

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

計畫編號：CNHI94-01

計畫名稱：南區診所醫師轉診意願及轉診行為之研究

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：吳鐵雄

子計畫主持人：

計畫參與人員：何以尊

中華民國 95 年 2 月 25 日

中文摘要

為了使醫療資源得到合理的分配，民眾的健康得到完整的照顧，我國於民國七十四年起開始實施醫療網計畫，計劃中將醫療院所分為三級實施分級醫療，再配合轉診制度，以期達成全民健康照護的目標。為了真正落實雙向轉診制度，健保局於民國九十二年實施「家庭醫師整合試辦計畫」，希望藉由家庭醫師制度的建立，提昇基層醫療院所與所屬醫院之合作關係，促進分級醫療及雙向轉診，以提供民眾周全性、協調性與持續性的服務，建立全人醫療照護，提升醫療品質並減少醫療資源浪費，合理控制醫療支出。然而家庭醫師計畫實施迄今有關基層醫師的轉診行為之研究尚仍缺乏，也為了得知目前參與與未參與家庭醫師試辦計畫的診所醫師其轉診行為有何異同，以瞭解影響轉診率相關因素有哪些，即現行健保制度對轉診制度之影響，與醫師的轉診行為，轉診意願與經驗的相關性，故本研究擬以南區的診所醫師為研究對象，採用郵寄問卷調查法收集資料，探討目前診所現況（診所型態、業務型態、開業年資...等）、醫師個人特質（年齡、年資、教育程度、執業科別...等）、轉診行為（轉診率、使用情況...等）及轉診行為影響因素。結果發現本研究南區診所醫師平均轉診率為 1.5%。與其他研究相較，轉診率偏低。

研究結果可提供相關衛生單位做為政策制定之參考，以提升醫療品質，並有效落實轉診制度以符合全民健康照護的需求。

關鍵字：家庭醫師政策、轉診、轉介、診所醫師

Abstract

The medical network plan has been implemented to make reasonable distribution of medical resources and

improve people's health with complete medical treatment since 1985. Health organization is classified as 3 levels cop crated with the referral system to achieve the goal of health for all people. In 2003, national health insurance bureau carried out the family physician project. The purpose of this project is to build up the relationship of hospitals and primary clinics and promote two-way referrals for establishing the classification of medical treatments to increase the quality of services. Data of primary physicians' referral behaviors are unknown. The purpose of this study is to exam primary physician's referral behaviors and their affecting factors. Differences between physicians who are participated in the family physician project and who are not are also examd in this study. The Questionnaire was constructed to collect data. Results of this study show that the mean rate of referral for primary physicians in southern Taiwan is 1.5%.The rate is pretty low compeered with other researches. Results can provide information for related health organization setting effective health policies to meet the medical demand of people.

Key word: family physician project, referral, transfer, clinic's physicians

前言

台灣全民健保制度的實施雖然達到全民納保，保障範圍廣，使民眾無就醫障礙，提高了就醫可近性【1】，但由於民眾就醫方便而且至大醫院看診費用低廉，所以造成民眾養成逛醫院的惡習。國人每年每人平均就醫次數根據九十年統計為 14.4，是先進國家的兩倍以上【2】，如此高的就診次數，原因在於國人信賴醫學中心醫療服

務品質必定高於基層診所的緣故，所以大家都擠到大醫院看病，即使實施合理門診量，喜歡到大醫院看診的民眾人數依然不減，過多就診人數只會使醫師降低看診品質，縮短看診時間，病人得不到完善的照顧，疾病無法治癒之下。這樣的惡性循環，不但浪費國家醫療資源，也造成今日健保財務不斷虧損。

中央健保局(2005)指出，根據各國研究的結果發現，其實大部分的疾病均能由基層醫師處理。因此在許多歐美國家，民眾生病時會先找家庭醫師，病人若因病情需要，家庭醫師會將病人轉診到醫院做進一步的治療。如此，醫院與診所各司其職，診所提供病患初級照護與預防保健，而醫院則更有餘力專注發展重症治療與臨床醫學研究，才能達到分級醫療的功能。

在健保資源有限，財源出現虧損之下，各界要求重新檢討健保制度，以求健保永續經營。因此若要能有效推動醫療分級的功能，將有賴於轉診制度的落實。王香蘋（2002）的研究指出，基層醫師可藉由轉診回覆單，瞭解病患的醫療及醫囑，增進醫療技術及知識。醫療機構之間的訊息傳遞，不但充分發揮各醫療院所之教學、研究、訓練服務等功能，醫院層級高的醫師，才有時間做醫學研究，基層醫師也可望藉此提升醫術【3】。雖然轉診制度有上述許多優點，衛生主管機關也不遺餘力宣導政策，但轉診制度在台灣卻尚未落實，我國平均轉診率為 0.4%與國外 1%-5% 相比較【4】，我國轉診率明顯低了很多。

健保轉診制度將自 94 年 7 月 15 日起實施，民眾前往基層診所看病，或是由診所、家庭醫師轉診到醫院治療，門診基本部分負擔都維持不變；但未經過轉診而直接到醫院看病，將要加重門診基本部分負擔，比現制增加 30、100、150 元不等。健保門、急診部分負擔調漲政策已執行一段

時間，但衛生署統計資料卻顯示，民眾透過轉診而就醫的比率，僅從 0.3%上升至 0.7%，可見加重門診部分負擔成效並不明顯。單靠調漲部分負擔要改變民眾就醫行為並不容易。

從陳楚杰，林恆慶（2004）研究調查指出，在目前健保制度下 63%的樣本醫師有轉診意願，11.6%樣本醫師則無轉診的意願，而醫師認為轉診最重要因素乃基於病人病情的需要；醫師不願意轉診的最重要因素則為擔心轉診會流失病人【6】。許碧珊等人(2001)的診所與醫院間互動研究調查指出，80%的診所希望醫院開放醫療資源給診所使用，而診所想利用醫院的資源以雙向轉診最多(81%)。希望與醫院建立雙向轉診的醫師為年齡較輕、執業年數較短、有專科醫師執照及曾於醫學中心受訓比例較高。診所醫師轉介病患至醫院的顧慮以不知病患轉介後的結果最多(74%)，轉介的考量以病患之意願(73%)及醫師的專業能力(72%)為優先。曾有 44%的診所以正式轉診函轉介病患至醫院而只有 52 家診所(57.8%)曾接到醫院的轉診回函【7】。

Christopher B. Forrest 等人(2002)提出，醫師們之所以要轉診除了基於病人的病情需要之外，醫師們最普遍的轉診理由是因為他們不確定診斷或治療以及想得自其他執業醫師的檢驗檢查報告與建議。另一各轉診的理由則是醫生們認為健康問題的管理超出他們醫事範圍之外時將會將病人做轉診。而某些學者提出在一項 856 位內科門診的研究當中有 45%患者自己提出與他們的醫生討論轉診的需要。Christopher B. Forrest 等人(2002)對醫師轉診決定的關鍵論點提出幾大點：

- (一)基礎照護醫生比較喜歡把他們的病人轉給與他們已經發展良好關係的專科醫生。
- (二)基礎照護醫師們不僅要為病人選擇特別的執業醫生，而且要在不同的執業

醫生 中做最適當的選擇。

(三)轉診模式會受到地方性醫事照護、專科醫生有效性、此地方專科醫生過剩的結果、以及其他醫師競爭患者結果等影響。

(四)混雜而嚴重的合併症是每年患者轉診率及轉診機會的決定要素。

(五)轉診不只發生在門診，也會透過電話訪談或工作人員與患者互動中做轉診。

(六)呈現問題的種類將有利於決定患者需不需要轉診。

(七)醫師轉診目前最普遍的理由為為了獲得疾病檢驗檢查報告或建議。

(八)家庭醫師在為大多數患者選擇特別的專科醫生時，在選擇的過程中，專科醫師個人的專業知識超過其他因素。

因此本研究認為其醫師特質、健保制度與病人就醫習慣、環境、政策等因素為影響醫師轉診意願與行為主要原因【2-28】。

本計畫擬藉由問卷方式，進行南區診所醫師的轉診意願及轉診行為調查以瞭解目前參與及未參與家庭醫師試辦計畫的診所醫師其轉診行為有何異同，並瞭解影響轉診率相關因素有哪些，即現行健保制度對轉診制度之影響，與醫師的轉診行為，轉診意願與經驗的相關性。研究結果可提供相關衛生單位做為政策制定之參考，以提升醫療品質，並有效落實轉診制度以符合全民健康照護的需求。主要研究目的如下：

一、瞭解南區診所醫師對現行轉介制度的看法。

二、瞭解南區診所醫師醫師轉介意願。

三、瞭解南區診所醫師醫師轉介行為。

研究方法

一、研究對象

依南區健保局登錄之診所醫師資料，選取 94年度南區參與家庭醫師試辦計畫

約202家診所醫師，並由2741家南區未參加家庭醫師試辦計畫診所醫師中隨機抽樣出202家診所醫師，共404位南區診所醫師為主要研究對象進行分析。

二、研究工具

本研究將採用問卷調查研究法以結構式自填問卷為主。依據研究架構、文獻探討及學者專家之訪談內容而設計問卷，內容包含一、診所醫師之個人基本特質因素：(1).性別、(2).年齡、(3).學歷專長、(4).專科醫師資格、(5).執業年資、(6).最高學歷。二、診所特性：(1).診所型態、(2).業務屬性、(3).診療科別、(4).開業年資。三、診所醫師轉診行為：(1).轉往大醫院、(2).轉往診所、(3).轉診經驗、(4).看診人次。(5).轉診利用何項服務等。問卷效度採用專家內容效度，相關的專家與學者共五位：有健保局醫務管理組賴文琳專員，專長護理與公衛背景；成大醫院資材室張少寧主任，醫管與公衛背景；以及嘉南藥理科技大學吳鐵雄教授，專長統計；林為森教授專長公衛與統計；陳惠芳老師，專長為醫管領域。針對題目之重要性與適切性及明確性進行問卷內容效度評估。量表的信度則Cronbach's α 值(0.9578)建立問卷的一致性。

三、資料處理與分析

問卷以郵寄方式進行資料收集。問卷回收後篩選有效問卷並做問卷編碼的工作，並檢查資料有無登錄錯誤，以確保資料的正確性。除去無效問卷後，使用SPSS10.0中文版統計軟體，建立相關資料檔。依據研究設計的需要，選用最佳的統計方法進行問卷分析。

研究結果

本研究針對南區診所醫師進行問卷調查，總共發出 404 份問卷，回收 189 份，整理去除填答不清者，獲得有效問卷 183 份，其中 92-94 年曾參加家醫計畫醫師回收佔 95 份，92-94 年非參加家醫計畫醫師

回收佔 88 份，回收率為 45.3%。

南區診所醫師 183 人，其中男性 (94.5%)，女性 (5.5%)，男性佔大多數。年齡層以 41-50 歲(48.6%)居多。受試者最高學歷以大學居多，多數皆有專科證書 (88.5%)，而專科證書類別以家庭醫學科居多(40.4%)。執業年資以 11-20 年(51.9%)居多，服務過的醫院與年數以醫學中心居多(57.9%)，服務年數平均 2.21 年，標準差 2.5，是否目前為醫院的特約醫師，以否 (58.5)居多，對目前轉介制度看法以認同 (57.4%)居多，92-94 年曾參加家醫計畫的醫師為(51.9%)，而 94 年參加家醫計畫的醫師為(49.2%)，見表一。

診所型態以獨立(80.9%)居多，開業年資以小於 10 年(53.6%)居多，開業年資為 12.35，標準差 8.38，診療科別以一般診療 (38.3%)居多，執業地點以台南市(30.1%)居多，見表二。

診療過程醫師看診人次以小於 1000 人次(45.9%)居多，而大部分醫師皆有轉診經驗(96.7%)，見表三。

以有轉介過病人的醫師行為來看，其轉介人次以小於 5 人次(57.1%)居多，轉介方式以填寫轉介單(94.4%)居多，醫師以有傾向轉介至某些機構的(67.8)居多，而大部分醫師目前並無簽約的轉介機構(60.5%)。醫師轉介病人至區域醫院(83.6%)居多，轉介利用門診服務(69.5%)居多，見表四。

表五結果顯示診所醫師在幾個假設的情況下其轉介病患的意願程度，「當診所與受轉機構距離近時」、「診所設備、藥物不足或無法進行特殊治療時」、「轉介不會使收入減少」、「診所醫療人員不夠，人手不足」、「基於病人家屬要求」、「病人的疾病並非我的相關專長」、「病人病情需要進一步給予診斷、治療或檢驗檢查」、「需藉由其他顧問醫師一起諮詢討論病人病情」，這幾項為非常願意及願意的部分皆大於

50%。其中意願最高的項目為「病人病情需要進一步給予診斷、治療或檢驗檢查」為 58.5%。意願最低為「健保實施總額預算制度」平均值只有 3.19，標準差為 0.91。

診所醫師對現行轉介制度的看法方面，結果發現「若全民健保對機構轉診鼓勵措施恰當有利轉介」、「轉診程序規定清楚明白有利轉介制度實施」、「熟悉受轉機構醫師的專長有助於轉介」、「瞭解受轉機構醫師的醫療技術有助於轉介」、「受轉機構的設備普遍良好有助於轉介」、「受轉機構開放資源給診所醫師使用有利轉介」、「相關機構與病人居住地距離近有助於轉介」、「指定受轉機構的病人再回診率高有助於轉介」、「受轉機構的回報系統迅速順暢將有利於轉介」、「受轉機構轉介(診)單回覆率高有利於轉介」，這幾項為非常同意及同意的部分皆大於 50%。其中同意度最高的項目為「相關機構與病人居住地距離近有助於轉介」為 62.3%。意願最低為「現行所實施的越級就診加重病人部份負擔有利轉介制度實施」其平均值 3.38，標準差 0.89。見表六。

結論與建議

醫師在轉介意願部份，當病人距離受轉機構較近時，醫師願意(59.6%)為病人做轉介。診所設備、藥物不足或無法進行特殊治療，醫師則非常願意 (55.2%) 為病人轉介。當病人病情需要進一步給予診斷、治療或檢驗檢查，以非常願意(58.5%)居多。顯示診所醫師會為病人做評估考量，若是醫事範圍之外的或因診所設備不夠充足，會因病人的需要而做轉介。現行國家健康照護機構功能劃分清楚，以普通願意轉介(42.6%)居多；健保實施總額預算制度，以普通願意轉介(42.6%)居多；目前健康照護機構病歷電子化的實施，以普通願意轉介(42.6%)居多。代表此三項並不會對醫師們造成太大的轉介意願。

診所醫師對現行轉介制度的看法，家

庭醫師整合性照護試辦計畫實施將有利轉介，醫師同意此項者佔 41%。現行機構轉介作業程序簡單快速有利轉介，同意者佔 (44.3%)。無論是對現行機構轉介(診)單的填寫及紙本作業規範簡單明瞭有利轉介或現行機構病歷電子化實施普遍有利轉介，以即全民健保對機構轉診鼓勵措施恰當有利轉介等等看法，診所醫師表示同意者均佔絕大多數。

現行國家健康照護機構功能劃分清楚以及健康照護機構病歷電子化的實施，此兩選項醫師大部分都表示只有普通願意轉介病人，但在看法部分對此兩項又都表示對制度看法表示認同，此有矛盾之處，可再加以探討。

許文燦等人(1988)的研究指出，他針對家庭醫學科門診病人做的研究，平均轉診率為 3.24%【46】。許文燦與劉氏(1991)所做的研究台灣地區群體醫療執業中心基層醫師平均轉診率為 0.22%【47】。高榮志等人(1994)研究中提到歐美國家家庭醫師或一般開業醫師轉診率平均為 2.7%(1.0-20%)。本研究南區診所醫師平轉診率為 1.5%。與高榮志等人(1994)研究中提到歐美國家轉診率平均為 2.7%，以即林恆慶、石賢彥所提到的國外轉診率約 1%-5% 相較低了許多。

研究結果得知，一般基層醫療院所醫師的轉診意願是高的，但有意願並不代表就有實際轉診行為，後續研究可以探討醫師的轉診意願與轉診行為是否一致。而國內轉診率一直不高，與國外相比偏低，我國分級轉診制度長久以來都未能有效落實，現今並無人去探討哪種配套措施才能真正改變民眾的就醫行為，使其達到有效的分級轉診制度，以節制醫療成本的浪費，這是很值得探討與省思的議題，亦可作為日後研究發展方向。

參考文獻:

1.中央健保局,<http://www.nhi.gov.tw/>。

- 2.徐仙中(2003)。總額支付制度下影響基層醫師轉診意願之相關因素探討。台北醫學大學碩士論文。
- 3.王香蘋 (2002)。影響我國分級轉診制度發展因素的探討。弘光學報。40:45-51。
- 4.林恆慶、石賢彥(2003)。現階段醫師參與聯合執業之優點。台灣醫界。46(8):49-51。
- 5.吳重慶、葉淑娟(2001)。全民健保現況與回顧。台灣醫界。44(5):55-57。
- 6.陳楚杰、林恆慶 (2004)。探討影響台灣基層開業醫師轉診意願之因素。醫護科技學刊。6 (4):414-428。
- 7.許碧珊、劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰、蔡世滋、郭英調、何橈通、張茂松(2001)。都會地區診所醫師醫療服務狀況及與醫院間轉診互動之調查。台灣家醫誌。11:22-32。
- 8.Christopher B. Forrest, Paul A. Nutting, Barbara Starfield and Aarah von Schrader. (2002), "Family Physicians' Referral Decisions," The journal of family practice, 51(3): 215-222.
- 9.Krig S. Kinchen, MD, MSc, Lisa A. Cooper, MD, MPH, David Levine, MD, ScD, Nae Yub Wang, PhD Neil R. Powe, MD, MPH, MBA. (2004), "Referral of Patient to Specialists: Factors Affecting Choice of Specialist by Primary Care Physicians," Annals of Family Medicine, 2(3): 245-252.
- 10.By Rajshekhar Javalgi, W. Benoy Joseph, William R. Gombeski Jr., and Judith A. Lester. (1993), "How Physicians Make Referrals," Journal of Health Care Marketing, 6-17.
- 11.Forrest, Christopher B. MD, PhD; Reid, Robert J. MD, PhD. (2001), "Prevalence of Health Problems and

- Primary Care Physician's Specialty Referral Decisions," The journal of family practice , 50(5) : 427-432.
12. Bender, A. Douglas, Geoghegan, Susan S.(2001), " Primary Care Referral Management : A Marketing Strategy For Hospitals," Journal of Health Care Marketing, 10(2) : 62-65.
 13. Krig S. Kinchen, MD, MSc, Lisa A. Cooper ,MD ,MPH, David Levine, MD, ScD, Nae Yub Wang, PhD Neil R. Powe, MD, MPH, MBA. (2004), " Referral of Patient to Specialists: Factors Affecting Choice of Specialist by Primary Care Physicians, " Annals of Family Medicine, 2(3) : 245-252.
 14. THOM, D.H.(2001), " Physician Behaviors That Predict Patient Trust," The journal of family practice , 50(4) : 323-328.
 15. Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP, Christopher B. Forrest, MD, PhD, Paul A. Nutting, MD, MSPH, Sarah von Schrader, MA (2002), "Variability in Physician Referral Decisions," Journal American Board of Family Practice, 15(6):473-480.
 16. L. Nobile, C. Ugolini (2003), "Selective referrals in a 'hub and spoke' institutional setting: the case of coronary angioplasty procedures," Health Policy , 63, 95-107.
 17. FREDEICK M. CHEN, MD, MPH, Seattle, Wash (2001), " Dermatology Referrals in an Academic Family Medicine Clinic, " SOUTHERN MEDICAL JOURNAL , 94(5):475-477.
 18. Keith H. Bachman, Donald K. Freeborn (1999), "HMO physicians' Use of referrals," Social Science & Medicine, 48, 547-557.
 19. Dean F. Sittig, Tejal K. Gandhi, Michael Franklin, Masha Turetsky, Andrew J. Sussman, David G. Fairchild, David W. Bates, Anthony L. Komaroff, Jonathan M. Teich (1999), "A computer-based outpatient clinical referral system" International journal of Medical Informatics, 55, 149-158.
 20. Andrew L. Rosenberg, MD ; Timothy P. Hofer, MD ; Cathy Strachan, MSRN ; Charles M. Watts, MD ; and Rodney A. Hayward, MD (2003), "Accepting Critically Ill Transfer Patients: Adverse Effect on a Referral Center's Outcome and Benchmark Measures," Annals of Internal Medicine, 138(11):882-890.
 21. 許榮志 (1998)。健保轉診制度失敗原因的探討。台灣醫界, 41 (3): 62-63。
 22. 林照姬、王泰隆 (1996)。台北市立忠孝醫院轉診個案相關因素探討。醫院管理。29 (5): 21-32。
 23. 蔡魯張音 (2004)。南區醫療網雙向轉診資訊系統之建置經驗。台灣醫界。47 (5): 55-56。
 24. 謝瀛華、林英欽、林章賢、洪清霖 (1995)。基層醫療與轉診相關因素之探討。公共衛生雜誌。21(4): 213-218。
 25. 林恆慶、陳楚杰、許銘恭 (2004)。基層醫師轉診態度之探討。台灣家醫誌。14(1): 1-12。
 26. 王安正、何清幼、王泰隆、黃信彰 (2004)。台北市士林、北投區提振基層醫療推動計畫。北市醫學雜誌。1(2): 214-219。
 27. 董曉萍、劉敏英 (2004)。全民健康保險醫療院所轉診單填寫率之初探。臺灣急診醫學會醫誌。6(1): 239-245。
 28. 吳至行、高榮志、張智仁 (1996)。某醫

- 學中心家庭醫學門診病患轉診後回診影響因素之先驅研究。中華民國家庭醫學雜誌。6(1)：12-20。
- 29.陳慶餘(2001)。家庭醫學與社區健康營造。台灣醫學雜誌。5(2)：188-193。
 - 30.林雨亭(2001)。談家庭醫師的角色功能。全民健保雙月刊。33，29-31。
 - 31.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。
 - 32.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。
 - 33.鐘信成，陳楚杰，楊長興 (2003)。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，36(1)：27-32。
 - 34.行政院衛生署。全民健康保險家庭醫師整合映照制度九十三年度試辦計畫。摘自衛生署網站。
 - 35.Rakel，R.E.，陳柏修、李孟智譯(1995)。家庭醫學-面對心挑戰。基礎醫學。10(10)：191-195。
 - 36.蔡素玲 (2003)。醫院評鑑改善計畫。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會報告。
 - 37.L.Parker (1986)，“Family Medicine/ Family Physician, ” Kaohsiung J Med Sci,2,140-148.
 - 38.Wilam R., Philips. (2000)，“Building the future of health care on the foundations of family practice, ” Family Practice Management,7(1)：41-43.
 - 39.AAFP commission on health care services (1995)，“AAFP White Paper on the Provision of Mental Health Care Services by Family Physicians, ” American Family Physician, 51(6)：1405-1412.
 - 40.White, Brandi.(2000)，“ Are The edges of family practice being worn away ? ” Family Practice Management ,7(2)：35-40.
 - 41.Janko Kersnik (2001)， “Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country,” Health Policy, 57,155-164.
 - 42.Carol J Simon, Wilam D White, Sandy Gamliel, Philip R Kletke (1997)， “The provision of primary care：Does managed care make a difference ? ” Health Affairs ,16(6)：89-98.
 - 43.美國管理式照護組織，<http://home.kimo.com.tw/jvy226/>。
 - 44.行政院衛生署，<http://www.doh.gov.tw/cht/index.aspx>
 - 45.高榮志，吳至行(1994)。轉診與照會。(9)7:131-134。
 - 46.許文燦，劉宏文，黃洽鑽，馬遠成，黃忠信，何鐵梁(1988)。家庭醫學轉診模式之研究。4:350-357。
 - 47.許文燦，劉宏文 (1991)。台灣地區群體醫療執業中心之轉診模式研究。7(4):183-189。

表一、醫師基本資料描述

n=183

變項名稱	N (%) 或平均數±標準差	變項名稱	N (%) 或平均數±標準差
<u>性別</u>		<u>執業年資</u>	
男	173 (94.5)	小於 10 年	37 (20.2)
女	10 (5.5)	11-20 年	95 (51.9)
<u>年齡</u>		21-30 年	33 (18.0)
40 歲以下	29 (15.8)	31 年以上	17 (9.3)
41-50 歲	89 (48.6)	<u>服務過的醫院與年數</u>	
51-60 歲	50 (27.3)	醫學中心	106 (57.9)
61 歲以上	13 (7.1)	在醫學中心年數	2.21±2.50 (0~11)
平均值±標準差	48.15±9.38 (29~86)	區域醫院	101 (55.2)
<u>最高學歷</u>		在區域醫院年數	2.40±3.20 (0~15)
大學	164 (89.6)	地區醫院	49 (26.8)
碩士	17 (9.3)	在地區醫院年數	1.20±3.55 (0~35)
博士	2 (1.1)	基層院所	103 (56.3)
<u>專科證書</u>		<u>為醫院特約醫師</u>	
有	162 (88.5)	是	76 (41.5)
沒有	21 (11.5)	否	107 (58.5)
<u>專科證書類別</u>		<u>對目前轉介制度看法</u>	
家庭醫學科	74 (40.4)	非常認同	27 (14.8)
內科	35 (19.1)	認同	105 (57.4)
外科	15 (8.2)	普通	39 (21.3)
小兒科	17 (9.3)	不認同	8 (4.4)
婦產科	16 (8.7)	非常不認同	3 (1.6)
骨科	6 (3.3)	<u>92-94 年曾參加家醫計畫</u>	
泌尿科	2 (1.1)	是	95 (51.9)
耳鼻喉科	6 (3.3)	否	88 (48.1)
眼科	7 (3.8)	<u>94 年參加家醫計畫</u>	
皮膚科	6 (3.3)	是	90 (49.2)
神經內科	2 (1.1)	否	93 (50.8)
麻醉科	1 (0.5)		
牙科	12 (6.6)		
其它	13 (7.1)		

表二、診所基本資料描述

n=183

變項名稱	N (%)
<u>診所型態</u>	
獨立	148 (80.9)
聯合診所	31 (16.9)
聯合門診	2 (1.1)
<u>開業年資</u>	
小於 10 年	98 (53.6)
11-20 年	57 (31.1)
21-30 年	23 (12.6)
31 年以上	4 (2.2)
平均值±標準差(最小值~最大值)	12.35±8.38 (0~53.08)
<u>診療科別</u>	
一般診療 (不分科)	70 (38.3)
家庭醫學科	66 (36.1)
內科	31 (16.9)
外科	11 (6.0)
小兒科	23 (12.6)
婦產科	18 (9.8)
骨科	5 (2.7)
泌尿科	1 (0.5)
耳鼻喉科	7 (3.8)
眼科	7 (3.8)
皮膚科	15 (8.2)
神經內科	3 (1.6)
洗腎科	3 (1.6)
牙科	28 (15.3)
其它	1 (0.5)
<u>執業地點</u>	
台南市	55 (30.1)
台南縣	51 (27.9)
嘉義市	27 (14.8)
嘉義縣	16 (8.7)
雲林縣	34 (18.6)

表三、診療過程資料描述

n=183

變項名稱	N (%)
<u>看診人次</u>	
小於 1000 人次	84 (45.9)
1001-2000 人次	63 (34.4)
2001-3000 人次	27 (14.8)
大於 3001 人次	7 (3.8)
平均值±標準差(最小值~最大值)	1372.68±982.51 (15~4750)
<u>轉介病人的經驗</u>	
有	177 (96.7)
沒有	6 (3.3)



表四、診所醫師轉介行為

n=177

變項名稱	N (%)
<u>轉介人次</u>	
小於 5 人次	101 (57.1)
6-10 人次	36 (20.3)
11-15 人次	16 (9.0)
16-20 人次	7 (4.0)
大於 21 人次	17 (5.7)
平均值±標準差(最小值~最大值)	12.10±36.23 (0~450)
<u>轉診率</u>	
平均值±標準差(最小值~最大值)	0.015±0.039 (0~0.4)
<u>轉介方式</u>	
口頭告知病人	76 (42.9)
電話聯絡受轉機構	46 (26.0)
寫轉介單	167 (94.4)
電腦連線	3 (1.7)
寫便條紙	1 (0.6)
<u>傾向轉介至某些機構</u>	
有	120 (67.8)
無	56 (31.6)
<u>目前簽約的轉介機構</u>	
有	67 (37.9)
無	107 (60.5)
<u>轉至哪些機構</u>	
醫學中心	132 (74.6)
區域醫院	148 (83.6)
地區醫院	46 (26.0)
慢性醫院	10 (5.6)
診所	43 (24.3)
檢驗所	19 (10.7)
護理之家機構	6 (3.4)
<u>轉介利用何項服務</u>	
門診	123 (69.5)
住院	113 (63.8)
急診	90 (50.8)
手術	86 (48.6)
檢驗	97 (54.8)
居家護理	3 (1.7)
長期託護服務	5 (2.8)

表五、診所醫師依下列情況下之轉介意願（非常願意=5；非常不願意=1）n=183

變項名稱	非常願意	願意	普通願意	不願意	非常不願意	平標均準值差±	最最小大值
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
1.診所與受轉機構距離近	39 (21.3)	109(59.6)	30 (16.4)	4 (2.2)	1 (0.5)	3.99±0.72	(1~5)
2.診所設備、藥物不足或無法進行特殊治療時	101(55.2)	79 (43.2)	2 (1.1)	1 (0.5)		4.53±0.55	(2~5)
3.轉介不會流失病人	41 (22.4)	89 (48.6)	43 (23.5)	7 (3.8)	2 (1.1)	3.88±0.84	(1~5)
4.轉介不會使收入減少	37 (20.2)	100 (54.6)	34 (18.6)	10 (5.5)	1 (0.5)	3.89±0.81	(1~5)
5.轉介可以避免醫療糾紛	71 (38.8)	90 (49.2)	20 (10.9)	1 (0.5)		4.27±0.67	(2~5)
6.診所醫療人員不足	45 (24.6)	92 (50.3)	31 (16.9)	11 (6.0)	4 (2.2)	3.89±0.92	(1~5)
7.基於病人家屬要求	55 (30.1)	96 (52.5)	30 (16.4)	1 (0.5)	1 (0.5)	4.11±0.73	(1~5)
8.病人的疾病並非我的相關專長	78 (42.6)	95 (51.9)	8 (4.4)	1 (0.5)	1 (0.5)	4.36±0.65	(1~5)
9.轉介係基於病人本身的要求	46 (25.1)	91 (49.7)	39 (21.3)	6 (3.3)	1 (0.5)	3.96±0.80	(1~5)
10.病人病情穩定僅須日常生活照護，轉至護理之家、居家護理	40 (21.9)	82 (44.8)	46 (25.1)	4 (2.2)	3 (1.6)	3.87±0.85	(1~5)
11.病人病情需要進一步給予診斷、治療或檢驗檢查	107(58.5)	71 (38.8)	5 (2.7)			4.56±0.55	(3~5)
12.需藉由其他顧問醫師一起諮商討論病人病情	63 (34.4)	102 (55.7)	17 (9.3)			4.25±0.61	(3~5)
13.受轉機構回診率高	29 (15.8)	86 (47)	54 (29.5)	9 (4.9)	4 (2.2)	3.70±0.87	(1~5)
14.現行國家轉介系統暢通	22 (12)	73 (39.9)	68 (37.2)	11 (6)	6 (3.3)	3.52±0.91	(1~5)
15.現行國家健康照護機構功能劃分清楚	15 (8.2)	59 (32.2)	78 (42.6)	18 (9.8)	9 (4.9)	3.30±0.94	(1~5)
16.健保實施家庭醫師整合性照護試辦計畫	31 (16.9)	65 (35.5)	58 (31.7)	15 (8.2)	8 (4.4)	3.54±1.02	(1~5)
17.健保實施總額預算制度	10 (5.5)	55 (30.1)	82 (44.8)	23 (12.6)	9 (4.9)	3.19±0.91	(1~5)
18.越級就診會加重病人部份負擔	20 (10.9)	70 (38.3)	63 (34.4)	22 (12)	4 (2.2)	3.45±0.92	(1~5)
19.目前健康照護機構病歷電子化的實施	16 (8.7)	58 (31.7)	70 (38.3)	26 (14.2)	9 (4.9)	3.26±0.98	(1~5)

表六、診所醫師對現行轉介制度有利轉介的看法（非常同意=5；非常不同意=1）n=183

變項名稱	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	平標均準值差±	最小最大值
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
1.家醫計畫實施	40 (21.9)	75 (41)	42 (23)	17 (9.3)	9 (4.9)	3.66±1.07	(1~5)
2.轉介程序簡單快速	27 (14.8)	81 (44.3)	56 (30.6)	12 (6.6)	6 (3.3)	3.61±0.93	(1~5)
3.機構轉介單紙本作業規範 簡單明瞭	21 (11.5)	86 (47)	65 (35.5)	9 (4.9)	2 (1.1)	3.63±0.79	(1~5)
4.機構病歷電子化	22 (12)	61 (33.3)	74 (40.4)	17 (9.3)	9 (4.9)	3.38±0.98	(1~5)
5.若全民健保對機構轉診鼓勵措施恰當	32 (17.5)	93 (50.8)	40 (21.9)	15 (8.2)	2 (1.1)	3.76±0.88	(1~5)
6.現行所實施的越級就診加重病人部份負擔	14 (7.7)	73 (39.9)	69 (37.7)	21 (11.5)	5 (2.7)	3.38±0.89	(1~5)
7.轉診程序規定清楚	22 (12)	97 (53)	49 (26.8)	10 (5.5)	4 (2.2)	3.68±0.84	(1~5)
8.現今衛生醫療層級及服務功能劃分清楚	15 (8.2)	69 (37.7)	65 (35.5)	27 (14.8)	7 (3.8)	3.32±0.95	(1~5)
9.熟悉轉診流程	32 (17.5)	90 (49.2)	49 (26.8)	7 (3.8)	5 (2.7)	3.75±0.88	(1~5)
10.熟悉受轉機構醫師的專長	57 (31.1)	99 (54.1)	23 (12.6)	1 (0.5)	3 (1.6)	4.13±0.77	(1~5)
11.瞭解受轉機構醫師的醫療技術	54 (29.5)	110 (60.1)	15 (8.2)	2 (1.1)	2 (1.1)	4.16±0.70	(1~5)
12.受轉機構的設備普遍良好	53 (29)	111 (60.7)	16 (8.7)	2 (1.1)	1 (0.5)	4.16±0.67	(1~5)
13.受轉機構開放資源給診所醫師使用	43 (23.5)	107(58.5)	28 (15.3)	3 (1.6)	2 (1.1)	4.02±0.74	(1~5)
14.機構與病人居住地近	38 (20.8)	114 (62.3)	25 (13.7)	5 (2.7)	1 (0.5)	4.0±0.71	(1~5)
15.指定受轉機構的病人再回診率高	41 (22.4)	94 (51.4)	40 (21.9)	6 (3.3)	2 (1.1)	3.91±0.82	(1~5)
16.受轉機構提供轉介病人的各項服務將	66 (36.1)	90 (49.2)	23 (12.6)	2 (1.1)	2 (1.1)	4.18±0.77	(1~5)
17.受轉機構的回報系統迅速順暢將	62 (33.9)	94 (51.4)	26 (14.2)	1 (0.5)		4.16±0.69	(2~5)
18.受轉機構轉介(診)單回覆率高	65 (35.5)	88 (48.1)	23 (12.6)	4 (2.2)	3 (1.6)	4.14±0.84	(1~5)
19.受轉機構與診所合作關係佳	74 (40.4)	86 (47.0)	21 (11.5)		2 (1.1)	4.26±0.74	(1~5)