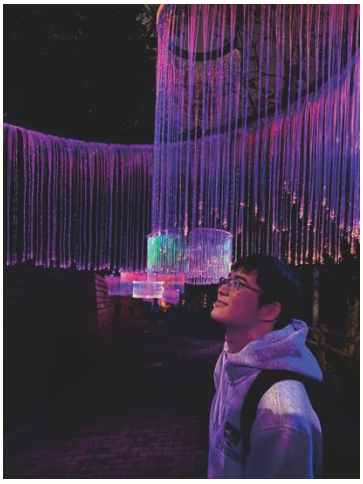


從「偏鄉定義」與「成效實證」重新省思第二期公費醫師計畫

■歐柏良
國立成功大學醫學系大四學生、系學會會長

在台灣醫療的版圖上，繁華都會的燈火通明與偏遠角落的星光黯淡，始終是一道令人心痛且難以跨越的鴻溝。每當夜幕低垂，急重症病患在蜿蜒山路上的顛簸與無助，都是政策制定者心中最沉重的掛念。為了填補這道缺口，衛生福利部於民國105年重啓了公費醫師制度，並隨後推出了「第二期重點科別培育公費醫師制度計畫」。這項承載著偏鄉民眾健康寄託的政策，其初衷無疑是良善且充滿溫情的：希望透過公費醫師的加入，讓醫療的愛能深入每一寸需要的土地，成為守護在地民眾健康的燈塔。然而，當政策決定延續並擴大辦理時，醫界的反彈聲浪卻如潮水般湧現，質疑與憂慮掩蓋了原本的美意。我們必須在喧囂中冷靜思考：這究竟是一張能長久守護偏鄉的「醫療網」，還是一塊僅僅用來遮掩制度缺失的「補丁」？我們並非反對公費醫師制度本身，而是主張在邁入第二期、甚至規劃未來十年的醫療藍圖之前，必須先釐清「何謂偏鄉」的混亂定義，並拿出第一期計畫施行有效的真實數據，方能服眾。

不可否認，第二期計畫的立論基礎有其迫切的現實意義。隨著台灣人口結構劇烈翻轉，**戰後嬰兒潮導致的高齡化與現今社會**



結構導致的少子化海嘯即將來襲，預估未來二十年間，老年人口將大幅增加，而醫療人力的供給卻因醫師年齡老化、工時減少而面臨嚴峻挑戰。根據衛生福利部的數據分析，內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科等「五大科」人力在偏鄉地區嚴重不足，許多偏遠次醫療區域每萬人口醫師數遠低於世界衛生組織建議的標準。在市場機制的失靈下，偏鄉醫院如同孤海中的燈塔，若無公費醫師的人力「強心針」，隨時面臨熄燈危機。因此，第二期計畫預計在五年內培育750名公費生，並以任務導向填補缺口，從人道與公共利益的角度來看，確實有其存在的正當性與必要性。

然而，魔鬼往往藏在細節裡。除了成效評估的缺失，「何謂偏鄉？」的定義問題，更是這項計畫中一塊極不穩定的基石，甚至可能導致資源的嚴重錯置。**在第二期計畫的規劃中，衛福部對於缺人地區的定義，主要依據「次醫療區域」的每萬人口醫師數是否低於十人來判定。依照此一純粹的「數據標準」，諸如新竹竹東、苗栗海線、南投竹山、甚至彰化南彰化等地，都被列入**

需要公費生填補的「偏遠地區」名單之中。這種劃分方式引發了一個核心質疑：以行政區域或單純人口比例劃分的「偏鄉」，是否真能反映民眾就醫的真實困境？

對照內政部對於偏遠地區的定義，通常是指人口密度低於全國平均五分之一，或距離直轄市、縣市政府所在地七點五公里以上的離島，全台約有六十五個鄉鎮符合此地理條件。然而，**衛福部的標準卻可能將距離醫學中心僅一小時車程、生活機能尚可的次級城鎮納入「偏鄉」範疇。反觀那些真正山路蜿蜒、加上離島風浪阻隔的「極限偏鄉」，其醫療需求的迫切性與上述地區截然不同**。許多教育界與社會學者在討論偏鄉議題時也指出，偏遠地區的問題往往源於整體社區機能的流失，就業不易導致青壯人口外流，進而掏空了支持系統，這絕非單純填補一名醫師就能解決。如果「偏鄉」的定義過於寬鬆或僅依賴數據，公費醫師極可能被分發至「統計上的偏鄉」而非「地理上的絕境」。這不僅無法解決真正深山離島的醫療荒漠化，更可能讓公費制度淪為替部分區域醫院節省人事成本的工具，而非雪中送炭的救命稻草。如果連「要救的地方在哪裡」都定義得如此模糊，資源如何能精準投放？

更為關鍵的爭議點在於**「成效評估」空口無憑**。衛福部在推動第二期計畫時，雖然列舉了第一期（105年至109年）的執行成果，但其核心指標卻顯得蒼白無力。官方數據顯示，第一期總招收率達92.79%，平均退學率僅6.5%，並以此作為計畫成功的佐證。然而，這是似乎是一個巨大的邏輯陷阱。招生額滿，僅代表考生的入學意願或對經濟補助的需求，絕不等於這項制度成功解決了偏鄉醫療問題。**我們必須正視一個事實：第一期培育的公費生，目前多數尚在醫學院就讀或**

剛進入住院醫師訓練階段，根本尚未真正下鄉服務，更遑論完成服務後的「留任率」數據。

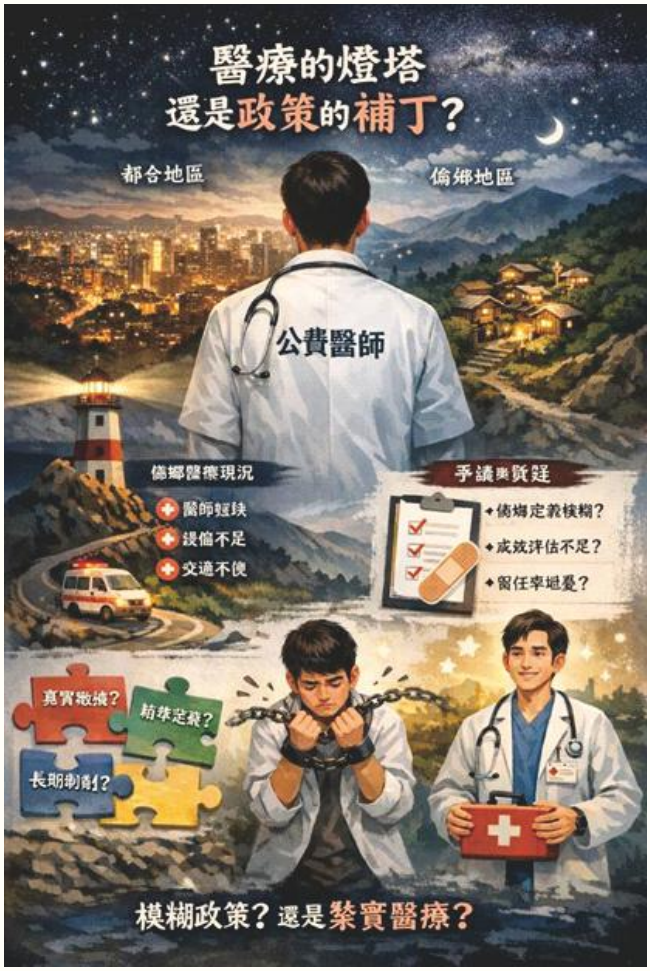
在第一批重點科別公費生尚未走完完整的「教、考、訓、用」循環之前，政府便急於擴大辦理第二期，甚至在政策曾宣布終止後又反覆續辦，這種缺乏實證醫學精神的決策，難以說服專業社群。醫界團體如醫師公會全聯會便嚴厲批評此舉形同「政策遮羞布」，若無法改善執業環境，僅靠公費生填補人力，無異於緣木求魚。過去長達三十餘年的公費生舊制，因留任率不佳而於民國98年停招，許多公費醫師在服務期滿後即選擇離開，甚至寧願賠款贖身，這血淋淋的教訓證明了「綁人」不如「留心」。**若政府無法提出第一期計畫在「偏鄉醫療品質改善」與「醫師長期留任機制」上的具體監測數據，僅靠延長服務年限至十年與高額賠償來強制留人，無異於在未來的醫療環境中埋下長期的地雷，製造出一批對體制充滿怨懟的醫師，這對偏鄉民眾而言絕非上上之選**，哪怕是短期的福音。

此外，我們不能忽視偏鄉教育法制化過程中曾出現的辯證。如同教育界在制定《偏遠地區學校教育發展條例》時所遭遇的困境，若法規中充滿了例外與重疊，或是為了便宜行事而另開後門，最終受害的仍是制度的公平性與專業性。同樣地，在醫療領域，若我們一方面高喊重視偏鄉，另一方面卻對代理與公費人力的勞動條件視而不見，甚至試圖以降低標準或強制手段來填補空缺，這無疑是一種本末倒置。**真正的偏鄉醫療正義，不應建立在對年輕醫師自由意志的剝奪或對「偏鄉」定義的模糊操作之上，而是需要建立在完善的後援系統與合理的誘因機制之上。**

綜上所述，我們並非全盤否定第二期重點科別公費醫師計畫的價值。在醫療資源極度不均、

五大科人力斷層的當下，公費制度仍是調節人力分布的必要手段之一。然而，政策的延續不能僅憑熱血口號，更不能建立在對過往教訓的遺忘之上。我們呼籲主管機關應暫緩盲目擴張，回歸證據導向的治理。首先，請整合內政部、衛福部及相關法規對「偏鄉」的定義，區分「醫療資源稀缺區」與「地理極限偏鄉」，確保最珍貴的公費人力成為送往真正需要地區的「燈塔」，而非僅是為了美化數據的錦上添花。其次，請拿出第一期計畫在訓練過程中的專科選擇是否真的符合偏鄉需求？政府承諾的配套輔導措施，是否真能提升他們的榮譽感與留任意願？我們需要的不是漂亮的招生數字，而是真實的追蹤數據。

唯有當公費醫師不再是被模糊定義隨意分發、被迫履約的「還債者」，而是被完善制度支持、清楚自己使命並願意深耕的「守護者」，台灣的偏鄉醫療才能迎來真正的春天。在此之前，也許政府應該先暫停急促的腳步，用真實的數據與精確的定義，來回應醫界與社會的深切期盼。這不僅是對年輕學子的負責，更是對偏鄉民眾健康權的真正尊重。



‖ 圖片由ChatGPT生成