

初創期群醫中心門診使用率之分析

顧進昌 賴美淑 謝世民 林敬綜* 謝維銓

為了解社區民眾對新開辦群醫中心門診醫療服務利用的情形，本研究以台北縣三芝鄉群體醫療執業中心為例，收集群醫中心自民國 78 年 7 月 20 日開辦以後至民國 78 年 12 月 31 日的門診資料，逐月分析門診使用率，並探討相關因素與使用率的關係。

結果平均每每月來診病人 52.1% (482/926) 為女性，47.9% (444/926) 為男性；37.3% (345/926) 為自費病人，62.7% (581/926) 為非自費病人。全社區平均月使用率為 5.58%，其中女性使用率 (6.33%) 高於男性使用率 (4.95%)，累積使用率呈穩定增加到 12 月底為 18.04% (2991/16576)。年齡方面，平均月使用率最高者為老年人口 (14.98%)，其次為中年人口 (8.66%)，再其次為幼年人口 (4.55%)，最低為青壯年人口 (3.04%)。以村別分析，則愈遠離群醫中心之地區平均月使用率愈低，其中埔頭 (8.06%)，埔坪 (7.41%) 兩村最高，店子 (0.85%)、興華 (0.77%) 兩村最低。保險人口 (農保為例) 8 月份年齡標準化使用率為 8.37% (直接法) 與 7.85% (間接法)，均較全社區 8 月份使用率 (5.38%) 為高。研究結果顯示高危險群使用率高，而健康保險與交通距離均為影響使用率的重要因素，對使用率偏低的村落，有加強家訪衛教的必要。

Key Words : *Group Practice Center, Utilization Rate, Accumulative Utilization Rate. Farmer's Health Insurance.*

(中華衛誌 1992;11(1):60-69)

一、前言

政府為均衡發展城鄉醫療服務，最早於民國 65 年 4 月起在台北市郊區設立保健站 [1]，偏遠鄉村地區則於民國 68 年 2 月首度成立澳底社區保健站，69 年 1 月成立四湖鄉示範衛生所 [2]；以後隨著社會經濟發展，人民生活水準及教育程度的提高與

醫療需求的轉變，於民國 72 年 7 月起陸續在各缺乏醫療資源地區衛生所設立群體醫療執業中心 (以下簡稱群醫中心)，至 79 年度已成立 117 所群醫中心 [3]，同時為配合群醫中心制度以及加強偏遠地區慢性防治、追蹤管理，更於 72 年在各偏遠地區相繼成立基層保健服務中心 [4]，對基層醫療保健服務的推展，可謂不遺餘力。而對衛生機構所提供的基層醫療保健服務的推展，可謂不遺餘力。而對衛生機構所提供的基層醫療保健服務，做為消費者的社區民眾是否能充分認知且適切利用，則是大家所關心的問題；特別是現今規劃全民健保之際，基層醫療的品質與社區民眾對基層醫療單位認知

國立台灣大學醫學院附設醫院 家庭醫學科

台北縣三芝鄉群醫中心*

聯絡處：桃園市 33007 中山路 149 號省立桃園醫院

家庭醫學科

，利用的情形，格外受到有關單位的重視。

過去國內已有多篇調查研究〔1,2,4,5-8〕探討民衆對基層衛生單位的認識及利用的情形，其研究方法大多為選取樣本，以問卷調查方式收集資料，再予以統計、分析，實際以門診使用率來分析者並不多見，最早在民國 68 年有王國裕等人〔9〕以衛生所各項服務（含疾病門診）的利用率來比較中和、烏來兩鄉民衆利用衛生所的情形，該研究係參考 Luce 與 Stamps〔10〕的研究模式，收集民國 65 年兩衛生所的門診病歷和各種服務記錄，將實際利用過衛生所服務的人口與期望利用人口做比較研究，並分析各種影響因素，對探討民衆利用衛生所情形的研究提供了很好的幫助。而自群醫中心陸續成立擴大基層醫療門診服務以來，有關群醫中心門診使用率的報告並不多見，為探討社區民衆對群醫門診利用的情形，乃引發此次研究動機。

台北縣三芝鄉群醫中心自民國 78 年 7 月 20 日開辦以後門診所作業即採用支援醫院（台大醫院）設計之 TOPAS（Taida Online Primary care Automation System）〔11〕軟體電腦系統，病人基本資料及診斷處方均貯存在電腦裡，本研究乃利用儲藏的電腦檔案，收集、分析該群醫中心自開辦後到民國 78 年 12 月 31 日門診病患資料，並以全社區戶籍人口當人口基數，依時間變化，按月分析該鄉民衆不同屬性族群的使用率，主要目的有三：（1）分析新開辦群醫門診逐月使用率與全社區累積使用率。（2）探討相關因素與門診使用率的關係，如性別、年齡、村別等，提供進一步醫療保健服務策劃的參考。（3）以農保人口為對象，評估保險因素與門診使用率的關係。

二、材料與分法

1. 背景資料

台北縣三芝鄉位於本省北端，東臨大屯山區，西面向海，全鄉共分 13 村，人口約

一萬六千餘，居民職業以農林漁牧業及製造業最多，約佔全人口數的三分之一，對外交通主要有濱海公路及與淡水相接的山線公路。該鄉在醫療網計畫中屬台北區域醫療網，未開辦群醫之前，境內有藥房三家、牙科診所一家，全鄉僅有醫師兩名，且已值年邁退休之齡，醫療資源嚴重缺乏，經衛生署核定同意於 78 年 7 月 20 日開辦群體醫療執業中心，並請台大醫院家庭醫學科支援，除主任兼醫師一名外，每月有一位醫師固定支援。門診一開始即採用支援醫院設計之 TOPAS 軟體電腦系統，包括兩部 PC 及一部印表機，由掛號→門診診斷處方→批價→藥局構成一系列電腦連線作業，病人基本資料及門診診斷處方均貯存在電腦裡。

2. 資料收集及分析方法：

以民國 78 年 7 月 20 日到 12 月 31 日曾接受過三芝群醫服務的民衆為研究對象，包括一般門診病人及接受體檢者，而嬰幼兒預防注射，孕婦產檢、健兒門診等一般衛生所例行工作項目並不包括在內。方法為收集 78 年 7 月到 12 月電腦磁碟片內的資料，以月為單位，計算曾求診之人數（非人次數，即同一個人一個月求診一次以上仍以一人計算）及初診人數，扣除他鄉求診者（戶籍地址為準）後，依村別（13 村），年齡別（分四個組：幼年組—≤14 歲，青壯年組—15~39 歲，中年組—40~64 歲，老年組—≥65 歲），性別，保險狀況（自費、勞保、農保、公保、眷保、低收入戶及榮保），分別計算用率。

* 使用率計算公式如下：

$$\text{月使用率} = \frac{\text{特定條件在一個月內的求診人數（如男女、村別...）}}{\text{全社區特定條件的人口基數（78 年年中人口數）}}$$

$$\text{累積使用率} = \frac{\text{到某月底所有曾求診過之人數（非人次數）}}{\text{全社區人口基數（78 年年中人口數）}}$$



所有使用率均以百分率表示，因研究當時尚未有各年齡層人口統計資料，故年齡別使用率的人口基數採用 77 年的統計資料。7 月份僅有 10 天門診，月使用率未列入分析比較。

保險人口（農保為例）使用率之分析，其標準化採用直接法，即以全社區各年齡層人口數為基準，算出農保人口年齡標準化使用率；各村別使用率之分析，其標準化採用間接法，即以全社區年齡別使用率為基準，算出各村年齡標準化使用率。累積使用率計算到 78 年 12 月底為止。

使用率以率差檢定法（two independent proportion test）做統計差異之檢定。

三、結果

1. 每月門診使用率之分析：

78 年 7 月 20 到 12 月 31 日累積初診共有 3533 人接受三芝群醫門診服務，其中 2991 人（84.7%）為該鄉民衆，542 人（15.3%）為他鄉民衆（如附近石門鄉、淡水鎮…）；每月求診人數為 8 月—989 人，9 月—996 人，10 月—1072 人，11 月—1142 人，12 月—1129 人，有逐月增加的趨勢，到 9 月以後已達 1000 人左右的穩定狀態，平均每月來診 1066 人，其中大部份為該鄉民衆，佔 926 人（86.9%），其他 140 人（13.1%）為他鄉民衆。

全社區月使用率為 8 月—5.38%，9 月—5.10%，10 月—5.69%，11 月—5.89%，12 月—5.86%，每月使用率並未呈現明顯變化，五個月平均月使用率為 5.58%。性別方面，每月來診人數女性均大於男性，平均每月來診病人 52.1%（482/926）為女性，47.9%（444/926）為男性，每月使用率女性均明顯大於男性，平均月使用率女性為 6.33%，男性為 4.95%，其差異在統計上有意義（ $P < 0.05$ ）見表一。保險方面，依付費方式分自費病人與非自費病人（含公勞農保及部份負擔病患，如眷保、榮保…）兩種，則平均每月自費病人佔 37.3%（345/926），非自費病人佔 62.7%（581/926），自費或非自費病人中，女性病患人數均較男性為多，而三芝鄉 78 年年中人口男女性別比為 1.18:1，由此亦可看出女性的醫療利用大於男性。各村男女平均月使用率相比較，仍是女高於男，但愈偏遠地區相差漸不明顯，橫山村甚至男稍高於女，錫板村雖非偏遠村落，男女平均月使用率相差卻不明顯，見表二。

疾病型態方面分為慢性病與非慢性病兩種，其中慢性病係指勞保局所定的 18 種慢性病—糖尿病、高血壓、結核病、精神病、巴金森氏病、癲癇、甲狀腺機能障礙、哮喘、慢性肝病、腦血管疾病、關節炎、痛風、心臟病、慢性腎臟病、消化性潰瘍、換腎後藥物追蹤治療、癌症藥物追蹤治療、青光眼追蹤治療，三芝鄉民衆每月來診病人中慢性

表 1：三芝鄉民衆性別月份別門診使用率（%）

性 別 \ 月 份	8	9	10	11	12	平 均 (8 月-12 月)
男	4.93*	4.31*	4.99*	5.37*	5.13*	4.95*
女	5.91	6.03	6.51	6.51	6.71	6.33
合 計	5.38	5.10	5.69	5.89	5.86	5.58

* 各月男女性使用率之比較，以率差檢定法檢定，呈有意義之差異， $P < 0.05$ 。

病患人數及所佔百分比為 8 月—63 人 (7.1%)，9 月—136 人 (16.1%)，10 月—174 人 (18.5%)，11 月—179 人 (18.3%)，12 月—194 人 (20%)，故每月求診民衆均以非慢性病為主，但慢性病患人數及所佔百分比每月均有增加，顯示接受群醫中心照顧的慢性病患持續增加。

2. 全社區累積使用率分析：

三芝群醫每月初診人數均大於 400 人，8 月時最高峰有 894 人，以後逐月漸減，到 12 月底累積初診共 3533 人，其中 2991 人為三芝鄉民衆，以該鄉 78 年年中人口 16576 人計算，累積使用率為 18.04%，即到 12 月底止三芝鄉有近五分之一民衆接受過群醫中心門診服務。每月求診人次數為 8 月—1715 人次，9 月—1781 人次，10 月—1959 人次，11 月—1980 人次，12 月—2015 人次，呈逐月增加趨勢，而初診人數佔當月求診人次數之百分比為 8 月—52.1%，9 月—36.1%，10 月—27.5%，11 月—28.7%，12 月—22.4%，顯示門診醫師對初診病患詳細診療之負擔逐漸減輕，見表三。

3. 門診使用率與相關因素之探討：

(1) 性別年齡因素：

年齡方面分四個組來分析使用率，全社區平均月使用率以老年組 (≥65 歲) 最高—14.98%，中年組 (40~64 歲) 次之—8.66%，幼年組 (≤14 歲) 再次之—4.55%，最低者為青壯年組 (15~39 歲)—3.04%；男女相比較，幼年組與老年組男女使用率相差不多，但青壯年組與中年組則明顯地女性高於男性，分別為青壯年組—女性 4.18%，男性 2.07%；中年組—女性 10.43%，男性 7.29%，其差異在統計上有意義 ($P < 0.05$) 見表四。以圖形表示，男女性年齡與使用率之相關圖均呈“J”字型 (圖 1)，女性使用率於 15~64 歲年齡層明顯高於男性。13 村各年齡層使用率亦呈相同現象。

(2) 村別、地理交通因素：

以 13 村地理行政區域分佈圖來分析使用率，可以看出交通地理因素對使用率的影響，群醫中心所在的埔頭村及近距離的埔坪村平均月使用率最高，分別為 8.06% 與 7.41%，中距離村落 (茂長、橫山、福德…等村) 平均月使用率為 3.53%~6.70%，遠距離及多山地的店子、興華兩村最低，分別只有

表 3：三芝鄉群醫中心月份別求診人次數、初診人數與累積使用率

(七十八年七月至十二月)

類別 \ 月份	7	8	9	10	11	12
求診人次數	857	1715	1781	1959	1980	2015
初診人數	438	894	643	538	569	451
初診人數佔該月求診人次數之 %	51.1%	52.1%	36.1%	27.5%	28.7%	22.4%
累積初診人數	438	1332	1975	2513	3082	3533
三芝鄉累積使用率	2.36%	7.23%	10.39%	13.11%	15.83%	18.04%

註：七月份僅 10 天門診

0.85%與 0.77%，鄰接淡水鎮的後厝村雖非偏遠村落，平均月使用率為 2.73%，見表二。因各村人口年齡結構不盡相同，為減少年齡因素的影響，故以全社區當標準人口，用間接法求得 12 月份各村年齡標準化月使用率，所得結果仍是埔頭、埔坪兩村最高，分別為 7.77%與 8.68%，中距離村落為 3.45%~7.19%，偏遠多山地的店子、興華兩村最低分別為 1.19%與 1.37%，後厝村為 2.75%，見圖 2。顯示愈遠離群醫中心多山地的村落使用率愈低，其中偏遠山地的店子、興華兩村有鄉內山線公路通過市集中心，與淡水鎮相通，興華村市集中心到埔頭村與到淡水的距離相當，約 10 公里左右，使用率明顯低於同是偏遠山地的圓山村，鄰接淡水鎮的後厝村平均月使用率只有 2.73%，顯示此三村民眾可能有不少人利用附近淡水鎮的醫療資源。

若把平均月使用率大於 3%的地區

當做群醫中心主要實際服務區域，則以圓山村（平均月使用率 3.53%）市集點到衛生所約 6 公里的距離計算，三芝群醫主要涵蓋服務範圍約為 6 公里左右的生活圈。

(3)保險狀況與使用率之分析—以農保人口為對象

由於公勞保等保險人口基數較難掌握，故選用在三芝鄉農會有詳細資料的農保人口為對象，而研究期間適逢農保

表 4：三芝鄉民衆性別、年齡別平均月使用率（%）——七十八年八月~十二月

性別 年齡	男	女	合計
≤14 歲	4.56	4.55	4.55
15~39 歲	2.07	4.18*	3.04
40~64 歲	7.29	10.43*	8.66
≥65 歲	15.30	14.57	14.98

* 年齡別使用率男女性之比較，以率差檢定法檢定，呈有意義之差異， $P < 0.05$ 。

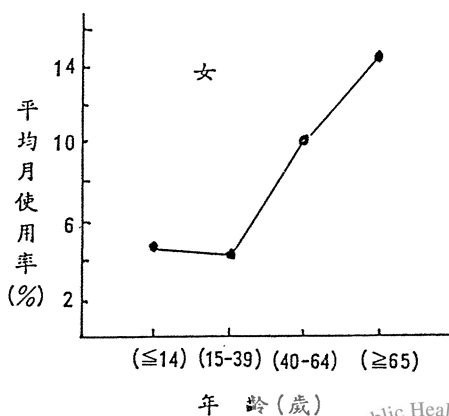
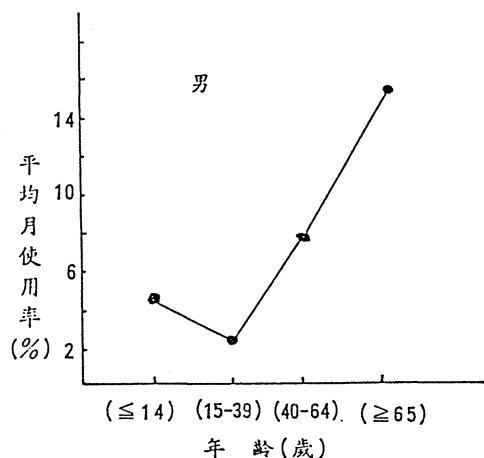


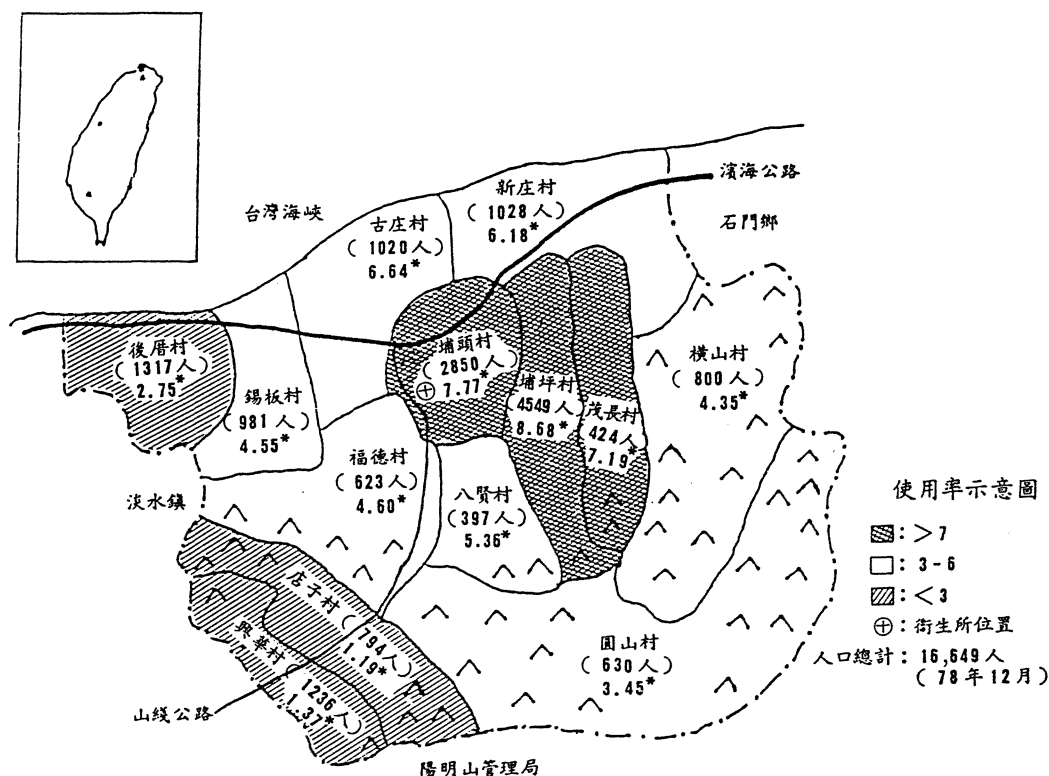
圖 1：三芝鄉民衆男女性，年齡與平均月使用率（%）相關圖

放寬投保條件，每月農保人數變動頗大，其在全社區人口所佔%為 8 月—11.4%，9 月—12.6%，10 月—13.2%，11 月—13.4%，12 月—13.8%，故採用月中農保人數（即月底農保人數加前一月底農保人數再除以 2）為人口基數，求得農保人口平均月使用率為 12.29%，遠較全社區的 5.58% 為高。但因農保人口年齡結構異於全社區，中老年人所佔百分比較高，故再以全社區人口當標準人口，計算農保人口年齡標準化月使用率，在 8 月為 8.37%（直

接法）及 7.85%（間接法），兩者均高於全社區 8 月份使用率（5.38%），見表五，顯示農保人口的醫療利用高於全社區人口。

四、討論與結論

影響民衆醫療利用的因素很多，大致可分五大類：(1)衛生需要因素—健康狀況。(2)組織、環境因素—如交通距離、候診時間…等。(3)社會人口因素—如年齡、性別、經濟



註：() 內數字為各村 78 年 12 月底人口數
* 為年齡標準化月使用率 (12 月)

圖 2：三芝鄉十三村 12 月份年齡標準化月使用率 (%) 與地理分佈圖
全社區月使用率 (%)：5.86 (12 月)

、教育程度、婚姻狀態…等。(4)社會心理因素一如對疾病的感受程度、對醫療機構的態度、信心…等。(5)其他：如健康保險，自我醫療照顧一等〔12-14〕。由於影響因素那麼多，且研究時樣本選取，測量方法，基本定義等均有所不同，故要客觀比較各種有關醫療利用的研究是相當不易。其中一個困難即在於如何精確定出一個醫療單位能夠服務的所有人口，本研究的特色即是以三芝鄉全體社區民衆為研究母體，實際算出不同屬性族群的門診使用率然後加以比較，與先前王國裕等人〔9〕，Luce 與 Stamps〔10〕的方法不同；雖然戶籍登記人口無法明確呈現居住之人口，有時會有籍在人不在或在籍不在的情形〔15〕，但各項使用率之分析結果都根據相同的戶籍人口，故所得各項結果之比較仍具參考價值。

8 月到 12 月每月使用率無明顯變化，而 Ejlertsson G〔16〕在瑞典的研究（1969～1982）則發現全年 12 月中夏季（7

、8 月）民衆求診率明顯降低，本研究並無類似發現，概三芝群醫 7 月 20 日才成立，8 月～12 月仍屬發展期中，且觀察時間只有五個月，尚未看出全年使用率變化情形。

女性使用率明顯大於男性，與國內外許多研究報告相一致〔5,9,14,16,17〕，此可能意味著女性的健康需求較男性為多。Ejlertsson G〔16〕的研究顯示各種疾病女性均較男性為多，特別是精神官能症、類風濕性關節炎及泌尿生殖系統毛病；Grimsmo A〔14〕認為女性使用率較高不僅僅是因為女性有較多疾病，因其他所有因素均列入調整後，仍具有統計意義，女性較重視她們的健康問題，帶小孩與老人看病的角色均是可能造成使用率較高的原因。但此種差距在偏遠村落卻不明顯，在橫山村女性使用率甚至比男性還低，這可能是因交通地理因素造成女性就醫之不便，或傳統重男輕女觀念減少了偏遠地區女性就醫之機會。另外，是否女

表 2：三芝鄉民衆性別村別門診平均月使用率（%）—78 年 8 月～12 月

村別 性別	埔頭	埔坪	八賢	古庄	新庄	後厝	錫板	福德	圓山	茂長	橫山	店子	興華
男	6.64	6.46	5.57	5.78	5.61	2.60	4.77	4.14	3.49	5.91	5.06	0.88	0.82
女	9.61	8.47	6.25	7.20	5.86	3.58	4.61	6.13	3.54	7.58	4.46	0.82	0.71
合計	8.06	7.41	5.87	6.41	5.72	2.73	4.70	5.03	3.53	6.70	4.79	0.85	0.77

表 5：保險狀況與三芝鄉門診月使用率（%）——以農保為例

月別 類別	8	9	10	11	12	平均
農 保	12.26	11.68	12.31	12.02	13.19	12.29
全 社 區	5.38	5.10	5.69	5.89	5.86	5.58

年齡標準化農保人口月使用率（8 月）—以全社區人口為標準人口

8.37%（直接法）

7.85%（間接法）

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

性醫療保險率較低亦是可能原因之一。

中老年組使用率最高，幼年組次之，顯示此兩年齡層健康需求較青壯年組為多，此結果亦與國內外許多報告〔5,9,14,17〕相同，群醫中心門診更應配合中老年病患來診，實施一套完善的慢性病公衛防治計畫，使高危險群得到最佳的醫療照護。Grimsmo A〔14〕的研究顯示大於 85 歲老人，醫療利用反而下降，行動不便可能是原因之一，本研究未做此方面的探討。青壯年組及中年組女性使用率明顯大於男性，除了前述原因之外，女性更年期毛病亦為可能原因，石曜堂等人〔5〕的報告發現女性在 45~65 歲明顯地較男性有更高的醫療服務利用頻次，與本研究結果類似。Ejlertsson G〔16〕在瑞典的報告則為女性在 25~44 歲有明顯較高的求診率，更年期因素在瑞典婦女似乎較不那麼重要。

交通地理因素是影響三芝群醫使用率重要原因之一，愈偏遠村落使用率愈低，此與 Ejlertsson G〔16〕的報告相同，王國裕等人〔9〕的研究亦認為民眾對衛生所的利用受到距離的影響。但某些國外的研究〔13,18〕則認為交通距離對使用率的影響不大，Luft et al〔19〕的研究亦顯示交通時間不是一個很重要的影響因素，並認為交通時間對利用率的影響並不是依一定比例的線性關係，而是在某範圍內無影響，超過閥值（threshold）後才會影響使用率。後厝、店子、興華三村不屬於三芝群醫主要服務區域，當地民眾較少利用群醫中心的門診服務，宜主動加強三村（特別是店子、興華兩村）民眾慢性病的保健衛教及其他衛生宣導工作。

農保人口年齡標準化使用率較全社區為高，顯示醫療保險確是影響三芝鄉民門診使用率之因素；在美國有多種不同醫療制度，亦有報告指出無保險者醫師求診次數較有保險者少了 41%〔20〕。國內江東亮〔21〕在民國 77 年對台中縣外埔與新社兩鄉農會會員的調查，指出有健康保險的農民對利用西

醫門診的可能性和利用量均較無健康保險的農民為高。傅振宗等人〔22〕民國 77 年對三所群醫中心門診病患的分析，則顯示免費負擔病患比較會重複使用醫療資源。石曜堂等人〔5〕對台北市居民的調查亦發現有健康保險的家戶醫師求診平均頻次較無保險者為高。可見健康保險確是增加民眾醫療利用的重要因素。

每月來診病人雖以非慢性病為主，但慢性病人有增加之趨勢，王國裕等人〔9〕先前調查烏來、中和兩鄉衛生所門診疾病主要也是以非慢性病為主，顯現第一線基層醫療急性病就醫的特色，而三芝群醫慢性病人數及比例的增加，表示該鄉有愈來愈多慢性病患接受群醫中心照顧，使中老年慢性病防治工作得以落實。Grimsmo A〔14〕在挪威的基層醫療調查報告指出慢性病患並未因交通時間的增加而減少門診利用，本研究未做此方面的探討。

綜合整個研究顯示三芝群醫成立五個多月後，有近 1/5 社區民眾利用過群醫中心門診醫療服務，中老年及幼年人口等高危險群使用率較高，受到應有較多的醫療照顧，也令人欣慰；但在群醫中心主要服務範圍之外的偏遠村落（店子、興華兩村），使用率明顯偏低，宜以綜合保健方式，個案追蹤及家訪等之重點，加強民眾衛生照護，藉由轉介，提高醫中心的可近性（accessibility）及持續性照顧。累積使用率至研究結束時仍呈穩定中之持續性增加，足見當地民眾對群醫中心有相當信心，三芝群醫中心確實發揮了基層醫療保健的功能。衛生人員利用門診民眾疾病之診斷，可對特定群體如糖尿病，高血壓病患集中做衛教宣導，使衛生、預防保健觀念更易深入民間。

全民健保環節牽涉廣泛，健全雙向轉診及基層醫療品質的提升是其關鍵之一。本研究肯定了三芝群醫基層醫療服務的功能，使用率分析結果雖不能代表所有群醫中心，但可做為其他群醫的參考；其他未列入分析因

素一如民衆健康狀況，對群醫的態度、信心，社經地位，疾病認知與感受程度…等以及未接受群醫中心門診服務的非使用者，尚須進一步的探討，而本研結果則可做為以後研究的基礎。

致 謝

感謝三芝鄉農會、戶政事務所有關人員協助提供人口資料及三芝鄉衛生所全體同仁全力配合，便本研究得以順利完成；季瑋珠醫師、李龍騰醫師在研究初始時熱心教導，特此一併致謝。

參考文獻

1. 魏登賢、許君強、張迦玫 台北市保健站就診民衆意見調查研究。公共衛生 1988; 14: 12-20。
2. 魏淑玲、藍忠孚 兩所新型基層衛生組織門診醫療利用及滿足感之比較研究。台灣醫誌 1983; 82: 982-92。
3. 行政院衛生署 中華民國台灣地區公共衛生概況。台北 1990: 28-29。
4. 黃明珠、吳聖良、林金玉 基層保健服務之評價研究。公共衛生 1988; 14: 1-11。
5. 石曜堂、陳麗美 台北市居民醫療服務能用之研究。醫學研究 1980; 3: 1023-132。
6. 張禹平、杜友蘭 民衆對衛生所利用狀況之調查研究。中華醫誌 1977; 24: 170-81。
7. 陳長欽 民衆對衛生所業務之認識及利用情形之調查研究 公共衛生 1979; 5: 247-64。
8. 黃鴻基 群醫型與非群醫型衛生所利用度及滿意度之比較。疫情情報導（行政院衛生署）1990; 6: 57-61。
9. 王國裕 民衆利用衛生所狀況之調查。研究報告 台灣省公共衛生教學實驗院出版，1979。
10. Luce BR, Stamps PL. An Approach to Accessibility Analysis. AJPH 1976; 66: 581-2.
11. 謝世民、林敬鋼、賴美淑 台大家庭醫學科基層醫療門診電腦化系統（TOPAS）—設計與施行初報。家庭醫學醫學會會刊 1990; 8: 127。
12. Foets M, Berghmans F, Janssens L. The Primary Health Care Project in Belgium: A Survey on the Utilization of Health Services. Soc Sci med 1985; 20: 181-90.
13. Hershey JC, Luft HS, Gianaris JM. Making Sense Out of Utilization Data. med care 1975; 13: 838-54.
14. Grimsmo A, Siem H. Factors Affecting Primary Health Care Utilization. Fam Pract 1984; 1: 155-61.
15. 熊瑞梅 影響遷移登記正確性的人口變項。人口學刊 1989; 12: 29。
16. Ejlertsson G. Utilization of Health Services in a Defined Swedish Population. Fam Pract 1986; 3: 9-13.
17. Salber EJ, Creene SB, Feldman JJ, Hunter G. Access to Health Care in a Southern Rural Community. Med Care 1976; 14: 971-86.
18. Andersen AS, Laake P. A Causal Model for Physician Utilization: Analysis of Norwegian Data. Med Care 1983; 21: 266-78.
19. Luft HS, Hershey JC, Morrell J. Factors Affecting the Use of Physician Services in a Rural Community. AJPH 1976; 66: 865-71.
20. Himmelstein DU, Woolhandler S. Pitfalls of Private Medicine: Health Care in the USA. Lancet 1984; 391-4.
21. 江東亮、蘇春蘭 農民健康保險對農民醫療消費行為的影響。中華衛誌 1990; 10: 79-88。
22. 傅振宗、張智仁、江東亮 不同付費身份病患使用群醫中心的情形與醫療費用之探討。台灣醫誌 1990; 89: 613-20。



AN ANALYSIS OF HEALTH SERVICES UTILIZATION IN A NEW GROUP PRACTICE CENTER-SAN CHIH GPC

JINN-CHANG GUH, MEI-SHU LAI, SHIH-MIN HSIEH,
JING-TZONG LIN*, WEI-CHUAN HSIEH

In order to explore the health services utilization of a newly developed group practice center (GPC) in the rural area, medical records of San-Chih GPC, Taipei County, were collected and analysed since opened date July 20, 1989 to December 31, 1989. Monthly utilization rate and factors relating to utilization rate were investigated. The results showed that 52.1% (481/926) of average monthly GPC users was female, 47.9% (444/926) was male; 37.3% (345/926) was self-payment users, 62.7% (581/926) was partial or total reimbursement users. The average monthly utilization rate of the whole community was 5.58%, female's utilization rate (6.33%) was higher than male's (4.95%). The accumulative utilization rate increased steadily to 18.04% (2991/1650) by the end of December, 1989. As regards age, higher utilization rate were found in the elderly and children group ($\leq 14Y/O$); average monthly utilization rate by

age were: 14.98% ($\geq 65Y/O$), 8.66% (40-64Y/O), 4.55% ($\leq 14Y/O$), 3.04% (15-39Y/O). Utilization rate was inversely related to the distance that from the village center to GPC, 8.06% and 7.41% were found in two nearest villages, 0.85% and 0.77% were found in the most far areas. Age-standardized utilization rate of the people who had farmer's health insurance were 8.31% (direct method) and 7.85% (indirect method) respectively, those two were higher than the utilization rate of the whole community in August (5.38%). This study revealed the high risk age group had higher utilization rate; health insurance and accessible distance were important factors related to utilization of the GPC. Public health services like home visit and health education should be provided to the low utilization area. (*J Natl Public Health Assoc (ROC): 1992;11(1):60-69*).

Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C. San-Chih Hsiang Group Practice Center, Taipei County, Taiwan, R.O.C*.