

南 華 大 學  
應用社會學系社會學碩士班  
碩士論文

初探台灣假日西醫資源分配公平性-以台南市為例

**A Preliminary Study of The Fair Distribute of Holiday Medicine**

**Resource in Taiwan – A Case Study of Tainan**

研究生：黃其正

指導教授：劉素珍 博士

中華民國 104 年 07 月 10 日

南 華 大 學  
應用社會學系社會學碩士班  
碩 士 學 位 論 文

初探台灣假日西醫資源分配公平性-以台南市為例

研究生：黃文正

經考試合格特此證明

口試委員：\_\_\_\_\_

劉素珍  
劉育芬  
鍾冠璋

指導教授：劉素珍

系主任(所長)：蘇峰山

口試日期：中華民國 104 年 06 月 29 日

## 謝 誌

時間真的過得很快，覺得二年前剛進南華大學應用社會學所彷彿是不久前的事，如今將要離開這個環境優美並充滿人文氣息的學堂。在應用社會學所的學習成長與生活點滴將會陪我一輩子，豐富人生充實生活。

這本論文的完成，首先要感謝口試委員劉育成、教授詹宜璋，在論文口試當日的賜教，因為有您們寶貴的建議，才得以使論文更加完整；其次，要感謝社會學所、教社所的師長們及生死所王枝燦老師的教導，讓我能培養作研究的態度與方法，您們與學生的親切互動與關心，讓我感受到無比的溫暖；更要感謝的是我的指導老師劉素珍，您嚴謹的教學態度、豐厚的學術涵養以及細心的指導，讓我於撰寫論文時，得以克服困難順利完成，真的很感謝您。

回憶起過去兩年來無數個挑燈夜戰的日子，感恩父母與老婆的體諒與打氣，感謝成偉、芊湮的體貼與鼓勵，由於你們的支持，幫助我一路走過來，而你們在課業上的指點，讓我在學習過程順遂不少。謝謝你們！我最親愛的家人！

無限的感恩這段日子幫助過我的人，僅以這本論文獻給我最摯愛的家人及所有關心協助我的人。

黃其正 謹誌

2015/07/10

## 摘要

本研究旨在初探假日西醫資源分配公平性。以羅爾斯正義論為公平性觀點，探討台南市診所醫療資源時間特性分配情況。研究以兩階段實施，首先觀察現行健保法規與台南市醫療資源現況，確認法規是否能滿足地區需求。另分別就(一)台南市平、假日診所醫療資源(二)假日診所未營業之區域，探討該區民眾假日醫療資源可近性，以確證假日醫療資源分配是否符合社會公平。其中醫療資源可近性，係採用 Aday and Andersen 的醫療可近性架構為理論基礎，並依據 Penchansky and Thomas 所提出之可取得性、可接近性觀點探討，利用醫療資源與人口、里之比及田野調查實際量測醫療資源可近性來探討台南市假日醫療資源分配情況。資料來源為衛生福利部中央健康保險署及台南市政府民政局網站次級資料。所得結果如下：

一、現行醫療法規及其醫療資源缺乏規定與台南市醫療資源現況：

- (一) 台南市診所醫療資源分別以現行醫療政策、主要疾病區分後之醫療資源仍與每日主要疾病醫療資源情況有差異，且此差異無固定在某個區產生。
- (二) 台南市有四個資源缺乏地區（安定、將軍、大內、南化區）高於法定規範每人醫療資源值，但因《全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件》規定設限，將可享有 9 個月額外福利。

二、台南市西醫資源經時間特性劃分後資源分配情況：

(一) 台南市各區域內主要疾病醫療資源之時間特性情況：

- 1、除原台南市「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與里數比」、原縣轄市「醫療服務與人口數比」醫療資源無時間性之差異外，其餘各區「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與里數比」醫療資源均有時間特性之懸殊差異。
- 2、山上區、將軍區、七股、北門區、大內區、南化區及龍崎區等七個地區於假日與週日發生無診所營業情況。

(二) 無論是以台南市全部診所醫療資源、「主要疾病」醫療資源觀察或平日、假日、

週日研究結果均發現非公告區比公告醫療資源缺乏區低情況。

(三) 台南市主要疾病假日無基本醫療資源地區，其平日區域內醫療資源與假日臨近醫療資源兩者醫療可近性情況有顯著差異。

**關鍵詞：**正義論、醫療資源、可近性、全民健保



## Abstract

This research aims to probe the fair distribute of holiday medicine resource. With J.Rawl's Theory of Justice to be the fair viewpoint, we try to find out the condition of time property about the medicine resource of the clinics in Tainan City. The research is divided into two steps. First, we observe the situation of current health insurance legislation and medicine resource in Tainan City to make sure if the legislation can satisfy the request from local. In addition, we also want to investigate the access of holiday medicine resource to local people and probe if the holiday medicine resource can match society justice by the following terms, (1) weekday and holiday medicine resource in the clinics in Tainan City, (2) the local clinics with no business on holidays. Among them, the access of medicine resource is adopting the structure of medicine access of Aday and Andersen as theory foundation, also probing according to the viewpoint of disability and accessibility of Penchansky and Thomas, using medicine resource, the proportion of population, the proportion of villages and field investigation to get the access of medicine resource and find out the real situation of the distribute of holiday medicine resource. Date source: National Health Insurance Administration. Ministry of Health and Welfare & secondary data from the website of Tainan City Civil Affairs Bureau. Research Results :

First, The situation of current health insurance legislation, lack of medical resources provision and medicine resource in Tainan City.

1. We could distinguish be different that the medicine resource in Tainan City into health insurance legislation, the major diseases of medicine resource and the major diseases of everyday medicine resource, they were produced without fixed area.
2. Four resource-scarce areas was higher than the statutory standard medical resources in Tainan City (Anding District, Jiangjyun District, Danei District, Nanhua District) but the

provision limits - The lack of universal health insurance medical resources areas should have the condition, They enjoy additional benefits have about 9 months.

Second,It's distribution of the situation when medicine resources were divided by the time characteristics in Tainan City.

1.The situation is the major diseases of medicine resource with time characteristic in Tainan.

(1) In addition to the former Tainan " medicine resource and population ratio" and " medicine resource and villages ratio", the former county cities " medicine resource and population "no differences of time characteristics. The rest of area about" medicine resource and population ratio "and" medicine resource and villages ratio " are differences of time characteristics.

(2) The clinic of seven area is no-business on holidays and Sundays. It is Shanshang District, Jiangjyun District, Chiku District, Beimen District, Danei District, Nanhua District and Longci District.

2.The Non- Announcement areas was lower than the announcement areas that clinic of medicine resource in Tainan, Observed the major diseases of medicine resource, medicine resource at weekday, holiday or Sunday.

3.The areas had not the major diseases of medicine resource at holiday in Tainan, the medicine resource access is difference at weekday and holiday.

**Key words:** Theory of Justice, medicine resource, access, National Health Insurance

## 目 錄

第一章 緒論 .....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	5
第二章 文獻探討 .....	6
第一節 醫療資源分配之公平與正義.....	6
第二節 由診所醫療需求探討研究對象.....	19
第三節 以醫療資源分配之可近性探討研究方法.....	21
第四節 現行健保西醫門診與急診看診及藥品支付規定.....	28
第三章 研究方法 .....	31
第一節 研究架構.....	31
第二節 研究假設、資料來源及各階段量化統計方式.....	35
第四章 研究結果 .....	41
第一節 第一階段靜態研究.....	41
第二節 第二階段動態研究.....	55
第五章 結論建議 .....	63
第一節 研究發現.....	63
第二節 問題討論與建議.....	65
參考文獻 .....	70
附錄 .....	74
附錄 1：台南市各區診所營業情況與人口、里比例值 .....	74
附錄 2：台南市各區人口、里、診所數量情況 .....	76

## 表 錄

表 2-1：當代正義理論發展 .....	9
表 2-2：「進階式兩階段流動搜尋法」計算流程 .....	24
表 2-3：醫療資源距離量化計算設計 .....	26
表 2-4-1：一般民眾西醫門診與急診部分負擔情況表 .....	29
表 2-4-2：一般民眾門診藥品部分負擔情況表 .....	30
表 3-1：研究區域整理表 .....	36
表 3-2：醫院規模計算表 .....	40
表 4-1-1：研究區基本特性次數分配表 .....	42
表 4-1-2：台南市各區全部診所與「主要疾病」診所差異統計表 .....	45
表 4-1-3：各區平日、假日及週日每日診所平均營業量統計表 .....	48
表 4-1-4：每人醫療資源平均量 .....	49
表 4-1-5：每里醫療資源平均量 .....	53
表 4-1-6：各區域時間特性之每人及每里醫療資源變異數分析表 .....	55

表 4-2-1：Google 地圖量測平、假日最近之醫療資源篩選情況.....	58
表 4-2-2：假日無醫療區域醫療資源可近性實際量測評分表 .....	61
表 4-2-3：假日無醫療資源地區平日與假日醫療資源可近性之 t 檢定表 .....	62

## 圖 錄

圖 3-1：各研究階段之項目及其研究方式.....	34
圖 3-2：台南市各行政區地理位置圖.....	36
圖 4-1-1：台南市人口數分配圖.....	43
圖 4-1-2：台南市各區每人診所醫療資源量曲線圖.....	44
圖 4-1-3：台南市除北區外各區每人診所醫療資源量曲線圖.....	44
圖 4-1-4：台南市全部診所醫療資源與本研究「主要疾病」醫療資源各區差異... 45	45
圖 4-1-5：台南市除北區外全部診所醫療資源與「主要疾病」醫療資源各區差異. 46	46
圖 4-1-6：台南市主要疾病診所醫療資源經時間性劃分後各區醫療資源曲線圖... 50	50
圖 4-1-7：台南市除北區外主要疾病診所醫療資源時間性劃分各區醫療資源圖... 50	50
圖 4-1-8：台南市平日主要疾病診所非公告區比公告醫療資源缺乏區低情況圖... 51	51
圖 4-1-9：台南市假日主要疾病診所非公告區比公告醫療資源缺乏區低情況圖... 51	51
圖 4-1-10：台南市週日主要疾病診所非公告區比公告醫療資源缺乏區低情況圖.. 52	52
圖 4-1-11：台南市非公告區比公告醫療資源缺乏區低情況曲線圖.....	52
圖 4-2-1：區公所與鄰近醫療資源位置圖.....	57

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機

醫療與全體民眾生活息息相關，並為基本生活需求，同時也是評斷國家是否進步的依據。故醫療資源分配不恰當時，社會必然引發諸多問題。本研究動機來自兩則有關假日醫療的資料，第一則：2006年6月中華民國消費者文教基金會於網站（中華民國消費者文教基金會，2006）以「假日沒有生病的權利?!消基會反對假日聯合休診措施!!」為標題發布消費新聞，探討「中部四縣市（台中縣市、南投縣和彰化縣）的私人診所，因健保給付制度，決定週日聯合休診」之合理性。第二則：中央健康保險局（2013年7月23日改制為衛生福利部中央健康保險署）「西醫基層總額支付委員會」2011年第1次委員臨時會議討論「關於修正西醫基層院所合理門診量之月計方式案」（西醫基層總額支付委員會，2011），對每月診所就診日數研討，會中消基會與醫師公會間，同時對診所假日營業醫師與患者供需層面說明立場。兩則有關假日醫、病間問題，雖相隔5年，問題仍圍繞於「錢」與「權」之間，「錢」是指在「自由市場機制」體制下診所收入，以及民眾健保費的支付的費用（包含每月健保費繳納及看診時支付費用）；「權」是指診所醫師工作休息權力以及強制性保險下民眾享有平等就醫之權力。兩則資料包含了全民健保的三個代表性單位：健保署(代表政府公權力)、醫療機構(代表醫療資源的供給)及民眾(代表醫療資源的需求)。三者個關係在於，醫療供、需兩者間能否平衡。筆者認為醫生應與其他國民相同享有充分休息的權力；但民眾依健保法規繳納了健保費用後，也應在醫療資源的經濟層面上享有相同性質的公平對待，不應讓民眾有平日、假日醫療費用支付懸殊的差別。如果供需雙方沒有一條明顯的準則可規循下，只能仰賴政府公權力的展現。但是此時公權力若不能適時展現，社會就會立即產生出不公平情況，有違社會福利政策的初衷及全民健保的設置。可見健保署對全民健保的整體實施運作是佔極重要的角色。所以在探討台灣假日

醫療資源發現不公或缺乏時，亦需同時探討健保署的政策規範及相關管制作為是否均已完備，才能使整體正常運作。

依循前述第二則資料「關於修正西醫基層院所合理門診量之月計方式案」會議中醫師公會代表發言情況，以網路搜尋該代表於 2011 年 11 月台南市醫師公會網站發布新聞稿「健保診所合理門診量爭議-數據分析」(王正坤，2011)中提及該公會對「現制每月看診 25 天(含)以上可申報以月計合理門診量，爭取每月看診 22 天(含)以上可申報以月計合理門診量」向所屬診所醫師實施問卷調查中「台南市醫師公會有 142 家表示不會因為爭取看診 22 天成功之後，就改變假日看診時間」，並對「不會影響病患假日就醫權利」，彙整 101 條理由中 50 條理由傾向「假日想看診的醫師太多了」、「還有其他診所可看診」、「不會改變目前門診時間」。據此問卷回覆統計情況，讓人不禁產生疑問且值得探究的是，目前台南市的假日基層醫療診所營業情況真的已能滿足該地區需求嗎？還是供給面（包含政府相關機構及業者）不瞭解民眾實際的需求而疏忽？所以必須對台南市假日醫療資源探討。

在對醫療資源探討中，如以基層診所就診量代表該地區整體醫療需求實際情況，便會產生「診所不營業時，該區民眾無就醫需求」的偏誤推論。所以對醫療資源的探討，必需以醫療資源整體（即以醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所依序之醫療體系）來觀察，才能完整獲知需求實際情況。對整個醫療體系及健保制度而言，診所醫療屬於醫療基層，應是最接近民眾生活需求的醫療，故對診所醫療資源的探究，除了可降低社會之不公情況，更對醫療體系的急診醫療品質提供保障。會對急診醫療品質提供保障之原因在於對一般醫療行為而言，民眾在無法取得基層醫療資源，又「感覺」需要醫療服務時，會依循著醫療體制上一階層-醫院層級（急診）來滿足其需求。也就是說，在醫院急診醫療情況將會如實的展現基層醫療是如何的不能滿足病患所需。筆者在輪值醫院急診室時，發現假日病患量往往較平日多，在與院內其他急診醫、護及助理人員談論中也發現大家對此現象習以為常。對此情況，石富元、吳肖琪、吳秋芬與許銘能(2008)對急診病患研究中發現國內急診仍以檢傷 3、4 級非緊急病患為主；另梁亞文、蔡哲宏、陳文意（2011）對中台灣某區域教學醫院急診研究也發現週

日急診非緊急病人量最多。對急診假日病患量較平日多之現象，發生原因可能在於，現今居住在台灣的家庭，不同於國外醫療有家庭醫生，所以當所屬成員假日生病時，只要是偏採西醫就醫行為模式，除了循「急診醫療」模式，還有什麼可以獲得醫療資源協助？以此觀點來看梁亞文（2011）的研究，呈現出台中某區域週日診所營業量可能是不足的，但該項研究並未再繼續探討該區域週日診所營業量情況，故無法立即獲證。

以 Hanlon& Pickette 於 1978 年指出急診是種突發的、意想不到的緊急醫療狀況，此狀況會影響個人生命安全及健康，以至需要迅速且即時的醫療服務，包括生理、心理及社會的醫療服務(黃耀緯，2011)。可見國外學者對急診醫療定義的論述與石富元等人（2008）、梁亞文等人（2011）對國內現存實際情況探討有大部分是不同的。不同的地方在於整個醫療體系機制急診應該是處置緊急病患，而國內研究顯示實際上卻大部分在處置非緊急病患。而基層診所營業影響醫院急診醫療的現況嚴重情形，可從近期政府機構推動之醫療政策之配套措施中觀察出。第一項為行政院衛生部（現為衛生福利部中央健康保險署）為提升急診品質，2010 年公告實施急診五級檢傷分類，供急診室第一線醫護人員能據以快速檢定病情危急與嚴重程度，讓真正急需患者及時獲得最佳緊急醫療照護。第二項為於「全民健康保險急診品質提升方案」中引用 Richardson（2006）及 Sprivulis（2006）報告說明壅塞的急診醫療將使病人的死亡率升高，藉此說明不論何種疾病程度的病患若集中於急診治療，將造成急診醫療品質低落，這不但會直接影響整體病人的安全，更是一種醫療資源的浪費，積於上述報告及國內急診醫療實際情況考量，由 2012 年度醫院醫療給付費用總額及其分配編列 3.2 億元專款，制定獎勵機制，以達醫療院所轉診實效（衛生福利部中央健康保險署，2014）。顯示出醫療政策認為，為確保急診品質及其病人安全，轉診機制的落實刻不容緩。以政府的做法，僅在以民眾支付的費用善誘業者”適合、適時、適地”的營運，好讓轉診機制順利運作，此項鼓勵作法是否能獲基層診所的支持，產生實質的「轉診」效能，尚待觀察。因為基層醫療診所營業情況是否能滿足轉診需求，將是轉診機制是否能順利運作重要的一個環節。所以地區診所每日營業數量，甚至以梁亞文等人

(2011) 研究結果來看，尤其是週日診所營業量與政府的措施是值得被探討，才能保障民眾的醫療安全。

誠如上述，醫療體制基層社區診所假日營業數量未能滿足地區民眾的需求時，民眾就只能直接到醫院層級的急診就醫。此情況發生時，除了轉診機制沒辦法發揮效能，呈現出制度上未善加管制所造成醫療資源浪費外。另一方面，就經濟層面之醫療資源公平性而言，現今健保機制規定急診較門診就醫時，民眾需支付較高金額的部分負擔，本符社會福利公義，然因假日診所未能營業原因，變成部分地區民眾需額外的負擔，反變成了地區性社會不公。且地區型醫院（含）以上層級醫療院所（如區域醫院、醫學中心）受醫療法規限制需依地區人口數設置。在假日診所醫療資源缺乏時，有醫療需求的民眾可能需趨車前往有急診設置之地區型醫院（含）以上層級醫療院所就醫情況，造成一般民眾遇到假日生病就必須比平日付出更多的醫療交通費用，亦屬地域性不公平現象。試想全民繳的健保費屬於強制性保險，但為何民眾必須承受平日、假日區別的醫療資源經濟負擔？許多行業會因應顧客消費習慣及便利性而彈性調整營業服務時間，但屬於基層醫療機構的診所是否有調查市場真實需求能力或是政府管理機構能充分提供資訊？此項不僅是供基層醫療業者營業參考，更是健保制度對民眾應有之保障。筆者相信，在屬於健保體制的醫療體系，政府相關部門或政策法規決不可以「自由市場機制」為由，對於不能滿足民眾基本需求的供給面放任不管，公權力有適時伸張的必要性。

基於急診醫療品質及其病人安全、轉診機制運行、民眾的醫療需求，假日時醫療情況是否能滿足是值得被探討，於國家圖書館期刊文獻資訊內分別搜尋「假日醫療」、「假日就醫」、「週末醫療」及「週末就醫」項目為 4 筆；相關的是張育嘉、黎伊帆、汪芳國、鄭守夏（2006）對全民健保實施總額預算制度之初步影響研究，以 1997 至 2003 年牙醫及西醫基層診所週末(含星期六、日)及非週末(星期一至五)看診比值，分析民眾週末就醫可近性影響。研究發現牙醫總額實施週末看診較非週末呈現持續降低，西醫基層總額實施後研究期間呈現上下起伏變動，難以判斷趨勢。研究中指出「週末看診比例可能不是民眾就醫可近性的最佳指標，但部分民眾於非週末上班時間請假

就醫較不容易，故若基層醫師週末看診的比例持續下降，未來可能會影響民眾的就醫可近性，值得後續觀察」；另由華藝線上圖書館中文電子期刊服務及台灣博碩士論文加值系統搜尋「醫療資源」項目，分別為 524 筆及 362 筆相關資料，惟大多係以地域性質之地理資源分配、以疾病性質之特定醫療項目研究或結合地域及疾病兩者性質之研究，但尚未針對以時間性質之「假日醫療資源情況」方向探討。

為探討台灣假日西醫資源分配供需情況，是否與台南市醫生公會對所屬診所醫生調查情況一致性，本研究將以台南市假日診所醫療資源分配情況為對象，而「假日」係指星期六、日之定義。另外，對急診醫療品質的保障及經濟層面之醫療資源公平性方面探討，本研究對醫療資源供給以時段性(週一至五之平日、週六日之假日、週日)之區域可近性去探討地區診所營業情況，以確證醫療資源分配是否符合社會公平。如研究結果地區假日診所醫療資源有分配不公情況時，將對目前醫療政策、制度進一步探討是否有解決方式，以期滿足地區假日醫療需求或符合醫療資源分配經濟層面的公平性。

## 第二節 研究目的

- 一、依現行健保法規及其醫療資源缺乏規定與台南市醫療資源現況探討，以確認社會福利法規是否能滿足地區需求。
- 二、以民眾醫療需求為出發，針對台南地區民眾門診主要醫療需求，探討其相對應科別之台南地區診所假日營業情況，分別就(一)台南市平、假日診所醫療資源(二)假日診所未營業之區域，探討該區民眾假日醫療資源(包含跨區基層醫療診所及醫院層級急診)可近性，兩項情況探討，以確證醫療資源分配是否符合社會公平。
- 三、發掘當前醫療制度規範不足之處，嘗試探討解決方式並提出建議，使國人能享有更完備的醫療體制或醫療資源公平性，俾享有更好的社會福利。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 醫療資源分配之公平與正義

一、本研究對「公平與正義」理論之選擇：

「正義」一詞無論法學家、哲學家、經濟家或各思想家在過去均提出不同的看法與定義。C.B. Macpherson (1962) 認為「每個政治理論是它時代所孕育的產物及具有時限特質」，說明眾說紛紜的原因與提出者所處時代背景及其基本理念有關。至近代與「正義」有關之議題，諸如平等、公正、機會等名詞，仍存有許多分歧看法，吳老德 (2001) 將當代正義理論發展區分 10 種，彙整如表 2-1。筆者以為對屬於社會福利之醫療資源分配而言：「宗教觀點」、「直覺知識分析」、「幸福觀點申論」、「人道追求」缺乏全體一致性，也無明確可遵循之程序；「公平規範社會理想」與「自由主義」屬於兩極端之觀點，無法拂照社會各階層；「歷史觀點」影響社會進步；以「政治權力」將可能受到那些擁有較多資源與利益的人或團體影響輿論、政策選票或賄賂，影響政治決策；「功利主義」不符社會福利觀點。

台灣是一個開放的民主社會，在此的人民存有不同的宗教信仰、不同的哲學主張及不同的人生目標理想，所以想要在這樣的一個多元社會中建立統一思想體系是不可能的，只能仰賴政治上的正義思想體系。而這種正義思想體系必須得到不同宗教信仰、哲學與人生理想倡導者或主張者的支持，才能達到某種程度上的共識。此共識即是約翰羅爾斯 (John Rawls) 的「交疊的共識」，自 1980 年以來羅爾斯就放棄了對正義原則作普遍性有效性的要求轉以交疊的共識，這使羅爾斯的正義理論適合不同時代與不同社會背景 (余桂霖, 2010)。在當代正義理論當中，以羅爾斯之《正義理論》(A Theory of Justice) 為醫療資源分配相關理論所採用的重要論據。筆者循「正義」及「社會福利」各學派論說之脈絡並參考我國憲法、全民健康保險制訂之法規，認為羅爾斯正義論之觀點最符本國民眾觀點及現行健保制度，本研究採用羅爾斯的正義論為公平正義之觀點，該理論以「平等為基礎」，所扮演是分配基本權利和義務的角色，

所以此正義原則也是倫理原則。此倫理原則在規範人的行為，同時也成為立約者選擇正義原則之限制，包括一般性 (general)、普遍性 (universal)、公開性 (publicity)、有重要和優先次序排列性 (ordering)、有最高標準判斷之究極性 (finality) (林火旺，1998；吳老德，2001；余桂霖，2010)。據此制定之「正義」才能使社會中各種權利、義務、資源分配及社會制度具公平性，創造與維持人的快樂幸福，符合社會福利之醫療資源分配特性。此正義原則之限制亦為本研究對醫療資源分配情況是否符合「公平正義」之準據，說明如下：

- (一) 一般性 (general)：是對正義原則的內涵而言，所涉及的是一般的權利，而不是指有慣例或特例的個人權利。所以本研究醫療資源係指一般性質的探討（如民眾一般就醫習性，對診所之資源需求），非獨特個人性質（如特殊身分或特殊疾病等需求）的研究。
- (二) 普遍性 (universal)：是原則的外延性質，原則是適用於全體社會成員，但是如果只適用社會一部分成員而不適用於另一部分人，就會產生自相矛盾。對台灣醫療資源整體而言，各區的醫療資源已存在偏鄉與城市的地區性不平等，而健保法規已訂立補助規範，使之趨於平等。在台南市各區間亦有醫療資源數量不同情況，故於行政院衛生署公告之醫療資源缺乏地區也含台南市部分區域，此項地區性補助是符合「普遍性」。反之，對於在某項情況或條件下產生之不平等現象，卻沒有法規補助或改善使之平等的情況，就不符合本項原則。例如現行的法規中未對「時間性」的特質律定補助或改善條款，如果現在社會醫療資源以時間劃分後，發生「某個時段（平、假或週日）有些地區有醫療，但有些地區沒有醫療資源」的情況，就不符合「普遍性」。
- (三) 公開性 (publicity)：指這些原則具有讓社會成員瞭解，接受並遵守的性質。此項並非說明它的正義性。而是在一定的歷史條件下，社會成員除了接受不正義的原則外，沒有更好的選擇餘地。一個事物，總有多層面向，面對社會福利議題，普遍式與殘餘式福利，往往魚與熊掌不可兼得，但哪一個是對社會整體最為公平正義，應是民主國家立法之重要考量與國家政策主要之決斷。

在民主過程中，透過公開接納各方意見探討，可使國人在有限的醫療資源下獲更好的醫療照護，以本研究而言，結論建議或許會與某些學派觀點之論述意見不同，但能經公開討論後仍屬優於現況之較佳施行方式，即能符合此原則之限制。

(四) 有重要和優先之次序排列性 (ordering)：指這些原則的作用與功能必須能夠在人們互相衝突的要求中找到一個秩序，規定一個按照輕、重、緩、急之先後順序排列的權益系列，以滿足社會上不同民眾的要求。每一個病患當然希望迅速獲得不愉快的症狀獲得改善，希望立即獲得最佳的醫療資源，但在有限的醫療源下，醫療資源對疾病是有輕、重、緩、急的先後順序的區分，在一般情況的醫療，不能將地區內各科別的所有病患都聚集在醫院層級的急診室，這樣不但病患無法獲得最佳醫療治療及醫療品質，醫護人員也會不堪工作量負荷。以台灣目前醫療資源而言，區域的醫療資源不會超過當地需求。醫療資源如能在平常日滿足當地需求的情況，如果同一區域平、假日或週日資源量差異懸殊，對於沒時間特性的疾病而言，醫療資源的驟降，反迫使輕症患者移往急症區（急診室）治療，是與醫療轉診制度相違。另對於平日醫療資源已不滿足需求之區域，又產生平、假日或週日資源量懸殊差異時，此現象更值得政府單位注意，對於憲法第一五七條「普遍推行衛生保健事業」而言，應屬優先處理。綜而言之，對於醫療資源次序排列性而言，醫療資源是否懸殊差異將為一重要指標，值得對各區域時間特性之醫療資源情況實施差異性探討。而此項再結合前項「普遍性」之特徵，就須對因時間特性無醫療資源區域以醫療可近性探討醫療資源與平日差異情況，以確定無醫療資源時之各區重要和優先之排列次序。

(五) 有最高標準判斷之究極性 (finality)：屬於原則的權威性，如同最高法院的終審結果，它規定了什麼是正義、什麼是不正義。具體的法律與條文只有符合關於權利的原則才具有正義性。故經由本研究探討後之原則，經由立法程序列入健保相關法令內，就可符合此項原則。

綜上所述，本研究正義原則之限制的特性是對於「一般性」醫療資源探討，認為具時間特性之無醫療資源是不屬於「普遍性」的情況，經由不同於現行醫療法規之觀點提出比較，並以量化方式探討差異性呈現「有重要和優先之次序排列性」，即差異性越顯著越需優先處理，建議優於現況之較佳施行方式，供政府機關或學術「公開性」的討論，期望能獲立法程序列入健保相關法令內，以達「有最高標準判斷之究極性」。

表 2-1：當代正義理論發展

類型	說明	代表人物
以宗教觀點界說社會正義	人必須相信神的存在，因那是絕對的正義，無論任合社會秩序都可藉此被認為具正當性，亦稱形而上學。	古希臘的論理哲學、猶太教與基督的傳統教義闡釋上帝的公義、佛教布施、福田、慈悲、放生、報恩等概念轉化
以直覺知識分析社會正義	對於行為對錯、事物好壞等道德真理憑藉直覺獲得。肯定正義的獨立屬性，以及不可侵犯性。	摩爾（Barrington Moore）、普瑞查得（Harold Arthur Prichard）、羅斯（William David Ross）
以幸福觀點申論社會正義	幸福是由與他人共享。一個有正義感、有智慧、能夠節制及勇敢者才能成為社會優秀份子，並幫助弱勢國民，促進社會福利發展與社會整體進步。	古希臘幸福論、蘇格拉底
功利主義的社會正義	最大多數人的最大幸福。	邊沁（Jeremy Bentham）、彌爾（John Stuart Mill）
以公平規範社會理想的社會正義論	由於「異化勞動」與「階級鬥爭」，以消除資本家資本家對勞動者剝削，最終目的在創造一個符合人性需求、無異化疏離、無壓榨剝削的公平社會。	卡爾·馬克思（Karl Heinrich Marx）
以人道追求真善美的正義價值	基於「對生命尊重」人道原則，人類最基本的需求，需符：1.只要每一個人肯努力勞動，皆能取得其生活所需。2.社會成員當中若有人為不幸致困，以致無以維生者，應存在著協助補救之道。	史懷哲（Albert Schweitzer）
自由主義的社會正義理論	主要強調在經濟資源分配的正義課題，自由經濟理論主張經濟活動自由不受干涉，強調個人自由、重視個人利益、主張私有	新古典經濟學家

	財產、強調自由競爭與價格制度觀念。自19世紀末葉，衍生兩支，一為試圖調解及緩和古典自由主義可能促就的「弱肉強食」，最高程度上，支持最小國家，賦予國家較多職能，及政府積極干預。另一則堅持不計後果捍衛個人自由，國家僅是扮演保護公民免遭暴力或偷襲之害。然由於過份強調個人權利，對於個人權利的能力又未加任何限制，造成社會與經濟差別懸殊，導致社會不公與矛盾對立。	
以平等為基礎的社會正義政論	約翰羅爾斯的正義論是自由與平等間平衡與調合，吳老德（2001）引用約翰羅爾斯對正義精緻又簡單的概念就是「什麼叫作公平的分配一塊蛋糕？就是讓那些不知道分配到哪一塊的人，都願意接受所分配到的蛋糕。」(that the fair division of a cake would be one that could be adreed on by people who did not know which piece they were going to get)。	約翰羅爾斯（John Rawls）
政治權力的社會正義原則	政治權力是政治社會的實現及其影響力量，使在政治權力中，符合社會正義原則的公正、平等與公平分配。英國哲學家葛德文（1976）認為「政治權力是防止弊害而採取的一種權宜手段」、阿德勒（1981）在六大觀念（Six Great Ideas.）指出「在政治正義原則，即人類應享有基本的平等政治權力」。	葛德文（William Godwin）、阿德勒（Mortimer Jerome Adler）、沃夫（Otfried Hoffe）
以歷史觀點的社會正義理論	諾茲克（Robert Nozick）在「社會正義歷史論」指出：一個自由社會只要確保個人財產的獲得均合乎正義程序，就是正義社會。要瞭解一個社會資源與利益分配是否公正，需透過「歷史脈絡」去瞭解，凡是社會正義應該矯正過去種種的不公平，消除簡單式的平等。	諾茲克（Robert Nozick）

資料來源：出自吳老德（2001：24-31）。自行整理。

二、羅爾斯的《正義理論》與醫療資源分配：

羅爾斯的正義理論係襲柏拉圖與亞里斯多德之正義觀點，曾仰如（1995：第八章）指出柏拉圖在共和國（The Republic）的正義觀提到：「正義即是人人各盡己職，各有己物，這就是最高道德，至善的境界，也就是國家目的的實現。換言之，就是要人人能協調和諧，分工合作，便是一個以秩序的整體」。柏拉圖所認為的正義，是屬人類一種最高道德，各有其位、各司其職，階級就是公正。隨著社會型態變遷，亞理士多德在尼克馬奇倫理學（The Nicomachean Ethics）的正義概念提到：「正義是合法、公正與平等之事」。對亞理士多德而言，廣義的正義（一般正義）是含有法律之性質，指法律將所有正與不正之行為加以命令或禁止。狹義的正義（特殊正義）包括（一）分配正義：有「平等」、「中庸」之意，以公平、公正的原則去分配團體中各成員之物，分配方法是幾何比例的調合。（二）懲治與補償正義：懲治正義指非自願的互動，當涉及一些不公平發生時，如何恢復公平分配的問題。補償正義指自願的互動，包括合約所規定的行為，最好的互動是均等的交易方式，雖然嚴格均等是難以建立，此時，就需要一種被眾所公認且法律認可的作為，引為交易標準。當公平被破壞時，就必須將一方不應得的部分去補償另一方缺少的部分（苗力田譯，1992；高思謙譯，2006）。

亞里斯多德所提分配正義、程序正義與法律正義確為維持社會秩序與社會福利發展重要基石。江玉林（1990）在「從康德之道德哲學論其正義論之建構」提到康德在法律之形而上學原理（*Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre*）指康德的正義概念，是每個人都能依自由之普遍法則，且在此一原則下，建構一個適用於全人類的公共道德法則。因康德認為討論某個特定法律是否正常（just）或不正常（unjust）時，須經由正義之概念來判斷。而正義的概念相也就當等同於義務。換而言之，康德正義之概念認為就是正義之道德概念（the moral concept of justice）。康德的道德哲學是建立在理性上，以善的意志（good will）為出發，認為道德出於自律意志，即是應由自己約束自己。而自律意志所定的法規，不是來自個人經驗，所以可以普遍應用成為公共的道德標準。

約翰羅爾斯（John Rawls）1971年出版之的《正義理論》（*A Theory of Justice*），所處理的就是分配正義問題，他希望一方面調和功利主義，另一方面引用康德道德哲

學之思想，以建構正義理論。以大家都是自由且彼此間是平等的的觀點，認為沒有人可以使用任何方式取得任何比別人有利的地位。此項有關「立足點平等」之觀點較其他發展理論符合現代社會福利精神，而本研究係屬探討現今國內醫療資源，此項資源均已納入全民健康保險，即屬社會福利範疇，故以約翰羅爾斯（John Rawls）之正義理論為源探討：

（一）正義即公平（Justice as Fairness）：羅爾斯認為每一個人的正義觀念不相同，又必須得到社會全體一致的同意，因此正義理論是透過純粹程序正義的概念，純粹程序正義是可以確立一個正確或公平的程序，只要正當的依照程序執行，經由一個公平的程序決定適當正義原則，產生出的正義也就是公平。

（二）原初狀態（model conceptions）：羅爾斯認為沒有正義的社會，就像是思想系統缺乏真理一樣，而一個思想理論只要不是真理，就可能被修正或否定；同理而言，一個社會組織，缺乏正義就應該被改革或拋棄。勞爾斯據此建立兩個模型：一為良好制序的社會（a well-ordered society）；另一為道德人（a moral person），銜接這兩項的是「原初狀態」（model conceptions）。羅爾斯認為理論與現實社會之間，可區分四個階段：

- 1、最初階段：在「無知之幕」下，人不知道自己的實際地位，但知道社會組織功能與彼此互助合作的必要，故而同意社會合作組織，來謀取更大的利益。
- 2、第二階段：使成制度化，即移開部分無知之幕，人們尚不知道將產生何特殊利益，但知道對社會整體是具有利益，基於社會合作的必要性，制定公正的憲法，並保證憲法與政治制度公正無私。
- 3、第三階段：此時無知之幕尚未完全揭開，每個人只有當自己可能在社會競爭與自然之能力兩方面處於不利時，才會開始同意保護弱者與貧者的利益。
- 4、第四階段：無知之幕完全被揭開，社會上每個人都清楚知道自己的地位、財產、身分、能力與所屬的階級或階層時，每個人將根據其特殊利益，訂定個人計畫去追求與奮鬥，使社會達健全良好之秩序。

(三) 原初狀態是須處於一個公平情境下的選擇決定，以達立約者的選擇是具有自由、平等與理性原則，如此才能產生最合理的正義原則。吳老德（2001）指出羅爾斯提及「原初狀態純粹是一假設的狀態，它並不需要類似於它的狀態曾經出現...」，又說「某些正義原則可以被證立（justified），因為在一個大家公平的出發點上，大家都會同意（would be agreed to）接受它們。我已經強調過這個原初狀態（the original position）是純粹假然性的」，也就是說任何人只要依循著原初狀態所提供的方式推理思考，隨時都可以達到之情境，也可得到公共反省（public reflection）及自我觀念澄清（self clarification）。

(四) 正義理論的兩個選擇原則：

1、第一原則：最大均等自由的原則（the greatest equal liberty principle），每個人都擁有權利擁有最高度的自由，而且大家也應具有相等的自由程度。這些基本自由權利，在正義的社會中的每個人民皆必須完全平等。這些基本自由權利是不可被剝奪、讓渡，具備不可侵犯的權利，也不得以任何其他理由，包括促進經濟繁榮或社會及經濟不平等的改善為由，而侵犯這些基本的自由權利。

2、第二原則：是處理社會與經濟上的不平等現象：

(1) 差異原則（the difference principle）：讓處於最不利地位的人最有利，也就是一個社會中每個人擁有財富的情況是容許有差別，但是要能讓財富的差距下產生出可以使最貧困的人獲得最大利益，這樣的社會就能合乎正義。

(2) 機會均等原則：職位與工作必須在機會公平均等的條件下對所有人開放。

(3) 決定時第二項優於第一項。

3、抉擇時第一原則須優於第二原則。

(五) 羅爾斯採用兩種方法來建構他兩個正義原則的理論依據，一是契約論方法；另一是反思的均衡法：

1、契約論的方法：就是一套有效的的原則，乃是由訂約者們所同意的結果。原初情境中的訂約者，大家都處於那種條件下的情況之下，為了達到自己目的，共同訂

一個契約，然後以該契約所訂的一套原則來建立社會基本結構的原則。這如同於已經立法之健保政策與法規或是未來經立法程序所建立政策、法規。

2、反思的均衡法：要知道哪些因素與道德相關，就要採用「深思熟慮的判斷」，深思熟慮的判斷在建立道德或正義理論提供一個出發點，此點是臨時性的定點。將原初情境條件看這些條件與此定點是否相符合，此相符合情況羅爾斯稱之為均衡。這等同於當對於目前健保政策與法規重新檢視，以不同觀點重新審核，並對不同觀點條件判斷是否符合原初條件。《全民健康保險法》原初條件第一條規範「保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付」，已涵蓋本研究對假日醫療資源情況之條件探討，即本研究之標的係屬公平合理之探討，綜使發現實況與原初條件不符，僅需經立法程序建立政策、法規，補充不足部分即可符合正義原則。

(六) 依據羅爾斯之「正義」論述，與國內現行醫療資源分配探討如下：

1、具備「公平」、「正義」之醫療資源分配須經過「公平的程序」來決定：

以目前國內之各項法規均依循位階制訂，以憲法為主體，各項法規、條款立法時均須遵循母法，不可與其相違，再經立法程序公告實施。《中華民國憲法》第五條「中華民國各民族一律平等」、第七條「中華民國人民，無分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等」均已明註立足點平等之公平性，故各項已實施之法規、條款可視為「經過公平的程序來決定」，且均不可與憲法相違。

《中華民國憲法》第一五七條規範「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」。政府須保障國人基本的健康，以維護人民基本之權益，所以國家的健康照護政策，須消除先天因素所帶來的健康條件不平等，與外在因素所造成的醫療可近性落差，方可達「普遍推行」。要普遍推行在於基本醫療機構即為診所醫療，也可視為醫療之基本需求。另依《全民健康保險法》第一條規範「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付」，條文中明白寫出「保險有效期內給與保險支付」，既屬有效期內醫療

資源就應無分平、假日之時間性保險支付區別，針對本項需將平、假日等時間性質之同醫療層級之資源可近性探討，方可確證保險支付無時間性區別。

《全民健康保險法》第三十四條規範「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免」、第四十八條第一項第三款所述就醫免自行負擔費用以山地離島地區以外，另於 2012 年修訂之《全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件》法規訂均以地區性質區分，以法條規範彌補使之平等，以達其公平性。故對醫療資源亦應以區域劃分，始可於「同一立足點」上探討醫療資源，本研究以時間特性為主體，將分依原台南市、原縣轄市、原台南縣及醫療資源缺乏地區等各區域分別探討，與其他視台灣為一整體醫療資源來探討區域分配一偏鄉離島醫療資源缺乏之探討方向不同。

2、醫療資源分配須符「最大均等自由的原則」：《中華民國憲法》第二十二條規範「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障」。故對於醫生享有假日休息的權力，即使對整體民眾而言是少數人的自由，民眾也不能因已須獲充分醫療資源的利益，而迫使醫生犧牲應享有的假日休息權。

3、有關「差異原則」，要使「處於最不利地位的人最有利」，全民健保為強制性之社會保險，由全民依規定繳納健保費用，政府負責管制，醫療機構提供醫療服務，民眾與醫療機構應相為平等，兩者無階層差異，如有不平，政府機關就應予介入，訂法管制。對於壟斷、集體聯合行為，會使社會產生地位最不利之弱勢一方，故《公平交易法》第十五條規範「事業單位不准有聯合行為，經申請機關審議許可不在此限」，條文中所指之「聯合行為」於該法第十四條規範「稱聯合行為，指具競爭關係之同一產銷階段事業，以契約、協議或其他方式之合意，共同決定商品或服務之價格、數量、技術、產品、設備、交易對象、交易地區或其他相互約束事業活動之行為，而足以影響生產、商品交易或服務供需之市場功能者」，前項條文中「其他方式之合意，指契約、協議以外之意思聯絡，不問有無法律拘束

力，事實上可導致共同行為者」。故公平會於 2002 年、消基會於 2006 年分別對高雄市、中部四縣市週日隔週輪休制度、週日聯合休診情況均視為違反法規（中華民國消費者文教基金會，2006）。

### 三、本研究醫療資源公平性之探討面向：

爰前述羅爾斯「正義」、「公平」論述及國內各項法規，綜整本研究需探討「公平正義」之醫療資源區分「時間特性」與「差異原則」兩部份：

#### （一）時間特性之醫療資源面向為：

- 1、分別對原台南市、原縣轄市、原台南縣及醫療資源缺乏地區之區域，無平、假日等時間性質之醫療資源懸殊差別。
- 2、各行政區域之基本醫療資源不會受時間因素影響，產生比公告醫療資源缺乏區之基本醫療資源低情況。
- 3、為達醫療資源普及可近性與保險支付平等性，各區域不會因時間因素，發生無基本醫療資源（即診所醫療）現象，或因時間特性影響無診所醫療之區域以醫療可近性而言，該區民眾至鄰近區域可取得醫療資源情況平、假日無懸殊差異。

#### （二）「差異原則」之醫療資源面向為：

- 1、前述第（一）項「時間特性」之醫療資源分配面向 1、2、3 項情況發生「不公平」時，政府機關或相關法規若無相對應之處置措施來消彌不平等現象，與差異原則「處於最不利地位的人最有利」之情況相違。
- 2、本國之行政區域劃分至鄰、里，《全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件》法僅對「鄉、鎮、市、區」之「地區」特性醫療資源訂定彌補措施，然對同性質之區域內之鄰里於時間特性亦有可能發生資源懸殊差異情況，即以原台南市為例，原台南市之醫療資源以鄰、里分配後，對於平、假日醫療資源應無顯著差異；另原縣轄市、原台南縣、公告資源缺乏區域亦應以此推之。筆者認為以時間性質之醫療資源可近性探討，除以各區人口數外，應涵括對「里」探究較為宜，若有差異政府機關或相關法規需有相對應之處置措施消彌不平等現象，避免違反差異原則，使「處於最不利地位的人最有利」之情況產生。

3、鑒於醫療缺乏區政府已訂補助方式，所以對經濟層面而言，不應出現非醫療缺乏區之診所醫療資源比公告醫療資源缺乏區之診所醫療資源缺乏現象，因為此區儼然成為「處於最不利地位的人」，政府反而未對此區有所補助使之成為「最有利」。

4、「處於最不利地位的人」對醫療資源而言，是指該區醫療資源相較其他區域而言較為缺乏，公告醫療缺乏區如出現受時間因素影響產生顯著差異時，表示該時段對當地居民而言醫療資源將更顯缺乏，故值得被社會關注該區域對於原補助之條件是否需再提升，以使之「公平」。另外無醫療資源情況是醫療資源缺乏極致表現，故需進一步以醫療可近性（實際距離）方式探討其差異性，以發覺此狀況是否需獲社會關注該區域對於原補助之條件是否需再提升，以使之「公平」。

以「正義」之觀點，對於「不公平」情況應予立法改善。意即此不公平正義之現象與發生之機率或延伸預測無關；另外對「不公平」情況，以一個負責的政府不會試探人民忍耐程度後才想到提出改善措施、一個有品質的醫療而言是能夠充分滿足患者的醫療需求，所以對於「不公平」情況的討論無程度的區分。基於「公平正義」之理念，政府機構應無法容許有發生此現象，即使一次或一個地區也不應該有前述不公平現象的存在。本研究之公平性探討範圍，將依據前述「時間特性」醫療資源面向以量化方式探討，並查證探討結果是否有前述「差異原則」醫療資源面「不公平」情況發生，若有，則嘗試探討解決方式並提出建議，使國人能享有更完備的醫療體制或醫療資源公平性。

#### 四、羅爾斯正義理論下之社會福利醫療資源分配：

吳老德（2001）指出自由主義之完全自由市場是主張經濟活動自由不受干涉，強調個人自由與自由競爭、重視個人利益。顯然國內社會福利制度之醫療資源，非屬於此。王宏仁、唐文慧（1993）指出涂爾幹認為福利是社會道德集體意識的表現，國家存在的功能是為了要幫助社會以達成整合的目的，以強調國家必須強化其監督的角色。我國醫療資源係由人民繳納經費、醫療機構提供服務，全體資源分配統一受政府介入管控。尤其對嚴重影響供（醫療機構）、需（民眾就醫）兩方問題，政府機構不應因疏忽、怠惰之故，委稱「自由市場」任憑自由發展。但是因為社會福利資源有限，

而人類需求之福利無盡，當社會福利對社會地位不利者提供愈多福利措施時，相對就是對其他人的福利措施減少，此分配之結果反形成另一種不公平。符合羅爾斯之「正義即公平 (justice as fairness)」，是須使社會上所有人都能獲益，而且沒有人因他的利益而造成自己的利益損失。有關社會資源分配正義運作方式，應考量較適合關懷取向的平等與需求。「分配」常指運用某原則或標準去分配諸物，20 世紀西方最顯著的分配概念就是分配主義 (distributivism) 或再分配主義 (redistributivism)，透過政府的權力對於個人的財富進行重分配 (如各項稅收)，其基本型態表現於社會福利政策，以求達到或縮小社會貧富之差距。而社會福利之公平醫療資源分配，包括 (一) 具有同樣條件者予以同等對待 (equal treatment of equals) 之「立足點平等」或水平公平 (horizontal equity) 或機會均等。例如醫療保險給付是健康者對傷病者的所得轉移，是使福利國家的社會保險制度，在同一所得階層間發揮所得的移轉效果。(二) 對不同條件者給予不同對待 (unequal treatment of unequals) 之「結果平等」或垂直公平 (vertical equity)。例如比例健保費用之繳納，使高所得者負擔比低所得者為重；另一方面社會福利的給付是對低所得者有利。如此之重新分配會使高所得者對低所得者的所得轉移。另以分配對象區分包括 (一) 普遍式福利：通常是針對全民設計，如全民健康保險方案。(二) 殘餘式或選擇式福利：對於特定對象的福利方案，如對窮人的補助、殘障福利。普遍式福利常被批評是一種浪費資源，不能照顧到真正需要幫助的人福利；而選擇式福利常被批評造成受惠者產生一種己不如人之社會烙印的不良影響，王宏仁、唐文慧 (1993) 指出美國著名政治社會學者史考區坡 (Theda Skocpol) 其著作《國家與社會革命》中提及研究美國的福利發展史發現中產階級的價值觀是強調人的獨立自主，認為個人應自己生活負責的個人主義，故選擇式福利易引起中產階級在政治上的反彈，故對於醫療資源分配須審而慎之以求其公平性。

## 第二節 由診所醫療需求探討研究對象

由於近年醫藥科技的進步，對於各項醫療與疾病的劃分愈加詳細，依衛生福利部中央健康保險署醫療院所等級區分醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所等；醫診療科別區分內科、外科、兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、整形外科、職業醫學科、急診醫學科、結核科、洗腎科、牙科、復形牙科、牙髓牙科、補綴牙科、牙周病科、齒顎矯正科、兒童牙科、口腔診斷科、口腔病理科、中醫科、麻醉科、放射線科、病理科、核子醫學科、放射腫瘤科、放射診斷科、解剖病理科、臨床病理科、家醫科、不分科等，對於疾病種類又依國際疾病分類(ICD-9-CM 或 ICD-10-CM/PCS)編碼區分健保申報。既有分類就表示各有不同屬性，面對龐大的醫療體系或疾病情況，在研究上便需對「研究範圍」與研究範圍內「研究對象」予以設定，以明確研究目標，避免其他因素影響研究結果。

### 一、醫療需求之研究範圍之選定：

對於民眾醫療需求，因為疾病類型不同，例如一般性疾病、慢性疾病、重大傷病、其他特殊疾病等，都有著不同型態的醫療資源需求，在探討方向也隨著疾病本身性質而有不同面向研究。本研究是的時間特性是指醫療院所營業的時間來探討，對於所選定研究對象範圍是屬於一般性疾病，而研究疾病的時間特性是指民眾面對疾病所需看診的時段，如屬於慢性疾病（如高血壓、糖尿病等）或一些需區間定期性醫療服務的疾病（如牙周病等）在本研究歸納為具時間特性之疾病，反之則屬不具時間特性之疾病。故本研究之對象為不具時間特性之一般性疾病，並以民眾醫療需求立場視為醫療需求探討。

### 二、研究範圍內主要研究對象：

誠如前述「以民眾醫療需求立場視為醫療需求探討」，但以資源有限的立場來看，仍應依循資源使用合理性，資源不濫用。故採用「全民健康保險醫療統計」數值來選定主要研究對象，因為在衛生福利部統計處之全民健康保險醫療統計每個數值，都應代表著民眾實際看診的次數，而每次看診都應是經過專業醫生確認予以診治。對醫療

資源而言，民眾醫療需求疾病量的探究不是在於醫療專業上是否有醫治需求的探討，而是對於民眾主觀醫療需求面考量，且對於已由專業醫生看診之疾病，就需視為「民眾有實際醫療資源之需求」；因如無實際醫治需求者，就醫療專業性質及其專業倫理道德立場醫生可予以解說後勸離，減少健保支付。所以全民健康保險醫療統計門診之疾病量越大者，代表民眾越有需求，具診所醫療供給之代表性，對於醫療資源而言也富探討之價值性。

有關門診醫療需求文獻中指出，對於 2000 年台灣民眾因感冒（包括上呼吸道感染與流行性感冒）求醫人次佔總門診人次 28.80%，每人每年平均使用健保西醫門診 3.42 次。2000 年曾因急性上呼吸道感染至健保西醫門診求醫者佔總人口的 64.45%，其中 14 歲以下的兒童不但求醫的人口比例高，次數也多。從健保門診醫療總費用情況來看，90.52% 費用使用在診所，另 9.48% 使用在醫院（丁志音、林宜平，2003）。就其研究健保門診醫療總費用中可發現民眾對此疾病就醫選擇模式是在「診所」，僅極少部分使用「醫院」；另對就醫門診量情況，民眾門診需求的疾病項目中「上呼吸道感染」佔六成以上需求。所以台灣民眾的門診大多數需求在於治療「上呼吸道感染」之診所。

就疾病時間性而言，上呼吸道感染疾病發生無特定時間，意即目前尚無確切研究證明該疾病發生於一星期內哪個固定日期或假日時段不易或容易發生此疾病，恰可以地區門診量之平均視為每日（當然也等同於假日）醫療需求；文獻指出，該疾病就醫次數多的原因探討，依健保給付制度診所只能開給 3 天的藥，但病程可能還有一次重覆就診需求，總就醫次數也將增加（丁志音、林宜平，2003）。所以上呼吸道感染疾病對於假日診所就醫需求性，也較其他疾病需求性高。「上呼吸道感染」疾病對急診醫療之影響情況，依國內醫療機構研究者使用 2007 至 2008 年間「全民健康保險研究資料庫」之百萬人承保抽樣歸人檔資料，針對門診上呼吸道感染為研究樣本，發現上呼吸道感染至急診就醫人次雖僅佔總樣本數 1% 以下。但就醫院之醫療資源而言，國內研究者認為「急診平均費用是內科醫療資源的三倍費用，當這些個案進入急診造成急診就醫人數增加時，在醫院急診現有人力、設備、空間及資源分配各種需求超過供

給的情況下，上呼吸道感染個案的急診滯留時間，可能是造成急診壅塞的潛在因子之一」(張碧玉、黃毓婷、柯伶達、黃尚志、蔡忠榮，2013)。梁亞文、蔡哲宏、陳文意(2011)對中台灣某區域教學醫院急診研究發現週日急診非緊急病人量最多。但該項研究並未再繼續探討該區域週日診所營業量情況，故無法立即獲證。本研究係以時間特性探討醫療資源，故對診所營業時段區分除平日、假日(包含週六及週日)外，再輔以「週日」之時間特性加以探討，使研究探討完備。

依前述兩項文獻情況顯示診所醫療需求探討研究對象為「上呼吸道感染」，本研究係對台南市門診現況需求探討而言，依衛生福利部統計處統計2012年全民健康保險醫療統計年報表中台南地區門、住診(包括急診)合計患者各項疾病，僅呼吸道感染乙項，能佔其整體疾病就醫量10%以上，佔疾病總人數高達12.0%(衛生福利部，2014)。顯示台南民眾門診的主要疾病是呼吸道感染，縱使此疾病如屬普通病徵時任一專科醫生幾乎都可開立相關處方，無健保限制，但就民眾通則習慣此疾病相對映的診所醫療科別，如習慣西醫治療上呼吸道感染者，較少或不會到中醫就診；另外患上呼吸道感染之病患亦較不會到泌尿科、骨科、牙科、眼科等其他醫療科別治療上呼吸道感染症狀，而習慣會轉至其他地區相關科別或急診就醫，故呈現出台南市民診所醫療大多數需求在於耳鼻喉、內、兒、不分及家醫等科別。故本研究台南市醫療資源供給面將以台南市耳鼻喉、內、兒、不分及家醫科診所(以下簡稱為主要疾病診所)為對象，並對主要疾病診所之平、假日及週日營業探討。

### 第三節 以醫療資源分配之可近性探討研究方法

劉宜君、傅立葉(2009)以政策德菲法建構健保政策評估指標之研究中對於「可近性」構面專家具有高度共識。另就醫療資源分配探討中，資源「可接近性」(accessibility)也是重要參考因素。Aday與Andersen(1974)在可近性指標採用Donabedian等人的說法「可近性」暗指進入醫療照護系統內，系統及人口數的特性將可能影響是否被獲得進入，...但是就可近性本身而論，是他們實際上是否被人們需要

而被利用」。所以廣義定義可接近性為「顧客進入醫療服務體系的能力或意願」。並提出可近性架構裏除了健康政策（Health Policy，包含財務、教育、人力、組織）、被保險人口數（Population at Risk，包含不定與必然性之易致因素、不定與必然性之導因、被感覺、被評估的需求）、健康服務（Health Service，包含型態、地點、目的地、間隔時間）及消費者滿意度（Consumer Satisfaction，包含便利性、費用、配合度、品質等）外，健康的供給系統（The Health Care Delivery System）包含資源的分布與總額、進入（Entry）組織與組織結構（Structure）。進而提出潛在可近性（potential accessibility）與實際可近性（revealed accessibility）之分別，潛在可近性涉及某醫療服務需求人口數與可能病患的人口特質，對於使用醫療服務可能性探討；實際的可接近性則是對於實際使用醫療服務情況與主觀的滿意度探究。

Penchansky 與 Thomas 1981 年指出可近性指標區分為可取得性、可接近性、便民性、可接受性、可負擔性等五個方面。可取得性的性質是指顧客在特定空間範圍內可選擇之醫療服務或設施的數量，探討醫療體系所提供之資源豐富與服務便利與否的問題。可接近性是指民眾與醫療服務提供者間空間隔絕程度，探討取得醫療服務的交通是否便利、與醫療服務間距離的遠近、時間。此兩項涉及醫療資源與地理空間情況之面向，強調特定地區內醫療資源豐富性。後三者便民性（指醫療體系對顧客的需求提供回應的適當情況）、可接受性（指醫療體系所提供的服務與民眾所預期符合情況）、可負擔性（指民眾負擔對醫療服務的消費情況）是與民眾本身的醫療期待、經濟條件與醫療體系專業服務能力有關（廖興中，2013；吳珮伶，2011）。

本研究係針對單一城市（台南市）之地域內特定醫療（主要疾病-呼吸道感染）診所之醫療資源為對象，對台南市各區診所假日資源情況探討。依全民健保基層診所醫療費用對民眾而言是具可負擔特性。另就便民及可接受性而言，以馬斯洛（Maslow）需求階層理論來看已非絕對之基本生理需求，故本研究僅就可取得及可接近兩項特性，以醫療資源與地理空間情況之潛在醫療可近性探討。吳珮伶（2011）以高雄市六龜及內門區實施西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案成效分析研究中，也發現醫療可近性中交通時間最有影響力。

潛在醫療可近性係以行政區域為單位，評估醫療資源供需方法，但部分學者指出此種評估方法必需將就醫民眾有跨越行政區的空間移動可能情況一併考慮，因此需將附近區域醫療資源納入評估（章殷超、溫在弘、賴美淑，2011；廖興中，2013）。國內學者亦有以就醫醫療資源使用跨區情況為主軸執行研究，如洪維河、鄭守夏、張睿詒、江東亮（1998）；陳珮青、楊銘欽、江東亮、鄭守夏（2003）。界定跨區就醫方式，林維娟（2003）以民眾戶籍與就醫地點觀念區分為廣義跨區就醫及狹義跨區就醫，區分方式是除戶籍地外，民眾投保地（因工作地與戶籍不同）、就學區（外區就學）是否排除於跨區就醫內為界定範圍。章殷超、溫在弘與賴美淑（2009）研究指出以跨區就醫判定醫療資源情況，可能因跨區醫院是距離最近的醫院，判定為跨區就醫-資源缺乏；或因區域內有多家醫院，但到達這些醫院距離差距很大，而判定無跨區就醫-資源滿足，產生不甚合理判定。

台灣醫療資源相較於幅員廣大的國家不同，台灣在相同範圍內有多家醫院可選擇，幅員廣大的國家則離下一個醫院很遠。依台灣醫療資源特性，國內學者研究測量方法可區分為醫療服務與人口比、流動搜尋法、醫療資源的最近距離（包含地圖軟體測量與田野調查實際量測）等方式，各測量方式概述如下：

#### 一、醫療服務與人口比：

就台灣而言是以縣市或鄉鎮市區等行政劃分區域為單位，醫療資源是以醫療機構數量、醫生數、病床數（分子）與該行政區域的人口（分母）比值，測量地區醫療資源裕度或可支援情況（洪維河等人，1998；鍾翰其，2000；陳珮青等人，2003；洪錦墩、藍忠孚、宋文娟，2003）。

#### 二、流動搜尋法：

此法與前項之差異主要區分是邊界的認定，前項採用行政區固定界限；但一般民眾就醫習慣，是在合適的交通距離範圍內尋找醫療資源，而不是侷限在自己的行政區內，所以此項方法的邊界是採流動性，仍以醫療資源與人口數之比值計算，僅在合理範圍內劃分地域直接或予加權後再分析。區分為「單向流動搜尋法」(floating catchment

area method)、「兩階段流動搜尋法」(two-step floating catchment area method):(章殷超等人, 2011; 廖興中, 2013)

- (一) 單向流動搜尋法：從供給者（醫療資源供給者）或是需求者（患者）的單一面向來考量空間可接近性指標。例如：由需求者（患者）位置向外延伸 5、10、15 公里，分析醫療資源供給者與涵蓋範圍所包含的服務人口比率情況。
- (二) 兩階段流動搜尋法：係為兼顧供給與需求的整合方法。第一階段由醫療資源供給者位置向外延伸合理服務範圍，分析醫療資源供給者與涵蓋範圍所包含的服務人口比率情況。第二階段由需求者（患者）位置向外延伸合理服務範圍涵蓋之醫療資源供給者，並將這些服務提供者在第一階段所求得之服務比率加總，即為所欲求之醫療資源空間可接近指標。此項缺點在於未考慮合理服務範圍內，距離對民眾就醫意願所產生的影響。即此將服務範圍內各醫療資源均視為對需求者之同等需求，不符合醫療資源的被利用會隨著距離遞減的實際情況。故進而產生「進階式兩階段流動搜尋法」將針對不同行車時間或距離給予權重，即第一階段以各鄉鎮醫生與人口數比，第二階段以各村里醫生與人口數比，藉此來克服上述在方法上的限制。兩階段均分採劃分區域後加權合計後再分析。以廖興中（2013）對「台灣小兒科醫療資源空間可接近性」探討所使用方式為例，計算流程如表 2-2。

表 2-2：「進階式兩階段流動搜尋法」計算流程

第一階段	第二階段
各鄉鎮小兒專科醫生與18歲以下人口比(R)	各村里小兒專科醫生與18歲以下人口比(F)
例題基本假定：	例題基本假定：
1.鄉鎮 A (0-5 公里道路距離內包含村里 1；5-10 公里道路距離內包含村里 2)。	1.村里 1 (0-5 公里道路距離內包含鄉鎮 A；5-10 公里道路距離內包含鄉鎮 B)。
2.鄉鎮 B (0-5 公里道路距離內包含村里 2；5-10 公里道路距離內包含村里 1；10-15 公里道路距離內包含村里 3)。	2.村里 2 (0-5 公里道路距離內包含鄉鎮 B；5-10 公里道路距離內包含鄉鎮 A；10-15 公里道路距離內包含鄉鎮 C)。
3.鄉鎮 C (0-5 公里道路距離內包含村里 3；10-15 公里道路距離內包含村里 2)。	3.村里 3 (0-5 公里道路距離內包含鄉鎮 C；10-15 公里道路距離內包含鄉鎮 B)。
4.鄉鎮 A 小兒科專科醫師數為 DOCA，以	

<p>此類推。</p> <p>5.村里 1 之 18 歲以下人口數為 POP1，以此類推。</p> $R_A = \frac{DOCA}{POP1 + \left(\frac{1}{2}\right)POP2}$ $R_B = \frac{DOCB}{\left(\frac{1}{2}\right)POP1 + POP2 + \left(\frac{1}{4}\right)POP3}$ $R_C = \frac{DOCA}{POP3 + \left(\frac{1}{4}\right)POP2}$	$F_1 = R_A + \left(\frac{1}{2}\right)R_B$ $F_2 = \left(\frac{1}{2}\right)R_A + R_B + \left(\frac{1}{4}\right)R_C$ $F_3 = \left(\frac{1}{4}\right)R_B + R_C$
---	---

資料來源：廖興中（2013）。

此方法內需求者（患者）參考位置係以地區中心點，即各鄉鎮之村里地理幾何中心點復以村里人口密度加權，定位各鄉鎮之人口中心點；另「合理服務範圍」係以參考點 15 公里內計算，章殷超等人（2011）指出此項係因參考美國 HPSA 系統設定鄉鎮內道路 30 分鐘的交通距離為 15 英哩（約 24 公里）、呂在綸 1995 年對台灣北部地區民眾到區域醫院門診之平均交通時間（27.6 分鐘）與平均距離（8.2 公里）研究及原住民委員會 2011 年對原住民就醫交通費補助（超過 20 公里開始）之規定，設限地理範圍於 15 公里內劃分三個區間，再依重力模式精神，醫療資源距離越遠被利用機會越小的特性，設定 5 公里為一個區間，利用遞減一半計算。廖興中（2013）亦界定以中心點外 15 公里為其研究範圍。章殷超等人（2011）及廖興中（2013）均有提出此方法的限制在於「如僅以道路距離代表具距離特質的地理可近性並不夠精細，應將道路種類、道路速限及交通方式一併討論」，可賡續列入研究範疇。故本研針對無醫療資源地區「距離-醫療資源」醫療可近性之探討，僅採用本項「不侷限行政區之流動性邊界」與「合理服務範圍—參考點 15 公里內」兩項觀點併入下項方式執行研究探討，以避免此項方法之限制。

### 三、醫療資源的最近距離：

- （一）計算醫療需求單位（指民眾居住地點、行政區的中心點或人口中心點）與醫療機構間最近距離，其量測方式包含地圖軟體(含道路網絡)測量，如章殷超等人

(2009) 使用鄉鎮市的中心點與道路地圖來計算民眾到達醫院的開車時間。與田野調查實際量測，如劉芷菱、黃淑娥、溫德生 (2011) 使用在非假日離峰時段，天氣良好情況下，自行開車方法將到達最近醫院所需時間、道路情況 (轉彎、落石、單線道、紅綠燈)、醫院規模三項目，以送醫的路況和醫院規模急救等級各佔 50% (最高分數為 50 分)，分別就項目內情況再劃分區間予以加、減分 (醫療資源距離量化計算設計如表 2-3)，便於量化統計分析，以比較觀光景點的醫療資源可近性情況。

表 2-3：醫療資源距離量化計算設計

<p>1.送醫時間：紀錄到達路程最近的醫院所需的時間</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 45 分鐘：50 分</li> <li>45~ 60 分鐘：45 分</li> <li>61~ 90 分鐘：40 分</li> <li>91~120 分鐘：35 分</li> </ul> <p>2.路況：根據轉彎數目 (車速需減慢)、地形、天候、車道寬窄、以及紅綠燈數目予以減分。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 轉彎 30~50 個：-1 分、51~100 個：-3 分、101~200 個：-8 分、201~300 個：-10 分、301~400 個：-12 分、&gt;400 個：-15 分</li> <li>● 落石：-5 分、雪、霧：-5 分</li> <li>● 單線單行道：-5 分</li> <li>● 紅綠燈 10~20 個：-2 分、21~30 個：-4 分、31~40 個：-6 分、41~50 個：-8 分、&gt;50 個：-10 分</li> </ul> <p>3.醫院規模</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 重度責任急救醫院：50 分 (醫學中心)、45 分 (區域性醫院)</li> <li>● 中度責任急救醫院：40 分 (區域性醫院、評鑑特優)、35 分 (區域性醫院、評鑑優等)、30 分 (地區性醫院、評鑑優等)、25 分 (地區性醫院、評鑑合格)</li> </ul>
--

資料來源：劉芷菱、黃淑娥、溫德生 (2011)

(二) 廖興中 (2013) 指出此法對於鄉村地區而言，因居民的醫療選擇性少，此測量法可能較接近真實的情形；相對於醫療資源密集的都會區，民眾不一定都使用

最近的醫療資源，故將缺乏真實性。囿於本研究將此法研究對象設限於無醫療資源地區，即符合前述「醫療選擇性少」之地區；再輔以流動搜尋法之「不侷限行政區之流動性邊界」與「合理服務範圍—參考點 15 公里內」兩項觀點，即可使研究結果接近民眾實際醫療情形。

(三)觀光景點的醫療資源可近性與本研究基礎醫療資源可近性面向(經濟層面考量)之比較：

1、雷同處：兩者均冀望到達醫院時間能最短、路況較佳(轉彎、紅綠燈數量最少)。

但此部份因本研究範圍區域遠較觀光景點小，且無山區落石、天候(雪、霧)情況，故應對轉彎、紅綠燈數予以修正、落石及天候計算予以刪除。

2、相異處：在於醫院規模，原設計採醫療急救等級越高以較高分列計，而本研究以經濟層面考量冀望以基礎醫療為醫療服務出發點，俾符合醫療轉診制度政策，於兩研究目的不同情況下，本研究設計醫療等級得分計算方式應與原設定相反。

本研究在醫療資源可近性的統計係以 Penchansky 與 Thomas 1981 年「可取得性」、「可接近性」兩項指標，並依據本研究基礎醫療資源可近性面向修正劉芷菱、黃淑娥、溫德生(2011)研究方式，設定本研究可近性之考量因素。對台南市假日、週日無醫療資源地區之參考點「15 公里內」之醫療服務資源，將「到達醫院時間」、「路口轉彎數」、「紅綠燈數」及「醫院規模」等四項列為本次研究醫療可近性考量因素，參考實際現況實施田野測量與統計。

四、醫療資源測量方式尚有以醫療資源的平均距離量測，惟若以民眾可使用的醫療服務間的平均距離計算醫療資源的平均距離，將會受到較遠醫療機構之距離的影響而產生偏差，忽略居住行政區邊界附近的居民選擇跨區域就醫的可能性。故學者較少採用此方式測量。

綜上觀之，對於醫療資源探討「醫療服務與人口比」是各區醫療資源的基本參考數值，可測量醫療資源裕度或可支援情況；囿於本研究對象行政區屬台南市，筆者認為對於區域醫療資源的探究，輔以行政區如細分至「里」為單位，對於醫療可近性、跨區域就醫情況探討可更為詳實，貼近當地民眾實際需求探究。故以下研究除「醫療

服務與人口比」外，增列「醫療服務與行政區鄰里之里數比」，以探究行政區域內各里醫療資源分布情況，俾對醫療資源可近性情況達進一步之探討。

考量本研究採時間面向探究，將「醫療服務與人口比」及「醫療服務與行政區鄰里之里數比」以時間面向劃分後分析，可取代各項「流動搜尋法」探討方向偏向地理性質之空間分析，此項屬於「靜態研究」，符合數量之分析。另對民眾就醫習慣採流動性邊界之觀點，納入以「醫療資源的最近距離」實際量測方法內以時間面向劃分後分析，即可就經濟層面之醫療資源公平性實施探究，此項屬於「動態研究」，使研究結果更為貼近當地區民眾對醫療資源實際感受。

#### 第四節 現行健保西醫門診與急診看診及藥品支付規定

民眾至醫療院所門診（包含診所）看病所需支付之醫療金額包含掛號費、門診基本部分負擔及門診藥品部分負擔三者加總，其中掛號費係屬醫療院所自訂之行政費用外，門診基本部分負擔及門診藥品部分負擔兩項均由行政院衛生署規定辦理。另依據行政院衛生署全民健康保險法施行細則第六十條規定暨 2012 年 11 月 1 日衛署健保字第 1012660259 號令及 2012 年 12 月 13 日衛署健保字第 1010085030 號函規定「保險對於全民健康保險醫療資源缺乏區域接受門診、急診或居家照護服務，應自行負擔之費用，得予減免百分之二十」。依「2014 年全民健康保險醫療資源缺乏地區」公告臺南市包含七股、大內、安定、南化、將軍、北門及龍崎等區域施行，查此七個區域僅有診所，均無地區型（含）以上醫療資源。

##### 一、民眾西醫門診與急診部分負擔：

一般民眾西醫門診（不含非屬健保醫療品項）部分負擔依是否轉診區後再依一般及醫缺區域劃分，急診部分負擔區分一般及醫缺區域，各項部分負擔情況如表 2-4-1。另屬下列情況者除外：

- （一）凡領有身心障礙手冊者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取 50 元。

(二) 門診手術後、急診手術後或住院患者出院後 1 個月內之一次回診，及生產出院後 6 週內第一次回診，視同轉診，並得由醫院自行開立證明供病患使用，按「經轉診」規定收取部分負擔。

(三) 可免除所有部分負擔者：1. 重大傷病、分娩及於山地離島地區就醫者。2. 經離島地區院所轉診至臺灣本島當次之門診或急診者。3. 健保卡上註記「榮」字的榮民、榮民遺眷之家戶代表。4. 健保卡上註記「福」字的低收入戶。5. 三歲以下兒童。6. 登記列管結核病患至指定特約醫院就醫。7. 勞保被保險人因職業傷病就醫。8. 持「油症患者就診卡」或健保卡上註記「油症」身分之多氣聯苯中毒者(以下稱油症患者)：第一代油症患者之門、急診及住院；第二代油症患者之門、急診就醫。9. 百歲人瑞。10. 同一療程，除了第一次診療需要部分負擔外，療程期間內都免除門診基本部分負擔(復健物理治療及中醫傷科除外)。11. 服役期間持有役男身分證之替代役役男(含一般替代役役男及第一階段、第二階段研發替代役役男)。

(四) 2012 年修訂之《全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件》法規定：

- 1、每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
- 2、2010 年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、台中市、嘉義市、台南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。
- 3、保險人於每年年底時，應依當年七月一日每位登記執業醫師所服務之戶籍人數計算醫人比後，公告次年符合醫療資源缺乏地區條件鄉、鎮、市、區。

表 2-4-1：一般民眾西醫門診與急診部分負擔情況表

醫院層級	西醫門診				急診	
	經轉診		未經轉診		一般區域	醫缺區域
	一般區域	醫缺區域	一般區域	醫缺區域		
醫學中心	210 元	/	360 元	/	450 元	/
區域醫院	140 元	/	240 元	/	300 元	/

地區醫院	50 元	40 元	80 元	64 元	150 元	120 元
診所	50 元	40 元	50 元	40 元	150 元	120 元

資料來源：依衛生福利部中央健康保險署(2014)網站公告資料，自行整理。

## 二、門診藥品部分負擔：

一般民眾門診藥品（不含非屬健保規範以外之藥品）部分負擔係依衛生福利部中央健康保險署網站所公告之藥價乘藥品數量計算，依前述計算之藥品費用超過 101 元（含）以上者需支付部分負擔情況如表 2-4-2。另屬下列兩情況可免除藥品部分負擔：

- （一）持「慢性病連續處方箋」調劑(開藥 28 天以上)者。
- （二）接受全民健保醫療費用支付標準所規定之「論病例計酬項目」服務者。

表 2-4-2：一般民眾門診藥品部分負擔情況表

藥費	藥品部分負擔費用		藥費	藥品部分負擔費用	
	一般區域	醫缺區域		一般區域	醫缺區域
100 元以下	0 元	0 元	601~700 元	120 元	96 元
101~200 元	20 元	16 元	701~800 元	140 元	112 元
201~301 元	40 元	32 元	801~900 元	160 元	128 元
301~400 元	60 元	48 元	901~1000 元	180 元	144 元
401~500 元	80 元	64 元	1000 元以上	200 元	160 元
501~600 元	100 元	80 元			

資料來源：衛生福利部中央健康保險署(2014) 網站公告資料。

綜整上述情況，全民健康保險醫療資源缺乏地區門診部分負擔可減少 10 至 16 元、急診部分負擔可減少 30 元，但僅限於地區型醫院（含）以下醫療機構，如遇假日醫院門診及診所未營業至醫學中心急診就醫時就必需與一般地區相同增加 410 元之部分負擔，此項新增之醫療費用負擔還不包含診所與醫學中心急診掛號費用之差別。以台南市成功大學醫學院附設醫院急診掛號費 240 元（成大醫院，2014）與一般

診所掛號費 100 元為例，診所與醫學中心急診兩者掛號費與部分負擔合計差距高達 550 元，佔每日基本薪資六成（以 2014 年基本時薪 115 元為參考值）。而藥品部分負擔因不受醫療院所型別限制，故無平日、假日或門診、急診之區別。另政府單位年底時才依當年七月一日各地區醫療資源情況，公告次年符合醫療資源缺乏地區，實緩不濟急。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究架構

在第二章羅爾斯「公平正義」醫療資源分配之概念下對現行醫療政策施行之醫療資源與本研究以時間特性劃分之「主要疾病」醫療資源兩情況，來探討第一章所述「台南市的假日基層醫療診所營業情況真的已能滿足該地區需求」、還是「供給面（包含政府相關機構及業者）不瞭解民眾實際的需求而疏忽」疑問。此探討分以靜態及動態兩階段研究：（研究架構如圖 3-1）

（一）第一階段靜態研究計分三個部份：

1、依現行醫療政策施行之醫療資源（包含現行醫療法規及其補助認定方式之執行）

與本研究主要疾病醫療資源「地理性質」情況比較：

- （1）依現行醫療政策施行之醫療資源描述統計各區整體診所醫療情況探討，並將台南市非公告醫療缺乏區與公告醫療缺乏區整體醫療資源比較。
- （2）以本研究主要疾病診所探討各區診所「地理性質」醫療情況，並將台南市非公告醫療缺乏區與公告醫療缺乏區主要疾病診所醫療資源相互比較，以瞭解符合民眾大多數主要疾病醫療資源需求情況。
- （3）依據醫療政策施行之醫療資源與本研究主要疾病醫療資源情況比較，以瞭解民眾大多數主要醫療資源需求。

2、各區主要疾病診所醫療資源在「地理性質」輔以「時間特性」劃分下各地區醫療資源觀察：

- (1) 以本研究主要疾病診所探討各區診所「地理性質」輔以「時間特性」劃分醫療情況，發現是否出現本研究文獻探討第一節內探討「公平正義」之醫療資源面向第(2)項「各區域不會因時間因素，發生無基本醫療資源(即診所醫療)現象」情況。
  - (2) 將台南市非公告醫療缺乏區與公告醫療缺乏區時間特性之主要疾病診所醫療資源相互比較，以瞭解符合民眾在時間特性劃分下大多數主要疾病醫療資源需求情況。
  - (3) 將前項(2)與第1項之(2)僅以「地理性質」之醫療資源兩者比較，以確認醫療資源除地理性外再時間性劃分，較能發現民眾大多數主要疾病醫療資源需求情況。
  - (4) 對於非公告醫療缺乏區域與公告醫療缺乏區情況之醫療資源比較，以發現是否出現本研究文獻探討第一節內探討「公平正義」之醫療資源面向第(3)項「各行政區域之基本醫療資源不會受時間因素影響，產生比公告醫療資源缺乏區之基本醫療資源低」情況。
  - (5) 將假日、週日無醫療資源之地區納入第二階段研究，以續探醫療資源需求「次序排列性」，以符正義原則限制。
- 3、醫療資源於時間特性劃分後可近性醫療資源探討：其目地在於探討醫療資源「普遍性」及「有重要和優先之次序排列性」，以「醫療可近性」觀點之「人口-醫療資源」、「里-醫療資源」探討「時間特性」劃分下各區醫療資源差異性。囿於本項研究對象為全體資源(涵蓋有、無醫療資源情況)，無需再單獨針對有醫療資源之地區實施重複探究。對研究結果發現是否出現本研究文獻探討第一節內探討「公平正義」之醫療資源面向第(1)項「各區應無平、假日等時間性質之醫療資源懸殊差別」情況。
- (二) 第二階段動態研究：針對假日、週日無醫療資源之地區，以「醫療可近性」觀點之「距離-醫療資源」探討該區域與平日差異情況。對此項研究結果以發現是否出現本研究文獻探討第一節內探討「公平正義」之醫療資源面向第(2)項

「因時間特性影響無診所醫療之區域以醫療可近性而言，該區民眾至鄰近區域可取得醫療資源情況平、假日無懸殊差異」情況。

對於台南地區供、需情況探討，以發掘目前地區假日醫療急需改善之處並探討當前醫療制度規範不足之處，復基於正義原則限制「公開性」對現行醫療區域補助程序情況，廣續於下章節討論是否有「優於現況較佳的施行方式」，期使國人能享有更完備的醫療體制及社會福利。



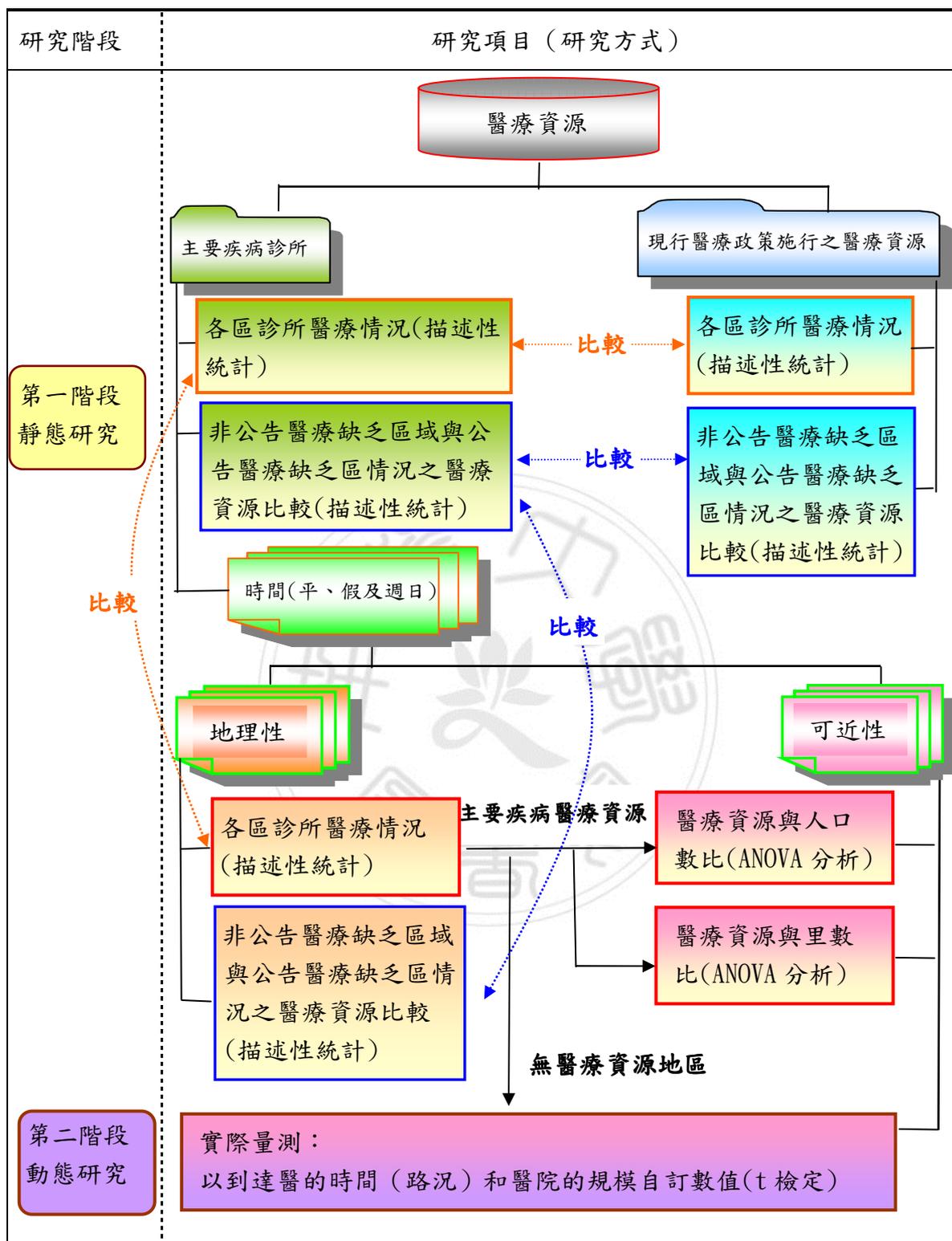


圖 3-1 各研究階段之項目及其研究方式

註：虛線代表兩者資料需相互比對，以明辨其差異性，供後續結論參考依據。

## 第二節 研究假設、資料來源及各階段量化統計方式

### 壹、研究假設

- 一、台南市各區因自由市場競爭，除醫療資源不足地區已經由政府管制而標註外，其餘各區平日各科別醫療資源可滿足地區醫療需求。
- 二、依現行醫療資源缺乏規定已能適切滿足台南市醫療資源現況需求。
- 三、依循第二章羅爾斯正議論醫療資源時間面向的探討，假設台南市西醫資源時間特性分配是可達之公平正義情況為（一）對各區而言，區域內主要疾病醫療資源無時間性之懸殊差異（二）台南市各區主要疾病醫療資源不會受時間因素影響，產生比公告醫療資源缺乏區之基本醫療資源低情況（三）台南市各區不會因時間因素產生無主要疾病基本醫療資源情況（四）台南市各區即使產生時間性之無主要疾病基本醫療資源地區，就醫療可近性而言，無時間性懸殊差異。

### 貳、資料來源

依本研究係以衛生福利部中央健康保險署網站所提供之「特約醫療院所看診時段查詢」之台南市各區「主要疾病診所」營業情況及台南市政府民政局網站所提供之「人口資料」、「行政區鄰里之里數」之次級資料分析。本研究對「行政區」之劃分，係考量台南市自 2010 年 12 月 25 日起縣、市合併，為避免台南市存有縣、市資源不同影響檢定情況，採用台南市除行政院衛生署公告之醫療資源缺乏地區外，依縣、市合併前行政劃分情況，扣除行政院衛生署公告之醫療資源缺乏區域後，區分原台南市、原縣轄市及原台南縣內鄉鎮三個區域，共計劃分四個區域，各區涵括現行政區如表 3-1，台南市各區地理位置如圖 3-2。

全民健康保險規範地區戶籍人口數每醫生服務超過 4300 人，才屬於醫療資源缺乏地區，且該區域不包含 2010 年縣市改制前之台南市（即本研究之原台南市）範圍。本研究對於衛生福利部中央健康保險署網站所提供之台南市各區「主要疾病診所」，略以每診所之醫生數以 1 人計算，因考量資料統計時可能有地區發生無診所醫療資源情況，故對於醫療資源計算時均改採「每人所獲得之醫生量」、「每里之營業診所量」

方式來呈現，才不致產生分母值為零之錯誤值。換言之，法定規範地區戶籍每百人醫療資源值低於 0.0233 (1 醫生/4300 戶籍人口數=0.0233%) 即屬醫療資源缺乏地區。

為充分了解台南市人口數分配及醫療資源位置情況，使用內政部統計處 (2015) 國土資訊系統地理資訊網 GIS 民眾版之 2014 年 3 月台南市各區人口數分配情況為圖基底，配合第二階段研究標註假日無醫療資源區域之區公所位置及臨近未時間區分之全部西醫診所、醫院位置情況，惟 GIS 係採直線距離量測，與本研究田野實際量測不同，故僅為輔助 Google 地圖醫療位置辨識使用。

表 3-1：研究區域整理表

研究對象	研究劃分區域	涵蓋範圍 (現行行政區)
台南市 非公告 之醫療 資源缺 乏區域	原台南市	東區、北區、南區、中西區、安南區、安平區
	原縣轄市	永康區、新營區。
	原台南縣	佳里區、善化區、仁德區、麻豆區、歸仁區、新化區、新市區、白河區、六甲區、學甲區、下營區、鹽水區、關廟區、東山區、玉井區、西港區、後壁區、官田區、柳營區、左鎮區、楠西區、山上區。
	公告之醫療資源 缺乏區域	安定區、將軍區、七股區、北門區、大內區、南化區、龍崎區。

資料來源：依台南市民政局 (2014) 網站公告資料，自行整理。



圖 3-2 台南市各行政區地理位置圖

資料來源：依台南市政府全球資訊網 (2014) 網站公告資料。

### 參、各階段量化統計方式

#### 一、第一階段靜態研究：

(一) 現行醫療政策施行之醫療資源與本研究主要疾病醫療資源「地理性質」情況均以描述性統計與曲線圖方式呈現，兩者相互間以曲線情況初探比較各區醫療資源變化情況。

(二) 各區主要疾病診所醫療資源在「地理性質」輔以「時間特性」劃分下各地區醫療資源描述性統計觀察：

1、時間特性區分：平日、假日（包含週六及週日）及週日。

2、因醫院診所看診時段區分上、下午及晚上三個時段營業，採每日平均營業量計算。

地區每人醫療資源計算係採每日平均營業量與戶籍人口數之比值。

3、以描述性統計與曲線圖方式呈現。並與主要疾病醫療資源「地理性質」情況兩者相互間，以對醫療資源曲線情況初探方式比較各區醫療資源變化情況。

(三) 醫療資源於時間特性劃分後可近性醫療資源探討：依本研究劃分之台南市各區（原台南市、原縣轄市、原台南縣及公告之醫療資源缺乏區）之平日、假日（包含週六及週日）及週日「主要疾病診所」營業量，經由醫療資源可近性觀點以「醫療服務與人口比」、「醫療服務與行政區鄰里之里數比」方式探討，採單因子變異數（ANOVA）分析，於F值達顯著時再以Scheffe法執行事後檢定，各時段相互之間是否無顯著差異，以確證台南市各區診所醫療資源無平日、假日；平日、週日或假日、週日等分別，即驗證台南市「假日與平日或週日與平日醫療資源營業情況無顯著差異」。據此驗證推論「台南市的假日或週日基層醫療診所營業情況均已能滿足該地區需求」，以符合公平正義之醫療資源分配。

#### 二、第二階段動態研究：

接續第一階段發現因時間特性產生無「主要疾病診所」醫療資源之區域，實際醫療可近性距離量測，此項田野調查所獲得的資料，為了比較該區因時間特性產生之差異，獲得之資料皆予以量化後施以相依樣本t檢定。方法如下：

- (一) 分別探討該區域平日與假日「主要疾病診所」醫療資源可近性情況，以驗證「假日與平日醫療資源可近性情況無顯著差異」，進而推論「就經濟層面而言，台南市假日基層醫療診所營業情況已達醫療資源公平性」，符合第二章第一節內探討「時間特性」之醫療資源面向第(2)項。
- (二) 本研究使用「醫療資源的最近距離」方式測量醫療資源可近性，而此醫療資源不侷限於行政區域內，僅以「最近距離」為考量。
- (三) 對區域可近性參考點之選擇若以人口密度加權，雖具當地區居民所在中心之代表性，惟地區人口數會因地區出生、死亡、遷異出入等因素而異動頻繁，人口中心點將隨之產生異動，此對於研究範圍屬於小型區域之醫療資源亦產生較大變動；若以地區面積之中心計算，該點如恰位於無法通行之點，則影響實際計算值。本研究採以當地不具醫療特色之行政建築物指標性地點(如區公所)為該區參考點計算，既不影響醫療資源數據亦具地區代表性，且因參考點少異動特性，使得所獲研究數據，更富日後研究之參考價值。
- (四) 以該區域區公所分別就其最近之醫療資源(「主要疾病」診所、門診或急診醫院)距離、時間量測。此最近醫療資源與區域區公所距離與時間先採用 Google 地圖標註量測篩選出距離較短者，再以實際量測方式計算，無論使用 Google 地圖標註量測或實際量測均採開車方式測量。實際量測時均以不超過該路段標註之最高速限為準，故到達時間道路實際量測時間會因轉彎、路況等因素較 Google 地圖量測到達時間值為大。
- (五) 醫療資源距離可近性情況，以該區域區公所平日醫療資源最近者為基準與假日最近醫療資源相比，各項數值均採道路實際量測數值：以到達就醫的時間(路況)和醫院的規模等級各佔 50%(最高分數為 50 分，最低為 0 分)，醫院規模以衛生署公告醫療等級為準據，惟因健保看診自負額規範，醫療等級越高之醫療機構，民眾自付額度越高，故將分數依其等級反向訂定，各項分數計算方式如下：

1、到達醫療機構時間(路況)：

(1) 除原設計中落石、天候因素不列計外，實際勘查道路無單線道情況，亦不列計此項。

(2) 記錄到達路程最近的醫院所需的時間，因縣道車速限制約 40 至 60 里/時，以車速 50 里/時計算，並依本研究第二章第三節「醫療資源合理服務範圍—參考點 15 公里內」，到達醫療資源時間應以 18 分鐘（15 公里/時速 50 公里=0.3 小時=18 分鐘）為限。故本項分數計算 1 分鐘（含以內）為 50 分，之後每增加 1 分鐘（含以內）減少計算 3 分。以到達時間 5 分鐘為例，因增加 4 分鐘，需減少計算 12 分，故得分 38 分。

(3) 路況:依路口轉彎數(車速須減慢)及紅綠燈號誌數目減分。實際勘查平日區域診所醫療資源，均可於路口轉彎或紅綠燈號誌 2 個以內，以此為基準，設定每增加 2 個(含以內)路口轉彎減少 1 分、每 2 個(含以內)紅綠燈號誌減少 1 分。

2、醫院規模：以民眾平日赴診所醫療部分負擔金額為基準並訂為 50 分，且本項研究對象為無醫療資源情況，即無轉診機制，計算時以民眾門診（未經轉診）與急診部分負擔金額比對後訂定分數（各項醫療部分負擔金額情況，請參閱表 2-4-1）；另依區域型（含）以上層級醫院週日時段無門診醫療資源提供，故該型醫院假日時段採急診醫療方式計算，分數越高代表民眾看診自負額越低，醫院規模分數詳如表 3-2，此表與民眾醫療負擔金額有絕對之關係。依醫療資源公告情況分別舉例說明如下：

(1) 非公告醫療資源缺乏區：該區民眾平日至診所部分負擔 50 元，如至醫學中心門診就醫部分負擔 360 元，此時醫學中心門診列計  $50 \text{ 分} / (360/50) = 7 \text{ 分}$ （小數點下四捨五入）、至醫學中心急診就醫部分負擔 450 元，此時醫學中心急診列計  $50 \text{ 分} / (450/50) = 6 \text{ 分}$ （小數點下四捨五入）。

(2) 公告醫療資源缺乏區：假日至診所部分負擔 40 元，如改至醫學中心急診就醫部分負擔 450 元，如至醫學中心門診就醫部分負擔 360 元，此時醫學中心門診列計  $50 \text{ 分} / (360/40) = 6 \text{ 分}$ （小數點下四捨五入）、至醫學中心急診列計  $50 \text{ 分} / (450/40) = 4 \text{ 分}$ （小數點下四捨五入）。

表 3-2：醫院規模計算表

分數	診所	地區醫院		區域醫院		醫學中心	
		門診	急診	門診	急診	門診	急診
非公告醫療缺乏區(平日)	50	31	/	10	/	7	/
非公告醫療缺乏區(假日)	50	31	17	/	8	/	6
公告醫療缺乏區(平日)	50	31	/	8	/	6	/
公告醫療缺乏區(假日)	50	31	17	/	7	/	4

註：

1. 計算公式：醫院規模分數=50分/(醫療部分負擔金額/原該區診所部份負擔金額)
2. 考量醫院營業及本研究就醫以較低自付額為優先選擇情況，部分欄位未予計算。



## 第四章 研究結果

台南市自 2010 年 12 月 25 日起縣、市合併，為避免台南市存有縣、市資源不同影響檢定情況，本研究採用台南市除行政院健保署公告之醫療資源缺乏地區外，依縣、市合併前行政劃分情況，將現行台南市行政區劃分原台南市、原縣轄市、原台南縣內鄉鎮三個區域及行政院健保署公告之醫療資源缺乏區域分別探討；另研究之「主要疾病診所」係指台南市耳鼻喉、內、兒、不分及家醫科診所，並對登記數項診療科別之同一診所僅列計為 1 家；另查詢資料內原台南市中區 1 家診所因未登錄營業時間，視為失效值不予列入統計。本研究資料係使用衛生福利部中央健康保險署網站 2014 年 3 月所提供之「特約醫療院所看診時段查詢」之台南市各區「主要疾病診所」營業情況及台南市政府民政局網站提供之 2014 年 3 月「人口資料」、「行政區鄰里之里數」計算（衛生福利部中央健康保險署網站 2014 年 3 月所提供之「特約醫療院所看診時段查詢」之台南市各區診所營業情況與人口、里比例值如附錄 1）。

### 第一節 第一階段靜態研究

壹、依現行醫療政策施行之醫療資源與本研究主要疾病醫療資源「地理性質」情況：

（各區次數分配表如表 4-1-1，台南市各區人口、里、診所數量情況如附錄 2）

一、區數：在行政區中以原台南縣有 22 個區最多，佔 59.45%，其次為公告之資源缺乏區有 7 個區，佔 18.92%；原台南市有 6 個區，佔 16.22%；最少為原縣轄市有 2 個區，佔 5.41%。

二、戶籍人口數：各行政區以原台南縣人口數 688,767 人最多，佔 36.58%，其次為原台南市人口數 657,902 人，佔 34.94%；原縣轄市人口數 305,982 人，佔 16.25%；最少為公告之資源缺乏區 230,391 人，佔 12.23%。（國土資訊系統 GIS 民眾版之 2014 年 3 月台南市各區人口數分配如圖 4-1-1）

三、里數：各行政區以原台南縣 356 個里最多，佔 47.34%，其次為原台南市 201 個里，佔 26.73%；公告之資源缺乏區 127 個里，佔 16.89%；最少為原縣轄市 68 個里，佔 9.04%。

四、診所總數：各行政區「診所」數以原台南市 918 間最多，佔 52.91%，其次為原台南縣 471 間，佔 27.15%；原縣轄市 315 間，佔 18.16%；最少為公告之資源缺乏區 31 間，佔 1.79%。

五、「主要疾病診所」總數：各行政區「主要疾病診所」數以原台南市 317 間最多，佔 46.83%，其次為原台南縣 226 間，佔 33.38%；原縣轄市 113 間，佔 16.69%；最少為公告之資源缺乏區 21 間，佔 3.10%。

表 4-1-1：研究區基本特性次數分配表

項目	數量	(百分比例)
行政區(區數)		
原台南市	6	(16.22%)
原縣轄市	2	(5.41%)
原台南縣	22	(59.45%)
資源缺乏區	7	(18.92%)
總計	37	(100%)
行政區(人口數)		
原台南市	657,902	(34.94%)
原縣轄市	305,982	(16.25%)
原台南縣	688,767	(36.58%)
資源缺乏區	230,391	(12.23%)
總計	1,883,042	(100%)
行政區(里數)		
原台南市	201	(26.73%)
原縣轄市	68	(9.04%)
原台南縣	356	(47.34%)
資源缺乏區	127	(16.89%)
總計	752	(100%)
全部診所總量		
原台南市	918	(52.91%)
原縣轄市	315	(18.16%)
原台南縣	471	(27.15%)

資源缺乏區	31	(1.79%)
總計	1735	(100%)
「主要疾病診所」總量		
原台南市	317	(46.83%)
原縣轄市	113	(16.69%)
原台南縣	226	(33.38%)
資源缺乏區	21	(3.10%)
總計	677	(100%)

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

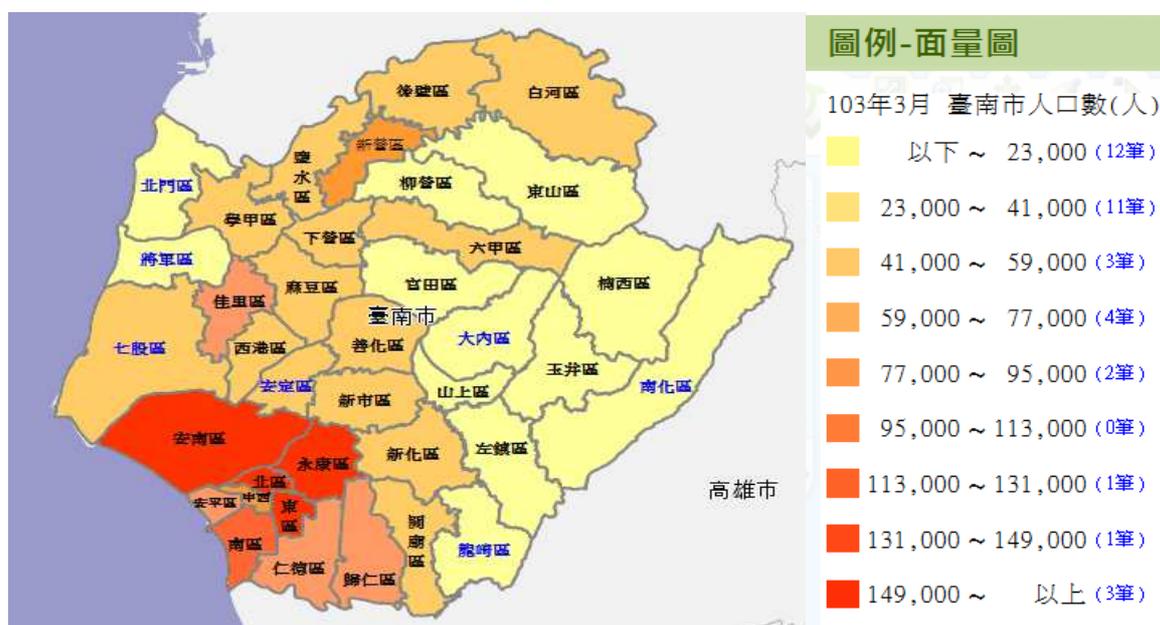


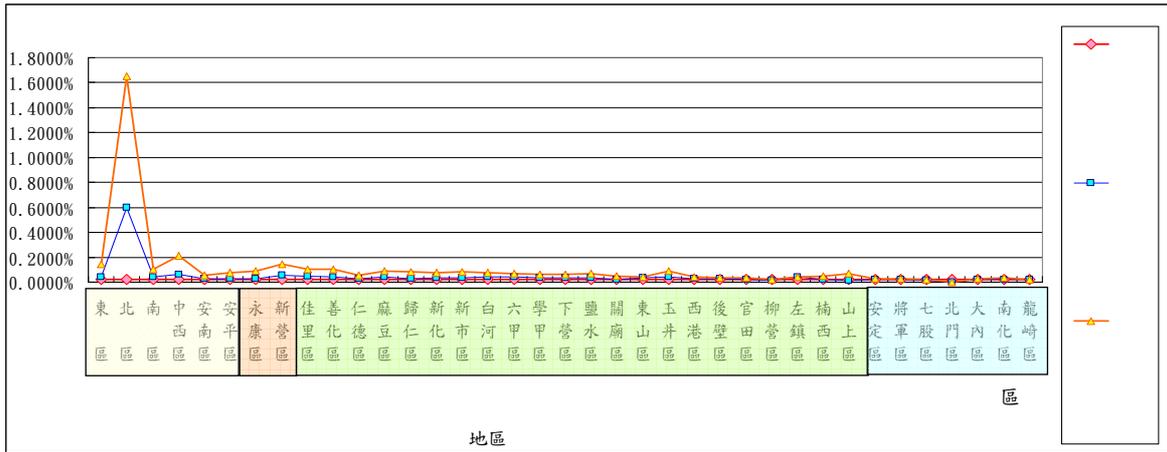
圖 4-1-1 台南市人口數分配圖

註：台南市各區人口數以按右側顏色標記；公告醫療缺乏區名稱以藍色標註。

資料來源：內政部統計處（2015）及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

六、依現行醫療政策施行之診所醫療資源與本研究主要疾病醫療資源「地理性質」情況：

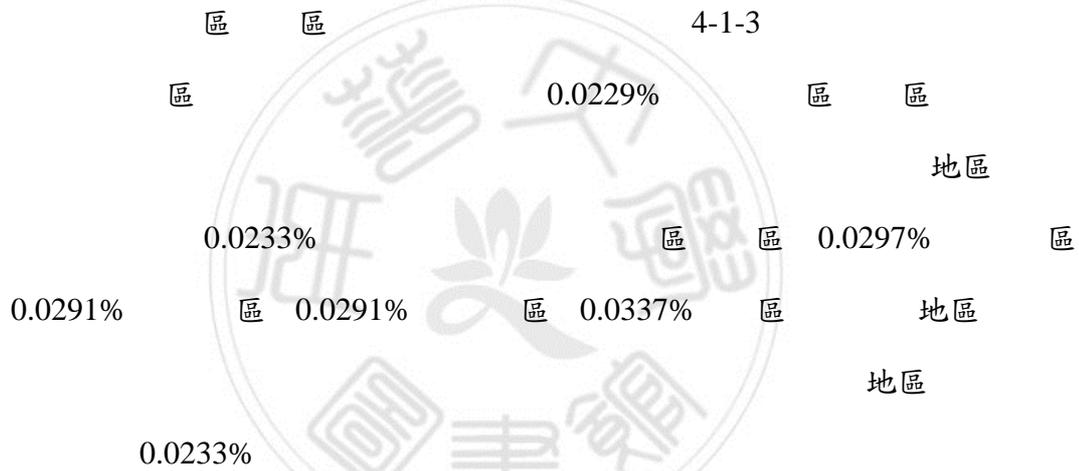
- (一) 台南市醫療資源各區每人診所醫療資源量如圖 4-1-2 顯示，依現行醫療政策施行之診所醫療資源或本研究主要疾病醫療資源來看，原台南市北區每人診所醫療資源量遠超過台南市其他各地區。考量羅爾斯之正義原則之「普遍性」限制關注，須先將原台南市北區移除，去發覺「對於在某項情況或條件下產生之不平現象，卻沒有法規補助或改善使之平等的情況」。



4-1-2 區

2014

2014



區 區 4-1-3

0.0291%

0.0233%

0.0291%

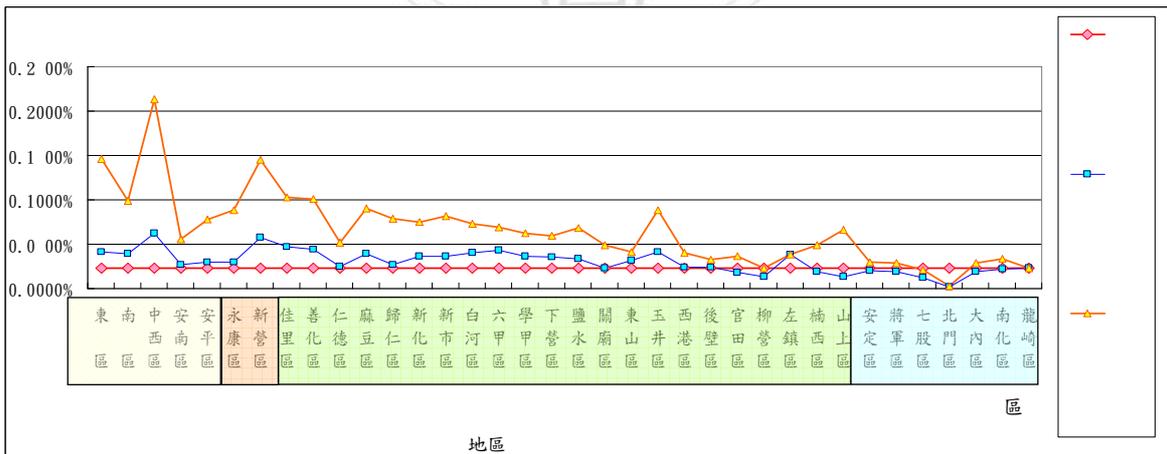
0.0229%

0.0337%

區 區

0.0297%

地區



4-1-3 區 區

2014

2014

要疾病」診所醫療資源各區每百人差異如表 4-1-2，並以曲線圖 4-1-4 及 4-1-5 顯示各區差異情況，以原台南市北區差異最大（1.0541），左鎮及龍崎區差異最小（0），總平均值 0.3524。差異大代表該區診所醫療資源科別與本研究「主要疾病」診所科別有較大的差別。台南市除北區外其餘各區全部診所醫療資源與本研究「主要疾病」診所醫療資源各區差異如圖 4-1-4。

表 4-1-2：台南市各區全部診所與「主要疾病」診所差異統計表（每百人醫療資源）

項目	數量（最大值/最小值）	平均數（比例）
差異量		
原台南市	1.0541/0.0290	0.2409（68.36%）
原縣轄市	0.0880/0.0584	0.0732（20.77%）
原台南縣	0.0572/0	0.0312（8.85%）
公告醫療資源缺乏區	0.0112/0	0.0071（2.01%）
總和	1.0541/0	0.3524（100%）

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

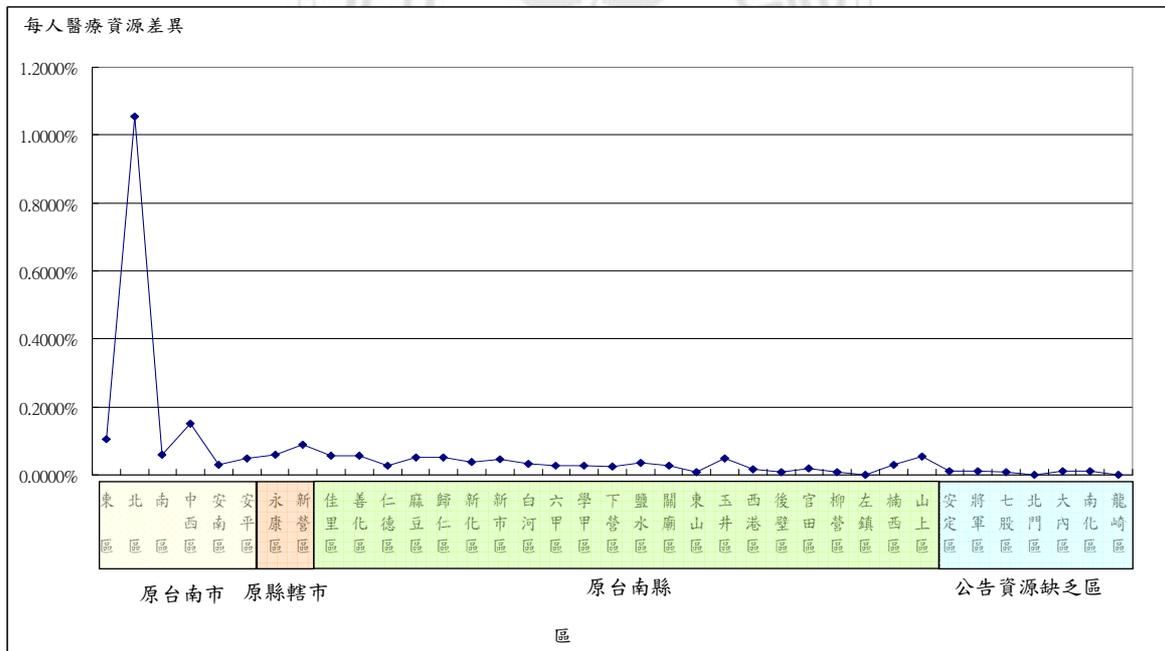


圖 4-1-4 台南市全部診所醫療資源與本研究「主要疾病」醫療資源各區差異

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

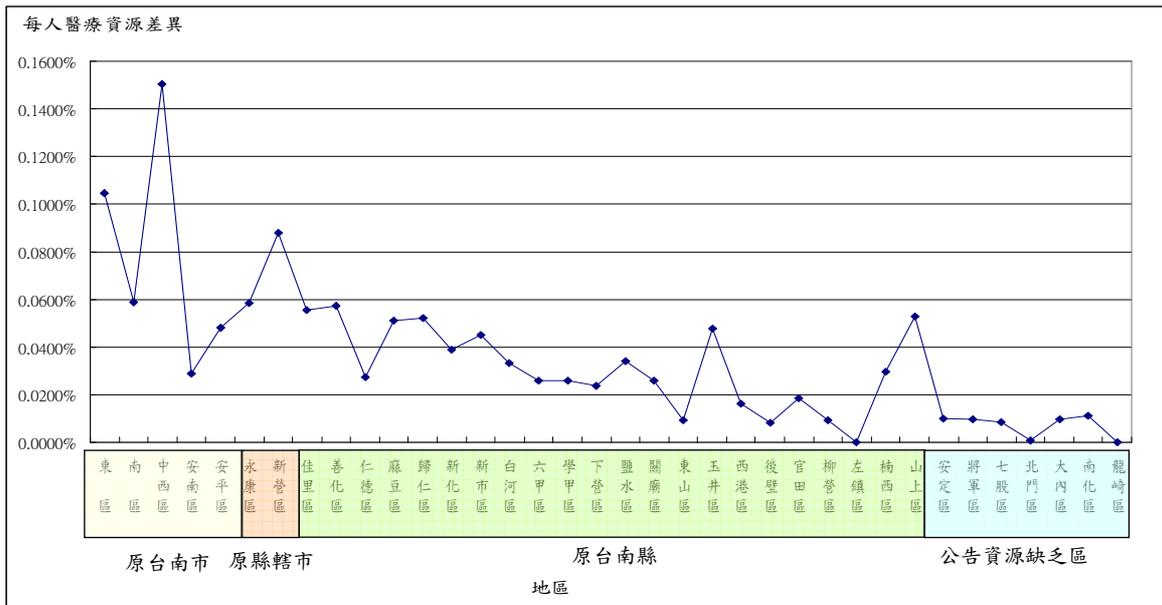


圖 4-1-5：台南市除北區外全部診所與本研究「主要疾病」醫療資源各區差異

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

### 3、各行政區診所醫療比公告醫療資源缺乏區低情況：（參考圖 4-1-3）

(1) 以台南市全部診所醫療資源觀察：柳營區（0.0229%）醫療資源僅高於公告醫療資源缺乏的七股區（0.0211%）、北門區（0.0030%）2 個區域，即低於其餘 5 個公告醫療資源缺乏地區；後壁區（0.0324%）醫療資源仍低於公告醫療資源缺乏的南化區（0.0337%）。

(2) 以本研究「主要疾病」醫療資源觀察：官田區（0.0184%）、柳營區（0.0137%）及山上區（0.0133）醫療資源僅高於公告醫療資源缺乏的七股區（0.0127%）、北門區（0.0023%）2 個區域，即低於其餘 5 個公告醫療資源缺乏地區；楠西區（0.0197）醫療資源僅高於將軍區（0.0194%）、大內區（0.0194%）及股區、北門區 4 個區域，仍低於其餘 3 個公告醫療資源缺乏地區；另關廟區（0.0229%）低於公告醫療資源缺乏之龍崎區（0.0232%）。

以上述台南市全部診所或本研究「主要疾病」醫療資源均呈現不同情況，賡續輔以時間特性再加以比較。

貳、台南市各區「主要疾病」醫療資源地理性質結合時間特性劃分每人、每里之醫療資源情況：

一、台南市各區「主要疾病」醫療資源地理性質結合時間特性劃分診所每日營業情況：

(如表 4-1-3)

- (一) 平日診所每日平均營業情況：平日診所營業以原台南市東區 71 間診所營業量最高，公告醫療資源缺乏區之龍崎區 0.53 間最低。以台南市平日診所整體醫療資源來看，原縣轄市診所每日平均營業量 51.30 間，佔 46.95% 最高，其次為原台南市診所每日平均營業量 47.13 間，佔 43.14%；原台南縣診所每日平均營業量 8.66 間，佔 7.93%，最低為公告醫療資源缺乏區診所每日平均營業量 2.17 間佔 1.99%。
- (二) 假日診所每日平均營業情況：假日診所營業以原台南市東區 33 間診所營業量最高，原台南縣山上區及公告醫療資源缺乏區之龍崎區無診所營業最低。以台南市假日診所整體醫療資源來看，原縣轄市診所平均營業量 23.67 間，佔 47.39% 最高，其次為原台南市診所平均營業量 22.11 間，佔 44.26%；原台南縣診所平均營業量 3.65 間，佔 7.31%，最低為公告醫療資源缺乏區診所平均營業量 0.52 間，佔 1.04%。
- (三) 週日診所平均營業情況：週日診所營業以原縣轄市永康區 15.67 間診所營業量最高，原台南縣山上區及公告醫療資源缺乏區之將軍區、七股區、北門區、大內區、南化區及龍崎區無診所營業最低。以台南市週日診所整體醫療資源來看，原縣轄市診所平均營業量 10.50 間，佔 53.71% 最高，其次為原台南市診所平均營業量 7.84 間，佔 40.10%；原台南縣診所平均營業量 1.11 間，佔 5.68%，最低為公告醫療資源缺乏區診所平均營業量 0.10 間佔 0.51%。
- (四) 依上述第(二)、(三)項共計原台南縣山上區及公告醫療資源缺乏區之將軍區、七股區、北門區、大內區、南化區及龍崎區等七個地區因時間特性於假日與週日發生無診所營業情況，賡續列入第二階段動態研究。

表 4-1-3：各區平日、假日及週日每日診所平均營業量統計表

項目	數量 (最大值/最小值)	平均數 (比例)
平日診所每日平均營業量		
原台南市	71.00/17.27	47.13 (43.14%)
原縣轄市	63.07/39.53	51.30 (46.95%)
原台南縣	24.67/0.67	8.66 (7.93%)
公告醫療資源缺乏區	4.93/0.53	2.17 (1.99%)
總 和	71.00/0.53	27.32 (100%)
假日診所每日平均營業量		
原台南市	33.00/9.17	22.11 (44.26%)
原縣轄市	31.00/16.33	23.67 (47.39%)
原台南縣	12.33/0.00	3.65 (7.31%)
公告醫療資源缺乏區	1.83/0.00	0.52 (1.04%)
總 和	33.00/0.00	12.49 (100%)
週日診所平均營業量		
原台南市	13.67/4.67	7.84 (40.10%)
原縣轄市	15.67/5.33	10.50 (53.71%)
原台南縣	3.33/0.00	1.11 (5.68%)
公告醫療資源缺乏區	0.67/0.00	0.10 (0.51%)
總 和	15.67/0.00	4.89 (100%)

資料來源：依衛生福利部中央健康保險署（2014）網站及台南市民政局（2014）網站公告資料，自行整理。

## 二、台南市各區「主要疾病」診所時間特性之每人醫療資源情況：(如表 4-1-4)

### (一) 醫療資源描述性統計：

- 1、平日每百人醫療資源平均量：最高值出現在原台南市 0.5468，最低值在公告醫療資源缺乏區 0.0018。且原台南市平日每百人醫療資源平均量佔總台南市平日每百人醫療資源 61.2598% 最多。
- 2、假日每百人醫療資源平均量：最高值出現在原台南市 0.2635，最低值在原台南縣與公告醫療資源缺乏區 0。且原台南市假日每百人醫療資源平均量佔總台南市假日每百人醫療資源 65.7647% 最多，且相較於佔平日醫療資源情況升高，表示原縣轄市、原台南縣、公告醫療資源缺乏區在假日時醫療資源降幅較原台南市大。降幅情況依序為公告醫療資源缺乏區、原台南縣、原縣轄市，此降幅越大則代表該區診所營業量更少。

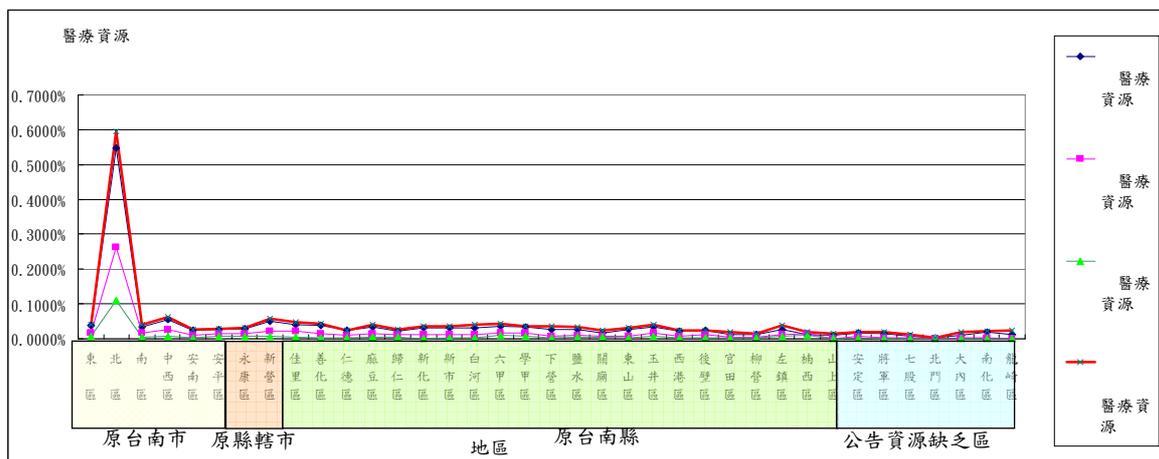
- 3、週日每百人醫療資源平均量：最高值出現在原台南市 0.1105，最低值在原台南縣與公告醫療資源缺乏區 0。且原台南市週日每人醫療資源平均量佔總台南市週日每人醫療資源 67.7923% 最多，且相較於佔平日、假日醫療資源情況升高，表示原台南縣、公告醫療資源缺乏區在週日時醫療資源降幅較原台南市大，且此情況比假日醫療資源更為明顯。降幅情況依序為公告醫療資源缺乏區、原台南縣，此降幅越大則該區診所營業量更少。
- 4、台南市主要疾病醫療資源經時間特性區分後各區每人醫療資源量如圖 4-1-6，顯示原台南市北區每人主要疾病醫療資源量遠超過台南市其他各地區。復除去北區後各區每人主要疾病醫療資源如圖 4-1-7，顯示各區平日、假日與週日每人醫療資源曲線升降幅度與地區主要疾病每人醫療資源曲線升降比例大多未完全相符，如南化至龍崎區地區主要疾病每人醫療資源曲線與平日主要疾病每人醫療資源曲線呈現相反走勢。另平日與假日、週日間主要疾病每人醫療資源曲線升降比例也大多未完全相符，如圖 4-1-6 中左鎮至楠西區平日與假日、週日主要疾病每人醫療資源曲線呈現相反走勢。

表 4-1-4：每人醫療資源平均量

項目	數量（最大值/最小值）	平均數（比例）
平日每人醫療資源平均量		
原台南市	0.005468/0.000239	0.00120550（61.2598%）
原縣轄市	0.005040/0.000277	0.00039050（19.8440%）
原台南縣	0.000415/0.000089	0.00025814（13.1179%）
公告醫療資源缺乏區	0.000180/0.000018	0.00011371（5.7784%）
總 和	0.005468/0.000018	0.00196785（100%）
假日每人醫療資源平均量		
原台南市	0.002635/0.000102	0.00057817（65.7647%）
原縣轄市	0.002080/0.000136	0.00017200（19.5644%）
原台南縣	0.000207/0	0.00010927（12.4291%）
公告醫療資源缺乏區	0.000060/0	0.00001971（2.2419%）
總 和	0.002635/0	0.00087915（100%）
週日每人醫療資源平均量		
原台南市	0.001105/0.000025	0.00023067（67.7923%）

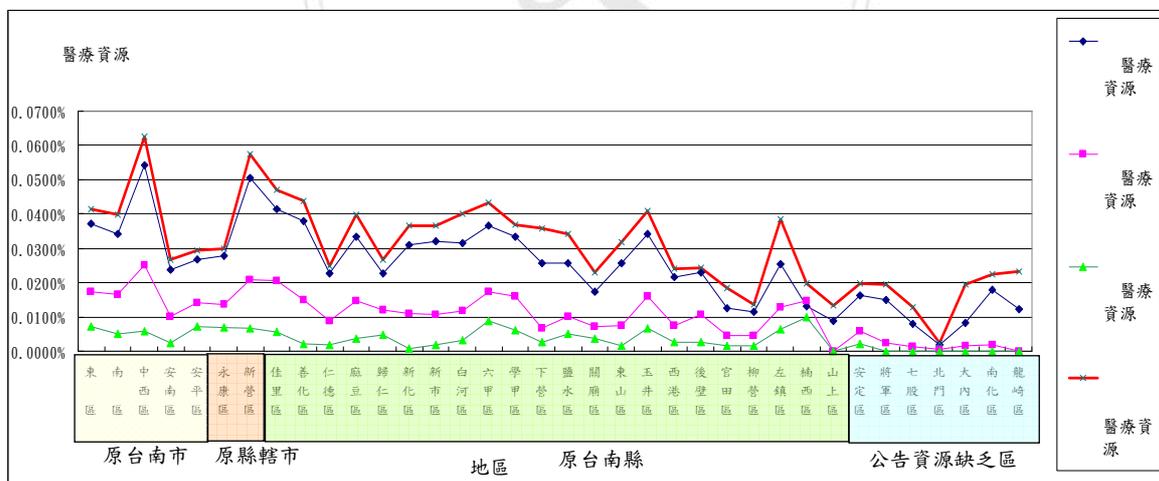
原縣轄市	0.00069/0.000068	0.00006850 (20.1317%)
原台南縣	0.000099/0	0.00003795 (11.1532%)
公告醫療資源缺乏區	0.000022/0	0.00000314 (0.9228%)
總和	0.001105/0	0.00034026 (100%)

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。



4-1-6 台南市 醫療資源 區醫療資源

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。



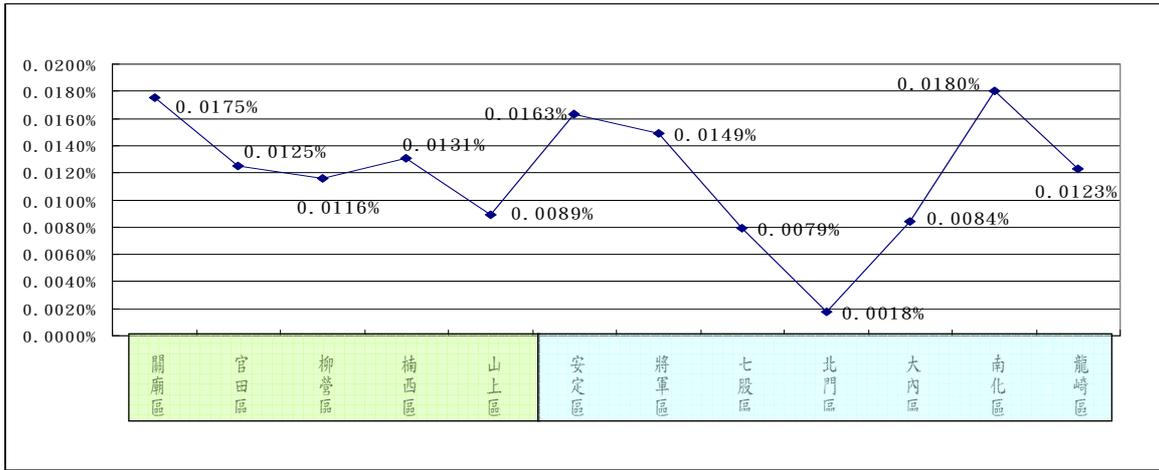
4-1-7 台南市 區 台南市 區醫療資源

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

( ) 醫療資源 公告區 公告醫療資源缺乏區 :

醫療資源： 4-1-8，原台南縣 及

區 公告資源缺乏區 。

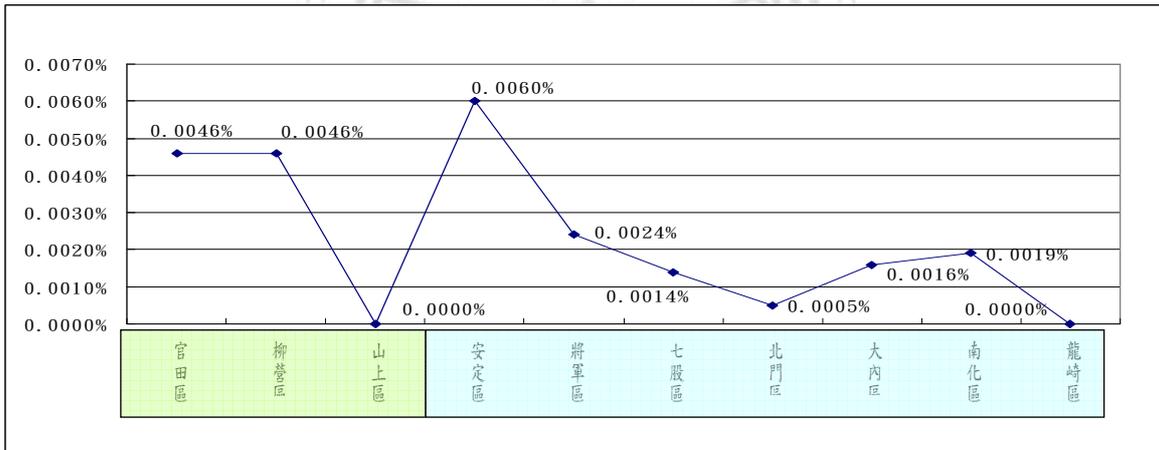


4-1-8

2014

2014

4-1-9

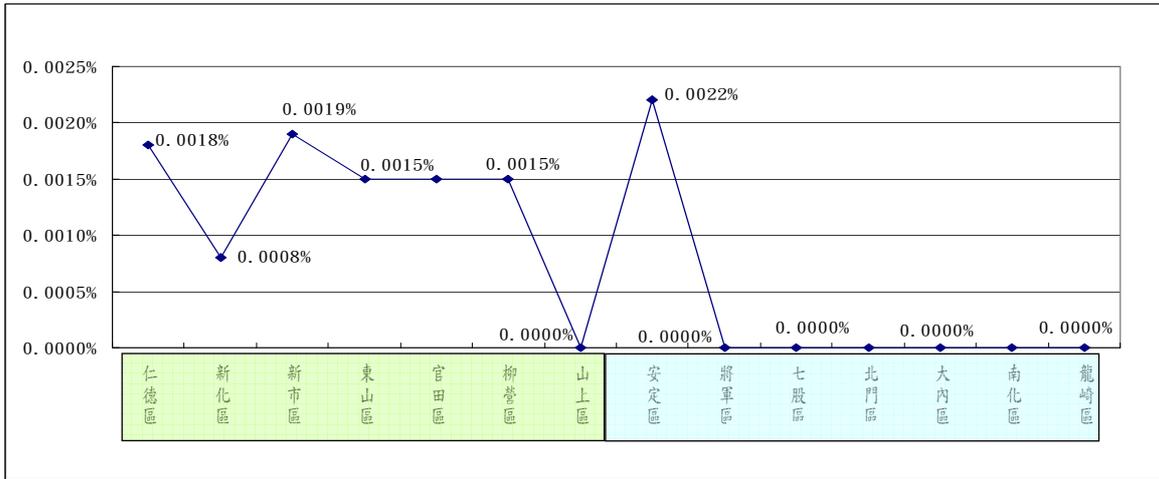


4-1-9

2014

2014

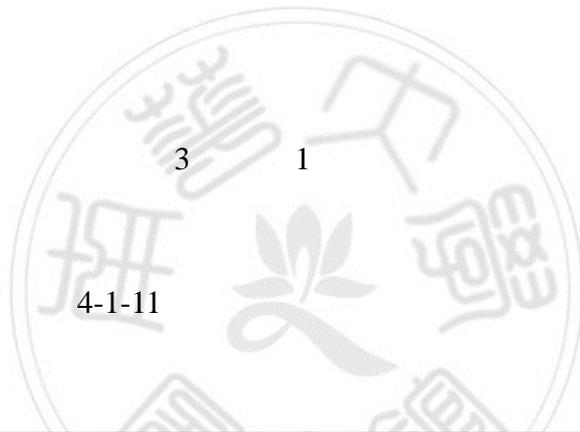
4-1-10



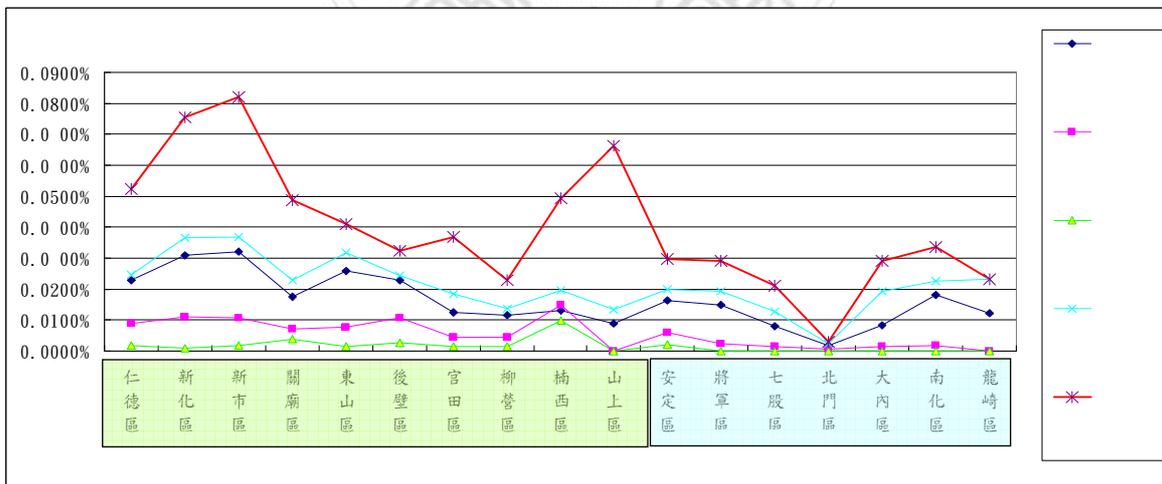
4-1-10

2014

2014



4-1-11



4-1-11

2014

2014

(

其診所比如表 4-1-5)

- (一) 平日每里醫療資源平均量：以原台南市每里 4.95 間診所最高，公告醫療資源缺乏區每里 0.05 間診所最低。且原台南市平日每里醫療資源平均量佔總台南市平日每里醫療資源 37.9434% 最多。
- (二) 假日每里醫療資源平均量：以原台南市每里 2.38 間診所最高，原台南縣及公告醫療資源缺乏區每里 0 間診所最低。且原台南市假日每里醫療資源平均量佔總台南市假日每里醫療資源 48.2430% 最多。
- (三) 週日每里醫療資源平均量：以原台南市每里 1.00 間診所最高，原台南縣及公告醫療資源缺乏區每里 0 間診所最低。且原台南市週日每里醫療資源平均量佔總台南市週日每里醫療資源 47.4684% 最多。
- (四) 以相同地區時間特性來看，如原台南市從平日每里最多 4.95 間診所，週日降至每里最多 1.00 間診所；原台南縣轄市從平日每里最多 1.62 間診所，週日降至每里最多 0.40 間診所；原台南縣從平日每里最多 1.17 間診所，週日降至每里最多 0.17 間診所；公告醫療資源缺乏區從平日每里最多 0.31 間診所，週日降至每里最多 0.04 間診所，各里居民可感受到「主要疾病」診所醫療資源平均量呈現出時間性的不同，其差異性仍須以變異數分析後較為精準。

表 4-1-5：每里醫療資源平均量

項目	數量 (最大值/最小值)	平均數 (比例)
平日每里醫療資源平均量		
原台南市	4.95/0.87	1.7967 (45.7536%)
原縣轄市	1.62/1.36	1.4900 (37.9434%)
原台南縣	1.17/0.10	0.5045 (12.8473%)
公告醫療資源缺乏區	0.31/0.05	0.1357 (3.4557%)
總 和	4.95/0.05	3.9269 (100%)
假日每里醫療資源平均量		
原台南市	2.38/0.37	0.8567 (48.2430%)
原縣轄市	0.79/0.56	0.6750 (38.0110%)
原台南縣	0.59/0	0.2141 (12.0565%)
公告醫療資源缺乏區	0.11/0	0.0300 (1.6894%)

總	和	2.38/0	1.7758 (100%)
週日每里醫療資源平均量			
原台南市		1.00/0.09	0.3300 (47.4684%)
原縣轄市		0.40/0.18	0.2900 (41.7146%)
原台南縣		0.17/0	0.0695 (9.9971%)
公告醫療資源缺乏區		0.04/0	0.0057 (0.8199%)
總	和	1.00/0	0.6952 (100%)

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

#### 四、醫療資源可近性變異數分析：（各區域時間特性之每人及每里醫療資源變異數分析表 4-1-6）

- （一）原台南市：平日、假日及週日醫療資源就「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與行政區鄰里之里數比」兩項差異均不顯著，即原台南市在「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與行政區鄰里之里數比」醫療資源分配情況無時間性之懸殊差異，可符合羅爾斯正義理論觀點。
- （二）原台南縣轄市：平日、假日及週日醫療資源就「醫療服務與人口數比」差異不顯著，即對醫療資源-人口而言，原台南縣轄市區域平、假及週日醫療資源分配情況無時間性之懸殊差異，可符合羅爾斯正義理論觀點。另就「醫療服務與行政區鄰里之里數比」之平日、假日及週日醫療資源差異達顯著（ $F=26.672$ ， $p<.05$ ）。即原台南縣轄市「醫療服務與行政區鄰里之里數比」醫療資源分配情況有時間性之懸殊差異，無法符合羅爾斯正義理論觀點。
- （三）原台南縣：平日、假日及週日醫療資源就「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與行政區鄰里之里數比」兩項差異均達顯著（ $F=73.682$ ， $p<.001$ ； $F=28.684$ ， $p<.001$ ）。即原台南縣「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與行政區鄰里之里數比」醫療資源分配情況有時間性之懸殊差異，無法符合羅爾斯正義理論觀點。
- （四）公告醫療資源缺乏區域：平日、假日及週日醫療資源就「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與行政區鄰里之里數比」兩項差異均達顯著（ $F=20.264$ ， $p<.001$ ； $F=10.076$ ， $p<.001$ ）。即公告醫療資源缺乏區「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與行政區鄰里之里數比」醫療資源分配情況有時間性之懸殊差異，無法

符合羅爾斯正義理論觀點。

表 4-1-6：各區域時間特性之每人及每里醫療資源變異數分析表

變項	屬性	各區域每人醫療資源					各區域每里醫療資源區域				
		原台南市	原縣轄市	原台南縣	公告資源缺乏區	平均資源	原台南市	原縣轄市	原台南縣	公告資源缺乏區	平均資源
醫療服務時段	平日	0.00120550	0.00039050	0.00025814	0.00011371	0.00049196	1.7967	1.4900	0.5045	0.1357	0.9817
	假日	0.00057817	0.00017200	0.00010927	0.00001971	0.00021979	0.8567	0.6750	0.2141	0.0300	0.4440
	週日	0.00023067	0.00006850	0.00003795	0.00000314	0.00008507	0.3300	0.2900	0.0695	0.0057	0.1738
	F 值	0.788	5.718	73.682*** G1>G2 G1>G3 G2>G3	20.264*** G1>G2 G1>G3 G2>G3		3.178	26.672* G1>G2 G1>G3	28.684*** G1>G2 G1>G3	10.076*** G1>G2 G1>G3 G2>G3	

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\*p<.001

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

綜上統計情況，診所營業情況之醫療資源以「醫療資源-人口比」方面來看，假日醫療資源在原台南縣及公告醫療資源缺乏兩區域與平日醫療資源明顯差異，且兩區域週日醫療資源與平日情況差異情況更劇。以「醫療資源-里比」方面來看，假日醫療在原台南縣轄市、原台南縣及公告醫療資源缺乏區域與平日醫療資源明顯差異，且其中公告醫療資源缺乏區域週日醫療資源與平日情況差異情況更劇。僅原台南市區域「醫療資源-人口比」、「醫療資源-里比」方面無平日、假日及週日醫療資源差異。

## 第二節 第二階段動態研究

接續第一階段第貳項第一條第（四）款發現因時間特性產生無「主要疾病診所」醫療資源之區域計有原台南縣山上區及公告醫療資源缺乏區之大內區、南化區、龍崎區、北門區、將軍區及七股區等七個地區，於本階段實際醫療可近性距離量測。依第一階段第貳項第一條第（二）、（三）款山上區與龍崎區兩區之診所營業情況，搜尋對象為週六、週日均有營業之臨近診所、門診或急診醫療；另對將軍區、七股區、北門區、大內區、南化區等五個地區之診所營業情況，需搜尋對象為週日有營業之臨近診所、門診或急診醫療。

台南市地區型以上醫院週六、日均有門診營業之醫療資源計 10 家（均為地區型醫院），地區分配分別為原台南市 5 家、原縣轄市 2 家、原台南縣 3 家。其中地里位置於本階段研究之臨近區域計佳里區與善化區各 1 家。另台南市急診醫療資源計 11 家，地區分配分別為原台南市 6 家、原縣轄市 1 家、原台南縣 4 家。急診醫療資源中位於本階段研究之臨近區域計安南區、佳里區與麻豆區各 1 家。台南市週、假日「主要疾病」診所無營業區域之區公所與鄰近無營業時間區分之全部西醫診所、醫院醫療資源位置如圖 4-2-1，俾提供區公所與鄰近醫療資源位置概念參考。將前段所述七個區域搜尋對象，逐一先以 Google 地圖量測篩選平、假日最近之醫療資源(如表 4-2-1)，再對於篩選出之醫療資源實施田野距離量測。



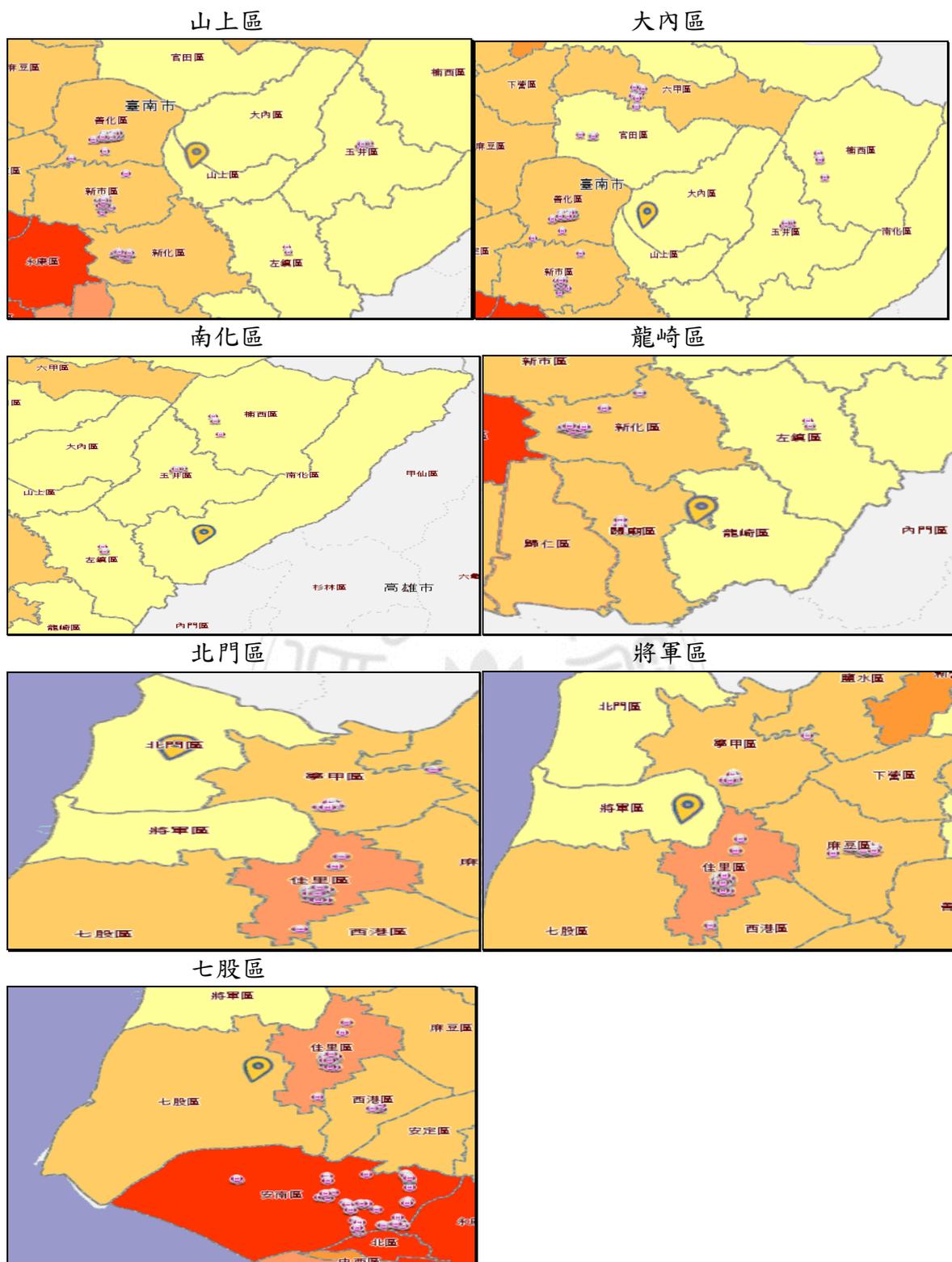


圖 4-2-1 區公所與鄰近醫療資源位置圖

註：標誌  係表示醫療資源(包含診所、門診及急診資源)位置；標誌  係表示區公所位置

資料來源：內政部統計處（2015）網站公告資料，自行整理。

表 4-2-1：Google 地圖量測平、假日最近之醫療資源篩選情況

地區	平日			假日				
	名稱	google 量測	篩選	地區	名稱	google 量測	篩選	
山上區	安康診所	0.5 里，2 分鐘更近	v	善化	吳建輝診所	6.7 里，11 分	v	
					謝醫院(門診)	7.5 里，13 分		
	許獻帆診所	0.5 里，2 分		新市	愛欣診所	7.6 里，13 分		
				新化	崇祐小兒科診所	11.6 里，17 分		
				左鎮	佳行診所	9.4 里，13 分		
山上區衛生所	1 里，3 分		玉井	溫德雄診所	23.2 里，22 分			
大內區	李士華診所	230 公尺，1 分		六甲	蓋德診所	14.8 里，13 分		
					守德診所	15.9 里，17 分		
					民生診所	16.5 里，17 分		
					姜林內兒科診所	15.3 里，14 分		
	大內區衛生所	44 公尺，1 分	v	官田	宗政診所	11.1 里，15 分		
					善化	吳建輝診所	6 里，8 分	v
						謝醫院(門診)	6.8 里，11 分	
					玉井	溫德雄診所	14.5 里，18 分	
	楠西	楠西區衛生所	21.6 里，26 分					
南化區	人愛診所	240 公尺，1 分近	v	左鎮	佳行診所	8.6 里，12 分	v	
	南化區衛生所	240 公尺，1 分		玉井	溫德雄診所	11.5 里，15 分		
				楠西	楠西區衛生所	17.9 里，21 分		
龍崎區	龍崎區衛生所	1.6 公里，4 分	v	關廟	陳育瑄小兒科診所	5.6 里，10 分	v	
				新化	崇祐小兒科診所	15 里，24 分		
				左鎮	佳行診所	29 里，33 分		
北門區	大立診所	250 公尺，1 分	v	佳里	金石小兒科診所	14.2 里，24 分		
					佳美佳里診所	14.4 里，23 分		
					賴建利小兒科診所	13.8 里，22 分		

					所		
	永隆診所	500 公尺，2 分			光復診所	13.5 里，21 分	
	北門區衛生所	500 公尺，2 分			鴻慶診所	15.1 里，23 分	
					宏和診所	14 里，22 分	
					新生醫院(門診)	13.8 里，22 分	
					佳里奇美醫(急診)	13.4 里，19 分	
				學甲	六順診所	7.9 里，12 分	v
					盧蘇旭診所	8.4 里，14 分	
將軍區	民眾診所	8.1 里，15 分		佳里	金石小兒科診所	5.6 里，13 分	
					佳美佳里診所	5.8 里，13 分	
					賴建利小兒科診所	5.3 里，11 分	
					光復診所	4.9 里，11 分	
					鴻慶診所	6.5 里，13 分	
					宏和診所	5.4 里，12 分	
					新生醫院(門診)	5.2 里，12 分	
					佳里奇美醫(急診)	5 里，9 分	
				學甲	六順診所	5 里，10 分	
					盧蘇旭診所	4.7 里，9 分	v
	美地診所	270 公尺，2 分		麻豆	陳信宏小兒科診所	9.9 里，16 分	
	將軍區衛生所	270 公尺，1 分			王新民診所	10.9 里，19 分	
			v		麻豆新樓醫院(急診)	10.4 里，16 分	
	安平診所	77 公尺，1 分					
七股區	七股區衛生所	76 公尺，1 分	v	佳里	金石小兒科診所	4.9 里，9 分	
					佳美佳里診所	5.4 里，10 分	
					賴建利小兒科診所	4.7 里，9 分	
					光復診所	4.9 里，9 分	
					鴻慶診所	5.0 里，8 分	
					宏和診所	4.8 里，8 分	
					新生醫院(門診)	4.5 里，8 分	v
					佳里奇美醫(急診)	7.2 里，12 分	
				西港	健安診所	7.8 里，12 分	
					徐春暉診所	8 里，13 分	
			安	北安診所	18.6 里，28 分		

杏安診所	300 公尺，1 分	南	陳澤彬婦產科診所	18.8 里，29 分	
			海東小兒科診所	13.8 里，20 分	
			長逸小兒科診所	16.2 里，23 分	
			長安診所	13.6 里，19 分	
			十二佃診所	11.7 里，16 分	
			海佃診所	14.3 里，21 分	
			怡安小兒科診所	15.1 里，22 分	
			和楓診所	14.7 里，22 分	
			陳昱成耳鼻喉科診所	17.6 里，26 分	
			蔡友謙小兒科診所	17.2 里，25 分	
			臺南市立安南醫院(急診)	16.7 里，25 分	

資料來源：google 地圖網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告。

一、假日無醫療區域醫療資源可近性量測描述性統計：（各項量測評分均依第三章第二節第二項第（五）款方式執行，量測評分表如表 4-2-2）

（一）山上區：量測山上區公所平日與假日臨近醫療資源，以 Google 地圖搜尋平日為山上區之安康診所、假日為善化區之吳建輝診所，分別得分為 100、75。

（二）大內區：量測大內區公所平日與假日臨近醫療資源，以 Google 地圖搜尋平日為大內區之衛生所、假日為善化區之吳建輝診所，分別得分為 100、69。

（三）南化區：量測南化區公所平日與假日臨近醫療資源，以 Google 地圖搜尋平日為南化區之人愛診所、假日為左鎮區之佳行診所，分別得分為 100、68。

（四）龍崎區：量測龍崎區公所平日與假日臨近醫療資源，以 Google 地圖搜尋平日為龍崎區之衛生所、假日為關廟區之陳育瑄小兒科診所，分別得分為 100、78。

（五）北門區：量測北門區公所平日與假日臨近醫療資源，以 Google 地圖搜尋平日為北門區之大立診所、假日為學甲區之六順診所，分別得分為 100、64。

（六）將軍區：量測將軍區公所平日與假日臨近醫療資源，以 Google 地圖搜尋平日為將軍區之安平診所、假日為學甲區之盧蘇旭診所，分別得分為 100、71。

(七) 七股區：量測七股區公所平日與假日臨近醫療資源，以 Google 地圖搜尋平日為七股區之衛生所、假日為佳里區之新生醫院門診，分別得分為 100、57。

表 4-2-2：假日無醫療區域醫療資源可近性實際量測評分表

出發地	時段	醫療資源		google		到達就醫實際量測				總分
		名稱	得分	距離	時間	時間	轉彎	紅綠燈	得分	
山上區公所	平日	安康診所	50	0.5	2	1	0	0	50	100
	假日	吳建輝診所	50	6.7	11	8	3	8	25	75
大內區公所	平日	大內區衛生所	50	0.04	1	1	0	0	50	100
	假日	吳建輝診所	50	6	8	10	1	10	19	69
南化區公所	平日	人愛診所	50	0.24	1	1	0	0	50	100
	假日	佳行診所	50	8.6	12	11	3	3	18	68
龍崎區公所	平日	龍崎區衛生所	50	1.6	4	1	1	1	50	100
	假日	陳育瑄小兒科診所	50	5.6	10	7	2	10	28	78
北門區公所	平日	大立診所	50	0.25	1	1	0	0	50	100
	假日	六順診所	50	7.9	12	10	7	13	14	64
將軍區公所	平日	安平診所	50	0.08	1	1	0	0	50	100
	假日	盧蘇旭診所	50	4.7	9	8	6	11	21	71
七股區公所	平日	七股區衛生所	50	0.08	1	1	0	0	50	100
	假日	新生醫院	31	4.5	8	8	0	7	26	57

註：本表距離均以公里為單位、時間以分鐘為單位、轉彎及紅綠燈以個數為單位。

資料來源：google 地圖網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告，自行量測整理。

二、對假日無醫療資源區域平日醫療資源與假日臨近醫療資源兩者醫療可近性實施相依樣本 t 檢定 ( $t=11.834$ ,  $p<.001$ ) 達顯著差異(如表 4-2-3)。表示假日無醫療資源區域平日醫療資源與假日臨近醫療資源兩者醫療可近性情況有顯著不相同。即

因時間特性影響無診所醫療之區域以醫療可近性而言，該區民眾至鄰近區域可取得醫療資源情況平、假日有懸殊差異。

表 4-2-3：假日無醫療資源地區平日與假日醫療資源可近性之 t 檢定表

變項	屬性	醫療資源可近性
假日無醫療資源地區	平日醫療資源	100.0000
	假日醫療資源	68.8571
	t 值	11.834***

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\*p<.001；資料來源：本研究。



## 第五章 結論建議

### 第一節 研究發現

一、現行醫療法規及其醫療資源缺乏規定與台南市醫療資源現況：

(一) 台南市診所醫療資源分別以現行醫療政策、主要疾病區分後之醫療資源仍與每日主要疾病醫療資源情況有差異，以圖 4-1-4、5 來觀察台南市全部診所與主要疾病診所醫療資源或以圖 4-1-6、7 來觀察各區主要疾病經時間特性劃分前後，各行政區單獨來看會產生差異，無固定在研究劃分之四個區域（原台南市、原縣轄市、原台南縣、公告資源缺乏區）內產生。

(二) 依第四章第一節第壹項第六條第(二)款之 1 結果有四個資源缺乏地區（安定、將軍、大內、南化區）因《全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件》法第 3 條規定「依當年七月一日每位登記執業醫師所服務之戶籍人數計算醫人比後，公告次年符合醫療資源缺乏地區」，高於法定規範每人醫療資源值之地區，2014 年 3 月後無醫生遷移出去或該區民眾戶籍人數增加情況，則該區民眾可享有 9 個月額外福利，直到被政府公告解除後醫療補助才被取消。以社會福利資源是有限的觀點，部分增加耗用，則另一急需部分就無法獲得即時補助，法規實施之現況與社福觀點相違。

二、研究結果與研究假設比對—台南市西醫資源經時間特性劃分後資源分配情況，與研究假設符合羅爾斯之正義論之時間特性醫療資源分配：

(一) 台南市各區域內主要疾病醫療資源之時間特性情況

1、依第四章第一節第貳項第四條除原台南市「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與里數比」、原縣轄市「醫療服務與人口數比」醫療資源無時間性之差異外，其餘各區「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與里數比」醫療資源均有時間特性之懸殊差異，無法符合羅爾斯正義論觀點。(參考第二章第一節第三條第(一)款之 1)

2、依第四章第一節第貳項第一條第(四)款研究結果發現「山上區、將軍區、七股、北門區、大內區、南化區及龍崎區等七個地區於假日與週日發生無診所營業情況」，無法符合羅爾斯正義論觀點(參考第二章第一節第三條第(一)款之3)。此部分是真實存於我們社會的情況，但僅以《全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件》來觀察是無法發現。

#### (二) 台南市各區與公告醫療缺乏區醫療資源之時間特性情況

依第四章第一節第壹項第六條第(二)款之3研究結果無論是以台南市全部診所醫療資源、「主要疾病」醫療資源觀察或依第四章第一節第貳項第二條第(二)款之平日、假日、週日研究結果均發現非公告區比公告醫療資源缺乏區低情況，無法符合羅爾斯正義論觀點。(參考第二章第一節第三條第(一)款之2)

#### (三) 台南市無主要疾病基本醫療資源地區，醫療可近性之時間特性情況

依第四章第二節第二項研究結果「假日無醫療資源區域，其平日醫療資源與假日臨近醫療資源兩者醫療可近性情況有顯著差異」，無法符合羅爾斯正義論觀點。(參考第二章第一節第三條第(一)款之3)

綜上研究結果與研究假設比對情況，本研究對台南市醫療資源假設除原台南市「醫療服務與人口數比」及「醫療服務與里數比」、原縣轄市「醫療服務與人口數比」外，其餘各項均與原假設相違，亦表示未達羅爾斯正義論觀點假日醫療資源分配之公平性。

### 三、其他發現：

(一) 於衛生福利部中央健康保險署網站所提供之「特約醫療院所看診時段查詢」蒐整資料時發現並非所有醫療業者均能按規定如實登載營業時間，反要求民眾再致電詢問，這現象除造成民眾查詢不便外，亦為管制機構未能於網站設限及管理疏失，若此現象持續擴大，網站功能將形同虛設，形同醫療業者廣告區，浪費國家資源。

(二) 依第四章第一節第壹項第六條第(一)款圖4-1-2顯示結果原台南市北區每百人全部診所醫療資源達1.6以上，相較於原台南市其他各區每百人全部診所醫

療資源至多達 0.2 情況相差八倍，更況台南市其他各區。而這醫療資源還不包含北區內尚有 1 家醫學中心（成大醫院）及 3 家地區型醫院。

- (三) 依第四章第一節第壹項第六條第(二)款之 2 結果觀察除公告資源缺乏區、原台南縣東山、西港、後壁、官田、柳營及左鎮區之診所醫療資源以「主要疾病」為主（差異於 0.02% 以下）外，其餘各區即使符合法定規範地區戶籍每人醫療資源值，仍無法以全部醫療資源情況來代表滿足當地區「主要疾病」需求，其原因如第二章文獻探討第二節所述「習慣西醫治療上呼吸道感染者，較少或不曾到中醫就診；另外患上呼吸道感染之病患亦較不會到泌尿科、骨科、牙科、眼科等其他醫療科別治療上呼吸道感染症狀，而習慣會轉至其他地區相關科別或急診就醫」。以疾病看診選擇專科醫生的觀點來看，全民健康保險醫療資源缺乏地區以「地區戶籍人口數每醫生服務」之條件來規劃設限是不符民眾就醫實際需求。

## 第二節 問題討論與建議

### 一、問題討論：

- (一) 醫療法規對醫療資源以「地區」劃分統計方式界定醫療資源缺乏是否合宜？

現行健保法規實施對醫療缺乏界定方式以整個地區的醫生與戶籍人口數比，對於國內長久醫護人員實施之專科認證制度而言是否有矛盾？另外地區登記職業之醫生對於工作日期是可選擇，但對於民眾面對無時間性質的疾病發生而言，健保法規或健保署卻無相對應的管理機制，以研究發現第一項第(一)款台南市診所醫療資源分別以現行醫療政策、主要疾病區分後之醫療資源仍與每日主要疾病醫療資源情況有差異、第三項第(三)款「無法以全部醫療資源情況來代表滿足當地區主要疾病需求」情況，顯見醫療法規對醫療資源以「地區」劃分統計方式已不能滿足民眾實際醫療需求。

- (二) 現行醫療資源缺乏公告時機是否合宜？

管理機構健保署每年才重新公告的方式，卻要求民眾無地區性每月按所得比支付健保費用，管理者與使用者間是否存有不平等的階級地位？另外每個地區民眾無差別性的每月繳相同健保費用，面對每日地區診所及地區型以上醫院營業量的不同所影響看診醫療部分負擔的不同是否公平、合理？以研究發現第一項第（二）款結果來看，現行公告時機每年才公告乙次，對於需求者實緩不濟急，對於已滿足者實際在浪費資源，根本不合時宜。究其不合時宜的原因應歸於未建置「即時性的醫療資源實況管制系統」。對於網路資訊發達的台灣而言，現行醫療資源缺乏公告時機已不能滿足民眾需求，且對此部分亦為增加健保醫療支出之一環，具時效性的「即時醫療資源實況管制系統」對於不敷出的健保費用量將會有更大助益。

### （三）研究結果無法符合羅爾斯正義論觀點原因為何？

研究結果「醫療服務與人口數比」、「醫療服務與里數比」、「無診所營業情況」、「非公告區比公告醫療資源缺乏區低」及「無診所營業區醫療可近性」均與時間特性有關，即政府缺乏「即時性的醫療資源實況管制系統」，且當差異發生時無適切社會福利法規補助，所以無法符合羅爾斯正義論觀點。

### （四）羅爾斯正義理論觀點對於本研究社會福利醫療資源分配有哪些需注意部份？

- 1、地區如產生時間性之醫療資源分配不均，究其原因在於該區域醫療機構對醫療資源供給時段的選擇，各地區之醫療資源供給時段無明確法規制訂，易產生同時段各地區醫療資源供給不一致。然許多疾病的發生於不定時，當地區有醫療需求，就產生不公平，需求者或全體民眾此時如同弱勢之一方，故此不公的原因在於提供者（醫療機構）。為達羅爾斯之「最大均等自由的原則」不可限制醫生享有假日休息的權力下，醫療資源重新分配僅是檢討需求者或全體民眾支付健保經費提高，形如使位居弱勢者（需求者或全體民眾）一方更為弱勢，產生階層極度不公現象，所以此時之資源重新分配只應在醫療體系內施行。
- 2、以國內全民健保組織結構來看對全體民眾而言，醫療機構如同是受雇者。當雇主有需求時，醫療資源僅部份受雇者（醫療機構）提供資源服務，對於不提供醫療資源服務之業者卻能一致享有相同的健保點數支付金額分配收入，產生「同酬不

同工」現象，亦是另一種「不公平」。但此情況亦需注意不提供醫療資源服務之業者合理性，例如一個屬於醫療資源缺乏地區，地區所有的基本醫療資源不過 1~2 間，應與其他地區基本醫療資源公平享有休息權力，是合理且符合羅爾斯正義論述，此時政府不僅需實質(如加重醫療支付比例)鼓勵基本醫療資源的進駐，還需利用醫療管制機制調查當地區即時醫療需求，以醫療巡迴車或派遣公醫進駐方式，補充地區醫療資源的不足。

區域內發生門診之醫療機構於同一時段未提供醫療資源時，此醫療需求將轉移至臨近醫療機構或醫院急診，加重機構醫療負擔，影響醫療品質。故對於社會福利資源重分配議題，政府機構如能對醫療機構之健保點數支付金額分配方式重新律訂，臨近醫療機構或醫院急診可有充分經濟資源即早安排醫護人力，轉診機制也不會因喪失某一階層之醫療服務者而無法落實施行。如此一來，無論是對各階醫療機構、醫療需求者或全體民眾使可達公平性，以符合正義之社會福利。

## 二、建議：

雖然醫生本有救人的天職，但並不代表沒有休息的權力，僅靠「自由市場機制」的理念，讓診所自由規劃營業，一方面無法讓診所經營者(醫生)實際了解市場實際需求來規劃營業；另一方面也無法滿足民眾就醫的需求。在此同時亦關懷醫療資源勿濫用情況，故需政府機構介入管制，依研究結果及討論情況建議如下：

### **(一)醫療法規對醫療資源統計方式應由現行對地區劃分更改為對醫療科別及時間劃分，依疾病科別設限地區診所設置基準數量及律訂地區每日最低診所營業數量。**

現行醫療法規與本研究主要疾病每日醫療資源差異原因在於健保法規並未對各區診所量規畫，且診所是否營業全由執業醫生自行決定，在醫療法規查無規範，建議地區醫療資源仍應以醫療科別及時間劃分後較能如實展現地區醫療供給情況，據此醫療資源缺乏設定也較能符合地區醫療需求；另外「依疾病科別設限地區診所設置最高數量」可有效避免醫療資源集中，產生各區差異懸殊情況。對於現行各區診所應予檢討設置情況，對於資源集中區之業者應協調當地醫生公會以和緩勸導或輔導方式遷移

他區。由地區設限目標達成後，進而以「里」設限，以達醫療資源社區化，使台灣逐步邁入「家庭醫生」目標。

## **(二) 全民健康保險醫療資源缺乏區設定應由現行每年修訂更改為即時性管制，建置「即時性的醫療資源實況管制系統」。**

為設置「即時性的醫療資源實況管制系統」應先將衛生福利部中央健康保險署網站所提供之「特約醫療院所看診時段查詢」資料設定成各醫療院所營業情況即時管制資料庫，一方面對醫療院所健保申報時均採用此登錄營業資料管制，有登錄時段內才可申報；另一方面也即時性對地區診所營業數量不足時，就診民眾可立即性獲得補助，減低就診醫療自付額支出，以達羅爾斯「差異原則」，使社會符合公平正義之醫療資源。而且有了即時性地區診所營業量管制，轉診機制才順利運作，進而保護醫院急診醫療品質。此項轉變亦同時避免網站原查詢功能變成醫療業者廣告區，管制機構疏失，浪費國家資源情事產生。

## **(三) 健保申報點數支付金額重新律訂分配。**

當地區診所營業數量無法滿足民眾醫療需求時，赴其他地區醫療院所也應律定對該區民眾自付額收費降低。對於地區診所未能滿足地區每日最低營業數量，所造成其他地區醫療院收費的降低差額費用，如該區屬已達診所設置基準地區，全數由該區當日未能營業之診所，降低每月健保申報點數支付金額來彌補虧損，其目的在使當地業者間主動相互協調營業，以滿足地區醫療資源；另對未能達診所設置基準地區，政府需加重醫療支付比例以鼓勵基本醫療資源的進駐，並需利用醫療管制機制調查當地區即時醫療需求，以醫療巡迴車或派遣公醫進駐方式，補充地區醫療資源的不足。

以此方式立即檢討健保制度，以滿足民眾對健保制度殷切期待改善，達到供、需兩方面雙贏的策略，降低民眾生活壓力、增加幸福感。在即時管制醫療資源下，各區域都能享有經濟層面公平性的醫療資源。如單就地區與醫療資源兩方面考量，民眾在羅爾斯「無知之幕」下的選擇後，也不會感到有懸殊差別。

參、研究限制：

一、本研究僅就假日診所營業定義是以衛福部網頁 103 年供民眾查詢之公告為依據屬

橫斷性之研究，該項便民查詢功能應隨診所實際營業情況異動更新，始可達便民之效，如診所臨時異動情況未登錄網頁之情況，將無法納入研究與討論。

二、本研究僅以上呼吸道感染為主要疾病之研究對象，另對廣大其他疾病仍有可探討研究需求，可於之後研究列入探討範圍，以瞭解民眾需求全貌。

三、本研究次級資料採選擇 2014 年 3 月資料執行分析，原因在於 3 月份恰位於 2014 年春假後之一個月份，診所假日營業情況較不易受營業者人為因素影響。本研究係為「初探」僅代表台南地區存此一現象，值得各方對此議題關注，執行台灣各區診所平、假日營業量管制，也應對健保急診部分負擔支付重新分配，之後研究可採較長期縱貫性資料分析，將更可將各影響營業因素列入考量分析。

四、假日無醫療區域醫療資源可近性量測時，於台南市週圍地區民眾之臨近醫療資源，可跨其他縣市選擇，因本研究以台南市為例，醫療資源蒐整時均以台南市為範圍，日後研究建議擴大包含台灣各縣市區域，對此項目量測將更為精準。

五、依第四章第一節第壹項第六款(二)之 1 有關柳營區診所加區域醫院之醫療資源使可達法定醫療資源缺乏區界定值，惟以經濟層面考量，診所與區域醫院民眾就醫時支付部分負擔不同，亦造成差異，惟與本研究主題以時間特性為主軸不同，日後相關研究可就此部分繼續探討。

## 參考文獻

- 丁志音、林宜平(2003)。由全民健保西醫門診資料探討台灣民眾的感冒求醫特性。**臺灣公共衛生雜誌**，22(3)，217-226。
- 公平交易法(2015年2月4日)。
- 內政部統計處(2015)。國土資訊系統 GIS 民眾版。**社會經濟統計地理資訊網**，2015.6.18日，取自  
<http://moisagis.moi.gov.tw/moiap/gis2010/Pro/Logged/MapPro/index.cfm?WORK=statistics#>
- 中華民國消費者文教基金會(2006)。假日沒有生病的權利?!消基會反對假日聯合休診措施。**中華民國消費者文教基金會網站**，2014.5.30日，取自  
<http://www.consumers.org.tw/unit412.aspx?id=672>。
- 中華民國憲法(1947年1月1日)。
- 王正坤(2011)。健保診所合理門診量爭議-數據分析。**台南市醫師公會網站**，2014.6.1日，取自 [http://www.tnmed.org.tw/news\\_description.php?id=414](http://www.tnmed.org.tw/news_description.php?id=414)。
- 王宏仁、唐文慧(1993)。**社會福利理論-流派與爭議**。台北市，巨流圖書有限公司。
- 台南市政府全球資訊網(2014)。簡介台南。**台南市政府全球資訊網**，2014.10.18日，取自 <http://www.tainan.gov.tw/tainan/Intro.asp?nsub=L1A000>
- 石富元、吳肖琪、吳秋芬與許銘能(2008)。影響急診病患暫留時間之相關因素探討。**臺灣公共衛生雜誌**，27(6)，507-518。
- 全民健康保險法(2011年6月29日)。
- 全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件(2012年11月1日)。
- 成大醫院(2014)。收費標準。**就醫指南收費標準**(2013.03.01日更新)，2014.11.17日，取自 <http://service.hosp.ncku.edu.tw/medicalaffair/nopayment.pdf>
- 江玉林(1990)。從康德之道德哲學論其正義論之建構。**法律學刊**，21，94。
- 西醫基層總額支付委員會(2011)。100年第1次委員臨時會與會人員發言摘要。**中央健康保險署網站**，2014.5.30日，取自  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu\\_id=1023&WD\\_ID=1](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1)

043&webdata\_id=1412。

余桂霖 (2010)。當代正義理論。台北市，秀威資訊科技。

吳老德 (2001)。正義與福利國家概論。台北市，五南圖書出版股份有限公司。

吳珮伶 (2011)。「西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案」實施成效分析-高雄市六龜區、內門區個案分析。義守大學公共政策與管理研究所碩士論文。台灣博碩士論文知識加值系統，2014.7.14日，取自  
<http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/80667740395540598681>

林火旺 (1998)。羅爾斯正義論。台北市：台灣書店。

林維娟 (2003)。跨區醫療利用及其影響因素分析。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。台灣博碩士論文知識加值系統，2014.4.15日，取自  
<http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/42402750592881287982>

洪維河、鄭守夏、張睿詒、江東亮 (1998)。台灣醫療區跨區住院比例之變遷，1985-1995。中華公共衛生雜誌，17，388-94。

洪錦墩、藍忠孚、宋文娟 (2003)。台灣地區內科醫師人力之數量與地理分布。醫務管理期刊，4 (1)，39-54

苗力田(譯)(1992)。Aristotle 著。第五卷論正義、名份與公平。尼克馬奇倫理學(88-113頁)。中國北京：中國社會科學出版社。

高思謙(譯)(2006)。Aristotle 著。第五卷論正義、名份與公平。尼克馬奇倫理學(129-164頁)。台北市：臺灣商務印書館。

張育嘉、黎伊帆、汪芳國、鄭守夏 (2006)。全民健保實施總額預算制度之初步影響評估：以牙醫與醫西基層為例。臺灣公共衛生雜誌，25 (2)，152-162。

張碧玉、黃毓婷、柯伶達、黃尚志、蔡忠榮 (2013)。探討門診醫療資源利用情形：以上呼吸道感染患者為例。醫院雙月刊，46 (5)，22-31。

梁亞文、蔡哲宏、陳文意 (2011)。非緊急急診病人特性及其相關因素探討。臺灣公共衛生雜誌，30 (5)，505-516。

章殷超、溫在弘、賴美淑 (2009)。利用地理資訊系統探討肝癌病患就醫地理可近性與醫院選擇間之相關性。臺灣公共衛生雜誌，28 (6)，517 - 529

章殷超、溫在弘、賴美淑 (2011)。比較不同地理可近性分析方法於評估台灣各鄉鎮

- 每萬人口西醫師數之差異。 **臺灣公共衛生雜誌**，**30**（**6**），558-572。
- 陳珮青、楊銘欽、江東亮、鄭守夏（2003）。病人跨區住院與醫療區資源分佈之探討。 **臺灣公共衛生雜誌**，**22**，27-32。
- 曾仰如（1995）。政治哲學。 **柏拉圖的哲學**（142-144 頁）。台北市：台灣商務印書館。
- 黃耀緯（2011）。全民健保急診病患醫療利用與非計畫性返診之探討。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。 **台灣博碩士論文知識加值系統**，2014.4.15 日，取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/40180543131229759140>。
- 廖興中（2013）。臺灣小兒科醫療資源空間可接近性分析。 **公共行政學報**，**44**，1-39。
- 劉宜君、傅立葉（2009）。以政策德菲法建構健保政策評估指標之研究。 **國家與社會**，**6**，103-163。
- 劉芷菱、黃淑娥、溫德生（2011）。中部著名觀光景點的醫療資源近用性研究。 **中華民國航空醫學暨科學期刊**，**25**（**1**），49-60。
- 衛生福利部中央健康保險署(2014)。一般民眾內健保醫療服務之部分負擔公告(2014.6.5 日更新)。 **衛生福利部中央健康保險署網站**，2014.11.8 日，取自 [http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu\\_id=683&webdata\\_id=384&WD\\_ID=759](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&webdata_id=384&WD_ID=759)
- 衛生福利部中央健康保險署(2014)。全民健康保險急診品質提升方案(2014.03.11 日更新)。 **衛生福利部中央健康保險署網站**，2014.6.18 日，取自 [http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/21337\\_1\\_全民健康保險急診品質提升方案\(102.07.29 更新\).doc](http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/21337_1_全民健康保險急診品質提升方案(102.07.29更新).doc)
- 衛生福利部統計處(2014)。全民健康保險統計 101 年全民健康保險醫療統計年報表表二門、住診合計患者人數統計-按戶籍縣市別分。 **衛生福利部統計處網站**，2014.6.17 日，取自 <http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/DisplayStatisticFile.aspx?d=43275>。
- 鍾翰其（2000）。不同支援模式對澎湖離島地區醫療服務可近性與醫療利用之影響。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。 **台灣博碩士論文知識加值系統**，2014.7.14 日，取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/26628971471865559737>
- C.B. Macperson（1962）。Some Objections Reconsidered, *Political Theory of Possesive Individualism* (PP. 100-106)。Oxford: NY: Clarendon Press.

Lu Ann Aday and Ronald Andersen (1974). A framework for the study of access to medical care.  
*Health Service Research*, 9(3),208-220.



## 附錄

### 附錄 1：台南市各區診所營業情況與人口、里比例值

地區	每人全部診所醫療資源量	每人主要疾病醫療資源量	平日每人醫療資源量	假日每人醫療資源量	週日每人醫療資源量	平日每里醫療資源量	假日每里醫療資源量	週日每里醫療資源量
東區	0.1460%	0.0414%	0.0372%	0.0173%	0.0072%	1.58	0.73	0.30
北區	1.6491%	0.5950%	0.5468%	0.2635%	0.1105%	4.95	2.38	1.00
南區	0.0987%	0.0398%	0.0343%	0.0166%	0.0050%	1.11	0.53	0.16
中西區	0.2130%	0.0625%	0.0543%	0.0251%	0.0060%	1.12	0.52	0.12
安南區	0.0558%	0.0268%	0.0239%	0.0102%	0.0025%	0.87	0.37	0.09
安平區	0.0775%	0.0294%	0.0268%	0.0142%	0.0072%	1.15	0.61	0.31
永康區	0.0883%	0.0299%	0.0277%	0.0136%	0.0069%	1.62	0.79	0.40
新營區	0.1454%	0.0574%	0.0504%	0.0208%	0.0068%	1.36	0.56	0.18
佳里區	0.1026%	0.0471%	0.0415%	0.0207%	0.0056%	1.17	0.59	0.16
善化區	0.1011%	0.0439%	0.0379%	0.0150%	0.0022%	0.82	0.33	0.05
仁德區	0.0523%	0.0248%	0.0228%	0.0089%	0.0018%	0.92	0.36	0.07
麻豆區	0.0908%	0.0399%	0.0335%	0.0148%	0.0037%	0.52	0.23	0.06
歸仁區	0.0788%	0.0267%	0.0226%	0.0119%	0.0049%	0.72	0.38	0.16
新化區	0.0753%	0.0365%	0.0310%	0.0110%	0.0008%	0.68	0.24	0.02
新市區	0.0819%	0.0367%	0.0320%	0.0108%	0.0019%	1.03	0.35	0.06
白河區	0.0734%	0.0401%	0.0316%	0.0117%	0.0033%	0.39	0.15	0.04
六甲區	0.0694%	0.0434%	0.0365%	0.0174%	0.0087%	0.70	0.33	0.17
學甲區	0.0628%	0.0370%	0.0335%	0.0160%	0.0062%	0.70	0.33	0.13
下營區	0.0595%	0.0357%	0.0257%	0.0066%	0.0027%	0.43	0.11	0.04
鹽水區	0.0681%	0.0341%	0.0257%	0.0101%	0.0050%	0.27	0.11	0.05
關廟區	0.0486%	0.0229%	0.0175%	0.0071%	0.0038%	0.36	0.15	0.08
東山區	0.0409%	0.0318%	0.0257%	0.0076%	0.0015%	0.35	0.10	0.02
玉井區	0.0886%	0.0409%	0.0341%	0.0159%	0.0068%	0.50	0.23	0.10
西港區	0.0402%	0.0241%	0.0217%	0.0074%	0.0027%	0.45	0.15	0.06
後壁區	0.0324%	0.0243%	0.0230%	0.0108%	0.0027%	0.27	0.13	0.03
官田區	0.0368%	0.0184%	0.0125%	0.0046%	0.0015%	0.21	0.08	0.03
柳營區	0.0229%	0.0137%	0.0116%	0.0046%	0.0015%	0.19	0.08	0.03
左鎮區	0.0384%	0.0384%	0.0255%	0.0127%	0.0063%	0.13	0.07	0.03
楠西區	0.0493%	0.0197%	0.0131%	0.0148%	0.0099%	0.19	0.21	0.14
山上區	0.0663%	0.0133%	0.0089%	0.0000%	0.0000%	0.10	0.00	0.00

安定區	0.0297%	0.0198%	0.0163%	0.0060%	0.0022%	0.31	0.11	0.04
將軍區	0.0291%	0.0194%	0.0149%	0.0024%	0.0000%	0.17	0.03	0.00
七股區	0.0211%	0.0127%	0.0079%	0.0014%	0.0000%	0.08	0.01	0.00
北門區	0.0030%	0.0023%	0.0018%	0.0005%	0.0000%	0.05	0.02	0.00
大內區	0.0291%	0.0194%	0.0084%	0.0016%	0.0000%	0.09	0.02	0.00
南化區	0.0337%	0.0225%	0.0180%	0.0019%	0.0000%	0.18	0.02	0.00
龍崎區	0.0232%	0.0232%	0.0123%	0.0000%	0.0000%	0.07	0.00	0.00

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。



附錄 2：台南市各區人口、里、診所數量情況

地區	人口數	里數	全部診所數	主要疾病診所數
東區	191,047	45	279	79
北區	11,764	13	194	70
南區	125,616	39	124	50
中西區	78,393	38	167	49
安南區	186,533	51	104	50
安平區	64,549	15	50	19
永康區	227,598	39	201	68
新營區	78,384	29	114	45
佳里區	59,445	21	61	28
善化區	45,510	21	46	20
仁德區	72,714	18	38	18
麻豆區	45,139	29	41	18
歸仁區	67,300	21	53	18
新化區	43,844	20	33	16
新市區	35,412	11	29	13
白河區	29,956	24	22	12
六甲區	23,041	12	16	10
學甲區	27,052	13	17	10
下營區	25,210	15	15	9
鹽水區	26,424	25	18	9
關廟區	34,968	17	17	8
東山區	22,021	16	9	7
玉井區	14,669	10	13	6
西港區	24,850	12	10	6
後壁區	24,681	21	8	6
官田區	21,764	13	8	4
柳營區	21,879	13	5	3
左鎮區	5,208	10	2	2
楠西區	10,144	7	5	2
山上區	7,536	7	5	1
安定區	30,255	16	9	6
將軍區	20,644	18	6	4
七股區	23,641	23	5	3
北門區	132,337	43	4	3

大內區	10,318	10	3	2
南化區	8,892	9	3	2
龍崎區	4,304	8	1	1

資料來源：依台南市民政局（2014）網站及衛生福利部中央健康保險署（2014）網站公告資料，自行整理。

