

議題研析

一、題目：平地偏鄉醫療資源落差與醫師人力配置研析

二、議題所涉法規

醫療法、全民健康保險法

三、背景說明（緣起）

審計部 114 年度中央政府總決算審核報告¹指出，原住民族及離島地區衛生所受公費醫師培育、留任獎勵及相關醫療計畫挹注，醫師人力相對穩定；惟位於健保西醫醫療資源不足地區改善方案施行區域之非原住民族地區平地偏鄉²，仍有 17 個衛生所於 111 年至 114 年間連續 4 年均無西醫師執業登記，多數每週門診僅 1 至 5 診次³。由於公費醫師分發及留任成效有限，部分平地偏鄉欠缺穩定在地醫師人力，仍須仰賴區外醫師支援或巡迴醫療維持基本醫療服務⁴。顯示醫療資源不足及醫療可近性問題，並非僅存在於山地、離島或原住民族地區，平地偏鄉亦可能面臨長期醫師人力不足之情形。

據審計部彙整衛生福利部提供資料，112 至 114 年各縣市對一般及養成公費醫師需求每年為 126 至 130 人，實際分發僅 7 至 11 人，均未達需求數 1 成；截至 114 年底，一般公費醫師服務期滿留任率為 14.94%，養成公費醫師留任率為 63.50%，其中養成公費醫

¹ 本報告有關年分之使用，原則以民國紀元表述，惟涉及外國部分，改採西元紀年表述。

² 本文「平地偏鄉」一詞係援用審計部報告之用語，以位處全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案施行區域之非原住民族地區平地偏鄉為論述對象，審計部並將其簡稱為「非山非市地區」。網址：<https://www.audit.gov.tw/p/405-1000-11629,c104.php?Lang=zh-tw>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 11 日。

³ 審計部，〈政府推動醫療平權相關措施執行情形〉，《中華民國 114 年度中央政府總決算審核報告——總述、重要施政議題之查核及最終審定數額表（第 1 冊）》，乙、重要施政議題之查核，頁乙-284，115 年 7 月 24 日，網址：<https://www.audit.gov.tw/p/405-1000-11629,c104.php?Lang=zh-tw>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 11 日。

⁴ 鄭郁蓁，公費醫難留 17 衛生所 4 年沒西醫，中國時報，第 A4 版，115 年 8 月 10 日。

師留任率仍未達計畫所定維持 7 成之目標⁵。現行偏鄉醫療政策雖已透過公費醫師、健保支付及醫療支援等措施改善醫療資源分布，惟不同地區間之醫療資源及醫師人力配置仍存落差，相關法制及支持機制是否足以反映平地偏鄉實際醫療需求，尚有檢討空間。

四、問題爭點

現行醫療資源不足地區之認定分散於不同法規及行政方案，認定目的、指標及法律效果不一，健保、公費培育、留任獎勵及醫院支援等措施亦各自運作。在不削弱原住民族及離島特別保障之前提下，是否有必要建立跨制度之共通認定、分級、支持及評估機制，使一般平地偏鄉得依實際缺醫程度取得相應支持，值得探討。

五、探討研析

(一)現行規範目的、名稱及法律效果分散

醫療法第 88 條、第 89 條及第 91 條分別規範醫療機構與人力合理分布、醫療區域劃分及均衡資源獎勵措施，惟尚未明定或形成可供不同政策共同適用之認定基準、短缺程度分級及定期檢討機制。另全民健康保險法第 43 條授權主管機關訂定醫療資源缺乏地區之條件，以醫師與人口比例（下稱醫人比）、人口密度或專案核定等作為認定基準，並得減免部分負擔⁶；衛生福利部中央健康保險署 115 年度「西醫醫療資源不足地區改善方案」則以每位登記執業醫師服務戶籍人口逾 2,600 人等條件認定施行區域，並依醫人比、人口密度、交通狀況及地方評估將施行鄉鎮分為三級⁷。顯見各制度依不同目的分別設計，尚未形成跨制度共用之核心認定及分級架構，易增加同一地區於不同制度下重複認定及資格判斷之複雜性，並使缺醫程度相近之地區因適用方案不同而產生資源配置落差。

⁵ 審計部，同註 2，頁乙-283 至乙-284。

⁶ 衛生福利部，全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件，107 年 11 月 26 日修正發布，網址：https://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg024225/ch08/type1/gov70/num33/Eg.htm，最後瀏覽日期：115 年 8 月 13 日。

⁷ 衛生福利部中央健康保險署，公告「115 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，115 年 2 月 4 日，網址：<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-19633-f2eb3-3258-1.html>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 14 日。

因此，後續制度整合應以不削弱原住民族健康法及離島建設條例之特別保障為前提，並兼顧一般平地偏鄉之實際缺醫程度，避免地區類別成為資源配置之唯一門檻。

(二) 日本將醫師人力確保納入法定醫療計畫

日本醫療法第 30 條之 4 第 2 項第 11 款規定，都道府縣應於醫療計畫記載醫師確保事項⁸，並透過「醫師確保計畫」訂定醫師確保方針、目標醫師數及達成目標之措施⁹。另以「醫師偏在指標」衡量各地醫師分布不均情形，作為全國統一及客觀比較之基準；惟該指標僅反映地區間醫師分布之相對差異，不宜逕以其數值作為絕對判斷標準¹⁰。2026 年公布之第 8 次（後期）醫師確保計畫指引，進一步要求評估計畫成效並反映於後續計畫；對醫師人力較少地區之認定，除醫師偏在指標外並納入偏遠程度，另於重點支援地區之選定，則考量可居住面積醫師數及居民醫療可近性等地方實情¹¹。其特色在於以法定計畫串連認定指標、政策目標、措施及成效評估，兼具全國可比較性與地方調整彈性，可供我國建立持續性人力配置機制借鏡。

(三) 美國以法規明定短缺認定並另設評分機制

美國聯邦法規彙編第 42 卷第 5 部分（42 C.F.R. Part 5）醫療專業人力短缺地區之指定（Designation of Health Professional(s) Shortage Areas）建立法規化標準；其附錄 A 針對基層醫療專業人力短缺地區，以合理醫療服務區域、人口對醫師比、醫療需求或既有服務量能，並考量相鄰地區醫療人力之使用程度、距離及可近性等因素進行認定¹²。美國衛生資源與服務管理局（Health Resources and Services

⁸ 日本医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 2 項第 11 号，e-Gov 法令検索，網址：<https://laws.e-gov.go.jp/law/323AC0000000205>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 17 日。

⁹ 厚生労働省，医師確保対策－医師確保計画，網址：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kinkyu/index.html，最後瀏覽日期：115 年 8 月 18 日。

¹⁰ 厚生労働省，医師確保対策－医師偏在指標，網址：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kinkyu/index.html，最後瀏覽日期：115 年 8 月 18 日。

¹¹ 厚生労働省，「医師確保計画策定ガイドライン～第 8 次（後期）～」について，令和 8 年 6 月 30 日医政地発 0630 第 4 号・医政医発 0630 第 1 号，附件〈医師確保計画策定ガイドライン～第 8 次（後期）～〉，頁 19-20、43、85-87，網址：<https://www.mhlw.go.jp/content/001717174.pdf>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 19 日。

¹² 42 C.F.R. Part 5, Appendix A, Criteria for Designation of Areas Having Shortages of Primary Medical Care Professional(s)，網址：<https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-I/subchapter-A/part-5>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 20 日。

Administration, HRSA) 另對經指定之醫療專業人力短缺地區 (Health Professional Shortage Area, HPSA) 評分，評分因素包括人口與醫療服務提供者比例、聯邦貧窮線以下人口比例、嬰兒健康指數，以及至指定區域外最近醫療資源之交通時間等¹³。該等短缺指定並供多項聯邦計畫作為資格認定或資源配置之依據，使短缺認定與後續支持措施相互連結¹⁴。

(四) 建立醫療資源不足地區之共通認定及分級支持機制

綜合日本及美國制度，醫療資源不足地區之認定，宜與人力配置、支持措施及定期評估相互銜接。考量我國現行認定及分級規則散見於健保法制及各項行政方案，適用目的與法律效果亦不同；而醫療法以「合理分布醫療資源」為重要立法目的，且醫療法第 88 條已有醫療機構及人力合理分布、醫療區域及醫療網計畫之規範基礎，建議以醫療法作為整合性法源，依醫療需求、人力供給、交通可近性及服務持續性等核心因素，建立跨制度共通之認定及分級架構；各制度仍得依政策目的增列條件或支持措施，並保留地方實際醫療需求之評估空間，避免逕以單一指標作絕對判斷。

認定及分級結果宜與健保支付、公費醫師分發及留任、醫療機構支援等措施銜接，依短缺程度提供差異化支持，並定期檢討成效。原住民族及離島地區仍應維持特別法之加強保障；一般平地偏鄉可依實際缺醫程度取得基本支持，形成一般保障底線與特別法加強保障並行之架構，避免僅因地區類別不同而產生醫療人力支持落差。

撰稿人：林琪蓉

¹³ U.S. Health Resources and Services Administration (HRSA), Scoring Shortage Designations, 網址：<https://bhwh.hrsa.gov/workforce-shortage-areas/shortage-designation/scoring>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 21 日。

¹⁴ U.S. Health Resources and Services Administration (HRSA), What Is Shortage Designation?, 網址：<https://bhwh.hrsa.gov/workforce-shortage-areas/shortage-designation>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 24 日。