

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

計畫編號：CNHI9504

計畫名稱：診所醫師對家庭醫師整合試辦計畫看法及效益之研究

執行期間：95 年 1 月 1 日至 95 年 12 月 31 日

整合型計畫

個別型計畫

計畫總主持人：

計畫主持人：陳俞成

子計畫主持人：



中華民國 96 年 02 月 28 日

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

診所醫師對家庭醫師整合試辦計畫看法及效益之研究

計畫編號：CNHI9504

執行期限：95年1月1日至95年12月31日

主持人：陳俞成 嘉南藥理科技大學醫療資訊管理研究所

Email:ycchen@mail.chna.edu.tw

一、中文摘要

台灣自從於民國八十四年三月實施全民健康保險後，在每年支出醫療費用總額、平均每人每年醫療保健支出及醫療保健支出佔GNP的比率，皆呈現正向成長趨勢。成本、品質、可近性是民眾選擇就醫之三大要素，為降低醫療費用、民眾就醫品質，近年來衛生主管機關陸續推出相關策略，策略之一為於民國九十二年三月實施的「家庭醫師整合試辦計畫」，衛生計畫實施成功與否需考慮實施對象對制度的接受性，並了解各項可能影響因素，然而「家庭醫師整合試辦計畫」實施迄今其管理成效如何？實施對象對制度的接受性又如何？參與計畫機構服務情形文獻上少有著墨。故本計劃擬以南區有參與家庭醫師整合性照護試辦計畫的南區診所約計200家之200位醫師為研究母群，採用郵寄問卷調查法收集資料，以探討有關診所預期達成的指標、醫師贊同度、目標達成度與醫師同意度之影響因素及診所服務能量與滿意度，其結果可作為衛生主管機關、醫院、診所及學術研究對「家庭醫師整合試辦計畫」規劃、執行、評估及提高機構競爭力與管理之參考。

關鍵詞：診所醫師，家庭醫師，整合性照護試辦計畫

Abstract

It was positively growth for total medical cost defrayment per year, average medical health defrayment per one per year and proportion for medical health defrayment on GNP since March 1995 in Taiwan. Cost, quality and accessibility are major factors for selection of people to get medical care. In order to reduce medical cost and promote medical care quality, government proceeded "Family doctor integrated care pilot project" in March 2003. Whether proceeding health care project was successful or not, it need consider the acceptance of the system for people proceeded and understand all possible effective factors. After the proceeding of "Family doctor integrated care pilot project", how is the management effectiveness? How is the acceptance of the system for underlying people? There are seldom papers discussing about these topics. This research used 200 clinic doctors who involved family integrated care pilot project in south area as population. We use mail questionnaire to collect data and try to discuss achievement of expected index for clinic, agreement of doctor, effective factors between them and service capability of clinic and degree of satisfaction. The results can be referred as plan, execution, evaluation and promotion of competitiveness of institution and management for government, hospital, clinic, and academic research.

Keywords: Clinic Doctor, Family Doctor, Integrated Care Pilot Project

二、緣由與目的

隨著社會與生活環境的改變、國民所得水準提高、人口的老化、慢性疾病取代急性疾病已成為國民最大的健康威脅。1995年3月1日，台灣實施全民健康保險，在需求面降低國民就醫的財務障礙及提高就醫的可近性，對增進國民健康有很大的助益，但供給面缺乏有效的產業組織協調，加上並未限制病人的就醫選擇權使得四處求醫的就醫習慣更加明顯，造成醫師服務資源遭到無限制的濫用，

根據中央健康保局 2000 年資料顯示，在 1999 時台灣民眾平均就醫次數為 15.34 次且每年的醫療費用及醫療量有逐漸增加的現象，因此目前健保局面臨著財務壓力。醫療費用的持續高漲，但卻未必真實地提高了就醫診治的品質與效果，(鍾信成等人，2003)

然現今有太多問題都是綜合在一起，如生理、心理、社會種種問題且民眾的生活型態的變化，使得慢性疾病很難受到控制，造成進一步佔用寶貴的醫療資源，心理健康問題亦無法及早發現與處理。因此如果醫師不能看清其中關係，常會費盡心力而徒勞無功。疾病亦不只是個人的問題，而是與家族(遺傳)及個人過去的病史均有相關。因此，由固定一位家庭醫師看診有其必要性，養成病患一旦有了病痛，會先找家庭醫師做第一線的診斷，如需轉診，再由家庭醫師轉到適當的醫療院所及科別，接受後續處理與治療，既可節省到處找醫師所花費的時間和金錢，又能完整掌握自己的病情，安心接受合適醫師的診治。加上健康保險普及的影響，使得醫療品質日益受到重視，因此，如何提升醫療品質並有效的控制醫療費用的持續高漲，便成為健康照護體系改革的重心了。

現今醫療體系在全面總額支付制度下，已逐步由論量方式改以論病例與論人計酬的支付方式，將使醫事服務提供者逐漸重視病人的健康管理與疾病管理，家庭醫師所扮演的角色日趨重要，也可促進我國家庭醫師制度的形成，並達到分級醫療與雙向轉診的目標。(衛生署，2004)

英國可算是世界上最擅用家庭醫師，擔任醫療照護服務守門員角色的國家，其每年平均約看診 3 億人次，每位家庭醫師負責 2000 位民眾。另外美國 1900 年境內即超過 80% 的醫師都是全科醫師，1969 年更是家庭醫學力求中興的開始，不僅在 1968

年創立了家庭醫師考試委員會並創設了 15 個試驗性的家庭醫師住院醫師訓練計畫，至 1996 年該訓練計畫甚至增加到 452 個，接受該訓練的醫師更超過 46800 人。而台灣家庭醫學觀念落實始於 1984 年 11 月台大醫院正式創立家庭醫學科，回顧十餘年來家庭醫學的發展，健保局在九十二年為提供民眾疾病預防、診斷治療、健康教育與廣泛的健康服務，從九十二年三月十日起公告實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，讓基層醫師團隊之醫師發揮家庭醫師功能，提供各種慢性疾病照顧及轉診服務，並與合作醫院合作形成社區照護網絡，形成垂直整合，共同為民眾提供具備可近性、持續性、協調性、周全性以及負責任的健康醫療服務。建立強調整體性、連續性之疾病治療與個案管理模式，由家庭醫師負起病人的整體照顧責任，必要時照會或轉介至專科共同處理，使慢性病人能獲得長期性、完整性的醫療照顧。(中央健康保險局，2004)，家庭醫師整合性照護制度是一種能提供各種不同及連續性醫療照護的健康照護體系，除了整合醫療院所的資源提升服務品質外也能吸引被保險人參與，達到預防醫學以及降低整體醫療費用的成效，然而若無一良好的誘因基礎將無法延續，「家庭醫師整合試辦計畫」實施已年餘，依 Borowsky 等人⁽³⁵⁾提出評價醫師在健康照護計劃執行的意見，可促進健康照護計劃的照護品質。計劃是否能持續執行與實施對象的接受性及實施機構是否能永續經營有著密切關係，然而在國內卻鮮少文獻探討。故研究者擬對參與家醫計劃之診所醫師團隊，了解其見解及對家醫計劃目標策略之同意度，並了解診所服務能量及診所醫師看法及滿意度與效益，以評估家庭醫師整合性照護試辦計畫之成效，希望能對有關單位對家醫制度的成效能有所瞭

解，更进一步的改善台灣的醫療制度，使醫療網更趨完善，讓民眾能得到更周全的健康照護。

為評估家庭醫師計畫目標是否達成健保局在九十二及九十三年所擬各項指標，而許氏文中提到健康照護政策之推動為使政策更加成功必須吸引合適特質的醫師加入，應掌握實務醫師的看法以增加斡旋彈性⁽¹¹⁾。故本計畫將九十二、九十三年各項指標與基層醫師對評估指標的建議彙整資料如下表：

92年	93年	醫師建議
同： 家戶建檔率達100%	同： 家戶建檔率達100%	結構面：
異		1. 合作醫院規模及專科別完整性及配合度
1. 共同照護門診每週達1個診次以上	異： 1. 共同照護門診每週至少半天	2. 是否聘專任行政助理
2. 預防保健達成率要超過10%以上	2. 預防保健達成率會員接受檢查比率為50%以上	過程面：
3. 家醫指定比率達看診個案10%以上	3. 會員指定率看診總人數的10%以上	1. 雙向轉診完成度
4. 門診就診年平均次數減少0.3以上	4. 會員固定就診率達70%	2. 醫療群共同問題之處理解決能力且會定期聚會以討論共同問題
5. 雙向轉診達100%		結果面：
6. 境外就醫年平均比率減少10%以上		1. 健康家庭會員滿意度
7. 保險對象之滿意度達75分以上		2. 是否依共同照護指引高血壓病患
		3. 高血壓病患規則回診率

資料來源：中央健康保險局^(6,7)及本研究整理

研究方法與步驟

一、研究對象與資料蒐集

以參與93年度家庭醫師整合性照護試辦計畫之「溪南社區醫療群、民雄嘉基社區醫療群、雲鄉社區醫療群、麻佳社區醫療群、東昇社區醫療群、西北社區醫療群、雲安社區醫療群、曾文社區醫療群、府城社區醫療群、東光社區醫療群、虎威社區醫療群、雲門社區醫療群、鳳凰城社區醫療

群、他里霧社區醫療群、東群社區醫療群、福全社區醫療群、桃城社區醫療群、赤崁社區醫療群、大目降社區醫療群、聖安社區醫療群、金華城社區醫療群、芳鄰社區醫療群、佳安社區等」二十三個醫療群之129家診所醫師，採用半開放性調查表，以郵寄問卷調查法收集問卷，探討其對家庭醫師整合照護制度之同意度、服務概況及滿意度。

1、研究對象及資料收集方法

本研究以全國地區九十二及九十三年度有參與家庭醫師整合性照護試辦計畫的全部診所約計200家之醫師200位醫師為研究母群。採用半開放性調查表以郵寄問卷調查法收集資料，以探討有關診所預期達成的指標、醫師贊同度、目標達成度與醫師同意度之影響因素、診所服務能量與滿意度。

2、研究工具

本研究經由文獻探討之結果，發展出下列問卷內容：

(1) 診所基本資料(包含：型態、屬性、診療科別、開業年資、人力資源、設備)。

(2) 醫師基本資料(包含：出生、性別、信仰、學歷、專長、執業年資、專科證書)。

(3) 「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」預期達成之指標(如：家戶建檔率、共同照護門診每週至少半天、預防保健達成率、會員指定率、會員固定就診率)。

(4) 瞭解醫師對家庭醫師整合照護制度關於滿意度、看法。採Likert五分法量表測量，「非常同意」5分，「同意」4分，「普通同意」3分，「不同意」2分，「非常不同意」1分，五個等級。

3、資料分析方法

問卷回收後經譯碼(coding)除錯後輸入電腦,以 Spss10.2 版進行資料的分析,分析方法如下:

(1) 描述性統計分析(Descriptive Statistic Analysis)

對於個別變項以樣本數、百分比、平均值、標準差等統計方法來描述有效樣本之醫師及診所之基本資料,及醫師對家醫整合計劃之看法,做基本的描述。

(2) 因素分析:分析醫師贊同度構面。

(3) ANOVA 分析或無母數分析:診所基本特

性、醫師基本資料與醫師對政策實施不同構面的贊同度及預期指標之關係。

(4) 斯皮爾曼(Spearman's Rho)等級相關係數:探討診所醫師對政策實施不同構面的贊同度與預期目標間之相關性。

四、計畫成果自評

本研究內容與原計畫相符程度大約為百分之七十五左右,達成預期目標情況約為百分之七十左右,於應用上提出一個實務可行之解。

五、參考文獻

1. 中央健康保險局健保速訊第 524 號:節約健保資源。大家一起來,2004。
2. 衛生署統計資料:國民醫療保健支出統計表。
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
3. 石賢彥:基層醫療體系與家庭醫師制度理想與現實的差距—基層醫師的觀點,摘至中華名國基層醫療協會網站—家醫研討會。
4. 陳慶餘:家庭醫學與家庭醫業,摘自台大家醫部網站。
5. 鍾信成 陳楚杰 楊長興家庭醫師在健康照護體系改革中扮演的角色—以英、美兩國為例。醫院

第 36 卷 NO.1,2003。

6. 中央健康保險局:全民健康保險家庭醫師整合性照護制度九十二年試辦計劃,2003。
7. 中央健康保險局:全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計劃,2004。
8. 章殷超 李宇芬:居家照護(3)—家庭醫師與居家照護;基層醫學,12(11):208-210,1997。
9. 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。碩士論文,台北:國立陽明大學,2003。
10. 劉文俊(2003)。鄉村的基層醫療(Rural Primary Care);摘至彰化縣診所協會新聞台
<http://mypaper.pchome.com.tw/news/john1011>。
11. 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—以高屏地區參加計畫醫師為例。在職專班碩士論文,高雄:高雄醫學大學,2004。
12. 張睿詒、鄭惠文、林玠伶、楊志良:醫院高階主管對醫務管理師證照制度之看法;臺灣公共衛生雜誌,22(5):P.403-417,2003。
13. 陳順義、鄭文輝:總額支付制度對牙醫醫療服務的影響與原因探討—中區與南區之比較;臺灣社會福利學刊,3:29-76,2003。
14. 王孟平:政策認知、政策訊息與政策論述—當前爭議性公共政策之實證研究;中山人文社會科學期刊,7(1):P.73-100,1999。
15. 李卓倫、賴俊雄、趙睦男:臺灣地區衛生人員對全民健康保險、政策之認知與態度;公共衛生,21(3):P.180-191,1994。
16. 王香蘋:影響我國分級轉診制度發展因素的探討;弘光學報,40:P.45-51,2002。
17. 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。碩士論文,台北:國立陽明大學,2003。

18. 石賢彥：SARS 疫情之省思--臺灣實施家庭醫師制度的必要性；臺灣醫界，46(10)：57-60，2003。
19. 陳慶餘 黃國晉 陳完任 李龍騰：台灣地區家庭醫師全科診療現況之調查；中華民國家庭醫學雜誌，7(2)：69-76，1997。
20. 許獻忠：牙醫診所成本的分析；北縣牙醫，3：9-13，1994。
21. 陳鼎達：家庭醫學科；[馬偕院訊](#)，16(8)：4-11，1996。
22. 行政院經濟建設委員會委託中華民國家庭醫學醫學會執行：家庭醫師在全民健康保險及醫療網中的角色-現在與未來之探討，1990。
23. Taylor RB (ed): Family Medicine: Principles and Practice. 3rd & 5th ed. New York: Springer-Verlag, 1988 & 1998.

