

第一章 緒論

第一節 研究背景

一、台灣醫療發展沿革

在 1865 年英國長老教會傳教士 Maxwell，1872 年加拿大長老會傳教士 Makay 分別在台灣台南及淡水兩地設立西醫診所，之前傳統中醫為台灣主流醫學。

1895 年，台灣割讓給日本，日本政府改以西醫作為台灣主流醫學，從此中醫在台灣的发展開始式微，台灣割讓給日本前，中醫師數約為 1000 餘人，至 1946 年台灣光復，有執照之中醫師已不滿 20 人（陳永興，1997）。

台灣光復後採行中西醫並存的醫療政策，對於中醫師執照取得，採放鬆政策即中醫師特考，此一放鬆政策加上大量大陸中醫師來台，至 1954 年，台灣地區中醫師數達 1545 人。（Chi，1996）。

1958 年中國醫藥學院成立，醫學院中醫養成教育正式開始，1966 年成立七年制中醫系，1984 年成立五年制學士後中醫系，1988 年中國醫藥學院更負起中醫師特考筆試及中醫師教育訓練的責任，至此，台灣中醫師執照可分為兩大系統，一為中醫師檢覈考試(Chinese Medicine Physician License Exam；CMPLE)，一為中醫師特考(Chinese Medicine Physician License Qualifying Exam；CMPSLQE)（Chi，1996），我國中西雙元醫療並存的健康照護體系儼然

成型。

二、 勞保、公保與中醫的發展

1975 年勞保開始試辦特定就醫定點之中醫傷科中的骨折及脫臼給付，1983 年由台北市立和平醫院及私立中國醫藥學院擴大試辦中醫勞保門診，將內科、婦科及針灸納入給付，兩年後將中醫傷科納入給付，之後並陸續增加試辦醫院及部份中醫診所。

1988 年公保處委託台北市立和平醫院、私立中國醫藥學院、高雄市立中醫醫院及省立花蓮醫院試辦公保中醫門診，將內科、婦科、傷科及針灸納入給付範圍，初期公保病患不可直接至試辦醫院就診，必須經過轉診程序，1989 年公保取消轉診手續，病患可逕赴試辦醫院就診。

由於勞保及公保先後將中醫門診納入給付，使得保險對象使用中醫的件數與金額均快速增加，根據勞保局統計，民國 76 年保險對象使用中醫門診件數約五十四萬件，金額約為一億一千六百三十二萬，至民國 78 年，增為五百三十萬件，金額增為十億五千八百萬（林芸芸，1992），由於如此的成長趨勢，使得中醫醫療得以蓬勃發展。

三、 中醫藥在全民健康保險下的角色及給付內容

1995 年 3 月全民健康保險正式開辦，亦將中醫門診納入給付範圍，其給付項目以案件分類，可分為中醫一般案件、中醫專案、中醫

慢性病、中醫針灸傷科及脫臼整復等四大類；而其中藥給付依「臨床常用中醫方劑標準方」以濃縮中藥複方製劑為主；而在住院給付方面，仍處試辦階段，尚未納入給付範圍，目前共計有兩項試辦計畫，中國醫藥學院附設醫院負責執行「慢性 B 型肝炎急性發作」計畫，台北市立中醫醫院負責執行「腎病症候群」計畫。

由於全民健康保險將中醫門診納入給付範圍，使得民眾對於中醫醫療利用快速增加，中醫門診使用人次由民國 84（3-12 月）年為約 2200 萬人次，至民國 87 年成長約 2700 萬人次，申報費用由民國 84 年（3-12 月）的 69.4 億，民國 87 年成長至 113 億元，然中醫門診使用人次佔總門診使用人次的比率，由民國 84 年的 10.9% 降至民國 87 年的 8.6%，中醫申報費用佔總門診申報費用比率亦由 84 年的 6.5% 降至 87 年的 5.9%，顯示中醫之門診人次及申報費用雖均有顯著成長，然其成長幅度仍低於西醫及牙醫（李漢修，1999），以下為 1997 年及 1998 年全民健康保險中醫醫療利用概況：

表 1- 1 1997 及 1998 年全民健康保險門診醫療費用情形

	1997年		1998年		成長率
	費用 (百萬元)	百分比	費用 (百萬元)	百分比	
中醫	10,631	6.50%	11,297	6.17%	6.27%
西醫	133,228	81.47%	150,037	81.96%	12.62%
牙醫	19,680	12.03%	21,721	11.87%	10.37%
總計	163,539	100.00%	183,055	100.00%	11.93%

資料來源：1997、1998 年全民健康保險統計

附註：

1. 所列金額為申報金額，不含部分負擔費用亦未扣除核減費用。
2. 所列金額包含西醫評鑑醫院中醫部門。

表 1- 2 1997 及 1998 年全民健康保險中醫門診醫療費用明細

項目	1997年		1998年		成長率
	費用 (百萬元)	百分比	費用 (百萬元)	百分比	
診察費	5,067	42.69%	5,361	42.57%	5.81%
藥費	3,759	31.67%	4,120	32.71%	9.62%
診療及材料費	2,771	23.35%	2,825	22.43%	1.95%
藥事服務費	272	2.29%	287	2.28%	5.77%
總計	11,868	100.00%	12,593	100.00%	6.11%

資料來源：1997、1998 年全民健康保險統計

附註：

1. 所列金額為申報金額，包含部分負擔費用，然未扣除核減之費用。
2. 所列金額包含西醫評鑑醫院中醫部門。

表 1- 3 1997 及 1998 年全民健康保險中醫門診醫療費用情形-按醫院
層級別

層級別	1997年		1998年		成長率
	申報金額 (百萬元)	百分比	申報金額 (百萬元)	百分比	
中醫綜合醫院	58	0.55%	17	0.15%	-71.37%
中醫醫院	1,766	16.61%	1,687	14.93%	-4.50%
中醫專科診所	41	0.38%	35	0.31%	-13.34%
中醫一般診所	8,285	77.93%	9,016	79.81%	8.83%
西醫院附設中醫部門	481	4.52%	542	4.80%	12.83%
總計	10,631	100.00%	11,297	100.00%	6.27%

資料來源：1997、1998 年全民健康保險統計

附註：

1. 所列金額之申報金額，未包含部分負擔費用，亦未扣除核減之費用。

表 1- 4 1997 及 1998 年全民健康保險中醫門診利用人次情形-按醫院
層級別

層級別	1997年		1998年		成長率
	人次	百分比	人次	百分比	
中醫綜合醫院	128,439	0.48%	38,715	0.14%	-69.86%
中醫醫院	4,126,693	15.41%	3,824,572	13.69%	-7.32%
中醫專科診所	96,092	0.36%	81,287	0.29%	-15.41%
中醫一般診所	21,341,169	79.71%	22,857,292	81.79%	7.10%
西醫院附設中醫部門	1,082,132	4.04%	1,143,958	4.09%	5.71%
總計	26,774,525	100.00%	27,945,824	100.00%	4.37%

資料來源：1997、1998 年全民健康保險統計

我國全民健康保險開辦至今，於民國 87 年首度出現約三十億元的虧損，至民國 89 年底，其虧損金額預計將達到一百億元以上，在如此的趨勢下健保局應對於各種不同的治療模式之成本效益進行評估。目前，中醫在全民健保制度下，其業務量呈現快速成長的趨勢，如此成長趨勢將嚴重衝擊健保財務，然欲控制如此的成長趨勢，必須先瞭解全民健康保險制度下之中醫門診醫療利用情形，才能對於如此的趨勢作有效的控制。

本研究預期對於衛生政策方面的主要有下列三項具體貢獻：

1. 提供衛生署未來整體醫療照護資源配置時的重要資訊。
2. 提供全民健康保險未來對於中醫藥政策修訂時的依據。
3. 本研究對於將找出影響中醫利用的影響因素，因此本研究亦可提供未來中醫門診總額預算施行時的參考。

第二節 問題陳述

隨者全民健康保險財務日益緊縮及民眾醫療利用型態的轉變，中醫醫療在全民健康保險制度下之相關議題，近來漸漸受到產、官、學界所重視，其所探討的方向主要著重於中醫利用情形、中西醫整合療效及中醫療效等議題，然由於全民健康保險局預計於民國 89 年 7 月推行中醫門診總額預算制度，使得中醫門診醫療利用之研究越趨重要，本研究將以全民健康保險局及國家衛生研究院所提供之次級資料，針對全民健康保險之中醫門診醫療利用情形進行分析研究。

第三節 研究目的

本研究主要在分析研究全民健康保險中醫門診醫療利用情形，共計有下列兩大研究目的：

- 一、 探討目前全民健康保險中醫門診醫療利用情形。
- 二、 探討影響全民健康保險保險對象中醫門診醫療利用因素。

第二章 文獻探討

第一節 我國中醫醫療機構現況

我國中醫醫療機構的分類，共可分為中醫診所、中醫醫院或中醫綜合醫院、教學醫院中醫部等三大類（游權隆，1990），我國全民健保施行後，其整體中醫醫療機構變化情形如下（中央健保局，1998）：

表 2- 1 民國 84 年至 87 年底全民健康保險特約中醫醫療機構統計表

	中醫醫院及中醫綜合醫院	中醫診所
84 年底	102	1620
85 年底	88	1727
86 年底	82	1818
87 年底	69	1878

資料來源：1998 年全民健康保險統計

另外在西醫醫院附設中醫部方面，各西醫醫院亦紛紛設立中醫科或中醫部，根據健保局的統計顯示，中醫門診每月平均申報院所數的變化情形如下（李漢修，1999）：

表 2- 2 民國 84 年至 86 年各類醫療機構中醫門診每月平均申報院所數

	84 年度	85 年度	86 年度
醫學中心	1	3	3
區域醫院	9	14	15
地區醫院	9	12	12
非評鑑中醫醫院	68	81	73
中醫診所	1254	1662	1764

資料來源：李漢修，全民健康保險中醫利用概況簡介

第二節 中醫師人力現況

1996 年台灣地區執業中醫師為 2992 人，較 1995 年的 3030 人，約減少 1.25%，之後台灣地區中醫師人數及即現增加的趨勢。而在現今執業中醫師中，以特考及格之中醫師佔絕大多數，約為 2500 餘名，中醫學系或學士後中醫學系之執業醫師所佔比率較低（張永賢，1997），根據統計，1972 年至 1995 年共有 2200 名中醫系畢業生，但僅約十分之一從事中醫醫療，加上學士後中醫畢業人數約僅 300 餘人，使得台灣地區的執業中醫師仍以特考及格醫師為主，以下為民國 84 年至 87 年台灣地區醫師人力變化情形。

表 2- 3 民國 84 年至 87 年底各類型執業醫師數統計表

年度	執業人數			每萬人口醫師執業數		
	西醫	中醫	牙醫	西醫	中醫	牙醫
84 年底	24465	3030	7026	11.46	1.42	3.29
85 年底	24790	2992	7254	11.52	1.39	3.37
86 年底	25730	3299	7573	11.83	1.52	3.48
87 年底	27071	3340	7099	12.35	1.52	3.60

資料來源：1. 張永賢，中醫醫院評鑑標準之前導研究
2. 行政院衛生署網站衛生統計資料

表 2- 4 民國 86 年至 87 年各縣市執業中醫師數統計表

	執業中醫師數			每萬人口執業中醫師數			全民健保特約醫師數			特約率
	86.12	87.12	成長率	86.12	87.12	成長率	87.12	88.06	成長率	87.12
台北健保局	947	984	3.91%	1.37	1.4	2.71%	890	905	1.69%	90.45%
台北市	430	435	1.16%	1.65	1.65	-0.43%	369	378	2.44%	84.83%
基隆市	37	48	29.73%	0.98	1.26	28.80%	44	41	-6.82%	91.67%
台北縣	433	450	3.93%	1.27	1.3	2.75%	426	436	2.35%	94.67%
宜蘭縣	45	49	8.89%	0.96	1.05	9.12%	49	48	-2.04%	100.00%
金門縣	2	2	0.00%	0.39	0.39	0.04%	2	2	0.00%	100.00%
連江線	0	0	-	0	0	-	0	0	-	-
北區健保局	344	358	4.07%	1.17	1.2	2.45%	327	330	0.92%	91.34%
新竹縣	41	48	17.07%	1.17	1.35	15.61%	47	48	2.13%	97.92%
桃園縣	205	209	1.95%	1.27	1.27	-0.30%	202	204	0.99%	96.65%
新竹市	39	38	-2.56%	0.92	0.89	-3.99%	31	32	3.23%	81.58%
苗栗縣	59	63	6.78%	1.05	1.13	6.87%	47	46	-2.13%	74.60%
中區健保局	960	1043	8.65%	2.29	2.46	7.66%	808	948	17.33%	77.47%
台中市	419	452	7.88%	4.65	4.92	6.02%	328	382	16.46%	72.57%
台中縣	276	291	5.43%	1.91	1.98	4.01%	234	274	17.09%	80.41%
彰化縣	188	220	17.02%	1.45	1.69	16.69%	187	219	17.11%	85.00%
南投縣	77	80	3.90%	1.41	1.47	4.05%	59	73	23.73%	73.75%
南區健保局	415	425	2.41%	1.22	1.25	2.31%	402	400	-0.50%	94.59%
台南市	143	147	2.80%	1.99	2.04	2.22%	138	131	-5.07%	93.88%
嘉義市	61	67	9.84%	2.32	2.55	9.74%	62	64	3.23%	92.54%
雲林縣	73	72	-1.37%	0.97	0.96	-0.99%	73	75	2.74%	101.39%
嘉義縣	42	37	-11.90%	0.74	0.65	-11.60%	33	33	0.00%	89.19%
台南縣	96	102	6.25%	0.88	0.93	5.86%	96	97	1.04%	94.12%
高屏區健保局	425	471	10.82%	1.16	1.28	10.19%	418	421	0.72%	88.75%
高雄市	217	243	11.98%	1.51	1.66	9.98%	210	211	0.48%	86.42%
高雄縣	117	130	11.11%	0.95	1.06	11.12%	117	116	-0.85%	90.00%
屏東縣	88	95	7.95%	0.96	1.04	8.34%	88	91	3.41%	92.63%
澎湖縣	3	3	0.00%	0.33	0.34	1.91%	3	3	0.00%	100.00%
東區健保局	52	59	13.46%	0.85	0.97	14.31%	58	59	1.72%	98.31%
花蓮縣	35	41	17.14%	0.98	1.15	17.63%	40	42	5.00%	97.56%
台東縣	17	18	5.88%	0.67	0.72	7.18%	18	17	-5.56%	100.00%
總計	3143	3340	6.27%	1.45	1.52	5.37%	2903	3063	5.51%	86.92%

資料來源：1. 衛生署，公務統計-台灣地區醫療院所執業醫事人員數
2. 中央健康保險局。

第三節 中醫師養成現況

我國中醫師養成方式可分成下列兩大系統：

1. 中醫師特考(Chinese Medicine Physician License Qualifying Exam ; CMPSLQE)：

1950 年台灣地區開始辦理中醫師特考，只要通過該考試，即可取得中醫師資格，其報考資格不受學歷限制，只需經考試檢定合格即可報考，截至 1996 年，台灣地區共舉辦 27 次中醫師特考，錄取中醫師達 2683 人，歷年來平均及格率 6.02%，透過該方式取得中醫師資格之執業中醫師為中醫醫療服務的提供主力，根據李氏等人的研究（李卓倫等人，1996）顯示，截至 1996 年 8 月，台灣地區執業中醫師中仍有約 60%是經由中醫師特考方式來取得中醫師證書。

2. 中醫師檢覈考試(Chinese Medicine Physician License Exam ; CMPLE)：

中醫師檢覈考試主要針對七年制中醫系及五年制學士後中醫系，該種考試之報考資格需為受過大學醫學院教育之中醫系畢業生，或醫學院醫學系（西醫）學生且修完規定學分數中醫課程之畢業生，通過該考試即可取得中醫師證書。根據闕氏研究（闕巧婷，1999）指出 1996 年中國醫藥學院中醫系及學士後中醫系畢業生，領取中醫師執照比率為 83.9%，但以中醫執業的比率僅

為 14.6%，而根據李氏等人研究（李卓倫等人，1996）指出，1996 年經過檢覈考試取得證書之執業中醫師佔全體執業中醫師比率已由 1989 年的 33.7%提昇到 1996 年的 40%。

第四節 中醫師生產力

近來有關於中醫師生產力研究並不多，陳氏之研究（陳涵寧，1993）針對全台 2519 名中醫師進行生產力調查，其結果顯示中醫師平均每日工作 9.2 小時，每日看診 38.1 人次；李氏（李淑宜，1990）之研究，針對 31 家勞保特約之中醫醫療院所進行問卷調查，其結果顯示中醫醫療院所每天看診時數以九小時最多，較西醫為高，受訪之中醫師所期望的每診服務人次為 34 人次；李氏等人之研究（李卓倫等人，1994）針對台灣地區 300 名樣本中醫師作生產力函數作推估，其研究結果顯示，1992 年中醫師每週看診人次為 195 人次。每週看診人次與投入時間的彈性係數為 0.5、投入資本的彈性係數為 0.24、醫療院所的彈性係數為 0.3。

第五節 民眾對中醫藥的認知

王氏之研究（王廷輔，1990）針對台中地區居民進行調查，三分之二之受訪者認為中醫能治本，而西醫只能治標，中醫藥效較西醫慢，西醫設備較中醫好；邱氏等人之研究（邱清華等人，1990）針對各縣市勞保特約中醫醫療院所分層並立意選擇十個縣市二十二鄉鎮民眾進行調查，其結果指出 78% 民眾認為西醫藥效快但只能治標，79.4% 受訪民眾認為中醫藥效慢但能治本；康氏等人之研究（康翠秀等人，1998），針對北投地區 2328 名民眾進行訪問調查，其結果顯示「吃中藥，有病可以治病，沒病可以補身」同意人數最多，李氏之研究（李金鳳，1990）結果指出，65.8% 受訪者認為，中醫對慢性病的療效較西醫好，75.1% 的人認為西醫療程短，中醫療程長。

第六節 全民健康保險學術研究資料庫

全民健康保險為我國最大之保險制度，其所涵蓋的範圍相當廣泛，包含 2 千萬名的保險對象、700 餘家醫療院所及其他相關機構之醫療資源及利用資料，因此，全民健康保險資料在我國醫療資源耗用及醫療品質的監測上具有極高的研究價值（蘇喜等，1997）。

有鑑於全民健康保險的高研究價值性，全民健康保險局乃與國家衛生研究院進行合作，共同建置一個專門提供學術研究的資料庫，名為「全民健康保險學術研究資料庫」。目前該資料庫僅包含 1997 年全

年度的資料，其所提供的檔案共可分為四大類（鄭守夏，1999）：

1. 醫療資源類：如醫事機構基本資料檔、醫事機構副檔、醫事機構診療科別明細檔、醫事機構病床檔、醫事人員基本資料檔、專科醫師證書檔等。
2. 病患醫療利用類：門診費用申請總表檔、住院費用申請總表檔。
3. 門住診系統抽樣檔：包含門診處方及治療明細抽樣檔、門診處方醫令明細抽樣檔、住院醫療費用清單明細抽樣檔、住院醫療費用醫令清單明細抽樣檔等四個系統抽樣檔。
4. 特定主題檔：共包含重大傷病醫療資源使用門診及住院明細檔、論病例計酬門診及住院明細檔、職業病及職業傷害門診及住院明細檔、外傷門診及住院明細檔、交通意外事故住院明細檔、特約藥局處方及調劑明細檔、特約藥局處方調劑醫令檔、牙醫門診處方與治療明細檔、中醫門診處方與治療明細檔。

由於全民健康保險學術研究資料庫所包含的內容中並未包含保險對象之承保資料，且保險對象之身分字號為加密後的代碼，所以若需進行保險對象因素的分析時，必須由中央健康保險局總局提供經相同加密程序過後之保險對象承保檔案，才能與國家衛生研究院之學術研究資料庫進行歸戶，以進一步分析保險對象之因素特性（曾淑芬，1999）。

第七節 醫療服務利用行為模式(Behavior Model of Health Service Utilization)

1968 年 Andersen 發展醫療服務利用行為模式，然由於第一版醫療服務利用行為僅強調以個人為單位的因素探討，因此，Aday 及 Andersen 與其他學者後來漸漸將該模式修正，至 1995 年出現了第四版的醫療服務利用行為模式，以下將對該模式予以介紹。

一、 第一階段醫療服務利用行為模式。

1968 年，Andersen 提出第一階段醫療服務利用行為模式，該階段之醫療服務利用行為模式主要特色為將個人醫療服務利用之影響因素，分成下列三方面作探討（Aday & Andersen，1974）：

（1）. 傾向因素（Predisposing Component）

所謂傾向因素乃指病患發病前之個體使用醫療服務傾向（Propensity of Individuals to Use Service），該因素可以分成下列三大類：

A. 人口學特質(Demographic): 年齡、性別及婚姻狀況等等。

B. 社會結構特質(Social Structure)：教育程度與職業類別等等。

C. 健康信念(Health Belief)：指對醫療保健之知識與價值觀，例如：是否相信醫療效果等等。

(2) . 能用因素(Enabling Component)

能用因素指外在環境中，促進（或阻礙）個人使用醫療服務資源之因素，即協助個人使用醫療照護之資源，這些資源可分成兩大部份：

A. 個人/家庭資源(Personal/Family)：例如：財物收入、固定資產所有權、健康醫療保險之有無等等。

B. 社區資源(Community)：社區醫療資源的多寡及醫療資源的可近性等等。

(3) . 需要因素(Need Component)

需要因素指個人的健康需要因素，可分成兩方面：

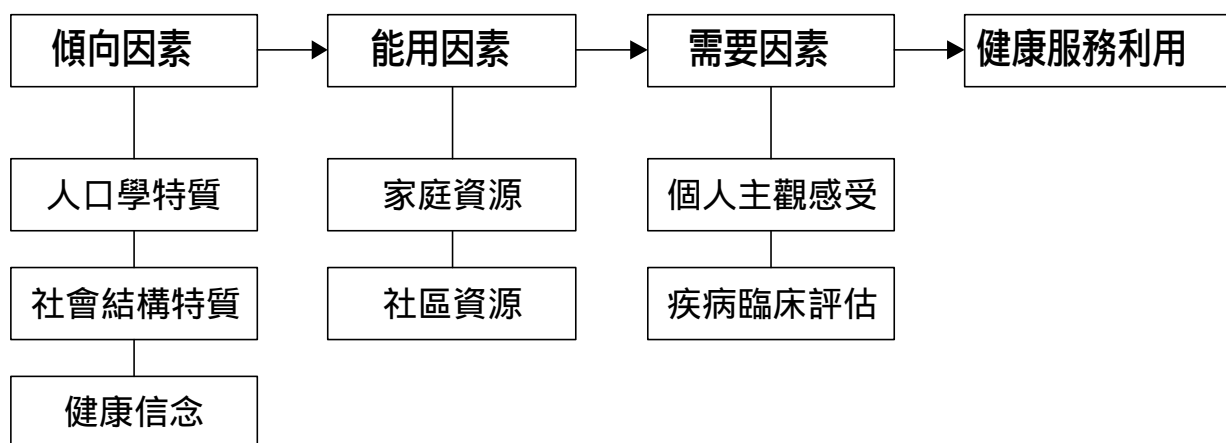
A. 個人主觀感受(Perceived)：個人對醫療保健需求的評估，視其對疾病的忍受程度或健康異常狀況的定義而定，例如：自覺無法工作天數及自述一般健康狀況等等。

B. 疾病臨床評估(Evaluated)：醫療人員運用標準化的測量工具及診斷指標來評估個人醫療保健需求。

由於該模式所探討之醫療服務利用影響因素，僅著重於個人因素的探討，對於醫療服務系統因素、滿意度因素、政策因素等其他相關因素，皆未納入該模式中，且對於醫療服務利用的概念亦未釐清，因此有後續的修正模式，而第一階段之醫療服務利用行為模式之整體

運作模型如下：

圖 2- 1 第一階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Aday & Andersen (1974)

二、 第二階段醫療服務利用行為模式

Aday and Andersen 於 1974 年所提出的第二階段醫療服務利用行為模式 (Aday & Andersen, 1974), 又稱為健康系統模式, 該模式最大的特色是釐清醫療服務利用的觀念及將健康照護提供體系特徵因素、消費者滿意度因素、政策因素納入該模式中, 此外該模式亦將之前提出之個人因素中的能用(Enabling)因素及傾向(Predisposing)因素再分成可變(Mutable)因素及不可變(Immutable)因素。在醫療服務利用方面, 該模式將醫療服務利用按下列四大方面來探討：

(1) . 醫療服務型態 (Type of Utilization)：指接受醫療服務的形式, 如：西醫、中醫、牙醫等。

(2) . 醫療服務地點(Site of Medical Care)：指接受醫療服務

的地點，如：診所、醫院、病人住處等。

(3) . 求醫目的(Purpose)：指民眾使用醫療服務的目的為預防保健服務、治療性醫療服務或復健性醫療服務等。

(4) . 就醫頻率(Time Interval for A Visit)：指民眾使用某項醫療資源的比率及使用某類型醫療資源的平均次數。

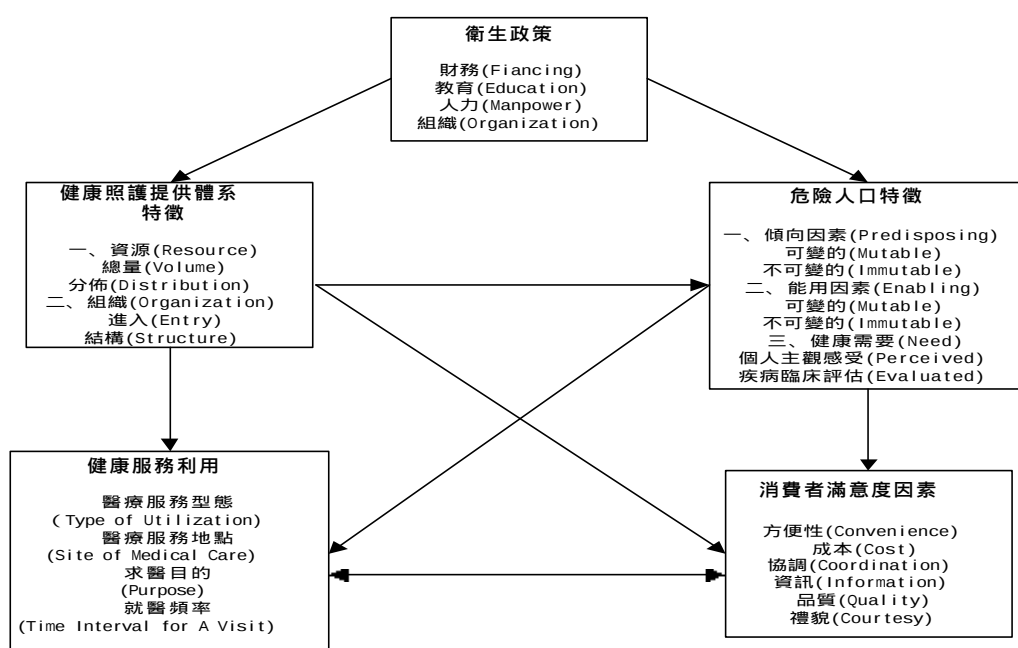
在醫療服務利用影響因素方面，第二階段醫療服務利用影響因素，除原先的個人影響因素外，尚包含衛生政策因素、健康照護提供體系特徵 (Characteristics of Health Care Delivery System) 及消費費者滿意度等三大類因素。

(1) . 衛生政策因素：主要針對財務(Financing)、教育(Education)、醫事人力(Manpower)、及健康照護組織(Organization)等四大部份，作為醫療資源可近性改善之思考。

(2) . 健康照護提供體系特徵因素：主要可以分成資源(Resource)與組織(Organization)兩大方面。在資源方面，主要指健康照護時所投入的資產(Capital)與人力(Labor)，而這些資源之總量(Volume)與分配(Distribution)，亦是在資源方面因素探討時的重點。而在組織方面，主要是指上述資源投入後，資源如何在健康照護過程中獲得利用與管理，其所探討的方向可以分成進入(Entry)及結構(Structure)，所謂的進入是指民眾如何進入健康照護組織以使用健康照護資源，而結構因素，主要是指民眾欲進入健康照護組織所會面臨的相關條件、規定或障礙等等。

- (3) . 消費者滿意度因素：主要是指消費者使用過健康照護之後，對於健康照護之評價，其評價方向可以分為下五大項，即方便性、成本、協調、資訊、品質及禮貌等五大項。
- (4) . 危險人口特徵(Characteristics of Population at Risk)：其基本概念與第一階段之醫療服務利用行為模式相同，然第二階段之醫療服務利用行為模式將個體因素中的傾向因素及能用因素再分為可變動及不可變動兩類，所謂的可變動泛指：個體健康信念、所得及健康保險之有無等等因素，而不可變因素包含：性別、年齡及種族等變項。

圖 2- 2 第二階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Aday & Andersen (1974)

表 2- 5 醫療服務利用影響因素之操作型指標

健康照護提供體系特徵因素 (一) 資源： 1. 資源總量： A. 人力： a. 基層醫師數。 b. 醫事專業人員數。 B. 設施： a. 醫院數。 b. 醫院病床數。 2. 資源分布： A. 每千人口醫事人員數。 B. 每千人口病床數。 (二) 組織： 1. 進入： A. 例行性(常設)健康照護資源(Regular Source of Care)之方便性： a. 在夜間、週末、緊急狀況時，健康照護資源之可利用性(Availability)。 b. 交通工具類型。 c. 交通時間。 d. 等候看診時間。 e. 平均每位醫師看診時間。 B. 非例行性之健康照護資源使用： a. 未使用例行性健康照護資源的理由。 b. 協助未使用例行性健康照護資源尋找健康照護。 2. 結構： A. 例行性健康照護資源類型： a. 資源提供者之執業地點。 b. 提供者之類型。 c. 輔助性(Paramedical)提供者類型。 d. 主治醫師(Attending Physician)專業類型。 B. 第三者團體給付(Third-Party Coverage)類型與程度： a. 健康計劃種類。 b. 給付範圍。 c. 自負(Out-of-Pocket)金額。	危險人口特徵因素 (一) 傾向因素： 1. 可變因素： A. 健康信念及態度。 B. 健康照護知識。 2. 不可變因素： A. 年齡。 B. 性別。 C. 家庭人口數。 D. 種族及少數民族(Ethnicity)。 E. 教育程度。 F. 職業狀況(Employment Status)。 (二) 能用因素： 1. 可變因素： A. 家庭收入狀況。 B. 例行性照護資源(Regular Source of Care)之種類與便利性。 C. 第三者團體給付(Third-Party Coverage)類型及程度。 2. 不可變因素： A. 居住地。 B. 地區特性(Region)。 C. 居住社區的時間(Length of Time in Community)。 (三) 需要因素： 1. 個人主觀感受(Perceived)： A. 自覺般健康狀況。 B. 疾病介入。 C. 疾病症狀。 D. 失能天數。 2. 疾病臨床評估(Evaluated)： A. 醫師疾病狀態嚴重度調查。 B. 醫師疾病症狀嚴重度調查。 消費者滿意度因素 (一) 最近一次健康照護資源使用滿意度。 (二) 一般健康照護資源使用滿意度。
---	--

資料來源：Aday & Shortell (1988)

三、 第三階段醫療服務利用行為模式

第三階段醫療服務利用行為模式認為醫療服務利用可以維持並

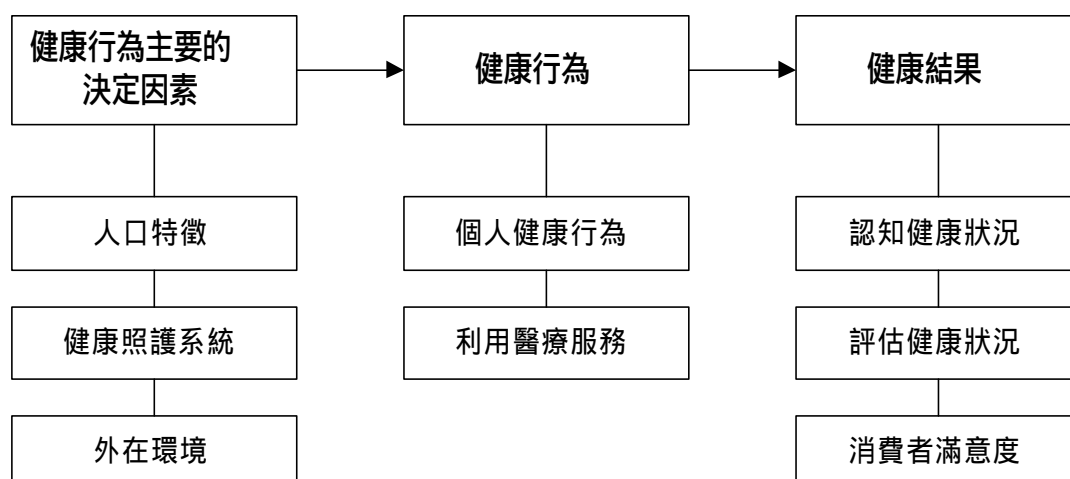
改善人們的健康情形，並且再提出下列兩大類變項，來修正該模式

(Andersen & Aday, 1995)：

(1) . 外在環境：強調外在環境的變化，會影響人們對於醫療服務的利用，例如：政治、經濟等因素。

(2) . 個人健康行為：強調健康行為會影響健康結果，例如：飲食、運動、自我照護等。

圖 2- 3 第三階段醫療服務利用行為模式

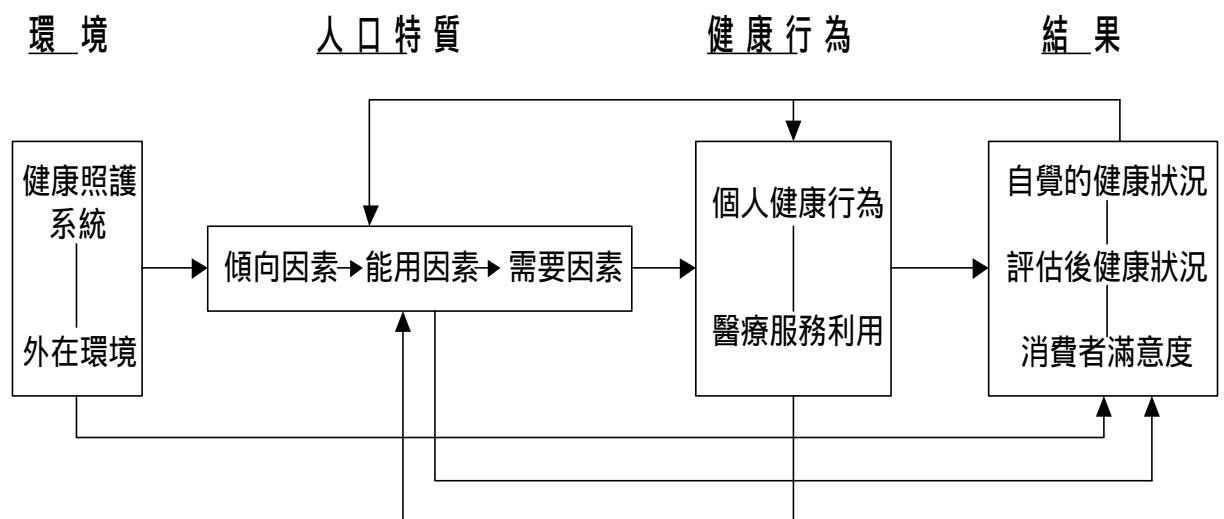


資料來源：Andersen & Aday (1995)

四、 第四階段醫療服務利用行為模式

第四階段之醫療服務利用行為模式，由 Andersen 整合 Evan、Scoddart 及 Patrick 等人之研究觀念後提出，該模式最大特色為，將醫療利用行為視為一種動態(Dynamic)及循環(Recursive)的概念，強調模式中各種因子的動態均衡及交互影響，例如：利用醫療服務後之健康狀況結果將會再影響個人健康行為(Andersen & Aday, 1995)。

圖 2- 4 第四階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Andersen & Aday (1995)

第八節 健康信念模式(Health Belief Model)

健康信念模式是 Rosenstock 於 1974 年所發表的醫療服務利用行

為模式，該模式最大特色在於由社會心理角度來解釋人們尋求醫療服務的決策，早期該模式主要應用於預防性醫療照護及病患遵醫囑行為的解釋，後來，陸續有學者發現，該模式亦可用於治療性醫療照護（Rosenstock，1974）。

該模式認為人口學變項(Demographic)、社會心理學變項(Sociopsychological)及結構變項(Structure Factor)將會影響醫療服務利用行為。該模式所包含的三項基本要素如下：

- (1)． 自覺疾病罹患性(Perceived Susceptibility)及自覺疾病嚴重度(Perceived Severity)。

所謂自覺疾病罹患性，係指個人主觀評估罹患某種疾病的可能性，而自覺疾病嚴重度，係指個人主觀評估罹患某種疾病後之嚴重程度，其嚴重度之評估不僅包含死亡、殘障及生理上的疼痛，亦強調因患病所造成的生活影響。

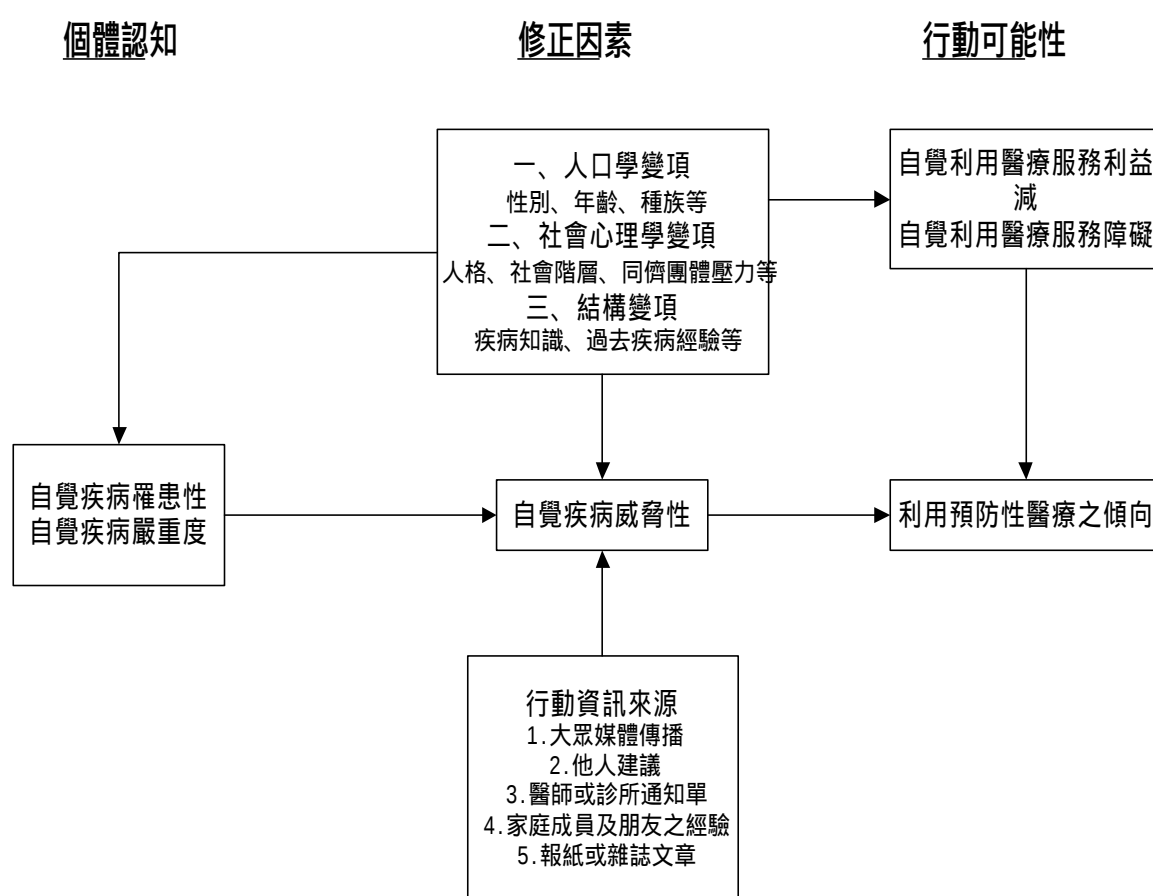
- (2)． 自覺利用醫療服務之利益與障礙(Perceived Benefit of Action V.S Perceived Barriers of Action)。

該模式認為，個體對於疾病的自覺並不足以使個體使用醫療服務，個體將會針對使用醫療服務後所會帶來的利益及負面效應進行評估。所謂自覺利用醫療服務之利益，係指個人利用醫療服務之後，對於疾病罹患性及嚴重度降低之主觀評估，而自覺利用醫療服務之障礙，係指個體自覺於利用醫療服務過程中，所必須付出的成本及其他負面影響。

(3) . 行動資訊來源(Cue to Action)。

係指協助個體採用適當醫療服務之資訊來源，包含內部來源與外部來源。

圖 2- 5 健康信念模式



資料來源：Rosenstock(1974)

第九節 Mckinlay 醫療服務利用預測模式

1970 年代，Mckinlay 提出以下六種模式來預測個體醫療服務利用 (Mckinlay, 1970)：

- (1) . 人口學模式 (Demographic) : 包含年齡、性別、婚姻狀況、家庭人口數及居住地等變項。
- (2) . 社會結構模式 (Social Structure) : 包含社會階層、種族、教育程度及職業等變項。
- (3) . 社會心理模式 (Social Psychological) : 包含健康信念、價值觀 (Value) 態度、常模 (Norm) 及文化。
- (4) . 經濟模式 (Economic) : 家庭收入、保險給付、醫療服務價格及醫療服務提供者與人口比 (Provider/Population Ratio)。
- (5) . 組織模式 (Organizational) : 醫師執業組織、輔助人員使用 (Use of Ancillaries) 例行性健康照護資源 (Regular Source of Care) 及轉診系統 (Referral Patterns) 等變項。
- (6) . 系統模式 (Systems) : 將前述所有變項納入，並考量各變項間的交互關係對於醫療服務利用的影響。

第十節 疾病行為階段模式 (Stages of Illness Model)

Suchman 於 1965 年提出疾病行為階段模式來解釋個人求醫行為，該模式主要特色乃藉由社會學角度來發覺個體由病症到就醫復原的整個行為過程，整個行為過程分為下列五個階段(Suchman, 1965):

(1) . 疾病症狀經驗階段(Experience of the Symptom)。

個體之求醫行為主要開始於身體不適所產生的就醫動機，該模式認為在此階段時，個體會先感覺到身體上的不適，接著會認為這些身體上的不適可能導因於某種疾病發生，且該疾病將會影響到其日常生活，造成個體之社會功能障礙。

(2) . 疾病角色假設階段 (Assumption of the Sick Role)。

該模式認為此階段個體會認為自己已生病，並且需要醫療照護，而尋求醫療照護的管道包含：自我診斷醫療、非專業諮詢系統(例如：親友建議)或民俗療法等等，漸漸將自己變成一個病人的角色。

(3) . 醫療照護接觸階段 (Medical Care Contact)。

若個體經過第二階段病情仍未改善或更加嚴重，則個體將會轉而向醫療專業人員尋求協助，此階段其病人角色將更具有合法性及客觀性的支持與認定。

(4) . 依賴性病人角色階段 (Dependent-Patient Role)。

此階段係指個體將對於疾病治療的控制權交給醫療專業人員，個體將遵照醫囑的指示，而醫師與病人的互動是影響病人遵醫囑行為及康復狀況的關鍵，至此階段「病人」角色完全確定。

(5) . 恢復或復健階段 (Recovery or Rehabilitation)

當病人利用醫療服務後，病人大多會除去病人角色而恢復成為健康人角色，但對於需長期治療或難以治癒的病人，則必須接受復健治療。

圖 2- 6 疾病行為階段模式

	第一階段 疾病症狀經驗	第二階段 疾病角色假設	第三階段 醫療照護接觸	第四階段 依賴性病人角色	第五階段 恢復或復健
決策	身體不適	放棄日常角色	尋求專業協助	接受專業治療	放棄病人角色
行為	民俗醫療與自我醫療	要求他人暫時確認自己的病人角色-繼續使用民俗醫療	尋求病人角色之權威性合法化-磋商治療方式	接受治療-遵醫囑行為	回復日常角色
結果	否認 ↓ 延遲 ↓ 接受	否認 ↓ 接受	否認 ↓ 到處購買 ↓ 確認	放棄 ↓ 續得利益 ↓ 接受	拒絕 ↓ 裝病 ↓ 接受

資料來源：Rodney (1978)

第十一節 求醫行為模式 (General Theory of Help Seeking)

Mechanic (Mechanic, 1978) 認為社會及心理學因素，將會影響病人需要求醫之認知，共計包含下列十大因素：

- (1) . 疾病之察覺、認知程度、及接受度。
- (2) . 對疾病嚴重度之認知。
- (3) . 疾病症狀對家庭、工作及其他社會功能干擾程度。
- (4) . 疾病症狀出現的次數、持續時間或復發之頻率。
- (5) . 病人對於病症之忍受程度。
- (6) . 症狀評估者之知識、資訊來源、文化背景其瞭解程度。
- (7) . 導致否認疾病的根本因素。
- (8) . 與醫療需求相互競爭的其他需求。
- (9) . 對於病症之其他可能解釋。
- (10) . 治療資源之可近性，例如：社會距離 (Social Distance) 、羞恥感、就醫成本及距離遠近等。

第十二節 國外中醫及另類醫療發展現況

在國外，有關中醫方面相關的研究，大多數乃將中醫納入輔助醫療及另類醫療(Complementary and Alternative Medicine; CAM)、或非正統醫療(Unconventional Medicine)來進行整體性研究，根據美國另類醫療辦公室(Office of Alternative Medicine)對CAM之定義主要有列三點(Paramore, 1997):

1. 在美國，其治療疾病之安全性及成本效益缺乏充足的文件資料證明(Documentation)。
2. 其相關課程，在美國醫學院並未普及。
3. 大多數的健康保險，尚未將其納入給付。

另類醫療所包含的項目相當多，與中醫相關之項目共有三種：針灸(Acupuncture)、草本醫學(Herbal Medicine)、整脊術(Chiropractic)，其中又以針灸及整脊術的利用率最高。(Bernstein, 1997; Verhoef, 1995; McGregor, 1997; Jonas, 1999; Kelner, 1997; Katherine, 1996; Paramore, 1997)。

由於對正統醫療(Conventional Medicine)療效不滿意及對於制式醫療系統的抗拒，使得歐美地區民眾對CAM的使用率已有顯著增加(Bernstein, 1997)，在美國，1993年使用CAM的費用已達137億美元，且其每年費用成長率高達15%(Meyer, 1997)，1994年，在過去一年中，曾利用過整脊術、治療性按摩(Therapeutic Massage)、鬆弛術(Relaxation techniques)及針灸等四項醫療服務的民眾已達2500萬人，佔當時全美人口的10%，其中又以使用整脊術的人最

多，達 1800 萬人 (Paramore , 1997)，至 1997 年 40%的美國人曾看過另類醫療，其當年度看診量為 6 億人次，費用高達 300 億美金以上，除整脊術外，美國民眾對於草本醫學及針灸的利用次數亦是相當高的，其中針灸的利用次數更僅次於整脊術位居第二 (Eisenberg , 1998)。

在所有另類醫療項目中，具有證照制度的項目僅有整脊術及針灸，在整脊術證照制度方面，美國設有整脊師(Chiropractor)執照，取得該執照者可以獨立開業，而在針灸方面，僅有 34 州對於針灸設有針灸證照制度 (Rauber , 1998)。

由於美國民眾對於另類醫療的需求日漸增加，許多健康保險計畫紛紛將另類醫療納入給付，如：1994 年美國 90%的整脊術服務有納入保險給付，並且 40%的健康維護組織 HMOs 將整脊醫療服務納入給付，除整脊術外，其他的另類醫療項目亦漸漸納入健康保險計畫，如：美國加州最大的 HMO 組織-Health Net，除原先的整脊術外，近年來已漸漸開放針灸、中國草本醫學的給付，且各 HMO 相信未將另類醫療納入給付的 HMO 將不具市場競爭力 (Rauber , 1998)。

在另類醫療教育方面，根據 Wetzel 等人於 1997 至 1998 年間所做的調查顯示，在全美的 125 家醫學院中，有開設另類醫療相關課程醫學院已經有 75 家，共開設 123 堂課，其中 84 堂課為選修，38 堂課為必修課程的一部份，1 堂課為選修課程的一部份，而在 123 堂課中有給予學分的共有 97 堂，而在這些課程主題中的前五名中，整脊

術、針灸、草本醫學，分別居於 1、2、4 名，可見中醫相關的醫學教育，在美國醫學院的另類醫療教育中為主流課程（Wetzel，1998）。

在另類醫療研究方面，美國政府於 1992 年成立另類醫療辦公室（Office of Alternative Medicine；OAM），負責另類醫療的研究（包含中國傳統醫學），1998 年升格為美國國家衛生研究院其中二十五所研究所之一，其預算亦由原先的兩百萬美元增至五千萬美元。

在德國，70%的疼痛診所（Pain Clinic）曾使用過針灸來治療病患，此外，德國醫師亦經常將草藥納入醫療處方的內容中（Jonas，1999）。在加拿大，1990 年時已有 20%的民眾在最近六個月曾至少使用過一次另類醫療（Verhoef，1995），至於歐洲及澳洲地區，其另類醫療之使用率介於 20%~70%（Jonas，1999）。

在亞洲地區，中醫亦在鄰近的日本、韓國、新加坡等國家之醫療體系扮演著相當重要的角色。在韓國，中醫被稱為傳統韓國醫學（Traditional Korean Medicine），傳統韓醫在韓國醫療系統中一直佔有相當重要的地位，1990 年，韓國註冊醫師中有 10%為傳統韓醫，目前，傳統韓國醫學的現代化為韓國健康與社會福利部（Ministry of Health and Social Affairs）的重點發展方向（Son，1999），此外，日本 71.2%的醫院有提供東方醫學服務（Orient Medicine Service）（Ken，1995）。

我國大陸地區中醫醫療發展已頗具規模，根據大陸官方調查，大陸地區 40%醫療服務要靠傳統中醫，95%之西醫院設有中醫部，有

530000 人在 2457 家中醫醫院工作，這 2457 家中醫醫院每年提供一億八千六百萬的門診量，以及兩百六十八萬的住院人次，在有設立中醫部門的西醫醫院中，每日約 20% 的門診量由中醫部門提供（Ken，1995），此外，在偏遠地區，其依賴中醫的情形更為明顯（Hesketh，1997）。

第十三節 民眾中醫醫療服務利用及影響因素

一、 國內相關研究：

有關於國內民眾之中醫利用及影響因素之研究，在中醫研究領域中，歷年來已有相當多的研究報告，茲節錄如下：

陳氏等人之研究（陳秋瑩等人，1999）於民國八十年十二月間，以台灣地區民眾為研究對象，將 365 個鄉鎮區按行政層級分七層，採分層三段等機率抽樣法抽出 2566 人，進行中醫醫療服務利用情形及利用因素問卷調查，問卷內容包含個人基本資料、個人自覺健康狀況、健康信念與求醫態度、醫療資源可近性、醫療需求及自付醫療費用、求醫型態等六大部份，實際訪得樣本數 1358 人。研究結果顯示：

- （1）． 民眾每月看中醫次數為 0.057 次，約為看西醫的七分之一，在中藥購買上，民眾每月購買中藥 0.015 次，約為買西藥

的的二分之一。

- (2) . 在影響中醫門診醫療服務利用因素方面，主要發現有：求醫偏好、有無固定中醫師及受訪前一個月內生病有無等三個變項會影響民眾是否使用中醫，而健康保險有無、家戶收入、性別、年齡、教育程度等因素，則並不會影響民眾是否使用中醫門診服務。

康氏等人之研究（康翠秀等人，1998），於民國八十四年八至十二月對台北市北投區四十個里的三十歲以上居民，以多步驟抽樣法抽出 2961 名研究樣本，並對研究對象之中醫醫療的知識、信念與行為意向進行問卷訪視，問卷內容包含對中醫醫療的知識、對中醫醫療的信念、對中醫醫療的行為意向及醫療利用型態四大部份，共得有效問卷 1085 份。研究結果發現：

- (1) . 在行為意向方面，「肌肉扭傷，關節脫臼」及「產後保養」較傾向中醫。
- (2) . 年紀越輕對中醫醫療知識越高，其行為意向越趨向中醫。
- (3) . 在醫療利用型態方面，只有利用西醫的民眾佔受訪民眾 68%，只利用中醫的民眾佔 2.9%，中西醫合併利用者佔 29.1%。
- (4) . 在醫療利用因素方面，研究對象之省籍、宗教、職業、年齡及對中醫之知識水準等因素與中醫醫療利用有統計上之

相關。

康氏等人之研究（康健壽等人，1994）於民國 78 年 8 月至 10 月間，針對 26 家勞保特約醫院及診所進行系統抽樣，並以結構式問卷針對中醫門診病人對傳統醫學的認知、行為意向進行問卷調查，問卷內容包含對中醫的認知、對中醫的態度及醫療利用型態三部份，共得有效樣本 362 位。研究結果顯示：

- （1）． 在行為意向方面，最傾向中醫醫療的有「肌肉扭傷，關節脫臼」與「肌肉關節酸痛及關節炎」。
- （2）． 對中醫的態度方面，同意比例最高的是「西醫的副作用大，中醫的藥性溫和不會有副作用」，不同意比率最高的是「西醫診斷較準確，中醫診斷較不準確」。

康氏等人之研究（康健壽等人，1994）於民國 78 年 8 月至 10 月間，針對 26 家有開辦勞保之醫院及診所進行系統抽樣，並以結構式問卷針對中醫門診病人選擇醫院型式之相關因素進行問卷調查，問卷內容包含：基本人口學資料、能用因素、需要因素及求診醫院型式等四部份，共得有效樣本 362 位，該研究以 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式針對研究對象進行醫療利用型態分析。研究結果顯示：

- （1）． 單變項分析：年齡、婚姻、保險、初複診、目前患有慢

性病、這一年內健康變差、疾病發作頻率、骨骼肌肉神經系統疾病與五官皮膚疾病等與求診不同醫院型式有顯著差異。

- (2) . 多變項對數迴歸分析：年齡、保險有無、初複診別、一般健康狀況、疾病嚴重度與肌肉骨骼神經疾病等變項與求診醫院型式的機率有顯著相關。

林氏之研究（林芸芸，1992）以聚落及系統抽樣法抽取新店市 20 至 65 歲的 3701 位居民為研究對象，於民國 78 年間針對新店地區居民之西醫、中醫或中西醫醫療併用情形進行問卷訪視，問卷內容包含醫療利用、健康風險評估、健康狀態、對全民健康保險的看法、基本資料等五大部份，共得有效樣本 1700 位。研究結果發現：

- (1) . 22%的受訪者在過去一個月內曾經利用過醫療服務，其中 83.8%只用西醫，7.9%只用中醫，8.4%則中西醫併用。
- (2) . 大多數民眾對中西醫醫療服務的利用主要為替代關係，而在中西醫合併組內，其中西醫醫療利用頻率成正相關為互補關係。
- (3) . 在醫療利用因素方面，年齡、性別、月收入等變項醫療利用型態並無顯著相關，「中西醫併用組」比「只用西醫組」的教育程度高、健康自覺較差、且較無聽過全民健康保險；「中西醫併用組」比「只用中醫組」教育程度較高、症狀數較少；社會保險有無與醫療利用型態並無顯著相關。

李氏等人之研究（李卓倫等人，1995）以立意抽樣法針對嘉義、新營、基隆、花蓮等四家省立醫院及中國醫藥學院附設醫院共計五家醫院之中醫門診病人進行抽樣，並以訪員親訪的方式進行問卷調查，共計訪問 1700 人。研究結果顯示：

- （1）． 中醫門診病患具有明顯的複向求醫行為。
- （2）． 對所有中醫門診病人而言，中醫門診時間彈性係數為-0.260，無保險之價格彈性為-0.197，有保險者之自付額彈性為-0.100，對西醫門診價格的交叉彈性為-0.005，所得彈性未達統計相關水準。
- （3）． 對於同時使用中西醫門診的中醫門診病人而言，中醫門診的時間彈性為-0.361，無保險者之價格彈性為-0.293，有保險者的自付額彈性為-0.149，所得彈性和對西醫門診價格的交叉彈性未達統計相關水準。
- （4）． 並且未發現中西醫門診間存在互補關係或替代關係。

王氏之研究（王廷輔，1990）以分層系統抽樣法針對台中地區民眾進行抽樣，共抽出 502 戶，再以該戶 20 歲至 80 歲的民眾為研究對象，針對台中地區居民之中西醫療行為取向進行問卷調查，問卷內容包含個人基本資料、選擇就醫時考量因素、對不同傷病之醫療取向、

對中醫疾病名稱之認知、對中西醫療之信念、促進因子及推介系統及醫療利用方式等七大部份，共訪得有效問卷 488 份。研究結果顯示：

- (1) . 西醫利用率最高，其次為「中醫內科」、「西式成藥及中式補品、補藥」。
- (2) . 在選擇醫療方式的考量因素方面，民眾最重視對醫療場所及醫師的熟悉度。
- (3) . 在疾病型態方面，「長期、病因不明之疾病」、「一般挫扭傷」、「骨折」及「脫臼」及「病、產後的保養」，民眾較偏向採用傳統醫療。
- (4) . 在其他相關變項方面：性別、省籍、教育程度、職業、收入、宗教信仰及居住地區與研究對象之醫療利用型態有關。

吳氏之研究（吳肖琪，1991）於民國 77 年 2 月，以多階層隨機抽樣法對宜蘭、花蓮、彰化、新竹及屏東五個醫療網區域進行抽樣，針對健康保險與醫療網區域資源對醫療利用的影響進行問卷訪視，問卷內容以 Aday and Andersen 於 1974 年所發展的醫療服務利用行為模式為架構，包含傾向因素、能用因素、需要因素及醫療利用四大部份，共計訪得 2018 戶資料，有效問卷 1978 戶，共計 9740 筆個人資料。研究結果顯示：

- (1) . 一個月間有利用中醫的比率為 1%、中醫利用次數 0.02 次。

- (2) . 醫療資源對西醫門診的影響：在醫療資源不足區，民眾醫療需求顯著地隨醫療供給之增加而增加；在醫療資源充足區，則不受醫療供給之影響。
- (3) . 居住在醫療資源充足且有保險之民眾，其醫療利用較不受醫療資源可用性的影響。
- (4) . 醫療資源對中醫門診的影響：未考量疾病嚴重度及生病日數時，醫療資源可用性越好的地區，民眾利用中醫越少。若將上述兩因素納入考量，則醫療資源可用性越好的區域，民眾利用中醫越多。西醫門診與中醫之間存在正向相輔相成關係。
- (5) . 健康保險對中醫利用的影響：有健康保險者較少使用中醫，對生病者而言，健康保險的總效應不存在。

蔡氏之研究（蔡文全，1994）利用民國 81 年 8 月至 81 年 10 月公保各特約中醫醫院（含西醫醫院中醫部）所列報之費用清單資料再加以歸戶後所產生的次級資料檔，進行公保各類保險對象中醫醫療利用之研究，其分析的變項包含使用中醫醫療者之特徵、中醫利用度及醫療供給者型態等三大部份。研究結果顯示：

- (1) . 中醫治療疾病主要以肌肉骨骼系統（40.7%）、呼吸系統（20.0%）、消化系統（10.2%）為主。
- (2) . 男性平均中醫利用次數為 0.414 次，女性為 0.509 次，女性高於男性。

- (3) . 保險對象平均中醫利用次數隨年齡增加。
- (4) . 男性平均每診次中醫醫療費用為 1420 元，女性為 1415 元，男性高於女性。
- (5) . 保險對象平均每診次中醫醫療費用隨年齡增加。

林氏之研究（林致坊，1998），以 Aday and Andersen 1980 年之醫療服務利用行為模式為理論架構，利用北區健保局次級資料進行分析，研究對象為民國 85 年 1 月 1 日至 86 年 12 月 31 日在北區健保局投保之保險對象，並按投保類別進行系統抽樣，共抽出 29998 名保險對象，再以身份證字號進行歸戶，以分析樣本人口民國 85 年及 86 年全年中醫及西醫就診情形。研究結果顯示：

- (1) . 中醫利用情形：中醫利用率為 22.0%。複向就醫者佔 20.5%，平均每人次每年中醫醫療費用為 442.59 元。
- (2) . 高度利用中醫者佔研究對象 5.07%，卻用了 62.68%中醫次數，62.31%的中醫費用。
- (3) . 中醫資源可用性最低的區域其利用中醫機率遠低於可用性中等的區域。
- (4) . 複向就醫者高度利用中醫的機率、曾因同疾病重複使用中藥的機率、中醫利用次數皆顯著較高。
- (5) . 去年中醫利用次數越多者，利用中醫的機率、複向就醫的機率、高度利用中醫的機率、曾因同疾病使用中藥的機率、

中醫利用次數顯著較高。

邱氏等人之研究（邱清華等人，1990）於民國 78 年針對台灣地區民眾進行中醫醫療狀況及需求調查，該研究以多階段系統抽樣法針對台灣地區民眾進行抽樣，共得樣本數 1820 戶，共計 7280 人，再以問卷訪視的方式，實際訪得樣本 1815 戶，主要研究結果如下：

- （1）． 31.3% 的原先看西醫的民眾願意在中醫納入全民健康保險後轉看中醫。
- （2）． 勞保特約中醫診所三家以上的地區其使用量為三家以下地區的 1.75 倍。
- （3）． 3.1% 是西醫取向型、6.0% 是西醫傾向型、79.0 是中醫傾向型、12% 是中西醫不定型。
- （4）． 就醫傾向與性別、年齡、教育有顯著關係。

羅氏之研究（羅紀瓊，1991）利用勞保局所提供的次級資料，針對民國 77 年及 78 年的勞保全體保險對象進行中醫醫療利用調查，其結果發現：

- （1）． 一年期間有利用中醫的比率為 14.7%、複向就醫比率為 16.0%、一年平均中醫利用次數為 1.18 次。
- （2）． 女性中醫就診比例大於男性、去年有利用中醫者使用比

例大於去年沒有利用中醫者。

(3) . 年齡越大、男性、就業行業為運輸倉儲及服務業者、西醫利用次數越多，此外，供給越多者，則中醫利用次數越多。

郭氏之研究（郭靜燕，1992）以醫療服務利用行為模式，進行老人尋求中醫醫療決定因素之研究。該研究以台北縣市 65 歲以上老人為研究母體，並以分層隨機抽樣的方式抽出 3042 名研究樣本，於民國 76 年 1 月 20 日至 3 月 15 日進行問卷訪視，實際訪得 1519 位研究對象。重要研究結果如下：

(1) . 有尋求中醫習慣者 19.7%；無者 80.3%。

(2) . 較習慣尋求中醫者特性為：有宗教、自覺就方便、自覺費用貴的、有固定場所、自覺不健康。

王氏之研究（王嘉蕙，1993），結合「綜合行為模式」與「健康信念模式」並加入「中西醫醫療態度因素」來解釋門診利用行為、買藥行為與求醫傾向。該研究以嘉義縣市二十歲以上的民眾做為研究母體，利用多階段隨機抽樣法抽出 500 個樣本，以面對面問卷訪問方式，完成 453 位受訪者。其結果發現：

(1) . 過去三個月內平均西醫就診次數為 1.46 次，其次是買西藥，平均 0.71 次。

(2) . 需要因素對中西醫門診利用行為或是買藥行為的影響

最大。

(3) . 健康信念因素僅對門診利用有影響。

(4) . 中西醫醫療態度則對買中藥行為及求醫傾向有影響。

(5) . 人口傾向因素與醫療知識來源對門診利用與買藥行為有間接影響效果。

(6) . 在患病時的醫療方式選擇上，則主要以其本身對中西醫醫療態度的傾向而定。

吳氏之研究（吳明玲，1996）採用 Aday and Andersen 的醫療服務利用行為模式為研究架構，針對中壢市嬰幼兒使用中醫門診的相關因素進行探討，該研究於民國 81 年 9 月至 11 月間，以系統抽樣法選取中壢市 12-18 個月大的幼兒共 516 位，為研究對象進行問卷訪視，得有效樣本 420 位，完成率為 31.4%。結果顯示：

(1) . 受訪者生病時曾接受之各種醫療照顧方式如下：西醫門診、中醫門診、西藥房、中藥房，各為 99.0%、39.0%、11.4% 及 5.2%。

(2) . 接受中醫門診醫療的 164 位幼兒中，71.3% 利用過 1 - 3 次，24.3% 利用過 4 - 10 次，4.3% 利用次數超過 10 次。

(3) . 生病時曾接受中藥醫療照顧之幼兒，其第一次接受中藥月齡為未滿 1 個月至 18 個月，中位數 7 個月，其原因主要為呼吸道疾病（74.7%）及腸胃道疾病（16.3%）。

(4) . 影響嬰幼兒是否使用中醫門診的因素主要有「幼兒籍貫、照顧者就醫習慣、對中式醫療滿意度、中西醫療行為取向、照顧者評定之幼兒健康狀況」等五項。

二、 國外相關研究：

在國外，甚少針對中醫利用進行利用因素探討的文獻，大多將中醫納入另類醫療的項目來進行整體另類醫療利用之因素探討，例如：Eisenberg 等人之研究(Eisenberg 等人, 1998), 針對 1990 年至 1997 年美國民眾利用另類醫學之趨勢進行調查。該研究所包含之另類醫療共有 16 項，其中與中醫有關的項目為針灸、草本醫學、整脊術。該研究調查共分兩次，針對經系統抽樣出之美國民眾，以電話訪問的方式進行另類醫療利用情形調查，第一次調查為 1991 年，共訪得 1593 名研究對象，第二次調查為 1997 年，共訪得 2055 名研究對象，最後針對兩次調查的結果進行比較分析。研究結果顯示：

(1) . 至少使用過一種另類醫療的比率由 1990 年的 33.8% 增到 1997 年的 42.1%，達到統計上顯著差異，且增加比率最高之另類醫療項目為"草本醫學"，此外，"針灸"之增加比率亦達統計上顯著差異。

(2) . 至少看過一次另類醫療執業人員的比率由 1990 年的 36.3% 增 1997 年的 46.3%，達到統計上顯著差異，且增加比率最高之另類醫療項目為"整脊術"。

(3) . 另類醫療最常用於治療長期性疾病，例如：背部問題、心理問題及頭痛。

(4) . 民眾另類醫療費用之自付比率由 1990 年的 64%，降到 1997 年的 58.3%，"整脊術"由 1990 年的 55.9%，降到 1997 年的 44.3%，"草本醫學"由 1990 年的 53.8%，升到 1997 年的 80.2%，"針灸"由 1990 年的 55.4%，升到 1997 年的 59.3%。

(5) . 在另類醫療服務支付的費用方面，1990 年至 1997 年間，成長率達 45.2%，1997 年共需支付 212 億美元，其中 122 億美元為病患自付，病患自付金額已超過 1997 年全美住院費用金額。

(6) . 不同性別、年齡、種族、教育程度、收入、居住地區對於另類醫療使用，具有統計上的顯著差異。

Druss 等人之研究 (Druss 等人，1999)，於 1996 年進行醫療費用調查(Medical Expenditure Panel Survey；MEPS)，共計調查 24676 名美國成年民眾，有效樣本 16068 名，調查項目為非正統醫療之利用次數與正統醫療之利用次數，其中正統醫療部份包含住院次數、門診次數、急診就醫次數及使用 8 種預防醫療服務次數等。該研究主要目的在於探討正統醫療與非正統醫療服務之相關性。研究結果顯示：

(1) . 1996 年間，6.5%的美國人使用過非正統醫療與正統醫療，1.8%只使用非正統醫療，59.5%只使用正統醫療，32.2%

皆未使用過。

- (2) . 1996 年間，只使用正統醫療者之利用次數為 7.9 次，高於兩類醫療皆使用的 5.4 次，其差異達統計上的顯著意義。
- (3) . 在「正統醫療利用組」中，當年度利用次數前 25%之病患利用次數佔「正統醫療利用組」之總利用次數比率為 14.5%，「非正統醫療組」之當年度利用次數後 25%之病患利用次數佔「非正統醫療利用組」之總利用次數比率的 6.4%。
- (4) . 正統醫療與非正統醫療利用呈現正向的相關。

Astin 之研究 (Astin, 1998), 於 1997 年針對全美地區民眾進行另類醫療使用因素研究，以找出影響美國民眾使用另類醫療的因素。該研究以隨機取樣的方式抽出 1035 位受訪者，並以郵寄問卷的方式進調查，該研究所包含的另類醫療項目共計有 17 種(含整脊術、針灸及草本醫學)，考量的另類醫療利用影響因素主要分成下列六大部分：

- (1) . 對正統醫療的滿意度。
- (2) . 健康照護自主權。
- (3) . 哲學及價值觀的合適性(Philosophical/Value Congruence)。
- (4) . 對正統醫療治療效果的相信度。

(5) . 健康狀況因子：指各種疾病之另類醫療利用。

(6) . 人口學因子：包含教育、性別、收入、種族及年齡。

該研究之重要研究結果如下：

(1) . 40%受訪者在過去一年中曾使用過另類醫療，其中民眾曾使用過整脊術的比率最高（15.7%）。

(2) . 在健康因素方面，患有慢性疼痛疾病的患者對另類醫療使用率最高，其次為患有焦慮及慢性疲勞症狀的病患。

(3) . 曾使用另類醫療較未曾使用另類醫療者具有下列特質：教育程度較高、健康狀態較差、較重視個人健康、過去在正統醫療體系內曾有過不好的就醫經驗、女性主義者、環境保護主義者、重視個人及精神的成長及患有焦慮、背痛、慢性疼痛等疾病。

(4) . 受訪者對於正統醫療滿意程度，並不能預測受訪者是否使用另類醫療。

MacIennan 等人之研究（MacIennan 等人，1996），於 1993 年針對南澳洲 15 歲以上之民眾進行另類醫療利用盛行率及成本研究，該研究以多階段系統抽樣的方式，共抽出 3004 位受訪者，以電話訪問的方式進行調查。該研究分成兩大部分，一為探討 12 項另類醫療項目的利用情形（含草本醫學），一為探討民眾曾使用過 10 種另類醫療執業者（含整脊師、針灸師及草本醫師）的情形。該研究之重要研究結果如下：

(1) . 48.5%受訪者在過去一年中曾使用過另類醫療，其中使用過草本醫學的比率為第二位(9.9%)。

(2) . 20.3%受訪者在過去一年中曾使用過另類醫療執業者，其中民眾曾使用過整脊師的比率最高(15.0%)，針灸師佔第三位。

(3) . 曾使用另類醫療較未曾使用另類醫療者具有下列特質：多為女性、教育程度高、大多為受雇者、體重正常、較會喝酒。

(4) . 曾使用另類醫療執業者較未曾使用另類醫療執業者具有下列特質：年齡較小、居住在城市、體重過重。

(5) . 在另類醫療成本方面，該研究以外推法的方式推估 1993 年澳洲另類醫療所耗費的成本，在另類醫療項目方面達 6 億 2 千 1 百萬澳幣，另類醫療執業者利用成本方面達 3 億 6 千萬澳幣。

Wainapel 等人之研究 (Wainapel 等人, 1998), 於 1997 年 5 月至 7 月間，針對兩家位在都市的醫學中心復健科門診病患進行另類醫療利用情形研究。該研究以隨機抽樣的方式對於兩家醫學中心復健科門診病患進行抽樣，共抽出 103 個樣本，調查復健科門診病患使用 40 項另類醫療 (含整脊術、針灸及草本醫學) 的情形。該研究之重要結果如下：

(1) . 29.1%受訪者過去一年內曾使用過另類醫療，其中整脊術、針灸及草本醫學的利用率分別佔第 2、4、7 位。

(2) . 在疾病類別方面，患有背痛疾病之受訪者利用另類醫療的人數最高，共有 34 人，其次為患有肩膀痛疾病受訪者的 20 人。

(3) . 在利用過另類醫療的受訪者中，53% 的人有治療上的效果。

Kelner 等人之研究 (Kelner 等人, 1997), 於 1994 年~1995 年間針對加拿大大城市居民曾使用家庭醫師 (Family Physicians), 整脊師 (Chiropractors) 針灸師 (Acupuncturists) 傳統中醫師 (Traditional Chinese Doctors) 天然療法技術師 (Naturopaths Practitioners) Reiki 療法技術師 (Reiki Practitioners) 等五項另類醫療之民眾，進行多階段系統抽樣，依照這五種類別各抽出 60 名研究樣本，共計 300 名研究對象，以問卷進行面對面的訪談，該研究主要目的在於尋找病患選擇另類醫療之激勵因素。該研究以 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式為架構，探討民眾選擇正統醫療與另類醫療的原因，研究結果顯示：

(1) . 在傾向因素方面：性別、年齡、教育程度、職業、職業雇用型態、宗教等因素與另類醫療使用與否有關。

(2) . 在能用因素方面：另類醫療利用與另類醫療轉診管道、過去就診經驗、收入程度與另類醫療資訊接觸等因素較有關係。

(3) . 在需要因素方面：疾病嚴重度、過去病史及疾病對日常

生活之影響程度對另類醫療利用較有相關。

Mcgregor 等人之研究 (Mcgregor 等人, 1996) 針對澳洲城市居民進行另類醫療之選擇因素調查, 該研究將研究對象分為 Alternative therapy group 及 Community group 兩組, 以電話訪問的方式進行問卷調查, 問卷內容包含對於現今醫療服務的滿意度、對於現今另類醫療服務滿意度、過去的疾病史、健康情形控制狀況 (Health Locus of Control)、潛在病症的治療 (Treatment For Potential Symptoms)、反正統醫療特質 (Unconventionality) 及一般性資訊等六大部份。其主要研究結果顯示：

(1) . "對於正統西醫醫療缺乏信心"及"反正統醫療特質"

(Unconventionality)這兩變項在這兩群體中有明顯差異。

(2) . 在使用過另類醫療之研究對象中, 大多數人認為另類醫療適用於相當多的病症, 但研究結果顯示研究對象在使用另類醫療時, 僅特定某些病症使用率較高。

國外其他採用 Aday and Andersen 醫療服務利用行為模式進行另類醫療利用行為分析之研究結果顯示, 影響另類醫療利用相關的因素如下：

(1) . 傾向因素方面：性別、教育程度、職業、年齡及社會層級 (Wellman, 1995 ; Berger, 1993 ; Eisenberg, 1993 ;

Sharma , 1992)

(2) . 能用因素方面：收入及另類醫療轉診管道為主要影響因素 (Eisenberg , 1993 ; Sharma , 1992)

(3) . 需要因素方面：病人過去病史及疾病嚴重度為主要影響因素 (Wellman , 1995 ; Berger , 1993 ; Eisenberg , 1993 ; Sharma , 1992)

過去有關於中醫或另類醫療利用的研究，除少數幾篇利用次級資料進行研究分析外，大多針對經抽樣後的研究樣本，進行結構式問卷訪視，以收集民眾中醫或另類醫療利用相關資料，然如此的研究方式會造成研究樣本的代表性不足、問卷設計的信、效度不足、問卷取得資料之正確性不足等缺失，有鑑於此，本研究將採用全民健康保險局及國家衛生研究院所提供的次級資料，對於我國 1997 年全民健康保險中醫醫療利用情形進行分析，以避免造成上述的問題。

根據本研究文獻回顧資料顯示，利用次級資料針對中醫醫療利用進行分析的研究共有三篇，其中羅紀瓊之研究為針對勞保保險對象，蔡文全為針對公保保險對象，林致坊為針對在北區健保局納保的保險對象，而本研究與前述三項研究之最大不同，在於本研究之研究資料為全民健康保險施行後之全國性資料，非僅針對勞、公保或健保局單一分局之納保民眾進行中醫利用研究，本研究最大特色在於可以瞭解全民健康保險之整體中醫醫療利用情形，進而探討影響中醫醫療利用

的因素。

表 2- 6 國內中醫門診利用相關研究匯總表

作者年代	研究設計	研究對象	測量變項	研究結果
邱清華 1990	問卷面訪	台灣地民眾 1815 戶 7342 人。	依變項：就醫傾向。 自變項：性別、年齡、籍貫、信仰、婚姻、行業、職業、教育。	(1) .31.3% 的原先看西醫的民眾願意在中醫納入全民健康保險後轉看中醫。 (2) .勞保特約中醫診所三家以上的地區其使用量為三家以下地區的 1.75 倍。 (3) .3.1% 是西醫取向型、6.0% 是西醫傾向型 79.0 是中醫傾向型、12% 是中西醫不定型。 (4) .就醫傾向與性別、年齡、教育有顯著關係。
王廷甫 1990	問卷面訪	台 中 居 民 488 位。	依變項：採用醫療方式。 自變項：性別、年	(1) 30.4% 常用中醫內科；79.7% 常用西醫。 (2) 對各種傷病症狀之醫療

			齡、籍貫、信仰、職業、教育、保險別、收入、社經地位、選擇醫療考慮因素、不同傷症醫療取向、中醫疾病名稱之認知、對中醫醫療法信念大眾傳播接觸、中醫推介系統。	取向傾向中醫，且中醫療法推介系統較強者，較常使用中醫療法；認為掛號方便程度越不重要、醫療效果快速顯現、且對中醫疾病名稱愈不相信，較常使用西醫療法。
吳肖琪 1991	問卷調查	宜蘭、花蓮、彰化、新竹、屏東五個醫療網域的民眾。	依變項：是否利用西醫、西醫利用次數、是否自服西藥、自服西藥天數、是否利用中醫、利用中醫次數、是否曾住院、住院次數、自覺有病者醫療利用度 自變項：保險別、區域醫療資源。 控制變項：性別、年齡、婚姻、教育、社經地位、宗教、籍貫、都市化程度、戶長教育程度、戶長社經地位、家中收入最高者之教育及社經地位、急性病數、慢性病數、自覺嚴重度、生病日數、時間價格。	(1) 一個月間有利用中醫的比率 1%、中醫次數 0.02 次。 (2) 醫療資源對西醫門診的影響：在醫療資源不足區，民眾醫療需求顯著地隨醫療供給之增加而增加；在醫療資源充足區，則不受醫療供給之影響。 (3) 居住在醫療資源足且有保險之民眾，其醫療利用較不受醫療資源可用性的影響 (4) 醫療資源對中醫門診的影響：醫療資源可用性越好的地區，民眾使用較多之中醫。
羅紀瓊 1991	次級資料	勞保 77.78 二年皆全年在保之保險對象。	依變項：中醫就診率。 自變項：性別、年齡、中醫供給、就業行業、去年中醫利用與否、西醫就診率。	(1) 一年期間有使用中醫的比率 14.7%、複向就醫比率 16.0%、一年平均中醫利用次數 1.18 次。 (2) 女性中醫就診比例大於男性、去年有利用中醫者使用比例大於去年沒有利用中醫者。 (3) 年齡越大、男性、就業行業為運輸倉儲及服務業者、西醫利用次數越多、供給

				越多者，則中醫利用次數越多。
賴俊雄 1992	問卷調查	台灣地區民眾。	依變項：中醫利用次數。 自變項：居住地都市化程度、家庭社會地位、健康信念、對中西醫療效的看法、對中西醫的偏好、保險介入改變使用偏好的態度、個人收入、家戶收入、醫療花費、可近性、自覺健康、自評症狀嚴重、活動受限天數。	(1) 一個月間有 16% 有使用中醫、2.4% 有複向就醫、中醫利用次數 0.085 次。 (2) 女性、有宗教者其中醫利用次數較多。
林芸芸 1992	問卷面訪	新店市 20-65 歲居民，1700 人。	依變項：醫療利用的型態。 自變項：性別、年齡、教育、收入、支出有無保險、全民健保的認知、意願、自覺勞保保費合理、健康危險因子數、症狀數、罹病數、健康自覺。	中西醫併用組較只用西醫組的教育程度較高、健康自覺較差、且較無聽過全民健保；中西醫併用組較只用中醫組的教育程度較高症狀數較少；只用西醫組與只用中醫組的不同無法由這些自變項解釋。
郭靜燕 1992	問卷面訪	台北縣市 3042 名研究樣本，實際訪得 1519 位	依變項：尋求中醫習慣。 自變項：年齡、籍貫、教育、宗教、保險、自覺就醫方便、自覺醫療費用高低、固定就醫場所、自評健康、慢性病數。	(1) 有尋求中醫習慣者 19.7%；無者 80.3%。 (2) 較習慣尋求中醫者特性為：有宗教、自覺就方便、自覺費用貴的、有固定場所、自覺不健康。
王嘉蕙 1993	問卷面訪	嘉義縣市 20 歲以上民眾 500 位，實際訪得 453 個受訪者。	依變項：西醫門診次數、中醫門診次數。 自變項：性別、年齡、教育、保險、固定就醫場所區域發展程度、自述疾病數、就醫時疾	(1) 都市化程度四級的鄉鎮、有固定西醫就醫場所、自述疾病數越多、就醫時是看慢性病、骨骼肌肉疾病者、自覺健康狀況較差者則西醫門診次數越多。 (2) 有中醫固定就診場所者、自述疾病數越多、慢性

			病種類、健康信念、中西醫療態度、醫療知識來源。	病、骨骼肌肉疾病、自覺健康差者則中醫門診次數越多。
蔡文全 1994	次級資料	民國 81 年 8 月至 11 月公保保險對象。	依變項：是否使用中醫、中醫利用次數。 自變項：性別、年齡、保險別。	女性、年齡越高者使用中醫機率較高、中醫利用次數也多。男性每診次之中醫醫療費用較女性高。
康健壽等 1994	問卷調查	民國 78 年 8 月至 10 月，勞保特約診所病患，共 362 位。	依變項：就診醫院型態。 自變項：對中醫認知、對中醫態度、對中醫行為就醫意向。	(1) 在行為意向方面，最傾向中醫醫療的有「肌肉扭傷，關節脫臼」與「肌肉關節酸痛及關節炎」。 (2) 對中醫的態度方面，同意比例最高的是「西醫的副作用大，中醫的藥性溫和不會有副作用」，不同意比率最高的是「西醫診斷較準確，中醫診斷較不準確」。
康健壽等 1992	問卷調查	民國 78 年 8 月至 10 月，勞保特約診所病患，共 362 位。	依變項：就診醫院型態。 自變項：性別、年齡、籍貫、教育程度、宗教、婚姻、家庭型態、行業、社經地位、居住地、平均每月收入、保險狀況、初複診別、就醫資訊來源別、一年內使用中醫次數、自覺身體健康狀況、慢性病有無、健康狀態是否較差、臥病天數、發病時間、發作頻率、發作持續時間、是否影響飲食休息、是否需全天臥床休息、患病部位。	(1) 年齡、婚姻、保險、初複診、目前患有慢性病、這一年內健康變差、疾病發作頻率、骨骼肌肉神經系統疾病與五官皮膚疾病等與求診不同醫院型式有顯著差異。 (2) 年齡、保險有無、初複診別、一般健康狀況、疾病嚴重度與肌肉骨骼神經疾病等變項與求診醫院型式的機率有顯著相關。
李卓倫等 1995	問卷面訪	中醫門診病人 1700 人。	依變項：中醫門診人次。 自變項：中醫價格、健康保險、中	中醫價格越低、無健康保險、看中醫時間少、慢性病、影響起居天數多、年齡越大、在新營醫院就醫者，則中醫門診日

			醫時間、中醫固定就診場所、家庭月收入、慢性病、影響天數、性別、年齡、教育科別、醫院別。	次越多。
吳明玲等 1996	問卷面訪 主要照顧者	中壢市嬰幼兒 420 位。	依變項：是、否使用中醫門診。 自變項：籍貫、主要照顧者、母親教育、照顧者行業、照顧者就習慣、特殊疾病受驚嚇的觀念、中式醫療保健觀念、民俗醫療保健觀念、對西式醫療服務滿意杜、中西醫療行為取向、保險、居住地、健康狀況。	(1) 幼兒生病常使用者中醫門診為 11.2%；西醫門診 83.8%。 (2) 幼兒籍貫為本省人、照顧者就醫習慣為中西並用、對中醫滿意度較高、中西醫療行為取向傾向中醫、照顧者自評幼兒健康狀況較差者，則使用中醫門診的機率較高。
康翠秀等 1998	問卷調查	台北市北投區 30 歲以上居民 2961 位，有效問卷 1085 份。	依變項：利用型態、求診次數。 自變項：性別、年齡、籍貫、婚姻、宗教、教育、職業收入、保險、戶長教育、戶長職業、自覺健康、慢性病數、傳統醫療認知、傳統醫療信念、傳統醫療行為意向。	(1) 只用中醫與只用西醫之比較： 無民間信仰者、年齡較小者、戶長有職業者、信念行為意向偏向中醫者其只用中醫的機率較大。 (2) 年齡越大、已婚者、無職業者醫療服務利用越多。 (3) 年齡較輕、本省客家人、有信仰者、教育低、職業為「工」者，求診傳統醫療的次數較多。
林致坊 1998	次級資料	民國 86 年北區健保局之保險對象共 29,998 名。	依變項：是否利用中醫、是否複向就醫、是否高度利用中醫、中醫門診利用次數、中醫醫療費用、中醫利用有無改變、中醫利用次數的改變、中醫費用改變、同疾病重複使用中醫。 依變項：性別、年齡、客家鄉、投保	(1) 中醫利用率為 22.0%。複向就醫者佔 20.5%，平均每人每年中醫醫療費用為 442.59 元。 (2) 高度利用中醫者佔研究對象 5.07%，卻用了 62.68% 中醫次數，62.31% 的中醫費用。 (3) 中醫資源可用性最低的區域其利用中醫機率遠低於可用性中等的區域。 (4) 複向就醫者高度利用中醫的機率、曾因同疾病重複使

			類別、投保金額、中醫固定就診場所、是否重大傷病、是否有慢性病、每萬人口中醫師數、複向就醫、同疾病重複使用中藥、去年是否利用中醫、去年是否利用西醫、去年利用中醫次數、去年利用西醫次數。	用中藥的機率、中醫利用次數皆顯著較高。 (5) 去年中醫利用次數月多者利用中醫的機率、複向就醫的機率、高度利用中醫的機率、曾因同疾病使用中藥的機率、中醫利用次數顯著較高。
陳秋瑩等 1999	問卷調查	民國 80 年 12 月台灣地區民眾，抽樣 2566 人，實際訪得樣本 1358 人。	依變項：醫療方式、就醫地點。 自變項：性別、年齡、籍貫、婚姻狀況、宗教信仰、教育程度、個人月收入、家庭月收入、目前工作情形、是否為家中主要撫養人、社經地位、主要撫養人教育程度、都市化程度、個人健康狀況、醫療資源可近性。	求醫偏好、有無固定中醫師及受訪前一個月內生病有無等三個變項會影響民眾是否會去使用中醫門診服務，而健康保險有無、家戶收入、性別、年齡、教育程度等因素，則並不會影響民眾是否使用中醫門診服務。

資料來源：本研究整理

第三章 研究方法

第一節 研究假設

- 一. 保險對象之傾向因素與「是否利用中醫門診」、「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」及「是否高度利用中醫門診」不會有統計上顯著影響。
- 二. 保險對象之能用因素與「是否利用中醫門診」、「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」及「是否高度利用中醫門診」不會有統計上顯著影響。
- 三. 保險對象之需要因素與「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」及「是否高度利用中醫門診」不會有統計上顯著影響。
- 四. 醫師人力因素與「是否利用中醫門診」、「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」及「是否高度利用中醫門診」不會有統計上顯著影響。

第二節 資料來源與資料處理

一. 1997 年中央健康保險局保險對象承保檔。

本研究乃請中央健保局依保險對象投保類別針對 1997 年中央健康保險局保險對象承保檔進行等比例分層抽樣，其中第一類 112,605 人、第二類 37,902 人、第三類 33,002 人、第四類 690 人、第五類 1,300 人、第六類 25,901 人，抽樣樣本數佔全體保險對象的 1%，共 211,400 筆，其檢定力為 0.948，透過該資料檔可以獲得下列變項：保險對象加密後之身分證號碼、保險對象性別、保險對象年齡、保險對象投保金額、保險對象投保身份、保險對象投保類別、保險對象投保地區。

二. 1997 年全民健康保險學術研究資料庫「門診處方及治療明細檔」。

以 1997 年國家衛生研究院全民健保學術研究資料庫中的中醫「門診處方及治療明細檔」為資料來源，可獲得變項為：保險對象加密後之身分證號碼、保險對象是否需部分負擔、保險對象就醫疾病別、保險對象有無合併症或併發症、保險對象是否為重大傷病、保險對象

是否為慢性病，保險對象醫療利用次數、保險對象醫療費用、醫療機構權屬別、及案件類別。

三．1997 年行政院衛生署衛生統計資料。

透過該統計資料可以取得保險對象投保地區每萬人口西醫師數與每萬人口中醫師數等兩個變項資料。

四．本研究資料檔。

將全民健康保險保險對象抽樣後之承保檔資料，依健保局加密後之身分證號碼，與國家衛生研究院提供之中醫「門診處方及治療明細檔」進行串檔與歸戶，經除去極端值（每人每年利用次數 >53 ）及不合理數值後，共得 210,216 筆研究樣本，即得本研究所分析之資料檔。

第三節 研究架構

本研究將以 1974 年 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式為主要研究架構，另加上中醫門診申報案件之檔案分析，針對各項因素對於「是否利用中醫門診」、「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」及「是否高度利用中醫門診」等依變項進行探討，在保險對象因素方面共計包含下列變項：

- 一．傾向因素：包含性別、年齡。
- 二．能用因素：包含投保地區、投保金額、保險對象身份、投保類別、是否需部分負擔。
- 三．需要因素：包含是否為重大傷病、是否有慢性病。

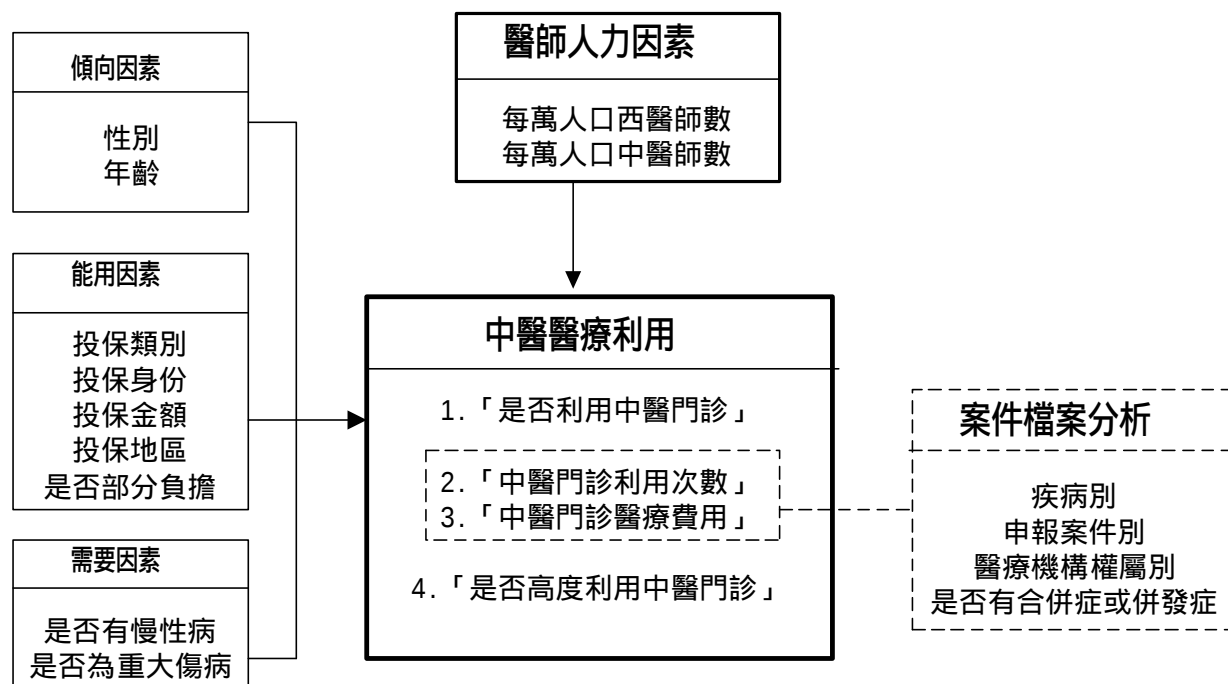
在醫師人力因素方面，主要包含保險對象投保地區縣市每萬人口中醫師數及每萬人口西醫師數等兩項因素。

本研究之部分自變項僅針對「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」及「是否高度利用中醫門診」等三個依變項進行分析，包含：是否為重大傷病、是否有慢性病及是否需部分負擔等三個自變項。

本研究除探討研究對象之中醫門診醫療利用因素外，另針對疾病別、有無合併症或併發症、醫療機構權屬別、申報案件別，

進行整體體申報案件檔案分析。

保險對象因素



第四節 變項名稱與定義

變項名稱	定義	類別
<u>自變項</u>		
性別	分為男性、女性	類別變項
年齡	指研究對象至民國 86 年 12 月 30 日的足歲，出生日期以承保檔為準，共分為「14 歲以下」、「15-24 歲」、「25-34 歲」、「35-44 歲」、「45-54 歲」、「55-64 歲」及「65 歲以上」等七類。	類別變項
投保類別	依健保局規定分為「第一類」、「第二類」、「第三類」、「第四類」、「第五類」及「第六類」共六大類。	類別變項
投保身份	依健保局規定共分為「雇主」、「受雇者」、「眷屬」、「榮民」、「地區人口」五大類。	類別變項
投保金額	分為「10000 元以下」、「10001-20000 元」、「20001-30000 元」、「30001-40000 元」、「40001 元以上」共五類。	類別變項
投保地區	全國共分為 25 縣市。	類別變項
是否需部分負擔	分為「是」、「否」兩類，以健保局所規定之免部分負擔範圍為準，「是」指需部分負擔，「否」指免部分負擔。	類別變項
是否有慢性病	分為「是」、「否」兩類，以中央健康保險局所定義之慢性病為判別基礎，「是」指有慢性病患者，「否」指無慢性病患者。	類別變項
是否為重大傷病	分為「是」、「否」兩類，「是」指部分負擔代號中註記為「重大傷病者」，若無則「否」。	類別變項
每萬人口西醫師數	指 1997 年底保險對象投保縣市之每萬人口西醫師數，共分為「12.00 名以下」、「12.01-24.00 名」、「24.01 名以上」等三級。	類別變項
每萬人口中醫師數	指 1997 年底保險對象投保縣市之每萬人口中醫師數，共分為「1.00 名以下」、「1.01-1.50 名」及「1.51 名以上」等三級。	類別變項
疾病別	以 1975 年第九次修訂之國際疾病分類號為判別依據。	類別變項
申報案件類別	依健保局案件分類原則，共分為「中醫一般案件」、「中醫其他專案」、「中醫慢性病」、「中醫針灸、傷科及脫臼整復」，等四類。	類別變項
醫療機構權屬別	分醫療機構為「公立」及「私立」兩類。	類別變項

有無合併症或併發症	利用資料檔中三個國際疾病分類碼欄位有無填寫來判別，分為兩大類，僅有一個疾病分類碼者為「無合併症或併發症」，有兩個及三個疾病分類碼者為「有合併症或併發症」。	類別變項
<u>依變項</u>		
是否利用中醫門診	「是」指研究對象於 1997 年間曾使用 1 次以上之中醫門診。若無則「否」。	類別變項
中醫門診利用次數	指研究對象在 1997 年間中醫門診就診次數。	連續變項
中醫門診醫療費用	指研究對象在 1997 年間中醫門診就診費用。	連續變項
是否高度利用中醫門診	「是」指研究對象於 1997 年間曾使用 5 次以上（含 5 次）中醫門診者。若無則「否」。	類別變項

第五節 資料處理與分析方法

本研究先進行所需資料庫之彙整及整理，以建立起本研究所欲採用之資料庫，再利用 SAS 6.12 版軟體對於該資料庫進行描述性及分析性統計分析：

一． 建立資料庫：

由 1997 年保險對象承保資料檔依保險對象投保類別進行等比例分層抽樣，共抽出 211,400 筆研究樣本，再依抽樣檔加密後之身份號碼與 1997 年國家衛生研究院全民健康保險學術研究資料庫之中醫「門診處方及治療明細檔」進行串檔與歸戶，經除錯程序後，共得 210,216 筆研究對象，以分析 1997 年全民健康保險保險對象中醫門診醫療利用情形。

二. 以 SAS 軟體進行描述性及分析性統計分析：

1. 描述性分析：針對「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」及「是否高度利用中醫門診」，進行性別、年齡、投保類別、投保地區、投保金額、投保身份、是否需部分負擔、是否為重大傷病、是否為慢性病、每萬人口西醫師數、每萬人口中醫師數進行之描述性統計分析，在「是否利用中醫門診」方面，僅針對性別、年齡、投保類別、投保地區、投保金額、投保身份、每萬人口西醫師數、每萬人口中醫師數進行描述性分析。
2. 案件檔案分析：針對中醫門診申報案件次數及中醫門診申報案件費用，進行疾病別、是否有合併症或併發症別、醫療機構權屬別、申報案件別進行描述性及分析性統計分析。
3. t-test：針對性別、是否為慢性病、是否需部分負擔、是否為重大傷病、是否為慢性病別等自變項與中醫醫療資源利用情形（依變項），即「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」進行差異性分析。
4. 變異數分析：針對年齡、投保類別、投保地區、投保金額、投保身份、每萬人口西醫師數、每萬人口中醫師數與中醫醫療資源利用情形（依變項），即「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」進行分析。

5. 卡方檢定：針對性別、年齡、投保地區、投保金額、保險身份、是否需部分負擔、是否為重大傷病、是否為慢性病、每萬人口西醫師數、每萬人口中醫師數等變項與「是否高度利用中醫門診」進行差異性分析，在「是否利用中醫門診」方面，僅針對性別、年齡、投保地區、投保金額、投保類別、投保身份、每萬人口西醫師數、每萬人口中醫師數進行分析。
6. 複迴歸分析：針對本研究所設定之全部自變項（投保地區別除外）與「中醫門診利用次數」、「中醫門診醫療費用」進行分析。
7. 複對數迴歸分析：以複對數迴歸來分析本研究全部自變項（投保地區別除外）與「是否高度利用中醫」之關係，在「是否利用中醫門診」方面，僅對性別、年齡、投保類別、投保金額、投保身份、每萬人口西醫師數、每萬人口中醫師數進行分析。

第四章 研究結果

第一節 描述性統計分析

一、研究對象特性

在研究對象特性描述方面，將依據研究對象之傾向因素、能用因素、需要因素、及醫師人力因素等特質來進行分析。

(一)、研究對象之傾向因素分布

在性別分布方面（見表 4-1），男性共 107111 位，佔全體總樣本數 51.0%，而女性共 103105 位，佔全體總樣本 49.0%。

在年齡分布方面（見表 4-1），樣本平均年齡為 39.17 歲，其中以 14 歲以下之研究對象佔全體總樣本數的 17.4% 為最高，其次為 65 歲以上的 17.2%、35-44 歲的 15.9%、15-24 歲的 14.8%、45-55 歲的 13.5%、25-34 歲的 12.1%、55-64 歲的 9.0%。

(二)、研究對象之能用因素分布

在保險對象類別方面（見表 4-1），以第一類佔全體研究樣本的 53.1% 最高，其次為第二類的 18.0%、第三類的 15.7%、第六類的 12.3%、第五類的 0.6%、第四類的 0.3%。

在保險對象身分方面（見表 4-1），以受雇者佔全體研究樣本的 50.9% 為最高，其次為眷屬的 44.8%、榮民的 3.6%、地區人口的 0.6%、雇主的 0.1%。

在投保金額方面(見表 4-1), 平均投保金額為 12063.23 元, 以投保金額在 10000 元以下佔 53.9%最高, 其次為 10001-20000 元佔 22.7%、20001-30000 元佔 11.5%、40001 元以上佔 6.6%、30001-40000 元佔 5.3%。

在投保地區方面(見表 4-2), 以台北市佔全體研究樣本的 40.7%為最高, 其次為台北縣 11.7%、桃園縣 7.2%、苗栗縣 4.8%、高雄市 4.6%、台中市 3.7%、台中縣 3.2%等。

(三)、醫師人力因素分布

在保險對象投保地區每萬人口西醫師數方面(見表 4-2), 以投保地區每萬人口西醫師數為 24.01 名以上佔 40.7%最高, 其次為 12.00 名以下的 38.1%、12.01-24.00 名的 21.2%。

在保險對象投保地區每萬人口中醫師數方面(見表 4-2), 以投保地區每萬人口中醫師數為 1.51 名以上佔 54.8%最高, 其次為 1.01-1.50 名的 28.0%、1.00 名以下的 17.2%。

二、中醫門診醫療利用分佈

在中醫門診利用分佈方面, 將分成是否利用中醫門診、中醫門診醫療利用次數、中醫門診醫療費用及是否高度利用中醫門診來分析。

在是否利用中醫門診方面(見表 4-3), 沒有利用中醫者共 156184 人, 佔全體研究樣本 74.3%, 使用中醫者共 54032 人, 佔全體研究樣本 25.7%。

在中醫門診醫療利用次數方面（見表 4-3），全體研究對象平均每人中醫門診醫療利用次數約為 1.29 次，標準差為 3.91，中醫門診利用次數為 0 次之研究對象佔 74.3%、1-4 次佔 17.3%、5-9 次佔 4.8%、10-14 次佔 1.79%、15 次以上佔 1.9%；在 1997 年利用過中醫門診之研究對象中，其平均每人中醫門診醫療利用次數約為 5.01 次，標準差為 6.39。

在中醫門診醫療費用方面（見表 4-3），全體研究對象平均每人中醫門診醫療總費用約為 585.41 元，標準差為 1849.37，中醫門診醫療費用為 0 元之研究對象佔 74.3%；在 1997 年利用過中醫門診之研究對象中，其平均每人中醫門診醫療費用為 2277.6 元，標準差為 3074.48。

在是否高度利用中醫方面（見表 4-3），全體研究對象平均每人中醫門診次數在 5 次以下之研究樣本共 192561 人（包含使用次數為 0），佔全體研究樣本 91.6%，使用 5 次以上（含 5 次以上）的研究對象共 17655 人，佔全體研究樣本 8.4%。在使用過中醫門診的研究對象中，使用中醫門診次數在 5 次以下者（未包含使用次數為 0），佔全體研究樣本 67.3%，使用 5 次以上的研究對象共 17655 人，佔全體研究樣本 32.7%。

第二節 雙變項分析

本節在各自變項對是否高度利用中醫門診與是否利用中醫門診分析方面，將以卡方檢定來進行分析；在各自變項對中醫門診醫療利用次數與中醫門診醫療費用分析方面，自變項為性別、是否部分負擔、是否有慢性病、是否重大傷病者，將以 t-test 進行雙變項分析，其餘皆用變異數分析來進行分析， $\alpha = 0.05$ ；在中醫門診案件檔案分析部分，將按疾病別、醫療機構權屬別、有無合併症或併發症別、申報案件別進行分析， $\alpha = 0.05$ 。

一、各自變項是否利用中醫門診

(一)、 傾向因素

在性別方面（見表 4-5），女性利用中醫門診比率約為 28.63%，高於男性的 22.89%，且具有統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。

在年齡方面（見表 4-5），年齡在 45-54 歲利用中醫門診比率最高，約 30.45%，其次為 35-44 歲的 30.44%、55-64 歲的 28.17%、25-34 歲的 27.68%、15-24 歲的 25.25%、65 歲以上的 23.84%、14 歲以下的 17.22%，其差異具有統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。

(二)、 能用因素

在投保類別方面（見表 4-5），以第一類利用中醫門診比率的 28.34%為最高，其次為第二類的 25.04%、第三類的 24.24%、第五類的 18.58%、第四類的 18.12%及第六類的 17.66%。

在投保身份方面（見表 4-5），以投保身份為受雇者之利用中醫門診比率的 28.70%為最高，其次為地區人口的 26.24%、眷屬的 23.03%、雇主的 18.71%、榮民的 16.55%，其差異具有統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保金額方面（見表 4-5），投保金額在 20001-30000 元之研究對象利用中醫門診比率為 32.02%，高於投保金額 40001 元以上的 31.76%、30001-40000 元的 31.74%、10001-20000 元的 27.61%、10000 元以下的 22.21%，其差異具有統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保地區方面（見表 4-5），投保地區為台中市之研究對象利用中醫門診比率為 38.02%，高於台中縣的 37.54%、南投縣的 33.09%、花蓮縣的 32.21%、彰化縣的 31.85%、高雄縣的 31.33%，而最低中醫門診醫療利用率之投保地區為連江縣的 7.03%，其差異具有統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

（三）、醫師人力因素

在投保地區每萬人口西醫師數別方面（見表 4-5），投保地區每萬人口西醫師數在 12.01-24.00 名之研究對象中醫門診利用比率為 28.63%，高於 12.00 名以下的 27.27%、24 名以上的

22.71%，其差異具有統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保地區每萬人口中醫師數別方面（見表 4-5），投保地區每萬人口中醫師數在 1.00 名以下之研究對象中醫門診利用比率為 27.50%，高於 1.51 名以上的 25.48%、1.01-1.50 名的 25.04%，其差異具有統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

二、各自變項與中醫門診醫療利用次數

（一）、 傾向因素

在性別方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，女性平均每人每年利用中醫門診次數為 1.45 次，高於男性的 1.13 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.05$ ）。若以有利用中醫門診的研究樣本為基礎，則女性中醫門診醫療利用次數為 5.07 次，高於男性的 4.93 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在年齡方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，以 45-54 歲每人每年平均中醫門診利用次數最高，達 1.62 次，其次為 35-44 歲的 1.60 次，最低為 14 歲以下的 0.83 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則以 65 歲以上每人每年平均中醫門診利用次數最高，達 6.09 次，其次為 55-64 歲的 5.44 次，最低為 15 歲-24 歲的 3.84 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

(二)、 能用因素

在投保類別方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，以第五類之每人每年中醫門診利用次數最高，達 1.65 次，其次為第一類的 1.46 次、第二類及第三類的 1.18 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的研究樣本為基礎，則亦以第五類每人每年平均中醫門診利用次數最高，達 8.91 次，其次為第一類的 5.13 次、第三類的 4.87 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保身份方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，以投保身份為地區人口之每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 1.60 次，其次為受雇者的 1.45 次，最低為雇主的 0.92 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則仍以投保身份為地區人口之每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 6.09 次，其次為榮民的 5.99 次，最低為雇主者的 4.90 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保金額方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，以投保金額在 40001 元以上的每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 1.75 次，其次為 30001-40000 的 1.74 次，最低為 10001 元以下的 1.11 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則亦以投保金額在 40001 元以上的每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 5.51 次，其次為 30001-40000

元的 5.49 次，最低為 20001-30000 元的 4.84 次，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在投保地區方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，以台中市每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 2.37 次，其次為台中縣的 2.26 次、南投縣的 1.91 次，最低為連江縣的 0.14 次，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則亦以台中市之平均中醫門診醫療利用次數為最高，達 6.23 次，其次為花蓮縣的 6.03 次、台中縣的 6.01 次，最低為連江縣的 2.00 次，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在是否部份負擔方面（見表 4-6），在有利用中醫門診的研究樣本中，不用部份負擔的研究對象共 2335 位，佔 4.3%，需部份負擔者共 51697 位，佔 95.7%，免部份負擔研究對象之每人每年平均中醫門診利用次數為 7.33 次，高於需部分負擔的 4.91 次，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

（三）、 需要因素

在是否為慢性病方面（見表 4-6），在有利用中醫門診的研究樣本中，沒有慢性病的研究對象共 52616 位，佔 97.4%，而有慢性病的研究對象共 1416 位，佔 2.6%，有慢性病之研究對象之每人每年平均中醫門診利用次數為 6.65 次，高於沒有慢性病的 4.97 次，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在是否為重大傷病方面（見表 4-6），在有利用中醫門診的研究樣本中，非重大傷病的研究對象共 53926 位，佔 99.8%，而有重大傷病的研究對象共 106 位，佔 0.2%，有重大傷病之研究對象之每人每年平均中醫門診利用次數為 6.44 次，高於無重大傷病的 5.01 次，但其差異程度卻未達統計上顯著意義（ $P=0.0611$ ）。

（四）、醫師人力因素

在每萬人口西醫師數方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，以投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名之每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 1.54 次，其次為 12.00 名以下的 1.38 次，最低為 24.01 名以上的 1.07 次，其差異具有統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則亦以投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名之每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 5.39 次，其次為 12.00 名以下的 5.05 次，最低為 24.01 名以上的 4.73 次，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在每萬人口中醫師數方面（見表 4-6），在全體研究樣本中，以投保地區每萬人口中醫師數為 1.00 名以下之每人每年平均中醫門診利用次數為最高，達 1.41 次，其次為 1.51 名以上的 1.30 次，最低為 1.01-1.50 名的 1.19 次，其差異具有統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則以投保地區每萬人口中醫師數為 1.00 名以下之每人每年平均中醫門診利

用次數為最高，達 5.24 次，其次為 1.51 名以上的 5.11 次，最低為 1.01-1.50 名以下的 4.74 次，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

三、各自變項與中醫門診醫療費用

(一)、 傾向因素

在性別方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，女性每人每年平均中醫門診醫療費用為 658.23 元，高於男性的 515.31 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的研究樣本為基礎，則女性每人每年平均中醫門診醫療費用為 2299.18 元，高於男性的 2251.60 元，其差異未達統計上顯著意義 ($P=0.0733$)。

在年齡方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，以 45-54 歲每人每年平均中醫門診醫療費用最高，達 748.20 元，其次為 55-64 歲的 715.43 元，最低為 14 歲以下的 326.75 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則以 65 歲以上每人每年平均中醫門診醫療費用最高，達 2955.88 元，其次為 55-64 歲的 2539.26 元，最低為 15 歲-24 歲的 1757.64 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

(二)、 能用因素

在投保類別方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，以投保類別為第五類之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 698.75 元，其次為第一類的 647.81 元，最低為第四類的 337.82 元，其差異達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，以投保類別為第五類之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 3761.63 元，其次為第六類的 2399.98 元，最低為第四類的 1864.76 元，其差異達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。

在投保身份方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，以投保身份為地區人口之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 770.14 元，其次為受雇者的 657.03 元，最低為雇主的 417.95 元，其差異達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則仍以投保身份為榮民之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 3054.36 元，其次為地區人口的 2934.90 元，最低為眷屬的 2206.57 元，其差異達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。

在投保金額方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，以投保金額在 40001 元以上的每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 776.33 元，其次為 30001-40000 元的 774.68 元，最低為 10000 元以下的 503.93 元，其差異達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保金額在 40000 以上的每人每年平均中醫門診醫療費用最高，達 2444.72 元，其次為 30001-40000 元的 2440.59 元，最低為 20001-30000 元的 2174.46

元，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在是否部份負擔方面（見表 4-7），在有利用中醫門診的研究樣本中，不用部份負擔的研究對象共 2335 位，佔 4.3%，需部份負擔者共 51697 位，佔 96.7%，免部份負擔研究對象之每人每年平均中醫門診醫療費用為 3457.91 元，高於需部分負擔的 2224.28 元，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保地區方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，以台中市每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 1046.9 元，其次為台中縣的 963.54 元、花蓮縣的 914.54 元，最低為連江縣的 53.03 元，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則以花蓮縣之每人每年平均中醫門診醫療費用最高，達 2839.39 元，其次為台中市的 2753.23 元、澎湖縣的 2638.40 元，最低為連江縣的 754.62 元，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

（三）、 需要因素

在是否為慢性病方面（見表 4-7），在有利用中醫門診的研究樣本中，沒有慢性病的研究對象共 52616 位，佔 97.4%，而有慢性病的研究對象共 1416 位，佔 2.6%，有慢性病之研究對象之每人每年平均中醫門診醫療費用為 3413.25 元，高於無慢性病的 2247.03 元，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在是否為重大傷病方面（見表 4-7），在有利用中醫門診的研

究樣本中，非重大傷病的研究對象共 53926 位，佔 99.8%，而有重大傷病的研究對象共 106 位，佔 0.2%，有重大傷病之研究對象之每人每年平均中醫門診醫療費用為 3021.60 元，高於無重大傷病的 2276.13 元，其差異未達統計上顯著意義 ($P=0.0636$)。

(四)、醫師人力因素

在每萬人口西醫師數方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，以投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 688.21 元，其次為 12.00 名以下的 609.94 元，最低為 24 名以上的 508.84 元，其差異具有統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則亦以投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 2403.64 元，其次為 24 名以上的 2240.89 元，最低為 12.00 名以下的 2236.43 元，其差異具有統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在每萬人口中醫師數方面（見表 4-7），在全體研究樣本中，以投保地區每萬人口中醫師數為 1.00 名以下之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 624.74 元，其次為 1.51 名以上的 599.39 元，最低為 1.01-1.50 名的 533.86 元，其差異具有統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則亦以投保地區每萬人口中醫師數 1.51 名以上之每人每年平均中醫門診醫療費用為最高，達 2352.35 元，其次為 1.00 名以下的

2271.64 元，最低為 1.01-1.50 名的 2132.34 元，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

四、各自變項與是否高度利用中醫門診

(一)、 傾向因素

在性別方面（見表 4-8），在全體研究樣本中，女性之高度利用中醫門診比率為 9.58%，高於男性的 7.26%，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，女性高度利用中醫門診比率為 33.46%，高於男性的 31.73%，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在年齡方面（見表 4-8），在全體研究樣本中，45-54 歲高度利用中醫門診比率為 10.77%，高於 35-44 歲的 10.50%、55-64 歲的 10.13%、65 歲以上的 8.98%、25-34 歲的 7.55%、15-24 歲的 6.41% 及 15 歲以下的 5.44%，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，65 歲以上高度利用中醫門診比率為 37.67%，高於 55-64 歲的 35.95%、45-54 歲的 35.36%、35-44 歲的 34.49%、14 歲以下的 31.58%、25-34 歲的 27.29% 及 15-24 歲的 25.37%，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

(二)、 能用因素

在投保類別方面（見表 4-8），在全體研究樣本中，第一類高

度利用中醫門診比率高於第五類的 8.75%，第二類的 7.76%、第三類的 7.58%、第六類的 5.33%及第四類的 4.78，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，第五類高度利用中醫門診比率為 47.08%，高於第一類的 33.81%、第三類的 31.29%、第二類 30.98%、第六類的 30.15%及第四類 26.40%，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保身份方面（見表 4-8），在全體研究樣本中，投保身份為地區人口之高度利用中醫比率為 10.6%，高於受雇者的 9.45%、眷屬的 7.37%、榮民的 6.00%及雇主的 5.04%，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保身份為地區人口之高度利用中醫比率為 40.40%，高於榮民的 36.27%、受雇者的 32.93%、眷屬的 32.00%及雇主的 26.92%，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在投保金額方面（見表 4-8），在全體研究樣本中，投保金額在 40001 元以上之高度利用中醫門診比率為 11.67%，高於 30001-40000 元的 11.50%、20001-30000 元的 10.21%、10001-20000 元的 8.78%及 10001 元以下的 7.14%，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保金額在 40001 元以上之高度利用中醫門診比率為 36.74%，高於 30001-40000 元的 36.24%、10001 元以下的 32.16%、20001-30000 元的 31.88%及 10001-20000 元的 31.80%，其差異達統計上顯著

意義 ($P<0.01$)。

在是否部份負擔方面 (見表 4-8)，在有利用中醫門診的研究樣本中，免部份負擔研究對象之高度利用中醫門診比率為 44.97%，高於需部分負擔的 32.12%，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在投保地區方面 (見表 4-8)，在全體研究樣本中，投保地區為台中市之高度利用中醫比率為 15.12%，高於台中縣的 14.74%、南投縣的 12.57%、花蓮縣的 12.27%及彰化縣的 11.59%，最低為連江縣的 0.00%，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區為台中市之高度利用中醫比率為 39.75%，高於台中縣的 39.26%、台南市的 38.20%、花蓮縣的 38.09%、澎湖縣的 38.00%，最低為連江縣的 0.00%，其差異達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

(三)、 需要因素

在是否為慢性病方面 (見表 4-8)，在有利用中醫門診的研究樣本中，有慢性病研究對象之高度利用中醫門診比率為 44.00%，高於沒有慢性病的 32.37%，且達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。

在是否為重大傷病方面 (見表 4-8)，在有利用中醫門診的研究樣本中，有重大傷病研究對象之高度利用中醫門診比率為 40.57%，高於無重大傷病的 32.66%，其差異未達統計上顯著意義 ($P=0.103$)。

(四)、醫師人力因素因素

在每萬人口西醫師數方面（見表 4-8），在全體研究樣本中，投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名之高度利用中醫比率為 9.98%，高於 12.00 名以下的 9.00%，及 24.00 名以上的 7.01%，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名之高度利用中醫比率為 34.87%，高於 12.00 名以下的 33.01%，及 24.00 名以上的 30.86%，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

在每萬人口中醫師數方面（見表 4-8），在全體研究樣本中，投保地區每萬人口中醫師數為 1.00 名以下之高度利用中醫門診比率為 9.32%，高於 1.51 名以上的 8.48%、1.01-1.50 名的 7.67%。其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口中醫師數為 1.00 名以下之高度利用中醫門診比率為 33.90%，高於 1.51 名以上的 33.29% 及 1.01-1.50 名的 30.62%，其差異達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

五、中醫門診申報案件檔案分析

(一)、疾病別

在利用次數方面（見表 4-9），在全體研究對象之醫療利用案件中，前六位分別為「其他症狀，徵候及診斷欠明病態」佔 9.13%，

「脫臼，扭傷及拉傷」佔 8.55%、「其他急性上呼吸道感染」佔 7.63%、「其他背部病變」佔 7.48%、「其他損創傷之早期併發」佔 5.32%、「其他關節疾患」佔 4.86%，總申報案件數共 276944 件。

在醫療費用方面（見表 4-10），在全體研究對象之醫療利用案件中，前六位分別為「脫臼，扭傷及拉傷」佔 10.78%、「其他背部病變」佔 8.86%、「其他症狀，徵候及診斷欠明病態」佔 7.90%、「其他損創傷之早期併發」佔 6.96%、「其他關節疾患」佔 6.04%、「其他急性上呼吸道感染」佔 5.93%，總金額為 125656188 元。

在平均醫療費用方面，在全體研究對象之醫療利用案件中，平均中醫門診案件費用最高的前六位（見表 4-11）為「未提及精神病之老衰」的 1430 元、「顱骨及顏面骨之骨折」的 1140 元，「股骨頸骨折」的 1001 元，「砂眼」的 950 元，「骨折」的 891 元，「其他肢體骨折」的 869 元；而最低的前六位（見表 4-12）為「骨及關節結核病」的 120 元、「梅毒」的 220 元、「呼吸衰竭需長期使用呼吸器」的 267 元、「大腦內及其他顱內出血」的 272 元、「敗血症」的 280 元及「腦惡性腫瘤」的 295 元，全部案件之平均醫療費用為 454 元。

（二）、 申報案件別

在利用人次數方面（見表 4-13），在全體研究對象之醫療利用案件中，最高為「中醫一般案件」佔 66.4%，其次為「中醫針灸、傷科及脫臼整復」佔 28.9%、「中醫慢性病」佔 2.4%、「中醫

其他專案」佔 2.3%。

在醫療費用方面（見表 4-13），在全體研究對象之醫療利用案件中，最高為「中醫一般案件」佔 56.0%、其次為「中醫針灸、傷科及脫臼整復」佔 38.5%、「中醫慢性病」佔 3.3%、「中醫其他專案」佔 2.2%。然在每案件平均費用方面，「中醫慢性病」為 615.1 元，高於「中醫針灸、傷科及脫臼整復」的 605.2 元、「中醫其他專案」的 439.5 元及「中醫一般案件」的 382.6 元，其差異程度達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。

（三）、 醫療機構權屬別

在利用人次數方面（見表 4-14），在全體研究對象之醫療利用案件中，私立醫療機構佔 97.2%，高於公立醫療機構的 2.8%。

在醫療費用方面（見表 4-14），在全體研究對象之醫療利用案件中，私立醫療機構佔 96.9%，高於公立醫療機構的 3.1%。然在案件平均費用方面，公立醫療機構為 513.6 元，高於私立醫療機構的 452.0 元，其差異程度達統計上顯著意義（ $P < 0.01$ ）。

（四）、 是否有合併症併發症

在利用人次數方面（見表 4-15），在全體研究對象之醫療利用案件中，無合併症或併發症佔 97.2%，高於有合併症或併發症的 2.8%。

在醫療費用方面（見表 4-15），在全體研究對象之醫療利用案件中，無合併症或併發症佔 97.1%，高於有合併症或併發症的

2.9%。然在案件平均費用方面，有合併症或併發症為 467.5 元，高於無合併症或併發症的 453.3 元，其差異程度達統計上顯著意義（ $P<0.01$ ）。

第三節 多變項分析

在是否利用中醫門診及是否高度利用中醫門診之多變項分析方面，將以複對數迴歸模型分析，而中醫門診醫療利用次數及中醫門診醫療費用將以複迴歸模型進行分析，本節所列之分析數據為控制其他變項後所產生的結果。

一、是否利用中醫門診

1. 性別：

在全體研究樣本中，女性利用中醫門診機率是男性的 1.334 倍（見表 4-16）。

2. 年齡：

在全體研究樣本中，年齡在 15 歲以上各年齡層之研究對象其有利用中醫門診機率均高於年齡在 14 歲以下研究對象之利用中醫門診機率，其中以 45-54 歲為最高，達 1.973 倍，最低為 15-24 歲的 1.622 倍（見表 4-16）。

3. 投保類別：

在全體研究樣本中，投保類別為第三、五、六類之利用中醫門診機率皆低於第一類之利用中醫門診機率，分別為第一類的 0.787、0.620、0.700 倍（見表 4-16）。

4. 投保身份：

在全體研究樣本中，身份別為受雇者、榮民、地區人口及眷屬之利用中醫門診機率均高於投保身份為雇主之利用中醫門診機率，分別為雇主的 1.916、1.917、1.948 及 2.075 倍（見表 4-16）。

5. 投保金額：

在全體研究樣本中，各投保金額別之利用中醫門診機率均高於投保金額為 10000 元以下之利用中醫門診機率，最高為

20001-30000 元的 1.277 倍，最低為 10001-20000 元的 1.190 倍（見表 4-16）。

6. 每萬人口西醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名、24.01 名以上之利用中醫門診機率為 12.00 名以下的 0.869 及 0.527 倍，其結果顯示，西醫師資源較充足的地區，其中醫利用機率較西醫師資源缺乏地區低（見表 4-16）。

7. 每萬人口中醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口中醫師數為 1.01-1.50 名、1.51 名以上之利用中醫門診機率為 1.00 名以下的 0.937 及 1.353 倍，其結果顯示中醫師資源較充足的區域（1.51 名以上），其中醫利用機率高於中醫師資源缺乏區域（1.00 名以下）（見表 4-16）。

二、中醫門診醫療利用次數

1. 性別：

在全體研究樣本中，女性中醫門診利用次數較男性多 0.309 次。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則性別因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-17）。

2. 年齡：

在全體研究樣本中，年齡在 15 歲以上之研究樣本其中醫門診利用次數均高於 14 歲以下之研究樣本，其中以 65 歲以上之中醫門診利用次數為較 14 歲以下者多 0.815 次為最高。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則 65 歲以上之中醫門診利用次數較 14 歲以下者多 1.431 次（見表 4-17）。

3. 投保類別：

在全體研究樣本中，投保類別為第三、六類之中醫門診利用次數分別較投保類別為第一類者少 0.300、0.365 次。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保類別為第三、六類之中醫門診利用次數分別較投保類別為第一類者少 0.415、0.530 次（見表 4-17）。

4. 投保身份：

在全體研究樣本中，投保身份為受雇者、榮民、地區人口、眷屬之中醫門診利用次數分別較投保身份為雇主者多 0.749、0.787、0.815、0.875 次。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保身份因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-17）。

5. 投保金額：

在全體研究樣本中，投保金額為 20001-30000 元、30001-40000 元、40001 元以上之中醫門診利用次數分別較 10000 元以下者多 0.237、0.283、0.224 次。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保金額因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義。

(見表 4-17)。

6. 是否部份負擔：

在有利用中醫門診的樣本中，不用部份負擔的研究對象之中醫門診利用次數較需部份負擔者多 2.683 次 (見表 4-17)。

7. 是否有慢性病別：

在有利用中醫門診的樣本中，有慢性病的研究對象之中醫門診利用次數較無慢性病者多 1.387 次 (見表 4-17)。

8. 是否為重大傷病：

在有利用中醫門診的樣本中，非重大傷病的研究對象之中醫門診利用次數較有重大傷病者少 1.577 次 (見表 4-17)。

9. 每萬人口西醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名、24.01 名以上之中醫門診利用次數較 12.00 名以下者少 0.152、0.993 次。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口西醫師數為 24.01 名以上之中醫門診利用次數較 7.00 名以下者少 1.172 次 (見表 4-17)。

10. 每萬人口中醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口中醫師數為 1.51 名以上之中醫門診利用次數較 1.00 名以下者多 0.588 次。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口中醫師數為 1.51 名以上之中醫門診利用次數較 1.00 名以下者多 0.853 次 (見表

4-17)。

三、中醫門診醫療費用

1. 性別：

在全體研究樣本中，女性中醫門診醫療費用較男性多 133.682 元。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則性別因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-18）。

2. 年齡：

在全體研究樣本中，年齡在 15 歲以上之研究樣本其中醫門診醫療費用均高於 14 歲以下之研究樣本，其中以 65 歲以上之中醫門診醫療費用為較 14 歲以下者多 479.517 元為最高。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則 65 歲以上之中醫門診醫療費用較 14 歲以下者多 1160.917 元（見表 4-18）。

3. 投保類別：

在全體研究樣本中，投保類別為第三、六類之中醫門診醫療費用分別較投保類別為第一類者少 156.105、147.777 元，第二類則較第一類多 49.336 元。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保類別為第三類之中醫門診醫療費用較投保類別為第一類者少 266.691 元（見表 4-18）。

4. 投保身份：

在全體研究樣本中，投保身份為受雇者、榮民、地區人口、眷屬之中醫門診醫療費用分別較投保身份為雇主者多 327.733、331.368、370.517、396.303 元。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保身份因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-18）。

5. 投保金額：

在全體研究樣本中，各投保金額別為 20001-30000 元、30001-40000 元、40001 元以上之中醫門診醫療費用分別較 10000 元以下者多 101.425、116.326、82.090 元。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保金額因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-18）。

6. 是否部份負擔：

在有利用中醫門診的樣本中，不用部份負擔的研究對象之中醫門診醫療費用較需部份負擔者多 1214.631 元（見表 4-18）。

7. 是否有慢性病：

在有利用中醫門診的樣本中，有慢性病的研究對象之中醫門診醫療費用較無慢性病者多 1011.382 元（見表 4-18）。

8. 是否為重大傷病：

在有利用中醫門診的樣本中，無重大傷病的研究對象之中醫門診醫療費用較有重大傷病者少 720.953 元（見表 4-18）。

9. 每萬人口西醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名、24.01 名以上之中醫門診醫療費用較 12.00 名以下者少 52.372、404.143 元。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口西醫師數為 24.01 名以上之中醫門診醫療費用較 12.00 名以下者少 387.153 元（見表 4-18）。

10. 每萬人口中醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口中醫師數為 1.51 名以上之中醫門診醫療費用較 1.00 名以下者多 224.128 元。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口中醫師數為 1.51 名以上之中醫門診醫療費用較 1.00 名以下者多 328.871 元（見表 4-18）。

四、是否高度利用中醫門診

1. 性別：

在全體研究樣本中，女性高度利用中醫門診機率是男性的 1.346 倍。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，女性高度利用中醫門診機率是男性的 1.081 倍（見表 4-19）。

2. 年齡：

在全體研究樣本中，年齡在 15 歲以上各年齡層之研究對象

其高度利用中醫門診機率均高於年齡在 14 歲以下研究對象之高度利用中醫門診機率，其中以 45-54 歲為最高，達 2.025 倍，最低為 15-24 歲的 1.195 倍。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則以 65 歲以上者高度利用中醫門診機率為 14 歲以下者的 1.382 倍為最高，最低為 15-24 歲的 0.747 倍（見表 4-19）。

3. 投保類別：

在全體研究樣本中，投保類別為第三、六類之高度利中醫門診機率分別為第一類的 0.749、0.642 倍。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保類別為第三、六類之高度利中醫門診機率分別為第一類的 0.870、0.809 倍（見表 4-19）。

4. 投保身份：

在全體研究樣本中，身份別為受雇者、榮民、地區人口及眷屬之高度利用中醫門診機率均高於投保身份為雇主之高度利用中醫門診機率，分別為雇主的 2.320、2.656、2.556、2.570 倍。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保身份因素在迴歸模型中並未達統計上顯意義（見表 4-19）。

5. 投保金額：

在全體研究樣本中，投保金額為 20001-30000 元、30001-40000 元、40001 元以上之高度利用中醫門診機率均為 10000 元以下者的 1.220、1.238、1.208 倍。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，則投保金額因素在迴歸模型中並未達統計上顯

意義（見表 4-19）。

6. 是否部份負擔：

在有利用中醫門診的樣本中，不用部份負擔的研究對象之高度利用中醫門診機率為需部份負擔者的 2.029 倍（見表 4-19）。

7. 是否有慢性病：

在有利用中醫門診的樣本中，有慢性病的研究對象之高度利用中醫門診機率為無慢性病者的 1.537 倍（見表 4-19）。

8. 是否為重大傷病：

在有利用中醫門診的樣本中，非重大傷病的研究對象之高度利用中醫門診機率為有重大傷病的 0.646 倍（見表 4-19）。

9. 每萬人口西醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口西醫師數為 12.01-24.00 名、24.01 名以上之高度利用中醫門診機率為 12.00 名以下的 0.877、0.471 倍。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口西醫師數為 24.01 名以上之高度利用中醫門診機率為 12.00 名以下的 0.716 倍（見表 4-19）。

10. 每萬人口中醫師數：

在全體研究樣本中，投保地區每萬人口中醫師數為 1.01-1.50 名、1.51 名以上之高度利用中醫門診機率為 1.00 名以下的 0.876、1.463 倍。若以有利用中醫門診的樣本為基礎，投保地區每萬人口中醫師數為 1.01-1.50 名、1.51 名以上之高度

利用中醫門診機率為 1.00 名以下的 0.907、1.240 倍(見表 4-19)

表 4- 1 研究對象之特性分佈

		人數	百分比
總計		210216	100.0%
傾向因素			
性別	女性	103105	49.0%
	男性	107111	51.0%
年齡			
	14歲以下	36551	17.4%
	15-24歲	31090	14.8%
	25-34歲	25507	12.1%
	35-44歲	33462	15.9%
	45-54歲	28467	13.5%
	55-64歲	18985	9.0%
	65歲以上	36154	17.2%
投保類別			

	第一類	111716	53.1%
	第二類	37794	18.0%
	第三類	32962	15.7%
	第四類	690	0.3%
	第五類	1292	0.6%
	第六類	25762	12.3%
投保身分別	雇主	278	0.1%
	受雇者	106988	50.9%
	榮民	7479	3.6%
	地區人口	1330	0.6%
	眷屬	94141	44.8%
投保金額別	10000元以下	113242	53.9%
	10001-20000元	47787	22.7%
	20001-30000元	24081	11.5%
	30001-40000元	11162	5.3%
	40001元以上	13944	6.6%

表 4- 2 研究對象之特性分佈（續）

	人數	百分比
總計	210216	100.0%
投保地區別		
台北市	85564	40.7%
基隆市	3928	1.9%
台北縣	24595	11.7%
宜蘭縣	5404	2.6%
金門縣	449	0.2%
連江縣	185	0.1%
新竹縣	2918	1.4%
桃園縣	15229	7.2%
新竹市	5133	2.4%
苗栗縣	10090	4.8%

■ 各縣市每萬人口西醫師數：

✓ 12.00 名以下：

台北縣、宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、彰化縣、台中縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、台南縣、高雄縣、屏東縣、台東縣、澎湖縣、新竹市、金門縣。

✓ 12.01-24.00 名：

桃園縣、花蓮縣、基隆市、台中市、嘉義市、台南市、高雄市、連江縣。

	台中市	7674	3.7%
	台中縣	6785	3.2%
	彰化縣	3743	1.8%
	南投縣	2236	1.1%
	台南市	3801	1.8%
	嘉義市	1861	0.9%
	雲林縣	2787	1.3%
	嘉義縣	1620	0.8%
	台南縣	4234	2.0%
	高雄市	9599	4.6%
	高雄縣	4676	2.2%
	屏東縣	2947	1.4%
	澎湖縣	803	0.4%
	花蓮縣	2372	1.1%
	台東縣	1583	0.8%
每萬人口西醫師數			
	12.00名以下	80003	38.1%
	12.01-24.00名	44649	21.2%
	24.01名以上	85564	40.7%
每萬人口中醫師數			
	1.00名以下	36121	17.2%
	1.01-1.50名	58811	28.0%
	1.51名以上	115284	54.8%

表 4- 3 研究樣本之中醫門診利用情形

		人數	百分比
是否利用中醫門診			
	是	54,032	25.7%
	否	156,184	74.3%
	總計	210,216	100.0%
中醫門診利用次數			
	0次	156,184	74.3%
	1-4次	36,377	17.3%
	5-9次	10,017	4.8%
	10-14次	3,627	1.7%
	15次以上	4,011	1.9%

	總計	210,216	100.0%
中醫門診醫療費用			
	0元	156,184	74.3%
	1-999元	24,628	11.7%
	1000-1999元	11,507	5.5%
	2000-2999元	5,870	2.8%
	3000以上	12,027	5.7%
	總計	210,216	100.0%
利用次數5次以上（含5次）之研究樣本 （佔全體研究樣本）		17,655	8.4%
利用次數5次以上（含5次）之研究樣本 （佔有利用之研究樣本）		17,655	32.7%

表 4- 4 各自變項間相關性卡方檢定

	性別	年齡	投保類別	投保身份別	投保金額	投保地區別
性別						
年齡	619.481***					
投保類別	122.047***	9204.880***				
投保身份別	808.496***	26286.152***	15460.968***			
投保金額	897.153***	50690.186***	24965.567***	47113.019***		
投保地區別	148.989***	2839.749***	47927.502***	2326.706***	7709.355***	
是否需部份負擔	437.570***	2803.070***	8641.484***	16663.070***	508.531***	3459.420***
是否有慢性病	7.631**	191.638***	37.496***	62.289***	4.207	232.949***
是否為重大傷病	6.857**	39.949***	19.805***	2.09	16.071**	31.799
每萬人口西醫師數	40.646***	919.410***	19483.631***	965.813***	857.197***	216128.00***
每萬人口中醫師數	81.543***	1058.883***	13962.348***	125.988***	817.337***	102096.00***

	是否需部份負擔	是否有慢性病	是否為重大傷病	每萬人口西醫師數	每萬人口中醫師數
性別					
年齡					
投保類別					
投保身份別					
投保金額					
投保地區別					
是否需部份負擔					
是否有慢性病	44.390***				
是否為重大傷病	2351.458***	69.744***			
每萬人口西醫師數	338.509***	11.668*	3.357		
每萬人口中醫師數	2584.547***	27.159***	1.364	50565.044***	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 5 各自變項與是否利用中醫門診之檢定結果

變項名稱	總計	是否利用中醫門診				卡方值(χ^2)
		是	%	否	%	
總計	210216	54032	25.70	156184	74.30	
傾向因素						
性別						
女性	103105	29518	28.63	73587	71.37	907.81
男性	107111	24514	22.89	82597	77.11	P=0.000***
年齡						
14以下	36551	6295	17.22	30256	82.78	2288.533
15-24	31090	7851	25.25	23239	74.75	P=0.000***
25-34	25507	7061	27.68	18446	72.32	
35-44	33462	10187	30.44	23275	69.56	
45-54	28467	8669	30.45	19798	69.55	
55-64	18985	5349	28.17	13636	71.83	
65以上	36154	8620	23.84	27534	76.16	
能用因素						
投保類別						
第一類	111716	31664	28.34	80052	71.66	1380.994
第二類	37794	9463	25.04	28331	74.96	P=0.000***
第三類	32962	7990	24.24	24972	75.76	
第四類	690	125	18.12	565	81.88	
第五類	1292	240	18.58	1052	81.42	
第六類	25762	4550	17.66	21212	82.34	
投保身份別						
雇主	278	52	18.71	226	81.29	1190.81
受雇者	106988	30709	28.70	76279	71.30	P=0.000***
榮民	7479	1238	16.55	6241	83.45	
地區人口	1330	349	26.24	981	73.76	
眷屬	94141	21684	23.03	72457	76.97	
投保金額						
10000以下	113242	25156	22.21	88086	77.79	1796.718
10001-20000	47787	13194	27.61	34593	72.39	P=0.000***
20001-30000	24081	7711	32.02	16370	67.98	
30001-40000	11162	3543	31.74	7619	68.26	
40000以上	13944	4428	31.76	9516	68.24	
投保地區別						
台北市	85564	19429	22.71	66135	77.29	2129.338
基隆市	3928	943	24.01	2985	75.99	P=0.000***
台北縣	24595	5881	23.91	18714	76.09	
宜蘭縣	5404	1356	25.09	4048	74.91	
金門縣	449	72	16.04	377	83.96	

連江縣	185	13	7.03	172	92.97	
新竹縣	2918	694	23.78	2224	76.22	
桃園縣	15229	3665	24.07	11564	75.93	
新竹市	5133	1380	26.88	3753	73.12	
苗栗縣	10090	2552	25.29	7538	74.71	
台中市	7674	2918	38.02	4756	61.98	
台中縣	6785	2547	37.54	4238	62.46	
彰化縣	3743	1192	31.85	2551	68.15	
南投縣	2236	740	33.09	1496	66.91	
台南市	3801	1144	30.10	2657	69.90	
嘉義市	1861	527	28.32	1334	71.68	
雲林縣	2787	846	30.36	1941	69.64	
嘉義縣	1620	474	29.26	1146	70.74	
台南縣	4234	1114	26.31	3120	73.69	
高雄市	9599	2810	29.27	6789	70.73	
高雄縣	4676	1465	31.33	3211	68.67	
屏東縣	2947	885	30.03	2062	69.97	
澎湖縣	803	150	18.68	653	81.32	
花蓮縣	2372	764	32.21	1608	67.79	
台東縣	1583	471	29.75	1112	70.25	
醫師人力因素						
每萬人口西醫師數						
12.00名以下	80003	21819	27.27	58184	72.73	706.025
12.01-24.00名	44649	12784	28.63	31865	71.37	P=0.000***
24.01名以上	85564	19429	22.71	66135	77.29	
每萬人口中醫醫師數						
1.00名以下	36121	9933	27.50	26188	72.50	77.711
1.01-1.50名	58811	14724	25.04	44087	74.96	P=0.000***
1.51名以上	115284	29375	25.48	85909	74.52	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 6 各自變項與中醫門診利用次數之檢定結果

變項名稱	使用者				全體研究對象			
	人數	平均 次數	標準差	統計分析	人數	平均 次數	標準差	統計分析
總計	54032	5.01	6.39		210216	1.29	3.91	
傾向因素								
性別								
女性	29518	5.07	6.36	t=2.5491	103105	1.45	4.11	t=18.9586
男性	24514	4.93	6.42	P=0.0108*	107111	1.13	3.71	P=0.000***
年齡								
14以下	6295	4.80	6.08	F=118.37	36551	0.83	3.11	F=218.49
15-24	7851	3.84	4.55	P=0.000***	31090	0.97	2.83	P=0.000***
25-34	7061	4.16	5.25		25507	1.15	3.33	
35-44	10187	5.26	6.60		33462	1.60	4.37	
45-54	8669	5.32	6.54		28467	1.62	4.36	
55-64	5349	5.44	6.74		18985	1.53	4.33	
65以上	8620	6.09	7.83		36154	1.45	4.62	
能用因素								
投保類別								
第一類	31664	5.13	6.41	F=25.71	111716	1.46	4.12	F=118.20
第二類	9463	4.72	5.98	P=0.000***	37794	1.18	3.62	P=0.000***
第三類	7990	4.87	6.31		32962	1.18	3.74	
第四類	125	4.48	6.11		690	0.81	3.12	
第五類	240	8.91	10.98		1292	1.65	5.86	
第六類	4550	4.86	6.76		25762	0.86	3.39	
投保身份別								
雇主	52	4.90	6.99	F=11.40	278	0.92	3.56	F=95.63
受雇者	30709	5.04	6.40	P=0.000***	106988	1.45	4.12	P=0.000***
榮民	1238	5.99	8.30		7479	0.99	4.05	
地區人口	349	6.09	7.31		1330	1.60	4.60	
眷屬	21684	4.91	6.22		94141	1.13	3.63	
投保金額								
10000以下	25156	4.98	6.42	F=14.54	113242	1.11	3.67	F=177.96
10001-20000	13194	4.88	6.22	P=0.000***	47787	1.35	3.93	P=0.000***
20001-30000	7711	4.84	6.12		24081	1.55	4.13	
30001-40000	3543	5.49	6.80		11162	1.74	4.61	
40000以上	4428	5.51	6.80		13944	1.75	4.61	
投保地區別								
台北市	19429	4.73	6.07	F=15.70	85564	1.07	3.51	F=76.39
基隆市	943	5.27	7.30	P=0.000***	3928	1.27	4.22	P=0.000***
台北縣	5881	4.60	5.94		24595	1.10	3.51	
宜蘭縣	1356	4.68	6.03		5404	1.17	3.64	
金門縣	72	4.18	4.81		449	0.67	2.45	
連江縣	13	2.00	1.22		185	0.14	0.60	
新竹縣	694	4.83	5.85		2918	1.15	3.52	

桃園縣	3665	4.44	5.59		15229	1.07	3.34
新竹市	1380	4.79	6.20		5133	1.29	3.85
苗栗縣	2552	4.72	6.12		10090	1.19	3.70
台中市	2918	6.23	7.72		7674	2.37	5.64
台中縣	2547	6.01	7.34		6785	2.26	5.36
彰化縣	1192	5.68	6.87		3743	1.81	4.69
南投縣	740	5.77	6.70		2236	1.91	4.72
台南市	1144	5.95	7.21		3801	1.79	4.80
嘉義市	527	5.40	6.51		1861	1.53	4.23
雲林縣	846	5.64	6.61		2787	1.71	4.47
嘉義縣	474	5.07	5.60		1620	1.48	3.81
台南縣	1114	5.11	6.07		4234	1.34	3.84
高雄市	2810	5.40	6.83		9599	1.58	4.44
高雄縣	1465	5.29	6.93		4676	1.66	4.59
屏東縣	885	5.21	6.26		2947	1.56	4.18
澎湖縣	150	5.58	6.39		803	1.04	3.51
花蓮縣	764	6.03	7.83		2372	1.94	5.26
台東縣	471	4.50	5.53		1583	1.34	3.65
是否需部份負擔							
否	2335	7.33	9.12 T=12.6881		-	-	-
是	51697	4.91	6.22 P=0.000***		-	-	-
需要因素							
是否有慢性病							
否	52616	4.97	6.34 T=-7.8972		-	-	-
是	1416	6.65	7.92 P=0.000***		-	-	-
是否為重大傷病							
否	53926	5.01	6.39 T=-1.8934		-	-	-
是	106	6.44	7.78 P=0.0611		-	-	-
醫師人力因素							
每萬人口西醫師數							
12.00名以下	21819	5.05	6.36 F=41.83		80003	1.38	4.01 F=149.57
12.01-24.00名	12784	5.39	6.88 P=0.000***		44649	1.54	4.41 P=0.000***
24.01名以上	19429	4.73	6.07		85564	1.07	3.51
每萬人口中醫師數							
1.00名以下	9933	5.24	6.51 F=19.15		36121	1.41	4.11 F=39.16
1.01-1.50名	14724	4.74	6.02 P=0.000***		58811	1.19	3.64 P=0.000***
1.51名以上	29375	5.11	6.52		115284	1.30	3.98

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 7 各自變項與中醫門診醫療費用之檢定結果

變項名稱	使用者				全體研究對象			
	人數	平均費用	標準差	統計分析	人數	平均費用	標準差	統計分析
總計	54032	2277.60	3074.48		210216	585.42	1849.37	
傾向因素								
性別								
女性	29518	2299.18	3076.95	t=1.7911	103105	658.23	1946.94	t=17.69
男性	24514	2251.60	3071.36	P=0.0733	107111	515.31	1747.46	P=0.000***
年齡								
14以下	6295	1897.20	2402.24	F=161.29	36551	326.75	1227.56	F=262.77
15-24	7851	1757.64	2159.84	P=0.000***	31090	443.85	1327.04	P=0.000***
25-34	7061	1849.31	2453.61		25507	511.94	1533.31	
35-44	10187	2346.30	3055.41		33462	714.30	2001.91	
45-54	8669	2456.92	3120.51		28467	748.20	2060.01	
55-64	5349	2539.26	3257.23		18985	715.43	2072.13	
65以上	8620	2955.88	4172.52		36154	704.75	2395.23	
能用因素								
投保類別								
第一類	31664	2285.58	3016.55	F=15.71	111716	647.81	1907.89	F=76.74
第二類	9463	2263.04	3019.12	P=0.000***	37794	566.63	1800.93	P=0.000***
第三類	7990	2155.37	2982.14		32962	522.47	1734.55	
第四類	125	1864.76	2668.23		690	337.82	1340.85	
第五類	240	3761.63	4759.81		1292	698.75	2517.15	
第六類	4550	2399.98	3579.05		25762	423.88	1760.58	
投保身份別								
雇主	52	2234.42	3035.21	F=26.80	278	417.95	1567.83	F=88.60
受雇者	30709	2289.04	3036.60	P=0.000***	106988	657.03	1928.45	P=0.000***
榮民	1238	3054.36	4475.56		7479	505.59	2145.29	
地區人口	349	2934.90	3828.08		1330	770.14	2346.41	
眷屬	21684	2206.57	3008.15		94141	508.25	1716.80	
投保金額								
10000以下	25156	2268.47	3146.75	F=8.16	113242	503.93	1757.50	F=148.26
10001-20000	13194	2255.43	3038.03	P=0.000***	47787	622.72	1888.10	P=0.000***
20001-30000	7711	2174.46	2891.50		24081	696.28	1925.16	
30001-40000	3543	2440.59	3137.41		11162	774.68	2101.07	
40000以上	4428	2444.72	3014.77		13944	776.33	2044.77	
投保地區別								
台北市	19429	2240.89	3030.47	F=10.00	85564	508.84	1722.39	F=55.67
基隆市	943	2395.63	3473.07	P=0.000***	3928	575.12	1985.13	P=0.000***
台北縣	5881	2231.35	3130.58		24595	533.55	1802.51	
宜蘭縣	1356	2157.54	2981.63		5404	541.38	1762.00	
金門縣	72	1855.14	2080.94		449	297.48	1072.70	
連江縣	13	754.62	470.63		185	53.03	227.71	
新竹縣	694	1953.21	2411.56		2918	464.54	1439.94	
桃園縣	3665	1982.41	2721.46		15229	477.09	1581.22	
新竹市	1380	1957.04	2590.97		5133	526.15	1599.02	

苗栗縣	2552	1973.53	2635.14		10090	499.15	1578.54	
台中市	2918	2753.23	3630.72		7674	1046.9	2607.29	
台中縣	2547	2566.79	3270.96		6785	963.54	2358.04	
彰化縣	1192	2429.82	3156.93		3743	773.80	2110.41	
南投縣	740	2324.54	2709.58		2236	769.30	1903.83	
台南市	1144	2579.56	3255.14		3801	776.38	2141.84	
嘉義市	527	2296.06	2820.41		1861	650.20	1822.16	
雲林縣	846	2402.62	3123.65		2787	729.32	2044.55	
嘉義縣	474	2192.75	2769.42		1620	641.58	1799.04	
台南縣	1114	2280.73	2961.91		4234	600.08	1820.84	
高雄市	2810	2430.39	3123.01		9599	711.47	2019.28	
高雄縣	1465	2328.49	3217.06		4676	729.52	2099.46	
屏東縣	885	2222.73	2693.08		2947	667.50	1792.98	
澎湖縣	150	2638.40	3413.95		803	492.85	1795.85	
花蓮縣	764	2839.39	4329.02		2372	914.54	2791.39	
台東縣	471	2083.40	3143.39		1583	619.89	1960.44	
是否需部份負擔								
否	2335	3457.91	4727.31	t=12.4992	-	-	-	-
是	51697	2224.28	2967.26	P=0.000***	-	-	-	-
需要因素								
是否有慢性病								
否	52616	2247.03	3039.43	t=-10.8531	-	-	-	-
是	1416	3413.25	4012.62	P=0.000***	-	-	-	-
是否為重大傷病								
否	53926	2276.13	3072.02	t=-1.8751	-	-	-	-
是	106	3021.60	4090.94	P=0.0636	-	-	-	-
醫師人力因素								
每萬人口西醫師數								
12.00名以下	21819	2236.43	2996.16	F=14.09	80003	609.94	1854.79	F=244.92
12.01-24.00名	12784	2403.64	3263.88	P=0.000***	44649	688.21	2056.84	P=0.000***
24.01名以上	19429	2240.89	3030.47		85564	508.84	1722.39	
每萬人口中醫師數								
1.00名以下	9933	2271.84	3131.15	F=25.16	36121	624.74	1930.00	F=149.57
1.01-1.50名	14724	2132.34	2904.01	P=0.000***	58811	533.86	1721.81	P=0.000***
1.51名以上	29375	2352.35	3135.09		115284	599.39	1885.49	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 8 各自變項與是否高度利用中醫門診之檢定結果

變項名稱	使用者						全體研究對象					
	總計	是	%	否	%	卡方值	總計	是	%	否	%	卡方值
總計	54032	17655	32.68	36377	67.32		210216	17655	8.40	192561	91.60	
傾向因素												
性別												
女性	29518	9877	33.46	19641	66.54	18.265	103105	9877	9.58	93228	90.42	366.595
男性	24514	7778	31.73	16736	68.27	P=0.000***	107111	7778	7.26	99333	92.74	P=0.000***
年齡												
14以下	6295	1988	31.58	4307	68.42	454.072	36551	1988	5.44	34563	94.56	1089.21
15-24	7851	1992	25.37	5859	74.63	P=0.000***	31090	1992	6.41	29098	93.59	P=0.000***
25-34	7061	1927	27.29	5134	72.71		25507	1927	7.55	23580	92.45	
35-44	10187	3513	34.49	6674	65.51		33462	3513	10.50	29949	89.50	
45-54	8669	3065	35.36	5604	64.64		28467	3065	10.77	25402	89.23	
55-64	5349	1923	35.95	3426	64.05		18985	1923	10.13	17062	89.87	
65以上	8620	3247	37.67	5373	62.33		36154	3247	8.98	32907	91.02	
能用因素												
投保類別												
第一類	31664	10705	33.81	20959	66.19	75.793	111716	10705	9.58	101011	90.42	580.189
第二類	9463	2932	30.98	6531	69.02	P=0.000***	37794	2932	7.76	34862	92.24	P=0.000***
第三類	7990	2500	31.29	5490	68.71		32962	2500	7.58	30462	92.42	
第四類	125	33	26.40	92	73.60		690	33	4.78	657	95.22	
第五類	240	113	47.08	127	52.92		1292	113	8.75	1179	91.25	
第六類	4550	1372	30.15	3178	69.85		25762	1372	5.33	24390	94.67	
投保身份別												
雇主	52	14	26.92	38	73.08	22.899	278	14	5.04	264	94.96	351.678
受雇者	30709	10112	32.93	20597	67.07	P=0.000***	106988	10112	9.45	96876	90.55	P=0.000***
榮民	1238	449	36.27	789	63.73		7479	449	6.00	7030	94.00	
地區人口	349	141	40.40	208	59.60		1330	141	10.6	1189	89.40	
眷屬	21684	6939	32.00	14745	68.00		94141	6939	7.37	87202	92.63	
投保金額												
10000以下	25156	8090	32.16	17066	67.84	63.635	113242	8090	7.14	105152	92.86	676.761
10001-20000	13194	4196	31.80	8998	68.20	P=0.000***	47787	4196	8.78	43591	91.22	P=0.000***
20001-30000	7711	2458	31.88	5253	68.12		24081	2458	10.21	21623	89.79	
30001-40000	3543	1284	36.24	2259	63.76		11162	1284	11.50	9878	88.50	
40000以上	4428	1627	36.74	2801	63.26		13944	1627	11.67	12317	88.33	
投保地區別												
台北市	19429	5995	30.86	13434	69.14	295.276	85564	5995	7.01	79569	92.99	1514.3
基隆市	943	312	33.09	631	66.91	P=0.000***	3928	312	7.94	3616	92.06	P=0.000***
台北縣	5881	1741	29.60	4140	70.40		24595	1741	7.08	22854	92.92	
宜蘭縣	1356	411	30.31	945	69.69		5404	411	7.61	4993	92.39	
金門縣	72	23	31.94	49	68.06		449	23	5.12	426	94.88	
連江縣	13	0	0.00	13	100.0		185	0	0.00	185	100.0	
新竹縣	694	227	32.71	467	67.29		2918	227	7.78	2691	92.22	
桃園縣	3665	1070	29.20	2595	70.80		15229	1070	7.03	14159	92.97	
新竹市	1380	427	30.94	953	69.06		5133	427	8.32	4706	91.68	
苗栗縣	2552	755	29.58	1797	70.42		10090	755	7.48	9335	92.52	

台中市	2918	1160	39.75	1758	60.25		7674	1160	15.12	6514	84.88
台中縣	2547	1000	39.26	1547	60.74		6785	1000	14.74	5785	85.26
彰化縣	1192	434	36.41	758	63.59		3743	434	11.59	3309	88.41
南投縣	740	281	37.97	459	62.03		2236	281	12.57	1955	87.43
台南市	1144	437	38.20	707	61.80		3801	437	11.50	3364	88.50
嘉義市	527	188	35.67	339	64.33		1861	188	10.10	1673	89.90
雲林縣	846	321	37.94	525	62.06		2787	321	11.52	2466	88.48
嘉義縣	474	171	36.08	303	63.92		1620	171	10.56	1449	89.44
台南縣	1114	387	34.74	727	65.26		4234	387	9.14	3847	90.86
高雄市	2810	1000	35.59	1810	64.41		9599	1000	10.42	8599	89.58
高雄縣	1465	505	34.47	960	65.53		4676	505	10.80	4171	89.20
屏東縣	885	319	36.05	566	63.95		2947	319	10.82	2628	89.18
澎湖縣	150	57	38.00	93	62.00		803	57	7.10	746	92.90
花蓮縣	764	291	38.09	473	61.91		2372	291	12.27	2081	87.73
台東縣	471	143	30.36	328	69.64		1583	143	9.03	1440	90.97
是否需部份負擔											
否	2335	1050	44.97	1285	55.03	167.058	-	-	-	-	-
是	51697	16605	32.12	35092	67.88	P=0.000***	-	-	-	-	-
需要因素											
是否有慢性病											
否	52616	17032	32.37	35584	67.63	84.206	-	-	-	-	-
是	1416	623	44.00	793	56.00	P=0.000***	-	-	-	-	-
是否為重大傷病											
否	53926	17612	32.66	36314	67.34	2.658	-	-	-	-	-
是	106	43	40.57	63	59.43	P=0.103	-	-	-	-	-
醫師人力因素											
每萬人口西醫師數											
12.00名以下	21819	7202	33.01	14617	66.99	58.367	80003	7202	9.00	72801	91.00 399.415
12.01-24.00名	12784	4458	34.87	8326	65.13	P=0.000***	44649	4458	9.98	40191	90.02 P=0.000***
24.01名以上	19429	5995	30.86	13434	69.14		85564	5995	7.01	79569	92.99
每萬人口中醫師數											
1.00名以下	9933	3367	33.90	6566	66.10	40.211	36121	3367	9.32	32754	90.68 82.179
1.01-1.50名	14724	4508	30.62	10216	69.38	P=0.000***	58811	4508	7.67	54303	92.33 P=0.000***
1.51名以上	29375	9780	33.29	19595	66.71		115284	9780	8.48	105504	91.52

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 9 中醫門診利用次數疾病別分析(前 20 名)

名次	疾病代碼	疾病名稱	利用次數	百分比
1	A469	其他症狀，徵候及診斷欠明之病態	25298	9.13%
2	A48	脫臼，扭傷及拉傷	23678	8.55%
3	A312	其他急性上呼吸道感染	21118	7.63%
4	A434	其他背部病變	20725	7.48%
5	A55	其他損創傷之早期併發	14734	5.32%
6	A432	其他關節疾患	13459	4.86%
7	A323	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	12905	4.66%
8	A349	其他消化系統疾病	11599	4.19%
9	A435	風濕症，背部除外	11382	4.11%
10	A314	慢性咽、炎鼻咽炎、鼻竇炎	10963	3.96%
11	A319	其他上呼吸道疾病	8412	3.04%
12	A322	流行性感冒	7321	2.64%
13	A346	其他功能性消化道疾患	6932	2.50%
14	A429	其他皮膚及皮下組織之疾病	6441	2.33%
15	A375	月經異常、無月經、月經過期、機能性子宮出血	5840	2.11%
16	A229	其他神經系統疾病	4880	1.76%
17	A379	其他女性生殖器官疾病	4087	1.48%
18	A439	其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	3999	1.44%
19	A31	上呼吸道之疾病	3934	1.42%
20	A347	慢性肝病（肝功能異常）	3918	1.41%
其他			55319	19.97%
總計			276944	100.00%

表 4- 10 中醫門診醫療費用疾病別分析(前 20 名)

名次	疾病代碼	疾病名稱	醫療費用	百分比
1	A48	脫臼，扭傷及拉傷	13545386	10.78%
2	A434	其他背部病變	11130610	8.86%
3	A469	其他症狀，徵候及診斷欠明之病態	9930970	7.90%
4	A55	其他損創傷之早期併發	8745180	6.96%
5	A432	其他關節疾患	7594090	6.04%
6	A312	其他急性上呼吸道感染	7447395	5.93%
7	A435	風濕症，背部除外	6107185	4.86%
8	A323	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	5207615	4.14%
9	A349	消化系統疾病	4544467	3.62%
10	A314	慢性咽炎、鼻咽炎、鼻竇炎	4520130	3.60%
11	A319	其他上呼吸道疾病	3462260	2.76%
12	A346	其他功能性消化道疾患	2766115	2.20%
13	A322	流行性感冒	2683160	2.14%
14	A429	其他皮膚及皮下組織之疾病	2589959	2.06%
15	A375	月經異常、無月經、月經過期、機能性子宮出血	2353210	1.87%
16	A229	其他神經系統疾病	2330895	1.85%
17	A347	慢性肝病（肝功能異常）	1866455	1.49%
18	A439	其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	1763850	1.40%
19	XXXXX	不明疾病	1656580	1.32%
20	A379	其他女性生殖器官疾病	1647700	1.31%
其他			23762976	18.91%
總計			125656188	100.00%

表 4- 11 中醫門診每案件平均醫療費用疾病別分析(前 20 名)

名次	疾病代碼	疾病名稱	利用次數	平均費用
1	A465	未提及精神病之老衰	1	1430
2	A470	顱骨及顏面骨之骨折	1	1140
3	A473	股骨頸骨折	7	1001
4	A048	砂眼	4	950
5	A47	骨折	8	891
6	A476	其他肢體骨折	209	869
7	A437	肢體之後天性變形	101	776
8	A471	頸部及軀幹之骨折	55	732
9	A475	脛骨，腓骨及踝之骨折	124	717
10	A447	肌肉骨骼系統之先天性畸型	24	642
11	A16	原位癌	15	641
12	A441	中樞神經系之其他異常	13	638
13	A290	蜘蛛網膜下腔出血	105	628
14	A474	股骨之其他部位骨折	19	626
15	E471	機動車交通事故	36	622
16	A472	肱骨，橈骨及尺骨骨折	443	600
17	A55	其他損創傷之早期併發	14734	594
18	A479	其他骨折	10	578
19	A48	脫臼，扭傷及拉傷	23678	572
20	A501	上肢開放性傷口	1	570
其他			237356	432
總平均			276944	453

表 4- 12 中醫門診每案件平均醫療費用疾病別分析(後 20 名)

名次	疾病代碼	疾病名稱	利用次數	平均費用
1	A024	骨及關節結核病	1	120
2	A060	梅毒	1	220
3	A467	呼吸衰竭需長期使用呼吸器	6	267
4	A291	大腦內及其他顱內出血	81	272
5	A038	敗血症	1	280
6	A130	腦惡性腫瘤	4	295
7	A076	其他蠕蟲病	1	310
8	A193	維他命缺乏病	1	310
9	A036	腦膜炎球菌感染症	5	318
10	A094	直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤	16	322
11	A042	麻疹	3	327
12	A51	異物由孔進入體內	1	330
13	A301	動脈栓塞及血栓症	87	338
14	A032	麻瘋（癩病）	1	340
15	A126	膀胱惡性腫瘤	2	340
16	A159	其他良性腫瘤	130	343
17	A035	鏈球性咽炎猩熱及丹毒	12	345
18	A310	急性扁桃腺炎	545	348
19	A312	其他急性上呼吸道感染	21118	353
20	A394	產褥期之併發症	6	355
其他			254922	463
總平均			276944	453

表 4- 13 中醫門診利用次數及醫療費用案件別分析

申報案件別	人次數	人次百分比	費用金額	費用百分比	平均費用	標準差	F值
中醫一般案件	184,021	66.4	70,401,837	56.0	382.6	53.59	P=0.000***
中醫其他專案	6,311	2.3	2,773,604	2.2	439.5	112.5	
中醫慢性病	6,693	2.4	4,116,695	3.3	615.1	182.12	
中醫針灸、傷科及脫臼整復	79,919	28.9	48,364,052	38.5	605.2	332.42	
總計	276,944	100.0	125,656,188	100.0	453.7	213.3	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 14 中醫門診利用次數及醫療費用醫療機構權屬別分析

醫療機構權屬別	人次數	人次百分比	費用金額	費用百分比	平均費用	標準差	t值
公立	7,644	2.8	3,926,258	3.1	513.6	223.7	P=0.000***
私立	269,300	97.2	121,729,930	96.9	452.0	212.8	
總計	276,944	100.0	125,656,188	100.0	453.7	213.3	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 15 中醫門診利用次數及醫療費用是否有合併症併發症別分析

合併症或併發症	人次數	人次百分比	費用金額	費用百分比	平均費用	標準差	t值
無	269,083	97.2	121,981,229	97.1	453.3	212.6	P=0.000***
有	7,861	2.8	3,674,959	2.9	467.5	235.1	
總計	276,944	97.2	125,656,188	100.0	453.7	213.3	

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 16 影響民眾是否使用中醫門診之複對數迴歸

變項名稱	迴歸係數	標準誤	機率值	OR值
傾向因素				
性別				
女性	0.289	0.011	0.0001***	1.334
男性(參考組)				
年齡				
14以下(參考組)				
15-24	0.484	0.019	0.0001***	1.622
25-34	0.533	0.024	0.0001***	1.704
35-44	0.662	0.023	0.0001***	1.939
45-54	0.679	0.023	0.0001***	1.973
55-64	0.613	0.024	0.0001***	1.847
65以上	0.527	0.021	0.0001***	1.693
能用因素				
投保類別				
第一類(參考組)				
第二類	0.050	0.018	0.0057	1.052
第三類	-0.239	0.019	0.0001***	0.787
第四類	-0.042	0.101	0.6785	0.959
第五類	-0.478	0.083	0.0001***	0.620
第六類	-0.356	0.030	0.0001***	0.700
投保身份別				
雇主(參考組)				
受雇者	0.650	0.155	0.0001***	1.916
榮民	0.651	0.161	0.0001***	1.917
地區人口	0.667	0.172	0.0001***	1.948
眷屬	0.730	0.160	0.0001***	2.075
投保金額				
10000以下(參考組)				
10001-20000	0.174	0.042	0.0001***	1.190
20001-30000	0.245	0.042	0.0001***	1.277
30001-40000	0.191	0.045	0.0001***	1.210
40000以上	0.189	0.045	0.0001***	1.208
醫師人力因素				
每萬人口西醫師數				
12.00名以下(參考組)				
12.01-24.00名	-0.110	0.016	0.0001***	0.896
24.01名以上	-0.640	0.021	0.0001***	0.527
每萬人口中醫師數				
1.00名以下(參考組)				
1.01-1.50名	-0.065	0.016	0.0001***	0.937
1.51名以上	0.302	0.020	0.0001***	1.353

截距	-2.284	0.162	0.0001***	.
----	--------	-------	-----------	---

-2 log likelihood=233811.26
Chi-Square=5804.843
Significance=0.0001***
* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

4- 17 影響民眾中醫門診利用次數複迴歸

變項名稱	使用者				全體研究對象			
	迴歸係數	標準誤	T值	機率值	迴歸係數	標準誤	T值	機率值
傾向因素								
性別								
女性	0.129	0.056	2.282	0.0225	0.309	0.017	17.705	0.0001***
男性(參考組)								
年齡								
14以下(參考組)								
15-24	-0.898	0.108	-8.317	0.0001***	0.152	0.030	5.017	0.0001***
25-34	-0.448	0.131	-3.424	0.0006***	0.311	0.039	8.022	0.0001***
35-44	0.591	0.123	4.786	0.0001***	0.737	0.037	19.924	0.0001***
45-54	0.654	0.127	5.172	0.0001***	0.764	0.038	20.056	0.0001***
55-64	0.843	0.129	6.527	0.0001***	0.737	0.039	19.002	0.0001***
65以上	1.431	0.117	12.200	0.0001***	0.815	0.034	24.214	0.0001***
能用因素								
投保類別								
第一類(參考組)								
第二類	-0.005	0.099	-0.051	0.9596	0.052	0.030	1.741	0.0816
第三類	-0.415	0.100	-4.155	0.0001***	-0.300	0.031	-9.710	0.0001***
第四類	-0.373	0.570	-0.654	0.5131	-0.028	0.149	-0.190	0.8497
第五類	0.458	0.494	0.926	0.3544	0.052	0.124	0.418	0.6761
第六類	-0.530	0.167	-3.179	0.0015**	-0.365	0.044	-8.229	0.0001***
投保身份別								
雇主(參考組)								
受雇者	0.569	0.877	0.648	0.5168	0.749	0.234	3.201	0.0014**
榮民	-0.866	0.921	-0.940	0.3470	0.787	0.243	3.244	0.0012**
地區人口	0.591	0.968	0.611	0.5415	0.815	0.264	3.085	0.0020**
眷屬	0.651	0.905	0.719	0.4720	0.875	0.241	3.624	0.0003***
投保金額								
10000以下(參考組)								
10001-20000	-0.267	0.235	-1.137	0.2556	0.092	0.063	1.463	0.1434
20001-30000	-0.086	0.237	-0.361	0.7179	0.237	0.065	3.670	0.0002***
30001-40000	0.139	0.252	0.552	0.5811	0.283	0.071	4.011	0.0001***
40000以上	-0.090	0.249	-0.360	0.7189	0.224	0.069	3.236	0.0012**
是否需部份負擔								
否	2.683	0.177	15.122	0.0001***	-	-	-	-
是(參考組)								
需要因素								
是否有慢性病								
否(參考組)								
是	1.387	0.170	8.133	0.0001***	-	-	-	-
是否為重大傷病								
否	-1.577	0.637	-2.478	0.0132*	-	-	-	-
是(參考組)								
醫師人力因素								
每萬人口西醫師數								

12.00名以下(參考組)									
12.01-24.00名	-0.097	0.081	-1.190	0.2341	-0.152	0.026	-5.794	0.0001***	
24.01名以上	-1.172	0.110	-10.683	0.0001***	-0.993	0.036	-27.634	0.0001***	
每萬人口中醫師數									
1.00名以下(參考組)									
1.01-1.50名	-0.227	0.084	-2.702	0.0069**	-0.137	0.027	-5.141	0.0001***	
1.51名以上	0.853	0.101	8.438	0.0001***	0.588	0.034	17.169	0.0001***	
截距	4.111	0.912	4.507	0.0001***	-0.001	0.244	-0.002	0.9984	
R Square= 0.0256					R Square=0.0161				
Adjusted R Square=0.0251					Adjusted R Square=0.0160				
F=52.606					F=143.454				
P=0.000***					P=0.000***				

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 18 影響民眾中醫門診醫療費用複迴歸

變項名稱	使用者				全體研究對象			
	迴歸係數	標準誤	t值	機率值	迴歸係數	標準誤	t值	機率值
傾向因素								
性別								
女性	22.031	27.129	0.812	0.4167	133.682	8.267	16.170	0.0001***
男性(參考組)								
年齡								
14以下(參考組)								
15-24	-107.828	51.876	-2.079	0.0377*	122.377	14.306	8.554	0.0001***
25-34	78.296	62.826	1.246	0.2127	191.696	18.347	10.448	0.0001***
35-44	544.341	59.309	9.178	0.0001***	382.920	17.494	21.888	0.0001***
45-54	654.491	60.778	10.769	0.0001***	421.260	18.030	23.365	0.0001***
55-64	763.689	62.062	12.305	0.0001***	415.478	18.362	22.627	0.0001***
65以上	1160.917	56.351	20.602	0.0001***	479.517	15.920	30.120	0.0001***
能用因素								
投保類別								
第一類(參考組)								
第二類	98.259	47.756	2.058	0.0396*	49.336	14.116	3.495	0.0005***
第三類	-266.691	48.019	-5.554	0.0001***	-156.105	14.607	-10.687	0.0001***
第四類	-271.347	273.796	-0.991	0.3217	-31.816	70.718	-0.450	0.6528
第五類	-210.570	237.322	-0.887	0.3749	-50.009	58.773	-0.851	0.3948
第六類	-138.622	80.107	-1.730	0.0836	-147.777	21.012	-7.033	0.0001***
投保身份別								
雇主(參考組)								
受雇者	212.412	421.421	0.504	0.6142	327.733	110.744	2.959	0.0031**
榮民	-423.718	442.332	-0.958	0.3381	331.368	114.750	2.888	0.0039**
地區人口	249.144	465.098	0.536	0.5922	370.517	125.031	2.963	0.0030**
眷屬	275.162	434.746	0.633	0.5268	396.303	114.193	3.470	0.0005***
投保金額								
10000以下(參考組)								
10001-20000	-141.727	112.867	-1.256	0.2092	39.994	29.834	1.341	0.1801
20001-30000	-68.312	113.936	-0.600	0.5488	101.425	30.581	3.317	0.0009***
30001-40000	17.520	120.852	0.145	0.8847	116.326	33.420	3.481	0.0005***
40000以上	-116.323	119.614	-0.972	0.3308	82.090	32.808	2.502	0.0123*
是否需部份負擔								
否	1214.631	85.218	14.253	0.0001***	-	-	-	-
是(參考組)								
需要因素								
是否有慢性病								
否(參考組)								
是	1011.382	81.890	12.350	0.0001***	-	-	-	-
是否為重大傷病								
否	-720.953	305.767	-2.358	0.0184*	-	-	-	-
是(參考組)								
醫師人力因素								
每萬人口西醫師數								

12.00名以下(參考組)									
12.01-24.00名	10.586	38.964	0.272	0.7859	-52.372	12.436	-4.211	0.0001***	
24.01名以上	-387.153	52.712	-7.345	0.0001***	-404.143	17.001	-23.771	0.0001***	
每萬人口中醫師數									
1.00名以下(參考組)									
1.01-1.50名	-88.630	40.331	-2.198	0.0280*	-53.771	12.565	-4.280	0.0001***	
1.51名以上	328.871	48.538	6.776	0.0001***	244.128	16.207	15.064	0.0001***	
截距	1572.190	438.093	3.589	0.0003***	-59.332	115.233	-0.515	0.6066	

R Square=0.0294

Adjusted R Square=0.0289

F=60.619

P=0.000***

R Square=0.0153

Adjusted R Square=0.0152

F=136.099

P=0.000***

* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001

表 4- 19 影響民眾是否高度利用中醫門診複對數迴歸

變項名稱	使用者				全體研究對象			
	迴歸係數	標準誤	P值	OR值	迴歸係數	標準誤	P值	OR值
傾向因素								
性別								
女性	0.078	0.019	0.0001***	1.081	0.297	0.017	0.0001***	1.346
男性(參考組)								
年齡								
14以下(參考組)								
15-24	-0.291	0.038	0.0001***	0.747	0.178	0.033	0.0001***	1.195
25-34	-0.167	0.046	0.0003***	0.847	0.314	0.039	0.0001***	1.369
35-44	0.153	0.042	0.0003***	1.166	0.664	0.036	0.0001***	1.943
45-54	0.192	0.043	0.0001***	1.211	0.706	0.036	0.0001***	2.025
55-64	0.240	0.044	0.0001***	1.271	0.690	0.037	0.0001***	1.993
65以上	0.323	0.039	0.0001***	1.382	0.687	0.033	0.0001***	1.988
能用因素								
投保類別								
第一類(參考組)								
第二類	-0.016	0.034	0.6374	0.984	0.032	0.030	0.2771	1.033
第三類	-0.140	0.035	0.0001***	0.870	-0.289	0.030	0.0001***	0.749
第四類	-0.275	0.206	0.1819	0.760	-0.202	0.181	0.2631	0.817
第五類	-0.258	0.163	0.1127	0.772	-0.166	0.122	0.1716	0.847
第六類	-0.211	0.059	0.0003***	0.809	-0.444	0.051	0.0001***	0.642
投保身份別								
雇主(參考組)								
受雇者	0.433	0.315	0.1690	1.542	0.842	0.276	0.0023**	2.320
榮民	0.080	0.329	0.8092	1.083	0.977	0.285	0.0006***	2.656
地區人口	0.513	0.343	0.1352	1.670	0.938	0.298	0.0017**	2.556
眷屬	0.475	0.325	0.1430	1.609	0.944	0.284	0.0009***	2.570
投保金額								
10000以下(參考組)								
10001-20000	-0.044	0.083	0.6019	0.957	0.117	0.072	0.1044	1.125
20001-30000	-0.001	0.084	0.9910	0.999	0.199	0.073	0.0062**	1.220
30001-40000	0.067	0.088	0.4494	1.069	0.213	0.076	0.005**	1.238
40000以上	0.023	0.088	0.7946	1.023	0.189	0.075	0.0121*	1.208
是否需部份負擔								
否	0.708	0.058	0.0001***	2.029	-	-	-	-
是(參考組)								
需要因素								
是否有慢性病								
否(參考組)								
是	0.430	0.055	0.0001***	1.537	-	-	-	-
是否為重大傷病								
否	-0.437	0.207	0.0352*	0.646	-	-	-	-
是(參考組)								
醫師人力因素								
每萬人口西醫師數								

12.00名以下(參考組)									
12.01-24.00名	-0.043	0.028	0.1196	0.958	-0.132	0.024	0.0001***	0.877	
24.01名以上	-0.335	0.037	0.0001***	0.716	-0.752	0.032	0.0001***	0.471	
每萬人口中醫師數									
1.00名以下(參考組)									
1.01-1.50名	-0.098	0.029	0.0006***	0.907	-0.133	0.025	0.0001***	0.876	
1.51名以上	0.215	0.034	0.0001***	1.240	0.381	0.029	0.0001***	1.463	
截距	-1.245	0.327	0.0001***	.	-3.766	0.286	0.0001***	.	
-2 log likelihood=67353.887					-2 log likelihood=118661.06				
Chi-Square=974758					Chi-Square= 2943.218				
Significance=0.0001***					Significance=0.0001***				
* : P<0.05 ; ** : P<0.01 ; *** : P<0.001									

第五章 討論

一、研究對象與全國保險對象特性分析

本研究利用適合度檢定(Goodness of Fit)的方式，來檢驗本研究保險對象與全國保險對象的一致性。在性別方面，本研究保險對象男性佔 51.0%，女性佔 49.0%，而民國 86 年底之全民健康保險保險對象男性佔 50.3%，女性佔 49.7%，經卡方檢定後，並無統計上顯著意義 ($P = 1.00$)。

在年齡方面，本研究保險對象 14 歲以下佔 17.4%，15-24 歲佔 14.8%、25-34 歲佔 12.1%、35-44 歲佔 15.9%、45-55 歲佔 13.5%、55-64 歲佔 9.0%、65 歲以上佔 17.2%，平均年齡約為 39 歲。民國 86 年底之全民健康保險保險對象，14 歲以下佔 22.1%，15-24 歲佔 16.6%、25-34 歲佔 17.3%、35-44 歲佔 16.7%、45-55 歲佔 10.7%、55-64 歲佔 7.6%、65 歲以上佔 9.0%，平均年齡約 32.71 歲，本研究之樣本平均年齡較高，然經卡方定檢定後，並無統計上顯著意義 ($P = 0.595$)。

本研究為按保險對象之投保類別進行系統抽樣，經除錯後，「第一類」佔 53.1%、「第二類」佔 18.0%、「第三類」佔 15.7%、「第四類」佔 0.3%、「第五類」佔 0.6%及「第六類」佔 12.3%。民國 86 年底之全民健康保險保險對象，「第一類」佔 53.3%、「第二類」佔 17.9%、「第三類」佔 15.6%、「第四類」佔 0.3%、「第五類」佔 0.6%及「第六類」佔 12.3 %比率，經卡方檢定後，並無統計上顯著意義 ($P = 1.00$)。

經過性別、年齡、投保類別等三方面分析結果顯示，本研究保險對象雖與全國保險對象有些許差異，但其差異程度皆未達統計上

顯著意義，因此本研究保險對象可代表全國保險對象。

二、中醫門診利用情形

羅紀瓊（羅紀瓊，1991）利用勞保之次級資料，對勞保保險對象之中醫門診利用進行研究，16.0%之研究對象有利用中醫門診，低於本研究之中醫門診利用率 25.7%，在每人每年平均中醫門診利用次數方面，羅紀瓊之研究亦低於本研究結果的 1.29 次，如此的差異顯示中醫門診利用率有增加的現象，會造成利用率增長的情形可能是由於下列三項因素：

1. 保險對象差異：全民健保之保險對象與勞保之保險對象不同，全民健保之保險對象涵蓋舊時勞保、公保、農保、福保等保險對象遠較勞保廣。
2. 全民健保誘發需求：全民健保施行後，民眾前往中醫門診就醫之部分負擔僅 50 元，中醫傷科治療更施行 6 次一療程的制度，使得民眾就醫財務障礙降低，進而誘發民眾利用中醫門診的需求。
3. 民眾對中醫療效欲趨肯定，進而提高民眾利用中醫醫療的需求。

而林致坊（林致坊，1998）利用北區健保局之次級資料進行中醫門診醫療利用研究，該研究之研究對象中醫門診利用率為 22.0%，低於本研究的 25.7%，在中醫門診利用次數方面，該研究為 0.96 次亦低於本研究的 1.29 次，而在平均每人中醫門診醫療費用方面，該研究為 442.9 元低於本研究的 585 元，在高度利用中醫門診比率方面，該研究為 5.1%低於本研究的 8.4%，造成如此差異的可能原因為

有下列兩點：

1. 該研究僅針對在北區健保局投保的民眾，而本研究為針對全國之健保保險對象。
2. 本研究樣本年齡在 35 歲以上比率為 55.6%，高於林致坊的 48.0%。

三、中醫門診案件檔案分析

（一）、疾病別方面：

本研究結果顯示，中醫門診利用較重要的疾病項目為：「其他症狀，徵候及診斷欠明病態」佔 9.13%、「脫臼，扭傷及拉傷」佔 8.55%、「其他急性上呼吸道感染」佔 7.63%、「其他背部病變」佔 7.48%、「其他損創傷之早期併發」佔 5.32%、「其他關節疾患」佔 4.86%，此外中醫利用次數前 20 名中，呼吸系統相關疾病即佔了 6 項，此結果顯示中醫用在治療骨骼肌肉系統及呼吸系統疾病的頻率相當高。

林致坊研究結果顯示（林致坊，1998），中醫門診利用較重要的疾病項目為：「其他急性上呼吸道感染」佔 14.4%、「其他背部病變」佔 3.6%、「診斷欠明病態」佔 3.6%、「支氣管炎、肺氣腫、氣喘」佔 3.5%、「慢性咽炎、鼻咽炎、鼻竇炎」佔 3.2%、「其他消化系統疾病」佔 3.0%、「急性喉炎及氣管炎」佔 2.8%、「流行性感冒」佔 2.5%，該研究之前 20 名中醫利用疾病整體分佈與本研究結果大致相同，僅有幾項在林致坊之研究中未名列前 20 位，包含：「其他創傷之早期病發」、「風濕症，背部除外」、「其他上呼吸道疾病」、「其他女性生殖器官疾病」、「上呼吸道之疾病」、「慢性肝病」等六項。而在蔡文全（蔡文全，1994）以公保次級資料分析較重要的中醫門診利用疾病

中前 20 名排行內，其分佈情形與本研究較為類似，僅有：「上呼吸道之疾病」、「其他女性生殖器關疾病」未納入。會有如此的差異，主要原因應該是研究對象不同所造成的差異。

此外，根據本研究結果顯示，「其他症狀，徵候及診斷欠明病態」居中醫利用次數的第一位，由此可見我國中醫疾病分類品質欠佳，造成疾病分類上的困難。

（二）、醫療機構權屬別方面：

公立醫療機構之中醫門診平均每案件醫療費用為 513.6 元，高於私立醫療機構的 452.0 元，其差異達統計上顯著意義，公立醫療機構之平均中醫門診案件費用顯著高於私立醫療機構，其原因值得後續研究進行探討。

四、高度利用中醫者之醫療資源耗用

林致坊之研究（林致坊，1998）顯示高度利用中醫者僅佔全體研究對象 5.07%，然卻利用 62.68%的中醫門診次數及 62.31%的中醫門診費用，而本研究結果顯示高度利用中醫者僅佔全體研究對象 8.4%，然卻利用 74%的中醫門診次數及中醫門診費用，兩項研究結果均呈現相同的趨勢，如此的現象是中醫門診利用管理時的核心問題，未來應對於這些族群予以重點管理，將可有效降低中醫門診利用次數及費用。

五、高度利用中醫者之醫療資源耗用

本研究結果顯示 1997 年中醫門診利用率 25.7%，而使用次數在五次以上者僅佔樣本的 8.4%，可見保險對象對於中醫門診利用的持續性甚低，其原因可能是由於中醫醫療較不易短期立見，在保險對象使用過多次中醫醫療卻仍不見成效下，保險對象即放棄中醫醫療轉向西醫醫療，造成保險對象持續使用中醫的比率較低現象。

六、傾向因素對中醫門診利用影響

在性別方面，本研究結果顯示：女性之中醫門診利用機率、利用次數、醫療費用及高度利用中醫門診機率皆高於男性，此結果與林致坊之研究結果（林致坊，1998）相似，此外蔡文全（蔡文全，1994）、邱清華（邱清華，1990）、王廷甫（王廷甫，1990）及賴俊雄（賴俊雄，1992）之研究亦顯示女性之中醫利用情形亦高於男性，本研究與上述幾項研究結果皆證實，不同性別之中醫門診利用情形會有不同。

在年齡方面，在全體研究對象中，年齡層在 45-54 歲及 65 歲以上之中醫門診利用機率、利用次數、醫療費用與高度利用中醫門診機率，較其他年齡層高，此結果與林致坊之研究結果相似。若以有利中醫門診的研究對象為基礎，則以年齡層在 65 歲以上之研究對象之各項中醫門診利用情形為最高，經過這兩個層面分析顯示，65 歲以上之老年人為高度利中醫族群，其原因應為 65 歲以上老人對中醫接受度較高及健康狀態較差所致。康翠秀（康翠秀，1998）、李卓倫（李卓倫，1995）、蔡文全（蔡文全，1994）之研究結果亦顯示不同年齡層之中醫利用情形有差異。

七、能用因素對中醫利用影響

在投保類別方面，第一類保險對象之中醫門診利用機率、利用次數、醫療費用與高度利用中醫門診機率大多高於其他投保類別之研究對象，然第二類（職業工人與外雇船員）及第五類（低收入戶）之部分中醫門診利用情形高於第一類，其原因值得後續研究作進一步探討。

在投保身份別方面，投保身份為眷屬之中醫利用機率、利用次數、醫療費用及高度利用中醫門診機率，大多高於其他投保身份之研究對象，其可能原因為眷屬大多為婦女及小孩，尤其是婦女，根據許多本研究過去文獻指出（蔡文全，1994，邱清華，1990），女性中醫利用較男性高，因此造成眷屬之各項中醫利用情形均高於其他身份別，此外，投保身份為榮民之部份中醫利用情形略高於眷屬，其可能原因應為榮民之年齡較高的緣故。

在投保金額方面，投保金額在 10001 元以上研究對象中醫利用機率、利用次數、醫療費用及高度利用中醫門診機率皆高於投保金額在 10000 元以下之研究對象，此結果與林致坊（林致坊，1998）之研究結果相似，其主要原因應為投保金額較高的研究對象，其收入水準較高，因此其利用中醫門診時較無就醫財務障礙所致。

在投保地區別方面，投保地區為台中市及台中縣之各項中醫門診利用情形高於其他投保地區之研究對象，且其差異達統計上顯著意義，其主要原因應為台中市及台中縣之中醫師資源密度為全國之冠所致。

在是否部份負擔方面，免部份負擔之研究對象中醫利用機率、利用次數、醫療費用及高度利用中醫門診機率皆高於需部份負擔的研究對象，且皆具有統計上顯著意義，其主要原因應為免部份負擔

之研究對象就醫財務障礙較低，因而提高中醫門診利用需求，造成免部份負擔保險對象高度中醫資源耗用的情形。

八、需要因素對中醫利用影響

在是否有慢性病方面，有慢性病之研究對象之中醫利用機率、利用次數、醫療費用及高度利用中醫門診機率皆高於沒有慢性病之研究對象，且皆具有統計上顯著意義，此結果與林致坊（林致坊，1998）研究結果相同，兩者皆證實有慢性病之保險對象其中醫門診利用率較高。造成有慢性病者高度中醫醫療資源耗用情形的主因，應為慢性病患其健康狀態較差的緣故，且根據過去的中醫醫療利用相關研究均指出(王廷輔，1990)，患有長期性疾病的民眾，由於其疾病難以短期間治癒，因此會尋求多元化的治療方式，如：傳統中醫醫療。

在是否為重大傷病方面，非重大傷病研究對象之中醫利用機率、利用次數、醫療費用及高度利用中醫門診機率皆低於有重大傷病的研究對象，且皆具有統計上顯著意義，此結果與林致坊之研究（林致坊，1998）相違背，該研究顯示無重大傷病之中醫門診利用指標，皆低於有重大傷病之研究對象，其原因可能是兩項研究所包含之重大傷病研究對象樣本數皆較低（皆低於 250 人）的緣故。造成重大傷病者高度中醫醫療耗用的主因，應為重大傷病病患身體狀況較差，且亦因為其疾病之嚴重性，因而提高對於中、西醫複合醫療的需要性。

九、醫師人力因素對中醫利用影響

在每萬人口西醫師數方面，本研究結果呈現投保地區每萬人口西醫師數越高則中醫利用越低的趨勢，本研究未對中、西醫醫療利用進行交叉分析，然從此趨勢顯示中、西醫目前具有某種程度的替代性(Alternative)而非輔助性(Complementary)，此結果與林芸芸（林芸芸，1992）所做的研究結果相似。

在每萬人口中醫師數方面，本研究結果顯示投保地區每萬人口中醫師人數為 1.51 名以上之中醫門診利用情形皆高於其他層級。然本研究卻未呈現每萬人口中醫師數越高則中醫醫療利用越高的趨勢，僅呈現中醫師資源充足區（每萬人口中醫師人數 1.51 名以上）其中醫利用較高的現象，從消費者的角度分析，該現象說明投保地區中醫師資源可近性較高，雖可造成民眾較高的中醫利用，但其利用情形並不會隨中醫師資源增加而增加，若從供給者的角度來分析，根據醫療經濟學的觀點，由於醫療市場資訊不對等及醫師有其目標收入的特性，醫療供給者可能誘發消費者之醫療需求，以提高民眾中醫醫療利用，因此，中醫師資源資源較充足的投保地區其中醫利用較高，亦有可能是中醫師誘發消費者醫療需求所導致。

而林致坊之研究（林致坊，1998）發現中醫師人力資源較缺乏的地區，其中醫門診利用機率較低，該研究表示中醫師資源較缺乏的地區，中醫資源可用性對是否利用中醫的影響較大，然中醫師人力資源可用性與中醫利用並無直線相關。吳肖琪之研究（吳肖琪，1991）指出，在醫療資源不足區，民眾醫療需求顯著地隨醫療供給之增加而增加，居住在醫療資源足且有保險之民眾，其醫療利用較不受醫療資源可用性之影響。上述兩研究與本研究結果相似，然羅紀瓊之研究（羅紀瓊，1991）之研究則顯示：中醫利用次數會隨中醫資源供給增加而增加。

第六章 結論與建議

一、 結論

本研究所獲得的結論如下：

1.傾向因素對中醫門診利用的影響：

在性別方面，女性保險對象之中醫門診利用高於男性。

在年齡方面，45-55 歲及 65 歲以上保險對象之中醫門診利用高於其他年齡層民眾。

2.能用因素對中醫門診利用的影響：

在投保類別方面，以第一類保險對象之中醫門診利用較高，然部分中醫門診利用情形以第二類及第五類較高。

在投保身份方面，以投保身份為眷屬之中醫門診利用較高。

在投保金額方面，投保金額在一萬元以上之保險對象及中醫門診利用較高。

在投保地區方面，投保地區為台中市的保險對象其中醫門診利用情形遠高於其他縣市。

在是否部分負擔方面，免部分負擔之保險對象其中醫門診利用高於需部分負擔的保險對象。

3.需要因素對中醫門診利用的影響：

在是否有慢性病方面，有慢性病之保險對象其中醫門診利用高於無慢性病的保險對象。

在是否為重大傷病方面，有重大傷病保險對象之中醫門診

利用高於無重大傷病之保險對象。

4.醫師人力因素對中醫門診利用的影響：

在每萬人口西醫師數方面，每萬人口西醫師數在 12.00 名以下之中醫門診利用情形較高，且投保地區每萬人口西醫師數越高，其中醫門診利用情形越低，呈現替代關係而非正向相關。

在每萬人口中醫師數方面，中醫師資源充足區（每萬人口中醫師數 1.51 名以上）之中醫門診利用情形高於中醫師資源缺乏區（每萬人口中醫師數 1.00 名以下）。

5.中醫案件檔案分析：

依據本研究結果顯示，「其他症狀，徵候及診斷欠明之病態」在中醫門診利用次數排行上佔第一位，可見我國中醫的疾病分類品質欠佳。而中醫治療的疾病類型方面，以骨骼肌肉系統及呼吸系統疾病佔多數。

申報案件別方面，中醫一般案件之中醫門診總申報量及總費用最高，而中醫慢性病平均每案件費用最高。

在公立醫院權屬別方面，私立醫療機構之中醫門診總申報量及總費用高於公立醫療機構，而公立醫療機構之平均每案件費用高於私立醫療機構。

在有無合併症及併發症方面，有合併症或併發症之平均每案件費用高於無合併症或併發症。

二、醫療政策方面建議

1. 建立中醫疾病分類系統。

目前我國中醫疾病分類採用西方醫療之疾病分類系統如：A-Code 或 ICD-9，造成許多疾病無法適當分類，根據本研究結果顯示，診斷未明的疾病個案數居疾病類別排行榜的第一位，未來我國將施行中醫門診總額預算制度，各地區中醫師公會將負起案件審查的工作，若依中醫現行之疾病分類制度，將會造成案件審查時的困擾，因此建議衛生主管機關早日建立適合我國中醫醫療的中醫疾病分類系統，以充分顯現中醫門診之疾病分佈情形及強化中醫門診案件審查效益。

2. 獎勵研究單位評估中醫在長期照護及其他疾病照護的功能。

本研究結果顯示 65 歲以上老年人口屬高度中醫醫療利用的族群，且根據王廷輔的研究（王廷輔，1990）指出，患有長期疾病的民眾較偏向傳統醫療。促進老年長期照護發展，為我國公元 2000 之重要健康照護政策，既然老年人口對於中醫醫療有高度利用的現象，我國衛生主管機關應鼓勵研究單位，深入研究中醫在長期照護方面的角色與功能，尤其是中醫在治療疾病成效方面的研究，例如：評估中醫醫院或附設醫院中醫部設立長期照護機構的可行性。

除長期照護方面外，中醫在其他特種疾病方面如：癌症醫療方面的臨床療效或慢性病之臨床療效，亦是值得衛生主管機關未來研究發展的重點，以強化健康照護政策的完整性。

3. 依影響中醫門診利用的因素，調整各區域之中醫門診總額預算。

民國 89 年 7 月將施行中醫門診總額預算，第一年之地區預算分配，95% 依據各區保險對象在基期年實際發生費用，5% 依各區校正風險後之保險對象人數作分配，而後至第八年將達成 100% 以保險對象人數來分配預算（Adjusted-Capitation）的目標。

本研究顯示保險對象因素方面，女性、65 歲以上老人、投保身份為受雇者、免部分負擔等保險對象，其中醫門診利用較高，未來健保局在訂定中醫門診總額時，尤其是施行 100% 論人計酬的總額預算時，應將性別、年齡、投保身份、是否部分負擔等因素納入風險校正時考量；然在醫師人力因素方面，本研究結果顯示中醫師資源可近性極充足（每萬人口中醫師數 1.51 名以上）的投保地區其中醫門診利用情形高於中醫師資源可近性缺乏（每萬人口中醫師數 1.00 名以下）之投保地區，因此建議未來地區總額預算的分配時，可考慮學習加拿大之總額支付制度將各地區之醫師人力因素亦納入風險校正的考量因素，以合理分配各地區的預算。

4. 促進海峽兩岸中醫交流。

大陸地區有 2457 家中醫醫院，每年提供一億八千六百萬門診人次，兩百六十八萬的住院人次（Ken，1995），由此可見中醫醫療在大陸地區的發展遠較台灣地區興盛，我國未來若欲推行中醫住院制度或其他中醫醫療相關政策，應可與大陸中醫界多進行交流，吸取大陸中醫發展的經驗，以健全國內中醫醫療體系。

三、中醫醫療管理方面建議

1. 進行中醫醫療行銷研究，吸引高度使用中醫醫療的顧客。

本研究發現高度利用中醫者僅佔全體研究樣本 8.4%，但卻利用了 74% 的醫療費用，具此標準之人口特質者，即為中醫醫療之重要目標市場，各中醫醫療機構應可對於這目標市場做深入性的行銷研究，以吸引高度使用中醫醫療的顧客，例如本研究所發現之具有高度中醫利用特質者例如：女性、65 歲以上、免部分負擔等等，應是未來醫院在進行中醫醫療市場規劃時所需要考量的重要因素，進而針對這些特性訂定行銷計畫，例如：醫院中醫部門，可利用中醫藥來設計屬於女性民眾健康計畫或老人的養生計畫。

2. 拓展中醫醫療市場，吸引顧客持續使用中醫醫療。

本研究結果顯示 1997 年保險對象曾使用過一次以上中醫門診的比率為 25.7%，以投保地區為台中市之利用中醫門診比率(38.02 %) 來比較，中醫門診的市場應仍有相當大成長空間，而在就醫次數方面，全國每人每年平均中醫門診利用次數為 1.29 次，而投保地區為台中市之保險對象平均每年利用 2.37 次中醫門診，若以此為基準，目前我國中醫門診應該仍有至少 80% 之成長空間，若以 1997 年我國全民健保所申報的 106 億元來預估，中醫門診市場共有 200 億元，應約有 90 億元中醫門診市場可開發，有鑑於此，醫療管理者應設計相關的配套措施，來吸引合乎資格的潛在顧客，以拓展中醫醫療市場，此外，中醫門診使用次數在五次以上者僅佔樣本的 8.4%，可見民眾對於中醫門診利用的次數與持續性偏低，管理者應找出影響民眾持續利用中醫門診的因素，將第一次顧客 (First-Time Customer) 轉變成重購顧客 (Repeat Customer)。

3. 促進中西結合醫療發展，尋找具成本效益之治療模式。

根據本研究結果顯示具有重大傷病 慢性病之研究度對象為高度

中醫資源耗用的族群，另外根據中醫門診案件檔案分析結果顯示，脫臼、扭傷及拉傷及其他疾病之中醫門診利用次數相當高，由此可以推論患有特殊疾病之者對中醫療具有高度的需求性。現今台灣醫療系統為中、西醫共存的體系，而非中西醫整合的體系，現今體制極易造成醫療資源濫用的現象。近來許多文獻均指出中醫在治療某些疾病上其效用較西醫為佳（Ken，1995），且其費用較低，因此造成中西結合醫療的發展漸漸受到重視，例如：中國醫藥學院已成立中西結合醫療研究所，預期未來健康費用支出將節節上漲，疾病治療時的成本效益考量將更趨重要，因此本研究認為促進中西醫結合醫療是有其必要的。

四、 未來研究方面建議

1. 結合中醫與西醫門診檔案統計交叉分析。

本研究由於時間上的考量，未結合西醫利用資料檔進行分析，然依據許多傳統醫療或中醫醫療研究結果顯示，中西醫醫療利用具有一定的互補或替代效果，因此建議未來研究者可將該因素納入研究時考量，並可以進一步分析健保施行後中、西醫為替代效果或互補效果。

2. 中醫門診總額預算實施後之中醫門診利用分析。

預計民國 89 年 7 月健保局將施行中醫門診總額預算制度，預期將對中醫門診利用造成衝擊，未來研究者應可去比較中醫門診總額預算施行前後之中醫門診醫療利用情形。

3. 利用問卷訪查方式，進行中醫療利用分析。

由於本研究採用健保局次級資料來分析中醫門診醫療利用情

形，因此所考量的影響因素有限，建議未來研究者應可利用問卷訪查的方式，將其他重要因素納入考量，例如：初或複診、教育程度、過去有無中醫利用經驗、職業別、社會層級等變項，以強化中醫利用迴歸模型的解釋力。

4. 進一步分析醫療機構型態與權屬別對中醫利用的影響。

本研究結果顯示公立醫療機構平均每中醫門診案件費用高於私立醫療機構，且達統計上差異，此現象值得後續研究去探討。建議為來研究應進一步去探討醫療機構型態與中醫利用情形的影響。

5. 將未加入健保特約醫療院所之中醫利用納入研究考量。

由於研究對象亦有可能在非健保特約機構利用中醫，為避免低估我國民眾人實際中醫醫療利用的狀況，應將在非健保特約中醫醫療院所之中醫利用納入研究考量，並應進一步探討民眾選擇非健保特約中醫醫療機構的原因。

6. 找出影響民眾持續利用中醫的原因。

本研究結果顯示民眾高度利用中醫門診比率為 8.4% 僅為利用中醫門診比率的三分之一 (25.7%)，未來研究者應極力找出影響民眾繼續使用中醫門診的原因，以促進我國中醫醫療發展。

五、 研究限制

1. 受國家衛生研究院全民健康保險資料庫及全民健康承保資料檔之定型化檔案限制，僅能針對部份變項進行統計分析。
2. 本研究之研究資料為健保局所提供之申報資料，資料之準確性會有誤差。
3. 本研究假設以研究樣本之投保地區為保險對象居住地，與現實狀況會有誤差。
4. 本研究之門診利用資料為醫療機構申報資料，並非健保局實際核付的資料，實際核付之費用應低於申報資料，故研究結果可能會有些許偏差。
5. 研究對象亦有可能在非健保特約醫療機構利用中醫，因此有會低估實際中醫利用情形，以民國 87 年 12 月底全國中醫師健保特約率為例，當時中醫師加入健保特約的比率為約為 86%，若假設非特約醫療機構之醫師生產力與特約醫療機構相同，則有 14%之中醫利用情形未被納入研究考量。
6. 本研究之迴歸模型其全部自變項對依變項的解釋力過低(小於 0.05)，其主因乃由於研究資料及時間之限制，未對許多重要變項進行探討，例如：過去有無使用中醫、保險對象之教育程度，此外，本研究假設研究對象之投保地區為保險對象居住地區來進行醫療資源可近性因素探討，亦有可能造成本研究之迴歸模型解釋力過低。
7. 本研究部份變項乃根據 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式中的定義來推定（如：投保身份別），尚未具有明確理論基礎。

參考文獻

一、英文部份：

1. Aday, L. A. ,and Andersen, R. M."A Framework for the Study of Access to Medical Care". Health Service Research, Vol.9,No.3, pp.208-220, 1974.
2. Aday L. A. and Shortell S. "Indicators and Predicators of Health Service Utilization". Introduction to Health Service, 3rded , pp.51-81, New York: A Wiley Medical Publication,1988.
3. Andersen, R. M. and Aday, L. A." Revisiting the Behavior Model and Access to Medical Care: Dose it matter ? ". Journal of Health and Social Behavior, No.36, pp.1-10, 1995.
4. Astin J.A. "Why patients use alternative medicine: results of a national study". Journal of American Medicine Association, Vol.279, No.19, pp.1548-53, May 1998.
5. Bernstein, J.H. "Nonconventional medicine in Israel: consultation of the Israeli population and attitude of primary care physicians" . Social Science & Medicine, Vol.44,No.9, pp.1341-1348, May 1997.
6. Berger, E. "The Canada Health Monitor", Survey No.9, pp.123, Price Waterhouse, Toronto, 1993.

7. Chi C., JL Lee, JS. Lai, CY Chen, SK Chang, SC Hen. "The practice of Chinese medicine in Taiwan". Social Science & Medicine , Vol.43,No.9, pp.1329-1348, 1996.

8. Cockerham W. C. Medical Sociology,4rd ed ,Prentice Hall, Inc.,1989.

9. Druss B.G., Rosenheck R. A. "Association Between Use of Unconventional Therapies and Conventional Medical Service". Journal of American Medicine Association ,Vol.282,No.7, pp.651-656, Aug 1999.

10. Eisenberg D. M.; Davis R. B. ; Ettner S. L. ; Appel S. ; Wilkey S. ; Rompay M. V. ; Kessler R. C. "Trends in Alternative Medicine Use in the United States,1990-1997:Result of a Follow-up National Survey". Journal of American Medicine Association, Vol.280,No.18, pp.1569-1577, Nov 1998.

11. Eisenberg, D ; Kessler, R ; Foster, C . "Unconventional medicine in the United States: Prevalence, cost and patterns of use". New England Journal of Medicine, No.328, pp.246-252, 1993.

12. Hesketh, T., WX. Zhu, JE. Ulmann. "Health in China. Traditional Chinese medicine : one country, two systems". BMJ ,Vol.315,No .7100, pp.115-117, Jul 1997 .

13. Jonas W.B. "Complementary and Alternative Medicine and the NIH". Clinics in Dermatology , Vol.17, No.1, pp.99~103 , Jan 1999 .

14. Jonas W. B. "Alternative Medicine-Learning From the Past, Examining the Present, Advancing to the Future". Journal of American Medicine Association, Vol.280,No.18, pp.1616-1617, Nov 1998.

15. Kelner, M. ; Wellman, B. " Health Care and consumer choice : medical and alternative therapies" . Social Science & Medicine, Vol.45,No.2, pp.203-212, Jul 1997.

16. Kendler, B.S. "The Four Pillars of Healing: How the New integrated Medicine -The Best of conventional and Alternative Approach-Can Cure You" .Nutrition, Vol.13,No.11, pp.1013-1015 , Nov 1997.

17. Ken C.. "The Role of Tradition Medicine and WHO' S Program on Traditional Medicine" .The 8th INT' L Congress of Oriental Medicine, pp27-39, Nov 1995.

18. Lee, M. P. "Culture and Clinical Care".Journal of American Medicine Association , Vol.271,No.9 , pp.690-694 , March 1994 .

19. MacLennan A.H. ; Wilson D.H. ; Taylor A.W., "Prevalence and cost of alternative medicine in Australia ". Lancet, Vol.347, No.9001, pp.569-73, Mar 1996.

20. Mechanic D Medical Sociology, A Comprehensive text, New York, The 1978.

21. Meyer, G.S. "The Evolving Health Care Market Exploring Alternatives". Nutrition, Vol.13,No.6, pp.589-590 , Jun 1997.

22. McGregor, K.J.; Peay, E.R. "The choice of alternative therapy for health care: Testing some propositions" . Social Science & Medicine, Vol.43,No.9, pp.1317-1327, Nov 1996.

23. Paramore, L.C. "Use of Alternative Therapies: Estimates from The 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey" Journal of Pain and Symptom Management, Vol.13, No.2 ,pp. 83~89 , Feb 1997.

24. Rauber C. "Open to alternatives". Modern Healthcare. Vol.28, No.36, pp.50-7, Sep 1998.

25. Rosenstock I. M. "Historical Origins of the Health Belief Model". Health Education Monographs . Vol.2, No.4, pp.328-335, 1974.

26. Sharma, U.,Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients, Routledge, London, 1992.

27. Son ,A.H.K. "Modernization of medical care in Korea(1876-1990)" . Social Science & Medicine, Vol.49,No.6, pp.543-550, Jun 1999.

28. Studdert D. M. ; Eisenberg D. M. ; Miller F. H. ; Curto D. A. ; Kaptchuk T. J. ; Brennan T. A. "Medical Malpractice Implications of Alternative Medicine". Journal of American Medicine Association, Vol.280,No.18, pp.1610-1615, Nov 1998.

29. Suchman E. A. " Stages of Illness and Medical Care". Journal of Health and Social Behavior, No.6, pp.114-128, 1965.
30. Verhoef, M.J.; Sutherland, L.R. "General Practitioner's assessment of and interest in alternative medicine in Canada" . Social Science & Medicine, Vol.41,No.4, pp.511-515, Aug 1995.
31. Wainapel S.F., Thomas A.D., Kahan B.S. "Use of alternative therapies by rehabilitation outpatients". Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, Vol.79, No.8 pp.1003-5, Aug 1998.
32. Wellman, B. "Lay referral networks: using conventional medicine and alternative therapies for low back pain". In Research in the Sociology of Health Care, No.12, pp.213-218, ed. Fennie J. Kronenfeld, Jai Press, Greenwich, 1995.
33. Wetzel M.S., Eisenberg D.M.; Kaptchuk T.J. "Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools". Journal of American Medicine Association, Vol.280, No.9, pp.784-7, Sep 1998.

二、中文部份：

1. 王廷輔，"台中地區居民中西醫療行為取向之研究"，公共衛生，第 17 卷，第 1 期，第 21-33 頁，1990。

2. 中央健康保險局, "1997 全民健康保險統計", 1998。
3. 中央健康保險局, "1998 全民健康保險統計", 1999。
4. 李卓倫、賴俊雄、陳太義、游隆權、詹清旭, "中醫師人力及中醫醫療機構現況", 中華民國公共衛生雜誌, 第 10 卷, 第 3 期, 第 136-142 頁, 1990。
5. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄, "1981-1994 年中醫政策研究之回顧", 公共衛生, 第 21 卷, 第 2 期, 第 97-107 頁, 1994。
6. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄, "醫療需求研究之分析方法與限制--以中醫門診為例", 公共衛生, 第 22 卷, 第四期, 第 247-255 頁, 1996。
7. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄, "時間、所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響", 中華民國公共衛生雜誌, 第 14 卷, 第 6 期, 第 470-476 頁, 1995。
8. 李卓倫, "民眾尋求與利用健康服務的行為模式", 衛生教育, 第四輯, 第 108-138 頁, 1992。
9. 李卓倫、周碧瑟, "以健康信念模式分析鹿谷鄉民的肝癌篩檢行為", 衛生教育, 第四輯, 第 202-225 頁, 1992。
10. 李卓倫, "台灣地區中醫師生產函數推估", 中華民國公共衛生雜誌, 第 13 卷, 第 2 期, 第 157-167 頁, 1994。

11. 李卓倫、賴俊雄、林昭庚、林國瑞，"中醫養成之教考用分析"，行政院衛生署研究計畫，1996。
12. 李漢修，"全民健康保險中醫利用概況簡介"，醫院，第 32 卷，第 4 期，第 15-23 頁，1999。
13. 李金鳳，"中西醫門診病患對傳統醫療認知、情意與行為意向之調查研究"，陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1990。
14. 李淑宜，"中醫醫療體系及經營管理之初步探討"，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，1990。
15. 林芸芸，"中西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證研析"，中華民國家庭醫學雜誌，第 2 期，第 1-13 頁，1992。
16. 林致妨，"全民健康保險北區分局中醫門診利用之研究"，陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1998。
17. 吳肖琪，"健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響"，國立台灣大學公共衛生研究所博士論文，1991。
18. 邱清華，"台灣地區中醫醫療狀況及需求調查研究"，行政院經建會，1990。
19. 張永賢，"臺灣地區中醫醫院之現況"，明通醫藥，第 225 期，第 8-12 頁，1995。

20. 張永賢、賴俊雄、李正淳、白佳原、陳貽善，"中醫醫院評鑑標準之前導研究"，行政院衛生署中醫藥委員會，1997。
21. 張淑玲，"我國外籍勞工健保醫療利用之研究"，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1998。
22. 康翠秀、陳介甫、周碧瑟，"臺北市北投區居民對中醫醫療的知識、信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響"，中華公共衛生雜誌，第 17 卷，第 2 期，第 80-92 頁，1998。
23. 康翠秀，"台北市北投區居民對中醫藥知識、態度與行為之調查問題"，陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1995。
24. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，"複向求診病患選擇中西醫門診的相關因素"，中華醫學雜誌，第 57 卷，第 6 期，第 405-412 頁，1996。
25. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，"中醫門診病人對傳統醫學的認知、態度與行為意向的分析研究"，中華民國公共衛生雜誌，第 13 卷，第 5 期，第 432-441 頁，1994。
26. 陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝、陳世堅、李卓倫、賴俊雄，"臺灣地區民眾使用中醫門診服務的因素之調查"，中國醫藥學院雜誌，第 8 卷，第 1 期，第 77-87 頁，1999。
27. 陳永興，台灣醫療發展史，月旦出版社，p55-81，1997。
28. 陳太義、賴俊雄、陳榮基、賀步甲、張永勳、李卓倫，"中醫藥納入全民健

- 康保險之可行方案研究"，行政院經濟建設委員會，1990。
29. 陳涵寧，"不同地區別中醫師執業成本研究"，陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1993。
30. 曾淑芬，"從醫院管理角度論全民健保資料庫"，中華民國公共衛生雜誌，第 18 卷，第 5 期，第 363-372 頁，1999。
31. 黃妙玲，"全民健保急診醫療利用之分析研究：兼論對緊急醫療政策與管理意涵"，陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1998。
32. 游隆權，"台灣地區中醫醫療機構現況之研究"，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，1990。
33. 郭德銘，"健保之下的中醫危機"，醫院，第 30 卷，第 3 期，第 8-9 頁，1997。
34. 郭靜燕，"中醫求醫行為之決定因素"，國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
35. 蔡文全，"公保各類保險對象中醫醫療利用之研究"，國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1994。
36. 蘇喜、黃月桂、李承華、郝宏恕、湯靜怡，"健保資料庫在醫療資源耗用及醫療品質監測上之功用"，中華民國公共衛生雜誌，第 16 卷，第 6 期，第 527-536 頁，1997。

37. 鄭守夏, "全民健康保險學術資料庫簡介", 中華民國公共衛生雜誌, 第 18 卷, 第 3 期, 第 235-236 頁, 1999。
38. 闕巧婷, "台灣西學中醫師養成制度之研究", 中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文, 1999。
39. 羅紀瓊, "勞保中醫利用", 行政院衛生署, 1991。