

我國新住民醫療機制使用狀況與困境之探討

鄧旭茹

致理科技大學應用日語系副教授

羅啓峰*

致理科技大學行銷與流通管理系副教授

陳潔瑩

中山醫學大學公共衛生系碩士生

林沅興

致理科技大學應用英語系學生

摘要

現象顯示新住民在使用醫療照顧機制時常面臨許多困難性，導致至醫療機制使用不佳的問題。為此，我國政府雖提出許多相關的協處措施來降低新住民的就醫困難程度，然而檢視現有文獻，目前鮮少有針對我國提供的新住民協處措施進行成效檢視，亦未探討這些協處措施是否能有效提高我國新住民的醫療使用情況。爰此，本研究主首先檢視我國既有醫療協處政策研究結果顯示目前新住民仍遭遇就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境、文化與經濟落差，甚致歧視與偏見等醫療困境，本計畫提出數項醫療協處改善措施，如：可建立「新住民友善門診及看診陪伴制度」；強化「醫療通譯培訓課程以及資料庫之完整性」，「建置完善用藥標示(以圖示表示)」等措施，而研究結果亦反映出目前相關協處措施並未有效傳達到新住民，導致政策的傳遞產生落差，以至於中央單位提供的美意未能有效落實至地方政府甚至新住民身上，因此，本研究根據文獻分析的結果，建議可建立完善的支持系統，例如：完整的網站說明、手冊說明，並結合不同的政府網站進行連結進行政策的推廣，才能真正提高新住民醫療使用需求。

關鍵詞：新住民、醫療困境、醫療機制使用意願、醫療協處措施、支持系統

*通訊作者

The Study of Medical Needs, Difficulties, and Assistant Systems of Taiwanese Migrants

Teng, Hsu-Ju

Associate Professor, Department of Applied Japanese,
Chihlee University of Technology

Lo, Chi-Feng*

Associate Professor, Department of Marketing & Logistics Management,
Chihlee University of Technology

Chen, Jie-Ying

Master Student, Department of Public Health, Chung Shan Medical University

Lin, Yuan-Hsing

Student, Department of Applied English, Chihlee University of Technology

Abstract

The phenomenon shows that migrants often face many difficulties in using the medical care mechanism, resulting in the low usage of the medical care mechanism. For this reason, although the Taiwanese government has proposed many relevant assistance strategies to reduce the difficulty of migrants in seeking medical treatments, it is rare to review the effectiveness of the assistance strategies for migrants, and it has not explored whether these assistance strategies can effectively improve the medical usage of migrants. Therefore, the main purpose of this study is to first examine the existing medical assistance strategies in Taiwan. The results indicate that migrants are still facing medical difficulties such as access to medical services, application of medical assistance strategies, cultural and economic disparities, and even discrimination and prejudice. This Study further proposes several suggestions for medical assistance, such as establishing a "migrants' friendly outpatient and visiting companion system"; "strengthening the integrity of medical interpretation training courses and databases" and "establishing and improving drug use labels " were also taken. The results also reflected that the current relevant assistance strategies had not been effectively communicated to migrants, resulting in a gap in the transmission of policies, so that the goodwill provided by the central authorities could not be effectively implemented to local governments and even migrants. Therefore, based on the results of literature analysis, It is suggested to establish a comprehensive supporting system, such as an easy to review website a, and link with different government websites to promote policies, to truly improve the medical needs of migrants.

Keywords: Migrants, Medical Difficulties, Assistant Systems, Medical Use Intentions

*corresponding author

前言

過去我國人口含括「4大族群」類屬，包括原住民、閩南人、客家人與外省人。隨著時間推移，我國人口結構已有重大改變，全臺灣地區大陸及外籍配偶的人數已突破 57 萬人。其中以來自大陸地區與東南亞籍的女性最多，成為臺灣第 5 大族群，即所謂「新住民女性」。根據內政部統計，截至 2022 年 7 月底止，新住民人數總計 57 萬 3,376 人，其中女性 51 萬 9,107 人占 90.53%；男性 5 萬 4,269 人，占 9.46%；大陸配偶計 37 萬 3,704 人(含港澳地區 2 萬 0,445 人)，占 65.18%；新住民計 19 萬 9,672 人，占 34.82%，其原生國又以越南、印尼、泰國、菲律賓及柬埔寨等東南亞國家居多。新住民已成為台灣醫療體系中不可被忽略的研究對象。

新住民來到台灣之後，若要就醫，遇到的第一個最大的問題，就是語言溝通、識字及書寫能力較弱。台灣的醫院，部分醫院沒有提供多語服務，即便有多語服務，多半是以英文翻譯為主。新住民部分來自越南，印尼或是泰國等國家，在醫療就醫的過程當中，他們往往無法獨立前往醫療院所，而是由家人陪伴就醫。新住民門診個案常常會對就醫流程不清楚、看不懂環境標示及缺乏醫療人員協助解決就醫問題，導致對醫療服務利用地的滿意度低。

由於語言文化造成隔閡、溝通不良產生誤解，進而出現就醫使用的問題，而自身的權益也會受到不平等的待遇。新住民常因語言隔閡，而無法準確傳達就醫需求，例如：醫院(診所)沒有醫療通譯人員會造成不便、看病時不知道醫生開立什麼藥、無法瞭解實際的檢查項目、常常會跑錯科別、對於得到特殊疾病時常常求助無門、看病時，醫生師或護理師解釋不清或沒有耐心等等。爰此，本研究首要目標在運用文獻分析法檢視我國新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況以及我國現有新住民的醫療協處措施之成效，同時研提相關建議供相關單位參考。

文獻回顧

我國健康保險暨醫療體系概述

健保署前身為「行政院衛生署中央健康保險局」的金融保險事業機構，在 1995 年前只有約 59% 國民可參加勞保、農保、公保三大職業的醫療保險體系，我國自 1995 年開始實施《全民健康保險》，採全國單一保險人的制度，整合公務人員保險、勞工保險與農民保險三大體系的保險，保險費率為 4.25% 以降低民眾就

醫的經濟障礙。由於全民健康保險為強制性保險，將原本沒有參加健康保險的 41% 人口納入全民健康保險，以全體國民為保險對象，在共同分擔風險的基本原則下，被保險人繳納保險費。2002 年《醫院總額預算制度》導入、全民健保保險費率由 4.25% 調高為 4.55%，2010 年全民健保保險費率再次調高為 5.17%、《臺灣版診斷關聯群支付制度》導入，2013 年《二代健保》開始實施，保險費率調降為 4.91%。而我國的《全民健康保險》目前成為全民納保的社會保險制度，為健康保險公辦公營、單一保險人模式的組織體系(健保署，2021)。

我國全民健保制度特色

全國醫療院所皆可以申請成為全民健保的特約醫療機構，可以使民眾的就醫可近性提高、就醫的經濟障礙稍微縮減、保險與醫療的公平性提高。(鄭守夏&陳啟禎，2014)。茲將全民健康保險制度五大特色簡述如下：(江東亮，2014)

1. **全民強制納保**：不分性別、年齡、收入，和健康狀況，都有權利和義務參加全民健保。新住民在臺灣地區設有戶籍滿 6 個月以上都必須參加全民健保。
2. **以保險費為主要財源**：採社區費率，以薪資稅方式收取。其中，健保署為落實政府照顧經濟弱勢新住民政策，申請「設籍前新住民健保費補助計畫」，對符合社會救助法之(中)低收入戶設籍前新住民(配偶)申請案，分別補助健保費，以協助經濟弱勢家庭減輕繳納健保費之負擔(將在下節詳細說明)。
3. **綜合醫療給付**：保險對象除掛號費外，尚須負擔 20% 的門診費用和 10% 的住診費用。
4. **公共單一支付制度**
5. **國家總額預算制度**

文獻亦提出全民健康保險具備相當之優點，然其亦有部分需強化之處，茲將簡述如下：

我國醫療保險對象

全民健康保險透過自助和互助的方式，凡具有中華民國國籍，在臺灣地區設有戶籍滿 6 個月以上的民眾，以及在臺灣地區出生之新生兒，都必須參加全民健保。(衛生福利部，2021)。目前我國約有 99.9% 的國人已納入健保。

我國醫療保險制度優劣勢分析

1. **優點**：在單一保險人制度的醫療保險，幾乎所有民眾都會受到全民健保的醫療保障，醫療院所提供給民眾醫療服務之後，只需要向健保局申請給付，就不會增加醫療院所申請給付時的行政時間和成本。保險費是按照被保險人的投保薪資做籌算，公民皆有公正的投保機會、公平的就醫權利，可自由抉擇醫療院所。

2. **缺點**：以健保局為單一保險人的全民健康保險，幾乎壟斷了醫療市場，醫療院所只能被動接受健保局所制定出的給付價格，而效率是否勝過多元保險人制度下多家相互競爭的私營保險公司，則為目前所探討的議題。再者，在此制度下，醫院相關費用若無法透過此系統獲得回饋時，部分醫院恐將此費用轉嫁到病患身上，造成民眾需多負擔多於費用(張慧美, 2019; 陳志豪 et al., 2012)。

健康保險針對新住民就醫相關規定及協處機制

承上，在全民健保制度這種完善制度之下，新住民以及其在臺成員皆可受到台灣健保制度的醫療及戶籍保障，亦可負擔相關醫療費用。然而，目前根據全民健康保險的規定，新住民來台後，除有受雇者得從受雇日參加全民健保外，其餘應自持有居留證明文件滿6個月起，始可參加全民健保，換言之，若於未具健保身分期間就醫，則需以自費身分就醫，恐造成新住民及其在臺家庭成員之負擔。

為此，我國政府於2003年實施《輔導外籍與大陸配偶加入全民健康保險》、2016年修

正為《輔導新住民加入全民健康保險》、2010年開始由衛生福利部提供產檢補助，包括10次產檢、1次超音波檢查、1次乙型肝炎篩檢、2次衛教指導服務。另針對34歲以上、本人或配偶或家族有罹患遺傳性疾病、曾生育過異常兒、孕婦血清篩檢疑似染色體異常之危險機率大於1/270、超音波篩檢胎兒可能有異常、或疑似基因疾病等，可享受產前遺傳診斷減免補助(國民健康署, 2020)。此外，對於社會弱勢群體，若新住民於這段空檔期需要就醫或相關協助，我國政府提供「全民健康保險自付保險費」補助給符合中低收入及配偶死亡、失蹤以及離婚的新住民申請，並於取得身分證之後符合社會救助法之低收入戶及中低收入戶設籍前新住民，提供生活扶助、醫療補助、急難救助(中央健康保險署, 2019)。最後，我國政府於2016年實施新住民健康照護管理，促進身心健康環境的建立、製作多國語言的衛生教育宣導教材，規劃辦理醫療人員多元文化教育研習與活動，並鼓勵各地方政府針對新住民提供相關協處措施。根據各地方政府所提供之相關資料，本研究將根據現有新住民相關衛生福利協處措施整理如表1。

表1 未設籍新住民可享有之衛生福利措施一覽表

項次	項目	內容
一	醫療服務類	
1	全民健保(納保資格對象)	持有居留證明文件之未設籍外籍配偶或大陸地區配偶，除了有一定雇主之受僱者自受僱日起參加健保外，應自持有居留證明文件，在臺灣居留滿6個月之日起參加健保。
2	心理諮詢服務	提供可近性高之社區心理諮詢駐點服務或接受教育、社政、勞工、警政...等其他機關轉介，提供心理諮詢服務。
3	口腔預防保健	提供「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第3點所定對象之口腔預防保健服務(牙齒塗氟及窩溝封填)。
4	公費疫苗接種	1. 外籍人士如持有我國居留證或定居證且符合各項公費疫苗適用對象，均可提供接種。 2. 外籍配偶育齡婦女來臺申請居留/定居且無德國麻疹相關疫苗接種證明或經檢測不具德國麻疹抗體者，提供1劑公費MMR疫苗接種。
5	戒菸服務(具健保身分)	1. 戒菸治療：18(足)歲以上之全民健康保險保險對象，尼古丁成癮度測試分數達4分(含)以上(新版Fagerström量表)，或平均1天吸10支菸(含)以上者。 2. 戒菸衛教：全民健康保險對象有戒菸意願之吸菸者。
6	癌症篩檢(具健保身分)	1. 大腸癌糞便潛血檢查：50歲-74歲的民眾(每2年1次)。 2. 乳房X光攝影檢查：(1)45歲-69歲(每2年1次)。(2)40歲-44歲其二親等內血親曾患有乳癌之女性(每2年1次)。 3. 口腔癌篩檢：(1)30歲以上嚼檳榔(含已戒)或抽菸者(每2年1次)。(2)18歲-29歲且有嚼檳榔(含已戒)之原住民(每2年1次)。 4. 子宮頸抹片檢查：(1)30歲以上女性(每年1次)。
7	血液細胞遺傳學檢驗	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容：本人或四親等以內疑似罹患遺傳性疾病需進一步檢查，每案減免新臺幣1,500元；實際費用未達新臺幣1,500元者，依實際費用減免之。
8	其他中央主管機關認定遺傳性疾病檢查	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容：本人或四親等以內疑似罹患遺傳性疾病需進一步檢查，每案減免新臺幣2,000元；實際費用未達新臺幣2,000元者，依實際費用減免之。
9	成人預防保健服務(具健保身分)	40-64歲每三年補助一次。 65歲以上每年補助一次。
10	低收入戶及中低收入戶體外受精(俗稱試管嬰兒)補助	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容：低收入戶及中低收入戶，夫妻一方經醫師診斷因不孕症而需接受體外受精人工生殖技術，得適用本方案申請補助。每案每年最高補助15萬元。
11	特殊群體生育調節補助	1. 符合減免資格者(如本人或其配偶、子女患有精神疾病、有礙優生疾病、領有身心障礙手冊或為列案低收入戶)，補助項目及每案最高金額：子宮內避孕器1,000元、男性結紮2,500元+麻醉3,500元、女性結紮10,000元+麻醉3,500元，依實核銷。 2. 外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，因被強制性交、誘姦而受孕之婦女，施行人工流產手術，每案減免上限3,000元，依實核銷。

項次	項目	內容
12	產前檢查服務 (具健保身分)	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有與國人相同之產前檢查服務(10 次產前檢查、1 次超音波、1 次乙型肝炎病毒篩檢及 2 次衛教指導服務)
13	產前遺傳診斷	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容：凡 34 歲以上孕婦、本人或配偶或家族有罹患遺傳性疾病、曾生育過異常兒、孕婦血清篩檢疑似染色體異常之危險機率大於 1/270、超音波篩檢胎兒可能有異常、或疑似基因疾病等孕婦，每案減免新臺幣 5,000 元。另低收入戶或優生保健資源不足區民眾，由採檢院所每案另行減免採檢費用新臺幣 3,500 元。實際費用未達新臺幣 3,500 元者，依實際費用減免之。
14	新生兒先天代謝性 疾病篩檢	父母之一具有中華民國國籍者，其新生兒享有同國人之補助內容：一般新生兒每案減免新臺幣二百元。列案低收入戶、優生保健措施醫療資源不足地區之醫療機構(助產所)出生者，每案減免新臺幣五百五十元。
15	新生兒聽力篩檢	父母之一具有中華民國國籍者，其新生兒享有同國人之補助內容：出生 3 個月內，於國民健康署公告之「新生兒聽力篩檢特約醫療機構」接受篩檢個案，檢查費用由政府負擔。
16	兒童預防保健及衛 教指導服務 (具健保身分)	已取得全民健康保險之身分者，享有同國人補助內容如下： 1. 透過設有兒科及家庭醫學科之醫療院所補助提供 7 歲以下兒童 7 次兒童預防保健服務，包括：一般身體檢查、生長評估及發展篩檢評估等內容。 2. 配合兒童預防保健服務時程，提供衛教指導服務，衛教重點包含：嬰幼兒猝死症預防、事故傷害預防、哺餵及營養指導、副食品添加、口腔及視力保健、肥胖防治、居家安全及相關危險因子等內容。
二	醫療費用類	
1	補助設籍前新住民 健保費	中央健康保險署為落實政府照顧經濟弱勢新住民政策，向內政部「新發展基金」申請「設籍前新住民健保費補助計畫」，對符合社會救助法之(中)低收入戶設籍前新住民(配偶)申請案，分別補助 1/2 及全額自付之健保費，以協助經濟弱勢家庭減輕繳納健保費之負擔。
2	酒癮治療服務醫療 費用補助 (納保資格對象)	部分補助酒癮個案至各衛生局指定之醫療機構接受酒癮治療之費用(包括住院、門診、心理治療、家庭治療)，每人每年 4 萬元。
3	非愛滋鴉片類藥癮 替代治療醫療費用 補助 (納保資格對象)	部分補助非愛滋鴉片類藥癮者至本部指定替代治療執行機構接受替代治療之費用(包括替代治療藥品費(美沙冬全額補助；100 年再引進丁基原啡因，補助 40 元/人日)、給藥服務費、初診診療費及尿液篩檢費。
4	補助災區受災之全 民健康保險保險對 象應自付之保險費、 醫療費用部分負擔 及住院一般膳食費 用(具健保身分)	補助災區受災之全民健康保險保險對象應自付之保險費、醫療費用部分負擔及住院一般膳食費用。
5	經濟弱勢民眾就醫 相關費用及健保欠 費補助	提供經濟弱勢民眾就醫相關費用(如健保部分負擔、掛號費、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、無健保身分者就醫時之醫療自付費用等)及健保欠費之補助。
6	醫療救助	家庭貧困、無依或路倒病患所需之醫療費用。前款病患因病情需要使用之輔具、照護、康復、喪葬或其他特殊需要之相關費用
7	結核病醫療費用補 助	結核病(含疑似)病患、結核病接觸者、潛伏結核感染者，因檢查或治療結核病(含潛伏結核感染)，於特約醫事服務機構就醫之下列醫療費用補助： 1. 健保申報費用部分負擔。 2. 因結核病經主管機關施行隔離治療者於隔離治療期間之醫療費用(含膳食費)。 3. 結核病接觸者檢查衛教諮詢及抽血、丙型肝炎干擾素釋放試驗(簡稱 IGRA，不含試劑費)及其潛伏結核感染治療衛教諮詢等費用。 4. 無健保之結核病(含疑似)病患、結核病接觸者及潛伏結核感染治療者之下列醫療費用： (1)結核病(含疑似)病患醫療費用(含門、住診及住院膳食費)。 (2)結核病接觸者檢查費用。 (3)潛伏結核感染治療之醫療費用。 (4)結核病接觸者檢查衛教諮詢及抽血、IGRA 檢驗和潛伏結核感染治療衛教諮詢等費用。
8	愛滋病防治醫療費 用補助【註】	1. 在臺灣地區合法居留之愛滋病毒感染者外籍(含大陸地區、香港、澳門)配偶、泰緬專案及滯臺藏族人士，於人類免疫缺乏病毒指定醫事機構就醫，自確診開始服藥 2 年內之愛滋治療費用，以及服藥 2 年後醫療費用納入健保給付之就醫部分負擔。 2. 無論是否具有健保身分，對孕婦、經醫師診斷之性傳染病或藥癮病患等補助愛滋病毒篩檢費用。 3. 愛滋感染者合併鴉片類藥癮接受替代治療醫療費用補助(包括美沙冬藥品費、診療費、給藥服務費、心理治療、尿液篩檢等篩檢及治療費用)。
9	弱勢兒童及少年醫 療費用補助	低收入戶及中低收入戶兒少、領有緊急生活扶助者、依兒少保護通報及處理保護之兒少、安置教養機構與寄養家庭之兒少、發展遲緩兒童、早產兒、符合公告之罕見疾病或領重大傷病證明之兒少、因懷孕或生育而遭遇困境之兒少及其子女、經縣(市)主管機關評估有補助必要之兒少。
10	發展遲緩兒童早期 療育費用補助	針對已通報各縣市之學齡前疑似發展遲緩、發展遲緩或身心障礙兒童，如屬低收入戶者，每人每月最高補助新臺幣 5,000 元，非屬低收入戶者，每人每月最高補助新臺幣 3,000 元。

【註】符合人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法第三條規定之對象(國人、受我國配偶感染或於我國醫療過程中感染之外籍配偶、合法居留之外籍配偶、泰緬專案及滯台藏族人士、於我國醫療過程中感染之外籍人士)，自確診開始服藥二年內，由疾管署補助愛滋治療費用；確診開始服藥二年後，具健保身分之感染者由健保補助愛滋治療費用，部分負擔及健保法未能給付之檢驗及藥物由疾管署編列預算支應。資料來源：車城鄉公所，https://www.pthg.gov.tw/checheng/News_Content.aspx?n=5F6BA1ED6BDC2320&s=15FAE43F89AE6183，資料擷取時間 111 年 5 月 3 日。

綜合上述所言，新住民在取得健保之後，其享有的衛生福利與我國民皆相同，然而新住民因為語言及文化上的差異，在接受醫療服務時遇到許多問題，新住民無法順利傳達症狀給醫護人員，而醫護人員在說明治療方式及後續追蹤方法時也很難被完全理解。目前僅有少數醫院提供新住民友善門診，如何協助新住民更完善的醫療照顧服務，將是政府著重的政策重點之一。

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與困境

由於新住民剛移民到新的國家或地區，語言文化上未融入當地社會，再加上部份新住民本身的謀生技能及適應能力不及本地人士，因此令新住民不少停留在社會較低階層，需要社會保障的支援(McDonald and Kennedy, 2004)。雖然我國政府針對未設籍前的新住民家庭，提供相關醫療補助，但因新住民們在原生家庭的經濟弱勢，教育程度不佳，加上欠缺對臺灣政策的瞭解，因此新住民在取得醫療資源時仍有障礙，有的新住民雖然居留期滿，卻並沒有獲得健保身份，部分原因源自於新住民不清楚臺灣的健保資訊以及該如何辦理健康保險，甚至有些人會認為需要身分證才能取得健康保險。(張慧美, 2019; 陳志豪 et al., 2012)。

針對新住民在健康議題所面臨的醫療使用困難，現有文獻將其區分成文化差異(Bakhtiari, 2018)、健康涉略不足(Hanley and Shragge, 2009)、經濟困境(Maskileyson, 2019)、就醫可近性不足(龔宜君, 2019)、健康資訊不易取得(沈健瑋, 2006)及歧視與偏見(Kuana, Chenc & Lee, 2019)等幾大主要原因。茲將分別簡述如下：

文化差異

Bakhtiari (2018) 提出因為新住民在面臨文化衝擊下，多因為適應不良，壓力較大，因而造成其健康狀況較低落。若因文化、語言或刻板印象所造成的社群隔離的現象，使其無法即時獲得正確的健康照護知識與資源(林淑玲 & 蕭仔伶, 2007)，可能需要家人陪同就診，形成一種醫療就醫過程不便的問題(夏曉鵬, 1997)。再者，文獻提出在台灣的越南新住民較習慣越南的就醫文化，即：非不必要不願意看醫生，因此導致許多越南新住民不願意就醫的文化差異(曾敏傑, 2005)。

健康涉略不足

另有文獻指出健康涉略不足(limited health access)，其包括缺乏健康專業知識與語言溝通為新住民的第二大障礙。例如：Hanley and Shragge (2009)提出因為語言溝通的障礙

導致新住民健康狀況不佳。近年在台就醫的新住民雖大幅增加，但常有語言、文字隔閡上的溝通障礙，使得新住民在就醫過程當中容易在醫療照護體系中被忽視，更突顯其弱勢的情形(Yang & Wang, 2011; 郭錦暖, 2008)。我國政府雖實施的通譯人員協助看診制度，然而，新住民本身在醫療資源的接觸相當低，新住民並無法得知我國政府有此協助看診制度。

再者，缺乏專業健康知識亦為新住民就醫一大問題，新住民女性婚後快速生育，易導致欠缺完整的生育計畫、優生保健諮詢及獲得哺餵新生兒之正確知識(王素美, 2011)，因教育程度可能普遍較低、功能性文盲與健康信念與認知差異及缺乏保險和就醫資源等因素，而造成利用健康照護服務的障礙(Johnson et al., 2008; Nicholson et al., 2003; Taylor et al., 2002; Yang & Wang, 2003; 楊詠梅, 2001)。龔宜君(2019)提出部分新住民剛到台灣，中文溝通能力不佳，僅會說簡單的生活用語，但相較醫學相關的專業用語，新住民無法順利表達，因此造成其就醫時的恐懼，因而降低其就醫意願。

經濟困境

首先，目前文獻探討的主要觀點，研究提出的第三個主要困難為收入不平等，Maskileyson (2019)提出新住民多由經濟較差國家移民到經濟條件較好的國家，當新住民本身的謀生技能及適應能力不及本地人士，因此令新住民不少停留在社會較低階層，其飲食習慣也會隨之改變，例如：食用較便宜但營養價值偏低的食材(Abraido-Lanza et al., 2005)，導致健康狀況變差。或者是因為支付不起當地昂貴的醫療保險費用(Hanley and Shragge, 2009)，導致健康狀況較差。我國雖實施全民健保已多年，民眾僅支付少額的保費及相關費用，即可享有相同的醫療資源，但在收入不平等的狀況下，家庭經濟狀況仍會影響新住民的就醫行為，例如：經濟狀況相較不佳的新住民仍會覺得教學醫院的就醫成本較高，因此會傾向選擇藥局、掛號費較低的診所或地區醫院(龔宜君, 2019)。

健康資訊不易取得

新住民在就醫或獲得醫療相關資訊方面常面臨障礙，會需要藉由台灣親友告知，或是由電視、衛教單張等媒體或書面資料獲得資訊(沈健瑋, 2006)。根據龔宜君(2019)的研究指出新住民來臺後的就醫資訊除了先生與家人之外(約佔 75%)，其他在台灣的同事或朋友則為第二大資訊來源(約佔 37.5%)，越南朋友則為第三(約佔 25%)，由於不易獲得健康資訊與健康資源，以致減少對醫療資源的利用(王秀紅 &

楊詠梅, 2002), 無法正確瞭解醫囑、藥物及藥袋上的標示, 導致其無法接受良好的醫療或正確用藥, 對於因為語言障礙而導致看錯科別或誤診, 是新住民心中一個極大的恐懼(鄭嫻嫻, 2016)。

就醫可近性不足

目前針對就醫可近性的文獻, 多以就醫交通與時間與就醫陪同、決定權為主要探討因素(龔宜君, 2019)。首先有關就醫交通的部分, 大部分的新住民來到我國時, 多具有身分證的迷思, 例如: 申辦健保卡需要身分證或申辦駕照需要身分證。因此, 導致許多新住民沒有駕照的問題, 此問題在城市問題不大, 但若在偏鄉地區時, 在就醫就會產生相當困擾。再者, 由於部分新住民仍要負擔家中經濟或負擔家中照顧/護工作, 多具有緊迫的時間壓力, 當就診時間過長時, 的確會降低其就醫意願(龔宜君, 2019)。最後, 文獻提出新住民在醫生選擇上多半是不具有選擇權的(鄭嫻嫻, 2016), 尤其當就醫陪同不足時, 即: 未具有家人或配偶陪伴時, 亦多會降低新住民就醫的意願(龔宜君, 2019)。

歧視與偏見

Lu(2005)提出我國過去在婚姻移民時, 由於我國男性有支付結婚費用或其他相關費用時, 新住民女性會被視為男性的財產, 也因此導致新住民在婚姻關係不對等, 甚至遭受歧視或偏見的問題(Le, Truong & Khuat, 2014)。反映在醫病關係時, 亦會產生醫護人員態度不佳, 甚至會故意詢問新住民母親之原生國籍身分, 令她們有不受尊重或被歧視的負面感受。(王秀梅, 2012)

Kuana, Chenc & Lee (2019)提出雖然我國新住民所受到的醫療支持和衛生福利措施與我國民眾差異不大, 但由於新住民仍上述面臨上述問題, 目前我們政府雖提供相對應的措施, 例如: 醫療通譯的服務來解決相關問題, 文獻亦指出目前醫療通譯仍缺乏專業醫療口譯的培訓以及醫療口譯員分布不均以及缺乏醫療口譯相關法律規範等問題, 進而影響改善新住民就醫困境的成效。

結論與建議

研究結果亦反映出目前相關協處措施並未有效傳達到新住民, 導致政策的傳遞產生落差, 以至於中央單位提供的美意未能有效落實至地方政府甚至新住民身上, 因此, 本研究根據文獻分析的結果, 建議可建立完善的支持系統, 擬定合宜的醫療協處改善措施, 真正提供新住民及在臺家庭成員有善醫療環境。茲將擬訂相對應之醫療協處改善措施:

建置完善醫療衛教資訊網站或 APP, 成立多國語言

目前我國衛福部已於該網站建置完善的新住民醫療相關資料, 建議可擴充至多國語言環境, 甚至是 APP, 同時串聯其他政府機關甚至與新住民相關的民間團體網站連結, 進而提供更廣泛的瀏覽機制。更明確來說, 多國語言可能包含英文版、泰語、印尼語、越南語等等, 提供醫療諮詢、預防保健、四癌篩檢、健康講座及健康促進、完整的用藥資訊、看診流程、看診科別相關資訊、彙整健康醫療衛教影片等相關衛教資訊, 讓新住民可以針對其醫療相關疑問妥善運用相關資源獲得協助。本計畫建議, 若能開發出一套多語轉換的醫療衛教資訊系統, 將可使醫病之間有更好的溝通, 才可以提供來自不同國籍、使用不同語言的新住民更好的醫療品質, 建議短期建置多國語言且功能完整的健康照護平台, 將能第一時間降低健康涉略不足的問題。

善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持

研究顯示目前新住民對於健康涉略是相當不足的, 且此會降低其對醫療使用的需求, 根據美國、澳洲以及加拿大的文獻顯示, 完善社區支持是相當重要的做法, 因此本計畫建議可參考這三國的做法於社區內招募具翻譯能力且有意願投入志工之新住民, 給予相關的醫療知識訓練; 並於教育訓練完成後, 協助新移住民志工從事衛生所及醫療院所的生育保健通譯工作, 同時輔以健康問題的發現和追蹤, 以利提升新住民健康照護品質。透過培訓志工通譯員, 協助各區衛生所推行新住民政策, 並將生育保健知識、心理健康促進與疾病防治等認知傳達給更多的新住民, 間接降低疾病或意外的發生率, 也降低醫療成本。

此外, 本計畫建議建立公私部會合作機制, 如: 可與新住民友善關懷團體合作, 除建立綿密建構社區支持網絡, 亦可透過友好協會成員甚至地方新住民服務中心加強生活適應輔導課程宣導, 鼓勵新住民及其家人參加。此外, 建議可透過新住民輔導網絡會議, 邀請公私部會及民間團體參與, 宣導相關課程辦理時間, 建立新住民家庭社區支持網絡。

最後, 建議可建置「多元文化敏感度」的相關宣導文宣及宣導機制, 並能與地方單位合作進行推廣, 藉此減少對新住民的刻板印象及歧視, 學習尊重多元、欣賞差異, 增進多元文化交流, 增進社區居民與新住民彼此瞭解與認識, 綿密建構社會支持網絡, 明確來說, 建議

可與地方醫療院所合作，進行第一線醫療人員的推廣，降低對新住民的刻板印象及歧視，減緩新住民就醫時的語言障礙與歧視，增進多元文化交流。

重新審視新住民生活適應相關課程，建議納入衛生醫療相關資訊，並建置統一的完整資訊

目前的建議新住民生活適應相關課程仍以地方政府進行規劃與執行，本計畫建議可重新規劃新住民生活適應課程，同時建議增加多元及生活化的實用課程(如人際關係溝通、心靈照護、嬰幼兒照顧及衛生醫療相關資訊等課程)，以提升新住民在臺生活適應能力。此外，亦建議主觀機關可規劃全國性的新住民生活適應課程或相關宣導文宣，亦可因應各直轄市、縣(市)政府實務推動經驗，授權各地方政府增設相關需要課程，例如：性別平等與權益、法定傳染疾病及愛滋病防治課程，真正順應新住民生活適應輔導所需。

研究範圍與限制

本研究主首先檢視我國既有醫療協處政策，研究結果亦反映出目前相關協處措施並未有效傳達到新住民，導致政策的傳遞產生落差，以至於中央單位提供的美意未能有效落實至地方政府甚至新住民身上，研究結果顯示目前新住民仍遭遇就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境、文化與經濟落差，甚致歧視與偏見等醫療困境，本計畫提出數項醫療協處改善措施，建議可建立完善的支持系統，例如：完整的網站說明、手冊說明，並結合不同的政府網站進行連結進行政策的推廣，才能真正提高新住民醫療使用需求。然而，本研究僅以文獻探討方式進行探究，建議後續研究可進一步以實證分析結果支持本研究之論點。

參考文獻

- 王秀紅、楊詠梅 (2002)。東南亞跨國婚姻婦女的健康。《護理雜誌》，49(2)，35-41。
- 王秀梅、蘇淑芬、劉波兒、王建得 (2012)。新移民母親陪同孩童急症就醫之經驗。《護理暨健康照護研究》，8(1)，14-23。
- 王素美、林育秀、李卓倫、陳文意、梁亞文 (2011)。台灣新移民女性與醫療衛生需要。《澄清醫護管理雜誌》，7(1)，19-31。
- 江東亮、文羽華、謝嘉容 (2014)。全民健康保險制度的發展與問題。Progress and Problems of Taiwan's National Health Insurance。《臺灣醫學》，18(1)，33-42。
- 沈健瑋 (2006)。東南亞外籍配偶求醫行為影響因素與障礙之探討-以台中縣為例。中國醫藥大學環境醫學研究所碩士班學位論文，1-125。
- 林素真 (2012)。高雄市新移民女性的媒體使用與健康資訊需求。《廣播與電視》，34，55-92。
- 林淑玲、蕭仔伶 (2007)。台灣之女性新移民健康照護的社群隔離現象。《護理雜誌》，54(4)，67-72。
- 夏曉鵬、現象 (1997)。女性身體的貿易—臺灣/印尼新娘貿易的階級，族群關係與性別分析。取自 <http://bbs.nsysu.edu.tw/txtVersion/treasure/number/M.0.A/M.0.A.html>。
- 健保署 (2021，12月)。〈全民健康保險年報.pdf〉。衛生福利部中央健康保險署。
- 張慧美 (2019)。臺灣北部地區越南女性新住民之就醫經驗與醫病關係 (Publication Number 2019 年) 國立暨南國際大學。
- 陳志豪、張可臻、林忠順 (2012)。全民健保單一保險制度的優缺點。《家庭醫學與基層醫療》，27(6)，222-225。
- 陳惠玉 (2013)。跨文化醫療中台灣醫師與東南亞籍病患之互動-醫師的觀點。
- 楊詠梅 (2001)。台灣印尼籍跨國婚姻婦女之健康關注。
- 廖秋香、陳怡莉、郭美玲 (2012)。提升新移民門診個案對就醫流程作業之滿意度。《長庚護理》，23(3)，329-339。
- 衛生福利部(2021)。取自 <https://www.ey.gov.tw/state/A01F61B9E9A9758D/fa06e0d2-413f-401e-b694-20c2db86f404>。
- 鄭姍姍、王勝石、賴彥如、賴羿涵 (2016)。新住民看診流程障礙因素：以醫療資訊系統發展為主體作為解決方案。新住民發展基金補助研究報告。
- 鄭姍姍 (2016)。〈新住民看診流程障礙因素以醫療資訊系統發展為主體做為解決方案.pdf〉。
- 顏芳姿 (2019)。影響女性婚姻移民的醫病權力關係-民族誌的評估。《人文社會與醫療學刊》，(6)，47-91。
- Bakhtiari, E. (2018). Immigrant health trajectories in historical context: Insights from European immigrant childhood mortality in 1910. *SSM-population health*, 5, 138-146.
- Hanley and Shragge Bashford, A., & Power, B. (2005). Immigration and health: Law and regulation in Australia, 1958-2004. *Health and History*, 7(1), 86-101.
- Johnson, C. E., Mues, K. E., Mayne, S. L., & Kiblawi, A. N. (2008). Cervical cancer screening among immigrants and ethnic

- minorities: a systematic review using the Health Belief Model. *Journal of lower genital tract disease*, 12(3), 232-241.
- Maskileyson, D. (2019). Health trajectories of immigrants in the United States: Does income inequality of country of origin matter?. *Social Science & Medicine*, 230, 246-255.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social science & medicine*, 59(8), 1613-1627.
- Nicholson, W. K., Grason, H. A., & Powe, N. R. (2003). The relationship of race to women's use of health information resources. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(2), 580-585.
- Taylor, V. M., Jackson, J. C., Tu, S.-P., Yasui, Y., Schwartz, S. M., Kuniyuki, A., Acorda, E., Lin, K., & Hislop, G. (2002). Cervical cancer screening among Chinese Americans. *Cancer detection and prevention*, 26(2), 139-145.
- Yang, Y.-M., & Wang, H.-H. (2003). Life and health concerns of Indonesian women in transnational marriages in Taiwan. *The journal of nursing research: JNR*, 11(3), 167-176.
- Yang, Y.-M., & Wang, H.-H. (2011). Cross-cultural comparisons of health-related quality of life between Taiwanese women and transnational marriage Vietnamese women in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 19(1), 44-52.

作者簡歷

姓 名：鄧旭茹
現 職：致理科技大學應用日語系副教授
學 歷：中國文化大學國際企業管理研究所博士
研究專長：Customer Behavior, E-commerce, Migrants
研究著作：

- Hsu-Ju Teng, Chi-Feng Lo, Jia-Jen Ni (2021, Jun). Synergy Effects of Combined Nutrition Labeling on Purchase Intention of Sugar-Sweetened Beverages. *British Food Journal*, Vol. 123 No. 12, pp. 4402-4420. (SCI, 37/163, FOOD SCIENCE & TECHNOLOGY).
- Teng, Hsuju; Lo, Chi-Feng; Lee, Hsin-Hui (2021, Jun). How Do Internet Memes affect Brand Image?. *Online Information Review*, accepted. (Accepted). (SSCI, 85/223, COMPUTER SCIENCE, INFORMATION SYSTEMS).
- CHI-FENG LO; HSUJU TENG (2021, May). The moderating effects of peer learning and intergenerational learning between innovation resistance and usage intention. *International Conference Proceedings Series by ACM* (ISBN: 978-1-4503-8984-6), ACM ISBN: 978-1-4503-8984-6, pp.231-237. (EI).

姓 名：羅啟峰
現 職：致理科技大學行銷與流通管理系副教授
學 歷：文化大學國際企業管理研究所博士
研究專長：Human Resource Management
研究著作：

- Hsu-Ju Teng, Chi-Feng Lo, Jia-Jen Ni (2021, Jun). Synergy Effects of Combined Nutrition Labeling on Purchase Intention of Sugar-Sweetened Beverages. *British Food Journal*, Vol. 123 No. 12, pp. 4402-4420. (SCI, 37/163, FOOD SCIENCE & TECHNOLOGY).
- Teng, Hsuju; Lo, Chi-Feng; Lee, Hsin-Hui (2021, Jun). How Do Internet Memes affect Brand Image?. *Online Information Review*, accepted. (Accepted). (SSCI, 85/223, COMPUTER SCIENCE, INFORMATION SYSTEMS).
- CHI-FENG LO; HSUJU TENG (2021, May). The moderating effects of peer learning and intergenerational learning between innovation resistance and usage intention. *International Conference Proceedings Series by ACM* (ISBN: 978-1-4503-8984-6), ACM ISBN: 978-1-4503-8984-6, pp.231-237. (EI).

姓 名：陳潔瑩
現 職：中山醫學大學公共衛生系碩士生
研究專長：Public Health, Mental Health

姓 名：林沅興
現 職：致理科技大學應用英語系學生