輔會說明, 該會培育公費醫師之服務年數因其入學年度及就讀身分別而不同<sup>18</sup>, 服務地點為該會所屬榮民總醫院(以下稱榮總)、榮民總醫院分院(以下稱榮總分院)及榮譽國民之家(以下稱榮家), 截至 107 年底服務期滿醫師數為 557 名, 留任人數 500 名, 留任率 89.77%; 截至 108 年底, 服務期滿醫師數 532 名, 留任人數 471 名, 留任率 88.53%, 107 年度及 108 年度整體公費醫師留任率近 9 成(詳表 3-4-3), 惟 108 年度略較 107 年度滑落, 部分科別留任率下降幅度較

<sup>18</sup>應服務年數分為 6 年、10 年、15 年不等。

大，如內科、急診醫學科、眼科、皮膚科等，且排除榮總本院，107 年度榮家及 108 年度榮總分院之公費醫師留任率分別為 66.67%及 75.61%，亦未達 8 成，容有提升之空間。

表 3-4-3 退輔會調查所屬機構公費醫師 107 年度及 108 年度留任資料情形表 單位：人

科別	107 年度			108 年度		
	服務期滿人數	留任人數	留任率	服務期滿人數	留任人數	留任率
內科	142	135	95.07%	139	121	87.05%
外科	55	41	74.55%	42	39	92.86%
婦產科	21	20	95.24%	21	16	76.19%
兒科	39	30	76.92%	33	30	90.91%
急診醫學科	27	25	92.59%	24	20	83.33%
家庭醫學科	29	23	79.31%	26	23	88.46%
骨科	28	27	96.43%	27	25	92.59%
神經外科	10	10	100.00%	11	11	100.00%
泌尿科	13	12	92.31%	13	12	92.31%
耳鼻喉科	14	13	92.86%	14	12	85.71%
眼科	17	16	94.12%	18	15	83.33%
皮膚科	4	4	100.00%	6	4	66.67%
神經科	30	28	93.33%	30	28	93.33%
精神科	32	30	93.75%	31	29	93.55%
復健科	17	15	88.24%	17	15	88.24%
麻醉科	27	24	88.89%	29	25	86.21%
放射診斷科	26	23	88.46%	24	21	87.50%
放射腫瘤科	7	7	100.00%	7	7	100.00%
解剖病理科	8	7	87.50%	7	6	85.71%
核子醫學科	5	5	100.00%	5	5	100.00%
職業醫學科	-	-	-	2	2	100.00%
整形外科	6	5	83.33%	6	5	83.33%
合計	557	500	89.77%	532	471	88.53%

說明：表內服務期滿人數係指當年度已具期滿資格之公費醫師人數；留任人數為當年底已具期滿資格且續留原服務機構之公費醫師人數。

資料來源：退輔會。

(三)公費醫師培育分發數，與偏遠地區所需醫師人力之差距頗大

1. 近年各縣市公費醫師整體需求缺口皆逾7成，108年度更攀升至8成

以近4年各縣市公費醫師人力需求及分發資料觀之，105年度至108年度可分發公費醫師人數分別為76人、66人、87人及64人(詳表3-4-4)，而需求人數介於272人至373人，顯示每年醫師需求遠大於培育之公費醫師數，同期間醫師不足數分別為196人、235人、286人及258人，醫師不足比率各為72.06%、78.07%、76.68%及80.12%，各年度不足比率皆逾7成，且108年度更攀升至8成。衛福部表示偏鄉離島地區因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源相對於一般地區普遍不足。

表3-4-4 105年度至108年度衛福部公費醫師需求人數及分發服務一覽表

單位：人

縣市別	105年度		106年度		107年度		108年度	
	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發
苗栗縣	8	0	10	2	12	3	14	0
連江縣	2	2	0	0	3	0	3	0
臺中市	17	0	11	1	23	1	9	0
高雄市	6	2	7	2	10	4	13	1
嘉義縣	5	2	3	3	6	1	11	1
花蓮縣	13	7	19	4	24	3	24	3
基隆市	10	1	9	2	8	0	7	1
雲林縣	0	0	3	1	5	0	6	1
屏東縣	29	15	56	10	52	16	61	11
金門縣	16	7	18	5	18	5	10	2
南投縣	13	3	16	6	18	9	20	4
嘉義市	34	5	25	7	29	9	18	4
臺東縣	13	7	33	5	46	8	40	9
臺南市	36	5	22	2	29	3	22	5
桃園市	10	3	19	3	18	7	16	4
新北市	20	2	13	2	27	2	12	3
澎湖縣	14	8	22	7	20	6	22	7

縣市別	105 年度		106 年度		107 年度		108 年度	
	需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發
宜蘭縣	11	2	12	3	13	4	8	4
彰化縣	6	2	2	1	10	5	5	3
新竹市	0	0	0	0	0	0	1	1
新竹縣	9	3	1	0	2	1	0	0
合計	272	76	301	66	373	87	322	64
不足數 (比率)	196 (72.06%)		235 (78.07%)		286 (76.68%)		258 (80.12%)	

說明：表內縣市係以 108 年度公費醫師不足比率，由高至低排序。  
資料來源：整理自衛福部提供之資料。

## 2. 原住民族或離島地區衛生所之醫師缺額數雖相對較低，惟部分縣市已連續多年皆有缺額未能補足情形

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫部分，養成公費醫師之服務地點優先順序為戶籍所在地之原住民族或離島地區衛生所，據衛福部提供之資料，105 年度至 108 年度前開地區衛生所醫師人力編制員額，除 105 年度為 116 人外，餘皆為 117 人，已進用員額數除 105 年度 110 人外，餘均為 106 人，近 4 年缺額數分別為 6 人、11 人、11 人及 11 人(詳表 3-4-5)；以各縣市觀之，108 年度尚有缺額之衛生所分布於臺東縣、高雄市、宜蘭縣、新竹縣、花蓮縣及連江縣等 6 縣市，其中花蓮縣連續 4 年、臺東縣及連江縣連續 3 年皆未能足額進用。又衛生所醫師缺額數尚少，或係受限於地方政府編制員額不高，多數衛生所之編制僅 1-2 位醫師。

表 3-4-5 105 年度至 108 年度原住民族及離島地區衛生所醫師缺額調查情形

單位：人

原住民族及離島地區 衛生所名稱與其縣市別		105 年度		106 年度		107 年度		108 年度	
		編制	進用	編制	進用	編制	進用	編制	進用
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、臺東市、卑南鄉、鹿野鄉、關山鎮、池上鄉、東河鄉、成功鎮、長濱鄉、太麻里、大武鄉、	22	22	22	19	23	19	23	18

原住民族及離島地區 衛生所名稱與其縣市別		105 年度		106 年度		107 年度		108 年度	
		編制	進用	編制	進用	編制	進用	編制	進用
	綠島鄉衛生所								
高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區衛生所	7	6	7	5	6	6	6	4
宜蘭縣	南澳鄉、大同鄉衛生所	4	4	4	4	4	4	4	3
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉、關西鎮衛生所	5	5	5	5	5	5	5	4
花蓮縣	萬榮鄉、卓溪鄉、秀林鄉、花蓮市、新城鄉、吉安鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉衛生所	15	12	15	11	15	13	14	13
連江縣	東莒、北竿、西莒、東引衛生所	4	4	5	4	5	4	5	4
新北市	烏來區衛生所	2	2	2	1	2	2	2	2
桃園市	復興區衛生所	2	2	2	2	2	2	2	2
苗栗縣	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉衛生所	4	4	4	4	4	3	4	4
臺中市	梨山、和平區衛生所	6	5	6	6	6	5	6	6
南投縣	信義鄉、仁愛鄉、魚池鄉衛生所	6	6	6	6	6	6	6	6
嘉義縣	阿里山鄉衛生所	2	2	2	2	2	2	2	2
屏東縣	霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿州鄉、琉球鄉、三地門鄉衛生所	20	20	20	20	20	19	20	20
澎湖縣	馬公市第一、馬公市第二、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉、湖西鄉、白沙鄉、白沙鄉烏嶼、白沙鄉吉貝、望安鄉將軍、馬公市興仁衛生所	12	12	12	12	12	11	13	13
金門縣	金城鎮、金沙鎮、金寧鄉、金湖鎮、烈嶼鄉衛生所	5	4	5	5	5	5	5	5
合 計		116	110	117	106	117	106	117	106
不足數 (比率)		10 (8.62%)		11 (9.40%)		11 (9.40%)		11 (9.40%)	

說 明：表內縣市係以 108 年度衛生所醫師缺額人數，由高至低排序。

資料來源：整理自衛福部提供之資料。

### 3. 退輔會培育公費醫師部分，近年醫師不足率約 5 成左右

依退輔會提供所屬榮總分院及榮家需求醫師人數及公費醫師分發服務人數資料(詳表 3-4-6)，所培育公費醫師囿於招生員額及公費生個人志願等因素，每年可分發醫師人數有限，105 年度至 108 年度平均每年分發約 47 人，然該會所屬榮總分院及榮家大多地處偏遠，羅致醫師困難，每年醫師需求約 100 人，遠大於培育之公費醫師數，105 年度至 108 年度醫師不足數分別為 47 人、60 人、63 人及 47 人，比率介於 48.96%至 58.82% 之間。

表 3-4-6 105 年度至 108 年度退輔會所屬機構需求醫師人數及公費醫師分發服務人數一覽表 單位：人

機構別		105 年度		106 年度		107 年度		108 年度	
		需求	分發	需求	分發	需求	分發	需求	分發
臺北榮總	桃園分院	19	9	16	4	17	8	11	7
	新竹分院	5	2	22	9	17	5	12	4
	蘇澳分院	13	8	7	5	14	6	8	6
	員山分院								
	玉里分院								
	鳳林分院 臺東分院	13	5	13	6	9	6	13	8
臺中榮總	嘉義分院 灣橋分院	23	12	19	6	22	7	27	9
	埔里分院	9	4	8	4	8	2	6	3
高雄榮總	臺南分院	4	3	10	3	8	3	10	5
	屏東分院	9	5	4	2	13	8	5	5
16 個榮家		1	1	3	3	3	3	4	2
合計		96	49	102	42	111	48	96	49
不足數 (比率)		47 (48.96%)		60 (58.82%)		63 (56.76%)		47 (48.96%)	

資料來源：整理自退輔會提供之資料。

## 肆、結論與建議

按偏遠及離島地區因交通不便、人口稀少且分散等，致該等地區之醫療資源相對不足，且醫事人力招募及留任均不易；為解決前述問題，中央政府推動各項改善措施與計畫，並將強化偏遠及離島地區之醫療服務品質與可近性，列為歷年施政重點，且持續挹注經費。經綜整資料及研析發現，尚有下列事項宜妥謀改善：一、近年推動各項醫療促進或改善計畫與方案，部分未達預期目標或參與情形不高，且偏鄉離島地區之醫師人力、在地及緊急醫療量能仍相對不足；二、我國面臨嬰兒高死亡率與低出生率現象，且近年各縣市間嬰兒及新生兒死亡率之差距皆擴增，並有城鄉落差情形；三、現行公費醫師培育制度之權利義務差異頗大，且招收情形未如預期；四、一般公費醫師留任率偏低，及近年各縣市公費醫師之需求缺口仍高等。爰此，提出相關建議事項如下，俾供未來研修制度及計畫之參考：

- 一、衛福部及所屬允宜研謀提升醫療促進或改善計畫與方案之執行成效，並賡續檢視偏鄉離島地區醫療資源配置問題及癥結點，精進相關計畫與方案之實施作為，以平衡城鄉醫療資源不均，並確保偏鄉離島地區民眾就醫之可近性。
- 二、兒童乃國家重要資產，兒童健康照護之完善性益顯急迫與重要，允宜積極建構及完備兒童醫療體系，並應針對嬰兒死亡率偏高之縣市及鄉鎮，儘速縫補兒童醫療網絡與支援系統。
- 三、基於衡平合理性，建議調整研修現行公費醫師培育與其權利義務相關規範，並宜評估偏遠離島地區及專科別醫師人力缺口，適時檢討公費醫師、地方養成醫師等培育制度與招生名額，以充實該等地區醫師人力及均衡人力分布。
- 四、為維持偏遠離島地區長期穩定之醫事人力，允宜研謀增進醫師留任率、醫療院所及醫師於該等地區提供醫療服務或開業之對策。

(分機：8660 黃惠雯)