

# 尋求醫療服務過程之障礙—— 兼論醫療資源的分配與利用

藍 忠 孚

## 一、前 言

今日，台灣地區的醫療保健服務體系，正在朝著更複雜更精細的趨勢蛻變中。社會經濟快速發展之衝擊，反映於醫療機構、醫療專業人員和社會大眾不同的期望；而疾病和死亡之型態與數量的變化，也導致醫療服務項目和內涵的變遷。

目前，大眾很關切整個醫療保健服務體系，能否確實提供良好的醫療照護，給每一位需要它的國民。愈來愈多的人，認為適當的醫療照護是國民的基本權利（right），而非僅是付得起費用的人之特權（privilege）。輿論常強調醫療照護之可近（accessibility），素質（quality），持續（continuity）和效率（efficiency）；不斷地要求更多和更好的醫療人員和設備，要求更方便和更具效率的醫療保健服務。由於這類需求幾無極限，而醫療法令、制度、人力、設備和風氣，往往難以迅速配合，以致整個醫療環境顯得力不從心。這種情勢，使得我們須詳細的探討它對醫療保健服務體系，在結構、功能和對策上之衝激，期為創造更完美和諧

的醫療環境而努力。

本文擬將討論重點侷限在醫療照護的可近性，就其概念與重要性加以闡述。原因是，若我們要發展一個能提供優秀素質，良好持續和高度效率醫療保健服務的體系，祇能在有了容易接近的優點後，始能達成。在理想的狀況下，我們希望一個易近的體系，是能配合醫療需求、提供適切、足夠和及時的服務。但實際上，在病人和醫療服務體系之間，常有某些障礙，使得理想的服務不是一定可以得到。當然，更談不上其他的問題了。

最後，本文提到消除上述各項障礙，以改進醫療照護的可近性，對病人在醫療資源分配利用和健康上的深遠意義。它不僅期望使人人有在有需要時，隨時隨地都可享其適當的醫療照護；也可促使疾病的早期發現，早期治療，以增進人人的健康。同時亦討論到在這項工作上，應加注意的幾項觀念問題和實際作法。

## 二、醫療照護可近性之概念、計量與意義

### (一) 醫療照護可近性之概念

#### 甲、定義

有關醫療照護的可近性，有好幾種不同的定義。有些是闡述理論上的基本概念，有些則是強調實際上的計量指標。早期的可近性常僅考慮財力上或醫療資源的存在與否；惟目前其定義範圍已擴展了許多。Myers 曾說明一個消費者要能容易地接近良好的醫療照顧，則必須是「無論何時、何地當他需要時，就可有適當的途徑進入醫療設施得到處置」。Donabedian 則提出社會組織面與地理面之可近性，分別代表「醫療資源特性和距離，對病人在取得醫療的方便或困難」之影響。Parker 更進一步將可近性定義為「尋求、取得或付得起醫療服務的能力」，同時指出影響這種能力的因素相當多。Aday 曾試圖綜合各家的說法，將可近性的定義和指標分成兩部分。一是由醫療服務體系和消費者的特性，如服務之可用與否和消費者之財力和時間，來加以觀察；一是由服務的結果，如各項服務的利用和滿足程度作為計

量。從以上這些代表性的論點，可知可近性不僅是指有一個可讓病人取得醫療服務的地點，更包括了提供和接受醫療的過程是否便利。在本文中，作者將「醫療照護的可近性」界說為，病人在接近醫療照護體系或尋求醫療照護的過程中，是否容易而言。在這個定義範圍下，有許多因素會限制到可近性，稱之為障礙，嗣列舉五類於次，並作進一步討論。

## 乙、醫療照護之主要障礙

(1)財務的障礙：由於醫療服務費用太高，或病人收入太低引起。更明白的說，是醫療費用對病人收入相對性的顯得較高。因此，政府常主動或被動開辦貧民免費醫療或醫療保險制度，的確使貧民和各類被保險人（如勞工、公務人員等）免除了這項障礙，但在現階段，我們似應注意到其他尚未加入保險，或未具資格享受免費醫療保險的人，所可能發生的財務障礙。即使是被保險人，有時仍會因請假看病而喪失工資，或需花相當交通費及住院生活費等因素，而妨礙到醫療之需求。

(2)時間的障礙：病人在尋求醫療照護時，不僅要花錢，也要花時間，所以若須長途跋涉才能到達醫院、或在候診室等候良久，甚至花費很多時間在掛號、檢查、和治療等時，也都會阻礙病人求醫的意向。

(3)服務的可用性：一般是指某地區內是否有必需的醫療設施和人員存在而言，譬如在病人居住的地區內缺乏醫療設施、醫護人員，以及某些特殊（如高度技術）的醫療服務時。也有部分學者將時間上之可用性，（ Temporal dimension of availability ）包括在內。指病人需要照護時，却是醫護人員休息的時候（如夜間或週末），則雖有醫療設施的存在，也未能使病人覺得容易接近它。這些因素事實上與醫療設施或人員和所服務人口大小之比率也有關連，若比率太過懸殊，即使醫療機構和人員實質上是存在，但總是有病人無法取得服務。

(4)組織的障礙：通常是指醫療機構的組織特性和人員的態度，這包括過分複雜的組織系統，病人資格的限制，繁瑣的掛號或登記手續，缺少持續的照護步驟，不

重視病人的感觸，不配合社會大眾的需求等，均會影響到病人的醫療利用行爲。相反的，如果一個組織系統和服務人員能處處爲病人著想，就能增進病人接近醫療組織系統。

(5)心理或個人的障礙：病人也常因其年齡、性別和社會文化背景而產生不同的醫療利用行爲，這已有許多文獻的證實。若病人懷疑、恐懼或迷信某些治療的方法和效用，會阻礙接受適當的醫療，如民間偏方，巫術之歷久不衰，和病危亂服藥等，均是例證。良好的醫療照護，應對病人的錯誤行爲加以誘導和教育，消除心理或個人障礙，以使其接近適當的服務。

## (二)醫療照護可近性之計量

由於接近醫療照護，有受許多因素影響的特質，本文試將醫療照護可近性分兩個角度來計量。一是直接地衡量各類服務障礙之影響，二是間接地以病人的醫療利用行爲或滿足感來瞭解其可近性。試延伸 Aday 之概念，把前者稱爲「過程計量法」( process measures )，後者稱爲「結果計量法」( outcome measures )。

### 甲、可近性之過程計量法

這個部分的計量指標，和上述五類醫療照護主要障礙有關。由於病人的財務狀況或醫療費用，是妨礙取得適當醫療的重要因素，病人的收入和醫療費用，遂成爲常用的財務可近性的指標。又因越來越多人的醫療費用是由保險機構支付，也有以病人自付的淨費用爲指標。當無法取得有關自付費用的正確資料時，亦有採用兩分指標( dichotomous indicators )，即是否有參加醫療保險，是否不必再自付費用等。

以往，有關時間成本( Time costs )的指標，常僅用到醫療院所所需的旅行時間，和抵達後等候診療的時間。但如前所述，時間成本實際上包括尋求、達到和取得醫療服務的整個過程，自然也包含取得約診的時間，安排照料家事的時間，和

接受治療的時間等。此外，部分學者認為時間的價值因人而異，故主張時間成本應是將每人實際所耗時間乘以他的時間價值（如以工資計算）。

醫療服務的可用性（Availability of Services）之計量，常採用醫療資源之實際存在與否。許多研究，以醫療人力和設施與人口比，作為代表這類變數的指標。可是如前所述，資源與人口比並不能表示出時間上之可用性（Temporal Availability）。因為一個住在有很高「醫師人口比」地區的人，在非上班時間仍較難取得緊急醫療，除非有醫師值班。非急診醫療有時也須先預約，等候一段相當長的時間才可取得服務，而不是隨到隨作。

關於組織上的障礙（Organization barriers），最常用的指標是有無慣往的醫療院所（regular source of care）。若一個病人有慣往醫療院所時，表示他對這院所的行政措施和醫護人員較熟悉，這種熟悉可被假定是較易接近醫療服務。自然，這些病人仍有阻礙，譬如，大醫院內醫護人員衆多，病人和同一醫師的醫療關係，就常無法持續到底。同時，醫護人員若對病人的健康較無責任感，也不會主動提供必要的消息，或積極鼓勵病人尋求必要的醫療。其他的組織障礙，如繁雜而官僚化的看病手續，醫護人員不親切，也常會出現在有慣往醫療院所的病人身上；他們所以忍受，是因缺少可以替代的醫療院所。在實證研究方法上，有關慣往醫療院所在組織障礙上的區別，常以這些院所的型態類別來表示；一般認為私人開業診所的組織障礙最小，相反的大醫院的門診或急診部門最大。

可近性之過程計量的最後一種指標，是心理上的障礙。通常設計包含對醫療的知識、信仰和態度方面的問題，用問卷調查來瞭解它們的影響。Bice 所設計的問卷，含有「對醫療的懷疑」（skepticism of medicine）和「使用醫療服務的傾向」（tendency to use services）等指標，即是很好的例子。

最後，有些訪視研究喜用綜合性指標來計量醫療之可近性，向被訪者個人對於尋求醫療過程的難易，表示個人主觀的看法，惟這種方法可能會與個人對醫療的滿足感的效應相重複。

## 乙、可近性之結果計量法

雖然作個別障礙的計量，能瞭解某一因素對醫療可近性的影響有多大。但要綜合這些因素來判定整體可近性，則有問題。第一個問題是障礙因素常有重複的性質。例如，當我們比較兩個不同醫療院所的可近性，我們須考慮所有有關的障礙因素（財務的、時間的、可用性的和組織的等），而不能僅考慮一個或兩個因素而已。可是，比較一個以上可近性障礙因素的計量效應時，結論似難明確。若某一醫療院所比另一院所對一個病人的時間成本較高，而醫療費用較低，我們並不能肯否前者是否即較可近。當然，採「加重」方法，可將不同的可近障礙因素，分成單一指標，但各因素如何加重才是正確，似難解決。

有些研究者為解決上述困難，應用單一而綜合性可近性指標，透過問卷讓被訪者作自覺的評分。可是，這種自覺性指標，在作比較時無法客觀。例如，某兩人即使是遭遇完全相同的可近障礙，他們對醫療可近性仍會表示兩種完全不同的看法。

另一方面，當從政策的觀點看，某些可近障礙的計量標準的意義，仍值得商榷。例如，從病人住家到醫療院所的旅行、耗時超過三十分鐘，是否即暗示可近上之不恰當呢？每一千人口有十位醫師的比率，是否可保證相當的醫療可用性呢？

正如以上問題指出，任一可近障礙的主要意義，在於它對醫療利用情形的影響；換句話說，在於對病人實際可以取得怎麼樣的服務的影響。Aday 和 Anderson 曾說明：「在探討可近性的指標時，所遭遇的問題是，不論是採費用、可用性、內在經濟（internal economy，如等候看病時間、接受醫療服務之拖延或中斷等），心理因素，健康知識等，它們本身並不能使我們知道，病人確想求醫，而結果也得到他們希望的醫療。因此，常須某些外在效力確認（external validation），來瞭解上述因素造成取得醫療與否之差異，譬如，研究某特定人口群在一段時間內之醫療利用情形，受上述因素影響有多大」。Donabedian 在一系列的醫療利用情形的研究後，也指出，「醫療可近性之證明須依賴醫療服務利用度，而非僅由醫療機構之

有無來證明。因此，可近性可在先考慮醫療需要的因素後，依利用度加以計量」。經由他的建議，許多研究者嚐試採用與醫療需要相關的醫療服務利用情形，作可近性之比較或實證研究。結果，有兩大類的「利用」指標曾被採用，其一是就某一特別健康問題或目的的醫療服務利用度，（如急性疾病，症狀，慢性病，傷害，健康檢查等）；另一是就綜合性醫療利用度來計量。

舉例來說，關於第一種量度方法，Richardson 曾檢視居民因患急性病而去利用門診醫療服務之程度。在其複迴歸分析法中，醫療利用度是應變數，而做為醫療利用的量度有：生病後就診的延誤，是否有初診，複診次數，及就診總數等。而自變數則區分為兩類——與經濟狀況有關的因子，與疾病有關的因子。前者包括家長的教育程度、種族、現收入校正數，有無參加保險（third-party coverage），及平常的醫療照護來源。後者則包括疾病嚴重度，此項由醫師判斷；病人自覺的疾病嚴重度；臥床數（又區分為全天或非全天臥床，視某些特殊之情況如定）。結果顯示，非白人在其接受醫療前的延誤較長，但是種族並不影響其接受初診的機率。就收入而言，唯一較有顯著影響的是非重症病人就診次數。又，參加保險的人數與非重症疾病複診率，初診率有正相關，而與就診的延誤則為負相關。

Taylor 等人以另一種量度方法症狀與反應比率（symptom-response ratio）來看，就診後經訪視員報告症狀的百分比，和經醫師討論此就診是合宜的百分比間的差異。此研究是要提出症狀與反應比率的潛在利用度，可作為醫療照護體系努力促使每個人接受醫療服務機會均等目標的一種指標。採用這個指標，在美國所作全國性抽樣研究，比較不同種族、居住地點、收入及慣往醫療機構的人口群，發現非白人，鄉村居民，經濟情況較差者，沒有慣往醫療院所的人，其醫療照顧利用度，常小於其疾病症狀經醫師判定應接受治療的程度。

Salkever 比較五個不同國家，六個不同地區的三個不同收入階層，在為期二週內因病就診的機率。以複迴歸分析，發現不同的疾病嚴重度，（以過去兩週內，因健康問題而限制活動天數，或臥床天數，及自覺健康問題嚴重的指標來定），其接

受醫療的機率，以高收入者為最高。然後又將得到的估計係數（ estimated coefficients ），用於推計低收入及中收入階層的不同疾病嚴重度就診機率。最後，將推計值和實際機率比較，在各不同疾病嚴重度組別中，發現中、低層收入者，其實際就診機率要小於推計值。因此，結論為這些組別內之中、低收入者，比高收入者較少接受醫療照顧。

就第二種量度方法舉例來說，Davis and Reynolds 二人提出個人一年中就診次數的複迴歸模式。模式中的自變數，包括健康狀況（就診前兩週的慢性症狀數，及限制活動天數），病人特性（年齡、性別等），及醫療可用性（以醫師對人口比量度）。由於假設健康狀況及病人特性的效應，與其醫療需要（ medical need ）有關，於是控制這些自變數，專門探討種族、收入等變數對醫療利用度的差異影響有多少。結果，種族和收入等變數，被認為是不同群體間利用度差異的主要原因。特別是收入和對醫師利用度（ physician use ）有正面效應，以及非白人有負面效應的情形，被解釋為中、下收入階層，和非白人的醫療服務可近性較低。同樣地，若有公共濟助的低收入者（ public assistance recipients ），其預估利用率會較其他低收入者高（已將健康狀況先作控制），這結論支持了有參加保險的人，比沒有參加醫療保險的人，其醫療利用度較大的假設。

Aday 則發展出求醫與失能比率（ use-disability ratio ），整合了失能的發生率和因失能而尋求醫療服務的關係。她比較不同人口群的此項比率，發現貧窮的人對其失能，比較富有者尋求醫療服務為少。此外，沒有參加保險的人比參加保險的人；或有參加保險，但沒有慣往醫療院所的人，比有慣往醫療院所的人，其求醫與失能比率也較低。同時，她發現，有無慣往醫療院所的病人之可近性差異，對窮人或無醫療保險的非窮人的影響，更為顯著。

上述有關可近性之結果計量法，比過程計量法較為便利。但是，使用結果計量法之限制與問題，值得一提。尤其是有關「醫療需要」（ medical need ）的指標，如何納入結果計量法內，特別須加注意。有些學者，採用醫療專業人員的觀點，來



判斷醫療需要，自然常和病人的判斷不同，可是兩者對醫療政策發展，又均有重大關係。另一方面，有些研究完全根據病人自覺有關健康或疾病嚴重性的變數，也僅是有關醫療需要的一種粗略代表而已。因為病人對於困擾他們的疾病，常無適當的能力作正確的反應或判斷。結果計量法的另一限制是，無法對醫療服務的素質作正確的評估，常僅用求診的次數，或整個人口群中看過醫師的百分比等指標，作為代表。同時，在一次典型的醫療服務，對不同的人口群，仍常有不同的服務範圍和效果，上述所引用的研究，也都未考慮此事，無論如何，即使有上述限制，我們相信結果計量法，至少能提供對不同人口群，在醫療服務可近性差異的概括瞭解。

### (三) 可近性之意義

如上述所言，可近性的障礙因素之所以令人關切，最主要是來自它們對醫療利用情形，所產生的衝擊。欲充分瞭解，改進醫療可近性對現行醫療政策的重要性，我們必須考慮醫療照護政策的目標，和改進其利用度後所產生的各種變化間之關係。醫療照護的目標是：使國民有一公正的醫療照護體系，來享受他們應得的良好醫療保健照顧的權利，並得以保持良好的健康狀況。

#### 甲、公正和醫療照護權利之關係

基於相信每個人有其一定的基本權利，很多已開發和開發中的國家，都不斷地致力改進，使其每個國民都能享有食、衣、住、行、和獲得知識的基本權利。同時，適當的醫療照護權利，現也漸被廣泛的重視。但有很多學者以為，由於現存的可近性障礙，使一部分人無法享受應有的權利；更有學者以為現有醫療服務利用上的差別是不公平，而且這些差別的存在是不能忍受的。然而窮人和富人在醫療照護利用的數量和型態上的差別存在，由來已久。目前先進國家，針對窮人醫療照護利用度較少之原因的探討和研究已不少，大多數的結論，都強調醫療照護在財務和體系上的障礙。此外，少數民族、偏遠鄉村地區、都市貧民集中地區、和年老者，常遭

遇較大的可近障礙。要減少這些障礙，他們認為唯有審慎策劃醫療政策，才能除去各群體間不公正的利用差別，和確保所有的人都能接受適當的醫療照護服務。

不過須注意到政策的目的，主要是除去不公正的利用差別，而不是不均等的利用度差異（elimination of inequitable differences in use rather than all differences in use）。例如 Fried 提出的，他說醫療照護的討論，似乎傾向於混淆「公正」（equity）和「均等」（equality）的意義，常視它們為同義字。Fried 對此傾向不表同意，他主張醫療照護的權利，並不是暗示要有樣樣都相等的接近醫療保健的權利，亦即並非對某些人便利的，就必須對所有的人都便利。若欲如此，則所謂每隔多遠的距離，一定要有醫院；每多少人口，一定要有醫師的想法，只能在無法忍受的政策干預下，或不合理高稅負的情形下，才有可能實現，因此 Fried 總結如下：

——醫療照護採高標準納入醫療照護權利的觀念中，就機能上的定義而言，是很合理，但在實際上，並不一定是最適用的定義。

——現在並不能提出所謂最適合的標準，增加可近性政策的效能，也就是使醫療保健有合理標準，要能辦得到，又能適用於全體國民。

## 乙、改進醫療照護可近性與健康狀況之關係

有許多學者認為除去或減少醫療可近之障礙，可以提高人們對醫療照護服務之利用度。尤其可以促進人們利用預防性的保健服務而能早期發現疾病，早期治療，因而減少死亡率和疾病之罹患率。

然而，在改進人們健康狀況及早期治療或預防性的照護間的因果關係中，仍存在著幾個問題。例如天花、麻疹的預防保健，這類的照護結果是很明顯可判斷其效益的，但其他的預防性保健如健康檢查等則很難判定其結果。Spitzer and Brown 注意到一些沒有症狀及表面上看來很健康的人，接受定期健康檢查後所獲得的效益並不明顯，於是，便建議只對特別的群體給予特別項目的例行檢查：新生兒給予苯

酮尿症 ( Phenyl Ketonuria )，先天性髯骨異位症，及先天的心臟病缺陷檢查。學齡兒童之視力及聽力檢查。30 歲以上的婦女做子宮頸癌抹片或乳房自我檢查。30 歲以上之所有病人給予血壓檢查，及健康婦女的產前檢查等。

同樣地，若要期望對所有可偵測到症狀或沒症狀的病人，均給予早期治療，而要求有顯著的效益，是不太合理的。因為有許多小病常可不藥而自癒，因此對這些病給予治療，並無特殊效益可言。但有一些慢性病如高血壓可由早期偵測而有妥善的對策，進而作適切之治療，以減少病患之罹患率增進其健康，及減少其死亡率。但在另一些慢性病如糖尿病，這種效果就較難看出。

綜合論之，醫療照護服務利用度的改善對增進健康的狀況，可能不會有戲劇性的大收穫，這將視疾病的型態有否早期治療方法，及促進不同型態的預防性醫療保健服務而定。這一點在訂定改進醫療照護可近性的政策時，不應有所奢望。

### 三、醫療照護可近性與醫療資源之分配與利用

#### (一) 醫療可近障礙對有關醫療資源公共政策形成的影響

在本文的後半部份，擬就上述尋求醫療服務過程的各種障礙，選擇最重要的幾項問題，特別是牽涉到醫療資源分配與利用方面，作進一步的探討。即使是將範圍作此限制，我們似無法探討相關的每一因素。困難是在醫療保健服務體系中，各個層面和因素均有相互關連，任一因素有所變動或介入 ( intervention )，也必然會導致對其他因素的影響。這種影響又不一定是正面的，因此常有改變醫療保健服務的新構想，在計劃時似乎相當完美，但最後似流於失敗。不過，本文抱持著，雖不是每一件事實，均經前述似非完美的計量法加以實證研究，我們仍試依已有的文獻和經驗，作一初步結論。冀望能引發更多的研究作一印證，以便擬定醫療保健政策之參考。

此處，讓我們僅探討消除財務障礙，改進服務體系結構和效力，對醫療和健康的意義。究竟是為了促進易於接近醫療保健體系，取得所需求的服務？抑或是為增

進國民權利的均等？前面我們已有初步的討論，現在讓我們進一步的探討它們與公共政策的關連。

當公共政策決定重大的資源分配，是否應投入教育、住宅、交通、醫療保健、或其他社會福利時，常受兩方面的影響。專家學者易基於效益率（rate of return）、就群體的需要作衡量取捨；而一般國民，易以自己的感覺和喜好（taste），以個人的立場，爭取更多的利益。

就醫療和健康而言，正如 Fein 指出，確實有許多醫學領袖，懷疑投資更多財力，增加醫療設備和人員，提高醫療服務可用性，就能相對提高國民的健康。可是，一般國民常覺得醫療關係到生命與死亡，由於恐懼或過份迷信醫療科技，一直相信醫療服務，投資越大，對健康就越有保障。結果在大多數人的要求和期望下，在相信人的生命不可以金錢價值估量的原則下，公共政策最後仍常順應一般國民的看法。由不間斷的普及醫療設備和人員，到逐漸擴大醫療保險，均顯示加強醫療財務投資，和消除國民取得醫療服務障礙的決心。

這種政策的形成背景，反映出醫療保健的資源分配和利用，並不能完全以一般市場機轉（market mechanism）解釋。譬如前面討論過的「醫療是一種基本權利」的概念，在有限的資源限制下，若力求均等，似乎即隱含著「配給」（rationing）手段的重要性。結果，許多爭論由此而起，我們決定醫療分配時，究竟應以民衆收入，醫療需要，或健康利益為主呢？決定醫療資源利用時，應以提高民衆衛生知識水準，提高醫療設備人員質量，或提高民衆的醫療保健服務效率為優先呢？為解答上述的疑問，我們基本上須探討「財力」和「服務體系」兩類障礙如何消除。因為僅是有錢，我們仍無法能提供民衆需求的所有醫療保健服務；僅是增加服務供給，我們也無法保證每個民衆，充分的利用它。

## (二) 財務障礙與醫療資源之分配利用

無疑地，無足夠的錢償付醫療費用，或一次償付的醫療費用佔個人總收入的比

率太高，確實阻礙了許多人尋求必需的醫療服務。預付方式（prepayment）和醫療保險（medical insurance），幫忙消除了許多人尋求醫療過程的財務障礙。可是在預付方式和醫療保險日益擴展的今天，有些問題，仍值得重視。

首先，由醫療利用情形和民衆收入之相關研究結果發現，因過於着重協助貧民取得醫療服務，導致有足夠日常收入，但無法應付突發的大筆醫療支出的所謂「醫療貧民」（medical indigent）或「近貧」（near poor）群體的產生。第二個問題，則在醫療服務的範圍，非在其對象。專家常認為將金錢集中應用在經過選擇的醫療衛生計劃（program）上，會比應用在某一特殊人口群（population groups）上，來得有價值，但公共政策却常須牽究公衆的期望（public desires）。第三個問題是牽涉到「均等」（equality），是否即等於「公正」（equity）。當花相等的錢在不同的人口群，或當不同的人口群達到相同的健康結果，如何才是真正的均等，才是真正的公正呢？此外，在力求均等時，亦需考慮在個人納稅負擔或保險費負擔，佔他的收入比率，是否適當，和能被個人所接受？是否達到所得再分配效果？以上，如果將教育、住宅、交通等等其他有關人們福祉的事項，加入考慮，則問題更形複雜。

### （三）體系障礙與醫療資源之分配利用

有關改進醫療服務體系的結構和效力，與醫療資源的合理分配與利用，也極為有關。由於醫療服務體系的複雜和特殊，通常我們較瞭解，某單一資源項目分配不合理，而導致服務效力或利用的不符理想。但對些單一資源項目和其他項目有何交互影響，或影響的程度，則常無法徹底的瞭解。因此，應用資源分配的手段，以改進醫療體系的結構和效力，常因忽略或無法預測對其他方面的影響，而效果不彰。

譬如，偏遠地區醫師人力不足的問題，我們曾想用或採用以金錢獎勵或補償；培養公費生，畢業後下鄉服務；限制出國前須先在國內服務二年；到指定地區服務以替代服役；公立醫院醫師輪調下鄉支援服務；下鄉服務的醫師予以優先晉升機會

；甄試乙種醫師（地方醫師）制度；教學醫院內開設一般科（有時又稱社區醫學科或家庭醫學科），可支援或輪調偏遠地區服務或實習；修改醫學教育方式和課程內容，使一部分醫學生着重在一般基層醫療（primary care）概念和學識技術教育等等。可惜，每因無法在此類醫師的性向動機，教育制度，服務素質，進修機會，醫療設備，工作範圍，和民衆的滿足感相配合，而受到反對，致無法完全解決問題的存在。試問有這麼多的方法，有時某些方法曾一再的被提出，仍無法解釋這問題的原因，此乃因上述方法大都是治標，或無法在其他方面得到配合，換句話說，偏遠地區的醫師人力不足，可能是更基本的醫療服務體系結構和觀念發生問題的後果罷了。

上一段的分析，顯示影響醫療服務體系之因素的錯綜複雜，我們了解欲改進它，則須將整個體系作全盤考慮，甚或加以改造（reorganized）。可是現有的體系，因為其服務結果對病人非常寶貴，服務報酬和權威對醫師和專業人員，又十分重要，任何重大的變動，必會招致不適應或不滿意，起碼會對未知（unknown）的結果產生疑惑。人們會問到，體系的全部或其中一部分的改變會帶來什麼樣的好處？體系結構改善，就能使醫療資源分配更合理？使體系更易接近？使有需求的國民更能充分的利用有良好質與量的醫療服務？談到此處，我們須了解醫療保健服務供需之和諧，完全取決於自由市場，似乎太難了，反之，政府介入訂定政策的機會則逐漸加強。這一點，和近代醫學的發展，又產生衝突。

#### (四) 醫療資源分配利用與「公正」或「可近」

傳統上，醫療專業人員，尤其是醫師，是整個體系的中心。由於醫療有關生命與死亡，病人如何利用醫療服務常依賴醫師的診斷處置和決定，因此醫師常影響大部分有關醫療衛生的政策，也充分的影響如何分配醫療資源。醫師本質上要求自主（autonomy），在歐美先進國家，醫師選擇他們的學生，決定給他們什麼教育，確立給予資格和執照的標準。醫學生畢業後，也自己決定走什麼專科，在那裏執

業，看那種病人，很少外力能干涉他們，結果這種獨立自主的特性，使得醫師更以他的專長和主治的疾病為中心，對病人的期望就常有忽略的感覺。

更進一步的說，首先，由於醫藥科技發展和分工越精細，醫療保健服務，越來越專業化，導致家庭醫師或一般科醫師比率的減少，基層或第一線醫療（primary medical care）總覺得人力和設備不足。這一點，醫學教育方式，包括教學醫院提供臨床訓練的方式，均須擔負重大的責任。其次，醫師的分布常過於集中在大都市，除了收入或進修機會較佳，專科醫療常須其他專科的互相會診諮詢，此也直接影響醫師分布並間接導致醫療儀器、設備的分布不均。第三，專科醫療被認為才是專家，專家似又代表高素質，因此大眾迷惑於已有令人驚嘆的醫療科技成就，反而忽視個人對健康的責任。

最後，醫療日益專業化，病人常須歷經多位醫師才能完成整個診斷和治療，醫師和病人間的關係自然日益淡薄。基於「公正」和「可近」的觀點而言，人們需要基層醫療服務，却無足夠的醫療資源可應用，病人遂湧向原為二級或三級醫療（Secondary or Tertiary Medical Care）的機構，甚至急診室。這些醫院原以住院和專科門診醫療為主，今日則擠滿了一般疾病的病人，既浪費了高度專科訓練的醫護人員與昂貴的儀器設備，又使許多真正緊急，且需專科醫療的病人不得其門而入。各級醫療機構和人員間之相互支援不能結合成完美和諧的體系，必不能兼顧各類不同需求的人們，再者，高素質若以精密的專科作代表，病人常因分段、分器官的在被診斷和治療，總覺得醫療過程是零碎、瑣細和反覆的，無法感受整個身心均受醫療照顧。難怪醫師覺得病人越來越難應付，病人也覺得醫師越來越難接近，相互不滿意，醫療糾紛亦較頻仍。

這些現象基本上因醫療人員，可不受民衆需求和政府政策的限制得以影響資源分配和利用的結果。由於「公正」和「可近」常被大眾認為是一體兩面，而資源分配之合理與否，正可決定可近性之難易，因此，若無法使有限的醫療資源作充分而合理的分配、利用，則僅消除財務障礙仍無法達成公正的醫療服務。

如上所述，大眾的期望日益提高，醫療專業人員感到無法再以傳統的方式來處理這種變化，因此希望在不影響自己作業的方便和素質，又能滿足大眾日益增加的醫療需求的情況下，藉著醫療專業團體的自我調節，或由政府參與協助。更正確的說，需要全體國民醫療人員和政府機構三者共同的努力，邁向更好的服務體系。

#### 四、結論與建議

不論從何角度來看，醫療照護觀念已有極大的改變，同時也產生了一些重要的矛盾。首先醫療科技發展，雖然明顯的擴大我們治療疾病的能力，但它的費用也常限制其應用。其次，醫療人力和設備常要求高素質，可是服務供給總是數量不足，或無法均衡的分佈。第三，公共資源和經濟投資在衛生方面的建設，有顯著增加，結果又造成大眾對健康的更高期望。雖然較低收入階層民衆的醫療利用，已經提高很多，但仍有許多人覺得資源分配不公正，或覺得花那麼多錢，並未在傳統的衛生指標上有太大的進步。

因此，加強「可近性」的概念，消除尋求醫療服務過程之障礙，適當的分配和利用有限的醫療資源。使我們的國民，每個人都能以合理的費用，適時適地取得適量適質的醫療保健服務，是個可以達成的社會和政治目標。

為調和社會大眾對醫療和健康越來越高的期望，醫療人員希望越來越高素質的服務，政府機構希望越來越公正的分配資源，我們就必須先同意共同的目標是什麼，然後三者共同擔負起完成這個目標的責任，以下是幾點粗淺的建議。

(1)近年來，有關加強「醫療照護可近性」的呼籲，以及「醫療照護的權利」這種概念，必須受到重視與更深入的討論。是否「醫療照護的權利」，基本上就是「醫療照護可近性」？兩者的範圍是否相同？為達成這項目標，消費者是否需多付稅金？誰有責任來提供所有要求的服務？

(2)傳統上，我們希望醫療為了解除病痛和挽救生命，應竭盡所能，不惜成本。在這種哲學觀點下，所謂「報酬遞減法則」( Law of Diminishing Returns )—



定是很快就看到了。原因是全球性有醫療有限的困難。所以，我們必須在作資源分配時，少考慮罕用而昂貴的醫療資源，多投資常用而價格較合理的資源。假如，我們仍堅持兩者都要隨心所欲的要，則必需增加衛生支出在國民總生產額的比例。

(3)爲了消除病人的財務障礙，在可預見的將來，第三者支付醫療費用（third party payments）的作法仍會繼續擴展。可是由於醫療經濟的特性，醫師可以影響醫療需求和價格，在第三者介入後，有關醫療服務利用，如不必要的住院，不必要的開刀，不必要的給藥等，宜加注意防止。此外，第三者有很大的責任，來誘導醫療資源作平衡的分佈。

(4)爲了改變因醫師過於專業化，而導致醫療人力分佈不均和醫療體系結構忽略基層醫療服務的後果。可能須從醫學教育開始作基本觀念上的修正，當然，經濟或非經濟性的獎勵，以及專業團體或政府給予調節措施，亦均得適時的嘗試。

(5)影響人體健康的因素，有許多是在傳統醫學的能力以外的。因此在決定醫療人員的教育訓練時，應包括社會、文化、經濟和環境等因素對健康的影響，使他們能瞭解如何應付大眾越來越高的期望，如何兼顧「公正」與「可近」的責任。

(6)最後，我們必須決定對所有醫療保健服務的管制、規定和分配的責任，是否集中在一個部門，譬如政府，以適應社會整體的需求。假定，不能或不要集中，則必須對現存各式各樣的，公立或私立的醫療體系，作一合理的整合。這些工作，不是一朝一夕可以達成的，要使我們的醫療保健服務體系更完美，有限的醫療資源分配利用更良好，我們都必須一起更努力，向前邁進。

## 參考文獻

1. Aday, L. A. and Anderson, R., "Development of Indices of Access to Medical Care". Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1975.
2. Bergner, L. and Yerby, A. S., "Low Income and Barriers to Use of Health Services". The New England Journal of Medicine, 278(10): 541-546, March 7, 1968.

3. Beck, R. G. "Economic Class and Access to Physician Service under Public Medical Care Insurance". *International Journal of Health Services*, 3(Summer): 341-355, 1973.
4. Fox, P. D. "Access to Medical Care for the Poor: the Federal Perspective". *Medical Care*, 10 (May-June): 272-277, 1972.
5. Fein, R. "On Achieving Access and Equity in Health Care". *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Medical Care and Medical Care*, L(4): 157-190, October 1972.
6. Myers, B. A. "A Guide to Medical Care Administration: Vol. I. Concepts and Principles". Washington, D.C., American Public Health Association, 1965. 114p.
7. Donabedian, A. "Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Medical Care". Cambridge, Harvard University Press, 1973, 649p.
8. Parker, A. W. "The Dimensions of Primary Care: Blue Prints for Change". in Andreopoulos, S. (ed.), "Primary Care: Where Medicine Fails". New York, John Wiley and Sons, 1974. pp. 15-17.
9. Bodenheimer, T. S. "Patterns of American Ambulatory Care". *Inquiry*, 7(3): 26-35, September, 1970.
10. Freeborn, D. K. and Greenlick, M. R. "Evaluation of the Performance of Ambulatory Care Systems: Research Requirements and Opportunities." *Medical Care*, 11 (2, Supplement): 68-75, March-April 1973.
11. Davis, K. "Financing Medical Care: Implications for Access to Primary Care", in Andreopoulos, S. (ed.), "Primary Care: Where Medicine Fails". New York, John Wiley and Sons, 1974, pp. 157-182.
12. Elliott, J. L. "Cultural Barriers to the Utilization of Health Services". *Inquiry*, 9 (December): 28-35, 1972.
13. Anderson, R. "A Behavior Model of Families' Use of Health Services". Research Series No. 25, Center for Health Administration Studies, Chicago, University of Chicago Press, 1968.
14. Bice, T. W., Eichhorn, R. L. and Fox, P. D. "Socioeconomic Status and Use of Physician Services: A Reconsideration". *Medical Care*, 10(3): 261-271, May-June, 1972.
15. Davis, K. "Medicaid Payments and Utilization of Medical Services by the Poor". *Inquiry*, 13:124-135, June 1976.

16. Action, J. P. "Demand for Health Care among the Urban Poor, with Special Emphasis on the Role of Time". R-1151-OEO/NYC, Santa Monica, The Rand Cooperation, 1973.
17. Phelps, C. E. "Effects of Insurance on Demand for Medical Care" in Anderson, R., Kravits, J. and Anderson, O. W. (eds.). "Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy". Cambridge, Ballinger, 1975, pp. 105-130.
18. Holahan, J. "Physician Availability Medical Care Reimbursement, and Delivery of Physician Services: Some Evidence from the Medicaid Program". *The Journal of Human Resources*, 10(3): 378-402, Summer 1975.
19. Parker, A. W., op. cit.; and Sloan, F. A. "Access to Medical Care and the Local Supply of Physicians". *Medical Care*, 15(4): 338-346, April 1977.
20. Zola, I. K. and Mckinlay, J. B. (eds.), "Organizational Issues in the Delivery of Health Services". New York, Prodist, 393 pp., 1974.
21. Deihl, P., Jackson, K. O., and Boscha, M. V. "Access to Medical Care: The Impact of Outreach Services on Enrollers of a Prepaid Health Insurance Program". *Journal of Health and Social Behavior*, 16: 326-340, September 1975.
22. Reynolds, R. A. "Improving Access to Health Care among the Poor --- The Neighborhood Health Center Experience". *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*. pp. 47-82, Winter 1976.
23. Mckinlay, J. B. "Some Approaches and Problems in the study of the Use of Services --- An Overview". *Journal of Health and Social Behavior*. 13: 115-152, June 1972.
24. Anderson, J. G. "Health Services Utilization: Framework and Review". *Health Services Research*, pp. 184-199, Fall 1973.
25. Aday, L. A. and Anderson, R. "A Framework for study of Access to Medical Care". *Health Services Research*, pp. 208-220, Fall 1974.
26. Bice, T. W., Eichhorn, R. L., and Fox, P. D., op. cit., Bice, T. W. "Medical Care for the Disadvantaged: Report on a Survey of Use of Medical Services in the Baltimore Standard Metropolitan Statistical Area, 1968-1969". Department of Medical Care and Hospitals, The Johns Hopkins University.
27. Feldstein, P. T. "Research on the Demand for Health Services". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(July): 128-162, 1966.
28. Anderson, R. and Benham, L. "Factors affecting the Relationship between

- Family Income and Medical Care Consumption" in Klarman, H. E. (ed.), "Empirical Studies in Health Economics", Baltimore, The Johns Hopkins Press.
29. Rosenthal, G. "Price Elasticity of Demand for Short-term General Hospital Services" in Klarman, H. E. (ed.), op. cit.
  30. Battistella, R. M. "Factors associated with Delay in the Initiation of Physicians' Care among Late Adulthood Persons". *American Journal of Public Health*, 61(July): 1348-1361, 1971.
  31. Davis, K. and Reynolds, R. "Medicare and the Utilization of Health Care Services by the Elderly". *The Journal of Human Resources*, 10:361-377, Summer 1975.
  32. Bice, T. W., op. cit.; Anderson, R. and Newman, J. "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51(Winter): 95-124, 1973.
  33. Anderson, O. W. and Anderson, R., "Patterns of Use of Health Services" in Freeman, H. et al. (eds.), "Handbook of Medical Sociology". Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1972.
  34. Donabedian, A. "Effects of Medicare and Medicaid on Access to and Quality of Health Care". *Public Health Reports*, 91(4):322-331, July-August, 1976.
  35. Bice, T. W. et al. "Economic Class and Use of Physician Services". *Medical Care* (July-August):287-296, 1973.
  36. Okada, L. W. and Sparer, G. "Access to Usual Source of Care by Race and Income in Ten Urban Areas". *Journal of Community Health*, 1(3): 163-174, Spring 1976.
  37. Action, J. P., op. cit., Inman, R. P. "The Family Provision of Childrens' Health: An Economic Analysis". in Rosett, R. N. (ed.) "The Role of Health Insurance in the Health Services Sector". New York, National Bureau of Economic Research, pp.215-254, 1976.
  38. Holahan, J., op. cit; and Sloan, F. A., op. cit.
  39. Okada, L. M. and Sparer, G., op. cit.; Aday, L. A. "Economic and Non-economic Barriers to the Use of Needed Medical Services". *Medical Care* 13: 447-456, 1975.
  40. Phelps, C. E. and Newhouse, J. P. "Effect of Coinurance: A multivariate Analysis". *Social Security Bulletin*, 35(June): 20-28, 44, 1972.
  41. Levenson, I, "Access to Medical Care: The Queensbridge Experiment". In-

- quiry. 9(June):61-68, 1972.
42. Bice, T. W., op. cit.
  43. Anderson, R., op. cit.; Ludwig, E. G. and Gibson, G. "Self Perception of Sickness and the Seeking of Medical Care". *Journal of Health and Social Behavior*, 10(June):125-133, 1969.
  44. Bellin, S. S. and Geiger, H. J. "The Impact of a Neighborhood Health Center on Patient's Behavior and Attitudes Recating to Health Care: A study of a Low-income Housing Project". *Medical Care*, 10(May-June): 224-239, 1972.
  45. Fabrega, H., Jr. and Roberts, R. E. "Social Psychological Correlates of Physician Use by Economically Disadvantaged Negro Urban Residents". *Medical Care*, 10(May-June):215-223, 1972.
  46. Aday, L. A. and Anderson, R., op. cit.
  47. Donabedian, A. "Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50:103-154, October 1972.
  48. Richardson, W. C. "Ambulatory Use of Physicians' Services in Response to Illness Episodes in a Low-income Neighborhood". Research Series No. 29, Chicago, Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1971.
  49. Taylor, D. G., Aday, L. A. and Anderson, R., "A Social Indicator of Access to Medical Care". *Journal of Health and Social Behavior*, 16(1):39-49, March 1975.
  50. Salkever, D. S. "Economic Class and Access to Medical Care". *International Journal of Health Services*, 1975.
  51. Davis, K. and Reynolds, R. "The Impact of Medicare and Medicaid on Access to Medical Care". in Rosett, R. N. (ed.), "The Role of Health Insurance in the Health Services Sector". New York, National Bureau of Economic Research, pp. 391-425, 1976.
  52. See Aday, L. A., op. cit.
  53. Anderson, R. "The Public View of the Crisis in Medical Care: An Impetus for Changing Delivery System?". *Economic and Business Bulletin*, 24:44, Fall 1971.
  54. Bergen, S. S. "The Crisis in Access". *Archive of Internal Medicine*, 136: 721-724, June 1976.

55. Battistella, R. M. "The Right to Adequate Health Care". *Hospital Progress*, 55:36-41, December 1974.
56. Haggerty, R. J. "Who Will Monitor Access?". *Pediatrics*, 57: 169-170, February 1976.
57. Fried, C. "An Analysis of Equality and Rights in Medical Care". *Hospital Progress*, 57:44-49, February 1976.
58. Oatka, G. "Social Justice and Equal Access to Health Care". *Perspectives in Biology and Medicine*, 18:185-203, Winter 1975.
59. Siedl, V. W. "Quality for Whom? Effects of Professional Responsibility for Quality of Health Care on Equity". *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 52:164-176, January 1976.
60. Aday, L. A. and Eichhorn, R. "The Utilization of Health Services: Indices and Correlates". DHEW publication No. (HSM) 73-3003, 1972, 105pp.
61. See Fried, C., op. cit.
62. Spitzer, W. O. and Brown, B. P. "Unanswered Questions about the Periodic Health Examination". *Annals of Internal Medicine*, 83: 257-263, 1975.
63. Shapiao, S., German, P. S., Salkever, D. S., Skinner, E. A., Chase, G. A., Eauber, A. G., Vollmer, M., and Horky R., "East Baltimore Community Study: Final Report". Baltimore, Health Services Research and Development Center, The Johns Hopkins Medical Institutions, May 1977 (mimeographed)
64. Salkever, D. S., German, P. S., Shapiro, S., Horky, R. and Skinner, E. A., "Episodes of Illness and Access to Care in the Inner City: A Comparison of HMO and non-HMO populations". *Health Service Research*, 11:252-270, Fall 1976.
65. German, P. S., Skinner, E. A., and Shapiro, S., "Ambulatory Care for Chronic Conditions in an Inner-city Elderly population". *American Journal of Public Health*, 66:660-666, July 1976.
66. Lan, C. F., "Time Costs, Organization of Services, and the Use of Ambulatory Health Care among the Urban Poor". Dr. P. H. Thesis, The Johns Hopkins University, February 1978.
67. Lan, C. F., "The Concept and Significance of Access to Medical Care" *Annual Report of Social Insurance*, 3:126-136, July 1978.
68. Lan, C. F., "The Determinants of the Utilization of Personal Medical Services" *Annual Report of Social Insurance*, 4:77-81, July 1979.

69. 藍忠孚，“健康是人生的目的，也是人生的手段”，於高希均主編“大家關心生活素質”，明德基金會生活素質中心，1980，pp.71～75。
70. 藍忠孚，“醫療環境之演變及其衝激”，臨床醫學，5：7～9，1980。
71. 藍忠孚，“邁向更好的醫療保健服務體系——論社會大眾，醫療人員和政府機構之期望與調和”，陳故恩師拱北逝世三週年紀念演講，1981。
72. 藍忠孚，“市鄉居民尋求門診醫療服務的主要障礙之比較研究”國科會研究報告，1980。