

## 基層醫師對「家庭醫師整合性照護試辦計畫」 成效評估

許佑任<sup>1</sup> 徐富坑<sup>2</sup> 李顯章<sup>1</sup> 陳端容<sup>3</sup> 林恆慶<sup>1</sup>

本研究旨在探討參與「家庭醫師整合性照護試辦計畫」基層醫療院所醫師對計畫之成效評估。研究對象以中央健康保險局於 2005 年 3 月 3 日公佈於官方網站之全國參與「家庭醫師整合性照護試辦計畫」1,575 家基層醫療院所醫師為研究母群體。採「普查」方法，使用郵寄方式發放研究測量工具。首先以卡方檢定進行分析，探討醫師特質與試辦計畫整體成效之相關性，隨後在控制「社區醫療群實際組成方式」下進行羅吉斯迴歸(logistic regression)分析，探討影響醫師對「家庭醫師整合性照護試辦計畫」整體成效觀感產生差異之因素。

研究結果發現，儘管現行家醫試辦計畫已受到多數參與醫師主觀肯定，但需注意部分「醫師特質」（從事基層服務總年資及性別）與「社區醫療群實際運作情形」（社區醫療群組成方式及夜間非門診時段諮詢人員）會影響醫師對家醫試辦計畫「整體成效」之觀感。從事基層服務總年資 11-15 年者、16-20 年者及 26-30 年者，對家醫試辦計畫之整體成效觀感較佳；男性醫師觀感優於女性醫師；社區醫療群組成方式為其他者（聯合診所或門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以上者）對家醫試辦計畫整體成效可能優於甲型者（一半以上醫師具備內、外、婦、兒或家醫科專科醫師資格）。

茲針對研究結果，對衛生主管機關提出三點建言：（一）重新檢視「家醫試辦計畫」內容是否不利於具備某些特質醫師；（二）可推薦基層院所醫師採用醫病雙方評價較佳之社區醫療群運作方式；（三）審慎使用限有資金補助既有社區醫療群與核准新成立之社區醫療群，並給予正確理念宣導。（台灣家醫誌 2006; 16: 13-26）

**關鍵詞：** Trial Plan for the National Public Health Insurance Family Doctor Comprehensive Care System, community medical group, gatekeeper

台北醫學大學醫務管理研究所<sup>1</sup>、安平診所<sup>2</sup>、台灣大學醫療機構管理研究所<sup>3</sup>

受理日期：94 年 7 月 4 日 同意刊登：94 年 9 月 21 日

通訊作者：林恆慶

通訊地址：110 台北市吳興街 250 號 台北醫學大學醫務管理學系



## 前 言

我國全民健康保險保費與部分負擔價格低廉，民眾享有充足醫療資源與就醫可近性，其成就備受國外學者肯定，被敬稱為「世界衛生組織之外的模範」<sup>[1]</sup>。但充分保障民眾就醫權益，往往容易造成就醫民眾只要對醫師服務稍不合意、疾病危險程度較高或牽涉到侵入性治療，就會四處重複就醫或越級就醫<sup>[2]</sup>。如此易造成健保財物上之沉重負擔，依據中央健保局財務報表顯示，1998年財務開始出現負成長<sup>[3]</sup>，同時過度專科化的片段醫療服務，其醫療品質亦備受各界質疑。國內吳哲維之研究發現仿效國外實施家庭醫師制度，有助於降低醫療成本，並將醫療體系重直整合<sup>[4]</sup>；林氏等針對基層醫師調查發現，基層醫師認為實施家庭醫師制度可節省國家健保財物支出與提升醫療照護品質<sup>[5]</sup>；許氏等針對一般民眾進行調查亦發現，民眾對家庭醫師制度觀感與基層醫師相同<sup>[6]</sup>。「家庭醫師制度」是否值得國內全面施行已成為國家衛生政策制訂者、醫療服務提供者及一般社會大眾最關心之衛生政策議題之一。

國外廣為實施家醫制度（守門員制度）的主要原因是預期能控制醫療成本與提升醫療品質<sup>[7]</sup>。但 Halm, Causino, and Blumenthal 針對美國麻州家庭醫師進行實證研究發現，醫師認為家庭醫師制度能降低醫療成本，但提升醫療服務品質則沒有得到驗證<sup>[8]</sup>。至於民眾主觀感受方面，Grumbach 等人針對參與某管理式醫療（managed care）簽約會員進行調查發現，有 85% 的人認為家庭醫師會盡全力照顧他們，82% 的人對他們的家庭醫師很滿意，但亦發現轉診需經家庭醫師同意會損及醫病關係<sup>[9]</sup>；Kerr 等人針對加州某健康維

護組織（Health Maintenance Organization, HMO）就醫民眾進行問卷調查更發現，民眾自己認為需要轉診卻得不到家庭醫師轉診者會對醫師產生不滿，同時亦會影響他們繼續成為家戶會員與將醫師介紹給親朋好友之意願<sup>[10]</sup>。正因守門員制度優點與缺點並存，Bodenheimer 等人認為家庭醫師應該是「協調者」（coordinator）而非「守門員」（gatekeeper）<sup>[11]</sup>。

衛生主管機關於 2003 年 3 月開始小規模試辦「家庭醫師整合性照護試辦計畫」（以下簡稱家醫試辦計畫），其目的在於希望建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性之服務，以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質<sup>[12]</sup>。目前國內針對家醫試辦計畫進行之研究極少，且大多為對參與試辦計畫基層醫療院所之小規模調查，缺乏大規模之全面性評估。然而截至 2005 年 3 月 3 日為止，全國參與家醫試辦計畫之基層醫療院所已達 1,575 家<sup>[13]</sup>，具有一定規模，此時正是針對試辦計畫進行整體評估之適當時機。本研究針對參與家醫試辦計畫之基層醫療院所醫師進行調查，希望瞭解社區醫療群運作模式、計畫實際成效與醫師對試辦計畫之觀感，俾能做為學術上之探討以及未來逐步調整政策之參考。

## 材料與方法

### 研究對象

研究對象以中央健康保險局於 2005 年 3 月 3 日公佈於官方網站之全國參與「家庭醫師整合性照護試辦計畫」1,575 家基層醫療院所醫師為研究母群體<sup>[13]</sup>。採「問卷調查」方法，使用郵寄方式發放研究測量工具。第一次收案日期為 2005

年 4 月 18-22 日，隨後針對未回覆者進行第二次測量工具寄發，並輔以電話聯繫或醫師同儕協助催收，最後針對仍未回覆者進行第三次寄發與催收，研究收案期限至同年 5 月 13 日截止。

### 研究工具

本研究以自填結構式問卷為測量工具，問卷係參考「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度九十三年試辦計畫(核定版)」自行研發之自填式問卷<sup>[14]</sup>。在內容效度方面，經一位健保局官員、二位在衛生政策領域學有專精之學者與二位參與家醫試辦計畫醫師，針對題目之重要性、適當性及明確性進行檢視，並給予適當指正與建議，以確保問卷之效度。隨後邀請 10 位參與試辦計畫醫師進行前測，並參酌其意見後進行最終修正與訂稿。問卷內容共分四部分，茲詳述於下：

#### (一) 醫師之基本資料

內容包含年齡、性別、婚姻狀況、目前之主要執業院所是否為聯合執業模式、所屬健保分局、登記之執業科別(複選)與從事基層醫療總年資等七題。

#### (二) 社區醫療群之實際運作模式

包含社區醫療群組成方式、主要合作醫院、24 小時緊急電話諮詢服務專線在「夜間非門診時段」之受話地點、諮詢人員、曾用何種方式替代「共同照護門診」(複選)、家戶會員需進一步檢驗時轉送地點與需進一步治療時之轉送地點，共計七題。

#### (三) 家醫試辦計畫之實際成效

參與家醫試辦計畫醫師以其專業角度作答，內容包含以下五題：(1)家戶會員能得到之實際效益；(2)基層醫療服務提供者能得到之實際效益；(3)家醫試辦計畫之實際「整體成效」；(4)轉檢人次數與試辦

計畫前相比情況；(5)轉診人次數與試辦計畫前相比情形。而在第一題與第二題中，又各包含六小題，採五分法計分(非常同意給 5 分、同意給 4 分、普通給 3 分、不同意給 2 分、非常不同意給 1 分)。

#### (四) 參與「家醫試辦計畫」醫師對試辦計畫之觀感

內容共五題，包含(1)家醫試辦計畫是否有繼續推行之必要；(2)醫師在社區醫療群補助款 350 萬下之參與意願；(3)醫師在社區醫療群補助款 175 萬下之參與意願；(4)醫師在社區醫療群不再補助下之參與意願；(5)家醫試辦計畫是否有助於全國家庭醫師制度之形成。

### 資料處理及分析方法

本研究以 SPSS 12.0 進行統計分析。在描述統計方面進行各變項之頻率分析，包含次數、百分比、平均值、標準差、最大值及最小值；在推論統計方面，首先考量共線性及缺乏代表性排除「年齡」變項(與從事基層服務總年資產生共線性)及「婚姻狀況」變項(回答未婚或其他者僅佔回收樣本之 2.0%)，隨後進行變項之重新分類，醫師基本特質方面，「從事基層服務總年資」分為 7 組(1-5 年、6-10 年、11-15 年、16-20 年、21-25 年、26-30 年及 31 年含以上)，「醫師登記之執業科別」(複選)分為「單一科別執業」與「複數科別執業」；家醫試辦計畫之實際成效方面，將醫師認為試辦計畫之實際整體成效分為「好」(原為「非常好」或「好」)與「其他」(原為「普通」、「不好」或「非常不好」)，並先以卡方檢定(chi-square)進行分析，最後以「醫師認為試辦計畫之實際整體成效」為依變項，「參與家醫試辦計畫醫師基本特質」為自變項，「社區醫療群之實際運作模式」為



控制變項，進行羅吉斯迴歸模式 (logistic regression) 之建立。

## 結 果

本研究發出 1,575 份自填結構式問卷，歷經三次寄發與催收，實際回收 395 份，有效回收 388 份，有效回收率 24.6%。並依據健保六大分局所屬地區參與醫療院所數進行適合度檢定 (goodness-of-fit test)，檢定結果發現回收樣本與母群體在醫療院所地區分佈上未有顯著差異 ( $p=0.379$ )。

### 參與家醫試辦計畫醫師基本特質

填答醫師年齡最大為 75 歲，最小為 29 歲，平均年齡為  $49.65 \pm 8.03$  歲；從事基層服務總年資最長 48 年，最短 1 年，平均年資為  $14.67 \pm 8.18$  年。性別為女性者 22 人 (5.7%)，男性者 366 人 (94.3%)；婚姻狀況為已婚者 380 人 (97.9%)，未婚者 4 人 (1.0%)，其他者 4 人 (1.0%)；目前主要執業院所為聯合執業者 82 人 (21.1%)，單獨執業者 306 人 (78.9%)；目前主要執業院所隸屬健保分局為台北分局者 96 人 (24.7%)，北區分局者 78 人 (20.1%)，中區分局者 99 人 (25.5%)，南區分局者 53 人 (13.7%)，東區分局者 7 人 (1.8%)，高屏分局者 55 人 (14.2%)；醫師登記之執業科別 (複選) 前五名依序為家醫科 165 人 (42.5%)，一般內科 115 人 (29.6%)，小兒科 66 人 (17.0%)，婦產科 49 人 (12.6%)，一般科 28 人 (7.2%) (表 1)。

### 社區醫療群之實際運作模式

社區醫療群組成方式為甲型者 (一半以上醫師具備內、外、婦、兒或家醫科專

科醫師資格) 281 人 (72.4%)，乙型者 (五分之一以上醫師具備家醫科專科醫師資格) 91 人 (23.5%)，其他者 (聯合診所或門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以上者) 16 人 (4.1%)；院所最主要合作醫院為地區醫院者 159 人 (41.0%)，區域醫院者 219 人 (56.4%)，醫學中心者 10 人 (2.6%)；院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之受話地點為輪班醫師執業診所者 31 人 (8.0%)，輪班醫師住所者 33 人 (8.5%)，合作醫院急診室者 266 人 (68.6%)，非合作醫院急診室者 33 人 (8.5%)，其他者 25 人 (6.4%)；院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之諮詢人員為醫師者 110 人 (28.4%)，護士 (護理師) 者 254 人 (65.5%)，其他者 24 人 (6.2%)；院所與合作醫院所開設之「共同照護門診」(複選)，未曾採用替代方式者 19 人 (4.9%)，曾用替代方式依序為個案研討者 258 人 (66.5%)，學術交流者 244 人 (62.9%)，衛教宣導者 224 人 (57.7%)，家戶會員病房巡診者 193 人 (49.7%)；當家戶會員需要做進一步檢驗時，醫師會優先將他轉送至診所附近之基層檢驗所者 42 人 (10.8%)，社區醫療群之合作醫院者 (地區級以上) 333 人 (85.8%)，非社區醫療群之合作醫院者 (地區級以上) 13 人 (3.4%)；當家戶會員需要做進一步治療時，醫師會優先將他轉診至合作醫院者 301 人 (77.6%)，請家戶會員直接前往合作醫院者 (非轉診) 10 人 (2.6%)，轉診至家戶會員要求之醫院者 71 人 (18.3%)，請家戶會員直接前往他想去之醫院者 (非轉診) 6 人 (1.5%) (表 2)。



表 1 參與家醫試辦計畫醫師基本特質 (n=388)

變項名稱	人數 (%)	最小值	最大值	平均值	標準差
年齡		29	75	49.65	8.03
從事基層服務總年資		1	48	14.67	8.18
性別					
女	22 ( 5.7%)				
男	366 (94.3%)				
婚姻狀況					
已婚	380 (97.9%)				
未婚	4 ( 1.0%)				
其他	4 ( 1.0%)				
目前主要執業院所是否為聯合執業					
是	82 (21.1%)				
否	306 (78.9%)				
目前主要執業院所隸屬健保分局					
台北分局	96 (24.7%)				
北區分局	78 (20.1%)				
中區分局	99 (25.5%)				
南區分局	53 (13.7%)				
東區分局	7 ( 1.8%)				
高屏分局	55 (14.2%)				
登記之執業科別 (複選)					
家醫科	165 (42.5%)				
一般內科	115 (29.6%)				
一般外科	26 ( 6.7%)				
小兒科	66 (17.0%)				
婦產科	49 (12.6%)				
骨科	9 ( 2.3%)				
泌尿科	3 ( 0.8%)				
耳鼻喉科	25 ( 6.4%)				
眼科	13 ( 3.4%)				
皮膚科	8 ( 2.1%)				
神經科	3 ( 0.8%)				
精神科	2 ( 0.5%)				
復健科	6 ( 1.5%)				
麻醉科	0 ( 0.0%)				
急診醫學科	0 ( 0.0%)				
整形外科	2 ( 0.5%)				
病理科	0 ( 0.0%)				
一般科	28 ( 7.2%)				

表 2 社區醫療群之實際運作情形 (n=388)

變項名稱	人數 (%)
社區醫療群組成方式	
甲型 (一半以上醫師具備內、外、婦、兒或家醫科專科醫師資格)	281 (72.4%)
乙型 (五分之一以上醫師具備家醫科專科醫師資格)	91 (23.5%)
其他 (聯合診所或門診具有五位專任醫師以上, 且結合該地區其他三家特約診所以上者)	16 (4.1%)
院所最主要合作醫院	
地區醫院	159 (41.0%)
區域醫院	219 (56.4%)
醫學中心	10 (2.6%)
院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之受話地點	
輪班醫師執業診所	31 (8.0%)
輪班醫師住所	33 (8.5%)
合作醫院急診室	266 (68.6%)
非合作醫院急診室	33 (8.5%)
其他	25 (6.4%)
院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之諮詢人員	
醫師	110 (28.4%)
護士 (護理師)	254 (65.5%)
其他	24 (6.2%)
院所與合作醫院所開設之「共同照護門診」, 曾用哪需些方式替代 (可複選)	
未曾替代	19 (4.9%)
家戶會員病房巡診	193 (49.7%)
個案研討	258 (66.5%)
衛教宣導	224 (57.7%)
學術交流	244 (62.9%)
當病人 (家戶會員) 需要做進一步檢驗時, 會優先將他轉送至	
診所附近之基層檢驗所	42 (10.8%)
社區醫療群之合作醫院 (地區級以上)	333 (85.8%)
非社區醫療群之合作醫院 (地區級以上)	13 (3.4%)
當病人 (家戶會員) 需要做進一步治療時, 您會優先將他	
轉診至合作醫院	301 (77.6%)
請他直接前往合作醫院 (非轉診)	10 (2.6%)
轉診至病人要求之醫院	71 (18.3%)
請他直接前往他想去之醫院 (非轉診)	6 (1.5%)

### 家醫試辦計畫之實際成效

醫師填答“同意”或“很同意”之比率藉由家醫試辦計畫「家戶會員」確實能得到：優質之 24 小時電話諮詢服務（76.3%）；整體性之初級醫療（87.2%）；完整之預防保健（78.6%）；基層門診轉診住院之持續性照護（88.4%）；良好之醫病關係（85.8%）；享受優質之醫療服務（80.4%）。醫師“同意”或“很同意”藉由此計畫「醫療提供者」確實能達成：有誘因提供高品質之家庭醫師照護（81.5%）；贏得病患與家屬信任及卓越名聲（72.7%）；醫師專業自主性增強（66.5%）；促使基層診所與醫院建立合作關係（92.5%）；促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用（80.4%）；協助建立全國整合性照護網（71.7%）。針對家醫試辦計畫之「整體成效」方面，有 53.9% 填答醫師表示“好”或“非常好”，“普通”者 32.7%， “不好”或“非常不好”則有 13.4%。特別值得注意的是，填答醫師之轉檢人次與「參與家醫試辦計畫」前相比，“增加”或“增加很多”的比率為 53.3%；院所轉診人次數“增加”或“增加很多”的比率亦高達 59.3%（表 3）。

### 參與「家醫試辦計畫」醫師對試辦計畫之觀感

醫師認為「家醫試辦計畫」有繼續推行之必要者佔 84.0%；在社區醫療群補助款 350 萬不變前提下，醫師的持續參與意願為“有意願”或“非常有意願”者佔 74.3%；補助款若降為 175 萬，醫師“有意願”或“非常有意願”之持續參與者降為 31.5%，有 33.2%醫師“無意願”或“非常無意願”，“普通”者佔 35.3%；倘若家醫試辦計畫不再經援補助社區醫療群，則醫師“有意願”或“非常有意

願”之持續參與者僅有 20.8%， “無意願”或“非常無意願”者卻高達 50.8%。但整體而言，有 65.7%醫師認為現行「家醫試辦計畫」能促成全國家庭醫師制度之形成。詳見表 4。

### 影響醫師對家醫試辦計畫「整體成效」觀感之因素

影響填答醫師對家醫試辦計畫整體成效觀感之因素：以卡方檢定發現填答醫師的從事基層服務總年資（ $\chi^2=20.072$ ， $df=6$ ， $p=0.003$ ）、性別（ $\chi^2=15.189$ ， $df=1$ ， $p<0.001$ ）、及醫師登記執業科別數（ $\chi^2=4.190$ ， $df=1$ ， $p=0.041$ ）與填答醫師對家醫試辦計畫「整體成效」觀感呈現統計上的顯著相關性。其後將有顯著相關的變項進行羅吉斯迴歸分析，整個模式之適合度檢定統計量為 47.202（ $df=18$ ， $p<0.001$ ）。在羅吉斯迴歸分析中，控制「社區醫療群組成模式」後，發現從事基層醫療服務總年資方面，年資 11-15 年者、16-20 年者及 26-30 年者相較於 1-5 年者對家醫試辦計畫之整體成效觀感為佳；男性醫師觀感優於女性醫師；社區醫療群組成方式為其他者（聯合診所或門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以上者）對家醫試辦計畫整體成效可能優於甲型者（一半以上醫師具備內、外、婦、兒或家醫科專科醫師資格）。但院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之諮詢人員為其他者相對以護士（護理師）於對家醫試辦計畫之整體成效觀感較差（表 5）。

## 討 論

本研究為國內首先針對參與家醫試辦計畫醫師進行全國性普查之研究，研究



表 3 家醫試辦計畫之實際成效 (n=388)

變項名稱	平均 得分	很同意	同意	無意見	不同意	很不同 意
1.醫師認為藉由此計畫民眾(家戶會員)確實能得到						
(1) 優質之 24 小時電話諮詢服務	3.82	73	223	50	33	9
		(18.8)	(57.5)	(12.9)	(8.5)	(2.3)
(2) 整體性之初級醫療	4.03	91	247	27	16	7
		(23.5)	(63.7)	(7.0)	(4.1)	(1.8)
(3) 完整之預防保健	3.88	73	232	54	20	9
		(18.8)	(59.8)	(13.9)	(5.2)	(2.3)
(4) 基層門診轉診住院之持續性照護	4.07	96	247	26	13	6
		(24.7)	(63.7)	(6.7)	(3.4)	(1.5)
(5) 良好之醫病關係	4.06	101	232	37	13	5
		(26.0)	(59.8)	(9.5)	(3.4)	(1.3)
(6) 享受優質之醫療服務	3.94	82	230	51	20	5
		(21.1)	(59.3)	(13.1)	(5.2)	(1.3)
2.醫師認為藉由此計畫醫療提供者確實能達成						
(1) 有誘因提高高品質之家庭醫師照護	3.94	86	230	43	20	9
		(22.2)	(59.3)	(11.1)	(5.2)	(2.3)
(2) 贏得病患與家屬信任及卓越名聲	3.82	75	207	77	21	8
		(19.3)	(53.4)	(19.8)	(5.4)	(2.1)
(3) 醫師專業自主性增強	3.71	70	188	89	29	12
		(18.0)	(48.5)	(22.9)	(7.5)	(3.1)
(4) 促使基層診所與醫院建立合作關係	4.16	108	251	19	5	5
		(27.8)	(64.7)	(4.9)	(1.3)	(1.3)
(5) 促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用	3.91	78	234	50	17	9
		(20.1)	(60.3)	(12.9)	(4.4)	(2.3)
(6) 協助建立全國整合性照護網	3.75	64	214	71	26	13
		(16.5)	(55.2)	(18.3)	(6.7)	(3.4)
變項名稱	人數 (%)					
3.醫師認為家醫試辦計畫之實際「整體成效」情形為						
非常好	29 ( 7.5)					
好	180 (46.4)					
普通	127 (32.7)					
不好	37 ( 9.5)					
非常不好	15 ( 3.9)					
4.與「參與家庭醫師整合性照護試辦計畫」前相比,院所轉檢人次數為						
增加很多	28 ( 7.2)					
增加	179 (46.1)					
差不多	178 (45.9)					
減少	0 ( 0.0)					
減少很多	3 ( 0.8)					
5.與「參與家庭醫師整合性照護試辦計畫」前相比,院所轉診人次數為						
增加很多	31 ( 8.0)					
增加	199 (51.3)					
差不多	155 (39.9)					
減少	1 ( 0.3)					
減少很多	2 ( 0.5)					

\*人數(百分率)

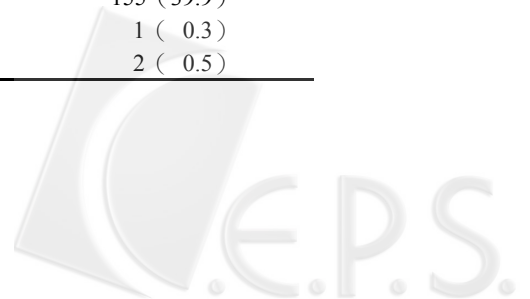




表 4 參與「家醫試辦計畫」醫師對試辦計畫之觀感 (n=388)

變項名稱	人數 (%)
醫師認為「家醫試辦計畫」是否有繼續推行之必要	
是	326 (84.0)
否	62 (16.0)
社區醫療群補助款 350 萬不變前提下，醫師的持續參與意願	
非常有意願	91 (23.5)
有意願	197 (50.8)
普通	75 (19.3)
無意願	15 (3.9)
非常無意願	10 (2.6)
社區醫療群補助款改為 175 萬，醫師的持續參與意願	
非常有意願	20 (5.2)
有意願	102 (26.3)
普通	137 (35.3)
無意願	89 (22.9)
非常無意願	40 (10.3)
倘若家醫試辦計畫不再經援補助社區醫療群，醫師的持續參與意願	
非常有意願	11 (2.8)
有意願	70 (18.0)
普通	110 (28.4)
無意願	118 (30.4)
非常無意願	79 (20.4)
整體而言，醫師認為現行「家醫試辦計畫」是否能促成全國家庭醫師制度之形成	
是	255 (65.7)
否	133 (34.3)

發現醫師專業上認為家戶會員確實能得到「優質之 24 小時電話諮詢服務」、「整體性之初級醫療」、「完整之預防保健」、「基層門診轉診住院之持續性照護」、「良好之醫病關係」及「享受優質之醫療服務」。由此可知，衛生主管機關推行家醫試辦計畫，其提升醫療服務品質之目的確能達成。此外，醫師認為現行家醫試辦計畫能對醫療服務提供者達成下列六項效

益：「有誘因提供高品質之家庭醫師照護」、「贏得病患與家屬信任及卓越名聲」、「醫師專業自主性增強」、「促使基層診所與醫院建立合作關係」、「促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用」及「協助建立全國整合性照護網」。醫師認為家醫試辦計畫不僅對民眾有利，更能對醫療服務提供者提供適度保障，並對健全國家衛生體系，貫徹分級醫療能有所助



表 5 影響醫師對家醫試辦計畫「整體成效」觀感差異之因素 (n=388)

變項名稱	好=1；其他=0	
	勝算比	95%信賴區間
從事基層服務總年資		
1-5 年 (參考組)		
6-10 年	1.389	(0.578-3.338)
11-15 年	2.622	(1.038-6.621)
16-20 年	3.162	(1.199-8.344)
21-25 年	2.580	(0.870-7.652)
26-30 年	3.563	(1.168-10.867)
31 年 (含) 以上	1.182	(0.267-5.234)
性別		
女 (參考組)		
男	7.568	(2.030-28.218)
醫師登記執業科別數		
單一科別 (參考組)		
複數科別	1.381	(0.836-2.281)
社區醫療群組成方式		
甲型 (一半以上醫師具備內、外、婦、兒或家醫科專科醫師資格) (參考組)		
乙型 (五分之一以上醫師具備家醫科專科醫師資格)	1.050	(0.626-1.761)
其他 (聯合診所或門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以上者)	3.919	(1.095-14.019)
院所最主要合作醫院		
地區醫院 (參考組)		
區域醫院	0.950	(0.610-1.479)
醫學中心	1.282	(0.297-5.543)
院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之受話地點		
輪班醫師執業診所	0.755	(0.343-1.665)
輪班醫師住所	1.134	(0.493-2.604)
合作醫院急診室 (參考組)		
非合作醫院急診室	1.342	(0.598-3.013)
其他	1.160	(0.456-2.954)
院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之諮詢人員		
醫師	0.736	(0.436-1.241)
護士 (護理師) (參考組)		
其他	0.259	(0.101-0.669)
常數項	0.085	

Cox & Snell  $R^2=0.115$  ; Nagelkerke  $R^2=0.153$ 適合度檢定統計量=47.202 (df=18) ;  $p = 0.000$ 

益。然而對家醫試辦計畫之整體成效評估，尚須後續研究者整併參與試辦計畫民眾之觀點，才能使研究結果更趨於完備。

有關醫師對試辦計畫之觀感方面，有 84.0%醫師認為「家醫試辦計畫」有繼續推行之必要，並有 65.7%醫師認為現行「家醫試辦計畫」能促成全國家庭醫師制度之形成。儘管家醫試辦計畫對民眾有所助益，亦得到醫師主觀認同，但在目前健保財政拮据之情形之下，如何有效運用保費已是各界關注焦點。本研究發現在社區醫療群補助款 350 萬不變前提下，僅有 6.5%醫師“無意願”或“非常無意願”持續參與計畫；補助款若降為 175 萬，則醫師“無意願”或“非常無意願”者上升至 33.2%；倘若家醫試辦計畫不再經援補助社區醫療群，則醫師“有意願”或“非常有意願”之持續參與者僅有 20.8%，“無意願”或“非常無意願”者卻高達 50.8%。衛生主管機關如何善用既有款項，補助最多社區醫療群，以落實國內家庭醫師制度，提供民眾優質、完整、持續之醫療照護，恐是有關當局當前急需多費思量的地方。

儘管現行家醫試辦計畫已受到多數參與醫師主觀肯定，但本研究亦發現部分「醫師特質」（從事基層服務總年資及性別）與「社區醫療群實際運作情形」（社區醫療群組成方式及夜間非門診時段諮詢人員）會影響醫師對家醫試辦計畫「整體成效」之觀感。「醫師特質」影響方面，受限於家醫試辦計畫規定，每位醫師參與計畫前需完成 20 戶及 60 人以上之健康家戶檔案建檔，並有計畫評核指標「會員固定就診率」明訂會員全年 70%之門診均就診於該社區醫療群。這對於從事基層服務總年資低者（1-5 年）可能較為不利，因其在基層醫療執業年資尚淺，較難找齊足

夠家戶會員數，同時家戶會員亦難產生良好之就醫忠誠度，導致該醫師之會員固定就診率難以達成計畫目標，種種狀況均亦造成資淺醫師對試辦計畫整體成效觀感不佳。此外，儘管本研究發現女性醫師相對於男性醫師對試辦計畫整體成效觀感差，但女性的回收樣本僅佔 5.7%，推估至母群體尚須審慎，期待後續學者持續進行驗證；「社區醫療群實際運作情形」影響方面，社區醫療群組成方式為其他者（聯合診所或門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以以上者）相較於甲型者（一半以上醫師具備內、外、婦、兒或家醫科專科醫師資格）基層院所經營模式變動上較少，研究結果發現組成方式為其他者，醫師對試辦計畫整體成效觀感較佳，確實符合研究者的預期。倒是夜間非門診時段諮詢人員為其他者相較於護士（護理師）者，醫師對試辦計畫之整體成效觀感較差，此現象在本研究中無法進一步解釋。此研究結果目前缺乏相關文獻之佐證，有賴後續學者深入從事相關研究與探討。

茲依據本研究結果向衛生主管機關提出以下建言：

（一）重新檢視「家醫試辦計畫」內容是否不利於具備某些特質醫師

本研究發現從事基層醫療服務總年資 11-15 年者、16-20 年者及 26-30 年者相較於 1-5 年者對家醫試辦計畫之整體成效觀感較佳；男性醫師觀感優於女性醫師。衛生主管機關宜召開專家會議，廣納各界建言，重新檢視「家醫試辦計畫」內容是否不利於具備某些特質醫師，共同商討因應之道，進而讓有心參與醫師皆能為社會貢獻一份心力。

（二）可推薦基層院所醫師採用醫病雙方評價較佳之社區醫療群運作方式



儘管依據家醫試辦計畫社區醫療群組成方式規定，計有甲型（一半以上醫師具備內、外、婦、兒或家醫科專科醫師資格）、乙型（五分之一以上醫師具備家醫科專科醫師資格）及其他（聯合診所或門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以上者），共三種組成方式<sup>[14]</sup>。本研究卻發現「社區醫療群運作模式」為其他者對家醫試辦計畫整體成效優於甲型者；院所二十四小時緊急電話諮詢專線在「夜間非門診時段」之諮詢人員為「其他者」相對於「護士者」（護理師）對家醫試辦計畫之整體成效觀感較差。雖說組成方式為院所醫師自行依照個人與當地現狀考量而成立，但衛生主管機關仍可以本研究為基礎，在彙整家戶會員意見後，提出社區醫療群組成方式建議方案，以利現階段基層院所醫師未參與者做為未來籌組社區醫療群之參考。

### （三）審慎使用有限資金補助既有社區醫療群與核准新成立之社區醫療群

家醫試辦計畫第二期每一社區醫療群以補助 350 萬元為上限，並設有 20%品質保留款，品質評核指標為「會員指定率」、「會員固定就診率」與「預防保健達成率」等，醫療群依實際達成指標數及權重比例請領款項<sup>[14]</sup>，但即使完全未達成任何品質指標，醫療群亦可得到 80%補助款（280 萬元）。儘管多數基層醫師兢兢業業從事醫療服務，為提升醫療品質而努力，但仍難保少數混水摸魚者僅為 80%補助款而成立醫療群。針對此類醫療群衛生主管機關應停止補助，以節省財物不必要支出，同時為考量健保財務艱困，舊有醫療群補助宜逐年調降補助金額，以輔導其自立，畢竟國家任何一個補助計畫皆無法長久，各基層醫師應把握目前試辦計畫，以提升基層醫療品質，將病人留在基

層。此外，衛生主管機關可將調降之金額以全額（350 萬元）補助新成立之醫療群，進而將家醫試辦計畫逐年推行至全國，進而落實國內家庭醫師制度。唯獨舊有醫療群補助金額逐年調降比率不宜過大，本研究發現補助款 350 萬不變前提下，僅有 6.5%醫師“無意願”或“非常無意願”持續參與計畫；補助款若降為 175 萬，則醫師“無意願”或“非常無意願”者上升至 33.2%；倘若不再經援補助醫療群，則“無意願”或“非常無意願”者高達 50.8%。衛生主管機關逐年調降比率宜審慎評估，以避免適得其反。

本研究有下列三項研究限制：(1)本問卷採用郵寄自填式問卷的方式進行資料蒐集，儘管問卷題目經專家檢視及參與試辦計畫醫師前測，但仍無法確保每位醫師填答時對題意之瞭解均一致；(2)本研究採普查方式進行，有效回收率 24.6%與其他類似調查方式差不多，經適合度檢定具有一定代表性，但畢竟非所有參與試辦計畫醫師均回覆，研究結果外推至母群體時仍應審慎；(3)國內針對家醫試辦計畫所進行的實證研究文獻極少，本研究部分結果較缺乏文獻的佐證。

## 參考文獻

1. Till UK：世界衛生組織之外的模範--「德國式」全民健保在台灣實施七年。中央健康保險局網站 2004；<http://www.nhi.gov.tw/>德國 2003 年醫學期刊專文.doc。
2. 蔡佳洵：利用全民健保研究資料庫探討台灣民眾手術前重複就醫次數與決策期間的關鍵性因素。國立中央大學企業管理研究所論文，2003，88 頁。
3. 中央健康保險局：財務統計報表。中央健康保險局網站 2005；<http://www.nhi.gov.tw/>



- 01intro/intro\_file/1-2.xls。
4. 吳哲維：醫師照護品質與家庭醫師制度。台中健康暨管理學院健康管理研究所論文，2003，57 頁。
  5. 林恆慶、吳傳頌、許佑任、陳楚杰：台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可之模式。台灣家醫誌 2005；15：11-24。
  6. 許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰：台灣民眾對實施家庭醫師制度之意願及相關因素研究。台灣家醫誌 2004；14：159-72。
  7. Franks P, Clancy CM, Nutting PA: Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992; 327: 424-9.
  8. Halm EA, Causino N, Blumenthal D: Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes. *JAMA* 1997; 278: 1677-81.
  9. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, et al: Resolving the gatekeeper conundrum: what patients values in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999; 282: 261-6.
  10. Kerr EA, Hays RD, Mitchinson A, et al: The influence of gatekeeping and utilization review on patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 287-96.
  11. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L: Primary care physician should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA* 1999; 281: 2045-9.
  12. 中央健康保險局：全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫（草案）。92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告。
  13. 中央健康保險局：參與家庭醫師整合性照護制度試辦計畫院所名單。中央健康保險局網站 2005；[http://www.nhi.gov.tw/04personal/personal\\_file/家醫整合照護試辦計畫院所住址及電話.htm](http://www.nhi.gov.tw/04personal/personal_file/家醫整合照護試辦計畫院所住址及電話.htm)。
  14. 中央健康保險局：全民健康健保家庭醫師整合性照護制度九十三年度試辦計畫（核定版）。93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正。

## **The Evaluation of the Efficacy of “the Trial Plan for the National Public Health Insurance Family Doctor Comprehensive Care System” from Primary Care Physicians**

Yu-Jen Hsu<sup>1</sup>, Fu-Keng Hsu<sup>2</sup>, Hsien-Chang Li<sup>1</sup>, Duan-Rung Chen<sup>3</sup>,  
and Heng-Ching Lin<sup>1</sup>

This study aims to evaluate the efficacy of “Trial Plan for the National Public Health Insurance Family Doctor Comprehensive Care System” which was initiated by the Bureau of Central Health Insurance in 2005. The study subjects comprised of 1,575 physicians from family medical clinics that were noted publically on the web site by the Bureau on March 3, 2005. A self-reported questionnaire was mailed to each subjects. Chi-square tests were used to evaluate the associations between the characteristics of primary care physicians and the achievements of the Plan. A logistic regression analysis was also used to explore the factors contributing to the perceived achievements of the Plan after the different models of the Plan were presented. In the study, we found the characteristics of physicians might affect their perceived evaluations toward the achievements of the Plan. Those who with professional practice experience between 11 and 15 years, 16 and 20 years, and 26 and 30 years perceived more achievements of the Plan than those who had the experience between 1 and 5 years. Male physicians perceived more achievements than the female ones. From the study, we would like to provide the following 3 suggestions for health authority in country: (1) to investigate whether the family physician trial plan is inappropriate for certain physicians; (2) to recommend primary care physicians adopt more appraised models of the family physician trial plan; and (3) to carefully allocate funds to the existing groups or potential candidates of the profession.

*(Taiwan J Fam Med 2006; 16: 13-26)*

