

群體醫療執業中心對醫療可近性的影響

江東亮 楊志良 丁志音

為提高醫療可近性，衛生署於民國72年起試辦「群體醫療執業中心計畫」，初期共成立12所群體醫療執業中心。為評估群體醫療執業中心對醫療可近性的影響，本研究採單組前後測設計，於群體醫療執業中心開辦前及開辦一年後以家庭訪視方法向此12所群體醫療執業中心所在鄉鎮居民收集研究資料，共有4811戶同時完成前測與後測兩次訪視。結果顯示：(1)無論成人或小孩生病，受訪家戶期望的第一步處理為赴外鄉鎮就醫的比率都顯著降低，(2)就受訪戶成員於受訪前一個月內的醫療服務利用情形而言，前測時衛生所提供3.5%的服務量，其他合格西醫師提供63.8%的服務量，但後測時群體醫療執業中心提供了22.0%的服務量，而其他合格西醫師提供的服務量則減為44.6%，以及(3)在主觀評價上，無論是距離、技術、藥效和服務態度，民眾大都感到滿意或非常滿意。因此，可以肯定群體醫療執業中心對提高醫療可近性的貢獻。但另一方面，本研究亦發現有無健康保險以及不同社會經濟地位間醫療服務利用的差距並未減少，因此建議醫療政策應重視民眾的就醫能力，特別是健康保險的問題。(中華衛誌 1991；10(5)：260-268)

關鍵詞：群體醫療執業中心、醫療可近性、病人滿足感

獲得必要的醫療服務已經被認為是一項基本人權，因此社會有責任提供民眾適切的醫療服務，保障其醫療可近性。做為提供醫療保健服務的最基層單位，光復以來衛生所對提高臺灣地區的醫療可近性曾有不可抹滅的貢獻，可惜因未能配合社會變遷，適時調整組織與結構，其醫療服務的功能遂漸漸不彰。有鑑於此，政府首先在民國69年「加強農村醫療保健四年計畫」之下，興建與擴充衛生所的房舍與設備，並於民國72年，試辦「群體醫療執業中心計畫」，做為重建基層醫療保健服務制度的開端。試辦初期，行政院衛生署一并在12個鄉鎮成立12個群體醫療執業中心(以下簡稱群醫中心)。本研究的目

的即在於評價這12個群醫中心對當地醫療可近性的影響情形。

方 法

本研究採取單組前後測設計。前測是指在群體醫療執業中心成立之前或其開始營運之際，對十二鄉鎮醫療服務可近性的測量；而後測則是指群體醫療執業中心營運一年後的再次測量。由於是單組設計，本研究只有實驗組，沒有對照組。

本研究以家庭訪視的方法收集研究資料，所採用的問卷係以往在全國各地示範性之基層醫療保健服務機構所做類似的調查問卷修改而成。前測與後測的問卷內容大致相同。前測問卷內容包括四大部分：受訪者的社會人口資料、受訪戶的社會經濟資料、受訪戶的一般求醫態度與行為，和受訪戶的成

國立台灣大學公共衛生學研究所

聯絡人：江東亮副教授

聯絡地址：台大醫學院公共衛生研究所

台北市仁愛路一段1號1519室

員在訪視前一個月內的罹病情形與就醫行為。後測問卷內容除了上述四大部分外，還加上受訪者與其家人對群醫中心的滿意程度。

本研究以設立群醫中心的十二個鄉鎮的居民為訪問對象。前測與後測的訪問樣本相同。由於所研究的十二個鄉鎮，在群醫中心成立之後，各陸續設置兩所基層保健中心(以下簡稱保健中心)，為了將來進一步探討保健中心對醫療可近性的影響，抽樣的手續分為兩個部份：

首先在兩個保健中心所服務的社區(含一個或一個以上的村里)，以系統抽樣法抽出樣本戶。這一部份的目標戶數為200戶，但因考慮空戶、單人戶和拒訪等因素對問卷完成率的影響，遂再增加10%的樣本戶。因此，最終對保健中心所服務的兩個社區共抽取220戶。

其次，每一鄉鎮扣除以上兩社區後的村里，以系統集束抽樣法取樣。這一部份的目標戶數為300戶，加上10%的增加樣本數之後，總共抽取330戶。以系統集束抽樣的目的是，為減少因距離所帶來的訪視上的困難。其方法是將各鄉鎮所餘村里按戶政事務所登記的順序排列，並記錄各村里戶數，再計算累加戶數及總戶數。然後以10戶為一集束決定組數，按隨機方式抽取33個集束，共計抽取330戶。

經過以上兩個階段的抽樣後，每一鄉鎮的樣本戶數計550戶，所以十二個鄉鎮共抽出6,600戶。

本研究聘請當地專科程度以上的學生或居民為訪視員，倘若無法請到足夠的合格訪視員，則請各當地衛生所主任推薦優秀的護產人員來擔任。所有訪視員在執行正式訪視前都接受特別訓練，並且在實際訪視一天後，召集他們共同討論，以澄清問題並改善訪視技巧。

本研究的受訪者以各受訪戶的主婦為主，若無法順利訪視到主婦，則以該戶內20歲以上的成年人為訪視對象。前測時，本研究一共完成5510戶的訪視；後測時，則減為4811戶。問卷訪視完成率，前測為83.5%

；後測為72.9%。本研究以同時接受前測與後測的受訪戶為分析樣本，大致而言，前後測之間受訪戶成員的社會人口特性無明顯變化(表1)。

可近性的測量

醫療可近性的定義很多(例如：Aday和Andersen [1], Donabedian [2], 以及Penchansky和Thomas [3])，綜合多家定義之後，藍忠孚認為可近性是指「病人在接近醫療照護體系或尋找醫療照護的過程中，是否容易而言。」[4]

表一、受訪戶成員的社會人口特性分布情形(%)

| 特 性 | 前測 (n=22,132) | 後測 (n=21,954) |
|-------|------------------|------------------|
| 總計 | 100.0 | 100.0 |
| 性別 | | |
| 男性 | 50.2 | 50.5 |
| 女性 | 49.6 | 49.5 |
| 不詳 | 0.2 | 0.0 |
| 年齡(歲) | | |
| 0-14 | 32.0 | 30.1 |
| 15-44 | 38.1 | 38.4 |
| 45-64 | 21.8 | 23.6 |
| 65+ | 7.6 | 8.0 |
| 不詳 | 0.6 | 0.0 |
| 教育程度 | | |
| 不識字 | 33.7 | 34.7 |
| 小學 | 36.9 | 36.7 |
| 初中 | 16.7 | 16.7 |
| 高中及以上 | 10.9 | 11.9 |
| 不詳 | 1.8 | 0.1 |
| 婚姻狀況 | | |
| 未婚 | 6.3 | 1.0 |
| 已婚 | 88.3 | 99.0 |
| 鰥寡及離婚 | 5.1 | 0.0 |
| 不詳 | 0.3 | 0.0 |
| 保險別 | | |
| 有保險 | 13.7 | 15.3 |
| 無保險 | 84.9 | 84.5 |
| 不詳 | 1.4 | 0.0 |

Andersen等進一步將可近性分為潛在可近性和實際可近性[5]。潛在可近性是指得到或接受醫療的可能性；它受到社區醫療系統以及社區居民特性的影響。實際可近性則著重於對醫療服務的利用情形以及滿意程度。由於潛在可近性被視為實際可近性的前置因素，本研究將特別比較不同潛在可近性下的實際可近性。

本研究用來測量醫療可近性的指標有四種。第一個指標是受訪戶期望赴外鄉鎮就醫的比率(簡稱期望赴外就醫率)。假如一個鄉鎮沒有適當醫療資源或醫療服務不容易獲得，則該鄉鎮居民到他鄉鎮尋求醫療服務的可能性就會增加。因此，期望赴外就醫率高意謂著醫療可近性低。

第二個指標是受訪戶期望處理生病方式。本研究將生病的處理方式分為四類：不理會、中醫、西醫和民俗醫。尋求西醫治療又可細分為：合格西醫、密醫和藥房三種。許多因素會影響受訪戶期望的處理方式，但是無可否認，假如某一種處理方式不容易得到或被接受，亦即其可近性低，則該種處理方式被受訪戶期望與利用的機會自然而然降低。所以，從受訪戶對疾病處理方式的選擇，可以推測各種處理方式，特別是西醫的可近性。

此外就受訪戶對生病的一般處理方式而言，在剛感覺或發覺生病時的處理，本研究將之定義為第一步處理。在第一步處理之後，因種種原因，通常是由於「病沒好」而變換第二種處理方式，稱為第二步處理。依此類推，下有第三步處理，第四步處理等等。本研究著重於第一步和第二步處理。

第三個指標是受訪者本身及其家人對衛生所和群醫中心可近性的主觀評價。本研究所探討的主觀可近性項目包括民眾對衛生所和群醫中心與受訪家戶的距離、醫護人員的態度和技術、藥效和醫療設備的滿意程度。

第四個指標是「利用／生病比」，亦即平均每名病人看病次數。這個比例是本研究為了比較不同潛在可近性下之實際可近性所特別創造的係數，公式如下：

$$\text{利用／生病比} = \frac{\text{生病處理總次數}}{\text{自覺生病總人數}} \times 100\%$$

「利用／生病比」可以看作是一種調整醫療服務需要後的醫療服務利用指標，所以採取「利用／生病比」的好處是：當我們在比較不同群體生病之處理情形時，已經將這些群體醫療服務的不同需要考慮進去。

結 果

根據以上四種醫療可近性的指標，有關群醫中心對其服務鄉鎮之醫療可近性的影響，分析如下：

無論是成人或小孩的第一步處理，在群醫中心營運一年以後，受訪戶期望赴外就醫率都有明顯下降，但是第二步處理則無(表2和表3)。就第一步處理而言，受訪戶的成人赴外就醫率由前測的13.8%下降為後測的5.5%，六歲以下小孩的赴外就醫率由前測的24.0%下降為後測的15.7%。就第二步處理而言，受訪戶的成人赴外就醫率由前測的35.1%下降為後測的33.0%，但六歲以下小孩的赴外就醫率則由前測的44.8%升高為後測的50.0%。

就鄉鎮別而論，除嘉義縣東石鄉之外，原先期望赴外就醫率高的鄉鎮，在群醫中心設立以後，其受訪戶期望成人和小孩的第一步處理為赴外就醫的比率都顯著降低，而原先期望赴外就醫率低的鄉鎮則無甚變化。這些前測時屬於期望赴外就醫率高的鄉鎮包括：宜蘭縣三星鄉、桃園縣八德鄉、新竹縣橫山鄉、台南縣七股鄉和屏東縣車城鄉。

其次，關於成人或小孩生病時的處理方式，不論前測或是後測，第一步處理或第二步處理，受訪戶大都期望以西醫治療為主(表4和表5)。但是，在第一步處理時，後測期望採取西醫治療的受訪戶比率較前測低(成人低15.1%；小孩低7.9%)，不理會的受訪戶比率則較前測高(成人高17.7%；小孩高10.0%)。在第二步處理時，前測與後測受訪

表二、成人生病時，受訪戶的期望赴外就醫率(%), 按處理步驟(n=4811)

| 鄉鎮別 | 第一步 | | 第二步 | |
|------|------|------|------|------|
| | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 |
| 所有鄉鎮 | 13.8 | 5.5 | 35.1 | 33.0 |
| 宜蘭三星 | 39.8 | 6.8 | 46.1 | 48.0 |
| 台北貢寮 | 2.3 | 0.3 | 29.7 | 17.3 |
| 台北雙溪 | 7.0 | 1.0 | 31.8 | 27.8 |
| 桃園八德 | 21.8 | 7.3 | 42.1 | 37.8 |
| 新竹橫山 | 10.9 | 7.8 | 29.6 | 23.7 |
| 苗栗大湖 | 1.9 | 2.6 | 10.3 | 36.2 |
| 彰化竹塘 | 4.7 | 3.5 | 27.0 | 17.7 |
| 雲林四湖 | 2.6 | 1.0 | 14.7 | 22.4 |
| 嘉義東石 | 17.9 | 17.6 | 51.3 | 48.5 |
| 台南七股 | 33.5 | 3.5 | 70.0 | 63.7 |
| 屏東車城 | 18.5 | 11.3 | 45.3 | 35.6 |
| 台東成功 | 0.3 | 1.0 | 15.2 | 7.7 |

表三、小孩生病時，受訪戶期望赴外就醫率(%), 按處理步驟(前測n=2199；後測n=2155)

| 鄉鎮別 | 第一步 | | 第二步 | |
|------|------|------|------|------|
| | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 |
| 所有鄉鎮 | 24.0 | 15.7 | 44.8 | 50.0 |
| 宜蘭三星 | 46.4 | 33.3 | 47.2 | 65.4 |
| 台北貢寮 | 11.4 | 2.8 | 43.8 | 25.3 |
| 台北雙溪 | 6.6 | 2.7 | 31.2 | 29.1 |
| 桃園八德 | 44.0 | 19.1 | 64.9 | 61.0 |
| 新竹橫山 | 31.1 | 33.1 | 51.8 | 47.2 |
| 苗栗大湖 | 3.9 | 5.6 | 14.9 | 42.7 |
| 彰化竹塘 | 5.5 | 4.1 | 29.7 | 21.1 |
| 雲林四湖 | 6.4 | 13.0 | 27.1 | 61.3 |
| 嘉義東石 | 30.8 | 43.2 | 66.9 | 75.3 |
| 台南七股 | 44.4 | 12.2 | 76.5 | 69.0 |
| 屏東車城 | 39.4 | 20.4 | 59.6 | 53.7 |
| 台東成功 | 0.0 | 1.5 | 14.4 | 7.6 |

戶的期望處理方式則變化不大。

進一步就不同的西醫處理方式而言，在

成人生病時，第一步處理是期望選擇合格西醫師的比率由前測的38.0%顯著下降至後測

表四、成人生病時，受訪戶的期望處理方式(%)，按處理步驟(n=4811)

| 處理方式 | 第一步 | | 第二步 | |
|------|-------|-------|-------|-------|
| | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 |
| 總計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 西醫 | 77.0 | 61.9 | 90.0 | 93.8 |
| 醫師 | 38.0 | 26.7 | 69.0 | 71.2 |
| 密醫 | 5.3 | 3.6 | 4.4 | 8.1 |
| 西藥房 | 33.7 | 31.6 | 16.7 | 14.5 |
| 中醫 | 4.0 | 2.5 | 6.3 | 3.7 |
| 民俗醫 | 0.5 | 0.2 | 1.0 | 0.6 |
| 不理會 | 16.8 | 34.5 | 1.1 | 0.9 |
| 不詳 | 1.6 | 0.5 | 1.7 | 0.7 |

表五、小孩生病時，受訪戶的期望處理方式(%)，按處理步驟(前測n=2199；後測n=2155)

| 處理方式 | 第一步 | | 第二步 | |
|------|-------|-------|-------|-------|
| | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 |
| 總計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 西醫 | 85.2 | 77.3 | 93.7 | 96.3 |
| 合格醫師 | 53.7 | 50.5 | 79.0 | 85.4 |
| 密醫 | 5.7 | 5.1 | 3.4 | 4.1 |
| 西藥房 | 25.8 | 21.7 | 11.3 | 6.8 |
| 中醫 | 2.9 | 1.5 | 3.8 | 2.2 |
| 民俗醫 | 1.9 | 0.9 | 1.5 | 0.6 |
| 不理會 | 10.0 | 20.0 | 0.9 | 0.6 |
| 不詳 | 0.0 | 0.4 | 0.1 | 0.3 |

的26.7%，而期望選擇西藥房和密醫的受訪戶比率雖然後測都較前測低，但是下降的比率卻小於2%。在小孩生病時的第一步處理，期望選擇合格西醫、密醫和西藥房的比率，後測都較前測低，分別低3.2%、0.6%和4.1%。

表6說明民眾對群體醫療執業中心的主觀評價。結果顯示：81.1%的受訪者聽過群醫中心，其中36.4%去過群醫中心。整體而

言，去過群醫中心的民眾相當滿意群醫中心的可近性，特別是醫師、護士和其他工作人員的服務態度以及醫師的技術。民眾稍有不滿意的項目包括：門診時間的限制、群醫中心離住宅遠些的不便、和群醫中心醫療設備與過去的衛生所比較相差不多。

表7為民眾實際利用群體醫療執業中心的情形。後測受訪戶的成員中，20.3%在受訪日的前一月內曾經生病，較前測的22.8%

表六、受訪戶對群體醫療執業中心的滿意程度(%) (n=1739)

| 項 目 | 非常滿意 | 滿意 | 不滿意 | 不詳 |
|---------|------|------|------|-----|
| 醫師服務態度 | 50.8 | 45.6 | 1.2 | 2.5 |
| 護士等服務態度 | 42.7 | 50.5 | 4.5 | 2.2 |
| 醫師技術 | 20.8 | 66.7 | 5.9 | 6.6 |
| 看病手續 | 18.2 | 68.2 | 11.3 | 2.4 |
| 藥效 | 24.8 | 57.5 | 12.9 | 3.8 |
| 醫療設備 | 52.9 | 29.0 | 16.7 | 1.4 |
| 距離 | 31.0 | 51.1 | 17.4 | 0.5 |
| 門診時間 | 22.4 | 54.3 | 20.2 | 3.0 |

表七、受訪戶成員於受訪前一個月內生病時處理方式之次數分布(%)

| 處理方式 | 前測 (n=10,192) | 後測 (n=8,124) |
|----------|------------------|-----------------|
| 總計 | 100.0 | 100.0 |
| 西醫 | 86.9 | 86.2 |
| 衛生所／群醫中心 | 3.5 | 22.0 |
| 其他合格醫師 | 63.8 | 44.6 |
| 密醫 | 5.2 | 5.1 |
| 藥房 | 14.4 | 14.5 |
| 中醫 | 6.6 | 4.5 |
| 民俗醫 | 0.3 | 1.5 |
| 不理會 | 6.3 | 7.7 |
| 不詳 | 0.0 | 0.0 |

稍低。關於患病的家戶成員所採取的處理方式，前測與後測的分布情形大致相同，都以利用西醫(衛生所、群醫中心、其他醫院診所和西藥房)的比率最高，分別佔各總處理次數的86.9%和86.2%。生了病不理會的情形由前測的6.3%增加到後測的7.7%；看中醫的次數由前測的6.6%降至後測的4.5%；看民俗醫的次數由前測的0.3%增加至後測的1.5%。

但是對西醫服務的提供者而言，前後測的分布情形則有顯著的不同。此一明顯變化主要與群醫中心的設立有關。在前測，衛生所提供了3.5%的疾病處理服務；到了後

測，群醫中心提供了22.0%的疾病處理服務。因此，同一期間，非衛生所醫師和非群醫中心醫師提供的疾病處理服務比率由63.8%降至44.6%。不過令人詫異的是，利用藥房和密醫的百分比並沒有減少或增加：前測與後測的藥房利用次數分別佔14.4%和14.5%，密醫利用次數分別佔5.2%和5.1%。

就利用次數而言，後測顯著低於前測。受訪家戶成員於受訪日前一個月內所有疾病處理的利用次數，平均每人前測為0.47次，後測為0.38次，而合格西醫師的服務，平均每人前測為0.33次，後測為0.26次。

在調整醫療需要後，後測疾病處理方式的利用情形仍然低於前測。就所有疾病處理方式而言，前測與後測的「利用／生病比」分別為2.1和1.9，就合格西醫師的服務而言，前測與後測的「利用／生病比」分別為1.5和1.3。

表8與表9為不同群體間「利用／生病比」差異的比較。就所有疾病的處理方式而言，年齡層間的差異最大，前測和後測分別為0.7和0.7，保險別間為0.2和0.1，社經狀況間為0.1和0.2，家戶成員最高教育程度間為0.1和0.3。就合格西醫師的服務而言，後測不同群體間「利用／生病比」的差異的增加更為明顯，年齡層間的最大差異前測和後測分別為0.3和0.3，保險別間為0.3和0.4，社經狀況間為0.5和0.6，家戶成員最高教育程度間為0.1和0.4。

表八、受訪前一個月內每百名受訪戶成員生病人數，每名成員合格西醫門診利用次數及「利用／生病比」(前測n=22,132；後測n=21,954)

| 特性 | 生病人數 | | 利用次數 | | 利用／生病比 | |
|----------|------|------|------|------|--------|-----|
| | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 |
| 總計 | 22.8 | 20.3 | 0.33 | 0.26 | 1.5 | 1.3 |
| 年齡(歲) | | | | | | |
| 0-14 | 19.8 | 17.4 | 0.26 | 0.21 | 1.3 | 1.2 |
| 15-44 | 16.0 | 13.4 | 0.22 | 0.16 | 1.4 | 1.2 |
| 45-64 | 32.7 | 30.2 | 0.49 | 0.42 | 1.5 | 1.4 |
| 65+ | 41.4 | 36.4 | 0.68 | 0.56 | 1.6 | 1.5 |
| 保險別 | | | | | | |
| 有 | 27.4 | 27.8 | 0.46 | 0.46 | 1.7 | 1.7 |
| 無 | 22.3 | 18.8 | 0.31 | 0.24 | 1.4 | 1.3 |
| 社經狀況 | | | | | | |
| 下 | 25.6 | 24.5 | 0.30 | 0.25 | 1.2 | 1.0 |
| 中 | 22.3 | 17.4 | 0.34 | 0.27 | 1.5 | 1.6 |
| 上 | 20.3 | 19.6 | 0.34 | 0.29 | 1.7 | 1.5 |
| 家戶最高教育程度 | | | | | | |
| 不識字 | 34.0 | 30.2 | 0.48 | 0.40 | 1.4 | 1.3 |
| 小學 | 26.5 | 23.4 | 0.36 | 0.29 | 1.4 | 1.2 |
| 初中 | 22.1 | 18.2 | 0.31 | 0.30 | 1.4 | 1.6 |
| 高中及以上 | 19.4 | 18.7 | 0.29 | 0.29 | 1.5 | 1.6 |

表九、受訪前一個月內每百名受訪戶成員生病人數，每名成員所有處理方式利用次數及「利用／生病比」(前測n=22,132；後測n=21,954)

| 特性 | 生病人數 | | 利用次數 | | 利用／生病比 | |
|----------|------|------|------|------|--------|-----|
| | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 | 前測 | 後測 |
| 總計 | 22.8 | 20.3 | 0.47 | 0.38 | 2.1 | 1.9 |
| 年齡(歲) | | | | | | |
| 0-14 | 19.8 | 17.4 | 0.34 | 0.28 | 1.9 | 1.6 |
| 15-44 | 16.0 | 13.4 | 0.32 | 0.23 | 2.0 | 1.7 |
| 45-64 | 32.7 | 30.2 | 0.73 | 0.60 | 2.2 | 2.0 |
| 65+ | 41.4 | 36.4 | 0.98 | 0.82 | 2.4 | 2.3 |
| 保險別 | | | | | | |
| 有 | 27.4 | 27.8 | 0.60 | 0.54 | 2.2 | 1.9 |
| 無 | 22.3 | 18.8 | 0.45 | 0.34 | 2.0 | 1.8 |
| 社經狀況 | | | | | | |
| 下 | 25.6 | 24.5 | 0.52 | 0.43 | 2.0 | 1.8 |
| 中 | 22.3 | 17.4 | 0.44 | 0.34 | 2.0 | 2.0 |
| 上 | 20.3 | 19.6 | 0.43 | 0.37 | 2.1 | 1.9 |
| 家戶最高教育程度 | | | | | | |
| 不識字 | 34.0 | 30.2 | 0.73 | 0.59 | 2.1 | 1.9 |
| 小學 | 26.5 | 23.4 | 0.54 | 0.44 | 2.0 | 1.9 |
| 初中 | 22.1 | 18.2 | 0.46 | 0.30 | 2.1 | 1.7 |
| 高中及以上 | 19.4 | 18.7 | 0.38 | 0.37 | 2.0 | 2.0 |

討 論

上述結果說明了一件事，即就目標評價(goal-attainment evaluation)的觀點而言，群體醫療執業中心計畫顯著提高了民眾在醫療可近性；但是就系統評價(system evaluation)的觀點而言，群體醫療執業中心計畫對醫療可近性上的貢獻，有待其他條件的配合，討論如下：

有關群醫中心計畫對提高社區居民的醫療可近性上的貢獻，有許多事實可以支持。第一，群醫中心設置在其所服務的鄉鎮內，直接提高了該鄉鎮在醫療照護上的潛在可近性。第二，就平常的就醫而言，群醫中心成立以後，無論成人或小孩生病，受訪家戶期望赴外鄉鎮就醫情形都明顯減少(表2和表3)。第三，就受訪戶成員於受訪日前一個月內患病時的處理，在群醫中心成立前衛生所提供了3.5%的處理服務，其他合格西醫師提供了63.8%的處理服務；但是群醫中心成立一年後群醫中心提供了22.0%的處理服務，而其他合格西醫師所提供的處理服務量則減為44.6%(表7)。最後，就民眾的主觀評價而言，無論是距離、技術、藥效和服務態度，大多數的民眾都感到滿意或非常滿意(表6)。綜合上述四點，我們可以正面肯定群體醫療執業中心計畫的價值。

但是另一方面，面對社會結構在民眾的醫療可近性上的限制時，便很難明顯見到群

體醫療執業中心計畫的成效。上述後測結果顯示，比較有健康保險組和沒有健康保險組、高社經狀況組和低社經狀況組、家戶成員最高教育程度至少為高中組與不識字組，其間「利用／生病比」的差距，在群體醫療執業中心成立一年後，並沒有減小(表8和表9)。這現象說明：在目前，有無保險和不同的社會經濟地位對各群體間的醫療可近性的公平性的影響，遠較一個群醫中心計畫來的大。換句話說，只有靠群醫中心計畫不能完全解決醫療可近性的問題，醫療政策上必須重視民眾有無就醫能力，尤其是健康保險的問題。

參考資料

1. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; **9**: 208-20.
2. Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
3. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; **19**: 127-40.
4. 藍忠孚：尋求醫療服務過程之障礙—兼論醫療資源的分配與利用，見中央研究院三民主義研究所：第二次社會指標研討會。中央研究院三民主義研究所叢刊 10，1981。
5. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to care. *Health Serv Res* 1983; **18**: 49-74.



THE IMPACT OF GROUP PRACTICE CENTERS ON ACCESS TO HEALTH CARE

TUNG-LIANG CHIANG, CHIH-LIANG YAUNG, CHIH-YIN LEW TING

In order to increase access to health care the Department of Health, Executive Yuan, launched the group practice centers program in 1983. At the very beginning, 12 group practice centers (GPCs) were set up in 12 townships. This study intended to evaluate the impact of these 12 GPCs on access to health care. The data for the analysis came from an interview of 4811 households about the opening of the GPCs and one year later. The results of the study indicate that: (1) The proportion of households who preferred seeking first care from providers practicing in townships other than where they lived significantly decreased after the operating of GPCs. (2) Health stations provided 3.5% of total services demanded by the community prior to the opening of GPCs, but one year later GPCs

provided 22.0% of total services. During the same period the proportion of services provided by other physicians decreased from 63.8% to 44.6%. (3) Most of households interviewed were satisfied with the GPCs in terms of geographic access and technical and personal management. Accordingly, the contribution of GPCs to increasing access to health care is conclusive. However, because this study also found that the gaps in health services utilization between having and not having health insurance and between different socioeconomic groups remained after the implementation of GPCs program, health care policy thus shall pay attention to enabling factors including health insurance. (*J Natl Public Health Assoc (ROC)*: 1991; 10(5): 260-268)

Key words: *group practice center, access to health care, patients satisfaction*