

社區醫療群家庭醫師對全民健保家庭醫師 整合性照護試辦計畫政策滿意度調查

顏似綾^{1,3} 詹其峰¹ 梁繼權^{1,2} 邱泰源^{1,2}
劉文俊¹ 陳慶餘^{1,2}

目的：中央健康保險局為建立家庭醫師制度，於2003年開始推動家庭醫師整合性照護制度試辦計畫。本研究的目的即在參與試辦計畫之基層醫師對本試辦計畫施行3年後之意見調查，以為持續發展本土化家庭醫師制度之參考。

研究對象與方法：本研究屬橫斷式研究，於2005年10月至12月間，針對1,546位參與試辦計畫之社區醫療群家庭醫師進行結構式問卷調查。問卷內容包括：受訪醫師基本資料、計畫執行現況、及對試辦計畫之政策滿意度調查。問卷結果以SPSS 13.0版軟體進行單變項分析、卡方檢定、費氏正確概率檢定以及羅輯斯迴歸分析。

結果：本問卷共發出1,546份，回收共448份有效問卷，回收率佔29.0%。在政策滿意度方面，醫師對家庭醫師整合性照護制度試辦計畫整體政策滿意度感到非常滿意與滿意者超過半數（56.1%）。滿意度平均分數最高者依序為醫病關係促進（70.1分）、照護病人品質提升（68.6分）、專業能力提升（67.9分）三項；滿意度平均分數最低者依序為個人收入（48.6分）、生活品質（50.4分）、以及健保給付（53.6分）三項。以多變項羅輯斯迴歸分析發現，調整性別、執業科別與加入醫療群之年數之後，年齡較大者其整體滿意度較高（OR=1.04, 95%CI=1.01-1.07）；執業地區為北部（OR=9.98, 95%CI=1.19-83.74）、中部（OR=9.87, 95%CI=1.16-84.12）與南部地區（OR=9.45, 95%CI=1.12-80.04）之整體滿意度相對於東部地區顯著較高。對執業科別與個別議題滿意度分析，在照護病人品質提升、專業能力提升、得到病人尊重、及健保給付提升四項，家醫科醫師之滿意度均顯著大於非家醫科的醫師（ $p < 0.05$ ）。

結論：本研究發現半數以上醫師對整體政策感到滿意。家醫科醫師比其他科醫師之滿意度高，執業地區為北部、中部與南部地區之整體滿

¹台大醫院家庭醫學部、²台大醫學院家庭醫學科、³思主公醫院家庭醫學科

受理日期：96年6月22日 同意刊登：97年2月23日

通訊作者：陳慶餘 通訊地址：台北市中山南路7號，台大醫學院家庭醫學科



意度相對於東部地區較高。家庭醫師整合性照護制度試辦計畫對於醫療品質的提升獲得基層醫師的肯定；但是對於基層醫師在生活品質與收入之面向，仍有待政策面提供基層醫師適當之回饋，以使政策落實並維護民眾之照護品質。

(台灣家醫誌 2008; 18: 11-21)

關鍵詞：family doctors integrated delivery system, primary health care, family physician

前 言

基層醫療保健服務的最大目標在於提供民眾如周全性、持續性、協調性、可近性與負責性的基層醫療保健服務^[1]。近年來，各國的醫療體系均面臨人口老化、慢性病增多、醫療科技不斷創新、醫療費用高漲以及醫療需求增加等問題，因此，為了因應高齡化社會的民眾健康需求、提昇醫療品質、推展社區醫學教育及有效利用醫療資源，醫療體系的改革成為重要的課題。美國Institute of Medicine 提出現代醫療照護所追求品質目標包括：安全（safe）、有效（effective）、以病人為中心（patient-centered）、適時（timely）、有效率的服務（efficient）、與平等地就醫（equity）的照護^[2,3]。因此，強調以病人為中心的管理式醫療或是整合性照護體系（integrated health delivery system）是未來醫療照護的趨勢^[4]。

在國外，Wagner等於1993年開始發展有效照護慢性疾病的模式（improving chronic illness care），並於1999年提出Chronic Care Model（CCM）^[5-7]。此模式以系統改變為前提，強調團隊照護及醫病協商，社區資源整合與政策配合。

CCM歸納有效的慢性病照護必需包括以下六大要素，包括：（1）整合性健康照護體系設計：以慢性病照護的3R：登記（registration）、追蹤（recall）和年度檢查（review）為基本照護服務要求，規劃照護團隊的組成與運作及照護管理的權責以達成有效的疾病管理；（2）社區資源與政策：透過慢性病照護網的運作整合公部門、醫療供給者和社區資源，並協調相關政策計畫的投入；（3）病人自我健康管理支持系統：強調病人為中心，並整合足夠資源以提供病人自我管理所需的健康知識、信心以及解決問題的技能；（4）決策支援：訂定實證基礎的臨床指引，提供繼續教育，鼓勵專科醫師與基層醫師的協同合作；（5）臨床資訊系統：確保病人資訊的登錄、分享、提醒、回饋與評量等功能；（6）健康照護組織：鼓勵系統性改變的轉型策略，全員參與，提供品質管理與改善的參與誘因，建立共同照護的共識^[5-7]。

台灣的全民健康保險制度在1995年實施，雖降低了民眾就醫的經濟障礙，增加就醫的自由度，卻也改變了台灣地區的醫療生態。為了生存競爭增加財源，許多醫院積極擴張以追求最大利潤。由衛生署統計資料可見，1995年至

2004年間各級醫療院所的數目除了地區醫院與地區教學醫院不增反減之外，均呈現持續增加的趨勢，其中尤以醫學中心增加幅度最大，增加約71.4%，區域醫院次之，增加約63.6%，診所再次，增加約11.1%，而地區醫院與地區教學醫院則減少約29.3%。另一方面，健保制度因為在初始便實施論量計酬制，各級醫療單位衡量，互相競爭搶病人，民眾所得到的照護多是片斷式的醫療，也因此造成醫療體系結構性的轉變，地區醫院與地區教學醫院不易生存，大型醫院以及基層醫療診所兩極化的增加。再則，台灣地區自1994年起即已步入老化社會，因此醫療照護模式也由急性照護轉變為以慢性病為主的照護模式，更需要多方面專業共同照護才能進行疾病管理。分級轉診制度長久以來又未見落實^[8]。

有鑑於此，台大醫學院於1999年7月成立「社區醫學研究群」，以結合臨床醫學與公共衛生的方式，融入社區，辦理以社區為基礎的醫學教育，並宣導以社區為主體的醫療體系。1999年9月台灣發生百年來最嚴重的九二一大地震，所帶來的省思是，在災難來臨時能讓社區民眾得到立即性、可近性與持續性照護的還是基層醫療單位。因此台大醫學院社區醫學研究群同仁迅即投入災後醫療衛生重建，在鹿谷鄉試辦整合性醫療體系。經過三年多面向的學術探討以及實務經驗累積，發展出社區醫療體系的本土模式，於2002年7月開始在台北縣三重市、台中縣大雅鄉及南投縣鹿谷鄉試辦以社區為主體之醫療體系，並提案建請衛生署採納為重要醫療政策逐步推廣^[9]。中央健保局因此於2003年3月提出「家庭醫師整合性照護試辦計畫」^[10]，希望能改變我國目前醫療系統

中基層醫療體系與次級體系間的失衡，並藉由建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。本土化的「家庭醫師整合性照護試辦計畫」即在建立整合性健康照護體系，強調基層醫療在結構面上的重新改造，藉由成立社區醫療群，期盼使基層於單獨開業為主的方式，逐步改變為聯盟的醫療群，以群體力量提供服務。在醫療品質上加強基層醫師的繼續教育，以增加基層醫師對疾病照顧與執行預防醫學的能力。以家庭為中心的照顧與個案管理，加強民眾與醫師之醫病關係與醫師對民眾健康的責任。在基層醫師與社區醫院關係方面打破以往的競爭關係與彼此間的隔閡，使社區醫院朝向開放式醫院經營，基層醫師可以使用社區醫院的醫療設施，強化基層醫師的醫療照顧能力，使醫療資源獲得更有效益的使用。在建立轉診機制上，利用與社區醫院的雙向轉診，來增加基層與醫院良性的互動，化解歧見，開放合作雙贏的契機。透過基層醫師在社區醫院中開設「共同照護門診」的模式，一方面可以做為基層醫師利用醫院資源以照顧其責任家庭中較嚴重的病人，另一方面亦增加基層醫師與社區醫院間的互動朝向彼此更緊密的合作。以合作互利取代打擊競爭，創造更良好的基層醫療環境，提供社區民眾更佳的健康照顧^[11-14]。

「家庭醫師制度整合性照護試辦計畫」至2005年10月底止，在全國已經建立268個醫療群。本研究的目的即在參與試辦計畫之基層醫師對本試辦計畫施行3年後之意見調查，以為持續發展本土化家庭醫師制度之參考。

材料與方法

本研究採橫斷式研究，執行時間為2005年10月至12月，對268群社區醫療群1,546位參與健保局家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之家庭醫師進行自填結構式問卷調查，名單為健保局所提供，問卷以郵寄方式寄送至各參與試辦計畫之基層診所。問卷內容經過專家會議討論與專家內容效度檢定後確認，包括基本資料、計畫執業現況與對試辦計畫政策之滿意度意見，針對醫病關係的改變、病人照護品質的改變、專業能力的改變、臨床專業自主性的改變、和其他同儕合作關係的改變、執業型態的改變、健保給付的改變、生活品質的改變、收入的改變以及整體滿意度等，以了解社區醫療群醫師對於參與家庭醫師制度之看法與執行3年後之狀況。本問卷滿意度之量化以非常滿意為100分、滿意為75分、普通為50分、不滿意為25分、非常不滿意為0分之加權計分方式來計算各項政策指標之滿意度平均分數，並將各變項滿意度之平均分數值訂為滿意與否之切點。將10項滿意度分數加總所得與整體滿意度分數進行信度分析，結果Pearson相關係數為0.76。資料經編碼輸入後，以SPSS 13.0版軟體進行回收問卷資料之建檔及統計分析。以單變項分析受訪者之基本資料、執業現況與政策滿意度，並利用卡方檢定進行受訪者與母群體之適合度檢定。並且以各指標之全體醫師滿意度平均分數為達到滿意之標準，進行多變項羅輯斯迴歸分析。

結 果

本問卷共發出1,546份，回收共448

份有效問卷，回收率佔29.0%。經適合度檢定，在性別與年齡方面，調查對象之分佈與母群體並無統計顯著差異。執業地區分佈在北部（129人，佔28.8%）與南部（126人，佔28.1%）為最多。平均年齡為 50.0 ± 8.0 歲。平均執業年數為 15.3 ± 8.5 年。主要執業場所多為單獨開業場所，佔75.4%；每週平均看診16~20節佔212人（47.3%）最多。在家戶會員建檔人數方面，人數介於501~1,000者為最高之比率，佔243人次（54.2%）。具家庭醫學專科執照者222人（49.6%）。主要執業科別為家醫科者有186人（41.5%），內外婦兒科者有134人（29.9%）（表1）。

在政策之滿意度調查方面，對整體政策感到非常滿意與滿意者超過半數（55.1%）。針對基層醫師參與家庭醫師制度試辦計畫後之改變分析，滿意度平均分數最高者依序為醫病關係促進（70.1分）、照護病人品質提升（68.6分）、專業能力提升（67.9分）三項；滿意度平均分數最低者依序為個人收入（48.6分）、生活品質（50.4分）、以及健保給付（53.6分）三項。若對執業科別與個別議題滿意度進行羅輯斯迴歸分析，在照護病人品質提升（OR=2.14, 95% CI=1.22-3.76）、專業能力提升（OR=1.80, 95% CI=1.02-3.15）、得到病人尊重（OR=1.79, 95% CI=1.07-2.99）、及健保給付提升（OR=2.09, 95% CI=1.24-3.52）四項，家醫科醫師之滿意度均顯著大於非家醫科的醫師（ $p < 0.05$ ），在整體滿意度與其他政策項目家醫科醫師的滿意度也普遍高於非家醫科醫師，只是未達統計上顯著意義（表2）。此外，在調查不同區域醫師對各政策面向的滿意度平均分數可以看

表1 受訪社區醫療群家庭醫師基本資料與執業狀況 (n=448)

變項	項目	人數	百分比
性別	男	424	94.6
	女	22	4.9
	未回答	2	0.5
執業地區	北部地區	129	28.8
	桃竹苗地區	85	19.0
	中部地區	94	21.0
	南部地區	126	28.1
	東部地區	14	3.1
	未回答	20	4.5
年齡 (歲)	31-40	43	9.6
	41-50	205	45.8
	51-60	144	32.1
	61-70	43	9.6
	71歲以上	5	1.1
	未回答	8	1.8
	未回答	8	1.8
執業年數	1~10年	159	35.5
	11-20年	175	39.1
	21~30年	79	17.6
	31~40年	26	5.8
	41年以上	3	0.7
	未回答	6	1.3
	未回答	6	1.3
主要執業場所	單獨開業場所	338	75.4
	聯合診所	93	20.8
	衛生所	15	3.3
	其他	2	0.5
每週平均看診節次	1~5節	46	10.3
	6~10節	57	12.7
	11~15節	117	26.1
	16~20節	212	47.3
	21節以上	4	0.9
	未回答	12	2.7
家戶會員建檔人數	0~500	92	20.5
	501~1,000	243	54.2
	1,001~1,500	86	19.2
	1,501以上	16	3.6
	未回答	11	2.5

出，除了「個人收入增加」該項政策之外，東部地區醫師的滿意度平均分數和它區比較，在其餘各項政策及整體滿意度均為最低者（表3）。

表2 各政策面向滿意度平均分數，及家醫科醫師與非家醫科醫師相比對各項政策滿意度之調整後勝算比*

政策面向	滿意度平均分數			調整後勝算比（95%信賴區間） 家醫科/非家醫科
	家醫科	非家醫科	全體醫師	
醫病關係的促進	72.73	68.00	70.13	1.71 (0.98-3.00)
照護病人品質提升	72.10	65.86	68.61	2.14 (1.22-3.76) [†]
專業能力提升	71.37	65.09	67.88	1.80 (1.02-3.15) [†]
社區醫療群內同儕合作	69.66	65.53	67.38	1.48 (0.87-2.53)
得到病人尊重	69.33	64.94	66.90	1.79 (1.07-2.99) [†]
臨床專業自主性提升	65.18	61.62	63.23	1.54 (0.94-2.53)
執業型態改變	63.13	58.13	60.45	1.62 (0.99-2.67)
健保給付提升	57.79	50.15	53.56	2.09 (1.24-3.52) [†]
生活品質提升	52.85	48.46	50.36	1.74 (0.98-3.06)
個人收入增加	51.21	46.30	48.57	1.53 (0.83-2.81)

*：調整後勝算比：經調整年齡、性別、成立時間長短、執業地區之後所得。

[†] $p < 0.05$

表3 不同區域醫師對各政策面向滿意度平均分數

政策面向	滿意度平均分數					
	北部地區	桃竹苗地區	中部地區	南部地區	東部地區	全體醫師
醫病關係的促進	70.48	68.10	69.78	72.16	63.64	70.13
照護病人品質提升	68.38	65.00	68.65	72.78	58.33	68.61
專業能力提升	69.51	64.29	67.50	70.13	59.09	67.88
社區醫療群內同儕合作	68.41	66.98	64.83	69.62	57.50	67.38
得到病人尊重	66.49	67.24	66.29	68.60	59.09	66.90
臨床專業自主性提升	63.03	59.48	64.39	66.05	56.82	63.23
執業型態改變	59.31	62.73	57.20	62.65	60.00	60.45
健保給付提升	52.69	54.31	53.13	55.36	45.00	53.56
生活品質提升	48.81	49.64	50.00	53.57	45.45	50.36
個人收入增加	45.62	46.19	48.41	53.49	50.00	48.57
整體滿意度	62.61	60.16	62.84	65.40	55.00	62.78

表4 以羅輯斯回歸分析影響整體滿意度之各獨立變項

變項	調整後勝算比 (95%信賴區間)
性別	
男/女	1.33 (0.46-3.87)
年齡 (歲) (連續變項)	1.04 (1.01-1.07) *
執業科別	
家醫科/非家醫科	1.43 (0.89-2.28)
執業地區	
北部地區	9.98 (1.19-83.74) *
桃竹苗地區	7.60 (0.88-65.44)
中部地區	9.87 (1.16-84.12) *
南部地區	9.45 (1.12-80.04) *
東部地區	1 (參考值)
加入社區醫療群年數	
三年	0.42 (0.05-3.92)
二年	0.27 (0.31-2.42)
一年	1 (參考值)

* $p < 0.05$

進一步分析家醫科醫師與其他科醫師之個別面向，在「醫病關係促進」的滿意度方面，「病患對家庭醫師專業能力的肯定」、「醫病關係更為密切」；在「參與合作醫院提供的繼續教育後，對病人照護品質提升」的滿意度方面，「因專業能力提升可改進照護品質」、「有合作醫院的專科資源可供轉診處置」、「落實診所品管計畫可減少異常事件發生」、「因家戶建檔管理制度促進醫病關係」、「可提供24小時專業的諮詢服務得到隨即的幫助」；於「自身照顧病患專業能力上的提升」之滿意度方面，「因疾病管理的施行對慢性病的照顧更有信心」、「從合作醫院提供之轉診回覆學習專業技能或知識」、「更

有能力參與社區健康計畫」、「對於預防醫學服務更為熟練」、「對於急性問題處置更有能力」；「和社區醫療群內其他同儕合作」之滿意度方面，「理念相近，增進交流」；對於「得到病人更加的尊重」之滿意度方面，「病人遵醫囑度高」；對於「本身臨床專業自主性獲得提升」之滿意度方面，在「從其他專業轉診回覆的意見支持臨床專業的自主性」等，都可見家醫科醫師比其他科醫師之滿意度高 ($p < 0.05$)。在「試辦計畫所造成執業型態上的改變」之滿意度方面，「工作項目彈性化」與「收入高於經營成本」的滿意度都偏低。對於「試辦計畫在健保給付上的提升」的滿意度方面，感到滿意與非常滿意的人數

都不到一半，但在「提供參與計畫的誘因」、「明顯增加額外收入」、「病人增多」方面，家醫科醫師之滿意度仍稍高於其他科醫師 ($p < 0.05$)。關於「自我生活品質上的提升」的滿意度方面，只有「醫療群醫師之間有資訊交換意見溝通，可以互相學習」的議題滿意度較高，且家醫科醫師之滿意度顯著高於其他科醫師 ($p < 0.05$)。在「對於自己收入上的增加」，感到滿意與非常滿意的比例均小於40%，唯仍可在「因疾病管理施行有實證指引依據，健保核減減少支出」、「因免除部分專業審查而減少支出」、「試辦計畫中有些額外的給付」三子項中看到家醫科醫師之滿意度略高於其他科醫師 ($p < 0.05$)。

以多變項邏輯斯迴歸分析影響整體滿意度之各獨立變項發現，性別與加入醫療群之年數並不影響對整體滿意度之看法。但是年齡與執業地區則顯著影響整體滿意度之評價。年齡較大者其整體滿意度顯著較高 (OR=1.04, 95% CI=1.01-1.07)。執業地區為北部 (OR=9.98, 95% CI=1.19-83.74)、中部 (OR=9.87, 95% CI=1.16-84.12) 與南部地區 (OR=9.45, 95% CI=1.12-80.04) 之整體滿意度相對於東部地區顯著較高 (表4)。

討 論

本研究為首次針對參與「家庭醫師制度整合性照護試辦計畫」醫師全國性之調查。醫師基本資料分析，經適度檢定，不論是年齡或是性別之分佈比例均和母群體無顯著差別，因此有一定的代表性。雖然本研究之間卷回收率並不高 (29.0%)，相對於其他針對醫師族群所做的問卷調查回收率多低於25%以下

已算高^[15]，因此仍可以作為參與本計畫基層醫師意見之參考數據。

「家庭醫師整合性照護試辦計畫」所希望建構的整合性健康照護體系，理論上有下列優點：(1) 提昇醫療品質；結合各種醫療資源，尤其是昂貴的醫療設備，提供被保險人更周全、更可近的醫療照護。醫師與醫院間也可以共享保險人醫療資料，便利轉診及減少醫療錯誤的發生；減少重覆檢查以降低醫療資源的浪費；(2) 提高成本效益；醫師、醫院及其他醫療提供者之結合，較能達到適當的經濟規模，減少營運成本，增加競爭力；(3) 提高服務提供者的競爭力與自主權；增強醫療院所的設備與規模可以吸引更多被保險人參與；與保險公司協商的能力更增加，可以影響保險公司的給付決策，增加醫療服務提供者在健康照護體系中的地位與專業自主能力；(4) 改變服務提供者的醫療行為；在管理式醫療制度之要求下，加強預防醫學的實行可降低整體醫療費用，因此可以增加醫療服務者提供預防性醫療的誘因，改變以往以治療醫學為主的醫療行為^[16,17]。

由政策滿意度的分析發現，「醫病關係促進」、「照護品質提升」、「專業能力提升」是參與試辦計畫醫師滿意度最高的前三項，許等人調查基層醫師對家醫試辦計畫之成效評估的研究中也發現，大多數基層醫師認為參與之民眾能獲得「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」^[18]。王等人針對台北市陽明社區醫療群所做之調查研究也指出，在該醫療群之雙向轉診比率

達92%，而且病患對轉診之服務滿意度也高達95%^[19]。顯示家庭醫師制度在轉診制度的建立、繼續教育的提供與家戶會員健康資料建檔等政策對於醫療品質的提升獲得參與試辦計畫醫師的肯定。家庭醫師制度試辦計畫在促進社區醫療群的家庭醫師對於基層醫療品質提升確有幫助。

在本研究中，大多數的議題主要執業科別為家醫科之醫師的滿意度均較其他執業科別為高。這可能是因為對於主要執業科別為家醫科的醫師而言，參與本計畫所需改變的業務型態、疾病形式、與病人族群均較其他執業科別的醫師為小，其他執業科別之醫師則必須多提供原本較不熟悉之初級照護相關之疾病管理與業務內容。此外，滿意度最低之三個面向為個人收入、生活品質、以及健保給付三項。這可能顯示加入醫療群之後，醫師雖然花更多的時間在行政作業與繼續教育上，但是健保的給付並未給予相當的回饋，醫師並不因為提供更好的照護品質而因此可以看更少的病人、使空診時段彈性化、或點值得到保障。未來如何透過醫療群共同合作以減低成本，並給予醫師在提供好的基層醫療品質之時健保給付的相對回饋是值得努力的目標。

在本研究中，和轉診有關的細項也都呈現高滿意度。例如「醫病關係促進」中之「轉診制度讓病人感到方便」感到非常滿意與感到滿意者有75.8%、在「參與合作醫院提供的繼續教育後，對病人照護品質的提升」中的「有合作醫院的專科資源可供轉診處置」，感到非常滿意與滿意的也佔77.1%。本研究之其他細項分析也發現，在「轉診制度讓病人感到方便」、「具體促進醫療診所措

施的改善」、「施行健康管理或疾病管理可增進對病患健康狀態之掌握」、與「合作醫院定期辦理繼續教育課程可以提昇專業能力」方面，不論是家醫科與非家醫科醫師之滿意度均高，沒有顯著差別。

值得注意的是在東部地區之整體滿意度落後於西部地區。這是否和該地區之醫療資源較為不足，加入社區醫療群醫師所獲得之幫助較西部地區少有關，或與其他區域相比樣本數相對偏少的因素造成，未來可針對地區性差異在各政策細項滿意度之不同進行進一步交叉分析，並進一步調查東部地區醫師對社區醫療群之具體建議。

綜合以上結果顯示本試辦計畫在家庭醫師制度的建立與醫療品質提升的面向是成功且獲得支持的；但是對從事基層醫療服務的醫師在生活品質與收入之面向而言，提供服務者並沒有得到滿意的回饋。給予提供服務者適當的回饋是十分重要的，因為長期政策之推動必須給予基層適當的誘因以與維護執行的品質。

透過本研究調查分析發現半數以上醫師對整體政策感到滿意，整體而言，家醫科醫師比非家醫科醫師之滿意度高。本試辦計畫在家庭醫師制度的建立、轉診機制規劃、繼續教育提供與家戶會員健康資料建檔等政策對於醫療品質的提升獲得基層醫師的肯定；但是對從事基層服務的醫師在生活品質與收入之面向而言，提供服務者並沒有得到滿意的回饋。另外考慮加強適當的誘因，使基層醫師的生活品質與收入也得到提升，進一步正向回饋於民眾之照護品質。

誌謝

本研究承行政院衛生署九十四年度委託研究計畫家庭醫師整合性醫療照護制度試辦計畫之評估研究（計畫編號：DOH94-NH-1002），特此誌謝。

參考文獻

1. Starfield B, Hoekelman RA, McCormick M, et al: Who provides health care to children and adolescents in the united states? *Pediatrics* 1984; 74: 991-7.
2. Institute of Medicine: Committee on quality of health care in America, crossing the quality chasm-a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001: 39-53.
3. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al: The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2004; 2 (Suppl 1): S3-32.
4. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F: Managed care. Origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314: 1823-6.
5. Wagner EH: Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2-4.
6. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A: Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20: 64-78.
7. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2-4.
8. 行政院衛生署：民國93年醫療機構現況及醫療服務量統計摘要。台北：衛生署，2006。
9. 謝博生：健康藍圖，第一版。臺北，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2006：92-113。
10. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫。台北：中央健康保險局，2003。
11. 梁繼權：社區醫療群的組織與運作。陳慶餘、劉文俊編：社區醫學訓練手冊。第一版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2004：10-14。
12. 邱泰源：整合性家庭醫師制度之實施。陳慶餘、劉文俊編：社區醫學訓練手冊。第一版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2004：15-20。
13. 詹其峰、梁繼權、邱泰源、陳慶餘：台灣社區醫療體系。呂碧鴻等編，家庭醫學。第三版。台北：台灣家庭醫學醫學會，2006：175-92。
14. 林恆慶、趙儷淨：整合性健康照護系統。台灣衛誌2002；21：1-8。
15. 許佑任、徐富坑、李顯章、陳端容、林恆慶：基層醫師對「家庭醫師整合性照護試辦計畫」成效評估。台灣家醫誌2006；16：13-26。
16. Kongstvedt PR, Plocher DW: Integrated health care delivery systems. In Kongstvedt eds. *The Management Health Care Handbook*. Gaithersburg, Md.: Aspen Publishers, 1996: 46-5.
17. Sahney VK: Symposium: integrated health care systems: current status and future outlook. *Am J Health Syst Pharm* 199; 53 (Suppl 1): S4-7.
18. 詹其峰、陳慶餘：社區醫療群之推動。陳慶餘、劉文俊編：社區醫學訓練手冊。第一版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2004：21-28。
19. 王安正、何清幼、王泰隆、黃信彰：台北市士林、北投區提振基層醫療推動計畫。北市醫學雜誌 2004；1：214-9。

Survey of primary care physicians opinions of the National Health Insurance Family Doctors Integrated Health Delivery System

Szu-Lin Yen^{1,3}, Chyi-Feng Jan¹, Kai-Kuen Leung^{1,2}, Tai-Yuan Chiu^{1,2}
Wen-Jing Liu^{1,2} and Ching-Yu Chen^{1,2}

The purpose of this study was to determine the opinions of primary care physicians participating in the Family Doctors Integrated Delivery System for the previous three years. A structured questionnaire was mailed to 1,546 attending physicians from October to December, 2005. A total of 448 replied, with a response rate of 29.0%. Statistical analysis, including univariate analysis, Chi-square test, Fisher's exact test and logistic regression analysis was performed using SPSS 13.0. More than half (56.1%) of the primary care physicians participating in the Family Doctors Integrated Delivery System were satisfied with the plan. The respondents' highest satisfaction points were related to improvement of the doctor-patient relationship (70.1 points), quality of care (68.6 points), and professional ability (67.9 points). The respondents felt more dissatisfied with issues of increase in personal income (48.6 points), improvement of life quality (50.4 points), and payment from the National Health Insurance (53.6 points). After adjustment for gender, professional specialty, and duration of participation in the plan, older physicians had 1.04 times (95% C.I.=1.01-1.07) higher satisfaction. Areas of physician practice in the northern, middle and southern parts of Taiwan also had 9.98 (95% C.I.=1.19-83.74), 9.87 (95% C.I.=1.16-84.1), 9.45 (95% C.I.=1.12-80.04) times higher satisfaction than in the eastern part, respectively. Family physicians had higher satisfaction rates than other specialties ($p<0.05$) related to quality of patient care, promotion of professional performance, increase of patient respect, and increase in personal income. Our study showed high satisfaction rates among primary care physicians participating in the Family Doctors Integrated Delivery System, especially in the dimension of improving quality of health care. It is also important to provide primary care physicians adequate financial compensation and better life quality to assure quality medical care delivery.

(Taiwan J Fam Med 2008; 18: 11-21)

¹Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital, College of Medicine, National Taiwan University;

²Department of Family Medicine, College of Medicine, National Taiwan University; ³Department of Family Medicine, En Chu Kong Hospital, Taipei, Taiwan.

Received: June 22, 2007; Accepted: February 23, 2008.