

偏鄉地區醫療不平等之倫理探討

～家庭醫學部倫理討論會紀要

Ethical Considerations in Healthcare Inequities in Rural and Underserved Areas

～Family Medicine Forum

文 / 簡崧丞¹、蔡甫昌²
臺大醫院¹家庭醫學部、²倫理中心

壹、全球視野下的城鄉差距與健康人權

在 21 世紀醫療科技日新月異的今天，AI 診斷與精準醫療正改變著城市大型醫學中心的運作模式。然而，轉向地球的另一端，甚至是在醫療大國台灣的偏遠角落，醫療資源不平等 (Health Inequality) 依然是公共衛生與生命倫理之難題。根據聯合國與世界衛生組織 (WHO) 的統計，全球約有 80% 的極端貧窮人口與 84% 的多面向貧窮人口居住於偏鄉地區[1]。這些社區長期面臨健康、經濟、社會與權利等多重危機。

2020 年爆發的 COVID-19 全球大流行，加深了長期存在的城鄉醫療差距。偏鄉地區由於交通不便、網路覆蓋率不足以及專業醫護人力的匱乏，使得這群「被遺忘的居民」在面對新興傳染病時，顯得更為脆弱。偏鄉醫療不均不僅是地方性的行政缺失，它更具有全球性的連鎖效應：環境惡化、公共衛生威脅 (如人畜共通疾病爆發)、以及社會動盪。因此，為了實現聯合國永續發展指標 (SDGs) 其中兩項指標「消除貧窮」與「減少不平等」，必須從解決偏鄉地區的服務覆蓋率開始[1]。

本次倫理討論會聚焦於偏鄉醫療的多重挑戰，從留任策略、急救體系改革 (以美國為例)，到臺灣本土公費醫師制度的深層倫理辯證，試圖為這道歷史性的鴻溝尋求可能的制度解方。

貳、WHO 偏鄉勞動力指導方針

醫療體系的核心在於人。WHO 預測至 2030 年，全球將面臨高達 1800 萬名醫護人力的短缺。在偏鄉地區，由於醫護密度低、工作環境挑戰大、職涯發展管道有限，導致當地居民面臨較差的健康產出。為此，WHO 提出了「醫療勞動力開發、吸引、招募與留任」的指導方針，其核心在於「多管齊下」的介入方針[2]：

- 一、 教育面向 (Education)：研究顯示，具備偏鄉背景的學生，畢業後回歸偏鄉服務的意願顯著較高。因此，政策可優先招收偏鄉學子，研擬將醫事訓練中心設於偏鄉鄰近區域，增加在地的臨床實習經驗。這不僅是技術的磨練，更是對當地環境建立專業認同的過程。
- 二、 法規與誘因 (Regulatory & Incentives)：在資源匱乏區，應適度擴大醫護人員的執業範疇，並將激勵 (獎金) 計畫與具約束力的服務協議掛鉤。此外，薪資結構、居住補貼以及針對子女教育的配套措施，是抵消偏鄉生活機會成本的必要條件。
- 三、 支持體系 (Personal & Professional Support)：「職業孤立感 (Professional Isolation)」是偏鄉醫師離職的主因之一。建立完善的遠距諮詢系統、定期的專業進修管道以及確保安全的工作環境，是維持專業熱情的關鍵。

參、「救護車沙漠」之體系改革

在急救領域，時間就是生命 (Time is Life)。然而在許多地區，反應時間的拉長形成了所謂的「救護車沙漠 (Ambulance Deserts)」。以美國的經驗為例，許多偏鄉地區的急救醫療服務 (EMS) 長期仰賴志願者模式或地方性的募款支援。隨著人口外流與老齡化，志願人力大幅萎縮，導致急救體系瀕臨崩潰[3]。

改善方向的核心在於改變救護系統的定位。傳統 EMS 常採「按件計酬」，以醫療行為有無作為給付條件，這對救護成本高的偏鄉極度不利。改革應將 EMS 納入必要公共服務範疇，比照警察與消防隊由國家預算提供穩定撥款，並推動區域聯合系統以共用人力與資源。這不僅是效率問題，更是將急救服務定位為公共衛生基礎設施的倫理轉向。

肆、臺灣公費醫師制度之省思

臺灣自 1975 年起推動公費醫師制度，旨在引導醫師投入偏鄉與人力缺乏專科。然而，隨著時代變遷，此制度面臨了巨大的社會與倫理挑戰。

- 一、服務年限與職涯規劃的拉鋸[4][5][6]：目前公費醫師的服務年限從早期的六年延長至十年（參考：重點科別培育計畫第二期），這在醫學生圈內引發了高度不安。有案例顯示，優秀的學子甚至選擇放棄頂尖大學公費生名額，轉而選擇私立學校自費生體系，主因在於「十年」的服務期對於 20 多歲的年輕醫師而言，幾乎覆蓋了其職涯中最重要的黃金訓練與家庭建立期。這種長期約束，若缺乏適當的配套與誘因，可能適得其反，導致人才流失。
- 二、從澳底模式看在地化深耕[7]：討論會中特別提到了早年台北縣貢寮鄉「澳底保健站」的成功案例。澳底模式展現了偏鄉醫療不應只是短期人力填補，而應是「在地扎根」。透過多家醫院協作、將醫療延伸至居家安寧，並與當地居民建立信賴關係，做到真正的五全醫療。讓醫師對該土地產生強烈的認同感。從資深醫師的經驗中得知，這種認同感與歸屬感才是讓醫師願意主動留下來的核心，而非單靠合約法規。

伍、偏鄉醫療可能之變革方向

本次討論會中，多位資深醫師與教授針對偏鄉醫療政策提出了深刻的洞見，可歸納為以下三大核心重點：

- 一、國家責任與穩定誘因的必要性：偏鄉醫療不足是國家的責任，不能單靠醫師個人的犧牲精神。國家必須提供長期、可預測、制度化的資源，包括更具競爭力的待遇、完善的進修計畫，以及確保偏鄉醫師能隨時與醫學中心連結。這不僅是為了留住人才，更是為了確保偏鄉居民能享有高品質而非次等的醫療服務。
- 二、科技賦能：AI 時代下的偏鄉轉機 隨著 AI 與人工智慧時代的來臨，與會者提到這可能是解決偏鄉人力不足的轉機。透過 AI 輔助診斷、穿戴式裝置監測，可以大幅簡化醫療工作流程，減輕基層醫師的行政與體力負擔。未來偏鄉醫療應朝向高科技高關懷發展，讓醫師能將精力專注於複雜的決策與人文關懷，而非被瑣事磨損。
- 三、公費生教育與專業自主的平衡：針對公費生制度，資深醫師指出基礎教育的重要性。醫學系導師在輔導過程中發現，學生對於服務年限的疑慮往往源於對偏鄉

工作性質的未知與恐懼。制度設計應增加彈性，例如允許在服務期間進行跨院進修，或是提供明確的轉調機制，讓公費醫師感覺到自己是在接受培育而非履行償還債務。

陸、偏鄉醫療資源分配與個人權利之倫理反思

從生命倫理四原則出發，偏鄉醫療議題呈現出複雜的倫理張力[8]：

- 一、 正義原則 (Justice)： 偏鄉居民與都市居民享有同等的生存權。分配正義要求社會資源應優先補貼給最不利的成員。因此，將新醫療設備 (如達文西手術或高階顯影) 與高品質人力投入偏鄉，雖然從效率指標來看不具經濟規模，但從人權角度來看，是實現公平的必要投資。
- 二、 尊重自主原則 (Autonomy)： 此處涉及病人自主與醫師自主。病人應有在熟悉環境接受治療與在地安老的選擇權。而針對醫師，公費契約在履行公共利益時，應盡量減少對個人職涯自由的侵害。長達十年的合約應配合階段性選擇或階段性回饋，以尊重醫師作為專業個體的自主發展。
- 三、 行善與不傷害原則 (Beneficence & Non-maleficence)： 政府推動精進計畫的本意是行善，但若偏鄉醫師在缺乏後援的環境下孤軍奮戰，可能導致專業耗損並增加醫療疏失的風險，進而造成對病人與醫師的雙重傷害。因此，醫學中心支援體系與遠距資源支持不只是行政上的便利，更是落實倫理原則的必要前提。

柒、結論：建構具韌性的偏鄉醫療生態系

偏鄉醫療的挑戰是動態的，不能僅靠單一政策解決。透過本次討論會，我們得出以下結論：

- 一、 制度優化：公費生制度應在「服務年限」與「職涯誘因」間尋求更有彈性的平衡點，避免因綁定長期合約造成人才的反彈與流失。
- 二、 科技融合：善用 AI 與遠距醫療技術，打破地理隔閡，讓偏鄉不再是職業孤島，而是醫學中心網絡的重要支點。
- 三、 認同建構：鼓勵「在地化培育」與「長期駐守」，輔以適當的公眾認可與專業尊嚴感，讓偏鄉服務從義務轉化為一項具備榮譽感的志業。

偏鄉醫療的永續經營，不應只是填補數據上的缺口，而是要建立一個讓醫病雙方都能獲得尊嚴與支持的生態體系。我們期待未來的政策能更人性化，讓每一位在偏鄉服務的醫師，都能像在澳底模式中看到的那樣，在土地上扎根、在服務中成長，真正落實全民健康的公平願景。

參考文獻

1. World Health Organization. Tackling rural inequalities in public service coverage. 2021.
2. World Health Organization. Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. 2021.
3. Small J. How should rural EMS funding streams be improved? *AMA Journal of Ethics*. 2025;27(7):518-524.
4. 張原翊、阮琪昌、嚴錦城、凌憬峯、楊令瑀、陳震寰：國立陽明交通大學醫學系之公費生培育：過去、現在與未來展望。《醫學與健康期刊》2022；11(1)：105-112。
5. 衛生福利部：重點科別培育公費醫師制度計畫（第二期）。2020。
6. 衛生福利部：優化偏鄉醫療精進計畫（第二期）（民國 113-116 年度）。2024。
7. 洪毓謙：偏鄉醫療的需求與挑戰。《臺大醫院健康電子報》2016；109。
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. 2019.