

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

舊疾病、新策略：台灣結核病通報政策分析

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2320-B-038-049-

執行期間：92年08月01日至93年07月31日

執行單位：臺北醫學大學醫務管理學系

計畫主持人：許玫玲

共同主持人：索任

計畫參與人員：莊志杰

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 93 年 11 月 3 日

摘要

台灣結核病防治政策於 2001 年 7 月有一項重大改變，本研究的主要目的是瞭解醫師如何評估此政策變遷。本研究針對台灣結核病醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會及中華民國感染症醫學會等學會之醫師會員共寄出 1,472 份結構式問卷。回收問卷有 171 份，其中有效問卷 139 份。研究結果顯示，醫師對於舊體制的問題有不同甚至分歧的看法，其中與過去結核病防治體系較有關連的醫師或者對新舊體制有經驗者比較不認為所列出的問題是議題。大部分醫師同意新的制度符合世界潮流以及增加結核病醫療可近性，但是在基層醫療品質方面值得關注。在新舊制度政策執行的比較方面，多數醫師表示新制度在結核病防治執行方面有進步，但是也有不少醫師（尤其是胸腔科醫師）認為新舊時期都有不足，有超過 50% 的醫師對結核病政策感到憂心。因此台灣結核病防治雖然已經有所進步，但是欲更有效地對付此舊疾病，仍需要繼續努力。

關鍵詞：政策評估、結核病防治

Abstract

The purpose of this study is to survey how physicians evaluate the TB policy change in July, 2001 in Taiwan. One thousand four hundred and seventy-two structured questionnaires were mailed to physician members of Taiwan Society of Tuberculosis, Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care, and the Infectious Diseases Society of the Republic of China. One hundred and seventy one questionnaires were received, and 139 of them were valid for analysis. Results showed that physicians expressed mixed and even equally divided opinions regarding the problems of the old system. Physicians who used to affiliated with the previous TB centers or were with experience with both systems tended to disagree that those problems were issues. The majority of the physicians agreed that the new system conforms to the world trend in TB control as well as increases the accessibility of TB care. However, the quality of primary care is a concern. Regarding TB control performances during the two policy periods, more physicians expressed that progresses have been made in the new policy era. However, quite a few physicians, especially those pulmonary physicians, were not satisfied with some performance measures in both time periods. More than 50% of the physicians are still worried about the TB control policy. In conclusion, the performance of TB control in Taiwan has improved in some areas. However, more needs to be done to more effectively control this old disease.

Key words: Policy evaluation, TB control

一、緣由與目的

台灣結核病防治政策從 2001 年 7 月開始有了一個極大轉變。原來慢性病防治機構不再負責結核病防治政策，而由新成立不久的疾病管制局來負責。在「公共衛生與醫療業務分流」的前提之下，疾病管制局致力於建構結核病防治的基礎建設，但不直接提供醫療服務。結核病通報制度因而改變，其策略目標是鼓勵醫師通報，並且儘快完成登記，不論是確診或疑似個案。在新通報制度下，原來由輔導醫師確診之制度便取消，診斷責任完全在醫療院所的醫師身上（莊志杰、許玫玲，2004）。

本研究是以診治結核病人的主要醫師（包括感染、胸腔與結核病等專科醫師）之角度，探討以往制度的問題以及瞭解新政策對結核病防治工作之執行有何影響。

二、文獻探討

1. 結核病防治策略與衛生體系發展

Collins 等作者（2002）以結核病為例探討疾病防治策略與衛生體系發展之關係。文中提到過去十多年來許多國家衛生政策發展，朝向對醫療體系作一重整，典型的衛生政策改革包括打破政府官僚之獨佔局面，朝管理式競爭（managed competition）發展；財務機制的改革，更強調消費者付費的責任；賦予地方更大的責任（responsibility）、資源（resources）與權威（authority），此即所謂「分權」（decentralization）；鼓勵私部門（private sector）發揮更大角色，假設私部門比公部門更有效率；採用成本效益方法來訂定優先順序等。以目前我國結核病防治政策來看，政策變遷之方向與前述幾項大趨勢頗為吻合。疾病管制局將「結核病診療指定醫院」定位為結核病防治體系的基本核心單位（疾病管制局，2002a），代表私部門（醫療院所）對結核病防治將負更大的責任。

以疾病防治的角度來看，Collins 等作者（2002）以結核病的特性與防治方法，探討其重要課題與策略，其中他們特別提到在許多地區，尤其是亞洲，結核病人首先會求助於一般開業醫師。優點是很方便。缺點是診斷與治療品質參差不齊，缺乏治療之監控等。因此，對那些國家級結核病防治計畫（National Tuberculosis Program, NTP）很弱的國家，必須面對兩種選擇（也是困境），一種是放任一般醫療院所，只維繫少數機構之品質。另一種是設法提升醫療院所結核病診治之品質，可是一個弱的 NTP 本來就很難對這些機構發揮影響力，欲提升其品質並不容易。作者所言的大都是開發中國家，如印度，然而這些課題對我國結核病政策仍具有啟發作用。目前我國結核病新政策之實施即源自於大部分個案均在一般醫療院所治療，另外一個事實是這些醫療院所過去缺乏處理結核病能力（疾病管制局，2002a）。疾病管制局所採取的策略即屬於前述第二種，設法提升醫療院所結核病診治之品質，並賦予更多責任。

2. 政策分析與評估

政策內容包含多重面向，欲面面俱到地進行評估並不容易。公共政策學者常用的評估層面包括資源投入、效果、效率、品質、滿意度及對系統之影響等等 (Dunn, 1981; Starling, 1988; Nakamura & Smallwood, 1980)。在醫療照護體系之評估方面，最常提到的目標是品質、公平 (equity) 與效率。好的醫療照護制度應當提供具有基本品質之服務、醫療服務之財務負擔儘量公平、服務之可近性 (accessibility) 應加以提升、醫療資源利用有效率不浪費等等。

以我國結核病防治政策來分析，新的結核病防治策略主要目標在於效率與品質兩個面向。尤其個案通報登記新政策的重點，就是希望能夠提升效率，提高通報率，縮短通報時間。自從 2001 年 11 月啟用網際網路結核病通報查詢系統，試辦醫療院所網路通報之後，到 2002 年 8 月，個案由診斷到完成登記的時間，已經由舊制時期 44.5 天縮短為 4 天 (疾病管制局, 2002b)。政策所產生的誘因會影響醫療行為，當 1997 年全民健保支付「結核病例發現診察費」之後，通報率便大幅提高 (Chiang et al., 2002)，效率提升有目共睹。然而，在提昇效率時是否能夠兼顧品質，就值得探討。本研究主要從效率與品質這兩個角度切入，深入探討新制度所帶來的影響。

三、研究方法

1. 資料來源

本研究採用受訪者自填之結構式問卷，以郵寄方式對中華民國感染症醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會及台灣結核病醫學會等學會之醫師會員進行問卷調查。問卷內容係根據研究目的以及結核病防治政策變遷相關議題之文獻設計問卷初稿，經專家效度及前測修正後成為本研究調查之問卷。問卷內容包括受訪者之基本資料、執業地區及機構特性、政策評估等三大部份。而政策評估項目包括過去問題、政策改變原因探討、政策影響評估等三部份。

2. 研究變項

本研究以醫師之性別、年齡、工作資歷、執業科別 (專業科別) 等人員特質，與醫師執業所在的轄區與機構特性為控制變項，政策評估各題目為依變項。

3. 分析方法

本研究針對樣本的特性及每一變項做描述性的統計，包括百分比、平均值之分析，以瞭解整體樣本在各研究變相及構面的分佈情形。並以 t 檢定、卡方檢定、迴歸分析，檢測各變項間是否有顯著性的差異。

四、結果

本研究共寄發 1,472 份問卷，回收之問卷 171 份(回收率 11.6%)，有效問卷 139 份(回收率 9.6%)。由於有些醫師可能加入多個醫學會，然而本研究因為無法取得感染症醫學會之會員名冊(由學會代寄)，因此可能產生問卷重複寄出之情形，導致問卷回收率之低估。

政策分析的描述性統計結果顯示，在「過去問題探討」方面，七個題目當中有兩題回答「非常同意」與「同意」者合計超過 70% (參見表一)。78.3%之醫師認為過去個案管理人員(衛生所護士)為了要完成診斷與治療之評鑑，必須到處借病歷與 X 光片，的確費時費力。有 71.7%之醫師認為過去慢性病防治局/院之中心診斷輔導醫師，未直接與病人接觸，僅憑病歷與 X 光片就下診斷或改診斷，確實會影響醫療品質。有三項題目之問卷回覆情況呈現兩極，同意與不同意者的百分比均接近 50%，這些題目包括：「過去由於過度重視結核病診斷的正確性，容易延誤結核病防治的黃金時機。」、「過去結核病之診斷權與治療評估由中心醫師把關，通報醫師沒有參與感，常有『乾脆由中心醫師自己看就好』的心態」、「過去病人普遍認為中心診斷醫院(慢性病防治局/院)的醫師較專業，進而降低病人前往基層醫療院所就診之意願」。另外兩題，回答不同意的居多，包括「過去有些個案經通報醫師初期診治後，即被轉到中心診斷醫院(慢性病防治局/院)接受後續治療，讓通報醫師沒有成就感，覺得白費心力」(55.8%不同意)、「過去通報的個案須經由中心診斷，造成中心診斷醫院(慢性病防治局/院)負荷過重」(46.7%不同意、16.1%不知道)。

在「政策改變原因探討與評估」方面，四題當中有三題超過 77%的問卷回覆者同意：多數醫師認為新政策符合結核病防治的世界潮流(79.0%)；可以讓更多醫師參與結核病防治工作(84.8%)；及提高民眾就近診療疾病的方便性(77.5%)。然而，對於「目前國內基層醫療水準，已經達到足以充份授權各通報醫師來診斷及治療結核病」，只有 37.4%的醫師認同這樣的說法(如表二)。

最後在新舊政策比較評估方面(表三)，30%至 52%的醫師認為新政策時期結核病人對結核病的認知與服藥順從性較以前進步；公共衛生護士無論在提供病人管理之協助、或與醫師互動上都普遍較過去時期為佳；新政策下之行政效能如病人管理手冊設計、行政程序、病人轉介與整體結核病防治的效果都較以前為佳。但是也有三成到五成回覆者表示新舊政策前後並無差異，值得注意的是被認為前後期表現均不佳的項目，如病人對結核病認知(28%)、病人轉介困難(25.8%)等。34.4%的醫師表示「與過去慢性病防治局時期比較，您所接觸的醫師中，大部分對現行結核病防治政策」是較為正面的，然而也有 32%醫師認為是較憂心的，還有另外 20.5%醫師對新舊政策都持憂心態度。

在推論統計方面，本研究以逐步複迴歸分析醫師背景與二十項政策看法的關連情況，其中相關比較一致的變項有以下幾個。首先，醫師是否曾經隸屬防癆局或慢性病防治局對七項政策題目之看法有統計上的差異，曾隸屬這些結核病防治機構者比較傾向不同意之負

向看法（第一項第 1、5 題；第二項第 1 題；第三項 1~4 題）。其次，執業科別是「其他科」（非家庭醫學科、內科及小兒科）者較其他科別醫師對四項政策題目有正面評價（第二項第 2 題、第三項 7~9）；只有歷經疾病管制局時期者對於三項政策議題偏正向評價（第一項第 2、3、5 題；這類醫師共 16 位，因為他們未經歷前後時期故未答覆第二、三大項題目）；曾擔任結核病輔導醫師者較其他醫師對於三項議題之看法較為負面（第一項第 4 題、第三項第 2、6 題）；最後，屬於胸腔次專科的醫師相較其他醫師在三項政策題目方面持較負面的看法（第三項第 6、8、9 題）。

五、討論

由上述研究結果可知，回覆問卷醫師對於過去政策問題的看法歧異。比較熟悉舊體制的醫師（包括曾隸屬結核病防治機構者、曾擔任結核病輔導醫師者、執業歷經不同政策階段者）比較不同意本問卷所列出的政策問題。在「政策改變原因探討與評估」方面，大部分醫師認同新政策符合世界潮流，醫師參與增加、民眾就診更為方便，但是國內基層醫療水準是需要關切的議題。在新舊政策比較評估方面，對政策執行持正面看法醫師較多，但是有不少醫師（尤其是胸腔科醫師）認為還有應改進而尚未改進之處，或許因此有不少醫師對於現行結核病政策仍感到憂心。

本研究嘗試瞭解為何醫師對於某些議題呈現兩極看法，雖然部分題目可以看出一些趨勢，但是還有許多依變項的變異無法在迴歸模型中獲得解釋，其中一個原因是樣本數仍嫌不足。傳統上醫師回覆問卷的意願本來就很低，本研究鎖定與結核病防治較有關連的專科醫師進行研究，但是問卷回收仍不高。由於回收率不高，本研究的結論並無法代表所有專科醫師的看法。另一方面，雖然本研究問卷回收率不高，但是回收 139 份有效問卷中，有 124 位受訪醫師對本研究開放式題目，有熱烈的回應，顯示他們對台灣結核病防治政策相當關心。

透過醫師們對本問卷的回應，可以看出結核病防治還有改進的空間，包括醫療品質的進步以及執行層面的檢討。在政策分析研究方面，未來還可以繼續對醫師以及相關醫護人員等進行訪談。

六、計畫成果自評

本計畫原來預計分兩年進行，但國科會核定本研究以一年時間完成，故本研究選擇針對醫師進行問卷調查，此仍與原計畫主要目的相符，亦確實完成預期之目標與成果。本研究之成果應可發表於國內期刊，若能再結合疾病管制局歷年之結核病相關統計資料，可投稿於國際期刊。

表一、「過去問題探討」之統計

| 過去問題探討 (%) | 同意 | 不同意 | 不知道 | 樣本 | 排序 |
|--------------------------|------|------|------|-----|----|
| 1、容易延誤結核病防治的黃金時機 | 48.2 | 48.9 | 2.9 | 139 | 3 |
| 2、由中心醫師把關，通報醫師沒有參與感 | 47.1 | 48.5 | 4.3 | 138 | 5 |
| 3、通報醫師沒有成就感，覺得白費心力 | 39.1 | 55.8 | 5.1 | 138 | 6 |
| 4、中心診斷醫院負荷過重。 | 37.2 | 46.7 | 16.1 | 137 | 7 |
| 5、未直接與病人接觸，就下診斷或改診斷 | 71.7 | 24.6 | 3.6 | 138 | 2 |
| 6、病人普遍認為中心診斷醫院的醫師較專業 | 47.9 | 47.8 | 4.3 | 138 | 4 |
| 7、衛生所護士到處借病歷與 X 光片，費時費力。 | 78.3 | 17.4 | 4.3 | 138 | 1 |

註：同意=非常同意+同意；不同意=不同意+非常不同意

「排序」是依表列「同意」值之大小排序。

表二、政策改變原因探討與評估

| 政策改變原因探討與評估 | 同意 | 不同意 | 不知道 | 樣本 | 排序 |
|---------------------|------|------|------|-----|----|
| 1、符合結核病防治的世界潮流 | 79.0 | 16.6 | 4.34 | 138 | 2 |
| 2、基層醫療水準，已經達到足以充份授權 | 37.7 | 58.7 | 3.6 | 138 | 4 |
| 3、已經擴大參與層級，讓更多的醫師參與 | 84.8 | 13.8 | 1.4 | 138 | 1 |
| 4、提高民眾就近診療疾病的方便性。 | 77.5 | 20.3 | 2.2 | 138 | 3 |

註：同意=非常同意+同意；不同意=不同意+非常不同意

「排序」是依表列「同意」值之大小排序。

表三、政策影響評估比較：

1. 與過去慢性病防治局時期比較，您目前診治的結核病人對結核病之認知：

| 有效樣本數 | 普遍較佳 | 普遍較差 | 沒差異，皆佳 | 沒差異，皆差 | 不知道 |
|-------|------|------|--------|--------|-----|
| 125 | 37.6 | 8.0 | 18.4 | 28.0 | 8.0 |

2. 與過去慢性病防治局時期比較，您目前診治的結核病人之服藥順從性：

| 有效樣本數 | 普遍較佳 | 普遍較差 | 沒差異，皆佳 | 沒差異，皆差 | 不知道 |
|-------|------|------|--------|--------|-----|
| 124 | 44.4 | 10.5 | 26.6 | 9.7 | 8.9 |

3. 與過去慢性病防治局時期比較，現在的轄區公共衛生護士對於我的病人管理提供協助：

| 有效樣本數 | 較能協助 | 較無法協助 | 沒差異，都能協助 | 沒差異，都未能協助 |
|-------|------|-------|----------|-----------|
| 100 | 51.0 | 15.0 | 30.0 | 4.0 |

4. 與過去慢性病防治局時期比較，您目前與轄區公共衛生護士在管理病人上的互動：

| 有效樣本數 | 較佳 | 較差 | 沒差異，一樣佳 | 沒差異，一樣差 |
|-------|------|------|---------|---------|
| 97 | 53.6 | 10.3 | 21.6 | 14.4 |

5. 與過去慢性病防治局時期比較，現行政策下鼓勵各大醫院設置隔離病房，您在轉介病情複雜的結核病人上：

| 有效樣本數 | 較容易 | 較困難 | 沒差異，都容易 | 沒差異，都困難 |
|-------|------|------|---------|---------|
| 93 | 34.4 | 15.1 | 24.7 | 25.8 |

6. 與過去慢性病防治局時期比較，您對於結核病人的治療手冊的內容設計：

| 有效樣本數 | 較適當 | 較不適當 | 沒差異，都適當 | 沒差異，都不適當 |
|-------|------|------|---------|----------|
| 119 | 49.6 | 12.6 | 31.9 | 5.9 |

7. 與過去慢性病防治局時期比較，現在政策的行政程序對我而言：

| 有效樣本數 | 較簡化 | 較繁瑣 | 沒差異，都簡化 | 沒差異，都繁瑣 |
|-------|------|------|---------|---------|
| 122 | 36.9 | 22.1 | 23.8 | 17.2 |

8. 與過去慢性病防治局時期比較，您覺得新政策對整體結核病防治的效果是：

| 有效樣本數 | 較正面的 | 較負面的 | 沒差異，都正面 | 沒差異，都負面 |
|-------|------|------|---------|---------|
| 121 | 52.1 | 16.5 | 24.8 | 6.6 |

9. 與過去慢性病防治局時期比較，您所接觸的醫師中，大部分對現行結核病防治政策：

| 有效樣本數 | 較正面的 | 較憂心的 | 沒差異，都正面 | 沒差異，都憂心 |
|-------|------|------|---------|---------|
| 122 | 34.4 | 32.0 | 13.1 | 20.5 |

參考文獻

- 石芬芬 (1993)。我國結核病流行概況與防治策略。衛生報導，3(9)，5-9。
- 行政院衛生署 (1993)。衛生白皮書。台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2002a)。管制局局慶專刊 2002。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2002b)。民國九十年結核病防治年報。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署疾病管制局 (2002c)。結核病防治工作手冊。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- 索任 (2001)。細說結核：從臺灣的 TB 防治談起。醫望，3(4)，37-42。
- 莊志杰、許玫玲 (2004)。臺灣結核病防治政策與相關議題：組織發展與通報政策變革。台灣衛誌，23(4):292-296。
- 陸坤泰 (1997)。結核病新知。台灣醫學，1(1)，43-49。
- 張世賢 (1988)。公共政策析論。台北：五南。
- 張正二 (1985)。台灣省加強結核病防治五年計畫執行成果之評價。公共衛生，12(2)，195-205。
- 張禹罕 (1985)。公共衛生學。台北：台灣商務。
- 翁興利 (1996)。公共政策—知識應用與政策制定。台北：商鼎文化出版社。
- Chiang, C.Y., Enarson D.A., Yang S.L., Suo J., Lin T.P. (2002). The impact of national health insurance on the notification of tuberculosis in Taiwan. *Int J Tuberc Lung Dis*, 6:974-979.
- Collins, C. D. et al. (2002). The relationship between disease control strategies and health system development: the case of TB. *Health Policy*, 62:141-160.
- Dunn, William N, (1981). *Public Policy Analysis : An Introduction*, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, Inc. P.339.
- Hopewell, P. C. (1992). Impact of human immunodeficiency virus infection on the epidemiology, clinical features, management and control of tuberculosis. *Clinical Infectious Disease*, 15(3), 540-547.
- Nakamura, R.T. & Smallwood, F. (1980). *The Politics of Policy Implementation*. New York: st. Martin's Press, Inc.

Starling, G. (1988). Strategies for Policy Making. U.S.A.: The Doresy Press.

World Health Organization. (1994) TB-A global emergency. WHO report on the Global Tuberculosis Epidemic. WHO/TB/94.177. Geneva: WHO, 1994.

World Health Organization. (1964). WHO Expert Committee on Tuberculosis, Eighth Report, Technical Report. Series, 290.

World Health Organization. (2000) Global Tuberculosis Control WHO Report 2000 Geneva, Switzerland, WHO/CDS/TB/2000.275.