

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

整合型計畫:社區民眾健康行為與醫療利用行為調查分析
子計畫(4) 社區整合家庭醫師計畫成效之探討-以南區某體系為例

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫
計畫編號：CNHA93-03 子計畫(4)
執行期間：93年1月1日至93年12月31日

總主持人：林為森
子計畫主持人：陳惠芳

執行單位：嘉南藥理科技大學醫務管理系

中華民國九十四年二月十七日

中文摘要

台灣自從於民國八十四年三月實施全民健康保險後，在每年支出醫療費用總額、平均每人每年醫療保健支出及醫療保健支出佔GNP的比率，皆呈現正向成長趨勢。成本、品質、可近性是民眾選擇就醫之三大要素，為降低醫療費用、提昇民眾就醫品質，近年來衛生主管機關陸續推出相關策略，策略之一為於民國九十二年三月實施的「家庭醫師整合試辦計畫」，衛生計畫實施成功與否需考慮實施對象對制度的接受性，並了解各項可能影響因素，然而「家庭醫師整合試辦計畫」實施迄今其管理成效如何？實施對象對制度的接受性又如何？參與計畫機構服務情形文獻上少有著墨。故本計畫以南區有參與家庭醫師整合性照護試辦計畫的全部診所38家之基層醫師團隊38位醫師為研究母群，採用郵寄問卷調查法收集資料，回收率為82%。以探討有關診所預期達成的指標、醫師贊同度、目標達成度與醫師同意度之影響因素，結果顯示醫師對家醫政策的平均贊同度為3.834分，診所特性及醫師特性會影響贊同度；雙向轉診率為77%，會受診所特性及醫師因素影響其高低。該結果可作為衛生主管機關、醫院、診所及學術研究對「家庭醫師整合試辦計畫」規劃、執行、評估及提高機構競管理之參考。

關鍵詞：家庭醫師、醫師意見、衛生政策

Abstract

Ever since the implementation of National Health Insurance on March of 1995 in Taiwan, the annual total medical expenditure, healthcare cost per capita and percentage of GNP for healthcare cost have increased proportionally. Cost, quality and accessibility were the main factors for the population choosing healthcare facilities. In order to decrease medical expenditures and increase the quality of healthcare, the health authority launched related strategies. One of them was the

“National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System” launched on March of 2003. The success of the health project depended on the acceptance of subjects on the system implemented and understanding of all potential factors. Nevertheless, how effective was the management of “National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System” since its launch? How well was it accepted by the subjects? Few literature described the state of the facilities that participated in this project. Thus, this study planned to use 38 primary care physicians from the 38 clinics in southern area of Taiwan which joined National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System as subject; whereas the data were collected through mailed questionnaire and investigation would focus on issues relating to the achievement index projected by the clinic, physician approval score, achievement rate and factors of the physician agreement score, completed by 31/38 (82%). The physicians’ average agreement score was 3.834, and it was correlated with Clinics’ characteristics and physicians’ characteristics. The average transfer rate was 77%, and it was correlated with Clinics’ characteristics and physicians’ characteristics. The result can be applied as a reference for the health authority, hospitals, clinics and academic research when planning, executing, evaluating and improving the management of facilities for the “National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System”.

Keywords: Family Physicians, Physicians’ Views, Health Policy

一、緣由與目的

台灣自從於民國八十四年三月實施

全民健康保險後，全國醫療院所特約比率高達九成以上，在需求面降低國民因財務障礙而影響就醫的情形，提高了醫療的可近性，對增進國民健康有很大的助益，但供給面缺乏有效的產業組織協調，加上並未限制病人的就醫選擇權使得四處求醫的就醫習慣更加明顯，造成醫師服務資源遭到無限制的濫用，根據中央健康保局 2000 年資料顯示，在 1999 年時台灣民眾平均就醫次數為 14.85 次比歐美國家平均的 4 到 7 次，高出非常多⁽¹⁾；且每年的醫療費用及醫療量有逐漸增加的現象（如表一），因此目前健保局面臨著財務壓力。醫療費用的持續高漲，但卻未必真實地提高了就醫診治的品質與效果。

表一：歷年醫療健保支出統計

民國	八十 年	八十 五年	九十 年	九十 一年	九十 二年
總計 (百萬元)	22 44 28	40 60 73	56 10 49	58 81 32	61 72 74
平均每 人每年 醫療保 健支出 (元)	10 94 6	18 93 9	25 11 3	26 18 2	27 44 2
醫療保 健支出 佔GN P的%	4.5 5	5.2 1	5.7 9	5.8 8	6.0 6

資料來源：摘自衛生署統計資料網站⁽²⁾

根據先進國家的研究，在社區內一般民眾生病，自覺不舒服，約有四分之三的人會自行處理在家治療，而得到康復。其餘四分之一會尋求醫療資源，其中約 80% 至 95% 的問題，可以在一般開業醫師處解決，少部份需要靠轉介至醫院的專科醫師處理，真正需要住院治療的不到 1%。故基層醫療院所在醫療體系中扮演著相當重要的守門員的角色 (gate-keeper)⁽³⁾。據中華民國全國醫師公會

全國聯合會常務理事石賢彥醫師在家醫研討會指出理想門診服務量基層院所應佔整體的 80%-90%、地區醫院 10%、醫學中心區域醫院 5%，而根據九十三年六月的業務執行報告九十三年第一季各層級院所門診服務量比例⁽⁴⁾，如表二：

93 年	醫學中 心	區域醫 院	地區醫院	基層診所
第一季	10%	12%	12%	66%

表二：各層級院所門診服務量比例：

表示我國的基層診所並未如理想做好醫療體系的守門員。即使在尚未有全民健保的美國，前任柯林頓總統的全民健保規劃中，也把美國的基層醫師規劃為民眾的健康守護員，而所謂的基層醫師，包括美國的家庭醫師、一般內科醫師、小兒科醫師這三種醫師。另外實施全民健保已六十年以上的英國，算是世界上最會擅用家庭醫師，擔任醫療照護服務守門員角色的國家，其每年平均約看診 3 億人次，每位家醫負責 2000 位民眾。更是將民眾的醫療途徑做相當的規範，除非家庭醫師的轉診或急診外，民眾不得逕赴醫院就醫，否則得自付醫療費用；在都會地區，甚至劃分醫療區域，不得越區選擇家庭醫師，當然對民眾而言，這或許帶來許多不便，但這也是英國公醫制度得以永續經營的原因。⁽⁵⁾

隨著社會與生活環境的改變、國民所得水準提高、人口的老化、慢性疾病取代急性疾病已成為國民最大的健康威脅。台灣地區自 1994 年以後即進入高齡化社會，2002 年已達 9.02%，由過去的變化趨勢推估，台灣人口老化的速度是歐美國家的 2 倍以上，預計到 2020 年，台灣的老年人口將達到 14%。⁽⁶⁾快速的人口老化引發了新的醫療問題，但多數醫師著重治療之行為態度並未隨著本國人口結構改變，對於疾病之管理及預防相當匱乏，周全性的主動照護亦不足，所以未能符合人口老化的健康

維護需求，故家庭醫師所扮演的角色日趨重要，使醫事服務提供者逐漸重視病人的健康管理與疾病管理，也可促進我國家庭醫師制度的形成，並達到分級醫療與雙向轉診的目標。⁽⁷⁾

有鑑於上述幾項醫療的現象，健保局為提供民眾疾病預防、診斷治療、健康教育與廣泛的健康服務，從九十二年三月十日起公告實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」採取的策略，即是分級醫療和轉診制度讓基層醫師團隊之醫師發揮家庭醫師功能，做最好的醫護把關，提供各種急慢性疾病照顧及轉診服務，以共同照護門診作為基礎，主動關心特定病人的健康，並與合作醫院合作形成社區照護網絡，進行垂直整合，建立強調整體性、連續性之疾病治療與個案管理模式，由家庭醫師負起病人的整體照顧責任，必要時照會或轉介次專科共同處理，使慢性病人能獲得長期性、完整性的醫療照顧。⁽⁷⁾是一種能提供各種不同及連續性醫療照護的健康照護體系，除了整合醫療院所的資源提升服務品質外也能吸引被保險人參與，逐步在社區中擴大照顧範圍，達到預防醫學以及降低整體醫療費用的成效。

根據美國家庭醫師學會對「家庭醫師」的定義為：「所謂家庭醫師是提供以家庭為單位的健康照顧的社區基層臨床醫師，其所受的醫學訓練以及臨床經驗，使其能有資格及能力從事內科、外科、小兒科以及婦科方面的醫療工作；對家庭內所發生的一切問題，不論在性別上、年齡上、身體上以及精神上，甚至人際關係方面，都具有獨特的處理方式；而其亦主要提供協調性、連續性、周全性及完整性的健康保健以及醫療服務；此外，甚至在病情需要時能夠及時及適時的協調各相關醫療單位以及轉介照會其他專科醫師，來共同解決病患的醫療健康問題。」

由上定義可知家庭醫師的特色和精神⁽⁸⁾：

1. 以家庭為照顧的主體，強調全面的家庭照

顧(包括加強家庭功能)

2. 提供第一線的基層照顧
3. 提供周全而持續的照顧
4. 全盤協調醫療保健服務
5. 治療復健與預防並重
6. 結合各臨床科別、行為科學、預防醫學及社區醫學的廣博專科

家庭醫學可以引申出下列五種含義：家庭醫學是「家庭醫師」的「養成教育」；「家庭醫學」是一種「專科醫學」；「家庭」是「醫療照顧」的重心；以「家庭醫學」為中心的「醫療照顧體系」；每個「家庭」都能獲得「基本的保健醫療照顧」。

而有關現代家庭醫師所扮演的角色：⁽⁹⁾

1. 朋友的角色(The role of friend):
2. 教師的角色(The role of teacher):
3. 顧問的角色(The role of counselor):
4. 擁護者的角色(The role of advocate):
5. 協調者的角色(The role of coordinator):
6. 科學家的角色(The role of scientist):
7. 醫治者的角色(The role of healer):

由此文獻得知，家庭醫師對於醫療保健服務、預防醫學及自我成長方面，扮演著多重角色。

為了使家庭醫師角色功能能發揮，我國在推動家庭醫師制度採用整合性醫療照護系統，IDS；Integrated Delivery System，以下簡稱 IDS，是為一資源善用的觀念以達到體系共同的利益與目標。落實強化與基層院所之雙向轉診、轉檢作業制度及建立相互支援合作關係，提昇醫療照護的品質，減少醫療資源的浪費，⁽¹⁰⁾推動家庭醫師整合照護系統達成以下之目的：

- 建立家庭醫師制度，提供全人醫療照護，提升醫療品質。
- 建立基層醫療院所與醫院之合作關係，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。
- 促進分級醫療及雙向轉診。
- 減少醫療浪費，合理控制醫療支出。

而就家醫計畫的推動策略模式為：
從供給面而言參與家醫制度資格及角色：
基層醫師團隊方面：

角色：

1. 建立基層醫師間的互動及合作機

92年	93年	醫師建議
同： 家戶建檔率 達100% 異 1. 共同照護門 診每週 達 1個診次以 上 2. 預防保健達 成率要超 過10%以上 3. 家醫指定比 率達看診個 案10%以上 4. 門診就診年 平均次數減 少0.3以上 5. 雙向轉診達 100% 6. 境外就醫年 平均比率減 少10%以上 7. 保險對象之 滿意度達75分 以上	同： 家戶建檔 率達100% 異： 1. 共同照護 門診每週 至少半天 2. 預防保健 達成率會 員接受檢 查比率為 50%以 上 3. 會員指定 率看診總 人數的 10%以上 4. 會員固定 就診率達70 %	結構面： 1. 合作醫院規 模及專科別完 整性及配合度 2. 是否聘專任 行政助理 過程面： 1. 雙向轉診完 成度 2. 醫療群共同 問題之處理解 決能力且會定 期聚會以討論 共同問題 結果面： 1. 健康家庭會 員滿意度 2. 是 否依共同照護 指引高血壓病 患 3. 高血壓病患 規則回診率

制，做為社區照護網絡的核心單位。

2. 營造環境促進基層醫師逐步由個別執業朝向聯合執業的方向轉型。

資格：

1. 以5至10人為宜，其中一半以上成員需具有內科、外科、婦產科、

小兒科或家庭醫學科專科醫師資格)為單位。

2. 參與其合作醫院所舉辦之繼續教育課程，每年至少20小時。由合作醫院受聘為兼任醫師，到合作醫院開設共同照護門診。

合作醫院方面角色：

1. 提供社區民眾次級醫療照顧，開放醫院資源供基層醫師團隊之醫師使用，逐步建立轉診服務機制。
2. 協助基層醫師團隊內醫療資訊的電子化及交流的作業，並提供家庭醫師繼續教育。

資格：

1. 需位於計畫涵蓋之地區，且為保險特約機構之地區或區域級之綜合性醫院，並與醫學中心建立後送之合作關係。

基層醫師團隊與合作醫院符合上述之資格後，得申請加入此計畫，透過協調機制及電子資訊系統，利用共同照護門診的做法，建構出社區照護網絡。逐步落實以「社區為範疇、家庭為單位、個人為對象」的照顧理念。為評估家醫計畫目標是否達成健保局在九十二及九十三年擬各項指標，而學者許碧升在碩士論文中提到健康照護政策之推動為使政策更加成功必須吸引合適特質的醫師加入，應掌握實務醫師的看法以增加幹旋彈性⁽¹¹⁾。故本研究設計將九十二、九十三年各項指標與基層醫師對評估指標的建議彙整資料如下表三：

表三：

此外瞭解政策執行之決策影響因素尤為重要，故亦收集下列文獻以探就政策的影響因素，以確實了解各項可能影響因素。張氏⁽¹²⁾等人研究發現醫院高階主管對醫務管理師證照制度之看法受受訪者特性、醫院特性影響；陳氏⁽¹³⁾等人發現經濟壓力為總額支付制

度對牙醫醫療服務影響；王氏⁽¹⁴⁾發現民眾教育程度會影響對政策認知、政策訊息與政策論述；李氏⁽¹⁵⁾等人發現臺灣地區衛生人員對全民制度因素健康保險、政策之認知與態度會受性別、年齡、教育程度、衛生單位、年資影響。

促進雙向轉診乃是實施家庭醫師整合試辦計畫的主要目的之一，因此對於影響轉診的各項因素探討就顯得相當的重要及其影響層面也會相當的廣泛。其民眾轉診行為會受制度因素（缺乏強制性的法令、保險支付制度不具誘因、行政手續繁雜）、醫療結構面（電腦化系統連結、資料維護及分析等作業）、醫師因素（醫師背景、執業服務年資、醫院服務層級、工作滿意度、教育程度及工作經驗、醫師自尊與防衛醫療、醫師對轉診的態度）、民眾方面（就醫習慣及行為）⁽¹⁶⁾。故本研究欲瞭解已實施一年的家醫醫療政策之分析評估南區家庭醫師整合照護計畫之預期達成的指標、瞭解參與南區家庭醫師整合照護計畫之醫師贊同度及探討診所參與家庭醫師整合照護計畫目標達成度與醫師同意度影響因素。

二、研究方法

1. 研究對象及資料收集方法：

本研究以九十二年度有參與家庭醫師整合性照護試辦計畫的「嘉義社區醫療群、嘉基社區醫療群、台南社區醫療群、雲頂社區醫療群、雲海社區醫療群、南安社區醫療群、黃金海岸社區」七個南區醫療群之基層醫師團隊共 36 家診所醫師 38 位醫師為研究母群。採用半開放性調查表以郵寄問卷調查法收集問卷，共回收 31 份，回收率為 81.6%。

2. 研究工具

本研究經由文獻探討之結果，發展出下列問卷內容 1. 診所基本資料(包含:型態、屬性、診療科別、開業年資、人力資源、設備)。2. 醫師基本資料(包含:出生、性別、信仰、學歷、專長、執業年資、專科證書)。3. 「全民

健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」預期達成之指標(如:家戶建檔率、共同照護門診、雙向轉診比率)。4. 瞭解醫師對家庭醫師整合照護制度關於民眾認知行為改變、診所資源及設施、醫療行為及認知的改變、滿意度、醫病關係、與相關醫療單位互動關係、轉診制度七個層面之看法。採 Likert 五分法量表測量，”非常同意” 5 分”，同意” 4 分”，沒意見” 3 分”，不同意” 2 分”，非常不同意” 1 分”，五個等級讓受訪醫師勾選，共 32 題。

*Cronbach' s α 為 0.95

3. 資料分析方法

問卷回收後經譯碼(coding)除錯後輸入電腦本，以 SAS for windows 8.2 版作以下列資料的分析：

- 一、 描述性統計分析(Descriptive Statistic Analysis)
對於個別變項以樣本數、百分比、平均值、標準差等統計方法來描述有效樣本之醫師及診所之基本資料，及醫師對家醫整合計畫之看法，做基本的描述。
- 二、 無母數分析:診所基本特性、醫師基本資料與醫師對政策實施不同構面的贊同度及預期間標之關係。
- 三、 斯皮爾曼(Spearman' s Rho)等級相關係數：探討診所醫師對政策實施不同構面的贊同度與預期目標間之相關性。
- 四、 卡方檢定(Chi-square):分析診所基本特性、醫師基本資料與預期目標(是否參與共同照護門診)之關係。
- 五、 因素分析

三、結果、討論與建議

醫師對於實施家庭醫師整合性試辦計畫之贊同度，保留特徵值大於 1 的共同因素，再以最大變異數法進行轉軸後共選取六個因素，

每一因素以負荷量大於 0.5 的項目保留，其六個因素累計解釋變異量的百分比為 76.47%，六個因素之 Cronbach' s α 分別為 0.901、0.881、0.896、0.877、0.882、0.870。第一個贊同類別構面因素有家庭醫師整合試辦計劃的實施後，病患認知的提升、有助於治療的預後研究、疾病的不同階段較能經轉診治療來觀察病患、病患的問診時間延長、能提供更廣泛的衛生服務、診所的形像更好及增加轉診的次數，就其特質命名為診所病患的醫療照護品質(因素一)。第二個贊同類別構面有對此計劃的財務支付制度與運作模式滿意、本身的收入滿意增加、對現行家醫計劃的認證制度滿意、看診人數增加、因醫療資訊電子化更加流通，診療更加有效率，就其特質命名為健保局對診所管理制度(因素二)。第三個贊同類別構面有與醫療相關院所的合作關係更加密切、病患到醫療相關院所就醫更具便利性、透過轉診更能幫助提升持續追蹤病患健康、與病患雙方建立互信的關係有助益、與病人的醫病關係更加良好，就其特質命名為診所病患的就醫便利性與醫病關係(因素三)。第四個贊同類別構面有病患經轉診後會再回診所的人數增加、民眾的就醫行為改變(較不會自行前往大醫院看病)、民眾對健康概念提升、病患對於家庭醫師角色的認知更加提升、民眾健康檢查次數更為增加，就其特質命名為診所病患的健康概念(因素四)。第五個贊同類別構面有對整體醫療資源運用較為節省、有助於診斷上的判斷、醫療設備更能有效利用及使用率提高、對民眾家庭成員健康更加了解、對於合作醫院資源的提供及儀器操作上更有助益，就其特質命名為醫療設施運用(因素五)。第六個贊同類別構面有有助於自我成長(進修訓練)、提高了本身臨床專業自主性的滿意度，就其特質命名為診所醫師自我成長(因素六)。而本研究結果顯示南區家庭醫師整合試辦計畫診所醫師對政策的實施，以診所病患的就醫便利性與醫病關係贊同度最高

4.323，診所醫師自我成長為 4.113，診所病患的醫療照護品質為 3.959，醫療設施運用為 3.903，診所病患的健康概念為 3.613，以健保局對診所管理制度贊同度最低為 3.301，就診所病患的就醫便利性與醫病關係而言，其贊同度的分數介於 4.812 至 3.834，即普通贊同和贊同之間，表示家庭醫師整合性的試辦計劃，確實提升的醫療的可近性及醫病關係。而健保局診所管理的贊同度在 4.025 至 2.577，表示健保局對診所的管理制度有贊同和不贊同的聲音同時存在，所以健保局應該和診所適時的溝通，才能將家庭醫師的整合計劃完全發揮它的功能。

診所基本資料中，診所型態以個人獨立經營為最多，佔 54.8%，業務屬性多屬於一般診所佔 76.7%，診療的科別多為家庭醫學科 44.8%，偶而與工作人員討論情形及病例佔 64.5%，病人的掛號方式以現場掛號為主佔 54.4%，病歷的給號方式及歸檔方式多為流水號佔 64.7%、46.9%，診所的醫囑普遍電腦化佔 96.4%，90.3%的診所有與檢驗所有合約關係，門診後有 61.3%的診所會接受病患的電話諮詢，諮詢的方式多以直接做簡單的諮詢為主佔 50%，有 70%的診所會出診。

在醫師基本資料方面，以 38-45 歲居多佔 50%，男性為最多佔 93.5%，宗教信仰方面以傳統宗教及宗教為主佔 27.6%，學歷多數為大學佔 93.5%，學歷專長主要為醫學系 90.9%，執業年資以 9-15 年佔 40%為最多，專科證書以家庭醫學科最多佔 61.9%，有 66.7%擔任過特約醫師或講師，有 58.1%的醫師曾經參與或指導家庭醫學科醫師訓練，96.8%的醫師有參與「共同照護門診」，每週 1 次(100%)。

為探討不同的診所基本特性對於家庭醫師整合性試辦計劃的贊同度上是否有差異，利用無母數檢定，結果發現開業年資與健保局對診所的管理制度、醫師自我成長有顯著差異，

結果發現性別對於家醫計畫實施的贊同

度中的診所醫師自我成長(因素6)有顯著差異。

本研究為了瞭解現階段醫療體系對家庭醫師整合性照護試辦計畫之利用現況，藉由成本、效益、效率分析方法，評估家庭醫師整合性照護試辦計畫之成效，並加以詢問醫師對家醫制度的看法。採用原有之調查資料作為分析，希望能對有關單位對家醫制度的效能有所瞭解，更進一步的改善台灣的醫療制度，使醫療網更趨完善，使民眾能得到更周全的健康照護。

四、參考文獻

1. 中央健康保險局健保速訊第524號：節約健保資源。大家一起來，2004。
2. 衛生署統計資料：國民醫療保健支出統計表。
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
3. 石賢彥：基層醫療體系與家庭醫師制度理想與現實的差距—基層醫師的觀點，摘至中華名國基層醫療協會網站—家醫研討會
4. 陳慶餘：家庭醫學與家庭醫業，摘自台大大家醫部網站
5. 鍾信成 陳楚杰 楊長興家庭醫師在健康照護體系改革中扮演的角色—以英、美兩國為例。醫院第36卷 NO.1，2003。
6. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度九十二年試辦計畫，2003。
7. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，2004。
8. 章殷超 李宇芬：居家照護(3)—家庭醫師與居家照護；基層醫學，12(11)：208-210，1997。
9. 呂清元：總額預算實施後民眾對家庭醫師制度接受性之研究。碩士論文，台北：國立陽明大學，2003。
10. 劉文俊(2003)。鄉村的基層醫療 (Rural Primary Care)；摘至彰化縣診所協會新聞

台

<http://mypaper.pchome.com.tw/news/john1011>。

11. 許碧升：醫師對全民健保家庭醫師計畫表現指標看法與評估結果之相關性研究—以高屏地區參加計畫醫師為例。在職專班碩士論文，高雄：高雄醫學大學，2004。
12. 張睿詒、鄭惠文、林玠伶、楊志良：醫院高階主管對醫務管理師證照制度之看法；臺灣公共衛生雜誌，22(5)：.403-417，2003。
13. 陳順義、鄭文輝：總額支付制度對牙醫醫療服務的影響與原因探討—中區與南區之比較；臺灣社會福利學刊，3：29-76，2003。
14. 王孟平：政策認知、政策訊息與政策論述—當前爭議性公共政策之實證研究；中山人文社會科學期刊，7(1)：P.73-100，1999。
15. 李卓倫、賴俊雄、趙睦男：臺灣地區衛生人員對全民健康保險、政策之認知與態度；公共衛生，21(3)：P.180-191，1994。
16. 王香蘋：影響我國分級轉診制度發展因素的探討；弘光學報，40：P.45-51，2002。
17. 呂清元：總額預算實施後民眾對家庭醫師制度接受性之研究。碩士論文，台北：國立陽明大學，2003。
18. 石賢彥：SARS 疫情之省思—臺灣實施家庭醫師制度的必要性；臺灣醫界，46(10)：57-60，2003。
19. 陳慶餘 黃國晉 陳完任 李龍騰：台灣地區家庭醫師全科診療現況之調查；中華民國家庭醫學雜誌，7(2)：69-76，1997。
20. 行政院經濟建設委員會委託中華民國家庭醫學醫學會執行：家庭醫師在全民健康保險及醫療網中的角色—現在與未來之探討，1990。
21. Taylor RB (ed): Family Medicine: Principles and Practice. 3rd & 5th ed. New York: Springer-Verlag, 1988 & 1998.