原 著

民眾對基層診所評價與就醫選擇影響因素

蔡文正[1,*] 龔佩珍[2]

WEN-CHEN TSAI[1,*], PEI-TSENG KUNG[2]

[1] 私立中國醫藥大學醫務管理學研究所，404台中市學士路91號
Graduate Institute of Health Services Management, China Medical University. 91 Hsueh-Shih Rd., Taichung, Taiwan, R.O.C.

[2] 臺中健康暨管理學院健康管理學研究所
Graduate Institute of Health Administration, Taichung Healthcare and Management University.

*通訊作者Correspondence author. E-mail: wtsai@mail.cmu.edu.tw

目標：為提升民眾至基層診所就醫意願，以減少民眾小病看大醫院的現象，本研究探討民眾對基層診所各項醫療服務之評價及分析其就醫選擇影響因素，以提出提升民眾至基層診所就診意願的方案。**方法：**本研究以問卷調查方式，依各層級醫院領藥號碼採隨機系統抽樣，有效樣本1148份，並應用描述性統計分析、逐步迴歸分析探討民眾對基層診所之整體評價與主要影響因素。**結果：**影響民眾對基層診所評價之因素除了包括教育程度與分級就醫觀念外，另包括醫術、護士或藥師的服務態度、醫師診斷時間、醫師對病情的解說等之滿意度。在民眾對選擇診所就醫因素重要性評價方面，以病情解說、環境衛生與醫術為最重要。而對診所醫療服務滿意度評價方面，前三名為醫師看病態度、醫病關係、醫術。**結論：**本研究依研究結果提出下列兩方面建議：一、對基層診所：病患導向之推廣活動、改善服務品質、設立聯合診所或聯合門診、醫師專業能力的強化；二、對衛生主管機關：調高越級就醫之部分負擔、分級就醫觀念的推廣、加強基層醫師專業教育。(台灣衛誌 2003；**22(3)**：181-193)

關鍵詞：基層診所、診所就醫評價、就醫選擇因素

Consumers' assessment of clinic services and its affecting factors

Objectives: In order to decrease the utilization of hospital outpatient services by patients with minor illnesses and to increase the willingness to visit primary care clinics, this study investigated the consumers' assessment of the types and quality of services delivered by clinics. The study also examined the factors determining the low preference for clinic-based services compared to hospital outpatient care. Based on the results, a number of policy interventions are proposed to improve the utilization of clinic-based care. **Method:** Structured questionnaires were used to interview patients selected randomly from four levels of the health service delivery system. A total of 1148 patients were interviewed. Descriptive statistics provide the basic information about patient's opinion and assessment of services received from clinics and the stepwise regression method was used to identify the factors affecting the assessment scores of clinics. **Results:** Factors affecting the patient's preference include the educational status of individuals, perception about physician's referral pattern, satisfaction with physician's competence, attitudes of nurses and pharmacists, time needed to diagnose illnesses, and the patient satisfaction with physician's explanation about the illness. From the patient's point of view, the three most important factors determining the quality of clinic care were the explanations given by physicians about the illnesses, cleanliness of the clinic and perceived knowledge and competence of the physician. The top three factors affecting patients' satisfaction with clinics were the physician's manner and attitude, rapport between physicians and patients, and the physician's knowledge and competence. **Conclusion:** The results indicate that the utilization of clinics will improve if the physicians perform patient-oriented promotional activities, improve service quality, establish group medical practice, and enhance physician's competence. The health policy decision makers may also consider increasing the out-of-pocket payment for patients at the hospital level if not referred by a primary care physician. The health care delivery system can also promote the adoption of a well-defined protocol for patient referrals from primary to secondary and tertiary levels. Finally, continuing educational programs to update the knowledge and skills of clinic physicians will help to improve the confidence of patients in physicians in the primary care clinics. *(Taiwan J Public Health. 2003;**22(3)**:181-193)*

Keywords: Primary Care Clinics, Assessment of Clinic Services, Medical Care Choices

前　言

民國八十四年三月全民健保開辦之後，健保財務問題始終是一項隱憂，主要癥結在醫療資源的浪費與醫療費用的快速上漲，以門診而言，我國全民健保保險對象於民國88年時，每人每年平均就醫次數即高達15.37次[1]，居世界之冠。張錦文[2]也提出台灣醫界有四大問題，其中包含越級就診及小病看大醫院等嚴重問題。而民眾也普遍認為高層級醫療院所的醫術可能較佳；加上全民健康保險的實施，原需自費至高層級醫療院所求診的民眾，因就醫負擔減輕，而紛紛湧向高層級醫療院所求診。就需求面而言，民眾不分大小病一律前往高層級醫療院所求診所造成的浪費，根據中央健保局的統計[1]，民國89年我國醫學中心與區域醫院每件門診平均費用約為基層院所的三倍，雖然不同層級醫療院所的疾病嚴重度或給藥天數會有不同，但亦隱含著民眾小病看大醫院的問題，基本上『小病看小醫院，大病看大醫院』才是最經濟的健保政策。另外，越級就診及小病看大醫院所產生的問題也會使各層級醫療院所之功能混淆，長期而言，勢必對國內的醫療體系造成負面影響，並壓縮到基層醫療院所的生存空間。雖然台灣於民國90年7月實施西醫基層總額支付制度，對西醫基層診所之經營壓力稍微抒解，但是部分民眾不願意至基層診所就醫，仍是值得我們重視之議題。

診所開業醫師為我國基層醫療的守護者，然部分民眾往往對開業醫師有不信任感，此外，由於民眾認為高層級醫院具有昂貴的儀器設備、精細縝密的檢查、權威的醫師和高貴的藥物等優勢，再加上轉診制度及部份負擔制度規劃不健全，使得民眾患有疾病時就直接前往高層級醫療院所就醫。事實上，一般人健康上的問題有百分之八、九十是受過基本醫療訓練與教育的醫師能處理的小症狀，卻會因民眾崇尚高層級醫療院所的心態而過度浪費醫療資源，並未能將資源真正的用在需要者身上，同時也使高層級醫療院所之功能與角色無法發揮。

在眾多探討民眾利用健康服務的行為研究中，以Andersen的模式最為廣泛應用，因為該模式同時兼顧理論上的完整性和實證上的可行性。此模式在1960年代由Andersen所提出的第一階段綜合健康行為模式 (Generic Behavior Model of Health)，包含三因素：傾向因素(Predisposing Characteristics)、能力因素(Enabling Characteristics)、需要因素(Need Characteristics)。1970年代由Aday & Andersen發展出第二階段健康行為模式，其主要與第一階段之最大不同點在於將個人因素細分為可變因素及不可變因素，並將衛生政策因素、健康照護提供體系因素、消費者滿意度因素納入該模式[3]。

至於在民眾選擇醫療服務型態或醫師的影響因素研究方面，然而過去國內研究甚少論及診所就醫服務部分，主要是以探討民眾選擇醫院或醫師影響因素為主，在影響民眾選擇醫院的因素方面，包含：醫療品質、離家近/方便性、新科技與設備、員工的素質、有禮貌的醫院員工、醫術、醫德、醫院的設備、信任醫師等因素[4-17]；而影響民眾選擇醫師的因素包含：醫師診療技術與專業、醫師服務態度、溝通、關心、醫師願意花時間解釋、禮貌、願意談論病情、好的聽眾等因素[18-23]。除了醫療服務提供者屬性因素之外，尚包含民眾的個人及家庭特性，如：性別、年齡、教育程度、婚姻狀態、收入、疾病型態[4-24]。

有鑑過去研究並未針對民眾對基層診所就醫選擇之影響因素進行深入的探討，Stratmann(1975)指出民眾在進行照護資源選擇決策時，會選擇能提供最大滿足的健康照護服務[25]，若以認知評價選擇模式 (Perceived Value Choice Model)[26]來分析，該模式強調健康照護消費者在選擇醫療機構時，主要考量品質屬性(quality attributes)認知與犧牲屬性(sacrifice attributes)認知之相互比較，當民眾面對選擇診所或醫院時，什麼屬性認知是關鍵的選擇影響因素？本研究將先以 Aday & Andersen於1970年代發展的第二階段健康行為模式為研究架構，考量影響民眾選擇不同

投稿日期：92年1月17日
接受日期：92年7月4日

醫療服務提供者之相關因素，針對各層級醫療院所病患進行實地問卷訪查，其目的在從醫療需求面探討民眾對基層診所之各項醫療服務之評價及分析其就醫選擇影響因素，同時瞭解民眾對全民健保有關基層醫療措施之意見，最後提出增加民眾至基層診所就診意願之建議，提供基層診所醫師與衛生主管機關之參考。

材料與方法

一、研究樣本與資料來源

本研究之研究對象為中部地區各層級院所中曾在基層診所就醫之病人，樣本來源依目前不同層級醫療機構之門診人數進行抽樣，並以結構式問卷對研究樣本進行面對面訪查。本研究對醫療機構之選取採隨機取樣方式，共選取四家醫學中心、十家區域醫院、十家地區醫院、四十家基層診所。本研究樣本包含醫院之民眾主要原因是為了完全瞭解一般民眾對基層診所醫療服務之經驗與看法，因為許多民眾看病有時選擇診所有時選擇醫院，也有民眾去過診所就醫但是也許是病情需要或過去經驗不佳，而現在選擇醫院就醫。因此本研究選取在醫院門診就醫之民眾，以避免失去許多民眾不選擇診所就醫之原因或其他重要訊息。

問卷取樣方式乃依各層級醫院領藥號碼採隨機系統抽樣，診所因就診人數較少，因此採用方便取樣，資料收集以面訪方式進行。此外，本研究為避免所選取的樣本民眾不具問卷填達能力，因此將樣本限制為15歲以上之民眾，並且所有回答問卷之民眾近一年皆有至基層診所就醫或陪同就醫之經驗。於問卷過程中若民眾不願意或不符合資格接受問卷時，訪員再依取樣原則尋找下一個樣本民眾。共計選取醫學中心樣本民眾300份，區域醫院樣本民眾350份，地區醫院樣本民眾250份，與診所樣本民眾400份，總計1300份，有效問卷1148份(88.3%)。

二、研究方法

(一)研究工具與訪員訓練

本研究以Aday &Andersen第二階段健康行為模式為架構並參考過去相關研究結果進行問卷設計，而透過訪員面對面調查的方式進行問卷資料收集，在訪員訓練方面，本研究在問卷調查前，針對本研究目的、問卷內容、訪員談訪談技巧及在調查過程中可能須注意到的的相關注意事項，進行半日的訪員訓練。

(二)研究變項與測量

本研究以民眾對診所整體評價當作依變項，而衡量分數的範圍為0-100分。此外，本研究之自變項包含如下：

1. 民眾基本特性

可分成傾向因素、能力因素與需要因素等三個構面。傾向因素包含有性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、居住地區、住家距離機構遠近等變項；在能力因素，健康行為模式將能力因素再細分為個人或家庭資源與社會資源兩個構面，由於我國國情與背景上的差異，因此，本研究主要以個人或家庭資源構面來擷取能力因素變項，包含家庭平均收入、是否有加入全民健保等變項；需要因素則包含是否領有重大傷病卡、自覺目前健康情形等變項。

2. 就醫場所傾向與考慮因素

包含有無固定就醫場所、平常生小病就醫地點、慢性病就醫地點與就醫層級等四個主要變項，此外亦進一步去調查生小病或得慢性病時，選擇或不選擇至診所就醫的主要考量因素。本研究考量民眾對自付額等相關自付費用之認知可能不一致，因此，亦進一步去調查至醫院就醫之民眾生小病或得慢性病時所願意支付的自負額上限。

3. 就醫滿意度評價

主要指民眾對下述就醫因素之重要性評價與滿意度，包含有就醫及諮詢方便性、醫師之醫術、醫師的看病態度、護士與藥師的服務態度、醫師與病人的醫病關係、醫師的用藥解說、醫師的看病診斷時間、醫師對病情的解說、診所病患的候診時間、病患隱私

權、看病交通時間、診所空間、診所的環境衛生與就醫時停車方便性等14項，而上述變項主要採用Likert七等距法(7-point Likert scale)來測量，此外亦包含是否贊成「大病至大醫院、小病至診所」就醫，與是否贊成「到大醫院就醫應該透過醫師轉診」等兩個變項。

(三)問卷信度、效度探討

在效度確認方面，乃透過專家學者確認問卷之內容效度。在信度方面，則利用Cronbach's α係數進行判別，而本研究之民眾診所就醫因素重要性評價部分之Cronbach's α係數為0.94，可見問卷具有高度一致性，因此本研究問卷在信度上並無問題。

(四)分析方法

本研究採用描述性統計分析，針對民眾對基層診所整體評價與相關因素、不同層級醫療機構就醫時主要考量因素等進行初步探討。另外，民眾就醫背景、個人基本特性，如就醫頻率、性別或對健保規定認知等的不同，可能會影響各因素重要性之高低，故利用逐步迴歸方法(Stepwise Regression Selection Method)來分析哪些因素會顯著影響民眾對基層診所的整體評價。

結　果

一、描述性分析

(一)民眾個人特性

在傾向因素分佈方面，本研究樣本民眾以女性稍多(59.76%)。年齡平均為35歲，69.17%樣本年齡小於40歲。教育程度方面，有50.00%民眾為大專學歷以上。職業方面，以無職業者所佔比例最高(33.65%)，其次為勞工(18.48%)。婚姻方面，60.59%民眾已婚。居住地區方面，55.72%民眾居住於都市。至於民眾居住地距離就醫機構之遠近方面，78.30%樣本民眾自認離診所較近。在能力因素分佈方面，家庭平均收入以3萬元　6萬元(包含6萬元)的40.26%最多。另外僅0.52%民眾仍未加入全民健保。在需要因素方面，95.85%民眾無重大傷病卡。在自覺健康情形方面，47.30%民眾認為自己健康情形良好(表一)。

(二)就醫場所傾向與考量因素

在固定就醫場所方面，64.14%樣本以診所為固定就醫場所(表二)。在民眾生小病時就醫場所傾向方面，有82.48%以診所為固定就醫場所(表二)，主要考量因素，前三名依序為等候時間、交通時間與醫師之醫術 (表三)；而不至診所就醫的主要考量，前三名依序為醫師之醫術、儀器設備與對醫師之選擇性(表四)。而有慢性病的民眾平常就醫地點，僅18.24%習慣於診所固定就醫或拿藥(表二)，主要考量因素，依序為等候時間、醫師之醫術與交通時間、病患較少、不擁擠 (表三)；慢性病不至診所就醫的主要考量，前三名依序為儀器設備、醫師之醫術與給藥天數(表四)。

(三)就醫認知與滿意度評價

在是否贊成「大病至大醫院、小病至診所」方面，有88.76%的樣本民眾贊成。若探討「到大醫院應透過醫師轉診」之轉診觀念，有85.31%的樣本民眾贊成。在健保制度方面，民眾在生小病而至醫院就醫時，願意承擔自付額(out-of-pocket payment)的最高程度，僅約29%民眾能接受300元以上之自負額。若民眾為罹患慢性病之病患而選擇至醫院就醫時，約42%民眾能接受300元以上之自負額，顯示慢性病患較能忍受較高的自負額(表二)。

在民眾對診所相對於醫院之整體評價部分，平均為72.08分，標準差為8.15分，其中以70-79分佔45.21%最高，其次依序為60-69分的28.22 %、80-89分的19.95%、90-100分的4.27%、50-59分的1.92%。在民眾對診所就醫因素重要性評價方面，前三名為醫師對病情解說、環境衛生、醫術，至於診所空間樣本民眾認為相對最不重要者，其他重要性分數較低者有交通時間、就醫及諮詢方便性、停車便利性。而在就醫因素滿意度評價方面，前三名依序為醫師看病態度、醫病關係、醫術，而診所空間與停車便利性為相對最不滿意者(表五)。

表一　個人特性與民眾對診所整體評價之描述性統計分析

變項名稱	人數	百分比	評價平均數	標準差
性別				
男	460	40.38	72.31	8.10
女	683	59.62	71.92	8.19
年齡				
29歲以下	435	38.07	72.10	7.64
30-39歲	355	31.22	72.44	8.12
40-49歲	216	19.04	72.63	8.36
50-59歲	79	6.73	70.20	8.31
60歲以上	58	4.94	70.14	10.44
教育程度				
國中以下	158	13.50	70.29	9.77
高中職	413	36.07	71.84	7.74
大專以上	570	50.42	72.76	7.89
職業				
無	385	33.49	71.59	8.34
軍公教	134	11.94	73.33	8.04
工	211	18.70	72.93	8.74
商	204	17.83	71.93	7.59
自由業	194	16.83	71.41	7.75
其他	14	1.21	71.29	7.39
婚姻狀況				
已婚	690	60.67	72.36	8.44
單身	452	39.33	71.61	7.59
居住地區				
都市	634	56.07	72.65	7.77
鄉鎮	479	41.68	71.49	8.41
較偏僻地區	27	2.25	68.33	10.47
住家距離機構遠近				
診所	888	79.09	72.75	8.12
醫院	245	20.91	69.72	7.77
平均家庭收入				
3萬元以下(包含3萬元)	260	22.49	70.81	8.17
3萬~6萬元(包含6萬元)	457	40.24	72.08	7.79
6萬~9萬元(包含9萬元)	241	21.46	72.88	8.27
9萬~12萬元(包含12萬元)	118	10.40	72.16	8.79
大於12萬元	59	5.40	74.93	8.38
是否加入全民健保				
否	6	0.51	70.00	7.07
是	1136	99.49	72.09	8.16
有無重大傷病卡				
無	1095	95.95	72.19	8.17
有	48	4.05	69.48	7.45
自覺健康情形				
很差	9	0.76	70.00	9.01
差	80	6.83	70.33	8.82
普通	514	44.56	71.43	7.93
好	389	34.43	72.93	7.88
很好	151	13.41	73.15	8.87

表二　就醫場所傾向、就醫認知與民眾對診所整體評價之描述性統計分析

變項名稱	人數	百分比	評價平均數	標準差
就醫場所傾向				
有無固定就醫場所				
無	216	18.83	71.69	7.35
醫院為固定就醫場所	193	16.10	68.61	8.19
診所為固定就醫場所	732	65.07	73.10	8.13
平常生小病就醫地點				
診所	943	83.42	72.82	8.01
醫院	199	16.58	68.57	7.94
慢性病固定就醫地點				
無慢性病	983	86.29	72.26	8.12
醫院	130	11.06	70.02	7.84
診所	29	2.65	75.24	9.11
就醫層級				
診所	391	35.21	74.19	8.16
地區醫院	211	18.37	71.73	8.18
區域醫院	244	20.72	69.96	8.00
醫學中心	297	25.69	71.27	7.65
就醫認知				
贊不贊成大病至大醫院、小病至診所				
不贊成	128	10.74	69.13	8.69
贊成	1015	89.26	72.45	8.01
贊不贊成到大醫院應透過醫師轉診				
不贊成	168	14.37	70.22	8.66
贊成	971	85.63	72.41	8.03
平日生病多在醫院就醫者				
生小病時就醫願意自付額上限				
400元以上	32	16.15	67.38	5.50
400元	38	20.03	70.34	8.78
350元	36	18.49	68.56	7.25
300元	33	17.33	70.09	7.86
250元	16	8.47	70.63	9.46
200元	9	4.42	65.56	11.30
150元	30	15.11	67.20	8.47
慢性病患就醫願意自付額上限				
400元以上	14	11.07	70.00	5.55
400元	17	12.93	67.35	7.93
350元	17	13.50	70.29	5.99
300元	24	18.59	68.58	8.82
250元	11	9.24	74.36	7.78
200元	11	8.70	70.00	8.06
150元	32	25.96	71.81	7.99

表三　民眾生小病或得慢性病選擇至診所之最主要考量

變項名稱	次數	百分比	變項名稱	次數	百分比
民眾生小病選擇至診所之最主要考量	875		民眾得慢性病固定選擇診所就醫之最主要考量	23	
等候時間	361	41.26	等候時間	10	43.48
交通時間	139	15.89	醫師之醫術	4	17.39
醫師之醫術	99	11.31	交通時間	2	8.69
病患較少、不擁擠	81	9.26	病患較少、不擁擠	2	8.69
醫師看診態度	58	6.63	醫師看診態度	1	4.35
醫病關係	44	5.03	用藥解說	1	4.35
醫師對病情的解說	34	3.89	醫師對病情的解說	1	4.35
服務態度	33	3.77	停車問題	1	4.35
自付額	10	1.14	隱私問題	1	4.35
停車問題	10	1.14	自付額	0	0.00
用藥解說	5	0.57	服務態度	0	0.00
隱私問題	1	0.11	醫病關係	0	0.00

表四　民眾生小病或得慢性病不選擇至診所之最主要考量

變項名稱	次數	百分比	變項名稱	次數	百分比
民眾生小病不選擇至診所之最主要考量	161		民眾得慢性病不選擇診所固定就醫之最主要考量	113	
醫師之醫術	48	29.81	儀器設備	41	36.28
儀器設備	42	26.09	醫師之醫術	30	26.55
醫師選擇性	12	7.45	給藥天數	15	13.27
等候時間	10	6.21	醫師對病情的解說	9	7.96
交通時間	9	5.59	醫病關係	7	6.20
醫師對病情的解說	9	5.59	等候時間	4	3.54
醫師看診態度	6	3.73	交通時間	2	1.77
用藥解說	6	3.73	醫師看診態度	2	1.77
服務態度	5	3.11	自付額	2	1.77
停車問題	5	3.11	停車問題	1	0.89
給藥天數	3	1.86	服務態度	0	0.00
醫師與診所自付額差距小	3	1.86	用藥解說	0	0.00
看完病就可拿藥	2	1.24	看完病就可拿藥	0	0.00
醫病關係	1	0.62			

表五　民眾對診所整體評價、各項因素重要性與滿意度評價描述性統計分析

變項名稱	平均數	標準差	變項名稱	平均數	標準差
整體評價	72.08	8.15			
重要性評價			滿意度評價		
病情解說	5.50	1.85	醫師看病態度	5.24	1.34
環境衛生	5.41	1.94	醫術	5.10	1.32
醫術	5.39	1.94	醫病關係	5.10	1.27
用藥解說	5.37	1.86	隱私權	5.02	1.39
醫病關係	5.32	1.87	病情解說	5.00	1.39
醫師看病態度	5.29	1.93	環境衛生	4.94	1.40
隱私權	5.25	1.87	交通時間	4.91	1.39
護士或藥師之服務態度	5.17	1.87	護士或藥師之服務態度	4.89	1.27
候診時間	4.84	1.80	診斷時間	4.86	1.34
診斷時間	4.83	1.83	用藥解說	4.85	1.38
停車便利性	4.74	1.87	候診時間	4.84	1.34
就醫及諮詢方便性	4.60	1.93	就醫及諮詢方便性	4.77	1.32
交通時間	4.50	1.84	診所空間	4.59	1.34
診所空間	4.46	1.82	停車便利性	4.59	1.48

註：整體評價分數最低0分最高100分。

重要性評價與滿意度評價最低1分最高7分。

二、逐步複迴歸分析

民眾對診所的整體評價逐步迴歸模式之R^2為0.231(adj. R^2＝0.223)，有顯著影響的因素包含：民眾教育程度、住家離醫院或診所距離何者較近、就醫層級、贊成「大病至大醫院、小病至診所就醫」與否、診斷時間滿意度、醫術滿意度、護士或藥師之服務態度滿意度及病情解說滿意度(表六)。

在教育程度因素方面，大專以上者比國中以下者對診所評價平均高 1.87分 (P＜0.01)。在住家離醫院或診所距離何者較近方面，住家離診所較近者對診所的評價比離醫院較近者平均高1.62分(P＜0.01)。在就醫層級方面，至區域醫院就醫樣本民眾比至診所者平均低2.60分(P＜0.01)，此外，至醫學中心者亦比至診所者平均低1.79分(P＜0.01)。在「大病至大醫院、小病至診所就醫」認知方面，則贊成者較不贊成者平均高2.19分(P＜0.01)。在就醫滿意度因素方面，診斷時間滿意度每增加一個單位，則其評價平均增加0.86分(P＜0.01)；醫術滿意度每增加一個單位，評價將平均增加0.89分(P＜0.01)；護士或藥師之服務態度滿意度每增加一個單位分數，其評價將平均增加0.84分(P＜0.01)；醫師對病情解說滿意度每增加一個單位分數，其評價將平均增加0.45分(P＜0.05)。在達到顯著的各因素中，由標準化迴歸係數來判斷發現，醫師看病診斷時間與護士或藥師之服務態度是最大正向影響的因素，其次為醫師醫術與教育程度(表六)。

討　論

為進一步驗證本研究之樣本具有足夠的統計效力，若假設母群體與樣本民眾對基層診所整體評價分數容許誤差為1分，整體評價平均分數72.08分(以樣本平均值代替)，標準差為8.15分(以樣本標準差代替)，統計顯著水準為0.05，檢力(power)為0.85，則所需的樣本數為597份，比較本研究樣本的1148份，此樣本數具足夠統計效力。然本研究的樣本民眾的年齡層雖偏低，但經按年齡層隨機重新抽樣後的樣本做為代表母群體年齡層分佈的新樣本進行分析，結果發現在民眾對診所之整體評價方面與原樣本並無明顯差異。以下從四個方面來針對本研究結果來進行探討。

表六　民眾對診所整體醫療服務評價之逐步迴歸分析(N=1114)

變項名稱	迴歸係數	標準化迴歸係數	標準誤
常數	53.81**		1.38
個人特性			
教育程度			
國中以下(包含國中)[a]			
高中職	0.62	0.04	0.68
大專以上(包含專科)	1.87 **	0.12	0.57
靠近診所			
醫院[a]			
診所	1.62 **	0.08	0.54
就醫場所傾向與考慮因素			
就醫層級			
診所[a]			
地區醫院	-0.76	-0.04	0.63
區域醫院	-2.60 **	-0.13	0.60
醫學中心	-1.79 **	-0.10	0.57
贊不贊成大病至大醫院、小病至診所			
不贊成[a]			
贊成	2.19 **	0.08	0.69
民眾對診所在就醫因素滿意度			
診斷時間	0.86 **	0.14	0.23
醫術	0.89 **	0.13	0.21
護士或藥師之服務態度	0.84 **	0.14	0.22
病情的解說	0.45*	0.08	0.23

註：R^2＝0.231； adj. R^2＝0.223；F＝30.28；P＜0.01
[a]代表參考組；*代表P＜0.05；**代表P＜0.01

一、民眾對基層診所之評價

本研究發現樣本民眾普遍認同至基層診所就醫，其中，有超過半數(64.14％)的樣本民眾在生小病(如感冒)時，會固定至診所就醫。檢視2000年全民健保統計資料[1]，診所看診次數佔全年度門診次數之比例與本研究結果相似(約69%)。本研究66%樣本為在醫院就醫之民眾，然此樣本民眾大部分仍回答其平日生小病就醫地點為基層診所，此現象可有兩種解釋，一為大部分醫院樣本民眾為非小病而至醫院就醫，本研究樣本中只有約14％回答有慢性病，此百分比低於過去之研究調查，尤其在醫院之民眾應有不少罹患慢性病而就醫，依據健保局所公布之資料，至少有超過一百種以上之慢性病，然部分民眾不瞭解其疾病為一種慢性病，尤其研究之問卷未能將所有慢性病之名稱列出，因此可能低估罹患慢性病之比率。另外本研究未詢問民眾此次就醫之疾病，因此未能回答此疑問。另一種解釋為民眾之就醫理念與其實際就醫行為不一致；亦即大部分醫院就醫樣本民眾認為生小病應該至基層診所就醫，但是當其生病時仍然往醫院就醫，是否與健保部分負擔低有關，值得進一步探討(註：本研究執行問卷時，部分負擔尚未調漲)。

探討民眾在對贊不贊成「大病至大醫院、小病之診所」的分級就醫觀念與贊不贊成「到大醫院應透過醫師轉診」的轉診觀念中，分別有88.76％與85.31％的樣本民眾是抱持贊成的意見；在對診所整體評價方面，其平均分數亦達72.08分，顯見民眾對診所之評價普遍算高。另外，若探討民眾對就醫因素重要性，以「醫師對病情解說」、「環境衛生」與「醫術」三項最重要，值得注意的是民眾對於診所環

境衛生的重視程度竟略高於醫術，這對於診所來說是一項很重要卻經常被忽略的地方，會形成這樣的狀況，可能原因在於生活水準提高並且民眾普遍認為醫療機構(含診所)環境可能充滿許多疾病感染源，為避免在就診時遭到感染，因此對於環境衛生會相當重視。另外一方面，若大部分診所醫師之醫術被民眾認為是相近的，民眾在考量選擇時，環境因素可能被凸顯其相對重要性。

至於在對診所滿意度方面，則以「醫師看病態度」、「醫病關係」、與「醫術」等滿意度最高，而最低者為「停車便利性」、「診所空間」、「就醫諮詢及方便性」等因素，不過民眾對這三項因素同樣也認為是比較不重要的因素，在診所提供的就醫諮詢及方便性方面，民眾對其滿意度及重要性評價皆相當低，其可能原因在於家庭醫師觀念未落實，使得民眾對疾病治療時的相關品質(如：醫師看病態度、醫術)最為重視，在民眾尚未普遍接受家庭醫師觀念的情形下，診所自然而然亦不會有動機去改善，因此造成民眾對就醫諮詢及方便性滿意度低的結果。

若考量健保民眾部分負擔因素，本研究調查在健保局未調漲部分負擔 (90年9月)之前，本研究結果顯示，不論民眾生小病或有慢性病，民眾選擇至診所就醫皆非以「自付額」為主要考量，可見過去民眾需承擔的自付額對民眾就醫選擇影響不大，此現象應該與民眾至各層級醫院就醫時所需承擔的部分負擔費用差異不大有關。本研究顯示部分負擔程度明顯影響民眾至醫院就醫之意願，影響程度受民眾自認病情而定，生小病比患有慢性病就醫時，較不能接受高額自付額，此結果與以前之研究結果相似[27]。此外仍有部分民眾對於高自付額(400元以上)並不在意，仍會前往醫院就診，這可能與民眾對診所醫療信心度不足有關，確切原因須後續研究針對該族群做深入的探討。

自從健保局調漲部分負擔 (90年9月)之後，至區域級以上醫院就診病患明顯減少，可見其影響效果。由此看來，衛生主管機關若要從需求面促進分級醫療制度的實施或改善健保財務狀況，調整部分負擔為可以收到立即成效的方法，但是，實施加重民眾部分負擔制度時，部分民眾對基層診所醫師醫療(醫術)缺乏信心且有固定就醫的習慣下，健康狀態差的民眾，在不願意轉至診所就醫的情形下，增加部分負擔制度對他們來說將成沈重的經濟負擔。所以在部分負擔調整的過程當中，須考量對社會各層面的影響，採行相關配套措施來避免損及民眾就醫權益及能力，尤其對健康狀態差的民眾應避免其財務負擔太重。

二、民眾選擇至診所就醫因素之主要考量

探討民眾選擇至診所就醫考慮因素中，傾向選擇至診所就醫的民眾，則分別以「等候時間」、「交通時間」與「醫術」為主要考量因素。由此可見傾向至診所就醫的樣本民眾主要是以「個人時間成本因素」為主要考量，其次才為「醫師或機構能力因素」。進一步分析民眾不選擇至診所的考量因素，主要考慮為「醫術」、「儀器設備」、「醫師選擇性」等因素，而且不論是有小病或慢性病民眾在選擇不至診所的主要考量因素中，以「醫術」所佔比例最高，由此可推論有部分民眾對於診所醫師醫術較缺乏信心。此外，本研究分別調查民眾在生小病與罹患慢性病時，至診所就醫之主要考量因素皆為「個人時間成本因素」，雖然兩者在考量因素具同質性，然研究民眾其在固定就醫地點選擇上，有小病者選擇診所的比例高於醫院，而患有慢性病者選擇醫院的比例高於診所，可見民眾雖然考量因素相似，但民眾可能會依其對各項因素評價來決定其最後就診場所。另外，值得注意的是，民眾至診所看慢性病時甚少考量「醫病關係」因素，反而生小病至診所就診時有較高之考量。

為何民眾在考量就醫選擇因素之重要性時，認為「等候時間」與「交通時間」之重要性遠低於「醫術」之重要性，但是，當民眾被問及為何選擇診所就醫時，「等候時間」與「交通時間」成為最重要之因素，如何解釋此現象？若以認知評價選擇模式 (Perceived Value Choice Model)[26]來分析，該模式強調健康照護消費者在選擇醫療機構時，主要考量品

質屬性(quality attributes)認知與犧牲屬性(sacrifice attributes)認知之相互比較，當民眾對診所與醫院在治療疾病之品質屬性(quality attributes)認知相同的情形下，犧牲屬性認知變成為關鍵的影響因素，而時間成本因素為重要的犧牲屬性，以本研究結果為例，診所相較於醫院在「等候時間」、「交通時間」評價最高，此兩項可能成為生小病民眾選擇固定就醫診所的關鍵。另一種情形為民眾對於診所與醫院在治療疾病之品質或技術之資訊缺乏而無法比較時，會以次重要因素為主要考量，亦即以「等候時間」與「交通時間」為主要決定依據。此時顯示出醫療機構之醫療品質與技術之資訊對民眾就醫選擇之重要性，如何讓民眾知道醫療機構之醫療技術與品質，對醫院或診所之吸引民眾非常重要。

未來診所想吸引更多的民眾願意前來就診，除了既有優勢的維持外，必須進一步進行推廣活動計畫，調整醫療服務的提供方式與內容，在社會行銷或推廣計畫內容上，結合本研究所建議的診所服務品質改善重點，才能發揮長久效益。在醫病關係強化方面，基層診所應積極參與社區活動，與社區居民保持良好的互動，甚至不定期舉辦義診活動，提升民眾對診所及醫師個人的熟悉度與信賴度。而本研究亦發現慢性病患不選擇至診所就診的主要考量中，由於儀器設備及醫術因素無法做立即的改進，若診所欲吸引較多的慢性病患至診所就診，可先從增加給藥天數方面著手。

三、影響民眾對診所整體評價因素

本研究發現民眾在就醫考量因素之重要性與滿意度評價上並不一致，例如：重要性評價的前兩名為「病情解說」與「環境衛生」，然民眾對此兩項因素滿意度評價並不高，由此可見基層診所在民眾的部分就醫考量因素中無法符合民眾期望，才會造成這樣的落差，此現象可作為未來基層診所改善的方向。

而由迴歸分析結果顯示，傾向因素(predisposing factor)中之教育程度對診所之評價有影響，教育程度高與就醫分級觀念較正確的民眾，對診所的評價較高。由迴歸模式顯示，在控制教育程度後，年齡與性別因素並無顯著影響。因此，若衛生主管機關能加強宣導分級就醫觀念，將能提高民眾對診所的整體評價，然教育的宣導往往需要耗費相當長的時間才能收到成效，所以衛生主管機關必須有長期宣導的相關措施。此外，本研究發現能力因素(enabling factor)在迴歸模型中並未有統計上的顯著意義，歸究其原因可能與本研究樣本之健保納保率高達 99.49% 有關，因為有健保的民眾在門診就醫時僅需負擔有限的自負額費用，民眾門診就醫財務負擔已大為減輕，因而家庭收入 (能力因素)並未有顯著影響。

影響診所評價的因素，除了部分個人特性外，還包含「醫師的醫術」、「護士或藥師的服務態度」、「醫師診斷時間」與「醫師對病情的解說」等四項機構方面的滿意度因素。當比較其相對重要性，機構方面的滿意度因素展現出較大的影響力，其對診所評價分數變異的解釋能力達19.13%左右，至於個人特性與個人認知兩方面，則依序為3.17%與5.6%解釋程度，顯見若要提高民眾對診所的評價，民眾個人基本特性不易改變，但是民眾就醫認知可受教育影響，而醫療機構本身之技術與品質可以持續改善。

在現今消費者自我意識日漸高漲的時代，基層醫療院所更應注意病患的需求與反應，針對消費者的需求來進行品質改善，民眾對就醫因素重要性與滿意度評價有落差，尤其是在「病情解說」、「環境衛生」與「用藥解說」等三項因素較為明顯，因此，基層醫師應致力於強化在這方面的品質，如此才能切中消費者需求核心，以增加消費者至診所看診意願。另外，若能增加民眾在「診斷時間」、「醫術」、「護士或藥師之服務態度」及「病情解說」的滿意度，其對診所的整體評價將能有增加效果，所以這幾項重要因素亦為診所在進行服務品質改善時的重點。若能改善上述所提出的品質重點，基層診所必定能建立起口碑，而良好的口碑即是吸引民眾至診所就醫時的利器。

根據本研究結果，民眾生小病時不會選

擇診所看病的主要考量中有兩項重要因素為「儀器設備」及「醫師選擇性」，為使診所將更有能力添加儀器設備，並且提供民眾就醫時更多科別上的選擇性，未來診所應朝向聯合門診或聯合診所的方向來運作，聯合門診比一般診所有較多之儀器設備與看診醫師，可以增加基層診所之競爭力。另外，民眾在選擇不至診所的主要考量因素中，以「醫術」所佔比例最高，可見部分民眾對基層診所醫師醫療水準較不信任，未來開業醫師在執業時除忙碌於門診服務外，自我專業能力的強化也要注重，多參與實質而有效的持續教育與進修，才能跟上醫學之進步。

四、民眾就醫選擇模式之探討

本研究採用Aday & Andersen第二階段健康行為模式為研究架構，經逐步迴歸模型分析後結果顯示，不論是傾向因素、能力因素與需要因素皆有許多變項未達統計上顯著意義，而整個模型的解釋力僅有約22%，可見該模式在解釋民眾對基層診所門診服務整體評價上是相當有限的。Stramann提出理性決策模式來解釋民眾對門診醫療服務的選擇，並指出民眾的門診就醫決策主要受到成本(cost)、時間(time)、方便性(convenience)、社會心理因素(sociopsychologica factors)及技術性照護品質(technical quality of care)等五項因素認知所影響[25]。對照於本研究之結果，可以發現本研究透過回歸分析後，對於影響民眾診所就醫選擇之評價所選取之變項，與Stramannn之研究相似。未來研究者若欲進行民眾對醫療服務選擇之相關研究時，除了參考Aday & Andersen健康行為模式外，亦可以Stramann的理性決策模式和Gooding的認知評價選擇模式(Perceived Value Choice Model)[26]為研究理論依據來探討，或者將三個理論模式予以整合以找出最具解釋力的民眾醫療服務評價與選擇模式。

綜合以上論述，本研究建議未來基層診所若想提高民眾的評價，應致力於病患導向的推廣活動、改善診所服務品質、提供多元的醫療專業選擇、以及醫師專業能力的自我強化。此外，衛生主管機關除了可以透過調高越級就醫之部分負擔與推廣分級就醫觀念的方式來提昇民眾至基層診所就醫，另外，基層醫師醫療專業教育的強化亦是當務之急。

最後，本研究之取樣方式受限於問卷之內容較長，以電話訪問較困難，以及希望以病患為資訊蒐集之來源，藉以反映病患之實際看法與需求，因此無法以全台灣民眾為取樣母群體，此為本研究之限制。

誌　謝

本研究承蒙行政院衛生署九十年度委託研究計畫(DOH90-HS-1001)之經費補助與中華民國基層醫療協會及石賢彥理事長之協助，使得本研究得以順利完成，特此申謝。

參考文獻

1. 中央健康保險局：全民健康保險統計，1999　2001年。
2. 張錦文、黃琡雅：臺灣醫療制度的四大問題與解決之道。醫院 1998；**31**：1-4。
3. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? J Health Soc Behav 1995;**36**:1-10.
4. Christensen M, Inguanzo JM. Smart Consumers Present a Marketing Challenge. Hospitals 1989;**16**:42-8.
5. Wolinsky FD, Kurz RS. How the Public Choose and Views Hospitals. Hosp and Health Serv Adm 1984;**6**:58-67.
6. Egunjobi L. Factors Influencing Choice of Hospitals: A Case Study of the Northern Part of Oyo State, Nigeria. Soc Sci Med 1983;**9**:585-9.
7. Taylor SL, Capella LM. Hospital Outshopping: Determinant Attributes and Hospital Choice. Health Care Manage Rev 1996;**4**:33-44.
8. Javalgi RG, Rao SR, Thomas EG. Choosing a Hospital: Analysis of Consumer Tradeoffs. J Health Care Mark 1991;**1**:12-

22.
9.Inguanzo JM, Harju M. What Makes Consumer Select a Hospital. Hospitals 1985;**6**: 90-4.
10.Powills S. MD Influence on Consumers Waning Slightly. Hospitals 1987;**9**:44.
11.Fisher CM, Anderson CJ. Hospital Advertising: Does it Influence Consumers? J Health Care Mark 1990;**4**:40-6.
12. 王乃弘、黃松共：民眾對選擇醫院因素及態度之研究—以中部數家醫院為例。醫院 1996；**2**；1-15。
13. 周鴻儒、高森永、陳育忠：國軍醫院門診病患就醫選擇因素調查研究。國防醫學 1997；**5**：423-30。
14. 高明瑞、楊東震：民眾就醫行為重要影響因素與醫院行銷之研究—以高雄都會區為例。中山管理評論 1995；**3**：55-73。
15. 侯毓昌：中醫門診病人選擇醫院之因素分析及就醫滿意度研究。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1994。
16. 張瑞麟：花蓮地區四家醫院形象定位之研究—對應性分析的應用。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1993。
17. 朱永華：醫院服務知覺品質與病患滿意度之關係研究。台南：國立成功大學企業管理研究所碩士論文，1994。
18. 吳佩璟：全民健保實施下影響門診病患選擇就醫層級之因素探討—以在北市小兒科就診的門診病患為例。台北：台北大學企業財政學系碩士論文，2000。
19.Gochman DS, Studenborg GJ, Feler A. The Ideal Physician: Implications for Contemporary Hospital Marketing. J Health Care Mark 1979;**2**:17-25.
20.MacStravic RS. Manageable Evidence in Medical Care Marketing. J Health Care Mark 1987;**4**:5-59.
21.Crane FG, Lynch JE. Consumer Selection of Physicians and Dentists: An Examination of Choice Criteria and Cue Usage. J Health Care Mark 1988;**3**:16-9.
22.Lamb CW, Hoverstad R, Lancaster W. Consumer Perceptions about Doctors of Osteopathy and Medical Doctors. J Health Care Mark 1988;**4**:53-7.
23.Stewart DW, Hickson GB, Pechmann C, Roslow S, Altemeier WA. Information Search and Decision Making in the Selection of Family Health Care. J Health Care Mark 1989;**2**:29-39.
24.Rajshekhar G, Javalgi SR. Choosing a Hospital: Analysis of Consumer Tradeoffs. J Health Care Mark 1991;**1**:12-22.
25.Stratmann WC. A Study of Consumer Attitudes about Health Care: The Delivery of Ambulatory Services. Med Care 1975;**13**: 537-48.
26.Gooding SKS. Quality, Sacrifice, and Value in Hospital Choice: A Comparative Study of Rural and Suburban Consumer Perspectives. J Hospital Mark 1999;**13**:23-42
27. 蔡文正、林思甄、胡曉雲等：醫院掛號費調漲對醫院營收之影響。醫院 2002；**35**：36-50。