編號：CCMP88-RD-060

民眾中醫醫療需求與中醫師人力供給之規劃研究-以數學方程式之電腦模擬模式為規劃工具

The study for the planning of Chinese medicine utilization and provision of Chinese medicine physician-using deterministic simulation model

李采娟

私立中國醫藥學院

摘要

全民健康保險的實施對民眾的醫療行為將有所影響，然而民眾中醫利用的需求級供給問題，在全民健保實施後尚未曾被討論，因此，引發了本研究之動機。

有關中醫師人力供給面方面，本研究母群體為台灣地區執業中醫師，經全省抽樣後共有 495 位中醫師成為此部份之研究對象。針對中醫師所測量的變項包括基本資料、經濟負擔、健康狀況、執業狀況、中醫師及輔助人員之時間投入、醫療院所之資本投入、中醫師生產力，及執業地點之醫療供給狀況。醫師的基本資料包括性別、實足年齡、婚姻狀況、教育背景和教育年數，中醫師的經濟負擔狀況則包括子女數、子女年齡和經濟依賴家人數，中醫師的執業情況變項包括:執業場所類別、科別、執業年資、執業型態、保險特約、證書類別、是否設藥局、是否兼領其他醫事人員證書及執業地點都市化程度。其中執業地點的都市化程度係依據行政院主計處八十二年編印之中華民國統計地區標準分類為指標。

有關中醫醫療需求方面，研究母群體為台灣地區居民，抽樣方法將採四階段等機率隨機原則，以鄉鎮市區為第一抽取單位，村里為第二抽取單位，戶為第三抽取單位,人為第四抽取單位各單位抽取率與抽樣單位大小成比率,每戶中選機率相等，最後總計 2850 位民眾成為此部份之研究對象。此部份以 Andersen 之健康行為模式為架構來探討社會人口特質、健康信念、醫療資源、健康狀況等因素如何對民眾

利用不同中西醫療型態的影響。另外，再加上幾個關於對中西醫醫療的整體療效、偏好及疾病療效的評估等態度變項探討其如何影響民眾去使用中醫醫療。

而中醫醫療需求與供給之推估方面，將以兩種不同方式推算，以了解在不同的考量下，其推估結果是否相同。一模擬模式考量整體中醫師人口與全體人口成長率、平均每位中醫師每週看診人次及平均每位民眾每週中醫醫療需求和此兩變項之成長率，，另一模擬模式考量了整體中醫師人口與全體人口成長率和在各種假設前提下帶入本研究調查之預估迴歸方程式所獲得中醫師每週看診人次及民眾每月中醫醫療需求，再以分立事件之成長率和假設前提之電腦模擬評估供給與需求面之差異，並評估各種假設前提之敏感度分析。

本研究以結構性問卷為研究工具，內容以封閉性問題為主，資料搜集在中醫醫療需求方面，以招募本校醫學、公衛、醫管、藥學、護理等系學生擔任訪員，進行家庭訪視工作；經 40 位訪視員進行全省家庭訪視後，再扣除錯誤名單或無法接觸樣本後，其回收率為 79.05%。而在中醫師人力供給方面，經二次郵寄問卷後，再經五位訪視員以電話訪視後，總計回收率為 74.56%。

有關中醫師人力供給面，其結果顯示中醫師生產力與其年齡、執業場所、執業場所是否加入健保特約、其實際診療時數、護理、調劑、其他及所有輔助人員之診療時數有達顯著相關。中醫師生產力與年齡及輔助人員診療時數均成負相關，而與其實際診療時數、護理、調劑及其他人員診療時數則成正相關，此外，在醫院執業之中醫師其生產力較執業於診所或聯合診所者低。

在中醫醫療需求方面，民眾對中醫門診的需求與其西醫門診使用次數、對健康焦慮的程度、有無固定或熟悉的中醫師，及自述一個月內有無生病情況四個變項均有達到統計上的顯著相關。其中民眾對中醫門診的需求與其西醫門診使用次數成負相關，而與民眾對健康焦慮的程度成正相關；而看病有固定或熟悉的中醫師，及自覺有生病、受傷或身體不舒服的民眾，其對中醫門診的需求均有提高的趨勢。

在中醫醫療需求與供給之推估方面，結果顯示人口每年成長率為 0.9654%，而中醫師每年之成長率則為 4.10%，目前每十萬人口中醫師數為 14.0 人，若未來五年人口數及中醫師數依此成長率成長，則其每十萬人口中醫師數將自 1999 年的 14.42 人升至 2003 年的 16.25 人。1998 年、2000 年及 2003 年時，平均每人每月看診中醫門診次數之推估值分別為 0.1028、0.1094 及 0.1201 人次。有關供給面及需求面是否達到平衡之結果顯示供給面大於需求面，在此之際，任何擴大供給面之政策將使中醫師人力供給過剩，但並非中醫系畢業生回流執業中醫、學士後中醫系增班及西醫師執業中醫等措施政策並不可行，衛生政策制定者應選擇開放對中醫發展有利與民眾中醫醫療照護品質高之養成過程的政策，雖然會加大供給面，但市場自然會有調節之機制如淘汰不良中醫醫療供給者。

關鍵詞：中醫師；中醫醫療供給；中醫需求；

ABSTRACT

After implementation of National Health Insurance, the issue about the need and provision of Chinese Medicine in Taiwan has never been examined. In order to provide information for health policy related to planning the future provision of Chinese medicine physicians (CMPs), the current study had been conducted. To achieve the study objectives, three components of study have been designed. One is to select a national sample survey of CMPs to estimate CMPs' production measured by patient visits as well as significant factors that related to their production. The factors considered are sociodemographic factors, education and training background of CMPs, their mode of practice, practice characteristics of Chinese medicine hospitals, resource input, the national health insurance contract, etc. The second one is to select a national sample survey of general population to estimate the need of Chinese medicine health service as well as significant factors that are related to their need. The factors considered are sociodemographic factors (including age, gender, income, level of education, ethnicity, marital status, and so on), need factors (including general perception of health, bed days in the past month, number of chronic diseases and so on), predisposing factors (including health belief to Chinese medicine, worry about their health, etc), and ability factors such as health insurance status. The study design had been used in the two projects was cross-sectional. Face-to-face interview with trained interviewers were used to collect information about all information. The last one is to estimate the growth rate of CMPs as well as general population in order to predict them in the coming 10 years. In addition, using discrete event simulation model, we perform the sensitivity analysis to evaluate the difference between Chinese medical service provision and need under different assumptions of simulation models.

For the CMPs' study, our study results indicated that the significant factors that were associated with the production of CMPS are age of CMPs, mode of practice, National Health Insurance contract, and input hours of CMPs, nurse, pharmacists, and other personnel. Age and practice in hospital were inversely related to CMPs' production while National Health Insurance contract and all input variables were positively related to CMPs' production.

For the need of Chinese medicine service study, our results showed that significant factors that were related to the Chinese medicine utilization were Western medicine utilization, level of worry about health, whether having a regular CMP, and having been ill in the past month. As Western medicine utilization increased, Chinese medicine utilization decreased. Those who were worry about their health, had a regular CMP or had been ill in the past month were more likely to utilize Chinese medicine service.

For the prediction of need and provision of Chinese medicine service, the results showed that the constant growth rates of general population and CMP were 0.9654% and 4.10%, respectively. For year of 1998, the CMP-to-population ratio is $14.0*10^{-5}$. Under these growth rates, the CMP-to-population ratio will range from $14.42*10^{-5}$ to $16.25*10^{-5}$ from 1999 to 2003. The average Chinese medicine utilization per person in a month from 1999 to 2003 is from 0.1028 to 0.1201. Under these estimates, we predict the provision of Chinese medicine service will be over the need of Chinese medicine care now and in the future. We suggest that health policy decision makers should determine the policy that may promote the development of Chinese medicine and that may educate and train CMPs that can provide the highest quality of care.

Keywords：Chinese medicine physician , Chinese health service provision, Need of Chinese health care

壹、前言

一、研究緣起

臺灣自 1990 年以後中醫師大量增加，1989 年八月衛生署醫事人員電腦檔中的執業中醫師共有 1825 人(李氏等，1990)，至 1996 年 8 月衛生署醫事人員電腦檔中的執業中醫師增為 3120 人(李氏等，1996)。依執業中醫師領取執照的年度作分析，1996 年執業中醫師中有 1942 人在 1991 至 1996 年之間領證，佔所有中醫師的 62%。

1990 年以後所增加的 1000 多名中醫師來自何處?依據中國醫藥學院的統計，1989 年至 1996 年中醫師特考及格至該校受訓的人數共 716 人，而同時期該校學士後中醫系畢業主人數共 373 人，此人力解釋了中醫師增加的主要來源(李氏等，1996)。

中醫師增加所造成的影響必須與民眾的醫療需求一起考量，過去對中醫醫療

需求的研究均顯示，全民健康保險實施前後的中醫需求增加並不明顯，這些分析不論以最小平方迴歸分析(李氏等，1995)、Two-Part 模型(賴氏等，1992)、Generalized Event Count 模式(Chu, et al. 1997)，均顯示台灣在全民健保前後的中醫醫療需求改變並不大，在需求增加有限但中醫師人力大量增加的情況下，最直接的影響為中醫師平均生產力的下降，因此，引發了本研究之動機。

二、中醫人力需求計劃

衛生人力計劃是整體衛生需要評估的一部分。MacStraric(1978)指出，決定衛生需要的方法有五個步驟，第一步驟為決定所欲服務的地區或人口群；第二步驟為估計目標人口群的衛生需求；第三步驟為透過醫療人員生產力的計算將人口群的衛生需求轉變為對衛生人力的需求，也就是把個人需求轉換為社區需求；第四步驟為決定衛生人力的組合方式；第正步驟則是決定衛生服務提供的地理位置。在本研究中，研究重點擺在上述的第一至第三步驟，而研究母群體為合灣地區的人民，衛生服務的種類為中醫醫療。

Reinhardt (1981)指出，衛生人力計劃通常先推估(forecasting)所欲服務的人口群，其人口數、社會經濟狀況與人口組成將來的改良，接著再把對人口群需求的推估轉變為將來對衛生人力的需求(requirements)，以及某類衛生人力實際供給的未來推估。此一推估過程也構成了本研究的整個理論架構，其推估過程可以用以下公式來表示:

其中 S 表示在時間點 t 時存活醫師的預估數目，a 表示存活醫師中具有專業功能(Professional active)的比率，c 表示具有專業功能的醫師中真正有在看病人(rendering patient care)的比率，$a \times c \times S$ 可得到 A，即在某一時間點 t 時，有在看病之醫師(Patient-care physician)的推估數目。其次，D 表示某一時間點 t 時每一民眾對醫師服務需求的推估量，Q 表示時間點 t 時每一醫師生產力的推估值，D/Q 可以得到需求的醫師人口比，N 則為時間點 t 時所欲服務人口群的推估人口數，$(D/Q) \times N$ 則可以得到 M，M 表示時間 t 時所需的醫師數。A 減 M 得 X，X 若大於零表示醫師人力過剩，小於零表示不足。在本研究中，我們將用此一方法來推估中醫醫療人力，尤其是中醫師的需求量與供給量。

其次，作人力推估的先決條件是決定以需要(needs)作基礎或以有效需求(effective demands)作基礎來推估(Jacoby，1978)。所謂需要，乃是以客觀標準來預估人口群的罹病率後，由專家來評斷為了對抗疾病，適當的衛生服務量應該是多少。所謂有效需求，則指在時間點 t 時，每人所需的衛生服務數量，其必須考慮的因素包括:預估時間點 t 時目標人口群的社會經濟組成和人口學組成、目標人口群對推估衛生服務的喜好、消費者在該時間點利用衛生服務的金錢價格與時間價格、消費者能承擔這些價格的能力與意願等等。

不過，以需求為基礎來推估衛生服務的種類及數量雖較準確，但它忽略了政

府改善衛生服務之分佈及方式的可能性，忽略了衛生人力之效率可能增進而使所需人力減少，也可能使現存衛生服務的不公平現象繼續存在(紀駿輝，1983)。Hornby 等(1980)曾將衛生人力計劃定義為:「以最好的方法來決定訓練、配置及應用所需的正確數量且具有適當技術的人力，以推展衛生服務。」由此可見衛生人力計劃的兩個重點，一是「適質」，一是「適量」，但本研究只考慮量的規劃，有關中醫醫療人力的品質問題，需藉由其他的研究或規劃來補足。

三、民眾中醫醫療需求之預估

未來醫療利用的推估需要三大類之資訊:一、民眾對醫療照護之需求程度(Need)；二、民眾目前醫療利用情形(Demand)；三、和醫療利用相關之因素(Predictors of Health Care Utilization)。任何健康照護之規劃必須先評估民眾對醫療照護之需求程度，才能規劃出符合民眾需求之計劃，因此，民眾之醫療照護需求為規劃之必要條件，其操作型定義為根據其人口特性、急性與慢性罹病情形所使用的醫療照護服務。其種類可區分為三類:維持基本身體功能健康發展之醫療服務(Health Maintenance Service for normal physical development) (主要決定於人口特定之分布，和罹病率互相獨立)、疾病或受傷之需求(由發生率估算)及慢性疾病或殘障之需求(由盛行率估算)。最普遍且最佳的方法為研究調查方式訪問隨機抽樣選出之樣本。

但有需求的民眾並不一定會尋求醫療，因此，還必須了解民眾實際就醫情形，和獲得民眾對醫療照護需求資訊一樣，最普遍且最佳方法為研究調查，然後分析此方法所收集資料，則可了解醫療利用和其預估因子間的相關，在此階段的分析，人口因子為相當重要因應，一定必須考量的，此乃在預估未來醫療需求時，人口結構的改變必須考量，其預估的正確性才會提高。

四、中醫師生產力函數

生產力的衡量具有幾個意義，它可作為含醫療在內的企業績效之評估參考，檢討企業內資源分配與運用的有效性，並據以訂定生產力的目標。本研究在進行中醫醫療需求的推估之後，考慮到這些因為健康保險變項或其他變項改變所增加的民眾中醫醫療需求，可能造成的中醫醫療人員不足問題。不過，解決醫療人員不足最有效和最經濟的方法，也許不是增加醫療人員，而是增加其生產力(Fein、1967；Evans 等、1973)。中醫醫療人員的生產力是國家進行中醫醫療人力規劃時不可或缺的一環。生產力函數的分析可以區分為兩種模式，一種是以產出作依變項，另一種是以單位時間產出為依變項，而自變項則為醫師投入時間，非醫師投入時間與資本投入，其所產生的函數關係可用下列公式來表示：

產出=f(醫師時間，非醫師時間，資本)

單位時間產出=f(非醫師時間，資本)

除了上述的生產力影響因素外，其他可能的因素包括組織或技術的改善，更

高品質勞動人員的投入或資本投入、更佳的效率等等(Hurdle 和 pope，1989b)。本研究採用上述第一個公式來作為分析中醫醫療人員生產力的函數模型，並加入一部分的組織模式變項和健康保險變項來推估中醫醫療人員的生產力。

推估生產力函數的第一個問題是，如何衡量中醫師生產力的產出?一個合理的衡量是根據病人健康的改善情形來作為醫師產出，但這是很難操作量化的定義，尤其在橫段面研究中更是困難。此外，如果疾病的改善是可以衡量的，但因為採用某些預防措施或中醫補藥所導致的潛在性健康改善又要如何測量?其次，健康的改善也必須對其他因素加以校正或標準化之後才能作為比較的基礎，這些因素如藥物、醫療型態或種類、其他環境因素等，這使得以健康改善作為衡量醫師產出的方法變得極困難，因此必須以某些改善健康狀況過程中的中介產出作為標準，如每週門診人次、每週總看診人次(含門診、住院、出診)或毛收入等。以看診人次作標準，乃假設醫師對每一病人的服務內容和服務品質在所抽樣的醫師之間並無明顯的不同，但當此假設明顯違反時，毛收入可能是比較好的產出指標。不過，Reinhardt (1972)指出，以上三種衡量結果並無明顯的不同。某些研究則將不同的服務方式(如開刀、檢驗、住院、教學、研究、會議)經加權轉換為門診人次後作比較(王弘志，1986；林琳琍，1991)。在本研究中，由於大部分的中醫師服務內容均為門診，因此以每週門診人次和每月毛收入作為中醫師產出的衡量標準，以每週服務人次作為中醫護理技術人員和中藥調劑人員的產出。

影響醫師產出的第一個重要因素是醫師的投入時間，研究指出只要醫師每週投入時間改變一些即會對醫師的需求產生重要影響(Freiman 和 Marder，1984；Jacobsen 和 Rimm，1987)，醫師的需求與生產力的投入時間假設呈現明顯的相關(Rudzinski 和 Katzoff，1985)。研究顯示性別是醫師投入時間的重要因素，在控制科別、年齡、受聘用狀況下，女性醫師的每週工時較短(Mitchell，1984；Kehrer，1976)。此外，由於愈來愈多醫師成為大醫院中的受薪階級(AMA，1984)。使其工作努力較單獨開業或小群體執業的醫師低，也較論量計酬下的醫師為低(Goodman and Swardwout，1984)。至於醫師投入時間改變時，生產力會改變多少，則要視投入時間對產出的彈性係數而定，過去所估算的醫師產出之投入時間彈性係數均小於 1，Reinhardt (1975)估算的彈性係數為 0.67，Hurdle 與 Pope(1989a)估算為門診 0.46，所有看診 0.66，毛收入 O.25。1975-1984 的資料則顯示，美國醫師生產力有下降趨勢，某些科別甚至降低 35%；在診所中，大部份生產力的下降並非由於醫師工作時間縮短，而是由於單位時間的看診人次減少了(Hurdle 與 Pope，1989a)。生產力減少代表對醫師需求量的提高或醫師過剩現象的改善。

資本投入和醫師以外之輔助人員的勞動投入也是重要的生產力影響因素。在診所中，資本投入主要是醫師時間的互補要素而非替代要素，資本投入的增加往往代表新技術或新服務的提供，並且會讓服務的成本上升(Reinhardt，1975)。至

於非醫師勞力的投入則較為傾向是醫師時間的替代因素；把一部份工作交由醫師的助手們去執行往往可以大幅度提高醫師生產利得(gains)；又因為醫師的單位時間價格大於其他人員，所以這種生產力的增加同時可以減低成本。醫師輔助人員的重要性不僅在提高醫師單位時間的生產力，更在提高單位成本的生產力。Hurdle 與 Pope(1989a)認為，資本投入對醫師生產力的增加貢獻很小，但輔助人員的利用卻與生產力呈正相關。1970 年代的許多研究報告的主題多集中在輔助人員能否提高醫師的生產力上。許多報告顯示輔助人員可以有效提高生產力，但醫師對助理人員的利用卻偏低而未能達成最有效率的生產情況(Holmes 等，1976；Golladay 等，1973；Zeckhauser 與 Eliastam，1974；Reinhardt，1975)。不過，稍後的研究報告卻顯示助理人員對醫師生產力的貢獻有被誇大的傾向(Hershey 與 Krop，1979；Fottler 等，1980)。

影響醫師生產力的另一個因素是組織變項，包括院所中的醫師總數和支付制度。醫師總數增加可以增加生產力的第一個原因是它有助於促成專精分科而提升效率，另一原因則是院內某些儀器或助理人員是無法分割而需要較多病人來促其充分利用的。研究顯示群體執業的醫師較單獨開業醫師的生產力高(AMA，1984)，其中小群體執業(2 至 5 人)醫師又較大群體執業醫師生產力高(Luft，1981)。在本研究中，院所內中醫師的總工作人時將作為重要的自變項來解釋個別的中醫師生產力。此外，不同支付制度對醫師生產力的影響是極易瞭解的，本研究將區分中醫師係受聘或自行開業，以及是否有保險特約來預測其生產力。

最後，醫師個人的特徵及執業地點的特徵也會影響其生產力，包括年齡、性別、年資、技術與訓練，以及當地醫療服務提供的狀況，如醫師或中醫師人口比等等。不過，以上所有討論的因素都只是醫師生產潛力的影響要素，但如果光是改變醫師生產力函數中的重要變項，而整個醫療需求卻沒有變化的話，則生產力不見得會增加。需求較低的原因可能因當地醫師過剩產生競爭，也可能因為其他來自民種眾方面的因素所造成。當需求較低時，每位醫師看診的人次減少，因而可能造成每位病人看診的時間較長。這是本研究在進行中醫師或其他人員的生產函數推估時，必須同時考慮中醫醫療需求的重要理由。

五、醫療利用模式

Andersen 和 Newman 於 1973 年(Anderson & Newman，1973)所發展的醫療服務利用模式，廣泛地被大規模之國家普查所使用且被驗証其模式之正確性，在模式中的諸變項可成功地解釋醫療服務利用率的變異(Anderson R. & Aday、1978；Aday & Anderson、1975；Anderson、et al.、1975)。Andersen 等認為影響一個人決定去使用醫療服務的因素主要有三個組成因素:

1. 傾向因素(predisposing factors)為疾病產生前就已存在之家庭特徵，此特徵造成就醫傾向的不同，此因素包括社會人口變項(如年齡、性別與婚姻

狀態)社會結構變項(如教育、戶長之職業及種族)、個人對於健康、醫療照護、醫師及疾病的信念與態度(包含了和健康有關之壓力及焦慮)。這些傾向因子並不直接影響醫療服務之利用，而為傾向使用變異之決定因素，如有較強烈相信中醫醫療照護有效的家庭，會儘早及使用較多之中醫醫療。

2. 能力因素(enabling factors)指的是允許使用健康照護之條件，當民眾有傾向使用醫療時，此健康照護條件必須存在，民眾才能使用，此因素包括家庭收入、健康保險有無、醫療資源的可用性(包括醫療服務種類及人員)、可接近性(交通時間與等候時間)，醫療服務的價格，醫事人員設施每十萬人口比等及是否有固定醫師來源。
3. 需要因素(need factors):指健康狀況的各種主客觀情形，所謂的需要，在Andersen 等最初的報告中主要是測量自覺的需要(perceived need)與評估的需要(evaluated need)，其中自覺的需要包括：由於生病(illness)或傷害(injury)導致的限制其活動的天數和頻率、一般性的自覺健康狀況(self—perceived health status)個人報告的疾病症狀數、專業診所的疾病症狀數等(Anderson & Newman、1973)及對於疾病所產生之就醫反應(為一連續測量的指標，從"不論任何症狀都不去就醫"到"任何症狀都就醫"。而傾向因素與能力因素在影響一個人是否去尋求醫療服務，是建立在需要因素的影響基礎上；亦即一個人會不會去利用醫療服務是先以其主客觀的健康狀況為基礎再考慮其它各種因素(Tanner et al.，1983)。

此模式被應用在美國大型過家調查，且成功的解釋就醫之情形，一般而言，此模式約解釋了百分之五十之醫療利用情形，至於各因子所解釋的情形如下(Mechanic,1982):

1. 家庭大小約解釋醫療利用 15%的變異，為傾向因子中為最重要之因子，至於社會結構與信念所解釋之百分比則較少。
2. 能力因子所解釋醫療利用變異的情形為保險解釋 2%、使用福利佔 1%及固定醫師來源則為 3%。
3. 需求因子則解釋絕大部份之變異(20%)，其中以限制其活動的天數所解釋之百分比為最高(14%)。

儘管此模式非常成功的解釋醫療利用情形，但應用於中醫利用時，則必須依其特性而加以修改,如於傾向因子之信念部份,雖然過去研究其解釋力似乎不高，但在台灣，民眾於就醫前時，有西醫及中醫之選擇，因此，個人對於中醫療效的信念與態度就非常重要了，且其西醫和中醫醫療利用間的相互作用，更是須要考量於醫療需求預估模式中。

Andersen et al. 於 1995 年提出一修正之醫療行為模式，來探討各因子和一般

民眾醫療利用之相關，Andersen et al. 此次所提出之概念模式(Conceptual Model)強調健康行為模式為一個動態(dynamic)且會回覆(recursive)的模式，其模式顯示環境因素影響認知健康狀況及醫療利用之因子，影響醫療利用之人口特質因子又會影響醫療利用及認知健康狀況，醫療利用及認知健康狀況則可回覆影響人口因子如健康狀況，此修正之概念模式的考量比以往更加完善。

六、中醫醫療需求及中醫師人力需求推估之電腦模擬模式

電腦模擬模式將被建立以做為中醫醫療需求及中醫師人力供給之推估，中醫師生產力函數及從推估中醫師人力與民眾醫療需求多變項分析所得之參數估值將放入電腦模擬預估模式中，並設立各參數間之數學關係(即將多變項分析所得醫療利用模式、中醫師生產力模式建立於電腦模擬中)，電腦模擬預估模式所運用之原理為微分方程式，其最大之優點為它是一時間動力的處理，其過程可使得本研究在預估時，可考慮人口結構及其他變項隨著時間點而改變的問題，因此可使得預估正確性更加提高。電腦模擬可使得研究者了解模式中所組成的變項，何者的影響最大，使研究者對模式中現象的變化更加之清楚，它並允許做敏感度分析，可借此了解不同替代方案之結果，以做決策之用。

貳、研究目的

綜合以上的討論，本研究的目的在:

基於上述背景，本研究將對全民健保實施後的中醫醫療供需狀況作一描述，並與 1992 年時所作推估作一比較，藉此修正對公元 2000 年以後的推估。

有關中醫師生產力之推估方面，將建立中醫師人力需求的推估，並和中醫師供給面作一比較，中醫師供給方面，將 1984 年之前及之後的特考中醫師、中醫系和後中醫系畢業生全部納入考量，並評估開放大陸學歷認證、中醫系畢業生回流執業中醫、學士後中醫系增班及西醫師執業中醫等措施所產生之影響作一評估。

一、探討台灣地區中醫醫療人員的生產力及影響因素。

二、推估台灣地區中醫醫療人員的生產力函數。

三、推估公元 2000 年時的中醫醫療需求，中醫師人力需求，及中醫師的實際供給量。

四、比較本研究推估之中醫師人力需求和中醫師供給面之比較。

五、探討如果開放大陸學歷認證、中醫系畢業生回流執業中醫、學士後中醫系增班及西醫師執業中醫等措施對中醫師供給面可能產生之影響。

有關中醫師需求方面，其目的分別為:

一、探討台灣地區民眾對中醫藥的需求頻率及影響因素，以及中西醫療間的替代性

和互補性。

參、研究方法及進行步驟

一、中醫師供給(或生產力)之探討

(一)、研究對象

本研究母群體為台灣地區執業中醫師，抽樣方法採等機率隨機抽樣原則，先至各中醫師公會蒐集全國中醫師總名單，共有 3355 位中醫師；最後僅抽中 495 位中醫師成為此部份的研究對象，其所抽出隨機數值為 7129，所計算之組距為 7。

(二)、研究變項與其操作型定義

本研究變項包括基本資料、經濟負擔、健康狀況、執業狀況、中醫師及輔助人員之時間投入、醫療院所之資本投入、中醫師生產力，及執業地點之醫療供給狀況。醫師的基本資料包括性別、實足年齡、婚姻狀況、教育背景和教育年數，中醫師的經濟負擔狀況則包括子女數、子女年齡和經濟依賴家人數。中醫師的健康狀況則包括自覺健康狀況、疾病罹患狀況、一年內無法正常工作天數和臥床天數。

中醫師的執業情況變項包括:執業場所類別、科別、執業年資、執業型態、保險特約、證書類別、是否設藥局、是否兼領其他醫事人員證書及執業地點都市化程度。其中執業地點的都市化程度係依據行政院主計處八十二年編印之中華民國統計地區標準分類(第一次修正)，其分類原則同時考慮了社會、經濟活動等因素，其定義如(附錄一)，此分類原則將台灣地區共分為七層:1.都會區外之鄉，2.都會區外之鎮，3.都會區外之市，4.次都會區之衛星市鎮，5.次都會區之中心都市，6.大都會區之衛星市鎮，7.大都會區之中心都市。

中醫師執業地點之醫療供給情形包括各鄉鎮市區每萬人口的中醫師數、醫師數、各醫療院所之中醫師或西醫師人數、每萬人口病床數、醫院或診所的病床總數(請見附錄二)。中醫師投入時間則請中醫師自行紀錄一星期內在診療場所的時數和實際服務病人的時數，以及除了診療病人外，每星期用在與診療有關事務的時數，這些事務包括診所管理、與保險單位聯絡、與病人聯絡、與其他醫療人員討論、中醫教材自修等。研究問卷並紀錄各中醫師所執業醫療院所的全部中醫師每週工作人時作為醫療院所規模指標，並據以計算每位中醫師所分配到的輔助人員工作人時和資本投入指標。

輔助人員包括所有專、兼任的中醫護理技術人員、中藥調劑人員和其他人員(含掛、批價、收費、工友、行政、檢驗人員等)，輔助人員工作人時的

計量係先紀錄各中醫師執業醫療院所各類輔助人員的全部工作人時，再計算所有輔助人員其工作人時平方之總和，計算方法為:

[公式 1] 輔助人員工作人時之總平方和=∑(院所各類輔助人員全部工作人時)2

資本投入指標，一為醫療院所除了人事費用以外的經常事務開支，一為土地房舍價值。每月的經常事務開支包括水電、瓦斯、藥物、器材、電話、房租、貸款利息與本金、及其他經常性支出。土地房舍價值則先計算各醫療院所與中醫診療有關的樓層面積，乘以每坪市價後，以 15 年為期攤算每個月的土地房舍價值指標，計算公式為:

[公式 2] 土地房舍價值指標=中醫診療樓層面積 X 每坪市價/(15X12)

但因土地房舍價值與中醫診療樓層面積二變項遺漏值太多，因此將土地房舍價值指標，以執業場所之都市化程度代表，故最後資本投入指標有二個，其一為都市化程度指標，其二為各醫療院所資本投入指標，而資本投入指標之計算公式為:

[公式 3] 資本投入指標=(經常事務支出+輔助人員之人事費用)

中醫師的生產力指標為本研究的依變項，分別以兩種指標來代表中醫師生產力，一為一週看診人次，另一為每月毛收入指標。一週看診人次係請中醫師自行紀錄一週內所有看診的保險病人次和自費病人次，加總後得到一週看診人次，若無紀錄者則以上個月內每週平均看診人次來計算，其中全部看診人次中保險病人所佔的比率並作為自變項來預測中醫師的生產力。中醫師的每月毛收入指標，首先依照執業型態區分為受聘與否，若為受聘之中醫師是依其每月薪資來預估。而非受聘且無保險特的中醫師則以回答平均一診次的收費，乘上每月看診人次估計其毛收入。非受聘且有保險特約之中醫師則回答自費病人與保險病人的收費差額，再針對執業科別區分為不分科及傷科或針灸科兩類；而以不分科的醫療院所而言，保險病人每診次的收費以全民建保醫療院所平均支付每位病患約 450 元計算；而科別為傷科或針灸科者，則健保平均支付每位病患的費用約為 70 元，其計算公式為:

[公式 4] 無保險中醫師每月毛收入指標=平均每診次收費 x 一週看診人次 x (30/7)

[公式 5] 有保險中醫師每月毛收入指標=看診自費病人毛收入+看診保險病人毛收入

[公式 6] 各醫療場所不分科之看診自費病人毛收入=(450+平均收費差額)X 一週看診自費病人次 x (30/7)

[公式 7] 各醫療場所傷科或針灸科之看診自費病人毛收入=(70+平均收費

差額)X 一週看診自費病人次 x (30/7)

(三)、資料蒐集

中醫師研究問卷原採郵寄問卷方式蒐集，但經 87 年 12 月及 88 年 2 月先後寄出兩次後，回收率仍不理想，所以最後再請訪員以電話訪視方式，總計回收 252 份問卷，回收率為 74.56%。

各鄉鎮市每萬人口的醫師數、中醫師數、各醫療院所之中醫師或西醫師人數、每萬人口病床數、醫院或診所的病床總數則來自政府統計的次級資料。其中各鄉鎮市人口數來查自最新內政部出版台閩地區人口統計資料中全年月平均人口數，各鄉鎮市中醫師數來查自最新衛生署電腦檔案，各鄉鎮市醫師數來自醫師公會會員名冊。

本研究之訪員均為中國醫藥學院的各系學生，訪員出發前均經過統一的訪員訓練。訪視前並由中國醫藥學院中醫研究所及中華民國中醫師公會全國聯合會各具名寄出信函通知受訪中醫師回寄期限及主要訪視內容。

(四)、資料的整理分析

調查問卷回收以後，剔除亂答、填答不全及條件不符的問卷後，將有效問卷編號過錄，利用 Excel 97 版、SAS 6.12 電腦軟體進行資料處理與統計分析。統計方法包括:次數分配、百分比、Student's t-test、卡方檢定、變異數分析、逐步複迴歸分析。

二、中醫醫療需求、醫療利用情形及和醫療利用相關因素之探討

(一)、研究對象

研究母群體為台灣地區居民，抽樣方法將採三階段等機率隨機原則，以鄉鎮市區為第一抽取單位，村里為第二抽取單位，戶為第三抽取單位，抽取率與抽出單位大小成比例。鄉鎮市區為第一抽出單位，首先發函至內政部戶政司蒐集民國 87 年六月份的台灣地區各 369 個鄉鎮市區人口總數，進行第一層抽樣，自台灣地區 369 個鄉鎮市區獨立抽出所需鄉鎮市區，計 25 個。所抽出之隨機數值為 2,266,634，所計算出之組距為 1,474,510，其結果為台灣省台北縣三重市、台灣省台北縣土城市、台灣省台北縣三芝鄉、台灣省宜蘭縣頭城鎮、台灣省桃園縣平鎮市、台灣省桃園縣大園鄉、台灣省苗栗縣頭份鎮、台灣省台中縣豐原市、台灣省台中縣烏日鄉、台灣省彰化縣彰化市、台灣省彰化縣大城鄉、台灣省南投縣草屯鎮、台灣省嘉義縣大林鎮、台灣省嘉義縣中埔鄉、台灣省台南縣歸仁鄉、台灣省高雄縣鳳山市、台灣省屏東縣屏東市、台灣省屏東縣鹽埔鄉、台灣省基隆市中正區、台灣省新竹市東區、台灣省台中市南屯區、台灣省台南市東區、台北市信義區、台北市內湖區、高雄市三民區等共計 25 個鄉鎮市區(如附錄三)。

接著村、里是第二抽出單位。第二段抽樣，則是再依據第一段抽出的 25

個鄉市鎮區，以系統抽樣方法分別各抽 2 個村、里，且抽取率與抽出單位大小成比例，其結果為台灣省台北縣三重市頂崁里和博愛里、台灣省台北縣土城市延壽里和青雲里、台灣省台北縣三芝鄉埔坪村和埔頭村、台灣省宜蘭縣頭城鎮頂埔里和新建里、台灣省桃園縣平鎮市華安里和新富里、台灣省桃園縣大園鄉海口村和橫峰村、台灣省苗栗縣頭份鎮下興里和土牛里、台灣省台中縣豐原市北湳里和圳寮里、台灣省台中縣烏日鄉九德村和三和村、台灣省彰化縣彰化市磚瑤里和龍山里、台灣省彰化縣大城鄉大成村和豐美村、台灣省南投縣草屯鎮土城里和山腳里、台灣省嘉義縣大林鎮中坑里和平林里、台灣省嘉義縣中埔鄉和興村和金蘭村、台灣省台南縣歸仁鄉崙頂村和辜厝村、台灣省高雄縣鳳山市南興里和海風里、台灣省屏東縣屏東市三山里和大武里、台灣省屏東縣鹽埔鄉永隆村和高朗村、台灣省基隆市中正區長潭里和建國里、台灣省新竹市東區育賢里和東山里、台灣省台中市南屯區溝墘里和豐樂里、台灣省台南市東區崇成里和崇善里、台北市信義區三張里和大仁里、台北市內湖區港華里和湖元里、高雄市三民區寶國里和寶華里等 50 個村、里(如附錄三)。

而第三階段的抽樣是以戶為單位，因全省各鄉鎮市區戶政事務所之戶籍資料於民國八十六年七月起全面電腦化；根據新的戶籍法規定，戶籍資料僅能提供公家機關查詢，因此使得此階段的抽樣工作更加困難與不便。而基於經費考量及與大部分的鄉鎮市區戶政事務所溝通結果，決定派員親自至戶政事務所查詢較為方便且迅速。抽樣的情形大致有三種：

1. 直接派員至戶政事務所，先用未電腦化前的戶籍登記簿以系統抽樣方法，抽出每里 60 戶作為樣本，再進電腦察看此 60 戶目前實際住戶情況，並以 SAS 統計軟體製成的隨機亂數表抽出確實欲訪視者之姓名、性別及住址。由於未電腦化前的戶籍登記簿中資料是民國 86 年 7 月以前的，其準確度較低，故抽樣時每里多增加 10 戶，共計 60 戶。以此方式抽出的村里有：台灣省台北縣三重市頂崁里和博愛里、台灣省台北縣土城市延壽里和青雲里、台灣省台北縣三芝鄉埔坪村和埔頭村、台灣省宜蘭縣頭城鎮頂埔里和新建里、台灣省桃園縣平鎮市華安里和新富里、台灣省桃園縣大園鄉海口村和橫峰村、台灣省苗栗縣頭份鎮下興里和土牛里、台灣省台中縣烏日鄉九德村和三和村、台灣省南投縣草屯鎮土城里和山腳里、台灣省嘉義縣大林鎮中坑里和平林里、台灣省嘉義縣中埔鄉和興村和金蘭村、台灣省台南縣歸仁鄉崙頂村和辜厝村、台灣省基隆市中正區長潭里和建國里、台灣省新竹市東區育賢里和東山里、台灣省台中市南屯區溝墘里和豐樂里、台灣省台南市東區崇成里和崇善里、台北市信義區三張里和大仁里、台北市內湖區港華里和湖元里等 18 個鄉鎮市區

共抽出 2154 戶。

2. 直接派員至戶政事務所後，由戶政事務所人員列出抽中之村里最新的全村里戶籍資料或戶籍巡查簿後，以系統抽樣方法抽出每村里各 50 戶作為樣本，再進電腦察看此 50 戶目前實際住戶情況，並以 SAS 統計軟體製成的隨機亂數表抽出確實欲訪視者之姓名、性別及住址。以此法抽樣的鄉鎮市區有：台灣省台中縣豐原市北湳里和圳寮里、台灣省屏東縣鹽埔鄉永隆村和高朗村、台灣省彰化縣彰化市磚瑤里和龍山里、台灣省彰化縣大城鄉大成村和豐美村、台灣省高雄縣鳳山市南興里和海風里等共 5 個鄉鎮市區合計抽出 500 戶。

3. 而台灣省屏東縣屏東市三山里和大武里、高雄市三民區寶國里和寶華里這兩個戶政事務所，因與其負責此公文之戶政人員接洽後，皆同意將整里的戶政資料(包括全里人口的姓名、性別及住址)列印提供給予我們進行抽樣，故不用派員前往。其抽樣方法也是以系統抽樣方法抽出每里 50 戶為樣本，再以 SAS 統計軟體製成的隨機亂數表抽出確實欲訪視者之姓名、性別及住址，此 4 個里共抽出 200 戶。

因此在民眾中醫醫療需求預估之抽樣部分，共計有 50 個村里抽出 2854 戶，再以 SAS 統計軟體製作隨機亂數表抽出各戶中確實須訪視者共計 2850 位。

(二)、研究變項之操作型定義

本研究乃以 Andersen Model of Health Service Utilization 為架構來探討社會人口特質、健康信念、醫療資源、健康狀況等因素如何對民眾利用不同中西醫療型態的影響。另外，再加上幾個關於對中西醫醫療的整體療效、偏好及疾病療效的評估等態度變項探討其如何影響民眾去使用中醫醫療。

本研究以結構性問卷為研究工具，內容以封閉性問題為主，依研究架構對諸變項的操作型定義敘述如下:

傾向因素:

1. 社會人口特質:

居住地都市化程度係依據行政院主計處八十二年編印之中華民國統計地區標準分類(第一次修正)，其分類原則同時考慮了社會、經濟活動等因素，其定義如(附錄一)，此分類原則將台灣地區共分為七層:(1).都會區外之鄉，(2).都會區外之鎮，(3).都會區外之市，(4).次都會區之衛星市鎮，(5).次都會區之中心都市，(6).大都會區之衛星市鎮，(7).大都會區之中心都市。

2. 個人的健康信念:

以一題一般性的題目測量:「請問您對於自己目前的健康狀況擔不

擔心?」計分方式以 Likert 五分法計分。

3. 對中西醫療療效的看法:

包括以下八個題目，分別詢問受訪者的主觀感受程度。

(1)對中醫藥療效的相信接受;「請問您是否相信中醫藥的療效?」

(2)對西醫療效的相信程度:「請問您是否相信西醫的療效?」

(3)對中西醫療療效的比較一以六個疾病科別(包括慢性病、婦科方面、精神方面、神經疼痛、骨折或扭傷、癌症末期或其他末期病症)，詢問受訪者比較中西醫醫療效果的好壞程度，以六個題目分別詢問。上述皆以 Likert 五分法計分。

4. 對中西醫療服務的使用偏好:

以一題一般性的題目測量:「整體而言，當您生病、受傷或身體不舒服時，請問您一般較常去看中醫或西醫呢?」

5. 保險介入改變使用偏好的態度:

(1)全民健康保險開辦中醫給付後，請問您是不是會比以前更常去看中醫?

(2)如果全民健康保險開辦特約保險中藥局，請問您會不會比以前更常去中藥局買藥?

<u>能力因素:</u>

1. 個人收入:以開放性的方式，詢問平均每月個人的收入是多少元?單位以萬元計；收入包括薪水、利息、房租等。

2. 家戶收入:以開放性的方式，詢問平均每月全家的收入是多少元?單位以萬元計；收入包括薪水、利息、房租等。

3. 個人醫療花費:詢問受訪者每次看門診、住院、買藥的自付醫療費用。

4. 醫療資源的可近性:

(1)以八題詢問受訪者有無固定看病的醫師、交通時間(即搭乘交通工具至距離住處最近的醫師的時間，單位以分計)、應診的時間、看病的全程時間等來衡量。

(2)並以七題分別詢問受訪者的主觀感受程度，以 Likert 五分法計分:

1)中醫藥上花費昂貴與否的程度。

2)西醫上花費昂貴與否的程度。

3)比較中醫藥與西醫的花費。

以上皆以 Liker 五分法依照不同程度給分。

(3)看中(西)醫的應診時間與看病全程時間的長短程度。

<u>需要因素</u>:共二個部份

1. 個人自覺一般性的健康狀況:「請問您目前覺得和其他同年齡的人比較起來，自己的身體好不好?」以 Likert 五分法計分。

2. 受訪者近半年內的限制活動天數、臥床天數與住院天數。

醫療利用情形:

以橫斷面的方式測量受訪者過去一個月內身體不舒服，欲治療時所採用的求醫型態的次數，同時並追蹤記錄之後三個禮拜的求醫型態和次數。求醫型態包括:

1. 就醫地點:1)公立醫院 2)私立醫院 3)公保聯合門診中心 4)衛生所(群醫中心) 5)私立診所 6)私立聯合診所 7)中醫院 8)綜合醫院中醫部門 9)中醫診所 10)聯合中醫診所 11)中藥店配藥(按照中醫師處方) 12)中藥店買中式補藥補品(未按照中醫師處方) 13)西藥房請藥劑師(生)配藥)(按照西醫師處方) 14)西藥房買西式成藥、補藥、補品(未按照西醫處方) 15)其他(民俗療法、青草店草藥等)。
2. 求醫方式:分為看門診、住院、其他療法(除看門診、住院等除外的買藥行為、民俗療法等)三種。
3. 醫療系統的定義:

(l)中醫醫療系統:上述型態的 7-10 屬之。

(2)西醫醫療系統：上述型態的 l-6 和 13 屬之。

(三)、研究設計：

以橫斷面的研究搜集受訪者過去一個月的回溯性的資料。

(四)、資料搜集

本研究招募本校醫學、藥學、醫管、護理、公衛等系學生擔任訪員，予以訪員訓練，於民國八十八年一月開始進行為期三個多月的社區訪視調查。訪視員訓練內容包括讓訪視員了解問卷內容及研究目的，以求增加訪視員的信度。良好的訪員品質應包含機智、仔細、敏銳、有禮貌、適應性強、一致性高、誠實、堅忍持久及能忍受累人及枯燥工作等特性。訓練的內容包括了如何接觸受訪者以獲得訪視、如何問題目(包括順序、題義及探索答案)及應避免的行為(例如:於不適當的時機打斷受訪者的回答、不同意受訪者的看法及皺眉頭等)。在開始大規模收集資料前，訓練訪員者應先觀察訪員之訪查，並進行訪員間的模擬訪視，訓練訪員者應給與訪員評論步驟的正確性與錯誤。最後經 40 位訪員以家庭訪視進行問卷訪視工作後，共收回 1234 份問卷，回抽率達到 79.05%。

(五)、資料的整理分析

調查問卷回收以後，剔除亂答、填答不全及條件不符的問卷後，將有效問卷編號過錄，利用 Excel 97 版、SAS 6.12 電腦軟體進行資料處理與統計分析。統計方法包括:次數分配、百分比、Student's t-test、卡方檢定、變異數分析、逐步複迴歸分析及對數迴歸分析。

三、電腦模擬模式

電腦模擬模式將用來建立中醫師生產力及民眾醫療需求的推估，並比較醫師人力需求面及中醫師供給面，本研究之電腦模擬模式將用物件導向之 Stella II 電腦軟體來建立，其時間動力的處理過程使得本研究模式可調整人口結構或其他變項隨時間點改變之特點，Stella II 本身內部有設定之敏感度分析，因此在評估預估結果是否在不同條件時其結果的穩定性時，操作上相當方便。此模擬模式將評估如果開放大陸學歷認證、中醫系畢業生回流執業中醫、學士後中醫系增班及西醫師執業中醫等措施對中醫師供給面可能產生之影響。

參、結果

一、中醫師生產力調查結果

(一)、問卷回收情形

在表一中是中醫師問卷的回收的情形，原本共抽出 500 位中醫師，經兩次郵寄問卷及最後以電話訪視後，扣除 2 位歇業中及 3 位死亡的中醫師，僅剩 495 位成為本研究合乎條件的對象，其中共計完成訪視的有 252 份。其中除無法接觸的樣本，包括未遇的 84 位、離職的 44 位、電話有問題的 17 位、查無此人的 10 位及沒有電話，而無法連絡上的 2 位，合計有 157 位中醫師，其無法接觸樣本的百分比為 31.72%。在扣除無法接觸樣本後，最後總計回收率為 74.56%。在拒訪率部分，拒訪的中醫師包括郵寄問卷遭到拒填，及因問卷寄丟後再以電訪方式遭到拒絕的兩種情形，共計有 86 位，故其拒訪率為 25.44%。

(二)、母群體與回收樣本之比較

在表二中是母群體與回收樣本的基本資料比較，比較項目包括兩者的性別及實足年齡之分布情形。在母群體中共有 3355 位中醫師，其中男性佔 82.56%，女性則佔 17.44%；而回收樣本中共有 252 位中醫師，其性別比例分別為 86.51%及 13.49%，經檢定性別分布在母群體與回收樣本中並沒有顯著差異(p=0.13)。另外，在實足年齡的變項比較中，母群體分布情形在 34 歲以下佔 10.10%，35~44 歲者佔 40.10%，45~54 歲者佔 29.41%，55~64 歲者佔 10.20%，65 歲以上者佔 10.20%；而回收樣本實足年齡分布比例則為 8.73%、43.65%、28.57%、11.90%及 7.14%，經卡方檢定實足年齡分布在母群體及回收樣本之間並無顯著差異(p=0.40)。

(三)、回收樣本基本資料之描述

表三中顯示回收樣本基本資料之描述，包括人口因子及健康狀況兩個部分，共計有 252 份；在人口因子部分，男性佔 86.5%，女性佔 13.5%。而其

平均實足年齡為 46.50 歲，標準差為 11.35 歲，其分布情況在 34 歲以下者佔 8.7%，35~44 歲者佔 43.7%，45~54 歲者佔 28.6%，55~64 歲者佔 11.9%，65 歲以上者佔 7.1%。在籍貫方面，閩南人佔 82.7%，客家人佔 11.2%，外省人佔 6.0%。在宗教信仰上，無宗教信仰者佔 31.3%，信奉佛教者佔 45.8%，道教者佔 14.9%，一貫道者佔 2.0%，基督教或天主教者佔 3.2%，其他宗教信仰者佔 2.8%。而在婚姻狀況中，未婚的佔 10.4%，已婚的佔 87.6%，再婚的佔 0.8%，鰥或寡的佔 1.2%。教育程度方面，國小的佔 4.8%，初、國中的佔 4.4%，高中職的佔 28.3%，醫護藥專的佔 14.7%，醫學院中醫系的佔 10.4%，醫學院其他科系(含學士後中醫系)的佔 13.9%，非醫學院大學的佔 15.5%，中醫藥研究所的佔 5.6%，醫學院其他研究所的佔 0.8%，非醫學院研究所的佔 1.6%。在受教育年數方面，回收樣本的受教育平均年數為 14.98 年，標準差為 4.41 年，其分布情況為 9 年以下者佔 8.9%，10~14 年者佔 40.9%，15~19 年者佔 33.3%，20~24 年者佔 15.6%，25 年以上者佔 1.3%。而撫養子女數方面，扣除未婚的中醫師後，沒有子女的中醫師佔 4.5%，撫養 1~2 位子女者佔 45.3%，撫養 3~4 位子女者佔 43.0%，撫養子女數為 5 位以上者佔 7.2%。而子女平均年齡方面，在扣除未婚中醫師後，中醫師子女平均年齡的平均值為 42.27 歲，標準差為 38.13 歲，其分布情況則是 4 歲以下者佔 15.2%，5~11 歲者佔 20.1%，12~17 歲者佔 21.6%，18~24 歲者佔 20.6%，25~39 歲者佔 17.2%，40 歲以上者佔 5.4%。

在受訪者健康狀況方面，自覺健康狀況比同年齡者好很多的佔 19.9%，比同年齡好一些的佔 37.8%，和同年齡者一樣的佔 36.7%，比同年齡差一些或差很多的佔 5.6%。現有疾病尚未痊癒方面，沒有任何疾病者佔 86.4%，僅有一種疾病者佔 12.4%，有二種以上疾病者佔 1.2%。而過去一年內無法工作的天數方面，沒有此情況者佔 91.3%，少於一星期者佔 7.9%，一至三個月者佔 0.8%。過去一年內臥床或坐著休息的天數方面，沒有此情況者佔 96.0%，少於一星期者佔 3.6%，一星期至一個月者佔 0.4%。

(四)、中醫師執業情況之描述

表四中所顯示的是中醫師執業的情況，執業場所方面，在公立醫院服務者佔 1.7%，私立醫院者佔 12.0%，私立診所者佔 80.9%，聯合診所者佔 5.4%。科別方面，不分科者佔 78.8%，內科者佔 9.6%，婦產科者佔 0.8%，傷科者佔 0.4%，針灸科者佔 1.3%，內科、婦產科及其他科別者佔 4.6%，內科及傷科、針灸科、眼科者佔 4.6%。在執業年資方面，平均執業年資為 13.41 年，標準差為 9.76 年，將其分為 4 年以下、5~9 年、10~14 年、15~19 年、20~24 及 25 年以上，其百分比分別為 19.0%、19.9%、16.9%、22.1%、10.0% 及 12.1%。而在執業型態方面，屬於自己開業的佔 65.7%，受聘的佔 25.1%，

共有兩位中醫師合夥的佔 4.2%，三位以上中醫師合夥的佔 5.0%。而僅就有合夥情況來分析其收入及開支情況，分攤多數的僅佔 10.0%，平均分攤的佔 90.0%。證書類別方面，有特考及檢覈考兩種情況，其各佔的比例分別為 78.0%及 22.0%。保險特約方面，未特約的佔 5.9%，僅參加全民健康保險的佔 91.6%，參加全民健保及商業健康保險或參加全民健保及其他保險特約的比例分別為 2.1%及 0.4%。在診療場所中沒有附設藥局的比例為 7.6%，有附設藥局的比例為 92.4%。在中醫師是否兼領證書方面，沒有兼領任何證書者佔 78.1%，兼領西醫師證書者佔 6.4%，兼領藥師證書者佔 8.6%，兼領護理人員證書者佔 2.1%，兼領藥劑生或醫檢師證書者各佔 1.3%，兼領復健師或其他醫事人員證書者各佔 0.4%，而兼領藥師及其他醫事人員證書者佔 1.2%。

(五)、中醫師及輔助人員其投入時間的描述

在表五中可知受訪中醫師其每週在診療場所的平均時數為 47.57 小時，標準差為 13.88 小時，將其時數分布情況切分成每週在 19 小時以下、20~29 小時、30~39 小時、40~49 小時、50~59 小時、60~69 小時及 70 小時以上七個類別，其百分比分別為 3.0%、8.0%、17.3%、21.9%、30.8%、14.3%及 4.6%。而受訪中醫師每週實際診療病人的平均時數為 37.53 小時，標準差為 14.60 小時，其分布情況將分成每週 9 小時以下、10~19 小時、20~29 小時、30~39 小時、40~49 小時、50~59 小時及 60 小時以上七個類別，其比例分別為 3.5%、7.6%、13.6%、27.3%、29.3%、11.6%及 7.1%。受訪中醫師每週投入診療以外事務的平均時數為 10.26 小時，標準差為 8.53 小時，此時數也切分為無、4 小時以下、5~9 小時、10~14 小時、15~19 小時、20~24 小時及 25 小時以上七個類別，其所佔的比例分別為 3.8%、24.6%、23.5%、23.0%、9.8%、9.8%及 5.5%。而回收樣本各院所每位中醫師每週工作投入的平均時數為 48.17 小時，標準差為 13.29 小時，其分布情況分為 19 小時以下、20~29 小時、30~39 小時、40~49 小時、50~59 小時、60~69 小時及 70 小時以上七個類別，其百分比分別為 2.5%、7.8%、17.2%、18.6%、33.8%、16.2%及 3.9%。各院所全部中醫師每週工作投入的平均時數為 73.36 小時，標準差為 59.19 小時，將投入的時數分成每週 39 小時以下、40~49 小時、50~59 小時、60~69 小時及 70 小時以上，其比例分別為 11.8%、13.2%、35.3%、15.7%及 24.0%。

在輔助人員方面，分為護理人員、調劑人員及其他人員(含掛號、批價、收費、工友、行政人員及檢驗人員等)來討論。每週每位護理人員實際診療平均時數為 12.09 小時，標準差為 20.68 小時，將每週診療時數分為沒有聘請護理人員、39 小時以下、40~49 小時及 50 小時以上四個類別，其百分比例為 72.7%、7.5%、11.2%及 8.6%。每週每位調劑人員實際診療平均時數

為 11.75 小時，標準差為 21.02 小時，將每週診療時數切分為沒有聘請調劑人員、39 小時以下、40~49 小時、50~54 小時及 55 小時以上五個類別，其比例為 74.6%、5.8%、8.1%、6.4%及 5.2%。每週每位其他人員實際診療平均時數為 30.48 小時，標準差為 24.36 小時，將每週診療時數分為沒有聘請其他人員、29 小時以下、30~39 小時、40~49 小時、50~59 小時及 60 小時以上，其比例為 33.5%、6.5%、9.0%、24.5%、18.1%及 8.4%。

(六)、中醫師生產資本投入與產出的描述

由表六可知受訪中醫師每週看診人次平均為 293.86 人次，標準差為 191.52 人次，其分布情況為 99 人次以下者佔 13.4%，100~199 人次者佔 16.1%，200~299 人次者佔 28.1%，300~399 人次者佔 17.9%，400~499 人次者佔 12.9%，500 人次以上者佔 11.6%。事物開支(不包括人事費用)平均每月花費為 193361.90 元，標準差為 216279.56 元，其分布情況分為每月 49999 元以下、50000~99999 元、100000~149999 元、150000~199999 元、200000~249999 元、250000~299999 元及 300000 元以上七個類別，其百分比分別為 10.5%、16.2%、19.0%、17.1%、13.3%、7.6%及 16.2%。每月輔助人員平均開支花費為 96243.75 元，標準差為 121319.76 元，其分布情況為無聘請人員者佔 7.1%，每月花費在 24999 元以下者佔 16.1%，25000~39999 元者佔 10.7%、40000~54999 元者佔 12.5%，55000~89999 元者佔 16.1%，90000~119999 元者佔 12.5%，120000~199999 元者佔 14.3%，200000 元以上者佔 10.7%。每月平均毛收入為 462618.70 元，標準差為 372781.07 元，其分布情況為 99999 元以下者佔 11.2%，100000~199999 元者佔 22.4%，200000~449999 元者佔 21.5%，450000~749999 元者佔 25.2%，750000~1199999 元者佔 15.0%，1200000 以上者佔 4.7%。而中醫師每月資本投入指標其平均值為 305671.01 元，標準差為 311630.61 元，其分布情形為每月 114999 元以下者佔 18.8%，115000~184999 元者佔 21.7%，185000~269999 元者佔 18.8%，270000~399999 元者佔 18.8%，400000 元以上者佔 21.7%。

(七)、中醫師每週看診人次與社會人口學變項之關係

表七顯示不同性別、年齡、籍貫、宗教信仰、婚姻狀況及教育年數類別之中醫師每週看診人次的平均值與標準差；結果顯示只有不同年齡別的中醫師每週看診人次有達統計上的顯著差異，其中實足年齡在 35~44 歲的中醫師每週看診人次顯著大於其他年齡層的中醫師($p<0.001$)。

(八)、中醫師每週看診人次與經濟負擔及健康狀況變項之關係

表八中顯示不同子女數、子女平均年齡、自覺健康狀況、目前有無疾病尚未痊癒、無法工作的天數及臥床或坐著休息的天數類別之中醫師每週看

診人次的平均值與標準差；結果顯示中醫師每週看診人次與中醫師撫養子女數及其子女平均年齡有達統計上的顯著差異。在撫養子女數方面，扣除未婚的中醫師後，尚未撫養小孩或撫養 1~2 位子女的中醫師，其每週看診人次皆顯著高於撫養 5 位以上子女的中醫師($p<0.05$)。而在子女平均年齡方面，子女平均年齡在 4 歲以下及 5~11 歲兩組的中醫師，其每週看診人次皆顯著大於其他子女平均年齡層的中醫師；而子女平均年齡屬於 12~17 歲或 25 歲以上這兩組的中醫師，其每週看診人次皆顯著大於子女平均年齡在 18~24 歲這組的中醫師($p<0.001$)。

(九)、中醫師每週看診人次與執業狀況之關係

在表九中顯示不同執業場所、科別、執業年資、執業型態、有無加入全民健康保險特約、證書類別、是否附設藥局、是否兼領其他醫事人員證書及執業地點都市化程度類別之中醫師每週看診人次的平均值及標準差；結果顯示中醫師每週看診人次與執業年資、有無加入全民健康保險特約及證書類別有達統計上的顯著差異。在執業年資屬於 5~9 年的中醫師其每週看診人次顯著大於執業年資在 4 年以下、15~19 年、20~24 年及 25 年以上的中醫師($p<0.01$)。在有無加入全民健保方面，有保險特約的中醫師，其每週看診人次顯著大於無保險特約($p<0.001$)。就證書類別而言，通過檢覈考的中醫師，其每週看診的人次顯著大於特考合格的中醫師($p<0.05$)。

(十)、中醫師每週看診人次與其及輔助人員投入時數變項之關係

表十顯示不同受訪中醫師每週在診療場所時數、其每週實際診療病人時數、其每週診療以外事務投入時數、各院所每位中醫師每週工作投入時數、各院所全部中醫師每週工作投入時數、每週每位護理人員、調劑人員及其他人員實際診療時數類別之中醫師每週看診人次的平均值及標準差;結果顯示中醫師每週看診人次與其每週實際診療病人時數、每週每位護理人員實際診療時數有達統計上顯著差異。在受訪中醫師每週實際診療病人時數方面，每週診療時數在 19 小時以下的中醫師，其每週看診人次顯著小於其他組別之中醫師；而每週實際診療病人時數在 50~59 小時的中醫師，其每週看診人次皆顯著大於實際診療時數在 20~29 小時及 30~39 小時的中醫師($p<0.001$)。在護理人員實際診療時數方面，各醫療院所中，每週每位護理人員實際診療時數在 40~49 小時及 50 小時以上的中醫師，其每週看診人次皆顯著大於無聘請護理人員的中醫師($p<0.01$)。

(十一)、中醫師每月毛收入與社會人口學變項之關係

表十一顯示不同性別、年齡、籍貫、宗教信仰、婚姻狀況及受教育年數類別之中醫師每月毛收入的平均值及標準差；其結果顯示中醫師每月毛收入與中醫師實足年齡有顯著差異($p<0.05$)。

(十二)、中醫師每月毛收入與經濟負擔及健康狀況之關係

就表十二顯示不同子女數、子女平均年齡、自覺健康狀況、目前有無疾病尚未痊癒、無法工作的天數及臥床或坐著休息的天數類別之中醫師每月毛收入的平均值及標準差；其結果顯示中醫師每月毛收入與子女平均年齡呈顯著差異，子女平均年齡在 5~11 歲的中醫師，其每月毛收入顯著大於其子女平均年齡在 18~24 歲的中醫師($p<0.05$)。

(十三)、中醫師每月毛收入與執業狀況之關係

由表十三顯示不同執業場所、科別、執業年資、執業型態、有無加入全民健康保險、證書類別、是否附設藥局、是否兼領其他醫室人員證書及執業地點都市化程度類別之中醫師每月毛收入的平均值及標準差；其結果顯示中醫師每月毛收入與中醫師的執業場所、執業年資、執業型態及有無加入全民健保呈顯著差異。在中醫師的執業場所方面，在診所工作的中醫師，其每月毛收入顯著大於在醫院工作者($p<0.001$)。就執業年資而言，執業年資屬於 5~9 年、10~14 年、15~19 年及 25 年以上的中醫師，其每月毛收入皆顯著大於執業年資在 4 年以下的中醫師($p<0.05$)。在執業型態上，與人合夥的中醫師，其每月毛收入顯著大於其他執業型態的中醫師，而自己開業的中醫師，其每月毛收入又顯著大於受聘的中醫師($p<0.001$)。而在有無加入全民健康保險特約方面，有特約的中醫師每月毛收入顯著大於無特約者($p<0.05$)。

(十四)、中醫師每月毛收入與其及輔助人員投入時間之關係

表十四顯示受訪中醫師每週在診療場所時數、每週實際診療病人時數、每週投入診療以外事務的時數、各院所每位中醫師每週工作投入時數、各院所全部中醫師每週工作投入時數、每週每位護理人員、調劑人員及其他人員實際診療時數類別之中醫師每月毛收入的平均值與標準差；結果顯示中醫師每月毛收入與其每週在診療場所的時數，及其實際診療病人時數有達到統計上的顯著差異。受訪中醫師每週在診療場所時數屬於 40~49 小時、50~59 小時及 60 小時以上的中醫師，其每月毛收入均顯著大於每週在診療場所時數為 39 小時以下的中醫師($p<0.05$)。而在受訪中醫師每週實際診療病人時數方面，每週實際診療病人時數為 40~49 小時及 50 小時以上的中醫師，其每月毛收入皆顯著大於投入時數為 29 小時以下及 30~39 小時的中醫師($p<0.001$)。

(十五)、中醫師每週看診人次生產力之複迴歸推估模式

表十五顯示中醫師每週看診人次生產力之複迴歸推估模式，此模式顯示各變項的迴歸係數及其標準誤、標準化係數、t 值與整個模式的解釋力，本模式的依變項為中醫師每週看診人次的自然對數值，考量了所有和中醫師

生產力相關之變項後，本生產力迴歸模式共包含了 9 個變項，中醫師實際診療時數則經過自然對數的轉換後，其中醫師實際診療時數有達到統計之 0.05 顯著水準，而年齡、執業場所、有無接受全民健康保險特約、護理人員診療時數、調劑人員診療時數、其他人員診療時數及輔助人員每週診療時數，則有達到統計之 0.001 顯著水準。其解釋為在控制了其他變項後，年齡每增加一歲，則其中醫師每週看診人次降低了 2.24%，執業於醫院之中醫師較執業於診所或聯合診所之中醫師的每週看診人次低了 57.08%，有全民健康保險特約之中醫師其每週看診人次較無全民健康保險特約之中醫師多了 212.41%，而有關中醫師實際診療時數，則每增加 1%時數的投入，其每週看診人次則多了 60.88%。至於護理、調劑人員及其他人員迴歸係數的解釋，因有其平方總和之變項達到統計之顯著而有所不同(Chi，1996)，此三種人員將合併解釋，經計算其彈性係數為 3.31，及所有輔助人員每週診療時數增加 1%時，中醫師每週看診人次將增加 3.31%。

二、民眾中醫醫療利用之調查結果

(一)、問卷回收情形

在表十六中顯示，民眾中醫醫療利用情形之調查，原本經由 25 個鄉鎮市區的戶政事務所抽出 2863 位民眾，經過訪視員進行家庭訪視後，扣除 13 位死亡的民眾，最後只有 2850 位成為此部份的研究對象。其中未遇的有 692 位，搬家(含空屋、空地及嫁人)的有 216 位，住址錯誤(含找不到住址)的有 199 位，查無此人的有 71 位，寄戶口(含當兵、外地就學或工作)的有 111 位，總計無法接觸到的樣本數有 1289 位，其百分比為 45.23%。而拒訪的人數有 327 位，在扣除無法接觸的樣本數後，其拒訪率為 20.95%；最後回收的問卷共有 1234 份，其回收率則為 79.05%。

(二)、母群體與回收樣本之比較

表十七是母群體與回收樣本比較在性別及實足年齡兩方面之分布情形；在性別上，母群體中共有 21,928,591 人，其中男性佔 51.27%，女性佔 48.73%，而回收樣本共有 1234 人，其性別比例分別為 52.35%、47.65%，經統計檢定性別分布在母群體與回收樣本中並無顯著差異(p=0.47)。此外，在年齡方面將母群體分為 8 個類別，在 14 歲以下的佔 21.96%，15~24 歲的佔 17.74%，25~34 歲的佔 16.99%，35~44 歲的佔 16.96%，45~54 歲的佔 10.88%，55~64 歲的佔 7.22%，65~74 歲的 5.52%，75 歲以上的佔 2.73%，而回收樣本方面的比例分別為 21.04%、21.20%、13.16%、15.03%、12.19%、8.20%、5.69% 及 3.49%；經檢定年齡分布在母群體及回收樣本中有達到統計上的顯著差異(p=0.001)。

(三)、回收樣本基本資料之描述

表十八顯示民眾對中醫醫療利用調查研究之基本資料描述，包括人口因子、保險狀況及家庭狀況三方面，共計有 1234 份。就人口因子來說，男性佔 52.4%，女性佔 47.6%。民眾實足年齡平均值為 33.20 歲，標準差為 20.65 歲，其分布情況則為 14 歲以下者佔 21.0%，15~24 歲者佔 21.2%，25~34 歲者佔 13.2%，35~44 歲者佔 15.0%，45~54 歲者佔 12.2%，55~64 歲者佔 8.2%，65~74 歲者佔 5.7%，75 歲以上者佔 3.5%。在籍貫方面，閩南人佔 85.5%，客家人佔 7.2%，外省籍或原住民佔 7.3%。在宗教信仰方面，無宗教信仰者佔 38.9%，信奉佛教者佔 32.4%，道教者佔 21.4%，一貫道者佔 2.4%，基督教者佔 3.2%，天主教者佔 1.1%，回教或其他宗教者佔 0.7%。就婚姻狀況而言，未婚的佔 48.2%，已婚或再婚的佔 48.8%，離婚或鰥、寡的佔 3.1%。受訪者教育程度方面，不識字者佔 14.1%，民教班者佔 1.2%，國小者佔 25.0%，初、國中者佔 15.1%，高中職者佔 27.3%，專科者佔 9.0%，大學以上者佔 8.3%。在職業方面，無職業者佔 6.5%，農業者佔 5.3%，工業者佔 13.3%，公家機關者佔 4.1%，商業者佔 11.1%，教職員者佔 1.6%，軍人者佔 1.5%，家庭主婦者佔 12.2%，自由業者佔 4.8%，學生者佔 31.0%，退休者佔 6.1%，其他行業(含服務業)者佔 2.5%。就從業身分而言，無工作者佔 59.5%，無酬家屬工作者佔 2.0%，被政府機關雇用者佔 5.7%，被私人機關雇用者佔 19.6%，自營作業者(未雇人)者佔 9.2%，雇主(自營，有雇人)者佔 2.1%，其他身分者佔 2.1%。

在保險狀況方面，沒有加入全民健康保險者佔 2.8%，有加入健保者佔 97.2%。沒有加入全民健保以外之商業健康保險者佔 46.4%，有加入其它商業健康保險者佔 53.6%。

在家庭狀況方面，受訪者不是家中主要撫養者佔 75.2%，是家中主要撫養者佔 24.8%。而受訪者家中主要撫養人之教育程度為不識字者佔 3.4%，民教班或國小者佔 18.3%，初、國中者佔 19.2%，高中職者佔 34.9%，專科者佔 13.1%，大學以上者佔 11..1%。受訪者個人每月收入扣除無收入者後，其每月收入平均為 35659.92 元，標準差為 29770.15 元；其分布情形為每月收入在 19999 元以下者佔 13.0%，20000~21999 元者佔 13.8%，22000~26999 元者佔 13.4%，27000~31999 元者佔 18.9%，32000~41999 元者佔 17.7%，在 42000 元以上者佔 23.2%。而全家每月平均收入為 67856.79 元，標準差為 43110.79 元；其分布情形為每月收入在 33999 元以下者佔 13.3%，34000~41999 元者佔 13.1%，42000~54999 元者佔 17.0%，55000~79999 元者佔 23.5%，80000~109999 元者佔 23.7%，110000 元以上者佔 9.4%。而受訪者居住地的都市化程度屬於第一級者佔 9.3%，第二級者佔 19.4%，第三級者佔 7.5%，第四級者佔 4.6%，第五級者佔 2.2%，第六級者佔 34.7%，

第七級者佔22.3%。

(四)、民眾對中醫之疾病療效評估

表十九顯示民眾對中醫之疾病療效評估，分為慢性病、婦科疾病、精神科疾病、神經疼痛、骨折或扭傷及絕症(含癌症末期或其他末期病症)六個疾病來討論，對於療效評估方式採用五個等級來區分，分別為中醫比西醫好很多、中醫比西醫好一些、中醫與西醫差不多、中醫比西醫差一些、中醫比西醫差很多；就慢性病而言，其疾病療效評估比例分別為11.5%、31.5%、38.4%、15.5%及3.0%。而婦科疾病方面，其比例分別為6.1%、20.9%、45.7%、23.6%及3.7%。

就精神科疾病方面，其比例分別為3.0%、9.6%、47.9%、30.6%及8.9%。

而就神經疼痛而言，其比例分別為4.5%、15.0%、43.6%、30.0%及6.9%。而骨折或扭傷方面，其比例分別為21.3%、35.3%、24.5%、15.6%及3.2%。而針對絕症方面，其比例分別為5.6%、14.8%、47.1%、20.8%及11.8%。

(五)、中、西醫門診利用與民眾對疾病療效認知之分布

表二十顯示每位民眾過去一個月內使用中醫門診平均次數為 0.10 次，標準差為0.44次，其分布情況共分為0~6次，百分比分別為92.5%、6.0%、1.0%、0.2%、0.1%、0.2%及0.1%。而過去一個月每位民眾使用西醫門診的平均次數為0.52次，標準差為0.84次，其分布情況也分成0~6次，比例分別為 62.4%、28.6%、5.4%、2.2%、0.9%、0.3%及 0.2%。在民眾對疾病療效的認知方面，所謂疾病療效的認知是民眾認為中醫與西醫在治療慢性病、婦科疾病、精神科疾病、神經疼痛、骨折或扭傷及絕症(如癌症末期或其他末期病症)六個疾病中，其療效程度差別之分數加總；其分數運算方式為中醫比西醫好很多為 5 分，認為中醫比西醫好些為 4 分，兩者差不多者則為 3 分，認為中醫比西醫差些為 2 分，中醫比西醫差很多則僅為 1 分；其研究結果顯示，民眾對疾病療效的認知平均分數為 17.62 分，標準差為 4.17 分，將其分數切分為14分以下、15~17分、18~19分、20~22分及23分以上五個類別，則比例分別為19.3%、21.5%、31.1%、18.1%及10.1%。

(六)、需要因素、健康信念和求醫態度之分布

表二十一顯示需要因素、健康信念和求醫態度之分布情形；需要因素方面，一個月內有無生病的比例分別為42.0%及58.0%。而在自述健康狀況上，認為自己健康狀況與同年齡的人比起來好很多的有 7.3%，認為好一些的有26.1%，差不多的有 52.5%，認為差一些的有 12.0%，而認為差很多的僅有2.1%。

健康信念與求醫態度方面，對自己健康的焦慮程度分為非常擔心、擔心、普通、不擔心及一點都不擔心五個類別，其分布情況分別為1.5%、17.8%、

41.1%、32.6%及 7.0%。而在相信中醫療效的程度方面，分為非常相信、相信、普通及不相信或一點都不相信四個類別，其比例分別為 3.8%、54.4%、37.6%及 4.2%。相信西醫療效的程度上，也區分為非常相信、相信、普通及不相信四個類別，其百分比分別為 3.4%、65.4%、29.3%及 1.9%。在中西醫療偏好方面，生病時較常看中醫者佔 9.3%，看西醫者佔 60.5%，不一定，視情況而定者又佔 30.2%。而在問及是否因全民健保有開辦中醫給付而才改看中醫的情形時，有這種情況者佔 49.1%，而不是因為全民健保的關係才改看中醫者佔 50.9%。而在若開辦中藥局健保給付會不會較以往更常去購買中藥方面，覺得不會的佔 14.2%，不太可能會的佔 9.4%，不一定，視情況而定的佔 51.5%，覺得很可能會的佔 20.6%，而覺得一定會的又佔 4.3%。

(七)、醫療資源可近性的分布情形

表二十二顯示醫療資源可近性之分布情形；在有無固定看病或熟悉的中醫師其分布比例分別為 20.5%及 79.5%。在有無固定看病或熟悉的西醫師其分布比例分別為 48.0%及 52.0%。而距離訪視住處最近或熟悉的中醫師之平均時間為 13.33 分鐘，其標準差為 12.94 分鐘，將其時間切分為 4 分鐘以下、5~9 分鐘、10~14 分鐘及 15 分鐘以上四個類別，其百分比分別為 13.8%、28.7%、22.5%及 35.0%。距離訪視住處最近或熟悉的西醫師之平均時間為 11.88 分鐘，其標準差為 13.59 分鐘，將其時間切分為 4 分鐘以下、5~9 分鐘、10~14 分鐘及 15 分鐘以上四個類別，其比例分別為 18.9%、30.5%、23.7%及 26.9%。在中西醫藥花費比較方面，覺得中醫比西醫貴很多者佔 3.2%，中醫比西醫貴者佔 30.2%，二者差不多者佔 55.3%，中醫比西醫便宜者佔 10.2%，中醫比西醫便宜很多者佔 1.2%。看中醫時應診所需時間的長短，覺得很長或長者佔 18.4%，普通者佔 71.0%，短或很短者佔 10.6%。看西醫時應診所需時間的長短，覺得很長或長者佔 15.9%，普通者佔 62.9%，覺得短或很短者佔 21.1%。看中醫時全程所需時間的長短，覺得很長或長者佔 21.9%，普通者佔 66.3%，覺得短或很短者佔 11.8%。看西醫時全程所需時間的長短，覺得很長或長者佔 21.9%，普通者佔 60.3%，覺得短或很短者佔 17.8%。而看中醫時所需的全程時間平均值為 26.30 分鐘，標準差為 29.54 分鐘，將其時間切分為 5 分鐘以下、6~10 分鐘、11~20 分鐘、21~30 分鐘及 31 分鐘以上五個類別，其分布情況分別為 15.8%、15.8%、29.2%、22.1%及 17.0%。看西醫時所需的全程時間平均值為 28.81 分鐘，標準差為 32.88 分鐘，將其時間切分為 5 分鐘以下、6~10 分鐘、11~20 分鐘、21~30 分鐘、31~60 分鐘及 61 分鐘以上六個類別，其比例分別為 18.5%、16.2%、18.4%、23.6%、17.4%及 5.8%。

(八)、不同就醫地點次數之人數分布情形

表二十三顯示過去一個月內，各不同就醫地點次數之人數分布情形；研究結果顯示，各就醫地點使用人數最多的為私人診所，有 284 人(計有 359 人次)，其次為私立醫院，有 123 人(計有 178 人次)，再其次為公立醫院 84 人(計有 118 人次)，中醫診所有 51 人(計有 73 人次)，衛生所(含群醫中心)有 21 人(計有 32 人次)，聯合門診中心有 21 人(計有 24 人次)，未經醫師處方逕到西藥房購藥者有 16 人(計有 16 人次)，按中醫師處方至中藥店購藥者有 11 人(計有 12 人次)，中醫院有 8 人(計有 8 人次)，綜合醫院中醫部門有 6 人(計有 7 人次)，未按中醫師處方逕至中藥店購藥及補品者有 6 人(計有 8 人次)，按西醫師處方至西藥房購藥者有 7 人(計有 8 人次)，至青草店買藥者有 2 人，民俗療法則有 4 人。利用情況仍以私人診所最高。

(九)、不同疾病類型使用中醫之人次數分布情形

表二十四顯示過去一個月內，各不同疾病類型使用中醫之人次數分布情形；其結果顯示使用率最高之前六名分別為上呼吸道感染者佔 23.48%，風濕症或關節炎者佔 11.30%，其他疾病(包含運動傷害、口語不輕或良性腫瘤)者佔 10.43%，骨折者佔 9.57%，婦科方面疾病者佔 8.70%，消化系統潰瘍或胃痛及心臟病者各佔 4.35%。其餘疾病所佔比例皆小於 4%。

(十)、使用中醫門診次數與社會人口學及健康保險狀態變項之關係

表二十五顯示不同性別、年齡、籍貫、宗教信仰、婚姻狀況、都市化程度、教育程度、職業、主要撫養人之教育程度、有無加入全民健康保險，及有無加入全民健保以外之商業健康保險類別之每月使用中醫門診次數的平均值與標準差；結果顯示在主要撫養人之教育程度方面，其教育程度在大學以上的民眾，使用中醫門診次數顯著大於不識字、初中或國中及專科者這三組的民眾($p<0.05$)。

(十一)、使用中醫門診次數與健康信念和求醫態度之關係

表二十六顯示在對健康焦慮程度、相信中醫療效之程度、相信西醫療效之程度、疾病療效的認知、對中西醫療偏好、是否有因全民健康保險開辦中醫給付而改看中醫，及若開辦中藥局健保給付是否會較以往更常去買中藥類別之每月使用中醫門診次數的平均值與標準差；其結果顯示，使用中醫門診次數與民眾對健康焦慮的程度、相信西醫療效的程度及對中西醫療偏好有達統計上的顯著差異。在對健康焦慮的程度方面，非常擔心及擔心自己健康的民眾，其使用中醫門診次數皆顯著大於其他組別的民眾($p<0.001$)。就相信西醫療效的程度而言，不相信西醫療效的民眾，其使用中醫門診次數顯著大於其他組別的民眾($p<0.05$)。而對中西醫療偏好方面，平常生病或身體不舒服時，較常看中醫的民眾其使用中醫門診次數顯著大

於其他組別的民眾($p<0.001$)。

(十二)、使用中醫門診次數與醫療資源可近性之關係

表二十七顯示有無固定看病或熟悉的中醫師、有無固定看病或熟悉的西醫師、距離住處最近或熟悉的中醫師之時間、距離住處最近或熟悉的西醫師之時間、中西醫藥花費比較、看中醫時應診所需時間的長短、看西醫時應診所需時間的長短、看中醫時全程所需時間的長短、看西醫時全程所需時間的長短、看中醫所需的全程時間，及看西醫所需的全程時間類別之每月使用中醫門診次數的平均值與標準差；其結果顯示在看病有無固定或熟悉的中醫師，及看中醫時全程所需時間的長短兩變項，其使用中醫門診次數均有顯著差異。在有無固定看病或熟悉的中醫師方面，平常生病有固定或熟悉的中醫師之民眾，其使用中醫門診次數顯著大於看病沒有固定或熟悉的中醫師之民眾($p<0.001$)。而在看中醫時全程所需時間的長短方面，認為時間短或很短的民眾，其使用中醫門診次數顯著大於看病全程時間認為很長或長的民眾($p<0.05$)。

(十三)、每月使用中醫門診次數與需要因素之關係

表二十八顯示，在自述健康狀況及一個月內有無生病情形類別之每月使用中醫門診次數的平均值與標準差；統計結果顯示，使用中醫門診次數在自述健康狀況及一個月內有無生病兩方面均有達到統計上的顯著差異。在自述健康狀況方面，與同年齡的人比起來，自覺健康狀況與他人差很多者，其使用中醫門診次數均顯著大於其他組別之民眾；而自覺健康狀況較同年齡的人差一些者，其使用中醫門診次數顯著大於自覺健康狀況好很多的民眾($p<0.01$)。而在自述一個月內有無生病方面，有生病的民眾其使用中醫門診次數顯著大於無生病的民眾($p<0.001$)。

(十四)、保險、醫療利用型態與醫療費用之關係

表二十九顯示民眾在不同保險狀況及就醫型態之個人自付醫療費用。結果顯示只看中醫者個人每人每月自付醫療費用平均值為 316.63 元，標準差為 1474.91 元，只看西醫者平均值為 150.48 元，標準差為 759.61 元，中西醫並用者平均值為 117.50 元，標準差為 303.66 元；而就保險狀況而言，無加入全民健保者個人每人每月自付醫療費用平均值為 216.00 元，標準差為 514.64 元，有加入全民健保者平均值為 151.85 元，標準差為 751.73 元。以雙變項變異數分析比較有無加入全民健康保險及不同就醫型態之個人自付的醫療費用是否有顯著差異，結果發現不同保險狀況、不同醫療利用型態的主效果 F 值分別為 0.09 及 2.30，其 p 值皆大於 0.05，並無顯著差異。

(十五)、民眾每月使用中醫門診次數需求之複迴歸推估模式

表三十顯示民眾每月使用中醫門診醫療次數需求之複迴歸推估模式，此

模式顯示各變項的迴歸係數及其標準誤、標準化係數、t 值與整各模式的解釋力。本模式的依變項為民眾每月使用中醫門診次數的自然對數值，考量了所有和民眾需求相關之變項後，最後迴歸模式共包含了 7 個變項，其中西醫門診使用次數、對健康焦慮的程度、有無固定或熟悉的中醫師，及自述一個月內有無生病均達到統計之 0.001 顯著水準。對健康的焦慮程度方面，對自己健康非常擔心或擔心的民眾，其每月使用中醫醫療門診次數顯著大於焦慮程度為普通的民眾($p<0.001$)，至於焦慮程度為不擔心或一點都不擔心的民眾，其每月使用中醫醫療門診次數與焦慮程度為普通的民眾相比較，則未達到統計上的顯著差異。其解釋為在控制了其他變項後，使用西醫門診次數每增加一次，則其民眾每月使用中醫門診次數降低了44.62%，而目前對自己健康焦慮程度為非常擔心或擔心的民眾，較焦慮程度為普通的民眾，其每月使用中醫門診次數多了 126.26%，看病有固定或熟悉中醫師的民眾較看病無固定或熟悉中醫師者，其每月使用中醫門診次數多了340.81%，自覺過去一個月內有生病、受傷或身體不舒服的民眾較無生病、受傷或身體不舒服的民眾，其每月使用中醫門診次數多了 458.78%。

三、中醫醫療供給與需求之推估

本研究有關中醫醫療供給與需求之推估將以兩種不同方式推算，以了解在不同的考量下，其推估結果是否相同。一模擬模式考量整體中醫師人口與全體人口成長率(從過去 10 年衛生署衛生統計資料)、本研究調查所獲得之平均每位中醫師每週看診人次及平均每位民眾每週中醫醫療需求和此兩變項之成長率，成長率之計算乃與賴俊雄(1992)研究結果相比較所獲得，另一模擬模式考量了整體中醫師人口與全體人口成長率和在各種假設前提下帶入本研究調查之預估迴歸方程式所獲得中醫師每週看診人次及民眾每月中醫醫療需求，其詳細方法說明如下。

（一）成長率之推估模式

1. 人口成長率之推估

<u>中醫師成長率之推估</u>

從行政院衛生署衛生統計資料可得民國 77 年至 87 年中醫師人數，本研究以假設每年有一常數成長(或衰退)率的迴歸模式預估，此模式方程式為: $Y = Ae^{bX}u$

其中 A 為起始數值，b 為相對成長率，100b 為成長百分比，X 為時間的測量。此方程式可自兩端開自然對數以轉換為線性，其方程式為:

$$\ln(Y) = \ln(A) + bX + \ln(u)$$

上述方程式可以下列方程式來表示

$$y = a + bX + v$$

a 和 b 的估算可使用最小平方法來估算。民國 77 年至 87 年中醫師

人數經自然對數的轉換後，以上述簡單迴歸方程式來估計中醫師的成長率，所得之方程式為:

$$\ln(\text{中醫師人數}) = 7.6787 + 0.040171 Year$$

此模式的解釋力(R^2)為 95.42%，經 t 檢定，Year 變項達到 0.001 之顯著水準，從此模式之結果可得知每年中醫師的成長率約為 4.02%，若精密計算則為 4.10%。

以上述方程式所估算未來五年之中醫師人數如表 32，根據衛生署衛生統計資料顯示於西元 1998 年有 3,070 位中醫師，在西元 2000 年預估有 3,321.8 位中醫師，於西元 2003 年預估有 3,738.7 位中醫師。

民眾人口成長率之推估

從行政院衛生署衛生統計資料可得民國 77 年至 87 年年底人口人數，以上述成長(或衰退)率的迴歸模式預估，可得此模式方程式為:

$$\ln(\text{民眾人口數}) = 16.065371 + 0.009654 Year$$

此模式的解釋力為 99.72%，經 t 檢定，Year 變項達到 0.001 之顯著水準，從此模式之結果可得知每年人口的成長率為 0.97%，若精密計算其數值亦為 0.97%。

以上述方程式所估算未來五年之人口數如表 32，根據衛生署衛生統計資料顯示於西元 1998 年有 21,928,591 位民眾，在西元 2000 年預估有 22,354,032 位民眾，於西元 2003 年預估有 23,007,720 位民眾。根據所預估之中醫師人數與人口數，則可計算出預估之每十萬人口中醫師數，從表 31 中可見西元 1998 年之現況為每十萬人口有 14.00 位中醫師數，而預估在西元 2000 年為每十萬人口有 14.86 位中醫師數，在西元 2003 年為每十萬人口有 16.25 位中醫師數。

2. 成長率推估之電腦模擬模式及敏感度分析

中醫師成長率推估之電腦模擬模式及敏感度分析

中醫師成長率迴歸模式顯示年之迴歸係數為 0.04017，以 Stella 模擬軟體建立此中醫師人口成長模式(見圖一)，圖二顯示 Stella 模式設定與微分方程式，此模式成長率敏感度分析設定的變化為將 95%信賴區間分為 10 等分，圖三則為中醫師在不同的成長率下其人口數的模擬結果。當成長率為負時，中醫師人口數將降低，而當成長率為正時，人口數將上升。從圖三可看出隨著推估的年份愈遠，中醫師推估人數在不同成長率的變化亦愈大，即推估的精密度於第一年為最高(西元 1999)，隨著年數的增加，其人數的推估變化愈大，其推估的精密度愈小。

民眾人口數成長率推估之電腦模擬模式及敏感度分析

民眾人口數成長率迴歸模式顯示年之迴歸係數為 0.009654，其標準

誤為 0.00016909，經過計算，其 95%信賴區間為(0.00932,0.00999)，經指數轉換其 95%信賴區間為(1.00937,1.01004)，即其成長率介於 0.937%至 1.004%間。以 Stella 模擬軟體建立此民眾人口成長模式(見圖四)，圖五顯示其模式設定與微分方程式，此模式成長率敏感度分析設定的變化為將 95%信賴區間分為 10 等分，圖六則為民眾在不同的成長率下其人口數的模擬結果。因成長率皆為正數，人口數皆將上升，從圖二可看出在各年份下，人口推估人數在其成長率 95%信賴區間的變化，人口數的推估在 1999 年時的變化最小，隨著年數的增加，其人數的推估變化愈大。

<u>**中醫師人力供需推估之敏感度分析**</u>

每十萬人口中醫師數為一人口醫療資源情形之重要指標，因此為了解成長率的變動對此指標推估的可能影響，表三十一顯示中醫師點估計除以人口數點估計、中醫師推估下限除以人口數推估上限、中醫師推估下限除以人口數推估下限、中醫師推估上限除以人口數推估上限及中醫師推估上限除以人口數推估下限時每十萬人口中醫師人數對人口比之推估結果，當每十萬人口中醫師人數對人口比之推估的計算以中醫師推估下限除以人口數推估上限或中醫師推估下限除以人口數推估下限，則隨著年代愈遠，中醫師人力供需的比值愈低，但當以中醫師推估上限除以人口數推估上限及中醫師推估上限除以人口數推估下限時，則隨著年代愈遠，中醫師人力供需的比值愈高。於西元 2000 年時，每十萬人口中醫師人數對人口比介於 11.53 至 15.06 間，而於西元 2003 年時，每十萬人口中醫師人數對人口比介於 8.62 至 16.81 間，於西元 2008 年時，每十萬人口中醫師人數對人口比介於 5.30 至 20.19 間。

3. 中醫師每週看診人次與民眾中醫醫療使用成長率推估

此部分成長率的計算乃利用本研究與賴俊雄(1992)研究所估算之中醫師每週看診人次與民眾一個月中醫醫療利用次數及來估算每年中醫供給和需求的成長率。在中醫師每週看診人次方面，所得之成長率為 7.074%

$(=\sqrt[6]{\frac{293.86}{195}}-1$，即 $293.86=195*(1+0.07074)^6$)，然而此高成長率部分乃因全民健保下中醫醫療利用給予給付而大幅提高民眾之利用，進而提高中醫師之看診人次，因此本研究將以 1.074%的成長率來預估。而在

民眾中醫醫療使用方面，所得之成長率為 3.166%($=\sqrt[6]{\frac{0.10248}{0.085}}-1$，即

$0.10248 = 0.085*(1+0.03166)^{6}$)，此模擬流程圖和方程式分別顯示於圖七及圖八，而模擬設定與微分方程式則顯示於圖八，結果顯示於表三十二。在本模擬假設下，在中醫師人數方面，於西元 1998 年有 3070 位中醫師，預估於西元 2000 年將有 3321.8 位中醫師，西元 2003 年將有 3738.7 位中醫師，於西元 2008 年則將有 4553.1 位中醫師；在中醫醫療供給方面，於西元 1998 年對中醫醫療有 902150.2 人次的供給，於西元 2000 年將有 997221.1 人次的供給，西元 2003 年將有 1158938.4 人次的供給，於西元 2008 年則將有 1488818.9 人次的供給；在中醫醫療需求方面，全國民眾於西元 1998 年對中醫醫療有 525993.8 人次的需求，於西元 2000 年將有 570688.3 人次的需求，西元 2003 年將有 644950.6 人次的需求，於西元 2008 年則將有 790810.2 人次的需求；平均每人每月中醫醫療次數方面，於西元 1998 年預估為 0.1028 次，於西元 2000 年為 0.1094 次，於西元 2003 年為 0.1201 次，於西元 2008 年則將有 0.1404 次；在中醫醫療供給與需求差異方面，於西元 1998 年中醫醫療預估有 376156.4 人次的供給與需求差異，於西元 2000 年將有 426532.8 人次的供給與需求差異，西元 2003 年將有 513987.8 人次的供給與需求差異，於西元 2008 年則將有 698008.7 人次的供給與需求差異；在達供需平衡所需中醫師數方面，於西元 1998 年預估將需求 1789.9 人之中醫師即可達供需平衡，於西元 2000 年則需求 1901.0 位中醫師，西元 2003 年則需求 2080.6 位中醫師，於西元 2008 年則需求 2418.5 位中醫師。由此可見，若中醫供給與需求維持此成長率，則供給與需求差異將持續擴大。

（二）假設前提與迴歸方程式模式之推估

1. 中醫師和民眾母群體成長之推估

此部分之推估將和成長率推估模式採用相同之設定，其設定細節見成長率之推估模式(一)。

2. 中醫醫療供給和需求相關因素改變之推估

<u>中醫師每週看診人次推估</u>

本研究調查平均中醫師每人每週看診人次為 293.86 (見表六)，若以本研究所預估之中醫師看診人次生產力方程式(表十五)來推估西元 2003 及 2008 年時之中醫師生產力，則需要假設其相關因素之變化，此相關因素包含了性別、年齡、醫療院所型態、全民健保特約之有無、中醫師實際診療時數和護理、調劑與其他人員工作時數。若和賴俊雄(1992)之研究相比較，此六年間性別女性醫師所佔比例增加 1%，平均年齡降低約一歲，醫院佔醫療院所百分比降低 0.7%，全民健保特約之醫院或診所

比例增加 53.2%，中醫師每週實際診療時數增加 4.5 小時，護理人員每週實際診療時數約增加 1.0 小時，調劑與其他人員每週實際診療時數分別約上升與降低 20 小時。根據上述之變化，本研究假設 2003 年時，女性醫師所佔比例增加 1%，平均年齡降低一歲，醫院佔醫療院所百分比降低 0.5%，有全民健保特約之醫院或診所維持不變(因目前已有 94.1%，再上升之可能性不高)，中醫師實際診療時數增加 4.5 小時(為本研究之平均中醫師實際診療時數之 11.99%)，其他人員工作時數則維持不變(因調劑和其他人員的效應差不多，而其上升與降低之工作時數相差不多)，在此情形下推估 2003 年時中醫師每週看診人次為:

$$\ln\left(\frac{Y}{293.86}\right) = -0.05779(0.145-0.135) - 0.022697(46.5-45.5)$$

$$-0.84575(0.137-0.132) + 0.475491(\log 42 - \log 37.5)$$

依此方程式求出平均中醫師每週看診人次之推估為 308.84，亦即平均中醫師每週看診人次增加 5.10%。

因推估的年代愈遠，則可變之因素則愈多，這包括了相關因素的世代效應(cohort effect)，尚有政策對醫療行為的影響，因此在推估 2008 年時之中醫師每週看診人次，本研究設定了幾個假設前提，並以本研究之中醫師生產方程式計算其中醫師每週看診人次，其結果見表三十三，在各種假設前提下，可見其每週看診人次介於 293.52 至 330.87 間。

民眾每月中醫需求人次推估

本研究調查平均每位民眾每月中醫醫療使用為 0.1025 次，若以本研究所預估之中醫醫療使用複迴歸方程式(表三十)來推估西元 2003 及 2008 年時之平均每人每月中醫醫療使用，則需要假設其相關因素之變化，此相關因素包含了性別、年齡、使用西醫門診次數、疾病療效認知、對健康的焦慮、有無固定或熟悉的中醫師及一個月內生病的情況(此變項測量其健康狀態)。若和賴俊雄(1992)之研究相比較，此六年間性別分布並無改變，平均年齡上升約 2.5 歲，西醫門診使用上升 0.37 次，因賴俊雄之研究並沒有疾病療效認知此變項，因此其變化無法得知，健康焦慮之民眾約下降 6.0%，約下降 50%之民眾有固定或熟悉的中醫師，而一個月內生病的比例增加了約 10%。根據上述之變化，本研究假設 2003 年時，女性所佔比例不變，平均年齡增加兩歲，西醫醫療使用增加 10%(若依其改變計算其變化百分比約為 40%，但此變化可能受全民健保所影響，因此估為 10%)，疾病療效認知增加 0.5 分，健康焦慮的民眾增加 2.0%，有固定中醫師和一個月內生病的比例增加為 5%(因有無固定中醫

師有高比例之下降，因此繼續下降的可能性不高，因此假設有小幅之上升)，在此情形下推估2003年時平均每人每月中醫醫療使用次數為:

$$\ln(\frac{Y}{0.1025}) = 0.000318(35.2-33.2) - 0.590943(0.57-0.52)$$
$$-0.022626(18.1-17.6) + 0.0.816521(0.3807-0.3557)$$
$$+1.483441(0.255-0.205) + 1.720584(0.47-0.42)$$

依此方程式求出平均每人每月中醫醫療使用次數為 0.1146，亦即平均每人每月中醫醫療使用次數增加 11.84%。

另外在推估 2008 年時之中醫師每週看診人次，本研究設定了幾個假設前提，並以本研究之中醫醫療使用複迴歸方程式計算其平均每人每月中醫醫療使用次數，其結果見表三十四，在各種假設前提下，可見其平均每人每月中醫醫療使用次數介於 0.0964 至 0.1336 間。

4. 假設前提與迴歸方程式之電腦模擬模式

圖九與圖十分別顯示考量中醫師和民眾母群體成長率、中醫師每週看診人次及民眾每月中醫需求人次下之電腦模擬模式及其設定和微分方程式，圖十一則為在變動不同假設前提下中醫師供給數值時所獲得的中醫醫療供給與需求之差異，此圖所顯示的十條曲線乃將不同假設前提下之最小值與最大值切成十等分所獲得之結果，從圖十一中可看出，在任何中醫師供給數值下，中醫醫療供給與需求之差異皆為正，即中醫醫療服務供給皆大於需求。圖十二則為在變動不同假設前提下民眾中醫利用數值時所獲得的中醫醫療供給與需求之差異，此圖所顯示的十條曲線乃將不同假設前提下之最小值與最大值切成十等分所獲得之結果，從圖十二中可看出，在任何民眾中醫利用數值下，中醫醫療供給與需求之差異皆為正，即中醫醫療服務供給皆大於需求。

為了解在此模式時西元 2003 年之推估情形，及於西元 2008 年同時變動中醫師每週看診人次和民眾每月中醫需求人次之假設前提對推估之影響，表三十五顯示西元 2003 年及西元 2008 年中醫醫療供給之低推估和民眾需求之低推估、中醫醫療供給之低推估和民眾需求之高推估、中醫醫療供給之低推估和民眾需求之高推估和中醫醫療供給之高推估和民眾需求之高推估情況下所計算之中醫醫療服務供給人次、民眾中醫醫療需求人次、中醫醫療供給與需求之差異和達供需平衡中醫師數，由此結果可見不管在何種情形下，其中醫醫療供給與需求之差異皆為中醫醫療服務供給皆大於需求，而達供需平衡之中醫師數則介於 1640.9 與 2563.8

間。

肆、討論

一、中醫師供給面之討論

本研究回收的中醫師論年齡及性別的分布皆和母群體相類似，以男性為主，年齡主要分布於35至44歲之間，若和全民健保實施前所做之中醫醫療需求與供給之整合研究相比較(賴俊雄，1992)，性別及年齡的分布亦相近，但在平均教育年數本研究則多了1.76年，於9年以下教育年數所佔的比例本研究低了10.3%，在高於 20 年以上教育年數所佔的百分比，本研究則高了 10.1%，顯見這六年來中醫師的教育水準提高許多。在執業場所方面，兩者研究皆以診所為主，在分科方面，本研究不分科的比例稍為較低(約 10%)，兩個研究皆以不分科佔大多數，分科中以內科所佔比例最高。在證書類別方面，兩研究皆以特考所佔比例較高，但本研究則較 1992 年之研究低了 11.4%，此乃可能與近幾年較多中醫系與後中醫系學生投入中醫醫療之供給所致。在投入變項方面，中醫師每週實際診療病人時數較1992年之研究高了4.50小時,護理人員的投入時間或有聘任的比例方面，兩研究皆相差不遠，但在調劑人員與其他人員方面則有很大的差異，在 1992 年時，有較長調劑人員之投入時間或較高比例調劑人員的聘任(賴俊雄等人:30.3 小時；67.3%相對於本研究:11.75 小時；25.4%)，但有較低之其他人員之投入時間或較低比例其他人員的聘任(賴俊雄等人:10.70 小時；26.9%相對於本研究:30.48小時；66.5%)。在每週看診人次，本研究每位中醫師平均看診人次較 1992 年高出甚多(293.86 相對於 194.82)，但本研究的標準差亦較 1992 年研究高出許多(191.52 相對於 12.50)，此顯示本研究中醫師每星期看診人次有較大的差異。

在中醫師每週看診人次生產力之複迴歸推估模式之比較中，相同有顯著的變項為保險特約、中醫師實際診療時數、調劑人員每週診療時數，其中中醫師實際診療時數與調劑人員每週診療時數皆有相同的效應，即投入時間愈高，則有較高每週看診人次，然而於 1992 年的研究，有保險特約之中醫師其每週看診人次反而較無保險特約者低，而本研究有全民健康保險特約的中醫師則有較高的每週看診人次，這應是中醫門診有健保給付所帶來的效應。其他 1992 年研究有顯著而本研究無顯著的變項有資本投入指標、醫療院所規模、保險病人比率及每萬人西醫師數，其中資本投入指標於本研究有較高遺漏值，因此較高比率之中醫師拒絕填答此題，因此較難偵測出其效應，而其醫療院所規模變項近似於本研究的醫院或診所執業場所，但此變項的效應恰巧相反，於 1992 年之研究，醫療院所規模愈大，則中醫師之每週看診人次愈高，然而本研究則診所有較高的看診人次。至於本研究有顯著而 1992 年研究無顯著的變項有年齡、護理人員每週診療時數及

其他人員每週診療時數，其中中醫師年齡愈高其平均每週看診人數愈低，而護理及其他人員則診療時間愈多，中醫師每週看診人次亦愈多。其他人員每週診療時間於本研究有大幅增加，此可能全民健保後，中醫師平均每週看診人次大幅增加所致。

於賴俊雄等人(1992)之研究有關中醫師每週看診人次的推估，於西元 1996 年時將有 333 人次，於西元 2000 年則為 350 人次，而本研究現況調查結果為 293.86 人次，其推估結果有高估的傾向，而每十萬人口中醫師數之推估於 1996 年為 10.86 而 2000 年則為 12.00，而目前現況為 14.00，其推估亦較現況稍低。若以衛生署所訂標準，公元 2000 年時臺灣地區每十萬人口應有 22 名中醫師(經建會；1990)，目前現況相對於 1992 年推估數值和衛生署的標準較接近。

二、民眾中醫需求面之探討

本研究平均每位民眾一個月內之中醫門診利用次數為 0.1028 次，推估一年約看 1.2336 次；而看西醫門診次數平均每人每月為 0.52 次，一年約 6.24 次，看西醫師的次數約為看中醫師的 5.06 倍。1990 年臺灣地區國民健康調查對全省 4196 位受訪者(林瑞雄等，1991)調查所得的結果為每人每週之中醫與西醫門診利用分別為 0.098 及 0.342 次，看西醫約為看中醫的 3.49 倍，不論中西醫門診利用，此結果均較本研究高出甚多，但若和 1992 年賴俊雄等人之研究相比較，則結果相去不遠。在中西門診偏好方面，本研究受試者只偏好西醫者佔 60.5%，只偏好中醫者佔 9.3%，兩者皆會使用者佔 30.2%，此結果和賴俊雄等人(1992 年)之結果相去不遠，顯示民眾在這段期間門診偏好並無多大改變。在對健康的焦慮上，本研究對健康擔心或非常擔心的比例較賴俊雄等人(1992)之結果稍低(本研究:19.3%相對於賴俊雄等人:25.92%)，而相信或非常相信中醫療效的比例則稍高(本研究:58.2%相對於賴俊雄等人:54.4%)，在相信西醫療效方面，分布則相當的接近。在所有變項的分布最大不同的變項為健康保險的有無，賴俊雄等人(1992)之研究顯示有 47.4%的人無健康保險，但本研究只有 2.8%，且另有 53.6%的人另有全民健保以外的商業健康保險，此調查結果顯示全民健保實施後，健康保險的涵蓋率相當的高，此可去除民眾就醫方面的障礙。但本研究此比率可能高估，其偏差來源為拒訪者有較高之比例未加入全民健康保險。另一差距較大的變項為有無固定看病或熟悉的中醫師，本研究只有 20.50%的民眾有固定或熟悉的中醫師，但賴俊雄等人(1992)則有 73.84%。而在一個月內生病情況方面，本研究有較高之比例(本研究:42.0%相對於賴俊雄等人:29.5%)。

和民眾中醫門診利用相關因素之結果方面，本研究在社會人口特質方面並無發現顯著相關的因子，此和江東亮(1990)及賴俊雄(1992)等人之結果一致。在有關健康信念和求醫態度等變項，本研究發現對健康的焦慮為唯一顯著的變項，當非常擔心或擔心其健康者有較高傾向的中醫門診利用，然而此變項於賴俊雄(1992)

複迴歸結果中並無顯著，其有所顯著的健康信念和求醫態度的變項為求醫偏好，此變項在本研究中並無顯著，和江東亮之結果一致(1990)。在有關能力因素方面，本研究發現有固定或熟悉中醫師的民眾有較高的中醫門診利用，而賴俊雄等人(1992)之結果為無任何能力因子有顯著和中醫門診利用相關。在需求因素上，只有受訪前一個月內是否生病顯著的和中醫門診利用相關，有生病者有較高之中醫門診利用，此結果和賴俊雄等人之結果一致(1992)。

另一有顯著和中醫門診利用相關的變項為西醫門診利用，本研究結果可看出中醫門診利用和西醫門診利用呈現顯著的負相關，意味著此兩種門診利用有替代的效果，此結果和賴俊雄(1992)之結果一致，但和林芸芸(1992)的結果相反，其結果顯示中西醫療間之關係為互補。

本研究之整體模式解釋力為 18.68%，較賴俊雄(1992)之 6.9%高出甚多，顯示本研究複迴歸模式所考量的變項，其解釋中醫門診利用百分比較高，亦即本研究模式能預估中醫門診利用之能力較高。

三、未來中醫師供給與需求推估之討論

若中醫師人力供給以每十萬人口作為指標；1998 年時每十萬人口 14 名中醫師，本研究推估於 2000 年時，中醫師供給將達每十萬人口 14.86 名，於 2003 年更高達 16.25 名中醫師，此愈接近衛生署所訂定的標準，為每十萬人口 22 名中醫師(經建會，1990)，若將此指標視為中醫醫療可近性的指標，從賴俊雄(1992)等人之研究結果之每十萬人口 9.75 名至目前之 14 名，可見過去六年來中醫醫療需求的可近性增高了將近 1.44 倍，從本研究的推估中可發現未來中醫醫療的可近性將更高。然而本研究受限於推估方法，所推估的年限愈久，其精密度愈低，於西元 1999 年時，敏感度分析顯示每十萬人口介於 12. 07 至 14.52，於 2001 年時則介於 10.46 至 15.62 間，而於 2003 年時，介於 8.62 至 16.81 間，而於至 2008 年時，介於 5.30 至 20.19 間，可見推估的年代愈遠，其區間愈大。

在中醫師門診醫療供給方面，本研究以成長率電腦模擬模式，假設母群體中醫師人數每年有固定的 4.02%成長率，而平均每位中醫師所提供之中醫醫療次數有 1.074%之成長率，則 1998 年每週可提供 902150.2 人次的中醫門診，於 2000 年則可提供 997221.1 人次，於 2003 年更高達 1158938.4 人次，於 2008 年則可達 1488818.9 人次。每年中醫師增加人數在於 2000 年則可增加 128.4 人，於 2003 年將可增加 144.5 人，於 2008 年則可增加 176 人。若以陳立德(1998)之研究調查結果所得每年約有 22.98%中醫系畢業生(包括執業中醫者與先執西醫再執中醫)、94.1%後中醫畢業生及 5.70%特考及格者估算執業中醫人數，則一年 120 位中醫系畢業生約將有 27 名畢業生、100 位後中醫畢業生中有 94 名以及 85 名特考及格者將執業中醫，一年將增加 206 名中醫師。因未有研究探討中醫師因退休、從事教學或研究工作而離開中醫執業者，因此無法了解中醫師衰退之速率，但從本

研究所推估之每年增加的人數看來，本研究結果有低估之現象，但高估每年增加中醫師數的可能性則相當的低。

民眾中醫醫療需求方面，電腦模擬假設母群體民眾每年人口數有固定的0.965%成長率及中醫醫療利用有固定的3.166%成長率，則1998年每週有525993.8人次的中醫門診需求，於2000年則有570688.3人次的中醫門診需求，於2003年將達644950.6人次，而於2008年則達790810.2人次。若和中醫師所提供之門診次數相比較，供給面高過需求面。若要有完全相反之結果必需要本研究低估了每人每月中醫門診利用次數，或高估了中醫師人數及其每週看診人次。然而從本研究每年增加中醫師數和陳立德(1998)所估投入中醫市場之人數看來，高估中醫師人數的可能性很低，卻有低估中醫師人數的可能性，因此中醫師所提供之中醫醫療服務的量可能更高。至於高估中醫師每週看診人次方面，可能之原因為拒訪者多為有較低看診人事之中醫師，或受訪者高報其看診人次，但根據研究者所之拒訪者堆為醫院或診所中太過忙所致，而部分受訪者在初期因害怕查稅而不願填答看診人次，因此高估中醫師每週看診人次之誤差可能性應不高，加上本研究已經模擬模式中已降低中醫師醫療提供成長率，高估中醫師每週看診人次的可能性更低。在上述情況下仍有供給面高過需求面之結果，其可能的情形為實際供需差距比本研究結果來得更大。在每人每月中醫門診利用次數方面，第一節討論中曾指出本研究每人每月中醫門診醫療次數和賴俊雄(1992)等人結果相近，但低於林瑞雄(1991)之結果甚多。在達供需平衡所需中醫師數方面，預估於1998年將需求1789.9人，和已知人數3070人多出甚多，若中醫供給與需求平均而言維持此成長率，則供給與需求之差異將持續擴大。

若以本研究所預估之中醫師看診人次生產力方程式來推估西元2003及2008年時之中醫師生產力，則需要假設其相關因素之變化，此相關因素包含了性別、年齡、醫療院所型態、全民健保特約之有無、中醫師實際診療時數和護理、調劑與其他人員工作時數。若假設2003年時，女性醫師所佔比例增加1%，平均年齡降低一歲，醫院佔醫療院所百分比降低0.5%，有全民健保特約之醫院或診所維持不變，中醫師實際診療時數增加4.5小時，其他人員工作時數則維持不變，在此情形下推估2003年時中醫師每週看診人次為308.84，亦即平均中醫師每週看診人次增加5.10%。在推估2008年時之中醫師每週看診人次，本研究設定了幾個假設前提，並以本研究之中醫師生產方程式計算其中醫師每週看診人次，其結果介於293.52至330.87間。

若以本研究所預估之中醫醫療使用複迴歸方程式來推估西元2003及2008年時之平均每人每月中醫醫療使用，則需要假設其相關因素之變化，此相關因素包含了性別、年齡、使用西醫門診次數、疾病療效認知、對健康的焦慮、有無固定或熟悉的中醫師及一個月內生病的情況。在假設2003年時，女性所佔比例不變，

平均年齡增加兩歲，西醫醫療使用增加 10%，疾病療效認知增加 0.5 分，健康焦慮的民眾增加 2.0%，有固定中醫師和一個月內生病的比例增加為 5%，在此情形下推估 2003 年時平均每人每月中醫醫療使用次數為 0.1146，亦即平均每人每月中醫醫療使用次數增加 11.84%。另外在推估 2008 年時設定了幾個假設前提，並以本研究之中醫醫療使用複迴歸方程式計算其平均每人每月中醫醫療使用次數，其平均每人每月中醫醫療使用次數介於 0.0964 至 0.1336 間。

而在變動中醫師供給數值下，中醫醫療供給與需求之差異皆為正，即中醫醫療服務供給皆大於需求，在變動民眾中醫利用數值下，中醫醫療供給與需求之差異亦皆為正。

在同時變動中醫師每週看診人次和民眾每月中醫需求人次之假設前下，中醫醫療供給之低推估和民眾需求之低推估、中醫醫療供給之低推估和民眾需求之高推估、中醫醫療供給之低推估和民眾需求之高推估及中醫醫療供給之高推估和民眾需求之高推估情況下其中醫醫療供給與需求之差異皆為中醫醫療服務供給皆大於需求，而達供需平衡之中醫師數則介於 1640.9 與 2563.8 間。

由上述結果可看出，不論以哪一種模擬模式，所獲得的結果皆為中醫醫療服務供給大於需求，電腦模擬之敏感度分析亦皆有一致的結果，此乃顯示本研究結果在上述之假設前提下皆有相同的結果，此乃提高了本研究結果的可信度。在尚未考量開放大陸認證、學士後中醫系增班及西醫執業中醫師等措施下，中醫醫療服務供給面已大於需求面，若增加中醫醫療的供給面，則會使供需差異加大。

本研究推估的結果乃以數學模式設定變相間的相關，在以本研究現況調查所獲得的變項估值代入模擬模式中，因此無法反應供需市場自動調節的效應，如需求面較大時，供給面將自動擴大其供給，當供給面過分擴大而供過於求時，市場自然會產生競爭，而淘汰部分供給者或供給者降低其供給。而目前本研究在探討供給及需求面是否達到平衡之結果顯示，供給面大於需求面。雖然本研究和賴俊雄(1992)所使用的推估方法及假設前提完全不同，但其推估結果之全民健保後民眾增加的中醫需求遠低於中醫師的生產力，和本研究之現況及未來推估的結果相類似。

伍、結論與建議

一、本研究每位中醫師每週平均看診人次為 293.86，較 1992 年賴俊雄等人之中醫醫療需供給之整合研究高出甚多(194.82)。

二、和中醫師每週看診人次生產力顯著相關之因素有年齡、全民健康保險特約、醫院或診所之執業場所、中醫師實際診療時數、調劑人員每週診療時數、護理人員每週診療時數及其他人員每週診療時數，其中中醫師年齡愈高其平均每

週看診人數愈低，中醫師實際診療時數、調劑人員每週診療時數、護理人員每週診療時數及其他人員每週診療時數皆有相同的效應，即投入時間愈高，則有較高每週看診人次，有全民健康保險特約的中醫師則有較高的每週看診人次，診所之中醫師有較高的看診人次。

三、本研究平均每位民眾一個月內之中醫門診利用次數為 0.1028 次，推估一年約看 1.2336 次；而看西醫門診次數平均每人每月為 0.52 次，一年約 6.24 次，看西醫師的次數約為看中醫師的 5.06 倍，和 1992 年賴俊雄等人之研究相比較，則結果相去不遠。

四、和民眾中醫門診利用相關因素之結果方面，本研究在社會人口特質方面並無發現顯著相關的因子；在有關健康信念和求醫態度等變項，本研究發現對健康的焦慮為唯一顯著的變項，當非常擔心或擔心其健康者有較高傾向的中醫門診利用；在有關能力因素方面，本研究發現有固定或熟悉中醫師的民眾有較高的中醫門診利用；在需求因素上，只有受訪前一個月內是否生病顯著的和中醫門診利用相關，有生病者有較高之中醫門診利用；另一有顯著和中醫門診利用相關的變項為西醫門診利用，本研究結果可看出中醫門診利用和西醫門診利用呈現顯著的負相關，意味著此兩種門診利用有替代的效果。本研究之整體模式解釋力為 18.68%，較賴俊雄之 6.9%高出甚多，顯示本研究解釋中醫門診利用百分比較高。

五、以每十萬人口作為中醫師人力供給指標，1998 年時每十萬人口 14 名中醫師，推估於 2000 年時，中醫師供給將達每十萬人口 14.86 名，於 2003 年則高達 16.25 名中醫師，於 2008 年更高達 18.86 名中醫師此愈接近衛生署所訂定每十萬人口 22 名中醫師的標準。

六、1998 年、2000 年 2003 年及 2008 年時，平均每人每月看診中醫門診次數之推估值分別為 0.1028、0.1094、0.1201 及 0.1404 人次。

七、本研究有關供給面及需求面是否達到平衡之結果顯示供給面大於需求面，此與賴俊雄等人研究結果之全民健保後民眾所增加的中醫需求遠低於中醫師的生產力相類似。當供給面大於需求面時，市場自然會有調節之機制如淘汰中醫醫療供給者或供給者自動降低其提供之服務量，在此之際，若開放大陸學歷認證、中醫系畢業生回流執業中醫、學士後中醫系增班及西醫師執業中醫等措施勢必加大中醫師人力之供給面，但並非上述政策並不可行，衛生政策制定者應尚考量各類中醫師之養成過程的人力素質與背景對中醫發展與民眾中醫醫療照護可能的貢獻，若選擇開放對中醫發展有利與對民眾中醫醫療照護品質高之養成過程的政策，雖然會加大供給面，但市場自然會有調節之機制如淘汰不良中醫醫療供給者，或者提高了民眾就醫之意願。

表一、問卷回收情形及回收率

	N	百分比(%)
完成訪問	252	
未完成訪問	248	
未遇	84	
拒訪	86	
歇業中	2	
死亡	3	
離職	44	
電話有問題	17	
無此人	10	
沒電話,無法聯絡	2	
無法接觸樣本之百分比		31.72
拒訪率		25.44
回收率		74.56

表二、母群體(n=3355)與回收樣本(n=252)基本資料比較

變項名稱	母群體 n(%)	樣本 n(%)	p 值
性別			
男性	2770(82.56)	218(86.51)	0.13
女性	585(17.44)	34(13.49)	
實足年齡			
≤34 歲	310(10.10)	22(8.73)	0.40
35~44 歲	1231(40.10)	110(43.65)	
45~54 歲	903(29.41)	72(28.57)	
55~64 歲	313(10.20)	30(11.90)	
≥65 歲	313(10.20)	18(7.14)	

表三、中醫師基本資料描述

N=252

變項名稱	人數	百分比(%)
人口因子		
性別		
男性	218	86.5
女性	34	13.5
實足年齡 (46.50±11.35)※		
≤34 歲	22	8.7
35~44 歲	110	43.7
45~54 歲	72	28.6
55~64 歲	30	11.9
≥65 歲	18	7.1
籍貫		
閩南人	206	82.7
客家人	28	11.2
外省籍	15	6.0
宗教信仰		
無	78	31.3
佛教	114	45.8
道教	37	14.9
一貫道	5	2.0
基督教或天主教	8	3.2
其他	7	2.8
婚姻狀況		
未婚	26	10.4
已婚	219	87.6
再婚	2	0.8
鰥或寡	3	1.2
教育程度		
國小	12	4.8
初、國中	11	4.4
高中職	71	28.3
專科(醫護藥專)	37	14.7
大學中醫系	26	10.4
醫學院其他科系(含學士後中醫系)	35	13.9
非醫學院大學	39	15.5
中醫藥研究所	14	5.6
醫學院其他研究所	2	0.8
非醫學院研究所	4	1.6

※（平均值±標準差）

表三、中醫師基本資料描述(續)

N=252

變項名稱	人數	百分比(%)
受教育年數 (14.98±4.41)※		
≤9	21	8.9
10~14	97	40.9
15~19	79	33.3
20~24	37	15.6
≥25	3	1.3
子女數		
0	10	4.5
1~2	101	45.3
3~4	96	43.0
≥5	16	7.2
子女平均年齡 (42.27±38.13)※		
≤4	31	15.2
5~11	41	20.1
12~17	44	21.6
18~24	42	20.6
25~39	35	17.2
≥40	11	5.4
<u>健康狀況</u>		
自覺健康狀況		
比同年齡者好很多	50	19.9
比同年齡者好一些	95	37.8
和同年齡者一樣	92	36.7
比同年齡者差一些或差很多	14	5.6
現有疾病尚未痊癒		
沒有	216	86.4
一種	31	12.4
二種以上	3	1.2
過去一年無法工作的天數		
沒有	230	91.3
少於一星期	20	7.9
一至三個月	2	0.8
過去一年臥床或坐著休息的天數		
沒有	242	96.0
少於一星期	9	3.6
一星期至一個月	1	0.4

※(平均值±標準差)

表四、中醫師執業情況

N=252

變項名稱	人數	百分比(%)
執業場所		
公立醫院	4	1.7
私立醫院	29	12.0
私立診所	195	80.9
聯合診所	13	5.4
科別		
不分科	189	78.8
內科	23	9.6
婦產科	2	0.8
傷科	1	0.4
針灸科	3	1.3
內科、婦產科及其他科別	11	4.6
內科及傷科、針灸科、眼科	11	4.6
執業年資 (13.41±9.76)※		
≤4	44	19.0
5~9	46	19.9
10~14	39	16.9
15~19	51	22.1
20~24	23	10.0
≥25	28	12.1
執業型態		
自己開業	157	65.7
受聘	60	25.1
兩位中醫師合夥	10	4.2
三位以上中醫師合夥	12	5.0
合夥收入及開支情況		
分攤多數	2	10.0
平均分攤	18	90.0

※（平均值±標準差）

表四、中醫師執業情況(續)

N=252

變項名稱	人數	百分比(%)
證書類別		
特考	188	78.0
檢覈考	53	22.0
保險特約		
未特約	14	5.9
全民健康保險	219	91.6
全民健康保險及商業健康保險	5	2.1
全民健康保險及其他保險特約	1	0.4
附設藥局		
無藥局	17	7.6
有藥局	208	92.4
兼領證書		
無	182	78.1
西醫師	15	6.4
藥師	20	8.6
護理人員	5	2.1
藥劑生	3	1.3
復健師	1	0.4
醫檢師	3	1.3
其他	1	0.4
藥師及其他醫事人員證書	3	1.2

表五、中醫師及輔助人員的時間投入

N=252

變項名稱	人數	百分比(%)
受訪中醫師每週在診療場所時數 (47.57±13.88)※		
≤19 小時	7	3.0
20~29 小時	19	8.0
30~39 小時	41	17.3
40~49 小時	52	21.9
50~59 小時	73	30.8
60~69 小時	34	14.3
≥70 小時	11	4.6
受訪中醫師每週實際診療病人時數 (37.53±14.60)※		
≤9 小時	7	3.5
10~19 小時	15	7.6
20~29 小時	27	13.6
30~39 小時	54	27.3
40~49 小時	58	29.3
50~59 小時	23	11.6
≥60 小時	14	7.1
受訪中醫師每週診療以外事務投入時數 (10.26±8.53)※		
無	7	3.8
0~4 小時	45	24.6
5~9 小時	43	23.5
10~14 小時	42	23.0
15~19 小時	18	9.8
20~24 小時	18	9.8
≥25 小時	10	5.5
各院所每位中醫師每週工作投入時數 (48.17±13.29)※		
≤19 小時	5	2.5
20~29 小時	16	7.8
30~39 小時	35	17.2
40~49 小時	38	18.6
50~59 小時	69	33.8
60~69 小時	33	16.2
≥70 小時	8	3.9
各院所全部中醫師每週工作投入時數 (73.36±59.19)※		
≤39 小時	24	11.8
40~49 小時	27	13.2
50~59 小時	72	35.3
60~69 小時	32	15.7
≥70 小時	49	24.0

※（平均值±標準差）

表五、中醫師及輔助人員的時間投入(續)

N=252

變項名稱	人數	百分比(%)
每週每位護理人員實際診療時數	(12.09±20.68)※	
無	136	72.7
0~39 小時	14	7.5
40~49 小時	21	11.2
≥50 小時	16	8.6
每週每位調劑人員實際診療時數	(11.75±21.02)※	
無	129	74.6
0~39 小時	10	5.8
40~49 小時	14	8.1
50~54 小時	11	6.4
≥55 小時	9	5.2
每週每位其他人員實際診療時數	(30.48±24.36)※	
無	52	33.5
0~29 小時	10	6.5
30~39 小時	14	9.0
40~49 小時	38	24.5
50~59 小時	28	18.1
≥60 小時	13	8.4

※（平均值±標準差）

表六、中醫師生產資本投入與產出

N=252

變項名稱	人數	百分比(%)
每週看診人次 (293.86±191.52)※		
≤99 人次	30	13.4
100~199 人次	36	16.1
200~299 人次	63	28.1
300~399 人次	40	17.9
400~499 人次	29	12.9
≥500 人次	26	11.6
每月事務開支 (193361.90±216279.56)※		
≤49999 元	11	10.5
50000~99999 元	17	16.2
100000~149999 元	20	19.0
150000~199999 元	18	17.1
200000~249999 元	14	13.3
250000~299999 元	8	7.6
≥300000 元	17	16.2
每月輔助人員開支 (96243.75±121319.76)※		
無	8	7.1
0~24999 元	18	16.1
25000~39999 元	12	10.7
40000~54999 元	14	12.5
55000~89999 元	18	16.1
90000~119999 元	14	12.5
120000~199999 元	16	14.3
≥200000 元	12	10.7
每月毛收入 (462618.70±372781.07)※		
≤99999 元	12	11.2
100000~199999 元	24	22.4
200000~449999 元	23	21.5
450000~749999 元	27	25.2
750000~1199999 元	16	15.0
≥1200000 元	5	4.7
每月資本投入指標 (305671.01±311630.61)※		
≤114999 元	13	18.8
115000~184999 元	15	21.7
185000~269999 元	13	18.8
270000~399999 元	13	18.8
≥400000 元	15	21.7

※（平均值±標準差）

表七、中醫師每週看診人次與社會人口學變項之關係

變項名稱	人數	每週看診人次 平均值±標準差	統計值	多重比較
性別				
男	191	289.17±179.13	-0.69[a]	
女	33	321.00±253.36		
實足年齡				
≤34 歲	21	264.29±181.38	8.21***[b]	2>1,3,4,5§
35~44 歲	98	370.95±205.13		
45~54 歲	67	230.39±155.17		
55~64 歲	24	233.83±144.02		
≥65 歲	14	205.29±153.69		
籍貫				
閩南人	181	297.71±191.74	0.53[b]	
客家人	28	257.82±156.58		
外省籍	12	300.17±273.15		
宗教信仰				
無	67	332.40±232.53	2.84[b]	
佛教	101	258.55±156.59		
道教或一貫道	38	281.05±168.66		
其他宗教信仰	15	364.07±222.71		
婚姻狀況				
未婚或鰥或寡	25	302.48±298.23	0.18[a]	
已婚或再婚	197	291.69±174.96		
受教育年數				
≤9	19	249.74±162.16	1.71[b]	
10~14	86	277.72±206.15		
15~19	73	292.07±188.26		
≥20	36	353.67±174.31		

***表 p 值<0.001

§ 1:實足年齡為 34 歲以上；2:實足年齡為 35~44 歲；
3:實足年齡為 45~54 歲；4:實足年齡為 55~64 歲；
5:實足年齡為 65 歲以上

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表八、中醫師每週看診人次與經濟負擔及健康狀況之關係

變項名稱	人數	每週看診人次 平均值±標準差	統計值	多重比較
子女數				
0	8	336.63±121.89	2.89*[b]	1,2>4@
1~2	94	321.45±161.85		
3~4	86	266.22±187.46		
≥5	14	199.58±159.08		
子女平均年齡				
≤4	30	369.50±203.53	10.25***[b]	1,2>3,4,5§
5~11	40	396.10±154.91		3,5>4
12~17	42	286.83±152.55		
18~24	37	167.30±112.62		
≥25	38	244.53±164.24		
自覺健康狀況				
比同年齡者好很多	46	279.91±197.81	0.53[b]	
比同年齡者好一些	85	298.04±160.95		
和同年齡者一樣	81	285.83±217.62		
比同年齡者差一些	11	356.36±182.41		
目前有無疾病尚未痊癒				
沒有	194	298.14±195.56	0.72[a]	
有	28	270.14±168.26		
無法工作的天數				
0	204	294.30±193.51	0.11[a]	
≥1 天	20	289.40±174.40		
臥床或坐著休息的天數				
0	215	294.39±191.62	0.20[a]	
≥1 天	9	281.22±200.05		

*表 p 值<0.05，***表 p 值<0.001

@ 0:表示沒有子女；1:表示有 1~2 位的子女；3:表示子女數在 5 位以上

§ 1:表子女平均年齡為 0~4 歲；2:表子女平均年齡為 5~11 歲；
3:表子女平均年齡為 12~17 歲；4:表子女平均年齡為 18~24 歲；
5:表子女平均年齡為 25 歲以上

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表九、中醫師每週看診人次與執業狀況之關係

變項名稱	人數	每週看診人次 平均值±標準差	統計值	多重比較
執業場所				
醫院	28	291.25±146.56	-0.10[a]	
診所	189	295.31±197.68		
科別				
不分科	173	305.07±190.18	1.57[a]	
其他	44	254.34±193.83		
執業年資				
≤4	37	282.19±133.22	3.91**[b]	2>1,4,5,6§
5~9	44	393.80±266.12		
10~14	37	309.22±157.39		
15~19	45	231.62±158.48		
20~24	21	261.00±151.39		
≥25	24	269.21±176.16		
執業型態				
自己開業	143	282.04±204.70	1.02[b]	
受聘	52	313.15±161.94		
與人合夥	22	334.18±163.87		
有無加入全民健康保險				
無特約	11	132.18±106.78	-4.92***[a]	
有特約	206	303.47±191.35		
證書類別				
特考	170	279.88±185.46	-2.20*[a]	
檢覈考	47	348.70±205.33		
是否附設藥局				
無藥局	14	303.71±184.61	0.20[a]	
有藥局	190	292.76±196.63		
是否兼領其他醫事人員證書				
否	167	282.35±191.96	-1.76[a]	
是	50	336.30±186.14		
執業地點都市化程度				
第一級	17	280.24±166.21	1.60[b]	
第二級	23	382.57±180.69		
第三級、第四級或第五級	27	286.67±169.91		
第六級	53	304.83±200.98		
第七級	97	273.29±195.85		

*表 p 值小於 0.05；**表 p 值小於 0.01；***表 p 值小於 0.001

§ 1:執業年資為 4 年以下；2:執業年資為 5~9 年；4:執業年資為 15~19 年
5:執業年資為 20~24 年；6:執業年資為 25 年以上

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表十、中醫師每週看診人次與其及輔助人員投入時間之關係

變項名稱	人數	每週看診人次 平均值±標準差	統計值	多重比較
受訪中醫師每週在診療場所時數				
≤29 小時	23	252.35±220.24	1.16[b]	
30~39 小時	38	266.58±148.57		
40~49 小時	49	327.06±170.45		
50~59 小時	70	294.33±221.82		
60~69 小時	33	327.15±181.31		
≥70 小時	11	224.18±155.72		
受訪中醫師每週實際診療病人時數				
≤19 小時	22	118.59±147.56	7.48***[b]	2,3,4,5,6>1§
20~29 小時	27	290.22±178.58		5>2,3
30~39 小時	53	265.38±142.71		
40~49 小時	58	342.07±167.95		
50~59 小時	23	415.74±299.57		
≥60 小時	14	349.79±170.58		
受訪中醫師每週診療以外事務投入時數				
≤4 小時	49	292.10±177.96	1.88[b]	
5~9 小時	42	357.31±226.36		
10~14 小時	40	298.15±237.52		
15~19 小時	17	281.88±184.27		
≥20 小時	27	226.00±103.64		
各院所每位中醫師每週工作投入時數				
≤29 小時	18	290.11±217.27	0.49[b]	
30~39 小時	34	313.26±163.75		
40~49 小時	35	284.14±167.50		
50~59 小時	67	272.28±162.19		
≥60 小時	40	313.85±204.05		

***表 p 值小於 0.001

§ 1:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 19 小時以下；

2:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 20~29 小時；

3:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 30~39 小時；

4:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 40~49 小時；

5:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 50~59 小時；

6:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 60 小時以上；

b:使用變異數分析

表十、中醫師每週看診人次與其及輔助人員投入時間之關係(續)

變項名稱	人數	每週看診人次 平均值±標準差	統計值	多重比較
各院所全部中醫師每週工作投入時數				
≤39 小時	20	226.60±127.99	1.26[b]	
40~49 小時	24	271.08±167.27		
50~59 小時	70	286.94±181.82		
60~69 小時	31	326.19±183.47		
≥70 小時	49	313.86±186.01		
每週每位護理人員實際診療時數				
無	129	249.87±149.32	5.63**[b]	3,4>1§
0~39 小時	14	281.50±147.56		
40~49 小時	21	383.71±201.64		
≥50 小時	15	361.47±210.50		
每週每位調劑人員實際診療時數				
無	121	259.96±163.95	1.15[b]	
0~39 小時	10	338.20±181.67		
40~49 小時	14	308.36±175.24		
≥50 小時	20	300.25±166.61		
每週每位其他人員實際診療時數				
無	20	226.60±127.99	1.26[b]	
0~39 小時	24	271.08±167.27		
40~49 小時	70	286.94±181.82		
50~59 小時	31	326.19±183.47		
≥60 小時	49	313.86±186.01		

**表 p 值小於 0.01；

§ 1:表每週每位護理人員實際診療時數為 0 小時；

3:表每週每位護理人員實際診療時數為 40~49 小時；

4:表每週每位護理人員實際診療時數為 50 小時以上；

b:使用變異數分析

表十一、中醫師每月毛收入與社會人口學變項之關係

變項名稱	人數	每月毛收入 平均值±標準差	統計值	多重比較
性別				
男	93	484914.55±381672.89	1.61[a]	
女	14	314510.61±273862.13		
實足年齡				
≤34 歲	12	280599.21±412988.36	2.71*[b]	
35~44 歲	45	590168.76±377932.94		
45~54 歲	29	385714.61±330119.26		
55~64 歲	16	421137.05±334841.21		
≥65 歲	5	330300.00±324075.37		
籍貫				
閩南人	85	469956.99±379899.73	0.31[b]	
客家人	13	409842.86±342199.86		
外省籍	7	377573.47±375832.60		
宗教信仰				
無	33	537060.81±398901.12	1.23[b]	
佛教	46	404150.21±358955.56		
其他宗教信仰	26	449955.71±360034.41		
婚姻狀況				
未婚或鰥或寡	11	417577.92±421966.00	-0.38[a]	
已婚或再婚	95	462553.25±367218.24		
受教育年數				
≤9	11	526749.35±361742.40	0.86[b]	
10~14	37	380457.78±311410.03		
15~19	36	486411.40±402961.60		
≥20	17	515796.81±436995.22		

*表 p 值小於 0.05

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表十二、中醫師每月毛收入與經濟負擔及健康狀況之關係

變項名稱	人數	每月毛收入 平均值±標準差	統計值	多重比較
子女數				
0	4	343482.14±461045.32	0.29[b]	
1~2	42	461479.91±377564.86		
3~4	42	487380.32±353862.07		
≥5	7	388071.43±395377.80		
子女平均年齡				
≤4	13	428256.41±406428.14	2.76*[b]	2>4 §
5~11	25	627235.77±395322.46		
12~17	13	443432.97±326511.99		
18~24	18	262620.36±183167.09		
≥25	21	483254.08±382417.44		
自覺健康狀況				
比同年齡者好很多	19	570768.72±378099.79	2.53[b]	
比同年齡者好一些	42	396133.28±344876.81		
和同年齡者一樣	41	439086.99±372205.62		
比同年齡者差一些	5	803254.29±426676.60		
目前有無疾病尚未痊癒				
沒有	92	461182.16±368978.89	-0.10[a]	
有	15	471429.52±408811.78		
無法工作的天數				
0	99	457866.54±367338.23	-0.46[a]	
≥1 天	8	521426.79±459285.32		
臥床或坐著休息的天數				
0	104	457959.35±366726.82	-0.76[a]	
≥1 天	3	624142.86±631473.36		

*表 p 值小於 0.05

§ 2:表子女平均年齡為 5~11 歲；4:表子女平均年齡為 18~24 歲

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表十三、中醫師每月毛收入與執業狀況之關係

變項名稱	人數	每月毛收入 平均值±標準差	統計值	多重比較
執業場所				
醫院	11	107727.27±26344.65	-10.13***[a]	
診所	94	500617.64±367912.08		
科別				
不分科	86	469736.73±365189.52	0.61[a]	
其他	19	412931.58±389398.26		
執業年資				
≤4	17	190128.85±165541.77	3.10*[b]	2,3,4,6>1@
5~9	21	526136.01±349124.67		
10~14	19	574270.84±405923.44		
15~19	20	459919.36±348658.77		
20~24	8	332812.50±232801.81		
≥25	15	538984.29±409189.89		
執業型態				
自己開業	70	522787.38±360176.77	19.08***[b]	3>1,2§
受聘	24	134545.56±80950.65		1>2
與人合夥	11	765349.87±342039.89		
有無加入全民健康保險				
無特約	7	163285.71±216470.15	-2.24*[a]	
有特約	98	480612.84±368563.97		
證書類別				
特考	85	449266.93±355649.43	-0.58[a]	
檢覈考	20	502768.48±425765.57		
是否附設藥局				
無藥局	9	545907.94±329197.67	0.83[a]	
有藥局	91	439078.00±372860.42		
是否兼領其他醫事人員證書				
否	79	444386.54±344021.77	-0.73[a]	
是	26	505250.85±438708.04		
執業地點都市化程度				
第一級	10	478457.14±354780.25	0.05[b]	
第二級	12	497903.57±510643.28		
第三、四級或第五級	10	436569.05±354169.72		
第六級	27	453011.13±315147.21		
第七級	46	454057.68±376359.21		

*表 p 值小於 0.05；***表 p 值小於 0.001

@ 1:執業年資為 4 年以下；2:執業年資為 5~9 年；3:執業年資為 10~14 年；4:執業年資為 15~19 年；6:執業年資為 25 年以上

§ 執業型態-1:為自己開業；2:為受聘；3:為與人合夥

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表十四、中醫師每月毛收入與其及輔助人員投入時間之關係

變項名稱	人數	每月毛收入 平均值±標準差	統計值	多重比較
受訪中醫師每週在診療場所時數				
≤39 小時	26	276473.90±269149.42	3.16[b]*	2,3,4>1@
40~49 小時	22	489747.75±377629.07		
50~59 小時	34	519490.57±376164.59		
≥60 小時	25	554990.00±409002.35		
受訪中醫師每週實際診療病人時數				
≤29 小時	20	301081.71±332862.66	6.84***[b]	3,4>1,2§
30~39 小時	28	314420.50±206623.70		
40~49 小時	30	645946.19±402805.86		
≥50 小時	18	577756.75±399911.40		
受訪中醫師每週診療以外事務投入時數				
≤4 小時	24	490059.33±438539.57	1.33[b]	
5~9 小時	20	592213.31±460259.99		
10~14 小時	22	464983.15±596576.44		
15~19 小時	12	392951.59±269491.57		
≥20 小時	15	318568.57±246236.25		
各院所每位中醫師每週工作投入時數				
≤29 小時	12	336572.56±317936.04	0.62[b]	
30~39 小時	20	430260.46±408421.03		
40~49 小時	16	427303.57±335097.94		
50~59 小時	32	513291.07±364319.55		
≥60 小時	24	504320.83±425823.18		

*表 p 值小於 0.05；***表 p 值小於 0.001

@ 1:表受訪中醫師每週在診療場所時數為 39 小時以下；

2:表受訪中醫師每週在診療場所時數為 40~49 小時；

3:表受訪中醫師每週在診療場所時數為 50~59 小時；

4:表受訪中醫師每週在診療場所時數為 60 小時以上；

§1:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 29 小時以下；

2:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 30~39 小時；

3:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 40~49 小時；

4:表受訪中醫師每週實際診療病人時數為 50 小時以上；

b:使用變異數分析

表十四、中醫師每月毛收入與其及輔助人員投入時間之關係(續)

		每週看診人次		
變項名稱	人數	平均值±標準差	統計值	多重比較
各院所全部中醫師每週工作投入時數				
≤39 小時	13	269345.77±209839.50	1.20 [b]	
40~49 小時	10	459528.57±302696.70		
50~59 小時	35	528776.49±355275.31		
60~69 小時	18	500809.52±439315.17		
≥70 小時	28	442550.79±430514.14		
每週每位護理人員實際診療時數				
無	56	442857.41±310312.67	2.50 [b]	
0~39 小時	11	465959.74±365767.07		
40~49 小時	13	653758.10±486768.45		
≥50 小時	10	728571.43±496748.79		
每週每位調劑人員實際診療時數				
無	64	492609.81±363969.20	0.53 [b]	
≤44 小時	13	562085.68±414971.12		
≥45 小時	10	401242.86±365476.74		
每週每位其他人員實際診療時數				
無	25	425521.39±402911.41	0.53 [b]	
0~39 小時	15	516272.91±251461.68		
40~49 小時	23	556232.92±408939.74		
≥50 小時	18	465098.41±375315.22		

b:使用變異數分析

表十五、中醫師每週看診人次生產力之複迴歸推估模式

變項名稱	中醫師每週看診人次[a] 迴歸係數(標準誤)	標準化係數	t 值	解釋力
係數	3.03(0.83)	0.00	3.66***	49.02%
性別				
女性	-0.06(0.18)	-0.02	-0.32	
年齡	-0.02(0.01)	-0.31	-4.35***	
執業場所				
醫院	-0.85(0.24)	-0.27	-3.56***	
接受全民健康保險特約				
有特約	1.14(0.23)	0.34	5.00***	
中醫師實際診療時數[b]	0.48(0.19)	0.19	2.44*	
護理人員每週診療時數	0.03(0.00)	0.70	5.45***	
調劑人員每週診療時數	0.02(0.00)	0.59	4.41***	
其他人員每週診療時數[c]	0.03(0.00)	0.84	5.49***	
輔助人員每週診療時數[d]	-0.00(0.00)	-0.99	-4.22***	

a:中醫師每週看診人次=中醫師每週看診人次的對數值

b:中醫師實際診療時數=中醫師每週實際診療病人時數的對數值

c:其他人員包括-掛號、批價、收費、工友、行政及檢驗人員

d:輔助人員每週診療時數=(護理人員每週診療時數)^2+(調劑人員每週診療時數)^2+(其他人員每週診療時數)^2

*表 p 值小於 0.05;***表 p 值小於 0.001

表十六、民眾問卷回收情形及回收率

	N	百分比(%)
完成訪問	1234	
未完成訪問	1629	
未遇	692	
拒訪	327	
搬家(含空屋,空地,嫁人)	216	
死亡	13	
住址錯誤(含找不到)	199	
無此人	71	
僅戶籍在此 (含當兵,外地就學,外地工作)	111	
無法接觸樣本之百分比		45.23%
拒訪率		20.95%
回收率		79.05%

表十七、母群體(n=21,928,591)與回收樣本(n=1,234)基本資料比較

變項名稱	母群體 n(%)	樣本 n(%)	p 值
性別			
男性	11,243,408(51.27)	646(52.35)	0.47
女性	10,685,183(48.73)	588(47.65)	
實足年齡			
≤14 歲	4,815,400(21.96)	259(21.04)	0.001
15~24 歲	3,889,548(17.74)	261(21.20)	
25~34 歲	3,725,343(16.99)	162(13.16)	
35~44 歲	3,719,882(16.96)	185(15.03)	
45~54 歲	2,385,575(10.88)	150(12.19)	
55~64 歲	1,582,612(7.22)	101(8.20)	
65~74 歲	1,210,814(5.52)	70(5.69)	
≥75 歲	599,417(2.73)	43(3.49)	

表十八、民眾基本資料描述

N=1234

變項名稱	人數	百分比(%)
人口因子		
性別		
男性	646	52.4
女性	588	47.6
實足年齡 (33.20±20.65) ※		
≤14 歲	259	21.0
15~24 歲	261	21.2
25~34 歲	162	13.2
35~44 歲	185	15.0
45~54 歲	150	12.2
55~64 歲	101	8.2
65~74 歲	70	5.7
≥75 歲	43	3.5
籍貫		
閩南人	980	85.5
客家人	82	7.2
外省籍或原住民	84	7.3
宗教信仰		
無	457	38.9
佛教	380	32.4
道教	251	21.4
一貫道	28	2.4
基督教	37	3.2
天主教	13	1.1
回教或其他宗教	8	0.7
婚姻狀況		
未婚	580	48.2
已婚或再婚	587	48.8
離婚或鰥、寡	37	3.1

※（平均值±標準差）

表十八、民眾基本資料描述(續)

N=1234

變項名稱	人數	百分比(%)
教育程度		
不識字	162	14.1
民教班	14	1.2
國小	288	25.0
初、國中	174	15.1
高中職	314	27.3
專科	104	9.0
大學以上	95	8.3
職業		
無職業者	77	6.5
農	63	5.3
工	157	13.3
公	49	4.1
商	131	11.1
教	19	1.6
軍	18	1.5
家庭主婦	144	12.2
自由職業	57	4.8
學生	367	31.0
退休	72	6.1
其他(服務業)	30	2.5
從業身分		
無工作者	663	59.5
無酬家屬工作者	22	2.0
被政府機關雇用	63	5.7
被私人機關雇用	218	19.6
自營作業者(未雇人)	102	9.2
雇主(自營,有雇人)	23	2.1
其他	23	2.1
保險狀況		
是否加入全民健康保險		
否	31	2.8
是	1069	97.2
是否加入全民健保以外之商業健康保險		
否	488	46.4
是	564	53.6

表十八、民眾基本資料描述(續)

N=1234

變項名稱	人數	百分比(%)
家庭狀況		
是否為主要撫養人		
否	844	75.2
是	279	24.8
主要撫養人之教育程度		
不識字	34	3.4
民教班、國小	184	18.3
初、國中	193	19.2
高中職	350	34.9
專科	132	13.1
大學以上	111	11.1
個人月收入 (35659.92±29770.15) ※		
≤19999 元	33	13.0
20000~21999 元	35	13.8
22000~26999 元	34	13.4
27000~31999 元	48	18.9
32000~41999 元	45	17.7
≥42000 元	59	23.2
全家月收入 (67856.79±43110.79) ※		
≤33999 元	54	13.3
34000~41999 元	53	13.1
42000~54999 元	69	17.0
55000~79999 元	95	23.5
80000~109999 元	96	23.7
≥110000 元	38	9.4
都市化程度		
第一級	115	9.3
第二級	239	19.4
第三級	93	7.5
第四級	57	4.6
第五級	27	2.2
第六級	428	34.7
第七級	275	22.3

※(平均值±標準差)

表十九、民眾對中醫之疾病療效評估

N=1234

疾病別	中醫比西醫				
	好很多 N(%)	好一些 N(%)	差不多 N(%)	差一些 N(%)	差很多 N(%)
慢性病	111(11.5)	304(31.5)	371(38.4)	150(15.5)	29(3.0)
婦科疾病	57(6.1)	195(20.9)	427(45.7)	221(23.6)	35(3.7)
精神科	28(3.0)	90(9.6)	447(47.9)	286(30.6)	83(8.9)
神經疼痛	42(4.5)	140(15.0)	407(43.6)	280(30.0)	64(6.9)
骨折或扭傷	206(21.3)	341(35.3)	236(24.5)	151(15.6)	31(3.2)
絕症	53(5.6)	140(14.8)	447(47.1)	197(20.8)	112(11.8)

表二十、過去一個月內，使用中、西醫門診之人數與疾病療效認知之分布

N=1234

變項名稱		人數	百分比(%)
使用中醫門診次數	(0.10±0.44)※		
0 次		1083	92.5
1 次		70	6.0
2 次		12	1.0
3 次		2	0.2
4 次		1	0.1
5 次		2	0.2
6 次		1	0.1
使用西醫門診次數	(0.52±0.84)※		
0 次		731	62.4
1 次		335	28.6
2 次		63	5.4
3 次		26	2.2
4 次		10	0.9
5 次		4	0.3
6 次		2	0.2
疾病療效的認知[a]	(17.62±4.17)※		
≤14 分		189	19.3
15~17 分		210	21.5
18~19 分		304	31.1
20~22 分		177	18.1
≥23 分		99	10.1

a:疾病療效的認知是民眾認為中醫與西醫在治療慢性病、婦科疾病、精神科疾病、神經疼痛、骨折或扭傷及絕症六個疾病中，其療效程度差別加總；其分數分為中醫比西醫好很多(5 分)、中醫比西醫好些(4 分)、差不多(3 分)、中醫比西醫差些(2 分)、中醫比西醫差很多(1 分)

※（平均值±標準差）

表二十一、需要因素、健康信念和求醫態度之描述

N=1234

變項名稱	人數	百分比(%)
一個月內生病的情況		
無	699	58.0
有	506	42.0
自述健康狀況		
好很多	70	7.3
好一些	249	26.1
差不多	501	52.5
差一些	115	12.0
差很多	20	2.1
對健康的焦慮		
非常擔心	15	1.5
擔心	174	17.8
普通	403	41.1
不擔心	319	32.6
一點都不擔心	69	7.0
相信中醫療效		
非常相信	37	3.8
相信	532	54.4
普通	368	37.6
不相信或一點都不相信	41	4.2
相信西醫療效		
非常相信	33	3.4
相信	641	65.4
普通	287	29.3
不相信	19	1.9
中西醫療偏好		
中醫	113	9.3
西醫	738	60.5
不一定	368	30.2
是否因全民健保有開辦中醫給付而改看中醫		
否	599	50.9
是	578	49.1
若開辦中藥局健保給付會不會較以往更常去買中藥		
不會	138	14.2
不太可能會	92	9.4
不一定,視情況而定	502	51.5
很可能會	201	20.6
一定會	42	4.3

表二十二、醫療資源可近性之描述

N=1234

變項名稱	人數	百分比(%)
有無固定看病或熟悉的中醫師		
無	964	79.5
有	249	20.5
有無固定看病或熟悉的西醫師		
無	635	52.0
有	587	48.0
距離住處最近或熟悉的中醫師之時間	(13.33±12.94) ※	
≤4 分鐘	115	13.8
5~9 分鐘	240	28.7
10~14 分鐘	188	22.5
≥15 分鐘	293	35.0
距離住處最近或熟悉的西醫師之時間	(11.88±13.59) ※	
≤4 分鐘	182	18.9
5~9 分鐘	294	30.5
10~14 分鐘	229	23.7
≥15 分鐘	260	26.9
中西醫藥花費比較		
中醫比西醫貴很多	30	3.2
中醫比西醫貴	285	30.2
二者差不多	523	55.3
中醫比西醫便宜	96	10.2
中醫比西醫便宜很多	11	1.2

※（平均值±標準差）

表二十二、醫療資源可近性之描述(續)

N=1234

變項名稱	人數	百分比(%)
看中醫應診時所需時間的長短		
很長或長	168	18.4
普通	649	71.0
短或很短	97	10.6
看西醫應診時所需時間的長短		
很長或長	153	15.9
普通	604	62.9
短或很短	203	21.1
看中醫時全程所需時間的長短		
很長或長	195	21.9
普通	591	66.3
短或很短	105	11.8
看西醫時全程所需時間的長短		
很長或長	207	21.9
普通	569	60.3
短或很短	168	17.8
看中醫所需的全程時間 (26.30±29.54) ※		
≤5 分鐘	109	15.8
6~10 分鐘	109	15.8
11~20 分鐘	201	29.2
21~30 分鐘	152	22.1
≥31 分鐘	117	17.0
看西醫所需的全程時間 (28.81±32.88) ※		
≤5 分鐘	155	18.5
6~10 分鐘	136	16.2
11~20 分鐘	154	18.4
21~30 分鐘	198	23.6
31~60 分鐘	146	17.4
≥61 分鐘	49	5.8

※（平均值±標準差）

表二十三、過去一個月內，各不同就醫地點次數之人數分布

N=1234

就醫地點	就醫次數(%)							總計	
	0次	1次	2次	3次	4次	5次	6次	人數	人次
公立醫院	1087 (92.8)	66 (5.6)	9 (0.8)	3 (0.3)	5 (0.4)	1 (0.1)	0	84	118
私立醫院	1048 (89.5)	92 (7.9)	16 (1.4)	10 (0.9)	2 (0.2)	2 (0.2)	1 (0.1)	123	178
聯合門診中心	1150 (98.2)	18 (1.5)	3 (0.3)	0	0	0	0	21	24
衛生所 (含群醫中心)	1150 (98.2)	15 (1.3)	2 (0.2)	3 (0.3)	1 (0.1)	0	0	21	32
私立診所	887 (75.7)	235 (20.1)	32 (2.7)	10 (0.9)	5 (0.4)	2 (0.2)	0	284	359
中醫院	1163 (99.3)	8 (0.7)	0	0	0	0	0	8	8
綜合醫院中醫部門	1165 (99.5)	5 (0.4)	1 (0.1)	0	0	0	0	6	7
中醫診所	1120 (95.6)	39 (3.3)	8 (0.7)	1 (0.1)	1 (0.1)	1 (0.1)	1 (0.1)	51	73
中藥店 (按中醫師處方)	1160 (99.1)	10 (0.9)	1 (0.1)	0	0	0	0	11	12
中藥店 (無中醫師處方)	1165 (99.5)	4 (0.3)	2 (0.2)	0	0	0	0	6	8
西藥房 (按西醫師處方)	1164 (99.4)	6 (0.5)	1 (0.1)	0	0	0	0	7	8
西藥房 (無西醫師處方)	1155 (98.6)	16 (1.4)	0	0	0	0	0	16	16
青草店買藥	1169 (99.8)	2 (0.2)	0	0	0	0	0	2	2
民俗療法	1167 (99.7)	4 (0.3)	0	0	0	0	0	4	4

表二十四、過去一個月內，各不同疾病類型接受中醫治療之人次數分布

N=1234

疾病類型	人次	百分比(%)
消化系統潰瘍或胃痛	5	4.35
肝膽疾病或結石	2	1.74
便秘	2	1.74
高血壓	2	1.74
心臟病	5	4.35
氣喘	2	1.74
慢性支氣管炎或肺氣腫	2	1.74
糖尿病	1	0.87
腎臟病	2	1.74
泌尿道疾病或結石	1	0.87
風溼症，關節炎	13	11.30
痛風	1	0.87
頭痛、偏頭痛	4	3.48
皮膚疾病	1	0.87
惡性腫瘤	1	0.87
神經疼痛	4	3.48
骨折	11	9.57
胃腸炎	2	1.74
上呼吸道感染	27	23.48
耳疾(耳炎、耳鳴)	1	0.87
鼻炎	2	1.74
婦科方面疾病	10	8.70
健康檢查	2	1.74
其他疾病 [a]	12	10.43

a:其他疾病包括-運動傷害、口語不輕或良性腫瘤

表二十五、個人基本資料與每月使用中醫門診次數分析

變項名稱	人數	使用中醫門診次數 平均值±標準差	統計值	多重比較
性別				
男性	609	0.08±0.43	-1.52[a]	
女性	562	0.12±0.44		
年齡				
≤14 歲	240	0.05±0.29	1.31[b]	
15~24 歲	248	0.10±0.48		
25~34 歲	149	0.08±0.30		
35~44 歲	180	0.12±0.40		
45~54 歲	147	0.13±0.51		
55~64 歲	96	0.11±0.41		
65~74 歲	69	0.22±0.82		
≥75 歲	40	0.08±0.35		
籍貫				
閩南人	937	0.11±0.46	0.64[b]	
客家人	80	0.10±0.41		
外省籍或原住民	79	0.05±0.27		
宗教信仰				
無	443	0.10±0.47	1.05[b]	
佛教	359	0.14±0.50		
道教或一貫道	266	0.10±0.36		
基督教、天主教、回教或其他宗教	53	0.04±0.19		
婚姻狀況				
未婚	544	0.07±0.38	2.42[b]	
已婚或再婚	569	0.13±0.49		
離婚或鰥、寡	37	0.11±0.39		
都市化程度				
第一級	111	0.03±0.16	1.27[b]	
第二級	235	0.11±0.45		
第三級	92	0.14±0.53		
第四級	56	0.02±0.13		
第五級	25	0.08±0.28		
第六級	385	0.10±0.36		
第七級	267	0.13±0.60		

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表二十五、個人基本資料與每月使用中醫門診次數分析(續)

變項名稱	人數	使用中醫門診次數 平均值±標準差	統計值	多重比較
教育程度				
不識字	150	0.11±0.57	0.21[b]	
民教班	13	0.00±0.00		
國小	275	0.09±0.38		
初、國中	164	0.09±0.38		
高中職	303	0.11±0.45		
專科	104	0.13±0.39		
大學以上	88	0.11±0.58		
職業				
無職業者	71	0.10±0.61	1.02[b]	
農	61	0.10±0.44		
工	149	0.09±0.35		
軍、公或教	83	0.22±0.68		
商	126	0.11±0.34		
家庭主婦	141	0.13±0.38		
自由職業或服務業	82	0.05±0.27		
學生	344	0.09±0.44		
退休	70	0.13±0.56		
主要撫養人之教育程度				
不識字	33	0.03±0.17	2.43*[b]	6>1,3,5§
民教班、國小	174	0.14±0.50		
初、國中	186	0.06±0.33		
高中職	342	0.12±0.38		
專科	129	0.07±0.31		
大學以上	107	0.23±0.92		
全民健康保險				
無	31	0.13±0.43	0.34[a]	
有	1033	0.10±0.43		
健保以外的商業健康保險				
無	467	0.11±0.53	0.60[a]	
有	549	0.10±0.33		

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

*表 p 值小於 0.05

§主要撫養人之教育程度:1-不識字；3-初、國中；5-專科；6-大學以上

表二十六、健康信念和求醫態度與每月使用中醫門診次數分析

變項名稱	人數	使用中醫門診次數 平均值±標準差	統計值	多重比較
對健康的焦慮				
非常擔心(1)	14	0.29±0.61	7.46***[b]	1,2>3,4,5
擔心(2)	167	0.28±0.81		
普通(3)	383	0.08±0.31		
不擔心(4)	308	0.06±0.36		
一點都不擔心(5)	64	0.06±0.39		
相信中醫療效				
非常相信	35	0.14±0.36	1.29[b]	
相信	514	0.13±0.48		
普通	347	0.08±0.42		
不相信或一點都不相信	39	0.21±0.73		
相信西醫療效				
非常相信(1)	32	0.06±0.25	3.24*[b]	4>1,2,3
相信(2)	620	0.10±0.44		
普通(3)	268	0.12±0.48		
不相信(4)	18	0.44±1.04		
疾病療效的認知				
≤14 分	183	0.08±0.42	1.71[b]	
15~17 分	202	0.10±0.47		
18~19 分	291	0.09±0.46		
20~22 分	167	0.15±0.42		
≥23 分	94	0.21±0.64		
中西醫療偏好				
中醫(1)	104	0.39±0.77	29.94***[b]	1>2,3
西醫(2)	702	0.05±0.29		
不一定(3)	351	0.13±0.51		
是否因全民健保有開辦中醫給付而改看中醫				
否	579	0.10±0.49	-0.16[a]	
是	538	0.11±0.39		
若開辦中藥局健保給付會不會較以往更常去買中藥				
不會	134	0.09±0.38	0.68[b]	
不太可能會	88	0.06±0.28		
不一定,視情況而定	477	0.12±0.49		
很可能會	192	0.15±0.56		
一定會	41	0.10±0.37		

*表 p 值小於 0.05；***表 p 值小於 0.001

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表二十七、醫療可近性與每月使用中醫門診次數分析

		使用中醫門診次數		
變項名稱	人數	平均值±標準差	統計值	多重比較
有無固定看病或熟悉的中醫師				
無	915	0.05±0.34	-5.19***[a]	
有	237	0.29±0.68		
有無固定看病或熟悉的西醫師				
無	598	0.09±0.39	-0.58[a]	
有	562	0.11±0.49		
距離住處最近或熟悉的中醫師之時間				
≤4 分鐘	113	0.12±0.37	2.58[b]	
5~9 分鐘	235	0.10±0.35		
10~14 分鐘	182	0.05±0.34		
≥15 分鐘	284	0.17±0.62		
距離住處最近或熟悉的西醫師之時間				
≤4 分鐘	177	0.12±0.36	1.72[b]	
5~9 分鐘	285	0.07±0.42		
10~14 分鐘	226	0.06±0.29		
≥15 分鐘	247	0.13±0.51		
中西醫藥花費比較				
中醫比西醫貴很多	28	0.14±0.36	1.28[b]	
中醫比西醫貴	278	0.08±0.30		
二者差不多	501	0.11±0.48		
中醫比西醫便宜	94	0.19±0.66		
中醫比西醫便宜很多	10	0.00±0.00		

***表 p 值小於 0.001

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

表二十七、醫療可近性與每月使用中醫門診次數分析(續)

變項名稱	人數	使用中醫門診次數 平均值±標準差	統計值	多重比較
看中醫時應診所需時間的長短				
很長或長	164	0.09±0.30	2.85 b	
普通	623	0.11±0.45		
短或很短	93	0.23±0.78		
看西醫時應診所需時間的長短				
很長或長	147	0.07±0.28	1.27 b	
普通	582	0.10±0.42		
短或很短	194	0.14±0.59		
看中醫時全程所需時間的長短				
很長或長	187	0.14±0.64	3.47* b	3>1§
普通	570	0.09±0.34		
短或很短	102	0.22±0.71		
看西醫時全程所需時間的長短				
很長或長	199	0.11±0.49	0.01 b	
普通	547	0.11±0.46		
短或很短	160	0.11±0.34		
看中醫所需的全程時間				
≤5 分鐘	107	0.11±0.35	0.97 b	
6~10 分鐘	105	0.10±0.33		
11~20 分鐘	198	0.12±0.42		
21~30 分鐘	150	0.13±0.61		
≥31 分鐘	113	0.21±0.66		
看西醫所需的全程時間				
≤5 分鐘	150	0.10±0.32	1.10 b	
6~10 分鐘	135	0.09±0.31		
11~20 分鐘	151	0.14±0.59		
21~30 分鐘	187	0.08±0.43		
31~60 分鐘	142	0.19±0.65		
≥61 分鐘	48	0.13±0.39		

*表 p 值小於 0.05

b:使用變異數分析

§ 看中醫時全程所需時間的長短-1:很長或長；3:短或很短

表二十八、需要因素與每月使用中醫門診次數分析

變項名稱	人數	使用中醫門診次數 平均值±標準差	統計值	多重比較
自述健康狀況				
好很多	67	0.04±0.21	4.52**	5>1,2,3,4§
好一些	242	0.10±0.40		4>1
差不多	476	0.09±0.36		
差一些	112	0.23±0.75		
差很多	19	0.42±1.39		
一個月內生病的情況				
無	694	0.02±0.13	-6.79***	
有	471	0.22±0.65		

表 p 值小於 0.01；*表 p 值小於 0.001

a:使用 t 檢定；b:使用變異數分析

§ 1:表自述健康狀況為好很多；2:表自述健康狀況為好一些；
3:表自述健康狀況為差不多；4:表自述健康狀況為差一些；
5:表自述健康狀況為差很多

表二十九、保險、醫療利用型態與醫療費用分析

醫療費用 就醫型態	無保險 樣本數 (平均值±標準差)	有保險 樣本數 (平均值±標準差)	總平均值 (平均值±標準差)	變異數分析 F 值	 p 值
只看中醫	6 (75.00±125.50)	77 (335.45±1530.06)	83 (316.63±1474.91)		
只看西醫	17 (238.24±602.22)	590 (147.95±763.92)	607 (150.48±759.61)	0.09	0.76
中西合併	7 (282.86±522.87)	311 (113.78±297.27)	318 (117.50±303.66)		
合計	30 (216.00±514.64)	978 (151.85±751.73)			
F 值	2.30				
p 值	0.10				

表三十、使用中醫醫療需求之複迴歸推估模式

變項名稱	使用中醫門診次數[a]			
	迴歸係數(標準誤)	標準化係數	t 值	解釋力
係數	-9.73(0.41)	0.00	-23.96***	18.68%
性別				
女性	0.21(0.16)	0.04	1.31	
年齡	0.00(0.00)	0.00	0.07	
使用西醫門診次數	-0.59(0.11)	-0.20	-5.36***	
疾病療效的認知	0.02(0.02)	0.04	1.20	
對健康的焦慮				
非常擔心或擔心	0.82(0.22)	0.12	3.68***	
不擔心或一點都不擔心	-0.09(0.18)	-0.02	-0.53	
有無固定或熟悉的中醫師				
有	1.48(0.20)	0.23	7.54***	
一個月內生病的情況				
有生病	1.72(0.20)	0.32	8.75***	

a:使用中醫門診次數=一個月內使用中醫門診次數的對數值

***表 p 值小於 0.001

表三十一:西元1999至2008年每十萬人口中醫師人數對人口比推估之敏感度分析

	中醫師人數對人口比(每十萬人口)				
	推估 1*	推估 2	推估 3	推估 4	推估 5
西元 1998	14.00	14.00	14.00	14.00	14.00
西元 1999	14.42	12.70	12.71	14.51	14.52
西元 2000	14.86	11.53	11.55	15.04	15.06
西元 2001	15.31	10.46	10.48	15.59	15.62
西元 2002	15.77	9.50	9.52	16.16	16.21
西元 2003	16.25	8.62	8.65	16.76	16.81
西元 2004	16.74	7.82	7.85	17.37	17.44
西元 2005	17.24	7.10	7.13	18.00	18.09
西元 2006	17.77	6.44	6.47	18.66	18.76
西元 2007	18.30	5.84	5.88	19.34	19.46
西元 2008	18.86	5.30	5.34	20.05	20.19

*推估 1:中醫師點估計除以人口數點估計; 推估 2:中醫師推估下限除以人口數推估上限; 推估 3:中醫師推估下限除以人口數推估下限; 推估 4:中醫師推估上限除以人口數推估上限; 推估 5:中醫師推估上限除以人口數推估下限

表三十二: 西元 1999 至 2008 年中醫師醫療供給與需求推估之結果

-以成長率模擬模式

	中醫師人數	每年中醫師增加人數	中醫醫療服務供給人次	民眾人口總數
西元 1998	3070.0	-	902150.2	21928591.0
西元 1999	3193.4	123.4	948495.2	22140289.6
西元 2000	3321.8	128.4	997221.1	22354032.0
西元 2001	3455.3	133.5	1048450.1	22569837.8
西元 2002	3594.2	138.9	1102310.8	22787727.0
西元 2003	3738.7	144.5	1158938.4	23007719.7
西元 2004	3889.0	150.3	1218475.1	23229836.3
西元 2005	4045.4	156.3	1281070.3	23454097.1
西元 2006	4208.0	162.6	1346881.1	23680522.9
西元 2007	4377.1	169.2	1416072.8	23909134.7
西元 2008	4553.1	176.0	1488818.9	24139953.5
	民眾中醫醫療需求人次	每位民眾每月中醫醫療需求	中醫醫療供給與需求之差異*	達供需平衡所需之中醫師數
西元 1998	525993.8	0.1028	376156.4	1789.9
西元 1999	547885.5	0.1060	400609.8	1844.6
西元 2000	570688.3	0.1094	426532.8	1901.0
西元 2001	594440.1	0.1129	454010.0	1959.1
西元 2002	619180.5	0.1165	483130.3	2018.9
西元 2003	644950.6	0.1201	513987.8	2080.6
西元 2004	671793.2	0.1239	546681.9	2144.2
西元 2005	699753.0	0.1279	583130.3	2209.7
西元 2006	728876.5	0.1319	618004.7	2277.2
西元 2007	759212.0	0.1361	656860.7	2346.8
西元 2008	790810.2	0.1404	698008.7	2418.5

*中醫醫療供給與需求之差異=中醫醫療服務人次供給−每位民眾每月中醫醫療需求

表三十三: 西元2008年中醫師生產力推估在不同假設前提下
所計算之每週看診人次

變項	假設前提*				
	1	2	3	4	5
女性中醫師比率	增加 2%	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變
中醫師年齡	維持不變	下降二歲	維持不變	維持不變	維持不變
執業場所醫院比率	維持不變	維持不變	減少 1%	維持不變	維持不變
有無保險特約	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變
中醫師看診投入時間	維持不變	維持不變	維持不變	增加 20%	維持不變
護理人員投入時間	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變	增加 5%
調劑人員投入時間	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變	增加 5%
其他人員投入時間	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變	增加 5%
每週看診人次	293.52	307.51	296.36	305.19	302.24
變項	假設前提*				
	6	7	8	9	10
女性中醫師比率	增加 2%	增加 2%	增加 2%	增加 2%	增加 2%
中醫師年齡	下降二歲	下降二歲	下降二歲	下降二歲	下降二歲
執業場所醫院比率	減少 1%	減少 1%	減少 1%	減少 1%	減少 1%
有無保險特約	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變
中醫師看診投入時間	增加 15%	增加 20%	增加 20%	增加 20%	增加 20%
護理人員投入時間	維持不變	維持不變	增加 5%	增加 5%	增加 5%
調劑人員投入時間	維持不變	維持不變	維持不變	增加 5%	增加 5%
其他人員投入時間	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變	增加 5%
每週看診人次	318.88	321.70	325.08	327.52	330.87

*所有條件皆已與 1998 年現況相比較

表三十四: 西元2008年民眾中醫醫療使用推估在不同假設前提下所計算之平均每月中醫醫療利用次數

	假設前提*			
變項	1	2	3	4
平均年齡	增加四歲	維持不變	維持不變	維持不變
使用西醫門診次數	維持不變	增加20%	維持不變	維持不變
對健康的焦慮	維持不變	維持不變	增加10%	維持不變
疾病療效的認知	維持不變	維持不變	維持不變	增加一分
一個月內生病的情況	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變
有無固定或熟悉的中醫師	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變
平均每月中醫醫療利用次數	0.1026	0.0964	0.1112	0.1048

	假設前提*			
變項	5	6	7	8
平均年齡	維持不變	維持不變	增加四歲	增加四歲
使用西醫門診次數	維持不變	維持不變	增加20%	增加20%
對健康的焦慮	維持不變	維持不變	維持不變	增加10%
疾病療效的認知	維持不變	維持不變	維持不變	維持不變
一個月內生病的情況	增加10%	維持不變	維持不變	維持不變
有無固定或熟悉的中醫師	維持不變	增加10%	維持不變	維持不變
平均每月中醫醫療利用次數	0.1102	0.1189	0.0965	0.1047

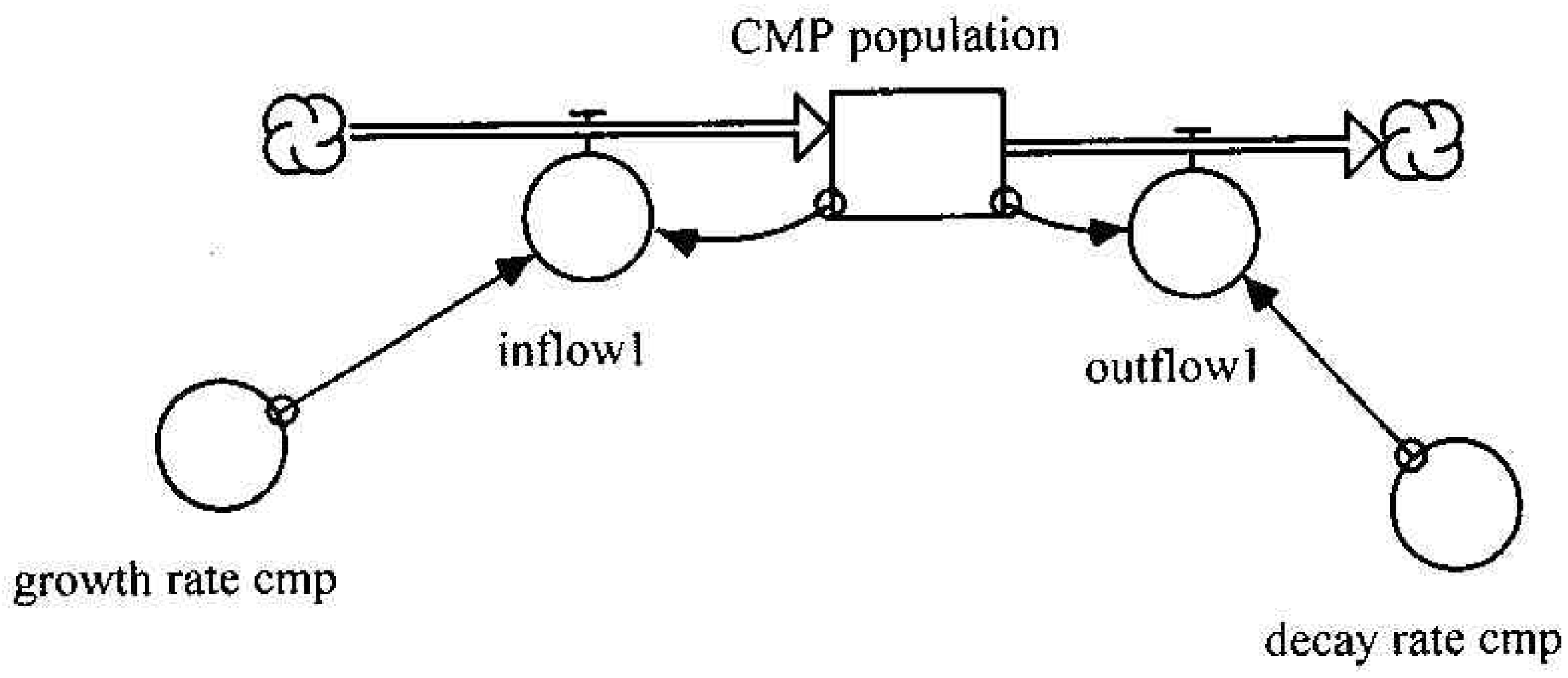
	假設前提*			
變項	9	10	11	
平均年齡	增加四歲	增加四歲	增加四歲	
使用西醫門診次數	增加20%	增加20%	增加20%	
對健康的焦慮	增加10%	增加10%	增加10%	
疾病療效的認知	增加一分	增加一分	增加一分	
一個月內生病的情況	維持不變	增加10%	增加10%	
有無固定或熟悉的中醫師	維持不變	維持不變	增加10%	
平均每月中醫醫療利用次數	0.1071	0.1151	0.1336	

*所有條件皆已與1998年現況相比較

表三十五: 西元 2003 及 2008 年中醫師醫療供給與需求推估之結果
-以假設前提與對數方程式為模擬模式

	中醫醫療服務供給人次	民眾中醫醫療需求人次	中醫醫療供給與需求之差異*	達供需平衡中醫師數
西元 2003	1405772.9	645727.7	760045.2	2090.8
西元 2008[a]	1336039.6	542931.7	793107.9	1849.7
西元 2008[b]	1336039.6	752522.8	583516.7	2563.8
西元 2008[c]	1506048.7	542931.7	963117.0	1640.9
西元 2008[d]	1506048.7	752522.8	753525.9	2274.4

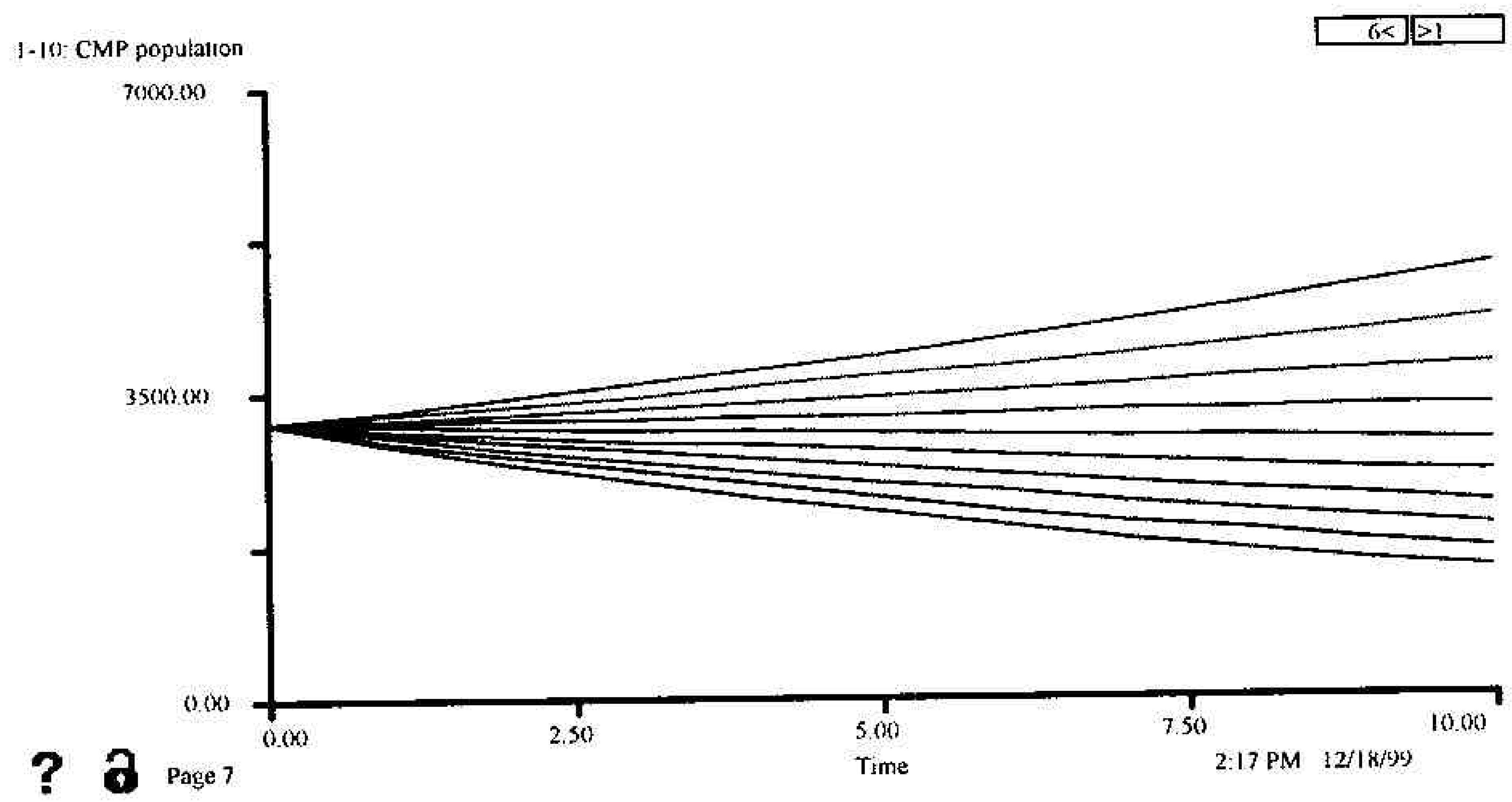
*中醫醫療供給與需求之差異=中醫醫療服務人次供給−每位民眾每月中醫醫療需求; a: 以中醫醫療供給之低推估和民眾中醫醫療需求之低推估計算; b: 以中醫醫療供給之低推估和民眾中醫醫療需求之高推估計算; c: 以中醫醫療供給之高推估和民眾中醫醫療需求之低推估計算; d: 以中醫醫療供給之高推估和民眾中醫醫療需求之高推估計算。



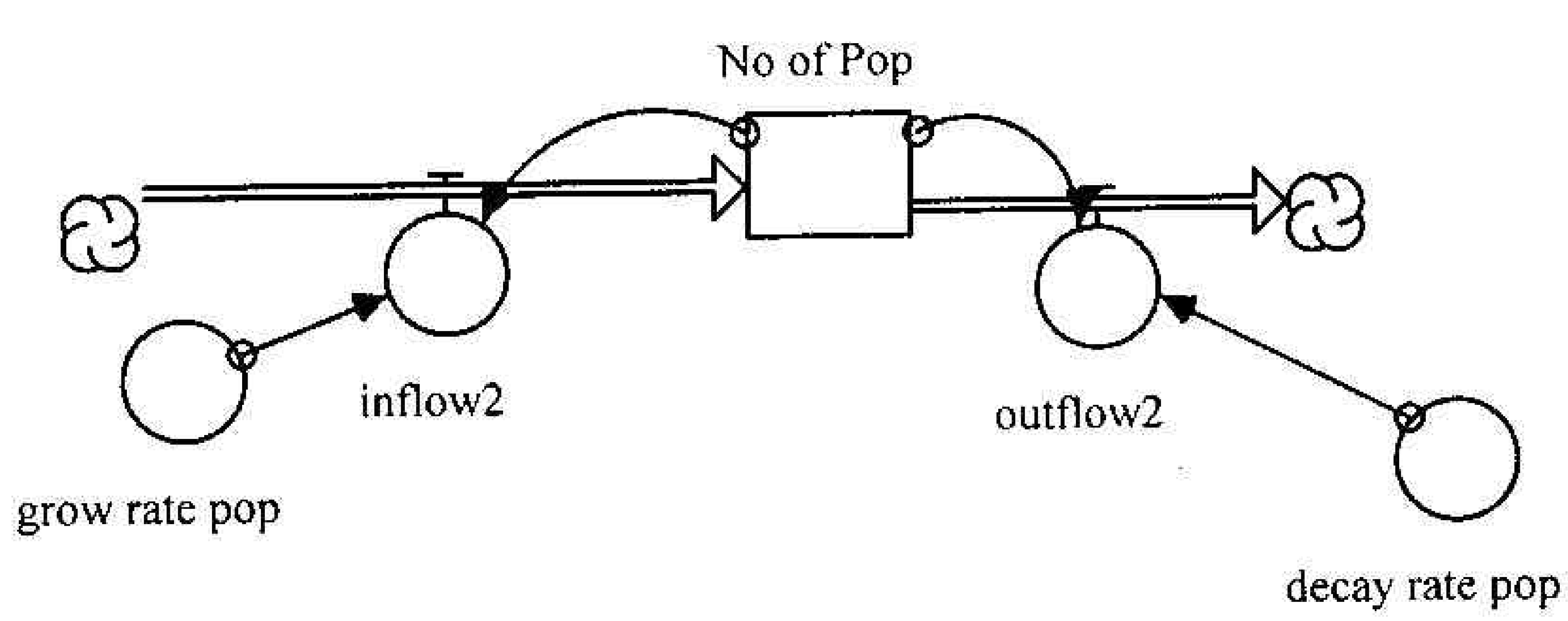
圖一:中醫師人口成長之電腦模擬模式

```
CMP_population(t) = CMP_population(t - dt) + (inflow1 - outflow1) * dt
INIT CMP_population = 3070
INFLOWS:
inflow1 = CMP_population*growth_rate_cmp
OUTFLOWS:
outflow1 = CMP_population*decay_rate_cmp
decay_rate_cmp = 0
growth_rate_cmp = 0.04699
```

圖二:中醫師人口成長電腦模擬模式之設定與微分方程式



圖三:中醫師人口成長電腦模擬模式之敏感度分析結果

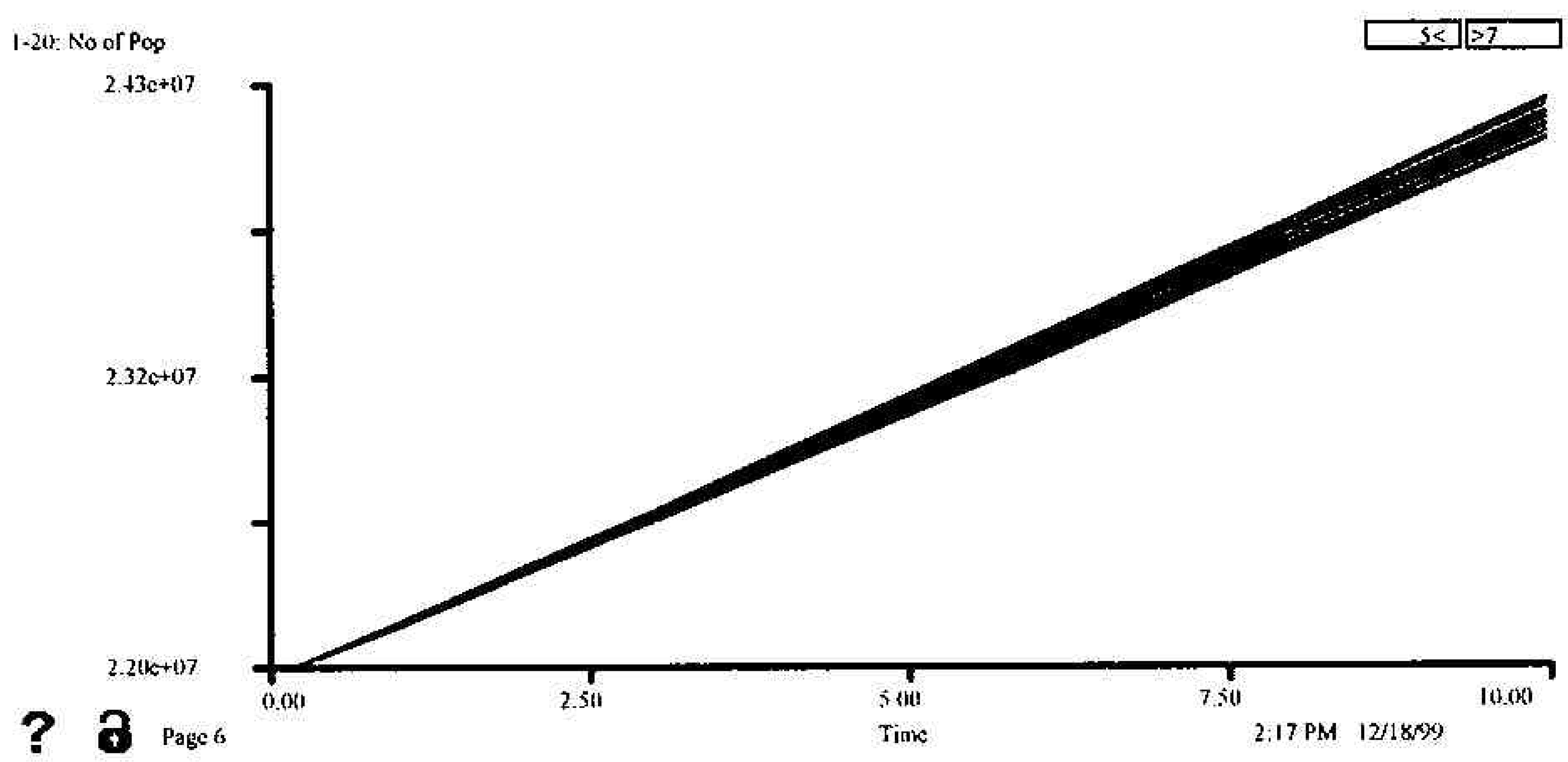


圖四:民眾人口成長之電腦模擬模式

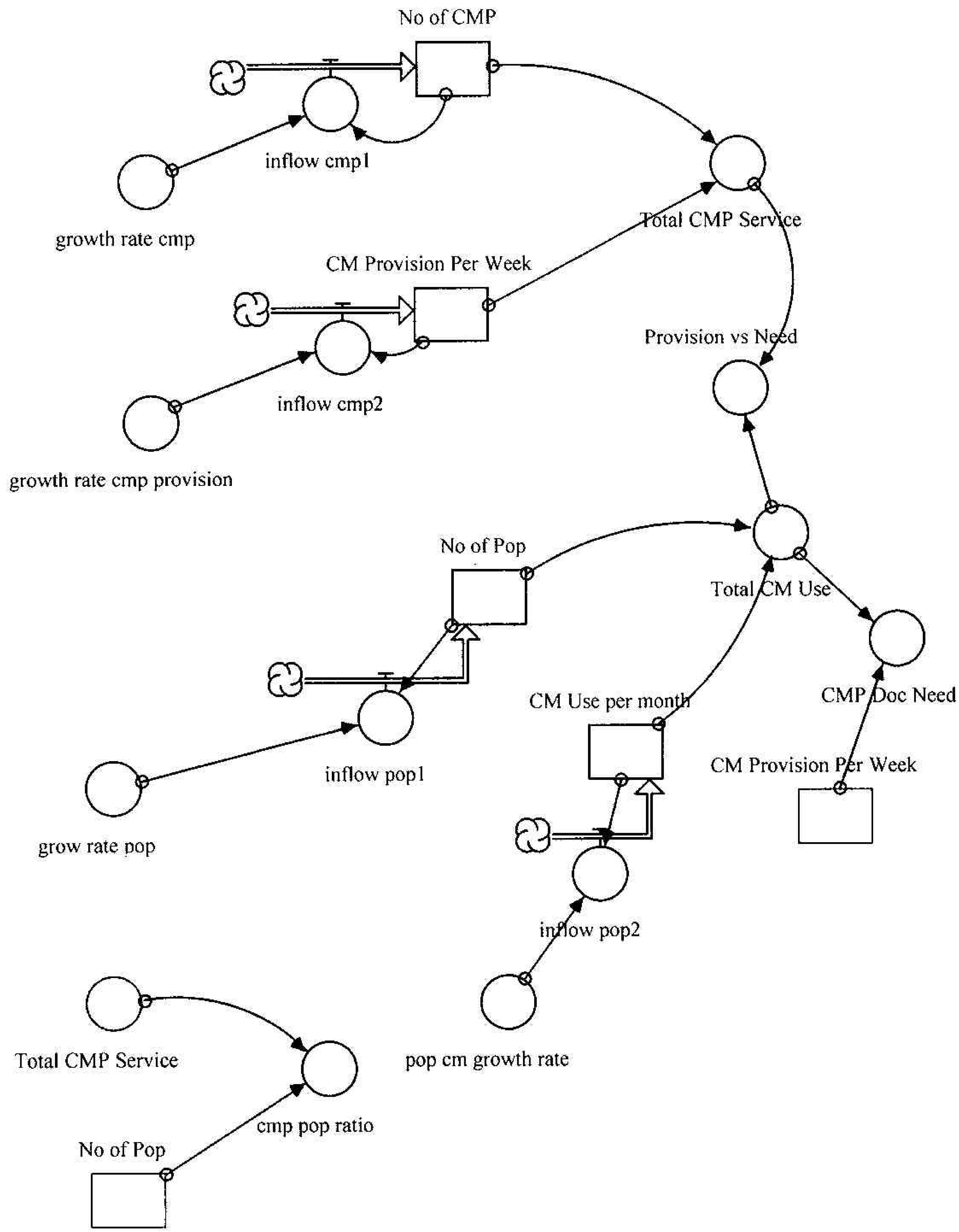
```
No_of_Pop(t) = No_of_Pop(t - dt) + (inflow2 - outflow2) * dt
INIT No_of_Pop = 21928591

INFLOWS:
inflow2 = No_of_Pop*grow_rate_pop
OUTFLOWS:
outflow2 = No_of_Pop*decay_rate_pop
decay_rate_pop = 0
grow_rate_pop = 0.01004
```

圖五:民眾人口成長電腦模擬模式之設定與微分方程式



圖六:民眾人口成長電腦模擬模式之之敏感度分析結果



圖七:中醫師醫療供給及民眾中醫需求之電腦模擬模式-以成長率為模擬模式

CM_Provision_Per_Week(t)=CM_Provision_Per_Week(t - dt) + (inflow_cmp2)*dt
INIT CM_Provision_Per_Week = 293.86

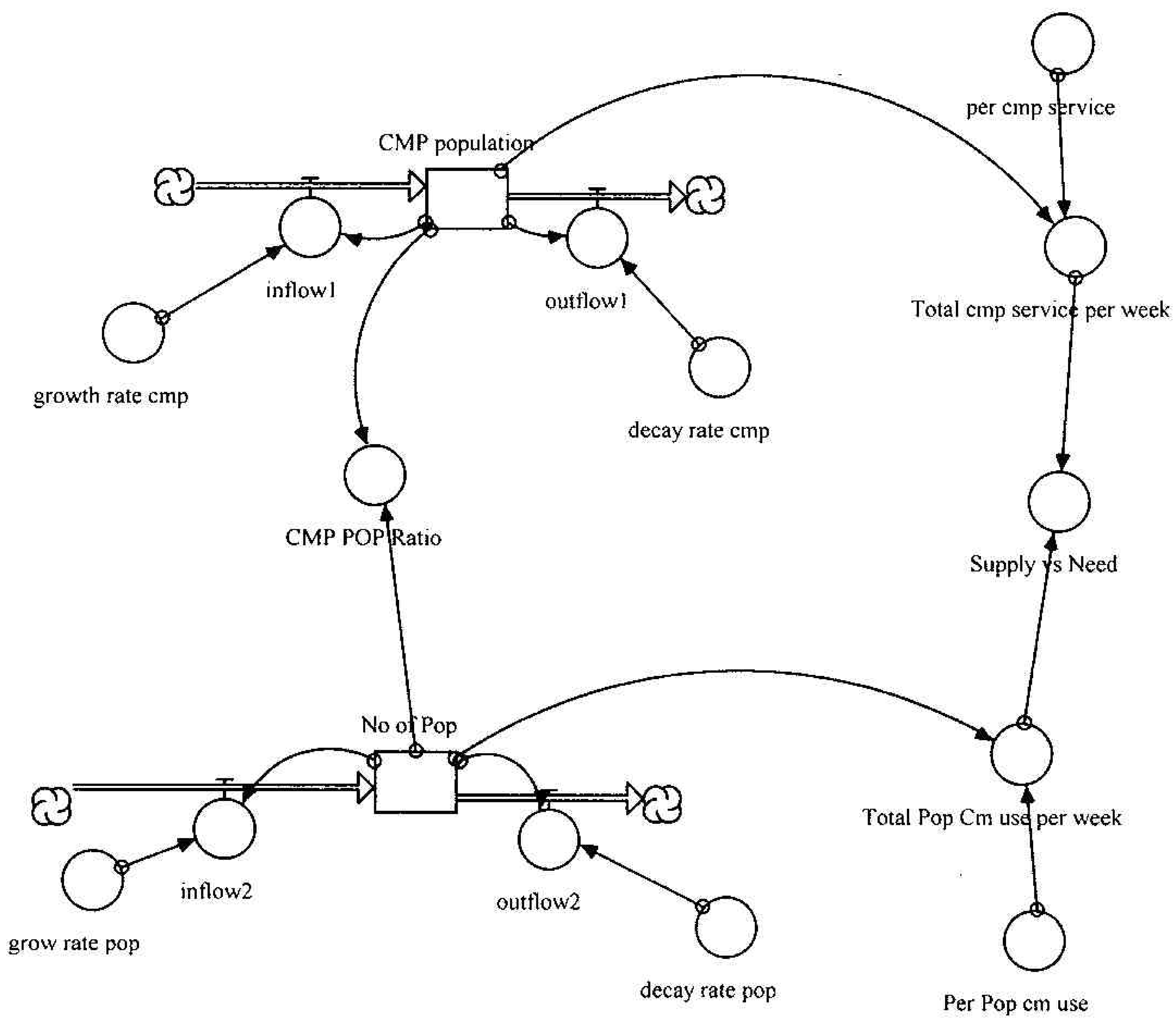
INFLOWS:
inflow_cmp2 = CM_Provision_Per_Week*growth_rate_cmp_provision
CM_Use_per_month(t) = CM_Use_per_month(t - dt) + (inflow_pop2) * dt
INIT CM_Use_per_month = 0.1028

INFLOWS:
inflow_pop2 = CM_Use_per_month*pop_cm_growth_rate
No_of_CMP(t) = No_of_CMP(t - dt) + (inflow_cmp1) * dt
INIT No_of_CMP = 3070

INFLOWS:
inflow_cmp1 = No_of_CMP*growth_rate_cmp
No_of_Pop(t) = No_of_Pop(t - dt) + (inflow_pop1) * dt
INIT No_of_Pop = 21928591

INFLOWS:
inflow_pop1 = No_of_Pop*grow_rate_pop
CMP_Doc_Need = Total_CM_Use/CM_Provision_Per_Week
cmp_pop_ratio = No_of_Pop/Total_CMP_Service
growth_rate_cmp = 0.0402
growth_rate_cmp_provision = 0.01074
grow_rate_pop = 0.009654
pop_cm_growth_rate = 0.03166
Provision_vs_Need = Total_CMP_Service-Total_CM_Use
Total_CMP_Service = No_of_CMP*CM_Provision_Per_Week
Total_CM_Use = ((No_of_Pop*CM_Use_per_month)/30)*7

圖八:中醫師醫療供給及民眾中醫需求之電腦模擬模式之設定與微分方程式-以成長率為模擬模式



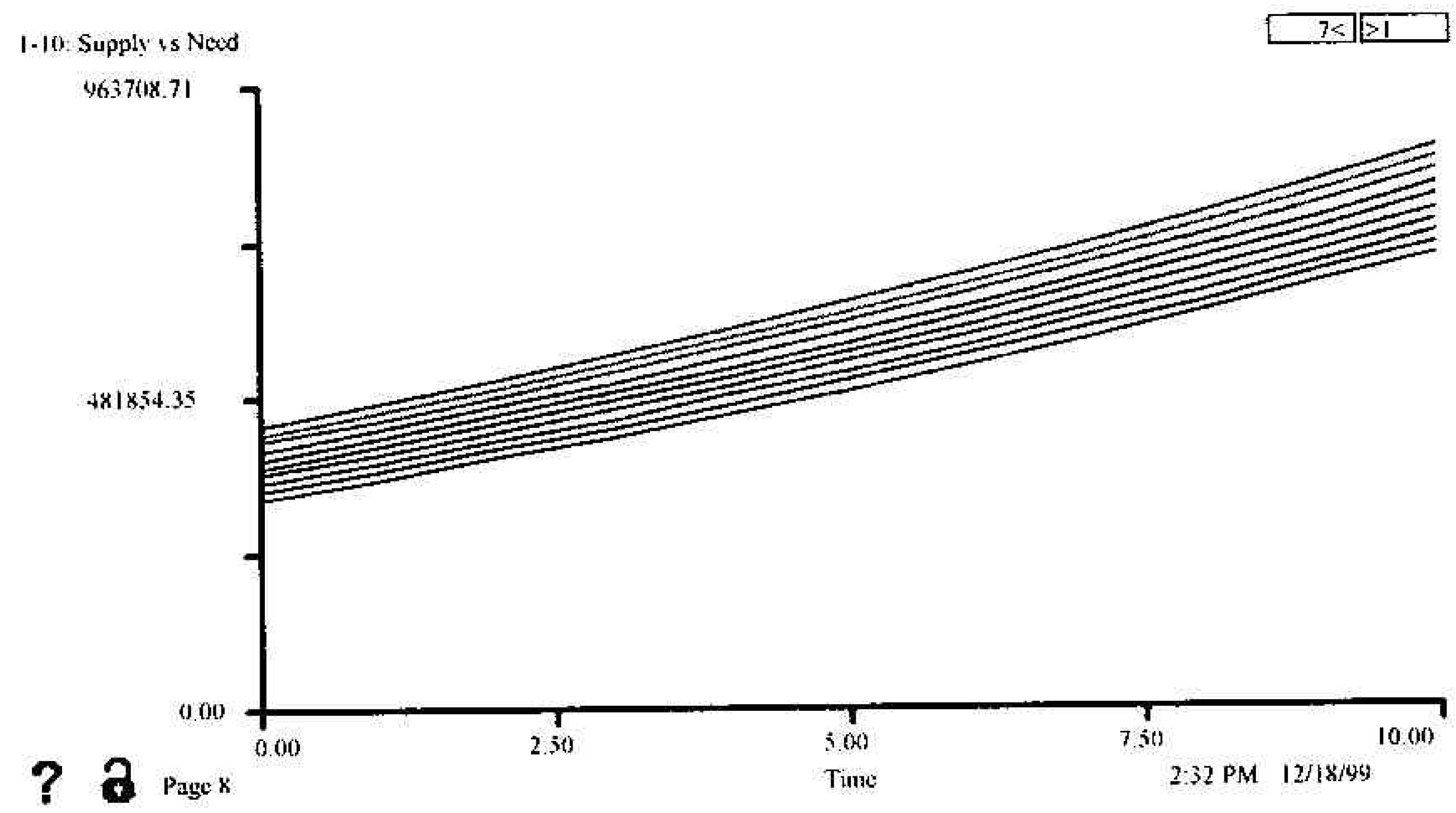
圖九:中醫師醫療供給及民眾中醫需求之電腦模擬模式-以假設前提與對數方程式為模擬模式

CMP_population(t) = CMP_population(t - dt) + (inflow1 - outflow1) * dt
INIT CMP_population = 3070

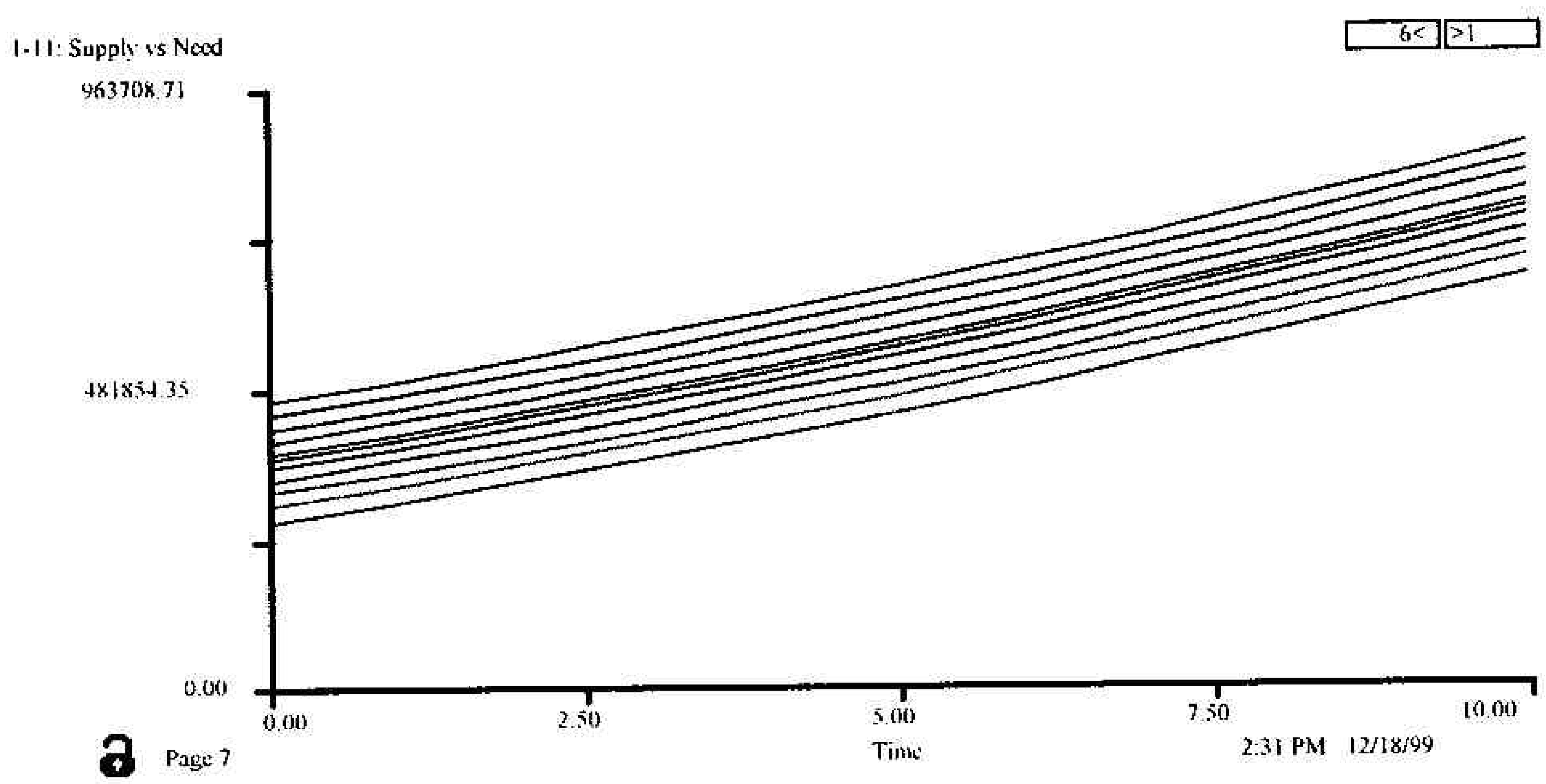
INFLOWS:
inflow1 = CMP_population*growth_rate_cmp
OUTFLOWS:
outflow1 = CMP_population*decay_rate_cmp
No_of_Pop(t) = No_of_Pop(t - dt) + (inflow2 - outflow2) * dt
INIT No_of_Pop = 21928591

INFLOWS:
inflow2 = No_of_Pop*grow_rate_pop
OUTFLOWS:
outflow2 = No_of_Pop*decay_rate_pop
CMP_POP_Ratio = CMP_population/No_of_Pop
decay_rate_cmp = 0
decay_rate_pop = 0
growth_rate_cmp = 0.04017
grow_rate_pop = 0.009654
per_cmp_service = 293.52
Per_Pop_cm_use = 0.09639
Supply_vs_Need = Total_cmp_service_per_week-Total_Pop_Cm_use_per_week
Total_cmp_service_per_week = per_cmp_service*CMP_population
Total_Pop_Cm_use_per_week = ((Per_Pop_cm_use*No_of_Pop)/30)*7

圖十:中醫師醫療供給及民眾中醫需求之電腦模擬模式之微分方程式-以假設前提與對數方程式為模擬模式



圖十一:中醫師醫療供給及民眾中醫需求差異之敏感度分析之結果
-以變動中醫師供給假設前提與對數方程式為模擬模式



圖十二:中醫師醫療供給及民眾中醫需求差異之敏感度分析之結果-以變動民眾中醫需求假設前提與對數方程式為模擬模式

陸、參考文獻

一、中文參考資料

李卓倫，賴俊雄，陳太義(1990)中醫師人力及中醫醫療機構現況，中華衛誌 10(3): 136-142.

李卓倫，賴俊雄，林昭庚(1996)中醫師養成之教考分析，行政院衛生署

李卓倫，賴俊雄，紀駿輝(1995)時間所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響 中華衛誌 14(6): 470-476.

賴俊雄，李卓倫，陳世堅，紀駿輝(1992). 中醫醫療與供給之整合研究。行政院衛生署

王弘志:醫師生產力之衡量研究，以國內私立準一級教學醫院主治醫生為例，私立中原大學企業管理研究所碩士論文，1986。

李卓倫，賴俊雄，陳太義，游隆權，詹清旭:中醫師人力及中醫醫療機構現況。中華衛誌 10(3)，136-142，1990。

紀駿輝:衛生人力計劃方法之探討，公共衛生 10(1)：1-9，1983。

全民健康保險制度規劃報告，行政院經建會，1990。

林芸芸:中西醫療利用型態的文獻回顧與實證研析，中華民國家庭醫學雜誌 2(1):1-13，1992。

林瑞雄，江東亮，洪永泰，張明正:國民健康調查之規劃與試驗，行政院衛生署，1991。

陳立德:台灣中醫師學歷背景之研究，中國醫藥學院博士論文，1999。

二、英文參考資料:

Aday L. & Andersen R. : Development of indices of access to medical care. Ann Arbor. Mich Health Administration Press., 1975.

American Medical Association, Socioeconomic Characteristics of Medical Practice, Chicago: AMA, 1984.

Andersen R. & Aday L. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. Medical Care. 1978; 16:533-547.

Andersen R., Kravits J. & Andersen O.W. Equity in health service: empirical analysis in social policy. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1975.

Andersen R. & Newman J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly 1973; 51: 95-124.

Evans RG. Parish EMA, Sully F. Medical poroductivity, scale effects, and demand generation, Canadian J. of Economics 6(3): 376-393, 1973.

Fein R. The doctor Shortage, Washington DC; The brookings Institution, 1967.
Fottler M. et al. Physician resistance to manpower innovation; the case of the nurse practitioner, social science Quarterly 61: 210-219.
Francis Guillemin, Claire Bombardier, and Dorcan Beaton. Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. J Clin Epidemiol 1993; 46(12):1417-1432
Freiman M, Marder W: Changes in the hours worked by physician 1970-1980. Am J of Public Health 74:1348-1352, 1984
Golladay F, et al. Allied health manpower strategies: estimates of the potential gains from efficient task delegation, Medical Care 11:457-472, 1973.
Goodman L and Swartwout J. Comparative aspects of medical practice: organizational setting and financial arrangements in four delivery systems, Medical Care 22: 255-267, 1984.
Hershey J. Krop D. A re-appraisal of the productivity potential and economic benefits of physicians assistants, Medical Care 17: 592-606, 1979.
Holmes G. et al. Contribution of a nurse clinician to office practice productivity: comparison of two solo primary care practice, Health Services Research 11:21-31, 1976.
Horuby, et al. Guidelines for health manpower planning, who, Geneva, 1980
Hurdle S, Pope GC: physician productiveity: trnds and determiants. Inquiry 26: 100-115, 1989a.
Jacoby I. Physician requirements forecasting: need-based versus demand-bases methodologies, U. S. DHEN., 1987.
Chi CH, Lee JL, Lai JS, et al. The practice of Chinese Medicine in Taiwan. Soc. Sci. Med. 1996；43(9)：1329-48.

附錄一、台灣地區各行政區域按"都會區歸類表"

都市化程度	行政區範圍	
一、大都會區		
(一)中心都市	台北市	松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區
	基隆市	中正區、七堵區、暖暖區、仁愛區、中山區、安樂區、信義區
	台中市	中區、東區、西區、南區、北區、西屯區、南屯區、北屯區
	台南市	東區、南區、西區、北區、中區、安南區、安平區
	高雄區	鹽埕區、鼓山區、左營區、楠梓區、三民區、新興區、前金區、苓雅區、前鎮區、旗津區、小港區
	桃園縣	中壢市、桃園市
	彰化縣	彰化市
(二)衛星市鎮	台北縣	三重市、板橋市、永和市、中和市、新莊市、新店市、樹林市、鶯歌鎮、三峽鎮、淡水鎮、汐止鎮、瑞芳鎮、土城市、蘆洲鄉、五股鄉、泰山鄉、林口鄉、深坑鄉、石碇鄉、三芝鄉、石門鄉、八里鄉、平溪鄉、雙溪鄉、貢寮鄉、金山鄉、萬里鄉、烏來鄉
	桃園縣	平鎮市、大溪鎮、楊梅鎮、蘆竹鄉、龜山鄉、八德市、龍潭鄉、新屋鄉、觀音鄉
	台中縣	潭子鄉、大雅鄉、烏日鄉、大肚鄉、龍井鄉、霧峰鄉、太平市、大里市
	彰化縣	和美鎮、花壇鄉
	台南縣	七股鄉、安定鄉、仁德鄉、歸仁鄉、關廟鄉、永康市
	高雄縣	鳳山市、岡山鎮、旗山鎮、美濃鎮、林園鎮、大寮鄉、大樹鄉、仁武鄉、大社鄉、鳥松鄉、橋頭鄉、燕巢鄉、內湖鄉、茄萣鄉、彌陀鄉、梓官鄉、杉林鄉
	屏東縣	屏東市、麟洛鄉

台灣地區各行政區域按“都會區歸類表”(續)

都市化程度	行政區範圍	
二、次都會區		
(一)中心都市	新竹市	東區、北區、香山區
	嘉義市	東區、西區
(二)衛星市鎮	新竹縣	竹北市、新埔鎮、竹東鎮、橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、北埔鄉
	嘉義縣	水上鄉、中埔鄉
三、都會區外地區		
(一)市	宜蘭縣	宜蘭市
	苗栗縣	苗栗市
	台中縣	豐原市
	南投縣	南投市
	雲林縣	斗六市
	嘉義縣	太保市、朴子市
	台南縣	新營市
	台東縣	台東市
	花蓮縣	花蓮市
	澎湖縣	馬公市
(二)鎮	宜蘭縣	羅東鎮、蘇澳鎮、頭城鎮
	新竹縣	關西鎮
	苗栗縣	苑裡鎮、通宵鎮、竹南鎮、頭份鎮、後龍鎮、卓蘭鎮
	台中縣	東勢鎮、大甲鎮、清水鎮、沙鹿鎮、梧棲鎮
	彰化縣	鹿港鎮、北斗鎮、員林鎮、溪湖鎮、田中鎮、二林鎮
	南投縣	埔里鎮、草屯鎮、竹山鎮、集集鎮
	雲林縣	斗南鎮、虎尾鎮、西螺鎮、土庫鎮、北港鎮
	嘉義縣	布袋鎮、大林鎮
	台南縣	鹽水鎮、白河鎮、麻豆鎮、佳里鎮、新化鎮、善化鎮、學甲鎮
	屏東縣	潮州鎮、東港鎮、恆春鎮
	台東縣	成功鎮、關山鎮
	花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮
(三)鄉	宜蘭縣	礁溪鄉、壯圍鄉、員山鄉、冬山鄉、五結鄉、三星鄉、大同鄉、南澳鄉
	台北縣	坪林鄉
	桃園縣	大園鄉、復興鄉

台灣地區各行政區域按"都會區歸類表"(續)

都市化程度	行政區範圍	
三、都會區外之地區		
(三)鄉	新竹縣	湖口鄉、新豐鄉、峨眉鄉、尖石鄉、五峰鄉
	苗栗縣	大湖鄉、公館鄉、銅鑼鄉、南庄鄉、頭屋鄉、三義鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉、泰安鄉
	台中縣	后里鄉、神岡鄉、新社鄉、石岡鄉、外埔鄉、大安鄉、和平鄉
	彰化縣	線西鄉、伸港鄉、福興鄉、秀水鄉、芬園鄉、大村鄉、埔鹽鄉、埔心鄉、永靖鄉、社頭鄉、二水鄉、田尾鄉、埤頭鄉、芳苑鄉、大城鄉、竹塘鄉、溪州鄉
	南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉、水里鄉、信義鄉、仁愛鄉、名間鄉
	雲林縣	古坑鄉、大埤鄉、莿桐鄉、林內鄉、二崙鄉、崙背鄉、麥寮鄉、東勢鄉、褒忠鄉、台西鄉、元長鄉、四湖鄉、口湖鄉、水林鄉
	嘉義縣	民雄鄉、溪口鄉、新港鄉、六腳鄉、東石鄉、義竹鄉、鹿草鄉、竹崎鄉、梅山鄉、番路鄉、大埔鄉、阿里山鄉
	台南縣	柳營鄉、後壁鄉、東山鄉、下營鄉、六甲鄉、官田鄉、大內鄉、西港鄉、將軍鄉、北門鄉、新市鄉、山上鄉、玉井鄉、楠西鄉、南化鄉、左鎮鄉、龍崎鄉
	高雄縣	田寮鄉、阿蓮鄉、路竹鄉、永安鄉、六龜鄉、甲仙鄉、內門鄉、茂林鄉、桃源鄉、三民鄉
	屏東縣	萬丹鄉、長治鄉、九如鄉、里港鄉、鹽埔鄉、高樹鄉、萬巒鄉、內埔鄉、竹田鄉、新埤鄉、枋寮鄉、新園鄉、崁頂鄉、林邊鄉、南州鄉、佳冬鄉、車城鄉、滿洲鄉、枋山鄉、三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、琉球鄉
	台東縣	卑南鄉、大武鄉、太麻鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉、海端鄉、延平鄉、達仁鄉、金峰鄉、綠島鄉、蘭嶼鄉
	花蓮縣	新城鄉、吉安鄉、壽豐鄉、光復鄉、豐賓鄉、瑞穗鄉、富里鄉、秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	澎湖縣	湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉

附錄二、行政院衛生資料統計

	醫療院所數				每萬人口病床數			執業醫師人員數		每萬人口執業醫師數		
	醫院		診所		醫院	診所	合計	西醫師	中醫師	西醫師	中醫師	合計
	西醫	中醫	西醫	中醫								
台北縣	76	6	1,246	290	23.36	1.26	28.98	2,432	466	7.03	1.35	35.36
宜蘭縣	12	3	173	29	64.02	12.39	87.99	454	51	9.75	1.10	58.82
桃園縣	36	2	649	164	44.52	9.57	66.14	2,232	224	13.52	1.36	71.91
新竹縣	10	1	156	35	31.52	2.99	40.70	312	38	7.29	0.89	48.13
苗栗縣	18	2	220	49	38.65	4.91	53.35	458	65	8.18	1.16	46.89
台中縣	38	4	604	195	23.71	5.88	37.78	1,230	291	8.38	1.98	50.37
彰化縣	49	4	446	171	27.27	3.23	40.67	1,156	224	8.88	1.72	53.73
南投縣	14	4	241	68	44.97	2.99	58.62	471	88	8.63	1.61	52.67
雲林縣	21	1	310	50	18.21	5.03	28.09	517	72	6.90	0.96	38.24
嘉義縣	6	0	147	32	18.33	3.80	26.20	271	39	4.79	0.69	33.92
台南縣	33	2	464	81	31.08	3.74	41.36	898	107	8.16	0.97	49.08
高雄縣	47	4	507	89	32.48	8.08	49.13	1,338	131	10.90	1.07	56.42
屏東縣	43	3	368	59	38.52	8.21	54.12	857	99	9.41	1.09	59.20
台東縣	9	3	96	7	35.73	6.08	51.05	226	18	9.04	0.72	56.01
花蓮縣	10	3	176	26	206.76	8.05	226.67	524	41	14.69	1.15	81.88
澎湖縣	5	0	50	3	34.87	9.84	53.77	91	3	10.17	0.34	49.85
基隆市	9	2	178	30	44.49	1.41	58.39	508	49	13.29	1.28	59.75
新竹市	11	1	173	36	32.20	15.13	58.02	390	50	10.95	1.40	61.11
台中市	31	7	709	254	52.80	5.43	75.88	2,060	459	22.45	5.00	114.81
嘉義市	15	2	211	46	75.16	20.64	121.99	596	68	22.66	2.59	131.95
台南市	29	3	437	112	44.25	11.01	70.96	1,240	147	17.18	2.04	79.80
台北市	52	6	1,127	272	57.74	6.23	81.41	6,427	483	24.35	1.83	117.38
高雄市	70	9	771	160	52.30	5.57	71.58	2,432	246	16.63	1.68	86.27
金門縣	2	0	8	1	35.25	1.37	45.63	36	2	7.05	0.39	29.96
連江縣	1	0	6	0	28.55	25.54	55.60	12	0	18.03	0	52.59

附錄三、抽樣結果

第一層抽樣結果（共25個鄉市鎮區）	第一層抽樣結果（共50個村、里）
台灣省台北縣三重市	頂崁里和博愛里
台灣省台北縣土城市	延壽里和青雲里
台灣省台北縣三芝鄉	埔坪村和埔頭村
台灣省宜蘭縣頭城鎮	頂埔里和新建里
台灣省桃園縣平鎮市	華安里和新富里
台灣省桃園縣大園鄉	海口村和橫峰村
台灣省苗栗縣頭份鎮	下興里和土牛里
台灣省台中縣豐原市	北湳里和圳寮里
台灣省台中縣烏日鄉	九德村和三和村
台灣省彰化縣彰化市	磚瑤里和龍山里
台灣省彰化縣大城鄉	大成村和豐美村
台灣省南投縣草屯鎮	土城里和山腳里
台灣省嘉義縣大林鎮	中坑里和平林里
台灣省嘉義縣中埔鄉	和興村和金蘭村
台灣省台南縣歸仁鄉	崙頂村和辜厝村
台灣省高雄縣鳳山市	南興里和海風里
台灣省屏東縣屏東市	三山里和大武里
台灣省屏東縣鹽埔鄉	永隆村和高朗村
台灣省基隆市中正區	長潭里和建國里
台灣省新竹市東區	育賢里和東山里
台灣省台中市南屯區	溝墘里和豐樂里
台灣省台南市東區	崇成里和崇善里
台北市信義區	三張里和大仁里
台北市內湖區	港華里和湖元里
高雄市三民區	寶國里和寶華里

附錄四、中醫師問卷

中醫師人力供給之規劃研究調查

您好！我們是中國醫藥學院中醫研究所，受衛生署中醫藥委員會委託執行此研究。本研究主要探討全民健康保險實施後，台灣地區中醫醫療人員的生產力及影響因素。以便作為開放大陸學歷認證、中醫系畢業生回流執業中醫、學士後中醫系增班及西醫師執業中醫等政策制定之參考:請您用心、詳實的提供我們答案，以使研究結果更確實，將來對您有更大的益處。謝謝您的合作！(以下資料僅供學術研究，不對外公布)

李采娟副教授

敬上

訪視記錄表

次序	日期	全部完成 01	部份完成 02	無法完成調查原因										預約訪視時間	訪視員編號
				查無該址 03	無人應門 04	未遇 05	查無此人 06	已遷移 07	暫居子女或親友家 08	住院 09	死亡 10	拒訪 11	其他 12		
1															
2															
3															

拒絕訪視或代答之原因

1. 身體虛弱體力無法支持
2. 聽力不佳或語言不清
3. 精神有問題神智不清
4. 非上述之理由之拒絕(填寫於訪視記錄表)

(回答1、2及3者尋求代答者，代答者必需18歲以上，以主要照顧者為主)

A.執業情況

1.執業場所：

1 □公立醫院　2 □私立醫院　3 □公立診所

4 □私立診所　5 □聯合診所

2.科別：

1 □不分科　2 □內科　3 □婦產科　4 □傷科　5 □針灸科

6 □兒科　7 □外科　8 □眼科　9 □痔科　10 □家醫科

11 □其他＿＿＿＿＿＿(可複選)

3.實際執業中醫的年資：＿＿＿＿＿＿年

4.執業型態：

1 □自己開業　2 □受聘　3 □與其他中醫師合夥(二人)

4 □與其他中醫師合夥(三人以上)

4-1.若與人合夥，收入及開支是：

1 □分攤多數　2 □平均分攤　3 □分攤少數

5.執業場所是否接受健保特約？(可複選)

1 □未特約　2 □全民健康保險　3 □商業健康保險　4 □其他＿＿＿＿＿

6.證書型態：

1 □特考　2 □檢覈考　3 □僑中醫

7.執業場所是否設有藥局：　0 □無　1 □有

8.是否兼領其他類醫事人員證書：(可複選)

0 □無　1 □西醫師　2 □牙醫師

3 □藥師　4 □護理人員　5 □藥劑生

6 □復健師　7 □醫檢師　8 □其他＿＿＿＿＿

9.執業地點：＿＿＿＿＿＿＿縣(市)

＿＿＿＿＿＿鄉(鎮市區)

10.都市化的程度：您執業地點的房價每坪＿＿＿＿＿萬元

B.資源投入

1.在上個月內平均您每星期看診＿＿＿＿＿診次，

合計＿＿＿＿＿小時，其中實際用來診療病人的

時間＿＿＿＿＿小時

1.1 除診療病人時間外，您用在與診療有關事務(如診所管理，與保險單位、病人或其他醫療人員連絡、討論，中醫教材自修等)的時間每星期共＿＿＿小時

1.2 全民健保實施(民國83年)後，您每週看診的診次和時間，是否達到您預期的目標?　1 □是　0 □否

2.在上個月內您每星期平均看診__________人次，

看診人次中有__________%是保險病人 (有保險院所答)

2-1. 每次自費病人的費用比保險病人平均是□多(或□少)

__________元?(有保險院所答)

每人次病人的醫療費用約__________元? (無保險院所答)

2-2. 全民健保實施(民國 83 年)後，您每週看診人次，

是否達到您預期的目標? 1 □是 0 □否

3.您每看診一次平均花__________分鐘

4.目前全民健保實施(民國 83 年)後，您期望至少每月收入__________萬元，才願意接受保險特約(無保險院所才回答)

5.貴院所保險支付金額佔總收入的__________%(有保險院所答)

6.貴院所與中醫診所有關的樓層面積共__________坪

7.貴院所所有中醫師每星期看診共__________人次

8.貴院所人員數及工作時間:

◎中醫師(**包括您個人**，請填寫月薪):

________人，每週工作________小時；總計________人時

________人，每週工作________小時；月薪共________元

________人，每週工作________小時；

□有□無 中醫護理人員(技術人員；若非聘用人員可免填"月薪"一欄)

________人，每週工作________小時；總計________人時

________人，每週工作________小時；月薪共________元

________人，每週工作________小時；

◎□有□無 中醫調劑人員(若非聘用人員可免填"月薪"一欄):

________人，每週工作________小時；總計________人時

________人，每週工作________小時；月薪共________元

________人，每週工作________小時；

◎□有□無 中醫其他人員(含掛號、批價、收費、工友、行政、檢驗人員等；若非聘用人員可免填"月薪"一欄):

________人，每週工作________小時；總計________人時

________人，每週工作________小時；月薪共________元

________人，每週工作________小時；

9.除人事費用外，貴院所中醫部門每個月的平均開支(包括水電、瓦斯、藥物、器材、電話、房租、貸款利息與本金及其他經常性支出)共__________元

10.請您自訪視次日起詳細記錄一星期(**含休息、放假**)之工作時數及服務人次:

日期	實際服務時數 / 在診療場所時數	保險別	您可利用劃「正」字幫助自己計算	人次合計	人次合計
第一天 __月__日		保　險			
		自　費			
第二天 __月__日		保　險			
		自　費			
第三天 __月__日		保　險			
		自　費			
第四天 __月__日		保　險			
		自　費			
第五天 __月__日		保　險			
		自　費			
第六天 __月__日		保　險			
		自　費			
第七天 __月__日		保　險			
		自　費			

C. Short Form 12

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。

1.一般來說，您認為您目前的健康狀況是 （請僅圈選一項答案）

極好的 1
很好 2
好..3
普通 4
不好 5

2.下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？ （每行請僅圈選一項答案）

活　　動	會, 受到很多限制	會, 受到一些限制	不會, 完全不受限制
a.中等程度活動 如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	1	2	3
b.爬數層樓樓梯	1	2	3

3.在過去四個禮拜內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題?
（每行請僅圈選一項答案）

	是	否
a.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
b.可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2

4.在過去四個禮拜內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題?
（每行請僅圈選一項答案）

	是	否
a.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
b.做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

5.在過去四個禮拜內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？(請僅圈選一項答案)

完全沒有妨礙..............................1
有一點妨礙.................................2
中度妨礙. 3
相當多妨礙.................................4
妨礙到極點.................................5

6.下列各項問題是關於過去四個禮拜內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去四個禮拜中有多少時候......（每行請僅圈選一項答案）

	一直都是	大部分時間	經常	有時	很少	從不
a.您覺得心情平靜	1	2	3	4	5	6
b.您精力充沛	1	2	3	4	5	6
c.您覺得悶悶不樂和憂鬱	1	2	3	4	5	6

7.在過去四個禮拜內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？（每行請僅圈選一項答案）

一直都會. 1
大部分時間會.............................2
有時候會.....................................3
很少會...4
從不會...5

D.基本資料

1.性別： 0 □男 1 □女

2.年齡：國曆民(1.前 2.國)____年____月____日____歲

3.籍貫：1 □閩南 2 □客家 3 □外省籍 4 □原住民

4.住址：________縣(市)________鄉鎮市區________村里

5.有無宗教信仰:

0 □ 無　1 □ 佛教　2 □ 道教
3 □ 一貫道　4 □ 基督教　5 □ 天主教
6 □ 回教　7 □ 其它(請註明____)

6.婚姻狀況：0 □未婚　1 □已婚　2 □再婚　3 □分居
4 □離婚　5 □鰥或寡

7.教育背景：

0 □未受正式教育　1 □國小　2 □初、國中　3 □高中職

4 □專科(醫護藥專)　5 □大學(中醫系)　6 □大學(醫學院其他科系)

7 □大學(非醫學院)　8 □研究所(中醫、中藥研究所)

9 □研究所(醫學院其他研究所)　10 □研究所(非醫學院研究所)

8.總共受正式教育年數＿＿＿＿＿＿＿年

9.請問您目前有子女＿＿＿＿人

子女的實足年齡分別為＿＿＿＿　＿＿＿＿　＿＿＿＿　＿＿＿＿

10.您認為您的健康比同年齡的人要：

1 □好很多　2 □好一些　3 □一樣

4 □差一些　5 □差很多

11.您是否曾被診斷過有任何疾病至現在尚未痊癒？

1 □沒有　2 □有一種疾病　3 □有二種疾病

4 □有三種以上疾病

12.請問您在最近半年內有沒有因為受傷或生病而不能按照平常的生活起居活動

0 □沒有　1 □少於一星期　2 □一星期至一個月

3 □一至三個月　4 □四至六個月

12-1.有沒有嚴重到需要躺在床上或一直坐著休息？

0 □沒有　1 □少於一星期　2 □一星期至一個月

3 □一至三個月　4 □四至六個月

附錄五、民眾問卷

民眾中醫醫療需求之研究調查

您好！我們是中國醫藥學院中醫研究所。自全民健康保險實施後，欲瞭解中醫醫療供需狀況，及探討台灣地區民眾對中醫藥的需求頻率及影響因素，以及中西醫療間的替代性和互補性，特設計此一調查問卷，請您用心、詳實的提供我們答案，以使研究結果更確實，將來對您有更大的益處。謝謝您的合作！(以下資料僅供學術研究，不對外公布)

訪視記錄表

次序	日期	全部完成	部份完成	無法完成調查原因										預約訪視時間	訪視員編號
				查無該址	無人應門	未遇	查無此人	已遷移	暫居子女或親友家	住院	死亡	拒訪	其他		
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12		
1															
2															
3															

拒絕訪視或代答之原因

5. 身體虛弱體力無法支持

6. 聽力不佳或語言不清

7. 精神有問題神智不清

8. 非上述之理由之拒絕(填寫於訪視記錄表)

(回答1、2及3者尋求代答者，代答者必需18歲以上，以主要照顧者為主)

A.個人自覺健康狀況

此欄請勿填寫 □

1.請問您目前覺得和其他同年齡的人比較起來，自己的身體好不好？

1 □好很多 2 □好一些 3 □差不多 4 □差一些 5 □差很多

2.下面列有 11 個症狀，想請教您二個問題：

2-1.假如有位與您同年齡的人有下列症狀，您覺得他是否該去看醫生 □

2-2.同時並請問您在最近半年內有沒這些症狀？

症狀	1.他是否該去看醫生		2.您本人有無此症狀	
	1.是	0.否	1.是	0.否
1.持續三個星期一或更久的咳嗽	□	□	□	□
2.突然覺得虛弱或昏眩	□	□	□	□
3.有 4-5 天的下痢	□	□	□	□
4.在輕鬆的勞動後，有呼吸急促的現象	□	□	□	□
5.有消化不良或胃不舒服的現象	□	□	□	□
6.不明原因的體重減輕且超過五公斤重	□	□	□	□
7.心臟或心臟附近有持續疼痛的現象	□	□	□	□
8.持續一天或更久的嘔吐現象	□	□	□	□
9.在一天之中有關節疼痛或腫脹的現象	□	□	□	□
10.持續兩天或兩天以上的腹痛	□	□	□	□
11.持續發燒兩天以上並且有喉嚨痛或鼻塞的現象	□	□	□	□

此欄請勿填寫

3.請問您在最近半年內有沒有因為受傷或生病而不能按照平常的生活起居活動？ □

0 □沒有 1 □少於一星期 2 □一星期至一個月

3 □一至三個月 4 □四至六個月

3-1.有沒有嚴重到需要躺在床上或一直坐著休息？ □

0 □沒有 1 □少於一星期 2 □一星期至一個月

3 □一至三個月 4 □四至六個月

4.請問您在最近半年內有沒有住院？ □

0 □沒有 1 □少於一星期 2 □一星期至一個月

3 □一至三個月 4 □四至六個月

B.健康信念與求醫態度

此欄請勿填寫

1.請問您對於自己目前的健康狀況擔不擔心？ □

1 □非常擔心 2 □擔心 3 □普通 4 □不擔心 5 □一點都不擔心

2.請問您是否相信中醫藥的療效？ □

1 □非常相信 2 □相信 3 □普通 4 □不相信 5 □一點都不相信

3. 請問您是否相信西醫藥的療效？ □

1 □非常相信 2 □相信 3 □普通 4 □不相信 5 □一點都不相信

4.您認為中醫對慢性病的治療效果與西醫比較，那種效果好？

1 □中醫比西醫好很多　2 □中醫比西醫好些　3 □差不多

4 □中醫比西醫差些　5 □中醫比西醫差很多

5.您認為中醫對婦科方面的疾病治療效果與西醫比較，那種效果好？

1 □中醫比西醫好很多　2 □中醫比西醫好些　3 □差不多

4 □中醫比西醫差些　5 □中醫比西醫差很多

6.您認為中醫對精神方面的疾病的治療效果與西醫比較，那種效果好？

1 □中醫比西醫好很多　2 □中醫比西醫好些　3 □差不多

4 □中醫比西醫差些　5 □中醫比西醫差很多

7.您認為中醫對神經方面的疾病的治療效果與西醫比較，那種效果好？

1 □中醫比西醫好很多　2 □中醫比西醫好些　3 □差不多

4 □中醫比西醫差些　5 □中醫比西醫差很多

8.您認為中醫對骨折或扭傷的治療效果與西醫比較，那種效果好？

1 □中醫比西醫好很多　2 □中醫比西醫好些　3 □差不多

4 □中醫比西醫差些　5 □中醫比西醫差很多

9.您認為中醫對絕症(如癌症末期或其他末期病症)的治療效果與西醫比較，那種效果好？

1 □中醫比西醫好很多　2 □中醫比西醫好些　3 □差不多

4 □中醫比西醫差些　5 □中醫比西醫差很多

10.整體而言，當您生病、受傷或身體不舒服時，請問您一般較常去看中醫或西醫呢？

1 □中醫　2 □西醫　3 □不一定，視情況而定

11.請問您是否因全民健保有開辦中醫給付，而改看中醫？

1 □否　2 □是

12.在醫藥分業情況下，若全民健康保險開辦特約保險中藥局，請問您會不會較以往更常去中藥局買藥？

1 □不會　2 □不太可能會　3 □不一定，視情況而定

4 □很可能會　5 □一定會

C.醫療資源的可近性

1.請問您看病有無熟悉或固定的中醫師？

0 □沒有(若選沒有請回答 1-1 題)

1-1. 若您搭乘交通工具，到距離您住處最近的中醫師要_________(分)才會到達(請寫明何種交通工具)

1 □有(若選沒有請回答 1-2 題)

1-2. 若您搭乘交通工具，到距離您熟悉或固定的中醫師要_________(分)

才會到達(請寫明何種交通工具)

2.請問您看病有無熟悉或固定的西醫師？

0 □沒有(若選沒有請回答 2-1 題)

2-1. 若您搭乘交通工具，到距離您住處最近的西醫師要________(分)才會到達(請寫明何種交通工具)

1 □有(若選沒有請回答 2-2 題)

2-2. 若您搭乘交通工具，到距離您熟悉或固定的西醫師要________(分)才會到達(請寫明何種交通工具)

3.請問您覺得在中醫藥上的花費貴不貴？

1 □很貴　2 □有些貴　3 □普通　4 □不貴　5 □一點都不貴

4.請問您覺得在西醫上的花費貴不貴？

1 □很貴　2 □有些貴　3 □普通　4 □不貴　5 □一點都不貴

7.請問您認為中醫與西醫二者的花費情形如何？

1 □中醫比西醫貴很多　2 □中醫比西醫貴　3 □二者差不多

4 □中醫比西醫便宜　5 □中醫比西醫便宜很多

8.請問當您去看中醫時，應診時間長不長？

1 □很長　2 □長　3 □普通　4 □短　5 □很短

9.請問當您去看西醫時，應診時間長不長？

1 □很長　2 □長　3 □普通　4 □短　5 □很短

10.請問當您去看中醫時，看病的全程時間長不長？

1 □很長　2 □長　3 □普通　4 □短　5 □很短

10-1.請問每次看病的全程時間約花________分

11.請問當您去看西醫時，看病的全程時間長不長？

1 □很長　2 □長　3 □普通　4 □短　5 □很短

11-1.請問每次看病的全程時間約花________分

D.醫療需求及費用狀況

1.請問您在過去一個月內有無生病、受傷或身體不舒服？(自述有無)

0 □沒有　1 □有

2.請問您身體生病、受傷或不舒服時有沒有治療？

0 □沒有　1 □有

2-1. 請問您在過去一個月內身體不舒服欲治療時，是生何種病？就醫地點？所看科別？是看門診或住院、還是買藥或是其他治療方式？各有幾次以及每次的醫療花費情形又是如何？

疾病類型 (A)	就醫地點 (B)	科別 (C)	種類 (D)	天數 (E)	自付金額 (F)

說明:

A.“疾病名稱及症狀”區分為：

(1)	消化系統潰瘍或胃痛	(18)	痔瘡
(2)	肝膽疾病或結石	(19)	皮膚疾病
(3)	便秘	(20)	白內障
(4)	高血壓	(21)	青光眼
(5)	心臟病	(22)	惡性腫瘤
(6)	腦血管疾病(中風)	(23)	神經疼痛
(7)	下肢靜脈曲張	(24)	骨折
(8)	肺結核	(25)	胃腸炎
(9)	氣喘	(26)	上呼吸道感染
(10)	慢性支氣管炎或肺氣腫	(27)	耳疾(耳炎、耳鳴)
(11)	糖尿病	(28)	眼疾
(12)	甲狀腺疾病	(29)	鼻炎
(13)	腎臟病	(30)	婦科方面疾病
(14)	泌尿道疾病或結石	(31)	精神方面疾病
(15)	風溼症，關節炎	(32)	生產
(16)	痛風	(33)	健康檢查
(17)	頭痛、偏頭痛	(34)	其他________

B.“就醫地點”區分為：

(1)	公立醫院
(2)	私立醫院
(3)	聯合門診中心
(4)	衛生所(含群醫中心)
(5)	私立診所
(6)	中醫院
(7)	綜合醫院中醫部門
(8)	中醫診所
(9)	中藥店配藥(按照中醫師處方)
(10)	中藥店買中式補藥補品(未照中醫師處方)
(11)	西藥房請藥劑師(生)配藥(按照西醫師處方)
(12)	西藥房買西式成藥、補藥、補品(未按照西醫師處方)
(13)	青草店買草藥
(14)	民俗療法(如：神明藥、收驚、改風水、祕方)

C.“科別”區分為：

西醫		中醫	
(1)	外科	(12)	中醫傷科
(2)	泌尿科	(13)	中醫婦科
(3)	骨科	(14)	中醫內科
(4)	神經科	(15)	中醫兒科
(5)	家庭醫學科	(16)	中醫診斷科
(6)	耳鼻喉科	(17)	針灸科
(7)	眼科		
(8)	婦產科		
(9)	內科		
(10)	皮膚科		
(11)	小兒科		

D.“就醫種類”區分為: (1) 西醫住院 (2) 中醫住院 (3) 西醫門診 (4) 中醫門診 (5) 急診 (6) 牙科 (7) 居家護理 (8) 健康檢查 (9) 自購西藥，含補藥 (10) 自購中藥，含補藥 (11) 其他一切民俗療法 (12)復健

E.“天數”為住院天數，門診拿藥天數，或自購藥品使用天數

F.“自付金額”為就診時，所付出的掛號費、部分負擔、健保不給付項目之金額

E. SF_12

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。

敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。

1.一般來說，您認為您目前的健康狀況是 （請僅圈選一項答案）

極好的 1
很好 2
好..3
普通 4
不好 5

2.下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？ （每行請僅圈選一項答案）

活　　動	會, 受到很多限制	會, 受到一些限制	不會, 完全不受限制
a.中等程度活動 如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	1	2	3
b.爬數層樓樓梯	1	2	3

3.在過去四個禮拜內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題?
（每行請僅圈選一項答案）

	是	否
a.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
b.可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2

4.在過去四個禮拜內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題?
（每行請僅圈選一項答案）

	是	否
a.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
b.做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

5.在過去四個禮拜內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？(請僅圈選一項答案)

完全沒有妨礙..............................1
有一點妨礙..................................2
中度妨礙. 3
相當多妨礙..................................4
妨礙到極點..................................5

6.下列各項問題是關於過去四個禮拜內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去四個禮拜中有多少時候......
（每行請僅圈選一項答案）

	一直都是	大部分時間	經常	有時	很少	從不
a.您覺得心情平靜	1	2	3	4	5	6
b.您精力充沛	1	2	3	4	5	6
c.您覺得悶悶不樂和憂鬱	1	2	3	4	5	6

7.在過去四個禮拜內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？（每行請僅圈選一項答案）

一直都會. 1
大部分時間會..............................2
有時候會......................................3
很少會..4
從不會..5

F. 目前您是否罹患下列疾病

疾　病	有無該病 1=是 0=否	疾　病	有無該病 1=是 0=否	疾病	有無該病 1=是 0=否
1.關節炎或風濕	□	2.心臟疾病	□	3.肝病	□
4.氣喘	□	5.糖尿病	□	6.腎病	□
7.高血壓	□	8.消化系統潰瘍	□	9.癌症	□
10.貧血	□	11.中風或中風後遺症	□		
12.皮膚疾患(如壓瘡，腳潰瘍，嚴重燒傷)	□	13 其他(請註明 ________)	□		

H.基本資料

1.性別： 0 □男 1 □女

2.年齡： 國曆 民(1.前 2.國) ____年____月____日 ____歲

3.籍貫： 1 □閩南 2 □客家 3 □外省籍 4 □原住民

4.住址：________縣(市)________鄉鎮市區________村里

5.有無宗教信仰: 0 □無 1 □佛教 2 □道教 3 □一貫道 4 □基督教
5 □天主教 6 □回教 7 □其它

6.婚姻狀況：0 □未婚 1 □已婚 2 □再婚 3 □分居 4 □離婚 5 □鰥或寡

7.教育程度：0 □不識字 1 □識字 2 □民教班 3 □國小 4 □初、國中
5 □高中職 6 □專科 7 □大學以上
（受教育年數約____年）

8.請問您目前個人平均每月收入大約是多少？____________________元

9.職業： 1 □農 2 □工 3 □公 4 □商 5 □教 6 □軍 7 □家庭主婦
8 □自由職業 9 □學生 10 □退休（約____年）11 □其他____

9-1.工作狀況如何？服務機關：________________，職稱______________

10.請問您目前的從業身份:
1 □無酬家屬工作者 2 □被政府機關雇用 3 □被私人機關雇用
4 □自營作業者(未雇人) 5 □雇主(自營，有雇人) 6 □其他________________

11.請問您目前有無參加全民健康保險？ 0 □無 1 □有

12.請問您目前有無參加全民健保以外之商業健康保險？ 0 □無 1 □有

13.請問您的家庭狀況？
13-1.請問您全家人口共______人，賺錢人口_________人(包括您自己)
13-2.目前全家平均每月收入大約是多少？
(包括薪水，利息，房租或其他收入)________________元
13-3.您是否為主要撫養人？ 0 □不是(請接 13-4)
1 □是(跳答至 B)
13.4 家中主要撫養人的教育程度？
0 □不識字 1 □識字 1 □民教班 2 □國小 3 □初、國中
4 □高中職 5 □專科 6 □大學以上
（受教育年數約____年）
13-5 家中主要撫養人的工作狀況如何？ 服務機關：________________
，職稱________________