

## 基層診所病患轉診回診率之影響因素

林佩君<sup>1</sup> 劉英琪<sup>2</sup>

**目的：**中央健康保險局提出醫療分級與雙向轉診制度，有助於醫療資源的有效配置。本研究目的在瞭解我國轉診病患回診之現況，並比較回診與轉診病患人口學特性及其態度之差異。

**方法：**採橫斷式調查研究，從2007年9-11月間，立意選取台中市基層診所的轉診病患500位為對象進行電訪。問卷結果以SPSS 10.0版軟體進行描述性統計分析、卡方檢定及邏輯斯迴歸。

**結果：**電訪問卷共發出500份，共回收403份有效問卷，回收率為80.6%。整體轉診病患回診率為28.3%，本研究發現回診與否不會因病患人口學特性、轉診科別、交通方便、候診時間、部分負擔及掛號費用而有所不同，但會與轉診目的、受轉醫院層級、醫療機構聲譽、醫療環境、專業技能及服務態度而有統計上之顯著差異 ( $p < 0.05$ )。進一步以邏輯斯迴歸分析發現，轉診目的是轉診回診率的顯著影響因子。

**結論：**我國轉診回診率仍低，依研究結果建議應輔導改善服務品質、強化醫師專業能力、推廣分級就醫觀念，以達醫療照護分級的目的。

(台灣家醫誌 2010; 20: 14-25)

**關鍵詞：**primary care clinics, referred patients, return visits rate

### 前 言

對世界各先進國家而言，醫療分級轉診制度常可用來鑑別一個國家醫療資源運用效率的指標<sup>[1]</sup>，唯有良好的資源配置，始能達成讓資源的效用極大化之目標<sup>[2,3]</sup>。因此，醫療分級轉診制度的施行則有助於資源效率提昇。根據Andersen

第一階段的醫療服務利用模式<sup>[4]</sup>，病患利用醫療服務後的健康狀況結果，將會再影響族群特性與健康行為。台灣於1995年實施全民健康保險，使醫療服務價格大幅下降，提升民眾就醫可近性；但臺灣現行之全民健康保險制度，並未實施家庭醫師守門員制度，故未限制民眾的就醫選擇，民眾可自由選擇就醫之醫師

<sup>1</sup>童綜合醫院護理部、<sup>2</sup>灣橋榮民醫院教研部

受理日期：98年11月13日 同意刊登：99年3月28日

通訊作者：劉英琪

通訊地址：60441嘉義縣竹崎鄉灣橋村石麻園38號 灣橋榮民醫院教研部

與醫院。

吳氏等人於2006年利用全國健保資料的研究做出結論，報告中指出整體西醫門診越級就醫比例為10-12%，此研究結果隱含著國內民眾越級就醫情形嚴重<sup>[5]</sup>。由於醫病間資訊不對稱，有人憂心過度造成恐慌，以致於病患無法借重家庭醫師，在醫療專業成為醫療服務購置完美的代理人<sup>[6-8]</sup>，僅能以自身就醫經驗，尋求醫療服務，因此常造成民眾重複就診、檢查，浪費醫療資源，無法取得適當且良好的醫療品質服務。因此，如何參考國外醫療分級政策落實轉診制度，使得國內基層醫療更落實，嘉惠社區民眾，促進民眾獲得健康照護的可近性與持續性，是值得重視的課題。

國外陸續有國家以家庭醫師為守門員，實施轉診制度，主要目的是希望藉由守門員制度，控制醫療成本與提昇醫療品質<sup>[9-11]</sup>。依據中央健康保險局分析，台灣過去轉診制度多為單向轉診，基層醫師幫病患轉診後，往往造成病患流失，故隨即提出雙向轉診制度<sup>[12,13]</sup>，於2005年7月開始實施，門診病患若是轉診，必須在3天內將病患治療相關資訊，以轉診函或電子病 訊息方式，告知診所醫師。若是住院則在14天內完成轉診流程。其目的在於強調病患回原基層診所追蹤，以達到提升醫療品質及節約醫療資源的目標。

過去已有不少專家學者提出影響轉診過程的因素，但影響轉診後回診之因素可能為醫療政策、醫療機構、醫師特性及病患就醫行為特性<sup>[11-15]</sup>。在病患就醫行為特性方面，影響回診的因素包括醫病關係、醫師主動提及轉診、病患為老年人等特性<sup>[16,17]</sup>。在國內推行轉診後回診成效不彰的主要因素，有對轉診政策

認知不足、市區就醫可近性高、對基層醫療品質缺乏信心、迷信大醫院的醫療設備與專科醫師、轉診後之回診教育與宣導不足，及民眾有完全就醫自由等<sup>[18-24]</sup>。民眾就醫選擇行為方面，健保制度下影響病患選擇就醫層級因素有未治癒率、給藥天數、醫生年資、部分負擔費用、等待時間、個人特質（教育程度、婚姻）等因素<sup>[15,18,19]</sup>。民眾在選擇診所就醫時，是以疾病嚴重度為考量，若是生小病或有慢性病時會選擇診所為就醫場所，主要是以等候時間、與交通時間為優先考量<sup>[25-28]</sup>。但在病患至診所就醫滿意度方面，對醫術的滿意度顯著影響民眾就診意願<sup>[26]</sup>。

回顧過去國內外文獻，多針對影響轉診相關因素探討，但轉診病患回診之相關研究極少，且大多為社區民眾之意願調查，缺乏實際就醫行為之全面性評估。截至2008年為止，全國實施雙向轉診政策已達3年，此時正是針對雙向轉診政策進行整體評估之適當時機，因此，本研究之目的在於瞭解我國轉診病患回診之現況，並比較回診與病患人口學特性與其態度之差異，研究結果俾能做為學術上之探討及未來逐步調整政策之參考。

## 材料與方法

### 研究對象

本研究係橫斷式研究，資料收集時間為2007年9月至2007年11月，研究對象為台中市社區的基層診所轉診病患。先由公會與台中市各區執業診所負責醫師開會，願意參與研究之33間診所提供轉診病患名單共計1,200名，徵得其同意參與研究之轉診病患共500人，扣除空號、傳真、公司行號、轉語音信箱、中途拒訪等情形，在符合本研究調查範圍內，

進行電話訪問得有效問卷403份，有效回收率為80.6%。

### 研究工具

本研究強調醫療服務和結果間的回饋影響，故參考Andersen第一階段的醫療服務利用模式之重要概念<sup>[4]</sup>提出研究架構，並以結構式問卷對研究樣本進行電訪，問卷內容主要包括轉診病患的人口學特性及其態度二大部份，其中轉診病患回診之測量，係參考中央健康保險局對雙向轉診定義修正，是指轉診病患經基層醫師轉診後，一年內因同一疾病或非同疾病至診所回診。轉診病患的人口學特性涵蓋性別、年齡、教育程度、家戶收入等基本資料。其中家戶收入以40萬元為切點，主要是參考我國照顧近貧之「工作所得補助方案」設定。病患的態度包含病患是否回診、轉診科別、轉診目的、受轉醫院層級、就醫服務品質認同如醫療機構聲譽、醫療環境、專業技能、服務態度、交通方便、候診時間、部分負擔及掛號費用等項目，由受訪者分別對醫院及基層診所之服務情形，以二擇一方式依經驗或觀感，分別對各題項作答，「診所較佳」為對診所提供之服務項目較為滿意，「醫院較佳」為對醫院提供之服務項目較為滿意，表達對醫療機構所提供服務的認同程度，以備後續分析。

問卷之內容效度及訪員信度則採專家鑑別法，延請5位醫務管理專家，針對問卷題項之重要性與適當性進行逐項評分並提供意見。最後，再依專家之意見進行部分問卷修正後定稿。在信度測量部分，本研究聘請10位醫管系學生為訪員，在問卷調查前，進行半日訪員訓練。問卷先經國中以下學歷之民眾預

測，經修改確定訪問回答無礙後，再隨機抽取15位受訪民眾做再測信度評估，此外，以Cronbach's  $\alpha$  進行信度檢驗。本研究問卷計算出內容效度係數、評分者信度係數、再測信度係數及Cronbach's  $\alpha$  值，分別為0.79、0.75、0.90、0.89，結果顯示問卷之效度與信度佳。

### 資料處理及分析方法

本研究將病患人口學特性、轉診科別、轉診目的、受轉醫院層級、對醫療機構服務品質之認同等可能影響回診之相關因素加以分析探討。研究資料以SPSS 10.0版統計套裝軟體進行統計分析，運用描述性統計分析研究樣本來源及特性，類別變項則使用卡方檢定（Chi-square test）進行分析， $p$ 值小於0.05代表具統計顯著差異。將經單變項分析顯著之變項，採多變項邏輯斯迴歸分析，以探討影響轉診回診率之因素。

## 結 果

本研究在研究期間，徵得同意參與研究之受測者500名進行電訪，最後共回收有效問卷403份，有效回收率為80.6%。分析樣本數共403人與研究母群體（轉診病患名單共計1,200人）相比如表1，研究樣本年齡、性別及轉診科別與母群體間無統計差異。在描述性統計分析方面，「回診率」是指經基層醫師轉診病患，一年內有因同一疾病或不同疾病再回診之比率。回收之問卷經描述性分析後，表2結果顯示性別部份以女性居多，佔69.7%。平均年齡為38.7±18.7歲，21-64歲成人族群佔76.2%。教育程度多集中在大專以上（47.9%）。家戶收入以年收入40萬以上者居多（67.4%）。

表1 研究樣本與母群體之病患特性比較

變項名稱		母群體 n=1,200	研究樣本 n= 403
性別 (%)	男	31.2	30.3
	女	69.6	69.7
年齡 (平均值±標準差)		37.7±17.4	38.7±18.7
轉診科別 (%)	內科	15.3	14.3
	外科	8.3	8.1
	婦產科	38.1	39.3
	兒科	27.2	26.2
	其他	11.1	12.1

類別變相以卡方檢定進行統計分析；數值變項 (平均值±標準差) 以t-test進行統計分析

表2 轉診病患人口學特性分析 (n =403)

變項名稱		人數	百分比
性別	男	122	30.3
	女	281	69.7
	遺漏值	0	
年齡 (平均值+標準差)	38.7±18.7歲		
	0-20歲	72	17.8
	21-64歲	307	76.2
	≥65歲	24	6.0
	遺漏值	3	
教育程度	國中以下	95	23.6
	高中職	115	28.5
	大專以上	193	47.9
	遺漏值	0	
家戶收入	>40萬 (年收入)	244	67.4
	≤40萬 (年收入)	118	32.6
	遺漏值	41	

至於病患的態度，由表3中可見，轉診病患是否回診，回答是者佔28.3%，回答否者佔71.7%。轉診科別以婦產科居多 (39.3%)。轉診目的以檢查或診斷居多 (52.7%)、其餘依序為治療

(33.6%)、手術 (13.7%)。受轉醫院層級以醫學中心占55.1%居多。多數人認為診所服務在醫療環境、服務態度、交通方便、候診時間、部分負擔及掛號費用項目上較優，百分比分別為63.9%、

表3 轉診病患態度分析 (n =403)

變項名稱		人數	百分比
回診	是	114	28.3
	否	289	71.7
轉診科別	內科	61	14.3
	外科	35	8.1
	婦產科	169	39.3
	小兒科	113	26.2
	其他	52	12.1
	遺漏值	0	
轉診目的	檢查或診斷	212	52.7
	治療	135	33.6
	手術	55	13.7
	遺漏值	1	
受轉醫院層級	醫學中心	217	55.1
	區域及地區醫院	177	44.9
	遺漏值	9	
就醫服務品質認同			
醫療機構聲譽	診所較佳	141	35.3
	醫院較佳	258	64.7
	遺漏值	4	
醫療環境	診所較佳	257	63.9
	醫院較佳	145	36.1
	遺漏值	1	
專業技能	診所較佳	142	36.4
	醫院較佳	248	63.6
	遺漏值	13	
服務態度	診所較佳	333	83.7
	醫院較佳	65	16.3
	遺漏值	5	
交通方便	診所較佳	336	83.6
	醫院較佳	66	16.4
	遺漏值	1	
候診時間	診所較短	377	94.2
	醫院較短	23	5.8
	遺漏值	3	
部分負擔及掛號費用	診所較便宜	381	94.8
	醫院較便宜	21	5.2
	遺漏值	2	

83.7%、83.6%、94.2%、94.8%。然而在醫療機構聲譽、專業技能方面，診所服務則獲得較低的認同度。

此外，為瞭解不同變項與回診行為之相關性，以卡方檢定進行分析，結果顯示病患人口學特性，如性別、年齡、教育程度、家戶收入等，均沒有達到統計上的顯著意義（表4）。而在病患態度

方面（表5），如轉診目的、受轉醫院層級、醫療機構聲譽、醫療環境、專業技能、服務態度在回診與未回診行為有顯著差異。

為釐清轉診回診率之影響因素，以多變項邏輯斯迴歸探討影響轉診病患回診之勝算比。根據表6，控制其他變項之影響後，轉診回診率之顯著影響因子為

表4 轉診病患人口學特性與是否回診之卡方檢定分析（n =403）

變項名稱		回診		未回診		p值
		人數	百分比	人數	百分比	
性別	男	37	30.3	85	69.7	0.536
	女	77	27.5	203	72.5	
年齡（平均值±標準差）	38.7±18.7歲					0.176
	0-20歲	18	34.7	34	65.3	
	21-64歲	89	29.0	218	71.0	
	≥ 65歲	8	33.3	16	66.7	
教育程度	國中以下	22	23.2	73	76.8	0.157
	高中職	29	25.2	86	74.8	
	大專以上	63	32.8	129	67.2	
家戶收入	>40萬（年收入）	69	28.4	174	71.6	0.803
	≤40萬（年收入）	35	29.7	83	70.3	

表5 轉診病患態度與是否回診之卡方檢定分析（n =403）

變項名稱		回診		未回診		p值
		人數	百分比	人數	百分比	
轉診科別	內科	13	21.1	48	78.9	0.405
	外科	7	20.8	28	79.2	
	婦產科	59	34.9	110	65.1	
	兒科	37	32.5	76	67.5	
	其他	14	16.9	38	83.1	
轉診目的	檢查或診斷	72	34.0	140	66.0	<0.05
	治療	33	24.4	102	75.6	
	手術	9	16.4	46	83.6	

受轉醫院層級	醫學中心	48	22.1	169	77.9	<0.001
	區域及地區醫院	62	35.0	115	65.0	
就醫服務品質認同						
醫療機構聲譽	診所較佳	49	34.7	92	65.3	<0.05
	醫院較佳	65	25.2	193	74.8	
醫療環境	診所較佳	82	31.9	175	68.1	<0.05
	醫院較佳	33	22.8	112	77.2	
專業技能	診所較佳	58	40.8	84	59.2	<0.001
	醫院較佳	58	23.3	190	76.6	
服務態度	診所較佳	88	26.4	245	73.6	<0.05
	醫院較佳	10	15.3	55	84.7	
交通方便	診所較佳	98	29.2	238	70.8	0.132
	醫院較佳	14	21.2	52	78.8	
候診時間	診所較短	106	28.1	271	71.9	0.786
	醫院較短	5	21.7	18	78.3	
部分負擔及掛號費用	診所較便宜	108	28.3	273	71.7	0.255
	醫院較便宜	3	14.3	18	85.7	

表6 轉診病患特性與是否回診之邏輯斯迴歸分析結果 (n =358)

變項名稱		勝算比	95%信賴區間	p值
性別	男	0.830	0.485-1.421	0.497
	女 <sup>a</sup>			
年齡		0.986	0.972-1.000	0.055
教育程度	國中以下	0.803	0.117-5.506	0.824
	高中職	1.263	0.181-8.831	0.814
	大專以上 <sup>a</sup>			
家戶收入	>40萬(年收入)	1.386	0.296-6.489	0.687
	<40萬(年收入) <sup>a</sup>			
轉診目的	檢查或診斷	0.393*	0.169-0.916	0.031
	治療	0.756	0.303-1.889	0.550
	手術 <sup>a</sup>			
受轉醫院層級	醫學中心	1.519	0.871-2.650	0.140
	區域及地區醫院 <sup>a</sup>			

就醫服務品質認同				
醫療機構聲譽	診所較佳	1.353	0.649-2.820	0.420
	醫院較佳 <sup>a</sup>			
醫療環境	診所較佳	0.525	0.251-1.095	0.086
	醫院較佳 <sup>a</sup>			
專業技能	診所較佳	0.543	0.261-1.131	0.103
	醫院較佳 <sup>a</sup>			
服務態度	診所較佳	0.789	0.310-2.007	0.619
	醫院較佳 <sup>a</sup>			

\* $p < 0.05$ ; a參考組; 依變項為是否回診, 是=1、否=0。

轉診目的為檢查或診斷, 勝算比為0.393 (95% CI: 0.169-0.916), 其他變項如性別、年齡、教育程度、家戶收入、受轉醫院層級、就醫服務品質認同等皆未達統計上之顯著水準。

## 討 論

轉診制度施行分為不可越級就醫與可越級就醫兩種, 基層診所為民眾生病尋求醫療體系協助的第一線, 提供民眾就醫的可近性與持續性健康照護服務。不可越級就醫轉診制度特色在於基層診所回診率高, 可有效管制專科轉診; 而可越級就醫的轉診制度, 其特色在於民眾就醫自由, 但亦造成回診率偏低與醫療資源浪費<sup>[18-20]</sup>。台灣的轉診制度在全民健康保險制度實施前即行之有年, 不過多為單向轉診, 未強調轉診病患回診。而現行的轉診制度則強調雙向轉診, 此醫療政策實施至今少有研究探討其成效, 本研究結果將從以下二方面探討。

### 基層診所轉診病患回診之現況

本研究為國內首次針對雙向轉診制

度, 探討轉診病患轉診至醫院後, 一年內因同一疾病或不同疾病至基層診所回診與未回診之差異因素, 根據陳氏研究顯示, 轉診病患回診率為46.2%<sup>[20]</sup>, 而本研究結果則發現基層診所轉診病患回診率為28.3%, 另外有71.7%的轉診病患未回診。陳氏的研究與本研究結果的回診率確有明顯差距, 造成上述差距的部分原因可能是陳氏研究之轉診病患回診率定義為回診率之分子為該年度由急診、門診、住院轉出病患, 一年內因同疾病或非同疾病回診急診、門診、住院人次數; 分母為該年度由急診、門診、住院轉出病患總人次數。而本研究之轉診病患回診率, 分子為轉診至醫院後, 一年內因同一疾病或不同疾病至基層診所回診之病患數; 分母為轉診病患總數。再者, 陳氏之研究樣本來自地區教學醫院轉診病患, 而本研究樣本則是來自於基層診所。此外, 其個案來源含蓋門診、急診及住院之病患, 而本研究之個案來源, 僅限定在門診病患。雖然陳氏的研究與本研究皆認為全民健康保險法實施後, 即使病患病情穩定可至原診療機構就醫, 但病患往往仍又回大醫院就醫, 而非就近之診療機構。

從Stramann的理性決策模式來看，當民眾選擇醫療體系資源時，會選擇能提供最大滿足的健康照護服務，且民眾門診就醫決策主要受到成本、時間、方便性、社會心理因素及技術性照護品質等五項認知因素所影響<sup>[25]</sup>。因此，推論回診率過低的原因除了部分轉診病患疾病狀況較嚴重，需繼續前往醫院就醫外<sup>[28-30]</sup>，可能原因是由於醫療機構間的醫武競賽，造成不必要的吸納效應，以致於轉診病患回診率自然降低<sup>[20,24]</sup>。

### 轉診病患回診與未回診之差異因素

#### (一) 病患的人口學特性

本研究與過去陳氏研究結果一致的是，性別並不影響轉診病患回診。年齡是另一項具有影響力的因素，本研究結果與過去文獻比較不完全一致，有些研究發現，老年人轉診後較可能回到原鄉村基層醫師處就診<sup>[24]</sup>；但也有研究指出，年齡在回診成效上並無顯著差異<sup>[20]</sup>。此外，本研究也發現教育程度、家戶收入在回診與未回診行為無顯著差異，也有研究發現類似結果並指出，是否與民眾對全民健康保險之越級就醫部分負擔差別不大有關<sup>[12,13]</sup>，值得進一步探討。

#### (二) 病患的態度

陳氏研究發現轉診科別對回診影響效果不顯著，但轉診目的、受轉醫院層級則會影響回診<sup>[20]</sup>；本研究結果顯示亦雷同。蔡氏等人應用認知價值選擇模式分析，探討病患選擇醫療機構時，主要考量品質屬性認知與犧牲屬性認知之相互比較，研究結果認為品質屬性因素之重要性遠比犧牲屬性因素重要<sup>[16]</sup>。例如，有些人認為大醫院設備齊全且有專科醫師解說病情，轉診病患寧可花較長的等候時間及交通時間，即便病情已穩

定可回基層診所，但轉診病患仍繼續前往大醫院就醫。

而Gooding等人的研究則發現，民眾罹患小病之就診情境下，犧牲屬性因素往往成為選擇就診場所的重要因素<sup>[27]</sup>。顯而易見地，民眾罹患小病如感冒會就近至基層診所就診。換言之，民眾面對重症與小病時的兩種不同情境，選擇會有所不同。另外，江氏與陳氏研究結果亦發現，民眾小病不一定愛上大醫院，民眾選擇大醫院原因有疾病嚴重度、給藥日數多、檢查項目多<sup>[20-28]</sup>。同樣地，本研究結果發現，醫療機構聲譽、醫療環境、專業技能、服務態度在回診與未回診有顯著差異而在交通方便、候診時間、部分負擔及掛號費用等項目則未達統計上差異，這與過去研究發現也相似。

轉診病患是否回診，受多重因素所影響非單一因素所決定，疾病嚴重度等級若由受測者自行判斷則欠缺一致性標準，但因疾病嚴重度不同，所需提供進階醫療亦不相同，故本研究以客觀之轉診目的來替代疾病嚴重度之評估，且研究進一步以多變項邏輯斯迴歸分析結果亦發現，轉診目的在統計學上有顯著差異，此結果與轉診之意義相呼應。再者，本研究之樣本與台中市居民之性別比例有些差異，本研究樣本之女性比例佔69.7%，與台中市之女性比例佔47.4%相比較，本研究女性比例偏高，可能是因為基層診所轉診病患中有39.3%為婦產科之女性病患，此為本研究之限制，建議後續研究者可針對疾病嚴重度及性別因素深入探討。

轉診制度至今已實施多年，可惜實施成效不彰。2005年7月中央健康保險局推行雙向轉診制度，並配合「家庭醫師整合性照護試辦計畫」措施，期望更能

有效落實轉診制度。本研究結果顯示，基層診所轉診病患回診率明顯低落，因此本研究對衛生主管機關及後續研究者提出建議如下：

1. 基層診所應針對病患個別疾病之持續性，進行照護及追蹤，提升基層醫療專業與服務品質，以利病患轉診後之回診行為<sup>[29-30]</sup>。

2. 轉診制度實施時應考慮轉診病患，是否因病情因素選擇大醫院就醫，並針對實務面進行統計分析，以規劃出具體政策。

3. 瞭解不同層級醫療機構經營者與醫師的看法，以及實施轉診過程中所遇之困境，並加強受轉醫院之醫師轉診或轉檢結束後，指示轉診病患回基層診所繼續追蹤，促使回診作業能順利進行，以增加轉診病患至基層診所就醫的可近性，避免醫療資源錯置，層級醫療發展不平衡等問題。

4. 醫療政策制定者應定期追蹤轉診病患回診率，評估分級醫療實施成效，應有完整的配套措施或誘因，如開發轉診資訊作業系統，簡化轉診作業流程，以利醫療資源整合，讓一群不同專業的人員，在不同的醫療機構，服務相同的病患。

## 誌 謝

感謝中央健康保險局「大學院校碩博士研究生全民健康保險專題論文獎勵活動」之獎勵，謹此向研究期間台中市基層診所醫師及相關人士所給予的協助，於此一併致謝。

## 參考文獻

1. Macinko J, Starfield B, Shi L: The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831-65.
2. Starfield B: Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
3. Starfield B, Fryer GE: The primary care physician workforce: ethical and policy implications. *Ann Fam Med* 2007; 5: 486-91.
4. Andersen RM: Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10.
5. 吳肖琪、李玉春：總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究。台北：全民健康保險醫療費用協定委員會，2004。
6. Ross L: Regional variation in non medical factors affecting family physicians decisions about referral for consultation. *Can Med Assoc J* 1994; 157: 265-272.
7. Piterman L: General practitioner specialist referral process. *Intern Med J* 2005; 35: 491-6.
8. Evans A: A study of the referral decision in general practice. *Fam Pract* 1993; 10: 104-10.
9. Forrest CB: Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiments *Br Med J* 2003; 326: 692-7.
10. Forrest CB: Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician, and health care system determinants. *Med Decis Making* 2006; 26: 76-84.
11. Himmel W, Dieterich A, Kochen MM: Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *Health Policy* 2000; 15: 496-502.
12. 邵詩媛、蔡良敏：社區醫院雙向轉診之策

- 略規劃。醫務管理 2005；6：188-99。
- 13.中央健康保險局：中央健康保險局落實轉診守護健康網頁（按發部日期）。<http://www.nhi.gov.tw>。引用2005/7/15。
  - 14.馬震中、賴朝英、林維娟：國內某醫學中心與週邊醫療院所雙向轉診（檢）合作模式研究。醫院 2006；39：29-47。
  - 15.張弼琦：健保制度下病患就診模式的建構及探討。台北：國立臺北科技大學未發表的碩士論文，2005：110-134。
  - 16.蔡文正、龔佩珍、翁瑞宏、石賢彥：基層醫師與民眾之服務品質認知差距。醫務管理 2004；5：385-402。
  - 17.O'Donnell CA: Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000; 17: 462-71.
  - 18.李卓倫、張世杰、林霖、林妍如：全民健保基層醫療制度改革－如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究。台北：行政院二代健保規劃小組第三階段規劃報告，2004。
  - 19.李卓倫、張世杰、林霖、林妍如：全民健保基層醫療制度改革－管理式醫療的經驗學習。台北：行政院二代健保規劃小組第二階段規劃報告，2003。
  - 20.陳麗蓉：策略聯盟對轉診病患回診率之影響－以南部某地區教學醫院為例。台南：長榮大學未發表之碩士論文，2005：149-156。
  - 21.Bowling A, Redfern J: The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 116-20.
  - 22.Rosemann T, Wensing M, Gernot R, Szecsenyi J: Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 1-6.
  - 23.Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian A, von Schrader S, Starfield B: Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 499-506.
  - 24.許文燦、蔡佩玲、李文成、余幸司、Isaiah L：鄉村基層醫療之老年人之轉診資源、嚴重程度及回診之研究。慈濟醫學 1998；10：111-7。
  - 25.Stratmann W: A study of consumer attitudes about health care: the delivery of ambulatory services. *Med Care* 1975; 13: 537-48.
  - 26.蔡文正、龔佩珍：民眾對基層診所評價與就醫選擇影響因素。台灣衛誌 2003；22：181-93。
  - 27.Gooding S: Quality, satisfied, and value in hospital choice. *Health Care Mark* 1995; 15: 24-31.
  - 28.江君毅：大醫院或小診所？影響民眾選擇就醫層級因素之研究。台北：國立台北大學經濟學系未出版之碩士論文，2002：120-145。
  - 29.Roberge D, Beaulieu M, Haddad S, Lebeau R, Pineault R: Loyalty to the regular care provider: patients' and physician' views. *Fam Pract* 2001; 184: 499-506.
  - 30.Bringewatt R: The future role of integrated delivery system in serving older adults. *Minnesota Senior Health Options. Ann Educl Forum* 1999: 22-30.

## Determinants the Rate of Return Visits of Referred Patients to Primary Care Clinic

Pei-Jun Lin<sup>1</sup> and Ying-Chi Liu<sup>2</sup>

**Purposes:** The National Health Insurance Bureau (NHIB) has implemented a hierarchical medical care system and a bi-directional referral system in order to effectively allocate medical resources. The present study explored the factors that might influence attitude and rate of return-visits to their primary care clinics by referred patients.

**Methods:** This study was a cross-sectional survey. Through purposive sampling, data were collected by telephone interviews with a group of 500 patients referred from primary care clinics in the Taichung area from September through November, 2007. Chi-square tests and logistic regression analyses were performed using SPSS 10.0 software.

**Results:** Among this group of patients, 403 completed the interviews (a response rate of 80.6%). Surprisingly, only 28.3% of the referred patients did make return-visits to their original primary care clinics. Among the ten possible contributing factors that may have determined the willingness of the referred patients to return to their primary care clinics, the rank of the hospital, the reputation and excellence of medical instruments in that hospital, the competence of physicians and the excellence of service providers were considered to be significant ( $p < 0.05$ ). Other factors, including demographics, played insignificant roles in the decisions for return-visits. Results from the logistic regression showed that the purpose of the referral increased the probability of a return-visit.

**Conclusions:** Return-visits within the hierarchical medical care system can be encouraged by improving the quality of service, enhancing the competency of the physicians, and promoting the concept of graded health care.

*(Taiwan J Fam Med 2010; 20: 14-25)*

---

<sup>1</sup>Department of Nursing, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital; <sup>2</sup>Department of Education and Research, Wan Ciao Veterans Hospital, Chia-Yi, Taiwan.

Received: November 13, 2009; Accepted: March 28, 2010.