

## 基層開業醫師對台灣基層醫療制度的評估 及滿意度調查

陳郁穎<sup>1</sup> 葉瑞垣<sup>1,2</sup> 陳楚杰<sup>2</sup> 林恆慶<sup>1</sup>

本研究目的旨在探討基層開業醫師對於基層醫療制度和執業上所面臨問題，並瞭解基層醫師對未來基層醫療制度發展之期望。資料來源取自衛生署醫事處，主要抽取2006年衛生署登記執業基層開業醫師名單，採用系統式抽樣法，共得3,407位，以郵寄方式蒐集所需的資料，有效回收樣本總計489份，回收率為14.4%。資料分析首先以Microsoft Excel 2000建檔，再以SPSS 12.0進行資料分析，除基本描述性統計分析之外，推論性統計則採用羅吉斯複迴歸分析。

研究結果發現，在影響基層開業醫師是否滿意現行基層醫療制度因素方面，「50歲以上」、「基層醫療執業總年資<10年」的基層開業醫師，及對「抽審審查標準不一」和「缺乏完善的家庭醫師人力」愈同意的基層開業醫師，其對現行基層醫療制度愈不滿意；愈同意「缺乏對基層診所的評鑑機制」的基層開業醫師，愈滿意現行基層醫療制度。而影響基層開業醫師是否滿意現行基層醫療工作狀況之因素發現，「聯合執業」和「具專科醫師資格」的基層開業醫師較滿意現行基層醫療工作；愈同意「保險不夠完善而害怕醫療糾紛」、「沒有足夠的時間進修」和「醫療收入減少」，愈不滿意現行基層醫療工作。

醫師之間的良性合作、個人自我充實以及完善的保險制度，可使基層開業醫師更能滿意基層醫療。而在未來，基層醫師希望藉由良好健保政策的影響以及加強基層診所的內部管理，真正做到提升基層醫療品質，給予民眾更佳的醫療服務。。

(台灣家醫誌 2008; 18: 137-48)

關鍵詞：office-based physicians, clinics, primary care system

### 前 言

台灣於1995年3月起開始實施全民健康保險制度，希望能充分保障一般民

眾就醫之可近性。然而在民眾受惠的同時，卻因為缺乏對醫療服務提供者之間，做組織與協調的相關配套措施，造成醫療費用急遽成長<sup>[1]</sup>。此外，台灣醫

台北醫學大學醫務管理系(所)<sup>1</sup>、國立台北護理學院醫護管理系(所)<sup>2</sup>

受理日期：96年5月26日 同意刊登：97年6月18日

通訊作者：林恆慶

通訊地址：台北市吳興街250號台北醫學大學醫管系

院採取閉鎖性制度 (closed system)，再加上支付結構偏重門診而輕急重症，導致原本應該依照不同層級分工合作的醫療院所轉為競爭對手，造成醫療資源浪費。使原本應以住院為主，急、重症為輔之大型醫療院所，紛紛擴展門診規模<sup>[2]</sup>。大型醫院和基層開業診所的競爭結果，將會使原本就存在的地理及功能上醫療資源分配不均之情況更為惡化<sup>[3]</sup>，民眾除了無法獲得整體性、持續性及方便性的醫療照顧服務外，醫療服務品質更令人擔憂。

過去已有不少學者專家以基層開業醫師為對象進行相關研究。例如在國外Hodge發現基層開業醫師因為醫院門診部門不斷增加而喪失競爭力，認為基層開業醫師結合形成一個網絡團體，俾能共同合作以降低添購設備之成本<sup>[4]</sup>；Light認為基層開業醫師除了控制成本外，更要注重醫療品質<sup>[5]</sup>，Lee和Simpson則認為基層開業醫師應組成醫療團隊，從個人照護拓展到社區整體，這樣才可以同時促進民眾健康和節省醫療花費<sup>[6]</sup>；醫師的滿意度也會影響到醫師的工作流動率，高流動率會導致醫療費用的增加，病人也無法得到完整的照顧<sup>[7,8]</sup>。國內陳氏認為基層開業醫師應以提高基層醫療品質為目標，建立良好的醫病關係<sup>[9]</sup>；對於基層醫療品質的提高，劉氏認為應該將醫療品質與給付制度結合，才能激勵基層開業醫師積極提高醫療品質<sup>[10]</sup>。在基層開業醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可之模式方面，林氏等人的研究結果發現，基層開業醫師中超過六成願意參與家庭醫師制度，且大部分認為家庭醫師除了提供一般醫療服務外，同時也應該是病人之衛教諮詢服務給予者<sup>[11]</sup>。

從2003年開始，衛生署為了強化基層醫療照護，開始試辦社區醫療群計劃，希望能藉此確保民眾得到持續且完整的醫療服務，達到以民眾健康為導向、建立以病人為中心的醫療觀念，進而提升醫療服務品質。行政院於2005年時也有意編列基層醫療重建基金，希望能解決基層醫療院所地理上分佈不均的情況，凡此種種可看出基層醫療在整個醫界有其不可或缺的重要性。近年來國內有關基層醫療制度的相關研究，主要在探討民眾對家庭醫師制度的認知、態度及參與意願，與基層醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可模式兩類<sup>[12-14]</sup>，鑑於從基層診所醫師的觀點來評估台灣基層醫療制度的研究尚付之闕如，因此，本研究希冀能夠從醫療服務提供者的觀點評估台灣地區基層醫師制度實施現況，進而規劃未來適用於我國的基層醫師制度，以作為我國在推動相關政策時之參考。

## 材料與方法

### 研究對象

本研究由衛生署醫事處取得2006年衛生署登記執業基層開業醫師名單，共計有10,223位。根據過去對基層開業醫師的問卷調查研究結果顯示，若進行全面普查，則回收率偏低，因此本研究採用系統抽樣法，從名單上每三位抽選一位，共計3,407位，為本研究之研究對象。以郵寄方式對選取的基層開業醫師進行問卷調查，問卷寄送後再以電話催收，針對未回收的基層開業醫師另外寄發兩次問卷，希望能提高回收率，以確保本研究結果能確實反應出基層開業醫師的意見。

## 研究工具之設計發展

本研究採用結構式自填式問卷，問卷之發展係根據文獻查證結果<sup>[11-14,15]</sup>、專家訪談及焦點團體座談結果為基礎，進行問卷設計，完成以基層開業醫師為研究對象的「基層開業醫師對基層醫療制度的評估及其未來規劃之建議」問卷。本研究為提升問卷之內容效度，特請基層醫師3位、社會福利團體2位及學者專家2位，以其專業知識評估問卷之內容，依學者專家意見修改或予以刪除。問卷之信度則採內部一致性Cronbach's  $\alpha$  的檢定方式，問卷並分別以15位基層醫師為對象進行問卷前測，依前測結果修訂問卷，定稿後再郵寄給研究對象填答。

## 研究工具

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

### (一) 填答醫師的基本資料與執業狀況

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

### (二) 對基層醫療制度的看法及滿意度

此部份包括三大題：1.您覺得近幾年來基層醫療（診所）是否有逐漸萎縮的現象？2.整體而言，您對現行基層醫療制度的滿意度為何？3.您是否同意目前台灣地區的基層醫療制度遭遇以下的問題？其問題包括以下十四項：(1)開業標準門檻太低造成基層開業醫師太多；(2)缺乏對基層診所的評鑑機制；(3)與醫院門診病人重疊性太高；(4)藥局設置標準不合理；(5)缺乏完善的轉檢制度；(6)抽審審查標準不一；(7)缺乏完善的轉診制度；(8)不能使用醫院內的設備；(9)未完善規劃醫師人力；(10)缺乏完善的家庭醫師制度；(11)醫藥分業帶來不便；(12)健保法案之不確定性；(13)總額支付制度促成醫師同儕間的相互惡性競爭；(14)缺乏退休金制度。以Likert五分量表評分：很不同意給1分、不同意給2分、普通給3分、同意給4分、很同意給5分。

### (三) 對基層開業醫師執業所遭遇問題的看法及滿意度

此部份包括二大題：1.整體而言，您對您在現行診所工作的滿意度為何？2.您是否同意您在執業中遇到以下的問題？其問題包括以下十六項：(1)害怕醫療糾紛；(2)無能力購買最先進之醫療儀器設備；(3)不易找到支援醫師；(4)沒有足夠的進修時間；(5)醫療設備不足；(6)健保申報作業費用高；(7)診所內部管理不易；(8)工作時間過長；(9)黑道恐嚇；(10)醫療收入減少；(11)會診、轉診困難；(12)繁瑣的報稅程序；(13)醫護人員流動率太高；(14)藥品採購單價高；(15)環保及消防法案太繁瑣；(16)民眾自主意識太高而不易溝通。以Likert五分量表評分：很不同意給1分、不同意給2分、普通給3分、同意給4分、很同意給5分。

#### (四) 對未來基層醫療制度的建議

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

#### 資料處理及分析方法

問卷資料回收後，先以問卷填寫之完整性及清晰性過濾出無效問卷，若為有效問卷，則將問卷中各填答項目以Microsoft Excel 2000建檔，並依變項特性進行編碼，再以SPSS 12.0進行資料分析。在描述性統計分析方面：視變項尺度類別分別以次數、百分比、以平均數、中位數、眾數、標準差、最大及最小值呈現。在推論性統計分析方面：採用羅吉斯迴歸(multiple logistic regression)分析探各自變項對於依變項之影響。此外，再進一步檢定回收樣本是否充分代表母群體樣本，故將回收樣本在各行政區域的分佈與母群體樣本在各行政區的分佈進行卡方適合度檢定(goodness-of-fit test)， $p=0.909$ ，顯示回收樣本在統計上對於母群體仍有相當程度的代表性。

## 結 果

本研究共寄出3,407份問卷，回收522份，剔除填答不完整的問卷33份後，有效樣本為489份，回收率為14.4%。再將回收樣本在各行政區域的分佈與

母群體樣本在各行政區的分佈進行卡方適合度檢定(Goodness-of-fit test)， $p=0.909$ ，顯示回收樣本在統計上對於母群體仍有相當程度的代表性。

#### 受訪者的基本資料與未受訪者執業狀況分佈

填表人基本資料如表1所示，平均年齡為53.5歲，標準差為11.83歲；基層醫療服務總年資為18.0，標準差為15.5年；在性別方面，男性444位(90.8%)，女性45位(9.2%)；在目前職業型態方面，聯合執業360位(73.6%)，單獨執業129位(26.4%)；在專科執照方面，具有專科醫師資格455位(93.1%)，未具有專科醫師資格34位(7.0%)；在執業科別方面，家醫科168位(34.4%)，一般內科62位(12.7%)，一般外科16位(3.3%)，小兒科56位(11.5%)，婦產科49位(10.0%)，其他科別104位(21.2%)；在執業地點方面，台北104位(21.3%)，北區89位(18.2%)，中區107位(21.9%)，南區72位(14.7%)，高屏96位(19.6%)，東區21位(4.3%)。在原始資料中，僅有醫師名字、年齡、科別、醫療診所代碼及醫療單位名稱，其他資訊都是由受訪者填答問卷後得知，因此在未受訪名單中，僅呈現年齡、職業科別及職業，詳見表1。

#### 對基層醫療制度的看法、滿意度及對現行診所工作的滿意度

在三項醫師滿意度問題中(如表2)，大部分醫師(75.9%)認為近年來診所有逐漸萎縮的現象；在對現行基層醫療制度的滿意度方面，241位(49.3%)醫師不滿意現行施行之基層

表1 受訪者與未受訪者的基本資料與執業狀況分佈之比較

變項名稱	受訪者 (n=489)	未受訪 (n=2,918)	p值
年齡	53.5±11.8	47.5± (8.4)	<0.01
基層醫療服務總年資	18.0±15.5		
性別 (人數%)			
男	444 (90.8)		
女	45 (9.2)		
是否為聯合執業 (人數%)			
是	360 (73.6)		
否	129 (26.4)		
是否為專科醫師 (人數%)			
是	455 (93.1)		
否	34 (7.0)		
主要登記之執業科別 (人數%)			0.224
家醫科	168 (34.4)	1,045 (35.8)	
一般內科	62 (12.7)	347 (11.9)	
一般外科	16 (3.3)	126 (4.3)	
小兒科	56 (11.5)	341 (11.7)	
婦產科	49 (10.0)	251 (8.6)	
其它	104 (21.2)	808 (27.7)	
主要執業地點所屬健保分局 (人數%)			0.953
台北分局	104 (21.3)	667 (22.9)	
北區分局	89 (18.2)	499 (17.1)	
中區分局	107 (21.9)	649 (22.2)	
南區分局	72 (14.7)	433 (14.8)	
高屏分局	96 (19.6)	111 (3.8)	
東區分局	21 (4.3)	559 (19.2)	

醫療制度，157位（32.1%）醫師非常不滿意現行施行之基層醫療制度；在基層執業的滿意度方面，201位（41.1%）醫師覺得現行診所工作狀況尚可，158位（32.3%）醫師不滿意現行診所工作狀況，60位（12.3%）醫師非常不滿意現行施行診所工作狀況。

#### 基層醫療制度面臨問題

在十四個基層醫療面臨的問題中（如表3），基層開業醫師認為最重要的問題是與醫院門診病人重覆性太高（平均3.65分），缺乏對基層診所的評鑑機制（平均3.41分），以及開業標準門檻太低造成診所醫師太多（平均3.15分）和缺乏完善的家庭醫生人力（平均2.82分）；基層開業醫師認為最不重要的問題是健保法案之不確定性（平均2.02

表2 受訪者與未受訪者的基本資料與執業狀況分佈之比較

變項名稱	樣本數	百分比
近年來診所是否有逐漸萎縮的現象		
無	64	13.1
有	371	75.9
不確定	54	11.0
對現行基層醫療制度的滿意度		
非常滿意	2	0.4
滿意	5	1.0
尚可	54	17.2
不滿意	241	49.3
非常不滿意	157	32.1
對現行診所工作的滿意度		
非常滿意	18	3.7
滿意	52	10.6
尚可	201	41.1
不滿意	158	32.3
非常不滿意	60	12.3

分)和總額支付制度促成醫師同儕間的相互惡性競爭(平均2.18分),及缺乏退休金制度(平均2.26分)。

#### 基層開業醫師執業面臨問題

在十六個基層開業醫師執業面臨問題中(如表3),基層開業醫生認為最重要的問題是診所內部管理不易(平均3.35分),黑道恐嚇(平均3.21分)以及醫療設備不足(平均3.13分),和醫護人員流動率太高(平均3.12分);基層開業醫師認為最不重要的問題是醫療收入減少(平均2.02分)和保險不夠完善而害怕醫療糾紛(平均值=2.45分)

#### 影響基層開業醫師是否滿意現行基層醫療制度之因素

由表4中可知,以羅吉斯複迴歸模式

中,依變項為是否滿意基層醫療制度,將填答「非常滿意」或「滿意」或「尚可」重新編碼為1,將填答「不滿意」或「非常不滿意」者重新編碼為0;自變項亦是如此,將填答「很不同意」、「不同意」、「普通」,歸類為不同意,「同意」、「很同意」歸類為同意。所有變項都以 $p$ 值小於0.05界定為統計上有顯著意義。在控制其他變項之影響後,發現職業地點、抽審審查標準不一、缺乏完善的家庭醫師人力,與基層開業醫師是否滿意現行基層醫療制度的影響具顯著影響。在職業地點方面,相較於台北分局,南區分局醫師較不滿意現行基層醫療制度,其勝算別為7.73(95% CI=1.28-4.08,  $p < 0.01$ );在抽審審查標準不一方面,相較於同意的基層開業醫師,不同意者較滿意現行基層醫療制

表3 基層醫療制度和基層開業醫師面臨問題的得分統計表

變項名稱	平均值 (分)	標準差
<b>基層醫療制度面臨問題</b>		
開業標準門檻太低造成診所醫師太多	3.15	1.20
缺乏對基層診所的評鑑機制	3.41	1.08
與醫院門診病人重疊性太高	3.65	0.90
藥局設置標準不合理	2.80	0.96
缺乏完善的轉檢制度	2.68	0.92
抽審審查標準不一	2.40	0.85
缺乏完善的轉診制度	2.72	0.98
不能使用醫院內的設備	2.76	0.87
未完善規劃醫師人力	2.45	0.82
缺乏完善的家庭醫師人力	2.82	1.01
醫藥分業帶來不便	2.31	0.93
健保法案之不確定性	2.02	0.72
總額支付制度促成醫師同儕間提供的相互惡性競爭	2.18	0.87
缺乏退休金制度	2.26	0.93
<b>基層開業醫師執業面臨問題</b>		
保險不夠完善而害怕醫療糾紛	2.45	0.86
無能力購買最先進之醫療儀器設備	2.73	0.89
不易找到支援醫師	2.67	0.78
沒有足夠的進修時間	2.91	0.89
醫療設備不足	3.13	0.87
健保申報作業費用高	2.87	0.91
診所內部管理不易	3.35	0.89
工作時間過長	2.61	0.92
黑道恐嚇	3.21	0.97
醫療收入減少	2.12	0.79
會診、轉診困難	3.04	0.95
繁瑣的報稅程序	2.85	0.92
醫護人員流動率太高	3.12	0.89
藥品採購單價高	2.90	0.86
環保及消防法案太繁瑣	2.79	0.89
民眾自主意識太高而不易溝通	2.96	0.88

註：Likert五分量表評分，分為很不同意給1分、不同意給2分、普通給3分、同意給4分、很同意給5分

表4 受訪者與未受訪者的基本資料與執業狀況分佈之比較

變項名稱	基層醫師是否滿意		
	迴歸係數	標準誤	勝算比 (95%信賴區間)
執業地點 (ref.=台北分局)			
南區分局	-0.84	0.30	7.73 (1.28-4.08) **
抽審審查標準不一 (ref.=同意)			
不同意	1.41	0.48	8.71 (1.60-10.44) **
未完善規劃醫師人力 (ref.=同意)			
不同意	1.27	0.47	7.35 (1.42-9.00) **
截距	-1.78	0.14	151.53

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$  ;

註：採用forward邏輯斯迴歸分析，只呈現有顯著之選項

度，其勝算比8.71 (95% CI=1.60-10.44,  $p<0.01$ )；在缺乏完善的家庭醫師人力方面，相較於同意的基層開業醫師，不同意者較滿意現行基層醫療制度，其勝算比7.35 (95% CI=1.42-9.00,  $p<0.01$ )。

#### 影響基層開業醫師是否滿意現行基層醫療工作狀況之因素

由表5中可知，經過羅吉斯迴歸分析，依變項為是否滿意診所工作，將填答「非常滿意」或「滿意」或「尚可」重新編碼為1，將填答「不滿意」或「非常不滿意」者重新編碼為0；自變項亦是如此，將填答「很不同意」、「不同意」、「普通」，歸類為不同意，「同意」、「很同意」歸類為同意。所有變項都以 $p$ 值小於0.05界定為統計上有顯著意義。在控制其他變項之影響後，發現性別、年齡、職業場所、是否為聯合執業、是否具專科醫師資格、保險不夠完善而害怕醫療糾紛、沒有足夠的時間進修、醫療收入減少對於基層開業醫師是否滿意現行診

所工作的影響達統計上顯著水準。在性別方面，相較於女性醫師，男性醫師較滿意現行診所工作，其勝算比5.16 (95% CI=1.13-5.34,  $p<0.05$ )；在年齡方面，相較於30-49歲，50-64歲的醫師較滿意現行診所工作其勝算比4.63 (95% CI=0.44-0.96,  $p<0.05$ )；在職業場所方面，相較於台北分局，南區分局的醫師較不滿意現行診所的工作，其勝算比10.27 (95% CI=1.43-4.41,  $p<0.01$ )；在是否聯合職業方面，相較於非聯合職業的醫師，聯合職業的醫師較不滿意現行診所的工作，其勝算比5.64 (95% CI=1.10-2.72,  $p<0.05$ )；在是否具專科醫師資格方面，相較於不具專科醫師資格的基層開業醫師，具專科醫師資格者較滿意現行診所工作，其勝算比3.96 (95% CI=0.20-0.99,  $p<0.05$ )。在保險不夠完善而害怕醫療糾紛方面，相較於同意的基層開業醫師，不同意者較滿意現行診所工作，其勝算比8.49 (95% CI=2.07-340.74,  $p<0.05$ )。在沒有足夠的時間進修方面，相較於同意的基層開

業醫師，不同意者較滿意現行診所工作，其勝算比15.47（95% CI=2.05-8.52,  $p<0.001$ ）。在醫療收入減少方面，相較於同意的基層開業醫師，不同意者較滿意現行診所工作，其勝算比5.50（95% CI=1.51-96.79,  $p<0.05$ ）。

## 討 論

目前台灣基層醫療的問題不是開業醫師人數不足而是分佈不均<sup>[16]</sup>，因此當務之急應注重基層開業醫師的素質提升且改善地理分佈之問題。本研究為首次以基層開業醫師的角度，評估目前的基層醫療制度，藉由問卷了解基層開

業醫生面對目前的基層醫療制度所碰到的困難及對未來的展望，以找出正確的方向，讓基層醫療制度可以穩定、持續的進步，繼續在第一線上服務病患。再者，做好基層醫療，可使病人對基層醫療有信心，從根本面減少醫療資源的浪費，以做好醫療成本的控制。

在目前基層醫療制度方面而言，本研究發現，基層開業醫師認為“總額支付制度促成醫師同儕間的相互惡性競爭”並非影響基層醫療制度的主因。此外，基層開業醫師認為“缺乏基層診所的評鑑制度”為基層醫療制度最重要的問題，此與陳氏研究的結果相似<sup>[9]</sup>，認為基層開業醫師應改善目前基層診所

表5 影響基層開業醫師是否會滿意現行診所工作的因素分析 (n=489)

變項名稱	基層醫師是否滿意		
	迴歸係數	標準誤	勝算比 (95%信賴區間)
性別 (ref.=女)			
男	0.90	0.40	5.16 (1.13-5.34) *
年齡 (ref.= 30-49歲)			
50-64歲	0.43	0.20	4.63 (0.44-0.96) *
執業場所 (ref=台北分局)			
南區分局	-0.92	0.29	10.27 (1.43-4.41) **
是否為聯合執業 (ref.=否)			
是	-0.54	0.23	5.64 (1.10-2.72) *
是否具專科醫師資格 (ref.=否)			
是	0.82	0.41	3.96 (0.20-0.99) *
保險不夠完善而害怕醫療糾紛 (ref.=同意)			
不同意	2.22	0.76	8.49 (2.07-340.74) *
沒有足夠的進修時間 (ref.=同意)			
不同意	1.46	0.36	15.47 (2.05-8.52) ***
醫療收入減少 (ref.=同意)			
不同意	2.49	1.06	5.50 (1.51-96.79) *
截距	0.54	0.41	1.78

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$  :

註：採用forward邏輯斯回歸分析，只呈現有顯著之選項

品質參差不齊的現象，而不是只在控制成本，才能產生良好的醫病關係。本研究結果發現，基層開業醫師認為“與醫院門診病人重疊性太高”為最主要的問題，但有研究觀察大型醫院成立對該區基層診所的影響發現並未發現因競爭激烈而有營運萎縮的現象，但該區整體的門診服務量與申報金額則有明顯上升<sup>[15]</sup>。此外醫師也認為“開業標準門檻太低造成基層診所醫師太多”，此結果異於劉氏與張氏之研究<sup>[17]</sup>，其研究結果認為，目前醫院產業的擴展，會抑制基層診所醫生人力成長，使得目前基層診所醫生人數不足，這可能是基層開業醫師執業地點的不同和醫師個人因素所導致的差異。

基層開業醫師執業方面而言，本研究發現，基層開業醫師認為“診所內部管理不易”和“醫療設備不足”是在執業上最容易碰到的問題。此與Lee和Simpson的研究結果相似，認為基層開業醫師應組成醫療團隊，藉由內部的合作而降低成本<sup>[6]</sup>，才可以創造民眾健康的提升和醫療花費降低的雙贏局面。研究也發現，基層開業醫師認為診所因為儀器設備受限於資金及空間，在規模上很難突破<sup>[18]</sup>。在“缺乏完善的轉檢制度”和“醫藥分業帶來不便”方面，與基層開業醫師是否會滿意現行基層醫療制度並沒有顯著影響，這和張氏研究結果相異，其研究“轉診轉檢制度未落實”和“醫藥分業造成釋出處方之診所病人就醫不便”與西醫基層醫療萎縮有顯著相關<sup>[19]</sup>，可能原因為研究架構的不同，其研究是以制度面為研究方向，而本研究是以基層開業醫師為研究方向。

經羅吉斯迴歸分析發現，同意抽查審查標準不一，較不滿意現行基層醫療

制度。這與張氏的研究結果相同，其研究發現在醫療政策層面，健保審查和支付制度獨厚醫院，這與目前西醫基層萎縮有顯著的相關<sup>[19]</sup>。基層開業醫師是否為聯合職業對於現行基層醫療工作的滿意度沒有顯著相關，此與陳氏等的研究結果相異，其研究結果發現基層開業醫師之年資、性別、職業地點不同及執業權屬別，會影響基層醫師聯合執業的意願<sup>[20]</sup>。

本研究結果顯示，基層開業醫師希望藉由完善的健保政策提高進入基層醫療的門檻以及評鑑良好醫師的合作，加強基層診所內部的品質，以強化基層醫療。而基層開業醫師對於目前健康保險制度較有信心、具備專科執照、聯合執業以及認為有時間充實自己的基層開業醫師，也較滿意目前在基層診所的執業情形。因此如何解決基層開業醫師對於基層醫療制度上的不滿以及在執業所遭遇到的問題，才能提高基層開業醫師的滿意度，進而提升未來基層醫療品質。

本研究有以下兩項研究限制：(1)基層開業醫師雖然對基層醫師制度有充分的了解，但回收問卷仍有許多遺漏值，因此被歸類為無效問卷，使得有效問卷只剩下489份，回收率14.35%。因此，如欲將研究結果推論到整個母群體時，應持審慎保留的態度；(2)回收問卷中，有七成以上為聯合執業之開業醫師，因此可能會導致結果有所偏誤；(3)國內針對醫療服務提供者的觀點來評估台灣地區基層醫師制度實施現況的研究文獻不多，因此，本研究主要以實施家庭醫師制度文獻作為討論的基準，較缺乏地區基層醫師制度相關文獻的佐證，但是基層醫生制度和家庭醫師制度在本質上仍有相當大的差異性。

## 參考文獻

1. 邵詩媛、蔡良敏：社區醫院雙向轉診之策略規劃。醫務管理期刊2005；6：190-9。
2. 李玉春：全民健保西醫總額支付制度之推動政策－基層與醫院預算之分力或統合？台灣醫界2001；44：43-6。
3. 衛生署衛生統計資訊網：衛生統計指標  
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>。
4. Hodge R: The evolving role of the primary care physician. *Physician Executive* 1994; 20: 15-8.
5. Light DW: Primary care tomorrow: managed care, false and real solutions. *Lancet* 1994; 344: 1197-99.
6. Lee PR, Simpson L: Primary care : an idea in search of a paradigm? *Am Fam Physician* 1993; 47: 323-6.
7. Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B: Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA* 1985; 25: 2775-82.
8. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE: Characteristics of physicians with participatory decision-making style. *Ann Intern Med.* 1996; 245: 497-504.
9. 陳錦源：基層醫療何去何從。台灣醫界 2001；2：48-50。
10. 劉競明：基層醫療品質提升知我見。台灣醫界2002；1：62-3。
11. 林恆慶、董鈺琪、李淑雅、陳楚杰：影響基層醫師不願意參與聯合執業的因素。醫護科技學刊2002；4：90-103。
12. 呂清元：總額預算實施後民眾對家庭醫師制度接受性之研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2003，57頁。
13. 林恆慶、吳傳頌、許佑任、陳楚杰：台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可模式。台灣家醫誌2005；1：11-24。
14. 許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰：台灣民眾對實施家庭醫師制度之意願及相關因素研究--民眾的認知、態度及參加意願。台灣家醫誌2004；14：159-71。
15. 鄭守夏、劉林義、張毓宏：新設大型醫院對當地基層診所的影響評估－第一部分：供給與利用的變化。台灣公衛誌 2001；20：52-60。
16. 中華民國醫師公會全國聯合會：醫療統計。<http://www.tma.tw/stats/stater.asp>
17. 劉容華，張東亮：臺灣醫療次區域醫院產業擴張與診所醫師人力消長的關係。台灣衛誌2004；23：32-6。
18. 林姿伶：開業醫師對本身醫療服務的自我评价。中國醫藥學院醫務管理研究所論文，2002，42，79頁。
19. 張伊萍：探討西醫醫療萎縮的原因。台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文，2003，58，107頁。
20. 陳楚杰、楊銘欽、林恆慶、黃昱瞳：參與聯合執業基層醫師之特性及其較認同的聯合執業模式。醫護科技學刊2002；4：337-48。

## Office-Based Physicians' Evaluation of the Primary-Care System

Yu-Ying Chen<sup>1</sup>, Jui-Yuan Yeh<sup>1,2</sup>, Chu-Chieh Chen<sup>2</sup> and Heng-Ching Lin<sup>1</sup>

**Objectives:** The objectives of this study were to explore office-based physicians' satisfaction with the primary-care system, the difficulties faced by office-based physicians, and the future direction of the primary-care system.

**Method:** This study used systematic sampling from a list of office-based physicians provided by the Department of Health. We selected 3,407 office-based physicians as the study subjects. Self-administered questionnaires were mailed to the study subjects to collect the required data. In total, 489 questionnaires were returned, for a response rate of 14.35%.

**Results:** This study found that 13.09% of the respondents felt that the primary-care system had been in recession during the past few years. A total of 49.28% and 32.11% of respondents were not satisfied and very dissatisfied with the present primary-care system, respectively. The three major problems with the primary-care system faced by the office-based physicians were the overlapping of patients with hospitals, lack of an accreditation mechanism, and too many office-based physicians. The three major problems with clinics faced by the office-based physicians were management, blackmail by gangsters, and inadequacy of medical equipment.

**Conclusion:** Cooperation among physicians, continuing education, and a good insurance system can increase the satisfaction of office-based physicians. In the future, office-based physicians believe that implementation of a good health-insurance policy and enhancement of clinic management will improve the quality of the primary-care system and result in better medical service to the public.

*(Taiwan J Fam Med 2008; 18: 137-48)*

---

<sup>1</sup>Graduate Institute of Health Care Administration, Taipei Medical University; <sup>2</sup>Department of Health Care Management, National Taipei College of Nursing, Taipei, Taiwan  
Received: May 26, 2007; Accepted: June 18, 2008.