

## 台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可之模式

林恆慶<sup>1</sup> 吳傳頌<sup>2</sup> 許佑任<sup>1</sup> 陳楚杰<sup>3</sup>

本研究旨在探討台灣地區基層開業醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可的模式。

本研究採用調查研究法，以郵寄結構式問卷的方式蒐集所需的資料，以於2003年4月在行政院衛生署醫政處登記執業的10,949位基層開業醫師為母群體，以系統抽樣(systematic sampling)抽取1,095位基層開業醫師為研究對象，回收241份，回收率為22%，適合度檢定發現樣本與母群體在年齡( $p=0.220$ )及性別( $p=0.157$ )上並無統計上的顯著差異，扣除有遺漏值的問卷，最後有效問卷共有229份。首先以卡方檢定及t-test來探討醫師特質與參與家庭醫師制度意願之相關性，其次再以羅吉斯迴歸分析影響基層醫師參與家庭醫師制度意願之相關因素。

研究結果發現受訪基層醫師中有20.5%“很願意”參與家庭醫師制度，41.5%“願意”參與家庭醫師制度。且大多數受訪者認為(1)家庭醫師除提供一般醫療服務外，還應該提供心理諮詢(72.9%)、藥物諮詢(86.0%)及預防保健服務(91.3%)；(2)最適合擔任家庭醫師的專科醫師為家醫科(93.4%)、一般內科(77.7%)及小兒科醫師(53.7%)；(3)民眾一年可以選擇更換一次家庭醫師(41.1%)。

茲針對本研究結果提出建議如下：(1)家庭醫師除提供一般醫療服務外，還可提供預防保健服務、心理諮詢、減重諮詢及一般外科手術；(2)除家醫科外，將未來家庭醫師的認證資格放寬給目前已在執業的一般內科及小兒科醫師；(3)民眾一年可以選擇更換一次家庭醫師。

(台灣家醫誌 2005; 1: 11-24)

關鍵詞：family physician, primary care physician, logistic regression

### 前　　言

英國於十九世紀末期即開始實施家庭醫師制度，是最早實施家庭醫師制度的

台北醫學大學醫務管理學系<sup>1</sup>、中興醫院耳鼻喉科<sup>2</sup>、台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所<sup>3</sup>

受理日期：93年8月13日　　同意刊登：93年9月27日

聯絡人：林恆慶

通訊地址：110台北市吳興街250號　台北醫學大學醫務管理學系



國家，接著德國、紐西蘭、加拿大及澳洲等國家也相繼實施。為方便區別家庭醫師與其他科別的醫師不同處，許多國家及機構也相繼提出家庭醫師的定義，例如皇家澳洲全科醫師學院（The Royal Australian College of General Practitioners）定義家庭醫師（family physician）為“提供第一線的、連續性的及完整性的醫療照護給個人、家庭及社區”<sup>[1]</sup>。新加坡家庭醫師學院（College of Family Physician Singapore）更具體的描述家庭醫師為“提供病人連續性基層照護的全科醫師，為處理和治療不同醫療問題的專家”<sup>[2]</sup>。

世界家庭醫師協會（WONCA）更於2002年詳細描述家庭醫師的特質應包括以下十一項：（1）為病人生病之後在衛生體系中所接觸的第一位醫療人員；（2）藉由協調醫療照護以能有效使用醫療資源；（3）發展以人為中心的治療方法，並以病人個人、病人的家庭及病人的社區為導向；（4）著重醫病關係及病人諮詢；（5）依病人病情需要而提供縱貫性（longitudinal）的持續照護；（6）依社區流行的疾病而有特別的決策過程；（7）可同時處理病人的急性和慢性疾病；（8）可先一步處理需要急性照護的疾病；（9）可藉由適當及有效的方法以促進民眾的健康；（10）對社區的健康有特別的責任；（11）以生理、心理、社會及文化的角度來處理健康問題<sup>[3]</sup>。

目前全球實施全民健康保險制度的國家多建議採用家庭醫師制度<sup>[4]</sup>，其普遍皆認為在全民健康保險制度之下，必須藉由家庭醫師來統籌管理病人的就醫流程及場所，才可避免病人因重複就診及檢查、檢驗所造成的醫療資源浪費，俾能提供民眾最具成本效益的健康照護，進而促進全民健康保險制度的永續經營。

其次，有鑑於家庭醫師在防疫上的重要性，因此，美國疾病管制局（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）針對防治二十一世紀傳染性疾病的對策，即是家庭醫師扮演第一線監測、過濾及通報的角色，並針對傳染性疾病擔負起教育民眾如何預防及控制的責任<sup>[5]</sup>。

此外，根據 Lemkau 及 Grady 的研究，醫師對民眾是否願意接受預防醫學的影響力最大，其中尤其是家庭醫師，一般民眾更是願意接受其家庭醫師所給予的醫療建議，因此，在所有醫療人員之中，家庭醫師最適合扮演推動民眾接受預防醫學的推手<sup>[6]</sup>。根據 Subramanian 等人的統計報告，在 1980 年至 1999 年間，全美 20%的心理健康諮詢乃由家庭醫師所提供之<sup>[7]</sup>，而在尋求心理健康諮詢的病人中，家庭醫師診斷出 18%的病人有憂鬱症或焦慮症<sup>[8]</sup>。又根據 1999 年蘇格蘭對病人就診家庭醫師的主要原因進行研究，發現憂鬱及焦慮分別為第二個和第四個民眾就診的主要原因<sup>[9]</sup>。

由上可知，家庭醫師制度的推行成效不但關係健康照護的成本效益、傳染性疾病的防疫、預防醫學的推廣，更關係整個社區民眾的健康，因此，Himmel 等人甚至提出應該由家庭醫師來主導健康照護體系，以便能提供給社區民眾持續性、連續性及完整性的健康照護<sup>[10]</sup>。

隨著全民健保財務的吃緊、轉診制度的未落實及 SARS 疫情的暴發，許多官員、專家學者及實務界人士都陸續呼籲相關單位儘速規劃實施家庭醫師制度，並隨後經專家會議及先導計劃匯集成果後<sup>[11-18]</sup>，一致認為家庭醫師制度的實施可解決當前全民健保及醫療衛生體系中落實轉診制度所遭遇的瓶頸。而為回應專家學者的呼籲，中央健康保險局於 2003 年 3 月 10

日開始公告「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫草案」，2004 年更擴大實施試辦範圍，希望能鼓勵更多的基層開業醫師參與試辦計畫，以為將來全面實施家庭醫師制度做好準備，由此可知，家庭醫師制度勢必為台灣未來的主要醫療制度之一。

在台灣，家庭醫師制度還在起步及規劃的階段，尤其是執業醫師中真正接受過正式家庭醫學科醫師養成訓練的醫師實是少之又少，根據衛生署（2003）的資料顯示，台灣至 2001 年止，擁有家庭醫學科醫師證書的只有 4,147 位醫師，不及執業醫師的 15%，所以，如何加強家庭醫師的養成勢必為台灣實施家庭醫師制度的首要工作。又國內少有探討家庭醫師制度的實證研究發表，或只侷限從民眾的角度來探討，尚缺乏醫師觀點的研究，因此，本研究以基層開業醫師為研究對象進行問卷調查，探討其對家庭醫師制度的認知、態度及認可的模式，盼望研究結果能提供衛生主管機關，做為規劃實施家庭醫師制度的參考，俾能讓家庭醫師制度早日 在台灣的衛生體系中生根落實。

## 材料與方法

### 研究對象及資料收集方法

本研究採用調查研究法，以郵寄結構式問卷的方式蒐集所需的資料，以於 2003 年 4 月在行政院衛生署醫政處登記執業的 10,949 位基層開業醫師為母群體，以系統抽樣抽取 1,095 位基層開業醫師為研究對象。郵寄問卷的時間為 2004 年 3 月 1 日至 4 月 20 日，並從 3 月 20 日起，陸續對未回覆問卷的醫師寄出第二份及第三份問卷，同時並進行電話催收，鼓勵醫師表達意見，以提高問卷回收率。

### 研究工具

本研究以結構式問卷收集研究所需的資料。結構式問卷乃依文獻探討、邀請中華民國基層醫療協會的十二位理監事進行座談會結果及研究目的設計而成。問卷初稿完成之後，再邀請三位實務界人士、二位對此領域有文章發表的學者及二位中央健康保險局負責規劃家庭醫師制度的官員進行專家效度的檢測，並邀請二十五位基層開業醫師進行前測，而後參酌其意見修正訂稿。本研究問卷內容包括四部份，其內容分別說明如下：

#### （一）醫師的基本資料與執業狀況

包括填表人的年齡、性別、是否具備專科醫師資格、婚姻狀態、目前主要執業場所是否為聯合執業、從事醫師工作之總年資（不含實習）、從事基層醫療服務之總年資、目前在主要執業場所執業之年資及目前執業地點（分為北部、中部、南部、及東部四類）。

#### （二）對家庭醫師制度的看法

此部份包括下列五題（1）對家庭醫師制度的瞭解程度；（2）認為台灣目前的醫療環境是否適合實施家庭醫師制度；（3）對健保局仿效美國實施守門員制度的贊成程度；（4）若健保局要實施家庭醫師制度的參與意願；（5）若健保局要實施家庭醫師制度的困難程度。

#### （三）實施家庭醫師制度可能會產生的現象

此部份是使用 Halm 等人針對美國家庭醫師所進行調查研究所發展出的問卷<sup>[16]</sup>，問卷內容分為三大部份：診所行政工作方面、病人照護方面及醫療資源的使用方面，翻譯成中文後由三位專家審查修改，經前測發現內部一致性 Cronbach's  $\alpha$  信度係數在這三大部份分別為 0.7499、0.9298 及 0.9511，都在可接受範圍內。在



行政工作方面、病人照護方面及醫療資源又分別包括了 5、7 及 8 小題（如表 3 所示）。本部份分別詢問填表人對這 20 個實施家庭醫師制度可能會產生現象的看法，答案則皆採用五分法（非常同意給 5 分，非常不同意則給 1 分）。

#### （四）家庭醫師制度的認可模式

此部份包括下列六題（1）家庭醫師制度原則上應該是一個家庭選擇同一個家庭醫師，還是每一個家庭成員都可以個別選擇不同的家庭醫師；（2）民眾應該是和一位家庭醫師簽約，還是和一群家庭醫師簽約；（3）民眾應該多久可以選擇更換一次家庭醫師；（4）家庭醫師除提供一般醫療服務外，還應該提供何種服務；（5）何種專科醫師最適合擔任家庭醫師；（6）是否所有轉診都需透過家庭醫師，不能自行到專科醫師或醫院處就診。

#### 基本分析方法

本研究使用 SPSS/10.0 版統計軟體進行回收問卷資料之建檔及統計分析。在描述性統計分析方面，主要以頻率、百分比、平均數及標準差表示之。在推論性統計分析方面，則先以卡方檢定及 t-test 來探討醫師特質與參與家庭醫師制度意願之相關性，後再以羅吉斯迴歸（Logistic Regression）分析影響基層醫師參與家庭醫師制度意願之相關因素，在分析當中，依變項為醫師參與家庭醫師制度之意願【將填答非常願意及願意之醫師重新編碼為 1（有意願），填答普通、不願意及非常不願意之醫師重新編碼為 0（不願意）】；自變項則為年齡、性別（1=男，0=女）、執業地點（分為北部、中部、南部、及東部）、專科醫師資格之有無（1=有，0=無）、執業型態（1=聯合執業，0=單獨執業）、婚姻狀況（1=其他（未婚、

分居、喪偶），0=已婚）、醫師對家庭醫師制度之瞭解程度【瞭解程度為將填答非常瞭解及瞭解之醫師重新編碼為 1（瞭解），填答普通、不瞭解及非常不瞭解之醫師重新編碼為 0（不瞭解）】、認為台灣目前的醫療環境是否適合實施家庭醫師制度【適合程度為將填答非常適合及適合之醫師重新編碼為 1（適合），填答普通、不適合及非常不適合之醫師重新編碼為 0（不適合）】。所有變項均以  $p$  值小於 0.05 界定為統計上有顯著差異。

## 結 果

本研究郵寄問卷 1,095 份，回收 241 份，回收率為 22%。回收後進行樣本與母群體基本特性的適合度檢定（goodness-of-fit test），結果發現，在年齡 ( $p=0.220$ ) 及性別 ( $p=0.157$ ) 的分佈上並無顯著差異，回收樣本應有其一定的代表性。其次再排除有遺漏值的問卷，得有效問卷 229 份。

#### 醫師的基本資料

填表人基本資料如表 1 所示，平均年齡為 52.1 歲，標準差為 11.4 歲；醫師工作的平均年資為 23.0 年，標準差為 11.3 年；從事基層醫療服務之平均總年資為 16.4 年，標準差為 11.2 年；在性別方面，男性有 208 人（佔 90.8%），女性有 21 人（佔 9.2%）；在目前執業地點方面，北部有 78 人（佔 34.1%），中部有 69 人（佔 30.1%），南部有 67 人（佔 29.3%），東部有 15 人（佔 6.6%）；在目前執業型態方面，單獨執業有 176 人（佔 76.9%），聯合執業有 53 人（佔 23.1%）；具專科醫師資格者有 203 人（佔 88.6%），無專科醫師資格者有 26 人（佔 11.4%）。



表1 研究樣本的基本資料 (n=229)

變項名稱	n (%)	平均值	標準差
年齡			
≤35	7 (3.1)		
36~45	73 (31.9)		
46~55	78 (34.1)		
56~65	39 (17.0)		
≥66	32 (14.0)		
醫師工作總年資		23.0	11.3
從事基層醫療服務之總年資		16.4	11.2
目前在主要執業場所執業之年資		13.1	9.2
性別			
男	208 (90.8)		
女	21 (9.2)		
執業地點			
北部	78 (34.1)		
中部	69 (30.1)		
南部	67 (29.3)		
東部	15 (6.6)		
主要執業場所是否為聯合執業			
是	53 (23.1)		
否	176 (76.9)		
專科醫師資格			
有	203 (88.6)		
無	26 (11.4)		

### 對家庭醫師制度的看法

醫師對家庭醫師制度的看法，詳如表2。受訪者當中，35 位 (15.3%) 認為自己“很瞭解”家庭醫師制度，105 位 (45.9%) 認為自己“瞭解”家庭醫師制度，68 位 (29.7%) 回答“普通瞭解”家庭醫師制度，19 位 (8.3%) 認為自己“不瞭解”家庭醫師制度，只有 2 位 (0.9%) 認為自己“很不了解”家庭醫師制度；在參與家庭醫師制度的意願方面，47 位 (20.5%) “很願意”參與家庭醫師制

度，95 位 (41.5%) “願意”參與家庭醫師制度，47 (20.5%) 回答“無意見”，30 位 (13.1%) “不願意”參與家庭醫師制度，只有 10 位 (4.4%) “很不願意”參與家庭醫師制度；值得注意的是分別有 52 位 (22.7%) 和 101 位 (44.1%) 的受訪者覺得健保局“很困難”和“困難”實施家庭醫師制度。

### 實施家庭醫師制度可能會產生的現象

實施家庭醫師制度可能會產生的現



表 2 樣本對家庭醫師制度的看法 (n=229)

醫師對家庭醫師制度的看法	n (%)
瞭解家庭醫師制度程度	
很瞭解	35 (15.3)
瞭解	105 (45.9)
普通	68 (29.7)
不瞭解	19 (8.3)
很不瞭解	2 (0.9)
台灣目前的醫療環境是否適合實施家庭醫師制度	
很適合	8 (3.5)
適合	66 (28.8)
普通	53 (23.1)
不適合	83 (36.2)
很不適合	19 (8.3)
是否贊成健保局仿效美國實施守門員制度（病人看病需先從基層診所家庭醫師看起），鼓勵民眾看病從基層診所開始	
很贊成	74 (32.3)
贊成	103 (45.0)
無意見	24 (10.5)
不贊成	18 (7.9)
很不贊成	10 (4.4)
若健保局要實施家庭醫師制度，參與意願為何	
很願意	47 (20.5)
願意	95 (41.5)
無意見	47 (20.5)
不願意	30 (13.1)
很不願意	10 (4.4)
若健保局要實施家庭醫師制度，您覺得困難度如何	
很困難	52 (22.7)
困難	101 (44.1)
普通	45 (19.7)
不困難	27 (11.8)
很不困難	4 (1.7)

象詳見表 3，受訪者對二十項實施家庭醫師制度可能會產生現象的同意程度排名前五名依序為：（1）醫師的諮詢電話量增加（平均值=4.17，標準差=0.75）；（2）醫師的文書工作增加（平均值=4.13，標

準差=0.82）；（3）診所內員工的文書工作增加（平均值=4.10，標準差=0.80）；（4）其它行政工作增加（平均值=4.17，標準差=0.75）；（5）醫師較有提供病人完整性醫療的概念（平均值=3.88，標準

表 3 受訪者對 20 項實施家庭醫師制度可能會產生現象的同意程度 (n=229)

實施家庭醫師制度可能會產生的現象	平均值	標準差
<b>行政工作方面</b>		
醫師的文書工作增加	4.13	0.82
醫師的諮詢電話量增加	4.17	0.75
診所內員工的文書工作增加	4.10	0.80
其它行政工作增加	4.07	0.85
促進轉診作業之流暢	3.69	1.04
<b>病人照護方面</b>		
醫師較有提供病人完整性醫療的概念	3.88	1.01
醫師較能協調病人的醫療照護	3.86	1.01
可提高預防醫學服務的次數	3.87	0.96
可改善醫病關係	3.79	1.03
醫師有較多的時間與病人相處	3.61	1.07
臨床決策自主性較高	3.56	1.03
可以提升醫療照護品質	3.72	1.07
<b>醫療資源</b>		
較容易使用較貴的檢驗及治療項目	3.08	1.06
醫師能提供較適當的預防醫學服務	3.80	0.91
醫師能提供較適當的住院服務	3.57	0.98
醫師能提供較適當的急診服務	3.48	0.99
醫師能提供較適當的專科服務	3.67	1.01
醫師能提供較適當的檢驗服務	3.59	0.95
醫師能提供較適當的用藥選擇	3.55	1.02
可以節省國家健保費用支出	3.60	1.18

差=1.01）。而同意程度排名後五名依序為：（1）較容易使用較貴的檢驗及治療項目（平均值=3.08，標準差=1.06）；（2）醫師能提供較適當的急診服務（平均值=3.48，標準差=1.09）；（3）醫師能提供較適當的用藥選擇（平均值=3.55，標準差=1.02）；（4）臨床決策自主性較高（平均值=3.56，標準差=1.03）；（5）醫師能提供較適當的住院服務（平均值=3.57，標準差=0.98）。

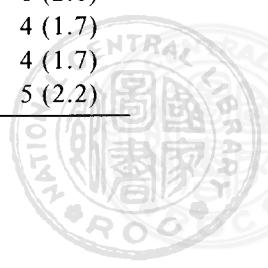
#### 家庭醫師制度的認可模式

如表 4 所示。大多數受訪者皆認為每一個家庭成員可以個別選擇相同的家庭醫師或可選擇不同的家庭醫師(45.4%)；民眾可以是和一位家庭醫師或是和一群家庭醫師簽約(39.7%)；民眾一年可以選擇更換一次家庭醫師(41.1%)；家庭醫師除提供一般醫療服務外，還應該提供心理諮詢(72.9%)、藥物諮詢(86.0%)及預防保健服務(91.3%)；最適合擔任家庭醫師的專科醫師為家醫科(93.4%)、



表 4 樣本對家庭醫師制度的認可模式 (n=229)

家庭醫師制度的認可模式	n (%)
您認為家庭醫師制度原則上是一個家庭選擇同一個家庭醫師，還是每一個家庭成員都可以個別選擇不同的家庭醫師？	
同一個醫師	84 (36.7)
不同的醫師	41 (17.9)
都可以	104 (45.4)
您認為民眾應該是和一位家庭醫師簽約，還是和一群家庭醫師簽約？	
一位家庭醫師	82 (35.8)
一群家庭醫師	56 (24.5)
都可以	91 (39.7)
您認為民眾應該多久可以選擇更換一次家庭醫師？	
三個月	20 (8.7)
半年	35 (15.3)
一年	140 (41.1)
二年	34 (14.8)
您認為家庭醫師除提供一般醫療服務外，還應該提供何種服務？(可複選)	
心理諮詢	167 (72.9)
接生服務	29 (12.7)
營養諮詢	147 (64.2)
藥物諮詢	197 (86.0)
減重諮詢	130 (56.8)
預防保健服務	209 (91.3)
您是否認為除了急診之外，所有轉診都需透過家庭醫師，不能自行到專科醫師或醫院處就診？	
否	55 (24.0)
是	140 (61.1)
不知道	3 (1.3)
無意見	31 (13.5)
您認為何種專科醫師最適合擔任家庭醫師？(可複選)	
家醫科	214 (93.4)
一般內科	178 (77.7)
一般外科	67 (29.3)
小兒科	123 (53.7)
婦產科	62 (27.1)
骨科	9 (3.9)
泌尿科	11 (4.8)
耳鼻喉科	30 (13.1)
眼科	13 (5.7)
皮膚科	20 (8.7)
神經科	16 (6.1)
精神科	22 (9.6)
復健科	12 (5.2)
麻醉科	6 (2.6)
急診醫學科	4 (1.7)
整形外科	4 (1.7)
病理科	5 (2.2)



一般內科（77.7%）及小兒科醫師（53.7%）。

### 影響醫師參與家庭醫師制度意願的因素

表 5 為醫師的基本特質與參與家庭醫師制度意願的相關性，卡方檢定發現醫師的年齡 ( $p=0.017$ )、是否為聯合執業

( $p=0.000$ )、是否具專科醫師資格 ( $p=0.000$ )、對家庭醫師制度的瞭解程度 ( $p=0.000$ )、認為台灣目前的醫療環境是否適合實施家庭醫師制度 ( $p=0.000$ ) 等，與參與家庭醫師制度意願呈現統計上顯著相關。後將有顯著相關的變項進行羅吉斯迴歸多變項分析，整個模式之適合度檢定統計量為 85.527 (df=8) ( $p<0.001$ )，

表 5 醫師的基本特質與參與家庭醫師制度意願的相關性 (n=229)

醫師的基本特質	參與家庭醫師制度意願		<i>p</i> -value
	有意願 n (%)	不願意 n (%)	
年齡			0.017*
≤ 35	4 (2.8)	3 (3.4)	
36~45	35 (24.6)	38 (43.7)	
46~55	52 (36.6)	26 (29.9)	
56~65	25 (17.6)	14 (16.1)	
≥ 66	26 (18.3)	6 (6.9)	
性別			0.644
男	128 (90.1)	80 (92.0)	
女	14 (9.9)	7 (8.0)	
執業地點			0.822
北部	47 (33.1)	31 (35.6)	
中部	46 (32.4)	23 (26.4)	
南部	40 (28.2)	27 (31.0)	
東部	9 (6.3)	6 (6.9)	
主要執業場所是否為聯合執業			0.000**
是	47 (33.1)	6 (6.9)	
否	95 (66.9)	81 (93.1)	
專科醫師資格			0.000**
有	135 (95.1)	68 (78.2)	
無	7 (4.9)	19 (21.8)	
婚姻狀況			0.769
已婚	136 (95.8)	84 (96.6)	
其他	6 (4.2)	3 (3.4)	
從事醫師工作之總年資（不含實習）			0.425
從事基層醫療服務之總年資			0.860
在主要執業場所執業之年資			0.205

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.001$ 。



結果詳見表 6。在控制其他變項後，發現聯合執業者（勝算比=9.25，95%信賴區間為 3.45~24.79）、具專科醫師資格者（勝算比=6.03，95%信賴區間為 1.81~20.06）、認為台灣目前的醫療環境適合實施家庭醫師制度者（勝算比=7.01，95%信賴區間為 2.91~16.92），較願意參與家庭醫師制度。

## 討 論

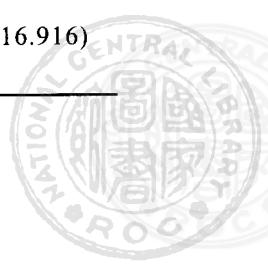
國外的經驗都一再顯示，實施家庭醫師制度不僅可以節省整體醫療費用，也可提供民眾週全性、持續性、協調性、可近性、負責性及以家庭為單位的照顧<sup>[19]</sup>，因此，許多國家都將家庭醫師的養成視為

醫療政策的首要任務。本研究發現，62%回答問卷的醫師“很願意”或“願意”參與家庭醫師制度，可見大部份基層開業醫師都有意願參與家庭醫師制度，此與民眾對實施家庭醫師制度的期望一致，根據呂清元的研究結果，有 81.04%的民眾對家庭醫師有很高的需求<sup>[20]</sup>。但是本研究也發現只有不到三分之一（32.3%）的受訪醫師認為台灣目前的醫療環境適合實施家庭醫師制度，且有高達 66.8%的醫師認為健保局要實施家庭醫師制度“很困難”或“困難”，因此，如何建立實際可行的配套措施、並排除來自於醫院的反彈力量，實是衛生主管機關規劃實施家庭醫師制度之首要工作。

表 6 影響醫師參與家庭醫師制度意願的因素 (n=229)

變項名稱	勝算比	95%信賴區間
年齡		
≤ 35	0.756	(0.091~6.284)
36~45	0.578	(0.260~1.286)
46~55 (參考組)		
56~65	1.314	(0.494~3.491)
≥ 66	3.245	(0.993~10.604)
專科醫師資格		
有	6.030	(1.813~20.058)
無 (參考組)		
主要執業場所是否為聯合執業		
是	9.246	(3.448~24.789)
否 (參考組)		
瞭解家庭醫師制度		
瞭解	1.870	(0.956~3.659)
不瞭解 (參考組)		
台灣目前的醫療環境是否適合實施家庭醫師制度		
適合	7.011	(2.905~16.916)
不適合 (參考組)		
常數項	0.095	

Cox & Snell R<sup>2</sup>=0.312; Nagelkerke R<sup>2</sup>=0.424；適合度檢定統計量=85.527 (df=8); p<0.001



本研究發現受訪醫師最同意實施家庭醫師制度會產生的前三現象為醫師的諮詢電話量增加、醫師的文書工作增加及診所內員工的文書工作增加，這三項都屬於診所行政工作，此與美國管理式醫療機構實施家庭醫師制度的結果一致<sup>[16]</sup>，醫師都普遍認為實施家庭醫師制度會增加行政工作，尤其是諮詢電話量的增加，如大部份的管理式醫療機構要求醫師必須一天 24 小時都要回答病人的諮詢電話，此帶給家庭醫師極大的行政負擔及壓力。因此衛生主管機關在規劃實施家庭醫師制度時，必須以美國的經驗為借鏡，不過份增加醫師行政工作的負擔，才可讓民眾享受到高品質的醫療服務。

本研究也發現，大部份的受訪醫師皆認為家庭醫師除提供一般醫療服務外，還應該提供預防保健服務，此與林恆慶及石賢彥的研究一致，認為台灣實施家庭醫師制度可幫助預防保健的落實<sup>[13]</sup>。又根據 Lemkau 及 Grady 的研究，家庭醫師對民眾是否願意接受預防醫學的影響力最大，一般民眾都願意接受其家庭醫師所給予的醫療建議<sup>[6]</sup>，因此，在所有醫療人員之中，家庭醫師最適合扮演推動民眾接受預防保健觀念的推手。而又根據 Tracey 等人在美國所進行研究的結果中發現，美國民眾在 90%的家庭醫師就診次數中，都有接受到家庭醫師所給予的健康習慣及預防保健服務之諮詢<sup>[21]</sup>。因此，為落實預防保健服務，台灣有實施家庭醫師制度的必要性及急迫性。

本研究發現，醫師是否參與聯合執業與參與家庭醫師制度的意願具顯著相關，參與聯合執業的醫師比單獨執業的醫師有較高參與家庭醫師制度的意願。在英美國家的家庭醫師制度中，家庭醫師也被賦予擔任守門員（gatekeeper）的角色，

所有至專科醫師或醫院就診都需先經過家庭醫師的轉介，家庭醫師是病人生病之後在衛生體系中所接觸的第一位醫療人員，因此，民眾生病時應該隨時都可找得到自己的家庭醫師，家庭醫師必須隨時待命。但這對單獨執業的醫師幾乎是不可能做到的，因此，英美的家庭醫師大都傾向於聯合執業，例如英國的家庭醫師在 2001 年時已有高達 91.5% 都參與了聯合執業<sup>[22]</sup>。因此如何提高基層開業醫師參與聯合執業的比率，也是台灣實施家庭醫師制度的先決條件之一。

實施家庭醫師制度是合乎世界潮流及合乎民眾和基層開業醫師期望的，為使將來能有效推動及實施家庭醫師制度，在此根據本研究結果向衛生主管機關提出以下三點建議：

#### （一）儘速規劃實施家庭醫師制度

為了避免民眾逛醫院而造成醫療資源的浪費及傳染性疾病的蔓延，台灣實有實施家庭醫師制度的必要性與迫切性，且本研究發現 62% 回答問卷的醫師都有意願參與家庭醫師制度，此更是衛生主管機關規劃實施家庭醫師制度的強力後盾。

#### （二）擴大家庭醫師的服務項目

建議將來在家庭醫師制度之下，家庭醫師除提供一般醫療服務外，還可提供心理諮商、減重諮詢、一般外科手術及預防保健服務，這樣不但可讓家庭醫師提供更完整及全面性的醫療服務給民眾，也可真正落實分級醫療制度的精神。

#### （三）正視基層醫師認可之家庭醫師制度模式

現以本研究基層醫師對「家庭醫師制度的認可模式」為範本，對國內家庭醫師制度模式的建議包括：（1）家庭醫師除提供一般醫療服務外，還可提供心理諮商、減重諮詢、一般外科手術及預防保健



服務；（2）民眾一年可以選擇更換一次家庭醫師；（3）除了急診之外，所有轉診都需透過家庭醫師，民眾不能自行到專科醫師或醫院處就診，但需有相關的配套措施，不能因此而民眾喪失就醫的自由選擇權。

本研究有以下三項研究限制：（1）由於本問卷採用郵寄問卷的方式進行資料蒐集，所以無法如訪問調查方式般隨時可以對受訪者不清楚的題項進行說明，亦無法逐一對填答不完整的題項進行瞭解未完整填答之原因並要求其補答；再者，郵寄問卷較難追蹤每一份問卷之正確性；（2）本研究問卷回收率偏低，雖然回收率已比其他對基層開業醫師的相關研究為高，且回收樣本與母群體在年齡及性別上無顯著差異，但如欲將研究結果推論到整個母群體時，應持較謹慎及保守的態度；（3）國內針對家庭醫師制度所進行的實證研究文獻非常少，研究結果較缺乏文獻的佐證；（4）要對家庭醫師制度政策提供學術基礎，應在進行民眾方面認知與態度等的相關研究，才能更趨完整。

## 參考文獻

1. The Royal Australian College of General Practitioners. Common questions, 2003: 1-5.
2. College of Family Physician Singapore: Family Medicine Teaching Programme. Overview, 2003:1.
3. WONCA Europe: The European definition of general practice /family medicine. 2002:1-34.
4. American Academy of Family Physicians: Family physician workforce reform: AAFP recommendations. Board of Directors, American Academy of Family Physicians. Am Fam Physician 1996; 53: 65-6, 71-5.
5. Hueston WJ: Family physicians' satisfaction with practice. Arch Fam Med 1998; 7: 242-7.
6. Lemkau JP, Grady KE: Impact of family physicians on mammography screening. Am Fam Physician 1998; 58: 854-9.
7. Subramanian A, Green LA, Fryer GE, Dovey SM, Phillips RL: Family physicians are an important source of mental health care. Am Fam Physician 2003; 67: 1422.
8. Anonymous: Study touts family physicians. Physician's Management 1998; 38: 9.
9. Royal College of General Practitioners: General practitioner workload. 2001.
10. Himmel W, Dieterich A, Kochen MM: Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? Health Policy 2000; 15: 496-502.
11. 吳哲維：醫師照護品質與家庭醫師制度。臺中健康暨管理學院未發表之碩士論文，2002。
12. 林雨亭：健康的守護神－談家庭醫師的角色功能。全民健康保險 2001 ; 33(1) : 29-31。
13. 林恆慶、石賢彥：SARS 疫情之省思－臺灣實施家庭醫師制度的必要性。臺灣醫界 2003 ; 46(10) : 57-60。
14. 林恆慶、石賢彥：管理式醫療制度的建立－以英國「管理式醫療」的實施經驗為借鏡。臺灣醫界 2003 ; 46(7) : 47-50。
15. 鍾信成、陳楚杰、楊長興：家庭醫師在健康照護體系改革中扮演的角色－以英、美兩國為例。醫院 2003 ; 36(1) : 27-32。
16. Halm EA, Causino N, Blumenthal D: Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes. JAMA 1997; 278: 1677-81.

17. 謝博生：醫療與社會。台北：台大醫學院，2000。
18. 邱泰源、陳石池：攜手走過 921—建構社區醫療體系。台北：台大醫學院，2000。
19. 李孟智：認識家庭醫師與家庭醫學。社教資料雜誌 1992；163(1)：26-8。
20. 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。國立陽明大學未發表之碩士論文，2002。
21. Tracey JM, Arroll BR, David E: Effects of recertification on the continuing education of family physicians. J Continuing Edu Health Profession 1999; 19: 45-54.
22. Royal College of General Practitioners: Profile of UK general practitioners. 2001.



## **Primary Care Physicians' Knowledge, Attitudes, and Applicable Model toward the Implementation of Family Physician System in Taiwan**

Herng-Ching Lin<sup>1</sup>, Chuan-Song Wu<sup>2</sup>, Yu-Jen Hsu<sup>1</sup> and Chiu-Chieh Chen<sup>3</sup>

The purpose of this study was to explore primary care physicians' understandings, attitudes, and applicable model of family physician system by survey research. The study used a systematic sample of 1,095 selected from 10,949 primary care physicians registered in the Department of Health in April 2003. A mailing survey was conducted to collect applicable data. There were 241 questionnaires returned which yielded a response rate of 22%. The test of goodness-of-fit found that the sampled patients are similar to the research population in terms of age ( $p=0.220$ ) and gender ( $p=0.157$ ). After eliminating those with missing data on the questionnaire, the sample size was 229. The Chi-square and t-test were used to explore the relationships between physicians' sociodemographic characteristics and their willingness to attend a family physician program. A logistic regression analysis was also conducted to identify factors associated with the physicians' willingness to attend a family physician program. The results found that 20.5% and 41.5% of respondents were "very willing" and "willing," respectively to attend a family physician program. The majority of respondents thought that (1) family physicians have to provide mental consultation (72.9%), pharmaceutical advise (86.0%), and preventive care (91.3%); (2) the specialties which are considered to be the most appropriate candidates for family physicians are family practice (93.4%), general internal medicine (77.7%), and pediatrics (53.7%); (3) enrollees can change their family physicians every year (41.1%). It is suggested that (1) family physicians can provide preventive medicine as well as regular treatments, psychotherapy, weight loss treatment, and ambulatory surgeries; (2) physicians specializing in family practice, internal medicine, and pediatrics can be family physicians; and (3) consumers can choose to change their own family physicians very year.

*(Taiwan J Fam Med 2005; 1: 11-24)*

---

Graduate Institute of Health Care Administration, Taipei Medical University<sup>1</sup>; Department of Otolaryngology, Taipei Municipal Chung Hsin Hospital, Taipei, Taiwan<sup>2</sup>; Graduate Institute of Health Care Organization Administration, College of Public Health, National Taiwan University<sup>3</sup>

Received: August 13, 2004; Accepted: September 27, 2004.

