

中國醫藥大學

碩士論文

編號：IEH-1320

實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討

**Exploration on the implementation of
mobile medical program in no-traditional
Chinese medical countries**

所別：環境醫學研究所

指導教授：賴俊雄

學生：施純全

學號：9165020

誌 謝

進入研究所學習，一直是長久以來的夢想，學士後中醫系畢業後，由於長達 21 年的學生生活，久讀必窮，在經濟的壓力及臨床魅力的驅使，做了執業優先的選擇，一路由執業、開業、結婚、生子，忙忙、碌碌，離當初的夢想也就越來越遠。

執業後對於中醫執業環境的惡劣、中醫健保給付的不公及對醫政單位不合理的中醫政策十分不滿，「與其咀咒四周黑暗，不如點亮一根蠟燭」，因而十分期盼能有機會參與公共事務，改變整體環境，1994 年在林昭庚教授的引薦下，擔任台北市中醫師公會理事，開始投身中醫公共事務的服務工作，後來並在鄭歲宗、陳俊明、陳旺全等多位名譽理事長的推薦下，接任中醫師公會全國聯合會林昭庚理事長轄下秘書長一職，六年任內有幸參與全國性之中醫公共政策事務，適逢中醫全聯會會務變革及迅速發展時期，加上林昭庚理事長企圖心強烈，積極推動各項會務，因此幕僚長的工作十分繁重，由於經費拮据，秘書長任內初期，幾無專任職員，六年期間幾乎是全職的會務人員，雖然辛苦，但在林理事長諄諄教誨下，除學術的薰陶外，其待人處世的哲學，都是人生難得的學習和成長的機會，獲益良多。

1999 年 5 月起，衛生署與中醫全聯會積極推動中醫門診總額支付制度，個人因緣際會擔任中保會執行長乙職，全程參與中醫門診總額的規劃、推動、協商與評核等過程，在開辦全民健保中醫部門的規劃及中醫門診總額的實施，賴俊雄教授一直是公（會）、官、學界最主要的諮詢與請益對象，因此個人有機會接受賴教授的指導及跟隨學習，隨著中醫總額的推動，涉入愈深，愈發覺得個人學識能力的不足，對於健康保險、公共衛生、醫療管理、生物統計等知識需求更為殷切，繼續深造學習的企圖心更為強烈，於是在師長、朋友、家人的鼓勵下，再度返回校園重新學習。

在研究所學習過程、研究計畫執行及論文寫作期間，要感謝的人非常的多，首先要感謝我的指導教授賴俊雄副校長，一路對中醫健保及中醫政策的關注與指導，並於繁忙的校務與教學之外，對我的學習、研究及為人處世耐心的加以指導，李卓倫、梁文敏老師的熱心教導，讓我在健康保險、醫療經濟、生物統計上和入學前有全然不

同的感受與體會，專題討論的陳世堅、陳秋瑩老師，啟發式的教學，讓我對學術研究有更深一層的認識與收穫，在台北-台中兩地通勤的學習過程中，經常清晨 4、5 點從台北搭車南下趕上 8 點的課，因此第二節下課時經常是低血糖發作，頭暈四肢乏力，感謝蔡金川教授沙其瑪的緊急救援，感謝同樣一起從台北下台中進修的陳潮宗醫師，一路相互扶持，感謝賴東淵、陳悅生等多位老師不時的勉勵與鼓勵。

研究計畫如期順利的完成，原本幾乎是不可能的任務，這特別要感謝林昭庚理事長與林宜信主任委員的支持、賴俊雄教授及吳聰能教授的指導、中保會副執行長兼無中醫鄉巡迴醫療服務計畫小組召集人巫雲光醫師全力的配合、中醫全聯會王逸年、蔡春美、林志青組長、怡伶、曉菁等會務人員的協助，以及離職深造的前會務人員淑娟的友情客串，始能順利完成這項人力及物力高度動員的研究計畫。

論文最後整理校對階段，要感謝秀真全力的配合，特別是在做人成功後的孕吐期，正是如火如荼的完稿階段，更是辛苦，當然更要感謝靜雯等診所同仁，人力的完美調度，在研究所期間得到最佳的人力支援，特別要提到及感謝的是我的好朋友，也是我的同學和診所的同事曹昌煜醫師，在我研究所及中醫公共事務的服務期間，一直扮演最佳的救援投手，在臨床醫療上率領華泰中醫診所全體團隊悉心照顧病患，並隨時提供診所經營管理的建議，讓我能全心投注心力於服務及學習上，再度誠摯的感謝。

最後，要感謝我最親愛的家人，首先感謝我的老婆李秋琴醫師，沒有老婆的犧牲奉獻、包容與支持、診所與家庭兩頭兼顧，不論是中醫公共事務的參與，研究與學業的完成，都將是不可能的，感謝 70 幾歲的母親施蔡月雲女士，為施家四代人的付出，也總是在我們最需要的時候，適時無怨無悔的給予協助，入學前家裡多了一個可愛的成員-老三，老婆、母親的負擔更為繁重，感謝岳父岳母不時的關心支持與潤滑，使一切變得更加美好。

感謝師長的教導、家人的付出及同事工作上的分擔，讓我能無後顧之憂的完成碩士學位，願與大家共同分享這一份研究成果。

施純全

謹誌于 2005.07.23

實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討

摘要

本研究之目的分為四點：第一、建立全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務品質評估工具，俾供評估全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫對民眾滿意度之影響。第二、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之實施情形及其醫療服務品質滿意度及就醫可近性之現況。第三、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫影響病患對中醫門診醫療服務品質滿意度之因素。最後，對無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫中醫醫療服務品質、就醫可近性及相關問題提出具體改善建議。

以中醫師全聯會提供民國九十三年七月至十月之全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表為依據，分析無中醫鄉巡迴醫療服務計畫醫療利用概況。並針對申請辦理此計畫之全民健保中醫特約醫療機構，以舉辦座談會與問卷調查之方式，了解執行醫療服務者之服務態度、服務動機及需求狀況等。對於接受無中醫鄉巡迴醫療之就醫民眾，採用電話問卷調查方式，瞭解無中醫鄉民眾接受中醫巡迴醫療服務試辦計畫醫療服務品質滿意度及就醫可近性等。

研究結果摘要如下：

- 一、與一般地區中醫門診就醫病患相比較，無中醫鄉巡迴醫療服務就醫病患家庭月收入及教育程度偏低、女性及老年人口偏高，慢性病患比例亦明顯高於一般地區。
- 二、與一般地區中醫門診就醫病患醫療服務品質滿意度調查相比較，無

中醫鄉巡迴醫療服務品質各項目滿意度調查，除對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度較一般地區稍低外，其餘各項目滿意度均高於一般地區。

- 三、無中醫鄉巡迴醫療就醫病患，有就醫者平均就醫次數高於一般地區，實施後山地離島偏遠地區民眾之就醫人數、就醫次數、就醫比率及有就醫者平均就醫次數均有明顯增加，研究結果並顯示無中醫鄉巡迴醫療服務不僅增加醫療資源的提供，提高就醫可近性，同時增加就醫民眾對全民健保的滿意度。
- 四、無中醫鄉巡迴醫療服務就醫病患，無中醫就診經驗者佔 44.59%，顯示有將近一半的就醫病患因無中醫巡迴醫療服務的實施而有機會使用中醫醫療。
- 五、無中醫鄉巡迴醫療服務地區，以山地離島為主，就醫病患中原住民比例超過 41.44%，二者在各構面的滿意度並無顯著差異。
- 六、複迴歸分析結果，除「照護可近性」外，各構面滿意度的共同顯著影響因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數，除「照護可近性」及「整體醫療品質」外，各構面的共同顯著影響為是否改看其他醫師，申報方式對病患「醫療設備與環境品質」滿意度對有顯著影響，治療時間對病患「醫療技術品質」及「照護結果」滿意度有顯著影響，至巡迴醫療服務點的交通時間對「照護可近性」有顯著影響。

根據本研究之結果，提供以下相關建議(一) 衛生主管單位：1、持續推動無中醫巡迴醫療服務計畫，並規劃鼓勵中醫師前往醫療資源缺乏地區開執業之計畫。2、將無中醫鄉巡迴醫療服務計畫病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查，納入中醫門診總額支付制度品質確保方案，並定期監控。(二)中醫門診總額受託單位：1、應定期實施無中醫鄉巡迴醫療服務成效評估。2、建議修改支付標準為基本承作費用加論量計酬，

並採限制申請及專案核準之方式辦理。3、定期公告無中醫鄉名單及優先開辦無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之地點。4、新增無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之審核，除考慮鄰近鄉鎮中西醫療資源之現況外，應著重考慮當地居民醫療需求。5、建立醫療品質保證制度，申辦院所於申請無中醫巡迴醫療服務計畫時，應一併簽署相關品質規定及獎懲措施。6、規劃辦理參與無中醫巡迴醫療服務人員意外保險。(三)承辦院所單位：1、重視醫病溝通品質，加強宣導及衛教工作。2、改善及提昇無中醫鄉巡迴醫療服務地點環境衛生及醫療設備。3、行政人力不足時應優先考慮增聘當地民眾擔任，增進當地民眾就業機會。

關鍵詞：山地離島，中醫門診總額支付制度，病人滿意度

Exploration on the implementation of mobile medical program in no-traditional

ABSTRACT

This study is divided into four points:

- (1) Establishing the means of evaluating Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance, for the assessment of the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance and its influence on the satisfaction of the public.
- (2) Researching into the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance, the extent of public satisfaction with it and the feasibility of medical service in this regard.
- (3) Researching into the influence of the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance on the extent of patient satisfaction with the service quality of the out-patient department of Chinese medicine and with Public Health Insurance.
- (4) Concrete suggestions for improving the service quality of Chinese medical treatment stipulated by the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance, the feasibility under medical service in this regard and relevant issues.

Based on the daily report of the outpatient department of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance, a report starting for July to October 2004 provided by National Union of Chinese Medical Doctor's Association, analysis is made of the utilization of medical service stipulated by the Plan Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance. Besides, with regard to specially appointed medical institutions associated with implementation of this plan, seminars are held and questionnaires are distributed to get to know the service attitude and motivation of medical workers as well as demands required. Telephone investigation is made to solicit opinions of those who cannot receive Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, in order to be informed of the extent of their satisfaction with the service quality of this plan and the feasibility of medical service in this regard.

The abstract of the research results are as follows:

1. Compared with patients receiving ordinary out-patient treatment of Chinese medicine in ordinary areas, monthly income and educational level of patients receiving Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service are lower, with more females and old people and an obvious incidence of chronic diseases than those in ordinary areas.
2. Compared with the satisfaction with the service quality on the part of patients receiving out-patient treatment of Chinese medicine in ordinary areas, satisfaction with the service quality of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service is higher than that of ordinary areas except the sanitation and comfort of the venue for medical treatment.
3. The average number of patients receiving Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service is greater than that of patients in ordinary areas. There is an obvious increase in the number and ratio of patients in isolated mountains and off-shore islands after the implementation of the plan. As shown by the research results, Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service not only adds medical resources and makes such medical treatment possible, but also promotes the patient satisfaction with National Health Insurance.
4. Among patients receiving Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, those having had the experience of receiving such a service account for 44.59%, indicating that nearly half of patients have access to Chinese medical treatment since the implementation of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service.
5. Areas benefited by Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service are mostly mountains and off-shore islands. Among patients receiving such a service, aboriginals cover more than 41.44%. There is no obvious difference between the two with regard to the satisfaction in various strata.
6. According to the result of multiple-regression-analysis, in addition to "Feasibility under Care", concerted influential factors of satisfaction in various strata are related to the number of patients receiving mobile Chinese medical treatment at medical service stations. Apart from "Feasibility under Care" and "The Quality of Entire Medical Treatment", concerted influential factors are related to whether or not patients turn to other doctors. The way of application has an obvious influence on patient satisfaction with "The Quality of Medical Equipment and Environment". The time of medical treatment has an obvious influence on patient satisfaction with "The Quality of Medical Skills" and "The Result of Care". The time of travel to the medical service station of mobile medical service has an obvious influence on "Feasibility under Care."

According to the results of this research, relevant suggestions are offered as follows:

1. The unit in charge of public health:

Continuously promoting the plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service and encouraging doctors of Chinese medicine to carry out this plan in areas short of medical resources.

Incorporating Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, feasibility of medical treatment for patients and investigation of the patient satisfaction with the quality of medical service into the plan of ensuring the quality of the system related to the Overall Payment System of Global Budget for Chinese Medicine Treatment., along with supervision at regular intervals.

2. The unit entrusted with the total volume of out-patient treatment of Chinese medicine:
 - (1) Evaluation of the performance of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service at regular intervals.
 - (2) It is suggested that the payment standard be amended, i.e. basic fee plus amount-calculation and that application restricted and special cases examined for approval.
 - (3) Periodical publicity is given to a list of towns without Chinese medical service and priority is rendered to places established with Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service.
 - (4) The examination for approving newly-established Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, apart from taking into account the status-quo of the resources of Western and Chinese medical services in nearby towns, should lay stress on the needs of local residents in terms of medical service.
 - (5) The system of ensuring the quality of medical service should be established. When applying for the implementation of the plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, institutions concerned need to sign on the stipulations related to the quality and measures of rewards and punishment.
 - (6) Accident insurance to be rendered for those participating in offering Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service.
3. Institutions as undertakers:
 - (1) Paying attention to the quality of communication between medical workers and patients as well as reinforcing publicity to it and public health.
 - (2) Improving and enhancing environmental sanitation and medical equipment at the places where Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service is rendered.

When there are not enough administrative personnel, priority should be given to employing local people in replacement, so as to increase employment opportunities for local people.

Keywords : remote area , the global budget system for ambulatory care of Chinese medicine , patient satisfaction

目 錄

第一章 緒論	001
第一節 研究背景與研究動機	001
第二節 研究的重要性	005
第三節 研究目的	005
第四節 研究問題與研究假設	006
第二章 文獻查證	007
第一節 醫療品質發展的演進	007
第二節 醫療品質的定義	014
第三節 醫療品質的評估	017
第四節 病人滿意度評估與相關實證研究	023
第五節 台灣中醫納入醫療保險之經過	036
第六節 台灣中醫門診總額支付制度介紹	041
第七節 台灣山地離島地區之醫療政策	076
第八節 近年來國內山地離島支援醫療服務成效評估	089
第九節 無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫簡介	095
第十節 研究架構	101
第三章 研究方法	105
第一節 研究設計	105
第二節 研究對象	108
第三節 研究工具的擬定	110
第四節 資料收集過程	121
第五節 資料統計與分析	124
第四章 研究結果	127
第五章 討論	179
第一節 方法學的結論	179
第二節 研究結果之討論	181
第六章 結論與建議	192
第一節 結論	192
第二節 研究限制	195
第三節 應用與建議	196
參考文獻	198

表 目 錄

表 2-1	醫療服務品質滿意度相關實證研究	032
表 2-2	醫療服務品質滿意度相關實證研究 (續)	033
表 2-3	醫療服務品質滿意度相關實證研究 (續)	034
表 2-4	醫療服務品質滿意度相關實證研究 (續)	035
表 2-5	中醫門診醫療服務品質指標	060
表 2-6	中醫門診醫療服務品質之確保辦理情形一覽表	061
表 2-7	歷次中醫門診醫療服務品質滿意度調查結果	068
表 2-8	歷年來台灣山地離島地區之醫療政策	078
表 2-9	歷年來台灣山地離島地區之醫療政策 (續)	079
表 2-10	歷年來台灣山地離島地區之醫療政策 (續)	080
表 2-11	歷年來台灣山地離島地區之醫療政策 (續)	081
表 2-12	近年來國內山地離島及離島支援醫療服務成效評估	091
表 2-13	近年來國內山地離島及離島支援醫療服務成效評估 (續)	092
表 2-14	近年來國內山地離島及離島支援醫療服務成效評估 (續)	093
表 2-15	近年來國內山地離島及離島支援醫療服務成效評估 (續)	094
表 3-1	中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析— 整體得分	112
表 3-2	中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析— 環境設備方面	113
表 3-3	中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析— 醫病溝通	113
表 3-4	中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析— 醫病互動	113
表 3-5	中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析— 可近性	113
表 3-6	中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析— 整體滿意度	113
表 3-7	研究變項定義及說明—控制變項	117
表 3-8	研究變項定義及說明—自變項	117
表 3-9	研究變項定義及說明—依變項	118
表 3-10	無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會辦理情形	119
表 3-11	93 年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會出度統計	125
表 4-1	樣本特性	129
表 4-2	樣本性別與母體結構之差異檢定	130
表 4-3	樣本年齡與母體結構之差異檢定	130

表 4-4	代答者樣本特性	131
表 4-5	疾病型態及醫療服務內容	132
表 4-6	病患就醫行為	134
表 4-7	就醫可近性	136
表 4-8	各構面滿意度	138
表 4-9	各項目滿意度	139
表 4-10	其他品質項目	141
表 4-11	醫師執行業務情形	144
表 4-12	全民健保滿意度	146
表 4-13	雙變項分析	150
表 4-14	時間成本變項	152
表 4-15	樣本基本人口特性與健康狀態之關係	153
表 4-16	複迴歸分析	159
表 4-17	填答人基本資料	168
表 4-18	承辦院所服務地區及時間	168
表 4-19	承辦院所異動情形	168
表 4-20	醫療服務提供狀況	169
表 4-21	九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計	172
表 4-22	九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計	172
表 4-23	九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況	173
表 4-24	九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況	173
表 4-25	九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況	174
表 4-26	九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況	174
表 4-27	九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：論次計酬	175
表 4-28	九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：論次計酬	175
表 4-29	執行院所 92 年 6-12 月醫療利用概況(論量計酬)	176
表 4-30	執行院所 93 年 1-10 月醫療利用概況(論量計酬)	176
表 4-31	九十二年及九十三年無中醫鄉巡迴醫療利用率	177
表 4-32	中醫門診總額就醫比率	178
表 4-33	中醫門診總額每人就醫次數	178

圖 目 錄

圖一	中醫門診總額實施前後民眾滿意度比較	069
圖二	Aday 與 Andersen 健康服務擴大行為模式	102
圖三	研究架構	104

附 錄

附錄一	無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷	001
附錄二	專家名單	010
附錄三	專家效度鑑定結果	011
附錄四	辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構調查問卷	018
附錄五	座談會訪談實錄	022
附錄六	相關公文	026
附錄七	無中醫鄉巡迴醫療服務注意事項	039
附錄八	雙變項分析	041

第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

我國山地離島偏遠地區衛生政策及推動無中醫鄉巡迴醫療服務主要的憲法依據在於第 157 條：國家為增進民族健康，應並普遍推行衛生保健事業及公醫制度。第 155 條：國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢、無力生活及非常受害者，國家應予適當之扶助與救濟。第 169 條：國家對於邊疆地區各民族之教育、文化、交通、水利、衛生及其他經濟、社會事業應積極舉辦，並扶助其發展。憲法增修條文第 10 條第 5 款「政府應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」。

全民健康保險法第 32 條規定：本保險法為維護保險對象之健康及促進山地離島地區之醫療服務，主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法及山地離島地區醫療服務促進方案。其中醫療服務改善措施包含有：

- 一、免繳部分負擔。
- 二、鼓勵特約院所提供山地離島地區醫療服務。
- 三、放寬山地離島地區醫療院所特約業務及協助改善醫療設備。
- 四、山地離島偏遠地區健康保險之多元服務改善方案。
- 五、補助原住民參加全民健康保險之保險費。

民國 84 年 3 月實施全民健康保險，除去大部分民眾就醫之經濟障礙。雖然如此，但山地離島偏遠地區居民的醫療問題卻凸顯了有醫療無保險的就醫問題。政府為使全民皆能享受到醫療服務，除了繼續提供醫療設備及訓練醫療人力外，並加強提高山地離島居民之納保率，中央健康保險局並於民國 86 年 9 月開始，結合民間聖保祿等八家醫院，以論人及論量計酬的方式支援 12 個山地離島鄉村之醫療服務，而此結合大型醫

院提供山地離島地區的醫療服務模式正逐年增加中，在 88 年試行山地離島地區的整合型醫療服務計畫，並將給付制度由原有的論量計酬轉為包醫制度，以強化山地離島地區的醫療資源（魏玉容，2000）⁽¹⁾。

為提昇醫療服務品質與效率、合理控制醫療費用，及提高專業自主性，中醫門診總額支付制度於 89 年 7 月正式實施（中醫全聯會，2000）⁽²⁾。隨著政策的推行，民眾對於中醫醫療利用率的增加，中醫逐漸受到重視，而在總額的實施之下，醫療品質的提昇也成為重要的政策之一。

為避免資源少的地區付費者補助資源多的地區，造成醫療資源分佈愈來愈不平均的現象，台灣總額支付制度規劃訂定地區預算（行政院衛生署，2000）⁽³⁾。並自 90 年 10 月起於預算協商中導入無醫鄉執業、巡迴醫療、資源缺乏地區獎勵方案、山地離島地區服務提昇計畫等多項專款專用項目，藉以做為均衡醫療資源分布的機制。

但在中醫部份，對於無中醫鄉地區一直未有明確的政策，91 年中華民國中醫師公會全國聯合會（以下簡稱中醫師全聯會）提出無中醫鄉鎮巡迴醫療服務計畫但未獲通過（費協會，2001）⁽⁴⁾，直至 92 年中醫門診總額支付制度醫療費用協商始正式協定通過，並列為專款專用項目（費協會，2002）⁽⁵⁾，經過中醫師全聯會與中央健保局竭力研議，中央健康保險局於 92 年 5 月 9 日健保醫字第 0920023186 號函正式公告實施，從此開啟以傳統醫療支援偏遠地區的新照護模式（施純全，2003）⁽⁶⁾。

前述公告說明中並強調由於中央健康保險局已於全省 47 個山地離島鄉實施「山地離島醫療服務促進方案」⁽⁷⁾，試辦計畫與前述方案若辦理地點相同時，應作適度整合；同時於執行此方案時，宜與當地衛生局合作，以避免醫療資源浪費及「非山地離島地區部份負擔由執行醫療服務者自行吸收」之規定，應於 6 個月後進行影響評估，並將檢討結果陳報行政院衛生署。經過中醫全聯會 3 次初審、3 次複審，初步完成 37 個巡

迴醫療點的評選工作。37 個無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫巡迴點中，總計山地地區 26 巡迴點，離島地區 3 巡迴點及偏遠地區 8 巡迴點，承辦院所共計有公立中醫院 3 家，醫學中心附設中醫部 2 家，區域醫院 4 家，地區醫院 3 家，基層中醫院所 42 家。無中醫鄉巡迴醫療服務的正式開辦（施純全，2004）⁽⁸⁾，衍出試辦計畫的成效評估，無中醫鄉巡迴醫療與「山地離島醫療服務促進方案」整合機制等多項新的政策性研究課題。

台灣山地離島地區因環境特殊，地區遼闊，交通不方便，醫護人員羅致不易，醫療設備不完全，再加上當地居民的生活型態、風俗習慣，一般經濟及就業情況較差，導致許多健康及公共衛生的問題。歷年來政府實施了相當多的方案措施，來解決山地離島的健康及就醫問題⁽⁷⁾。

目前全國有 48 個山地離島地區，應納保人數為 36 萬 5 千人左右，但是已經納保的人數只有 32 萬 1 千餘人，仍有 4 萬 3 千多人未納保。而當地納保民眾多是以職業工會、農、漁會會員、低收入戶、地區人口及其眷屬的身份投保，由於多屬所得偏低(或無收入)或工作不固定，經濟能力差者，導致他們往往無法長期、定期、按時繳納健保費，成為中斷保費的人口，或者根本就未投保。甚至出現部分山地離島居民捨棄健保的照護，退出健保行列的情形。

偏遠地區的醫療資源之所以缺乏，當然也是基於地理環境和經濟因素的影響，以致於私立醫療院所不願意前往開業，當地的醫療資源往往僅靠衛生所。因此在這樣的情形之下，瞭解當地民眾的特殊醫療需求，針對其需求提供必要的服務，並整合鄰近資源較豐富的醫療院所，才能真正解決當地民眾醫療上的困境（沈茂庭，2003）⁽⁹⁾。

長久以來，中醫醫療就一直是台灣民眾醫療保健重要的方式之一。雖然健保開辦之初便將中醫門診醫療納入給付範圍，但不管是政府組織的施政方向或是學術單位的研究主題仍以西醫醫療佔絕大多數，重西醫

輕中醫的情形，仍是目前中醫在發展上的主要障礙。不過隨著全民健康保險的開辦，中醫醫療供給和醫療需求已有明顯增加的趨勢（張育嘉，2001）⁽¹⁰⁾。

以 1982 年中醫師全聯會的會員名冊為準分析，中醫師與西醫師或牙醫師一樣，均存在地理分布不均的問題。當時的院轄市擁有 19.4% 的人口和 38.84% 的中醫師，鄉擁有 33.49% 的人口和 11.83% 的中醫師，其中山地鄉完全沒有中醫師，全台灣地區沒有中醫的鄉鎮共有 127 個（賴俊雄，1994）⁽¹¹⁾。

以 2003 年中醫師全聯會之執行報告為準分析，顯示 2002 年 11 月，全台灣地區無中醫鄉鎮達 112 個（施純全，2003）⁽¹²⁾，其中山地鄉僅瑪家鄉有中醫師，離島地區僅馬公市、湖西鄉、金城鎮、金湖鎮有中醫師，二十年來無中醫鄉鎮減少數十分有限。依 2001、2002 年中央健康保險局統計，山地離島地區中醫門診就醫比率、每人就醫次數、每人就醫點數，僅約達一般地區之半數，而中醫門診有就醫者每人就醫次數、有就醫者每人就醫點數，一般地區與山地離島地區相去不遠，顯示醫療資源分布對中醫醫療利用有很大的影響（林昭庚、施純全，2003）⁽¹³⁾。

在台灣地理差異的環境及中醫師人力培養的特殊歷史背景條件下，中醫師人力不患寡而患不均的現象普遍存在，並且中醫師人力分布有高度集中於台中縣市和台北縣市的趨勢（林昭庚等，2003）⁽¹⁴⁾，全台灣將近三分之一的鄉鎮缺少中醫醫療服務。中醫醫療資源分布嚴重失衡，均衡中醫醫療資源分布為中醫門診總額支付制度下的重要課題。

第二節 研究的重要性

- 一、台灣實施中醫門診總額支付制度對全世界而言是獨一無二的經驗，在全民健保制度下以傳統醫學提供醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務，更是全世界之首見。
- 二、研究結果可做為未來推動相關政策之參考。並有助於加強山地離島偏遠地區醫療照護及均衡中醫醫療資源分布，促進全體保險對象獲得適當的醫療照護，發揮中醫藥在全民健保應有之功能。

第三節 研究目的

- 一、建立全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務品質評估工具，俾供評估全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫對民眾滿意度之影響。
- 二、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之實施情形及其醫療服務品質滿意度及就醫可近性之現況。
- 三、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫影響病患對中醫門診醫療服務品質滿意度之因素。
- 四、對無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫中醫醫療服務品質、就醫可近性及相關問題提出具體改善建議。

第四節 研究問題與研究假設

本研究希望檢驗的假設如下：

- 一、無中醫鄉巡迴醫療服務計畫承辦院所之特性與就醫民眾對無中醫鄉巡迴醫療服務各構面醫療服務品質滿意度有關。
- 二、病人自覺健康狀況越好，對無中醫鄉巡迴醫療服務各構面醫療服務品質滿意度越高。
- 三、無中醫鄉巡迴醫療服務就醫民眾之就醫次數與無中醫鄉巡迴醫療服務各構面醫療服務品質滿意度有關。
- 四、在控制就醫民眾特性與院所特性後，受訪就醫民眾最近一次接受無中醫鄉巡迴醫療服務品質特性與就醫民眾對各構面醫療服務品質滿意度有關。
- 五、無中醫鄉巡迴醫療服務之實施，提高無中醫鄉巡迴醫療服務就醫民眾對全民健保的滿意度。

第二章 文獻查證

本章共分八節，第一節介紹醫療品質發展的演進；第二節介紹醫療品質的定義；第三節介紹醫療品質的評估；第四節介紹病人滿意度評估與相關實證研究；第五節介紹台灣中醫納入醫療保險之經過；第六節台灣中醫門診總額支付制度介紹；第七節介紹台灣山地離島地區之醫療政策；第八節介紹近年來國內山地離島支援醫療服務成效評估；第九節介紹無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫簡介。

第一節 醫療品質發展的演進

全民健康保險的推行與消費者意識的抬頭，在台灣的醫療照護體系中，從政府到民眾所關注的焦點，除了照護的可近性與醫療費用的控制外，醫療品質與整體服務品質漸受重視，成為一股不可忽略的潮流。

一、醫療品質的三種模式

探討醫療品質可以分三個觀念模式（conceptual model）—即專業模式（Professional model）、官僚模式（Bureaucratic model）、工業模式（Industrial model）。

（一）專業模式：

專業模式中的品質定義指沒有缺失、滿足最低標準，是由醫療專業來定義，他們做的便是品質，不容質疑與挑戰；在

此模式中，醫師與病人的角色單純且明確。

(二) 官僚模式：

至 1960 年開始，在保險介入醫療後，產生了官僚模式，此時醫療品質是指最適可達成之醫療結果，對目前公認的執業行為之符合程度；在此模式中，醫師成為供給者，病人成為受益人。

(三) 工業模式：

至 1980 年以後的工業模式中，品質是由績效的表現及滿足或超越顧客的期望為主，注重醫療服務必須是具有臨床上的效益與效果，是民眾負擔得起與令病人滿意的；在此模式中，醫師是員工、夥伴，病人成為顧客（鍾國彪，2001）⁽¹⁵⁾。

二、醫療品質的發展歷史

(一) 奠定基礎 (laying the foundation):

南丁格爾 (Florence Nightingale) — 現代護理專業的創立者，於 1858 年出版了「影響英國軍隊健康、效率與醫院行政的事務筆記」一書，提倡使用統一的系統方式，來收集與評估醫院的統計資料。她利用統計資料來證明各醫院之間的死亡率有極大的差別，並且用來改善醫院的臨床治療，開啟醫療照護品質保證的濫觴。

卡德曼醫師 (Dr. Ernest Avery Codman) 一在 1914 年進行醫療照護最終結果的研究，他並且根據所研究的結果，在 1916 年出版了「醫院效率的研究」一書，提倡追蹤病患出院以後的最終結果。卡德曼的研究所強調的課題，時至今日在討論醫療品質時仍是非常重要的，包括：

1. 醫療提供者所需具備證書或執照的重要性。
2. 醫療機構的評鑑。
3. 將疾病的階段與嚴重性列入考慮的需要性。
4. 合併症的議題。
5. 病患的健康與疾病行為。
6. 接受醫療照護的經濟障礙等。

美國外科學院在 1918 年設立了醫院標準規範，建立了醫院評鑑是保證醫院照護良好正式手段的觀念。李 (Roger I Lee) 與其他學者，在 1933 年共同發表「良好醫療照護的根本」，使用醫療專業標準 (Professional norm) 作為評估標準，向美國國會的醫療服務成本委員會 (Committee on the Costs of Medical Care) 提出報告。

(二) 品質成為機構所關心的議題：

從 1940~1960 年代，社會大眾開始對醫療照護的組織、計畫與評估，以及醫療可近性的需求逐漸感到興趣。

(三) 焦點轉移至品質評估：

在 1967 年，藍別克 (Paul A. Lembcke) 發表了「醫療審查的演進」，大聲疾呼用明確的指標來評估醫療品質。

(四) 連結成本與結果：

1990 年代，更將醫療結果的焦點與醫療成本相連結。醫療機構評鑑協會以「醫療品質的評估改善」取代過去的「醫療保證」(莊逸洲、黃崇哲，2003)⁽¹⁶⁾。

三、台灣醫療品質發展概況

台灣地區醫療品質的發展，其實與整個醫療體系的改革與演進息息相關。早期醫療服務普遍缺乏，只要能夠提供足夠而有效的醫療服務就已經不錯了，談不上提昇醫療品質的問題。隨著醫療體系逐漸形成，並逐漸普及，醫療品質的問題才逐漸被提及，並隨著醫院的規模及數量上的擴增，醫院間的競爭也逐漸形成，醫療品質問題便愈來愈受重視(張錦文等，2003)⁽¹⁷⁾。

在我國，醫療法於民國 75 年 12 月公佈實施，可說是對於醫療品質管理提供了法律上的依據。醫療法第 1 條即明白揭櫫我國醫療事業發展的目標為：「合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康」。另對於醫院機構的設置標準及營運方式，病人權益的保障(如病人自主同意權、隱私權、知之權利等)，有諸多具

體的規定。

我國目前有關醫療品質管理的措施包括：

- (一) 辦理醫院評鑑，訪評醫院之人力、設備、院內各行政及臨床部門之作業情形；並將醫療品質保證計畫的規劃執行，列為重要評鑑項目；醫學中心及區域醫院應設有醫療品質審議委員會，以研定推動相關計畫。
- (二) 建立專科醫師制度，推動醫學繼續教育。
- (三) 進行醫療技術評估，醫院擬於人體施行新醫療技術、藥品或醫療器材之試驗研究，應先擬定計畫報請行政院衛生署核准。
- (四) 依據「醫療機構購置及使用昂貴或具有危險性醫療儀器審查及評估辦法」，對醫療院所購置指定項目的醫療儀器進行審查。
- (五) 供輸血醫療品質保證措施：各醫院應參加衛生主管機關所委託辦理之精確度調查並定期接受評鑑，並派有關人員參加在職訓練，由區域醫療網協調委員會協調區域內血液之供需及調度，以調節血源，確保用血之供給及安全。
- (六) 辦理專業性醫療服務品質評估及促進活動，如臨床檢驗品質評估活動、血液透析評估活動、病歷管理人員專業訓

練及研習活動等。

(七)全民健保實施後，審核制度的設計，包括特殊類別專案的事前審核、醫療服務利用的審查，皆有助於確保醫療品質。另外，全民健保資訊系統日漸建置完備，這些資訊將是評估、監督醫療品質的最佳資料庫。

上述幾項措施中，無疑地，醫院評鑑制度的建立，可說是我國醫療品質管理措施中重要的一項工作（葉金川，1998）⁽¹⁸⁾。

1990年以前醫療界為了回應評鑑的要求，開始由台大、榮總等率先採用美國品質保證(Quality Assurance)的「JCAHO Ten Steps」，各中、小型醫院皆爭相引用，衛生署也以此做為評鑑的標準。到了1992年彰化基督教醫院黃昭聲院長首先自美國引進「TQM (Total Quality Management)」，自此台灣地區醫療界開始進入TQM時代，可以說是一個很重要的典範轉移(Paradigm shifts)。接著長庚醫院開始引進日本的「5S (即整理、整頓、清掃、清潔、教養)」，隨後甚多醫療院所開始自日本及工商業界引進「品管圈(QCC)」，並逐漸普及醫療界，目前全國已有六成以上醫院以QCC做為品質改善之工具。至1996年壠新醫院首先引用ISO9002認證，開啟了醫院ISO化的時代。

醫療品質指標是一種醫療的標竿學習，主要是提供各醫院各種醫

療品質指標的平均值，成為臨床醫師自我改善的參考。美國有甚多的指標系統，其中馬里蘭州的 QIP (Quality Indicator Project) 是最著名的一種。台灣地區由和信醫院於 1997 年首先加入該連線，1999 年 8 月財團法人醫療品質策進會將 QIP 指標系統引進台灣，稱為 TQIP (Taiwan Indicator Project)，台灣醫務管理學會亦於 1999 年 1 月創立 TQIS (Taiwan Quality Indicator Series)，隨後於 2001 年 7 月 1 日改為 THIS (Taiwan Healthcare Indicator Series)。台灣地區的醫療指標系統亦呈現多元化發展。

臨床路徑 (Clinical Path) 是因應論病例計酬 (Case Payment) 及 DRGs 重要的工具，對減低住院日，降低費用及提昇品質有助益。臨床路徑係由台大、榮總及三總等醫學中心首先實施，現已應用於幾乎所有的台灣醫院。

實證醫學 (Evidence-Based Medicine, EBM) 之定義是「利用『現有最佳醫療證據』來為全民或特定族群的病人訂立治療計畫及提供醫療服務的醫學」，其五個最重要的步驟為「提出問題、尋找文獻、提出證據、落實執行、評估績效」。最早由台大、彰基引進並廣為應用，亦為當今醫療品質甚為重要的一項品管工具⁽¹⁷⁾。

第二節 醫療品質的定義

醫療照護服務品質是醫事人員技術與藝術的綜合表現，由於醫療服務內容充滿不確定性及複雜性，而且在醫療服務提供的過程中會牽涉到許多部門及人員的參與以及病人的主觀感受，因此無法明確的定義與評估（倪嘉慧，1994）⁽¹⁹⁾。品質的定義會因界定者的角度而有不同的定義（Lanning&O' Connor，1990）。

以往最廣泛被醫界引用的是 Donabedian（1980）對醫療品質下的定義：「醫療照護品質即是該照護預期能極大化病人健康福祉，且這福祉是經權衡醫療過程中預期會獲得及失去部分的福祉」⁽²⁰⁾。

OTA（U.S Congress，1988）對醫療品質的定義是：「運用現有的醫療知識，使醫療過程能增加病人理想醫療照護結果的可能性程度及減少不當醫療結果發生的機率」。在此定義，醫療照護包括醫療提供者應用醫療技術及醫療人際互動的介入，以改善病人健康及滿意度。再評估醫院或醫師所提供的醫療品質時，主要是指能使病人獲得健康上的改善及增加病患滿意度，而不當的醫療結果將會影響健康及滿意度。OTA 並不將醫療成本及環境舒適納入該定義的理由是，醫療成本對人們的影響有別於醫療照護品質對人們的影響，而且醫療環境只是增加人們的滿意度，並非在增加或改善人們的健康狀況（Weitzman，1999）⁽²¹⁾。

近年來，IOM（Institute of Medicine）所定義的醫療品質也開始

被醫界廣為引用，其對醫療品質的定義是：「一種增加個人或群體理想照護可能性的程度，且此程度應與現有的專業知識一致」。IOM 的定義被廣為引用是因為其包含傳統與現代的品質測量領域，如醫療可近性、醫療過程、醫療結果、醫療適當性、消費者滿意度等等 (Harris-Wehling, 1990)⁽²²⁾。

Donabedian (2003) 更將品質的抽象組成為七項概念：

1. 醫療技術的有效性、效能 (efficiency)：現有技術能達到的效果。
2. 治療被執行的程度 (effectiveness)：現有技術被執行的程度。
3. 成本效益 (efficiency)：在特定療效下儘量將降低成本。
4. 最適性 (optimality)：治療效果和成本間的均衡。
5. 病患容忍度 (acceptability)：合乎病患及家庭的期望的程度。
6. 合法性 (legitimacy)：合乎社會價值與法規的程度。
7. 公平性 (equity)：合乎醫療資源分配的公平性⁽²³⁾。

國內部份學者也對醫療品質有所定義，石曜堂 (1978 年) 認為醫療品質包含兩方面：一為醫療服務技術，指適切的診斷與治療，一為醫療服務藝術，指病人滿意度、醫療人員與病人溝通、醫護人員的行為、醫護人員與病人討論問題、教育病人、在長期治療慢性病過程中得到病人的合作⁽²⁴⁾。(藍忠孚, 2001) 則認為醫療照護品質依據三種不同的理論有不同的定義：

1. 絕對論—照護品質是醫療提供者對病人給予各種最好的醫療照護，能產生最佳效果的，就是照護的品質。
2. 個人主義論—醫師和病人的關係決定了病人對醫療的滿足感，而病人的滿足感則是醫療品質的判斷依據。
3. 社會論—社會性的品質定義同時考慮社會和個人的成本、外部性和品質的社會分佈⁽²⁵⁾。

另一位學者，韓揆（1994年）也提出對醫療品質的定義：「所謂醫療品質，對病人及醫療機構而言，是醫師奉行臨床外部規範之狀態與評價，及醫院整體為使診療發揮效果，病人方便與滿意所致力之狀態與評價」。

(26)

在國內外，醫療品質至今仍然沒有一個明確的定義。在判斷醫療照護品質的時候，常常會因為由個人或團體觀點來評價而有不同結果；也會因為醫師當時被賦予正當的責任為何？以及當時有什麼樣的健康的觀念？而有不同的定義（鍾國彪，1997）⁽²⁷⁾。

綜言之，品質有狹義及廣義的解釋，也有醫療機構內整個體系的品質，並且依界定者重視品質的特質介面而有不同的定義。此外，追求品質必須配合現有的專業知識及有限的醫療資源來共同達成，使醫療提供者能提供人性化的醫療照護服務，改善病人病情，並進而滿足病人、家屬及社區的需要與期望（黃東琪，2000）⁽²⁸⁾。

第三節 醫療品質的評估

一、醫療品質的評估 (Quality Assessment)

是指在時間的某一點上測量健康照護的水準，以決定照護品質的程度；醫療品質保證 (Quality Assurance) 則是透過一套系統化的標準作業方式，結合各種指標以維持並改善醫療品質 (Donabedian, 1995)⁽²⁹⁾。

醫療品質評估有三大目的 (O' Leary, 1993)：

1. 提供資料與資訊以作決策
2. 作為品質改善的基礎
3. 定期修正醫療照護體系政策 (蔡淑鈴等, 2001)⁽³⁰⁾

美國 JCAHO (Joint Commission of American Healthcare Organization, 1991) 將醫療品質監測與評估分為十個步驟，概列於下：

1. 託付責任
2. 界定範圍
3. 確定改善重點
4. 建立指標
5. 建立評估機制
6. 資料的蒐集與整理
7. 評估醫療品質
8. 行動

9. 評估行動成效及確保成果

10. 相關單位的聯繫與溝通 (邱文達, 2003)⁽³¹⁾

而美國 1994 年 Hospital Standard Manual 中，列出了九種具體可被測量的品質構面，分別為 (O' Leary, 1993)：

1. 醫療照護的適當性
2. 安全性
3. 持續性
4. 即時性
5. 可行性
6. 效能
7. 效益
8. 效率
9. 病人的滿意度等⁽³⁰⁾

醫療品質評估的方法有許多，依分類性質不同，分述如下：

(一) 依時間不同來評估：

依審查時間點不同可分成前瞻性 (prospective) 評估、同步 (concurrent) 評估、回溯性 (retrospective) 評估。

(李玉春, 1998; 韓揆, 1994)^{(32) (26)}

1. 前瞻性評估：指在醫療服務發生之前就先行評估治療的必

要性與適當性(例如：針對 CT、MRI 等高科技易浮濫項目，於檢查前先審查)，以預防醫療資源不當使用。

2. 同步評估：根據觀察分析正進行中的活動(例如：於病人正接受醫療服務的過程中直接觀察或直接與病患面談)，若發現不良或不適當的醫療處置，可及時修正嚴重的缺失或建議停止該種治療方式，可預防病患蒙受受傷。
3. 回溯性評估：在病人接受完醫療服務之後才根據紀錄資料(如：病歷)評估。此方式雖然對先前已執行之處方或治療於事無補，但有助於問題的確認和對未來問題的改進(林美珠，2001)⁽³³⁾。

(二) 依醫療服務流程不同來評估：

任何一種醫療照護服務，其目的都在追求提升和保障民眾的健康(使其最大化)，並減少不同層級、種族等接受這種服務的差異性(以求公平)。按照 Donabedian 的說法，醫療照護工作從設計到實施，包含了三個主要的部份：結構(structure)、過程(process)與結果(outcome)。

結構是指提供這些醫療照護服務的所有軟硬體(resources available to provide health care)，包括人員(資格、執照、證書等)、設備(整個醫療所的外觀、內在

和各類醫療設施、檢查、檢驗儀器)等；過程是指這些醫事人員參與病患照護的動作過程(如診察、檢驗、治療處置等的流程)(extent to which professionals perform according to accepted standards)；結果是指這些醫療介入獲得的成果或利益(consequence or benefit)(如血糖、血壓受到良好的控制、腫瘤已被完全切除等)(change in the patient's condition following treatment)(李龍騰，2004)⁽³⁴⁾。

(三) 從病人角度評估：

從醫療照護的顧客(受服務者)的角度來看，品質可分為內容品質(content quality)和服務品質(delivery quality)來談。內容品質指的是「該產品(服務)是否真如顧客所認為它應該有的那個樣子」？也就是說，這種服務的功能是否能達到顧客的期望；服務品質則是指醫療院所在提供「顧客」醫療照護服務時，彼此互動關係的各個層面之呈現，也就是說，「病患」與醫療院所員工之間的互動關係有否合乎「病患」(及其家屬)的期望⁽³⁴⁾。

二、台灣中醫醫療品質的衡量

目前台灣的中醫以門診為主，雖有部分醫院經營住院部門，如台

北市立中醫院、中國醫藥學院附設醫院以及長庚醫院等，但是中醫的主要業務仍在診所部分。傷科、內科或許與西醫骨科、內科業務內容大致相同，但針灸科自成一格，在西醫中無法找到類似的科別。加之台灣的中醫不能執行手術，因此西方品質衡量中的要項，住院及門診手術都付之闕如，更增添了引用西方醫學品質系統的困難（莊逸洲等，2003）⁽¹⁶⁾。

全民健保實施總額預算後，行政院衛生署公布了中醫門診總額支付制度醫療品質就醫品質指標，將中醫門診品質分為門診醫療利用率、保險對象就醫權益、專業醫療服務品質等面向，進行實質指標值監測，並擬定中長程指標，偵測符合針灸、傷科治療規範比率（林昭庚、施純全，2001）⁽³⁵⁾。

黃東琪（2000）採用德菲法收集中醫師對品質指標的看法，發現因養成背景不同而對多項品質指標的看法有所差異，包括中醫師學歷、醫療人員是否有基本無菌觀念、中藥調劑人員態度、檢驗利用率，以及是否需要實施醫院評鑑制度等⁽²⁸⁾。林雨菁（2000）則將中醫門診品質分為結構、過程、結果等構面，採用德菲法邀請 38 位中醫師及專家學者，發現「是否符合環境安全」、「是否有針灸或傷科治療室」、「是否符合衛生標準」、「病歷記載是否完整」、「針灸或傷科治療是否由中醫師親自執行」、「病患滿意度」等為高重要性及高

適用性指標⁽³⁶⁾。健保局委託調查報告則顯示，民眾對中醫醫療品質具有相當高的正面評價，無論在等候時間、就診時間、診療過程、治療效果，持正面評價的比率皆在 90%以上。

在具體衡量品質方面，全民健保實施總額制度後，舉行多了次病患滿意度調查，結果顯示健保中醫病患在醫療技術、設備、等待時間上的滿意度非常高，毫不遜於西醫、牙醫，甚至在許多的項目超過西醫、牙醫。因為中醫的執業型態以診所為主，與西醫以醫院為主之差別在缺乏組織性及有效率的經驗交換與累積。其優點是容許醫師做醫藥處置上個人化的服務，亦即為病患量身打造服務，但也因為彈性極大，致使醫療的內容與收費的標準化有所困難，醫療機構本身的醫療品質也缺乏外在客觀的監督，形成尋求中醫品質改善面臨的核心問題，使 Donobedian 的步驟難落實於中醫。其具體問題包括：

1. 門診難衡量「品質」
2. 難具體衡量真正的「中醫」品質
3. 沒有具體提升的目標
4. 相關領域人數較少，研發方面也較缺少直接相關的國外領域以為助力，故集中資源於特定領域恐怕在所難免，而在繼續教育上，能提供此類訓練幫助的醫院數目很少（莊逸洲等，2003）

(37)。

第四節 病人滿意度評估與相關實證研究

一、何謂滿意度

Oliver (1981) 綜合了近來對滿意度的想法而下了一個定義：當不確定的期望與顧客之前一次消費經驗的感覺伴隨出現時的心理狀態。

Pascoe (1983) 則針對病人滿意度著重在對過去經驗：他認為病人滿意度是一個健康照護接受者於較明顯事件與過去主觀經驗對照後的反應⁽³⁸⁾。簡而言之，病人滿意度是一個病人對於他們所經歷的醫療照護評價，在態度上所做的回應 (Strasser et al., 1993)。評估病人對於醫療照護滿意度的興趣源於 1960 年代消費者的轉變；醫療照護的研究者在接下來的 25 年發現了滿意與不滿意的病人所表現出來的行為是不同的，這個發現讓他們瞭解到：瞭解病人對於所接受醫療照護的感受是很有用的 (Ferris et al., 1992)⁽³⁹⁾。

二、病人滿意度評估方法

Lawthers AG (1999) 研究證明以病人問卷調查資料去建立門診病患就醫可近性、就醫滿意度及臨床醫療品質等多面向的品質測量指標是可行的⁽⁴⁰⁾，Fordet al. (1997) 強調病人滿意度係測量醫療品質重要的方法與內容⁽⁴¹⁾。病人滿意度的資料可使醫療提供者得知病人關心的、需要的與感受的照護為何？一般而言，其評估的方式有兩種：

(一) 質性評估方法：

指利用質性的程序進行分析，而不是經由統計程序或其他量化手續而產生研究結果的方法。它不是運用量化的方式分析質性資料用的過程，而是利用非數學的分析程序，藉由各種方式（例如直接觀察、焦點團體）來蒐集資料，並且利用例如文件、官書、書籍、錄音帶、甚至人口普查這種為其他用途而蒐集到的量化資料加以分析的程序（徐宗國譯, 1997年 /Strauss & Corbin 原著, 1990）⁽⁴²⁾。

(二) 量性評估方法：

利用問卷的方式收集資料，係經由統計程序或其他量化手續而產生研究結果的方法，而滿意度評估大都用量表 Likert scale 來測量，Ware JE 與 Hays RD. 於 1988 年之報告即呈現一個 6 分量表 (S6 scale)，選項從『非常滿意』至『非常不滿意』；另一為 5 分量表法 (E5 scale)，選項從『極佳』至『差』兩個不同方法來探討病患滿意度的研究結果；並比較其變異度、效度與信度。在兩個研究中，E5 呈現較大的變異度，且在預測病人是否會再度讓同一個醫生看病、是否會介紹醫生給朋友和遵從醫囑方面有較好的預測性。信度在兩個方法中都是令人滿意的，且並無差異性存在。另一種

滿意度評估是直接讓病人評估醫療服務的執行度，其內容不只是問病人籠統的感受，而是包含了能指出事實的題目，此法可以減低病人滿意度的不客觀性及因病人期望不同而產生的干擾因子 (Rosenthal, 1997)⁽⁴³⁾。

三、醫療服務品質滿意度的影響因素

參考過去文獻，將影響病人滿意度的因素分：個人特徵、醫療體系特徵（結構）、醫療提供者（過程）、醫療照護結果四部分彙整如下：

（一）病患特質：

1. 社會人口學特質：

Ware et al. (1978) 曾提出影響病人滿意度的 13 種社會人口特質的指標，包括年齡、教育程度、家庭型態（大小）、收入、婚姻狀況、社會階層、種族、性別、職業水準⁽²⁷⁾。Hall 及 Doran (1990) 分析 10 篇文獻，以年齡、種族、性別、社會狀態、收入、教育、婚姻狀態及家庭大小、作為預測因子；指出年齡及教育與醫療照護滿意度有顯著關聯；已婚及高社會狀態與滿意度則為低關聯狀態。而種族、性別、收入、家庭大小無相關，一般而言，即使用相關，相關性很小，並更進一步指出教育程度低者，滿意度越高⁽⁴⁴⁾。

2. 健康情形：

Williams 及 Calnan (1991) 提出一理論在基層或醫院照護，病患的健康狀態與滿意度無關⁽⁴⁵⁾，而 Young 等人 (2000) 則表示健康狀況較差者滿意度相對較低⁽⁴⁶⁾，此外 Da Costa 等人 (1996) 研究發現，雖然無法直接推論健康狀況與病患滿意度的因果關係，但是根據調查病患生理或生理或心理的健康狀態均與滿意度具相關性 (林淑範，2004)⁽⁴⁷⁾。Clearly et al. (1983) 發現自覺健康狀況對於整體的滿意度，幾乎是一個很強的預測因子。有的學者將身體健康狀況視為干擾因子⁽²⁷⁾。

3. 病患的期望：

病患期望在滿意度具有十分重要的角色，根據 John 及 Neil (1997) 回顧 100 餘篇之實證研究時發現，期望、知識與先前的經驗有關，而且累積經驗後期望也會跟著改變，所以醫療服務品質好可能逐漸降低滿意度⁽⁴⁸⁾。

(二) 醫療服務提供者 (過程)：

過去研究 (黃慧娜、韓揆，1993；陳清軒等人，2003) 以單一院所為研究對象^{(49) (26) (50)}，另 Cheng、Young 及 Chiang 等人，於 1999 年 6 月至 2000 年 3 月以 126 家地區教學以上

醫院之中風、糖尿病、剖腹產及蘭尾切除術四類為對象，研究結果指出，病患滿意度與醫院層級別無關；Young 等人（2000）以聘用人數多少作為醫院規模時指出，醫院大小與滿意度有顯著的關係，醫院規模越大，病患滿意度較低；而且教學醫院滿意度較低。就醫師個人執業經驗而言，病患對訓練的醫師較以經驗為主的醫師滿意度較高⁽⁴⁷⁾。

（Hall, Doran, 1988）⁽⁵¹⁾，許多的研究都顯示醫療相關人員的行為、態度表現會影響病人滿意度，尤其是醫療專業人員，其中又以醫師為最甚。大多數的研究已經顯示如果病人感受到醫師對於病人的需求關心且敏感，病人會傾向較滿意；有研究發現醫師與病人互動的程度決定病人的滿意度（Cleary & McNeil, 1998）⁽⁵²⁾。病人若是在看診時被允許自我表達有關病史的部份或是在作決策的時候告知病人更多的資訊或讓病人更多的控制權，病人會更加滿意（Stiles et al, 1979）⁽²⁷⁾。Hall et al.（1988）分析 41 篇病人滿意度相關文獻之後，指出醫師給予病人的資訊量、好的醫療技術與人際技巧、合作關係的建立、更多社交性的對話、更多正向的對話與更少的負向對話以及更多的溝通、看診時間；以上這些因子都與病人滿意度相關。多數的文獻指出，醫師看

診過程的表現與病人滿意度有相關、病人對於親切、懂得關心病人、能傾聽病人主訴並且提供病人相關資訊、善於溝通、醫術好的醫師感到較滿意⁽⁵³⁾。

(三) 醫療體系：

從宏觀的角度檢視病患滿意度時，除上述醫療服務提供者外，整個醫療體系亦是重要因素，就支付方式方面，論服務量計酬的服務體系、病患就醫可近性比較高、執業型態中單獨執業者之病患滿意度及等候時間較聯合執業

(multispecial group) 高 (Rubin, 1993 引自 Kirsner、Fedeerman, 1997)⁽⁵⁴⁾；醫院地理位置亦影響滿意度的結果(位於美國中央地區的醫院，滿意度高於西部、東部地區) (Yang 等人, 2000)⁽⁴⁶⁾。病人滿意度與可近性、可用性和照護的方便性有正相關。固定醫師也是病人滿意度的決定因子，且呈現正相關 (Cleary & McNeil, 1988)⁽⁵²⁾。

李旻貞 (1996) 研究也發現有固定看病醫師、認為健保後醫療品質不變或變好者其滿意度較高⁽⁵⁵⁾。許鐵錚 (1996) 研究發現門診服務滿意度在不同醫院、地區、醫療層級之間有所差異。醫院層級愈高，病患在等待時間及服務態度方面所感受到的滿意度愈低⁽⁵⁶⁾。

(四) 醫療照護結果：

探討病人的滿意度與醫療照護結果相關因素的研究非常少 (Cleary & McNeil, 1988; Aharony & Strasser, 1993)，以下就少數文獻對與病人滿意度相關醫療照護結果因素作整理；包括：自覺健康的改善程度 (Carmel, 1985; Fleming, 1981)、病人遵醫囑 (Brody, 1980)、參與治療、與醫師合作 (Bartlett et al, 1984)、介紹朋友或親戚去看同一家醫院⁽⁵²⁾ ⁽⁵⁷⁾。

滿意度相關實證研究：Hansagi (1992) 認為病患滿意度是測量醫療品質的重要指標，除了代表效用的結果 (Consequence of utilization)，也是病人在未來選擇醫療機關的一個主要考慮因素。

Kathryn (1997) 認為病患滿意度對健康照護的重要性如下：

1. 滿意的病患較可能與醫療提供者維持長遠的關係。
2. 藉由發掘病患不滿意的來源，組織可針對對本身的弱點加以改善。
3. 滿意的病患較可能遵循特定的醫療管理與治療計劃。
4. 病患滿意度測量有勵於增加組織績效的重要資訊，因而有助於組織全面品質管理 (TQM) 的推動⁽⁵⁸⁾。

滿意度受到醫師及管理者深切重視的理由，是因為較滿意的病患較能遵從醫囑，減少醫病糾紛且回診率較高。在公共衛生及醫院管理領域中有關滿意度的研究很多，分別應用在西醫基層門（急）診醫療服務（徐台玲, 1997；李旻貞, 1996）^{(59) (55)}，而國內有關中醫之研究則只侷限在某家（曾淑貞, 1986）⁽⁶⁰⁾。

徐台玲（1998）分析影響西醫門診病人滿意度的因素如下：

1. 影響西醫門診病人『看診過程滿意度』的因素：調整控制變項後，與「醫師傾聽」、「醫事人員主動說明生活注意事項」、「看診時間」與「候診時間」等就診過程因素有關。
2. 影響『治療效果滿意度』的因素：調整控制變項後，與「醫師傾聽主訴」、「醫事人員主動說明生活注意事項」、「醫師說明病情」與「候診時間」等就診過程因素有關⁽⁵⁹⁾。

李旻貞（1996）之研究發現：基層醫療門診病人對醫師傾聽病人說話的態度及尊重的滿意度最高，而以就醫過程花費時間最不滿意，因素分析發現：品質之面向未必能區分清楚結構、過程、結果三個層面。影響基層門診病人滿意度的因素如下：

1. 個人特質以自覺健康狀況好、年齡愈大、教育程度愈低的病人對於就醫過程滿意度愈高。
2. 醫療機構特質以非內科病人，醫師診療時間愈長，等候時間愈短

及開藥天數愈長之人滿意度愈高。

3. 醫療體系以有固定看病醫師、認為健保後醫療品質不變或變好者滿意度愈高⁽⁵⁵⁾。

有關醫療院所醫療服務品質的研究，主要以門診病患為研究對象，各研究所探討之病患醫療服務品質滿意度影響因素彙整如下：

1. 個人特質：如年齡、性別、教育程度、職業、家庭收入、自覺健康狀態、醫療利用情形、綜合各研究年齡、性別、教育程度等變項對滿意度沒有一致的結果。
2. 機構的特性：如機構型態、執業場所、醫療設備、收費可負擔性、可近性研究結果發現，醫院層級，權屬別及服務部門對病患滿意度有差異。
3. 醫療服務品質滿意度調查項目：可以發現，醫療設備與環境面向，以醫療設備、環境清潔、舒適、飲食及安全為主；技術品質面向包括醫師醫術、護士能力、醫師能力納入研究變項；醫病溝通中以醫師、醫護人員說明為主；人際互動面向以醫師態度、工作人員態度、護理人員態度、病情說明為大部分研究討論重點；照護可近性主要著重於交通方便性及候診時間；此外，大部分研究尚包括照護結果及整體滿意度⁽⁴⁷⁾。

表 2-1 醫療服務品質滿意度相關實證研究

研究主題	全民健保基層醫療服務品質的研究—以病人滿意度為評估方法	門診醫療品質之研究—以焦點團體與電話訪談為評估方法
作者	(李旻貞, 1996) ⁽⁵⁵⁾	(徐台玲, 1998) ⁽⁵⁹⁾
研究對象與工具	1. 最近三個月曾看基層醫療門診的民眾 687 人為對象 2. 電話問卷調查法	1. 最近三個月曾看西醫門診 20 歲以上家中有電話之民眾為對象。 2. 舉辦 13 場焦點團體座談會, 有 39 位參與者, 再以電話訪談收集, 共完成電訪問卷 1015 份。
自變項	1. 個人特性 2. 醫療院所特性 3. 醫療照護體系特質	4. 個人特性 5. 醫療院所特性 6. 醫療照護過程
依變項	病人對基層醫療品質滿意度： 1. 結構面 2. 過程面 3. 結果面	1. 受訪者最近一次就醫滿意度 2. 就醫成效 3. 是否選同位醫師
研究結果	1. 基層醫療門診病患對於就醫結構、過程、結果之滿意度皆很高, 滿意者佔 89.4%-97.5%, 不滿意度僅佔 2.5%-10.6% (包括不滿意及非常不滿意)。 2. 病患滿意度最高的項目是醫師傾聽病患說話態度及尊重 (97.5%); 不滿意最高的項目是病患就醫過程花費時間的滿意度 (10.6%)。 3. 影響病患滿意度的因素： (1) 個人特質 (2) 醫療機構特質 (3) 醫療體系 4. 公立基層醫療機構與私立基層醫療機構病患滿意度沒有差異。	1. 好的醫療品質是醫師看診態度親切、良好溝通、藥有效、安慰病人、對病人有愛和耐心。 2. 民眾身體不適時, 多選擇就近/方便的場所。 3. 影響「看診過程滿意度」的因素, 調整控制變項後, 與「醫師傾聽」、「醫事人員主動說明生活注意事項」、「看診時間」與「候診時間」等就診過程因素有關。 4. 影響「治療效果滿意度」的因素, 經調整控制變項後, 與「醫師傾聽主訴」、「醫事人員主動說明生活注意事項」、「醫師說明病情」與「候診時間」等就診過程因素有關。 5. 影響「病人遇相似疾病是否選擇同一醫師」的因素, 經調整控制變項後, 勝算比與「醫師傾聽主訴」、「醫事人員主動說明生活注意事項」、「醫師說明病情」與「候診時間」與「給藥天數」等就診過程因素有關。

表 2-2 醫療服務品質滿意度相關實證研究 (續)

研究主題	台北市某醫院中醫門診初診病人滿意度與相關因素研究	國軍醫院門診病患滿意度調
作者	(曾淑真, 1986) ⁽⁶⁰⁾	(周鴻儒, 高森永, 陳育忠 1997) ⁽⁹³⁾
研究對象與工具	1. 台北市某醫院中醫門診初診病人 140 人為對象 2. 問卷調查法	86 年 1 月 20 日至 25 日於三家國軍醫院(三軍總醫院、807 醫院、817 醫院)之門診病患 2278 人, 問卷回收率 43.28%)
自變項	1. 個人特性：性別、年齡、婚姻狀況、家庭人數、就醫經驗、醫療保險與醫院距離、醫療費用、健康信念、動機、教育程度、職業收入、宗教信仰 2. 醫院特質：候診處設備、方便性、醫師服務態度、醫師對資料之提供、其他工作人員態度	1. 病患基本資料 2. 醫療服務利用 3. 就醫選擇因素
依變項	門診初診病人之滿意度：候診處、掛號時間、人員、候診時間、領藥、診病時間、醫藥費、醫師、藥局人員服務態度、整體滿意度	醫療服務滿意度
研究結果	1. 38.46%的病人表示滿意。 2. 病人之所以選擇中醫門診就醫，主要原因是因為中藥較無副作用或是認為中醫對自己的疾病較有療效。 3. 就診病人之疾病持續時間，大多數是半年到二年，慢性病人居多，非慢性病人亦佔十分之一。 4. 中醫門診之衛生教育情況不甚理想，病人雖有求知慾，但醫師所指導之相關訊息卻極少，且缺乏有系統的教材。 5. 與病人滿意度有的因素，個人特質方面：年齡、收入、中西醫信念、選擇醫院之優先次序；醫院特質方面：各步驟的就診時間與方便性、醫師服務態度與資料提供的質與量 6. 就診病人之疾病持續時間，大多收是半年到二年，慢性病人居多，非慢性病人亦十分之一。	滿意度總平均值為 3.05 分。 1. 醫療服務滿意度項目中均以「醫師服務態度」之滿意度最高，而各醫院無顯著差異；滿意度次高為「醫師診察技術」。 2. 區域醫院與地區醫院門診病患滿意平均值明顯高於醫學中心的有候診室整體環境、看診等候時間、整體服務意度等 10 項。 3. 地區醫院平均滿意度高於區域及醫學中心的有護理人員服務態度、檢驗人員服態度及批價管候間時等 3 項。 4. 個人特質與滿意度：男性高於女性，40 歲上高於 40 歲以下。 5. 以『醫院』為固定就醫場所者高於沒有固定就醫場所。 6. 滿意度較高者具有下列特質：會回醫院就診者、地區醫院門診病患、非人填答問卷者、年齡越大者、自覺疾病不嚴重、家庭每月收入 3 萬以下者。

表 2-3 醫療服務品質滿意度相關實證研究（續）

研究主題	民眾對全民健休特約醫療所門診提供之醫療服務品質滿意度研究	全民健保實施後民眾醫療利用影響因素之研究
作者	(張瓊文, 1996) ⁽⁹⁴⁾	(賴芳足, 1996) ⁽⁹⁵⁾
研究對象與工具	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高雄地區各級醫療院所母群體，立意抽樣抽取醫學中心二家，區域醫院二家，地區醫院三家，診所二十家等共六百五十位就診民眾 2. 有效樣本數為 511 人 3. 實地問卷訪問 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20 歲以上民眾，依醫療資源缺乏區及資源充足區分層隨機抽樣，總計有效樣本數為 1055 人 2. 電話問卷調查
自變項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院層級別 2. 就診民眾基本人口學變項 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 傾向因素 2. 能用因素 3. 需要因素
依變項	<p>全民健康保險實施前後門診醫療服務品質滿意度</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 物理環境 2. 醫護人員提供之醫療服務 3. 醫療行政 4. 整體醫療效果 5. 整體醫療服務 	<p>醫療利用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 門診次數 2. 是否住院 3. 是否延滯就醫 4. 是否自服西（中）藥 5. 身體不舒服時，是否就醫
研究結果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保實施前後民眾對區域醫院物理環境滿意度較醫學中心地區醫院為佳；其中醫學中心民眾之物理境最差 2. 區域醫院之醫護人員提供之醫療服務滿意度高於地區醫院及醫中心 3. 民眾因健康保險實施前後與不同等級醫療行政之滿意度（醫中心高於地區醫院高於區域醫院） 4. 健保實施後醫學中心區域醫院及地區醫院醫療效果滿意度均下降（區域醫院達顯著水準） 5. 民眾不因不同評鑑醫療院所而影響整體醫療服務滿意度 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主要影響民眾醫療利用為需要因素（自覺健康狀況、是否有慢性病，活動受限天數）。 2. 須部分負擔的民眾有 10.8% 的人會因看病須繳部分負擔而減少看病次數，分析發現部分負擔並未減少醫療利用。 3. 對全民健保實施的滿意度來看，有 28.6% 的人不滿意，最不滿意的原因是認為保費太貴，其次是須部分負擔，有 24.8% 的人認為滿意。 4. 居住於醫療資源缺乏區及醫療資源充足區醫療利用無統計的顯著差異，可能是因區域醫療資源之劃分是以行政區域劃分，並未考慮到當地交通網路及臨近鄉鎮醫療資源所致，真正醫療資源缺乏的地區可能是交通不便的偏遠地區及山地離島地區、

表 2-4 醫療服務品質滿意度相關實證研究（續）

研究主題	全民健保中醫門診總額支付制度實施前醫療服務品質之研究-以病人滿意度為評量方法	醫院總額支付制度實施前後客觀醫療服務品質與病患醫療服務品質滿意度之比較研究
作者	(林美珠, 2001) ⁽³³⁾	(林淑範, 2004) ⁽⁴⁷⁾
研究對象與工具	1. 分層隨機抽樣方法 2. 電話問卷調查	1. 問卷調查 2. 對健保局特約醫院客觀醫療服務品質指標之探討 3. 至健保特約醫院就醫之住診、門診及急診病患
自變項	1. 醫療服務品質特性 2. 是否有差額收費情況	3. 醫院總額支付制度 4. 自主管理
依變項	1. 醫療服務品質滿意度 2. 收費合理性滿意度	1. 客觀醫療服務品質指標 2. 病患醫療服務品質滿意度
研究結果	中醫門診整體服務品質度近 80 分；各構面醫療服務品質滿意度以「照護可近性」的滿意度最高；「醫病人際互動」、「醫療技術」居次。	醫院總額實施前對各項醫療服務表達滿意者（包括非常滿意及滿意）50%-88%、醫院總額實施後第一次調查（91 年 12 月）滿意者佔 57%-90%、醫院總額實施後第二次調查（92 年 7 月）滿意者佔 61%-93%。

第五節 台灣中醫納入醫療保險之經過

台灣健康保險制度首先在民國39年就已開辦勞工保險，而後又在47年實施公務人員保險；農民健康保險也在78年開辦。隨著健康保險陸續開辦，為因應被保險人醫療需要，中醫醫療給付分別於民國67年、77年、78年納入勞工保險、公務人員保險、農民健康保險。另為使全體國民均能獲得健康保險之保障，於民國84年起實施全民健康保險，落實了「人人有保險、處處有病看」之政策，因前述三大保險體系已陸續將中醫納入醫療給付，故於全民健保開辦起，即將中醫納入保險給付範圍，更於民國89年7月起，開始實施中醫門診總額支付制度，以有效的控制醫療費用成長（中醫藥委員會，2004）⁽⁶¹⁾。

一、全民健保中醫給付範圍及項目

1. 門診診察費
2. 藥費
3. 藥品調劑費
4. 針灸治療（含電針治療）（2003年新增）
5. 傷科治療
6. 脫臼整復費治療處置
7. 骨折整復
8. 使用儀器輔助門診診察費（2003年新增）

(1) 脈診儀輔助診察費

(2) 舌診儀輔助診察費

9. 中醫門診總額加強中醫醫療照護門診—提高癌症病人生命品質、特定疾病加強照護及開辦示範門診試辦計畫

10. 全民健保中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫

11. 中醫住院試辦計畫（施純全，2005）⁽⁶²⁾

二、中醫納入醫療保險歷史簡介

中醫納入我國各階段各項保險體制的時間較其他醫療為晚（梁淑勤，2003）⁽⁶³⁾，台灣地區的勞保業務，於1956年7月1日起開辦，先辦理西醫住院業務，再擴大至西醫門診，最初中醫並未列入業務範圍，幾十年來社會各界不斷努力爭取，希望政府衛生保險機關將中醫藥納入保險醫療體系，使民眾有自由選擇醫療方式。經過多次不斷協調溝通及中醫藥界努力奮鬥，中醫的勞保至1975年1月起才開始試辦中醫傷科門診業務一年，1981年恢復試辦並增加打撲、捻挫傷等中醫傷科給付。1983年起台北市立和平醫院、中國醫藥學院附設醫院、高雄市立中醫醫院開辦勞保中醫業務，給付內容涵蓋內科、婦科、針灸科，1985年並增加中醫傷科給付。至1989年勞保共特約中醫醫院86家、傷科診所5家（陳太義，1990）⁽⁶⁴⁾。

公保則於1988年起由台北市立和平醫院、中國醫藥學院附設醫院、高雄市立中醫醫院、省立花蓮醫院開辦公保中醫業務，但需經公保聯合門診中心轉診，1989年起取消轉診規定並逐步擴大特約醫療院所⁽⁶⁴⁾。

為落實憲法增修法條文第十條訂「國家應推行全民健保並促進現代醫學與傳統醫學之研究發展」之精神，政府於84年3月開辦全民健康保險，將中醫和西醫併列重要醫療服務，一同納入保險給付，全面開放中醫醫療院所承辦全民健保，使需要的患者得到中醫妥善的醫療照護（施純全，2004）⁽³⁸⁾。

全民健保中醫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類，而其中藥給付是依「臨床常用中醫方劑標準」以濃縮中藥複方製劑為主；至於中藥飲片則為不給付項目，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（翁瑞宏，1999）⁽⁶⁵⁾。

1983年後健康保險大規模介入中醫醫療，之後中醫申報件數和金額均快速增加。根據勞保統計，1987年保險對象使用中醫門診的件數約54萬件，金額約1.2億元；到1989年中醫門診件數增加到了530萬件，金額增為10.5億元。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）⁽⁶⁶⁾。

由於健保經費分配不均，支付標準不合理，中醫針灸、傷科給付偏低，不符醫療院所成本效益，審查作業未臻理想，一直為我中醫界所垢病。全民健保法第四十七條至五十四條明訂應實施總額支付制度，基於合理控制醫療費、提升中醫醫療品質及落實專業自主精神，衛生署於民國88年4月函請中醫師公會全國聯合會推派代表參與中醫門診總額支付制度之規劃（林昭庚、施純全，2001）⁽⁶⁷⁾。

民國88年5月5日，衛生署全民健保小組、全民健保醫療費用協定委員會、中央健保局、衛生署、中醫藥委員會等單位代表及專家學者暨全聯會、台灣省、台北市、高雄市等各級公會代表共同成立「中醫門診總額支付制度推動小組」，由楊技監漢源擔任召集人，林昭庚理事長擔任副召集人，委員由各級公會代表及中醫專家學者共同組成，歷經三次小組會議，完成政策層面規劃，並經全民健保醫療費用協定委員會六次

委員會議及四次「中醫門診總額支付制度專案小組會議」討論，於民國89年2月21日完成協定，並於民國89年7月1日開始實施⁽³⁸⁾。

第六節 台灣中醫門診總額支付制度介紹

一、總額支付制度介紹

總額支付制度是指付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。由於英文稱「global budget system」，因此也譯為「總額預算制度」。

（一）總額支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：

1. 支出上限制（expenditure cap）：

即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量大於原先協議的總服務量時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

2. 支出目標制（Expenditure target）：

即預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將

會有結餘，但實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。

(二)總額支付制度與以往的支付制度有何不同？

全民健康保險的醫療費用，以往主要採行論量計酬，兼採論病例計酬及論日計酬（精神病住院及社區服務）等方式，由於醫事服務提供者缺乏分擔財務風險的誘因，致使醫療費用支出節節高漲，醫療資源配置也受到扭曲。而總額支付制度具有協商機制，利於解決「資源有限」的基本問題，以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突；並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決資源分配不均的問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。

(三)實施總額支付制度之優缺點？

優點：

1. 醫療費用的成長可以控制在合理範圍內。
2. 醫事服務提供者由於預知全年預算總額，可減少以量取酬的誘因，並配合醫療院所及醫師檔案分析的運用，可使服務行為合理化。
3. 在固定年度總額的前提下，醫事服務團體可以自訂支付標準及

主導專業審查，專業自主權得以提升；另一方面可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理。

4. 藉由付費者與供給者共同協商，加強雙方成本意識，並使雙方權益顧及平衡。

缺點：

1. 參與協商的各方，如不具備充分的協調能力與準備，難使協議順利達成。

2. 總額支付制度必須配合其他支付基準（如論人計酬、論病例計酬等），否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理。

3. 醫療服務提供者自主審查，如審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣的不公平現象。

4. 如事前缺乏完整的監控機制，則服務品質可能受到影響，導致被保險人的權益受損。

（四）實施總額支付制度之原因？

1. 鑑於醫療費用的急速成長，公勞農保時期採論量計酬支付制度，造成財務嚴重虧損，同時為確保自給自足的財務責任制度奠定基礎，全民健康保險在第一期及第二期規劃時，即將實施總額支付制度納入規劃重點，並於全民健康保險法（以下簡稱健保法）第四十七條至第四十九條、第五十四條加以明文規定。

2. 透過集體協商解決消費者與供給者利益衝突，減少政治干預。
3. 以協商預算引導醫療服務提供，以協定醫療支出總額決定保險財務籌措，並藉此合理控制醫療費用。
4. 將品質及民眾健康納入總額協商公式，期導正醫療行為，提昇醫療服務品質及國民健康。
5. 藉由同儕制約促進醫療服務價量的合理提供。
6. 提昇專業自主權，如研擬支付標準、審查制度、負責專業審查、規範醫療資源合理使用等。
7. 參考醫療網計畫分配地區預算及部門預算，促進醫療資源合理分布及醫療社區化（費協會，2001）⁽⁶⁸⁾。

(五)總額支付制度之策略

1. 透過集體協商解決消費者與供給者利益之衝突，減少政治干預。
2. 以預算引導醫療服務提供（Budget-driven Delivery）取代由醫療支出決定保費籌措（Expenditure-driven Financing）藉此合理控制醫療費用（錢用在刀口）。
3. 將品質或民眾健康納入預算協商公式導正醫療行為。
4. 藉由同儕制約，促進醫療服務合理提供（價 / 量）。
5. 提高醫療提供者專業自主權：研擬支付標準、審查制度、負責專審、規範醫療資源之合理使用。

6. 分配地區預算：配合醫療網，使資源合理分佈，醫療社區化。

(六) 實施總額支付制度應有其他配套措施

1. 落實全民健保財務責任制度，可於醫療費用總額完成協定後，經法定程序精算保險費率，若符合保險費率調整要件時，即進行費率調整，或其他服務配套措施，以維持財務收支平衡。
2. 總額支付制度為一種宏觀（macro）調控的手段，必須透過支付基準的改善，如論病例計酬、論人計酬等微觀（micro）配套策略，才能確實有效減少浪費，達到改變醫師診療行為的目的。
3. 總額支付制度下，醫療專業團體須實施自律措施，並將審查及稽核作業更為制度化，透過檔案分析資料的回饋，發揮同儕制約精神，合理控制費用並提升品質。
4. 全國性醫療政策應同時嚴格控制醫師、醫院及高科技的供給量，避免醫療資源過剩。

(七) 台灣總額支付制度之法源依據

1. 健保法第四十七條

年度醫療費用給付總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂範圍，報請行政院核定。

2. 健保法第四十八條

設醫療費用協定委員會(由醫療服務提供者、付費者與學者專家及主管機關代表組成),協定醫療給付費用總額及費用分配方式,若無法於限期內達成協議,由主管機關逕行決定。

3. 健保法第四十九條

醫療給付費用總額[得]分區訂定門住診分配比例,門診[得]依醫師、中醫師、牙醫師、藥事服務、藥品費用分別設定分配比例及醫藥分帳制度。

4. 健保法第五十四條

總額支付制度得分階段實施,日期由主管機關定之。

(八)台灣總額支付制度之協定程序

1. 主管機關在年度開始六個月前擬定年度總額預算範圍報行政院核定—考量國家整體經濟發展及保險對象之需求或付費能力。
2. 費協會在年度開始三個月前,在前述範圍內協定年度預算及其分配方式。
3. 未在限期完成協定,由主管機關裁決。

(九)總額支付制度推動方案及預定時辰

1. 經建會健保規劃建議實施總額預算(1990)
2. 衛生署規劃總額預算制度並立法(1991-1994)

3. 衛生署規劃總額支付制度試辦計畫（1994-1998）
4. 試辦牙醫門診總額支付制度(1998)
5. 建立分局財務責任制（1999）
6. 試辦中醫門診總額支付制度（2000）
7. 訂定健保總體預算之支出目標（2001）
8. 試辦西醫基層總額支付制度(2001)
9. 醫院門住診總額支付制度（2002）

二、中醫門診總額支付制度之推動

基於總額支付制度是健保法 47-50 條之法定制度，且為現階段國家衛生政策規畫重點，為降低其他部門「預算排擠效應」，使中醫合理發展、藉同儕制約及合作，提高專業自主性及尊嚴，中醫全聯會參考牙醫總額之運作模式，積極配合政府政策推動中醫門診總額支付制度。

行政院衛生署健保小組於 88 年 5 月 5 日成立「中醫門診總額支付制度推動小組」，負責試辦計劃之研擬與規劃，此小組由中醫界團體代表、中央健康保險局、費協會、專家學者及行政院衛生署健保小組共同組成，其中中醫團體代表包括中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣省中醫師公會、台北市中醫師公會、高雄市中醫師公會及行政院衛生署中醫藥委員會代表。除介紹中醫醫療現況與牙醫總

額之規劃經驗外，各次會議並分別針對中醫總額支付制度試辦計劃之草案內容（如中醫總額之涵蓋範圍、總額預算之設定公式、支付模式與分配方式、總額之組織架構及分工模式、醫療費用之審查制度與申復方式、醫療服務適當性與品質確保方案等）、試辦計劃之宣導方式等加以討論，歷經3次推動小組會議（88年5月5日、6月25日及8月11日），並於88年8月20日將歷次會議結論函送費協會繼續研議（衛生署，1999）⁽⁶⁹⁾。

為平衡供需雙方利益之衝突，費協會由付費者（含學者）、供給者及政府各9人組，該會進行「7次委員會議（19-26次會議）」及「5次中醫門診總額支付制度專案小組會議」討論，於89年2月11日完成中醫門診總額及地區分配方式之協定，另為籌備及推動中醫門診總額支付制度並研擬相關辦法，由健保局召集中醫團體及專家學者共同組成「中醫門診總額支付委員會」，並由行政院衛生署公告自89年7月1日起開始實施（中醫全聯會，2000）⁽⁷⁰⁾。

三、中醫門診總額支付制度籌備過程

（一）成立籌備會：

先依健保局六分局分區成立六分區總額支付制度保險事務委員會籌備會（中保會籌備會地區分區）。

成立全民健保中醫門診總額支付制度保險事務委員會籌備會

(中保會籌備會)。

(二) 成立支付制度委員會：中央健康保險局成立中醫門診總額支付制度委員會。

(三) 成立研議小組

研議小組下設：1. 品質分組。

2. 法規分組。

3. 審查分組。

4. 資訊分組。

(四) 成立工作小組

1. 全聯會與健保局成立工作小組

2. 分區委員會與健保局分局成立推動小組

3. 互設對應窗口

(五) 宣導

四、中醫全聯會是否承辦中醫門診支付制度之考量

(一) 承辦總額支付制度應在下列基礎上

1. 尊重協商機制

2. 充分專業自主

3. 合理醫療費用總額

(二) 最後依民主機制決定是否承辦

1. 89 年3 月19 日送交臨時會員代表大會議決通過。

2. 89 年7 月1 日起承辦中醫門診總額支付制度試辦計畫。

五、中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍

(一) 以全民健康保險特約中醫醫院、中醫診所及醫院附設中醫部門

開立或提供，且在費協會協定時屬全民健康保險給付範圍的中醫門診醫療服務、藥品及藥事服務，為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。

(二) 費協會協定醫療給付費用總額時，預知新的法令、政策、或預

期保險給付範圍或支付項目的改變，對實施年度醫療給付費用總額的影響，包含於本總額範圍內。

(三) 費協會協定醫療給付費用總額只涵蓋營運成本，不包含資本成

本。

(四) 依全民健康保險法第四十條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定

並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故，不包含於本總額範圍內。

(五) 費協會協定醫療給付費用總額後，主管機關依法修訂山地離島地

區醫療服務促進方案，因增加服務項目或地區範圍，不包含於本總額範圍內。

(六)其他非預期的全民健康保險法及相關法規、政策修訂，對醫療給付費用總額造成顯著影響時，其所新增或減少的費用非在協定的總額涵蓋範圍時，得經費協會或委員提案，檢討應否增減其總額。

六、中醫門診總額之協定

(一) 醫療費用給付總額協定之考量因素

1. 非協商因素：

- 自然成長率：人口年齡性別結構改變(醫療利用或密度改變)對醫療費用之影響率。
- 醫療服務成本指數之改變率。

(1) 人事成本—按薪資指數改變率

(2) 藥品及醫療設備成本—按躉售物價指數改變率

(3) 其他成本—按消費者物價指數改變率計算

三者依照醫療院所執業成本佔率加權平均計算。

2. 協商因素：

- 保險給付範圍改變對中醫門診醫療費用之影響。
- 鼓勵醫療品質提升。
- 其他中醫醫療服務利用及密集度(供給量)之改變。
- 可預期法令或政策改變等。

3. 不可預期法令或政策改變：經費協會或任何委員提案後，得

另行檢討應否增減預算。

(二) 醫療費用給付總額之計算新年度總額預算=新年度每人醫療費用×保險對象人數(依實際人數計算)新年度每人醫療費用=基期年每人平均醫療費用×(1+非協商因素+協商因素)醫療費用總額之年成長率受付費者意願之限制。

(三) 地區總額分配：總額依各分區(同健保局各分局轄區)保險對象人數分配，採八年漸進方式，第一年95%按各分區實際發生醫療費用比率，5%依各分區校正後保險對象人數分配；第二年起依保險對象人數分配所占比率逐年提升為15%、25%、40%、55%、70%、85%及100%，惟實施前仍需提費協會協商確定。

七、中醫門診總額之支付模式

(一) 採支出上限，由費用協定委員會在年度開始前，以協商方式預先訂定中醫總額預算，該預算即為中醫整年度提供醫療服務之費用，不可超支，而所節省之醫療費用將全數回饋給中醫師。

(二) 支付標準

1. 以相對點數反映各項服務項目(病例)之成本，每一項目(病例)之相對點數將預先公告，作為申報的依據。

2. 每點支付金額=預算/醫療服務總點數。

3. 支付標準之訂定由中醫界代表研擬，並依法與中央健康保險局協商後報衛生署公告。

(三) 越區就醫之支付方式保險對象至非投保單位所在分局之醫療院所就醫，其費用由原投保單位所在分局支付。

(四) 各區每點支付金額的計算各區各季醫療費用總預算扣除越區就醫之總費用，除以審核後醫療服務之總點數，即為該區該季每點支付金額。

(五) 核付方式

由中醫師依支付標準向健保局申報醫療費用，並依規定接受審查，保險人在中醫師申報醫療費用時，以最近公告之每點支付金額估計，依一定成數暫付給個別醫師，並於每季末計算出該季每點支付金額時，再行結帳，多退少補。

(六) 支付點數計算

1. 「錢跟著人走」

2. 藥費與藥品調劑費採固定一元計算，其餘診察費、處置費等採浮動方式

3. 以季〈例一至三月〉後第三個月〈六月〉底為截止點前三個月〈四至六月〉核定之該季〈一至三月〉點數為基

礎計算

4. 總額前申復、補報、爭審之點數不計

(七) 支付方式：

1. 每點支付金額之計算

$$\text{公式一第 } i \text{ 季第 } j \text{ 區之每點支付金額 } C_{ij} = \frac{B_{ij} - \sum_{i=1}^5 I(j+1) \times C_{(i-1)(j+1)} - \sum_{j=1}^6 D_{ij} - E_{ij}}{Q_{ij}}$$

註：i：第 i 季

j：第 j 區

B_{ij} ：總額預算試辦計畫第 N 年第 i 季第 j 區預算總額

D_{ij} ：第 i 季第 j 區醫療院所中醫門診之藥品及藥品調劑費截止點前三個月內核定點數（包括送核、補報、申復及爭議案件）

Q_{ij} ：第 i 季第 j 區保險對象在當地區之診察費、特殊診療及特殊材料截止點前三個月內核定點數（包括送核、補報、申復及爭議案件）

$Q_{i(j+1)}$ ：第 i 季第 j 區保險對象跨區就醫之診察費、特殊診療項目及特殊材料截止點前三個月內核定點數（包括送核、補報、申復及爭議案件）

$C_{(i-1)(j+1)}$ ：第 j 區保險對象跨區就醫之其他各區前一季診察費、特殊診療項目及特殊材料每點支付金額點數

E_{ij} ：第 j 區保險對象於第 i 季之自墊醫療費用截止點前三個月內核定。

2. 每一醫療院所中醫門診收入之計算

公式二=第 i 季第 j 區每一醫療院所中醫門診之收入（包括部分負擔）=

$$Q_{ij} \times C_{ij} + \sum_{j=1}^5 Q_{i(j+1)} \times C_{(i-1+1)} + \sum_{j=1}^6 D_{ij}$$

註：i：第 i 季

j：第 j 區

B_{ij} ：總額預算試辦計畫第 N 年第 i 季第 j 區預算總額

D_{ij} ：第 i 季第 j 區醫療院所中醫門診之藥品及藥品調

劑費截止點前三個月內核定點數（包括送核、補報、申復及爭議案件）

Q_{ij} ：第 i 季第 j 區保險對象在當地區之診察費、特殊

診療及特殊材料截止點前三個月內核定點數（包括送核、補報、申復及爭議案件）

$Q_{i(j+1)}$ ：第 i 季第 j 區保險對象跨區就醫之診察費、

特殊診療項目及特殊材料截止點前三個月內核定點數（包括送核、補報、申復及爭議案件）

$C_{(i-1)(j+1)}$ ：第 j 區保險對象跨區就醫之其他各區前一季診察

費、特殊診療項目及特殊材料每點支付金額點數

E_{ij} ：第 j 區保險對象於第 i 季之自墊醫療費用截止點

前三個月內核定

八、中醫門診總額支付制度試辦計畫之委託

中央健康保險局依全民健康保險法及相關法令規定，委託中華民國中醫師公會全國聯合會辦理全民健康保險中醫門診總額支付制度試辦計畫之部份事務。

(一) 行政事項之委託合約

1. 中醫門診總額支付制度各分區事務之協商處理。
2. 中醫門診醫療品質之促進。
3. 中醫門診特約醫事服務機構違規情形之輔導與查核建議。
4. 中醫門診支付項目及支付標準與方法之研擬。
5. 中醫門診總額支付制度之教育宣導事宜。
6. 其他與本合約相關之行政事宜。

(二) 專業事項之委託合約

1. 審查醫師之遴聘及管理。
2. 中醫門診醫療費用之專業審查。
3. 中醫門診特約醫事服務機構爭議審議案件中之說明。
4. 中醫門診自墊醫療費用核退之專業審查。
5. 其他與本合約相關之專業審查事宜。

(三) 中醫審查組織與制度

由中央健康保險局負責行政審查，中醫團體負責專業審查，

並訂定審查制度與遴聘審查醫師。試辦期間由中醫團體與健保局共同組成中醫總額支付委員會，負責相關制度之研擬，中醫團體自行組成保險事務委員會，各分區設保險事務委員會分會，負責專業審查相關業務，而健保局保留複審權。

審核醫師之管理：審查醫師之遴聘資格為具有五年以上之中醫臨床經驗或教學經驗，經由培訓或短期之講習會，瞭解一般中醫診療型態、專業審查準則以及其他健保相關規定者。審查醫師任期二年一任，得連聘一次。此規定藉由人才輪替、經驗交流，以維持審查醫師之品質並持續中醫專科醫療資訊之開發。

九、中醫門診總額醫療費用控制機制

總額支付制度為宏觀（Macro）醫療費用控制策略，中醫總額支付制度試辦計畫將透過下列管理機制，以達成醫療費用合理化之目標：

（一）支付標準之設計

支付基準以中醫之醫療特性研擬，未來可考慮朝論病例計酬方向設計，配合必要診療服務（Minimal requirement）之規範，除可控制醫療服務密集度的成長外，尚可確保品質。

（二）證照管理略

在總額支付制度下，證照管理透過中醫團體之自律、所制定的規範較易為中醫認同，使長久以來證照管理不善的積弊（租

牌、密醫等不法情事) 或可改善，且可兼顧確保醫療品質及控制醫療費用之目的。

(三) 專業的審查制度

在總額預算下，由醫療團體負責主要審查工作，以建立治療指引、強化醫病檔案分析的功能等審查技術為主，藉由資訊回饋可減少浪費與虛報之行為。

(四) 稽核制度

在總額支付制度下，中醫團體擁有較多的審查及稽核權，則因其對同儕之服務提供型態較了解，對於稽查所制定的相關規範較易為中醫認同，因此透過醫療團體之同儕制約，將可發揮自律功能，不但提升醫療專業尊嚴和地位，亦可兼顧醫療服務的適當性及費用控制。

十、中醫門診總額支付制度醫療服務品質之確保

(一) 中醫門診總額支付制度品質確保方案之訂定

為確保總額支付制度實施後，民眾享有品質更好的醫療服務，各部門總額支付制度實施前，均會訂定醫療服務品質確保方案，並由健保局與總額承辦團體，依方案內容進行持續性的品質監控管理。當年度品質確保方案實施成果，經專家學者及委員會評核後，列為下一年度總額協商項目；品質確

保方案執行績效良好者，則酌予實質獎勵。

自九十一年度起，費協會委員會議決議：除規定各部門品質確保項目應訂定指標監測值外，並設定品質保證保留款，採專款專用方式，鼓勵品質實施績效卓著的地區與醫療院所，以有效落實提升醫療服務品質的政策目標。

(二) 「中醫門診總額支付制度品質確保方案」，主要內容如下：

1. 中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付額變動的監控：

明訂監測指標、監測方法及時程，一旦超出容許變動範圍，健保局立即進行檢討，提出改善對策。

2. 保險對象就醫可近性、醫療品質及差額負擔的監控：

健保局每半年委託民調機構，調查各分區中醫門診醫療就醫可近性、醫療品質、差額負擔等滿意度調查結果，並定期統計民眾申訴案件數；若各項指標顯示民眾服務品質變差，健保局即通知中醫師公會全聯會立即督導改善。

3. 專業品質的確保：

由中醫師公會全聯會訂定臨床診療指引、中醫師輔導系統、中醫醫療服務品質管理相關規範等，以及建立中長程客觀的專業醫療服務品質監測指標，初期採用的指標項目如：中西醫同時利用率、重複就診率、用藥日數重複率、符合針灸治療規範比率、符合傷科治療規範比率等。

(三) 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標 (表 2-5)

指標項目	時程	監測值	監測方法	監測單位	計算公式及說明
1.門診醫療利用率 第一年起					
人次利用率	每季	±10% (與前一年同期比較)	資料分析	健保局	每季實際門診件數/季中保險對象總人數
每點支付金額改變率	每季	±10% (與一點一元比較)	資料分析	健保局	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審核後之總點數})-1] \times 100\%$
2.保險對象就醫權益 第一年起					
滿意度調查	每半年	下降達統計上顯著差異(單端=0.05)	問卷調查	健保局	實施前一次,實施後每半年一次,比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形
民眾申訴檢舉成案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告,內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果	資料分析	健保局	半年內民眾申訴檢舉成案件數
3.專業醫療服務品質 第二年起					
中西醫同時利用率-傷科替代性	每季	$1.26\% \times (1 \pm 10\%)$	資料分析	健保局	同一人同一週就診中西醫門診人數/中醫傷科門診人數,其得數超過監測值時,應予檢討
中西醫同時利用率-癌症病患	每季	$21.48\% \times (1 \pm 10\%)$	資料分析	健保局	健保局每年擇兩類癌症案件分析中西醫同時(指同一週同一疾病)利用率,如超過監測值,應予檢討
重複就診率	每季	0.18%	資料分析	健保局	同一人同一天重複就診中醫門診人數/中醫門診人數(重複就診指同一人同一天重複就診中醫門診同類案件)
用藥日數重複率	每季	2.10%	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
4.其他醫療服務品質(中長程指標) 第三年起					
符合針灸治療規範比率	每季	前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	全聯會	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次(監測值啟用第一年各季,均以91年7-9月為基期)
符合傷科治療規範比率	每季	前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	全聯會	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次(監測值啟用第一年各季,均以91年7-9月為基期)

十一、執行情形

中醫門診總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質之確保辦理情形

表 2-6

中醫門診總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質之確保辦理情形一覽表

項目	執行情形	執行進度
1、服務品質監控計畫細部方案	已函送中央健康保險局。	如期完成
2、針灸臨床診療作業指引	已完成第二版修訂。	如期完成
3、傷科臨床診療作業指引	已完成第二版修訂。	如期完成
4、審查手冊	進行第二版修訂中。	如期完成
5、中醫臨床常見疾病診斷基準	做為各科指引之基礎。	主動辦理
6、內科臨床診療作業指引	已完成。	主動辦理
7、婦科臨床診療作業指引	已完成。	主動辦理
8、中醫藥防治 SARS 參考手冊	已完成並及時分送各中醫師。	92年5月完成 主動辦理
9、各區依照審查手冊執行醫療服務專業 審查之檢討報告	定期彙整函送。	如期
10、檢討修正臨床診療作業指引	持續進行中。	如期
11、建立完成中醫醫療機構輔導系統	已完成。	如期
12、函送醫療服務品質不符合規範，情節 重大之院所	已依規定辦理。	如期
13、加強病歷紀錄品質管理	已製作完成病歷規範並廣為宣 導及評量。	如期
14、針灸傷科病歷記載適當性評估	已完成。	如期
15、訂定針灸治療及傷科處置之適當性規 範	已完成。	如期
16、中醫腰痛診療適當性評估	已完成	主動配合辦理
17、建立病患重複就診及重複用藥之輔導 方式	1. 已於 92 年執行報告中提報。 2. 已彙整提報。	如期
18、監測服務量及服務品質(檔案分析)	1. 已於 92 年度執行報告中提 報。	如期

項目	執行情形	執行進度
	2. 已彙整提報。	
19、研訂中長程指標	已於 92 年度執行報告中彙整提報各項指標資料。	如期
20、擬定中醫藥科學化、現代化之建議	已於 92 年度執行報告中提報。	如期
21、針灸治療及傷科處置之適應症與適當性規範之監控結果	定期彙整提報。	如期
22、中醫醫學病症及病名分類手冊	已完成。	主動辦理
23、病患重複就診及重複用藥輔導方式之監控結果	定期彙整提報。	如期
24、監測服務量及服務品質之監控結果	定期彙整提報。	如期
25、建立民眾諮詢及由訴檢舉機制	已建立並廣為宣傳。	如期
26、品質保證保留款	1. 均如期訂定完成相關方案。 2. 已完成相關配合措施。	如期
27、無中醫鄉巡迴醫療服務	1. 92 年完成辦理 37 個巡迴醫療點 2. 93 年目標完成超過 45 個點計畫	如期
28、提出年度執行報告	均依規定辦理。	如期
29、加強辦理中醫師繼續教育	已達平均每人每年修習 24 小時以上。(>35 小時/每人年)	如期
30、總額宣導	1. 辦理中醫會訊。 2. 辦理總額宣導說明會。 3. 印製系列宣導手冊。	主動辦理
31、辦理民眾健康教育	辦理民眾健康教育製作中醫養生保健系列手冊。	主動辦理
32、中醫醫療院所感染控制手冊	已完成。	如期完成
33、中醫針灸標準作業程序手冊	已完成。	如期完成
34、馬兜鈴酸腎病變探討手冊	已完成。	主動辦理
35、加強感染控制實施方案	實施中。	主動辦理
36、門診醫療品質提升計畫含 (1)提高癌症病人生命品質	實施中。	主動辦理

項目	執行情形	執行進度
(2)特定疾病家庭照護門診 (3)開辦示範教學門診 (4)針灸標準作業程序醫療品質提升計畫		
37、中醫鼓勵結合現代化科技加強醫療服務	實施中。 俟支付標準調整案經衛生署核准後即可公告實施。	主動辦理
38、推動中醫醫療院所安全作業	實施中。	主動辦理
39、推動中醫醫療院所門診用藥安全作業	規劃中	主動辦理
40、實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討	進行中	主動辦理
41、中醫皮膚科臨床治療共識手冊	進行中	主動辦理
42、圖解中醫院所感染控制作業流程手冊	進行中	主動辦理
43、圖解針灸標準作業流程手冊	進行中	主動辦理
44、中醫師開執業參考手冊	進行中	主動辦理
45、中醫藥療效評估文獻研究	進行中	主動辦理
46、實証醫學之推動	進行中	主動辦理

十二、中醫健保制度改善建議

世界衛生組織(WHO)於91年5月16日首次正式對全世界之發表「2002年至2005年世界衛生組織傳統醫學策略」(WHO TRADITIONAL MEDICINE STRAGEDY 2002~2005)該專書文中要求各國政府將傳統醫學發展納入現有醫療政策，並希望藉其策的實施能達到如下目的：(一)鼓勵各國政府開展對傳統醫藥/替代醫藥的規範化管理並將其納入本國的國家衛生保健系統(二)促進傳統醫藥/替代醫藥的安全性、有效性及質量標準研究(三)保證民眾對傳統醫藥/替代醫藥的可獲得性及費用的可承受性(四)促進傳統醫藥/替代醫藥的合理使用(張永賢，2004)⁽⁷¹⁾。

另世界衛生組織西太平洋地區所訂定西元2001-2010之7項傳統醫學策略目標：1. 為傳統醫學制定國家政策；2. 提高公眾對傳統醫學的認識和瞭解；3. 評估傳統醫學的潛在經濟點；4. 建立適當的傳統醫學標準；5. 鼓勵和加強傳統醫學基礎科學的研究；6. 尊重傳統醫學文化的整體性；7. 制定保護和保存健康資源的政策；值得一提的是：台灣早於WHO等組織正式發表上述策略前，已厚植了多年之成果，具多項成就，例如：我國中醫納入全民健保給付總真支付制度並已實施中醫門診及中藥廠早在18982年開放實施GMP且實施GMP之濃縮中藥納入健保給付之品管經驗，皆在世界上居領先地位⁽⁶¹⁾。

賴俊雄(1991、1994)於全民健保開辦前後，政策建議應積極進行

中醫藥的療效評估，並建議至少有三類研究應該優先進行：(1) 繼續各種中醫治療與中藥的療效評估，這也是一個必須長遠持續進行的計畫；(2) 過去各類中醫藥療效評估的報告分別發表在不同國家的不同刊物中，我們需要能夠將這些報告作一綜合評估的大型文獻回顧研究，這也是中醫界得以修正外界批評的唯一途徑；(3) 對於中醫保險給付政策而言，除了臨床上控制完善的效能 (efficacy) 評估與實際應用過程的效果 (effectiveness) 評估以外，還需要各類治療方法的效率 (efficiency) 評估來決定保險給付內容^{(11) (72)}。

賴俊雄 (2004)⁽⁷³⁾ 於中醫門診總額支付制度開辦之後，對中醫健保制度提出下列建議：

(一) 提昇醫療品質

1. 建立臨床指引—推動臨床指引應用指標。
2. 中醫師再教育。
3. 尋求中醫品質之總體與個體指標—對中醫品質指標作常規性監控決定中醫品質指標的公佈對象(公會、主管機關、醫療院所、民眾…)。

(二) 推動實證醫學研究

1. 符合現代科學方法論的論文收集編寫。
2. 建立新的中醫研究典範。

3. 以新典範重新整理已有的研究成果。

4. 配合國家經費解決新典範下的未知問題。

(三) 參與家庭醫師整合計畫

為維護中醫健保永續經營,促使中醫在全民健保發揮應有之功能,針對公民會議決議及二代健保規劃意見,中醫全聯會代表參考賴氏等建議及內部相關議題討論(施純全,2005),於「全民健康保險實施十週年之回顧與展望」—「全民健康保險之施行對中醫的影響」講題中對當前中醫門診總額支付制度試辦計畫提出應積極努力推動方向為:

1. 推動中醫師繼續教育,建立臨床指引及中醫醫療品質之個體與總體指標,提昇中醫醫療品質增加民眾對中醫的信賴。
2. 推動中醫證醫學的研究。
3. 推動臨床療效暨經濟效益評估。
4. 推動住院之中醫會診計畫。
5. 推動中醫住院計畫。
6. 加強中醫醫療照護包括結合現代科技、特殊疾病及重症照護。
7. 均衡中醫醫療資源分布、提高民眾中醫就醫之可近性。
8. 加強中醫公共政策研究。
9. 強化中醫總額共同答理、有效監控醫療品質及減少醫療浪費(65)。

十三、中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案規範

(一) 規範保險對象就醫權益之確保：

1. 健保局每半年應針對各區中醫門診就醫可近性、醫療服務品質滿意度，及差額負擔情形等進行調查，其調查內容之設計，得會同全聯會研訂，並得委託民調機構辦理。
2. 各區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或差額負擔金額及申訴檢舉案件顯著增加，經健保局檢討結果認有歸責於中醫門診醫療服務原因者，應函全聯會立即督導改善。

(二) 中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查規定：

中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查，由中央健保局每半年委託單位：民調機構，進行調查區域範圍及對象：台閩地區中醫就醫病，抽樣方式：採分層隨機抽樣，調查方法：電腦輔助電話訪問。其中 89 年 6 月（總額前）、90 年 5 月、90 年 12 月、91 年 12 月、92 年 7 月及 92 年 12 月均委由同家民調公司—故鄉市場調查股份有限公司進行調查，以下將歷次調查結果，整理分析如下：

(三) 歷次中醫門診醫療服務品質滿意度調查結果如表 2-7

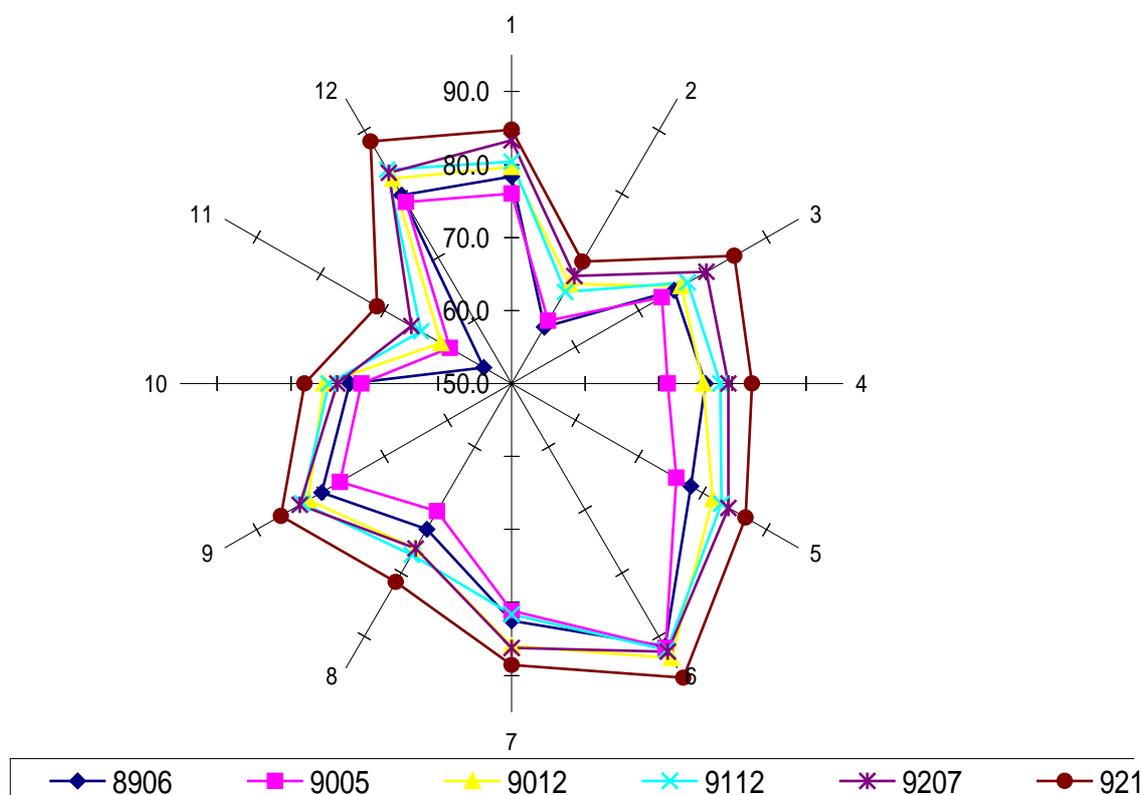
表 2-7 歷次中醫門診醫療服務品質滿意度調查結果 單位%

項目別	非常滿意或滿意						普通						非常不滿意或不滿意					
	8906	9005	9012	9112	9207	9212	8906	9005	9012	9112	9207	9212	8906	9005	9012	9112	9207	9212
對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度	78.3	76.0	79.6	80.4	83.3	84.7	21.0	23.0	19.9	19.0	16.2	14.6	0.7	1.0	0.6	0.6	0.4	0.7
對醫療設備的滿意度	58.9	59.9	65.7	64.5	67.0	69.2	40.1	39.5	33.7	34.5	31.7	30	0.8	0.6	0.6	1.0	1.2	0.8
對看病流程的滿意度	75.5	73.5	76.6	77.6	80.5	84.9	23.3	25.6	22.9	20.9	18.3	14	1.2	0.8	0.6	1.5	1.1	1
對到達就診場所交通方便性的滿意度	76.3	71.2	76.0	78.3	79.4	82.6	18.4	24.0	19.9	17.3	16.1	12.5	5.3	4.9	4.0	4.3	4.5	5
對醫生醫術的滿意度	78.1	75.8	81.5	82.9	84.0	86.7	20.5	22.5	17.8	15.1	14.5	11.6	1.4	1.7	0.7	1.9	1.5	1.6
對醫生服務態度的滿意度	91.6	91.8	93.4	92.1	92.4	96.5	7.7	7.5	6.3	7.0	6.6	3.1	0.7	0.7	0.4	0.9	1	0.4
對其他醫護人員服務態度的滿意度	82.5	81.1	85.9	81.6	86.2	88.5	16.5	18.3	13.1	17.3	12.7	10	1.0	0.6	1.0	1.0	1.1	1.6
對治療效果的滿意度	73.0	70.2	76.1	77.1	76.1	81.4	23.5	25.9	21.3	20.1	21.8	15.2	3.5	4.0	2.5	2.9	2.1	3.4
對醫生說明的滿意度	79.8	76.9	81.9	82.8	83.2	86.2	17.8	20.4	16.7	15.0	14.8	11.9	2.4	2.7	1.4	2.1	1.9	1.9
對其他醫護人員說明的滿意度	72.0	70.4	75.5	74.8	73.7	78.1	25.5	27.4	22.6	23.5	25.1	19.8	2.5	2.1	1.8	1.8	1.2	2.2
對自行負擔費用高低的滿意度	54.4	59.7	61.1	64.2	65.7	71.1	39.2	34.6	32.8	30.2	30.3	24	6.3	5.6	6.1	5.5	3.9	4.9
對就診場所整體醫療品質的滿意度	79.8	78.7	82.3	83.8	83.3	88.2	18.9	19.9	16.9	15.4	15.6	10.3	1.3	1.3	0.7	0.8	1.1	1.5

資料來源：1. 中央健康保險局「中醫門診總額支付制度實施後醫療品質及可近性」

2. 以上提及肯定態度包括「非常滿意」、「滿意」及「普通」，滿意度包括「非常滿意」及「滿意」，不滿意度包括「不滿意」及「非常不滿意」。九十二年十二月調查結果顯示高達 99% 的中醫病人對就診場所整體醫療品質持肯定態度。在對各項醫療品質持肯定態度的比例亦高達 95% 或以上。

中醫門診總額實施前後民眾滿意度比較詳見圖（一）



註：

1	對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度
2	對醫療設備的滿意度
3	對看病流程的滿意度
4	對到達就診場所交通方便性的滿意度
5	對醫生醫術的滿意度
6	對醫生服務態度的滿意度
7	對其他醫護人員服務態度的滿意度
8	對治療效果的滿意度
9	對醫生說明的滿意度
10	對其他醫護人員說明的滿意度
11	對自行負擔費用高低的滿意度
12	對就診場所整體醫療品質的滿意度

(四) 調查結果之分析與比較

1. 中醫實施前後醫療服務品質調查之比較：

與八十九年六月（總額前）調查結果比較，「對自行負擔費用高低的滿意度」顯著增加 17%；「對醫療設備的滿意度」顯著增加 10%；「對看病流程的滿意度」顯著增加 9%；「對治療效果的滿意度」顯著增加 8%；「對就診場所整體醫療品質的滿意度」顯著增加 8%；「對到達就診場所交通方便性的滿意度」顯著增加 6%；「對其他醫護人員服務態度的滿意度」顯著增加 6%；「對就醫場所衛生環境及舒適性的滿意度」顯著增加 6%；「對醫生說明的滿意度」顯著增加 6%；「對其他醫護人員說明的滿意度」顯著增加 6%；「對醫生服務態度的滿意度」顯著增加 5%。

2. 對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度：

92 年 12 月高達 99% 的病人對就診場所衛生環境及舒適性持肯定態度，其中 85% 表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占 0.7%，另有 15% 的病人表示普通。與 92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度差不多，但滿意的比例則有顯著增加。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度顯著增加 16 個百分點。

3. 對醫療設備的滿意度：

92 年 12 月高達 99% 的病人對醫療設備持肯定態度，其中 69% 表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占 1%，另有 30% 的病人表示普通。92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對醫療設備的滿意度差不多。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人

對醫療設備的滿意度有顯著增加 10 個百分點。

4. 對看病流程的滿意度：

92 年 12 月高達 99% 的病人對看病流程持肯定態度，其中 85% 表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占 1%，另有 14% 的病人表示普通。92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對看病流程的滿意度增加四個百分點。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對看病流程的滿意度顯著增加九個百分點。

5. 對到達就診場所交通方便性的滿意度：

92 年 12 月高達 95% 的病人對到達就診場所交通方便性持肯定態度，其中 83% 表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占 5%，另有 13% 的病人表示普通。與 92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對到達就診場所交通方便性的滿意度增加了三個百分點。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對到達就診場所交通方便性的滿意度顯著增加六個百分點。

6. 對醫生醫術的滿意度：

92 年 12 月高達 98% 的病人對醫生醫術持肯定態度，其中 87% 表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占 2%，另有 12% 的病人表示普通。與 92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對醫生醫術的滿意度差不多。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對醫生醫術的滿意度顯著增加六個百分點。

7. 對醫生服務態度的滿意度：

92 年 12 月高達 100% 的病人對醫生服務態度持肯定態度，其中 97% 表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占

0.4%，另有 3%的病人表示普通。92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對醫生服務態度的滿意度增加四個百分點。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對醫生服務態度的滿意度顯著增加五個百分點。

8. 對其他醫護人員服務態度的滿意度：

92 年 12 月高達 98%的病人對其他醫護人員服務態度持肯定態度，其中 89%表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占 2%，另有 10%的病人表示普通。與 92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對其他醫護人員服務態度的滿意度差不多。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對其他醫護人員服務態度的滿意度顯著增加六個百分點。

9. 對治療效果的滿意度：

92 年 12 月高達 97%的病人對治療效果持肯定態度，其中 91%表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占 3%，另有 15%的病人表示普通。92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對治療效果的滿意度增加五個百分點。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對治療效果的滿意度顯著增加八個百分點。

10. 對醫生說明的滿意度：

92 年 12 月高達 98%的病人對醫生說明持肯定態度，其中 86%表示滿意或非常滿意。表示不滿意或非常不滿意者僅占 2%，另有 12%的病人表示普通。92 年 7 月調查結果比較，中醫病人對醫生說明的滿意度增加三個百分點。與 89 年 6 月調查結果比較，中醫病人對醫生說明的滿意度顯著增加六個百分點。

11. 對其他醫護人員說明的滿意度：

92年12月高達98%的病人對其他醫護人員說明持肯定態度，其中78%表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占2%，另有20%的病人表示普通。92年7月調查結果比較，中醫病人對其他醫護人員說明的滿意度增加四個百分點。與89年6月調查結果比較，中醫病人對其他醫護人員說明的滿意度增加六個百分點。

12. 對自行負擔費用高低的滿意度：

92年12月高達95%的病人對自行負擔費用高低持肯定態度，其中71%表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占5%，另有24%的病人表示普通。92年7月調查結果比較，中醫病人對自行負擔費用高低的滿意度增加五個百分點。89年6月調查結果比較，中醫病人對自行負擔費用高低的滿意度顯著增加十七個百分點。

13. 對就診場所整體醫療品質的滿意度：

92年12月高達99%的病人對就診場所整體醫療品質持肯定態度，其中88%表示滿意或非常滿意，表示不滿意或非常不滿意者僅占2%，另有10%的病人表示普通。92年7月調查結果比較，中醫病人對就診場所整體醫療品質的滿意度增加五個百分點。與89年6月調查結果比較，中醫病人對就診場所整體醫療品質的滿意度增加八個百分點。

14. 當次就診有沒有發生不滿的事：

92年12月有4%的病人在當次就診曾發生不滿意的事情，表

示不曾發生的占 96%。當次就診曾發生不滿意情形的病人中，有向院方反應者占 45%，而有 55%的病人並沒有向院方反應他們的意見或感受。而有向院方提出意見的病人中，院方有加以處理者占 82%，沒有處理者占 18%。與 92 年 7 月調查結果比較，有向院方反應的比例差不多，沒有向院方反應的比例則下降。與 86 年 6 月調查結果比較，有向院方反應的比例差不多，有得到後續處理的比例增加。

15. 同不同意自費就診的醫療服務品質比健保好：

92 年 12 月超過半數(62%)的病人不同意或非常不同意自費就診的醫療服務品質比健保好，表示同意或非常同意者有 28%，另有 10%的病人表示沒意見。與 92 年 7 月調查結果比較同意(包含非常同意)的比例增加 4%。與 89 年 6 月調查結果比較，表示同意(包含非常同意)的比例沒有顯著差異。

16. 醫生需要改善的項目：

92 年 12 月 97%的病人表示醫生並無需要改進之處，2%的病人認為醫生需要改進。在表示醫生應改進的病人中，有 48%病人希望醫生能加強醫術，其次希望醫生能詳細解說病情，有 40%，再其次有 19%病人希望醫生應親切些。與 92 年 7 月調查結果比較，認為需要改進的比例減少，在表示醫生應改進的病人中，認為醫生需要改善的項目的比例沒有顯著差異。與 89 年 6 月調查結果比較，認為需要改進的比例減少，在表示醫生應改進的病人中，認為醫生需要改善的項目是加強醫術的比例顯著增加。

17. 需要看中醫時，是否很容易就能看到或預約到：

92年12月91%的病人表示當自己或家人需要看中醫時，很容易(含非常容易及容易)就能看到或預約到，表示不容易(含不容易及非常不容易)者僅占5%，另有4%表示沒意見。與92年7月調查結果比較，表示非常容易的比例顯著減少三個百分點⁽¹³⁾。

第七節 台灣山地離島地區之醫療政策

一、歷年來台灣山地離島之醫療政策

台灣地區醫療資源城鄉的分布不均，早已經成為提高我國人民福祉的一大阻礙。民國 84 年全民健保開辦後，由於納保率高達九成以上，每人所繳的保費相差無幾，但城鄉居民所享受的醫療待遇，卻相差懸殊。於是乎，「有保險而無醫療」、「劫貧濟富」等問題日益嚴重(戴行妍, 2003) (74)。

根據鍾蝶起(2001)比較台灣地區居民健康在城鄉上之差異研究發現，台灣東部地區居民平均壽命只有 69.89 歲，遠低於台灣地區的 74.83 歲，原住民平均壽命更比一般人少 10 歲；且惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病及事故傷害死亡率，是台灣其他地區的 1.36 倍，原住民社區甚至更高達 2 倍以上。此外，酗酒、嗑藥、吃檳榔等，不良生活行為也普遍存在各山地鄉。造成偏遠地區居民平均壽命較短的原因，除了生活習性與疾病型態特殊外，醫療資源嚴重不足是重要因素。

針對山地離島地區所遇到的困境，政府也針對其需求訂定各項政策與執行計劃，例如為掌握及派遣至偏遠地區之醫療資源，公費醫師之訓練至今尚未停止；72 年起廣設基層醫療保健中心與群體醫療執業中心、實施省立醫院改革方案；並從民國 74 年開始進行 15 年 3 期之醫療網計劃，以使各醫療網區域間之各項醫療資源力求均衡，如：加強衛生室的

建立、醫療發展基金的設置、偏遠地區遠距及通訊醫療系統的架設及實施、山地離島醫護人員養成計畫、巡迴醫療計畫、鼓勵醫師下鄉服務等等。84年3月實施全民健康保險之後，健保局亦提供山地離島地區居民就醫優待、山地離島地區門診診察人次不受合理門診量限制、加強山地離島地區醫療支援及巡迴醫療服務。

近年來健保局開始推動「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」(Integrated Delivery System; IDS)，以解決偏遠地區醫療資源的不足，這是我國政府少見的提升山地鄉醫療水準的「大動作」。採取委託大型醫院「認養鄉鎮」的方式，將醫療送下鄉，至92年6月中央健保局已在全台47個山地離島地區，完成多個IDS計畫(沈茂庭，曾憶玲，1997)⁽⁷⁵⁾。

我們根據相關文獻資料，整理如表可略見台灣在不同時期政府的山地離島偏遠地區政策。

表 2-8 歷年來台灣山地離島地區之醫療政策

時間	政策方案	政策目的
1624-1683 年	在這個時期原住民歷經荷蘭、西班牙統治時期以及鄭成功時代，但是從未有明確的醫療衛生政策，因此這個時期主要依賴的還是傳統醫療。	
1683-1895 年	滿清統治時期，對於原住民開始有簡易醫療服務。光緒元年（西元 1875 年）設撫墾總局與撫墾分局，並設有醫師擔任土著及墾民業務，自此才有醫療進入土地，其後更陸續有傳教士進入山地，如馬偕博士等，西方醫療在此時典已開始在原進民地區萌芽。	
1895-1945 年	本時期為日領時代，這個時期在台灣已開啟了公醫診療所，瘧疾防治所等之設置，日本人並訓練山地婦女擔任助產士之工作，為原住民的醫療業務奠立了良好的基礎，故稱這個時期為奠基期。	
1947 年	開始於各山地鄉設衛生所，而在山地衛生行方面亦有專責之單位。	
1958-1959 年	委託高雄醫學院附設「台灣省山地醫師醫學專修」培養公費醫師，至山地離島地區服務。	
1960 年	台灣省山地醫師醫學專科設置辦法。	培養山地醫師人力，加強山地衛生工作，充實山地醫師服務。
1962 年	山地行政改進方案。	積極發展山胞之教育及經濟，以提高其文化經濟水準，增進其社會福利，促使早日與一般社會融合。
1963 年	山地行政改進方案。	山地衛生所編制員額的彈性調整、醫護人員培訓、充實醫療設施及藥品、加強山地衛生教育、全面改善山地環境衛生及寄生蟲防治。
1969 年	台灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫實施進度：民國 58 年 7 月底至 74 年 6 月底止。	培育原住民，離島醫護人員，增加山地離島地區的醫療人力。
1969 年	台灣省地方醫護人員養成計畫。	培育公費醫護人員，以提供山地離島地區醫護人力。

表 2-9 歷年來台灣山地離島地區之醫療政策（續）

1974 年	福建省醫護人員養成計畫 預定實施進度：民國 63 年至 74 年。	加強金門、馬祖地區醫事人力培育。
1975 年	公告「台灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」修改為「台灣省地方醫護人員養成計畫」。	
1978 年	衛生署：加強農村醫療保健計畫 執行期間：68 年 7 月—72 年 6 月。	重、修建每一個鄉、鎮、市衛生所，加強基層醫療保健設施。
1978 年	台灣省地方醫護人員養成計畫—續辦計劃 執行期間：68 年 7 月—84 年 6 月底。	
1979 年	台灣省地方醫護人員養成計劃畢業管理要點。	
1979 年	台灣省政府衛生處—「加速改善偏遠地區居民生活實施計畫—加強巡迴醫療服務」工作狀況及成果評估。	提供偏遠地區無開業醫生之村里民眾適當的醫療照護，彌補偏遠地區醫療設備之不足。
1979 年	加速改善偏遠地區醫療保健計畫實施要點。	
1983 年	台灣省醫護人員養成計畫—續辦計劃：培育牙醫師人力。	
1985 年	擴大巡迴醫療服務成果報告。	
1985 年	醫療保健計畫—籌建醫療網計畫第一期：公共衛生保健機構與醫療網之配合 執行期間：74 年 7 月—79 年 6 月。	使大多數的民眾能就近並在最短的時間內獲得一般性之門診、急診及住院醫療照護。 加強基層醫療保健與強調無開業醫鄉偏遠地區之巡迴醫療方面則已涵括山地鄉之業務。
1988 年	衛生署：台灣省山地鄉居民衛生改善工作計畫。	
1989 年	依醫療法於澎湖縣辦理通訊醫療。	
1989 年	頒定「台灣省地方醫護人員養成第三期十年計畫」。	繼續培育山地離島地區之公費醫護人員。
1990 年	衛生署成立「山地離島衛生諮詢小組」。	
1990 年	公告「台灣省山地鄉試辦通訊醫療計畫」。	
1990 年	台灣省政府衛生處訂定「台灣省立醫院協助山地離島衛生醫療服務要點」。	

表 2-10 歷年來台灣山地離島地區之醫療政策（續）

1993 年	醫療網第二期：加強基層保健醫療服務—加強山地離島醫療保健服務。 執行期間：80 年 1 月—85 年 12 月。	均衡各地區醫療資源發展，縮短城鄉差距，以提高醫療服務可近性，使民眾能就近得到適切的醫療保健服務。
1993 年	澎湖縣籌建巡迴醫療服務船 84 年 9 月開航啟用。	加強澎湖縣各離島門診及急救醫療服務。
1993 年	補助山地離島地區衛生所吉普型救護車計 17 輛及一般型救護車 34 輛。	提升該等地區緊急救護機動能力。
1994 年	台灣省地方醫護人員養成計劃。 實施進度：民國 79 年至 94 年。	
1994 年	推動遠距醫療會診—建立遠距醫療先導系統。	配合行政院「國家資訊通訊基本建設」，結合醫療、資訊與通訊新科技，以提升離島地區的醫療品質。 提供偏遠和離島地區民眾全面性醫療照護服務，並提供醫師人員教育機會。
1994 年	訂有「全民健康保險加強山地離島地區醫療服務作業方案」。	以加強對山地離島居民醫療服務，來改善該地區民眾就醫問題。
1995 年	山地離島地區通訊醫療實施方式及實施地點。	彌補山地及離島地區醫療資源之不足，以改善居民就醫之不便。
1995 年	全民健保加強山地離島地區醫療服務作業方案。	
1996 年	在馬祖地區設置直昇機停機坪。	加強執行該地區緊急醫療救護及後送傷患及時就醫作業能力。
1996 年	偏遠地區醫療改善方案計畫。	了解當地之醫療需求。
1997 年	醫療網第三期：加強山地離島醫療及原住民醫療服務計畫。 執行期間：87 年 7 月—90 年 6 月。	
1997 年	補助澎湖國軍澎湖醫院建置高壓氧治療艙。	強化澎湖地區潛水夫病患的照護。
1997-2000 年	建立醫療網第三期計畫 執行期間：86 年 1 月—89 年 6 月。	均衡醫療資源分布，縮短城鄉差距，以提高醫療服務可近性，使民眾能就近得到適切的醫療保健服務。
1998 年	行政院衛生署：成立山地離島醫療科	
1998 年	行政院衛生署及行政院原委會：原住民族發展方案—衛生醫療。	強化原住民地區公共衛生，改善醫療品質，扶助全面參加健康保險。

表 2-11 歷年來台灣山地離島地區之醫療政策（續）

1998 年	執行「加強山地離島及原住民醫療服務計畫」。 執行期間：87 年 7 月 1 日—90 年 1 月 30 日。	積極推動各該地區之醫療保健服務工作，如充實醫療人力、改善醫療設施、整合醫療資源、增購醫療設備、強化緊急醫療後送體系、加強民眾衛生教育宣導等。 87 年 7 月 1 日辦理離島地區居民來台就醫交通費補助、補助離島地區辦理直昇機運送緊急傷病患服務，88 年擴展至山地鄉辦理
1999 年	全民健保全面提昇山地離島地區醫療服務計畫（簡稱 IDS 計畫）。 88 年 11 月起。	整合當地醫療院所，提供山地離島居民門診、急診、巡迴醫療、轉診後等多項服務，照顧偏遠地區民眾
1999 年	山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通補助試辦要點。	為補助山地離島地區居民因罹患嚴重或緊急傷病就醫之交通費
1999	台灣省地方醫護人員養成績績計畫 實施期間自 88 學年度—94 學年度 （88 年 7 月—95 年 6 月）。	
2000 年	原住民部落及離島社區健康營造計畫。	主要之推動方針在於因地制宜與建立自主與多元機制，期能誘發居民主動參與，並透過部落的健康自覺與自決以落實社區健康營造
2001 年	加強山地離島及原住民醫療保健服務	
2001 年	醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫中 執行期間：90 年 1 月—93 年 12 月。	係以「加強山地離島及原住民醫療服務」三年計畫之八大重點為精進服務之基礎再增加四項措施，包括：強化山地離島及原住民衛生保健工作體系、加強山地離島地區特殊疾病與醫療問題之防治與研究、加強辦理都市原住民之醫療照護工作，以及建置遠距醫療會診系統等，總計有十二項
2001 年	行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫。 執行期間：90 年 7 月 1 日—99 年 6 月 30 日	培育山地離島及原住民專業醫療人才，提升醫療水準，改善服務品質。增加山地離島及原住民地區醫事人力，均衡醫療資源，縮短城鄉差距。發展自給自足及本土化醫療服務模式，增進民眾健康，落實社區衛教。

資料來源：根據沈茂庭（2003）⁽⁹⁾、鴻義章等（2002）⁽⁷⁶⁾、張文信（1998）⁽⁷⁷⁾ 及（2000）⁽⁷⁸⁾、魏玉容（2000）

⁽¹⁾ 及鄭守夏（1999）⁽⁷⁹⁾ 等文獻資料整理

二、全民健保下山地離島政策

實施全民健保，已屆滿十年，十年以來全國民眾在健保體制度的照護下，已獲得必要的醫療照護。加保的民眾，已經由 84 年開辦的 1912 萬 3278 人，增加至 93 年 12 月底的 2208 萬 3400 人，實質之納保率已超過 99%。

健保特約之醫院及診所，已經從 84 年的 14599 家，增加到 92 年的 17259 家，醫療院所特約率亦高達 92.54%，每日提供之門診及住院服務多達 92.2 萬人次，每日平均支出之醫療費用約為 11.1 億元。且每 1 萬人就有 16 位醫師為大家的健康把關，民眾對醫療服務的滿意度，高達 88%。

台灣地區一共有三十個山地鄉，十八個離島鄉；在以往，山地離島居民就醫面臨兩大問題，一為醫療之經濟障礙，一為醫療資源不足問題；全民健保開辦後解決了就醫的經濟障礙，但醫療資源不足問題卻仍存在並亟待解決。

全民健康保險的實施是我國福利政策的重要里程碑，其主要目的在於減少民眾就醫的經濟障礙，使民眾能公平的就醫。無論貧富貴賤，只要民眾在需要求醫時，均能獲得適當的醫療照護。但就醫的公平性與醫

療資源的分佈息息相關；如果不具備醫療資源，空有健康保險，民眾仍無法接受醫療照護。因此，全民健康保險開辦以來，因醫療資源分布不均，無法落實對偏遠地區民眾與弱勢族群的醫療照護，而使全民健保系統下的相對權利與義務備受爭議（蕭正光，1996）⁽⁸⁰⁾。

山地離島地區地理因素，致醫療資源缺乏，此問題並非短期間可獲得解決，因此中央健保局在全民健保開辦之初即訂有「全民健康保險加強山地離島地區醫療服務作業方案」採行：

（一）免繳部分負擔。

1. 民眾在山地離島地區的特約醫院或診所看門診或急診，可免繳部分負擔。
2. 民眾在山地離島地區接受特約居家照護機構提供的服務，可免部分負擔。
3. 經離島地區醫院、診所轉診至台灣本島看診、急診者，可免部分負擔。

（二）鼓勵特約院所提供山地離島地區醫療服務

1. 山地離島地區特約院所，不受門診合理量之限制，對於門診診療費用之支付金額亦較一般地區提高。
2. 鼓勵於山地離島地區提供巡迴醫療者，除醫療費用可依規定申報外，另給付巡迴醫療報酬。

3. 支援二、三、四級離島無醫師之衛生所（室），醫師每天另支給醫療報酬。

(三)放寬山地離島地區醫療院所特約業務及協助改善醫療設備

1. 山地離島地區衛生所的負責醫師出缺時，可由暫代醫療業務之支援醫師提出申請，使其成為全民健保之特約診所，繼續為居民提供醫療服務。
2. 放寬山地離島地區衛生所辦理居家照護服務的條件。只要衛生所聘有兩名以上接受過居家照護專業訓練期滿的護理人員，就可申請辦理全民健康保險居家照護業務。
3. 為了鼓勵居家照護機構到山地離島地區提供居家照護服務，醫師和護理人員到病患家裡訪視的費用，比一般地區費用提高。
4. 山地離島地區如果沒有適當的專科醫師提供全民健保的預防保健服務，當地衛生局可以聘請符合規定的專科醫師，用支援的方式辦理。其中成人預防保健部份，當地執業醫師參加健保局的講習後就可以辦理。
5. 補助山地離島地區之通訊醫療設備及相關費用，以發揮遠距醫療會診系統功能山地離島偏遠地區健康保險之多元服務改善方案。

6. 推動辦理各項山地離島地區醫療服務改善計畫。

7. 改善山地離島偏遠地區醫療保健服務。

8. 改善山地離島偏遠地區牙科醫療服務。

(四)補助原住民參加全民健康保險之保險費

1. 由行政院原住民委員會編列預算，補助因經濟困難而無法參加全民健保之原住民健保費。

2. 補助對象：符合投保全民健保第六類第二目（地區人口）之原住民保險對象，且年齡未滿二十歲及年滿五十五歲以上者。

3. 預計將有 54000 人受惠，每年所需經費約四億元。

由於山地離島地區所面臨之問題有其共通性，亦有其部分特殊需要之差異，因此中央健保局於 85 年 7 月 9 日研商「偏遠地區醫療改善方案計畫」時，將計畫區分為三階段實施，第一階段即在於了解當地之醫療需求，所採取措施包括：擇定預定試辦地點、協調有關單位共同參與、設計問卷以進行家戶訪問、調查當地人口登記、補助電腦設備、利用衛生所設施；在第二階段則以確立管理式照護醫療服務方案、協定論人計費支付標準之可行方案、設定醫療服務目標或給付內容、訂定民眾登記與就醫規範、建立山地離島地區統計資料、設定計畫評估指標；第三階段則視第二階段實施情形辦理。此為中央健康局首度嘗試以結合當地現有資源之方式，並依據山地離島當地之醫療照護計畫⁽⁷⁵⁾。

中央健康保險局自 88 年起，為鼓勵醫療院所至山地離島地區提供各項醫療保健服務，提昇醫療照護之可近性，實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」。實行範圍涵括全台之山地、離島及偏遠地區。健保局在開展試辦此計畫一年之後提出了嶄新的「整合醫療服務經營模式 (IDS)」，希望能兼顧試辦地區醫療照護系統的永續紮根及前瞻性之拓展 (譚秀芬，2001)⁽⁸¹⁾。

健保局自 88 年 11 月實施「全民健保全面提昇山地離島地區醫療服務計畫 (簡稱 IDS 計畫)」，整合當地醫療院所，提供山地離島居民門診、急診、巡迴醫療、轉診後送等多項服務，照顧偏遠地區民眾。

在 IDS 計畫下，全國 48 個山地離島鄉都能與全國各地區一樣，享有整體醫療照護，成效說明如下：

- 1、山地離島居民每人每年平均門診次數、醫療費用比全國民眾的平均值高。
- 2、山地離島鄉民至鄉外就醫情形逐漸減少。
- 3、山地離島鄉居民死亡呈現逐年下降趨勢。
- 4、因為疾病獲得及時妥適治療，使得山地離島鄉居民住院案減少，整體住院費用由 85 年約為一般地區的 1.46 倍，至 91 年已下降至 1.17 倍，呈現下降趨勢，山地離島地區居民每人每年醫療費用為一般地區的 1.93 倍，對健保滿意高達 87.11%，而健保局同

推動的原住民輔導納保計畫，也使原住民納保率由 87 年的 82.48%，提升至 91 年的 91.92%（中央健保局，2005）⁽⁸²⁾。

三、台灣總額支付制度下的山地離島策略

為避免資源少的地區付費者補助資源多的地區，造成醫療資源分佈愈來愈不公平的現象，台灣總額支付制度的規劃訂定地區預算。以居住該地之人口需求為分配依據，而非以醫療供給為出發點。依據地區人口數校正風險後分配預算，可使資源少的地區亦有足夠資源得以發展需要的醫療服務。

一、牙醫門診：以七年為期，逐年增加各區保險對象人數的分配比

率為：10%、20%、40%、50%、70%、90%及 100%。

二、中醫門診：以八年為期，逐年增加各區保險對象人數的分配比

率為：5%、15%、25%、40%、55%、40%、85%及 100%。

三、西醫門診：以五年為期，逐年增加各區保險對象人數的分配比

率為：5%、15%、35%、70%及 100%。

台灣總額支付制度自九十年十月起於預算協商中導入無醫鄉執業、巡迴醫療、資源缺乏地區獎勵方案、山地離島地區服務提昇計畫等多項專款專用項目，藉以做為均衡醫療資源分布的機制，全民健保總額支付制度下醫療資源缺乏改善措施的成效評估成為新的研究課題。政府陸續推動各項均衡醫療資源之政策的腳步雖未停止，惟山地離島地區之居民

之醫療需求與困境，在逐年有改善之趨勢下，卻仍受限於地形、交通、市場機能等因素無法妥善解決⁽⁷⁸⁾。

第八節 近年來國內山地離島支援醫療服務成效評估

山地離島地區因先天地理環境的限制，交通較不便捷，難以吸引醫師前往開業，長久以來就存在著醫療資源不足的問題(賴美淑，2001)⁽⁸³⁾；當地民眾對這種醫療資源缺乏的環境有句順口溜形容「小病用忍、大病用等、急病用滾」，意思是生小病時，嫌就醫不便，忍一忍就過去了；生大病時，得等農忙有空或等有車可搭，才能就醫；一旦急病發生，送到醫院緩不濟急，就只好痛的滿地打滾。這是多麼辛酸又無奈的告白(薛桂文，1998)⁽⁸⁴⁾！

民國 86 年 9 月中國時報報導：「無醫村裡，小病要忍、大病要等，多少山地離島民眾有健保等沒有，靠宗教醫療團體義診病痛」，由此可瞭解，山地離島在當時仍有相當多的居民沒有醫師可以看病。

1978 年世界衛生組織提出的 Alma-Ata 宣言指出：『健康是基本人權、維護國民的健康是政府的責任，而基層保健服務則是達成公元 2000 年全民健康基本手段』。全民健保實施的宗旨之一就是照顧弱勢。照顧弱勢若以健康權而言，就是希望無論在那裡的民眾都能得到醫療照顧的機會。基於此理念，全民健保開辦後，即經由保險體系與醫療網路的提供，致力提升山地離島地區的醫療服務品質，期盼能照顧到每一個角落國人的健康。

歷年來政府實施了相當多的方案措施，來解決山地離島的健康及就醫問題，山地離島的健康情況及就醫問題雖然已有所改善，但是相對於台灣地區而言，仍有一段差距。政府除了繼續加強醫療人力、增加醫療設備，配合全民健保的實施，加強山地鄉之保險率，中央健保局亦結合大型醫院以論人論量計酬的方式支援山地離島醫療。此外，並加強山地離島緊急醫療服務措施；對於山地離島地區的預防醫療保健服務，也明訂出許多計畫方案措施。

從中央健保局結合大型醫院支援山地離島的之方案執行過程中發現，支援醫院面臨交通問題、醫療人力穩定性、缺乏當地專業翻譯人員、與當地衛生所無法資源共享的問題；而從評估計畫中發現，巡迴醫療的介入提高當地民眾的醫療可近性，當地鄉外就醫的情形降低，增加部分的醫療資源；民眾對於巡迴醫療的的滿意度大都給予正向的肯定。支援醫療雖然對當地民眾有幫助，但長期的來看，仍然沒有辦法真正解決當地民眾醫療資源不足、健康情況較差的問題，畢竟外來的醫療只是定時的做醫療服務，對於民眾的基礎醫療保健工作仍須仰賴當地的衛生所資源，也才能提供連續性的完整服務。

前述計畫對於山地離島地區民眾是否有助益，健保局亦委託學者專家進行各項評估計畫，以下根據相關文獻資料將近年來部分評估計畫整理如下：

表 2-12 近年來國內山地鄉及離島支援醫療服務成效評估

評估地區	桃園縣復興鄉	嘉義縣阿里山鄉
作者	王惠玄	譚秀芬、曾泓富
計畫名稱	桃園縣復興鄉居民醫療保資源使用率滿意度暨因素分析	嘉義縣阿里山鄉醫療資源利用現況及滿意度調查
方式	巡迴醫療+24 小時定點醫療站設立	巡迴醫療+定點醫療站設立
醫院	桃園聖保祿醫院 高揚威家醫科診所	嘉義基督教醫院 聖馬爾定醫院
群特性原住民	泰雅族---85.5%	鄒族---58.7%
家庭收入	<3 萬---58.5% 3.5 萬---20.1%	NA
就醫交通時間（至最常利用之醫療院所）	平均 70.28 分	<30 分鐘---41.9% 1-2 小時---28.6% >2 小時---20.1%
鄉內醫療院所數量	衛生所及高揚威家醫科診所	衛生所及豐富診所
健保納保率	平均 87.4%	平均 94.7%
對巡迴醫療滿意度	低於一般醫療	聖馬爾定：50%，嘉基：61.5%
對健保的建議或不滿意的原因	保費太貴---54.3% 健保用藥差---36.2% 醫療品質差---15.0%	NA
支援方案介入後之改善情況	1. 至醫療站時間縮短為 11.74 分，大幅低於至其他院所的 70.28 分。 2. 部分村的就診率有顯著的提昇。	1. 居民對整體醫療環境的不滿意比率從 60.4%降至 32.4% 2. 聖馬爾定醫院成為鄉目前最大的醫療服務提供者，總門診人次也有非常顯著的成長。
評估計畫結果	支援的醫療服務大幅提昇復與鄉民眾之就醫可近性，平均每月門診人次成長 12%，但就民眾對支援服務的滿意度而言，由於醫師提供服務的方式與民眾的期望大相逕庭，使民眾對此服務的信心大失，也難以領會健保局的苦心。唯一顯著提高的滿意項目為「就診所花費的時間（包括交通及看病）」。	在聖馬爾定與嘉基的醫療介入後，原本 60.4%的不滿意比例大幅降至 32.4%。阿里山鄉醫療介入前後，民眾平均每月的醫療利用人次由 4915.8 上升 5674.3。對於聖馬爾定及嘉基兩家醫療站之滿意度相當的高，分別為 50.5%及 61.5%。

表 2-13 近年來國內山地鄉及離島支援醫療服務成效評估（續）

評估地區	花蓮縣秀林鄉崇德、和平村 及宜蘭縣澳花村	金門縣烈嶼鄉
作者	李亦慧	張文信
計畫名稱	偏遠地區社區醫療保健計畫之評估－門諾醫院在花蓮的嘗試	金門縣烈嶼鄉巡迴醫療提供之成果評估
方式	巡迴醫療＋定點醫療站設立	巡迴醫療 (週六週日)
醫院	門諾醫院	馬偕醫院
群特性原住民	原住民---71%	閩南人
家庭收入	<1 萬---9.7% 1-5 萬---69.3%	<2 萬---20.3% 2.4 萬---41.8%
就醫交通時間（至最常利用之醫療院所）	<30 分鐘---30.4% 2 小時---38.1% >2 小時---1.1%	<10 分鐘---48.9% 11-30 分---32.7% >30 分---17.8%
鄉內醫療院所數量	三村各一衛生室（但無常駐醫師，僅有公衛護士一名）	衛生所及黃厝醫院
健保納保率	平均 91.9%	99%
對巡迴醫療滿意度	90.7%	86.7%
對健保的建議或不滿意的原因	NA	保費太貴---40.5% 品質要再提高 14%
支援方案介入後之改善情況	1. 居民對於醫療站的利用率與日漸增，提供 10-37% 的西醫門診量，衛生室的服務量則相對下降。 2. 居民對醫療站的服務滿意度在可用性面向（門診時間、次數、科別）較衛生室滿意。	83.6% 民眾認為隔週休的六日提供巡迴醫療，對小金門民眾就醫有正面幫助。
評估計畫結果	增加崇德、和平、澳花三山地村之西醫門診與牙科門診等醫療服務的可近性，也導致醫療利用次數的增加，對整個醫療計畫的滿意度達 90.7%。	巡迴醫療的提供不僅增加部分醫療資源的提供，提升部分的醫療可近性，增加了當地居民對全民健保的滿意度；對於馬偕醫院巡迴醫療部分，滿意度達 86.7%。

表 2-14 近年來國內山地鄉及離島支援醫療服務成效評估（續）

評估地區	南投縣仁愛鄉	宜蘭縣大同鄉
作者	李卓倫	呂道南
計畫名稱	仁愛鄉巡迴醫療保健計畫	宜蘭縣山地鄉社區醫療照護試辦成效評估研究計畫
方式	巡迴醫療	巡迴醫療
醫院	埔里基督教醫院	天主教羅東聖母醫院
群特性原住民	原住民---70%	泰雅族---97.8% 布農族---0.4%
家庭收入	NA	>2 萬---28% <10 萬---1.7%
就醫交通時間（至最常利用之醫療院所）		平均 60-120 分鐘（公路車程）
鄉內醫療院所數量	衛生所 內科診所 牙科診所	衛生所 診所 2 間
健保納保率	平均 91.6%	平均 91.8%
對巡迴醫療滿意度	80.03 分	97.7%
對健保的建議或不滿意的原因		
支援方案介入後之改善情況	<p>1. 巡迴醫療計畫使醫療人力、設施、服務時間均增加，民眾對巡迴醫療就醫交通時間和等待時間的滿意度均高於其他一般醫療。民眾就醫的潛在可近性增加。</p> <p>2. 民眾對巡迴醫療的滿意度高於其他一般醫療，其中較滿意的項目為距離較近、看診時間安排較適當以及掛號、候診時間縮短。</p>	<p>1. 民眾對於整體計劃的滿意度，普通的佔 1.93%，滿意的佔 43%，非常滿意的佔 53.7%。</p> <p>2. 試辦後民眾對於醫療服務可用性、適度性及接受性三方面之滿意度，以接受程度上比較最高，其次是適度性，可用性最低。</p>
評估計畫結果	巡迴醫療計畫增加醫療人力、設施與醫療服務時間、降低民眾就醫交通時間及等候時間，增加民眾就醫可近性。當地民眾對於巡迴醫療的滿意度高於其他一般醫療服務（83.23 分 vs 76.67 分）。	在醫療服可近性、適當性及接受性山地社區醫療有統計上顯著意義，民眾對於服務人員的滿意度達 80% 以上，整體來說滿意度都比試辦前來高。醫療利用率及醫療費用試辦前比試辦後都有增加。

表 2-15 近年來國內山地鄉及離島支援醫療服務成效評估（續）

評估地區	澎湖縣七美鄉、望安鄉	台東縣蘭嶼鄉、綠島鄉
作者		鄭守夏
計畫名稱	澎湖縣離島醫療服務計畫—望安鄉、七美鄉（IDS）整合性醫療服務經營模式	台東縣蘭嶼鄉、綠島鄉巡迴醫療提供之成東評估
方式	巡迴醫療（整合性醫療服務）	巡迴醫療
醫院	高雄市阮綜合醫院	馬偕醫院
群特性原住民		雅美族
家庭收入		>2 萬---68.7% >4 萬---56.9%
就醫交通時間（至最常利用之醫療院所）	約 10 分鐘	
鄉內醫療院所數量	衛生所 衛生室	衛生所 國軍醫務所
健保納保率		95.7%
對巡迴醫療滿意度		52.8%
對健保的建議或不滿意的原因	健保保費太貴 缺乏醫療資源 醫療服務品質不好	
支援方案介入後之改善情況	村內預防保健的受檢率在計畫介入後則有明顯的成長。	對於巡迴醫療所提供醫療服務的整體滿意度，蘭嶼鄉有 62.3%的居民感到滿意及非常滿意；綠島鄉則有 52.8%的居民感到滿意及非常滿意。
評估計畫結果	對於支援都非常肯定，八成五以上的居民都覺得對他們的就醫方便性有幫助。 顯示整合性的醫療服務對離島居民的重要性更甚於山地鄉。	1. 兩鄉民眾對於巡迴醫療所提供的醫療服務兩鄉居民都呈正面的肯定，一致認為巡迴醫療所提供假日門診對於當地最有幫助。 2. 應針對兩鄉不同的醫療需求提供適當的醫療服務。

資料來源：王惠玄：桃園縣復興鄉居民醫療保健資源使用調查、滿意度暨因素分析，行政院衛生署，1999。譚秀芬、曾泓富：嘉義縣阿里山鄉醫療資源利用現況及滿意度調查，行政院衛生署，1999。李亦慧：偏遠地區社區醫療保健計畫之評估—門諾醫院在花蓮的嘗試，行政院衛生署，1998。張文信：金門縣烈嶼鄉巡迴醫療提供之成果評估，行政院衛生署，1998。
李卓倫：仁愛鄉巡迴醫療保健計畫成果評估，行政院衛生署，1998。呂道南：宜蘭縣山地鄉社區醫療照護試辦成效評估研究計畫，行政院衛生署，1998。鍾翰其：不同支援模式對澎湖離島地區醫療服務可近性與醫療利用之影響，高雄醫學大學健康科學院公共衛生研究所碩士論文，1998。⁽⁸⁵⁻⁹⁰⁾

第九節 無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫簡介

九十年十月十二日中醫師全聯會於全民健康保險醫療費用協定委員會第四十八次委員會中協商九十一年中醫醫療費用總額時，曾提出相關方案爭取「中醫師至無中醫鄉鎮服務獎勵措施」，但未獲通過，直至九十二年中醫門診總額支付制度醫療費用協商始正式協定通過，並列為專款專用項目，經過中醫全聯會與中央健保局竭力研議，中央健康保險局於九十二年五月九日健保醫字第○九二○○二三一八六號函正式公告實施，從此開啟以傳統醫療支援偏遠地區的新照護模式。

九十三年五月三日中央健康保險局健保醫字第○九三○○五九八○八號函公告延續辦理「九十三年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」，並追溯自九十三年一月一日起實施，繼續推動實施無中醫鄉巡迴醫療服務。

中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫內容：

一、依據

依據全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會）會議決議暨全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則十辦理。

二、目的

鼓勵中醫師至無中醫鄉執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，特定訂本試辦計畫。

三、本試辦計畫預算及支用範圍

- (一)預算佔九十二年度中醫門診醫療給付費用總額百分之○.三六二，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。

(二)預算動支採申請制，依實際執行狀況支付。

(三)施行區域

以中央健康保險局（以下簡稱健保局）公告無中醫鄉為適用範圍；並以山地、離島及偏遠地區巡迴點為優先評選對象。

(四)執行方式

1.目標：鼓勵中醫師至無中醫鄉地區提供中醫巡迴醫療服務，九十二年度以執行三十七個點計畫為目標；九十三年度則以執行四十五個點計畫為目標。

2.開診相關規定：

(1)以無中醫鄉地區當地衛生所或自籌處所為據點，提供每週至少一次定點定時中醫巡迴醫療服務。

(2)每診次不得少於 150 分鐘。

(3)執行巡迴醫療服務者應依核定之每週診療時間提供醫療服務，如因故休診應以專函向中醫師公會全國聯會及中保會各區分會報備。

(五)申請資格

中華民國中醫師公會全國聯合會（以下簡稱中醫師公會全聯會）、各縣市中醫師公會、中醫師公會全聯會中保會各區分會（以下簡稱中保會各區分會）、全民健康保險中醫特約醫療機構、其他相關團體所組成之醫療服務團隊，並由全民健康保險中醫特約醫療機構辦理申請及申報事宜。

(六)申請程序

申請施行之中醫特約醫療機構應檢送下列資料，以掛號郵寄至中保會各區分會進行初審後，由各區分會提報中醫師公會全聯會依據中醫實際醫療服務需要評選，評選結果並報請中

央健康保險局核備。

- 1.無中醫鄉巡迴醫療服務獎勵措施試辦計畫申請表。
- 2.巡迴醫療服務計畫書書面資料及檔案

(七)受理審查

- 1.中保會各區分會於每月十五日及每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後進行初審，並於一週內將審查情形送交中醫師公會全聯會，中醫師公會全聯會於當月月底或次月月中彙整分會轉送案件，進行公開審查，並於十日內函復審查結果。
- 2.經審查通過並收到回復函之中醫特約醫療機構，依醫師法相關規定辦理報備事宜後，檢具中醫師公會全聯會之同意函與健保局轄區分局簽訂醫事服務機構附約後，即可執行巡迴醫療服務。

(八)支付方式

- 1.本項巡迴醫療服務採不蓋健保卡，山地離島地區免部份負擔，非山地離島地區部份負擔由執行醫療服務者自行吸收。
- 2.全民健保中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫支付標準表。
 - (1)本試辦計畫列有得「論次計酬」及得「核實申報」費用兩種方式，醫療院所得於申報本試辦計畫時，擇一申報後，且於計畫期間內不得變更費用申報方式。
 - (2)針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。
 - (3)論次計酬診療項目包括：一般地區中醫師巡迴醫療費、偏遠地區中醫師巡迴醫療費及山地、離島地區中

醫師巡迴醫療費。

(4)核實申報項目包括：門診診察費、藥費、藥品調劑費、針灸治療、傷科治療及脫臼整復費治療處置。

(九)醫療服務審查

執行本計畫之醫療院所申報案件審查採立意抽審。

(十)執行報告

經審查通過執行本方案者，於巡迴醫療服務結束或年度結束前，應檢送執行報告，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

(十一)處罰規定

辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之中醫特約醫療機構如於附約期滿前主動提出解除附約或因違反相關規定遭解除附約者，其費用支付方式自執行本計畫起，改以本試辦計畫支付標準表論量計酬七折支付（每點支付金額以一點一元計算，由本試辦計畫預算及支用範圍中支付）。

(十二)特殊規定

辦理無中醫鄉巡迴醫療試辦計畫之巡迴點如該無中醫鄉有新設立之中醫特約醫療機構、實施成效不佳或未依本試辦計畫規定事項辦理者，得經中醫師公會全聯會重新評估後更換巡迴地點或予以裁撤。

牙醫總額支付制度試辦計畫草案（1998）中即規畫訂定牙醫資源缺乏區獎勵方案，藉由提高經濟誘因而改善醫療資源分布不均的現象，並於推動小組討論考量加入以下誘因：

(一)定期定點開放門診：對無專任牙醫師之牙醫醫療資源缺乏

區，建議對願意定期定點提供牙醫門診服務者，以保障其每半天最低收入的方式，鼓勵提供服務。

(二) 在無專任牙醫師之牙醫醫療源缺乏區開業或支援衛生所者：對願意在該類地區專任之牙醫師，建議可保障其每月最低收入，以鼓勵執業。

(三) 牙醫師收入受高額折付方案之限制。

全民健保醫療費用協定委員會亦十分關切偏遠地區之醫療，當時作成下列決議：執行牙醫資源缺乏區之醫療時，應配合各級政府之相關規定辦理，獎勵辦法之費用應用專款方式撥付，不在現在協商的總額預算內。

牙醫總額實施 2 年後，牙醫界於牙醫門診總額支付制度研討會中提出提撥山地離島保留款之建議，並獲得與會專學者之重視(陳時中,2000)⁽⁹⁶⁾。之後費協會於協定 91 年總額醫療費用時，正式通過 91 年度費協會以專款專款用辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務獎勵方案，各佔總額 0.33%及 0.291%，為鼓勵基層醫師到醫療資源缺乏地區及山地離島提供醫療服務，以均衡醫療資源分布，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務，西醫基層第一期上限總額中，設有二項專款專用項目，分別為：新增山地離島服務提昇計畫、資源缺乏地區鼓勵加成，各佔總額 0.193% (約一億五千萬元)，遲至 92 年無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之專用款項始協定通過，上述計畫均延續協商通過辦理迄今，除於 94 年協商通過時附帶決議各部門應於協定 95 年度總額預算提出該專案之成

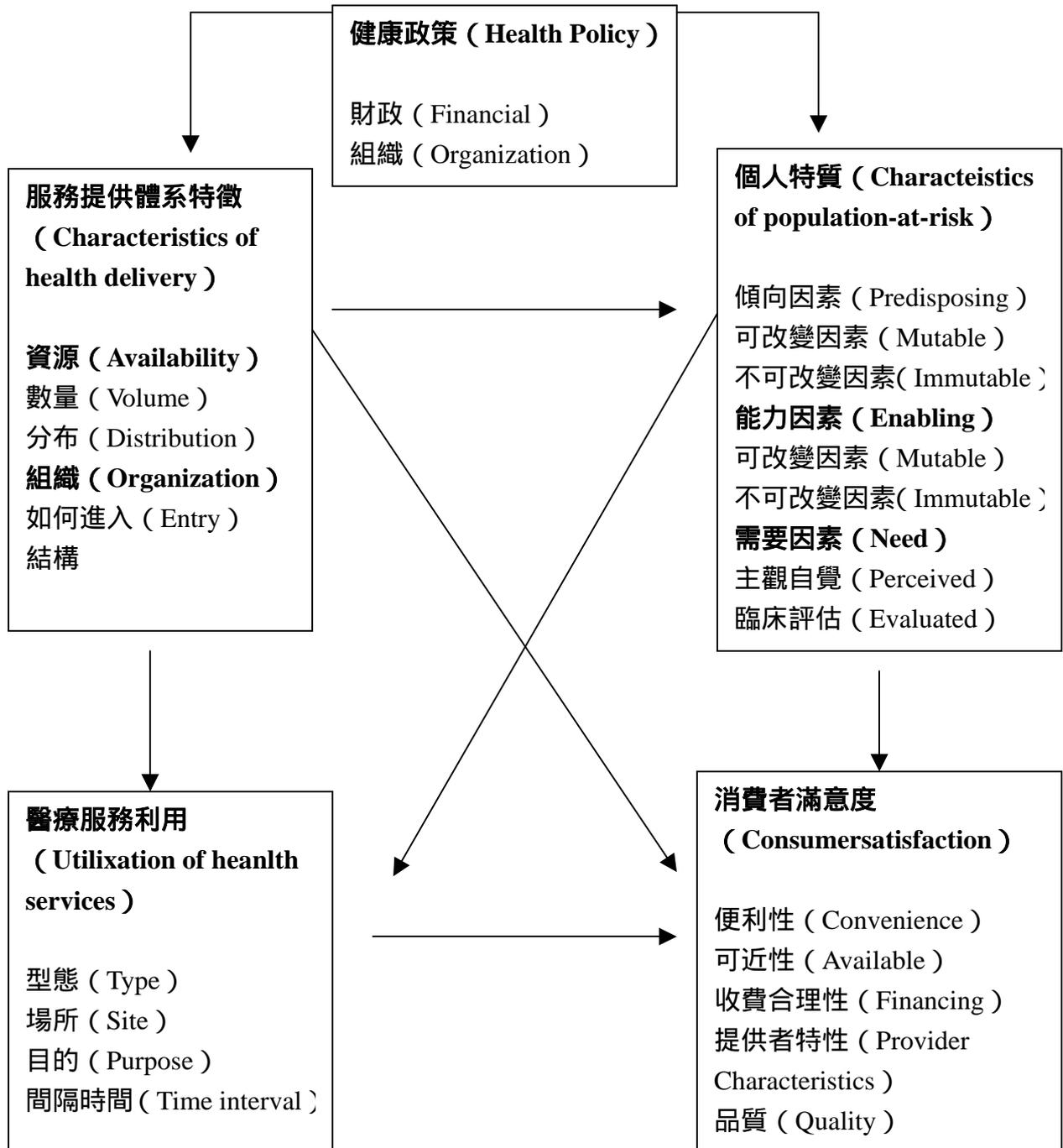
效評估，如民眾就醫可近性及滿意度等外，截自目前並無相關研究針對上述巡迴醫療服務計畫進行評估。

第十節 研究架構

本研究之研究架構主要參考 Aday (1974) 與 Andersen (1968) 模式加以擴充，除了考慮「個人特徵」與「服務利用」的關係外，同時加入「服務提供體系的特徵」、「衛生政策」和「個人滿意度」的健康系統模式（李卓倫，1987）⁽⁹¹⁾。（詳見圖二）

圖二 Aday 與 Andersen 健康服務擴大行為模式

(The Expanded Behavioral Model)

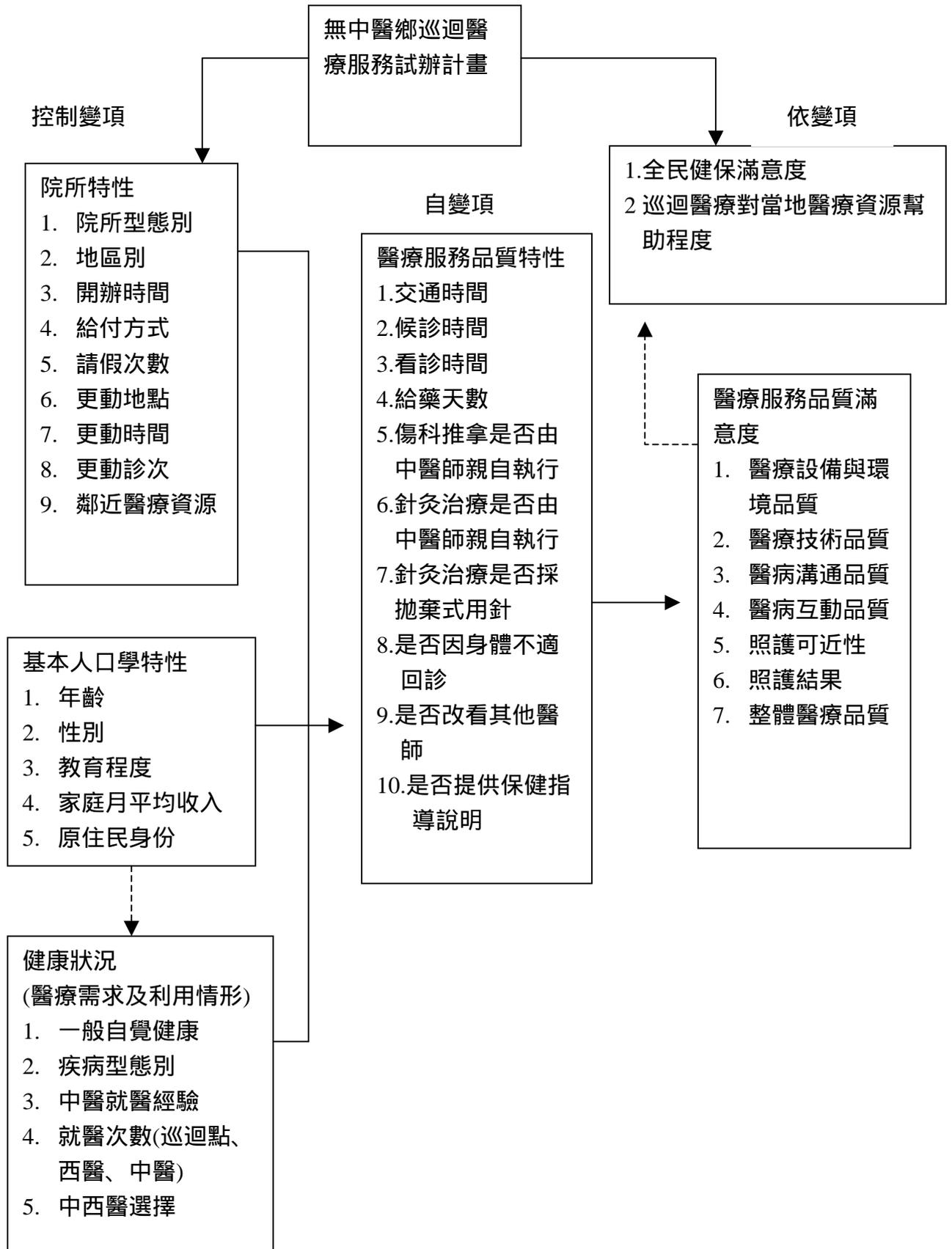


The Expanded Behavioral Model

(Source : Aday AL, Andersen R, Fleming GV : Health Care in the U.S. : Equitable for Whom ? , 1980)

本研究架構配合中醫特性及專家效度加以修正，除納入病人特徵（含基本人口學變項與健康狀況）及院所特性外，並將醫療服務品質特性及滿意度列為評估重點。自變項為病患最近一次接受的醫療服務品質特性（包括針灸治療是否有採用拋棄式針、給藥天數、傷科處置及針灸治療是否由中醫師親自執行、醫師是否有提供保健服務之指導說明、看診時間、交通時間、候診時間、照護結果是否有因身體不適再次就診）等面向；依變項包括病人對醫療服務品質滿意度（含整體醫療品質滿意度）。控制變項包括病人特性與就診院所特性等，其中院所特性是依據辦理無中醫巡迴醫療服務之全民健保特約醫事機構問卷調查彙整。（詳研究架構圖三）

圖三 研究架構



第三章 研究方法

第一節 研究設計

本研究的主要目的，在探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之實施情形及其醫療服務品質滿意度及就醫可近性之現況，並探討影響就醫民眾對無中醫鄉巡迴醫療服務醫療服務品質滿意度之因素。

本研究設計分為四部份：第一部份為無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查；第二部份為無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會；第三部份為辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查；第四部份為全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表之次級資料分析；茲分述如下：

第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

以橫斷式調查研究法（Cross Sectional Survey）針對無中醫鄉巡迴醫療服務就醫民眾進行電話抽樣調查，根據研究目的、文獻探討與匯集專家意見後，初步擬定結構式問卷。問卷設計除參考行政院衛生署（2003）之「牙醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」、（2003）之「中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」及「美國健康照護政策研究機構（AHCPH，1995）滿意度調查問卷」，同時為考量無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及山地離島偏遠地區醫療環境之特異性，本計畫深入無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫巡迴醫療點訪問就診民眾，來設計符合無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度

調查問卷（附錄一）。

為瞭解無中醫鄉巡迴醫療服務就醫民眾最近一次接受中醫門診醫療服務之現況與影響病人醫療服務品質滿意度之相關因子，本研究綜合國內外文獻及參考美國健康照護政策研究機構（AHCPR，1995）所規劃研究的績效測量概念與調查構面，將醫療服務品質滿意度分為醫療設備與環境品質滿意度、醫療技術品質滿意度、醫病溝通品質滿意度、醫病互動品質滿意度、照護可近性滿意度、照護結果滿意度及整體醫療品質滿意度等七個構面。

第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

本研究共召開三場座談會，以焦點團體研究法，分區辦理座談會邀請無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫承辦院所參與，深入了解無中醫鄉巡迴醫療在進行過程中的困難點或需改進之處。

第三部份：無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查

針對參加無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之醫事人員，採行問卷調查方式(附錄四)，調查院所提供無中醫鄉巡迴醫療服務之特性(包括院所型態別、地區別、開辦時間、給付方式、請假次數、更動地點、更動時間、更動診次、鄰近醫療資源)、服務態度、服務動機及需求狀況等，以瞭解相關醫事人力之配置、醫療服務可近性及醫療利用情形，並設計開放性問題請參與院所，針對支付方式修正、重新評估巡迴醫療服務點、診次限制等政策改革部分，提供意見，以作為修訂政策之參考。

第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析

以中醫師公會全國聯合會提供之民國 92 年 7 月至 93 年 10 月之全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表為依據，分析無中醫鄉巡迴醫療服務計畫醫療服務利用概況。

第二節 研究對象

本研究分四部分進行，四部分之研究對象分述如下：

第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

研究對象為 93 年 10 月 13 日至 10 月 19 日期間接受無中醫鄉巡迴醫療服務之就醫病患。(若病患未成年或(未滿 15 歲)或年紀大因病無法接受電話訪問，則由陪看病或家長代答，或病患為有語言隔閡之原住民同胞，則可訪問其家人，並請其代為翻譯)。

第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

研究對象為 93 年無中醫鄉巡迴服務試辦計畫之承辦院所，本研究共召開三場座談會，以焦點團體研究法，分區辦理座談會邀請無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫承辦院所參與，深入了解無中醫鄉巡迴醫療在進行過程中的困難點或需改進之處。

第三部份：無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查

研究對象為無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫承辦院所之負責醫師或計畫負責人。

第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析

研究對象為 92 年 7 月至 93 年 10 月之全民健保無中醫鄉巡迴醫療服

務門診日報表。

第三節 研究工具的擬定

本研究分為四部份進行：第一部份為無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查；第二部份為無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會；第三部份為辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查；第四部份為全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表之次級資料分析，前述四部分研究工具之擬定分述如下：

第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

一、問卷架構

問卷內容以結構式問卷來收集資料，問卷設計除參考行政院衛生署（2003）之「牙醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」、（2003）之「中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」及「美國健康照護政策研究機構（AHCPR，1995）滿意度調查問卷」，同時為考量無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及山地離島偏遠地區醫療環境之特異性，本計畫深入無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫巡迴醫療點訪問就診民眾，來設計符合無中醫鄉巡迴醫療服務品質問卷（附錄一）。

問卷內容包括接受無中醫鄉巡迴醫療服務之就醫民眾抽樣期間之

- （一）就醫利用可近性：包括習慣、可近性、利用率、費用等。
- （二）醫療服務品質滿意度。
- （三）自覺健康與醫療利用情形。
- （四）全民健保滿意度。
- （五）基本資料：包括性別、年齡、教育程度、居住地區、全家每月平均收入及有無罹患慢性病及原住民身份等。

二、專家效度與信度

本問卷除考量無中醫鄉巡迴醫療服務病患特性及需求外，並根據本研究之調查目的完成問卷初稿，初稿完成後先請中醫藥及長期從事中醫公共衛生政策研究之專家學者、全民健康保險醫療費用協定委員會委員、中醫門診總額支付制度執行人員、無中醫鄉巡迴醫療服務計畫推動人員以及中醫臨床醫師等七人(專家名單詳附錄二)，針對問卷題目之妥切性、可用性及明確性進行專家諮商及內容效度審查，採 5 個等級來評量，評分標準如下：

- 一、1 分：表此項目極不適當，應完全修改或刪除。
- 二、2 分：表此項目不適當，應作大幅修改。
- 三、3 分：表此項目尚可，應作部分修改。
- 四、4 分：表此項目適當，符合研究需要。
- 五、5 分：表此項目極適當，不需修改且為不可省略之項目。

評鑑結果如為 3 分(含)以上者，則與專家研討後進行修改，低於 3 分則刪除不用，結果發現高達 90% 的項目其專家同意百分比高於 80% 以上之內容效度(評鑑結果詳附錄三)。另為提高測量工具的信度，本研究利用文獻探討整理門診服務品質應包含之面向(dimensions)，並以 SPSS 信度分析方法評估本問卷有關門診問題滿意度的內在一致性(internal consistency)，俾提高本研究問卷之信度。

經 SPSS for windows 套裝軟體 10.0 版進行本研究之內在一致性信度檢定，結果發現 16 題整體之信度為 0.8521(cronbach α 值)；其值屬很可信範圍(詳表 2-20)。

另外並分為醫療設備與環境方面滿意度、醫病溝通方面滿意度、醫病互動滿意度、照護可近性滿意度、整體醫療品質滿意度，在醫療設備與環境方面滿意度的內在信度為 0.5577；醫病溝通方面滿意度的內在信

度為 0.7155；醫病互動滿意度的內在信度為 0.7014；照護可近性滿意度的內在信度為 0.555、整體醫療品質滿意度的內在信度為 0.4588；其值約屬可信～很可信範圍（詳表 3-1~3-6）。

表 3-1 中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—整體得分

項目	去除單題後與總分之相關 係數	去除單題後之 Alpha 值
交通時間接受度	0.2655	0.8551
診療等候時間接受度	0.2703	0.8552
治療仔細滿意度	0.5039	0.8422
治療時間滿意度	0.5000	0.8424
地點的環境衛生及舒適性滿意度	0.4732	0.844
醫療設備滿意度	0.4640	0.8443
看病流程滿意度	0.5340	0.8412
交通方便性滿意度	0.4066	0.8477
中醫師的說明滿意度	0.5484	0.8403
其他醫護人員的說明滿意度	0.5423	0.8407
醫師的醫術滿意度	0.5679	0.8391
醫師的服務態度滿意度	0.5692	0.8401
其他醫護人員的服務態度滿意度	0.5599	0.8396
治療的效果滿意度	0.5242	0.8411
整體滿意度滿意度	0.5880	0.8385
是否願意推薦	0.4030	0.8483

Reliability Coefficients Alpha:0.8521

表 3-2 中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—環境設備方面

項目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
地點的環境衛生及舒適性滿意度	0.3888	-
醫療設備滿意度	0.3888	-
Reliability Coefficients Alpha:0.5577		

表 3-3 中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—醫病溝通

項目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
中醫師的說明滿意度	0.5571	-
其他醫護人員的說明滿意度	0.5571	-
Reliability Coefficients Alpha:0.7155		

表 3-4 中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—醫病互動

項目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
治療仔細滿意度	0.5596	0.6018
治療時間滿意度	0.4517	0.6585
醫師的服務態度滿意度	0.4885	0.6366
其他醫護人員的服務態度滿意度	0.4630	0.6559
Reliability Coefficients Alpha:0.7014		

表 3-5 中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—可近性

項目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
交通時間接受度	0.4116	0.4211
診療等候時間接受度	0.2529	0.5619
看病流程滿意度	0.2926	0.5211
交通方便性滿意度	0.4179	0.4133
Reliability Coefficients Alpha:0.5555		

表 3-6 中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—整體滿意度

項目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
整體滿意度滿意度	0.3065	-
是否願意推薦	0.3065	-
Reliability Coefficients Alpha:0.4588		

三、變項之定義與說明

(一) 本研究之控制變項、自變項及依變項分述如下：

- 1.控制變項：將院所型態別、基本人口學特性、醫療需求及利用情形列為控制變項，各變項名稱、屬性及其說明如表 3-7。
- 2.自變項：醫療服務品質特性，包括交通時間、候診時間、看診時間、給藥天數、傷科推拿是否中醫師親自執行、針灸治療是否中醫師親自執行、針灸治療是否採拋棄式用針、是否因身體不適回診、是否改看其他醫師、是否提供保健指導說明；各變項名稱、屬性及其說明如表 3-8。
- 3.依變項：醫療服務品質滿意度，包括醫療設備與環境品質、醫療技術品質、醫病溝通品質、醫病互動品質、照護可近性、照護結果、整體醫療品質；各變項名稱、屬性及其說明如表 3-9。

(二) 醫療服務品質滿意度

屬序位變項；本項以五個等級之李克尺度量表(Likert scale)測量之，另本研究之醫療服務品質滿意度乃依據美國健康照護政策研究機構(AHCPR) 績效測量分類之原則，將其分為醫療設備與環境、醫療技術、醫病溝通、醫病互動、照護可近性、照護結果與整體醫療品質滿意度等七個構面。為便於後續統計分析，各構面分別計算原始分數後，將總分轉換成 100 分的量表，分述如下：

1.醫療設備與環境品質滿意度

本項以病人對「環境衛生及舒適性滿意度」、「中醫醫療設備滿意度」二項評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：

非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

2. 醫療技術品質滿意度

本項以就診病患對「中醫師之診斷與治療醫術」之品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

3. 醫病溝通品質滿意度

本項以病人對「中醫師提供之病情說明」、「醫護人員提供之用藥、飲食」二項評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

4. 醫病互動品質滿意度

本項以病人對「中醫師服務態度」、「其他醫護人員服務態度」、「中醫師診療仔細程度」及「中醫師診療時間長短」四項品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

5. 照護可近性滿意度

本項以病人對「中醫看病流程」、「交通方便性」、「交通時間接受度」及「等候診療時間接受度」四項品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

6. 照護結果滿意度

本項以就診病患對「治療效果」(有多少人改善)之品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5

分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

7. 整體醫療品質滿意度

本項以病人對「整體醫療品質滿意度」、「推薦親友意願」二項評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。非常願意=5分，願意=4分，普通=3分，不願意=2分，非常不願意=1分。

表 3-7 研究變項定義及說明-控制變項

變項名稱	屬性	變項說明
1. 人口特性		
• 性別	類別	受訪者自述之性別，分(1)男(2)女
• 年齡	序位	受訪者自述之性別，分 (1)未滿 15 歲(2)15-19 歲 (3)20-29 歲 (4)30-39 歲(5)40-49 歲 (6)50-59 歲(7)60 歲及以上 (8)拒答
• 教育程度	序位	病患之最高學歷，分(1)小學及以下(含不識字) (2)國中、初中 (3)高中、高職 (4)大學及專科 (5)研究所以上(8)拒答
• 家庭收入	序位	指全家每月平均收入，分(1)一萬五千元以下 (2)一萬五~未滿三萬元 (3)三萬~未滿四萬五千元 (4)四萬五~未滿六萬元 (5)六萬~未滿七萬五千元(6)七萬五~未滿九萬元 (7)九萬~未滿十一萬五千元 (8)不一定/很難說(9)不知道/未回答 (10)十一萬五~未滿十三萬元(11)十三萬元及以上
• 原住民族群	類別	病患是哪一族的原住民，分(1)平埔族(2)泰雅族 (3)賽夏族(4) 布農族 (5)鄒 族(6)阿美族 (7)卑南族(8)不知道 (9)拒答 (10)排灣族(11)魯凱族 (12)雅美族(13)太魯閣族(14)邵族 (15)噶瑪蘭族(16)平地人
2. 醫療需求及利用情形		
• 看中醫次數	類別	病患最近三個月內看中醫的次數(1)一次(2)二次(3)三次(4)四次(5)四次以上(8)不知道 (9)拒答
• 看西醫次數	類別	病患最近三個月內看西醫的次數(1)一次(2)二次(3)三次(4)四次(5)四次以上(8)不知道 (9)拒答
• 自覺身體狀態	等距	病患認為目前自身的身體狀況(1)非常好 (2)好(3)普通(4)不好(5)非常不好(8)不知道(9)拒答
• 中西醫選擇	類別	中西醫均能治療某種疾病，病患的選擇(1)西醫(2)中醫(3)中西醫併用 (4)視疾病性質而定

表 3-8 研究變項定義及說明-自變項

變項名稱	屬性	變項說明
3. 醫療服務品質特性		
• 給藥天數	等距	病患自述當次就診醫師開給口服藥實際天數
• 傷科處置是否中醫師親自執行	類別	接受傷科處置自述是否由(1)中醫師全程執行 (2)中醫師+助理都有執行(3)助理全程執行(4)護士全程執行 (8)不知道(9)拒答
• 針灸是否中醫師親自執行	類別	接受針灸治療自述是否由(1)中醫師全程執行 (2)中醫師+助理都有執行(3)助理全程執行(4)護士全程執行 (8)不知道(9)拒答
• 看診時間	類別	就民眾從醫師開始看診至醫師結束看診所花費的時間
• 交通時間	類別	就民眾感覺從家裡出發至看診地點所花費的單程交通時間
• 等候時間	等距	就民眾從進入看診地點至醫師看診所花費的等候時間(包括現場掛號的等候時間)
• 改看其它醫師	類別	(1)有(2)沒有(8)不知道(9)拒答
• 是否有收費	類別	指當次就醫，病人有無自付其他額外之費用
• 就診後身體改善程度	類別	當次就診後是否因身體不適再次就診分(1)有(2)沒有(8)不知道(9)拒答

3-9 研究變項定義及說明-依變項

4. 醫療服務品質滿意度

依美國健康照護政策研究機構(AHCPR)績效測量分類原則，分醫療設備與環境、技術面品質、溝通品質、醫病人際互動、照護可近性、照護結果、整體滿意度等七個構面，以5個等級之李克尺度量表測量(Likert scale)評估之，原始數為非常不滿意=1分、不滿意=2分、普通=3分、滿意=4分、非常滿意=5分、或非常不能接受=1分、不能接受=2分、普通=3分、可接受=4分、完全沒問題=5分…等5級，後續統計分數轉換成100分。

◎醫療設備與環境	依信度檢定，本項包括病人對醫療設備與環境2題滿意度評估之
• 地點的環境衛生及舒適性	等距分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 醫療設備	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
◎技術面品質	本項以病人對中醫師診斷治療醫術之滿意度評估之
• 醫師的診斷、治療等醫術方面	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
◎溝通面品質	依信度檢定，本項包括病人對醫師等醫療人員病情與用藥說明等2題滿意度評估之
• 中醫師的說明，包括病情、治療方法及對疾病的指導	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 其他醫護人員的說明，包括用藥、飲食及運動的指導	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
◎醫病人際互動品質	依信度檢定，本項包括病人對醫護人員態度及醫師診斷時間與仔細度等4題滿意度評估之
• 中醫師的服務態度	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 其他醫護人員的服務態度	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 中醫師診療仔細程度	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 中醫師診療時間長短	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
◎照護可近性品質	依信度檢定，本項包括病人對看病流程、交通方便性、交通時間接受度、候診時間接受度等4題滿意度評估之
• 看病流程	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 交通方便性	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 交通時間接受度	分非常不能接受、不能接受、普通、可接受、完全沒問題5個等級
• 候診時間接受度	分非常不能接受、不能接受、普通、可接受、完全沒問題5個等級
◎照護結果面品質	以病人對該次就醫治療效果(改善程度)之滿意度評估之
• 治療的效果(症狀的改善程度)	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
◎整體醫療品質	依信度檢定，本項包括病人對整體滿意度、有沒有不滿意的事發生、不滿意的事有沒有得到妥善的處理、推薦親友意願、中醫師有沒有需要改善的地方、需要改善的地方等6題評估之
• 整體醫療品質滿意度	分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意5個等級
• 有沒有不滿意的事發生	病患看中醫，有沒有不滿意的事發生(1)否(2)是
• 不滿意的事有沒有得到妥善的處理	不滿意的事有沒有得到那裡人員(指巡迴醫療服務點服務人員)妥善的處理(1)有(2)沒有(8)不知道(9)拒答
• 推薦親友意願	(1)非常願意(2)願意(3)普通(4)不願意 (5)非常不願意(8)不知道(9)拒答
• 中醫師有沒有需要改善的地方	(1)沒有(2)有(8)不知道(9)拒答
• 需要改善的地方	類別 病患認為醫師需要改善的地方(1)增長看診時間(2)縮短看診時間 (3)詳細解說病情 (4)加強醫術 (5)應該親切一點(6)其他(請說明)_____ (8)不知道(9)拒答

第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

本研究分區召開三場座談會，以焦點團體研究法，分區辦理座談會，會中邀請無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫承辦院所、中醫全聯會中保會無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫工作小組成員與轄區中保會分會及地方公會幹部共同參與。

表 3-10 無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會辦理情形

時間	分區	地點
九十三年九月二十四日	高屏區、南區	屏東縣中醫師公會會館
九十三年十月二十日	台北區、北區、中區	中醫師全聯會會議廳
九十三年十月二十四日	東區	花蓮統帥大飯店二樓會議廳

第三部份：無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查

針對無中醫鄉巡迴醫療服務計畫承辦院所之負責醫師或計畫負責人，進行問卷調查方式(附錄四)，調查院所提供無中醫鄉巡迴醫療服務之特性(包括院所型態別、地區別、開辦時間、給付方式、請假次數、更動地點、更動時間、更動診次、鄰近醫療資源)、服務態度、服務動機及需求狀況等，以瞭解並分析醫事人力配置、醫療服務可近性、醫療利用等情形，內容包括開放性問題請參與院所，針對支付方式修正、重新評估巡迴醫療服務點、診次限制等政策改革議題，提供意見，以作為修訂政策之參考。

問卷內容主要針對無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之特性設計，主要分為六大部份：

- 1、承辦院所基本資料。
- 2、填答人基本資料。
- 3、承辦院所服務地區及時間。
- 4、承辦院所執行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之醫事人力。
- 5、異動情形。
- 6、服務狀況。

第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析

以中醫師全聯會提供民國九十二年七月至九十三年十月之全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表為依據，分析無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況。

第四節 資料收集過程

本研究分四個部分進行資料收集，其過程分述如下：

第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

一、抽樣設計

調查之母群體為接受無中醫鄉巡迴醫療服務之就醫民眾，以分層隨機抽樣方法選出樣本，以中醫師全聯會提供之無中醫鄉巡迴醫療點清冊為分層隨機抽樣之分層依據，其院所為執行無中醫鄉巡迴醫療服務滿三個月以上(截至九十三年七月十日前)。為使接受巡迴醫療服務之就醫民眾皆有被抽中之機會，民眾之樣本，由中醫師全聯會發函，要求提供九十三年十月十三日至十九日期間之無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表，並請其提供調查期間之所有病人名單及其電話與地址。抽樣率設定為20%，意即調查期間每五位就醫民眾抽選一位進行問卷調查，巡迴醫療點之每一執行院所至少抽取三位就醫民眾進行問卷調查。各家醫療院所內的病患先編定序號再分別進行系統隨機抽樣，抽出樣本病患。若抽中未成年者（小於15歲）或年紀大或因病無法回答者或抽中語言隔閡之原住民同胞，則可訪問其家人，並請其代為回答。為預防病患資料不正確或拒訪等狀況，預抽1.7倍病患為備用樣本。

二、資料收集

本研究以電話問卷調查方式進行，並編製訪員手冊，預先進行訪員訓練，並進行模擬測試，然後才正式進行問卷訪問。訪問結束後，資料經過審慎檢查其完整性、合理性和一致性。並做邏輯上的校對和複查。

問卷調查工作於九十三年十一月五日至十一月十五日間進行電話訪問，訪問時間包括上午 9：00 至 12：00，下午 1：30 至 5：30，晚上 5：30 至 8：00，如果是約訪則依據受訪者約定時間訪問。

第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

一、資料收集過程：

召開座談會的前二週發文予承辦院所，並由中保會各區分會統計出席人數，每場次進行討論前，由本人或無中醫鄉巡迴醫療計畫專案小組巫召集人雲光進行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務簡報。進行討論時以訪談大綱為主軸，包含由主持人指定某位參與者表達意見，以及由承辦院所自由發言的部份，進行時間為 1.5 至 2 小時，現場由工作人員將座談會內容完整錄音及記錄。

第三部份：無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查

一、資料收集過程

由中醫師全聯會於九十三年十一月二日發文予承辦院所，請其負責醫師或計畫負責人協助填答，並於九十三年十一月八日前函復本會，並由中保會分會工作人員於截止日後針對未繳件之院件加以稽催，全數於 93 年 11 月 15 日彙整完成。

第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析

依 93 年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫，執行巡迴醫療服務之中醫特約醫療機構應逐次填寫門診日報表，並

於次月十日前將書面資料及電子檔案分別報請中醫師公會全聯會及各區分會核備，為確保資料之完整性及防止院所申報時資料之錯漏，特由中保會分會工作人員，於93年11月15日前重新彙整一次，並進行校對。

第五節 資料統計與分析

本研究資料之統計與分析分四部分進行，分述如下：

本研究分為四部份進行：第一部份為無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查；第二部份為無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會；第三部份為辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查；第四部份為全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表之次級資料分析，前述四部分研究工具之擬定分述如下：

第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

一、電話訪問期間與執行結果

本研究於民國 93 年 11 月 5 日至 11 月 15 日為期 11 天的時間，進行電話訪談調查，每天電訪時間為上午 9：00 至 12：00，下午 1：30 至 5：30，晚上 5：30 至 8：00，如果是約訪則依據受訪者約定時間訪問，每通電話平均時間為 15.41 分鐘，訪問的結果分為四大類：(一)成功訪問：444 人(二)拒答：60 人(三)未完成訪問：經電話追蹤仍無法完成訪問者(含受訪者不在、不方便、有事中途離開等)，59 人。(四)不能訪問：包括空號、號碼錯誤、電話暫停使用、答錄機、傳真機、五次以上無人回答、受訪者於訪問期間不會回來，220 人。成功訪問率=成功訪問樣本數/應該訪問樣本數=成功訪問樣本數/(成功訪問樣本數+拒答+未完成訪問數)=444/(444+60+59)=78.86%。

二、資料處理與統計分析

本研究係以 SPSS for windows 套裝軟體 10.0 版進行資料統計分析，並依照研究目的、研究架構、變項類別需要選擇適當之統計方式進行資料分析，以描述性統計與推論性統計來分析資料，分述如下：

(一)描述性統計：以次數頻率、百分比、平均值等描述性資料

表 3-11 九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會出席統計

時間	分區	院所數	出席院所數	出席率(%)
九十三年九月二十四日	高屏區、南區	44	24	55
九十三年十月二十日	台北區、北區、中區	25	21	87.5
九十三年十月二十四日	東區	19	18	95
合 計		88	63	72

呈現民眾基本資料與問卷資料。

(二)推論性統計：

1. 雙變項統計：探討單一自變項與依變項間的關係項是否有顯著差異。
2. 多變項統計分析：以迴歸分析自變項對依變項的解釋程度，探討影響民眾就醫可近性及品質之影響因素。

第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

一、座談會辦理情形：

本部分共辦理三場座談會，院所出席情形如下表：

第三部份：無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查

一、執行期間與執行情形

本研究針對無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫執行院所進行問卷調查，由中醫師全聯會於九十三年十一月二日函文，請院所協助填寫，並於九十三年十一月八日前回復。發出八十三份，扣除其中一家已於十一月停辦，回收八十二份，完成率 100%。

二、統計分析

本部份研究分為二項：第一部份以 SPSS for windows 套裝軟體 10.0 版進行資料統計分析，一為單變項描述性分析，二為複選項目次數統計。第二部份開放式問題以 EXCEL 建檔，並作分項歸類，以了解院所意見。

第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析

依 93 年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫，執行巡迴醫療服務之中醫特約醫療機構應逐次填寫門診日報表，並於次月 10 日前將書面資料及電子檔案分別報請中醫師公會全聯合會及各區分會核備，為確保資料之完整性及防止院所申報時資料之錯漏，特由中保會分會工作人員，於 93 年 11 月 15 日前重新彙整一次，並進行校對。

在取得上述資料後，分別統計無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數、執行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫申辦院所辦理地區、九十三年度及九十三年 1-10 月分區醫療利用概況(包括就診人次、申請醫療費用、每人平均費用等)及九十二年及九十三年無中醫鄉巡迴醫療利用率等，分析無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施後之執行情形。

第四章 研究結果

本章分四部份呈現研究結果：第一部分是無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查之研究結果；第二部分是無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會辦理情形及訪談摘要之研究結果；第三部分是無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查之研究結果；第四部分是全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析之研究結果。

第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

一、樣本基本人口學特性(詳見表 4-1)

(一)性別分布：女性(63.29%)較男性(36.71%)多。

(二)年齡分布：年齡分布以 60 歲以上與 50~59 歲最多，分別佔 29.73% 與 25.45%，其次是 40~49 歲佔 21.40%；30~39 歲佔 11.94%；20~29 歲佔 6.53%；未滿 15 歲佔 2.93%；而 15~19 歲之青少年僅佔 0.90% 為最少。

(三)教育程度：教育程度以小學及以下佔最多，為 53.38%，其次為高中、高職學歷，佔 19.37%；國中、初中佔 17.57%；大學及專科以上最少，僅佔 8.11%。

(四)家戶收入：家戶收入情形以一萬五千元以下佔最多，為 19.37%；其次是一萬五~未滿三萬元，佔 17.79%；再次為三萬~未滿四萬五千元，佔 10.39%；七萬五以上為最少，僅佔 2.94%。

(五)慢性病及重大傷病情形：沒有慢性病及重大傷病者(69.37%)較患有慢性病或重大傷病者(29.28%)多。

(六)原住民：非原住民者較多，佔 55.63%，其餘依族別所佔比率以泰雅族與排灣族最多，分別佔 13.06%與 9.23%；其次依序為太魯閣族、布農族、阿美族、鄒族、魯凱族、噶瑪蘭族，而平埔族最少，佔 0.45%。

(七)中醫就醫經驗：樣本中表示曾經使用過中醫醫療者佔 54.95%，而之前未曾使用過中醫醫療者佔 44.59%。

表 4-1 樣本特性

類別	項目	個數	百分比(%)
性別	男	163	36.71
	女	281	63.29
年齡	未滿 15 歲	13	2.93
	15~19 歲	4	0.90
	20~29 歲	29	6.53
	30~39 歲	53	11.94
	40~49 歲	95	21.40
	50~59 歲	113	25.45
	60 歲以上	132	29.73
	拒答	5	1.13
教育程度	小學及以下	237	53.38
	國中、初中	78	17.57
	高中、高職	86	19.37
	大學及專科	36	8.11
	拒答	7	1.58
家戶收入	一萬五千元以下	86	19.37
	一萬五~未滿三萬元	79	17.79
	三萬~未滿四萬五千元	46	10.36
	四萬五~未滿六萬元	26	5.86
	六萬~未滿七萬五千元	12	2.70
	七萬五千元以上	13	2.94
	不一定/很難說	142	31.98
	不知道/未回答	40	9.01
有無慢性病及重大傷病	沒有	308	69.37
	有	130	29.28
	不知道	2	0.45
	拒答	4	0.90
原住民	否	247	55.63
	平埔族	2	0.45
	泰雅族	58	13.06
	布農族	20	4.50
	鄒族	11	2.48
	阿美族	16	3.60
	不知道	7	1.58
	拒答	8	1.35
	排灣族	41	9.23
	魯凱族	7	1.58
	太魯閣族	26	5.86
	噶瑪蘭族	3	0.68

二、研究對象之基本人口學特性與母群體之比較(詳見表 2-32~2-33)

本研究根據參加至抽樣日實際執行無中醫鄉巡迴醫療服務超過三個月以上院所 93 年 10 月 13 日至 19 日之門診日報表申報之所有病患申報資料檢定樣本的性別與年齡的分布結構。檢定結果發現：樣本與母群體間的性別及年齡分布均無統計上的顯著差異，表示本研究之樣本與母群體的分配一致。

表 4-2 樣本性別與母體結構之差異檢定

	樣本分配		母體分配		卡方檢定
	樣本數	百分比	應有樣本數	百分比	
性別					卡方值=0.0063<3.84(自由度 1, 顯著水準 5%, p>0.05) 在 5%顯著水準下, 樣本與母體的性別分配沒有顯著差異。
男	163	36.71	865	39.679	
女	282	63.29	1315	60.321	

註：母體資料來源：無中醫鄉巡迴醫療院所 10/13~10/19 門診日報表彙整

表 4-3 樣本年齡與母體結構之差異檢定

年齡	樣本分配		母體分配		卡方檢定
	樣本數	百分比	應有樣本數	百分比	
未滿 15 歲	13	2.97	121	5.56	卡方值=0.1050<3.84(自由度 1, 顯著水準 5%, p>0.05) 在 5%顯著水準下, 樣本與母體的年齡分配沒有顯著差異。
15~19 歲	4	0.91	31	1.42	
20~29 歲	29	6.6	118	5.41	
30~39 歲	53	12.1	213	9.78	
40~49 歲	94	21.46	391	17.94	
50~59 歲	113	25.8	380	17.43	
60 歲以上	132	30.14	926	42.48	

註：母體資料來源：無中醫鄉巡迴醫療院所 10/13~10/19 門診日報表彙整

三、代答者之人口學特性(詳見表 4-4)

本研究之有效樣本共 444 人，其中有 42 人(9.46%)係由陪診家人代答。其中與患者之關係以父母親或子女為最多，佔 57.14%，其次為夫妻，佔 28.57%，其他如姑嫂、姐妹等佔 14.29%。

代答者的人口特性；性別以女性佔多數(73.81%)，而年齡主要分布在 30~39 歲及 40~49 歲，皆佔 23.81%，以 60 歲以上最少，僅佔 19.05%。

表 4-4 代答者樣本特性

類別	項目	個數	百分比(%)
代答者與病患關係	親子	24	57.14
	夫妻	12	28.57
	其他(姑嫂、姐妹等)	6	14.29
代答者性別	男	11	26.19
	女	31	73.81
代答者年齡	20~29 歲	7	16.67
	30~39 歲	10	23.81
	40~49 歲	10	23.81
	50~59 歲	7	16.67
	60 歲以上	8	19.05

四、疾病型態及醫療服務內容(詳見表 4-5)

(一)疾病型態(複選)：當次就診原因主要以腰酸背痛、扭、挫、拉傷等肌肉骨骼疾病者最多，佔 59.91%，其次是感冒、咳嗽等呼吸系統疾病者佔 17.12%；再次是腸胃疾病者佔 10.36%；再其次是婦科疾病、肝病、糖尿病，所佔比率介於 3%-4%之間。

(二)醫療服務內容(複選)：醫療服務以拿藥最多，佔 93.47%，其次分別為針灸治療及傷科推拿，分別佔 47.97%及 35.36%，其他如電療、拔罐、貼布等佔 0.63%。

表 4-5 疾病型態及醫療服務內容

類別	項目	個數	百分比(%)
疾病型態	肌肉骨骼疾病	266	59.91
	呼吸系統疾病	76	17.12
	過敏性疾病	9	2.03
	肝病	16	3.60
	腎臟病	11	2.03
	婦科疾病	18	3.60
	心臟病	10	2.25
	中風	6	1.35
	皮膚病	4	0.90
	腸胃疾病	47	10.36
	失眠	10	2.25
	高血壓	12	2.70
	糖尿病	15	3.38
	痛風	10	2.25
	其他	107	31.31
	不知道	1	0.23
	拒答	1	0.23
	合計	646	
	醫療服務內容	醫療服務—拿藥	415
醫療服務—傷科推拿		157	35.36
醫療服務—針灸治療		213	47.97
醫療服務—其他		28	6.31
合計		813	

伍、樣本醫療利用情形(詳見表 4-6)

- 一、自覺健康情形：樣本自覺健康情形以普通佔最多(39.86%)，其次為好及非常好，分別佔 36.49%及 14.86%，自覺非常不好者最少，佔 1.13%。
- 二、就醫之選擇：對於中西醫均能治療的疾病，樣本視病情而定選擇醫療方式為最多，佔 48.42%，其次為選擇中醫及中西醫併用，分別佔 24.77%及 21.40%，選擇西醫最少，佔 5.18%。
- 三、近三個月至巡迴醫療服務地點就醫次數：樣本就醫次數以四次以上為最多，佔 63.29%，其次依序為一次(11.26%)、四次(8.11%)、二次(7.88%)及三次(5.86%)。
- 四、近三個月看過西醫次數：樣本近三個月沒有看過西醫者最多，佔 47.97%，其次依序為四次以上(13.74%)、二次(10.81%)、一次(9.01%)、三次(8.33%)及四次(2.03%)。
- 五、近三個月至其他中醫院所就醫次數：樣本近三個月未到其他中醫院所就醫者最多，佔 90.54%，其次依序為一次(2.48%)、二次(1.58%)、四次以上(0.90%)、四次(0.68%)、以及三次(0.45%)。



表 4-6 病患就醫行為

類別	項目	個數	百分比(%)
自覺健康情形	非常好	66	14.86
	好	162	36.49
	普通	177	39.86
	不好	31	6.98
	非常不好	5	1.13
	不知道	2	0.45
	拒答	1	0.23
之前看中醫之經驗	有	244	54.95
	沒有	198	44.59
	不知道	1	0.23
	拒答	1	0.23
中西醫均可治療的就醫選擇	西醫	23	5.18
	中醫	110	24.77
	中西醫併用	95	21.40
	視疾病性質而定	215	48.42
	拒答	1	0.23
近三個月於醫療服務站就醫次數	一次	50	11.26
	二次	35	7.88
	三次	26	5.86
	四次	36	8.11
	四次以上	281	63.29
	不知道	14	3.15
	拒答	2	0.45
近三個月西醫就診次數	0次	213	47.97
	一次	40	9.01
	二次	48	10.81
	三次	37	8.33
	四次	9	2.03
	四次以上	61	13.74
	不知道	34	7.66
	拒答	2	0.45
近三個月於其他中醫院所看診次數	0次	402	90.54
	一次	11	2.48
	二次	7	1.58
	三次	2	0.45
	四次	3	0.68
	四次以上	4	0.90
	不知道	10	2.25
	拒答	5	1.13

六、樣本就醫可近性(詳見表 4-7)

- (一)至巡迴醫療服務站之交通情形：樣本至巡迴醫療服務站的交通工具最多為機車，佔 37.61%，其次為步行(33.33%)、汽車(22.97%)、腳踏車(3.15%)、公車(2.03%)，以計程車(0.23%)最少。至巡迴醫療服務站的交通時間平均為 12.54 ± 16.76 分鐘。對於至巡迴醫療服務站交通時間的接受度以普通(48.20%)最多，其次依序為可接受(包含完全沒有問題及可以接受)佔 42.35%，表示不能接受者佔 6.31%。
- (二)過去至其他醫療服務機構之交通情形：樣本在巡迴醫療服務點設立前至其他醫療服務機構的交通工具以汽車最多，佔 32.88%，其次依序為機車(25.45%)、公車(13.51%)、步行(9.23%)、腳踏車(2.03%)、計程車(1.13%)、船(0.45%)，而平均交通時間為 38.26 ± 48.99 分鐘。
- (三)等候診療及治療時間：樣本至巡迴醫療服務站就醫的平均等候診療時間為 22.98 ± 26.30 分鐘，平均治療時間 14.59 ± 11.47 分鐘；對於等候診療時間的接受度表示可接受者(包含完全沒有問題及可以接受)最多，佔 85.14%，其次為普通者佔 8.56%，而表示不能接受者(包含不能接受及非常不能接受)佔 3.83%。對於診療時間的滿意度以表示滿意者(包含非常滿意及滿意)最多，佔 84.00%，其次為表示普通者佔 12.16%，以及不滿意者佔 1.80%。

表 4-7 就醫可近性

(1) 交通工具

類別	項目	個數	百分比(%)
至醫療服務站之交通工具	步行	148	33.33
	腳踏車	14	3.15
	機車	167	37.61
	汽車	102	22.97
	公車	9	2.03
	計程車	1	0.23
至其他醫療院所之交通工具	步行	41	9.23
	腳踏車	9	2.03
	機車	113	25.45
	汽車	146	32.88
	公車	60	13.51
	計程車	5	1.13
	船	2	0.45
	不知道	2	0.45

(2) 時間花費

	平均值	標準差	最大值	最小值
至醫療服務站之交通時間	12.54	16.76	120	0
過去至醫療機構之交通時間	44.93	48.99	390	1
設立服務站所節省之交通時間	25.50	48.62	387	-105
等候診療時間	22.98	26.30	180	0
治療時間	14.59	11.47	90	0

單位：分

(3)時間接受度

類別	項目	個數	百分比(%)
至醫療服務站之交通時間接受程度	完全沒有問題	5	1.13
	可以接受	183	41.22
	普通	214	48.20
	不能接受	28	6.31
	不知道	13	2.93
等候診療時間接受度	完全沒有問題	120	27.03
	可以接受	258	58.11
	普通	38	8.56
	不能接受	16	3.60
	非常不能接受	1	0.23
	不知道	4	0.90
	拒答	2	0.45
診療仔細程度滿意度	非常滿意	161	36.26
	滿意	240	54.05
	普通	37	8.33
	不滿意	2	0.45
	沒意見	4	0.90
診療時間滿意度	非常滿意	108	24.32
	滿意	265	59.68
	普通	54	12.16
	不滿意	8	1.80
	沒意見	9	2.03

七、醫療服務品質滿意度

一、七構面滿意度(詳見表 4-8)

此部份將醫療品質滿意度分為「醫療設備與環境品質」、「醫療技術品質」、「醫病溝通品質」、「醫病互動品質」、「照護可近性」、「照護結果」、「整體醫療品質」等七個構面，而為便於後續的統計分析，本研究將各構面之總分轉換成 100 分量表。

結果顯示各構面之滿意度平均為 82.95 分，滿意度最高的為「醫病互動品質」(平均 86.35±8.89 分)，第二為「醫療技術品質」(平均 84.28±12.34 分)，第三為「整體醫療品質」(平均 83.45±10.90 分)，其次依序為「照護可近性」(平均 83.01±8.87 分)、「醫病溝通品質」(平均 82.68±10.51 分)、「照護結果」(平均 82.25±13.04 分)，而滿意度最低的為「醫療設備」(平均為 78.65±11.16 分)。

表 4-8 七構面滿意度

	最小值	最大值	平均數	標準差
醫療設備與環境品質	40	100	78.649	11.162
醫療技術品質	60	100	84.279	12.341
醫病溝通品質	60	100	82.680	10.508
醫病互動品質	60	100	86.351	8.887
照護可近性	40	100	83.007	8.865
照護結果	40	100	82.252	13.042
整體醫療品質	50	100	83.446	10.899

二、各項目滿意度(詳見表 4-9)

1.本研究之滿意度包括「非常滿意」及「滿意」，不滿意度包括「不滿意」及「非常不滿意」。對於就診場所整體醫療品質的滿意度高達 8 成(82.61%)，各項醫療品質滿意度依序分述如下：

(1)對醫師服務態度的滿意度最高(90.63%)。

(2)第二是對其他醫護人員的服務態度(88.53%)。

(3)第三是交通方便性(84.50%)。

- (4) 第四是醫師的醫術(84.275)。
- (5) 第五是中醫師的說明(83.82%)。
- (6) 第六是治療的效果(82.25%)。
- (7) 第七是其他醫護人員的說明(81.53%)。
- (8) 第八是地點的環境衛生及舒適性(80.54%)。
- (9) 第九是看病流程(80.13%)。
- (10) 最低的一項為醫療設備(76.75%)。

表 4-9 各項目滿意度

	個數	平均數	標準差
地點的環境衛生及舒適性	444	80.541	14.084
醫療設備	444	76.757	12.689
看病流程	444	80.135	11.283
交通方便性	444	84.505	14.205
中醫師的說明	444	83.829	11.972
其他醫護人員的說明	444	81.532	11.845
醫師的醫術	444	84.279	12.341
醫師的服務態度	444	90.631	10.520
其他醫護人員的服務態度	444	88.153	11.914
治療的效果	444	82.252	13.042
整體滿意度	444	82.613	11.732

三、其他品質項目(詳見表 4-10)

- (一)對於是否有發生不滿意的事，有 98.42%的樣本表示沒有發生，而有 1.35%樣本表示有發生不滿意的事，而其中表示有得到妥善處理的佔 25.57%，未得到妥善處理的佔 57.14%。
- (二)中醫師是否需要改善：樣本中認為中醫師沒有需要改善的有 88.74%，認為需要改善的有 6.76%，而其中認為需要改善的原因最多為其他佔 38.71%，如應增加治療的內容及次數等，其次為應詳細解說病情(16.13%)、應增加看診時間(12.90%)、應加強醫術(12.90%)、應縮短看診時間(3.23%)、應該要親切一點(3.23%)。
- (三)預後的情形部份，有 89.86%的患者表示並未因當次看診看不好而改看其他醫生，但有 7.43%的患者表示有改看其他醫生；有 88.49%的患者沒有因為身體不舒服再去看醫生，而有 12.16%的患者有這樣的情形。
- (四)是否會向親友推薦該巡迴醫療服務點，有 88.91%表示願意(包含非常願意及願意)，其次表示普通者佔 11.04%，表示不願意者佔 2.48%。

表 4-10 其他品質項目

(1) 醫療品質滿意度

		非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
地點的環境衛生及舒適性	個數	106	254	74	10	0
	%	23.87	57.21	16.67	2.25	0.00
醫療設備	個數	50	281	104	9	0
	%	11.26	63.29	23.42	2.03	0.00
看病流程	個數	68	315	57	4	0
	%	15.32	70.95	12.84	0.90	0.00
交通方便性	個數	158	242	31	12	1
	%	35.59	54.50	6.98	2.70	0.23
中醫師的說明	個數	130	269	45	0	0
	%	29.28	60.59	10.14	0.00	0.00
其他醫護人員的說明	個數	95	289	59	1	0
	%	21.40	65.09	13.29	0.23	0.00
醫師的醫術	個數	142	255	47	0	0
	%	31.98	57.43	10.59	0.00	0.00
醫師的服務態度	個數	242	196	6	0	0
	%	54.50	44.14	1.35	0.00	0.00
其他醫護人員的服務態度	個數	204	219	19	2	0
	%	45.95	49.32	4.28	0.45	0.00
治療的效果	個數	116	268	54	6	0
	%	26.13	60.36	12.16	1.35	0.00
整體滿意度	個數	109	284	51	0	0
	%	24.55	63.96	11.49	0.00	0.00

(2) 負面醫療結果情形

類別	項目	個數	百分比(%)
發生不滿意的事	沒有	437	98.42
	有	6	1.35
	拒答	1	0.23
不滿意的事有無得到妥善處理	有	2	28.57
	沒有	4	57.14
	拒答	1	14.29
是否會向他人推薦該醫療服務站	非常願意	173	38.96
	願意	204	45.95
	普通	49	11.04
	不願意	11	2.48
	不知道	7	1.58
中醫師是否需要改善	沒有	394	88.74
	有	30	6.76
	不知道	19	4.28
	拒答	1	0.23
需要改善原因	增長看診時間	4	12.90
	縮短看診時間	1	3.23
	詳細解說病情	5	16.13
	加強醫術	4	12.90
	應該要親切一點	1	3.23
	其他	12	38.71
	不知道	2	6.45
	拒答	2	6.45
是否曾改看其他醫生	有	33	7.43
	沒有	399	89.86
	不知道	9	2.03
	拒答	3	0.68
是否因不適而回診	有	54	12.16
	沒有	384	86.49
	不知道	2	0.45
	拒答	4	0.90

八、中醫院所的特性(詳見表 4-11)

- (一)醫師執業情形：在表示有進行傷科推拿治療的 158 位樣本中，有 63.92%的表示傷科推拿為中醫師全程執行，而有 22.78%表示為助理全程執行，12.66%表示中醫師及助理都有執行。在有進行針灸治療的 214 位樣本中，有 94.39%表示針灸治療為中醫師全程執行，4.67%的樣本表示中醫師及助理都有執行，表示由助理全程執行的僅佔 0.47%；而在有進行針灸治療的樣本中，有 85.78%表示針灸治療時使用的是拋棄式針，而有 1.42%的表示並未使用拋棄式針，其餘的 12.80%表示不知道。
- (二)開藥情形：開藥天數以七天者最多，佔 84.2%，其次為未開藥及開藥天數七天以內者皆佔 7.2%，開藥天數七天以上者最少，僅佔 0.5%。
- (三)付費情形：由於參加無中醫鄉巡迴醫療之院所部分負擔須自行吸收，因此基本上進行治療的民眾並不須負擔任何費用，但樣本中雖有 97.3%表示未負擔任何費用，仍有 3.3%的患者表示有另外付費的情形，其中表示付費內容為掛號費的佔 70%，付部分負擔的有 20%，而有 10%表示付費原因為健保不給付之項目。

表 4-11 醫師執行業務情形

類別	項目	個數	百分比(%)
開藥天數	沒有開藥	32	7.2
	開藥七天以內	32	7.2
	開藥七天	374	84.2
	開藥七天以上	2	0.5
開藥天數適宜度	太多	17	3.83
	太少	18	4.05
	剛好	368	82.88
	未拿藥	10	2.25
	沒意見	13	2.93
付費情形	無		
	掛號費	7	70.00
	部分負擔	2	20.00
	健保不給付	1	10.00
傷科推拿執行情形	無	286	64.41
	中醫師全程執行	101	22.75
	中醫師+助理都有執行	20	4.50
	助理全程執行	36	8.11
	不知道	1	0.23
針灸治療執行情形	無	230	51.80
	中醫師全程執行	202	45.50
	中醫師+助理都有執行	10	2.25
	助理全程執行	1	0.23
	不知道	1	0.23
是否使用拋棄式針	是	181	85.78
	否	3	1.42
	不知道	27	12.80

九、對全民健保的滿意度(詳見表 4-12)

- (一)是否加入全民健保：表示有加入全民健保的佔樣本的 97.97%，未加入者佔 1.58%。
- (二)對全民健保的滿意度：對全民健保的滿意度中，感到滿意者(包含非常滿意及滿意)最多，佔 59.69%，其次表示普通者佔 23.87%，而表示不滿意者(包含非常不滿意及滿意)佔 9.91%。
- (三)中醫巡迴醫療對當地醫療資源的幫助：有 93.25%的樣本表示中醫巡迴醫療的實施對當地的醫療資源分配有幫助，而其中有 76.09%表示增加很多，23.91%表示有增加一點；認為對當地醫療資源分配沒有幫助的僅佔 1.80%。
- (四)是否應由健保持續提供巡迴醫療經費：有 89.91%的樣本表示全民健保應該繼續提供中醫巡迴醫療之經費，有 19.37%更表示應該增加提供的經費，而只有 1.35%表示不應該繼續由健保提供中醫巡迴醫療的經費。
- (五)巡迴醫療對健保滿意度的影響：有 70.73%的樣本表示中醫巡迴醫療實施後有增加其對全民健保的滿意度，其中更有 43%表示增加很多；而認為中醫巡迴醫療的實施並沒有改變對全民健保滿意度的有 18.47%。

表 4-12 全民健保滿意度

類別	項目	個數	百分比(%)
參加全民健保	有	435	97.97
	無	7	1.58
	拒答	2	0.45
對全民健保的滿意度	非常滿意	49	11.04
	滿意	216	48.65
	普通	106	23.87
	不滿意	35	7.88
	非常不滿意	9	2.03
	沒意見	24	5.41
	拒答	5	1.13
中醫巡迴醫療對當地醫療的幫助	增加很多	315	70.95
	增加一點	99	22.30
	沒有	8	1.80
	不知道	21	4.73
	拒答	1	0.23
健保是否應該繼續提供巡迴醫療之經費	應該繼續提供經費	266	59.91
	應該增加經費	86	19.37
	不應該繼續提供經費	6	1.35
	不知道	85	19.14
	拒答	1	0.23
巡迴醫療後對健保的滿意度	增加很多	135	30.41
	增加一點	179	40.32
	沒有差別	82	18.47
	不知道	47	10.59
	拒答	1	0.23

十、雙變項分析(詳見附錄九)

本項將分三大部分說明雙變項分析的結果，一為探討自變項與控制變項對各構面滿意度的影響，包括基本人口學特性、地區特性、服務院所特性、醫療利用情形及時間成本等變項，二為樣本的基本人口特性與健康狀況的關係，三為樣本基本人口特性及各構面滿意度對全民健保的各項議題的關係。

(一)樣本對各品質構面滿意度與控制變項、自變項間的關係(詳見表 4-13)

1.人口學基本特性：

- (1)性別、家戶收入、慢性病之有無、是否為原住民及是否有使用過中醫醫療等在各構面品質滿意度上均無統計上的顯著差異。
- (2)在年齡別方面，樣本對於醫療設備與環境品質的滿意度具統計上的顯著差異，其平均滿意度以 60 歲以上者最高，30~39 歲者的平均滿意度最低，且事後比較亦呈現統計上之顯著差異。
- (3)在教育程度方面，樣本對於醫療設備與環境品質的滿意度具統計上的顯著差異，且教育程度愈低者其平均滿意度愈高；事後比較表示教育程度國小以下者與教育程度高中(職)者具統計上的顯著差異。

2.地區特性：

此部份依照地區性質區分為山地地區、離島地區、資源缺乏地區，藉以比較地區特性對醫療品質滿意度的影響。經分析指出，地區特性對於各構面之滿意度均無統計上的顯著差異。

而對於當地西醫師數與西醫診所數對品質滿意度的影響部份，分析指出，當地西醫師數及西醫診所數愈多的地區，在「醫病溝通品質」及「整體醫療品質」兩構面之滿意度愈高。

3.服務院所特性：

- (1)費用申請方式：依無中醫鄉巡迴醫療服務計畫規定，參加之院申請費用方式可分為「核實申報」(論量計酬)及「論次計酬」，藉此探討費用申請方式對病患滿意度的影響。分析結果顯示，費用申請方式對於「醫療設備與環境品質」及「醫病溝通品質」兩項品質構面滿意度具有統計上的顯著差異，其中以「核實申報」的方式申請費用的院所，其患者的滿意度皆較高。
- (2)院所的執行情形部份，院所是否更動巡迴地點、巡迴時間、申報方式等對於樣本的品質滿意度並無統計上的顯著差異，而院所是否更動巡迴診次及是否曾經休診在「整體醫療品質」滿意度則具有統計上的顯著差異，且曾經更動診次及曾經休診之院所，其病患的滿意度較高。
- (3)醫師的執業情形部份，傷科推拿及針灸治療是否為醫師全程執行於各構面品質滿意度均無統計上的顯著差異，但是否使用拋棄式針在「醫病溝通品質」上具有統計上的顯著差異，且有使用拋棄式針的病患其滿意度較高。
- (4)院所最近一次服務所申報的人數以及開辦的時間長短對於「照護可近性」皆具有統計上的顯著差異，且皆呈現負相關，表示院所最近申報的人數愈多，開辦時間愈長，其照護可近性的滿意度愈低。
- (5)院所的開藥天數對於「醫病溝通品質」與「整體醫療品質」構

面具有統計上的顯著差異，且有開藥者較沒有開藥者的滿意度較高，開藥天數七天以上者（2位）滿意度最低。

4. 醫療利用情形

- (1) 自覺健康狀況：患者自覺健康狀況在「照護結果」構面具有統計上的顯著差異，自覺身體健康較好的患者其滿意度亦較高，但事後比較並不顯著。
- (2) 中西醫醫療選擇：在中西醫均能治療的疾病所選擇的治療方式對滿意度的影響部份，對於「整體醫療品質」構面具有統計上的顯著差異，其中單獨選擇中醫治療者的滿意度較高，且事後比較部分選擇中醫治療者與選擇西醫治療者具有統計上的顯著差異。
- (3) 過去的就醫經驗：過去三個月看西醫的次數對於各品質構面的滿意度皆無統計上的顯著差異，但過去三個月於巡迴醫療服務點的就醫次數，除在照護可近性之構面外，其餘六項品質構面均具有統計上的顯著差異，且就醫次數愈多者，其滿意度愈高。
- (4) 病患是否因不適而再次就診對於「照護結果」構面具有統計上的顯著差異，其中以未因不適回診者的滿意度較高。

表 4-13 雙變項分析

	醫療設備與 環境品質	醫療技 術品質	醫病溝通品質	醫病互 動品質	照護可近性	照護結果	整體醫 療品質
	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值
性別	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
年齡	2.84*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
教育程度	4.47**	NS	NS	NS	NS	NS	NS
家戶收入	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
慢性病	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
原住民	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
自覺健康狀態	NS	NS	NS	NS	NS	3.55**	NS
中西醫醫療選擇	NS	NS	NS	NS	NS	NS	3.96**
看巡迴中醫次數	8.28***	3.98**	8.18***	6.42***	NS	12.89***	10.21***
看中醫次數	8.28***	3.98**	8.18***	6.42***	NS	12.89***	10.21***
看西醫次數	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
看中西醫次數	2.82**	2.10*	3.29***	NS	NS	3.00**	3.61***
健保滿意度	4.65**	NS	NS	NS	NS	NS	NS
對當地醫療幫助	11.69***	14.13***	8.64***	25.59***	12.48***	18.19***	39.17***
健保提供經費	6.67**	NS	NS	8.66***	5.00***	NS	7.84***
健保滿意度增加	NS	4.11**	NS	6.37**	NS	4.34**	7.82***
申報方式	5.53*	NS	6.75**	NS	NS	NS	NS
每週診次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
巡迴地點更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
巡迴時間更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
巡迴診次更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	4.41*
申報方式更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
有無休診	NS	NS	NS	NS	NS	NS	4.80*
單一醫師提供 服務	NS	NS	5.94*	NS	NS	NS	NS
地區別	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
改看其他醫師	4.89*	9.57**	6.59*	11.82***	NS	13.17***	4.56*
因不適而再次 就診	NS	NS	NS	NS	NS	13.77***	NS
看中醫經驗	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
開藥天數	NS	NS	2.83*	NS	NS	NS	3.68*

註：NS 表示未達到統計顯著水準；*表 $p < 0.05$ **表 $P < 0.01$ ***P 表 < 0.001 。

5.時間成本變項(表 4-14)

- (1)病患由家中至巡迴醫療服務點的時間長短對於「照護可近性」之滿意度具有統計上的顯著差異，交通時間愈短其滿意度愈高，且事後比較亦呈現顯著差異。
- (2)病患在巡迴醫療服務點設立前至其他醫療機構的交通時間，與設立後至巡迴醫療服務點所需的交通時間的時間差，在「照護可近性」上具有統計上的顯著差異，以節省時間在-10 分鐘以內的平均滿意度最高，而在事後比較部份，節省時間在-10 分鐘以內的與-21~-30 分鐘者具有統計上的顯著差異。
- (3)病患等候診療的時間在「照護可近性」上具有統計上的顯著差異，等候診療時間愈短其滿意度愈高；在事後比較部份，等候診療時間在五分鐘以內與 21~30 分鐘之病患具有統計上的顯著差異。
- (4)病患的治療時間長短，除照護可近性構面外，其餘六項品質構面之滿意度均具有統計上的顯著差異，在「醫療設備與環境品質」構面以治療時間介於 21~30 分鐘者其滿意度較高，但事後比較均無統計上的顯著差異；在「醫療技術品質」構面以治療時間介於 11~20 分鐘者其滿意度較高，但事後比較亦無統計上的顯著差異；在「醫病溝通品質」構面以治療時間超過 30 分鐘者其滿意度較高，但事後比較亦無統計上的顯著差異；在「醫病互動品質」構面以超過 30 分鐘以上滿意度較高，且事後比較亦呈現統計上的顯著差異；在「照護結果」構面以治療時間介於 11~20 分鐘者其滿意度較高，且事後比較亦呈現統計上的顯著差異；在「整體醫療滿意度」構面則以治療時間介於 21~30 分鐘者其滿意度較高，但事後比較並無統計上的顯著差異。

表 4-14 時間成本變項

	醫療設備與 環境品質	醫療技術 品質	醫病溝 通品質	醫病互 動品質	照護 可近性	照護 結果	整體醫 療品質
	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值
至巡迴點交通 時間	NS	NS	NS	NS	24.42***	NS	NS
之前就醫交通 時間	NS	NS	NS	NS	3.87**	NS	NS
所節省之交通 時間	NS	NS	NS	NS	3.06*	NS	NS
等候診療時間	NS	NS	NS	NS	3.47**	NS	NS
治療時間	2.66*	3.47**	2.99*	7.79***	NS	7.86***	4.02**

註：NS 表示未達到統計顯著水準；*表 $p < 0.05$ **表 $P < 0.01$ ***P 表 < 0.001 。

二、樣本基本人口特性與健康狀態之關係(表 4-15)

本項比較人口特性包括樣本之性別、年齡、教育程度、家戶收入、是否為原住民、使用中醫之經驗以及中西醫醫療利用的選擇，與健康狀態包括自覺健康狀態、近三個月中醫及西醫的利用次數之相關性。

(一)年齡、教育程度、是否為原住民及是否曾經使用過中醫醫療與健康狀態均無統計上的顯著差異。

(二)性別與健康狀態之關係：分析結果指出樣本性別與自覺健康狀態具有統計上的顯著差異，且男性自覺健康狀態較女性好。

(三)家戶收入與健康狀態之關係：分析結果指出，家戶收入與近三個月中醫就醫次數具有統計上的顯著差異，且家戶收入較低者，其近三個月中醫就醫次數愈高。

(四)中西醫選擇與健康狀態之關係：選擇中西醫利用與自覺健康狀態具有統計上的顯著差異，且選擇以中醫治療者其自覺健康狀態較好。

表 4-15 樣本基本人口特性與健康狀態之關係

	自覺健康 狀態	中醫就醫 次數	西醫就醫 次數	全民健保 滿意度	增加醫療 資源	健保提供 經費	增加健保 滿意度
性別	9.72*	na	na	na			
年齡	na	na	na	2.70*			
教育程度	na	na	na	7.03***			
家戶收入	na	37.45*	na	na			
原住民	na	na	na	na	na	na	na
中醫經驗	na	na	na	na	na	na	na
中西醫選擇	29.56**	na	36.05**	na			

三、樣本基本人口特性及各構面滿意度對全民健保的各項議題的關係

(一)全民健保的滿意度：年齡、教育程度以及「醫療設備與環境品質」構面與全民健保的滿意度具有統計上的顯著差異；在年齡部份以未滿十五歲及六十歲以上的滿意度較高，但事後檢定均無統計上的顯著差異；教育程度部份，教育程度愈低者，對於健保的滿意度愈高，且事後檢定具有顯著差異；而在醫療設備與環境品質部分，其滿意度愈高，對於健保的滿意度亦愈高。

(二)中醫巡迴醫療對當地醫療資源分配的幫助：有關中醫巡迴醫療對當地醫療資源的幫助在各品質構面皆具有統計上的顯著差異，且各構面的品質滿意度較高的患者，認為中醫巡迴醫療有增加對當地醫療資源的分配且事後檢定亦呈現統計上的顯著差異。

(三)對健保滿意度的影響：中醫巡迴醫療服務提供後，是否會改變對健保滿意度的影響，分析結果表示「醫療技術品質」、「醫病互動品質」、「照護結果」以及「整體醫療品質」等構面滿意度較高的患者，會因為中醫巡迴醫療服務會增加其對全民健保的滿意且事後檢定亦呈現統計上的顯著差異。

(四)巡迴醫療經費的提供：研究結果顯示，是否由全民健保繼續提供或增加巡迴醫療服務的經費的意見，對於「醫療設備與環境品質」、「醫病互動品質」、「照護可近性」以及「整體醫療品質」等構面具有統計上的顯著差異，且認為健保應該繼續提供或是增加巡迴醫療服務經費者，其滿意度較認為不應繼續提供者高且事後統計亦呈現顯著差異。

十一、複迴歸分析(表 4-16)

本項針對病人各品質構面之滿意度進行複迴歸分析，將各構面由前面雙變項分析所得到具有統計上顯著差異者進行逐步迴歸(Stepwise)，在進入標準 $P < 0.05$ 及刪除標準 $P > 0.1$ 的限制下，利用剩下的變項，繼續以 force in 補齊虛擬變項後，進行最終的 Full Model。

(一)影響病患「醫療設備與環境品質」滿意度的因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫療設備與環境品質的變項有年齡、教育程度、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、申報方式、是否曾改看其他醫師及治療時間等六個變項，將此六個變項利用逐步迴歸分析後，剩下年齡、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、申報方式、是否曾改看其他醫師及治療時間等五個變項，將所有變項放入迴歸模式中，結果年齡及治療時間因而未達統計顯著水準，整個迴歸模式顯著($F=3.64, P < 0.001$)，解釋力達 12.30%，

調整後解釋力為 8.92%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、申報方式、是否曾改看其他醫師皆呈現正相關，且達統計顯著水準。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高($p < 0.05$)；而院所採用核實申報方式申報者，其病患較參考組(論次計酬)的滿意度要高($p < 0.05$)；而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高($p < 0.05$)。

(二)影響病患「醫療技術品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫療技術品質的變項有過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師，及治療時間等三個變項，將此三個變項利用逐步迴歸分析後皆具顯著水準，因此將所有變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著($F=3.51, P < 0.001$)，解釋力達 6.97%，調整後解釋力為 4.99%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師及治療時間皆呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且達統計顯著水準($p < 0.01$)；而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高($p < 0.05$)；而治療時間介於 11~20 分鐘之病患，其滿意度較參考組(0~5 分鐘)要高，且達統計顯著水準($p < 0.05$)。

(三)影響病患「醫病溝通品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫病溝通品質的變項有過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師、申報方式、治療時間、當地西醫診所數以及當地西醫師數等六個變項，將此六個變項利用逐步迴歸分析剩下過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師及治療時間具顯著水準，因此將

此三個變項放入迴歸模式中，結果治療時間因而未達顯著水準，整個迴歸模式顯著($F=4.90, P<0.001$)，解釋力達 9.47%，調整後解釋力為 7.54%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數及是否曾改看其他醫師呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準($p<0.01$)；而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高，且達統計顯著差異($p<0.05$)。

(四)影響病患「醫病互動品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫病互動品質的變項有過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師，及治療時間等三個變項，將此三個變項利用逐步迴歸分析後皆具顯著水準，因此將所有變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著($F=7.11, P<0.001$)，解釋力達 13.17%，調整後解釋力為 11.134%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數，是否曾改看其他醫師及治療時間呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數三次，四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準($p<0.05$)；而治療時間介於 11~20 分鐘、介於 21~30 分鐘以及 31 分鐘以上之病患，其滿意度較參考組(0~5 分鐘)要高，且達統計顯著水準($p<0.01$)。而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高，且達統計顯著差異($p<0.05$)。

(五)影響病患「照護可近性」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響照護可近性的有至中醫巡迴醫療服務點的交通時間、中醫巡迴醫療服務點設立後所節省的交通時間、等候診療時間、院所最近申報人數以及院所服務時間長短等五個變項，將此五個變項利用逐步迴歸分析剩下過至中醫巡迴醫療服務點的交通時間以及院所最近申報人數具顯著水準，因此將此二個變項放入迴歸模式中，結果院所最近看診人數因而未達顯著水準，整個迴歸模式顯著($F=18.91, P<0.001$)，解釋力 17.76%，調整後解釋力為 16.82%。

結果發現，病患至中醫巡迴醫療服務點的交通時間與滿意度呈現負相關。病患至中醫巡迴醫療服務點的交通時間，在介於 6~10 分鐘，介於 11~20 分鐘，介於 21~30 分鐘以及 30 分鐘以上者，較參考組(0~5 分鐘)要低，且皆達統計顯著水準($P<0.001$)。

(六)影響病患「照護結果」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響照護結果品質的變項有自覺健康狀態、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾因不適而回診、是否曾改看其他醫師，及治療時間等五個變項，將此五個變項利用逐步迴歸分析剩下自覺健康狀態、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾因不適而回診、及治療時間等四個變項，將此四個變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著($F=7.52, P<0.001$)，解釋力達 18.75%，調整後解釋力為 16.25%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數，是否曾改看其他醫師及治療時間呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數三次，四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準($p<0.05$)；而治療時間介於 11~20 分鐘、介於 21~30 分鐘以及 31 分鐘以上之病患，其滿意度較參考組(0~5 分

鐘)要高，且達統計顯著水準($p<0.01$)。而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高，且達統計顯著差異($p<0.01$)。

病患自覺健康狀態與滿意度則呈現負相關，自覺健康狀態較不好的其滿意度較低，但僅感覺好的與參考組(感覺非常好)的具有統計上的顯著差異($p<0.05$)。

(七)影響病患「整體醫療品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響整體醫療品質的變項有中西醫醫療選擇、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、院所是否曾更動診次、院所是否曾請假、開藥天數、是否曾改看其他醫師、當地西醫診所數、當地西醫師數及治療時間等九個變項，將此九個變項利用逐步迴歸分析後剩下中西醫醫療選擇、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、當地西醫診所數及治療時間等四個變項，將此四個變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著($F=5.89, P<0.001$)，解釋力達 14.09%，調整後解釋力為 11.70%。

結果發現，中西醫選擇、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數及治療時間皆呈現正相關。選擇中醫治療的患者其滿意度較參考組(西醫)高，且達統計顯著水準($p<0.05$)，近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數為二次、三次、四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準($p<0.05$)；而治療時間介於 11~20 分鐘以及介於 21~30 分鐘之病患，其滿意度較參考組(0~5 分鐘)要高，且達統計顯著水準($p<0.05$)。

表 4-16 複迴歸分析

影響因素	1	2	3	4	5	6	7
	設備環境 B 值	技術面 滿意度 B 值	溝通面滿 意度 B 值	人際互動 滿意度 B 值	可近性 滿意度 B 值	照護結果 滿意度 B 值	整體滿意度 B 值
男生(參考組)							
女	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
年齡=未滿 15 歲(參考組)							
15~19 歲	-4.7992	NS	NS	NS	NS	NS	NS
20~29 歲	0.44082	NS	NS	NS	NS	NS	NS
30~39 歲	-3.47867	NS	NS	NS	NS	NS	NS
40~49 歲	1.32095	NS	NS	NS	NS	NS	NS
50~59 歲	1.45823	NS	NS	NS	NS	NS	NS
60 歲以上	1.75582	NS	NS	NS	NS	NS	NS
教育程度=國小(含)以下(參考組)							
國中	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
高中	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
大學(含)以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
家戶收入=一萬五千元以下(參考組)							
一萬五~未滿三萬元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
三萬~未滿四萬五千元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
四萬五~未滿六萬元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
六萬~未滿七萬五千元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
七萬五千元以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
慢性病=沒有(參考組)							
有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
有重大傷病卡	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
原住民=否(參考組)							
是	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
看中醫經驗=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
不知道	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
拒答	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
中西醫選擇=西醫(參考組)							
中醫	NS	NS	NS	NS	NS	NS	5.55946
中西醫併用	NS	NS	NS	NS	NS	NS	2.28865
視疾病性質而定	NS	NS	NS	NS	NS	NS	3.84862
費用申請=論次計酬(參考組)							
論量計酬	2.34113	NS	NS	NS	NS	NS	NS

地區別=山地地區(參考組)

離島地區	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
資源缺乏地區	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
地點更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
時間更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
診次更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
申報方式更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
休診=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
自覺健康狀態=非常好(參考組)							
好	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
普通	NS	NS	NS	NS	NS	-3.93715	NS
不好	NS	NS	NS	NS	NS	-4.81222	NS
非常不好	NS	NS	NS	NS	NS	-7.91604	NS
看中醫次數=一次(參考組)							
二次	-1.8051	0.98374	0.68612	1.92297	NS	3.21812	4.66086
三次	4.76505	2.17369	3.19412	5.56793	NS	8.03659	5.68643
四次	4.73786	4.67762	6.13488	4.58074	NS	10.8416	5.37017
四次以上	5.50454	4.58984	6.1412	4.98172	NS	9.62433	8.03683
看西醫次數=一次(參考組)							
二次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
三次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
四次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
四次以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
交通時間=0~5(參考組)							
6~10	-4.5129	NS	NS	NS	NS	NS	NS
11~20	-4.513	NS	NS	NS	NS	NS	NS
21~30	-9.70769	NS	NS	NS	NS	NS	NS
31~	-10.7744	NS	NS	NS	NS	NS	NS
候診時間=0~5(參考組)							
6~10	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
11~20	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
21~30	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
31~	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

看診時間=0~5(參考組)								
6~10	0.18113	0.05591	-1.22849	0.44103	NS	-0.34385	-0.49986	
11~20	0.18113	3.51225	1.84211	3.59517	NS	5.05135	2.63751	
21~30	2.96939	3.8246	2.04566	3.9015	NS	5.16884	3.55936	
31~	-0.93545	0.59158	2.83952	6.27115	NS	5.84942	1.82216	
節省時間=~-31(參考組)								
(2)-30~-11	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
(3)-10~-1	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
0~10	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
11~30	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
31~	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
給藥天數=沒有開藥(參考組)								
七天以內	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
七天	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
七天以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
傷科推拿是否中醫師親自執行=中醫師全程執行(參考組)								
中醫師+助理都有執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
助理全程執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
針灸治療是否中醫師親自執行=中醫師全程執行(參考組)								
中醫師+助理都有執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
助理全程執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
針灸治療是否採拋棄式用針=是(參考組)								
否	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
不知道	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
因身體不適再次就診=有(參考組)								
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
改看其他醫生=有(參考組)								
沒有	3.92127	6.16526	4.13544	4.86102	NS	5.45947		
院所最近看診人數=有(參考組)								
沒有	NS	NS	NS	NS	-0.0239 5	NS	NS	
當地西醫診所數								
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.41025	
截距	61.7579	67.5433	69.4903	71.2001	86.9874	64.2001	71.5927	
F 值	3.64***	3.51***	4.9023	7.1094	18.9119	7.52454	5.88897	
R2	0.12298	0.06972	0.09466	0.13166	0.17756	0.18746	0.14087	
Adj R2	0.08916	0.04988	0.07535	0.11314	0.16817	0.16254	0.11695	

第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

座談會訪談摘要

一、座談會部分，由無中醫鄉巡迴醫療計畫專案小組巫召集人雲光及本計畫主持人共同主持，首先進行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫執行報告，內容包括辦理院所醫事人力相關統計、醫療利用概況、醫療利用率等。綜合討論則由院所自由發言，將其執行情形、執行期間所遇到的困難及建議等意見提出討論。

二、座談會訪談實錄詳見附錄五，摘錄重點如下：

(一)執行期間所遇到的困難

- 1、語言隔閡：部分院所表示部份無中醫鄉為原住民村落，有些老人家聽不懂國語或台語，或是同一個村落使用幾種不同的原住民語，在醫病溝通上會產生語言問題。
- 2、環境設備：部分院所表示因巡迴醫療點大多租借當地活動中心、集會所等臨時場所，當發生天災毀損或婚喪喜慶借用時，往往造成場地無法使用。
- 3、宣導不足：部分院所表示原住民從以往即習慣使用西醫，對中醫藥認識較少。
- 4、生活習慣：原住民地區生活習性與使用醫療資源的型態與一般地區不同，例如：喜飲酒、較重視享樂而較不重視養生等。
- 5、地域廣泛：部分院所反應山地離島地區，交通不便且村與村之間距離很遠，若只在某一村落設服務點，對於其他村落則無法服務。

(二)相關回應

- 1、為避免誤導民眾，無中醫鄉巡迴醫療服務計畫的市招、旗幟等不可使用免費或義診字樣，可以考慮是否由各區分會統一製作。
- 2、變更診次、地點等需向各區分會申請，若有請假事宜依相關規定報備。
- 3、本會擬集結巡迴醫療服務之記錄製作專刊，將各鄉執行情形以文章、照片方式呈現。
- 4、關於語言問題，可多利用當地資源，例如請村長協助或請當地翻譯人員。
- 5、很多院所反應，因村落間距離遠無法兼顧，實際上本計畫之規定為定點、定時、巡迴醫療服務，其意義為當民眾需要就醫時，可以在固定時間、地點就醫。但院所可以規定診次之外的時間，到其他村落巡迴服務。
- 6、部份地區診次人數眾多，超過一定限度，將考慮公告以作為醫師開業參考地點。
- 7、關於醫事人員保險問題，將考慮納入九十四年度注意事項中。
- 8、論次計酬與論量計酬合理性及公平性問題，將建議中保會修正支付方式。
- 9、院所建議，部份一般地區應納入山地地區，但地區分類是由衛生局定義，故無法由中醫全聯會更改。
- 10、要求兼顧醫療經濟與醫療服務，需要考慮到效益問題，就醫人次太少的院所將建議中保會討論是否裁撤；就醫人次太多的院所，也需要檢討，是否符合的醫療品質的要求。

第三部份：無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約 醫療機構問卷調查

統計結果

一、填答人基本資料(表 4-17)：

- (一)職務部份：填答人為醫師者有 77 位，佔 93.9%；護士有 1 位，行政人員有 4 位，共佔 6.09%。
- (二)性別分布：男性 71 人(86.6%)；女性 11 人(13.4%)。
- (三)實地參與執行：有 77 位(94%)曾實地參與無中醫鄉巡迴醫療服務；有 5 位沒有參與過，約佔 6%。
- (四)實地參與執行的 77 位中，服務次數五次以上者有 64 位(83.1%)，四次以下(含四次)者有 13 位(16.9%)。

二、承辦院所服務地區及時間(表 4-18)：

- (一)申請費用方式：採論次計酬者有 39 家(47.6%)；論量計酬者有 43 家(52.4%)。
- (二)服務診次：平均每家院所每週 1.57 診次。
- (三)最近一次服務人次：平均 31.3 人次。
- (四)執行地點：山地地區 40 家(48.78%)，離島地區 11 家(13.41%)，醫療資源缺乏地區 31 家(37.80%)。

三、醫事人力：

每家院所平均投入醫師人數 1.54 人；藥事人員 0.07 人；護士 0.54 人；行政助理 1.46 人。全部院所投入之醫事人員共 296 人，其中為當地聘任人員有 27 人(9.12%)，含護士 2 位，行政助理 25 位。

四、異動情形(表 4-19)：

- (一)服務地點更動：曾更動者有 16 家(19.5%)，未曾更動者 65

家(79.3%)。

(二)服務時間更動：曾更動者有 18 家(22%)，未曾更動者 64 家(78%)。

(三)診次更動：曾更動者有 2 家(2.4%)，未曾更動者 80 家(97.6%)。

(四)申報方式更動：曾更動者有 4 家(4.9%)，未曾更動者 78 家(95.1%)。

(五)是否曾經休診：曾休診者有32家(39%)，未曾休診者50家(61%)。休診原因大多為天災(颱風、土石流)等不可抗拒之因素，其次為看診日適逢假日(春節、國定假日)等，再者為醫師進修(繼續教育、研討會、出國進修、開會)等，其他原因有醫師因病休診、看診場地借用(選舉等)。

五、服務狀況(表 4-20)：

(一)醫療資源現況：每一巡迴醫療服務點平均有西醫診所 1.34 家；西醫師人數 1.71 人；藥局 0.49 間。其他衛生機構大多為衛生局(室)。

(二)交通工具：以汽車為主的有 72%，有 16%需利用到船或飛機，另有 5%搭乘計程車，2%搭乘公車，步行及腳踏車各佔 1%。

(三)院所至無中醫鄉巡迴醫療地點所需交通時間平均約為 81.9 ± 86.7 分鐘。

(四)院所對服務地點空間表示滿意或非常滿意者佔 74.4%，另有 20.7%者表示普通，表示不滿意或非常不滿意者僅佔 4.9%。

(五)院所對服務點之便利性不滿意或非常滿意者佔 64.6%，另

有 28.0% 者表示普通，表示不滿意或非常不滿意者佔 7.3%。

(六)服務地區的醫療問題：認為醫療人力不足者佔 34.8%，有 25% 認為是民眾衛生教育，17.4% 認為是當地人口結構，9.1% 為緊急醫療後送，另外其他有 13.6%。

(七)院所認為無中醫鄉巡迴醫療服務計畫符合及非常符合當地民眾需求者佔 93.9%，表示普通者佔 6.1%。

(八)對無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施成效感到滿意及非常滿意的院所佔 82.9%，表示普通者佔 15.9%，不滿意者佔 1.2%。

(九)有 74.4% 的院所認為當地衛生局對於本計畫持支持態度，認為普通的則有 20.7%，另有 1.2% 表示不支持。

(十)曾遭遇的困難：有 21.7% 認為是天候影響，19.4% 認為宣導不足，認為交通不便及就醫習慣者各 16.1%，認為是語言隔閡者有 10%，醫療器材或藥品者 7.8%，風俗習慣者 15%，其他 3.9%。

(十一)改善項目：認為增加宣傳的有 39.8%，增加巡迴醫療次數的有 25%，增加醫療給付費用的有 18%，另外選擇公會資源及法令規定者各佔 7%，其他者有 3.1%。

(十二)有 48.8% 的院所認為接受無中醫鄉巡迴醫療服務之民眾的醫療需求與一般民眾有差異，另有 51.2% 的院所認為沒有差異。差異的部份，疾病型態最多為痛風及關節炎，其次為肝病(肝炎、肝硬化)，其他為傷科、腰痛等。

(十三)參與動機：大多數院所認為山地醫療資源缺乏，民眾就醫不便，為服務山地民眾均衡中醫醫療資源，使全體保

險對象均能獲得中醫醫療服務，並提昇中醫形象。

(十四)修正意見：贊成(二)修正論次計酬支付方式。(即採基本操作費用+論量申報合併方式)者有 23 家，(三)限制論次計酬支付方式。(即採報備許可制，而非申請制)者有 3 家，另外有 16 家沒有意見，36 家持其他意見。

(十五)優先辦理地區：認為山地地區優先者佔 45.7%，離島地區優先者 40.2%，其他者佔 14.2%。

(十六)每週限一診次之意見：不同意的有 53.7%，同意的有 30.5%，其他者 11.0%。

表 4-17 填答人基本資料

類別	項目	個數	百分比(%)
職務	醫師	77	93.9
	護士	1	1.2
	醫檢師	0	0
	藥劑師	0	0
	行政人員	4	4.9
	其他	0	0
性別	男	71	86.6
	女	11	13.4
實地參與	否	5	6.1
	是	77	93.9
服務次數	五次以上	5	6.1
	四次	4	4.9
	三次	1	1.2
	二次	3	3.7
	一次	64	78.0

表 4-18 承辦院所服務地區及時間

類別	項目	個數	百分比(%)
申請費用方式	論次計酬	39	47.6
	論量計酬	43	52.4

表 4-19 承辦院所異動情形

類別	項目	個數	百分比(%)
服務地點更動	是	16	19.5
	否	65	79.3
服務時間更動	是	18	22
	否	64	78
診次更動	是	2	2.4
	否	80	97.6
申報方式更動	是	4	4.9
	否	78	95.1
是否曾休診	是	32	39
	否	50	61

表 4-20 醫療服務提供狀況

類別	項目	個數	百分比(%)
交通工具	步行	1	1
	腳踏車	1	1
	機車	0	0
	汽車	72	72
	公車	2	2
	計程車	5	5
	船	9	9
	飛機	7	7
	其他	3	3
交通時間滿意度	非常滿意	5	6.1
	滿意	42	51.2
	普通	30	36.6
	不滿意	2	2.4
	非常不滿意	3	3.7
巡迴點之空間滿意度	非常滿意	11	13.4
	滿意	50	61.0
	普通	17	20.7
	不滿意	3	3.7
	非常不滿意	1	1.2
巡迴點便利性滿意度	非常滿意	11	13.4
	滿意	42	51.2
	普通	23	28
	不滿意	4	4.9
	非常不滿意	2	2.4
醫療問題	民眾衛生教育	33	25.0
	緊急醫療後送	12	9.1
	醫療人力不足	46	34.8
	當地人口結構	23	17.4
	其它	18	13.6
是否符合當地民眾需求	非常符合	43	52.4
	符合	34	41.5
	普通	5	6.1
	不符合	0	0
	非常不符合	0	0
實施成效	非常滿意	23	28.0

類別	項目	個數	百分比(%)
	滿意	45	54.9
	普通	13	15.9
	不滿意	1	1.2
	非常不滿意	0	0
衛生局支持度	非常支持	26	31.7
	支持	35	42.7
	普通	20	24.4
	不支持	1	1.2
	非常不支持	0	0
遭遇困難	語言隔閡	18	10.0
	交通不便	29	16.1
	醫療器材或藥品	14	7.8
	宣導不足	35	19.4
	就醫習慣	29	16.1
	天候影響	39	21.7
	風俗習慣	9	5.0
	其它	7	3.9
改善項目	增加巡迴醫療次數	32	25.0
	增加醫療給付費用	23	18.0
	增加宣傳	51	39.8
	公會資源	9	7.0
	法令規定	9	7.0
	其它	4	3.1
醫療需求與一般民眾 有無差異	無	42	51.2
	有	40	48.8
優先辦理地區	山地地區優先	58	45.7
	離島地區優先	51	40.2
	其他	18	14.2
每週限申請一診次之 意見	同意	25	30.5
	不同意	44	53.7
	其他	9	11.0

參、院所意見彙整

一、辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構的

建議事項

項目	次數
(1) 爭取下年度續辦；積極推廣擴大服務	16
(2) 為醫事人員投保意外險；保險	5
(3) 山地離島地區加成給付；優先辦理	7
(4) 加強宣導	9
(5) 增加巡迴點；診次	9
(6) 其他	9

二、辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構對於改革意見之看法。

項目	次數
(1)取消論次計酬支付方式。	0
(2)修正論次計酬支付方式。(即採基本操作費用+論量申報合併方式)	23
(3)限制論次計酬支付方式。(即採報備許可制，而非申請制)	3
(4)其他	36
(5)沒意見	16

三、休診原因

項目	次數
天災(颱風、土石流)	21
醫師進修、開會	8
假期(休假、春節)	14
其他	3

第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析

本部分將呈現九十二、九十三年度(一至十月)無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施成果，包括辦理家數、地區統計以及醫療利用概況等，另外將比較九十二年及九十三年一至十月無中醫鄉巡迴醫療利用率，以了解無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施之概況。

壹、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計：

九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫巡迴點共計 37 點，至九十三年度增加至 63 點。辦理家數九十二年度為 54 家院所，九十三年度截至十月增加至 92 家院所。(詳見表 4-21~4-22)

表 4-21 九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計

申請總計	地區數	辦理家數
山地地區	24	35
離島地區	3	6
醫療資源缺乏地區	10	13
合計	37	54

表 4-22 九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計

申請總計	地區數	辦理家數
山地地區	25	39
離島地區	9	17
醫療資源缺乏地區	29	36
合計	63	92

貳、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫總診次為 2,107 診次，服務總人次為 53,847 人次；九十三年度截至十月增加至 3,543 診次，服務總人次增加為 96,915 人次。在每診次平均金額部份，九十二年度為 19429.15 元，九十三年度截至十月增為 21,527 元。另外在每診平均人次和每人平均費用部分，九十二年度及九十三年度差不多。(詳見表 4-23~4-24)

表 4-23 九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

	總診次	總人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
6 月	240	4820	3835024	15979.27	20.08	795.65
7 月	295	6920	5407190	18329.46	23.46	781.39
8 月	301	7387	5593020	18581.46	24.54	757.14
9 月	319	8036	6070762	19030.6	25.19	755.45
10 月	326	8682	6666440	20449.2	26.63	767.85
11 月	325	8743	6588450	20272.15	26.9	753.57
12 月	301	9259	6776340	22512.76	30.76	731.87
總計	2107	53847	40937226	19429.15	25.56	760.25

資料日期：93年2月1日

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

表 4-24 九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

月份	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
1 月	252	6472	4971040	19726.35	25.68	768.08
2 月	311	7541	5821470	18718.55	24.25	771.98
3 月	291	8571	6029990	20721.62	29.45	703.53
4 月	290	8448	6129140	21134.97	29.13	725.51
5 月	294	8165	6369470	21664.86	27.77	780.09
6 月	311	9042	7232664	23256.15	29.07	799.90
7 月	375	10298	8327844	22207.58	27.46	808.69
8 月	381	10272	7961160	20895.43	26.96	775.04
9 月	494	12924	10204790	20657.47	26.16	789.60
10 月	544	15182	11710790	21527.19	27.91	771.36
總計	3543	96915	74758358	21100.30	27.35	771.38

資料來源：中保會六區分會月報表

資料日期：93 年 11 月 10 日彙整

參、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況：

九十二年度及九十三年度各區醫療利用概況如下表，九十二年度及九十三年度每人次平均費用最高者為高屏區 855.1 元；最低者為九十二年度台北區 684.94 元，九十三年度東區 693.72 元。(詳見表 4-25~4-26)

表 4-25 九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況

分 會	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
台 北 區	149	4438	3039750	20401.01	29.79	684.94
北 區	240	9213	6566690	27361.21	38.39	712.76
中 區	218	6414	4836310	22184.91	29.42	754.02
南 區	95	3131	2282700	24028.42	32.96	729.06
高 屏 區	841	13541	11578190	13767.17	16.1	855.1
東 區	561	17110	12613586	22484.11	30.5	737.21
總 計	2104	53847	40917226	19447.35	25.59	759.96

資料日期：93年2月1日

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

表 4-26 九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況

分 會	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
台 北 區	323	7141	5285440	16363.59	22.11	740.15
北 區	526	15470	11492210	21848.31	29.41	742.87
中 區	376	9957	7931850	21095.35	26.48	796.61
南 區	216	6886	4959040	22958.52	31.88	720.16
高 屏 區	1310	26006	23268838	17762.47	19.85	894.75
東 區	792	31455	21820980	27551.74	39.72	693.72
總 計	3543	96915	74758358	21100.3	27.35	771.38

資料來源：中保會六區分會月報表

資料日期：93年11月10日彙整

肆、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：論次計酬

九十二年度論次計酬每診次平均人次為 13.10 人次；九十三年度則為 13.28 人次。但在每人次平均費用九十二年度平均為 967.31 元，至九十三年度增為 1,014.97 元。(詳見表 4-27~4-28)

表 4-27 九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：
論次計酬 9306-9312

月份	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
六 月	98	1167	1262000	12877.55	11.91	1081.40
七 月	110	1251	1347000	12245.45	11.37	1076.74
八 月	106	1135	1303000	12292.45	10.71	1147.75
九 月	110	1344	1404000	12757.91	12.22	1044.64
十 月	111	1522	1422000	12807.21	13.71	934.30
十 一 月	115	1657	1470000	12782.61	13.92	887.15
十 二 月	127	2104	1638000	12897.64	16.57	778.52
總 計	777	10180	9846000	12671.81	13.10	967.31

資料日期：93年2月1日

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

表 4-28 九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：
論次計酬 9301-9310

月份	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
一 月	95	1208	1264000	13305.26	12.72	1046.36
二 月	139	1476	1483000	10669.06	10.62	1004.74
三 月	113	1760	1536000	13592.92	15.58	872.73
四 月	112	1609	1538000	13732.14	14.37	955.87
五 月	121	1669	1732000	14314.05	13.79	1037.75
六 月	124	1729	1726000	13919.35	13.94	998.26
七 月	168	2256	2299000	13684.52	13.43	1019.06
八 月	169	2243	2269000	13426.04	13.27	1011.59
九 月	236	3046	3202000	13567.80	12.91	1051.21
十 月	247	3250	3500000	14170.04	13.16	1076.92
總 計	1524	20246	20549000	13483.60	13.28	1014.97

資料來源：中保會六區分會月報表

資料日期：93年11月10日彙整

伍、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：論量計酬

論量計酬部份，九十二年度及九十三年度每診平均人次分別為 32.66 人次及 37.97 人次；每人平均費用分別為 710.68 元及 707.06 元。(詳見表 4-29~4-30)

表 4-29 執行院所 92 年 6-12 月醫療利用概況(論量計酬)

月份	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人平均費用
6 月	142	3653	2573024	18119.89	25.73	704.36
7 月	185	5669	4060190	21946.97	30.64	716.21
8 月	192	62522	4270020	22239.69	32.56	682.98
9 月	209	6692	4666762	22332.02	32.02	697.46
10 月	215	7160	5244440	24394.6	33.3	732.52
11 月	210	7084	5118450	24372.62	33.73	722.51
12 月	184	7155	5138340	27708.37	38.89	712.56
總計	1337	43665	31071226	23209.91	32.66	710.68

資料日期：93年2月1日

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

表 4-30 執行院所 93 年 1-10 月醫療利用概況(論量計酬) 9301-9310

月份	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人平均費用
一 月	157	5264	3707040	23611.71	33.53	704.22
二 月	172	6065	4338470	25223.66	35.26	715.33
三 月	178	6811	4493990	25247.13	38.26	659.81
四 月	178	6839	4591140	25792.92	38.42	671.32
五 月	173	6496	4637470	26806.18	37.55	713.90
六 月	187	7313	5506664	29447.40	39.11	753.00
七 月	207	8042	6028844	29124.85	38.85	749.67
八 月	212	8029	5692160	26849.81	37.87	708.95
九 月	258	9878	7002790	27142.60	38.29	708.93
十 月	297	11932	8210790	27645.76	40.18	688.13
總 計	2019	76669	54209358	26849.61	37.97	707.06

資料來源：中保會六區分會月報表

資料日期：93 年 11 月 10 日彙整

陸、九十二年及九十三年無中醫鄉巡迴醫療利用率

九十二年度每月有就診者平均就醫次數為 1.82-2.08 次，九十三年度每月有就診者平均就醫次數為 1.82-1.99 次。(詳見表 4-31)

表 4-31 九十二年及九十三年無中醫鄉巡迴醫療利用率

九十二年度				九十三年度			
	就醫人數	就醫人次	有就醫者平均 就醫次數		就醫人數	就醫人次	有就醫者平均 就醫次數
92 年 7 月	3,743	6,802	1.82	93 年 1 月	3,503	6,440	1.84
92 年 8 月	3,812	7,040	1.85	93 年 2 月	4,039	7,346	1.82
92 年 9 月	4,140	7,567	1.83	93 年 3 月	4,301	8,341	1.94
92 年 10 月	4,223	7,802	1.84	93 年 4 月	4,329	8,473	1.96
92 年 11 月	4,405	8,893	2.02	93 年 5 月	4,239	8,227	1.94
92 年 12 月	4,450	9,257	2.08	93 年 6 月	4,647	9,255	1.99

資料來源：中保會六區分會月報表暨中央健康保險局院所申報醫療費用資料
資料日期：93 年 1 月 15 日及 93 年 8 月 15 日彙整

柒、中醫門診總額就醫比率及每人就醫次數

自九十二年度起於山地離島地區實施無中醫鄉巡迴醫療服務後，在山地離島地區之中醫每人就醫比率及就醫次數方面，均呈現明顯成長。(詳見表 4-32~4-33)

表 4-32 中醫門診總額就醫比率

年月	一般地區	離島地區	山地地區
90 年	27.77	15.57	1.09
91 年	28.08	15.22	1.15
92 年	28.70	15.41	1.23
91/90 成長率	1.11%	-2.22%	5.85%
92/91 成長率	2.23%	1.22%	7.19%

註1：就醫比率=就醫人數/戶籍人數。

註2：資料來源-健保局總額支付制度執行成果報告。

表 4-33 中醫門診總額每人就醫次數

年月	一般地區	離島地區	山地地區
90 年	1.27	0.65	0.03
91 年	1.29	0.63	0.03
92 年	1.40	0.65	0.04
91/90 成長率	1.55%	-3.20%	-7.42%
92/91 成長率	8.11%	3.64%	41.52%

註：1. 每人就醫次數=就醫人次/戶籍人口數。

2. 資料來源-中央健康保險局 93 年評核報告。

第五章 討論

本章第一節將針對方法學進行討論；第二節則是探討本研究之結果。

第一節 方法學的討論

一、研究方法

一、電話訪談成功率：

1. 吳統雄(1990)⁽⁹²⁾表示近年國外絕大多數的實證研究文獻，都指出電話訪問率較造府訪問完成率高，本研究之成功訪問率 78.86%，此與林美珠(2001)⁽³³⁾的研究完成率為 77.4%差不多，相較國內一般郵寄問卷回收率高出很多，且為預防病患資料不正確、電話錯誤或拒訪，故有預抽 1.7 倍病患樣本(22, 12)。
2. 本研究利用電訪方式收集資料，拒答率 10.66%，未完成訪問率 10.48%，對於拒答者與未完成訪問者之特質及其滿意度是否與回答者有差異，因缺乏拒訪者資料，故無法得知。另未成功訪問率 10.48%，與林美珠的研究未成功率 18.2%及中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度歷次調查之未成功訪問率差不多，應可接受。

二、電話訪談樣本代表性之檢定：

本研究根據參加至抽樣日實際執行無中醫鄉巡迴醫療服務超過三個月以上院所 93 年 10 月 13 日至 19 日之門診日報表申報之所有病患申報資料檢定樣本的性別與年齡的分布結構。檢定結果發現：樣本與母群體間的性別及年齡分布均無統計上的顯著差異，表示本研究之樣本與母群體的分配一致。

三、電訪品質：

1. 訪員素質：以過去有經驗的訪員為主進行電訪，並編制訪員手冊，預先進行嚴格訪前訓練，因此訪員素質頗一致，較能得到受訪者真實的回答。
2. 電話訪談時間：根據吳統雄(1990)調查表示：民眾受訪平均時間在 20 分鐘者，很少有受訪者會顯得不耐煩或中途退出之情況⁽⁸⁹⁾；本研究訪問時間平均為 15.41 分鐘，應可接受。
3. 資料品質：本研究於中醫師公會全國聯合會會議室進行電話訪問，並同步進行錄音，訪問結束後資料經過審慎檢查其完整性、合理性及一致性，並做邏輯上校對和必要之複查，在審核問卷時，如發現有疑問時由資深研究員進行電話複查，以確保資料品質。

第二節 研究結果之討論

第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

本部份將針對研究目的對研究結果做解釋與討論，內容共分為二大部份，第一部份針對本研究對象的基本屬性、健康狀態與醫療利用情形、院所特性、就醫服務品質特性與病人滿意度等現況之討論；第二部份針對影響病人對無中醫鄉巡迴醫療服務品質滿意度之重要因素之討論。

壹、描述性結果之討論

一、樣本之基本人口學特性：

研究結果發現，無中醫鄉巡迴醫療使用者的基本屬性以女性為主(63.29%)最多；年齡分布以 60 歲以上最多(29.73%)；教育程度以小學含以下最多(53.38%)；家戶收入情形以一萬五千元以下占最多(19.37%)；以沒有罹患慢性病或重大傷病占最多(69.37%)；非原住民較多(55.63%)，但原住民的比例也占了近半數，原住民中以泰雅族占多數(13.06%)；之前使用過中醫醫療者較多(54.95%)，但未曾使用中醫醫療者也將近半數。

人口變項中，雖然性別以女性為主，而教育程度以小學含以下最多的結果與許多相關研究結果類似，但本研究之樣本女性比例與其他研究之結果相比高出許多，教育程度為小學含以下的比例占一半以上，與其他相關研究所占比例約三分之一有很大的不同；本研究的年齡分布以老年人為主，且家戶收入偏低，此應與本研究的樣本多來自醫療資源缺乏的地區，當地的居民多屬老弱婦孺，收入偏低，相較一般地區的調查以青壯年為主，收入亦以中等收入較多不同。而慢性病方面，本研究調

查表示有罹患慢性病或重大傷病者較一般地區的 10.9%要來得高，這應該也和該地區的年齡分布以老年人口為主有關。

二、樣本之醫療需求與利用情形：

研究結果發現，樣本中就醫原因以腰酸背痛、扭、挫、拉傷等肌肉骨骼疾病者最多(59.91%)；醫療服務部份超過九成樣本表示有拿藥；自覺健康狀態以普通佔最多(39.86%)；就醫選擇中對於中西醫均能治療的疾病，以視病情而決定選擇醫療方式最多(48.42%)；近三個月就醫情形方面，至中醫巡迴醫療服務點就醫超過四次以上最多(63.29%)，近三個月以未至西醫院所就診最多(47.97%)，而有超過九成之民眾(90.54%)未至其他中醫院所就醫，此結果符合無中醫鄉巡迴醫療服務計劃為解決當地醫療需求而開辦之精神。

樣本就醫原因與一般地區民眾主要皆因肌肉骨骼疾病就醫相同。超過九成的民眾有拿藥與一般地區的醫療行為不同，原因應為參加無中醫巡迴醫療的院所每週診次多為一次，需要安排同一療程進行傷科或針灸處置之疾病較無法連續進行，因而醫療行為多以開藥為主。在就醫選擇中，會視病情選擇醫療方式與其他研究結果類似，但其中仍有 24.77%的樣本會選擇中醫治療，表示在無中醫鄉雖然缺乏中醫醫療資源，但中醫醫療仍有極高的需求及信念。

本研究與其他研究較不同的部份即為調查過去使用中醫的經驗及是否為原住民，結果樣本中有將近一半的人過去未曾使用過中醫醫療，表示其中近一半的就醫病患因為無中醫鄉巡迴醫療服務的實施，而有機會使用中醫醫療；另外由於無中醫鄉巡迴醫療主要服務的地區為山地離島地區，因此原住民的比

例亦較其他研究高，如此正可了解原住民與一般民眾對醫療利用及醫療品質滿意度的差異。

就醫次數部份，多數的樣本至中醫巡迴醫療服務站就醫的次數超過一次以上，顯示樣本對巡迴醫療服務站的肯定，對照樣本極少去看西醫及其他中醫院所，更突顯當地醫療資源的不足。

三、院所特性

在醫師執業情形方面，傷科推拿及針灸治療由中醫師全程執行者最多，分別占 63.92%、94.39%，有 85.78%的民眾表示有使用拋棄式針；開藥天數以開七天藥最多(84.2%)，97.3% 的樣本表示未負擔任何費用。

針灸治療表示由助理全程執行者僅有一人，表示無中醫鄉巡迴醫療之針灸治療已落實應由醫師親自執行之規定，但在傷科推拿的部份，仍有三十六位表示由助理全程執行，此與無中醫鄉巡迴醫療試辦計畫注意事項「傷科處置應由中醫師全程親自執行」之規定不符，可見政策之落實仍有努力及改善的空間。開藥天數以七天為最多，應與前面所提到參加中醫巡迴醫療服務之院所多為每週一個診次有關。

在費用負擔部份，由於參加本計畫之院所依規定不得收取掛號費及部份負擔，因此民眾應不須負擔任何費用，但調查結果中仍有十位表示有支付費用，其中九位表示支付內容為掛號費，對照九位病患的就醫院所，有兩家院所有超過一位病患表示有付掛號費，此部份值得更深入的了解。

四、就醫服務品質特性

就醫可近性部份，樣本至中醫巡迴醫療服務點的交通工具以機車最多(37.61%)，平均交通時間 12.54 ± 16.76 分鐘，且對此交通時間接受度表示普通者最多(48.20%)。樣本中表示在中醫巡迴醫療服務開辦以前至其他醫療院所就醫的交通工具以汽車最多(32.88%)，平均交通時間 38.26 ± 48.99 分鐘。平均等候診療時間為 22.98 ± 26.30 分鐘，平均治療時間 14.59 ± 11.47 分鐘。

樣本至中醫巡迴醫療服務站的平均交通時間比之前至其他院所就醫的交通時間要少，表示無中醫巡迴醫療服務的提供確實能增加民眾就醫的可近性。

樣本的平均等候診療時間與平均治療時間皆較一般地區的研究結果長，此部份可能是因為參加中醫巡迴醫療的院所多為一位醫師到無中醫地區服務，因此若就醫人數較多時，候診時間就會比較久，而平均治療時間較一般地區的高，使得對於醫師診療的仔細程度及看診時間的接受度皆約有九成的樣本表示滿意及接受。

五、病患滿意度

病患對於各構面的平均滿意度為 82.95 分，顯示當地病患對整體的滿意度皆為正向。樣本中有 98.42% 表示未發生過不滿意的事，其中有 1.35% 的民眾(6 位)表示有發生過不滿意的事情，不過本研究未深入探討不滿意的原因。

樣本中有 88.74% 的樣本表示中醫師沒有需要改善的部份，認為需要改善的占 6.76%，其中認為需要改善的最主要為應詳細解說病情及應增加看診時間，此項結果也反映在樣本對

於治療時間非常不滿意的人數較其他滿意度變項要多。

貳、影響病人對醫療服務品質滿意度重要因素之討論

一、控制變項

(一)院所特性：

院所特性中，每週診次、巡迴地點及時間是否曾經更動、申報方式是否更動以及地區別等變項對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。

院所的申報方式會影響病患在「醫療設備與環境品質」以及「醫療溝通品質」的滿意度，且核實申報院所的病患滿意度較論次計酬院所的病患滿意度高，此部份是否是院所因為財務誘因的差異，而導致所提供的服務有所不同並不在本研究的討論範圍，仍有待進一步的探討。

院所是否更動巡迴診次會影響「整體醫療品質」滿意度，且有更動之院所滿意度較高，需要說明的是所有承辦無中醫鄉巡迴醫療服務的院所只有一家曾經更動巡迴診次，更動原因為同一地點原本為兩家承辦，後來合併由一家承辦，該地區的民眾可能由於院所資源的整合而使滿意度提高。

院所是否曾經休診會影響「整體醫療品質」滿意度，且曾經休診之院所的病患滿意度較高，此部份與一般認知有所差異。經分析院所的休診原因，大部份多為不可抗之因素，如遇颱風、節日或場地問題等因素而休診，因此應不致於造成病患太大的不便與反感。

院所最近申報人數與院所承辦時間的長短會影響「照護可近性」的滿意度，且呈現負相關，表示院所申報的人

數愈多，承辦的時間愈長，病患的滿意度愈低。照護可近性的構面包括「中醫看病流程」、「交通方便性」、「交通時間接受度」與「等候診療時間接受度」，若與細項之構面比較，申報人數及承辦時間長短兩者間呈現正相關，且與等候診療時間比較皆呈現負相關，由此可知就醫人數會隨著院所承辦時間的增加而增加，候診時間拉長，對候診時間的滿意度自然下降，這應是造成整體照護可近性的主要原因。

當地西醫診所數及西醫師數會對的「醫病溝通品質」與「整體醫療品質」造成影響，且呈現正相關，表示西醫診所數及西醫師數愈多的地區，其滿意度愈高，此部份與一般認為在醫療資源愈缺乏的地區提供醫療時的滿意度會愈高的認知不同，造成此項結果的原因可能是由於當地民眾擁有較多的醫療資訊，有助於醫病雙方的溝通，但更值得注意的是，可能當地醫療資源尚未能滿足其完整的醫療需求，資源的不足及缺乏選擇性，使得當地民眾迫切需要多樣醫療資源的提供。

(二)基本人口學特性：

基本人口學特性中，性別、家戶收入、是否罹患慢性病、是否為原住民等對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。

人口基本變項中，雙變項分析之結果顯示，只有年齡及家戶收入會影響「醫療設備與環境品質」的滿意度，且以年齡以六十歲以上及十五歲以下的滿意度較高，在六十歲以上的部份，與許多研究結果認為「年齡愈高滿意度愈

高」一致，但十五歲以下的滿意度較高可能是因為十五歲以下的疾病大都較輕微，且多由父母代答較易溝通有關。而家戶收入較低者可能對設備及環境的要求較低，使其滿意度較高。

(三)醫療需求與利用情形

醫療需求與利用情形中，是否曾經使用過中醫醫療與過去三個月看西醫的次數，對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。

病患自覺健康狀態會對「照護結果」的滿意度造成影響，自覺健康狀態較好的病患其滿意度亦較高，此項結果與許多相關研究之結論相同，原因可能為健康狀態較佳者，對於醫療服務較滿意的原因可能來自其正向積極的態度，因為身體健康狀況較佳的病人會有較大的可能性去包容醫療的缺失，也就是說，要純粹以病人自覺的醫療滿意度來衡量該醫療系統的完整性，仍要小心謹慎。

病患於中醫巡迴醫療服務點的就醫次數會影響「醫療設備與環境品質」、「醫療技術品質」、「醫病溝通品質」、「醫病互動品質」、「照護結果」及「整體醫療品質」等構面的滿意度，且就醫次數較多者，其滿意度較高。如同前面所提，當病患會重覆之一家診所就醫，基本上表示其對此家診所的滿意度較高。

對於中西醫皆可治療的疾病，病患所選擇的醫療方式會影響「整體醫療品質」的滿意度，且以選擇中醫治療者滿意度較高。一般會選擇中醫治療的病患，其對中醫的處置及療效持較正向的態度，進而可能將影響其對醫療服務

的滿意度。

二、自變項

自變項部份，傷科推拿與針灸治療是否由醫師親自執行、針灸治療是否使用拋棄式針對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。此部份與林美珠(2001)一般地區之研究有所差異⁽³³⁾。原因可能與無中醫鄉巡迴醫療服務大部份屬於每週執行一次，同一療程之針灸、傷科治療不易連續施行，大部份配合開給內服中藥(93.47%)，複合型態之醫療行為不易顯現差異。至於針灸治療回答由助理執行者僅佔 0.23%(1 人)，回答非使用拋棄式針者僅佔 1.42%(3 人)，比例太少不易顯現差異。

患者至巡迴醫療服務點的交通時間與巡迴醫療服務點設立後所節省需至其他醫療機構的交通時間，會影響「照護可近性」的滿意度，且至巡迴醫療服務點的交通時間愈短者，滿意度愈高。但在所節省的交通時間部份，滿意度最高的卻為-10 分鐘以內之病患，即表示交通時間增加 10 分鐘以內的滿意度最高，一部份原因可能是因為只增加 10 分鐘以內的交通時間，表示當地有其他的醫療資源提供，因此交通時間對其所造成的影響不大，另一部份原因可是當地的醫療需求仍未被滿足，才會使病患有動機花更多的交通時間尋求更多的醫療照護。

病患是否曾因不適而回診會影響「照護結果」的滿意度，且不曾因不適而回診者其滿意度較高。基本上病患若因不適而回診，其對醫療效果的滿意度應會較低。而病患是否因不舒服而改看其他醫師，會影響「醫療設備與環境品質」、「醫療技術品質」、「醫病溝通品質」、「醫病互動品質」、「照護結果」以及

「整體醫療品質」等構面之滿意度，此變項與因不適而回診的結果相同，都是病患治療後仍感到不舒服，對於其醫療效果便會較不滿意，差別在於是否會回診接受同一位醫師治療，當病患會回診時，表示可能只單純對照護結果的不滿意，而當改看其他醫師時，即表示可能對於多項的醫療品質皆不滿意。

三、複迴歸分析結果

依據複迴歸分析結果顯示，影響病患「醫療設備與環境品質」滿意度的因素主要為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、申報方式及是否曾改看其他醫師；而影響病患「醫療技術品質」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、是否曾改看其他醫師及治療時間；影響病患「醫病溝通品質」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數及是否曾改看其他醫師；影響病患「醫病互動品質」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、是否曾改看其他醫師；影響病患「照護可近性」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點的交通時間；影響病患「照護結果」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、是否曾改看其他醫師、治療時間及病患自覺健康狀態；影響病患「整體醫療品質」滿意度的主要因素為中西醫的選擇、至中醫巡迴醫療服務點就醫次數及治療時間。

第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

壹、部分院所反應在執行期間所遭遇的困難中包括語言隔閡、環境設備與管理不易等問題，本研究調查目前投入之人力中僅有 9.12% 為當地應聘，建議承辦院所可考慮聘用當地人員擔任行政助理，一方面可解決語言溝通問題，另一方面可代為管理存放當地之醫療器材，除

可提高醫療品質外，更可增進當地居民就業機會。

貳、無中醫鄉巡迴醫療服務目前僅作到門診衛教，民眾就醫時才有機會宣導。若承辦院所在門診醫療服務外，投入更多時間於衛生教育的宣導，不僅可達到預防疾病、改善生活習慣，更可加強宣導增進當地居民對中醫藥的認識。

第三部份：辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構調查

- 壹、採用論次計酬的院所約佔一半(47.6%)，修正計酬方式時，需要考慮對承辦院所的衝擊，以免影響無中醫鄉民眾的就醫權益。
- 貳、部份院所反應無中醫鄉距離遙遠，平均時間約為 81.9 分鐘，對醫事人力為一大負擔。計畫辦理期間曾有醫療人員發生意外之事例，建議未來將承辦院所醫事人員意外險納入整體規劃，以分擔風險。
- 參、有 93.9%的院所認為無中醫鄉巡迴醫療服務計畫符合及非常符合當地民眾需求，且有 82.9%的院所對於無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施成效感到滿意及非常滿意，建議本計畫持續辦理，服務更多山地、離島及醫療資源缺乏地區的民眾。
- 肆、在考慮優先辦理地區部份，認為山地地區優先者佔 45.7%，離島地區優先者佔 40.2%，一般地區之開放建議可參考楊銘欽教授有關「西醫基層總額預算制度對民眾就醫可近性之影響」報告，可將鄰近鄉鎮醫療資源實際情形，一併納入考量。
- 伍、一般認為衛生主管較不重視中醫藥的發展，但本研究有高達 74.4%的院所認為當地衛生局對於本計畫持支持態度，建議本計畫之承辦院所應加強與當地醫療院所之合作，持續提高醫療可近性。

第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表次級資料分析

- 壹、醫療利用率：無中醫鄉巡迴醫療服務點之有就醫者平均就醫次數為 1.82 至 2.08(人次)，相較一般地區 1.6 至 1.7(人次)高，可能與醫療資源缺乏地區，民眾醫療需求並未滿足及無中醫鄉巡迴醫療服務就醫民眾年齡分布、慢性病及低收入比例較一般地區高有關。
- 貳、由次級資料統計得知，九十二年提供貳仟壹佰多診次，服務超過伍萬參仟人次，每診次平均服務 25.56 人次，九十三年一至十月提供參仟伍佰多診次，服務超過玖萬陸仟多人，每診次平均服務 27.35 人，預估今年可以服務超過拾萬人次。服務地區由 37 個增至 63 個，總服務診次、人數、每診平均人次及服務地區數均有明顯增加，服務量提高之後，應同時注意醫療服務品質的提高與監測。
- 參、統計顯示診次計酬之服務量，明顯低於論量計酬，部份論次計酬地區，屬艱困不易執行之地區。論次計酬有其鼓勵意義，惟少數診次計酬之院所，平均服務量低於 5 人次，甚至低於同地區，選擇論量計酬之院所，醫療資源的提供與經濟效益，一併考慮，論次計酬支付方式設計缺乏經濟後因，應加以檢討。
- 肆、由統計顯示論量計酬之服務量，九十三年每診次平均人次為 3,797 人，其中東區更高達 5,883 人，服務人次甚至超出部分一般地區之服務量，顯示當地有高度的醫療需求，可考慮將此類地區公告作為中醫師開業之參考，以均衡醫療分布，甚至實施依合理量階級支付不同醫療費用，鼓勵無中醫鄉巡迴醫療院所，投入較多醫師人力。

第六章 結論與建議

本章第一節將針對本研究結果提出結論；第二節則是提供衛生主管機關、中醫門診總額受託單位及院所方面相關之建議。

第一節 結論

- 壹、本研究發展之無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷，可作為健保局、中醫門診總額受託單位定期監控無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度之評估工具。
- 貳、全民健保醫療費用協定委員會九十三年度九月十九日第九十三次委員會議決議：中醫門診總額受託單位應於協定九十五年總額預算前提出無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之成效評估，如民眾就醫可近性及滿意度等，本研究計畫之成果適可提供此專案成效評估之用。
- 參、無中醫鄉巡迴醫療之介入對當地居民的健康情形是否有改變，從此研究中並無法看出。與一般地區比較，無中醫鄉巡迴醫療服務就醫病患女性及老年人口偏高，且家庭月收入普遍偏低，此外亦發現無中醫鄉巡迴醫療就醫民眾之慢性病患比例明顯高於一般地區，此應與其人口年齡分布之特性有關。
- 肆、一般認為中醫屬漢民族之傳統醫療與原住民較無文化上之關聯，本研究中原住民的比例將近一半，但分析結果發現原住民與非原住民在醫療品質各構面的滿意度均無顯著差異，顯示如果有足夠中醫醫療資源的提供，有相同接近中醫醫療資源的機會，原住民與漢民族並沒有因為文化傳統上的差異，造成對無中醫鄉巡迴醫療服務醫療

品質的影響。

- 伍、研究結果顯示，無中醫鄉巡迴醫療就醫病患對於全民健保的滿意度較一般地區民眾最近一次調查低，但無中醫鄉巡迴醫療服務品質各項目滿意度調查與一般地區最近一次調查相較，除了對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度較低外，其餘滿意度均較一般地區高，由於承辦計畫之院所並非常駐於當地，對環境衛生及舒適性的維護不易，因此對此滿意度較低是可以理解的，其他各項目的滿意度均呈現較高之結果，不但表示當地居民對中醫巡迴醫療的肯定，也表現中醫全聯會在篩選承辦院所時的用心。
- 陸、中醫巡迴醫療服務點的設立交通時間增加在十分鐘以內的病患對「照護可近性」的滿意度反而較高，以及在當地西醫診所及西醫師數愈多的地區之病患對「醫病溝通品質」及「整體醫療品質」滿意度愈高，其樣本的滿意度較高，皆與一般認知不同，是否當地的醫療資源尚無法滿足當地醫療需求及當地的民眾仍需要更多醫療的提供，值得後續研究進一步探討。
- 柒、經複迴歸分析之結果顯示，會影響無中醫鄉民眾醫療品質的滿意度主要為交通時間、治療時間及是否曾改看其他醫師，顯示醫療資源缺乏地區民眾最為重視就醫可近性、醫師的診療與療效。
- 捌、由研究結果顯示無中醫鄉巡迴醫療服務不僅增加部份醫療資源的提供，提高了部份的醫療可近性，亦增加就醫民眾對全民健保的滿意度。
- 玖、醫療資源缺乏地區，民眾的醫療需求隨醫療供給可用性增加而增加，表示民眾有些需求未被滿足⁽⁹⁵⁾，由次級資料分析得知無中醫鄉巡迴

醫療服務試辦計畫的實施，對山地離島及偏遠地區民眾之就醫人數、就醫次數、就醫比率及有就醫者平均就醫次數有明顯的增加，可以證實無中醫鄉巡迴醫療的確增加中醫醫療資源缺乏地區中醫就醫可近性。

第二節 研究限制

本研究採電話訪談方式蒐集資料，在方法學上仍有些許限制，例如資料完整性、回憶性偏差(recall bias)、電訪者誤差等。

- 1.樣本選擇偏差(selection bias)：沒有電話的人口群被排除在外，而這一群人可能是社經地位較低者，研究結果無法呈現這部分人口的意見，本研究母群體中沒有電話者僅佔 4%，雖然調查地區皆位於山地、離島及資源缺乏地區，但由於近年來台灣之電話以大為普及，擁有電話機具的家庭大為增加，使用電話調查的樣本代表性已不再是個重要限制。
- 2.回憶性偏差(recall bias)：本研究為橫斷式電話回溯性研究，病人會有回憶性偏差存在，但本研究主要以詢問最近一個月內的就醫經驗，可減少可能的偏差。
- 3.替代樣本偏差(substitution bias)：電訪時對於空號或拒答者利用替代樣本可能產生偏差，惟對於未滿 15 歲及無能力回答之病人，無可避免需以陪看診者代答，此為限制之一。
- 4.使用替代樣本(proxies)的偏差：病人的親戚或其他的替代樣本比病人本身表達負面的評價。
- 5.電話訪談的限制還包括：受訪者接受訪問的情境較難控制、受訪者感覺受到干擾、無法深入瞭解受訪者的想法、針對問卷內容作答，無法暢所欲言、只能透過聲音蒐集相關的資料，而沒有與訪員的互動及訪員的一致性會影響訪問結果。

第三節 應用與建議

壹、衛生主管機關方面

- 一、持續辦理醫療資源缺乏地區改善方案，特別是持續推動無中醫巡迴醫療服務計畫，為便於參與無中醫醫療服務院所長期投入永續經營，建議取消現行計畫試辦名稱及年度之限制。
- 二、將無中醫鄉巡迴醫療服務計畫病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查，納入中醫門診總額支付制度品質確保方案，並定期監控。
- 三、為均衡中醫醫療資源分布，確保中醫就醫可近性，除推動無中醫鄉巡迴醫療服務計畫外，應規劃鼓勵中醫師前往中醫醫療資源缺乏地區開執業之計畫。

貳、中醫門診總額受託單位

- 一、應定期實施無中醫鄉巡迴醫療服務成效評估，包括檔案分析、立意審查、實地訪視與調查等，以瞭解無中醫鄉巡迴醫療實際提供情形及當地醫療需求，擇優特約並淘汰實施成效不佳之計畫(含經濟效益不佳之計畫)。
- 二、建議修改現行無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之支付標準，將現行論次計酬支付方式，修改為基本承作費用加論量計酬之支付方式，並採限制申請區域及專案核準之方式辦理。
- 三、建議修改現行無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之支付標準，將導入診察費及處置費，合理量分級支付之設計，對服務人次較多之單一巡迴醫療服務費提供增聘(或指派)醫師(事)人力之經濟誘因。
- 四、資訊透明化，定期公告無中醫鄉名單及優先開辦無中醫鄉巡迴

醫療服務計畫之地點。

- 五、無中醫鄉巡迴醫療服務計畫每診超出一定人數之地區，應定期公告，供中醫師開業地點選擇之參考，以促進中醫醫療資源之均衡分布。
- 六、新增無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之審核，除考慮鄰近鄉鎮中西醫療資源之現況外，應著重考慮當地居民醫療需求。
- 七、建立醫療品質保證制度，申辦院所於申請無中醫巡迴醫療服務計畫時，應一併簽署相關品質規定及獎懲措施，以確保無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之醫療服務品質。
- 八、規劃辦理參與無中醫巡迴醫療服務人員意外保險。

參、院所方面

- 一、重視溝通品質，主動提供病患衛教及相關醫療資訊需求。
- 二、改善及提昇無中醫鄉巡迴醫療服務地點環境衛生及醫療設備。
- 三、無中醫鄉巡迴醫療服務計畫承辦院所，應加強宣導的工作，增加民眾對中醫巡迴醫療的認知，使其更能提高民眾對無中醫鄉巡迴醫療的利用。
- 四、行政人力不足時應優先考慮增聘當地民眾擔任，增進當地民眾就業機會。

參考文獻

1. 魏玉容：台灣山地離島地區醫療政策分析，國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2000。
2. 中華民國中醫師公會全國聯合會：中醫報導－全民健康中醫門診總額支付制度特別報導，2（2），2000。
3. 行政院衛生署，中醫門診總額支付制度規劃，2000。
4. 費協會：第48次委員會會議記錄，2001。
5. 費協會：第69次委員會會議記錄，2002。
6. 施純全：九十二年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫初步執行報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2003。
7. 法規：山地離島醫療服務促進方案(2000)。
8. 施純全：九十二年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫執行報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2004。
9. 沈茂庭：改善山地離島醫療成果豐碩－醫療深入偏遠地帶，全民健康保險雙月刊，46期，2003。
10. 張育嘉：中醫醫療資源對醫療利用之影響：可用效應與誘發效應之分析，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2001。
11. 賴俊雄、李卓倫、紀駿輝：1981—1994年中醫政策研究之回顧，公共衛生，1994。
12. 施純全：九十二年度全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案執行成果報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2003。
13. 林昭庚、施純全：92年度總額及93年度總額協定承諾事項執行成果報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2003。
14. 林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣：中醫師人力現況與規劃，中醫醫學雜誌，2001。

15. 鍾國彪：「醫療品質」，列於楊銘欽（編）守護民眾健康醫療保健政策白皮書，厚生白皮書-醫療保健篇，244，2001。
16. 莊逸洲、黃崇哲：醫務管理學系列—財務、研究、品質暨設施管理，第三章，298-306，2003。
17. 張錦文、黃珣雅、邱文達、林曉蕾。台灣醫療品質發展概況，醫院品質實務管理，第一章，7-8，2003。
18. 葉金川：「醫療體系」，公共衛生學—陳拱北預防醫學基金會；6（2），235-236，1988。
19. 倪嘉慧：台北醫療區域各級醫院醫療服務品質現況調查與分析，國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1994。
20. Donabedian A. : A Guide to Medical Care Administration, Vol. 11 , Medical Care Appraisal-Quality & Utilization, APHA , Washington , D. C , 1980 , PP. 86 。
21. Weitzman, B. C : Improving quality of care. In Kovner, A. R. , & Jonas, S. Health Care Delivery in the United States, (370-400) , New York , Springer Publishing Company , 1999 。
22. Harris-Wehling J. : Defining Quality of Care , in Lohr KN. (ed.) . Medicare : A Strategy for Quality Assurance, Volume II. National Academy Press : 116-39 , 1990 。
23. Donabedian, A. : An introduction to quality assurance in health care, Oxford, Oxford University press , 2003 。

24. 石曜堂：醫療品質評估，醫院雜誌，11 (2)，106-107，1978。
25. 藍忠孚編著：醫療品質實施管理學，台北，華杏，2001。
26. 韓揆：醫院品質管理與門診服務品質定性指標，中華衛誌，13 (1)，35-52，1994。
27. 鍾國彪：全民健康保險的整體醫療品質之評估。中央健康保險局委託計畫報告，1997。
28. 黃東琪：中醫門診總額支付制度醫療品質評估之研究，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，2000。
29. Donabedian a Chapter 12：The role of outcome in quality assessment and assurance. In：Graham NO. eds Quality in Health Care, Theory, Application, and Evolution. Maryland，An Aspen publication；198-209, 1995。
30. 蔡淑鈴、馬作鏞、陳建仲：全民健康保險中醫門診總額支付制度醫療過程指標之建立 (2001)。
31. 邱文達：醫療品質實務管理，提昇醫療品質之旅，醫院追求卓越之道，台灣醫務管理學會，2003。
32. 李玉春：健康保險支付制度，列於楊志良(編)健康保險，(4)71-117，1998。
33. 林美珠：全民健保中醫門診總額支付制度實施前醫療服務品質之研究—以病人滿意度為評量方法，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2001。
34. 李龍騰：衛生行政與衛生政策，理論與實務，藝軒圖書出版社，2004。

35. 林昭庚、施純全：九十一年度全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案執行成果報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2002。
36. 林雨菁：總額支付制度中醫醫院門診醫療品質指標之研究，中國藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
37. 莊逸洲、林昭庚、張永賢、施純全、張恒鴻、楊賢鴻、盧瑞芬、郭正全、文羽葦：建立中醫醫療品質規範之問題與對策，行政院衛生署中醫藥委員會 92 年度委託研究計畫成果報告，2003。
38. Pascoe GC. Patient Satisfaction in Primary Health Care : a literature review and analysis. Evaluation and Program Planning , 6 , 185-210 , 1983
39. Ferris LE et al. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. Canadian Medical association Journal 1992. vol. 146 (10) : 1727-1231
40. Lawhters AG , Rozanski , Nizankowski R , Rys A. Using patient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow , poland. International Jorunal for quality in Health Care 1999 ; Vol. 11 (6) : 497-506 。
41. Ford RC, Bach SA Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizotions. Health care Management Review 1997 ; vol. 22 (2) : 74-89
42. 徐宗國譯：質性研究概論，台北，巨流 1997；Strauss A. & Corbin J. Basic of Qualitative Research:Grounded Theory Procedures and Techmiques, Sage Publications Inc. 1990。

43. Rosenthal GE., Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care* 1997 ; 35 (11 Suppl) : NS58-68, NOV。
44. Hall, J. A., Dornan, M. C, (1990) Patient sociodemographic characteristics and predictors of satisfaction with medical care : a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 27 (6) : 637-644
45. Williams, S. J., & Calnan, M. (1991) .Convergence and divergence : assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental, and hospital care setting. *Social Science & Medicine*, 33 (6) , 707-716。
46. Young, G. J. Meterko, M. & Desai. K. R. (2000) .Patient satisfaction with hospital care : effects of demographic and institutional characteristics. *Medical Care*, 38 (3) , 325-334。
47. 林淑範：醫院總額支付制度實施前後客觀醫療服務品質與病患醫服務品質滿意度之比較研究，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2004。
48. John, S., & Neil, W. (1997) .Patient satisfaction : a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45 (12) , 1829-1843。
49. 黃慧娜：急診服務與病人滿意度之調查研究，台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1993。
50. 陳清軒、鄭雪容、盧耀華、林婉玉：私合營醫院的住院病患滿意度探討-以南部某公立醫院為例，醫務管理期刊，4 (3) , 80-95，2003。

51. Hall, J. A., Dornan, M. C., (1988) Meta-analysis of satisfaction with medical care : description of research domain analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27 (6), 637-644。
52. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1998 ; 25 (1) : 25-36。
53. Hall, J. A., Dornan, M. C., Meta-analysis of satisfaction with medical care : description of research domain analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27 (6), 637-644, 1988。
54. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, et al. Patient Ratings of outpatient visits in different practice settings . *JAMA* 1993 ; 270 (7) : 835-840。
55. 李旻貞：全民保基層醫療服務品質的研究—以病人滿意度為評估方法，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1996。
56. 許鐵錚：民眾對醫院服務滿意度之調查研究，國立雲林技術學院工業工程與管理技術研究所碩士論文，1996。
57. Aharony L, Strasser S. Patient Satisfaction : What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* , 50 (1), 47-79, 1993。
58. 周志鴻：中醫門診醫療服務品質的探討，東海大學企業管理研究所碩士論文，1990。

59. 徐台玲：門診醫療照護品質之研究—以焦點團體與電話訪談為評估方法，台大醫管所碩士論文，1998
60. 曾淑貞：台北市某中醫門診初診病人滿意度及相關因素之研究，國立台灣師範大學衛教所碩士論文，1986。
61. 行政院衛生署中醫藥委員會：台灣中醫藥願景，中醫藥發展系列叢書，2，2004。
62. 施純全：全民健康之施行對中醫團體的影響，引自中央健保局、台灣醫界聯盟基金會：全民健康保險實施10周年之回顧與展望研討會大會手冊，2005。
63. 梁淑勤：全民健保中醫門診利用之研究，中醫醫藥學院環境醫學研究所碩士論文，2003。
64. 陳太義：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。
65. 翁瑞宏：全民健康保險中醫門診醫療利用之研究，中國醫藥學院醫務管理系研究所碩士論文，1999。
66. 李漢修：全民健康保險中醫利用概況簡介，醫院，32(4)，15-22，1999。
67. 林昭庚、施純全：中醫總額支付制度之審核及醫療品質確保計畫，行政院衛生署，2001。
68. 全民健康保險醫療費用總額支付制度—問答輯，全民健康保險醫療費用協定委員會，2001。

69. 行政院衛生署：中醫門診總額推動小組歷次開會資料，1999。
70. 中華民國中醫師公會全國聯合會：中醫報導-全民健康中醫門診總額支付制度特別報導，2 (2)，2000。
71. 張永賢：衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造之探討，行政院衛生署中醫藥委員會，2004。
72. 李卓倫、賴俊雄，陳太義等：不同團體對中醫藥納入全民健康保險之意見，公共衛生，17 (4)，2001。
73. 賴俊雄：中醫健保制度的展望，學士後中醫學系 20 週年暨國學節學術研討會，2004。
74. 戴行妍：山地醫療整合計畫的效果評估，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2003。
75. 沈茂庭、曾憶玲：跨越山地離島的障礙—偏遠地區醫療改善試辦方案，全民健康保險雙月刊 3 (7)，1997。
76. 鴻義章、林慶豐、彭玉章、呂淑妤：台灣原住民醫療衛生政策之回顧，台灣公共衛生雜誌，21 (4)，235-241，2002。
77. 張文信：金門縣烈嶼鄉巡迴醫療提供之成果評估。行政院衛生署，1998。
78. 張文信：花東七個山地鄉居民與醫療提供者之特性與醫療利用模式之探討，行政院衛生署，2000。
79. 鄭守夏：台東縣蘭嶼鄉、綠島鄉巡迴醫療提供之成果評估。行政院衛生署，1999。
80. 蕭正光：全民健康保險偏遠地區民眾就醫可近性研究調查，中央健康保險局 84 年度研究計劃年度報告，1996。

81. 譚秀芬：整合醫療服務經營模式(IDS)對偏遠地區醫療利用影響之比較研究：以阿里山鄉、大埔鄉、望安鄉、七美鄉為例，行政院衛生署中央健康保險局，2001。
82. 中央健保局網站：www.nhi.gov.tw。
83. 賴美淑：健保有愛、關心山地離島居民，全民健康保險雙月刊，NO. 29，2001。
84. 薛桂文：用愛的腳步送醫療上山，民生報1998年9月20日。
85. 王惠玄：桃園縣復興鄉居民醫療保健資源使用調查、滿意度暨因素分析，行政院衛生署，1990。
86. 譚秀芬、曾泓富：嘉義縣阿里山鄉醫療資源利用現況及滿意度調查。行政院衛生署，1998。
87. 李奕慧：偏遠地區社區醫療保健計畫之評估—門諾醫院在花蓮的嘗試，行政院衛生署，1998。
88. 李卓倫：仁愛鄉巡迴醫療保健計畫成果評估。行政院衛生署，1998。
89. 呂道南、游能俊、陳伯瑞：宜蘭縣山地鄉社區醫療照護試辦計畫。行政院衛生署，1998。
90. 鍾翰其：不同支援模式對澎湖離島地區醫療服務可近性與醫療利用之影響，高雄醫學大學健康科學院公共衛生研究所碩士論文，2000。
91. 李卓倫：民眾需求與利用健康服務的行為模式，1987，14(1):42-60。
92. 吳統雄：電話調查—理論與方法，台北，聯經出版事業公司，1990。
93. 周鴻儒、高森永、陳育忠：國軍醫院門診病患滿意度調查，國防醫學，25(5)，431-437，1997。
94. 張瓊文：民眾對全民健保特約醫療院所門診提供之醫療服務品質滿意度研究，台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1996。

95. 賴芳足：全民健保實施後民眾醫療利用影響因素之研究，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1996。
96. 陳時中：全民健康保險牙醫門診總額支付制度實施概況之回顧與展望，全民健康保險牙醫門診總額支付制度研討會實錄，2000。