

衛生福利部全民健康保險會

108年度

如何提升全民健保醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效之探討- 以西醫醫療服務為例

【研究成果報告】

計畫主持人：中華經濟研究院 簡毓寧助研究員

協同主持人：臺北醫學大學 簡麗年副教授

開會日期：109年 07月 24日

- 行政院衛生福利部為消弭健康不平等差距，克服偏鄉離島醫療照護資源不均及照顧障礙，近年來積極推動偏鄉離島醫療照護各項策略，並編列多項公務預算及健保支出投入在提升當地軟硬體設施。例如：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、西醫醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫...等，其目的在於提升醫療資源不足地區之就醫可近性，以落實世界衛生組織所提倡之健康平等(Health Equity)理念。
- 我國醫療資源不足地區相關健康照護政策已實施多年，投注預算數及執行數逐年提升，然究竟各項相關政策計畫是否有具體成效，錢是否花在刀口上，其醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效評估，為本計畫欲探討之目的。

醫療資源不足地區健康照護政策

政策	在地醫療照護品質	在地醫療量能	全民健保偏鄉醫療照顧	傳染病防治	慢性管理與健康促進	C肝防治	整合照護網路					
計畫	<ul style="list-style-type: none"> 離島醫療照護計畫 提升離島地區基層照護服務計畫 	<ul style="list-style-type: none"> 醫學中心支援離島偏遠地區計畫 	健保山地離島醫療給付效益提升計畫(IDS)	<ul style="list-style-type: none"> A肝 結核病 肺炎鏈球菌疫苗接種 	<ul style="list-style-type: none"> HPV疫苗 癌症篩檢 成人健檢 慢性病管理 生育健康指導及諮詢 	<ul style="list-style-type: none"> 試辦山地原鄉C肝完治 C肝用藥 	<ul style="list-style-type: none"> 花蓮秀林模式 高雄模式 					
	<ul style="list-style-type: none"> 原鄉衛生所醫療資訊系統(HIS)及醫療影像傳輸系統(PACS) 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急醫療及相關醫療應變資源不足地區計畫 	西、中、牙醫療資源不足地區改善方案					<ul style="list-style-type: none"> 提供原鄉癌症醫療服務品質 	<ul style="list-style-type: none"> 戒菸服務 心理健康 			
	<ul style="list-style-type: none"> 衛生所/室重擴(修)建、設施(備) 就醫交通費 			<ul style="list-style-type: none"> 提供兒科急診醫療品質及資源整合 	醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	<ul style="list-style-type: none"> 肺結核篩檢 山地鄉胸部X光檢查 	<ul style="list-style-type: none"> 免費戒菸服務 					
	<ul style="list-style-type: none"> 長照綜合服務據點 											<ul style="list-style-type: none"> 緊急醫療網 空轉後送
	<ul style="list-style-type: none"> 一鄉鎮日照 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急醫療資源不足地區之地區醫院提升急診能力 		<ul style="list-style-type: none"> 肺結核篩檢 山地鄉胸部X光檢查 	<ul style="list-style-type: none"> 免費戒菸服務 							
	<ul style="list-style-type: none"> 長照2.0 						<ul style="list-style-type: none"> 緊急醫療網 空轉後送 		<ul style="list-style-type: none"> 戒菸服務 心理健康 			
單位	照護司	醫事司	健保署	疾管署	健保署、心口司	C肝辦、健康署、健保署						資訊處

醫療資源不足地區健康照護政策之比較分析

項目/計畫	全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫	西醫醫療資源不足地區改善方案	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)	醫學中心支援離島及偏遠地區計畫	緊急醫療相關應變醫療資源不足地區計畫	提升離島地區基層照護服務計畫	離島醫療照護行動計畫
實施時間	101年5月年至迄今	95年制迄今	88年至迄今	102年至迄今	94年至迄今	104年至108年	58年至迄今
經費來源	健保其他預算/健保醫院總額專款項目	健保西醫基層總額專款項目	健保總額其他預算	醫療發展基金	醫療發展基金	醫療發展基金	離島建設基金及各項原有計畫之經費預算
施行地區	山地離島與醫療資源不足地區居民	每鄉鎮每位西醫醫師服務投保人口數超過4000人，且未實施「全民健康保險山地離島醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮	29個山地鄉及21個離島鄉	山地離島與醫療資源不足地區居民	山地離島與醫療資源不足地區居民	山地離島與醫療資源不足地區居民	依10項計畫施行條件
服務項目	<ul style="list-style-type: none"> ① 24小時急診 ② 增設內、外、婦、兒科門診 	<ul style="list-style-type: none"> ① 新開業 ② 巡迴醫療 	<ul style="list-style-type: none"> ① 提供24小時急性 ② 夜間門診 ③ 專科門診(眼、婦、牙科)巡迴醫療 ④ 轉診後送 	強化重度級急救責任醫院醫療照護品質	設立「觀光地區、假日夜間醫療站」及「提升醫院急診能力計畫」	鼓勵離島地區基層診所，能在例假日提供開診服務，每次至少3小時	<ul style="list-style-type: none"> 1.推動網絡內醫院轉診機制 2.辦理公費醫師制度 3.提升醫療照護能力

資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫、西醫醫療資源不足地區改善方案、山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)、提升離島地區基層照護服務計畫、醫事司醫學中心支援離島及偏遠地區計畫及提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫、照護司離島醫療照護行動計畫」。本研究整理。

02

GIS地理資訊系
統之醫療資源分
布探討

醫療資源供給盤點結果

107年醫療缺乏地區之鄉鎮為45個

	牙科	不分科	家醫科	內科	外科	兒科	婦科	藥局	醫學中心	區域醫院	地區醫院
新北市石碇區	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
新北市坪林區	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新北市石門區	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
新北市萬里區	1	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0
新竹縣芎林鄉	2	2	1	0	0	1	0	3	0	0	0
新竹縣橫山鄉											
新竹縣北埔鄉											
新竹縣寶山鄉											
新竹縣峨眉鄉											
苗栗縣造橋鄉											
苗栗縣獅潭鄉	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
臺中市大安區											
南投縣國姓鄉											
彰化縣											
彰化縣											
彰化縣											
彰化縣											
彰化縣											
彰化縣											
彰化縣											
雲林縣											
嘉義縣											
嘉義縣											
嘉義縣											
臺南市											
臺南市											
臺南市											
臺南市											
臺南市											
高雄											
高雄											
屏東縣											
屏東縣											
屏東縣											
臺東縣卑南											
臺東縣大武鄉	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
臺東縣太麻里鄉	1	2	2	1	1	1	1	2	0	0	0
臺東縣長濱鄉	1	1	1	0	0	0	1	2	0	0	0
花蓮縣豐濱鄉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
花蓮縣富里鄉	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
宜蘭縣冬山鄉	4	7	0	2	0	1	0	12	0	0	0

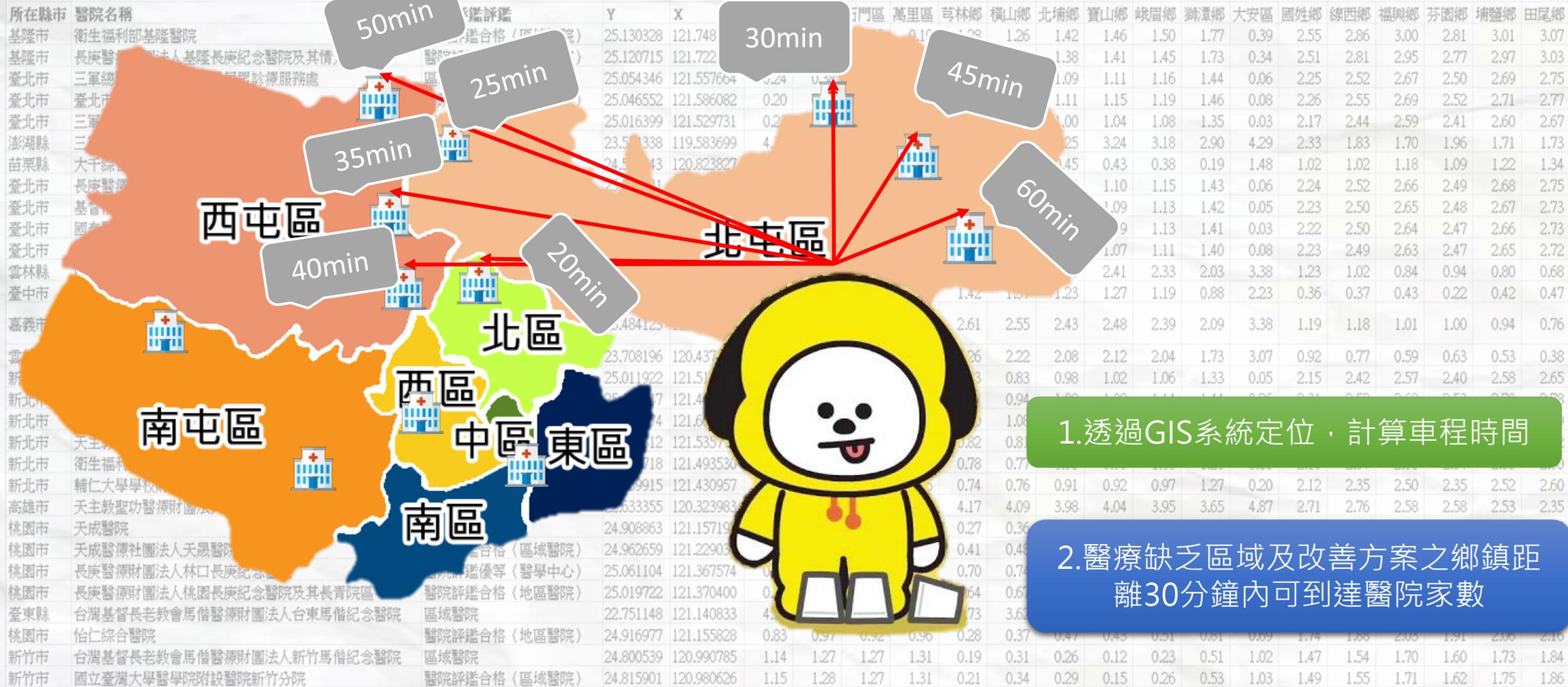
醫療缺乏區域之醫療院所分布情況

- 牙科缺乏之鄉鎮：
獅潭(北區)；六腳(南區)；卑南(東區)
- 藥局：
沒有藥局的鄉鎮，當地衛生所可領藥
- 醫院：
僅一家：衛生福利部臺東醫院成功分院



健保六分區	鄉鎮	醫療缺乏情況												
		牙科	不分科	家醫科	內科	外科	兒科	婦科	藥局	醫學中心	區域醫院	地區醫院		
台北區	石碇區													
	坪林區													
	石門區													
	萬里區													
	冬山鄉													
	五結鄉													
北區	芎林鄉													
	橫山鄉													
	北埔鄉													
	寶山鄉													
	峨眉鄉													
	造橋鄉													
	獅潭鄉													
中區	大安區													
	國姓鄉													
	線西鄉													
	福興鄉													
	芬園鄉													
	埔鹽鄉													
	田尾鄉													
	芳苑鄉													
	大城鄉													
	溪州鄉													
南區	大埤鄉													
	褒忠鄉													
	六腳鄉													
	東石鄉													
	鹿草鄉													
	大埔鄉													
	官田區													
	七股區													
	將軍區													
	南化區													
高屏區	麟崎區													
	田寮區													
	永安區													
	麟蹄鄉													
東區	新豐鄉													
	大武鄉													
	太麻里鄉													
	長濱鄉													
	豐濱鄉													
	富里鄉													

醫療資源供給盤點結果



1. 透過GIS系統定位，計算車程時間

2. 醫療缺乏區域及改善方案之鄉鎮距離30分鐘內可到達醫院家數

02

政府預算比對結果

與93-105累計巡迴醫療費用相比：

- 醫療資源匱乏地區，政府預算挹注相對「低」的鄉鎮：
 - 東區：富里、卑南、太麻里、大武
 - 南區：南化
- 醫療資源相對豐沛，政府預算挹注相對「高」的鄉鎮：
 - 北區：北埔、橫山
 - 中區：大安、芬園
 - 南區：龍崎
 - 高屏：新園、永安、田寮

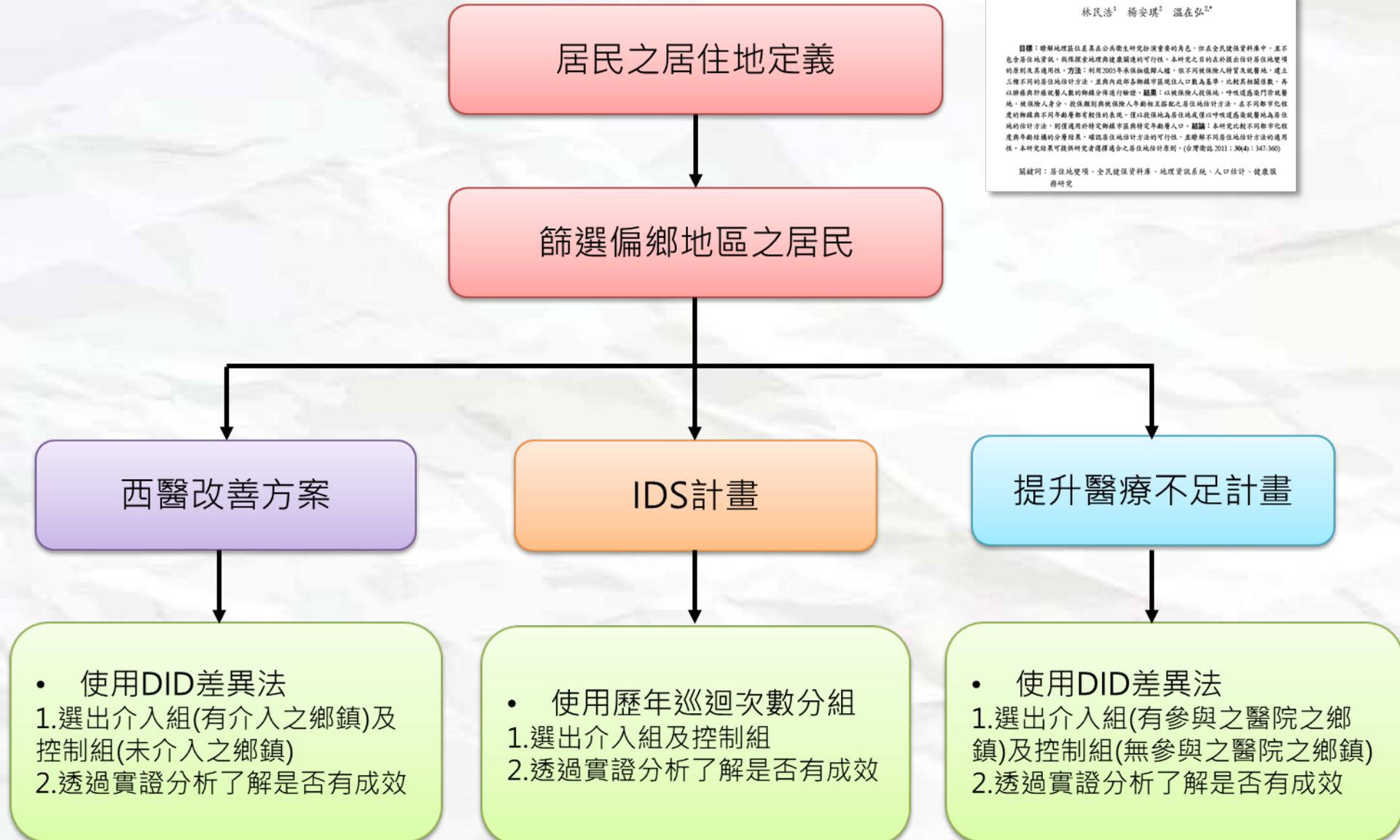
10%	20%	30%	50%	70%	100%	巡迴醫療費用	30min													
							健保分區	鄉鎮	家數	內科	外科	婦科	兒科	家醫	牙科					
							台北區	石門區												
								石碇區												
								坪林區												
								萬里區												
								五結鄉												
								冬山鄉												
								北埔鄉												
								芎林鄉												
								峨眉鄉												
								橫山鄉												
								寶山鄉												
								造橋鄉												
								新潭鄉												
								大安區												
								國姓鄉												
								大城鄉												
								田尾鄉												
								芬園鄉												
								芳苑鄉												
								溪州鄉												
								福興鄉												
								線西鄉												
								埔鹽鄉												
								大埤鄉												
								褒忠鄉												
								六腳鄉												
								東石鄉												
								鹿草鄉												
								七股區												
								官田區												
								南化區												
								將軍區												
								麟蹄區												
								田寮區												
								永安區												
								新園鄉												
								富里鄉												
								大武鄉												
								太麻里鄉												
								卑南鄉												

03

健保署醫療資源
不足地區之政策
效果分析

【目標】瞭解地理區位差異在公共衛生研究扮演重要的角色，但在全民健保資料庫中，並不含居住地資訊，將限制地理與健康關連的可行性。本研究之目的在於提出估計居住地變項的原則及其適用性。【方法】利用2005年承保執照輸入檔，依不同被保險人特質及就醫地，建立三種不同的居住地估計方法，並與內政部各鄉鎮市區現住人口數為基準，比較其相關係數，再以肺癆與肝癌發病人數的鄉鎮分佈進行驗證。【結果】以被保險人投保地、呼吸道感染門診就醫地、被保險人身分、投保類別與被保險人年齡相互搭配之居住地估計方法，在不同都市化程度的鄉鎮與不同年齡層都有較佳的表现，僅以投保地為居住地或以呼吸道感染就醫地為居住地的估計方法，則僅適用於特定鄉鎮市區與特定年齡層人口。【結論】本研究比較不同都市化程度與年齡結構的分層結果，確認居住地估計方法的可行性，並瞭解不同居住地估計方法的適用性。本研究結果可提供研究者選擇適合之居住地估計原則。(台灣衛誌2011; 30(4): 347-360)

【關鍵詞】居住地變項、全民健保資料庫、地理資訊系統、人口估計、健康服務研究



項目/計畫	全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫(提升計畫)	西醫醫療資源不足地區改善方案(改善計畫)	山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS計畫)
實施時間	98年至迄今	92年制迄今	88年至迄今
對象	符合條件之區域或地區醫院(歷年不等)	醫療資源缺乏鄉鎮(歷年不等, 108年為83個)	29個山地鄉及21個離島鄉(共50個)
經費來源	健保預算: 其他及醫院總額專款項目	健保預算: 西醫基層總額專款項目	健保預算: 其他之專款項目
施行條件	1.離島、山地鄉之醫院,若上述地區未設立,則以區域級醫院距離最近之醫學中心達30公里以上者。 2.於全民健保醫療資源不足地區之醫院,若上述未設則以鄰近醫院為主,但排除以設立區域級醫院之地區。	91至94年: 每鄉鎮每位西醫醫師服務投保人口數超過4000人 95至99年: 1.每鄉鎮每位西醫師服務投保人口或在籍人口數> 3500人、排除第1-4級之鄉鎮 2.都市化分級為第7、8級之鄉鎮,但每位西醫師服務投保人口或在籍人口數>2500人之鄉鎮並位處偏遠不便地區 100至108年: 1.每位登記執業醫師所服務之戶籍人數,超過2600人之鄉鎮 2.以中央健保局依據各縣市衛生局提供之醫療資源缺乏地區名單,並依下列條件篩選後施行(1)當地村、里無醫師執業(2)距鄰近就醫處所交通不便(3)經評估確實有醫療需求 3.且未實施「全民健康保險山地離島醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮	參與計畫之必需為健保特約醫療院所,若2年內曾有全民健保醫事服務機構特約及管理辦法第38至40條之一則停止辦理
服務項目	① 24小時急診 ② 增設內、外、婦、兒科門診	① 新開業 ② 巡迴醫療	① 提供24小時急性 ② 夜間門診 ③ 專科門診(眼、婦、牙科)巡迴醫療 ④ 轉診後送

林民浩等/2011/台灣衛誌

利用地區差異與人口學特徵評估全民健保 資料庫人口居住地變項之推估原則

林民浩¹ 楊安琪² 溫在弘^{2*}

目標：瞭解地理區位差異在公共衛生研究扮演重要的角色，但在全民健保資料庫中，並不包含居住地資訊，侷限探索地理與健康關連的可行性。本研究之目的在於提出估計居住地變項的原則及其適用性。**方法：**利用2005年承保抽樣歸人檔，依不同被保險人特質及就醫地，建立三種不同的居住地估計方法，並與內政部各鄉鎮市區現住人口數為基準，比較其相關係數，再以肺癌與肝癌就醫人數的鄉鎮分佈進行驗證。**結果：**以被保險人投保地、呼吸道感染門診就醫地、被保險人身分、投保類別與被保險人年齡相互搭配之居住地估計方法，在不同都市化程度的鄉鎮與不同年齡層都有較佳的表现，僅以投保地為居住地或僅以呼吸道感染就醫地為居住地的估計方法，則僅適用於特定鄉鎮市區與特定年齡層人口。**結論：**本研究比較不同都市化程度與年齡結構的分層結果，確認居住地估計方法的可行性，並瞭解不同居住地估計方法的適用性。本研究結果可提供研究者選擇適合之居住地估計原則。(台灣衛誌 2011; 30(4): 347-360)

關鍵詞：居住地變項、全民健保資料庫、地理資訊系統、人口估計、健康服務研究

全民健保承保檔

門急診、住院全民健保處方及治療明細檔

醫事機構基本資料檔

山地離島及醫療資源 不足地區長住居民

1. 投保地即居住地
2. 呼吸道感染就醫地即居住地
3. 第3,5,6類投保人、配偶及15歲以下子女，以投保地；其餘以呼吸道感染認定之

門診醫療利用 (次數、金額、鄉外就醫率)

急診醫療利用 (次數、金額、鄉外就醫率)

住院醫療利用 (次數、金額、鄉外就醫率)

05

效率面之評估指標

- 有鑑於各項政策雖有執行目標或績效評估標準之結果
- 無法確切評估政策介入前及介入後評估標準是否有差異
- 故本計畫擬透過右列指標，進一步檢視「政策介入前後」，是否具有其政策效益。

評估指標

指標1:鄉外就醫分率
(門診及急診)



預期方向

- 提升計畫:
鄉外就醫分率上升
- IDS計畫:
鄉外就醫分率下降
(鄉內就醫分率上升)
- 改善計畫:
鄉外就醫分率下降

指標2:可避免住院率



- 提升計畫:
可避免住院率下降
- IDS計畫:
可避免住院率下降
- 改善計畫:
可避免住院率下降

指標3:可避免急診率



- 提升計畫:
可避免急診率下降
- IDS計畫:
可避免急診率下降
- 改善計畫:
可避免急診率下降

指標4:專科門診次數
(內科、家醫科、婦科、
兒科)



提升計畫:
專科門診次數增加

指標5:醫療利用次數
(門診及急診)



- 提升計畫:
門診醫療利用次數上升
急診醫療利用次數上升
- 改善方案:
門診醫療利用次數下降
急診醫療利用次數下降
- IDS計畫:
門診醫療利用次數上升
急診醫療利用次數上升

(呂道南，1998；王惠玄，
1999；林進川，2003；譚秀芬
與曾泓富，1999；鎮鴻藝，
2005；楊貴蘭，2004)

04

實證綜合結果
討論

政策議題之評估指標討論(1/2)

- 目前評估指標共有六項，如：鄉外就醫率、可避免急診率、可避免住院率、巡迴醫療次數、專科門診次數及醫療利用次數

西醫改善方案

多數符合預期，
但未達統計上
顯著性

預期方向

研究結果

指標1:鄉外就醫分率
門診及急診鄉外就醫分率下
降或不變



門診及急診之鄉外就醫
分率下降

符合
不顯著居多

指標2:可避免住院率
可避免住院率下降



可避免住院率增加

不符合
而第二年
顯著增加

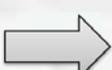
指標3:可避免急診率
可避免急診率下降



可避免急診率下降

符合
不顯著

指標5:醫療利用次數
門診醫療利用次數下降
急診醫療利用次數下降



門診醫療利用次數下降
急診醫療利用次數下降

符合
不顯著

IDS計畫

多數符合且達
統計上顯著性

預期方向

研究結果

指標1:鄉外就醫分率
門診及急診鄉外就醫分率下
降(鄉內就醫分率上升)



門診及急診之鄉內就醫
分率上升

符合
顯著

指標2:可避免住院率
可避免住院率下降



可避免住院率下降

符合
但穩定組
不符合

指標3:可避免急診率
可避免急診率下降



可避免急診率下降

符合
但穩定組
不符合

指標5:醫療利用次數
門診醫療利用次數上升
急診醫療利用次數上升

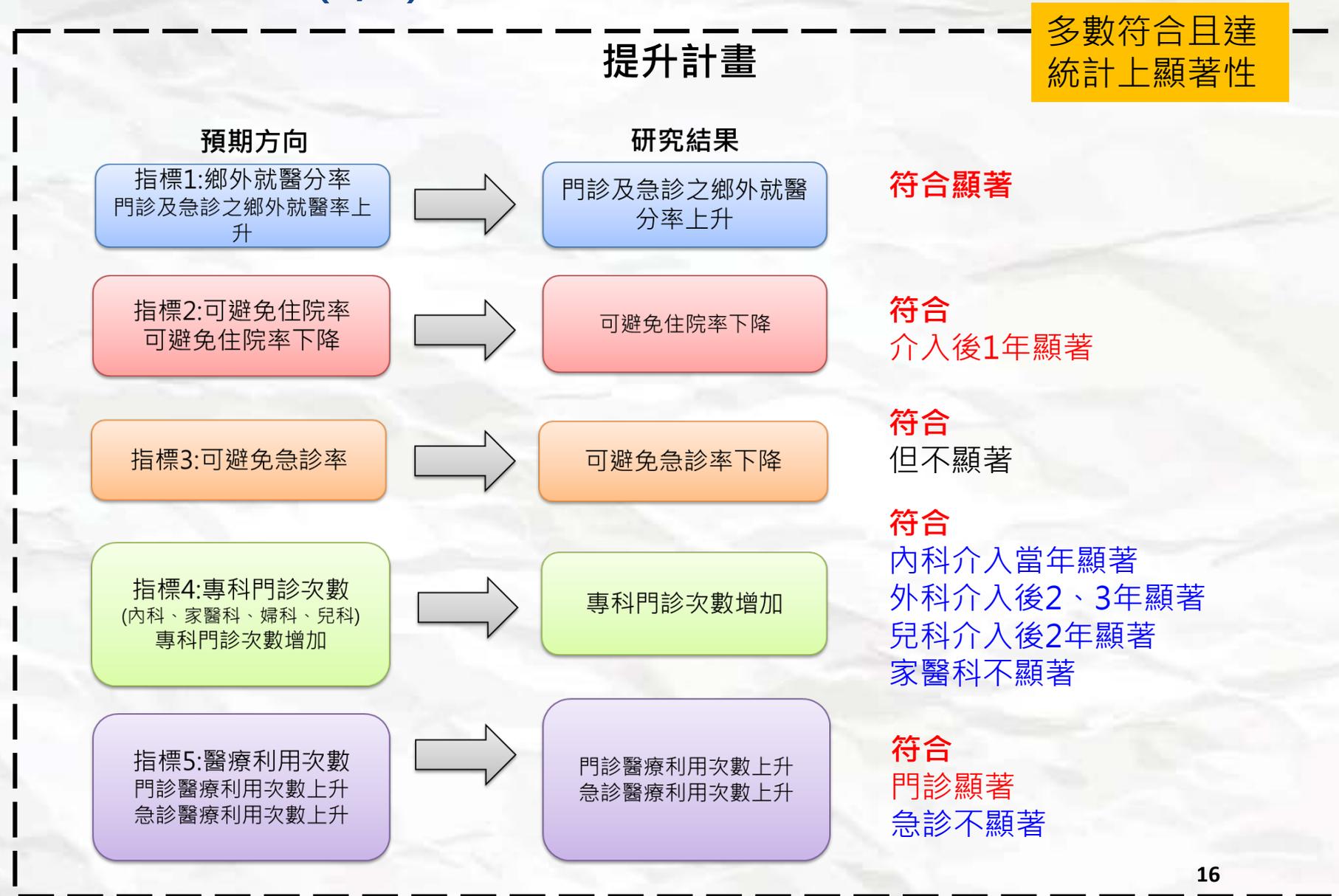


門診醫療利用次數上升
急診醫療利用次數上升

符合顯著

政策議題之評估指標討論(2/2)

- 目前評估指標共有六項，如：鄉外就醫率、可避免急診率、可避免住院率、巡迴醫療次數、專科門診次數及醫療利用次數



05

政策建議與
研究限制

- 1) 未發現嚴重的政策重疊狀況：**依據目前所盤點的結果發現，由於我國各項偏鄉政策，依據其政策目的不同，其適用鄉鎮、承作醫院、基層診所皆有所規範及限制，盤點結果尚未發現有明顯或嚴重重疊的狀況。
- 2) 巡迴醫療效果弱，透過醫院推動的效果較佳：**在政策效果評估部分，IDS計畫、提升計畫透過醫療院所來推動偏鄉醫療服務，故呈現出顯著政策效果，惟改善方案主要以巡迴醫療為主，新開業的數量較少，政策效果的強度較無法達到統計上的顯著。
- 3) 運用GIS分析工具，以醫療生活圈的概念來評估醫療資源分布狀況：**傳統上多以鄉內醫療資源是否充足來評估偏鄉醫療資源，本研究以醫療生活圈角度，重新檢視醫療資源分布情形，藉由GIS系統分析發現，台北區偏鄉地區30分鐘內可至之醫院家數遠高於其他分區，而東區偏鄉地區30分鐘內可至之醫院家數則遠低於其他分區。建議未來可以運用GIS系統，由醫療生活圈角度，重新檢視醫療資源分布。

- 1) **三項偏鄉計畫達正向之政策效果**：研究結果顯示，健保經費挹注之三項偏鄉計畫，可達到正向之政策效果，未來將於總額預算分配上持續給予支持。
- 2) **建議善用預算於醫療資源上匱乏之偏鄉**：對於醫療資源尚匱乏之偏鄉(如東區的大武鄉、太麻里鄉、長濱鄉、豐濱鄉及富里鄉)，依當地實際狀況研擬可行方案，提升當地民眾就醫可近性。
- 3) **建議運用GIS系統評估醫療資源分布**：有關我國醫療資源之分布，對於醫療資源是否充足之評估，建議除現行評估方式外，未來可以醫療生活圈角度，運用GIS系統，評估醫療資源分布情形，均衡醫療資源，以更貼近民眾需求。



衛生福利部全民健康保險會

1 0 9 年 度

評析全民健康保險民眾滿意
度及監理指標資料，提升健
保運作效能案

計畫主持人：中華經濟研究院 簡毓寧助研究員

協同主持人：臺北醫學大學 簡麗年副教授

開會日期：109年 07月 24日

- 民國84年全民健康保險開辦，93年開始健保署便陸續辦理「全民健康保險民意調查」，針對民眾對於醫療院所滿意度、健保利用率、就醫情形、未就醫原因、對於健保的認知等項目進行調查
- 近年國外民眾就醫滿意度研究趨勢，已逐漸發展為病人就醫經驗導向，以貼近民眾就醫情形與實際感受。103至105年推動全民健保民眾就醫權益長期監測系統之先驅研究，106至108年委託辦理「運用資料治理於民眾就醫權益之創新模式研究」，進行多元創新的病人就醫權益及醫療服務滿意度調查
- 本計畫之研究目的，透過檢視「全民健保民眾就醫權益滿意度調查」結果，提出重點式解讀及趨勢分析，並針對「維護保險對象就醫權益」評核內容之提出研修建議

1

我國民眾就醫權益監測模式之發展

- 我國民眾就醫權益監測模式之發展，於100-102年推動「保險對象就醫權益監測模式之先驅研究」，103年更名為「全民健保民眾就醫權益長期監測系統之研究」，106年加入創新研究模式

100-102年

保險對象就醫權益監測模式
之先驅研究
(計畫主持人：楊銘欽教授)

106-108年

發展資料治理於健保服務之
創新模式研究 - 運用資料治
理於民眾就醫權益之創新模
式研究
(計畫主持人：林寬佳教授)

103-105年

全民健保民眾就醫權益長期
監測系統之研究
(計畫主持人：郭乃文教授(2014)、
林寬佳教授(2015, 2016))

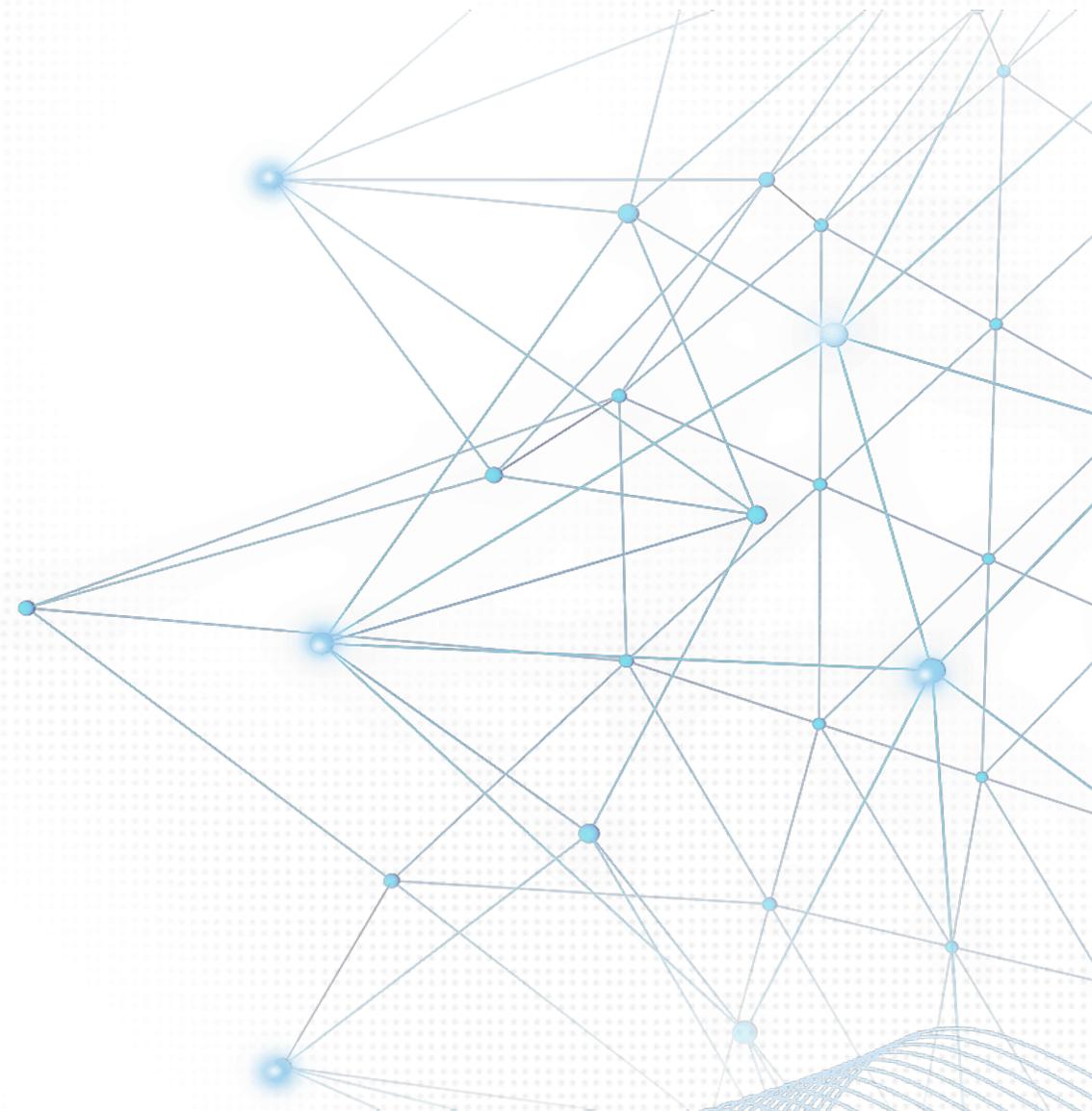
1

我國與國外之問卷題組比較

問卷構面項目	我國	美國	英國	加拿大	澳大利亞
服務利用與可近性	√	√	√	√	√
健康狀況	√	√	√	√	
基本資料	√	√	√	√	√
全民健保的社會網路	√				
轉診與用藥情形	√	√	√		√
滿意度與治療效果評估	√	√	√	√	√
透析模式選擇與用藥情形	√				
手術討論與康復情況		√			
急診期間			√		
患者健康、照護者及危險期的照護			√		
國民健保制度與福利			√		
嬰兒、孕婦分娩與出生後的居家照顧			√		√
在醫院的產前護理與產後護理			√		
疼痛 與醫院住院			√		√
投訴與電訪關心					√

各總額部門 之滿意度趨 勢分析

02



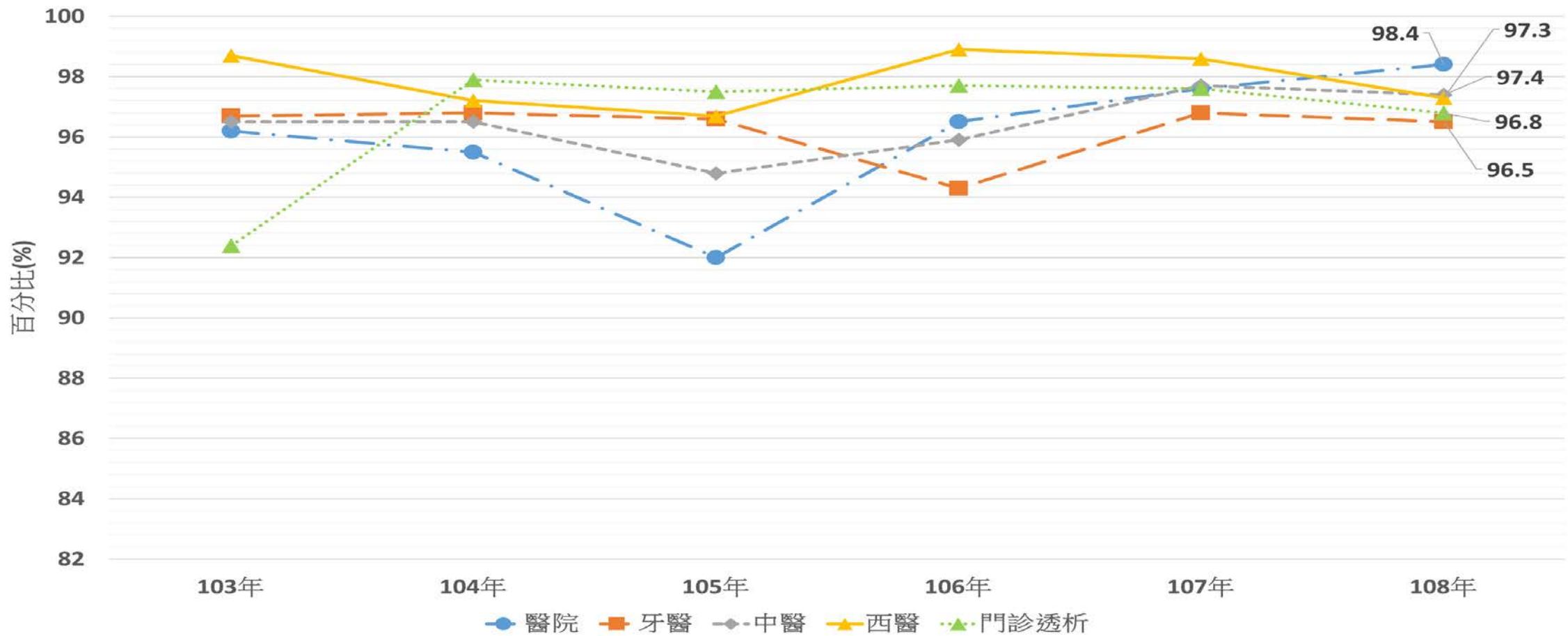
2

各總額部門趨勢圖

- 醫療結果滿意度

各總額部門之**整體滿意度結果(普通以上)**，皆**落在92%至99%之間**

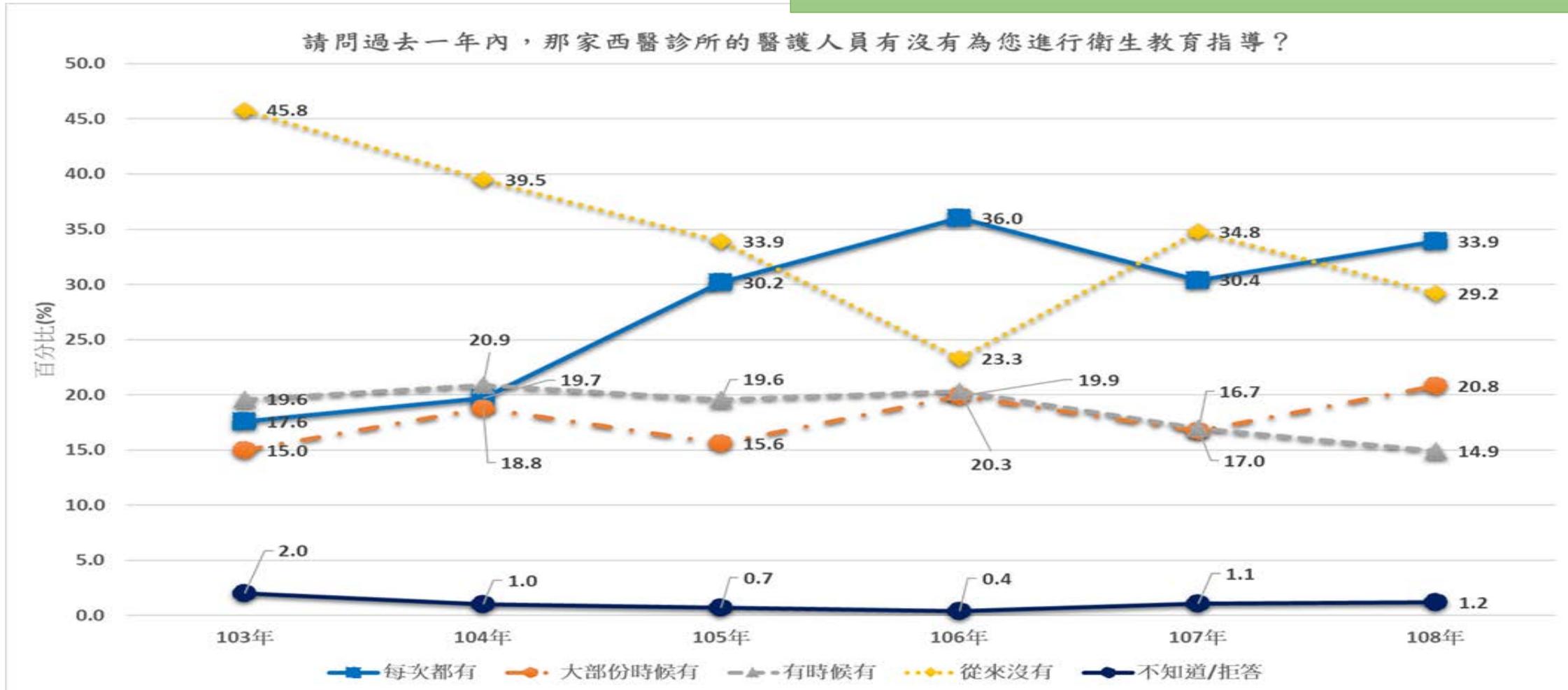
醫療結果滿意度



2 西醫基層總額部門趨勢圖

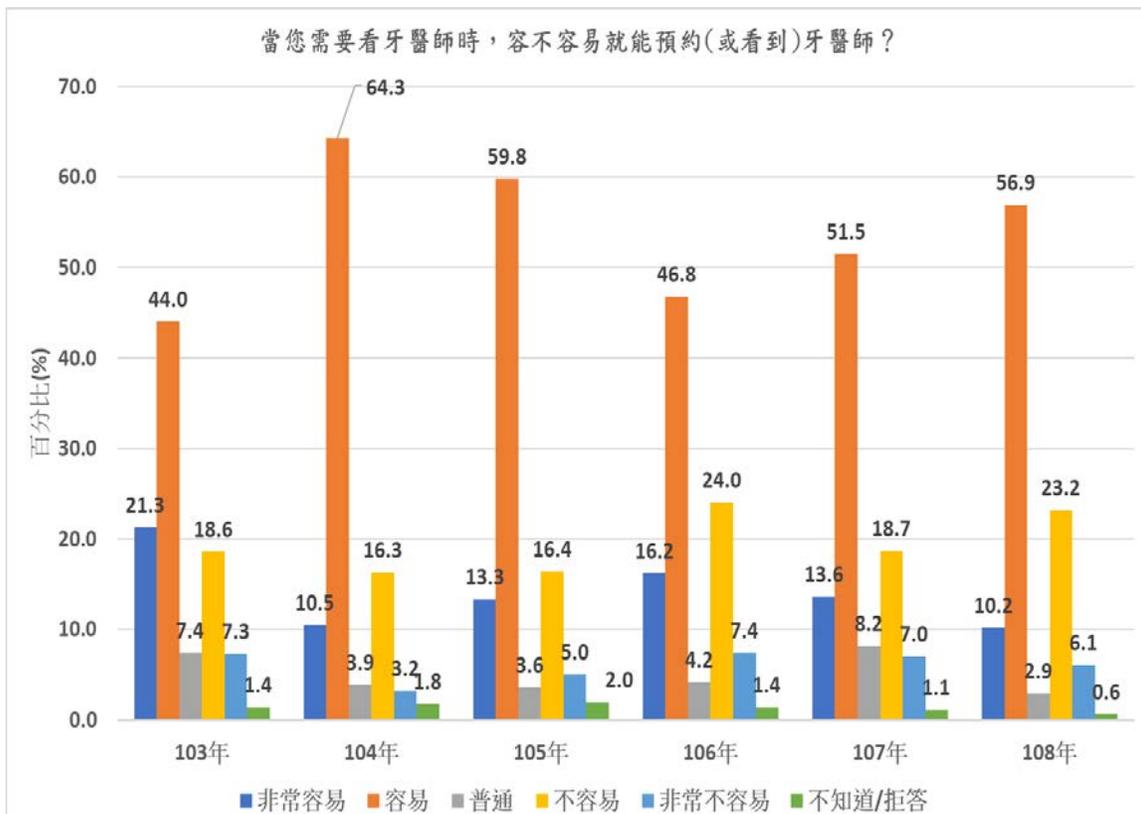
- 醫護人員有無進行衛教指導

回答「**每次都有**、**大部份時候有**、**有時候有**」者的加總比例，落在**52.2%至76.2%**，不過**只有在106年達到7成**；顯示**仍需有進步的空間**，應繼續落實加強宣導



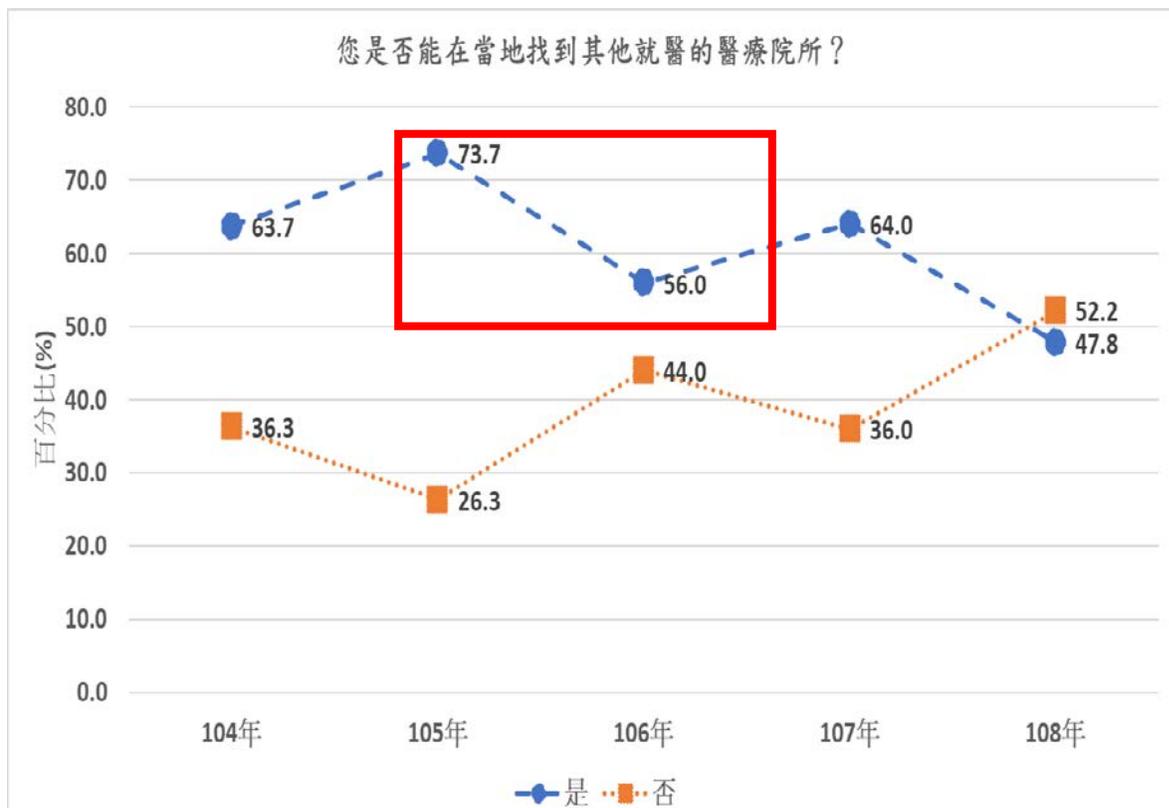
牙醫總額部門趨勢圖

看診約診容易度



回答「普通、容易、非常容易」者的加總比例，落在**67%至79%之間**，相較於其他總額部門(85%至95%)較為低，建議能注意此情況，並加強提升民眾約診之容易度

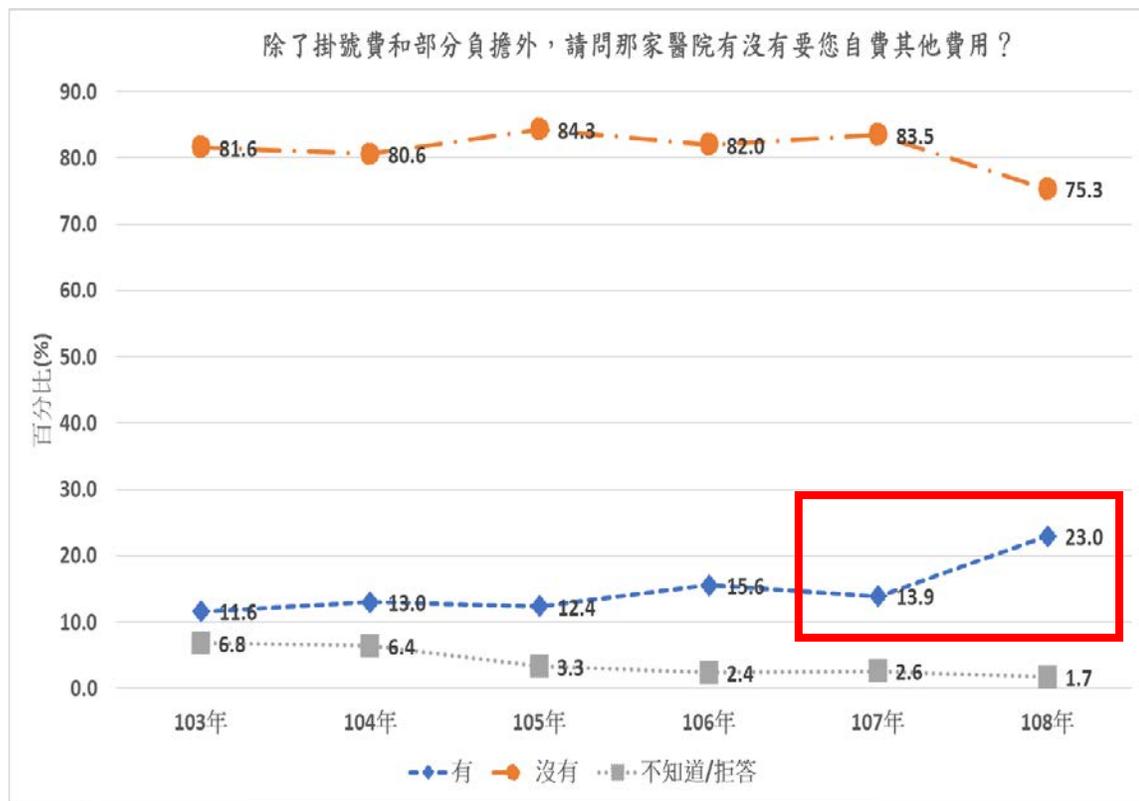
當地找到其他就醫診所的比率



從**105年73.7%**降至**106年56.0%**，但**107年**可能經由**牙醫師公會全聯會及健保署的協調下**提升至**64%**，但**108年**又大幅降至**47.8%**，顯示尚需持續改善

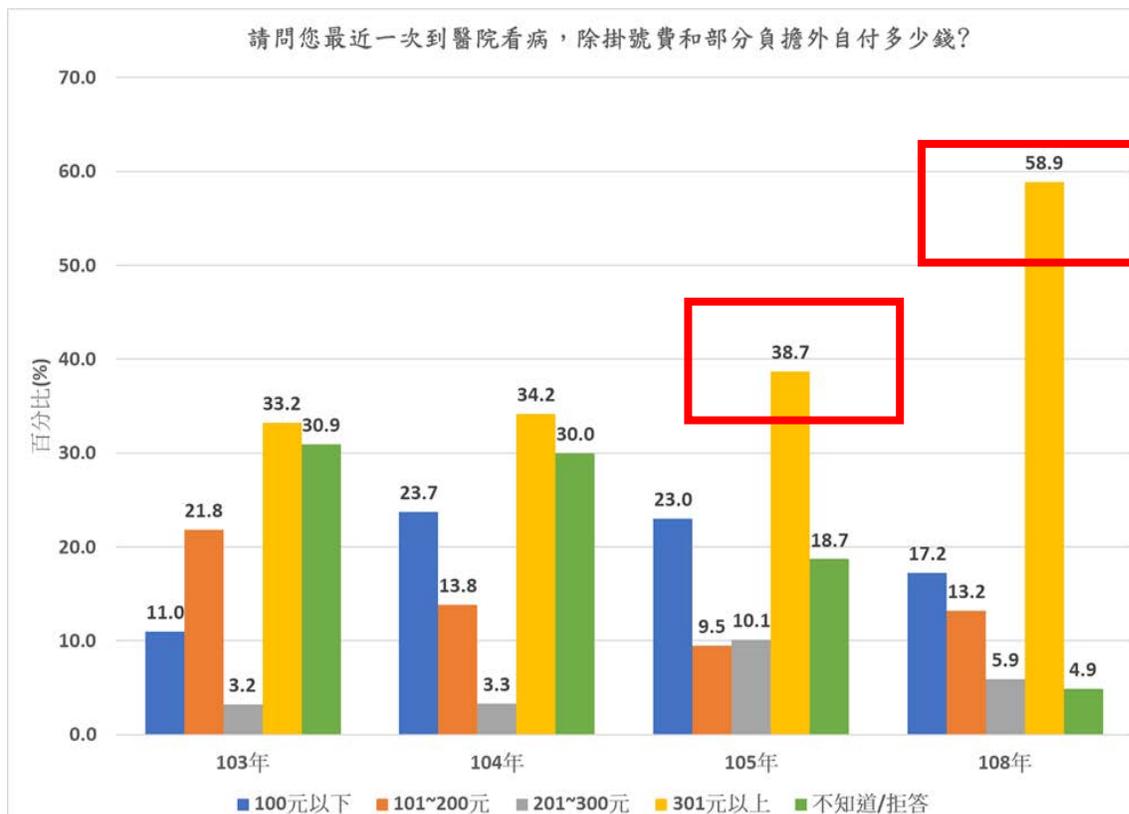
醫院總額部門趨勢圖

• 有無自付費用



發現有自付費用從107年
13.9%，上升108年至23.0%

• 看診自付費用為多少錢

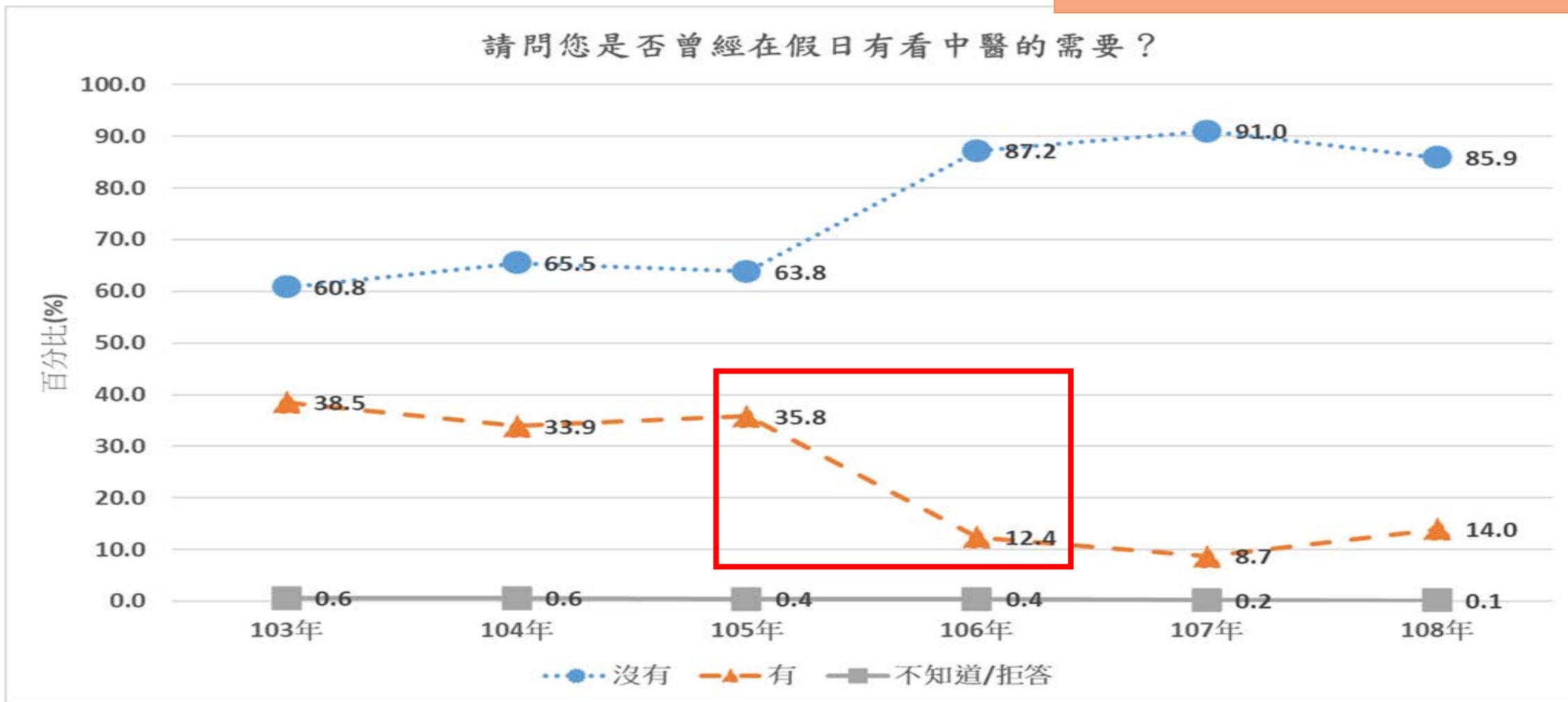


自付多少錢顯示，301元以上之比例，從105年38.7%上升至108年58.9%，原因除了藥費調整外，也與健保署106年4月15日調整未經轉診者之醫院門診及急診部分負擔有關

中醫總額部門趨勢圖

- 假日有無看診的需求

從105年35.8%降至106年12.4%，發現變動大，可能受到106年問法強調「緊急需求」，而看診中醫的疾病多非緊急，故認為有需求之比例降低

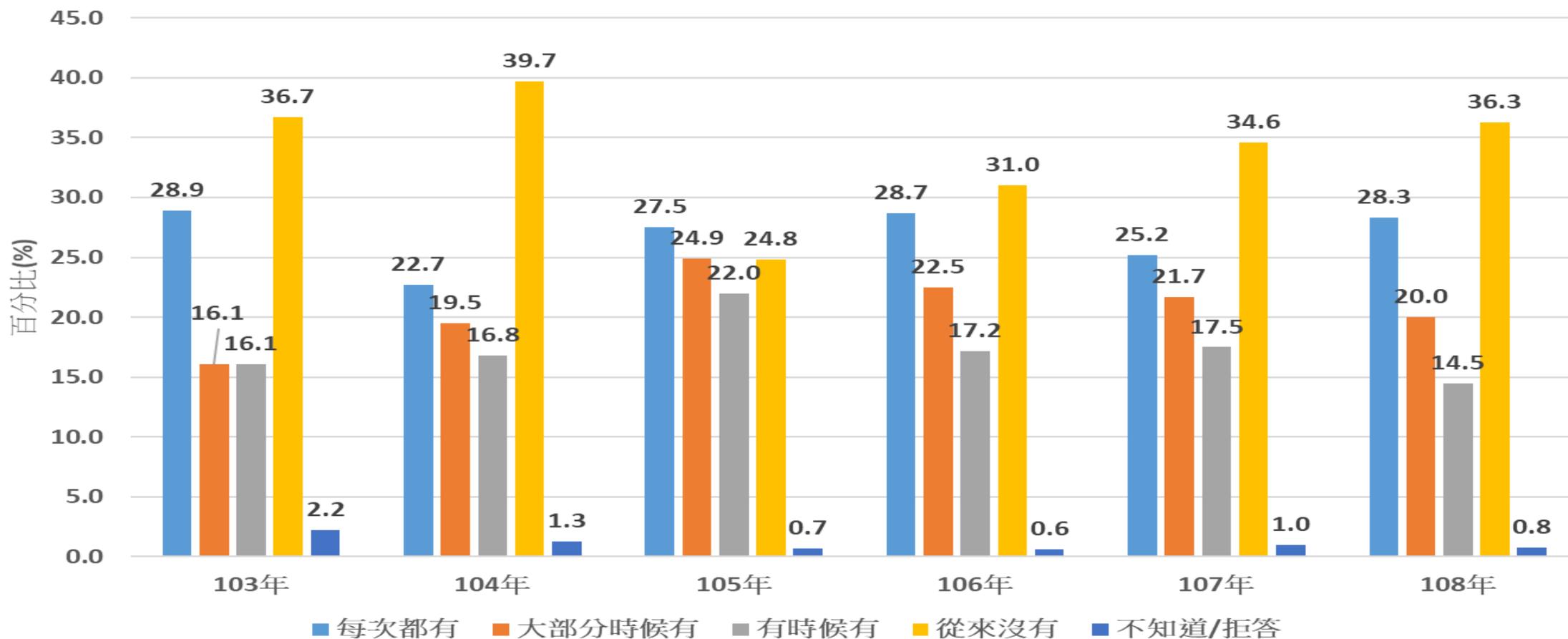


中醫總額部門趨勢圖

- 醫護人員有無進行衛教指導

回答「**每次都有**、**大部分有**、**有時候有**」者的加總比例，**從106年68.4%下降至108年62.8%**，且在108年明顯低於往年，因建議能注意此狀況

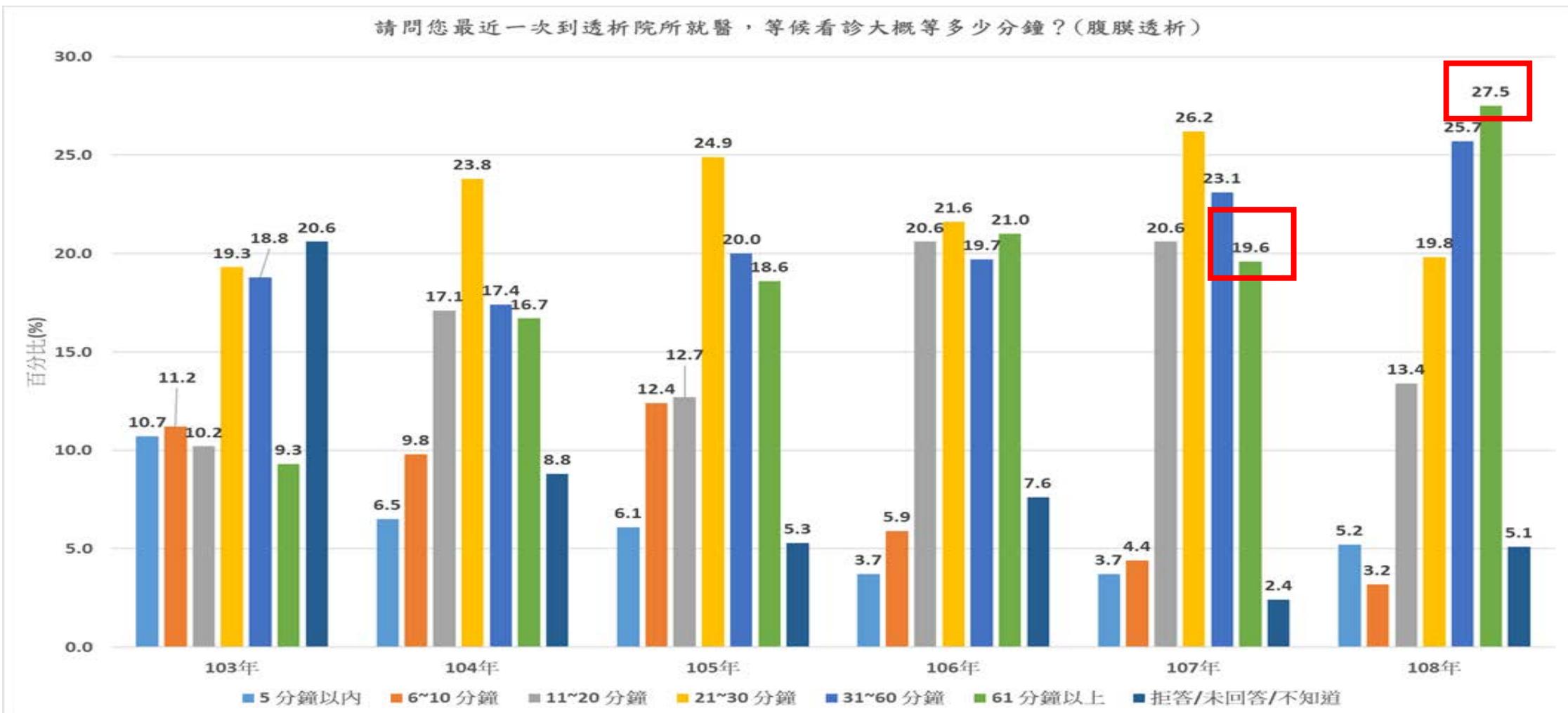
那家中醫院所醫護人員有沒有為您進行衛生教育指導？



門診透析趨勢圖

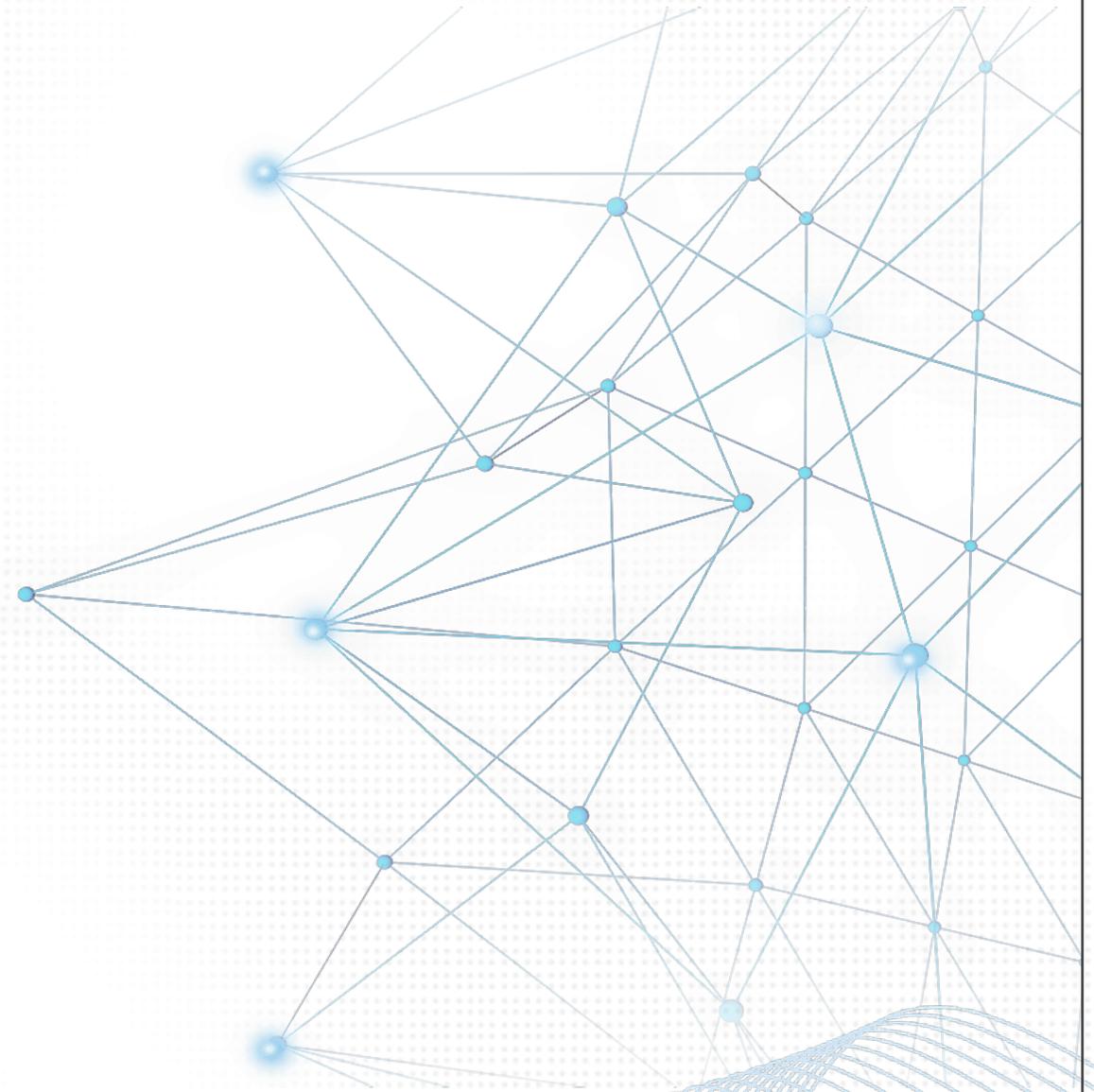
等候時間(等候61分鐘以上之比率107年為19.6%，108年增加為27.5%)，在108年明顯高於往年，因建議能注意此狀況

- 腹膜透析的等候時間



滿意度問卷 之建議

03



3

問卷調查模式與抽樣

- **(一)雙底冊的抽樣設計問題：** 行動電話部分，受限於抽樣母體無法清楚定義縣市別，可能導致手機樣本代表性與市話電訪無法一致的問題。**建議調整抽樣設計，或考慮僅以市話為主要調查方式**
- **(二)市話問卷題目數問題：** 目前市話電訪題目約35-40題，建議可降低題目數及長度，以降低因受訪者不耐煩造成答題偏誤的問題

市內電話(106-108年：樣本1032-1034份)

【第一階段】
縣市分層
(系統抽樣法)

- 由各縣市住宅電話簿中以「系統抽樣法」抽取出樣本局碼，以取得電話號碼

【第二階段】
市話尾數兩碼，
設定亂數
(隨機撥號法)

- 由於電話號碼簿並沒有包含未登錄電話，因此進行「隨機撥號法」，將電話號碼最後2碼，以隨機亂數方式取代成為電話號碼樣本。

【第三階段】
戶中選樣

- 使不同性別、年齡層的受訪者，在訪問過程中的受訪機率能趨近於相等。

行動電話(106-108年：樣本301-505份)

由國家通訊傳播委員會公布之「行動通信網路業務用戶號碼核配現況」



將以核配之編碼自首(前5碼)，隨機抽樣原則抽出局碼。

後5碼以亂數方式產生，兩者合併為手機樣本號碼

編碼字首	碼表	載送	業者
09900	10	行動寬頻業務	遠傳電信
09901	10	行動寬頻業務	遠傳電信
09902	10	行動寬頻業務	遠傳電信
09903	10	行動寬頻業務	遠傳電信
09904	10	行動寬頻業務	遠傳電信
09905	10	行動寬頻業務	遠傳電信
09906	10	行動寬頻業務	中華電信
09907	10	行動寬頻業務	中華電信
09908	10	行動寬頻業務	中華電信
09909	10	行動寬頻業務	中華電信
09910	10	行動寬頻業務	台灣大哥大
09911	10	行動寬頻業務	台灣大哥大
09912	10	行動寬頻業務	台灣大哥大
09913	10	行動寬頻業務	台灣大哥大
09914	10	行動寬頻業務	台灣大哥大

3

民眾就醫滿意度之討論與建議(1/2)

- 建議各總額部門
針對共通性題目，
在調查題目及問
法能統一。

【例如】

- 假日求診需求之
相關題組有問法
上的改變，建議
加以調整。

問卷題目/年度	103	104	105	106	107	108	文字 差異	問法 不同
1.請問您(他)當次自付多少費用呢？	●							
1.請問您(他)【就診者】當次自付多少元呢？		●	●				●	
1.請問您(他)【就診者】最近一次到診所看病，除掛號費和部分負擔外自付多少錢？						●		
2.請問您(他)知道要自費(自掏腰包)所花的錢是用在哪些項目？	●							
2.請問您(他)【就診者】知道要自費(自掏腰包)所花的錢是用在哪些項目？(可複選，最多選5項)		●	●	●	●	●	●	
3.請問您(他)知道要自付其他費用，是什麼理由嗎？	●							
3.請問您(他)【就診者】知道要自付其他費用，是什麼理由嗎？(可複選)		●	●	●	●	●	●	
4.請問您(他)曾經有需要在假日看西醫診所嗎？ 【說明：星期例假日(星期六、日)、國定假日(元旦、二二八紀念日、國慶日)、民俗節日(春節、清明節、端午節)】	●							
4.請問您(他)【就診者】曾經有需要在假日看西醫診所嗎？		●	●				●	●
4.醫療人員亦需適度休息，請問您(他)【就診者】曾經有緊急需求要在假日看西醫診所嗎？				●	●	●		

民眾就醫滿意度之討論與建議(2/2)

➤ 針對不同部門問項不一致部分，建議補充題目

【例如】

- 醫院在現行分級醫療政策扮演重要的角色，認為醫院總額部門應該將轉診之問卷題目納入
- 無障礙題組各部門皆有，但在門診透析無此題組，建議可以增加
- 中醫及牙醫總額部門有健保期待之題組，而醫院及西醫總額部門未有此題組，建議可以在醫院及西醫總額部門，增加健保期待之問卷題組

建議納入之問卷題目 / 建議納入之總額部門	西醫 基層	醫院	中醫	門診 透析	牙醫
醫療服務利用與可近性題組					
請問您（他）【就診者】對醫師的看病及治療的過程滿不滿意？					●
請問您（他）【就診者】對醫師的看病及治療所花費的時間滿不滿意？					●
轉診題組					
請問您（他）【就診者】到醫院接受治療時，有沒有被轉診的經驗？		●			
A. 接受轉診院所是否有主動聯絡及安排掛號就醫？		●			
B. 請問您（他）【就診者】對這次的轉診服務滿不滿意？		●			
無障礙題組					
請問您就醫院所是否具備無障礙通道及廁所？				●	
A. 請問您是否滿意透析醫療院所的無障礙設施（包括通道、備及廁所）？				●	
健保期待題組		●			
健保開辦已邁入24年，請您用一段話描述對中醫(修改為西醫基層或醫院)的期待與意見：	●	●			

新增之問卷題項

- 建議增加「急診」之滿意度問卷
- 我國在「急診」未有相關滿意度問卷之調查，而民眾至急診就醫的滿意度經常與社會大眾對急診醫療體系的感受環環相扣
- 建議可以多增加急診，納入三個月內有赴急診就醫者為問卷對象

問卷題目

醫療服務利用與可近性

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. 您是否滿意這家醫院的交通便利性？ | 5. 請問您（他）【就診者】是否曾經因為就醫費用過高而不就診？ |
| 2. 請問您（他）【就診者】是否曾經因為就醫所需交通時間過長而不就診？ | 6. 請問您（他）【就診者】是否曾經因為就醫費用過高而不作檢查、治療或預後措施？ |
| 3. 請問您（他）【就診者】對醫師看病及治療花費的時間滿不滿意？ | 7. 請問您就醫醫院是否具備無障礙通道及無障礙廁所？ |
| 4. 請問您（他）【就診者】對醫師看病及治療過程滿不滿意？ | 8. 請問您是否滿意醫院的無障礙設施（包括通道、設備及廁所）？ |

用藥情形

9. 回家以後，您（他）【就診者】有按時吃藥，並把藥吃完嗎？

滿意度與治療效果評估

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 10. 請問您（他）【就診者】對那家醫院醫療結果滿不滿意？ | 12. 請問過去一年來，那家醫院的醫護人員有沒有為您（他）【就診者】進行衛生教育指導(例如：解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健方法等)？ |
| 11. 就診時醫師是否與您共同討論照護或治療方式？ | 13. 過去一年內，請問那家醫院的醫護人員，是否常用您（他）【就診者】簡單易懂的方式來向您解說病情與照護方法？ |

14. 就診時醫師是否提供您問問題或表達顧慮的機會？

疼痛及隱私

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 15. 您在急診室期間是否感到疼痛？ | 17. 當您在急診室時，向您提供了多少有關您的病情或治療的資訊？ |
| 16. 您認為醫院工作人員會盡一切可能幫助您控制疼痛嗎？ | 18. 在急診室接受檢查或治療時，您是否有足夠的隱私權？ |

基本資料

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 19. 請問您（他）【就診者】的最高學歷是： | 22. 請問，您（他）【就診者】的主要職業是 |
| 20. 請問您（他）【就診者】目前的婚姻狀況是？ | 23. 請問您（他）【就診者】目前居住在哪一個縣市？ |
| 21. 請問您（他）【就診者】全家目前每個月的收入是 | |

新增之問卷題項

- 建議增加「分級醫療」及「疫情議題」相關題組
- 推動分級醫療制度中，**轉診部分負擔**方面，自106年4月15日起實施新的規定，將**部分負擔調高**
- 因**新冠肺炎疫情的影響**，間接衝擊民眾就醫意願之狀況
- 建議可以將「**分級醫療**」及「**疫情**」之相關題組納入

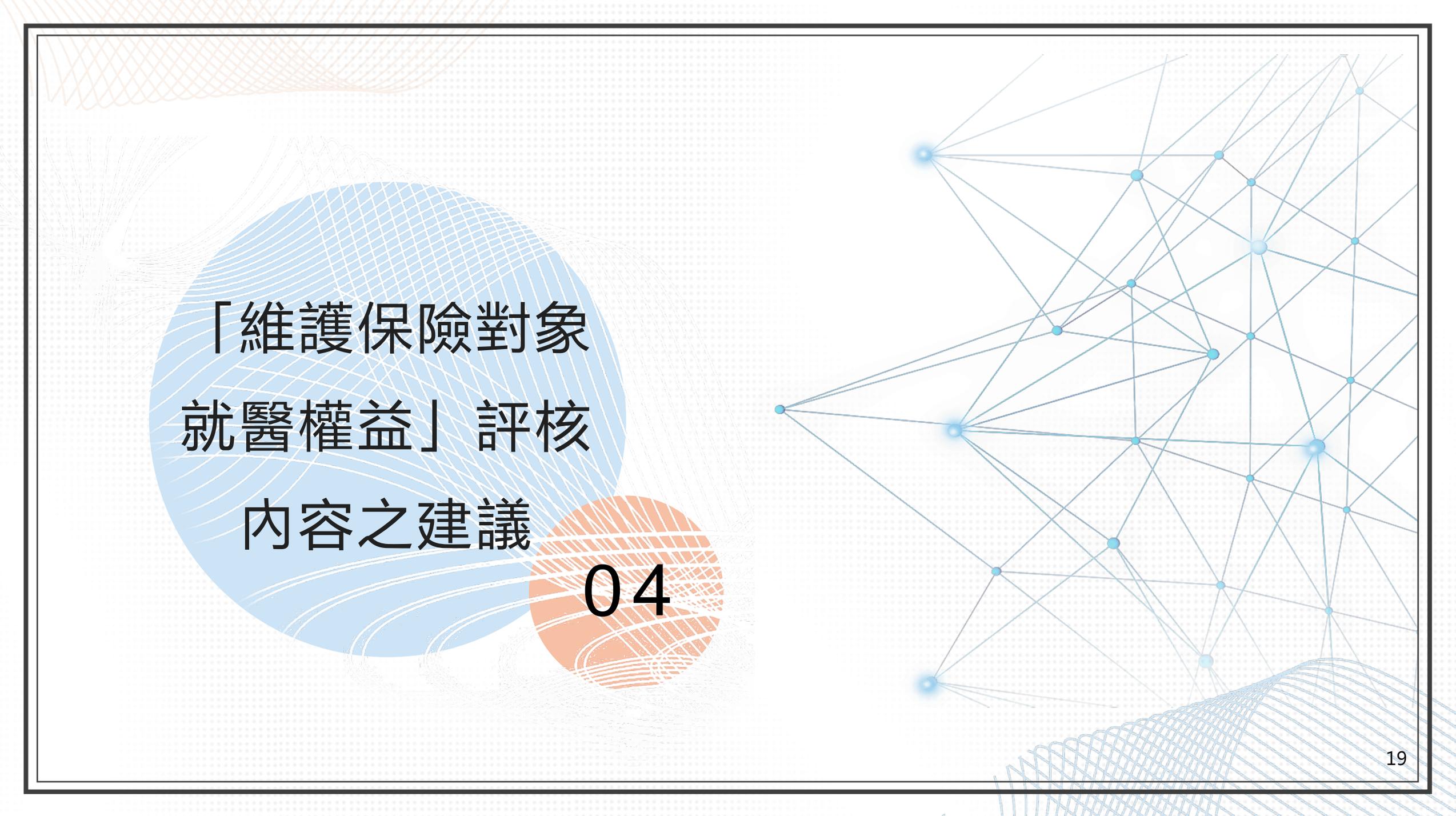
問卷題目

分級醫療之題組

1. 您覺得分級醫療之轉診部分負擔金額是否適當?
2. 請問您是否因為分級醫療之轉診部分負擔增加而不就診?
3. 請問您是否因分級醫療之轉診部分負擔增加而不接受轉診?
4. 請問您是否會因為分級醫療之轉診部分負擔增加而不做檢查、治療或追蹤?

疫情議題之題組

5. 當您在疫情的發生，而造成延誤就診的情況?
6. 回家以後，您（他）【就診者】有按時吃藥，並把藥吃完嗎？
7. 您是否會因疫情的發生，而使您的「病情嚴重」？



「維護保險對象
就醫權益」評核
內容之建議

04

新增之「維護保險對象就醫權益」評核題項

評核項目	評核內涵	增加原因	建議補補題目(皆以108年題目為主)	西醫 基層	醫院	中醫	牙醫	門診 透析	整體性	急診	
(一)醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施	1.醫療服務品質調查結果	1.各總額部門調查項目差異之增補題目 2.急診議題之新增題目	1.請問您(他)對醫師的看病及治療所花費的時間長短滿不滿意?		v		v			v	
			2.請問您(他)【就診者】對醫師的看病及治療所花費的時間長短滿不滿意?				v			v	
		急診議題之新增題目	3.請問您(他)【就診者】對那家醫院醫療結果滿不滿意?								v
			4.醫護人員有無進行衛教指導								v
			5.醫護人員有無以簡單易懂的方式解說病情與照護方法								v
			6.就診時醫師是否與您共同討論照護或治療方式?								v
(四)就醫可近性與及時性之改善措施	1.就醫可近性與及時性情形	疫情議題之新增題目	7.當您在疫情的發生,而造成延誤就診的情況?	v	v	v	v	v	v		
			8.請問您是否因疫情的發生感到就醫不方便?	v	v	v	v	v	v		
			9.您是否會因疫情的發生,而使您的「病情嚴重」?	v	v	v	v	v	v		
		急診議題之新增題目	10.您是否滿意這家醫院的交通便利性?								v
			11.請問您(他)【就診者】是否曾經因為就醫所需交通時間過長而不就診?								v
	2.設備與就醫環境	1.專家建議應納入題目 2.急診議題之新增題目	12.請問您就醫診所是否具備無障礙通道及無障礙廁所?	v	v	v	v	v	v	v	v
			13.請問您是否滿意診所的無障礙設施(包括通道、設備及廁所)?	v	v	v	v	v	v	v	v
	3.轉診情形	專家建議應納入題目	14.到診所治療時,有無被轉診的經驗?		v	v	v	v	v		
			15.接受轉診院所是否主動聯繫及安排就醫		v	v	v	v			
			16.對轉診服務滿不滿意?		v	v	v	v			
4.分級醫療之轉診情形	1.分級醫療議題之新增題目 2.急診議題之新增題目	17.您覺得分級醫療之轉診部分負擔金額是否適當?		v	v	v	v	v	v	v	
		18.請問您是否因為分級醫療之轉診部分負擔增加而不就診?		v	v	v	v	v	v	v	
		19.請問您是否因分級醫療之轉診部分負擔增加而不接受轉診?		v	v	v	v	v	v	v	
		20.請問您是否會因為分級醫療之轉診部分負擔增加而不做檢查、治療或追蹤?		v	v	v	v	v	v	v	

●滿意度問卷部分

【抽樣設計方面】

- ✓ 建議有關雙底冊抽樣設計部分，手機之抽樣設計應進行調整，或考慮僅以市話電訪為主。另，電訪題目亦建議進行題目內容及題數的精簡。

【問卷設計方面】

- ✓ 建議各總額部門針對共通性題目，在調查題目及問法能統一
- ✓ 針對不同部門問項不一致部分，建議補充相關題目(如轉診、就醫服務利用與可近性、無障礙設施、健保期待等)
- ✓ 建議可考慮增加「急診」滿意度問卷，以及「分級醫療轉診制度」、「COVID疫情」等問項。

●評核內容部分

- ✓ 建議可將前述相關新增題目納入至評核內容



THANK YOU!