

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHASEP-002

基層醫師對實施基層分科總額預算之
意願及影響因素—以中部四縣市為例

**Willingness of primary care physicians for
department global budget implementation and
the associated factors in central Taiwan**

指導教授：蔡 文 正 教授

研究生：陳 文 侯 撰

中華民國 九十七年 六月

摘要

目的：探討實施基層分科總額管理後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西醫基層執業醫師，利用結構式問卷以郵寄方式進行普查，共發出 2,673 份問卷，回收 579 份問卷。除描述性分析及雙變項分析外，以羅吉斯迴歸分析探討影響基層醫師是否贊成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，整體滿意度認為普通者佔 40.81%，認為不滿意者佔 38.52%，認為滿意者佔 20.67%。在都會區執業競爭較激烈，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影響醫師是否贊成實施分科總額預算之因素為「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」。實施分科管理後平均每週看診次數增加越多者、執業年資越長者、認為分科方式合理性越高者、對未來發展之影響越正面者，就越贊成分科總額。實施分科管理後基層醫師感覺越競爭者，就越不贊成實施分科總額。

結論與建議：基層醫師對於分科管理的各項滿意度均偏低，分科管理較不利於都會區之醫師，多數基層醫師不贊成進一步實施分科總額預算。建議加強溝通宣導、檢討總額預算制度、降低基層醫師執業不利因素之影響程度、注重整體的醫療品質、改進分科

方式及鼓勵基層醫師至鄉鎮地區執業。

關鍵字：總額預算、基層醫師、分科管理、分科總額預算



Willingness of primary care physicians for department global budget implementation and the associated factors in central Taiwan

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.

Method : This study adopted the survey method of a self-designed structured questionnaire. All the PCPs who were undertaking national health insurance at western medicine clinics were selected with a total of 2673 physicians on May 1, 2007. 579 valid responses were received with a response rate of 21.66%.

Result : 55% PCPs thought the way of partitioning departments was unreasonable. 54.63% PCPs thought the DGB had a harmful effect on department development. 38.52% PCPs were dissatisfied about DGB while 20.67% were satisfied and 40.81% were unremarkable. The satisfaction was lower at big city probably due to higher competition. 57.99% PCPs disagreed with DGB. 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, rationality of the way of partitioning departments, the anticipated effect on department development and the variety of departments through logistic regression analysis.

Conclusion : The satisfaction of DGB demonstration was relatively low. The DGB is disadvantageous to PCPs at big city. The majority of PCPs disagreed with DGB implementation.

Key words: primary care physicians, department global budget, department global budget demonstration



誌謝

本研究論文之完成，首先要感謝中國醫藥大學醫務管理學研究所蔡文正所長之熱忱指導，這是論文成形的最大要素。並誠摯感謝李采娟老師與亞洲大學龔佩珍老師之指正，以及感謝龍紀萱老師與黃光華老師幫忙問卷之設計，使本論文更為完整。特別感謝郭妮吟小姐與陳慧珊小姐協助本論文之完成。

由於台中市醫師公會高大成理事長、台中縣醫師公會陳宗獻理事長、彰化縣醫師公會黃明和理事長、南投縣醫師公會呂和雄理事長、中區四縣市診所協會理事長、各分科召集人、彰化縣李武波醫師以及許多師長先進之慨然相挺且提供寶貴意見，使本論文得以順利進行，在此致上萬分謝意。

謹將本論文獻給長期在基層奮鬥與奉獻之醫界朋友們，這篇論文是我們共同的心血所堆砌而成。

陳文侯謹識於台中 2008 年 7 月

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	3
第二章 文獻探討	4
第一節 名詞定義	4
第二節 各國實施總額預算的背景與成效	6
第三節 實施總額預算的爭議	8
第四節 總額預算對醫界的影響	10
第五節 系統模型參考	12
第六節 文獻總結	14
第三章 研究設計與研究方法	15
第一節 研究架構	15
第二節 資料來源	16
第三節 研究變項與操作型定義	18
第四節 資料處理與分析	21
第四章 研究結果	23
第一節 樣本代表性分析	23
第二節 描述性分析	24

第三節 雙變項分析	27
第四節 羅吉斯迴歸分析	31
第五章 討論	54
第六章 結論與建議	63
第一節 結論	63
第二節 建議	65
第三節 研究限制	67
參考文獻	68
附錄一、96年中區西醫基層總額分科管理計畫草案	72
附錄二、醫師問卷	74



表目錄

表 3-1、操作型定義.....	18
表 4-1、樣本代表性分析.....	33
表 4-2、受訪醫師特質及診所基本特性.....	34
表 4-3、實施分科管理前基層診所之情況.....	36
表 4-4、受訪醫師對分科管理之了解與態度.....	37
表 4-5、實施分科管理後基層診所之情況.....	38
表 4-6、實施分科管理後之診療情況.....	39
表 4-7、實施分科管理後之滿意度.....	40
表 4-8、各縣市醫師執業情形之雙變項分析.....	41
表 4-9、醫師是否贊成繼續實施分科管理之雙變項分析.....	42
表 4-10、醫師是否贊成實施分科總額之雙變項分析.....	43
表 4-11、實施分科管理前後各科別執業情形.....	48
表 4-12、各縣市實施分科管理後之情形.....	49
表 4-13、各科實施分科管理後之情形.....	50
表 4-14、各科醫師對分科管理之滿意度比較.....	51
表 4-15、不同特性的醫師對分科管理之滿意度比較.....	52
表 4-16、醫師是否贊成實施分科總額之羅吉斯迴歸分析.....	53

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

我國自 1995 年 3 月 1 日起實施強制全民健康保險，在全民健保法的規定下，全體民眾必須納入加保，繳交保險費。又根據全民健保法第 47 條的規定，必須有保險年度醫療給付費用總額。但於全民健保開辦之初，費用支出小於費用收入，所收取之保險費有盈餘，故未實施總額預算。隨著醫療利用率直線上升，像是人口老化和慢性病比率升高，尤其是醫療院所之數量暴增，並且病床數急速擴充，使得費用支出快速增加。但民眾的健保費率增加量微小，十多年來僅調整 0.3%，還因此引發政爭，導致衛生首長下台。在收入未能隨著服務量提升而增加，而支出直線成長之時，實施總額預算遂有其迫切性，以儘量達到收支平衡。

牙醫在 1998 年 7 月開始試行總額預算，其後正式實施至今。其他醫療群體也陸續加入，包括中醫於 2000 年 7 月，西醫基層於 2001 年 7 月，西醫醫院於 2002 年 7 月。故自 2002 年 7 月 1 日起，我國全民健康保險已全面施行總額預算制度。

西醫基層實施總額預算的初期，因保障基層整體的醫療收入，且服務量的成長率不大，較醫院尤其是醫學中心小很多，故度過一段蜜月期。此時基層醫師壓力小，收入穩定。但隔年醫院也實施總額預算，而醫院服務量成長率又明顯大於總額成長率，使得醫院釋出部分門診病人到基層，或設立「院前診所」（即由醫院出資的診所，聘請醫師執業，負責醫師僅是掛名的老闆，實際的老闆是醫院的老闆。院前診所不一定在醫院附近。），造成基層服務量大增，使得基層總額財務吃緊，浮動點值一直下滑，最低至 2004 年第 4 季的 0.683，基層醫師收入暴減，多數苦不堪言。

在基層院所，某些科別成長率較高，一方面領取較高額健保給付，一方面造成浮動點值更為下降，因此相對壓縮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。加上許多醫師不滿意申報案件審查的次數與結果，近年來就有實施分科總額預算（以下簡稱分科總額）的討論。

健保局中區分局自 2007 年 5 月 1 日起，試行「西醫基層總額分科管理試辦計畫」（附錄一，以下簡稱分科管理），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。

虛擬總額的計算是依據基層各科最近 3 年（2004-2007 年）申報之醫療費用總點數，計算各科占率，然後乘上今年度中區基層總額，即為基層各科今年度之虛擬總額。分科管理是進一步實施分科總額的前驅措施，而分科總額是一全新之措施，不僅為國內外之首創，且對基層醫師的執業與未來發展，可能產生極大之影響。故基層醫師對實施基層分科總額之意願以及影響其贊成或反對分科總額之相關因素，頗值得探討。

第二節 研究目的

本研究目的如下：

一、了解各科醫師對繼續實施分科管理之意願

一項政策的修改或推行，尤其是攸關全體民眾健康的醫療保險給付制度，必須極為審慎。如果醫界的共識高，多數表示贊成，則其推展必較順利。如果醫界的共識不高，表示贊成者較少，甚至有抗拒的情事，則此項政策較難順利推展。故了解各科醫師的意願，有其必要性。

二、探討實施基層總額分科管理後，對醫師執業之影響

醫療保險給付制度直接影響醫師之執業，也必然對民眾的健康照護有重大的影響。實施基層總額分科管理後，必須了解對醫師執業之影響。

三、探討基層醫師對實施基層總額分科管理之滿意度

在全民健康保險實施後，每年都會對民眾進行滿意度調查，但甚少對醫師進行滿意度調查。由於基層總額分科管理是一項試辦計畫，所以應該探討基層醫師的滿意度。

四、探討基層醫師由分科管理的經驗，是否有進一步實施分科總額預算的意願，以及探討影響基層醫師贊成或反對分科總額預算的相關因素

分科總額預算是分科管理的終極目標，故有必要了解基層醫師的意願，並評估實施分科管理的有利因素，及如何解決不利因素，有助於推動本政策，並減少醫界反對及民怨。

第二章 文獻探討

第一節 名詞定義

一、診所

僅提供門診治療之醫療機構，依組織之不同，區分為單人診所、同科醫師組成之聯合診所、不同科醫師組成之聯合診所與聯合門診。聯合門診為至少兩個診所組成之醫療機構，可共用場所與設備，可共聘人員，但經營與財務各自獨立，在衛生署和健保局的認定上，是各自獨立的診所。

二、分科總額預算

總額預算為總額預算支付制度之簡稱。指健康保險相關團體包括付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，預先以協商方式，訂定未來一段時間內健康保險醫療服務費用總支出，以酬付該醫事服務部門在該期間內所提供的醫療服務，並藉以維持健康保險財務收支平衡。分科總額預算即是將整體總額預算依科別之不同再切割開來，各科擁有自己的總額。因已切割清楚，各科的點值將不相同。

三、分科管理

健保局原先依專科類別將基層醫師分為家醫科、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、神經內科、精神科、復健科、整形外科、一般科等 16 科，但由於中區四縣市有些科別的醫師總數太少，為了便於管理，在分科管理時整併為 12 科，即家醫科、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、復健科等，而且基層醫師可以自行選擇要歸入那一科。未表明者，則歸入過去申報健保給付比例最高的科別，譬如過去申報健保給付以外科案件最

多，則歸入外科。分科管理是依據虛擬總額來進行管控，但若申報總數超過或低於虛擬總額，最後仍進入整體總額去計算，各科的點值並無不同。



第二節 各國實施總額預算的背景與成效

對於國民的健康照護，先進國家都極為重視，將其列為施政的重點項目（Annas, 1998）。健康保險制度是健康照護的主流之一，尤其是對於急難、重症及慢性病的患者，健康保險制度發揮了最大的效用，更讓低收入戶能夠得到基本的醫療救治，我國則自 1995 年起實施全民健康保險制度（Chiang, 1997）。

但隨著醫療的進步與國民對醫療需求日益增加，多數國家的醫療支出快速成長，其成長率明顯大於 GDP 之成長率（Burner and Waldo, 1995），使得各國普遍面臨醫療財務問題。為了因應醫療財務困境，於是有了各種解決的方法（Aas, 1995）。

荷蘭與德國強調醫療供應者與保險人之義務重於權利（Kirkman-Liff, 1991），也有人提倡以“新經濟”思維去降低成本（Starr, 2000），“新經濟”包含下列項目：

- （一）以網路行銷（藥品及醫療器材等）降低成本。
- （二）減少地區獨佔。例如放射科之 X 光片，可經網路由遠距之專科醫師判讀，不必再由當地醫師獨佔。
- （三）可透過網路向醫師諮詢，取代原有的門診諮詢。

德國在 1883 年即建立現代健康照護系統，政府讓勞工們擁有健康保險。德國自 1977 年起經過一連串的改造（Schneider, 1991），來抑制醫療費用的增加，其成效較大多數西方國家顯著。採取的措施包括增加自負額，限制醫院擴張病床數，以及增加家庭醫師之診療費用等（Brenner and Rublee, 1991）。

除了上述的努力外，已實施健康保險制度的國家，為控制醫療費用，並提升醫療服務及管理效率，施行相關的支付措施，包括論病例計酬、論人計酬、總額預算等。法國在 1984 年實施住院病人之

總額預算 (Redmon et al., 1995)，成功地降低了醫療費用成長率。德國則在 1987 年首次以費用支出上限來限制費用成長 (Henke et al., 1994)。以荷蘭為例 (張友珊, 1999)，中央費率機構以被保險人風險校正論人支付制度 (risk-adjusting capitation payment, RACP) 支付費用給各保險人，保險人再以論人計酬支付給家庭醫師，以總額預算支付給醫院，一家醫院一筆預算。其總額預算另有幾個特點，例如：

- (一) 減少中央集權，增加地方分權：保險人、醫院與醫師將協商層面由中央擴及地區，談判項目簡單化。
- (二) 總額之計算：由保險人與醫療服務提供者分別洽定醫院費、醫師費、藥費等的分配額度，全國醫療費用的總額由財政部長做最後的決定。保險費率可由中央費率機構依醫療費用支出之額度調整，很少受到政治干預。
- (三) 地區導向：社會保險人有義務與所在地區的醫事服務機構簽約。

其他 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 國家也將總額預算納入健康照護改造之重要內容 (Hurst, 1991)，據 1991 年美國會計機構 (U.S. General Accounting Office) 之估計，總額預算降低了這些國家 9-17% 之健康照護支出。這使得更多國家跟進，加拿大從 1990 年開始實施總額預算 (Hurley and Card, 1996)，瑞士也在 1992 年研究試行 (Etter and Perneger, 1998)。

第三節 實施總額預算的爭議

各個國家的總額預算不盡相同，也各存在一些問題。像是加拿大的總額預算，就有重症病患須長期等候治療的問題，也就產生民眾對醫療照顧適當性是否滿意的問題。而加拿大不同的省份，其總額預算的內容並不盡相同（Hurley et al., 1997; Rublee and Moser, 1991）。對於醫療人員來說，從 fee-for-service 改為總額預算，是難以適應的挑戰（Hurley and Card, 1996）。為了讓付費者與醫療供應者增加和諧與減少衝突，雙方應透過協商處理歧見（Ellis and McGuire, 1990）。

在世界各國當中，美國的醫療保健支出佔 GDP 的比率最高，但醫療成果卻未必較好，例如平均壽命和嬰兒死亡率均不理想（Schieber, 1994）。雖然其他國家總額預算的經驗可為美國借鏡（Henke et al., 1994），但學者仍擔心實施總額預算後的醫療成效。而且總額預算限制了保險公司對保險費的收取，將使保險公司面臨嚴重的財務問題（Stuart et al., 1993）。

對我國全面實施總額預算，有部分持保留甚至反對的態度。持保留態度者認為，這樣的一個制度，並非單純的數字推估即可達成，乃涉及複雜的社會文化、經驗傳承、協商技巧與專業背景。在這四種項目尚未齊備下，如貿然引用，恐將產生更多後遺症（尤之毅，1999）。反對者認為，我國醫療保健支出佔 GDP 的比率，明顯低於 OECD 國家實施總額預算者，更遠低於美國。但政府及健保局卻不斷承諾醫療保險給付的範圍，又未能配合增加保費的收入，使得健保財務加速惡化。健康保險須兼顧就醫可近性、醫療品質與就醫成本三大主軸，三者間的平衡點，應由市場機制去決定，不能因短暫保費收入設計不當，就強行抑制合理的醫療支出。當然醫療資

源有限，必須節制浪費，但應該是針對特定醫療服務項目的濫用或誤用行為，予以稽核並且導正，而不是全面性的嚴厲限制。在整體國家醫療保健總支出未達合理水準前，不應因暫時性的財務失衡現象而不斷變更制度（郭正全，2000）。而且總額預算偏重財務觀點，較少品質考量（周麗芳等，1999；吳重慶等，2001）。

對於總額預算的運作，採取支出上限制或支出目標制何者較佳，存在著討論的空間。支持支出上限制者認為，在相同的費用下，其醫療服務量較大（Fan et al., 1998）。支持支出目標制者認為，在相同的費用下，政府可控制單位價格及所要限定的醫療數量（陳耀東，2004）。



第四節 總額預算對醫界的影響

我國全民健保以牙醫最早實施總額預算，實施初期發現門診量、每人次申報費用及申報總金額均有上升趨勢（廖翊舒，2000；蕭秀如，1999）。針對台北市牙醫師的研究，顯示對收入及服務量無明顯影響，但醫療品質和醫病關係有提升，而牙醫團體間的關係較緊張且核刪率較高，滿意度為 55.5%（楊哲銘等，2001）。牙醫總額預算影響支付制度內部結構之調整，具有促進醫療資源均勻分布之效果（黃昱瞳，2000）。其後的研究指出，總額預算後牙醫之就醫可近性降低，週末/非週末之看診次數比值持續下降。牙醫之全民健保費用受到控制，但自費部分仍繼續上漲，牙醫之醫療品質無明顯變化（張育嘉等，2006）。

中醫接在牙醫之後實施總額預算，雖能控制醫療費用上漲，但現行的支付標準及審查制度和中醫醫療品質的提升，仍有許多改進的空間（林雨菁，2001）。中醫師對中醫門診總額預算滿意度偏低（36%），最不滿意是給付點數與專業審查作業（應純哲等，2002）。

在牙醫開始實施總額預算後，西醫不論醫院或基層，對可能也必須面對的總額預算制度，已高度關切，甚至著手規畫因應策略（邱永仁，1999）。包括推派適當的談判者、如何分配醫療費用、建立合理公平的審查制度及同儕制約等。其他因應之道還有整合醫療體系、結合社區服務、因勢順變、減少醫療費用支出、增進資源利用、提升病患滿意度等（吳重慶等，2001）。此外，防止醫療品質下降，是實施總額預算時必須特別考量的要點（邱永仁，2001）。而要達到付費者與醫療供給者雙方都可接受的情況，必須雙方協商（Bishop and Wallack, 1996; Ellis and McGuire, 1990）。

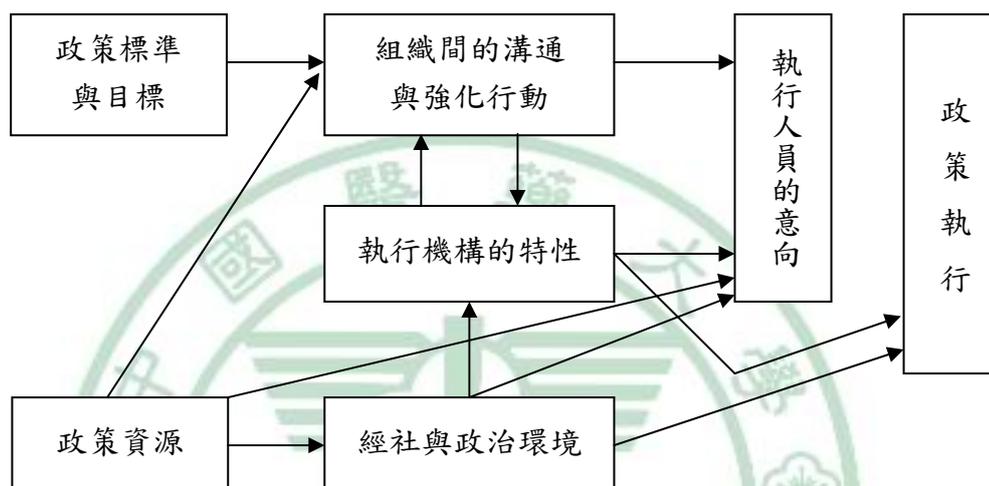
西醫基層實施總額預算半年之後，申請件數顯著下降，單位價格顯著增加（張益誠，2002）。西醫基層實施總額預算一年後，申請件數及醫療費用總點數均低於前一年，但 2002 年以後均呈現緩步成長（葉德豐等，2002）。即上半年雖延續先前負成長的趨勢，但半年後基層醫療已逐漸能吸引病患就診。

基層醫師對實施總額預算初期成效之評價，以提升專業自主性、同儕制約、審查合理性、保障執業收入等策略的同意度較高，但提升醫療品質與醫病關係等策略的同意與不同意各半（葉德豐等，2005）。使用國產藥比例顯著增加，民眾用藥品質可能受影響（張育嘉等，2006）。

對醫師來說，醫師越清楚總額預算之點值分配辦法，則對工作態度越產生負面影響。醫師對薪資(收入)越感到滿足，則工作投入越高，組織承諾度越佳（洪麗雯，2005）。

第五節 系統模型參考

而在系統模型參考方面，D. S. Van Meter 和 C. E. Van Horn（Van Meter and Van Horn, 1975）提供了一個系統模型說明了執行過程中，影響到政策產出的幾個相關因素：



資料來源：Van Meter and Van Horn, 1975

本研究參考上述模型設計研究架構，茲分項敘述比較如下：

- 一、**政策標準與目標**：在本研究中，即以「虛擬總額」實施分科管理，其目標為實施分科總額。
- 二、**政策資源**：在本研究中，即全民健保之所有保費收入，包括政府、投保單位與民眾三方面所繳交的保費。
- 三、**組織間的溝通與強化行動**：在本研究中，即分科管理前後基層醫師間的競爭情況，同科及不同科基層醫師間的關係。
- 四、**執行機構的特性**：在本研究中，即基本資料，包括醫師特質、診所特性及服務量。

- 五、**經社與政治環境**：在本研究中，即實施分科管理後之一般情況（除了分科管理前後基層醫師間的競爭情況，同科及不同科基層醫師間的關係之外）及診療情況，包括案件抽審次數、審核刪費用、執業壓力、平均每月健保收入、平均每週看診次數、民眾對醫療的抱怨，用藥、處置、檢驗及檢查的自主性、轉診的病人數等。
- 六、**執行人員的意向**：在本研究中，指基層執業醫師對實施分科總額之意願。即對分科管理的了解與態度與實施分科管理後的滿意度，包括對分科管理內容和精神的了解、分科方式的合理性、分科管理對該科未來發展的影響、繼續實施分科管理的意願，以及對健保支付點值、申報案件審查、分科「虛擬總額」的公平性、整體醫療品質的滿意度與整體滿意度。
- 七、**政策執行**：在本研究中，即實施分科總額。

第六節 文獻總結

實施總額預算原就存在正反不同的意見，在牙醫實施已十年而西醫基層實施已七年後，全民健保費用受到控制，在提升專業自主性、同儕制約、審查合理性、保障執業收入等策略有較高的同意度。但由於點值明顯下降，對醫師的工作態度產生負面影響，並使得自費項目及支出持續增加。至於醫療品質，有可能受影響，唯各界看法不一致。此外，分科總額預算或分科管理在國內外尚未有先例，中區四縣市是台灣全民健康保險六個分區當中唯一試辦分科管理的地區。其施行結果的評估，將是未來是否繼續辦理的重要依據，也是其他分區作為參考的指標，並且影響將來是否進一步實施分科總額。



第三章 研究設計與研究方法

第一節 研究架構



第二節 資料來源

一、研究對象

包括中部四縣市基層之所有執業西醫師，共 2143 家診所，2773 位醫師。其中台中市有 789 家診所及 971 位醫師。台中縣有 626 家診所及 852 位醫師，彰化縣有 496 家診所及 656 位醫師，南投縣有 232 家診所及 294 位醫師。但扣除未辦理健保之醫師 100 位，實際研究對象為 2673 位。

二、抽樣方法

本研究之研究對象資料，係透過中部四縣市醫師公會取得基層醫師之名單與地址，針對中部四縣市所有西醫基層執業醫師進行普查，以結構式問卷利用郵寄方式將問卷寄給本研究之研究對象，請其填答問卷後，以所附回郵信封寄回給研究者。自 2008 年 2 月 1 日起透過各醫師公會及診所協會寄出問卷，共發出有效問卷 2,673 份，回收有效問卷 579 份，有效回收率為 21.66%。

三、研究工具

(一) 問卷設計

本研究係透過問卷調查的方式蒐集資料，測量工具採結構式問卷。問卷的設計是參考國內外相關文獻，針對研究目的及研究架構設計。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、擔任職務、科別、2008 年 1 月 1 日後是否換科、換科後之新科別，診所特性如診所類型及診所醫師數，服務量如個人每月平均看診人次和診所每月平均看診人次等）、實施分科管理前的情況（同一地區基層醫師間的競爭情況、同科或不同科醫師間的融洽關係等）、分科管理後之一般情況及診療情況（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、平均每月健保收入、平均每週看診次數、民眾對醫療的抱怨，用藥、處置、檢驗及檢查的自主性、轉診的病人數等）、實施分科管理後的滿意度（健保支付點值、申報案件審查、分科「虛擬總額」的公平性、整體的醫療品質及整體滿意度等）及對分科管理的了解與態度（對分科管理內容和精神的了解、分科方式的合理性、分科管理對該科未來發展的影響、繼續實施分科管理及進一步實施分科總額的意願等）。

（二）問卷信、效度

在信度測量方面，因無法利用再測法（test-retest method）重複訪問同一人，故本研究採取計算 Cronbach's α 係數，確認問卷內容的一致性。Cronbach's α 係數表示各受訪者回答問卷內容一致性程度，係數越大表示問卷內容一致性越高，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，針對實施分科管理後之診療情況（4 題）與實施分科管理後之滿意度（4 題），檢定其 Cronbach's α 係數，分別為 0.79 與 0.89，可知本問卷內容具有高度一致性。

在效度的測量方面，以專家效度進行內容效度（content validity）之測量，依照研究變項的適用性來衡量題目，題目分為「適合」、「不適合」及「修正後適合」三類，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。一般而言，CVI 值大於 0.8 即代表效度極佳，而本問卷效度 CVI 值平均為 0.97，顯示本研究之問卷效度極好。

第三節 研究變項與操作型定義

依據研究目的與研究架構，將本研究之各種分析資料變項的詳細內容與定義詳列如下：

表 3-1、操作型定義

變項名稱	操作型定義	資料屬性
受訪醫師及診所基本特性		
性別	男、女	類別
年齡	醫師實際年齡，資料處理時以連續變項處理	連續
執業年資	醫師實際執業年資	連續
執業縣市	台中市、台中縣、彰化縣、南投縣	類別
診所類型	單人診所、聯合診所（同科）、 聯合診所（不同科）、聯合門診	類別
診所醫師人數	1 位、2 位、3 位、4 位、5 位及 5 位以上	序位
擔任職務	負責人、合夥人、受僱者	類別
診所原登記專科 （可複選）	家醫科、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、神經內科、精神科、復健科、 整形外科、一般科	類別
分科管理選擇科別	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、復健科	類別
診所 2008 年後是 否換科	是、否	類別
更換科別	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、復健科	類別

表 3-1、操作型定義 (續)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
分科管理後 <u>個人</u> 每月平均看診人次	≤500、501~1000、1001~1500、1501~2000、2001~2500、2501~3000、≥3001	序位
分科管理後 <u>診所</u> 每月平均看診人次	≤500、501~1000、1001~1500、1501~2000、2001~2500、2501~3000、3001~3500、3501~4000、4001~4500、≥4501	序位
實施分科管理前基層診所之情況		
所在執業地區 <u>基層</u> 醫師間之競爭度	非常不激烈、不激烈、普通、激烈、非常激烈 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
所在執業地區 <u>同科</u> 醫師間之關係	非常不融洽、不融洽、普通、融洽、非常融洽 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
所在執業地區 <u>不同科</u> 醫師間之關係	非常不融洽、不融洽、普通、融洽、非常融洽 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
實施分科管理後基層診所之情況		
基層醫師間之競爭	以 1~5 分衡量, 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	序位
同科醫師間融洽關係	以 1~5 分衡量, 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	序位
不同科醫師間之融洽關係	以 1~5 分衡量, 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	序位
案件抽審次數	以 1~5 分衡量, 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	序位
審查核刪費用	以 1~5 分衡量, 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	序位
執業壓力	以 1~5 分衡量, 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	序位
平均每月健保收入	以 1~5 分衡量, 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	序位
平均每週看診次數	以 1~5 分衡量, 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	序位

表 3-1、操作型定義 (續)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
民眾對醫療的抱怨	以 1~5 分衡量，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	序位
實施分科管理後之診療情況		
用藥自主性	以 1~5 分衡量，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	序位
處置(含手術)自主性	以 1~5 分衡量，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	序位
檢驗及檢查自主性	以 1~5 分衡量，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	序位
轉診(轉出)病人數	以 1~5 分衡量，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	序位
實施分科管理後之滿意度		
健保支付點值	非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
申報案件審查	非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
科虛擬總額公平性	非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
整體醫療品質	非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
整體滿意度	非常不滿意、不滿意、普通、滿意、非常滿意 (以 Likert's scale 五等分法)	序位
受訪醫師對分科管理之了解與態度		
對分科管理內容與精神之了解	完全不了解、大部分不了解、大部分了解、非常了解	序位
分科方式之合理性	非常不合理、不合理、合理、非常合理	序位
分科管理對該科未來發展之影響	非常負面、負面、正面、非常正面	序位
是否贊成繼續實施分科管理	非常不贊成、不贊成、贊成、非常贊成	序位
是否贊成實施分科總額	非常不贊成、不贊成、贊成、非常贊成	序位

第四節 資料處理與分析

本研究問卷回收後，以 SAS 9.1 之統計套裝軟體進行資料統計分析工作，統計分析方法分述如下：

一、描述性統計

以次數、百分比、平均值，描述基層醫師特質及診所基本特性、實施分科管理前的情況、實施分科管理後的一般與診療情況、實施分科管理後的滿意度及對分科管理的了解與態度等方面，以了解醫師在各變項之看法。

二、推論性統計

1. 卡方檢定

本研究依照是否贊成實施分科總額分群，利用卡方檢定分析贊成與不贊成兩類在醫師特質及診所基本特性、實施分科管理前的情況、實施分科管理後的一般與診療情況、實施分科管理後的滿意度及對分科管理的了解與態度等方面是否有差異。

2. t 檢定

針對贊成實施分科總額與不贊成實施分科總額兩類，對於實施分科管理前的情況、實施分科管理後的一般與診療情況、實施分科管理後的滿意度及對分科管理的了解與態度等方面進行 t 檢定，檢定兩分群在統計上是否有顯著差異。

3. 變異數分析 (ANOVA)

針對不同科別與縣市別之基層醫師對實施分科管理前的情況、實施分科管理後的一般與診療情況、實施分科管理後的滿意度及對分科管理的了解與態度等方面，利用變異數分析檢定各科別與縣市別在統計上是否有顯著差異。

4. 羅吉斯迴歸分析

利用羅吉斯迴歸分析（Logistic Regression Analysis），以贊成作為事件，以是否贊成實施分科總額為依變項，以醫師特質及診所基本特性、實施分科管理前的情況、實施分科管理後的一般與診療情況、實施分科管理後的滿意度及對分科管理的了解與態度等因素為自變項，利用逐步迴歸模式，分析基層醫師是否贊成實施分科總額的顯著影響因素。



第四章 研究結果

本研究結果共分為四部分，第一部分為樣本代表性分析，主要針對本研究樣本與母群體之分布，利用適合度檢定來分析本研究樣本是否具代表性。第二部分為描述性分析，主要針對回收問卷簡單描述贊成與不贊成分科總額之醫師樣本分布情形。第三部分為雙變項分析，利用卡方檢定、t 檢定及 ANOVA 分析贊成及不贊成兩組醫師在各變項之間是否達統計上顯著差異。第四部分以羅吉斯迴歸分析影響基層醫師是否贊成分科總額之顯著因素。

第一節 樣本代表性分析

為確定回收有效樣本具代表性，本研究針對回收有效樣本在四縣市之分布，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 1 日各醫師公會及分科管理各科召集人提供之資料為母群體。檢定結果，樣本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代表性 (表 4-1)。

第二節 描述性分析

一、受訪醫師特質及診所基本特性

本研究總共取得 579 份有效樣本，包括 533 位男性（93.02%）。平均年齡為 50.53 歲，其年齡分布以 46-50 歲者（28.34%）比例最高，小於及等於 40 歲者（11.94%）最少。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%）最多，聯合門診（1.57%）最少。診所醫師人數以 1 位（64.30%）最多，5 位及 5 位以上（1.60%）最少。在診所擔任的職務，以負責人（84.58%）最多，受僱者（6.07%）最少。診所原登記的專科（可複選）以家醫科（26.98%）最多，依次為小兒科（19.22%），內科及一般科（均為 16.75%），婦產科（10.23%），而以整形外科（0.35%）及神經內科（0.53%）最少。分科管理後選擇的科別以家醫科（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管理後自由選擇併入其他科別。在 2008 年 1 月 1 日以後大多數診所並沒有換科（93.11%），有更換科別者，以更換為外科（34.21%）最多，其次為家醫科及內科（均為 23.68%）。分科管理後個人每月平均看診人次，以 501-1000 人次（29.61%）最多，其次為 1001-1500 人次（28.19%），大於 3001 人次（1.95%）者最少。分科管理後診所每月平均看診人次，以 501-1000 人次（25.40%）最多，其次為 1001-1500 人次（22.02%），以 4001-4500 人次（1.78%）最少（表 4-2）。

二、實施分科管理前基層診所的情況

所在執業地區基層醫師間的競爭，激烈與非常激烈共佔

66.84%。同科基層醫師間的關係，普通佔 59.02%，融洽與非常融洽共佔 27.32%。不同科基層醫師間的關係，普通佔 61.05%，融洽與非常融洽共佔 29.47%（表 4-3）。

三、受訪醫師對分科管理的了解與態度

對分科管理內容和精神的了解，大部分了解及非常了解共佔 71.03%。分科方式之合理性，認為不合理及非常不合理共佔 55.00%。分科管理對該科未來發展的影響，認為負面及非常負面者共佔 54.63%。贊成及非常贊成繼續實施分科管理者共佔 50.36%。不贊成及非常不贊成進一步實施分科總額者共佔 57.99%（表 4-4）。

四、實施分科管理後基層診所的情況

基層醫師間的競爭，65.74%為差不多。同科基層醫師間的關係，73.26%為差不多。不同科基層醫師間的關係，75.61%為差不多。案件抽審次數，39.65%為差不多，30.26%減少。審查核刪費用，40.35%為差不多，35.13%增加。執業壓力，43.48%為差不多，41.39%增加。平均每月健保收入，48.43%為差不多，47.56%減少。平均每週看診次數，80.31%為差不多，17.77%減少。民眾對醫療的抱怨，66.37%為差不多，29.25%增加（表 4-5）。

五、實施分科管理後的診療情況

用藥的自主性，57.47%為差不多，31.08%減少。處置（包括手術）的自主性，60.21%為差不多，30.28%減少。檢驗及檢查的自主性，59.89%為差不多，30.12%減少。轉診（轉出）的病人數，81.04%為差不多，16.00%增加（表 4-6）。

六、實施分科管理後的滿意度

健保支付點值，49.04%為不滿意，普通佔 40.70%。申報案件審查，45.20%為普通，不滿意佔 41.71%。分科「虛擬總額」的公平

性，45.52%為不滿意，普通佔 39.19%。整體的醫療品質，49.82%為普通，不滿意佔 34.65%。整體滿意度，40.81%為普通，不滿意佔 38.52%（表 4-7）。



第三節 雙變項分析

一、各縣市醫師執業情形

對於分科管理後個人每月平均看診人次、分科管理後診所每月平均看診人次、所在執業地區基層醫師間之競爭度、所在執業地區同科醫師間之關係及所在執業地區不同科醫師間之關係，僅分科管理後診所每月平均看診人次達顯著差異 ($P<0.05$) (詳見表 4-8)。

二、醫師是否贊成繼續實施分科管理之雙變項分析

以分科管理選擇科別來看，呈現顯著差異 ($P<0.05$) (見表 4-9)。該科贊成繼續實施分科管理之比率，最高前三名為泌尿科 (100%)、外科 (90.91%) 與骨科 (80%)，其他明顯贊成者 (贊成者 $>60\%$) 還有耳鼻喉科 (72.34%) 與婦產科 (67.44%)，最低前三名為精神科 (0%)、皮膚科 (26.92%) 與家醫科 (37.99%)

三、醫師是否贊成實施分科總額之雙變項分析

(一) 受訪醫師個人及診所基本特性

以性別、擔任職務及分科管理選擇科別 ($P<0.05$) 達顯著差異。在性別當中，女性不贊成的比例較高。在擔任職務當中，以合夥人及受僱者不贊成的比例較高。在分科管理選擇科別當中，該科不贊成實施分科總額比率的前 3 名依序為精神科、皮膚科、家醫科，該科贊成實施分科總額比率的前 3 名依序為外科、骨科、婦產科。

(二) 實施分科管理前基層診所的情況

實施分科管理前，所在執業地區同科醫師間之關係及所在執業地區不同科醫師間之關係，均達顯著差異 ($P<0.05$)，不融洽者傾向不贊成。所在執業地區基層醫師間之競爭則無顯著差異。

(三) 實施分科管理後基層診所的情況

所在執業地區基層醫師間之競爭、同科醫師間之關係及不同科醫

師間之關係，均達顯著差異 ($P<0.05$)。即競爭增加以及融洽關係減少者，均傾向不贊成。案件抽審次數、審查核刪費用、執業壓力、平均每月健保收入與民眾對醫療的抱怨，均達顯著差異 ($P<0.05$)。案件抽審次數、審查核刪費用、執業壓力與民眾對醫療的抱怨增加者傾向不贊成，平均每月健保收入減少者傾向不贊成。

(四) 實施分科管理後的診療情況

用藥的自主性、處置 (包括手術) 的自主性、檢驗及檢查的自主性，均達顯著差異 ($P<0.05$)。自主性減少則傾向不贊成。

(五) 實施分科管理後的滿意度

健保支付點值、申報案件審查、分科「虛擬總額」的公平性、整體的醫療品質與整體滿意度，均達顯著差異 ($P<0.05$)。滿意度較低者傾向不贊成。

(六) 受訪醫師對分科管理的了解與態度

對分科管理內容和精神的了解、分科方式之合理性、分科管理對該科未來發展的影響與是否贊成繼續實施分科管理，均達顯著差異 ($P<0.05$)。對分科管理內容和精神不了解、認為分科方式不合理、認為對該科未來發展是負面及不贊成繼續實施分科管理者，傾向不贊成 (詳見表 4-10)。

四、實施分科管理前後各科別執業情況

所在執業地區基層醫師間之競爭、同科醫師間之關係及不同科醫師間之關係，均達顯著差異 ($P<0.05$) (詳見表 4-11)，顯示各科之間明顯不同。競爭度以 Likert's scale 五分法衡量，實施前之 1 分表示非常不激烈，5 分表示非常激烈。實施後之 1 分表示減少很多，5 分表示增加很多。醫師間關係以 Likert's scale 五分法衡量，實施前之 1 分表示非常不融洽，5 分表示非常融洽。實施後之 1 分表示減少很

多，5分表示增加很多。

五、各縣市實施分科管理後之情況

分科管理後之一般情況及診療情況當中，基層醫師間之競爭、不同科醫師間之關係、執業壓力及用藥的自主性，達顯著差異 ($P<0.05$) (詳見表 4-12)。基層醫師間之競爭台中市明顯大於台中縣與南投縣，不同科醫師間之關係南投縣明顯大於台中市，執業壓力台中市明顯大於台中縣與彰化縣，用藥的自主性台中縣明顯大於台中市。

六、各科實施分科管理後之情況

案件抽審次數、審查核刪費用、執業壓力、平均每月健保收入、民眾對醫療的抱怨、用藥的自主性、處置(包括手術)的自主性及檢驗及檢查的自主性，均達顯著差異 ($P<0.05$) (詳見表 4-13)。案件抽審次數，家醫科及皮膚科明顯大於外科。審查核刪費用，家醫科、皮膚科及精神科明顯大於其他科別。執業壓力，精神科明顯大於外科、骨科及耳鼻喉科，皮膚科明顯大於外科。平均每月健保收入，以家醫科及精神科明顯減少。民眾對醫療的抱怨，精神科明顯大於其他各科。用藥的自主性，內科、外科、小兒科、婦產科、骨科及耳鼻喉科明顯大於精神科。處置(包括手術)的自主性，內科、外科、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科及復健科明顯大於精神科。檢驗及檢查的自主性，外科明顯大於精神科。

七、各科醫師對分科管理之滿意度比較

健保支付點值、申報案件審查、分科「虛擬總額」的公平性、整體的醫療品質與整體滿意度，均達顯著差異 ($P<0.05$) (詳見表 4-14)。健保支付點值，外科明顯大於多數其他科別。申報案件審查，耳鼻喉科明顯大於家醫科。分科「虛擬總額」的公平性，外科及耳鼻

喉科明顯大於家醫科、皮膚科及精神科。整體的醫療品質，外科明顯大於家醫科及精神科。整體滿意度，泌尿科明顯大於家醫科、內科、小兒科、眼科、皮膚科及精神科，外科、骨科、耳鼻喉科及復健科明顯大於精神科。

八、不同特性的醫師對分科管理之滿意度比較

在整體滿意度方面，南投縣明顯大於台中市 ($P < 0.05$)。在健保支付點值及分科「虛擬總額」的公平性方面，醫師擔任職務達顯著差異 ($P < 0.05$)，合夥人及受僱者的滿意度傾向較低 (詳見表 4-15)。



第四節 羅吉斯迴歸分析

為了解影響基層醫師贊成或反對分科總額預算的相關因素，以本研究樣本基層醫師實施基層分科總額預算的意願為依變項，進行羅吉斯迴歸分析，找出相關顯著影響因素。利用逐步迴歸方式先挑選出顯著影響因素（進入模式 $p < 0.25$ ；停留 $p < 0.1$ ），包括性別、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（除了轉診的病人數之外）、實施分科管理後的滿意度及對分科管理的了解與態度，將其放入羅吉斯迴歸模式中進行分析（詳見表 4-16）。

根據表 4-16，發現在控制其他變項之下，實施分科管理後醫師間競爭度的勝算比為 0.58，顯示在實施分科管理後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。平均每週看診次數之增加情形的勝算比為 2.75，顯示每週看診次數增加越多者，贊成實施分科總額預算的機率就越高。執業年資的勝算比為 1.05，顯示執業年資越長者，贊成實施分科總額預算的機率就越高。

在分科方式之合理性方面，認為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。在對該科未來發展的影響方面，認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，婦產科贊成實施分科總額預算的機率顯著高於家醫科，勝算比為 6.04。皮膚科贊成實施分科總額預算的機率顯著低於家醫科，勝算比為 0.07。但精神科 7 位均不贊成實施分科總額預算，因併入「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、認為分科方式為合理、認為對該科未來發展的影響為正面及科別為婦產科者，明顯贊

成實施分科總額預算。在實施分科管理後醫師間競爭度越高及科別為皮膚科者，明顯不贊成實施分科總額預算。



表 4-1、樣本代表性分析

變項	受訪醫師		χ^2 P 值	變項	受訪醫師		χ^2 P 值
	樣本 N=579(%)	母群體 ^a N=2773(%)			樣本 N=579 (%)	母群體 ^b N=2673 (%)	
縣市			p=0.19	科別			p=0.78
台中市	185 (32.17)	971 (35.02)		家醫科	189 (33.51)	882 (33.00)	
台中縣	167 (29.04)	852 (30.72)		內科	91 (16.13)	440 (16.46)	
彰化縣	159 (27.65)	656 (23.66)		小兒科	70 (12.41)	332 (12.42)	
南投縣	64 (11.13)	294 (10.83)		耳鼻喉	48 (8.51)	287 (10.74)	
				婦產科	43 (7.62)	198 (7.41)	
				眼科	36 (6.38)	176 (6.58)	
				皮膚科	29 (5.14)	129 (4.83)	
				外科	22 (3.90)	98 (3.67)	
				復健科	14 (2.48)	42 (1.57)	
				骨科	10 (1.77)	52 (1.95)	
				精神科	7 (1.24)	26 (0.97)	
				泌尿科	5 (0.89)	11 (0.41)	

註：^a資料來源：中部四縣市各醫師公會提供，2007年5月1日，共2773位醫師。

^b資料來源：中區西醫基層總額分科管理試辦計畫各科召集人，2007年5月1日，共2673位醫師。



表 4-2、受訪醫師特質及診所基本特性

變項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%
性別		
男	533	93.02
女	40	6.98
遺漏值	6	
年齡		(50.53 ^a ±9.53 ^b)
≤40	67	11.94
41~45(含)	78	13.90
46~50(含)	159	28.34
51~55(含)	93	16.58
56~60(含)	87	15.51
>60	77	13.73
遺漏值	18	
執業年資		(13.24 ^a ±10.75 ^b)
≤5	71	13.98
5~10(含)	90	17.72
11~15(含)	131	25.79
16~20(含)	93	18.31
21~25(含)	46	9.06
26~30(含)	30	5.91
>30	47	9.25
遺漏值	71	
執業縣市		
台中市	185	32.17
台中縣	167	29.04
彰化縣	159	27.65
南投縣	64	11.13
遺漏值	4	
診所類型		
單人診所	381	66.38
聯合診所(同科)	106	18.47
聯合診所(不同科)	78	13.59
聯合門診	9	1.57
遺漏值	5	
診所醫師人數		(1.54 ^a ±0.90 ^b)
1位	362	64.30
2位	135	23.98
3位	40	7.10
4位	17	3.02
≥5位	9	1.60
遺漏值	16	
擔任職務		
負責人	488	84.58
合夥人	54	9.36
受僱者	35	6.07
遺漏值	2	

註：^a表示平均數、^b表標準差；遺漏個案不納入百分比之計算

表 4-2、受訪醫師特質及診所基本特性 (續)

變項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%
診所原登記專科 (可複選)		
家醫科	153	26.98
小兒科	109	19.22
內科	95	16.75
一般科	95	16.75
婦產科	58	10.23
耳鼻喉科	45	7.94
外科	37	6.53
眼科	36	6.35
皮膚科	32	5.64
復健科	15	2.65
骨科	14	2.47
泌尿科	6	1.06
精神科	6	1.06
神經內科	3	0.53
整形外科	2	0.35
其他	4	0.71
遺漏值	12	
分科管理選擇科別		
家醫科	189	33.51
內科	91	16.13
小兒科	70	12.41
耳鼻喉科	48	8.51
婦產科	43	7.62
眼科	36	6.38
皮膚科	29	5.14
外科	22	3.90
復健科	14	2.48
骨科	10	1.77
精神科	7	1.24
泌尿科	5	0.89
遺漏值	15	
診所 2008 年後是否換科		
否	527	93.11
是	39	6.89
遺漏值	13	
更換科別為 (N=39)		
外科	13	34.21
家醫科	9	23.68
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
遺漏值	1	

表 4-2、受訪醫師特質及診所基本特性 (續)

變項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%
分科管理後個人每月平均看診人次		
≤500	59	10.46
501~1000	167	29.61
1001~1500	159	28.19
1501~2000	113	20.04
2001~2500	41	7.27
2501~3000	14	2.48
≥3001	11	1.95
遺漏值	15	
分科管理後診所每月平均看診人次		
≤500	53	9.41
501~1000	143	25.40
1001~1500	124	22.02
1501~2000	98	17.41
2001~2500	50	8.88
2501~3000	27	4.80
3001~3500	25	4.44
3501~4000	11	1.95
4001~4500	10	1.78
≥4501	22	3.91
遺漏值	16	

表 4-3、實施分科管理前基層診所之情況

變項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%
所在執業地區基層醫師間之競爭度		
非常不激烈	5	0.87
不激烈	27	4.71
普通	158	27.57
激烈	251	43.80
非常激烈	132	23.04
遺漏值	6	
所在執業地區同科醫師間之關係		
非常不融洽	8	1.40
不融洽	70	12.26
普通	337	59.02
融洽	150	26.27
非常融洽	6	1.05
遺漏值	8	
所在執業地區不同科醫師間之關係		
非常不融洽	6	1.05
不融洽	48	8.42
普通	348	61.05
融洽	162	28.42
非常融洽	6	1.05
遺漏值	9	

表 4-4、受訪醫師對分科管理之了解與態度

變項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%
對分科管理內容與精神之了解		
完全不了解	30	5.24
大部分不了解	136	23.73
大部分了解	348	60.73
非常了解	59	10.30
遺漏值	6	
分科方式之合理性		
非常不合理	73	13.04
不合理	235	41.96
合理	239	42.68
非常合理	13	2.32
遺漏值	19	
分科管理對該科未來發展之影響		
非常負面	77	13.70
負面	230	40.93
正面	237	42.17
非常正面	18	3.20
遺漏值	17	
是否贊成繼續實施分科管理		
非常不贊成	88	15.71
不贊成	190	33.93
贊成	244	43.57
非常贊成	38	6.79
遺漏值	19	
是否贊成實施分科總額		
非常不贊成	94	16.88
不贊成	229	41.11
贊成	213	38.24
非常贊成	21	3.77
遺漏值	22	

表 4-5、實施分科管理後基層診所之情況

變 項	受訪醫師樣本 (N=579)		變 項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%		個數	%
基層醫師間之競爭			執業壓力		
減少很多	5	0.87	減少很多	18	3.13
減少一些	60	10.43	減少一些	69	12.00
差不多	378	65.74	差不多	250	43.48
增加一些	93	16.17	增加一些	134	23.30
增加很多	39	6.78	增加很多	104	18.09
遺漏值	4		遺漏值	4	
同科醫師間之融洽關係			平均每月健保收入		
減少很多	26	4.51	減少很多	71	12.37
減少一些	62	10.76	減少一些	202	35.19
差不多	422	73.26	差不多	278	48.43
增加一些	60	10.42	增加一些	23	4.01
增加很多	6	1.04	遺漏值	5	
遺漏值	3				
不同科醫師間之融洽關係			平均每週看診次數		
減少很多	13	2.26	減少很多	8	1.39
減少一些	48	8.36	減少一些	94	16.38
差不多	434	75.61	差不多	461	80.31
增加一些	72	12.54	增加一些	9	1.57
增加很多	7	1.22	增加很多	2	0.35
遺漏值	5		遺漏值	5	
案件抽審次數			民眾對醫療的抱怨		
減少很多	37	6.43	減少很多	1	0.18
減少一些	137	23.83	減少一些	24	4.20
差不多	228	39.65	差不多	379	66.37
增加一些	123	21.39	增加一些	123	21.54
增加很多	50	8.70	增加很多	44	7.71
遺漏值	4		遺漏值	8	
審查核刪費用					
減少很多	23	4.00			
減少一些	118	20.52			
差不多	232	40.35			
增加一些	135	23.48			
增加很多	67	11.65			
遺漏值	4				

表 4-6、實施分科管理後之診療情況

變 項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%
用藥自主性		
減少很多	68	11.81
減少一些	111	19.27
差不多	331	57.47
增加一些	57	9.90
增加很多	9	1.56
遺漏值	3	
處置(含手術)自主性		
減少很多	56	9.86
減少一些	116	20.42
差不多	342	60.21
增加一些	45	7.92
增加很多	9	1.58
遺漏值	11	
檢驗及檢查自主性		
減少很多	51	8.93
減少一些	121	21.19
差不多	342	59.89
增加一些	48	8.41
增加很多	9	1.58
遺漏值	8	
轉診(轉出)病人數		
減少很多	5	0.87
減少一些	12	2.09
差不多	466	81.04
增加一些	86	14.96
增加很多	6	1.04
遺漏值	4	

表 4-7、實施分科管理後之滿意度

變 項	受訪醫師樣本 (N=579)	
	個數	%
健保支付點值		
非常不滿意	88	15.30
不滿意	194	33.74
普通	234	40.70
滿意	54	9.39
非常滿意	5	0.87
遺漏值	4	
申報案件審查		
非常不滿意	78	13.61
不滿意	161	28.10
普通	259	45.20
滿意	68	11.87
非常滿意	7	1.22
遺漏值	6	
分科虛擬總額公平性		
非常不滿意	105	18.45
不滿意	154	27.07
普通	223	39.19
滿意	81	14.24
非常滿意	6	1.05
遺漏值	10	
整體醫療品質		
非常不滿意	52	9.29
不滿意	142	25.36
普通	279	49.82
滿意	80	14.29
非常滿意	7	1.25
遺漏值	19	
整體滿意度		
非常不滿意	79	13.96
不滿意	139	24.56
普通	231	40.81
滿意	97	17.14
非常滿意	20	3.53
遺漏值	13	

表 4-8、各縣市醫師執業情形之雙變項分析

變項	台中市 (N=185)		台中縣 (N=167)		彰化縣 (N=159)		南投縣 (N=64)		χ^2 P 值
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	
分科管理後個人每月 平均看診人次									0.410
≤500	20	11.17	14	8.54	18	11.54	7	11.11	
501~1000	57	31.84	50	30.49	40	25.64	20	31.75	
1001~1500	58	32.40	43	26.22	38	24.36	19	30.16	
1501~2000	25	13.97	37	22.56	37	23.72	13	20.63	
2001~2500	13	7.26	10	6.10	16	10.26	2	3.17	
2501~3000	3	1.68	4	2.44	6	3.85	1	1.59	
≥3001	3	1.68	6	3.66	1	0.64	1	1.59	
遺漏值	6		3		3		1		
分科管理後診所每月 平均看診人次									0.011
≤500	20	11.17	14	8.54	13	8.39	6	9.52	
501~1000	50	27.93	40	24.39	33	21.29	20	31.75	
1001~1500	46	25.70	31	18.90	33	21.29	14	22.22	
1501~2000	23	12.85	35	21.34	30	19.35	9	14.29	
2001~2500	17	9.50	12	7.32	14	9.03	6	9.52	
2501~3000	7	3.91	8	4.88	8	5.16	4	6.35	
3001~3500	9	5.03	10	6.10	3	1.94	3	4.76	
3501~4000	4	2.23	0	0.00	6	3.87	1	1.59	
4001~4500	2	1.12	7	4.27	1	0.65	0	0.00	
≥4501	1	0.56	7	4.27	14	9.03	0	0.00	
遺漏值	6		3		4		1		
所在執業地區基層醫 師間之競爭度									0.401
非常不激烈	1	0.55	2	1.21	1	0.63	1	1.56	
不激烈	6	3.30	7	4.24	6	3.80	7	10.94	
普通	47	25.82	47	28.48	45	28.48	18	28.13	
激烈	76	41.76	77	46.67	69	43.67	27	42.19	
非常激烈	52	28.57	32	19.39	37	23.42	11	17.19	
遺漏值	3		2		1		0		
所在執業地區同科 醫師間之關係									0.608
非常不融洽	4	2.20	2	1.23	2	1.27	0	0.00	
不融洽	22	12.09	21	12.88	19	12.03	7	10.94	
普通	111	60.99	93	57.06	101	63.92	31	48.44	
融洽	43	23.63	45	27.61	35	22.15	25	39.06	
非常融洽	2	1.10	2	1.23	1	0.63	1	1.56	
遺漏值	3		4		1		0		
所在執業地區不同科 醫師間之關係									0.231
非常不融洽	3	1.65	1	0.61	0	0.00	2	3.17	
不融洽	17	9.34	16	9.76	12	7.64	3	4.76	
普通	115	63.19	92	56.10	105	66.88	34	53.97	
融洽	45	24.73	52	31.71	39	24.84	24	38.10	
非常融洽	2	1.10	3	1.83	1	0.64	0	0.00	
遺漏值	3		3		2		1		

表 4-9、醫師是否贊成繼續實施分科管理之雙變項分析

變項	全體 (N=560)		不贊成 (N=278)		贊成 (N=282)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
診所原登記專科 (可複選)							NA
家醫科	143	26.09	83	58.04	60	41.96	
小兒科	108	19.71	59	54.63	49	45.37	
一般科	94	17.15	52	55.32	42	44.68	
內科	91	16.61	48	52.75	43	47.25	
婦產科	58	10.58	24	41.38	34	58.62	
耳鼻喉科	44	8.03	12	27.27	32	72.73	
外科	37	6.75	17	45.95	20	54.05	
眼科	36	6.57	17	47.22	19	52.78	
皮膚科	29	5.29	20	68.97	9	31.03	
復健科	15	2.74	7	46.67	8	53.33	
骨科	14	2.55	6	42.86	8	57.14	
泌尿科	6	1.09	2	33.33	4	66.67	
精神科	6	1.09	6	100.00	0	0.00	
神經內科	3	0.55	1	33.33	2	66.67	
整型外科	2	0.36	0	0.00	2	100.00	
其他	4	0.73	1	25.00	3	75.00	
分科管理選擇科別							<0.001
家醫科	179	32.78	111	62.01	68	37.99	
內科	88	16.12	41	46.59	47	53.41	
小兒科	69	12.64	37	53.62	32	46.38	
耳鼻喉科	47	8.61	13	27.66	34	72.34	
婦產科	43	7.88	14	32.56	29	67.44	
眼科	36	6.59	17	47.22	19	52.78	
皮膚科	26	4.76	19	73.08	7	26.92	
外科	22	4.03	2	9.09	20	90.91	
復健科	14	2.56	7	50.00	7	50.00	
骨科	10	1.83	2	20.00	8	80.00	
精神科	7	1.28	7	100.00	0	0.00	
泌尿科	5	0.92	0	0.00	5	100.00	
遺漏值	14		8		6		
診所 2008 年後是否換科							0.247
否	510	92.90	249	48.82	261	51.18	
是	39	7.10	23	58.97	16	41.03	
遺漏值	11		6		5		
更換科別為 (N=39)							0.343
外科	13	34.21	6	46.15	7	53.85	
家醫科	9	23.68	8	88.89	1	11.11	
內科	9	23.68	4	44.44	5	55.56	
小兒科	2	5.26	1	50.00	1	50.00	
耳鼻喉科	2	5.26	1	50.00	1	50.00	
骨科	1	2.63	1	100.00	0	0.00	
泌尿科	1	2.63	0	0.00	1	100.00	
精神科	1	2.63	1	100.00	0	0.00	
遺漏值	1		1		0		

表 4-10、醫師是否贊成實施分科總額之雙變項分析

變項	全體 (N=557)		不贊成 (N=323)		贊成 (N=234)		χ^2 P 值
	個數	%	個數	%	個數	%	
性別							0.004
男	513	92.93	288	90.28	225	96.57	
女	39	7.07	31	9.72	8	3.43	
遺漏值	5		4		1		
年齡							0.229
≤40	66	12.22	44	14.15	22	9.61	
41~45(含)	74	13.70	48	15.43	26	11.35	
46~50(含)	149	27.59	78	25.08	71	31.00	
51~55(含)	92	17.04	50	16.08	42	18.34	
56~60(含)	84	15.56	45	14.47	39	17.03	
>60	75	13.89	46	14.79	29	12.66	
遺漏值	17		12		5		
執業年資							0.131
≤5	67	13.76	48	17.71	19	8.80	
5~10(含)	88	18.07	43	15.87	45	20.83	
10~15(含)	124	25.46	67	24.72	57	26.39	
15~20(含)	89	18.28	45	16.61	44	20.37	
20~25(含)	44	9.03	25	9.23	19	8.80	
25~30(含)	29	5.95	16	5.90	13	6.02	
>30	46	9.45	27	9.96	19	8.80	
遺漏值	70		52		18		
執業縣市							0.539
台中市	177	32.01	105	32.71	72	31.03	
台中縣	161	29.11	87	27.10	74	31.90	
彰化縣	156	28.21	91	28.35	65	28.02	
南投縣	59	10.67	38	11.84	21	9.05	
遺漏值	4		2		2		
診所類型							0.257
單人診所	363	65.76	200	62.70	163	69.96	
聯合診所(同科)	105	19.02	66	20.69	39	16.74	
聯合診所(不同科)	75	13.59	46	14.42	29	12.45	
聯合門診	9	1.63	7	2.19	2	0.86	
遺漏值	5		4		1		
診所醫師人數							0.263
1位	348	64.21	193	61.27	155	68.28	
2位	129	23.80	77	24.44	52	22.91	
3位	39	7.20	28	8.89	11	4.85	
4位	17	3.14	12	3.81	5	2.20	
≥5位	9	1.66	5	1.59	4	1.76	
遺漏值	15		8		7		
擔任職務							0.003*
負責人	468	84.32	257	80.06	211	90.17	
合夥人	52	9.37	36	11.21	16	6.84	
受僱者	35	6.31	28	8.72	7	2.99	
遺漏值	2		2				

表 4-10、醫師是否贊成實施分科總額之雙變項分析 (續)

變項	全體 (N=557)		不贊成 (N=323)		贊成 (N=234)		χ^2 P 值
	個數	%	個數	%	個數	%	
診所原登記專科 (可複選)							NA
家醫科	143	26.24	95	29.97	48	21.05	
小兒科	106	19.45	65	20.50	41	17.98	
一般科	94	17.25	58	18.30	36	15.79	
內科	91	16.70	59	18.61	32	14.04	
婦產科	58	10.64	26	8.20	32	14.04	
耳鼻喉科	42	7.71	17	5.36	25	10.96	
外科	37	6.79	19	5.99	18	7.89	
眼科	36	6.61	16	5.05	20	8.77	
皮膚科	30	5.50	25	7.89	5	2.19	
復健科	15	2.75	9	2.84	6	2.63	
骨科	14	2.57	7	2.21	7	3.07	
泌尿科	6	1.10	3	0.95	3	1.32	
精神科	6	1.10	6	1.89	0	0.00	
神經內科	3	0.55	3	0.95	0	0.00	
整形外科	2	0.37	1	0.32	1	0.44	
其他	4	0.73	2	0.63	2	0.88	
分科管理選擇科別							<0.001
家醫科	179	32.97	124	69.27	55	30.73	
內科	88	16.21	53	60.23	35	39.77	
小兒科	67	12.34	39	58.21	28	41.79	
耳鼻喉科	45	8.29	18	40.00	27	60.00	
婦產科	43	7.92	16	37.21	27	62.79	
眼科	36	6.63	16	44.44	20	55.56	
皮膚科	27	4.97	24	88.89	3	11.11	
外科	22	4.05	5	22.73	17	77.27	
復健科	14	2.58	9	64.29	5	35.71	
骨科	10	1.84	3	30.00	7	70.00	
精神科	7	1.29	7	100.00	0	0.00	
泌尿科	5	0.92	2	40.00	3	60.00	
遺漏值	14		7		7		
診所 2008 年後是否換科							0.314
否	506	92.84	292	91.82	214	94.27	
是	39	7.16	26	8.18	13	5.73	
遺漏值	12		5		7		
更換科別為 (N=39)							0.584
外科	13	34.21	6	24.00	7	53.85	
家醫科	9	23.68	7	28.00	2	15.38	
內科	9	23.68	6	24.00	3	23.08	
小兒科	2	5.26	1	4.00	1	7.69	
耳鼻喉科	2	5.26	2	8.00	0	0.00	
骨科	1	2.63	1	4.00	0	0.00	
泌尿科	1	2.63	1	4.00	0	0.00	
精神科	1	2.63	1	4.00	0	0.00	
遺漏值	1		1		0		

表 4-10、醫師是否贊成實施分科總額之雙變項分析 (續)

變項	全體 (N=557)		不贊成 (N=323)		贊成 (N=234)		χ^2 P 值
	個數	%	個數	%	個數	%	
分科管理後個人每月 平均看診人次							0.097
≤500	58	10.70	36	11.39	22	9.69	
501~1000	162	29.89	102	32.28	60	26.43	
1001~1500	153	28.23	81	25.63	73	32.16	
1501~2000	104	19.19	61	19.30	43	18.94	
2001~2500	40	7.38	22	6.96	18	7.93	
2501~3000	14	2.58	11	3.48	3	1.32	
≥3001	11	2.03	3	0.95	8	3.52	
遺漏值	14		7		7		
分科管理後診所每月 平均看診人次							0.863
≤500	52	9.61	29	9.21	23	10.13	
501~1000	138	25.51	88	27.94	50	22.03	
1001~1500	119	22.00	67	21.27	53	23.35	
1501~2000	93	17.19	49	15.56	44	19.38	
2001~2500	47	8.69	26	8.25	21	9.25	
2501~3000	27	4.99	16	5.08	11	4.85	
3001~3500	23	4.25	15	4.76	8	3.52	
3501~4000	10	1.85	7	2.22	3	1.32	
4001~4500	10	1.85	6	1.90	4	1.76	
≥4501	22	4.07	12	3.81	10	4.41	
遺漏值	15		8		7		
實施前醫師間之競爭							0.226
非常不激烈	5	0.90	4	1.24	1	0.43	
不激烈	26	4.70	14	4.35	12	5.19	
普通	152	27.49	80	24.84	72	31.17	
激烈	241	43.58	140	43.48	101	43.72	
非常激烈	129	23.33	84	26.09	45	19.48	
遺漏值	4		1		3		
實施前同科醫師間關係							0.015
非常不融洽	7	1.27	5	1.56	2	0.87	
不融洽	69	12.52	52	16.20	17	7.39	
普通	326	59.17	188	58.57	138	60.00	
融洽	144	26.13	74	23.05	70	30.43	
非常融洽	5	0.91	2	0.62	3	1.30	
遺漏值	6		2		4		
實施前不同科醫師間關係							0.036
非常不融洽	6	1.09	6	1.87	0	0.00	
不融洽	44	8.00	28	8.72	16	6.99	
普通	336	61.09	204	63.55	132	57.64	
融洽	158	28.73	79	24.61	79	34.50	
非常融洽	6	1.09	4	1.25	2	0.87	
遺漏值	7		2		5		
實施後醫師間之競爭							<0.001
減少很多	5	0.90	0	0.00	5	2.15	
減少一些	59	10.61	17	5.26	42	18.03	
差不多	364	65.47	198	61.30	166	71.24	
增加一些	90	16.19	74	22.91	16	6.87	
增加很多	38	6.83	34	10.53	4	1.72	
遺漏值	1		0		1		

表 4-10、醫師是否贊成實施分科總額之雙變項分析 (續)

變項	全體 (N=557)		不贊成 (N=323)		贊成 (N=234)		χ^2 P 值
	個數	%	個數	%	個數	%	
實施後同科醫師間關係							<0.001
減少很多	26	4.67	23	7.12	3	1.28	
減少一些	61	10.95	53	16.41	8	3.42	
差不多	404	72.53	220	68.11	184	78.63	
增加一些	60	10.77	24	7.43	36	15.38	
增加很多	6	1.08	3	0.93	3	1.28	
實施後不同科醫師間關係							0.002
減少很多	13	2.34	12	3.73	1	0.43	
減少一些	46	8.29	30	9.32	16	6.87	
差不多	418	75.32	246	76.40	172	73.82	
增加一些	71	12.79	33	10.25	38	16.31	
增加很多	7	1.26	1	0.31	6	2.58	
遺漏值	2		1		1		
整體滿意度							<0.001
非常不滿意	78	14.29	69	21.90	9	3.90	
不滿意	138	25.27	116	36.83	22	9.52	
普通	215	39.38	98	31.11	117	50.65	
滿意	96	17.58	24	7.62	72	31.17	
非常滿意	19	3.48	8	2.54	11	4.76	
遺漏值	11		8		3		
對分科管理內容精神							<0.001
完全不了解	24	4.34	20	6.25	4	1.72	
大部分不了解	126	22.78	90	28.13	36	15.45	
大部分了解	345	62.39	175	54.69	170	72.96	
非常了解	58	10.49	35	10.94	23	9.87	
遺漏值	4		3		1		
分科方式之合理性							<0.001
非常不合理	71	12.98	68	21.12	3	1.33	
不合理	227	41.50	192	59.63	35	15.56	
合理	236	43.14	59	18.32	177	78.67	
非常合理	13	2.38	3	0.93	10	4.44	
遺漏值	10		1		9		
分科管理對該科未來發展影響							<0.001
非常負面	76	13.79	72	22.36	4	1.75	
負面	223	40.47	196	60.87	27	11.79	
正面	235	42.65	54	16.77	181	79.04	
非常正面	17	3.09	0	0.00	17	7.42	
遺漏值	6		1		5		
繼續實施分科管理							<0.001
非常不贊成	88	15.91	85	26.48	3	1.29	
不贊成	186	33.63	175	54.52	11	4.74	
贊成	242	43.76	55	17.13	187	80.60	
非常贊成	37	6.69	6	1.87	31	13.36	
遺漏值	4		2		2		

表 4-10、醫師是否贊成實施分科總額之雙變項分析 (續)

變項	全體 (N=579)		不贊成 (N=323)		贊成 (N=234)		t-test P 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	
實施前後情形							
所在執業地區基層醫師間之競爭度^a							
實施前	3.83	0.86	3.89	0.89	3.77	0.84	0.103
實施後	3.18	0.74	3.39	0.74	2.88	0.63	<0.001
所在執業地區同科醫師間之關係^b							
實施前	3.13	0.68	3.05	0.69	3.24	0.64	0.001
實施後	2.93	0.66	2.79	0.72	3.12	0.53	<0.001
所在執業地區不同科醫師間之關係^b							
實施前	3.20	0.64	3.15	0.66	3.29	0.60	0.008
實施後	3.02	0.59	2.94	0.60	3.14	0.58	<0.001
實施後情況^c							
案件抽審次數	3.02	1.03	3.30	1.01	2.62	0.94	<0.001
審查核刪費用	3.18	1.02	3.50	1.00	2.75	0.89	<0.001
執業壓力	3.41	1.02	3.74	1.00	2.95	0.85	<0.001
平均每月健保收入	2.44	0.76	2.26	0.79	2.70	0.63	<0.001
平均每週看診次數	2.83	0.47	2.81	0.48	2.86	0.46	0.195
民眾對醫療的抱怨	3.32	0.68	3.50	0.74	3.08	0.52	<0.001
實施後診療情形^c							
用藥自主性	2.70	0.86	2.43	0.85	3.07	0.73	<0.001
處置(含手術)自主性	2.71	0.81	2.45	0.81	3.07	0.68	<0.001
檢驗及檢查自主性	2.73	0.80	2.47	0.79	3.08	0.67	<0.001
轉診(轉出)病人數	3.13	0.48	3.13	0.52	3.14	0.41	0.923
實施後滿意度^d							
健保支付點值	2.47	0.89	2.20	0.86	2.82	0.80	<0.001
申報案件審查	2.59	0.91	2.29	0.92	3.01	0.71	<0.001
分科虛擬總額公平性	2.52	0.98	2.07	0.89	3.13	0.75	<0.001
整體醫療品質	2.73	0.86	2.43	0.83	3.13	0.75	<0.001
整體滿意度	65.64	8.56	62.56	8.25	68.97	7.77	<0.001
對分科管理之了解與態度							
對內容和精神之了解 ^e	2.76	0.70	2.70	0.74	2.91	0.56	<0.001
分科方式合理性 ^f	2.34	0.73	1.99	0.66	2.86	0.49	<0.001
對該科未來發展影響 ^g	2.35	0.75	1.94	0.62	2.92	0.51	<0.001
贊成繼續實施分科管理 ^h	2.41	0.83	1.94	0.71	3.06	0.48	<0.001

註：^a競爭度以Likert's scale五分法衡量，實施前以1分「非常不激烈」~5分「非常激烈」表示；
實施後以1分「減少很多」~5分「增加很多」表示。

^b醫師間關係以Likert's scale五分法衡量，實施前以1分「非常不融洽」~5分「非常融洽」表示；
實施後以1分「減少很多」~5分「增加很多」表示。

^c實施後情況及診療情況以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。

^d滿意度以Likert's scale五分法衡量，以1分「非常不滿意」~5分「非常滿意」表示；而整體滿意度則以1~100分衡量。

^e對內容之了解以1~4分衡量，1分「完全不了解」、2分「大部分不了解」、3分「大部分了解」、4分「非常了解」。

^f合理性以1~4分衡量，1分「非常不合理」、2分「不合理」、3分「合理」、4分「非常合理」。

^g未來發展以1~4分衡量，1分「非常負面」、2分「負面」、3分「正面」、4分「非常正面」。

^h贊成繼續實施分科管理以1~4分衡量，1分「非常不贊成」、2分「不贊成」、3分「贊成」、4分「非常贊成」。

表 4-11、實施分科管理前後各科別執業情形

變項	家醫 ¹		內科 ²		外科 ³		小兒 ⁴		婦產 ⁵		骨科 ⁶		泌尿 ⁷		耳鼻喉 ⁸		眼科 ⁹		皮膚 ¹⁰		精神 ¹¹		復健 ¹²		ANOVA P 值	事後檢定	
	(N=189)	(N=91)	(N=22)	(N=70)	(N=43)	(N=10)	(N=5)	(N=48)	(N=36)	(N=29)	(N=7)	(N=14)	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差			平均數
所在執業地區基層醫師間之競爭度																											
實施前	3.83	0.88	3.79	0.88	3.95	1.00	4.19	0.83	3.53	0.77	3.50	1.08	3.80	0.45	3.98	0.96	3.69	0.80	3.97	0.63	3.86	0.90	3.79	0.43	0.02	4>6	
實施後	3.27	0.70	3.11	0.69	2.91	0.75	3.36	0.76	3.16	0.53	2.90	0.32	2.60	0.89	3.00	0.83	3.14	0.80	3.11	0.57	3.86	1.21	2.86	0.66	<0.01	11>all 1,4>7	
所在執業地區同科醫師間之關係																											
實施前	3.03	0.64	3.24	0.77	3.27	0.63	3.06	0.70	3.40	0.58	3.50	0.71	3.20	0.84	3.21	0.71	3.00	0.59	2.90	0.62	3.71	0.49	3.00	0.78	<0.01	2>1 2,3,8>10 5>1,4,9,10 6>1,9,10 11>1,4,9,10,12	
實施後	2.91	0.62	2.89	0.60	3.23	0.53	2.94	0.61	3.00	0.44	3.20	0.42	3.20	0.45	3.00	0.71	2.94	0.95	2.79	0.57	2.00	1.15	2.71	0.83	<0.01	11<all	
所在執業地區不同科醫師間之關係																											
實施前	3.15	0.63	3.26	0.63	3.14	0.64	3.01	0.56	3.36	0.58	3.60	0.52	3.40	0.89	3.19	0.73	3.49	0.66	3.07	0.59	2.86	0.90	3.23	0.83	<0.01	2,5>4 6>1,4,10,11 9>1,3,4,8,10,11	
實施後	2.96	0.61	3.06	0.55	3.18	0.59	3.00	0.59	3.12	0.45	3.10	0.32	3.20	0.45	3.06	0.64	3.19	0.62	2.89	0.50	2.14	1.07	3.14	0.53	<0.01	11<all	

註：競爭度以 Likert's scale 五分法衡量，實施前之 1 分表示非常不激烈、2 分表示不激烈、3 分表示普通、4 分表示激烈、5 分表示非常激烈；

實施後之 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。

醫師間關係以 Likert's scale 五分法衡量，實施前之 1 分表示非常不融洽、2 分表示不融洽、3 分表示普通、4 分表示融洽、5 分表示非常融洽；

實施後之 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。

表 4-12、各縣市實施分科管理後之情形

變項	台中市 (N=185)		台中縣 (N=167)		彰化縣 (N=159)		南投縣 (N=64)		P 值	事後檢定
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差		
實施後情況[†]										
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
同科醫師間之融洽關係	2.88	0.75	2.95	0.64	2.92	0.55	3.05	0.63	0.34	
不同科醫師間之融洽關係	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	2.50	0.70	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	0.70	3.34	0.68	3.24	0.61	0.22	
實施後診療情況[†]										
用藥自主性	2.62	0.84	2.86	0.85	2.64	0.85	2.70	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	3.10	0.39	0.70	

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。

表 4-13、各科實施分科管理後之情形

變項	家醫 ¹		內科 ²		外科 ³		小兒 ⁴		婦產 ⁵		骨科 ⁶		泌尿 ⁷		耳鼻喉 ⁸		眼科 ⁹		皮膚 ¹⁰		精神 ¹¹		復健 ¹²		P 值	事後檢定
	(N=189)	(N=91)	(N=22)	(N=70)	(N=43)	(N=10)	(N=5)	(N=48)	(N=36)	(N=29)	(N=7)	(N=14)	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差		
案件抽審次數	3.28	0.96	2.81	1.01	2.18	1.01	2.87	0.96	3.05	0.92	2.40	1.07	2.40	0.55	2.77	1.17	2.81	0.95	3.74	0.90	4.00	0.82	3.07	0.73	<0.01	1,10>3
審查核刪費用	3.43	1.02	3.07	1.04	2.50	1.19	3.10	0.87	3.00	0.93	2.70	0.82	2.40	0.55	2.88	1.00	2.94	1.04	3.70	0.78	4.29	0.49	3.21	0.80	<0.01	11>1~9,12 1,10>2~9
執業壓力	3.60	1.02	3.26	0.95	2.64	0.95	3.55	0.93	3.35	0.90	2.50	0.53	3.00	0.00	3.08	0.96	3.33	1.17	3.89	0.79	4.86	0.38	3.21	0.97	<0.01	3,6,8<11 3<10,11
平均每月健保收入	2.31	0.80	2.41	0.76	2.95	0.59	2.53	0.68	2.51	0.70	2.70	0.67	3.00	0.71	2.60	0.84	2.28	0.70	2.54	0.64	1.86	0.69	2.43	0.76	<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	2.82	0.47	2.81	0.42	2.86	0.35	2.86	0.55	2.84	0.37	2.90	0.32	3.00	0.71	2.77	0.63	2.78	0.42	2.93	0.38	3.00	0.00	3.00	0.39	0.82	
民眾對醫療的抱怨	3.41	0.73	3.26	0.70	3.00	0.55	3.26	0.53	3.21	0.67	3.10	0.32	3.40	0.55	3.30	0.69	3.33	0.68	3.37	0.63	4.29	0.76	3.21	0.58	<0.01	11>all
用藥自主性	2.58	0.92	2.74	0.87	3.27	0.83	2.86	0.69	2.86	0.56	3.20	0.42	3.00	0.00	2.83	0.86	2.64	0.99	2.43	0.79	1.29	0.76	2.86	0.36	<0.01	11<2,3,4,5,6,8
處置(含手術)自主性	2.57	0.83	2.82	0.72	3.09	0.81	2.83	0.64	2.91	0.68	3.20	0.42	3.00	0.00	2.88	0.96	2.61	1.02	2.30	0.72	1.29	0.49	2.93	0.27	<0.01	11<2,3,4,5,6,8,12
檢驗及檢查自主性	2.58	0.83	2.78	0.85	3.18	0.73	2.80	0.63	2.86	0.71	3.20	0.42	3.00	0.00	2.83	0.96	2.83	0.85	2.50	0.64	1.57	0.53	2.93	0.47	<0.01	3>11
轉診(轉出)病人數	3.14	0.55	3.09	0.55	3.23	0.43	3.14	0.39	3.26	0.44	3.10	0.32	3.00	0.00	3.13	0.39	3.11	0.32	3.04	0.19	3.43	0.53	3.07	0.27	0.59	

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。

表 4-14、各科醫師對分科管理之滿意度比較

變項	家醫 ¹		內科 ²		外科 ³		小兒 ⁴		婦產 ⁵		骨科 ⁶		泌尿 ⁷		耳鼻喉 ⁸		眼科 ⁹		皮膚 ¹⁰		精神 ¹¹		復健 ¹²		P 值	事後檢定
	(N=189)	(N=91)	(N=22)	(N=70)	(N=43)	(N=10)	(N=5)	(N=48)	(N=36)	(N=29)	(N=7)	(N=14)	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差		
健保支付點值 [†]	2.28	0.88	2.49	0.87	3.09	1.02	2.47	0.86	2.58	0.85	2.90	0.74	3.00	0.71	2.62	0.99	2.56	0.77	2.32	0.77	2.43	1.13	2.79	0.70	<0.01	3>1,2,4,5,8,9,10 5,6,8,12>1
申報案件審查 [†]	2.32	0.85	2.73	0.96	3.05	1.05	2.66	0.81	2.67	0.78	2.90	0.74	3.60	0.55	3.00	1.06	2.61	0.87	2.52	0.64	2.00	0.82	2.64	0.84	<0.01	8>1
分科虛擬總額公平性 [†]	2.26	0.92	2.64	0.96	3.27	0.77	2.51	0.94	2.70	0.67	3.00	0.82	3.20	0.84	3.15	1.08	2.54	1.04	2.00	0.89	1.14	0.38	2.71	0.73	<0.01	3,8>1,10,11
整體醫療品質 [†]	2.49	0.89	2.87	0.76	3.41	0.67	2.84	0.72	2.80	0.64	3.10	0.88	3.20	0.45	3.07	1.00	2.66	0.91	2.59	0.64	1.71	0.76	2.93	0.62	<0.01	3>1,11
整體滿意度 [‡]	63.40	7.86	65.41	9.36	70.91	8.88	65.73	7.78	66.43	6.81	68.95	9.32	74.40	10.05	69.17	10.02	65.98	8.50	63.42	5.09	58.83	5.77	68.92	9.34	<0.01	7>1,2,4,9,10,11 11<3,6,8,12

註：[†]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分表示非常滿意。

[‡]整體滿意度以1~100分衡量，≤50分表示非常不滿意，51~60分表示不滿意，61~70分表示普通，71~80分表示滿意，81~100分表示非常滿意。

表 4-15、不同特性的醫師對分科管理之滿意度比較

項目／縣市	台中市 (N=185)		台中縣 (N=167)		彰化縣 (N=159)		南投縣 (N=64)		全體 (N=579)		P 值	事後檢定
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差		
健保支付點值 [†]	2.46	0.84	2.51	0.93	2.40	0.91	2.59	0.89	2.47	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	2.59	0.91	0.35	
分科虛擬總額公平性 [†]	2.41	0.95	2.63	1.02	2.48	0.96	2.74	1.00	2.52	0.98	0.05	
整體醫療品質 [†]	2.66	0.81	2.81	0.89	2.73	0.87	2.75	0.87	2.73	0.86	0.48	
整體滿意度 [‡]	64.05	7.27	66.41	9.11	65.97	8.75	67.25	9.37	65.64	8.56	0.03	南投>中市

項目／診所類型	單人診所 (N=381)		聯合診所 (同科) (N=106)		聯合診所 (不同科) (N=78)		聯合門診 (N=9)		全體 (N=579)		P 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	
健保支付點值 [†]	2.47	0.87	2.57	0.88	2.42	1.01	2.11	0.78	2.47	0.89	0.41
申報案件審查 [†]	2.60	0.88	2.61	0.90	2.65	1.00	1.89	0.93	2.59	0.91	0.12
分科虛擬總額公平性 [†]	2.55	0.93	2.46	1.03	2.59	1.10	1.78	1.09	2.52	0.98	0.10
整體醫療品質 [†]	2.71	0.84	2.79	0.82	2.84	0.98	2.33	0.71	2.73	0.86	0.26
整體滿意度 [‡]	65.43	8.44	66.05	7.96	66.68	9.53	59.25	5.18	65.64	8.56	0.12

項目／擔任職務 [§]	負責人 (N=488)		合夥人 (N=54)		受僱者 (N=35)		全體 (N=579)		P 值 [‡]
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	
健保支付點值 [†]	2.51	0.89	2.30	0.90	2.21	0.88	2.47	0.89	<0.05
申報案件審查 [†]	2.63	0.89	2.39	0.92	2.41	1.02	2.59	0.91	0.08
分科虛擬總額公平性 [†]	2.58	0.97	2.26	0.94	2.29	1.06	2.52	0.98	0.03
整體醫療品質 [†]	2.75	0.86	2.58	0.84	2.79	0.81	2.73	0.86	0.39
整體滿意度 [‡]	65.88	8.71	64.04	7.98	64.81	7.04	65.64	8.56	0.34

註：[†]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分表示非常滿意。

[‡]整體滿意度以1~100分衡量，≤50分表示非常不滿意，51~60分表示不滿意，61~70分表示普通，71~80分表示滿意，81~100分表示非常滿意。

表 4-16、醫師是否贊成實施分科總額之羅吉斯迴歸分析

變項	迴歸係數	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	2.00
實施分科管理後醫師間競爭度	-0.553	0.58*	0.33	1.00
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
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; 進入模式p<0.25; 停留p<0.1

第五章 討論

第一節 各科醫師對繼續實施分科管理之意願探討

在所有回收 579 份有效問卷中，贊成及非常贊成（以下簡稱贊成）繼續實施分科管理者共佔 50.36%，不贊成及非常不贊成（以下簡稱不贊成）繼續實施分科管理者共佔 49.64%，兩者相近（見表 4-4）。但以分科來看，即呈現顯著差異（ $P < 0.05$ ）（見表 4-9）。該科贊成繼續實施分科管理之比率，最高前三名為泌尿科（100%）、外科（90.91%）與骨科（80%），其他明顯贊成者（贊成者 $> 60\%$ ）還有耳鼻喉科（72.34%）與婦產科（67.44%），最低前三名為精神科（0%）、皮膚科（26.92%）與家醫科（37.99%），各科的差距極大。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之不同、看診服務量的變化、實施分科管理前後的一般及診療情況之改變、對分科管理之了解與態度及實施分科管理後的滿意度。由於各科存在顯著差異，表示分科管理的實施可能對某些科別有利，而對某些科別的经营與發展產生阻礙或傷害，較不利於該科。

醫療的發展不應側重特定科別，各科應均衡發展，維持科際平衡。當失去科際平衡時，醫療會被扭曲而畸形發展，將形成醫療過度與醫療不足雜錯紛亂的局面。如此不僅醫療提供者無所適從，主管當局也難以管理，民眾更是最大的受害者。

究竟分科管理對基層醫療是「扭曲者」還是「矯正者」呢？如果原先即有明顯的科際不平衡現象，經過實施分科管理而獲得改善，則分科管理應是「矯正者」，其矯正了失衡的醫療分布與走向，使醫療資源重新合理分配，導醫療發展於正途。如果分科管理打壞了原本穩定的醫療生態，讓各科的發展失衡，分科管理便成為「扭曲者」，其扭曲了科際平衡，甚至危及某些科別的生存，也將使全民受害。

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，但案件抽審次數未見明顯減少（見表 4-5），對申報案件審查不滿意者反而多於滿意者（見表 4-7）。以健保局的觀點來看，分科管理的目的是節制看診點數以達到提高點值的目標，這有賴較長期的努力、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很接近，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。



第二節 實施分科管理後對醫師執業之影響探討

對於實施分科管理後基層診所的一般及診療情況，認為「差不多」的比率均較其他的選項為高。在實施分科管理後的一般情況（如基層醫師間的競爭、審查核刪費用、執業壓力等）中，認為基層醫師間的競爭增加者較認為減少者多，認為同科基層醫師間的融洽關係減少者較認為增加者多，但認為不同科基層醫師間的融洽關係增加者較認為減少者多。對於案件抽審次數，認為增加者與減少者相當。認為審查核刪費用增加者較認為減少者多，認為執業壓力增加者較認為減少者多，平均每月健保收入減少者遠多於增加者，平均每週看診次數減少者遠多於增加者，而認為民眾對醫療的抱怨增加者遠多於認為減少者（見表 4-5）。在實施分科管理後基層診所的診療情況中，認為用藥、處置（包括手術）、檢驗及檢查的自主性，均是減少者明顯多於增加者，而轉診（轉出）的病人數，則有增加者較減少者多的狀況（見表 4-6）。根據表 4-13，外科的案件抽審次數及執業壓力減少，用藥、處置（包括手術）、檢驗及檢查的自主性增加，故於 2008 年 1 月 1 日以後換科者，有 34.21% 更換為外科，居於首位。精神科則在執業壓力及民眾對醫療的抱怨方面明顯增加，在用藥、處置（包括手術）、檢驗及檢查的自主性方面明顯減少。

由此可見，實施分科管理後基層診所的一般及診療情況，包括基層醫師間的競爭、審查核刪費用、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。綜合以上的資料，實施分科管理後，影響醫師執業的不利因素有增加之傾向。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（葉德豐等，2005）的研究結果有差異，這正是實施分科管理必須正視且進一步探討

的問題。

由於分科管理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，是否會因分科管理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」呢？根據表 4-5，實施分科管理後對於不同科基層醫師間的融洽關係，75.61%認為差不多，認為增加者佔 13.76%，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「科際緊張」或「科際衝突」。



第三節 基層醫師對實施分科管理之滿意度探討

在探討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%，將近半數。其次為「分科虛擬總額的公平性」，不滿意的比率達 45.52%。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 55.5% 有明顯差距（楊哲銘等，2001），與中醫實施總額預算初期的滿意度 36% 較為接近（應純哲等，2002）。更有基層醫師給予 0 分，顯見滿意度明顯偏低。其滿意度對是否贊成實施分科總額的影響達顯著差異（ $P < 0.05$ ）（見表 4-10）。

基層醫師最不滿意的是健保支付點值，而提高健保支付點值也是健保局實施分科管理的目的。如何朝共同目的一起努力，必然是彼此合作的重點。

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。由於各科的看診服務量成長率不同，某些科別的成長率較小或零成長，免於抽審及核刪，某些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，而讓該科醫師覺得分科虛擬總額不公平。

綜合各項滿意度的比較，泌尿科、外科與耳鼻喉科的滿意度較高，精神科、皮膚科與家醫科的滿意度較低（詳見表 4-14）。

對整體的醫療品質不滿意者的比率明顯高於滿意者的比率，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（周麗芳等，1999；吳重慶等，2001），也與對中醫總額預算的研究相似（林雨菁，2001），但與對牙醫總額預算及西醫基層總額預算的研究結果有出入。

對牙醫總額預算及西醫基層總額預算的研究，發現醫療品質無明顯受影響或看法不一致（張育嘉等，2006；葉德豐等，2005）。



第四節 各縣市實施分科管理後的差異探討

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管理後的差異，可以推知城鄉差距。

根據表 4-12，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（蔡文正等，2002）。而台中市在「不同科醫師間之融洽關係」與「用藥的自主性」方面較小，顯示都會區基層醫師間之競爭，可能由同科醫師間的競爭擴及不同科醫師間的競爭，造成融洽關係減少。至於「用藥的自主性」在各縣市均有減少的現象，台中市尤其明顯。根據表 4-15，對於分科管理之整體滿意度，南投縣居首，台中市居末，達顯著差異（ $P < 0.05$ ）。

綜合以上資料，實施分科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，故分科管理後較不利於都會區之基層醫師。

第五節 實施分科總額預算的意願之羅吉斯迴歸分析

經過羅吉斯迴歸分析，發現「實施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」、「未來發展之影響」及「科別」達顯著差異 ($P < 0.05$) (詳見表 4-16)。實施分科管理後基層醫師感覺越競爭者，就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裏，該科無法多增加給付。而實施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。這表示在分科管理後，提高每週看診次數對其明顯有利。可能的原因之一是實施分科管理後，平均每週看診次數減少者比增加者多，增加看診次數者可利用這樣的情況增加看診人次，使業績提升。另一個可能原因是該科總看診人次呈現萎縮的現象，提高每週看診次數可能增加看診人次，又不致明顯降低支付點值，故贊成實施分科總額。

執業年資也影響是否贊成實施分科總額，以年資越長者越贊成。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 (見表 4-2)。在過去的十多年內，我國的健康保險制度從公、勞、農保突然進展至全民健保，之後歷經一連串的變革，許多資深醫師已常年疲於應付。年紀越大的醫師，越想求得執業安定，分科總額可能是相對較安定的制度。

分科方式直接影響各科別之組合，認為合理性越高者就越贊成分科總額。認為對該科未來發展之影響越正面者，越贊成分科總額。實施分科管理後家醫科的人數最多，贊成分科總額者的人數明顯少於不贊成者 (見表 4-10)。以家醫科為參考組，婦產科明顯較家醫科贊成分科總額，而皮膚科則明顯較家醫科不贊成。「其他科」中包括精神科與泌尿科，其中精神科 7 位全不贊成，泌尿科 5 位中有 3 位贊成及 2 位不贊

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，是不利因素，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，分科總額必然箝制其發展，因此贊成分科總額者必定較少。同理可推及精神科。



第六章 結論與建議

第一節 結論

在基層醫師抱怨支付點值太低及不滿意申報案件審查的背景下，健保局為提高支付點值，遂提出分科管理以求改善，並作為分科總額的試煉。經由回收 579 份有效問卷的分析，贊成繼續實施分科管理者佔 50.36%，不贊成者佔 49.64%。各科別對繼續實施分科管理的意願存在顯著差異，泌尿科、外科、骨科、耳鼻喉科及婦產科明顯贊成，而精神科、皮膚科及家醫科傾向不贊成。醫療應朝向各科均衡發展，維持科際平衡，分科管理必須成為「矯正者」，去矯正科際不平衡現象，而不應成為「扭曲者」，反而造成或加重各科失衡。

分科管理後，基層醫師間的競爭、審查核刪費用、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、平均每週看診次數以及用藥、處置（包括手術）、檢驗與檢查的自主性，均呈現減少的現象。使得實施分科管理後，增加了醫師執業的不利因素。但是不同科基層醫師間的融洽關係未明顯減少，以致未產生「科際緊張」或「科際衝突」。

基層醫師對於分科管理的各項滿意度均偏低，以對「健保支付點值」不滿意的比率最高，達 49.04%，僅有 10.26% 滿意。關於整體滿意度僅有 20.67% 滿意，不滿意佔 38.52%，其餘認為普通。對整體的醫療品質，不滿意的比率明顯高於滿意的比率。以科別來看，泌尿科、外科與耳鼻喉科的滿意度較高，精神科、皮膚科與家醫科的滿意度較低。

若以台中市與其他三縣相比較，台中市「基層醫師間之競爭」與「執業壓力」較大，顯示都會區基層醫師間之競爭較激烈，加上整體滿意度較低，分科管理較不利於都會區之基層醫師。

經過羅吉斯迴歸分析，實施分科管理後平均每週看診次數增加越多

者、執業年資越長者、認為分科方式合理性越高者、對未來發展之影響越正面者，就越贊成分科總額。實施分科管理後基層醫師感覺越競爭者，就越不贊成實施分科總額。以家醫科為參考組，婦產科明顯較家醫科贊成分科總額，皮膚科則明顯較家醫科不贊成，而精神科 7 位全不贊成。故「科別」為影響分科總額意願之重要因素。基層醫師不贊成實施分科總額者佔 57.99%，明顯大於 42.01% 贊成實施分科總額者。



第二節 建議

一、加強溝通宣導

在實施分科管理九個月後寄出本問卷，卻仍有相當比率的醫師完全不了解或大部分不了解分科管理的內容和精神，顯然必須加強溝通宣導。

二、檢討總額預算制度

總額預算制度可分為支出上限制與支出目標制，目前我國採行的是支出上限制。由本研究統計得知，對「分科虛擬總額的公平性」不滿意者明顯多於滿意者，認為對該科未來發展之影響為負面者多於認為是正面者，這均與目前的總額預算制度相關，因此我國採行的支出上限制應有檢討之必要。

三、降低基層醫師執業不利因素之影響程度

實施分科管理後，基層醫師間的競爭、審查核刪費用、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、以及用藥、處置（包括手術）、檢驗與檢查的自主性，均呈現減少的現象。導致不贊成實施分科總額者比贊成者多，故有必要降低這些不利因素的影響程度。

四、注重整體的醫療品質

我國全民健保最重要的基礎是醫療品質，若失去醫療品質，健保將沒有意義。在實施分科管理後，醫師對整體的醫療品質不滿意者過高，必須投以更多關注。

五、改進分科方式

目前的分科方式是醫師自由選擇，醫師認為分科方式不合理者多於認為合理者。在多數醫師認為不合理的情況下，應該檢討改進。

六、鼓勵基層醫師至鄉鎮地區執業

根據本研究之結果，分科管理較不利於都會區之基層醫師。由於城

鄉之醫療資源仍有明顯差距，鄉鎮地區普遍較都會區缺乏醫師。故鼓勵基層醫師至鄉鎮地區執業，可以讓醫師及鄉鎮地區民眾互蒙其利。



第三節 研究限制

某些科別的醫師因人數較少，而該科醫師又多數較消極而不回覆，造成統計之困難，使得外推性較受限。

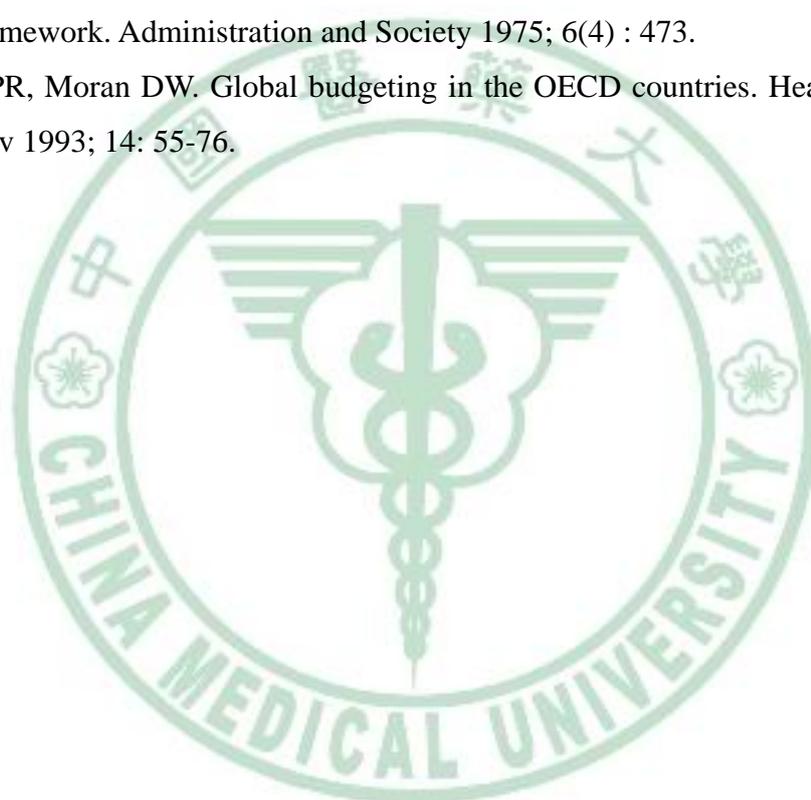


參考文獻

一、英文部分

- Aas IHM. Incentives and financing methods. *Health Policy* 1995; 34: 205-20.
- Altman SH, Cohen AB. The Need for a national global budget. *Health Aff* 1993; 12: 194-203.
- Annas GJ. A national bill of patients' rights. *The New England J of Med.* 1998; 338 (10): 695-99.
- Bishop CE, Wallack SS. National health expenditure limits: the case for a global budget process. *Milbank Q* 1996; 74(3): 361-76.
- Brenner G, Rublee DA. The 1987 revision of physician fees in Germany. *Health Aff* 1991; Fall: 147-156.
- Burner ST, Waldo DR. National health expenditure projections, 1994-2005. *Health Care Financing Rev* 1995; 16(4): 221-42.
- Chiang TL. Taiwan's 1995 health care reform. *Health Policy* 1997; 39: 225-39.
- Ellis RP, McGuire TG. Optimal payment systems for health services. *J of Health Economics* 1990; 9(4): 375-96.
- Etter JF, Perneger TV. Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 370-76.
- Fan CP, Chen KP, Kan K. The design of payment systems for physicians under global budget-an experimental study. *J of Economic Behavior & Organization* 1998; 34: 295-311.
- Henke KD, Murray MA, Ade C. Global budgeting in Germany: Lessons for the United States. *Health Aff* 1994; 13: 7-21.
- Hurley J, Card R. Global physician budgets as common-property resources: some implications for physicians and medical associations. *CMAJ* 1996; 154(8): 1161-8.
- Hurley J, Lomas J, Goldsmith LJ. Physician responses to global physician expenditure budgets in Canada: a common property perspective. *Milbank Q* 1997; 75(3): 343-64.
- Hurst JW. Reforming Health care in seven European nations. *Health Aff* 1991; Fall: 7-21.
- Kirkman-Liff BL. Health insurance values and implementation in the Netherlands and the Federal Republic of Germany. An alternative path to universal coverage. *JAMA.* 1991; 265(19): 2496-502.

- Redmon DP, Yakoboski PJ. The nominal and real effects of hospital global budget in France. *Inquiry* 1995; 32: 174-83.
- Rublee DA, Moser JW. Recent trends in expenditures on physicians' service in Canada. *Health Policy* 1991; 18: 119-29.
- Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health system performance in OECD countries. *Health Aff* 1994; 13: 100-112.
- Schneider M. Health care cost containment in the Federal Republic of Germany. *Health Care Financing Rev* 1991; 12(3): 87-101.
- Starr P. Health care reform and the new economy. *Health Aff* 2000; 19(6): 23-32.
- Van Meter DS, Van Horn CE. The Policy implementation process: A conceptual framework. *Administration and Society* 1975; 6(4) : 473.
- Wolfe PR, Moran DW. Global budgeting in the OECD countries. *Health Care Financing Rev* 1993; 14: 55-76.



二、中文部分

尤之毅：我國管理式醫療機構設置之探討。醫院：中華民國醫院協會雜誌 1999；32(4)：28-34。

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(6)：55-7。

吳重慶、葉淑娟：醫療管理的省思(3)-總額預算制度下醫療產業的因應之道。台灣醫界 2001；44(7)：55-9。

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。

周麗芳、陳曾基：探討健康保險總額預算制度。台灣醫界 1999；42(2)：57-64。

邱永仁：總額預算制度對醫界的影響。台灣醫界 1999；42(9)：38-40。

邱永仁：西醫基層總額預算制度下之醫療服務品質。台灣醫界 2001；44(7)：49-50。

洪麗雯：總額預算、薪資公平與薪資滿足對醫師工作態度之相關性影響與探討。人力資源管理學報 2005；5：135-61。

陳耀東：全民健保不同支付制度對醫師執業行為之影響及比較。管理學報 2004；21：237-55。

張友珊：荷蘭總額預算醫療費用協定制度之探討。醫院：中華民國醫院協會雜誌 1999；32(1)：1-6。

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。台灣衛誌 2006；25：152-62。

張益誠、廖宏恩：西醫基層診所實施總額預算前後之價量變化-以台灣北部地區西醫基層診所為例。台灣衛誌 2002；21：363-72。

郭正全：台灣全民健康保險有實施總額預算的條件嗎？醫院：中華民國醫院協會雜誌 2000；33(4)：2-5。

黃昱瞳：全民健保實施牙醫總額預算制度對醫療資源分布的影響評估。台北：國立台北護理學院醫護管理研究所碩士論文，2001。

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。

- 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。
- 楊哲銘、林文君、鍾季樺等：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。
- 廖翊舒：牙科總額制度對醫療價量之影響。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2000。
- 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。
- 蕭秀如：牙科總額支付制度試辦計畫效果之初探--以中央健康保險局台北分局轄區範圍內之牙科醫療院所為例。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1999。
- 應純哲、何永成、邱文作等：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



附錄一、96年中區西醫基層總額分科管理計畫草案

一、目的：為穩定中區基層總額點值，特訂定本管理計畫進行分科管理作業，依各科別訂定管理目標點數，本分局與各縣市醫師公會及診所協會各推派科委員及召集人，共同輔導管理，以期達成專業自主之分科管理及點值穩定。

二、計畫目標：平均點值 0.92

三、實施對象：中區所有特約西醫基層診所

四、實施方式

(一) 分科：

1. 科別：計分為 12 科。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。
2. 每科分別訂定管理目標點數。
3. 以診所為單位，自行選擇 1 個科別，加入該科之目標點數管理。另診所有二位醫師以上者（含聯合診所），其每位醫師均須自行選擇 1 個科別，以利個別醫師之同儕比較。
4. 選定之科別適用期間至 96 年 12 月，中途不得更改。
5. 期限內未選定科別者，本分局逕依該診所(醫師)最近一個月申報主科別認定（以件數申報最多之科別）。
6. 新特約診所於辦理特約時選填，未選定者逕依診所申報資料之主科別認定。

(二) 分配科別管理目標點數：

1. 依據各科之診所最近 3 年（93-95 年）申報之醫療費用點數（含部分負擔），計算各科占率。
2. 按月以 IC 卡上傳資料進行管控。

(三) 管理方式

1. 各科推選科委員及召集人：每科 8 人。由各縣市醫師公會及診所協會各推派 1 人，若該縣市該科診所家數超過 100 家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派 1 人。
2. 本分局得推派 1 至 2 位審查醫師參與。
3. 科別診所數 10 家以下者，請推派召集人 1 人為聯絡窗口。
4. 中區分局每月視各科申報超出目標點數之情形，召開該科之管理會議。

5. 科委員須進行該科診所之輔導與管理。
6. 管理良好之科別診所列為 A 級，當月申報之費用免審。（惟每年至少審查 1 次）。
7. 管理不善之科別請該科召集人或異常院所於聯繫會議上報告；針對異常院所列為 C 級專案加強審查。



附錄二、醫師問卷

中部四縣市基層總額分科管理試辦計畫問卷

給中區基層醫師的一封信

各位辛勞的基層醫師：

您好。

健保局中區分局自 96 年 5 月 1 日起，以分科「虛擬總額」的概念，實施「基層總額分科管理試辦計畫」，初期施行至 96 年 12 月 31 日，並打算在 97 年繼續辦理。

中區是六個分區當中唯一試辦的地區，其施行結果的評估，將是未來是否繼續辦理的重要依據，也是其他分區作為參考的指標。各位醫師的意見，更是非常有力的資料，有可能直接影響日後的執業，並關係著各位的健保收入。

本人是台中市診所開業醫師，現任醫師公會監事。在中部四縣市醫師公會及診所協會的協助下，並由中國醫藥大學蔡文正教授指導，以最大的熱忱投入此研究。期望能彙集各位醫師的看法，加以整理分析，讓基層醫師可據此與健保局交涉，一方面維護醫師的尊嚴，一方面減少健保對基層的傷害。

敬請各位醫師協助填寫問卷，並儘快寄回。謝謝您的幫忙。

敬祝

醫安

陳文侯敬上

聯絡地址: 台中市西區健行路 1056 號 2 樓 崇安診所 電話: 23233223

問卷寄達地址: 台中市中國醫藥大學醫務管理研究所 蔡文正教授

『註』

1. 健保局中區分局自 96 年 5 月 1 日起，施行「西醫基層總額分科管理試辦計畫」，以「虛擬總額」對各科進行管理。超過「虛擬總額」的部分，將嚴格審查核刪。
2. 虛擬總額：依據基層各科最近 3 年(93-95 年)申報之醫療費用點數，計算各科佔率，然後乘上今年度中區基層總額，即為基層各科今年度之虛擬總額。

一、實施分科管理前的情況（96年5月1日以前）

1. 您認為您執業的地區，基層醫師間的競爭激烈嗎？

(1)非常不激烈 (2)不激烈 (3)普通 (4)激烈 (5)非常激烈

2. 您認為您執業的地區，同科基層醫師間的關係如何？

(1)非常不融洽 (2)不融洽 (3)普通 (4)融洽 (5)非常融洽

3. 您認為您執業的地區，不同科基層醫師間的關係如何？

(1)非常不融洽 (2)不融洽 (3)普通 (4)融洽 (5)非常融洽

二、實施分科管理後的情況（96年5月1日以後）

	減少很多 (1)	減少一些 (2)	差不多 (3)	增加一些 (4)	增加很多 (5)
1. 基層醫師間的競爭					
2. 同科基層醫師間的融洽關係					
3. 不同科基層醫師間的融洽關係					
4. 案件抽審次數					
5. 審查核刪費用					
6. 執業壓力					
7. 平均每月健保收入					
8. 平均每週您看診次數					
9. 民眾對醫療的抱怨					

三、實施分科管理後的診療情況（96年5月1日以後）

	減少很多 (1)	減少一些 (2)	差不多 (3)	增加一些 (4)	增加很多 (5)
1. 用藥的自主性					
2. 處置（包括手術）的自主性					
3. 檢驗及檢查的自主性					
4. 轉診（轉出）的病人數					

四、實施分科管理後的滿意度（96年5月1日以後）

	非常 不滿意 (1)	不 滿意 (2)	普 通 (3)	滿 意 (4)	非 常 滿 意 (5)
1. 健保支付點值					
2. 申報案件審查					
3. 分科「虛擬總額」的公平性					
4. 整體的醫療品質					
5. 整體滿意度（滿分為100分）：您可以直接打分數。 <input type="checkbox"/> (1)___ (50分以下)非常不滿意 <input type="checkbox"/> (2)___ (51~60分)不滿意 <input type="checkbox"/> (3)___ (61~70分)普通 <input type="checkbox"/> (4)___ (71~80分)滿意 <input type="checkbox"/> (5)___ (80分以上)非常滿意					

五、對分科管理的了解與態度

- 您對分科管理的內容和精神
 (1)完全不了解 (2)大部分不了解 (3)大部分了解 (4)非常了解
- 您認為健保局中區分局的分科方式合理嗎？
 (1)非常不合理 (2)不合理 (3)合理 (4)非常合理
- 您認為實施分科管理對貴科未來發展的影響
 (1)非常負面 (2)負面 (3)正面 (4)非常正面
- 健保局中區分局將繼續實施「基層總額分科管理試辦計畫」，您贊成繼續實施分科管理嗎？
 (1)非常不贊成 (2)不贊成 (3)贊成 (4)非常贊成
 您的理由是_____
- 您贊成進一步實施分科總額嗎（各科總額切割清楚，點值各不相同）？
 (1)非常不贊成 (2)不贊成 (3)贊成 (4)非常贊成
 您的理由是_____

六、基本資料

- 您的出生年月是民國_____年_____月
- 您何時開始在基層執業？民國_____年_____月（或在基層執業滿_____年）
- 您的性別是？ (1)男性 (2)女性
- 您執業的縣市是？ (1)台中市 (2)台中縣 (3)彰化縣 (4)南投縣
- 您執業的診所是？ (1)單人（醫師）診所 (2)聯合診所（同科醫師）
 (3)聯合診所（不同科醫師） (4)聯合門診
- 貴診所包含您本人共有_____位醫師
- 您在貴診所擔任的是？ (1)負責人 (2)合夥人 (3)受僱者
 (4)其他_____（請描述）

8. 貴診所原本（96年5月1日以前）登記的專科是？（可複選）
- (1)家醫科 (2)內科 (3)外科 (4)小兒科 (5)婦產科
 (6)骨科 (7)神經外科 (8)泌尿科 (9)耳鼻喉科 (10)眼科
 (11)皮膚 (12)神經內科 (13)精神科 (14)復健科 (15)整形外科
 (16)一般科 (17)其他_____（請描述）
9. 貴診所在96年5月1日至12月31日期間因應分科管理選擇的分科是？（單選）
- (1)家醫科 (2)內科 (3)外科 (4)小兒科 (5)婦產科
 (6)骨科 (7)泌尿科 (8)耳鼻喉科 (9)眼科 (10)皮膚
 (11)精神科 (12)復健
10. 貴診所在97年1月1日以後是否換科？（單選）
- (1)否 (2)是，換成
- (1)家醫科 (2)內科 (3)外科 (4)小兒科
 (5)婦產科 (6)骨科 (7)泌尿科 (8)耳鼻喉
 (9)眼科 (10)皮膚 (11)精神 (12)復健
11. 您在實施分科管理後**個人**每月平均就診病人次是多少？（指正常看診之月份）
- (1)500人次以下 (2)501-1000 (3)1001-1500 (4)1501-2000
 (5)2001-2500 (6)2501-3000 (7)3001以上
12. 您在實施分科管理後**診所**每月平均就診病人次是多少？（指正常看診之月份）
- (1)500人次以下 (2)501-1000 (3)1001-1500 (4)1501-2000
 (5)2001-2500 (6)2501-3000 (7)3001-3500 (8)3501-4000
 (9)4001-4500 (10)4501-5000 (11)5001以上

～問卷已完成～

請您以所附之回郵信封，免貼郵票直接投遞郵筒寄回即可

～謝謝您的熱心填答～