

台灣中醫偏遠地區巡迴醫療病患就診特性與服務滿意度研究

金玠縈^{1,2,#}、詹永兆^{3,#}、胡文龍^{1,2,3}、黃蘭嫻³、巫雲光³、何永成³、張景堯³、
柯富揚³、蔡明諺^{1,2}、洪裕強^{1,2,3,4,*}

¹ 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院中醫科系，高雄，台灣

² 長庚大學中醫系，桃園，台灣

³ 中華民國中醫師公會全國聯合會，台灣

⁴ 義守大學學士後中醫學系，高雄，台灣

探討偏遠地區中醫巡迴醫療照護的成效，包括醫療人力、服務率、巡迴醫療鄉數，以及民眾醫療的滿意度和病患常見的疾病。採用結構式問卷與健保署資料庫調查民國 99-103 年中醫巡迴醫療服務資訊，調查巡迴醫療就醫民眾的醫療可近性與滿意程度。有關問卷評估的項目包含地點的環境衛生及舒適性、醫療設備、看病流程、交通方便性、中醫師的說明，包括病情、治療方法及對疾病的指導、其他醫護人員的說明指導、中醫師的診斷及治療等醫術方面、中醫師的服務態度、其他醫護人員的服務態度、治療的效果（症狀的改善程度）、整體醫療品質、門診診次安排。資料蒐集後再採用描述性的統計方法，分析中醫巡迴醫療服務民眾就診疾病特性以及民眾就醫的可近性與滿意度。本研究發現整體中醫於改善無中醫鄉方面的推行，合併中醫師開業服務與巡迴醫療服務參與中醫師人數從民國 99 年 153 人增加至 103 年 230 人，服務病患人數與服務人次由 22635 人/121660 人次增加至 33779 人/183779 人次，中醫醫療服務偏鄉數由 61 鄉增至 85 鄉，服務率也從 9.97% 上升至 15.05%。而於中醫巡迴醫療統計中，偏鄉民眾滿意度最高的前三項目為中醫師的態度 99.34%，中醫師的診斷及治療等醫術方面 98.25%，以及中醫巡迴醫療的治療效果 98.25%；相反地滿意度較低的前三項目為門診診次安排，醫療設備以及看病流程。另外本研究也發現偏遠地區中醫醫療服務常見的疾病為：肌痛及肌炎、腰痛、咳嗽、關節痛、急性鼻咽炎（感冒）、睡眠障礙、頭痛、坐骨神經痛及其他。政府的專案補助與中醫師的積極參與，有助於改善偏遠地區民眾中醫就醫的可近性與滿意度，也才能符合醫療的公平性與全民健保守護全民健康的目標。另外，本文發現偏鄉就醫民眾多疼痛、失眠與呼吸系統疾病的特性，可提供中醫師選擇攜帶藥物至偏鄉的參考。

關鍵字：偏遠地區、中醫、滿意度、可近性

104 年 12 月 7 日受理

105 年 1 月 15 日接受刊載

105 年 12 月 1 日線上出版

* 聯絡人：洪裕強，長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院中醫科系，83342 高雄市鳥松區大埤路 123 號，電話：07-7317123 分機 2333、2334，傳真：07-7317123 分機 2335，電子郵件信箱：hungyuchiang@gmail.com

#：共同第一作者

一、前言

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 2014 年揭櫫：「國家所有的政策，均要考慮到健康 (Health in all policies)」，強調國家要以全民健康為先決條件。台灣全民健康保險藉由「全民互助」的精神，於 1995 年三月一日正式開辦至今健保納保率已高達 99.5% [1]。全民健保重要目標即是全民就醫權益平等，提高民眾就醫可近性和方便性。唯對於偏遠地區民眾就醫權益的失衡，就醫可近性和方便性的不足，仍是台灣重要的公共衛生課題。

國家健康照護將醫療資源分布至偏鄉地區是實現醫療公平普遍的一個重要環節，為了積極強化偏鄉醫療來減少醫療資源分布不均，以及考慮城鄉差異提供更適切服務之情形，衛生福利部健保署於 1999 年起推動「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，2002 年「醫療資源缺乏地區服務獎勵專案」，以及 2003 年「無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫」，推動獎勵醫師偏鄉醫療巡迴以及以「在地服務」的精神鼓勵基層醫師至醫療資源不足地區執業 [2, 3]。

台灣近年的許多研究顯示約有四成左右的偏遠地區民眾因為到達最近醫療機構所需時間較久，而認為就醫不便利 [4, 5]；二成以上的民眾不滿意就診機構的「醫療設備不足」[6]；花蓮偏遠地區民眾約有 49.3% 認為醫療資源不足，服務滿意度較非偏遠地區民眾低 [7]。蔡氏等 [2] 研究也發現「鄉鎮內中醫門診時段滿意度」與「鄉鎮外中醫方便性」會影響偏遠地區民眾中醫就醫的滿意度。黃氏等 [8] 南台灣偏遠地區民眾中醫巡迴醫療就診特性的研究，顯示就醫者多是老年慢性疼痛的病患。

然而，上述的文獻缺少全台灣中醫巡迴醫療病患就診特性與服務可近性及滿意度的資訊，所以本文之目的，主要為探討並分析近五年來中醫巡迴醫療照護的成效，其中內容包括偏遠地區中醫巡迴醫療推廣的結果、分布的狀況，以及民眾醫療的滿意度。透過分析整理民國 103 年關於中醫資源不足地區改善方案的相關報告，統整近五年來中醫於醫療資源不足地區的人力資源分配，無中醫鄉的改善程度，並整理分析民國 103 年民眾就診疾病統計，以及民國 101 到 103 年就醫可近性與滿意度的調查結果，爰以作為未來政府公共衛生政策的參考。

二、材料與方法

1. 資料來源

根據衛生福利部中醫藥司與健保署相關統計資料，以及中醫師公會全聯會民國 103 年「中醫醫療資源不足地區改善方案成果報告」的資料。

2. 研究對象

84 個醫療資源缺乏地區偏鄉接受中醫巡迴醫療服務的民眾。所謂的偏鄉，根據「民國 103 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」的定義為每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮 [9]。

3. 醫療服務模式

中醫醫療資源不足地區醫療服務內容主要為開業或者巡迴醫療。目前執行內容開業的定義為門診服務時數需每週至少提供五天 35 小時且至少含有兩次夜診，該特約醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天 24 小時。巡迴醫療則需以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，提供每天至多 1 次，每週至多 2 次定點定時中醫巡迴醫療服務，服務時間不得少於 3 小時，而特殊地區每天及每週之巡迴次數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定。

4. 資料蒐集與處理

本研究由衛生福利部與健保署資料庫調查民國 99-103 年中醫巡迴醫療服務提供情況，與民國 103 年巡迴醫療服務看診前十名之疾病。另外，結構式問卷採用健保署設計的問卷 [10,29]，調查巡迴醫療就醫民眾的醫療可近性與滿意程度。有關「醫療資源不足地區巡迴醫療服務病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度調查問卷」（表格附於後面）的評估項目有 12 項，包含：地點的環境衛生及舒適性、醫療設備、看病流程、交通方便性、中醫師的說明，包括病情、治療方法及對疾病的指導、其他醫護人員的說明指導、中醫師的診斷及治療等醫術方面、中醫師的服務態度、其他醫護人員的服務態度、治療的效果（症狀的改善程度）、整體醫療品質、門診診次（門診時段）安排。評估分為「非常滿意」，「滿意」，「普通」，「不滿意」，「非常不滿意」五項，其中滿意度為勾選非常滿意及滿意者人數相加，兩項占全個數的百分比。資料蒐集後再採用描述性的統計方

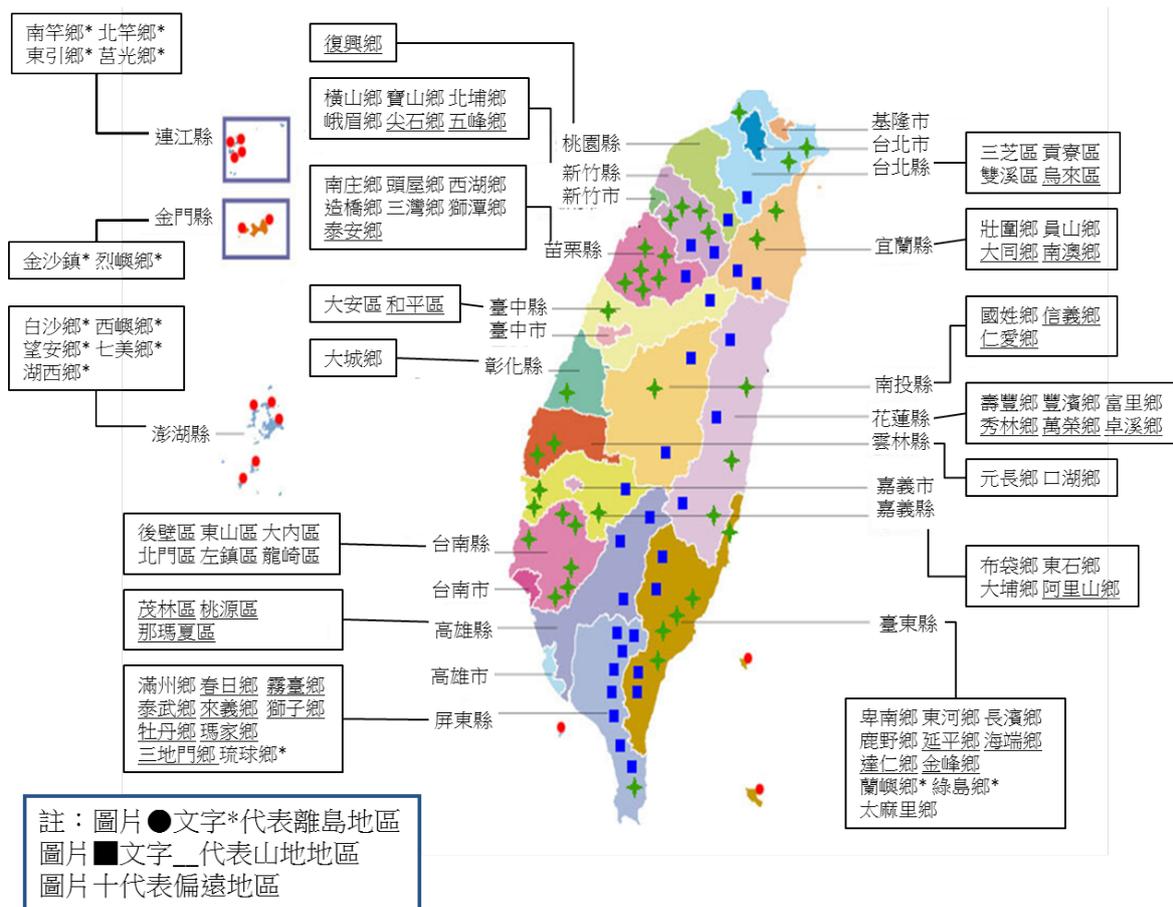
法（次數，平均值和百分比），分析中醫巡迴醫療服務民眾就診疾病特性以及民眾就醫的可近性與滿意度。

三、結果

台灣總共 368 個鄉鎮區中有 103 個 (27.99%) 符合民國 103 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區。截至 103 年底，中醫師執行醫療資源不足地區開業服務 8 個 (7.77%) 偏鄉以及巡迴醫療服務 81 個 (78.64%) 鄉鎮（圖一與表一）。81 個醫療資源不足地區包括偏遠地區 38 個、山區 29 個（圖一標示底線者）以及離島 14 個（圖一標示 * 號者）。民國 99 年至 103 年中醫偏鄉醫療服務有逐年增加的趨勢，合併中醫師開業服務與巡迴醫療服務的服務鄉數 62-86 個鄉鎮，服務醫療院所家數 67-99 家，參與中醫師人數 153-230 人，服務總天數 4234-8198 天，服務總人數 22635-33779 人，以及服務總人次共 121660 -183779 人次。

表一顯示透過「中醫醫療資源不足地區改善方案」計畫的執行，每位中醫師服務人口數（無中醫鄉戶籍人口數／投入醫師數）從民國 99 年的 7900 人，下降至 103 年的 4460 人，服務率（服務人次／無中醫鄉戶籍人口數）從 9.97% 上升至 15.05%。投入醫師人數也從 153 人增加至 230 人。根據 104 年衛生福利部中央健康保險署醫療費用申報檔，表二資料顯示 103 年之中醫就診人口，50 歲以上的民眾就診率約 73.34%，60 歲以上的民眾就診率約 52.48%。民國 103 年度中醫巡迴醫療服務看診中前十名疾病分別為：肌痛及肌炎、腰痛、咳嗽、關節痛、急性鼻咽炎（感冒）、睡眠障礙、頭痛、坐骨神經痛及其他。其中肌痛及肌炎件數為 12,637 件，約占全國統計的 8.19%（表三）。

圖二顯示，民國 103 年偏鄉地區就醫民眾滿意度均大於 92% 以上。其中滿意度最高的前三者為中醫師的態度 99.34%，中醫師的診斷及治療等醫術方面 98.25%，以及中醫巡迴醫療的治療效果 98.25%；至於滿意度較低



圖一 民國 103 年中醫醫療巡迴計畫辦理鄉鎮標示圖

表一 民國 99-103 年中醫偏鄉醫療服務情況

時間(年)	99	100	101	102	103
獎勵開業服務計畫					
開業鄉數	1	1	0	2	4
開業家數	1	1	0	2	4
開業醫師人數	1	1	0	2	4
服務天數	73	190	-	1052	1855
服務人數	58	940	-	5641	7370
服務人次	317	2631	-	20421	29414
巡迴醫療服務計畫					
巡迴醫療鄉數	61	64	75	84	81
巡迴醫療家數	66	68	86	97	89
巡迴醫師人數	152	166	205	201	226
服務總天數	4161	5496	5743	6484	6343
服務人數	22577	23490	25179	27761	26265
服務人次	120503	132034	144846	157866	154365
開業與巡迴醫療方案合計					
醫療服務鄉數	62	65	75	86	85
醫療服務家數	67	69	86	99	93
醫療醫師人數	153	167	205	203	230
服務總天數	4234	5686	5743	7536	8198
服務人數	22635	24430	25179	33408	33779
服務人次	121660	134790	145465	178287	183779
每位醫師服務人口數	7900	7095	5604	5522	4460
服務率	9.97%	11.14%	12.61%	14.08%	15.05%
無中醫鄉戶籍人口數	1208768	1184868	1148764	1120958	1025874

服務率 = 服務人次 / 無中醫鄉戶籍人口數

的前三項為門診診次安排 92.11%，醫療設備 92.32%，以及看病流程 94.52%。民國 103 年問卷中有勾選「不滿意」及「非常不滿意」的則為：1. 地點的環境衛生及舒適性 2. 醫療設備 3. 看病流程 4. 門診診次安排（圖三）。另外，民國 103 年的問卷統計結果也發現有 98.68% 的就醫民眾表示中醫巡迴醫療服務對於當地醫療資源有明顯的幫助；81.58% 的就醫民眾表示「應該繼續提供經費辦理中醫巡迴醫療服務」；13.38% 的就醫民眾表示應再增加經費，以提供資源缺乏地區更完善的服務；95.83% 的就醫民眾認為提供中醫巡迴醫療服務有助於對全民健康保險滿意度的上升觀感。

四、討論

全民健保雖然提倡醫療的可近性及公平性，現況卻是偏遠鄉鎮民眾繳納同樣的健保費用，卻面臨交通不方便以及醫療資源缺乏的問題。由於醫師人力地理分布不均，影響醫療缺乏地區民眾就醫比率偏低，就醫次數也較都市地區民眾要少 [11,12]。巡迴醫療有助於改善偏遠地區民眾有健保卻無醫療的窘境，以及提昇醫療服務的可近性與健康照護。Aday 和 Andersen 1974 年提出可近性是指「一個地區有無可用的醫療照護資源，來提供病患適當的就醫機會 [13]」；Weissman 和 Epstein 1993 年將可近性定義為「及時、足

表二 103 年偏鄉中醫就醫人次人數年齡層分佈統計

年齡層	人次	人次占率	人數
90 歲以上	1,023	0.66%	131
80 歲 -89 歲	13,480	8.73%	1,633
70 歲 -79 歲	33,187	21.50%	4,169
60 歲 -69 歲	33,330	21.59%	4,928
50 歲 -59 歲	32,190	20.85%	5,375
40 歲 -49 歲	18,690	12.11%	3,707
30 歲 -39 歲	10,717	6.94%	2,584
20 歲 -29 歲	5,667	3.67%	1,750
10 歲 -19 歲	3,653	2.37%	1,393
0 歲 -9 歲	2,428	1.57%	595
總計	154,365	100.00%	26,265

資料來源：衛生福利部中央健康保險署醫療費用申報檔 日期：104 年 5 月 31 日

表三 103 年巡迴醫療服務看診前十名疾病別統計

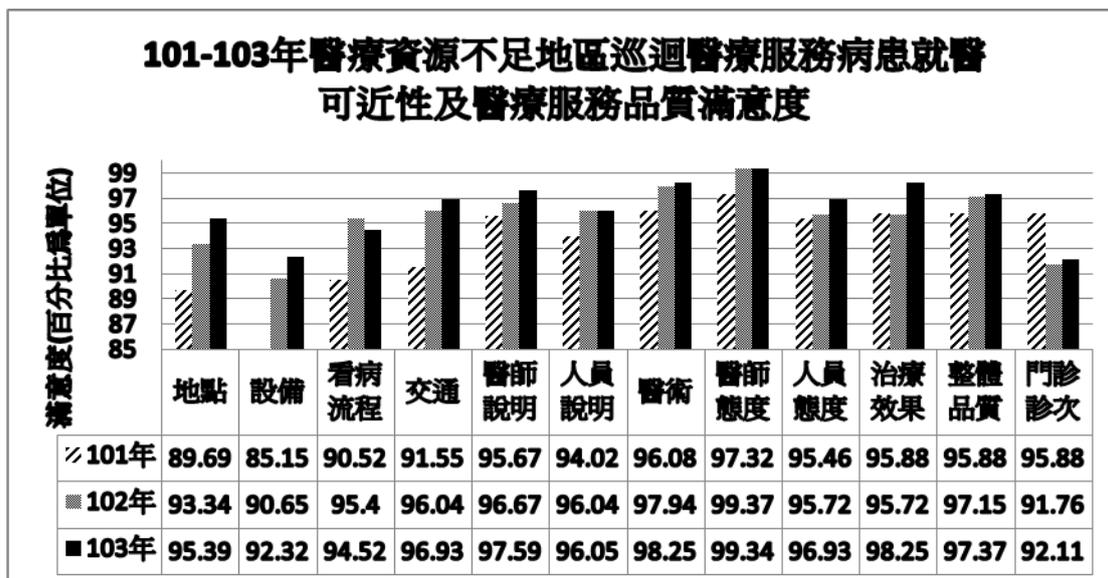
ICD-9	病名	件數	件數占率
7291	肌痛及肌炎，未明示者	12,637	8.19%
7242	腰痛	12,301	7.97%
7862	咳嗽	7,329	4.75%
71940	關節痛，部位不明	5,522	3.58%
71949	關節痛，多處部位	4,485	2.91%
460	急性鼻咽炎（感冒）	3,415	2.21%
71946	關節痛，下肢	3,176	2.06%
78050	未明示之睡眠障礙	2,796	1.81%
7840	頭痛	2,687	1.74%
7243	坐骨神經痛	2,671	1.73%
其他	97,346	63.06%	
總計	154,365	100%	

資料來源：衛生福利部中央健康保險署醫療費用申報檔 資料日期：104 年 5 月 31 日

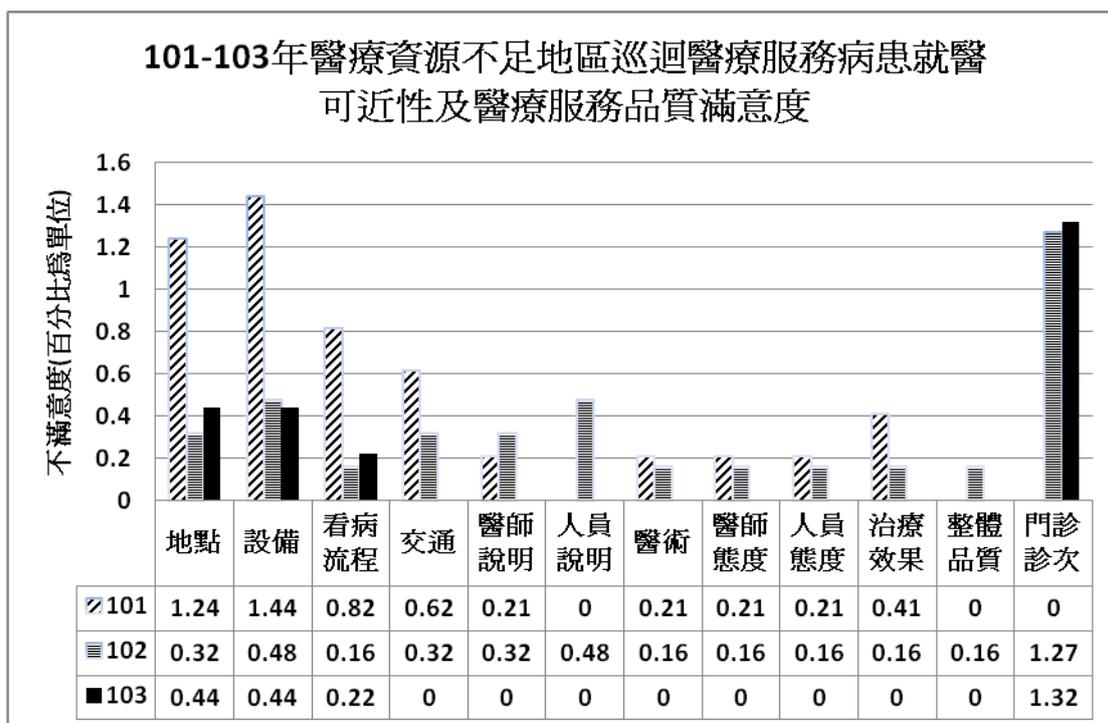
夠、且適當的醫療資源，以促進健康最佳化 [14]」。醫療可近性的提升，使一般民眾就醫的可能性與方便性均增加，有利於提升全民健康狀況。

台灣近年來，中醫師人力供給每年以近 3% 成長率上升，偏鄉所分配到的中醫醫療資源與人力地理分布不均的情形並未因此而改善 [15,16]。民國 91 年台灣共有 369 個鄉鎮市區，根據行政院衛生福利部衛生統計全台灣無中醫鄉鎮高達 112 個，大約佔三分之一。五大都市每萬人口中醫師數皆超過 1.82 人，且主要集中於西部的都會區 [17]，台中市更達到 4.88 人，但金門縣、澎湖縣、台東縣、

嘉義縣卻每萬人口中醫數卻不到 1 人。雖然健保署自民國 92 年起，為了改善中醫醫療分配不均的問題，減少無中醫鄉鎮的情況，開始以專案鼓勵中醫師至無中醫鄉鎮區執行中醫醫療服務，民國 99 年至 103 年中醫師與其他醫療人力參與的人數增加，巡迴醫療鄉數增加，醫療服務率與服務人口數增加。中醫巡迴醫療地區民眾的醫療使用隨醫療供給增加而增加，顯示當地民眾原本的醫療需求未被滿足。此種供需失衡的情形，即使健保署的專案經費補助，無中醫鄉數目自民國 90 年到 100 年之間也只減少 9 個無中醫鄉數，成長速度相對緩慢，可能與醫療服務地點交通



圖二 民國 101-103 年度巡迴醫療服務民眾就醫可近性及滿意度統計



圖三 民國 101-103 年度巡迴醫療服務民眾就醫不滿意度統計

的便利性與中醫師承作的費用有關，兩者影響中醫師赴偏鄉巡迴醫療服務的意願 [9]。譬如山區離島地區目前唯一無人申請承辦的地區為「金門縣烏坵鄉」，主因它是離島中的小離島，地理位置偏僻且交通不便，影響中醫師承作的意願。

從表一 102 年及 103 年的資料顯示，巡迴醫師人數由 201 人增為 206 人，可見願意配合參與健保署中醫巡迴醫療專案的中醫

師人數增加。唯巡迴醫療專案計畫限於經費因素，健保署只補助巡迴醫療單點一週至多二次且每天至多一次的醫療服務，如果原巡迴醫療鄉鎮若有中醫師申請獎勵偏鄉開業計畫，即需終止原巡迴醫療專案補助，所以雖然參與巡迴醫師人數增加，卻由於巡迴醫療鄉數由 84 鄉減至 81 鄉，巡迴中醫醫療院所家數由 97 家減至 89 家，以致於該年度服務天數與服務人數減少。而且資料顯示「增加

25位巡迴醫師人數」，其實是醫院主治醫師帶著住院醫師下鄉進行社區醫學服務的現象，服務天數與服務人數是算在申報的主治醫師額度，巡迴醫療專案又有每次最多補助服務病患35人的限制，並沒有因住院醫師參與而有所增加。建議健保署中醫巡迴醫療專案經費增加或經費許可的條件下，補助方案改為一週一至兩次且每天至多二次的醫療服務，補助病患醫療人數多於35人，即可增加服務天數與服務病人數。

國內外許多研究顯示鄉村與都市之間各有其獨特的健康問題與疾病型態[20-22]，醫療資源不足地區居住者多為中老年人口，青壯年人口多外出就業，所以偏鄉中醫醫療人口中老年病患較多。我們發現偏鄉就醫患者就診的原因中多與軟組織及關節肌肉疼痛或者是頭痛等，其中有關疼痛的問題就占了28.17%，另外就是上呼吸道症狀及睡眠障礙等，與以往文獻常見就診原因的研究結果類似[23-25]。偏鄉地區中醫醫療服務主要為處理疼痛問題，多是中老人的關節痛（下肢），可能與民眾罹患關節痛較多，因長期服用止痛藥的西藥有些腸胃副作用，且認知中醫特別是針灸有助於疼痛治療[8]，或是某些民眾認知中醫尚無法提供急重症的照顧有關[26]。偏鄉地區中老年人關節疼痛可能使民眾無法長時間的搭乘交通工具往返醫院拿藥物，長期的疼痛不舒服感，或者睡眠不適，也會影響老人的生活品質，進而影響日常生活、工作及社交功能，甚至於影響身心健康的退化。如果未接受或是中斷醫療服務，後續患者所需要的醫療使用頻率及其費用支出，甚至是社會上支助的成本，將會變得非常龐大。若能以相對便宜的醫療費用來避免後續可能需要的成本，譬如針灸或骨傷推拿治療應是中醫在偏鄉地區發展以及推廣的模式之一。以高雄長庚中醫科系單一偏鄉巡迴醫療的數據顯示，甲仙民眾接受中醫偏鄉醫療服務的內服藥與針灸比例數據約為1:2的比例。本院偏鄉巡迴醫療服務的具體作法，是主治醫師每次帶3-4位住院醫師和實習醫學生，提供就醫民眾關節疼痛針灸或骨傷推拿的服務，每位病患接受醫療服務的時間約半小時，高於一般中醫醫療院所治療平均時間。除了手法的治療，針灸只需要輕便的針灸及消毒器具，針對不同的疾病，掌握治療的穴性與迎隨補瀉原則，就能處理大多數民眾的疼痛症及部分內科問題，且相對中藥品的存放較不佔空間。唯目前無中醫鄉巡迴醫療每週僅提供一次服務，無法像市區進行一週2-3次療程的傷科或針灸處置，多少會影響治療的療

效，所以本院也會依照病患個別需求，另外提供外用藥布或內服藥物供病患使用，以提高治療的效果。

另外在疾病統計中，其他的部分占了63.06%超過一半，可見中醫治療的多樣性，符合中醫「有是證，用是藥」的精神，只要是同樣的證型，就可以用同樣的處方藥物。中醫藥驗、便、廉、效的特性，可降低國家醫藥衛生醫療費用之支出，如果偏鄉缺乏西醫醫療照護的現況下，中醫亦可做為主要治療方法。目前美國國家衛生研究院也正式有補充與整合醫療（Complementary and Integrative Medicine）部門，從事傳統中醫藥或其他補充療法的多樣性研究。

本研究結果發現偏鄉地區就醫民眾對中醫醫師個人的醫術、態度與治療的效果是高度滿意，稍不滿意的方面多為門診診次、看病流程以及硬體設備，此結果與許多文獻結果一致[2,4,5,8,10,27]。多數偏鄉就醫民眾表示中醫巡迴醫療服務對於當地醫療資源有幫助，有助於偏鄉居民對健保署全民健康保險的滿意度，應該繼續提供經費辦理中醫巡迴醫療服務，以提供資源缺乏地區的醫療。參與巡迴醫療的醫師個人的醫術、態度與治療的效果多能獲得民眾的肯定，唯偏鄉民眾對於服務「門診診次」不滿意，如果專案經費允許，建議健保署同意偏鄉巡迴醫療「門診診次」由增加週次以及天次的服務次數，或是鼓勵巡迴醫療已有初步成效者轉為申請當地開業獎勵專案，提供一週五天的臨床服務，即可提高偏鄉民眾對於服務「門診診次」的滿意度。另外，「看病流程」包括民眾到達巡迴醫療服務地點，跟工作人員報到，等候看診，醫師看診，醫師治療（處方、針灸、傷科手法等），等候拿藥與領藥等步驟。巡迴醫療不具一般醫療院所掛號與叫號，安排就醫民眾依序看病的看病流程，如果某一段有多位患者同時就診，就會顯得忙亂失序；又醫師看診時無單一診室，病患隱私無法確保，造成某些就醫民眾不滿意。未來若能由巡迴醫療服務進一步變成當地開業服務，會更符合偏鄉地區民眾醫療的需求。

雖然中醫巡迴醫療服務提供這些偏鄉有醫療需求卻無醫療資源者的醫療照護服務。但是在推廣中醫巡迴醫療服務仍存在著許多問題。主要面臨問題為：

1. 地點問題、醫療環境與衛生、藥品及病歷存放：

辦理巡迴醫療服務的地點通常為考慮病患就診的方便性，常以當地衛生所或自

籌處所為據點，多為暫時租借，因而會有場地上的受限，所以101-103年滿意度89.69-95.39%，不滿意度0.44-1.24%。由於許多山地或離島偏鄉地區，幅員遼闊或交通不便，影響巡迴醫療鄉鎮全區醫療服務的覆蓋率。如果專案經費許可，補助當地民眾接泊接送，或是允許當天下午至相隔較遠的不同里設置另一巡迴醫療服務據點，進行中醫巡迴醫療服務，即可增加醫療服務的覆蓋率。中醫巡迴醫療基於方便交通往返攜帶便利，無法直接就地保存藥品或是病歷，無法比照一般醫療院所，有較齊全的軟體、硬體設備，另外環境乾淨度以及舒適度可能也因此會受影響。在滿意度調查中，從101年開始統計情況下，每年的滿意度大多都有改善，而103年亦可見到問卷中有勾選「不滿意」及「非常不滿意」的多為對於地點環境衛生，設備等的滿意。

2. 交通便利性：

本研究發現101-103年交通便利性滿意度91.55-96.93%，不滿意度0-0.62%，顯示大部分偏鄉民眾可在30分鐘之內的交通時間到達巡迴醫療服務據點。巡迴醫療服務地點多為無中醫鄉鎮，幅員遼闊但居住人口卻極為分散，為方便病患看診，必須定時定點提供醫療服務，往往整個無中醫鄉鎮，只有1至3個村落有提供醫療服務，少數村落之病患就必須自行克服交通問題，額外花費一個多小時的交通時間，才能就診。黃氏[8]在其文章中提到甲仙醫療站初期就醫人數很少，直到100年開始有免費巴士接送後，病人才穩定成長增加，可見雖然已於偏遠地區設站巡迴醫療，對於當地交通不便利、缺乏基本工具或者本身行動不便的老人來說，如何往返定點門診就醫仍是一大考驗。另外相對的提供醫療服務的醫療院所也須花費更多人力、物力，才能將醫療資源帶進偏遠山地中，因而增加成本上的考量。

3. 醫療人力：

巡迴醫療服務多為中醫師個人參與執行，再配合一到二名護理或藥事人員，因此尚需當地志工幫忙，方能完成醫療服務提供，如何新增非醫師的醫療人力也是需要考慮檢討的。譚氏[28]的文章中建議到應重新規劃醫療照護的財務分配，加強倚重非醫師的醫療人力從事醫療地區的第一線，加重醫學教育在偏鄉地區醫療人力培育的責任，加強落實支援醫院在偏鄉地區的醫療角色。

4. 門診診次（門診時段）：

由於受限於計畫預算，目前提供每天至多1次，每週至多2次定點定時中醫巡迴醫療服務，故診次數比較不足，看診時段也僅以3小時為主，未必能滿足當地民眾中醫醫療需求。另外門診診次安排問題為103年調查中不滿意票中最多的，亦可見到這件事情對病患而言是目前最需要積極改善的問題。

5. 風險承擔：

執行巡迴醫療服務必須克服交通、氣候等環境因素，颱風季節更飽受山崩、土石流等不可抗拒因素所帶來的威脅，離島地區則有飛機無法起飛，造成無法前往巡迴地點開診或是受困當地的情形發生。

6. 提高可近性：

在偏鄉服務人口年齡層統計來看，治療的病患年齡層偏高，而事實上我國在1993年已進入高齡化社會（繼日本之後全球最快高齡化國家）且老年人口的增加衍生許多醫療保健、照顧服務及生活娛樂層面等多元化需求，且老年人口以慢性病居多，成為現今醫療利用主群體。另外與一般區中醫門診就醫病患相比較，無中醫鄉巡迴醫療服務就醫病患家庭月收入及教育程度偏低、女性及老年人口偏高、慢性病患比例亦明顯高於一般地區[29]。而綜合國際間研究文獻有關偏鄉與都市醫療利用的差異，其原因包括空間因素：如相關資源配置稀少、大眾運輸系統缺乏、地理上交通不便所造成的時間經濟成本負擔等；非空間因素則如居民本身社經條件較為弱勢（收入與健康保險涵蓋率較低）、健康狀況與健康素養較差、以及較少具支持性的鄰里環境或社會網絡等，健康照護的不平等可能使得原已處於弱勢處境的人們更加惡化[30-33]。國內研究也提出偏遠地區普遍高齡化、獨居可能性偏高，交通和經濟財務，教育及健康行為會影響山地鄉居民醫療利用情形[34-35]，而由此也可以見到，影響醫療利用的層面很廣，且互相有關連。造成醫療利用可近性障礙的原因大致上三類，分別為：結構上的障礙、財務上的障礙、個人和文化上的障礙[36]，故雖然已設立定點治療，病患卻可能仍無力前往。政府的政策推行目前雖增加醫療可近性，但如何去減少醫療利用可近性障礙，卻也是不同職業應互相努力進行的目標。而例如某些學者提出的遠距電子照護服務[37]，以裝備具有小型行動醫院能力的加護車深入住家[38]，提升巡迴醫療點

頻寬之升速以提高來醫療站的意願 [39]，將醫療資源評估方式以「進階式兩階段流動搜尋法」針對醫療資源的空間可近性，來進行估算避免醫療資源補助的錯置 [40]。「進階式兩階段流動搜尋法」整合社會經濟弱勢與高度健康需求因素，來評估醫療資源的可近性，突破傳統以行政區作為基層醫療資源評估單位的概念，重新以重視人口流動跨區域就醫及使用遞減的原則。在評估中醫醫療資源與人口比率時，第一階段針對每個醫療服務點，搜尋在合理服務範圍（例如 15 公里）內所涵蓋的可能服務人口數，進而評估出醫療服務提供者與可能需求者的比率。第二階段則針對每個可能需求的人口點，搜尋在合理服務範圍（例如 15 公里）內所涵蓋的可能的醫療服務提供者，並將這些服務提供者在第一階段所求得之服務比率加總，即為所欲求之醫療資源空間可接近指標。

五、結論

台灣近幾年偏遠地區民眾中醫就診常見疾病以疼痛為主，其次為呼吸系統或睡眠障礙的疾病。中醫巡迴醫療服務增加民眾就醫人數與服務率，有助於偏遠地區民眾中醫就醫的可近性與滿意度。偏鄉地區就醫民眾對中醫師個人的醫術、態度與治療的效果是高度滿意，稍不滿意的方面多為門診診次、看病流程以及硬體設備。建議未來政府可審慎評估醫療資源分配的狀況，在經費和人力，以及風險承擔許可的範圍內，逐步增設常駐巡迴醫療服務站，逐年減少無中醫鄉，讓鄉鄉有中醫服務，才能達到醫療的公平性與全民健保守護全民健康的目標。另外，未來可使用健保資料庫研究偏鄉地區中醫醫療服務就醫民眾常見疾病與處方用藥的研究，有助於瞭解偏鄉常見疾病與都會方面疾病的不同，並提供中醫師選擇攜帶藥物至偏鄉的參考。

誌謝

本計畫取得長庚紀念醫院人體試驗倫理委員會 IRB 案號 104-89778，感謝中醫師全聯會施純全醫師、賴宛而小姐與王逸年先生的協助，有助於本論文完成，特此誌謝。

參考文獻

1. 李玉春、黃昱瞳、黃光華、葉玲玲、陳珮青，全民健保支付制度改革之回顧與展望，*台灣醫學*，18:53-66，2014。
2. 蔡文正、龔佩珍、楊志良、李亞欣、林思甄，偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度調查，*台灣衛誌*，25:394-404，2006。
3. Jones CA, Parker TS, Ahearn M, Mishra AK, Variyam JN. Health status and health care access of farm and rural populations. Washington, DC:US Department of Agriculture, Economic Research Service (No. 57), 2009.
4. 蕭正光、張慈桂、尤瑞鴻，全民健康保險偏遠地區民眾就醫可近性研究調查，台北：中央健康保險局八十四年度委託研究計畫報告，1996。
5. 張慈桂、李燕鳴、蕭正光，全民健康保險實施後花蓮偏遠地區民眾醫療可近性之探討，*慈濟醫學*，10:201-209，1998。
6. 楊惠貞，山地偏遠地區民眾醫療服務利用及需求調查研究報告，行政院衛生署八十七年度委託研究計畫，台北，1998。
7. 葉婉榆、陳志聖、鄒欣榮、劉宜華、吳柏樺、曹雅琪、呂佳容，花蓮縣偏遠與非偏遠地區民眾對於基層醫療保健服務的使用與需求之比較，*台灣衛誌*，31:371-387，2012。
8. 黃博裕、吳清源、洪裕強、黃升騰、鄧雪妹、高照為、蔡明諺，南臺灣偏遠地區中醫醫療服務滿意度及病患就診特性之研究，*中醫藥雜誌*，26:33-44，2015。
9. 衛生福利部全民健康保險署，103 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫，http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/25604_3_08_103-1030418.pdf。
10. 林美珠、李玉春，全民健保中醫門診總額支付制度實施前醫療服務品質之研究，*台灣衛誌*，22:204-216，2003。
11. Dis JV. Where we live: health care in rural vs urban America. *JAMA*, 287:108, 2002.
12. Farmer J, Iversen L, Campbell NC, Guest C, Chesson R, Deans G, MacDonald J. Rural/urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care. *Health Place* , 12:210-221, 2006.
13. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv. Res.*, 9:208-220, 1974.
14. Weissman JS, Epstein AM. The insurance gap: does it make a difference? *Ann. Rev. Public Health*, 14:243-270, 1993.
15. 林昭庚，台灣中醫師人力現況調查與分析，*Yearbook of Chinese Medicine and Phar-*

- macy, 26:111-228, 2008。
16. 洪錦墩、李卓倫、李淑芬、黃昱瞳、施雅文、林佩君、賴慧以，台灣地區中醫師人力現況分析及未來需求之推估，臺北行政院衛生署中醫藥委員會九十六年度委託研究計畫，2007。
 17. 衛生福利部全民健康保險署，對山地離島偏鄉及醫療資源缺乏地區族群的照護，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=659&webdata_id=4527。
 18. 錢鴻全、楊登棋、黃基彰、吳美慧、蘇怡華、蔡明松、張家銘，都市與鄉村社區老年人的健康狀態及老年病症候群之比較，台灣老年醫學暨老年學雜誌，7:233-245，2012。
 19. Lau SC, Lee LL, Lin BJ. The health status of rural and urban ambulatory elderly in Taipei County. *Chang Gung Med. J.*, 24:492-501, 2001.
 20. 梁繼權、許詩典、陳晶瑩、陳慶餘，都市與鄉村社區老年人健康狀態，台灣醫學，6:523-534，2002。
 21. Campbell NC, Elliott AM, Sharp L, Ritchie LD, Little J. Rural and urban differences in stage at diagnosis of colorectal and lung cancers. *Br. J. Cancer*, 84:910-914, 2001.
 22. Eberhardt MS, Pamuk EP. The importance of place of residence: examining health in rural and nonrural areas. *Am. J. Public Health*, 94:1682-1686, 2004.
 23. 許維宏、何宗融、馬作鎰，中醫健保十大針灸疾病臨床運用之探討，中南盟研究年刊，4:23-34，2011。
 24. 林昭庚、馬作鎰，中醫健保十大藥方臨床應用之探討，行政院衛生署中醫藥委員會，2009。
 25. 鄭宇真、胡文龍、蔡明諺、黃升騰、陳志文、洪裕強，南部某醫學中心中醫常見疾病與處方用藥探討，中醫藥雜誌，25:83-96，2014。
 26. 李卓倫，中醫醫療利用率及其影響因素討論，中醫藥學報，22:1-82，2004。
 27. 侯毓昌、黃文鴻：中醫醫院門診病人選擇醫院之考慮因素及就醫滿意度研究—以台中市七家中醫醫院為例，台灣衛誌，18:34-43，1999。
 28. 譚秀芬、曾泓富，偏遠地區醫事人力解決方案之探討，醫務管理期刊，4:26-36，2003。
 29. 施純全、林昭庚，實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討，中醫藥年報，24:47-156，2006。
 30. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Family Pract.*, 20:457-463, 2003.
 31. Kirby JB, Kaneda T. Neighborhood socioeconomic disadvantage and access to health care. *J. Health Soc. Behav.*, 46:15-31, 2005.
 32. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv. Res.*, 40:135-156, 2005.
 33. Wang F, Luo W. Assessing spatial and non-spatial factors for healthcare access: towards an integrated approach to defining health professional shortage areas. *Health Place*, 11:131-146, 2005.
 34. 莊碧真，偏遠地區居民醫療需求及醫療利用之探討—以屏東縣滿州鄉為例，高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班學位論文，pp. 1-144，2004。
 35. 鄭明聰，山地鄉醫療照護成效及健康監測指標評估—以高雄縣為例，亞洲大學健康產業管理學系健康管理組學位論文，pp. 1-64，2011。
 36. 張雅雯，醫療利用可近性—台灣老人之實證研究，國立中央大學產業經濟研究所博碩士論文，2002。
 37. 黃衍文、沈家琳、洪睿璇、張妙玲、陳淮格、陳琮琪、邱淑芬，應用電子照護改善偏遠地區健康服務之研究—以臺灣東部某山地部落為例，醫療資訊雜誌，18:29-41，2009。
 38. 陳全裕、楊宜青，提昇高齡化無醫鄉之醫療照護水準—以田寮模式巡迴醫療為例，台灣老年醫學雜誌，2:209-224，2007。
 39. 王博敏，偏遠地區巡迴醫療點寬頻升速需求之研究，朝陽科技大學資訊管理系學位論文，pp. 1-107，2014。
 40. 廖興中，臺灣小兒科醫療資源空間可接近性分析，公共行政學報，44:1-39，2013。

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案民眾滿意度調查表

親愛的女士 / 先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區中醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝健康快樂。

1、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

- (1) 候診時間 非常滿意 (3分) 滿意 (2分) 尚可 (1分) 不滿意 (0分)
- (2) 醫療效果 非常滿意 (3分) 滿意 (2分) 尚可 (1分) 不滿意 (0分)
- (3) 醫療設備 非常滿意 (3分) 滿意 (2分) 尚可 (1分) 不滿意 (0分)
- (4) 醫師服務態度 非常滿意 (3分) 滿意 (2分) 尚可 (1分) 不滿意 (0分)
- (5) 語言溝通能力 非常滿意 (3分) 滿意 (2分) 尚可 (1分) 不滿意 (0分)
- (6) 門診時段 非常滿意 (3分) 滿意 (2分) 尚可 (1分) 不滿意 (0分)

2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

- (1) 您今天花多久時間到達此中醫服務據點？(僅指去程)
 10分鐘以內 (3分) 11~30分鐘 (2分) 30分鐘~1小時 (1分)
- (2) 您到此中醫服務據點看病是否方便？
 非常方便 (3分) 方便 (2分) 普通 (1分) 不方便 (0分)
- (3) 是否有收取不當之收費？ 是 (0分) 否 (3分)
- (4) 您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多5個)
 設備好 (1分) 醫師技術好 (1分) 環境衛生 (1分)
 候診時間短 (1分) 服務態度親切有禮 (1分) 方便 (1分)
 重視病人意見 (1分) 提供充足醫療常識 (1分) 藥有效 (1分)

謝謝您！撥空填寫本問卷調查表

_____鄉(區) _____村(里) _____中醫診所

_____年 _____月 _____日

Patients' Characteristics and Satisfaction on Mobile Medicine of Traditional Chinese Medicine at Rural Areas in Taiwan

Chieh-Ying Chin^{1,2,#}, Yung-Chao Chan^{3,#}, Wen-Long Hu^{1,2,3}, Lan-Ying Huang³, Yun-Guang Wu³, Yung-Cheng He³, Ching-Yao Chang³, Fu-Yang Ke³, Ming-Yen Tsai^{1,2}, Yu-Chiang Hung^{1,2,3,4,*}

¹Department of Chinese Medicine of Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Medical Center, Kaohsiung, Taiwan

²School of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University College of Medicine, Taoyuan, Taiwan

³National Union of Chinese Medical Doctors' Association, R.O.C., Taipei, Taiwan

⁴School of Chinese Medicine for Post-Baccalaureate, I-Shou University, Kaohsiung, Taiwan

To explore the effectiveness of the mobile medical care with traditional Chinese medicine (TCM) in the rural area, including medical manpower, service rate, the number of mobile medical townships, the patients' satisfaction and common diseases. Using a structured questionnaire and the information of the Health Insurance Agency database on mobile medical services in Chinese medicine since 2000 to 2014, we investigated the accessibility and satisfaction of the patients in the rural area. Questionnaire items includes place, equipment, process, traffic, disease explanation by TCM physician or other staff, diagnosis and treatment techniques, service attitude of physician or other staff, treatment effect, overall quality of care, and outpatient arrangement. Shortly after data collection, we would use descriptive statistical methods to analyze the characteristics, accessibility and satisfaction of the patients with TCM mobile medical services. The study found that the number of physicians increased from 153 in 2010 to 230 in 2014, service number of patients and service visits increased from 22,635 person / 121660 visitors to 33,779 person / 183,779 visitors, the number of TCM mobile medical townships increased from 61 to 85, and service rate also rose from 9.97 percent to 15.05%. The three highest satisfaction of the patients were TCM physician attitude (99.34%), medical skill (98.25%), and treatment effect (98.25%). Conversely, the three dissatisfaction of the patients were outpatient arrangement, medical equipment and medical treatment processes. In addition, we found the commonest diseases of the rural residents seeking for mobile traditional Chinese medical service including myositis, lumbago, cough, arthralgia, common cold, sleeping disorder, headache, sciatica etc. TCM practitioners actively involved the project grants supported by government could improve the patients' accessibility and satisfaction in the rural area. It also can meet medical fairness and the guardian of national health goals. Finally, our research findings such as pain, insomnia, and respiratory diseases would provide a reference for carrying drugs selected by TCM physicians on mobile medical services.

Key words: Rural area, traditional Chinese medicine, satisfaction, accessibility

Received 7 December 2015

Accepted 15 January 2016

Available online 1 December 2016

***Correspondence:** Yu-Chiang Hung, Department of Chinese Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, No. 123, Dapi Rd., Niasong Dist., Kaohsiung City 833, Taiwan, Tel: +886-7-7317123 ext. 2333, 2334, Fax: +886-7-7317123 ext. 2335, E-mail: hungyuchiang@gmail.com

Equal Contribution