

第一章 緒論

第一節 研究背景

我國全民健保於民國八十四年三月開辦，基於風險分攤的精神，採取全民參加、強制投保的方式，將全民健保實施前未享有健康保險保障的 850 萬人(尤其是絕大多數的兒童及老人等依賴人口)納入保障，其目的在於保障全體國民能獲得基本的醫療照護。全民健保實施至今，包含軍人加入全民健保，納保率已達 96.5%，幾乎達到了真正全民皆有健保。在全民健保開辦之後，民眾就醫僅需支付掛號費及少許部份負擔，大大減輕了民眾的財務障礙。然而全民健保開辦至今，財務問題始終是一項隱憂，主要癥結在於醫療資源的浪費與醫療費用的快速上漲（表 1-1）。

以門診而言，我國目前每人每年就醫次數約 15 次，高居世界之冠，顯見民眾高就診次數的情況。張錦文(民 86)也提出台灣醫界有四大問題，其中包含越級就診及小病看大醫院等嚴重情形。而民眾也普遍認為高層級醫療院所的醫術可能較佳，加上全民健康保險的實施，原需自費至高層級醫療院所求診的民眾，現因就醫負擔減輕，紛紛湧向大型醫院求診。

根據中央健保局統計資料(民 89)，醫學中心與區域醫院每件門診平均約為 1,419 元與 1,156 元，而基層診所約為 427 元，兩者相差達約 3 倍之多（表 1-2）。由此可知『小病看小醫院，大病看大醫院』才是最經濟的健保政策。另外，越級就診及小病看大醫院所產生的問題也會使各層級醫療院所之功能混淆，若根據分級醫療轉診制度的精

神，高層級醫療院所的主要功能為治療較重疾病、專業訓練及研究教學，現因民眾紛湧而來，各高層級醫療院所皆投入大量人力於門診工作，而無法專注於醫學研究的工作，長期而言，勢必對國內的醫療體系造成負面影響，並直接壓縮到基層醫療院所的生存空間。

國內診所醫師為基層醫療的守護者，但是民眾往往對診所醫師缺乏信任感，加上轉診制度及部份負擔制度並未加以落實，使得民眾被昂貴的儀器設備、精細縝密的檢查、權威的醫師、高貴的藥物等為號召的大醫院所吸引，而一有疾病就往大醫院跑。根據呂碧鴻及王英偉的研究結果(民 79)醫學中心、區域醫院和地區醫院，最常處理的十種疾病竟然完全一樣，而且大部份與基層診所相似。並且由於各層級醫療院所的門診醫療服務重疊比例相當高， $\frac{2}{3}$ 的醫學中心門診病患，一生病就直接至醫學中心就診(余承萍，民 77)。由此可知因民眾崇尚大醫院的心態而浪費了許多醫療資源，同時也使得高層級醫療院所原本之功能與角色無法發揮。

因此，除了可從醫療需求面來探討影響民眾選擇至基層診所看診的意願與影響因素之外，也應從醫療供給面來探討開業醫師對本身執行醫療服務之自我評價與影響因素，比較供給者與需求者兩方面認知上的差異，最後探討如何提昇基層醫療服務品質及增加民眾選擇至基層診所就診意願之建議，以提供制定衛生及健保相關制度之參考。

表 1-1 門診申報醫療費用支出成長率(以民國 85 年為基期)

年度	門診申報醫療費用	成長率
85 年度	149,792,661,819	
86 年度	163,539,364,262	9.18%
87 年度	183,055,085,936	11.93%
88 年度	197,870,187,152	8.09%
89 年度	198,684,163,238	0.41%

資料來源：全民健康保險統計 2000

表 1-2 特約醫事服務機構門住診費用申報狀況—按層級別

層級別	門診 總計(億元)	門診		
		人次 (千件)	金額 (億元)	每人次平 均費用
醫學中心	814.2	26,643	378	1,419
區域醫院	648.6	28,491	329.3	1,156
地區醫院	517.5	31,219	312.2	807
基層診所	1150.8	221,262	943.8	427
藥局	23.5	2,353	23.5	189
總計	1986.8	315,063	1986.8	631

資料來源：全民健康保險統計 2000

第二節 研究目的

本研究之研究目的如下所述：

- 1.調查開業醫師對本身各種醫療服務之評價。
- 2.探討開業醫師對本身執行醫療服務評價之影響因素。
- 3.了解開業醫師對全民健保有關基層醫療措施之看法。
- 4.了解開業醫師對本身各種醫療服務的重要性認知及表現之間的差距。

本論文將分成六大部分加以陳述；第一部份為緒論，簡述本研究的研究背景及研究目的；第二部份為文獻探討，探討基層醫療之現況及影響醫師診療行為及自我評價的因素；第三部份為研究方法，分為研究架構、樣本及資料來源、變項名稱及操作型定義、分析方法、信度及效度；第四部分為研究結果，依描述性分析、雙變項分析、迴歸分析、開業醫師醫療服務之重要性/表現分析等四小節來一一陳述；第五部分為討論，最後是本研究的結論與建議。

第二章 文獻探討

第一節 基層醫療之現況

一、基層醫療之定義與特性

基層醫療對國家的醫療體系而言，在結構及組成特質的硬體面方面為四級醫療(即自我照護、基層醫療、二級醫療和三級醫療)。

良好的基層醫療必須符合以下的條件：

- (1) 改善照護的可近性
- (2) 能夠提供持續性的照護
- (3) 合乎以個人需要為導向的照護
- (4) 具有經濟效率的特性
- (5) 提昇醫療照護的品質
- (6) 醫師人力地理性的均勻分布
- (7) 減少醫療的重複浪費(Geyman, 1981)

總而言之，基層醫療必須具備以下的特質：

- (1) 第一線照護—能提供病患進入醫療體系的管道
- (2) 繼續性照護—包括健康或是生病期間
- (3) 周全性照護—對於所有健康問題提供適切的服務
- (4) 協調健康照護所需之醫療資源
- (5) 擔負對個別病人追蹤診治的長期責任
- (6) 以人為本位的健康照護(Geyman, 1980)

而所謂的周全性照顧，內容須包括健康教育、個人與家庭疾病與健康為基礎評估，安排適當之追蹤診治，定期健康檢查(包括身體健康和實驗室之篩檢)，急診照顧、復健醫療、健康諮詢、家庭、感情、

遺傳和營養等問題。這些服務由醫師個人或以團隊合作的方式提供。

基層診所為分級醫療的第一線，也是民眾求診的單一窗口，主要負責對疾病做初步診斷與治療，如果無法提供完整的治療，則應轉診至上一層級之醫療院所。地區醫院與區域醫院主要提供較為特殊的專科門診及住院服務，而最高層級的醫學中心除了提供上述醫療服務之外，主要還是負責研究教學與專業訓練，所以基層醫療是以家庭醫師為主的照護的簡稱(陳慶餘，民 79) (圖 2-1)。

二、基層醫療的型態

根據藍忠孚(民 71)將基層醫療分為以下九種：

- (1) 醫師、牙醫師或其他職業人員之診所
- (2) 醫院之門診部
- (3) 衛生保健附設之門診
- (4) 事業機構附設之門診
- (5) 學校之門診
- (6) 其他門診
- (7) 復健中心
- (8) 社區心理衛生中心

在我國基層醫療的生存型態以第一類之西醫診所，第二類醫院之門診部及第三類衛生保健機關之門診，如衛生所最多。根據醫療法醫療機構通則第十一條規定：「醫療機構設有病房收治病人者為醫院，僅應門診者為診所」，「前項診所得設置九張以下之觀察病床」，「醫療機構之設置標準由中央衛生主管機關定之」。所以基本上診所沒有辦理住院的能力。而根據行政院衛生署公佈之醫療機構設置標準，診所分類為四種：

- (1) 專科診所：指從事專科醫療業務之診所。在我國專科的定義共計

有如一般科等共十八種。

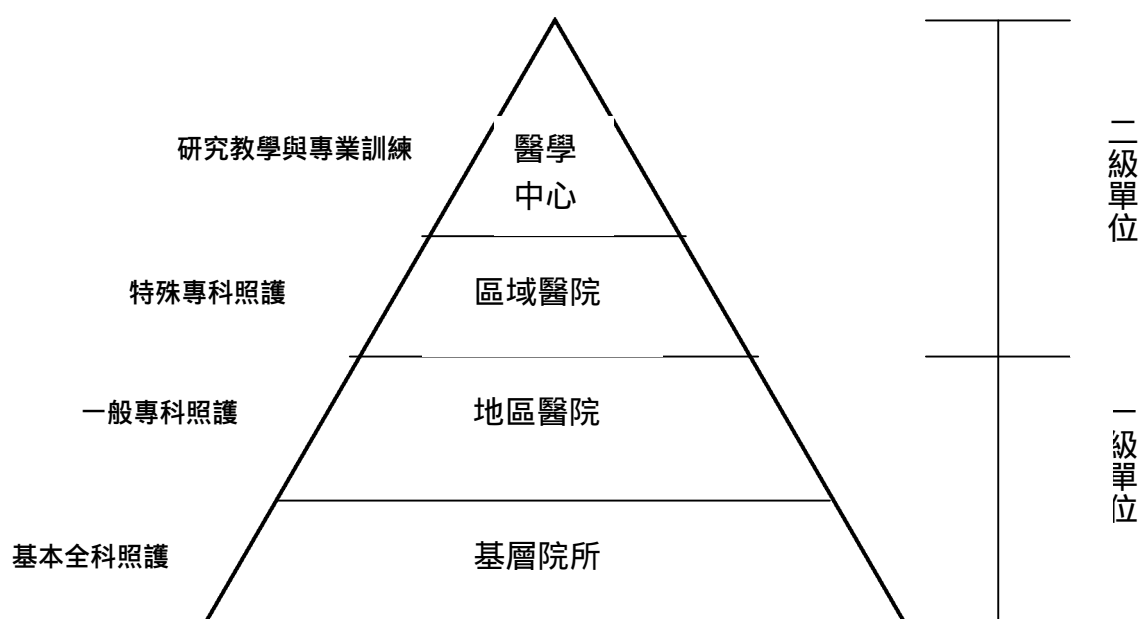
- (2) 一般診所：指從事一般診療業務之診所。所謂的一般診療包括外傷包紮，常見疾病之診治等。
- (3) 中醫診所：指從事中醫診療業務之診所。
- (4) 牙醫診所：指從事牙醫診療業務之診所。

若以開業診所的型態分類，亦可分為獨立執業診所、聯合執業診所。根據行政院衛生署公佈的「醫療機構設置標準」，將聯合診所定義為二位或二位以上同科或不同科醫師在同一處聯合開業，共用人員與設備，此職業場所即稱聯合診所，其經營型態可分為五種：(蔡淑媛、張錦文，民 84)

- (1) 門診作業型：投資者出資籌建，然後邀請或聘僱醫師聯合職業。
- (2) 診間出租型：投資者出資籌建後，診間出租或出售給醫師並有醫療輔助部門協助醫師診療。
- (3) 完全出租型：投資者出資籌建後，整個分租給醫師由其各自管理，自負盈虧。
- (4) 醫師部分投資型：投資者籌建聯合診所後，將整各診所分租各科醫師，由醫師自行管理，自負盈虧，醫療輔助部門(如藥局、檢驗、X光)由醫師共同投資。
- (5) 醫師合夥投資聘專業人員整體規劃：由投資人訂總投資額分股售賣，由醫師認股持份，創造之利潤則按股分紅。

根據林正介、駱光明在中部地區調查研究結果發現：內、兒、婦產、家醫科醫師，對聯合執業有很高的接受意願。而五種經營型態中，醫師最願意參加的經營型態以醫師合夥投資型(佔 35%)及門診作業型(佔 33.3%)為主。

圖 2-1 理想醫療體系之基本架構



三、台灣基層醫療現況

依行政院衛生署醫療院所統計資料顯示，大多數診所集中在大都市。目前國內對基層醫療的研究結果顯示基層醫療具有許多缺失，包括單獨開業居多、收費偏低、缺乏其他專業人員的配合、缺乏檢驗設備、缺乏預防注射等(葉國松，民 86)。根據中央健保局衛生統計 89 年資料顯示，西醫診所部份特約為 8241 家(表 2-1)。台北縣總共有 1174 家特約西醫診所，為全台灣特約西醫診所數最多的縣市，而台北市略居第二(表 2-2)。

表 2-1 基層醫療現況

年 \ 類別	西醫醫院	中醫醫院	西醫診所	中醫診所	牙醫診所	小計
85 年	661	88	8094	1727	4859	15429
86 年	656	82	8336	1818	4976	15868
87 年	645	73	8483	1878	5043	16122
88 年	584	66	8311	2006	5202	16169
89 年	577	52	8241	2100	5362	16332

資料來源：中央健康保險局衛生統計 2000

表 2-2 特約西醫診所家數—按縣市別分(民國 89 年底) 單位：家

縣 市 別	特 約 醫 事 服 務 機 構 家 數
台 北 市	878
基 隆 市	149
台 北 縣	1174
宜 蘭 縣	183
金 馬 地 區	15
新 竹 市	150
桃 園 縣	559
新 竹 縣	141
苗 栗 縣	171
台 中 市	585
台 中 縣	536
彰 化 縣	395
南 投 縣	190
台 南 市	350
嘉 義 市	170
雲 林 縣	252
嘉 義 縣	150
台 南 縣	409
高 雄 市	695
高 雄 縣	452
屏 東 縣	343
澎 湖 縣	50
花 蓮 縣	150
台 東 縣	94

資料來源：全民健康保險統計 2000

第二節 影響醫師診療行為及自我評價之因素

影響醫師臨床醫療行為的決定因素，大概可歸納為三類，包括醫師本身的利益、病人的利益、符合社會的利益(Eisenberg, 1985)。

一個好的醫療處置(prescribing)應包括有合適性(appropriate)、安全性(safe)及有效性(effective)三種性質，因此，醫師的行為便會趨向「極大的效益(maximize effectiveness)」、「極小的風險及成本(minimize risks and costs)」、以及「尊重病患的選擇(respect patient's choices)(Lexchin, 1998)。至於影響醫師行為的因素相當多且複雜，不同學者各有不同的研究重點，Eisenberg(1985)就認為可歸納為：醫師自己的興趣、個別病人差異、以及對社會全體利益等三大方面影響，並且可以透過教育(education)、回饋(feedback)、參與(participation)、行政法規(administrative rules)、財務誘因(financial incentives) 罰則(penalties)等六種方法來改變醫師行為；Lexchin(1998)則認為影響醫師行為的因素可以從「醫師個人的知識(physician's knowledge base)」及「醫師執業型態(physician practice patterns)」來討論。歸納之後以下將醫師個人特質、目標收入理論、對健保態度看法及醫療市場競爭度等分別進行探討。

一、醫師個人特質對診療行為的影響

研究發現醫師其病人死亡率低，比醫師病人死亡率高開的藥較少，但男性醫師開業較多；年資深的每日看較多的病人，且每年的收入較高；相較於住院日短的醫師，平均住院日較長的醫師，傾向於開多種藥給病人，每年亦有較高的營收；此研究顯示某些醫師特質、診

療行為及病人的診療結果存在著顯著的相關性(Davidson, 1995)。資深醫師以及受較多訓練者，其使用檢驗的頻率會較低，不過他同時發現醫師會下意識的受他們的監督者 (Supervisor) 的診療形態所影響 (Steven et al., 1973)。醫師本身的特質亦會影響醫師的診療行為，這些特質包括醫師的專長、年齡、性別、經驗和訓練背景等，研究中發現，曾在醫學院附設的教學醫院接受醫師養成訓練的年輕男性內科醫師，可預期有相同的診療行為；例如內科醫師和家庭醫師比全科醫師提供較多的診斷性檢查(Eisenberg, 1985)。研究發現同一診斷由於主治醫師的不同對病人總費用的對數值有顯著差異，對於住院日的對數質亦有顯著差異(Feinglass et al., 1990)。而國內研究有黃文鴻(民 83)根據台北市四家私立醫學中心高血壓病人處方時發現，影響醫師高血壓處方行為的因素據統計學上顯著意義者包括：醫師所唸科系屬性行為(七年制醫學系、學士後醫學系、醫專等)、專科醫師別、醫師服務科別、醫師性別等。無論執業科別，對同一疾病某些醫師和病人特質卻能造成診療行為的差異，甚而影響醫療費(王美玉，民 85)。宗教信仰、於執業地點服務年資、醫師資格取得方式、家醫科專科醫師資格、工作滿意度、對實施全民健康保險之觀點，均會影響醫師之醫病關係，其中以醫師於執業地點服務年資及工作滿意度影響最大；病人性別、就診型態、醫師看病時間、醫師病人聊天情形、醫師病人語言溝通情形及醫師回答問題情形等對病人滿意度及醫師診療行為均有影響(曲同光，民 79)。

二、目標收入理論對診療行為的影響

根據 Fieldstein 解釋目標收入理論，認為醫師目標收入決定因素係考慮當地的收入水準，特別是當地其他醫師及專業人員的收入。醫療

提供者預期自己將得到的收益，並依此收入目標而改變其醫療行為。若未達預期收入，醫師可能利用提高醫療服務收費標準、治療時提供較多的服務量，或改變醫療行為等方法以維持其目標收入。當控制醫療項目價格，使醫師原來提供之醫療數量無法維持其期望收入時，醫師會增加醫療服務數量，使總收入增加，醫師也可能以額外輔助性醫療服務來增加其收益，而非以增加看病時間來增加收入。

70%的醫療成本是由醫師造成的(Feinglass, 1990)，因此醫師有追求合理待遇的情形。而國內研究有葉國松(民 86)認為醫師對合理待遇的追求，也是影響醫師診療行為的因素。研究顯示醫師認為其每月收入應為護士的 8.2 倍、藥師的 5.5 倍，以此看法在有、無保險特約醫師間或無保險特約的醫院和診所醫師間，皆無顯著差異(林芸芸，民 81)。然而在有保險特約者中，診所醫師認為其收入應為護士的 8.8 倍，顯著大於醫院醫師的 7.2 倍，其理由為：(1)責任較大、風險較高；(2)專業性較高；(3)工作較辛苦；(4)受教育時間較長；(5)資格的取得較難；(6)社會地位較高。醫師每月平均收入的 95% 信賴區間：實際收入為 16.4-18.6 萬，期望收入為 23.0-32.1 萬，但事實上台灣醫師實際的年平均淨收入佔每人平均國民所得倍數 5~5.7 倍，均高於 1985 年法國的 2 倍及 1986 年英國的 2.39 倍 德國的 4.28 倍 美國 5.12 倍 加拿大的 3.47 倍、日本的 2.46 倍(葉國松，民 86)。根據 80 年 3 月台閩地區勞工保險局收受醫療院所申報之「勞工保險醫療給付門診就診單」，發現當透過支付制度降低每件申報金額時，醫師為了維持收入水準，傾向於增加申報件數(郭信智、楊志良，民 83)。

三、醫師對健保態度對診療行為的影響

第一部份：支付制度方面

(一) 國外相關研究

Luft (1981), Gravdal (1991) 先後的實證研究可以發現，醫師支付制度可影響醫師的診療行為；但在同一支付制度下，不同的醫師，對相同病例是否有相同的診療型態呢？同一病例組合的病人應可預期其具有相同的利用型態(Fetter et al. , 1986)，研究發現在財務誘因被控制的狀況下（全部為論人計酬制下），檢驗利用率會和以下醫師特質有關：醫師畢業學校、哪一年畢業、醫師年齡、專科資格、醫師領導者的特性、檢驗是否可向病人收取費用等(Freeborn et al. , 1972)。

根據連子慧(民 84)曾整理出過去有相當多的國外實證研究，證明支付制度誘因的確可以改變醫師的處方及看診行為。

(二) 國內相關研究

我國全民健保於 84 年開始實施，對於支付方式與醫師行為的研究有限，為了解「實施甲乙丙制度」分別對「醫療供給者診療行為」及「門診用藥情形」之影響，以實施後(80 年 3 月)勞保門診申報資料進行分析，並與實施前(70 年)資料比較結果發現：總體來看平均醫療費用上升五成以上、門診藥劑費支出降低、藥費佔門診醫療費用的比例下降許多，且實施甲乙丙表後，愈基層醫療院所愈偏向用藥種類多且開藥日數短、抗生素種類多且重複用藥情形(郭信智及楊志良，民 79)；甲乙丙表實施後，對某些項目因支付標準提高，使六種疾病在病房費、檢查費、手術費及費用合計方面，大多數都有明顯上升；而藥品因取消依進價加成的支付方式，改以進價核實支付，且另支付定額的要事服務費，故大多數疾病的藥劑費都有明顯地下降(鄭錦霞，民 84)。

第二部分：對健保措施的看法方面

全民健保實施前對醫師公會全聯會 78 年 8 月份會員進行問卷調查，以了解醫師預期實施健保後可能帶來的影響，研究結果顯示：

(1) 有保險特約診所醫師之生產力：每週看診天數 6.10 天；每天看診時數 9.38 小時；每天平均門診人數 37.48 人；每位病人看診平均時間 10.72 分鐘。

(2) 對支付制度的看法：大多數醫師贊成論量計酬，其次為論次計酬，在其次為論人計酬，而研究對象亦期望將免審範圍提高。

(3) 預期健保實施後可能影響因素順位分別為：收入、工作負荷、專業自主權、同業間競爭、醫療糾紛、工作滿意度、社會聲望地位。

(4) 預期健保實施後工作內涵可能改變者包括：增加其他醫療人員聘用、增加診療次數、增加行政工作、增加每天服務病人時間、增加研究進修、處方不變、增加轉診次數、增加儀器及設備購置。(江東亮，民 79；林芸芸，民 82、民 84)

全民健保實施前，醫院醫師方面，較少競爭知覺者較願意至衛生所代診，要求每小時合理報酬最低；且每天平均上班時數最低的醫師較傾向預期全民健保衝擊為不變或工作減少。診所醫師方面，常有競爭知覺者，執業理想傾向傳統型、與有保險特約固守型醫師的實際看診天數或時數皆較高；而持悲觀看法者則低，且其至衛生所代診的意願亦低，但其實際收入與理想收入皆高(林芸芸，民 88)。

研究顯示西、中、牙醫醫師均表示，調高診察費用為健保最迫切需要的改變，在第二項重要因素中，西醫及牙醫認為「醫院實施合理門診量」，這反映出大部份基層醫師對健保局目前只針對基層診所實施合理門診量限制感到不公平(李柏勳，民 89)。

四、醫療市場競爭度對醫師診療行為的影響

以經濟學的角度來看，醫療市場應是屬於不完全競爭市場，其主要原因有下列四點：(徐幸妙，民 88)

- (1) 醫院市場無法隨意自由進入，有進入障礙
- (2) 不易定義產品
- (3) 產品無法成為同質性產品
- (4) 醫院非價格接受者

在近幾年來有許多文獻指出，市場有兩種結構可用來代表競爭：市場密度及市場集中度。市場密度指在市場中醫療機構的數量；假設在有限資源的情況下，市場若增加競爭者，會使全部醫院減少資源的使用且可能降低某些醫院的生存空間(Mullner et al. , 1988 ; Lillie-Blanton et al. , 1992)。在同樣市場區域的醫院是被假設為潛在競爭者且競爭壓力皆相同(Succi et al. , 1997)。一些文獻指出距離也會影響醫院間的競爭，由於地理上距離的遠近會影響醫師選擇於何處執業和病人選擇於何處就醫(Folland , 1983)，研究顯示民眾選擇就醫地點時，方便性和減少交通成本與時間為重要的考慮因素(Koutsopoulos et al. , 1977 ; 許惠媚，民 84 ; 王乃弘，民 84 ; 鄭守夏，民 86)，所以醫院間距離的遠近會影響醫院競爭的強弱，近距離的醫院可能因吸引同一地區的病人和醫師彼此競爭。

由於醫療市場中的醫病資訊不對等，且醫師為病患之不完全代理人，因此醫師會基於自身的利益操控價格、並誘發醫療需求量，以達到預期收入，此即醫療經濟學中的「供給誘導需求」(Supplier-Induced Demand)理論及「目標收入假說」(Target Income Hypothesis)。國內的鄭守夏學者(1987)認為當醫師人口比愈多時，每位醫師的病人數減少，但診療收費較高，因此能維持其收入不至過低，顯示醫師有操縱

價格，以維持其目標收入。

第三章 研究方法

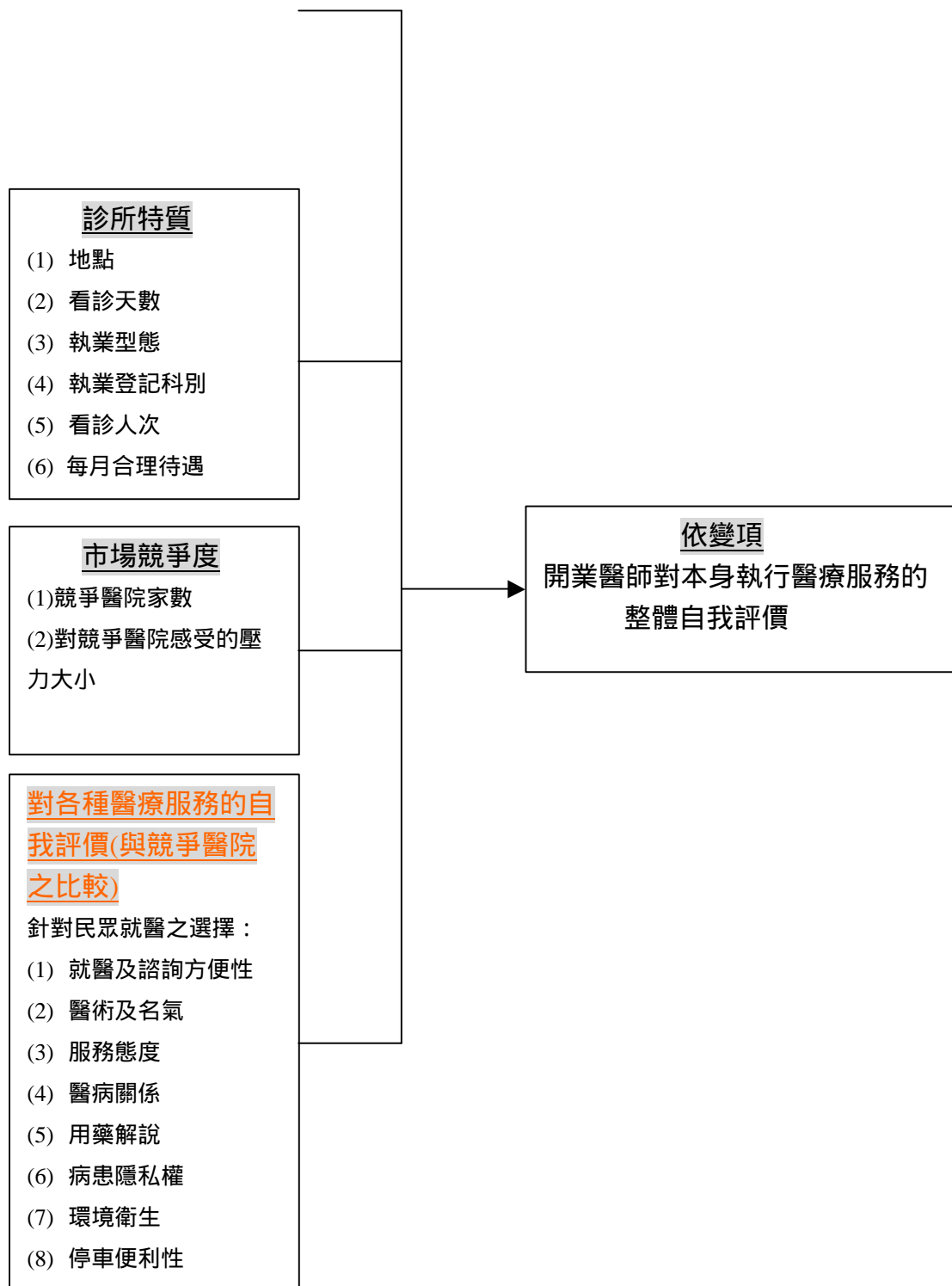
第一節 研究架構

根據上述文獻資料，並加上自己的邏輯思考歸納之後，本研究將影響開業醫師自我評價的決定因素歸納為四部分，分別包括醫師個人特質、診所特質、市場競爭度、對各種醫療服務的自我評價(與競爭醫院之比較)，分別探討之。

- (一) 醫師個人特質：與性別、年齡、開業年數、住院醫師訓練層級、是否已取得專科醫師證書等有關。
- (二) 診所特質：與診所地點、看診天數、執業型態、執業登記科別、每日平均看診人次、每月合理專業報酬等有關。
- (三) 自覺市場競爭度：由於本研究的範圍包括全台灣的所有特約西醫診所，範圍非常廣，所以乃以自覺性的市場競爭力為測量尺度，包括競爭醫院家數，感受的競爭壓力大小。
- (四) 對各種醫療服務的自我評價(與競爭醫院之比較)：分別就病患門診就醫選擇的因素，包括醫術及名氣、服務態度、醫病關係、用藥解說、病患隱私權、環境衛生、停車便利性、交通時間、等候時間、診斷時間等相關因素分別請醫師自我評價。

將上述各種影響開業醫師自我評價的因素，當作自變項，而擬出以下研究架構。

<p style="text-align: center;"><u>醫師個人特質</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) 性別(2) 年齡(3) 開業年數(4) 住院醫師訓練
--



第二節 樣本及資料來源

本研究以中央健康保險局民國 88 年 12 月底之醫療機構特約檔案

中，台灣省所有加入健保特約的私人診所之負責醫師為研究母群體。
樣本資料的取得方式：

(一) 私人健保特約診所：為 88 年 12 月底，中央健康保險局之醫療機構檔案中，台灣省所有加入健保特約之西醫診所，扣除資料不全與公立診所後，約 7560 家。

(二) 私人健保特約診所負責醫師：由於中央健保局之醫療機構檔案中未包含診所負責醫師之姓名，所以以衛生署資料庫中之醫療機構查詢資料為輔，與中央健保局之醫療機構檔案互相比對。

本研究由全台灣省所有私立西醫診所中，抽取 60% 為樣本，總共郵寄 4536 份問卷，問卷於民國 91 年 2 月 26 日寄出，至 91 年 4 月 22 日共計回收 773 份，扣除未填答完整的廢卷，有效問卷共計 760 份，回收率為 16.75%。為了確定本研究的樣本數是否足夠，假設容許全台灣省開業醫師對本身醫療服務自我評價的平均分數與取得樣本的醫師自我評價醫療服務的平均分數差距在 1 分以內，根據下列公式， σ 代表母體的標準差，假設母體標準差等於樣本標準差，在等於 0.05 的情況下，本研究以取得樣本的標準差(9.12)代入下列公式，求算出樣本數只需要 319 位醫師資料就足夠，而本研究共計回收有效問卷 760 份，遠超過所需要的樣本數。

$$\text{公式：} N = \frac{Z_a^2 S^2}{B^2}$$

N：樣本數
：母體標準差=9.12
B：可容許誤差=1
á：信賴水準=0.05

第三節 變項名稱及操作型定義

本研究的變項分成自變項及依變項，各變項摘要整理見表 3-1，

3-2 , 3-3 , 3-4 , 3-5。

一、依變項

變項名稱	操作型定義	變項類別
自我評價	0-100 分；50 分以下表示很不滿意； 50-60 分表示不滿意；60-70 分表示尚可； 70-80 分表示滿意；80-100 分表示很滿意。	等比

二、自變項

表 3-1 本研究之變項定義—對各種醫療服務的自我評價（與競爭醫院之比較）

變項名稱	操作型定義	變項類別
與競爭醫院之相同(似)科別比較		
就醫及諮詢方便性	分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分) 及差很多(1分)。	序位
醫術及名氣	分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分) 及差很多(1分)。	序位
服務態度	分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分) 及差很多(1分)。	序位
醫病關係	分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分) 及差很多(1分)。	序位

表 3-1 本研究之變項定義—對各種醫療服務的自我評價（與競爭醫院之比較）(續)

變項名稱	操作型定義	變項類別
用藥解說	分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分)	序位

病患隱私權	及差很多(1分)。 分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分) 及差很多(1分)。	序位
環境衛生	分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分) 及差很多(1分)。	序位
停車便利性	分為：好很多(5分)、好一點(4分)、 差不多(3分)、差一點(2分) 及差很多(1分)。	序位
交通時間	分為：長很多(1分)、長一些(2分)、 差不多(3分)、短一些(4分) 及短很多(5分)。	序位
診斷時間	分為：長很多(5分)、長一些(4分)、 差不多(3分)、短一些(2分) 及短很多(1分)。	序位
等候時間	分為： (1) 5分鐘以內 (2) 5~10分鐘 (3) 10~15分鐘 (4) 15~20分鐘 (5) 20分鐘以上	序位

表 3-1 本研究之變項定義—對各種醫療服務的自我評價（與競爭醫院之比較）(續)

變項名稱	操作型定義	變項類別
競爭力自我評價	50分以下表示很沒有信心；50-60分表示 沒有信心；60-70分表示尚可；70-80分	等比

表示有信心；80-100 分表示很有信心，

民眾就醫選擇因素重要性程度認知

就醫及諮詢方便性	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
醫師的醫術	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
診所醫師的看病態度	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
診所護士與藥師的服務態度	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
診所醫師與病人之醫病關係	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
診所的用藥解說	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
醫師診斷時間	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位

表 3-1 本研究之變項定義—對各種醫療服務的自我評價（與競爭醫院之比較）(續)

變項名稱	操作型定義	變項類別
醫師對病情的解說	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7	序位

	分代表極重要。	
病患候診時間	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
病患隱私權	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
診所的空間	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
病患至診所的交通時間	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
診所的環境衛生	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
停車便利性	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈重要；1 分代表有點重要，7 分代表極重要。	序位
診所針對民眾就醫選擇因素自評是否符合民眾的期望		
就醫及諮詢方便性	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈符合民眾期望；1 分代表完全不符合，7 分代表完全符合。	序位
醫師的醫術	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈符合民眾期望；1 分代表完全不符合，7 分代表完全符合。	序位

表 3-1 本研究之變項定義—對各種醫療服務的自我評價（與競爭醫院之比較）(續)

變項名稱	操作型定義	變項類別
診所醫師的看病態度	分數由 1 至 7 分；分數愈高代表認為此因素愈符合民眾期望；1 分代表	序位

	完全不符合，7分代表完全符合。	
診所護士與藥師 的服務態度	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位
診所醫師與病人 之醫病關係	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位
診所的用藥解說	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位
醫師診斷時間	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位
醫師對病情的 解說	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位
病患候診時間	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位
病患隱私權	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位
診所的空間	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表 完全不符合，7分代表完全符合。	序位

表 3-1 本研究之變項定義—對各種醫療服務的自我評價（與競爭醫院之比較）(續)

變項名稱	操作型定義	變項類別
病患至診所的 交通時間	分數由1至7分；分數愈高代表認為 此因素愈符合民眾期望；1分代表	序位

	完全不符合，7分代表完全符合。	
診所的環境衛生	分數由1至7分；分數愈高代表認為此因素愈符合民眾期望；1分代表完全不符合，7分代表完全符合。	序位
停車便利性	分數由1至7分；分數愈高代表認為此因素愈符合民眾期望；1分代表完全不符合，7分代表完全符合。	序位

表 3-2 本研究之變項定義—對健保措施的看法

變項名稱	操作型定義	變項類別
導致民眾偏好至醫院看病的健保因素	問卷勾選者勾選其認為具有影響的因素(複選)，共8項包括： (1) 醫院部分負擔金額偏低 (2) 轉診制度未落實	名目

- (3) 醫院給付範圍大
- (4) 不同層級間部分負擔差距太小
- (5) 診所醫藥分業
- (6) 醫院藥品給付額較高
- (7) 醫院掛號費偏低
- (8) 其他

可吸引民眾至診所看病的健保措施 問卷勾選者勾選其認為具有影響的因素(複選), 共 9 項包括 :

- (1) 強制實施轉診制
- (2) 放寬藥品跨表給付額
- (3) 提高越級就醫的部分負擔
- (4) 實施個人醫療費用儲蓄帳戶
- (5) 實施基層論人計酬制
- (6) 提高醫院掛號費
- (7) 保大並不保小病(大病嚴格限制)
- (8) 降低診所看診的部分負擔(例如 : E 卡延長至 I 卡)
- (9)其他

表 3-3 本研究之變項定義—市場競爭度與民眾選擇就醫因素認知

變項名稱	操作型定義	變項類別
競爭醫院家數	請醫師填答認為具有競爭壓力之醫院家數	等比
競爭醫院評鑑等級	分為：醫學中心、區域醫院、地區醫院	序位
感受的壓力大小	分為：	序位

壓力非常大、壓力大、差不多、壓力不大
完全沒壓力

與競爭醫院間 是否有合作關係	分為：(1)有、(2)無	名目
民眾選擇至該診所 看診的因素認知	共分為 15 類，請問卷勾選者勾選認為具有 影響的原因(可複選)，分為： (1) 醫師醫術及名氣 (2)環境衛生較好 (3)交通時間較短 (4)等候時間較短 (5)習慣看固定醫師 (6)醫病關係較佳 (7)給藥天數多 (8)就醫及諮詢方便性較好 (9)服務態度較親切 (10)自付額較低 (11)用藥解說較好 (12)隱私性較佳 (13)看診經驗豐富 (14)看診較仔細、時間較長 (15)停車較方便	名目
醫院之競爭優勢	分為 9 類，請填答者勾選認為具備的 因素(可複選)，包括： (1) 擁有各專科之醫師 (2)檢查儀器充足 (3)藥品種類較完善 (4)藥品給付額較高 (5)名氣較大 (6)附設停車場 (7)儀器設備較昂貴 (8)檢查檢驗方便 (9)其他	名目

表 3-4 本研究之變項定義—診所特質

變項名稱	操作型定義	變項類別
執業地點	分為：(1)都市 (2)鄉鎮 (3)偏遠郊區	名目
平均每週看診天數	分為：(1)1~4 天 (2)5 天 (3)6 天	序位

	(4)7 天	
執業型態	分為：(1)獨立執業 (2)合夥執業	名目
執業科別	分為： (1) 一般不分科 (2)家醫科 (3)內科 (4)外科 (5)小兒科 (6)婦產科 (7)骨科 (8)神經外科 (9)泌尿科 (10)耳鼻喉科 (11)眼科 (12)皮膚科 (13)神經科 (14)精神科 (15)復健科 (16)整型外科 (17)其他	名目
平均每日看診人次	分為： (1) 小於 20 人次 (2)21~30 人次 (3)31~40 人次 (4)41~50 人次 (5)51~60 人次 (6)61~70 人次 (7)大於 70 人次	序位
開業醫師認為每月合理的專業報酬	(1)10-20 萬元之間 (2)21-30 萬元之間 (3)31-40 萬元之間 (4)41-50 萬元之間 (5)51-60 萬元之間 (6)60 萬元以上	序位

表 3-5 本研究之變項定義—醫師個人特質

變項名稱	操作型定義	變項類別
性別	分為：男、女	名目
年齡	醫師填答本身年齡	等比
診所開始執業時間	醫師填答開始執業時間	等比
住院醫師訓練地點	分為：	名目

	(1) 醫學中心	
	(2) 區域醫院	
	(3) 地區醫院	
	(4) 無	
	(5) 其他	
開業前最高職務	分為：	名目
	(1) 院長或副院長	
	(2) 主任醫師	
	(3) 主治醫師	
	(4) 住院醫師(總住院醫師)	
	(5) 實習醫師	
專科證書有無	分為：(1)有 (2)無，並填答取得科別	名目

第四節 分析方法

分別以描述性統計、迴歸分析、重要性/表現分析等統計方法，分析各自變項對開業醫師自我評價的影響。

一、描述性分析

針對回收問卷以描述性分析，如平均值、標準差、頻率及百分比來描述開業醫師之基本資料分布情形、執業診所特質、對健保相關措施態度、與競爭醫院之比較及市場競爭度等。

二、雙變項分析

對醫師個人特質及診所特質與醫療服務自我評價進行 t 檢定或 ANOVA 檢定，「地點」與各項民眾就醫之選擇因素進行 ANOVA 檢定，「地點」及「執業型態」與個人生活品質、職業滿意度及競爭壓力進行卡方檢定，以探討其間的關係。

三、逐步迴歸分析

針對影響民眾至基層診所就診意願之因素，如就醫及諮詢方便性、醫術及名氣、服務態度、醫病關係、用藥解說、病患隱私權、環境衛生、停車便利性、交通時間、診斷時間等，請開業醫師自己與競爭醫院比較；並加入醫師特質、診所特質及市場競爭度三方面因素，以逐步迴歸分析來分析哪些因素會影響開業醫師對整體醫療服務的自我評價。

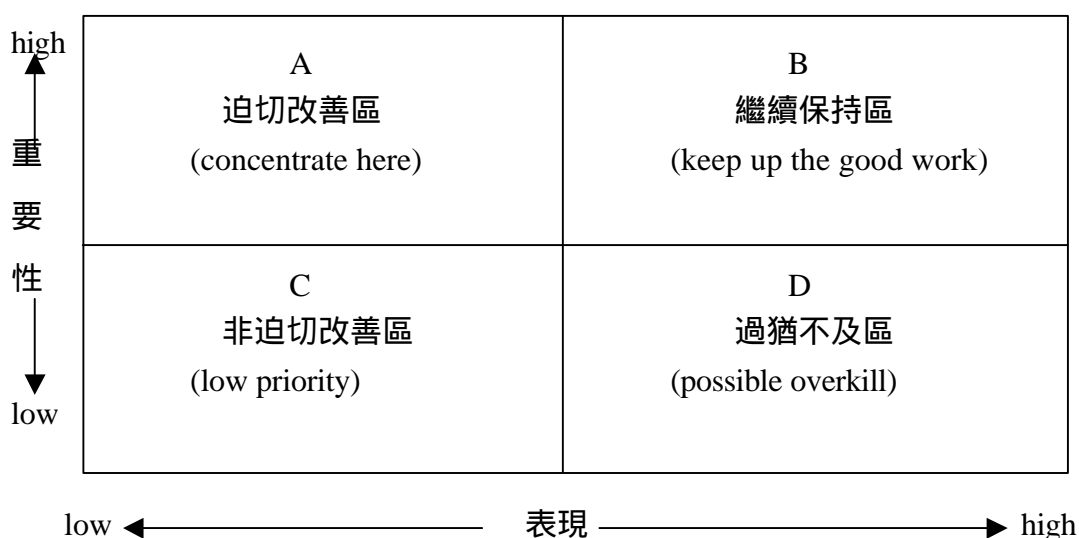
四、醫療服務之重要性/表現分析(Importance/Performance Analysis)

重要性/表現分析為 Martilla 及 James 於 1977 年提出的一種分析技術，主要衡量服務屬性的重要程度與表現等兩個變項，以評估機構目前的優勢及弱點。

本研究吸引民眾就醫的因素分別為由開業醫師自評其認為重要性程度，與其自評自己診所的表現是否符合民眾的期望，以醫師自評表現為 X 軸，以醫師對民眾選擇就醫的因素之重要性程度認知為 Y

軸，分為四個象限以描述性方式討論(如圖 3-1)。第一象限為繼續保持區(keep up the good work)，此區表示該因素醫師表現自我評價較高且較重視，應繼續維持目前的服務水準；第二象限為迫切改善區(concentrate here)，此區表示該因素醫師表現自我評價較低但重要性高，應列為首要改善之目標；第三象限為非迫切改善區(low priority)，此區表示該因素醫師表現自我評價較低且較不受重視，此區列為次要的改善目標；第四象限為過猶不及區(possible overkill)，此區表示該因素醫師表現自我評價雖高卻較不受重視，表示應將資源由 D 區轉移至 A 區(張櫻淳，1996)。

圖 3-1 開業醫師醫療服務之重要性/表現分析



資料來源：Yavas, Competing for patients and profit, Journal of Health Care Marketing, 16(2) : p.30-37, 1996

第五節 信度及效度

一、信度(Reliability)

本研究為確定問卷內容是否有達到內部一致性的要求，根據

Cuiford(1965)提出的觀點，Cronbach's Alpha 係數值大於 0.70 表示有高信度，若低於 0.35 則表示信度過低必須拒絕。本研究問卷之第一部份與競爭醫院比較之醫療服務自我評價量表 Cronbach's Alpha Coefficient 為 0.78，醫師對於民眾就醫選擇因素重要性程度認知量表方面，此 14 小題的 Cronbach's Alpha Coefficient 為 0.90，醫師對於自己診所的表現是否符合民眾的期望方面，此 14 小題的 Cronbach's Alpha Coefficient 為 0.90，皆有達到內部一致性的要求。

二、效度(Validity)

本研究問卷之效度係採內容效度，經國內多位專家學者以及中華民國基層醫療協會(見附錄二)，協助評定問卷內容的適切性，並根據各位專家學者所提供的建議，修訂問卷的內容，經多次修正後完成。

第四章 研究結果

第一節 描述性分析

自變項分為醫師基本特質、診所特質、自覺市場競爭度與民眾選

擇就醫因素認知、對健保措施看法及與競爭醫院比較等五方面分別討論。

一、醫師基本特質(如：表 4-1)

醫師的性別，幾乎全數為男性(95.4%)。年齡方面，平均為 50.31 歲，最小為 30 歲，最大為 83 歲；若以年齡層分佈而言，40 歲以下佔 18.8%，40-49 歲之間佔 35.9%，50-59 歲之間佔 26.3%，60 歲以上佔 18.9%，顯示醫師年齡層的分佈還算平均。開業年數方面，平均為 13.1 年，最低為 0，最高為 60 年，變異性非常大，就其分佈而言，醫師執業年數在 5 年以內佔 24.3%，6-10 年之間佔 29.6%，11-15 年之間佔 14.2%，16-20 年之間佔 8.2%，20 年以上佔 23.7%。住院醫師的訓練層級方面，受過醫學中心住院醫師訓練者佔 57.8%，受過區域醫院住院醫師訓練者佔 31.6%，可知八成以上的醫師受過醫學中心及區域醫院的住院醫師訓練。開業前最高職務，最多為主治醫師(佔 42.5%)，次為主任醫師者(佔 26.8%)，可知大部分開業醫師皆為在醫院擔任主治或主任醫師之後，才出來開業。大部分的醫師皆已取得專科醫師證書(佔 90.5%)。

二、診所特質(如：表 4-2)

診所地點方面，大多數位於都市(佔 56.1%)及鄉鎮(佔 39.2%)。每週看診天數方面，大多數醫師每週看診 6 天(佔 45.1%)或 7 天(佔 50.5%)，可知九成以上開業醫師幾乎天天看診。執業型態方面，八成

以上為獨立執業(佔 87.6%)。每日平均看診人次方面，平均每日小於 20 人次者佔 14.7%，平均 21-30 人次佔 11.6%，平均 31-40 人次佔 15.1%，平均 41-50 人次佔 14.1%，平均 51-60 人次佔 10.7%，平均 61-70 人次佔 9.7%，大於 70 人次以上佔 24.1%。在扣除必要開支以後，診所醫師認為每月合理專業報酬前三順位依序為：31-40 萬元之間(佔 27.6%)，21-30 萬元之間(佔 23.3%)。執業登記科別方面，依序為一般不分科(27.9%)、家醫科(22.4%)、內科(包括內兒科，佔 11.1%)、小兒科(9.1%)、婦產科(7.9%)、眼科(7.5%)、耳鼻喉科(6.4%)。

三、自覺市場競爭度與民眾選擇就醫因素認知(如：表 4-3)

診所醫師認為具有競爭壓力的醫院家數，最少為 0 家，最多為 10 家，平均為 2.84 家，標準差為 1.92。其中診所醫師認為具有競爭壓力的醫院，評鑑等級為醫學中心平均為 0.82 家，標準差為 1.04。評鑑等級為區域醫院平均為 1.06 家，標準差為 1.14。而評鑑等級為地區醫院平均為 0.82 家，標準差為 1.16。

診所醫師對於競爭醫院感受的壓力大小，覺得壓力非常大的佔 10.4%，覺得壓力大的佔 32.1%，認為差不多的佔 32.0%，認為壓力不大的佔 19.1%，認為完全沒壓力的佔 6.4%。結果顯示大部分的醫師皆認為壓力大或差不多，僅少數醫師認為完全沒有壓力。

與競爭醫院之間沒有合作關係的佔 57.4%，有合作關係的佔 42.6%。而其中與競爭醫院具有轉診制度合作的佔 37.4%，沒有的佔 62.6%；有轉檢制度合作的佔 10.8%，沒有的佔 89.2%。顯示大部分開業醫師均和競爭醫院之間無合作關係。

開業醫師認為病患選擇至其開業診所看病而非至鄰近大醫院的原因，前五項依序為：醫病關係較佳(佔 14.0%)、習慣看固定醫師(佔 13.7%)、醫師醫術及名氣(佔 11.5%)、就醫及諮詢方便性較好(11.4%)，等候時間較短(10.5%)，其餘請詳見表 4-3 及圖 4-1。如要吸引至醫院民眾改至其診所看病，診所醫師認為可以有效改善的措施，前五項依序為：醫病關係較佳(12.3%)、服務態度較親切(10.4%)、看診較仔細且時間較長(9.7%)、就醫及諮詢方便性較好(9.4%)、醫師醫術及名氣(9.3%)，其餘詳見表 4-3 及圖 4-2。診所醫師認為醫院方面具備的競爭優勢，前五項依序為：檢查儀器充足(24.6%)、擁有各專科之醫師(17.5%)、藥品給付額較高(16.4%)、檢查檢驗方便(13.5%)、名氣較大(10.6%)，其餘詳見表 4-3。

圖 4-1 病患選擇至其診所看病而非至鄰近大醫院的原因

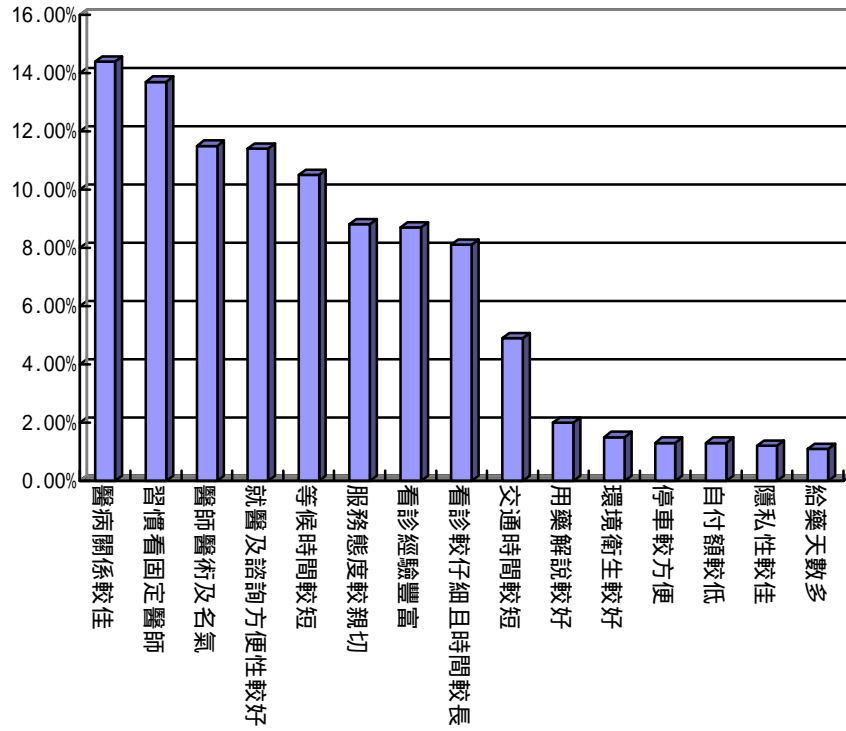
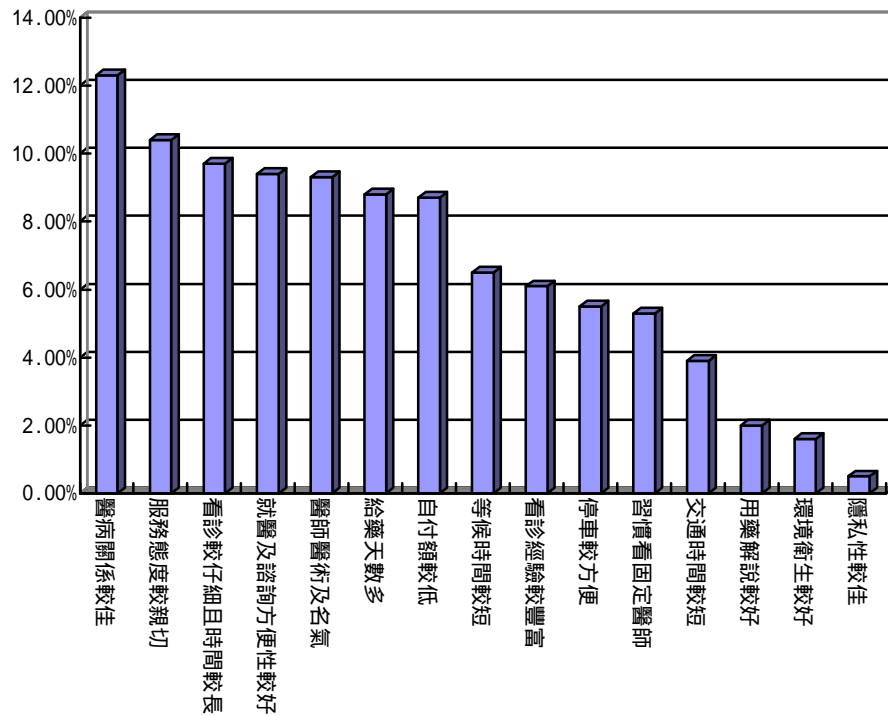


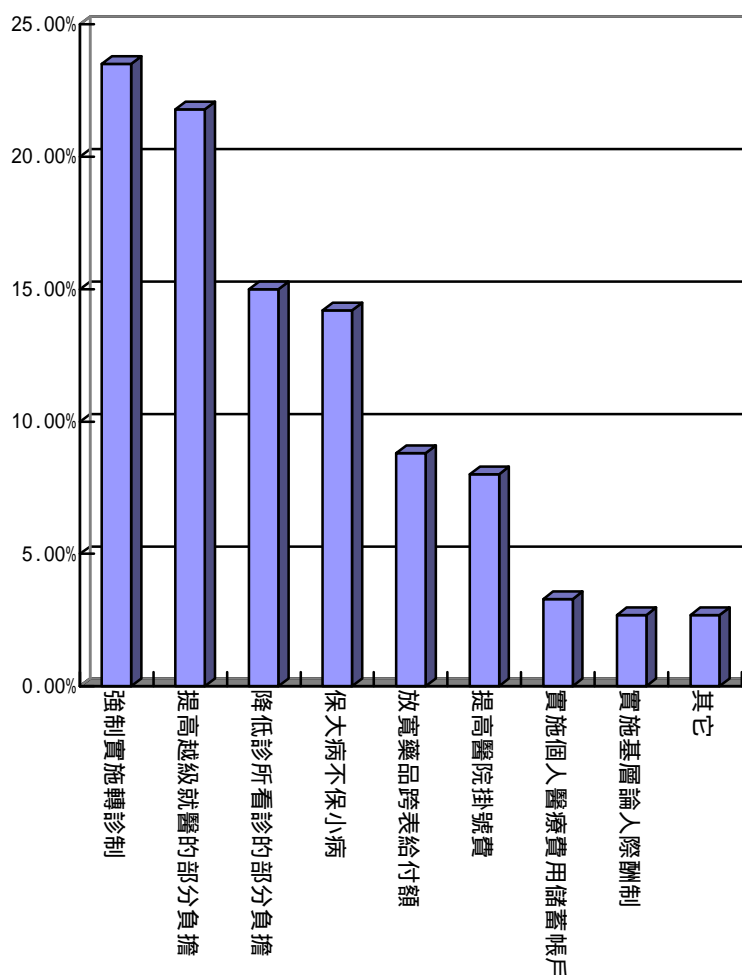
圖 4-2 吸引至醫院民眾改至診所看病的有效改善措施



四、對健保的看法(如：表 4-4)

開業醫師認為導致民眾偏好至大醫院門診看病的健保措施，其原因前三項依序為：轉診制度未落實(22.7%)、醫院給付範圍大(20.5%)、醫院藥品給付額較高(17.1%)。開業醫師認為可吸引民眾至診所看病的健保措施，前三項依序為：強制實施轉診制(23.5%)、提高越級就醫的部分負擔(21.8%)、降低診所看診的部分負擔(15.0%)，其餘詳見表 4-4 及圖 4-3。

圖 4-3 可吸引民眾至診所看病的健保措施



五、與競爭醫院之比較(如：表 4-5)

對於民眾就醫選擇的因素，包括：就醫及諮詢方便性、醫術及名氣、服務態度、醫病關係、用藥解說、病患隱私權、環境衛生、停車便利性、交通時間、診斷時間等，分別由開業醫師自己與競爭醫院相比較，填答其服務品質的自我評價；就醫及諮詢方便性方面，認為自己的診所比競爭醫院好很多的佔 46.8%，好一點的佔 36.7%，可知八成以上醫師與競爭醫院比較認為此因素偏向良好之水準。服務態度方面，認為比競爭醫院好很多的佔 30.1%，好一點的佔 47.6%，差不多的佔 20.5%，可知只有少數不到 5%的醫師對此項因素認為比競爭醫院差。醫病關係方面，認為比競爭醫院好很多的佔 40.7%，好一點的佔 46.3%，差不多的佔 12.1%，可知對此項因素而言九成五以上醫師對自我表現感到良好。用藥解說方面，認為比競爭醫院好一點的佔 31.7%，差不多的佔 47.9%，可知約五成的醫師對此項表現覺得尚可。其餘請詳見表 4-5。

收入變化方面，開業醫師認為若改至醫院擔任醫師，收入會少一些（40.1%）及少很多（26.3%）的總比例佔六成以上，可知大部分開業醫師均認為至醫院擔任專科醫師的收入會比現在少。生活品質方面，開業醫師認為不滿意（27.9%）及非常不滿意（5.5%）佔約三成以上，可知不少開業醫師對現在的生活品質不是很滿意。執業滿意度方面，認為滿意（28.7%）及很滿意（5.4%）的佔約三成，認為不滿意（17.1%）及很不滿意（3.8%）約佔二成，顯示較多數開業醫師對自己所從事的職業還算滿意。

表 4-1 醫師基本特質之描述性統計分析(N=760)

變項名稱	次數	百分比	變項名稱	次數	百分比
39					

性別			住院醫師訓練層級		
男	726	95.4%	醫學中心	439	57.8%
女	34	4.5%	區域醫院	240	31.6%
年齡			地區醫院	44	5.8%
40歲以下	143	18.8%	無	23	3.0%
40至49歲	273	35.9%	其他	14	1.8%
50至59歲	200	26.3%	開業前最高職務		
60歲以上	144	18.9%	院長或副院長	72	9.5%
執業診所年數			主任醫師	204	26.8%
5年以內	185	24.3%	主治醫師	323	42.5%
6至10年	225	29.6%	總住院醫師	92	12.1%
11至15年	108	14.2%	住院醫師	45	5.9%
16至20年	62	8.2%	實習醫師	3	0.4%
20年以上	180	23.7%	其他	21	2.8%
是否取得專科醫師證書					
已取得	688	90.5%			
尚未取得	72	9.5%			

表 4-2 診所特質之描述性統計分析(N=760)

變項名稱	次數	百分比	變項名稱	次數	百分比
地點			執業登記科別		

都市	426	56.1%	一般不分科	212	27.9%
鄉鎮	298	39.2%	家庭醫學科	170	22.4%
偏遠郊區	36	4.7%	內科(含內兒科)	84	11.1%
每週平均看診天數			外科(含外骨科)	16	2.1%
4天以內	1	0.1%	小兒科	69	9.1%
5天	32	4.2%	婦產科	60	7.9%
6天	343	45.1%	骨科	2	0.3%
7天	384	50.5%	泌尿科	1	0.1%
執業型態			耳鼻喉科	49	6.4%
獨立執業	666	87.6%	眼科	57	7.5%
合夥執業	94	12.4%	皮膚科	20	2.6%
平均每日看診人次			神經科	6	0.8%
小於 20 人次	112	14.7%	精神科	4	0.5%
21 至 30 人次	88	11.6%	復健科	9	1.2%
31 至 40 人次	115	15.1%	整型外科	1	0.1%
41 至 50 人次	107	14.1%			
51 至 60 人次	81	10.7%			
61 至 70 人次	74	9.7%			
70 人次以上	183	24.1%			
每月合理報酬					
10 至 20 萬元	88	11.6%			
21 至 30 萬元	177	23.3%			
31 至 40 萬元	212	27.9%			
41 至 50 萬元	125	16.4%			
51 至 60 萬元	73	9.6%			
60 萬元以上	85	11.2%			

表 4-3 市場競爭度與民眾選擇就醫因素認知之描述性分析(N=760)

變項名稱	最小值	最大值	平均數	標準差	次數	百分比
競爭醫院家數	0	10	2.84	1.92		

醫學中心家數	0	6	0.82	1.04		
區域醫院家數	0	8	1.06	1.14		
地區醫院家數	0	10	0.82	1.16		
感受的壓力大小						
壓力非常大					79	10.4%
壓力大					244	32.1%
差不多					243	32.0%
壓力不大					145	19.1%
完全沒壓力					49	6.4%
是否有合作關係						
有					324	42.6%
無					436	57.4%
轉診制度合作						
有					284	37.4%
無					476	62.6%
轉檢制度合作						
有					82	10.8%
無					678	89.2%
病患選擇至該診所 看病而非至鄰近大 醫院的原因(複選)						
醫師醫術及名氣					325	11.5%
環境衛生較好					42	1.5%
交通時間較短					138	4.9%
等候時間較短					298	10.5%
習慣看固定醫師					390	13.7%
醫病關係較佳					396	14.0%

表 4-3 市場競爭度與民眾選擇就醫因素認知之描述性分析(N=760)(續)

變項名稱	最小值	最大值	平均數	標準差	次數	百分比
給藥天數多					30	1.1%

就醫及諮詢方便性較好	324	11.4%
服務態度較親切	249	8.8%
自付額較低	38	1.3%
用藥解說較好	38	2.0%
隱私性較佳	35	1.2%
看診經驗豐富	247	8.7%
看診較仔細	231	8.1%
停車較方便	36	1.3%
吸引至醫院看病民眾改 至該診所看病的改善措 施(複選)		
醫師醫術及名氣	191	9.3%
環境衛生較好	32	1.6%
交通時間較短	79	3.9%
等候時間較短	134	6.5%
習慣看固定醫師	109	5.3%
醫病關係較佳	253	12.3%
給藥天數多	180	8.8%
就醫及諮詢方便性較好	192	9.4%
服務態度較親切	214	10.4%
自付額較低	179	8.7%
用藥解說較好	42	2.0%
隱私性較佳	11	0.5%
看診經驗豐富	125	6.1%
看診較仔細	198	9.7%
停車較方便	112	5.5%

表 4-3 市場競爭度與民眾選擇就醫因素認知之描述性分析(N=760)(續)

變項名稱	最小值	最大值	平均數	標準差	次數	百分比
醫院的競爭優勢(複選)						

擁有各專科之醫師	412	17.5%
檢查儀器充足	581	24.6%
藥品種類較完善	138	5.8%
藥品給付額較高	387	16.4%
名氣較大	249	10.6%
附設停車場	88	3.7%
儀器設備較昂貴	145	6.1%
檢查檢驗方便	318	13.5%
其他	41	1.7%

表 4-4 對健保措施的看法之描述性分析(N=760)

變項名稱	次數	百分比
導致民眾偏好至大醫院門診看病的健保措施(複選)		
醫院部分負擔金額偏低	314	10.9%

轉診制度未落實	657	22.7%
醫院給付範圍大	593	20.5%
不同層級間部分負擔差距太小	324	11.2%
診所醫藥分業	276	9.5%
醫院藥品給付額較高	494	17.1%
醫院掛號費偏低	119	4.1%
其他	115	4.0%
認為可吸引民眾至診所看病的 健保措施 (複選)		
強制實施轉診制	638	23.5%
放寬藥品跨表給付額	239	8.8%
提高越級就醫的部分負擔	591	21.8%
實施個人醫療費用儲蓄帳戶	88	3.2%
實施基層論人計酬制	72	2.7%
提高醫院掛號費	218	8.0%
保大病不保小病	386	14.2%
降低診所看診的部分負擔	406	15.0%
其他	74	2.7%

表 4-5 與競爭醫院之比較之描述性分析(N=760)

名稱	最小值	最大值	平均數	標準差	次數	百分比
就醫及諮詢方便性	1	5	4.28	0.81		
醫術及名氣	1	5	3.70	0.84		
服務態度	1	5	4.06	0.77		

醫病關係	1	5	4.26	0.71		
用藥解說	2	5	4.10	0.74		
病患隱私權	1	5	3.92	0.86		
環境衛生	1	5	3.81	0.83		
停車方便性	1	5	3.14	1.19		
交通時間	1	5	3.65	1.00		
診斷時間	1	5	3.74	0.84		
等候時間						
5 分鐘以內					230	30.3%
5 至 10 分鐘					304	40.0%
10 至 15 分鐘					140	18.4%
15 至 20 分鐘					62	8.2%
20 分鐘以上					24	3.2%
競爭力自我評價	49	100	75.38	10.47		
醫療服務自我評價	50	100	77.66	9.12		
收入變化						
少很多					200	26.3
少一些					305	40.1
差不多					172	22.6
多一些					67	8.8
多很多					16	2.1
個人生活品質						
很滿意					24	3.2
滿意					149	19.6
尚可					334	43.9

表 4-5 與競爭醫院之比較之描述性分析(N=760)(續)

名稱	最小值	最大值	平均數	標準差	次數	百分比
不滿意					211	27.8
非常不滿意					42	5.5
執業滿意度						

很滿意	41	5.4
滿意	218	28.7
尚可	342	45.0
不滿意	130	17.1
很不滿意	29	3.8

第二節 雙變項分析

本節將針對本研究有興趣的地方，各別進行卡方、T-test、ANOVA(Duncan)檢定，以下將分別一一說明：

1. 醫師個人特質與醫療服務自我評價之關係

本部分將「醫師個人特質」與醫療服務自我評價分數進行卡方或 ANOVA 檢定，以探討「醫師個人特質」與醫療服務自我評價之間的關係（見表 4-6）。在性別方面，女性醫師的平均分數 82.7 分，高於男性醫師的平均分數為 77.4 分，且達到統計上顯著水準（ $p < 0.01$ ）。在年齡方面，40 歲以下的平均分數為 79.7 分，高於 40 歲至 50 歲的平均分數(77.8 分)且高於 60 歲以上的平均分數(75.0 分)，並達到統計上顯著水準（ $p < 0.001$ ）。執業年數方面，10 年以內平均分數最高為 78.6 分，11 至 20 年的平均分數為 77.6 分，20 年以上的平均分數最低為 75.6 分，結果顯示不同負責醫師的執業年數與醫療服務自我評價具有統計上顯著差異（ $p < 0.01$ ）。住院醫師訓練層級方面，醫學中心的平均分數最高為 79.0 分，沒有接受過住院醫師訓練的醫師平均分數最低為 74.5 分，且不同住院醫師訓練層級與醫療服務自我評價具有統計上顯著差異（ $p < 0.001$ ）。開業前最高職務方面，曾擔任院長或副院長的自我評價平均分數最高(79.1 分)，實習醫師的平均分數最低(72.25 分)，其餘的則之間差距不大，結果顯示開業前最高職務與醫療服務自我評價具有統計上顯著差異（ $p < 0.01$ ）。是否取得專科醫師證書方面，已取得者平均分數為 78.8 分，高於未取得者為 73.3 分，並達到統計上顯著差異（ $p < 0.001$ ）。

2. 診所特質與醫療服務自我評價之關係

本部分將「診所特質」與醫療服務自我評價分數進行 T 檢定或 ANOVA 檢定，以探討「診所特質」與醫療服務自我評價之間的關係（見表 4-7）。地點方面，位於都市的負責醫師對其自我評價平均分數為 79.5 分，位於鄉鎮的負責醫師平均分數為 78.3 分，位於偏遠郊區的負責醫師平均分數為 76.5 分，且不同地點與醫療服務自我評價具

有統計上顯著意義 ($p < 0.05$)。看診天數方面，為 1 至 4 天的負責醫師對醫療服務自我評價的平均分數為 75.1 分，為 5 天以上的平均分數為 77.8 分，但並未達到統計上顯著差異。執業型態方面，為獨立執業的負責醫師其醫療服務自我評價分數為 77.3 分，合夥執業的負責醫師平均分數為 78.2 分，且不同執業型態與醫療服務自我評價具有統計上顯著差異 ($p < 0.01$)。平均每日看診人次方面，平均分數最高的為看診人次 70 人次以上的醫師 (78.8 分)，最低的為 30 人次以下的醫師 (76.7 分)，但並未達到統計上顯著差異。每月合理報酬方面，認為應該要大於 60 萬元的醫師自我評價平均分數最高為 81.2 分，認為小於 20 萬元的醫師自我評價平均分數最低為 74.8 分，且達到統計上顯著差異 ($p < 0.001$)。

3.地點與各項民眾就醫之選擇因素關係

本部分將「地點」與各項民眾就醫之選擇因素進行 ANOVA 檢定，以探討「地點」與各項民眾就醫之選擇因素之間的關係 (見表 4-8)。其中「病患隱私權」及「停車便利性」與「地點」具有統計上顯著差異 (分別為 $p < 0.05$ 及 $p < 0.001$)，病患隱私權方面，位於都市的診所其病患擁有的隱私權優於位於偏遠郊區的診所，停車方便性方面，位於偏遠郊區的診所優於位於鄉鎮的診所，且優於位於都市的診所。位於都市的診所對於各項民眾就醫選擇因素自評平均分數最高的為「就醫及諮詢方便性」(4.3 分)，最低的為「停車方便性」(3.0 分)。位於鄉鎮的診所對於各項民眾就醫選擇因素自評平均分數最高的為「就醫及諮詢方便性」(4.2 分)，最低的為「停車方便性」(3.3 分)。位於偏遠郊區的診所對於各項民眾就醫選擇因素自評平均分數最高的為「醫病關係」(4.4 分)，最低的為「診斷時間」(3.6 分)。

4.地點及職業型態與個人生活品質之關係

本部分將「地點」及「執業型態」與個人生活品質進行卡方檢定，以探討「地點」及「執業型態」與個人生活品質之關係。從表 4-9 中可以看出「地點」及「執業型態」皆並未達到統計顯著水準($p > 0.05$)，顯示「地點」及「執業型態」均與個人生活品質無關。

5.地點及職業型態與職業滿意度之關係

本部分將「地點」及「執業型態」與職業滿意度進行卡方檢定，以探討「地點」及「執業型態」與職業滿意度之關係。從表 4-10 中可以看出「地點」及「執業型態」皆並未達到統計顯著水準($p > 0.05$)，顯示「地點」及「執業型態」均與醫師的職業滿意度無關。

6.地點及執業型態與競爭壓力之關係

本部分「地點」及「執業型態」與「競爭壓力」進行卡方檢定，以探討「地點」及「執業型態」與「競爭壓力」之關係。由表 4-11 中可以看出地點此變項達到統計顯著差異 ($p < 0.05$)，顯示地點與競爭壓力兩者之間具有關聯性，並且位於都市及鄉鎮的診所認為競爭壓力大的比例均比認為競爭壓力小的多，但位於偏遠郊區的診所認為競爭壓力小的比例比認為競爭壓力大的多，可以看出位於都市及鄉鎮的診所面臨的競爭壓力比位於偏遠郊區的診所來的較大。

表 4-6 醫師個人特質與醫療服務自我評價之分析(N=760)

變項名稱	統計檢定方法			
	Mean	Std Dev	P 值	事後檢定
性別				
(1)女	82.71	9.46	0.003 +	
(2)男	77.43	9.04		
年齡				
(1)40 歲以下	79.73	9.14	< 0.001 #	1 > 2 > 3
(2)40 至 59 歲	77.84	8.90		

(3)60 歲以上	75.01	9.27		
執業年數				
(1)10 年以內	78.56	9.45	0.002 #	1,2 > 3
(2)11 至 20 年	77.62	8.30		
(3)20 年以上	75.67	8.81		
住院醫師訓練層級				
(1)無	74.49	9.10	< 0.001 #	4 > 1,2
(2)地區醫院	75.34	8.55		
(3)區域醫院	76.21	10.42		
(4)醫學中心	78.96	8.99		
開業前最高職務				
(1)實習醫師	72.25	6.71	0.006 #	2,3,4,5 > 1
(2)住院醫師 (含總住院醫師)	76.91	7.97		
(3)主治醫師	77.63	9.17		
(4)主任醫師	79.06	9.30		
(5)院長或副院長	77.07	10.37		
是否取得專科醫師證書				
(1)尚未取得	73.27	8.52	< 0.001 +	
(2)已取得	78.80	9.06		

+ T-test

ANOVA

表 4-7 診所特質與醫療服務自我評價之分析(N=760)

變項名稱	統計檢定方法			
	Mean	Std Dev	P 值	事後檢定
地點				
(1)都市	78.33	9.02	0.012 #	3 > 2
(2)鄉鎮	76.48	8.83		
(3)偏遠郊區	79.53	11.55		
看診天數				
(1)1 至 4 天	75.12	10.51	0.162 +	

(2)5 天以上	77.78	9.04	
執業型態			
(1)獨立執業	77.33	9.14	0.006 +
(2)合夥執業	78.22	8.71	
平均每日看診人次			
(1)30 人次以下	76.73	10.25	0.183 #
(2)30 至 50 人次	77.55	8.47	
(3)50 至 70 人次	77.73	8.63	
(4)70 人次以上	78.77	8.93	
每月專業合理報酬			
(1)20 萬元以下	74.78	10.03	< 0.001 6 > 5,3,2,1,
(2)21 至 30 萬	76.54	8.64	3,5,4 > 1
(3)31 至 40 萬	77.43	8.62	
(4)41 至 50 萬	78.88	8.50	
(5)51 至 60 萬	78.32	9.17	
(6)60 萬以上	81.21	9.95	

+ T-test

ANOVA

表 4-8 地點與各項醫師對醫療服務自我評價(與競爭醫院比較)之關係

	(1)都市	(2)鄉鎮	(3)偏遠郊區	F-value	事後檢定
	平均數	平均數	平均數		
就醫選擇因素項目					
就醫及諮詢方便性	4.31	4.24	4.17	1.03	
醫術及名氣	3.73	3.64	3.94	2.64	
醫護人員服務態度	4.08	4.00	4.28	2.43	
醫病關係	4.29	4.21	4.36	1.21	

用藥解說	4.14	4.05	4.08	1.49	
病患隱私權	3.99	3.85	3.72	3.33*	1,2 > 3
環境衛生	3.88	3.74	3.67	2.99	
停車便利性	2.95	3.33	3.86	16.81***	3 > 2 > 1
交通時間	3.66	3.60	3.97	2.23	
診斷時間	3.77	3.70	3.61	1.00	

*p < 0.05 ***p < 0.001

表 4-9 地點及執業型態與個人生活品質之關係

	很不滿意		不滿意		尚可		滿意		很滿意		x ²	P 值
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
地點												
都市	20	(4.7)	118	(27.7)	185	(43.4)	89	(20.9)	14	(3.3)	7.10	0.526
鄉鎮	18	(6.0)	80	(26.9)	136	(45.6)	56	(18.8)	8	(2.7)		
偏遠郊區	4	(11.1)	13	(36.1)	13	(36.1)	4	(11.1)	2	(5.6)		
執業型態												
獨立執業	40	(6.0)	187	(28.1)	292	(43.8)	129	(19.4)	18	(2.7)	6.13	0.189

合夥執業 2 (2.1) 24 (25.5) 42 (44.7) 20 (21.3) 6 (6.4)

表 4-10 地點及執業型態與職業滿意度之關係

	很不滿意		不滿意		尚可		滿意		很滿意		x ²	P 值
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
地點												
都市	15	(3.5)	68	(16.0)	204	(47.9)	117	(27.5)	22	(5.2)	6.23	0.622
鄉鎮	13	(4.4)	56	(18.8)	125	(42.0)	89	(29.9)	15	(5.0)		
偏遠郊區	1	(2.8)	6	(16.7)	13	(36.11)	12	(33.3)	4	(11.1)		
執業型態												
獨立執業	25	(3.8)	119	(17.9)	305	(45.8)	183	(27.5)	34	(5.1)	6.21	0.184
合夥執業	4	(4.3)	11	(11.7)	37	(39.4)	35	(37.2)	7	(7.5)		

表 4-11 地點及執業型態與競爭壓力之關係

	完全沒壓力		壓力不大		差不多		壓力大		壓力非常大		x ²	P 值
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
地點												
都市	27	(6.3)	81	(19.0)	138	(32.4)	133	(31.2)	47	(11.0)	15.79	0.045
鄉鎮	15	(5.0)	54	(18.1)	99	(33.2)	101	(33.9)	29	(9.7)		
偏遠郊區	7	(19.4)	10	(27.8)	6	(16.7)	10	(27.8)	3	(8.3)		
執業型態												
獨立執業	44	(6.6)	125	(18.8)	209	(31.4)	213	(32.0)	75	(11.3)	4.99	0.288
合夥執業	5	(5.3)	20	(21.3)	34	(36.1)	31	(33.0)	4	(4.3)		

第三節 迴歸分析

為瞭解影響開業醫師對本身整體醫療服務的自我評價各影響因素的獨立效應，故以各開業醫師對本身整體醫療服務的自我評價分數為依變項進行逐步回歸分析，找出影響因素。

此部份選定放入的變項，包括：

- (一) 與競爭醫院之比較：就醫及諮詢方便性、醫術及名氣、服務態度、醫病關係、用藥解說、病患隱私權、環境衛生、停車便利性、交通時間、診斷時間等。
- (二) 自覺市場競爭度：競爭醫院家數、感受的壓力大小。
- (三) 診所特質：地點、每週平均看診天數、執業型態、執業登記科別、平均每日看診人次、平均每月合理待遇等。
- (四) 醫師個人特質：性別、年齡、執業年數、開業前最高職務、專科醫師證書有無、住院醫師訓練層級等。

以下將針對逐步迴歸分析時達到統計上顯著水準 ($p < 0.05$) 的變項結果加以說明，並整理如表 4-12 所示。

結果可知開業醫師自評診所的「就醫及諮詢方便性」相較於競爭醫院愈好，對整體醫療服務的自我評價愈高，其迴歸係數為 2.56，並達到統計上顯著水準($p < 0.05$)，代表開業醫師自評其「就醫及諮詢方便性」的等級每高一級(1分)，整體醫療服務的自我評價平均會多 2.56 分。開業醫師自評「醫術及名氣」相較於競爭醫院愈好，對整體醫療服務的自我評價愈高，其迴歸係數為 2.10，並達到統計上顯著水準($p < 0.05$)，代表開業醫師自評其「醫術及名氣」的等級每高一級(1分)，對整體醫療服務的自我評價平均會多 2.10 分。開業醫師自評「診所醫護人員的服務態度」相較於競爭醫院愈好，對整體醫療服務的自我評價愈高，其迴歸係數為 1.18，並達到統計上顯著水準($p < 0.05$)，代表開業醫師自評其「診所醫護人員的服務態度」的等級每高一級(1分)，對整體醫療服務的自我評價平均會多 1.18 分。開業醫師自評「用藥解說」相較於競爭醫院愈好，對整體醫療服務的自我評價愈高，迴歸係數為 0.98，並達到統計上顯著水準($p < 0.05$)，代表開業醫師自評

其「用藥解說」的等級每高一級（1分），對整體醫療服務的自我評價平均會多 0.98 分。開業醫師自評「診所的環境衛生」相較於競爭醫院愈好，對整體醫療服務的自我評價愈高，迴歸係數為 0.82，並達到統計上顯著水準($p < 0.05$)，代表開業醫師自評其「診所的環境衛生」的等級每高一級（1分），對整體醫療服務的自我評價平均會多 0.82 分。執業登記科別方面，小兒科開業醫師相較於內科開業醫師，小兒科開業醫師對本身醫療服務的自我評價低於內科開業醫師 3.09 分，且達到統計上顯著水準（ $p < 0.05$ ）。男性開業醫師對本身醫療服務的自我評價比女性開業醫師低 3.92 分，且達到統計上顯著水準（ $p < 0.05$ ）。此模式的 R^2 為 0.3112，代表整體模式自變項可解釋 31.12% 依變項的變異。

達到顯著各因素當中，由標準化迴歸係數來判斷，發現性別為影響開業醫師對本身醫療服務自我評價降低最多的負向因素，而診所的「就醫及諮詢方便性」（與競爭醫院之比較）為影響開業醫師對本身醫療服務自我評價提昇最多的正向因素。

表 4-12 開業醫師對本身醫療服務自我評價之逐步迴歸分析(N=760)

變項名稱	標準化	估計值	估計值	標準誤	F 值	p 值
常數項		0	47.72	3.07	15.51	<.001
就醫及諮詢方便性	0.23	2.56	0.44	5.86	<.001	
醫術及名氣	0.19	2.10	0.39	5.41	<.001	
服務態度	0.10	1.18	0.47	2.50	0.013	
用藥解說	0.08	0.97	0.47	2.08	0.038	
環境衛生	0.08	0.82	0.40	2.09	0.037	
地點						
都市（參考組）						

鄉鎮	-0.03	-0.65	0.62	-1.06	0.291
偏遠郊區	0.05	2.20	1.41	1.57	0.117
執業登記科別					
內科 { 含內兒科 } (參考組)					
一般不分科	-0.07	-1.47	1.07	-1.38	0.168
家醫科	-0.08	-1.74	1.03	-1.69	0.092
外科	0.01	0.51	2.14	0.24	0.812
小兒科	-0.10	-3.09	1.29	-2.39	0.017
婦產科	-0.05	-1.55	1.35	-1.15	0.250
骨科 { 含骨外科 }	-0.03	-5.27	5.62	-0.94	0.349
泌尿科	-0.01	-3.54	7.84	-0.45	0.651
耳鼻喉科	0.05	-1.70	1.43	-1.18	0.237
眼科	0.01	0.04	1.35	0.03	0.976
皮膚科	-0.02	-1.27	2.00	-0.63	0.527
神經科	0.02	2.63	3.32	0.79	0.428
精神科	-0.02	-3.04	4.00	-0.76	0.448
復健科	-0.01	-0.55	2.77	-0.20	0.842
整型外科	0.02	6.23	7.86	0.79	0.428
每月合理報酬					
20萬以下 (參考組)					
21至30萬	0.01	0.02	1.10	0.02	0.982
31至40萬	0.02	0.31	1.10	0.28	0.778
41至50萬	0.03	0.65	1.21	0.53	0.594
51至60萬	-0.01	-0.40	1.37	-0.29	0.768
60萬以上	0.09	2.46	1.32	1.86	0.064
性別					
女 (參考組)					

表 4-12 開業醫師對本身醫療服務自我評價之逐步迴歸分析(N=760)(續)

變項名稱	標準化	估計值	估計值	標準誤	F 值	p 值
男	-0.08	-3.92	1.41	-2.77	0.006	
開業前最高職務						
實習醫師 (參考組)						
住院醫師 { 含總住院醫師 }	0.10	2.43	1.87	1.30	0.194	
主治醫師	0.11	2.07	1.81	1.15	0.253	
主任醫師	0.13	2.71	1.84	1.47	0.141	
院長或副院長	0.03	0.86	1.98	0.44	0.663	

是否取得專科醫師證書

尚未取得 (參考組)

已取得

0.07 2.16 1.16 1.86 0.063

R square=0.3112 ; Adjusted R square=0.2809 ; F 值=10.26

第四節 開業醫師醫療服務之重要性/表現分析

一、以平均值為分析基準

理想的情況是各吸引民眾就醫因素應落於二維座標軸中左下至右上延伸的直線附近，原因是此直線代表診所對各因素重要性認知與病患的期望相符合。由圖 4-4 及表 4-14 中可以看出結果醫師自評各因素的表現與重要性程度認知較謀合的屬性依序為(依重要性與績效

高低)：「醫師的看病態度」、「醫師的醫術」、「病情的解說」、「就醫及諮詢方便性」、「護士與藥師的服務態度」、「停車便利性」等，且所有的吸引民眾就醫因素皆落於繼續保持區(keep up the good work)，依其重要性依序為「醫師的看病態度」、「醫病關係」、「醫師的醫術」、「醫師對病情的解說」、「護士與藥師的服務態度」、「就醫及諮詢方便性」、「診所的環境衛生」、「用藥解說」、「病患隱私權」、「醫師的診斷時間」、「停車便利性」、「交通時間」、「候診時間」、「診所的空間」。落於此區域表示這些因素為醫師認為較重要且其表現也較好的因素。其中「診所的空間」為表現佳(已達平均水準之上)，但其重要性程度最低的因素。而落於二維座標軸中左下至右上延伸的直線上方的因素，代表其醫師認為的重要性程度大於自評表現，這些因素包括「醫師的看病態度」、「護士與藥師的服務態度」、「醫病關係」、「停車便利性」。

二、以百分比為分析基準

若分別由各因素單獨來看，由表 4-13 中可以看出開業醫師對於各因素的重要性程度及自評醫療服務表現仍然大部分皆位於繼續保持區，其中尤以「看病態度」、「醫病關係」、「病情解說」此三項，較多開業醫師認為其達到重要性程度及自評表現互相符合。而「候診時間」、「診所的空間」、「停車便利性」此三項，最少開業醫師認為其達到重要性程度及自評表現互相符合，此三項較迫切需要開業醫師努力加以改進。

落在迫切改善區的因素當中尤以「診所的停車便利性」有最多的開業醫師認為其診所的停車便利性不夠良好，但此項因素頗為重要。

落在非迫切改善區當中的次數很少，，其中「診所的空間」及「候診時間」此兩項因素落在此區的次數略高於其他因素。落在過猶不及

區當中的次數也很少，表示大部分開業醫師認為不具重要性的吸引民眾就醫因素，也不會認為其表現符合民眾期望。

表 4-13 開業醫師醫療服務之重要性/表現分析(N=760)

民眾就醫 選擇因素	繼續保持區 X>4&Y>4	迫切改善區 X<4&Y>4	非迫切改善區 X<4&Y<4	過猶不及區 X>4&Y<4	X=4 or Y=4
1.就醫及諮詢方便性	N=573 (75.39%)	N=2 (0.26%)	N=3 (0.39%)	N=20 (2.63%)	N=162 (21.32%)
2.醫術	N=601 (79.08%)	N=3 (0.39%)	N=1 (0.13%)	N=19 (2.5%)	N=136 (17.89%)
3.看病態度	N=685 (90.13%)	N=1 (0.13%)	N=1 (0.13%)	N=11 (1.45%)	N=62 (8.16%)
4.服務態度	N=585 (76.97%)	N=2 (0.26%)	N=3 (0.39%)	N=14 (1.84%)	N=156 (20.53%)
5.醫病關係	N=677 (89.08%)	N=1 (0.13%)	N=3 (0.39%)	N=9 (1.18%)	N=70 (9.21%)

6.用藥解說	N=455 (59.87%)	N=4 (0.53%)	N=8 (1.05%)	N=35 (4.61%)	N=258 (33.95%)
7.診斷時間	N=403 (53.03%)	N=3 (0.39%)	N=8 (1.05%)	N=46 (6.05%)	N=300 (39.47%)
8.病情解說	N=607 (79.87%)	N=2 (0.26%)	N=2 (0.26%)	N=24 (3.16%)	N=125 (16.45%)
9.候診時間	N=290 (38.16%)	N=11 (1.45%)	N=21 (2.76%)	N=68 (8.95%)	N=370 (48.68%)
10.病患 隱私權	N=423 (55.66%)	N=2 (0.26%)	N=12 (1.58%)	N=47 (6.18%)	N=276 (36.32%)
11.診所 的空間	N=275 (36.18%)	N=17 (2.24%)	N=21 (2.76%)	N=77 (10.13%)	N=370 (48.68%)
12.交通時間	N=337 (44.34%)	N=10 (1.32%)	N=17 (2.24%)	N=59 (7.76%)	N=337 (44.32%)
13.環境衛生	N=483 (63.55%)	N=2 (0.26%)	N=6 (0.79%)	N=34 (4.47%)	N=235 (30.92%)
14.停車 便利性	N=265 (34.87%)	N=86 (11.32%)	N=35 (4.61%)	N=36 (4.74%)	N=338 (44.47%)

(註) X：醫師自評其執業診所表現 1~7 分

Y：醫師認為各項民眾選擇就醫因素之重要性程度 1~7 分

N：次數

圖 4-4 醫師自我評價之重要性/表現矩陣圖(以各因素之平均值為座標點)

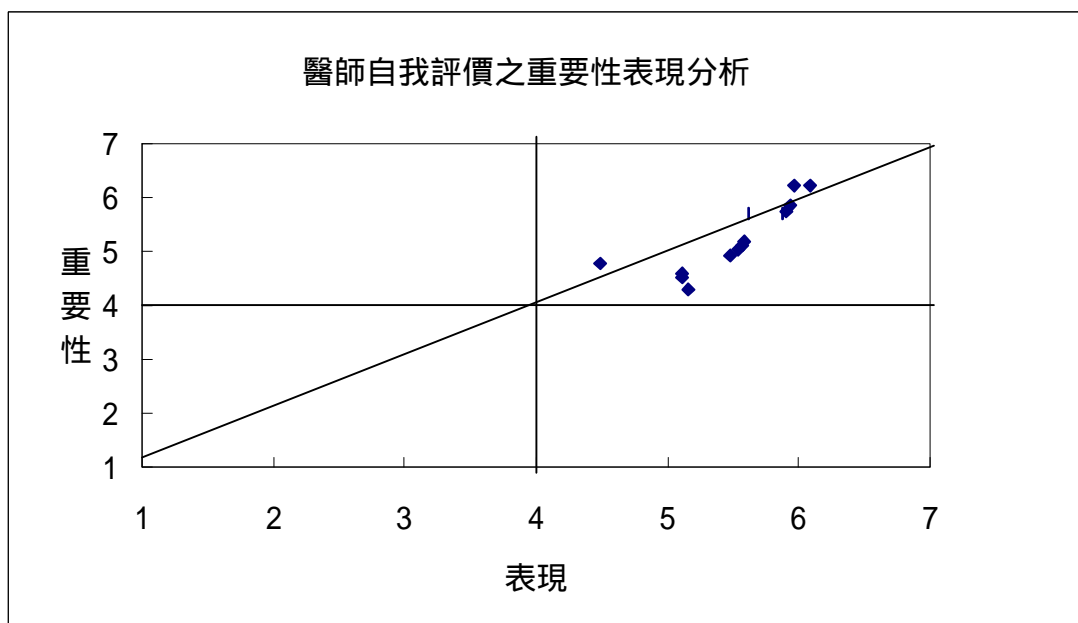


表 4-14 醫師自評民眾之選擇的重要性程度及表現排行

變項名稱	重要性			表現		
	平均值	標準差	排行	平均值	標準差	排行
1. 就醫及諮詢方便性	5.70	1.40	5	5.87	1.06	5
2. 醫師的醫術	5.85	1.34	2	5.93	0.96	3
3. 醫師的看病態度	6.23	1.06	1	6.08	0.88	1
4. 護士與藥師的服務態度	5.72	1.30	4	5.61	1.04	6
5. 醫病關係	6.23	1.06	1	5.96	0.92	2
6. 診所的用藥解說	5.10	1.44	7	5.57	1.09	8
7. 醫師的診斷時間	4.94	1.47	9	5.47	1.11	10
8. 病情的解說	5.73	1.28	3	5.91	0.97	4
9. 候診時間	4.52	1.57	12	5.11	1.27	12
10. 診所病患隱私權	5.05	1.60	8	5.54	1.21	9
11. 診所的空間	4.30	1.54	13	5.16	1.25	11
12. 病患至診所交通時間	4.59	1.51	11	5.11	1.13	12
13. 診所的環境衛生	5.20	1.42	6	5.58	1.11	7
14. 停車便利性	4.78	1.50	10	4.49	1.57	13

第五章 討論

本研究之結果分三部份來討論，第一部份為描述性分析結果之討論，第二部份為雙變項分析及逐步迴歸分析結果之討論，第三部份為開業醫師醫療服務之重要性/表現分析。

第一部份：描述性分析結果之討論

對健保措施的看法方面，開業醫師認為導致民眾偏好至大醫院門診看病的健保措施，其原因主要有轉診制度未落實、醫院給付範圍大及醫院藥品給付額較高、醫院部分負擔金額偏低等。而認為若強制實施轉診制、提高越級就醫的部分負擔、降低診所看診的部分負擔、放寬藥品跨表給付額等健保措施可吸引民眾至診所看病。由研究結果中可以發現大部分開業醫師積極希望政府能夠強制實施轉診制，並希望藉由提高越級就醫的部分負擔，限制民眾一生病就直接前往醫院的習慣。且認為造成民眾習慣至大醫院看病的原因，包括醫院給付範圍較大及醫院藥品給付額較高，使得民眾認為至醫院看病較方便，以避免自付情形的產生並且一次看病可以拿較多天的藥。台灣目前轉診制度的現況，乃非一日之間可以改變，在惡劣的大環境無法改變的情況之下，衛生單位可以試著從放寬診所或緊縮醫院的給付範圍，或者提高民眾越級就醫的部分負擔，或者降低民眾至診所看診的部分負擔，希望可對吸引民眾至基層診所就醫有所幫助。

開業醫師們認為病患選擇至其診所看病而非至鄰近大醫院的原因，前三項依序為醫病關係較佳、習慣看固定醫師及醫師的醫術及名氣。由此可得知大部分的開業醫師認為與醫院相較之下，診所的病患來源很多是附近地區的居民或是慕醫師之名前來看診，長時間與病患

的接觸之下已建立良好的醫病關係或使病患習慣至其診所看診。並認為可以有效改善至醫院民眾改至診所看病的措施，前三項因素依序為：醫病關係較佳、服務態度較親切、看診較仔細且時間較長，顯示大部分開業醫師認為若要吸引病患至基層診所看病，主要措施仍是要靠開業醫師本身自己提昇醫療服務品質。與健保支付制度有關的因素，包括給藥天數較多、自付額較低等，可呼籲衛生單位或健保局修改相關健保措施，來改善基層診所經營環境，因此建議開業醫師本身應積極改善自己服務的水準，才能有效地吸引民眾前來就醫。

開業醫師認為醫院方面具備的競爭優勢，主要為檢查儀器充足、擁有各專科之醫師及藥品給付額較高。由此結果可知診所的儀器設備受限於資金及空間的限制，而造成病人認為直接至醫院就醫可以方便檢查，並且醫院提供許多科別的專科服務，病人認為前往醫院看病可得到較完善的服務與照顧，並且相較於診所而言，一次就醫便可以拿比診所較多天份的藥。於問卷中有許多醫師表示醫院使用廣告打知名度，或提供交通車接送民眾直接至該醫院就醫，對基層醫療的打擊甚大。

開業醫師對於本身醫療服務自我評價的平均分數為 77.66 分，問卷設計中有特別提示醫師自我評分標準(50 分以下代表很不滿意，50~60 分代表不滿意，60~70 分代表尚可，70~80 分代表滿意，80~100 分代表很滿意)，由上述結果可以得知整體而言，開業醫師對本身醫療服務的自我評價表示滿意。而開業醫師對於自己診所的競爭力自我評價平均分數為 75.38 分，標準差為 10.47，略低於醫師對醫療服務自我評價的平均分數。診所競爭力自我評價分數與醫療服務自我評價分數兩者之 Pearson 相關係數為 0.619，在顯著水準為 0.01 時相關顯

著，由結果中可以看出這兩者之間屬於中度正相關，即對整體醫療服務自我評價愈高的醫師，對自己診所的競爭力自我評價也愈高。

生活品質方面，結果發現少部分開業醫師對其生活品質表示不滿意，而診所執業地點與開業醫師的生活品質，兩者之間並無顯著相關。職業滿意度方面，少部分醫師對自己的職業滿意度表示滿意，而診所執業地點與開業醫師的職業滿意度，兩者之間也並無顯著相關。

開業醫師對自己各種醫療服務的表現與競爭醫院比較，其自我表現的評分（5-point scale，1~5 依序代表差很多、差一點、差不多、好一點、好很多），各項醫療服務自我評價的平均值前三名排序分別為「就醫及諮詢方便性」、「醫病關係」、「用藥解說」，平均值最低的為「停車方便性」，由上述結果可以看出對整體診所負責醫師提供的醫療服務而言，「就醫及諮詢方便性」、「醫病關係」及「用藥解說」為醫師自己較為滿意的，而「停車方便性」的問題為醫師認為最不滿意的。

第二部分：雙變項分析與逐步迴歸分析結果之討論

由結果中可以看出若針對醫師個人特質與診所特質兩方面分別與開業醫師醫療服務自我評價分數進行雙變項分析，除了「平均每日看診人次」與「看診天數」這兩個變項並未達到統計顯著水準，其餘的變項皆達到統計顯著水準，顯示除了「平均每日看診人次」與「看診天數」以外，其餘的變項均單獨會對醫療服務自我評價的分數產生影響。但進一步進行逐步迴歸分析的結果發現，僅有「性別」一項達到統計上顯著水準，其它變項則均未達到統計顯著水準，表示當控制

其它自變項之後，真正對醫療服務自我評價的變異具有影響的自變項僅有「性別」，其餘的並非直接對醫療服務自我評價具有影響。

地點與各項醫師對醫療服務自我評價與競爭醫院比較之 ANOVA 檢定中可以看出「病患隱私權」與「停車便利性」此兩項因素達到統計顯著水準，顯示「地點」與「病患隱私權」及「停車方便性」之間具有關聯性，位於都市的診所病患隱私權比位於偏遠郊區的診所好，位於鄉鎮的診所病患隱私權也比位於偏遠郊區的診所好。停車方便性方面，顯示位於位於偏遠郊區的診所好於位於鄉鎮的診所好於位於都市的診所，此點於邏輯推理上合理。其中位於都市的診所對於「停車便利性」的自評平均分數為所有方格中最低的（3.0 分），次低的為位於鄉鎮的診所（3.3 分），顯示位於都市及鄉鎮地區的診所負責醫師對於診所所面臨的停車問題，均表示有待改進。

地點與開業醫師對競爭醫院感受的競爭壓力之卡方檢定中可以看出地點確實與競爭壓力之間有顯著相關，並且位於偏遠郊區的診所，其所面臨的競爭壓力比位於都市及鄉鎮的診所小。

逐步迴歸分析結果顯示開業醫師自評診所的「就醫及諮詢方便性」、「醫術及名氣」、「醫護人員的服務態度」、「醫師用藥解說」、「診所的環境衛生」相較於競爭醫院愈好，對整體醫療服務的自我評價會愈高。原因可能是開業醫師認為此五項因素為影響開業醫師對其本身服務表現的重要因素，因此若此五項因素相較於鄰近競爭醫院，醫師本身認為其表現的愈好，醫師認為自己的醫療服務也愈好。若以內科當作參考組，則小兒科相較於內科之下，其醫師的醫療服務自我評價較低，本研究也嚐試用各科別分別當作參考組進行迴歸分析，結果顯示除小兒科和內科的比較外，其他科別的比較並無統計顯著差異。男

性開業醫師相較於女性開業醫師，醫療服務的自我評價較低。可能的原因一為天生性別的差異，一般來說，女性相較於男性對工作上不管是待遇或工作時間上的要求皆不同，影響自我評價的差異，且女性醫師在台灣地區屬於人口數較少的族群，對於自我表現較有信心，一為本研究中的女性醫師全數皆為皮膚科或婦產科開業醫師，這些科別由女性醫師來擔任相較於男性醫師來得更容易吸引病人，可能造成女性醫師對本身醫療服務的自我評價比男性醫師來的高。

第三部份：開業醫師醫療服務之重要性/表現分析

若以整體的平均值來看，由圖 4-2 可知所有的吸引民眾就醫因素皆落在繼續保持區，表示開業醫師們認為其對於各項民眾就醫選擇因素的重要性程度認知及醫療服務表現互相符合，因此開業醫師應持續維持現有的服務水準。

若分別以各因素坐落於各區的百分比來看，開業醫師對於各因素的重要性程度及自評醫療服務表現仍然大部分皆位於繼續保持區，表示大部分開業醫師對於民眾就醫選擇的因素皆認為很重要，也很肯定自己的服務表現。其中尤以「看病態度」、「醫病關係」、「病情解說」此三項，最多開業醫師認為其達到重要性程度及自評表現互相符合，所以應該繼續加以保持下去。而「候診時間」、「診所的空間」、「停車便利性」此三項，最少開業醫師認為其達到重要性程度及自評表現互相符合，顯示對於整體基層診所的醫療服務而言，此三項因素醫師自覺迫切需要努力加以改進，以增進整體基層醫療服務的品質。落在迫切改善區的因素當中尤以「診所的停車便利性」有最多的開業醫師認為其診所的停車便利性不夠良好，但此項因素卻很重要，因此開業醫師急需迫切改善此劣勢情形。各因素落在非迫切改善區當中的次數很

少，表示大部分開業醫師認為本研究中所提及的民眾就醫選擇因素皆很重要，其中「診所的空間」及「候診時間」此兩項因素落在此區的次數略高於其他因素，非迫切改善區是醫師不重視且自我評價較低的因素，此區雖為次要因素，但當與競爭者提供內容相似時，提供額外附加服務為創造服務差異化的來源，因此應列為次要改善的標的。各因素落在過猶不及區當中的次數也很少，表示大部分開業醫師認為不具重要性的民眾就醫選擇因素，也不會認為其表現符合民眾期望，可能的原因為開業醫師認為幾乎所有的民眾就醫選擇因素皆很重要，若為不重要的因素的話，也不會針對自己的醫療服務加以加強，因此也認為其表現並未符合民眾的期望。

其中醫師對醫療服務的自我評價及自覺市場競爭度，皆屬醫師個人主觀價值的判斷，而非大眾客觀的評量標準，因此其衡量結果與病患之認知之間可能存在有相當的差距，此點可藉由針對病患作進一步地相關研究互相配合，以找出其中的認知差異。

第六章 結論及建議

第一節 結論

全民健保實施至今，財務問題始終是一大隱憂，很多民眾習慣一生病就直接至大醫院就醫，造成醫療資源的浪費。本研究從開業醫師的角度來調查開業醫師對自己醫療服務的評價及影響因素，供醫師本身個人管理或改善的參考。

如何吸引民眾至診所看診，一直是衛生署及健保局的努力方向，經本研究發現醫師認為可吸引民眾至診所看診的改善措施大部分皆屬於開業醫師自己可以掌握的部分，包括保持較佳的醫病關係、提供較良好的就醫及諮詢方便性、服務態度較親切、看診較仔細等，只有少部分是健保措施可以幫上忙的。如果將來要提高民眾至基層診所的就診意願，主要仍是需要開業醫師本身加強其對本身醫療服務品質的重視，並配合相關基層醫療的健保措施，包括放寬藥品跨表給付額及降低診所的部分負擔等措施，才能有所改善。

開業醫師認為病患前來看診的停車方便性及轉診制度未落實等問題，乃屬於整個大環境所無法立刻改變的事實，也非短時間內就能夠有所改善，所以開業醫師要能夠吸引更多民眾至診所看病，必須從提昇自己的品質及競爭力做起，徹底改變基層診所的形象。

本研究結果得知開業醫師對整體醫療服務的自我評價表示滿意，但對於個人生活品質則約有三成醫師表示不滿意，對於自己的職業滿意度則約有三成醫師表示滿意。

第二節 建議

本研究為針對基層診所與競爭醫院之間作比較，找出影響基層開業醫師對本身醫療服務的影響因素，進而探討如何增進基層醫療服務的品質及增進民眾至基層診所的就診意願。由研究結果可以看出，影響開業醫師對整體醫療服務的自我評價因素，若診所提供的「就醫及諮詢方便性」、「醫術及名氣」、「醫護人員的服務態度」及「用藥解說」自我表現評價愈好，則對整體醫療服務的自我評價也愈高。因此開業

醫師應對這五項因素予以重視，並且持續加以保持或改進，本研究結果提供醫師此方面的看法，可作為醫師本身個人管理或改善的參考。開業醫師認為可吸引至醫院看病民眾改至診所看病的改善措施，有醫病關係較佳、服務態度較親切、醫師醫術及名氣、看診較仔細等，皆屬於醫師對本身醫療服務可以自我要求的部分，並有少部分屬於健保措施方面可以有所幫助的，包括降低診所的部分負擔、放寬診所藥品跨表給付額，所以開業醫師吸引病患前來診所看診的主要決定關鍵，仍是在於開業醫師本身是否能夠提供讓病患滿意的服務，所以開業醫師應加強本身的專業知識及持續進修，提昇基層開業醫師的水準及形象，讓民眾相信基層診所的醫療服務品質並不一定遜色於大醫院，加強民眾對基層診所醫療服務品質的信心，。

由開業醫師對本身醫療服務自我評價的重要性/表現分析可得知，大部分的開業醫師對於自己診所的病患停車問題頗為介意，相較於現在的醫院大部分都設立大型的停車場來解決病患的停車問題，致使許多病患紛紛直接前往大醫院看病，基層診所大都沒有屬於自己的停車場以方便病患就醫，此點可與診所附近的小型自營式停車場合作，提供「你看病，我付費」的福利措施，只要民眾前往該診所看病，停車問題由該診所來幫忙解決，以吸引更多病患前來看診，不因停車問題而卻步。

台灣轉診制度的不健全影響基層醫療的生存空間甚大，但是這種情況並非一夕之間可以轉變的，建議衛生單位於未來制定政策方向時，可以考慮藉降低診所的部分負擔、或者是放寬診所藥品跨表給付額，且本研究結果可提供醫師的意見給衛生署或健保局作為政策的參考。

第三節 研究限制

由許多文獻中可知有關醫師的研究問卷，回收率皆不高，而本問卷的回收率為 16.75%，乃因與中華民國基層醫療協會合作並承蒙該協會的大力幫忙，才得以達到此回收水準，但若能更增加回收率相信樣本數將更具代表意義。

參考文獻

一、中文部分

1. 陳慶餘，基層醫療周全性照顧之探討，基層醫療保險給付之研究，民 79 年。
2. 藍忠孚，台灣地區未來二十年醫師，牙醫師人力供需之規劃研究，行政院經建會，表十七 十八，民 71 年。
3. 蔡淑媛、張錦文，醫院雜誌，第 28 卷，第四期，p.23-26，民 84。
4. 陳慶餘，基層醫療之內涵：台灣一般醫業之特徵和評估，當代醫學，第 14 期，p.252-255，民 76 年。
5. 王美玉，探討醫師和病人特質與診療行為相關性之研究，台大公共衛生研究所碩士論文，民 85 年。
6. 連子慧，醫師薪資制度等因素對疾病處置之影響-以勞保六種疾病住院病人為

- 例，台灣大學公共衛生研究所碩士論文，民 84 年。
7. 黃文鴻，醫師處方行為之研究 — 台北地區四家公私立醫學中心高血壓處方之比較分析，行政院國科會科資中心，民 83 年。
 8. 林芸芸，台灣地區醫師診療的定價與收入研討，公共衛生，第 21 卷，第三期，p.153-165。
 9. 葉國松，全民健保對開業醫師之影響 以中和地區為例，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，民 86 年。
 10. 余承萍，醫學中心一般門診、外科病患利用醫療服務及其相關因素的研究，國防醫學院公共衛生研究所碩士論文，民 77 年。
 11. 呂碧鴻、王英偉、謝維銓，家庭醫師在全民健康保險級醫療網中的角色-現在與未來之探討，行政院經濟委員會，民 79 年。
 12. 張錦文、黃淑雅，台灣醫療制度的四大問題與解決之道，民 86，醫院雜誌，第 31 卷,p.1-4。
 13. 鄭錦霞，勞保醫療支付制度對診療行為之影響-以眼、耳鼻喉疾病為例，政治大學保險研究所碩士論文，民 84 年。
 14. 李柏勳，診所未加入全民健保特約之因素探討—以台中縣市為研究對象，中國醫藥學院醫務管理研究所，民 89 年。
 15. 徐幸妙，全民健保實施前後台灣癌症照護市場之變化，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，民 88 年。
 16. 郭信智、楊志良，勞保門診醫療費用支付制度對醫療供給者診療行為之影響，中華公共衛生雜誌，第 3 卷，民 83 年。
 17. 施存豐、楊志良，勞保甲乙丙表的實施對其門診用藥費用之影響，醫院雜誌，第二卷，民 83 年。
 18. 林芸芸、江東亮，醫師對全民健康保險的意見調查，中華民國公共衛生學會雜誌，第 9 卷，民 81 年。
 19. 林芸芸、江東亮，醫師對全民健康保險的預期影響調查，中華醫學雜誌，第 9 卷，民 81 年。

20. 鄭守夏，台灣地區小型醫療院所生產力之調查研究，台灣大學公共衛生研究所碩士論文，民 76 年。
21. 田月枝，市場競爭對醫療費用的影響—以全膝關節置換術為例，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，民 88 年。
22. 曲同光，基層醫療醫病關係之研究 著重於醫師態度及行為，台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，民 78 年。
23. 林正介、駱光明，台中地區基層醫療醫師對「家庭醫學」態度和信念之調查，中華家醫誌，第五期，p.53-61，民 84 年。
24. 許惠媚，全民健保後內科門診病患選擇就醫層級意願之變化 以台北市士林、北投醫療院所為例，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，民 84 年。
25. 王乃弘，民眾對選擇醫院因素及態度之研究 以中部數家醫院為例，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，民 84 年。
26. 鄭守夏，1996 年民眾選擇就醫地點的考量因素，行政院國家學術委員會專題研究計劃成果報告，NSC86-2415-H002-032，1996 年 8 月至 1997 年 7 月。
27. 張櫻淳，醫師形象定位之研究 以台北市六家醫學中心的家醫科就診民眾為例，未出版碩士論文，國立台灣大學公共衛生學研究所，民 86 年。

二、英文部分

1. Fry J., Hasler J., Primary health care 2000, Churchill Livingstone, p.3-16, 1980.
2. Geyman, J.P., Future medical practice in the United States—a choice of scenarios, JAMA, Vol.245, p.1140-1143, 1981.
3. Geyman, J.P., Family practice : Foundation of changing health care, Appleton-Century-Crofts, NY, p.69-88, 1980.
4. Eisenberg J.M., physician utilization : The State of Research about Physician's Practice Patterns, Medical Care, Vol.23, No.5, p.461-483, 1985.
5. Freeborn, D.K., Bare, D., Greenlick, M.R. et al., Determinants of Medical Care Utilization : Physician's use of laboratory services, AJPH, Vol.62, No.6, p.846-853, 1972.

6. Eisenberg, J.M., Physician utilization : The state of research about physician's practice patterns. Medical Care, Vol.23, No.5, p.461-483, 1985.
7. Davidson, W., Physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick : Relation to patient outcomes. Can Med Assoc J, Vol.152, No.8, 1995.
8. Steven, A., Schroeder, M.T., use of laboratory tests and pharmaceuticals. JAMA, Vol.225, No.8, 1973.
9. Feinglass, J., Salmon, J.W., Corporatization of medicine : the use of medical management information systems to increase the clinical productivity systems to increase the clinical productivity of physicians. International Journal of Health Services, No.20, p.233-252, 1990.
10. Leigh, J.P., International comparisons of physician's salaries. International Journal of Health Services, No.22, p.217-220, 1992.
11. Hurdle, S., Pope, G.C., Physician Productivity : Trends and Determinants. Inquiry, Vol.26, No.1, p.100-115, 1989.
12. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M., The Economics of Health and Health Car, Upper Saddle River, NJ, Printice-Hall Inc, 1997.
13. Joskow, P., The effect of competition and regulation on hospital bed supply and the reservation quality of the hospital bell. Journal of Economic, Autumn, p.11-421, 1980.
14. Luft, H.S., Competition and regulation. Medical Care, Vol.23, No.5, p.383, 1986.
15. Robinson, J.C., Luft, H.S., The Impact of Hospital Market Structure on patient volume, average Length of stay ,and the cost of care. Journal of Health Economics, Vol.4, No.4, p.333, 1985.
16. Lexchin, J., Improving the appropriateness of physician prescribing. International Journal of Health Services, Vol.28, No.2, p.253-267, 1998.
17. Gravdal, J.A., Krohm, C., Glasser, M., Payment mechanism and patterns of use of medical services: the example of hypertension. Journal of Family Practice, Vol.32, No.1, p.66-70, 1991.
18. McMahon, L.F., Fetter, R.B., Freeman, J.L. et al, Hospital matrix management and DRG-based prospective payment. Hospital & Health Services Administration, Vol.31, No.1, p.62-74, 1986.
19. Mullner, R., Byre, C.S., Kubal, J.D., Hospital Closure in the United States, 1976-1980 : A Descriptive

- Overview,Health Services Research,Vol.18,No.3,p.437-450,1983.
- 20.Lillie-Blanton,M.,Felt,S.,Redmon,P. et al.,Rural and Urban Hospital Closures,1985-1988 : Operating and Environmental Characteristics that Affect Risk.,Inquiry,Vol.29,No.3,p.332-344,1992
- 21.Succi,MJ, Lee,S.D.,Alexander,J.A.,Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures,Health Services Research,Vol.31,No.6,p.679-699,1997.
- 22.Folland,S.,Predicting Hospital Market Shares.,Inquiry,Vol.20,No.1 ,p.34-44,1983.
- 23.Koutsopoulos,K.C.,Meyer,R.J.,Henley,D.,Psychometric Modeling of Consumer Decisions in Primary Health Care.,Health Services Research,No.7,p.427-437,1977.
- 24.Yavas,U.,Competing for patients and profit.,Journal of Health Care Marketing,Vol.16,No.2,p.30-37,1996

【附錄一】

第一部分、醫療服務之自我評價(與競爭醫院之比較)

(請勾選最適當之答案)

1.請問相較於鄰近主要競爭醫院之相同(似)科別，
您認為貴診所：

好 好 差 差 差
很 一 不 一 很
多 點 多 點 多

- (1)提供的就醫及諮詢方便性是否較好?
- (2)醫師的醫術及名氣是否較好?
- (3)醫護人員的服務態度是否較好?
- (4)醫師與病人之醫病關係是否較好?
- (5)醫師的用藥解說是否較好?
- (6)提供的病患隱私權是否較好?
- (7)環境衛生是否較好?
- (8)至診所就醫時停車便利性是否較好?

長 長 差 短 短
很 一 不 一 很
多 些 多 些 多

- (9)病患花費的交通時間是否較長?
- (10)醫師的診斷時間是否較長?

2.請問至貴診所看診的病患平均等候時間大約：

- (1)5分鐘以內 (2)5至10分鐘 (3)10至15分鐘 (4)15至20分鐘
(5)20分鐘以上

3.整體而言，您對於本身執行醫療服務的自我評價如何？

(50分以下表示很不滿意；50-60分表示不滿意；60-70分表示尚可；70-80分表示滿意；80-100分表示很滿意，請醫師為自己評分)：_____分。

4.相較於主要競爭醫院之相同(似)科別，您認為貴診所吸引民眾前來看診的「競爭力」自我評價如何？

(50分以下表示很沒有信心；50-60分表示沒有信心；60-70分表示尚可；70-80分表示有信心；80-100分表示很有信心，請醫師為自己評分)：_____分。

5.若您改至醫院擔任專任醫師，請問您認為跟自行開業相比較之下的收入變化如何？

- (1)少很多 (2)少一些 (3)差不多 (4)多一些 (5)多很多

6.請問您對於目前的個人生活品質滿不滿意？

- (1)很滿意 (2)滿意 (3)尚可 (4)不滿意 (5)非常不滿意

7.整體而言，身為一位開業醫師，請問您對於目前所從事的職業滿意度如何？

- (1)很滿意 (2)滿意 (3)尚可 (4)不滿意 (5)很不滿意

8.對於診所吸引民眾就醫而言，下列各項就醫因素中，您認為重要性程度如何？

(分數從1至7分；分數愈高代表您認為此因素愈重要；1分代表有點重要，7分代表極重要；請醫師依您的經驗評分)

有點重要	普通重要	極重要				
1	2	3	4	5	6	7

(1) 診所提供的就醫及諮詢方便性

(2) 醫師的醫術

(3) 診所醫師的看病態度

(4) 診所護士與藥師的服務態度

(5) 診所醫師與病人之醫病關係

(6) 診所的用藥解說

(7) 診所醫師的看病診斷時間

(8) 診所醫師對病情的解說

(9) 診所病患的候診時間

(10) 診所病患隱私權

(11) 診所的空間

(12) 病患至診所交通時間

(13) 診所的環境衛生

(14) 至診所就醫時停車便利性

9. 下列各項就醫因素中，請問您認為貴診所是否符合民眾的期望？
 (分數從 1 至 7 分；分數愈高代表越符合民眾的期望；1 分代表完全不符合，7 分代表完全符合；請醫師依您的經驗評分)

完全 不 符 合	普 通	完 全 符 合				
1	2	3	4	5	6	7

- (1)診所提供的就醫及諮詢方便性
- (2)醫師的醫術
- (3)醫師的看病態度
- (4)護士與藥師的服務態度
- (5)醫師與病人之醫病關係
- (6)醫師的用藥解說
- (7)醫師的診斷時間
- (8)醫師對病情的解說
- (9)病患的候診時間
- (10)病患隱私權
- (11)診所的空間
- (12)病患至診所交通時間
- (13)診所的環境衛生
- (14)至診所就醫時停車便利性

第二部分、對健保措施的看法

1.請問您認為有哪些健保措施問題較易導致民眾偏好至大醫院門診看病?(可複選，最多五項)

- (1)醫院部分負擔金額偏低 (2)轉診制度未落實 (3)醫院給付範圍大
 (4)不同層級間部分負擔差距太小 (5)診所醫藥分業 (6)醫院藥品給付額較高
 (7)醫院掛號費偏低 (8)其他_____

2.請問您認為若實施下列哪些健保措施可吸引民眾至診所看病?(可複選，最多五項)

- (1)強制實施轉診制 (2)放寬藥品跨表給付額
 (3)提高越級就醫的部分負擔 (4)實施個人醫療費用儲蓄帳戶
 (5)實施基層論人計酬制 (6)提高醫院掛號費
 (7)保大病不保小病(大病嚴格限制)
 (8)降低診所看診的部份負擔(例如：E卡延長至I卡)
 (9)其他_____

第三部份、市場競爭度與民眾選擇就醫因素認知

- 1.請問在貴診所執業地區您認為對您具有競爭壓力的醫院有幾家?
有_____家
- 2.承上題,請問其中您認為較具競爭壓力的醫院評鑑等級為何:
(1)醫學中心(____)家 (2)區域醫院(____)家 (3)地區醫院(____)家
- 3.請問您對於競爭醫院感受的壓力如何?
(1)壓力非常大 (2)壓力大 (3)差不多 (4)壓力不大 (5)完全沒壓力
- 4.請問貴診所與競爭醫院之間是否有合作關係?
(1)有
為： (1)轉診制度合作 (2)轉檢制度合作 (3)其他_____
(2)無
- 5.請問您認為病患選擇至貴診所看病而非至鄰近大醫院看病的原因有哪些?(可複選，最多三項)
(1)醫師醫術及名氣 (2)環境衛生較好 (3)交通時間較短
(4)等候時間較短 (5)習慣看固定醫師 (6)醫病關係較佳
(7)給藥天數多 (8)就醫及諮詢方便性較好 (9)服務態度較親切
(10)自付額較低 (11)用藥解說較好 (12)隱私性較佳
(13)看診經驗豐富 (14)看診較仔細、時間較長 (15)停車較方便
- 5-1.如要吸引至醫院看病的民眾改至貴診所看病，您認為以上哪些主要措施可以有效改善?(可複選，最多三項，請填入項目代號)____、____、____
- 6.請問您認為一般醫院相較於一般診所，醫院方面所具備的競爭優勢為何?(可複選，最多三項)
(1)擁有各專科之醫師 (2)檢查儀器充足 (3)藥品種類較完善
(4)藥品給付額較高 (5)名氣較大 (6)附設停車場
(7)儀器設備較昂貴 (8)檢查檢驗方便 (9)其他_____

第四部分、診所特質

- 1.請問您執業診所之地點是屬於： (1)都市 (2)鄉鎮 (3)偏遠郊區
- 2.請問貴診所目前每週看診天數平均約為：
(1)4天以內 (2)5天 (3)6天 (4)7天
- 3.請問貴診所執業型態為： (1)獨立執業 (2)合夥執業，有____位醫師看診
- 4.請問您執業登記科別：

一般不分科 家庭醫學科 內科 外科 小兒科 婦產科 骨科
神經外科 泌尿科 耳鼻喉科 眼科 皮膚科 神經科 精神科
復健科 整形外科 其他_____

5.請問貴診所目前平均每日看診人次平均為:

小於 20 21~30 31~40 41~50 51~60 61~70 大於 70 人次

6.在扣除必要開支後，請問您認為診所醫師每月合理專業報酬應為：

(1)10~20萬 (2)21~30萬 (3)31~40萬 (4)41~50萬 (5)51~60萬 (6)60萬以上

第五部份、醫師個人特質

1.性別: 男 女

2.年齡:_____

3.請問您開始診所開業時間:民國_____年開始

4.請問您接受住院醫師訓練醫院層級:

醫學中心 區域醫院 地區醫院 無 其他_____

5.請問您開業前最高職務:

- (1)院長或副院長 (2)主任醫師
(3)主治醫師 (4)總住院醫師
(5)住院醫師 (6)實習醫師
(7)其他

6.請問您是否已取得專科醫師證書?

(1)已取得(可複選)

家庭醫學科 內科 外科 小兒科 婦產科 骨科 神經外科
泌尿科 耳鼻喉科 眼科 皮膚科 神經科 精神科 復健科
整形外科 麻醉科 放射線科 病理科 核子醫學科 急診醫學科
其他_____

(2)尚未取得



【附錄二】

本問卷之承蒙下列專家指正

中國醫藥學院醫務管理研究所

蔡文正 教授

中華民國基層醫療協會

石賢彥 理事長

