

# 嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

計畫編號：CNHA94-05

計畫名稱：社區民眾對加入全民健康保險家庭醫師整合試辦計畫  
之需求

執行期間：94年1月1日至94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：陳怡君

子計畫主持人：



中華民國 95 年 2 月 21 日

## 摘要

健保局自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」(「家醫計畫」)，希望借此計畫的進行，達到整合各分級醫療，並且讓基層醫師發揮家庭醫師的功能，負起病人的整體照顧責任，使病人能獲得長期性、完整性的醫療照顧。本研究以質性研究法，針對 93 年加入南區健保局之社區醫療群之 10 位醫師及 22 位會員民眾進行深度訪談，以了解目前「家醫計畫」的執行情形及民眾的需求。家庭醫師在執行上對行政方面及資訊平台感到困難，但希望能提升醫病互動關係、提供病人諮詢服務及周全、持續性醫療照顧等服務；而就診民眾加入此計畫成為會員者，希望加入能獲得全人的照護，包括：健康檢查、提供諮詢、衛教服務、醫生及醫療院所的轉介及通知預防注射等相關照護。

關鍵字：家醫計畫、質性研究、基層醫療

## Abstract

This study is collecting opinions of primary physicians who joined “national health insurance pilot project of family physician integrated healthcare program” (NHI Family Physician Program, NHIFPP) and the needs of people who join in this program by using qualitative study methods. We interviewed 10 primary physicians to understand the implement of NHIFPP and 22 subjects who join this program and visit the clinics about their wants of the health services from NHIFPP. The administrative works and information system posed many problems for primary physicians. Primary physicians agreed to supply the consultative services and integrated, continuous health cares for their patients. The people who join this program hoped same to gain the integrated health services including health check, consultative services, health promotion education, introducing other special physicians or hospitals if when they need, and so on.

Key words: family physician program, primary care, qualitative study method

## 前言

台灣自 1994 年後進入高齡化社會，2002 年老年人口已達 9.02%，由過去的變化趨勢推估，台灣人口老化的速度是歐美國家的 2 倍以上，預計到 2020 年，台灣的老年人口將達到 14%<sup>(1)</sup>。快速的人口老化加速醫療財務上的重擔及新的醫療問題，但多數醫師仍著重治療之行為態度，並未隨著本國人口結構改變，重視疾病之管理與預防，且周全性的主動照護亦不足，也未能符合人口老化的健康維護需求。

自全民健保實施後，全國醫療院所特約比率高達九成以上，提高了醫療的可近性，但也因醫療院所間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，造成醫療資源遭到濫用，民國 88 年，台灣民眾平均就醫次數為 14.85 次比歐美國家平均的 4 到 7 次，高出非常多<sup>(2)</sup>；且施行健保後的醫療支出逐年上升，至民國 92 年的全民醫療保健支出已為民國 80 年的 2.75 倍<sup>(3)</sup>。然而醫療費用的持續高漲，卻未必真實地提高了就醫診治的品質與效果。

而根據先進國家的研究，社區民眾生病約有四分之一會尋求醫療資源，其中的 80% 至 95% 的問題，可以在一般開業醫師處解決，真正需要住院治療的不到 1%。故基層醫療院所在醫療體系中扮演著相當重要的守門員的角色(gate-keeper)<sup>(4)</sup>。而石等的研究指出理想門診服務量基層院所應佔整體的 80%~90%、地區醫院 10%、醫學中心區域醫院 5%<sup>(4)</sup>。但根據九十三年六月健保局業務執行報告，九十三年第一季各層級院所門診服務量比例<sup>(5)</sup>，卻是醫學中心佔 10%、區域醫院佔 12%、地區醫院佔 12%，基層醫療僅佔 66%，顯示我國的基層診所並未如理想做好醫療體系的守門員。

有鑑於此，健保局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」(「家醫計畫」)，目的為(1) 建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與

持續性的服務；(2)以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質<sup>(6)</sup>。採取的策略，即是分級醫療和轉診制度，讓基層醫師團隊之醫師發揮家庭醫師功能，做最好的醫護把關，提供各種急慢性疾病照顧及轉診服務，以共同照護門診作為基礎，主動關心特定病人的健康，並與合作醫院形成社區照護網絡，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，必要時照會或轉介次專科共同處理，使病人能獲得長期性、完整性的醫療照顧<sup>(7)</sup>。希望藉此計劃的施行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，逐步在社區中擴大照顧範圍，達到疾病預防以及降低整體醫療費用的成效。

但衛生計畫實施成功與否，尚需考慮需求者—病人的需求與滿意度，及計劃執行者—醫師及醫療團隊對政策制度的接受性，並了解各項可能影響因素。機構服務品質，會影響顧客忠誠度，而顧客滿意度會影響服務品質。顧客滿意度會受顧客期待服務與知覺服務之不一致性及機構全員是否執行團隊合作，管理階層之領導與承諾，教育訓練、激勵措施及是否了解顧客需求與服務期待等因素影響<sup>(8-9)</sup>。黃氏<sup>(10)</sup>亦指出醫療人員不管在那個階層、部門都應經常定期檢視消費者之滿意度與需求，以作為改進業務之驅動力。Wagner指出由於病人或家屬消費意識覺醒，對服務品質的需求提高，健康專業人員已學得必須直接由病人或家屬處得到對服務品質的期望<sup>(11)</sup>。潘氏<sup>(12)</sup>亦指出病人及家屬滿意度受到病人或家屬知覺感受及服務期望的影響。

可見已有多位學者以量化研究探討醫療機構的服務品質及病患的滿意度，但少有深入探討加入「家醫計畫」民眾的需求，且對於加入「家醫計畫」之診所醫師的動機及願意提供的健康照護是否能符合家醫計畫的設計來達到計畫目的，亦少有著墨。

因此本研究藉由質性研究深入探討加入「家醫計畫」民眾對此計畫所提供之健

康照護的需求及診所醫師的加入計劃動機及願意提供之健康照護。

## 材料與方法

### (A)研究樣本

(a)醫師部分：以參與 93 年度家庭醫師整合性照護試辦計畫之南區健保局於 94 年 5 月前公告之「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 23 個社區醫療群之執行中心診所醫師為訪視母群。為能涵蓋雲嘉南三區所有醫療群，以分區抽樣方式進行抽樣，抽取雲林縣 2 個、嘉義縣 1 個、嘉義市 1 個、台南縣 3 個、台南市 4 個執行中心診所醫師進行訪談，經由電話聯繫後，若有拒訪，則以同縣市其他醫療群取代。其中有 7 位醫師拒訪，分別為雲林縣 1 位、台南縣 1 位、台南市 5 位，共訪視 10 位執行中心診所醫師。

(b)病人部份：共訪視 22 位會員，主要是以訪視之執行中心診所遇到的就診會員病人為對象來收取樣本，但其中有五位會員病人是由執行中心診所醫師代約，共 13 位女性，9 位男性。

### (B)研究方法與資料分析

以訪談大綱進行深度訪談，來獲得「家醫計畫」的執行者(醫師)及接受者(病人)，對「家醫計畫」的相關看法。醫師的訪談大綱內容為加入家醫計畫緣由、期許提供的照護，及家醫計畫實務操作上的困難等。而對加入計劃的民眾則以其對家醫計畫的認知、加入計畫需求、原因及希望的衛教內容來設計，以引導醫師及民眾說出相關內容及實例，並錄音以作為後續資料之分析。訪談大綱如表(一)。

由錄音內容抄錄成紙本，從資料中萃取相關元素，來了解南區家庭醫師制度地執行情形及病人對家醫制度的需求。

### 結果與討論

共訪視雲、嘉、南五縣市，10位執行中心診所醫師，均為男性，年齡38-68歲，教育程度為大學至碩士。

醫師加入「家醫計畫」的緣由為配合政策、對家醫制度的認同、經濟的考量及期望減少目前健保制度下所造成醫療的浪費。期許給病人的照護為轉診，可有確定的醫院轉診及對後續治療結果加以追蹤、提供諮詢、預防疾病及提供就醫便利性。在執行計畫的實務操作上主要困難為行政作業繁重、民眾認知不足、計畫設計不符民眾需求及醫師聯絡或活動上有困難。家醫計畫須改進處有簽約、考核指標及訂定問題、社區醫療群的組合問題、給付制度問題及轉診問題等。相關結果整理於表二。

會加入「家醫計畫」並擔任執行中心的醫師對家庭醫師制度均表認同，對自我期許給病患的健康照護服務亦符合「家醫計畫」的目的。不過，計畫執行上初期常遭遇資訊平台整合及電腦操作問題，且對於行政作業方面均感困難。詹的研究亦指出基層醫師在執行計畫的初期，通常會遇到資訊上、尋找家戶及行政作業上的困難，而家戶的找尋都是以熟悉的老病人為主。雖然醫師傾向請老病患加入成為家醫會員，但因宣傳不夠或病患對計劃認知不多，在簽名同意上較為困難，或對每年均要簽一次名感到困惑，在行政及簽名制度方面須檢討改進。

此外亦對計畫的考核制度及給付方式有意見，認為考核指標的訂定不夠專業也不合實際運作，且目前的給付方式並沒有鼓勵醫師進行轉診，較著重於衛生教育給付方面，然而病人對衛生教育，如衛教講座的參與不熱衷，無法達成計畫預期的效果。在陳

的研究亦提到，家庭醫師對於「家庭醫師試辦計畫」之滿意度，以對於評核指標之滿意度較低<sup>(13)</sup>，此外，詹的研究亦提到健保局要多多向民眾宣傳家醫制度並提供民眾、醫療群和合作醫院三方面更多的利多和誘因，更能夠讓總額制度、卓越計畫和家醫制度能夠互相相輔相成，那麼在合理的評核制度下，家醫制度將能更上軌道<sup>(14)</sup>。

訪視的22位會員其中有13位女性，年齡自20-69歲，教育程度從不識字至大學。

病人會加入「家醫計畫」成為會員的主因為就醫習慣性、方便性及信賴醫師，但對家醫計畫多不了解。成為會員後，醫師對病人的照護主要會通知疫苗注射、提供諮詢及舉辦衛教講座、轉介病患，且醫病關係更良好。會員主要還是希望醫師治療他(她)的疾病，提供健康檢查及轉診服務及關心病人。在衛生教育的內容上則希望醫師教導用藥常識、飲食及運動種類或其他相關醫學常識，與陳的研究中指出家戶會員認為家庭醫師所需具備之能力的選項中，前三重要的分別為「在看診時，家庭醫師應該以足夠的時間來聆聽、對談及解釋病情」、「家庭醫師不僅僅是要治癒疾病，也要提供預防保健的服務」，「家庭醫師應精確地評估藥物的效能」相符。而病患均認為「家醫計畫」推廣不夠，希望能多利用媒體宣傳。相關整理如表三。

整體而言，雲嘉南地區加入「家醫計畫」的執行中心診所醫師對「家醫計畫」有一份身為家庭醫師的使命與期許，也願意配合政策的規劃參與，並期望給就醫民眾更好的健康照護服務與維持良好的醫病關係。成為「家醫計畫」會員的民眾，雖然大部分不了解家醫計畫的內容，但均感受到加入家醫計畫後，診所醫師提供更多的健康照護服務與醫師對病人的關心。且醫師願意提供的服務與病人的期望相近，也能符合「家醫計畫」

的目的「提供民眾周全性、協調性與持續性的服務及以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質<sup>(10)</sup>」。不過，就醫師對制度提出的各項看法則需加以檢討改進，以利「家醫計畫」順利進行，達到減少醫療浪費，提供病人持續且周全的健康照護目的。

參考文獻：

1. 詹其峰、陳慶餘(2003).家庭醫師全人照護制度.醫學教育 7(3)，207-209。
2. 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畫，2003。
3. 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。
4. <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>，衛生署統計資料：國民醫療保健支出統計表。
5. 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
6. [http://www.nhi.gov.tw/20download/index\\_download.htm](http://www.nhi.gov.tw/20download/index_download.htm)；全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫(93.03.11 更新)
7. 林恆慶、石賢彥(2003). SARS 疫情之省思-台灣實施家庭醫師制度的必要性. 台灣醫界 46(10)，57-60。
8. 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
9. 陳慶餘:家庭醫學與家庭醫業，摘自台大家醫部網站
10. 黃金蓮，某教學醫院住院病人對護理服務之滿意度調查研究，護理新象，3(7)：337-354，1993。
11. Wagner PM ., Who defines quality; consumer or professionals, Caring, 26~28, 1988.
12. 潘靜雲、柯純卿、陳季員等人，南部某家醫院病人對醫院服務滿意度的調查，中華衛誌，15(3)：249~258，1996。
13. 陳麒丞：參與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，93，台中
14. 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，臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，93，台北

表一、訪談大綱

研究對象	醫師	會員
訪談大綱	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加入家醫緣由</li> <li>2. 期許給病人的照護</li> <li>3. 門診量的影響</li> <li>4. 實務操作上的困難</li> <li>5. 家醫制度須改進處</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加入家醫緣由</li> <li>2. 對家醫計畫的了解</li> <li>3. 加入家醫計畫後，醫生對您的照護差異性</li> <li>4. 加入家醫計畫，除治療外，希望醫師提供的照護</li> <li>5. 希望醫師教導您照護您的健康相關問題</li> <li>6. 家醫計畫需要改進的地方</li> </ol>



表二、醫師訪談整理：(共 10 位男醫師接受訪談，年齡 38-68 歲，教育程度：大學至碩士)

加入家醫緣由		期許給病人的照護		門診量的影響	實務操作上的困難		家醫制度須改進處	
配合政策	配合政令推動(2)*； 公會或學會提出之建議(3)；	轉診	有確定的醫院轉診，治療結果有利追蹤(7)； 探看自己轉診的病人，與負責醫院醫師討論該如何治療	1. 沒有影響，會員主要為老病人(9) 2. 應該會減，直接提供電話諮詢，病人未看診	行政作業繁重	行政作業繁重(3) 電腦系統平台整合及剛開始操作困難(3)	簽約	一期簽一年定期契約，對醫生而言工作不穩定 簽名制度不要每年都要簽一次
對家醫制度的認同	診所就是家醫制度 本身是家醫(2)； 現代醫學必走的路； 沒有家庭醫師就沒有完整病史；	提供諮詢	提供諮詢(但不論是否為會員)(3)		民眾認知不足	民眾認知不足 民眾不願意簽名(3) 病人認知不足，衛教沒人聽 病人沒概念，政府宣傳不夠	考核指標	在考核制度執行上有問題，未達標準須退場，則家會員的病人要去哪裡 指標的訂定有問題，造成為達考核目標亂收病人，又造成就診率無法提升 指標越訂越嚴格 指標訂定沒有專業可言(用喊的) 不同分科訂相同標準 防弊制度要做好，但很難給活動做考核
經濟的考量	增加收入； 了解衛生署動向，以免未來被淘汰；	預防疾病	提供預防疾病產生		計畫設計不符民眾需求	只能轉診合作醫院，造成病人不願加入(病人不喜歡合作醫院)	社區醫療群的組合	社區醫療群的組成方式有問題，應該是一家診所對多家醫院，滿足民眾對轉診醫院的需求

期望減少目前健保制度造成的醫療浪費	計畫不錯，可修正健保制度造成的浪費(2)； 避免醫療資源的浪費；	提供就醫 便利性	提供病人 就醫便利，給病人 全方位照顧		醫師聯絡或活動 上有困難	醫師間溝通沒有 很踴躍 醫療群醫師須同 時活動有相當限制	給付制度	給付制度不合理，要 求拍照簽名，使醫師 做的沒有尊嚴給付 制度規定不合理(2) 制度面提供給醫師 的誘因不大，應該每 人固定酬勞(2) 給付制度重衛教，不 重轉診的給付(2)
(5)其他	對轉診有好 處； 可與病人維 持良好關係 醫院尋找合 作醫師；	其他	增進醫病 互動關係		其他	無誘因給民眾使 民眾加入，而要醫 師提供誘因 無血型資料可建 檔 24 小時緊急通 報，無法提供病人 好照料，因不在診 所，手邊沒有病人 相關資訊 因就醫方便及已 是老病患，加入意 願不大	轉診	須與負責醫院醫師 討論病情，可能時間 無法配合，且怕有干 涉治療之嫌，太學術 性 轉診不要限醫院
							其他	宣導要更積極 家醫學會沒有參與 標準訂定僅為背書 而已 要提供誘因給病人 使病人加入 病人資料傳來傳 去，涉及病人隱私權 的問題 在醫院開設共同照 護門診有實際困難
*：表示提出意見的醫師數								



表三、會員訪談整理：(共 22 位會員接受訪談，教育程度：不識字至大學；女性 13 人，年齡：20-69 歲；男性 9 人，年齡：16-77 歲)

加入家醫緣由	對家醫計畫的了解	加入家醫計畫後，醫生對您的照護差異性	加入家醫計畫，除治療外，希望醫師提供的照護	希望醫師教導您照護您的健康相關問題	家醫計畫需要改進的地方
1. 就醫習慣性(12) * 2. 就醫方便(6) 3. 方便諮詢(4) 4. 信賴醫師(4) 5. 由授課教師獲得相關資訊 6. 醫師親切 7. 醫生詢問就加入 8. 定期健檢 9. 醫術高明 10. 經醫師介紹 11. 經由電視新聞獲得相關資訊 12. 不知道	1. 不了解(13) 2. 提供轉診(4) 3. 提供諮詢(1) 4. 給”卡片”可通知醫師，獲得緊急照護有完整病歷提供就醫方便性	1. 通知疫苗注射(6) 2. 提供諮詢(5) 3. 提供衛教課程<講座> ex:高血壓(4) 4. 一樣(3) 5. 轉介至醫院(2) 6. 主動通知慢性病人拿藥(2) 7. 主動詢問家戶健康情況，關心病人(2) 8. 轉介，介紹醫師 9. 對病人較了解 10. 較親切 11. 主動通知健檢 12. 諮詢時互動更好，醫病關係更好 13. 不知道	1. 無(10) 2. 提供更好的健檢服務 3. 轉診 4. 提供知識交流 5. 關心病人 6. 介紹對身體較好的藥	1. 衛教病人如何用藥(10)、生活習慣(4)、食物控制(4)、運動種類 2. 醫學常識(2) 3. 不需要，有需要再諮詢即可 4. 不知道	1. 無(11) 2. 推廣不夠，尤其是透過傳播媒體的宣導不夠(2) 3. 增加醫師用藥選擇權 4. 增加檢查內容 5. 提高給付給醫師，可由專人提醒病人，提高服務品質 6. 要做好轉診的部份，並教導病人回原診所就診，不要留在大醫院看，以節省經費
*：表示提出意見的會員數					