

# 醫療服務提供者觀點下的門、急診轉診問題與挑戰

游翔富 謝嘉容\*

**目標：**有鑑於臺灣就醫自由度高造成雙向轉診成效不彰，又國內尚未有以醫療服務提供者角度所進行的相關研究，故本研究欲以醫療服務提供者觀點探討與分析執行轉診所遭遇之困難及障礙。**方法：**本質性研究採半結構式深度訪談，透過立意取樣，以北、中、南部地區各層級醫療機構為主要取樣地區，並以有轉診經驗之醫師、護理師與行政管理人員為研究對象。首先透過網路視訊會議一對一訪談進行資料蒐集，將訪談內容建立逐字稿，再利用主題分析法，進行編碼及尋找初步主題，接著將主題精緻化、主題界定與命名。**結果：**本研究樣本有15位，包含醫師5位、護理師6位與行政管理人員4位，本研究結果發現轉診時主要的障礙可分為四個層面：成本、過程、品質以及制度。成本面問題包含病人流失與自我轉診、系統與行政作業成本、轉診財務誘因不足與醫師轉診獎金、人力配置等；過程面所發現的挑戰包含資訊系統與平台操作、雙向溝通有效性、病人因素、提供者因素等；品質面上則包括照護連續性、提供者照護品質等問題；以及制度面存在轉診績效指標制定、就醫可近性與部分負擔等問題。**結論：**本研究發現，在進行轉診時，醫療服務提供者面臨著眾多困難，這些問題涵蓋成本、流程、品質及制度層面，且不同層級醫療院所皆有不同障礙與考量。本研究結果可作為國內全民健保未來落實分級醫療雙向轉診政策之參考。（台灣衛誌 2024；43(3)：313-326）

**關鍵詞：**醫療服務提供者、轉診、分級醫療、全民健保、質性研究

## 前言

自1995年3月全民健康保險（簡稱：全民健保）開辦以來，全民健保迄今已近三十年，明顯提升了國內民眾就醫的可近性及健康的公平性[1]。統計同時顯示，2020年國人的平均餘命為81.3歲，其中男性78.1歲、女性84.7歲，皆創歷年新高[2]。惟因民眾擁有高度的就醫便利性與可近性，可依照自身的認知及需求選擇醫療機構就醫，進而延伸出民眾「逛醫院」的不必要就醫行為[3,4]，造成了醫療資源的濫用及浪費。導致健保醫療費用居高不下的原因，除了人口老化外，越級就醫更是一大主因[5,6]。為了解決「小

病看大醫院」這個問題，健保開辦以來，政府就多次修訂部分負擔制度與實施雙向轉診政策，試圖抑制民眾不必要的就醫行為，提升資源使用的效率[7]。

根據衛福部中央健康保險署（簡稱：健保署）[8]統計顯示，2022年國內民眾總就醫次數為294,761千件，其中轉診案件為4,469千件，僅占總就醫件數比率的1.52%。2020年的總轉診件數占比為1.19%，相比2017年的0.83%，成長趨勢並不明顯。以各層級轉診流向來看，2022年醫學中心、區域醫院、地區醫院下轉至基層診所的占比分別為30.80%、30.23%、6.48%，相比2021年的35.02%、33.03%、7.07%，2020年的37.15%、34.89%、7.77%，2018年的20.78%、19.58%、4.22%以及2017年的0.51%、2.89%、0.69%，呈現出先上升後逐漸下降的趨勢。2023為新冠肺炎疫情影響，下轉率持續下降，特別是區域醫院（20.67%）及地區醫院（4.59%）下轉至基層診所的比例明顯減少。在上轉方面，

中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班

\*通訊作者：謝嘉容

地址：台中市北屯區經貿路一段100號

E-mail: crhsieh@cmu.edu.tw

投稿日期：2024年3月8日

接受日期：2024年6月24日

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202406\\_43\(3\).113019](http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43(3).113019)



區域醫院將病患轉診至醫學中心的比例明顯下降，由2017年的61.19%降至2022年的28.59%；地區醫院和基層診所的轉診比例則有小幅降低，從2017年的50.08%和45.81%降至2022年的49.70%和43.48%。

由此可見，我國離確切落實轉診制度之目標仍有相當程度的距離。由於全民健保並無強制實施家庭醫師制度或守門人的角色，加上民眾擁有高度的就醫自由，不須轉診便可至各層級的醫療機構就醫，致使越級就醫的情形屢見不鮮[9]。因此，健保署針對門急診轉診實施多項措施，試圖引導民眾就醫行為，落實分級醫療，其中包含民眾轉診後部分負擔優惠以及院所的轉診獎勵。

影響民眾就醫行為的主要因素包含人口統計學（如：年齡、教育程度）、地理環境（如：距離、交通、醫院位置）、疾病嚴重程度（如：健康狀況、病程）及醫療院所特性（如：醫院聲譽、醫術、醫德）[10-16]，而民眾配合轉診之意願強烈與否，則與「是否認同轉診可得完善醫療照顧」、「過去就醫轉診經驗」及「對醫師的信任程度」相關[17-19]。由此可見，轉診制度是否能成功落實，不僅有來自於醫療需求端的因素，也有部份的原因是源自醫療供給端。舉例來說，相關文獻提到不少醫師擔心患者流失或回診率低。除了病情較重的患者需留在高層級醫療院所治療外，部分原因是受轉醫師安排後續約診，使病人未回歸社區，造成基層診所損失[20-22]。過程方面，電子轉診平台或院所自建的轉診資訊系統仍然存在多項問題，包括轉診流程繁複、平台操作不便，導致醫師對系統不熟悉；資料填寫不完整，使受轉醫師無法取得病人的完整病歷，進而影響病人無縫接軌的照護[23]。此外，原診治醫師會選擇轉診，基於相信受轉醫師能夠提供優質的醫療照顧，即受轉醫師的醫術越好或被信任，越能提高病患成功轉診的機會，因此醫師轉診行為與病患轉診後的照護品質有密切相關[22,24]。由上述可見，轉診制度的成功或失敗可能取決於成本、過程和品質這三個因素。

針對轉診制度的困境，過去文獻大多針對民眾就醫行為進行探討，較少針對醫療服務提供端進行調查。而針對醫療服務提供端所進行的研究多為問卷調查，故僅能在

有限範圍內獲取片面資訊[23,25]，無法深度了解醫療人員執行轉診時的具體困難。有鑑於此，本研究欲以醫療服務提供者的觀點切入，透過深度訪談，探討國內醫療服務提供者目前進行轉診時所遭遇的問題，藉此了解統計數據背後的真正原因以及醫療服務提供者執行轉診的具體挑戰。

## 材料與方法

### 一、研究設計及研究對象

本研究採用質性研究方法，採取立意取樣（purposive sampling）方式招募研究對象，旨在了解醫療提供者對現行轉診制度的看法。取樣地點包含北、中、南部地區的各層級醫療機構，納入條件為具有轉診經驗的醫師、護理師和行政管理人員、年齡大於二十歲、且同意參與本研究。訪談對象主要透過網路Google表單進行招募，同時透過身邊親朋好友或已完成訪談的受訪者介紹提供潛在受訪者。因遭逢新冠肺炎疫情，訪談以網路一對一線上視訊方式進行。

本研究收案時間為2022年6月至2022年11月，共訪談了十七位研究對象，其中兩位受訪者的內容與其他十五位受訪者的內容相似，因此決定結束收案。考量受訪內容豐富度及飽和度，最後排除此兩位回答內容重複性高之受訪者（編號A3、C4）。

質性研究樣本數量的決定有別於量性研究，較無法預先使用具體的方式預估或計算精準的樣本大小，對於這個問題先前也有許多學者[26]提出自己的看法，針對不同的研究設計或條件提出相對應的樣本數量建議，而Marshall等人[27]就提供了三種判斷訪談個案數的方法，其中之一為利用資料飽和的概念來進行判斷。資料飽和指的是在蒐集資料的過程當中，若相同概念的資料重複出現或訪談無法產生出新的資訊及主題時即為資料飽和[28-30]，根據Francis等人[31]以最小樣本數與停止收案時機所訂定的標準，他們認為欲使資料達到飽和狀態，應至少進行十次的訪談，若十次訪談後連續三次再無新主題產生時即為飽和狀態，即可停止收案。

本研究設計與方法經中國醫藥大學暨附設醫院研究倫理委員會審查通過（案件編號：CRREC-109-201）。

二、資料蒐集與分析

本研究使用半結構化深度訪談法，每次約50至60分鐘，訪談過程全程錄音。訪談內容依據預先擬定之訪談大綱蒐集資料，主要內容包含基本資料、工作業務內容、轉診制度實施成效，以及轉診制度實施之困難。基本資料包含：性別、年齡、工作單位、職稱、年資等；工作業務內容包含：工作業務如何與分級醫療及轉診政策相關；轉診制度實施成效包含：請問貴院所之分級醫療及雙向轉診制度目前實施成效；轉診制度實施之困難包含：請問貴院所實施分級醫療及雙向轉診制度所面臨之困難有哪些？根據本研究目標，轉診被定義為門診和急診的轉診，不包括住院轉診，且訪談前即已明確向研究對象說明並取得同意。資料分析僅採用門、急診轉診相關的內容。

受訪者訪談完成後，研究人員將訪談錄音轉為逐字稿，隨後將逐字文稿內容重複閱讀後，將具有意義的內容進行分析。質性內容分析由兩位研究人員透過雲端檔案共同參與，首先萃取會談內容中的重要信息與潛在意涵，進行編碼，然後將相似的內容進行歸納並建立初步主題。本研究的訪談內容經過四次討論與修正，每次皆由兩位研究人員

共同討論分析結果，適時比較並修改歸納的結論。第一次達成共識的信息約佔六成，並對部分主題（themes）和次主題（sub-themes）進行了修訂；第二次達成共識的信息增加至約八成，主要調整各主題中所包含的逐字稿內容，直到第四次才達到完全的共識。具體分析方法採用吳[32]所提出的六步驟主題分析方法，包括：建立逐字稿、編碼、尋找初步主題、主題精緻化、主題界定與命名，以及研究論文撰寫。

結 果

本研究最終分析樣本總數為十五位，其中包含5位醫師、6位護理師與4位行政人員，分別來自於4家醫學中心、4家區域醫院、4家地區醫院與3家基層診所（表一、表二）。

本研究透過受訪者的轉診經驗進行內容分析，探討他們在實際轉診過程中所遭遇的問題與挑戰。經過分析，我們歸納出四個主題，包括成本、過程、品質以及制度。

主題一、成本

在門急診轉診過程中，大多數醫療服務提供者都會考慮與成本相關的問題，其一是

表一 受訪對象樣本分布

類別	數量	百分比 (%)
職稱		
醫師	5	33.3
護理師	6	40.0
行政人員	4	26.7
性別		
男	5	33.3
女	10	66.7
地區		
北部	5	33.3
中部	7	46.7
南部	3	20.0
層級		
醫學中心	4	26.7
區域醫院	4	26.7
地區醫院	4	26.7
基層診所	3	19.9
合計	15	100.0



表二 受訪者特徵描述

編號	職稱	性別	區域	層級	權屬別	年資*
A1	腎臟科主治醫師	男	中部	區域醫院	公立	28年
A2	婦產科主治醫師	男	中部	醫學中心	私立	8年
A4	家醫科主治醫師	女	南部	地區醫院	私立	15年
A5	住院醫師	男	南部	醫學中心	私立	5年
A6	復健科主治醫師	男	中部	區域醫院	公立	14年
B1	門診護理師	女	北部	醫學中心	私立	2年
B2	專科護理師	女	中部	區域醫院	私立	6.5年
B3	門診護理師	女	北部	醫學中心	公立	3年
B4	護理師	女	中部	基層診所	私立	4年
B5	護理師	女	南部	地區醫院	公立	15年
B6	專科護理師	女	北部	地區醫院	私立	28年
C1	助理兼櫃台人員	女	北部	基層診所	私立	1.5年
C2	行政人員	女	中部	地區醫院	公立	6年
C3	行政/轉診專責人員	女	北部	區域醫院	私立	10年
C5	助理兼櫃台人員	男	中部	基層診所	私立	8年

A醫師；B護理師；C行政人員（排除A3、C4）。

\*備註：年資計算包含該職位前之訓練年數。

害怕流失病人，因此許多醫師會選擇將病人轉診至聯盟醫療機構或合作的醫療群。另一方面，醫療機構也必須考慮，在轉診財務激勵不足的情況下，增加轉診業務相關的行政作業成本與人力配置。

#### (一)「病人流失與自我轉診」

對於轉診，醫療提供者皆表示擔心轉診可能造成病人流失導致門診量下降（包含上、下、平轉），進而影響整體收入，惟有轉診至合作聯盟或同體系院所，提供者之轉診意願則可提高。

有一些診所、醫療院所他們都會盡可能的想要去保留病人在自己手上，所以除非到病人的狀況不得已的時候他們才會只好把病人轉出來，有時候病人的狀況已經刻不容緩了，或是已經比想像中嚴重，對病人來講是比較不好的。（A2－醫學中心醫師）

不是有一些醫生會把他轉到附近的診所嗎？那就等於說這個病人會被流失掉，那醫生他就變成說他沒有辦法賺這個病人的錢。（B1－醫學中心護理師）

我們的門診量跟診所其實是競爭關係，不是合作關係，因為我同時也要有病人不然我哪裡有收入，診所也是，可是病人就只

有這麼多，在輕症的部分我們絕對是競爭關係。（C3－區域醫院行政/轉診專責人員）

就是因為那位神內醫師他是在大醫院有兼職，所以他其實轉過去也是等於是他的病人。（C1－基層診所行政人員）

#### (二)「系統與行政作業成本」

許多受訪者指出，特別對基層的醫療服務提供者而言，主要轉診的挑戰在於建構轉診資訊系統所需的高成本以及行政作業成本的增加，導致轉診意願降低。

基層診所真的太困難了，然後又扯到商業利益，因為醫療系統公司收費真的是很驚人，他不是買斷喔，他是你要求要上傳這個功能，先跟你收個萬把塊，然後每年再跟你收個幾千塊的維護費。（B4－基層診所護理師）

診所的系統很多套，他不是單一個，他非常多套，很多資訊公司在做，所以他們每一個資訊公司他就說每個進度不一樣，對他來講，我每一次換一個程式就要再多一筆錢，不是使用上不好用，是我每一次動作我就要多花一點經費。（C3－區域醫院行政人員）

我們的系統跟（健保署）電子轉診平台是不結合的，等於是說我們休息之後，我們需要把這次醫囑跟接受轉診的回覆再key到轉診平台，這些動作等於是再多做一次。（C5—基層診所行政人員）

### （三）「轉診財務誘因不足與醫師轉診獎金」

另外，主管機關提供的轉診獎金似乎未能有效地激勵醫療提供者，醫師在決定是否轉診時仍主要考量病人的狀況，即使給付增加，仍難以彌補流失的病人。此外，一線人員對轉診獎勵制度與獎金發放的情況並不完全了解。

我想這個獎金本身來說，對醫師來說應該不會是一個很大的誘因，我想應該跟看診費不會差多少，我們會贊同轉診的主要的原因，還是站在一個病人角度、病人利益的部分去著想，那我覺得獎金的部分……好像有點難成為一個很大的誘因。（A4—地區醫院醫師）

就算給我們也不會到很多，對我來講它沒有什麼很鼓勵的性質。那當然我相信在診所，因為是直接給診所醫師，我想診所醫師會比較有感吧，但至少我們在醫院工作的人其實是不太有感的，所以要不要轉診出去，真的是很看病人有沒有這個需要。（A6—區域醫院醫師）

我下轉之後對方要接收，他才給我多轉診支付費多500塊，一個500塊，所以我剛講我轉出去比如說希望他六成好了六成裡面才三成去耶，這樣才多少而且是一整季，是不是很少，很少啦！真的很少啦！（C3—區域醫院行政/轉診專責人員）

可能就是像我剛才講的bonus，有可能會回饋給醫院或者是回饋給醫師這個我就不確定了。可是我知道我有聽說好像是有一個這樣的機制。（B5—地區醫院護理師）

### （四）「人力配置」

轉診流程是否有專員負責因院而異。小型醫院未必有轉診專責人員執行相關業務，造成作業時間拉長或失誤。有時候，轉診業務也可能由其他行政部門負責，或對方醫院缺乏明確的聯絡窗口，這都可能增加工作負擔，影響到醫療提供者轉診的意願。

我們的地區小醫院就是人力的問題，沒有辦法專職做轉診。他熟練度真的很不OK，每個月就又忘記上個月的，因為其實他大部分本業還是掛號的業務，不是轉診的業務。（C2—地區醫院行政人員）

有時候打過去的話，不是專門的人員接，然後又會透過一直轉，就是幫你轉到就是負責單位，或者是負責的人，然後就是這中間轉來轉去有時候也是會浪費一些時間。（B5—地區醫院護理師）

## 主題二、過程

轉診流程的不順暢會大幅降低醫療提供者執行轉診業務的意願。受訪者訪談內容中，轉診過程中的問題相當多元，主要包括「資訊系統與平台操作」、「雙向溝通有效性」、「病人因素」及「提供者因素」。前兩者涉及到轉診過程中關鍵訊息傳遞所引發的問題，而後兩者則分別涉及醫療提供者和病患兩方面在轉診過程中所產生的障礙。

### （一）「資訊系統與平台操作」

首先是系統順暢度與操作熟練度；資訊系統的部分涵蓋健保署電子轉診平台、健保醫療資訊雲端查詢系統、各院內轉診系統以及系統所連結到的網路訊號。平台操作主要是指使用者對各種系統的操作不夠熟悉。

就是他的介面沒有到那麼的友善，有一些東西要去找，可是會發現不知道從何找起，我覺得不夠直覺化啦。（A2—醫學中心醫師）

就有時候可能要幫病人找他家裡附近的他可以看的科別的轉診地方，但是因為我們可能對他住的那個地方沒有相對到非常熟悉，那可能幫他要那個醫療院所資料的時候，就會花比較久的時間，幫他去找資料。（B3—醫學中心護理師）

那他看到你受理他他就知道說你有收到這個資訊、這件事情，但是不代表這個病人有乖乖的來到診所就醫，那假設他真的來就醫，那我需要再到另外一個網頁的頁面去做回覆，回覆就是說他實際哪一天在我這間診所做了什麼樣的醫療處置，那我就要把整段給藥、檢查、然後後續狀況、預計的plan，那把他打在另外那個畫面平台裡面去做回

覆，其實會消耗蠻多時間的。（B4－基層診所護理師）

你當然轉過來之前我們在做一些溝通，那到底是他要做的是什麼檢查？那當然就是我們現在遇到的一些相關的流程面。你要轉診系統的操作，它現在政府有那個轉診的平台嘛，其實那個有一定的步驟，就是要練個幾次才會熟悉這樣子。（A3－地區醫院醫師）

## （二）「雙向溝通有效性」

轉診資訊傳遞中常見的問題包括轉診內容不清晰或過於簡略，以及系統轉診單資料非結構化導致內容落差很大。還有轉診時未指定接收醫師，導致轉診錯誤的情況，以及轉出後需要轉出院所自行追蹤轉診病患後續狀況的情形。

很多轉診過來的，他就上面寫個腎功能不足、腎功能差轉過來的，那就丟一個腎功能的數據給你，那至於這個病人其實基本上可能他可能還有糖尿病，他還有高血壓，還有其他的一些共病等等的，那其實他們也有開這方面的用藥，可是有時候他們給的這些資料裡面並沒有提到。（A1－區域醫院醫師）

把那個單子印出來的時候，有時候可能印章沒有蓋到，或什麼東西沒有用到，那張轉診單就不能用了，所以我覺得那還蠻繁瑣的，之前想說如果可以結合健保卡還是什麼之類的拿去用就好了。加上有些老年人就是你塞給他一些單子或是一些藥，他都可能很容易走兩步東西就不見了。（B1－醫學中心護理師）

如果他沒有過去，或者是不是轉到我們聯繫的那一家醫療院所的話，我們就不知道了。除非是後來那個接受轉診的醫院他們有上去回覆VPN，要不然如果光只有紙本或者是...就是沒有紙本再加VPN的話，這個可能就是也是會有個遺失掉（未成功轉診）。（B5－地區醫院護理師）

雲端病歷資料的不完整也會導致轉診過程中的雙向溝通障礙，例如雲端病歷資料上傳延誤導致無法及時查閱，或是轉診醫院未上傳檢查資料等情況。

可能這次當下檢查有十幾項，可我這十幾項order開的時候，我其實結果還沒出來，我可能有兩三項還要再等，有些生化我可能要等一天，所以我丟上去的資料可能沒辦法那麼完整。（C3－區域醫院行政/轉診專責人員）

我們也有遇過沒上傳的，而且遇過好幾次。（B3－醫學中心護理師）

## （三）「病人因素」

在轉診過程中，病人缺乏下轉誘因可能影響到醫療提供者的轉診意願。病人普遍偏好大型醫院，並考量用藥因素，不願意下轉至基層診所就醫，因為他們認為大型醫院的藥物品質較為可靠。也有不少受訪者表示，病人對轉診醫院或醫師會感到不熟悉或缺乏信任，而拒絕轉診。但經過醫病間的溝通後，病人的轉診意願往往會提升。其他影響病人轉診的因素包括病人轉診後因不明原因未至轉診醫院就醫或直接拒絕轉診。

醫院的用藥基本上都是原廠，但是診所醫療院所因為小本經營的關係，他們會分臺廠跟原廠的藥品，光這件事情就可以讓病人拒絕到基層診所，因為他們都會覺得大醫院的藥用的比較好。（B4－基層診所護理師）

確實也有病人說他不熟悉就是區域醫院的這個醫療的單位，然後他會有一個不信任的感覺……。這個就是要我們跟病人去做溝通說其實在那邊也可以提供跟醫學中心甚至是相等的這些醫療的治療。（A5－醫學中心醫師）

就是說今天其實是那個醫師叫他過來，他就還蠻聽那個醫師的話就過來。（A1－區域醫院醫師）

我今天可能跟家屬約好說我們下個禮拜幾就要轉病人去哪裡，然後他可能就會突然跟你講說，那一天我不行啊，或是後來想一想，越想越不對勁，說我不要轉了，我就是不要轉了。（B2－區域醫院專科護理師）

## （四）「提供者因素」

醫療提供者本身之轉診動機亦會影響整體轉診過程。例如，醫師可能為了達到獎勵



金的目標而匆忙將病人轉診，而非基於真正的轉診需求。大部分醫師表示都會尊重病患意願才會決定是否將病人轉診，然而實際情況顯示，病患往往在醫師主動溝通說明後才會同意轉診，尤其是轉至較小型醫院或基層診所的情況下。

等到下半年的時候才發現好像完全沒有達到那個目標，急急忙忙就丟了一個轉診單過來，事實上很多時候我覺得感受到的是，其實很多民眾問他說，你知道你為什麼需要來看腎臟科嗎？他往往只回答的一句話說，醫師說我腎臟不好需要過來。（A1－區域醫院醫師）

大概我的經驗的話八成到九成的病人跟他溝通說參加這個急性後期的照護然後去下轉到區域醫院去做後續的治療他們都能接受。（A5－醫學中心醫師）

此外，轉診過程中也可能發生原診治院所未上傳完整病歷的情況，導致受轉院所查閱病歷時發現缺少相關資料，進而影響醫師後續的接受轉診意願，形成惡性循環。

有一些老年人他是很喜歡在地方的小診所打一些什麼止痛針、營養針之類的，然後那些診所就給人家收了錢之後，然後就不會上傳這些藥……所以就算我們插那健保卡之後可以看到部分的用藥，但是沒有辦法看到全部（如檢查或檢驗結果）。（B1－醫學中心護理師）

### 主題三、品質

在考慮是否將病人轉出時，醫療提供者會評估病人轉出後所接受到的醫療品質，以確保對病人真正有幫助。部分受訪者表示擔心病人在轉診後可能面臨照護連續性中斷及提供者照護品質受影響的相關問題，進而降低病人就醫滿意度與照護效果。其中，主要關鍵是受轉院所是否也能提供適當且有效的治療。

#### （一）「照護連續性」

「照護連續性」於本文的定義為病人從一個醫療提供者轉診至另一個醫療提供者時，其醫療照護計畫及服務能夠持續不中斷，這種連續性旨在保證病人在不同階段和地點接受的醫療服務是協調且連續的。造成

照護流程中斷的原因可能包括因欠缺完整資料需重複檢查、轉診錯誤或缺乏後續照護資訊。

他在他院有做過電腦斷層，做完之後他可能當天或隔天立馬殺來我們OO（醫院）這邊看，那如果雲端資料又沒有上傳，然後可能又騙我們說他在外面沒做過任何檢查，因為可能那個病人他就是想要做OO（醫院）這邊的檢查，然後醫生就會直接幫他排，就會變成重複檢查。（B3－醫學中心護理師）

沒有指定哪一個醫師的時候，就會導致櫃檯那邊只好隨便去掛一個可能今天有門診的醫師，結果可能那一位醫師本身……舉例來講他是要看產科，結果幫他掛到這個婦科醫師，導致這個病人在這邊白等一趟。（A2－醫學中心醫師）

前一間醫院的主治醫師，你不可能order下一間醫院主治醫師說，你一定要照著這個治療計畫走，可能就會礙於說這個醫院的設備可能這個東西沒有那麼充足。（B2－區域醫院專科護理師）

#### （二）「提供者照護品質」

我覺得你真正的是認不認識A裡面的那位醫師，他的個人的醫術到底o不ok，他不是說你轉過去，然後最後回來病人把你打槍這樣子。（A1－區域醫院醫師）

甚至他們給我們回饋就是他們很肯定他們在OO（醫院）接受的醫療是很棒的，但他們覺得我們轉出去之後轉到了一個他們不是很滿意的這個區域醫院，然後導致他們後續病人的狀況不是那麼理想，這是有零星的個案會有這樣的現象。（A5－醫學中心醫師）

他的治療成效可能就沒有這麼好……就變成說當他再轉回來的時候，可能你預期的病情他就不是長這樣，結果好像甚至可能更嚴重，或是他轉出去的過程當中沒有成效。（B2－區域醫院護理師）

### 主題四、制度

受訪者對現行的轉診制度也提出一些

問題與看法，主要為針對轉診績效指標的制定以及病患就醫可近性與部分負擔。一些任職於醫院的醫療提供者表示，轉診績效指標的計算方式與獎金發放標準不公平，缺乏彈性。他們也可能為了達到績效目標而短時間內大量轉診，使許多轉診不夠確實。此外，因民眾至不同層級院所的部分負擔沒有明顯差距，使得病人可以自由選擇院所，不願意因為轉診而造成就醫不便，最後使轉診制度難以推動。

### (一)「轉診績效指標制定」

……經費當然是整個北區的醫院大家去拿的，不過他那個比較不好的是，不只是看件數還有看那個比率，所以那個比率對我們來講就有點不公平，我們轉出去的件數就非常多嘛，可是我們的比率就很低啊。(C3—區域醫院行政/轉診專責人員)

### (二)「就醫可近性與部分負擔」

(轉診)就是可有可無吧。畢竟民眾去醫院那麼方便，醫院那麼多間，他想去就去，而且就是部分負擔你們應該也知道吧，就是調整那麼一點錢其實民眾還是不太在意這種東西。(A6—區域醫院醫師)

唯一可以控制的真的就是健保署要自己讓每一個區域的費用是被放大的，看得到那個區隔，病人才會去改變他的行為，不然真的是很難。(C3—區域醫院行政/轉診專責人員)

## 討 論

本研究結果發現，國內醫療服務提供者在進行轉診時遭遇的障礙主要來自於成本、過程、品質及制度層面。除此之外，根據受訪者所屬的不同層級院所，提出的問題與挑戰也有所不同。以下將一併進行說明，試圖依據上述各個面向的分析結果，逐一討論不同層級醫療機構所面臨的問題。

### 一、成本面

在目前轉診制度下，各個醫療機構普遍存在對於病人流失的擔憂。這一現象與陳、林[22]及邵[20]的研究結果相符。因此，時常出現自我轉診的現象，即醫師將病人轉診

給同一醫療群或同一體系的醫療機構，甚至如果同時有在基層診所及醫院執業的醫師，也會將病人轉到另一家院所自己的門診，如此一來，既可省去與不熟悉院所合作時所產生的溝通及作業流程的障礙，也可避免病人外流所造成的損失。

本研究結果發現，相較於大型醫院，基層診所更關注建立與維護轉診資訊系統的成本，以及相應的行政作業成本。有受訪者提到，基層診所常受限於資訊設備方面的限制，這些限制往往源於金錢成本以及額外投入的人力和時間成本。這些因素導致了基層診所的轉診意願下降，顯示在轉診系統與行政作業方面還有很大的改進空間。未來可透過健保署電子轉診平台功能的優化，並與各醫療院所的醫療資訊系統(HIS)相互介接來改善此問題。介接後，院所可統一透過官方電子轉診平台進行轉診、列印轉診單與回復轉診，無需再透過院所HIS系統額外花費成本建構及維護轉診功能，或重複登錄醫囑及接受轉診的回復資料。相較於大型醫院，基層診所的規模及其資訊系統的功能與投入成本本來就較低。因此，若能將電子轉診平台介接至院所的HIS系統，預計能夠明顯降低基層診所的成本負擔。

有關醫療提供者的轉診財務誘因，洪[33]指出，要落實分級轉診，給予院所足夠的財務誘因是不可或缺的，因為提供者對於醫療利用情形具有一定的影響力，而轉診行為也影響到提供者的收益流動。因此，應該考慮支付制度及成本，以提供適切的財務誘因。健保署為了推動分級醫療，大幅提升醫院的重症給付，然而，本研究多位受訪者皆提到提高的給付依舊無法彌補輕症病人的損失以及轉診的獎勵金過少的問題。甚至有些醫師不清楚他們是否獲得了轉診獎勵金，顯然以現階段而言，財務誘因仍顯不足，無法對醫療提供者產生足夠的激勵作用。再者，較小型醫療院所出於成本的考量，可能未能編制轉診專責人員來處理相關業務，造成現有員工行政負擔加重，缺乏轉診動機。

### 二、過程面

首先，過程面問題相對其他面向較為多元且複雜，其中包含資訊系統與平台的操作、轉診過程中雙向溝通的有效性，以及病



人與醫療提供者雙方各自產生的因素。許多受訪者對於電子轉診平台及健保醫療資訊雲端查詢系統表示有使用上的障礙，認為其操作介面不夠友善及淺顯易懂。當醫療提供者面對轉診病人時，需要首先瞭解病人的過去檢驗和用藥紀錄。然而，當使用資訊系統時，其介面不容易使用導致操作困難，則需花費更多的心力與時間來獲取所需的資料。根據陳等人的研究結果[34]，使用電子轉診平台能夠幫助整體工作效率的提升，而此平台是否容易使用會直接影響醫事人員在執行轉診業務時的效率，這說明了資訊系統的頁面與操作必須友善才能促使醫療提供者使用。本研究除了發現醫療提供者對於資訊系統的使用不熟悉外，也發現系統本身存在一些順暢度上的缺點，例如：上傳資料速度慢、搜尋結果不夠精確等。

在本研究雙向溝通有效性當中常見的問題之一，就是雲端病歷資料不完整或非結構化的轉診資訊，轉診資訊可多可少，包含的內容也因人而異，其中更有多位受訪者提到常看到基層診所沒有上傳資料。而基層診所未上傳資料的情況在國外也有相似的情形，國外研究指出專科醫師希望家庭醫師對於患者病史可以提供相關且完整的訊息[35]，以達到類似「交班」的效果，可見國內外皆有基層院所提供不完整病歷資訊的狀況。

其他研究則顯示，醫師之間的良好溝通與病人治療成效以及醫病之間的滿意度呈正相關[36,37]。因「醫病溝通」涉及醫療提供者和病患雙方的互動，因此同時出現於「病人因素」及「提供者因素」中，不同之處在於，前者為針對病患端所發生的問題（例如，病患在轉診後未向醫師告知實情，導致重複檢查或診療細節的混淆），而後者涉及醫事人員端產生的問題（例如，若醫師未與病患溝通與提出建議，他們的轉診意願就會非常低）。

面臨轉診時大多數提供者都會尊重病人的意願與偏好，若病人轉診意願低將增加提供者轉診的困難度。其一是民眾因為用藥因素不願下轉至基層診所。在台灣醫療機構競爭激烈的環境下，有些院所基於成本考量會使用學名藥，避免使用藥價差較少的原廠藥，有些基層診所即因成本控制因素使用學名藥。因此，相對於大型醫院，病人可能認為

在基層診所藥物品質較不受保障，選擇持續留在大型醫院，不願轉診至基層診所。過去研究結果就顯示，國內醫學中心與區域醫院使用學名藥的比例確實低於地區醫院及基層院所，醫師開立學名藥的機率與其所屬的醫療院所規模呈現負相關[38,39]。然而李[40]則有不同的研究結果，發現在藥物效力相同的條件下，醫師對於原廠藥之處方意向顯著高於學名藥，可見醫師對學名藥之使用還有其他考量。此外，民眾也會因為對受轉醫師或醫療院所不熟悉或不信任而不願轉診，惟經原診治醫師溝通與建議後，往往才願意轉診。

### 三、品質面

品質方面問題，則是大多醫療服務提供者為針對病人轉診後照護連續性和治療成效的不確定性考量。本研究發現醫師在考慮是否進行轉診時，非常重視受轉醫師的專業能力以及是否信任對方的醫術。如果醫師對對方的專業能力缺乏信任，或者認為轉診後對病人的病況幫助不大，通常會抱持不利於轉診的態度。有學者指出，通常醫師進行轉診時，會就能力與信任為考量選擇可靠的醫師或醫療機構轉診，尤其當醫師相信受轉診方的醫術能夠提供高品質的照護，並且彼此之間有一定信任關係，亦可促進雙向轉診，提供病患連續性照護[20,41]。另一篇研究則發現信任是影響提供者進行轉診決策的重要因素[42]，此觀點與本研究結果具一致性。

在照護連續性方面，除了重複檢查與轉診失誤的問題之外，醫療提供者最關心的是轉診後是否會造成照護過程中斷，進而影響到病患病情。許多受訪者表示，因有些院所轉診時未確切交接病歷，導致病人在轉診後反饋未獲得更好的醫療服務品質，有時更出現轉診錯誤，甚至重複接受檢查的狀況，產生許多負面效果。國外研究顯示，轉診時若雙向溝通成效不佳，導致診斷及治療延遲、重複診斷檢查、不良事件發生率增加將降低醫療照護品質[43,44]，此結果與本研究發現吻合。

### 四、制度面

醫療提供者針對制度方面的問題雖然提及不多，但仍然存在，包括轉診績效指標

計算方式缺乏彈性、病患部分負擔沒有明顯差距，以及病患就醫自由所產生的問題。制度面當中被提及的問題，首先為轉診績效指標。這些問題大多因為部分院所需要在短時間內達到績效目標，導致轉診功能未能充分發揮，或在計算績效指標時未考慮院所屬性的不同，缺乏一定程度的彈性。此問題目前尚未在先前的研究中得到探討或證實，但未來相關指標制度的設計是否可進行檢討與滾動式調整，以實現醫病互惠，值得進一步探討。

再者為就醫可近性及部分負擔，有些受訪者認為目前各層級院所門、急診部分負擔沒有明顯差距，無法有效改善民眾越級就醫行為，認為應該要增加民眾就醫障礙才有可能看到分級轉診效果，而增加就醫障礙的第一步就是調整部分負擔。一項對於台灣過去部分負擔調漲的研究結果顯示，由於醫學中心及區域醫院的部分負擔漲幅較大，這些醫院有效減少了輕症患者就醫及小病看大醫院的情況[45]。許等人[46]與Kavosi等人[47]的研究也證實，提高部分負擔能夠有效降低民眾對醫院門診的使用量。有一項針對2005年部分負擔調整政策的研究顯示，部分負擔的調漲不僅有效抑制了民眾的就醫需求，還能促使他們改變就醫行為，增加民眾至診所就醫的比例，亦即部分負擔調整能有效驅使民眾落實轉診制度達到分級醫療的目標[48]。然而，過去的研究也指出，調整部分負擔的效果在不同族群之間有所差異。特別是在收入較低的族群、健康狀況較佳的年輕人或就醫距離近的民眾，調整部分負擔的影響更加明顯。因此，部分負擔政策的實施應同時考慮不同族群對部分負擔調漲的敏感度，以免降低某些族群的醫療可近性[45,48]。

#### 研究限制

鑑於資源和時間的限制，本研究未包含東部和離島地區的醫療提供者。然而，這些地區可能面臨獨特的轉診挑戰，值得未來研究深入研究。由於本研究主要為探討國內進行轉診時所發生的問題與其整體樣貌，未針對不同醫學專科別進行分析，例如，哪些科別較不容易轉診與其背後原因等。然而，本研究結果發現，不同層級的提供者面臨的問題並不相同，這一發現亦為未來研究提供

了重要的方向。不同轉診類型可能與機構層級的特性與需求有關，期待未來研究能針對不同轉診方向（上轉、下轉或平轉）進行詳細的分析，以提供轉診制度更具體的建議。

#### 結論與建議

有別以往的研究從民眾端找問題，本研究以第一線的醫護人員以及行政管理人員為研究對象試圖找出醫療提供端執行轉診時所面臨的障礙。本研究發現了許多存在於醫療提供端的問題，主要源自於過程、品質、成本及制度上的相關問題。若要使分級醫療轉診制度更加落實，除了針對醫療提供者於執行轉診所遇到的問題進行改善及優化外，制度規範上可能也須針對不同醫療院所之特質進行訂定，將醫療供給端的轉診障礙最小化，使轉診的效率與成效最大化。

#### 致 謝

本研究感謝所有受訪者的寶貴意見，以及國科會專題研究計畫補助（MOST 110-2410-H-039-003），特此致謝。

#### 參考文獻

1. 鄭守夏、陳啟禎：健保制度下的醫療體系。台灣醫學 2014；18：74-84。doi:10.6320/FJM.2014.18(1).09。  
Cheng SH, Chen CC. Health care system under national health insurance scheme. Formosan J Med 2014;18:74-84. doi:10.6320/FJM.2014.18(1).09. [In Chinese: English abstract]
2. 中華民國內政部：最新消息。https://www.moi.gov.tw/News\_Content.aspx?n=2905&s=235554。引用 2021/09/22。  
Ministry of the Interior, R.O.C. (Taiwan). Latest news. Available at: https://www.moi.gov.tw/News\_Content.aspx?n=2905&s=235554. Accessed September 22, 2021. [In Chinese]
3. 周迺寬、王水深、周玲玲等：門診醫病關係初探－醫學生在“醫師與人文”課程之問題導向學習。醫學教育 2004；8：159-67。doi:10.6145/jme.200406\_8(2).0004。  
Chou NK, Wang SS, Chou LL, et al. A preliminary study assessing the relationship between physician and patients in outpatients department-problem-based learning amongst junior medical students. J Med Education 2004;8:159-67. doi:10.6145/jme.200406\_8(2).0004. [In Chinese: English abstract]
4. Yan YH, Kung CM, Yeh HM. The impacts of the

- hierarchical medical system on national health insurance on the resident's health seeking behavior in Taiwan: a case study on the policy to reduce hospital visits. *Int J Environ Res Public Health* 2019;**16**:3167. doi:10.3390/ijerph16173167.
5. 江東亮：台灣醫療保健支出之趨勢分析。台灣衛誌 2002；**21**：157-63。doi:10.6288/TJPH2002-21-03-01。  
Chiang TL. Analysis on trends for healthcare expenditures in Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2002;**21**:157-63. doi:10.6288/TJPH2002-21-03-01. [In Chinese: English abstract]
  6. Levin DC, Rao VM. The effect of self-referral on utilization of advanced diagnostic imaging. *Am J Roentgenol* 2011;**196**:848-52. doi:10.2214/AJR.10.5823.
  7. 林依瑩：我國轉診與分級醫療相關政策之制訂、實施與成效。台北：國立台灣大學健康政策與管理研究所碩士論文，2005。  
Lin YY. The policy-making, implementation and outcomes of referral and the hierarchy of medical care policy in Taiwan [Dissertation]. Taipei: Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University, 2005. [In Chinese: English abstract]
  8. 衛生福利部中央健康保險署：分級醫療執行成效歷年分級醫療執行進度。https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1740-748d1-3108-1.html。引用2023/07/13。  
National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Implementation of National Health Insurance payment system and hierarchical referral system. Available at: https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1740-748d1-3108-1.html. Accessed July 13, 2023. [In Chinese]
  9. 徐婕、李玉春：「家庭醫師整合性照護計畫」對民眾越級就醫之影響。台灣衛誌 2017；**36**：137-47。doi:10.6288/TJPH201736105073。  
Hsu C, Lee YC. Impact of the "Family Doctors' Integrated Care Initiative" on patients' behavior in seeking care at higher level health care institutions. *Taiwan J Public Health* 2017;**36**:137-47. doi:10.6288/TJPH201736105073. [In Chinese: English abstract]
  10. 徐淑芬、王炳龍、蔡名霖：台北市醫學中心眼科門診病人就醫選擇原因與滿意度調查之研究。醫務管理期刊 2001；**2**：137-46。  
Shi SF, Wang BL, Tsai ML. Reasons for selection and satisfaction of eye care services at three Taipei medical centers. *J Healthc Manag* 2001;**2**:137-46. [In Chinese: English abstract]
  11. 陳美吟：民眾個人特質對就醫層級之影響—以感冒與慢性病為例。台北：國立台北大學經濟學系研究所碩士論文，2003。  
Chen MY. Effect of personal traits on healthcare-seeking behaviour: examples of common cold and chronic diseases [Dissertation]. Taipei: Department of Economics, National Taipei University, 2003. [In Chinese]
  12. 黃志暉：台東地區主要競爭醫院忠誠病人之區辨研究。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文，2004。  
Huang CH. Discriminant analysis of loyal patient between main competitive hospitals in Taitung [Dissertation]. Kaohsiung: Department of Public Health, Kaohsiung Medical University, 2004. [In Chinese: English abstract]
  13. 張瑛琦：健保制度下病患就診模式的建構及探討。台北：台北科技大學商業自動化與管理研究所碩士論文，2005。  
Chang JC. Modeling patient's behavior of taking medical treatment under National Health Insurance system [Dissertation]. Taipei: Department of Commerce Automation & Management, National Taipei University of Technology, 2005. [In Chinese: English abstract]
  14. 池珮瑜：疾病信念與健康服務的利用。台北：國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2007。  
Chih PY. Illness beliefs and health services utilization [Dissertation]. Taipei: Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, 2007. [In Chinese: English abstract]
  15. de Valk J, Taal EM, Nijhoff MS, et al. Self-referred patients at the Emergency Department: patient characteristics, motivations, and willingness to make a copayment. *Int J Emerg Med* 2014;**7**:30. doi:10.1186/s12245-014-0030-7.
  16. Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2016;**16**:685. doi:10.1186/s12913-016-1935-z.
  17. 張嘉莉、陳楚杰、林恆慶：探討醫院門診病人之轉診意願及其相關因素。台灣家醫誌 2006；**16**：155-66。doi:10.7023/TJFM.200609.0155。  
Chang CL, Chen CC, Lin HC. An investigation of the willingness and causative factors in patients who referred to other institution. *Taiwan J Fam Med* 2006;**16**:155-66. doi:10.7023/TJFM.200609.0155. [In Chinese: English abstract]
  18. 林佩君：影響病患完成雙向轉診相關因素之研究。台中：中台科技大學醫護管理研究所碩士論文，2008。  
Lin PC. A study on patients' return factors of bidirectional referral system [Dissertation]. Taichung: Department of Healthcare Administration, Central Taiwan University of Science and Technology, 2008. [In Chinese: English abstract]
  19. 李晏瑜：以病患觀點探討影響醫師轉診行為之相關因素。台北：國立台灣大學健康政策與管理研究所碩士論文，2021。



- Lee YY. Factors associated with the doctor's referral behavior: patient's perspective [Dissertation]. Taipei: Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, 2021. [In Chinese: English abstract]
20. 邵詩媛、蔡良敏：社區醫院雙向轉診之策略規劃。醫務管理期刊 2005；**6**：190-200。doi:10.6174/JHM2005.6(2).190。  
Shao SY, Tsai LM. Strategies of bidirectional referral system in community hospital. J Healthc Manag 2005;**6**:190-200. doi:10.6174/JHM2005.6(2).190. [In Chinese: English abstract]
  21. 徐仙中：總額支付制度下影響基層醫師轉診意願之相關因素探討。台北：台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文，2003。  
Hsu HC. Exploring factors influencing the willingness of primary care physicians for patient referrals under the global budget payment system [Dissertation]. Taipei: School of Health Care Administration, Taipei Medical University, 2003. [In Chinese: English abstract]
  22. 陳楚杰、林恆慶：探討影響台灣基層開業醫師轉診意願之因素。醫護科技學刊 2004；**6**：414-28。doi:10.6563/TJHS.2004.6(4).8。  
Chen CC, Lin HC. Influences on willingness of primary care physicians make patient referrals in Taiwan. J Health Sci 2004;**6**:414-28. doi:10.6563/TJHS.2004.6(4).8. [In Chinese: English abstract]
  23. 彭鈺婷、楊皓宇、潘湘如、陳如意：居家整合醫療及雙向轉診困境之調查—某區域醫療網參與醫師之觀點。台灣家醫誌 2019；**29**：144-51。doi:10.3966/168232812019092903004。  
Peng YT, Yang HY, Pan HJ, Chen RY. A survey on challenges in implementing the home care services and bidirectional referral system in Taiwan -- perspectives from physicians in a regional primary health care program. Taiwan J Fam Med 2019;**29**:144-51. doi:10.3966/168232812019092903004. [In Chinese: English abstract]
  24. 林厚鈞：影響台北北區開業醫師轉診對象的決定因素。北市醫學雜誌 2005；**22**：997-1014。doi:10.6200/TCMJ.2005.2.11.04。  
Lin HC. Factors influencing medical referral by private practitioners-a cross-sectional survey in northern Taipei. Taipei City Med J 2005;**22**:997-1014. doi:10.6200/TCMJ.2005.2.11.04. [In Chinese: English abstract]
  25. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health Serv Res 2006;**6**:5. doi:10.1186/1472-6963-6-5.
  26. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods 2006;**18**:59-82. doi:10.1177/1525822X05279903.
  27. Marshall B, Cardon P, Poddar A, Fontenot R. Does sample size matter in qualitative research? A review of qualitative interviews in is research. J Comput Inf Syst 2013;**54**:11-22. doi:10.1080/08874417.2013.11645667.
  28. Walker JL. The use of saturation in qualitative research. Can J Cardiovasc Nurs 2012;**22**:37-46.
  29. Trotter RT 2nd. Qualitative research sample design and sample size: resolving and unresolved issues and inferential imperatives. Prev Med 2012;**55**:398-400. doi:10.1016/j.ypmed.2012.07.003.
  30. Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Qual Quant 2018;**52**:1893-907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8.
  31. Francis JJ, Johnston M, Robertson C, et al. What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. Psychol Health 2010;**25**:1229-45. doi:10.1080/08870440903194015.
  32. 吳啟誠、張瓊云：主題分析在教育研究上的應用。特殊教育發展期刊 2020；**(69)**：29-42。doi:10.7034/DSE.202006\_(69).0003。  
Wu CC, Chang CY. Applying a thematic analysis in educational research. Dev Spec Educ 2020;**(69)**:29-42. doi:10.7034/DSE.202006\_(69).0003. [In Chinese: English abstract]
  33. 洪乙禎：健保支付制度與分級轉診的落實。國科會專題研究計畫，計畫編號NSC 94-2415- H-034-002。台北：中國文化大學經濟學系暨研究所，2006。  
Hong YC. Implementation of National Health Insurance Payment System and Hierarchical Referral System. National Science Council Research Report. Project Number NSC 94-2415- H-034-002. Taipei: Department of Economics, Chinese Culture University, 2006. [In Chinese: English abstract]
  34. 陳定紘、蕭如玲、陳奕翰：影響醫師使用分級醫療電子轉診系統因素與成效評估之初探。台灣衛誌 2021；**40**：406-18。doi:10.6288/TJPH.202108\_40(4).109150。  
Chen TH, Hsiao JL, Chen YH. Factors determining physicians' perspectives on bidirectional electronic referral systems' use and performance. Taiwan J Public Health 2021;**40**:406-18. doi:10.6288/TJPH.202108\_40(4).109150. [In Chinese: English abstract]
  35. Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. Intern Med J 2005;**35**:491-6. doi:10.1111/j.1445-5994.2005.00860.x.
  36. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. Health Aff (Millwood)

- 2006;**25**:w555-71. doi:10.1377/hlthaff.25.w555.
37. Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want: a content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. *J Med Pract Manage* 2007;**22**:255-61.
38. Chung CH. Trends in pharmaceutical expenditure in the Taiwan National Health Insurance database at different hospital levels. *J Comp Eff Res* 2023;**12**:e220162. doi:10.2217/ceer-2022-0162.
39. Liu YM, Yang YH, Hsieh CR. Financial incentives and physicians' prescription decisions on the choice between brand-name and generic drugs: evidence from Taiwan. *J Health Econ* 2009;**28**:341-9. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.10.009.
40. 李雅瑜：學名藥與原廠藥品牌權益對醫師處方意向之影響。台北：國立台灣大學健康政策與管理研究所碩士論文，2012。  
Lee YY. Effects of brand equity on prescribing intention- a comparison between generic drugs and brand-name drugs [Dissertation]. Taipei: Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University, 2012. [In Chinese: English abstract]
41. 方世榮、黃瓊瑤、石漢華：探討信任之前置因素與結果—以醫藥產業為實證。交大管理學報 2007；**27**：1-32。doi:10.6401/CMR.200706.0001。  
Fang SR, Huang CY, Shih MH. Examination the antecedents and consequences of trust-an empirical study on pharmaceutical industry. *Chiao Da Manag Rev* 2007;**27**:1-32. doi:10.6401/CMR.200706.0001. [In Chinese: English abstract]
42. Mian O, Koren I, Rukholm E. Nurse practitioners in Ontario primary healthcare: referral patterns and collaboration with other healthcare professionals. *J Interprof Care* 2012;**26**:232-9. doi:10.3109/13561820.2011.650300.
43. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res* 2007;**7**:133. doi:10.1186/1472-6963-7-133.
44. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. *J Gen Intern Med* 2009;**24**:170-7. doi:10.1007/s11606-008-0885-5.
45. 黃惠萍：全民健保新制部分負擔對民眾就醫層級選擇之影響。台北：國立台灣大學健康政策與管理研究所碩士論文，2007。  
Huang HP. The impact of NHI co-payment increase on patients' choice of hospital levels [Dissertation]. Taipei: Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University, 2007. [In Chinese: English abstract]
46. 許續天、韓幸紋、連賢明、羅光達：部分負擔調整對醫療利用的衝擊：以2005年政策調整為例。台灣衛誌 2011；**30**：326-36。doi:10.6288/TJPH2011-30-04-03。  
Sheu JT, Han HW, Lien HM, Lo KT. How did the increase in NHI copayments in 2005 affect the use of health care? *Taiwan J Public Health* 2011;**30**:326-36. doi:10.6288/TJPH2011-30-04-03. [In Chinese: English abstract]
47. Kavosi Z, Bayati M, Arefnezhad M, Rad EH, Jaafari A. Effect of cost sharing on utilization of general physician care: a cross-sectional survey from Shiraz, Iran. *Int J Prev Med* 2018;**9**:96. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM\_133\_16.
48. 游家昂：2005年全民健保部分負擔調整政策效果分析。桃園：中原大學會計學系研究所碩士論文，2011。  
Yu CA. The adjustment effect of NHI co-payment policy in 2005 [Dissertation]. Taoyuan: Department of Accounting, Chung Yuan Christian University, 2011. [In Chinese: English abstract]

## Exploring the challenges of outpatient and emergency department referral from the perspective of the health-care provider

SIANG-FU YOU, VIVIAN CHIA-RONG HSIEH\*

**Objectives:** Owing to patients' great freedom in choosing their health care in Taiwan, the effectiveness of bilateral referral policy is limited in the country. Research on referral policies from the viewpoint of the health-care provider is currently lacking. Therefore, this study identified and analyzed the challenges faced by health-care service providers during their implementation of the referral policy instituted by Taiwan's health-care system. **Methods:** The present qualitative study conducted semistructured, in-depth interviews of individuals recruited through purposeful sampling. Health-care facilities in the northern, central, and southern regions of Taiwan were the primary sampling sites, and the recruited participants were clinicians, nurses, and health-care administrators who had experience with the referral process. Data were collected through one-on-one online interviews. Thematic analysis was employed to code and identify initial themes, and this was followed by theme refinement, definition, and coding. **Results:** Fifteen participants were recruited: five clinicians, six nurses, and four administrators. The results uncovered four main categories of barrier to implementation of the referral policy: cost, process, quality, and system barriers. The primary care providers mainly mentioned cost-related problems, including patient loss and self-referral, system and administrative costs, insufficient financial incentives for referrals by health-care providers, and personnel allocation. Process-related problems included operation of the information system and platform, ineffective bilateral communication, patient factors, and provider factors. Quality-related problems included continuity of care and provider service quality. System-related problems included referral performance indicators, accessibility of care and copayment standards. **Conclusions:** The findings of this study revealed that health-care service providers continue to face many challenges during the referral process, which can be classified as cost, procedural, quality, and systemic issues. Different considerations and barriers emerged at differing levels of health-care facilities. (*Taiwan J Public Health*. 2024;**43**(3):313-326)

**Key Words:** *healthcare provider, referral, hierarchical healthcare, National Health Insurance, qualitative research*

---

Department of Health Services Administration, China Medical University, No. 100, Sec. 1, Jingmao Rd., Beitun Dist., Taichung, Taichung, Taiwan, R.O.C.

\* Correspondence author E-mail: crhsieh@cmu.edu.tw

Received: Mar 8, 2024 Accepted: Jun 24, 2024

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202406\\_43\(3\).113019](http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43(3).113019)