

以實證醫學回顧全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫之成效

徐愷萱¹ 賴韻如² 葉琬喻³ 邱泰源⁴ 陳慶餘⁴ 郭斐然⁴

目的：本研究以實證醫學文獻回顧的研究方法，檢討「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」是否能提升醫療品質或民眾健康。

方法：以實證醫學的文獻回顧，探討此計畫對提升醫療照護品質或民眾健康的成效，由「家庭醫師整合性照護制度」之五大工作目標：成立社區醫療群、建立家庭檔案、與合作醫院互動、建立資訊系統、社區營造與預防保健，依結構面、過程面及結果面，進行成果分析。

結果：從162篇文獻中，篩選出29篇文獻。結果發現，民眾對整體制度呈現中高滿意度；醫師對政策滿意度偏向中等，約半數醫療群醫師感到滿意。基層醫師轉診的比率增加，且民眾對轉診的滿意度高。醫療群醫師積極參與社區衛教活動，且會員接受預防保健服務的比率增加。此外，加入醫療群的民眾就醫持續性及忠誠度較高，對照護品質有正面影響。

結論：本計畫對民眾及參與醫師皆有正面的效果，有助於家庭醫師制度之推廣，然而多為證據力較低之橫斷面研究。

(台灣家醫誌 2012; 22: 11-24)

關鍵詞：pilot plan of the family physician integrated care system, health care system of family physician, community medical service group

前 言

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」自2003年實施至今已經9年，然而本計畫對醫療品質提升或民眾健康是否真的有益處，則無實證之基礎。經過學術界的努力，本計畫已經累計不少研究成果，然而尚未加以整合。為了解本計畫實施以來之成效，本研究以實證醫學文獻回顧的研究方法，檢討「全民健

康保險家庭醫師整合性照護計畫」是否能提升醫療品質或民眾健康。透過回顧整理「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之研究成果，對未來之研究方向提供建議。並依據文獻回顧結論，對未來實施方向提供建議。

材料與方法

資料收集

¹台大醫院金山分院家庭醫學科、²天主教耕莘醫院新店總院家庭醫學科、³新北市立聯合醫院家庭醫學科、⁴台大醫院家庭醫學部

受理日期：100年7月8日

同意刊登：100年7月21日（本文原由台灣家庭醫學教育研究學會接受刊登）

通訊作者：郭斐然

通訊地址：台北市常德街一號 台大醫院家庭醫學部

透過查詢資料庫收集文獻，其中包括：國家圖書館館藏查詢系統、全國碩博士論文資訊網、中華民國期刊論文檢索系統(2004-2009)、以及Medline (2004-2009)。所使用的關鍵字包括：社區醫療群、家庭醫師整合性照護計畫、家庭醫師整合性照護試辦計畫、家庭醫師、Community-based integrated care Primary community care network Delivery of health care, integrated Primary health care Physicians, family AND Taiwan (limit on English language, 2004-2009)。

文獻收錄

初步搜尋收錄時，不限定研究方法、研究品質或研究工具，主要包括社區醫療群滿意度、家戶建檔、與合作醫院互動、資訊系統、社區營造與預防保健、照護持續性、民眾就醫忠誠度及成本效益等等文獻。之後，依據標題與摘要排除與社區醫療群無關之研究，並由兩位醫師獨立判斷是否收錄論文，有衝突的意見藉由討論達成共識。進一步閱讀研究全文後，再排除與社區醫療群品質無關的論文、期刊及研究報告。

文獻分析

1.研究數量分析

所收錄的文獻，依文獻種類可區分為期刊論文、學位論文、研究報告；依研究方法可區分為問卷調查、資料分析、質性研究，一篇論文可能有兩種以上研究方法，可以重複計算；依證據等級則將其區分為：(1)第一級：世代研究，(2)第二級：有比較組的斷層研究，(3)第三級：沒有比較組的斷層研究。一篇論文可能有兩種以上證據等級，以證據等級較高者為準，不重複計算。

2.研究成果分析

以「家庭醫師整合性照護制度」五大工作目標，以及品質改進(quality improvement)之理論架構，形成一個5 x 3的架構。其中，「家庭醫師整合性照護制度」五大工作目標分別為：成立社區醫療群、建立家庭檔案、與合作醫院互動、建立資訊系統、社區營造與預防保健；品質改進之理論架構則包含結構面(structure)、過程面(process)、結果面(outcome)三個面向。依此架構，來探討本計畫中的不同工作目標在各面向的成效。

結 果

文獻篩選

透過資料庫的查詢，初步獲得162篇文獻資料。其次，依文獻標題與摘要排除與社區醫療群無關之文獻後，在加入一篇健保局的內部研究，共保留81篇文獻。在進一步閱讀全文後，排除了與社區醫療群品質無關之文獻，並刪除兩篇重複論文，最終共保留29篇文獻。(見圖1)

文獻分類整理

依文獻年份區分，2003年的文獻有1篇，2004年的有6篇，2005年的有5篇，2006年的有11篇，2007年的有5篇，2008年的有1篇。依文獻種類區分，屬於期刊論文者有7篇，學位論文有19篇，研究報告有3篇。如依研究方法區分，問卷調查23篇，資料分析9篇，質性研究2篇。依證據等級區分，屬於第一級者有5篇，第二級者有5篇，第三級者有19篇。

結論分類整理

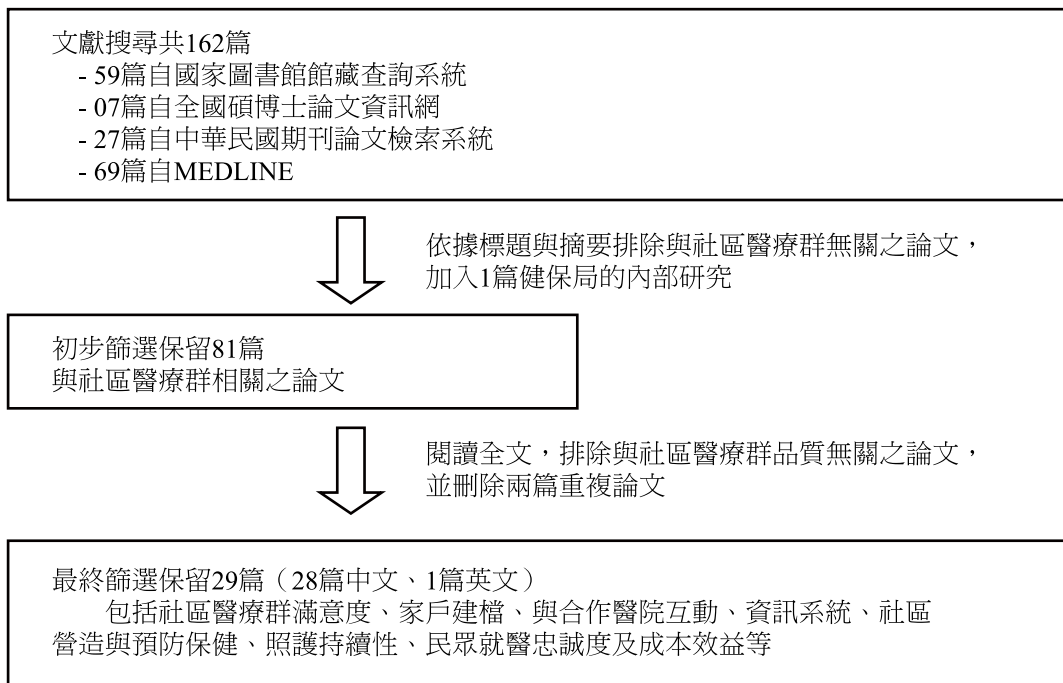


圖1 實證醫學文獻回顧流程圖

在「家庭醫師整合性照護制度」五大工作目標的相關文獻中，可區分為屬於結構面、過程面或結果面的探討，其比例分布如圖2。同一篇文獻可能同時包含在不同工作目標、不同面向上的探討。如圖所示，依結構、過程、及結果三個面向的分布來看，在「成立社區醫療群」主題上，探討文獻依序各有1篇、0篇及27篇；在「家戶建檔」主題上，探討文獻依序各有3篇、1篇及2篇；在「與合作醫院互動」主題上，探討文獻依序各有7篇、21篇及30篇；在「資訊系統」主題上，探討文獻依序各有1篇、3篇及1篇；在「社區營造與預防保健」主題上，探討文獻依序各有0篇、1篇及12篇。依探討的主題來看，五大工作目標中以探討「與合作醫院互動」和「成立社區醫療群」的文獻數量最多；其中在

「與合作醫院互動」的相關文獻中，主要屬於結果面和過程面的探討，在「成立社區醫療群」的相關文獻中，則偏重在結果面的探討。關於「社區營造與預防保健」、「家戶建檔」、「資訊系統」的相關文獻探討則較缺乏。另外，文獻回顧中同時收錄了13篇無法歸類於五大工作目標的論文，其所探討的主題包括：成本效益（3篇），照護持續性及民眾忠誠度（10篇）。

「家庭醫師整合性照護制度」五大工作目標相關文獻之結構、過程或結果層面的探討

以下分別就「家庭醫師整合性照護制度」五大工作目標的結構、過程或結果面向之相關文獻回顧的結論整理如下：

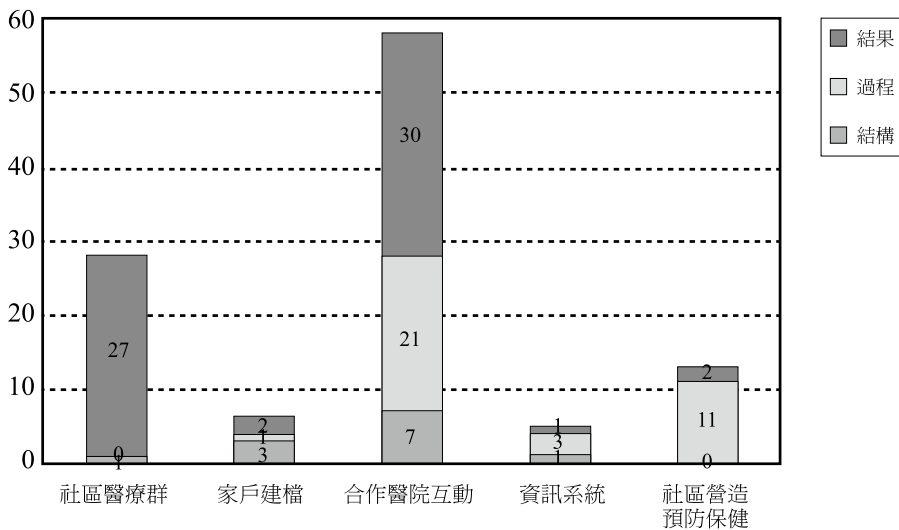


圖2 相關文獻依五大工作目標與三個面相之分類

1. 建立社區醫療群

(1) 結構面：加入計畫的基層醫師以家庭醫學科佔最高比例(41.9%)^[18] (證據等級III)。

(2) 過程面：無相關的研究發表。

(3) 結果面：

a. 民眾認知：約七成民眾了解社區醫療群“可提供民眾適當醫療服務”，“可提供轉診醫療服務”，“可提供以家庭為單位的照護”。但對於“家庭醫師計畫之內容”，“社區醫療群可提供會員二十四小時電話諮詢”民眾認知較低(約五成民眾了解)。其中會員對家醫制度的認知高於非會員^[9] (證據等級II)。

b. 民眾滿意度：整體民眾對家醫制度呈現中高滿意度，且各研究之間結論一致^[3,14,18,21,29] (證據等級I)。其中會員對家醫制度之滿意度和整體評價高於非會

員^[4,9,25,12] (證據等級II)。

c. 醫師認知：多數醫師認為社區醫療群的實施，讓醫師之醫療新知獲得進步，也使基層診所與醫院建立合作關係，促使醫療設施及醫事人力資源做有效利用。但是對於是否建立以病人為中心的醫療，醫師們多抱持著保留的態度，認為民眾其實對制度不太瞭解也沒誘因想加入^[8] (證據等級III)。

d. 醫師滿意度：研究之間較無一致性，偏向中等滿意度^[3,5,7,18,19,20] (證據等級III)。加入醫療群之醫師對醫療群整體政策感到滿意與非常滿意者約占一半(55.1%)^[18] (證據等級III)。針對整體醫師(包括加入與未加入醫療群者)的調查，醫師對醫療群整體政策感到滿意與非常滿意者佔28.8%^[17] (證據等級III)。

2. 建立家庭檔案

- (1) 結構面：各診所建檔人數以500-1000人最多（佔51.6%），0-500居次（33%）^[18]（證據等級III）。
- (2) 過程面：多數診所在執行初期會面臨資訊系統與行政作業的困難，包含系統的建置、網路連線、資訊平台的建置、家戶資料的上傳甚至基本電腦的操作方面等。此外，尋找家戶會員不易，多是以熟悉的老病人為主。民眾恐懼資料外洩，亦造成找尋家戶會員時的困擾^[8]（證據等級III）。
- (3) 結果面：家戶建檔多能達到100%的指標^[2]（證據等級III）。針對醫師是否同意此項指標（家戶建檔率100%），各研究間結果不一致^[11,17]（證據等級III）。

3. 與合作醫院互動

(1) 雙向轉診轉檢

- a. 結構面：診所與診所間診所與合作醫院間轉診及轉檢，多數醫療群（70~80%）已經互相討論、整合^[26]（證據等級III）。
- b. 過程面：在基層醫療院所方面，當家戶會員需要進一步檢驗或治療時，多數醫師會優先轉診至合作醫院（70~80%），轉至病人要求之醫院之比例較少（18.3%）。在社區醫療群實施後，基層醫師轉診之人次“增加”或“增加很多”的比率佔59.3%^[16]（證據等級III）。有九成以上的醫師會執行雙向轉診及轉診後的追蹤，但只有42%的醫師會執行電子化轉診，有55.6%未進行電子化轉診^[18]（證據等級III）。在合作醫院方

面，轉診回覆率為89.8%，轉診單平均回復時間為 2.3 ± 3.5 天。轉診回覆內容完整者僅37.2%，回復不完整的原因中以欠缺檢驗結果最多（73.4%）。轉診病患接受的醫療處置內容中，最常見的為生化檢驗（61.7%），其次為口服藥物處方（51.4%）、胸部x光（25.5%）、心電圖（16.3%）、超音波檢查（15.2%）等。轉診科別以「共同照護門診」最多（40.1%），其次是內科（17.7%）和家庭醫學科（14.5%）^[27]（證據等級III）。在民眾方面，被轉診前“家庭醫師已和社區醫院聯絡好”、“寫好轉診單”、“為民眾預約掛號”的比例超過九成；66.3%民眾認為透過雙向轉診，等候的時間比自行就醫短，反應出合作醫院已能實踐“優先處理轉診民眾”的期待^[28]（證據等級III）。在轉診前其家庭醫師曾囑咐病人須再回診所追蹤者有74.5%；但在轉診後社區醫院醫師有請民眾回家庭醫師處者只有37.8%，51.0%將民眾預約回醫院追蹤。對民眾而言，病情穩定後願意回家庭醫師診所追蹤者有80.6%^[28]（證據等級III）。

- c. 結果面：民眾對轉診滿意度高，而且研究之間有一致性結論^[9,17,18]（證據等級III）。當會員有就醫需求時，會先找家庭醫師協助而非越級就醫者，由參與計畫前的74%增加至參與計畫後的83%^[14]（證據等級III）。“以後有其他健康問題

會先諮詢家庭醫師”、“需至專科就診時會透過家庭醫師”、及“會將家庭醫師推薦給親朋好友”的比例皆約九成以上^[28]（證據等級III）。多數醫師同意會員得到基層門診轉診住院之持續性照護，也表示轉診作業流程比之前進步很多。但有醫師指出目前其實是單向的轉診，醫院並不會主動轉介病人到診所^[8]（證據等級III）。此外，若是合作醫院的層級太低，容易造成民眾對合作醫院的信任度不足，會主動要求轉到大型醫院或醫學中心，無法落實轉診^[8]（證據等級III）。根據台北分局97年之資料分析顯示，會員利用轉診比率遠高於一般民眾，據此保守推估，因落實轉診制度，至少可為會員節省97萬元之部分負擔及掛號費等支出（ $2.12\% \times 46$ 萬人 $\times 100$ 元）^[29]（證據等級III）。

(2)共同照護門診

- a.結構面：多數醫療群之共同照護門診曾使用替代方式，最多替代方式為個案研討(66.5%)、學術交流(62.9%)、衛教宣導(57.7%)、病房巡診(49.7%)，未曾採用替代方式者僅佔4.9%^[16]（證據等級III）。
- b.過程面：八成以上醫療群醫師有參與共同照護門診^[18]（證據等級III）。根據台北分局研究顯示，97年醫療群醫師開立共同照護門診診次與執行病房巡診次數均較96年增加，但民眾

利用率不高^[29]（證據等級I）。

- c.結果面：醫師對於共同照護門診滿意度平均3.78（滿分5分）^[5]（證據等級III）。民眾滿意度則缺乏評估資料。某一針對醫師之質性研究顯示，62%醫師認為共同照護門診成效不彰，基層醫師和醫院之間的認同度不夠，再加上總額制度、卓越計畫、醫師的績效等相關政策的矛盾，使得醫院也不見得歡迎基層醫師到醫院看診^[8]（證據等級III）。

(3)24小時諮詢專線

- a.結構面：91.9%醫療群有在執業場所提供諮詢專線^[18]（證據等級III）。在“夜間非門診時段”之受話地點以合作醫院急診室最多(68.6%)，其次為醫師執業診所(8.0%)、醫師住所(8.5%)、非合作醫院急診室(8.5%)。夜間非門診時段諮詢人員：護士／護理師最多(68.5%)，醫師28.4%^[16]（證據等級III）。
- b.過程面：有研究指出24小時緊急電話諮詢服務專線使用率偏低^[2]（證據等級III），曾使用緊急諮詢專線之民眾約為21%^[3]（證據等級III）。台北分局之研究顯示97年諮詢專線電話案數較96年增加22.9%，電話抽測（抽測重點包括以電話等候情形、專線設置情形、接電者應對情形、接電者處理情形、後續關心情形等5大項為評分標準，滿分為25分），結果平均 $14.77 \pm 4.11(6-25)$ 分^[29]（證據等

級I)。

c.結果面：民眾滿意度（非常滿意+滿意）為71.1%^[14]（證據等級III）。多數醫師(76.3%)同意藉由家醫試辦計畫，家戶會員能得到優質24hr電話諮詢服務^[16]（證據等級III）。但也有74.5%醫師認為24小時諮詢專線影響醫師生活品質，是影響醫師是否有意願加入醫療群之影響因素之一^[7]（證據等級III）。在評估指標中，“24小時電話諮詢服務”為醫師認同度較低之指標，亦為焦點團體認為“不合適指標”之一^[10]（證據等級I）。

(4) 個案討論會與繼續教育

a.結構面：90%醫療群辦理之個案研討會，均有邀請合作醫院之醫師參與討論^[29]（證據等級I）。

b.過程面：參與個案研討及參與社區衛教宣導的醫師達八成以上^[18]（證據等級III）。台北分局研究顯示，97年醫療群舉辦個案研討次數為1143，較96年增加1.60%^[29]（證據等級I）。

c.結果面：醫師對於合作醫院提供的學術教育滿意度，平均得分3.78（滿分5分）^[5]（證據等級III）。90%醫師肯定醫院繼續教育之成效，但認為在深度廣度上還不夠^[8]（證據等級III）。

(5) 整體醫師對於合作醫院的整體滿意度，平均得分3.89（滿分5分）^[5]（證據等級III），為滿意度最高之項目之一^[3]（證據等級

III）。與合作醫院的合作項目中，醫師認為最重要的包括轉診服務與後送醫療支援(80.3%)、共同照護項目(48.7%)、精密儀器與生化檢查(47%)^[11]（證據等級III）。

4.建立資訊系統

(1)結構面：研究發現醫療群成立以後，診所與診所之間及診所與醫院之間的資訊整合有明顯進步。診所與診所間針對資訊系統建置及應用正在或已經互相討論、整合的百分比在建置電子病歷方面為54.7%，在建置區域資訊網路以便查詢會員就醫資訊方面為60.6%。而在診所與醫院之間在上述兩方面則為45.5%及55.4%^[26]（證據等級III）。

(2)過程面：八成以上醫療群診所所有使用醫療群資訊系統，然而大都用於家戶基本資料建檔，只有42%的醫師會執行電子化轉診，而有55.6%未進行電子化轉診^[18]（證據等級III）。而在一項針對醫師訪談的質性研究中則有45.2%醫師認為在醫療群的執行面上較困難的地方為資訊系統，包含了系統的建置、網路連線、家戶資料的上傳甚至基本電腦的操作方面。此外，民眾恐懼資料外洩，會造成找尋家戶時的困擾^[8]（證據等級III）。

(3)結果面：一篇針對基層醫師進行深度訪談的研究曾提及基層醫師認為健保局提供的資訊系統沒有實質的意義^[1]（證據等級III）。而關於醫師或民眾對資訊系統滿意度的部份則欠缺進一步的資料。

5.社區營造及預防保健

(1)結構面：此構面缺乏相關的研究發

表，有待進一步的研究。

(2)過程面：社區醫療群醫師參與大型社區衛教活動均很踴躍，參與率可達七成五到八成^[18,29]（證據等級I）。一個針對大台北地區的研究顯示，比較2007年，2008年的衛教宣導場次每群平均8.8次，較2007年增加35.94%，會訊出版次數每群平均2.4次，較2007年增加82.57%，衛教參與人數每群平均83.3人，較2007年增加115.62%，顯示在社區營造方面有長足的進步^[29]（證據等級I）。

預防保健部分：

- a.會員接受成人健檢及子宮頸抹片比率遠高於一般民眾（成人健檢增加14.37%，子宮頸抹片增加2.18%）^[29]（證據等級I），各醫療群檢查比率約在20-40%之間，若以檢查比率大於或等於50%為標準值來看，大多數醫療群均未達評核指標，顯示健保局指標難以達成^[2,18,19]（證據等級III）。
- b.會員能夠獲得醫護人員主動提供預防保健資訊的比例較高（會員57%，非會員40.6%）^[22]（證據等級II）。
- c.成人預防保健執行率則變異很大，有一研究顯示平均利用率可達59%，另一研究則29群內只有一群達到目標（目標為檢查比率大於或等於50%）^[18,19]（證據等級III）。

(3)結果面：社區營造部分無相關研究資料。而預防保健部分，民眾對預防保健滿意度非常滿意及滿意者約74.4%^[14]（證據等級III）。此外2006年的全台普查問卷調

查，其中有86%醫師同意藉由家醫試辦計畫，家戶會員能得到完整之預防保健服務^[16]（證據等級III）。

6.其他類別

(1)持續性照護及就醫忠誠度

針對是否有固定就診醫師部分，家戶會員有固定就診醫師者佔86.5%，而醫療群非家戶會員以及非醫療群病人則佔65%左右，呈顯著差異^[25]（證據等級II）。而家戶會員對「看診的滿意度」、「再回來看診的意願」及「推薦醫師給親友的意願」均高於非家戶會員 $(p < 0.001)$ ^[4]（證據等級II）。在成為健康家庭會員後，有固定就醫習慣者占多數(77.1%)，而固定在診所就醫佔67.8%，固定在醫院僅9.3%^[3]（證據等級III）。此外，會員指定率平均為18.4%，固定就診率平均為47.1%^[29]（證據等級I）。慢性病固定就診率部分，高血壓固定就診率77.3%、糖尿病固定就診率則為81.9%^[18]（證據等級III）。由上述可知加入醫療群的民眾有較高的就醫持續性及忠誠度，對於照護品質有正面的影響。

(2)成本效益分析：無一致性結論

6,687位照護達半年以上之健康家庭會員其「門診就醫次數」、「門診醫療費用」、「社區醫療群外門診就醫率」於計畫實施後均降低，且達統計上顯著之差異^[10]（證據等級I）。2003-2006年前後的門診平均就醫次數，醫療群組為逐年減少（除2006年），而非醫療群組為逐年增加。住診平均就醫次數醫療群組增加幅度較非家醫組少。急診平均費用皆有增加，但增加幅度家醫組較

表1 本論文收錄之相關文獻

標題及第一作者	年份	文獻種類	研究方法	證據等級
從服務缺口理論探討家庭醫師整合性照護計畫之研究。游美芳 ¹	95	學位論文	問卷調查 質性研究	III
某區域教學醫院推動全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫之成效探討。呂靜儀 ²	95	學位論文	資料分析	III
家庭醫師整合性照護制度健康服務利用與滿意度調查。王美麗 ³	94	學位論文	問卷調查	III
參與家庭醫師整合性照護試辦計畫民眾對醫療服務品質之觀感。許佑任 ⁴	93	學位論文	問卷調查	II
參與家庭醫師整合性照護計畫之民眾與醫療機構之成效評估。陳麒丞 ⁵	93	學位論文	問卷調查	III
「全民健保家庭醫師整合性照護試辦計畫」對照護持續性之影響。陳怡蓓 ⁶	95	學位論文	資料分析	I
診所醫師加入「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」的影響因素探討—以台中海線地區為例。童瑞文 ⁷	93	學位論文	問卷調查	III
以質性研究探討基層醫師對家庭醫師整合性照護試辦計畫之看法及執行現況。詹才興 ⁸	93	學位論文	質性研究	III
民眾對家庭醫師期望服務品質、滿意度及就醫忠誠度相關因素之探討—以南部五群社區醫療群為例。蕭麗珍 ⁹	94	學位論文	問卷調查	II
醫師對「全民健保家庭醫師計畫」表現指標看法與評估結果之相關性研究—以高屏地區參加計畫醫師為例。許碧升 ¹⁰	92	學位論文	資料分析	I
影響基層醫師參與家庭醫師照護整合制度因素分析—以雲林、彰化地區為例。楊舜惠 ¹¹	94	學位論文	問卷調查	III
家庭醫師整合性照護計畫成效探討—以病患滿意度評量。楊耀城 ¹²	95	學位論文	問卷調查	III
家庭醫師試辦計畫與民眾基層照護品質之相關性探討—以南區三個社區醫療群為例。吳榮男 ¹³	95	學位論文	問卷調查	III
參與「家庭醫師整合性照護試辦計畫」民眾對計畫實施成效之觀感。林詠蓉 ¹⁴	95	期刊論文	問卷調查	III
全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之評估—以花蓮某社區醫療群為例。宋松遠 ¹⁵	96	期刊論文	問卷調查 資料分析	I

表1 本論文收錄之相關文獻 (續)

標題及第一作者	年份	文獻種類	研究方法	證據等級
基層醫師對「家庭醫師整合性照護試辦計畫」成效評估。許佑任 ¹⁶	95	期刊論文	問卷調查	III
台北市士林、北投區提振基層醫療推動計畫。王安正 ¹⁷	93	期刊論文	問卷調查	III
家庭醫師整合性醫療照護制度試辦計畫之評估研究。詹其峰 ¹⁸	94	研究報告	問卷調查	III
南區參與家庭醫師整合性照護制度試辦計畫診所醫師看法及效益之研究。劉怡君 ¹⁹	96	學位論文	問卷調查 資料分析	III
探討家庭醫師整合性照護試辦計畫成效滿意度之分析。陳宗獻 ²⁰	95	學位論文	問卷調查	III
家庭醫師整合性照護制度試辦計畫—台北地區民眾滿意度調查。賴理元 ²¹	95	學位論文	問卷調查	III
社區醫療群居民醫療需求及醫療利情形之探討：以大路竹地區為例。廖雅惠 ²²	94	研究報告	問卷調查	II
偏遠地區民眾對家庭醫師照護制度之認知與需求之研究。羅光如 ²³	95	學位論文	問卷調查	II
家庭醫師整合照護計畫之醫療利用探討—以高屏地區為例。王悅萍 ²⁴	96	學位論文	資料分析	I
醫療群與非醫療群病人對基層醫療照護品質與家醫計畫之評價—階層線性模式之應用。葉德豐 ²⁵	96	學位論文	問卷調查	II
Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan. Yen-Ju Lin ²⁶	96	期刊論文	問卷調查	III
「家庭醫師整合性照護制度」雙向轉診研究—以某社區醫療群為例。黃建勳 ²⁷	93	期刊論文	資料分析	III
「家庭醫師整合性照護制度」雙向轉診民眾意見調查—以台灣中部三個社區醫療群為例。黃建勳 ²⁸	95	期刊論文	問卷調查	III
中央健康保險局台北分局家庭醫師計畫執行概況。中央健康保險局台北分局醫療費用第二組 ²⁹	97	研究報告	資料分析 問卷調查	I

非家醫組少^[24]（證據等級I）。然而，另一項研究顯示，無論會員與非會員，2005年的門診就醫次數均顯著高於2004年，家醫會員於2005年總門診申請金額及每次門診申請金額顯著高於2004年，非家醫會員無顯著差異。家醫會員門診預防保健次數增加、總住院申請金額增加、門住診總申請金額增加。但無非會員資料可供比較^[15]（證據等級I）。

研究限制

本研究未對研究品質加以評分分類，也未剔除研究品質不佳之論文，可能會影響到研究的結果。問卷大部分雖有專家效度之分析，然其品質並未進一步探討。而個別研究大多是橫斷面研究，目前無較好的評分標準，對品質不佳的論文無剔除的依據。此外，因為研究方法分歧，變項不一致，難以整合，故對於研究數字未做進一步統合分析以獲致結論。至於文獻搜尋的部分，可能沒有非常完整，例如未從引用文獻再搜尋、徵詢專家意見等。

研究方向之結論與建議

家庭醫師整合性照護制度迄今研究數量豐富，然而多為證據力較低之橫斷面研究，而且沒有對照組。此外，回顧文獻時發現研究多集中在2004-2007年，2008年以後數量驟減，顯示研究主題逐漸不受重視，為一警訊。而研究主題方面集中於合作醫院互動、社區營造及預防保健，家戶建檔及資訊系統研究很少，對家庭醫師制度推動幫助較少。另外，關於民眾或醫師整體滿意度為過度研究之主題，而且證據已經足夠。

未來研究方向應加強證據力較高之研究，如世代研究或對照研究，且應補足較缺乏之領域如家戶建檔或社區營造之民眾／醫師滿意度、成本效益、健康回饋型支付方案等方向。另外，針對預防保健成效僅著重過程面（執行率），對於疾病發生率、死亡率的影響應有更深入的探討。

鑑於上述所列，建議成立專家小組，定期回顧文獻，以宣導家庭醫師整合性照護制度之成效，並提昇研究之深度及廣度。

制度面之結論與建議

家庭醫師整合性照護制度在與合作醫院互動、社區營造、預防保健已獲致成效，得到醫師及民眾的肯定，應繼續推動並維持成效。家戶建檔、資訊系統之應用及24小時諮詢專線等因研究較少，難以獲致結論，也是本制度須加強的地方。此外，醫院總額、醫師績效等會影響推動共同照護門診意願之原因，應尋求改善之道，而非以其他活動取而代之。健康回饋型社區醫療群因為研究過少，本文沒有特別的結論與建議。今後應加強家庭醫師特質之宣導，以鼓勵民眾之參與，並宣導本制度成效，努力化解基層醫師阻力。

參考文獻

- 1.游美芳：從服務缺口理論探討家庭醫師整合性照護計畫之研究。佛光大學管理學研究所碩士論文，2006。
- 2.呂靜儀：某區域教學醫院推動全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫之成效探。元智大學管理研究所碩士論文，2006。

- 3.王美麗：家庭醫師整合性照護制度健康服務利用與滿意度調查。弘光科技大學護理研究所碩士論文，2005。
- 4.許佑任：參與家庭醫師整合性照護試辦計畫民眾對醫療服務品質之觀感。台北醫學大學醫務管理學系碩士論文，2004。
- 5.陳麒丞：參與家庭醫師整合性照護計畫之民眾與醫療機構之成效評估。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，2004。
- 6.陳怡蒨：「全民健保家庭醫師整合性照護試辦計畫」對照護持續性之影響。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2006。
- 7.童瑞文：診所醫師加入「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」的影響因素探討—以台中海線地區為例。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2004。
- 8.詹才興：以質性研究探討基層醫師對家庭醫師整合性照護試辦計畫之看法及執行現況。台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，2004。
- 9.蕭麗珍：民眾對家庭醫師期望服務品質、滿意度及就醫忠誠度相關因素之探討—以南部五群社區醫療群為例。高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班碩士論文，2005。
- 10.許碧升：醫師對「全民健保家庭醫師計畫」表現指標看法與評估結果之相關性研究—以高屏地區參加計畫醫師為例。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班碩士論文，2003。
- 11.楊舜惠：影響基層醫師參與家庭醫師照護整合制度因素分析—以雲林、彰化為例。雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文，2005。
- 12.楊耀城：家庭醫師整合性照護計畫成效探討—以病患滿意度評量。臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，2006。
- 13.吳榮男：家庭醫師試辦計畫與民眾基層照護品質之相關性探討—以南區三個社區醫療群為例。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班碩士論文，2006。
- 14.林詠蓉、周天給、林恆慶：參與「家庭醫師整合性照護試辦計畫」民眾對計畫實施成效之觀感。台灣家醫誌2006；16：260-73。
- 15.宋松遠、張慧如、陳銘樹、錢慶文：全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之評估--以花蓮某社區醫療群為例。醫務管理期刊2007；8：51-66。
- 16.許佑任、徐富坑、李顯章、陳端容、林恆慶：基層醫師對「家庭醫師整合性照護試辦計畫」成效評估。台灣家醫誌2006；16：13-26。
- 17.王安正、何清幼、王泰隆、黃信彰：台北市士林、北投區提振基層醫療推動計畫。北市醫學雜誌2004；1：214-9。
- 18.陳慶餘、梁繼權、詹其峰：家庭醫師整合性醫療照護制度試辦計畫之評估研究。行政院衛生署中央健康保險局，2005。
- 19.劉怡君：南區參與家庭醫師整合性照護制度試辦計畫診所醫師看法及效益之研究。嘉南藥理科技大學醫療資訊管理研究所碩士論文，2007。
- 20.陳宗獻：探討家庭醫師整合性照護試辦計畫成效滿意度之分析。中山醫學大學醫學研究所碩士論文，2006。
- 21.賴理元：家庭醫師整合性照護制度試辦計畫-台北地區民眾滿意度調查。中山醫學大學醫學研究所碩士論文，2006。
- 22.廖雅惠：社區醫療群居民醫療需求及醫療利情形之探討：以大路竹地區為例。行政院衛生署中央健康保險局，2005。
- 23.羅光如：偏遠地區民眾對家庭醫師照護制度之認知與需求之研究。中臺科技大學醫護管理研究所碩士論文，2006。
- 24.王悅萍：家庭醫師整合照護計畫之醫療利

- 用探討—以高屏地區為例。高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班碩士論文，2007。
- 25.葉德豐：醫療群與非醫療群病人對基層醫療照護品質與家醫計畫之評價—階層線性模式之應用。台灣大學醫療機構管理研究所博士論文，2007。
- 26.Lin YJ: Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 90.
- 27.黃建勳、洪壽宏、劉文俊、呂碧鴻、陳慶餘、梁繼權：「家庭醫師整合性照護制度」雙向轉診研究—以某社區醫療群為例。家醫研究2004；2：178-89。
- 28.黃建勳、洪壽宏、劉文俊、邱泰源、陳慶餘、梁繼權：「家庭醫師整合性照護制度」雙向轉診民眾意見調查—以台灣中部三個社區醫療群為例。家醫研究2006；4：61-9。
- 29.中央健康保險局台北分局醫療費用第二組：中央健康保險局台北分局家庭醫師計畫執行概況，2008。

The Efficacy of Family Physician Integrated Delivery System: An Evidence-based Review

Su-Hsuan Hsu¹, Yun-Ju Lai², Wan-Yu Yeh³, Tai-Yuan Chiu⁴,
Ching-Yu Chen⁴ and Fei-Ran Guo⁴

Purpose: The aim of the study was to explore the effects of "Family Physician Integrated Care System" project on quality of health care and improvement of health status of enrolled population.

Methods: We performed evidence-based review to assess the structure, process and outcome of the five targets of the Family Physician Integrated Care System: to set up community medical service group, to create the electronic health records of family members, interaction between community medical service group and referral hospital, community empowerment and preventive health care.

Results: The study disclosed that the satisfaction of enrolled patients was moderate to high. The physicians' satisfaction to the project was moderate. There were about half of the physicians enrolled in the pilot program satisfied with the project. Patient referrals from primary physicians to hospitals increased and the satisfaction of referral system was high. Physicians of community medical service group attended health education activities aggressively. The rate of receiving preventive health services increased in patients attending the program. In addition, there were higher continuity of care and increased loyalty of patients that might have positive influence on healthcare quality.

Conclusions: There were positive effects of this project toward enrolled patients and physicians. The project also helped to promote family physician system in Taiwan. However, the level of evidence was lower such as cross-sectional studies.

(Taiwan J Fam Med 2012; 22: 11-24)