

計畫編號：DOH92-NH-1021

行政院衛生署九十二年度委託研究計畫

醫療資源分佈對民眾就醫流向及就醫行為的影響
—以台北縣地區醫院民眾就醫行為為例

委託研究成果報告

計畫委託機關：行政院衛生署中央健康保險局

計畫執行機構：台北醫學大學

計畫主持人：賴文福

協同主持人：胡俊弘、辜紘志

研究助理：王靜慧、李湘雄、陳盈華、曾介圻

行政助理：余俊賢

訪問員：洪好婷、洪子秋、俞德承、高宜楓

許惠珊、許惠雯、蔡弘曆、謝麗玉

執行期間：92年12月1日至93年9月30日

* * 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 * *

【目錄】

摘要

中文摘要.....	1
英文摘要.....	2

本文

前言.....	3
研究的背景及基礎理論.....	3

台北縣人文地理及人文醫學背景介紹

一、人文地理介紹.....	6
二、各行政區的人文醫學背景介紹	
—板橋市.....	8
—三重市.....	10
—永和市.....	12
—中和市.....	13
—新莊市.....	15
—新店市.....	16
—土城市.....	17
—蘆洲市.....	18
—樹林市.....	19
—三峽鎮.....	20
—淡水鎮.....	21
—瑞芳鎮.....	22
三、台北縣醫療資源背景介紹及歷史變遷.....	23
四、研究設計.....	27
五、結果與討論.....	33
(一) 台北縣各行政區之地區醫院研究調查報告	
—板橋市.....	33
—三重市.....	35
—永和市.....	37

— 中和市·····	39
— 新莊市·····	41
— 新店市·····	43
— 土城市·····	45
— 蘆洲市·····	48
— 樹林市·····	50
— 三峽鎮·····	52
— 淡水鎮·····	53
— 瑞芳鎮·····	55

(二) 台北縣部分研究調查報告

表 1. 83-92 年度醫療機構數與醫師數之統計·····	25
表 2. 台北縣各行政次區域之分布及醫療資源分布情形 ·····	28
表 3. 台北縣地區醫院訪談總表·····	57
表 4. 生病時會先選擇的就醫場所·····	60
表 5. 疾病嚴重程度和等級·····	56
表 6. 民眾至地區醫院就醫疾病的分類·····	63
表 6.1 民眾選擇至地區醫院就醫的原因·····	63
表 7. 是否有家庭醫師·····	66
表 8. 是否贊成轉診制度·····	67
表 9. 是否有轉診經驗·····	68
表 10. 健保實施後看病是否比較方便·····	70
表 10.1 健保實施後，認為醫療品質有提升的部分·····	70
表 11. 健保實施後保費是否合理·····	71
表 12. 對於部分負擔的看法·····	72
表 13. 是否贊成醫藥分業·····	73
表 14. 性別與選擇醫療場所的關係·····	75
表 15. 性別與有無家庭醫師的關係·····	75
表 16. 性別對醫藥分業的看法·····	75
表 17. 性別對部分負擔的看法·····	76
表 18. 年齡與就醫地點的關係·····	76
表 19. 年齡與有無家庭醫師的關係·····	77
表 20. 年齡對部分負擔的看法·····	77
表 21. 年齡對醫藥分業的看法·····	78

圖一. 台北縣 83-92 年醫療資源之變化.....	26
圖二. 台北縣行政區域圖.....	27
圖三. 各次區域看病次數的指數趨向.....	60
圖四. 生病時會先選擇的就醫場所.....	61
圖五. 就醫選擇的指數趨向.....	61
圖六. 就醫時方便選擇性的指數趨向.....	64
圖七. 就醫時專業選擇性的指數趨向.....	64
圖八. 民眾至地區醫院就醫的原因.....	65
圖九. 居住區域的指數趨向.....	65
圖十. 是否有家庭醫師.....	66
圖十一. 是否有家庭醫師的指數趨向.....	67
圖十二. 是否贊成轉診制度.....	68
圖十三. 是否有轉診經驗.....	68
圖十四. 是否有轉診經驗的指數趨向.....	69
圖十五. 是否贊成轉診制度的指數趨向.....	69
圖十六. 健保實施後看病是否比較方便.....	70
圖十七. 健保實施後保費是否合理.....	71
圖十八. 對於部分負擔的看法.....	72
圖十九. 是否贊成醫藥分業.....	73
圖二十. 是否贊成醫藥分業之指數趨向.....	74
 結論與建議	
(一) 就醫流向及健保品質方面.....	79
(二) 人類學場景 (Scene) 與儀式 (Ritual) 分析結論.....	80
(三) 對政府的建議.....	81
 參考文獻	
附錄	87

中文摘要

關鍵詞：

就醫流向、深度訪談、理性就醫行為

目的：

台灣地區民眾求醫行為長久被認為獨特，偏好逛醫院，喜愛檢查及領藥。本研究著重於全民健保實施後，全國醫療資源重新管控，所改變民眾求醫行為。針對大台北地區的醫療院所及民眾做訪查，民眾對醫院選擇，以理解不同情境(situation)下民眾的就醫選擇並掌握民眾的就醫流向而改善求醫行為。

研究方法：

針對台北縣的 48 家地區醫院(含專科醫院)，每一家訪問 10 位患者(精神科療養院僅訪問醫院)，深度訪談醫院病患，以醫療次區域為單位做質性研究分析，歸納出研究成果，以評估「理性就醫行為」。

主要發現：

在台北縣等地區 48 家醫院，總計 306 份有效問卷中顯示：每年看診次數 5 次以下最多佔 111/306 (36.3%)，生病時優先選擇就醫場所多為基層診所及地區醫院(78.7%，241/306)。就醫原因中以小病，小手術及回診居多(71.6%，219/306)。逾七成就醫民眾(71.2%，218/306)沒有家庭醫師，逾五成多的民眾(52.6%，161/306)贊成轉診制度，惟轉診經驗的受訪民眾僅有少數(12.1%，37/306)。逾七成(71.9%，220/306)的民眾對全民健保實施後感覺就醫方便。不方便的原因最多為候診時間過長。

結論：

多數民眾生病時優先選擇基層診所及地區醫院，過半數的民眾贊成轉診制度及部分負擔，對政府衛生政策多願配合，很少有逛醫院及生病時優先選擇大型醫院的現象，顯示台北縣地區醫院就診民眾就醫行為趨於理性。但在醫療資源過多的次區域與醫療資源稀少的次區域之就醫流向、轉診經驗及醫藥分業制度上有顯著差異。

建議：

全民健保實施後，雖然大型醫院增加，地區醫院減少，但存活的地區醫院多數競爭力強，且具有初級及次級健康照護功能，此項功能在四級醫院的健康照護系統中應被重視。建議政府應加強地區醫院輔導及投資。在醫療資源較多的區域，可減少大型醫院看基層門診的負擔，節約政府資源。在醫療資源少的區域，可方便民眾就醫，提升國民健康。

英文摘要

Key words:

Hospital Preference, Profound Interview, Rational Medical Behavior

Purpose:

Taiwanese showed a stereotype of behavior in hospital searching, which included hospital shopping, and preference of medical examination and drugs. This proposed research focused on those changes in medical behavior after the National Health Care System (Bureau of National Health Insurance) regulated national medical resources since 1995. In an attempt to understand patients' hospital search in a various situations and upgrade their medical behaviors, this study surveyed how patients selected hospitals and also the interaction between patients and hospitals.

Methods:

The profound interview with patients was performed using participant observation. The data was analyzed using qualitative method. A "Rational Medical Behavior" (RMB) was evaluated from the patients in the district hospitals. The RMB was further analyzed by the "Medical Sub-district Area".

Results:

Three hundred and six questionnaires of 48 district hospitals showed more than one third of the patients (111/306) had fewer than 5 appointments with doctors annually. Patients preferred to visit the primary clinics or community hospitals (78.7%) when they felt ill. Their reasons for seeking medical treatment are mainly common diseases, minor operations, and follow up consultations (71.6%). Seventy-one percent of patients did not have family doctors. More than fifty-two percent of patients favored the referral system, but even lesser (12.1%) have had referral experiences. Most patients in the community hospitals are satisfied with the convenience of the hospital treatments. The most inconvenient factor they find is the long waiting hours.

Conclusion:

Most patients preferred to given primary care in the primary clinics and district hospitals, did not object the referral system and were willing to be cooperative with the government policy. However, between sub-districts with abundant and scarce medical resources, there are indeed significant differences in terms of hospital preference, separation of medicine and pharmacy, as well as referral experiences.

Suggestion:

Although the number of large hospitals is increasing, and community hospitals decreasing, the surviving community hospitals are becoming more competent and are involving themselves in both primary and secondary health care, which should be emphasized in the four-class health care system. The government should increase its assistance and investment towards the community hospitals. In districts with greater amounts of medical resources, the burden of large hospitals having to provide outpatient services could be alleviated, and consequently, lessen the government's expenses. In districts with lesser medical resources, it could bring increased convenience to the public when they seek medical treatment, and eventually improve the general health condition of the nation.

前言：

台灣地區民眾就醫行為一般被認為比較獨特，比方說偏好逛醫院的心態、喜歡檢查及領藥等；所以本研究著重於全民健保實施後，全國醫療資源重新管控後，所改變的民眾求醫行為，針對大台北地區醫療院所的民眾做訪談。

我們這一次所做的是延續原本已進行的一個研究計劃：台北市「地區醫院」的調查，接下來繼續針對台北縣的 48 家地區醫院(含專科醫院)，每一家訪問 10 位患者(精神科療養院僅訪問醫院)，偏重的是他們的求醫行為與全民健保的相關性，或者他們對於全民健保實施後的反應。

訪查的內容包況：基本資料、年齡、居住區域是否影響所選擇之醫療院所，平均一年看病的次數，為何到本地區醫院就診，以及就診的疾病分類及就診原因。同時也訪查就診民眾當他們身體不適就醫時之優先選擇為基層醫療院所或是直接到大型醫院，以及他們優先選擇的原因為何，以及看診後續若感覺不理想會自行進一步轉診或透過醫師轉診，平常是否有家庭醫師，是否有轉診的經驗；再來是對全民健保部份負擔認為是否合理，對於看病就診是否方便。另一個常被提出討論則是醫藥分業制度在一般基層醫療院所是否可行，綜合而言我們於地區醫院所發現的就醫民眾皆因為地緣關係而就近選擇為大部份，另外，自從全民健保實施後地區醫院急速減少，我們想特別針對這問題提出分析或者可能改善的方法。根據本研究室過去的研究調查顯示，台北市的醫學中心及教學醫院等均非常發達，幾乎取代地區醫院及基層的門診與功能，因此基層地區醫院的存在似乎就顯得不是那麼重要，這也是需要加以討論的。

研究的背景及基礎理論

民眾選擇醫院（Hospital seeking），所考量因素的基礎理論，過去大部份的研究顯示，民眾選擇醫院考量的因素有：

1. 照護品質，包況醫療技術品質、服務品質。
2. 就醫方便性，包況離家遠近、交通方便，有親友住在醫院附近或認識醫院員工等。
3. 醫院本身具備的條件，包括醫院的建築、設備、醫療品質、技術、團隊陣容、聲譽等。
4. 親友或醫師的推薦。
5. 醫療費用的多寡。
6. 過去的就醫經驗。

1982 年 Boscarino & Steiber 在他的論文中提出，病患選擇醫院考量的因素依序爲：

1. 離家近。
2. 經過醫師的推薦。
3. 過去就醫的經驗。
4. 與醫院員工熟識。
5. 醫院醫療設備等整體的品質。

1983 年 Egunjobi 訪問 859 位患者的研究顯示，病患選擇醫院考量的因素依序爲：

1. 距離居住地近。
2. 醫院服務品質。
3. 有親屬住在醫院附近。
4. 財務考量。
5. 交通方便。
6. 宗教信仰。
7. 與醫院員工熟識。

1983 年另一位學者 Flether et al.的研究，在大學教學醫院門診患者選擇就診醫院所考慮的因素爲：

1. 照護的連續性。
2. 照護的完整性。
3. 需要醫療服務時的可得性。
4. 醫師的同情心。
5. 醫師的專業能力。
6. 醫師對於所有照護對象的協調性。
7. 收費低。
8. 就醫方便。

1985 年 Inguanzo & Harju 調查 1000 位 18 歲以上的民眾結果：

1. 好的醫療照護。
2. 離家近。
3. 以往就醫習慣。

4. 醫師的推薦。
5. 其它因素。

1988 年和 Lane & Lindquist 二位教授所研究所得結果為：

1. 醫療照護的品質。
2. 醫院人員的因素。
3. 醫院的硬體設施。
4. 與醫院員工熟識。
5. 過去的就醫經驗。
6. 就醫的方便性。
7. 機構的因素包括醫院的聲譽等。

1991 年 Javalgi, Rao 和 thomas 等人以焦點團體座談法及分析層級程序法來分析某一城鎮 500 位民眾選擇醫院時所考量的因素，依序為：

1. 離家近。
2. 醫院有專科醫師。
3. 醫院的聲譽、口碑。
4. 現代化的儀器設備。
5. 親切的員工。
6. 醫療費用。
7. 醫師推薦。
8. 親友推薦。

但是，不論有多少種考量的因素，最後綜合各因素而作決定的是「動機理論」中的「計劃行為因素」（Planned behavior, Ajzen, 1991），這就是說個別因素影響行為的程度，或者說影響行為接受的訊息（perception）的總和。這種程度或訊息的總和決定了「計劃行為」，計劃行為理論也包括了訊息的強度，而決定訊息強度則包含下列三項變數：

1. 態度傾向（attitudes fowards）：綜合所有信念的結果。
2. 主觀道德（subjective norms）：道德標準或宗教觀強烈影響訊息強度。
3. 信念控制（control beliefs）：各種政府規範或是朋友推薦。

台北縣人文地理及人文醫學背景介紹

一、人文地理介紹

1. 土地與面積：

本縣土地總面積為 2,052.57 平方公里，佔臺灣總面積 36,000.06 平方公里之 5.70%，如按臺灣各縣市土地面積大小順序排序為第七順位。

台北縣各鄉鎮市土地面積，以烏來鄉 321.13 平方公里，占全縣土地面積之 15.64% 為最遼闊，惟該鄉均屬山嶽地帶，三峽鎮以 191.45 平方公里占 9.33% 次之，坪林鄉 170.84 平方公里，占 8.32% 再次之，而以永和市 5.71 平方公里僅占 0.28% 為最小。

2. 地理環境：

本縣東西長 68.40 公里，南北長 69.09 公里。東北兩面臨海，南與宜蘭縣為界，西與桃園縣相接，沿海地區靠臨太平洋之鄉鎮有瑞芳鎮及貢寮鄉，緊靠太平洋與臺灣海峽之鄉鎮有萬里鄉及金山鄉，面臨臺灣海峽之鄉鎮有石門鄉、三芝鄉、淡水鎮、八里鄉及林口鄉等。

本縣東隅多山嶺，地勢崎嶇，西隅則傾斜平緩，田野萬頃。山脈自東北海岸向西南分馳大屯山、觀音山兩嶺雄峙，形成淡水港。境內圍繞臺北市，東北角緊臨基隆市，南接新興產業地帶。台北縣位於台灣本島之西北端，最北端為石門鄉之富貴角燈塔，位於北緯二十五度十八分十一秒，其最南端為烏來鄉南端棲蘭山，位於北緯二十四度四十分五十一秒，最西端為林口鄉之西端小南灣下福，位於東經一百二十一度十六分三秒，東端則為平溪鄉與雙溪鄉及瑞芳鎮之交界處。北西兩側臨海，東側與宜蘭縣為鄰，南側與桃園縣為界，為台灣省最大之縣。

台北縣之地形殆以丘陵地、山地與台地而成；除基隆河、新店溪及淡水河流域有狹小之河床平原與台北盆地外，無顯著之平原地形，海岸亦無顯著之隆起平原。山脈火山、台地等逼近海岸；海岸線之大部分為連續之海岸及海蝕台。中央稍偏西側有台北盆地，其東半屬於台北市，西半屬於台北縣轄區。

台北縣之山地中，東側有基隆火山群之數個火山體，屹立於水成岩之山地中，其北西側亦被大屯火山群所佔而成特殊之火山地形。本縣西南端之林口台地，為古石門沖積扇之一部分，以顯著之台地崖與桃園台地相接。

本縣之主要河流為淡水河，其支流包括：

1. 基隆河：由平溪鄉流經瑞芳鎮、基隆市、汐止鎮，於台北市附近匯入淡水河，經淡水鎮出海。
2. 北勢溪：由雙溪鄉流經坪林鄉、石碇鄉，於新店市與南勢溪會合注入新店溪。
3. 南勢溪：由烏來鄉流入新店市與北勢溪會合匯入新店溪。
4. 新店溪：將南勢溪與北勢溪會合後流經新店市、永和市、中和市，於板橋市與大漢溪會合匯入淡水河。
5. 三峽溪：由三峽流經土城市、樹林市，匯入大漢溪。
6. 大漢溪：由鶯歌鎮、樹林市、土城市、新莊市、板橋市匯入淡水河。

台北縣內環繞著台北市及商港城基隆市，形成大台北都會區共同生活圈，正朝著雙子星城的模式發展。

3. 人口概況：

本縣人口增長快速，現有人口已逾三百六十七萬人。本縣人口百分之八十以上均聚居於十個縣轄市，總面積僅 346 平方公里，約佔全縣總面積六分之一。台北縣大部分縣民，多操閩南語及客家語，還有一部份台灣原住民。台北縣具有豐富自然景觀及人文特色，也是一個充滿活力成長中都市。

4. 地方沿革：

臺北古曰雞籠。迨光緒元年沈葆楨奏請添設臺北府，始有「臺北」之稱，蓋以位居本島之北部，因以得名。日據初期，設臺北縣。其後廢縣置廳，地方區域幾經變更。民國九年廢廳置州，稱臺北州。光復後，改臺北州為臺北縣。州治原設在臺北市，改州為縣後，縣治始遷板橋市。

5. 行政區：

10 市：

板橋市，三重市，永和市，中和市，新莊市，新店市，土城市，蘆洲市，汐止市及樹林市。

4 鎮：

鶯歌鎮，三峽鎮，淡水鎮，瑞芳鎮。

15 鄉：

五股鄉，泰山鄉，林口鄉，三芝鄉，石門鄉，八里鄉，平溪鄉，雙溪鄉，貢寮鄉，金山鄉，萬里鄉，深坑鄉，坪林鄉，石碇鄉及烏來鄉。

二、各行政區的人文醫學背景介紹：

1. 板橋市 (539,109 人/23.14 平方公里)

板橋地區平埔族原稱「擺接」，後有人在滴仔溪上架築木板橋（現址為接雲寺前水泥橋），初期俗稱「枋橋」，因閩南語「坊」與「板」發音相同，屢於民國九年改名為「板橋庄」。

台北縣板橋市原為一個荒蕪之地，平埔族擺接社零星的散佈其間，初來墾闢枋橋地區者以賴氏、楊氏為最早，據新埔賴阿淵家族所藏之「賴氏族譜」顯示；康熙年間入墾者與平埔族住民雜居，後至乾隆年間林成祖、廖富椿到台北盆地的擺接社開墾後，板橋的開拓才開始全面的展開。

板橋市位於台北盆地的中部，地勢東南高而西北低，為遠古老沖積層堆積而成。據考古學家研究，約在西元前四千年至二千年之間，已有古石器人類在此居住，民國五十年九月廿五日曾於新埔地區發現匙形石斧一件，即為判斷依據。

板橋市位於台北縣西北端，北以淡水河、大漢溪與三重、新莊市為界，東北與台北市隔新店溪相望，西臨大漢溪接樹林鎮，南與土城、中和市相比鄰，地形狹長，地勢平坦，氣候溫和，為全省第一大縣轄市，台北縣治所在地，總面積 23.14 平方公里，河域面積即廣達 685.68 公頃，目前行政區域分為 126 里，2317 鄰，人口數已達 539,109 人，為全國縣轄市之冠。

板橋市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	台北縣立板橋醫院 台北縣板橋市英士路 198 號
2	板新醫院 台北縣板橋市中正路 189 號
3	蕭中正醫院(蕭婦產科醫院) 台北縣板橋市南雅南路一段 15 號之 1.17 號.19 號)
4	吉仁醫院 台北縣板橋市實踐路 114 號~116 號
5	中興醫院 台北縣板橋市忠孝路 15 號
6	德全醫院 台北縣板橋市民權路 11 號

7	中英醫院 台北縣板橋市文化路一段 196 號
8	國泰醫院 台北縣板橋市忠孝路 5.7.9.11 號(1~3 樓)
9	板英醫院 台北縣板橋市文化路一段 267、269、271 (1~4 樓)

2. 三 重 市 (384,458 人/16.32 平方公里)

昔稱三重埔，「埔」即指平原，早期由新莊登陸的大陸移民，往北拓墾，第一個平原為「頭重埔」，「三重埔」就是第三個平原。

前清時期，當大稻埕繼艋舺之後，成為台北的重要商業區，三重以桅檣帆影，往來兩岸，是一熱鬧城鎮。清光緒 15 年（西元 1893 年）劉銘傳興建鐵路之際，於大稻埕與三重埔之間的淡水河上，築造木橋，火車駛經今重新路至桃園、新竹，然日據時代因木橋為洪水沖毀，日人將鐵路改為經萬華、板橋而至新竹，將原來三重埔鐵道路基闢為南北縱貫道路。民國 14 年，日人將木橋改建為鐵橋，並命名為台北橋，此更註定了三重往後的發展與隔岸台北之息息相關。

日據時代，三重市係隸屬於台北州新莊郡鷺州庄之三重埔與二重埔，台灣光復後，鷺州庄改名為蘆州鄉，三重市仍隸屬於蘆州鄉，民國 36 年與蘆州鄉分治設鎮，始稱三重鎮，管轄面積有 16.317 平方公里。民國 48 年闢建中興橋連接台北市成都路與本市二重埔一帶，三重自此更加繁榮，民國 51 年正式升格為縣轄市至今。

台北縣三重市位居台北盆地淡水河西岸，面積 16.317 平方公里，大漢溪由南至北繞經本市東南緣，與東來的新店溪會合注入淡水河，本市東北面臨大屯山群峰，北望觀音山，西有桃園台地，屏風般的丘陵綿延不斷，全境地勢平坦，呈典型的盆地特色。

三重因地勢低窪，每逢豪雨或颱風，往往連同盆地上其他地區淹水成災。就地理環境而言，是不適宜於發展為三十萬人以上之都市地區。三重與台北都會區的關係是密不可分的，三重自來水亦取給於台北市，安全則有賴盆地防洪設施的擬訂及實施，同樣地，三重的污水排水設施亦影響及於盆地中其它地區，台北市的員工不少居住於三重，而三重成為是台北市產業活動最好之市場及技術勞力之來源。

三重位於盆地西半之東南，與新莊、蘆洲、五股、泰山相距甚近，生活供需上有著密切的關係，三重可謂台北市以外都會區之次級消費中心，此關係亦促使三重市在如此不利的地理條件下發展成三十萬規模之城市，由於社會經濟條件變遷的迅速，造成許多都市發展上的問題，成為整個都會區域中最不健全發展的一個地方。

三重市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	台北縣立三重醫院 台北縣三重市中山路 2 號
2	恆生醫院 台北縣三重市光復路一段 16 號
3	祐民醫院 台北縣三重市重新路二段 2 號

3. 永 和 市 (231,665 人/5.71 平方公里)

台北縣永和市位於台北盆地東南一隅，和台北市以新店溪為界，地勢單純，其間無山脈、丘陵，是一片由東南向西北逐漸降低之平原。

民國四十七年，分鄉設鎮正式立名為永和鎮，據已故之前省議員陳根塗先生表示，此名是由地方前輩楊仲佐先生所取，他認為說不管是本地之泉州人、中和之彰化人、或是後來遷入之各省籍人士，都應體認和諧、團結之重要，才能有繁榮之建設，永久之和平。

目前永和市包含 93 里 1249 鄰，但面積僅有 5.71 平方公里。是全台面積最小之市鎮，但人口已逾 23 萬，每平方公里人數超過四萬以上，密度居世界之冠。

永和市與台北市僅有一水之隔，當隔岸之台北市正逐漸邁向國際舞台之際，永和市也正迅速的發展，熱鬧繁華之市街與台北市並無二致。由外地來北部謀生而定居於此地者多為青壯人口，其中有不少新婚夫婦在此生兒育女，使本市人口呈現年輕化，知識水準頗高，致使永和市人口素質等齊，是個充滿年輕活力、欣欣向榮之新市鎮。

永和市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	復康醫院 台北縣永和市中和路 577 號
2	柯瑞祥婦產科醫院 台北縣永和市福和路 278 號
3	永和振興醫院 台北縣永和市信義路 18 號 1~6 樓.地下 1 樓
4	財團法人天主教耕莘醫院永和分院 台北縣永和中興街 80 號

4. 中 和 市 (405,981 人/20.14 平方公里)

本市地名起源無從考據，或云取昔日境內「中坑」庄與「漳和」庄前後個一字而成，或云由「漳」和訛傳而為「中」和。

台北縣中和市原名中和莊、民國35年1月改中和莊為中和鄉、隸屬台北縣海山區，36年1月海山區歸台北縣政府直轄至民國39年依據「台灣省實施地方自治綱要」，經普選成立第一屆鄉民代表會始，首行鄉長民選，至68年10月由於人口漸增，升格為中和市、改制為市民代表會，迄今已歷10屆鄉民代表會、五屆市民代表會，地方自治運作已臻成熟。目前行政區人文地理劃分南勢、秀安、漳和、員山四區，統轄93里、2410鄰。

光復後，中和市之最大轉變，來自民國三十八年前後湧入的大量外省移民，斯時扮演首都疏散下的住宅區，作為中階層軍公教人員的主要住所，建立許多眷舍。由於台北市是中央政府所在地，中和除了提供軍官眷屬的住宅外，也提供了部分公教人員的住宅需求，中和作為台北市近郊的一個衛星城鎮。

民國四十七年，中、永和分鎮，此時外省移民成為中和人口結構中的多數，除了枋寮仍作為聚落中心外，幾個外圍地區如五安、員山、平河、南勢角等開始形成了以眷村為主的發展地區。

中和市為台灣地區最主要的移民據點之一，主要是因為早期的發展以及環繞台北市衛星城市的地理位置，而中和市移入人口的社會經濟特徵，在性別並沒有差異，男性與女性移民的比例約略相等。

在交通方面，重要幹道有中山路東通永和、台北市、西連板橋、新莊。連城路東接中山路、西連土城市。景平路北接華中橋通台北市萬華區，東經秀朗橋往新店。中正路北達板橋、新莊、南接景平路通新店。現有東西向快速道路網，高架自新莊貫通板橋、中和、永和、新店，尚在施工中，而北二高位於中正路設有交流道，連接中山高速公路，輻射全台交通便捷。

中和市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	龍佑醫院 台北縣中和市景平路 412 號
2	佑林醫院 台北縣中和市中山路三段 71.73 號(1~4 樓)
3	誠泰醫院 台北縣中和市連城路 497 號 1.2 樓，499.501 號 1~4 樓
4	龍山醫院 台北縣中和市中山路二段 551 號
5	中祥醫院 台北縣中和市中山路二段 138 號(2~4 樓).140 及 142 號(1~4 樓)
6	怡和醫院 台北縣中和市連城路 49 號 1~4 樓
7	中山醫院 台北縣中和市泰和街 2 號(1~4 樓)
8	春暉醫院 台北縣中和市中山路三段 98 號

5. 新 莊 市 (383,296 人/19.74 平方公里)

台北縣新莊市是台灣北部開發最早的地區之一，在乾隆嘉慶年間，曾盛極一時是台灣北部工商行政中心與農業重鎮，嘉慶以後失去航運之利，略顯衰微，到光緒中葉新莊線鐵路完成，再度呈現活躍之勢，不久又因鐵路改道又平淡下來。

近年來新莊由農業市鎮蛻變為工商都市，再度呈現繁華的景象。新莊市的行政區域略呈心臟型全市劃分為新莊、頭前、中港、福營等四個區，境內除丹鳳地區一帶屬山坡地型外，其他都是廣闊的平原。

新莊市係六十九年奉令改制為縣轄市，因位於台北市近郊，再加上人口密集、交通便利等種種有利條件加速新莊商業的發展，並開闢一座廿二公頃綜合運動場。同時，興建一座文化藝術中心藉以推展各項文化藝術活動。

新莊市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	英仁醫院 台北縣新莊市大觀街 46-2 號
2	新仁醫院 台北縣新莊市中正路 395 號
3	仁濟療養院新莊分院 台北縣新莊市瓊林路 100 巷 27 號
4	新泰綜合醫院 台北縣新莊市新泰路 157 號
5	益民醫院 台北縣新莊市中港路 127 號 1~4 號

6. 新店市 (282,518 人/120.23 平方公里)

台北縣新店市開拓於清朝乾隆年間，距今約三百廿年，相傳當時有福建省康州籍之林某商人，在通往烏來道路旁，架設小屋，經營什貨及與原住民交換物品，因未設店號，往來行旅以「新店」稱謂，日久習慣而名。

本市位居台北縣南端台北盆地南隅，東經121°32度，北緯24°57度，東鄰石碇鄉，西靠中和市，南銜烏來鄉，北與景美、木柵為界。轄內山脈綿沿，地勢南高北低屬本省北部雪山山脈分支之丘陵地帶，山巒疊起，地勢陡峻，自南邊海拔一千公尺之大桶山向北逐漸降低，以迄台北盆地邊緣，河流源自於烏來之拳頭山南勢溪與淵源於宜蘭縣坪林之北勢溪匯流成為新店溪，蜿蜒北行至淡水河入海，全長73.3公里。

新店市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	同仁醫院 台北縣新店市民權路 89 號
2	宏濟神經精神科醫院 台北縣新店市安忠路 57 巷 5 號
3	宏慈療養院 台北縣新店市安泰路 157 號

7. 土 城 市 (235,721 人/29.56 平方公里)

台北縣土城市位於台北縣的西方。地理上則位於大漢溪東南岸，為背山面水的地理環境。行政區域上，東北與中和交界，東南山面和新店接壤，南與三峽毗鄰。西隔大漢溪與樹林相遙望，西北連接板橋市，總面積為 29.56 平方公里。

本市因位居台北盆地邊緣，為一新興發展都市城鎮於民國 82 年 6 月 26 日，由土城鄉升格為縣轄市。

土城市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	元復醫院 台北縣土城市中央路二段 318 至 324 號 1~4 樓
2	仁安醫院 台北縣土城市中央路一段 62.64 號 1~5 樓
4	北城婦幼醫院 台北縣土城市中央路一段 7-18 號
3	廣川醫院 台北縣土城市裕民路 274.276.278 號

8. 蘆洲市 (176,875 人/7.44 平方公里)

台北縣蘆洲市往昔一片原野及淡水河中之浮出地而成。原野之一部份為二重埔，亦稱為三重埔。淡水河之浮出地，過去亦稱為「河上洲」「和尚洲」「鷺洲」「蘆洲」等。

二百餘年前，泉州人移居於此，從事開墾，至咸豐、同治時代，和尚洲形成一小西街，成為本市農產之集散中心。日本治台時代，屬於台北洲新莊郡所管轄，台灣光復後民國36年4月1日，二重埔，三重埔又分治為三重鎮。本市東北隔淡水河，與北市陽明山相望，東南與三重市相連，西南與五股相鄰。

民國86年人口突破15萬人，並於同年10月6日改制為縣轄市。

蘆洲市之地區醫療資源包含以下醫院：

1	全民醫院 台北縣蘆洲市三民路7號
---	---------------------

9. 樹 林 市 (159,561 人/33.13 平方公里)

台北縣樹林市舊名風櫃店，因當初先民開發本市時有很多打鐵店的風櫃，因而得名。清乾隆年間，河水氾濫，盡成澤國，沿岸高埠，種植林木，以防土地流失，遂有樹林之名。本市原是龜崙山胞所居住的區域，至鄭成功來台之後才逐漸開發。清康熙年間，劃屬諸羅縣，並先後改隸淡水廳、南雅廳、桃園廳，日據時代劃屬台北州、海山郡、鶯歌街。臺灣光復後於民國三十五年與鶯歌分治成立樹林鎮。

因本市位於大台北都會區的衛星城鎮，提供大量就業機會，吸引外來人口，其中樹林地區開發最早，以商業及住宅區為主，約佔全市人口總數百分之四二·三多；山佳地區近十幾年大小工廠林立，成為工業區；三多地區佔全鎮人口總數百分之三六；山佳地區佔百分之一六；柑園地區則因受地理環境影響，至今仍保持農業社會型態，居民多以務農為主，以生產稻米，蔬菜為主，但亦因北二高的通行，社會型態之轉變，該地區亦逐漸在改變。

樹林市之醫療資源包含兩所地區醫院：

1	樹林醫院 台北縣樹林市中山路一段 111 號
2	仁愛醫院 台北縣樹林市文化街 9 號

10. 三 峽 鎮 (85,861 人/191.45 平方公里)

台北縣三峽鎮因地勢之關係，面積雖大，然平坦之良疇沃野並不多，只占百分之八左右而已，從東北方溪北里把口之獅頭山起，界連土城市、新店市、烏來鄉、復興鄉、大溪鎮而至與西邊鶯歌鎮之尖山對峙的鳶山止，綿亙數十公里，都是層巒疊嶂，翠谷青峰的山區，景觀自然秀麗為名符其實的山明水秀之境。

三峽鎮之地區醫療資源包含以下醫院：

1	文化醫院 台北縣三峽鎮介壽路一段 199 號
2	靜養醫院 台北縣三峽鎮中山路 459 巷 92 號

11. 淡 水 鎮 (123,388 人/70.66 平方公里)

現在的淡水街舊時被稱為「滬尾」，據說是因為此地位於淡水河的尾端，而且有漁民於此設石滬捕魚而得名。到了日據時代，「淡水」正式取代「滬尾」並沿用至今。

古時候「淡水」是一個地方的總稱，使用於淡水河口與淡水港，更早以前甚至是指整個台灣北部。而「滬尾」即是村落名稱，後來「淡水」與「滬尾」並用，日本時代「淡水」才正式取代「滬尾」的名稱，而沿用至今。

今日的淡水鎮，北鄰三芝鄉，南以關渡和台北相接，西瀕台灣海峽，並與八里一水之隔；境內除淡水河口狹小平原外，大屯山陵被覆本鎮泰半，形成山城河港。河光山水、風景秀麗，自古為台灣八景之一，昔日並有「東方威尼斯」之稱。

戰後，淡水淪為小漁港，雖一直有開港的風聲，但卻事與願違。隨著大台北都會區的發展，淡水的產業與社會漸漸有了改變。早先經濟依賴在此就學的大學生；之後，逐漸變為北海岸觀光遊憩的重點而生機蓬勃；直到近十年來房地產的熱絡發展才讓淡水在人文與自然環境上起了結構性的變化。例如：過度的市鎮開發，造成市容的惡化；大量移入的外來人口，突顯了公共設施的不足和居住品質的惡化。

淡水鎮之地區醫療資源包含以下醫院：

1	長青醫院 台北縣淡水鎮糞箕湖 1-5 號
2	北新醫院 台北縣淡水鎮忠寮里演戲埔腳 1~2 號
3	公祥醫院 台北縣淡水鎮英專路 21 巷 25.27 號、中山路 38.40 號
4	泓安醫院 台北縣淡水鎮下圭柔山 91 巷 2 號 1~4 樓.地下 1 樓

12. 瑞 芳 鎮 (45,314 人/70.73 平方公里)

據聞清朝時有陳、賴、沈三姓人民，在現柑坪里合資經營一家貨品齊全的商店，名為「瑞芳號」，因而得名。

本鎮三面環山，一面臨海青山綠水，觀光資源雄厚，四、五十年代間，曾為本縣第二大鎮，金煤產量冠於全台，「金九」地區美稱「小香港」工商發達。

五十年代後，金煤逐漸開採殆盡，未能即時發展觀光事業、公共建設落後，人口外流，地方日愈蕭條，近年政府逐漸重視觀光，金九候硐地區觀光規劃正由縣政府辦理中，本年度規劃完成。有關本鎮建設期盼能成為大台北地區觀光休閒重要據點。

沿海地區以漁業為主，可耕地約佔 2.48%，農業人口少，民國六十年以前，居民泰半以礦業為主，礦業沒落後，紛紛出外謀生。瑞芳第二工業區瑞發工業區之發展，係鎮民增加就業機會、人口回流、再造繁榮之期盼。

瑞芳鎮之醫療資源包含一所地區醫院：

1	財團法人台灣區煤礦曠工福利委員會瑞芳醫院 台北縣瑞芳鎮一坑路 71-2 號
---	--

三、台北縣醫療資源背景介紹及歷史變遷

台北縣二十九個行政區中，包含 1 家醫學中心、4 家區域醫院及 48 家地區醫院(包括專科醫院及醫院)，1251 家基層診所，共有 2882 位醫師。每位醫師服務 1275.69 人，其中，淡水鎮因有馬偕醫院淡水分院，故每位醫師服務 545 人；三峽鎮因有恩主公醫院，故每位醫師服務 646 人，已達衛生署醫療網計劃全程目標每位醫師服務的 750 人。

此外，板橋市因有亞東醫院及 9 家地區醫院，故每位醫師服務的人口數為 878 人，也達到醫療網第一期計劃每一位醫師服務 1000 人之目標。

但石碇鄉及坪林鄉僅有一位醫師，故醫師人口比分別為 1 比 7700 及 1 比 6194。

每位醫師的服務人口超過 3000 人的尚有石門鄉、林口鄉及五股鄉等三鄉，其餘 21 個鄉鎮市則均在 1000 至 3000 人之間。

台北縣各鄉鎮市的面積、人口、人口稠密度及醫師數

台北縣鄉鎮市	面積	人口	人口稠密度 (人/平方公里)	人口稠密度排名	醫師數	每位醫師 服務人口數
板橋市	23.14	539356	23,298	4	614	878.43
三重市	16.32	384618	23,557	3	268	1435.14
永和市	5.71	231816	40,572	1	227	1021.22
中和市	20.14	406325	20,158	5	218	1863.88
新莊市	19.74	383745	19,417	6	334	1148.94
新店市	120.23	280661	2,330	12	263	1067.15
土城市	29.56	235729	7,974	7	113	2086.10
蘆洲市	7.44	177232	23,774	2	96	1846.17
樹林市	33.13	159101	4,799	8	96	1657.30
三峽鎮	191.45	85964	448	19	133	646.35
鶯歌鎮	21.12	82604	3,915	9	33	2503.15
淡水鎮	70.66	123646	1,746	14	227	544.70
汐止市	71.24	170765	2,406	11	81	2108.21
瑞芳鎮	70.73	45804	649	18	28	1635.86

五股鄉	34.86	72911	2,082	13	22	3314.14
泰山鄉	19.16	65649	3,421	10	29	2263.76
林口鄉	54.15	54848	1,011	15	15	3656.53
三芝鄉	65.99	23224	352	21	8	2903.00
石門鄉	51.26	11306	220	23	3	3768.67
八里鄉	39.49	30955	783	17	27	1146.48
平溪鄉	71.34	5845	82	25	3	1948.33
雙溪鄉	146.25	10061	69	26	4	2515.25
貢寮鄉	99.97	14077	141	24	6	2346.17
金山鄉	49.21	21851	443	20	8	2731.38
萬里鄉	63.38	19061	301	22	10	1906.10
深坑鄉	20.58	20745	1,006	16	9	2305.00
坪林鄉	170.84	6194	36	28	1	6194
石碇鄉	144.35	7700	53	27	1	7700
烏來鄉	321.13	4740	15	29	5	948.00
合 計	2052.57	3676533	1791.19		2882	1275.69 (每位醫師的 平均服務人 口數)

(資料來源：中華民國醫師工會全國聯合會 2003 年台灣地區執業醫師數及醫療機構統計)

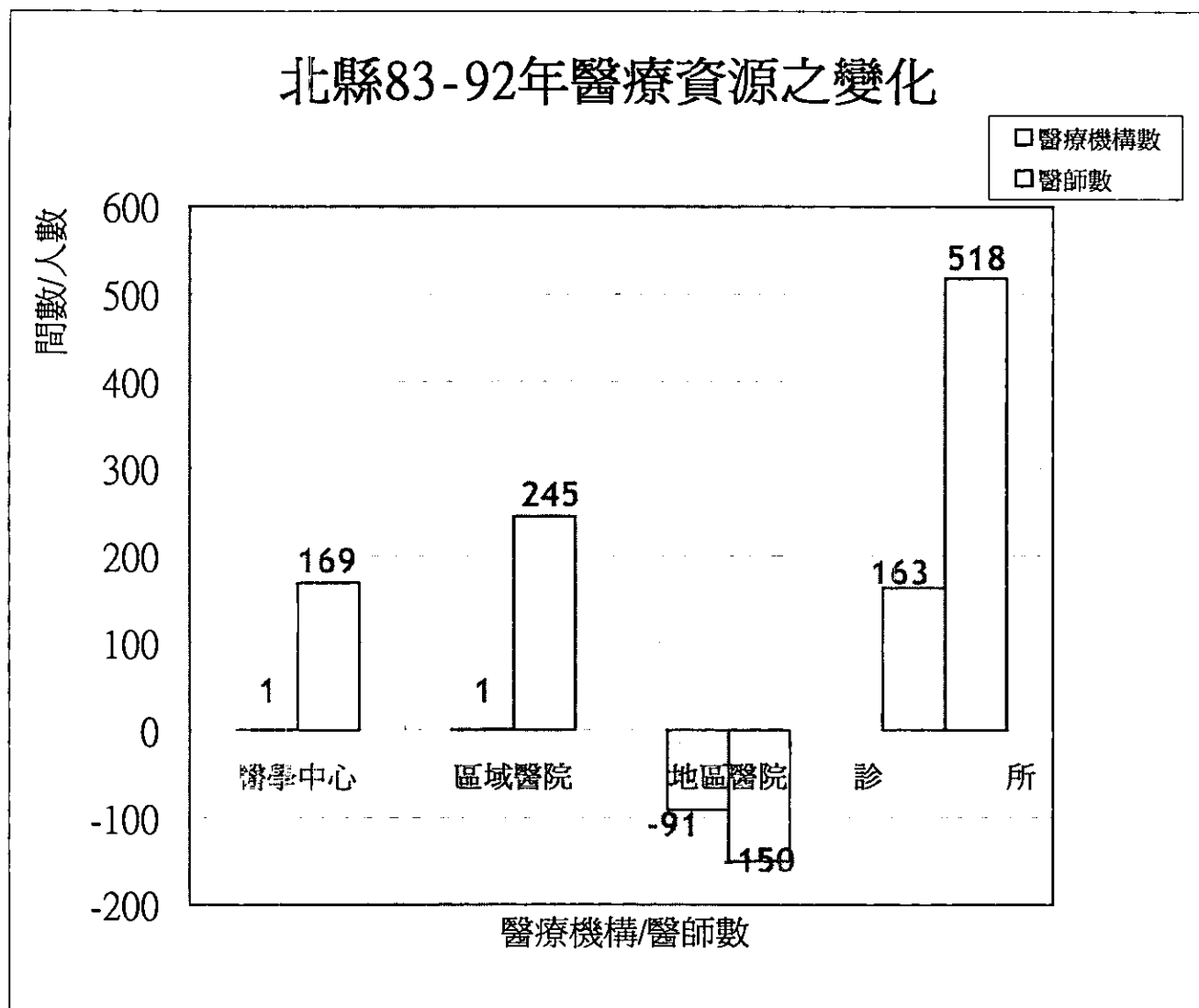
自全民健保實施後已十年(1995-2003)，因政府掌握所有的醫療資源，對台灣整體的醫院生態影響巨大，對於位在大台北都會區的外圍一台北縣也不例外。在現行醫療院所的層級規劃中，地區醫院是屬於基層醫療第一線處理的後送醫院(含第一線處理)，以及長期照護。十年前全民健保規劃即朝這個方向努力，但結果並不全然相同，我們回顧過去十年地區醫院的變化，如表 2，發現地區醫院及專科醫院呈現減少的現象。地區醫院從 1994 年(健保實施前一年)的 64 間減為 36 間，專科醫院從 15 間減為 8 間，地區醫院的執業醫師數則從 396 位減至 363 位，而專科醫院從 53 位減至 37 位，而同時期的醫學中心增加 169 位醫師/1 間醫院，地區醫院增加 245 位醫師/1 間醫院，基層診所增加 517 位醫師/163 間診所(如圖一)，醫療院所呈二極化的趨勢。

(表 1)

年度	醫學中心		區域醫院		地區醫院		診所		合計	
	醫療機構數	醫師數	醫療機構數	醫師數	醫療機構數	醫師數	醫療機構數	醫師數	醫療機構數	醫師數
83	0	0	3	313	94	594	1088	1183	1185	2090
84	0	0	3	300	87	589	1079	1210	1169	2099
85	0	0	3	286	78	575	1148	1335	1229	2196
86	0	0	2	300	78	610	1196	1457	1276	2367
87	0	0	3	287	75	658	1209	1506	1287	2451
88	1	115	4	422	67	446	1226	1543	1298	2526
89	1	119	4	476	63	448	1235	1578	1303	2621
90	1	118	4	524	60	475	1238	1580	1303	2697
91	1	156	4	560	60	450	1252	1658	1317	2824
92	1	169	4	558	58	454	1251	1701	1314	2882

註：地區醫院含專科醫院及小型醫院。

(圖一)

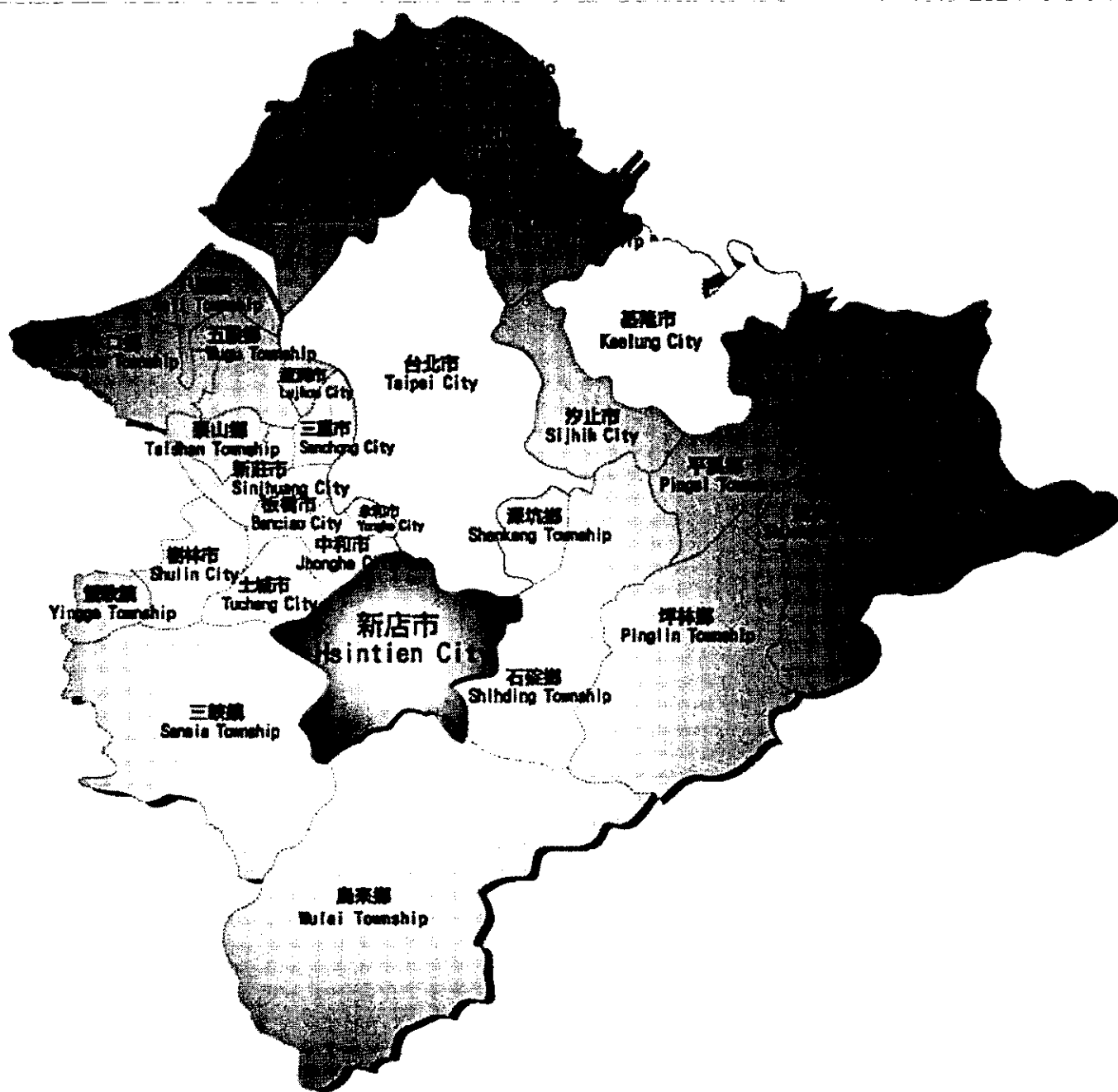


註：地區醫院含專科醫院及小型醫院。

四、研究設計

本研究依過去台北市地區醫院調查之研究架構，先分析台北縣之基本人文、地理等資料；再將台北縣之醫療資源分布情形及歷史變遷加以探討。經過背景分析，發現台北縣如同台北市地區醫院在健保實施後，逐漸減少，所以研究對象為台北縣的 29 個鄉鎮市之地區醫院的就診民眾。同時將 29 個行政區依其醫療機能分為 8 個醫療次區域，以次區域來分述理性求醫行為(如圖二)：

(圖二)



(表 2 台北縣各行政次區域之分布及醫療資源分布情形)

行政次區域	包含之地區	面 積	人 口	醫師數	地區 醫院	訪談人數
淡水次區域	淡水鎮	70.66	123,646	227	4	10
	石門鄉	51.26	11,306	3	0	0
	三芝鄉	65.99	23,224	8	0	0
合 計		187.91	158,176	238	4	10
三重次區域	林口鄉	54.15	54,848	15	0	0
	八里鄉	39.49	30,955	27	0	0
	三重市	16.32	384,618	268	3	30
	蘆洲市	7.44	177,232	96	1	10
	五股鄉	34.86	72,911	22	0	0
合 計		152.26	720,564	428	4	40
新莊次區域	新莊市	19.74	383,745	334	6	22
	泰山鄉	19.16	65,649	29	0	0
合 計		38.9	449,394	363	6	22
板橋次區域	板橋市	23.14	539,356	614	9	69
	土城市	29.56	235,729	113	4	34
	樹林市	33.13	159,101	96	2	10
	三峽鎮	191.45	85,964	133	2	1

	鶯歌鎮	21.12	82,604	33	1	0
合 計		298.41	1,102,754	989	18	114
新店次區域	新店市	120.23	280,661	263	3	10
	烏來鄉	321.13	4,740	5	0	0
	石碇鄉	144.35	7,700	1	0	0
	平溪鄉	71.34	5,845	3	0	0
	深坑鄉	20.58	20,745	9	0	0
合 計		677.73	319,691	281	3	10
汐止次區域	汐止市	71.24	170,765	81	0	0
合 計		71.24	170,765	81	0	0
雙和次區域	中和市	20.14	406,325	218	8	60
	永和市	5.71	231,816	227	4	40
合 計		25.85	638,141	445	12	100
瑞芳次區域	瑞芳鎮	70.73	45,804	28	1	10
	雙溪鄉	146.25	10,061	4	0	0
	貢寮鄉	99.97	14,077	6	0	0
合 計		316.95	69,942	38	1	10
金山次區域	金山鄉	49.21	21,851	8	0	0
	萬里鄉	63.38	19,061	10	0	0

合 計	112.59	40,912	18	0	0
總 計	1881.83	3,670,339	2881	48	306

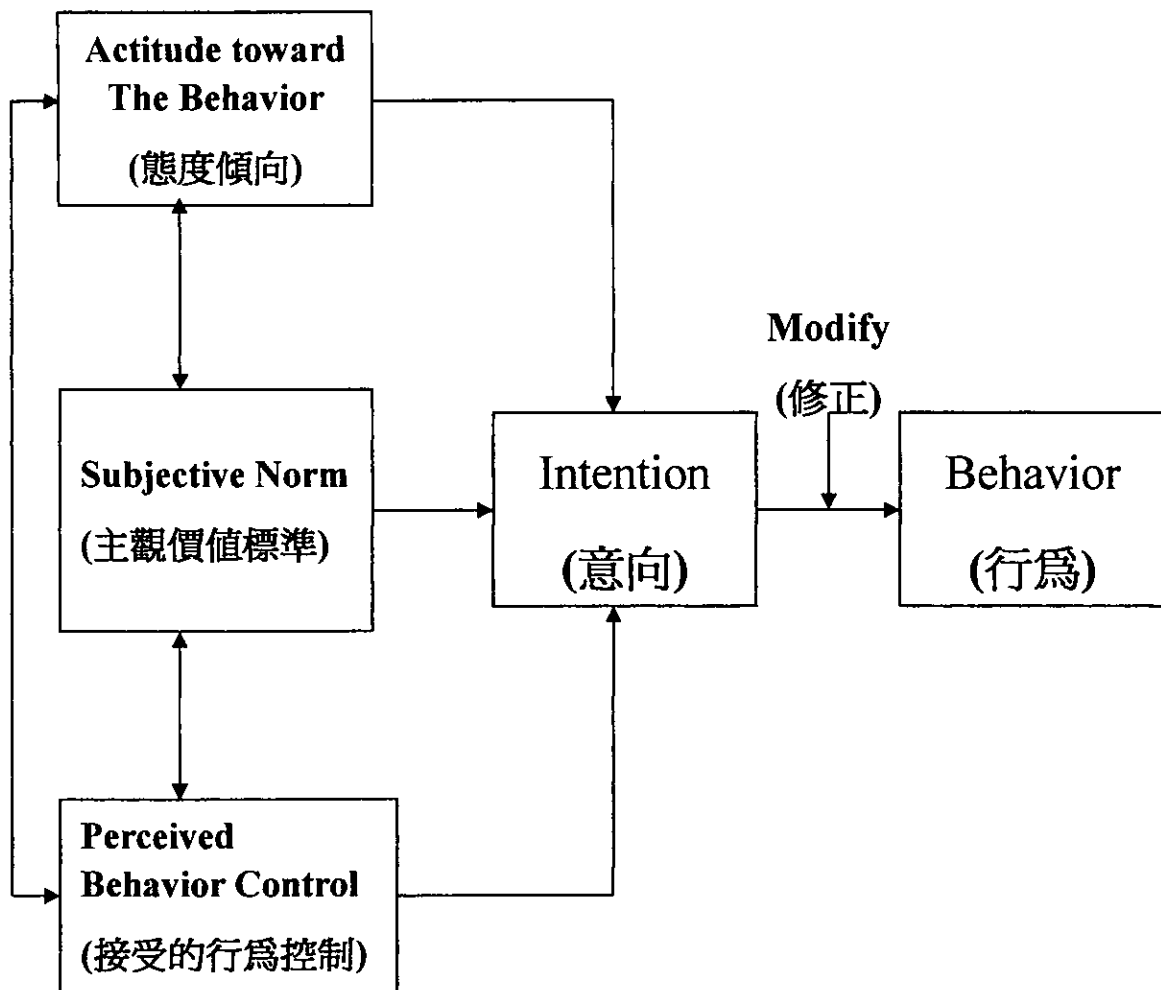
本研究設立開放式問卷，以人類學者參與觀察的方法，並導引受訪對象說出他心裡的想法，及對問題的判斷與主張，而非單一問卷的答案。內容包括：

1. 個人基本資料：性別、年齡、使用健保卡之次數、學歷、居住地、社經地位、就醫科別、就醫流向。
2. 對於「疾病」與「身體」的認識，以及生病時首先尋求醫療的機構，自行購藥的習慣，病症出現及就醫決定，家人對疾病治療的支持程度，相關書籍與知識的輔助，另類療法的尋求。
3. 選擇醫師原因：親友推薦、習慣、方便性、是醫道親切還是醫術高明。
4. 選擇醫院原因(平日生病優先選擇的醫療機構，以及本次就醫的原因)：親友推薦、習慣、方便性、檢查、拿藥、是醫術好，還是設備新，或是交通佳。
5. 對健保的評價：對於保費及部分負擔的接受程度，對於醫療服務的評價，對於健保實施後醫療品質的改變，對醫藥分業及轉診制度的看法。
6. 對於 2、3、4、5 各項所獲得的資料以紮根理論的方式來整理資料建立核心範疇，以歸納出相關結論，並且和當前醫療政策及相關理論再做較深入的結論。
7. 訪問 29 個鄉鎮市中有 48 家地區醫院(含專科醫院)，針對醫院作民族誌的訪問觀察及描述，每家醫院隨機訪問民眾 10 位。
8. 求醫行為的動機理論：
以 Icek Ajzen 的 Theory of Planned Behavior 為主，發展出本研究的台灣求醫行為理論(如圖示)。

$$\begin{array}{c}
 \text{Modify} \\
 \downarrow \\
 n \\
 \text{MBA} \propto \sum_{i=1}^n \text{MBI} \rightarrow \Sigma \text{MB}
 \end{array}$$

MBA=Medical Behavior Action

MBI= Medical Behavior Intention



9. 理性求醫行為(Rational Medical Behavior)：本研究理性求醫行為的公式如下

$$\begin{array}{c} \text{Modify} \\ \downarrow \\ \sum_{i=1}^n \text{RMBI}_i \rightarrow \Sigma \text{RMB} \end{array}$$

I=Intention

(1)健康信念：生病時優先選擇的就醫場所

藥局(P) → -2 (2 個負指數)

基層醫療院所(A) → +2(2 個正指數)

地區醫院(B) → +1(1 個正指數)

大型醫院(C、D) → -1(1 個負指數)

(2)就醫態度：

A.正面的就醫態度：

方便性 → 本區就醫 → +1(1 個正指數)

專業性 → 醫療技術卓越、設備優良、環境清幽 → +1(1 個正指數)

B.負面的就醫態度：

方便性 → 越區就醫 → -1(1 個負指數)

專業性 → 迷信大牌醫生、迷信設備及委託領藥 → -1(1 個負指數)

(3)平均看病次數：

5 次以下 → +2(2 個正指數)

6 - 10 次 → +1(1 個正指數)

11-20 次 → 0(標準數)

21-30 次 → -1(1 個負指數)

31-40 次 → -2 (2 個負指數)

41 次以上→ -3(3 個負指數)

(4)有無家庭醫師：

有 → +1(1 個正指數)

醫師轉介 → +1

自行前往 → -1

無 → -1(1 個負指數)

(5)有無轉診經驗：

有 → +1(1 個正指數)

無 → -1(1 個負指數)

(6)是否贊成轉診制度：

贊成 → +1(1 個正指數)

反對 → -1(1 個負指數)

(7)是否贊成醫藥分業制度：

贊成 → +1(1 個正指數)

反對 → -1(1 個負指數)

五、結果與討論

(一)各行政區之地區醫院研究調查報告

1. 板橋市

針對板橋地區共 9 間地區醫院，每間醫院隨機訪問 10 位患者，有些醫院患者十分稀少，雖多次造訪仍無功而返，計有 3 家醫院不足人數，分別為 5 位、4 位及 1 位。有效問卷為 70 位，女性 45 位，男性 25 位。年齡 40 歲以上，有 39 人，30 歲以下為 18 人。平均每年看病次數在 10 次以下為 61.4%(43/70)。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示板橋地區多數人在平均標準之下。

生病時先選擇醫院以基層門診 42.9%(30/70)，及地區醫院 37.1%(26/70)居多，只有 4 位會選擇區域或醫學中心，合理解釋基層門診的功能。但也有 14.3%(10/70)先到藥局購藥，表示藥局在社區醫療上仍有其一定價值。一位 40 多歲的中年男子表示：「平常如果不舒服會先選擇到藥局買藥，很少看醫生，幾乎只有看痛風而已。」56 歲，從事服務業的男子亦表示：「平常如果感冒咳嗽的話，會自己到藥局買藥，由藥局老闆依照他的病情給成藥或配藥，覺得很信賴藥師的專業。」

至於為何到本院治療，在方便性，專業及病情的選項上 65.7%(46/70)選專業，顯示近七成的就診民眾是以醫院的專業能力為第一優先考量。一位在板英醫院接受訪談的 30 多歲婦女便表示她住在萬華，「跑來這裡是由於聽說這裡有一位蘇醫師不錯，相信蘇醫師的專業。兒子有過敏體質，需要長期的拿藥及就醫。」。

有 87.1%(61/70)是居住於板橋市（其中 2 位是在鄰近區域但到板橋的醫院較近），另有 9 人是慕名或指定健診醫院。當日就診原因的半數是一般初級處理的疾病，另有 18.6%(13/70)是小手術回診或不易痊癒的雜症。慢性病也佔了 18.6%(13/70)，檢查則是 14.3%(10/70)。顯示板橋地區醫院具有第一線初級醫療、長期照護及健檢的功能，讓許多居住於外地的人慕名而來。

67.1%(47/70)無家庭醫師，91.4%(64/70)無被轉診經驗，民眾傾向於自行前往更大型的醫院，到地區醫院也很少是經由診所的轉診而來。有些民眾更換醫院是跟著醫師走，或著是有固定的不同科別的醫師。一位 55 歲的女士表示，「內科就到板英醫院看，林醫師原來自己開診所，後來收起來換去板英，我就跟到板英，因為他很不錯。外科我就到這裡來（中英醫院），因為有人介紹，我覺得看的有效用。那是要檢查我就去亞東（醫院），因為要比較大，比較精密的檢查……。」

67.1%(47/70)對轉診制度沒意見，只有 5 個人反對，有 22.9%(16/70)的人贊成轉診制度。對於醫藥分業，有 24.3%(17/70)的人若問其在甲診所看診還要到乙藥局拿藥（又隔兩條街），（多數）人還是猶豫，或覺得很麻煩。男性，26 歲，表示反對醫藥分業，「因為不相信藥師的專業，覺得醫院聘請的藥師比較嚴謹，外面藥局的藥師水準比較沒有保障。」另一頭髮微禿的中年男子，則表示贊成轉診制度，「覺得應該小病到小醫院，大病到大醫院，才不會小病擠到大醫院，重病急症的人還要等，浪費寶貴時間。因此在十五年前就很贊成，認為應該從小診所到地區醫院到醫學中心，之後再回流到地區醫院。」

65.7%(46/70)覺得健保實施後較方便，25.7%(18/70)覺得差不多，45.7% (32/70)對於健保保費覺得合理，21.4%(15/70)覺得尚可。而覺得部分負擔合理的人則佔 74.3%(52/70)。女性，40 多歲，認為健保保費不合理，表示「先生職位較高所以全家繳的保費較多。我們家很少有人生病，卻付的比別人還多，很不合理。有的機關明明職位高卻報成很低，要繳的錢就比較少，非常不合理，應該大家都一樣。」但認為部分負擔合理，有使用者付費的觀念，也有醫療保險可以申請扣除。27 歲男性，表示「健保是好的，是一種社會福利。當然，沒有用到是最好，但應該用在該用的地方，用在真正需要用的地方，增加設備或醫療資源，不要用來發給健保局員工獎金。一般民眾不了解制度，也只能配合，部分負擔及保費合理，但健保後藥變差了，病人為了快好，只好自費換藥。」一位 50 多歲的中年男子，覺得健保保費合理，「但應由專業人士評估，而不是由一般民眾說合不合理。」認為使用者付費是應該的，醫院的一些成本是可以計算出來的，應由專業人士計算成本，而非民眾決定。

健保實施後，17.1%(12/70)的民眾認為診療有提昇，1.4%(1/70)的民眾認為藥物有進步，8.6%(6/70)的民眾則覺得設備有提昇，71.4%(50/70)的民眾認為實施前後都差不多，沒什麼意見。2.9%(2/70)認為診療品質下降，4.3% (3/70)認為藥物品質變差，2.9%(2/70)認為醫療設備品質下降。一位年齡 50 歲左右的女性表示：「我不信任健保的藥，覺得都吃不好，有一次我拿自費開的藥去問健保的醫院能不能給我開這個藥，但健保醫院說沒辦法，讓我覺得很生氣。覺得健保保費很貴，一個月要繳好幾百塊錢，現在又越調越高，還管制某些藥不能用，健保開的藥吃了不會好，還不如去看自費。」

板橋地區的人口稠密度在全台北縣的排名為第四名，每平方公里有 23,298 人，再加上距離台北市近，交通便利，不管是商業往來或人文交流都非常頻繁，因此該地區幾可說是台北縣與台北市的重要商圈樞紐。因人口多，因此該地區的地區醫院也相當多，競爭相當激烈。而從以上資料顯示，板橋市的居民就醫多屬理性，沒有“明星醫院”之迷思，且在選擇醫院時，多以醫師或醫療設備的專業性(65.7%)來作考量。各地區醫院之間便能相互產生良性競爭，各自在其專門科加強責任，照護板橋居民的健康。

2. 三重市

三重有 3 間地區醫院，每間醫院隨機訪問 10 位患者，總計有效問卷為 30 位，男性 17 位，女性 13 位。年齡 41 歲以上的有 19 人，40 歲以下為 11 人。平均每年看病次數在 10~20 次為 12 人，10 次以下的也有 12 人。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示三重地區多數的受訪病患接近平均標準。

生病時先選擇醫院以地區醫院(12/30，20%)，及基層門診(9/30，30%)居多，雖合理解釋基層門診的功能。但也有 30%(9/30)先到藥局購藥，表示藥局在社區醫療上仍有相當價值。

至於為何到本院治療，在方便性，專業及病情的選項上，63.3%(19/30)選擇方便性，顯示超過六成的就診民眾是以醫院的距離遠近為第一優先考量。20%(6/30)是考慮醫院的專業，16.7%(5/30)則是因急症或慢性病前來。一位 50 多歲，教育程度為國小的老婦人便表示身體不舒服時會到醫療診所看醫生，因為較方便，而且醫院感覺上醫療設備比較好，也比較能安心，因此會選擇地區醫院就醫。

有 25 位是居住於三重市，7 位居住於外埠(其中有 3 位是慕名而來，4 位因工作關係而前來)。當日就診原因有過半數(17/30，56.7%)是一般初級處理的疾病，另有 23.3%(7/30)是小手術回診或不易痊癒的雜症。慢性病佔 10%(3/30)，檢查也佔 10%(3/30)。顯示三重地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能。

83.3%(25/30)無家庭醫師，無轉診經驗的則有 90%(27/30)，到地區醫院也不一定是經由診所的轉診而來，民眾傾向於自行前往更大型或認為醫術可信賴的醫院。一位 50 多歲的中年人，家住台北市，表示之前曾在榮總看病，覺得效果不是很好，所以自行到祐民醫院看醫生。

73.3%(22/30)贊成轉診制度。36.7%(11/30)贊成醫藥分業的制度，30%(9/30)無意見，33.3%(10/30)反對，反對的原因為分開領藥較麻煩，覺得沒必要。一位 50 多歲的中年男子，反對醫藥分業，因為「這樣感覺上並沒有給病人更好的服務，實質上都差不多，既然如此，實在沒必要多跑一趟，浪費時間。」一位 20 多歲的年輕人則贊成醫藥分業，因為慢性病患者只要有處方簽，便可自行依照處方簽去購買藥物，不需要再次去看醫生，排隊掛號。

66.7%(20/30)覺得健保實施後較方便，23.3%(7/30)則覺得差不多。對於健保保費覺得合理的有 26.7%(8/30)，認為尚可的有 40% (12/30)。覺得部分負擔合理的人則佔 73.3%(22/30)。一位中年男子，認為保費合理，但覺得現在有些人看病次數非常多，某些人並不是為了看病而前來就醫。認為應該「這個人用多少，自己就承擔自己的那個百分比，且應承擔較多的

保費，對於診療費的部分應該也要收高一點，讓他們知道不要浪費這些寶貴的社會資源。」一位學歷為國中的中年男子則覺得健保保費不合理，因為勞、健保都要繳錢，有重複收費的嫌疑，且繳的又多，因此負擔很重，身心疲勞。一位中年婦女則說道：「覺得現今推行的健保 IC 卡制度並不是很方便，因為以前使用普通紙卡時比較安全，現在的 IC 健保卡並沒有看到蓋章或什麼特別記號，不了解資料登錄時的過程，這讓我有些擔心。」一位 20 多歲的女大學生，覺得使用健保 IC 卡非常的不方便，因為，她每看完 6 次要去醫療診所更新時，每次電腦都當機，不知道是因為軟體或硬體出了什麼問題。因此，非常不贊成。

在健保實施後，66.7%(20/30)認為醫療品質與之前差不多，16.7% (5/30)認為診療的品質有提昇，6.7%(2/30)認為藥物品質提昇。另有 10%(3/30)則認為醫療的品質、藥物等的水準降低。一位 20 多歲的女大學生，認為越上層的醫療院所的品質越差，反而下層比上層好，因為上層的醫療院所給人的感覺就是醫術比較好、設備比較高級等等，但因每一天要看的病人非常多，問診時間沒多久便結束了，讓人覺得其實並沒有那麼專業。

因醫療科技發展，國內人口結構老化，再加上全民健保於 84 年實施，醫療需求增加，政府財務日益窘迫，為提昇公立醫院產能效率及醫療品質，政府將縣立醫院之整併列入施政方針。因此，於今年七月一日正式成立「臺北縣立醫院」(其前身為臺北縣立板橋醫院及臺北縣立三重醫院)。這二間地區醫院的整合為北縣居民的健康作了最好的把關，分為二個院區，方便民眾就醫。由此看來，對三重地區的民眾而言，就醫的方便性非常重要，因此，該區的民眾較不會越區就醫，地區醫院的經營也較穩定，不受其他大型醫院的競爭影響。

3. 永和市

永和共 4 間地區醫院，每間醫院隨機訪問 10 位患者。有效問卷數為 40 份，女性 26 位，男性 14 位。年齡 40 歲以上，有 23 人，40 歲以下為 17 人。近五成的人數，平均每年看病次數在 10 次以下佔了 47.5%(19/40)。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示永和地區多數人在平均標準之下。

生病時先選擇醫院以基層門診(20/40，50%)及地區醫院(13/40，32.5%)居多，只有 4 位會選擇區域或醫學中心，合理解釋基層門診的功能。但也有 7.5% (3/40)先到藥局購藥，表示藥局在社區醫療上仍有其一定價值。一位三十多歲的年輕婦女認為平日有身體不適就多休息。如有感冒、咳嗽現象則就近藥房買藥服用，比較省事。

選擇本院治療的原因，在方便性，專業性及病情的選項上，55%(22/40)以專業性作為第一個選擇因素，顯示近六成的就診民眾是以醫院的專業能力為第一優先考量，且受訪者多數是仰慕醫師的醫術而來，而且大部分滿意醫院的服務。一位中年男士，坐著輪椅推進來表示腳受傷，住在板橋，但是選擇永和的醫院，因為這裡的醫術較好。另一位中年女生，咳嗽很久，在附近診所一直看不到，便到永和耕莘醫院，感覺醫院較大，儀器設備較齊全，醫術也較好。

在這 40 位受訪者中，有 34 位是居住於永和市區域（其中 6 位是在鄰近區域但到永和的醫院較近），另有 6 人是慕名或建議轉診本院。當日就診原因以一般初級處理的疾病居多(18/40，45%)，小手術回診或不易痊癒的雜症則次之，佔了 32.5%(13/40)。慢性病佔了 12.5%(5/40)，檢查則佔 10%(4/40)。顯示永和市的地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能，同時也吸引其他地區的患者。

47.5%(19/40)的受訪者有家庭醫師，85%(34/40)無被轉診的經驗。受訪者傾向於自行前往更大型的醫院，到地區醫院也很少是經由診所的轉診而來。

多數民眾(24/40，60%)對轉診制度持贊成態度，30%(12/40)的受訪者表示沒有意見，反對則僅佔 10%(4/40)。對於醫藥分業制度的看法，45%(18/40)的民眾認為具專業性而表贊同，但有 32.5%(13/40)的人覺得在甲診所看診還要到乙藥局拿藥，就效率上看來非常不方便，(多數)人覺得很麻煩。

20%(8/40)對於健保保費覺得合理，27.5%(11/40)覺得尚可，因此有近五成的民眾認為目前的保費還可負擔，但也有近三成(32.5%)的民眾覺得有點貴，希望調降。至於在健保部分負擔方面，覺得合理的人佔 67.5%(27/40)，約有近七成的比例。一位三十多歲的年輕女士表示

，「全民健保的部分負擔是合理的，但全民健保太浪費，都被藥廠及別人賺走了。例如你看眼科，明明一罐藥水根本用不完，但是下一次去看的時候仍然會給你新的藥，這明明就是浪費了嘛！」

另外，75%(30/40)的民眾覺得健保實施後看病較方便，17.5%(7/40)的民眾則認為差不多。但是說得出治療品質提昇的有 12 人，其中 12.5% (5/40)的受訪者認為健保實施後診療品質有所提升，5%(2/40)則認為藥物有提昇，12.5%(5/40)覺得設備有進步，67.5%(27/40)覺得都差不多沒什麼變化，15%(6/40)則覺得有醫療品質有下降的情形。一位四十多歲的家庭主婦由朋友介紹來就診，說道：「全民健保實施後，看病有比較方便，IC 卡更方便，但對藥物方面說都比較不好，用好的藥要加強，其他好像沒什麼差別。」

永和地區，地狹人稠，繁榮不亞於台北市，四間地區醫院，各擅勝場，每家業務都非常繁忙。一間為婦產科專科醫院，日夜接生，又有特殊設備，如 4D 彩色立體超音波，醫術聲譽遠近馳名。其餘三間均為規模不小的綜合醫院或大型醫院的分院，不但門診熱鬧，而且有後送醫院。基層門診及長期照護的功能也十分優異，完全不受大型醫院競爭的影響。

4. 中和市

針對中和地區共 8 間地區醫院，每間醫院隨機訪問 10 位患者，有些醫院患者十分稀少，計有 3 家醫院訪談不足人數，分別為 6 位、3 位及 2 位。有效問卷為 59 位，女性 33 位，男性 26 位。年齡 41 歲以上，有 21 人，40 歲以下為 38 人，以 20~30 歲的就診民眾最多（44.1%，26/59）。逾四成的受訪者，平均每年看病次數在 5 次以下佔了 37.3%（22/59），5 次~10 次為 27.1%（16/59）。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14 次，顯示中和地區多數人在平均標準之下。

生病時先選擇醫院以基層門診 42.4%（25/59），及地區醫院 27.1%（16/59）居多，合理解釋基層門診的功能。但也有 30.5%（18/59）先到藥局購藥，表示藥局在社區醫療上仍有一定價值。一位女性病患便表示：「平時若是輕微的症狀，會先自行到藥房買藥吃……不喜歡看醫生，如今是因為症狀比較嚴重了才會來。」

至於為何到本院治療，在方便性，專業及病情的選項上，有 62.7%（37/59）選方便（距離），顯示超過六成的就診民眾是以醫院的距離為第一優先考量。一位女性病患表示：「平時很忙，都沒有自己的休閒時間，今日排休，特地到住家附近看皮膚科，是第一次到這家醫院。」選擇專業（醫術）的佔 25.4%（15/59）。另一至中和春暉醫院看診的女性病患則在訪談中提到：「翁醫師的醫術不錯，且護士都非常的好，對這家醫院的醫療品質非常有信心。」

50 位受訪者居住於中和市，有 1 位是慕名而來。當日就診原因多數（49.2%，29/59）是一般初級處理的疾病，另有 30.5%（18/59）是小手術回診或不易痊癒的雜症。但是慢性病也佔了 6.8%（4/59），檢查則是 11.9%（7/59）。顯示中和地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能。

多數受訪者（67.8%，40/59）無家庭醫師，更多（86.4%，51/59）無被轉診經驗，受訪者傾向於自行前往較大型或認為醫術可信賴的醫院，到地區醫院也不一定是經由診所的轉診而來。

49.2%（29/59）對轉診制度沒意見，僅 4 位受訪者反對，但也有 45.8%（27/59）的受訪者贊成轉診制度，一位男性病患便表示：「唯有如此（轉診）各院間的醫療資源才能平均分配，而且同樣的檢查項目才不會重複做，而浪費醫療資源。」。30.5%（18/59）贊成醫藥分業的制度，多數（55.9%，33/59）無意見，10 位反對，反對的原因除了分開領藥較麻煩，覺得沒必要之外，一位女性病患則認為「醫生開的藥，藥局不一定會拿同一種藥。且個人本身有習慣吃同種藥，怕良莠不齊的藥局會亂配藥。」

多數受訪者（76.3%，45/59）覺得健保實施後較方便或差不多（27.1%，16/59），對於健保保費覺得合理（10.2%，6/59）或尚可（37.3%，22/59）佔多數，但也有 35.6%（21/59）的受訪病患認為有點貴。覺得部分負擔合理的人佔 28.8%（17/59），但有多人（40.7%，24/59）沒有意見，有 19 位則認為部分負擔不合理，一位女性病患表示：「大醫院的掛號費及部分負擔太誇張了，因為已經有繳了保費，許多部分卻還需要自費，有些還要預收，而且時常要等待很久，明明有的治療一天可以做完，卻要分好幾天來做……而且就診一次就要花好幾百元，如此一年繳的四萬多保費，感覺上好像都用不到。」

健保實施後，有 22%（13/59）的受訪者認為診療的品質提升，有 13.6%（8/59）認為藥物的品質提升，18.6%（11/59）則認為醫院的設備提升了。認為健保實施前後的醫療品質都差不多的受訪者為多數，佔 42.4%（25/59）。15.3%（9/59）對此無意見，6.8%（4/59）覺得醫療品質下降，一位女性病患表示：「現在聽說有很多診所都會建議拿自費的藥才會比較好，那這樣全民健保就沒有意義啦……健保實施後醫療品質感覺變差很多。」其中有 2 位受訪者覺得基層的醫療品質有下降的趨勢，1 位認為政府應該嚴格控管醫療資源，避免浪費；1 位則表示對此不太清楚。

5. 新莊市

本計畫共訪問新莊地區 6 間地區醫院，每間醫院隨機訪問 10 位患者，惟英仁醫院患者十分稀少，受訪者僅有 2 位。此外仁濟療養院為精神專科醫院、樂生療養院為癲癇病療養院，故無法針對門診病患進行訪問。益民醫院則因病患過少，無病患可訪談。總計有效問卷為 22 位，男性 14 位，女性 8 位。年齡 20~40 歲的有 13 人，40 歲以上為 9 人。平均每年看病次數在 5 次以下佔了 31.8% (7/22)，5 次~10 次為 18.2% (4/22)。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14 次，顯示新莊地區半數的受訪病患在平均標準之下。

生病時先選擇醫院以基層門診 (50%，11/22)，及地區醫院 (31.8%，7/22) 居多，只有 4 位會選擇區域或醫學中心，合理解釋基層門診的功能。

至於為何到本院治療，在方便性，專業及病情的選項上，59.1% (13/22) 選專業，顯示近六成的就診民眾是以醫院的專業能力為第一優先考量。一位女性病患表示：「如果身體不適……會先去像新泰醫院這種的地區醫院看病，因為這裡的醫生醫術不錯，而且覺得這個醫生很有醫德，問診也很仔細。」

有 12 位受訪者居住於新莊市，另有 4 人是慕名而來。當日就診原因的 50% (11/22) 是一般初級處理的疾病，另有 18.2% (4/22) 是小手術回診或不易痊癒的雜症。慢性病佔 13.6% (3/22)，檢查也是 13.6% (3/22)，另有一名為急性症狀。顯示新莊地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能。45.5% (10/22) 有家庭醫師，更多 (81.8%，18/22) 無被轉診的經驗，受訪者傾向於自行前往較大型或認為醫術可信賴的醫院，到地區醫院也不一定是經由診所的轉診而來。

86.4% (19/22) 贊成轉診制度，一位女性病患表示：「會用到轉診的制度一定是可能醫院沒有這個設備，或著醫生沒辦法醫，就一定要轉診，反正如果沒有轉診的話，自己還是要自己去別的醫院看別的醫生。」另一位女性病患則說：「轉診的制度很好，因為醫生比較瞭解其他的醫院設備或專科醫生可以建議病人。」只有 1 個人反對，有 2 個人沒有意見。

超過半數 (54.5%，12/22) 贊成醫藥分業的制度，另外有 8 位無意見，2 位反對，有一位男性病患表示：「因為要等兩次，有時候身體真的很不舒服，還要等很久，還不如同一個櫃臺直接領藥方便。」

對於健保保費覺得合理 (27.3%，6/22) 或尚可 (18.2%，4/22) 佔多數，但也有 36.4% (8/22) 認為有點貴，一位男性病患說：「健保費對一些低收入戶可能還是一個負擔，有工作的人雇主可以幫忙負擔，沒有工作的人反而要負擔全額，這是不合理的。」覺得部分負擔合

理的人佔 59.1% (13/22)。但有 36.4% (8/22) 認為不合理，一位女性病患便表示：「如果健保制度是為了幫助比較需要用到健保的人的話，為什麼還另外有部分負擔，而且看越多還收越貴？」1 位則對此無意見。

多數人 (68.2%，15/22) 覺得健保實施後看病較方便，18.2% (4/22) 的受訪者則認為差不多，認為醫療品質提升的有 13 人 (59%)，40.9% (9/22) 認為診療的品質有提升，36.4% (8/22) 認為藥物的品質提升，36.4% (8/22) 則認為醫院的設備有提升。18.2% (4/22) 覺得健保實施前後的醫療品質都差不多，但也有 18.2% (4/22) 認為診療、藥物或各方面，均有下降的趨勢。一位男性病患在訪談中表示：「健保實施後，護士的服務變的很好，醫生也跟病人說的比較多，另外，覺得藥品品質好像下降了，因為有時候感冒了很久都看不到好。」

新莊地區 6 所地區醫院，除了樂生、仁濟兩家療養院非以一般門診病患為主之外，英仁、益民兩家醫院病患均十分少，其中英仁醫院因設備老舊，主治醫師年事亦高，較缺乏競爭力；益民醫院現階段門診病患不多，以呼吸治療病房為主。新泰、新仁兩家醫院，業務繁忙，看診病患均多，在地區醫院中規模稱大；醫院之醫術亦備受患者肯定，並不受大型醫院之影響。

6. 新店市

針對新店地區共 3 間地區醫院，每間醫院隨機訪問 10 位患者，但因宏濟神經精神科醫院與宏慈療養院均為精神專科醫院，無法訪問門診病患，故實際上僅訪談同仁醫院。有效問卷為 10 位，女性 5 位，男性 5 位。以 31~40 歲最多，有 4 人，但 71 歲以上的也有 2 位。平均每年看病次數在 5 次以下者 1 位，10 次以下者 4/10，10~20 次佔 3 位。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示新店地區多數人接近或在平均標準之下。

生病時的醫院選擇以地區醫院(5/10，50%)，及基層門診(4/10，40%)居多，只有 1 位會選擇區域醫院，合理解釋基層門診的功能。

至於為何到本院治療，在方便性，專業及病情的選項上，90%(9/10)選方便性（距離），顯示九成的就診民眾是以醫院的距離為第一優先考量。一位男性病患表示：「因為家住新店所以選擇同仁醫院就近看病……看病都會先找附近的醫療診所看病，不到區域醫院或醫學中心的主要原因是因為太遠不夠方便……。」

有 9 位是居住於新店。當日就診原因的多為一般初級處理的疾病（4/10，40%）與小手術及其回診、雜症（2/10，20%），有 30%(3/10)是慢性病，1 位檢查。顯示新店地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能。

多數(8/10，80%)無家庭醫師，全數無被轉診的經驗，民眾多半自行選擇要前往大型或認為醫術可信賴的醫院，到地區醫院不一定是經由診所的轉診而來，而傾向於自我判斷病情的嚴重程度，來選擇就醫的醫院。一名女性病患便表示：「平常身體不適時，會到就近的醫院去看病，會到比較大的醫院是因為身體有比較大的毛病才需要到那裡。」

80%(8/10)贊成轉診制度，2 位沒有意見。一位女性病患即表示：「贊成轉診的制度，是因為病情較為嚴重或是設備不足才需轉診。」70%(7/10)贊成醫藥分業的制度，2 位無意見，1 位反對，原因為「醫藥分業不太方便，在這裡診所看完醫生，還要跑到另外一個地方拿藥，太過於麻煩，全部統合就好，不必分開來完成這個手續。」。

對於健保保費沒意見的最多（4/10，40%），其次 30%(3/10)認為有點貴，20%(2/10)覺得合理，10%(1/10)覺得尚可。認為部分負擔合理的人佔 60%(6/10)，20%(2/10)認為不合理，一位男性受訪病患便表示「以前勞保時代，看病不需部分負擔及掛號費用，可是現在實施全民健保之後都要花錢。」也有另一名男性病患認為「平常健保所繳保費就是為了平常有不時之需所需要用的，但是現在看病越多次，部分負擔所繳越高，這樣不太合理，真正有需要用到的人，所繳的費用反而更多。」20%(2/10)則對此沒有意見。

健保實施後，90%（9/10）覺得健保實施後較方便，10%（1/10）認為差不多，但是說得出醫療品質提昇的只有 1 人，認為藥物的品質有提升；有 6 位覺得健保實施前後的醫療品質都差不多，2 位表示對此並不瞭解。有 1 位則認為藥物品質下降了：「現在看病吃藥的時間比較久，恢復時間慢，醫生解釋是因為開健保藥，所以好的比較慢，如果想要復原較快，需要購買自費藥品。……這樣子對病患的權益有影響，吃健保藥不容易好，自費藥品又有些太貴，無法自行負擔費用，結果病情拖延而加重……認為基層醫療品質下降。」

新店地區三家地區醫院，其中宏濟、宏慈為精神專科醫院，幾無門診病患。而同仁醫院看診科別多，包括小兒科、家醫科、牙科、心臟科、外科、婦產科、神經內科與復健科，醫院樓層共七樓，規模甚大，不亞於較大型的區域醫院。看診病患一般均認為醫院交通便利，可縮短求醫時間，故在新店地區之發展，並不受大型醫院競爭的影響，而能為地區民眾提供醫療服務。

7. 土城市

針對土城市共 4 間地區醫院，本計劃原則上每間醫院隨機訪問 10 位患者，有些醫院患者十分稀少，計有 2 家醫院不足人數，分別各為 7 位。有效問卷數為 34 份，女性 16 位，男性 18 位。年齡 40 歲以上，有 14 人，40 歲以下為 20 人。逾七成的受訪者，平均每年看病次數在 10 次以下佔了 76.5% (26/34)。衛生署統計資料顯示，國人平均每年門診次數為 14，因此土城地區多數人在平均標準之下。

生病時先選擇的醫院以基層門診(22/34，64.7%)及地區醫院(7/34，20.6%)居多，只有 4 位會選擇區域或醫學中心，合理解釋基層門診的功能。僅 2.5% (1/40)先到藥局購藥，表示該地區民眾就醫選擇屬理性就醫層面，信任醫師專業。一位不到 20 歲的年輕人表示平時很少生病，如果只是頭痛、流鼻水等小感冒，會自己多喝水、補充睡眠，但若一直沒起色，便會到附近診所就醫。一位四十多歲從事廣告業的男性，平常工作忙碌，忙到沒空可生病，若真身體不適，會到藥局買成藥服用。但若仍越來越嚴重，還是會到診所就醫。

選擇本院治療的原因，在方便性，專業性及病情的選項上，55.9% (19/34)以方便性作為第一個選擇因素，顯示近六成的就診民眾是以醫院的距離遠近做為第一優先考量。不過，在專業性方面，仍有 44.1% (15/34)的高選擇度，顯示該地區民眾對醫療專業仍相當重視。一位二十多歲的年輕少女說道：「自己若是生比較嚴重一些的病時，不一定去大醫院或小醫院，通常是先考慮自己生的是什麼病，再打聽哪一間診所或醫院的醫生比較好，然後才去診所或醫院掛門診。」年約 35 歲的一位男士認為醫師的人品跟聲譽，是很重要的考量之一。因為他的女兒支氣管不好，以前都在北城婦幼醫院看，那兒有一位醫師很好，他的女兒從出生後就一直給他看診，後來該院爆發打錯針事件，該醫師離開北城，後來託朋友打聽得知目前在書田診所看診，即使離家遠，還是不辭辛勞的找他看病，因為他們覺得小朋友的健康比什麼都重要。

在這 34 位民眾中，有 28 位是居住於土城市（其中 6 位是在鄰近區域但到土城的醫院較近），另有 6 人是慕名而來的。當日就診原因以一般初級處理的疾病居多(44.1%)，慢性病及小手術回診或不易痊癒的雜症則次之，各佔了 20.6% (7/34)，檢查則為 14.7% (5/34)。顯示土城市的地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能。

多數 82.3% (28/34)無家庭醫師，無轉診經驗的民眾也高達 82.3% (28/34)。民眾傾向於自行前往更大型的醫院，到地區醫院也很少是經由診所的轉診而來。一位看來打扮入時且年約四十多歲的婦女說道：「基本上，贊成轉診的制度，但通常都是民眾自己察覺有異，而自行到另一家醫院就醫，診所的醫生有時為了賺錢，而隱瞞病情，不建議轉診，結果造成永難彌補的傷痛。」，她的一位朋友就因如此，診所醫師只告訴他是消化道問題，當病情日益嚴重

，轉診時已是胃癌末期，結果年紀輕輕的就此喪失寶貴生命。一位 20 多歲的年輕人，沒有家庭醫師，但有固定的看診醫師，像是耳鼻喉科就固定看那個醫師、牙科也固定掛那個醫師的診，這麼一來，不用每次都重複自己以往的病歷，有無過敏之類的問題。

多數 76.5%(26/34)的受訪者對轉診制度持贊成態度，17.6% (6/34)的受訪者表示沒有意見，反對則僅佔 5.9% (2/34)。對於醫藥分業制度的看法，23.5% (8/34)的受訪者認為具專業性而表贊同，但卻有 35.3% (12/34)的人覺得在甲診所看診還要到乙藥局拿藥，就效率上看來非常不方便，(多數)人覺得很麻煩，且藥局藥師素質良莠不齊，用藥安全性令人擔心。年約 35 歲的中年人說道：「覺得以前在醫院看診，在醫院拿藥比較安心，也比較方便。因為畢竟外面藥局的藥劑師是否合格，一般民眾不得而知，藥物好不好，也只有藥師自己知道，若跟以前一樣，起碼藥會拿的比較安心。」一位 70 多歲的老人家對醫藥分業持反對的態度，除了分開領藥較為麻煩外，也認為經驗老道的醫師對開藥通常較有心得，開的藥也比較有效。但實施醫藥分業後，醫師可能會因無法掌控藥局的狀況〈不清楚藥局有什麼樣的藥物〉，而無法真正的對症下藥。病人復原的慢，就可能再次回診；本來看一次就好的病，得分好幾次的療程，如此將浪費更多的醫療資源。

26.5% (9/34)對於健保保費覺得合理，21% (7/34)覺得尚可，因此有近五成的民眾認為目前的保費還可負擔。但也有近三成(26.5%)的民眾覺得有點貴，希望調降。至於在健保部分負擔方面，覺得合理的人佔 52.9% (18/34)，約有近六成的比例。年約 45~50 歲的廣告商，覺得健保保費及部分負擔是合理的，因自己本身是老闆，每年的保費就繳了近百萬，雖有些心疼，但這是該為員工負責的。況且現在造福別人，也是為自己的未來積福，老了之後自然能品嚐甜美的果實。中年婦女說道：「認為健保的部分負擔非常不合理，健保保費也相當貴。尤其是在已經繳了昂貴的保費後，還得再自行負擔 50~150 元不等的醫藥費。小孩子又常生病，加上全家的保費，實在相當昂貴，且部份負擔的金額也不統一，有些不便。」一位三十多歲的孕婦，認為健保的部分負擔不合理，特別是醫學中心收費特別昂貴，對窮人及需治療慢性病的老人而言，是一項沉重的負擔；而健保保費一漲再漲，實嫌昂貴。

另外，64.7%(22/34)覺得健保實施後看病較方便，32.3%(11/34)覺得差不多。50%(17/34)的受訪者認為健保實施後診療有所提升，11.8%(4/34)則認為藥物有提昇，23.5%(8/34)覺得設備有進步，26.5%(9/34)覺得都差不多沒什麼變化，3%(1/34)則覺得有醫療品質有下降的情形。一位 70 多歲的男性說道：「健保實施後，認為診療品質有隨之上升，感覺上醫生與護士的態度較以往親切許多，但許多人即使無病無痛依舊頻繁的看病、拿藥，平白浪費了許多醫療資源，如此對整體的醫療品質都將有不良的影響。」。一位 30 多歲的年輕孕婦，感覺健保實施後，各方面的醫療品質並未有所提昇，反而有下降的現象。特別是目前的用藥，品質越來越差，有些醫院甚至以國產藥品代替進口藥物，若要使用較好的藥物需自行補貼價差，甚至有些藥物醫院根本沒有，無法提供。健保若無法提供好的藥物，對重大疾病患者的幫助

將很有限，也會造成整體醫療品質的下降。

這四間地區醫院所處的路段，皆為人車來往頻繁之處，且四間醫院相距不遠，各自有所長，因此可說是一良性競爭。對土城地區的民眾而言，此為一好現象，扮演基層醫療第一級的角色，該四間地區醫院可說是相當的出色。只是，若能在醫療軟硬體設備及醫師個人品德上多加留意，此地區之地區醫院營運便不會受大型醫院之影響。

8. 蘆洲市

蘆洲市僅 1 間地區醫院，隨機訪問 10 位患者。有效問卷數為 10 份，女性 3 位，男性 7 位。年齡 40 歲以上，有 4 人，40 歲以下為 6 人。近八成的人數，平均每年看病次數在 10 次以下佔了 80%(8/10)。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示蘆洲地區多數人在平均標準之下。

生病時先選擇的醫院以基層門診(5/10，50%)及地區醫院(3/10，30%)居多。僅 20% (2/10) 先到藥局購藥，表示該地區民眾就醫選擇屬理性就醫層面。一位中年男子，年約 40 歲，身體不舒服時會自行選擇到藥局買成藥服用，一方面因為信任藥局的藥師，一方面覺得是小病多喝水多休息即可。但若越來越嚴重，便會到地區醫院就醫。

選擇本院治療的原因，在方便性，專業性及病情的選項上，70%(7/10)以方便性作為第一個選擇因素，顯示逾六成的就診民眾是以醫院的距離遠近做為第一優先考量。不過，在專業性方面，仍有 30%(3/10)的選擇度，顯示該地區民眾對醫療專業仍有相當程度的重視。

這 10 位民眾全數居住於蘆洲市，表示該地區醫院在蘆洲市為民眾提供了相當重要的健康照護功能。當日就診原因以一般初級處理的疾病居多(5/10，50%)，慢性病及檢查則次之，各佔了 10%(1/10)及 40%(4/10)。顯示土城市的地區醫院具有第一線初級醫療及民眾健檢的功能。

接受訪談的 10 位民眾皆無家庭醫師，也無被轉診的經驗。民眾多傾向於自行前往更大型的醫院。一位 20 多歲的年輕女子說道：「我沒有家庭醫師，但有固定看診的醫師，例如內科或耳鼻喉科都選擇自己較為信任的固定醫師。」

雖然如此，多數民眾 70% (7/10)對轉診制度仍持贊成態度，30%(3/10)的民眾表示沒有意見。對於醫藥分業制度的看法，20%(2/10)的民眾認為具專業性而表贊同，卻有 40%(4/10)的人覺得在甲診所看診還要到乙藥局拿藥，就效率上看來非常不方便，覺得很麻煩，且若對藥物有問題時，無法直接詢問醫師，實為一大隱憂。

20% (2/10)對於健保保費覺得合理，20% (2/10)覺得尚可，因此有四成的民眾認為目前的保費還可負擔。但也有二成(20%)的民眾覺得有點貴，希望調降。至於在健保部分負擔方面，覺得合理的人佔 40%(4/10)，約有 50% (5/10)的民眾沒有意見。

另外，多數人(8/10，80%)覺得健保實施後看病較方便，20%(2/10)覺得差不多。30% (3/10)的受訪者認為健保實施後設備有提昇，70% (7/10)覺得都差不多沒什麼變化。一位中年

男子，年約 40 歲，覺得健保實施後，醫院的設備有變好，可是卻覺得醫師看病時沒以往來得仔細，尤其是診所的醫師服務態度變差，沒有以前看病時那麼關心病人的病情。

蘆洲地區土地面積僅 7.44 平方公里，卻居住了 176,875 人，其人口稠密度排名為北縣的第二名，但卻只有一間地區醫院。而該院為綜合性醫院，除有內、外科，同時也是公司行號的健檢醫院，對該地區居民而言，提供了很好的醫療照護服務，再加上鄰近區域有其他較大型醫院，遇到急重症患者，仍有完整的醫療網絡後送治療，其擔任之醫護角色相當重要。

9. 樹林市

樹林地區共 2 間地區醫院，每間醫院隨機訪問 10 位患者，但因其中樹林醫院門診病患十分稀少，雖多次造訪仍無功而返，故實際上僅訪談仁愛醫院。有效問卷為 10 位，女性 6 位，男性 4 位。以 51~60 歲最多，有 4 人。平均每年看病次數在 5 次以下者最多，佔了 5/10，5~10 次者，有 3 人。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示樹林地區多數受訪者在平均標準之下。

生病時先選擇醫院以基層門診(6/10，60%)，及地區醫院(2/10，20%)居多，只有 2 位會選擇區域或醫學中心，合理解釋基層門診的功能。

至於為何到本院治療，在方便性，專業及病情的選項上，80%(8/10)選專業，顯示八成的就診民眾是以醫院的專業能力為第一優先考量。一位女性病患便表示自己「相當信任仁愛醫院的醫生」，對仁愛醫院的環境及儀器也都讚譽有加。

有 9 位是居住於樹林。1 位住在板橋，因仁愛醫院的骨科醫師口碑不錯，故慕名而來，一位女性病患便在訪談中表示：「今天來仁愛醫院看，是因為樹林醫院的骨科醫師名聲很好很優秀。」一位男性病患在訪談中亦提到：「開完刀之後覺得鎖骨附近的骨頭會酸痛，之前有來給仁愛醫院的于醫生看過覺得醫生看的還不錯，比之前去亞東醫院作復健的效果還要好……」當日就診病患以掛骨科為多，就診原因超過半數（6/10，60%）是小手術回診或不易痊癒的雜症，20%(2/10)則為一般初級處理的疾病，1 位檢查，1 位慢性病，顯示樹林地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能。

多數(9/10，90%)無家庭醫師，80%(8/10)無被轉診經驗，民眾多半自行前往較大型或認為醫術可信賴的醫院，到地區醫院也不一定是經由診所的轉診而來，而傾向於自我判斷病情的嚴重程度，來選擇就醫的醫院。一位男性病患便表示：「在附近的診所看診，對病情無較大的改善。……如果有比較大的病，才會到區域醫院或大型醫院如國泰，而這次心肌梗塞會選擇亞東是因為亞東在心臟方面很有權威。」但同時也有病患在訪問中提到：「沒有轉診經驗，因為醫生並不會主動幫病人轉診。」

70%(7/10)贊成轉診制度，3 人無意見。一位男性病患表示：「轉診是個很好的制度，因為有專業的人可以給予建議。」40%(4/10)贊成醫藥分業的制度，一位男性病患表示：「這是各專所長，對自身的醫療品質也是一種保障。」反對的也佔 40%(4/10)，2 位無意見，反對的原因為領藥較麻煩外，也有受訪病患表示「用藥方面有問題時，會先詢問醫師，所以醫藥分業沒有必要性。」

80% (8/10) 覺得健保實施後較方便，20% (2/10) 覺得差不多。對於健保保費覺得合理的有 40% (4/10)，30% (3/10) 認為尚可，30%(3/10)覺得有點貴。認為部分負擔合理的人佔 80%(8/10)，感到不合理或無意見的各有 1 位。

另外，80%(8/10)的受訪者覺得健保實施後看病較方便，20%(2/10)的受訪者則認為差不多。但是認為治療品質提昇的有 4 人，其中 20%(2/10)人認為健保實施後診療品質有所提升，20%(2/10)覺得設備品質有進步，60%(6/10)覺得健保實施前後的醫療品質差異不大，和以往差不多。

樹林市鄰近台北市，隨著大台北都會區的範圍持續擴張，居民人數呈現正成長，人口密度目前居於台北縣第 8 位。樹林市兩家地區醫院均在樹林火車站步行可達之處，均有地利之便，交通發達。然而樹林醫院外觀老舊，醫院整體設備及環境亦不佳，候診區感覺凌亂，亦無病患前來看診。仁愛醫院則與樹林醫院恰成反比，設備新穎，醫護人員親切，門診病患也相當多；雖有骨科、婦產科、小兒科、外內科等各類不同科別，但以骨科口碑為佳，骨科的門診病患亦佔全院門診病患的三分之一，因此可說是一具有特色的專科地區醫院，醫術深得病患信賴，不受大型醫院競爭之影響。

10. 三峽鎮

三峽鎮共 2 間地區醫院，但因靜養醫院為精神療養院，無法對病患或家屬進行訪談，因此訪談資料僅由文化醫院取得，但因該院患者十分稀少，僅隨機訪問 1 位患者。有效問卷數為 1 份，女性 1 位。該患者年齡為 20 歲以上。平均每年看病次數為 20-30 次，據該病患表示本身有慢性疾病，需定期服藥。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，該患者明顯在國人平均標準之上，但不能做為整個三峽地區民眾平均就醫次數的代表。

該病患表示，「平時若身體感覺不適，會先購買成藥服用，但如果是要治療糖尿病等慢性疾病時，則會選擇到地區醫院就診。」由此可見地區醫院亦具有長期照護的功用。

選擇本院治療的原因，在方便性，專業性及病情的選項上，該患者以病情作為第一個選擇因素，且與住家距離近，能夠方便就近治療慢性病。顯示文化醫院雖然因鄰近的區域醫院(恩主公醫院)而流失相當多的患者，但仍有部份民眾會因就醫方便性與病情考量而選擇附近的區域醫院，顯示其仍具有相當程度的醫護功能。

該受訪者無家庭醫師，也無被轉診的經驗。

這位受訪者本身沒有轉診的經驗，因此對於轉診制度表示沒有任何意見或看法。對於醫藥分業制度的看法，持反對態度，認為看診和領藥分開太麻煩，曾經有一次拿處方簽去領藥，卻發生缺藥的狀況，要過幾天後才能領藥。索性不拿藥了，但如此一來，便失去了就醫的目的。

而她本身認為健保保費太貴，跟勞保時期相差很多，以前她每個月只要繳交數百元到數千元的金額，但目前家裡每人每半年就需要一萬元左右的保費，感覺上有點無法負荷。

另外，覺得健保實施後看病較方便。也認為健保實施後整體醫療品質皆有提昇。但在選擇大醫院時，因人多必須等待較長時間；小一點的如基層診所，卻又有資訊不足的缺點，此部份感覺上仍是有矛盾之處。

此間地區醫院歷史悠久，院長本人便已行醫四十多年，由內部裝潢與診間數、樓層數可見昔日的榮景，但因恩主公此類大型醫院之設立，加上三峽地區小型診所數亦多，競爭相當激烈，使得絕大部分門診病患流向四處就醫，文化醫院目前則轉型以呼吸治療病房為主，門診形同虛設；加以王院長年事已高，本院未來之發展不甚樂觀，恐有萎縮之虞。

11. 淡水鎮

淡水鎮共 4 間地區醫院，但因其中二間為精神療養院，無法對病患或家屬進行訪談，其中一家改為醫院，因此訪談資料僅由另一家地區醫院取得，隨機訪問 10 位患者。有效問卷數為 10 份，女性 6 位，男性 4 位。年齡 30 歲以上，有 5 人，30 歲以下為 5 人。逾五成的人數，平均每年看病次數在 10 次以下佔了 60% (6/10)。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示淡水地區部分居民的看病次數在平均標準之下。

生病時先選擇醫院以基層門診 (5/10，50%)及地區醫院 (5/10，50%)居多，表示該地區民眾就醫選擇屬理性就醫層面，信任醫師專業。且該地區較偏遠，民眾多傾向於選擇附近診所或醫院就醫，也可看出該地區醫院對民眾的健康照護而言具有相當功能與重要性。一位年約 20 多歲的小姐，因為淡水附近只有這一家地區醫院，所以通常身體感到不適時，都會先選擇這一家基層醫療醫院，感覺醫師專業性不錯。

選擇本院治療的原因，在方便性，專業性及病情的選項上，60% (6/10)以專業性作為第一個選擇因素，顯示六成的就診民眾是以醫院的專業能力為第一優先考量。一位中年婦女帶她國中的兒子前來就醫，說道：「因她兒子腹痛在家附近的診所一直看不好，因此帶他到這家醫院。」年約 20 多歲的年輕人，表示生病的第一個選擇就是來這家醫院，不但離家近，也信任這裡的醫生(院長是他的家庭醫師，醫術不錯)，除非開刀，才會選擇像馬偕醫院的大型醫院。

10 位受訪民眾全數居住於淡水鎮，當日就診原因以一般初級處理的疾病居多(5/10，50%)，小手術回診或不易痊癒的雜症則次之，佔了 30% (3/10)。慢性病則佔了 20% (2/10)。顯示淡水鎮的地區醫院具有第一線初級醫療及長期照護的功能。

70% (7/10)無家庭醫師，無被轉診經驗的民眾更高達 9/10(90%)，民眾傾向於自行前往更大型的醫院，。

20%(2/10)的受訪者對轉診制度持贊成態度，80% (8/10)的民眾表示沒有意見。對於醫藥分業制度的看法，20% (2/10)的民眾認為具專業性而表贊同，但有 50% (5/10)的人覺得在甲診所看診還要到乙藥局拿藥，就效率上看來非常不方便，(多數)人覺得很麻煩。

40% (4/10)對於健保保費覺得合理，10% (1/10)覺得尚可，因此有約五成的民眾認為目前的保費還可負擔，但也有 10% (1/10)的民眾覺得有點貴，希望調降。至於在健保部分負擔方面，覺得合理的人佔 20% (2/10)，覺得不合理的也佔了 20%，50%沒有意見。

另外，多數人(7/10，70%)覺得健保實施後看病較方便或差不多(3/10，30%)。10% (1/10)的人認為健保實施後診療有所提升，70% (7/10)覺得都差不多，另有20% (2/10)的人認為整體醫療品質有下降趨勢。一位女大學生，覺得實施健保後，整體醫療品質並沒有提升，反而變差，像是去看牙醫，病都不一次看好，得看很多次，對此十分不滿意。

淡水地區可說是北縣最具人文藝術氣息的地方，風景優美再加上遠離城市喧囂，近年來遷入的人口不斷增加，使得該區也成為了人口稠密度排名第的地區。而位於此區的地區醫院無疑肩負了非常重要的醫護責任，除一間綜合性的醫院外，其餘二間皆為精神照護類的安養病院。因為位處市郊，較無城市般的壓迫感，空氣新鮮，景色怡人，因此才会有許多安養院設置於此，希望能讓病患得到身心靈的完全釋放與靜養。相對的，此一綜合性的地區醫院對該區居民而言便變得非常重要，由訪談資料中可得知，居民對於該醫院的專業性有相當程度的信任，因此，即使該地區有大型的區域醫院(馬偕淡水分院)，仍不受其影響。但另一家則受到很大的影響。

12. 瑞芳鎮

針對瑞芳地區共 1 間地區醫院，隨機訪問 10 位患者，有效問卷為 10 位，女性 6 位，男性 4 位。以 71 歲以上最多，有 4 人。平均每年看病次數在 10~20 次者最多，佔了 4/10，其他 5 次以下、5~10 次、20~30 次各佔 2 人。根據衛生署統計資料，國人平均每年門診次數為 14，顯示瑞芳地區多數人接近或在平均標準之上。

生病時先選擇醫院以地區醫院 5/10 居多，有 2 位選擇基層診所，合理解釋基層門診的功能。3 位則選擇區域醫院或醫學中心。

至於為何到本院治療，在方便性，專業及病情的選項上以選擇方便（距離）的最多，達 50%。但受訪病患中，以來自外埠的居多（6/10，60%），且其中 5 位表示是因地緣關係前來，合理解釋瑞芳醫院因為瑞芳及其周遭地區重要且唯一稍具規模的醫院，瑞芳鎮周圍包括貢寮、平溪、暖暖、九份等地的居民皆會到瑞芳醫院看診。其次有 30%(3/10)以專業（醫術）為主要考量，一位女性病患便表示「朋友介紹瑞芳醫院的骨科不錯，所以來看診」，2 位是因慢性疾病。

因瑞芳醫院以骨科之求診病患為多，故當日就診原因有 80%（8/10）是小手術回診或不易痊癒的雜症，20%(2/10)是慢性病，顯示瑞芳醫院具有次級醫療及長期照護的功能。全數無家庭醫師，也都沒有轉診的經驗，民眾多半自行前往更大型或認為醫術可信賴的醫院，到地區醫院也非經由診所的轉診而來，而傾向於自我判斷病情的嚴重程度，來選擇就醫的醫院。有一位女性病患表示：「平常若不舒服都是去榮總看病，……目前每個月都會到榮總一次，一次掛兩科門診，治療慢性病。今天會到瑞芳醫院看診是因為覺得只是要看骨科而已，症狀也很輕微，不需要跑到榮總。」

半數（5/10，50%）贊成轉診制度，4 個人沒有意見，1 位反對。僅 1 人贊成醫藥分業的制度，反對的 2 位，以無意見者最多（7/10，70%），無意見的原因除了覺得有些診所即使分開拿藥，藥局離診所也不是很遠之外，也有受訪病患表示自己多半在地區醫院以上層級看病，故是否實施醫藥分業對自己並無影響，故沒有意見。

全數覺得健保實施後看病較方便，有一名男性病患便表示：「全民健保實施後最大的好處就是看病變的非常方便，雖然感覺醫院的人好像變多了，但掛號、看診、領藥的流程大致上很迅速，所以覺得很滿意。」對健保之保費則以無意見者居多（6/10，60%），除了部分表示保費都是親屬在繳，對此並不瞭解之外，也有部分是榮民或老年人，不需要負擔保費，故對此沒有意見，認為保費合理或尚可則佔 40%(4/10)。覺得部分負擔合理的人為多數，佔 90%(9/10)。

健保實施後，有 50%(5/10)認為診療之品質有提升，有 50%(5/10)覺得差不多，認為整體醫療品質並未提升，也沒有下降。但有 1 位認為藥物的品質下降了，其在訪談中表示「碰過有醫生表示如果要使用較好的藥物，必須要自己貼錢，所以感覺一般健保的用藥品質似乎有下降的趨勢。」

瑞芳地區（及其鄰近的鄉鎮）因煤礦、金礦已開採殆盡，青年人口外流狀況較普遍，老年人居多，居民的社經地位偏低，能夠就近得到醫療照護對他們而言具有相當程度的方便性，更無須遠赴基隆甚至台北的大型醫療院所。倘若家中有人生病住院，亦可就近照護，減少部分開支（如交通費用）。

因此健保開辦之後，一般地區醫院的住院部都處於逐漸萎縮的狀態，但瑞芳醫院的住院部人數卻並沒有因此而減少，住院部約佔總營運收入的 50%。整體而言，瑞芳醫院在瑞芳及其鄰近地區的醫療服務中扮演相當重要的角色，也確實擔負了地區醫院之重大責任。然而在健保總額運算正式上路之後，仍受到相當衝擊，致使醫院可能必須取消急診處的假日營運，以減少虧損。然瑞芳及其鄰近地區，僅瑞芳醫院急診處可供急救之用，建議健保局宜加以輔助此一狀況，以避免該區民眾本不甚充足的就醫資源更形萎縮。

(二)台北縣部份：

台北縣幅員遼闊，共計有 10 市 4 鎮 15 鄉，共 29 個行政單位。共有 48 家地區醫院(含專科醫院)分別分布於板橋次區域、雙和次區域、新莊次區域、三重次區域、淡水次區域、新店次區域、瑞芳次區域等七個次區域，如表 3 所示。

(表 3)

地區		院名	訪談人數	合計
板橋次區域	板橋市	台北縣立板橋醫院	10	70
		板新醫院	10	
		蕭中正醫院(蕭婦產科醫院) 專科醫院	4	
		吉仁醫院	5	
		中興醫院	10	
		德全醫院	1	
		中英醫院	10	
		國泰醫院	10	
		板英醫院	10	
	土城市	元復醫院	10	34
		仁安醫院	7	
		北城婦幼醫院 專科醫院	7	
		廣川醫院	10	
	樹林市	樹林醫院	0	10
		仁愛醫院	10	
	三峽鎮	文化醫院	1	1
		靜養醫院 精神療養專科醫院	0	
	鶯歌鎮	名恩療養院 精神療養專科醫院	0	0
雙和次區域	中和市	龍佑醫院	10	59
		佑林醫院	6	
		誠泰醫院	9	
		龍山醫院	3	
		中祥醫院	2	

		怡和醫院	10	
		中山醫院	9	
		春暉醫院	10	
	永和市	財團法人天主教耕莘醫院永和分院	10	40
		永和振興醫院	10	
		柯瑞祥婦產科醫院 專科醫院	10	
		復康醫院	10	
三重大區域	三重市	台北縣立三重醫院	10	30
		中興醫院	10	
		祐民醫院	10	
	蘆洲市	全民醫院	10	10
新莊次區域	新莊市	新泰綜合醫院	10	22
		新仁醫院	10	
		英仁醫院	2	
		仁濟療養院新莊分院 精神療養專科醫院	0	
		益民醫院	0	
新店次區域	新店市	同仁醫院	10	10
		宏濟神經精神科醫院 精神療養專科醫院	0	
		宏慈療養院 精神療養專科醫院	0	
淡水次區域	淡水鎮	公祥醫院	10	10
		長青醫院 精神療養專科醫院	0	
		北新醫院 精神療養專科醫院	0	
		泓安醫院 精神療養專科醫院	0	
	三芝鄉	台北縣私立台安醫院	0	0
瑞芳次區域	瑞芳鎮	財團法人台灣區煤礦礦工福利委員會瑞芳醫院	10	10
合計		48	306	

本次共訪問十二個行政區、四十八家醫院，分佈於七個次區域：

一、板橋次區域

板橋市：台北縣立板橋醫院、板新醫院、蕭中正醫院、吉仁醫院、中興醫院、德全醫院、中英醫院、國泰醫院及板英醫院。

土城市：元復醫院、仁安醫院、北城婦幼醫院及廣川醫院。

樹林市：樹林醫院、仁愛醫院。

三峽鎮：文化醫院、靜養醫院。

鶯歌鎮：名恩療養院

二、雙和次區域

中和市：龍佑醫院、佑林醫院、誠泰醫院、龍山醫院、中祥醫院、怡和醫院、中山醫院及春暉醫院。

永和市：財團法人天主教耕莘醫院永和分院、振興醫院、柯瑞祥婦產科醫院及復康醫院。

三、三重次區域

三重市：台北縣立三重醫院、中興醫院及祐民醫院。

蘆洲市：全民醫院

四、新莊次區域

新莊市：新泰綜合醫院、新仁醫院、英仁醫院、仁濟療養院新莊分院及益民醫院。

五、新店次區域

新店地區：同仁醫院、宏濟神經精神科醫院及宏慈療養院。

六、淡水次區域

淡水鎮：公祥醫院、長青醫院、北新醫院及泓安醫院。

三芝鄉：台北縣私立台安醫院。

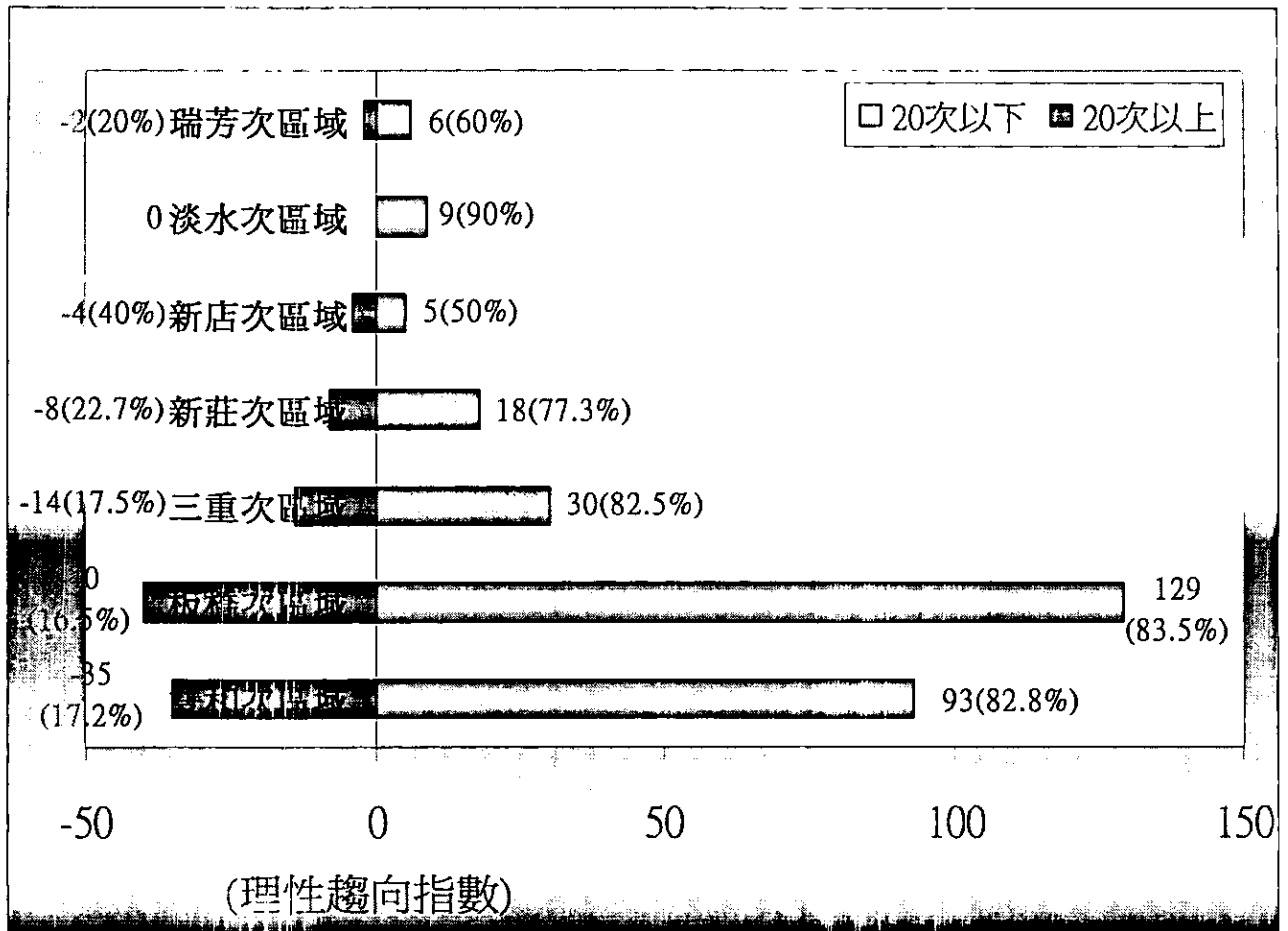
七、瑞芳次區域

瑞芳鎮：財團法人台灣區煤礦曠工福利委員會瑞芳醫院。

合計有效樣本 306 份，其中男性 138 位、女性 168 位。年齡方面，20 歲以下：5 位、20~30 歲：85 位、31~40 歲：62 位、41~50 歲：46 位、51~60 歲：45 位、61~70 歲：24 位、71 歲以上：38 位。教育程度高中（含）以下：197 位、大專程度以上：85 位，研究所：1 位。平均一年看病次數 5 次以下佔最多：111 位、6~10 次：68 位、11~20 次：73 位、21~30 次：24 位、31~40 次：8 位、41 次以上：21 位。

在台北縣各次區域的地區醫院受訪的民眾中，以淡水次區域的受訪民眾的看病次數為最少，有 90% 的受訪民眾看病次數為 20 次以下，新店次區域為最高，40% 的受訪者看病次數達 20 次以上(如圖三)。

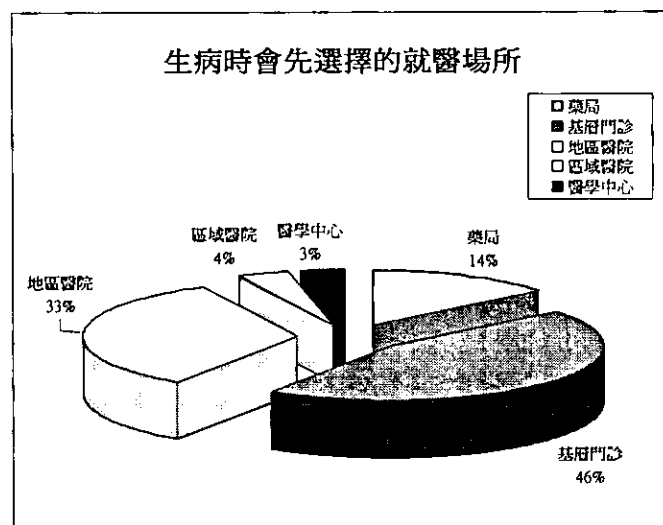
(圖三 看病次數的指數趨向)



本次我們在區域醫院所訪問到，當身體感到不適時優先選擇的就醫場所最多仍為基層診所，佔 46.4%，其餘依次為地區醫院 34.3%，值得一提的是有將逾一成的受訪地區醫院就診民眾優先選擇藥局（詳如表 4 及圖四）：

表 4. 生病時會先選擇的就醫場所

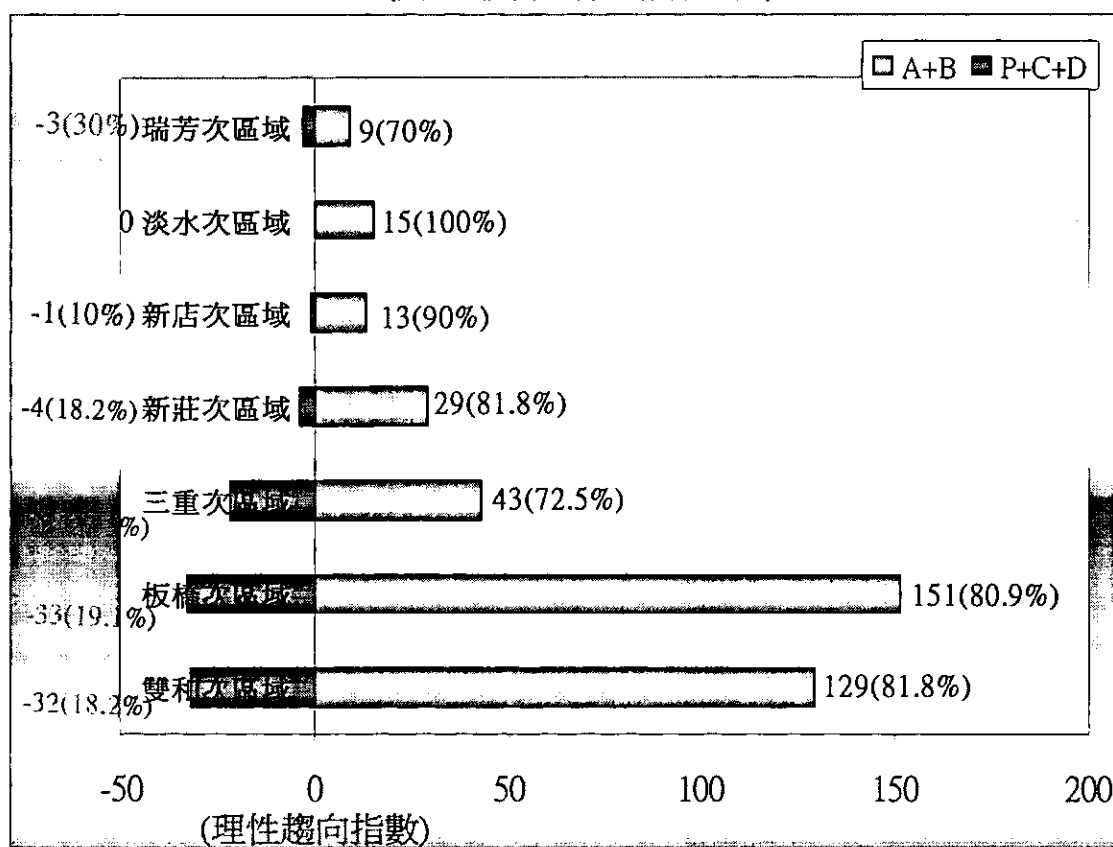
	人數	百分比
藥 局	43	14.1%
基層門診	139	45.4%
地區醫院	102	33.3%
區域醫院及醫學中心	12	3.9%
無 意 見	10	3.3%
總 數	306	100%



(圖四)

再以各次區域的民眾理性求醫行為來分析，可以發現在地區醫院就診的民眾生病時優先選擇就醫場所多持正面態度(70%~80%)，而負面取向只有(10%~30%)，表示各次區域差異不大，而多數到地區醫院求診的民眾生病時優先選擇基層門診(如圖五)。

(圖五 就醫選擇的指數趨向)



A：基層醫療院所 B：地區醫院 C：區域醫院 D：醫學中心 P：藥局

根據呂碧鴻的分類，疾病可依其嚴重程度和需要醫療照護的程度分為六級。張荳雲根據此種分類法將行政院衛生署在 1981-1989 間所做的「台灣地區公私立醫院診所診治疾病與傷害調查作業」整理出一個結論，她指出『有相當比例的第一類疾病患者不是在其居住地就醫，而是在非其居住地的醫學中心和區域醫院求醫，此即反映民眾對大型醫院醫療資源有使用不當之處』，但是，『1981—1989 年間台灣的醫療照護系統有許多值得稱許的發展，例如各區域間醫療機構的病人容量拉近了，病人留在當地就醫的比例增加了，顯示求醫的社會成本降低』（張荳雲，1998：107）。

我們所得的結果顯示，在訪問地區醫院就診的民眾當中，身體不適時首先會選擇的醫療院所為基層門診或地區醫院，總共佔 78.7%；顯示從 1990~2004 年當中，台北縣地區醫院及基層門診的水準提昇，在先前的研究報告中針對台北市地區醫院門診患者的就醫流向顯示：首先會選擇基層門診為 35.7%，選擇地區醫院為 57.4%，二者相加總計佔了 93.1%；所以無論在台北市或台北縣所做的結果顯現：在地區醫院的民眾就診時優先選擇基層診療。但是，在台北縣也有逾一成地區醫院就診的民眾身體不適時優先選擇藥局(見表 3，14.1%)，顯示藥局仍有相當健康照護功能。

台北縣和台北市仍有一些差距，依「疾病嚴重程度和醫療照護等級」中可看出，可在初級醫療機構處理的佔 54.9%，於次級醫療機構也就是地區醫院所佔比例為 18.6%，初級或次級醫療機構處理為 15.4%，需要三級醫療機構處理的為 1.3%（詳如表 5）。

表 5. 疾病嚴重程度和醫療照護等級

大分類	細分類	數量	百分比	說明
第一類	1	168	54.9%	初級醫療機構處理
	2	57	18.6%	次級醫療機構處理
	4	47	15.4%	初級或次級醫療機構處理
第二類	5	26	8.5%	次級或三級醫療機構處理
	6	4	1.3%	初、次、或三級醫療機構處理
第三類	3	4	1.3%	三級醫療機構處理
合計		306	100.0%	

（根據呂碧鴻的分類，疾病可依其嚴重程度和需要醫療照護的程度分為六級）

下表「民眾至地區醫院就醫的原因」中顯示：小病佔 45.4%最高，其次為小手術及回診、雜症所佔比例為 26.1%，值得注意的是重大傷病只有二位佔 0.7%，這些由門診患者中的取樣雖然是以一般科別為主，但這在我們從台北市地區醫院所做研究所得結果接近，在台北市地區醫院就醫原因當中以小病 65.71%為最多，重大傷病只有 2.85%；以此二者結果顯示，地區醫院確實肩負有初級或次級健康照護的功能。

表 6. 民眾至地區醫院就醫疾病的分類

原因	人數	百分比
重大傷病	2	0.7%
慢 性 病	44	14.4%
檢 查	41	13.4%
小手術及其回診、雜症	80	26.1%
小 病	139	45.4%
總 數	306	100%

註：雜症係指原因不明的疾病

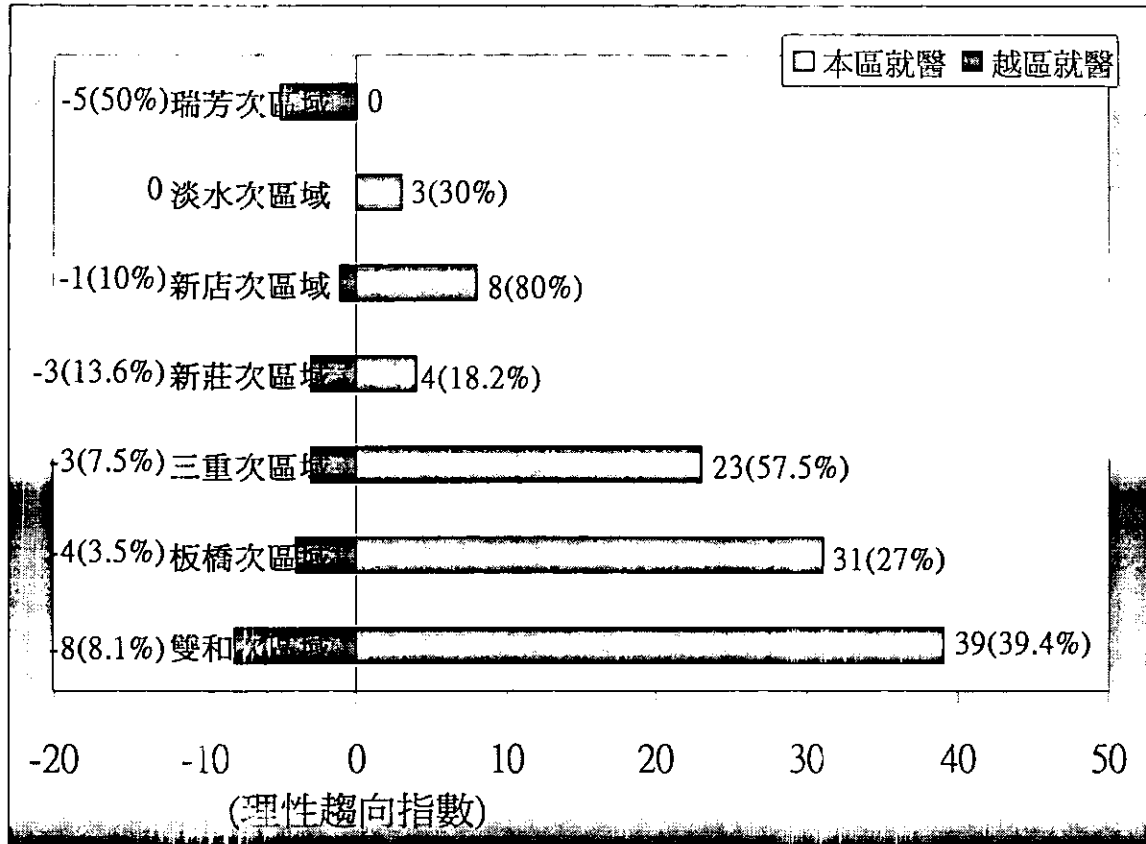
但在以理性求醫行為分析各次區域地區醫院就診民眾的就醫態度方面，以方便性及專業性的考量最為重要。在就醫方便性中，各次區域大約在 20%~40%，為正面選擇，在同一醫療次區域就醫；越區的負面選向則都在 13.6%以下。惟獨瑞芳有 50%的民眾都是越區治療，其非負面選向，而是因其他區域缺乏地區醫院以上的大型醫院(如圖六)。

至於專業考量方面，雖然在全縣地區佔的比重最重(46.1%)，但在各次區域的分析中確可看出板橋次區域有 31.3%為負面取向(即迷信大牌、設備)，並非以專業考量為優先。其他各次區域則多為正面取向多於負面取向(如圖七)。

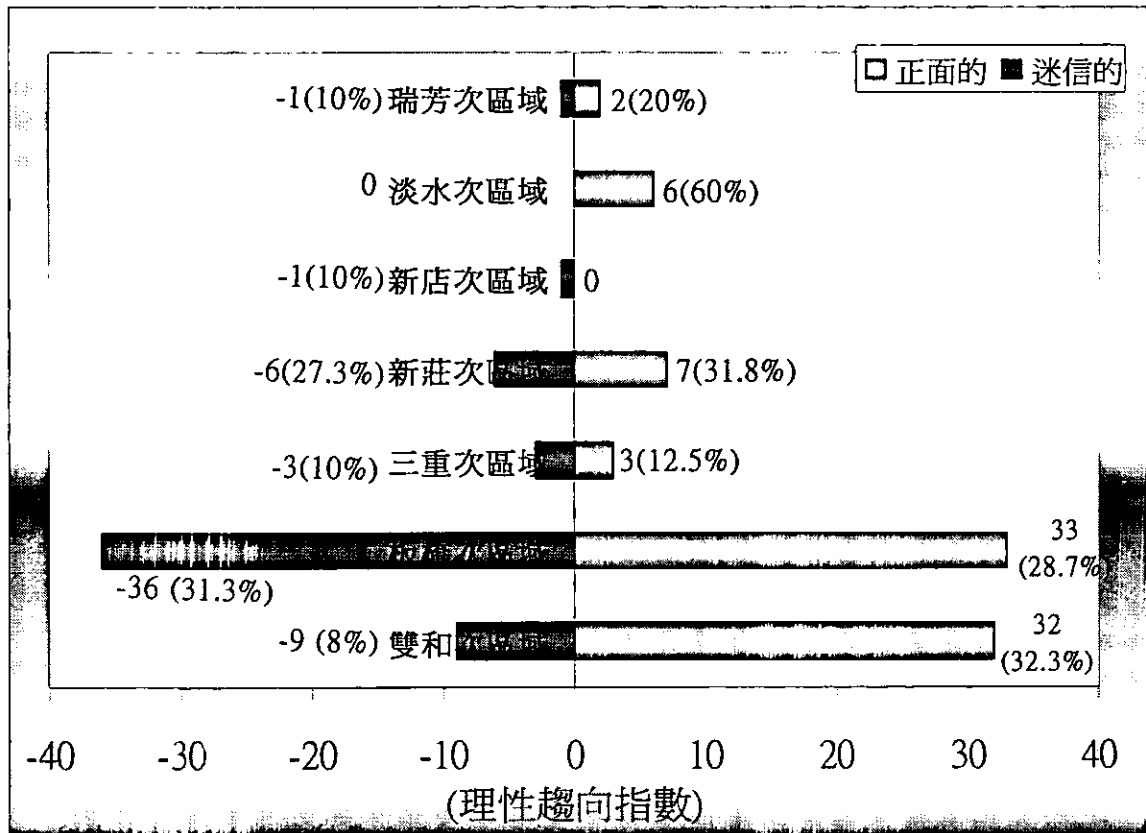
表 6.1 民眾選擇至地區醫院就醫的原因

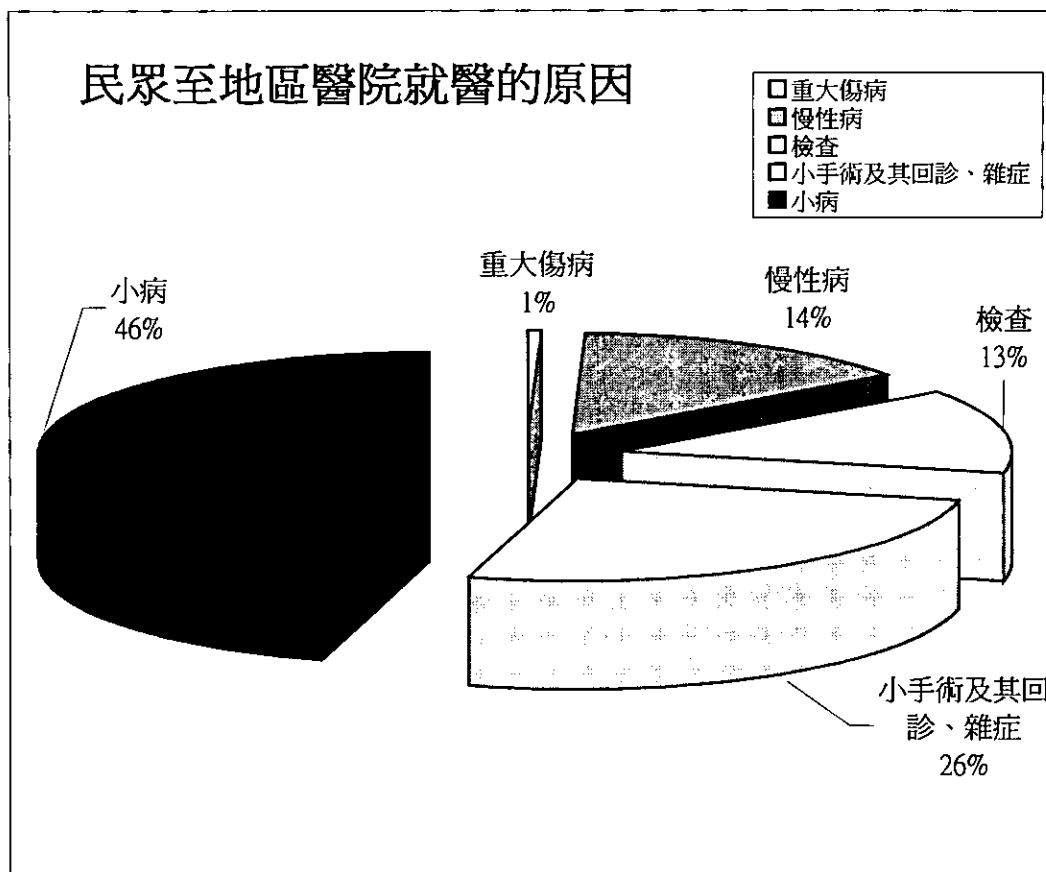
就診原因	人數	百分比
方便	132	43.1%
專業	141	46.1%
病情	32	10.5%
其他	1	0.3%
總人數	306	100%

(圖六 就醫時方便選擇性的指數趨向)



(圖七 就醫時專業選擇性的指數趨向)

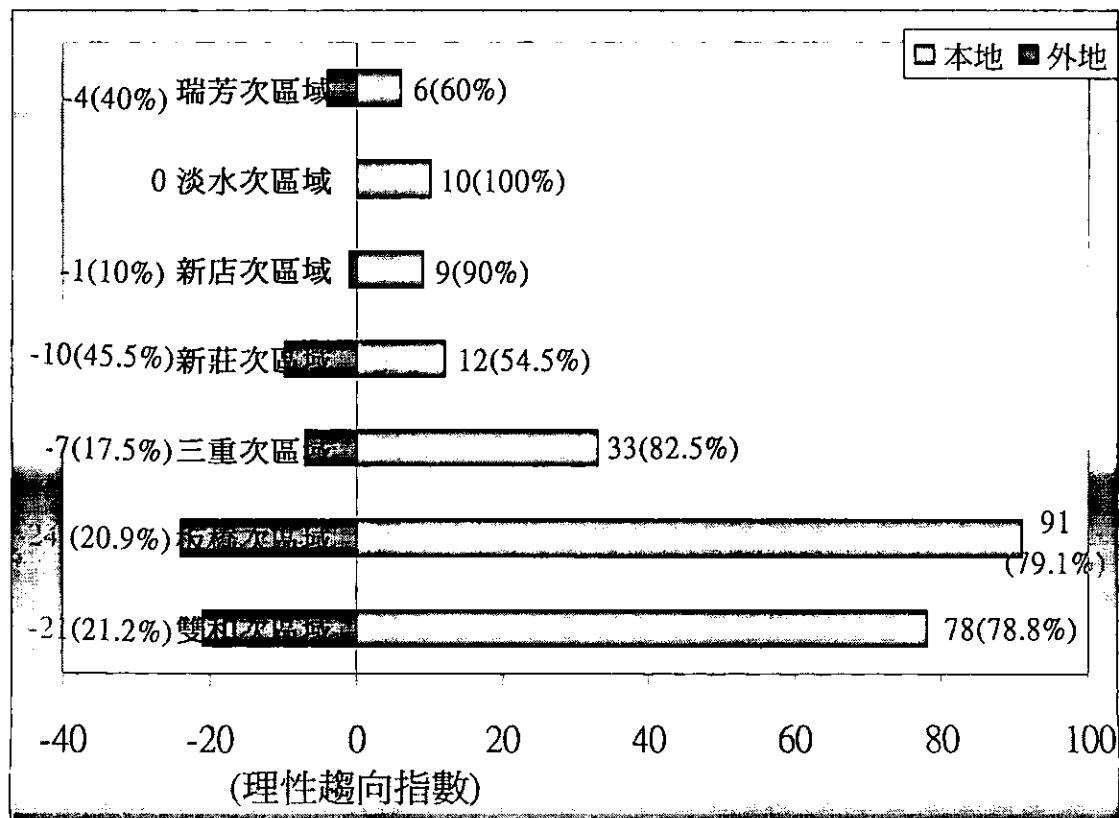




(圖八)

地區醫院就診民眾選擇地區醫院就醫的原因中以專業(46.1%)及方便(43.1%)為最重要。(如圖八)。

(圖九 居住區域的指數趨向)

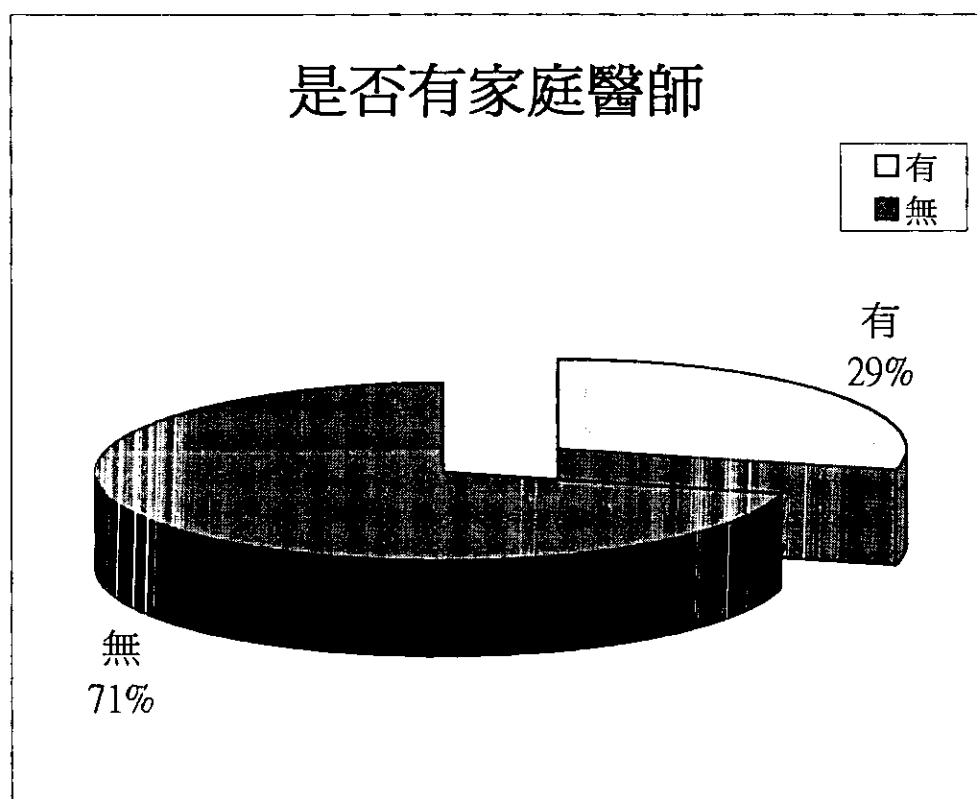


在問及是否有家庭醫師時，只有 88 位（28.8%）於受訪地區醫院就診的民眾表示有家庭醫師，而沒有或不瞭解家庭醫師的民眾卻佔了 218 位（71.2%），而一般到基層門診就醫的民眾對於醫德及醫術雖然是重要的考慮因素，但往往卻是以方便就醫作為其決定的因素。由這裡顯示出國人並未有成熟的家庭醫師觀念，並且也沒有向固定醫師求診的習慣。（如表 7 及圖十）

表 7. 是否有家庭醫師

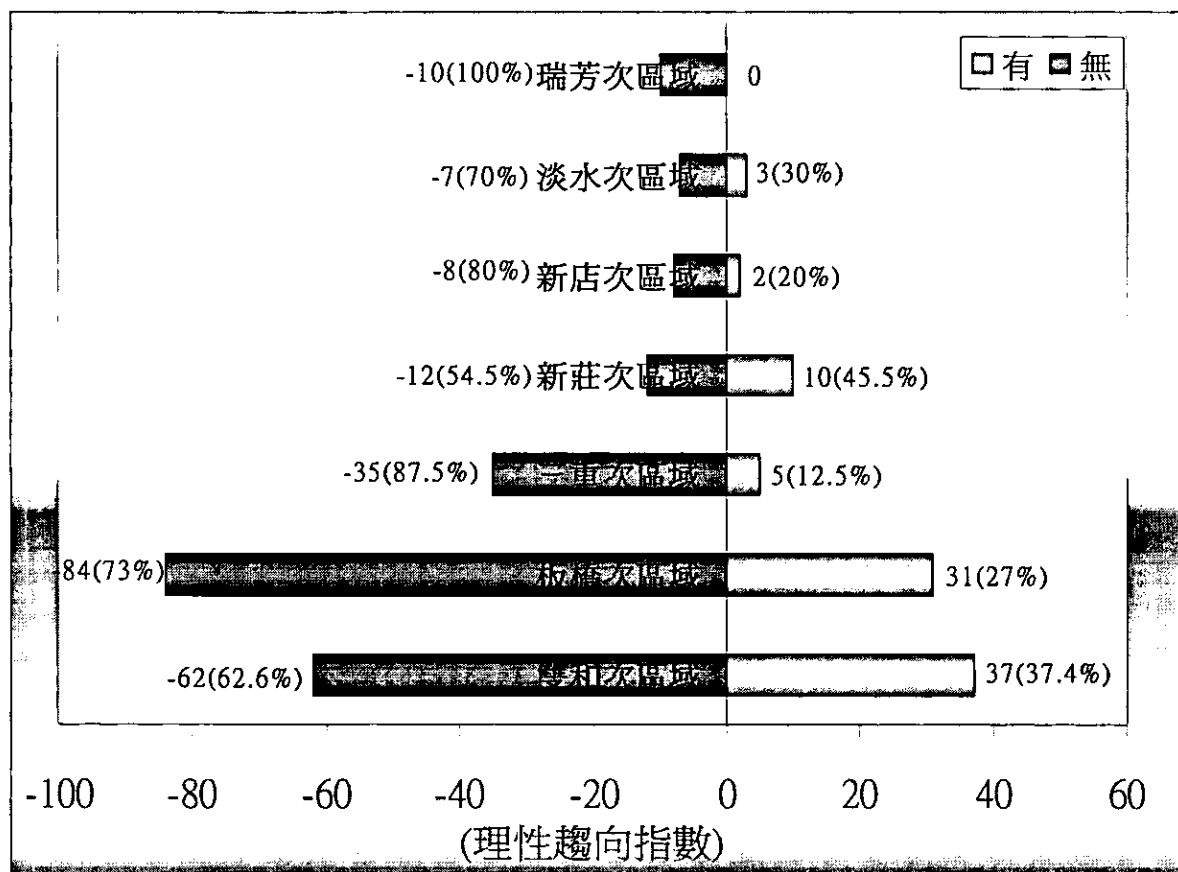
	人數	百分比
有	88	28.8%
無	218	71.2%
總 數	306	100%

(圖十)



雖然全縣大多數地區醫院就診民眾表示無家庭醫師，但各次區域仍有所不同。以雙和次區域有 37.4% 表示有家庭醫師為最高，而瑞芳地區 100% 沒有家庭醫師為最低(如圖十一)。

(圖十一 是否有家庭醫師的指數趨向)



對於是否贊成轉診制度大約逾五成多的民眾表示贊成，反對為 5.6%，沒有意見的最多，佔了將近五成；至於問及是否有轉診經驗，則僅有 12.1% 有轉診經驗，多數是沒有的，而擁有轉診經驗的人當中大多是由醫師建議民眾至大型醫院就診，而並非真正寫轉診書過去的，所以有實際轉診的應比此數目還少。(如表 8、表 9 及圖十二、圖十三)

表 8. 是否贊成轉診制度

	人數	百分比
贊成	161	52.6%
反對	17	5.6%
沒意見	126	41.2%
其他	2	0.7%
總數	306	100%

(圖十二)

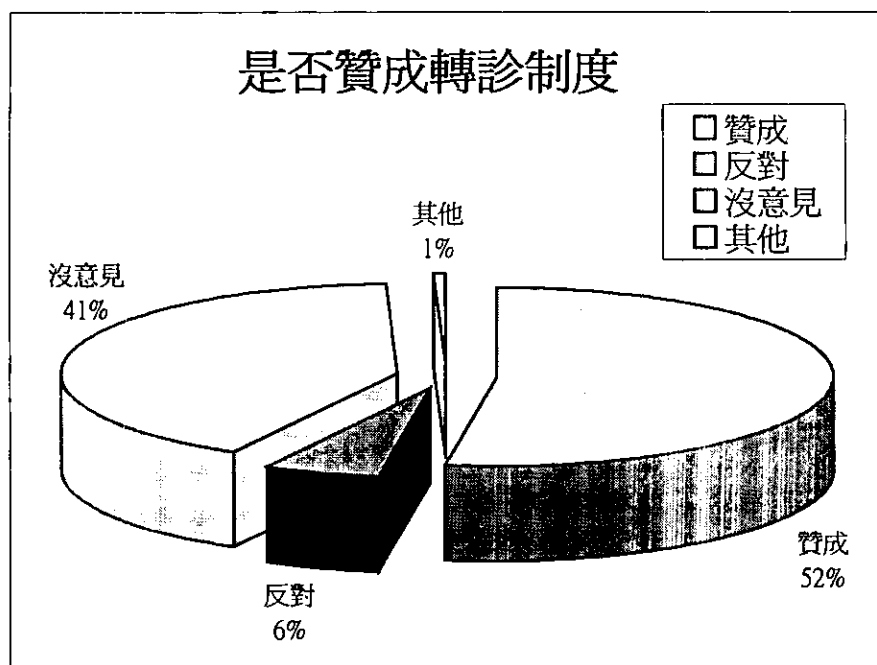
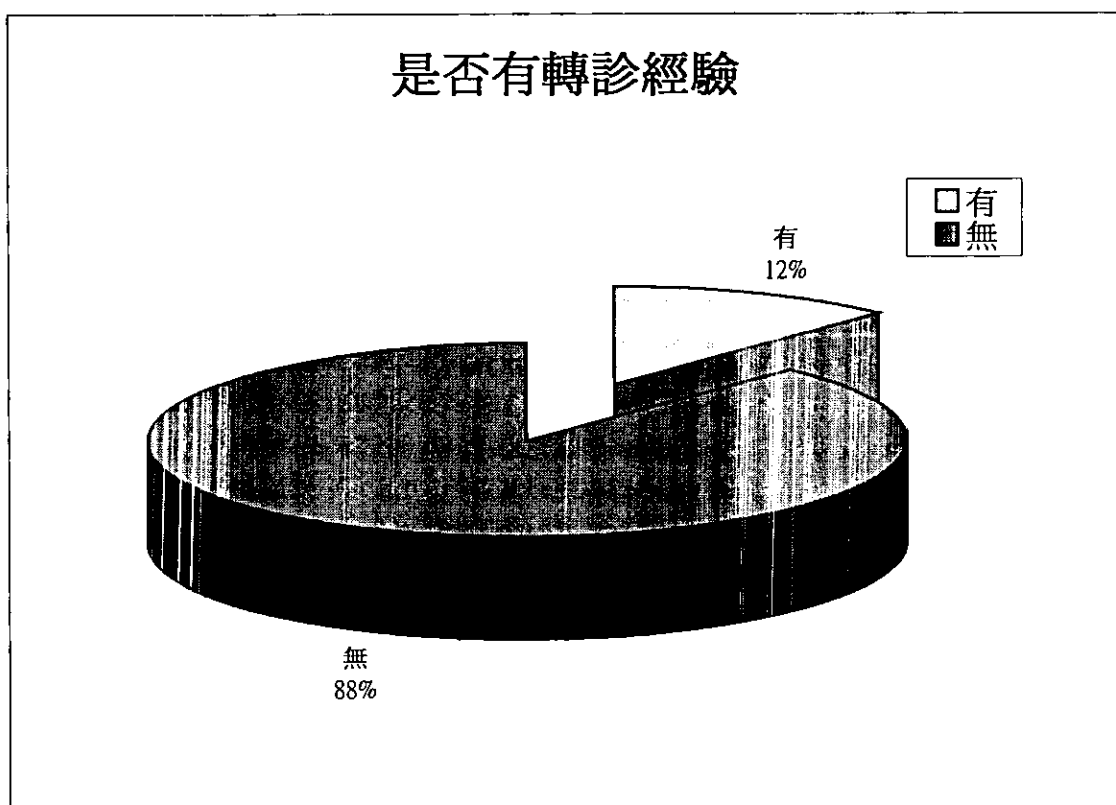


表 9. 是否有轉診經驗

	人數	百分比
有	37	12.1%
無	269	87.9%
總數	306	100%

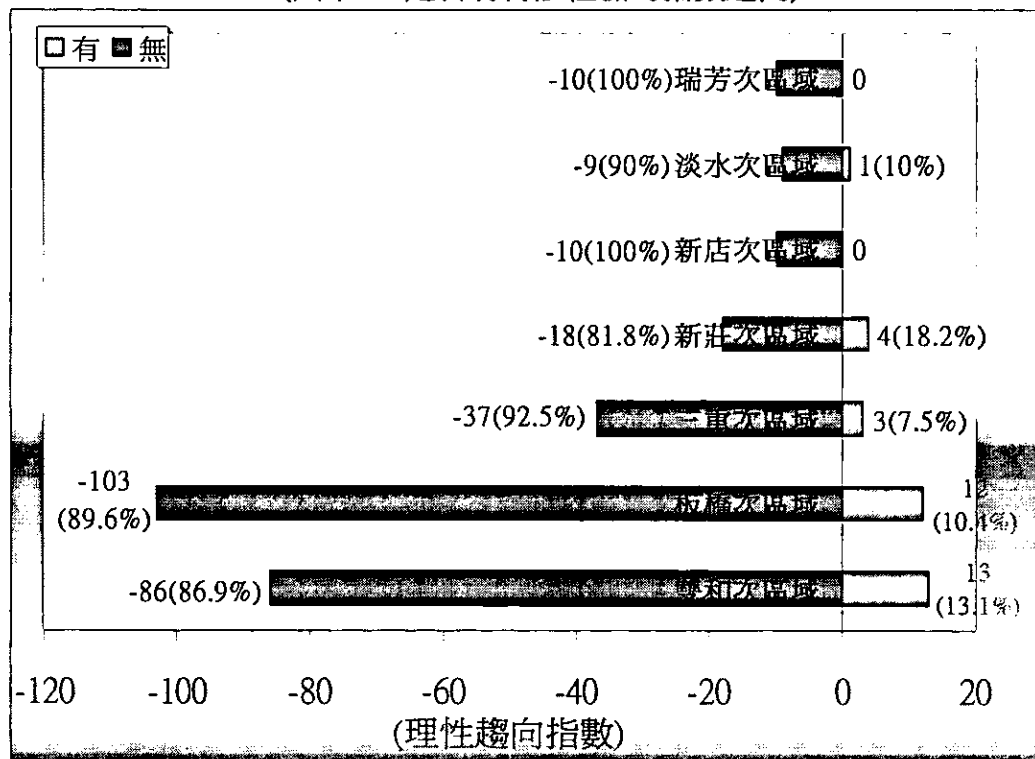
註：此處的轉診經驗包括診所醫師無法處理而建議民眾自行到大型醫院就醫者

(圖十三)

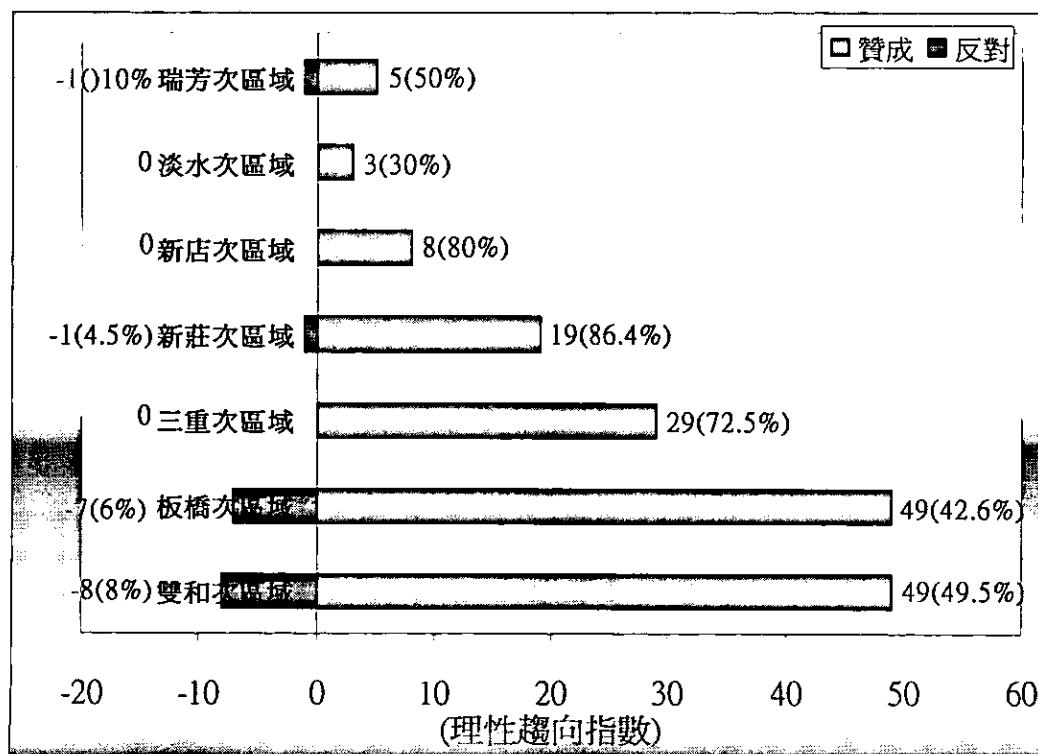


在各次區域的理性醫療行為分析中，發現贊成轉診制度與具轉診經驗有著顯著的差異。例如，新莊在贊成轉診取向中為最高(86.4%)，具實際轉診經驗也是最高(18%)。相反的，在贊同轉診取向第二高的三重次區域(72.5%)，在實際轉診經驗卻有最高的負面取向(92%)(如圖十四、圖十五)。

(圖十四 是否有轉診經驗的指數趨向)



(圖十五 是否贊成轉診制度的指數趨向)



對於實施全民健保後民眾感覺看病確實比較方便（71.9%），這與台北市地區醫院就診民眾訪查結果（65.7%）非常接近，與健保局所作的滿意度調查（50~70%）亦十分接近。而認為不方便或沒意見的人當中，大都因為候診時間過久。(如表 10 及圖十六所示)

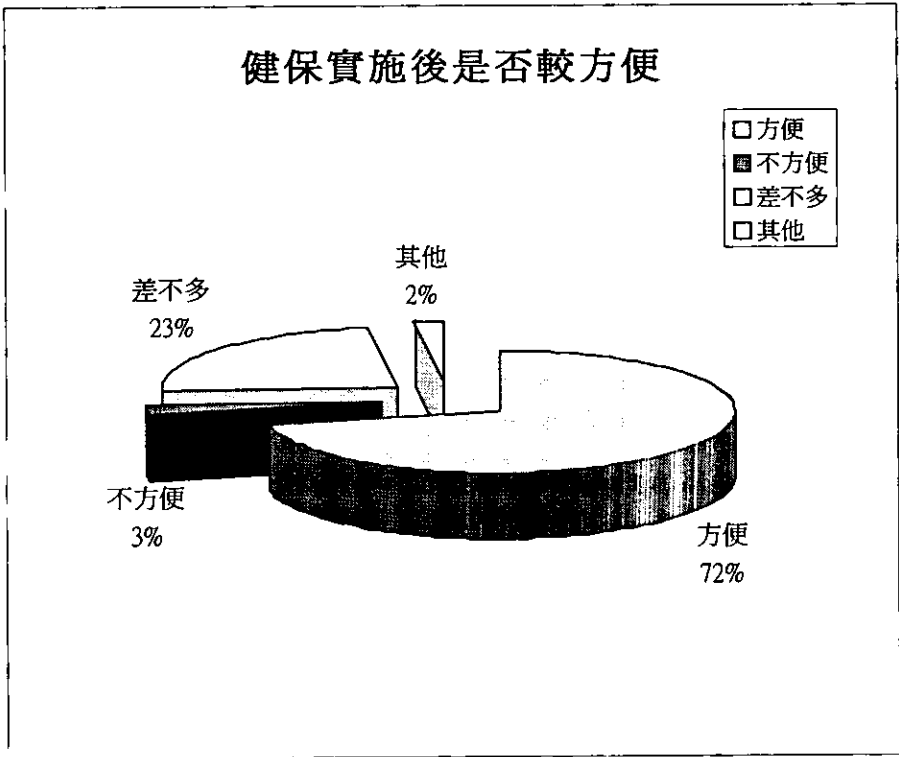
表 10. 健保實施後看病是否比較方便

	人數	百分比
方便	220	71.9%
不方便	9	2.9%
差不多	71	23.2%
其他	6	2.0%
總數	306	100%

表 10.1 健保實施後，認為醫療品質有提升的部分

	人數	百分比
診療	70	22.9%
藥物	26	8.5%
設備	42	13.7%

(圖十六)



對於全民健保實施後地區醫院就診的民眾對保費是否合理，逾五成的就診民眾認為尚可（27.8%）或合理（25.2%），但有不少的民眾也認為有點貴（24.5%），這比台北市的地區醫院就診民眾認為不合理（25.7%）的比例要低些。（如表 11 及圖十七所示）

表 11. 健保實施後保費是否合理

	人數	百分比
合理	77	25.2%
尚可	85	27.8%
有點貴	75	24.5%
沒意見	49	16.0%
其 它	20	6.5%
總 數	306	100%

(圖十七)

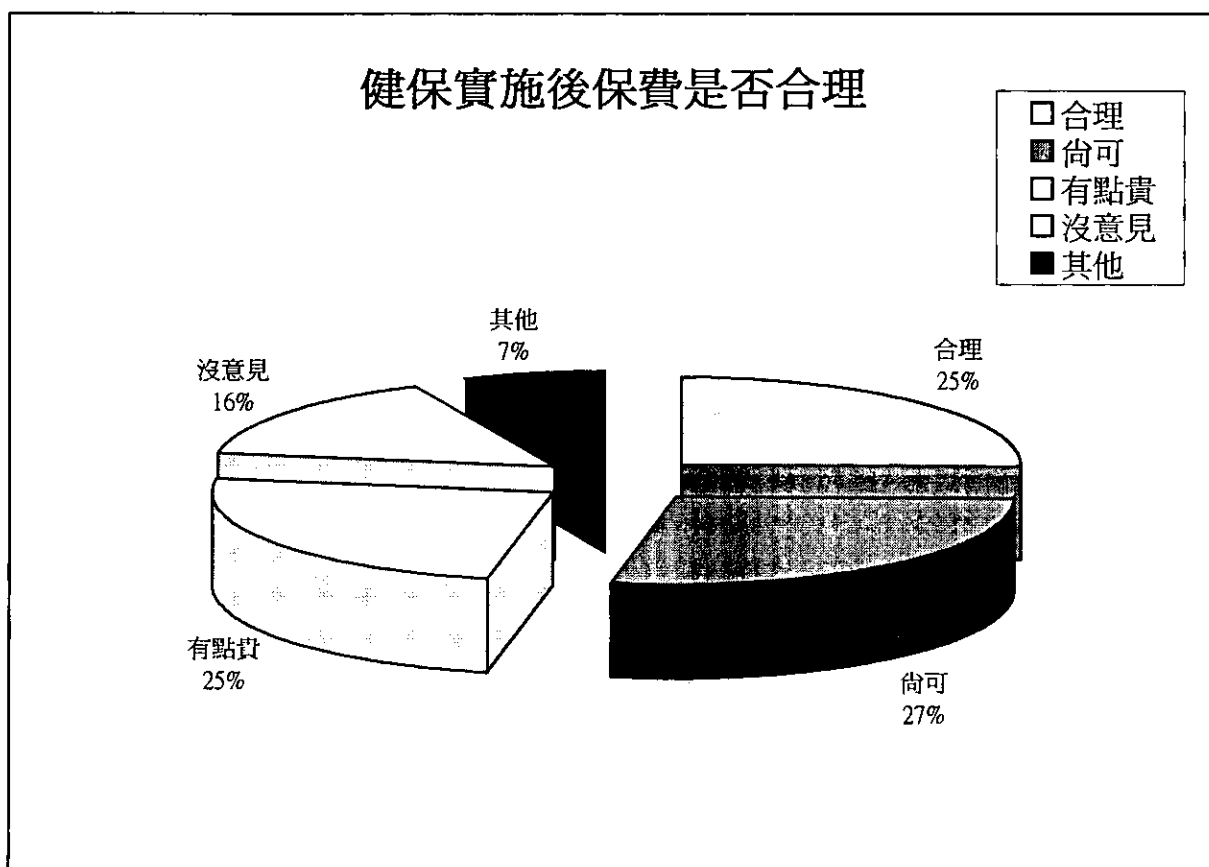
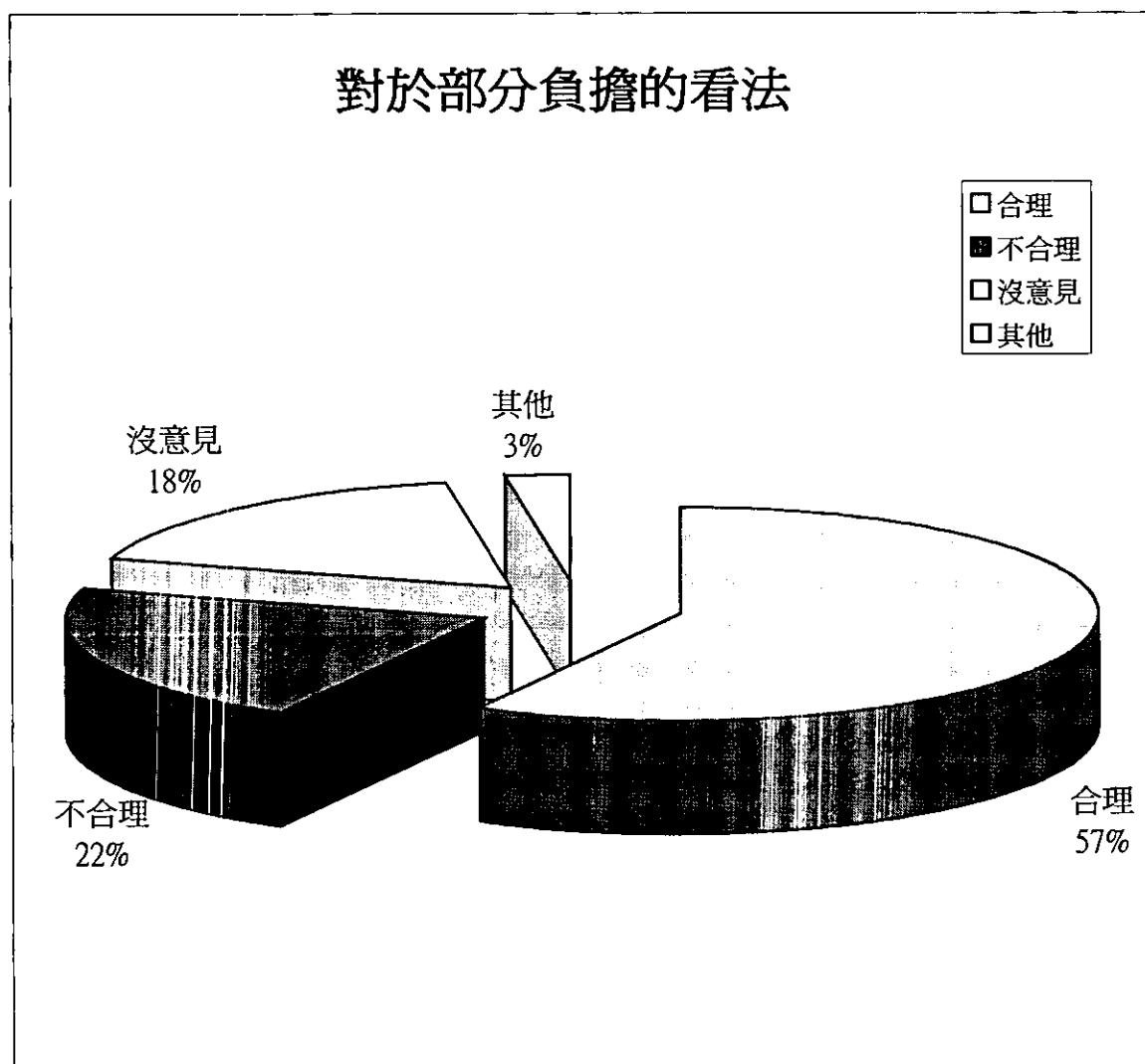


表 12. 對於部份負擔的看法

	人數	百分比
合 理	178	58.2%
不合理	66	21.6%
沒意見	54	17.6%
其 它	8	2.6%
總 數	306	100%

(圖十八)

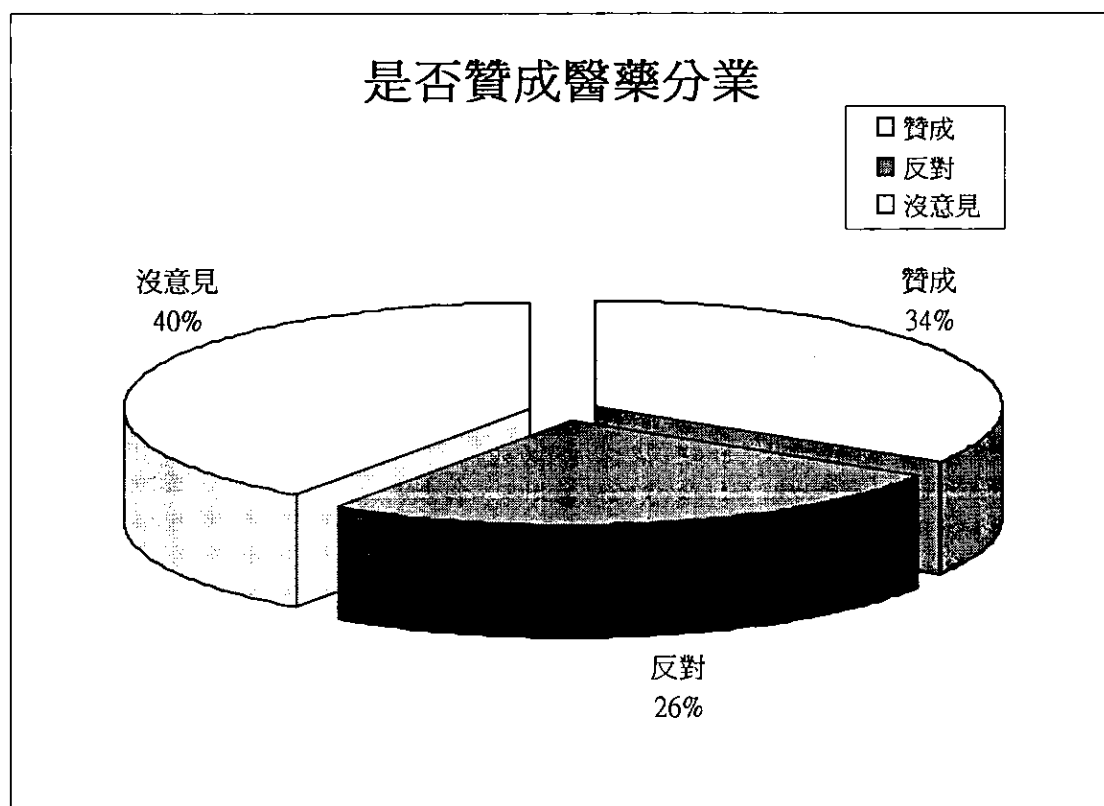


民眾對於醫藥分業的看法如下表所示，對於反對醫藥分業只的意見主要認為看病及取藥必須分別到不同的地方非常麻煩。(如表 13 及圖十九所示)

表 13. 是否贊成醫藥分業

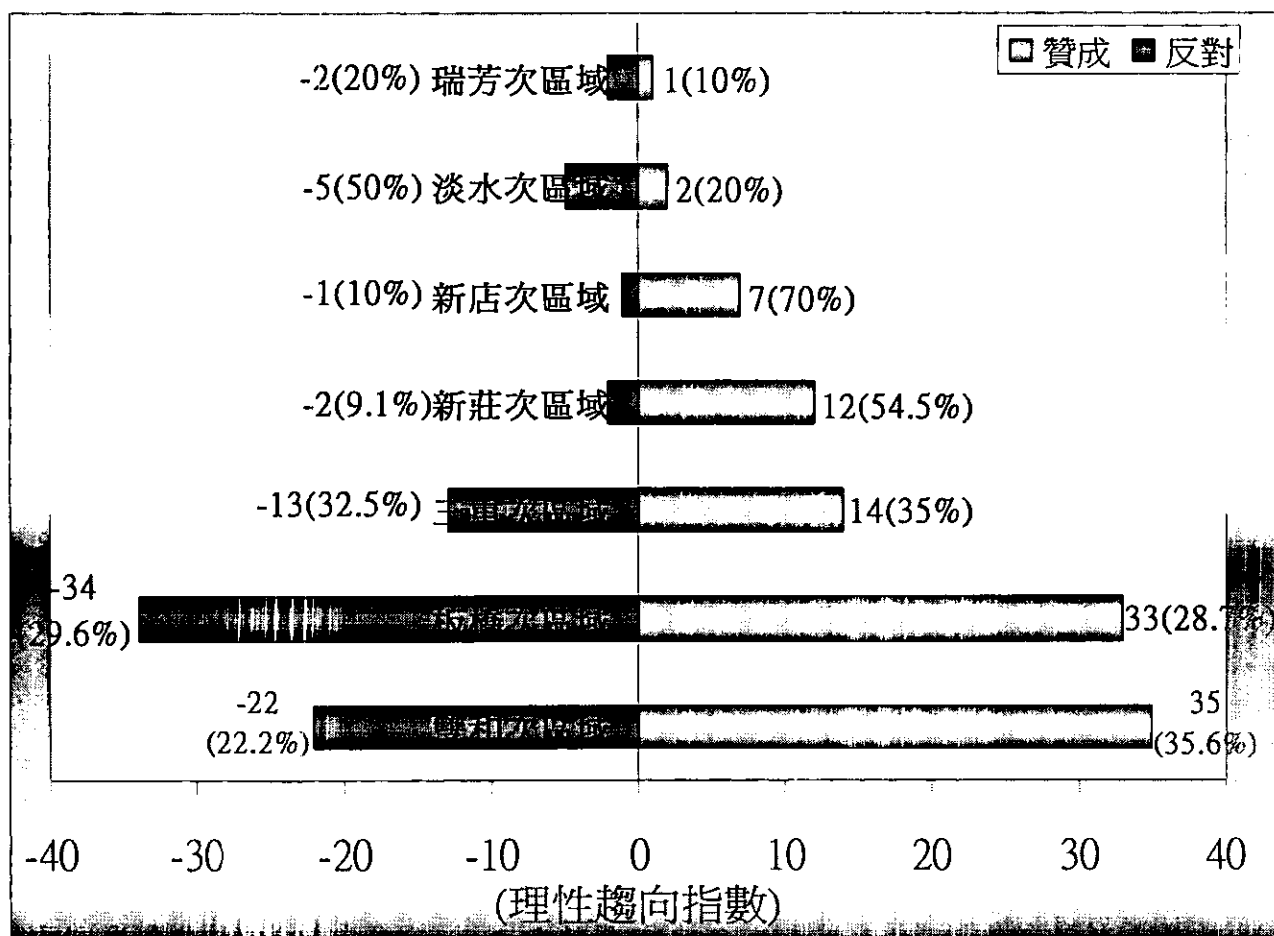
	人數	百分比
贊 成	104	34.0%
反 對	79	25.8%
沒意見	123	40.2%
總 數	306	100%

(圖十九)



在各次區域的理性醫療行為分析可以看到瑞芳為最低(10%)，而新店最高(70%)，新店地區以 54.5%居次(如圖二十)。

(圖二十 是否贊成醫藥分業之指數趨向)



性別的影響

性別對於生病時優先選擇醫療院所、有無家庭醫師的關係、及對醫藥分業的看法等大致一樣，並無顯著的差異。見以下各表(表 14、15、16)：

表 14. 性別與生病時優先選擇醫療場所的關係

性別	選擇藥局人數		選擇基層門診人數		選擇地區醫院人數		選擇區域醫院人數		選擇醫學中心人數		總計	
男	17	12.9%	58	43.9%	51	38.6%	3	2.3%	3	2.3%	132	100%
女	19	10.9%	84	48.3%	54	31.0%	10	5.7%	7	4.0%	174	100%
合計	36	11.8%	142	46.4%	105	34.3%	13	4.2%	10	3.3%	306	100%

表 15. 性別與有無家庭醫師的關係

性別	有家庭醫師		無家庭醫師		總計	
男	29	22.1%	102	77.9%	131	100%
女	56	32%	119	68%	175	100%
合計	85	27.8%	221	72.2%	306	100%

表 16. 性別對醫藥分業的看法

性別	贊成		反對		沒意見		總計	
男	51	38.1%	35	26.1%	48	35.8%	134	100.0%
女	52	30.2%	47	27.3%	73	42.5%	172	100.0%
合計	103	33.7%	82	26.8%	121	39.5%	306	100.0%

性別對部分負擔的看法並無統計上的差異(表 17)。

表 17. 性別對部份負擔的看法

性別	合理		不合理		沒意見		其他		總計	
男	77	57.1%	30	22.2%	25	18.5%	3	2.2%	135	100.0%
女	103	60.2%	37	21.6%	28	16.4%	3	2%	171	100.0%
合計	180	58.8%	67	21.9%	53	17.3%	6	2%	306	100.0%

年齡分佈的影響

就醫民眾的年齡分布以 20-30 歲最多計 83 人，31-40 歲者居次共 63 人。51-60 歲及 41-50 歲之年齡層也有 46 位及 44 位，值得注意的是 71 歲以上也不少，佔 38 位。至於年齡分布與生病優先選擇就醫地點的關係，可以發現到在 31-40 歲(60.3%)，21-30 歲(54.2%)，41-50 歲(52.3%)，以及 20 歲以下(50%)的年齡層，優先選擇基層門診的比例均超過 50%；71 歲以上最少，僅佔 10.5%。相反的，優先選擇地區醫院的年齡層中以 71 歲以上最多，佔 76.3%。值得參考的是，優先選擇藥局的人數之中，也以 71 歲以上的最少，佔 2.6%(表 18)。

表 18. 年齡與生病時優先選擇就醫地點的關係

年齡	藥局人數		基層門診人數		地區醫院人數		區域醫院人數		醫學中心人數		總計	
20 歲以下	1	12.5%	4	50%	3	37.5%	0	0%	0	0%	8	100%
21-30	13	15.7%	45	54.2%	20	24.1%	3	3.6%	2	2.4%	83	100%
31-40	9	14.3%	38	60.3%	9	14.3%	4	6.5%	3	4.8%	63	100%
41-50	3	6.8%	23	52.3%	16	36.4%	1	2.3%	1	2.3%	44	100%
51-60	8	17.4%	19	41.3%	17	37%	1	2.2%	1	2.2%	46	100%
61-70	1	4.2%	9	37.5%	11	45.8%	1	4.2%	2	8.3%	24	100%
71 歲以上	1	2.6%	4	10.5%	29	76.3%	3	7.9%	1	2.6%	38	100%
合計	36	11.8%	142	46.4%	105	34.3%	13	4.3%	10	3.3%	306	100%

就醫民眾的年齡層分布與有無家庭醫師的關係並無統計上的差別(表 19)。

表 19. 年齡與有無家庭醫師的關係

年齡	有家庭醫師		無家庭醫師		總計	
20 歲以下	2	22.2%	7	77.8%	9	100%
21-30	17	21%	64	79%	81	100%
31-40	20	31.7%	43	68.3%	63	100%
41-50	20	43.5%	26	56.5%	46	100%
51-60	16	34%	31	66%	47	100%
61-70	5	22.7%	17	77.3%	22	100%
71 歲以上	8	21.1%	30	78.9%	38	100%
合計	88	28.8%	218	71.2%	306	100%

雖然多數就診民眾(58.8%)認為部分負擔合理，但其中以 71 歲以上的年齡佔 71.1%最多，而 41-50 歲最少不足一半(44.4%)。認為不合理的剛好相反，41-50 歲最多佔 37.8%，而 71 歲以上僅佔 7.9%(表 20)。

表 20. 年齡對部份負擔的看法

年齡	合理		不合理		沒意見		其他		總計	
20 歲以下	5	62.5%	1	12.5%	2	25%	0	0%	8	100%
21-30	45	53.6%	18	21.4%	21	25%	0	0%	84	100%
31-40	33	53.2%	18	29%	10	16.1%	1	1.6%	62	100%
41-50	20	44.4%	17	37.8%	6	13.3%	2	4.4%	45	100%
51-60	35	76.1%	6	13%	4	8.7%	1	2.2%	46	100%
61-70	15	65.2%	4	17.4%	3	13%	1	4.3%	23	100%
71 歲以上	27	71.1%	3	7.9%	7	18.4%	1	2.6%	38	100%
合計	180	58.8%	67	21.9%	53	17.3%	6	2%	306	100%

年齡分布對醫藥分業的看法並無統計上有效的差異。

表 21. 年齡對醫藥分業的看法

年齡	贊成		反對		沒意見		總計	
20 歲以下	3	37.5%	1	12.5%	4	50%	8	100%
21-30	28	34.1%	22	26.8%	32	39%	82	100%
31-40	34	54%	10	15.9%	19	30.2%	63	100%
41-50	15	33.3%	17	37.8%	13	28.9%	45	100%
51-60	14	29.8%	16	34%	17	36.2%	47	100%
61-70	1	4.4%	10	43.5%	12	52.2%	23	100%
71 歲以上	8	21.1%	6	15.8%	24	63.2%	38	100%
合計	103	33.7%	82	26.8%	121	39.5%	306	100%

結論與建議

(一) 就醫流向及健保品質方面

1. 台北縣地區醫院就診民眾生病時優先選擇基層診所及地區醫院(78.7%)，但仍有 14%的地區醫院就診民眾優先選擇藥局。顯示藥局在民眾生病時仍有其重要性。
2. 民眾至地區醫院就醫原因以一般小病(45.4%)，或是小手術及其回診，雜症(26.1%)為主，重大傷病僅佔(0.7%)；另外慢性病也佔了(14.4%)為第三位，此一結果與台北市調查報告相似。顯示台北縣市地區醫院確具有基層門診及長期照護的功能。
3. 受訪地區醫院就診民眾有近半數對轉診制度表示贊成(52.6%)，雖然僅 28.9%聲稱有家庭醫師，但僅有 12.1%的民眾有轉診經驗，多數為口頭介紹民眾自行前往，而非醫師開立轉診書之轉診。顯示國人多數自行決定前往適當的就醫機構。
4. 受訪之地區醫院就診民眾對於全民健保覺得方便達 220 人(71.9%)，與台北市相似(65.7%)，且與健保局所做民眾對全民健保滿意度的調查之結果接近(50~70%)。但能確定醫療品質有所提升的僅有 70 個人(22.9%)，覺得健保藥物品質提升的僅 26 個人(8.5%)，覺得健保設備品質提升的僅 42 個人(13.7%)。顯示多數民眾不確定在健保實施後的醫療品質有所提升。
5. 對於保費是否合理，(25.2%)的就診民眾認為合理，且有(27.8%)認為尚可接受，兩者合計則逾五成。但是覺得有點貴也佔(24.5%)，這與台北市調查佔(25.7%)結果相似。結果顯示約有四分之一的地區醫院就診民眾覺得繳保費負擔較重。
6. 多數民眾(179/306)聲稱每年看病次數在 10 次以下(5 次以下為 111 人，5-10 次為 68 人)，低於全台灣每年看病次數的平均值的 14 次。又多數民眾生病時優先選擇基層診所及地區醫院，過半數的民眾贊成轉診制度及部分負擔，對政府衛生政策多願配合，很少有逛醫院及生病時優先選擇大型醫院的現象，顯示台北縣地區醫院就診民眾就醫行為趨於理性。

(二) 人類學場景 (Scene) 與儀式 (Ritual) 分析結論

場景一

多數地區醫院，整齊乾淨，招牌醒目，少許置放盆栽，有些較大型的地區醫院，外觀宏偉(例如：八層樓)，獨棟，油漆嶄新。入門大廳有警衛，候診大廳寬敞，還有許多衛教傳單。讓就診民眾下意識有崇敬的心理，這是由場景引發出較高的崇拜儀式。

場景二

有些醫院地點位於熱鬧地段，醫院外車水馬龍，院內熱鬧異常，救護車及各種車輛熙來攘往，幾乎到了摩肩擦踵的地步，民眾擠進擠出，有搶購的心態。

場景三

另有些醫院，門面小，不起眼，設備不多，病患不多，但是服務親切，提供一個方便解決病痛的地方，就診民眾有如到傳統雜貨店。

場景四

婦產專科醫院標榜最新設備，在單科方面擁有醫學中心的設備，讓民眾覺得品質不亞於醫學中心，病患就診的儀式似乎到全國最好設備的醫院，得到品質最好的服務。

場景五

規模小，門口較凌亂，內部科別不多，並沒有招牌醫師或是足以炫耀的設備，但是比一般診所大一些，多一些設備，提供比診所稍多的服務，民眾就診的儀式並不顯著，多因交通方便或是其為地區唯一之醫院。

場景六

有些醫院略具規模，但大廳空蕩，負責醫師年紀已高接近退休狀態，設備無法更新，多數病患為慢性病患者，扮演長期照護的角色。如受到新成立的醫院或診所的競爭，再加上負責醫師年紀已長，不易轉型，患者就診儀式比較接近家庭照顧。

場景七

醫院外觀也許不起眼，也許很具規模，但有一共同的特點——戒備森嚴，鐵絲網團團圍住。門禁也森嚴，進出 IC 卡、簽名，拒絕訪客，拒絕錄影。簡直像監獄或軍營，它就是精神療養院。台北縣一共 8 家，適時地替台北市舒緩精神病患的壓力，無法訪問患者，但訪問醫院經營者後得知，這是另外一個世界，不是正常的就診儀式，提供了一個喘息照顧，特別是替家屬，幾乎是解脫了大部分(至少是一部分)。

(三) 對政府的建議

全民健保實施後，雖然大型醫院增加，地區醫院減少，但存活的地區醫院多數競爭力強，且具有初級及次級健康照護功能，此項功能在四級醫院的健康照護系統中應被重視。建議政府應加強地區醫院輔導及投資。

在醫療資源較多之次區域如板橋、雙和、新店、淡水，加強地區醫院功能可以減輕大型醫院看一般門診的業務，節省國家資源。

在醫療資源缺乏的次區域如瑞芳、汐止、及金山等地，如能加強或增設地區醫院，可幫助民眾求醫就診，提升國民健康。

參考文獻：

中文書籍

李玉春

1998 《新世紀的醫療保健政策》。台北：厚生基金會。

胡幼慧.

1991 《社會流行病學》。台北：巨流。

1996 《質性研究：理論、方法及本土女性研究實例》。台北：巨流。

2001 《新醫療社會學：批判與另類的視角》。台北：心理。

徐宗國 譯、Anselm Strauss & Juliet Corbin 合著

1997 《質性研究概論》。台北：巨流。

張荳雲

1998 《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流。

蔡篤堅

2001a 《當代臺灣衛生福利政策論述的解構與重塑》。台北：唐山。

2001b 《實踐醫學人文的可能》。台北：唐山。

中文期刊

江東亮

1988 台灣地區醫療照護之發展與問題。《中華衛誌》8(2)：75-90。

李玉春

2001 「全民健保西醫總額支付制度之推動政策--基層與醫院預算之分立或統合？」《臺灣醫界》44 (7)：43-47。

林國明

2001 歷史、制度與政策--臺灣醫療保險體系部份負擔與轉診方案的政策轉折。」《國立臺灣大學社會學刊》29：111-184。

2002 朝向醫療社會學創造性的對話與整合：『醫療與社會』專題導論。」《臺灣社會學》3：1-9。

邱淑媿 蔡世滋

1991 「國際基層醫療分類。」《臨床醫學》28(3)：216-227。

黃明山

2000 「健保實施後對地區醫院之衝擊及建言。」《台灣醫界》43(6)：47-48。

陳孝平

1997 「『組合』乎?『市場』乎?--從臺灣變遷中社會的屬性探索全民健保的體制」
16 (1)：86-108。

張荳雲 謝幸燕

1994a 「就醫流向的長期趨勢。」《中華衛誌》13(1)：54-76。

1994b 「醫療資源的成長與分佈--制度面成因的思考。」《人口學刊》16：79-106。

張鴻仁 黃信忠 蔣翠蘋

2001 「全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討。」《臺灣公共衛生雜誌》
21 (3)：207-213。

葉淑娟;曾淑芬;王素玲;林杏樺;洪敬雯;陳菁霞

2000 「論全民健保政策與醫院服務品質的關係。」《品質管制月刊》36(6)：71-75。

湯澡薰 郭乃文 葉壽山

1999 「醫療資源使用之公平性探討。」《醫護科技學刊》1(1)：43-58。

詹其峰 劉文俊 陳慶餘

2000 「社區導向基層醫療之新進展。」《當代醫學》27(4)：31-35。

劉見祥

1999 「全民健保支付制度之趨勢。」《醫院》32 (6)：15-20。

劉競明

2002 「基層醫療品質提昇之我見。」《臺灣醫界》45(1)：62-63。

鍾國彪

2001 「醫院門診合理量的探討。」《全民健康保險》30：16-20。

Kleinman, Authur 著、張珣譯

1999 「文化建構病痛經驗與行為：中國文化內的情感與症狀。」《思與言》
37 (1)：241-271。

中文碩、博士論文

吳肖琪

1991 《健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響》。臺灣大學公衛所博士論文。

潘奇

1996《台北醫療區域中有關台北縣醫療資源分佈及民眾求醫流向之探討》。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。

張耿銘

1997《地區醫院營運績效及其影響因素探討》。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。

林政彥

2001《新設立醫學中心對當地社區醫療影響之研究--以內湖地區為例》。
銘傳大學公共管理與社區發展研究所在職專班碩士論文。

陳宜欣

2001《衛生所功能及醫療保健服務需求城鄉差異之研究--以臺北縣為例》。
臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。

研究報告

陳東升

1995 醫療組織關係的制度理論分析---以新竹醫療區為例。台北市：行政院國科會科資中心。

張荳雲

1996 《競爭與正當化：台灣醫院產業的研究》。行政院國科會補助專題研究計劃第二年期末報告。

賴文福

1999 《台灣地區醫療資源集中化對基層醫療的影響—以台灣及美國俄亥俄州為例，比較中美醫療體系之不同》。蔣經國國際學術交流基金會年度報告。

2003a 「地區醫院的轉型與質變—以台北市為例地區醫院門診患者的就醫行為之研究。」出版中。

2003b 「醫學人文的定位與課程結構。」出版中。

1994-2003 地區執業醫師及醫療機構統計----中華民國醫師公會全國聯合會。
英文書目與期刊

Aday,L. A., & Andersen, R. (1974) .A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*,9 (3) ,208-220.

Andersen,R(1968) "A Behavioral Model of Families Use of Health Services Chicago:Center for Health" Administration Studies University of Chicago.

Egunjobi,L.(1983) "Factors Influencing Choice of Hospitals :A Case Study of the Northern Part of Oyo Sate" *Social Science & Medicine* 17(9):p585-p589

Elesh D, Schollaert PT. Race and urban medicine: factors affecting the distribution of physicians in Chicago. *Journal of Health and Social Behavior* 1972; 13: 236-50.

Finkler, S. A., and Horowitz, S. L., (1985). Merger and consolidation: An overview of activity in healthcare organization, *Healthcare Financial Management*, 39(1),19-28.

Inguanzo,J.M.;Harju M.(1985) "What Makes Consumer Select a Hospital? " *Hospitals* 59(5):p90-p94

Lombrail P.,Vitoux-Brot C.,Bourrillon A.,Brodin M.(1997).Another look at emergency room overcrowding:accessibility of the health services and quality of care,9(3):225-35.

Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (1992) 。 Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map. *Doing Qualitative Research*,pp3-28.

McColl A, Roderick P, Gabbay J, et al.(1998) What Do Health Authorities Think of Population Based Health Outcome Indicators. *Quality in Health Care*, 7:90-7.

Nelson CW, Niederberger J.(1992) Patient Satisfaction Surveys: An Opportunity for Total Quality Improvement. *Hospital and Health Services Administration*, 35(3):409-27.

Penchansky R. and Thomas J.W.(1981).The Concept of Access:Definition and Relationship to Consumer Satisfaction,19:127-40.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990) 。 Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park, CA: Sage publications, Inc.

Ware, J. E., Brook, R. H., Davis, A. R., & Lohr, K. N. (1981) .Choosing measures of health status

for individuals in general populations. *American Journal of Public Health*, 71 (6) ,620-625.
WHO(2000) • The Role of The Hospitals in A Changing Environment. Bulletin of the WHO.

Williams AP, Schwartz WB, Newhouse JP, Bennett BW. How many miles to the doctor. *New England Journal of Medicine* 1983; 309 (16): 958-63.

Williams LL.(2000).Mixed prognosis:equity,access,and emerging issues within British Columbia's health care system,21(2):211-23.

Wolinsky FD. *The Sociology of Health: Principle, Professions, and Issues*. Boston, Mass: Little, Brown and Company, 1980.

Ethnography: Step by Step. David M. Fetterman.

Sage Publications, Inc., California. 1989.

Chinese Edition 2000, Hurng-Chih Book Co., Taipei, Taiwan.

ISBN 957-97910-82

Research In Health Care Settings. Kathleen E. Grady & Barbara S. Wallston.

Sage Publications, Inc., California. 1988.

Chinese Edition 2000, Hurng-Chih Book Co., Taipei, Taiwan.

ISBN 957-0453-10-9

Field Ethnography: A Manual for Doing Cultural Anthropology. Paul Kutsche.

Prentice-Hall, Inc., New Jersey, 1998.

Chinese Edition 2003, Hwa-Tai Publishing Co., Taipei, Taiwan.

ISBN 957-609-4836

Advances in the Methodology of Grounded Theory: Theoretical Sensitivity. Barney G. Glaser. The Sociology Press, California, 1978.(Chinese edition in press)

Time for Dying. Barney G. Glaser & Anselm L. Strauss. Aldine Publishing Co., New York, 1968.(Chinese edition in press)

附錄：

1. 研究調查問卷。

2. 根據衛生署之評鑑規定，地區醫院之定義如下：

包括至少具有內、外、婦、兒四科，且有急診處理能力與具有一百至二百病床之公私立醫院，以提供一般性住院醫療及專科門診醫療服務為主，估計每一地區醫院服務十萬人。

地 區 醫 院 之 評 鑑		
分類	項目	地區醫院標準
一、設施	(1)總樓地板面積	平均每床應有 30 平方公尺
	(2)病房設施	1.應符合醫療機構設置標準 2.病房中如設單人床者，則每病床所佔病房最小面積為 9.3 平方公尺 3.病室中每張床必須設有可調整病床高低之槓桿
	(3)安全設備及一般設備	應具機電、安全、消防、供水、緊急供電設備，並應符合醫療機構設置標準。污水及廢棄物處理符合水污染防治及廢棄物清理法有關規定
	(4)保險病床比例	公立醫院應佔其總病床數的百分之七十五以上；私立醫院應佔百分之六十以上
二、人員	(1)員工總人數	專任員工總人數每床應有一名
	(2)醫師總數	應符合醫療機構設置標準 1.應辦理職業登記 2.以實際登記的總病床數計 如為外科系醫院至少應有特約麻醉專科醫師 如設置精神科，應符合醫院精神部門評鑑標準中地區醫院之標準
	(3)護理人員	應符合醫療機構設置標準
	(4)藥事人員	1.每 50 床至少一名 2.80 張門診處方以上應有一名，每增加 100 張處方應增加一名 3.應有藥師一人以上
	(5)醫事檢驗人員	應符合醫療機構設置標準
	(6)醫用放射線技術人員	應符合醫療機構設置標準
	(7)核子醫學科人員	
	(8)復健技術人員	

	(9)精神科人員	如設置精神科，應符合醫院精神部門評鑑標準中地區醫院之標準
	(10)社會工作人員	
	(11)營養師	應符合醫療機構設置標準
	(12)病歷管理人員	應符合醫療機構設置標準
三、醫療業務及設備	(1)醫療業務	應符合醫療法規定
	(2)急性病床數	
	(3)診療科別	
	(4)急診業務	如同時申請教學醫院評鑑者，應符合醫院急診部門評鑑標準中地區醫院之標準
	(5)手術及麻醉作業	1.綜合醫院及外科系醫院應具備手術室並符合醫療機構設置標準 2.應具手術時之生命監視系統
	(6)產房	綜合醫院及婦產科醫院設產房者，應符合下列規定： 1.產房之設備應符合醫療機構設置標準 2.應具胎兒監視器 3.應具恢復室 4.應具工作手冊及產房日誌
	(7)嬰兒室	綜合醫院及婦產科醫院設嬰兒室者，應符合下列規定： 1.嬰兒室之設備應符合醫療機構設置標準 2.設更衣室及洗手台 3.應具隔離之早產兒室 4.應具急救設備
	(8)加護病房	
	(9)藥事作業	1.藥局之設備應符合醫療機構設置標準中綜合醫院之規定 2.藥局作業應訂定工作說明、作業程序並保留作業紀錄 3.應負責藥品處方之稽核及調劑 4.交付病人之藥袋應明確標示藥品名稱與數量 5.應負責藥品資訊之蒐集及提供 6.應訂定藥品規格標準；並負責藥品之購置、驗收、儲備、保管與供應 7.有關藥品進出庫、使用量應有詳細帳目以供稽核 8.應提供病患用藥指導及藥物使用評估之服務

(10)檢驗作業	1.應具獨立之檢驗作業室 2.應具一般臨床鏡檢、寄生蟲、生化及血液檢查之能力與必要設備 3.至少應能執行細菌格蘭氏染色、簡單檢體接種、及血液交叉試驗 4.綜合醫院應具細菌檢查之能力與必要設備 5.臨床檢驗應建立轉介服務
(11)輸血作業	綜合醫院及外科系醫院應具輸血作業能力，並符合下列規定： 1.應有醫師負責 2.工作場所寬敞並有空調設備 3.應有儲血及供血之設備
(12)放射線診療作業	設放射線診斷設備者應符合下列規定： 1.醫療機構設置標準中綜合醫院之規定 2.應有領有醫用游離輻射設備操作執照之醫師 3.應有專用之適當控濕場所，並以合理之分類方式存放 4.應具急救設備
(13)病理作業	
(14)復健醫療作業	
(15)精神科	如設置精神科，應符合醫院精神部門評鑑標準中地區醫院之標準
(16)核子醫學	
(17)牙科	
(18)特殊醫療服務	
(19)醫務社會服務工作	
(20)營養部門	
(21)病歷部門	1.應有受過專業訓練之專人管理病歷 2.應建立病歷檔案管理及調閱制度 3.應採用資訊設備協助病歷作業 4.病歷有系統歸檔 5.病歷閱覽室位置適當並備有未完成病歷之放置格架 6.應有手術索引、疾病索引、病人索引 7.病歷室應具防水、防火、通風設備

四、重視病人安全及品質保證	(22)社區衛生服務	1.應有專責單位辦理轉診業務 2.應有專人負責訂定及執行住院病人之出院計劃 3.應提供衛教及繼續性居家照護或轉介相關單位 4.應參與醫療網活動
	(23)員工健康檢查	應對在職員工施行定期健檢，對於從事特別危害健康之作業者，應定期施行特定項目之健檢
	(1)病人安全及醫療品質審查	1.提供以病人為中心的醫療作業，並重視病人安全 2.手術切除的標本均應有病理檢驗報告 3.剖腹產百分比不高於百分之二十 4.應有死亡個案報告紀錄 5.應定期製作門診、住院手術、生產等統計報表 6.平均住院日合理
	(2)感染控制	1.應有參加感染控制講習之醫師負責 2.應有受過感染控制訓練之兼任或專任護理人員至少一名 3.應製作醫院感染控制之執行紀錄 4.應有院內感染監測月報表及有關會議記錄 5.應依規定向衛生單位報告法定及報告傳染病 6.應有預防院內感染基本設施及其維護紀錄 7.從事院內感染控制人員應參加在職教育
	(3)人體試驗	
	(4)藥事作業品質保證及重視病人用藥安全	1.至少有一藥事人員負責下列業務： (A)藥品之申購、驗收、儲備、保管與供應 (B)藥品諮詢服務 2.藥師處方除記載於病歷外，應另具處方箋 3.應用藥品使用趨勢分析統計及檢討措施 4.藥事作業品質保證之執行，並注重病人用藥安全 5.應具醫院藥品處方集或常備藥品表 6.藥事人員應有職前及在職教育

(5)護理服務品質保證及重視病人安全	1.護理行政應符合下列標準： (A)護理作業有健全組織工作目標及獨立之功能 (B)訂有年度工作計劃及有效執行 (C)訂有合理之護理人事管理制度 2.護理服務及品管之效能應符合下列規定： (A)應持續提昇護理照護品質，並重視病人安全 (B)護理單位訂有各科護理常規及工作手冊，據以執行日常業務 (C)各科均執行護理評估及訂定照護計劃並設有護理紀錄 (D)確實執行醫囑及病患護理，並做紀錄 (E)護理指導均列入病人之護理計劃中，並有執行紀錄 (F)夜、晚班設有總負責人，督導各單位晚、夜班護理工作並有交班報告 (G)護理醫療用品充分供應，並有汰舊更新計劃及專人維護 (H)有護理品管制度並定期進行稽核與改進 (I)護理人員應有職前及在職教育
(6)檢驗作業品質管制	1.應有各類檢驗、檢查報告，並備有檢驗紀錄簿及儀器維修紀錄 2.臨床鏡檢、寄生蟲、生化、血液檢查與細菌革蘭式染色、及簡單檢體接種應訂有作業手冊，並定期修訂 3.應有檢驗室內之品質管制措施及紀錄 4.應參加衛生署指定檢驗間之品質管制計畫並有紀錄 5.應注重空調、廢水及廢棄物處理與安全措施 6.醫事檢驗人員應有職前及在職教育
(7)輸血作業品質管制	綜合醫院及外科系醫院應符合左列規定： 1.應有輸血委員會，並有定期會議記錄 2.儀器及試藥應做定期品質管制措施並應有儀器維修紀錄和資料回報 3.應有輸血前檢驗及輸血反應紀錄 4.血庫人員應參加在職教育並備有紀錄 5.應參加輸血檢驗精準度調查，並訂有作業手冊，定期修訂
(8)放射線診療品質管制	1.應有輻射線防護措施與定期檢查及放射線設備保養並備紀錄 2.放射線診療應有報告並備有紀錄簿 3.醫事人員應有在職教育及進修機會

	(9)病歷管理	1.應具有病歷審查之功能 2.應有病歷完整性之審查表格並進行普查 3.應辦理醫療業務統計 4.病歷室隨時留有執勤人員二十四小時抽調病歷 5.病歷保密規定嚴格執行 6.疾病分類以 ICD-9-CM 進行
	(10)醫病關係之促進	應建立病人申訴管道
五、指定項目評估	一、住院 二、診斷 三、處置 四、用藥 五、手術 六、病歷寫作	經評估符合水準

中央健康保險局九十二年度委託研究計劃成果報告

期中審查意見修正對照表

期中審查意見	修正情形
報告中無法得知質性研究內容。	在期末報告中加入地區醫院的人文及地理相關介紹，及人類學場景 (Scene) 與儀式 (Ritual) 分析。
訪談進度比預定之進度落後。	進度落後原因： 1.北縣地區醫院眾多，有些醫院甚至無法順利訪談到，因此無法達到原本預定之進度。 2.訪談員訓練不夠，需改進。 在期限內已達成所有北縣地區醫院的訪談進度，並加以完成。

計劃主持人簽名：

賴文福

中央健康保險局九十二年度委託研究計劃成果報告

期末 審查意見修正對照表

期末 審查意見	修正情形
研究中以地區醫院受訪民眾之就醫行為推論民眾選擇地區醫院就醫之原因，宜提出效度說明。	以各次區域的地區醫院受訪民眾做理性就醫行為分析，共分為 7 個次區域，再根據各次區域醫療資源的特色做說明。
宜在報告中補正對於「理性」行為之定義，以強化結論與建議之正確性。	建立本研究理性就醫行為的理論模型(P.30~P.32)： Modify ↓ $\sum_{i=1}^n \text{RMBI}_{i\lambda} \rightarrow \Sigma \text{RMB}$ R : Retional M : Medical B : Behavior I : Intention λ : Factor
研究設計強調的是質性研究，但主要發現所呈現的卻是一般的「量化分析」結果，所得的結論也是用量化的方式呈現，這會有嚴重誤導之虞。因為所訪問的對象只限到地區醫院就醫的病人。	加強質化研究，建立理性就醫行為的理論模型來分析台北縣民眾就醫之選擇等行為，並分為七個醫療次區域個別討論。

中、英文摘要之關鍵詞並不一致	<u>理性就醫行為</u>修正為 Rational Medical Behavior (原為 Realistic Medical Behavior)
計畫名稱涵蓋範圍遠大於本研究計畫目的及內容，為避免讀者誤解，建議印製期末報告時，增列子標題，如台北縣地區醫院就醫民眾之就醫行為。	增列子標題： 「以台北縣地區醫院民眾就醫行為為例」

(本表如不敷填寫，請自行增列第二頁)

計劃主持人簽名： 賴文福