

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-375

醫師自覺癌症諮詢規劃費
對病患診療之影響

Physicians' Perception of the Impact of Planning and
Consultation Fee on Cancer Treatments

指導教授：蔡 文 正 博士

共同指導：龔 佩 珍 博士

研究生：曾 盈 甄 撰

中華民國九十六年六月

本研究論文為行政院衛生署國民健康局
委託龔佩珍博士主持研究計畫
DOH95-HP-1502 之部份研究



致謝

現在是 2007 年 6 月 25 日 23 時 24 分，我的論文告一段落，現在正寫著致謝。中國醫管碩士班的這兩年過的好快，面對著論文的壓力，失眠、緊張、心悸、痘痘、隱疾接踵而來，但此時的我還是很開心，這 7 百多個日子是我這幾年中過的最充實的，一點也不覺得辛苦！

我要謝謝我的指導教授蔡文正老師，謝謝您對我的耐性謝謝您給我的諄諄教誨謝謝您給我這個機會當您的學生，您的開朗您的積極您的鼓勵都再再的給予我信心，讓我有勇氣繼續挑戰。謝謝我溫柔的共同指導教授龔佩珍老師，您給予我內容方面以及統計方法上的指證，讓我的論文可以順利的完成。另外也感謝口試委員楊志良老師，您在口試期間給予論文內容的精闢建議讓我的論文更趨完善，謝謝您！

感謝崇銘學長、康康、黃大哥、李大哥，由於您們大力的幫助，我的論文可以順利的完成。感謝妮吟學姊，謝謝您總能隨時被我打斷耐心的聽完我的困境後給予我正確的建議。感謝婷之和亞欣姊，沒有你們的支持跟照顧我想我應該崩潰了，謝謝你們我知道你們疼我~謝謝小 3，但你實在不適合陪我熬夜!還有謝謝 apple、SASA，有你們在，壓力減輕不少。謝謝我同梯的戰友，一起做報告做計劃寫論文的日子我永遠不會忘。我還要謝謝我親愛的室友 Etta 和殺手，從一開始為我開著燈到最後

發現我早上才回家，我想我讓你們擔心了。還有補習班的好朋友猴子跟攀攀還有建勳媚妹，有你們的支持和陪伴，讓我忘記眼淚的存在。

最後我要感謝疼愛我的每一位家人，尤其是爸爸、媽媽、兩個弟弟還有你，你們給予我的支持和信任，肯定是支撐我面對困難的原動力。

謝謝你們，謝謝每一個愛我的人和我愛的人。

有你在，真好!



曾盈甄 謹誌

摘要

研究背景及目的：癌症一直是台灣地區人口之首要死因。許多癌症治療已朝向多專科（Multidisciplinary）整合的模式進行，亦證實多專科診療確實可提升病患的存活率及生活品質。癌症諮詢規劃費（Fee for Cancer patient treatment planning and consultation）強調多專科整合的癌症治療規劃，以提升病患診療品質為目的的支付制度。而癌症諮詢規劃費施行至今尚未得知其成效為何，本研究欲瞭解醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療的影響。

方法：研究對象為區域級以上醫院中參與癌症診療之醫師，以郵寄結構式問卷進行問卷調查，共寄出 520 份問卷，回收有效問卷 300 份，有效回收率 57.7%。除描述性分析及雙變項分析外，並用複迴歸分析影響醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之相關因素。

結果：42.7%的受訪醫師認為癌症諮詢規劃費對病患診療有幫助或非常有幫助，其中最有助之前三項為「治療規劃完整性」（65.7%）、「治療計畫適切性」（59.7%）以及「促進各科間溝通與協調」（57.5%）；40.8%的醫師認為癌症諮詢規劃費對多專科團隊診療之促進有幫助或非常有幫助；19.6%的醫師對癌症諮詢規劃費整體的評價表示滿意或非常滿意，25.6%表示非常不滿意或不滿意。複迴歸分析

結果顯示，影響醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之顯著因素包含「規劃費對多專科團隊幫助性之認知」、「是否贊成將規劃費預算改聘個管師」、「醫師對規劃費整體的評價」、「規劃費對醫生工作負擔增加之程度」以及「醫師是否為主管」。

結論：近半數醫生認為癌症諮詢規劃費對病患診療有所幫助，若能適度提高癌症諮詢規劃費給付費用，並將規劃費排除於個別醫院預算之外，將提高癌症諮詢規畫費之成效。

關鍵字：癌症諮詢規劃費、多專科團隊診療、癌症診療品質



Abstract

Background and Objectives: Cancer has been the major cause of death in Taiwan for several years. The treatment of cancer has orient to multidisciplinary treatment model. Several studies verified that multidisciplinary treatment can increase patients' survival rate and quality of life. The objective of "Fee for cancer patient treatment planning and consultation" (CPTPC) is to integrate multidisciplinary treatment to improve patients' quality of life. But the outcome of CPTPC has not been exposed. This study is going to understand the physicians' perception of the impact of planning and consultation fee on cancer treatments.

Methods: The subjects of this study were cancer physicians practiced in medical centers and metropolitan hospitals. 520 questionnaires were mailed to physicians, and received 300 effective questionnaires (receive rate is 57.7%). Except descriptive and bivariate analysis, multiple regression analysis was conducted to investigate the associated factors with physicians' perception of the helpful and impact of planning and consultation fee on cancer treatments.

Results: 42.7% of physicians indicated CPTPC did help patients' treatment, which the most 3 remarkable categories were "completed treatment planning" (65.7%), "suitability of treatment planning" (59.7%),

and “improving negotiation and coordination within departments” (57.5%). 40.8% of physicians considered that CPTPC did greatly promote multidiscipline medical treatments. As respect to global satisfaction of CPTPC, 19.6% of physicians were satisfied or very satisfied whereas 25.6% of them were dissatisfied or very dissatisfied. According to the result of regression analysis, the significant factors that influenced the physicians who thought the consultation fee was helpful to patient treatment were the followings: “physicians’ perceptions of levels of help on CPTPC to multidisciplinary treatment”, “agree or disagree the budget of consultation fee to be switched to hire case managers”, “physicians’ overall evaluation of consultation fee”, “the increased level of physicians’ working loading due to implemented consultation fee”, and “physicians as a manager or not”.

Conclusions: More than half of physicians thought CPTPC did greatly improve the patients’ treatment. If the government can increase the consultation fee appropriately and exclude the consultation fee from individual hospital’s budget, the outcome of CPTPC will be more effectiveness.

Key Words: Fee for cancer patient treatment planning and consultation (CPTPC), Multidisciplinary treatment, Quality of cancer treatment

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	3
第二章 文獻探討	4
第一節 國內癌症罹患現況及相關統計	4
第二節 國內外癌症治療相關措施與機構	10
第三節 癌症諮詢規劃費相關規範	15
第四節 癌症多專科整合醫療	16
第五節 影響醫師行為之因素	19
第六節 文獻總結	21
第三章 研究設計與研究方法	22
第一節 研究流程	22
第二節 研究架構	23
第三節 研究對象及問卷設計	24
第四節 統計分析方法	27
第五節 研究變項與操作型定義	29

第四章 結果	31
第一節 描述性分析	31
第二節 雙變項分析	35
第三節 複迴歸分析	37
第五章 討論	53
第一節 醫師對癌症諮詢規劃費之實施之現況	53
第二節 實施癌症諮詢規劃費對醫師診療之影響	54
第三節 醫師對癌症諮詢規劃費之看法	57
第六章 結論與建議	59
第一節 結論	59
第二節 建議	60
第三節 研究限制	64
參考文獻	65
附錄一、專家座談會議記錄	72
附錄二、醫師問卷	79
附錄三、醫師問卷題項中「其他」之填答情形	82

表目錄

表 2-1、2002 年台灣癌症發生個案數.....	5
表 2-2、2002 年台灣地區十大癌症發生率.....	5
表 2-3、男女十大癌症五年存活率.....	8
表 2-4、腫瘤費用佔健保醫療費用比例.....	9
表 3-1、操作型定義.....	29
表 4-1、受訪醫師之基本資料.....	39
表 4-2、醫師對癌症諮詢規劃費之影響.....	40
表 4-3、醫師認為癌症諮詢規劃費對診療之影響.....	41
表 4-4、醫師對癌症諮詢規劃費之看法.....	43
表 4-5、醫師認為醫院不願意申報之可能原因.....	45
表 4-6、醫師是否申報癌症諮詢規劃費之分析.....	46
表 4-7、醫師基本特性及經驗與診療幫助性之雙變項分析.....	50
表 4-8、對規劃費之看法及評價與診療幫助性之雙變項分析.....	51
表 4-9、醫師自覺規劃費對病患診療幫助性之複迴歸分析.....	52

圖目錄

圖 2-1、臺灣地區男性主要癌症死亡率趨勢圖.....	7
圖 2-2、臺灣地區女性主要癌症死亡率趨勢圖.....	7
圖 3-1、研究流程.....	22
圖 3-2、研究架構.....	23



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

自 1982 年起癌症（惡性腫瘤）一直是台灣地區人口之首要死因，國人死於癌症的人數與比率逐年上升，2005 年國人因惡性腫瘤死亡人數為 37,222 人，占有所有死亡人數的 26.79%（衛生署，2006）；且初次被診斷為癌症（含原位癌）之人數已達 63,736 人，每十萬人口粗發生率為 283.01；而 2002 年初次被診斷為惡性腫瘤侵襲癌（不含原位癌）之人數為 59,000 人，佔惡性腫瘤發生個案數的 92.57%（國健局，2006）。加強癌症之預防、篩檢與診療實為刻不容緩之事。

現代癌症治療在醫學上已有很大的進步，經由治療技術與藥物的提升，能提供患者一個更好的治療方式。整合性的癌症治療即為結合多項專科醫生專長，為患者做治療，也兼顧病患治療後的副作用及生活品質的影響，進而提升病患的存活率（Licitra, Bossi, Locati, 2006）。美國疼痛協會（American Pain Society）在 1995 年重新修正疼痛與癌症品質管理規範，規範中指出，要提高疼痛照護與癌症照護，必須病患、家屬以及多專科醫師專家之合作，以提供時效性且符合經濟效益的醫療協助（Gordon, 2005）。國外已有研究指出多

專科團隊可以改善癌症末期病患的生活品質、存活率及醫療成本（Licitra, Bossi, Locati, 2006; Rummans et al., 2006; Gordon, 2005; Zorbas, 2003），且癌症多專科整合醫療團隊之成長亦相當迅速（Hunt, 2004）；而國內以多專科癌症診療之研究指出大腸癌治療利用多學科整合（multidisciplinary approach）可以降低局部復發率及死亡率，同時改善病人的生活品質（林資琛，2004）。台灣近年積極發展多專科整合醫療，健保局提供鼓勵癌症治療計畫諮詢規劃費（Cancer patient treatment planning and consultation），鼓勵醫師以多科整合模式提供病人完整癌症治療計畫，藉以提高癌症診療品質。欲申報規劃費者需瞭解病人病情及體能狀況，經由多科整合提出治療建議以制訂最適合治療方式，除了治療、追蹤病患外亦需顧及病患之預後、心理調適等。病理診斷確定為癌症或復發之病人依治療計畫於治療完成時即可申報，每人僅限申報二次（健保局，2003）；健保局希望能藉由規劃費之施行促進國內癌症多專科團隊的整合以提升癌症病患之診療品質。

鑒於不同的健保支付制度會影響醫師醫療行為（蔡正隆，2003；蔡文正，2005），且多專科診療團隊可以提升癌症診察品質，提高病人存活率，然而目前規劃費實施至今尚未評估其成效。因此本研究主要欲瞭解癌症諮詢規劃費施行之現況及相關醫師對規

劃費施行之看法與建議，分析影響醫師自覺規劃費對病患診療幫助性之因素，進而由研究結果提出對癌症諮詢規劃費之相關建議，以利政策制定者參考。

第二節 研究目的

許多因素影響一個癌症諮詢規劃費推行的成敗，包括醫院政策、醫師對該制度之認知與看法、醫師施行之意願、制度本身的好壞、給付點數等，其中醫師自覺癌症諮詢規劃費對癌症診療之幫助性更為大家所關切。然而過去研究尚未對癌症諮詢規劃費施行之成效做一探討。基於上述動機，本研究之目的如下：

- 一、調查癌症諮詢規劃費實施之現況
- 二、瞭解醫師自覺癌症諮詢規劃費對癌症診療之影響
- 三、探討醫師對癌症諮詢規劃費作業流程與給付內容之認知與評價
- 四、探討醫師對癌症諮詢規劃費之看法與建議
- 五、分析影響醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之因素

第二章 文獻探討

本研究主要探討癌症治療計畫諮詢規劃費實施對癌症診療品質之影響，藉此瞭解癌症諮詢規劃費對於癌症診療品質影響，以作為後續政策訂定之參考。因此本研究分四方面探討：一、國內癌症罹患現況及相關統計；二、國內外癌症治療相關措施與機構；三、癌症諮詢規劃費相關規範；四、癌症多專科整合醫療；五、影響醫師行為之因素。

第一節 國內癌症罹患現況及相關統計

依據最新癌症統計年報資料（國健局，2006），初次被診斷為癌症（含原位癌）之人數已達 63,736 人，每十萬人口粗發生率為 283.01，每十萬人口男性粗發生率為 301.22，每十萬人口女性粗發生率為 264.06；而 2002 年初次被診斷為惡性腫瘤侵襲癌（不含原位癌）之人數為 59,000 人，佔惡性腫瘤發生個案數的 92.57%，每十萬人口粗發生率為 261.98，每十萬人口男性粗發生率為 298.32，每十萬人口女性粗發生率為 224.16（詳見表 2-1）。

使用 2000 年世界標準人口為標準人口，依年齡標準化癌症發生率整體而言最高為子宮頸癌，其次為女性乳癌、肝及肝內膽管癌，

男性發生率最高為肝及肝內膽管癌，其次為肺、支氣管及氣管癌，女性發生率最高為子宮頸癌，其次為女性乳癌（詳見表 2-2）。

表 2-1、2002 年台灣癌症發生個案數—依含原位癌、不含原位癌

	癌症 (含原位癌)		惡性腫瘤侵襲癌症 (不含原位癌)	
	男性	女性	男性	女性
個案數(人)	34,596	29,140	34,263	24,737
年齡中位數	65	58	65	60
粗率(每十萬人口)	301.22	264.06	298.32	224.16
年齡標準化 ¹ (每十萬人口)	254.14	217.67	251.74	185.53
年齡標準化 ² (每十萬人口)	283.21	241.69	280.50	206.33
性別比(年齡標準化率)	1.17	1	1.36	1

註：1 使用 1976 年世界標準人口為標準人口。2 使用 2000 年世界標準人口為標準。

資料來源：中華民國公共衛生協會癌症登記小組，2002 年癌症登記年報，2006。

表 2-2、2002 年台灣地區十大癌症發生率—依年齡標準化發生率

	全台原發部位	男性原發部位	女性原發部位
1	子宮頸癌	肝及肝內膽管	子宮頸癌
2	女性乳房	肺、支氣管及氣管	女性乳房
3	肝及肝內膽管	結腸及直腸	結腸及直腸
4	結腸及直腸	口腔(含口咽及下咽)	肝及肝內膽管
5	肺、支氣管及氣管	胃	肺、支氣管及氣管
6	攝護腺	攝護腺	胃
7	口腔(含口咽及下咽)	膀胱	皮膚
8	胃	皮膚	甲狀腺
9	皮膚	食道	卵巢、輸卵管及寬韌帶
10	膀胱	鼻咽	子宮體

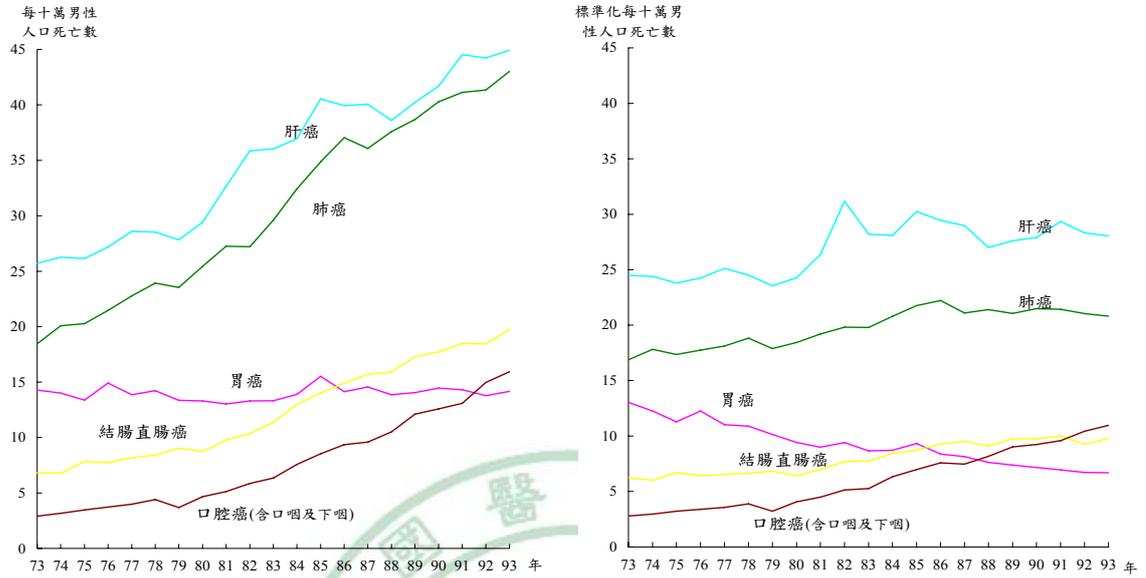
註：皮膚原發部位包括基底細胞癌個案。

資料來源：中華民國公共衛生協會癌症登記小組，2002 年癌症登記年報，2006。

癌症自 1982 年起高居國人十大死因之首，歷年因癌症死亡的比率呈現上升趨勢，2005 年國人惡性腫瘤死亡人數為 37,222 人，占所有死亡人數的 26.8%，死亡率為 163.8‰，標準化死亡率為 87.05‰，較上年微減 0.08‰（衛生署，2006）；歷年男性癌症死亡率以肝癌、肺癌位居一二，除胃癌死亡率有下降趨勢外，肝癌、肺癌、結腸直腸癌及口腔癌之死亡率皆有逐年上升，但若經年齡的標準化後，期癌症別死亡的趨勢則無太大的增減（詳見圖 2-1）；女性癌症死亡率亦以肝癌、肺癌為最，除子宮頸癌歷年年齡標準化死亡率有下降的現象，但其他癌症仍呈現上升的趨勢，但上升的趨勢較為平緩（詳見圖 2-2）。



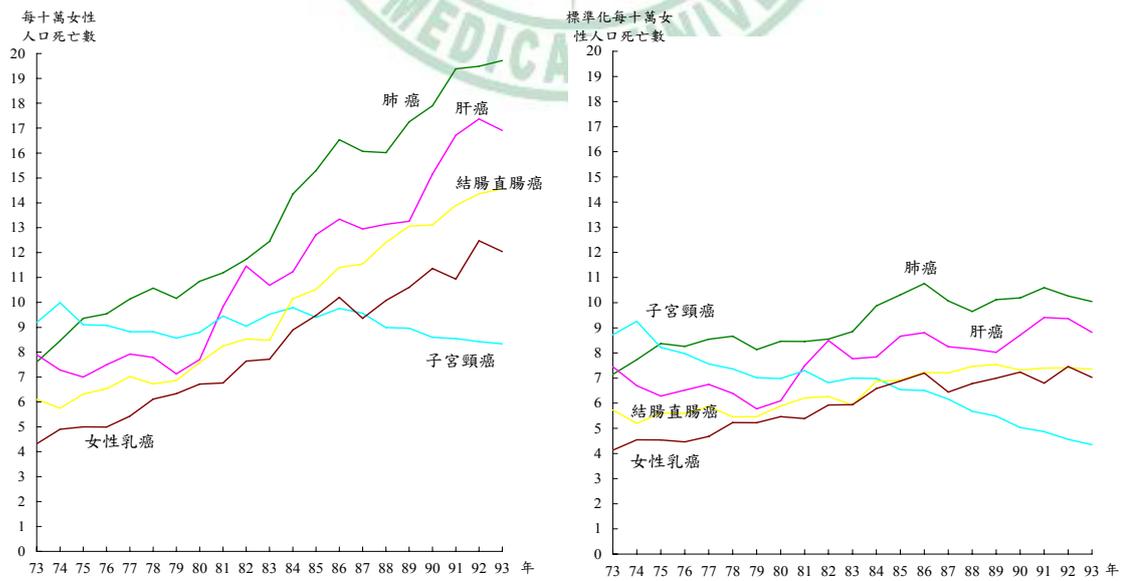
圖 2-1、臺灣地區男性主要癌症死亡率趨勢圖



註：標準化死亡率是以 1981 年台灣地區男性年中人口年齡結構為基準。

資料來源：衛生署，2005 年台灣地區死因統計結果摘要，2006。

圖 2-2、臺灣地區女性主要癌症死亡率趨勢圖



註：標準化死亡率是以 1981 年台灣地區女性年中人口年齡結構為基準。

資料來源：衛生署，2005 年台灣地區死因統計結果摘要，2006。

2004 年約有 147 萬腫瘤就醫人數，其中約有 70.41% 為良性腫瘤患者，而部位明確之惡性腫瘤就醫人數以消化器及腹膜之腫瘤為最高，約占惡性腫瘤就醫人數之 31.62%，若以性別來分析，女性腫瘤就醫人數約為 99 萬，遠大於男性之 48 萬人，主要為女性良性腫瘤之就醫人數為男性之 2.74 倍（衛生署，2006）。

國人男、女性癌症的好發部位不同，因此男、女性全癌症的存活率亦有所不同，女性全癌症（不含原位癌）5 年存活率為 57.84%，遠高於男性的 32.35%（國健局，2006）（詳見表 2-3）。

表 2-3、男女十大癌症五年存活率

男 性					女 性						
部位別	一年	二年	三年	四年	五年	部位別	一年	二年	三年	四年	五年
全癌症	58.9	46.1	39.6	35.3	32.4	全癌症	77.8	69.1	64.1	60.6	57.8
肝	42.4	29.7	22.8	18.2	15.4	肝	91.0	83.3	78.3	74.8	72.1
肺	33.6	18.3	13.1	10.8	9.6	肺	95.6	90.2	85.4	81.2	77.6
結直腸	76.8	64.5	56.4	50.6	46.5	結直腸	77.9	65.8	58.3	52.8	49.2
口腔	71.9	56.0	49.7	45.6	42.5	口腔	47.3	34.2	26.6	21.8	17.7
胃	54.9	41.6	35.8	31.7	29.2	胃	40.5	23.3	16.9	14.0	12.4
攝護腺	87.8	77.1	68.0	60.8	55.3	攝護腺	58.5	46.0	40.7	37.3	34.9
膀胱	83.3	73.7	66.8	61.0	56.6	膀胱	92.2	86.6	81.7	77.1	73.3
食道	36.4	20.1	15.0	12.9	12.1	食道	67.4	50.3	43.1	40.7	38.9
皮膚	89.7	83.7	78.5	73.6	69.6	皮膚	81.7	71.1	65.1	60.1	56.8
鼻咽	85.5	73.0	64.4	58.1	53.6	鼻咽	90.3	83.2	79.2	77.2	75.4

註：子宮頸癌只限子宮侵襲癌。

資料來源：中華民國公共衛生癌症登記小組，2002 年癌症登記報告，2006。

2003 年國人腫瘤於健保的花費的 26,213,159 千點佔總醫療費用的 7.32%，2004 年腫瘤的花費 30,243,965 千點佔總醫療費用的 7.55%，而從 2003 年到 2005 年的 33,783,728 千點（8.20%），成長了 28.9%，且費用呈現上升的趨勢（詳見表 2-4）。

2005 年腫瘤住院的醫療費用 145,149,219 千點佔總住院費用 12.78%，僅次於呼吸系統疾病（20.39%）及循環系統疾病（13.23%），位居第三名（衛生署，2007）。

表 2-4、腫瘤費用佔健保醫療費用比例

年度	資料	門診	住院	合計
2003 年	腫瘤費用	11,333,025	14,880,134	26,213,159
	總醫療費用	238,273,420	120,006,472	358,279,892
	腫瘤費用比(%)	4.76%	12.40%	7.32%
2004 年	腫瘤費用	13,428,566	16,815,399	30,243,965
	總醫療費用	264,493,593	136,202,256	400,695,849
	腫瘤費用比(%)	5.08%	12.35%	7.55%
2005 年	腫瘤費用	15,229,887	18,553,841	33,783,728
	總醫療費用	266,737,402	145,149,219	411,886,621
	腫瘤費用比(%)	5.71%	12.78%	8.20%

註：單位：千點。腫瘤費用比(%)=腫瘤費用/總醫療費用

資料來源：行政院衛生署醫療統計年報，2007。

第二節 國內外癌症治療相關措施與機構

自 1982 年起，癌症即為國人十大死因之首，年齡標準化死亡率與發生率持續增加。由於癌症的多樣性，以及治療的複雜性，使得癌症成為國內目前健康照護體系的重大挑戰。為達到高品質之防癌計畫，政府參考國外經驗，積極推動癌症團隊治療模式。

一、國家癌症防治五年計畫

衛生署自 1996 年起委託台灣公共衛生學會辦理癌症登記工作計畫，資料品質日漸穩定，目前台灣癌症登記資料完整性已達 90%，符合北美癌症登記協會（North American Association of Central Cancer Registries）所訂之優等標準（90%）。有鑑於癌症對國人健康的威脅，政府為整合醫療保健資源，有效推動癌症防治工作，於 2003 年公布施行癌症防治法，並研擬國家癌症防治五年計畫，以期降低國人癌症死亡率。國家癌症防治五年計畫主要內容為（1）整合癌症防治架構。（2）建立健康生活型態，降低民眾罹癌風險。（3）推動癌症篩檢，早期發現早期治療。（4）課責醫院落實癌症診療管理，確保診療品質。（5）積極推廣安寧緩和醫療，提升病人生活品質。（6）建立癌症防治資料庫，持續監測及評估癌症防治計畫。（7）整合辦理相關癌症研究。（8）培訓人才（國健局，

2004)。

二、癌症防治中心

國內醫院對於癌症診斷與治療，以往都是各科自行診療，缺乏多專業團隊整合診療，對於癌症期別、診療與追蹤資料庫亦尚未建置，因此無法評估院內不同癌症期別的存活率；且對於病人、家屬或社區之癌症衛教、篩檢等預防性工作著墨甚少。有鑒於此，衛生署參考國外經驗，自 2002 年 10 月起，徵求醫療機構獎助其成立「癌症防治中心」，每年每家補助經費上限為新台幣 200 萬元，輔導各中心能整合運用各項資源，推廣區域內之各項癌症預防宣導教育、篩檢、跨科別整合療法、醫護人員教育訓練及支援合作、臨床研究等，同時建立癌症相關資料庫，分析國內癌症資料之發展趨勢，進而提升各區域癌症防治服務水平；期望藉由此中心的成立，能建立全國性癌症防治網路，並有效整合運用區域內政府與民間資源。2004 年共計獎勵補助二十七家醫療機構成立「癌症防治中心」，十七家醫療機構審查通過，2007 年目前補助的醫院為 21 家（國健局，2007）。政府除了致力於癌症防治工作，同時也在治療面及品質面加強管理，如同衛生署 2005 年公佈的「癌症診療品質保證措施準則」。

衛生署依據癌症防治法，訂出「癌症診療品質保證措施準則」，要求醫院以「多科醫療團隊」提供照護服務。草案共有七大標準 30 條細則，包括要求醫院設置「癌症醫療品質小組（或委員會）」、「癌症資料庫」等，「癌症醫療品質小組（或委員會）」由具癌症診療相關專長之醫療及行政等跨科部單位組成，其主要任務為：規劃督導與評估機構內各項癌症計畫、針對癌症計畫訂定策略和相關機制、督導癌症資料庫管理工作、建立院內同儕審查機制以評估癌症診療與照護品質、每年對癌症病人治療成果進行檢討與分析並出版癌症診療與照護報告。

癌症醫療品質小組應自訂合宜之開會頻率和型式。醫院須將「改善癌症存活率」列為優先改善項目，針對不同癌症辦理存活率統計分析，參加衛生署擬訂的診療品質保證計劃，例如乳房攝影檢查、子宮頸抹片檢查等，每年至少應隨機抽取百分之十癌症個案進行資料審閱。癌症防治醫療機構應針對不同癌症訂定治療指引，並由多專科醫療團隊提供下列整合性及持續性之癌症診療與照護：心理諮商、社工、靈性照顧、腫瘤護理、疼痛控制、營養、衛教及藥物諮詢、復健、出院準備服務、安寧療護或居家護理服務、病友團體資訊等照護，以確保癌症診療品質。多專科醫療團隊之成員除醫師外，包括營養師、心理諮商、護理人員、復健人員、安寧照護或

居家護理等人員。此外，癌症醫療品質小組或委員會應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科醫療團隊討論之個案百分比，且討論個案中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略（國健局，2005）。

三、美國癌症委員會

美國的癌症醫療評鑑及監測系統裡，最重要的機構就是癌症委員會（Commission on cancer）。癌症委員會的目的是在減少癌症的發生率及死亡率。經過長期的發展，建立了一套醫療作業標準，包含癌症預防，早期診斷，治療前評估，期別驗證，治療適當性，復健、追蹤、心理支持以及臨終照顧等方面。進而演化成一套評估癌症病人在接受醫療作業時的品質評鑑系統（鄭鴻鈞，2004）。

癌症委員會的工作主要由四種次級委員會執行：（1）癌症醫療評鑑委員會：主要在認證符合於癌症委員會醫療作業標準的醫療機構；（2）癌症醫師聯合會：確保癌症委員會認同的診療標準在個別醫療機構確實的執行，以及申報癌症資料的正確性；（3）癌症教育推廣委員會；（4）癌症資料庫委員會：訂定及修訂癌症資料庫的內容及資料申報標準（Commission on Cancer, 2000）。癌症委員會為鼓勵被認證之醫療機構致力於醫療品質的改善，改善的方法是透過

癌症診療團隊，以改善下列幾個面向：（1）癌症預防；（2）癌症早期診斷；（3）治療前的評估鑑定；（4）適當的治療；（5）復健；（6）追蹤檢查；（7）心理的支持；（8）臨終病人的照顧。

四、國家癌症資料庫

美國國家癌症資料庫（National Cancer Databases）的目的為整理及分析國家癌症醫療網中，癌症機構診療病人的型態，包含診斷、期別、治療以及存活情形等。1988 年重新改組以後，美國癌症資料庫有二千家參與醫院，並得到癌症委員會認可，他們定期把資料送到美國癌症資料庫裡（鄭鴻鈞，2003）。

資料的標準是根據癌症委員會頒佈的標準，第一冊「癌症醫療作業標準」與第二冊「資料登錄操作及資料標準」。目前全美大概有 80% 的癌症病人的資料，每年被收集到這資料庫裡。所有參與的癌症機構，每年都會收到國家癌症資料庫所發佈的資料，以使各個參與的癌症機構可以比較，個別醫院跟全國資料的差異。每個參與的醫院每年都會收到全國的資料以及各自單獨醫院的資料，即可評估自己醫療機構照顧病人的狀態，與全國資料的比較，思考是否有改善的空間（鄭鴻鈞，2003）。

第三節 癌症諮詢規劃費相關規範

為提升國內癌症診療品質，台灣積極推動癌症多專科診療，健保局於 2003 年 4 月 1 日新增給付癌症治療計畫諮詢規劃費（Cancer patient treatment planning and consultation），該費用強調以多科整合模式提供病人完整癌症治療計畫。

癌症諮詢規劃需包含病患之病情及體能狀況以及最適合病患之治療方式、治療建議、住院及門診追蹤之配合度、預後因子，此外還有病患的心理調適、經濟、工作、信仰、家族等之諮詢與評估，以及情緒處理及引導等（健保局，2003）。

病患療程若需較長時間（例如需要持續用藥、追蹤數月、甚至數年），醫院於完成病患癌症治療準備及後續治療評估之整體照護計畫，並完成手術、放射或化學等相關治療，即可申報癌症諮詢規劃費用。治療進行中重新評估或更改治療方式，屬同一療程，同一個療程治療期間內不能重複申報，惟病患再度復發且轉換不同治療方式時，才得重新申請。若病患因病情變化，需終止治療計畫者，應於病歷上詳細記載其病況及終止治療原因等，則該病患視同該次治療計畫結束，並可申報規劃費用；癌症病患若經醫師評估採支持性治療為最適合之治療方式時，亦可申報該費用。

規劃費之申報以病患為單位，跨科提供治療，僅能申報一次，醫院由診療團隊共同診療時，建議主治醫師申報。規劃費每次支付的點數為 2000 點，每位病患限制申報兩次，而申報規劃費應於病歷上詳載確定診斷之手術、放射、病理等報告以及治療後之就醫紀錄和治療計畫內容等備查（健保局，2003）。

第四節 癌症多專科整合醫療

現代癌症治療在醫學上已有很大的進步，經由治療技術與藥物的提升，能提供患者一個更好的治療方式。整合性的癌症治療即為結合多項專科醫生專長，為患者做治療，除此之外也須兼顧到病患治療後的副作用及生活品質的影響，以達到預防及減輕治療後的逆效應，進而提升病患的存活率（Licitra, Bossi, Locati, 2006）。

美國癌症協會（American Cancer Society）明文指出，癌症治療應採取多科整合醫療系統，以達到降低成本，提高病患醫療品質的目標。為達此目標，多科整合醫療團隊應包含有外科醫師、腫瘤科醫師、放射科醫師、心理專家、復健師、營養師...等相關人員（North American Association）。美國疼痛協會（American Pain Society）在 1995 年也重新修正了疼痛與癌症品質管理規範，規範中

指出，要提高疼痛照護與癌症照護，必須病患、家屬以及多專科醫師專家之合作，以提供時效性且又符合經濟效益的醫療協助（Gordon, 2005）。

美國 Mayo Clinic 利用多專科團隊（含精神科醫師、心理學家、物理治療師、護理師、醫院牧師等）進行一系列會議的介入，維持了癌症末期病患的生活品質，使病患的生活品質不因為接受放射治療而有所降低（Rummans et al., 2006）。亦有研究（Licitra, Bossi, Locati, 2006）指出，多專科團隊的治療方式可以改善口頸癌病患的身體機能、生活品質及存活率；德國亦有類似研究（Schmalenberg, 2005）。

英國多專科整合醫療團隊（Hospital palliative Care Teams - HPCTs）在醫院中成長的相當迅速，團隊中成員有各專科醫師、護理人員、社工人員、牧師等心靈指導人員、藥劑師、及其他醫療相關專業人員等（Hunt, 2004）。而其中發展歷史最悠久的為肺癌整合醫療團隊（Lung Cancer Multidisciplinary Team - MDT），所有肺癌的病患，必須經由 MDT 診察，以確保及提升醫療照護品質（Davison, 2004）。在澳洲，也有類似的多專科整合醫療團隊。研究顯示多專科整合醫療系統運用於早期乳癌患者，能夠降低患者的死亡率，降低醫療成本以及提高生活品質（Zorbas, 2003）。而早在

1978 年即有研究以墨爾本癌症中心為例，指出癌症中心應該整合各專科以進行治療、研究及教育訓練之責任 (Ilbery, 1978)。

國內對多專科癌症診療相關文獻，林曜祥等人 (2005) 指出在歐美有關分化良好型甲狀腺癌之指引已由不同醫學組織結合外科、內分泌科、腫瘤及核醫醫師，並在病理、生化、放射及特殊護理科的支援下，對臨床爭議與疑慮提出解決方案，這些指引也協助病人更瞭解病況，獲致更好醫療照護與生活品質，進而增加存活率，但在國內這方面則仍有待努力。林資琛 (2004) 指出大腸癌治療利用多學科整合 (multidisciplinary approach) 可以降低局部復發率及死亡率，同時改善病人的生活品質。此外，癌症末期之病患，經由「安寧緩和療護」所提供「多科專業團隊」之照顧 (包括病患身體的症狀控制、病患與家屬心理社會與靈性的照顧)，減輕癌末病患的痛苦、疼痛、噁心與嘔吐，進而促進其生活品質 (李淑珍等，2005)。整合國內外之文獻可知，癌症多專科團隊的診療不僅能使癌症病患獲得更好醫療照護與生活品質，更能增加存活率。

第五節 影響醫師行為之因素

醫師較病患具有專業知識，可判斷醫療處置之必要性，可說是病患的代理人。若醫師會有創造目標收入的理念，則容易產生供給誘發需求的現象（郭信智、楊志良，1994；吳瑞真，2004）。

為了導正診所醫師論量計酬的觀念而施行了總額預算制度，總額制度不僅改變醫師的醫療處置行為，提高處方的適切性，進而影響民眾就醫的醫療品質（邱俊傑，2003）。總額支付制度實施之後，會影響醫院醫師之醫療行為，但是如果相關配套措施的實行規劃不良，更會加劇醫院醫師行為的改變，進而影響醫療品質（蔡正隆，2003）。國外亦有類似的研究，控制醫療費用不僅無至於醫療需求的抑制，更會使醫療品質迅速的下降（Feldman & Sloan, 1988）。Baumol（1988）指出美國長期控制老人醫療保險（Medicare）的醫療保險費用會影響醫師提供醫療服務的數量跟以及醫療品質，醫療費用的控制不僅限制醫師提供醫療服務也限制了老人就醫的可近性。

論病例計酬實施後確定可以降低住院日數及住院醫療費用，且住院日數及住院醫療費用之降低並不致影響醫療品質（楊錦豐，2002）。許玫玲（2005）亦指出在論病例計酬制度下，當醫院改變

醫師費制度，以財務誘因鼓勵醫師節約醫療資源時，部分手術住院日數減、藥費與特殊材料費均有減少的現象，也就是醫院新的醫師費措施的確使醫師減少醫療資源耗用，然而減少程度因不同疾病而有差異。宋需蓁（2000）指出論量計酬與論病例計酬兩種不同支付制度下，醫院採取不同的薪資制度，不僅改變了醫院之薪資設計，也間接影響醫師臨床決策之醫療行為與醫療品質。

健保局針對肺結核等疾病採用「論質計酬」之付方式，其目的之一即在改善支付方式，鼓勵醫療提供者確實完成肺結核病患之治療，提升醫療品質（蔡文正，2003）。健保給付制度確實會影響醫療行為的改變，且支付制度的改變在控制成本的同時也可能造成品質的下降，唯有在醫師診療行為中建立成本觀念，才能確保病患能接受他們所需要的醫療服務（Wedig et al., 1989）。

第六節 文獻總結

綜合上述資料可得知，癌症發生率及死亡率都有日益增加之趨勢，而治療癌症所花費的費用佔健保總支出也佔了很大的比例。目前癌症的治療已朝向多專科整合的治療模式，多專科診療團隊不僅可提升癌症診察品質更能提高病患的生活品質，而國內醫院對於癌症診斷與治療，以往都是各科自行診療，缺乏多專科整合診療。國內為鼓勵癌症多專科團隊的診療，新增「癌症治療計畫諮詢規劃費」支付項目，希望藉此鼓勵醫師以多科整合的模式提供癌症病患一個更完善的治療。

癌症治療計畫諮詢規劃費實施至今已有一年的時間，尚未有相關研究指出此諮詢規劃費的成效如何。因此本研究計畫將針對治療癌症的醫師進行問卷訪問，以瞭解癌症諮詢規劃費施行的現況、醫師對癌症諮詢規劃費實施之評價、看法與建議及探討癌症諮詢規劃費對醫師自覺在病患診療品質之影響。

第三章 研究設計與研究方法

第一節 研究流程

本研究欲針對目前癌症諮詢規劃費施行之現況進行調查，主要藉由問卷調查的方式進行研究，本研究之研究流程及進行步驟如下：

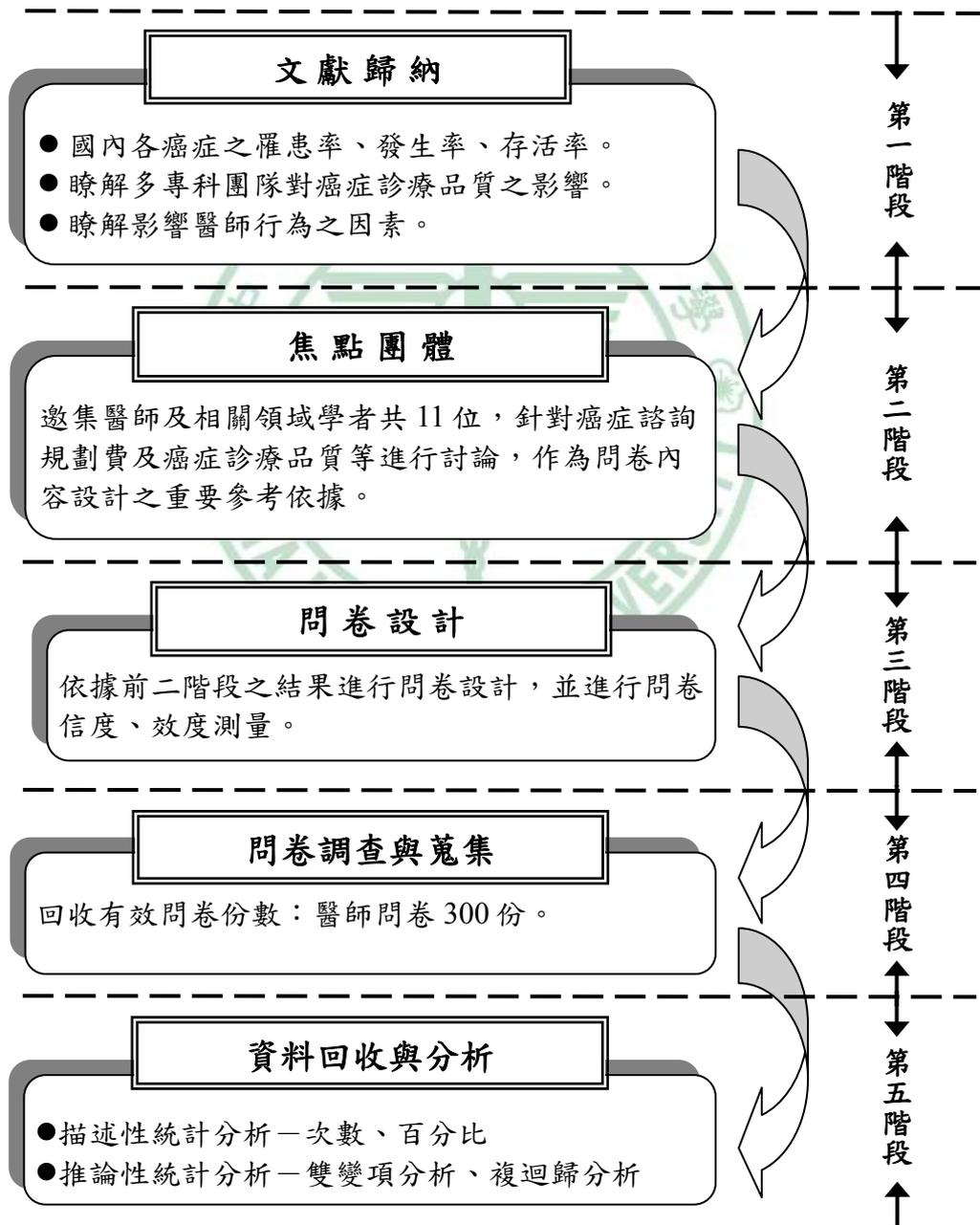


圖 3-1、研究流程

第二節 研究架構

本研究經整理相關文獻進行探討後，本研究透過醫師基本特性、申報規劃費之經驗、規劃費對診療之影響以及醫師對規劃費之看法等四部份，探討影響醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之因素，研究架構如下。

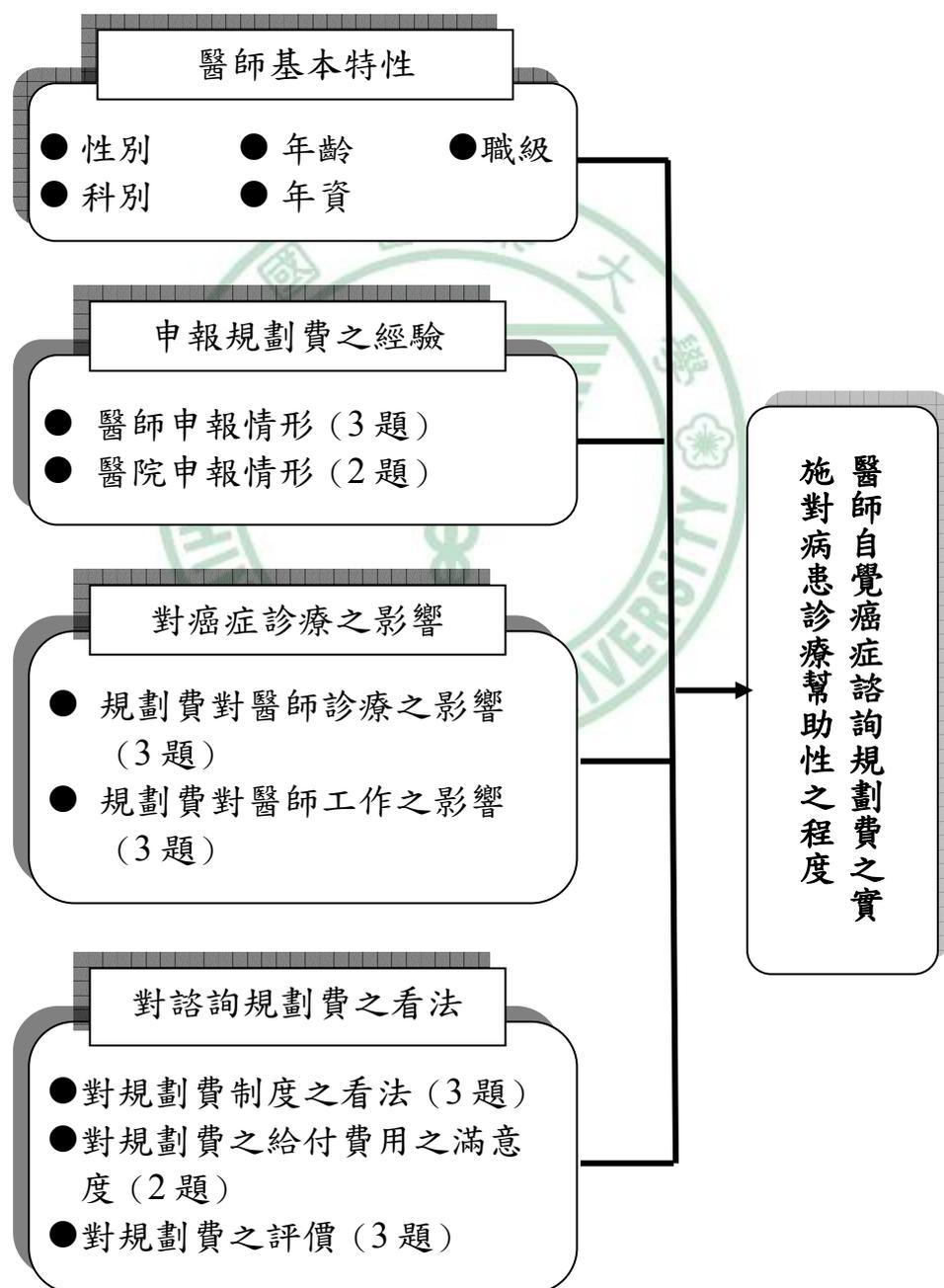


圖 3-2、研究架構

第三節 研究對象及問卷設計

一、研究對象

本研究問卷調查乃針對全國區域級以上醫院（24 家醫學中心、72 家區域醫院）參與癌症診療之醫師為研究對象。對區域級以上醫院治療癌症之相關科別（如癌症防治中心、腫瘤治療中心、血液腫瘤科、放射腫瘤科等）進行普查。

二、研究工具

（一）問卷設計

本研究透過問卷調查的方式收集資料，測量工具採結構式問卷的方式設計問卷。問卷發展過程首先透過相關文獻及研究報告（健保局，2003；American Cancer Society, 2005；Davison, 2004；蔡文正，2005；蔡正隆，2003；吳瑞真，2004 等）資料，並邀集具癌症診療經驗之醫師 8 位，相關領域之專家學者 3 位進行焦點團體（Focus Group）討論，以瞭解規劃費實施對癌症診療方式之影響、其促進癌症診療團隊合作機制之成效、實施癌症諮詢規劃費是否有助提升癌症診療品質，請領癌症諮詢規劃費之困難及對癌症諮詢規劃費支付制度之建議等，並依據醫師及專家之意見修改問卷（詳見附錄一）。

本研究問卷內容包括：1.醫師基本特性（例如：性別、年齡、科別、執業年資等）；2.對癌症諮詢規劃費之經驗（例如：是否曾申報過規劃費、規劃費由哪個科別申報、醫院目前是否申報規劃費、醫師獲得規劃費之比例等）；3.實施癌症諮詢規劃費後對癌症診療之影響（例如：促進各科別間於癌症診療溝通與協調、提升癌症診斷之迅速與正確性、提供病患治療規劃適切性、改善病患治療連續性、醫院是否安排個案管理師介入等）；4.對於規劃費之看法（例如：對規劃費給付點數之滿意度、劃費對促進多專科團隊診療之幫助性、是否同意領取規劃費之醫師為主責醫師、主責醫師應負擔之責任、認為合理規劃費用為何、是否願意擔任主責醫師），藉以瞭解規劃費施行的現況以及醫師對癌症諮詢規劃費實施之看法與建議（詳見附錄二）。

（二）問卷信、效度

本研究將設計完成之醫師問卷進行效度與信度的測量，在效度測量方面，以專家效度進行內容效度（content validity）之測量，依照研究變項的適用性來衡量題目，題目分為「適合」、「不適合」及「修正後適合」三類，並依專家提出之建議修改，將問卷內容中定義模糊之題目予以釐清，以確定問卷完整性，經專家審查後，綜合專家意見，使用 CVI（the index of content validity）的計分方法計

算問卷之 CVI 值。本研究 CVI 值為 0.90，顯示本研究之問卷效度極好（Bryman & Cramer, 1997）。

在信度測量方面，為避免再次打擾醫師及癌症病患，無法利用「再測法」重複訪談同一人，故本研究採取計算 Cronbach α 係數，確認問卷內容的一致性。Cronbach α 係數表示各受訪者回答問卷內容一致性程度，係數越大表示問卷內容一致性越高，一般而言係數大於 0.7 則表示問卷內容信度佳（Nunnally, 1978）。本研究針對問卷內醫師對癌症諮詢規劃費之看法與評價檢定其 Cronbach α 係數值為 0.74，可知問卷內容具有一致性。

三、資料收集

本研究之研究對象透過全民健康保險局公佈之醫事特約機構名冊取得區域級以上之醫院名單（24 家醫學中心，72 家區域醫院），採用郵寄結構式問卷的方式進行資料收集，問卷醫師填寫完畢後經由相關人員（如：相關科別之秘書或助理等）收集後一併寄回。本研究於 2006 年 9 月郵寄問卷後，回收至 10 月，共寄出 520 份問卷，有效樣本數為 300 份，有效回收率為 57.7%。

第四節 統計分析方法

一、描述性分析

依照醫師之基本特性（如：年齡、是否為主管、看診科別等、執業年資）、規劃費實施之現況（醫師請領過規劃費之比例、治療之病患是否有被申報規劃費、醫院目前是否繼續申報、不願申報之因素、醫師實際獲得規劃費給付之比例）、規劃費對醫師診療之影響（規劃費是否可提升癌症病患之存活率及診療品質、規劃費實施後對癌症診療方式之影響、是否增加工作負擔、規劃費實施後醫院是否積極安排個案管理師介入、是否因規劃費而促進多專科診療照護團隊之成立等）、對於此制度之看法（對規劃費用滿意度、對規劃費之評價等）方面統計其次數、百分比，以瞭解醫師對癌症諮詢規劃費之看法、感受及執行現況等情形。

二、雙變項分析

本研究利用 t-test、ANOVA 分析醫師基本特性、對規劃費之經驗、看法與評價等方面，其醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之程度是否有差異，並進一步利用卡方檢定分析對規劃費之看法與評價與醫師申報癌症諮詢規劃費經驗間是否存在差異。

三、複迴歸分析

利用複迴歸分析（Multiple regression analysis），以醫師自覺對病患診療的幫助性為依變項，採 Likert 1~5 分為評分方式，以醫師特性、對規劃費之經驗與看法以及規劃費對癌症診療之影響為自變項，探討影響醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之顯著因素。



第五節 研究變項與操作型定義

依據研究目的與研究架構，將本研究之各種分析資料變項的詳

細內容與定義詳列如下：

表 3-1、操作型定義

變項名稱	變項操作定義	變項種類
醫師基本特性		
性別	男、女	類別
年齡	醫師實際年齡。	連續
執業年資	醫師實際執業年資。	連續
是否為主管	是、否	類別
看診科別	一般外科、婦產科、骨科、肝膽腸胃科、胸腔內科、胸腔外科、神經內科、神經外科、皮膚科、牙科、血液腫瘤科、放射腫瘤科、泌尿科、耳鼻喉科、病理科、精神科、兒科、核子醫學科、其他	類別
醫師對癌症諮詢規劃費之經驗		
醫師本身是否曾申報	是、否	類別
病患被申報之主要科別	一般外科、婦產科、骨科、肝膽腸胃科、胸腔內科、胸腔外科、神經內科、神經外科、皮膚科、牙科、血液腫瘤科、放射腫瘤科、復建科、泌尿科、耳鼻喉科、病理科、中醫、核子醫學科、兒科、精神科、營養科、社工、未申報、其他科別	類別
醫院目前是否申報	是、否	類別
是否清楚醫院未申報之因素	是、否	類別
醫院未申報之因素	無瑕參與、規劃費於總額內、未實質回饋、人力不足、不瞭解制度、院方未實質協助、不滿意給付點數、難掌握申報次數、申報流程複雜、增加治療複雜度、科別無法配合、院方不鼓勵、其他	類別
實質獲得給付費之比例	完全沒獲得、少許獲得、獲得約一半、大部份獲得、完全獲得、不清楚	類別

表 3-1、操作型定義（續）

變項名稱	變項操作定義	變項種類
癌症諮詢規劃費實施對癌症診療之影響		
對病患治療的幫助性	完全沒幫助～非常有幫助（五分法） 複迴歸分析採 1~5 分連續性變項	類別
對病患診療有幫助之處	協調溝通、診斷迅速正確、規劃適切、規劃完整、治療連續性、提高存活率、縮短治療住院時間、其他	類別
規劃費對多專科診療之幫助性	完全沒幫助～幫助很多（五分法） 複迴歸分析採 1~5 分連續性變項	類別
增加工作負擔之程度	完全沒增加～增加很多（五分法） 複迴歸分析採 1~5 分連續性變項	類別
是否增加安排個管師	是、否	類別
是否因規劃費增加以下服務	是、否	類別
增加的服務	心理諮商、社工協助、靈性照顧、疼痛控制、營養諮詢、衛教諮詢、藥物諮詢、復健服務、出院準備服務、安寧療護服務、居家護理服務、病友團體資訊、其他	類別
醫師對癌症諮詢規劃費之看法		
給付點數滿意度	非常不滿意～非常滿意（五分法） 複迴歸分析採 1~5 分連續性變項	類別
同意將規劃費預算改聘個管師	完全不同意～非常同意（五分法） 複迴歸分析採 1~5 分連續性變項	類別
同意領取費用者為主責醫師	是、否	類別
主責醫師應負之責任	確保病患依指引治療、訂立治療計畫並確保完整、解說治療計畫、確保病歷完整性、負責治療計畫書填寫、癌登資料填寫、詳細解說病情、其他	類別
自覺合理規劃費	1,000 點、2,000 點、3,000 點、4,000 點以上	類別
是否願意為主責醫師	是、否	類別
對規劃費整體之評價	非常不滿意～非常滿意（五分法） 複迴歸分析採 1~5 分連續性變項	類別

第四章 結果

本研究結果主要包含四大部分：第一部分為樣本數之檢定。第二部份為描述性分析，主要針對回收問卷簡單描述醫師於各變項之分布情形。第二部分為雙變項分析，主要利用 t-test、ANOVA 以及卡方分析檢定變項間是否達顯著差異。第三部份為複迴歸分析，分析影響醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之因素。

第一節 描述性分析

一、樣本數之檢定

為檢驗本研究樣本數是否足夠，本研究假設母群體與樣本醫師自覺規劃費對病患診療幫助性程度可容許誤差為 0.25 分，而樣本醫師自覺規劃費對病患診療幫助性之平均值為 2.86 分，樣本標準差為 1.29，在檢力 (power) 為 80% 的條件下，若要達統計顯著水準所需的樣本數為 210 份 ($\alpha=0.05$)，本研究樣本數為 300 份，顯示本研究樣本數應具有足夠統計效力。

二、醫師基本特性

本研究樣本男性佔 91.7%，平均年齡為 42.6 歲，以「36-40」歲居多 (28.7%)，其次為「41-45」歲 (21.0%)。平均執業年資為 12.7 年，執業年資多為「6-10」年 (33.3%)，「11-15」年

(21.7%) 次之。有 29.0% 的醫師擔任「主管」，看診科別則以「血液腫瘤科」(18.0%) 居多，其次為「放射腫瘤科」(13.7%)、「肝膽腸胃科」(12.3%)、「婦產科」(8.0%)、「胸腔內科」(8.0%)。

三、醫師對癌症諮詢規劃費之經驗

近七成 (66.8%) 的醫師表示本身未曾申報過規劃費，但有 78.1% 的醫師表示所治療的癌症病患曾被申報規劃費，而申報的科別主要為「血液腫瘤科」(30.6%)、「放射腫瘤科」(8.1%)、「肝膽腸胃科」(7.1%)、「耳鼻喉科」(4.7%)，但仍有 8.4% 的醫師不清楚本身所治療之病患由哪個科別申報。一半以上 (51.3%) 的醫師表示醫院目前沒有申報規劃費，其中有 51.9% 的醫師表示不瞭解醫院未何不申報規劃費，而瞭解醫院不申報規劃費之醫師表示「不夠瞭解規劃費而未申報」者佔 64.9%，「規劃費包含於醫院總額內」(36.5%)、「無暇參與」(29.7%)、「人力不足」(28.4%)、「未實質回饋給申報醫師」(27.0%) 以及「院方未實質協助」(23.0%) 等皆是醫師認為醫院目前不申報的原因之一，亦有醫師表示「申報流程複雜」(17.6%)、「難掌握病患已申報之次數」(16.2%)、「科別間無法配合」(14.9%)、「不滿意給付點數」(14.9%) 皆是醫院不申報規劃費可能的原因。在醫師實質獲得

規劃費給付費用的部份，有 48.1%的受訪醫師表示完全沒有獲得規劃費給付費用，26.2%的受訪醫師表示有少許的獲得，9.9%的受訪醫師獲得約一半的規劃費，而表示大部份獲得或完全獲得的醫師僅有 4.3%，表示不清楚獲得規劃費用比例的醫師亦有 11.6%。

四、癌症諮詢規劃費對醫師診療之影響

規劃費實施之後，有 44.7%的醫師認為對病患治療有幫助或非常有幫助，表示完全沒有幫助的醫師則有 19.6%；其中表示有幫助的醫師認為對病患治療有幫助之處主要為「治療規劃之完整性」（65.7%），其次為「治療規劃之適切性」（59.7%）、「促進各特別間之溝通與協調」（57.5%）、「改善治療療程之連續性」（43.1%）以及「提高診斷的速度及準確性」（31.5%），而僅有 16.6%的醫師提到規劃費可以提高病患的存活率。受訪醫師中有 40.8%的醫師認為「規劃費對促進多專科團隊診療」有很大的幫助或有幫助，表示規劃費對多專科團隊診療完全沒有幫助或幫助性不大的醫師則有 27.0%，其中，認為規劃費對多專科團隊診療完全沒有幫助的有 8.4%。

在「工作負擔」方面，有 46.5%的醫師表示在實施規劃費之後對於工作負擔完全沒增加或少許增加，表示有增加或增加很多的醫

師則有 30.5%。而在實施規劃費之後，43.9%的醫師表示醫院有安排個案管理師專案照護癌症病患；此外，有 73.0%的醫師表示醫院有因癌症諮詢規劃費實施而增加提供相關服務，在提供的服務中以「安寧療護服務」（58.9%）為主，其次為「社工協助」（55.4%）、「疼痛控制」（51.8%）、「衛教諮詢」（50.0%）、「心理諮商」（39.3%）、「居家護理服務」（38.7%）、「出院準備服務」（36.9%）及「營養諮詢」（36.3%）。

五、醫師對癌症諮詢規劃費之看法

在醫師對目前規劃費的「給付點數滿意度」方面，有 27.5%的醫師表示不滿意，表示非常不滿意者有 14.7%，僅有 7.6%的醫師表示滿意或非常滿意。而有五成以上（53.2%）的醫師認為合理規劃費用應為「4000 點」以上，認為合理的規劃費用應為「3000 點」之醫師也佔了 24.9%。

在確保醫師可以獲得合理的治療規劃費的前提下，超過九成（93.2%）的醫師同意「領取規劃費用的醫師為病患之主責醫師」；表示同意領取規劃費用的醫師為主責醫師之醫師表示主責醫師應負之責任分別為：「向病患解說治療計畫」（88.8%）、「訂立病患治療計畫並盡量確保治療之完整度」（85.3%）、「盡量確保病患依照

治療指引接受治療」(82.2%)、「確保病患病歷紀錄之完整性」(62.2%)、「負責治療計畫書(內含期別、危險因子、治療方法等相關資料)之填寫」(61.4%)；基於受訪醫師本身所選取之規劃費給付費用及領取規劃費所應盡之責任，有高達 85.1%之受訪醫師願意擔任病患之主責醫師。

近六成(54.0%)的醫師同意或非常同意將「健保局癌症諮詢規劃費之給付預算改為補助醫院聘請個案師」專案照護癌症病患，但仍有 24.7%表示完全不同意或不同意。在「規劃費整體評價」的部分，受訪的醫師中表示滿意或非常滿意者佔了 19.6%，表示非常不滿意或不滿意的醫師則有 25.5%。

第二節 雙變項分析

一、各變項與醫師是否申報癌症諮詢規劃費之關係

在受訪醫師是否申報規劃費之雙變項分析部份，如表 4-6 所示，「性別」、「治療之病患是否被申報」、「醫院目前是否申報」、「實質獲得規劃費給付費用之比例」、「規劃費對病患診療之幫助性」、「醫師工作負擔增加之程度」、「是否願意為主責醫師」均達統計上的顯著差異($P < 0.05$)，此外，「對規劃費給付點

數之滿意度」 ($P=0.064$) 介於臨界值。

未申報過規劃費之女醫師 (11.8%) 高於申報過規劃費之女醫師 (2.1%)，而醫師是否申報規劃費與醫師之「年齡」、「執業年資」、「看診科別」以及「是否為主管」與診療幫助性則無顯著顯著差異 ($P>0.05$)。申報過規劃費的醫師其所治療的病患有被申報 (97.9%) 高於未申報的醫師 (67.4%)。規劃費施行後，申報過規劃費之醫師表示工作負擔有增加的比例 (33.0%) 高於未申報過規劃費之醫師 (26.6%)。未申報過規劃費的醫師對於規劃費給付點數滿意度的部分則有比較低的傾向，但尚未達顯著水準 ($P>0.05$)。規劃費若有合理的給付點數及應盡責任的前題下，申報過規劃費的醫師願意擔任主責醫師的比例 (94.7%) 則高於未申報之醫師 (79.7%)。

二、癌症諮詢規劃費對診療幫助性與各變項之關係

醫師認為規劃費對病患診療幫助性與醫師基本特性的部分無顯著相關 ($P>0.05$)。而醫師對於規劃費之經驗部分，「醫師是否曾申報」及「實質獲得規劃費給付費用之比例」與診療幫助性呈顯著相關 ($P<0.05$)。對規劃費之看法與評價的部分，「工作負擔增加之程度」、「是否增聘個管師」、「是否增加提供服務」、「規劃

費對促進多科診療之幫助性」以及「對規劃費整體評價」等變項皆與醫師自覺規劃費對診療之幫助性呈顯著相關 ($P < 0.05$) (詳見表 4-7 及 4-8)。本研究對於影響醫師自覺規劃費對病患診療之幫助性進一步以複迴歸分析，經控制相關因素後加以確認。

第三節 複迴歸分析

本研究利用逐步複迴歸分析影響醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之相關因素，在迴歸模式中以「醫師覺得規劃費對病患診療之幫助性」為依變項，以分數 1~5 分表示幫助性之程度，1 分表示完全沒有幫助，5 分表示非常有幫助，自變項包含醫師基本特性、醫師對規劃費之經驗、規劃費對醫師診療之影響以及醫師對規劃費之看法等變項。排除各項遺漏值後，共計 192 位受訪醫師樣本進入迴歸分析中，迴歸模式 (表 4-9) 發現影響醫師認為癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性的顯著相關因素，包含：「醫師是否為主管」、「規劃費對醫生工作負擔增加之程度」，以及醫師對規劃費看法中的「規劃費對多專科團隊之幫助性」、「是否願意將規劃費預算改聘個管師」、「醫師對規劃費整體之評價」。就整體模式而言，所有自變項對於醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之

解釋力 (R^2) 為 0.352，校正後解釋力 (Adjust R^2) 為 0.332。

在控制其他變項下，擔任「主管」的醫師，認為規劃費對病患診療較非主管的醫師認為有幫助 ($p < 0.05$)。醫師認為因規劃費而使「工作負擔」增加愈多者，愈覺得規劃費對病患診療有幫助 ($p < 0.05$)，工作負擔每增加 1 個單位，其認為規劃費對病患診療之幫助性就增加 0.27 單位。認為規劃費對「促進多專科診療」愈有幫助的醫師，對於規劃費對病患診療幫助性就愈高 ($p < 0.05$)，對多專科團隊促進之幫助性每增加 1 個單位，其認為規劃費對病患診療之幫助性就增加 0.32 單位。愈贊同將「規劃費給付預算改為聘請癌症個管師」的醫師，就愈覺得規劃費對醫師診療幫助性低 ($p < 0.05$)，同意度每增加 1 單位，其認為規劃費對病患診療之幫助性就減少 0.29 單位。對「規劃費整體評價」愈高的醫師，則認為規劃費對病患診療之幫助性愈高 ($p < 0.05$)，整體評價每增加 1 單位，規劃費對病患診療之幫助性就增加 0.38 單位。所有變項經標準化後，對於醫師認為規劃費對病患診療幫助性之影響最大之前三因素為「醫師對規劃費整體之評價」、「將規劃費預算改聘個管師之意願」及「規劃費對多專科團隊之幫助性」。

表 4-1、受訪醫師之基本資料

變項	個數	%
性別	(N=300)	
女	25	8.3
男	275	91.7
年齡	(N=300)	
≤35 歲	50	16.7
36 歲-40 歲	86	28.7
41 歲-45 歲	64	21.3
46 歲-50 歲	58	19.3
≥51 歲	42	14.0
執業年資	(N=300)	
≤5 年	42	14.0
6 年-10 年	100	33.3
11 年-15 年	63	22.0
16 年-20 年	55	18.3
≥21 年	37	12.3
是否為主管	(N=300)	
否	213	71.0
是	87	29.0
看診科別	(N=300)	
血液腫瘤科	54	18.0
放射腫瘤科	41	13.7
肝膽腸胃科	37	12.3
婦產科	24	8.0
胸腔內科	24	8.0
一般外科	23	7.7
耳鼻喉科	23	7.7
泌尿科	10	3.3
放射診斷科	10	3.3
病理科	7	2.3
核子醫學科	7	2.3
牙科	6	2.0
神經內科	4	1.3
腎臟科	4	1.3
胸腔外科	3	1.0
其他	23	7.7

表 4-2、醫師對癌症諮詢規劃費之影響

變項	個數	%
醫師本身是否曾申報	(N=292)	
否	195	66.8
是	97	33.2
所治療之病患是否被申報	(N=297)	
否	65	21.9
是	232	78.1
病患被申報之主要科別 (僅為病患有被申報之醫師填答)	(N=232)	
不清楚	25	10.8
血液腫瘤科	91	39.2
放射腫瘤科	24	10.3
肝膽腸胃科	21	9.1
耳鼻喉科	14	6.0
一般外科	12	5.2
婦產科	10	4.3
胸腔內科	7	3.0
泌尿科	6	2.6
牙科	3	1.3
其他科別	19	8.2
醫院目前是否申報		
否	154	51.3
是	146	48.7
是否瞭解不申報規劃費之原因 (僅為認為醫院目前未申報之醫師填答)	(N=154)	
不瞭解	80	51.9
瞭解	74	48.1
實質獲得給付費用之比例	(N=233)	
完全沒獲得	112	48.1
少許獲得	61	26.2
獲得約一半	23	9.9
大部份獲得	9	3.9
完全獲得	1	0.4
不清楚	27	11.6

表 4-3、醫師認為癌症諮詢規劃費對診療之影響

變項	個數	%
規劃費對病患診療之幫助性	(N=225)	
完全沒幫助	44	19.6
少許幫助	55	24.4
普通	30	13.3
有幫助	80	35.6
幫助很大	16	7.1
有助於診療之處 (複選)	(N=181)	
(僅為認為規劃費有幫助診療之醫師填答)		
規劃完整	119	65.7
規劃適切	108	59.7
協調溝通	104	57.5
治療連續性	78	43.1
診斷迅速正確	57	31.5
提高存活率	30	16.6
縮短治療住院時間	21	11.6
其他	3	1.7
規劃費對促進多專科團隊診療之幫助	(N=274)	
完全沒幫助	23	8.4
少許幫助	51	18.6
普通	88	32.1
有幫助	96	35.0
幫助很大	16	5.8
實施規劃費	(N=226)	
完全沒增加	28	12.4
少許增加	77	34.1
普通	52	23.0
有增加	61	27.0
增加很多	8	3.5
實施規劃費後是否增加安排個管師	(N=221)	
否	124	56.1
是	97	43.9
實施規劃費後是否增加提供服務	(N=230)	
否	62	27.0
是	168	73.0

表 4-3、醫師認為癌症諮詢規劃費對診療之影響（續）

變項	個數	%
施規劃費後增加提供之服務（複選） (僅為表示有增加提供服務之醫師填答)	(N=168)	
安寧療護服務	99	58.9
社工協助	93	55.4
疼痛控制	87	51.8
衛教諮詢	84	50.0
心理諮商	66	39.3
居家護理服務	65	38.7
出院準備服務	62	36.9
營養諮詢	61	36.3
病友團體資訊	55	32.7
藥物諮詢	54	32.1
靈性照顧	44	26.2
復健服務	24	14.3
其他服務	15	8.9



表 4-4、醫師對癌症諮詢規劃費之看法

變項	個數	%
是否同意領費用者為主責醫師	(N=278)	
不同意	19	6.8
同意	259	93.2
主責醫師應負責任 (複選)	(N=259)	
(僅為同意領取費用為主責醫師者填答)		
解說治療計畫	230	88.8
訂立治療計畫並確保完整	221	85.3
確保病患依指引治療	213	82.2
確保病歷完整性	161	62.1
負責治療計畫書填寫	159	61.4
詳細解說病情	141	54.4
癌登資料填寫	111	42.9
其他責任	2	0.8
對給付點數之滿意度	(N=265)	
非常不滿意	39	14.7
不滿意	73	27.5
普通	133	50.2
滿意	19	7.2
非常滿意	1	0.4
自覺合理規劃費	(N=269)	
1000 點	16	5.9
2000 點	43	16.0
3000 點	67	24.9
4000 點或以上	143	53.2
是否願意為主責醫師	(N=275)	
(基於醫師所填寫之責任與費用下)		
不願意	41	14.9
願意	234	85.1

表 4-4、醫師對癌症諮詢規劃費之看法 (續)

變項	個數	%
將規劃費給付預算改聘個管師	(N=276)	
完全不同意	17	6.2
不同意	51	18.5
普通	59	21.4
同意	109	39.5
非常同意	40	14.5
對規劃費整體評價	(N=271)	
非常不滿意	20	7.4
不滿意	49	18.1
普通	149	55.0
滿意	50	18.5
非常滿意	3	1.1



表 4-5、醫師認為醫院不願意申報之可能原因

變項	N=74	%
不夠瞭解制度	48	64.9
規劃費於總額內	27	36.5
無瑕參與	22	29.7
人力不足	21	28.4
未實質回饋	20	27.0
院方未實質協助	17	23.0
申報流程複雜	13	17.6
難掌握申報次數	12	16.2
科別無法配合	11	14.9
不滿意給付點數	11	14.9
院方不鼓勵	5	6.8
增加治療複雜度	4	5.4
其他原因	3	4.1



表 4-6、醫師是否申報癌症諮詢規劃費之分析

變項	未申報過		申報過		P-value
	N	%	N	%	
醫師基本資料					
性別	(N=195)		(N=97)		0.010
女	23	11.8	2	2.1	
男	172	88.2	95	97.9	
年齡	(N=195)		(N=97)		0.347
35 歲以下	37	19.0	12	12.4	
36 歲~40 歲	52	26.7	33	34.0	
41 歲~45 歲	39	20.0	24	24.7	
46 歲~50 歲	40	20.5	16	16.5	
51 歲以上	27	13.9	12	12.4	
執業年資	(N=195)		(N=97)		0.297
5 年以下	32	16.4	9	9.3	
6 年~10 年	62	31.8	38	39.2	
11 年~15 年	40	20.5	23	23.7	
16 年~20 年	35	17.9	18	18.6	
21 年以上	26	13.3	9	9.3	
是否為主管	(N=195)		(N=97)		0.284
否	142	72.8	64	66.0	
是	53	27.2	33	34.0	
看診科別	(N=195)		(N=97)		
一般外科	18	9.2	5	5.2	
婦產科	19	9.7	4	4.1	
肝膽腸胃科	25	12.8	10	10.3	
胸腔內科	17	8.7	7	7.2	
胸腔外科	2	1.0	1	1.0	
神經內科	4	2.1	0	0.0	
牙科	6	3.1	0	0.0	
血液腫瘤科	18	9.2	35	36.1	
放射腫瘤科	20	10.3	20	20.6	
泌尿科	6	3.1	4	4.1	
耳鼻喉科	15	7.7	7	7.2	
病理科	7	3.6	0	0.0	
核子醫學科	6	3.1	0	0.0	
放射診斷科	9	4.6	0	0.0	
腎臟科	3	1.5	1	1.0	
其他科別	20	10.3	3	3.1	

表 4-6、醫師是否申報癌症諮詢規劃費之分析 (續)

變項	未申報過		申報過		P-value
	N	%	N	%	
醫師對癌症諮詢規劃費之經驗					
病患是否被申報	(N=193)		(N=96)		<.0001
否	63	32.6	2	2.1	
是	130	67.4	94	97.9	
病患被申報之主要科別 ^a	(N=130)		(N=94)		
一般外科	7	5.4	5	5.3	
婦產科	4	3.1	5	5.3	
肝膽腸胃科	10	7.7	10	10.6	
胸腔內科	2	1.5	5	5.3	
牙科	2	1.5	1	1.1	
血液腫瘤科	51	39.2	38	40.4	
放射腫瘤科	11	8.5	13	13.8	
泌尿科	1	0.8	5	5.3	
耳鼻喉科	8	6.2	4	4.3	
其他科別	12	9.2	7	7.4	
不清楚	22	16.9	1	1.1	
醫院目前是否申報	(N=195)		(N=97)		<.0001
否	129	66.2	20	20.6	
是	66	33.8	77	79.4	
未申報之因素 (複選) ^b	(N=129)		(N=20)		
無瑕參與	18	14.0	1	5.0	
規劃費於總額內	14	10.9	11	55.0	
未實質回饋	15	11.6	5	25.0	
人力不足	18	14.0	4	20.0	
不夠瞭解制度	44	34.1	3	15.0	
不清楚	12	9.3	3	15.0	
院方未實質協助	10	7.8	1	5.0	
不滿意給付點數	11	8.5	2	10.0	
難掌握申報次數	10	7.8	1	5.0	
申報流程複雜	3	2.3	0	0.0	
增加治療複雜度	9	7.0	2	10.0	
科別無法配合	3	2.3	1	5.0	
院方不鼓勵	74	57.4	4	20.0	
其他原因	2	1.6	3	15.0	

表 4-6、醫師是否申報癌症諮詢規劃費之分析 (續)

變項	未申報過		申報過		P-value
	N	%	N	%	
實質獲得給付費用之比例					<.0001
完全沒獲得	93	71.0	16	17.0	
少許獲得	19	14.5	40	42.6	
獲得約一半	3	2.3	19	20.2	
大部份獲得	3	2.3	6	6.4	
完全獲得	0	0.0	0	0.0	
不清楚	13	9.9	13	13.8	
癌症諮詢規劃費對醫師診療之影響					
規劃費對病患診療之幫助性	(N=124)		(N=94)		0.036
完全沒幫助	30	24.2	13	13.8	
少許幫助	31	25.0	21	22.3	
普通	15	12.1	15	16.0	
有幫助	44	35.5	33	35.1	
幫助很大	4	3.2	12	12.8	
規劃費對促進多專科診療之幫助性	(N=169)		(N=97)		0.112
完全沒幫助	15	8.9	7	7.2	
少許幫助	35	20.7	16	16.5	
普通	44	26.0	41	42.3	
有幫助	64	37.9	28	28.9	
非常有幫助	11	6.5	5	5.2	
實施規劃費後工作負擔增加之程度	(N=124)		(N=94)		0.003
完全沒增加	22	17.7	4	4.3	
少許增加	35	28.2	41	43.6	
普通	34	27.4	18	19.1	
有增加	31	25.0	26	27.7	
增加很多	2	1.6	5	5.3	
實施規劃費後是否增加安排個管師	(N=118)		(N=94)		0.352
否	64	54.2	57	60.6	
是	54	45.8	37	39.4	
實施規劃費後是否增加提供服務	(N=129)		(N=93)		1.000
否	35	27.1	25	26.9	
是	94	72.9	68	73.1	

表 4-6、醫師是否申報癌症諮詢規劃費之分析（續）

變項	未申報過		申報過		P-value
	N	%	N	%	
醫師對癌症諮詢癌症規劃費之看法					
對給付點數之滿意度	(N=160)		(N=97)		0.064
非常不滿意	28	17.5	11	11.3	
不滿意	48	30.0	22	22.7	
普通	77	48.1	52	53.6	
滿意	7	4.4	11	11.3	
非常滿意	0	0.0	1	1.0	
自覺合理規劃費	(N=168)		(N=93)		0.488
1000 元	9	5.4	7	7.5	
2000 元	23	13.7	18	19.4	
3000 元	41	24.4	23	24.7	
4000 元或以上	95	56.5	45	48.4	
是否同意領取費用者為主責醫師	(N=173)		(N=97)		0.249
否	15	8.7	4	4.1	
是	158	91.3	93	95.9	
是否願意為主責醫師 ^c	(N=172)		(N=95)		0.002
不願意	35	20.3	5	5.3	
願意	137	79.7	90	94.7	
將規劃費預算改聘個管師之意願	(N=171)		(N=97)		0.809
完全不同意	11	6.4	6	6.2	
不同意	29	17.0	22	22.7	
普通	36	21.1	21	21.6	
同意	69	40.4	36	37.1	
非常同意	26	15.2	12	12.4	
對規劃費整體評價	(N=167)		(N=97)		0.241
非常不滿意	16	9.6	4	4.1	
不滿意	32	19.2	15	15.5	
普通	92	55.1	54	55.7	
滿意	25	15.0	23	23.7	
非常滿意	2	1.2	1	1.0	

註：a. 病患有被申報者填答；b. 醫院目前未申報者填答；c. 基於合理的規劃費用及責任

表 4-7、醫師基本特性及經驗與診療幫助性之雙變項分析

變項	Mean	P-value
性別		0.689
女	2.7	
男	2.9	
年齡		0.910
35 歲以下	3.0	
36 歲~40 歲	2.9	
41 歲~45 歲	2.8	
46 歲~50 歲	3.0	
51 歲以上	2.8	
執業年資		0.097
5 年以下	3.0	
6 年~10 年	2.9	
11 年~15 年	2.6	
16 年~20 年	3.2	
20 年以上	2.5	
是否為主管		0.132
否	2.8	
是	3.1	
看診科別		0.060
一般外科	2.6	
婦產科	3.3	
肝膽腸胃科	2.9	
胸腔內科	2.6	
血液腫瘤科	3.2	
放射腫瘤科	2.2	
泌尿科	3.0	
耳鼻喉科	2.7	
病理科	3.6	
放射診斷科	2.7	
其他科別 ^a	3.0	
醫師是否曾經申報		0.017
否	2.7	
是	3.1	
所治療之病患是否曾被申報		0.666
否	3.0	
是	2.9	
醫院目前是否申報		0.102
否	2.7	
是	3.0	
實質獲得給付費用之比例		<0.001
沒獲得 ^b	2.6	
有獲得 ^c	3.2	
不清楚	2.6	

註：a.其他科別包含牙科、兒科、核子醫學科等，詳見附錄三；

b.沒獲得意指完全沒獲得；c.有獲得包含少許獲得、獲得約一半、大部份獲得、完全獲得

表 4-8、對規劃費之看法及評價與診療幫助性之雙變項分析

變項	Mean	P-value
規劃費後工作負擔增加之程度		0.003
沒增加 ^a	2.6	
普通	3.1	
有增加 ^b	3.2	
規劃費後是否增加個管師		<0.001
否	2.6	
是	3.2	
實施規劃費後是否增加提供服務		0.045
否	2.6	
是	3.0	
規劃費對促進多科診療之幫助性		<0.001
沒幫助 ^c	2.1	
普通	2.7	
有幫助 ^d	3.5	
是否同意領取費用者為主責醫師		0.452
是	2.6	
否	2.9	
對給付點數之滿意度		0.067
不滿意 ^e	2.6	
普通	3.0	
滿意 ^f	3.3	
認為合理之規劃費用		0.864
2000 點以下	2.9	
3000 點	3.0	
4000 點以上	2.9	
是否願意擔任主責醫師		0.058
不願意	2.4	
願意	2.9	
是否同意規劃費給付改聘個管師		0.094
不同意 ^g	3.2	
普通	2.9	
同意 ^h	2.7	
對規劃費整體評價		<0.001
不滿意 ^e	2.1	
普通	2.7	
有幫助 ^f	3.5	

註：a.沒增加包含完全沒增加、少許增加；b.有增加包含有增加、增多；
 c.沒幫助包含完全沒幫助、少許幫助；d.有幫助包含有幫助、非常有幫助；
 e.不滿意包含非常不滿意、不滿意；f.滿意包含滿意、非常滿意；
 g.不同意包含完全不同意、不同意；h.同意包含同意、完全同意

表 4-9、醫師自覺癌症諮詢規劃費對病患診療幫助性之複迴歸分析

變項	係數	標準誤	標準化係數
常數	1.538	0.650	0.000
醫師年齡	-0.019	0.012	-0.095
是否為主管			
否(參考組)			
是	0.389 *	0.182	0.138
醫師本身是否曾申報			
否(參考組)			
是	0.265	0.157	0.102
增加醫師工作負擔之程度	0.267 **	0.073	0.222
規劃費對促進多專科診療之幫助性	0.315 **	0.092	0.249
將規劃費預算改聘個管師之意願	-0.286 **	0.069	-0.251
規劃費整體之評價	0.378 **	0.108	0.257

註：N=192; R²=0.357; Adj R²=0.332;

*：p<0.05；**：p<0.01;



第五章 討論

本研究針對區域級以上癌症治療醫師填寫之問卷分析結果，依據研究目的所欲瞭解之內容進行討論，包含一、目前癌症諮詢規劃費實施之現況；二、瞭解醫師自覺癌症諮詢規劃費對癌症診療之影響；三、醫師對癌症諮詢規劃費之看法與建議。

第一節 醫師對癌症諮詢規劃費之實施現況

本研究調查 300 位治療癌症醫師目前對於申報癌症諮詢規劃費之情形，結果顯示受訪之醫師中曾經申報過規劃費的醫師有 33.2%，申報比例不高，進一步分析可知醫院目前沒有申報癌症諮詢規劃費的醫師中有 64.9%認為醫院未申報的原因為院內醫師「不夠瞭解制度」，此外「規劃費歸於醫院總額預算內」（36.5%）、「人力不足」（28.4%）及「規劃費用未實質回饋給醫師」（29.7%）皆是影響醫院申報規劃費的重要原因，顯示癌症諮詢規劃費之推廣有待努力。

規劃費歸於個別醫院總額預算內，可能影響醫院宣導、推行的意願，致使醫院內的醫師對於規劃費之制度不夠瞭解。醫師表示未

得到實質回饋的部份，可能部分醫院對於規劃費之給付未透明化，或以基金會的方式管理該筆費用，致使有申報規劃費的醫師或是有參與多專科診療的醫師未能得到實質上的回饋，期望的規劃費用跟實際獲得的費用有落差時，會影響醫師的醫療行為，使得申報的意願降低，而本研究顯示醫師獲得規劃費實質的給付比例不高。因此，相關單位應可考慮將規劃費排除於個別醫院總額預算之外以提高醫院申報之意願；醫院也應將規劃費給付費用公平分配來提升醫師申報意願。

控制其他變項後，擔任主管的醫師認為癌症諮詢規劃費對病患診療的幫助性顯著大於非主管之醫師 ($p < 0.05$)，推論其原因可能為擔任主管之醫師因其需負責行政工作及醫院相關政策之推動，對於相關政策之認知比非主管之醫師有更深一層的認知。

第二節 實施癌症諮詢規劃費對醫師診療之影響

癌症諮詢規劃費強調多專科整合的癌症治療規劃，以提升病患診療品質為目的。許多癌症已朝向多專科整合模式的治療，也證實經由治療方式之改善，多專科治療模式可提升病患的存活率及生活

品質（陳立宗，1999；林資琛，2005；St John, Abemayor, Wong, 2006; Rummans et al., 2006; Davison, 2004）。本研究結果顯示大部分的醫師（91.6%）認為規劃費有助於多專科團隊的診療，意即癌症諮詢規劃費對於多專科整合醫療有誘因存在。此外，規劃費對多專科團隊促進之幫助性與規劃費對病患診療幫助性呈顯著正相關（ $p < 0.05$ ）。癌症諮詢規劃費雖能助於多專科診療之促進，進而使癌症診療品質提升，但受訪醫師亦表示醫院科別間無法配合為不願申報規劃費之原因，顯示台灣對於癌症診療的多專科團隊未臻成熟，仍需加強落實科別間的實際合作與溝通協。

42.7%的醫師表示規劃費對病患診療有幫助或非常有幫助；受訪醫師表示規劃費有助於治療規劃之完整性，可提升治療規劃之適切性及療程之連續性，除此之外尚可促進各科別間的溝通與協調，對於診療品質應有正面影響。

規劃費對病患診療之幫助性與醫師工作負擔呈顯著正相關（ $p < 0.05$ ）。可見規劃費為病患量身擬定合適之治療計畫以及促進科別間整合所衍生出的工作皆會增加相關醫護人員之負擔，但也增加病患的就診品質，此亦為實施癌症諮詢規劃費真正的目的。

規劃費實施之後，43.9%的醫院增加安排個管師，同時有 54%

的受訪醫師同意或非常同意將癌症諮詢規劃費給付預算改為聘請個管師專人照護與聯繫癌症病患，且認為規劃費對診療愈無幫助之醫師就愈同意將規劃費預算改為聘請個管師（ $P < 0.05$ ），其可能原因為規劃費之給付費用對醫師的誘因不高，且多專科團隊診療並未落實。文獻指出肺結核健保論質計酬方案計畫實施後，因規定須有個管師專案協助，醫師（73.41%）、個管師（74.28%）以及公衛護士（50.03%）皆認同個管師有助於提升結核病患之完治率（蔡文正，2005；蔡文正等，2004）。但雖然透過癌症個管師能提供癌症病患較完整的諮詢，亦可進行疾病的整合並紀錄追蹤病患（Stuart, 2003），增進醫師對病患診療之幫助性，但是癌症諮詢規劃是一個治療的規劃，多專科團隊的診療才是主要的目的，此為個管師無法取代之處因此，因此，若欲提升癌症病患照護品質，建議相關單位（國健局）可適當提供增聘個管師之給付。

本研究受訪醫師指出醫院因規劃費新增安寧療護服務、社工服務、疼痛控制、衛教諮詢、心理諮商及居家服務等服務；文獻指出30%~80%的癌症病患會遭遇到不同程度的疼痛問題（陳民弘等，1997；鄭澄寰等，1991），癌症病患心理支持需求，心理需求主要來自病患情緒上的困擾（Whatt & Friedman, 1996；Krishnasamy, 1996；鄭逸如、洪福建，2002），且癌症病患對醫院在療程心理方

面協助的滿意度偏低（蔡文正，2005）；癌症諮詢規劃費加強了疼痛控制、社工協助、衛教諮詢及心理諮商服務，應能改善癌症病患不安及焦慮，進一步提升病患的生活品質。

第三節 醫師對癌症諮詢規劃費之看法

對於癌症諮詢規劃費之申報流程及內容認知與看法的部份，受訪醫師表示病患被「申報的次數難以掌握」（16.2%）以及「申報流程複雜」（17.6%）皆是不申報的原因之一。規劃費限於每位病患只能申報兩次，若多於兩次則會被健保局踢退，又因規劃費歸於個別醫院總額預算之內，不僅佔了醫院醫療費用之預算，被踢退更會間接造成醫院的損失，因此，可能會降低醫院、醫師申報的意願。此外，醫院人力不足，複雜的申報流程會降低醫師申報的意願，建議應將簡化申報流程以提高申報者之申報意願。

癌症諮詢規劃費申報一次的給付點數為 2000 點，本研究受訪醫師中有 24.9%醫師認為合理的規劃費應為 3000 點，有 53.2%的醫師認為規劃費應該要 4000 點或以上才合理，顯示規劃費的給付點數 2000 點嚴重不足，這可能會影響癌症諮詢規劃費推動的成效。本研

究有近半未申報的醫師對於給付費用感到不滿意或非常不滿意。給付費用之滿意程度可能會影響醫師申報之意願（許芳瑾、鄭萬祥，1999；黃光華、李玉春、黃昱瞳，2004；龔佩珍、呂嘉欣、蔡文正，2007），因此適度調整費用將有助於申報意願之提升。造成醫師對給付費用不滿意的因素，可能為工作的投入與獲得給付間有落差存在，而本研究中有高達 85.1%的醫師表示在合理的規劃給付費用及責任下願意擔任主責醫師，表示適度調整費用及工作負荷應可提高醫師申報之意願。

研究指出，支付制度的改革可抑制醫療成本的上漲，卻也會造成醫療品質下降的趨勢，而醫療品質保證又是最困難的部份（詹火生，1990）。而癌症諮詢規劃費也面臨這樣的問題。規劃費的申報僅需填寫表格即可，表格內雖包含一些生化資料、最適合的治療計畫、是否經由多專科會議討論等，但卻缺少了指標的監測或其他的監控機制，被申報的病患其最適的治療計畫、多專科討論之執行率皆無監控。建議規劃費應學習論質計酬的精神，意即制度的施行需配合指標的監測或相關措施的監控，不應只有給付點數的鼓勵，適當的監控措施才能確保制度的品質。

第六章 結論與建議

第一節 結論

癌症諮詢規劃費對病患診療確實有幫助，亦可促進多專科團隊之診療，但整體而言對於規劃費之評價，不滿意（25.5%）仍比滿意（19.6%）的醫師多，申報癌症諮詢規劃費的比例偏低，由此可見癌症諮詢規劃費推動的成效仍有待努力。當期望的規劃費跟實際上獲得的規劃費有落差以及醫師工作的投入和實質獲得規劃費有落差時，皆會造成醫療行為的改變。七成醫師認為合理的規劃費用須調升，因此適度提高規劃費應能改善醫師對目前規劃費給付感到不滿意的情形。

醫師不願申報規劃費主要因素包含醫院醫師不夠瞭解規劃費、規劃費歸於個別醫院總額預算內、無暇參與及人力不足等，要提升癌症諮詢規劃費之效用，除調整規劃費給付點數外，應將規劃費排除個別醫院總額預算之外，並適當提供增聘癌症個管師之協助，以分攤醫師工作量，提高醫院、醫師申報之意願。癌症多專科團隊診療之落實，對醫師診療有實質幫助，因此提供一個具誘因的制度更能鼓勵癌症醫師執行多專科醫療之整合。

第二節 建議

一、對主管機關之建議

(一) 癌症諮詢規劃費給付應排除醫院個別總額預算之外

癌症諮詢規劃費因歸於個別醫院總額預算之內，申報規劃費則會佔掉醫院醫療之費用，降低了財務誘因，因此醫院政策偏向不予鼓勵，導致多數醫師不夠瞭解規劃費，進而影響申報規劃費之意願。若要提升癌症諮詢規劃費推動之成效，應考慮將規劃費用獨立於醫院總額預算之外。

(二) 提高癌症諮詢規劃費之給付點數

根據本研究結果得知，醫師對癌症諮詢規劃費之給付點數滿意者僅有 7.6%，當合理的規劃費提升到 3000 點以上時，有 78.1% 的醫師認為是合理的，故適度調高癌症諮詢規劃費給付費用，應可提高醫師的申報意願。此外，癌症治療因種類、期別而有難易之分，若不分規劃難易程度而給予一樣的費用有失其公平性。建議規劃費給付費用可依照病患之癌症別、期別或治療的難易度、治療期間長短、病患存活時間等因素分級；部分癌症之治療屬於階段性治療，癌症諮詢規劃費之給付方式應具有論質計酬的精神，當病患完成階段性治療時，才可獲得部份給付費用，唯上述之分級因素應由癌症相關專家詳細擬定。

(三) 明訂癌症諮詢規劃費之責任義務及監控措施

癌症諮詢規劃費推出之際並未做好相關配套措施，請領癌症諮詢規劃費的醫師應做到的義務並無明確規定，因此明確制定申報癌症諮詢規劃費之規範有其必要性。此外，需明確規定醫院主

責醫師的責任與義務、癌症諮詢規劃費分配給主責醫師及其他醫師之比例；權責相符的制度，才能避免申報的灰色地帶，真正為病患的就診品質把關。根據本研究結果，93.2%的醫師同意領取費用者為該病患之主責醫師，而主責醫師應負以下責任：向病患解說治療計畫、訂立病患治療計畫並盡量確保治療之完整度、盡量確保病患依照治療指引接受治療、確保病患病歷紀錄之完整性、負責治療計畫書之填寫等。

支付制度之設計常忽略品質保證的重要性，規劃費的施行也忽略了品質的監控，因此應對多專科以及最適治療計畫之執行率加以監控避免，只是紙上談兵以確保制度之品質。

（四）補助增設癌症個管師

個管師能協助醫師提升診療品質，國外癌症個案管理師可從旁協助病患在治療後期的相關問題，並能針對後續追蹤做一完整的監控，亦可分攤醫師行政、文書等方面之工作量。但目前醫院大多為個別醫院總額預算制，幾乎遇缺不補，因此建議相關單位增設癌症個管師，進行癌症診療整合相關工作並監控規劃之執行率，以期降低醫師工作負擔、監控病患之診療品質與提升病患滿意度。

二、對醫療院所之建議

(一) 醫院應將癌症規劃費用實質回饋予醫師

根據本研究結果得知，醫院若未將癌症諮詢規劃費實質回饋給醫師會降低醫師申報之意願。癌症諮詢規劃費若配合多專科團隊照護，其給付費用之分配也須有相關規定。醫院帳目若不透明化亦會降低醫師執行意願，進而影響到診療品質。

(二) 多專科診療照護與會議應確實執行

多專科團隊診療已被證實能提升癌症病患之診療品質、存活率以及生活品質。癌症諮詢規劃費的申報表格，雖有規定病患需經多專科會議討論，但無法由表單中確定病患是否有經多專科會議討論；本研究結果指出醫院不願申報規劃費之原因包含了科別間合作不易，由此可知，多專科團隊之執行尚有加強之空間。此外，多專科團隊會議的進行應有相關品質監控作為，亦可與國民健康局「癌症診療品質提升計畫」相呼應結合。

三、對後續研究者之建議

本研究結果顯示提高規劃費之給付點數，可以增加醫師申報規劃費之意願，專家於會議中提出將規劃費給付費用自個別醫院總額預算中獨立，可使規劃費更具吸引力，此部分能再進一步研究，評估將規劃費提高、獨立或二者兼行，何種情形較具效力。

本研究於討論中提及規劃費給付應具公平性，或導入論質計酬精神實施階段性給付，該內容應進一步由癌症相關專家詳細擬定。

此外，醫師是否實質獲得規劃費給付可能會影響醫師的醫療行為，建議後續研究者可針對有無給予實質給付的醫院進一步分析醫師的醫療行為。



第三節 研究限制

- 一、本研究針對區域級以上醫院治療癌症相關之醫師為研究對象。依據全民健康保險局 2006 年公佈之特約醫師機構名單採用郵寄方式，若醫院不推動癌症諮詢規劃費，該醫院回覆的意願就不高，即無法分析未回覆醫師問卷者之認知、看法及評價。
- 二、因無法取得治療癌症相關醫師的資料，因此本研究無法進行樣本及母群體分佈之適合度檢定。



參考文獻

一、英文文獻

American Cancer Society, URL:<http://www.cancer.org/>.

Baumol WJ. Price Controls for Medical Services and the Medical Needs of the Nation's Elderly. Monograph. Chicago: American Medical Association, 1998.

Bryman A, Cramer D. Quantitative Data Analysis with SPSS for Windows, London: Routledge 1997.

Commission on Cancer, URL: <http://www.facs.org/cancer/coc/coc.html>.

Davison AG, Eraut CD, Haque AS, Doffman S, Tanqueray A, Trask CW, Lamont A, Uppal R, Sharma A. Telemedicine for Multidisciplinary Lung Cancer Meetings. *Journal of Telemedicine & telecare* 2004; 10(3): 140-3.

Feldman R, Sloan S. Competition Among Physicians, Revisited. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1988; 13(2): 239-59.

Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, Mccarberg B. American Pain Society Recommendations for Improving the Quality for Acute and Cancer Pain Management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165(14): 1574-80.

Hunt J, Keeley VL, Cobb M, Ahmedzai SH. A new quality assurance package for hospital palliative care teams: the Trent Hospice Audit Group model. *British Journal of Cancer* 2004; 91(2): 248-53.

Ilbery P. The comprehensive cancer centre. *Medical Journal of Australia* 1978; 1(10): 573-6.

- Krishnasamy M. Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23(4) : 757-62.
- Licitra L, Bossi P, Locati LD. A multidisciplinary approach to squamous cell carcinomas of the head and neck: what is new? *Current Opinion In Oncology* 2006; 18(3): 253-7.
- National Cancer Center, URL: <http://www.ncc.go.jp/>.
- National Cancer Institute, URL: <http://www.cancer.gov/>.
- North American Association of Central Cancer Registries, URL: <http://www.naaccr.org/>.
- Nunnally JC. *Psychometric Theory*, 2rd edition. New York: McGraw Hill, 1978.
- Ohno S, Abiru K. Multidisciplinary treatment and care for patients with breast cancer
Nippon Rinsho. *Japanese Journal of Clinical Medicine* 2006; 64(3): 570-4.
- Rummans TA, Clark MM, Sloan JA, Frost MH, Bostwick JM, Atherton PJ, Johnson ME, Gamble G, Richardson J, Brown P, Martensen J, Miller J, Piderman K, Huschka M, Girardi J, Hanson J. Impacting quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial. *Official Journal of The American Society of Clinical Oncology* 2006 ;24(4): 635-42.
- Schmalenberg H. Quality assurance in multidisciplinary treatment. certification of breast units. *Onkologe* 2005; 11(12): 1302-6.
- St John MA, Abemayor E, Wong DT. Recent new approaches to the treatment of head and neck cancer. *Anti-Cancer Drugs* 2006; 17(4): 365-75.
- Stuart W, Cancer case arrangement — leading all players in the team Western District Health Service 7th National RURAL HEALTH Conference National Rural Health Alliance, 2003.
- Wedig G, Mitchell JB, Cromwell J. Can Price Controls Induce Optimal Physician

Behavior. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1989; 14(3): 601-19.

Whatt G, Friedman LL. Cancer survivors: quality of life issues. *Cancer Nursing* 1996; 19: 1-7.

Zorbas H, Barraclough B, Rainbird K, Luxford K, Redman S. Multidisciplinary care for women with early breast cancer in the Australian context: what does it mean? *Medical Journal of Australia*, 2003;179(10): 528-31.



二、中文文獻

中央健康保險局，醫療費用支付標準查詢，2003。URL:

http://www.nhi.gov.tw/inquire/query2_detail.asp?Ser_id=4131。

行政院衛生署，93年衛生統計動向，2006。URL:

<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生動向/93/肆.pdf>。

行政院衛生署，94年死因摘要，2006。URL: <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/94.htm>。

行政院衛生署，94年衛生統計系列(四)全民健康保險醫療統計年報，2007。

URL:<http://www.doh.gov.tw/statistic/醫療統計年報/94.htm>。

行政院衛生署，衛生署統計資料網，2006。URL: <http://www.doh.gov.tw/statistic/>。

行政院衛生署：94年衛生統計重要指標，2006。URL:

<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計重要指標/94/8.xls>。

行政院衛生署國民健康局，2002年癌症登記報告，2006。URL:

http://crs.cph.ntu.edu.tw/crs_c/annual.html。

行政院衛生署國民健康局，法規輯要，癌症診療品質保證措施準則，URL:

<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/do/chinese/Law/View?no=200533017333441T71>
U+。

行政院衛生署國民健康局，國家癌症防治五年計劃，URL:

<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/index.jsp>。

行政院衛生署國民健康局，癌症防治中心連結，URL:

<http://www.bhp.doh.gov.tw/asp/cancer/cancer3.htm>。

行政院衛生署衛生法令查詢系統，URL:

<http://nwjirs.judicial.gov.tw/change/200503/30275.html>。

吳瑞真，目標收入理論之驗證¹ 醫師費基準調降對醫師行為之影響。台北醫學大學醫務管理學研究所發表碩士論文，2004。

宋霽蓁，健保支付制度、醫院薪資制度與醫師醫療行為之研究—以股及腹股溝疝氣修補術為例。長庚大學管理學研究所發表碩士論文，2000。

李淑真、周長旗、李秀惠、江維鏞、周繡玲，安寧團隊照顧。安寧療護 2005；10(1)：65-74。

林資琛，大腸癌治療的展望--多學科整合(Multidisciplinary Approach)。臨床醫學 2005；55(3)：201-6。

林曜祥、俞志誠、謝宗保、劉耀基、洪乙仁、石光中，分化良好型甲狀腺癌之處置：跨科部評估。核子醫學雜誌 2005；18(1)：35-42。

邱俊傑，西醫基層總額預算制度對高雄市診所醫師醫療行為及其經營策略與滿意度之影響。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班發表碩士論文，2003。

許玫玲、張維容、黃國哲，論病例計酬制度下醫院薪資策略對醫師診療行為之影響：以某區域醫院為例。台灣公共衛生雜誌 2005；24(1)：12-21。

許芳瑾、鄭萬祥，台灣省醫藥分業之研究。藥學雜誌 1999；15：151-6。

郭信智、楊志良，醫師目標收入理論之試證。中華公共衛生雜誌 1994；13(2)：

149-55。

陳民弘、邱泰源、胡文郁、陳慶餘，癌末病人及其家屬對癌痛及其影響感受比較。

中華家醫誌 1997；7(1)：24-32。

陳立宗，肝癌之非手術性治療。臺灣醫界 1999；42(1)：21-4。

黃光華、李玉春、黃昱瞳，醫藥分業西醫診所門診處方釋出率及影響因素之分析。

台灣公共衛生雜誌 2004；23(6)：469-78。

楊錦豐，論病例計酬實施對醫療費用及品質之影響—以冠狀動脈繞道手術為例。國

立高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班為發表碩士論文，2002。

詹火生，全民健康保險與社會福利側發展相關性研究。行政院經濟建設委員會

1990：39-40。

蔡文正，全民健康保險肺結核病患醫療改善方案試辦計畫之評估。行政院衛生署九

十一年度委託研究計畫（DOH91-NH-1020），2003。

蔡文正，健保結核病專案對於結核病防治工作的影響評估。行政院衛生署疾病管制

局九十四年度科技研究發展計畫（DOH94-DC-1021），2005。

蔡文正，癌症病人就醫滿意度調查。國民健康局九十四年度科技研究發展計畫

（DOH94-HP-1505），2005。

蔡文正、蘇顏洲、張緯杰、龔佩珍、林義鈺，乳癌病患治療後生活品質及影響因

素，醫院 2004；37(6)：56-72。

蔡文正、龔佩珍，民眾對基層診所評價與就醫選擇影響因素。台灣衛誌 2003；

22：181-93。

蔡正隆，總額支付制度對醫院醫師行為之影響。國立政治大學企業管理研究所未發表碩士論文，2003。

鄭逸如、洪福建，癌末病患的心理困擾與照顧策略。當代醫學 2002；29(3)：218-20。

鄭澄寰、何善台、高尚志、葛魯蘋，癌症疼痛及相關因子之探討。麻醉學雜誌 1991；29(3)：653-7。

鄭鴻鈞，美國癌症醫療品質監測的現況。臺灣醫界 2004；47(3)：54-56。

鄭鴻鈞，癌症年年增加的警訊，2003。URL：
<http://www.libertytimes.com.tw/2003/new/apr/9/today-o5.htm>。

龔佩珍，慢性病連續處方箋釋出相關因素及建立可行性機制之研究。行政院衛生署九十四年度科技研究發展計畫（DOH94-TD-113-015），2005。

龔佩珍、呂嘉欣、蔡文正，基層醫師釋出慢性病連續處方箋之意願及相關因素。台灣公共衛生雜誌 2007；26(1)：26-37。

附錄一、專家座談會議記錄

壹、會議主旨：

本研究將以問卷調查方式進行。因此，希望透過焦點團體方式，瞭解醫師及護理人員對癌症諮詢規劃費之作業流程、給付內容、認知及看法，同時，瞭解癌症病患之診療品質與滿意度，作為問卷設計之參考依據。

貳、討論議題：

一、就您所知，在健保癌症諮詢規劃費實施後對於醫院醫師在癌症診療品質方面有何影響？

1. 癌症病患跟一般普通病患看診是不相同的，因此當初實施癌症諮詢規劃費時，目標是希望癌症病患在初步診斷時就能有一個完整的治療計畫，且癌症治療的每個階段都能有多專科團隊討論會議，因此癌症諮詢規劃費是誘因，可促使醫院醫師為提升癌症診療品質而努力。
2. 癌症的治療計畫一般可分兩種：
 - (1) 單純的癌症（如：血液腫瘤），一診斷就知道有沒有轉移治療，此治療計畫比較單純。
 - (2) 需要開刀完才能再做決定的癌症（如：乳癌、大腸直腸癌等等），此類癌症治療計畫是有階段性的。而癌症諮詢規劃費需要

階段性治療完整後才能申報，但癌症種類不同，階段性治療完成的定義亦不同。以乳癌為例，開完刀、化學治療完成、放射治療完成都屬於階段性治療，然而完整治療應該是進行至放射治療完成，但仍有些醫師開完刀就申報該費用，導致之後進行化學治療、放射治療之醫師無法申報。因此，階段性治療至哪個階段才算完整尚有爭議。開完刀就申報，無法保證日後癌症診療品質，卻因申報率提高會得到獎賞，但卻沒有瞭解申報率低的原因，對醫師、甚至醫院不甚公平，如此一來該如何保證癌症診療品質工作。

二、就您所知，對於中央健保局實施癌症諮詢規劃費政策，一般而言，醫院的態度為何？推動成效為何？不具成效之原因為何？

1. 癌症諮詢規劃費用歸於個別醫院總額之內，且規劃每個人只能申報二次，加上病患死亡的案例大多沒辦法申報此費用，因此有些醫院之態度，目前已不參與申報癌症諮詢規劃費用工作，推動成效似乎不彰。
2. 其次，醫師申不申報癌症諮詢規劃費，得看醫院政策是否鼓勵。因給付費用到醫院後，帳目未透明化，有醫院以成立基金會的模式，再按照醫院的規定來呈報，有些醫院則讓醫師抽成，公立醫院則是費用進到國庫，該筆費用未實質回饋給醫護人員，大家不想花時間去申報。
3. 醫院推動癌症諮詢規劃費不具成效之原因，大概如下：
 - (1) 病患不能重複申報，醫護人員對申報相關規定不瞭解，造成給付費用不穩定性。

- (2) 病患可以去別家醫院就診，無法確定其本身在別家醫院是否已被申報過，而醫院目前也沒辦法查證病患先前是否已被申報過，因此不知道是否可以申報，病患申報次數無法掌握。
- (3) 人力不足，無暇參與多專科團隊討論會議及申報工作。
- (4) 對申報個人收入沒有誘因。
- (5) 因申報未必能得到給付，卻會先扣掉個別醫院總額。
- (6) 醫院政策不予鼓勵。

三、就您所知，目前癌症諮詢規劃費內容有哪些不合理之處？

1. 目前癌症諮詢規劃費規劃每個人只能申報二次，且必需要有決定性治療方針改變的時候才能申報。例如病患治療失敗無法再治療下去才可以申報此費用。
2. 目前癌症諮詢規劃費用歸於個別醫院總額之內，若醫師不知病患已不能再申報時仍繼續申報，導致不符規定被健保局駁回，會面臨癌症諮詢規劃費用先扣掉個別醫院總額，但事後醫院卻未得到給付的窘境。
3. 若病患在治療過程中死亡，當醫師要申報費用時，因病患健保檔已經被健保局關閉，因此，病患死亡的案例大多沒辦法申報此費用。

四、請問您對癌症諮詢規劃費申報作業流程之看法為何？

- 1.當醫師進行申報作業流程時，無法事先掌握病患申報次數，且醫院亦無法查證病患申報次數，造成申報作業之困擾，健保局應立即想辦法克服此問題。
- 2.癌症諮詢規劃費申報作業流程其實不難，且申報人員不一定非要醫師不可，護理人員、技術人員也可參與申報的工作。
- 3.癌症諮詢規劃費申報表格設計很簡單。醫院只要利用電子申報就可從系統中抽出診斷、影像、數據等資料，即可以滿足健保局申報的相關規範，但無法確定醫院是否真有經過多專科團隊會議才申報，因此癌症諮詢規劃費申報表格反而比較像平時癌症治療例行的工作紀錄，是否能提升癌症診療品質有待進一步商確。

五、您認為目前醫院與健保局在癌症診療工作上應採何種合作機制？

- 1.有醫院表示編制了二位腫瘤個案管理師，且由資深護理師來擔任，對於癌症診療服務品質有很大的幫助，但因癌症諮詢規劃費歸在醫院個別總額，因此醫院無法把癌症諮詢規劃費當成誘因，再聘請腫瘤個案管理師，對於癌症診療品質工作有極大的影響。
- 2.目前國衛院、國民健康局及健保局等都在關心癌症治療要得到最好的滿意度，但推出癌症諮詢規劃費此制度時卻並未做好相關配套措施，其實只要利用這筆預算，透過個案管理師即可讓病患得到最好的諮詢。台灣每年約有六萬個新發生癌症病患，每個人花費二千元，由此推算癌症諮詢規劃費之總預算為一億二仟萬元，每位個案管理師一年薪資五十萬元，即可聘請二百四十位個案管理師，每位個案管理師可以照顧約二百五十位病患。再依照每家醫院的癌症病

患人數配置個案管理師，不僅可以監控癌症診療品質，癌症登記工作也可以做到全世界最好。因此醫院與健保局在癌症診療品質工作上應採取此種合作機制。

六、請問目前癌症諮詢規劃費內容中，醫師較滿意的部份有哪些？

- 1.當初實施癌症諮詢規劃費時，目標是希望癌症病患在初步診斷時就能有完整的治療計畫，且癌症治療的每個階段都能有多專科團隊討論會議，提供病患最好的癌症診療品質。
- 2.多專科團隊討論會議能提升癌症診療品質，希望進而提升病患存活率。

七、目前癌症諮詢規劃費內容，就您所知醫師不滿意的部份為何？

- 1.癌症諮詢規劃費歸於個別醫院總額，沒有鼓勵的效果，若醫院未得到相對給付，總額還被扣到反而有某種程度懲罰的意味，是醫師不滿意的原因。
- 2.給付費用到醫院後，該筆費用未實質回饋給醫師，且帳目未透明化，大家不想花時間去申報。
- 3.醫護人員對癌症諮詢規劃費之規定不甚瞭解，更有護理人員不知該費用為何。
- 4.專科護理師負責病患管理及諮詢，也會與醫師、護理人員及社工人員定期開會，完全憑熱忱工作，該做就做，但作最多回饋卻不多，不知道有癌症諮詢規劃費這筆費用。
- 5.護理人員可提供相關資訊給醫師參考，然而護理人員人力不足，若

護理人員參與多專科會議討論時，病患該由誰去照顧，因此無法參與多專科團隊討論。

6. 國外對癌症診療工作的給付費用比國內癌症諮詢規劃費的給付費用高出很多。
7. 醫師多科會議討論時間不定，且討論病患相關問題若無主要負責照顧之護士與會在場，則對病患的問題就不甚瞭解。

八、請問您對於目前癌症諮詢規劃費有何其他建議事項？

1. 國外有關於癌症診療品質工作，會編列預算（類似於癌症諮詢規劃費）聘請癌症個案管理師，病患有精神、營養等任何方面的相關問題，護理人員都可以提供協助，但很多癌症病患在後期所產生的問題（如：心靈的問題）則由癌症個案管理師協助解決，以提供完整的服務品質，這部份目前值得大家重視。
2. 目前個別醫院總額大多遇缺不補。如果能用額外的費用聘請癌症個案管理師，不但可以監控癌症診療品質，癌症登記工作也可以做到全世界最好。
3. 肺結核治療規定醫院要請個案管理師，結果治愈率提高 10%，但有這筆費用還需要相關的配套措施（如：把費用轉給個案管理師應用，申請費用表格可以更完善等等），癌症諮詢規劃費是否可比照肺結核治療規定，聘請癌症個案管理師，以提高癌症診療品質。
4. 癌症諮詢規劃費目前已列入專科評鑑，是否併入醫院評鑑，在評鑑時提出完整的計畫，以提高癌症診療品質。

參、結論：

綜合以上結果，可以得到下列結論：

一、推動癌症諮詢規劃費不具成效之原因：

- 1.病患不能重複申報，醫護人員對申報規定不瞭解，造成給付不穩定性。
- 2.癌症諮詢規劃費未實質回饋給醫護人員，申報人員收入沒有誘因，且扣掉個別醫院醫療總額，申報未必能得到給付。
- 3.病患可以到其他醫院就診，無法掌握病患申報次數。
- 4.護理人力不足，無暇參與多專科團隊討論會議及申報工作。
- 5.醫院政策不予鼓勵。

二、對該制度之建議：

- 1.申報人員不要侷限於主治醫師。
- 2.提供病患癌症諮詢規劃費申報次數之查詢。
- 3.增加誘因，使醫院及醫師提高申報意願。
- 4.將規劃費預算改為聘請個案師專案處理，確保癌症診療品質。

附錄二、醫師問卷

親愛的醫師您好！

本研究主要想瞭解您對**健保癌症諮詢規劃費**的看法，希望藉由您寶貴的意見，協助本研究能順利完成，本問卷採不記名方式填寫，問卷內容僅供學術研究用，絕不外洩。謝謝您的協助！

第一部份、基本特性

1. 請問您的性別為： (1) 男 (2) 女
2. 請問您民國_____年出生
3. 請問您執業年資_____年
4. 請問您在醫院的職務為： (1) 主管 (2) 非主管
5. 請問您於貴院看診的主要科別為：（單選）
 (1) 一般外科 (2) 婦產科 (3) 骨科 (4) 肝膽腸胃科 (5) 胸腔內科
 (6) 胸腔外科 (7) 神經內科 (8) 神經外科 (9) 皮膚科 (10) 牙科
 (11) 血液腫瘤科 (12) 放射腫瘤科 (13) 泌尿科 (14) 耳鼻喉科 (15) 病理科
 (16) 放射診斷科 (17) 核子醫學科 (18) 兒科 (19) 腎臟科 (19) 其他_____

第二部份、對癌症諮詢規劃費之經驗

1. 請問您是否曾申報過癌症諮詢規劃費？ (1) 是 (2) 否
2. 請問您治療的癌症病患其癌症諮詢規劃費最主要由哪個科別申報？
 (1) 一般外科 (2) 婦產科 (3) 骨科 (4) 肝膽腸胃科 (5) 胸腔內科
 (6) 胸腔外科 (7) 神經內科 (8) 神經外科 (9) 皮膚科 (10) 牙科
 (11) 血液腫瘤科 (12) 放射腫瘤科 (13) 復健科 (14) 泌尿科 (15) 耳鼻喉科
 (16) 病理科 (17) 中醫 (18) 核子醫學科 (19) 小兒科 (20) 精神科
 (21) 營養科 (22) 社工 (23) 未申報 (24) 其他
3. 請問貴院目前是否仍繼續申報癌症諮詢規劃費？
 (1) 是(請跳答第三部份第 1 題) (2) 否(請答 4-1 題)
 - 3-1. 您是否清楚醫院不申報之原因？ (1) 是(請跳答第三部份第 1 題) (2) 否(請答 4-2 題)
 - 3-2. 您認為沒有繼續申報癌症諮詢規劃費之原因為何？（可複選）
 (1) 無瑕參與 (2) 規劃費包含於醫院總額內 (3) 規劃費未實質回饋
 (4) 人力不足 (5) 對該制度不夠瞭解 (6) 院方未提供實質協助
 (7) 給付點數不滿意 (8) 病患申報次數無法掌握 (9) 申報流程過於複雜
 (10) 增加治療之複雜性 (11) 科別無法配合 (12) 醫院不鼓勵申報
 (14) 其他_____
4. 實施健保癌症諮詢規劃費後，您實質獲得癌症諮詢規劃申報費用之比例？
 (1) 完全沒獲得 (2) 少許獲得 (3) 獲得約一半 (4) 大部份獲得 (5) 完全獲得
 (6) 不知道

第三部份、實施癌症諮詢規劃費後，對癌症診療之影響

1. 實施健保癌症諮詢規劃費後，是否有助於您對病患的治療？

- (1) 完全沒幫助(請跳答第 2 題)
 (2) 少許幫助 (3) 普通 (4) 有幫助 (5) 非常有幫助

1-1 若對病患照護有幫助，請問是哪方面的幫助？(可複選)

- (1) 促進各科別間之溝通與協調 (2) 提升診斷之迅速與正確性
 (3) 治療規劃之適切性 (4) 治療規劃之完整性
 (5) 改善治療療程之連續性 (6) 提高病患存活率
 (7) 縮短病患治療或住院時間 (8) 其他

2. 請問貴院推動癌症諮詢規劃對於多專科團隊診療之促進的幫助性如何？

- (1) 完全沒幫助 (2) 幫助不大 (3) 普通 (4) 有幫助 (5) 非常有幫助

3. 實施健保癌症諮詢規劃費後，是否增加您的工作負擔？

- (1) 完全沒增加 (2) 少許增加 (3) 普通 (4) 有增加 (5) 增加很多

4. 實施健保癌症諮詢規劃費後，貴院是否安排個案管理師介入？ (1) 是 (2) 否

5. 實施健保癌症諮詢規劃費後，貴院是否增加提供以下之服務？(可複選)

- (0) 沒增加
 (1) 心理諮商 (2) 社工協助 (3) 靈性照顧 (4) 疼痛控制 (5) 營養諮詢
 (6) 衛教諮詢 (7) 藥物諮詢 (8) 復健服務 (9) 出院準備服務 (10) 安寧療護
 (11) 居家護理服務 (12) 病友團體資訊 (13) 其他

第四部份、對健保癌症諮詢規劃費之看法

1. 請問您對目前的癌症諮詢規劃費給付點數之滿意度為何？

- (1) 非常不滿意 (2) 不滿意 (3) 普通 (4) 滿意 (5) 非常滿意

2. 若在確保醫師可以獲得合理的治療規劃費之前提下，您是否同意領取此費用之醫師為此病患在貴院治療之主責醫師？

- (1) 是(請答第 2-1 題) (2) 否，其原因為何？

2-1 您認為主責醫師應負擔下列那些責任？(可複選)

- (1) 儘量確保病患依貴院治療指引接受治療
 (2) 訂立病患治療計劃，並儘量確保治療之完整度
 (3) 負責向病患解說治療計劃
 (4) 確保病患病歷紀錄之完整性
 (5) 負責治療計劃書(內含如期別、治療方法等之相關資料)之填寫
 (6) 填寫國健局癌登規定由醫師填寫之相關資料
 (7) 向病患詳細說明病情
 (8) 其他

3. 請問您認為負以上責任之主責醫師，其合理之規劃費應為：
- (1) 1,000 元 (2) 2,000 元 (3) 3,000 元 (4) 4,000 元或以上
4. 基於以上您選擇之費用及責任，您是否願意為主責醫師？
- (1) 願意 (2) 不願意
5. 請問您是否同意健保局將「癌症諮詢規劃費」之預算改為補助各醫院聘任癌症個案管理師專案負責照護癌症病患？
- (1) 完全不同意 (2) 不同意 (3) 普通 (4) 同意 (5) 非常同意
6. 請問您對癌症諮詢規劃費此制度之整體評價為何？
- (1) 非常不滿意 (2) 不滿意 (3) 普通 (4) 滿意 (5) 非常滿意

由衷感謝您於百忙中撥冗此問卷！



附錄三、醫師問卷題項中「其他」之填答情形

醫師看診之「其他」科別	次數
大腸直腸外科	4
中醫	2
家醫科	2
兒科	2
中西醫整合科	1
內分泌新陳代謝科	1
心臟內科	1
內科	1
復健科	1
感染科	1
癌症防治中心	1
骨科	1

申報規劃費之「其他」科別	次數
癌登小組	2
病歷室	2
會診科	1

規劃費有助於「其他」診療之處	次數
科系治療之配合	1
個管師的幫忙	1

醫院所增加提供之「其他」服務	次數
個管師之協助	1
中醫輔助療法	1

不同意領取費用者為主責醫師之「其他」原因	次數
院內癌症治療與規劃為多科部整合，大多為共同協商處理	5
各科之間協調有困難	3
點數太低，可有可無	2
主責醫師不可能做所有的工作	2
不能以錢來引導醫療行為	1
很難某一科長期主導，無人願意為了兩千元承擔成效責任	1

主責醫師應負擔之「其他」責任	次數
與其他科別醫師溝通開會協調所有治療事宜	1
有些文書可由專案管理師負責	1