PG9502-0485
DOH95-TD-M-113-062
(148頁)

計畫編號：DOH95-TD-M-113-062

行政院衛生署九十五年度委託研究計畫

從醫療消費者及供給者的觀點評估台灣地區基層醫師制度實施現況與未來規劃之建議

委託研究成果報告

執行機構　：臺北醫學大學

主持人　：林恆慶

協同主持人　：陳楚杰、高森永

研 究 員　：葉瑞垣、張伊萍、徐仙中

執行期間　：95 年 1 月 1 日至 95 年 12 月 31 日

＊＊本研究報告僅供參考，不代表本署意見＊＊

目　次

頁碼

目次.....1
圖次.....2
表次.....3
附錄.....4
中文摘要.....5
英文摘要.....7
第一章 緒　論
　第一節　研究背景與動機.....8
　第二節　研究重要性及目的.....10
第二章 文獻探討
　第一節　台灣地區的基層醫師制度及實施現況.....12
　第二節　外國的基層醫師制度及實施現況.....27
　第三節　國內外基層醫師制度的比較.....39
第三章 研究方法
　第一節　專家訪談及焦點團體座談.....44
　第二節　研究方法:醫師部份.....48
　第三節　研究方法:病人部份.....58
第四章 研究結果
　第一節　醫療供給者對基層醫師制度的評估及建議:以診所醫師為例.....66
　第二節　醫療消費者對基層醫師制度的評估及建議:以診所病患為例.....102
第五章　討論與建議
　第一節　主要研究結果.....126
　第二節　討論與建議.....132
參考文獻
　中文部分.....136
　英文部分.....138

圖　次

頁碼

圖一　研究架構圖(醫師部份).....49
圖二　研究架構圖(病患部份).....59

表　次

頁碼

表 2-1　全民健康保險醫療服務西醫門診申請費用統計表.....20
表 2-2　全民健康保險醫療服務西醫門診申報件數統計表.....20
表 2-3　各國基層醫師人力概況.....35
表 2-4　英國歷年基層醫師人數分佈概況.....36
表 2-5　各國歷年基層醫師人數.....47
表 3-1　變項名稱及操作型定義(醫師).....50
表 3-2　變項名稱及操作型定義(病患).....60
表 4-1　填答醫師的基本資料與執業狀況.....69
表 4-2　醫師從事醫療服務資料.....70
表 4-3　對基層醫療制度及在基層執業的滿意度.....72
表 4-4　對基層醫療制度的看法.....78
表 4-5　基層醫療制度面臨問題的得分統計表.....81
表 4-6　對基層醫師執業所遭遇問題的看法.....87
表 4-7　基層醫師執業面臨問題的得分統計表.....90
表 4-8　對未來基層醫療制度的建議.....94
表 4-9　醫師對基層醫療制度規劃看法影響因素之描述性分析.....95
表 4-10 基層醫師是否會滿意現行基層醫療制度的影響因素分析.....98
表 4-11 基層醫師是否會滿意現行基層醫療工作狀況影響因素分析.....100
表 4-12 病患個人基本資料與健康狀況.....105
表 4-13 對基層醫療制度及在基層醫療診所就醫的滿意度.....107
表 4-14 基層病患對基層醫療制度的看法.....111
表 4-15 基層醫療制度面臨問題的得分統計表.....112
表 4-16 基層病患對基層醫療診所所遭遇問題的看法.....117
表 4-17 基層醫療診所面臨問題的得分統計表.....119
表 4-18 基層病患對基層醫療診所所遭遇問題的看法.....121
表 4-19 病患對基層醫療制度規劃影響因素之描述性分析.....121
表 4-20 影響基層病患是否滿意現行基層醫療制度的因素分析.....124
表 4-21 影響病患在基層醫療診所就醫是否滿意的因素分析.....125

附　錄

頁碼

附錄一　本研究醫師之問卷.....141
附錄二　本研究病人之問卷.....144

摘要

本研究藉由研究調查與分析基層醫師制度實施現況與優缺點分析，進而規劃未來適用於台灣地區的基層醫師制度，以做為台灣地區在推動相關政策時之參考。研究對象分為二部分(1)醫師部份:本研究採取系統抽樣法，共寄出 3407 份問卷，回收 522 份，剔除填答不完整的問卷 33 份後，有效樣本為 489 份，回收率為 14.35%;(2)病患部份:採取等距抽樣，共發出 2000 份問卷，回收 1964 份，剔除填答不完整的問卷 21 份後，有效樣本為 1943 份，回收率為 97.15%。統計方法首先以描述性統計描述醫師/病患基本特質，再以羅吉斯迴歸探討影響醫師/病患對基層醫療制度滿意度之因素。

研究結果發現，有 81.39%的受訪基層醫師非常不滿意或不滿意現行施行之基層醫療制度、有 20.4%受訪診所病患非常不滿意或不滿意現行施行之基層醫療制度。在醫師部分，建議衛生主管機關應積極規劃基層診所的評鑑機制、檢討修訂診所開業標準及藥局設置標準，以利台灣地區基層醫療制度的健全發展。在民眾部分，建議檢討修訂基層醫師制度及轉診制度，以促使民眾小病願意在基層醫療診所就醫，節省國家整體醫療成本。

最後，根據焦點團體參加者對基層診所醫師人力佔整體執業醫師人數之比例的建議，台灣應該有 18,400 至 23,000 位的基層診所醫師，而基層診所醫師應該約佔全國執業醫師數目的 60%，因此台灣的基層醫師尚有成長之空間，因此建議衛生相關單位進行基層醫師人力規劃。

關鍵字：基層診所醫師；基層診所醫師制度；診所

Abstract

The aim of this study was to analyze the current status and the weakness and strengths of the office-based physician system by surveying in order to strategize the most feasible office-based physician system in Taiwan. The study subjects included office-based physician physicians and outpatients in clinics. The questionnaires were delivered to 3,407 office-based physicians, and 522 were returned, yielding a 14.35% response rate. Another survey was conducted on 2000 outpatients in clinics and 1964 were returned, yielding a 97.15% response rate. The descriptive analyses were conducted on all identified variables. The multiple logistic regression analyses were also performed to explore the factors contributing to the satisfactory level of the primary care physicians.

The study found that 81.39% of the office-based physicians were very dissatisfied or dissatisfied with the current office-based physician system. However, only 20.4% of outpatients were very dissatisfied or dissatisfied with the current office-based physician system. We suggest the health authority to design the accreditation mechanism for clinics, revise the statute standards for becoming a office-based physician and pharmacy set-up in order to facilitate the development of office-based physician system. In addition, we suggest the health authority to reconsider the implementation of the family physician system and referral system, and this can help the public to receive their primary care in clinics. We also suggest that the number of about 18,400 to 23,000 office-based physicians is appropriate, The percentage of the office-based physicians to all practicing physicians should be around 60%.

Key words: office-based physician; office-based physician system; clinic

第一章　緒論

第一節　研究背景與動機

台灣地區於 1995 年 3 月起實施全民健康保險制度，為台灣地區社會福利及醫療衛生政策開啟新紀元，然而在充分保障民眾就醫可近性的同時，卻缺乏針對醫療服務提供者的組織與協調的相關配套措施。目前台灣醫院多數採「閉鎖性醫療制度」(Closed Staff System Hospital)，一般基層開業醫師並不能使用醫院的設備及人員，且雙向轉診制度尚未落實，造成醫療體系缺乏縱向的合作與分工。且自臺灣光復以來，雖歷經區域醫療網計畫的推動，但醫療資源及醫師人力在地理和功能分配上產生不均的現象依然存在，分級醫療制度亦無從落實，再加上大型醫院不斷地在擴建門診及引進昂貴的高科技醫療儀器，又因為保險給付的偏頗及民眾就醫行為的改變，凡此種種都導致基層醫療日益萎縮。行政院衛生署（2003）統計資料顯示，1988 年基層開業醫師佔所有執業醫師的 40.58%，但到了 2001 年時下降為 36.44%，而台北市開業醫師的比率更從 1984 年的 32.38%降至 1994 年的 20.27%，到 2001 年時只剩 17%（林恆慶、石賢彥，2003）。

又張伊萍(2003)的研究也發現92.1%的受訪基層醫師同意西醫基層醫療已存在萎縮的現象。基層醫療之勢微，最直接影響到的即是一般民眾的權利及就醫行為，於社區診所看病的習慣已被大醫院的門診部門所取代，此不但降低了民眾就醫的方便性，亦連帶提高了國家整體的醫療費用。因此，本研究藉由研究調查與分析各國之基層醫師制度實施現況與優缺點分析，進而規劃未來適用於台灣地區的基層醫師制度，以做為台灣地區在推動相關政策時之參考。

第二節　研究目的及工作項目

由文獻探討得知，完善的基層醫師制度對民眾健康照護的重要性日益增加，欲提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療服務，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質，並確立台灣地區雙向轉診制度，落實分級醫療，則積極發展及推動台灣地區基層醫師制度實是當前的重要衛生課題之一。

一、本研究的研究目的

本研究藉由研究調查與分析各國之基層醫師制度實施現況與優缺點分析，進而規劃未來適用於台灣地區的基層醫師制度及基層醫師人力佔整體執業醫師人數之比例，以做為台灣地區在制定及推動相關政策時之參考。

二、所要完成之工作項目

（一）廣泛地收集各國有關基層醫師制度的文獻

以美國、德國、英國、日本、加拿大及澳洲的文獻為主，內容重點包括：

1.各國基層醫師制度的發展歷史。

2.各國基層醫師制度的現況。

3.各國基層醫師制度的優缺點。

4.各國基層醫師人力佔整體執業醫師人數之比例。

（二）以訪談(interview)方式瞭解專家學者、相關衛生主管官員及基層醫師對基層醫師制度實施現況的評估及未來規劃之建議。

（三）分別對社會福利及關心民眾健康權益的團體專家代表及基層醫師進行兩場焦點團體座談，以瞭解民眾及基層醫師所期待的基層醫師制度。

（四）發展以基層醫師為研究對象的「基層醫師對基層醫師制度的評估及其未來規劃之建議」問卷。

（五）發展以診所門診病人為研究對象的「民眾對基層醫師制度的評估及建議」問卷。

（六）對約 3200 位的基層醫師及 2000 位的診所門診病人進行問卷調查。

（七）對衛生署提出適用於台灣地區的基層醫師制度及基層醫師人力佔整體執業醫師人數之比例的建議，以做為台灣地區在制定及推動相關政策時之參考。

第二章　文獻探討

本章分為三個部份，第一部份為台灣地區的基層醫師制度及實施現況，第二部份為外國的基層醫師制度及實施現況，第三部份為介紹國內外基層醫師制度的比較。

第一節　台灣地區的基層醫師制度及實施現況

一、何謂基層醫療

為瞭解基層醫療所包含的內容，以下就基層醫療的定義、服務內容、特質等三方面分別探討，並依世界衛生組織、一般學術團體及專家學者等意見整理於下。

(一)基層醫療的定義

「基層醫療」這個名詞，最早是由英國 Dawson 於 1920 年健康服務區域化之報告中首次引用，該報告將基層醫療中心(primary care center)描述為「由該地區全科開業醫師所主持，以提供治療性與預防性醫療保健服務之機構」。目前許多基層醫療的觀念即是從此報告所引申出來的(Dawson, 1920)。英國衛生部將基層醫療定義為「以社區為基礎的醫療服務，通常為第一線及唯一和病人有接觸點的醫療服務，它的醫療服務是由基層醫師、社區執業護士、社區治療師、社

區藥師、社區眼科光學師、牙醫師及接生師所提供」。

又 1978 年世界衛生組織（World Health Organization, WHO）詮釋「基層醫療」的意義為「於社區中公平地提供個人和家庭可近性及必要性之健康照顧」。世界衛生組織同時鼓吹各國重視基層醫療(WHO, 1978)。此外，世界基層醫師/基層醫師協會(World Organization of National Colleges,Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA)在 1981 年又進一步對基層醫療定義為「健康照顧強調對病人之責任，開始於初次見面並保持其後繼續之關係。所提供的照顧，包括有關健康照顧所需的處理和協調並適當的轉介照會二級或三級醫院之專科醫師或其他專業醫療人員」(陳慶餘，1998)。

除一般國際衛生機構外，研究學者也對基層醫療有所定義。Shi and Singh(1998)將基層醫療定義為「醫療服務提供者(包括醫師、護士和其他衛生專業人員)在診所或辦公室所提供的醫療服務，它為病人與衛生照護體系的第一次接觸，也為持續照護過程的第一步驟。一般而言，基層醫療就如同醫療照護體系的守門員一般，扮演民眾接觸或進入醫療體系的媒介工作」。

(二)基層醫療的服務內容

由世界衛生組織（1978）對「基層醫療照護」之詮釋，可知其涵蓋的範圍及提供的服務包括：提供適當的食物及營養、提供安全的水質及基本的衛生設施、執行婦幼衛生計劃、針對主要的傳染病進行預防接種、預防並控制地方性疾病、

適當治療常見疾病和傷害及提供必要的基本藥物。此外，詹其峰等（2000）認為基層醫療的服務內容，強調重點為（1）提供民眾最基本的健康照護；（2）藉由周全的、穩健的且為社會所接受的科學方法與技術，提供民眾健康照護；（3）提供社區中所有個人和家庭，具有可近性和方便性的健康照護；（4）提供該社區或國家在財力上負擔得起的健康照護。

最後，美國基層醫師學會(The American Academy of Family Physician)和美國基層醫師會(The American Board of Family Practice)亦更進一步說明對基層醫療之服務內容包括（1）提供第一線的健康照護；（2）提供病患進入醫療照護體系的管道；（3）提供持續性和周全性的健康照護；（4）包括疾病之預防與治療；（5）具有病患之所有醫療照護需求之協調功能；（6）強調應追蹤每一個病人及社區健康問題之持續負責性；（7）具有高度人性化、個人化的照顧功能(李龍騰，2000)。

(三)基層醫療的特質

美國醫學研究所委員會（The Committee of the Institute of Medicine, IOM）於1978年，為基層醫療服務列出五項特質包括：（1）可近性（Accessibility）：成為民眾進入健康照護體系的入口處（Point entry）；（2）周全性（Comprehensiveness）：能夠提供相當廣泛的健康問題諮商；（3）協調性（Coordination）：確保依病人之需要提供或協助尋求照護服務；（4）持續性

（Continuity）：即醫師或醫療團隊在一段期間內提供連續性照護；（5）負責性（Accountability）：醫療團隊對照護品質、民眾滿意程度、有效使用醫療資源及符合道德倫理行為等負責（陳慶餘，1992）。

另外世界基層醫師/基層醫師協會更於2002年詳細的描述基層醫師的特質應包括以下十一項：(1)為病人生病之後在衛生體系中所接觸的第一位醫療人員；(2)藉由協調醫療照護以能有效使用醫療資源；(3)發展以人為中心的治療方法，並以病人個人、病人的家庭及病人的社區為導向；(4)著重醫病關係及病人諮詢；(5)依病人病情需要而提供縱貫性(longitudinal)的持續照護；(6)依社區流行的疾病而有特別的決策過程；(7)可同時處理病人的急性和慢性疾病；(8)可先一步處理需要急性照護的疾病；(9)可藉由適當及有效的方法以促進民眾的健康；(10)對社區的健康有特別的責任；(11)以生理、心理、社會及文化的角度來處理健康問題（WONCA Europe, 2002）。

由以上的說明可瞭解基層醫師將是病人生病之後所接觸的第一位醫療人員，需針對病人病情需要提供持續性及完整性之醫療照護，且對整個社區民眾的健康負有無可旁怠的責任，因此基層醫師所扮演之角色對病人、家庭及整個社區醫療照護的重要性實不容忽視，Himmel, Dieterich and Kochen（2000）甚至提出應該由基層醫師來主導醫療照護系統，以便能提供給民眾持續性、連續性及完整性的醫療照護。

二、臺灣西醫基層醫療診所現況

本節分為四部份討論臺灣西醫基層醫療診所現況，包括臺灣西醫基層醫療診所的發展、臺灣西醫基層醫療診所現況、臺灣西醫基層醫療診所的萎縮及影響臺灣西醫基層醫療診所醫師對現況不滿意的因素等四方面分別探討。

(一)臺灣西醫基層醫療診所的發展

台灣地區基層醫師制度的起源，可追溯到台大醫院魏火曜教授於 1971 年代初期的倡言引入。家庭醫學的發展，實際開始於 1975 年國立陽明醫學院開始招收七年制公費生，這批公費醫學生成為日後家庭醫學科住院醫師的主力之一。台大醫院是於 1977 年首先試辦「全科醫師養成訓練計畫」，並於 1979 年正式開辦為期兩年之一般科（全科）住院醫師訓練，1985 年改制為獨立編制之家庭醫學科，因此，台大醫院可說是台灣地區家庭醫學的發源地（李孟智，2003）。

行政院衛生署有鑑於專科及次專科化之過度發展，欠缺以「人」為導向的整體性醫療照顧，於是從 1982 年開始積極鼓勵各醫院成立家庭醫學科(family practice) (林雨亭，2001)，以培養基層醫師俾能提供民眾全面性及完整性的醫療照護。然而在台灣，基層醫師制度尚處於起步及規劃的階段，尤其是執業醫師中真正接受過正式家庭醫學科醫師養成訓練的醫師實是少之又少，衛生署(2003)的統計資料顯示，至 2001 年止，擁有家庭醫學科醫師證書的只有

4,147 位醫師，不及執業醫師的 15%，而平均每十萬人口更是只有兩位基層醫師，這與美國基層醫師學會所建議的每十萬人需有 33.3 位基層醫師的標準相去甚遠（American Academy of Family Physicians, 1996）。2001 年在醫院工作的家庭醫學科醫師只有 668 人，僅佔醫院總醫師人數的 4.35%；又根據中華民國醫師公會全國聯合會 2002 年的資料統計，台灣地區執業的家庭醫學科醫師也只有 2096 位（林恆慶、石賢彥，2003）。

有鑒於國外基層醫師制度的成功經驗及台灣地區民眾對基層醫師的需求日增，中央健康保險局於 2003 年 3 月 10 日公告「全民健康保險基層醫師整合性照護制度試辦計畫（草案）」，此試辦計畫師法國外基層醫師制度之經驗，以不限制民眾就醫之自由為原則，希望能提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療服務，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，並確立台灣地區雙向轉診制度，落實分級醫療（中央健康保險局，2003）。

(二)臺灣西醫基層醫療診所現況

自臺灣光復以來，醫療資源的分配及醫師人力的分佈未有通盤長遠的規劃，而使得醫療資源及醫師人力在地理及功能分配上產生不均的現象，再加上大型醫院不斷地在擴建門診及引進昂貴之高科技醫療儀器，又因為保險給付的偏頗及民眾就醫行為的改變，凡此種種都導致基層開業醫療的日益萎縮。據統計 1963 年臺灣地區開業醫師佔總醫師人

數之 83%，1982 年底時，診所開業醫師佔 54.6%，1990 年時只佔了 38.2%，而目前更是大約只剩下 30%，首善之區的大台北市更是只有 20%的基層開業醫師，基層醫療消減之速度超出了政策制定者的預期。

在西醫基層醫療診所現況方面，根據 2005 年衛生署醫事處的資料顯示，目前登記執業地點為西醫基層醫療診所的醫師有 12,342 位，平均年齡為 51 歲，而在執業科別分佈情形方面，有 28.9%登記為一般科、13.01%為內科、11.0%為家庭醫學科、10.14%為小兒科、9.76%為耳鼻喉科、7.56%為婦產科等等。又在西醫基層醫療診所醫師收入方面，根據 Lin 等人（2002）的研究顯示，於 2002 年時，所有西醫基層醫療診所醫師的年平均收入(gross income)為 8,793,056 元(健保收入加掛號費)，復健科及骨科醫師的年平均收入最高，分別為 15,181,717 元及 12,319,852 元，而小兒科及外科醫師的年平均收入最低，分別為 5,873,426 元及 6,711,549 元；在性別方面，男性醫師的年平均收入比女性醫師為高，男性醫師為 8,965,411 元，而女性醫師為 7,843,3876 元；在年齡方面，36 歲至 45 歲醫師的年平均收入最高，為 10,911,199 元，而 66 歲及以上醫師的年平均收入最低，為 3,336,483 元；在執業型態方面，在單一科別聯合執業內診所執業醫師的年平均收入最高，為 10,638,560 元，而在單獨執業內診所執業醫師的年平均收入最低，為 8,056,421 元；在診所所在地城鄉化程度方面，在最城市化診所內執業醫師的年平均收入最低，為 7,588,656 元。

(三)臺灣西醫基層醫療診所的萎縮

由於近年來台灣地區醫療費用持續攀升，在保費調漲不易的狀況下，政府試圖以支付機制之設計來解決政府所面臨的財務窘境，以期有助於減少醫療資源之重複投資與使用。但因台灣地區醫院採閉鎖性制度(closed system)，加上支付結構輕急重症而重門診，醫院與基層競逐門診之現象日益激烈，已使醫療體系嚴重扭曲（李玉春，2001）。

基層醫療之生存已遭受嚴重威脅，從基層醫療在西醫門診總費用所佔百分比、健保申報件數等數值，即可察覺其萎縮情況。

(I)西醫基層對健保局西醫門診總申報費用之成長率最低（中央健康保險局，2002）：

在西醫基層醫療對健保局西醫門診總申報費用方面，以 2001 年為例，在各層級醫療院所中，醫學中心之成長率為 4.35%，區域醫院之成長率為 9.96%，地區醫院之成長率為 2.11%，而基層院所之成長率僅為 0.17%最低。

由表 2-1 可知，在 2000 年醫學中心仍有 5.82%的成長率之同時，基層醫療院所竟已首次出現-3.94% 的成長率（中央健康保險局，2002）。

表 2-1　全民健康保險醫療服務西醫門診申請費用統計表

	1998 年 1-12 月		1999 年 1-12 月		2000 年 1-12 月		2001 年 1-12 月	
	金額（百萬）	成長率	金額（百萬）	成長率	金額（百萬）	成長率	金額（百萬）	成長率
醫學中心	33,462	10.07%	37,649	12.51%	39,841	5.82%	41,573	4.35%
區域醫院	26,637	21.49%	30,370	14.73%	31,119	2.47%	34,219	9.96%
地區醫院	27,965	12.39%	29,635	5.40%	28,389	-4.20%	28,989	2.11%
基層診所	60,874	9.52%	63,260	3.89%	60,767	-3.94%	60,869	0.17%

資料來源：節錄自中央健康保險局 2002 年 3 月醫療費用支出情形報告

(II)西醫基層對健保局申報件數呈現負成長：

由表 2-2 可知，西醫基層的申報件數，以 2001 年為例：在各層級醫療院所中，醫學中心之申報件數成長率為 4.86%，區域醫院之申報件數成長率為 9.34%，地區醫院之申報件數成長率為-1.78%，而基層院所之申報件數成長率為-3.43% ，基層院所已兩年持續顯現負成長，足見基層院所經營之困難（中央健康保險局，2002）。

表 2-2 全民健康保險醫療服務西醫門診申報件數統計表

	1998 年 1-12 月		1999 年 1-12 月		2000 年 1-12 月		2001 年 1-12 月	
	件數（千）	成長率	件數（千）	成長率	件數（千）	成長率	件數（千）	成長率
醫學中心	24,366	6.83%	26,556	8.99%	27,660	4.16%	29,003	4.86%
區域醫院	24,138	14.67%	26,544	11.19%	27,299	2.84%	29,848	9.34%
地區醫院	36,033	4.99%	39,981	1.96	35,594	-3.75%	34,960	-1.78%
基層診所	176,316	5.49%	180,441	2.32%	173,379	-3.91	167,433	-3.43%

資料來源：節錄自中央健康保險局 2002 年 3 月醫療費用支出情形報告

(III) 臺灣西醫基層醫療診所萎縮的可能原因

臺灣西醫基層醫療診所萎縮的可能原因，主要包括下列十三點：

1.醫療資源之分布未改善且有惡化的傾向：由 1985 至 1988 年省市立醫院公務預算之決算發現，省市政府原用於醫療資源充足地區的經費，為用於不足區的 7.0 倍，但至民國 1988 年漸行擴大為 9.4 倍，對原本就有醫療資源分布不均的情形造成更多不利的影響。再者由於財團介入，醫療網計劃執行也不夠周全，保險費用支付等制度有利於大型醫院，導致醫療大型化、集中化、昂貴化與商業化，而萎縮最鉅者為基層醫療(吳靜宜，1996)。

2.醫師人力過剩：目前台灣醫學院設立過多，主管機關未察覺台灣醫師人力分配需求，放寬醫學生之養成，造成醫師人力過剩之情形，而這些過剩的醫師人力容易流入基層醫療診所中執業。

3.保險機構的審查和支付制度鼓勵醫院大型化：政府的醫療政策強化現有的醫療系統特質，對已存在的醫院而言，規模、設備等硬體的擴張成為評鑑升級、進而擷取醫療保險資源的重要策略，而規模愈大的醫院，愈居於利的地位(張苙雲等，1994)。

4.醫療體系運作違反全民健康保險法之立法精神：全民健康保險法第三十三條明文規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關應依各級醫療院所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。」

此轉診的精神雖立意良好，然而實務上之推展並未落實（石賢彥，2002）。根據研究發現，台灣地區平均轉診率僅為 0.4%，與國外 1%~5%的轉診率相比較，台灣地區轉診率明顯低了很多(雷宗憲，1995)。

現行健保局之給付標準亦違反全民健康保險法第五十一條之規定：「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」。

但就「同病同酬」而言，目前尚未實施，以 1999 年平均每次門診申報費用依照層級別分別是：醫學中心 1,496 元，區域醫院 1,278 元，地區醫院 1,011 元，基層診所僅 414 元(中央健康保險局，2001)。其中雖存在疾病嚴重程度之因素

考量，但西醫基層院所與醫學中心的差距高達四倍以上。在醫療資源未臻合理的分配制度下，嚴重的擠壓了基層醫療的生存空間。

5.健保相關規定造成基層診所收支失衡：健保局只允許基層開業醫師執行 C 表上的檢驗項目，如果要執行 A 表或 B 表上的檢驗項目，則需要以專案方式申請通過，但被同意的機會很小。此種檢驗項目的限制亦大大的消減了基層醫療對醫院的競爭力，種種不合理之差別待遇，使得基層診所業務更加萎縮（陳錦源，2001）。

6.醫藥分業制度：醫藥分業制度實施後，基層開業醫師面臨須依規定聘請藥師或釋出處方之抉擇，對聘請藥師的診所而言，由於藥師薪資水漲船高，致使支出大幅增加，造成診所不敷成本；對釋出處方的診所而言，病人須至他處取藥，如此一次就醫，兩道程序，造成就醫不便，「醫病關係」驟然因醫師調劑權受到限制而面臨解體，病患亦因而流失（吳銘斌，1999）。

7.面臨醫療專業外的經營管理問題：隨著時代的進步，民眾對於生活品質之要求日益提高，環保局及衛生局相關之管理規定日漸嚴格，如：環保法對傳染及非傳染性廢棄物之分類規定、醫藥分業後各種管制藥品之嚴格管理等，都成為基層開業醫師窮於應付的課題，再加上偶發的醫療糾紛處理與黑道勒索等難題，都令以醫療為專業的基層開業醫師感到提心吊膽，孤軍奮戰的挫折感自然而生，造成基層診所歇業情形日益嚴重（陳錦源，2001）。

8.病患的求醫行為呈現出不適當的就醫過程：張錦文於健保實施後曾提出台灣醫界有四大問題，其中即包含越級就診及小病看大醫院等不適當情形（張錦文，1997）。

民眾普遍認為高層級醫療院所的醫術相對較佳，且由於全民健保的實施，原需自費至高層級醫療院所就醫的民眾，卻因就醫負擔減輕，而紛紛湧向大型醫院就醫。由此現象顯示，衛生主管機關未透過適當加大部分負擔差距等機制，有效規範民眾在分級醫療體系下正確之就醫過程。

9.傳統醫師的角色改變：資本主義市場經濟剝奪了昔日人們敬畏仰慕的行業光采，使得律師、教師、科學家和創作者均成為受薪勞工，這種情況也直接或間接地出現在醫療產業中。現今的醫療政策制度下，基層醫療院所全面納入管制，在法令的規範下，收入的箝制下，國家事實上已成為眾多開業醫師的共同雇主，醫師成為最不自由的「自由業」（徐光南，1996）。

10.無法同時提供滿足不同科別服務之需求：隨著醫療科技的日新月異，及專家執照觀念的流行，不同領域的醫療服務人員紛紛建立了屬於自己的專業領域以保護自己的專長，例如各種不同專科或是更專門的醫師成立，此種完整的分工也劃下了不同專長之間更嚴厲的分際，使得彼此之間不能超越這道鴻溝（許志怡，1991）。

以單打獨鬥的基層診所而言，尚無法藉由不同專科之間的結合來提供病人完整的醫療服務，尤其在分秒是金繁忙的工商社會中，更無法如大醫院般，以提供完整一次購買(one stop shopping)的醫療服務來滿足一般民眾的需求。

11.不諳稅務問題之處理：由於基層診所在稅務方面因不完整的認知與偏差的處理，再加上國稅局可能隨時訪視或抽查所得之短報或不報，致使稅務問題錯綜複雜，於若干年後仍為了稅務問題與國稅局糾葛不清，更甚者可能衍生成對簿公堂(張曉芬，2001)。

12.購置先進的醫療設備不敷成本：基層開業醫師對所有儀器、設備、藥品的購買都要自己花費成本，就經濟規模而言，並不符合效益。其可動用的資源與大醫院比較起來，確實相對不足（張鴻仁，1995）。

為了充分維持在市場上的競爭力，基層開業醫師必須時常更新醫療儀器及診所內的硬體設備，醫療儀器動輒以百萬元計算，這實不是單獨開業醫師所能負擔的（林恆慶，2002）。

13.醫療行政事務無專人負責：1995 年開始實施全民健保之後，開業醫師必須處理每月煩瑣的申報文書作業，又健保之給付相關法令及合理門診量的計算方式之變異性非常的大，而各診所為了申報醫療費用必定增加許多行政的工作，這均非平時每日已忙碌於看病的基層開業醫師所能應付的(楊漢湶，1991)。

(四)臺灣西醫基層醫療診所醫師對現況不滿意的因素

根據 Lin 等人於 2001 年的研究，受訪基層醫療診所醫師普遍對現況不滿意，有 5.7%的受訪基層醫療診所醫師對現況覺得非常不滿意，有 22.3%覺得不滿意，有 16.5%覺得滿意，而只有 1.9%的受訪基層醫療診所醫師對現況覺得非常滿意。而最不滿意因素的前五名分別為健保下的收入降低(59%)、健保法規不穩定(56.1%)、工作時間過長(52.8%)、沒有休閒時間(46.9%)及健保申報作業程序複雜(44.3%)。

第二節　外國的基層醫師制度及實施現況

一、美國的基層醫療制度

雖然基層醫療創始於歐洲，但是美國是基層醫師及基層醫師主要的生根、茁壯及落實之處。美國基層醫師學會(The American Academy of Family Physician)對基層醫療的定義為：1、第一線的健康照顧，提供病人進入醫療體系的管道；2、繼續性照顧，包括健康或生病期間；3、周全性照顧，對於所有健康問題提供適切的服務；4、協調健康照顧所需之醫療資源；5、擔負對個人追蹤診治的長期責任；6、以人為本的健康照顧。

論及美國基層醫師的現況，1998 年全美約有 33% 的執業醫師分佈於基層醫療單位，這些基層醫師中基層醫師佔 36.2% 。乍看之下，似乎基層醫師所佔的比率不高，但卻負擔了主要的基層醫療工作。以 2000 年為例，全美一年之門診共 8 億 2 仟 2 百萬人次，基層醫師看了約 2 億人次佔 24.3% ，內科醫師佔 15.3% ，小兒科醫師佔 12.7% （李龍騰，2003）。若僅計基層醫療門診比例，美國平均 41% 找家庭醫學科或一般科醫師看診，21% 找兒科醫師，25%找內科醫師，13%找婦產科醫師（BMJ，2003）。以執業型態的轉變而言，1975 年 72.9% 的基層醫師採單獨執業（solo practice），41.8% 的基層醫師於非大都市地區開業；而 1984 年對領有美國家庭醫業專科醫師執照者所做的統計顯示，僅 37% 的醫師採單獨執業，且 62% 的人在人口少於 100,000 人的社區執業。同年，對剛結業的

家庭醫學科住院醫師的調查發現：僅有 12.7% 的人將採單獨執業的方式。由此可見，美國的基層醫師逐漸採行聯合執業（group practice）的方式，且執業的地點也移向小型社區為主。特別值得注意的是，美國的健康保險是「多元保險人」，不像台灣健保為「單一保險人」。其民眾中有 80% 的人有不同型態之健康保險，而各保險當局或公司為求減少龐大的支出，莫不以預付方式（pre-paid care）論人計酬，最普遍者為健康維護組織（health maintenance organizations, HMOs）。

「守門員制度」是美國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，雖然「守門員制度」是由英國所創立，但是是由美國將其發揚光大。根據美國團體衛生協會(Group Health Association of America, 1988)在 1987 年所做的調查，顯示超過 90%的健康維護組織使用基層醫師做為守門員的制度；美國衛生照護執行學院(American College of Healthcare Executives, 1999)在 1994 年針對 23 家健康維護組織所做的調查，也顯示出一半以上的群體/聘僱健康維護組織(Group/Staff HMO)會要求被保險人需要選擇基層醫師，以基層醫師做為守門員的制度，已被大多數的管理式醫療機構視為控制病人就醫行為的利器，因此在美國基層醫師又被稱為守門員，目前全美 38%的民眾都有其自己的「守門員」。而守門員制度中最常扮演守門員的科別包括了家庭醫學科(Family Practitioners)、全科(General Practitioners)、小兒科(Pediatrics)、及內科醫師(Internists)，而如果是女性病人 的話，也可使用婦產科醫師做為守門員，有些

管理式醫療機構也使用醫師助理(Physician Assistants)為守門員，甚至也使用專科醫師為守門員。

雖然美國的衛生輸送體系還是以專科醫師及醫學中心為主，但近年來已越來越注重基層醫療。又需注意的是美國與英國基層醫師的角色有所不同，英國的基層醫師完全不牽涉到住院病人的任何照護，但大多數美國基層醫師都有提供病人的住院照護，甚至有提供家居訪問(home visits)。

二、加拿大的基層醫療制度

加拿大於 1971 年全國各省均實施「全民醫療保險」(medicare)，各省為單一保險人(single payer)，共計 11 個保險人(10 個省，二個地方由聯邦政府負責)，屬於社會保險(socialized insurance)。在加拿大之醫療保險制度之下，幾乎所有的基層醫師都為基層醫師，病人需先經基層醫師診察，確定有其必要始得前往專科或次專科醫師處就診，住院服務亦需基層醫師進行轉診，但基層醫師僅提供門診服務，並不參與病人之住院照護。在支付制度方面，門診部分為在「總額預算」下實施「論量計酬」，各地區醫師公會均有規定收入上限，藉以節制門診費用之支出；住院部分亦為「總額預算」，故醫院僅能在既有資金下營運，如此常造成醫院縮短民眾住院日，以減少住院病患。儘管如此，加拿大醫學教育之基層醫療導向成效卻是舉世共睹，基層醫師與基層醫師在醫療體系中約佔 51%，成為加拿大民眾健康之守門員，亦對醫療費用控管有所助益（李孟智，2003)。

加拿大的基層醫療主要是由家庭醫學科及一般科醫師所組成，他們的執業型態大多數為單獨執業或在小型的聯合執業診所內工作，目前有大約 1/3 的基層醫療醫師為單獨執業，而聯合執業診所的平均規模為五位醫師。診所也大多數為醫師所擁有及經營。論量計酬制度仍是在基層醫療的主要支付制度，89%基層醫療醫師的收入主要來自論量計酬制度。而基層醫療醫師每星期的工作時

間，扣除待命時間外，平均為 50 個小時，而平均每星期的待命時間為 26 個小時。

三、澳洲的基層醫療制度

澳洲承襲英國的「公醫制度」，於 1984 年開始實施全民健康保險制度（Medicare），國家以稅收形式從民眾的收入中提取 1.5%作為醫療基金，其主要的功能是支付民眾看全科醫師的費用與公立醫院的醫療費用（澳洲網，2004）。澳洲的基層醫師又被稱為「全科醫師」（general practitioner），其發展可追溯到 1958 年澳洲皇家全科醫師學院（Royal Australian College of General Practitioners; RACGP）的成立，並於 1972 年由該學院 Garbison 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學住院醫師訓練計劃（Family Medicine Program; FMP），訓練內容包含醫院中的輪調訓練及社區實務訓練，結訓可成為全科醫師。同時為吸引更多的醫學生投入基層醫療的行列，澳洲政府於 1989 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（李孟智，2003）。

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州各地區電話簿的醫療服務提供者欄位內（Royal Australian College of General Practitioners，2004），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之醫病關係。一般而言，民眾就醫都會事先預約，倘若現

場掛號則只能就預約者剩餘時間排隊等候就診，除非緊急狀況需要立即接受治療則不受此限，如果就醫者疾病複雜度較高，需要事先要求增長診療時間，以保障其他就醫民眾權利，縮短其候診時間。此外，民眾就醫選擇受限於當初選定的全科醫師，而非各地之全科醫師均可，除非符合疾病嚴重度較高、該醫師不在無法看診或醫師已經下班，則由受雇於該醫師的行政人員會幫忙安排至其他全科醫師處就醫，萬一真的沒有適當的安排，民眾可以自行至地區醫院就診。

四、英國的基層醫療制度

英國於 1946 年制定國民保健服務(National Health Service, NHS)，內容包括開業醫師的服務、醫院專科醫師服務、社區保健服務三種。開業醫師(基層醫師)只診療向其登記有案的民眾，負責其健康照護與初級醫療工作，同時不得擁有住院設備，因為住院治療是屬於醫院的職掌。第二級醫療機構為醫院，通常在每十五至三十萬人口的地區設立一所綜合醫院，開業醫師認為有必要住院時才開單轉介醫院，醫院原則上不接受門診病患，故醫院與開業醫之間的角色分擔有明顯的劃分(吳凱勳，1982)。英國基層醫師是一般家庭的好朋友，對所服務家庭的家族疾病史、世代職業都瞭若指掌，提供全科的醫療服務，遇需要進一步專科治療或住院的病患才予以轉診至醫院，所以醫院是醫照護的後送機構，而基層醫師則是專科醫師和醫院服務的守門員（OECD, 1992）。

為了強化基層醫師在衛生輸送體系中所扮演的角色，英國政府自 1990 年開始實施基層醫師經費管理計劃(GP fund-holding reform)，此計劃賦予基層醫師權力來選擇對病人適當的專科醫師、手術及社區服務，此計劃讓基層醫師在英國衛生輸送體系中扮演決定性的角色。於 1996 年的衛生政策白皮書中(Choicd and Opportunity)甚至積極鼓勵基層醫師設計發展新的英國衛生輸送體系，由此可見基層醫師在英國醫療照護中的重要性。

又英國政府自國民保健服務(National Health Service, NHS)開辦之後，即一直深受強大的財務壓力之苦，為舒緩財務上的壓力，政策制度者早在 1980 年代初期就已開始籌劃管理式醫療的實施，這使得整體政策發展有偏向鼓勵基層醫師數目成長的趨勢。近二十年來，英國對提高基層醫師的人數不遺餘力，在基層醫師數目方面，已從 1995 年的 35,494 人上升至 2005 年的 42,876 人，即在 10 年內基層醫師增加了 20.8% (表 2-3)。而因為基層醫師人數的增加，在每位基層醫師平均照顧人口數方面，也從從 1985 年的 2,011 人下降至 2001 年的 1,785 人（Royal College of General Practitioners, 2001）。

表 2-3　各國基層醫師人力概況

	1995	1997	1999	2003	2004	2005	% Change 1995-2005
England	28,869	29,389	29,987	32,593	34,085	35,302	28.2
N. Ireland	1,005	1,039	1,054	1,076	1,078	1,084	7.9
Scotland	3,879	4,026	4,070	4,311	4,480	4,538	17
Wales	1,741	1,819	1,860	1,893	1,931	1,952	12.12
UK	35,494	36,273	36,971	39,873	41,574	42,876	20.8

Note: England figures exclude GP Retainees; N.Ireland figures exclude GP Registrars.

而基層醫師也越來越趨向在大型的聯合執業中執業，在 1997 年時，七人或七人以上的大型聯合執業數目只有 382，到 2005 年時已成長至 1,325，而單獨執業的數目也由 1997 年時的 3,059 減少至 2005 年時的 1924(表 2-4)。

表 2-4 英國歷年基層醫師人數分佈概況

	Single		Number of Partnerships of												
	Handed		2		3		4		5		6		7/+		Total
Date	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	P'ships
30/9/91	3059	32	1972	20	1602	17	1259	13	875	9	528	5	382	4	9677
30/9/93	3017	31	1930	20	1558	16	1270	13	891	9	560	6	461	4	9687
30/9/95	2924	30	1898	20	1441	15	1285	13	932	10	604	6	512	5	9596
30/9/97	2847	30	1884	20	1377	14	1263	13	953	10	645	7	569	6	9538
30/9/01	2647	28	1782	19	1284	14	1253	13	980	10	674	7	714	8	9334
30/9/02	2598	28	1728	19	1311	14	1209	13	988	11	652	7	778	8	9264
30/9/03	2609	28	1706	18	1255	14	1200	13	954	10	688	7	853	9	9265
30/9/04	2045	23	1709	19	1273	14	1154	13	1003	11	696	8	1163	13	9043
30/9/05	1924	22	1641	18	1206	13	1133	13	1003	11	716	8	1325	15	8948

Source: *General and Personal Medical Services Statistics, 1991-2005.*

隨著基層醫師制度及聯合執業的發展趨於成熟，英國政府決定開始實施類似美國個人執業協會（Independent Physician Association，IPA）或紐西蘭個人執業協會（Independent Practitioner Associations，IPAs）模式的管理式醫療，於 1997 年的衛生政策白皮書上提出將從 1999 年 4 月開始，分四個階段發展管理式醫療：第一階段，成立基層醫療團體（Primary Care Groups）幫助衛生局管理民眾的照護，並提供諮詢建議；第二階段，基層醫療團體開始負責管理服務地區之健康照護預算，但仍屬於衛生局的一部份；第三階段，基層醫療團體轉型成基層醫療信託（primary care trusts），此為獨立管理服務地區健康照護的機構，但需對衛生局負責；第四階段，基層醫療信託開始獨立提供社區民眾照護的機構，但需對衛生局負責。前兩個階段稱為基層醫療團體，後兩個階段稱為基層醫療信託，英國衛生部希望於 2004 年 4 月之前，所有的基層醫療團體都能發展成基層醫療信託，基層醫療信託勢必成為二十一世紀初期，英國衛生服務體系的發展主流（林恆慶、石賢彥，2003）。

以下分別介紹基層醫療團體及基層醫療信託：

(一)基層醫療團體

基層醫療團體是基於社區的健康照護需要，而由地區的健康照護人員及社會照護(social care)人員，並結合病人及衛生局(Health Authority)代表所組成的團體。基層醫療團體成立的目的是為結合基層醫師、護士及地方人士以共同計劃、提供及發展地區的健康服務。而在此理念之下，基層醫療團體除提供地方健康服務之外，也必須確認他們所提供的健康服務是最高品質及合乎成本效益的。英國衛生部提出基層醫療團體的實施具有以下三大功能: (1)增進社區民眾之健康；(2)發展基層醫療及社區服務；(3)建議或直接管理社區民眾所需的住院服務。

基層醫療團體是由基層醫療團體理事會(PCG Boards)所管理，基層醫療團體理事會的成員包括 4 至 7 位的基層醫師、1 至 2 位的社區護士、1 位社會服務代表、1 位民眾、1 位衛生局的常務(non-executive)主任、1 位執行長及由理事會成員中所選出的 1 位主席。於 1999 年基層醫療團體開始實施時，全英有 481 家基層醫療團體，大多數基層醫療團體下的基層醫師數目介於 30 位至 69 位之間，而服務的社區人口介於四萬六千至二十五萬七千人之間。直至 2001 年時，基層醫療團體只剩下 238 家，其餘都已轉型為基層醫療信託。

(二)基層醫療信託

基層醫療信託為依據法律所建立的獨立機構，但需對衛生局負責。於 2000 年開始有基層醫療信託的成立，當時有 37 家基層醫療信託，信託下的基層醫師數目大都介於 50 位至 89 位之間，服務的社區人口數皆大於十五萬人，總服務人口數更高達兩千五百萬人。據統計，2000 年時已有 164 家，到了 2001 年時又發展至 302 家(Aspen Health Law Center, 2000)，目前(2006 年)有 303 家，它們負責 80%國民保健服務的預算。所有的基層醫療團體都能發展成基層醫療信託，基層醫療信託勢必成為二十一世紀初期，英國衛生服務體系的發展主流。

基層醫療信託可提供病人、社區及醫療從業人員之優點如下：對醫療服務較多的支持、對臨床人員較多的支持、較為整合的醫療服務、較佳的可近性、能促進公共衛生的實施，及政策較能反應出病人及社區的需求性。由於基層醫療信託是基層醫療團體的延續發展，故基層醫療信託包括所有基層醫療團體的功能。基層醫療信託的主要任務是負責管理、發展及整合，包括醫療、牙科、藥劑及眼鏡光學在內的基層醫療，並將其提供給社區民眾。換言之，政府將提供基層醫療的責任完全交付給基層醫療信託。

雖然英國國民保健服務給基層醫療信託在社區民眾的醫療服務上極大的彈性空間，但是基層醫療信託仍需遵循以下四原則：(1) 必須以提供基層醫療為主；(2) 對民眾的健康負責；(3) 必須有民眾的參與及 (4) 需誠實負責。預估

至 2004 年時，基層醫療信託將負責英國國民保健服務的 75%預算。

第三節 國內外基層醫師制度的比較

一、國內外家庭醫師制度相關研究之結果

國外廣為實施基層醫師制度的主要原因是預期能控制醫療成本與提升醫療品質（Franks, Clancy, & Nutting, 1992）。但 Halm, Causino, and Blumenthal（1997）針對美國麻州基層醫師進行實證研究發現，醫師認為基層醫師制度能降低醫療成本，但提升醫療服務品質則沒有得到驗證。至於民眾主觀感受方面，Grumbach et al.（1999）針對參與某管理式醫療（managed care）簽約會員進行調查發現，有 85%的人認為基層醫師會盡全力照顧他們，82%的人對他們的基層醫師很滿意，但亦發現轉診需經基層醫師同意會損及醫病關係；Kerr, Hays, Mitchinson, Lee, and Siu（1999）針對加州某健康維護組織（Health Maintenance Organization, HMO）就醫民眾進行問卷調查更發現，民眾自己認為需要轉診卻得不到基層醫師轉診者會對醫師產生不滿，同時亦會影響他們繼續成為家戶會員與將醫師介紹給親朋好友之意願。正因守門員制度優點與缺點並存，Bodenheimer, Lo, and Casalino（1999）認為基層醫師應該是「協調者」（coordinator）而非「守門員」（gatekeeper）。

近年來台灣地區有關基層醫師制度的研究，主要分民眾對基層醫師制度的認知、態度及參與意願及基層醫師對基層醫師制度的認知、態度及認可之模式

兩類。在民眾對基層醫師制度的認知、態度及參與意願方面：呂清元（2003）的研究結果發現，81.04%民眾對基層醫師有很高的需求，認為是實施基層醫師制度的好時機；許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰（2004）對一般民眾問卷的研究結果發現，有 50.3% 填答者認為台灣目前 “適合”或 “很適合”實施基層醫師制度；有 61% 填答者 “贊成”或 “很贊成”健保局實施守門員制度（民眾看病從基層開始看起）；有 63.3% 填答者表示“願意”或“很願意”參與基層醫師制度。在基層醫師對基層醫師制度的認知、態度及認可之模式方面，林恆慶、吳傳頌、許佑任、陳楚杰（2005）的研究結果發現受訪基層醫師中有 20.5%“很願意”參與基層醫師制度，41.5%“願意”參與基層醫師制度。且大多數受訪者認為（1）基層醫師除提供一般醫療服務外，還應該提供心理諮商(72.9%)、藥物諮詢(86.0%)及預防保健服務(91.3%)；（2）最適合擔任基層醫師的專科醫師為家醫科(93.4%)、一般內科(77.7%)及小兒科醫師(53.7%)；（3）民眾一年可以選擇更換一次基層醫師(41.1%)。

二、比較各國基層醫療制度的優缺點

大多數的國家都使用「守門員制度」來做為控制病人自行到較昂貴專科醫師處就診之工具，在醫療資源缺乏的時候，尤其是專科醫師缺乏的地方，民眾、學者及政策制定者都樂於使用此種制度來控制醫療資源的分配，「守門員制度」也已被證實可有效的控制醫療費用，根據研究調查顯示，歐洲國家使用「守門員制度」國家的醫療費用佔其國民生產毛額(GDP)的 7.8%，但未使用「守門員制度」國家的醫療費用卻佔其國民生產毛額(GDP)的 8.6%。又「守門員制度」可以幫助民眾養成正確的就醫習慣，生病時先至熟悉自己健康狀況及家族史的基層醫師處就診，而不要養成一生病就先至專科醫師處就診的習慣。除此之外，研究也顯示在專科醫師資源豐富的地方，實施「守門員制度」並不會降低醫師的轉診率。

但許多也指出實施「守門員制度」有其負面的效應存在，其中包括民眾等待至專科醫師處就診的時間變長，根據研究調查顯示，未使用「守門員制度」國家民眾等待至專科醫師處就診的平均時間為 8.4 天，但使用「守門員制度」國家民眾等待至專科醫師處就診的平均時間卻需要 23.2 天；又傳統上，醫師被教育需以病人的利益(patient's advocate)為最大考量，然而管理式醫療實施後，醫師的醫療行為及臨床上的決策需受到管理式醫療的保險規範，甚至需要考慮到管理式醫療組織的利益(plan's advocate)，而造成醫師在選擇病人利益或管理式

醫療組織利益間產生角色衝突，在判斷是否要轉診病人時，這時醫師就需考慮是要以病人的利益為主，或是以管理式醫療機構的利益為主。在病人利益與管理式醫療組織利益間做抉擇，不僅會造成醫師的角色衝突，更可能危害良好的醫病關係。

又「守門員制度」實施後，對醫師與病人間的關係產生極大的負面影響，而造成此負面影響的最主要原因則是源自於病人對醫師的不信任。不同的管理式醫療組織為了鼓勵醫師對病人提供最有成本效益的治療方法，分別採用不同的財務誘因，而其財務誘因的共通點為對醫師採取部份的保留款(withholdings)，即是對醫師的付款部份保留，俟年終時再依其成本控制的績效而斟酌發放。在此種財務誘因之下，醫師會盡可能藉由減少轉診病人至專科醫師處就診以增加其利益，而導致病人會懷疑醫師是依病人的醫療需要來提供醫療服務，還是會考量自己的最大利益來提供醫療服務，因此，病人對醫師的信心降低。

又在美國管理式醫療實施後，因須仰賴基層照護醫師來擔任守門員的工作，藉由控制轉診及協調病人的醫療照護以達到控制醫療費用的目的，因此，對基層照護醫師的需求比以往都更為殷切。然而，在美國基層照護醫師佔所有醫師的比例卻逐年下降，從 1949 年的約 60%降至目前的約 30%，Shi and Singh 甚至預測至 2020 年時，基層照護醫師的人數會不足約八萬五千人，因此，如何提高基層照護醫師的人數及比例，已成為美國衛生政策的重要議題之一，此議

題也值得台灣借鏡。

大多數基層醫師都參與聯合執業，為英國、美國、加拿大及澳洲衛生體系的主要特色之一，一般相信醫師聯合執業(包括聯合門診及聯合診所)的優點包括：可避免醫療資源重複投資及浪費、不同專科之間可以進行會診、醫師收入穩定、醫師工作時間較為固定、可降低經營財務風險、醫師有參與繼續教育的時間及容易推廣預防醫學及參與社區活動等。基於以上聯合執業之優點，及有鑑於基層開業環境日益惡化的情況下，行政院衛生署於 1998 年 6 月再度公佈了聯合門診的設置標準，盼能經由聯合門診的設置，一方面幫助基層開業醫師發揮基層醫療的功能、提升開業醫師的醫療品質及自然有效的推動轉診制度；另一方面則以抑制大醫院門診部門的不斷擴大。在衛生政策白皮書中也明確鼓勵基層醫療聯合執業的設置，於 2000 年公佈的醫療網第四期計劃也明示要輔導推動聯合門診之執業模式，以有效提升開業醫師之服務品質，降低服務成本。

然而雖然衛生主管當局不遺餘力的在推動基層醫師參與聯合執業，但臺灣聯合執業的數目卻還是寥寥無幾，根據衛生署醫政處於 2001 年的統計，在全國 9,402 家西醫診所中，登記為聯合診所的僅有 248 家，僅佔 2.64%，而此百分比與英國的 91.5%或是美國的 32%仍相去甚遠，因此如何提高基層開業醫師參與聯合執業實是當務之急。

第三章　研究方法

第一節　專家訪談及焦點團體座談

為發展以基層醫師為研究對象的「基層醫師對基層醫師制度的評估及其未來規劃之建議」問卷及以診所門診病人為研究對象的「民眾對基層醫師制度的評估及建議」問卷，本研究首先訪談八位學者專家，其次邀請基層醫師及關心民眾健康權益的團體專家代表舉辦焦點團體座談，以下將分研究對象與工具及研究結果二部份說明之。

一、研究對象與工具

(一)專家訪談(interview): 依據文獻整合結果來諮詢專家之意見，這些專家包括兩位對基層醫療有研究之學者、兩位相關衛生當局之官員及四位基層醫師。專家訪談的大綱主要為對當前基層醫師制度的看法、可能的評估方法、及其對未來基層醫師制度規劃之建議。

(二)邀請基層醫師進行兩場次焦點團體座談，每場各八位醫師(北、中、南、東各兩位)，以瞭解基層醫師認為現行基層醫師制度的優缺點及其所期待的基層醫師制度。並邀請社會福利及關心民眾健康權益的團體專家代表進行一場次焦點團體座談，以瞭解民眾所期待的基層醫師制度。由計劃主持人擔任焦點團體座談的帶領者，在臺北醫學大學杏春樓一樓資料研究室舉行。焦點團體座談的大綱主要包括 1.對目前基層診所醫師制度的看法；2.目前基層診所醫師制度所遭遇到的問題；3.目前基層診所醫師執業所遭遇到的問題；4.對未來基層診所醫師制度的建

議；5. 基層醫師人力佔整體執業醫師人數之比例的建議。

二、研究結果

(一)對目前基層診所醫師制度的看法

基層診所醫師大都對目前基層診所醫師制度持著負面態度，覺得相關單位沒有認真規劃整個醫療體系，造成醫院與診所病人重疊性太高，使得收入減少，難以存活。但相關衛生當局之官員及社會福利、關心民眾健康權益的團體專家代表則是對基層診所醫師制度抱持相當樂觀的態度，覺得有其存在之需要，因為在醫院就醫不但花的時間多，且病人與醫療人員間的互動不多、不熟，無法完全掌握該病人的家族史、病人心理狀況、家庭因素。基層診所醫師的普及也大幅提高了民眾就醫的可近性、也可節省國家整體的醫療開支，與會人士都認為如果將來實施基層醫師制度，基層診所醫師的角色將更為重要。

(二)目前基層診所醫師制度所遭遇到的問題

目前基層診所醫師制度所遭遇到的問題包括以下 14 項：(1)開業標準門檻太低造成基層醫師太多；(2)缺乏對基層診所的評鑑機制；(3)與醫院門診病人重疊性太高；(4)藥局設置標準不合理；(5)缺乏完善的轉檢制度；(6)抽審審查標準不一；(7)缺乏完善的轉診制度(醫院有設門診部，以前還會把檢查報告寄回診所，現在以保護病人隱私為由，不再寄回來，醫院想留住病人)；(8)不能使用醫院內的設備；(9)未完善規劃醫師人力；(10)缺乏完善的基層醫師制度；(11)醫藥分業帶來不便；(12)健保法案之不確定性；(13)總額支付制度促成醫師同儕間的相互惡性競爭及(14)缺

乏退休金制度。

(三)目前基層診所醫師執業所遭遇到的問題

目前基層診所醫師制度所遭遇到的問題包括以下 16 項：(1)害怕醫療糾紛；(2)無能力購買最先進之醫療儀器設備；(3)不易找到支援醫師；(4)沒有足夠的進修時間；(5)醫療設備不足；(6)健保申報作業費用高；(7)診所內部管理不易；(8)工作時間過長；(9)黑道恐嚇；(10)醫療收入減少；(11)會診、轉診困難；(12)繁瑣的報稅程序；(13)醫護人員流動率太高；(14)藥品採購單價高；(15)環保及消防法案太繁瑣及(16)民眾自主意識太高而不易溝通。

(四)對未來基層診所醫師制度的建議與規劃

對未來基層診所醫師制度的建議包括以下 9 項：(1)實施基層醫師制度 (24 on call，降低掛急診的人數，台北掛急診看小毛病的人佔了 60%-70%，這些門診可直接吸收但因為晚上診所休診所以流向急診)；(2)實施論人計酬制度；(3)鼓勵基層醫師參加聯合執業；(4)實施類似美國健康維護組織（HMO）的管理式照護制度；(5)提高進入基層醫療執業的門檻；(6)實施開放式的醫療環境讓基層醫師也可以利用醫院的設備。

(五)基層醫師人力佔整體執業醫師人數之比例的建議

根據所收集到國外每十萬人口基層醫師的數目，請教與會人士(如表 2-5) 所得結論為台灣每十萬人口應該有 80 至 100 位的基層診所醫師，即台灣二千三百萬人口中應該有 18,400 至 23,000 位的基層診所醫師，然而 2006 年於衛生署登記執

業的基層診所醫師名單，共計只有 10,223 位，所以應該還有一萬人左右的成長空間。依目前全國共有約 34,000 位醫師來計算，基層診所醫師應該約佔 60%似乎為較合理的數據，而此數據也與英國的基層醫師佔所有醫師比例相似。

表 2-5 各國歷年基層醫師數

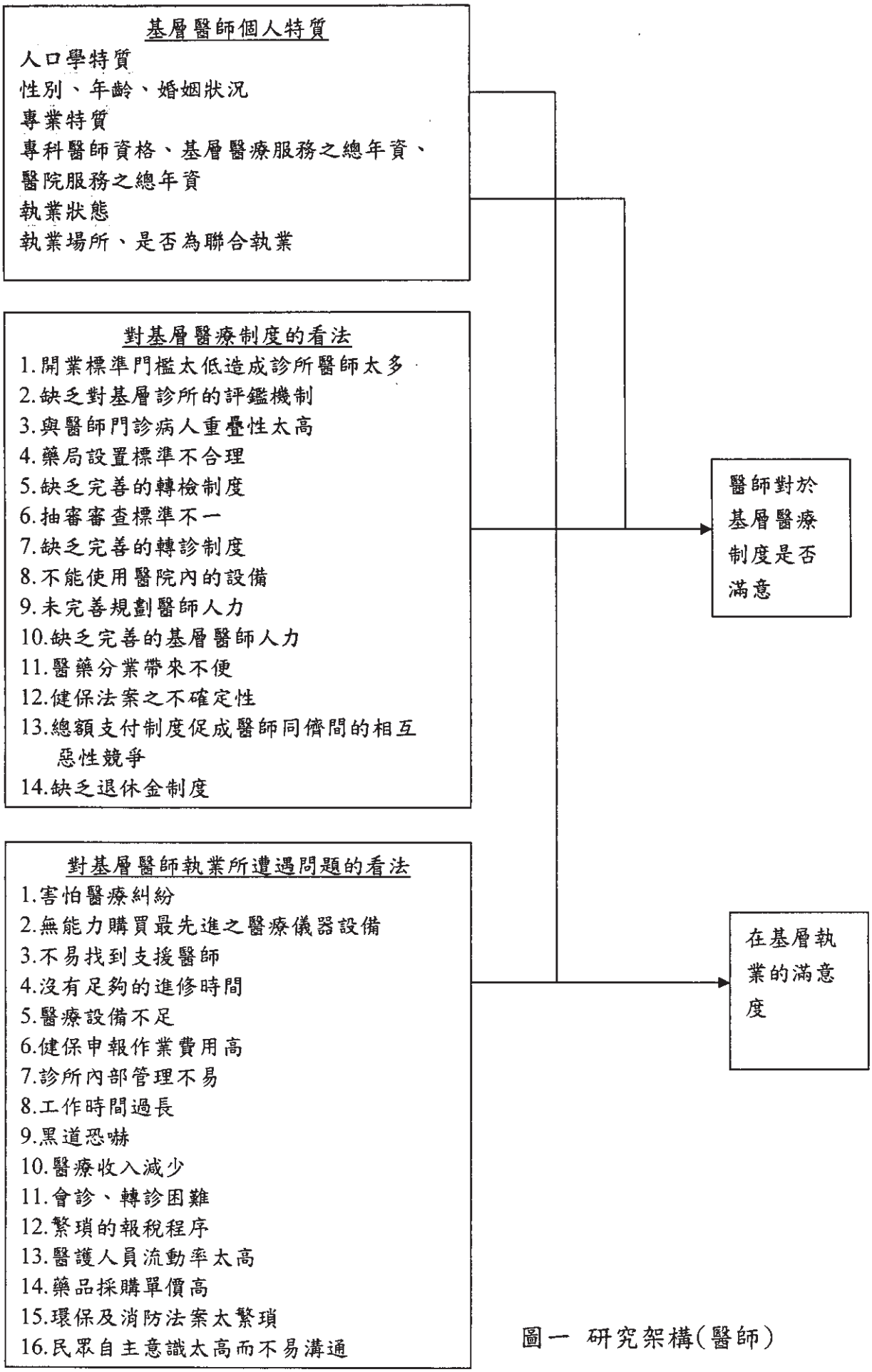
	Austria	Croatia	Czech Rep	France	Germany	Hungary	Ireland	Norway	Switzerland	UK	Euro Region	EU
1996	126.41	67.76	68.25	162.65	114.82	64.23	56.04	75.43	62.69	59.87	65.84	98.9
1997	129.32	68.45	67.76	162.37	109.64	65.26	56.93	76.07	63.21	60.37	65.4	98.13
1998	132.82	68.12	67.92	161.46	107.97	66.04	59.82	78.21	61.4	60.9	65.54	98.26
1999	131.3	68.03	68.19	162.44	106.46	65.85	61.02	79.05	64.49	61.27	65.01	97.67
2000	133.12	70.53	71.93	160.87	106.7	65.9	59.8	80.07	67.22	61.52	64.78	97.64
2001	136.26	69.3	72.34	162.6	106.31	65.89	59.86	...	67.15	62.18	65.12	98.35
2002	140.75	68.42	72.42	163.09	105.18	65.99	59.51	67.63	66.98	62.84	65.5	98.46
2003	141.52	67.97	72.3	163.78	104.2	66.02	59.36	63.27	63.95	65.09	65.78	98.93
2004	143.82	68	71.88	165.37	102.35	65.53	68.01	64.09	64.02	...	65.81	...

Source: World Health Organization, Regional Office for Europe, *European Health for All Database*

第二節　研究方法:醫師部份

一、研究架構

研究架構(圖一)是依據文獻查證、實地參訪、專家面談及舉辦座談會的內容所建立的，本研究主要將醫師個人因素、基層執業經歷、對基層診所醫師制度的看法以及對基層診所醫師執業所遭遇問題的看法等列為自變項，基層醫療制度的滿意度為依變項，探討兩者之相關性。


基層醫師個人特質
人口學特質
性別、年齡、婚姻狀況
專業特質
專科醫師資格、基層醫療服務之總年資、
醫院服務之總年資
執業狀態
執業場所、是否為聯合執業
對基層醫療制度的看法
1.開業標準門檻太低造成診所醫師太多
2.缺乏對基層診所的評鑑機制
3.與醫師門診病人重疊性太高
4.藥局設置標準不合理
5.缺乏完善的轉檢制度
6.抽審審查標準不一
7.缺乏完善的轉診制度
8.不能使用醫院內的設備
9.未完善規劃醫師人力
10.缺乏完善的基層醫師人力
11.醫藥分業帶來不便
12.健保法案之不確定性
13.總額支付制度促成醫師同儕間的相互
惡性競爭
14.缺乏退休金制度
對基層醫師執業所遭遇問題的看法
1.害怕醫療糾紛
2.無能力購買最先進之醫療儀器設備
3.不易找到支援醫師
4.沒有足夠的進修時間
5.醫療設備不足
6.健保申報作業費用高
7.診所內部管理不易
8.工作時間過長
9.黑道恐嚇
10.醫療收入減少
11.會診、轉診困難
12.繁瑣的報稅程序
13.醫護人員流動率太高
14.藥品採購單價高
15.環保及消防法案太繁瑣
16.民眾自主意識太高而不易溝通
醫師對於
基層醫療
制度是否
滿意
在基層執
業的滿意
度

圖一 研究架構(醫師)

二、變項名稱及操作型定義

本研究將研究變項分為自變項及依變項，各變項名稱及操作性定義整理如下:

表 3-1 變項名稱及操作型定義(醫師)

自變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
人口學特質		
性別	女=1，男=0	類別
年齡	受訪者之年齡	等距
婚姻狀況	已婚=1，未婚=2，喪偶=3，離婚或分居=4，再婚=5	類別
專業特質		
專科醫師資格	否=0，是=1	類別
基層醫療服務之總年資	受訪者之基層醫療服務總年資	等距
醫院服務之總年資	受訪者之醫院服務總年資	等距
執業狀態		
執業場所(依健保局別區分)	台北分局=1，北區分局=2，中區分局=3，南區分局=4，東區分局=5，高層分局=6	類別
執業場所(依都市化層級分)	高度都市化市鎮=1，中度都市化市鎮=2，新興市鎮=3，一般鄉鎮市區=4，高齡化市鎮=5，農業市鎮=6，偏遠鄉鎮=7	類別
是否為聯合執業	否=0，是=1	類別
對基層診所醫師制度的看法		
開業標準門檻太低造成診所醫師太多	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
缺乏對基層診所的評鑑機制	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
與醫師門診病人重疊性太高	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
藥局設置標準不合理	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
缺乏完善的轉檢制度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
抽審審查標準不一	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
缺乏完善的轉診制度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別

表 3-1 變項名稱及操作型定義(醫師)(續)

自變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
不能使用醫院內的設備	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
未完善規劃醫師人力	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
缺乏完善的基層醫師人力	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫藥分業帶來不便	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
健保法案之不確定性	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
總額支付制度促成醫師同儕間提供的相互惡性競爭	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
缺乏退休金制度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
對工作現況滿意程度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
對基層醫師執業所遭遇問題的看法		
保險不夠完善而害怕醫療糾紛	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
無能力購買最先進之醫療儀器設備	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
不易找到支援醫師	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
沒有足夠的進修時間	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫療設備不足	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
健保申報作業費用高	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
診所內部管理不易	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
工作時間過長	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
黑道恐嚇	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫療收入減少	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
會診、轉診困難	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別

表 3-1 變項名稱及操作型定義(醫師)(續)

自變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
繁瑣的報稅程序	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫護人員流動率太高	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
藥品採購單價高	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
環保及消防法案太繁瑣	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
民眾自主意識太高而不易溝通	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
其它變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
實施基層醫師制度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
實施論人計酬制度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
鼓勵基層醫師參加聯合執業	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
實施類似美國 HMO 的管理式照護制度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
提高進入基層醫療執業的門檻	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
開放醫院的醫療設備給基層醫師使用	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
依變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
醫師對於基層醫療制度的滿意度	很不滿意=1，不滿意=2，普通=3，滿意=4，非常滿意=5	類別
在基層執業的滿意度	很不滿意=1，不滿意=2，普通=3，滿意=4，非常滿意=5	類別

三、研究對象與研究工具

(一)問卷設計發展

依據文獻整合結果、專家訪談及焦點團體座談之結果為基礎進行問卷之設計，完成以基層醫師為研究對象的「基層醫師對基層醫療制度的評估及其未來規劃之建議」的問卷。本研究為提升問卷之內容效度(content validity)，特請基層醫師 3 位、社會福利團體 2 位及學者專家 2 位，以其專業知識評估問卷之內容，依學者專家意見修改或予以刪除。問卷之信度則採內部一致性 Cronbach's α 的檢定方式，問卷並分別以 15 位基層醫師為對象進行問卷前測，依前測結果修訂問卷，定稿後再郵寄給研究為對象填答。

(二)研究對象

本研究從衛生署醫事處取得 2006 年於衛生署登記執業的基層醫師名單，共計有 10,223 位。根據過去對基層醫師的問卷調查研究顯示，若進行普查回收率都非常低，且無足夠的經費進行再次的問卷寄發，研究結果恐難代表全體基層醫師的意見。因此，本研究採用系統抽樣法，從名單上每三位抽選一位為研究對象，共得到 3407 位，為本研究之研究對象。再以郵寄方式對選取的基層醫師進行問卷調查，問卷寄後再以電話催收，針對未回收的基層醫師另外寄發兩次問卷，希望能提高回收率，以確保本研究結果能確實反應出基層醫師的意見。

(三)研究工具

本研究採用結構式問卷的方式收集資料。問卷內容分為四部份，包括填答醫師的基本資料與執業狀況、對基層醫療制度的看法及滿意度、對基層醫師執業所遭遇問題的看法及滿意度、對未來基層醫療制度的建議與規劃。有關問卷的詳細內容分別說明如下：

(I) 填答醫師的基本資料與執業狀況

包括填表人的年齡、性別、婚姻狀態、是否具有專科醫師資格及專科醫師科別(家醫科、一般內科、一般外科、小兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科及病理科)、目前執業型態(單獨、聯合執業)、主要執業地點所屬健保分局(依中央健康保險局六大分局所管轄地區分為台北、北區、中區、南區、高屏及東區分局等六類)、從事基層醫療服務之總年資及過去曾經在醫院服務之總年資。

(II)對基層醫療制度的看法及滿意度

此部份包括三大題：1.您覺得近近幾年來基層醫療（診所）是否有逐漸萎縮的現象；2.整體而言，您對現行基層醫療制度的滿意度為何？3.您是否同意目前台灣地區的基層醫療制度遭遇以下的問題？(1)開業標準門檻太低造成基層醫師太多；(2)缺乏對基層診所的評鑑機制；(3)與醫院門診病人重疊性太高；(4)藥局設置標準不合理；(5)缺乏完善的轉檢制度；(6)抽審審查標準不一；(7)缺乏完善的轉診制度；(8) 不能使用醫院內的設備；(9)未完善規劃醫師人力；(10)缺乏完善的基層醫師制

度；(11)醫藥分業帶來不便；(12)健保法案之不確定性；(13) 總額支付制度促成醫師同儕間的相互惡性競爭及(14) 缺乏退休金制度；以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，目的在找出目前台灣地區的基層醫療制度遭遇到的主要問題。

(III) 對基層醫師執業所遭遇問題的看法及滿意度

此部份包括二大題：1.整體而言，您對您在現行診所工作的滿意度為何？ 2.您是否同意您在執業中遇到以下的問題？(1)害怕醫療糾紛；(2)無能力購買最先進之醫療儀器設備；(3)不易找到支援醫師；(4) 沒有足夠的進修時間；(5)醫療設備不足；(6)健保申報作業費用高；(7)診所內部管理不易；(8)工作時間過長；(9)黑道恐嚇；(10)醫療收入減少；(11)會診、轉診困難；(12)繁瑣的報稅程序；(13) 醫護人員流動率太高；(14) 藥品採購單價高；(15)環保及消防法案太繁瑣及(16) 民眾自主意識太高而不易溝通；以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，目的在找出基層醫師執業所遭遇的主要問題。

(IV)對未來基層醫療制度的建議

此部份包括一大題為您是否同意未來台灣地區的基層醫療制度朝下列方向規劃？(1)實施基層醫師制度；(2)實施論人計酬制度；(3)鼓勵基層醫師參加聯合執業；(4)實施類似美國 HMO 的管理式照護制度；(5)提高進入基層醫療執業的門檻；(6)開放醫院的醫療設備給基層醫師使用；以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，目的在找出未來基層醫療制度的規劃方向。

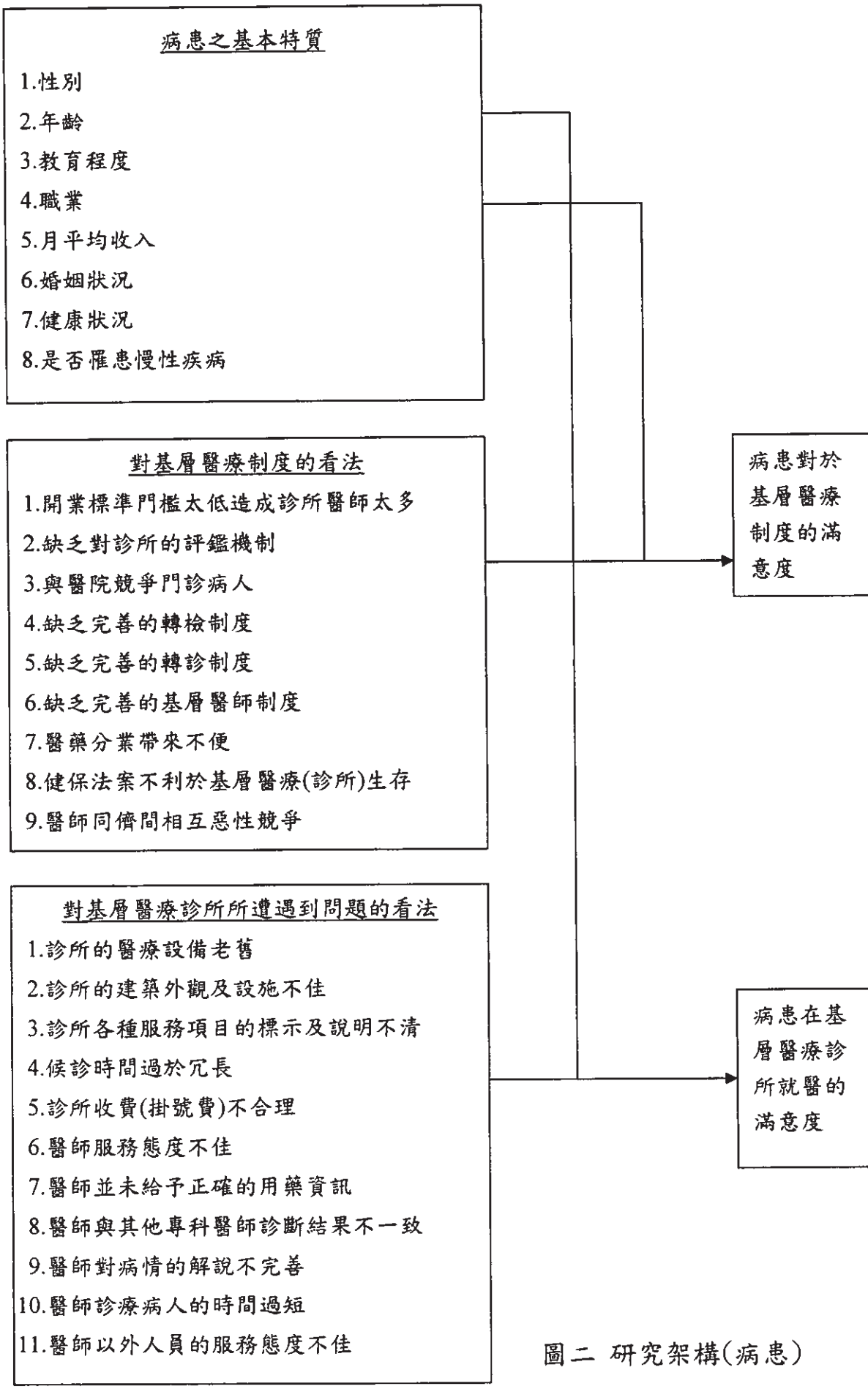
四、統計方法

問卷資料回收後，先以問卷填寫之完整性及清晰性過濾出無效問卷，若為有效問，將問卷中各填答項目以 Microsoft Excel 2000 建檔，並依變項特性進行編碼，再以 SPSS 12.0 進行資料分析。在描述性統計分析方面：視變項尺度類別分別以次數、百分比、以平均數、中位數、眾數、標準差、最大及最小值呈現。在推論性統計分析方面：採用羅吉斯複迴歸（Multiple Logistic Regression）探討控制其他重要變項（如個人(醫師/病人)基本資料等）後，各自變項對於各依變項之影響是否達統計上的顯著水準。

第三節　研究方法:病患部份

一、研究架構

研究架構(圖二)是依據文獻查證、專家訪談及舉辦焦點團體座談會的內容所建立的，本研究將填答醫病患師基本資料與健康狀況、對基層醫療制度的看法、對基層診所所遭遇問題的看法列為自變項，將對基層醫師制度的滿意度及在基層醫療（診所）就醫的滿意度列為依變項，探討兩者之關係。


病患之基本特質
1.性別
2.年齡
3.教育程度
4.職業
5.月平均收入
6.婚姻狀況
7.健康狀況
8.是否罹患慢性疾病
對基層醫療制度的看法
1.開業標準門檻太低造成診所醫師太多
2.缺乏對診所的評鑑機制
3.與醫院競爭門診病人
4.缺乏完善的轉檢制度
5.缺乏完善的轉診制度
6.缺乏完善的基層醫師制度
7.醫藥分業帶來不便
8.健保法案不利於基層醫療(診所)生存
9.醫師同儕間相互惡性競爭
對基層醫療診所所遭遇到問題的看法
1.診所的醫療設備老舊
2.診所的建築外觀及設施不佳
3.診所各種服務項目的標示及說明不清
4.候診時間過於冗長
5.診所收費(掛號費)不合理
6.醫師服務態度不佳
7.醫師並未給予正確的用藥資訊
8.醫師與其他專科醫師診斷結果不一致
9.醫師對病情的解說不完善
10.醫師診療病人的時間過短
11.醫師以外人員的服務態度不佳
病患對於基層醫療制度的滿意度
病患在基層醫療診所就醫的滿意度

圖二 研究架構(病患)

二、變項名稱及操作型定義

本研究變項分成為自變項及依變項，各變項名稱及操作性定義整理如下:

表 3-2 變項名稱及操作型定義(病患)

自變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
病患之基本特質		
性別	女=1，男=0	類別
年齡	受訪者之年齡	等距
教育程度	小學(含以下)=1，國(初)中=2，高中(職)=3，大專=4，研究所以上=5	類別
職業	無=0，軍公教=1，工=2，商=3，農漁=4，自由業=5，學生=6，家管=7，退休=8，其他=9	
月平均收入	無收入=0，<20000=1，20001-40000=2，>40001=3	等距
婚姻狀況	未婚=0，已婚=1	類別
健康狀況	好=0，普通=1，不好=2	類別
是否罹患慢性疾病	是=0，否=1	類別
對基層醫療制度的看法		
診所的醫療設備老舊	不同意=0，同意=1	類別
診所的建築外觀及設施不佳	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
診所各種服務項目的標示及說明不清	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
候診時間過於冗長	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
診所收費(掛號費)不合理	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師服務態度不佳	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師並未給予正確的用藥資訊	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師與其他專科醫師診斷結果不一致	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師對病情的解說不完善	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師診療病人的時間過短	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師以外人員的服務態度不佳	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別

表 3-2 變項名稱及操作型定義(病患)(續)

自變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
對基層診所所遭遇到問題的看法		
診所的醫療設備老舊	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
診所的建築外觀及設施不佳	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
診所各種服務項目的標示及說明不清	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
候診時間過於冗長	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師服務態度不佳	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師並未給予正確的用藥資訊	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師與其他專科醫師診斷結果不一致	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師對病情的解說不完善	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師診療病人的時間過短	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
醫師以外人員的服務態度不佳	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
其它變項		
實施基層醫師制度	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
鼓勵基層醫師參加聯合執業	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
增加基層醫療醫師人數佔全國醫師總人數的比率	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
開放醫院的醫療設備給基層醫師使用	很不同意=1，不同意=2，普通=3，同意=4，很同意=5	類別
依變項		
變項名稱	操作型定義與編碼說明	變項屬性
病患對於基層醫療制度是否滿意	非常不滿意=1，不滿意=2，尚可=3，滿意=4，非常滿意=5	類別
病患對於基層醫療就醫環境是否滿意	非常不滿意=1，不滿意=2，尚可=3，滿意=4，非常滿意=5	類別

三、研究對象與研究工具

(一)問卷設計發展

依據文獻整合結果、專家學者的共識及焦點團體座談之結果進行問卷之設計發展，問卷為以基層就醫病患為研究對象的「基層病患對基層醫療制度的評估及其未來規劃之建議」。本研究為提升問卷之內容效度(content validity)，特請基層醫師 3 位、社會福利團體 2 位及學者專家 2 位，以其專業知識評估問卷之內容，依學者專家意見修改或予以刪除。問卷之信度則採內部一致性 Cronbach's α 的檢定方式，問卷並分別以 35 位基層就醫病患為對象進行問卷前測，做為修正問卷內容之參考。

(二)研究對象

本研究根據衛生署醫事處之全國診所名單為清冊，將診所依所在地分為北、中、南及東四個地區，每一個地區依立意取樣抽取 5 家診所，一共為 20 家診所。而問卷調查期間為 10 天，由調查人員(由五位碩士班學生擔任，進行正式問卷調查前先進行兩小時的訪員訓練，確定每位調查人員都能充分瞭解問卷題目內容及意義，並讓受訓之訪員模擬正式問卷調查，以期能控制問卷調查的一致性及資料的品質)每天在每家診所將分別以報到掛號的順序進行等距抽樣，至選取 10 位看診病人為止，每家診所將一共分別選取 100 位的看診病人為問卷調查對象，總計將發出自填問卷 2000 份。

(三)研究工具

本研究採用調查研究法(survey research)，以結構式問卷的方式收集資料。問卷內容分為三部份，包括填表填答病患的基本資料與健康狀況、目前基層醫療制度的問題、診所就醫中遭遇到的問題、對未來基層醫療制度的建議與規劃及對現行基層醫療制度的滿意度。有關問卷的詳細內容分別說明如下：

(I)填答病患的基本資料與健康狀況

此部份計 8 題，包括填表病患的性別、年齡、教育程度(小學、國(初)中、高中(職)、大專、研究所以上)、職業(無、軍公教、工、商、農漁、自由學生、家管、退休、其它)、月平均收入(無收入、<20,000、20,001-40,000、>40,001)、婚姻狀況、自覺健康狀況及是否罹患慢性疾病。

(II)對基層醫療制度的看法及滿意度

此部份包括三大題：1.您覺得近近幾年來基層醫療（診所）是否有逐漸萎縮的現象；2.整體而言，您對現行基層醫療制度的滿意度為何？3.您是否同意目前台灣地區的基層醫療制度遭遇以下的問題？(1)開業標準門檻太低造成基層醫師太多(2)缺乏對基層診所的評鑑機制；(3)與醫院競爭門診病人；(4)缺乏完善的轉檢制度；(5)缺乏完善的轉診制度；(6)缺乏完善的基層醫師制度；(7)醫藥分業帶來不便；(8)健保政策不利於基層醫療(診所)生存；(9)醫師同儕間相互惡性競爭；以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很

同意給 5 分，目的在找出目前台灣地區的基層醫療制度遭遇到的主要問題。

(III)對基層醫療診所所遭遇到問題的看法及在基層醫療診所就醫的滿意度

此部份包括二大題：1.整體而言，您對您在基層醫療診所就醫的滿意度為何？2.您是否同意台灣地區目前的基層醫療診所遭遇到以下的問題？(1)診所的醫療設備老舊；(2)診所的建築外觀及設施不佳；(3)診所各種服務項目的標示及說明不清；(4)候診時間過於冗長；(5)診所收費(掛號費)不合理；(6)醫師服務態度不佳；(7)醫師並未給予正確的用藥資訊；(8)醫師與其他專科醫師診斷結果不一致；(9)醫師對病情的解說不完善；(10)醫師診療病人的時間過短；(11) 醫師以外人員的服務態度不佳；以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，目的在找出基層醫療診所所遭遇到的主要問題。

(IV)對未來基層醫療制度規劃方向的建議

此部份包括一大題為您是否同意未來台灣地區的基層醫療制度朝下列方向規劃？(1)實施基層醫師制度；(2)鼓勵基層醫師參加聯合執業（聯合診所）；(3)增加基層醫師人數佔全國醫師總人數的比率；(4)開放醫院的醫療設備給基層醫療醫師使用；以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，目的在找出未來基層醫療制度的規劃方向。

四、資料處理與統計分析

在病人焦點團體座談部分，各場次討論內容以現場記錄及錄音兩種方式蒐集資料，由研究人員聽取錄音帶並參考現場記錄內容，將焦點團體討論內容轉成文字，以 Word 2003 輸入整理。

在訪問調查部分，問卷資料收集後先以受訪者填寫之完整性及清晰性過濾出無效問卷，若為有效問，將問卷中各填答項目以 Excel 2003 建檔，並依變項特性進行編碼，再以 SPSS 12.0 進行統計分析。在描述性統計分析方面，以次數分配、百分比、平均數、標準差、最大值及最小值等描述。在推論性統計分析方面，以羅吉斯迴歸（multiple logistic regression）探討影響病患在基層醫療診所就醫的滿意度及對基層醫療制度的滿意度之因素，在此把回答非常滿意、滿意及普通者簡併歸類為滿意，把回答非常不滿意及不滿意簡併歸類為不滿意。

第四章　研究結果

第一節　醫療供給者對基層醫師制度的評估及建議:以診所醫師為例

本研究共寄出 3407 份問卷，回收 522 份，剔除填答不完整的問卷 33 份後，有效樣本為 489 份，回收率為 14.35%，以下分描述性統計及推論統計兩部份說明如下：

壹、描述性統計

一、填答醫師的基本資料與執業狀況

(一)性別:

有效樣本數489人中，男性醫師有444位(佔90.8%)，女性醫師有45位(佔3.6%)。

(二)年齡:

有效樣本數 489 人中，最小值為 32 歲，年齡最大值為 92 歲，平均年齡為 53.5 歲，標準差為 11.83。

(三)婚姻狀況:

有效樣本數 489 人中，其中已婚醫師有 456 位(佔 93.25%)，未婚醫師則有 15 位(佔 3.07%)，喪偶醫師有 5 位 (佔 1.02%)，離婚或分居醫師有 8 位 (佔 1.64%)，再婚醫師有 5 位(佔 1.02%)。

(四)是否為聯合執業

有效樣本數 489 人中，其中有 360 位(佔 73.62%)為聯合執業，129 位為非聯合執業(佔 26.38%)。

(五)是否為專科醫師:

有效樣本數 489 人中，455 位(佔 93.05%)具有專科醫師資格，34 位(佔 6.95%)醫師並未具有專科醫師資格。

(六)主要登記之執業科別

有效樣本數489人中，168位(佔34.4%)醫師執業科別為家醫科，62位(佔12.7%)醫師執業科別為一般內科，16位(佔3.3%)醫師執業科別為一般外科，56位(佔11.5%)醫師執業科別為小兒科，49位(佔10.0%)醫師執業科別為婦產科，2位(佔0.4%)醫師執業科別為骨科，31位(佔6.3%)醫師執業科別為耳鼻喉科，39位(佔8.0%)醫師執業科別為眼科，13位(佔2.7%)醫師執業科別為皮膚科，3位(佔0.6%)醫師執業科別為神經科，4位(佔0.8%)醫師執業科別為精神科，4位(佔0.8%)醫師執業科別為復健科，8位(佔1.6%)醫師執業科別為其它。

(七)擁有專科醫師資格

有效樣本數 489 人中，擁有專科醫師資格數最小值為 0 張，最大值為 6 張，平均擁有 2.13 張，標準差為 0.85。有 34 位(佔 7.0%)並未有專科醫師資格醫師證書，有 1 位(佔 0.2%)醫師擁有 1 張專科醫師證書，有 344 位(佔 70.3%)醫師擁有 2 張專科醫師證書，有 94 位(佔 19.2%)醫師擁有 3 張專科醫師證書，有 1 位(佔 0.2%)醫師擁有 4 張專科醫師證書，有 1 位(佔 70.3%)醫師擁有 5 張專科醫師證書，有 2 位(佔 0.4%)醫師擁有 6 張專科醫師證書。

(八)主要執業場所所屬健保分局

有效樣本數 489 人中，有 104 位(佔 21.27%)醫師執業於台北分局，有 89 位(佔 18.20%)醫師執業於北區分局，有 107 位(佔 21.88%)醫師執業於中區分局，有 72 位(佔 14.72%)醫師執業於南區分局，有 96 位(佔 19.63%)醫師執業於高屏分局，有 21 位(佔 4.29%)醫師執業於東區分局。

(九)主要執業場所所屬都市化程度

有效樣本數 489 人中，有 125 位(佔 25.56%)醫師執業於高度都市化市鎮，有 167 位(佔 34.15%)醫師執業於中度都市化市鎮，有 71 位(佔 14.52%)醫師執業於新興市鎮，有 72 位(佔 14.72%)醫師執業於一般鄉鎮市區，有 5 位(佔 1.02%)醫師執業於高齡化鄉鎮，有 18 位(佔 3.68%)醫師執業於農業鄉鎮，有 31 位(佔 6.34%)醫師執業於偏遠鄉鎮。

(十)基層醫療服務總年資

有效樣本數 489 人中，基層醫療服務總年資最小值為 1 年，最大值為 62 年，平均服務 18.02 年，標準差為 12.50。

(十一)醫院服務總年資(含住院及主治醫師)

有效樣本數 489 人中，醫院服務服務總年資最小值為 0 年，最大值為 65 年，平均服務 9.54 年，標準差為 8.42。

以上資料詳見表 4-1、表 4-2。

表 4-1 填答醫師的基本資料與執業狀況

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
性別(n=489)		
男	444	90.8
女	45	9.2
婚姻狀況(n=489)		
已婚	456	93.25
未婚	15	3.07
喪偶	5	1.02
離婚或分居	8	1.64
再婚	5	1.02
是否為聯合執業(n=489)		
是	360	73.62
否	129	26.38
是否為專科醫師 (n=489)		
是	455	93.05
否	34	6.95
主要登記之執業科別(n=489)		
家醫科	168	34.4
一般內科	62	12.7
一般外科	16	3.3
小兒科	56	11.5
婦產科	49	10.0
骨科	2	0.4
耳鼻喉科	31	6.3
眼科	39	8.0
皮膚科	13	2.7
神經科	3	0.6
精神科	4	0.8
復健科	4	0.8
其它	8	1.6

表 4-1 填答醫師的基本資料與執業狀況(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
擁有專科醫師資格種類(n=489)		
0 種	34	7.0
1 種	1	0.2
2 種	344	70.3
3 種	94	19.2
4 種	13	2.7
5 種	1	0.2
6 種	2	0.4
主要執業地點所屬健保分局(n=489)		
台北分局	104	21.27
北區分局	89	18.20
中區分局	107	21.88
南區分局	72	14.72
高屏分局	96	19.63
東區分局	21	4.29
主要執業地點所屬都市化層級(n=489)		
高度都市化市鎮	125	25.56
中度都市化市鎮	167	34.15
新興市鎮	71	14.52
一般鄉鎮市區	72	14.72
高齡化鄉鎮	5	1.02
農業鄉鎮	18	3.68
偏遠鄉鎮	31	6.34

表 4-2 醫師從事醫療服務資料

變項名稱	有效樣本數(n)	平均值(標準差)
年齡	489	53.50(11.83)
基層醫療服務總年資	489	18.02(12.50)
醫院服務總年資(含住院及主治醫師)	489	9.54(8.42)
擁有專科醫師證書數	489	2.13(0.85)

二、對基層醫療制度及在基層執業的滿意度

(一)近年來診所是否有逐漸萎縮的現象

有效樣本數 489 人中，其中有 64 位(佔 13.09%)醫師認為近年來診所並未有逐漸萎縮的現象，有 371 位(佔 75.87%)醫師認為近年來診所有逐漸萎縮的現象，有 54 位(佔 13.09%)醫師並不確定近年來診所是否有逐漸萎縮的現象。

(二)對現行基層醫療制度的滿意度

有效樣本數 489 人中，其中有 2 位(佔 0.41%)醫師非常滿意現行施行之基層醫療制度，有 5 位(佔 1.02%)醫師滿意現行施行之基層醫療制度，有 54 位(佔 17.18%)醫師覺得現行施行之基層醫療制度尚可，有 241 位(佔 49.28%)醫師不滿意現行施行之基層醫療制度，有 157 位(佔 32.11%)醫師非常不滿意現行施行之基層醫療制度。

(三)在基層執業的滿意度

有效樣本數 489 人中，其中有 18 位(佔 3.68%)醫師非常滿意現行診所工作狀況，有 52 位(佔 10.63%)醫師滿意現行診所工作狀況，有 201 位(佔 41.10%)醫師覺得現行診所工作狀況尚可，有 158 位(佔 32.31%)醫師不滿意現行診所工作狀況，有 60 位(佔 12.27%)醫師非常不滿意現行施行診所工作狀況。

以上資料詳見表 4-3。

表 4-3　對基層醫療制度及在基層執業的滿意度

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
近年來診所是否有逐漸萎縮的現象(n=489)		
無	64	13.09
有	371	75.87
不確定	54	11.04
對現行基層醫療制度的滿意度(n=489)		
非常滿意	2	0.41
滿意	5	1.02
尚可	54	17.18
不滿意	241	49.28
非常不滿意	157	32.11
對現行診所工作的滿意度(n=489)		
非常滿意	18	3.68
滿意	52	10.63
尚可	201	41.10
不滿意	158	32.31
非常不滿意	60	12.27

三、對基層醫療制度的看法

(一)開業標準門檻太低造成診所醫師太多

有效樣本數 489 人中，其中有 87 位(佔 17.79%)醫師表示很不同意此項說法，有 174 位(佔 35.58%)醫師表示不同意此項說法，有 83 位(佔 16.97%)醫師表示此項說法普通，有 114 位(佔 23.31%)醫師表示同意此項說法，有 31 位(佔 6.34%)醫師表示很同意此項說法。

(二)缺乏對基層診所的評鑑機制

有效樣本數 489 人中，其中有 34 位(佔 6.95%)醫師表示很不同意此項說法，有 169 位(佔 34.56%)醫師表示不同意此項說法，有 127 位(佔 25.95%)醫師表示此項說法普通，有 124 位(佔 25.36%)醫師表示同意此項說法，有 35 位(佔 7.16%)醫師表示很同意此項說法。

(三)與醫師門診病人重疊性太高

有效樣本數 489 人中，其中有 112 位(佔 22.90%)醫師表示很不同意此項說法，有 245 位(佔 50.10%)醫師表示不同意此項說法，有 87 位(佔 17.79%)醫師表示此項說法普通，有 39 位(佔 7.98%)醫師表示同意此項說法，有 6 位(佔 1.23%)醫師表示很同意此項說法。

(四)藥局設置標準不合理

有效樣本數 489 人中，其中有 99 位(佔 20.25%)醫師表示很不同意此項說法，有 211 位(佔 43.15%)醫師表示不同意此項說法，有 121 位(佔 24.74%)醫師表示此

項說法普通，有 50 位(佔 10.22%)醫師表示同意此項說法，有 8 位(佔 1.64%)醫師表示很同意此項說法。

(五)缺乏完善的轉檢制度

有效樣本數 489 人中，其中有 125 位(佔 25.56%)醫師表示很不同意此項說法，有 198 位(佔 40.49%)醫師表示不同意此項說法，有 122 位(佔 24.95%)醫師表示此項說法普通，有 42 位(佔 8.59%)醫師表示同意此項說法，有 2 位(佔 0.41%)醫師表示很同意此項說法。

(六)抽審審查標準不一

有效樣本數 489 人中，其中有 182 位(佔 37.22%)醫師表示很不同意此項說法，有 196 位(佔 40.08%)醫師表示不同意此項說法，有 91 位(佔 18.61%)醫師表示此項說法普通，有 19 位(佔 3.89%)醫師表示同意此項說法，有 1 位(佔 0.20%)醫師表示很同意此項說法。

(七)缺乏完善的轉診制度

有效樣本數 489 人中，其中有 128 位(佔 26.18%)醫師表示很不同意此項說法，有 186 位(佔 38.04%)醫師表示不同意此項說法，有 121 位(佔 24.74%)醫師表示此項說法普通，有 49 位(佔 10.02%)醫師表示同意此項說法，有 5 位(佔 1.02%)醫師表示很同意此項說法。

(八)不能使用醫院內的設備

有效樣本數 489 人中，其中有 91 位(佔 18.61%)醫師表示很不同意此項說法，有 224 位(佔 45.81%)醫師表示不同意此項說法，有 133 位(佔 27.20%)醫師表示此項說法普通，有 38 位(佔 7.77%)醫師表示同意此項說法，有 3 位(佔 0.61%)醫師表示很同意此項說法。

(九)未完善規劃醫師人力

有效樣本數 489 人中，其中有 87 位(佔 17.79%)醫師表示很不同意此項說法，有 174 位(佔 35.58%)醫師表示不同意此項說法，有 83 位(佔 16.97%)醫師表示此項說法普通，有 114 位(佔 23.31%)醫師表示同意此項說法，有 31 位(佔 6.34%)醫師表示很同意此項說法。

(十)缺乏完善的基層醫師人力

有效樣本數 489 人中，其中有 101 位(佔 20.65%)醫師表示很不同意此項說法，有 209 位(佔 42.74%)醫師表示不同意此項說法，有 114 位(佔 23.31%)醫師表示此項說法普通，有 51 位(佔 10.43%)醫師表示同意此項說法，有 14 位(佔 2.86%)醫師表示很同意此項說法。

(十一)醫藥分業帶來不便

有效樣本數 489 人中，其中有 228 位(佔 46.63%)醫師表示很不同意此項說法，有 164 位(佔 33.54%)醫師表示不同意此項說法，有 67 位(佔 13.70%)醫師表示此項說法普通，有 24 位(佔 4.91%)醫師表示同意此項說法，有 6 位(佔 1.23%)醫師表示

很同意此項說法。

(十二)健保法案之不確定性

有效樣本數 489 人中，其中有 288 位(佔 58.90%)醫師表示很不同意此項說法，有 156 位(佔 31.90%)醫師表示不同意此項說法，有 36 位(佔 7.36%)醫師表示此項說法普通，有 8 位(佔 1.64%)醫師表示同意此項說法，有 1 位(佔 0.20%)醫師表示很同意此項說法。

(十三)總額支付制度促成醫師同儕間提供的相互惡性競爭

有效樣本數 489 人中，其中有 253 位(佔 51.74%)醫師表示很不同意此項說法，有 171 位(佔 34.97%)醫師表示不同意此項說法，有 42 位(佔 8.59%)醫師表示此項說法普通，有 16 位(佔 3.27%)醫師表示同意此項說法，有 7 位(佔 1.43%)醫師表示很同意此項說法。

(十四)缺乏退休金制度

有效樣本數 489 人中，其中有 242 位(佔 49.49%)醫師表示很不同意此項說法，有 157 位(佔 32.11%)醫師表示不同意此項說法，有 63 位(佔 12.88%)醫師表示此項說法普通，有 19 位(佔 3.89%)醫師表示同意此項說法，有 8 位(佔 1.64%)醫師表示很同意此項說法。

以上資料詳見表 4-4。

以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，得分愈高的問題表示填答醫師愈同意台灣地區的基

層醫療制度面臨的問題，衛生行政機構應積極著手改善，由表 4-5 可知，得分最高的三項分別為「缺乏對基層診所的評鑑機制」(平均值=2.91，標準差=1.08)、「開業標準門檻太低造成診所醫師太多」(平均值=2.65，標準差=1.20)及「藥局設置標準不合理」(平均值=2.30，標準差=0.96)，上述三項問題是台灣地區基層醫療制度面臨的問題，衛生行政機構應給予重視並積極著手改善，以促使基層醫療的健全發展。其次，得分最低的三項分別為「健保政策之不確定性」(平均值=1.52，標準差=0.72)、「總額支付制度促成醫師同儕間的相互惡性競爭」(平均值=1.68，標準差=0.87)及「缺乏退休金制度」(平均值=1.76，標準差=0.93) ，由此可知，上述三項問題並不是台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題。

表 4-4　對基層醫療制度的看法

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
開業標準門檻太低造成診所醫師太多		
很不同意	87	17.79
不同意	174	35.58
普通	83	16.97
同意	114	23.31
很同意	31	6.34
缺乏對基層診所的評鑑機制		
很不同意	34	6.95
不同意	169	34.56
普通	127	25.97
同意	124	25.36
很同意	35	7.16
與醫師門診病人重疊性太高		
很不同意	112	22.90
不同意	245	50.10
普通	87	17.79
同意	39	7.98
很同意	6	1.23
藥局設置標準不合理		
很不同意	99	20.25
不同意	211	43.15
普通	121	24.74
同意	50	10.22
很同意	8	1.64
缺乏完善的轉檢制度		
很不同意	125	25.56
不同意	198	40.49
普通	122	24.95
同意	42	8.59
很同意	2	0.41

表 4-4 對基層醫療制度的看法(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
抽審審查標準不一		
很不同意	182	37.22
不同意	196	40.08
普通	91	18.61
同意	19	3.89
很同意	1	0.20
缺乏完善的轉診制度		
很不同意	128	26.18
不同意	186	38.04
普通	121	24.74
同意	49	10.02
很同意	5	1.02
不能使用醫院內的設備		
很不同意	91	18.61
不同意	224	45.81
普通	133	27.20
同意	38	7.77
很同意	3	0.61
未完善規劃醫師人力		
很不同意	153	31.29
不同意	230	47.03
普通	85	17.38
同意	19	3.89
很同意	2	0.41
缺乏完善的基層醫師人力		
很不同意	101	20.65
不同意	209	42.74
普通	114	23.31
同意	51	10.43
很同意	14	2.86

表 4-4　對基層醫療制度的看法(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
醫藥分業帶來不便		
很不同意	228	46.63
不同意	164	33.54
普通	67	13.70
同意	24	4.91
很同意	6	1.23
健保法案之不確定性		
很不同意	288	58.90
不同意	156	31.90
普通	36	7.36
同意	8	1.64
很同意	1	0.20
總額支付制度促成醫師同儕間提供的相互惡性競爭		
很不同意	253	51.74
不同意	171	34.97
普通	42	8.59
同意	16	3.27
很同意	7	1.43
缺乏退休金制度		
很不同意	242	49.49
不同意	157	32.11
普通	63	12.88
同意	19	3.89
很同意	8	1.64

表 4-5　基層醫療制度面臨問題的得分統計表

變項名稱	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差
開業標準門檻太低造成診所醫師太多	489	1	5	2.65	1.20
缺乏對基層診所的評鑑機制	489	1	5	2.91	1.08
與醫師門診病人重疊性太高	489	1	5	2.15	0.90
藥局設置標準不合理	489	1	5	2.30	0.96
缺乏完善的轉檢制度	489	1	5	2.18	0.92
抽審審查標準不一	489	1	5	1.90	0.85
缺乏完善的轉診制度	489	1	5	2.22	0.98
不能使用醫院內的設備	489	1	5	2.26	0.87
未完善規劃醫師人力	489	1	5	1.95	0.82
缺乏完善的基層醫師人力	489	1	5	2.32	1.01
醫藥分業帶來不便	489	1	5	1.81	0.93
健保法案之不確定性	489	1	5	1.52	0.72
總額支付制度促成醫師同儕間提供的相互惡性競爭	489	1	5	1.68	0.87
缺乏退休金制度	489	1	5	1.76	0.93

四、對基層醫師執業所遭遇問題的看法

(一)保險不夠完善而害怕醫療糾紛

有效樣本數 489 人中，其中有 155 位(佔 31.70%)醫師表示很不同意此項說法，有 238 位(佔 48.67%)醫師表示不同意此項說法，有 66 位(佔 13.50%)醫師表示此項說法普通，有 26 位(佔 5.32%)醫師表示同意此項說法，有 4 位(佔 0.82%)醫師表示很同意此項說法。

(二)無能力購買最先進之醫療儀器設備

有效樣本數 489 人中，其中有 102 位(佔 20.86%)醫師表示很不同意此項說法，有 220 位(佔 44.99%)醫師表示不同意此項說法，有 123 位(佔 25.15%)醫師表示此項說法普通，有 41 位(佔 8.38%)醫師表示同意此項說法，有 3 位(佔 0.61%)醫師表

示很同意此項說法。

(三)不易找到支援醫師

有效樣本數 489 人中，其中有 88 位(佔 18.00%)醫師表示很不同意此項說法，有 255 位(佔 52.15%)醫師表示不同意此項說法，有 119 位(佔 24.34%)醫師表示此項說法普通，有 27 位(佔 5.52%)醫師表示同意此項說法，

(四)沒有足夠的進修時間

有效樣本數 489 人中，其中有 62 位(佔 12.68%)醫師表示很不同意此項說法，有 234 位(佔 47.85%)醫師表示不同意此項說法，有 130 位(佔 26.58%)醫師表示此項說法普通，有 58 位(佔 11.86%)醫師表示同意此項說法，有 5 位(佔 1.02%)醫師表示很同意此項說法。

(五)醫療設備不足

有效樣本數 489 人中，其中有 38 位(佔 7.77%)醫師表示很不同意此項說法，有 188 位(佔 38.45%)醫師表示不同意此項說法，有 189 位(佔 38.65%)醫師表示此項說法普通，有 66 位(佔 13.50%)醫師表示同意此項說法，有 8 位(佔 1.64%)醫師表示很同意此項說法。

(六)健保申報作業費用高

有效樣本數 489 人中，其中有 85 位(佔 17.38%)醫師表示很不同意此項說法，有 194 位(佔 39.67%)醫師表示不同意此項說法，有 162 位(佔 33.13%)醫師表示此項說法普通，有 41 位(佔 8.38%)醫師表示同意此項說法，有 7 位(佔 1.43%)醫師表

示很同意此項說法。

(七)診所內部管理不易

有效樣本數 489 人中，其中有 34 位(佔 6.95%)醫師表示很不同意此項說法，有 125 位(佔 25.56%)醫師表示不同意此項說法，有 219 位(佔 44.79%)醫師表示此項說法普通，有 102 位(佔 20.86%)醫師表示同意此項說法，有 9 位(佔 1.84%)醫師表示很同意此項說法。

(八)工作時間過長

有效樣本數 489 人中，其中有 134 位(佔 27.40%)醫師表示很不同意此項說法，有 206 位(佔 42.13%)醫師表示不同意此項說法，有 115 位(佔 23.52%)醫師表示此項說法普通，有 28 位(佔 5.73%)醫師表示同意此項說法，有 6 位(佔 1.23%)醫師表示很同意此項說法。

(九)黑道恐嚇

有效樣本數 489 人中，其中有 53 位(佔 10.84%)醫師表示很不同意此項說法，有 145 位(佔 29.65%)醫師表示不同意此項說法，有 199 位(佔 40.70%)醫師表示此項說法普通，有 76 位(佔 15.54%)醫師表示同意此項說法，有 16 位(佔 3.27%)醫師表示很同意此項說法。

(十)醫療收入減少

有效樣本數 489 人中，其中有 259 位(佔 52.97%)醫師表示很不同意此項說法，有 174 位(佔 35.58%)醫師表示不同意此項說法，有 40 位(佔 8.18%)醫師表示此項說法普通，有 14 位(佔 2.86%)醫師表示同意此項說法，有 2 位(佔 0.41%)醫師表示很同意此項說法。

(十一)會診、轉診困難

有效樣本數 489 人中，其中有 74 位(佔 15.13%)醫師表示很不同意此項說法，有 156 位(佔 31.90%)醫師表示不同意此項說法，有 184 位(佔 37.63%)醫師表示此項說法普通，有 69 位(佔 14.11%)醫師表示同意此項說法，有 6 位(佔 1.23%)醫師表示很同意此項說法。

(十二)繁瑣的報稅程序

有效樣本數 489 人中，其中有 98 位(佔 20.04%)醫師表示很不同意此項說法，有 174 位(佔 35.58%)醫師表示不同意此項說法，有 172 位(佔 35.17%)醫師表示此項說法普通，有 40 位(佔 8.18%)醫師表示同意此項說法，有 5 位(佔 1.02%)醫師表示很同意此項說法。

(十三)醫護人員流動率太高

有效樣本數 489 人中，其中有 59 位(佔 12.07%)醫師表示很不同意此項說法，有 142 位(佔 29.04%)醫師表示不同意此項說法，有 217 位(佔 44.38%)醫師表示此項說法普通，有 68 位(佔 13.91%)醫師表示同意此項說法，有 3 位(佔 0.61%)醫師

表示很同意此項說法。

(十四)藥品採購單價高

有效樣本數 489 人中，其中有 242 位(佔 49.49%)醫師表示很不同意此項說法，有 157 位(佔 32.11%)醫師表示不同意此項說法，有 63 位(佔 12.88%)醫師表示此項說法普通，有 19 位(佔 3.89%)醫師表示同意此項說法，有 8 位(佔 1.64%)醫師表示很同意此項說法。

(十五)環保及消防法案太繁瑣

有效樣本數 489 人中，其中有 242 位(佔 49.49%)醫師表示很不同意此項說法，有 157 位(佔 32.11%)醫師表示不同意此項說法，有 63 位(佔 12.88%)醫師表示此項說法普通，有 19 位(佔 3.89%)醫師表示同意此項說法，有 8 位(佔 1.64%)醫師表示很同意此項說法。

(十六)民眾自主意識太高而不易溝通

有效樣本數 489 人中，其中有 71 位(佔 14.52%)醫師表示很不同意此項說，有 174 位(佔 35.58%)醫師表示不同意此項說法，有 194 位(佔 39.67%)醫師表示此項說法普通，有 46 位(佔 9.41%)醫師表示同意此項說法，有 4 位(佔 0.82%)醫師表示很同意此項說法。

以上資料詳見表 4-6。

以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，得分愈高的問題表示填答醫師愈同意台灣基層醫師

執業面臨的問題，衛生行政機構應積極著手改善，由表 4-7 可知，基層醫師執業面臨的主要問題前三項分別為「診所內部管理不易」(平均值=2.85，標準差=0.89)、「醫療設備不足」(平均值=2.63，標準差=0.87)、及「醫護人員流動率太高」(平均值=2.62，標準差=0.89)，上述三項問題是台灣地區基層醫師執業面臨的問題，衛生行政機構應給予重視並積極著手協助其改善，以促使基層醫療的健全發展。其次，得分最低的三項分別為「醫療收入減少」(平均值=1.62，標準差=0.79)、「保險不夠完善而害怕醫療糾紛」(平均值=1.95，標準差=0.86)及「工作時間過長」(平均值=2.11，標準差=0.92)，由此可知，上述三項問題並不是台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題。

表 4-6　對基層醫師執業所遭遇問題的看法

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
保險不夠完善而害怕醫療糾紛		
很不同意	155	31.70
不同意	238	48.67
普通	66	13.50
同意	26	5.32
很同意	4	0.82
無能力購買最先進之醫療儀器設備		
很不同意	102	20.86
不同意	220	44.99
普通	123	25.15
同意	41	8.38
很同意	3	0.61
不易找到支援醫師		
很不同意	88	18.00
不同意	255	52.15
普通	119	24.34
同意	27	5.52
很同意	0	0
沒有足夠的進修時間		
很不同意	62	12.68
不同意	234	47.85
普通	130	26.58
同意	58	11.86
很同意	5	1.02
醫療設備不足		
很不同意	38	7.77
不同意	188	38.45
普通	189	38.65
同意	66	13.50
很同意	8	1.64

表 4-6 對基層醫師執業所遭遇問題的看法(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
健保申報作業費用高		
很不同意	85	17.38
不同意	194	39.67
普通	162	33.13
同意	41	8.38
很同意	7	1.43
診所內部管理不易		
很不同意	34	6.95
不同意	125	25.56
普通	219	44.79
同意	102	20.86
很同意	9	1.84
工作時間過長		
很不同意	134	27.40
不同意	206	42.13
普通	115	23.52
同意	28	5.73
很同意	6	1.23
黑道恐嚇		
很不同意	53	10.84
不同意	145	29.65
普通	199	40.70
同意	76	15.54
很同意	16	3.27
醫療收入減少		
很不同意	259	52.97
不同意	174	35.58
普通	40	8.18
同意	14	2.86
很同意	2	0.41

表 4-6 對基層醫師執業所遭遇問題的看法(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
會診、轉診困難		
很不同意	74	15.13
不同意	156	31.90
普通	184	37.63
同意	69	14.11
很同意	6	1.23
繁瑣的報稅程序		
很不同意	98	20.04
不同意	174	35.58
普通	172	35.17
同意	40	8.18
很同意	5	1.02
醫護人員流動率太高		
很不同意	59	12.07
不同意	142	29.04
普通	217	44.38
同意	68	13.91
很同意	3	0.61
藥品採購單價高		
很不同意	68	13.91
不同意	210	42.94
普通	165	33.74
同意	41	8.38
很同意	5	1.02
環保及消防法案太繁瑣		
很不同意	100	20.45
不同意	183	37.42
普通	174	35.58
同意	26	5.32
很同意	6	1.23

表 4-6　對基層醫師執業所遭遇問題的看法(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
民眾自主意識太高而不易溝通		
很不同意	71	14.52
不同意	174	35.58
普通	194	39.67
同意	46	9.41
很同意	4	0.82

表 4-7　基層醫師執業面臨問題的得分統計表

變項名稱	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差
保險不夠完善而害怕醫療糾紛	489	1	5	1.95	0.86
無能力購買最先進之醫療儀器設備	489	1	5	2.23	0.89
不易找到支援醫師	489	1	4	2.17	0.78
沒有足夠的進修時間	489	1	5	2.41	0.89
醫療設備不足	489	1	5	2.63	0.87
健保申報作業費用高	489	1	5	2.37	0.91
診所內部管理不易	489	1	5	2.85	0.89
工作時間過長	489	1	5	2.11	0.92
黑道恐嚇	489	1	5	2.71	0.97
醫療收入減少	489	1	5	1.62	0.79
會診、轉診困難	489	1	5	2.54	0.95
繁瑣的報稅程序	489	1	5	2.35	0.92
醫護人員流動率太高	489	1	5	2.62	0.89
藥品採購單價高	489	1	5	2.40	0.86
環保及消防法案太繁瑣	489	1	5	2.29	0.89
民眾自主意識太高而不易溝通	489	1	5	2.46	0.88

五、對未來基層醫療制度的建議

(一)實施基層醫師制度

有效樣本數 489 人中，其中有 83 位(佔 16.97%)醫師表示很不同意此項制度，有 177 位(佔 36.20%)醫師表示不同意此項制度，有 137 位(佔 28.02%)醫師表示此項制度普通，有 68 位(佔 13.91%)醫師表示同意此項制度，有 24 位(佔 4.91%)醫師表示很同意此項制度。

(二)實施論人計酬制度

有效樣本數 489 人中，其中有 49 位(佔 10.02%)醫師表示很不同意此項制度，有 164 位(佔 33.54%)醫師表示不同意此項制度，有 148 位(佔 30.27%)醫師表示此項制度普通，有 92 位(佔 18.81%)醫師表示同意此項制度，有 36 位(佔 7.36%)醫師表示很同意此項制度。

(三)鼓勵基層醫師參加聯合執業

有效樣本數 489 人中，其中有 62 位(佔 12.68%)醫師表示很不同意此項方式，有 202 位(佔 41.31%)醫師表示不同意此項方式，有 159 位(佔 32.52%)醫師表示此項方式普通，有 58 位(佔 11.86%)醫師表示同意此項方式，有 8 位(佔 1.64%)醫師表示很同意此項方式。

(四)實施類似美國 HMO 的管理式照護制度

有效樣本數 489 人中，其中有 34 位(佔 6.95%)醫師表示很不同意此項制度，有 116 位(佔 23.72%)醫師表示不同意此項制度，有 239 位(佔 48.88%)醫師表示此項制度普通，有 78 位(佔 15.95%)醫師表示同意此項制度，有 22 位(佔 4.50%)醫師表示很同意此項制度。

(五)提高進入基層醫療執業的門檻

有效樣本數 489 人中，其中有 68 位(佔 13.91%)醫師表示很不同意此項方式，有 202 位(佔 41.31%)醫師表示不同意此項方式，有 130 位(佔 26.58%)醫師表示此項方式普通，有 72 位(佔 14.72%)醫師表示同意此項方式，有 17 位(佔 3.48%)醫師表示很同意此項方式。

(六) 開放醫院的醫療設備給基層醫師使用

有效樣本數 489 人中，其中有 106 位(佔 21.68%)醫師表示很不同意此項方式，有 237 位(佔 48.47%)醫師表示不同意此項方式，有 128 位(佔 26.18%)醫師表示此項方式普通，有 17 位(佔 3.48%)醫師表示同意此項方式，有 1 位(佔 0.20%)醫師表示很同意此項方式。

以上資料詳見表 4-8。

以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，由表 4-9 可知，得分最高的前三項分別為「實施類似美國 HMO 管理式照護制度」(平均值=2.87，標準差=1.09)、「實施論人計酬制度」

（平均值=2.80，標準差=0.92)及「實施基層醫師制度」（平均值=2.54，標準差=1.08)，可提供我未來規劃基層醫療制度的方向。

表 4-8　對未來基層醫療制度的建議

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
實施基層醫師制度		
很不同意	83	16.97
不同意	177	36.20
普通	137	28.02
同意	68	13.91
很同意	24	4.91
實施論人計酬制度		
很不同意	49	10.02
不同意	164	33.54
普通	148	30.27
同意	92	18.81
很同意	36	7.36
鼓勵基層醫師參加聯合執業		
很不同意	62	12.68
不同意	202	41.31
普通	159	32.52
同意	58	11.86
很同意	8	1.64
實施類似美國 HMO 的管理式照護制度		
很不同意	34	6.95
不同意	116	23.72
普通	239	48.88
同意	78	15.95
很同意	22	4.50
提高進入基層醫療執業的門檻		
很不同意	68	13.91
不同意	202	41.31
普通	130	26.58
同意	72	14.72
很同意	17	3.48

表 4-8 對未來基層醫療制度的建議(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
開放醫院的醫療設備給基層醫師使用		
很不同意	106	21.68
不同意	237	48.47
普通	128	26.18
同意	17	3.48
很同意	1	0.20

表 4-9 對未來基層醫療制度建議的得分統計表

變項名稱	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差
實施基層醫師制度	489	1	5	2.54	1.08
實施論人計酬制度	489	1	5	2.80	1.09
鼓勵基層醫師參加聯合執業	489	1	5	2.48	0.92
實施類似美國 HMO 的管理式照護制度	489	1	5	2.87	0.92
提高進入基層醫療執業的門檻	489	1	5	2.53	1.02
開放醫院的醫療設備給基層醫師使用	489	1	5	2.12	0.79

貳、推論性統計

一、影響基層醫師是否滿意現行基層醫療制度的因素分析

在此羅吉斯迴歸分析中，整個模式的適合度檢定統計量為48.997(P=0.012), 在控制其它變項之影響後，發現年齡、基層醫療執業總年資、缺乏對基層診所的評鑑機制、抽審審查標準不一、缺乏完善的基層醫師人力等，對於基層醫師是否會滿意現行基層醫療制度的影響達到統計上顯著水準。在年齡方面，相較於 30-49 歲者，50-64 歲、64 歲以上的醫師較不會滿意現行基層醫療制度，其勝算比分別為 0.311($p<0.01$)、0.167($p<0.001$)。在基層醫療執業總年資方面，相較於基層醫療執業>20 年者，基層醫療執業<10 年者較不會滿意現行基層醫療制度，其勝算比 0.391($p<0.05$)。在缺乏對基層診所的評鑑機制此因素方面，相較於同意者，表示不同意者較不滿意現行基層醫療制度，其勝算比 0.040($p<0.05$)。在抽審審查標準不一因素方面，相較於同意者，表示不同意者較滿意現行基層醫療制度，其勝算比 7.595($p<0.001$)。在缺乏完善的基層醫師人力因素方面，相較於同意者，表示不同意者較滿意現行基層醫療制度，其勝算比 5.535($p<0.01$)，詳如表 4-10。

二、影響基層醫師是否滿意現行基層醫療工作狀況的因素分析

在此羅吉斯迴歸分析中，整個模式的適合度檢定統計量為 105.065(P<0.001), 在控制其它變項之影響後，發現性別、是否為聯合執業、是否具專科醫師資格、保險不夠完善而害怕醫療糾紛、沒有足夠的時間進修、醫療收入減少等，對於基層醫師是否滿意現行基層醫療工作的影響達到統計上顯著水準。在性別方面，相

較於女生，男生較會滿意現行基層醫療工作，其勝算比 2.637 ($p<0.05$)。在是否為聯合執業此因素方面，相較於是聯合執業者，表示不是聯合執業者較不會滿意現行基層醫療工作，其勝算比 0.599 ($p<0.05$)。在是否具專科醫師資格此因素方面，相較於不具專科醫師資格者，表示具專科醫師資格者較會滿意現行基層醫療工作，其勝算比 2.719($p<0.05$)。在保險不夠完善而害怕醫療糾紛此因素方面，相較於同意者，表示不同意者較會滿意現行基層醫療工作，其勝算比 10.798($p<0.01$)。在沒有足夠的時間進修此因素方面，相較於同意者，表示不同意者較會滿意現行基層醫療工作，其勝算比 3.729($p<0.01$)。在醫療收入減少此因素方面，相較於同意者，表示不同意者較會滿意現行基層醫療工作，其勝算比 22.967($p<0.01$)，詳如表 4-11。

表 4-10 基層醫師是否會滿意現行基層醫療制度的影響因素分析

變項名稱	基層醫師是否滿意(滿意:1;不滿意:0)		
	迴歸係數	標準誤	勝算比 (95%信賴區間)
性別(參考組:女)			
男	0.295	0.465	1.344(0.540-3.341)
年齡(參考組: 30-49 歲)			
50-64 歲	-1.167	0.388	0.311(0.145-0.666)**
65 歲以上	-1.792	0.539	0.167(0.058-0.479)***
婚姻狀況(參考組:未婚)			
已婚	-0.306	0.605	0.736(0.225-2.409)
是否為聯合執業(參考組:是)			
否	0.328	0.309	1.389(0.757-2.546)
是否具專科醫師資格(參考組:否)			
是	-0.185	0.474	0.831(0.328-2.103)
執業地點(參考組:台北分局)			
北區分局	0.714	0.436	2.042(0.870-4.795)
中區分局	0.063	0.381	1.065(0.505-2.248)
南區分局	-0.658	0.385	0.518(0.243-1.103)
高屏分局	0.330	0.400	1.391(0.635-3.048)
東區分局	0.812	0.725	2.253(0.544-9.325)
基層醫療執業總年資(參考組:>20 年)			
<10 年	-0.938	0.447	0.391(0.163-0.939)*
10-20 年	-0.163	0.361	0.849(0.419-1.723)
醫院執業總年資(參考組: >20 年)			
<10 年	-0.230	0.464	0.794(0.320-1.973)
10-20 年	-0.073	0.522	0.930(0.334-2.588)
開業標準門檻太低造成診所醫師太多 (參考組:同意)			
不同意	0.508	0.330	1.662(0.871-3.173)
缺乏對基層診所的評鑑機制(參考組:同意)			
不同意	-0.721	0.351	0.486(0.244-0.968)*
與醫師門診病人重疊性太高(參考組:同意)			
不同意	0.310	0.472	1.364(0.541-3.439)
藥局設置標準不合理(參考組:同意)			
不同意	0.180	0.418	1.197(0.528-2.717)

表 4-10 基層醫師是否會滿意現行基層醫療制度的影響因素分析(續)

變項名稱	基層醫師是否滿意(滿意:1;不滿意:0)		
	迴歸係數	標準誤	勝算比 (95%信賴區間)
缺乏完善的轉檢制度(參考組:同意)			
不同意	-0.005	0.573	0.995(0.324-3.058)
抽審審查標準不一(參考組:同意)			
不同意	2.027	0.595	7.595(2.364-24.394)***
缺乏完善的轉診制度(參考組:同意)			
不同意	0.212	0.531	1.236(0.436-3.502)
不能使用醫院內的設備(參考組:同意)			
不同意	-0.668	0.533	0.513(0.181-1.456)
未完善規劃醫師人力(參考組:同意)			
不同意	1.711	0.596	5.535(1.720-17.810)**
缺乏完善的基層醫師人力(參考組:同意)			
不同意	0.068	0.403	1.071(0.486-2.357)
醫藥分業帶來不便(參考組:同意)			
不同意	-0.691	0.594	0.501(0.156-1.604)
健保法案之不確定性(參考組:同意)			
不同意	-1.683	1.184	0.186(0.018-1.891)
總額支付制度促成醫師同儕間提供的相互惡性競爭(參考組:同意)			
不同意	0.391	0.617	1.479(0.441-4.952)
缺乏退休金制度(參考組:同意)			
不同意	0.229	0.565	1.258(0.416-3.806)
截距	3.043	1.067	

*表 p<0.05 **表 p<0.01 ***表 p<0.001；
適合度檢定統計量=48.997(df=29)；P=0.012

表 4-11 基層醫師是否會滿意現行基層醫療工作狀況影響因素分析

變項名稱	基層醫師是否滿意(滿意:1;不滿意:0)		
	迴歸係數	標準誤	勝算比 (95%信賴區間)
性別(參考組:女)			
男	0.970	0.426	2.637(1.145-6.074)*
年齡(參考組: 30-49 歲)			
50-64 歲	0.103	0.296	1.108(0.621-1.980)
65 歲以上	-0.424	0.439	0.654(0.277-1.547)
婚姻狀況(參考組:未婚)			
已婚	-0.182	0.474	0.834(0.329-2.112)
是否為聯合執業(參考組:否)			
是	-0.512	0.249	0.599(0.368-0.977)
是否具專科醫師資格(參考組:否)			
是	1.000	0.443	2.719(1.142-6.476)*
執業場所(參考組:台北分局)			
北區分局	0.060	0.332	1.062(0.554-2.034)
中區分局	0.538	0.319	1.712(0.916-3.199)
南區分局	-0.696	0.357	0.499(0.248-1.004)
高屏分局	0.453	0.320	1.574(0.841-2.944)
東區分局	1.060	0.598	2.885(0.893-9.319)
基層醫療執業總年資(參考組:>20 年)			
<10 年	-0.392	0.356	0.676(0.336-1.358)
10-20 年	0.231	0.299	1.260(0.701-2.266)
醫院執業總年資(參考組: >20 年)			
<10 年	-0.681	0.422	0.506(0.221-1.157)
10-20 年	-0.612	0.472	0.542(0.215-1.367)
保險不夠完善而害怕醫療糾紛 (參考組:同意)			
不同意	2.379	0.814	10.798(2.190-53.249)**
無能力購買最先進之醫療儀器設備 (參考組:同意)			
不同意	0.362	0.469	1.437(0.573-3.603)
不易找到支援醫師(參考組:同意)			
不同意	1.373	0.757	3.946(0.895-17.391)
沒有足夠的進修時間(參考組:同意)			
不同意	1.316	0.420	3.729(1.638-8.490)**

表 4-11 基層醫師是否會滿意現行基層醫療工作狀況影響因素分析(續)

變項名稱	基層醫師是否滿意(滿意:1;不滿意:0)		
	迴歸係數	標準誤	勝算比 (95%信賴區間)
醫療設備不足(參考組:同意)			
不同意	-0.104	0.355	0.902(0.449-1.809)
健保申報作業費用高(參考組:同意)			
不同意	-0.036	0.404	0.965(0.437-2.132)
診所內部管理不易(參考組:同意)			
不同意	0.178	0.304	1.195(0.659-2.166)
工作時間過長(參考組:同意)			
不同意	-0.184	0.501	0.832(0.311-2.222)
黑道恐嚇(參考組:同意)			
不同意	-0.064	0.302	0.938(0.519-1.695)
醫療收入減少(參考組:同意)			
不同意	3.134	1.161	22.967(2.360-223.481)**
會診、轉診困難(參考組:同意)			
不同意	0.171	0.387	1.187(0.556-2.535)
繁瑣的報稅程序(參考組:同意)			
不同意	-0.050	0.477	0.951(0.373-2.422)
醫護人員流動率太高(參考組:同意)			
不同意	0.003	0.380	1.003(0.476-2.111)
藥品採購單價高(參考組:同意)			
不同意	-0.009	0.526	0.991(0.353-2.779)
環保及消防法案太繁瑣 (參考組:同意)			
不同意	-0.958	0.612	0.383(0.115-1.274)
民眾自主意識太高而不易溝通 (參考組:同意)			
不同意	0.170	0.422	1.185(0.518-2.712)
截距	-0.873	0.898	

*表 p<0.05 **表 p<0.01 ***表 p<0.001；
適合度檢定統計量=105.065(df=31)；P<0.001

第二節　醫療消費者對基層醫師制度的評估及建議:以診所病患為例

本研究共發出 2000 份問卷，回收 1964 份，剔除填答不完整的問卷 21 份後，有效樣本為 1943 份，回收率為 97.15%，以下分描述性統計及推論統計兩部份說明如下：

壹、描述性統計

一、診所病患基本資料與健康狀況

(一)性別:

有效樣本數 1943 人中，男性病患有 828 位(佔 42.6%)，女性病患有 1115 位(佔 57.4%)。

(二)年齡:

有效樣本數 1943 人中，最小值為 9 歲，年齡最大值為 84 歲，平均年齡為 51.42 歲，標準差為 17.337。9-39 歲有 487 位(佔 25.06 %)，40-64 歲者有 895 位(佔 46.06 %)，64 歲以上者有 561 位(佔 28.87 %)

(三)教育程度

有效樣本數 1943 人中，其中學歷為小學者有 25 位(佔 1.3%)，國(初)中者有 86 位(佔 4.4%)，高中(職)者有 472 位 (佔 24.3 %)，大專者有 1161 位 (佔 59.8 %)，研究所以上者有 199 位(佔 10.2%)。

(四)職業

有效樣本數 1943 人中，其中無業者有 69 位(佔 3.6%)，軍公教者有 164 位(佔 8.4%)，職業為工者有 142 位(佔 7.3 %)，職業為商者有 462 位(佔 23.8 %)，職業為農漁者有 2 位(佔 0.1%)，職業為自由業者有 224 位(佔 11.5 %)，職業為學生者有 439 位 (佔 22.6%)，職業為家管者有 178 位(佔 9.2%)，職業為退休者有 67 位 (佔 3.4%)，職業為其它有 196 位(佔 10.1%)。

(五)月平均收入

有效樣本數 1943 人中，其中無收入者有 416 位(佔 21.4%)，20000 以下者有 277 位(佔 14.3)，20000-40000 有 610 位(佔 31.4 %)，40001-60000 有 370 位(佔 19.0 %)，60001-100000 有 206 位(佔 10.6%)，100000 以上有 642 位(佔 3.3%)。

(六)婚姻狀況:

有效樣本數 1943 人中，其中未婚病患有 938 位(佔 48.3%)、已婚病患有 947 位(佔 48.7%)，喪偶病患有 28 位 (佔 1.4 %)，離婚或分居病患有 30 位(佔 1.5 %)。

(七)健康狀況

有效樣本數 1943 人中，其中認為自已平常的健康狀況非常好者有 108 位(佔 5.6%)，很好者 621 位(佔 32.0%)，普通者有 1035 位 (佔 53.3 %)，不好者有 160 位 (佔 8.2 %)，非常不好者有 19 位(佔 1.0 %)。

(八)是否罹患慢性疾病

有效樣本數 1943 人中，無罹患慢性疾病者有 1661 位(佔 85.5%)，有罹患慢性疾病者有 282 位(佔 14.5%)。

以上資料詳見表 4-12。

表 4-12 病患個人基本資料與健康狀況

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
性別(n=1943)		
男	828	42.61
女	1115	57.39
年齡(n=1943)		
9-39 歲	487	25.06
40-64 歲	895	46.06
64 歲以上	561	28.87
教育程度(n=1943)		
小學(含以下)	25	1.29
國(初)中	86	4.43
高中(職)	472	24.29
大專	1161	59.75
研究所以上	199	10.24
職業(n=1943)		
無	69	3.55
軍公教	164	8.44
工	142	7.31
商	462	23.78
農漁	2	0.10
自由業	224	11.53
學生	439	22.59
家管	178	9.16
退休	67	3.45
其他	196	10.09
月平均收入(n=1943)		
無收入	416	21.41
20,000 元以下	277	14.26
20,001 元至 40,000 元	610	31.39
40,001 元至 60,000 元	370	19.04
60,001 元至 100,000 元	206	10.60
100,000 以上	64	3.29
婚姻狀況(n=1943)		
未婚	938	48.28
已婚	947	48.74
喪偶	28	1.44
離婚或分居	30	1.54

表 4-12 病患個人基本資料與健康狀況(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
健康狀況(n=1943)		
非常好	108	5.56
好	621	31.96
普通	1035	53.27
不好	160	8.23
非常不好	19	0.98
是否罹患慢性疾病(n=1943)		
否	1661	85.49
是	282	14.51

二、對基層醫療制度及在基層醫療診所就醫的滿意度

(一)近年來診所是否有逐漸萎縮的現象

有效樣本數 1943 人中，其中有 560 位(佔 28.8%)病患認為近年來診所並未有逐漸萎縮的現象，有 766 位(佔 39.4%)病患認為近年來診所有逐漸萎縮的現象，有 617 位(佔 31.8%)病患並不確定近年來診所是否有逐漸萎縮的現象。

(二)對現行基層醫療制度的滿意度

有效樣本數 1943 人中，其中有 59 位(佔 3.0%)病患非常不滿意現行施行之基層醫療制度，有 338 位(佔 17.4%)病患不滿意現行施行之基層醫療制度，有 1546 位(佔 79.6%)病患覺得現行施行之基層醫療制度尚可。

(三)在基層醫療診所就醫的滿意度

有效樣本數 1943 人中，其中有 36 位(佔 1.5%)病患非常不滿意，有 222 位(佔 11.4%)病患不滿意，有 1295 位(佔 66.6%)病患覺得尚可，有 370 位(佔 19.0%)病患滿意，有 20 位(佔 1.0%)病患非常滿意。以上資料詳見表 4-13

表 4-13 對基層醫療制度及在基層醫療診所就醫的滿意度

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
近年來診所是否有逐漸萎縮的現象(n=1943)		
無	560	28.82
有	766	39.42
不確定	617	31.76
對現行基層醫療制度的滿意度(n=1943)		
非常不滿意	59	3.04
不滿意	338	17.40
尚可	1546	79.57
在基層醫療診所就醫的滿意度(n=1943)		
非常不滿意	36	1.85
不滿意	222	11.43
尚可	1295	66.65
滿意	370	19.04
非常滿意	20	1.03

三、基層病患對基層醫療制度的看法

(一)開業標準門檻太低造成診所醫師太多

有效樣本數 1943 人中，其中有 19 位(佔 1.0%)病患表示很不同意此項說法，有 130 位(佔 6.7%)病患表示不同意此項說法，有 642 位(佔 33.0%)病患表示此項說法普通，有 932 位(佔 48.0%)病患表示同意此項說法，有 220 位(佔 11.3%)病患表示很同意此項說法。

(二)缺乏對診所的評鑑機制

有效樣本數 1943 人中，其中有 6 位(佔 0.3%)病患表示很不同意此項說法，有 56 位(佔 2.9%)病患表示不同意此項說法，有 415 位(佔 21.4%)病患表示此項說法普通，有 1105 位(佔 56.9%)病患表示同意此項說法，有 361 位(佔 18.6%)病患表示很同意此項說法。

(三)與醫院競爭門診病人

有效樣本數 1943 人中，其中有 30 位(佔 1.5%)病患表示很不同意此項說法，有 378 位(佔 19.5%)病患表示不同意此項說法，有 733 位(佔 37.7%)病患表示此項說法普通，有 630 位(佔 32.4%)病患表示同意此項說法，有 172 位(佔 8.9%)病患表示很同意此項說法。

(四)缺乏完善的轉檢制度

有效樣本數 1943 人中，其中有 13 位(佔 0.7%)病患表示很不同意此項說法，有 64 位(佔 3.3%)病患表示不同意此項說法，有 522 位(佔 26.9%)病患表示此項說法普通，有 980 位(佔 50.4%)病患表示同意此項說法，有 364 位(佔 18.7%)病患表示很同意此項說法。

(五)缺乏完善的轉診制度

有效樣本數 1943 人中，其中有 11 位(佔 0.6%)病患表示很不同意此項說法，有 69 位(佔 3.6%)病患表示不同意此項說法，有 484 位(佔 24.9%)病患表示此項說法普通，有 983 位(佔 50.6%)病患表示同意此項說法，有 396 位(佔 20.4%)病患表示很同意此項說法。

(六)缺乏完善的基層醫師制度

有效樣本數 1943 人中，其中有 11 位(佔 0.6%)病患表示很不同意此項說法，有 96 位(佔 4.9%)病患表示不同意此項說法，有 427 位(佔 22.0%)病患表示此項說法普通，有 883 位(佔 45.4%)病患表示同意此項說法，有 526 位(佔 27.1%)病患表示很

同意此項說法。

(七)醫藥分業帶來不便

有效樣本數 1943 人中，其中有 46 位(佔 2.4%)病患表示很不同意此項說法，有 296 位(佔 15.2%)病患表示不同意此項說法，有 764 位(佔 39.3%)病患表示此項說法普通，有 619 位(佔 31.9%)病患表示同意此項說法，有 218 位(佔 11.2%)病患表示很同意此項說法。

(八)健保政策不利於基層醫療(診所)生存

有效樣本數 1943 人中，其中有 32 位(佔 1.6%)病患表示很不同意此項說法，有 268 位(佔 13.8%)病患表示不同意此項說法，有 776 位(佔 39.9%)病患表示此項說法普通，有 647 位(佔 33.3%)病患表示同意此項說法，有 220 位(佔 11.3%)病患表示很同意此項說法。

(九)醫師同儕間相互惡性競爭

有效樣本數 1943 人中，其中有 30 位(佔 1.5%)病患表示很不同意此項說法，有 232 位(佔 11.9%)病患表示不同意此項說法，有 764 位(佔 39.3%)病患表示此項說法普通，有 689 位(佔 35.5%)病患表示同意此項說法，有 228 位(佔 11.7%)病患表示很同意此項說法。

以上資料詳見表 4-14。

以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，得分愈高的問題表示填答病患愈同意台灣地區的基

層醫療制度面臨的問題，衛生行政機構應積極著手改善，由表 4-15 可知，得分最高的三項分別為「缺乏完善的基層醫師制度」(平均值=3.94，標準差=0.86)、「缺乏對診所的評鑑機制」(平均值=3.91，標準差=0.73)及「缺乏完善的轉診制度」(平均值=3.87，標準差=0.79)上述三項問題是台灣地區基層醫療制度面臨的問題，衛生行政機構應給予重視並積極著手改善，以促使基層醫療的健全發展。其次，得分最低的三項分別為「與醫院競爭門診病人」(平均值=3.28，標準差=0.93)、「醫藥分業帶來不便」(平均值=3.34，標準差=0.95)及「健保政策不利於基層醫療(診所)生存」(平均值=3.39，標準差=0.92) ，由此可知，上述三項問題並不是台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題。

表 4-14 基層病患對基層醫療制度的看法

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
開業標準門檻太低造成診所醫師太多		
很不同意	19	0.98
不同意	130	6.69
普通	642	33.04
同意	932	47.97
很同意	220	11.32
缺乏對基層診所的評鑑機制		
很不同意	6	0.31
不同意	56	2.88
普通	415	21.36
同意	1105	56.87
很同意	361	18.58
與醫院競爭門診病人		
很不同意	30	1.54
不同意	378	19.45
普通	733	37.73
同意	630	32.42
很同意	172	8.85
缺乏完善的轉檢制度		
很不同意	13	0.67
不同意	64	3.29
普通	522	26.87
同意	980	50.44
很同意	364	18.73
缺乏完善的轉診制度		
很不同意	11	0.57
不同意	69	3.55
普通	484	24.91
同意	983	50.59
很同意	396	20.38
缺乏完善的基層醫師制度		
很不同意	11	0.57
不同意	96	4.94
普通	427	21.98
同意	883	45.45
很同意	526	27.07

表 4-14 基層病患對基層醫療制度的看法 (續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
醫藥分業帶來不便		
很不同意	46	2.37
不同意	296	15.23
普通	764	39.32
同意	619	31.86
很同意	218	11.22
健保政策不利於基層醫療(診所)生存		
很不同意	32	1.65
不同意	268	13.79
普通	776	39.94
同意	647	33.30
很同意	220	11.32
醫師同儕間相互惡性競爭		
很不同意	30	1.54
不同意	232	11.94
普通	764	39.32
同意	689	35.46
很同意	228	11.73

表 4-15 基層醫療制度面臨問題的得分統計表

變項名稱	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差
開業標準門檻太低造成診所醫師太多	1943	1	5	3.62	0.81
缺乏對診所的評鑑機制	1943	1	5	3.91	0.73
與醫院競爭門診病人	1943	1	5	3.28	0.93
缺乏完善的轉檢制度	1943	1	5	3.83	0.79
缺乏完善的轉診制度	1943	1	5	3.87	0.79
缺乏完善的基層醫師制度	1943	1	5	3.94	0.86
醫藥分業帶來不便	1943	1	5	3.34	0.95
健保政策不利於基層醫療(診所)生存	1943	1	5	3.39	0.92
醫師同儕間相互惡性競爭	1943	1	5	3.44	0.90

四、基層病患對基層醫療診所所遭遇問題的看法

(一)診所的醫療設備老舊

有效樣本數 1943 人中，其中有 21 位(佔 1.1%)病患表示很不同意此項說法，有 236 位(佔 12.1%)病患表示不同意此項說法，有 727 位(佔 37.4%)病患表示此項說法普通，有 764 位(佔 39.3%)病患表示同意此項說法，有 195 位(佔 10.0%)病患表示很同意此項說法。

(二)診所的建築外觀及設施不佳

有效樣本數 1943 人中，其中有 19 位(佔 1.0%)病患表示很不同意此項說法，有 297 位(佔 15.3%)病患表示不同意此項說法，有 815 位(佔 41.9%)病患表示此項說法普通，有 642 位(佔 33.0%)病患表示同意此項說法，有 170 位(佔 8.7%)病患表示很同意此項說法。

(三)診所各種服務項目的標示及說明不清

有效樣本數 1943 人中，其中有 18 位(佔 0.9%)病患表示很不同意此項說法，有 247 位(佔 12.7%)病患表示不同意此項說法，有 751 位(佔 38.7%)病患表示此項說法普通，有 750 位(佔 38.6%)病患表示同意此項說法，有 177 位(佔 9.1%)病患表示很同意此項說法。

(四)候診時間過於冗長

有效樣本數 1943 人中，其中有 32 位(佔 1.6%)病患表示很不同意此項說法，有 321 位(佔 16.5%)病患表示不同意此項說法，有 771 位(佔 39.7%)病患表示此項說法普通，有 571 位(佔 29.4%)病患表示同意此項說法，有 248 位(佔 12.8%)病患表示很同意此項說法。

(五)診所收費(掛號費)不合理

有效樣本數 1943 人中，其中有 43 位(佔 2.2%)病患表示很不同意此項說法，有 296 位(佔 15.2%)病患表示不同意此項說法，有 907 位(佔 46.7%)病患表示此項說法普通，有 497 位(佔 25.6%)病患表示同意此項說法，有 200 位(佔 10.3%)病患表示很同意此項說法。

(六)醫師服務態度不佳

有效樣本數 1943 人中，其中有 77 位(佔 4.0%)病患表示很不同意此項說法，有 615 位(佔 31.7%)病患表示不同意此項說法，有 921 位(佔 47.4%)病患表示此項說法普通，有 242(12.5%)病患表示同意此項說法，有 88 位(佔 4.5%)病患表示很同意此項說法。

(七)醫師並未給予正確的用藥資訊

有效樣本數 1943 人中，其中有 40 位(佔 2.1%)病患表示很不同意此項說法，有 412 位(佔 21.2%)病患表示不同意此項說法，有 780 位(佔 40.1%)病患表示此項說法普通，有 555 位(佔 28.6%)病患表示同意此項說法，有 156 位(佔 8.0%)病患表示很

同意此項說法。

(八)醫師與其他專科醫師診斷結果不一致

有效樣本數 1943 人中，其中有 28 位(佔 1.4%)病患表示很不同意此項說法，有 331 位(佔 17.0%)病患表示不同意此項說法，有 980 位(佔 50.4%)病患表示此項說法普通，有 482 位(佔 24.8%)病患表示同意此項說法，有 122 位(佔 6.3%)病患表示很同意此項說法。

(九)醫師對病情的解說不完善

有效樣本數 1943 人中，其中有 36 位(佔 1.9%)病患表示很不同意此項說法，有 374 位(佔 19.2%)病患表示不同意此項說法，有 775 位(佔 39.9%)病患表示此項說法普通，有 592 位(佔 30.5%)病患表示同意此項說法，有 166 位(佔 8.5%)病患表示很同意此項說法。

(十)醫師診療病人的時間過短

有效樣本數 1943 人中，其中有 28 位(佔 1.4%)病患表示很不同意此項說法，有 250 位(佔 12.9%)病患表示不同意此項說法，有 659 位(佔 33.9%)病患表示此項說法普通，有 747 位(佔 38.4%)病患表示同意此項說法，有 259(佔 13.3%)病患表示很同意此項說法。

(十一)醫師以外人員的服務態度不佳

有效樣本數 1943 人中，其中有 47 位(佔 2.4%)病患表示很不同意此項說法，有 416 位(佔 21.4%)病患表示不同意此項說法，有 974 位(佔 50.1%)病患表示此項說法

普通，有 376 位(佔 19.4%)病患表示同意此項說法，有 130 位(佔 6.7%)病患表示很同意此項說法。

以上資料詳如表 4-16。

以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，得分愈高的問題表示填答醫師愈同意台灣地區目前基層醫療診所所面臨的問題，衛生行政機構應積極著手改善，由表 4-17 可知，基層醫療診所所面臨的主要問題前三項分別為「醫師診療病人的時間過短」(平均值=3.49，標準差=0.93) 、「診所的醫療設備老舊」(平均值=3.45，標準差=0.87)及「診所各種服務項目的標示及說明不清」(平均值=3.42，標準差=0.86)，上述三項問題是台灣地區基層醫療診所所面臨的問題，衛生行政機構應給予重視並積極著手協助其改善，以提升眾對基層醫療診所的信心。其次，得分最低的三項分別為「醫師服務態度不佳」(平均值=2.82，標準差=0.87)、「醫師以外人員的服務態度不佳」(平均值=3.06，標準差=0.88)及「醫師與其他專科醫師診斷結果不一致」(平均值=3.17，標準差=0.83)，由此可得知，上述三項問題並非基層療診所面臨的主要問題。

表 4-16 基層病患對基層醫療診所所遭遇問題的看法

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
診所的醫療設備老舊		
很不同意	21	1.08
不同意	236	12.15
普通	727	37.42
同意	764	39.32
很同意	195	10.04
診所的建築外觀及設施不佳		
很不同意	19	0.98
不同意	297	15.29
普通	815	41.95
同意	642	33.04
很同意	170	8.75
診所各種服務項目的標示及說明不清		
很不同意	18	0.93
不同意	247	12.71
普通	751	38.65
同意	750	38.60
很同意	177	9.11
候診時間過於冗長		
很不同意	32	1.65
不同意	321	16.52
普通	771	39.68
同意	571	29.39
很同意	248	12.76
診所收費(掛號費)不合理		
很不同意	43	2.21
不同意	296	15.23
普通	907	46.68
同意	497	25.58
很同意	200	10.29
醫師服務態度不佳		
很不同意	77	3.96
不同意	615	31.65
普通	921	47.40
同意	242	12.45
很同意	88	4.53

表 4-16 基層病患對基層醫療診所所遭遇問題的看法(續)

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
醫師並未給予正確的用藥資訊		
很不同意	40	2.06
不同意	412	21.20
普通	780	40.14
同意	555	28.56
很同意	156	8.03
醫師與其他專科醫師診斷結果不一致		
很不同意	28	1.44
不同意	331	17.04
普通	980	50.44
同意	482	24.81
很同意	122	6.28
醫師對病情的解說不完善		
很不同意	36	1.85
不同意	374	19.25
普通	775	39.89
同意	592	30.47
很同意	166	8.54
醫師診療病人的時間過短		
很不同意	28	1.44
不同意	250	12.87
普通	659	33.92
同意	747	38.45
很同意	259	13.33
醫師以外人員的服務態度不佳		
很不同意	47	2.42
不同意	416	21.41
普通	974	50.13
同意	376	19.35
很同意	130	6.69

表 4-17 基層醫療診所面臨問題的得分統計表

變項名稱	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差
診所的醫療設備老舊	1943	1	5	3.45	0.87
診所的建築外觀及設施不佳	1943	1	5	3.33	0.87
診所各種服務項目的標示及說明不清	1943	1	5	3.42	0.86
候診時間過於冗長	1943	1	5	3.35	0.96
診所收費(掛號費)不合理	1943	1	5	3.27	0.92
醫師服務態度不佳	1943	1	5	2.82	0.87
醫師並未給予正確的用藥資訊	1943	1	5	3.19	0.93
醫師與其他專科醫師診斷結果不一致	1943	1	5	3.17	0.83
醫師對病情的解說不完善	1943	1	5	3.25	0.92
醫師診療病人的時間過短	1943	1	5	3.49	0.93
醫師以外人員的服務態度不佳	1943	1	5	3.06	0.88

五、病患對基層醫療制度規劃方向的建議

(一)實施基層醫師制度

有效樣本數 1973 人中，其中有 6 位(佔 0.3%)醫師表示很不同意此項制度，有 49 位(佔 2.5%)醫師表示不同意此項制度，有 278 位(佔 14.3%)醫師表示此項制度普通，有 968 位(佔 49.8%)醫師表示同意此項制度，有 642 位(佔 33.0%)醫師表示很同意此項制度。

(二)鼓勵基層醫療(診所)醫師參加聯合執業(聯合診所)

有效樣本數 1973 人中，其中有 7 位(佔 0.4%)醫師表示很不同意此項制度，有 53 位(佔 2.7%)醫師表示不同意此項制度，有 404 位(佔 20.8%)醫師表示此項制度普通，有 1032 位(佔 53.1%)醫師表示同意此項制度，有 447 位(佔 23.0%)醫師表示很同意此項制度。

(三)增加基層醫療(診所)醫師人數佔全國醫師總人數的比率

有效樣本數 1973 人中，其中有 7(佔 0.4%)醫師表示很不同意此項制度，有 112 位(佔 5.8%)醫師表示不同意此項制度，有 677 位(佔 34.8%)醫師表示此項制度普通，有 814 位(佔 41.9%)醫師表示同意此項制度，有 333 位(佔 17.1%)醫師表示很同意此項制度。

(四)開放醫院的醫療設施給基層醫療醫師使用

有效樣本數 1973 人中，其中有 8 位(佔 0.4%)醫師表示很不同意此項制度，有 93 位(佔 4.8%)醫師表示不同意此項制度，有 429 位(佔 22.1%)醫師表示此項制度普通，有 998 位(佔 51.4%)醫師表示同意此項制度，有 415 位(佔 21.4%)醫師表示很同意此項制度。

以上資料詳見表 4-18。

以 Likert 五分量表評分，分為很不同意給 1 分、不同意給 2 分、普通給 3 分、同意給 4 分、很同意給 5 分，由表 4-19 可知，得分最高為「實施基層醫師制度」(平均值=4.13，標準差=0.77)，可提供我未來規劃基層醫療制度的方向。

表 4-18　病患對基層醫療制度規劃方向的建議

變項名稱	有效樣本數(n)	有效百分比(%)
實施基層醫師制度		
很不同意	6	0.31
不同意	49	2.52
普通	278	14.31
同意	968	49.82
很同意	642	33.04
鼓勵基層醫療(診所)醫師參加聯合執業(聯合診所)		
很不同意	7	0.36
不同意	53	2.73
普通	404	20.79
同意	1032	53.11
很同意	447	23.01
增加基層醫療(診所)醫師人數佔全國醫師總人數的比率		
很不同意	7	0.36
不同意	112	5.76
普通	677	34.84
同意	814	41.89
很同意	333	17.14
開放醫院的醫療設施給基層醫療醫師使用		
很不同意	8	0.41
不同意	93	4.79
普通	429	22.08
同意	998	51.36
很同意	415	21.36

表 4-19 病患對未來基層醫療制度建議的得分統計表

變項名稱	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差
實施基層醫師制度	1943	1	5	4.13	0.77
鼓勵基層醫療(診所)醫師參加聯合執業(聯合診所)	1943	1	5	3.96	0.76
增加基層醫療(診所)醫師人數佔全國醫師總人數的比率	1943	1	5	3.70	0.83

一、影響基層病患是否滿意現行基層醫療制度的因素分析

在此羅吉斯迴歸分析中，整個模式的適合度檢定統計量為 152.353(P<0.001)，在控制其它變項之影響後，發現教育程度、缺乏對基層診所的評鑑機制、缺乏完善的轉檢制度及健保政策不利於基層（診所）生存等，對於基層病患是否滿意現行基層醫療制度的影響達到統計上顯著水準。在教育程度方面，教育程度越高者越不滿意現行基層醫療制度，其勝算比 0.747(p<0.001)。在缺乏對基層診所的評鑑機制方面，越同意者越滿意現行基層醫療制度，其勝算比為 1.458(p<0.001)。在缺乏完善的轉檢制度方面，越同意者越滿意現行基層醫療制度，其勝算比為 1.228 (p<0.05)。在健保政策不利於基層（診所）生存方面，越同意者越滿意現行基層醫療制度，其勝算比為 1.286 (p<0.05)。詳如表 4-20。

二、影響病患在基層醫療診所就醫是否滿意的因素分析

在此羅吉斯迴歸分析中，整個模式的適合度檢定統計量為 187.629(P<0.001), 在控制其它變項之影響後，發現年齡、月平均收入、診所各種服務項目的標示及說明不清、候診時間過於冗長、診所收費(掛號費)不合理、醫師服務態度不佳、醫師與其他專科醫師診斷結果不一致、醫師以外人員的服務態度不佳等，對於病患在基層醫療診所就醫是否滿意的影響達到統計上顯著水準。在年齡方面，年齡越大者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.728 (p<0.05)。在月平均收入方面，月平均收入越大者在基層醫療診所就醫滿意度越高，其勝算比 1.464 (p<0.05)。在診所各種服務項目的標示及說明不清因素方面，表示越同意者在基層醫療診所

就醫滿意度越低，其勝算比 0.667($p<0.001$)。在候診時間過於冗長方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越高，其勝算比 1.421($p<0.001$)。在診所收費(掛號費)不合理因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.790($p<0.05$)。在醫師服務態度不佳因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.719($p<0.01$)。在醫師與其他專科醫師診斷結果不一致因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.778($p<0.01$)。在醫師以外人員的服務態度不佳因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.782($p<0.01$)。如表 4-21。

表 4-20 影響基層病患是否滿意現行基層醫療制度的因素分析

變項名稱	病患是否滿意基層醫療制度(滿意:1;不滿意:0)		
	迴歸係數	標準誤	勝算比 (95%信賴區間)
性別	0.377	0.084	0.891(0.749-1.061)
年齡	-0.144	0.119	0.851(0.695-1.041)
教育程度	0.205	0.105	0.747(0.646-0.864)***
職業	0.284	0.313	0.807(0.622-1.047)
月平均收入	-0.077	0.153	0.891(0.686-1.156)
婚姻狀況	0.214	0.131	0.900(0.757-1.072)
健康狀況	0.251	0.099	0.922(0.806-1.054)
是否罹患慢性疾病	-0.207	0.180	0.903(0.780-1.046)
開業標準門檻太低造成診所醫師太多	-0.115	0.089	1.014(0.874-1.178)
缺乏對基層診所的評鑑機制	-0.162	0.103	1.458(1.236-1.720)***
與醫院競爭門診病人	-0.292	0.074	0.866(0.685-1.094)
缺乏完善的轉檢制度	-0.214	0.133	1.228(1.001-1.508)*
缺乏完善的轉診制度	-0.116	0.133	1.328(0.719-2.453)
缺乏完善的基層醫師制度	-0.105	0.089	0.926(0.685-1.250)
醫藥分業帶來不便	-0.082	0.069	1.239(0.959-1.600)
健保政策不利於基層醫療(診所)生存	-0.102	0.075	1.286(1.058-1.563)*
醫師同儕間相互惡性競爭	0.014	0.076	0.813(0.572-1.157)
截距	4.620	0.592	

*表 p<0.05　**表 p<0.01 ***表 p<0.001；

適合度檢定統計量=152.353(df=17)；P<0.001

表 4-21 影響病患在基層醫療診所就醫是否滿意的因素分析

變項名稱	病患在基層醫療診所就醫是否滿意(滿意:1;不滿意:0)		
	迴歸係數	標準誤	勝算比(95%信賴區間)
性別	0.162	0.099	1.175(0.968-1.428)
年齡	-0.317	0.144	0.728(0.549-0.966)*
教育程度	-0.163	0.135	0.850(0.652-1.108)
職業	-0.393	0.417	0.675(0.298-1.529)
月平均收入	0.381	0.172	1.464(1.044-2.052)*
婚姻狀況	0.303	0.160	1.355(0.989-1.855)
健康狀況	0.066	0.120	1.069(0.846-1.351)
是否罹患慢性疾病	-0.070	0.224	0.932(0.601-1.446)
診所的醫療設備老舊	-0.097	0.124	0.908(0.712-1.157)
診所的建築外觀及設施不佳	0.006	0.123	1.006(0.791-1.281)
診所各種服務項目的標示及說明不清	-0.405	0.118	0.667(0.529-0.841)***
候診時間過於冗長	0.351	0.095	1.421(1.180-1.712)***
診所收費(掛號費)不合理	-0.235	0.096	0.790(0.655-0.954)*
醫師服務態度不佳	-0.330	0.109	0.719(0.581-0.891)**
醫師並未給予正確的用藥資訊	0.072	0.109	1.075(0.868-1.331)
醫師與其他專科醫師診斷結果不一致	-0.251	0.117	0.778(0.618-0.979)*
醫師對病情的解說不完善	-0.223	0.127	0.800(0.624-1.025)
醫師診療病人的時間過短	0.042	0.109	1.043(0.843-1.291)
醫師以外人員的服務態度不佳	-0.246	0.097	0.782(0.646-0.946)*
截距	6.450	0.714	

*表 $p<0.05$ **表 $p<0.01$ ***表 $p<0.001$；
適合度檢定統計量=187.629(df=19)；$P<0.001$

第五章 討論與建議

第一節 主要研究結果

以下分診所醫師對基層醫療制度的評估及其未來規劃之建議及診所病患對基層醫療制度的評估及其未來規劃之建議三部份說明如下：

壹、焦點團體參加者對基層診所醫師人力佔整體執業醫師人數之比例的建議

台灣應該有18,400至23,000位的基層診所醫師，而基層診所醫師應該約佔全國執業醫師數之60%，因此台灣地區基層醫師人數尚有成長空間。

貳、診所醫師對基層醫療制度的評估及其未來規劃之建議

一、受訪基層醫師對基層醫療制度及在基層執業的滿意度

（一）有371位(佔75.87%)的受訪基層醫師認為近年來診所有逐漸萎縮的現象。

（二）有398位(佔81.39%)的受訪基層醫師非常不滿意或不滿意現行施行之基層醫療制度。

（三）有218位(佔44.58%)的受訪基層醫師非常不滿意或不滿意現行診所工作狀況。

二、受訪基層醫師對基層醫療制度的看法

受訪基層醫師認為「缺乏對基層診所的評鑑機制」(平均值=2.91，標準差=1.08)、「開業標準門檻太低造成診所醫師太多」(平均值=2.65，標準差=1.20)及「藥局設置標準不合理」(平均值=2.30，標準差=0.96)，是台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題。其次，「健保政策之不確定性」(平均值=1.52，標準差=0.72)、「總額

支付制度促成醫師同儕間的相互惡性競爭」(平均值=1.68，標準差=0.87)及「缺乏退休金制度」(平均值=1.76，標準差=0.93) 已非台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題。

三、受訪基層醫師對基層醫師執業所遭遇問題的看法

受訪基層醫師認為「診所內部管理不易」(平均值=2.85，標準差=0.89)、「醫療設備不足」(平均值=2.63，標準差=0.87)、及「醫護人員流動率太高」(平均值=2.62，標準差=0.89)是基層醫師執業面臨的主要問題。其次，「醫療收入減少」(平均值=1.62，標準差=0.79)、「保險不夠完善而害怕醫療糾紛」(平均值=1.95，標準差=0.86)及「工作時間過長」(平均值=2.11，標準差=0.92)，已非台灣地區基層醫師執業面臨的主要問題。

四、對未來基層醫療制度規劃的建議

受訪基層醫師認為未來台灣地區的基層醫療制度可考慮朝「實施類似美國HMO管理式照護制度」(平均值=2.87，標準差=1.09)、「實施論人計酬制度」(平均值=2.80，標準差=0.92)及「實施基層醫師制度」(平均值=2.54，標準差=1.08)的方向規劃。

五、影響基層醫師是否滿意現行基層醫療制度的因素分析

（一）在年齡方面，相較於 30-49 歲者，50-64 歲、64 歲以上的醫師較不滿意現行基層醫療制度，其勝算比分別為 0.311($p<0.01$)、0.167($p<0.001$)。

（二）在基層醫療執業總年資方面，相較於基層醫療執業>20 年者，基層醫療執業<10 年者較不滿意現行基層醫療制度，其勝算比 0.391($p<0.05$)。

（三）在缺乏對基層診所的評鑑機制此因素方面，相較於同意者，表示不同意者 n 較不滿意現行基層醫療制度，其勝算比 0.040 ($p<0.05$)。

（四）在抽審審查標準不一因素方面，相較於同意者，表示不同意者較滿意現行基層醫療制度，其勝算比 7.595($p<0.001$)。

（五）在缺乏完善的基層醫師人力因素方面，相較於同意者，表示不同意者較滿意現行基層醫療制度，其勝算比 5.535($p<0.01$)。

六、影響基層醫師是否滿意現行基層醫療工作狀況的因素分析

（一）在性別方面，相較於女生，男生較滿意現行基層醫療工作，其勝算比 2.637 ($p<0.05$)。

（二）在是否為聯合執業此因素方面，相較於是聯合執業者，非聯合執業者較不滿意現行基層醫療工作，其勝算比 0.599 ($p<0.05$)。

（三）在是否具專科醫師資格此因素方面，相較於不具專科醫師資格者，具專科醫師資格者較滿意現行基層醫療工作，其勝算比 2.719 ($p<0.05$)。

（四）在保險不夠完善而害怕醫療糾紛此因素方面，相較於同意者，不同意者較滿意現行基層醫療工作，其勝算比 10.798($p<0.01$)。

（五）在沒有足夠的時間進修此因素方面，相較於同意者，不同意者較滿意現行基層醫療工作，其勝算比 3.729($p<0.01$)。

（六）在醫療收入減少此因素方面，相較於同意者，不同意者較滿意現行基層醫療工作，其勝算比 22.967($p<0.01$)。

參、診所病患對基層醫療制度的評估及其未來規劃之建議

一、受訪診所病患對基層醫療制度及在基層醫療診所就醫的滿意度

（一）有 766 位(佔 39.4%)受訪診所病患認為近年來診所有逐漸萎縮的現象。

（二）有 397 位(佔 20.4%)受訪診所病患非常不滿意或不滿意現行施行之基層醫療制度。

（三）有 390 位(佔 19.0%)受訪診所病患非常滿意或滿意在診所就醫。

二、診所病患對基層醫療制度的看法

受訪診所病患認為「缺乏完善的基層醫師制度」(平均值=3.94，標準差=0.86)、「缺乏對診所的評鑑機制」(平均值=3.91，標準差=0.73)及「缺乏完善的轉診制度」(平均值=3.87，標準差=0.79)是台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題。其次，「與醫院競爭門診病人」(平均值=3.28，標準差=0.93)、「醫藥分業帶來不便」(平均值=3.34，標準差=0.95)及「健保政策不利於基層醫療(診所)生存」(平均值=3.39，標準差=0.92)，已非台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題。

三、診所病患對基層醫療診所所遭遇問題的看法

受訪診所病患認為「醫師診療病人的時間過短」(平均值=3.49，標準差=0.93)、「診所的醫療設備老舊」(平均值=3.45，標準差=0.87)及「診所各種服務項目的標示及說明不清」(平均值=3.42，標準差=0.86)，是台灣地區基層醫療診所所面臨的主要問題。其次，「醫師服務態度不佳」(平均值=2.82，標準差=0.87)、「醫師以外人員的服務態度不佳」(平均值=3.06，標準差=0.88)及「醫師與其他專科醫師診斷結果不一致」(平均值=3.17，標準差=0.83)，已非基層醫療診所面臨的主要問題。

四、診所病患對基層醫療制度規劃方向的建議

受訪診所病患認為未來台灣地區的基層醫療制度可考慮朝「實施基層醫師制度」(平均值=4.13，標準差=0.77)的方向規劃。

五、影響基層病患是否滿意現行基層醫療制度的因素分析

（一）在教育程度方面，教育程度越高者越不滿意現行基層醫療制度，其勝算比 0.747($p<0.001$)。

（二）在缺乏對基層診所的評鑑機制方面，越同意者越滿意現行基層醫療制度，其勝算比為 1.458($p<0.001$)。

（三）在缺乏完善的轉檢制度方面，越同意者越滿意現行基層醫療制度，其勝算比為 1.228 ($p<0.05$)。

（四）在健保政策不利於基層（診所）生存方面，越同意者越滿意現行基層醫療制度，其勝算比為 1.286 ($p<0.05$)。

六、影響病患在基層醫療診所就醫是否滿意的因素分析

（一）在年齡方面，年齡越大者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.728 ($p<0.05$)。

（二）在月平均收入方面，月平均收入越大者在基層醫療診所就醫滿意度越高，其勝算比 1.464 ($p<0.05$)。

（三）在診所各種服務項目的標示及說明不清因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.667($p<0.001$)。

（四）在候診時間過於冗長方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越高，其勝算比 1.421($p<0.001$)。

（五）在診所收費(掛號費)不合理因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.790($p<0.05$)。

（六）在醫師服務態度不佳因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.719($p<0.01$)。

（七）在醫師與其他專科醫師診斷結果不一致因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.778($p<0.01$)。

（八）在醫師以外人員的服務態度不佳因素方面，表示越同意者在基層醫療診所就醫滿意度越低，其勝算比 0.782($p<0.01$)。

第二節 討論與建議

完善的基層醫療制度對民眾健康照護的重要性日益增加，欲提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療服務，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質，則應積極發展及推動健全的基層醫療制度。然本研究結果發現，有 75.87%的受訪基層醫師認為近年來診所有逐漸萎縮的現象；有 39.4%受訪診所病患認為近年來診所有逐漸萎縮的現象，首當其衝的受訪基層醫師感受較受訪診所病患來得深刻是合理的，因此，如何防止診所繼續萎縮實是衛生主管機關應該正視的問題。

有 81.39%的受訪基層醫師非常不滿意或不滿意現行施行之基層醫療制度，受訪基層醫師認為「缺乏對基層診所的評鑑機制」、「開業標準門檻太低造成診所醫師太多」及「藥局設置標準不合理」是台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題，因此，建議衛生主管機關應積極規劃基層診所的評鑑機制，檢討修訂診所開業標準及藥局設置標準，以利台灣地區基層醫療制度的健全發展。

有 20.4%受訪診所病患非常不滿意或不滿意現行施行之基層醫療制度，受訪診所病患認為「缺乏完善的基層醫師制度」、「缺乏對診所的評鑑機制」及「缺乏完善的轉診制度」是台灣地區基層醫療制度面臨的主要問題，因此，建議衛生主管機關應積極規劃基層診所的評鑑機制，檢討修訂基層醫師制度及轉診制度，以促使民眾小病願意在基層醫療診所就醫，節省國家整體醫療成本。

受訪基層醫師認為「診所內部管理不易」、「醫療設備不足」及「醫護人員流動率太高」是基層醫師執業面臨的主要問題，因此，建議衛生主管機關可考慮推動半開放性醫院制度，開放醫院的醫療設備給基層醫師使用，在醫學教育中增加診所經營管理課程，以提升基層開業醫師的管理能力。

受訪診所病患認為「醫師診療病人的時間過短」、「診所的醫療設備老舊」及「診所各種服務項目的標示及說明不清」，是台灣地區基層醫療診所所面臨的主要問題，因此，建議診所醫師應加強與醫院的實質合作關係、病人的互動及各種服務項目的標示及說明，以提升民眾至診所就醫的意願。

受訪基層醫師認為未來台灣地區的基層醫療制度可考慮朝「實施類似美國HMO管理式照護制度」、「實施論人計酬制度」及「實施基層醫師制度」的方向規劃。受訪診所病患認為未來台灣地區的基層醫療制度可考慮朝「實施基層醫師制度」的方向規劃，因此，建議衛生主管機關可考慮朝「實施基層醫師制度」的方向來規劃未來台灣地區的基層醫療制度。

影響基層醫師是否滿意現行基層醫療工作狀況的因素分析，本研究結果發現，在性別方面，相較於女生，男生較滿意現行基層醫療工作，可能的原因為男性基層醫師事業心較重，投入較多心力於基層醫療工作，因此，對現行基層醫療工作的滿意度較女性醫師高；在是否為聯合執業此因素方面，相較於是聯合執業者，非聯合執業者較不滿意現行基層醫療工作，此與美國 Linzer 等人、Stoddard 等人及 Skolnik 等人的研究結果是一致的(Linzer et al., 2000; Stoddard et al., 2001;

Skolnik et al.,1993)而造成聯合執業醫師比單獨執業醫師有較高工作滿意度的可能原因為聯合執業醫師收入穩定及工作時間較為固定，使醫師能有更多的時間進修或進行休閒活動(Aspen Health Law Center, 2000)，尤其是醫師法修正草案第八條中有明文規定「醫師執業，應接受繼續教育，並每四年提出完成繼續教育證明文件，辦理執業執照更新」，所以以後接受繼續教育對開業醫師更新執業執照是必須的，然而，這對於每天要從早上工作到晚上的單獨開業醫師幾乎是不可能的。在是否具專科醫師資格此因素方面，相較於不具專科醫師資格者，具專科醫師資格者較滿意現行基層醫療工作，可能的原因為具有專科醫師資格者競爭力較強；在保險不夠完善而害怕醫療糾紛此因素方面，相較於同意者，不同意者較滿意現行基層醫療工作，可能的原因為不同意者認為現行的醫療糾紛保險已完善；在沒有足夠的時間進修此因素方面，相較於同意者，不同意者較滿意現行基層醫療工作，可能的原因為不同意者在現行制度下已有較多的時間進修；在醫療收入減少此因素方面，相較於同意者，不同意者較滿意現行基層醫療工作，可能的原因為不同意者在現行制度下其醫療收入並未減少。

本研究有下列六項研究限制，一、在基層診所醫師問卷調查部份，本研究的問卷回收率僅 14.35%，雖然高於李宣緯及林恆慶等人分別於 2001 年對基層開業醫師進行問卷調查的回收率 11.74%及 19.5%相當，但在對結果做推論時仍應持較謹慎、保守態度；二、本研究進行迴歸分析時所利用的資料係為一橫斷性的問卷資料，無法清楚的判定變項之間的因果關係；三、對基層

醫療制度規劃方向的建議部份，問卷中有許多健康保險或醫務管理專有名詞，如「實施類似美國 HMO 管理式照護制度」、「實施論人計酬制度」及「實施基層醫師制度」等，問卷填答者對它的定義及認知可能都不相同，因此，同樣地在對結果做推論時應持較謹慎、保守態度；四、本問卷採用自填式問卷的方式進行資料蒐集，無法確保每位填答者的認知程度均一致；五、本研究僅立意選取北部 20 家診所的門診病人為研究對象，樣本之特性可能與台灣地區所有診所的門診病人有所不同，所以本研究結果不能外推至台灣地區所有診所的門診病人；六、台灣地區針對基層診所制度所進行的實證研究文獻極少，本研究部分結果較缺乏文獻的佐證。

參考文獻

中文部分

李孟智（2003）。*家庭醫學與全民健保醫業管理*。台北：合記。

李易駿 (1996)。英國國民保健服務組織現況及其發展。*歐美月刊，11*，69-84。

李宣緯(2001)。台灣地區基層醫師對建立轉檢網絡之態度研究。國立陽明大學未發表之碩士論文。

李龍騰（2003）。*家庭醫學與社區醫學程案*。台北：藝軒。

林正介 (1994)。 如何籌辦聯合門診中心。北市醫誌，38(2):4-8。

林雨亭：健康的守護神--談基層醫師的角色功能。全民健康保險 2001；33：29-31。

林恆慶，石賢彥（2003）。管理式醫療制度的建立---以英國「管理式醫療」的實施經驗為借鏡。*台灣醫界，46（7），*41-44。

林恆慶、董鈺琪、李淑雅、陳楚杰(2002)。影響基層醫師不願意參與聯合執業的因素。醫護科技學刊，4(1)：90-103。

郭乃文：*加拿大總額預算支付制度考察報告*。http://www.dryahoo.org.tw/.../14.總額預算制行不行得通/ 郭乃文加拿大總額預算考察報告.htm. 2005 年 6 月 2 日。

黃政典 (1994)。醫師聯合執業的發展趨勢。北市醫誌，38(4)4-5。

黃達夫(2005)。*「健保烏托邦」不是讚美之辭*。

http://www.libertytimes.com/2003/new/nov/10/today-o1.htm. 2005 年 7 月 12 日。

澳洲網（2004）。*澳大利亞醫療保健*。http://www.australianet.info/tra/wel2.htm. 2004年8月5日。

聯合新聞網(2005)。*疼惜健保-對症下藥-不再逛醫院*。http://mag.udn.com/mag/life/printpage.jsp?f_ART_ID=11407. 2005年7月12日。

英文部分

American Academy of Family Physicians. (1996). Family physician workforce reform: AAFP recommendations. Board of Directors, American Academy of Family Physicians. *Am Fam Physician, 53*, 65-6, 71-2, 75.

American College of Healthcare Executives (1999). *Managed care essentials: a book of readings.* Health administration Press, Chicago, IL.

Aspen Health Law Center: Medical Group Practice. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc., 2001:1-2.

Bodenheimer, T., Lo, B., & Casalino, L. (1999). Primary Care Physician Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *JAMA, 281*, 2045-2049.

College of Family Physician Singapore. (2003). *Family Medicine Teaching Programme. Overview*, 2003:1; 462-2

Ferris, T. G., Chang, Y., Blumenthal, D., & Pearson, S.D. (2001). Leaving gatekeeping behind--effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *The New England Journal of Medicine, 345(18),* 1312-1317.

Franks, P., Clancy, C. M., & Nutting, P. A. (1992). Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment. *New England Journal of Medicine ,327*(6), 424-429.

Group Health Association of America. (1988). Unique approaches to case management. *GHAA News, 29(2),* 7-11.

Grumbach, K., Selby, J. V., Damberg, C., Bindman, A. B., et al. (1999). Resolving the Gatekeeper Conundrum: What Patients Values in Primary Care and Referrals to Specialists. *JAMA , 281*(3), 261-266.

Halm, E. A., Causino, N., Blumenthal, D. (1997). Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes. *JAMA, 278*, 1677-1681.

Himmel, W., Dieterich. A., & Kochen, M. M. (2000). Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *Health Policy, 15*, 496-502.

Kerr, E. A., Hays, R. D., Mitchinson,. A, et al. (1999). The Influence of Gatekeeping and Utilization Review on Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med, 14*, 287-296.

Linzer M, Konrad TR, Douglas J, McMurray JE, Pathman DE, Williams ES, Schwartz MD, Gerrity M, Scheckler W, Bigby JA, Rhodes E. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. J Gen Intern Med 2000;15:441-50.

Royal Australian College of General Practitioners(2004). *Definition of General Practice and General Practitioner.* http://www.racgp.org.au/document.asp?id=6234. Accessed July 2004.

Royal Australian College of General Practitioners(2004). *General Practice in Australia.* http://www.racgp.org.au/downloads/pdf/20020426plainenglish.pdf. Accessed August 2004.

Royal College of General Practitioners. (2001). *Profile of UK general practitioners*. 2001.

Skolnik NS, Smith DR, Diamond J. Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians. J Fam Pract 1993;37:257-63

Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A. Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. J Gen Intern Med 2001;16:675-84.

The College of Family Physicians of Canada. (2003). *Four Principles of Family Medicine*.2003:1-2.

The Royal Australian College of General Practitioners. (2003). *Common questions*, 2003:1-5.

Till, U. K. (2003). *中華民國在台灣的衛生實況:世界衛生組織外的醫療實力*（中央健康保險局譯）。德國「醫藥進展實況」週刊（MMW Forschrite der Medizin）二 OO 三年一月三十日專文。http://www.nhi.gov.tw/德國 2003 年醫學期刊專文.doc. 2004 年 6 月 19 日。

Till, U. K. (2003). *世界衛生組織之外的模範--「德國式」全民健保在台灣實施七年*（中央健康保險局譯）。德國「基層醫師月刊」二 00 三年二月號專文。http://www.nhi.gov.tw/德國 2003 年醫學期刊專文.doc. 2004 年 6 月 7 日

WONCA Europe. (2002). *The European definition of general practice /family medicine*. 2002:1-34.

附錄一

從醫療消費者及供給者的觀點
評估台灣地區基層醫師制度實施現況與未來規劃之建議

親愛的醫師：您好！

本研究擬藉由研究調查與分析各國之基層醫師制度實施現況與優缺點分析，進而規劃未來適用於台灣的基層醫師制度及基層醫師人力佔整體執業醫師人數之比例，以做為台灣地區在擬定及推動相關政策時之參考。

本問卷所稱之「基層醫療」，係指在「診所」內所提供的醫療服務。**本問卷共計 47 小題**，包括您對目前基層醫療制度的滿意度、對目前基層醫療工作狀況的滿意度、對未來基層醫療制度的建議與規劃及基本資料等四部份，您的意見對未來台灣地區基層醫師制度政策的擬定及推動具有關鍵性的影響力，因此，懇請您仔細詳實的填答，感謝您的合作與支持，讓我們共同為台灣基層醫療的進步一起努力。您所提供的意見將以**不記名的方式**進行電腦處理，絕不會將您的個人意見對外公佈，敬請安心填答。

敬祝　安康

台北醫學大學醫務管理研究所　副教授　林恆慶
台北護理學院醫護管理研究所　副教授　陳楚杰

聯絡電話：02-27361661 轉 3613
聯絡地址：台北市吳興街 250 號醫務管理系

註：懇請於民國九十五年八月三十一日前寄回，衷心感謝您的合作與支持，謝謝。

一、對目前台灣地區基層醫療制度的滿意度

1. 您覺得近幾年來基層醫療（診所）是否有逐漸萎縮的現象?

□0 無　　□1 有　　□2 不確定

2. 整體而言，您對現行基層醫療制度的滿意度為何？

□1 非常不滿意　□2 不滿意　□3 尚可　□4 滿意　□5 非常滿意

3. 您是否同意目前台灣地區的基層醫療遇到以下的問題？

	很同意	同意	普通	不同意	很不同意
(1) 開業標準門檻太低造成基層醫師太多	□	□	□	□	□
(2) 缺乏對基層診所的評鑑機制	□	□	□	□	□
(3) 與醫院門診病人重疊性太高	□	□	□	□	□
(4) 藥局設置標準不合理	□	□	□	□	□
(5) 缺乏完善的轉檢制度	□	□	□	□	□
(6) 抽審審查標準不一	□	□	□	□	□
(7) 缺乏完善的轉診制度	□	□	□	□	□
(8) 不能使用醫院內的設備	□	□	□	□	□
(9) 未完善規劃醫師人力	□	□	□	□	□
(10) 缺乏完善的基層醫師制度	□	□	□	□	□
(11) 醫藥分業帶來不便	□	□	□	□	□
(12) 健保法案之不確定性	□	□	□	□	□
(13) 總額支付制度促成醫師同儕間提供的相互惡性競爭	□	□	□	□	□
(14) 缺乏退休金制度	□	□	□	□	□

二、對目前基層醫療工作狀況的滿意度

1. 整體而言，您對您在現行診所工作的滿意度為何？

□1 非常不滿意　□2 不滿意　□3 尚可　□4 滿意　□5 非常滿意

2. 您是否同意您在診所執業中遇到以下的問題？

	很同意	同意	普通	不同意	很不同意
(1) 保險不夠完善而害怕醫療糾紛	□	□	□	□	□
(2) 無能力購買最先進之醫療儀器設備	□	□	□	□	□
(3) 不易找到支援醫師	□	□	□	□	□
(4) 沒有足夠的進修時間	□	□	□	□	□
(5) 醫療設備不足	□	□	□	□	□
(6) 健保申報作業費用高	□	□	□	□	□
(7) 診所內部管理不易	□	□	□	□	□
(8) 工作時間過長	□	□	□	□	□

(9) 黑道恐嚇	□	□	□	□	□
(10) 醫療收入減少	□	□	□	□	□
(11) 會診、轉診困難	□	□	□	□	□
(12) 繁瑣的報稅程序	□	□	□	□	□
(13) 醫護人員流動率太高	□	□	□	□	□
(14) 藥品採購單價高	□	□	□	□	□
(15) 環保及消防法案太繁瑣	□	□	□	□	□
(16) 民眾自主意識太高而不易溝通	□	□	□	□	□

三、對未來基層醫療制度的建議與規劃

1. 您是否同意未來台灣地區的基層醫療制度朝下列方向規劃？

	很同意	同意	普通	不同意	很不同意
(1) 實施基層醫師制度	□	□	□	□	□
(2) 實施論人計酬制度	□	□	□	□	□
(3) 鼓勵基層醫師參加聯合執業	□	□	□	□	□
(4) 實施類似美國 HMO 的管理式照護制度	□	□	□	□	□
(5) 提高進入基層醫療執業的門檻	□	□	□	□	□
(6) 開放醫院的醫療設備給基層醫師使用	□	□	□	□	□

四、您的基本資料

1. 您出生於民國_____年
2. 您的性別為：□$_0$ 男　□$_1$ 女
3. 您的婚姻狀況為：□$_1$ 已婚　□$_2$ 未婚　□$_3$ 喪偶　□$_4$ 離婚或分居　□$_5$ 再婚
4. 您目前的主要執業場所是否為聯合執業之方式：□$_1$ 是 □$_0$ 否
5. 您目前主要執業地點所屬健保分局為：
   □$_1$ 台北分局　□$_2$ 北區分局　□$_3$ 中區分局
   □$_4$ 南區分局　□$_5$ 高屏分局　□$_6$ 東區分局
   _____ 縣(市)_____ 鄉鎮市區
6. 您是否具專科醫師資格：
   □$_0$ 否
   □$_1$ 是，登記之職業科別為：(可複選)
   □$_1$ 家醫科　□$_2$ 一般內科　□$_3$ 一般外科　□$_4$ 小兒科　□$_5$ 婦產科
   □$_6$ 骨科　□$_7$ 神經外科　□$_8$ 泌尿科　□$_9$ 耳鼻喉科　□$_{10}$ 眼科
   □$_{11}$ 皮膚科　□$_{12}$ 神經科　□$_{13}$ 精神科　□$_{14}$ 復健科　□$_{15}$ 病理科
   □$_{16}$ 其他_____
7. 您從事基層醫療服務之總年資（不含實習）為：_____年
8. 您過去曾經在醫院服務之總年資（包括住院及主治醫師）：_____年

附錄二

評估台灣地區基層醫療制度實施現況與未來規劃建議之問卷

親愛的受訪者:您好!

為促進民眾的健康，提供民眾優質且便利的健康照護，台灣地區於民國八十四年開辦全民健康保險，近年來中央健康保險局更積極推動「基層醫師整合性照護試辦計畫」及「全人健康照護計畫」，希望以基層醫師團隊發揮健康照護功能，提供各種急慢性疾病照顧及轉診服務，並與合作醫院形成社區健康照護網絡，共同為民眾的健康把關，進而鼓勵民眾至基層診所就醫。

本問卷主要目的想瞭解您對目前「基層醫師制度現況之認知、態度及建議」，共計 36 小題，包括您對基層醫療（診所)制度的滿意度、基層醫療（診所)就醫的滿意度、未來基層醫療（診所)制度規劃方向的建議及病患基本資料等四部份，研究結果將提供衛生主管機關作為規劃台灣地區基層醫療（診所)制度政策之依據或參考，所以，您的意見對台灣地區未來基層醫療（診所)制度政策的制定及推動具有關鍵性的影響力，因此，懇請您仔細且詳實的填答，感謝您的合作與支持，讓我們共同為台灣地區基層醫療的進步共同一起努力。您所提供的意見將以不記名的方式進行電腦處理，絕不會將您的個人意見對外公佈，敬請安心填答。

敬祝　安康

台北醫學大學醫務管理研究所　副教授　林恆慶

台北護理學院醫護管理研究所　副教授　陳楚杰　敬上

一、對現行基層醫療(診所)制度的滿意度

4. 您覺得近幾年來基層醫療(診所)是否有逐漸萎縮的現象？

□0 無　□1 有　□2 不確定

5. 整體而言，您對現行基層醫療(診所)制度的滿意度為何？

□1 非常不滿意　□2 不滿意　□3 尚可　□4 滿意　□5 非常滿意

請翻頁繼續填寫

3、您是否同意台灣地區目前基層醫療(診所)制度遭遇到以下的問題？

	很同意	同意	普通	不同意	很不同意
(1) 開業標準門檻太低造成診所醫師太多	□	□	□	□	□
(2) 缺乏對診所的評鑑機制	□	□	□	□	□
(3) 與醫院競爭門診病人	□	□	□	□	□
(4) 缺乏完善的轉檢制度	□	□	□	□	□
(5) 缺乏完善的轉診制度	□	□	□	□	□
(6) 缺乏完善的基層醫師制度	□	□	□	□	□
(7) 醫藥分業帶來不便	□	□	□	□	□
(8) 健保法案不利於基層醫療(診所)生存	□	□	□	□	□
(9) 醫師同儕間相互惡性競爭	□	□	□	□	□

二、對目前基層醫療(診所)就醫的滿意度

甲、整體而言，您對您在基層醫療(診所)就醫環境的滿意度為何？

□1 非常不滿意　□2 不滿意　□3 尚可　□4 滿意　□5 非常滿意

2. 您是否同意台灣地區目前的基層醫療(診所)就醫遭遇到以下的問題?

	很同意	同意	普通	不同意	很不同意
(1) 診所的醫療設備老舊	□	□	□	□	□
(2) 診所的建築外觀及設施不佳	□	□	□	□	□
(3) 診所各種服務項目的標示及說明不清	□	□	□	□	□
(4) 候診時間過於冗長	□	□	□	□	□
(5) 診所收費(掛號費)不合理	□	□	□	□	□
(6) 醫師服務態度不佳	□	□	□	□	□
(7) 醫師並未給予正確的用藥資訊	□	□	□	□	□
(8) 醫師與其他專科醫師診斷結果不一致	□	□	□	□	□
(9) 醫師對病情的解說不完善	□	□	□	□	□
(10) 醫師診療病人的時間過短	□	□	□	□	□
(11) 醫師以外人員的服務態度不佳	□	□	□	□	□

請翻頁繼續填寫

三、對未來基層醫療(診所)制度規劃方向的建議

2. 您是否同意台灣地區未來的基層醫療(診所)制度朝下列方向規劃？

	很同意	同意	普通	不同意	很不同意
(1) 實施基層醫師制度	□	□	□	□	□
(2) 鼓勵基層醫療(診所)醫師參加聯合執業(聯合診所)	□	□	□	□	□
(3) 增加基層醫療(診所)醫師人數佔全國醫師總人數的比率	□	□	□	□	□
(4) 開放醫院的醫療設施給基層醫療醫師使用	□	□	□	□	□

四、基本資料與就醫醫師執業科別

9. 請問您出生於民國_____年

10. 請問您的性別為：□0 男　□1 女

11. 請問您的教育程度為:

□1 小學(含以下)　□2 國(初)中　□3 高中(職)　□4 大專　□5 研究所以上

12. 請問您目前的職業是?

□0 無　□1 軍公教　□2 工　□3 商　□4 農漁　□5 自由業

□6 學生　□7 家管　□8 退休　□9 其他_____

13. 請問您一個月的平均收入約多少元?

□0 無收入　□120,000 元以下　□220,001 元至 40,000 元

□340,001 元至 60,000 元　□460,001 元至 100,000 元　□5100,000 以上

14. 請問您的婚姻狀況為：□1 未婚　□2 已婚　□3 喪偶　□4 離婚或分居

15. 請問您覺得自己平常的健康狀況為?

□1 非常好　□2 很好　□3 普通　□4 不好　□5 非常不好

16. 請問您目前是否罹患慢性疾病?

□0 否　□1 是_____

問卷到此結束，感謝您的協助，敬祝您順心如意!

衛生署科技研究計畫成果報告書面答履

執行機構	台北醫學大學			主持人	林恆慶
計畫名稱	從醫療消費者及供給者的觀點評估台灣地區基層醫師制度實施現況與未來規劃之建議				
計畫編號	DOH95-TD-M-113-062	履約期限	95/1/1~95/12/31	完成日期	95/12/19

書面答履

一、研究報告組織與條理之完整性

1. *目錄之編排，宜縮小段落空間至1、2頁內。*
   已修改。
2. *注意名稱的一致性！如，有些地方稱「基層醫師」；有些地方稱「家庭醫師」。又如，有些地方用「台灣地區」；有些地方用「我國」或「國內」。*
   已修改。
3. *摘要應以計畫結束後的立場去寫，所以不應出現如「擬」的字眼。*
   已修改。
4. *第二章之文獻探討，建議將一、二節合併成「台灣地區的基層醫師制度及實施現況」；第三至六節合併為「外國的基層醫師制度及實施現況」；第七、八結合併為「國內外基層醫師制度的比較」。*
   已修改。
5. *第三章建議採用慣用的「研究方法」，並以研究設計、研究對象、研究工具、執行步驟、和資料分析等項目去分節描述。*
   已修改。因本研究主要分為3部分，因此更改為專家訪談及焦點團體座談、醫師、病患部分，進行研究設計、研究對象、研究工具、執行步驟、和資料分析描述。
6. *根據計畫書所提，「專家訪談及焦點團體」是為了設計調查問卷而執行的一個步驟，因此不應單獨成為一章。但是，摘要中將焦點團體的意見當作建議，表示專家訪談和焦點團體也是收集資料的方法之一嗎？若是，似應歸入「醫療提供者」的觀點。請研究者釐清自己的研究設計，並將相關內容做清楚的定位和描述！*
   已修改。
7. *第四章應為該計畫真正的「研究結果」，其下分成兩「節」。一為「醫療提供者對基層醫師制度的評估及建議：以診所醫師為例」；另一為「醫療消費者對基層醫師制度的評估及建議：以診所病患為例」。*
   已修改。
8. *第五章應為「討論及建議」。*
   已修改。

二、資料收集與分析之恰當性

可

三、研究報告之結論與預期目標是否相符

可

四、研究報告可供本署採行或參考部分

結果和建議的部分，需再加以整理並做具體的描述。例如，對基層醫師制度的評估，不應僅告知有多少比率的人不滿意而已！

已斟酌修改。

五、研究報告需修正部分

研究者需根據前述意見，重新整理成果報告。