

「家庭醫師整合性照護制度」雙向轉診 民衆意見調查—以台灣中部三個 社區醫療群為例

黃建勳¹ 洪壽宏¹ 劉文俊^{2,3} 邱泰源^{2,3} 陳慶餘^{2,3} 梁繼權^{2,3}

目前衛生署和中央健康保險局皆致力推動本土化的雙向轉診，並期採用整合性健康照護模式以改變民眾就醫行為並節省醫療資源，因此現階段「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」中，民眾對雙向轉診的接受度，乃成為多方關注的焦點。本研究針對台灣中部某社區醫院三個社區醫療群之轉診民眾進行意見調查，回收有效問卷98份，受訪者平均年齡53.0歲，轉診大多是由基層診所醫師提出（86.7%），民眾認為需要或非常需要轉診者有95.9%。轉診前「家庭醫師已和社區醫院連絡好」、「寫好轉診單」、和「為民眾預約掛號」的比例皆超過九成；轉診時「合作醫院有專人提供協助」者也有96.9%。此外，約三分之二受訪者認為透過雙向轉診，等候的時間比自行就醫短，看診醫師、診間護士和其他工作人員的服務品質也較好。另外有71.4%社區醫院醫師會向民眾肯定家庭醫師的轉介，但也有6.1%會批評基層醫師處置不當。轉診前家庭醫師曾囑咐病人再回診所追蹤者有74.5%，轉診後社區醫院醫師請民眾回家家庭醫師處者只有37.8%，而將民眾預約回醫院追蹤者有51.0%。受測者中有93.9%希望家庭醫師得知其轉診結果，希望回家家庭醫師處看報告或拿藥的比例約有四分之三，病情穩定後願意回家家庭醫師診所追蹤者有80.6%。「以後有其他健康問題會先諮詢家庭醫師」、「需至專科就診時會透過家庭醫師」、及「會將家庭醫師推薦給親朋好友」的比例皆約九成以上。但有關轉診後下次應回基層診所或在社區醫院就醫，44.9%的病患認為由家庭醫師決定，主張醫院醫師決定或自己決定者各有21.4%，認為不一定者有12.2%。47.0%的轉診民眾擔心診所「儀器設備不如大醫院」，而擔心轉診資料不充足或資料外洩者皆約10%以內。

（家醫研究 2006；4：61-69）

關鍵詞：referral system, questionnaire, integrated care delivery, primary care

前 言

衛生署於民國75年4月26日核定「醫療保

健計畫—籌建醫療網計畫」，希望「整合現有醫療機構，建立分級醫療及轉診制度」^[1]，無奈計畫推行後即出現不少來自民間和團體的反

台大雲林分院社區與家庭醫學部¹；台大醫院家庭醫學部²；台大醫學院家庭醫學科³

受理日期：95年7月24日，刊載日期：95年12月15日

聯絡人地址：梁繼權，台北市中山南路7號，臺大醫院家庭醫學部

對聲浪^[2]。民國84年我國實施全民健康保險制度時，分級醫療與轉診制度仍被列為重要策略^[3]，全民健康保險法並明文規定：「保險對象門診就醫，以至基本照護院所為原則，至地區醫院以上之特約醫院門診，應經轉診」^[4]，可惜當時的醫療資源分布不均，且和民眾長期的就醫習慣也不一樣，實施以來民眾的抗議聲不斷，不得不對轉診制度做大幅度的改變，使轉診制度名存實亡^[5]，民眾跨級就醫的情形更趨嚴重^[6]。

如今民眾已漸漸瞭解到逛醫院需要時間和經濟上的成本，加上慢性病患跨科醫療的需求大增，因此整合性的照護制度有其時代需求^[7]。中央健康保險局於是在民國92年3月起，提出「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」^[8]（以下簡稱試辦計畫），以加強轉診及醫療照護之整合。該計畫係鼓勵同一地區的基層診所醫師5-10位為單位組成一個「基層醫師團隊」，並與當地社區醫院合作成立「社區醫療群」，共同為附近民眾提供整體性之醫療服務。截至民國95年6月，已經有292個社區醫療群，將近50萬家戶人口參與試辦計畫^[7]，每一位加入社區醫療群的家庭會員，均享有24小時緊急電話諮詢，以及轉診及醫院後送的服務^[8]。

衛生署也在民國94年1月起實施「全人健康照護計畫」，以推動在地化的社區醫療照護網路，和落實本土化的雙向轉診。第一階段的作法是強調提升社區醫療品質的雙向轉診，意即在「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」既有的基礎上，推動以社區醫療為導向，以病人為中心的健康管理，促進基層醫師與社區醫院間雙向的交流合作。第二階段的作法則是擴大社區醫療群，營造「厝邊好醫師，社區好醫院」的醫療照護環境，並以標準化轉診程序、

透過財務誘因，建立本土化轉診模式^[7]。

由此可知「家庭醫師整合性照護制度」是推展當前醫療政策的重要基礎，尤其試辦計畫中雙向轉診的經驗，更可作為改革和落實我國分級醫療與轉診制度的參考。在此計畫中，基層診所與社區醫院雖是雙向轉診的兩端，民眾卻是制度的核心^[9]，且過去推動轉診制度也多因得不到民眾認同而失敗^[3,5,10,11]，所以，本研究乃針對社區醫療群中雙向轉診實務與轉診民眾意見作調查，以落實以病人為中心的照護模式。

材料與方法

研究對象

本研究以雲林縣斗六地區三個社區醫療群為研究對象。斗六地區為雲林縣文教及地方政府組織重鎮，由於農業為該縣主要產業，本區仍有一半以上的鄰里屬於農業區。本研究之三個基層醫師團隊是由古坑、斗六、虎尾、莿桐、林內、斗南共十八家地方診所醫師所組成，包括五位家庭醫學科醫師、四位一般外科、三位一般內科、三位婦產科、一位耳鼻喉科、一位小兒科和一位眼科醫師，合作醫院位居斗六市，是全縣唯一的區域教學醫院。依試辦計畫內容，每位基層醫師每週到合作醫院開設一次「共同照護門診」，該門診是基層醫師與社區醫院互動的重要橋樑，並可提供基層醫師轉介的家庭會員作進一步之診療。此外基層醫師需由其診所病患中招募家庭會員，家庭會員採免費自由加入，但須簽署同意書。基層醫師須為其建立家庭檔案和個人健康資料，並於必要時提供轉診服務。轉診醫院則以社區醫療群所屬之合作醫院為原則，轉診科別包含「共

同照護門診」或「其他專科門診」，惟對民衆沒有強制性，家庭會員仍保有自由就醫選擇權^[8]。

研究方法

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試辦計畫」自行研發之自填式問卷^[8]。在內容效度方面，經兩位健保局該試辦計畫之評鑑委員、三位流行病學與公共衛生專家、及八位參與試辦計畫醫師，針對題目之重要性、適當性及明確性進行評論與修正，之後並請十位有雙向轉診經驗之家庭會員進行前測，並參酌其意見修訂問卷。本研究於民國94年1月至民國94年8月間，於合作醫院轉診中心針對社區醫療群中基層診所之初次轉診家庭會員，在徵得其同意後，發出無記名之問卷。其中「轉診個案」依相關研究^[12]與現行轉診作業規定^[13]，指持有書面轉診單之就診患者，故不包括「口頭轉診」或「自行轉診」的病人。問卷內容包含基本資料、轉診流程與品質、民衆期待事項、民衆擔心問題等四部份。本問卷以受測者自填為原則，無法自填者，由受過訓練之調查員協助完成。

此外，試辦計畫中雙向轉診的設計旨在落實分級醫療。依計畫內容「雙向轉診」作業係指病患接受基層醫療院所與社區醫院之「共同照護門診」或「其他專科門診」之雙向醫療照護^[8]，故本研究中有關「轉診」之調查，均包含轉介至社區醫院「共同照護門診」或「其他專科門診」之全體個案。由於社區醫療群所使用之轉診單內容中並未能明確區別轉診或轉檢個案，而轉診實務上也未必能加以區分，故本研究「轉診」病患中也包含單純為做檢查的「轉檢」個案。

統計分析

本研究使用SPSS for Windows 12.0，以描述性統計分析各變項的數目與百分比之分布情形。

結 果

自民國94年1月至94年8月的研究期間，社區醫療群轉診個案共383人次，願意接受問卷調查者有144人，結果回收問卷106份，去除內容不完整者共計有效問卷98份（67.4%），其中女性佔52.0%，受測者以40歲以上中老年人最多（79.6%），平均年齡為 53.0 ± 17.0 歲，學歷在小學以下者佔52.0%，大學以上只有11.2%。轉診大多由基層診所的醫師提出（86.7%），病患主動提出者只有12.2%，轉診病患認同病情嚴重或非常嚴重者有45.9%，贊成需要或非常需要轉診者有95.9%。有35.7%的病患只在轉介的家庭醫師處就診過一次。受測者花費的單程轉診交通時間多在30分鐘以內（83.7%），超過一小時者僅2%。轉診科別以「共同照護門診」最多（41.8%），其次分別是內科（26.5%）、家庭醫學科（10.2%）、神經科（7.1%）和復健科（4.1%）等，轉急診者有2%，轉住院者有6.1%（表1）。

有關轉診流程和轉診品質方面，轉診前「家庭醫師已和社區醫院連絡好」、「寫好轉診單」、和「為民衆預約掛號」的比例皆超過九成；轉診時，「合作醫院有專人提供協助」者也有96.9%。此外，約三分之二的民衆認為透過雙向轉診，等候的時間比自行就醫短，看診醫師、診間護士和其他工作人員的服務品質也較好。另外有71.4%社區醫院醫師會向民衆肯定家庭醫師的轉介，但也有6.1%會批評基層醫師的處置。轉診前家庭醫師曾囑咐病人再回

表1. 轉診基本資料(n=98)

項目	人數	%
性別		
男	47	48.0
女	51	52.0
年齡(歲)<20	6	6.1
20-39	14	14.3
40-59	37	37.8
>60	41	41.8
學歷		
不識字	11	11.2
小學	40	40.8
國中	5	5.1
高中職	31	31.6
大學以上	11	11.2
提出轉診者		
病患本人	12	12.2
病患家屬	1	1.0
轉介醫師	85	86.7
病患自覺病情嚴重度		
非常嚴重/嚴重	45	45.9
普通	44	44.9
不嚴重/非常不嚴重	9	9.2
病患自覺轉診需要性		
非常需要/需要	94	95.9
普通	3	3.1
不需要/非常不需要	1	1.0
在轉介醫師處就診次數		
一次	35	35.7
二到五次	23	23.5
五次以上	40	40.8
轉診動向		
共同照護門診	41	41.8
內科	26	26.5
家庭醫學科	10	10.2
神經科	7	7.1
復健科	4	4.1
其他	10	10.2
轉診交通時間(單程)		
30分鐘內	82	83.7
30-60分鐘	14	14.3
1-2小時	2	2.0

診所追蹤者有74.5%，轉診後社區醫院醫師請民眾回家家庭醫師處者只有37.8%，而預約民眾回醫院追蹤者有51.0%（表2）。

受測者中有93.9%希望或非常希望家庭醫師得知其轉診結果，希望回家家庭醫師處看報告或拿藥的比例約有四分之三，病情穩定後願意回家家庭醫師診所追蹤者有80.6%。「以後有其他健康問題會先諮詢家庭醫師」、「需至專科就診時會透過家庭醫師」、及「會將家庭醫師推薦給親朋好友」的比例皆約九成以上（表3）。另外詢問病患「以後有類似的問題時會先找誰」，82%仍會先找家庭醫師，只有9%會直接到醫院找專科醫師；有關下次應回基層診所或到社區醫院就診的問題，44.9%認為由家庭醫師決定，主張醫院醫師決定或自己決定者各有21.4%，認為不一定者有12.2%。

探討轉診民眾擔心的問題時，發現擔心或非常擔心「家庭醫師的診療技術不如大醫院」或「不會適時轉診」者只有11.3%和9.2%，但擔心或非常擔心其「儀器設備不如大醫院」者則有47.0%。至於擔心家庭醫師和社區醫院互相提供的轉診資料不足或資料外洩的比例皆約10%以內（表4）。

討 論

以往轉診制度的推動成效不彰，原因包括基層醫療服務品質未獲民眾肯定、開業醫師擔心轉診流失病患、後送醫院不願填寫轉診回覆單、甚至抱怨基層醫院處理不當、轉診民眾仍須掛號、手續繁複、未讓民眾感受到轉診的方便等等^[10]。本研究針對試辦計畫推行兩年後之轉診民眾作意見調查，結果發現上述情況多已改變，首先在基層醫師方面，一般醫師最關心轉診病患是否受到妥善的照顧^[14]，本研究發現

表2. 轉診流程與品質調查 (n=98)

項目	是	否	不清楚/差不多
轉診前，家庭醫師已先和社區醫院連絡好	92 (93.9)	2 (2.0)	4 (4.1)
轉診前，有人先為您預約掛號	93 (94.9)	3 (3.1)	2 (2.0)
轉診前，家庭醫師已先寫好轉診單	91 (92.9)	3 (3.1)	4 (4.1)
轉診前，家庭醫師有請您再回診所追蹤	73 (74.5)	14 (14.3)	11 (11.2)
轉診到醫院後，有專人提供協助	95 (96.9)	1 (1.0)	2 (2.0)
經由轉診，等候的時間比自行就醫短	65 (66.3)	6 (6.1)	27 (27.6)
經由轉診，看診醫師的服務品質比自行就醫好	63 (64.3)	1 (1.0)	34 (34.7)
經由轉診，診間護士的服務品質比自行就醫好	65 (66.3)	0 (0.0)	33 (33.7)
經由轉診，其他工作人員服務品質比自行就醫好	64 (65.3)	0 (0.0)	34 (34.7)
社區醫院的醫師肯定家庭醫師的轉介或處置	70 (71.4)	2 (2.0)	26 (26.5)
社區醫院的醫師批評家庭醫師的轉介或處置	6 (6.1)	71 (72.4)	21 (21.4)
社區醫院的醫師有預約您回醫院追蹤	50 (51.0)	18 (18.4)	30 (30.6)
社區醫院的醫師有請您回家家庭醫師處追蹤	37 (37.8)	27 (27.6)	34 (34.7)

表3. 民眾意願與期待事項之調查結果(n=98)

項目	非常希望/ 一定會	希望/ 可能會	普通/ 不一定	不希望/ 可能不會	非常不希望/ 一定不會
您希望家庭醫師會得知轉診結果	37 (37.8)	55 (56.1)	4 (4.1)	1 (1.0)	1 (1.0)
您認為家庭醫師會得知轉診結果	58 (59.2)	23 (23.5)	14 (14.3)	2 (2.0)	1 (1.0)
您希望回到家庭醫師處看轉診的檢查報告	27 (27.6)	47 (48.0)	18 (18.4)	5 (5.1)	1 (1.0)
您希望回到家庭醫師處拿藥	21 (21.4)	55 (56.1)	12 (12.2)	9 (9.2)	1 (1.0)
病情穩定後，您會回到家庭醫師處追蹤治療	50 (51.0)	29 (29.6)	12 (12.2)	4 (4.1)	3 (3.1)
以後有其他健康問題，會先諮詢家庭醫師	62 (63.3)	24 (24.5)	8 (8.2)	1 (1.0)	3 (3.1)
以後需至專科就診時，會透過家庭醫師轉診	31 (31.6)	65 (66.3)	1 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)
以後會推薦家庭醫師給親朋好友	58 (59.2)	30 (30.6)	6 (6.1)	2 (2.0)	2 (2.0)

表4. 民眾擔心問題之調查結果(n=98)

項目	非常擔心	擔心	普通	不擔心	非常不擔心
家庭醫師的診療技術不如大醫院	3 (3.1)	8 (8.2)	16 (16.3)	56 (57.1)	15 (15.3)
家庭醫師診所的儀器設備不如大醫院	9 (9.2)	37 (37.8)	18 (18.4)	25 (25.5)	9 (9.2)
家庭醫師診所不會適時轉診	1 (1.0)	8 (8.2)	6 (6.1)	66 (67.3)	17 (17.3)
家庭醫師提供社區醫院的轉診資料不足	2 (2.0)	7 (7.1)	12 (12.2)	69 (70.4)	8 (8.2)
家庭醫師提供社區醫院的轉診資料外洩	1 (1.0)	3 (3.1)	9 (9.2)	71 (72.4)	14 (14.3)
社區醫院提供家庭醫師的轉診結果不足	3 (3.1)	8 (8.2)	17 (17.3)	58 (59.2)	12 (12.2)
社區醫院提供家庭醫師的轉診結果外洩	0 (0.0)	7 (7.1)	13 (13.3)	65 (66.3)	13 (13.3)

多數民眾認為經由轉診，看診醫師、診間護士和其他工作人員的服務品質比自行就醫時好，且有專人提供協助，改善了過去醫院轉診服務台並非任用專人而採輪流制的缺失^[15]，此外有66.3%的民眾認為透過轉診，等候的時間比自行就醫短，也反應出合作醫院已能實踐「優先處理轉診民眾」的期待^[15]。其次，「希望醫院醫師不要在病人面前批評基層醫師」也是家庭醫師嚴正的呼籲^[16]，此次調查發現多數的醫院醫師會向民眾表達對家庭醫師轉介或處置的肯定，但也有很少數的醫師表示批評的意見，有關其評論的內容與原因值得將來進行深入的調查，以釐清疑慮並作為雙方溝通改進的參考。

過去學者認為在健保給付的考量之下，除非是無利可圖或者是涉及特殊檢查，基層診所才會考慮將病患轉診^[11]，主要原因乃診所與大醫院存在競爭的關係、基層醫師擔心病患穩定後是否會再回到診所就診^[14]。本研究發現社區醫院的醫師中，有51%會將病患預約回醫院門診，而請轉診民眾回家家庭醫師處追蹤者只有37.8%。理論上，學者認為一旦病情控制穩定，就應當將病患轉回給原來的醫療院所^[14]，甚至有人主張如病患無理由繼續留在接受轉診的醫院，應制訂該醫院自負醫療費用的比率以落實雙向轉診^[3]，但臨床實務中，如何界定轉診目的已達成或病情已穩定且適合回到基層就醫，是牽涉到醫療專業與病患自主權的難題，以本研究為例，民眾對回診地點之決定者意見不一，可以是家庭醫師、醫院醫師、自己或是不一定。考慮到基層與醫院間應維持互信的基礎，建議醫院對於轉診病患，應按現行作業須知之規定：「如因病情須要，須繼續在接受轉診之醫院接受治療者，應告知原診治醫療院所」^[17]。儘管基層醫師存在流失病患的疑慮，本研究也發現有八成以上的民眾表示，以後有

類似或其他的健康問題仍會先諮詢家庭醫師、需至專科就診時會透過家庭醫師、病情穩定後也會回家家庭醫師處追蹤。另外，幾乎所有受試者皆同意有轉診的需要性，且有近半數的患者認為其病情嚴重，但結果只有2%轉送急診，可能因本研究侷限於透過基層醫療轉診之個案，由於我國分級醫療尚未落實，過去的研究也指出國人常會自我判斷醫療需求^[9]，尤其病情危急者多會自行至急診就醫，故本研究透過基層醫師轉送至急診比例可能因此偏低。

根據研究顯示，基層醫師資歷愈高、複診病患、或於轉診時告知病患希望回診的期望，均可提高病患的回診率^[18]，此外若轉介由病人或家屬所主導，年老病人較不可能回到原基層醫師^[19]。相反的，醫師適時主動提出轉診可以提高病患回診意願^[18]。本研究中，基層醫師的資歷均在10年以上，64.3%的轉診民眾是複診病患，74.5%的家庭醫師有請病患回診所追蹤，且有86.7%的轉診是由醫師提出，至於實際的回診率則需進一步的調查。此外，本研究顯示多數病患期望回家家庭醫師處看報告或拿藥，且希望其家庭醫師得知轉診的結果，故醫院醫師宜瞭解轉診民眾的期待，儘速將轉診情形回饋給家庭醫師，並儘早安排民眾轉回基層診所。

探討轉診民眾擔心事項時，發現擔心家庭醫師不會適時轉診、擔心家庭醫師的診療技術不如大醫院者比例並不高；相對的，擔心診所的儀器設備不如大醫院者較多。民眾的擔心與過去關於都會地區基層診所設備調查結果相吻合，調查發現基層診所普遍缺乏X光（96.7%）、心電圖（85.6%）、超音波（81.1%）和血液、尿液檢驗設備（81.1%）^[20]。固然家庭醫師的角色和功能有別於醫院醫師，但為達到持續性和周全性照顧的目標，惟

有透過與社區醫院的合作才能令民衆安心滿意。以黃等之研究為例，社區醫療群雙向轉診處置內容除藥物處方外，以生化檢驗、X光、心電圖和超音波較多^[9]，顯示雙向轉診可彌補基層診所設備不足的問題。

有關擔心家庭醫師與社區醫院間互相提供的轉診資料不足者約只有10%，本研究雖無針對轉診單內容進行分析，過去國內有關第一線轉診醫師轉診單的紀錄品質報告，顯示只有42-53%的轉診醫師提供足夠的病情資料^[21]，相對地，黃等對社區醫療群的研究報告中發現，社區醫院對轉診單初次回覆之內容完整者僅有37.2%^[9]，故雖然擔心轉診資料不足之民衆不多，基層與醫院醫師仍應盡量充實雙向的轉診資料，以強化彼此的交流並不失民衆之期待。此外，擔心轉診資料外洩的病患也不到10%，醫療界應在此信任的基礎上不忘加強資訊安全，尤其是網路的安全管理^[6,22]，使病患的隱私權能被保障無虞。

在研究限制方面，本研究只以台灣中部三個社區醫療群為研究對象，結果只能作為其他醫療群的比較參考，難以推論到其他群體。因為社區醫院的規模與相關的轉診流程不同，可能影響民衆的態度與意見。本研究只包括一所社區醫院，無法進一步分析醫院特質與相關轉診方式對民衆滿意度的影響，未來可以進一步擴大研究規模，調查不同特性的社區醫院來探討轉診品質與民衆滿意度的關係。此外，轉診作業存在全國整個醫療體系中，對於未參加本計畫之醫療院所與民衆，其轉診行為可能與參與本試辦計畫之醫院及家庭會員有所不同，將來可將研究對象擴展至社區內之非家庭會員及其他醫療院所，當可更真確反應出國人對轉診制度的期待。

誌 謝

本研究得以完成，有賴醫療群諸位先進的協助與指導，特別感謝台大雲林分院社區醫療群專任助理蔡佳倩小姐的資料提供與悉心整理，在此謹致萬分謝意。

參考文獻

1. 蔡素玲：淺談轉診轉檢制度-1。醫療資訊電腦化1994；3：4-5。
2. 李龍騰、陳慶餘、賴美淑、謝維銓：台北地區民衆對分級醫療與轉診制度的認知與意見調查。中華家醫誌1991；1：28-35。
3. 王泰隆、黃松共、趙秀雄：落實醫院轉診制度的實務。醫院1992；25：356-61。
4. 法務部：全國法規資料庫。台北：法務部全國法規資料庫工作小組，2004。（<http://law.moj.gov.tw>）
5. 許榮志：健保轉診制度失敗原因的探討。台灣醫界1998；41：62-63。
6. 吳靜宜、陳孝平：分級部分負擔對轉診效果的模擬分析—以我國全民健康保險制度為例。中正大學社福所碩士論文，1996。
7. 行政院衛生署：社區醫療群專區。台北：行政院衛生署。（<http://www.doh.gov.tw>）
8. 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年3月。
9. 黃建勳、洪壽宏、劉文俊、邱泰源、陳慶餘、梁繼權：「家庭醫師整合性照護制度」雙向轉診研究—以某社區醫療群為例。家醫研究2004；2：178-89。
10. 蔡素玲：淺談轉診轉檢制度-2。醫療資訊電腦化1994；4：7-9。

11. 王香蘋：影響我國分級轉診制度發展因素的探討。弘光學報 2002；**40**：45-51。
12. 施景棠、陳慶餘：群醫中心轉診現況之探討。中華家醫誌 1991；**1**：80-88。
13. 中央健康保險局：「落實轉診及部份調整門診部分負擔案」作業問答集。台北：中央健康保險局。（<http://www.nhi.gov.tw>）
14. 葉金川：「轉診制度，可行乎？不可行乎？」研討會記錄。醫事法學 1987；**2**：45-53。
15. 沈友仁：轉診轉檢制度推動現況報導。醫療資訊電腦化 1994；**3**：6-7。
16. 陳慶餘：新莊地區開業醫師參與轉診制度之初步研究。中華公衛雜誌 1987；**7**：151-60。
17. 中央健康保險局：全民健康保險特約醫院診所辦理轉診作業須知。台北：中央健康保險局。（<http://www.nhi.gov.tw>）
18. 吳至行、高榮志、張智仁：某醫學中心家庭醫學門診病患轉診後回診影響因素之先驅研究。中華家醫誌 1996；**6**：12-20。
19. Hsu JW, Tsai PL, Sheu SH, et al: An analysis of referral initiative, severity, and the return of older population in a tertiary teaching hospital. *Med Res* 1999; **19**: 210-8.
20. 許碧珊、劉瑞瑤、陳曾基：都會地區診所醫師醫療服務狀況及與醫院間轉診互動之調查。台灣家醫誌 2001；**11**：22-32。
21. 林照姬、王泰隆：台北市立忠孝醫院轉診個案相關因素探討。醫院 1996；**29**：21-32。
22. 黃章銘、溫嘉憲、黃興進：Extranet在轉診之應用－以臺中榮總為例。醫療資訊雜誌 1999；**9**：19-38。

A Survey of Patients' Opinion on Bi-directional Referrals in a Family Physician Integrated Care Program

Chien-Hsun Huang¹, Shou-Hung Hung¹, Wen-Jing Liu^{2,3}, Tai-Yuan Chiu^{2,3}
Ching-Yu Chen^{2,3}, Kai-Kuen Leung^{2,3}

Medical cost and quality of care are major issues in a national health care system. The "Family Physician Integrated Care Program" was established by Bureau of National Health Insurance to address the above problems. Within this program, a bi-directional referral system between primary care units and the affiliated community hospital is an important part of integration. In order to understand the quality and patients' satisfaction of referrals, we carried out a questionnaire survey to investigate the patients' opinion on the referral system. This study enrolled all patients referred from three medical practice groups to their backup community hospitals during January 2005 to October 2005. A total of 98 patients completed the questionnaire and were eligible to be analyzed. The patients' mean age was 53.0 years and 48.0% of the patients were male. Primary care physicians initiated most of the referrals and 74.5% of patients were requested to return to the primary care clinic for follow-up. There were 95.9% of referred patients who agreed with the necessity of referral. The family physicians made advance notice to the community hospital, completed the referral sheets and made an appointment for the patients comprised more than 90% of the referral. More than two third of patients agreed that the quality of service was better and saved more time through this referral system. Among the hospital doctors who received the referrals, 71.4% of them appreciated the referral arranged by primary care physicians, but 6.1% of the doctors criticized the previous management made by the primary care physicians. Only 37.8% of hospital doctors asked patients to return back to their family physicians, and about half of the hospital doctors made follow-up appointments for patients in the hospital. About 90% of patients hoped the results of referral should be notified to their family physicians. Approximately three fourth of patients would like to receive their health reports or to pick up prescription drugs from the physicians who made the referrals. And 80.6% of patients was willing to follow up at the clinics if their physical condition become stable. More than 90% of patients considered that they would like to consult family physicians first for their health issue and let their family physicians make the decision of referrals. The decision of follow-up at either primary care clinics or community hospital after referral should be made by family physicians (44.9%), hospital doctors (21.4%) or patients themselves (21.4%). There were 47.0% of patients who worried about the facilities inadequacy in the primary care clinics. Less than 10% of them worried about the insufficiency and leak of medical information during referral.

(*Tw Fam Med Res* 2006; 4: 61-69)

Department of Community and Family Medicine, National, Taiwan University Hospital Yun-Lin Branch¹, Department of Family Medicine, College of Medicine, National Taiwan University², Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital³

Received: July 24, 2006; Accepted: December 15, 2006.