

偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度調查

蔡文正¹ 龔佩珍^{2,*} 楊志良²

李亞欣³ 林思甄¹

目標：為促進醫療資源分佈之均衡，近年來衛生署紛紛推動獎勵醫師人力進入偏遠地區服務之措施，本研究欲瞭解偏遠地區民眾醫療可近性與滿意度，並比較在獎勵計畫下有無醫師執業介入之鄉鎮其民眾之感受差異如何。**方法：**本研究以2002年至2004年衛生署公告之160個醫療資源缺乏鄉鎮，針對家戶以分層隨機比例抽樣方法，用結構式問卷透過電話訪問調查，包含就醫經驗、醫療可近性、就醫滿意度等資料，共計有效樣本519份。應用複迴歸統計分析，探討影響民眾對鄉鎮內之就醫滿意度之相關因素。**結果：**偏遠地區民眾對西醫、中醫與牙醫就醫表示「方便」者分別有90.29%、63.83%與81.81%，而有7.92%、25.53%與14.54%表示「不方便」。在西醫、中醫與牙醫之滿意度方面，分別有68.01%、25.82%及36.99%之民眾表示「滿意」。複迴歸分析發現，「鄉鎮內西醫門診時段之滿意度」、「與去年相比今年就醫方便性」、「擔心就醫即時性」會影響偏遠地區民眾之西醫滿意度；「鄉鎮內中醫門診時段滿意度」、「鄉鎮外中醫方便性」則影響中醫滿意度；而影響牙醫滿意度之因素為「鄉鎮內牙醫師語言溝通能力滿意度」、「與去年比較今年就醫方便性」、「有無定期就醫之需求」。**結論：**有六成以上偏遠地區民眾表示就醫方便，說明了偏遠地區民眾就醫情況比獎勵計畫前有所改善。(台灣衛誌 2006；25(5)：394-404)

關鍵詞：偏遠地區、就醫可近性、就醫滿意度

前 言

全民健康保險實施後，民眾在就醫可近性上已改善了許多，然而醫師人力地理分佈不均一直是健康政策與醫師人力規劃上最關心的議題，因此近幾年來健保支付制度的改革、醫療資源的分佈均衡與公平性被投以更多的關注。就醫師人力的地理分佈而言，醫師的執業地點多在人口密集的都會區，台灣

本島西醫師、中醫師及牙醫師人數最多的縣市皆為台北市，而西醫師、中醫師及牙醫師人數最少的縣市皆為台東縣。若以每萬人口醫師數而言，2004年最高為台北市每萬人口醫師數達26.78位，最少的為台北縣。每萬人口中醫師數最多為台中市有5.06位中醫師，最少則為台東縣；每萬人口牙醫師數最多的為台北市有8.50位牙醫師，最少則為嘉義縣僅有1.53位牙醫師[1]。若考慮各縣市的土地面積與人口密度所造成的離散情形以及在中大型醫院服務的醫師數，城鄉的醫師分佈將更顯不均，在國外也有類似的情形[2-4]。

比較城鄉間的醫療需求而言，有研究指出在偏遠地區的民眾其就醫時機與就醫次數比都市的民眾要少[5,6]，另外醫療資源缺乏地區其就醫比率偏低[7,8]，皆說明偏遠地區及山地居民之就醫可近性影響其就醫利用。

¹ 中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班

² 亞洲大學健康管理研究所

³ 美國杜蘭大學醫務管理學博士班

* 通訊作者：龔佩珍

聯絡地址：台中縣霧峰鄉柳豐路500號

E-mail: ptkung@seed.net.tw

投稿日期：95年5月22日

接受日期：95年9月26日

因醫療資源缺乏，偏遠地區居民赴外就醫比率，及就醫花費時間常被視為就醫可近性調查重點[9]。相關調查發現偏遠地區民眾較非偏遠地區民眾認為就醫不方便高出許多(40.1%比14.5%)，且偏遠地區民眾需花費比非偏遠地區民眾多倍的時間才能獲得醫療照護[10,11]。另外也有國外研究指出偏遠地區的民眾喜歡利用電話診療或尋求一般家庭醫師，較少使用專科醫師或牙醫師之醫療服務[12]。也有研究指出偏遠地區低所得的民眾相對於高所得的民眾，醫療花費佔總收入的比例較高，因此在尋求醫療資源時會考慮更多的因素[13]。江東亮、楊志良以四項指標測量醫療可近性，包含期望赴外鄉鎮就醫之比率、期望處理生病模式、對衛生所可近性的主觀評價、及醫療利用/生病比[14]。英國有一套偏遠地區照護指標(IMD2000)專門衡量偏遠地區民眾社會剝奪(social deprivation)程度，當中之指標包含六個構面：收入程度、就業狀況、健康或殘障狀況、教育程度、居住情形及醫療服務可近性[15-17]。

巡迴醫療服務為衛生署提供山地與偏遠地區民眾基本醫療服務管道之一。台灣曾有研究指出民眾對於巡迴醫療時間、地點之認知情形顯著影響巡迴醫療的利用，且發現巡迴醫療訊息認知、健康狀況、巡迴醫療利用次數皆顯著影響對巡迴醫療滿意度[18]。

2002年起衛生署為改善偏遠地區民眾就醫的可近性，陸續推動醫師人力至醫療缺乏地區服務之獎勵計畫，包括：2002年7月之西醫基層總額預算的「醫療資源缺乏地區服務獎勵專案」、2002年7月之牙醫總額預算的「鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執業計畫」及「鼓勵牙醫師至無牙醫鄉巡迴計畫」、及2003年7月之中醫總額預算「無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」。這類獎勵計畫基本上以獨立總額預算支出目標制方式，保障支付點值鼓勵醫師前往執業或進行巡迴醫療，例如92年度西醫基層總額預算中另外獨立編列總預算之0.186%作為「醫療資源缺乏地區服務獎勵專案」[19]；而牙醫於91年度總額預算中另外獨立編列總預算之0.15%作為「鼓

勵牙醫師至無牙醫鄉執業計畫」，以每月固定30萬元之優厚薪資鼓勵牙醫師至無牙醫鄉服務，另外也獨立編列0.30%作為「鼓勵牙醫師至無牙醫鄉巡迴計畫」，以保障支付點值之方式鼓勵牙醫師至偏遠地區巡迴提供牙醫醫療[20]。中醫總額預算之「無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」亦以相似之方法鼓勵中醫師至偏遠地區巡迴服務。

因此本研究欲瞭解偏遠地區民眾之醫療資源之可近性與其就醫之滿意度，比較在獎勵計畫下有無醫師前往執業(即有無介入)之鄉鎮其民眾之感受差異如何，以評估醫師人力至醫療缺乏地區服務獎勵計畫實施之成效，期望能為將來醫療資源分佈政策之制定有所協助。

材料與方法

研究對象

衛生署未曾明確定義台灣地區的醫療資源缺乏之偏遠地區。本研究對醫療資源缺乏之偏遠地區依西醫、中醫、牙醫全聯會所公告之醫療資源缺乏地區，其定義原則為：(1)西醫部分以每位西醫師服務人口超過4000人之鄉鎮，(2)中醫部分以無中醫師之鄉鎮及(3)牙醫部分以無牙醫師之鄉鎮，列為本研究之醫療資源缺乏之偏遠地區。本研究針對2002至2004年度間所公告每位西醫師服務人口超過4000人之79個鄉鎮，2003至2004年間所公告無中醫師之113個鄉鎮，2002至2004年間所公告無牙醫師之80個鄉鎮，共計160個鄉鎮列入本研究之醫療資源缺乏之偏遠地區。再以偏遠地區各鄉鎮中一年內自己有就醫經驗或陪伴家人就醫經驗之民眾為研究對象。

抽樣方法

本研究將160個偏遠地區鄉鎮以西醫基層、中醫、牙醫之醫師人力獎勵計畫下醫師執業介入類別多寡區分為四類(完全無介入、僅一類介入、兩類介入、皆有介入)，再以分層比例抽樣方式針對此四類各隨機抽取1/4之偏遠地區鄉鎮，共抽出41個偏遠鄉

鎮，再依各鄉鎮戶數比例抽取家戶樣本數，原預計抽取家戶數520。以結構式問卷委由專業民意調查單位，於2004年10月以電腦輔助電話訪問系統，以隨機抽取之方式進行，實際回收有效問卷519份，與原先規劃各鄉抽樣樣本數接近，回收率幾乎100%。因此受訪樣本於各鄉之分佈比例與母群體之家戶數比例幾乎一致。

研究工具

本研究參考過去之相關研究，蒐集國內外關於民眾對醫療服務滿意度相關之研究[21-25]，彙整後設計「偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度問卷」。問卷內容包括偏遠地區受訪民眾之基本特性(如性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、家庭平均月收入等)，對西醫、中醫、牙醫醫療可近性及滿意度之看法(如至鄉鎮外就醫之主因、至鄉鎮內或外就醫之時間、至鄉鎮內或外就醫方便性及至鄉鎮內就醫之各項滿意度等)，及民眾對就醫現況之評價，其中問卷之滿意度及可近性部分以Likert量表五等分法衡量計分。

問卷效度的測量方面，以專家效度進行內容效度(content validity)之評估，共邀請七位專家學者，包含衛生政策學者、衛生所主任醫師、基層診所醫師協會理事長、基層診所牙醫師協會代表、中醫師公會理事長等，依專家之意見進行部分問卷修正後定稿；在信度測量部分，本研究以Kappa test進行信度檢驗，隨機抽取30位受訪民眾，針對本研究問卷中兩題重要問題進行再測(test-retest method)，以檢驗受訪者回答之一致性，所計算出之Kappa test平均值為0.78，顯示受訪者回答問卷之信度佳。

資料分析

統計分析則運用描述性統計分析偏遠地區受訪民眾之基本特性，對西醫、中醫、牙醫醫療可近性及滿意度之看法，及分析偏遠地區民眾對就醫現況之評價。另外，運用複迴歸分析(Multiple Regression Analysis)統計方法，以民眾就醫滿意度為依變項，探討偏

遠地區受訪民眾之基本特性、就醫的可近性、就醫方便性、醫師醫術、醫病關係、擔心就醫即時性等因素對民眾就醫滿意度之影響。

本研究依照各類醫療在偏遠地區醫師人力獎勵計畫下，有無醫師因此獎勵計畫而至該鄉鎮執業或巡迴醫療，若有醫師在獎勵計畫下至該鄉執業或巡迴醫療則此鄉鎮被稱為有介入，反之則為無介入。本研究為了西醫基層、中醫、牙醫等總額預算醫師人力獎勵計畫之成效評估，以比較有介入與未介入偏遠地區鄉鎮之民眾就醫可近性及滿意度，以t-test分析藉以反應醫師人力獎勵計畫之成效。

結果

經描述性分析後結果顯示，受訪民眾以女性佔多數(53.56%)，平均年齡為42歲，年齡層則以21-40歲(31%)與41-60歲(30%)為主(表一)。而本研究之受訪對象之平均年齡與160個偏遠地區鄉鎮健保資料庫之平均年齡43.92歲比較，在統計學上未達顯著差異($P=0.37$)。近五成教育程度為「國小」(26.40%)及「不識字」(22.54%)，職業方面「有職業」佔了46.05%，「無職業」怎有19.27%。家庭平均月收入近四成為「3萬元(含)以下」。受訪民眾原住民佔了4.62%。受訪民眾自覺健康狀況「好」及「非常好」者則分別佔62.04%、11.95%，顯示大多數的受訪民眾認為自己的健康狀況良好。

受訪民眾至鄉鎮外看西醫之主因，前三項分別為「習慣於鄉鎮外該院就醫」(22.34%)、「鄉鎮外醫師醫術較佳」(16.49%)、「鄉鎮外儀器設備較完善」(15.46%)。而至鄉鎮外看西醫之單程時間以「11-30分鐘」(44.67%)佔大多數；至鄉鎮外看西醫方便性方面，七成(72.85%)受訪民眾表示「方便」(包含「非常方便」)，但有23.71%之受訪民眾表示至鄉鎮外看西醫「不方便」(包含「非常不方便」)。

由表二得知近一年曾至鄉鎮內看西醫的受訪民眾，其於鄉鎮內看西醫之單程時間多在「10分鐘以內」(60.07%)，但仍有1.80%受訪民眾看西醫之單程時間超過一小時以

表一 偏遠地區受訪民眾之基本特性

變項	n=519	(%)	變項	n=519	(%)
性別			家庭平均月收入		
男	241	46.44	3萬元以下(含3萬元)	222	42.77
女	278	53.56	3萬至6萬元(含6萬元)	150	28.90
年齡			6萬至9萬元(含9萬元)	51	9.83
20歲以下	89	17	9萬元至12萬元(含12萬元)	14	2.70
21-40歲	160	31	12萬元以上	10	1.93
41-60歲	156	30	不清楚	72	13.87
61-80歲	66	13	種族		
81歲以上	21	4	原住民	24	4.62
教育程度			非原住民	489	94.22
不識字	117	22.54	其他	4	0.77
國小	137	26.40	遺漏	2	0.39
國中	77	14.84	有無需定期就醫之需求		
高中職	125	24.08	無	304	58.57
專科	34	6.55	有	215	41.43
大學(含)以上	24	4.62	自覺健康狀況		
遺漏	5	0.96	非常不好	12	2.31
婚姻狀況			不好	70	13.49
未婚	69	13.29	普通	49	9.44
已婚/同居	399	76.88	好	322	62.04
離婚/分居	10	1.93	非常好	62	11.95
喪偶	40	7.71	遺漏	4	0.77
遺漏	1	0.19			
職業					
無職業	100	19.27			
有職業	239	46.05			
家管	95	18.30			
退休	60	11.56			
學生	21	4.05			
遺漏	4	0.77			

上。值得注意的是有二成以上之受訪民眾表示鄉鎮內所提供的西醫科別「不太符合」或「非常不符合」需求(18.71%、2.52%)。84.89%之受訪民眾對鄉鎮內西醫師之醫術多為「滿意」(包含「非常滿意」),但表示「不滿意」(包含「非常不滿意」)則佔8.63%。另外,對於鄉鎮西醫醫護人員服務態度之滿意度,亦有近九成(93.16%)以上的民眾都感到「滿意」。整體而言,達68.01%受訪民眾對鄉鎮內西醫之整體滿意度表示

「滿意」,但有19.27%的受訪民眾表示「不滿意」(見表二)。

在中醫部分,受訪民眾至鄉鎮外看中醫之主因,前三項分別為「鄉鎮沒有中醫師」(25.45%)、「鄉鎮外醫師醫術較佳」(20.00%)、「習慣在該院就醫」(18.18%)。而至鄉鎮外看中醫之單程時間以「11-30分鐘」(47.27%)居多。

而近一年曾於鄉鎮內看中醫的受訪民眾,其於鄉鎮內看中醫之單程時間多在

表二 偏遠地區受訪民眾對西醫、中醫、牙醫醫療可近性及滿意度之看法(%)

變項	西醫(n=519)	中醫(n=519)	牙醫(n=519)	P
至鄉鎮外就醫之單程時間				0.0167
10分鐘以內	11.68	18.18	20.51	
11-30分鐘	44.67	47.27	53.85	
半個小時至一小時	21.31	20.00	10.26	
一小時至二小時	8.93	10.91	7.69	
超過兩小時	12.03	1.82	5.13	
不清楚	1.37	1.82	2.56	
至鄉鎮外就醫方便性				0.2588
不方便 ¹	23.71	36.36	33.34	
普通	2.41	1.82	2.56	
方便 ²	72.85	60.00	64.11	
不清楚	1.03	1.82	0.00	
近一年於鄉鎮內有無就醫				
無	46.44	90.94	89.40	
有	53.56	9.06	10.60	
至鄉鎮內就醫之單程時間				0.1811
10分鐘以內	60.07	38.30	56.36	
11-30分鐘	29.14	38.30	27.27	
半個小時至一小時	7.91	14.89	9.09	
一小時至二小時	1.44	0.00	1.82	
超過兩小時	0.36	2.13	1.82	
不清楚	1.08	6.38	3.64	
與鄉鎮內醫師之熟悉程度				0.1408
不熟悉 ³	51.43	25.53	56.36	
普通	1.80	2.13	1.82	
熟悉 ⁴	46.41	64.33	38.18	
不清楚	0.36	8.51	3.64	
至鄉鎮內就醫方便性				0.4600
不方便 ¹	7.92	25.53	14.54	
普通	1.44	2.13	0.00	
方便 ²	90.29	63.83	81.81	
不清楚	0.36	8.51	3.64	
鄉鎮內就醫門診時段滿意度				0.4541
不滿意 ⁵	5.04	25.53	12.73	
普通	4.68	2.13	5.45	
滿意 ⁶	88.49	63.83	78.19	
不清楚	1.80	8.51	3.64	
鄉鎮內就醫等候時間滿意度				0.4088
不滿意 ⁵	14.39	4.26	25.45	
普通	4.68	4.26	5.45	
滿意 ⁶	79.86	80.85	63.64	
不清楚	1.08	10.64	5.45	
鄉鎮內醫師醫術滿意度				0.5069
不滿意 ⁵	8.63	8.51	3.64	
普通	3.96	0.00	5.45	
滿意 ⁶	84.89	68.08	78.18	
不清楚	2.52	23.40	12.73	
鄉鎮內醫師語言溝通能力之滿意度				0.4936
不滿意 ⁵	2.88	0.00	5.45	
普通	2.52	2.13	3.64	
滿意 ⁶	93.17	91.49	85.45	
不清楚	1.44	6.38	5.45	
鄉鎮內就醫醫護人員服務態度滿意度				
不滿意 ⁵	3.24	8.51	3.64	
普通	3.24	2.13	3.64	
滿意 ⁶	93.16	80.85	89.09	
不清楚	0.36	8.51	3.64	
鄉鎮內就醫整體滿意度				0.6240
不滿意 ⁵	19.27	9.44	14.26	
普通	4.82	1.93	2.31	
滿意 ⁶	68.01	25.82	36.99	
不清楚	7.90	62.81	46.44	

註：¹不方便：包含「不方便」與「非常不方便」；²方便：包含「方便」與「非常方便」
³不熟悉：包含「不熟悉」與「非常不熟悉」；⁴熟悉：包含「熟悉」與「非常熟悉」
⁵不滿意：包含「不滿意」與「非常不滿意」；⁶滿意：包含「滿意」與「非常滿意」

表二 偏遠地區受訪民眾對西醫、中醫、牙醫醫療可近性及滿意度之看法(%) (續)

變項	不分科別(n=519)
擔心就醫即時性	
擔心	41.81
普通	1.16
不擔心	55.49
不清楚	1.54
與去年比較今年就醫方便性之改善	
較不方便	4.05
差不多	70.71
較方便	20.81
不清楚	4.43
對鄉鎮內整體就醫狀況最不满意之項目	
無不满意	48.75
醫療設備不足	21.39
醫師醫術	8.09
就醫方便性問題	4.62
科別選擇性少	4.24
就醫等候時間	4.24
交通時間	1.93
門診時段	1.16
診療時間	1.16
其他	4.44

「10分鐘以內」及「11-30分鐘」(38.30%、38.30%)。63.83%之受訪民眾認為至鄉鎮內看中醫為「方便」，但認為「不方便」者有25.53%。對鄉鎮內看中醫的門診時間，有25.53%之受訪民眾對鄉鎮內中醫門診時間表示「不滿意」。對於在鄉鎮內看中醫的等候時間方面，表示「滿意」之受訪民眾分別為80.85%。受訪民眾對鄉鎮內中醫師之醫術多為「滿意」居多(59.57%)。另外，對於鄉鎮中醫醫護人員服務態度之滿意度，有近八成(80.85%)的民眾都感到「滿意」。整體而言，25.82%受訪民眾對鄉鎮內中醫之整體滿意度表示「滿意」，但有9.44%的受訪民眾表示「不滿意」(詳見表二)。

另外在牙醫部份，受訪民眾至鄉鎮外看牙醫之主因，前三項分別為「鄉鎮沒有牙醫師」(28.21%)、「習慣在鄉鎮外該院就醫」(17.95%)、「鄉鎮外醫師醫術較佳」(12.82%)；而至鄉鎮外看牙醫之單程時間以

「11-30分鐘」居多(53.85%)；至鄉鎮外看牙醫方便性方面，近六成(64.11%)以上受訪民眾表示「方便」，但有三成(33.34%)之受訪民眾表示至鄉鎮外看牙醫「不方便」。

由表二另可看出近一年曾至鄉鎮內看牙醫的受訪民眾，其認為至鄉鎮內看牙醫「方便」為81.81%，但其中認為「不方便」者為14.54%。受訪民眾對鄉鎮內看牙醫的門診時間，表示「滿意」之受訪民眾為78.19%。在鄉鎮內看牙醫的等候時間方面，表示「滿意」之受訪民眾為63.64%，但部分受訪民眾表示「不滿意」(25.45%)。受訪民眾對鄉鎮內牙醫師之醫術多為「滿意」(78.18%)。另外，對於鄉鎮牙醫醫護人員服務態度之滿意度，亦有近九成(89.09%)的民眾感到「滿意」。整體而言，達36.99%受訪民眾對鄉鎮內牙醫之整體滿意度表示「滿意」，但有14.26%的受訪民眾表示「不滿意」。

針對描述性統計部分，本研究進一步利

用卡方檢定(χ^2)探討民眾對於各項醫療在西醫、中醫、牙醫間之可近性與滿意度分佈是否有所不同。結果顯示只有在「至鄉鎮外就醫之單程時間」方面，民眾在西醫、中醫與牙醫三者方面看法有顯著差異。

本研究亦針對受訪民眾比較去年與今年就醫方便性改善程度之認知(表二)，20.81%之偏遠地區受訪民眾認為較去年方便，而有近四成(41.81%)的受訪民眾表示「擔心」(包含「擔心」與「非常擔心」)生病時找不到醫師。受訪民眾對鄉鎮內整體就醫狀況最不满意的項目前五項分別為「醫療設備不足」(21.39%)、「醫師醫術」(8.09%)、「就醫方便性問題」(4.62%)、「科別選擇性少」(4.24%)、「就醫等候時間」(4.24%)。

本研究運用問卷回收之樣本，比較有介入與未介入偏遠地區鄉鎮之民眾就醫可近性及滿意度(表三)。在西醫基層部分排除回答「不清楚」鄉鎮內西醫整體滿意度之樣本，共計以478位為樣本進行t-test。結果發現有無介入西醫基層獎勵計畫醫師人力之地區，兩者民眾就醫平均滿意度並無顯著差異($P=0.17$)，但有介入西醫基層獎勵計畫地區之民眾就醫平均滿意度(3.67)較未介入地區(3.53)高。在中醫部分排除回答「不清楚」鄉鎮內中醫整體滿意度之樣本，共計以193位為樣本進行t-test。結果發現有無介入中醫獎勵計畫醫師人力之地區，兩者之民眾就醫平均滿意度並無顯著差異($P=0.60$)，但有介入中醫獎勵計畫地區之民眾就醫平均滿意度(3.53)較未介入地區(3.42)稍高。而牙醫部分排除

回答「不清楚」鄉鎮內牙醫整體滿意度之樣本，共計以278位為樣本進行t-test。結果發現有無介入牙醫獎勵計畫醫師人力之地區，兩者之民眾就醫平均滿意度並無顯著差異($P=0.08$)，但有介入牙醫獎勵計畫地區之民眾就醫平均滿意度(3.15)較未介入地區(3.51)低(表三)。

本研究進一步探討影響偏遠地區民眾近年來對於西醫整體滿意度之因素，以逐步複迴歸進行分析，將「性別」、「年齡」作為控制變項，最後進入迴歸模型之自變項為「鄉鎮內西醫門診時段之滿意度」、「與去年相比今年就醫方便性」、「擔心就醫即時性」(表四)。民眾對於「鄉鎮內西醫門診時段之滿意度」表示越滿意者，其對於鄉鎮內西醫整體滿意度越高，對鄉鎮內西醫門診時段滿意度每增加一等級，其整體滿意度會增加0.11分。而與去年相比就醫之方便性相比，表示越方便者，其對於鄉鎮內西醫整體滿意度也表示越滿意，方便性認知每增加一等級，其整體滿意度增加0.24分。而另外發現越不擔心生病找不到醫師之民眾，對於鄉鎮內西醫整體滿意度越高，不擔心程度每一增加一等級，其整體滿意度增加0.23分。

偏遠地區民眾近年來對於中醫整體滿意度以逐步複迴歸分析結果，最後進入迴歸模型之自變項包含「年齡」、「性別」、「鄉鎮內中醫門診時段之滿意度」、「鄉鎮外中醫方便性」(表四)。對於「鄉鎮內中醫門診時段之滿意度」表示越滿意者，其對鄉鎮內中醫整體滿意度越高，受訪民眾對中醫門診

表三 在獎勵計畫下有無醫師人力介入偏遠鄉鎮之民眾就醫平均滿意度比較

	n	平均值	標準差	t-test P值
西醫基層獎勵計畫				
未介入	313	3.53	1.06	0.17
有介入	165	3.67	1.01	
中醫獎勵計畫				
未介入	163	3.42	1.09	0.60
有介入	30	3.53	0.94	
牙醫獎勵計畫				
未介入	266	3.51	1.06	0.08
有介入	52	3.15	1.41	

表四 影響偏遠地區西醫、中醫、牙醫整體滿意度逐步複迴歸分析結果

變項	係數	標準迴歸係數	標準誤	P-value
對西醫整體滿意度複迴歸分析結果 ¹				
常數	-0.67	0.00	4.12	<0.01
年齡	0.04	0.03	0.05	0.43
性別	2.92	0.06	2.16	0.18
鄉鎮內西醫門診時段之滿意度	0.11	0.21	0.02	<0.01
與去年相比今年就醫方便性	0.24	0.18	0.06	<0.01
擔心就醫即時性之程度	0.23	0.11	0.09	0.01
對中醫整體滿意度複迴歸分析結果 ²				
常數	-0.82	0.00	11.5	<0.01
年齡	-0.10	-0.05	0.09	0.28
性別	0.24	0.03	3.80	0.95
鄉鎮內中醫門診時段之滿意度	0.54	0.31	0.01	<0.01
鄉鎮外中醫方便性	0.29	0.18	0.06	<0.01
對牙醫整體滿意度複迴歸分析結果 ³				
常數	32.90	0.00	12.01	<0.01
年齡	-0.13	-0.06	0.10	0.21
性別	-5.90	-0.06	3.99	0.14
鄉鎮內牙醫語言溝通能力滿意度	0.46	0.28	0.07	<0.01
與去年比較今年就醫方便性	0.38	0.16	0.10	<0.01
有無定期就醫之需求	-10.48	-0.11	4.15	<0.01

註：¹ 年齡、性別為控制變項；西醫迴歸模式中 $n=463$; Adj $R^2=0.28$; $P<0.01$

² 年齡、性別為控制變項；中醫迴歸模式中 $n=182$; Adj $R^2=0.17$; $P<0.01$

³ 年齡、性別為控制變項；牙醫迴歸模式中 $n=269$; Adj $R^2=0.17$; $P<0.01$

時段滿意度每增加一等級，其對該鄉鎮內中醫整體滿意度提高0.54分。另也發現民眾認為「鄉鎮外中醫方便性」越方便者，其對於鄉鎮內中醫整體滿意度越高，方便性認知每增加一等級，其整體滿意度增加0.29分。

而針對偏遠地區民眾近年來對於牙醫整體滿意度進行調查，以逐步複迴歸進行分析，其中將「性別」、「年齡」作為控制變項，最後進入迴歸模型之自變項為「鄉鎮內對牙醫師語言溝通能力滿意度」、「與去年比較今年就醫方便性」、「有無定期就醫之需求」(表四)。對於「鄉鎮內對牙醫師語言溝通能力滿意度」滿意度越高者，對於鄉鎮內牙醫整體滿意度有顯著較高的情形，其對醫師溝通能力滿意度每增加一等級，其對鄉鎮內牙醫整體滿意度提高0.46分。對於「與去年比較今年就醫方便性」方面，覺得越方便者其牙醫整體滿意度也有越高的趨勢，方

便性認知每增加一等級，其整體滿意度提高0.38分。而在定期就醫需求方面，越不需要定期就醫者，其牙醫整體滿意度越高，定期就醫需求每增加一等級，其整體滿意度下降10.48分。

討 論

偏遠地區民眾就醫的可近性問題，多年以來一直備受關注。本研究發現雖有約六成至七成的偏遠地區民眾對於至鄉鎮外就醫表示感到「方便」，但亦有約二成至三成之民眾感到「不方便」。而偏遠地區民眾至鄉鎮外看西醫、中醫及牙醫之主要原因皆包括：「習慣於該院就醫」、「鄉鎮外醫師醫術較佳」。其中，在中醫及牙醫醫療方面，皆有四分之一以上民眾表示「鄉鎮沒有醫師」為其至鄉鎮外就醫之主要因素。針對牙醫醫療部分進一步分析後發現，因「鄉鎮沒有牙醫

師」而至鄉鎮外就醫之11位民眾，其所在之10個鄉鎮實際上皆有牙醫或牙醫巡迴服務於該鄉鎮；鄉鎮內已有牙醫師提供服務，但民眾卻不知牙醫師的存在，是否需要加強鄉鎮內醫療資源分佈之宣導，避免民眾捨近求遠增加就醫成本。另外，原因可能是因為鄉鎮內診所距離受訪民眾生活所在地甚遠，導致民眾選擇赴外就醫以縮短就醫交通時間。

在健保實施之初，居住偏遠地區的民眾到達最近醫療機構的所需時間，為其他地區民眾的2.5倍，因而有四成的偏遠民眾認為就醫不便利[21]。與本研究結果比較，以至鄉鎮內外就醫及不同科別而言，僅約有7%~30%左右之受訪民眾自認為就醫「不方便」，且二成以上的受訪民眾則認為比較去年與今年就醫方便性之改善程度有「較方便一些」(13.10%)及「較方便很多」(7.71%)，顯示偏遠地區之就醫可近性應較健保實行之初有所改善。

國內曾有學者指出赴外就醫之比率表示該鄉鎮缺乏適當醫療資源或醫療服務不易獲得[10]，從本研究調查顯示偏遠地區民眾有56.07%之民眾曾經赴外看西醫、10.60%曾赴外看中醫、7.5%曾赴外看牙醫之情形，另外加上民眾認為鄉鎮內整體就醫狀況最不满意的項目，「就醫方便性問題」名列最不满意的項目第三名，而「醫療設備不足」、「醫師醫術」、「科別選擇性少」則屬於前一、二與四項，此部分反映了偏遠地區民眾對於醫療資源「可用性」問題，並非全是「可近性」問題。

另外，偏遠地區有四成以上民眾表示與鄉鎮內西醫師或牙醫師之熟悉程度為「不熟悉」，顯示偏遠地區鄉鎮內西醫及牙醫之醫病關係不佳有待改善，是否因西醫及牙醫皆多以巡迴服務之方式服務偏遠地區民眾，在有限的巡迴診療時間內醫師與民眾互動不易維持良好關係，進而造成民眾與醫師間醫病關係不佳。

偏遠地區民眾與鄉鎮內中醫師有較佳的醫病關係，是否可能也隱含著偏遠地區民眾對中醫醫療有較大的忠誠度。另外值得思考，偏遠地區以無中醫特約之鄉鎮最多，但

偏遠地區民眾卻與中醫師卻有較佳醫病關係，醫病關係通常需要長期建立，若鄉鎮內無中醫師存在，但民眾卻表示與鄉鎮內中醫師醫病關係良好，是否說明鄉鎮內存在密醫或一般民俗醫療，經深入分析後發現確實有極少數民眾居於無中醫之鄉鎮，但卻表示與鄉鎮內中醫師非常熟悉，偏遠地區民眾之中醫醫療照護品質及安全，則令人堪憂。

二成以上受訪民眾對鄉鎮內整體就醫狀況最不满意的項目為「醫療設備不足」，此結果與過去研究相同，說明偏遠地區(山地鄉或鄉村地區)民眾對醫療設備之滿意度較低，較重視醫療設備之問題[26]。偏遠地區醫療機構以診所居多，診所之醫療設備本來就較醫院不足，若於偏遠地區成立醫院，其營收有限甚至不符成本，恐怕造成醫院生存問題，顯示偏遠地區之醫療設備不足問題之改善著實不易。

而在鄉鎮內中醫及牙醫兩者之整體滿意度方面，結果發現回答「不清楚」的民眾比例相當高(62.81%, 46.44%)，此結果可能是因為只有部分民眾在鄉鎮內就醫有經驗，而沒有經驗的民眾，多半會對此問題表示不知道或不清楚。此點也間接顯現出偏遠地區醫療不足之問題，同時可能需要加強偏遠地區醫療的可用性問題。

至於比較有無獎勵計畫醫師人力介入地區民眾就醫滿意度，發現西醫基層及中醫皆呈現獎勵計畫醫師人力有無介入之地區，其民眾就醫平均滿意度並無顯著差異；但有醫師人力介入之地區民眾就醫平均滿意度較未介入地區稍高。而牙醫獎勵計畫方面，複迴歸分析在控制其他影響因素後，分析結果雖然顯示有介入牙醫獎勵計畫地區之民眾就醫滿意度未顯著低於未介入牙醫獎勵計畫之地區，但是此現象可能與牙醫獎勵計畫實施後，因為有些偏遠地區在牙醫師進入執業後，巡迴醫療服務即停止，反而造成該地區附近較偏遠地區之居民就醫不便，因而降低滿意度，但實際情況有待進一步瞭解。

本研究之樣本與160個偏遠鄉鎮民眾之性別比例有些許差異。本研究之女性比例佔53.56%，與偏遠地區之160個鄉鎮之女性比

率47.74%相比較，本研究女性比率偏高，此結果可能因為研究透過電話訪問調查之方式，女性較容易在家並接受訪問，此為本研究之限制。

致 謝

本研究非常感謝行政院衛生署醫事處之補助研究(計畫名稱：偏遠地區醫師人力需求與影響因素評估)經費補助，及各醫師公會所提供之相關資料，惟報告內容不代表衛生署意見。

參考文獻

1. 行政院衛生署：中華民國衛生統計資料。台北：行政院衛生署，2004。
2. Larson EH, Haart L, Rosenblatt RA. Is non-metropolitan residence a risk factor for poor birth outcome in the US? *Soc Sci Med* 1997;**45**:171-88.
3. Kenny A, Duckett S. A question of place: medical power in rural Australia. *Soc Sci Med* 2004;**58**:1059-73.
4. Higgs G. Investigating trends in rural health outcomes: a research agenda. *Geoforum* 1999;**30**:203-21.
5. Dis JV. Where we live: health care in Rural vs Urban America. *JAMA* 2002;**287**:108.
6. Farmer J, Iversen L, Campbell NC, et al. Rural/urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care. *Health Place* 2006;**12**:210-21.
7. 曾筑瑄、謝天渝、楊奕馨：臺灣成人口腔保健行為調查報告。臺灣口衛 2003；**19**：13-25。
8. Chaix B, Boëlle PY, Guilbert P. Area-level determinants of specialty care utilization in France: a multilevel analysis. *Public Health* 2005;**119**:97-104.
9. 譚秀芬：嘉義縣阿里山鄉醫療資源利用現況及滿意度調查。台北：行政院衛生署八十七年度委託研究計畫(計畫編號：DOH87-NH-012)，1998。
10. 張慈桂、李燕鳴、蕭正光：全民健康保險實施後花蓮偏遠地區民眾醫療可近性之探討。慈濟醫學 1998；**10**：201-9。
11. Tanser F, Gijssbertsen B, Herbst K. Modeling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: an exploration using a geographical information system. *Soc Sci Med* 2006;**63**:691-705.
12. Habicht J, Kunst AK. Social inequalities in health care services utilization after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia. *Soc Sci Med* 2005;**60**:777-87.
13. Khe ND, Toan NV, Xuan LT. Primary health concept revisited: where do people seek health care in a rural area of Vietnam? *Health Policy* 2002;**61**:95-109.
14. 江東亮、楊志良：群體醫療執業中心對醫療可近性之影響。中華衛誌 1991；**10**：260-6。
15. Niggebrugge A, Haynes R, Jones A, Lovett A, Harvey I. The index of multiple deprivation 2000 access domain: a useful indicator for public health? *Soc Sci Med* 2003;**60**:2743-53.
16. Williams H, Dodge M, Higgs G, Senior M, Moss N. Mortality and Deprivation in Wales. Cardiff: Department of City and Regional Planning, University of Wales, 1997.
17. Senior M, Williams H, Higgs G. Urban-rural mortality differentials: controlling for material deprivation. *Soc Sci Med* 2000;**51**:289-305.
18. 洪錦墩、葛梅貞、李卓倫、梁亞文：影響原住民對巡迴醫療及保健服務利用之因素探討—以仁愛鄉為例。台灣衛誌 2004；**23**：324-33。
19. 行政院衛生署費用協定委員會：西醫基層總額支付醫療費用協定。台北：衛生署費用協定委員會，2003。
20. 行政院衛生署費用協定委員會：牙醫總額支付醫療費用協定。台北：衛生署費用協定委員會，2002。
21. 蕭正光、張慈桂、尤瑞鴻：全民健康保險偏遠地區民眾就醫可近性研究調查。台北：中央健康保險局八十四年度委託研究計畫報告，1996。
22. 施仁興：花蓮區域醫療資源分析暨衛生管理滿意度調查研究報告。花蓮：各縣市政府九十年度自行研究成果，2000。
23. 李奕慧、尤瑞鴻、項秋梅：偏遠地區社區醫療照護計畫之評估—花蓮縣秀林鄉之實證研究。台灣衛誌 2001；**20**：216-27。
24. Chen WK, Chung YT, Cheng YC, Huang KC. The completeness of patient satisfaction questionnaires of emergency departments: a literature review approach. *Mid Taiwan J Med* 2003;**8**:283-92.
25. Borders F, Warner D, Sutkin G. Satisfaction with health care and cancer screening practices among women in a largely rural region of West Texas. *Prev Med* 2003;**36**:652-8.
26. 楊惠貞：山地偏遠地區民眾醫療服務利用及需求調查研究報告。台北：行政院衛生署八十七年度委託研究計畫(計畫編號：DOH93-TD-M-113-035)，1998。



Accessibility to and satisfaction with healthcare by rural area residents

WEN-CHEN TSAI¹, PEI-TSENG KUNG^{2,*}, CHIN-LIANG YAUNG², YA-HSIN LI³, SZU-CHEN LIN¹

Objective: In order to balance the distribution of healthcare resources, the public health office has proposed a policy encouraging physicians to offer healthcare services in rural areas. Accordingly, we have explored the accessibility to and satisfaction with healthcare by rural area residents. We also compared the differences in patients' experiences with and without the physician's practice under the encouragement program. **Methods:** The residents were chosen from 160 townships, which were defined as lacking physicians or dentists by the Department of Health between 2002 and 2004. After using a stratified proportional sampling method for households, the healthcare experience, accessibility, and satisfaction by rural area residents were investigated by telephone interview. A total of 519 samples were collected. Multiple regression analysis was used to examine the factors associated with healthcare satisfaction for the rural area residents. **Results:** With respect to accessibility, 90.29%, 63.83%, and 81.81% of rural residents considered their visits to physicians, Chinese medicine physicians, and dentists to be convenient, respectively. In contrast, 7.92%, 25.53%, and 14.54% of the residents considered their respective visits inconvenient. Of the sample, 68.01%, 25.82%, and 36.99% of the residents expressed satisfaction with the services of Western medicine, Chinese medicine, and dental care, respectively. A multiple regression model indicated that 'satisfaction in the outpatient schedule,' 'improving the convenience of seeking medical care,' and 'worrying about getting medical services in time,' affected the satisfaction with Western medical services. 'Satisfaction in the outpatient schedule' and 'seeking Chinese medical care outside of town' determined the satisfaction with Chinese medical services. The satisfaction of dental care was most influenced by 'satisfaction with the dentist's ability to communicate' and 'improving the convenience of seeking medical care.' **Conclusions:** Greater than 60% of rural residents felt it was convenient to visit physicians. The accessibility to and satisfaction with medical services have been improved in rural areas as a result of the physician encouragement program. (*Taiwan J Public Health*. 2006;25(5):394-404)

Key Words: Rural Area, Accessibility, Healthcare Satisfaction

¹ Department of Health Services Management, China Medical University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

² Graduate Institute of Health Administration, Asia University, No 500, Lioufong Rd., Wufong, Taichung, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Health Systems Management, Tulane University, New Orleans, LA, USA.

* Correspondence author. E-mail: ptkung@seed.net.tw

Received: May 22, 2006 Accepted: Sep 26, 2006

