

編號：CCMP93-RD-066

# 實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討

施純全

中華民國中醫師公會全國聯合會

## 摘 要

本研究之目的分為四點：

- 第一、建立全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務品質評估工具，俾供評估全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫對民眾滿意度之影響。
- 第二、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療服務品質滿意度及就醫可近性之現況。
- 第三、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫影響病患對中醫門診醫療服務品質及全民健保滿意度之因素。

最後，對無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫中醫醫療服務品質、就醫可近性及相關問題提出具體改善建議。

以中醫師全聯會提供民國九十三年七月至十月之全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表為依據，分析無中醫鄉巡迴醫療服務計畫醫療利用概況。並針對申請辦理此計畫之全民健保中醫特約醫療機構，以舉辦座談會與問卷調查之方式，了解執行醫療服務者之服務態度、服務動機及需求狀況等。對於接受無中醫鄉巡迴醫療之就醫民眾，採用電話問卷調查方式，瞭解無中醫鄉民眾接受中醫巡迴醫療服務試辦計畫醫療服務品質滿意度及就醫可近性等。

研究結果摘要如下：

- 一、與一般地區中醫門診就醫病患相比較，無中醫鄉巡迴醫療服務就醫病患家庭月收入及教育程度偏低、女性及老年人口偏高，慢性病患比例亦明顯高於一般地區。

- 二、與一般地區中醫門診就醫病患醫療服務品質滿意度調查相比較，無中醫鄉巡迴醫療服務品質各項目滿意度調查，除對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度較一般地區稍低外，其餘各項目滿意度均高於一般地區。
- 三、無中醫鄉巡迴醫療就醫病患，有就醫者平均就醫次數高於一般地區，實施後山地離島偏遠地區民眾之就醫人數、就醫次數、就醫比率及有就醫者平均就醫次數均有明顯增加，研究結果並顯示無中醫鄉巡迴醫療服務不僅增加醫療資源的提供，提高就醫可近性，同時增加就醫民眾對全民健保的滿意度。
- 四、無中醫鄉巡迴醫療服務就醫病患，無中醫就診經驗者佔 44.59%，顯示有將近一半的就醫病患因無中醫巡迴醫療服務的實施而有機會使用中醫醫療。
- 五、無中醫鄉巡迴醫療服務地區，以山地離島為主，就醫病患中原住民比例超過 41.44%，二者在各構面的滿意度並無顯著差異。
- 六、複迴歸分析結果，除「照護可近性」外，各構面滿意度的共同顯著影響因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數，除「照護可近性」及「整體醫療品質」外，各構面的共同顯著影響為是否改看其他醫師，申報方式對病患「醫療設備與環境品質」滿意度對有顯著影響，治療時間對病患「醫療技術品質」及「照護結果」滿意度有顯著影響，至巡迴醫療服務點的交通時間對「照護可近性」有顯著影響。

根據本研究之結果，提供以下相關建議：

### 一、衛生主管單位

- (一) 持續推動無中醫巡迴醫療服務計畫，並規劃鼓勵中醫師前往醫療資源缺乏地區開執業之計畫。
- (二) 將無中醫鄉巡迴醫療服務計畫病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查，納入中醫門診總額支付制度品質確保方案，並定期監控。

### 二、中醫門診總額受託單位

- (一) 應定期實施無中醫鄉巡迴醫療服務成效評估。
- (二) 建議修改支付標準為基本承作費用加論量計酬，並採限制申請及專案核準之方式辦理。

- (三) 定期公告無中醫鄉名單及優先開辦無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之地點。
- (四) 新增無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之審核，除考慮鄰近鄉鎮中西醫療資源之現況外，應著重考慮當地居民醫療需求。
- (五) 建立醫療品質保證制度，申辦院所於申請無中醫巡迴醫療服務計畫時，應一併簽署相關品質規定及獎懲措施。
- (六) 計劃辦理參與無中醫巡迴醫療服務人員意外保險。

### 三、承辦院所單位

- (一) 重視醫病溝通品質，加強宣導及衛教工作。
- (二) 改善及提昇無中醫鄉巡迴醫療服務地點環境衛生及醫療設備。
- (三) 行政人力不足時應優先考慮增聘當地民眾擔任，增進當地民眾就業機會。

關鍵詞：山地離島、中醫門診總額支付制度、病人滿意度

Number:CCMP93-RD-066

# **Exploration on the Implementation of Mobile Medical Program in No-traditional Chinese Medical Countries**

Chun-Chuan Shih

The National Union of Chinese Medical Doctors' Associations R.O.C.

## **ABSTRACT**

This study is divided into four points:

1. Establishing the means of evaluating Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance, for the assessment of the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance and its influence on the satisfaction of the public.
2. Researching into the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance, the extent of public satisfaction with it and the feasibility of medical service in this regard.
3. Researching into the influence of the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance on the extent of patient satisfaction with the service quality of the out-patient department of Chinese medicine and with Public Health Insurance.
4. Concrete suggestions for improving the service quality of Chinese medical treatment stipulated by the tentative plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health

Insurance, the feasibility under medical service in this regard and relevant issues.

Based on the daily report of the outpatient department of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance, a report starting for July to October 2004 provided by National Union of Chinese Medical Doctor's Association, analysis is made of the utilization of medical service stipulated by the Plan Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service under National Health Insurance. Besides, with regard to specially appointed medical institutions associated with implementation of this plan, seminars are held and questionnaires are distributed to get to know the service attitude and motivation of medical workers as well as demands required. Telephone investigation is made to solicit opinions of those who cannot receive Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, in order to be informed of the extent of their satisfaction with the service quality of this plan and the feasibility of medical service in this regard.

The abstract of the research results are as follows:

1. Compared with patients receiving ordinary out-patient treatment of Chinese medicine in ordinary areas, monthly income and educational level of patients receiving Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service are lower, with more females and old people and an obvious incidence of chronic diseases than those in ordinary areas.
2. Compared with the satisfaction with the service quality on the part of patients receiving out-patient treatment of Chinese medicine in ordinary areas, satisfaction with the service quality of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service is higher than that of ordinary areas except the sanitation and comfort of the venue for medical treatment.
3. The average number of patients receiving Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service is greater than that of patients in ordinary areas. There is an obvious increase in the number and ratio of patients in isolated mountains and off-shore islands after the implementation of the plan. As shown by the research results, Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service not only adds medical resources and makes such medical treatment possible, but also promotes the patient satisfaction with National Health Insurance.

4. Among patients receiving Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, those having had the experience of receiving such a service account for 44.59%, indicating that nearly half of patients have access to Chinese medical treatment since the implementation of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service.
5. Areas benefited by Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service are mostly mountains and off-shore islands. Among patients receiving such a service, aboriginals cover more than 41.44%. There is no obvious difference between the two with regard to the satisfaction in various strata.
6. According to the result of multiple-regression-analysis, in addition to "Feasibility under Care", concerted influential factors of satisfaction in various strata are related to the number of patients receiving mobile Chinese medical treatment at medical service stations. Apart from "Feasibility under Care" and "The Quality of Entire Medical Treatment", concerted influential factors are related to whether or not patients turn to other doctors. The way of application has an obvious influence on patient satisfaction with "The Quality of Medical Equipment and Environment". The time of medical treatment has an obvious influence on patient satisfaction with "The Quality of Medical Skills" and "The Result of Care". The time of travel to the medical service station of mobile medical service has an obvious influence on "Feasibility under Care."

According to the results of this research, relevant suggestions are offered as follows:

1. The unit in charge of public health:
  - (1) Continuously promoting the plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service and encouraging doctors of Chinese medicine to carry out this plan in areas short of medical resources.
  - (2) Incorporating Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, feasibility of medical treatment for patients and investigation of the patient satisfaction with the quality of medical service into the plan of ensuring the quality of the system related to the Overall Payment System of Global Budget for Chinese Medicine Treatment., along with supervision at regular intervals.

2. The unit entrusted with the total volume of out-patient treatment of Chinese medicine:

- (1) Evaluation of the performance of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service at regular intervals.
- (2) It is suggested that the payment standard be amended, i.e. basic fee plus amount-calculation and that application restricted and special cases examined for approval.
- (3) Periodical publicity is given to a list of towns without Chinese medical service and priority is rendered to places established with Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service.
- (4) The examination for approving newly-established Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, apart from taking into account the status-quo of the resources of Western and Chinese medical services in nearby towns, should lay stress on the needs of local residents in terms of medical service.
- (5) The system of ensuring the quality of medical service should be established. When applying for the implementation of the plan of Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service, institutions concerned need to sign on the stipulations related to the quality and measures of rewards and punishment.
- (6) Accident insurance to be rendered for those participating in offering Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service.

3. Institutions as undertakers:

- (1) Paying attention to the quality of communication between medical workers and patients as well as reinforcing publicity to it and public health.
- (2) Improving and enhancing environmental sanitation and medical equipment at the places where Peripatetic Medical Service for the Communities without Chinese Medical Service is rendered.

When there are not enough administrative personnel, priority should be given to employing local people in replacement, so as to increase employment opportunities for local people.

Keywords : remote area, the global budget system for ambulatory care of Chinese medicine, patient satisfaction



# 第一章 前言

本章分為四節：第一節說明研究背景，包括山地離島的醫療政策及無中醫鄉的醫療問題；第二節為本研究之重要性及目的；第三節探討相關文獻；最後介紹無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之緣起。

## 第一節 研究背景

### 壹、政府的山地離島醫療政策

我國山地離島偏遠地區衛生政策及推動無中醫鄉巡迴醫療服務主要的憲法依據在於第一五七條：國家為增進民族健康，應並普遍推行衛生保健事業及公醫制度。第一五五條：國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢、無力生活、及非常受害者，國家應予適當之扶助與救濟。第一六九條：國家對於邊疆地區各民族之教育、文化、交通、水利、衛生及其他經濟、社會事業應積極舉辦，並扶助其發展。憲法增修條文第十條第五款「政府應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」。

全民健康保險法第三十二條規定：本保險法為維護保險對象之健康及促進山地離島地區之醫療服務，主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法及山地離島地區醫療服務促進方案。其中醫療服務改善措施包含有：

- 一、免繳部分負擔
- 二、鼓勵特約院所提供山地離島地區醫療服務
- 三、放寬山地離島地區醫療院所特約業務及協助改善醫療設備
- 四、山地離島偏遠地區健康保險之多元服務改善方案
- 五、補助原住民參加全民健康保險之保險費

民國八十四年三月實施全民健康保險，除去大部分民眾就醫之經濟障礙。雖然如此，但山地離島偏遠地區居民的醫療問題卻凸顯了有醫療無保險的就醫問題。政府為使全民皆能享受到醫療服務，除了繼續提供醫療設備及訓練醫療人力外，並加強提高山地離島居民之納保率，中央健康保險局並於民國八十六年九月開始，結合民間聖保祿等八家醫院，以論人及論量計酬的方式支援十二個山地離島鄉村之醫療服務，而此結合大型醫院提供山地離島地區的醫療服務模式正逐年增加中，在八十八年試行山地離島地區的整合型醫療服務計畫，並將給付制度由原有的論量計酬轉為包醫制度，以強化山地地區的醫療資源(2)。

為提昇醫療服務品質與效率、合理控制醫療費用，及提高專業自主性，中醫門診總額支付制度於八十九年七月正式實施(12)。隨著政策的推行，民眾對於中醫醫療利用率的增加，中醫逐漸受到重視，而在總額的實施之下，醫療品質的提昇也成為重要的政策之一。

為避免資源少的地區付費者補助資源多的地區，造成醫療資源分佈愈來愈不平均的現象，台灣總額支付制度規劃訂定地區預算。並自九十年十月起於預算協商中導入無醫鄉執業、巡迴醫療、資源缺乏地區獎勵方案、山地離島地區服務提昇計畫等多項專款專用項目，藉以做為均衡醫療資源分布的機制。

但在中醫部份，對於無中醫鄉地區一直未有明確的政策，九十一年中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師全聯會)提出無中醫鄉鎮巡迴醫療服務計畫但未獲通過，直至九十二年中醫門診總額支付制度醫療費用協商始正式協定通過，並列為專款專用項目，經過中醫師全聯會與中央健保局竭力研議，中央健康保險局於九十二年五月九日健保醫字第 0920023186 號函正式公告實施，從此開啟以傳統醫療支援偏遠地區的新照護模式(23)。

前述公告說明中強調由於中央健康保險局已於全省四十七個山地離島鄉實施「山地離島醫療服務促進方案」，試辦計畫與前述方案若辦理地點相同時，應作適度整合；同時於執行此方案時，宜與當地衛生局合作，以避免醫療資源浪費及「非山地離島地區部份負擔由執行醫療服務者自行吸收」之規定，應於六個月後進行影響評估，並將檢討結果陳報行政院衛生署。經過中醫全聯會三次初審、三次複審，初步完成三十七個巡迴醫療點的評選工作。三十七個無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫巡迴點中，總計山地地區 26 巡迴點，離島地區 3 巡迴點及偏遠地區 8 巡迴點，承辦院所共計有公立中醫院 3 家，醫學中心附設中醫部 2 家，區域醫院 4 家，地區醫院 3 家，基層中醫院所 42 家。無中醫鄉巡迴醫療服務的正式開辦，衍出試辦計畫的成效評估，無中醫鄉巡迴醫療與「山地離島醫療服務促進方案」整合機制等多項新的政策性研究課題。

## 貳、無中醫鄉的醫療問題

台灣山地離島地區因環境特殊，地區遼闊，交通不方便，醫護人員羅致不易，醫療設備不完全，再加上當地居民的生活型態、風俗習慣，一般經濟及就業情況較差，導致許多健康及公共衛生的問題。歷年來政府實施了相當多的方案措施，來解決山地離島的健康及就醫問題。

目前全國有四十八個山地離島地區，應納保人數為三十六萬五千人左右，但是已經納保的人數只有三十二萬一千餘人，仍有四萬三千多人未納保。而當地納保民眾多是以職業工會、農、漁會會員、低收入戶、地區人口及其眷屬的身份投保，由於多屬所得偏低(或無收入)或工作不固定，經濟能力差者，導致他們往往無法長期、定期、按時繳納健保費，成為中斷保費的人口，或者根本就未投保。甚至出現部分山地離島居民捨棄健保的照護，退出健保行列的情形。

偏遠地區的醫療資源之所以缺乏，當然也是基於地理環境和經濟因素的影響，以致於私立醫療院所不願意前往開業，當地的醫療資源往往僅靠衛生所。因此在這樣的情形之下，瞭解當地民眾的特殊醫療需求，針對其需求提供必要的服務，並整合鄰近資源較豐富的醫療院所，才能真正解決當地民眾醫療上的困境。

長久以來，中醫醫療就一直是台灣民眾醫療保健重要的方式之一。雖然健保開辦之初便將中醫門診醫療納入給付範圍，但不管是政府組織的施政方向或是學術單位的研究主題仍以西醫醫療佔絕大多數，重西醫輕中醫的情形，仍是目前中醫在發展上的主要障礙。不過隨著全民健康保險的開辦，中醫醫療供給和醫療需求已有明顯增加的趨勢(1)。

以 1982 年中醫師全聯會的會員名冊為準分析，中醫師與西醫師或牙醫師一樣，均存在地理分布不均的問題。當時的院轄市擁有 19.4%的人口和 38.84%的中醫師，鄉擁有 33.49%的人口和 11.83%的中醫師，其中山地鄉完全沒有中醫師，全台灣地區沒有中醫的鄉鎮共有 127 個(21)。

以 2003 年中醫師全聯會之執行報告為準分析，顯示 2002 年 11 月，全台灣地區無中醫鄉鎮達 112 個(18)，其中山地鄉僅瑪家鄉有中醫師，離島地區僅馬公市、湖西鄉、金城鎮、金湖鎮有中醫師，二十年來無中醫鄉鎮減少數十分有限。依 2001、2002 年中央健康保險局統計，山地離島地區中醫門診就醫比率、每人就醫次數、每人就醫點數，僅約達一般地區之半數，而中醫門診有就醫者每人就醫次數、有就醫者每人就醫點數，一般地區與山地離島地區相去不遠，顯示醫療資源分布對中醫醫療利用有很大的影響。

在台灣地理差異的環境及中醫師人力培養的特殊歷史背景條件下，中醫師人力不患寡而患不均的現象普遍存在，並且中醫師人力分布有高度集中於台中縣市和台北縣市的趨勢(20)，全台灣約有三分之一的鄉鎮缺乏中醫醫療服務。中醫醫療資源分布嚴重失衡，均衡中醫醫療資源分布為中醫門診總額支付制度下的重要課題。

## 第二節 研究重要性及目的

### 壹、研究之重要性

- 一、台灣實施中醫門診總額支付制度對全世界而言是獨一無二的經驗，在全民健保制度下以傳統醫學提供醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務，更是全世界之首見。
- 二、研究結果可做為未來推動相關政策之參考。並有助於加強山地離島偏遠地區醫療照護及均衡中醫醫療資源分布，促進全體保險對象獲得適當的醫療照護，發揮中醫藥在全民健保應有之功能。

### 貳、研究目的

- 一、建立全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務品質評估工具，俾供評估全民健保無中醫巡迴醫療服務試辦計畫對民眾滿意度之影響。
- 二、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療服務品質滿意度及就醫可近性之現況。
- 三、探討全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫影響病患對中醫門診醫療服務品質及全民健保滿意度之因素。
- 四、對無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫中醫醫療服務品質、就醫可近性及相關問題提出具體改善建議。

### 第三節 文獻探討

本計畫所蒐集的相關文獻可歸納為下列幾點：

#### 壹、加強山地離島醫療計畫

政府在實行全民健康保險之後，為了使偏遠地區的居民能夠享受到相同的醫療服務，於是在八十四年公告『全民健康保險加強山地離島醫療作業服務方案』，除了對於在山地離島地區提供醫療服務及赴該地區就醫的保險對象，或離島居民轉診到台灣本島門、急診者，均免除部分負擔。

另外，中央健康保險局協調大型醫院，結合論人計酬及論量計酬的式，來提供山地離島地區疾病篩檢及巡迴醫療工作(3)。

#### 貳、學者對於支援山地離島地區巡迴醫療之評估

- 一、學者呂道南在「宜蘭縣山地鄉社區醫療照護試辦成效評估研究計畫」中提到：在醫療服務可近性、適度性及接受性山地社區醫療有統計上顯著意義，民眾對於服務人員的滿意度達 80%以上，整體來說滿意度都比試辦前來高。醫療利用率及醫療費用試辦前比試辦後都有增加(5)。
- 二、另外，在譚秀芬與曾泓富的研究中，也指出：嘉義縣阿里山鄉在聖馬爾定與嘉基的醫療介入後，原本 60.4%的不滿意比例大幅降至 32.4%。阿里山鄉醫療介入前後，民眾平均每月的醫療利用人次由 4915.8 上升至 5674.3。對於聖馬爾定及嘉基兩家醫療站之滿意度都相當高，分別為 50.0%及 61.5%(6)。
- 三、學者李卓倫於仁愛鄉巡迴醫療計畫中評估，增加醫療人力、設施與醫療服務時間，降低民眾就醫交通時間及等候時間，增加民眾就醫可近性。當地民眾對於巡迴醫療的滿意度高於其他一般醫療服務(8)。
- 四、在外島部分，學者張文信研究在金門縣烈嶼鄉巡迴醫療的提供不僅增加部分醫療資源的提供，提升了部分的醫療可近性，增加了當地居民對全民健保的滿意度。對於馬偕醫院巡迴醫療部分，滿意度達 86.7%(7)。

#### 參、國外偏遠地區醫療模式

各先進國家為解決偏遠地區醫療缺乏問題，便推出各種不同醫療照護模式，提供偏遠地區合理的服務。其中醫療照護網絡的建立是現今台灣地區十分可行的模式之一，垂直醫療照護網絡即各層級醫療機構的合作，由偏遠地

區的基層院所為初級照護的提供者，二級、三級醫院為專科及急診的支援醫院，支援醫院並提供偏遠地區輪調醫護人員、雙向轉診、品管制度、軟硬體設施等，並聯合地方衛生行政機關、社福機構、志工團體、相關基金會、地方人士等共同規劃協調醫療遞送系統，由最接近需求的機構即地方衛生主管機關為網絡規劃推動的主導者，改變過去的協辦或承辦角色(9)。

## 肆、滿意度

病人滿意度的資料可使醫療提供者得知病人關心的、需要的與感受的照護為何？一般而言，其評估的方式有兩種：一為質性方法、如直接觀察法、焦點團體法等；另一種係量性的方法，即用問卷調查的方式蒐集資料(25)。

林美珠(2000)中醫門診病人醫療服務品質滿意度研究，參考美國健康照護政策研究機構(AHCPR,1995)規畫研究績效測量概念與調查構面，將醫療服務品質滿意度、人際互動滿意度、照護可近性滿意度、照護結果滿意度、整體醫療服務品質滿意度及收費合理性滿意度等八個構面(12)。

## 第四節 無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫簡介

九十年十月十二日中醫師全聯會於全民健康保險醫療費用協定委員會第四十八次委員會中協商九十一年中醫醫療費用總額時，曾提出相關方案爭取「中醫師至無中醫鄉鎮服務獎勵措施」，但未獲通過，直至九十二年中醫門診總額支付制度醫療費用協商始正式協定通過，並列為專款專用項目，經過中醫全聯會與中央健保局竭力研議，中央健康保險局於九十二年五月九日健保醫字第○九二○○二三一八六號函正式公告實施，從此開啟以傳統醫療支援偏遠地區的新照護模式。

九十三年五月三日中央健康保險局健保醫字第○九三○○五九八○八號函公告延續辦法「九十三年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」，並追溯自九十三年一月一日起實施，繼續推動實施無中醫鄉巡迴醫療服務(26)。

中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫內容：

### 壹、依據

依據全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會）第六十九次及第七十次委員會議決議暨全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則十辦理。

### 貳、目的

本計畫目的在於鼓勵中醫師至無中醫鄉執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分佈，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，特定訂本試辦計畫。

### 參、本試辦計畫預算及支用範圍

- 一、預算佔九十二年度中醫門診醫療給付費用總額百分之○·三六二，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。
- 二、預算動支採申請制，依實際執行狀況支付。
- 三、施行區域：以中央健康保險局（以下簡稱健保局）公告無中醫鄉為適用範圍；並以山地、離島及偏遠地區巡迴點為優先評選對象。

#### 四、執行方式

##### (一) 目標：

鼓勵中醫師至無中醫鄉地區提供中醫巡迴醫療服務，九十二年以執行三十七個點計畫為目標；九十三年則以執行四十五個點計畫為目標。

##### (二) 開診相關規定：

1. 以無中醫鄉地區當地衛生所或自籌處所為據點，提供每週至少一次定點定時中醫巡迴醫療服務。
2. 每診次不得少於 150 分鐘。
3. 執行巡迴醫療服務者應依核定之每週診療時間提供醫療服務，如因故休診應以專函向中醫師公會全國聯會及中保會各區分會報備。

#### 五、申請資格

中華民國中醫師公會全國聯合會（以下簡稱中醫師公會全聯會）、各縣市中醫師公會、中醫師公會全聯會中保會各區分會（以下簡稱中保會各區分會）、全民健康保險中醫特約醫療機構、其他相關團體所組成之醫療服務團隊，並由全民健康保險中醫特約醫療機構辦理申請及申報事宜。

#### 六、申請程序

申請施行之中醫特約醫療機構應檢送下列資料，以掛號郵寄至中保會各區分會進行初審後，由各區分會提報中醫師公會全聯會依據中醫實際醫療服務需要評選，評選結果並報請中央健康保險局核備。

(一) 無中醫鄉巡迴醫療服務獎勵措施試辦計畫申請表。

(二) 巡迴醫療服務計畫書書面資料及檔案

#### 七、受理審查

(一) 中保會各區分會於每月十五日及每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後進行初審，並於一週內將審查情形送交中醫師公會全聯會，中醫師公會全聯會於當月月底或次月月中彙整分會轉送案件，進行公開審查，並於十日內函復審查結果。

(二) 經審查通過並收到回復函之中醫特約醫療機構，依醫師法相關規定辦理報備事宜後，檢具中醫師公會全聯會之同意函與健保



局轄區分局簽訂醫事服務機構附約後，即可執行巡迴醫療服務。

## 八、支付方式

- (一) 本項巡迴醫療服務採不蓋健保卡，山地離島地區免部份負擔，非山地離島地區部份負擔由執行醫療服務者自行吸收。
- (二) 全民健保中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫支付標準表。
  1. 本試辦計畫列有得「論次計酬」及得「核實申報」費用兩種方式，醫療院所得於申報本試辦計畫時，擇一申報後，且於計畫期間內不得變更費用申報方式。
  2. 針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。
  3. 論次計酬診療項目包括：一般地區中醫師巡迴醫療費、偏遠地區中醫師巡迴醫療費及山地、離島地區中醫師巡迴醫療費。
  4. 核實申報項目包括：門診診察費、藥費、藥品調劑費、針灸治療、傷科治療及脫臼整復費治療處置。

## 九、醫療服務審查

執行本計畫之醫療院所申報案件審查採立意抽審。

## 十、執行報告

經審查通過執行本方案者，於巡迴醫療服務結束或年度結束前，應檢送執行報告，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

## 十一、處罰規定

辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之中醫特約醫療機構如於附約期滿前主動提出解除附約或因違反相關規定遭解除附約者，其費用支付方式自執行本計畫起，改以本試辦計畫支付標準表論量計酬七折支付（每點支付金額以一點一元計算，由本試辦計畫預算及支用範圍中支付）。

## 十二、特殊規定

辦理無中醫鄉巡迴醫療試辦計畫之巡迴點如該無中醫鄉有新設立之中醫特約醫療機構、實施成效不佳或未依本試辦計畫規定事項辦理者，得經中醫師公會全聯會重新評估後更換巡迴地點或予以裁撤。

## 第二章 材料與方法

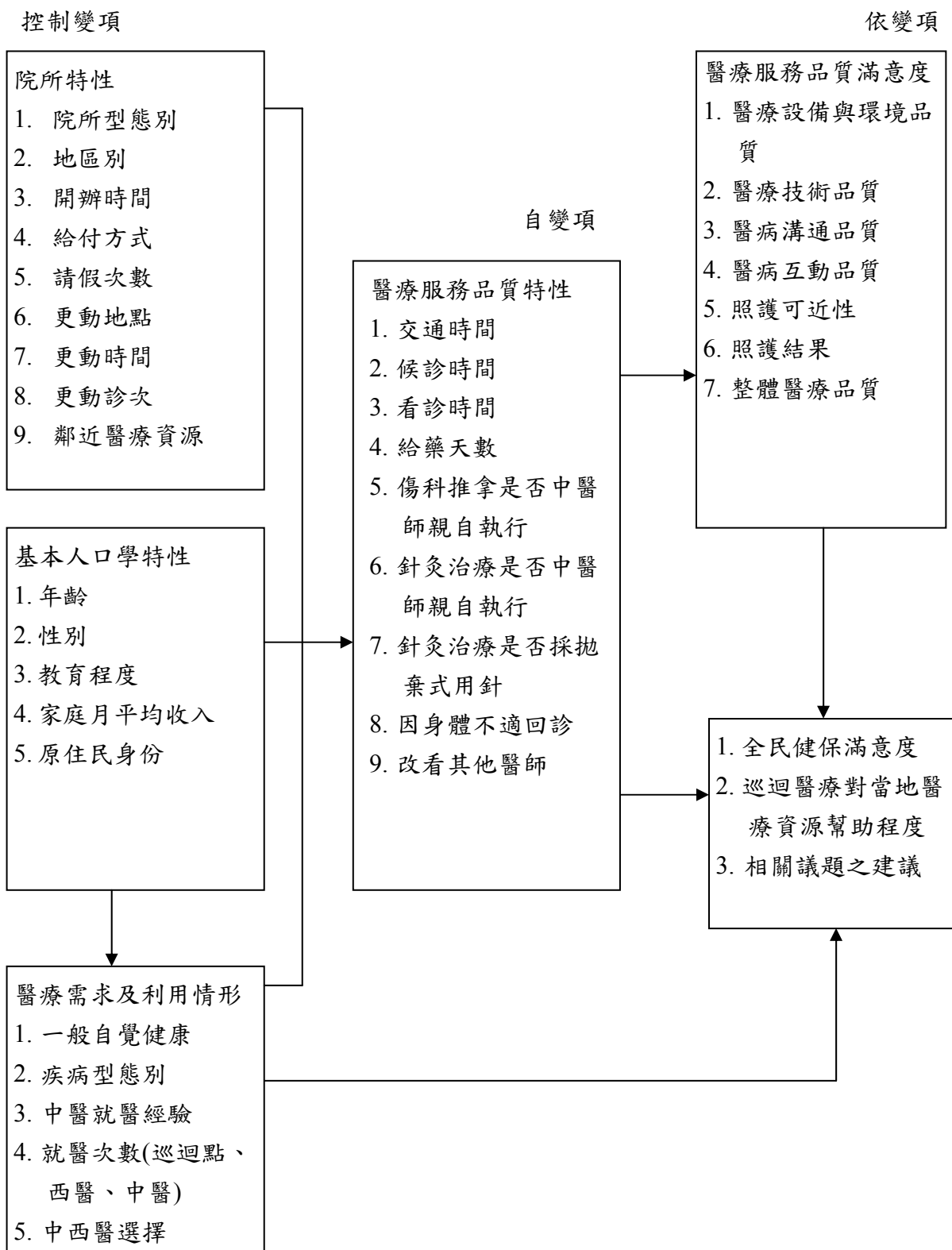
本章分為四部份：第一部份為無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查；第二部份為無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會；第三部份為辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構問卷調查；第四部份為全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表之次級資料分析。

### 第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

#### 第一節 研究對象及研究架構

本研究以接受無中醫鄉巡迴醫療服務之就醫病患為研究對象。若抽中未成年者（小於 15 歲）或年紀大因病無法回答者，或抽中語言隔閡之原住民同胞，則可訪問其家人，並請其代為回答。

圖一 研究架構



## 第二節 研究方法

### 壹、抽樣設計

調查之母群體為接受無中醫鄉巡迴醫療服務之就醫民眾，以分層隨機抽樣方法選出樣本，以中醫師全聯會提供之無中醫鄉巡迴醫療點清冊為分層隨機抽樣之分層依據，其院所為執行無中醫鄉巡迴醫療服務滿三個月以上(截至九十三年七月十日前)。為使接受巡迴醫療服務之就醫民眾皆有被抽中之機會，民眾之樣本，由中醫師全聯會發函，要求提供九十三年十月十三日至十九日期間之無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表，並請其提供調查期間之所有病人名單及其電話與地址。抽樣率設定為 20%，意即調查期間每五位就醫民眾抽選一位進行問卷調查，巡迴醫療點之每一執行院所至少抽取三位就醫民眾進行問卷調查。各家醫療院所內的病患先編定序號再分別進行系統隨機抽樣，抽出樣本病患。若抽中未成年者(小於 15 歲)或年紀大因病無法回答者，或抽中語言隔閡之原住民同胞，則可訪問其家人，並請其代為回答。為預防病患資料不正確或拒訪等狀況，預抽 1.7 倍病患為備用樣本。

### 貳、研究工具及問卷架構

問卷內容以結構式問卷來收集資料，問卷設計除參考行政院衛生署(2003)之「牙醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」、(2003)之「中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」及「美國健康照護政策研究機構(AHCPR, 1995)滿意度調查問卷」，同時為考量無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及山地離島偏遠地區醫療環境之特異性，本計畫深入無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫巡迴醫療點訪問就診民眾，來設計符合無中醫鄉巡迴醫療服務品質問卷(附錄一)。

問卷內容包括接受無中醫鄉巡迴醫療服務之就醫民眾抽樣期間之：

- 一、就醫利用可近性：包括習慣、可近性、利用率、費用等。
- 二、醫療服務品質滿意度。
- 三、自覺健康與醫療利用情形。
- 四、全民健保滿意度。
- 五、基本資料：

包括性別、年齡、教育程度、居住地區、全家每月平均收入及有無罹患慢性病及原住民身份等。

## 參、專家效度與信度

本問卷除考量無中醫鄉巡迴醫療服務病患特性及需求外，並根據本研究之調查目的完成問卷初稿，初稿完成後先請中醫藥及長期從事中醫公共衛生政策研究之專家學者、全民健康保險醫療費用協定委員會委員、中醫門診總額支付制度執行人員、無中醫鄉巡迴醫療服務計畫推動人員以及中醫臨床醫師等七人(專家名單詳附錄二)，針對問卷題目之妥切性、可用性及明確性進行專家諮商及內容效度審查，採 5 個等級來評量，評分標準如下：

- 一、1 分：表此項目極不適當，應完全修改或刪除。
- 二、2 分：表此項目不適當，應作大幅修改。
- 三、3 分：表此項目尚可，應作部分修改。
- 四、4 分：表此項目適當，符合研究需要。
- 五、5 分：表此項目極適當，不需修改且為不可省略之項目。

評鑑結果如為 3 分(含)以上者，則與專家研討後進行修改，低於 3 分則刪除不用，結果發現高達 90%的項目其專家同意百分比高於 80%以上之內容效度。另為提高測量工具的信度，本研究利用文獻探討整理門診服務品質應包含之面向(dimensions)，並以 SPSS 信度分析方法評估本問卷有關門診問題滿意度的內在一致性(internal consistency)，俾提高本研究問卷之信度。

經 SPSS for windows 套裝軟體 10.0 版進行本研究之內在一致性信度檢定，結果發現 16 題整體之信度為 0.8521(cronbach  $\alpha$  值)，其值屬很可信範圍(詳表 2-1)

另外並分為醫療設備與環境方面滿意度、醫病溝通方面滿意度、醫病互動滿意度、照護可近性滿意度、整體醫療品質滿意度，在醫療設備與環方面滿意度的內在信度為 0.5577；醫病溝通方面滿意度的內在信度為 0.7155；醫病互動滿意度的內在信度為 0.7014；照護可近性滿意度的內在信度為 0.555、整體醫療品質滿意度的內在信度為 0.4588，其值約屬可信～很可信範圍。(詳表 2-2~2-6)

表 2-1、中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—整體得分

項 目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
交通時間接受度	0.2655	0.8551
診療等候時間接受度	0.2703	0.8552
治療仔細滿意度	0.5039	0.8422
治療時間滿意度	0.5000	0.8424
地點的環境衛生及舒適性滿意度	0.4732	0.844
醫療設備滿意度	0.4640	0.8443
看病流程滿意度	0.5340	0.8412
交通方便性滿意度	0.4066	0.8477
中醫師的說明滿意度	0.5484	0.8403
其他醫護人員的說明滿意度	0.5423	0.8407
醫師的醫術滿意度	0.5679	0.8391
醫師的服務態度滿意度	0.5692	0.8401
其他醫護人員的服務態度滿意度	0.5599	0.8396
治療的效果滿意度	0.5242	0.8411
整體滿意度滿意度	0.5880	0.8385
是否願意推薦	0.4030	0.8483
Reliability Coefficients Alpha:0.8521		

表 2-2、中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—  
環境設備方面

項 目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
地點的環境衛生及舒適性滿意度	0.3888	-
醫療設備滿意度	0.3888	-
Reliability Coefficients Alpha:0.5577		

表 2-3、中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—醫病溝通

項 目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
中醫師的說明滿意度	0.5571	-
其他醫護人員的說明滿意度	0.5571	-
Reliability Coefficients Alpha:0.7155		

表 2-4、中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—醫病互動

項 目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
治療仔細滿意度	0.5596	0.6018
治療時間滿意度	0.4517	0.6585
醫師的服務態度滿意度	0.4885	0.6366
其他醫護人員的服務態度滿意度	0.4630	0.6559
Reliability Coefficients Alpha:0.7014		

表 2-5、中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—可近性

項 目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
交通時間接受度	0.4116	0.4211
診療等候時間接受度	0.2529	0.5619
看病流程滿意度	0.2926	0.5211
交通方便性滿意度	0.4179	0.4133
Reliability Coefficients Alpha:0.5555		

表 2-6、中醫門診病人對中醫門診醫療服務品質滿意度之信度分析—  
整體滿意度

項 目	去除單題後與總分之相關係數	去除單題後之 Alpha 值
整體滿意度滿意度	0.3065	-
是否願意推薦	0.3065	-
Reliability Coefficients Alpha:0.4588		



## 肆、變項之定義

變項名稱	屬性	變 項 說 明
<b>一、人口特性</b>		
• 性別	類別	受訪者自述之性別，分(1)男(2)女
• 年齡	序位	受訪者自述之性別，分 (1)未滿 15 歲(2)15~19 歲 (3)20~29 歲 (4)30~39 歲(5)40~49 歲 (6)50~59 歲(7)60 歲及以上 (8)拒答
• 教育程度	序位	病患之最高學歷，分(1)小學及以下(含不識字) (2)國中、初中 (3)高中、高職 (4)大學及專科 (5)研究所以上(8)拒答
• 家庭收入	序位	指全家每月平均收入，分(1)一萬五千元以下 (2)一萬五~未滿三萬元 (3)三萬~未滿四萬五千元 (4)四萬五~未滿六萬元 (5)六萬~未滿七萬五千元(6)七萬五~未滿九萬元 (7)九萬~未滿十一萬五千元 (8)不一定/很難說(9)不知道/未回答 (10)十一萬五~未滿十三萬元(11)十三萬元及以上
• 原住民族群	類別	病患是哪一族的原住民，分(1)平埔族(2)泰雅族 (3)賽夏族(4) 布農族 (5)鄒 族(6)阿美族(7)卑南族(8)不知道 (9)拒答 (10)排灣族(11)魯凱族 (12)雅美族(13)太魯閣族(14)邵族 (15)噶瑪蘭族(16)平地人
<b>二、醫療服務品質特性</b>		
• 是否採用拋棄式用針	類別	接受針灸治療者自述針灸是否使用「用後即丟棄式的針」，分(1)是(2)否(3)不知道(9)拒答
• 給藥天數	等距	病患自述當次就診醫師開給口服藥實際天數
• 傷科處置是否中醫師親自執行	類別	接受傷科處置自述是否由(1)中醫師全程執行 (2)中醫師+助理都有執行(3)助理全程執行(4)護士全程執行 (8)不知道(9)拒答
• 針灸是否中醫師親自執行	類別	接受針灸治療自述是否由(1)中醫師全程執行 (2)中醫師+助理都有執行(3)助理全程執行(4)護士全程執行 (8)不知道(9)拒答
• 看診時間	類別	就民眾從醫師開始看診至醫師結束看診所花費的時間
• 交通時間	類別	就民眾感覺從家裡出發至看診地點所花費的單程交通時間
• 等候時間	等距	就民眾從進入看診地點至醫師看診所花費的等候時間(包括現場掛號的等候時間)
• 看中醫次數	類別	病患最近三個月內看中醫的次數(1)一次(2)二次(3)三次(4)四次(5)四次以上(8)不知道 (9)拒答
• 看西醫次數	類別	病患最近三個月內看西醫的次數(1)一次(2)二次(3)三次(4)四次(5)四次以上(8)不知道 (9)拒答
• 自覺身體狀態	等距	病患認為目前自身的身體狀況(1)非常好 (2)好(3)普通(4)不好(5)非常不好(8)不知道(9)拒答
• 中西醫選擇	類別	中西醫均能治療某種疾病，病患的選擇(1)西醫(2)中醫(3)中西醫併用 (4)視疾病性質而定
• 改看其它醫師	類別	(1)有(2)沒有(8)不知道(9)拒答
• 是否有收費	類別	指當次就醫，病人有無自付其他額外之費用
• 就診後身體改善程度	類別	當次就診後是否因身體不適再次就診分(1)有(2)沒有(8)不知道(9)拒答
<b>三、醫療服務品質滿意度</b>		
依美國健康照護政策研究機構(AHCPR)績效測量分類原則，分醫療設備與環境、技術面品質、溝通品質、醫病人際互動、照護可近性、照護結果、整體滿意度等七個構面，以 5 個等級之李克尺度量表測量(Likert scale)評估之，原始數為非常不滿意=1 分、不滿意=2 分、普通=3 分、滿意=4 分、非常滿意=5 分、或非常不能接受=1 分、不能接受=2 分、普通=3 分、可接受=4 分、完全沒問題=5 分…等 5 級，後續統計分數轉換成 100 分。		

變項名稱	屬性	變 項 說 明
◎醫療設備與環境		依信度檢定，本項包括病人對醫療設備與環境 2 題滿意度評估之
•地點的環境衛生及舒等距適性		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•醫療設備		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
◎技術面品質		本項以病人對中醫師診斷治療醫術之滿意度評估之
•醫師的診斷、治療等醫術方面		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
◎溝通面品質		依信度檢定，本項包括病人對醫師等醫療人員病情與用藥說明等 2 題滿意度評估之
•中醫師的說明，包括病情、治療方法及對疾病的指導		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•其他醫護人員的說明，包括用藥、飲食及運動的指導		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
◎醫病人際互動品質		依信度檢定，本項包括病人對醫護人員態度及醫師診斷時間與仔細度等 4 題滿意度評估之
•中醫師的服務態度		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•其他醫護人員的服務態度		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•中醫師診療仔細程度		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•中醫師診療時間長短		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
◎照護可近性品質		信度檢定，本項包括病人對看病流程、交通方便性、交通時間接受度、候診時間接受度等 4 題滿意度評估之
•看病流程		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•交通方便性		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•交通時間接受度		分非常不能接受、不能接受、普通、可接受、完全沒問題 5 個等級
•候診時間接受度		分非常不能接受、不能接受、普通、可接受、完全沒問題 5 個等級
◎照護結果面品質		以病人對該次就醫治療效果(改善程度)之滿意度評估之
•治療的效果(症狀的改善程度)		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
◎整體醫療品質		依信度檢定，本項包括病人對整體滿意度、有沒有不滿意的事發生、不滿意的事有沒有得到妥善的處理、推薦親友意願、中醫師有沒有需要改善的地方、需要改善的地方等 6 題評估之
•整體醫療品質滿意度		分非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 5 個等級
•有沒有不滿意的事發生		病患看中醫，有沒有不滿意的事發生(1)否(2)是
•不滿意的事有沒有得到妥善的處理		不滿意的事有沒有得到那裡人員(指巡迴醫療服務點服務人員)妥善的處理(1)有(2)沒有(8)不知道(9)拒答
•推薦親友意願		(1)非常願意(2)願意(3)普通(4)不願意 (5)非常不願意(8)不知道(9)拒答
•中醫師有沒有需要改善的地方		(1)沒有(2)有(8)不知道(9)拒答
•需要改善的地方	類別	病患認為醫師需要改善的地方(1)增長看診時間(2)縮短看診時間 (3)詳細解說病情 (4)加強醫術 (5)應該親切一點(6)其他(請說明)_____ (8)不知道(9)拒答

## 伍、醫療服務品質滿意度

本項以五個等級之李克尺度量表(Likert scale)測量之，另本研究之醫療服務品質滿意度乃依據美國健康照護政策研究機構(AHCPR) 績效測量分類之原則，將其分為醫療設備與環境、技術面品質、溝通、醫病人際互動、照護可近性、照護結果與整體醫療品質滿意度等七個構面。為便於後續統計分析，各構面分別計算原始分數後，將總分轉換成 100 分的量表，分述如下：

### 一、醫療設備與環境品質滿意度

本項以病人對「環境衛生及舒適性滿意度」、「中醫醫療設備滿意度」二項評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

### 二、醫療技術品質滿意度

本項以就診病患對「中醫師之診斷與治療醫術」之品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

### 三、醫病溝通品質滿意度

本項以病人對「中醫師提供之病情說明」、「醫護人員提供之用藥、飲食」二項評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

### 四、醫病互動品質滿意度

本項以病人對「中醫師服務態度」、「其他醫護人員服務態度」、「中醫師診療仔細程度」及「中醫師診療時間長短」四項品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

### 五、照護可近性滿意度

本項以病人對「中醫看病流程」、「交通方便性」、「交通時間接受度」及「等候診療時間接受度」四項品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

## 六、照護結果滿意度

本項以就診病患對「治療效果」(有多少人改善)之品質滿意度評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。

## 七、整體醫療品質滿意度

本項以病人對「整體醫療品質滿意度」、「推薦親友意願」二項評估之。原始以五個等級量表(Likert scale)評估分：非常滿意=5分，滿意=4分，普通=3分，不滿意=2分，非常不滿意=1分。非常願意=5分，願意=4分，普通=3分，不願意=2分，非常不願意=1分。

## 第三節 資料處理與分析

### 壹、資料蒐集與處理

本研究以電話問卷調查方式進行，並編製訪員手冊，預先進行訪員訓練，並進行模擬測試，然後才正式進行問卷訪問。訪問結束後，資料經過審慎檢查其完整性、合理性和一致性。並做邏輯上的校對和複查。

問卷調查工作於九十三年十一月五日至十一月十五日間進行電話訪問，訪問時間包括上午9：00至12：00，下午1：30至5：30，晚上5：30至8：00，如果是約訪則依據受訪者約定時間訪問。

### 貳、統計分析

本研究係以SPSS for windows 套裝軟體 10.0 版進行資料統計分析，並依照研究目的、研究架構、變項類別需要選擇適當之統計方式進行資料分析，以描述性統計與推論性統計來分析資料，分述如下：

#### 一、描述性統計：

以次數頻率、百分比、平均值等描述性資料呈現民眾基本資料與問卷資料。

#### 二、推論性統計：

##### (一) 雙變項統計：

探討單一自變項與依變項間的關係項是否有顯著差異。

##### (二) 多變項統計分析：

以迴歸分析自變項對依變項的解釋程度，探討影響民眾就醫可近性及品質之影響因素。

## 第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

### 第一節 研究對象

本研究共召開三場座談會，邀請無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫承辦院所參與，深入了解無中醫鄉巡迴醫療在進行過程中的困難點或需改進之處以及由受訪者評估此項服務的成效，以提昇無中醫鄉巡迴醫療服務品質。

辦理時間及地點如下：

表 2-7、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會辦理情形

時 間	分 區	地 點
九十三年九月二十四日	高屏區、南區	屏東縣中醫師公會會館
九十三年十月二十日	台北區、北區、中區	中醫師全聯會會議廳
九十三年十月二十四日	東區	花蓮統帥大飯店二樓會議廳

### 第二節 進行方式

召開研討會的前二週發文予承辦院所，並由中保會各區分會統計出席人數，每場次進行討論前，由計畫主持人或無中醫鄉巡迴醫療計畫專案小組巫召集人雲光進行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務簡報。進行討論時以訪談大綱為主軸，包含由主持人指定某位參與者表達意見，以及由承辦院所自由發言的部份，進行時間為 1.5 至 2 小時，現場由助理將座談會內容完整錄音及記錄。

## 第三部份：辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構調查

### 第一節 研究對象及研究方法

針對參加無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之醫事人員，採行問卷調查方式(附錄四)，調查其服務態度、服務動機及需求狀況等，以瞭解並分析相關之醫事人力配置，以及執行無中醫鄉巡迴醫療服務人員的執行力。由中醫師全聯會於九十三年十一月二日發文予承辦院所，請其負責醫師或計畫負責人協助填答，並於九十三年十一月八日前函復本會。

問卷內容主要針對無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之特性設計，主要分為六大部份：

- 壹、承辦院所基本資料
- 貳、填答人基本資料
- 參、承辦院所服務地區及時間
- 肆、承辦院所執行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之醫事人力
- 伍、異動情形
- 陸、服務狀況

除以上內容外，另針對支付方式修正、重新評估巡迴醫療服務點、診次限制等政策改革部分，設計開放式項目，請承辦院所提供意見，以作為修訂政策之參考。

### 第二節 資料處理與分析

本部份研究分為二項：第一部份以 SPSS for windows 套裝軟體 10.0 版進行資料統計分析，一為單變項描述性分析，二為複選項目次數統計。第二部份開放式問題以 EXCEL 建檔，並作分項歸類，以了解院所意見。

## 第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表 次級資料分析

### 第一節 資料來源

以中醫師全聯會提供民國九十二年七月至九十三年十月之全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表為依據，分析無中醫鄉巡迴醫療服務計畫醫療利用概況。

### 第二節 次級資料處理與分析

在取得上述資料後，分別統計無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數、執行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫申辦院所辦理地區、九十三年度及九十三年 1-10 月分區醫療利用概況(包括就診人次、申請醫療費用、每人平均費用等)及九十二年及九十三年無中醫鄉巡迴醫療利用率等，分析無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施後之執行情形。



## 第三章 結果

本章分四部份呈現研究結果：第一節為民眾問卷調查之結果；第二節則呈現院所座談會辦理情形及訪談摘要；第三節是院所問卷調查之結果；最後第四節則是分析無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫實施概況。

### 第一節 民眾問卷調查

#### 壹、電話訪問期間與執行結果

本研究於民國 93 年 11 月 5 日至 11 月 15 日為期 11 天的時間，進行電話訪談調查，每天電訪時間為上午 9：00 至 12：00，下午 1：30 至 5：30，晚上 5：30 至 8：00，如果是約訪則依據受訪者約定時間訪問，每通電話平均時間為 15.41 分鐘，訪問的結果分為四大類：(一) 成功訪問：444 人 (二) 拒答：60 人 (三) 未完成訪問：經電話追蹤仍無法完成訪問者(含受訪者不在、不方便、有事中途離開等)，59 人。(四) 不能訪問：包括空號、號碼錯誤、電話暫停使用、答錄機、傳真機、五次以上無人回答、受訪者於訪問期間不會回來，220 人。成功訪問率=成功訪問樣本數/應該訪問樣本數=成功訪問樣本數/(成功訪問樣本數+拒答+未完成訪問數)=444/(444+60+59)=78.86%。

#### 貳、樣本基本人口學特性(詳見表 2-8)

一、性別分布：女性(63.29%)較男性(36.71%)多。

二、年齡分布：

年齡分布以 60 歲以上與 50~59 歲最多，分別佔 29.73%與 25.45%，其次是 40~49 歲佔 21.40%；30~39 歲佔 11.94%；20~29 歲佔 6.53%；未滿 15 歲佔 2.93%；而 15~19 歲之青少年僅佔 0.90%為最少。

三、教育程度：

教育程度以小學及以下佔最多，為 53.38%，其次為高中、高職學歷，佔 19.37%；國中、初中佔 17.57%；大學及專科以上最少，僅佔 8.11%。

四、家戶收入：

家戶收入情形以一萬五千元以下佔最多，為 19.37%；其次是一萬五~未滿三萬元，佔 17.79%；再次為三萬~未滿四萬五千元，佔 10.39%；七萬五以上為最少，僅佔 2.94%。

五、慢性病及重大傷病情形：

沒有慢性病及重大傷病者(69.37%)較患有慢性病或重大傷病者(29.28%)多。

六、原住民：

非原住民者較多，佔 55.63%，其餘依族別所佔比率以泰雅族與排灣族最多，分別佔 13.06%與 9.23%；其次依序為太魯閣族、布農族、阿美族、鄒族、魯凱族、噶瑪蘭族，而平埔族最少，佔 0.45%。

七、中醫就醫經驗：

樣本中表示曾經使用過中醫醫療者佔 54.95%，而之前未曾使用過中醫醫療者佔 44.59%。

表 2-8、樣本特性

類別	項目	個數	百分比(%)
性別	男	163	36.71
	女	281	63.29
年齡	未滿 15 歲	13	2.93
	15~19 歲	4	0.90
	20~29 歲	29	6.53
	30~39 歲	53	11.94
	40~49 歲	95	21.40
	50~59 歲	113	25.45
	60 歲以上	132	29.73
	拒答	5	1.13
教育程度	小學及以下	237	53.38
	國中、初中	78	17.57
	高中、高職	86	19.37
	大學及專科	36	8.11
	拒答	7	1.58
家戶收入	一萬五千元以下	86	19.37
	一萬五~未滿三萬元	79	17.79
	三萬~未滿四萬五千元	46	10.36
	四萬五~未滿六萬元	26	5.86
	六萬~未滿七萬五千元	12	2.70
	七萬五千元以上	13	2.94
	不一定/很難說	142	31.98
	不知道/未回答	40	9.01
有無慢性病及重大傷病	沒有	308	69.37
	有	130	29.28
	不知道	2	0.45
	拒答	4	0.90
原住民	否	247	55.63
	平埔族	2	0.45
	泰雅族	58	13.06
	布農族	20	4.50
	鄒族	11	2.48
	阿美族	16	3.60
	不知道	7	1.58
	拒答	8	1.35
	排灣族	41	9.23
	魯凱族	7	1.58
	太魯閣族	26	5.86
	噶瑪蘭族	3	0.68

### 參、研究對象之基本人口學特性與母群體之比較(詳見表 2-9~2-10)

本研究根據參加至抽樣日實際執行無中醫鄉巡迴醫療服務超過三個月以上院所 93 年 10 月 13 日至 19 日之門診日報表申報之所有病患申報資料檢定樣本的性別與年齡的分布結構。檢定結果發現：樣本與母群體間的性別及年齡分布均無統計上的顯著差異，表示本研究之樣本與母群體的分配一致。

表 2-9、樣本性別與母體結構之差異檢定

	樣本分配		母體分配		卡方檢定
	樣本數	百分比	應有樣本數	百分比	
性別					卡方值=0.0063<3.84(自由度 1，顯著水準 5%，p>0.05) 在 5%顯著水準下，樣本與母體的性別分配沒有顯著差異。
男	163	36.71	865	39.679	
女	282	63.29	1315	60.321	

註：母體資料來源：無中醫鄉巡迴醫療院所 10/13~10/19 門診日報表彙整

表 2-10、樣本年齡與母體結構之差異檢定

年 齡	樣本分配		母體分配		卡方檢定
	樣本數	百分比	應有樣本數	百分比	
未滿 15 歲	13	2.97	121	5.56	卡方值=0.1050<3.84(自由度 1，顯著水準 5%，p>0.05) 在 5%顯著水準下，樣本與母體的年齡分配沒有顯著差異。
15~19 歲	4	0.91	31	1.42	
20~29 歲	29	6.6	118	5.41	
30~39 歲	53	12.1	213	9.78	
40~49 歲	94	21.46	391	17.94	
50~59 歲	113	25.8	380	17.43	
60 歲以上	132	30.14	926	42.48	

註：母體資料來源：無中醫鄉巡迴醫療院所 10/13~10/19 門診日報表彙整

## 肆、代答者之人口學特性(詳見表 2-11)

本研究之有效樣本共 444 人，其中有 42 人(9.46%)係由陪診家人代答。其中與患者之關係以父母親或子女為最多，佔 57.14%，其次為夫妻，佔 28.57%，其他如姑嫂、姐妹等佔 14.29%。

代答者的人口特性；性別以女性佔多數(73.81%)，而年齡主要分布在 30~39 歲及 40~49 歲，皆佔 23.81%，以 60 歲以上最少，僅佔 19.05%。

表 2-11、代答者樣本特性

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
代答者與病患關係	親子	24	57.14
	夫妻	12	28.57
	其他(姑嫂、姐妹等)	6	14.29
代答者性別	男	11	26.19
	女	31	73.81
代答者年齡	20~29 歲	7	16.67
	30~39 歲	10	23.81
	40~49 歲	10	23.81
	50~59 歲	7	16.67
	60 歲以上	8	19.05

## 伍、疾病型態及醫療服務內容(詳見表 2-12)

### 一、疾病型態 (複選):

當次就診原因主要以腰酸背痛、扭、挫、拉傷等肌肉骨骼疾病者最多，佔 59.91%，其次是感冒、咳嗽等呼吸系統疾病者佔 17.12%；再次是腸胃疾病者佔 10.36%；再其次是婦科疾病、肝病、糖尿病，所佔比率介於 3%-4%之間。

### 二、醫療服務內容 (複選):

醫療服務以拿藥最多，佔 93.47%，其次分別為針灸治療及傷科推拿，分別佔 47.97%及 35.36%，其他如電療、拔罐、貼布等佔 0.63%。

表 2-12、疾病型態及醫療服務內容

類別	項目	個數	百分比(%)
疾病型態	肌肉骨骼疾病	266	59.91
	呼吸系統疾病	76	17.12
	過敏性疾病	9	2.03
	肝病	16	3.60
	腎臟病	11	2.03
	婦科疾病	18	3.60
	心臟病	10	2.25
	中風	6	1.35
	皮膚病	4	0.90
	腸胃疾病	47	10.36
	失眠	10	2.25
	高血壓	12	2.70
	糖尿病	15	3.38
	痛風	10	2.25
	其他	107	31.31
	不知道	1	0.23
	拒答	1	0.23
	合計	646	
	醫療服務內容	醫療服務—拿藥	415
醫療服務—傷科推拿		157	35.36
醫療服務—針灸治療		213	47.97
醫療服務—其他		28	6.31
合計		813	

## 陸、樣本醫療利用情形(詳見表 2-13)

### 一、自覺健康情形：

樣本自覺健康情形以普通佔最多(39.86%)，其次為好及非常好，分別佔 36.49%及 14.86%，自覺非常不好者最少，佔 1.13%。

### 二、就醫之選擇：

對於中西醫均能治療的疾病，樣本視病情而定選擇醫療方式為最多，佔 48.42%，其次為選擇中醫及中西醫併用，分別佔 24.77%及 21.40%，選擇西醫最少，佔 5.18%。

### 三、近三個月至巡迴醫療服務地點就醫次數：

樣本就醫次數以四次以上為最多，佔 63.29%，其次依序為一次(11.26%)、四次(8.11)、二次(7.88%)及三次(5.86)。

### 四、近三個月看過西醫次數：

樣本近三個月沒有看過西醫者最多，佔 47.97%，其次依序為四次以上(13.74%)、二次(10.81%)、一次(9.01%)、三次(8.33%)及四次(2.03%)。

### 五、近三個月至其他中醫院所就醫次數：

樣本近三個月未到其他中醫院所就醫者最多，佔 90.54%，其次依序為一次(2.48%)、二次(1.58%)、四次以上(0.90)、四次(0.68%)、以及三次(0.45%)。

表 2-13、病患就醫行為

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
自覺健康情形	非常好	66	14.86
	好	162	36.49
	普通	177	39.86
	不好	31	6.98
	非常不好	5	1.13
	不知道	2	0.45
	拒答	1	0.23
之前看中醫之經驗	有	244	54.95
	沒有	198	44.59
	不知道	1	0.23
	拒答	1	0.23
中西醫均可治療的就醫選擇	西醫	23	5.18
	中醫	110	24.77
	中西醫併用	95	21.40
	視疾病性質而定	215	48.42
	拒答	1	0.23
近三個月於醫療服務站就醫次數	一次	50	11.26
	二次	35	7.88
	三次	26	5.86
	四次	36	8.11
	四次以上	281	63.29
	不知道	14	3.15
	拒答	2	0.45
近三個月西醫就診次數	0次	213	47.97
	一次	40	9.01
	二次	48	10.81
	三次	37	8.33
	四次	9	2.03
	四次以上	61	13.74
	不知道	34	7.66
	拒答	2	0.45
近三個月於其他中醫院所看診次數	0次	402	90.54
	一次	11	2.48
	二次	7	1.58
	三次	2	0.45
	四次	3	0.68
	四次以上	4	0.90
	不知道	10	2.25
	拒答	5	1.13



## 柒、樣本就醫可近性(詳見表 2-14)

### 一、至巡迴醫療服務站之交通情形：

樣本至巡迴醫療服務站的交通工具最多為機車，佔 37.61%，其次為步行(33.33%)、汽車(22.97%)、腳踏車(3.15%)、公車(2.03%)，以計程車(0.23%)最少。至巡迴醫療服務站的交通時間平均為 12.54±16.76 分鐘。對於至巡迴醫療服務站交通時間的接受度以普通(48.20%)最多，其次依序為可接受(包含完全沒有問題及可以接受)佔 42.35%，表示不能接受者佔 6.31%。

### 二、過去至其他醫療服務機構之交通情形：

樣本在巡迴醫療服務點設立前至其他醫療服務機構的交通工具以汽車最多，佔 32.88%，其次依序為機車(25.45%)、公車(13.51%)、步行(9.23%)、腳踏車(2.03%)、計程車(1.13%)、船(0.45)，而平均交通時間為 38.26±48.99 分鐘。

### 三、等候診療及治療時間：

樣本至巡迴醫療服務站就醫的平均等候診療時間為 22.98±26.30 分鐘，平均治療時間 14.59±11.47 分鐘；對於等候診療時間的接受度表示可接受者(包含完全沒有問題及可以接受)最多，佔 85.14%，其次為普通者佔 8.56%，而表示不能接受者(包含不能接受及非常不能接受)佔 3.83%。對於診療時間的滿意度以表示滿意者(包含非常滿意及滿意)最多，佔 84.00%，其次為表示普通者佔 12.16%，以及不滿意者佔 1.80%。

表 2-14、就醫可近性

(1)交通工具

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
至醫療服務站之交通工具	步行	148	33.33
	腳踏車	14	3.15
	機車	167	37.61
	汽車	102	22.97
	公車	9	2.03
	計程車	1	0.23
至其他醫療院所之交通工具	步行	41	9.23
	腳踏車	9	2.03
	機車	113	25.45
	汽車	146	32.88
	公車	60	13.51
	計程車	5	1.13
	船	2	0.45
	不知道	2	0.45

(2)時間花費

	平均值	標準差	最大值	最小值
至醫療服務站之交通時間	12.54	16.76	120	0
過去至醫療機構之交通時間	44.93	48.99	390	1
設立服務站所節省之交通時間	25.50	48.62	387	-105
等候診療時間	22.98	26.30	180	0
治療時間	14.59	11.47	90	0

單位：分

## (3)時間接受度

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
至醫療服務站之交通 時間接受程度	完全沒有問題	5	1.13
	可以接受	183	41.22
	普通	214	48.20
	不能接受	28	6.31
	不知道	13	2.93
等候診療時間接受度	完全沒有問題	120	27.03
	可以接受	258	58.11
	普通	38	8.56
	不能接受	16	3.60
	非常不能接受	1	0.23
	不知道	4	0.90
診療仔細程度滿意度	拒答	2	0.45
	非常滿意	161	36.26
	滿意	240	54.05
	普通	37	8.33
	不滿意	2	0.45
診療時間滿意度	沒意見	4	0.90
	非常滿意	108	24.32
	滿意	265	59.68
	普通	54	12.16
	不滿意	8	1.80
	沒意見	9	2.03

## 捌、醫療服務品質滿意度

### 一、七構面滿意度〔詳見表 2-15(1)〕

此部份將醫療品質滿意度分為「醫療設備與環境衛生」、「醫療技術品質」、「醫病溝通品質」、「醫病互動品質」、「照護可近性」、「照護結果」、「整體醫療品質」等七個構面，而為便於後續的統計分析，本研究將各構面之總分轉換成 100 分量表。

結果顯示各構面之滿意度平均為 82.95 分，滿意度最高的為「醫病互動品質」(平均 86.35±8.89 分)，第二為「醫療技術品質」(平均 84.28±12.34 分)，第三為「整體醫療品質」(平均 83.45±10.90 分)，其次依序為「照護可近性」(平均 83.01±8.87 分)、「醫病溝通品質」(平均 82.68±10.51 分)、「照護結果」(平均 82.25±13.04 分)，而滿意度最低的為「醫療設備」(平均為 78.65±11.16 分)。

表 2-15(1)、七構面滿意度

	最小值	最大值	平均數	標準差
醫療設備與環境品質	40	100	78.649	11.162
醫療技術品質	60	100	84.279	12.341
醫病溝通品質	60	100	82.680	10.508
醫病互動品質	60	100	86.351	8.887
照護可近性	40	100	83.007	8.865
照護結果	40	100	82.252	13.042
整體醫療品質	50	100	83.446	10.899

### 二、各項目滿意度〔詳見表 2-15(2)〕

1. 本研究之滿意度包括「非常滿意」及「滿意」，不滿意度包括「不滿意」及「非常不滿意」。對於就診場所整體醫療品質的滿意度高達 8 成(82.61%)，各項醫療品質滿意度依序分述如下：

- (1) 對醫師服務態度的滿意度最高(90.63%)。
- (2) 第二是對其他醫護人員的服務態度(88.53%)。
- (3) 第三是交通方便性(84.50%)。
- (4) 第四是醫師的醫術(84.275)。
- (5) 第五是中醫師的說明(83.82%)。
- (6) 第六是治療的效果(82.25%)。
- (7) 第七是其他醫護人員的說明(81.53%)。
- (8) 第八是地點的環境衛生及舒適性(80.54%)。
- (9) 第九是看病流程(80.13%)。
- (10) 最低的一項為醫療設備(76.75%)。

表 2-15(2)、各項目滿意度

	個 數	平 均 數	標 準 差
地點的環境衛生及舒適性	444	80.541	14.084
醫療設備	444	76.757	12.689
看病流程	444	80.135	11.283
交通方便性	444	84.505	14.205
中醫師的說明	444	83.829	11.972
其他醫護人員的說明	444	81.532	11.845
醫師的醫術	444	84.279	12.341
醫師的服務態度	444	90.631	10.520
其他醫護人員的服務態度	444	88.153	11.914
治療的效果	444	82.252	13.042
整體滿意度	444	82.613	11.732

### 三、其他品質項目〔詳見表 2-16〕

- (一) 對於是否有發生不滿意的事，有 98.42%的樣本表示沒有發生，而有 1.35%樣本表示有發生不滿意的事，而其中表示有得到妥善處理的佔 25.57%，未得到妥善處理的佔 57.14%。
- (二) 中醫師是否需要改善：樣本中認為中醫師沒有需要改善的有 88.74%，認為需要改善的有 6.76%，而其中認為需要改善的原因最多為其他佔 38.71%，如應增加治療的內容及次數等，其次為應詳細解說病情(16.13%)、應增加看診時間(12.90%)、應加強醫術(12.90%)、應縮短看診時間(3.23%)、應該要親切一點(3.23%)。
- (三) 預後的情形部份，有 89.86%的患者表示並未因當次看診看不到而改看其他醫生，但有 7.43%的患者表示有改看其他醫生；有 88.49%的患者沒有因為身體不舒服再去看醫生，而有 12.16%的患者有這樣的情形。
- (四) 是否會向親友推薦該巡迴醫療服務點，有 88.91%表示願意(包含非常願意及願意)，其次表示普通者佔 11.04%，表示不願意者佔 2.48%。

表 2-16、其他品質項目

## 1. 醫療品質滿意度

		非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
地點的環境衛生及舒適性	個數	106	254	74	10	0
	%	23.87	57.21	16.67	2.25	0.00
醫療設備	個數	50	281	104	9	0
	%	11.26	63.29	23.42	2.03	0.00
看病流程	個數	68	315	57	4	0
	%	15.32	70.95	12.84	0.90	0.00
交通方便性	個數	158	242	31	12	1
	%	35.59	54.50	6.98	2.70	0.23
中醫師的說明	個數	130	269	45	0	0
	%	29.28	60.59	10.14	0.00	0.00
其他醫護人員的說明	個數	95	289	59	1	0
	%	21.40	65.09	13.29	0.23	0.00
醫師的醫術	個數	142	255	47	0	0
	%	31.98	57.43	10.59	0.00	0.00
醫師的服務態度	個數	242	196	6	0	0
	%	54.50	44.14	1.35	0.00	0.00
其他醫護人員的服務態度	個數	204	219	19	2	0
	%	45.95	49.32	4.28	0.45	0.00
治療的效果	個數	116	268	54	6	0
	%	26.13	60.36	12.16	1.35	0.00
整體滿意度	個數	109	284	51	0	0
	%	24.55	63.96	11.49	0.00	0.00

## 2. 負面醫療結果情形

類別	項目	個數	百分比(%)
發生不滿意的事	沒有	437	98.42
	有	6	1.35
	拒答	1	0.23
不滿意的事有無得到妥善處理	有	2	28.57
	沒有	4	57.14
	拒答	1	14.29
是否會向他人推薦該醫療服務站	非常願意	173	38.96
	願意	204	45.95
	普通	49	11.04
	不願意	11	2.48
	不知道	7	1.58
中醫師是否需要改善	沒有	394	88.74
	有	30	6.76
	不知道	19	4.28
	拒答	1	0.23
需要改善原因	增長看診時間	4	12.90
	縮短看診時間	1	3.23
	詳細解說病情	5	16.13
	加強醫術	4	12.90
	應該要親切一點	1	3.23
	其他	12	38.71
	不知道	2	6.45
	拒答	2	6.45
是否曾改看其他醫生	有	33	7.43
	沒有	399	89.86
	不知道	9	2.03
	拒答	3	0.68
是否因不適而回診	有	54	12.16
	沒有	384	86.49
	不知道	2	0.45
	拒答	4	0.90



## 玖、中醫院所的特性(詳見表 2-17)

### 一、醫師執業情形：

在表示有進行傷科推拿治療的 158 位樣本中，有 63.92%的表示傷科推拿為中醫師全程執行，而有 22.78%表示為助理全程執行，12.66%表示中醫師及助理都有執行。在有進行針灸治療的 214 位樣本中，有 94.39%表示針灸治療為中醫師全程執行，4.67%的樣本表示中醫師及助理都有執行，表示由助理全程執行的僅佔 0.47%；而在有進行針灸治療的樣本中，有 85.78%表示針灸治療時使用的是拋棄式針，而有 1.42%的表示並未使用拋棄式針，其餘的 12.80%表示不知道。

### 二、開藥情形：

開藥天數以七天者最多，佔 84.2%，其次為未開藥及開藥天數七天以內者皆佔 7.2%，開藥天數七天以上者最少，僅佔 0.5%。

### 三、付費情形：

由於參加無中醫鄉巡迴醫療之院所部分負擔須自行吸收，因此基本上進行治療的民眾並不須負擔任何費用，但樣本中雖有 97.3%表示未負擔任何費用，仍有 3.3%的患者表示有另外付費的情形，其中表示付費內容為掛號費的佔 70%，付部分負擔的有 20%，而有 10%表示付費原因為健保不給付之項目。

表 2-17、醫師執行業務情形

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
開藥天數	沒有開藥	32	7.2
	開藥七天以內	32	7.2
	開藥七天	374	84.2
	開藥七天以上	2	0.5
開藥天數適宜度	太多	17	3.83
	太少	18	4.05
	剛好	368	82.88
	未拿藥	10	2.25
	沒意見	13	2.93
付費情形	無		
	掛號費	7	70.00
	部分負擔	2	20.00
	健保不給付	1	10.00
傷科推拿執行情形	無	286	64.41
	中醫師全程執行	101	22.75
	中醫師+助理都有執行	20	4.50
	助理全程執行	36	8.11
	不知道	1	0.23
針灸治療執行情形	無	230	51.80
	中醫師全程執行	202	45.50
	中醫師+助理都有執行	10	2.25
	助理全程執行	1	0.23
	不知道	1	0.23
是否使用拋棄式針	是	181	85.78
	否	3	1.42
	不知道	27	12.80

## 拾、對全民健保的滿意度(詳見表 2-18)

### 一、是否加入全民健保：

表示有加入全民健保的佔樣本的 97.97%，未加入者佔 1.58%。

### 二、對全民健保的滿意度：

對全民健保的滿意度中，感到滿意者(包含非常滿意及滿意)最多，佔 59.69%，其次表示普通者佔 23.87%，而表示不滿意者(包含非常不滿意及滿意)佔 9.91%。

### 三、中醫巡迴醫療對當地醫療資源的幫助：

有 93.25%的樣本表示中醫巡迴醫療的實施對當地的醫療資源分配有幫助，而其中有 76.09%表示增加很多，23.91%表示有增加一點；認為對當地醫療資源分配沒有幫助的僅佔 1.80%。

### 四、是否應由健保持繼續提供巡迴醫療經費：

有 89.91%的樣本表示全民健保應該繼續提供中醫巡迴醫療之經費，有 19.37%更表示應該增加提供的經費，而只有 1.35%表示不應該繼續由健保提供中醫巡迴醫療的經費。

### 五、巡迴醫療對健保滿意度的影響：

有 70.73%的樣本表示中醫巡迴醫療實施後有增加其對全民健保的滿意度，其中更有 43%表示增加很多；而認為中醫巡迴醫療的實施並沒有改變對全民健保滿意度的有 18.47%。

表 2-18、全民健保滿意度

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
參加全民健保	有	435	97.97
	無	7	1.58
	拒答	2	0.45
對全民健保的滿意度	非常滿意	49	11.04
	滿意	216	48.65
	普通	106	23.87
	不滿意	35	7.88
	非常不滿意	9	2.03
	沒意見	24	5.41
	拒答	5	1.13
中醫巡迴醫療對當地醫療的幫助	增加很多	315	70.95
	增加一點	99	22.30
	沒有	8	1.80
	不知道	21	4.73
	拒答	1	0.23
健保是否應該繼續提供巡迴醫療之經費	應該繼續提供經費	266	59.91
	應該增加經費	86	19.37
	不應該繼續提供經費	6	1.35
	不知道	85	19.14
	拒答	1	0.23
巡迴醫療後對健保的滿意度	增加很多	135	30.41
	增加一點	179	40.32
	沒有差別	82	18.47
	不知道	47	10.59
	拒答	1	0.23

## 拾壹、雙變項分析(詳見附錄九)

本項將分三大部分說明雙變項分析的結果，一為探討自變項與控制變項對各構面滿意度的影響，包括基本人口學特性、地區特性、服務院所特性、醫療利用情形及時間成本等變項，二為樣本的基本人口特性與健康狀況的關係，三為樣本基本人口特性及各構面滿意度對全民健保的各項議題的關係。

### 一、樣本對各品質構面滿意度與控制變項、自變項間的關係(詳見表 2-19)

#### (一) 人口學基本特性

1. 性別、家戶收入、慢性病之有無、是否為原住民及是否有使用過中醫醫療等在各構面品質滿意度上均無統計上的顯著差異。
2. 在年齡別方面，樣本對於醫療設備與環境品質的滿意度具統計上的顯著差異，其平均滿意度以 60 歲以上者最高，30~39 歲者的平均滿意度最低，且事後比較亦呈現統計上之顯著差異。
3. 在教育程度方面，樣本對於醫療設備與環境品質的滿意度具統計上的顯著差異，且教育程度愈低者其平均滿意度愈高；事後比較表示教育程度國小以下者與教育程度高中(職)者具統計上的顯著差異。

#### (二) 地區特性

1. 此部份依照地區性質區分為山地地區、離島地區、資源缺乏地區，藉以比較地區特性對醫療品質滿意度的影響。經分析指出，地區特性對於各構面之滿意度均無統計上的顯著差異。
2. 而對於當地西醫師數與西醫診所數對品質滿意度的影響部份，分析指出，當地西醫師數及西醫診所數愈多的地區，在「醫病溝通品質」及「整體醫療品質」兩構面之滿意度愈高。

#### (三) 服務院所特性

1. 費用申請方式：依無中醫鄉巡迴醫療服務計畫規定，參加之院申請費用方式可分為「核實申報」(論量計酬)及「論次計酬」，藉此探討費用申請方式對病患滿意度的影響。分析結果顯示，費用申請方式對於「醫療設備與環境品質」及「醫病溝通品質」兩項品質構面滿意度具有統計上的顯著差異，其中以「核實申報」的方式申請費用的院所，其患者的滿意度皆較高。

2. 院所的執行情形部份，院所是否更動巡迴地點、巡迴時間、申報方式等對於樣本的品質滿意度並無統計上的顯著差異，而院所是否更動巡迴診次及是否曾經休診在「整體醫療品質」滿意度則具有統計上的顯著差異，且曾經更動診次及曾經休診之院所，其病患的滿意度較高。
3. 醫師的執業情形部份，傷科推拿及針灸治療是否為醫師全程執行於各構面品質滿意度均無統計上的顯著差異，但是否使用拋棄式針在「醫病溝通品質」上具有統計上的顯著差異，且有使用拋棄式針的病患其滿意度較高。
4. 院所最近一次服務所申報的人數以及開辦的時間長短對於「照護可近性」皆具有統計上的顯著差異，且皆呈現負相關，表示院所最近申報的人數愈多，開辦時間愈長，其照護可近性的滿意度愈低。
5. 院所的開藥天數對於「醫病溝通品質」與「整體醫療品質」構面具有統計上的顯著差異，且有開藥者較沒有開藥者的滿意度較高，開藥天數七天以上者（2位）滿意度最低。

#### （四）醫療利用情形

1. 自覺健康狀況：患者自覺健康狀況在「照護結果」構面具有統計上的顯著差異，自覺身體健康較好的患者其滿意度亦較高，但事後比較並不顯著。
2. 中西醫醫療選擇：在中西醫均能治療的疾病所選擇的治療方式對滿意度的影響部份，對於「整體醫療品質」構面具有統計上的顯著差異，其中單獨選擇中醫治療者的滿意度較高，且事後比較部分選擇中醫治療者與選擇西醫治療者具有統計上的顯著差異。
3. 過去的就醫經驗：過去三個月看西醫的次數對於各品質構面的滿意度皆無統計上的顯著差異，但過去三個月於巡迴醫療服務點的就醫次數，除在照護可近性之構面外，其餘六項品質構面均具有統計上的顯著差異，且就醫次數愈多者，其滿意度愈高。
4. 病患是否因不適而再次就診對於「照護結果」構面具有統計上的顯著差異，其中以未因不適回診者的滿意度較高。

表 2-19、雙變項分析

	醫療設備與 環境品質	醫療技 術品質	醫病溝 通品質	醫病互 動品質	照護可近性	照護結果	整體醫 療品質
	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值
性別	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
年齡	2.84*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
教育程度	4.47**	NS	NS	NS	NS	NS	NS
家戶收入	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
慢性病	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
原住民	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
自覺健康狀態	NS	NS	NS	NS	NS	3.55**	NS
中西醫醫療選擇	NS	NS	NS	NS	NS	NS	3.96**
看巡迴中醫次數	8.28***	3.98**	8.18***	6.42***	NS	12.89***	10.21***
看中醫次數	8.28***	3.98**	8.18***	6.42***	NS	12.89***	10.21***
看西醫次數	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
看中西醫次數	2.82**	2.10*	3.29***	NS	NS	3.00**	3.61***
健保滿意度	4.65**	NS	NS	NS	NS	NS	NS
對當地醫療幫助	11.69***	14.13***	8.64***	25.59***	12.48***	18.19***	39.17***
健保提供經費	6.67**	NS	NS	8.66***	5.00***	NS	7.84***
健保滿意度增加	NS	4.11**	NS	6.37**	NS	4.34**	7.82***
申報方式	5.53*	NS	6.75**	NS	NS	NS	NS
每週診次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
巡迴地點更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
巡迴時間更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
巡迴診次更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	4.41*
申報方式更動	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
有無休診	NS	NS	NS	NS	NS	NS	4.80*
單一醫師提供服務	NS	NS	5.94*	NS	NS	NS	NS
地區別	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
改看其他醫師	4.89*	9.57**	6.59*	11.82***	NS	13.17***	4.56*
因不適而再次就診	NS	NS	NS	NS	NS	13.77***	NS
看中醫經驗	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
開藥天數	NS	NS	2.83*	NS	NS	NS	3.68*

註：NS 表示未達到統計顯著水準；\*表  $p < 0.05$  \*\*表  $P < 0.01$  \*\*\*P 表  $< 0.001$ 。

(五) 時間成本變項(表 2-20)

1. 病患由家中至巡迴醫療服務點的時間長短對於「照護可近性」之滿意度具有統計上的顯著差異，交通時間愈短其滿意度愈高，且事後比較亦呈現顯著差異。
2. 病患在巡迴醫療服務點設立前至其他醫療機構的交通時間，與設立後至巡迴醫療服務點所需的交通時間的時間差，在「照護可近性」上具有統計上的顯著差異，以節省時間在 10 分鐘以內的平均滿意度最高，而在事後比較部份，節省時間在 10 分鐘以內的與 21~30 分鐘者具有統計上的顯著差異。
3. 病患等候診療的時間在「照護可近性」上具有統計上的顯著差異，等候診療時間愈短其滿意度愈高；在事後比較部份，等候診療時間在五分鐘以內與 21~30 分鐘之病患具有統計上的顯著差異。
4. 病患的治療時間長短，除照護可近性構面外，其餘六項品質構面之滿意度均具有統計上的顯著差異，在「醫療設備與環境品質」構面以治療時間介於 21~30 分鐘者其滿意度較高，但事後比較均無統計上的顯著差異；在「醫療技術品質」構面以治療時間介於 11~20 分鐘者其滿意度較高，但事後比較亦無統計上的顯著差異；在「醫病溝通品質」構面以治療時間超過 30 分鐘者其滿意度較高，但事後比較亦無統計上的顯著差異；在「醫病互動品質」構面以超過 30 分鐘以上滿意度較高，且事後比較亦呈現統計上的顯著差異；在「照護結果」構面以治療時間介於 11~20 分鐘者其滿意度較高，且事後比較亦呈現統計上的顯著差異；在「整體醫療滿意度」構面則以治療時間介於 21~30 分鐘者其滿意度較高，但事後比較並無統計上的顯著差異。



表 2-20、時間成本變項

	醫療設備與 環境品質	醫療技 術品質	醫病溝通 品質	醫病互 動品質	照護 可近性	照護 結果	整體醫 療品質
	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值	F 值
至巡迴點交通 時間	NS	NS	NS	NS	24.42***	NS	NS
之前就醫交通 時間	NS	NS	NS	NS	3.87**	NS	NS
所節省之交通 時間	NS	NS	NS	NS	3.06*	NS	NS
等候診療時間	NS	NS	NS	NS	3.47**	NS	NS
治療時間	2.66*	3.47**	2.99*	7.79***	NS	7.86***	4.02**

註：NS 表示未達到統計顯著水準；\*表  $p < 0.05$  \*\*表  $P < 0.01$  \*\*\*P 表  $< 0.001$ 。

## 二、樣本基本人口特性與健康狀態之關係(表 2-21)

本項比較人口特性包括樣本之性別、年齡、教育程度、家戶收入、是否為原住民、使用中醫之經驗以及中西醫醫療利用的選擇，與健康狀態包括自覺健康狀態、近三個月中醫及西醫的利用次數之相關性。

- (一) 年齡、教育程度、是否為原住民及是否曾經使用過中醫醫療與健康狀態均無統計上的顯著差異。
- (二) 性別與健康狀態之關係：分析結果指出樣本性別與自覺健康狀態具有統計上的顯著差異，且男性自覺健康狀態較女性好。
- (三) 家戶收入與健康狀態之關係：分析結果指出，家戶收入與近三個月中醫就醫次數具有統計上的顯著差異，且家戶收入較低者，其近三個月中醫就醫次數愈高。
- (四) 中西醫選擇與健康狀態之關係：選擇中西醫利用與自覺健康狀態具有統計上的顯著差異，且選擇以中醫治療者其自覺健康狀態較好。

表 2-21、樣本基本人口特性與健康狀態之關係

	自覺健康狀態	中醫就醫次數	西醫就醫次數	全民健保滿意度	增加醫療資源	健保提供經費	增加健保滿意度
性別	9.72*	na	na	na			
年齡	na	na	na	2.70*			
教育程度	na	na	na	7.03***			
家戶收入	na	37.45*	na	na			
原住民	na	na	na	na	na	na	na
中醫經驗	na	na	na	na	na	na	na
中西醫選擇	29.56**	na	36.05**	na			

### 三、樣本基本人口特性及各構面滿意度對全民健保的各項議題的關係

- (一) 全民健保的滿意度：年齡、教育程度以及「醫療設備與環境品質」構面與全民健保的滿意度具有統計上的顯著差異；在年齡部份以未滿十五歲及六十歲以上的滿意度較高，但事後檢定均無統計上的顯著差異；教育程度部份，教育程度愈低者，對於健保的滿意度愈高，且事後檢定具有顯著差異；而在醫療設備與環境品質部分，其滿意度愈高，對於健保的滿意度亦愈高。
- (二) 中醫巡迴醫療對當地醫療資源分配的幫助：有關中醫巡迴醫療對當地醫療資源的幫助在各品質構面皆具有統計上的顯著差異，且各構面的品質滿意度較高的患者，認為中醫巡迴醫療有增加對當地醫療資源的分配，且事後檢定亦呈現統計上的顯著差異。
- (三) 對健保滿意度的影響：中醫巡迴醫療服務提供後，是否會改變對健保滿意度的影響，分析結果表示「醫療技術品質」、「醫病互動品質」、「照護結果」以及「整體醫療品質」等構面滿意度較高的患者，會因為中醫巡迴醫療服務增加其對全民健保的滿意，且事後檢定亦呈現統計上的顯著差異。

- (四) 巡迴醫療經費的提供：研究結果顯示，是否由全民健保繼續提供或增加巡迴醫療服務的經費的意見，對於「醫療設備與環境品質」、「醫病互動品質」、「照護可近性」以及「整體醫療品質」等構面具有統計上的顯著差異，且認為健保應該繼續提供或是增加巡迴醫療服務經費者，其滿意度較認為不應繼續提供者高，且事後統計亦呈現顯著差異。

## 拾貳、複迴歸分析(表 2-22)

本項針對病人各品質構面之滿意度進行複迴歸分析，將各構面由前面雙變項分析所得到具有統計上顯著差異者進行逐步迴歸(Stepwise)，在進入標準  $P < 0.05$  及刪除標準  $P > 0.1$  的限制下，利用剩下的變項，繼續以 force in 補齊虛擬變項後，進行最終的 Full Model。

### 一、影響病患「醫療設備與環境品質」滿意度的因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫療設備與環境品質的變項有年齡、教育程度、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、申報方式、是否曾改看其他醫師，及治療時間等六個變項，將此六個變項利用逐步迴歸分析後，剩下年齡、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、申報方式、是否曾改看其他醫師，及治療時間等五個變項，將所有變項放入迴歸模式中，結果年齡及治療時間因而未達統計顯著水準，整個迴歸模式顯著 ( $F=3.64, P < 0.001$ )，解釋力達 12.30%，調整後解釋力為 8.92%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、申報方式、是否曾改看其他醫師皆呈現正相關，且達統計顯著水準。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高 ( $p < 0.05$ )；而院所採用核實申報方式申報者，其病患較參考組(論次計酬)的滿意度要高 ( $p < 0.05$ )；而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高 ( $p < 0.05$ )。

### 二、影響病患「醫療技術品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫療技術品質的變項有過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師，及治療時間等三個變項，將此三個變項利用逐步迴歸分析後皆具顯著水準，因此將所有變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著

( $F=3.51, P<0.001$ )，解釋力達 6.97%，調整後解釋力為 4.99%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師及治療時間皆呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且達統計顯著水準( $p<0.01$ )；而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高( $p<0.05$ )；而治療時間介於 11~20 分鐘之病患，其滿意度較參考組(0~5 分鐘)要高，且達統計顯著水準( $p<0.05$ )。

### 三、影響病患「醫病溝通品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫病溝通品質的變項有過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師、申報方式、治療時間、當地西醫診所數以及當地西醫師數等六個變項，將此六個變項利用逐步迴歸分析剩下過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師及治療時間具顯著水準，因此將此三個變項放入迴歸模式中，結果治療時間因而未達顯著水準，整個迴歸模式顯著( $F=4.90, P<0.001$ )，解釋力達 9.47%，調整後解釋力為 7.54%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數及是否曾改看其他醫師呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準( $p<0.01$ )；而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高，且達統計顯著差異( $p<0.05$ )。

### 四、影響病患「醫病互動品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響醫病互動品質的變項有過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾改看其他醫師，及治療時間等三個變項，將此三個變項利用逐步迴歸分析後皆具顯著水準，因此將所有變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著( $F=7.11, P<0.001$ )，解釋力達 13.17%，調整後解釋力為 11.134%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數，是否曾改看其他醫師及治療時間呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數三次，四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準( $p<0.05$ )；而治療時間介於 11~20 分鐘、介於 21~30 分鐘以及 31 分鐘以上之病患，其滿意度較參考組(0~5 分鐘)要高，且達統計顯著水準( $p<0.01$ )。而未曾改看其他醫師之病患，其滿意

度較參考組(曾改看其他醫師)要高，且達統計顯著差異( $p<0.05$ )。

## 五、影響病患「照護可近性」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響照護可近性的有至中醫巡迴醫療服務點的交通時間、中醫巡迴醫療服務點設立後所節省的交通時間、等候診療時間、院所最近申報人數以及院所服務時間長短等五個變項，將此五個變項利用逐步迴歸分析剩下過至中醫巡迴醫療服務點的交通時間以及院所最近申報人數具顯著水準，因此將此二個變項放入迴歸模式中，結果院所最近看診人數因而未達顯著水準，整個迴歸模式顯著( $F=18.91, P<0.001$ )，解釋力 17.76%，調整後解釋力為 16.82%。

結果發現，病患至中醫巡迴醫療服務點的交通時間與滿意度呈現負相關。病患至中醫巡迴醫療服務點的交通時間，在介於 6~10 分鐘，介於 11~20 分鐘，介於 21~30 分鐘以及 30 分鐘以上者，較參考組(0~5 分鐘)要低，且皆達統計顯著水準( $P<0.001$ )。

## 六、影響病患「照護結果」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響照護結果品質的變項有自覺健康狀態、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾因不適而回診、是否曾改看其他醫師，及治療時間等五個變項，將此五個變項利用逐步迴歸分析剩下自覺健康狀態、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、是否曾因不適而回診、及治療時間等四個變項，將此四個變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著( $F=7.52, P<0.001$ )，解釋力達 18.75%，調整後解釋力為 16.25%。

結果發現，過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數，是否曾改看其他醫師及治療時間呈現正相關。近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數三次，四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準( $p<0.05$ )；而治療時間介於 11~20 分鐘、介於 21~30 分鐘以及 31 分鐘以上之病患，其滿意度較參考組(0~5 分鐘)要高，且達統計顯著水準( $p<0.01$ )。而未曾改看其他醫師之病患，其滿意度較參考組(曾改看其他醫師)要高，且達統計顯著差異( $p<0.01$ )。

病患自覺健康狀態與滿意度則呈現負相關，自覺健康狀態較不好的其滿意度較低，但僅感覺好的與參考組(感覺非常好)的具有統計上的顯著差異( $p<0.05$ )。

## 七、影響病患「整體醫療品質」滿意度因素

由雙變項的分析結果，得知會影響整體醫療品質的變項有中西醫醫療選擇、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、院所是否曾更動診次、院所是否曾請假、開藥天數、是否曾改看其他醫師、當地西醫診所數、當地西醫師數及治療時間等九個變項，將此九個變項利用逐步迴歸分析後剩下中西醫醫療選擇、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數、當地西醫診所數及治療時間等四個變項，將此四個變項放入迴歸模式中，整個迴歸模式顯著( $F=5.89, P<0.001$ )，解釋力達 14.09%，調整後解釋力為 11.70%。

結果發現，中西醫選擇、過去三個月至中醫巡迴醫療服務點的就醫次數，及治療時間皆呈現正相關。選擇中醫治療的患者其滿意度較參考組(西醫)高，且達統計顯著水準( $p<0.05$ )，近三個月至巡迴醫療服務點的就醫次數為二次、三次、四次及四次以上者，比起參考組(一次)的滿意度要高，且皆達統計顯著水準( $p<0.05$ )；而治療時間介於 11~20 分鐘以及介於 21~30 分鐘之病患，其滿意度較參考組(0~5 分鐘)要高，且達統計顯著水準( $p<0.05$ )。

表 2-22、複迴歸分析

影 響 因 素	1	2	3	4	5	6	7
	設備環境 B 值	技術面 滿意度 B 值	溝通面 滿意度 B 值	人際互動 滿意度 B 值	可近性 滿意度 B 值	照護結果 滿意度 B 值	整體滿 意度 B 值
男生(參考組)							
女	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
年齡=未滿 15 歲(參考組)							
15~19 歲	-4.7992	NS	NS	NS	NS	NS	NS
20~29 歲	0.44082	NS	NS	NS	NS	NS	NS
30~39 歲	-3.47867	NS	NS	NS	NS	NS	NS
40~49 歲	1.32095	NS	NS	NS	NS	NS	NS
50~59 歲	1.45823	NS	NS	NS	NS	NS	NS
60 歲以上	1.75582	NS	NS	NS	NS	NS	NS
教育程度=國小(含)以下(參考組)							
國中	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
高中	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
大學(含)以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
家戶收入=一萬五千元以下(參考組)							
一萬五~未滿三萬元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
三萬~未滿四萬五千元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
四萬五~未滿六萬元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
六萬~未滿七萬五千元	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
七萬五千元以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
慢性病=沒有(參考組)							
有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
有重大傷病卡	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
原住民=否(參考組)							
是	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
看中醫經驗=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
不知道	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
拒答	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

中西醫選擇=西醫(參考組)							
中醫	NS	NS	NS	NS	NS	NS	5.55946
中西醫併用	NS	NS	NS	NS	NS	NS	2.28865
視疾病性質而定	NS	NS	NS	NS	NS	NS	3.84862
費用申請=論次計酬(參考組)							
論量計酬	2.34113	NS	NS	NS	NS	NS	NS
地區別=山地地區(參考組)							
離島地區	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
資源缺乏地區	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
地點更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
時間更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
診次更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
申報方式更動=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
休診=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
自覺健康狀態=非常好(參考組)							
好	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
普通	NS	NS	NS	NS	NS	-3.93715	NS
不好	NS	NS	NS	NS	NS	-4.81222	NS
非常不好	NS	NS	NS	NS	NS	-7.91604	NS
看中醫次數=一次(參考組)							
二次	-1.8051	0.98374	0.68612	1.92297	NS	3.21812	4.66086
三次	4.76505	2.17369	3.19412	5.56793	NS	8.03659	5.68643
四次	4.73786	4.67762	6.13488	4.58074	NS	10.8416	5.37017
四次以上	5.50454	4.58984	6.1412	4.98172	NS	9.62433	8.03683
看西醫次數=一次(參考組)							
二次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
三次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
四次	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
四次以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS



## 交通時間=0~5(參考組)

6~10	-4.5129	NS	NS	NS	NS	NS	NS
11~20	-4.513	NS	NS	NS	NS	NS	NS
21~30	-9.70769	NS	NS	NS	NS	NS	NS
31~	-10.7744	NS	NS	NS	NS	NS	NS

## 候診時間=0~5(參考組)

6~10	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
11~20	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
21~30	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
31~	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

## 看診時間=0~5(參考組)

6~10	0.18113	0.05591	-1.22849	0.44103	NS	-0.34385	-0.49986
11~20	0.18113	3.51225	1.84211	3.59517	NS	5.05135	2.63751
21~30	2.96939	3.8246	2.04566	3.9015	NS	5.16884	3.55936
31~	-0.93545	0.59158	2.83952	6.27115	NS	5.84942	1.82216

## 節省時間=~-31(參考組)

(2)-30~-11	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
(3)-10~-1	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
0~10	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
11~30	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
31~	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

## 給藥天數=沒有開藥(參考組)

七天以內	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
七天	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
七天以上	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

## 傷科推拿是否中醫

## 師親自執行=中醫

## 師全程執行(參考組)

中醫師+助理都有執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
助理全程執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

## 針灸治療是否中醫

## 師親自執行=中醫

## 師全程執行(參考組)

中醫師+助理都有執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
助理全程執行	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
針灸治療是否採拋棄式用針=是(參考組)							
否	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
不知道	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
因身體不適再次就診=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
改看其他醫生=有(參考組)							
沒有	3.92127	6.16526	4.13544	4.86102	NS	5.45947	
院所最近看診人數=有(參考組)							
沒有	NS	NS	NS	NS	-0.0239 5	NS	NS
當地西醫診所數							
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.41025
截距	61.7579	67.5433	69.4903	71.2001	86.9874	64.2001	71.5927
F 值	3.64***	3.51***	4.9023	7.1094	18.9119	7.52454	5.88897
R <sup>2</sup>	0.12298	0.06972	0.09466	0.13166	0.17756	0.18746	0.14087
Adj R <sup>2</sup>	0.08916	0.04988	0.07535	0.11314	0.16817	0.16254	0.11695

## 第二節 院所座談會

### 壹、座談會辦理情形

本次共辦理三場座談會，院所出席情形如下表 2-23：

表 2-23、九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會出席統計

時 間	分 區	院所數	出席院所數	出席率(%)
九十三年九月二十四日	高屏區、南區	44	24	55
九十三年十月二十日	台北區、北區、中區	25	21	87.5
九十三年十月二十四日	東區	19	18	95
合 計		88	63	72

### 貳、座談會訪談摘要

一、座談會部分，由無中醫鄉巡迴醫療計畫專案小組巫召集人雲光及本計畫主持人共同主持，首先進行無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫執行報告，內容包括辦理院所醫事人力相關統計、醫療利用概況、醫療利用率等。綜合討論則由院所自由發言，將其執行情形、執行期間所遇到的困難及建議等意見提出討論。

二、座談會訪談實錄詳見附錄五，摘錄重點如下：

#### (一) 執行期間所遇到的困難

1. 語言隔閡：部分院所表示部份無中醫鄉為原住民村落，有些老人家聽不懂國語或台語，或是同一個村落使用幾種不同的原住民語，在醫病溝通上會產生語言問題。
2. 環境設備：部分院所表示因巡迴醫療點大多租借當地活動中心、集會所等臨時場所，當發生天災毀損或婚喪喜慶借用時，往往造成場地無法使用。
3. 宣導不足：部分院所表示原住民從以往即習慣使用中醫，對中醫藥認識較少。

4. 生活習慣：原住民地區生活習性與使用醫療資源的型態與一般地區不同，例如：喜飲酒、較重視享樂而較不重視養生等。
5. 地域廣泛：部分院所反應山地離島地區，交通不便且村與村之間距離很遠，若只在某一村落設服務點，對於其他村落則無法服務。

## (二) 相關回應

1. 為避免誤導民眾，無中醫鄉巡迴醫療服務計畫的市招、旗幟等不可使用免費或義診字樣，可以考慮是否由各區分會統一製作。
2. 變更診次、地點等需向各區分會申請，若有請假事宜依相關規定報備。
3. 本會擬集結巡迴醫療服務之記錄製作專刊，將各鄉執行情形以文章、照片方式呈現。
4. 關於語言問題，可多利用當地資源，例如請村長協助或請當地翻譯人員。
5. 很多院所反應，因村落間距離遠無法兼顧，實際上本計畫之規定為定點、定時、巡迴醫療服務，其意義為當民眾需要就醫時，可以在固定時間、地點就醫。但院所可以規定診次之外的時間，到其他村落巡迴服務。
6. 部份地區診次人數眾多，超過一定限度，將考慮公告以作為醫師開業參考地點。
7. 關於醫事人員保險問題，將納入九十四年度注意事項中。
8. 論次計酬與論量計酬合理性及公平性問題，將提中保會修正計酬方式。
9. 院所建議，部份一般地區應納入山地地區，但地區分類是由衛生局定義，故無法由本會更改。
10. 要求兼顧醫療經濟與醫療服務，需要考慮到效益問題，就醫人次太少的院所將提報中保會討論是否裁撤；就醫人次太多的院所，也需要檢討，是否符合要求的醫療品質。

### 第三節 院所問卷調查

#### 壹、執行期間與執行情形

- 一、本研究針對無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫執行院所進行問卷調查，由中醫師全聯會於九十三年十一月二日函文，請院所協助填寫，並於九十三年十一月八日前回復。發出八十三份，扣除其中一家已於十一月停辦，回收八十二份，完成率 100%。

#### 貳、統計結果

##### 一、填答人基本資料(表 2-24)：

###### (一) 職務部份：

填答人為醫師者有 77 位，佔 93.9%；護士有 1 位，行政人員有 4 位，共佔 6.09%。

###### (二) 性別分布：男性 71 人(86.6%)；女性 11 人(13.4%)。

###### (三) 實地參與執行：

有 77 位(94%)曾實地參與無中醫鄉巡迴醫療服務；有 5 位沒有參與過，約佔 6%。

###### (四) 實地參與執行的 77 位中，服務次數五次以上者有 64 位(83.1%)，四次以下(含四次)者有 13 位(16.9%)。

##### 二、承辦院所服務地區及時間(表 2-25)：

###### (一) 申請費用方式：

採論次計酬者有 39 家(47.6%)；論量計酬者有 43 家(52.4%)。

###### (二) 服務診次：平均每家人所每週 1.57 診次。

###### (三) 最近一次服務人次：平均 31.3 人次。

###### (四) 執行地點：

山地地區 40 家(48.78%)，離島地區 11 家(13.41%)，醫療資源缺乏地區 31 家(37.80%)。

##### 三、醫事人力：

每家院所平均投入醫師人數 1.54 人；藥事人員 0.07 人；護士 0.54 人；行政助理 1.46 人。全部院所投入之醫事人員共 296 人，其中為當地聘任人員有 27 人(9.12%)，含護士 2 位，行政助理 25 位。

#### 四、異動情形(表 2-26)：

(一) 服務地點更動：

曾更動者有 16 家(19.5%)，未曾更動者 65 家(79.3%)。

(二) 服務時間更動：

曾更動者有 18 家(22%)，未曾更動者 64 家(78%)。

(三) 診次更動：

曾更動者有 2 家(2.4%)，未曾更動者 80 家(97.6%)。

(四) 申報方式更動：

曾更動者有 4 家(4.9%)，未曾更動者 78 家(95.1%)。

(五) 是否曾經休診：

曾休診者有 32 家(39%)，未曾休診者 50 家(61%)。休診原因大多為天災(颱風、土石流)等不可抗拒之因素，其次為看診日適逢假日(春節、國定假日)等，再者為醫師進修(繼續教育、研討會、出國進修、開會)等，其他原因有醫師因病休診、看診場地借用(選舉等)。

#### 五、服務狀況(表 2-27)：

(一) 醫療資源現況：

每一巡迴醫療服務點平均有西醫診所 1.34 家；西醫師人數 1.71 人；藥局 0.49 間。其他衛生機構大多為衛生局(室)。

(二) 交通工具：

以汽車為主的有 72%，有 16%需利用到船或飛機，另有 5%搭乘計程車，2%搭乘公車，步行及腳踏車各佔 1%。

(三) 院所至無中醫鄉巡迴醫療地點所需交通時間平均約為 81.9±86.7 分鐘。

(四) 院所對服務地點空間表示滿意或非常滿意者佔 74.4%，另有 20.7%者表示普通，表示不滿意或非常不滿意者僅佔 4.9%。

(五) 院所對服務點之便利性示滿意或非常滿意者佔 64.6%，另有 28.0%者表示普通，表示不滿意或非常不滿意者佔 7.3%。

(六) 服務地區的醫療問題：

認為醫療人力不足者佔 34.8%，有 25%認為是民眾衛生教育，17.4%認為是當地人口結構，9.1%為緊急醫療後送，另外其他有 13.6%。

- (七) 院所認為無中醫鄉巡迴醫療服務計畫符合及非常符合當地民眾需求者佔 93.9%，表示普通者佔 6.1%。
- (八) 對無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施成效感到滿意及非常滿意的院所佔 82.9%，表示普通者佔 15.9%，不滿意者佔 1.2%。
- (九) 有 74.4%的院所認為當地衛生局對於本計畫持支持態度，認為普通的則有 20.7%，另有 1.2%表示不支持。
- (十) 曾遭遇的困難：  
有 21.7%認為是天候影響，19.4%認為宣導不足，認為交通不便及就醫習慣者各 16.1%，認為是語言隔閡者有 10%，醫療器材或藥品者 7.8%，風俗習慣者 15%，其他 3.9%。
- (十一) 改善項目：  
認為增加宣傳的有 39.8%，增加巡迴醫療次數的有 25%，增加醫療給付費用的有 18%，另外選擇公會資源及法令規定者各佔 7%，其他者有 3.1%。
- (十二) 有 48.8%的院所認為接受無中醫鄉巡迴醫療服務之民眾的醫療需求與一般民眾有差異，另有 51.2%的院所認為沒有差異。差異的部份，疾病型態最多為痛風及關節炎，其次為肝病(肝炎、肝硬化)，其他為傷科、腰痛等。
- (十三) 參與動機：  
大多數院所認為山地醫療資源缺乏，民眾就醫不便，為服務山地民眾均衡中醫醫療資源，使全體保險對象均能獲得中醫醫療服務，並提昇中醫傳統形象。
- (十四) 修正意見：  
贊成(二)修正論次計酬支付方式。(即採基本操作費用+論量申報合併方式)者有 23 家，(三)限制論次計酬支付方式。(即採報備許可制，而非申請制)者有 3 家，另外有 16 家沒有意見，36 家持其他意見。
- (十五) 優先辦理地區：  
認為山地地區優先者佔 45.7%，離島地區優先者 40.2%，其他者佔 14.2%。
- (十六) 每週限一診次之意見：  
不同意的有 53.7%，同意的有 30.5%，其他者 11.0%。

表 2-24、填答人基本資料

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
職務	醫師	77	93.9
	護士	1	1.2
	醫檢師	0	0
	藥劑師	0	0
	行政人員	4	4.9
	其他	0	0
性別	男	71	86.6
	女	11	13.4
實地參與	否	5	6.1
	是	77	93.9
服務次數	五次以上	5	6.1
	四次	4	4.9
	三次	1	1.2
	二次	3	3.7
	一次	64	78.0

表 2-25、承辦院所服務地區及時間

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
申請費用方式	論次計酬	39	47.6
	論量計酬	43	52.4

表 2-26、異動情形

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
服務地點更動	是	16	19.5
	否	65	79.3
服務時間更動	是	18	22
	否	64	78
診次更動	是	2	2.4
	否	80	97.6
申報方式更動	是	4	4.9
	否	78	95.1
是否曾休診	是	32	39
	否	50	61



表 2-27、服務狀況

類 別	項 目	個 數	百分比(%)
交通工具	步行	1	1
	腳踏車	1	1
	機車	0	0
	汽車	72	72
	公車	2	2
	計程車	5	5
	船	9	9
	飛機	7	7
	其他	3	3
交通時間滿意度	非常滿意	5	6.1
	滿意	42	51.2
	普通	30	36.6
	不滿意	2	2.4
	非常不滿意	3	3.7
巡迴點之空間滿意度	非常滿意	11	13.4
	滿意	50	61.0
	普通	17	20.7
	不滿意	3	3.7
	非常不滿意	1	1.2
巡迴點便利性滿意度	非常滿意	11	13.4
	滿意	42	51.2
	普通	23	28
	不滿意	4	4.9
	非常不滿意	2	2.4
醫療問題	民眾衛生教育	33	25.0
	緊急醫療後送	12	9.1
	醫療人力不足	46	34.8
	當地人口結構	23	17.4
	其它	18	13.6
是否符合當地民眾需求	非常符合	43	52.4
	符合	34	41.5
	普通	5	6.1
	不符合	0	0
	非常不符合	0	0
實施成效	非常滿意	23	28.0

類別	項目	個數	百分比(%)
	滿意	45	54.9
	普通	13	15.9
	不滿意	1	1.2
	非常不滿意	0	0
衛生局支持度	非常支持	26	31.7
	支持	35	42.7
	普通	20	24.4
	不支持	1	1.2
	非常不支持	0	0
遭遇困難	語言隔閡	18	10.0
	交通不便	29	16.1
	醫療器材或藥品	14	7.8
	宣導不足	35	19.4
	就醫習慣	29	16.1
	天候影響	39	21.7
	風俗習慣	9	5.0
	其它	7	3.9
改善項目	增加巡迴醫療次數	32	25.0
	增加醫療給付費用	23	18.0
	增加宣傳	51	39.8
	公會資源	9	7.0
	法令規定	9	7.0
	其它	4	3.1
醫療需求與一般民眾有無差異	無	42	51.2
	有	40	48.8
優先辦理地區	山地地區優先	58	45.7
	離島地區優先	51	40.2
	其他	18	14.2
每週限申請一診次之意見	同意	25	30.5
	不同意	44	53.7
	其他	9	11.0

## 參、院所意見彙整

### 一、辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構的建議事項

項 目	次數
(1) 爭取下年度續辦；積極推廣擴大服務	16
(2) 為醫事人員投保意外險；保險	5
(3) 山地離島地區加成給付；優先辦理	7
(4) 加強宣導	9
(5) 增加巡迴點；診次	9
(6) 其他	9

### 二、辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構對於改革意見之看法

項 目	次數
(1)取消論次計酬支付方式。	0
(2)修正論次計酬支付方式。(即採基本操作費用+論量申報合併方式)	23
(3)限制論次計酬支付方式。(即採報備許可制，而非申請制)	3
(4)其他	36
(5)沒意見	16

### 三、休診原因

項 目	次數
天災(颱風、土石流)	21
醫師進修、開會	8
假期(休假、春節)	14
其他	3

## 第四節 無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫實施概況

本節將呈現九十二、九十三年度(一月至十月)無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施成果，包括辦理家數、地區統計以及醫療利用概況等，另外將比較九十二年及九十三年一月至十月無中醫鄉巡迴醫療利用率，以了解無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施之概況。

### 壹、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計

九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫巡迴點共計 37 點，至九十三年度增加至 63 點。辦理家數九十二年度為 54 家院所，九十三年度截至十月增加至 92 家院所。(詳見表 2-28~29)

表 2-28、九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計

申請總計	地區數	辦理家數
山地地區	24	35
離島地區	3	6
醫療資源缺乏地區	10	13
合計	37	54

表 2-29、九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫辦理地區院所數統計

申請總計	地區數	辦理家數
山地地區	25	39
離島地區	9	17
醫療資源缺乏地區	29	36
合計	63	92

## 貳、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫總診次為 2,107 診次，服務總人次為 53,847 人次；九十三年度截至十月增加至 3,543 診次，服務總人次增加為 96,915 人次。在每診次平均金額部份，九十二年度為 19429.15 元，九十三年度截至十月增為 21,527 元。另外在每診平均人次和每人平均費用部分，九十二年度及九十三年度差不多。(詳見表 2-30~2-31)

資料日期：93 年 2 月 1 日

表 2-30、九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

月份	總診次	總人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
6 月	240	4820	3835024	15979.27	20.08	795.65
7 月	295	6920	5407190	18329.46	23.46	781.39
8 月	301	7387	5593020	18581.46	24.54	757.14
9 月	319	8036	6070762	19030.6	25.19	755.45
10 月	326	8682	6666440	20449.2	26.63	767.85
11 月	325	8743	6588450	20272.15	26.9	753.57
12 月	301	9259	6776340	22512.76	30.76	731.87
總計	2107	53847	40937226	19429.15	25.56	760.25

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

資料來源：中保會六區分會月報表

表 2-31、九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

月份	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
1 月	252	6472	4971040	19726.35	25.68	768.08
2 月	311	7541	5821470	18718.55	24.25	771.98
3 月	291	8571	6029990	20721.62	29.45	703.53
4 月	290	8448	6129140	21134.97	29.13	725.51
5 月	294	8165	6369470	21664.86	27.77	780.09
6 月	311	9042	7232664	23256.15	29.07	799.90
7 月	375	10298	8327844	22207.58	27.46	808.69
8 月	381	10272	7961160	20895.43	26.96	775.04
9 月	494	12924	10204790	20657.47	26.16	789.60
10 月	544	15182	11710790	21527.19	27.91	771.36
總計	3543	96915	74758358	21100.30	27.35	771.38

資料日期：93 年 11 月 10 日彙整

### 參、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況

九十二年度及九十三年度各區醫療利用概況如下表，九十二年度及九十三年度每人次平均費用最高者為高屏區 855.1 元；最低者為九十二年度台北區 684.94 元，九十三年度東區 693.72 元。(詳見表 2-32~2-33)

表 2-32、九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況

分 會	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
台北區	149	4438	3039750	20401.01	29.79	684.94
北 區	240	9213	6566690	27361.21	38.39	712.76
中 區	218	6414	4836310	22184.91	29.42	754.02
南 區	95	3131	2282700	24028.42	32.96	729.06
高屏區	841	13541	11578190	13767.17	16.1	855.1
東 區	561	17110	12613586	22484.11	30.5	737.21
總 計	2104	53847	40917226	19447.35	25.59	759.96

資料日期：93年2月1日

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

表 2-33、九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫分區醫療利用概況

分 會	總診次	總就診人次	申請醫療費用	每診次平均金額	每診次平均人次	每人次平均費用
台北區	323	7141	5285440	16363.59	22.11	740.15
北 區	526	15470	11492210	21848.31	29.41	742.87
中 區	376	9957	7931850	21095.35	26.48	796.61
南 區	216	6886	4959040	22958.52	31.88	720.16
高屏區	1310	26006	23268838	17762.47	19.85	894.75
東 區	792	31455	21820980	27551.74	39.72	693.72
總 計	3543	96915	74758358	21100.3	27.35	771.38

資料來源：中保會六區分會月報表

資料日期：93年11月10日彙整

## 肆、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：論次計酬

九十二年度論次計酬每診次平均人次為 13.10 人次；九十三年度則為 13.28 人次。但在每人次平均費用九十二年度平均為 967.31 元，至九十三年度增為 1,014.97 元。(詳見表 2-34~2-35)

表 2-34、九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

論次計酬 9306-9312

月 份	總診次	總就診 人 次	申請醫 療費用	每診次 平均金額	每診次 平均人次	每人次 平均費用
六 月	98	1167	1262000	12877.55	11.91	1081.40
七 月	110	1251	1347000	12245.45	11.37	1076.74
八 月	106	1135	1303000	12292.45	10.71	1147.75
九 月	110	1344	1404000	12757.91	12.22	1044.64
十 月	111	1522	1422000	12807.21	13.71	934.30
十一月	115	1657	1470000	12782.61	13.92	887.15
十二月	127	2104	1638000	12897.64	16.57	778.52
總 計	777	10180	9846000	12671.81	13.10	967.31

資料日期：93 年 2 月 1 日

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

表 2-35、九十三年度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況

論次計酬 9301-9310

月 份	總診次	總就診 人 次	申請醫 療費用	每診次 平均金額	每診次 平均人次	每人次 平均費用
一 月	95	1208	1264000	13305.26	12.72	1046.36
二 月	139	1476	1483000	10669.06	10.62	1004.74
三 月	113	1760	1536000	13592.92	15.58	872.73
四 月	112	1609	1538000	13732.14	14.37	955.87
五 月	121	1669	1732000	14314.05	13.79	1037.75
六 月	124	1729	1726000	13919.35	13.94	998.26
七 月	168	2256	2299000	13684.52	13.43	1019.06
八 月	169	2243	2269000	13426.04	13.27	1011.59
九 月	236	3046	3202000	13567.80	12.91	1051.21
十 月	247	3250	3500000	14170.04	13.16	1076.92
總 計	1524	20246	20549000	13483.60	13.28	1014.97

資料來源：中保會六區分會月報表

資料日期：93 年 11 月 10 日彙整

### 伍、無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫醫療利用概況：論量計酬

論量計酬部份，九十二年度及九十三年度每診平均人次分別為 32.66 人次及 37.97 人次；每人次平均費用分別為 710.68 元及 707.06 元。(詳見表 2-36~2-37)

表 2-36、執行院所 92 年 6-12 月醫療利用概況(論量計酬)

月 份	總診次	總就診 人 次	申請醫 療費用	每診次 平均金額	每診次 平均人次	每人次 平均費用
六 月	142	3653	2573024	18119.89	25.73	704.36
七 月	185	5669	4060190	21946.97	30.64	716.21
八 月	192	62522	4270020	22239.69	32.56	682.98
九 月	209	6692	4666762	22332.02	32.02	697.46
十 月	215	7160	5244440	24394.6	33.3	732.52
十一月	210	7084	5118450	24372.62	33.73	722.51
十二月	184	7155	5138340	27708.37	38.89	712.56
總計	1337	43665	31071226	23209.91	32.66	710.68

資料日期：93 年 2 月 1 日

資料來源：九十二年度無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表

表 2-37、執行院所 93 年 1-10 月醫療利用概況(論量計酬) 9301-9310

月 份	總診次	總就診 人 次	申請醫 療費用	每診次 平均金額	每診次 平均人次	每人次 平均費用
一 月	157	5264	3707040	23611.71	33.53	704.22
二 月	172	6065	4338470	25223.66	35.26	715.33
三 月	178	6811	4493990	25247.13	38.26	659.81
四 月	178	6839	4591140	25792.92	38.42	671.32
五 月	173	6496	4637470	26806.18	37.55	713.90
六 月	187	7313	5506664	29447.40	39.11	753.00
七 月	207	8042	6028844	29124.85	38.85	749.67
八 月	212	8029	5692160	26849.81	37.87	708.95
九 月	258	9878	7002790	27142.60	38.29	708.93
十 月	297	11932	8210790	27645.76	40.18	688.13
總 計	2019	76669	54209358	26849.61	37.97	707.06

資料日期：93 年 11 月 10 日彙整

資料來源：中保會六區分會月報表



## 陸、九十二年及九十三年無中醫鄉巡迴醫療利用率

九十二年度每月有就診者平均就醫次數為 1.82-2.08 次，九十三年度每月有就診者平均就醫次數為 1.82-1.99 次。(詳見表 2-38)

表 2-38、九十二年及九十三年無中醫鄉巡迴醫療利用率

九十二年度				九十三年度			
	就醫人數	就醫人次	有就醫者平均 就醫次數		就醫人數	就醫人次	有就醫者平均 就醫次數
92年7月	3,743	6,802	1.82	93年1月	3,503	6,440	1.84
92年8月	3,812	7,040	1.85	93年2月	4,039	7,346	1.82
92年9月	4,140	7,567	1.83	93年3月	4,301	8,341	1.94
92年10月	4,223	7,802	1.84	93年4月	4,329	8,473	1.96
92年11月	4,405	8,893	2.02	93年5月	4,239	8,227	1.94
92年12月	4,450	9,257	2.08	93年6月	4,647	9,255	1.99

資料來源：中保會六區分會月報表暨中央健康保險局院所申報醫療費用資料

資料日期：93年1月15日及93年8月15日彙整

## 柒、中醫門診總額就醫比率及每人就醫次數

自九十二年度起於山地離島地區實施無中醫鄉巡迴醫療服務後，在山地離島地區之中醫每人就醫比率及就醫次數方面，均呈現明顯成長。(詳見表 2-39~2-40)

表 2-39、中醫門診總額就醫比率

年 月	一般地區	離島地區	山地地區
90 年	27.77	15.57	1.09
91 年	28.08	15.22	1.15
92 年	28.70	15.41	1.23
91/90 成長率	1.11%	-2.22%	5.85%
92/91 成長率	2.23%	1.22%	7.19%

註：1.就醫比率=就醫人數/戶籍人數。

2.資料來源—健保局總額支付制度執行成果報告。

表 2-40、中醫門診總額每人就醫次數

年 月	一般地區	離島地區	山地地區
90 年	1.27	0.65	0.03
91 年	1.29	0.63	0.03
92 年	1.40	0.65	0.04
91/90 成長率	1.55%	-3.20%	-7.42%
92/91 成長率	8.11%	3.64%	41.52%

註：1.每人就醫次數=就醫人次/戶籍人口數。

2.資料來源—中央健康保險局 93 年評核報告。

## 第四章 討論

本章第一節將針對方法學進行討論；第二節則是探討本研究之結果。

### 第一節 方法學的討論

#### 壹、研究方法

##### 一、電話訪談成功率

- (一) 吳統雄(1990)表示近年國外絕大多數的實證研究文獻，都指出電話訪問率較造府訪問完成率高，本研究之成功訪問率 78.86%，此與林美珠(2001)的研究完成率為 77.4%差不多，相較國內一般郵寄問卷回收率高很多，且為預防病患資料不正確、電話錯誤或拒訪，故有預抽 1.7 倍病患樣本(22,12)。
- (二) 本研究利用電訪方式收集資料，拒答率 10.66%，未完成訪問率 10.48%，對於拒答者與未完成訪問者之特質及其滿意度是否與回答者有差異，因缺乏拒訪者資料，故無法得知。另未成功訪問率 10.48%，與林美珠的研究未成功率 18.2%及中醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度歷次調查之未成功訪問率差不多，應可接受。

##### 二、電訪品質

- (一) 訪員素質：以過去有經驗的訪員進行電訪，並編制訪員手冊，預先進行嚴格訪前訓練，因此訪員素質頗一致，較能得到受訪者真實的回答。
- (二) 電話訪談時間：根據吳統雄(1990)調查表示：民眾受訪平均時間在 20 分鐘者，很少有受訪者會顯得不耐煩或中途退出之情況，本研究訪問時間平均為 15.41 分鐘，應可接受(22)。
- (三) 電話訪談的限制還包括：受訪者接受訪問的情境較難控制、受訪者感覺受到干擾、無法深入瞭解受訪者的想法、針對問卷內容作答，無法暢所欲言、只能透過聲音蒐集相關的資料，而沒有與訪員的互動及訪員的一致性會影響訪問結果。

## 貳、研究限制

本研究採電話訪談方式蒐集資料，在方法學上仍有些許限制，例如資料完整性、回憶性偏差(recall bias)電訪者誤差等。

- 一、樣本選擇偏差(selection bias)：沒有電話的人口群被排除在外，而這一群可能是社經地位較低者，研究結果無法呈現這部分人口的意見，本研究母群體中沒有電話者僅佔 4%，雖然調查地區皆位於山地、離島及資源缺乏地區，但由於近年來台灣之電話以大為普及，擁有電話機具的家庭大為增加，使用電話調查的樣本代表性已不再是個重要限制(22)。
- 二、回憶性偏差(recall bias)：本研究為橫斷式電話回溯性研究，病人會有回憶性偏差存在，但本研究主要以詢問最近一個月內的就醫經驗，可減少可能的偏差。
- 三、替代樣本偏差(substitution bias)：電訪時對於空號或拒答者利用替代樣本可能產生偏差，惟對於未滿 15 歲及無能力回答之病人，無可避免需以陪看診者代答，此為限制之一。
- 四、使用替代樣本(proxies)的偏差：病人的親戚或其他的替代樣本比病人本身表達負面的評價。

## 第二節 研究結果之討論

### 第一部份：無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查

本部份將針對研究目的對研究結果做解釋與討論，內容共分為二大部份，第一部份針對本研究對象的基本屬性、健康狀態與醫療利用情形、院所特性、就醫服務品質特性與病人滿意度等現況之討論；第二部份針對影響病人對無中醫鄉巡迴醫療服務品質滿意度之重要因素之討論。

#### 壹、描述性結果之討論

##### 一、樣本之基本人口學特性

研究結果發現，無中醫鄉巡迴醫療使用者的基本屬性以女性為主(63.29%)最多；年齡分布以 60 歲以上最多(29.73%)；教育程度以小學含以下最多(53.38%)；家戶收入情形以一萬五千元以下占最多(19.37%)；以沒有罹患慢性病或重大傷病占最多(69.37%)；非原住民較多(55.63%)，但原住民的比例也占了近半數，原住民中以泰雅族占多數(13.06%)；之前使用過中醫醫療者較多(54.95%)，但未曾使用中醫醫療者也將近半數。

人口變項中，雖然性別以女性為主，而教育程度以小學含以下最多的結果與許多相關研究結果類似，但本研究之樣本女性比例與其他研究之結果相比高出許多，教育程度為小學含以下的比例占一半以上，與其他相關研究所占比例約三分之一有很大的不同；本研究的年齡分布以老年人為主，且家戶收入偏低，此應與本研究的樣本多來自醫療資源缺乏的地區，當地的居民多屬老弱婦孺，收入偏低，相較一般地區的調查以青壯年為主，收入亦以中等收入較多不同。而慢性病方面，本研究調查表示有罹患慢性病或重大傷病者較一般地區的 10.9% 要來得高，這應該也和該地區的年齡分布以老年人口為主有關。

##### 二、樣本之醫療需求與利用情形

研究結果發現，樣本中就醫原因以腰酸背痛、扭、挫、拉傷等肌

肉骨骼疾病者最多(59.91%)；醫療服務部份超過九成樣本表示有拿藥；自覺健康狀態以普通佔最多(39.86%)；就醫選擇中對於中西醫均能治療的疾病，以視病情而決定選擇醫療方式最多(48.42%)；近三個月就醫情形方面，至中醫巡迴醫療服務點就醫超過四次以上最多(63.29%)，近三個月以未至西醫院所就診最多(47.97%)，而有超過九成之民眾(90.54%)未至其他中醫院所就醫，此結果符合無中醫鄉巡迴醫療服務計畫為解決當地醫療需求而開辦之精神。

樣本就醫原因與一般地區民眾主要皆因肌肉骨骼疾病就醫相同。超過九成的民眾有拿藥，與一般地區的醫療行為不同，原因應為參加無中醫巡迴醫療的院所每週診次多為一次，需要安排同一療程進行傷科或針灸處置之疾病較無法連續進行，因而醫療行為多以開藥為主。在就醫選擇中，會視病情選擇醫療方式與其他研究結果類似，但其中仍有 24.77%的樣本會選擇中醫治療，表示在無中醫鄉雖然缺乏中醫醫療資源，但中醫醫療仍有極高的需求及信念。

本研究與其他研究較不同的部份即為調查過去使用中醫的經驗及是否為原住民，結果樣本中有將近一半的人過去未曾使用過中醫醫療，表示其中近一半的就醫病患因為無中醫鄉巡迴醫療服務的實施，而有機會使用中醫醫療；另外由於無中醫鄉巡迴醫療主要服務的地區為山地離島地區，因此原住民的比例亦較其他研究高，如此正可了解原住民與一般民眾對醫療利用及醫療品質滿意度的差異。

就醫次數部份，多數的樣本至中醫巡迴醫療服務站就醫的次數超過一次以上，顯示樣本對巡迴醫療服務站的肯定，對照樣本極少去看西醫及其他中醫院所，更突顯當地醫療資源的不足。

### 三、院所特性

在醫師執業情形方面，傷科推拿及針灸治療由中醫師全程執行者最多，分別占 63.92%、94.39%，有 85.78%的民眾表示有使用拋棄式針；開藥天數以開七天藥最多(84.2%)，97.3% 的樣本表示未負擔任何費用。

針灸治療表示由助理全程執行者僅有一人，表示無中醫鄉巡迴醫療之針灸治療已落實應由醫師親自執行之規定，但在傷科推拿的部份，仍有三十六位表示由助理全程執行，此與無中醫鄉巡迴醫療試辦計畫注意事項「傷科處置應由中醫師全程親自執行」之規定不符，可見政策之落實仍有努力及改善的空間。開藥天數以七天為最多，應與

前面所提到參加中醫巡迴醫療服務之院所多為每週一個診次有關。

在費用負擔部份，由於參加本計畫之院所依規定不得收取掛號費及部份負擔，因此民眾應不須負擔任何費用，但調查結果中仍有十位表示有支付費用，其中九位表示支付內容為掛號費，對照九位病患的就醫院所，有兩家院所有超過一位病患表示有付掛號費，此部份值得更深入的了解。

#### 四、就醫服務品質特性

就醫可近性部份，樣本至中醫巡迴醫療服務點的交通工具以機車最多(37.61%)，平均交通時間  $12.54 \pm 16.76$  分鐘，且對此交通時間接受度表示普通者最多(48.20%)。樣本中表示在中醫巡迴醫療服務開辦以前至其他醫療院所就醫的交通工具以汽車最多(32.88%)，平均交通時間  $38.26 \pm 48.99$  分鐘。平均等候診療時間為  $22.98 \pm 26.30$  分鐘，平均治療時間  $14.59 \pm 11.47$  分鐘。

樣本至中醫巡迴醫療服務站的平均交通時間比之前至其他院所就醫的交通時間要少，表示無中醫巡迴醫療服務的提供確實能增加民眾就醫的可近性。

樣本的平均等候診療時間與平均治療時間皆較一般地區的研究結果長，此部份可能是因為參加中醫巡迴醫療的院所多為一位醫師到無中醫地區服務，因此若就醫人數較多時，候診時間就會比較久，而平均治療時間較一般地區的高，使得對於醫師診療的仔細程度及看診時間的接受度皆約有九成的樣本表示滿意及接受。

#### 五、病患滿意度

病患對於各構面的平均滿意度為 82.95 分，顯示當地病患對整體的滿意度皆為正向。樣本中有 98.42% 表示未發生過不滿意的事，其中有 1.35% 的民眾(6 位)表示有發生過不滿意的事情，不過本研究未深入探討不滿意的原因。

樣本中有 88.74% 的樣本表示中醫師沒有需要改善的部份，認為需要改善的占 6.76%，其中認為需要改善的最主要為應詳細解說病情及應增加看診時間，此項結果也反映在樣本對於治療時間非常不滿意的人數較其他滿意度變項要多。

## 貳、影響病人對醫療服務品質滿意度重要因素之討論

### 一、控制變項

#### (一) 院所特性

院所特性中，每週診次、巡迴地點及時間是否曾經更動、申報方式是否更動以及地區別等變項對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。

院所的申報方式會影響病患在「醫療設備與環境品質」以及「醫療溝通品質」的滿意度，且核實申報院所的病患滿意度較論次計酬院所的病患滿意度高，此部份是否是院所因為財務誘因的差異，而導致所提供的服務有所不同並不在本研究的討論範圍，仍有待進一步的探討。

院所是否更動巡迴診次會影響「整體醫療品質」滿意度，且有更動之院所滿意度較高，需要說明的是所有承辦無中醫鄉巡迴醫療服務的院所只有一家曾經更動巡迴診次，更動原因為同一地點原本為兩家承辦，後來合併由一家承辦，該地區的民眾可能由於院所資源的整合而使滿意度提高。

院所是否曾經休診會影響「整體醫療品質」滿意度，且曾經休診之院所的病患滿意度較高，此部份與一般認知有所差異。經分析院所的休診原因，大部份多為不可抗之因素，如遇颱風、節日或場地問題等因素而休診，因此應不致於造成病患太大的不便與反感。

院所最近申報人數與院所承辦時間的長短會影響「照護可近性」的滿意度，且呈現負相關，表示院所申報的人數愈多，承辦的時間愈長，病患的滿意度愈低。照護可近性的構面包括「中醫看病流程」、「交通方便性」、「交通時間接受度」與「等候診療時間接受度」，若與細項之構面比較，申報人數及承辦時間長短兩者間呈現正相關，且與等候診療時間比較皆呈現負相關，由此可知就醫人數會隨著院所承辦時間的增加而增加，候診時間拉長，對候診時間的滿意度自然下降，這應是照成整體照護可近性的主要原因。

當地西醫診所數及西醫師數會對的「醫病溝通品質」與「整體醫療品質」造成影響，且呈現正相關，表示西醫診所數及西



醫師數愈多的地區，其滿意度愈高，此部份與一般認為在醫療資源愈缺乏的地區提供醫療時的滿意度會愈高的認知不同，造成此項結果的原因可能是由於當地民眾擁有較多的醫療資訊，有助於醫病雙方的溝通，但更值得注意的是，可能當地醫療資源尚未能滿足其完整的醫療需求，資源的不足及缺乏選擇性，使得當地民眾迫切需要多樣醫療資源的提供。

## (二) 基本人口學特性

基本人口學特性中，性別、家戶收入、是否罹患慢性病、是否為原住民等對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。

人口基本變項中，雙變項分析之結果顯示，只有年齡及家戶收入會影響「醫療設備與環境品質」的滿意度，且以年齡六十歲以上及十五歲以下的滿意度較高，在六十歲以上的部份，與許多研究結果認為「年齡愈高滿意度愈高」一致，但十五歲以下的滿意度較高可能是因為十五歲以下的疾病大都較輕微，且多由父母代答較易溝通有關。而家戶收入較低者可能對設備及環境的要求較低，使其滿意度較高。

## (三) 醫療需求與利用情形

醫療需求與利用情形中，是否曾經使用過中醫醫療與過去三個月看西醫的次數，對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。

病患自覺健康狀態會對「照護結果」的滿意度造成影響，自覺健康狀態較好的病患其滿意度亦較高，此項結果與許多相關研究之結論相同，原因可能為健康狀態較佳者，對於醫療服務較滿意的原因可能來自其正向積極的態度，因為身體健康狀況較佳的病人會有較大的可能性去包容醫療的缺失，也就是說，要純粹以病人自覺的醫療滿意度來衡量該醫療系統的完整性，仍要小心謹慎。

病患於中醫巡迴醫療服務點的就醫次數會影響「醫療設備與環境品質」、「醫療技術品質」、「醫病溝通品質」、「醫病互動品質」、「照護結果」及「整體醫療品質」等構面的滿意度，且就醫次數較多者，其滿意度較高。如同前面所提，當病患會重覆一家診所就醫，基本上表示其對此家診所的滿意度較高。

對於中西醫皆可治療的疾病，病患所選擇的醫療方式會影響「整體醫療品質」的滿意度，且以選擇中醫治療者滿意度較高。一般會選擇中醫治療的病患，其對中醫的處置及療效持較正向的態度，進而可能將影響其對醫療服務的滿意度。

## 二、自變項

自變項部份，傷科推拿與針灸治療是否由醫師親自執行、針灸治療是否使用拋棄式針，對於各構面的品質滿意度經分析後均無統計上的顯著差異。此部份與林美珠(2001)一般地區之研究有所差異。原因可能與無中醫鄉巡迴醫療服務大部份屬於每週執行一次，同一療程之針灸、傷科治療不易連續施行，大部份配合開給內服中藥(93.47%)，複合型態之醫療行為不易顯現差異。至於針灸治療回答由助理執行者僅佔 0.23%(1 人)，回答非使用拋棄式針者僅佔 1.42%(3 人)，比例太少不易顯現差異。

患者至巡迴醫療服務點的交通時間與巡迴醫療服務點設立後所節省需至其他醫療機構的交通時間，會影響「照護可近性」的滿意度，且至巡迴醫療服務點的交通時間愈短者，滿意度愈高。但在所節省的交通時間部份，滿意度最高的卻為 10 分鐘以內之病患，即表示交通時間增加 10 分鐘以內的滿意度最高，一部份原因可能是因為只增加 10 分鐘以內的交通時間，表示當地有其他的醫療資源提供，因此交通時間對其所造成的影響不大，另一部份原因可是當地的醫療需求仍未被滿足，才會使病患有動機花更多的交通時間尋求更多的醫療照護。

病患是否曾因不適而回診會影響「照護結果」的滿意度，且不曾因不適而回診者其滿意度較高。基本上病患若因不適而回診，其對醫療效果的滿意度應會較低。而病患是否因不舒服而改看其他醫師，會影響「醫療設備與環境品質」、「醫療技術品質」、「醫病溝通品質」、「醫病互動品質」、「照護結果」以及「整體醫療品質」等構面之滿意度，此變項與因不適而回診的結果相同，都是病患治療後仍感到不舒服，對於其醫療效果便會較不滿意，差別在於是否會回診接受同一位醫師治療，當病患會回診時，表示可能只單純對照護結果的不滿意，而當改看其他醫師時，即表示可能對於多項的醫療品質皆不滿意。

## 三、複迴歸分析結果

依據複迴歸分析結果顯示，影響病患「醫療設備與環境品質」滿

意度的因素主要為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、申報方式及是否曾改看其他醫師；而影響病患「醫療技術品質」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、是否曾改看其他醫師及治療時間；影響病患「醫病溝通品質」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數及是否曾改看其他醫師；影響病患「醫病互動品質」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、是否曾改看其他醫師；影響病患「照護可近性」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點的交通時間；影響病患「照護結果」滿意度的主要因素為至中醫巡迴醫療服務點就醫次數、是否曾改看其他醫師、治療時間及病患自覺健康狀態；影響病患「整體醫療品質」滿意度的主要因素為中西醫的選擇、至中醫巡迴醫療服務點就醫次數及治療時間。

## 第二部份：無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫業務座談會

- 壹、部分院所反應在執行期間所遭遇的困難中包括語言隔閡、環境設備與管理不易等問題，本研究調查目前投入之人力中僅有 9.12%為當地應聘，建議承辦院所可考慮聘用當地人員擔任行政助理，一方面可解決語言溝通問題，另一方面可代為管理存放當地之醫療器材，除可提高醫療品質外，更可增進當地居民就業機會。
- 貳、無中醫鄉巡迴醫療服務目前僅作到門診衛教，民眾就醫時才有機會宣導。若承辦院所能在門診醫療服務外，投入更多時間於衛生教育的宣導，不僅可達到預防疾病、改善生活習慣，更可加強宣導增進當地居民對中醫藥的認識。

### 第三部份：辦理無中醫鄉巡迴醫療服務之全民健保中醫特約醫療機構調查

- 壹、採用論次計酬的院所約佔一半(47.6%)，修正計酬方式時，需要考慮對承辦院所的衝擊，以免影響無中醫鄉民眾的就醫權益。
- 貳、部份院所反應無中醫鄉距離遙遠，平均時間約為 81.9 分鐘，對醫事人力為一大負擔。計畫辦理期間曾有醫療人員發生意外之事例，建議未來將承辦院所醫事人員意外險納入整體規劃，以分擔風險。
- 參、有 93.9% 的院所認為無中醫鄉巡迴醫療服務計畫符合及非常符合當地民眾需求，且有 82.9% 的院所對於無中醫鄉巡迴醫療服務計畫實施成效感到滿意及非常滿意，建議本計畫持續辦理，服務更多山地、離島及醫療資源缺乏地區的民眾。
- 肆、在考慮優先辦理地區部份，認為山地地區優先者佔 45.7%，離島地區優先者佔 40.2%，一般地區之開放建議可參考楊銘欽教授有關「西醫基層總額預算制度對民眾就醫可近性之影響」報告，可將鄰近鄉鎮醫療資源實際情形，一併納入考量。
- 伍、一般認為衛生主管較不重視中醫藥的發展，但本研究有高達 74.4% 的院所認為當地衛生局對於本計畫持支持態度，建議本計畫之承辦院所應加強與當地醫療院所之合作，持續提高醫療可近性。

## 第四部份：全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表 次級資料分析

- 壹、醫療利用率：無中醫鄉巡迴醫療服務點之有就醫者平均就醫次數為 1.82 至 2.08(人次)，相較一般地區 1.6 至 1.7(人次)高，可能與醫療資源缺乏地區，民眾醫療需求並未滿足及無中醫鄉巡迴醫療服務就醫民眾年齡分布、慢性病及低收入比例較一般地區高有關。
- 貳、由次級資料統計得知，九十二年提供貳仟壹佰多診次，服務超過伍萬參仟人次，每診次平均服務 25.56 人次，九十三年一月至十月提供參仟伍佰多診次，服務超過玖萬陸仟多人，每診次平均服務 27.35 人，預估今年可以服務超過拾萬人次。服務地區由 37 個增至 63 個，總服務診次、人數、每診平均人次及服務地區數均有明顯增加，服務量提高之後，應同時注意醫療服務品質的提高與監測。
- 參、統計顯示診次計酬之服務量，明顯低於論量計酬，部份論次計酬地區，屬艱困不易執行之地區。論次計酬有其鼓勵意義，惟少數診次計酬之院所，平均服務量低於 5 人次，甚至低於同地區，選擇論量計酬之院所，醫療資源的提供與經濟效益，一併考慮，論次計酬支付方式設計缺乏經濟後因，應加以檢討。
- 肆、由統計顯示論量計酬之服務量，九十三年每診次平均人次為 3,797 人，其中東區更高達 5,883 人，服務人次甚至超出部分一般地區之服務量，顯示當地有高度的醫療需求，可考慮將此類地區公告作為中醫師開業之參考，以均衡醫療分布，甚至實施依合理量階級支付不同醫療費用，鼓勵無中醫鄉巡迴醫療院所，投入較多醫師人力。

## 第五章 結論及建議

本章第一節將針對本研究結果提出結論；第二節則是提供衛生主管機關、中醫門診總額受託單位及院所方面相關之建議。

### 第一節 結論

- 壹、本研究發展之無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷，可作為健保局、中醫門診總額受託單位定期監控無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫、病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度之評估工具。
- 貳、全民健保醫療費用協定委員會九十三年度九月十九日第九十三次委員會議決議：中醫門診總額受託單位應於協定九十五年總額預算前提出無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫之成效評估，如民眾就醫可近性及滿意度等，本研究計畫之成果適可提供此專案成效評估之用。
- 參、無中醫鄉巡迴醫療之介入對當地居民的健康情形是否有改變，從此研究中並無法看出。與一般地區比較，無中醫鄉巡迴醫療服務就醫病患女性及老年人口偏高，且家庭月收入普遍偏低，此外亦發現無中醫鄉巡迴醫療就醫民眾之慢性病患比例明顯高於一般地區，此應與其人口年齡分布之特性有關。
- 肆、一般認為中醫屬漢民族之傳統醫療，與原住民較無文化上之關聯，本研究中原住民的比例將近一半，但分析結果發現原住民與非原住民在醫療品質各構面的滿意度均無顯著差異，顯示如果有足夠中醫醫療資源的提供，有相同接近中醫醫療資源的機會，原住民與漢民族並沒有因為文化傳統上的差異，造成對中醫巡迴醫療品質的影響。
- 伍、研究結果顯示，無中醫鄉巡迴醫療就醫病患對於全民健保的滿意度較一般地區民眾最近一次調查低，但無中醫鄉巡迴醫療服務品質各項目滿意度調查與一般地區最近一次調查相較，除了對就診場所衛生環境及舒適性的滿意度較低外，其餘滿意度均較一般地區高，由於承辦計畫之院所並非非常駐於當地，對環境衛生及舒適性的維護不易，因此對此滿意度較低是可以理解的，其他各項目的滿意度均呈現較高之結果，不但表示當地居民對中醫巡迴醫療的肯定，也表現中醫全聯會在篩選承辦院所時的用心。
- 陸、中醫巡迴醫療服務點的設立交通時間增加在十分鐘以內的病患，對「照

護可近性」的滿意度反而較高，以及在當地西醫診所及西醫師數愈多的地區之病患對「醫病溝通品質」及「整體醫療品質」滿意度愈高，其樣本的滿意度較高，皆與一般認知不同，是否當地的醫療資源尚無法滿足當地醫療需求及當地的民眾仍需要更多醫療的提供，值得後續研究進一步探討。

- 柒、經複迴歸分析之結果顯示，會影響無中醫鄉民眾醫療品質的滿意度主要為交通時間、治療時間及是否曾改看其他醫師，顯示醫療資源缺乏地區民眾最為重視就醫可近性、醫師的診療與療效。
- 捌、由研究結果顯示無中醫鄉巡迴醫療服務不僅增加部份醫療資源的提供，提高了部份的醫療可近性，亦增加就醫民眾對全民健保的滿意度。
- 玖、醫療資源缺乏地區，民眾的醫療需求隨醫療供給可用性增加而增加，表示民眾有些需求未被滿足(1)，由次級資料分析得知無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫的實施，對山地離島及偏遠地區民眾之就醫人數、就醫次數、就醫比率及有就醫者平均就醫次數有明顯的增加，可以證實無中醫鄉巡迴醫療的確增加中醫醫療資源缺乏地區中醫就醫可近性。



## 第二節 建議

### 壹、衛生主管機關方面

- 一、持續辦理醫療資源缺乏地區改善方案，特別是持續推動無中醫巡迴醫療服務計畫，為便於參與無中醫醫療服務院所長期投入永續經營，建議取消現行計畫試辦名稱及年度之限制。
- 二、將無中醫鄉巡迴醫療服務計畫病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查，納入中醫門診總額支付制度品質確保方案，並定期監控。
- 三、為均衡中醫醫療資源分布，確保中醫就醫可近性，除推動無中醫鄉巡迴醫療服務計畫外，應規劃鼓勵中醫師前往中醫醫療資源缺乏地區開業之計畫。

### 貳、中醫門診總額受託單位

- 一、應定期實施無中醫鄉巡迴醫療服務成效評估，包括檔案分析、立意審查、實地訪視與調查等，以瞭解無中醫鄉巡迴醫療實際提供情形及當地醫療需求，擇優特約並淘汰實施成效不佳之計畫(含經濟效益不佳之計畫)。
- 二、建議修改現行無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之支付標準，將現行論次計酬支付方式，修改為基本承作費用加論量計酬之支付方式，並採限制申請區域及專案核準之方式辦理。
- 三、建議修改現行無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之支付標準，將導入診察費及處置費，合理量分級支付之設計，對服務人次較多之單一巡迴醫療服務費提供增聘(或指派)醫師(事)人力之經濟誘因。
- 四、資訊透明化，定期公告無中醫鄉名單及優先開辦無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之地點。
- 五、無中醫鄉巡迴醫療服務計畫每診超出一定人數之地區，應定期公告，供中醫師開業地點選擇之參考，以促進中醫醫療資源之均衡分布。
- 六、新增無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之審核，除考慮鄰近鄉鎮中西醫療資源之現況外，應著重考慮當地居民醫療需求。
- 七、建立醫療品質保證制度，申辦院所於申請無中醫巡迴醫療服務計畫時，應一併簽署相關品質規定及獎懲措施，以確保無中醫鄉巡迴醫療服務

計畫之醫療服務品質。

八、規劃辦理參與無中醫巡迴醫療服務人員意外保險。

## 參、院所方面

一、重視溝通品質，主動提供病患衛教及相關醫療資訊需求。

二、改善及提昇無中醫鄉巡迴醫療服務地點環境衛生及醫療設備。

三、無中醫鄉巡迴醫療服務計畫承辦院所，應加強宣導的工作，增加民眾對中醫巡迴醫療的認知，使其更能提高民眾對無中醫鄉巡迴醫療的利用。

四、行政人力不足時應優先考慮增聘當地民眾擔任，增進當地民眾就業機會。

## 誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP93-RD-066 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

## 參考文獻

1. 張育嘉：中醫醫療資源對醫療利用之影響：可用效應與誘發效應之分析，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2001。
2. 魏玉容：台灣山地離島地區醫療政策分析，國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2000。
3. 鄭守夏：台東縣蘭嶼鄉、綠島鄉巡迴醫療提供之成果評估。行政院衛生署，1999。
4. 李奕慧：偏遠地區社區醫療保健計畫之評估—門諾醫院在花蓮的嘗試，行政院衛生署，1998。
5. 呂道南、游能俊、陳伯瑞：宜蘭縣山地鄉社區醫療照護試辦計畫。行政院衛生署，1998。
6. 譚秀芬、曾泓富：嘉義縣阿里山鄉醫療資源利用現況及滿意度調查。行政院衛生署，1998。
7. 張文信：金門縣烈嶼鄉巡迴醫療提供之成果評估。行政院衛生署，1998。
8. 李卓倫：仁愛鄉巡迴醫療保健計畫成果評估。行政院衛生署，1998。
9. 曾泓富、譚秀芬：經濟合作暨開發組織(OECD)部份國家偏遠地區醫療照護模式之探討，中央健康保險局，2000。
10. 林進川：原住民地區實施醫療給付效益提昇計畫之探討—以屏東縣春日鄉為例，高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班，2003。
11. 戴行妍：山地醫療整合計畫的效果評估，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2003。
12. 林美珠：全民健保中醫門診總額支付制度實施前醫療服務品質之研究—以病人滿意度為評量方法，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2001。
13. 中醫門診總額支付制度規劃，行政院衛生署，2000。
14. 施純全：九十二年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫初步執行報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2003。
15. 施純全：全民健康保險中醫門診總額支付制度執行報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2001。
16. 施純全：全民健康保險中醫門診總額支付制度第一年試辦計畫執行報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2001。
17. 施純全：九十一年度全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案執行成果報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2002。
18. 施純全：九十二年度全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案執行成果報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2003。

- 19.法規：山地離島醫療服務促進方案(2000)
- 20.林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣：中醫師人力現況與規劃，衛生署醫藥年報，2003。
- 21.賴俊雄、李卓倫、紀駿輝：1981-1994 年中醫政策研究之回顧，公共衛生，1994。
- 22.吳統雄：電話調查—理論與方法，台北，聯經出版事業公司，1990 年。
- 23.施純全：「中醫實施總額支付制度可行性研析」，列於中華民國中醫師公會全國聯合會(編)中醫報導，1999 年第 3 季季刊，p.33-36。
- 24.鍾國彪：全民健康保險的整體醫療品質之評估。中央健康保險局委託計畫報告 1997 年。
- 25.林淑範：醫院總額支付制度實施前後客觀醫療服務品質與病患醫服務品質滿意度之比較研究，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2004。
- 26.施純全：九十二年度中醫門診總額支付制度無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫執行報告，中華民國中醫師公會全國聯合會，2004。

附錄一

問卷編號：□□--□□□□

**無中醫鄉巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷**

您好，請問\_\_\_\_\_先生/小姐在家嗎？

這裡是中醫師公會全國聯合會，我們接受衛生署委託進行訪問，不知道能不能打擾幾分鐘請教一些問題？這份問卷資料僅作研究之用，絕不會洩漏您個人的資料，請您放心回答。

巡迴醫療服務地點：\_\_\_\_\_鄉\_\_\_\_\_

就診者姓名：\_\_\_\_\_ 受訪者電話號碼：\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_

【訪員請注意：打※或(網底)部分，不用主動提示】

※ 若受訪(就診者)對象未滿十五歲或年紀大因病無法回答者，請找陪看病者代答。

※ 訪問開始，訪員請記下開始時間：\_\_\_\_時\_\_\_\_分 代答者與就診者之關係\_\_\_\_\_

【訪員請注意：代答者才需填寫以下三題】

1. 代答者的性別： (1)男  (2)女【請訪員自行勾選】

2. 請問您今年幾歲？(代答者)

 (1)20~29歲 (4)50~59歲 (8)不知道 (2)30~39歲 (5)60歲以上 (9)拒答 (3)40~49歲

3. 請問您的教育程度是(代答者)？

 (1)小學及以下(含不識字) (8)不知道 (2)國中、初中 (9)拒答 (3)高中(職) (4)大學及專科 (5)研究所以上

※若由家屬或陪看病者代答，下列題目係請問就診者之就診狀況。

### 一、 就醫利用可近性(習慣、可近性、利用率等)

【訪員注意：巡迴醫療服務地點係指\_\_\_\_\_鄉\_\_\_\_\_地點，例如萬隆鄉衛生所】

1. 請問，您(他)今年十月中有沒有在\_\_\_\_\_鄉\_\_\_\_\_ (巡迴醫療服務地點)看過中醫？

(1)有(續問第 2 題)  (8)不知道

(2)沒有(接 1.1 題)  (9)拒答

1.1 那您有沒有在其他時間去\_\_\_\_\_鄉\_\_\_\_\_ (巡迴醫療服務地點)看過中醫？

(1)有  (2)沒有/不知道(停止訪問)。

\* 接下來，想請教您(他)十月中那次的就醫經驗

2. 請問，您(他)那次去看中醫，主要是因為什麼病或什麼問題？(複選，最多選 5 項)

【訪員注意：先由民眾主訴病名，若無法回答再依序提示】

- |                                   |                                     |                                   |                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)感冒    | <input type="checkbox"/> (7)咳嗽      | <input type="checkbox"/> (15)腸胃疾病 | <input type="checkbox"/> (21)扭、挫、拉傷   |
| <input type="checkbox"/> (2)過敏性疾病 | <input type="checkbox"/> (10)呼吸系統疾病 | <input type="checkbox"/> (16)失眠   | <input type="checkbox"/> (22)癌症       |
| <input type="checkbox"/> (3)肝病    | <input type="checkbox"/> (11)心臟病    | <input type="checkbox"/> (17)高血壓  | <input type="checkbox"/> (23)其他(請說明)_ |
| <input type="checkbox"/> (4)腎臟病   | <input type="checkbox"/> (12)中風     | <input type="checkbox"/> (18)神經痛  | <input type="checkbox"/> (24)痛風       |
| <input type="checkbox"/> (5)腰酸背痛  | <input type="checkbox"/> (13)肌痛肌炎   | <input type="checkbox"/> (19)骨折脫臼 | <input type="checkbox"/> (8)不知道       |
| <input type="checkbox"/> (6)婦科疾病  | <input type="checkbox"/> (14)皮膚病    | <input type="checkbox"/> (20)糖尿病  | <input type="checkbox"/> (9)拒答        |

3. 請問，您(他)那次到\_\_\_\_\_鄉\_\_\_\_\_ (巡迴醫療服務地點)看中醫，是怎麼去的(交通工具是)？(可複選)

(1)步行  (4)汽車  (8)不知道

(2)腳踏車  (5)公車  (9)拒答

(3)機車  (6)計程車

3.1 請問，您(他)那次看中醫，包括等車、塞車或其他路程上的時間，去一趟需要花多少時間？

\_\_\_\_小時\_\_\_\_分鐘

3.2 請問，您(他)對這樣的交通時間可不可以接受？

【訪員注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】

(1)完全沒有問題  (4)不能接受  (8)不知道

(2)可以接受  (5)非常不能接受  (9)拒答

(3)普通

3.3 \_\_\_\_\_鄉\_\_\_\_\_中醫巡迴醫療服務開始前，如果您身體不舒服時，最常(或最近一次)去看病的醫療院所是哪一家？【若回答沒有者，請跳答第 4 題】

\_\_\_\_\_ (醫療院所名稱)在\_\_\_\_\_地方(鄉、鎮)

3.4 請問，您平常去○○(醫療院所名稱)看病，是怎麼去的(交通工具是)?(可複選)

- (1)步行       (5)公車       (10)飛機  
 (2)腳踏車       (6)計程車       (8)不知道  
 (3)機車       (7)船       (9)拒答  
 (4)汽車       (8)飛機

3.5 請問，去一趟大概要花多久時間\_\_\_\_小時\_\_\_\_分鐘(包括等車、塞車或其他路程上的時間)

4. 請問，您(他)那次到\_\_\_\_\_鄉\_\_\_\_\_ (巡迴醫療服務地點)看中醫，大約等了幾分鐘醫生才幫您看病？

\_\_\_\_小時\_\_\_\_分鐘(包括現場掛號的等候時間)

4.1 請問，您(他)對這樣的等候時間可不可以接受？【訪員注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】

- (1)完全沒有問題       (4)不能接受       (8)沒意見  
 (2)可以接受       (5)非常不能接受       (9)拒答  
 (3)普通

5. 請問，那次看病中醫師檢查及治療的時間大概多久？\_\_\_\_\_分鐘

5.1 請問，您(他)對那次中醫師檢查及治療的仔細程度滿不滿意？

【訪員注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】

- (1)非常滿意       (4)不滿意       (8)沒意見  
 (2)滿意       (5)非常不滿意       (9)拒答  
 (3)普通

5.2 請問，您(他)對那次中醫師檢查及治療所花費的時間長短滿不滿意？

【訪員注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】

- (1)非常滿意       (4)不滿意       (8)沒意見  
 (2)滿意       (5)非常不滿意       (9)拒答  
 (3)普通

6. 請問，您(他)那次看中醫時，除了醫師診斷之外，有接受過那些醫療服務?(可複選)

【訪員注意：\* 請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者

\* 不論是否拿藥均續答 6.1 題】

- (1) 拿藥(內服藥)  
 (2) 傷科推拿       (9)拒答  
 (3) 針灸治療  
 (4) 其他(請說明)\_\_\_\_\_

6.1 請問，您那次看中醫，中醫師開給您幾天的藥？\_\_\_\_\_天(或\_\_\_\_星期)，沒開藥者請填 0

6.2 依據您(他)的病情，你覺得那次拿藥天數是？

【訪員注意：請將選項(1)~(3)逐一告知受訪者，(4)由訪員自行勾選】

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)太多  | <input type="checkbox"/> (8)沒意見 |
| <input type="checkbox"/> (2)太少  | <input type="checkbox"/> (9)拒答  |
| <input type="checkbox"/> (3)剛好  |                                 |
| <input type="checkbox"/> (4)未拿藥 |                                 |

**\*有接受傷科推拿者續答 6.3 題，有接受針灸者續答 6.4-6.5 題**

6.3 請問，您(他)那次看中醫傷科推拿是由誰執行的嗎？(可複選)

【訪員注意：請將選項(1)~(4)逐一告知受訪者】

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)中醫師全程執行    | <input type="checkbox"/> (8)不知道 |
| <input type="checkbox"/> (2)中醫師+助理都有執行 | <input type="checkbox"/> (9)拒答  |
| <input type="checkbox"/> (3)助理全程執行     |                                 |
| <input type="checkbox"/> (4)護士全程執行     |                                 |

6.4 請問，您(他)那次看中醫針灸治療是由誰執行的嗎？(可複選)

【訪員注意：請將選項(1)~(4)逐一告知受訪者】

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)中醫師全程執行    | <input type="checkbox"/> (8)不知道 |
| <input type="checkbox"/> (2)中醫師+助理都有執行 | <input type="checkbox"/> (9)拒答  |
| <input type="checkbox"/> (3)助理全程執行     |                                 |
| <input type="checkbox"/> (4)護士全程執行     |                                 |

6.5 請問，那次針灸治療是否使用「用後即丟棄式的針」(針是不是用一次就丟掉)？

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)是   | <input type="checkbox"/> (9)拒答 |
| <input type="checkbox"/> (2)否   |                                |
| <input type="checkbox"/> (3)不知道 |                                |

7.請問，您(他)那次看中醫自己付了多少钱？\_\_\_\_\_

如果有付費，請續答 7.1 題

7.1 請問，您知道付錢的原因是

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)掛號費     | <input type="checkbox"/> (8)不知道 |
| <input type="checkbox"/> (2)部分負擔    | <input type="checkbox"/> (9)拒答  |
| <input type="checkbox"/> (3)健保不給付   |                                 |
| <input type="checkbox"/> (4)補健保給付差額 |                                 |
| <input type="checkbox"/> (5)非健保身份   |                                 |
| <input type="checkbox"/> (6)其他      |                                 |



**二、醫療品質滿意度【訪員請注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】**

	1	2	3	4	5
	非	滿	無	不	非
	常		意	滿	常
	滿		見	不	滿
	意	意	意	意	意

- 1.您對那次看中醫【地點的環境衛生及舒適性】覺得？-----
- 2.您對那次看中醫的【醫療設備】覺得？-----
- 3.您對那次看中醫的【看病流程】覺得？-----
- 4.您對那次看中醫的【交通方便性】覺得？-----
- 5.您對那次看中醫【中醫師的說明，包括病情、治療方法及對疾病的指導】覺得-----
- 6.您對那次看中醫【其他醫護人員的說明，包括用藥、飲食及運動的指導】覺得？-----
- 7.您對那次看中醫【醫師的診斷、治療等醫術方面】覺得？-----
- 8.您對那次看中醫【中醫師的服務態度】覺得？-----
- 9.您對那次看中醫【其他醫護人員的服務態度】覺得？-----
- 10.您對那次看中醫【治療的效果(症狀的改善程度)】覺得？-----
- 11.整體而言，您對那次看中醫的醫療品質覺得？-----
- 12.請問，您(他)那次看中醫，有沒有不滿意的事發生過？

- (1)否
- (2)是→12.1 請問您不滿意的事有沒有得到那裡人員(指巡迴醫療服務點服務人員)妥善的處理？
  - (1)有  (8)不知道
  - (2)沒有  (9)拒答

13.當您的家人或您的親友需要看中醫時，您是否願意推薦介紹他去那裡看中醫(指該中醫巡迴醫療服務點)？

**【訪員注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】**

- (1)非常願意(請再問為什麼非常願意並記錄)  (8)不知道
- (2)願意(請再問為什麼願意並記錄)  (9)拒答
- (3)普通
- (4)不願意(請再問為什麼不願意並記錄)
- (5)非常不願意(請再問為什麼非常不願意並記錄)

14.您認為那次幫您看病那位中醫師有沒有需要改善的地方？

- (1)沒有(跳答 15 題)  (8)不知道
- (2)有(續答 14.1 題)  (9)拒答

14.1 請問，您認為哪裡需要改善？

【訪員注意：請將選項(1)~(6)逐一告知受訪者】

- (1)增長看診時間                       (4)加強醫術                       (8)不知道  
 (2)縮短看診時間                       (5)應該親切一點                       (9)拒答  
 (3)詳細解說病情                       (6)其他(請說明)\_\_\_\_\_

15. 請問，您(他)那次看中醫有沒有因為那位醫師看不到而改看其他醫師？

- (1)有     (8)不知道  
 (2)沒有     (9)拒答

15.1 您(他)那次看完中醫回家後，有沒有因為身體不舒服再去看醫生？

- (1)有     (8)不知道  
 (2)沒有     (9)拒答

### 三、自覺健康與醫療利用情形

1. 一般而言，您認為您目前的健康狀況是？(單選)

【訪員注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】

- (1)非常好     (8)不知道  
 (2)好     (9)拒答  
 (3)普通  
 (4)不好  
 (5)非常不好

2. 請問，您過去在\_\_鄉\_\_(中醫巡迴醫療服務點)設立前，您有沒有看過中醫？

- (1)有     (8)不知道  
 (2)沒有     (9)拒答

3. 如果中醫西醫均能治療某種疾病，請問您會選擇？

【訪員注意：請將選項(1)~(4)逐一告知受訪者】

- (1)西醫     (2)中醫     (3)中西醫併用     (4)視疾病性質而定(請說明：  
\_\_\_\_\_)

4. 請問，您最近三個月，也就是從八月到現在，在這個地方看過中醫幾次？

【訪員請注意：先由病患主動回答，若回答 2~3 次，即以 3 次(最高次數)為主，以此類推】

- (1)一次     (2)二次     (3)三次     (4)四次     (5)四次以上  
 (8)不知道     (9)拒答

4.1 請問您最近三個月有沒有去看過西醫？

- (1)沒有 (跳答 4.2 題)

(2)有(續答 4.1.1 題)

4.1.1 請問看過幾次？

- (1)一次  (2)二次  (3)三次  (4)四次  (5)四次以上  
 (8)不知道  (9)拒答

4.2 那最近三個月，有沒有到其他地方看過中醫？

- (1)沒有(跳答第四部份)  
 (2)有(續答 4.2.1 題)

4.2.1 請問看過幾次？

- (1)一次  (2)二次  (3)三次  (4)四次  (5)四次以上  
 (8)不知道  (9)拒答

#### 四、全民健康保險

1. 請問，您有無加入全民健保：有 無

2. 請問，您對全民健保滿不滿意：【訪員注意：請將選項(1)~(5)逐一告知受訪者】

- (1)非常滿意  (2)滿意  (3)普通  (4)不滿意\*  (5)非常不滿意\*  
 (8)沒意見  (9)拒答

選(4)(5)者請再問原因\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_(鄉)醫療資源本來就比較缺乏，對您而言，提供中醫巡迴醫療服務對於當地醫療資源

有沒有幫助？【訪員請注意：回答有者，請再問是增加很多，還是增加一點】

- (1)有，增加很多  (8)不知道  
 (2)有，增加一點  (9)拒答  
 (3)沒有

4. \_\_\_\_\_鄉中醫巡迴醫療是由全民健保提供的醫療費用，您認為：

【訪員注意：請將選項(1)~(3)逐一告知受訪者】

- (1)應該繼續提供經費  (8)不知道  
 (2)應該增加經費  (9)拒答  
 (3)不應該繼續提供經費\*

選(3)不應該繼續提供經費者請再問原因\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_鄉中醫巡迴醫療的實施，是否增加您對全民健保的滿意程度？

【訪員請注意：回答有者，請再問是增加很多，還是增加一點】

- (1)有，增加很多  (8)不知道  
 (2)有，增加一點  (9)拒答  
 (3)沒有差別

#### 四、就診者基本資料

1. 請問，您(他)今年幾歲？\_\_\_\_\_ (實際年齡)  
 (1)未滿 15 歲                       (5)40~49 歲                       (9)拒答  
 (2)15~19 歲                       (6)50~59 歲  
 (3)20~29 歲                       (7)60 歲及以上  
 (4)30~39 歲
2. 請問，您(他)的教育程度是  
 (1)小學及以下(含不識字)       (4)大學及專科                       (9)拒答  
 (2)國中、初中                       (5)研究所以上  
 (3)高中、高職
3. 請問，您全家目前每個月的收入是  
**【訪員注意：先由民眾主動說明，若無法回答再將選項逐一複誦】**  
 (1)一萬五千元以下                       (6)七萬五~未滿九萬元                       (8)不一  
 (2)一萬五~未滿三萬元                       (7)九萬~未滿十一萬五千元                       (9)不知  
 (3)三萬~未滿四萬五千元                       (10)十一萬五~未滿十三萬元  
 (4)四萬五~未滿六萬元                       (11)十三萬元及以上  
 (5)六萬~未滿七萬五千元
4. 請問，您(他)有沒有慢性病或其他重大疾病(領重大傷病卡)？  
 (1) 沒有(跳至第 5 題)                       (8)不知道  
 (2) 有(續問 4.(3)題)                       (9)拒答  
 (3) 有沒有領重大傷病卡(請說明\_\_\_\_\_) (續答 4.1 題)  
4.1 請問，您(他)有那些慢性病(可複選，最多選 5 項)  
 (1)高血壓                       (7)腸胃疾病                       (15)癌症  
 (2)糖尿病                       (10)氣喘                       (16)肝病  
 (3)關節炎                       (11)青光眼                       (17)肺病  
 (4)心臟病                       (12)白內障                       (18)其他(請說明)  
 (5)中風                       (13)高血脂症                       (19)痛風  
 (6)腎臟病                       (14)尿毒症  
 (8)不知道                       (9)拒答
5. 性別【請訪員自行勾選】  
 (1)男

(2) 女

6. 請問，您是不是原住民？

(1) 否       (2) 是(請續答 6.1 題)

6.1 請問您是哪一族的原住民？(可複選)

- |                                  |                                   |                                    |                                    |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1) 平埔族 | <input type="checkbox"/> (5) 鄒族   | <input type="checkbox"/> (11) 魯凱族  | <input type="checkbox"/> (15) 噶瑪蘭族 |
| <input type="checkbox"/> (2) 泰雅族 | <input type="checkbox"/> (6) 阿美族  | <input type="checkbox"/> (12) 雅美族  | <input type="checkbox"/> (16) 平地人  |
| <input type="checkbox"/> (3) 賽夏族 | <input type="checkbox"/> (7) 卑南族  | <input type="checkbox"/> (13) 太魯閣族 | <input type="checkbox"/> (8) 不知道   |
| <input type="checkbox"/> (4) 布農族 | <input type="checkbox"/> (10) 排灣族 | <input type="checkbox"/> (14) 邵族   | <input type="checkbox"/> (9) 拒答    |

\* 訪問結束時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

~我們的訪問就到這裡為止，謝謝您接受我們的訪問，再見！~

附錄二

專家名單

姓名	服務單位	職稱
蔡文正	中國醫藥大學副教授	副教授
巫雲光	無中醫鄉巡迴醫療計畫專案小組	召集人
張志鴻	中華民國中醫師公會全國聯合會	秘書長
林美珠	中興醫院企劃室主任	主任
許中華	台北醫院中醫科主任	主任
鄭宏足	台北市立中醫醫院	中醫師
林峻生	中保會南區分會	主任委員