

基層醫師對實施基層分科總額預算之意願及影響因素

Willingness of Primary Care Physicians for the Implementation of Department

Global Budget and the Associated Factors

陳文侯¹ 龔佩珍² 蔡文正^{1,*} 李亞欣³ 曾盈甄¹

Wen-Hou Chen¹, Pei-Tseng Kung², Wen-Chen Tsai^{1,*}, Ya-Hsin Li³, Ying-Chen
Tseng

¹ 中國醫藥大學醫務管理學系

Department of Health Services Administration, China Medical University, Taichung,
Taiwan, R.O.C.

² 亞洲大學健康產業管理學系

Department of Healthcare Administration, Asia University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

³ 中山醫學大學醫療產業科技管理學系

Department of Health Policy Management, Chung Shan Medical University,
Taichung, Taiwan, R.O.C.

簡題：基層醫師對實施基層分科總額預算之意願

*通訊作者：蔡文正 地址：台中市學士路 91 號

Correspondence author: Wen-Chen Tsai

Address: Department of Health Services Administration, China Medical University,
No. 91 Hsueh-Shih Rd., Taichung, Taiwan, R.O.C.

Email: wtsai@mail.cmu.edu.tw

基層醫師對實施基層分科總額預算之意願及影響因素

摘要

目標：探討實施基層分科總額管理試辦計畫對醫師執業之影響及滿意度，並了解基層醫師對實施分科總額預算之意願及其影響因素。**方法：**針對中部四縣市所有健保特約西醫基層醫師，利用結構式問卷以郵寄方式進行普查，回收 579 份問卷。除描述性與雙變項統計分析外，以羅吉斯迴歸分析探討影響基層醫師是否贊成實施分科總額預算之相關因素。**結果：**55%的基層醫師認為分科方式不合理，54.63%認為分科管理對未來發展為負面影響，整體滿意度認為滿意者 20.67%，但是有 38.52%表示不滿意。在較都市化區執業競爭較激烈而整體滿意度較低。不贊成實施分科總額預算者佔 57.99%。對於實施繼續分科總額之意願，泌尿科、外科、骨科、耳鼻喉科及婦產科明顯較贊成，而精神科、皮膚科及家醫科傾向不贊成。由羅吉斯迴歸分析結果發現「實施後基層醫師間之競爭度」、「實施後平均每週看診次數之變化」、「執業年資」、「分科方式合理性」、「對該科未來之影響」及「科別」會影響醫師是否贊成實施分科總額預算。**結論：**基層醫師對於分科管理的滿意度偏低，對於在都會區中執業之醫師較不利，多數基層醫師不贊成進一步實施分科總額預算。

關鍵詞：總額預算、基層醫師、分科總額預算

Willingness of Primary Care Physicians for the Implementation of Department Global Budget and the Associated Factors

Abstract

Objectives: This study aimed to investigate the influences of implementation of department global budget (DGB) demonstration on primary care physicians' practice and the satisfaction with DGB. In addition, this study explored the willingness of primary care physicians (PCPs) for DGB implementation and the associated factors. **Methods:** This study adopted the survey method with a structured questionnaire. All national health insurance-contracted western medicine PCPs in four cities/counties in central Taiwan were surveyed, and 579 valid responses were received. Besides descriptive statistics and bivariate analysis, this study performed a logistic regression analysis to explore the associated factors with the PCPs' willingness to accept the DGB implementation. **Results:** 55% PCPs thought the method of DGB was unreasonable. 54.63% PCPs thought the DGB had a negative effect on department development. 20.67% PCPs were satisfied with DGB while 38.52% were dissatisfied. The satisfaction was lower at the more urbanized city probably due to higher competition. 57.99% PCPs disagreed with DGB implementation. The PCPs in urology, surgery, orthopedics, ENT, obstetrics and gynecology had higher agreement on continuing DGB implementation, but PCPs in psychiatry, dermatology and family medicine inclined to disagree. The factors that affect the agreement of DGB included the competition after DGB, the work time alteration after DGB, years of practice, perception of rationality of DGB, the anticipated effect on department development and the field of department according to logistic regression analysis. **Conclusions:** The satisfaction of DGB demonstration was relatively low. The DGB is disadvantageous to PCPs at more urbanized cities. The majority of PCPs disagreed with the DGB implementation.

Key words: global budget, primary care physician, department global budget

前言

隨著醫療的進步與國民對醫療需求日益增加，醫療支出快速成長，其成長率常明顯高於 GDP 之成長率[1,2]，使得各國普遍面臨醫療財務問題。爲了因應醫療財務困境，總額預算制度逐漸被多國納入健康照護改造之重要內容[3-5]。

台灣自 1995 年 3 月起實施全民健康保險，因人口老化和慢性病比率升高，病床數急速擴充，使得醫療利用率直線上升，造成費用支出快速增加[6,7]。但因政府政策與民意傾向，民眾的健保費率截至 2009 年僅增加 0.3%。在保費收入未能隨著服務量提升而增加，支出卻快速成長之時，政府遂於 2002 年 7 月 1 日全面施行以「上限制總額預算制度」爲主之支付制度，藉以儘量達到收支平衡。總額預算制度將西醫醫院、西醫基層、中醫及牙醫分開爲四個部門，各自獨立執行，由於醫院服務量成長率明顯大於總額成長率，一開始實施總額預算後，醫院的健保點值快速下滑，普遍出現營運困境[8]，此時多數大型醫院便與健保局協議，實施單一醫院個別總額，以自我管理[9]，其自我管理的策略包括釋出部分門診病人到基層，或另外設立診所以緩解醫院的門診負擔，又可增加收入。此舉造成部分門診病人湧向基層，使得基層服務量大增，基層總額財務吃緊，浮動點值較醫院更爲下滑，最低至 2004 年第 1 季的 0.7437[10]，嚴重影響基層醫師之預期收入。

在基層院所方面，某些科別之病患成長率較高，一方面雖領取較高額健保給付，另一方面卻造成浮動點值更爲下降，因此相對壓縮病患成長率低或持平、甚至負成長的科別，使得某些科別格外有危機感[11]。加上許多醫師不滿意申報案件審查的次數與結果，近年來常有實施「分科總額預算」(以下簡稱分科總額)的討論。台灣健保局中區分局自 2007 年 5 月 1 日起，試辦西醫基層「分科總額」，

以分科「虛擬總額」監控各科點數，每一分科設立召集人及科委員，共同輔導管理[12]。

虛擬總額的計算是依據基層各科最近 3 年（2004-2006 年）申報之醫療費用總點數，計算各科占率，然後乘上當年度中區基層總額，即為基層各科當年度之虛擬總額。在試辦階段，各科無論是否達到虛擬總額，最後仍以各科實際發生的點數加總計算點值。也就是各科先自我監控管理，但最後點值相同[12]。

分科總額是一全新之措施，且對基層醫師的執業與未來發展，可能產生極大之影響。本研究將探討試辦基層分科總額後對醫師執業之影響，分析基層醫師對試辦基層分科總額之滿意度，並瞭解探討基層醫師由試辦基層分科總額的經驗，是否有繼續實施分科總額之意願，以及探討影響基層醫師贊成或反對分科總額的相關因素。

材料與方法

研究對象

本研究之研究對象包括中部四縣市之所有基層執業西醫師，共 2143 家診所，2773 位醫師。其中台中市有 971 位醫師、台中縣有 852 位醫師、彰化縣有 656 位醫師、南投縣有 294 位醫師。但扣除未辦理健保特約之醫師 100 位，實際研究對象為 2673 位。科別分為家醫科、內科、外科、小兒科、婦產科、骨科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等 12 科。於 2008 年 4 月以結構式問卷進行普查，有效回收 579 份，回收率 21.66%。

研究工具

（一）問卷設計

本研究係透過問卷調查的方式，以採結構式問卷蒐集資料。問卷的設計內

容依據研究目的進行設計。問卷內容主要可分為五部分，包括基本資料（醫師特質如性別、年齡、執業年資、執業縣市、擔任負責人或受聘、科別、診所類型、服務量例如個人每月平均看診人次和診所每月平均看診人次等）、試辦分科總額前後之一般情況及診療情況（其中一般情況包含基層醫師間的競爭、同科或不同科醫師間的融洽關係、案件抽審次數、審查核刪費用、執業壓力、平均每月收入、平均每週看診次數、民眾對醫療的抱怨，診療情況含用藥處置的自主性、檢驗檢查的自主性以及轉診的病人數等，以 Likert scale 五等分法進行衡量）、試辦分科總額後的滿意度（健保支付點值、申報案件審查、分科總額的公平性、整體的醫療品質等以 Likert scale 五等分法進行衡量）及對分科總額的看法與態度（對分科方式的合理性、分科總額對該科未來發展的影響、繼續實施分科總額的意願，以 Likert scale 四等分法衡量，此部分本研究希望得到醫師較明確的正向或反向意見）。對試辦分科總額管理之整體滿意度以 1-100 分衡量，同時定義 ≥ 81 分為非常滿意、71-80 為滿意、61-70 為普通、51-60 為不滿意、 ≤ 50 分為非常不滿意。

（二）問卷信、效度

在信度測量方面，本研究依據 Cronbach's α 係數，確認問卷內容的一致性。一般而言係數大於 0.7 則表示問卷內容信度佳。在醫師問卷方面，針對試辦分科總額後之診療情況(4 題)與試辦分科總額後之滿意度(4 題)，檢定其 Cronbach's α 係數，分別為 0.79 與 0.89，可知本問卷內容一致性高。

在效度測量方面，以專家效度進行內容效度 (content validity)之測量，共邀請五位專家學者進行效度之評估與建議，並依專家提出之建議修改，將問卷內容定義模糊之題目予以釐清，以確定問卷完整性。經專家審查後，計算問卷之

CVI (content validity index)值。本問卷效度 CVI 值平均為 0.97，顯示本研究之問卷效度佳。

統計分析

除了描述性統計分析外，本研究利用卡方(χ^2)檢定分析贊成與不贊成兩類醫師之特質及診所基本特性、試辦分科總額後的一般與診療情況、試辦分科總額後的滿意度及對分科總額的看法與態度等方面在統計上是否有顯著差異。也利用 ANOVA 檢定不同縣市醫師對各變項之統計差異，並進行事後檢定。

利用羅吉斯迴歸分析(Logistic Regression Analysis)，以是否贊成實施分科總額為依變項，贊成作為事件(event)，醫師特質及診所基本特性、試辦分科總額後的一般與診療情況、試辦分科總額後的滿意度及對分科總額的看法與態度等為自變項，利用逐步迴歸模式，分析影響基層醫師是否贊成實施分科總額的顯著因素。

結果

樣本代表性分析

為確定回收樣本之代表性，本研究針對回收有效樣本 579 份在四縣市之分布，以及回收有效樣本在各分科之分布，進行適合度檢定。以 2007 年 5 月各醫師公會及試辦分科總額各科召集人所提供之醫師資料為母群體。檢定樣本與母群體之差異，結果樣本醫師不論在四縣市之分布或是在各分科之分布，均未達統計上顯著差異 ($p=0.19$ 及 $p=0.78$)，顯示本研究問卷回收之樣本具有某種程度之代表性。

描述性分析

受訪醫師特質及診所基本特性

本研究共回收 579 份樣本，以男性居多(93.02%)，年齡分布以 46-50 歲者 (28.34%) 所佔比例最高，平均年齡為 50.53 歲。平均執業年資為 13.24 年，其年資以 10-15 年 (25.79%) 最多，25-30 年 (5.91%) 最少。執業縣市以台中市 (32.17%) 最多，南投縣 (11.13%) 最少。執業類型以單人診所 (66.38%) 比例最高，聯合門診 (1.57%) 最少。在診所擔任的職務，以負責人 (84.58%) 最多，受僱醫師 (6.07%) 最少。診所原登記的專科以家醫科 (26.98%) 最多，依次為小兒科 (19.22%)、內科及一般科 (皆為 16.75%)、婦產科 (10.23%)，而以整形外科 (0.35%) 及神經內科 (0.53%) 最少。試辦分科總額後選擇的科別仍以家醫科 (33.51%) 最多，其次為內科 (16.13%) 及小兒科 (12.41%)，以泌尿科 (0.89%) 及精神科 (1.24%) 最少。神經外科、神經內科、整形外科及一般科於分科總額管理後自由選擇併入其他科別。醫師可於分科總額時選擇不同於原診所登記之科別，而在 2008 年 1 月 1 日以後，有少數診所變換了科別 (6.89%)，而在有變換科別中，以更換為外科 (34.21%) 最多，其次為家醫科及內科 (皆為 23.68%)。試辦分科總額後個人每月平均看診人次及診所每月平均看診人次，均以 501-1000 人次為最多，其次為 1001-1500 人次 (詳見表 1)。

試辦分科總額前後基層診所的情況

試辦分科總額前(表 2)，43.80%的醫師表示激烈，23.04%的醫師表示非常激烈；所在執業地區同科與不同科醫師間之融洽關係，分別有 59.02%及 61.05%表示普通，27.32%的醫師表示同科醫師間關係融洽或非常融洽，而有 29.47%的醫師表示不同科之間的醫師融洽或非常融洽。試辦分科總額後(表 2)，22.95%基層醫師認為醫師間的競爭情形相較於試辦分科總額前增加一些或很多 (以下簡稱增加)，65.74%之基層醫師認為差不多。同科及不同科基層醫師間的融洽關係，

分別有 73.26%及 75.61%認為差不多,15.27%認為同科基層醫師間的融洽關係減少一些或很多(以下簡稱減少),但有 13.76%認為不同科基層醫師間的融洽關係增加。三成左右(30.26%)之醫師認為分科管理後在案件抽審次數減少,24.52%也認為審查核刪費用減少;15.13%認為執業壓力減少,但是 41.39%認為執業壓力增加;認為平均每月健保收入減少者佔 45.56%,只有 4.01%增加一些。平均每週看診次數方面,80.31%為差不多,17.77%減少;民眾對醫療的抱怨,66.37%醫師認為差不多,但有 29.25%醫師認為增加。

試辦分科總額後的診療情況(表 2),相較於試辦分科總額前,基層醫師認為用藥的自主性減少者佔 31.08%,對處置(包括手術)的自主性減少者佔 30.28%,而對檢驗及檢查自主性減少者也佔 30.12%。轉診(轉出)的病人數,有 16.00%醫師認為增加,而 81.04%認為差不多。

受訪醫師對分科管理的看法與態度

由表 2 顯示,半數以上(55%)之基層醫師認為分科方式不合理及非常不合理;54.63%之醫師認為分科管理對該科未來發展有負面或非常負面之影響,而不贊成及非常不贊成進一步實施分科總額者共佔 57.99%。

試辦分科總額管理前後的滿意度

實施分科總額管理後之滿意度,無論在健保支付點值、申報案件審查、分科「虛擬總額」的公平性、整體醫療品質及整體滿意度,基層醫師之不滿意度皆大於滿意度,不滿意之比例約為 34.65%~49.04%,滿意或非常滿意約為 10.26%~20.67% (詳見表 2)。

不同縣市對於分科管理前後之一般情況及診療情況(表 3),分科管理後在基層醫師間之競爭、不同科醫師間之融洽關係、執業壓力、用藥的自主性及整

體滿意度等達顯著差異 ($P<0.05$)，而在滿意度部份，僅有整體滿意度達顯著差異 ($P<0.05$)。基層醫師間之競爭方面，台中市明顯大於台中縣與南投縣，不同科醫師間之融洽關係南投縣明顯較台中市為佳，執業壓力台中市也明顯大於台中縣與彰化縣。對實施分科總額管理後之整體滿意度方面，南投縣顯著高於台中市。

而不同科別對於分科管理前後之一般情況及診療情況，除了平均每週看診次數以及轉診(轉出)病人數未達顯著 ($P>0.05$) 外，其餘變項皆達顯著差異，詳細可參考表 4。而在滿意度部份，各科別針對分科總額實施後之相關滿意度亦均達顯著差異，在整體滿意度部份，整體滿意度較高之科別為泌尿科及外科，而滿意度較低之科別則為精神科、皮膚科及家醫科。

羅吉斯迴歸分析結果

為了解影響基層醫師是否贊成分科總額制度之相關因素，本研究將基層醫師對實施基層分科總額預算之意願分成贊成及不贊成二類，以作為依變項，並將雙變項分析結果中可能影響將基層醫師對實施基層分科總額預算意願之變項作為自變項（性別、年齡、執業年資、擔任職務、分科管理選擇科別、分科管理後個人每月平均看診人次、實施分科管理前基層診所的情況、分科管理後之一般情況及診療情況、實施分科管理後的滿意度及對分科管理的了解與態度），以逐步羅吉斯分析法（進入模式 $p<0.25$ ；停留 $p<0.1$ ）找出相關顯著影響因素。結果發現（表 5），實施分科管理後醫師間競爭情形、平均每週看診次數增加情形、執業年資、認為分科方式之合理性、對該科未來發展之認知、科別等為顯著影響因素 ($p<0.05$)。

在控制其他變項之下(表 5)，試辦分科總額後認為醫師間競爭度越高者，贊

成實施基層分科總額預算的機率就越低(勝算比 OR 值為 0.58);而平均每週看診次數增加越多者、執業年資越長者,贊成實施分科總額預算的機率就越高(勝算比分別為 2.75 及 1.05)。認為分科方式合理者贊成實施分科總額預算的機率顯著高於認為不合理者(勝算比為 3.46);認為分科總額預算對該科未來發展的影響為正面者,贊成實施分科總額預算的機率顯著高於認為負面者(勝算比為 15.21)。在科別方面,婦產科醫師贊成實施分科總額預算的機率顯著高於家醫科醫師,勝算比為 6.04。而皮膚科醫師贊成實施分科總額預算的機率卻顯著低於家醫科醫師,勝算比為 0.07。問卷回收之 7 位精神科醫師均不贊成實施分科總額預算,因人數較少併入「其他科」項目中,未單獨顯現出來。

由研究結果可知,每週看診次數增加越多、執業年資越長、認為分科方式合理、認為對該科未來發展的影響為正面及婦產科(相較於家醫科),顯著贊成實施分科總額預算。在試辦分科總額後醫師間競爭度越高、皮膚科(相較於家醫科),顯著不贊成實施分科總額預算。

討論

在所有回收 579 份有效問卷中,不贊成及非常不贊成(以下簡稱不贊成)繼續試辦分科總額管理者共佔 57.99%比贊成者(42.01%)為高。以分科來看,即呈現顯著差異($P < 0.05$)。該科贊成繼續試辦分科總額之比率,以泌尿科(100%)最高,其次為外科(90.91%)與骨科(80%),而贊成繼續試辦分科總額之比率則以精神科(0%)最低,其次為皮膚科(26.92%)與家醫科(37.99%)。本研究雖符合外推性之適合度檢定,但回收樣本中,泌尿科與精神科之受訪者數量較少,因此產生較極端性之研究結果,往後若有類似研究,建議可進行更大規模之調查,以盡量增加少數科別之回收情形。而要探討各科為何有如此大的不

同，必須考量各科醫師基本特性、科別競爭度、看診服務量的變化、實施分科管理前後的診療情況及滿意度之改變。就泌尿科、外科及骨科而言，該科之病患多傾向於大型醫療院所就診，基層醫療病患流失情形較為嚴重，因此競爭度較低；此外，這些科別的相對醫療風險較高，因此也更傾向贊成分科總額管理以得到相對的保障。而精神科、皮膚科以及家醫科，皆為基層醫療較熱門之科別，其中，因大環境變差，精神科患者增加，精神科診所則有相對增加之情形，再者，因政策因素之故，若病患服用部份精神疾病相關藥品達一定劑量則需轉介至精神科，則亦會造成精神科門診量之增加，看診量大其須接受較多之抽審且核刪費用也有提高之可能，而導致施行分科總額管理意願較低之現象。而皮膚科其相對醫療風險較低、競爭度較高，因此分科總額之意願也相對較低。家醫科部份，因家醫科看診之疾病甚廣，若要進行分科總額，則難解決跨科就醫之問題，因此其分科總額之意願也有較低之現象。

以醫界的立場來看，分科管理回應了某些科別期待公平的訴求，但案件抽審次數只有少數醫師(30.26%)認為有減少而多數醫師認為未減少，對申報案件審查不滿意者反而多於滿意者。以健保局的觀點來看，分科總額的目的是節制看診點數以達到提高點值的目標，這有賴於長期的努力及不斷評核與改進。但因各科的歧異太大，贊成與不贊成的比率又在 50%±8%內，健保局與各科代表必須協商以求得共識，化解各科的歧見，並提高贊成的比率。

試辦分科總額後基層診所的一般及診療情況，包括基層醫師間的競爭、審核核刪費用、執業壓力及民眾對醫療的抱怨，呈現增加的現象。同科基層醫師間的融洽關係、平均每月健保收入、平均每週看診次數、用藥、處置（包括手術）、檢驗及檢查的自主性，均呈現減少的現象。綜合以上結果，醫師認為試辦

分科總額後，影響其執業的不利因素有增加之傾向，此情形與過去對基層實施總額預算初期所做的研究，發現總額預算能提升專業自主性和審查合理性，並保障執業收入[13]的研究結果有所差異，這正是實施分科總額必須正視且進一步探討的問題。

雖然基層醫師可以自由選擇科別，但多數處置（包括手術）、特殊用藥、特殊檢驗及檢查仍必須具有該科專科醫師資格才能執行，故醫師選擇的科別仍以本身原先的專科為主。但由本研究結果顯示，仍有少部分醫師在實施分科管理時選擇的科別不同於診所原登記科別。由於試辦分科總額後各科有自己的虛擬總額，而各科的服務量變化與管理方式各不相同，是否因試辦分科總額較有利於某些科別和較不利於某些科別，導致發生「科際緊張」與「科際衝突」？根據本研究結果，試辦分科總額後基層醫師對於不同科別間的融洽關係，75.61%的醫師認為差不多，僅 10.62%認為不同科基層醫師間的融洽關係減少，顯示並未產生嚴重的「科際緊張」或「科際衝突」。

在探討實施分科管理滿意度的五個項目中，對「健保支付點值」非常不滿意及不滿意（以下簡稱不滿意）的比率最高，達 49.04%，健保局實施分科管理的目的係為藉此提高健保支付點值，但由本研究結果得知，基層醫師對於支付點直滿意度偏低，顯示分科管理施行後仍未達理想，因此，如何朝此共同目標一起努力，必然是彼此合作的重點。滿意度較高之項目其次為「分科虛擬總額的公平性」，不滿意的比率達 45.52%；由於各科的看診服務量成長率不同，部分科別的成長率較小或零成長，免於抽審或核刪，但部分科別因為成長率較大，使得該科虛擬總額呈現明顯不足，必須加強抽審及核刪，而可能讓該科醫師覺得分科虛擬總額不夠公平。其他三項（申報案件審查、整體的醫療品質、整體

滿意度) 滿意度以「普通」居首，但不滿意的比率明顯高於非常滿意及滿意(以下簡稱滿意)的比率，其中整體滿意度僅有 20.67%滿意。這樣的結果與牙醫實施總額預算初期的滿意度達 55.5%[14]，有明顯差距，與中醫實施總額預算初期的滿意度 36%較為接近[15]，更有基層醫師滿意度給予 0 分，顯見滿意度明顯偏低。

對整體醫療品質不滿意者的比率明顯高於滿意者的比率，似乎呼應了過去認為總額預算偏重財務觀點而較少品質考量的論述[16,17]，此情形與中醫總額預算的研究相似[18]。但過去研究針對西醫基層醫師探討總額實施初期之成效顯示，51.4%的醫師同意總額制度有助於醫療品質之提升[13]，另有文獻指出牙醫總額預算制度並未影響民眾的醫療照護品質[19]。就分科總額管理而言，該制度主要係透過審查及科管理的機制來穩定及提高點值，對於醫療品質的著墨較少，而未能讓基層醫師明顯感覺制度施行對整體醫療品質之正面影響。

在不同縣市間對分科總額管理實施後之反應有所不同。除了台中市之外，其他三縣均以鄉鎮居多，比較台中市與其他三縣在分科總額管理後的差異，可以推知城鄉差距。根據表 3，台中市在「基層醫師間之競爭」與「執業壓力」方面較大，這與過去的研究結果相合[20]。對於分科總額管理之整體滿意度，南投縣居首，台中市居末。綜合以上資料顯示，實施分科總額管理後在都會區執業的競爭較激烈，醫師間的關係較不融洽，整體滿意度較低，故分科總額管理後，對於都會區之基層醫師其滿意度可能會偏低。

經由羅吉斯迴歸分析，發現「試辦分科管理後基層醫師間之競爭度」、「平均每週看診次數之增減情形」、「執業年資」、「分科方式之合理性」、「對未來發展之影響」及「科別」為影響醫師是否贊成實施分科總額之顯著影響因素。研

究結果發現，試辦分科管理後基層醫師感覺越競爭者，越不贊成實施分科總額，當競爭度越高時，醫師必須耗費的時間和心力可能越多，但分科總額將各科切割清楚，不管再怎麼努力，仍只是限定在分科總額的固定費用內，該科無法增加給付。而試辦分科管理後平均每週看診次數增加越多者，越贊成實施分科總額，雖然增加病患數及總點數，會導致點值下降，但在分科總額底下，若為求長遠經營，勢必還是得提升看診量，以求分得更多的點數，所以每週看診次數增加越多者相較於每週看診次數減少者來說，會比較贊成分科總額制度。

執業年資亦為影響是否贊成實施分科總額的因素之一，年資越長者越贊成，本研究基層醫師之平均執業年資為 13.24 年，以執業 10-15 年者最多，其次是 15-20 年。在過去十多年內，台灣的健康保險制度從公、勞、農保進展至全民健保，之後歷經一連串的變革，醫師需要因應每次健保政策之改變，因此年資越久的醫師，可能越想求得執業之穩定性，因此分科總額可能是相對較為安定的制度。

分科方式直接影響到各科別之組合，認為分科方式合理性越高者、分科總額對該科未來發展之影響越正面者，就越贊成分科總額。試辦分科總額後家醫科的人數最多，當以家醫科為參考組，婦產科顯著較家醫科贊成分科總額，而皮膚科則顯著較家醫科不贊成。目前基層婦產科的執業情況，例如生產數下降、醫療糾紛較多、病人往大醫院流動等，皆是對該科之不利因素，造成婦產科醫師的平均看診人次及健保收入逐漸減少，如果實施分科總額，加上近年選擇婦產科的年輕醫師較少，對現有的婦產科醫師應當是有利的。相較於婦產科，皮膚科則是全民健保後蓬勃發展的科別之一，過去的皮膚科，偏向於醫治嚴重的皮膚病，隨著時代的演變，愛美成為主流，健保又減輕了看病負擔，使得皮膚

科的病人快速增加，對於快速成長的科別，分科總額可能會箝制該科之發展，也導致贊成分科總額者相對較少。同理可推及精神科之情形。

綜合觀之，影響基層醫師對分科總額預算施行之意願之因素除了醫師執業年資及科別之外，亦受醫師間競爭度和醫師看診量所影響，但就政策制度面而言，實施分科總額必須顧及對各科之公平合理與未來發展才能有效提升醫師對分科總額管理之意願。另外，根據本研究之結果，顯示醫師密度高之地區，競爭較為激烈，分科總額對其之衝擊相對較大，對分科總額之滿意度也有較低之現象，因此，若要全面施行分科總額制度，則應有完善的配套措施來提高醫師對施行分科總額管理之意願。本研究有部分研究限制，某些科別的醫師因人數較少，而該科醫師又較少回覆，部分題項有遺漏值較多之情形，造成統計之困難，使得外推性較受限，但本研究將未進入迴歸分析中的研究對象與進入迴歸分析中的研究對象之性別、年齡以及執業縣市之分佈進行卡方檢定，其研究結果並未呈顯著差異（ $p=0.07$ 、 $p=0.26$ 及 $p=0.56$ ），顯示被排除的研究對象與進入迴歸分析之對象基本特質無顯著差異，因此，遺漏值對本研究結果之影響不大。另外本研究回收率雖只有 21.66%，但是與過去台灣對基層醫師之研究之回收率相當[21,22]，應屬可接受之情形，但仍使本研究之外推性受限。

參考文獻

1. Kaiser Family Foundation, Trends in Health Care Costs and Spending 2009.
Available at : http://www.kff.org/insurance/upload/7692_02.pdf. Accessed
February 1, 2010.
2. Burner ST, Waldo DR. National health expenditure projections, 1994-2005. Health
Care Financing Rev 1995;**16**:221-42.
3. Eastaugh RS. Cost containment for the public health. J Health Care Finance 2006;
32: 20-7.
4. Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation.
Ann Intern Med 2005;**142**:932-7.
5. Hurley J, Lomas J, Goldsmith LJ. Physician responses to global physician
expenditure budgets in Canada: a common property perspective. Milbank Q
1997;**75**:343-64.
6. 藍祚運：臺灣人口的老化對未來健康面的影響。台灣衛誌 2003;**22**:237-44。
7. 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋：全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性
之探討。台灣衛誌 2002;**21**:207-13。
8. 張錦文：醫院總額支付與未來的因應措施。福爾摩莎醫務管理雜誌
2005;**1**:1-7。
9. 莊逸洲、黃崇哲、鄭明智：台灣醫院總額支付制度運作模式的初步探討。醫

務管理期刊 2003;4:1-17。

10. 中央健康保險局，全民健康保險各總額部門歷年點值。
http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_8344_2_136%E6%AC%A1%E7%B8%BD%E9%A1%8D%E5%AD%A3%E5%A0%B1%E8%A1%A827%E3%80%8128.pdf。引用 2008/05/20。
11. 葉德豐、王俊文：西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究—以中部四縣市為例。醫務管理期刊 2002;3:11-29。
12. 行政院衛生署中央健康保險局中區業務組，96年中區西醫基層總額分科管理試辦方法。<http://www.nhicb.gov.tw/nhicbe00/clinic/dept96.pdf>。引用 2008/05/20。
13. 葉德豐、楊銘欽、王俊文、張睿詒：基層醫師對實施總額預算初期成效之評價--以健保中區分局轄區為例。台灣衛誌 2005;24:539-47。
14. 楊哲銘、林文君、鍾季樺、周佳穎：牙科總額支付制度對台北市牙醫師醫療行為之影響探討。醫護科技學刊 2001;3:255-66。
15. 應純哲、何永成、邱文作、巫雲光、楊桂花：中醫師對中醫門診總額支付制度滿意度調查—以高屏地區為例。醫務管理期刊 2002;3:61-71。
16. 周麗芳、陳曾基：探討健康保險總額預算制度。台灣醫界 1999;42:57-64。
17. 吳重慶、葉淑娟：醫療管理的省思(2)-總額預算的多元化支付制度。台灣醫界 2001;44:55-7。

18. 林雨菁：總額支付制度中醫醫院門診醫療服務品質指標之研究。台中：中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2001。
19. 張育嘉、黎伊帆、汪芳國、鄭守夏：全民健保實施總額預算制度之初步影響評估：以牙醫與西醫基層為例。台灣衛誌 2006;**25**:152-62。
20. 蔡文正、龔佩珍、阮金祥：民眾至基層診所就診意願與開業醫師對醫療服務自我評價之研究。行政院衛生署九十年度委託研究計畫，2002。
21. 蔡文正、游秋華、黃光華、謝淑惠、陳慧珊、廖家慧、吳守寶等：健保 IC 卡對醫師診療之助益及其相關因素。台灣衛誌 2009;**28**:205-17。
22. 陳郁穎、葉端坦、陳楚杰、林恆慶：基層開業醫師對台灣基層醫療制度的評估及滿意度調查。臺灣家庭醫學雜誌 2008;**18**:137-148。

表 1、受訪醫師特質及診所基本特性

變 項	受訪醫師樣本 (N=579)		變 項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	N	%		N	%
性別			診所醫師人數	(1.54) ^a	
男	533	93.02	1 位	362	64.30
女	40	6.98	2 位	135	23.98
遺漏值	6		3 位	40	7.10
年齡		(50.53) ^a	4 位	17	3.02
≤40	67	11.94	≥5 位	9	1.60
41~45(含)	78	13.90	遺漏值	16	
46~50(含)	159	28.34	擔任職務		
51~55(含)	93	16.58	負責人	488	84.58
56~60(含)	87	15.51	合夥人	54	9.36
>60	77	13.73	受僱者	35	6.07
遺漏值	18		遺漏值	2	
執業年資		(13.24) ^a	診所原登記專科(可複選)		
≤5	71	13.98	家醫科	153	26.98
5~10(含)	90	17.72	小兒科	109	19.22
10~15(含)	131	25.79	內科	95	16.75
15~20(含)	93	18.31	一般科	95	16.75
20~25(含)	46	9.06	婦產科	58	10.23
25~30(含)	30	5.91	耳鼻喉科	45	7.94
>30	47	9.25	外科	37	6.53
遺漏值	71		眼科	36	6.35
執業縣市			皮膚科	32	5.64
台中市	185	32.17	復健科	15	2.65
台中縣	167	29.04	骨科	14	2.47
彰化縣	159	27.65	泌尿科	6	1.06
南投縣	64	11.13	精神科	6	1.06
遺漏值	4		神經內科	3	0.53
診所類型			整形外科	2	0.35
單人診所	381	66.38	其他	4	0.71
聯合診所(同科)	106	18.47	遺漏值	12	
聯合診所(不同科)	78	13.59			
聯合門診	9	1.57			
遺漏值	5				

表 1、受訪醫師特質及診所基本特性(續)

變 項	受訪醫師樣本 (N=579)		變 項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	N	%		N	%
診所 2008 年後是否換科			分科管理後個人 每月平均看診人次		
否	527	93.11	≤ 500	59	10.46
是	39	6.89	501~1000	167	29.61
遺漏值	13		1001~1500	159	28.19
分科管理選擇科別			1501~2000	113	20.04
家醫科	189	33.51	2001~2500	41	7.27
內科	91	16.13	2501~3000	14	2.48
小兒科	70	12.41	≥ 3001	11	1.95
耳鼻喉科	48	8.51	遺漏值	15	
婦產科	43	7.62	分科管理後診所 每月平均看診人次		
眼科	36	6.38	≤ 500	53	9.41
皮膚科	29	5.14	501~1000	143	25.4
外科	22	3.90	1001~1500	124	22.02
復健科	14	2.48	1501~2000	98	17.41
骨科	10	1.77	2001~2500	50	8.88
精神科	7	1.24	2501~3000	27	4.80
泌尿科	5	0.89	3001~3500	25	4.44
遺漏值	15		3501~4000	11	1.95
更換科別爲 (N=39)			4001~4500	10	1.78
外科	13	34.21	≥ 4501	22	3.91
家醫科	9	23.68	遺漏值	16	
內科	9	23.68			
小兒科	2	5.26			
耳鼻喉科	2	5.26			
骨科	1	2.63			
泌尿科	1	2.63			
精神科	1	2.63			

註：^a表示平均數；遺漏個案不納入百分比之計算

表 2、實施分科總額管理前後之情形、滿意度、態度

變 項	(N=579)		變 項	(N=579)	
	N	%		N	%
分科總額管理前診所之情況			案件抽審次數		
所在執業地區基層醫師間之競爭度			減少很多	37	6.43
非常不激烈	5	0.87	減少一些	137	23.83
不激烈	27	4.71	差不多	228	39.65
普通	158	27.57	增加一些	123	21.39
激烈	251	43.80	增加很多	50	8.70
非常激烈	132	23.04	遺漏值	4	
遺漏值	6		審查核刪費用		
所在執業地區同科醫師間之關係			減少很多	23	4.00
非常不融洽	8	1.40	減少一些	118	20.52
不融洽	70	12.26	差不多	232	40.35
普通	337	59.02	增加一些	135	23.48
融洽	150	26.27	增加很多	67	11.65
非常融洽	6	1.05	遺漏值	4	
遺漏值	8		執業壓力		
所在執業地區不同科醫師間之關係			減少很多	18	3.13
非常不融洽	6	1.05	減少一些	69	12.00
不融洽	48	8.42	差不多	250	43.48
普通	348	61.05	增加一些	134	23.30
融洽	162	28.42	增加很多	104	18.09
非常融洽	6	1.05	遺漏值	4	
遺漏值	9		每月健保收入		
分科總額管理後診所之情況			減少很多	71	12.37
基層醫師間之競爭			減少一些	202	35.19
減少很多	5	0.87	差不多	278	48.43
減少一些	60	10.43	增加一些	23	4.01
差不多	378	65.74	增加很多	0	0.00
增加一些	93	16.17	遺漏值	5	
增加很多	39	6.78	每週看診次數		
遺漏值	4		減少很多	8	1.39
同科基師間之融洽關係			減少一些	94	16.38
減少很多	26	4.51	差不多	461	80.31
減少一些	62	10.76	增加一些	9	1.57
差不多	422	73.26	增加很多	2	0.35
增加一些	60	10.42	遺漏值	5	
增加很多	6	1.04	民眾對醫療的抱怨		
遺漏值	3		減少很多	1	0.18
不同科醫師間之融洽關係			減少一些	24	4.20
減少很多	13	2.26	差不多	379	66.37
減少一些	48	8.36	增加一些	123	21.54
差不多	434	75.61	增加很多	44	7.71
增加一些	72	12.54	遺漏值	8	
增加很多	7	1.22			
遺漏值	5				

表 2、實施分科總額管理前後之情形、滿意度、態度(續)

變 項	(N=579)		變 項	(N=579)	
	N	%		N	%
分科總額管理後診療情況			非常滿意	7	1.22
用藥自主性			遺漏值	6	
減少很多	68	11.81	分科虛擬總額公平性		
減少一些	111	19.27	非常不滿意	105	18.45
差不多	331	57.47	不滿意	154	27.07
增加一些	57	9.90	普通	223	39.19
增加很多	9	1.56	滿意	81	14.24
遺漏值	3		非常滿意	6	1.05
處置(含手術)自主性			遺漏值	10	
減少很多	56	9.86	整體醫療品質		
減少一些	116	20.42	非常不滿意	52	9.29
差不多	342	60.21	不滿意	142	25.36
增加一些	45	7.92	普通	279	49.82
增加很多	9	1.58	滿意	80	14.29
遺漏值	11		非常滿意	7	1.25
檢驗及檢查自主性			遺漏值	19	
減少很多	51	8.93	整體滿意度		
減少一些	121	21.19	非常不滿意	79	13.96
差不多	342	59.89	不滿意	139	24.56
增加一些	48	8.41	普通	231	40.81
增加很多	9	1.58	滿意	97	17.14
遺漏值	8		非常滿意	20	3.53
轉診(轉出)病人數			遺漏值	13	
減少很多	5	0.87	對分科總額管理之看法與態度		
減少一些	12	2.09	分科方式之合理性		
差不多	466	81.04	非常不合理	73	13.04
增加一些	86	14.96	不合理	235	41.96
增加很多	6	1.04	合理	239	42.68
遺漏值	4		非常合理	13	2.32
實施分科管理後之滿意度			遺漏值	19	
健保支付點值			對該科未來發展之影響		
非常不滿意	88	15.3	非常負面	77	13.7
不滿意	194	33.74	負面	230	40.93
普通	234	40.70	正面	237	42.17
滿意	54	9.39	非常正面	18	3.20
非常滿意	5	0.87	遺漏值	17	
遺漏值	4		是否贊成實施分科總額		
申報案件審查			非常不贊成	94	16.88
非常不滿意	78	13.61	不贊成	229	41.11
不滿意	161	28.1	贊成	213	38.24
普通	259	45.20	非常贊成	21	3.77
滿意	68	11.87	遺漏值	22	

表 3、各縣市實施分科總額管理前後之情形與滿意度

變 項	台中市 (N=185)		台中縣 (N=167)		彰化縣 (N=159)		南投縣 (N=64)		P 值 ^a	事後檢定
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
實施前情況 ^b										
基層醫師間之競爭	3.95	0.85	3.79	0.85	3.85	0.84	3.63	0.95	0.06	
同科醫師間融洽度	3.09	0.69	3.15	0.70	3.09	0.64	3.31	0.69	0.12	
不同科醫師間融洽度	3.14	0.66	3.24	0.67	3.18	0.56	3.27	0.70	0.39	
實施後情況 ^b										
基層醫師間之競爭	3.33	0.77	3.08	0.74	3.14	0.67	3.06	0.71	<0.01	中市>中縣、 南投
同科醫師間融洽度	2.88	0.75	2.95	0.64	2.92	0.55	3.05	0.63	0.34	
不同科醫師間融洽度	2.93	0.63	3.05	0.57	3.04	0.54	3.17	0.58	0.03	南投>中市
案件抽審次數	3.17	0.99	2.95	1.04	2.96	1.01	2.95	1.16	0.14	
審查核刪費用	3.35	1.00	3.12	1.03	3.09	0.95	3.13	1.18	0.08	
執業壓力	3.65	1.00	3.33	1.01	3.26	0.98	3.33	1.10	<0.01	中市>中縣、 彰化
平均每月健保收入	2.37	0.80	2.45	0.74	2.5	0.7	2.47	0.82	0.45	
平均每週看診次數	2.82	0.50	2.81	0.46	2.86	0.45	2.84	0.48	0.77	
民眾對醫療的抱怨	3.39	0.70	3.26	0.7	3.34	0.68	3.24	0.61	0.22	
實施後診療情況 ^b										
用藥自主性	2.62	0.84	2.86	0.85	2.64	0.85	2.7	0.94	0.04	中縣>中市
處置(含手術自主性)	2.66	0.79	2.79	0.77	2.65	0.86	2.78	0.83	0.31	
檢驗及檢查自主性	2.64	0.79	2.82	0.75	2.70	0.83	2.81	0.86	0.14	
轉診(轉出)病人數	3.16	0.54	3.11	0.43	3.14	0.48	3.1	0.39	0.70	
實施後滿意度 ^b										
健保支付點值	2.46	0.84	2.51	0.93	2.40	0.91	2.59	0.89	0.45	
申報案件審查	2.51	0.87	2.66	0.96	2.65	0.84	2.56	1.03	0.35	
分科總額公平性	2.41	0.95	2.63	1.02	2.48	0.96	2.74	1.00	0.05	
整體醫療品質	2.66	0.81	2.81	0.89	2.73	0.87	2.75	0.87	0.48	
整體滿意度 ^c	64.05	7.27	66.41	9.11	65.97	8.75	67.25	9.37	0.03	南投>中市

註：^a以 ANOVA 檢定。^b各變項以 Likert's scale 五分法衡量，1 分表示減少很多，2 分表示減少一些，3 分表示差不多，4 分表示增加一些，5 分表示增加很多。^c整體滿意度以 1-100 分衡量。

表 4、各科別實施分科總額管理前後之情形與滿意度

變 項	家醫 ¹ (N=189)		內科 ² (N=91)		外科 ³ (N=22)		小兒 ⁴ (N=70)		婦產 ⁵ (N=43)		骨科 ⁶ (N=10)		泌尿 ⁷ (N=5)		耳鼻喉科 ⁸ (N=48)		眼科 ⁹ (N=36)		皮膚 ¹⁰ (N=29)		精神 ¹¹ (N=7)		復健 ¹² (N=14)		P 值 ^a	事後檢定	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
實施前情況 ^b																											
基層醫師間之競爭	3.8	0.9	3.8	0.9	4.0	1.0	4.2	0.8	3.5	0.8	3.5	1.1	3.8	0.5	4.0	1.0	3.7	0.8	4.0	0.6	3.9	0.9	3.8	0.4	0.02	4>6	
同科醫師間融洽度	3.0	0.6	3.2	0.8	3.3	0.6	3.1	0.7	3.4	0.6	3.5	0.7	3.2	0.8	3.2	0.7	3.0	0.6	2.9	0.6	3.7	0.5	3.0	0.8	<0.01	2>1; 2,3,8>10; 5>1,4,9,10; 6>1,9,10; 11>1,4,9,10,1	
不同科醫師間融洽度	3.2	0.6	3.3	0.6	3.1	0.6	3.0	0.6	3.4	0.6	3.6	0.5	3.4	0.9	3.2	0.7	3.5	0.7	3.1	0.6	2.9	0.9	3.2	0.8	<0.01	2,5>4; 6>1,4,10,11; 9>1,3,4,8,10,11	
實施後情況 ^b																											
基層醫師間之競爭	3.3	0.7	3.1	0.7	2.9	0.8	3.4	0.8	3.2	0.5	2.9	0.3	2.6	0.9	3.0	0.8	3.1	0.8	3.1	0.6	3.9	1.2	2.9	0.7	<0.01	11>all 1,4>7	
同科醫師間融洽度	2.9	0.6	2.9	0.6	3.2	0.5	2.9	0.6	3.0	0.4	3.2	0.4	3.2	0.5	3.0	0.7	2.9	1.0	2.8	0.6	2.0	1.2	2.7	0.8	<0.00	11<all	
不同科醫師間融洽度	3.0	0.6	3.1	0.6	3.2	0.6	3.0	0.6	3.1	0.5	3.1	0.3	3.2	0.5	3.1	0.6	3.2	0.6	2.9	0.5	2.1	1.1	3.1	0.5	<0.01	11<all	
案件抽審次數	3.3	1.0	2.8	1.0	2.2	1.0	2.9	1.0	3.1	0.9	2.4	1.1	2.4	0.6	2.8	1.2	2.8	1.0	3.7	0.9	4.0	0.8	3.1	0.7	<0.01	1,10>3	
審查核刪費用	3.4	1.0	3.1	1.0	2.5	1.2	3.1	0.9	3.0	0.9	2.7	0.8	2.4	0.6	2.9	1.0	2.9	1.0	3.7	0.8	4.3	0.5	3.2	0.8	<0.01	11>1-9,12; 1,10>2-9	
執業壓力	3.6	1.0	3.3	1.0	2.6	1.0	3.6	0.9	3.4	0.9	2.5	0.5	3.0	0.0	3.1	1.0	3.3	1.2	3.9	0.8	4.9	0.4	3.2	1.0	<0.01	3,6,8<11; 3<10,11	
平均每月健保收入	2.3	0.8	2.4	0.8	3.0	0.6	2.5	0.7	2.5	0.7	2.7	0.7	3.0	0.7	2.6	0.8	2.3	0.7	2.5	0.6	1.9	0.7	2.4	0.8	<0.01	7,8>1,9,11; 3>1,2,4,5,9,11,12; 5,6,10>11; 4>1,11	
平均每週看診次數	2.8	0.5	2.8	0.4	2.9	0.4	2.9	0.6	2.8	0.4	2.9	0.3	3.0	0.7	2.8	0.6	2.8	0.4	2.9	0.4	3.0	0.0	3.0	0.4	0.82		
民眾對醫療的抱怨	3.4	0.7	3.3	0.7	3.0	0.6	3.3	0.5	3.2	0.7	3.1	0.3	3.4	0.6	3.3	0.7	3.3	0.7	3.4	0.6	4.3	0.8	3.2	0.6	<0.01	11>all	
實施後診療情況 ^b																											
用藥自主性	2.6	0.9	2.7	0.9	3.3	0.8	2.9	0.7	2.9	0.6	3.2	0.4	3.0	0.0	2.8	0.9	2.6	1.0	2.4	0.8	1.3	0.8	2.9	0.4	<0.01	11<2,3,4,5,6,8	
處置(含手術)自主性	2.6	0.8	2.8	0.7	3.1	0.8	2.8	0.6	2.9	0.7	3.2	0.4	3.0	0.0	2.9	1.0	2.6	1.0	2.3	0.7	1.3	0.5	2.9	0.3	<0.01	11<2,3,4,5,6,8,12	
檢驗及檢查自主性	2.6	0.8	2.8	0.9	3.2	0.7	2.8	0.6	2.9	0.7	3.2	0.4	3.0	0.0	2.8	1.0	2.8	0.9	2.5	0.6	1.6	0.5	2.9	0.5	<0.01	3>11	
轉診(轉出)病人數	3.1	0.6	3.1	0.6	3.2	0.4	3.1	0.4	3.3	0.4	3.1	0.3	3.0	0.0	3.1	0.4	3.1	0.3	3.0	0.2	3.4	0.5	3.1	0.3	0.59		
實施後滿意度 ^c																											
健保支付點值	2.3	0.9	2.5	0.9	3.1	1.0	2.5	0.9	2.6	0.9	2.9	0.7	3.0	0.7	2.6	1.0	2.6	0.8	2.3	0.8	2.4	1.1	2.8	0.7	<0.01	3>1,2,4,5,8,9,10 5,6,8,12>1	
申報案件審查	2.3	0.9	2.7	1.0	3.1	1.1	2.7	0.8	2.7	0.8	2.9	0.7	3.6	0.6	3.0	1.1	2.6	0.9	2.5	0.6	2.0	0.8	2.6	0.8	<0.01	8>1	
分科虛擬總額公平性	2.3	0.9	2.6	1.0	3.3	0.8	2.5	0.9	2.7	0.7	3.0	0.8	3.2	0.8	3.2	1.1	2.5	1.0	2.0	0.9	1.1	0.4	2.7	0.7	<0.01	3,8>1,10,11	
整體醫療品質	2.5	0.9	2.9	0.8	3.4	0.7	2.8	0.7	2.8	0.6	3.1	0.9	3.2	0.5	3.1	1.0	2.7	0.9	2.6	0.6	1.7	0.8	2.9	0.6	<0.01	3>1,11	
整體滿意度 ^d	63.4	7.9	65.4	9.4	70.9	8.9	65.7	7.8	66.4	6.8	69.0	9.3	74.4	10.1	69.2	10.0	66.0	8.5	63.4	5.1	58.8	5.8	68.9	9.3	<0.01	7>1,2,4,9,10,11 11<3,6,8,12	

註：^a以 ANOVA 檢定。^b各變項以 Likert's scale 五分法衡量，1 分表示減少很多，2 分表示減少一些，3 分表示差不多，4 分表示增加一些，5 分表示增加很多。

^c各變項以 Likert's scale 五分法衡量，1 分表示非常不滿意，2 分表示不滿意，3 分表示普通，4 分表示滿意，5 分表示。^d整體滿意度以 1-100 分衡量。

表 5、醫師是否贊成實施分科總額之羅吉斯迴歸分析

變 項	係數	OR	95%CI	
常數	-5.852			
實施分科管理前醫師間競爭度	0.337	1.40	0.98	2.01
實施分科管理後醫師間競爭度	-0.553	0.58 *	0.33	0.97
平均每週看診次數之增加情形	1.011	2.75 **	1.29	5.84
執業年資	0.051	1.05 **	1.02	1.09
分科方式之合理性				
不合理 (參考組)				
合理	1.240	3.46 **	1.61	7.43
該科未來發展之影響				
負面 (參考組)				
正面	2.722	15.21 **	6.82	33.89
科別				
家醫科 (參考組)				
內科	-0.159	0.85	0.35	2.09
外科	-0.104	0.90	0.23	3.58
小兒科	0.440	1.55	0.58	4.18
婦產科	1.798	6.04 **	1.73	21.04
骨科	0.507	1.66	0.24	11.59
耳鼻喉科	0.502	1.65	0.54	5.07
眼科	1.223	3.40	0.88	13.19
皮膚科	-2.630	0.07 **	0.01	0.46
復健科	0.551	1.74	0.20	14.75
其他科	-0.944	0.39	0.03	5.03
分科後個人每月平均看診人次				
≤ 500 (參考組)				
501~1000	-0.715	0.49	0.16	1.48
1001~1500	0.533	1.70	0.57	5.12
1501~2000	-0.186	0.83	0.26	2.61
≥ 2001	0.479	1.61	0.44	5.91

註：N=385；迴歸模式依變項分為贊成(n=175)與不贊成(n=210)兩組，以贊成作為事件(event)。*P<0.05；**P<0.01；停留於模式條件 p<0.10。