

農村醫療需求之調查研究

第 I 報：農村醫療行為、疾病型態，醫療費用以及 參加預付醫療保險制度意願之初步探討

張永源* 張博雅* 張坤崗**

謝獻臣* 王金茂***

為探討農村地區居民的醫療需求，特選定屏東縣高樹鄉，從民國 71 年 8 月 30 日至 9 月 8 日，以多段、系統隨機抽樣方法，共計調查 1,008 戶（佔抽樣家戶之 98.25 %），完成個人健康檢查 2,834 人（佔抽樣健檢人數之 71.31 %）。調查結果如下：

1. 未加入健康保險家戶佔 89.98 %，而最近一月內 184 位病患中未加入健康保險者佔 95.10 %。
2. 家戶自覺有病最常使用的求醫方式是找西醫，佔 71.66 %；其次是至西藥房購買成藥，佔 23.13%。家戶社會經濟地位愈高者，找西醫看病的比例也愈高。
3. 家戶在本鄉平均每看一次病或買一次藥花費約 153 元，至外地屏東地區看病之平均花費是 214 元，顯著高於在本鄉之花費（不包括來回之旅費）；其他如至高雄及高屏以外地區看病之花費也高於本鄉及屏東。
4. 病患一月內求醫地點以選擇診所最多，佔 44.56 %；其次是醫院，佔 29.35 %。平均每人一月內求醫次數以中醫（含中藥房）最多，3.6 次；其次是醫院、診所，各為 3 次。平均每人每次求醫所花時間以至醫院看病最久，平均 2.78 小時；其次是至診所，平均 2.39 小時。平均每人每次求醫費用，以醫院最貴，400 元/次；其次是中醫，300 元/次；再其次是診所，180 元/次；西藥房是 70 元/次。
5. 平均每人每日之住院費用是 4,500 元；每次平均之住院時間為 9.5 天。最近一月內婦女生育場所以在醫院最多，佔 43.10 %；其次是在他鄉診所，佔 20.68 %。生育費用以 3,000 至 6,000 元/次的比例最高，佔 48.28 %；其次是 3,000 元以下，佔 36.21 %。
6. 最近一月內患病之 184 位居民，以罹患循環器系疾病佔第一位（19.02 %），消化器系疾病佔第 2 位（17.93 %）；呼吸器系疾病佔第 3 位（17.39 %）。測量 2,157 位 15 歲以上居民血壓之結果，發現高血壓之罹患率為 15.72 %。若將長期在外求學與年輕工作者也一併考慮在內，則實際 15 歲以上高血壓之罹患率應略低於 15.72 %。經年齡標準化後，男性 15 歲以上高血壓之罹患率為 11.29 %，女性為 10.62 %。

* 私立高雄醫學院公共衛生學科

** 行政院農業委員會

*** 行政院顧問



7. 以預付健康保險方式，每戶每人每月固定收保險費 100 元，而願意加入在本鄉新設置醫療單位門診的家戶佔 71.43 %；如固定收保險費 200 元，願意加入新醫療單位門診與住院的家戶佔 51.89 %。

8. 家戶各項收入與支出調查結果，平均每戶每人每年收入為 32,692 元，支出為 25,138 元，比行政院主計處 71 年統計平均農家每人所得 60,003 元，支出 30,953 元及台灣省家庭收支調查報告平均每人每年所得 44,949 元，支出 26,928 元要低。醫療保健費用支出，每戶每年約 6,000 元，平均每人約 1,154 元，佔總消費支出的 4.59 %，此數字比台灣省家庭收支調查報告平均每人醫療保健支出 1,425 元，也要低些。

前 言

農村地區由於醫療設施及衛生人力較為不足的情況下，居民無法享受到較為妥善的醫療保健服務。加以近年來農村地區的生活水準逐漸提高，導致居民對醫療需求的量與質也不斷增加，向都市求醫的情形愈來愈多。Sawyer D.O. 等^① 1982 年提出醫療服務資源上的差異會影響到居民所能獲得的醫療服務；同時醫療服務場所的分布位置亦會影響到居民利用情形與享受服務的品質，當然也會影響到求醫行為。都市因醫療資源集中，造成大多數年輕醫師意願在都市執業。以致形成醫師人力分布不均的問題。政府早注意於此也已提出幾項因應措施，如區域性醫療保健網^② 的建立，由各分區醫療機構與附近醫學院合作，負責保健、醫療、教育、訓練與研究工作；加強農村地區四年保健計畫^③ 的實施，整修或新建衛生所，增建醫師宿舍，增添醫療設備；研議開辦農民健康保險。此外如台大醫院醫師支援澳底社區的醫療保健站^{④⑤}；榮總醫師的支援四湖鄉衛生所^⑥；省立南投醫院支援鹿谷鄉農會診所^⑦；青輔會運用「輔助青年創業辦法」與「協助充實醫療設備及輔導青年醫事人員創業貸款」，鼓勵年輕醫師下鄉^⑧；加上現行衛生署在全省設立群體醫療執業中心與社區基層保健服務中心計畫，都是用以解決農村或偏遠地區無醫師駐診衛生所的醫療保健問題。根據聯合國世界衛生組織衛生人力政策目標所涵蓋的範圍^⑨，亦特別提出鄉村地區應以提供基層醫療保健照護（primary health care）為主要的服務目標。

近年來先進國家所推動的健康維護組織（H.M.O.），其依據的原理亦是以社區為對象，提供基層醫療服務^⑩，以預付制度來統合保健與醫療工作，由社區民眾來加入健康保險。這就是所謂研擬自助式的社區醫療保健團體，提供基層醫療保健服務，以滿足社區居民的醫療保健需求。

目前有關醫療保健需求的調查報告雖然很多，但尚未有一純農村地區討論農民醫療需求的研究報告。本調查研究目的希望透過基層農會組織的力量，從農村醫療行為、疾病型態、醫療保健消費支出以及參加預付醫療保健制度意願等方面加以調查分析及研討有關農村居民醫療保健需求之實況，供有關衛生及農業部門的參考，亦可作為家庭醫學教學上的參考。

材料與方法

（一）調查地區之選定

因考慮調查地區之人口數，醫師人力，交通以及鄉公所、農會、衛生所等有關單位之配合情形，最後從屏東縣里港、高樹、塩埔三個鄉選定高樹鄉做為試驗性調查地區。有關高樹鄉人口、衛生資源與地理位置等資料^⑪，請參看圖 1、圖 2 與表 1-a，表 1-b 及表 1-c。

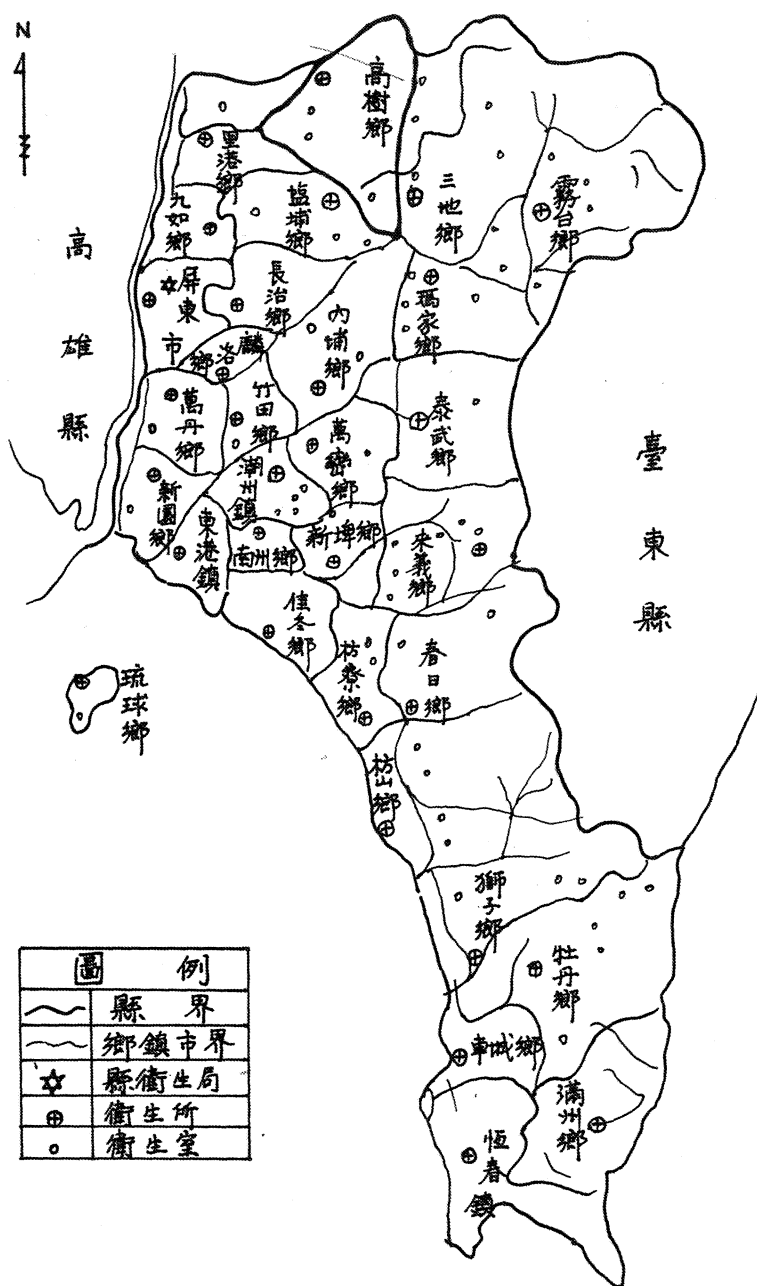


圖 1 屏東縣行政區域位置圖

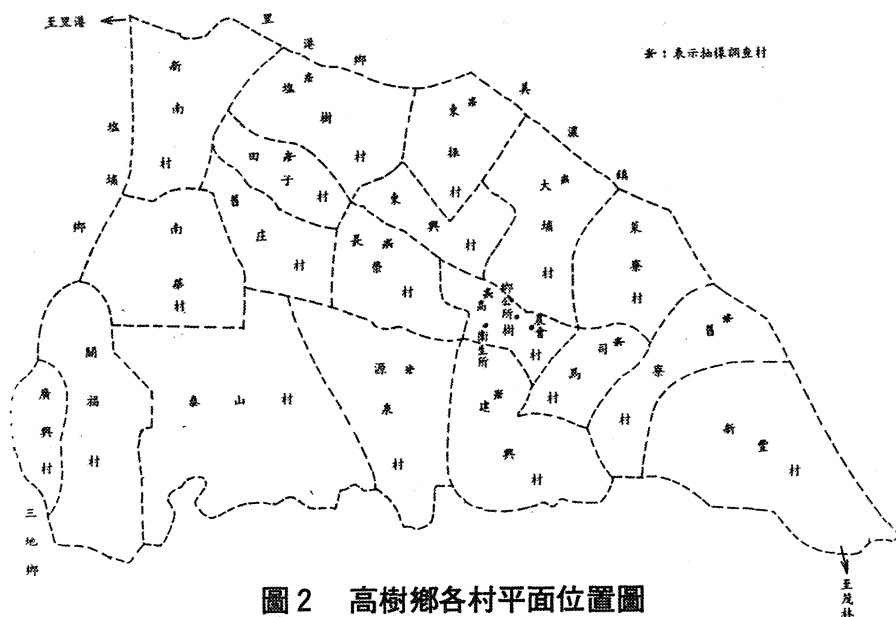


圖2 高樹鄉各村平面位置圖

表1-a 高樹鄉人口基本資料：抽樣戶數

村數	總戶數	人口數	抽樣村數	抽樣戶數	完成抽樣調查戶數	拒絕戶數	完成調查率(%)
19	6,706	34,899	10	1,026	1,008	18	98.25

註：調查遇空戶時，一律採取以左鄰之戶遞補

表1-b 高樹鄉人口基本資料：健康檢查人數

應健檢人數	可健檢人數	實際接受健檢人數	拒絕健檢人數	實際完成健檢率(%)
5,242	3,974	2,834	140	71.31

註：應健檢人數扣除長期在外求學、工作者，即為可健檢人數；

可健檢人數再扣除嬰幼兒，以及拒絕健檢人數，即為實際接受健檢人數。

表1-C 高樹鄉衛生人力資料

開業診所數	醫師	醫師與人口比例數	牙醫師	藥師	公共衛生護士	助產士
7	7	1:4271	0	1	0	5

註：醫師、牙醫師、藥師人數均指有加入公會，登記有案者。

高樹鄉衛生所主任於71年6月逝世後即懸缺至現在。

(二)調查問卷設計、調查期間及調查進行方式

問卷計分四部分：1 農村醫療需求調查表 2 家戶個人健康檢查表 3 病患調查表 4 生育調查表
。問卷內容自民國七十一年四月即完成設計，中間並經過四次的討論、修改，至七十一年八月由

兩位醫學系六年級學生先行至調查地區對當地 30 戶家戶進行預測調查，携回後將部分未妥善題目略為修改後定稿。

調查方式係先行集體隨機抽樣 (cluster random sampling)，再行多段隨機與系統隨機抽樣法 (multi-stage random sampling and systematic random sampling)^⑪，依村、鄰、戶之順序，由全鄉 19 村中抽出 10 村，1,026 戶，扣除拒訪，實際完成調查家戶有 1,008 戶，個人健康檢查 2,834 人。

調查期間自民國 71 年 8 月 30 日至 9 月 8 日，為期 10 天，由高雄醫學院醫學系六年級 20 名學生進行。每兩人一組，每組各負責一個村，其中一人進行家戶醫療需求問卷調查，另一人進行個人健康檢查與患病、生育調查。調查前並請專家做為期一天半的問卷調查講習訓練。每組學生彼此相互問詢至熟悉內容與統一問話為止。調查期間為求獲得當地居民之合作，由高雄醫學院附設中和紀念醫院派出內、兒科醫師、護士、藥師組成各村免費巡迴醫療服務隊與問卷調查配合。初步調查結果如下：

結 果

(一)抽樣家戶人口資料特性

問卷調查家戶主要以戶長為主，戶長不在時以能熟悉並能代表家中情況者為對象。家戶之社會經濟地位之分類^⑫係依據職業、教育程度、居住環境、住宅設備、家庭生活費用主要來源五項，每項依程度之不同而給予 1，2，3，4，5 分。程度最高者給 5 分，最低者給 1 分，五項總分做為社會經濟地位得分的指數。依此再將社會經濟地位區分為上社經地位 (17 - 25 分)，中社經地位 (13 - 16 分)，下社經地位 (5 - 12 分)。

由表 2 家戶的人口與社會背景資料的分布中可看出以男性 (佔 77.48%)，年齡在 45 歲至 54 歲 (佔 28.47%)，國小教育程度 (佔 28.87%)，半熟練技能工作者如農夫 (佔 77.88%)，已婚 (佔 84.03%)，中家庭 (夫婦與子女同住，佔 56.65%)，中社會經濟地位 (佔 58.63%)，居住於擁擠環境 (佔 38.69%)，住宅設備中等 (佔 56.94%)，家庭生活費用主要來源靠薪資或農商營利所得 (佔 83.43%) 最多。

(二)家戶與病患參加健康保險類別及與家戶社經地位之關係

如表 3 所示，家戶中有 89.98% 未加入健康保險。病患之統計係依據病患自我陳述自 71 年 7 月 30 日至 9 月 8 日最近一月內所罹患各項系統的疾病結果。184 位病患 95.10% 並未加入健康保險，表示居民平日看病多以看完病即付醫療費用 (fee-for-service) 方式。

如表 4 所示家戶有投保與未投保健康保險和社經地位有顯著關係存在 ($\chi^2 = 57.13$ ， $d.f. = 2$ ， $P < 0.001$)，社經地位愈高，投保比例也愈高。

(三)家戶就醫方式與社會經濟地位之關係

家戶就醫方式是以其平日身體不舒服或生病時最常採用方式作單一的選擇。如表 5 所示，以選擇至私人醫院診所看病比例最高，佔 68.15%；其次是至西葯房購買成葯，佔 23.13%。若將至公立醫院、私人醫院診所、衛生所看病的合併為西醫，則看病求西醫的佔 71.66%。將就醫方式合併分類為公立醫院、私人醫院診所、西葯房及其他 (其他是包括看中醫師、自找草葯服用

表 2 抽樣家戶人口與社會背景資料之特性(N=1008家戶)

特 性 項 目	戶 數	%	特 性 項 目	戶 數	%	特 性 項 目	戶 數	%
性 別			婚 姻 狀 態			住 宅 設 備		
男	781	77.48	單 身	57	5.65	惡 劣	13	1.29
女	227	22.52	已 婚	847	84.03	不 佳	375	37.20
年 齡			離 婚	13	1.29	中 等	574	56.94
≤24	17	1.69	喪 偶	91	9.03	豪 華	44	4.36
25-34	122	12.10				極 豪 華	2	0.00
35-44	219	21.73	家 庭 型 態			家 庭 生 活 費 用		
45-54	287	28.47	一 世 代			主 要 來 源		
55-64	220	21.83	(核 心 家 庭)	122	12.10	靠 救 濟	51	5.06
265	143	14.19	二 世 代			靠 工 資	103	10.22
教 育 程 度			(中 家 庭)	571	56.65	靠 薪 資 或	841	83.43
未 受 教 育	119	11.81	三 世 代 以 上			農 商 營 利		
識 字	28	2.78	(大 家 庭)	315	31.25	靠 利 息 津 貼	11	1.09
國 小	291	28.87	社 會 經 濟 地 位			有 大 財 富	2	0.00
初(國)中	240	23.81	上 社 經 地 位	81	8.04			
高中(職)	235	23.31	中 社 經 地 位	591	58.63			
大專以上	95	9.42	下 社 經 地 位	336	33.33			
職 業			居 住 環 境					
非技術性	84	8.33	貧 民 區	12	1.19			
半熟練技能	785	77.88	不 良 區	317	31.45			
熟練技能	103	10.22	擁 擠 區	390	38.69			
次專業性	28	2.78	良 好 區	288	28.57			
專 業 性	8	0.01	高 級 區	1	0.00			

表 3 抽樣家戶與最近一月內病患參加健康保險類別百分比分布

抽 樣 家 戶	N		最 近 一 月 內 抽 樣	N	%
健 康 保 險 類 別			家 戶 病 患 健 康 保 險 類 別		
公 保	41	4.06	公 保	3	1.63
勞 保	39	3.87	勞 保	4	2.17
漁 保	11	1.09	漁 保	0	0.00
軍 保	10	0.99	軍 保	2	1.09
未 投 保	907	89.98	未 投 保	175	95.10
計	1,008	99.99	計	184	99.99

表4 家戶參加健康保險類別與社經地位之關係

健康保險類別	上社經地位		中社經地位		下社經地位		合計	
	戶數	%	戶數	%	戶數	%	戶數	%
公保	21	25.93	17	2.88	3	0.90	41	4.06
勞保	5	6.17	29	4.91	5	1.49	39	3.87
漁保	0	0.00	5	0.80	6	1.78	11	1.09
軍保	1	1.23	5	0.80	4	1.19	10	0.99
未投保	54	66.67	535	90.52	318	94.64	907	89.98
合計	81	100.00	591	99.91	336	100.00	1,008	99.99

$\chi^2 = 57.13$, d.f. = 2, $P < 0.001$ (健康保險祇分類為有投保與未投保)

表5 家戶生病時選擇就醫方式與社會經濟地位之關係

就醫方式		上社經地位		中社經地位		下社經地位		合計	
		N	%	N	%	N	%	N	%
西醫	公立醫院	6	8.33	14	2.46	6	1.85	26	2.69
	私人醫院診所	51	70.83	403	70.95	203	62.65	657	68.15
	衛生所	1	1.38	2	0.35	5	1.54	8	0.82
	中醫師	0	0.00	17	2.99	2	0.61	19	1.97
	無牌照醫師	0	0.00	1	0.17	2	0.61	3	0.31
	西葯房購買成葯	14	19.44	121	21.30	88	27.16	223	23.13
	自找葯草服用	0	0.00	6	1.05	4	1.23	10	1.03
	寄放家中葯包	0	00.00	1	0.17	7	2.16	8	0.82
	求神拜佛	0	00.00	3	0.53	7	2.16	10	1.03
合計		72	100.00	568	100.00	324	100.00	964	100.00

註：就醫方式合併為公立醫院、私人醫院診所、西葯房及其他四種， $\chi^2 = 21.10$, d.f. = 6, $P < 0.01$

陳氏 62 年中華民國台灣地區衛生人力需求調查，看西醫佔 39%，找西葯房或密醫佔 47.3%

王氏 60 年台北縣新莊居民社區衛生需要調查，看西醫佔 77.3%，找西葯房佔 19.2%

，服寄放家中葯包與求神拜佛）四種與社經地位分析的結果顯示有極密切之關係（ $\chi^2 = 21.10$ ，d.f. = 6， $P < 0.01$ ），即社經地位愈高，尋求西醫方式的比例也愈高。

(四)家戶就醫方式、就醫花費與就醫地區之關係

家戶就醫地區大致分為本鄉與外地就醫。而外地就醫是包括屏東、高雄及高屏以外地區。由

表 6 所示家中求醫方式與就醫地區有顯著關係存在 ($\chi^2 = 212.98$, d.f. = 3, $P < 0.001$)。因本鄉可利用的醫療資源只有診所及西葯房較多，因此在本鄉診所及西葯房就醫的比例也較高；而公立醫院只有外地如屏東及高雄才有，因此外地就醫在公立醫院的比例也較高。又如表 7 所示在本鄉平均看一次病或買一次葯的醫療費用約 146.2 元；在屏東地區約 214.3 元；在高雄地區

表 6 家戶求醫方式與就醫地區之關係

就 醫 方 式	本 鄉 就 醫		外 地 就 醫		合 計	
	人 數	%	人 數	%	人 數	%
公立醫院	3	0.34	25	24.51	28	2.88
私人醫院、診所	610	70.03	63	61.76	673	69.17
西 葯 房	219	25.14	3	2.94	222	22.82
其 他	39	4.48	11	10.78	50	5.14
合 計	871	99.99	102	99.99	973	100.01

$$\chi^2 = 212.98, \text{d.f.} = 3, P < 0.001$$

表 7 家戶看一次病或買一次葯平均花費與就醫地區之關係

看一次病 或 買一次葯 平 均 花 費	就 醫 地 區									
	本 鄉		屏 東		高 雄		其 他		合 計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<50	158	18.47	10	13.69	2	28.57	2	28.57	172	18.25
50- 99	99	11.57	4	5.47	0	0.00	0	0.00	103	10.93
100-149	324	37.89	16	21.91	1	14.28	0	0.00	341	36.19*
150-199	196	22.92	5	6.84	1	14.28	1	14.28	203	21.54
200-249	47	5.49	12	16.43	1	14.28	2	28.57	62	6.58
250-299	8	0.93	7	9.58	1	14.28	1	14.28	17	1.80
≥300	23	2.69	19	26.02	1	14.28	1	14.28	44	4.67
合 計	855	100.00	73	100.00	7	100.00	7	100.00	942	100.00
Mean ± SD	146.2 ± 50.5		214.3 ± 78.2		220.0 ± 71.6		240.0 ± 48.7		152.8 ± 57.2	

註：50 元以下之花費大多數係公勞保之掛號費，故不列入平均花費之統計。

因高雄與其他兩就醫地區人數過少，故僅比較本鄉與屏東： $t = 9.71$, d.f. = 758, $P < 0.001$

更高，約 220 元。高屏以外其他地區最高，約 240 元（後兩地區就醫家戶過少，無代表性，僅供參考而已）。如僅就本鄉與屏東兩就醫地區比較平均每次醫療花費結果，顯示兩地有相當差異（

$t = 9.71$, $d.f. = 758$, $P < 0.001$) , 而外地就醫所花醫療費用並未包括來回路程的交通花費。

(五)居民患病求醫地點、次數、花費時間、醫療費用之情形

由調查期間病患最近一月內的患病記錄表得知病患的求醫地點，求醫次數，求醫花費時間以及求醫費用。如表 8 所示，求醫地點以至診所比例最高，佔 44.56 %；其次是醫院，佔 29.35 %；再其次是西葯房，佔 11.41%。平均每人一月內之求醫次數，醫院與診所均各為 3 次；看中醫或中葯房是 3.6 次；西葯房反而偏低，只有 2.5 次，或許礙於體面關係而未據實以報所致。平均每次求醫時間以醫院最長，約 2.78 小時，診所次之，約 2.39 小時；中醫約 1.95 小時。平均

表 8 最近一月內家戶患病求醫地點、求醫次數、求醫時間及門診求醫費用統計

求醫地點	求醫人數 n=184	%	一月內求醫次數	平均每人一月內求醫次數	平均每人每次求醫時間(小時)	平均每人每次門診求醫費用
醫院	54	29.35	122	3*	2.78	400*
診所	82	44.56	357	3*	2.39	180*
衛生所	1	0.50	3	(人數太少)	1.00	40
中醫 (含中葯房)	14	7.61	26	3.6	1.95	300*
西葯房	21	11.41	51	2.5*	0.72	70*
無牌照醫師	-	-	-	-	-	-
其他	6	3.26	4	3	1.00	388
未回答	6	3.26				

註：*：中位數值；未作記號者表平均數

表 9 最近一月內病患住院時間與住院費用之分佈

住院時間	N	%	平均每人每次住院日數	住院費用(元)	N	%	平均每人每日住院費用
< 7 天	7	26.92	平均住院日數(中位數)為 9.5 天	< 5000	1	5.88	平均每人每日住院費用(中位數)為 4500 元
7 天—	14	53.85		5000—	6	35.29	
1 月—	4	15.38		10000—	6	35.29	
6 月—	0	0.00		100,000—	3	17.65	
≥ 12 月	1	3.85		200,000—	0	0.00	
				300,000—	0	0.00	
				2400,000	1	5.88	
合 計	26	100.00		合 計	17	100.00	

每次門診求醫費用以至醫院花費最貴，約 400 元；其次是看中醫（含中藥房），約 300 元；再其次是診所，約 180 元；西藥房約 70 元。上述看病所花時間並未包括往返路上所花時間，就醫花費同樣也未包括往返路程之交通費。最近一月至衛生所看病只有一人，可能係因衛生所主任剛過世不久，無醫師可看病所致，因此至衛生所求醫費用只有 40 元，較不正確。值得注意的是在農村地區病患至中醫師看病或至中藥房取藥，每次的求醫費用並不在診所之下，甚至與至醫院看病差不多。

如表 9 所示，26 位最近一月內病患住院時間平均為 9.5 天（中位數），平均每人每日的住院費用是 4,500 元（中位數）。

(六) 家戶自覺健康狀態、疾病型態與尿液檢查結果

利用個人健康檢查記錄表所列項目對家戶成員測量血壓，以驗尿試紙做尿液定性分析，以及各疾病系統主觀地自覺症狀陳述。由表 10 所示，大多數家戶自覺健康狀況良好或普通，只有 16.37 % 家戶自覺身體差常生病。表 11 所示為居民於調查期間最近一月內記憶較清晰時所做的罹病統計，依 1975 年版國際疾病分類（ICD, 1975）的標準，並按患病百分比之高低順位排列，結果為患病百分比以循環器系疾病佔第一位（19.02 %）；消化器系疾病佔第二位（17.93 %）；呼吸器系疾病佔第三位（17.39 %）。此結果之順位與其他學者所做調查略有出入，可能因調查地區，調查季節以及調查對象職業之不同而有差異。

表10 家戶自覺健康狀態之情形

自覺健康狀態	戶數	%
良好、健康	431	42.76
普通	412	40.87
身體差，常生病	165	16.37
合計	1,008	100.00

表 12 所示，尿液檢查結果以尿胆素元呈現的陽性率（+ ~ ++++）最高，佔 11.24 %；而以尿糖的陽性率（+ ~ +++）最低，佔 2.79 %。這只是初步粗略篩檢的定性分析而已，欲得較精確尿液檢查結果，仍有待實驗室的檢查。

表 13 係依據 W.H.O. 血壓之分類標準，以瞭解農村地區居民高血壓的罹患率。如表 13 所示，15 歲以上居民高血壓的罹患率是 15.72 %，因此資料並未包括長期在外求學以及在外工作的年輕者，若考慮在內，則實際高血壓的罹患率會略低於 15.72 %。若以高樹鄉 69 年底 15 歲以上之人口數做為標準人口，經年齡標準化後，得男性之罹患率為 11.29 %；女性為 10.62 %，比男性略低。

表11 高樹鄉最近一月內抽樣調查病患居民疾病分類(患病人數N=184人)

疾 病 分 類 (按 ICD 1975 版)	各 類 疾 病 患 病 人 數	合 計 患 病 人 數	百 分 比 (%)	順 位
I. 傳染病及寄生蟲病	腮腺炎(1)、肺結核(4)	5	2.72	10
II. 贅 瘤	肝癌(1)、胃癌(1)	2	1.09	12
III. 內分泌、營養及新陳代謝疾病	甲狀腺炎(1)、甲狀腺腫(1)、甲狀腺亢進(1)、DM(2)	15	8.15	5
IV. 精神違常	精 神 病(6)	6	3.26	9
V. 血液及造血器疾病	貧 血(2)	2	1.09	12
VI. 神經系及感覺器疾病	神經痛(8)、全身麻痺(1)半身、左肩酸痛(2)、胸痛(2)、手心出汗(1)、眼翳(1)、耳鳴(1)、白內障(4)、盲(1)	19	10.33	4
VII. 循環器系疾病	高血壓(2)、腦血管疾病(4)、心臟病(9)	35	19.02	1
VIII. 呼吸器系疾病	氣管及支氣管炎(5)、咳嗽(3)、慢性鼻炎(2)、支氣管肺炎(2)、氣喘(4)、呼吸困難(1)、感冒(14)、扁桃腺炎(1)	32	17.39	3
IX. 消化器系疾病	胃潰瘍(1)、肝炎(6)、胆囊炎(1)、十二指腸潰瘍(6)、胆結石(1)、胃腸炎、胃炎、胃下垂、胃病(7)、胃出血(2)、盲腸炎(6)	33	17.93	2
X. 泌尿生殖系統疾病	腎炎(1)、腎結石(4)、膀胱炎(2)、腎病(1)、腎水腫(1)、子宮切除(2)、膀胱結石(1)、子宮炎(1)、卵巢囊腫(1)	14	7.61	6
XI. 皮膚及皮下組織疾病	腳癬(2)、皮膚病(3)	5	2.72	10
XII. 骨骼、筋及結締組織疾病	關節炎(4)、骨軟骨瘤(1)、骨關節脫臼(1)、骨折(1)	7	3.80	8
XIII. 診斷不明確疾病	發燒(2)、倦怠(1)、食慾不振(1)、頭痛(6)、腦神經衰弱(1)	11	5.98	7
XIV. 意外及中毒	腳外傷(1)、葯物中毒(1)、腦震盪(1)	3	1.63	11

註：表中患病人數 184 人僅限於民國 71 年 7 月 30 日至 8 月 29 日期間生病者的統計人數，抽樣人口數為 5,283 人，實際可接受健檢人數為 3,974 人（1,309 人係長期在外工作或求學者）實際健檢人數為 2,780 人，一月內罹患病人數之百分比為 6.62 %。

註：陳氏 62 年台灣地區衛生人力需求調查結果：居民自覺疾病以呼吸系疾病最多，其次是消化系疾病。67 年台灣地區公私立醫院、診所與傷害調查報告中，農民以消化器系疾病最多。

表12 居民尿液以驗尿試紙定性篩檢結果

檢 查 項 目	人 數	%	檢 查 項 目	人 數	%
尿 胆 素 元			尿 蛋 白		
±	2,323	88.76	—	1,827	69.81
+~++++	294	11.24	±	649	24.80
合 計	2,617	100.00	+~++++	141	5.39
尿 潛 血			合 計	2,617	100.00
—	2,524	96.45	尿 糖		
+~+++	93	3.55	—	2,544	97.21
計	2,617	100.00	+~++++	73	2.79
尿 P H			合 計	2,617	100.00
6~8	2,511	95.95			
≤5 ; ≥9	106	4.05			
合 計	2,617	100.00			

表13 高樹鄉抽樣健檢居民性別、年齡之血壓分類分布

年 齡	男					女				
	正 常	邊際高血壓	高血壓	計		正 常	邊際高血壓	高血壓	計	
	N %	N %	N %	N %		N %	N %	N %	N %	
15-24	130 84.42	22 14.29	2 1.30	154 100.00		131 86.75	16 10.60	4 2.65	151 100.00	
25-34	118 74.68	29 18.35	1 6.96	158 100.00		152 85.39	22 12.36	4 2.25	178 100.00	
35-44	132 70.59	34 18.18	21 11.23	187 100.00		145 80.56	23 12.78	12 6.67	180 100.00	
45-54	159 60.46	53 20.15	51 19.39	263 100.00		162 63.53	48 18.82	45 17.65	255 100.00	
55-64	91 51.12	35 19.66	52 19.20	178 100.00		93 48.44	48 25.00	51 26.56	192 100.00	
≥ 65	65 49.24	30 22.73	37 28.03	132 100.00		59 45.74	21 16.28	49 37.98	129 100.00	
合 計	695 64.83	203 18.94	174 16.23	1072 100.00		742 68.39	178 16.40	165 15.21	1085 100.00	

註：血壓之分類係根據 1959 年 W·H·O. 之標準分類：

正常血壓：收縮壓 < 140 mmHg；邊際高血壓：收縮壓 140—159 mmHg；高血壓：收縮壓 ≥ 160 mmHg
舒張壓 < 90 mmHg；舒張壓 90—94 mmHg；舒張壓 ≥ 95 mmHg

15 歲以上抽樣人口數為 4,831 人，扣除長期在外求學、工作者，實際可接受健檢人數為 3,522 人，而實際血壓測量人數為 2,157 人（受檢率 61.24 %）若將長期出外求學、工作者之血壓列入考慮，則 15 歲以上之高血壓症盛行率會略低於 15.72 %。

表13(續) 高樹鄉抽樣健檢居民男女合計之年齡別的血壓分布

計									未接受血壓測量之長期出外求學與年輕工作者等	
年 齡	正 常		邊際高血壓		高血壓		總 計		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
15-24	261	85.57	38	12.46	6	1.97	305	100.00	875	35.17
25-34	270	80.36	51	15.18	15	4.46	336	100.00	636	25.58
35-44	277	75.48	57	15.53	33	8.99	367	100.00	262	10.53
45-54	321	61.97	101	19.50	96	18.53	518	100.00	384	15.43
55-64	184	49.73	83	22.43	103	27.84	370	100.00	179	7.18
265	124	47.51	51	19.54	86	32.95	261	100.00	152	6.11
合 計	1437	66.62	381	17.66	339	15.72*	2157	100.00	2,488	100.00

(七)受檢婦女生育場所及費用之百分比分布

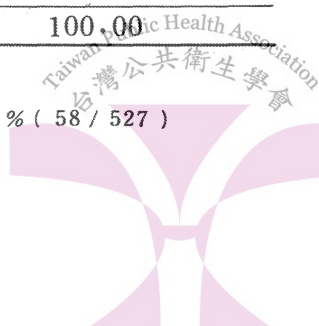
於家戶健康檢查中，若有婦女適值懷孕、坐月子或最近一月內生育剛滿月不久，則進一步問及生育場所與生育費用。如表 14 所示，在最近一月內受孕生育婦女 58 人中生育場所以在醫院比例最高，佔 58.00%；其次是至他鄉診所，佔 20.68%；再其次是至助產士（站），佔 18.97%。該鄉衛生所雖有五位助產人員，但至衛生所生育的比例却相當低，只佔 1.72%，或許是衛生所缺乏接生設備，而大多數由助產士介紹至家裏生育所致。至於生育費用以在 3,000 至 5,999 元之間所佔比例最高，佔 48.28%；其次是 3,000 元以下，佔 36.21%。以接受健檢育齡婦女 527 人來看，最近一月內受孕生育婦女人數經親自調查訪問結果，人數有 58 人，則可預估每月育齡婦女之懷孕率約為 11%，此與台灣省婦幼衛生研究所過去對農村地區育齡婦女懷孕率的調查數字 10% 非常接近。

表14 最近一月內生育婦女生育場所及生育費用百分比分布

生 育 場 所	N	%	生 育 費 用 (元)	N	%
醫 院	25	58.00	< 3,000	21	36.21
本 鄉 診 所	2	3.45	3,000-	28	48.28
他 鄉 診 所	12	20.68	6,000-	5	8.62
衛 生 所	1	1.72	9,000-	1	1.72
助產士(站)	11	18.97	12,000-23,999	0	0.00
居家醫師	0	0.00	24,000-	2	3.45
居家助產士	7	12.07	27,000-30,000	1	1.72
計	58	100.00	計	58	100.00

註：接受健檢育齡婦女人數為 527 人，實際抽樣育齡婦女人數為 1001 人。

最近一月內受孕生育婦女人數為 58 人，預估每月育齡婦女懷孕率為 11.00% (58 / 527)



(八)對預付醫療保險制度加入意願情形

由高雄醫學院研擬一預付醫療保險制度，在高樹鄉設置一較高水準之醫療單位，若每戶每人每月固定收費 100 元（暫定），生病時可至此醫療單位門診並接受定期的醫療保健指導服務；若每戶每人每月固定收費 200 元（暫定），生病需住院時可轉介至屏東或高雄醫學院附設醫院，來徵求農村地區居民的加入意願。結果如表 15 所示，願意加入門診的佔 71.43%，其中有 61.51% 家戶毫不考慮地回答願意；而不願意加入之家戶以不生病，無必要或認為太貴了為理由的僅各佔 4.86% 及 5.36%。願意加入住院之意願佔 51.89%，比加入門診意願百分比低了一些，可能是有些家戶認為每人每月預付 200 元太貴了。進一步探討生病時找醫師看病是找本鄉新設的醫療單位，還是找本鄉原有的診所或屏東地區的診所、醫院，表 15 的結果仍顯示家戶願意在本鄉看病的佔 71.83%。此點說明了農村地區若有好的醫療保健資源，居民是不會捨近而求遠的。

表15 高樹鄉家戶對預付醫療保險制度加入新設置醫療單位之意願百分比分布

每戶每人每月 固定收費 100元，生 病可至新醫 療單位看病 加入意願	N	%	每戶每人每月 固定收費 200 元，生病可至 屏東或高雄找 醫師看病甚至 住院加入意願	N	%	找 醫 師 看 病 意 願	N	%
願 意	620	61.51	願 意	445	44.15	在本鄉新的 醫療單位看 病	724	71.83
願 意 (猶豫後)	100	9.32	願 意 (猶豫後)	78	7.74	在本鄉找原 有醫師看病	10	0.99
不 願 意			不 願 意			找屏東的醫 師、醫院看 病	2	0.20
不生病無必要	49	4.86	太 貴 了	165	16.37	其 他	8	0.79
太 貴 了	54	5.36	其 他	295	29.26	都可以(隨便)	25	2.48
有熟悉的醫師	6	0.59	未 答	25	2.48	未 回 答	239	23.71
其 他	129	12.79						
已參加公、勞 、軍保	34	3.37						
未 回 答	16	1.59						
計	1,008	100.00	計	1,008	100.00	計	1,008	100.00

(九)家戶各項收入與支出之大略統計

通常以問卷親自造訪調查方式欲求得家戶確實之各項收入與支出狀況，實有困難，除非是派有駐村人員以長期記帳方式，更何況農民並非每月均有收入。逢收成，則大有收入，否則亦可能

數月均無收入。故本項收入與支出表中數字，謹供參考而已。如表 16 所示，每戶平均每年之中位數收入（median income）約新台幣 17 萬元；平均每人之中位數年收入約 32,692 元；而每戶平均每年之中位數支出約 130,716 元，平均每人之中位數年支出約 25,138 元。表 16 中所列全年總收入，即農家所得包括農業所得與非農業所得；而農業所得係指農家經營自家農產生產之收益；非農業所得則指農家人口從事自家農場以外工作所獲取之報酬。表 16 也可看出農村每戶每年中位數的醫療保健支出約 6,000 元，約佔總支出的 4.6%；平均每人每年的醫療保健支出約 1,154 元。由本調查每戶每人每月的醫療保健支出約需 96 元看來與調查問卷中所假設的每戶每月每人預付醫療保健費 100 元，可享受基層醫療保健服務的預估非常接近。

表16 高樹鄉家戶收入與支出統計(71年)

每 戶 收 入			每 戶 支 出		
收 入 項 目	戶 數	中 位 數 (新台幣元)	支 出 項 目	戶 數	中 位 數 (新台幣元)
農業生產所得	630	110,580	成本支出	618	70,000
薪資所得	301	120,000	食的支出	888	48,000
營業所得	151	120,000	衣(含美容)支出	338	3,600
他鄉工作子女寄回	172	48,000	住(房租、水費、家庭用品、設備)	569	1,440
全年總收入	948	170,000	電費及燃料	871	6,000
總收入未回答戶	60		行(交通工具)	397	7,200
每戶平均			教育、文化、娛樂支出	467	10,000
每人每年		32,692	社交支出(婚喪、喜慶、賀禮)	759	15,000
收 入			醫療衛生保健支出	696	6,000
			全年總支出	952	130,716
			總支出未回答戶	56	-
			每戶平均每人每年支出		25,138

註：行政院主計處統計 71 年平均農家每人所得為 60,003 元，平均每人全年消費支出為 30,953 元。台灣省家庭收支調查報告 71 年平均每人每年所得為 44,949 元，平均每人消費支出為 26,928 元，平均每人醫療保健支出為 1,424 元。本調查報告 71 年高樹鄉平均每人每年所得為 32,692 元，平均每人消費支出為 25,138 元，平均每人醫療保健支出為 1,154 元。

討 論

由高樹鄉人口與衛生人力基本資料可知此農村地區每一醫師服務人口數為 4,271 人，雖比全縣（屏東縣）2,266 人要高，但仍比十年前（62-63 年）台灣農村地區的醫師服務人口數 7,692 人要低甚多^⑬。我國行政院衛生署過去的報告，也常以固定的醫師人口數比做為維護國民健康所需的最低標準（每千人一位醫師）^⑭。高樹鄉目前雖有醫師七位，但醫師人口數比距此最低標準尚遠，更何況此七位醫師中只有三位是正規醫學院畢業的。再加上有百分之十點四八的居

民向外地就醫的情形看來，目前高樹鄉的衛生人力是不足以提供民衆所需要的醫療保健服務。依據 Baker 之研究，影響需求的因素包含經濟、性別、年齡、教育、地區、疾病率以及人口成長^⑥；French 的報告認為影響需求的因素有預算的缺額，醫師人口比、民衆自覺的需要、每單位服務需要的醫師、疾病率、用人的型態、供給量的多寡^⑦。而本研究擬就健康保險狀況、社經地位、求醫方式、就醫時間與花費、就醫地區的選擇、疾病的型態、醫療保健消費支出，以及參加預付健康保險意願來探討民衆對醫療保健的需求。

本研究居民生病時最常選擇的就醫方式是西醫，佔 71.66%，包括公立醫院佔 2.69%，私人醫院診所佔 68.15%，衛生所佔 0.82%。而居民選擇衛生所就醫之所以會那麼低的原因與衛生所醫師兼主任剛過世有關，否則就醫的比例會大為提高。陳氏民國 62 年在中華民國台灣地區衛生人力需求調查^⑧報告中得出的看西醫佔 39%；王氏在民國 60 年對台北縣新莊居民社區衛生需要調查^⑨，指出看西醫佔 77.3%。兩者之所以有如此之差距顯係因調查地區不同而造成。本調查農村居民看西醫的比例比十年前陳氏的調查高出許多，可見民衆選擇正確的醫療行為已隨時代的變遷而大為提高。由本研究中可顯示社經地位愈高，尋求正確的醫療行為比例也愈高，足見社經地位會影響居民的醫療需求。高樹鄉家戶目前雖以中、下社經地位所佔比例較多，但可預期隨着今後農村地區的經濟環境改善，居民在醫療保健服務的需求也會提高，因而農村地區醫療設備也應急需改善與更新。

由最近一月內病患求醫次數來看，醫院平均是 2.78 次；診所是 2.39 次，比 1980 年公保被保險人每人每年平均看病次數 8.13 次^⑩；勞保每人平均 9.38 次^⑪要低很多。高樹鄉目前有 89.98% 家戶並未加入健康保險，一旦以後保險家戶增加，勢必增加看病之次數，而導致醫療保健需求的增加。根據陳氏 62 年台灣地區衛生人力需求調查報告提出，居民自覺疾病以呼吸系疾病最多；其次是消化系疾病。又依據 67 年台灣地區公、私立醫院診所疾病與傷害調查報告^⑫中指出門診中農民以消化性潰瘍、結核病、肝硬化的罹患率較高。本需求調查結果顯示以循環器系疾病罹患率最高；其次是消化器系疾病，與前二者結果略有出入。可能因近年來慢性病有急速增加的趨勢；亦可能由於調查地區之不同，年齡結構不同，調查季節互異而造成彼此間之差異。公私立醫院診所之病例報告往往會因農民以慢性病不急就醫而影響到罹患率的準確性。

由測量 2,157 位 15 歲以上農村居民之血壓結果得知農村居民高血壓的罹患率為 15.72%，但若將長期出外求學與年輕工作者之血壓也併入計算，則高血壓之罹患率會略低於 15.72%。事實上統計 2,488 位未測量血壓之年齡結構情形，亦可看出以 15—24 歲（佔 35.17%）及 25—34 歲（佔 25.58%）佔最多數。由此可見農村地區居民的高血壓症也不少，政府也應考慮加強農村地區高血壓的防治工作。葛氏民國 65 年台灣全省六地區 40 歲以上成人之高血壓罹患率為 20.93%^⑬；本調查 40 歲以上之罹患率為 22.64%（302 人 / 1334 人）；而曾氏 66 年對嘉南一帶 18 歲以上農村居民的調查是男性 10.5%，女性 12.2%^⑭，似乎是低了一點。由於彼此間缺乏年齡、性別標準化的調整過程，因而有所出入。

本調查居民在本鄉看病或買葯的平均花費約在 140—150 元之間，比起至外地求醫要 210—240 元便宜得多。居民會捨近求遠看病實有不得已之苦衷，除認為本鄉醫療水準較差，醫師不及外地好外，往往也因大病或需急診，非至外地設備較好之醫院診所求醫不可。由此看來，基層醫療保健設施在農村地區可能更為重要與需要，而且也比較能發生經濟效益。加強農村地區基層醫療保健服務，若能以預付醫療保險制度方式，鼓勵農民加入，不失為一良好的健康照護措施。由

本調查試探性的研究結果可看出農村居民自願加入預付醫療保險制度的意願很高，政府似乎可考慮在農村地區試辦農民健康保險。

本調查結果得出居民每人每年所得為 32,692 元，比台灣省家庭收支調查報告^⑤，71 年平均每人每年所得為 44,949 元要低，也比行政院主計處^⑥ 71 年平均農家每人所得為 60,003 元更低。本調查平均每人每年消費支出為 25,138 元，比台灣省家庭收支調查報告 71 年平均每人每年 26,928 元略少，也比行政院主計處 71 年統計平均每人每年 30,953 元要低。而高樹鄉居民平均每人每年醫療保健支出為 1,154 元，佔全年消費支出的 4.59 %；而台灣省家庭收支調查報告 71 年平均每人醫療保健支出為 1,424 元，佔全年消費支出的 5.29 %。或許經由親自造訪的問卷調查，農村居民不會全部說出收支以及醫療保健消費支出的確實數字，使得彼此間的數字有出入。

綜而言之，農村地區的醫療保健設施較為不足，農民平常又小病疏而不看，非得拖到大病才想就醫。因此基層醫療保健服務還是較能滿足農民的需求，目前當務之急仍是儘速開辦農民健康保險^⑦，並以提供基層醫療保健服務為優先考慮的措施。

本研究承蒙社會熱心人士捐贈整個研究計畫經費，並承高樹鄉農會、鄉公所、衛生所及各社區活動中心有關人士的積極配合，謹致最深的謝忱。此外高雄醫學院醫學系六年級顏學偉等廿名學生的協助收集資料與問卷調查，高雄醫學院附設中和紀念醫院提供免費巡迴醫療服務，使整個調查工作得以順利完成，特此一併致謝。

參 考 文 獻

- ① Sawyer D.O. : Assessing access constraints on system equality : Source of care difference in the distribution of medical services. Health Serv. Res. 1982 17/1 (27 - 44)。
- ② 王金茂：推行區域綜合醫療保健服務的重要性。臨床醫學：3：1～4，1979。
- ③ 加強農村醫療保健四年計畫：行政院衛生署，1978。
- ④ 楊志良等：澳底社區醫療保健站之成本分析。公共衛生，第八卷，第二期，第 146 - 153 頁，民國七十年七月。
- ⑤ 楊志良等：澳底社區民衆對保健站之認知，利用度與滿意度之研究分析。公共衛生，第八卷，第二期，第 154 - 161 頁，民國七十年七月。
- ⑥ 慶齡醫學基金會等：雲林縣四湖鄉示範衛生所工作報告，民國 72 年 6 月。
- ⑦ 許國敏：農民主動解決農村基層醫療保健照應之嘗試。中華民國公共衛生學會雜誌第一期，第 64～69 頁，民國 71 年 12 月。
- ⑧ 魏鏞：醫師教考用配合問題之分析檢討及改進建議。行政院研究發展考檢委員會，70 年 6 月 19 日。
- ⑨ Fülöp, T, & Roemer, M. I. : International Development of Health Manpower

Policy, WHO Offset Publication, No. 61, P.157~167, 1982。

- ⑩楊志良等：基本健康服務及其實施之探討。公共衛生，第八卷，第一期，第22~23頁，民國七十年四月。
- ⑪楊國樞等：社會及行為科學研究法上冊，東華社會科學叢書，第三章第75~82頁。民國七十一年十月五版。
- ⑫高樹鄉農會：高樹鄉農會農業推廣業務工作計畫，民國七十年。
- ⑬朱恒銘：社會階層因素與精神疾病流行病學。台灣醫學會雜誌，Vol.68.No.5, May28, 1969, P.235~241。
- ⑭Chen, K.P., Wu, H.Y., et al., Studies on health manpower supply in Taiwan :
Ⅱ. Current supply of physicians, J.F.M.A.75 : P.138~148, 1976.
- ⑮各類醫事人員需求量預估分析：行政院衛生署醫政處。第3~4頁，1981。
- ⑯Baker, T.D. : Health manpower in a developing economy. chap.4, 6, 8, 9, 11。
- ⑰French, R.M. : Dynamics of health care. Chap. 7 : Health service Personnel : P. 101, 1979。
- ⑱陳拱北等：中華民國台灣地區衛生人力需求調查研究報告（未出版），民國六十二年。
- ⑲王國裕：社區衛生需要調查研究報告。公共衛生叢書6「社區衛生服務」第98~99頁。民國66年1月。
- ⑳公務人員保險統計（1980）
- ㉑台閩地區勞工保險統計（1980）
- ㉒行政院衛生署、台灣省衛生處：中華民國六十七年台灣地區公私立醫院診所診治疾病與傷害調查報告，民國六十七年。
- ㉓葛應欽等：台灣高血壓之流行病學。中華醫學會雜誌28：14~21頁，1981。
- ㉔曾文賓：未經治療之農村高血壓住民之演變—15年追蹤調查。台灣醫學會雜誌79：556—563頁，1980。
- ㉕台灣省主計處：中華民國七十一年台灣省家庭收支調查報告，民國七十一年。
- ㉖行政院主計處：中華民國國民所得，民國七十一年。
- ㉗楊漢淥、彭天倫：擴大社會性健康保險範圍—開辦農民健康保險之社會、經濟、醫療因素分析研究報告，第83~97頁，民國七十年五月。

A SURVEY OF THE DEMANDS FOR MEDICAL CARE IN RURAL AREA

I : A Preliminary Study of the Medical Behavior, Morbidity Patterns, Medical Expenditures and the willingness to pay for Prepaid Health Insurance.

Yong-Yuan Chang* Po-Ya Chang* Kung-Kong Chang*

Hsien-Chen Hsieh* Chin-Mao Wang ***

In order to study the demands for medical care in rural area, a questionnaire-interviewed survey was undertaken in Kao-Hsu Hsiang, Ping-Tung county with

multi-stage and systematic random sampling method. A total of 1,008 households were surveyed and interviewed, and 2,834 individuals' health exams were completed. The results of the interviewed survey were summarized as followings :

- 1 The % of the households not covered by health insurance was 89.98, and in 184 sick persons within one month of surveying period, 95.10 % were not covered in health insurance.
- 2 71.66 % of households went to see modern physicians when they were self-awared of illness, which was the most common way used for seeking medical care ; 23.13% of the households went to drug store for medication was the second in frequency. The families with higher socioeconomic status had high frequencies of usage for seeing a modern physician.
- 3 The average medical expenditures spent on medical care per person each time by the households was NT \$ 153 in local area, but the average medical expenditures spent was NT\$214 in Ping-Tung area, which was significantly higher than that in local area, (The medical expenditures did not include round traveling fees), and the average medical expenditures spent in kaohsiung and other areas except local and Ping-Tung areas were also higher than that in local area.
- 4 About 44.56 % of the sick individuals sought medical care within one month of surveyed period in clinics, which were the most frequent places selected for medical care. Seeking medical care in hospitals were the second, about 29.35 %. The median frequencies of seeking medical care per person within one month in herb medication was 3.6 times; three times respectively in hospital and clinic, were the second. The median time costs for seeking medical care in hospital were the longest, 2.78 hours per person each time ; in clinic were the second, the median time costs in clinic were 2.39 hours per person each time. The median medical expenditure per person each time, hospital was the most expensive, NT\$400 ; herb medication was the second. NT\$ 300, and then the less were clinic and drug store, NT\$180 and NT\$70 respectively.
- 5 The median hospital stay expenditures per person per day was NT\$ 4500 ; the median hospital day was 9.5 days per hospital stay. The most frequent birth place of the women in child rearing age within one month of the surveyed period was in hospital, about 43.10 % to all birth places. Birth in clinic was the second, about 20.68 % to all birth places. The highest proportion of the birth expenditures was between NT\$3,000—6,000/per birth, about 48.28 % ; birth expenditures below NT\$3,000/per birth was the second, about 36.21%.
- 6 The 184 individuals who were sick within one month during the surveyed period

revealed illness of circulatory system was the most common in all illnesses which they had been attacked.(19.02%) ; illness of gastrointestinal system was the second (17.93%) ; and illness of respiratory system was the third (17.39%). The morbidity rate of hypertension in 2,157 inhabitants. aged above 15 years old was 15.72% The actual morbidity rate of hypertension would be slightly less than 15.72% after including the young inhabitants of long term schooling and working in urban areas.

7. If the insurance premium in prepaid form of group practice was defined NT\$ 100 per capita per month, then the households had the willingness to enroll in OPD medical care of the new medical care unit set up by Kaohsiung medical college affiliated hospital in Kao-Hsu Hsiang was 71.43% to all households surveyed. If the insurance premium in prepaid was defined in NT\$ 200, the willingness of the households that could be served for medical care in OPD and hospital stay was 51.89% to all households surveyed.

* Dept. of Pubic Health, Kaohsiung Medical College

** Joint Commissions on Rural Development

* Kaohsiung Medical College

*** Executive Yuan

中華民國公共衛生學會雜誌 廣告價目表

全 頁	半 頁
封面裏 5,400 元	3,000 元
封底裏 4,200 元	2,400 元
第一頁 4,200 元	2,400 元
最後頁 3,600 元	2,100 元
其他頁 3,500 元	2,050 元

內容及圖案均需由委託廣告者提供，以上價格僅為黑白印刷費用，若需套色或彩色印刷，所增費用全由委託廣告者負擔；如由委託廣告者自行印製，廣告頁本誌只負責裝訂，則費用照上述價格打七折。

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會