

全民健保中醫門診總額支付制度實施前醫療服務品質之研究

林美珠¹ 李玉春^{2,*}

MEI-CHU LIN¹, YUE-CHUNE LEE^{2,*}

¹ 台北市立中興醫院

Taipei Municipal Chung-Hsin Hospital

² 國立陽明大學衛生福利研究所, 112台北市北投區立農街二段155號

Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University, No.155, Li-Long St, Sec 2, Shih-Pai, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*通訊作者Correspondence author. E-mail: yclee@ym.edu.tw

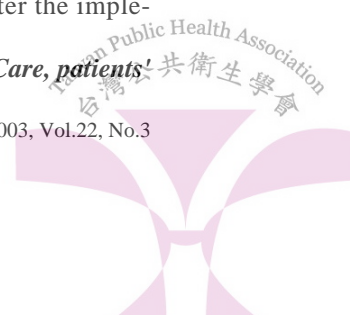
目標：為提昇醫療服務品質、合理控制醫療費用，提高專業自主性，全民健保中醫門診總額支付制度於八十九年七月正式實施。為避免總額支付制度實施後，醫療服務品質降低，本研究在該制度實施前以病人滿意度的觀點建立一套評估的工具，以了解病患對中醫門診醫療服務品質及收費合理性滿意度現況及其影響因素。**方法：**以89年6月中醫門診總額實施前之門診就醫病患為研究對象，先依縣市及院所分層抽取中醫院所(醫院抽50%，診所抽40%)，復就抽中院所提供之八十九年六月十六日之所有病人名單以系統抽樣，電訪成功之有效樣本1837人(完訪率77%)。資料鍵入電腦後，藉由事後分層加權法以使樣本分布與母群體一致，資料以SPSS for windows 9.0版進行描述性及T檢定、ANOVA、相關分析、卡方檢定與複迴歸分析等推論性統計。**結果：**中醫門診病人整體醫療服務品質滿意度平均達78.5分，醫療品質各構面滿意度得分差異不大，以照護可近性最高(平均值80.5分)，醫療設備及環境最低(平均76.1分)；收費合理性滿意度(平均值71.09分)又較醫療品質滿意度低。就診台北分局之病人滿意度較其他分局低。經控制病人及院所特性後，針灸治療有採拋棄式用針者、給藥天數較長者、由中醫師親自執行傷科處置或針灸治療者、醫師主動提供保健說明及醫師看診時間較長者滿意度較高；反之，交通及候診時間較長及被差額收費者滿意度較低。**結論：**(1)中醫醫療品質大致可為病人接受，惟仍應落實由醫師親自執行針灸及傷科醫療，避免不當之差額收費。(2)本研究發展之問卷可作為健保局定期監控民眾對中醫門診就醫可近性、醫療服務品質滿意度及差額負擔之工具。(台灣衛誌 2003；22(3)：204-216)

關鍵詞：總額支付制度、中醫、醫療服務品質、病人滿意度、差額負擔。

A study of the quality of care of traditional Chinese ambulatory care before the implementation of the global budget payment system in Taiwan

Objectives: To evaluate the quality of care (QOC), the extent of balance billing and the associated factors before the implementation of the Global Budget Payment System of Ambulatory Chinese medicine(GB-CM)of National Health Insurance(NHI). **Methods:** Telephone interviews were conducted on samples based on stratified random sampling of the providers, and their lists of patients on June 16, 2000. A total of 1837 interviewed were completed(response rate 77%)during June 20 to 30, 2000. Post-stratification was conducted to adjust the age-county distribution of the samples. Multiple linear regressions were conducted. **Results:** (1)The average overall patients' satisfaction on QOC was 78.6 out of 100; among the different dimensions of QOC, "accessibility" ranked the highest (80.5) whereas the "medical equipment" ranked the lowest (76.1). The satisfaction on "reasonableness of the charge" was lower than QOC(71.1). In general hospital patients were less satisfied than that of clinics. Patients in the Taipei Branch Bureau of NHI were less satisfied than others. (2)After controlling for the patients' and providers' characteristics, the following factors were related to higher satisfaction of QOC: use disposable needles in acupuncture; more days on prescription; Physicians conduct traditional traumatic procedures, acupuncture or moxibustion by themselves; or provided more preventive or self care information; longer visiting time; shorter traffic time / waiting time; no extra-charge. **Conclusions:** (1)The overall patients' satisfaction of quality of care and balance-billing were acceptable. However, to improve satisfaction, physicians should conduct traditional traumatic; acupuncture/moxibustion therapies by themselves, to avoid the extra-charge to patients if possible.(2)The instrument developed by this study could be used to monitor the accessibility, quality and balance-billing of the providers after the implementation of the GB-CM. (Taiwan J Public Health. 2003;22(3):204-216)

Key Word: Global budget payment system, Traditional Chinese medicine, Quality of Care, patients' satisfaction, balance-billing.



前言

為提升醫療服務效率與品質並合理控制醫療費用，全民健康保險法第四十七至第四十九條及第五十四條明訂分階段實施總額支付制度，牙醫自八十七年七月首先實施總額支付制度，在兼顧醫療品質下已達到合理控制費用成長之目的[1-2]。中醫基於危機意識(擔心中醫被規劃為附加保險)、實施利基(總預算受物價指數及人口老化成長率之保障)、使命感(配合法令政策)及牙醫成功經驗(支付標準調整及專業審查自主性)等因素，認為其在制度外抗爭不如在制度內協商，爰於八十九年年七月一日起開始實施總額支付制度。

依據Hurst引用Gerdtham等之研究，認為OECD國家之經驗，醫院總額預算與降低國民醫療保健支出13%有關[3]，但假如制度設計不周，醫療服務提供者會以提昇醫療服務品質為藉口，要求調整支付標準，或是在成本控制的藉口下，減少必要的醫療服務及降低醫療服務品質。為避免實施總額支付制度後中醫團體減少必要醫療服務、降低服務品質或不當要求病人差額負擔，衛生署健保小組於中醫總額支付制度規劃草案中即研訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保作業方案」，該方案除要求中華民國中醫師公會全國聯合會應發展臨床診療指引及建立專業品質指標作為持續性品質改善基礎外，為偵測中醫實施總額支付制度後可能對保險對象負面影響，特要求健保局應於中醫門診總額支付制度實施前及實施後每半年執行「中醫民眾就醫可近性與醫療服務品質滿意度調查」[4]。我國過去對於西醫醫療品質的研究較多[5-8]，但在中醫醫療品質之研究，或侷限一家或限於數家中醫院所[9-11]，尚無「全國性大量樣本」之研究，因此有必要在中醫總額支付制度實施前，以病人的觀點出發，了解中醫門診醫療服務品質現況，以做為改善與日後評估比較之基礎。

以病人觀點了解醫療品質滿意度雖常為

醫界質疑其效度，但Lawthers及Ford [12-13]皆認為其是可行且有效度的，特別在「以客為尊」的年代應受到更多的重視。台灣之全民健保民眾滿意度調查中，最常被指出不滿意的原因除保費及部分負擔高外，即為「醫療品質」之不滿意[14]。美國在柯林頓健康照護制度改革過程，亦特別強調醫療品質滿意度及醫療品質報告(Report Card)對促進病人審慎選擇保險計劃、促進保險計劃或醫療院所改善醫療品質之重要性[15]。其健康照護政策與研究局(Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR)亦特委託學界發展一套評估保險對象可近性、醫療利用、健康成效、及病人滿意度之工具 [16]，其主要的評估內容與醫療服務品質相關的部分包括醫療技術、醫病溝通、醫病互動、照護可近性、照護結果與整體品質，可做為本研究之借鏡。衛生署過去在評估西醫或牙醫門診病人品質時，即曾針對相關的構面，加以評估醫療品質滿意度[17,1]。

在評估病人滿意度的研究架構方面，Aday及Andersen曾於1974年共同發展健康服務擴大行為模式(The Expanded Behavioral Model)，該模式可用於探討健康政策介入、醫療體系特質、民眾特質對醫療服務利用及消費者滿意度影響之參考[18]。

在實證研究方面，過去研究發現影響病人醫療品質滿意度的因素，包括病人特質(年齡、教育程度、健康狀況、疾病型態、經濟狀況)、醫療供給者特質(機構型態、地理區域、醫療設備、收費、固定就醫、方便性)及醫療服務過程可接受性(開藥天數、候診、看診時間、衛教說明、醫病溝通與互動..)等特性[19-22,5-6]。上述文獻皆有助於建立本研究之研究架構及方法。

具體而言，本研究目的如下：1.發展一套以病人觀點評估中醫門診病人醫療服務品質及收費合理性滿意度之工具。2.藉該工具評估中醫總額支付制度實施前門診醫療服務品質及其影響因素，俾作為改善中醫醫療品質與日後評估中醫總額支付制度實施結果之依據。

投稿日期：91年4月12日

接受日期：92年7月15日

材料與方法

本研究採橫斷式電話訪問調查研究法，研究架構(圖一)主要參考Aday及Andersen的健康服務利用擴大行為模式，並配合中醫特性加以修正。主要目的在控制病人特質、健康狀況及院所特性(型態、地區別)後，評估醫療服務品質特性及差額收費狀況對醫療服務品質滿意度及收費合理性滿意度之影響。自變項為病患最近一次接受的醫療服務品質特性及是否有被差額收費等面向；依變項包括病人對醫療服務品質滿意度及收費合理性滿意度二大項，控制變項包括病人特性、健康狀況及就診院所特性等。

一、研究假說

參考國內外文獻中有關醫療服務品質對病人滿意度影響的相關理論與實證研究，再加上研究者對民眾訪談之經驗，本研究提出假說如下：在控制病人特質、健康狀況及院所特性(型態、地區別)；

- (一) 針灸治療有採用拋棄式針者，病人對中醫門診醫療設備與環境、照護結果、整體醫療品質與收費合理性之滿意度較高。
- (二) 每次門診給藥天數較長、傷科處置或針灸治療由中醫師親自執行者，病人對中醫門診之醫療技術、醫病溝通、醫病互動、照護結果、整體醫療品質與收費合理性之滿意度較高。
- (三) 醫師有主動提供保健服務之指導說明者，病人對中醫門診之醫療技術、醫病溝通、醫病互動、照護結果、整體醫療品質與收費合理性之滿意度較高。
- (四) 看診時間愈長，病人對中醫門診之醫療技術、醫病溝通、醫病互動、照護結果、整體醫療品質滿意度與收費合理性之滿意度愈高。
- (五) 交通時間及候診時間愈短，病人對中醫門診之照護可近性與整體醫療品質滿意度愈高。
- (六) 病人就醫後沒有因身體不適再次就診

者，病人對中醫門診照護結果與整體醫療品質滿意度較高。

- (七) 沒有被院所差額收費者，病人對中醫門診之收費合理性與整體醫療品質滿意度較高。

二、研究對象

以中醫門診總額支付制度實施(八十九年七月)前之台閩地區中醫門診就醫病患為研究對象(未滿15歲或因病無法接受訪問，則請陪病者或家長代答)。

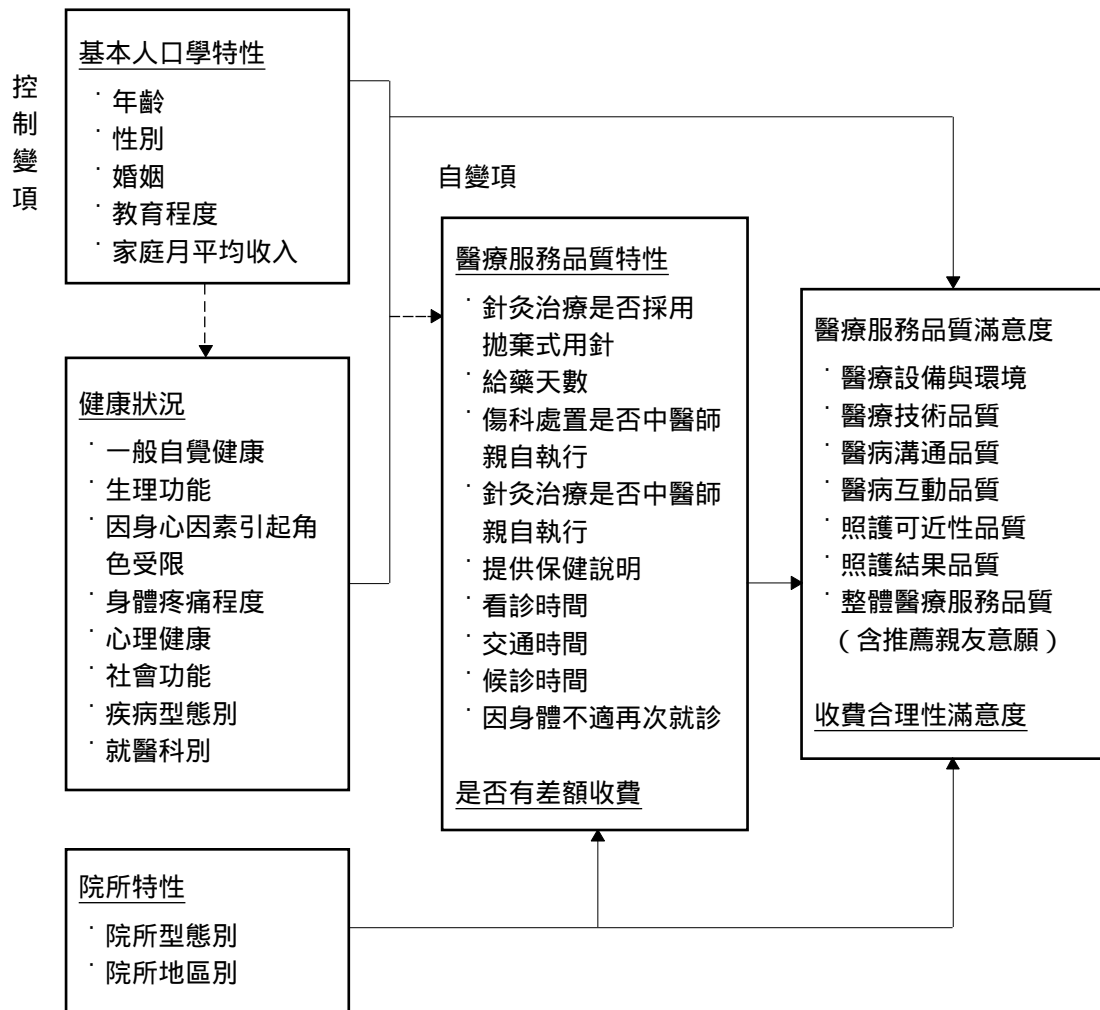
三、原始抽樣設計

採分層隨機抽樣方法，由健保局提供之特約中醫醫療院所(含附設中醫部之西醫院所)為抽樣母體清冊，預計訪問1800人(各分局200-300人)。為使各縣市民眾皆有被抽中機會，先將台閩地區中醫院所按縣市分層，縣市內再按中醫醫院與中醫診所分為二層。其中，中醫醫院抽取50%，中醫診所抽取40%。

被抽中的院所，由健保局函請其提供八十九年六月十六日之所有病人名單及其電話與地址。每家院所之病人樣本依院所八十九年第二季申報量之多寡為基礎，由名單中以系統隨機抽樣方式抽出3-5人，金門與澎湖則每家抽10人。為預防病患資料不正確、電話錯誤或拒訪，故抽取的樣本數約為預計訪問樣本(1800人)之1.5倍，共抽取2716人(醫院303人，診所2413人)，經以電話訪問收集資料者共2374人，完訪有效樣本1837人。

四、研究工具

以結構式問卷收集資料，問卷設計除參考行政院衛生署「牙醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」及「美國健康照護政策研究局(AHCPR)滿意度調查問卷」外，為考量國內中醫門診之特性，除觀察中醫之就醫狀況、請教中醫專家外，並以深入訪談了解中醫院所就診民眾對醫療品質之感受，來設計符合本土化中醫特性的問卷。問卷內容包括中醫門診病患最近一個月之「醫療



圖一 研究架構圖

服務品質滿意度」、「醫療服務品質特性」、「自覺健康狀況」、「疾病型態(急慢性病)」、「院所特性(醫院/診所,分局別)」、「差額收費」、「基本人口特性(包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、全家月平均收入等)」。

其中醫療服務品質滿意度主要參考美國健康照護政策研究局(AHCPR)所發展之醫療服務品質滿意度之測量構面,包括「醫療技術、醫病溝通、醫病互動、照護可近性、照護結果及整體醫療品質」再加上「醫療設備與環境」等七個滿意度構面共17題測量之(相關項目見表3),各題滿意度以五個等級之李克特量表(Likert scale)測量,轉換成1-5分,以代

表態度之強度(例:非常滿意=5分,滿意=4分,普通=3分,不滿意=2分,非常不滿意=1分)。各構面分別計算原始分數後,將總分轉換成100分的量表。

健康狀況參考美國療效研究(Medical Outcome Study)之12題簡表(S-F12, Short-Form)[23],原始問卷包括一般健康、生理功能、生理引起之角色障礙、身體疼痛、心理健康、心理引起之角色障礙、社會功能及活力等8個構面,受限於電話訪問的長度,本研究去除「活力」一項,並將生理及心理引起之角色障礙簡併為「身心因素引起之角色障礙」。各構面先依各題目之得分累加原始總分

後減去各概念可能最低分數，再除以各概念得分間距(最高可能得分—最低可能分數)，再轉換成總分為100之計分，分數越高表健康狀況越好[24]。

醫療服務品質特性：主要參考美國健康照護政策研究局(AHCPR)所發展之醫療服務品質測量項目(如醫師看診時間、醫師是否主動提供保健說明、是否因身體不適再次就診)、及我國過去實證研究發現影響病人滿意度因素之醫療服務過程品質因素(開藥天數、候診、交通時間等三項)外，為考量我國中醫醫療之特性，在觀察中醫診療狀況並訪問病人及中醫專家意見後，特加入「針灸是否採用拋棄式針」及「針灸、傷科處置是否由中醫師親自執行」三項，總共九項用以測量醫療服務品質特質。

五、專家效度

為提高測量工具的效度，本研究於問卷初稿，除與數位臨床中醫師多次討論外，並邀請國內衛生福利、醫院管理、社會保險、醫療經濟等七位相關領域之專家進行內容效度審查。評鑑結果各題均達內容效度指標(Content Validity Index)CVI值 0.86才定稿使用[25]。

六、資料蒐集與處理：

問卷之調查由健保局委託故鄉市場調查股份有限公司於八十九年六月二十日至六月三十日間進行電腦輔助電話訪問(CATI)問卷調查，電訪時間包括白天及晚上3時段，未受訪者，至少以五次電話追蹤，以力求成功的訪問。訪談過程設有監看、監聽系統，訪問結束，資料經檢查及補訪，以確保資料之完整、合理及一致性，並嚴格管控品質。復經邏輯上的校對和複查，以確保資料品質。

七、統計分析

以SPSS for windows 套裝軟體9.0版進行下列統計分析：

(一) 描述性統計：以平均值、標準差、頻率及百分比描述各變項分佈情形。若樣本

之分布與母群體有顯著差異，則以母群體樣本分布為標準，利用事後分層校正(post-stratification)加權法校正，使樣本之分布與母群體一致，以確保樣本之代表性。

- (二) 推論性分析：包括雙樣本非配對t檢定、One-way ANOVA、Pearson相關檢定、卡方檢定(Chi-Square)及複迴歸統計分析(Multiple Linear Regression)。
- (三) 信度分析：以Cronbach's α 值檢測滿意度量表各項目間之內部一致性信度(internal consistency)[26]。

結 果

本研究成功訪問有效樣本1,837人，拒答者104人，經追蹤仍未完訪者433人，電訪成功率77%，結果如下：

一、描述性分析

- (一) 研究樣本之基本人口學特性及與母群體比較：中醫門診使用者女性(57.6%)多於男性(42.4%)；年齡以青壯年(20—49歲)占多數(55%)；教育程度以小學(含)以下(34.4%)、婚姻已婚(57%)、收入3萬元至未滿6萬元居多(見表一)。樣本經與健保局中醫門診89年4-5月申報資料為母群體比較，發現性別無顯著差異，在縣市別與年齡分布有顯著差異，經事後分層加權校正後，樣本已與母群體分布無顯著差異，應可接受。
- (二) 醫療利用狀況：就診病因以扭、挫、拉傷(21.3%)居多、就診科別以內兒科(45.9%)最多、求診方式多數採中西醫併用(59.5%)，此與許多研究結果有異同處[27,11]。
- (三) 中醫院所特性(見表二)：病人到中醫診所就診者(89.7%)高於醫院，就診分局別以中區分局最多(31.1%)。院所違規蓋卡情況僅占0.5%。額外付費以補健保差額46.3%)居多，主因為補中藥差額(80.4%)，此與健保只給付科學中藥，不給付藥丸

表一 病人之基本人口學特性分佈

類別	項目	人數	百分比
性別	男	779	42.4
	女	1058	57.6
年齡	未滿15歲	253	13.7
	15-19歲	122	6.7
	20-29歲	291	15.8
	30-39歲	365	19.9
	40-49歲	354	19.3
	50-59歲	192	10.4
	60歲及以上	261	14.2
教育程度	小學及以下	633	34.4
	國(初)中	294	16
	高中(職)	519	28.2
	大學及專科	372	20.2
	研究所及以上	20	1.1
婚姻狀況	已婚與配偶同住	1047	57
	已婚未經常與配偶同住	20	1.1
	未婚(同居1人)	668	36.4
	離婚或分居	25	1.3
	喪偶	78	4.3
全家月平均收入	未滿一萬五千	108	5.9
	一萬五千至未滿三萬	199	10.8
	三萬至未滿六萬	640	34.8
	六萬至未滿九萬	234	12.7
	九萬至未滿十三萬	127	6.9
	十三萬元及以上	58	3.1
	不知道	471	25.7
合計		1,837	100.0

或飲片有關。

(四) 醫療服務品質之特性：(表二)

1. 針灸治療是否採用拋棄式針：有81.4%的人表示醫生採用「拋棄式用針」進行針灸治療，僅1.9%表示未採用，另仍有16.7%的人回答不知道。
2. 開藥天數與足夠性：平均開藥5.6天，其中以開7天藥居多(36.3%)，77.5%的病人表示醫生開藥的份量剛好，較李旻貞研究發現「西醫基層門診慢性病人(60.25%)」為高[6]。造成西醫基層門診慢性病人給藥天數足夠性較低之原因，與支付制度(採簡表申

報3天藥)有關，中醫因慢性病人較多且藥費按日計價，以及中醫簡表可申報7天藥，故較無此問題。

3. 傷科處置與針灸治療執行者：中醫師親自執行針灸者高達94.4%，但傷科處置僅54%親自執行，與現行規定「應100%由中醫師親自執行」不符。此在中醫總額支付制度中亦已列為改善品質的重要項目之一。
4. 保健服務指導：多數(61.6%)病人表示醫生會主動提供預防疾病再犯或惡化等醫療常識及保健預防方法之溝通或說明，此與李旻貞、徐台玲以西醫病人為對象研究結果

表二 就診中醫院所特性、醫療品質特性與收費狀況

類別	項目	人數	百分比	平均值(SD)中位數
中醫院所特性	院所型態別	中醫診所	1648	89.7
		中醫醫院	189	10.3
	院所分局別	台北分局	480	26.1
		北區分局	208	11.3
		中區分局	571	31.1
		南區分局	266	14.5
		高屏分局	277	15.1
		東區分局	36	1.9
	健保卡額外蓋格	是	8	0.5
		不知道	47	2.6
蓋卡及差額收費	差額收費原因	健保不給付	92	33.5
		補健保差額	128	46.3
		其他 / 不知道	34/24	11.6/8.5
	針灸採拋棄式用針	是	266	81.4
		不知道	55	16.7
	給藥天數	3天	421	27.9
		4-6天	410	27.1
		7天 / > 7天	549/132	36.3/8.8
	開藥分量	剛好	1173	77.5
		太少	153	10.1
醫療服務品質特性		太多	51	3.4
		不知道	136	9
	醫師親自執行傷科處置	是	290	54
		不知道	20	3.8
	醫師親自針灸	是	309	94.4
		不知道	7	2.2
	醫生提供保健說明	主動提供	1132	61.6
		從未提供	341	18.6
		不知及其他	365	19.9
	診療時間	10分鐘	1141	62
平均：14.6(SD：13.6) 中位數：10' 間距：1-120		11 30分鐘	567	31
		31分鐘以上	129	7
	交通時間	10分鐘	1062	57.8
		11 30分鐘	628	34.2
		31分鐘以上	147	8
	候診時間	10分鐘	1328	72.3
		11 30分鐘	414	22.5
		31分鐘以上	95	5.2
	因病再次就診者不多	是(有)	422	23
				77%沒有因病再次就診

類似[5-6]。

5. 看診、交通與候診時間：中醫師平均診療時間14.6分鐘，比李旻貞「西醫基層看診平均7.3分鐘」長。另交通時間平均15分鐘、候診時間平均11.5分鐘，中醫診所較中醫醫院短，此與李旻貞、李玉春[17]以西醫病人為對象研究結果相似，即無論是看中醫或西醫，醫院之等候時間皆較基層長，此或與醫院流程冗長及行政作業繁瑣有關。
6. 照護結果品質：病人在該次就診後有因身體不適再去看醫生者不多(23%)，表示願意或非常願意向親朋好友推薦其就診場所者占77%。

(五) 醫療服務品質滿意度(見表三)：整體而言，中醫醫療服務品質滿意度平均為78.5分，略低於同期牙醫醫療服務品質滿意度(平均80.6分)[28]，各構面之量表(Scales)得分在76.1-80.5分之間差異不大，以照護可近性最高(平均80.5分)，醫病互動居次(平均79.4分)，醫療技術面(平均78.3分)居第三，醫療設備及環境為較低(平均76.1分)。此與侯毓昌、Lawthers [11-12]及牙醫總額實施同期之調查結果相似[28]。

(六) 收費合理性滿意度(見表三)：收費合理性滿意度較各構面醫療服務品質滿意度為低，平均71.09分。此與牙醫總額實施同期之調查結果相似[28]

(七) 問卷之信度(見表三)：以Cronbach 檢測中醫門診服務品質滿意度之內部一致性，整體信度 值高達0.90，就各構面滿意度而言，醫病溝通 值0.77；醫療互動 值0.75；照護可近性 值0.56；整體醫療品質 值0.67，屬可信至很可信範圍[29]。故本研究工具應具內在一致性之信度。

二、分析性統計—複回歸分析(見表四)

(一) 影響滿意度相關因素：此部份僅就院所特性分析如下：

1. 院所型態別：就診中醫醫院之病人對「醫療

設備與環境」及「照護結果」2構面之滿意度均較就診中醫診所之滿意度低，此與 Young G.J.之研究結果(病患對獨立開業診所之滿意度較高)類似，是否因民眾對中醫醫院之醫療設備與環境期待較高進而影響滿意度有待進一步探討。[8]

2. 院所分局別：除「照護可近性」乙項沒有達顯著差異外，其餘各構面均顯示台北分局之滿意度較低，此與Lawthers AG、Ker-snik J.研究結果相似[12] [20]。可見都會區民眾可能因資訊較豐富而有較高的期望故滿意度較低。

(二) 影響各面向滿意度之相關因素方面，經控制病人與院所特性後整理如下：

1. 針灸有使用拋棄式者：病人對「照護結果」、「整體醫療品質」及「收費合理性」3個構面之滿意度較高。結果部分支持假說(一)。此結果未支持對「醫療設備與環境品質」滿意度較高之假說，係因針灸是一種侵入性治療，如未使用拋棄式針，病人可能會擔心消毒不全而感染，以致影響對治療結果之感受。研究顯示仍有16.7%的病人不知道醫師「是否有採拋棄式用針」，可提供醫界加強衛教說明之參考。

2. 給藥天數7天以內者，天數較長，病人對「醫療技術」、「醫病溝通」、「醫病互動」、「照護結果」、「整體醫療品質滿意度」及「收費合理性」6個構面之滿意度較高。結果完全支持假說(二)。但給藥超過7天與3天以下比，在「收費合理性」乙項並不顯著，可能因藥品採加重部分負擔造成的影響。

3. 由中醫師親自執行傷科及針灸者，對「醫療技術」、「醫病溝通」、「醫病互動」3構面之滿意度較高(針灸者另對整體醫療品質滿意度較高)，此結果部分支持假說(二)。或與病人較信任醫師之專業及溝通能力有關。

4. 醫師主動提供保健說明者對「醫療技術」、「醫病溝通」、「醫病互動」、「照護結果」、「整體醫療品質」及「收費合理性」6構面之滿意度較高，此結果完全支持假說(三)。並與Piette指出醫師提供資訊的數量可預測滿意度的研究發現相似[30]。

5. 醫師看診時間較長者，病人對「醫療技術」

表三 各構面醫療服務品質與收費滿意度量表之分布與內部一致性信度

滿意度構面	項 目 內 容	平均值(間距)	標準差	中位數	值
醫療服務品質滿意度					
醫療設備及環境	環境衛生及舒適性 醫療設備的滿意度	76.08(40-100)	11.08	80	0.68
醫療醫術	醫術滿意度	78.27(20-100)	12.98	80	.
醫病溝通	醫生說明的滿意度 其他醫護人員說明滿意度 醫生提供疾病保健服務滿意度	77.42(20-100)	11.04	80	0.77
醫病互動	醫生服務態度 其他醫護人員服務態度 診療過程品質滿意度 診療時間滿意度	79.42(35-100)	9.54	80	0.75
照護可近性	交通方便性滿意度 看病流程滿意度 交通時間接受度 候診時間接受度	80.46(35-100)	9.29	80	0.56
照護結果	治療效果滿意度	76.76(20-100)	14.49	80	.
整體醫療 品質滿意度	整體滿意度 推薦親友意願	78.50(30-100)	12.03	80	0.67
合計		78.62(40-100)	8.26	78.82	0.90
收費合理性滿意度					
	自行負擔費用高低滿意度	71.09(20-100)	14.78	80	.

「醫病溝通」、「醫病互動」、「照護結果」、「整體醫療品質」及「收費合理性」6項之滿意度較高，此結果完全支持假說(四)。亦印證Piette與Kersink之研究：醫生需花足夠時間才能有效診療的看法[30] [20]。

6. 交通時間與候診時間越長，病人對「照護可近性」及「整體醫療品質」滿意度較低，結果支持假說(五)。惟對「整體醫療品質」滿意度之影響較不顯著，可能與目前特約院所多且大眾運輸捷運方便，一般人較不會計較交通時間有關。平均候診時間中醫診所10.7分鐘，附設中醫部之西醫醫院平均24.1分鐘，均較衛生署的調查(1996)診所平均候診17分鐘，醫院平均候診37分鐘短。另病人對候診時間表示滿意者高達87.1%，亦較徐台玲(1998)的研究結果只有5成的人滿意多了3成多。中醫候診時間較西醫短，亦可提

供醫院管理及民眾就醫選擇之參考。

7. 就醫後因身體不適再度就診者對「照護結果」滿意度較低，此結果部分支持假說(六)。中醫一般療效較慢，病人亦較少預期症狀可即時改善；但若看病後立即再度就醫，除有可能因病情惡化外，亦有可能因某些處置不當造成的，故易導致病人對治療結果滿意度較低。但因原因複雜，「再次就診率」只能監控其變化而無法完全歸罪於醫療院所。
8. 差額收費：有被差額收費者對「整體醫療品質」及「收費合理性」2項之滿意度較低，此結果完全支持假說(七)。此與Piette之研究結論(病人受到較多資訊且有較多不須另外付費就可享有的醫療服務時較滿意)相似。

表四 影響病人對各構面醫療服務品質與收費合理性滿意度之複迴歸分析

控制變項	依變項	設備環境 滿意度	技術面 滿意度	溝通面 滿意度	醫病互動 滿意度	可近性 滿意度	照護結果 滿意度	整體 滿意度	收費合理 滿意度
		回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值
健康狀況									
	一般自覺健康	0.06***	0.06***	0.09***	0.07***	0.05***	0.10***	0.06***	0.06***
	生理功能	-0.02	-0.01	-0.02	-0.013	-0.005	-0.000	-0.008	-0.001
	角色障礙	0.01	0.01	-0.002	-0.002	0.02*	0.16	0.001	0.004
	身體疼痛度	0.02	0.01	-0.02	-0.008	0.01	-0.01	0.008	0.03 [#]
	心理健康	0.04***	0.01	0.04***	0.03***	0.02*	0.02	0.03*	0.01
	社會功能	0.01	0.03*	0.013	0.016	0.003	0.02	0.03*	-0.02
疾病型態									
	兩者皆無(參考組)								
	有重大傷病	3.63	-2.49	-1.47	-0.64	0.13	0.21	-2.41	-1.66
	有慢性病	2.29***	1.33 [#]	0.186	0.98 [#]	0.19	0.33	1.33 [#]	-0.22
就醫科別									
	內兒科(參考組)								
	婦科	-0.18	0.84	0.50	-0.31	0.25	-1.01	-0.69	-1.21
	傷骨科	0.24	-2.76**	-2.16**	-2.86***	0.46	-3.01**	-2.57**	-0.58
	針灸科	0.93	0.30	0.53	-0.73	-0.31	1.76	0.33	3.01
	其他科	-0.13	-2.91 [#]	-0.64	-0.83	0.28	-2.50	-3.04*	0.33
	不知道	-0.79	-0.37	1.15	-0.16	0.98	-0.39	-0.77	-0.08
中醫院所特性									
	中醫診所(參考組)								
	中醫醫院	-1.95 [#]	-1.58	0.31	-0.11	-0.49	-2.88*	-1.05	0.06
	西醫附設中醫	1.45	1.83	-0.16	0.44	0.42	0.97	0.57	2.15
	台北分局(參考組)								
	北區分局	1.03	1.00	0.51	1.74*	-0.40	0.94	1.63 [#]	-1.00
	中區分局	2.50***	2.73***	2.47***	1.79**	-0.21	2.87**	1.42 [#]	1.91 [#]
	南區分局	2.02*	2.19*	2.18**	1.71*	0.50	1.69	0.72	3.75**
	高屏分局	1.04	1.42	-0.009	0.37	-0.67	-0.13	-0.87	-1.02
	東區分局	4.75*	4.54*	3.11 [#]	2.83 [#]	-0.10	5.01*	2.92	-0.65

註1：[#]表 $p < 0.1$ *表 $p < 0.05$ **表 $p < 0.01$ ***表 $p < 0.001$

註2：NA表此項不適用。

註3：R²、Adj R²、F值及截距值列於續頁(下一頁)。

註4：本表已控制基本人口特性，包括年齡、性別、婚姻、教育程度及收入。

表四 影響病人對各構面醫療服務品質與收費合理性滿意度之複迴歸分析(續)

控制變項	依變項	設備環境 滿意度	技術面 滿意度	溝通面 滿意度	醫病互動 滿意度	可近性 滿意度	照護結果 滿意度	整體 滿意度	收費合理 滿意度
		回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值	回歸係數值
醫療服務品質特性	針灸未用拋棄針(參考組)								
	針灸有採用拋棄式用針	1.86	NA	NA	NA	NA	11.13 [#]	10.18*	10.38 [#]
	不知道	1.73	NA	NA	NA	NA	12.81*	9.63*	9.14
	給藥 3天(參考組)								
	4-6天	NA	2.31**	1.64*	1.39*	NA	2.14*	1.82*	2.21*
	7天	NA	2.30**	1.79**	1.72**	NA	1.62 [#]	2.47***	0.65
	8天以上	NA	-2.04	-1.15	-4.31*	NA	-4.59	-7.15**	-2.15
	不知道	NA	1.17	1.19	0.82	NA	0.66	1.48	-0.64
	傷科非中醫師(參考組)								
	中醫師處置	NA	2.99**	0.20	1.58 [#]	NA	1.84	1.07	-0.37
	不知道	NA	-2.32	-5.76*	-2.28	NA	-3.05	0.05	5.49
	針灸非中醫師(參考組)								
	中醫師執行	NA	6.43*	5.82**	3.94 [#]	NA	2.32	7.06**	1.60
	不知道	NA	1.34	7.49	2.72	NA	-1.34	7.83	7.93
	未提供保健說明(參考組)								
	徵詢後提供	NA	0.75	2.17**	1.22 [#]	NA	0.54	2.91**	1.42
	主動提供	NA	7.01***	8.71***	5.44***	NA	6.71***	7.99***	3.30***
	不記得	NA	3.86*	5.10***	0.73	NA	3.44	2.63	1.16
	看診時間 5分鐘(參考組)								
	6-10分鐘	NA	1.29 [#]	0.56	1.47**	NA	0.13	0.35	1.23
	11-20分鐘	NA	2.76**	2.33***	2.62***	NA	1.68 [#]	1.64*	1.70
	21分鐘以上	NA	3.30**	2.11*	3.56***	NA	0.17	1.73 [#]	0.42
	不知道	NA	-15.0***	-6.13 [#]	-9.88**	NA	-14.40**	-12.42***	-10.40*
	交通時間 5分鐘(參考組)								
	6-10分鐘	NA	NA	NA	NA	-3.48***	NA	0.52	NA
	11-20分鐘	NA	NA	NA	NA	-4.77***	NA	1.11	NA
	21分鐘以上	NA	NA	NA	NA	-8.17***	NA	0.49	NA
	不知道	NA	NA	NA	NA	-9.09***	NA	7.06*	NA
	候診時間 5分鐘(參考組)								
	6-10分鐘	NA	NA	NA	NA	-2.13***	NA	0.06	NA
	11-20分鐘	NA	NA	NA	NA	-2.26***	NA	0.38	NA
	21分鐘以上	NA	NA	NA	NA	-6.75***	NA	-0.39	NA
	不知道	NA	NA	NA	NA	-6.27***	NA	-2.23	NA
	沒有再就診(參考組)								
	有因身體不適再就診	NA	NA	NA	NA	NA	-1.79*	-1.004	NA
是否差額收費	沒有差額收費(參考組)								
	有差額收費	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-2.60***	-4.1***
	截距	67.7***	57.28***	59.69***	64.17***	79.81***	52.9***	46.86***	51.27***
	F值	3.11***	5.92***	9.79***	6.88***	12.03***	5.19***	6.52***	2.50***
	R ²	0.068	0.159	0.239	0.181	0.242	0.150	0.204	0.078
	Adj R ²	0.046	0.132	0.214	0.154	0.222	0.121	0.173	0.047

註1：NA表此項不適用。

註2：*表 $p < 0.1$ **表 $p < 0.05$ ***表 $p < 0.01$ ****表 $p < 0.001$ 。

討 論

- 一、以病人滿意度評估醫療品質之爭議包括：病人缺乏足夠知識評斷醫療技術等，不過有學者為此提出反駁，例Lawthers及Ford研究證明；以病人報告資料去建立門診病患就醫可近性、滿意度及臨床醫療品質等品質指標是可行且有效度的。
- 二、電訪蒐集資料之限制包括資料完整性、回憶偏差(recall bias)、電訪者誤差等。但這些缺憾已因近來電話大為普及，且本研究詢問最近一個月的就醫經驗及有嚴格訪員訓練等而減少。
- 三、複回歸模式中，病人對醫療設備與環境品質及收費合理性滿意度兩構面之解釋力較低(各為6.8%及7.8%)其原因，前者可能因本研究在醫療設備方面只以針灸是否採拋棄式用針加以測量，而對其他設備未再予以細問有關。在收費合理性滿意度方面，亦可能有重要變項未納入探討，故整體解釋力偏低，建議後續研究者可再深入探討。
- 四、由文獻得知^[31]滿意度之調查研究，除受病人主觀因素、人口學特質、健康狀況、疾病特質等因素影響外，尚受病人之醫療信念等因素影響，在本研究中並未探討，建議後續研究者可再加強此方面之研究。
- 五、本研究於論文研究期間，受限於資料取得問題，並未探討實施前後之差異比較，為持續監測中醫門診醫療品質及提供相關單位研議參考，建議後續研究者，應用本研究發展建立之工具，進一步探討中醫門診總額支付制度實施前後之差異比較。

綜上結論，中醫醫療服務品質一般可為病人所接受，但為求更進步，本研究提出建議如下：

- 一、中醫院所應重視溝通品質，主動提供病患保健服務說明，並落實由醫師親自針灸及傷科醫療、提昇醫療設備品質，避

免不當之差額收費。

- 二、本研究發展之問卷可作為健保局定期監控民眾對中醫門診就醫可近性、醫療服務品質滿意度及差額負擔之工具，為因應中醫門診總額支付制度之實施，建議後續研究者進一步探討中醫門診總額支付制度實施前後各構面滿意度之差異。
- 三、衛生主管機關應建立中醫醫療品質保證及提昇制度，明訂獎懲辦法，並定期出版健康照護品質報告(Health care report card)以鼓勵中醫界持續提升品質。
- 四、為使問卷內容更能廣泛應用於全國，建議後續研究者可再增加實際執行中醫業務之醫師或醫療人員，俾能更確實掌握醫療服務本身之品質特性。

致 謝

本研究承中央健康保險局委託故鄉市場調查股份有限公司進行電話問卷調查並提供資料，特此致謝。

參考文獻

1. 李玉春、梁淑政：牙醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查報告。台北：行政院衛生署，1998-1999。
2. 李玉春：全民健保支付制度改革：如何兼顧品質與費用控制？在楊銘欽(編)：守護民眾健康-醫療保健政策白皮書。台北：厚生基金會，2001。
3. Hurst JW. Reforming Health Care in Seven European Nations. Health Affairs 1991; Fall: 8-21.
4. 行政院衛生署：中醫門診總額支付制度規劃草案。台北：行政院衛生署，2000。
5. 徐台玲：門診醫療照護品質之研究—以焦點團體與電話訪談為評估方法。台北：台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1998。
6. 李旻貞：全民健保基層醫療服務品質之研究：以病人滿意度為評估方法。台北：陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1996。
7. 陳明哲：醫學中心公保產婦就醫滿意度之

- 研究。台北：陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1992。
8. Young GJ, Meterko M, Desal KR. Patient satisfaction with hospital care effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care* 2000;**38**:325-34.
9. 張宏禮、陳瑞照：中醫門診服務滿意度調查研究。台北：輔仁大學應用統計研究所碩士論文，1999。
10. 曾淑貞：台北市某中醫門診初診病人滿意度及相關因素之研究。台北：國立台灣師範大學衛教所碩士論文，1986。
11. 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：陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1995。
12. Lawthers AG, Rozanski BS, Nizankowski R, Rys A. Using patient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland. *Int J for QHC* 1999;**11**:497-506.
13. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Manage Rev* 1997;**22**:74-89.
14. TVBS民意調查中心：全民健康保險民意調查報告。台北：中央健康保險局，2000。
15. 陳紫郎、黃維民、王俊文：全民健保的另一個觀點：病患與醫師滿意度的重要性，全民健保之評析與展望。台北：國家衛生研究院，1998。
16. Lubalin J, Schnaier J, Forsyth B, et al. Design of a survey to monitor consumer's access to care, use of health services, health outcome, and patient satisfaction. Report of the Agency for Health Care Policy and Research, 1995.
17. 李玉春、林蕙卿：全民健康保險門診醫療服務品質之研究。台北：行政院衛生署，1996-1998。
18. Aday LA, Shortell SM. Chapter 3: Indicators and predictor of health services utilization. In : Williams SJ, Torrens PR, eds. *Introduction to health services*. New York: John Wiley & Sons, 1988;51-81.
19. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland :patient satisfaction and outcomes. *QHC* 1999;**8**:86-91.
20. Kersink J. Evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J for QHC* 2000;**12**:143-7.
21. Tarlov AR, Ware JE. Application of methods for monitoring the result of medical care. *JAMA* 1989;**18**:925-30.
22. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983;**6**: 185-210.
23. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;**34**:220-33.
24. 蔡秀欣：髌股骨折老年病患返家後生活品質之探討。桃園：長庚大學護理研究所碩士論文，1999。
25. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986;**35**:382-5.
26. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1955;**16**:297-334.
27. 康健壽：中醫門診病人求診教學醫院中醫部或一般診所的相關因素探討。台北：台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
28. 故鄉市場調查股份有限公司：全民健康保險牙醫門診病人就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查報告。台北：中央健康保險局，2000。
29. 吳統雄：電話調查—理論與方法。台北：聯經出版事業，1990。
30. Piette JD. Satisfaction with care among patients with diabetes in two public health care systems. *Med Care* 1999;**37**:538-46.
31. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access. *Med Care* 1981;**14**:127-39.