

由全民健保西醫門診資料探討台灣民衆的感冒求醫特性

林宜平¹ 丁志音^{2,*}

YI-PING LIN¹, CHIH-YIN LEW-TING^{2,*}

¹ 國立台灣大學衛生政策與管理研究所

Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University.

² 國立台灣大學公共衛生學系，台北市仁愛路一段一號

Department of Public Health, National Taiwan University, No. 1, Ren-Ai Rd., Sec.1, Taipei, Taiwan.

*通訊作者 Correspondence author. E-mail: chihyin@ha.mc.ntu.edu.tw

目標：由全民健保門診資料探討台灣民衆的感冒求醫特性。**方法：**利用行政院衛生署所公布的1999年與2000年「全民健康保險醫療統計年報」，擷取其性別、年齡別與疾病別門診人次、人數與費用等報表資料，再分別除以台灣地區的性別與年齡別人口數，據以描述台灣地區民眾因感冒(包括上呼吸道感染與流行性感冒)使用健保門診的求醫特性，並進行討論。**結果：**1999年與2000年台灣地區民眾因感冒而使用健保西醫門診，其醫療費用分別佔健保西醫門診總費用的14.23%與14.30%，求醫人次佔總人次的27.92%與28.80%，平均每人每年因感冒使用西醫門診3.35次與3.42次。2000年曾因急性上呼吸道感染至健保西醫門診求醫者佔總人口的64.45%，其中14歲以下的兒童不但求醫的人口比例高，次數也最多；而女性急性上呼吸道感染門診求醫的人口比例與次數也較男性高。台灣地區民眾感冒的健保門診求醫人次有九成以上在診所。**結論：**台灣地區民眾的感冒門診求醫，無論就每人平均次數或是其所佔的門診人次比例而言，都高於美國與加拿大。由公共衛生的角度看來，或可由增進台灣地區感冒患者的自我照護能力與健康素養著手，並且積極預防感冒的發生，以降低台灣民眾非必要的感冒門診求醫。(台灣衛誌 2003；22(3)：217-226)

關鍵詞：台灣、感冒、健保資料、門診求醫

Outpatient care-seeking of colds and influenza under the health insurance system in Taiwan

Objectives: To explore the characteristics of outpatient care-seeking for colds and influenza in Taiwanese National Health Insurance (NHI). **Methods:** We obtained our data from the 1999 and 2000 NHI annual reports to calculate the annual expenses and average outpatient visits for colds and influenza. Age and gender differences in the frequencies of outpatient visits of cold and influenza and the patients' preferences of outpatient services were explored. **Results:** In 1999 and 2000, Taiwanese people spent 14.23% and 14.30% of total NHI outpatient expenses on outpatient care for colds and influenza. The outpatient visits for cold and influenza accounted for 27.92% and 28.80% of total outpatient visits. Taiwanese people had an average of 3.35 and 3.42 outpatient visits per person in 1999 and 2000 for colds and influenza. Children under 14 years of age had the highest proportion of outpatient visits for their acute respiratory infections and were the most frequent users in such visits. Females also had a higher proportion of outpatient visits for acute respiratory infections and were more frequent users than males. More than 90% of Taiwanese patients preferred family clinics to hospitals for the care of their colds or influenza. **Conclusions:** For the outpatient visits for colds and influenza in Taiwan, the frequency of service utilization and the percentage in total outpatient visits were all higher than those in the US or Canada. In order to reduce unnecessary outpatients visits for colds and influenza in Taiwan, we suggest, from public health perspectives, to improve the general public's self-care ability and their health literacy, and also to prevent the colds and influenza epidemics. (*Taiwan J Public Health*. 2003;22(3):217-226)

Key words: Taiwan, colds and influenza, National Health Insurance, outpatient care-seeking

前 言

小病微恙的門診求醫及其對醫療保健資源的耗用，是許多醫療資源相關研究關注的主題[1-3]，其中上呼吸道感染或俗稱的感冒是一般門診中最常見的疾病，但是有大半被歸類為「不必要的門診」，並且又牽涉到醫師開具抗生素治療感冒的問題，而為近年來許多研究的重點[4-6]。

感冒，包括一般感冒(common cold)和流行性感冒(influenza)，是致死率低，但是盛行率最高的人類疾病。感冒絕大多數(>90%)的病因是急性濾過性病毒感染，有明顯的季節性，預後良好[7]。感冒的臨床診斷通常是急性上呼吸道感染，主要的症狀包括鼻塞、流鼻水、打噴嚏、喉嚨痛或是咳嗽[8]。根據美國的資料[9]，平均一個人一年會罹患3-5.6次感冒，而其中又以一歲以下的嬰兒每人每年6.1-8.3次，發生率最高；兒童的病毒性呼吸道傳染病，罹病率到六歲以上才逐漸下降；在美國的成年人口中，病毒性呼吸道傳染病是30-50%缺勤的主因，也是60-80%兒童病假的主要原因。

感冒的原因[9]，根據生物醫學的研究是病毒感染，但是和呼吸道感染有關的病毒有八大類，超過兩百種，由於經常有突變種出現，並且同時有多種病毒流行，再加上罹病時間短(通常在八天之內)，又可自然痊癒，因此臨床上通常並不做病毒檢驗與分類。感冒的生物醫學臨床處置，除了休息和補充水分之外，目前其實是「無藥可治」的[10]。美國醫學會雜誌JAMA的編輯，在1999年還曾以「尋求聖杯」，來形容生物醫學界多年來尋找感冒治療藥物的艱辛過程[11]。美國與加拿大的研究都顯示[4,5]，一般民眾對感冒的處置，通常以自我照護、限制日常活動與自服成藥為優先，其次是非專業諮詢(lay consultation)，最後才會尋求醫療照護，在基層醫療門診中求醫的感冒病患事實上只是冰山的一角。

由美國與加拿大的門診資料看來[12]，

投稿日期：91年10月1日

接受日期：92年5月19日

美國與加拿大的民眾平均每人每年因感冒門診求醫都在一次以下，加拿大民眾的每人每年門診求醫總數4.82次，雖略高於美國的4.05次，但是急性上呼吸道感染佔加拿大總求醫人次的13.7%，美國的12.8%，二者的差異並不大。然而在美國與加拿大無併發症的感冒求醫中，還有一半以上被視為「無必要」的門診求醫，是可以教育民眾自我照護，設法降低的[2,3]。民眾因感冒而做非必要的門診求醫，除了耗費有限的醫療資源之外，並且還有抗生素濫用的問題，由各國的實證資料看來，在門診中醫師針對感冒、上呼吸道感染與支氣管炎等病毒感染的疾病開具抗生素的比例，大概介於50-70%之間[7,13-15]。

有關台灣地區民眾感冒的門診就醫特性，目前並無研究報告，但是自1995年台灣的全民健保開辦以來，國民醫療給付按疾病別分(以2000年的資料為例)，以「呼吸系統疾病」所佔的結構比(18.90%)為最高，分別佔門診給付金額的22.48%，與住院的10.16%[16]。而1998年台灣地區呼吸系統疾病所佔的醫療給付結構比(19.8%)，相較於1995年的日本(8.3%)也要高出許多[16]。本研究據此推論，台灣地區呼吸系統疾病的健保給付，感冒佔有其中相當大的比重。

為瞭解台灣地區民眾因感冒而利用健保門診的狀況，本研究由1999與2000年台灣地區全民健康保險年報中擷取資料，據以描述台灣地區民眾平均每人每年的感冒門診求醫次數、費用、求醫人數所佔的人口比例，以及求醫的醫療院所，最後並討論台灣民眾感冒門診求醫的特性，以及改變台灣民眾感冒門診求醫可能的介入方式。

材料與方法

本研究由行政院衛生署所公佈的1999年與2000年「全民健康保險醫療統計年報」[17]擷取資料，由年報中所公布的性別、年齡別、疾病別與醫療院所別的門診人次、人數與費用等資料，計算健保門診中因感冒求醫的平均求醫人次、費用與求醫人數所佔的人口比例。由於1999年與2000年台灣地區全民

健保的納保率分別為96.06%與96.16% [18]，因此各性別與年齡別的人口數，研究者以行政院衛生署所公佈的「衛生統計年報」[17]中，1999年與2000年台灣地區的年底人口數估算，本研究所計算的性別與年齡別平均感冒人次與費用，雖然會因為分母較大而低估，但是差異應該在5%以內。

限於資料特性，本研究所定義的感冒，為健保年報中的急性上呼吸道感染(A-code: 312)與流行性感冒(A-code: 322)兩項，研究者合併計算這兩項資料的人次與費用，在本研究中合稱為「感冒」的人次與費用。至於西醫健保門診求醫人數，由於急性上呼吸道感染與流行性感冒的人數無法合併(同一人在同一年中，曾經因急性上呼吸道感染又因流行性感冒門診求醫時，會重複計算)，因此研究者計算感冒門診求醫所佔的人口比例時，將

急性上呼吸道感染與流行性感冒分別計算。

結 果

表一的資料顯示，台灣地區民眾因感冒而利用全民健保西醫門診的醫療費用，在1999年與2000年分別為新台幣241億與249億，約佔其總費用(1,694億與1,742億)的14.23%與14.30%；因感冒而使用健保西醫門診的總人次分別為74百萬人次與76百萬人次，約佔其總人次(265百萬人次與264百萬人次)的27.92%與28.80%。台灣地區的民眾平均每人每年因感冒而利用健保西醫門診，在1999年與2000年分別為3.35次與3.42次，並且女性(3.58次與3.64次)略高於男性(3.10次與3.17次)，平均每人每年因感冒求醫的健保西醫門診醫療費用分別為1,092元與1,119元。由1999

表一 1999年及2000年台灣地區全民健康保險西醫門診人之與費用

	1999年			2000年			2000-1999年 之差異
	男性 (%)	女性 (%)	總計 (%)	男性 (%)	女性 (%)	總計 (%)	
台灣地區年底人口數(百萬) ^a	11.31 (51.21)	10.78 (48.79)	22.09 (100.00)	11.39 (51.14)	10.88 (48.86)	22.28 (100.00)	+0.83
健保西醫門診							
總人次(百萬) ^b	118.43 (44.69)	145.30 (54.82)	265.02 (100.00)	116.57 (44.12)	146.16 (55.32)	264.20 (100.00)	-0.31
總費用(新台幣十億元) ^c	79.99 (47.21)	88.76 (52.39)	169.43 (100.00)	82.05 (47.09)	91.49 (52.50)	174.25 (100.00)	+2.84
平均人次/年	10.47	13.48	12.00	10.23	13.43	11.86	-1.17
平均每人每年費用(千元/年)	7.07	8.23	7.67	7.20	8.41	7.82	+1.99
感冒健保西醫門診							
總人次(百萬) ^b	35.09 (47.40)	38.62 (52.16)	74.04 (100.00)	36.15 (47.51)	39.57 (52.00)	76.09 (100.00)	+2.77
總費用(新台幣十億元) ^c	12.57 (47.36)	11.42 (52.14)	24.12 (100.00)	11.83 (47.49)	12.96 (52.02)	24.92 (100.00)	+3.34
平均人次/年	3.10	3.58	3.35	3.17	3.64	3.42	+2.09
平均每人每年費用(千元/年)	1.01	1.17	1.09	1.04	1.19	1.12	+2.48

^a 資料擷取自衛生署：衛生統計資訊網[17]，1999年與2000年的「臺灣地區人口組成」。

^b 資料擷取自衛生署：衛生統計資訊網[17]，1999年與2000年的「全民健康保險—醫療統計年報」，表十七「西醫門診人次統計—按疾病別、性別及年齡分」。

^c 資料擷取自衛生署：衛生統計資訊網[17]，1999年與2000年的「全民健康保險—醫療統計年報」，表十八「西醫門診醫療費用統計—按疾病別、性別及年齡分」。

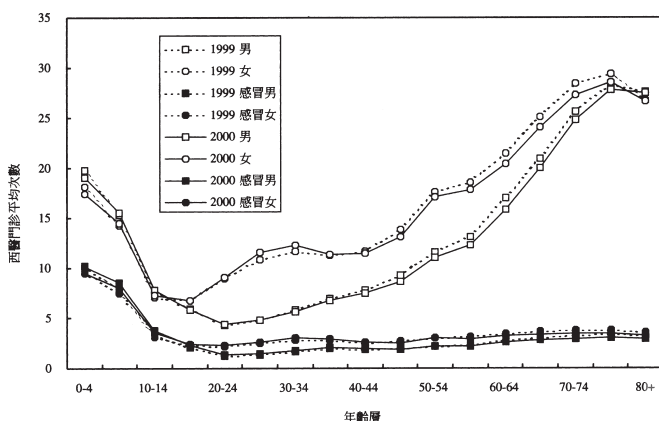
年到2000年，因為感冒健保西醫門診的平均人次與費用都略為成長(分別增加2.09%與2.48%)，總費用也增加3.34%。

研究者將1999年與2000年感冒健保西醫門診人次作性別與年齡的分層，發現這兩年西醫總門診人次與西醫感冒門診人次的分佈十分類似(圖一)。感冒的西醫門診次數由最高的0-4歲，1999年平均每人每年9.95次與2000年的9.79次，依年齡增加而遞減，至20歲之後降至一年約3次左右，男性與女性都有同樣的下降趨勢；在20歲以下的人口中，總求醫次數中約有一半是看感冒。

2000年曾因急性上呼吸道感染至健保西醫門診求醫者佔總人口的64.45%，圖二a的資料顯示，其性別與年齡別所佔的人口比例，以5-9歲的近九成(男性89.38%，女性89.83%)為最高，而男性20-24與25-29歲的不到五成(分別為48.86%與47.70%)為最低。然而曾因急性上呼吸道感染而求醫的女性人口比例，由15歲至39歲都有近七成，並且較同年齡的男性高出許多，這項性別差異，至65歲以上才逐漸趨緩。至於2000年曾因急性上呼吸道感染至健保西醫門診求醫者的平均求醫次數，以0-4歲為最高(男性12.80次，女性11.80次)，至20-24歲降至最低(男性2.62次，女性3.12次)。

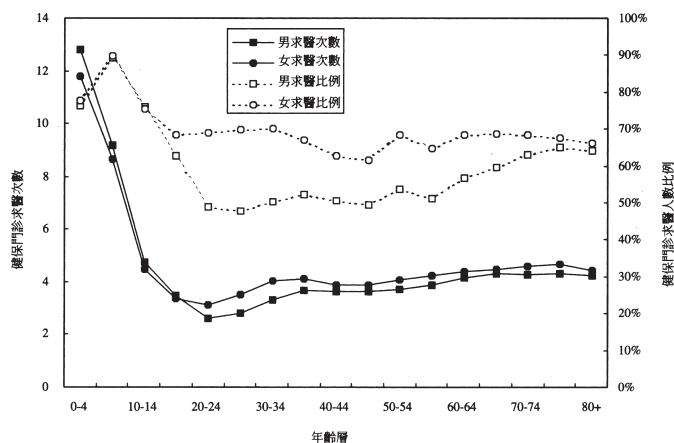
2000年曾因流行性感胃至健保西醫門診求醫者則佔總人口的8.36%，圖二b的資料顯示，其性別與年齡別所佔的人口比例，以5-9歲的超過一成(男性12.24%，女性11.92%)為最高，20-24歲男性的5.25%為最低。20歲以上的女性，曾因流行性感胃到健保西醫門診求醫的比例，在各年齡層都略高於男性。至於因流行性感胃至健保西醫門診求醫者的平均求醫次數，以0-4歲為最高(男性2.80次，女性2.75次)，20-24歲為最低(男性1.53次，女性1.52次)，然而各性別與年齡別的流行性感胃求醫次數都介於1.5次至3次之間，性別與年齡別的差異並不大。

分析2000年因感冒健保門診求醫的醫療院所類別則發現(表二)，感冒門診求醫佔醫療院所門診總人次的25.21%，與門診健保醫療總費用的12.85%。感冒求醫人次佔診所門診總人次的33.68%，醫院的6.15%；在費用方面則是診所門診健保醫療總費用的23.41%，醫院的2.43%。表二的資料也顯示，在所有因感冒而到醫療院所求醫的人次中，有92.54%人次至診所求醫，7.46%至醫院求醫；醫療費用的分佈也類似，在感冒的健保門診醫療總費用的分布中，有90.52%在診所，9.48%在醫院。感冒在診所的健保門診醫療費用為平均每次347.59元，在醫院則為451.44元。

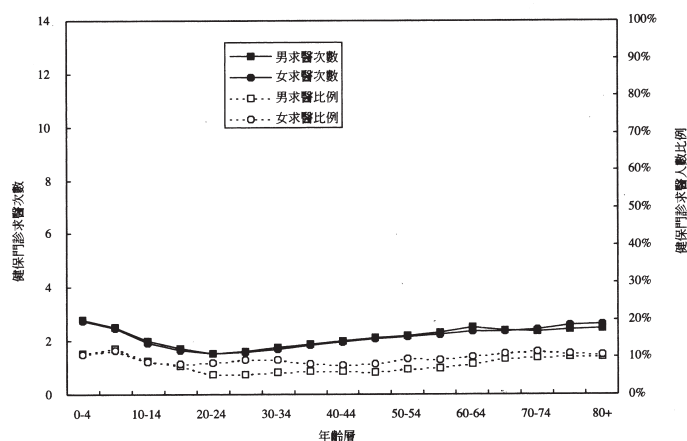


圖一 1999年及2000年台灣地區性別與年齡別健保西醫門診平均次數

^a 資料擷取自衛生署：衛生統計資訊網[17]，1999年與2000年的「臺灣地區人口組成」，以及「全民健康保險—醫療統計年報」的表十七「西醫門診人次統計—按疾病別、性別及年齡分」。



圖二a 2000年因急性呼吸道感染至健保西醫門診求醫者的平均求醫次數及其所佔的人口比例^a



圖二b 2000年因流行性感胃至健保西醫門診求醫者的平均求醫次數及其所佔的人口比例^a

^a 資料擷取自衛生署：衛生統計資訊網[17]，2000年「臺灣地區人口組成」，「全民健康保險—醫療統計年報」的表五「西醫門診人數統計—按疾病別、性別及年齡分」，以及表十七「西醫門診人次統計—按疾病別、性別及年齡分」。

討 論

感冒是小病，也是健保門診醫療費用中單價較低的病(2000年平均每次355.34元)，但是由2000年全民健保門診的資料看來，台灣地區民眾感冒求醫不但佔健保門診求醫總人次的25.21%(西醫門診總人次的28.80%)，也佔健保門診醫療總費用的12.85%(西醫門診總費用的14.30%)，感冒因而是台灣地區門診人次最多，也是健保門診醫療費用最高的單一疾病。

以下將針對本研究所描述的台灣地區民眾感冒健保門診求醫的幾項特性，與降低台灣地區民眾感冒門診求醫次數可能的介入方式，分別作討論：

一、台灣民衆感冒門診求醫特別多？

由2000年的資料看來，台灣地區的民眾平均每人每年因感冒西醫門診求醫超過三次，感冒佔西醫門診求醫總人次的三成左右，相對於美國與加拿大的感冒門診求醫，

表二 2000年台灣地區各醫療院所中的感冒健保門診人次與醫療費用^a

醫療院所類別	感冒健保門診人次		感冒健保門診醫療費用		感冒健保門診 每次平均費用 (次／元)
	在門診中 所佔的比例 (%)	人次分布 (%)	在費用中 所佔的比例 (%)	費用分布 (%)	
醫院合計	6.15	7.46	2.43	9.48	451.44
醫學中心	2.71	0.90	1.12	1.59	626.62
區域醫院	4.58	1.64	1.84	2.27	491.11
地區醫院	9.04	3.59	4.24	4.13	408.47
特殊功能、精神及 精神專科醫院	5.62	0.08	2.39	0.10	464.60
非評鑑西醫院	12.54	0.93	6.01	1.03	395.35
非評鑑中醫院	8.99	0.31	6.80	0.35	393.90
診所合計	33.68	92.54	23.41	90.52	347.59
西、牙醫診所	36.11	88.51	24.92	86.42	346.95
中醫診所	13.59	4.03	10.28	4.10	361.62
總計	25.21^b	100.00	12.85^c	100.00	355.34

^a 資料擷取自衛生署：衛生統計資訊網[17]，2000年「全民健康保險—醫療統計年報」的表十五「門診人次統計—按疾病別及院所分」。

^b 感冒健保門診人次在門診總人次中所佔的比例。

^c 感冒健保門診醫療費用在門診醫療總費用中所佔的比例。

平均每人每年一次以下，與感冒佔門診求醫總人次的12-13%[12]，無論就平均次數或是其所佔的門診比例而言都要高出許多。雖然目前並無台灣地區民眾感冒發生率的資料可供佐證，但本研究的資料顯示，台灣民眾因感冒門診求醫的人口比例可能較美國與加拿大高，並且依照目前台灣地區健保給付制度，每次感冒至診所求醫只能開給三天的藥，但是感冒一般的病程為八天[9]，可能還有一次感冒，重複求醫的狀況。

台灣的醫療文化與健保支付制度和日本十分類似。文獻指出[19,20]，日本的醫療文化因受漢醫影響，傳統上醫師賺取的是藥費而非診療費，多數由醫院與醫師直接給藥；再加上全國一致的醫療支付標準，病人可以自由選擇醫院與醫生，因此日本國民平均每年門診求醫12次以上，每次看診平均五分鐘，民眾無論大小病，一律選擇到醫療院所「拿藥」。在這樣的文化與制度下，日本的醫療費用相較於其他歐美國家，雖然十分低

廉，但是醫療院所看小病不看大病，犧牲的卻是民眾整體的醫療品質，與政府難以控管的所謂「藥價黑洞」。

此外，台灣交通方便，醫療院所林立，醫療服務的可近性與可及性都很高，可能也影響台灣民眾的感冒求醫，未來應可進一步作地區別的探討。

二、感冒門診求醫的性別與年齡差異

根據美國的資料，感冒的罹病率以六歲以下的兒童為最高[9]。本研究也發現，由2000年台灣地區民眾曾因急性上呼吸道感染求醫的人口比例看來，急性上呼吸道感染求醫是14歲以下兒童十分普遍的問題，有超過七成以上的兒童，曾經因為急性呼吸道感染而至健保西醫門診求醫，而其求醫次數則隨年齡的增加，由0-4歲的超過10次，而逐漸減少至10-14歲的四次左右，性別的差異並不大。至15歲以上，因急性呼吸道感染而至健保西醫門診求醫的男性人口比例開始降低，

20-59歲的男性，只有約五成曾經因為急性呼吸道感染而至健保西醫門診求醫，並且平均都在四次以下。相對於男性，女性因急性呼吸道感染而至健保西醫門診求醫的人口比例不但較高，平均次數也略高於男性。至於流行性感冒，則各性別、年齡別健保西醫門診求醫的人口比例都約佔一成，2000年曾因流行性感冒而至西醫門診求醫者，平均每人求醫三次左右。

由本研究的資料看來，台灣地區民眾的感冒健保西醫門診求醫，兒童與婦女不但門診求醫所佔的人口比例較高，次數也較多。雖然在國外的研究中，生育年齡的女性在所有醫療資源的使用上都高於男性，結果相當一致[1,21]，但是有關感冒門診求醫次數的性別差異，在不同的研究中，結果並不一致[6,22]。一般而言，生育年齡的女性，特別是有五歲以下小孩的女性，較有可能成為一般門診中的高頻求醫者[1]。值得注意的是，家中有嬰幼兒的女性，通常也是嬰幼兒的照護者，與嬰幼兒是否進入醫療照護的決定者，因此孩童的醫療資源使用，與其母親的醫療資源使用特性息息相關[23]。若要降低台灣地區兒童與婦女感冒的門診求醫比例與次數，育齡婦女都應該是最主要的介入對象。

三、台灣民眾感冒門診求醫的醫療院所

本研究發現，在台灣地區因感冒而使用門診求醫的人次中，九成以上的醫療院所是在診所，顯示台灣民眾偏好小型診所看感冒之類的小病。就健保的感冒門診醫療費用而言，在診所求醫的費用相對於醫院也較低。感冒的門診醫療費用佔診所門診醫療費用的兩成左右，而感冒門診人次在診所中更佔三成左右，感冒因而可說是台灣地區診所門診醫療費用與人次的重要來源。

四、感冒的照護：專業、常民或是民俗體系？

根據Kleinman對複向求醫的研究與分類方式[24,25]，一般可自行痊癒的小病，其實並不需要進入專業醫療體系，在常民

(popular)或是民俗(folk)體系中，就可以得到解決。美國的研究發現[4,5]，一般民眾日常處理呼吸道疾病之類的「急性小病」(acute minor illness)，決定是否進入醫療照護的因素，主要是自覺的疾病嚴重程度與病程(episode)的長短，最後會進入醫療體系的比率並不高。再加上目前生物醫學對感冒只能做症狀治療，到門診求醫也無特效藥，因此美國與加拿大的研究都發現[4,5]，有八成左右的感冒病人以自服成藥為感冒的自我照護方式；另一項資料則顯示[26]，有三分之二的美國家庭裡有常備的感冒藥，孩子感冒時會由母親自行給藥。探討感冒的家庭治療方式則發現[25]，不管歐裔、非裔或是西裔美國人，在家庭中母親治療孩童感冒的方式，除了服用無須醫師處方的成藥之外，多半配合其他的「補充療法」，不同的文化背景，並且有不同的偏好。感冒的民俗治療方式，根據的多半是常民的「冷/熱說」，一般包括喝水、喝熱茶、塗抹樟腦、補充維他命等，但是不同族群的受訪者一致認為，如果感冒不治療，可能會轉為肺炎或是氣管炎[27]。

美國以電話訪問感冒求醫病人的資料則顯示[28]，有97%的受訪者認為休息，63%認為非處方藥物有助於感冒的治療，另外維生素C(67%)與吸熱蒸汽(70%)也可有效減輕感冒的症狀，44%認為抗生素可治療感冒，85%認為感冒可以自行痊癒。另一份美國有關抗生素的調查研究報告則顯示[29]，在小兒科病人的家長中，有32%認為使用抗生素治療感冒是必要的。事實上連美國的大學生，都有很高的比例，對一般感冒的症狀與抗生素能否治療感冒等，存有誤解[30]。若從衛生教育的角度看來，如何增進感冒病人自我照護的能力與其健康素養(health literacy)，仍有很大的發展空間[31]。

五、減少民眾的感冒門診求醫

為減少民眾的感冒門診求醫，美國與加拿大都曾透過大眾傳播與各種衛生教育方案，進行介入性研究。美國在1980年代就曾製作簡單的衛教單張，內容主要是決定感冒

是否需要求醫的準則(algorithm)，還附贈體溫計，並且配合護理人員的電話諮詢，結果成功地減少44%的感冒門診求醫[32]。但是1994年加拿大的安大略省，為減少民眾的感冒門診求醫，全面發放感冒自我照護手冊，並且透過大眾傳播進行宣導，主要的宣導內容是感冒門診求醫耗費資源、一般感冒無須門診求醫，以及醫師無法治療感冒等等，卻沒有收到預期的效果[20]。美國一項為減少小兒科醫療資源使用的研究中則發現，針對小兒科病人的父母，發放自我照護手冊，對減少其「非頭胎子女」的醫療資源使用效果十分顯著，但是對其頭胎子女而言，並無差異[33]。

研究顯示[33]，家庭結構改變之後，小家庭裡照護嬰幼兒的諮詢支援減少，醫療專業可能會成為新手父母尋求諮詢的主要對象。英國探討社經因素與門診中高頻率求醫者的研究報告也發現[1]，離婚、喪偶、低社經等較缺乏社會支持的民眾，有較高的比例轉向醫療體系尋求照護資源，而成為高頻求醫者。事實上民眾會進入醫療體系中尋求小病的治療，反應的可能是其他資源與訊息的缺乏，或甚有其他未滿足的需求，其背後存在複雜的社會經濟因素，這是在推動減少醫療資源使用的介入性研究時，需要同時列入考慮的。

六、預防感冒

從公共衛生的觀點看減少感冒門診求醫，除了增強民眾自我照護的能力與健康素養之外，另一種介入方式就是預防感冒的發生。由於生物醫學認為感冒主要是經由口鼻分泌物傳染的病毒感染，通常由六歲以下的幼兒傳染給其他的家人(特別是兄弟姊妹)，因此感冒最重要的預防方式，就是加強個人衛生，包括勤洗手和鼓勵病人多用衛生紙[9]。徹底隔離病人雖然不可行，但是建議感冒患者，最好在病情最嚴重的一至三天內，盡量減少社會接觸[9]。另外挪威的研究資料顯示，相較於家庭托育，在機構托育的3至5歲幼兒罹患呼吸道疾病的比例較高[34]，如何預防幼兒托育機構中的感冒傳染，也需要

公共衛生介入方案特別重視。

至於感冒預防針，一般感冒目前還沒有預防針，只有症狀相對較嚴重的流行性感冒，有疫苗與經常性的施打。雖然流行性感冒疫苗有時會因為和流行株種不符，而無法發揮效益，但是一般而言，在老年人口中，施打流行性感冒疫苗是符合成本效益的公共衛生投資[35]。日本的資料也顯示，因流行性感冒而致死的，有超過90%以上是65歲以上的老人[36]。台灣地區自1998年起試辦「六十五歲以上高危險群老人流行性感冒疫苗接種計畫」[37]，各衛生單位不但應加強宣導老人接受這項預防保健服務，並且應鼓勵老人罹患流行性感冒時儘速就醫，以免導致失能或死亡。

在成年人口，如果計算疫苗成本與醫療人員費用，再加上為施打疫苗而損失的工時等，針對有工作的成年人口施打流行性感冒疫苗並不符合成本效益[38]。日本自1987年起，曾經針對學齡兒童全面施打流行性感冒疫苗[39]，後因對其成效有疑義，自1994年起，流行性感冒疫苗的施打，已改為自願接種[36]。

近年來流行性感冒的藥物治療與預防有很大的突破[40-42]，在流行性感冒大流行時，使用Amantadine、Rimantadine或是Oseltamivir與Zanamivir的各種臨床策略，已有研究開始做其成本效益評估[43]，以及討論這些藥物在職場中的應用[44]，但是目前這些藥物成本都很高，因此其成本效益也仍未有定論。

七、小結

感冒是發生率高、致死率低，但是目前無有效藥物治療的疾病。本研究描述台灣民眾在健保門診中的感冒求醫行為，並討論此現象背後，台灣特殊的醫療文化與制度，以及許多可能的社會經濟因素。為避免台灣地區的醫療資源耗費在「醫療」感冒上，如何設計更合理的制度，或是加強一般民眾自我照護的能力，增進其健康素養，進而改變民眾感冒至門診求醫的習慣，並且積極預防感冒的發生，值得衛生單位進一步思考。

參考文獻

1. Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract* 2000;**17**:298-304
2. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, et al. Minor acute illness: a preliminary research report on the "worried well". *J Fam Pract* 2002;**51**:24-9.
3. Hurwicz ML, Berkanovic E. Do elderly Medicare recipients contact physicians appropriately? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;**57**:S187-94.
4. Hurwicz ML, Berkanovic E. Care seeking for musculoskeletal and respiratory episodes in a Medicare population. *Med Care* 1991;**29**:1130-45.
5. Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg: Common symptoms and how people care for them. *Med Care* 1987;**25**:539-69.
6. Solberg LI, Braun BL, Fowles JB, Kind EA, Anderson RS, Healey ML. Care-seeking behavior for upper respiratory infections. *J Fam Pract* 2000;**49**:915-20.
7. Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for adults with cold, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians. *JAMA* 1997;**278**:901-4.
8. Couch RB. Common cold. In: Hurst JW ed. *Medicine for the Practicing Physician*. 4th ed. Stamford: Appleton & Lange, 1996;479-81.
9. Dolin R. Common viral respiratory infections. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ et al., eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. New York: McGraw-Hill, 1998;1100-5.
10. Kim MC, Lee NP. How to treat influenza and colds. *West J Med* 2000;**172**:260-4.
11. McIntosh K. Closer to a cure for the common cold? [Editorials] *JAMA* 1999;**281**:1844-5.
12. Katz SJ, Hofer TP, Manning WG. Physician use in Ontario and the United States: The impact of socioeconomic status and health status. *Am J Public Health* 1996;**86**:520-4.
13. Mainous AG III, Hueston WJ, Clark JR. Antibiotics and upper respiratory infection: do some folks think there is a cure for the common cold. *J Fam Pract* 1996;**42**:357-61.
14. Kawamoto R, Asai Y, Nago N, Okayama M, Mise J, Igarashi M. A study of clinical features and treatment of acute bronchitis by Japanese primary care physicians. *Fam Pract* 1998;**15**:244-51.
15. Metlay JP, Stafford RS, Singer DE. National trends in the use of antibiotics by primary care physicians for adult patients with cough. *Arch Inter Med* 1998;**158**:1813-8.
16. 黃旭明：我國醫療保健支出統計資料分析報告。台北：行政院衛生署統計室，2001。
17. 衛生署：衛生統計資訊網。(cited 2003/2/28) URL:<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
18. 中央健康保險局：認識健保局：統計數據。(cited 2003/2/28) URL: http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_3.htm
19. Chelimsky E. The political debate about health care: Are we losing sight of quality? *Science* 1993;**262**:525-8.
20. Ikegami N, Campbell JC. Medical care in Japan. *N Engl J Med* 1995;**333**:1295-9.
21. Mustard CA, Kaufert P, Kozyskyj A, Mayer T. Sex differences in the use of health care services. *N Engl J Med* 1998;**338**:1678-83.
22. Vingilis ER, Brown U, Sarkella J, Stewart M, Hennen BK. Cold/flu knowledge, attitudes and health care practices: results of a two-city telephone survey. *Can J Public Health* 1999;**90**:205-8.
23. Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care* 2001;**39**:990-1001.

24. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980;49-60.
25. Patcher LM, Sumner T, Fontan A, Sneed M, Berstein BA. Home-based therapies for the common cold among European American and ethnic minority families. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;**152**:1083-8.
26. Maiman LA, Becker MH, Cummings KM, Drachman RH, O'Connor PA. Effects of sociodemographic and attitudinal factors on mother-initiated medication behavior for children. Public Health Rep 1982;**97**:140-9.
27. Baer RD, Weller SC, Pachter L, et al. Cross-cultural perspectives on the common cold: data from five populations. Hum Organization 1999;**58**:251-60.
28. Braun BL, Fowles JB, Solberg L, Kind E, Healey M, Anderson R. Patient beliefs about the characteristics, causes, and care of the common cold: an update. J Fam Pract 2000;**49**:153-6.
29. Palmer DA, Bauchner H. Parents' and physicians' view on antibiotics. Pediatrics 1997;**99**:1-5.
30. Zoorob RJ, Larzelere MM, Malpani S, Zoorob R. Use and perceptions of antibiotics for upper respiratory infections among college students. J Fam Pract 2001;**50**:38-40.
31. Reis J. Consumers' self-care algorithms for the common cold: implications for health education interventions. J Am Coll Health 2001;**50**:27-32.
32. Roberts CR, Imrey PB, Turner JD, Hosokawa MC, Alster JM. Reducing physician visits for colds through consumer education. JAMA 1983;**250**:1986-9.
33. France EK, Selna MJ, Lyons EE, Beck AL, Calonge BN. Effect of a pediatric self-care book on utilization of services in a group model HMO. Clin Pediatr (Phila) 1999;**38**:709-15.
34. Nafstad P, Hagen JA, Oie L, Magnus P, Jaakkola JJ. Day care centers and respiratory health. Pediatrics 1999;**103**:753-8.
35. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta-analysis and review of the literature. Ann Intern Med 1995;**123**:518-27.
36. Goto H. Prophylaxis and treatment for influenza among the elderly. JMAJ 2002;**45**:245-50.
37. 中央健保局：健保速訊第319號。(cited 2003/2/28) URL:<http://www.nhi.gov.tw/13notice/txt/no319.txt>
38. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, et al. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of health working adults: a randomized controlled trial. JAMA 2000;**284**:1655-63.
39. Morio S, Okamoto N, Kawamoto A, Suyama A, Okamoto M, Nakayama H. Three year follow up study of national influenza vaccination practices in Japan. J Epidemiol Community Health 1994;**48**:46-51.
40. The MIST Study Group. Randomized trial of efficacy and safety of inhaled zanamivir in treatment of influenza A and B virus infections. Lancet 1998;**352**:1877-81.
41. Hayden FG, Atmar RL, Schilling M, et al. Use of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir to prevent influenza. N Engl J Med 1999;**341**:1336-43.
42. Treanor JJ, Hayden FG, Vrooman PS, et al. Efficacy and safety of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in treating acute influenza: A randomized controlled trial. JAMA 2000;**283**:1016-24.
43. Smith KJ, Roberts MS. Cost-effectiveness of newer treatment strategies for influenza. Am J Med 2002;**113**:300-7.
44. Fleming DM. The management of influenza in people of working age. Occup Med 2002;**52**:259-63.

