

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

論文編號：IHAS-353

台灣全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫
社區醫療群之基層診所與合作醫院退出或更換夥伴之影響因素探討

**Determinations of Parternership Disintegration for the
Primary Community-based Care Networks in Taiwan BNHI
Demonstration Project**

指導老師：林 妍 如 教授

研究生：廖 佳 怡 撰

中華民國九十五年六月

致謝

在中國醫管所兩年歲月的點滴歷歷在目，期間學習成長茁壯，感謝傳道授業解惑的師長們，一路走來互相扶持的同窗好友，亦是我這兩年來所獲得的無價資產。

論文得以完成，皆承蒙指導教授林妍如老師在研究期間細心指導，不論在研究方向的指引、學術專業的指導以及在待人處事道理的教誨，有更深的體會和領悟，甚至彼此間存在亦師亦友的情誼，由衷感謝。此外，謝謝龍紀萱老師及黃英家理事長百忙中抽空，擔任論文口試委員，對論文內容提供諸多寶貴意見。

在論文撰寫時間，感謝諸位基層院所前輩的協助與指教，並謝謝師出同門的宏茂大哥相互扶持關心、冠璋大哥與娟娟姐的鼓勵，還有歡樂患難與共的皇室家族好友：在心情低落時開導與鼓勵我的曹格格珮琳、做事認真負責的呂駙馬嘉欣、熱情豪爽的Queen懿君、溫柔體貼的冠馨郡主，以及在質性研究過程中相互切磋鼓勵的禹彤郡主，還有親愛的室友賓娜與佳玟，因為你們的支持鼓勵讓我得以順利完成論文，此番溫馨情懷，唯有身在其中才能體會箇中感受，在此表達萬分感謝。

最後，感謝每位給予鼓勵與關心的家人，我的父母、妹妹、弟弟的鼓勵與關懷，不斷的支持力量，讓我無後顧之憂。

在此，深深感謝協助我成長的每一位。

佳怡 謹誌

摘要

本研究旨在以質性研究方式探討參與家庭醫師整合性照護試辦計畫之基層診所與合作醫院退出社區醫療群或更換夥伴之影響因素，目的在於瞭解退出社區醫療群、或更換夥伴之基層診所或合作醫院退出或更換夥伴的原因，期望對現今實施試辦計畫有所建議，並能完善地貼近民眾的需求。

根據健保局網站公告社區醫療群名單，核對期間從九十三年元月至九十四年九月止，以曾經更換社區醫療群夥伴或退出社區醫療群者之基層診所及合作醫院為本研究對象，共計 37 家基層診所和 5 家合作醫院參與本研究進行質性深入訪談。

從個體層次觀點談論退出社區醫療群的原因，大致分為四種原因，(1)個人認知：對於台灣民眾就醫習慣與病患自主權日益提高，醫病關係的維繫更是艱難且需長期培養，甚至對目前整體環境認知，認為現在相關配套措施根本尚未健全；(2)個人時間安排：參與家庭醫師試辦計畫後，額外增添許多行政流程的文書工作，需投入過多的專業時間與精神，而私人休閒與家人團聚時間逐漸減少，或其他個人因素，最後因時間不夠用而退出試辦計畫；(3)個人能力：當基層診所醫師不具有家庭醫學專科資格，無法肩負病患全面性的照護服務，並且試辦計畫內容規定無法達到要求而退出；(4)機構潛能狀況：診所因缺

乏充足的人力與設備處理試辦計畫相關作業，進而選擇退出。

從社區醫療群運作狀況談論，多數社區醫療群運作採用多元化方式替代共同照護門診的模式，然運作過程有些則遭遇理念不合，無法建立共識做良好溝通，甚至醫療臨床服務或設備部分未完全整合，導致服務重複性或資訊設備使用不同系統，彼此缺乏信任與溝通，合作關係宣告決裂。健保政策規範對醫療群間合作互動更值得注意，包括參與試辦計畫相關行政流程太過繁瑣，耗費在文書處理流程的時間與精神過多，相關政策制度未能全面整合，以及試辦計畫不符合民眾既有的醫療行為模式，所以對家庭醫師試辦計畫有所期待與熱忱的基層診所醫師，感到理念不合或失望，進而選擇退出社區醫療群。

根據研究結果，本研究建議：(1)基層診所：應以建立良好醫病關係為前提，並考量診所機營管理能力，才能提供以病人為中心、家庭為單位、社區為背景且最適合的照護服務。(2)合作醫院：應與基層診所做好事先溝通並建立共識，避免行政流程、臨床服務的重複性，甚至可事先安排熟悉彼此機構環境。(3)衛生主管機關：可善用傳播媒體教育民眾正確就醫行為及家庭醫師觀念，並提供適當誘因與相關配套措施，整合相關政策制度，使政策發展有一致性。

關鍵字：社區醫療群、台灣家庭醫師整合性照護試辦計畫、整合、去整合、基層醫師、質性研究。

Abstract

Primary Community-based Care Network (PCCN) Demonstration Project was launched by the Bureau of National Health Insurance (BNHI) in 2003. Previous studies focused largely on how this virtual integration among the partnerships and its effects. However, little studies were tried to understand the partnership disintegration in PCCNs. This study was aimed to explore why the partnership disintegration using the qualitative methodology.

Thirty-seven clinic and five hospital members, which have been withdrawn from PCCNs, identified from the 2003-2005 Taiwan Primary Community-based Care Network List, were included in our study. Semi-structure questions were pre-designed for study interviews to understand the factors driving partnership disintegration.

In terms of personal clinic physician cognitions, it found the reasons for partnership disintegration were traditional Taiwan patient autonomies of medical behaviors, limited personal times, limited personal abilities for family medicine practicing, and limited facility capability such as human resources and required medical equipments. It also found that partnership disintegration came from the lack of consensus, communication and trusts, and clinical service redundancy from dynamics of PCCNs. In addition, the complicated administrative processes, paper works, non-compatible national health policies were the reasons for partnership disintegration.

To tighten partnership relationships, several suggestions could be made in this study, including facilitating the provisions of patient-centered community-based health care services, the establishment

of doctor-patient relationships and clinic-hospital member relationships, and the reductions of administrative works. In addition, educating the public for the concepts of family doctors and well-organized the national health policies could support health care providers to smooth the integration processes.

Keyword: Primary Community-based Care Networks (PCCNs),
Primary Community-based Care Network (PCCN)
Demonstration Project, integration, disintegration, primary
care, qualitative analysis



目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第二章 文獻探討.....	5
第一節 各國家庭醫師制度發展情形	5
第二節 全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫	12
第三節 家庭醫師試辦計畫之社區醫療群組織運作結構	18
第四節 家庭醫師試辦計畫之合作夥伴經營機會與挑戰	20
第五節 總結與回顧.....	27
第三章 研究方法.....	28
第一節 研究對象.....	30
第二節 研究工具.....	33
第三節 資料收集與分析.....	36
第四節 研究的信度與效度.....	38
第五節 研究倫理.....	40
第四章 研究結果.....	43
第一節 研究對象之基本資料.....	43
第二節 從基層診所醫師角度瞭解退出醫療群或更換夥伴因素	

之資料分析	48
第三節 從合作醫院角度瞭解醫療群夥伴異動因素之資料分析	86
第五章 討論與結論	93
第一節 結果討論與建議.....	93
第二節 研究限制.....	115
第三節 結論.....	118
參考文獻.....	120
附錄一、家庭醫師整合性照護試辦計畫之各年度整理	128
附錄二、基層診所訪談大綱	135
附錄三、合作醫院訪談大綱	137
附錄四、訪談手冊.....	139

表目錄

表 2-1、英國 NHS 給付全科醫師費用一覽表.....	8
表 3-1、健保局公告參與社區醫療群名單之醫療群數統計.....	31
表 4-1、受訪基層診所醫師或負責人之基本資料.....	44
表 4-2、研究對象地區別分布.....	47
表 4-3、受訪合作醫院之基本資料.....	47
表 4-4、基層診所醫師參與家庭醫師試辦計畫的原因.....	49
表 4-5、基層診所醫師退出醫療群或更換夥伴原因之結果分析呈現	85
表 5-1、醫師教育學分認證.....	97
表 5-2、基層診所醫師退出社區醫療群的原因.....	104

圖目錄

圖 4-1、影響基層診所醫師退出社區醫療群或更換夥伴之研究結果評 析層次示意圖.....	51
---	----

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

全民健保於民國 84 年開辦至今，幾乎全民納保（約 96%），且民眾部分負擔金額不高，醫療院所各層級差距不大，加上特約醫療院所至民國 95 年 2 月底止共 17,946 家，特約率 91.13%（中央健康保險局，民 95），交通便利，民眾越級就醫十分普遍，造成大醫院人滿為患，基層醫療院所日益萎縮，進而引起財務壓力。為解決健保財務壓力並改善民眾就醫習慣，因此參考各國施行政策，其中實施全民健康保險制度的國家多數建議採用家庭醫師制度，因為認為在全民健保體制下，若藉由家庭醫師負責統籌管理病患就醫流程及場所，可以避免病患重複就診及檢驗所造成的醫療資源浪費，亦能提供民眾最具成本效益的健康照護，促進全民健康保險的永續經營（林恆慶等，民 94）。

中央健康保險局於民國 92 年 3 月 10 日公告「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」（以下簡稱「家庭醫師試辦計畫」），以同一地區特約西醫診所五至十家為單位組成，其中一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，並應與一家特約醫院作為合作對象，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡（健保局，民 92），並陸續擴大試

辦計畫，其主要目的在有效提升醫療品質，健全醫療環境，進而達到促進全民健康的積極目標。截至民國 94 年 9 月 7 日止，已成立 269 個社區醫療群，約有 1,586 家基層診所加入，佔民國 93 年底基層院所數約 18.04%（健保局，民 94），整體而言，這是個新開始，不過在台灣醫療分工體系不健全的環境下，診所與醫院的互動狀況未見明朗，許多新的困難與挑戰將接踵而至。

家庭醫師試辦計畫推行至今已三年，期間有許多學者探討其相關研究，在林恆慶等（民 93）曾探討台灣地區基層開業醫師對家庭醫師的認知、態度與認可，但與中央健康保險局所推動之家庭醫師試辦計畫有所差異，而是一般概念性的家庭醫師觀念；後來亦有研究探討參與家庭醫師試辦計畫的基層醫師的看法與執行狀況（許碧升，民 93；詹才興，民 94），這部分研究更貼近中央健康保險局所推動之家庭醫師制度意義，然僅針對少數基層醫師做研究。呂清元（民 92）則針對台北某醫學中心看診民眾，探討民眾對家庭醫師的認知、服務需求及接受性；亦有研究針對參與家庭醫師試辦計畫之民眾滿意度探討（陳麒丞，民 94），但只針對某幾個社區醫療群所提供之對象；許佑任等人（民 93）曾抽樣調查台灣民眾基本特質、就醫行為及對家庭醫師試辦計畫的看法與參加意願之相關性；還有部分學者研究參與家庭醫師試辦計畫之合作醫院和基層診所互動關係，研究對象亦僅針

對某幾社區醫療群(蘇訓正,民93;葉一晃,民94;蔣維宜,民94)。

「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」的基本概念建立在組織整合基本架構上,合作醫院與基層診所醫師團隊共同組成社區醫療群,以組織整合運作模式為社區民眾服務,彼此間形成合作關係而非僱傭關係,這種合作關係就像是經營婚姻,關係可能甜蜜合作,亦可能因為某些因素導致如同男女婚姻關係破裂,而家庭醫師試辦計畫規定社區醫療群與健保局各分局簽訂合約以一年為限,基層診所醫師可中途退出社區醫療群,然而目前卻無相關研究指出基層診所醫師或合作醫院退出或更換夥伴之影響因素,多數相關研究僅以正面意涵呈現試辦計畫成果,殊不知為何原本參與家庭醫師試辦計畫者,因為何種緣故導致基層診所或合作醫院,最後選擇退出家庭醫師試辦計畫或更換社區醫療群夥伴,學術研究應從不同角度觀點探究事件真貌,故本研究欲從退出社區醫療群、或更換夥伴之基層診所醫師或合作醫院的觀點,探討社區醫療群運作歷程,與退出或更換夥伴的原因。

第二節 研究目的

本研究嘗試從原參與試辦計畫後，退出社區醫療群、或更換夥伴之基層診所醫師或合作醫院，來探究其最初加入社區醫療群之期待、社區醫療群實際運作，與退出或更換夥伴的原因，期望能對現今實施的家庭醫師試辦計畫有所建議，讓試辦計畫能更完善貼近民眾需求。

本研究之目的為：

- 一、瞭解曾退出或更換夥伴的基層醫師或合作醫院，其對家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之期望。
- 二、瞭解曾退出或更換夥伴的基層醫師或合作醫院，其實際運作的狀況。
- 三、瞭解導致基層診所醫師或合作醫院，其退出或更換夥伴的因素。

第二章 文獻探討

本章分為五部分陳述。第一節簡介各國家庭醫師制度發展情形；第二節介紹目前台灣「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」實施現況；第三節說明家庭醫師試辦計畫之社區醫療群組織運作結構；第四節討論參與家庭醫師制度之合作夥伴經營機會與挑戰；最後第五節總結文獻進行綜合討論。

第一節 各國家庭醫師制度發展情形

台灣民眾就醫非常自由，完全不受限制，越級就醫現象亦十分普遍，形成病患一窩蜂擠到大醫院，基層醫療院所卻日益萎縮，相較實施家庭醫師制度多年的先進國家，尤其是英、美等國，其醫療照護環境為開放式醫療體系，醫院並未直接提供門診服務，若民眾需要就醫，必須先經由家庭醫師診治並負責管理病患就醫流程及場所，因而減少重複就診及檢驗所造成的醫療資源浪費。

家庭醫師制度相當受到專家學者肯定的醫療制度，因為它提供民眾更完整且適切的健康照護，故在探討台灣「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」之前，先介紹行之多年並廣為所知的英國與美國，及承襲傳統與近代歐美醫學並有政府強力支持為後盾的澳洲，瞭解其家庭醫師制度發展情形，以提供台灣落實家庭醫師制度之參考。

一、英國家庭醫師制度發展情形

世界各國最早採用家庭醫師制度的國家是英國，起源於 19 世紀末期開始實施，在全科醫學的領域中，最典型的代表也是英國的全科醫師（general practitioner，GP）。擔任基層醫療照護服務守門員角色的家庭醫師，負責民眾日常健康照護，並為民眾制定健康管理計畫，以維護其健康及降低醫療成本支出（林恆慶、石賢彥，民 92；鍾信成等，民 92）。

在英國其第一級醫療服務提供者是全科醫師，受雇於國家，因此又稱之「公醫制度」，主要負責健康照護及初級醫療工作，而醫師報酬是依照其登記之民眾人數支付，所以僅對有登記者提供醫療服務，但不得擁有住院設備；第二級醫療服務提供者為醫院和專科醫師，於 15 萬至 30 萬人口區域設置一家綜合醫院，醫院原則上不提供門診病患服務，住院病患必須由全科醫師轉診至醫院（蕭文，民 80）。平均每位全科醫師照顧 2,000 名民眾（最大極限為 3,500 名），居民先從當地政府或健保局取得該地診所與家庭醫師名冊，依自願方式選取診所醫師註冊，也可以無須任何理由更換診所醫師另外註冊，平時民眾以 NHS（The National Health Service）醫療卡就醫，大多先向診所預約看病，當較緊急狀況可直接看診，甚至要求全科醫師出診，如果病患必須接受複雜性較高的醫療服務時，便主動安排病人轉診至醫院或專

科醫師處理，一般晚上則由數家診所醫師聯合排班，將電話播接於值班醫師處一起處理（李孟智，民 92）。

在英國各區域家庭醫師數量由國民保健服務醫療執業委員會（Medical Practice Committee, MPC）控制，主要以當地醫師人口比來決定家庭醫師數量，且近年來家庭醫師服務範圍逐漸擴大，不論預防醫學或公共衛生領域，主要因為在處理醫療供給與需求之間的差異上，家庭醫師確實有其獨到之處（林恆慶等，民 92）。

英國 NHS（The National Health Service）保險局給付給全科醫師費用，則依照其登記人頭數申請年費和臨床服務費用，亦可收取額外服務費用，如預防注射、子宮頸抹片檢查、家庭計畫工作、夜間門診和出診等費用，甚至包含全科醫師之訓練費、診所租金、地方稅和診所雇用員工薪資等醫療給付費用（見表 2-1），而全科醫師收入在英國屬中、高收入群，但相較於美國、日本等基層醫師收入為少，他們每週看診五天，平均每天看病 30 人次，採取上、下班制，執業方式多採群體執業，並結合社區公衛護士、其他醫療專業人員以及其他服務的提供者資源（李孟智，民 92）。在英國以民眾健康促進為管理導向，整合家庭醫師、社區護士、其他醫療專業人員以及其他服務的提供者資源，共同管理當地醫療照護服務作法，確實值得其他國家學習（鍾信成等，民 92）。

表 2-1、英國 NHS 給付全科醫師費用一覽表

項目	內容
人頭費	依登記註冊人數給付，超過 65 及 75 歲者給付較高
基本臨床執業津貼	註冊居民超過 400 人即可申請
執業費用	含診所租金、地方稅、診所員工薪資
特定服務費用	如新註冊居民檢查費用、夜診或出診費，及小手術費用
目標獎金	達到婦幼保健工作目標之獎金，如幼兒預防注射率 > 90%、子宮頸抹片率 > 88% 等
健康提升服務費用	執行衛生當局與之契約的特定健康提升服務
疾病管理費	列管疾病的糖尿病或氣喘之管理費用
繼續教育津貼	在 12 個月內完成 30 小時認定之繼續教育時數者可獲津貼
教師津貼	合格 GP 並受過一定教師訓練者，目前正有全科住院醫師接受指導者可獲津貼
其他費用	其他超越與 NHS 合約服務項目以外者，如孕婦服務等

資料來源：李孟智，家庭醫學與全民健保醫業管理，台北：合記，民 92。

二、美國家庭醫師制度發展情形

美國於 1971 年將一般醫業學會改名為家庭醫師學會（American Academy of Family Physicians, AAFP），當時定義為：「家庭醫業是強調以家庭為單位的週全性照顧。家庭醫師對健康照顧之繼續性責任，並不受限於病人的年齡或性別，甚至於器官系統或疾病本身，家庭醫業為一種專科，其知識的核心衍化於其它專科，主要為內、外、婦產、小兒和精神科醫學，並使行為科學與傳統生物和臨床醫學融合成一種新的醫學領域，在這一專科領域下接受訓練的家庭醫師，在病人處理上，問題解決上、諮詢上有其獨特的角色，並在協調整體的健康照顧體系下，做為個人的主治醫師。」在此定義下，家庭醫師的形象和角

色得到肯定 (American Academy of Family Physicians, 2006)。其後十年間在各方面的支持協助之下蓬勃發展，各教學醫院之訓練和受訓醫師人數急劇上昇，成為全美主要醫學專科之一，並逐漸發展出屬於該科學術的專門領域 (李孟智，民 92)。

1988 年美國約有 33% 執業醫師分佈於基層醫療單位，這些基層醫師中家庭醫師佔 36.2%，所佔比率雖不高，卻負擔主要的基層醫療工作 (李孟智，民 92)。「守門員制度」(gatekeeper) 是管理式醫療機構最常用來控制病人自行到較昂貴專科醫師處就診之工具；守門員制度中最常扮演守門員的科別包括家庭醫學科、全科、小兒科、及內科醫師，有些管理式醫療機構也以婦產科醫師及醫師助理為守門員，甚至專科醫師。

Balder (1998) 指出管理式醫療機構利用守門員制度，來降低病人自行轉診至專科醫師所產生重複或轉錯科別的現象，因此在守門員制度下，病人需經過基層醫師同意，才可轉至專科醫師或醫院就診。守門員制度正向來看，可避免醫療資源浪費及安排被保險人接受到最適當的醫療照護，但相反地會限制被保險人就醫的自主性、及容易因為延誤或不轉診而造成醫療糾紛事件，故守門員制度使用常會降低被保險人對健康維護組織的滿意度 (Ferris et al., 2001) 。

另外，在美國家庭醫師制度發展是以專科體系為重，家庭醫師的

角色及功能亦無明確界定，家庭醫師成為各專科皆各得其份後的一個「殘餘領域」，無專業法規或給付系統來保障，最後許多健康維護組織已不在使用守門員制度，而是留給民眾更多就醫選擇的自由（鍾信成等，民 92；許佑任，民 94）。

三、澳洲家庭醫師制度發展情形

澳洲的家庭醫師又被稱為「全科醫師」(general practitioner, GP)，是指具有足夠資歷且合格，而被法律賦予執行醫療業務並登記有案的醫療服務提供者，其專業充足的技能與經驗，能提供全人、廣泛、協調且持續的醫療照護。其發展可追溯到 1958 年到澳洲皇家全科醫師學院的成立，並於 1972 年由該學院 Garbison 於提出澳洲全科醫師專業訓練報告，次年在政府支持下展開家庭醫師住院醫師訓練計畫，訓練內容包含醫學生畢業後，須在教學醫院輪調受訓至少兩年，以及實地走訪社區基層地方醫療院所，跟隨全科醫師從事實務服務訓練兩年，結訓可成為全科醫師，而受訓之基層醫療地點遍及全澳，供實習醫師自由選擇，提供必須且實用經驗為訓練目的，期許將來能提供民眾最適切的醫療服務(Royal Australian College of General Practitioners, 2006)。

許多全科醫師也會培養自身之特殊專業，包含孩童健康、婦女健康、男性健康、老人照護、心理健康、藥物及酒癮治療、安寧療護、

青少年健康及原住民健康等九大類別，這些專業不同於一般大學所教授課程，能讓全科醫師依照其未來職業所在地之特殊人文需求進行補強。為吸引更多的醫學生投入基層醫療的行列，澳洲政府於 1989 年立法通過「全科醫務專業登記及訓練方法」(Vocational Registration and Training for General Practice)，規定凡經此專業登記的全科醫師可獲得較高醫療給付，但他們必須持續接受「全科醫師學院」所規劃的繼續教育課程，所有全科醫師有職業責任必須不斷學習與更新醫療學識技巧，不斷舉行許多專業課程、研討會、討論會或其他醫療教育活動等，而醫師都必須參與其中，另外也規定自 1995 年後，所有登記全科醫師都必須經過家庭醫學科住院醫師結業才可以，這些都是為達到提供民眾高品質醫療服務的目標(李孟智，民 92；許佑任等，民 94)。

全科醫師所從事的醫療服務為澳洲健康照護體系重要的一環，是對個人、家庭、社區提供完整的權人服務，而非過度專業分工的片段醫療，以期待民眾能達到生理、心理、社會與環境的整體健康目標 (Royal Australian College of General Practitioners, 2004)。在澳洲，民眾可自由選擇一位屬於自己的全科醫師，可供選擇的醫師名冊均列於各洲各地區電話簿的醫療服務提供者欄位內，民眾可仔細考量慢慢挑選，並在互信的基礎上，嘗試與醫師建立良好醫病關係(許佑任等，民 94)。

台灣家庭醫師試辦計畫推行已邁入第三年，雖衛生主管機關不斷宣導家庭醫師制度好處，但民眾仍缺乏對家庭醫師所提供服務瞭解，或許可以仿效英、美及澳洲等國推行經驗，發行家庭醫師相關服務手冊，詳列家庭醫師能提供之服務項目，並吸取各國推展家庭醫師制度成功之道，期望能落實台灣家庭醫師試辦計畫，進而達到提供民眾完整性、持續性與全面性的照護服務。

第二節 全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫

中央健康保險局於民國 92 年 3 月 10 日公告「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫草案」，同年 4 月 21 日公告修正，家庭醫師試辦計畫陸續展開，希望透過基層醫療院所與當地合作醫院結合，共同成立社區醫療群，為社區民眾提供整體性醫療照護。並於民國 93 年西醫基層總額協商因素中，明定家庭醫師制度佔成長率 0.75%，必需成立至少 200 個社區醫療群計畫的目標（費協會、健保局，民 94；陳宗獻，民 93）。截至民國 94 年 9 月 7 日止，已成立 269 個社區醫療群，約有 1,586 家基層院所加入，佔民國 93 年底基層院所數約 18.04%（健保局，民 94）。

茲針對「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」各年

度公告標準比較其差異，民國 92 年度為試辦計畫草案，當時許多事情仍在規劃中，基本上自民國 93 年度公告計畫後內容較無大變動，民國 94 年計畫內容僅部份資料更新，至今計畫內容皆沿用民國 94 年度版本計畫，大致整理如下（詳見附錄一）（健保局，民 92；健保局，民 93；健保局，民 94）：

一、預算來源

在民國 92 年試辦計畫並未說明預算來源；民國 93 年版則說明該年度計畫經費為民國 93 年西醫基層總額每人醫療給付費用成長率的 0.75%，採專款專用方式辦理，但不列入地區總額分配；民國 94 年則修正預算來自健保西醫基層總額，採專款專用方式但不列入地區總額分配。

二、社區醫療群之組織運作

社區醫療群籌組運作在民國 92 年試辦計畫規定，以同一地區特約基層醫療院所醫師五至十人組成，其中一半以上須具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，並與該計畫涵蓋地區之特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）為合作對象，此時試辦計畫參與對象以「人」為單位；後來民國 93 年則修正試辦計畫參與對象以「特約西醫診所」為單位，並將其視為甲型運作方案，另規

定乙型運作方案為同一地區特約西醫診所五至十家為單位組成，其中至少需有 1/5 以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格。從民國 93 年試辦計畫修正看出，家庭醫師試辦計畫參與者以西醫基層診所為主角，並且著重具有家庭醫師專科資格的醫師。

三、合作醫院指導社區醫療群數

合作醫院指導社區醫療群數於民國 93 年開始規定，一家醫院最多與三個社區醫療群合作，在民國 94 年則修正為與五個社區醫療群合作為原則，其中健保局各分局可以視合作醫院輔導社區醫療群運作能力予以增減。

四、社區醫療群組成範圍

民國 92 年開始推行家庭醫師試辦計畫，在初步階段並未規定社區醫療群組成區域範圍，希望鼓勵西醫基層診所參與試辦計畫，後來至民國 93 年試辦計畫修正為社區醫療群組成範圍，以符合社區民眾生活圈為原則，可由健保局各分局視實際情況而定，甚至民國 94 年版本更嚴格規定，強調民眾生活圈以同一鄉（鎮）、市（區）為原則，此社區醫療群組成範圍針對群內成員基層院所之間的距離，卻未規定社區醫療群基層院所和合作醫院的距離，因此可能在部分社區醫療群實際運作上，因為與合作醫院距離造成的困擾。

五、共同照護門診

家庭醫師試辦計畫內容規定，社區醫療群應與一家特約醫院作為合作對象，並開辦共同照護門診，以提供民眾周全性、連續性與協調性照護服務，其中於民國 92 年規定基層診所醫師每週至少半天到一天到合作醫院開設門診，民國 93 年規定更放寬規定基層診所醫師每週至少半天到合作醫院看診，甚至共同照護門診部分時間還可以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等代替，民國 94 年甚至將開設共同照護門診時間修正規定，每位醫師每二週至少花費半天時間到合作醫院。

六、醫院參與試辦計畫資格

僅規定合作醫院需位於計畫涵蓋地區，並以地區醫院或區域醫院為原則，後來民國 93 年修正強調合作醫院涵蓋地區以符合社區民眾生活圈為原則。

七、基層診所醫師參與試辦計畫資格

對於基層診所醫師基本要求，必須有與健保局特約且在該地開業至少一年以上，參與試辦計畫的醫師應參加相關訓練課程並取得證明，其中民國 92 年只規定社區醫療群中要有 1/2 的醫師，在健保局核可後六個月內完成認證資格，或許希望達到參與試辦計畫醫師的品

質，修正規定為每位參與試辦計畫醫師，於核可後六個月內完成認證資格，否則取消參與試辦計畫資格。

另外，參與試辦計畫前必須完成健康家戶檔案建檔，包含加入健康家戶會員同意書，於民國 92 年規定至少完成 30 戶及 70 人以上的健康家戶檔案，至民國 93 年更是放寬規定只要完成 20 戶及 60 人以上，就有參與試辦計畫資格。

八、費用支付方式

民國 92 年度為試辦計畫草案，許多事情仍在規劃中，因此對於費用支付方式並未詳細說明，基本上自民國 93 年修正試辦計畫後內容較無大變動，到民國 94 年計畫內容也只有部份資料更新，至今計畫內容皆沿用民國 94 年度版本計畫。試辦計畫支付方案大致分為三種：

- (一) A 型方案：在民國 93 年試辦計畫則說明全年計畫總經費以 350 萬元為上限，共同照護門診或家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等，每半天定額給付 2,000 至 3,000 元，另外，依照登錄會員人數每人全年支付健康管理費 350 至 450 元，每位基層診所醫師每年照護會員人數以 1,000 人為上限，上述醫療照護費用由執行中心依實際執行情況申報，並且於每月支付費用時，需保留醫療照護費用 20% 作為品質提升費用，按各該計畫

費用評核指標項目達成比例計算，於合約期滿時撥付計畫執行中心，用來鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質。換而言之，實際醫療照護費用入帳最多為 80%，倘若醫療服務品質提升或有達成計畫評核指標比例，按比例在拿回剩餘的 20% 醫療照護費用。在民國 94 年修正部份內容在 A 型支付方案，僅特別強調共同照護門診支付費用為每半天定額給付 2,000 至 3,000 元，若以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等方案替代共同照護門診者，其每次支付則以 2,000 元為上限。

- (二) B 型方案：全年計畫總經費以 350 萬元為上限，在民國 93 年則說明社區醫療群登錄家戶會員實際申報西醫門診醫療費用 (AE) 與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用 (VC) 之間的差額，一定比例回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶，但在民國 94 年試辦計畫則明確點出以 1.5 倍回饋於醫療群，而回饋費用的計算方式為當 $AE < VC$ 兩者差額一定比例 (依計畫費用評核指標達成比率計算) 回饋給社區醫療群，每年回饋金額以 500 萬元為上限，反之如果 $AE > VC$ 或 $AE < VC$ 且兩者差額少於 100 萬元者，則給付健康管理費 100 萬元；在民國 94 年試辦計畫則修正為若 $AE < VC$ 兩者差額的 1.5 倍回饋給社區醫療群，並且修改為 700 萬元為上限回饋醫療群，倘若 $AE > VC$ 或

AE < VC 且兩者差額的 1.5 倍少於 200 萬元者，則給付健康管理費 200 萬元。

(三) C 型方案：基本上為綜合 A 和 B 型方案的精神並行，只是全年計畫總經費民國 93 年以 350 萬元為上限，在民國 94 年則提升為 400 萬元為上限。

第三節 家庭醫師試辦計畫之社區醫療群組織運作結構

目前中央健康保險局所推動的「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」即屬於醫療業所談機構層級的整合概念，係指對核心服務以外服務所有權擴張，目的在滿足消費者需求、增加對市場控制，並期望為核心組織帶來更多收入、市場成長、品質提升與成本降低（林妍如、萬德和，民 92）。

機構整合可區分為兩種基本模式，一為垂直整合，另一為水平整合。在企業界，「垂直整合」意指整合不同階段的產品服務，用來確保組織資源及市場的策略，目的在於增加對病患照護服務提供的廣泛性及連續性，控制組織核心服務之需求與通路；「水平整合」係指在某一產品服務階段中，為增加競爭者的控制權，而增加規模經濟、資源獲取及競爭力的轉移，而水平整合對象提供產品或服務多為相似、

可取代、相容性或輔助性 (Wan et al., 2001; 林妍如、萬德和, 民 92)。

醫療業者推行連續性照護理念可透過不同法律方式進行，而健保局所推行之家庭醫師試辦計畫，其結構設計的法律關係為契約式聯盟 (contract alliance)，所謂契約式聯盟係指一群醫療提供者藉由契約關係，同意結合在一起完成共同目標與使命，而組織成員間仍保有原本的所有權 (Nauenberg and Brewer, 2000)，換句話即以契約方式與夥伴進行策略性聯盟，以確定組織間的合作，共同為目標民眾提供連續性及廣泛性之醫療照護服務。

契約關係式的整合又稱為虛擬整合 (virtual integration)，依契約關係來建立整合組織網絡 (integrated network)，這樣組織架構最吸引人之處，在於整合組織中成員不需要完全犧牲其原有的自主性，及不需投資大筆資金重新建構整合服務中的各價值階段服務，而契約關係的約束力主要來自彼此間契約的承諾，因此契約式整合組織經營首重各成員間如何建立約定與規範 (Pallarito, 1996; 林妍如、萬德和, 民 92)。

醫療機構層級的整合同時具有垂直及水平服務整合架構，故同時具有兩種整合的潛在優勢，包含具有規模經濟，依醫療業界而言是指病患照護服務流程的效率提升，因為病患可以在整合組織成員之間的轉診流程得到服務效率，還包含減少尋找照護單位的時間、降低跨照

護單位間的溝通或連絡成本、避免溝通不良造成病患轉診延誤或錯誤的成本等；整合組織因為具有較多成員，其地理分布相較單一組織為更廣，因此也增加病患服務的可近性；整合組織成員彼此間擁有較多可利用或共享的資本資源，包含管理資訊系統、營運空間、大量資金、昂貴儀器設備等而擴大資本門；組織整合還可分散臨床及財務風險；品牌形象的維護、與服務品質水準的確保亦是整合重要目的之一，包括促進臨床經驗交流與溝通，以提升同儕間的知識及醫療品質水準；當面對市場的競爭壓力，藉由組織整合可以完全掌控消費者需求的健康及醫療服務，並確保病患在同一整合組織中，得到一致性、連續性的醫療照護服務，亦可增加保險給付議價空間或聯合採購等（林妍如、萬德和，民 92）。

第四節 家庭醫師試辦計畫之合作夥伴經營機會與挑戰

家庭醫師試辦計畫之社區醫療群成員間本質是夥伴關係，應能為夥伴雙方帶來很大的利益，包括降低經營成本、共創顧客附加價值、提高營收成長、取得攸關市場資訊等等，但是要達到這些利益要靠彼此如何經營夥伴關係，可從建構組織基本要素來看，經營良好是機會，當關係降到冰點就可能決裂。

社區醫療群夥伴之關係是藉由契約方式維繫合作關係，期望彼此透過合作機制幫助整合組織中所有成員彼此互為生命共同體，林妍如與萬德和（民 92）在整理美國行之多年的組織整合經驗，提出協調組織機制可從巨觀面（macrocosm）和微觀面（microcosm）談論，巨觀面強調整合組織運作並建立完整功能架構，可讓成員可以在健全系統下克盡職責，即所謂的組織設計，包括統轄、結構、臨床、資訊、財務及行銷等整合設計規劃；微觀面處理巨觀下的人力資源議題，包括規劃整合組織之員工晉用、訓練發展、激勵等範疇，並整合組織成員間的情感認同議題，如文化隔閡或領導等。

根據上述學者提出組織運作整合機制範疇，整理在組織網絡應注意的經營機會與挑戰相關範疇，相關議題在下面一一討論。

一、策略性規劃

「整合」（integration）對醫療業者來說，已被視為可替組織帶來優勢經營手段，是一種組織機營的策略，關乎組織經營使命與目標，所以在合作關係上必須建立出共同合作目標，彼此互信合作、同舟共濟的精神，可增進合作關係的融洽；相對地，若彼此目標有所差異，在開會討論可能產生互動漠不關心，或競爭情況出現，導致彼此不信任而去限制資訊或資源的交換，造成溝通扭曲，最後關係決裂（廖國峰等，民 94）。

而家庭醫師試辦計畫屬於醫療機構層級的整合概念，最重要在於醫療機構之間是否能建立彼此的信任關係與合作目標，如果無法誠信地建立合作關係，甚至互相猜忌合作誠意，即使已成立社區醫療群，也可能無法符合家庭醫師試辦計畫的目標。

二、統轄制度

統轄制度 (governance) 意指整合組織成員間的關係，用來決定控制整合組織的策略方向與績效，可用來建立彼此間利益優先順序並化解存在利益衝突 (林妍如、萬德和，民 92)，因此參與組織整合時，必須確實地體認在整合組織中沒有一個成員能夠擁有、控制或命令彼此，即使非常緊密結構關係的整合體系亦是如此，彼此關係的建立應該是平等地位且合作夥伴，應互相尊重其決策。

三、醫療臨床服務

醫療機構核心產品就是健康及醫療照護服務，也是病患所需求的服務重心，而家庭醫師試辦計畫就是希望建立整合性照護網絡。Kennedy (2000) 認為醫療產業具有複雜性、小國林立的特性，但與高科技產業相較其不確定性則較低，更加強調合作關係，在不同醫療機構中又追求類似醫療技術、程序、及服務品質測量方式，以確保提供一致性的醫療服務水準，顯現醫療臨床服務整合的重要性。

Minicucci 在 1997 年曾指出當組織進行整合時，在醫療臨床服務運作上必須去克服組織機構間權威問題及專業之間障礙，當然還必須提供必要的訓練，促進成員之間彼此互動合作，如資訊及專案的共享、配置與協調，建立完整的醫療臨床整合評估方式，並持續評估整合性照護服務的結果（轉引自林妍如、萬德和，民 92）。

林妍如、萬德和（民 92）針對臨床服務整合可能面臨挑戰提出需注意狀況，當缺乏良好的轉介系統，而提供服務資源與病患需求有所差距，則可能造成病患來回奔波不同整合組織成員之間，以取得醫療及行政文件與報告；當臨床服務尚未整合完全可能造成服務提供重複性或不一致性，例如提供醫療服務品質差異太大、行政管理或臨床檢驗等產生重複性，都會形成資源浪費；最為嚴重問題則是透過整合過程取得彼此重要資訊，忽視彼此間的互相信任，對其他組織成員形成市場佔有率的威脅，造成病患的流失等。

四、資訊系統設計

良好資訊系統能讓醫師或醫院管理者可以方便接觸與分享病患臨床資訊，也較容易計算服務成本，甚至促進多方溝通管理，並達到較好的專業滿意度，而資訊系統可結合臨床、行政、管理、財務及醫療服務使用狀況來管理連續性照護服務（Houtz and Okstein, 1996）。

在組織整合面臨資訊系統要考量建立及時有效、共通的行政資訊

系統、病患臨床資料，避免病患來回奔波取得醫療報告及行政文件等，而資料的安全性也是不可忽視（林妍如、萬德和，民 92）；另外當整合組織談論資訊系統常誤認為只是資訊設備的擴充與統一，單純地視為技術性整合，只考慮硬體設備的具備與否，而未將使用對象能力及需求目的納入考量，事實上資訊系統的成功關鍵在於「人」的因素，因此必須考量使用者需求，以進行溝通協調（Glaser, 2002）。

五、財務方面

家庭醫師試辦計畫希望提供民眾具有整體性、連續性的照護，在整合性照護網絡提供服務，必須同時維持各合作成員之間公平的財務及醫療資源分配，此為一重要挑戰（林妍如、萬德和，民 92），所以進行合作或整合之前必須先釐清機構經營目標、策略及財務責任，以免造成合作過程的投入人力、物力資源及行政成本分帳不清楚或不公平。

六、行銷宣傳

一般傳統醫療業存在著本位主義，及民眾對於「醫院比診所好」、「大醫院比小醫院好」的錯誤觀念下，必須做到成員間維繫生命共同體的關係及照護團隊的形象，對於整合機構者需要花費更多心力與時間，和內部員工及外部顧客作溝通，避免合作雙方簽約只做形式化協

定，卻沒有建立起雙方轉介模式，例如轉診流程、轉診內容等細節清楚的明訂，所以除雙方高階主管簽字外，雙方機構的員工也需確認轉診病患類型、病患轉診介面，如轉診聯絡人、轉診的工具、病患資料傳輸等模式（林妍如、萬德和，民 92）。

目前台灣醫院業者設置一名專員負責進行視察宣導相關合作醫療院所，讓彼此瞭解合作狀況及面臨問題，協助發現組織整合過程面臨的問題，並適時教育訓練所有整合組織成員所欠缺知識或技巧，以促進服務整合的達成；相對地外部顧客的行銷宣導，可建立品牌聲譽及良好口碑，擴充病患來源管道，若無做到相關行銷宣傳，民眾可能不知道家庭醫師制度的好處，造成共同照護門診無實質的功效。

七、人力資源管理

人際關係處理一直都是經營管理者最常談論的問題，但亦是最常忽略的一環，而信任議題則是處理整合組織多方成員互動時，必須建立的首要議題。若彼此間未建立信任，仍存在本位主義，固執的觀念與態度易造成溝通上困難，而當彼此自身利益與社區醫療群整體利益相衝突時，則會選擇自己利益優先來運作，或者彼此互動漠不關心，配合意願低落，最後萌生合作關係終止的意念（方世榮等，民 92）。

整合組織其人力資源及管理成效，可能影響成員彼此運作效率，包含人事行政合作、人員合用、人員借調、人員外駐及合置（林妍如、

萬德和，民 92)，而基層診所醫師大多自行開業，藉社區醫療群組成，有專業人員處理規劃行政業務，人員技術與能力又可互相支援，亦可學習彼此解決問題能力。

八、法規制度

傳統組織理論，繁雜的法令會造成彼此間隔閡與不信任，如台灣醫療業有分成公立、私立、軍方等醫療機構，彼此間的行政法規或是人事編制皆有差異（林妍如、萬德和，民 92）；健保局相關公告亦會影響社區醫療群的合作關係，如醫院自主管理實施，卻造成醫院紛紛限制門診量，對於接受家庭醫師轉診之民眾意願降低，連診所與醫院有正式契約的關係的共同照護門診都被認為是一種負擔，可能使得落實家庭醫師制度蒙上陰影（許佑任等，民 94）。

家庭醫師試辦計畫的基本概念建立在組織整合基本架構上，合作醫院與基層診所醫師團隊共同組成社區醫療群，以組織整合運作模式為社區民眾服務，彼此間形成合作關係而非僱傭關係，有時候可能因為上述因素，導致醫院和基層診所醫師間的整合關係演變成分裂地步，前面所提皆為組織整合面臨的機會與挑戰，要達到雙贏的目標，必須靠合作雙方共同努力克服，不斷地檢視結果及找尋改進地方，而改變彼此想法亦是促進雙方合作的重要因素。

第五節 總結與回顧

目前健保局所推動的「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」建構在醫療業所談機構層級的整合概念上，藉由成立社區醫療群來提供民眾連續性的服務，基層診所與醫院則建立一種合作關係，而社區醫療群運作維繫著彼此的關係，在互動過程中建立起革命情感合作無間，抑或關係決裂而分道揚鑣，本研究欲探討之家庭醫師整合性照護制度試辦計畫中社區醫療群的基層醫師與合作醫院退出或更換夥伴之影響因素，不論是對家庭醫師試辦計畫的最初期望或是實際參與運作過程，皆可能導致基層診所醫師或合作醫院退出或更換夥伴的因素。



第三章 研究方法

量化研究是傳統上被認為較具科學性、客觀性的研究方法，所強調的是透過假設與理論的驗證並將結果做大量的推論以解釋社會的現實狀況。然而是否所有的現象都可以透過數字作為貼切與適當的呈現和解釋，是否所有社會現象都可以被研究者既有的假設建構所囊括，事實上並非如此，相對地，質性研究方法把現實世界看成一個非常複雜並非單一因素或變項所能解釋的「現象」，而這種現象與事實受環境與情境中主角的主觀解釋彼此的互動所影響（簡春安、鄒平儀，民 87）。

在研究方法上，質性研究法主要用於探究人們的生活、故事、行為、組織功能、社會運作或互動的關係，意圖對特殊的社會情境、事件、角色、團體或互動有所瞭解（徐宗國，民 86；Strauss & Corbin, 1998），質性研究的精神與原則在於事實的本質，強調事實的整體性，深入地探討存在人與人、人與事之間潛在可能的互動、互相影響的關係。然，當研究者必須涉入陌生的社會系統；必須處於不具控制及正式權威的研究情境；要瞭解研究對象的主觀理念與實際參與情形；缺乏理論及先前研究；有需要去探究、描述現在及發展理論；或是在樣本小，研究現象本質可能不適用於量化研究的情況下，均可採用質性

研究 (Cresswell, 1994)。

本研究旨在藉由質性研究法來瞭解影響原本參與家庭醫師試辦計畫之基層診所醫師或合作醫院退出、更換夥伴的因素，並探究研究對象最初加入社區醫療群之期待、與實際運作之狀況，本研究採取質性研究方法的原因包括：(1)研究目的在於探索及瞭解基層診所或合作醫院在社區醫療群實際運作過程，以及退出社區醫療群或更換夥伴情形的影響因素，而不是在驗證特定的理論假設。係以本研究將採取質性研究方法進行，企求透過受訪者的回答，能對於研究問題有更深入與豐富的解答；(2)由於本研究的訪談對象包括基層診所與合作醫院，彼此之間曾有過夥伴關係，因此透過質性研究訪談與分析，相較於量化研究更適宜處理其中可能有的錯綜複雜的內容與關係；(3)本研究涉及對於特定變項的認知與處理過程，透過質性研究較量化研究可以獲得更為豐富的資料。

因為本研究係從退出社區醫療群、或更換夥伴之基層診所醫師或合作醫院的觀點，來探討導致研究對象退出社區醫療群或更換夥伴的原因，因此研究理論應隸屬質性研究中的現象學。現象學作為一種研究方法是對一現象之嚴謹、精密、系統化的研究，主要瞭解一個人所經驗的現象與意圖，可能是情緒、關係、組織或文化等，為達到此宗旨，研究者必須框出並移出自己的先見以進入受訪者的生命世界和其

「自我」的經驗解釋，並以言辭描述呈現此經驗（胡幼慧，民 85）。現象學的研究要求的是對整體的探究，以現象學方法研究主觀的現象，是基於相信有關現實的基本真理乃根植於生活經驗，而一個全盤的觀點及對實際經驗之研究，是現象學研究的基礎，因此最主要資料收集方式，是經驗過某一特定現象的人所說的話，而研究者必須決定此方法將能提供最豐富且最具敘述性的資料（鍾玉娟等，民 92）。

本章在接下來小節中，將在細分為五小節，包括第一節為研究對象的選取；第二節為研究工具；第三節說明本研究的資料收集與分析；第四節則為本研究的信度與效度；第五節說明研究者所遵守的研究倫理。

第一節 研究對象

本研究重點不在於作推論，而是用深入訪談對以前未曾深入描述的現象作探討，以發現未被深入探究的問題，並希望能透過訪談來洞察事件的本質，而非僅做一些量化的瞭解。故研究對象上，收集中央健康保險局於民國 92 年 3 月 10 日公告「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」起至民國 94 年 9 月為止，陸續公告參與計畫之社區醫療群名單中（表 3-1），曾經中途退出者或更換社區醫療群夥伴的名單，根據名單核對，以曾經更換社區醫療群夥伴或退出社區醫

療群者之基層診所及合作醫院為本研究對象。

表 3-1、健保局公告參與社區醫療群名單之醫療群數統計

公告時間	項目	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	總合
930105	社區醫療群	4	4	3	7	5	1	24
	登記診所家數	29	26	23	39	34	5	156
930402	社區醫療群	4	4	3	8	5	1	25
	登記診所家數	29	25	23	44	34	5	160
930420	社區醫療群	4	4	3	9	5	1	26
	登記診所家數	29	24	23	49	34	5	164
930513	社區醫療群	4	4	3	14	13	1	39
	登記診所家數	29	24	23	75	78	5	234
930617	社區醫療群	14	12	3	18	18	1	66
	登記診所家數	94	80	23	100	104	5	406
930629	社區醫療群	26	14	23	18	18	1	100
	登記診所家數	162	88	150	105	104	5	614
930728	社區醫療群	26	24	60	23	26	1	160
	登記診所家數	162	141	393	125	149	5	975
930816	社區醫療群	37	27	60	26	31	1	182
	登記診所家數	228	156	390	141	174	5	1094
930922	社區醫療群	40	31	60	26	32	1	190
	登記診所家數	243	179	398	141	174	5	1140
931013	社區醫療群	57	37	61	31	36	2	224
	登記診所家數	340	209	403	167	199	10	1328
931102	社區醫療群	69	40	61	34	42	2	248
	登記診所家數	405	226	403	184	233	10	1461

資料來源：1. 中央健康保險局官方網站之每月更新社區醫療群名單資料
2. 研究者自行整理

表 3-1、健保局公告參與社區醫療群名單之醫療群數統計（續）

公告時間	項目	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	總合
931115	社區醫療群	72	44	60	36	42	2	256
	登記診所家數	420	250	398	195	233	10	1506
931201	社區醫療群	76	45	60	36	42	3	262
	登記診所家數	442	257	398	195	233	15	1540
940113	社區醫療群	78	46	60	37	42	6	269
	登記診所家數	451	262	398	201	233	32	1577
940303	社區醫療群	78	46	60	37	42	6	269
	登記診所家數	451	262	398	201	233	31	1576
940406	社區醫療群	78	46	60	37	42	6	269
	登記診所家數	450	262	398	201	233	33	1577
940502	社區醫療群	78	46	60	37	42	6	269
	登記診所家數	452	262	398	201	233	33	1579
940708	社區醫療群	78	46	60	37	42	6	269
	登記診所家數	451	260	398	201	236	33	1579
940801	社區醫療群	78	46	60	37	42	6	269
	登記診所家數	451	260	398	202	236	33	1580
940907	社區醫療群	78	46	60	37	42	6	269
	登記診所家數	451	260	398	202	242	33	1586

資料來源：1. 中央健康保險局官方網站之每月更新社區醫療群名單資料
2. 研究者自行整理

本研究對象資料來源於中央健康保險局網站公告社區醫療群名單，經核對名單中曾經更換社區醫療群夥伴或退出社區醫療群者後，共計 63 家基層診所，因為發現許多基層診所名單為健保局誤登錄，實則從未退出卻刪除於名單之外，故經電話雙重確認符合本研究對象共有 53 家基層診所，其中 6 家基層診所為更換社區醫療群夥伴之情況，47 家基層診所為退出社區醫療群。

另外，健保局於民國 94 年底，將家庭醫師照護制度試辦計畫中，其社區醫療群成員績效不佳之診所醫師停止試辦計畫合約，其績效不佳理由可能為：未達到轉診率、家戶成員人數.....等未達到健保局要求項目者，皆可能被迫退出試辦計畫，甚至部分社區醫療群全部解散，其中以健保局台北分局和中區分局之社區醫療群變動幅度最大，但此現象為健保局政策介入因素，並不符合本研究宗旨，或許將來可以訪問健保局相關承辦人員，進一步瞭解績效不佳及停止試辦計畫合約的原則、標準，故核對名單期間採至民國 94 年 9 月公告截止。

第二節 研究工具

訪談是研究資料收集的方法，企圖創造聆聽的空間，在此空間中的科學認知領域裡，意義是透過口語觀點之意見交換、共同創造所建構出來的，而訪談被更加概念化為夥伴關係和溝通行為或事件的一種特殊類型（黃惠雯等，民 92）。因此質性研究的訪談法將可以使研究者透過訪談獲得自己無法在真實環境中所完整觀察到的，包括個人經驗、行為、思想及感覺，而這種獲取資料的方法有賴於研究者的知識基礎、訪談技巧以及敏感度。

訪談型態視研究者所掌握的訪談者及受訪者的狀況而決定，而訪談的類型可分為三種（吳芝儀、廖梅花，民 90）：

一、結構式訪談 (structured interviews) 或標準訪談 (standardized interviews)

利用標準化的問題表格，事先將訪問的問題內容、字組與順序做好安排，以開放性的回答格式向每位受訪者逐題訪問，以獲取有需要的資料，而結構式訪談優點在於當我們針對某特殊主題需要去比較不同人的觀點時可以顯出其差異，但其最大限制在於訪談中可能獲得一些答案與問題不相關，卻和主題有關的重要訊息，而可能又引發出其他特殊而重要的問題，然而卻在結構化設計中不得不放棄這個回答。

二、半結構式訪談 (semi-structured interviews) 或引導式訪談 (guided interviews)

半結構式訪談介於結構式與非結構式之間，指研究者把訪談所要涵蓋的主題，利用一些事先決定的問題大綱或關鍵字作為訪談問題的引導，在實際訪談過程中，可視當時情境決定問題的次序及詳細的字句，並在自然進行中臨時起意的問題，最主要內容必須與研究問題相符合，問題型式或討論方式則採取較具彈性的方式進行，因此它同時具備結構式與非結構式訪談的優點，能針對研究主要問題作深入探討，更能再訪談中激盪出特殊相關之議題，而豐富化訪談的資料。

三、非結構式訪談 (unstructured interviews)

非結構式訪談被視為用來瞭解人們感覺、想法最好的方法，訪談者必須去探索一個未知的現實世界，因此他基本上假定部是每個受訪者都對於一個相似的措辭、標準式的問題感到有相同的意義，在訪談互動過程中，研究者應去發展、修正及產生適合該情境和圍繞著研究目的的問題，也就是在受訪者回應中去生成的訪談問題。此方法特別適用於當研究者希望去獲得深入、豐富的描述以及對受訪者的經驗世界之瞭解時。

本研究所採取的是「半結構式訪談法」，並在訪談前參考相關文獻擬定訪談大綱，其中訪談大綱內容大致包含參與家庭醫師試辦計畫社區醫療群的原因與期待、社區醫療群實際運作情況（如策略性規劃、統轄制度、臨床設計、資訊交流、財務設計、行銷規劃、人力資源管理、法規制度、文化差異及合作效益），以及退出社區醫療群或更換夥伴之原因（詳細內容請參考附錄二、附錄三），藉以收集圍繞同一焦點的不同資料，並且在訪談中，亦可獲取研究允許一些重要而未在訪談大綱出現的珍貴問題與回答，以加深與擴增對於社會現實情境的瞭解。

第三節 資料收集與分析

欲瞭解研究對象的主觀理念與實際參與情形，且缺乏先前研究，因此適用於質性研究的效標抽樣或規範抽樣，係指所選取的個案全部都符合特定規範，這種方法特別有利於研究品質保證（黃惠雯等，民 92；張芬芬，民 94）。

因此針對符合規範研究對象之 53 家基層診所進行深入訪談，並事先與負責人約訪，願意接受訪問的基層診所最後共有 37 家，包含電話訪談或親自面訪方式進行深入訪談，只願接受電話訪談者，訪談結束後立即記錄訪談摘要，並利用多次電話訪談以確保訪談內容正確性；另外，為得知事件觀點的完整性，藉由雙方認知來釐清事件的真實性，而本研究亦針對基層診所相對應之合作醫院，其中合作醫院之選取條件，以合作醫院所指導社區醫療群中有兩家（含）以上基層診所退出或更換夥伴者，共計有九家合作醫院進行訪談，願意接受訪問的合作醫院有五家。

本研究採用半結構式之研究訪談，每次會談時間約 30 分鐘，其過程當中經受訪者同意錄音，事後進行逐字稿之記錄與撰寫。本研究最後獲得之 78 頁逐字稿成為本研究分析之原始素材。

本研究係以深度訪談（depth interviews）逐字稿作為收集資料的主要來源，此訪談方式為對人的經驗、意見、感受、知識直接進行引

述，此外並參考相關學術性書籍等技術性文獻與非技術性文獻，以輔助訪談，來思考資料的概念屬性和構面。研究資料分析則採用簡春安、鄒平儀（民 87）所提出之質性研究資料分析七步驟，其簡述如下：

- 一、確認研究目的，以決定資料分析重點。本研究欲瞭解基層診所與合作醫院退出社區醫療群或更換夥伴之影響因素，故分析重點在受訪者之認知、看法、經驗、社區醫療群運作狀況及建議等方面。
- 二、分析前應先將受訪對象與問題均編號，在將逐字稿依題序剪貼在不同檔案上，一人一檔案一問題，完成資料準備工作後，再採跨個案分析方式，將所有資料按題目分類以利分析。
- 三、依據每個檔案內容做成特質分析，並賦予該特質一概念化的命名。故針對每個研究問題檔案進行訪談內容特質分析，並給予命名，命名方式儘可能呈現抽象化、概念化形式表達涵義。
- 四、集中主要特質做歸納性分析。將特質集中後，研究者將藉由不同層面分析與思考脈絡，建立本研究的概念、模式之理念架構。
- 五、當組織、概念、架構出現時，應將受訪者言語列出以為佐證。
- 六、若特質分析呈現出某變項特別關係，則應將變項視為第二或第三

變項加以考慮，在每個研究問題特質分析後，並深入考量多層面問題，當思考層面越高，將有助於最後研究理念發展。

七、最後，儘可能以整體性的方式將研究發現呈現出來，而非只注重某事件的深入探索，如此研究才具有可讀性和說服性。因此本研究將以整體全面性方式呈現，而非著重單一社區醫療群運作狀況。

第四節 研究的信度與效度

信度和效度是傳統實證主義量化研究的判定標準，擁有良好研究品質的量化研究中，以內在效度(internal validity)、外在效度(external validity)、信度(reliability)以及客觀性(objectivity)為基本標準。面對質性研究之科學的「客觀性」為判定標準，分為信度與效度，信度是指測量程序的可重複性，效度則為獲得正確答案的程度。

Lincoln 和 Guba 在 1984 年曾對質性研究信度與效度提出見解(轉引自胡幼慧，1996)，認為控制其信度與效度的方法如下：

一、可信性(credibility)：即量化研究的內在效度，指質性研究資料真實的程度，及研究者真正觀察到所希望觀察的。

二、可移轉性 (transferability)：即量化研究的外在效度，意指研究結果要盡量與外在情境相符，換句話說，具有可轉移性的研究在類似的情境下亦具有相同的結果。可移轉性的技巧在於深度描述 (thick description)，就是將受訪者所陳述的感受和經驗有效的、確實的作資料描述與轉換成文字資料，簡而言之，乃指資料的可比較性和詮釋性。

三、可靠性 (dependability)：即量化研究的可信度，為避免受研究者在研究過程中所可能產生的倦怠或壓力之影響，研究者必須將研究過程與決策加以說明，以供判斷資料的可靠性。

四、實證性 (confirmability)：即量化研究的客觀性，意指研究所獲得的資料及其解釋、結果與受訪者的真實情境背景相同，而非研究者的想像，所以研究者必須在整個研究過程中採取受訪者的語言、結構去做原始資料的分析與解釋。

根據上述學者針對質性研究的信度與效度的判定標準，下列則針對本研究之信度與效度作說明。

一、可信性

(一) 研究一致性的確認：一方面利用訪談結束後研究者整理完訪談結果，反饋給受訪者，以便瞭解雙方是否有認知差異，另

一方面將每次錄音資料妥善保存，以利需要時作比對。

(二) 透過自我檢查和同儕討論，及指導教授之協助，檢查並說明個人主觀性。

二、可移轉性

透過仔細觀察與資料詮釋和比較，研究者採深度描述的方式記錄，描述受訪者陳述的感受與經驗，使研究結果可移轉至相似情境以供日後研究之參考。

三、可靠性

研究者把每個研究過程與步驟仔細並誠實的記錄與說明。

四、實證性

研究資料與結果的詮釋是建立在受訪者真實情境背景，並以受訪者的語言詳細分析與解釋作為原始資料，絕對誠實不偽。

第五節 研究倫理

所有的研究都會面臨到研究倫理的議題，如傳統醫學研究中的倫理考量著重在傷害、知情同意與保密，而社會科學研究中，亦有欺騙和隱私權的議題討論，事實上在質性研究的研究者與受訪者之間關係與互動較量化研究者親密，亦常引發量化研究所不會面臨的倫理議題，因此質性研究的相關倫理要求，都是研究者必須遵從的原則（張

芬芬，民 94)。

本研究恪守倫理原則包含告知後的同意、誠實、研究對象隱私權的維護、避免傷害原則，以及介入與否等，下面將一一作為說明。

一、告知同意

研究訪談與記錄都經過受訪者同意與知悉，訪談過程中錄音也經由受訪者同意方能進行之，在研究中對於不願接受面訪而採取電話訪談者，研究者亦尊重其意願。

二、誠實

研究者儘可能的讓受訪者充分瞭解研究目的與性質，同時對其所提出的問題誠實回應，對於受訪者與資料收集處理與分析過程絕不偽造。

三、保護研究對象的隱私

研究結果與分析的呈現上採取匿名，並以代號示之，以保護受訪者的隱私，也儘可能不引用會顯示其特徵的資料，同時對於訪談資料的處理與保管，皆由研究者獨自運作，絕無外洩。

四、避免研究對象受到傷害

研究者在研究訪談、資料處理及論文撰寫過程中，儘可能排除、減少及降低受訪者生理、心理或工作上的影響，所以在研究呈現上，對於可能會影響受訪者工作敏感話語不予引述。

五、研究者的介入

研究者在訪談過程中，必須保持超然中立的態度，儘可能保持高度敏感和適時表達感同身受的情緒，並充分自省，及與指導教授、同儕討論中，提醒自己盡量避免過度情緒涉入。



第四章 研究結果

本章共分三節說明，第一節說明研究訪談的樣本基本資料；第二節從基層診所醫師角度瞭解退出醫療群或更換夥伴因素之資料分析；第三節則從合作醫院角度探討醫療群夥伴異動因素。

第一節 研究對象之基本資料

本研究對象為中央健康保險局網站公告社區醫療群名單於 92 年試辦開始，於 94 年 9 月公告截止，核對期間社區醫療群名單，曾經更換社區醫療群夥伴或退出社區醫療群者，皆為本研究對象，共計 63 家基層診所，再經由電話確認是否屬實，因為發現許多基層診所名單為健保局誤登錄，實則從未退出卻刪除於名單之外，經電話雙重確認符合本研究對象共有 53 家基層診所，由於本研究主題缺乏先前研究，為進一步瞭解研究對象的主觀理念與實際參與情形，因此針對 53 家基層診所醫師或負責人深入訪談，並事先以電話邀請方式與負責人約訪，願意接受訪問的基層診所最後共有 37 家基層診所。

37 位基層診所研究對象，其中包含電話訪談或親自面訪方式進行深入訪談，只願接受電話訪談者，訪談結束後立即記錄訪談摘要；對研究受訪者採開放式半結構之研究訪談(研究者仍準備訪談大綱隨時參考)，每次會談時間約 30 分鐘，其過程當中經受訪者同意錄音，

事後進行逐字稿之記錄與撰寫。

針對受訪之 37 家基層診所基本資料整理，其中參與社區醫療群狀況有 4 家基層診所隸屬更換社區醫療群夥伴，其餘 33 家基層診所則為退出家庭醫師試辦計畫；37 家基層診所執業狀況有 84% (32 家) 隸屬於單獨執業，因此研究分析將受訪基層診所視為個體；另外有 10 家基層診所為藉由親自訪談方式收集資料，其他 27 家基層診所則透過多次電話訪談方式收集資料 (詳見表 4-1)。

表 4-1、受訪基層診所醫師或負責人之基本資料

NO.	狀況	受訪者	性別	專科別	縣市	訪談方式	訪談日期
C01	退出	醫師	男	不分科	台中市 西屯區	電話訪問	2006.02.10
C02	退出	醫師	男	眼科	台中市 北區	親自面訪	2006.02.20
C04	退出	主任	男	牙科 不分科	台中市 南屯區	電話訪問	2006.01.18
C07	退出	醫師	男	眼科	台中市 南屯區	親自面訪	2006.02.14
C09	退出	醫師	男	小兒科	台中縣 太平市	電話訪問	2006.01.18
C10	退出	醫師	男	皮膚科	台中縣 太平市	電話訪問	2006.01.18
C12	退出	醫師	男	眼科	台中縣 清水鎮	電話訪問	2006.01.18
C14	退出	醫師	男	皮膚科	台中縣 清水鎮	電話訪問	2006.01.18
C17	退出	行政助理	女	不分科	台北市 內湖區	電話訪問	2006.03.15

資料來源：研究者自行整理

表 4-1、受訪基層診所醫師或負責人之基本資料 (續)

NO.	狀況	受訪者	性別	專科別	縣市	訪談方式	訪談日期
C20	更換社區醫療群	行政助理	女	家醫科	台北市信義區	電話訪問	2006.03.08
C22	退出	醫師	男	小兒科 婦產科	台北縣中和市	電話訪問	2006.01.19
C23	退出	醫師	男	婦產科	台北縣新莊市	電話訪問	2006.01.18
C24	退出	醫師	男	內科	台東縣 台東市	電話訪問	2006.01.18
C25	退出	醫師	男	家醫科	台南縣 歸仁鄉	親自面訪	2006.02.16
C34	退出	醫師	女	不分科	屏東縣 林邊鄉	親自面訪	2006.02.22
C35	更換社區醫療群	主任	男	內科 不分科	桃園縣 平鎮市	電話訪問	2006.01.19
C37	退出	醫師	男	不分科	桃園縣 新屋鄉	電話訪問	2006.01.23
C39	更換社區醫療群	醫師	男	不分科	桃園縣 蘆竹鄉	親自面訪	2006.02.21
C41	退出	醫師	男	家醫科	高雄市 三民區	親自面訪	2006.02.09
C42	退出	醫師	男	內科 小兒科	高雄市 苓雅區	電話訪問	2006.01.23
C45	退出	醫師	男	不分科	高雄縣 岡山鎮	電話訪問	2006.01.19
C48	更換社區醫療群	醫師	男	眼科	高雄縣 岡山鎮	電話訪問	2006.01.19
C49	退出	醫師	男	骨科	高雄縣 路竹鄉	電話訪問	2006.01.19
C51	退出	醫師	男	內科	高雄縣 旗山鎮	電話訪問	2006.01.23
C52	退出	醫師	男	不分科	高雄縣 燕巢鄉	電話訪問	2006.01.19

資料來源：研究者自行整理

表 4-1、受訪基層診所醫師或負責人之基本資料 (續)

NO.	狀況	受訪者	性別	專科別	縣市	訪談方式	訪談日期
C53	退出	醫師	男	不分科	新竹市	電話訪問	2009.01.19
C55	退出	醫師	男	婦產科	彰化縣 彰化市	親自面訪	2006.02.15
C56	退出	醫師	男	眼科	彰化縣 彰化市	電話訪問	2006.01.18
C57	退出	醫師	男	外科 婦產科	彰化縣 彰化市	電話訪問	2006.01.18
C58	退出	醫師	男	耳鼻喉科	彰化縣 彰化市	電話訪問	2006.01.19
C59	退出	醫師妻子	女	婦產科	桃園縣 大溪鄉	電話訪問	2006.03.08
C62	退出	醫師	男	婦產科	高雄市 前金區	電話訪問	2006.03.08
C63	退出	醫師	男	眼科	花蓮縣 花蓮市	電話訪問	2006.03.15

資料來源：研究者自行整理

在研究對象母群體 53 家基層診所地區別分佈，則是以中區分局 40% 為最多，其次為高屏分局的 30%，最少的是南區分局僅一家基層診所 (2%) 退出及東區分局的 2 家基層診所 (4%) 退出社區醫療群；受訪的 37 家基層診所樣本中分布於中區分局為最多 (43%)，僅一家基層診所分布在南區分局 (3%) 及東區分局的 2 家基層診所 (5%)，整體而言，約有 70% 的基層診所接受訪問 (詳見表 4-2)。

表 4-2、研究對象地區別分布

地區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
研究對象	7	6	21	1	16	2	53
比率	13%	11%	40%	2%	30%	4%	100%
受訪對象	4	5	16	1	9	2	37
比率	11%	14%	43%	3%	24%	5%	100%
受訪率							70%

資料來源：研究者自行整理

除此之外，為避免僅接收單方觀點而造成事件觀點的不完整性，透過雙方認知來釐清事件的真實性，故在訪談完基層診所醫師部分後，並核對相對應之合作醫院名單，其中合作醫院之選取條件，以合作醫院所指導社區醫療群中有兩家（含）以上基層診所退出或更換夥伴者，共計有九家合作醫院進行訪談，接受訪談的合作醫院有五家，其名單如下表所示。

表 4-3、受訪合作醫院之基本資料

NO.	權屬別	縣市	基層診所	訪談對象	訪談日期
H01	區域醫院	台北市	C17、C20	社區醫學部	2006.04.17
H02	地區醫院	彰化縣	C54*、C56、C57、C58	院長	2006.04.30
H03	地區教學	南投縣	C27、C28、C29	專員	2006.03.24
H04	區域醫院	高雄市	C42、C43*、C44*、C61*、C62	副院長	2006.05.03
H05	地區醫院	高雄縣	C45、C46*、C51	秘書	2006.04.19

註：合作醫院指導社區醫療群之基層診所標記 C* 為拒絕訪談者

資料來源：研究者自行整理

第二節 從基層診所醫師角度瞭解退出醫療群或更換夥伴 因素之資料分析

當合作關係決裂進而退出社區醫療群或更換夥伴，其中影響因素或原因就自己本身認知和旁觀者認知亦有所出入，故本節先從基層診所醫師角度來瞭解，為何當時決定退出醫療群或更換夥伴，而真正影響因素為何，此為本研究欲探討之議題。下列將進行基層診所訪談資料分析，並且分為兩部分探討：首先瞭解基層診所醫師當初參與試辦計畫的原因與期待，接下來討論受訪者實際參與的運作狀況，以及導致退出或更換夥伴的因素。

一、參與試辦計畫的原因與期待

對試辦計畫的期待與參與試辦計畫原因多數為相同，由於參與前有假設性期待，因此根據受訪的 37 家基層診所訪談內容進行分析，在訪談過程中，有 20 位醫師針對當初參與試辦計畫的原因做回答影響參與的原因，參與原因分為「理念相同」、「友情邀約」、「上級命令」、「財務誘因」、「怕被排擠」和「其他」等六種，以下分別說明（詳見表 4-4）。

表 4-4、基層診所醫師參與家庭醫師試辦計畫的原因

參與原因	理念 相同	醫院 邀約	友情 邀約	上級 命令	財務 誘因	怕被 排擠	其他	總計
診所家數	5	2	7	2	1	1	2	20
%	25%	10%	35%	10%	5%	5%	10%	100%

資料來源：研究者自行整理

五位醫師表示當初參與是感覺試辦計畫的理念與利益不錯而加入；將近二分之一的醫師表示，當初參與的原因是友情邀約，其中七家基層診所表示因為熟識基層診所夥伴邀約，另兩位醫師則是合作醫院邀請才加入；還有兩位醫師表示因診所機構隸屬公家機關，接受上級命令加入社區醫療群；有一位醫師表示在健保財務緊縮下，既然有試辦計畫推出並且有財務誘因，何樂而不為；另外比較特別的是有一位醫師表示怕現在不參加，當試辦計畫擴大實施時會被孤立排擠，然後變成第二線的位置，雖然僅這位醫師誠實表達參與是此因，但在訪談內容中，部份醫師表達有些醫師參與的心態，就是怕被排擠邊緣化。

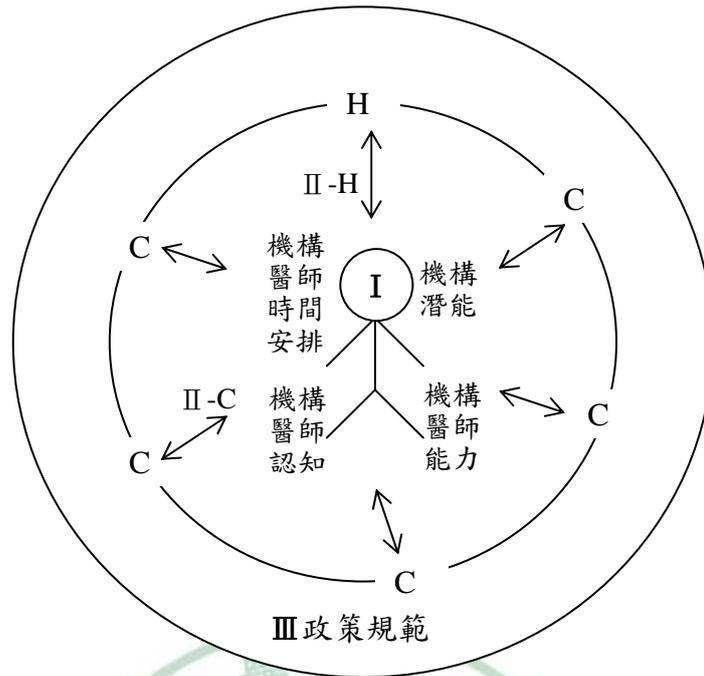
但是很多醫師是不得不參加，就是說...他們（不得不參加試辦計畫的基層醫師）是怕說如果形成一個小集團、小集團，如果什麼都不是的話，你（基層診所）就可能被排擠。（C02-04）

有些是怕說，如果說這個計畫做出來之後，有些醫生沒有參加怕說會退居於第二線，可能就會威脅到他（基層診所）的問題...，你（基層診所）變成被轉診醫院的話，就變成第二線，請問一下那些醫生怎麼辦？有些醫生是不得已加入的！不加入就會變成第二線，因為它（試辦計畫）是一種社區醫療整合，如果我沒有加入的話，變成我不是社區醫師阿！所以不得不加入它（試辦計畫）！所以它（試辦計畫）有一點點的...一點點的威脅性！（C07-04）

它(試辦計畫)是逐年擴大,來擠壓到正常的醫療資源,這種東西到時候...我是覺得...,很多開業醫都參加了,我也知道很多開業醫都參加,大家會一直加入參與,因為其實很簡單,因為大家都是有意識的,是擔心會被邊緣化,大家很怕被踢出來,變成沒有辦法看病人,...如果他佔的比例一旦大到全部額度的 30~40%以上,我想這種醫療就不必運作了,就是這樣子啊!(C41-11)

二、實際參與的運作狀況,及退出或更換夥伴的因素

根據訪談內容進行瞭解受訪者實際參與的運作狀況,以及導致退出或更換夥伴的因素,本研究將以三個層次談論,先從微觀(micro-level)的個體層次討論,個體層次包含個別診所機構(醫師)對事件的認知、診所機構醫師時間運用安排、診所醫師能力及診所機構潛能狀況等四主題談論;第二層次(medial-level)則機構間互動的兩種情況,一為基層診所夥伴間的互動情形,另一是基層診所與合作醫院的互動關係;第三層次係由整體大環境(macro-level)著眼,由衛生政策制度規範對醫療機構參與社區醫療群運作的影響。以下便分為,個體層次、社區醫療群運作狀況及政策規範,三個層次依序呈現(如圖 4-1)。



註：C 是基層診所；H 是合作醫院
 I 指個體層次（C 或 H）
 II 指社區醫療群運作狀況 { C 與 C 互動
 III 指政策制定規範 { C 與 H 互動

資料來源：研究者自行整理

圖 4-1、影響基層診所醫師退出社區醫療群或更換夥伴之研究結果評析層次示意圖

（一）個體層次

個體層次分成四大主題談論，包含個別診所機構（醫師）對目前台灣醫療體系和家庭醫師制度的觀點、個別機構醫師的時間運用規劃、個別機構醫師能力需求，以及個別機構潛能狀況軟硬體的限制。

1. 個別機構對台灣醫療體系及家庭醫師制度之負面觀點

(1) 不同於國外的就醫環境

目前國內加入健保特約機構的西醫基層院所，共有八千九百多家

(健保局，民 95)，分佈各地相當普遍，再加上台灣交通便利，幾乎可以說三步就有一家診所的存在，國人就醫習慣又偏好迷信大醫院名醫，縱使健保局增加部分負擔比重，將民眾自付之西醫門診基本部分負擔費用醫學中心提高為 360 元、區域醫院為 240 元、地區醫院為 80 元，而基層診所仍維持 50 元，依舊無法改善民眾動不動就往醫院跑，這些台灣特有的民眾就醫習慣及醫療方便性，導致基層診所醫師對當前環境是否合適並推行家庭醫師制度，仍存有疑慮。

...美國地廣人稀，那邊診所不像我們三步一家、五步一家，而且台灣人看病很習慣太方便了，民眾已經習慣這家看不到就看下一家，這樣就是浪費了！全世界沒有一個國家像台灣診所這麼多...，美國一個大州的醫學中心頂多一、兩間，而且只看轉診，提供門診服務一個禮拜只有一次而已，只能說台灣太方便了，...其實要改革的地方其實很多的啦！（C02-04）

這個家庭醫師制度是沿襲國外，其實並不適用台灣。我個人認為這就像是李遠哲他留美回國，就想把國外那一套教育制度套用在台灣身上，國外的制度不見得適用，...健保局推出這個家庭醫師制度也是，可能他（健保局）想要模仿歐美國家，他（健保局）覺得他們（歐美國家）的家庭醫師制度很好，想要套用在台灣，想要蕭規曹隨一般。（C26-02）

(2)台灣醫療體系專科制度化

台灣家庭醫學發展是自民國 75 年成立「中華民國家庭醫學醫學會」，發展初期以培養家庭醫學人力為主，真正成熟時期則是在民國 84 年到民國 93 年之間，推廣家庭醫師制度，然而台灣醫學生專科化訓練已久，執業醫師多侷限於自己的專科看診，甚至趨向於發展次專科化，但間接影響民眾就醫行為，在民眾就醫前已自行分專科看診，

而不是經由家庭醫師專業判斷是否需專科醫師治療，這需要政府繼續教育宣導家庭醫師的觀念，而非立即見效。

像很多家庭醫師不知道也不懂一些專科，知道也只是皮毛...，在台灣沒有真正的家庭醫學科，大部分都是內科出來！家庭醫學科那是全身的，那個什麼都要懂，說他（家庭醫學科）懂內科那還可以，但是像耳鼻喉科、小兒科、其他的科，那個要訓練都不是短時間，而且又沒有那個設備，就算會看但沒有那個設備也是枉然的。（C02-06）

...從 70 年代開始有專科醫師制度形成，像年輕一代幾乎有病都是給專科醫師看診，像腳有酸痛就去看骨科，眼睛不舒服就去看眼科醫師，這種就醫觀念在年輕世代已經根深蒂固了！...變成民眾都是自己的家庭醫師，在家裡已經決定好要給哪一個專科看診，根本不會經過家庭醫師看診審查過，這樣根本與家庭醫師轉診的意義不同，亂掉了！...（C26-03）

(3)台灣醫療體系尚未建立轉診制度

在民國 92 年家庭醫師試辦計畫中，提及計畫目的之一，期望藉由試辦計畫促進分級醫療和雙向轉診，然而根據訪談內容，有醫師認為家庭醫師制度尚未建立完整的轉診制度，他們皆表示目前民眾就醫模式、制度不夠周延等，甚至覺得就是無法強迫病人做到轉診制度，才會規劃出家庭醫師制度。

其實我一直有一種感覺，但是這是我的推測啦！我一直覺得說健保局一直太想去 push 一種用政治來決定醫療的一種手段，就等於說，你（健保局）沒有辦法用規定叫病人用轉診制度來做分級醫療，就變成用這種東西來...而且它（試辦計畫）是逐年擴大，來擠壓到正常的醫療資源。（C41-07）

像台灣就是沒有建立起良好的轉診制度，如果像美國、英國他們強迫轉診制度，規定民眾一定要經過家庭醫師審核過，確認需要轉診再到專科醫院或醫學中心，但是台灣就不是啊！跟人家剛好相反，要就訂定明確嚴格的轉診制度啊！（C48-02）

那個轉診制度就根本沒有建立好來，想要透過醫療群去做轉診，也只是半套轉診而已，像病人到診所看病部分負擔也不過是 100~150 元，而到醫院或醫學中心看，那個部分負擔又差不了多少，你要病人先到診所看，然後再到醫院就醫，病人又不是腦袋空空，要花兩次的部分負擔費用，病人當然就是都跑去大醫院看醫生啦！甚至有些醫生爲了招攬生意，看病還送禮物給病人、或者願意加入醫療群會員就送一堆東西，健保局做這個家庭醫師計畫醫療群根本就是自欺欺人嘛！（C57-01）

(4)缺乏行銷宣傳衛教觀念

受訪基層診所醫師表示，家庭醫師制度若要徹底落實，最重要的是針對民眾作教育宣導，對家庭醫師試辦計畫民眾所知有限，尤其細部實施內能更不清楚，進而抗拒改變原本就醫習慣，其實政府相關當局應該要多利用大眾媒體或政府宣導方式對民眾多加宣導，如此方能讓民眾也能深入瞭解、認同家庭醫師制度，並主動積極參與。

其實電視的教育民眾很重要！電視教育應該要讓民眾知道，你想要的服務要和你所付出的要匹配的時候，這很簡單啦！所以與其用這個制度來建立，還不如在衛教上面多花一點精神，讓病人瞭解這個東西，那才是最實際的，從病患教育下手，而不是本末倒置從制度或醫師上！（C39-08）

台灣不到半小時就都有醫院，應該鼓勵所有病人減少逛醫院，不應該鼓勵醫師啊！應該是說讓病人了解要看病到固定醫師那邊看，這樣比較了解病情，而不是到處亂逛診所，不會浪費醫療資源，比方說原本看十家診所，隔年降低變成五家，那可以減少他的部分負擔什麼之類的...，鼓勵病人才對，鼓勵醫師做什麼，我覺得很奇怪！（C25-03）

(5)健保局資源浪費

有受訪醫師表示很多人參與心態，診所經營日趨困難，健保局在相關政策上也推出各項計畫，藉由參與各項計畫多少有助於診所營

運。因此部分基層業者抱持的心態就是既然有計畫經費補助，有多少錢就賺多少錢，不如小補的想法參與，敷衍參與就有錢領，因此有醫師（8位）認為這個計畫是根本就在浪費醫療資源費用。

我有很多朋友有參加，他們說這個計畫一年可以多賺他二、三十萬，他們是覺得這樣好像也不錯，雖然他們參與醫療群也都是在應付應付，那些參加的人只是想說可不可以撈點錢而已！（C02-02）

像那個承辦人邀請我參與，他也明白說了健保局竟然要撥金錢下來，不拿白不拿，我坦白說最初也是因為這個加入。（C26-02）

其實現在健保局這個社區醫療群計劃的錢，有多少錢就賺多少錢，不如小補，有米吃就吃，不吃白不吃，有錢就快撈啊！（C48-01）

其實這個醫療群都在騙健保局的錢，實際真正運作良好沒有幾個啦！想說能撈多少錢就多少錢，健保局心理也清楚明白他們都在騙錢，但是也歡喜開心被騙，只是為了做業績給上面看，這就像三國演義的周瑜打黃蓋，一個願打一個願挨，做那些報告都是表面功夫給上面看！你要就全面都做社區醫療群，要不然就不要做，現在只有一些醫師做，有些醫師就會了這一點小錢，就加入醫療群，那些心態都是覺得不如小補，健保局就像灑了一些魚餌，一窩蜂擁而上爭食，醫師做到這樣真的很悲哀。（C57-02）

其實這個家庭醫師計畫只是向健保局申請費用，主要花費掉預算，而這個預算是從基層總額中撥列的特別預算，因為這是公務預算中編列好的，他一定要花完，這是台灣特有的政府文化，跟其他國家不一樣的地方，你預算編列多少一定要在今年花完...，多餘的會在下年度扣除，所以他就想辦法要花掉預算的錢，就從家庭醫師制度的社區醫療群，你看他預定全國要有 200 個社區醫療群的點，每個計畫約 350 萬，你看這樣就大概花掉的 2 億多。（C26-01）

這計畫也只是在騙健保局的錢，大家都心知肚明，健保點值偏低，另外一個缺口讓醫師鑽，找機會拿錢，像家庭醫師計畫、自主管理...都是，我比較誠實的說出來，很多人參與都是不如小補的心態參與，大家都這樣覺得不花白不花，如果你以懷報期望希望增加你診所的量，或者完全的整套系統，從一開使的電話預約掛號、檢查、治療，甚至到開刀全部一套完整體

系來照顧你的病患，告訴你，這樣理想心態參與的醫師最後都會退出，這樣只會出現在官方說詞中、報告中。(C26-06)

因為說真的，我始終沒有跟你談論到錢的部分，就是說錢的問題都很好談，對不對！那些都是國家的資源啊！但是你這個制度不好，在多的金錢也沒有用，你都是在浪費，很少的錢也一樣是在浪費！（C34-08）

(6)對家庭醫師試辦計畫的成效質疑

多位醫師提到，家庭醫師試辦計畫實施至今已三年，這三年來社區醫療群基層診所醫師收集許多照護會員，依照健保局試辦計畫規定，安排民眾衛生教育、建立家戶資料檔案、成人預防保健服務、疾病管理監控指標及其他評估指標等，然而資料上傳後卻無資訊回饋，家庭醫師試辦計畫成效結果及目標達成率，相關當局都沒有適時回饋大家，不經懷疑健保局推行家庭醫師制度的意義為何。

第一個這個家庭醫師照護制度，這個計畫到底是誰設計，第二個問題制度設計目標效果有達到了沒？到底有多少人真正需要？沒效果嘛！一點效果也沒有，效果在哪裡啊？電話就能解決！有這麼好的事嘛！對不對？所以我們不願意參加！做一些沒有意義的事情！（C07-01）

病人你來醫生就發一個問卷，要把你所有資料都要填出來，有什麼隱疾都要填出來，那是健保局規定喔，家族史什麼隱疾都要填出來，這個牽涉到很多隱私的問題！健保局現在叫我們填一堆，你（健保局）有沒有保障病人這些隱私資料不加入時候要怎麼處理，我是覺得說不要把病人很多隱私的資料隨便填，只是爲了你（健保局）要看書面報告看詳不詳細，這些資料最後都去哪裡了，這樣是不是很糟糕！（C34-08）

因為這個制度其實很多事情是需要檢討的，不是完美的，不是像 data 跑出來的那麼漂亮，資料弄上去弄到最後，那些資料最後代表什麼意思？是真的嗎？那些資料都是真的嗎？其實我是覺得說這些東西可信度值得懷疑！最重要的是全台灣最大的資料庫是在健保局，健保局一手在主導這個東西，我覺得健保局應該把這些資訊整理出來，然後發佈給大眾，包括專業

人員應該要注意什麼，應該適時的回饋給基層醫師或民眾，可是從來沒有看到健保局回饋給大家，像每天我都在收集成健（成人健檢）的資料並要求把資料全部送上去，可是這十年來從來沒有看到健保局公告說，國人成健做了幾個？有什麼異常？需要設什麼緊訊的緊告？這些資料建立起來但有做些什麼嘛，完全沒有！反而用那些資料有點像是反調查診所醫師，想找麻煩來挑基層診所毛病，說你（基層診所）在做假啦！（C41-12）

有 10 位醫師對健保家庭醫師制度表示其看法，抱持理想的理念參與家庭醫師試辦計畫，經歷其中運作，才發覺試辦計畫的實施與設計理念目標不同，產生認知衝突，最後對其失望。

裡面其實蠻辛苦的其實就是由無到有，有很多東西基本上會遇到很多問題，健保局那邊就是處在一個類似管理、還有輔導的立場，會有一些衝突、一些想法不一樣的地方，但我選擇後來不參加主要是因為，這套東西以前在家醫科受訓的時候我就已經接觸過了，我覺得這個東西不是醫療，因為醫療本身不需要弄那麼複雜，不需要弄那麼僵化的一個規定來推行。（C41-01）

我是真的純粹站在去服務我的病人，所以我就會有很多的失望在這裡，就是說進入這個制度後，才發現健保局這種東西，就是不把人當人看，包括病人、包括醫師，這樣很不好啦！它（健保局）的要求我是覺得跟他的利益不相符合，家庭醫師應該是深入病人的健康，但是它（健保局）做的都是噱頭嘛！所以我會退出主要是在這裡！（C34-05）

根據受訪內容，也有醫師表示家庭醫師制度的推動，應該做到政府相關衛生醫療政策的整合，設計相關配套措施，如結合相關公共衛生體系等；衛生當局應對民眾做充足的家庭醫師制度宣導與推廣，讓民眾有家庭醫師的觀念，選擇自己信任的醫師建立長期的醫病關係，不應該由醫師主動邀約參與。

我們醫生最重要的是給病人照護就好了，不用弄其他有的沒的其他東西，

那些東西都是要給公共行政衛生和醫院、社區配合，那應該是公共衛生去做的！要不然培養那個多的公衛視幹什麼！培養那麼多的公衛人員或是醫師、公衛方面的專才在幹麻！對不對！那應該是給公衛去做的阿！結果現在搞到給醫生去做，浪費那麼多的行政資源、那麼多的國家資源、經費，說實在到最後出來都是幹麻！都是屁！我不會在繼續參加！（C07-05）

建議它們（健保局）能夠整合比較符合社區的範圍，像我們這裡是彰化西門的地方，然後西門地區這邊附近小兒科、婦產科、外科、內科、耳鼻喉科啊！越接近就找五六家，應該由政府來組合，...或由醫師公會來組合，不要讓自己醫師診所去找人！（C55-06）

應該是一個病人目前大概平均看幾家診所，隔年鼓勵病人看少數幾家診所，像國人平均大概一年看十間診所，應該在隔年降低到大約五間診所！然後病人可以自己找比較信任、比較專科的，但是現在變成你（健保局）在鼓勵醫師！鼓勵醫師幹嘛！整個制度都很奇怪，診所的工作本來就是照顧病人，找一個關係好的病人當會員...（嗤之以鼻的語氣），其他關係不好的病人更應該要把關係變好才對啊！（C25-02）

現在不管做些什麼都不可能一蹴即成，除非公權力介入規定強迫大家都要到固定家庭醫師看診，如果民眾觀念根本問題就沒有改善，在怎麼做也是做白費工的，你可以比較在社區醫療群下共同照護門診的門診人次與合作醫院其他本來的門診人次，或者與這些基層醫師同樣時間門診人次，這些數據都是直接告訴我們家庭醫師成功的成效。（C26-07）

醫師們也表達了參與其中感觸，認為家庭醫師制度的本質是好的，然而卻因為健保局制度面的設計破壞美意，並提及對於台灣健保體制大環境的看法，表示其失望，衛生當局應該多多聽取基層醫師的意見並適時給予回應，因為基層診所醫師在家庭醫師制度中也扮演不可或缺的角色。

政府可以強制要求說病人只能看某些醫師、看某些醫院，或者把看病所需要付出的費用把它拉大，去醫學中心就要花 1000 元，來診所就要看 100 元，然後挑適合的醫師，這樣都是可行的，不用做這個（試辦計畫），做這個我

都是覺得會破壞我跟病人的關係。病人會覺得說這個醫師要做什麼事情？這個爲什麼需要簽名？我覺得健保局爲什麼要堅持要我們讓病人簽名？防弊！我的意思是說我已經在做了，如果要完成照它（健保局）的標準去做，都是假的！以這個制度來講是我們家醫科的東西，我是蠻支持的，可是有很多做法我是不贊成，這個東西真的很 nothing 的東西啦！沒有意義！（C41-04）

病人就像被健保局當作是白嫖客，明明作七元的項目，硬要殺價砍到剩下一元，哪有人去嫖客還和妓女討價還價，這樣是要我們醫師怎麼活下去啊！就像沈富雄提出的保大不保小才對，台灣根本制度面就不對，什麼都包含在內，病患就沒有看診成本意識在內啊！當政者素行不良，病患也是素行不良，甚至看病拿藥到大陸去，像現在弄那個二代健保，本來就該使用者付費，但是因爲這些政客惡搞，單純的醫療被他們搞死了健保，變成一團黑了！老實說，死了醫師，病人也活不下去啦！死了孫悟空，豬八戒也活不成！（C48-01）

像那個醫療群支付方案，什麼每個登記會員一年支付健康管理費用 350~450 元，就爲了這麼一點錢拼命拉人加入，拉一些人投充數，這樣醫生根本就沒人格嘛！就算你拉病人加入你這個醫療群，拜託！他也不一定會到你的診所或醫院看病啊！...建議衛生署應該要另外撥經費不該從總額中分出來，要強制性做好轉診制度，但是現在診所和醫院的部分負擔也不過差幾百元而已，民眾真的要就醫都跑去那些大醫院，而小醫院和診所只能處在一直挨打的地位，健保費用實在應該調漲才對，要做到使用者付費，民眾才有成本概念，而健保局現在就只有他們一家，形成獨賣市場，大家都要聽他的，健保局應該要做到公辦民營，或是多家競爭招標來做阿，醫療群現在都只有做到半套的半調子，都是一些利益團體的利益糾葛，這樣爭破頭真的很悲哀阿！（C57-02）

(7)醫病關係非一蹴可幾

健保局推動家庭醫師試辦計畫，預期能提供高品質的家庭醫師照護，建立良好的醫病關係，贏得病患與家屬的信任，然而受訪醫師則表示，很多是原本就在做了，醫病關係的互動是長期的，並不會因爲加入或不加入而有所影響，所以並不會因爲加入而提高病患的滿意

度，反而是因為家庭醫師試辦計畫行政規定、文書作業的繁瑣，讓病患有所怯步。

這是互信度的問題！健保局應該要捉住這個互信，就是指醫生跟病人的互動，雖然我不是專家不知道要怎麼去評估，可是我覺得方向是不對的，反而是在製造這些業績，我是覺得健保現在就是把人當作物品在看，好像一隻豬或者什麼，多少錢的價值來看！所以它（健保局）就會創造很多不是人性的東西！就像我不會因為加入這個而病人增加，因為退出而病人減少，因為我的病人永遠就是我的病人，我覺得我的醫病關係不錯，所以既然沒有提升，那幹麼花國家的錢在做這種制度，浪費嘛！（C34-06）

我是怨言也多啦！要不然我怎麼會退出呢！就是第一個，一開始就讓病人填那些東西，就是很不應該！你（健保局）的保密原則在哪裡？都把病人的隱私給暴露了，像單張的設計要怎麼做，也都要考慮到病人的隱私！現在健保局就是認定病患的家族史通通寫出來表示你（基層診所）有問他，那叫做你（基層診所）很認真，講難聽一點這些都是 paper work 啊！（C34-11）

你看我們海報還貼在那邊嘛（家庭醫師試辦計畫海報），可是病人的參與並不高，再來就是說最重要其實對整個診所經營的幫忙，如果已經沒有幫忙，會覺得那我幹麼還要參與，所以後來就變成很消極的，不像剛開始那麼積極，大概就是這樣！（C39-02）

像病人有什麼問題他就問，家裡有什麼問題也再問，甚至要開刀不是問幫他開刀的醫生，竟然問我「ㄟ這樣開刀好不好」，這個不是靠制度啊！也不是靠什麼簽名！這是靠相信！所以才會覺得病人的教育比較重要，但對我來講我真正需要的是病人非常相信我，然後有問題的時候，我後面有一個設備很好的醫院建立關係！像這是因為看了很多年的病人才得來的關係，絕對不是這個制度，所以與其要用這個制度來建立，還不如在衛教上面多花一點精神，讓病人瞭解這個東西，那才是最實際的。（C39-07）

其實如果把病人照顧好，病人對你（基層診所）有信心，病人是跟著醫師跑的！可是現在花那麼多時間，倒是覺得說是徒勞無益，為什麼？因為你（試辦計畫）會抵觸到病人的醫療自主權，就算我（病人）跟這個醫師有多麼好，所以我是覺得說很難形成這個計畫，這也是我這幾年的感覺啦！（C41-07）

就算立法規定也無法要求病人一定不准去醫學中心，何況醫師哪有這麼大權力要求病人做什麼，像醫師的誠信也一直在下降，我現在跟病人說話也要小心翼翼，絕對不會讓病人覺得說，有在要求他（病人）要做些什麼事情或其他的要求，或者是說我在 push 賣你（病人）什麼東西，因為我一直覺得關係要建立是很難的，建立以後簡單的一句話就可能破壞了，所以這個制度對我而言壓力是很大的！像簽名的動作，可能導致原本關係良好的醫病關係因為參與之後就破壞了！（C41-08）

2. 醫師的時間規劃與能力問題

基層診所醫師參與試辦計畫最直接問題，莫過於時間規劃與個人能力問題，大部份醫師表示由於原本基層診所業務量較大，而參與社區醫療群必須配合他的規定增加許多工作量，診所業務繁忙沒有時間參加，綜合各種因素，幾乎不堪負荷。

因為本身業務比較多，我們除健保業務以外，還有設立一些自費的項目，現在台北有已經開一間了！我們做了很多近視雷射手術啦！因為時間實在不夠，真的是很忙啦！實際有第一線操作對病人沒有比較方便，所以就退出了！（C02-02）

像我們開業不像在醫院裡面，在醫院一個禮拜大概就是五、六次門診，現在變成你（基層診所）一大早大概八點就要來這邊，然後晚上九點半才能走，然後我又住台北，我會覺得說（無奈的口吻）我自己家裡的人我都沒有給他們（家人）時間了，怎麼可能再利用假日的時間再去給他們（病人），我本來有再請一個醫師來幫忙，但人家也待不住，如果說有兩個醫師輪流的話那還好，但那根本沒有了，我自己的時間都沒有，怎麼可能花這麼多時間、花那麼多精神，後來就是說愈來愈消極，愈來愈消極了！（C39-03）

根據訪談內容發現，絕大多數的醫師（7位醫師）都表示參與該試辦計畫，必須配合他的許多相關規定，處理許多行政事務、配合家庭醫師認證課程及共同照護門診...等，增加許多工作量，需投入大量

的專業時間與精力，雖然醫師也表示教育訓練或個案討論等等內容，確實有收穫，但是時間分配上根本不夠用，有時候教育訓練課程時間會與門診時間有所衝突，而無法配合相關規定，於是就退出家庭醫師試辦計畫。

行政作業繁瑣，共同照護門診再加上家庭醫師教育訓練課程...等，要撥許多時間，根本無法配合，乾脆就退出社區醫療群。(C22-01)

它（合作醫院）有辦了一些演講，憑良心講我覺得從中有所獲得，但是這獲得的代價很大，因為要利用休閒的時間，比如說以前禮拜三中午就去那裡，雖然那邊也有提供便當在那邊吃，邊吃邊聽演講，聽完演講還要留下來開會，然後弄到三點又要繼續看門診，覺得整天都是非常的疲憊，對於看病人的品質不見得好，可能會打折，所以後來就會覺得最討厭的就是禮拜三。(C34-04)

每個禮拜要求醫生要再進修，我是覺得不要很 routine 的每個禮拜都叫人家（基層診所）去，這些都是讓人家很身心俱疲的東西，那每次去聽完演講都要寫報告，我是覺得我真的不是小學生，重點是我去聽我有沒有獲得，寫那報告給你看，說真的你健保局有在看嘛！（C34-11）

主要因為個人撥不出時間配合社區醫療群的規定，要花太多時間與負擔太重了，又要安排共同照護門診時間看診，又要參與家庭醫師教育訓練課程，要花雙重時間在上面，而且本來醫師就要在花時間去繼續教育，要去上醫學倫理...等課程，本來的醫師教育訓練課程再加上社區醫療群的課程，根本就沒有時間可以陪伴家人，純粹是個人時間關係！（C53-01）

它（健保局）好像要求要有家庭醫師的專科執照，所以要去上大概半年以上禮拜天的認證課，當時在那一年剛好...，其實也是剛好啦！那時候我爸爸剛好生病，都一直在加護病房，所以家庭也有關係，沒辦法每個禮拜六、禮拜天有空我就過去，那半年下來也拿不到證書，所以做這個也沒有多大的意義，這個其實也是重要的原因啦！要取得醫師專科執照，那時候我根本就沒有時間！（C55-02-a）

行政程序太過繁雜了！而且本身時間也不足，所以當初參與的家庭醫師繼

續教育認證課程，也是上了一半課程就停止，當初會加入社區醫療群是覺得他的動機目的還不錯，當加入運作後才發現行政作業太麻煩，還要改電腦系統，加上本身時間不夠，然後就退出了啦！（C63-01）

另外，除了上述醫師於參與會議、共同照護門診安排、教育訓練課程、及其他行政事務處理的專業時間投入外，還有參與試辦計畫之社區醫療群，必須共同設立照護會員 24 小時緊急電話諮詢服務，根據訪談內容，社區醫療群對於 24 小時諮詢電話進行方式大致分為三種，大部分都是設立在合作醫院內，因為醫院本身就醫護人員 24 小時輪流值班，第二種方式請專人負責接聽，但這些都是些要額外支付的費用，另一方式則是醫療群內成員輪流負責此諮詢電話服務，但後者卻嚴重影響到醫師的生活品質。

反正那個 24 小時電話就要再請一個秘書專門在接聽，還要付那個錢，我們就只要到合作醫院簽到就有錢領，他的意思是說我們的病人要轉到那邊去看，這樣不方便啦！（C02-05）

設立 24 小時電話諮詢服務，這個社區醫療群 24 小時電話外包給生命連線，它（生命連線）的付費太高不合成本，而且可預見最後這個制度只是流於行事，對於病患並沒有助益，而且本身婦產科就設有 24 小時電話諮詢服務，病患都會打來，而也有員工輪班接聽，診所服務也做到 24 小時接生或是有急診。（C23-01）

平常門診看病人負擔就已經很重了，假如要我提供 24 小時諮詢，其實我覺得已經嚴重到影響到我的家庭生活，這個在以前我在家醫科做 R 的時候，我就深受其擾，因為我覺得在台灣不缺一個 24 小時專線，只缺一個有制度的管理。（C41-03）

就像健保局規定要提供一個 24 小時電話服務，坦白說醫師不可能 24 小時都待命啦！醫師也要休息，所以它（健保局）的要求太過分了！醫療群每

一個醫師要收 1,000 個，那五個人是不是五千人，就算用輪流方式自己的 1,000 人還有其他的 4,000 人，這樣工作量太大，根本就不堪負荷，...講實際一點叫一個醫生要做那麼多，一個病人一年給付原本 450，還要扣掉 2 成剩下，剩 360 塊，一年 360 塊 24 小時待命，這種工作沒有人要做嘛！付出這樣小小的代價，卻要求醫生做那麼多的工作，而且那顯然是不可能的，所以我覺得這家醫制度要求的點在哪裡，要醫生能夠負荷，做出來的東西才是真的，跟病人的互動才是好的！（C34-09）

亦有部份醫師認為就目前台灣環境，民眾遇到醫療緊急狀況，最先聯想到的是醫院急診室或打「119」尋求緊急支援，根本不需要 24 小時諮詢電話，甚至質疑諮詢電話設立的實際可行性及可用性成效。

病人有病早就到醫院看了！誰理這個電話啊！對不對！電話有什麼用？你（健保局）以為電話就可以解決一切問題嗎？...如果電話就可以解決一切事情，那就不用醫生了嘛！...（C07-03）

站在病人立場真的有急症時醫生遠在天邊，有急症的人真的不多，有急症早就自己去找醫院，那何必再打給你（基層醫師），有的做法就是由合作醫院統一做這個，醫院要承擔這個多病人 24 小時電話，它（醫院）能講的就是「你就來醫院」，如果知道這個電話是轉接到醫院，那就乾脆直接到醫院了啊！我覺得 24 小時的電話真的不要再設了！（C34-09）

像我的病人大概都直接打電話來，他不用講我就知道了，問題是打電話到醫院他怎麼知道我的病人的問題，講半天他們（合作醫院）可能還聽不懂，因為病人的描述可能不是醫師真正想要的東西，他講了一些不相關的事，如果是我跟他（病人）講，講一句就好了，或者是內行人跟內行人，講一句話就好了，所以這個（24 小時緊急諮詢電話）到最後執行，理想是很好，但是做起來很困難，對我們來講怎麼可能下班在家裡等 24 小時服務電話打來，所以有很多事情我是覺得跟實際上差太遠了！（C39-06）

再者，受訪者表示加入社區醫療群後，需要花很多時間處理家庭醫師試辦計畫的規定，因此減少與家人相聚時間或個人時間，然而絕大因素希望保留時間陪伴家人，即便後來有人邀約重新加入社區醫療

群，也沒有意願再參加有的醫師表示沒有時間參與。

沒什麼太複雜因素，主要因為個人撥不出時間去配合社區醫療群的規定，要花太多時間與負擔太重了，又要安排共同照護門診時間看診，又要參與家庭醫師教育訓練課程，要花雙重時間在上面，而且本來醫師就要在花時間上去繼續教育、醫學倫理...等課程，原本醫師教育訓練課程再加上社區醫療群的課程，根本就沒有時間可以陪家人，純粹是個人關係！（C53-01）

其實我本身確實沒有那個時間，因為一個人做診所，還有家庭要照顧，我現在還是會接觸那些夥伴啊，甚至有一些人都有問我要不要再加進來，主要是我本身時間不多啦！我希望把我剩餘的時間都盡量陪家人，多做一些自己有興趣的事情，因為我覺得這些事情對醫療品質，還有對醫療、對民眾、對我沒有什麼幫忙，所以我就不想要花這個時間。（C41-02）

它（試辦計畫）好像要求你（基層醫師）要有家庭醫師的專科執照，所以要去上一些課，要上半年以上禮拜天的認證課，當時在那一年...其實也是剛好啦！那時候我爸爸剛好生病，都一直在加護病房，所以家庭也有關係，沒辦法每個禮拜六、禮拜天有空我就過去，那半年下來也拿不到證書，所以做這個也沒有多大的意義，這個其實也是重要的原因啦！（C55-02）

純粹是個人因素啦！和原本合作夥伴朋友相處都很融洽，因為暑假要帶小孩出國去玩，沒有辦法配合家庭醫師試辦計畫上課時間，所以才退出社區醫療群，但現在已經重新加入社區醫療群。（C10-01）

訪談中亦發現，其中有一位基層診所開業醫師由於個人健康因素，但健康體能吃不消導致最後退出，希望多一點時間好好休息。

在基層診所醫師的能力需求上，可能因醫師專業能力偏向專科化發展，導致認為專業能力不夠而無法肩負家庭醫師職責，甚至無法做到健保局要求健康照護會員收案數。

(1)個人專業能力不足

家庭醫師主要功能希望能以人為中心的照護，涵蓋影響病人健康的各種因素都能掌握，肩負對病人全面性的照護服務，而疾病型態的錯綜複雜，家庭醫師需具有能力分辨清楚，並有能力處理大部分簡單的生理、心理、社會各層面問題，因此才有醫師表示由於過去專科訓練方式或執業後所接觸的專業能力，故無法勝任此角色，最後選擇退出社區醫療群。

就是整個目前的環境跟能力，個人能力的問題要考慮清楚啦！並不是說人家要給你有錢賺就好了，還要考慮到個人能力是否可以處理各方面的問題，認為本身能力上也沒有辦法完全對病人有一個很好的照顧，就像是說各方面的病，我們小兒科、內科...當然以前是唸過，但是實際上這二、三十年開業以後專攻的都是婦產科，只有婦產科是專業，但叫我看一般高血壓門診或小兒一些疾病並不是很清楚的時候，那病人要找你的時候又不能說不懂，那這樣就沒有多大的意義啦！我自認為能力不太夠，不願意拖累人家（醫療群其他成員），所以當初也就沒有參加，我就退出。（C55-01）

家庭醫師制度社區醫療群大多著重在家庭專科醫師上，而眼科本身就比較算獨立專科，感覺角色不重，對於病患感覺在這制度上無太大幫助。（C56-01）

(2) 會員招募無法確實掌握

家庭醫師制度目的希望建立以病人為中心的醫療觀念，提供周全性及持續性的服務，於是家庭醫師試辦計畫規定，參與之基層診所醫師必須建立會員健康家戶檔案，並訂定會員指定率等，但有些醫師認為所訂定健康家戶檔案會員數目無法達到他要求，有時候執行過程都會遭受病患排拒，甚至有些醫師質疑照護會員人數所隱含醫療品質成

效，覺得沒有意義存在！

我做了工，費了力，然後沒有效果，還要賠錢，請問這怎麼參加，可能還要倒貼一些錢，因為收集病人數不夠的話，家庭數不夠的話要貼錢，所以它（健保局）用病人數來威脅，那個病人數有什麼意義嘛？它（健保局）規定要收多少個家庭，其實收集這麼多有什麼意義！那個數據的意義在哪裡我們也不知道！（C07-02）

健保局的每一個計畫就給一筆錢，其實是變相保證某些少數醫師，事實上會參與健保局計畫的醫師也是那些小團體少數醫師，如基層診所醫師每年平均照護會員人數上限為 1,000 人，但是真正看診病患人數少於 1,000 人的醫師幾乎都是老醫師、或是門診人數比較不好的，能說他（老醫師）的醫療品質比較好嗎？實際上都在保障這些醫師，讓少數人瓜分錢罷了！（C14-01）

照他的方法，10%病人要求很困難，就算是達到 10%，為什麼只照顧那 10%的病人，那有什麼意義！那剩下 90%的病人就不應該好好照護嘛！所以後來主動退出其實是我們也做不到他的要求，像要做到增加會員資料、轉病患到社區醫院...之類的！我們在還沒解散之前就退出了，他要求那些指標降低，也不是很容易達到啦！（C25-01）

這個計畫其實不應該擴大到無上限啦！如果一個診所只是看感冒，那他（診所）參加這個計畫在幹麻，能收集到病人多少資料阿！一個病人只是要來看感冒而已，需要跟你（診所）說我（病人）某某人家裡有什麼事情嘛，這個東西是在於你在跟病人建立多少關係，他會跟你講多少資訊，因為這些資訊是病人主動提供給你的，我覺得這只適用在以後要做一些慢性病的診所，不適合無上限擴大。（C41-05）

不是退出醫療群，而是原本醫療群踢出來，而現在加入另一個醫療群了！因為原本的醫療群大家彼此對於收案比較懶散，收案個數都很少，在加上還有一位醫師連教育訓練課程都從未參加，最後甚至醫療群被健保局說可能無法生存下去，所以大家就決定拆夥，而我就被踢出來了，他們就另外更換一個醫療群名稱重新申請，這次學乖了，就收了很多 Case，剛好現在的醫療群願意讓我加入。（C48-01）

就是那個照護會員檔案，甚至還規定收案人數等，這些需做到鼓勵病患加入，推銷病患參加做一些事情，我自己個人是不習慣做這些動作，甚至感

到有些不自在。(C49-01)

4. 個別機構軟硬體限制

就診所機構可能因為軟體、硬體各方面影響，造成執行困難，包含硬體的系統建置、網路連線、資訊平台建置、家戶資料上傳，甚至基本電腦操作方面，軟體包含缺少人力處理行政、侷限舊模式運作不願改變現狀等，這些都是在描述診所機構的潛能狀況。

(1)現有機構合作模式的限制

訪談樣本中，有三家基層診所（C27、C28、C29）屬同一個社區醫療群，位處於偏遠地區，交通不便、人口較分散，再加上醫療資源較為缺乏，故當初參與家庭醫師試辦計畫之前，多以偏遠地區整合性照護計畫 IDS 進行合作，包含巡迴醫療的運作方式，因此申請加入試辦計畫時，希望以舊有的合作模式進行套用在社區醫療群，但當初偏遠地區 IDS 計畫的主導者為醫院，而家庭醫師制度之社區醫療群的執行中心期望能是基層診所，類似組織的惰性害怕改變現狀，如受訪者（C27）就表示希望是由醫院來主導，以原本舊有模式進行，避免變更現狀增添額外工作負擔，再加上其他因素，因此退出社區醫療群。

像整合醫療已經做了一段時間了，有那個模式配合，用那個模式再去配合家庭醫師計畫，應該是會比較順暢吧！那我是覺得執行中心應該是放在承做醫院是比較好的。(C27-06)

(2)機構營運經營的限制

有一家受訪基層診所（C17）表示之前參與社區醫療群的執業醫師已離職，目前診所負責的執業醫師已經換人，可以說是當初診所變賣給目前的經營者，所以後來想立即重新加入原本的醫療群，但經營者換人所以不得加入，現在也沒有在參與社區醫療群了！這種情況隸屬於診所內部經營權轉讓，而非組織運作過程導致的原因；另外，診所在參與社區醫療群，都會額外增加一些診所營運成本，再加上花費行政事務或文書工作的時間與精神，都存在著診所經營的壓力。

診所第一個就是要有盈餘、要有收入，這是最基本的，可是沒有病人就有風險，藥師不上班也是風險，然後小姐請假也是風險，然後收入健保局還要打折，那想想看ㄉ，房東也要錢、小姐也要錢、藥師也要錢，連健保局也要扣錢，所以診所盈餘就變的很困難，如果全部都要合法的話，像我們現在全部合法，一個月如果沒有 1,500 個病人的話，那還不如當個密醫看病收自費，所以重點就在於健保局，如果健保這個制度沒有辦法改善，診所的收入沒有一定，自己去求生活都有困難了就不可能去提供良好的服務品質！（C39-05）

其實我比較在意是說，你（健保局）硬要推這個東西，一直放大到說會擠壓到正常的醫療運作，我是覺得不應該啦！因為這個東西是多的，像我們一個醫療群要用到電腦的問題要花很多錢，人員要花很多錢，跟它（健保局）申請錢做這些東西請人來做，這些都含在醫療費用裡面耶！（C41-10）

社區醫療群要配合糖尿病共同照護網，...配合就要有營養師、衛教師，要很多人員，想想看健保局給付多少是另外一回事，比如說現在衛教師把病人約過來，一次約五個，請他們（病人）過來只來了兩個，那衛教師也不太願意啊！...那我們要怎麼弄啊！...系統搭不起來就變成消極的去做，這個制度是很好，但是實務上運作起來並不是那麼好，沒有那麼容易！（C39-04）

(3)機構人力配置不足

對於基層診所而言，「人力」是先天的限制，醫師、護理人員、掛號人員，還有調劑的藥劑師都是診所基本人力設置，但過多的文書工作和繁瑣的行政流程都會加重診所的負擔，耗費太多的時間去處理相關行政規定，這也是降低基層診所參與意願的原因之一。

...我們衛生所當初一些電腦資訊還沒有完全弄好，還有一些行政人員的問題，那因為工作同仁他們業務也很忙...。(C27-03)

可能過去都是醫院在做，一般診所比較少做這方面，而且衛生所本來就在做這方面的東西，診所比較困難的地方可能是第一個時間，第二個人力，因為診所就一個醫師，像我就一個醫師，我怎麼排去埔里，像我們開業醫師...像我一大早七點半就開始看診，看到晚上八點，所以很難啦！(C29-09)

(4)操作電腦資訊設備能力不足

針對參與計畫執行上所遇到的困難點，有 7 位醫師提到電腦資訊系統方面，包含硬體的系統建置、網路連線、資訊平台建置、家戶資料上傳、不熟悉電腦作業，甚至基本電腦操作方面問題，尤其是需要配合規定更改電腦資訊系統的建構，這些添購資訊設備的費用或學習電腦系統操作，都是增添醫師的困擾；其中有一位醫師特別提出，擔心家戶資料上傳造成資料外洩，因為資料上傳的最後去向相關當局都沒有交代。

不會使用電腦，因為對於電腦文書處理感到心煩，但是家庭醫師制度規定家戶會員健康資料應予建檔，平常以非常繁忙，加上不順手的電腦，更加覺得麻煩(C49-01)

(二) 機構間互動層次

1. 基層診所夥伴間的互動情形

(1) 人際關係互動困難

根據訪談內容發現，有醫師表示剛開始彼此不熟悉，合作相處上確實是另一種挑戰，但是當社區醫療群成員之間未達共識，或本位主義濃厚，仍分彼此之間關係，那麼此時夥伴關係互動可能形同陌路。

那當初我加入一開始我就會有一些困擾，就是說...這個因為我其實跟這附近的醫師不熟，所以就是說一開始這個團隊的人，一開始怎麼去相處對我而言是一個挑戰啦！但是我加入之後，這個相處是沒有問題。(C34-01)

(2) 策略性規劃理念不同

在社區醫療群運作過程中，有時會遇到機構間經營規劃的問題，包括彼此目標理念不同，所產生的目標差異性，導致團隊成員間無法有效地溝通或交換資訊，對彼此互動漠不關心，最後選擇退出社區醫療群。

主要原因是社區醫療群合作診所風格不同、經營理念不同，竟然道不同不相為謀，那就不需要勉強彼此合作，或以才選擇退出。(C24-01)

在訪談內容當中只有一位醫師直接敘述，與醫療群合作夥伴理念不合所以最後退出，然而其中發現有一社區醫療群成員訪談中，彼此談論著對方可能退出的原因，雖然並非直接描述理念不合，但研究者從旁發現此醫療群夥伴之間存在著理念不合的問題，可能彼此參與目

標不同，雖然之前有其他計畫合作，但卻較談論彼此對參與家庭醫師試辦計畫的期望與目標，溝通到最後彼此開始漠不關心，再加上其他因素影響，參與的意願減弱。

我們醫療團隊就是合作醫院、衛生所、兩家診所（C28、C29）成員，就這樣一個團隊，照理說應該是一個比較適合去做這個家庭醫師照護的計畫，後來我們就是衛生所有提出一個事前計畫書...，後來有些成員他們有一些意見，...把那個計畫拿回來重新提計畫修正，...後來就這樣不了了之。（C27-01）

剛開始就已經有一個偏遠地區 IDS 計畫，就已經交給醫院（H03）在處理合作，等於說醫療方面還有一些部分的公共衛生，如居家照護、個案管理方面都交給醫院（H03）在處理，當初在討論的時候有個蠻好構想，後來我們也去受過家庭醫師照護制度課程，也拿到證書，當時我們本來衛生所、加上兩家診所，總共 5 位醫師的人力來做，後來是說醫院（H03）要求 2 個醫師要加入，參加我們這個照護團隊。...本來健保局准我們通過了，爲了醫院（H03）要加醫師進來，我們又要重新作一個新的計畫。（C29-02）

本來是請衛生所主任規劃，後來衛生所主任是說有困難，然後就說要交給我來辦，我是無所謂啦！而且我也比較有意願，後來我規劃想說那個執行長就是衛生所主任，我們還列那個什麼公關組啦！後來也不知道怎麼搞的，關鍵可能是說衛生所主任，我們是請他（C27）來做，可能認爲他們（C27）人力要做這個沒有經驗嘛，可能做這個東西又是另一個業務，就多一個業務出來，所以他（C27）可能想說要去調配人力管這個業務，可能調不出來，我的看法不知道是不是這個衛生所可能還是有一個本位主義啦！本位主義第一個可能是說沒有那麼多時間，第二個沒有那麼多人！另一家診所（C28）可能就比較沒有意願，因爲門診量比較多，一天 60 幾個一個月可以看到 500 多個，還要撥時間到埔里、還要排一個時間到醫院去看診、還要管這個，他（C28）覺得很爲難，排不出這個時間啦！後來就是說既然不要那就不要好了！這是一個很好的活動，但是蠻可惜的啦！（C29-05）

另一位受訪者（C27）就表示當初希望是由醫院來主導整體醫療群運作，因為可以與原本舊有的偏遠地區 IDS 模式相結合，避免變更

現狀增添額外工作負擔，再加上人力及設備不足因素等，但因為兩試辦計畫理念、執行方式不同，因此無法同時執行。但同一醫療群的基層醫師（C29）希望社區醫療群執行中心可以回歸在基層診所醫師手中，而不是由醫院主導。

(3)原有主導者退出

受訪對象當中有一位基層診所（C42）表示，是因為原本參與的社區醫療群主導者醫師想退出不做了，但因為之前相關行政業務的處理皆由該醫師負責，所以才改加入其他社區醫療群中合作，只可惜該名醫師表示不願意接受訪問，無法進而得知當中運作的狀況。

(4)醫療臨床服務重複性

當社區醫療群尚未完全整合醫療服務時，有可能造成提供重複性行政管理，或提供醫療服務品質差異太大等，都會形成資源浪費；而社區醫療群成員組成由同一地區五至十家的特約西醫診所，且一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，雖然掛名為XX內科診所，實質上亦可提供與小兒科診所相同服務，形成服務提供的重複性；還有最為嚴重問題，透過社區醫療群整合取得資訊，忽視彼此間的互相信任，對其他組織成員形成市場佔有率的威脅，造成病患的流失等，因此有些醫師擔心社區醫療群會中成

員出現互搶病人的狀況，所以事前的溝通協調更為重要。

它（試辦計畫）設計的那種給病人在群內就醫、群外就醫，我是覺得不具客觀性，沒有意義嘛！我的意思就是說，很多看得到的東西實際上沒有幫助，就這樣！（C34-12）

成立一群群的，幾乎都是同一個科別轉來轉去有什麼意義！應該轉到社區醫院才對啊！診所的醫師看的都差不多吧！只有少數特殊科別！可以做的差不多！互相轉診，就是盡量把會員在你的群內可以解決的解決，不能解決再轉到社區醫院，但是大家能做的都差不多啊！（C25-01）

當時在討論衛生所到底是要用三個醫師來參與還是一個個體，如果是用一個個體就很好辦了，這樣第一個就在公平原則上看診病患大概每人都 1,000 個，當然他們（C27）底下有兩個醫師怎麼去弄，我都是無所謂，如果衛生所他們是要用三個醫師，等於衛生所要負責 3,000 個病人，但是我們兩家開業醫師將近佔仁愛鄉六成的門診量，而仁愛鄉病人沒有這麼多嘛，這樣會太過於膨脹！像衛生所一個月的門診量大概 600 個人，他（C27）一下子要管 3,000 個也沒有辦法做到...。（C29-04）

2. 診所與合作醫院的互動情形

(1) 基層醫師控制權旁落

社區醫療群直接合作醫院互動上，包含定期開會討論、共同照護門診、家庭醫師教育訓練課程等相關事宜，基本上教育訓練課程內容的安排都認為還不錯，但有位醫師表示合作醫院會以教育課程學分作為利益交換，或是合作醫院位居於主導角色，會有較多的介入與控制，這種控制權旁落的感受產生合作關係的嫌隙。

上課學分的要求太嚴格了，然後合作醫院會不知覺一直給我們壓力，要求那個要求這個的，感覺很不舒服像找碴一樣，就像要交換條件一樣，規定要參加多少個學分，要介紹多少個病人，感覺很不舒服！像原本合作醫院

就是署立醫院，他的病人本來就很少了，感覺像是利用醫療群，用外圍醫師介紹病患到他們醫院，醫院不應該藉此變相規定介紹病患給他們嘛！（C45-01）

一家基層診所（C20）指出與醫院彼此互動過程中感受不到醫院的重視，對於合作的醫療群病患都較不積極照護，因此在第二年參與試辦計畫時，則傾向選擇互動較佳的醫院進行合作。

我們覺得當初合作醫院比較不太去 care 我們病患，再加上離醫院比較遠，據我所知主要是該家醫院不像我們有專人負責，對於合作的醫療群病患都比較不去 care，所以後來另外選擇附近的合作醫院！（C20-01）

(2)共同照護門診運作流於形式

社區醫療群運作模式若採取「共同照護門診」模式者，必須到合作醫院看共同門診，或是家戶會員病房巡視，參與個案研討、舉辦社區衛教宣導等，而多數受訪醫師（11 位）表示根本就沒有時間撥空到合作醫院看診，又必須配合他的許多相關規定，處理許多行政事務，增加許多工作量，甚至有些醫師認為共同照護門診虛有其名，根本就沒有在運作，只是流於形式簽到。

它（健保局）還規定每個月都還要去合作的醫院去那邊看門診，結果講一講其實也只是簽到就有錢可以領了，如果我們要 A 健保局的油我們就會參加，每個禮拜去合作醫院簽到，甚至也不用看什麼病人，就有幾千塊可以領，我覺得太浪費了！（C02-02）

參加社區醫療群還要很多附帶的工作，這些附帶的工作要花很多時間，比如說我們要固定時間去開會、去上課啦，還有去那邊門診去那邊看啦，去那邊跟他們討論事情啦，其實這個行業到最後會發現說，剛開始的時候會很講求，可是當發現說這些東西其實都會了，那就會變成比較消極性的在

參加！（C39-02）

主要是共同照護門診，根本就沒有時間撥空去看診啊！這個家庭醫師制度社區醫療群根本就沒有意義，只是在作秀罷了！（C57-01）

部分醫師訪談中提及，有些合作醫院要求共同照護門診是看自己轉來的病人，擔心是變相介紹病患到合作醫院看診，甚至有的合作醫院可能因為卓越計畫、總額預算等相關健保政策，其實對於共同照護門診並不重視，並沒有專人處理相關事宜，而時間安排上都是在休息的時間，對於共同照護門診的運作或互動漠不關心。

共同門診已經犧牲掉我休息的時間，但是實際參與獲得什麼，我在那邊看的病人跟我在診所看的病人根本就是完全一樣的，還不也是帶我原本的病患去，去那邊還有打他的電腦，跟自己用的習慣不同還需要適應，而去那邊最大的收穫就是因為這些病患需要照 X 光等檢驗，每次都這樣，也只有那些 3-5 個病人需要，醫院他們有他們的專科，他們醫院的病患並不會掛在你門診。沒有什麼共同照護門診，共同照護門診美其名為共同照護，還不是自己的病患叫他去那邊檢查看診，然後再帶回來看診...。（C26-02）

我禮拜六下午去醫院做訪視的時候，run 也可能碰不到主治醫師，這樣怎麼跟醫院去做病情的溝通嘛！（C29-09）

當時參與醫療群的合作醫院是某醫院，後來是因為該醫院排出大家共同門診的時間，它們（醫院）安排我們共同門診時間實在太奇怪了，竟然在不是它們（醫院）上班的時間，是中午休息吃飯的時間，除此之外，還有另一個也是婦產科診所的共同門診，也是安排跟我們在同一個時段當中，而且那個共同門診看的病人，是我們自己帶病人過去看，那我先生覺得看到門診時間排成這樣，想說反正病人也不喜歡，那就乾脆退出了！（C59-02）

(3) 基層醫師對醫院軟硬體設備使用能力不足

基層診所與合作醫院的互動，基層醫師表示比較不擔心病人被醫

院搶走，因為家醫轉診制度多數只是採取轉病患去看自己的共同照護門診，但是在合作醫院開立共同照護門診看診時，因為醫療臨床服務週邊使用的軟硬體設備都與診所使用習慣不同，往往需要時間去適應合作醫院的用藥習慣、硬體設備，及護理人員工作上溝通。

過去看診，那邊（合作醫院）的用藥習慣、電腦設備可能跟你（基層醫師）在這邊（診所）的習慣不一樣，可能還要去適應！（C02-05）

因為對病患也沒有照護多少，我有一次下午去看共同門診只看了 13 個病人，從一點半看到四點半，平常在這（診所內）都可以看到 20-30 多個病人，而且醫院電腦和自己用的系統又不一樣，用藥習慣也不同，習慣用的藥物醫院又沒有，自己的病人也不習慣，這些合作時都是需要適應的。（C26-06）

合作醫院的設備器材不完整，眼科本身就比較需要較多精密設備儀器，不像家庭醫學科、皮膚科...等，缺乏這些設備器材就無法作業。（C56-01）

(4)與合作醫院的距離不符合居民生活圈

社區醫療群之合作醫院以地區醫院或區域醫院為原則，然而有些診所恰好座落在醫學中心附近，因參與試辦計畫社區醫療群，當遇到需要轉診的病患卻必須先轉介到較遠的合作醫院，反而因合作醫院的距離較遠造成不符合該地居民生活圈。

剛開始社區醫療群就是後面要有一個核心的社區醫院，當時我們是跟那個醫院合作，可是社區醫療群有個精神，就是基層到後面的社區醫院類似一個半封閉式的醫療轉診制度，但對我們來講最大的問題就是太遠了！（C39-01）

但對我來講診所隔壁就有醫學中心，因為它（健保局）一直想要避免掉醫學中心角色，所以合作醫院必須在更遠另一家醫院！它（健保局）還規定要建立多少檔案、要轉多少病人到那邊做什麼，它（健保局）在乎的是這

些東西，我感覺是 nothing，沒有意義！爲了符合它（健保局）的規定可能會轉一些病人，強迫我的病人去做那些無意義的東西，其實是違反病人的意志！因爲我是跟合作醫院簽，所以我只能被迫把病人轉到該醫院，只因爲要符合健保局要求轉診率！（C41-05）

限定合作醫院的時候，一方面會不符合居民他們在生活上就醫的習性！應該是說他嚴重牴觸到這個東西！就等於說他有時候會規定說我們要去特定醫院看門診，可是某方面來講，我們去那邊看門診幹麻，第一個我看那些病人幹麻，因爲我是要服務我的病人，第二個我是被強迫說，我要去那邊看門診我就要約我的病人去那邊。（C41-06）

原本一開始就有參與第一年的家庭醫師試辦計畫，後來健保局好像有修正家醫計畫內容，規定社區醫療群範圍要符合生活圈，可是我們距離原本合作醫院太遠了，超過 10 公里以上，健保局就叫我們改和附近醫院合作，但是附近醫院沒有參與家庭醫師計畫，後來就不符合參與資格！（C52-01）

還有當一些比較重大疾病的病人，以前習慣上是轉到某一醫學中心去，那時候好像是該醫學中心沒有加入這個 team，...醫學中心是不准的！所以病人重大疾病也不能轉，轉出去好像被扣分，所以對那個 team 好像不好意思！所以有這種缺點啦！（C55-04）

(5)財務分配不公

自 90 年 7 月西醫基層門診納入總額支付制度，健保申報受到浮動點值與核減率影響，健保局又追扣相關溢繳款項，因此在健保財務虧損，點值不斷下降的情況，讓基層醫療院所經營受到極大的衝擊，甚至讓基層診所醫師接受健保經費補助家醫試辦計畫的實施，醫師們都覺得有點強人所難。

我們現在健保申請十塊，變成不到七塊，降的非常低！降的非常低會怎樣！很多支持不下去就倒了，支持下去的醫師就要變成看的很多，只好把量衝高一點，所以醫療品質不會好，醫療品質不好的話，那病人如果看的不好，那就多看幾次囉！還是都是浪費！（C02-03）

如果真的要提高醫療品質用，就要提供更穩定的醫療，因為畢竟總額下的點值一直在下降，老實說我現在做十塊錢的東西，我只能得到七塊錢，你能期待醫療提供者能提供最好的醫療資源，不可能的事情！（C41-08）

我是這麼認為誘因不高，一年才 350 萬！好像是八成要給什麼的，然後幾成要給學術研究才有，那分成十家，一年就 350 萬，一家一年大概就 30-35 萬，扣掉一些沒有辦法達成的，打個八折，大概就剩下 20 幾萬了，除於 12 個月，一個月就大概 2 萬塊錢了！我覺得誘因真的不高！對一個醫師來講加入社區醫療群好像病人可以增加很多、轉診可以很多，結果增加的病人都被健保局吃掉了！像現在健保局規定，病人越多越糟糕，就會打個六折或五折！合理門診量會扣掉，像現在申請健保只剩下六五折或六八折，我做了十塊錢，才給七塊錢，白做工啦！（C55-07）

健保局這個家庭醫師計畫社區醫療群的 350 萬，那也是從基層西醫總額分一塊出來的，要做就另外撥一個經費來做，哪有人又要從總額中瓜分，現在點值浮動薄利時代，做這些根本就沒品、沒意思！點值一直在打折，從剛開始一點 0.8 多元，後來協商還有補款給大家，但是現在卻降到一點 0.6 多，這是要醫生怎麼做下去，現在醫生很難做的啦！而那個從總額中撥出的社區醫療群經費 350 萬，只是讓醫生們爭破頭去搶，彼此傷感情而已。（C57-01）

其實原因很多，不僅如此，還把我們原本東西折扣 20%，現在退出快一年了也沒有還我們原本的東西，把我們當小偷看！假設原本補助 100 元，最後都給 80 而已，不只如此像他（健保局）規定家戶人數要達到 1,000 人，每個人就給 300 元，結果像我們這些專科、婦產科，不一定收的到 1,000 人啊，然後剛開始講的很好聽，接著達不到要求就開始扣款了，第一個月原本 300 給 150，逐月減少！剛開始誘因都會說的很好，但是後來做不到就開始打折扣了！（C62-01）

在訪談內容多數基層醫師皆認為財務誘因太少，並無所謂分配不公平的現象，但一位醫師提到，當合作醫院與數個社區醫療群合作時，合作醫院只要做相同工作內容設計，便可同等應用於數個醫療群中，因此即可領去相當於數個醫療群的行政費用。健保局規定一家醫院可與 5 個社區醫療群合作為原則，並未考量合作醫院輔導社區醫療

群運作之實際能力，因此受訪醫師對這點表示財務分配不公之嫌。

一個計畫就要將近 350 萬，反正大概 300 萬左右！所以假設這個 300 萬，其中 100 萬要給醫師幫忙看診，給他們薪水費用，然後剩下 200 萬是行政費用，一個計畫三分之二拿去當行政費用，都拿去給醫院，就好像合作醫院如果接五個計畫的話，那就有五組醫療群，做一件事情就可以乘以五，就可以拿五個行政費用，那五組就有多少錢了，1,500 萬！1,500 萬裡面 1,000 萬就給他（醫院）賺走了，對不對？三分之二就給合作醫院賺走了！（C07-01）

我覺得不合理的地方就是說，被轉診的醫院 300 萬就拿了 200 萬，這是我們後來開會才知道是醫院拿走的，行政費用都給它們（醫院）拿走了，然後我們醫生也沒什麼，只有看診的費用，還有一些裝什麼的費用，但是我覺得說這很不合理啦！（C07-06）

診所或醫院參與社區醫療群，都需要增加一些資訊設備或文書工作，其所花費的時間與精神往往與財務上回饋不成比例，甚至入不敷出，除非建立健全的財務規劃讓醫師掃除對家庭醫師制度永續經營的疑慮，當有合理與持續的財務規劃，釋放更多利多給社區醫療群，增加財務補助誘因，才會讓醫師更有動機意願參與。

應該說那麼多的行政啦！診所各方面的資源比較少，跟利潤相對的很少，認為不是很必要啦！就像現在輕輕鬆鬆就好！反正診所也越來越沒落啦（無奈地苦笑）！相對的醫院越開越多，Y 我們這些小診所又沒有很多的設備，相對的病人會比較少啦！我們就這樣安安穩穩的過日子就好！（C55-03）

（三）大環境衛生政策規範的影響

在目前衛生政策規範的環境下，參與試辦計畫的同時，必須符合其規定要求，而試辦計畫修正亦愈趨嚴格，而受訪醫師卻認為有些規

定作業太過繁瑣，只是流於形式無成效。

1. 認證課程需求過重

健保局家庭醫師試辦計畫特別訂定出，參與社區醫療群之基層醫師必須參加家庭醫師認證之訓練，訓練課程包括行政管理訓練與家庭醫師專業教育訓練課程，其中還規定計畫核准後六個月內必須取得家庭醫師認證，否則被迫取消參與資格。

它（健保局）好像要求要有家庭醫師的專科執照，所以要去上大概半年以上禮拜天的認證課，當時在那一年剛好...，其實也是剛好啦！那時候我爸爸剛好生病，都一直在加護病房，所以家庭也有關係，沒辦法每個禮拜六、禮拜天有空我就過去，那半年下來也拿不到證書，所以做這個也沒有多大的意義，這個其實也是重要的原因啦！要取得醫師專科執照，那時候我根本就沒有時間！（C55-02-a）

家庭醫師專業教育訓練課程針對不同專科背景，所規定課程時數也不同，有醫師表示當專科別不是家庭醫學科醫師者，卻要接受較多小時的教育課程時數，實有不公之疑。

就像是再教育課程安排，最後只是流於行事簽名，沒有嚴格規劃或是考試認證，另外對於專科醫師不公平，家庭專科醫師只要完成八小時教育訓練，但是像皮膚科、眼科...等專科醫師卻要求許多教育時數，甚至半年都上不完，要多很多時間在這方面，根本無法配合！（C14-01）

那個繼續教育課程感覺比較優惠家醫科的醫師，像我們專科醫師上那個認證課程，好像比較不公平之類的，總之那時候我先生覺得當初參加之前，感覺好像很不錯，但是參加後才覺得很多制度面都不是很完善，再加上當初病人跟我們反應不要轉診到合作醫院，不轉過去又不符合醫療群規定，就說乾脆退出了！（C59-02）

2. 行政繁瑣流於形式

接受訪談的基層診所醫師有 15 位表示家庭醫師計畫本質出發點是好的，然而制度面的規劃，設計太多的行政作業，光是處理行政事務、文書處理所耗費的時間與精神，就和所得的報酬不成比例，甚至質疑這些行政作業規定背後隱藏的目的。

那個 paper work 不知道有多少了！浪費了不知道多少東西！那些 paper work 根本就沒有意義！OK！就算是 paper work 也沒有人看！重點是也根本沒有效果！有人看沒人看是另外其次的問題，一點效果都沒有，根本就是屁！根本都是表面工作嘛！（C07-03）

那個要求的行政細節太多，雖然利益良好，但是很多流於書面的工作，我是覺得說很多的醫療行為如果將去量化，那失去很多的意義，第一個醫生不是吃飽沒事做整天在做文書工作，醫療是跟病人的互動，不是在做報告，我覺得所有的東西都是在做報告，講難聽一點就是說，做報告有人是很老實有人不老實，那健保局要的就是交差，那報告就會有人會偽造，這樣很不好，那你這個醫療照顧的東西又流於形式，這就是我當初為什麼加入又退出的原因！（C34-02）

其實它（試辦計畫）是有提供很多誘因啦！大概是做個問卷可以得到多少錢、做個建檔可以得多少錢啦、病人衛教可以得多少錢啦，其實這都是多的啦！這種規定下來又有很多文書資料，就知道它（健保局）防弊的性質很重！本來跟病人花個五分鐘、十分鐘就可以把問題解決，現在我可能要花很多人力去處理這些問題，然後又牽涉到我對簽名其實是很反感，就是說我要建立一個家戶檔案還要請病人簽名，如果你是病人要你簽名你會有怎樣感覺，就會有一些防衛心態出現了！這個醫師要要求我做什麼！但是我怎麼可能要你做什麼。（C41-03）

要花太多時間在開會、共同門診...等時間上，感覺上很沒意義，而不考慮再加入鄰近醫療群原因，覺得醫療群的運作似乎很好聽，但是實際運作太著重於 paper work 報告上面，只是為了向健保局申請費用，對於病患助益並不大，目前只想專心照顧病人，等以後更瞭解醫療群運作或變更好模式，才會考慮為了病患利益再加入！（C37-01）

本來診所只有一個醫生、一個護士和一個藥師，可是醫療群那個 paper work 很多，我們就為這個問題就增加人手，所以你看我們本來只有一個護士，現在就有兩位護士，那剛開始加入我們就要讓病人填一些資料，但是那個 paper work 真的是太多了，變成說你要多加一大堆工作，然後又要他們簽名，他們覺得反而麻煩，所以後來就不是很積極！（C39-01）

當初會退出是因為行政太麻煩，再加上因為試辦剛開始就加入，當初我們對遊戲規則自然也比較不清楚，然後健保局方面也沒有人從旁協助，後來就開始有責怪的感覺，去開會的時候還訓示我們，我們年紀都比健保局承辦人員年紀大，不告訴我們怎麼做卻訓示我們，把我們當小偷看！...那個程序我們就是不懂啊！還有什麼轉診機制，要不然找到機會就東扣西扣！唉阿！就健保局不把我們當作有尊嚴的看，像防範小偷！（C62-01）

3. 試辦計畫愈趨嚴格

法規制度的影響包括原本機構體制的規定，如受訪者機構（C04，係為一衛生所）隸屬公家機關，最初被要求加入家庭醫師試辦計畫的社區醫療群，當時（民國 92 年）加入時並無醫師駐診，後來家庭醫師試辦計畫陸續修正愈趨嚴格，因此隔年（民國 93 年）不符合計畫規定就退出；另外，亦有另一衛生所（C35）表示，因為上級行政命令，配合其要求才更換醫療群的夥伴。

原本都是某一醫院出來的，和它們（醫院）家庭醫師比較熟，所以就組成了醫療群，但是這個醫療群涵蓋範圍較大，包含了八德、桃園...等，後來是因為醫策會想要成立一個公衛群，上面衛生署就希望我們能更換社區醫療群，所以遵從上級命令。（C35-01）

法規制度也涵蓋試辦計畫的規定，如健保局規定醫院及醫師參與試辦計畫基本資格，必須在參與試辦計畫期間，不得有違規於特約醫事服務機構特約及管理辦法第 34 條至第 35 條其中之一事情而接受健

保局處分，否則必須退出試辦計畫，並且二年內還不得再參與試辦計畫，因此受訪基層醫師（C09）表示當初就是因為有健保局違規事情而遭受處分，因此退出社區醫療群，但其違規事件隸屬隱私問題，不在本研究討論範圍，不過歷經兩年後目前已重新加入社區醫療群。

另外，家庭醫師試辦計畫第一年（民國 92 年）草案中，並未規定社區醫療群組成範圍，民國 93 年試辦計畫則針對社區醫療群之組成區域範圍，修正為符合社區民眾生活圈為原則，並由健保局各分局依實際情形認定，隔年又特別說明生活圈以同一鄉（鎮）、市（區）為主。由於本研究研究對象為民國 92 年到 94 年 9 月期間，參與試辦計畫者，多數研究對象為早期參與試辦計畫，後來退出社區醫療群者。不過有些醫師表示由於早期社區醫療群組成就較為分散，雖然也符合所規定的醫療群範圍內，明明隔壁就可以轉診的診所或醫院，卻礙於規定跑到很遠的地方，也造成病患轉診上的不便。

主因原本醫療群之間距離太遠，對於病患而言轉診相當不方便。（C37-1）

最初參與第一年的家庭醫師試辦計畫，後來健保局好像有修正家醫計畫內容，規定社區醫療群範圍要符合生活圈，但是原本醫療群內 6 家診所彼此距離太遠，散佈在大社、楠梓、燕巢...等各鄉鎮，要病患轉診到醫療群內的其他診所，病患又覺得太遠了，寧可到較近的醫院就醫，所以群內就醫也不夠，後來就不符合參與資格！（C52-01）

當初參與的醫療群其他成員都離我診所比較遠，是屬於比較北彰化，像我們這裡算是比較南彰化的，本來我只要轉給隔壁這幾家好的小兒科、內科醫師看一下，也比較熟悉的，認為也比較信任！參加以後反而要轉更遠的

地方，這樣不是很奇怪嘛！病人加入醫療群就變成限制轉診的對象，讓病人覺得不方便！因為這樣我才不願意參加，所以就退出了！（C55-03）

根據基層診所醫師觀點分析結果，彙整研究分析層次與特質分析

（如表 4-5 所示）。

表 4-5、基層診所退出醫療群或更換夥伴原因之結果分析呈現

分析層次		特質分析	
個體層次	負面觀點		不同於國外的就醫環境
			台灣醫療體系專科制度化
			尚未建立轉診制度
			缺乏行銷宣傳衛教觀念
			健保局資源浪費
			試辦計畫成效質疑
	時間規劃與能力問題		醫病關係非一蹴可幾
			專業能力不足
	機構潛能		會員招募無法確實掌握
			現有機構合作模式的限制
			機構經營的限制
			人力配置不足
機構間互動層次	基層診所夥伴間		操作電腦資訊設備能力不足
			人際關係互動困難
			策略性規劃理念不同
			原有主導者退出
	診所與合作醫院		醫療臨床服務重複性
			基層醫師控制權旁落
			共同照護門診運作流於形式
			基層醫師對醫院軟硬體設備使用能力不足
大環境衛生政策		與合作醫院距離不符合民眾生活圈	
		財務分配不公	
		認證課程需求過重	
		行政繁瑣流於形式	
		試辦計畫愈趨嚴格	

資料來源：研究者自行整理

第三節 從合作醫院角度瞭解醫療群夥伴異動因素之資料 分析

事件的完整性必須瞭解所有參與者的認知，若僅接收單方觀點就會造成事件的偏頗與不客觀，因此受訪的合作醫院選取，排除指導社區醫療群單一基層診所醫師個人因素退出或更換夥伴狀況，並針對基層診所研究對象相對應之合作醫院進行訪談瞭解。

根據受訪的五家合作醫院訪談內容進行分析，主要希望瞭解合作醫院所指導社區醫療群中退出或更換夥伴的基層診所醫師，就合作醫院的認知與瞭解是何種原因導致這些診所退出醫療群，以及社區醫療群實際運作情況、與基層診所醫師的互動歷程。

一、基層診所夥伴退出原因

(一) 基層診所無法達到要求

就合作醫院的對基層診所夥伴退出原因認知觀點，認為有些基層診所後來退出社區醫療群的原因，因為對於健保局推行的家庭醫師試辦計畫執行內容不清楚，尤其對於參與的期待和實際運作之間的落差，再加上可能行政程序繁複，又必須配合規定事務才導致退出社區醫療群。

喔！當初有幾間診所（C54、C56、C57、C58）是一開始就退出的，不過在

92 年試辦開始就退出，所以後來只有社區醫療群基層診所的加入，最初退出的基層診所醫師大部分好像是不太清楚健保局規定家庭醫師制度的規則，當時參與又都是因為友人邀請加入又不好推託，或者是剛開始覺得利益不錯，當參與其中比較清楚遊戲規則的時候，覺得麻煩或是做不到、甚至有些好像說跟當初想像不同，所以他們才退出的。(H02)

當初就我們所知道，好像是有家診所 (C45) 說健康會員收案數沒有辦法配合，也曾經正面或透過旁人去瞭解，好像是他 (C45) 參與社區醫療群的認知與心態，可能覺得參與社區醫療群後，增加太多額外附加工作，比方說要做子宮頸抹片檢查、成人健檢率要達多少...等等，我們也有試圖挽留和溝通，還是無法挽留他，但是我們還是尊重他的決定，是蠻可惜的啦！(H05)

(二) 吸取經驗後自行籌組

一家合作醫院 (H01) 表示，當初最早在民國 92 年度家庭醫師試辦計畫開始時，社區醫療群籌組數目較為少，因此民國 92 年度的社區醫療群所涵蓋的區域性也較廣，當時一診所 (C20) 在參與的社區醫療群中扮演副手角色，民國 93 年度後社區醫療群數逐漸增加，可能原本醫療群跟診所 (C20) 距離較遠，附近醫院也開始承接社區醫療群，再加上在醫療群運作過程中學習執行運作經驗，所以後來就自行組成另一個社區醫療群！

(三) 基層診所醫師個人健康因素

當個人健康出現問題，連帶會影響合作關係，合作醫院 (H05) 表示當初因為一診所醫師 (C51) 自覺身體健康狀況緣故，不適宜繼續參與家庭醫師試辦計畫，因而退出社區醫療群，確實為不可避免之因素。

(四) 醫院與基層診所合作理念不同

社區醫療群運作，包含發展醫療群特色，有些醫療群重視衛生教育，有些則是發展老人照護，在合作醫院（H01）與社區醫療群發展特色朝向長期照護，可能經營理念不同，溝通協調的問題，導致診所（C17）最後退出社區醫療群。

一診所（C17）其實在 94 年就退出醫療群了，主要該診所醫師他認為負責領域在婦產科，因為健保局有規定社區醫療群要應地制宜發展其特色，然後我們社區發展特色要朝向長期照護，但是該診所（C17）覺得發展特色無法配合，可能理念上不同，溝通協調上的困難，也試圖挽留他們，但尊重他們的想法，他們就選擇退出了！（H01）

(五) 參與社區醫療群的認知

訪問一合作醫院（H03）時，表示該院所指導的醫療群只有增加醫師，目前並沒有醫療群退出過家庭醫師試辦計畫，當進一步詢問，從健保局網站公告名單中，曾有三家基層診所共組社區醫療群，後來退出家庭醫師試辦計畫。該醫院則表示當初是確實有與幾個診所開會討論過，希望以當地理有醫療執行運作方式（及偏遠地區 IDS）進行，但似乎是診所有共識上問題，因為據該醫院瞭解，該醫療群並未提報企劃書給健保局，更沒有通過。

相同類似狀況亦發生在另一家醫院所指導社區醫療群。就健保局網站公告社區醫療群名單中，一診所（C46）曾經加入該院所指導的醫療群後退出，然而該院（H05）卻表示此診所（C46）不完全有參

與社區醫療群，因為當初社區醫療群合作企劃書尚未經健保局通過核准，所以不算有加入再退出，但因為該診所（C46）拒絕訪談，無從得知其中的正確性。

二、社區醫療群運作模式

在五家合作醫院訪談內容中，皆表示在最初 92 年家庭醫師試辦計畫開始籌組社區醫療群，都由醫院主動去協助這方面的洽談，可能因為醫院訊息來源較快，所以剛開始試辦就幾乎由醫院主動邀約基層診所醫師們籌組醫療群，而合作醫院扮演角色多為主動協助輔導，社區醫療群的行政業務方面多是由合作醫院去負責處理，臨床的工作在由基層診所醫師去負責。

如有一家合作醫院（H04）就表示社區醫療群運作狀況順利無礙，因為主要醫療群的成員大部分係由該醫院（H04）的醫師出去開業，多為該院的主治醫師或主任醫師，彼此間有共事過的情誼，也較瞭解醫院組織文化、設備及資源等，像轉診個案也都回歸至原診所，因此也不會產生搶病人的狀況而造成市場衝突。

另外一合作醫院（H01）視社區醫療群之基層診所醫師為該院職員，甚至向健保局申報社區醫療群基層診所醫師有該院職員證，把院內設備開放給他們使用，所以視他們為院內同仁。

訪談合作醫院皆表示社區醫療群合作模式採取「共同照護門診」

模式運作，由於計畫內容曾提及開設共同照護門診，且共同照護門診亦可部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導方式替代，因此合作醫院在共同照護門診運作方式多採取多元化替代方案，包含上述方案外，尚有設計一些教學研討會、開放醫院設備讓基層診所醫師進行手術、或舉行品質提升討論會等。

一受訪醫院（H04）亦表示，最初與社區醫療群合作模式以「共同照護門診」模式為主，然而開立共同照護門診利用率並不高，病患人數實在太少了，改用其他健保局規定的方案取代。另一家受訪醫院（H05）卻表示其採取品質討論會方式來取代共同照護門診，因為主要大部分基層診所醫師希望能夠少做一些事情，不希望因為加入社區醫療群而增加太多額外的附加工作。

在訪談過程中，提及家庭醫師制度試辦計畫之相關繼續教育課程，合作醫院皆表示幾乎都先和社區醫療群討論，瞭解基層診所醫師所需之相關議題課程，而課程相關講師則由合作醫院安排規劃，邀請講師演講上課，若是邀請外賓講師或是院內主任級醫師上課，每週一至二次與社區醫療群演講，必要時也會配合申請家庭醫師認證學分。

三、相關政策規定對於家庭醫師試辦計畫的影響

健保局相關公告亦會影響社區醫療群的合作關係，有研究提及健保政策與家庭醫師試辦計畫部分精神相衝突，像在民國 93 年健保政

策對醫療界最大衝擊為醫院自主管理與卓越計畫的實施，卻造成醫院紛紛採取各種方式來限制門診量（許佑任等，民 94），多少影響到共同照護門診的運作，這對家庭醫師試辦計畫的影響是負面，在訪談受訪醫院（H05）也表示，相關政策實施應須整合，因為有些相關公告與家庭醫師試辦計畫是相衝突，例如健保局曾公告於民國 94 年 7 月實施基層診所病患當月就診看超過一定次數，並給予核減，此似乎有違背於家庭醫師的基本精神。不過政策的實施也有正向鼓勵的措施，舉例來說，民國 94 年 7 月推廣實施的雙向轉診，這對家庭醫師試辦計畫則是正向助益，提供誘因讓基層診所和合作醫院彼此轉診。

五家受訪醫院皆表示相關法規多少會影響與社區醫療群之基層診所的合作關係，但亦有受訪者表示影響衝擊不大，像一受訪醫院（H04）表示，與社區醫療群合作模式是以品質討論會等其他方式來取代共同照護門診，但仍有轉診轉檢，其中轉診以住院居多，又剛好符合該院住院規定 55% 之比例，因此沒有造成太大的衝擊，另外社區醫療群之轉檢及門診人數不多，影響有限。

相關政策規定雖有影響，但最重要是如何改變民眾的就醫行為，而政府應該擔任起教育宣導民眾的職責，讓民眾有家庭醫師的觀念，並提供適當誘因與相關配套措施，就像是一合作醫院（H02）表示：

「今年的總額點值又下降，也間接影響到社區醫療群總經費，好像今年的經費

沒有到 350 萬了，像也影響到健康家戶管理費用、家戶收案數等等，其實覺得這些計畫需要一些配套措施，政策利益還不夠，相對也引起不了大家的興趣，台灣民眾就醫太方便了，他們也沒有什麼家庭醫師的觀念，應該要把總額的觀念放在第一關口—病患身上，他們有了醫療資源的總額觀念，才會克制不亂花費醫療資源，現在是把總額放在最後面，接收瞭解的效果有限，民眾根本還是不知道，應該有些配套措施或誘因存在才對，比方說配套措施增加一些社會福利，把重大疾病和罕見疾病，另外撥出來，成為獨立一塊才對，其實很多東西都是需要配套措施和誘因才會吸引更多人參與！」

當然上述所說皆為健保相關政策措施方面，但是亦有屬於體制面的政策措施，而影響醫院與基層診所的合作關係。例如一家隸屬公家體系的醫院（H05）表示，其必須接受立法院諮詢，該院免部份負擔費用的誘因吸引基層診所合作及民眾參與的舉動，卻飽受抨擊，被立法委員認為太過浮濫，後來健保局介入也建議不要這樣做。這則屬於醫院內部體系或醫院屬性的法規制度壓力，間接影響與基層診所合作關係，實際運作過程中倍感壓力。

第五章 討論與結論

本章共分為三節，第一節針對研究結果進行討論與建議；第二節則是說明本研究之研究限制；第三節則為本研究之重要結論。

第一節 結果討論與建議

從家庭醫師試辦計畫實施至今已三年，期望藉由此試辦計畫來落實家庭醫師精神及改善民眾就醫行為，然而實施至今所推展成效僅聽取正面回應，卻不知原本對制度有所期待後來失望而退出的基層診所醫師想法，因此本研究從參與試辦計畫之基層診所與合作醫院的角度，瞭解其退出社區醫療群或更換夥伴因素，根據訪談內容將研究資料分成三個觀點來討論並給予建議。首先從基層診所醫師觀點來進行討論並給予建議；再則，從合作醫院對於退出社區醫療群或更換夥伴之基層診所醫師的認知因素進行討論與建議；最後討論衛生政策的適當性，並給予衛生政策主管機關相關建議。

一、從基層診所醫師觀點討論與建議

在基層診所醫師的觀點中，提出對於健康照護會員無法確實的招募與掌握，參與試辦計畫時有診所經營管理的困難，甚至基層診所醫師必須投入過多的專業時間，下面將針對這些觀點討論其必要性，並給予建議。

(一) 應以良好醫病關係為前提

家庭醫師試辦計畫有特別要求，參與之基層診所醫師必須完成 20 戶家庭及 60 人以上之照護會員的健康家戶檔案，並每年逐步規定照護會員的比率，在參與試辦計畫第 1 年，會員指定家庭醫師之比率應達到社區醫療群該年看診總人數的 10% 以上；參與試辦計畫第 2 年則為該年看診總人數的 12% 以上；參與試辦計畫第 3 年以上則是該年看診總人數的 13% 以上；其中每位基層診所醫師每年平均照護會員人數以 1,000 人為上限。

事實上登記家庭醫師會員的主動權掌握在民眾手中，而醫師只是被動的接受者，往往會影響到會員收案人數，甚至為符合要求進而醫師必須主動向病患提及相關家庭醫師試辦計畫事宜，如此又違背登錄會員的精神意涵，雖然在常理上若醫師主動邀約病患會因為人情不好意思拒絕，但真正目的且最重要的是建立良好的醫病關係。

醫病關係互動是長期的，雖然不會因為是否加入家庭醫師試辦計畫而有太大影響，但如果能將原本關係普通的病患，成為病患的家庭醫師，建立良好的醫病關係，如此更有重要價值存在，但不論如何，提供高品質家庭醫師照護，並獲得病患和家屬的信任，建立良好的醫病關係確實是家庭醫師試辦計畫預期目的之一。

(二) 診所經營管理的考量

近來民眾對醫療自我意識提高，而健保財務虧損影響診所財務經營，因此基層診所已從過去重視如何照護好病人，慢慢變成做好診所的經營管理。事實上參與家庭醫師試辦計畫之基層診所本來就會增添比原本多的行政事務工作，這些行政事務工作需要人力、時間與經費去執行，但對基層診所而言，不若醫院資源豐富，「人力」可以說是基層診所天生上的限制。

除了「人力」為基層診所天生上的限制，另外一個就是「時間」規劃，參與家庭醫師試辦計畫的基層診所醫師相對比未參與者花費更多時間與心力於行政工作上，每人每天時間僅擁有 24 小時，時間安排上更顯現重要，尤其當診所業務繁忙、陪伴家人時間逐漸減少、或個人健康出現問題需要時間養病...等，可能影響醫師個人時間分配安排的比例，倘若因為參與家庭醫師試辦計畫必須投入過多的專業時間與心力在相關行政事務上，皆會影響診所醫師參與意願，受訪者也談及到專業時間的投入，泛指家庭醫師認證課程、共同照護門診的安排、甚至 24 小時緊急諮詢電話等繁雜的行政事務，下列將針對醫師所必須投入專業時間和必要性進行討論。

1. 家庭醫師認證課程及繼續教育課程

為提升醫師的專業能力能肩負起病患全面性的醫療照護服務，故在家庭醫師試辦計畫中規定，社區醫療群之基層診所醫師必須參加家

庭醫師認證，以及接受合作醫院的學習教育訓練課程，因而提供高品質的家庭醫師照護服務。

健保局於「全民健康保險家庭醫師整合性試辦計畫家庭醫師認證要點」公告中指出，參與試辦計畫社區醫療群之基層診所醫師，依規定參加家庭醫師認證，家庭醫師認證課程包含 8 小時的行政管理訓練課程及家庭醫師專業教育訓練課程，其中根據不同專科別給予不同時數的家庭醫師專業教育訓練課程。另外，參與試辦計畫之基層診所醫師，每年還必須接受合作醫院至少 20 小時的學習教育訓練課程，內容由合作醫院自行規劃。

參與社區醫療群合約中規定，基層診所醫師應在計畫核可後 6 個月內完成認證，如果無法在期限內取得認證者，將取消參與試辦計畫資格，有受訪醫師表示沒有時間參與家庭醫師教育學分認證，最後因不符合規定而退出社區醫療群。

表 5-1、醫師教育學分認證

科別	家庭醫師學分認證 ^{註1}	專科繼續教育訓練學分 ^{註2}
家庭醫學科	具家庭醫學科專科醫師資格之醫師，經於完成八小時之行政管理教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 240 點以上，但每年積分超過 120 點者，以 120 點計；其中參加以家庭醫學為主要內容之學術活動或繼續教育之積分應達 160 點以上。
內科	具內科、外科、小兒科或婦產科專科醫師資格之醫師，經於完成八小時之行政管理教育訓練課程及二十四小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 300 分以上。
外科	具內科、外科、小兒科或婦產科專科醫師資格之醫師，經於完成八小時之行政管理教育訓練課程及二十四小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延條件，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 600 分以上，且六年中每年之積分不得有零分。
小兒科	具內科、外科、小兒科或婦產科專科醫師資格之醫師，經於完成八小時之行政管理教育訓練課程及二十四小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延條件，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 300 積分以上，其中至少 180 積分必須參加臺灣兒科醫學會主辦之研討活動；其餘 120 積分可參加臺灣兒科醫學會協辦或認定之研討活動，且六年中每年之積分不得有零分。

註 1：行政院衛生署 93.03.30 衛署醫字第 0930201355 號公告修正

註 2：行政院衛生署公告各專科醫師審查原則

資料來源：本研究自行整理

表 5-1、醫師教育學分認證（續）

科別	家庭醫師學分認證 ^{註1}	專科繼續教育訓練學分 ^{註2}
婦產科	具內科、外科、小兒科或婦產科專科醫師資格之醫師，經於完成八小時之行政管理教育訓練課程及二十四小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限內，參加學術活動或繼續教育積分達 240 點以上；其中 160 點或以上必須由參加台灣婦產科醫學會主辦之研討活動；另 80 點或以下由台灣婦產科醫學會協辦之研討活動。
骨科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 60 分以上，且六年中不得連續兩年積分有零分。
神經外科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 600 點以上，但每年積分超過 200 點者，以 200 點計。
泌尿科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 300 點以上；繼續教育時數計算方式為總點數之每兩點換算為一小時。

註 1：行政院衛生署 93.03.30 衛署醫字第 0930201355 號公告修正

註 2：行政院衛生署公告各專科醫師審查原則

資料來源：本研究自行整理

表 5-1、醫師教育學分認證（續）

科別	家庭醫師學分認證 ^{註1}	專科繼續教育訓練學分 ^{註2}
耳鼻喉科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 210 點以上。
眼科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 100 點以上。
皮膚科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限五年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 250 點以上。
神經科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 600 點以上，但每年積分超過 200 點者，以 200 點計。

註 1：行政院衛生署 93.03.30 衛署醫字第 0930201355 號公告修正

註 2：行政院衛生署公告各專科醫師審查原則

資料來源：本研究自行整理

表 5-1、醫師教育學分認證（續）

科別	家庭醫師學分認證 ^{註1}	專科繼續教育訓練學分 ^{註2}
精神科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加學術活動或繼續教育之積分達 180 單位以上。
復健科	具內科、外科、小兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師，經完成八小時之行政管理教育訓練課程及三十二小時之家庭醫師專業教育訓練課程，並經家庭醫師認證測驗及格者，得請領家庭醫師訓練及格證明。	申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加繼續教育課程或學術活動積分達 180 點以上。

註 1：行政院衛生署 93.03.30 衛署醫字第 0930201355 號公告修正

註 2：行政院衛生署公告各專科醫師審查原則

資料來源：本研究自行整理

根據表 5-1 可得知，不同專科別規定給予不同時數的家庭醫師專業教育訓練課程，當取得家庭醫師認證就可延展一年，其目的是希望確保家庭醫師品質。因為傳統上，不同專科背景訓練與執業的醫師，其照護主軸係以治療器官疾病為導向的片面性與續發性的照護，然而建立家庭醫師試辦計畫目的就是以病人為中心醫療觀念，提供民眾持續性、周全性、協調性與預防性的照護服務，因此加強全人照護的專業訓練認證，實為必要過程。家庭醫師制度觀念已成時勢所趨，因此建議專科醫師或基層診所醫師能接納以病患為中心的全面性醫療服務觀念，並多方接觸相關教育課程。

2. 共同照護門診時間安排

參與試辦計畫之基層診所團隊與合作醫院，共組社區醫療群提供民眾全面性與連續性的服務，倘若社區醫療群採「共同照護門診」模式者，則由合作醫院聘基層診所醫師為兼任醫師，到合作醫院開設共同照護門診，而開設共同照護門診時間從 92 年規定每週最少半天至一天，修正至今每 2 週至少半天到合作醫院開設共同照護門診。

另外，共同照護門診部分時間又可以家戶會員病房巡診、個案討論與社區衛教宣導等代替，因此建議基層診所可視機構能力狀況，選擇適合自己的方式進行，並事先與合作醫院進行溝通討論，避免運作後發生衝突或無法配合等問題，造成彼此雙方的不愉快。

3. 24 小時緊急諮詢專線之必要性

健保局規定社區醫療群必須設立會員 24 小時緊急諮詢專線，目的在於可提供家戶登錄之會員，於緊急狀況發生時，可立即獲得醫療諮詢服務。健保局視 24 小時緊急諮詢電話為參與社區醫療群之基層診所醫師的義務，而計畫執行後每半年需提送 24 小時緊急諮詢專線的使用情形分析。

然而訪談過程中發現，基層診所醫師對於設立 24 小時緊急諮詢電話的必要性的感到懷疑，也被 24 小時緊急諮詢電話深感困擾，甚至嚴重影響基層醫師的生活品質，不論是健保局或基層診所的立場皆有

不同見解，然目前整體環境而言，確實當民眾遇到醫療緊急狀況，往往最先聯想到的是有 24 小時專業醫護人員值班的醫院急診室，或者是尋求「119」緊急支援，如果只是單純以「緊急狀況發生」的觀點來看，社區醫療群設立 24 小時緊急諮詢電話的理由則需重新思索其必要性。

故建議基層診所醫師對於 24 小時緊急諮詢電話的執行，可以利用有專業醫護人員值班的合作醫院負責此專線，或社區醫療群基層醫師們共同聘請專人負責接聽，並訓練其應變各種緊急狀況，甚至結合鄰里相關組織負責，如鄰里的消防局等服務單位，來降低因 24 小時緊急諮詢專線對基層醫師造成的困擾。

二、從合作醫院觀點進行討論與建議

社區醫療群由基層診所與合作醫院共同組成，當社區醫療群運作採取「共同照護門診」模式，則需到合作醫院開立共同照護門診，或是家戶會員病房巡視，參與個案研討、舉辦社區衛教宣導等，共同照護門診的運作最重要還是雙方彼此的溝通協調，尋找最適的點彼此合作，尤其是共同照護門診時間安排及雙方互動。

社區醫療群合作模式依規定有兩種方式，「共同照護門診模式」和「轉診模式」，此兩種模式已大致介紹過，大部分社區醫療群運作幾乎皆採取共同照護門診模式，只是以多元化方案替代，因為畢竟基

層診所醫師業務繁忙，合作醫院也盡量避免讓基層診所醫師因為參與社區醫療群而增添許多額外工作，以多元化方式進行。

林妍如(民93)將基層醫師與醫院互動模式分為四類，(1)醫師—醫院組織整合模式；(2)基層醫師主導模式；(3)基層醫師與醫院共同主導模式；(4)醫院主導模式。根據家庭醫師試辦計畫內容，希望以具有家庭醫學專科資格的基層診所醫師擔任計畫執行中心負責人為原則，看出台灣家庭醫師制度比較接近「基層醫師主導模式」，而醫院是接受轉診後送單位及共同照護門診開設的地點；實際上在社區醫療群運作合作醫院多扮演為主動協助行政作業方面，由基層診所醫師負責臨床事務工作，共同分擔責任，診所與醫院雖是競爭亦有合作關係，由於醫院的資訊較為快速接收，而資源設備也較診所豐富，因此診所先天上人力、設備的限制，在實際運作上幾乎採取「基層醫師與醫院共同主導模式」，而彼此關係為合作夥伴，僅少部分醫院為主導角色。

根據訪談記錄，整理出合作醫院與基層診所醫師不同角度，以瞭解基層診所醫師退出社區醫療群的原因(表5-2)。

表 5-2、基層診所醫師退出社區醫療群的原因

醫院代號	合作醫院觀點	診所代號	基層診所觀點
H01	醫療群特色發展理念不同	C17	診所內部經營權轉讓
H01	距離太遠；吸取社區醫療群運作經驗後自行籌組	C20	與合作醫院距離太遠；合作醫院比較不照護診所病患會員
H02	無法達到健保局要求	C54	拒訪
H02	無法達到健保局要求	C56	行政流程繁複；無法配合共同照護門診時間；與合作醫院醫療臨床設備問題
H02	無法達到健保局要求	C57	沒有時間參與共同照護門診；與健保局理念不同
H02	無法達到健保局要求	C58	行政流程繁複；無法配合共同照護門診時間；合作醫院臨床設備問題
H03	健保局審核未通過前就退出	C27	人力、電腦資訊設備問題
H03	健保局審核未通過前就退出	C28	診所業務繁忙、行政流程繁雜
H03	健保局審核未通過前就退出	C29	理念不合
H04	沒有基層診所醫師退出	C42	原主導者退出
H04	沒有基層診所醫師退出	C43	拒訪
H04	沒有基層診所醫師退出	C44	拒訪
H04	沒有基層診所醫師退出	C61	拒訪
H04	沒有基層診所醫師退出	C62	行政流程繁瑣；與健保局理念不同
H05	無法達到健保局要求	C45	無法達到要求；合作醫院互動問題
H05	健保局審核未通過前就退出	C46	拒訪
H05	個人健康因素	C51	個人健康因素

資料來源：研究者自行整理

根據表 5-2 瞭解雙方對基層診所夥伴退出及其社區醫療群運作過程的看法有所出入，從基層診所醫師角度對於退出社區醫療群的原因，涵蓋許多因素，包含對於家庭醫師試辦計畫認知與看法的失望、個人時間與能力因素、診所經營能力、與社區醫療群互動關係，甚至受政策面影響等；但從合作醫院觀點談論所指導社區醫療群之基層診

所醫師退出的原因，幾乎皆在基層診所醫師個體層面探討。故針對合作醫院提出下面幾點建議。

（一）整合醫療服務資源

避免醫療資源浪費、提供病患完整性及連續性照護品質是家庭醫師試辦計畫的目標，醫療院所應彼此主動進行臨床整合，尤其針對夥伴間臨床服務特色規劃，而規劃整合組織臨床服務整合的一項重要挑戰，在於避免整合組織成員間服務提供的不必要重複性。

重複性服務都會形成資源浪費，不管是行政流程的重複性或臨床服務，尤其當未完全整合醫療服務時提供相同服務，而彼此間又缺乏互相信任，就會擔心彼此出現互搶病人的狀況，所以事前做好臨床服務整合和溝通協調更顯現重要性。

設立共同照護門診看診時，醫療臨床服務週邊使用的軟硬體設備如果沒有整合統一，對於基層診所醫師使用習慣上，往往需要時間去適應合作醫院的用藥習慣、硬體設備，及護理人員工作上溝通。因此在基層診所醫師與合作醫院籌組溝通協商時，或許就必須開始互相熟悉，甚至最好整合彼此的醫療臨床服務週邊軟硬體設施。

（二）建立共識與良好溝通

團隊組成首要步驟便是確定目標，若每位成員都擁有不相關目

標，就算團隊多麼努力也都不具意義，而團隊成員相信團隊目標是合作時，個人會將所遇到的問題、資源，公開提出來討論，營造良好的溝通，在此溝通過程中或許會引發爭論，甚至於產生衝突，若都能有效的將衝突管理掌握住，進而在團隊成員間達成共識，創造出雙贏的情境（廖國峰等，民 94）。

根據表 5-1 得知在基層診所醫師與合作醫院，對於退出社區醫療群或更換夥伴的認知卻有很大差異，尤其合作醫院對於基層診所退出社區醫療群的觀點，幾乎都是基層醫師個體層面因素，卻不知彼此理念不同兩相處不愉快，進而導致基層診所醫師選擇退出醫療群或更換夥伴，因此建議合作醫院都應該不斷溝通協調以及做好衝突管理，適時表達自己的意見與立場，與他人分享資訊與討論，並卸除本位主義的觀念，發展出分享性目標、角色的整合、共同的任務和公平的財務分配。

（三）協助基層診所處理試辦計畫相關行政事務

相對於診所先天的人力限制，合作醫院則可以扮演協助輔導的角色，此為醫院在社區醫療群運作的經營契機，合作醫院可以幫忙處理繁雜瑣碎的行政文書工作，讓基層診所無後顧之憂負責臨床專業服務，相關行政事務則由合作醫院派專員負責，甚至可將社區醫療群設置之 24 小時緊急諮詢電話轉由醫院負責，以降低基層診所醫師之負

擔，與基層院所真誠合作、互助，並建立良好互動關係，甚至可促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用。

三、針對政策規範影響討論並予以建議

茲依據本研究結果，發現政策規範影響甚大，因此針對民眾教育宣導、社區民眾生活圈、轉診制度、試辦計畫行政流程...等各方面進行討論，並建議整合相關政策制度、設計相關配套措施。

(一) 善用傳播媒體，加強政策宣導

交通便利、就醫方便、就醫習慣偏好迷信大醫院、越級就醫、甚至民眾就醫前就自行分專科看診，這些不同於國外的就醫環境與習慣，要實施家庭醫師制度確實需要一段時間方能見效，在研究結果發現其實在推動家庭醫師試辦計畫的過程中，民眾的就醫行為和自主性高，不一定會順從醫師轉診間接影響到家庭醫師試辦計畫推行，但最重要的是，對於改變民眾就醫習慣應由政府負起宣導衛教的責任，不應以政策規範要求基層診所或醫院負起改變的民眾就醫習慣，民眾宣導教育的工作需要持續不斷的努力。

目前大眾傳播媒體已深入民眾生活之中，若衛生政策主管機關能善用工具，透過媒體教育宣導民眾良好的就醫行為及正確的家庭醫師觀念，強調「厝邊好醫師」，基層診所或家庭醫師可負責全家人的健

康把關，平日作為預防保健的專業顧問，甚至建立完整家庭醫療資料，提供衛教諮詢，當疾病發生時可做初步診斷與適當治療。若須至醫院檢查、醫治時，診所或家庭醫師會協助轉診到合適的院所或科別就醫，減少民眾到處找醫師所浪費的時間與金錢，引用過去有關家庭醫師制度之學術研究實證數據，瞭解目前家庭醫師試辦計畫實施的成效，讓民眾有「厝邊好醫師、社區好醫院，厝邊就醫、在地照顧」的認同感。

（二）符合真實社區民眾生活圈

社區醫療群組成範圍最初並未嚴格規定，只要符合社區民眾生活圈為原則即可，直到 94 年健保局於試辦計畫公告，特別說明生活圈以同一鄉（鎮）或市（區）為標準，但是生活圈的判定標準基本上還是由各分局去認定。例如健保局中區分局判定標準，除以同一鄉（鎮）或市（區）為標準外，大致上建議群內距離不超過 3 公里或 5 公里當作參考值，但會尊重基層診所醫師意見從旁協調角色建議，但是社區醫療群之組成距離分布過於零散或距離太遠，經健保局各分局實際認定不符社區民眾生活圈者，還是會終止計畫合約並退出家庭醫師試辦計畫。

然而上述規定僅針對社區醫療群內之基層院所距離，由於健保局規定社區醫療群之合作醫院，以地區醫院或區域醫院為原則，其轉診

後送醫院必須是醫療群中的合作醫院，否則扣其點數，事實上往往與合作醫院距離不符合生活圈範圍，因為健保局在計畫中的合作醫院欲排除醫學中心運作，當參與試辦計畫的診所或民眾生活圈範圍在醫學中心附近，遇到需要轉診的病患，為符合試辦計畫規定卻必須先轉介到較遠的合作醫院，因此相關當局應考量合作醫院是否符合民眾就醫生活圈的問題。

（三）轉診制度的落實

健保局為落實轉診制度，相關配套措施之一，即為推動家庭醫師整合性照護制度，目前參加社區醫療群之基層診所醫師可轉診病人至合作醫院，可透過電腦轉診或書面轉診方式辦理，電腦轉診是指診所診間將病人基本資料及疾病相關資料帶入轉診作業系統，並點選欲轉診醫院名稱，上傳至醫院端，同時可將轉診單印出交與病患，診所醫師以電話與醫院轉診櫃台取得聯絡，醫院則先為該病患辦理掛號及調出病歷，病患持轉診單至醫院轉診櫃台，再由專人帶至診間看診或實驗室檢驗，病患在轉診醫院完成必要之轉診醫療服務後，轉診醫院會將病患之醫療結果寫在轉診單上，回轉給原轉診診所，以方便病患可回診所繼續之追蹤醫療。

健保局希望藉由家庭醫師試辦計畫來落實分級醫療和雙向轉診，以達到醫療垂直整合的效果，並減少醫療資源浪費，間接解決健

保財務問題；然事實上「轉診制度」也是許多基層診所醫師加入家庭醫師試辦計畫的重要影響因素，因為透過家庭醫師試辦計畫可將病患轉診至合作醫院檢查，藉此有機會使用到醫院精進設備提供更好的醫療服務給病患，只可惜轉診制度尚未完全落實成功，還有待改善進步的空間，其實轉診制度的落實，健保局應建立相關配套措施，財務誘因應該是具體可行的辦法，如加重越級就醫部分負擔、免除民眾於家庭醫師診所就診時的部分負擔等。

（四）簡化行政事務流程

台灣基層診所醫師看診時間相當繁忙，一天幾乎都看三診，每週平均看診五至六天，不像英國基層醫師他們每週看診五天，平均每天看病 30 人次，採取上、下班制（李孟智，民 92），再加上每位醫師上限照護 1,000 位健康家戶會員，如果健康家戶會員要充分做到個案管理，則健保局在設計規劃家庭醫師試辦制度時必須同時考量收案醫師對象的能力，對診所先天上的軟硬體限制應有所瞭解；因為過多文書作業和繁瑣行政流程只是徒增診所經營管理者的負擔，繼而降低基層診所參與意願。

家庭醫師試辦計畫的目的與本質確實良善，但是參與試辦計畫所面對的對象是基層診所、合作醫院與照護會員的三角關係，倘若制度面的規劃太過複雜瑣碎，處理過多的行政事務、文書作業所耗費精神

與時間都會產生倦怠之意，因此健保局應在適宜範圍內，盡量減少參與試辦計畫行政流程的複雜度。對於診所能力而言，可能必須將各項流程簡化，甚至提供應用的電腦套裝軟體，才可能提高基層診所參與意願。

像在實施「品質改善方案」的同時應該考慮將「家庭醫師整合性照護制度」的家戶會員排除在外，因為家戶會員有專屬申報計畫代碼（G8），在健保申報資料辨識上才不會有問題，所以類似方案可以簡化行政管理需求，以增加診所醫師參與意願。另外，健保局於 94 年 5 月 18 公告取消家庭醫師整合性照護制度試辦計畫案件免隨機抽審之規定，確實減少抽審麻煩，引起基層診所或醫院的重視，但相關行政流程簡化還有待改進。

當然部份基層診所基於經營管理考量，仍侷限舊有合作模式運作不願改變現狀，甚至擔心加入家庭醫師試辦計畫而增添額外工作，此時健保局應該站在輔導角色鼓勵參與，尤其繁複行政流程與過多文書作業都會讓基層診所打退堂鼓。除此之外，健保局規劃內容中提及：「偏遠地區可視其醫療資源狀況另予考量」，但此條文卻不夠明確，因此建議衛生相關當局或許可以針對都會型態與鄉村型態的社區醫療群，給予不同的法規誘因與獎勵辦法，讓其發展出適合當地文化與生活型態方式。

(五) 健保財源穩定，給予適當財務誘因

健保局相關評估指標應該考量醫師合理工時，參與試辦計畫財務誘因太少，讓基層診所醫師參與意願低，整體感覺投資報酬少，例如按登錄會員人數每人全年支付健康管理費 350 至 450 元，其中健康管理費用工作包括基層院所與合作醫院提供家戶或個人建檔資料與更新、社區醫療群自行設計之預防保健服務、衛生教育、雙向轉診、24 小時電話諮詢、計畫運作、資訊輔助系統、經理人或管理人行政管理、人員訓練等，參與家庭醫師試辦計畫卻要處理這麼多行政工作，其中健康管理費用還需由基層診所醫師和合作醫院自行協商比例分配，此外尚未包含增添資訊設備或行政人力費用，往往讓基層診所醫師感覺入不敷出。

唯有健全的財務規劃，雖然目前試辦計畫財務預算經費來自全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額，採取專款專用方式辦理，不列入地區總額分配，但是以目前健保財務虧損狀態，要讓基層診所醫師接受來自西醫基層總額費用補助家庭醫師試辦計畫，更何況部分費用還必須與合作醫院協商比例分配，間接把部分西醫基層總額費用撥給合作醫院，因此讓部分基層診所醫師對此感到憤慨不平。

當家庭醫師試辦計畫經費補助不在西醫基層總額預算內，有健全的財務規劃，另編列固定預算補助，並給予適當的財務誘因，方能使

基層診所與醫院有意願加入並積極參與，雖然如此，但家庭醫師試辦計畫的推行，在提供基層診所醫師經濟誘因外，必須同時重視整體醫療體系的重整，避免價值觀念混淆。

(六) 設計相關配套措施，並整合相關政策制度

「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」是台灣落實家庭醫師制度的重要推動政策，身為計畫主角的基層診所醫師自然有其責任義務，但更重要的是計畫規劃者衛生主管機關，對此更需肩負起重大職責，因此政策整合避免衝突更顯重要性，尤其以 93 年實施的醫院自主管理與卓越計畫影響最大，參與自主管理與卓越計畫的醫院，紛紛採取各種方式來降低門診量，例如門診限量管制措施、重症病患用藥拒絕開立或要求自費、拒絕開立慢性病處方箋等事件層出不窮，而社區醫療群以共同照護門診模式運作，基層診所醫師需將病患帶到合作醫院看診，自會影響到醫院門診配額，甚至影響部分醫院對開設共同照護門診的意願，對家庭醫師試辦計畫是負面作用。

衛生署於 94 年 4 月 1 日曾公告基層診所病患當月就診 10 次(含)以上，便核減超過次數之診察費(衛署健保字第 0942600160 號函)，此規定明顯與家庭醫師制度精神相違背，家庭醫師精神就是希望民眾能固定一位家庭醫師看診，以減少民眾亂逛醫院的就醫行為，而醫師亦可提供全面性、連續性的照護服務，但此公告卻間接限定民眾每月

在家庭醫師就診次數僅為十次，超出部分醫師可能為避免核減費用而轉診或拒絕看診；當然亦有正面加成作用的雙向轉診，對於家庭醫師試辦計畫有鼓勵基層診所與合作醫院的相互轉介，或許相關當局應慎重考慮政策整合性。

政策制度相互衝突，各醫療機構單位為自保營運管理生存，就會選擇自利的方式進行，而破壞基層院所與醫院合作關係，無法提供民眾連續性、周全性的服務。家庭醫師制度的推動，希望基層診所醫師能善用社區醫院資源照顧民眾，但是另一方面卻沒有搭配適當的配套措施，導致試辦計畫美意落空，甚至事倍功半。

家庭醫師試辦計畫並非一蹴即成，政府應做到相關衛生醫療政策的整合，在規劃上應著眼長期發展持續執行，並適時回饋試辦計畫之成效結果及目標達成率，例如結合相關公共衛生體系，動員公衛體系負起教育民眾之責任，讓民眾熟知家庭醫師的觀念，選擇自己信任的醫師建立長期的醫病關係，而非由醫師主動邀約參與。

穩定的制度對政策的實施有正面的幫助，同時搭配適當配套措施，並降低行政流程複雜度，簡化文書處理工作，對於民眾、基層院所或醫院參與上，方能感受政策的一致性和目標的明確性，進而認同家庭醫師試辦計畫。

第二節 研究限制

本研究以質性研究的深入訪談，針對台灣地區 37 家基層診所和 5 家合作醫院進行深入訪談，探討曾經參與家庭醫師試辦計畫之基層診所與合作醫院退出社區醫療群或更換夥伴之影響因素，雖力求研究的完整與嚴謹，仍有研究範圍與研究方法尚未克服的限制，說明如下，以供未來研究者之參考：

一、研究範圍

- (一) 健保局過去每月公告之社區醫療群名單，核對後發現有很多錯誤，核對上面也頗有困難，故公告之名單正確性受到質疑。
- (二) 健保局於 94 年底將家庭醫師照護制度試辦計畫中，其社區醫療群成員績效不佳之診所醫師停止試辦計畫合約，其績效不佳理由可能為：未達到轉診率、家戶成員人數...等未達到健保局要求項目者，皆可能被迫退出試辦計畫，甚至部分社區醫療群全部解散，其中以健保局台北分局和中區分局之社區醫療群變動幅度最大，但此現象為健保局政策介入因素，並不符合本研究宗旨，故核對名單期間採至 94 年 9 月公告截止。

二、研究方法

- (一) 本研究實際執行最大限制，莫過於研究對象拒訪因素，而未能

符合研究設計，可能因為近來詐騙集團猖獗，另一方面本研究探討議題較為敏感，擔心未盡研究保密之責，訪談內容流入相關單位，為明哲保身而拒絕訪問，其中印象最深刻的莫過於部份基層診所醫師論及此敏感議題，並激動且忿忿不平地表示不願意接受訪問，尤其對健保局恨之入骨的口吻，訴說自尊人格被踐踏在健保局腳底，其他拒絕訪談的研究對象特質是否都是如此而未知，為表尊重個人意願而無法訪問部份研究對象頗為可惜。

(二) 社區醫療群夥伴之間經營關係如同婚姻維繫，而男女婚姻破裂選擇離婚，與基層診所醫師選擇退出社區醫療群或更換夥伴之有異曲同工之妙，但本研究僅針對基層診所醫師本身與相對應之合作醫院觀點，而未能詳盡針對其他依舊參與社區醫療群夥伴的觀點，猶如僅訪問離婚當事者（基層診所）和其他親朋好友（合作醫院），卻遺漏另位當事者（其他醫療群夥伴），建議後來相關研究者應詳盡考量事件所有相關當事者觀點。

(三) 合作醫院訪談恰巧遇到醫院評鑑，由於醫院業務繁忙，僅少數醫院願意接受訪問，但卻是以電話方式進行訪談，同樣部分基層診所亦有表示不方便直接面訪，而採取電話訪談方式進行，針對此種方式使研究者無法觀察研究對象的肢體語言及表

情，記錄其當下心情等，僅能以多次電話訪談複證方式確認研究對象欲表達內容。

(四) 本研究採取質性研究深入訪談方式，然而訪談內容皆須受訪者回憶過去，屬於回溯性資料，但限於個人記憶能力，所以可能有回憶性偏差。另外，研究對象發生事件為 92 年至 94 年 9 月期間，部分相關人事已離開該單位，僅能以最初留下的文件內容追溯記憶。



第三節 結論

大部分對試辦計畫的期待與參與試辦計畫的原因是相同，願意參與試辦計畫團體是由於參與之前心裡有假設性期待，但參與原因不見得都是個人期待，因為少數醫師根本不清楚最初參與期待，然而根據研究結果發現，多數受訪基層醫師都是因為人情邀約參與家庭醫師試辦計畫，而在認同家庭醫師制度精神之下加入試辦計畫。

從個體層次觀點談論基層診所退出社區醫療群或更換夥伴的原因，大致分為四種原因，(1)個人認知：對於國內外民眾就醫行為的不同，醫病關係不再像過去一般，隨著病患自主權提高，醫病關係的維繫更是艱難且需長期培養，甚至對目前整體環境認知，認為現在相關配套措施根本尚未健全；(2)個人時間安排：參與家庭醫師試辦計畫後，額外增添許多行政流程的文書工作，需投入過多的專業時間與精神，再加上私人休閒時間與家人團聚逐漸減少，或其他個人因素，最後因為時間不夠用而退出試辦計畫；(3)個人能力：基層診所醫師當不具有家庭醫學專科資格，無法肩負病患全面性的照護服務，並且試辦計畫內容規定無法達到要求而退出；(4)機構潛能狀況：針對診所先天上的限制，缺乏充足的人力與設備處理試辦計畫相關作業，進而影響診所營運管理選擇退出。

從社區醫療群運作狀況談論，大部分社區醫療群運作皆採用多元化方式替代共同照護門診的模式，然而運作過程有些則遇到理念不合，無法建立共識做良好溝通，甚至醫療臨床服務或設備部分未完全整合，導致服務重複性或資訊設備使用不同系統，彼此缺乏信任與溝通，進而合作關係宣告決裂。

大環境健保政策規範對醫療群間合作互動更值得注意，包括參與試辦計畫相關行政流程太過繁瑣，耗費在文書處理流程的時間與精神過多，相關政策制度未能全面整合，以及試辦計畫不符合民眾既有的醫療行為模式，所以對家庭醫師試辦計畫有所期待與熱忱的基層診所醫師，感到理念不合或失望，進而選擇退出社區醫療群。



參考文獻

一、英文部分

American Academy of Family Physicians; AAFP.

<http://www.aafp.org/online/en/home.html>

Arndt, M. and Bigelow, B. "Vertical integration in hospitals: a framework for analysis." *Medical Care Review*, Vol. 49, No. 1, pp. 93-115, 1992.

Broering, N.C. and Bagdoyan, H.E. "The impact of IAIMS at Georgetown: strategies and outcomes." *Bulletin of the Medical Library Association*, Vol. 80, No. 3, pp. 263-275, 1992.

Brown, M. "Mergers, networking, and vertical integration: managed care and investor-owned hospitals." *Health Care Management Review*, Vol. 21, No. 1, pp. 29-37, 1996.

Cresswell, J.W. *Research design: qualitative and quantitative approaches*, 1st ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 1994.

Ferris, T.G., Chang, Y., Blumenthal, D., & Pearson, S.D. "Leaving gatekeeping behind--effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization." *The New England Journal of Medicine*, Vol. 345, No. 18, pp. 1312-1317, 2001.

Franks, P., Clancy, C.M., Nutting, P.A. "Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment." *New England Journal of Medicine*, Vol. 327, No. 6, pp. 424-429, 1992.

Glaser, J.P. *Strategic Application of Information Technology in Healthcare Organizations: A Guide to Implementing Integrated Systems*, 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2002.

- Goes, J.B. and Zhan, C. "The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance." *Health Service Research*, Vol. 30, No. 4, pp. 507-530, 1995.
- Guba, E.G. and Lincoln, Y.S. *Naturalistic Inquiry*, 1st ed. Newbury Park: Sage Publications, Inc., 1984.
- Hassett, S. and Austin, M.J. "Service integration: something old and something new." *Administration in Social Work*, Vol. 21, No. 3-4, pp. 9-29, 1997.
- Houtz, J.H. and Okstein, C.J. "Information Systems Drive Health Care into the 21st Century." *Medical Group Management Journal*, Vol. 43. No. 5, pp. 64-69, 1996.
- Kennedy, J.F. "Co-opetition: The new market milieu." *Journal of Healthcare Management*, Vol. 45, No. 6, pp. 359-363, 2000.
- Lemieux-Charles, L., and Leatt, P. "Hospital-physician integration: case studies of community hospitals." *Health Service Management Research*, Vol. 5, No. 2, pp. 82-98, 1992.
- Lin, B.Y.J., & Wan, T.T.H. "Integrated Healthcare Networks' performance: a contingency-strategy management perspective." *Journal of Medical Systems*, Vol. 23, No. 6, pp. 477-495, 1996.
- Lin, B.Y.J., & Wan, T.T.H. "The effect of organizational and environmental factors on Integrated Healthcare Networks' service differentiation strategy." *Health Services Management Research*, Vol. 14, pp. 18-26, 2001.
- Minicucci, C. "Assessing a Family-Centered Neighborhood Service Agency: The Del Paso Heights Model." *Administration in Social Work*, Vol. 21, No. 3-4, pp. 9-29, 1997.

- Nauenberg, E., and Brewer, C.S. "Surveying hospital network structure in New York State: how are they structured?" *Health Care Management Review*, Vol. 25, No. 3, pp. 67-79, 2000.
- Pallarito, K. "Virtual Healthcare--Linking Firms to Form All-Star Teams." *Moder Healthcare*, Vol. 26, No. 12, pp. 42-47, 1996.
- Robinson, J.C. "Physician-hospital integration and the economic theory of the firm." *Medical Care Research Review*, Vol. 54, No. 1, pp. 3-24, 1997.
- Royal Australian College of General Practitioners: Definition of General Practice and General Practitioner.
<http://www.racgp.org.au/document.asp?id=6234>
- Royal College of General Practitioners; RCGP. <http://www.rcgp.org.uk/>
- Silverman, D. *Doing qualitative research: a practical handbook*, 1st ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 2000.
- Strauss, A.L. and Corbin, J.M. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 1998.
- WHO European Office for Integrated Health Care Services.
<http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HCD/Home>
- Wan, T.T.H., Lin, B.Y.J., & Ma, A. "Integration mechanisms and efficiency in Integrated Healthcare Delivery Systems." *Journal of Medical Systems*, Vol. 26, No. 2, pp. 127-143, 2002.
- WONCA Europe. *The European definition of general practice/family medicine*, pp. 1-34, 2002.

二、中文部分

中央健康保險局，全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，台北：中央健保局，民 92 年。

中央健康保險局，全民健康保險家庭醫師整合性試辦計畫家庭醫師認證要點，行政院衛生署醫字第 09209778 號公告，民 92 年。

中央健康保險局，全民健康保險業務執行報告，台北：中央健保局，民 93 年。

中央健康保險局，全民健保家庭醫師整合性照護制度九十三年度試辦計畫，台北：中央健保局，民 93 年。

中央健康保險局，全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫修正版，台北：中央健保局，民 94 年。

中央健康保險局，全民健康保險業務執行報告。台北：中央健保局，民 94 年。

中央健康保險局，全民健康保險業務執行報告—95 年度，台北：中央健保局，民 95 年。

方世榮、張嘉雯、黃識銘，“組織間關係長期導向之影響因素探討—中小企業特質的干擾作用”，台灣管理學刊，第 3 卷，第 1 期，第 101-124 頁，民 92 年。

全民健康保險醫療費用協定委員會、中央健康保險局，全民健康保險

- 總額支付制度協商參考指標要覽，台北：中央健保局，民 94 年。
- 李孟智，家庭醫學與全民健保醫業管理（第四版），台北：合記圖書，民 92 年。
- 呂清元，“總額預算實施後民眾對家庭醫師制度接受性之研究”。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，民 92 年。
- 林恆慶、張依萍、陳楚杰、王炳龍、董鈺琪，“開業醫師對聯合執業之參與意願與模式之質性研究”，醫務管理，第 3 卷，第 3 期，第 58-69 頁，民 91 年。
- 林恆慶、石賢彥，“SARS 疫情之省思——以英國「管理式醫療」的實施經驗為借鏡”，台灣醫界，第 46 卷，第 7 期，第 57-60 頁，民 92 年。
- 林小嫻，“醫師照護品質與家庭醫師制度”。台中健康暨管理學院健康管理研究所碩士論文，民 92 年。
- 林妍如，基層醫療與醫院之整合模式，台中市：家庭醫師制度及基層醫療改革研討會，民 93 年 4 月 11 日。
- 林妍如、萬德和，健康照護組織之價值創造（第一版），台北：雙葉書廊，民 92 年。
- 林恆慶、吳傳頌、許佑任、陳楚杰，“台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可之模式”，台灣家醫誌，第 15 卷，第 1 期，

第 11-24 頁，民 94 年。

吳芝儀、廖梅花譯，Anselm Strauss、Juliet Corbin 著（第一版），質

性研究入門—紮根理論研究方法，嘉義：濤石文化，民 90 年。

胡幼慧主編，質性研究—理論、方法及本土女性研究實例（第一版），

台北：巨流圖書，民 85 年。

徐宗國譯，Anselm Strauss、Juliet Corbin 著，質性研究概論（第一版），

台北：巨流圖書，民 86 年。

陳慶餘，家庭醫學與家庭醫業，

<http://med.mc.ntu.edu.tw/~fm/community/course/cychen.html>

陳宗獻，“基層醫師對家庭醫師試辦計畫的態度”，三椒魚醫訊，第 19

期，第 2 頁，民 93 年。

陳麒丞，“參加家庭醫師整合性照護計畫之民眾與醫療機構之成效評

估”。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，民 94 年。

張芬芬譯，Matthew Miles、Michael Huberman 著，質性研究資料分析

（第一版），台北：雙葉書廊，民 94 年。

許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰，“台灣民眾對實施家庭醫師制度

之意願及相關因素研究—民眾的認知、態度及參與意願”，台灣家

醫誌，第 14 卷，第 4 期，第 159-172 頁，民 93 年。

許碧升，“醫師對「全民健保家庭醫師計畫」表現指標看法與評估結

果之相關性研究—以高屏地區參加計劃醫師為例”。高雄醫學大學
公共衛生研究所醫務管理碩士在職專班碩士論文，民 93 年。

許佑任、林恆慶、徐富坑，“澳洲家庭醫師制度之介紹與啟示”，台灣
醫界，第 48 卷，第 5 期，第 47-50 頁，民 94 年。

許佑任，“參與家庭醫師整合性照護試辦計畫之民眾對醫療服務品質
之觀感”。台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文，民 94 年。

童瑞文、羅森益、錢慶文，“影響台中海線地區診所醫師加入「家庭
醫師整合性照護制度試辦計畫」意願之因素”，醫院，第 39 卷，
第 1 期，第 45-62 頁，民 95 年。

黃惠雯、童婉芬、梁文蓁、林兆衛譯，Benjamin Crabtree、William Miller
著，最新質性方法與研究，台北：韋伯文化，民 85 年。

詹才興，“以質性研究探討基層醫師對家庭醫師整合性照護試辦計畫
之看法及執行現況”。台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，民
94 年。

葉一晃，“總額預算與家庭醫師整合性照護計畫下醫院與診所之競合
關係研究—以台南市社區醫療群為例”。長榮大學經營管理研究所
碩士論文，民 94 年。

廖國峰、費吳琛、丁文養，“自我管理團隊目標互賴性、團隊成員互
動過程對團隊信任影響之研究”，管理與系統，第 12 卷，第 2 期，

第 55-73 頁，民 94 年。

蕭文，健康保險，台北：南山堂出版社，民 80 年。

鍾信成、陳楚杰、揚長興，“家庭醫師在健康照護體系改革中扮演的角色——以英、美國兩國為例”，醫院，第 36 卷，第 1 期，第 27-32 頁，民 92 年。

鍾玉娟、李智峰、張莉琴合譯，Helen Streubert、Dona Carpenter 著，護理質性研究——促進人道主義的權威，台北：五南圖書，民 92 年。

蘇訓正，“台灣基層醫療網絡組織建立及運作之研究-「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」之個案探討”。國立雲林科技大學企業管理系碩士班碩士論文，民 93 年。



附錄一、家庭醫師整合性照護試辦計畫之各年度整理

公告日期	92年3月10日 健保醫字第0920005210號	93年3月11日 健保醫字第0930059488號	94年7月13日 健保醫字第0940017934號
預算來源	未說明	預算來自九十三年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，並提供電話醫療諮詢服務」部門之預算。該預算為九十三年度西醫基層總額每人醫療給付費用成長率的0.75%，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配	預算來自全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配
社區醫療群之組織運作	以同一地區特約基層醫療院所醫師5至10人組成，其中一半以上須具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，並與該計畫涵蓋地區之特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）為合作對象	甲型：以同一地區特約西醫診所5至10家為單位組成，其中一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，並應與一家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）為合作對象 乙型：以同一地區特約西醫診所5至10家為單位組成；其中至少需有1/5以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與特約醫院建立轉診及合作機制	甲型：以同一地區特約西醫診所5至10家為單位組成，其中一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，並應與一家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）為合作對象 乙型：以同一地區特約西醫診所5至10家為單位組成；其中至少需有1/5以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與特約醫院建立轉診及合作機制

公告日期	92年3月10日 健保醫字第0920005210號	93年3月11日 健保醫字第0930059488號	94年7月13日 健保醫字第0940017934號
社區醫療群數	未規定	一家醫院最多與 3個社區醫療群 合作為原則，由健保局各分局考量合作醫院輔導社區醫療群運作之能力，予以增減	一家醫院與 5個社區醫療群 合作為原則，由健保局各分局考量合作醫院輔導社區醫療群運作之能力，予以增減
社區醫療群組成範圍	未規定	社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾生活圈為原則，並由健保局各分局依實際情形認定	社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾生活圈【以同一鄉(鎮)、市(區)】為原則，並由健保局各分局依實際情形認定
共同照護門診	參與試辦計畫的基層醫師團隊醫師由合作醫院聘為兼任醫師，每週至少半天至一天到合作醫院開設共同照護門診，以提供民眾周全性、協調性與持續性服務	參與試辦計畫之基層診所醫師如與一家特約醫院作為合作對象，應由合作醫院聘為兼任醫師，每週至少半天到合作醫院開設共同照護門診，另共同照護門診亦可部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等代替；且必須建立基層診所醫師間平行照會	參與試辦計畫之基層診所醫師與一家特約醫院作為合作對象，應由合作醫院聘為兼任醫師，每位醫師每2週至少半天到合作醫院開設共同照護門診，其中共同照護門診亦可部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導等代替，且必須建立基層診所醫師間平行照會
參與試辦計畫之醫院資格	需位於計畫涵蓋之地區，且經健保局同意辦理本保險住診業務之地區或區域級之綜合性醫院，並與醫學中心建立後送之合作關係	需位於計畫涵蓋地區(以符合社區民眾生活圈為原則)，且經健保局同意辦理本保險住診業務之醫院(以地區醫院或區域醫院為原則)	需位於計畫涵蓋地區(以符合社區民眾生活圈為原則)，且經健保局同意辦理本保險住診業務之醫院(以地區醫院或區域醫院為原則)

公告日期	92年3月10日 健保醫字 第0920005210號	93年3月11日 健保醫字 第0930059488號	94年7月13日 健保醫字 第0940017934號
參與試辦計畫之基層診所醫師資格	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應於申請本計畫前，業於該計畫所涵蓋之地區開業至少一年以上，並參與本試辦計畫之說明 2. 應於申請本計畫前完成 30 戶及 70 人 以上之健康家庭家戶檔案（含加入健康家庭會員同意書）建檔 3. 基層醫師團隊之內科、外科、婦產科或小兒科專科醫師，應於實施計畫期間參與中央衛生主管機關認可之機構或團體所舉辦之行政管理教育訓練及家庭醫師專業教育相關訓練課程並經考試及格取得證明，其訓練課程及時數由中央衛生主管機關訂之 4. 基層醫師團隊之家庭醫學科專科醫師，應於實施計畫期間參與中央衛生主管機關認可之機構或團體所舉辦之行政管理教育訓練相關訓練課程並經考試及格取得證明，其訓練課程及時數由中央衛生主管機關訂之 5. 中央衛生主管機關所訂之相關訓練課程及認證事宜，基層醫師團隊中至少應有 1/2 的醫師於中央衛生主管機關公布後 6 個月內完成認證 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應於申請本計畫前，業於現址執業且與本保險特約至少一年以上 2. 應於申請本計畫前完成 20 戶及 60 人 以上之健康家庭家戶檔案（含加入健康家庭會員同意書）建檔 3. 醫師於實施計畫期間應參與中央衛生主管機關認可之機構或團體所舉辦之相關訓練課程並取得證明，其訓練課程內容及時數由中央衛生主管機關訂之 4. 中央衛生主管機關所訂之相關訓練課程及認證事宜，基層診所醫師應於中央衛生主管機關公布後或計畫核可後 6 個月內完成認證，若無法於期限內取得認證者，取消參與試辦計畫資格 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應於申請本計畫前，業於現址執業且與本保險特約至少一年以上 2. 應於申請本計畫前完成 20 戶及 60 人 以上之健康家庭家戶檔案（含加入健康家庭會員同意書）建檔 3. 醫師於實施計畫期間應參與中央衛生主管機關認可之機構或團體所舉辦之相關訓練課程並取得證明，其訓練課程內容及時數由中央衛生主管機關訂之 4. 中央衛生主管機關所訂之相關訓練課程及認證事宜，基層診所醫師應於中央衛生主管機關公布後或計畫核可後 6 個月內完成認證，若無法於期限內取得認證者，取消參與試辦計畫資格

公告日期	92年3月10日 健保醫字第0920005210號	93年3月11日 健保醫字第0930059488號	94年7月13日 健保醫字第0940017934號
試辦計畫期間社區醫療群成員之加入及退出機制	未規定	<ol style="list-style-type: none"> 1. 基層診所醫師可中途加入或退出，惟應將家戶會員妥善處理（包括於一個月前通知家戶會員、家戶會員資料轉交計畫執行中心保存及介紹社區醫療群其他醫師等） 2. 合作醫院亦可更換，惟需事先談妥接續合作醫院 3. 變更後社區醫療群之組成仍需符合參與試辦計畫之規定。另成員變動情形將列為次年續辦參考，退出後一年內不得再參與本計畫 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 基層診所醫師可中途加入或自動退出，惟應將家戶會員妥善處理（包括於一個月前通知家戶會員、家戶會員資料轉交計畫執行中心保存及介紹社區醫療群其他醫師等） 2. 合作醫院亦可更換，惟需事先談妥接續合作醫院 3. 參與試辦計畫之特約院所或醫師於參與試辦計畫期間有全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第34條至第35條中各條所列違規情事之一且經本局處分者，應退出本試辦計畫，退出後2年內不得再參與本試辦計畫 4. 社區醫療群之組成，如特約院所距離分布過於零散或距離太遠，經本局各分局實際認定不符社區民眾生活圈者，本局將即時終止計畫合約，且該社區醫療群各特約院所應退出本試辦計畫 5. 變更後社區醫療群之組成仍需符合參與試辦計畫之規定。另成員變動情形將列為次年續辦參考，退出後一年內不得再參與本計畫 6. 基層診所醫師得於計畫合約期滿後，重新組成社區醫療群，不受自動退出後一年內不得再參與試辦計畫之限制

公告日期	92年3月10日 健保醫字 第0920005210號	93年3月11日 健保醫字 第0930059488號	94年7月13日 健保醫字 第0940017934號
費用 支付 方式	<p>1. 基本費用：即門診醫療費用依現行全民健康保險醫療費用支付標準給付，由各醫療院所向健保局各分局自行申報</p> <p>2. 定額變動費用</p> <p>(1) 家戶個案管理：指家庭健康評估與檔案建立與更新之費用</p> <p>(2) 增進醫療服務品質可變動之費用</p> <p>3. 風險分擔費用</p> <p>(1) 風險分擔費用則包含管理費用及效益評估獎勵保留款，如達成計畫目標則作為社區醫療群之獎勵</p> <p>(2) 風險分擔費用之預估數最多以前述定額變動費用總額 10% 列計</p> <p>(3) 風險分擔醫療費用實際支付數，按各該計畫各項預期達成指標項目比例來計算，最多以實際定額變動費用發生之總費用 10% 支付</p>	<p>1. A 型支付方案</p> <p>(1) 社區醫療群原有之醫療服務及預保健服務，依現行全民健康保險醫療費用支付標準及總額支付制度相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶</p> <p>(2) 共同照護門診或家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等，每半天定額給付 2,000 至 3,000 元，由執行中心依實際執行情況申報，並撥入執行中心帳戶</p> <p>(3) 健康管理費（包括基層院所與合作醫院提供家戶/個人建檔資料與更新、社區醫療群自行設計之預防保健服務、衛生教育、雙向轉診、24 小時電話諮詢、計畫運作、資訊輔助系統、經理人/管理人行政管理、人員訓練等，由基層診所醫師與合作醫院自行協商費用比率），按登錄會員人數每人全年支付健康管理費 350 至 450 元</p>	<p>1. A 型支付方案</p> <p>(1) 社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行全民健康保險醫療費用支付標準及總額支付制度相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶</p> <p>(2) 共同照護門診每半天定額給付 2,000 至 3,000 元（家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導每次給付以 2,000 元為上限），該項費用限社區醫療群組織方式，係採甲、乙型且與 1 家合作醫院開設共同照護門診者申請，由執行中心依實際執行情況按月申報，並撥入執行中心帳戶，（或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所）</p> <p>(3) 健康管理費（包括基層院所與合作醫院提供家戶/個人建檔資料與更新、社區醫療群自行設計之預防保健服務、衛生教育、雙向轉診、24 小時電話諮詢、計畫運作、</p>

公告日期	92年3月10日 健保醫字第0920005210號	93年3月11日 健保醫字第0930059488號	94年7月13日 健保醫字第0940017934號
		<p>(照護期間6個月(含)以下者,按照護月數比例支付,照護期間超過6個月以上者,按全年支付),每位基層診所醫師每年照護會員人數以1,000人為上限,本項費用由執行中心依實際執行情況申報,並撥入執行中心帳戶</p> <p>(4)於每月支付費用時,將保留上述(2)及(3)項費用(合稱醫療照護費用)20%作為品質提升費用,按各該計畫費用評核指標項目達成比例計算,於合約期滿時撥付計畫執行中心,以鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質</p> <p>(5)全年計畫總經費以<u>350萬元為上限</u></p> <p>2. B型支付方案</p> <p>(1)與A型之(1)相同</p> <p>(2)社區醫療群登錄家戶會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間的差額,一定比例回饋社區醫療群,撥入執行中心帳戶,計算原則如下:</p>	<p>資訊輔助系統、經理人/管理人行政管理、人員訓練等,由基層診所醫師與合作醫院自行協商費用比率),按登錄會員人數每人全年支付健康管理費350至450元(照護期間6個月(含)以下者,按照護月數比例支付,照護期間超過6個月以上者,按全年支付),每位基層診所醫師每年平均照護會員人數以1,000人為上限,本項費用由執行中心依實際執行情況按月申報,並撥入執行中心帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)</p> <p>(4)於每月支付費用時,將保留上述(2)及(3)項費用(合稱醫療照護費用)20%作為品質提升費用,按各該計畫費用評核指標項目達成比例計算,於合約期滿時撥付計畫執行中心,以鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質</p> <p>(5)全年計畫總經費以<u>350萬元為上限</u></p> <p>2. B型支付方案</p> <p>(1)與A型之(1)相同</p>

公告日期	92年3月10日 健保醫字第0920005210號	93年3月11日 健保醫字第0930059488號	94年7月13日 健保醫字第0940017934號
		<p>A.若 $AE < VC$，則兩者間之差額一定比例（依本計畫費用評核指標達成比率計算）回饋給社區醫療群，每年回饋金額以 500萬元為上限</p> <p>B.若 $AE > VC$ 或 $AE < VC$ 且兩者間之差額少於 <u>100萬元者</u>，則給付健康管理費 100萬元</p> <p>3. C型支付方案</p> <p>(1)與A型之(1)相同</p> <p>(2)以前述A型、B型兩種支付方式之項目與精神，由社區醫療群與本局各分局協商其他計畫經費支付項目及方式，並以全年計畫總經費 350萬元為上限</p>	<p>(2)社區醫療群登錄家戶會員實際申報西醫門診醫療費用（AE）與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用（VC）之間差額的 1.5倍回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶，計算原則如下：</p> <p>A.若 $AE < VC$，則兩者差額的 1.5倍回饋給社區醫療群，每年回饋金額以 700萬元為上限</p> <p>B.若 $AE > VC$ 或 $AE < VC$ 且兩者差額的 <u>1.5倍少於200萬元者</u>，則給付健康管理費 200萬元</p> <p>3. C型支付方案</p> <p>(1)與A型之(1)相同</p> <p>(2)前述A型、B型兩種支付方式混合，不得新創支付項目與費用，由社區醫療群與本局各分局協商，並以全年計畫總經費 400萬元為上限</p>

- 資料來源：1. 健保局，全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，台北：中央健保局，民92年、民93年、民94年。
2. 研究者自行整理

附錄二、基層診所訪談大綱

根據中央健康保險局於九十二年三月試辦計畫實施後，陸續公告於健保局網站的參與計畫之社區醫療群名單中，我們得知貴機構曾經退出社區醫療群或更換夥伴，因此希望藉由深入訪談，來瞭解貴機構參與家庭醫師整合性照護制度試辦計畫醫療群的心路歷程、社區醫療群實際運作情況（如策略性規劃、統轄制度、臨床設計、資訊交流、財務設計、行銷規劃、人力資源管理、法規制度、文化差異及合作效益），以及貴機構退出社區醫療群或更換夥伴之原因。下為擬定主要問題：

一、對家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之期望

請問當初什麼原因而參與家庭醫師試辦計畫加入社區醫療群？
在參與家庭醫師試辦計畫前有何期待？

二、影響退出社區醫療群 / 更換社區醫療群夥伴的因素

是什麼原因導致您退出社區醫療群 / 更換社區醫療群夥伴？

三、社區醫療群的合作模式

當初參與的社區醫療群運作模式多為何種模式方案？

1. 甲型「共同照護門診」模式者，可否請說明運作方式。
2. 乙型社區醫療群採轉診模式者，可否請說明運作方式。

四、參與社區醫療群實際運作的狀況

參與家庭醫師試辦計畫，基層診所醫師必須與合作醫院建立社區醫療群，除了共同籌組的其他基層診所醫師，還有合作醫院都為合作夥伴，在運作過程中，貴機構是否有遇到實際運作上的困難？或是與合作夥伴彼此之間有良好的運作可以與我們分享。為方便您回想，我們嘗試用以下幾個構面來分類，請您可以分別與我們分享，或是以您習慣的述說方式來告訴我們。

1. 策略性規劃

例如：群內共同目標或理念建立、運作狀況協調與監測、從屬關係、

市場規劃等等。

2. 醫療臨床服務

例如：共同照護門診運作、醫療服務品質要求、臨床合作、個案管理、臨床服務品質指標建立、醫學教育訓練、臨床會議等等。

3. 資訊系統

例如：醫療群病患資料的資訊連結，如行政、臨床資料分享，網頁製作或是其他資訊系統功能連結，或是電腦資訊設備添購與使用。

4. 財務狀況

例如：家庭醫師計畫經費使用分配公平性、使用性；參與試辦計畫診所經營投入人力、物力資源及行政成本等等。

5. 行銷狀況（包括對醫療群民眾，以及機構夥伴）

例如：共同社區民眾衛教宣導、醫療群成員間只做形式化簽約協定，卻無訂定細部轉介流程模式，或內部員工未能夠知情並參與，未作好內部行銷工作等等。

6. 人力資源管理

例如：機構間人員溝通困難、機構間醫療人員或行政人員間互動約定等等。

7. 法規制度

是否有健保相關法規規定影響您參與社區醫療群運作？

8. 其他社區醫療群實際運作問題

附錄三、合作醫院訪談大綱

根據中央健康保險局於九十二年三月試辦計畫實施後，陸續公告於健保局網站的參與計畫之社區醫療群名單中，得知貴院指導所屬的社區醫療群中，曾有基層診所更換夥伴，因此希望瞭解貴院參與家庭醫師整合性照護制度試辦計畫社區醫療群，與基層醫師的互動歷程、社區醫療群實際運作情況，以及貴院所屬社區醫療群基層診所更換夥伴之原因。下為擬定主要問題：

一、基層診所夥伴退出原因

92年至94年9月前貴院所指導社區醫療群中，曾有基層診所醫師退出或更換夥伴情形，就貴院所知情的有哪些診所，以及導致這些診所夥伴退出醫療群的原因。

1. 診所名稱：_____，原因：_____
2. 診所名稱：_____，原因：_____
3. 診所名稱：_____，原因：_____
4. 診所名稱：_____，原因：_____

二、貴院與社區醫療群的合作模式

貴院與社區醫療群的合作模式多為何種模式方案？

1. 甲型「共同照護門診」模式者

(1) 共同照護門診看診其轉診對象，可否請說明運作方式。

(2) 未建立共同照護門診，以其他方案替代，並請說明。

(例如：家戶會員病房巡診、個案研討、社區衛教宣導、其他)

2. 乙型社區醫療群採轉診模式者，可否請說明運作方式。

三、家庭醫師制度試辦計畫之相關訓練課程

是否為貴院所主辦，並請說明大致如何規劃相關訓練課程方式。

四、社區醫療群實際運作情況

基層診所與合作醫院建立社區醫療群，為合作關係，在運作過程中，貴院是否有遇到實際運作上的困難？或是貴院與基層診所彼此之間有良好的運作可以與我們分享。為方便您回想，我們嘗試用以下幾個構面來分類，請您可以分別與我們分享，或是以您習慣的述說方式來告訴我們。

1. 策略規劃

例如：群內的共同目標或理念建立、運作狀況協調與監測、從屬關係、市場規劃等等。

2. 臨床服務

例如：醫療服務品質要求、臨床合作、個案管理、臨床服務品質指標建立、醫學教育訓練、臨床會議等等。

3. 資訊系統

例如：醫療群病患資料的資訊連結，如行政、臨床資料分享，網頁製作或是其他資訊系統功能連結。

4. 財務狀況

例如：家庭醫師計畫經費使用分配公平性、使用性等等。

5. 行銷狀況（包括對醫療群民眾，以及機構夥伴）

例如：共同民眾宣導、機構間刊物彼此交流分享、機構間圖書資源分享等等。

6. 人力資源管理

例如：機構間人員溝通困難、機構間共聘專員處理事項、機構間醫療人員或行政人員間互動約定等等。

7. 其他社區醫療群實際運作問題

五、目前健保制度下，衛生相關主管單位的法規規定，是否會影響貴院與基層診所合作的關係？包含健保局相關法規公告、或是醫院制度相關規定（如衛生署體系醫院、退輔會體系醫院…等）

例如：自主管理或醫院卓越計畫，限定門診量，進而影響與社區醫療群之共同照護門診，形成另外一種負擔，並請說明影響可能層面。

附錄四、訪談手冊

「家庭醫師整合性照護試辦計畫」基層醫師退出或更換夥伴之影響因素探討

對家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之期望

構面	基層診所對基層診所	基層診所對合作醫院
策略性選擇	<ol style="list-style-type: none"> 藉由整合成員，期望能擴大服務地理版圖，增加病患服務可近性、市場佔有率。 掌握新市場及新機會的能力。 外界環境資訊的收集。 	<ol style="list-style-type: none"> 掌握新市場及新機會的能力。 外界環境資訊的收集。
社會	可能合作成員的聲譽風評不錯，藉由社區醫療群組成，可以藉此打響知名度。	可能合作成員的聲譽風評不錯，藉由社區醫療群組成，可以藉此打響知名度。
民眾期望	是否因為民眾接受政府宣導，因而期望醫師能參予或有詢問相關資訊。	是否因為民眾接受政府宣導，因而期望醫師能參予或有詢問相關資訊。
財務	<ol style="list-style-type: none"> 是否因為全年計畫總經費350萬元。 期望社區醫療群的組成可達到經濟規模的效益，以達到增加收入、降低經營成本。 	期望社區醫療群的組成，可擁有較多共享的資本資源，例如管理資訊系統、營運空間、大量資金、昂貴醫療儀器設備...等，以達到經濟規模的效益、增加收入、降低經營成本。
合作夥伴的互通	<ol style="list-style-type: none"> 期許參與社區醫療群進而增加病患來源，擴大醫療市場。 掌握合作者資訊的能力。 拓展醫療網絡關係，及增加對外合作經驗。 	<ol style="list-style-type: none"> 增加在職進修、教育訓練的機會（因為與合作醫院的共同照護門診，使基層診所醫師有機會再接觸醫院的環境）。 拓展醫療網絡關係，及增加對外合作經驗。
資訊設計	資訊、訊息共享，期望有以「人」為單位的整合性資訊系統，包含病患個人基本資料、臨床資訊、財務資訊...等。	可能原本基層醫療院所的醫師較少接觸醫療資訊系統，希望藉由加入社區醫療群，提升基層診所的資訊設備及知識。

實際運作的狀況

	運作良好成功可能因素	實際運作失敗可能因素
策略性規劃	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立出共同的合作目標：團隊成員有共同目標才有方向前進，因為他們相信所有成員都是相互相賴、敏感且互相影響的，彼此信任、期望能討論相互的觀點，這些行為會幫助團隊成員強化彼此工作關係，並對未來合作工作更具信心。 2. 透過社區醫療群，可以掌握彼此資訊之能力。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未設立共同的目標： <ol style="list-style-type: none"> (1)競爭的目標：成員彼此間會經常避開直接的討論，且對其他人的態度更加強硬。競爭會導致人們以其他人為代價促成自己的利益，甚至於主動的去妨礙他人，不信任的氣氛會限制資訊與資源的交換，及形成溝通扭曲，將無益於生產力，反而增加壓力與產生士氣低落。 (2)獨立的目標：彼此獨立的目標即目標有差異，會導致團隊成員較少溝通與交換資源。獨立的目標並不會像競爭目標依樣，在團隊互動與生產力上產生強烈的影響，只是團隊成員會在此時對彼此互動漠不關心，最後並於互動中退出。
統轄設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 握有控制權：整合組織的每一位成員地位平等，並無某成員資源較豐富或營運利潤較好，而主導社區醫療群運作，成員間彼此尊重其決策。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 控制權旁落：原則上整合組織成員沒有一個能夠擁有、控制、或命令彼此，是否在社區醫療群實際運作下，因為某成員擁有醫療資源較豐富，最後變成他再主導社區醫療群的運作，例如主要由合作醫院主導。
臨床設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供服務的連續性：建立良好的轉介系統，減少病患奔波於各成員間以取得醫療及行政文件與報告。 2. 臨床服務提供的一致性： 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供服務的中斷性：可能因為缺乏良好的轉診/介系統，而提供服務資源又與病患需求有所差距，病患必須奔波於不同成員間來獲得

	運作良好成功可能因素	實際運作失敗可能因素
	<p>彼此成員間形成服務付標的共識，並提供服務品質或水準的一致性。</p>	<p>臨床照護，或是來回奔波以取得醫療及行政的文件與報告。</p> <p>2. 臨床服務提供的不一致性：社區醫療群的成員是否在醫療專業自主情況下，使各成員無法形成服務目標的共識，產生提供服務品質或水準不一。</p> <p>3. 服務提供的重複性：</p> <p>(1)社區醫療群成員組成由同一地區五至十家的特約西醫診所，且一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，雖然掛名為XX內科診所，實質上亦可提供與小兒科診所相同服務。</p> <p>(2)臨床及行政管理的重複，造成病患在社區醫療群間轉診時，進行重複的醫療步驟，例如X光檢查、檢驗。</p> <p>4. 市場佔有率的威脅：是否出現社區醫療群中成員互搶病人？</p>
資訊設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立及時有效的資訊系統、資料庫建構與應用。 2. 共通的行政資訊系統、病患臨床資料，病患無須來回奔波於各成員之間。 3. 資訊系統互通整合，做好完善、安全的資料保密，並設定適當的照護提供者使用權限。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資訊整合因為對需求的迷思，而引進大規模的資訊硬體設備及資金投入，但是否真正對組織整體運作有加分的效果。 2. 是否因為無共通的行政資訊系統、病患臨床資料(病歷、檢查/驗)，導致病患來回奔波以取得醫療及行政的文件與報告(因為目前醫

	運作良好成功可能因素	實際運作失敗可能因素
		<p>療院所視病歷資料為院所資產、商業機密，怕資料資訊互通後病患流失)？</p> <p>3. 資料的安全性：因為整合資訊系統互通有無，怕無授權者入侵資料系統，擔心資料的安全性(如病患隱私權)，及照護提供者使用上的適當性。</p>
財務設計	<ol style="list-style-type: none"> 藉由社區醫療群的組成，擁有較多利用或共享的資本資源，例如管理資訊系統、營運空間、大量資金、昂貴醫療儀器設備…等。 建立標準化運作功能架構，例如進行聯合採購…。 	<ol style="list-style-type: none"> 全年計畫總經費以350萬元為上限，社區醫療群運作方式有以五至十家的基層診所組成，換算平均每家診所僅取得35-70萬經費，略顯不足。 無法建立一個標準化運作功能架構，例如可以藉由社區醫療群結合進行聯合採購，但又要配合彼此反而增加營運成本。 合作經營投入人力、物力資源及行政成本難以衡量，分帳不清處、不公平。
行銷設計	<ol style="list-style-type: none"> 透過社區醫療群建立品牌聲譽及良好口碑。 藉由社區醫療群的合作，學習到其他基層醫療院所的醫療行銷方案及能力。 社區醫療群共同整合行銷，擴充病患來源管道。 	<ol style="list-style-type: none"> 與合作醫院結合，卻無給予做相關行銷宣傳，例如共同照護門診，實質上並無功效。 醫療群成員間只做形式化簽約協定，卻無訂定細部轉介流程模式，或內部員工未能夠知情並參與，未作好內部行銷工作。 家庭醫師整合計畫主要為社區民眾提供整體性醫療照護，因而需做到臨床業務上的雙向互動及提供最適切照護的主要執行者，但常

	運作良好成功可能因素	實際運作失敗可能因素
人力資源管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 基層診所醫師大多自行開業，藉由社區醫療群組成，有專業人員處理規畫行政業務。 2. 人員技術與能力可互相支援，亦可學習彼此解決問題能力。 3. 教育訓練發展：參與試辦計畫之醫師，每年應接受合作醫院至少 20 小時的專業訓練課程、與至少 8 小時的行政管理教育訓練課程，其訓練課程內容由合作醫院規畫，因而有機會再接觸醫院環境。 	<p>常僅知道整合重要性，卻很少做出實際行動來幫助醫師們建立良好的互動關係。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社區醫療群的共同照護門診無達到實際功效，合作醫院或成員並無給予人力上協助，例如派遣行政人員給予協助事務卻沒有。 2. 社區醫療群的成員之間未達到共識，未視大家為共同體，仍分彼此之間關係。 3. 溝通的困難—固執的觀念與態度。 4. 社區醫療群成員間再執行、控制醫療及管理業務方面工作時，未能尊重彼此的自主性。 5. 本位主義濃厚，當彼此自身利益與社區醫療群整體利益相衝突時，以選擇自己利益優先來運作。 6. 參與計畫後，合作醫院或基層診所醫師無主動尋求合作，配合意願低落，彼此互動漠不關心，最後產生退出意念。
法規制度		<ol style="list-style-type: none"> 1. 在傳統組織理論，繁雜的法令會造成彼此間隔閡與不信任。 2. 醫院自主管理實施，卻造成醫院紛紛限制門診量，對於接受家庭醫師診診之民眾意願降低，連診所與醫院有正式契約的關係的共同照護門診都被認為是一種負擔。