

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-378

全民健保總額支付制度下

醫院因應策略對病患就醫權益之影響研究

-從醫護人員與病患觀點之調查

**The Impacts of Hospital Strategies on Patients` Rights
under Global Budget Payment Systems of National Health Insurance
-A Survey from Providers` and Patients` Perspectives of Central Taiwan**

指導教授：郝 宏 恕 博士

研究生：許 祥 瑞 撰

中華民國九十六年六月

全民健保總額支付制度下醫院因應策略對病患就醫權益 之影響研究-從醫護人員與病患觀點之調查

此論文為攻讀醫務管理學碩士學位之部分要求

許祥瑞，管理學士

中國醫藥大學 醫務管理學研究所

民國九十六年六月十五日

指導教授與審查委員

指導教授，郝宏恕 博士

審查委員，王俊文 博士

審查委員，戴正德 博士

摘要

本研究的目的是有三：一、比較各醫院因應健保醫院總額制度策略是否有差異。二、比較各因應健保醫院總額制度策略對病患就醫權益之影響。三、比較各醫院之病患就醫權益受因應策略影響是否有差異。

本研究以國內中區四家醫院的醫護人員及病患家屬為對象，將醫院因應健保總額策略與病患就醫權益分別列舉，以推導各醫院經營管理之因應健保總額策略，並藉由病患就醫權益之調查以求得醫院因應對各醫院之因應策略對病患就醫權益之影響。

本研究之結果顯示：

一、不同醫院對於健保總額之因應策略在醫院實施個別醫師總額、加強住院病患篩選、管控重症病患轉院，在調查中四間樣本醫院中 B 醫院實施的程度明顯低於與其餘三間醫院。

二、受健保總額制影響各醫院經營管理增加醫院自費項目，但間接增加了民眾就醫費用負擔；而各醫院夜間及假日門診皆有減少，影響了民眾就醫可近性與方便性。而醫師開處方藥品平均品項減少，影響了民眾用藥品質；研究中醫師照顧病人方式的自主權下降與醫護人員人力

資源都有下降，直接影響了民眾就醫品質。

三、在各醫院之病患就醫權益受因應策略影響是否有差異調查中，醫院別在病患等候檢驗與治療有顯著差異，其中在等候治療 A 醫院高於其他醫院，而在等候檢驗 D 醫院高於其他三間醫院其原因可能為醫院服務量及醫院整體效率的不同。曾經被建議高科技醫療及是否接受過自費醫療有顯著差異，顯示不同醫院別對於自費項目推行的程度不同，形成的影響不同。

Abstract

The purposes of this research are three: First, compare each hospital strategies under the global budget payment systems of national health insurance. Second, compare the impacts of each hospital strategies on patients` rights under global budget payment systems of national health insurance. Third, compare each hospital on impacts of patients` rights under global budget payment systems of national health insurance.

This research regards medical staffs of four hospitals in the central Taiwan and the patient family members as the samples , and enumerate separately hospital strategies under global budget payment systems of national health insurance and patients` rights, in order to derive each hospital management and administration strategies. and the patient family members with feeling of strategies to their. According to the surveys, the researcher tries to get the impacts of each hospital strategies on patients` rights.

The result of this research shows: First, There are differences of showing that strategies under the global budget payment systems of national health insurance in different hospitals. Specific doctor's budget payment, enhancement impatient's screening, and controlling serious disease patient's transferring to other hospital. B hospital implement is obviously lower than other three hospitals. Second, The hospitals increase the medical treatment at one's own expense under the global budget payment systems of national health insurance that increase people spending indirectly. Each hospital reduces night and vacation outpatient services that influence people seek medical advice access and convenience. The doctor prescribes the medicines reduce that influence the people to use the medicines quality. The dropping autonomy of the ways doctors treats the patient and Medical staff human resources to drop that influence the medical quality directly. Third, There are differences of showing that patients in different hospitals waiting for examining and treats, and once proposed Hi-Tech medical treatment and accepted the medical treatment at one's own expense and having difference of showing the patient in difference hospitals.

目.錄

第一章 緒論

一、研究動機.....	1
二、研究問題.....	4
三、研究目的.....	5

第二章 文獻探討

一、全民健康保險醫院總額預算制度.....	6
二、病患權益與醫學倫理.....	19

第三章 研究設計與方法

一、研究架構.....	36
二、研究流程.....	38
三、研究對象.....	39
四、研究工具與資料分析.....	41
五、預期貢獻.....	44

目.錄(續)

第四章 結果

一、因素分析.....	45
二、信度分析.....	48
三、描述性統計.....	50
四、卡方檢定.....	58
五、變異數分析.....	68
六、研究變項間的相關性分析.....	90
七、研究變項間的複迴歸分析.....	94

第五章 討論

一、病患問卷探討.....	98
二、醫護人員問卷探討.....	101

第六章 結論與建議

一、結論.....	107
二、建議.....	109
三、研究限制.....	112

目.錄(續)

參考文獻

一、英文部分.....113

二、中文部分.....115

附錄

一、病患及家屬問卷.....118

二、醫護人員問卷.....121

圖目錄

圖 3-1-1 研究架構.....	37
圖 3-2-1 研究流程.....	38

表目錄

表 2-1-1.各國之支付制度.....	17
表 2-1-2.各國總額預算決定之主要考量因素.....	18
表 2-2-1.各倫理理論整理.....	29
表 3-3-1 醫院屬性及回收問卷統計表.....	40
表 4-1-1.病患問卷因素分析 KMO 與 Bartlett 檢定.....	46
表 4-1-2 病患問卷因素分析解說總變異量.....	46
表 4-1-3 病患問卷因素分析轉軸後的成分矩陣.....	47
表 4-2-1 病患問卷信度分析.....	49
表4-2-2醫護人員問卷信度分析.....	49
表4-3-1.病患變項描述性統計.....	51
表4-3-2.病患研究變項描述性統計.....	52
表4-3-3.病患研究變項描述性統計(續).....	52
表 4-3-4 醫護人員變項描述性統計.....	55
表 4-3-5 醫護人員研究變項描述性統計.....	56
表 4-3-6 醫院因應策略描述性統計.....	57
表 4-4-1 病患變項對研究變項卡方檢定.....	58
表 4-4-2 就診次數與曾有等候檢驗日數過久的經驗交叉表.....	58
表 4-4-3 醫院別與曾有等候治療日數過久的經驗交叉表.....	59

表目錄(續)

表 4-4-4 就診次數與曾有等候檢驗日數過久的經驗交叉表.....	59
表 4-4-5 各醫護人員變項卡方檢定.....	60
表 4-4-6 年資與醫管教育交叉表.....	60
表 4-4-7 職稱與醫管教育交叉表.....	61
表 4-4-8 年資與醫院別交叉表.....	61
表 4-4-9 職級與醫院別交叉表.....	62
表 4-4-10 性別與醫院別交叉表.....	62
表 4-4-11 年齡與醫院別交叉表.....	62
表 4-4-12 醫院別與因應策略交叉表.....	64
表 4-4-13 職稱與因應策略交叉表.....	66
表 4-5-1.教育程度與各研究變項變異數分析.....	69
表 4-5-2.就診次數與各研究變項變異數分析.....	71
表 4-5-3 醫院別與各變項變異數分析.....	73
表 4-5-4 職稱與各變項變異數分析.....	77
表 4-5-5 醫管教育程度與各變項變異數分析.....	80
表 4-5-6 職級與各變項變異數分析.....	83
表 4-5-7 醫院別與各變項變異數分析.....	86
表 4-5-8 各醫院別的各題平均得分.....	89

表目錄(續)

表 4-6-1 病患問卷研究變項高度相關題目.....	90
表 4-6-2 醫護人員研究變項高度相關題目.....	91
表 4-6-3 病患問卷研究變項相關表.....	92
表 4-6-4 醫護人員問卷研究變項相關表.....	93
表 4-7-1 病患權益與病患變項之迴歸分析.....	96
表 4-7-2 醫護人員研究變項與醫護人員變項之迴歸分析.....	97

第一章 緒論

一、研究動機

全民健保的實施，給全體人民一個醫療的保障，也給貧窮民眾一個病有所治的機會，但全民健保的落實，也改變了單純的醫病關係，過去醫病關係是直線式的，但現在卻變成三角關係，保險制度雖是造福大眾之舉用意良善，但醫生卻變成公務員般的為健保局工作，醫療給付的判定與方法，多少使醫病關係起了變化。如健保論量計酬制度誘導出來重量輕質的醫療行為，造就了所謂績效計酬制度，也就是看的病患愈多反應薪資上的就是更高的報酬，一旦這種意義下的績效與薪資相連結後，醫療行為就可能如工業生產的計件制一般，迫使醫師超時超量趕工，如此的重「量」輕「質」的醫療行為，使求醫者應有的醫療品質和醫療資源是否合理的使用皆受到各界質疑；且我國非營利組織在管理上一般學界向來均著重於組織決策核心或負責人員對其組織之使命達成、資源投入運作、效率與滿意度等自我管理的評估，將醫療產業當成營利事業看待，講策略、講行銷，把病患當作顧客；又加之病患、家屬與醫院之間因立場不同，認知的差距，於醫療倫理的問題上起了極大的困境。

在我國全民健總額制度下，私有醫院藉由增加自付費用，改變診療密度，變更同成份藥品廠牌等行為，追求利潤最大化的企圖較其它權屬別醫院明顯。之前由於總額支付施行後，地區醫院因給付點值太低，而走上了街頭，以及大型醫院限診，造成民眾就醫權益受到影響，使原本是得意洋洋，全民滿意的健保制度，逐漸變成令醫界不，民眾不悅的社會問題。而卓越計畫更讓醫院不得已以限診的方法，使醫院調整門住診比例，使病患候診時間延長，罕見病患被當人球...等問題，同樣的突顯出，健保政策在醫病關係上所扮演的重要角色。所以在這種情況下，醫護相關人員的傳統醫學倫理觀念，與病患就醫的基本權利，是否已經被健保制度這個大環境所改變了。

在台灣健保總額制度實施的醫療環境下，各種醫院體系制度展出不同的型態，例如署立醫院有署立醫院的管理模式與組織架構，教會醫院會有教會醫院的架構與遠景，而私人醫院與財團法人醫院也有一套獨到的管理辦法與帶領醫院員工的想法。這種不同的制度與管理想法，漸漸發展出不同屬性醫院對於醫療產業的想法及因應醫療政策的行為，本研究就是想探討健保總額制度下醫院因應策略會對病患就醫權益，造成何種影響。

邱小妹人球事件之發生、醫療糾紛頻傳、醫師公開病人病歷、醫院浮報健保.....等，皆顯示出我國醫管倫理上之缺漏。醫院對於健保的申報、給付等自身的利益，更甚於對病人的尊重。漸漸的，大家似乎遺忘

醫療是為增進全人類健康福祉，而非單單只是一個工作。

雖然國內開始重視醫學倫理，也一直陸續有相關論文的研究發表，但其範圍多著重醫病關係或臨床上之特定議題，對於醫院組織、管理上之倫理，卻較少著墨。

在醫療市場上一方面受到競爭的效率原則影響，另一方面國家用公平及正義來約束醫院組織運作，而病患則是從道德與倫理對醫院及醫師給予高度的期望，而醫院本身又需遵循醫療專業的自主性及信念原則，這些原則經常是相互衝突的。

在總額預算下醫療機構以全民健保為收入來源的部份被限制在固定額度內，而目前的總額支付點值逐季降低，多數醫院加入自主管理方案後，在醫院為了節省支出的前提下，出現了門診限號、關病房、手術延遲、檢驗檢查延遲、人球等現象，似乎已經影響了民眾就醫方便性及可近性(蔡味娟，2005)。

二、研究問題

(李季黛 2003)以南部某醫學中心為例經由研究問卷的發放與回收後統計結果也發現，醫院員工對健保總額支付制度的整體滿意度，整體上持不滿意態度者佔有約七成的員工數。而為因應此制度的實施，約有將近八成的員工認為醫院政策因此而有改變；而且多數員工也認為在此制度下其醫療專業會受影響。醫院為了因應總額預算支付制度所造成的影響，在經營管理層面乃採取不同的策略來降低經營成本，並從各種有利的方向調整本身的經營行為，(張沅嬪，2001)在爭議連連聲中，醫院總額支付制度還是上路了，這代表我國醫療服務體系進入下一階段蛻變的開始，其影響程度如何？還需要更多的時間來驗證。(莊逸洲，2003)

一般大眾認為私有醫院追求利潤最大化，將使私有醫院比財團法人醫院或公立醫院更具經營效率，可以減少醫療費用支出。為了探討醫護人員與病患互動過程的行為方式，本研究針對中部四家醫院之各科門住診病患及醫護人員為調查對象。而在研究內容上，則就其醫院因應總額預算制度下之不同，藉由文獻的探討和理論的建構，研究管理策略對病患就醫權益的相關性，目的在了解總額預算制度對病患就醫權益的重視程度衝擊。

三、研究目的

本研究希望瞭解醫院對於總額支付制度下的因應策略、管理模式對病患就醫權利有何種影響有助於未來健保制度之改革。

- 一、比較各醫院因應健保醫院總額制度策略是否有差異。
- 二、比較各因應健保醫院總額制度策略對病患就醫權益之影響。
- 三、比較各醫院之病患就醫權益受因應策略影響是否有差異。

第二章 文獻探討

一、全民健康保險總額預算制度

1. 全民健康保險總額預算制定義

總額預算制度是指付費者與醫療提供者(通常為醫事團體)，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段時間內健康保險醫療服務總支出，以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。由於英文稱「global budget system」，因此，譯為「總額預算制度」或「總額支付制度」(全民健康保險醫療費用協定委員會，2003)。

(李玉春等，1993)將總額預算支付制度定義為，由健康保險等相關團體(包括保險人、被保險人、及醫事團體)，事先以協商之方式設定該段期間之費用預算(為前瞻性支付制度)藉以償付該段期間各類醫療服務的支出，希冀能達到保險收支平衡及財務虧損在可預期之範圍內。

(Hughes，1991)指出總額預算支付制度可以同時對價格及醫療服務供給量的成長率進行控管，目的在於使醫療支出成本不超過原先所設計之預算額度，達成財務收支之平衡。

(Hoffmeyer and McCarthy，1994)則認為總額預算支付制度是指，在

預算期間內，醫療服務供給者有義務在預算內供給消費者所需之醫療服務，滿足消費者的醫療需求，但同時也會償付醫療服務供給者固定之醫療報酬。

2.總額制度的發展

而全民健康保險在國民互助與社會連帶責任的原則下，病患只要負擔部分較少費用，甚至免費即可享有相同的健康照顧、權利與承擔相同的義務；就醫生而言，在利潤動機下，則希望多投藥、多注射，以賺取利潤。於是醫療費用便節節上升，這就是所謂的道德危險(moral hazard)。

醫療費用的支持方法。從兩方面來觀之，就病患不瞭解醫療費用的情形下，當醫療院所告訴患者只要在健保卡 IC 卡多刷一次，不用再付掛號費之下，患者就會想只要讓他刷一次就可多享受一些醫療服務，不管有無真正的需要或副作用，在貪小便宜的心態之下，就會浪費了醫療資源；相對地，醫療院所則利用此一點，來增加申報利潤，然而在保險人方面亦不易瞭解醫生診療的實際狀況，所以很難防止此種情形發生，也只有靠病患及醫生雙方的自我約束，才不會再造成健保赤字的繼續擴大。

全民健康保險的醫療費用主要採用論量計酬，兼採論病例計酬(50項)及論日計酬(精神病住院及社區服務)等方式，由於醫事服務提供者缺乏分擔財務風險的誘因，致使醫療費用支出節節高漲，醫療資源配置也受

到扭曲。而總額支付制度具有協商機制，利於解決「資源有限」的基本問題，以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突；並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決資源分配不均的問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險

「總額預算制度」為控制醫療費用之有效制度，衛生署於2000年8月成立「醫院總額預算制度研議小組」進行規劃醫院總額預算制度，歷經十七次會議，完成研議方案，於2002年2月25日交付醫療費用協定委員會(費協會)協議。並於2002年7月開始實施醫院總額預算制度(行政院衛生署，2003)。

醫院總額預算制度，是中央健保局用來解決健保財務困難的方案之一，也就是由過去「以量計酬」的看病方式，改為控制預算上限，健保局將訂出一定額度的醫療給付總額，無論民眾怎麼使用醫療資源，健保局均只給付這筆固定款項，形同設定給付上限，避免醫療支出「無限上綱」。

3.總額制度的目的

總額制度的目的整理如下：(全民健康保險醫療費用協定委員會，2003)

一、藉由協商機制，建立權責分明，分權化的組織決策模式，在資源有限前提下，解決付費者和供給者目標或利益之衝突。

二、透過前瞻性協定預算使醫療供給者共同負擔財務風險，以預算引導

醫療服務(Budget-driven Delivery)代醫療支出決定保險之籌資(Ependiture-driven Financing)，藉由同儕制約、自律，以合理控制醫療費用。

三、維持醫療提供者適度的專業自主權(Professional Autonomy)，例如支付標準的研擬、治療指引之發展、專業審查之執行，皆由醫療提供者參與或負責。

四、維持醫療費用支出於合理範圍。

五、促進醫療資源之合理分佈，將預算分配至各地區(錢跟著人走的概念)，以促進醫療資源合理分佈，改善城鄉分配不均之問題。

六、提昇醫療品質及民眾健康。

綜合以上目的，總額預算制度為提昇醫事團體的成本意識，發揮同儕制約的功能，以達到節制醫療費用上漲的目的，期從醫療服務審查改革誘導醫療行為導向，及建立品質導向的醫療服務競爭力。

4.總額支付制度之實行歷程:

1995.03 實行全民健保

1995.05 實行門診部分負擔制度，金額二級制

1997.05 部分負擔金額改為三級制；實行加重部分負擔

1999.07 實行牙醫門診總額支付制度

1998.08 實行藥品部分負擔制度

2000.07 實行中醫門診總額支付制度

2001.01 實行醫院合理門診量

2001.07 實行西醫基層總額支付制度

2002.07 實行西醫醫院總額支付制度

5.總額支付制度的執行上可分述如下兩類：

(一)支出上限制(expenditure cap)

即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量(點數)而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。由於此制度是採浮動金額計算，因此能有效以價制量，同時能使醫療資源配置更有效率性，提高整體之社會福利，故此制度又稱為總額預算回溯計點支付制度。

總額預算回溯計點支付制，由政府或相關單位相互協商決定要制訂多少的醫療預算來支付未來的實際醫療支出費用，而支付基準則依服務點數計算之，點數越多獲得的支付比例就越高。此制度下醫療供給者間彼此就會產生競爭行為，只要其中一個醫療供給者增加所持點數，則全體醫療供給者的點數單位價值便會降低。採行總額預算回溯計點支付制

度主要是為了防止，在無總額預算限制時，以論量計酬方式所衍生的弊端而來。目前我國是以實行此制度為主。

(二)支出目標制(expenditure target)

預先設定醫療服務價格、醫療服務供給量、可容許的成長率及醫療費用超支時給付醫療費用的方法。期間內之醫療服務價格是以固定金額計算之，此外還設定醫療服務供給量上限，超過此一供給量則採折價或折量等支付方式給付醫療報酬，而實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，此支付制度可視為前瞻性支付制度。此制度的設計，可以適度反映出醫療服務變動成本的支出，因此在實際運作上醫療支出會大過於原先設定的預算額度。

6.醫院總額支付制度與就醫品質

一、保險對象就醫權益之確保：

(一)健保局每半年應針對各分局保險對象就醫可近性、醫療服務品質

滿意度、差額負擔情形等進行調查。

(二)健保局每半年應統計分析各分局保險對象申訴及檢舉案件數之變

化情形。

(三)醫院協會應於本制度實施後三個月內，建立保險對象諮詢、申訴

及檢舉案件處理機制。

(四)各分局保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降，

或部分負擔差額及申訴檢舉案件顯著增加，經檢討結果，其應歸責於醫院者，應函知醫院協會立即督導改善。

二、專業醫療服務品質之確保：

(一)醫院提供之服務範圍及品質，不得低於本制度實施前之水準。

(二)健保局與醫院協會應於本制度實施一年內，研擬下列規範：

1.訂定臨床診療指引(Clinical Practice Guideline)，作為臨床診療作業及審查費用之參考。

2.訂定審查手冊，針對危險性高易服濫使用之手術(如白內障、膽囊、子宮等)、昂貴藥材、長期使用之服務(如慢性腎衰竭)、超長住院或久住 ICU 等，應訂定事前審查或同步審查作業規範。

3.提昇病歷紀錄品質。

(三)建立持續性醫療服務品質改善方案(由健保局與醫院協會共同執行)：

1.建立專業醫療服務品質指標：逐年發展本土臨床醫療服務品質監測指標，輔導醫院藉品質監控系統資料，建立持續性品質改善機制。

2.訂定醫療服務品質改善計劃：

--門診：

i. 針對高盛行率、高成本或治療模式複雜之疾病(如糖尿

病、高血壓、氣喘等)試辦疾病管理照護模式。

- ii. 建立病患重複就診、重複拿藥或醫院不當用藥、病人複診過高之輔導方式。

--住院：

- i. 要求醫院確實執行病人出院計劃，除確保照護之適當性外，並應加強病人個案管理及衛教。
- ii. 建立一般品質篩檢計劃及論病例計酬醫療服務品質監控計劃，定期監控醫院病人出院之適當性及醫療服務品質結果。

3. 監測診療型態及服務品質：藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態及品質之差異，同時加強重複(不當)用藥及查檢驗之減少，病人複診率之降低以及必要服務之確保，以作為專業審查參考指標，並將資訊定期回饋醫院，促使其改變行為。

(四)醫療服務風險監控機制之建立：

1. 醫療服務利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：健保局應按季分析各區醫療服務利用率及支付標準每點支付金額，並於次季編製報表函送醫院團體代表、費協會及衛生署。
2. 醫院各層及服務量之監控：為避免特定層級過度膨脹醫療服務量，影響其他層級之合理運作，應建立監控指標，如各層級醫

院及偏遠地區醫院家數及病床數變動情形、各層級醫院每位醫師服務門診病人及次數等，透過各層及醫療服務量、費用、家數或病床數消長之監控，每半年檢討，異常者，提請「醫院總額支付委員會」檢討。

3. 醫院與基層醫師病人流動之監控：為避免因病人大量湧入或流出所導致之財務風險，影響醫院服務可近性及品質，健保局應建立監控指標，如醫院與診所醫師人數比、醫院初即照護病人之門診次數佔醫院門診次數之比率、急診就診率等。

三、以政策引導區域級以上醫院減少初級或次級醫療照護(Primary or Secondary care)：在協商或分配預算時，藉由訂定區域級以上醫院初(次)級照護病人佔率之目標值(執行結過納入協商預算參考)，以降低上開層級醫院之門診比例，所結餘金額則用以調整急重症醫療，配套措施：

- (一)發展醫院與診所之雙向轉診與整合機制。
- (二)建立醫院與診所分(分級診療)合作目標。
- (三)醫院初級照護門診及慢性病複診(拿藥)之診察費依超出門診合理量部分打折支付。
- (四)鼓勵醫院增開門診慢性病處方箋，交付社區藥局調劑，以有效減少門診量。

7.各國總額預算制度與醫療品質的相關研究

國際經濟合作暨發展組織(OECD)國家中，有19 個國家是藉由總額預算制度控制醫療支出增加的情況。在實行總額制度下，各國皆同樣面對醫療財務支出上的困難，因此希望能藉由國際的經驗來加強我國保險體制的健全。(韓幸紋，2002)

總額預算支付制度對醫療費用的抑制效果，在國外已實施的國家看來的確有一定的成效，(Hickson，1987)研究醫師報酬制度的差別中指出：醫師報酬制度的不同，會改變醫師給病患的「治療方式」，而成本的控制究竟是透過減少醫療資源的浪費來達成，或是以降低成本的方式來達到降低成本的目的，值得探討。短期而言，總額預算對醫療品質並不一定會下降，但就長期而言，有可能會因未能鼓勵醫院更新設備及創新知誘因，而造成醫療品質下降的現象。

英國病患到公醫看必須依照診所工作進度排隊，但對於較複雜的專科治療，則需透過排隊等待，不是以病患的健康狀況而由醫院來決定使用醫療資源的優先順序，民眾為了自己的健康，自費到私人醫院看病，即可得到立即就醫的服務。故英國能有效控制醫療費用的成就，是以犧牲其他目標及無效率的行為換取來的。

加拿大以總額預算成功的控制醫療費用成長率，但也面臨許多問題，其中最顯著的問題是醫院所提供的服務，因受到預算的限制，無法

完全滿足病患的需求，造成有些病患必須花費許多時間等待(Bishai, Lang, 2000)。因此許多不耐久候的加拿大病患，選擇直接到美國就醫。

德國門診總額支付的經驗，認為門診總額預算制度的實施，會使得各地區醫師分科分布不均衡，造成醫師人力資源配置的無效率，影響民眾就醫可近性 Iglehart (1991)。

香港醫院實施總額預算制度後，雖控制醫院花費成長，卻出現醫院關床現象，因而降低民眾就醫可近性 Chu (1992)。Donald & Gerard(1992)的整理，得知一些學者對於總額預算支付制度實施後的實證資料中 Fitzgerald 的研究結果發現住院長度縮短的同時，居家照護的需求增加。

Harris(1979)指出醫院的內部組織可分為二部分：管理部門 (administration)與醫師(medical staff)，二者之間互動關係非常複雜，是否因為總額預算支付制度實施，而面臨利益衝突的問題？醫師追求醫師的貨幣收益達到最大，要求增加醫療設備以增進醫療品質，管理部門追求效用的最大，擔心超額設備閒置影響醫院收入，甚至危及醫院財務狀況之穩定，當管理者與醫師意見不相同時，會造成醫院內部組織衝突增加 (盧瑞芬，2000)

表2-1-1 各國之支付制度

國家	支付制度
加拿大	單一支付者制度 醫院：總額預算 醫師：論量計酬或採薪水制
德國	醫院醫師：薪水制 一般門診：總額配合論量計酬 住院：支出目標制
英國	公醫制度：政府支付一定薪資 家庭醫師：論人計酬
荷蘭	醫院：個別預算 專科、家庭醫師：論人計酬
美國	沒有總額預算制度 私人保險為主，存在健康維護組織 以診斷關係群、論量計酬給付
台灣	全民健康保險為社會醫療保險 採行總額預算制 論量計酬輔以論病例計酬為主

資料來源：盧瑞芬，2000；韓幸紋，2002，黃品憲，2003。

表2-1-2、各國總額預算決定之主要考量因素

國別		總額預算之考量因素	
德國		<ol style="list-style-type: none"> 1. 物價上漲指數及經濟成長指標 2. 各疾病基金會平均投保薪資 3. 有業者平均薪資 4. 醫療服務成本 (1993年以後使用基礎薪資成長率) 	
英國		以過去之醫療費用為主要之協商基礎，其他如國家經濟政治承諾新科技	
荷蘭		以過去之醫療費用為主要之協商基礎，其他如物價上漲率，資本投資設備，生產力增加。	
加拿大	省份別	目前考量因素	過去考量因素(以利用量控制為主)
	Quebec	衛生部門預算	醫師供給
	British Columbia	費用成長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人口成長 2. 科技 3. 天然災害 4. 流行病 5. 醫師供給
	Ontario	由立法或衛生部門決定	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人口成長 2. 醫師供給
	Prince Edward Island	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人口組成 2. 新增醫師數 3. 新增服務項目 	
	Manitoba	無較正式之考量因素	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人口成長 2. 公衛問題 3. 科技 4. 醫師供給
	Newfound Land Hard	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人口成長和老化因素 2. 經證實之醫師供給改變情形 3. 新科技 	醫師供給
	Saskatchewan	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務量年成長率：1% 2. 新增服務項目 	
	Albert & Nova Scotia	財務預算目標	

資料來源：行政院衛生署(2000)，中醫門診總額支付制度規劃，P.54

二、病患權益與醫學倫理

1.從消費者主義及病人為中心

1962年美國總統Kennedy 宣布每一位消費者至少擁有四個主要的
基本權利：

一 知的權利(The Right to be Informed)

二 安全的權利(The Right to be Safety)

三 選擇的權利(The Right to be Choose)

四 敘述的權利(The Right to be Heard)

此消費主義(consumerism)的興起，給消費者一個物質品質的保證及服務的管道，這些權利雖是人類與生俱來的。這個消費主義的興起，也使醫療照護變成一種消費品，醫生與病患的親密關係有時變成買賣的消費行為。一位病患不但要有痊癒的權利，也要有知道病情的權利，更要有選擇醫療方式的權利，因此病患的自主性成了醫病關係上不能輕視的要件。病患不滿意的醫療，變成是有問題的醫療，醫療是不能退貨更換，有問題的醫療既變成醫病糾紛，使醫事人員困擾異常。如此的轉變，已把過去的醫病關係徹底改變。

而在1997年3月，美國柯林頓總統進一步任命組成醫療照護產業消費者保護及品質諮詢委員會（Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry），成員包括消費者、企業、勞工、

醫療照護提供者、醫療計畫保險人、州及地方政府等各界代表及醫療品質專家所組成。

該委員會任務為隨時掌握醫療照護系統變遷狀況、提出如何確保醫療照護品質及測量之建議，以保護醫療照護系統之消費者及工作人員，而其中一項最重要工作就是負責草擬消費者權利法案（consumer bill of rights）。該委員會相信不論經濟能力好壞，美國民眾應該獲得高品質、安全及避免醫療疏失且以實證醫學為基礎的醫療服務。因此在該法案中明白宣示醫療消費者擁有下列八項權利：

- （一）資訊揭露（Information Disclosure）
- （二）選擇醫療保險計畫及照護提供者權利（Choice of Providers and Plans）
- （三）急診服務可近性（Access to Emergency Services）
- （四）參與治療決策權利（Participation in Treatment Decisions）
- （五）被尊重且不受歧視的權利（Respect and Nondiscrimination）
- （六）醫療資訊隱私權（Confidentiality of Health Information）
- （七）抱怨及投訴權利（Complaints and Appeals）
- （八）消費者應被賦予分擔醫療責任之權利（Consumer Responsibilities）

學者戴正德(2001)引述了「懷衛(FIFE)」以作為以病人為中心的思維。醫師要有效的照料病患，就必須對病人生病(illness)的經驗與疾病

(Disease)本身都有相當的了解。對疾病的診察有賴豐富的醫學知識與臨床經驗，但對病人生病的感受，則非醫學知識本身所能提供。這個「懷衛」理念就是要幫助醫護人員去真正了解並醫治病人。它所包含的有：

病人的感受(Feeling)，病人的認知(Ideas)，病人身體的功能(Functioning)，

及病人的期待(Expectation)等四個需要：

1. Feeling(感受)：對於尤其是莫名或威脅性命的病症，病人的感受可以用恐懼(Fear)及不安(Anxiety)來描述。醫師應有足夠的敏銳度，去注意到病人的恐懼、不安、憂慮對病人的心情所造成的衝擊。

2. Ideas(病人對病的認知)：醫師與病人之間存在著醫療知識的差距，也因此造成了認知上的誤差。病人對自己的病情因觀念認知的誤差而有不同的了解，也影響到就醫行為。

3. Functioning(功能)：每一個疾病對病人本身都會造成不同的影響，相同的一個疾病對不同的個體也造成不同的影響。疾病剝奪了人的工作能力與生活樂趣，也喪失了社會功能。

4. Expectation(期待)：病人願意吃藥，打針，開刀，希望能以某種方法來恢復失去的機能，是對疾病的恢復有所期待。因之，也會使病人變得脆弱聽任擺佈，為了得痊癒可以不顧一切。然而，疾病恢復的程度在醫師與病人的心中並不見得達成等同的期待，也就因此可能造成雙方的誤

解。

2. 醫學倫理起源

醫療倫理提供醫師醫療行為中，對待病人的方法，醫生為了要幫人們免於苦難並治療疾病，而被賦予給其他職業所沒有的特權。醫生可以不必觸犯法律的去給病人做親密的觸摸與檢查，也要求病人坦白說出個人的隱私(戴正德，2000)。

其實醫學倫理不是現代的產物，許多不同的醫學倫理體系早已存在於漫長的醫史上，最早的發展大可追塑到西元前1800年--漢默拉比(Hammurabi)。這個在歷史上被稱為漢默拉比法典，它記載在泥土平版上的規章，不但適用於生活的事，也包括醫生照顧病人應遵循的規則，這個法典裡面有關醫療照護都有嚴格的要求。例如若醫生意外的把病人弄成失明，則這名醫生的手有可能被砍掉以示懲罰。今日我們認為這樣的處罰太恐怖又極端，但由此法規可見，既使在西元前的年代，醫生已被要求履行特別的責任來醫治生病與受傷的人，他們被期望以卓越的醫術來醫治病人，他們擔當有平常人不必履行的特殊責任。這些倫理要求，也就是當時的醫療倫理。

不過，醫療倫理的真正起源，是一個以希臘的名醫希伯拉克底為命名的文件。其內容除關於疾病的觀察、治療、診斷和醫師們所必需負擔的責任外，也包含了醫生的一種宣誓，也就是所謂的希伯克拉底誓言(The

Hippocratic Oath)。這份宣誓提供現代醫學倫理一個重要的基本觀念，文件中包含許多現今大部分醫師仍舊遵循的重要法規。

希伯克拉底宣誓主要的要求有：

- (一) 醫生不可以故意做出傷害病人的事。
- (二) 病人與醫生之間的交談醫生務必保密。
- (三) 醫生應隨時保持卓越的醫療水平
- (四) 醫生不可故意給與病人有毒的物質。

六世紀之後，一位英國醫生---多馬波西歐(Thomas Percival)1803 年出版了「醫學倫理」一書，做為醫院與其他慈善機構專業的行事指導概要。其中中包含許多希伯克拉底宣誓的要點，比如醫生不可故意傷害病人，應為病人的病情保守秘密，且應對醫生的專業負責。

在十九世紀，波西歐(Percival) 的醫學倫理已在英國逐漸成為大眾期待醫生專業行為的表現模式。雖然這項規章並未成為法案，但在英國已被認為是醫生專業的醫療行為之最高準則。

美國醫學協會(American Medical Association) 是1847 年由一群關心醫療之體制與醫生之情操的醫生聚集組成的，該協會不僅致力於提升並整合醫學教育的標準，且正式通過一項醫學專業應遵循的法規，該法規主要還是以波西歐(Percival)規章為基礎，並由希伯克拉底宣誓的傳統思想中，取其所長匯集而成。這是在美洲地區首次為醫生明文規定的倫理

法則。此後美國醫學協會又為此法規修訂許多次，並在1980年把前言主旨明確化。至此豎立了醫學倫理恆定不變的法則，且一直往前推進，引導著醫護人員從事臨床醫護工作。

3. 醫學的倫理理論

一般來說，倫理理論是我們證明一個特殊的倫理判斷是否正當的過程，它是組織複雜的訊息、衡量價值觀，並且有系統地陳述「對或錯、是或非、該或不該」的方法。一個理論的主要目的在於提供一個標準方式，做為人們決策時分析與判斷的依據，因此它是一種思考體系與架構，幫助我們從事有系統的探索，由於人們基本價值觀的互異，強調重點的不同，理論體系也因之有所迥異(戴正德，2000)。而不論在醫療政策、醫病關係及醫學研究上，有三個倫理理論方法是目前醫學倫理的思考重心分述如下：

(一) 實用主義

實用主義的鼻祖是英國哲學家Jeremy Bentham (1748-1832)及John Mill (1803-1873)。實用主義堅持「實用原理」。只要能促進幸福快樂的行為都為善，反之則惡。它主要關心在於行為的結果，所以它又可稱之為目的論。行為的實用與否取決於它所能產生的效益。凡能促進最大的快樂卻消費最少資源的行為就是應有的決定選擇。為了避免淪為個人主義，John Mill強調一個倫理的決定是一個使最多的人得到最大之益處

的決定。

實用主義又分為兩種理論：行為實用論與規範實用論。行為實用論強調凡能促進最高益處的行為就是倫理的，它的主要關心在於行為本身不問規範。這種理論認為能為大多數人產生有利的決策在道德上就是對的，無視於此行動的動機或手段(許孟祥，黃貞芬，林東清，1996)。但規範實用論則在判斷行為的倫理之前，先制訂一些原則規範，公認這些原則規範必給最多的人得到最大的快樂。只要依循規範行事，既不會出錯。比方說「新生嬰兒具有嚴重的腦損傷又有腎臟缺陷，則不於救治」或「癌症末期病人心跳突然停止時，不給於人工呼吸再啟動心跳」是一個以建立的原則，那麼醫師就應照此原則去行醫做決定(戴正德，2000)。

(二)責任主義

責任論的先驅者是康德 (1724-1804)。他認為行為的結果與道德彼此不相干，一個行為合乎倫理與否取決於「絕對責任」的原理上。既決策者行動要符合道德，其必要遵循一些特定的法則，如普遍性理論及黃金法則(許孟祥，黃貞芬，林東清，1996)。

1. 普遍性理論

康德 (1724-1804)是首先提出此理論的先驅，其強調一個放諸四海皆標準的行動原則，它並不評估行動的結果，相反的，一個行動是否具有道德價值，端視於此行動是否具有普遍性的道德或權利，一個有道德的

行動有下列三個條件；一是具有普遍性可以應用至所有人及所有情況，但不傷害其他人；二是能尊敬別人並保證他們的權利不會受損；三是尊敬別人的自主權，每個人有權去自由選擇他們想要的。

2. 黃金法則

強調「己所不欲，勿施於人」，也就是無論在何種情境下，決策者認為可以採行的行動，也必須是他容許其他人可以採取的，此理論已成為最常用於決策者及其社區關係內的理論架構。舉例而言，「不可殺人，不可欺騙」為世界所公認每一個人必須履行的責任，所以一個人決不可殺人，也不可欺騙。殺人是犯罪的行為而欺騙為違反倫理的事。根據此一理論，一個醫生必須把實際的病情解釋給病人瞭解，也不可以向病人欺騙隱瞞病況，因為他違反了醫學倫理上「絕對責任」的訴求。故醫生醫治病人絕對不能把它當作取得報酬賺錢的手段，因為行醫濟世是醫生選擇做醫生的目的(戴正德，2000)。換句話說病人永遠是主體不是客體，這種恰似「天賦」的理念，康德稱之為「絕對的命令」(Categorical Imperative)。

康德又把責任分成完全責任與不完全責任兩種。完全責任是每一個人無時無刻必須例行的，如不可傷害別人，醫生的行醫濟世或警的維護社會安全。不完全責任則有其時空與選擇性，既規條在不同時機、地點可加以修正，如正義法則及基本責任(許孟祥，黃貞芬，林東清，1996)。

3.正義法則

此理論由Rawls(1971)認為法規在某種情境下會被打破，他強調倫理不只侷限於方法和結果，而必須顧及權利和正義。其所強調的道德權威是如何將機會與努力公平的分配給每一個人，也就是讓每一個利害關係人享有公平的機會去發展他們的知識、技能與天賦，以發揮他們的潛能，也強調對那些做錯事的人給予懲罰。

4.基本責任論

由Ross(1969)所提出，認為每一個人都具有某些責任與義務，這些責任與義務與道德是息息相關的，且某些情況會有衝突，當責任間有衝突時，倫理決策決定那一個責任是比較具有義務性的。

舉例而言，履行諾言是一個完全的責任，但看到一位溺水的人時浮時沈因我不會游泳或沒有承諾去幫助他，因之拯救他變成一種不完全的責任。

(三)公義情境主義

由於實用主義缺少了公義，而責任主義又對「情境」僵直不化，因之又有了既重責任又關心情境的倫理思考方式，我們可稱之為公義情境主義。

英國哲學家W. D. Ross(1877-1940) 拒絕了實用主義只重結果的行為立論，但他對康德「絕對命令」的責任條例感到憂心。因此它提出了另

一個論點，他雖然是一位責任主義者，但認為行為結果與情境也必須在行為決定過程中加以考慮。因之它把責任分成兩種，一種較真實責任 (Actual Duty)，另一種叫表象責任(Prima Facie Duty)。比方說一位醫生答應赴一個約會信守諾言是普世的倫理，因之他一定要準時赴約，但在他將離開醫院之前，一位急診病患被送進來正需他的醫治，雖然他有赴約的責任，但因病患病情緊迫，赴約的責任變成次要責任，而醫治病人變成主要責任。換句話說，公義情境主義在兩個衝突的責任中作一個理性的分析抉擇，並把絕對命令加以情境化。公義情境也在思考的過程中把公平(justice)的信念加以融入。

美國哈佛大學哲學家John Rawls 也嘗試把實用主義與責任主義加以融合並強調公平的重要性。根據他的立論，病人醫生應站立同等地位上，醫生有責任向病人解釋病情，醫生對病人有自然的責任(natural duty)，而病人在其自主權內也需要與醫生合作。

表2-2-1 各倫理理論整理

類別名稱		方法	目標
實用主義	行為實用論	考慮集體的利益，在群體最大利益的考量下，擬定各種可行方案，主要關心在於行為本身不問規範。	集體利益最大化
	規範實用論	制訂一些原則規範，這些原則規範必給最多的人得到最大的快樂。	
責任主義	普遍性理論	確認是否有人會因某一決策而影響到其需求或福祉	符合權力與正義法則
	黃金法則	不做出自己也不希望做出的行動	己所不欲，勿施於人
	正義法則	1.那些行動可以將成本與效益公平地分配至每一利害關係人 2.成本與效益之分配程序是否公平與明確 3.對那些達到不公平對待的人是否可有補償的機會	遵守能公平對待每一個人之規條
	基本責任論	1.確認個人之基本責任 2.凡事需符合個人之基本責任	遵守符合個人基本責任之規條
公義情境論		行事需依情境而變。確認環境之主要的道德信念與原則。	符合所在環境之法律、習俗及道德標準

資料來源：許孟祥，黃貞芬，林東清，1996，164-165頁，戴正德，2000

4. 醫學倫理原則

醫事專業人員的專業倫理就是醫學倫理。而醫學倫理原則的提出，目的在幫助醫護人員於醫療臨床上有一指引方向，使醫療工作能合乎倫理性(戴正德，2000)美國喬治頓大學學者Tom Beauchamp及James Childress於1979年出版醫學倫理一書，則將醫學倫理原則的討論集中於四個構面上，是公認的醫學倫理普世原則，其原理內容為：

(一) 病患自主原則(The principle of respect for autonomy)自主 (autonomy)

代表自我管理、自我規範，尊重自主原則指的是，尊重一個有自主能力的個體所做的自主選擇，也就是承認該個體擁有基於個人價值信念而持有看法、做出選擇並採取行動的權利。換言之，有能力(competent)做決定的病患應當享有權利選擇、決定他所喜愛之醫療照顧方式，醫師們則有相對之義務當尊重病患的決定，而對於缺乏自主能力的病患(如某些精神病患、稚幼兒童)亦當為其提供保障。尊重自主原則於醫療照顧範疇內，進一步則可以導出下列道德規則，例如：

- 1.誠實(truthfulness)：不隱瞞病患之病情及診斷，如此他們才能根據被告知的訊息做出決定。
- 2.守密(confidentiality)：醫療專業人士一般有保護病患的隱私、對病患所告知事項保密的義務。
- 3.知情同意(Informed consent)：應當告知病患足夠的訊息，並獲得病患的

同意，方可對病患進行醫療處置。但行使知情同意權利時必須在身心皆健全的情況下，也就是這個病患有獨自做選擇與決定的能力。它的步驟與條件至少有四個(戴正德，2000)：

1. 病患具有自主能力。
2. 醫生向病患解說病情與可能的治療法。
3. 病患對醫生的說明有真正的瞭解。
4. 病患的決定沒有外力的影響而係出於志願。

這四個要素以病患具有自主能力(competence)為最重要，因為沒有自主能力則另三個要件都不能實現。當病患失去或沒有自主能力時，在醫學倫理上就有所謂醫療父權主義(medical paternalism)及代理決 (surrogate decision making)觀念的提出，由病患最親近的人來從事知情同意的決定。父權主義是一種當病患失去意識能力時醫生為病患所做最好的緊急抉擇，如在急診室的救難等等。

尊重自主原則在應用時常遭遇到難題包含：對於精神狀態錯亂、精神病患，如何判定他們是否具有自主能力並作自主選擇的權利呢？當病患拒絕關鍵的、救命的醫療處置時醫師該如何處理？皆屬於尊重自主原則所涵蓋之議題。

(二) 切勿傷害原則(The principle of nonmaleficence)切勿傷害原則與傳統西方的醫學倫理格言「最首要的是不傷害(Primum non nocere: above all

do no harm)」相呼應，而傷害所指並不只是身體方面而已，也必須延伸到心理及物質的層面上去。身體的層面指的是不故意使病患經歷無謂的苦痛，心理上則不得雪上加霜去使病患產生恐懼感，物質上則不可有額外的收費或要求紅包使病患蒙受物質上的損失。一般說來，我們沒有義務去造福他人，但至少要有責任不傷害他人。當醫療專業人士嘗試去提升病患福祉，無可避免地便可能傷害到病患，如何平衡利益與傷害，以創造病患最大的福祉，是此原則最基本之考量。因此，醫學倫理上有所謂的雙重效應理論(Double Effect)，也既當可能獲得的利益遠大於病患所得忍受的傷害時，微小的身體傷害將可以被接受(戴正德，2000)。應有的條件為：

- 1.當傷害不是故意要造成的。
- 2.當利益遠大於給於的疼痛。
- 3.當動機不是邪惡時。

而醫師維持本身有勝任的臨床知識及技術、謹慎地執業以達到「適當的照顧標準 (standard of due care)」並避免讓病患承擔任何不當的、受傷害的風險，都是在履行不傷害原則。對醫師來說，若其本身人格有問題、能力不足或有詐騙不法行為，更是違反了不傷害的義務。

(三) 利益病患原則(The principle of beneficence)

利益病患與切勿傷害是一體之兩面，一個從肯定面來談論如何去使病患

得利益。例如減輕痛苦，病得痊癒又物質付出最少。另一個則由否定面來促進病患的福祉。切勿傷害只不對別人造成傷害，包括預防傷害以及排除可能的傷害。利益病患原則則要求我們要進一步預防以及排除可能的傷害並致力提升他人的福祉。

利益病患(Beneficence)這個詞彙還意味著善行、仁慈的心、慈善事業、利他主義、關愛和人道。它是一些道德理論，如效益主義之效益原則、共有道德理論的中心主題。在這些理論中，利益病患(beneficence)被解釋為人性中驅動我們造福他人的力量，也被視為道德本身的目標。一般而言，人們並不擁有必須造福所有人群的絕對義務(perfect duty)，此乃所謂廣泛行善義務(general beneficence)，但是在醫療專業人士與病患關係之範疇內，行善原則是醫療專業人士須遵從的義務，此乃屬於特定行善義務(specific beneficence)。

(四) 公平正義原則(The principle of justice)

不同的哲學家將公平正義原則解釋為「公(fairness)」、「應得的賞(desert)」及「給予應得的資格(entitlement)」。若以「什麼是人應該得的」之觀點來看，公平正義被解釋為對人公平、正當及適切的處置，它指出在面臨相抗衡的主張或訴求時，必須以公平的基礎來執行裁量的道德義務。Gillon(1985)指出公平正義原則應用到醫療照護倫理時涉及三層次：公平地分配不足的資源(分配性之正義)、尊重人的權利(權利正義)

及尊重道德允許的法律（法律正義）。醫學倫理範疇內和公平正義原則相關之議題相當廣泛，舉凡微觀分配層面（micro-allocation），例如醫師開處方、使用稀罕不足的維生儀器，和巨觀分配層面（macro-allocation），例如國家醫療資源及預算之分配、健康保險政策的制定等。

醫療資源應該如何分配？倫理學者呼籲應該要根據正義(Justice)平等(Equality)公平(Equity)的原則來分配(戴正德，2000)。

- 1.正義：根據社會一定的準則，公平的分配利益與義務。這個公認的準則就以社會對「是」與「非」、「正義」與「邪惡」的瞭解來判定。
- 2.平等：人人平等是現在民主社會的基石，然而真正實施起來卻會產生很多問題。例如在醫療資源的分配中，如果每個人所得到的資源都一樣的話，那將會造成需求少的人得到超過他們需求的資源；而真正需求較多資源的人卻得不到符合他們需求的資源。
- 3.公平：就是針對每個人不同的需求而公平地給予不同的資源，這個原則既能滿足每個人的需求，又能對資源做最有效率的分配，最適合作為資源分配的準則，也就是正義。

然而儘管有不同的正義理論被提出，公平正義原則基本上乃為追求對相衝突的主張提供合乎道德的解決方法，以達到對於社會上各種負擔、利益或資源能有公平合理的分配及處置。

綜合以上實證研究文獻結果，總額預算支付制度實施對醫療費用之控制及對醫療品質之影響，究竟是正面或負面的影響，尚無一致的結論。

但各研究顯示實施總額預算後如果沒有相關配套措施，只著眼於成本控制，隨著醫療需求愈來愈多，收支將再度失衡，重症與慢性病人將無處可去，因被兩邊推來推去，造成可能之等候清單（Waiting list）問題。因為多做只有降低每點支付之金額，若不能如果健保體制未變革，病人就醫行為不改變，醫師之間仍會以量制價。

除非有具體可行的配套措施、嚴謹公正的醫療品質監視系統，以及良好的醫學倫理教育及醫病溝通，總額預算實施後才能真正的確保民眾的就醫權益。

第三章 研究設計與方法

一、研究架構

研究架構與說明

研究架構內容包括；醫院類別、醫護人員變項、病患屬性變項、病患就醫權益。本研究的架構如圖下，各變項的內涵簡要內容說明如下：

- (一)醫院別。指四間樣本醫院A醫院、B醫院、C醫院、D醫院。
- (二)醫護人員變項。指醫護人員不同的職稱、醫管教育、年資、性別、職級及年齡。
- (三)病患屬性變項。指病患不同的教育程度、就診次數、年齡、性別、科別、收入及來院原因等變項。
- (四)病患就醫權益。指病患就醫可近性、手術或檢查遲延、費用負擔及、醫療品質及醫病關係。

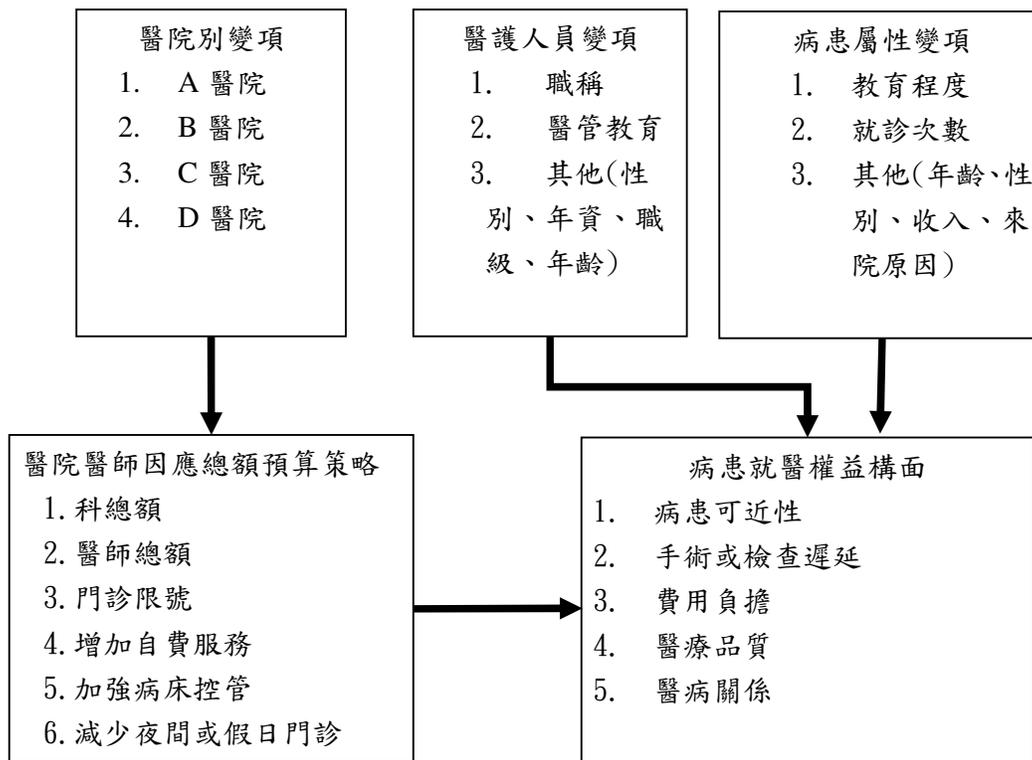


圖3-1-1 研究架構

三、研究流程

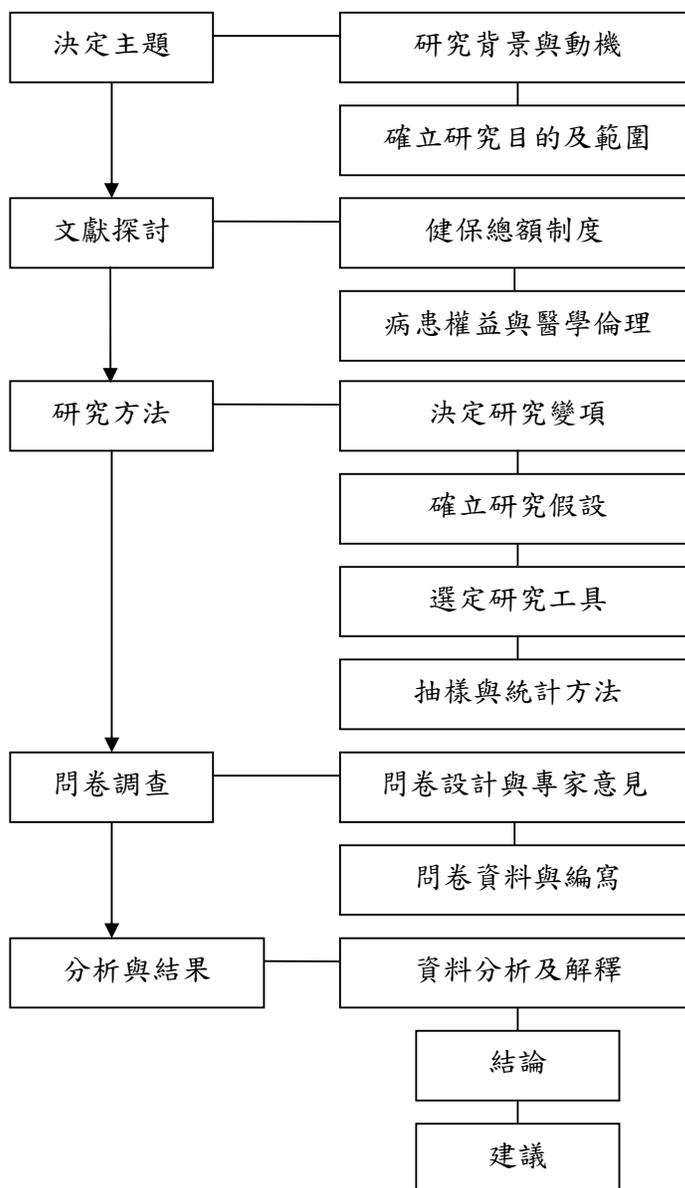


圖 3-2-1 研究流程

三、研究對象

1.決定抽樣母體

本研究目的為探討因應健保總額制，醫院管理策略對病患就醫之權益影響，故選擇台灣中部地區四家性質不一樣醫院內，探討醫院因應總額制度病患就醫權益重視程度為研究對象。

2.抽樣方法

A.依據到醫院病患，以便利取樣方法進行抽樣。

B.醫院之醫護人員，以分群隨機抽樣進行

(醫院行政管理人員10人、醫師10人及護士10人)。

3.樣本數大小

問卷設計以，各發醫護人員共20份，病患及家屬共40份為預試，回收後，修改問卷正式測試。

由經費考量及問卷的回收預估正式測試中各醫院發出病患及家屬問卷各100份，四間樣本醫院發出病患及家屬問卷共400份，病患及家屬回收有效問卷共338份，回收率84.5%。

各醫院發出醫護人員問卷各30份，四間樣本醫院醫護人員問卷共120份，醫護人員回收有效問卷97份，回收率80.8%。

表3-3-1 醫院屬性及回收問卷統計表

醫院	A	B	C	D
宗教信仰	無	無	無	有
所有權	財團法人	公立	財團法人	財團法人
等級	醫學中心	區域教學	醫學中心	醫學中心
有效病患問卷	82	83	88	85
醫護人員問卷	25	21	24	27

四、研究工具與資料分析

本研究的實證調查採用樣本調查法為衡量工具，利用發放問卷方式收集資料。為了問卷調查的需要，問卷內容的設計是配合文獻探討的內容加以設計編制，問卷的編制經過「問卷原型設計→預試→問卷修正→正式測試」等階段。

問卷記分方式本部分採用Likert 尺度，五點計分，各題目依時常發生、有時發生、偶爾發生、很少發生、不曾發生或依非常同意、同意、無意見、不同意、非常不同意，分別給於5，4，3，2，1 分，反向題則反向計分。

本研究在資料的分析上，使用了因素分析、變異數分析、簡單相關分析、典型相關分析、Scheffe 多重比較檢定等方法，使用SPSS 統計分析軟體為統計與分析工具。

一 因素分析

先以參考國內外文獻發展出病患就醫權益量表，進行因數分析，以歸納出各個變項的構面。認為因素分析有三個步驟1.估計共同性，2.抽取共同因素，3.進行因素轉軸。本研究抽取共同因素的方法，係利用主軸法(method of principal axes)中的主成分分析法(principal components factor analysis)，取特徵值(eigenvalue)大於1 的因素，再以最大變異法

(varimax rotation)進行正交轉軸(orthogonal rotayion)，將檢視各研究變項在構面之因素負荷量。而以受測者在某一個因素構面上的得分高低，表示其贊成或反對該構面所代表意義的程度。

問卷原型設計中，先行預試病患問卷 40 份，醫護人員問卷 20 份，並利用因素分析來抽取該量表中的共同性，刪除語意重複性較高者及因素負荷量較低者之題目，並經修改使整體概念更為接近完整，形成正式問卷後，再擴大樣本數，且再行因素分析最後病患問卷抽得五個因素，並分別命名作為變項構面之名稱。此五個因素所包含項目的意義及因素負荷量的大小，同時檢視各因素名稱及構面內容、因素負荷量、解釋變異量內部一致性係數。

二 描述性統計

以個數、百分比描述回收樣本病患家屬之基本特性(包含年齡、性別、收入、教育程度就診次數、來院原因)及醫護人員(包含職稱、職級、性別、年資、醫管教育、年齡)之基本特性；並以平均數、標準差等描述回收樣本研究變項之得分情形。

三 變異數分析

用來分析不同的醫院及不同病患類別或不同醫護人員屬性，在病患就醫權益是否產生差異。

四 Scheffe 多重比較檢定

變異數分析檢定結果若整體性的F 值達顯著水準，則進行事後的多重比較，以找尋組別之間有哪幾對平均數具有顯著的差異存在，可把組間有差異的平均數辨認出來。

五 簡單相關

相關是用來測量二個變數間的關係強度，本研究使用簡單相關分析作為衡量二等距變數間關連程度的指標。

六 複迴歸分析

除變異數分析外，另一方面亦利用迴歸分析(Regression)，根據資料，來建立以就醫可近性、費用負擔、醫療品質、醫病關係作為依變數(Dependent Variable)與性別、年齡、收入、就診次數、來院原因、醫院別作為自變數(Independent Variable)建立相關性模式。

五、預期貢獻

期望藉由此研究的能帶動政府相關單位及醫院管理者對民眾就醫權益重視，改善民眾就醫權益，並且持續地、有系統的重視病患權益，最終能建置一個完善之醫病溝通與政策制定的平台，進而可在其制度面及政策面產生影響。

- 一、了解各醫院因應健保醫院總額制度策略是否有差異。
- 二、了解各因應健保醫院總額制度策略對病患就醫權益之影響。
- 三、了解各醫院之病患就醫權益受因應策略影響是否有差異。

第四章 結果

本章依據研究目的，就統計分析的結果，逐一分析解釋各研究變項間的關係，首先利用單因子變異數分析方法，探討醫院類別、病患及醫護人員變項與其他研究變項的關係，其次以簡單相關分析和複迴歸分析，探討醫院因應策略、就醫可近性、費用負擔、醫療品質、醫病關係等變項間相關情形。

一、因素分析

問卷原型設計中，先行預試病患問卷 40 份，醫護人員問卷 20 份，並利用因素分析來抽取該量表中的共同性，刪除語意重複性較高者及因數負荷量較低者之題目，並經修改使整體概念更為接近完整，形成正式問卷後，再擴大樣本數。

KMO 是 Kaiser-Meyer-Olkin 的取樣適當性量數，當 KMO 值愈大時，表示變項間的共同因素愈多，愈適合進行因素分析，根據學者 Kaiser(1974)觀點，如果 KMO 值小於 0.5 時，較不宜進行因素分析，此處的 KMO 值為 0.7439，表示適合進行因素分析。(KMO 越接近 1，表示量表題目間的相關情形良好，越適合進行因素分析。)

此外，以 Bartlett 球形考驗的 χ^2 值為 3746.6829(自由度為 325)達顯著，代表母群體的相關矩陣間有共同因素存在，適合進行因素分析。

表4-1-1、病患問卷因素分析KMO與Bartlett檢定

KMO 與 Bartlett 檢定		
Kaiser-Meyer-Olkin 取樣適切性量數。		0.7439
Bartlett 球形檢定	近似卡方分配	3746.6829
	自由度	325
	顯著性	0.000

因素分析結果患問卷抽得五個因素解釋變異量總和為 53.29%，之後依據五個因素所包含項目的意義分別命名為：就醫可近性構面，手術或檢查遲延構面，費用負擔構面醫療品質構面及醫病關係構面。

此五個因素各因素負荷量皆高於 0.5 除第 14 題 0.428757、第 16 題 0.370749、及第 17 題 0.393045，但此三題中最低因素負荷量仍然有 0.3707 故不予以刪除。

表4-1-2、病患問卷因素分析解說總變異量

解說總變異量			
	轉軸平方和負荷量		
成份	總和	變異數的%	累積%
手術或檢查遲延	3.50	13.48	13.48
醫病關係	3.19	12.28	25.76
就醫可近性	2.70	10.39	36.15
費用負擔	2.68	10.29	46.44
醫療品質	1.78	6.85	53.29
萃取法：主成份分析。			

表 4-1-3、病患問卷因素分析轉軸後的成份矩陣

轉軸後的成份矩陣					
	成份				
	手術或檢查遲延	醫病關係	就醫可近性	費用負擔	醫療品質
第八題	0.884783	0.013225	0.056785	-0.20455	0.034731
第七題	0.874401	-0.00313	-0.00048	-0.17952	0.013099
第六題	0.724117	0.037887	0.128713	-0.09644	0.003701
第十題	0.624222	0.048284	-0.23671	-0.11715	0.087881
第九題	0.619659	-0.10903	-0.2264	-0.17787	0.173622
第廿三題	-0.05343	0.722606	-0.06598	-0.08395	-0.01298
第廿題	0.097972	0.710026	-0.05753	-0.12507	0.026701
第廿五題	0.092052	0.662167	-0.21548	0.064989	0.187975
第廿一題	0.028647	0.626735	0.192756	-0.2559	-0.02969
第廿二題	0.010214	0.542462	-0.14035	-0.09587	0.264665
第廿四題	-0.02164	0.50137	-0.09528	-0.02756	0.500597
第十七題	-0.2196	0.393045	-0.06045	-0.05553	0.24778
第二題	-0.18903	-0.24631	0.745756	-0.12236	0.119238
第三題	-0.0053	0.052708	0.729046	0.054216	-0.09225
第四題	-0.00408	-0.10241	0.689672	0.272103	-0.01517
第一題	-0.21983	-0.36937	0.630302	0.034407	0.2669
第五題	0.092515	0.06564	0.618462	0.324981	-0.23213
第十三題	-0.11988	-0.14835	0.042877	0.798565	0.044432
第十二題	-0.29814	-0.0253	0.139499	0.757168	-0.10827
第十一題	-0.45294	-0.09382	0.175056	0.658251	0.022856
第十五題	-0.08516	-0.08999	0.069386	0.608286	0.035516
第十四題	-0.3312	-0.31786	0.124541	0.428757	0.157185
第十九題	0.063865	-0.11592	0.067264	0.012502	0.613637
第廿六題	0.030293	0.427603	0.006662	0.202134	0.57847
第十八題	0.041451	0.186569	0.00347	0.004942	0.535295
第十六題	0.250803	0.184518	-0.17468	-0.05775	0.370749

萃取方法：主成分分析。

旋轉方法：旋轉方法：含 Kaiser 常態化的 Varimax 法。

a 轉軸收斂於 10 個疊代。

二、信度分析

先以 SPSS 統計軟體進行問卷的兩份問卷之信度分析，在分析各構面之後，病患問卷各構面之信度分析結果如下：就醫可近性構面 Cronbach Alpha 值為 0.7614，手術或檢查遲延構面 Cronbach Alpha 值為 0.8471，費用負擔構面 Cronbach Alpha 值為 0.8044，醫病關係構面 Cronbach Alpha 值為 0.7720，其中除醫療品質構面 Cronbach Alpha 值偏低為 0.3802，可能原因為題意表達不清楚及民眾對醫療品質之解讀不同。(詳見表 4-2-1)

醫護人員問卷各構面之信度分析結果為：服務診次自費項目構面 Cronbach Alpha 值為 0.5147，門住診及檢查服務量構面 Cronbach Alpha 值 0.7016，醫院財務面變化構面 Cronbach Alpha 值 0.8584，醫護人員專業自主構面 Cronbach Alpha 值 0.8974，醫院因應策略構面為 0.9018，醫護人員問卷各構面信度得分皆高，代表此份問卷信度良好。(詳見表 4-2-2)

表 4-2-1、病患問卷信度分析

各構面名稱	就醫可近性	手術或檢查 遲延	費用負擔	醫療品質	醫病關係
Cronbach Alpha	0.7614	0.8417	0.8044	0.3802	0.7720
N of Items	5	5	5	4	7

表4-2-2、醫護人員問卷信度分析

各構面名稱	服務診次與 自費項目	門住診及檢 查服務量	醫院財務面 變化	醫護人員專 業自主	醫院因應策 略
Cronbach Alpha	0.5147	0.7016	0.8584	0.8974	0.9018
N of Items	5	10	4	7	11

三、描述性統計

病患及家屬問卷描述性統計

以個數、百分比描述回收樣本病患之基本特性，包含年齡、性別、收入、教育程度就診次數、來院原因；並以平均數、標準差等描述回收樣本研究變項之得分情形。

本研究樣本共有 338 位病患，其中年齡以 51~60 歲 81 位(23.96%)最多，性別中女生 180 位(53.25%)，教育程度高中以下 172 位(50.89%)最多，收入以 2 萬元-4 萬元 109 位(32.25%)最高，就診次數以 1~5 次 156 位(5.00%)最高，來院原因以陪診 159 位(47.04%)最多。(詳見表 4-3-1)。

研究變項之得分情形，就醫可近性構面中，以第一題「您曾有門診現場掛不到號」的情形得分表現最低1.99(0.8)，手術或檢查遲延構面中，費用負擔構面中，以第十題以「您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)」42次(12.43%)最高，第十一題「曾有醫師建議您採用自費項目」得分表現最低2.64(0.91)，醫療品質構面中以第十七題「醫師不會看診時間過短，輕易的為您下診斷得分」表現最差3.29(0.78)，醫病關係構面中以第廿五題「醫護人員能融入您的情境，提供如親人般的照護」得分表現最差3.14(0.82)。(詳見表4-3-2、表4-3-3)。

表4-3-1、病患變項 描述性統計

年齡	次數	百分比	性別	次數	百分比
20歲以下	16	4.73	男	153	45.27
21~30歲	76	22.49	女	180	53.25
31~40歲	80	23.67	總和	333	98.52
41~50歲	44	13.02			
51~60歲	81	23.96			
60歲以上	41	12.13			
總和	338	100.00			

教育程度	次數	百分比	收入	次數	百分比
高中以下	172	50.89	2萬元以下	106	31.36
專科	73	21.60	2萬元-4萬元	109	32.25
大學	90	26.63	4萬元-6萬元	100	29.59
研究所以 上	3	0.89	6萬以上	1	0.30
總和	338	100.00	未填答	22	6.51
			總和	338	100.00

就診次數	次數	百分比	來院原因	次數	百分比
1~5次	156	46.15	住院	61	18.05
6~10次	87	25.74	門診	118	34.91
11~20次	73	21.60	陪診	159	47.04
21~30次	22	6.51	總和	338	100.00
總和	338	100.00			

表4-3-2、病患研究變項 描述性統計

	平均數	標準差
1 您曾有門診現場掛不到號的情形	1.99	0.8
2 您曾有門診無法預約掛號(電話/網路)的情形	1.68	0.69
3 您曾有夜間門診掛不到號的情形	1.54	0.61
4 您曾有週末門診掛不到號的情形	1.64	0.66
5 您曾有假日門診掛不到號的情形	1.79	0.72
11 曾有醫師建議您採用自費項目	2.64	0.91
12 曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務	1.9	0.81
13 曾接受過自費檢查	1.58	0.72
14 曾接受採用自費藥品或醫材	1.6	0.68
15 您覺得看病的費用負擔增加了	4.68	0.53
16 醫師不會任意配合您的一些要求(例：開藥、打針)	4.01	0.49
17 醫師不會看診時間過短，輕易的為您下診斷。	3.29	0.78
18 醫護人員能耐心教育您有關疾病及保健的知識。	4.2	0.65
19 曾發現所拿到的藥品更改	1.76	0.59
20 醫護人員能做到對您病情的保密及身體的隱私尊重。	4.18	0.46
21 醫護人員在為您做治療與檢查時，都讓您了解其原因	3.91	0.62
22 醫護人員能做到不隱瞞病情或重要醫療資訊，使您能理性的選擇和決定。	4.1	0.55
23 當您對檢查不了解而心生恐懼，醫護人員會主動關心並加以解說。	3.71	0.77
24 醫護人員能以同理心，提供醫療服務保障您的尊嚴。	4.09	0.59
25 醫護人員能融入您的情境，提供如親人般的照護。	3.14	0.82
26 醫護人員所提供的照護，其利益遠大於所需忍受的痛苦與不便	4.31	0.53

表4-3-3、病患研究變項 描述性統計(續)

	有		沒有		無此經驗	
6 您曾有等候排程檢查日數過久的經驗(如CT/MRI)	0	0	69	20.41%	269	79.59%
7 您曾有等候住院日數過久的經驗	23	6.80%	98	28.99%	217	64.20%
8 您曾有等候手術日數過久的經驗	25	7.40%	101	29.88%	212	62.72%
9 您曾有等候治療日數過久的經驗(如復健治療)	11	3.25%	160	47.34%	167	49.41%
10 您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)	42	12.43%	197	58.28%	99	29.29%

醫護人員問卷描述性統計

以個數、百分比描述回收樣本醫護人員之基本特性，包含工作年資、職稱、是否受正規醫管教育、職級、性別、年齡；並以平均數、標準差等描述回收樣本研究變項之得分情形。

本研究樣本共有 97 位醫護人員，其中年工作年資五年以下 33 位 (34.02%) 最多，性別中女生 61 位 (62.89%)，大部分都無接受正規醫管教育 66 位 (68.04%)，有接受正規醫管教育者以大學 19 位 (19.59%) 最多，職級以一般 81 位 (83.51 %) 最多，年齡以 31~40 歲 35 位 (36.08%) 最多。(詳見表 4-3-4)。

研究變項之得分情形，服務診次自費項目構面中，以問題1「醫院夜間門診診次的變化」得分最低2.40(1.00)表示減少最多，又以問題4「醫院自費項目的變化」得分4.19(0.70)最高表示增加最多；門住診及檢查服務量構面中以問題15「醫師開處方藥品平均品項的變化」得分2.49(0.86)最低表示減少最多，問題11「醫院醫師支援他院的變化」得分3.55(0.98)最高表示增加最多；醫院財務面變化構面各題得分皆表示減少，以問題17「醫院各部門預算的變化」得分2.38(1.19)及問題19「您第一季與去年第一季執業所得收入的變化」得分2.39(1.01)最低，表示減少最多；醫護人員專業自主構面得分最高為問題20「您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度」得分4.58(0.64)最高，得分次高者為問題22「您的人力資源受

影響的程度」4.089(0.91)。(詳見表4-3-5)。

在醫院因應策略中以問題27「醫院增加自費藥品與醫材」74(76.29%)、問題33「醫院加強對各科病床的控管」75(77.32%)及問題35「醫院針對DRG推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控」79(81.44%)此三種策略，在研究調查的醫護人員中高達七成五表示該醫院有採取此三種策略。

而在問題31「醫院實施個別醫師總額」50(51.55%)、問題36「醫院管理加強住院病患篩選」48(49.48%)及問題37「醫院加強管控重症病患轉院」50(51.55%)此三種策略，在研究調查的醫護人員中表示該醫院有採取此三種策略最低、但也都將近五成醫護人員表示該醫院有採取此三種策略。(詳見表4-3-6)

表4-3-4、醫護人員變項 描述性統計

年資	次數	百分比	職稱	次數	百分比
5 年以下	33	34.02	醫生	32	32.99
6~10 年以上	23	23.71	護士	31	31.96
11~15 年以上	21	21.65	行政	34	35.05
16~20 年以上	7	7.22	總和	97	100.00
21 年以上	13	13.40			
總和	97	100.00			

職級	次數	百分比	醫管教育	次數	百分比
副院長	1	1.03	無	66	68.04
一級主管	7	7.22	大學	19	19.59
二級主管	8	8.25	碩士	10	10.31
一般	81	83.51	博士	2	2.06
總和	97	100.00	總和	97	100.00

年齡	次數	百分比	性別	次數	百分比
30 歲以下	30	30.93	男	36	37.11
31~40 歲	35	36.08	女	61	62.89
41~50 歲	20	20.62	總和	97	100.00
51 歲以上	12	12.37			
總和	97	100.00			

表 4-3-5、醫護人員研究變項 描述性統計

	平均數	標準差
問題 1-醫院夜間門診診次的變化	2.40	1.00
問題 2-醫院假日門診診次的變化	2.57	1.10
問題 3-醫院週末門診診次的變化	2.62	1.04
問題 4-醫院自費項目的變化	4.19	0.70
問題 5-醫院醫療外包變化	3.85	0.81
問題 6-醫院門診服務總人次的變化	2.80	1.07
問題 7-醫院住院服務總人日數的變化	3.01	0.92
問題 8-醫院長期照護服務量變化	3.45	0.98
問題 9-醫院住院超過 30 天之人次變化	2.74	0.81
問題 10-醫院病患之轉院的變化	3.41	0.92
問題 11-醫院醫師支援他院的變化	3.55	0.98
問題 12-醫院平均每診服務人次的變化	2.91	0.98
問題 13-醫院高科技檢查(如:CT MRI)的變化	2.92	1.14
問題 14-醫師開處方藥品平均天數的變	2.94	0.96
問題 15-醫師開處方藥品平均品項的變化	2.49	0.86
問題 16-醫院整體資本門預算的變化	2.43	1.06
問題 17-醫院各部門預算的變化	2.38	1.19
問題 18-醫院高科技儀器預算的變化	2.54	1.07
問題 19-您第一季與去年第一季執業所得收入的變化	2.39	1.01
問題 20-您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度	4.58	0.64
問題 21-您的醫療資源(設備)受影響的程度	4.07	0.90
問題 22-您的人力資源受影響的程度	4.08	0.91
問題 23-醫院內醫療業務的自主性	4.05	0.89
問題 24-醫師照顧病人方式的自主權	3.69	1.02
問題 25-醫師開處方藥品給病人的自主權	3.88	1.02
問題 26-醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形	3.80	1.11

表 4-3-6 醫院因應策略描述性統計

		有		沒有		不清楚	
問題	27-醫院增加自費藥品與醫材	74	76.29%	6	6.19%	17	17.53%
問題	28-醫院減少易遭核減之醫療行為	71	73.20%	7	7.22%	19	19.59%
問題	29-醫院改用較低成本之藥品/耗材	69	71.13%	7	7.22%	21	21.65%
問題	30-醫院實施科總額	57	58.76%	21	21.65%	19	19.59%
問題	31-醫院實施個別醫師總額	50	51.55%	24	24.74%	23	23.71%
問題	32-醫院實施依健保點值變動調整薪資	52	53.61%	21	21.65%	24	24.74%
問題	33-醫院加強對各科病床的控管	75	77.32%	10	10.31%	12	12.37%
問題	34-醫院加強手術排程的管理	67	69.07%	12	12.37%	18	18.56%
問題	35-醫院針對 DRG 推行臨床路徑對用藥、 檢查或住院日數之管控	79	81.44%	9	9.28%	9	9.28%
問題	36-醫院管理加強住院病患篩選	48	49.48%	30	30.93%	19	19.59%
問題	37-醫院加強管控重症病患轉院	50	51.55%	24	24.74%	23	23.71%

四、卡方檢定

病患變項與研究變項之卡方檢定

以卡方檢定病患變項與研究變項的相關性，就診次數對第十題「您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)」；醫院別對第九題「您曾有等候治療日數過久的經驗(如復健治療)」、第十題「您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)」等有達顯著差異 ($p < 0.05$) (詳見表4-4-1)。

表 4-4-1 病患變項對研究變項卡方檢定

卡方檢定	年齡	性別	教育程度	收入	就診次數	來院原因	醫院別
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)						
您曾有等候排程檢查日數過久的經驗(如 CT/MRI)	0.036*	0.533	0.746	0.648	0.228	0.114	0.297
您曾有等候住院日數過久的經驗	0.000***	0.296	0.841	0.951	0.475	0.059	0.143
您曾有等候手術日數過久的經驗	0.000***	0.133	0.812	0.993	0.571	0.104	0.108
您曾有等候治療日數過久的經驗(如復健治療)	0.000***	0.043	0.873	0.821	0.324	0.643	0.004**
您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)	0.000***	0.002**	0.235	0.749	0.026*	0.510	0.000***

註 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

表 4-4-2 就診次數與曾有等候檢驗日數過久的經驗交叉表

您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)		就診次數				總和
		1~5 次	6~10 次	11~20 次	21~30 次	
有	個數	18	12	8	4	42
	期望個數	19	11	9	3	42
無	個數	95	49	48	5	197
	期望個數	91	51	43	13	197
無經驗	個數	43	26	17	13	99
	期望個數	46	25	21	6	99
總和	個數	156	87	73	22	338

表 4-4-3 醫院別與曾有等候治療日數過久的經驗交叉表

醫院別與曾有等候 治療日數過久的經 驗(如復健治療)		醫院別				總和
		A 醫院	B 醫院	C 醫院	D 醫院	
有	個數	5	2	2	2	11
	期望個數	3	3	3	3	11
無	個數	30	29	51	50	160
	期望個數	39	39	42	40	160
無經驗	個數	47	52	35	33	167
	期望個數	41	41	43	42	167
總和	個數	82	83	88	85	338

表 4-4-4 就診次數與曾有等候檢驗日數過久的經驗交叉表

您曾有等候檢驗日 數過久的經驗(如超 音波)		醫院別				總和
		A 醫院	B 醫院	C 醫院	D 醫院	
有	個數	9	3	10	20	42
	期望個數	10	10	11	11	42
無	個數	47	43	62	45	197
	期望個數	48	48	51	50	197
無經驗	個數	26	37	16	20	99
	期望個數	24	24	26	25	99
總和	個數	82	83	88	85	338

醫護人員變項之卡方檢定

以卡方檢定醫護人員變項之基本特性的相關性，以年資對醫管教育、年資對年齡、年資對醫院別、職稱對醫管教育、職稱對性別、職稱對年齡、醫管教育對年齡、職級對性別、職級對年齡、職級對醫院別、性別對年齡、性別對醫院別、年齡對醫院別等變項有顯著差異($p < 0.05$)，其他變項間均無統計上之顯著差異($p > 0.05$) (詳見表4-4-5)。

表 4-4-5 各醫護人員變項卡方檢定

卡方檢定	年資	職稱	醫管教育	職級	性別	年齡
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)					
職稱	0.125					
醫管教育	0.034*	0.013*				
職級	0.326	0.173	0.383			
性別	0.398	0.000***	0.931	0.0130*		
年齡	0.000***	0.084*	0.019*	0.0000*	0.039*	
醫院別	0.000***	0.352	0.331	0.005**	0.008**	0.000***

註 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.00$

表 4-4-6 年資與醫管教育交叉表

年資		醫管教育				總和
		無	大學	碩士	博士	
5 年以下	個數	16	10	6	1	33
6~10 年以上	個數	14	6	3	0	23
11~15 年以上	個數	18	2	1	0	21
16~20 年以上	個數	5	1	0	1	7
21 年以上	個數	13	0	0	0	13
總和	個數	66	19	10	2	97

表 4-4-7 職稱與醫管教育交叉表

職稱		醫管教育				總和
		無	大學	碩士	博士	
醫生	個數	25	4	2	1	32
護士	個數	26	2	3	0	31
行政	個數	15	13	5	1	34
總和	個數	66	19	10	2	97

表 4-4-8 年資與醫院別交叉表

年資		醫院				總和
		醫院 A	醫院 B	醫院 C	醫院 D	
5 年以下	個數	9	7	14	3	33
6~10 年以上	個數	9	4	6	4	23
11~15 年以上	個數	5	8	4	4	21
16~20 年以上	個數	1	1	0	5	7
21 年以上	個數	1	1	0	11	13
總和	個數	25	21	24	27	97

表 4-4-9 職級與醫院別交叉表

職級		問 題 44-請問您服務的醫院				總和
		醫院 A	醫院 B	醫院 C	醫院 D	
副院長	個數	0	1	0	0	1
一級主管	個數	2	5	0	0	7
二級主管	個數	2	4	0	2	8
一般	個數	21	11	24	25	81
總和	個數	25	21	24	27	97

表 4-4-10 性別與醫院別交叉表

性別		醫院別				總和
		醫院 A	醫院 B	醫院 C	醫院 D	
男	個數	15	10	5	6	36
女	個數	10	11	19	21	61
總和	個數	25	21	24	27	97

表 4-4-11 年齡與醫院別交叉表

年齡		醫院別				總和
		醫院 A	醫院 B	醫院 C	醫院 D	
30歲以下	個數	6	4	17	3	30
31~40歲	個數	14	7	7	7	35
41~50歲	個數	5	7	0	8	20
51歲以上	個數	0	3	0	9	12
總和	個數	25	21	24	27	97

醫護人員變項與研究變項之卡方檢定

以卡方檢定比較四個樣本醫院對於健保總額之因應策略有何不同，即不同職稱醫護人員(醫師、護士及行政人員)對因應策略的感受不同，結果發現不同醫院對於問題28「醫院減少易遭核減之醫療行為」、問題29「醫院改用較低成本之藥品/耗材」、問題30「醫院實施科總額」、問題31「醫院實施個別醫師總額」、問題32「醫院實施依健保點值變動調整薪資」、問題33「醫院加強對各科病床的控管」、問題34「醫院加強手術排程的管理」、問題35「醫院針對DRG推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控」、問題36「醫院管理加強住院病患篩選等變項有顯著差異 ($p<0.05$)，其他變項間均無統計上之顯著差異 ($p>0.05$) (詳見表4-4-12)。

而不同醫護人員對於問題30「實施科總額」、問題31「實施個別醫師總額顯著差異」 ($p<0.05$)，其他變項間均無統計上之顯著差異 ($p>0.05$) (詳見表4-4-13)。

表 4-4-12 醫院別與因應策略交叉表

醫院別	醫院 A	醫院 B	醫院 C	醫院 D	總和
問題 27 醫院增加自費藥品與醫材	有 23	16	20	15	74
	沒有 1	1	1	3	6
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0948	不清楚 1	4	3	9	17
問題 28 醫院減少易遭核減之醫療行為	有 23	12	17	19	71
	沒有 0	2	0	5	7
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0121*	不清楚 2	7	7	3	19
問題 29 醫院改用較低成本之藥品/耗材	有 25	11	16	17	69
	沒有 0	2	1	4	7
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0080**	不清楚 0	8	7	6	21
問題 30 醫院實施科總額	有 25	4	15	13	57
	沒有 0	12	1	8	21
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0000***	不清楚 0	5	8	6	19
問題 31 醫院實施個別醫師總額	有 24	4	13	9	50
	沒有 0	11	3	10	24
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0000***	不清楚 1	6	8	8	23
問題 32 醫院實施依健保點值變動調整薪資	有 20	7	15	10	52
	沒有 2	4	5	10	21
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0051**	不清楚 3	10	4	7	24
問題 33 醫院加強對各科病床的控管	有 25	12	19	19	75
	沒有 0	4	2	4	10
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0407*	不清楚 0	5	3	4	12
問題 34 醫院加強手術排程的管理	有 23	12	18	14	67
	沒有 2	3	1	6	12
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0283*	不清楚 0	6	5	7	18
問題 35 醫院針對 DRG 推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控	有 22	16	20	21	79
	沒有 3	1	2	3	9

Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.4646	不清楚	0	4	2	3	9
問題 36 醫院管理加強住有		21	5	10	12	48
院病患篩選	沒有	3	10	9	8	30
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.0043**	不清楚	1	6	5	7	19
問題 37 醫院加強管控重有		18	8	10	14	50
症病患轉院	沒有	5	8	5	6	24
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.1350	不清楚	2	5	9	7	23

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-4-13 職稱與因應策略交叉表

	職稱別	醫師	護士	行政人員	總和
問題 27 醫院增加自費藥品與醫材	有	25	25	24	74
	沒有	2	1	3	6
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.855	不清楚	5	5	7
問題 28 醫院減少易遭核減之醫療行為	有	26	26	19	71
	沒有	1	2	4	7
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.074	不清楚	5	3	11
問題 29 醫院改用較低成本之藥品/耗材	有	24	26	19	69
	沒有	2	1	4	7
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.158	不清楚	6	4	11
問題 30 醫院實施科總額	有	21	25	11	57
	沒有	8	2	11	21
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾) 0.001***	不清楚	3	4	12
問題 31 醫院實施個別醫師總額	有	18	21	11	50
	沒有	10	2	12	24
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾) 0.010**	不清楚	4	8	11
問題 32 醫院實施依健保點值變動調整薪資	有	20	15	17	52
	沒有	5	8	8	21
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.788	不清楚	7	8	9
問題 33 醫院加強對各科病床的控管	有	21	28	26	75
	沒有	5	1	4	10
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾)0.227	不清楚	6	2	4
問題 34 醫院加強手術排程的管理	有	17	26	24	67
	沒有	5	2	5	12
	Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾) 0.098	不清楚	10	3	5
問題 35 醫院針對 DRG 推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控	有	27	27	25	79
	沒有	3	2	4	9

Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾) 0.632	不清楚	2	2	5	9
問題 36 醫院管理加強住 院病患篩選	有	14	20	14	48
	沒有	11	8	11	30
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾) 0.290	不清楚	7	3	9	19
問題 37 醫院加強管控重 症病患轉院	有	14	20	16	50
	沒有	9	6	9	24
Pearson 卡方漸近顯著性 (雙尾) 0.525	不清楚	9	5	9	23

五、變異數分析

以變異數分析檢定來分析不同病患教育程度、不同病患就診次數及醫院別在病患就醫權益(病患就醫可近性、手術或檢查遲延、費用負擔、醫療品質、醫病關係)是否產生差異。結果若整體性的F 值達顯著水準，則進行事後Scheffe 多重比較檢定，以找尋組別之間有哪幾對平均數具有顯著的差異存在，可把組間有差異的平均數辨認出來。

醫院別與各變項變異數分析中以第十二題「曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務」、第十四題「曾接受採用自費藥品或醫材」有達到顯著差異 ($p<0.05$) (詳見表 4-5-3)

表4-5-1 教育程度與各研究變項變異數分析

教育程度變異數分析		平方和	自由 度	F 檢定	顯著性	Post Hoc
第一題	組間	1.7300	3	0.9032	0.4398	
您曾有門診現場掛不到號的情形	組內	213.2434	334			
	總和	214.9734	337			
第二題	組間	1.3864	3	0.9785	0.4030	
您曾有門診無法預約掛號(電話/網路)的情形	組內	157.7408	334			
	總和	159.1272	337			
第三題	組間	0.8449	3	0.7521	0.5218	
您曾有夜間門診掛不到號的情形	組內	125.0752	334			
	總和	125.9201	337			
第四題	組間	1.9497	3	1.5132	0.2109	
您曾有週末門診掛不到號的情形	組內	143.4468	334			
	總和	145.3964	337			
第五題	組間	2.2604	3	1.4768	0.2207	
您曾有假日門診掛不到號的情形	組內	170.4024	334			
	總和	172.6627	337			
第十一題	組間	2.3172	3	0.9378	0.4225	
曾有醫師建議您採用自費項目	組內	275.0793	334			
	總和	277.3964	337			
第十二題	組間	0.5994	3	0.3017	0.8241	
曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務	組內	221.1787	334			
	總和	221.7781	337			
第十三題	組間	2.0103	3	1.2975	0.2752	
曾接受過自費檢查	組內	172.4897	334			
	總和	174.5000	337			
第十四題	組間	0.7520	3	0.5349	0.6587	
曾接受採用自費藥品或醫材	組內	156.5261	334			
	總和	157.2781	337			
第十五題	組間	1.9666	3	2.3321	0.0740	
您覺得看病的費用負擔增加了	組內	93.8825	334			
	總和	95.8491	337			
第十六題	組間	0.6374	3	0.8724	0.4556	
醫師不會任意配合您的一些要求(例：開藥、打針)	組內	81.3507	334			
	總和	81.9882	337			

第十七題	組間	1.6090	3	0.8782	0.4526	
醫師不會看診時間過短，輕易的為您	組內	203.9768	334			
下診斷。	總和	205.5858	337			
第十八題	組間	2.5312	3	2.0364	0.1086	
醫護人員能耐心教育您有關疾病及保	組內	138.3830	334			
健的知識。	總和	140.9142	337			
第十九題	組間	2.7323	3	2.6366	0.0497*	1->4
曾發現所拿到的藥品更改	組內	115.3742	334			
	總和	118.1065	337			
第二十題	組間	0.6999	3	1.0930	0.3521	
醫護人員能做到對您病情的保密及身	組內	71.2912	334			
體的隱私尊重。	總和	71.9911	337			
第二十一題	組間	1.3287	3	1.1482	0.3297	
醫護人員在為您做治療與檢查時，都	組內	128.8282	334			
讓您了解其原因	總和	130.1568	337			
第二十二題	組間	1.7981	3	2.0023	0.1135	
醫護人員能做到不隱瞞病情或重要醫	組內	99.9800	334			
療資訊，使您能理性的選擇和決定。	總和	101.7781	337			
第二十三題	組間	0.4678	3	0.2616	0.8531	
當您對檢查不了解而心生恐懼，醫護	組內	199.1180	334			
人員會主動關心並加以解說。	總和	199.5858	337			
第二十四題	組間	0.1339	3	0.1263	0.9445	
醫護人員能以同理心，提供醫療服務	組內	118.0229	334			
保障您的尊嚴。	總和	118.1568	337			
第二十五題	組間	0.9026	3	0.4507	0.7170	
醫護人員能融入您的情境，提供如親	組內	222.9938	334			
人般的照護。	總和	223.8964	337			
第二十六題	組間	0.5605	3	0.6624	0.5757	
醫護人員所提供的照護，其利益遠大	組內	94.1969	334			
於所需忍受的痛苦與不便	總和	94.7574	337			

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表4-5-2 就診次數與各研究變項變異數分析

就診次數變異數分析		平方和	自由 度	F 檢定	顯著性	Post Hoc
第一題	組間	5.4843	3	2.9147	0.0344*	2->4
您曾有門診現場掛不到號的情形	組內	209.4891	334			
	總和	214.9734	337			
第二題	組間	1.0386	3	0.7314	0.5339	
您曾有門診無法預約掛號(電話/網路)的情形	組內	158.0887	334			
	總和	159.1272	337			
第三題	組間	1.7008	3	1.5244	0.2080	
您曾有夜間門診掛不到號的情形	組內	124.2193	334			
	總和	125.9201	337			
第四題	組間	0.3420	3	0.2625	0.8524	
您曾有週末門診掛不到號的情形	組內	145.0545	334			
	總和	145.3964	337			
第五題	組間	1.8945	3	1.2351	0.2969	
您曾有假日門診掛不到號的情形	組內	170.7683	334			
	總和	172.6627	337			
第十一題	組間	0.5517	3	0.2219	0.8812	
曾有醫師建議您採用自費項目	組內	276.8447	334			
	總和	277.3964	337			
第十二題	組間	0.9951	3	0.5018	0.6813	
曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務	組內	220.7830	334			
	總和	221.7781	337			
第十三題	組間	1.4774	3	0.9507	0.4163	
曾接受過自費檢查	組內	173.0226	334			
	總和	174.5000	337			
第十四題	組間	0.6450	3	0.4585	0.7115	
曾接受採用自費藥品或醫材	組內	156.6331	334			
	總和	157.2781	337			
第十五題	組間	0.5790	3	0.6766	0.5669	
您覺得看病的費用負擔增加了	組內	95.2701	334			
	總和	95.8491	337			
第十六題	組間	0.7908	3	1.0843	0.3558	
醫師不會任意配合您的一些要求(例：開藥、打針)	組內	81.1974	334			
	總和	81.9882	337			

第十七題	組間	0.4514	3	0.2450	0.8649
醫師不會看診時間過短，輕易的為您	組內	205.1344	334		
下診斷。	總和	205.5858	337		
第十八題	組間	2.4163	3	1.9424	0.1225
醫護人員能耐心教育您有關疾病及保	組內	138.4979	334		
健的知識。	總和	140.9142	337		
第十九題	組間	1.2083	3	1.1508	0.3287
曾發現所拿到的藥品更改	組內	116.8982	334		
	總和	118.1065	337		
第二十題	組間	0.2522	3	0.3914	0.7593
醫護人員能做到對您病情的保密及身	組內	71.7390	334		
體的隱私尊重。	總和	71.9911	337		
第二十一題	組間	0.2255	3	0.1932	0.9010
醫護人員在為您做治療與檢查時，都	組內	129.9313	334		
讓您了解其原因	總和	130.1568	337		
第二十二題	組間	1.0516	3	1.1623	0.3241
醫護人員能做到不隱瞞病情或重要醫	組內	100.7265	334		
療資訊，使您能理性的選擇和決定。	總和	101.7781	337		
第二十三題	組間	0.0702	3	0.0392	0.9896
當您對檢查不了解而心生恐懼，醫護	組內	199.5156	334		
人員會主動關心並加以解說。	總和	199.5858	337		
第二十四題	組間	0.4919	3	0.4654	0.7066
醫護人員能以同理心，提供醫療服務	組內	117.6649	334		
保障您的尊嚴。	總和	118.1568	337		
第二十五題	組間	1.6793	3	0.8413	0.4720
醫護人員能融入您的情境，提供如親	組內	222.2172	334		
人般的照護。	總和	223.8964	337		
第二十六題	組間	0.5423	3	0.6408	0.5892
醫護人員所提供的照護，其利益遠大	組內	94.2151	334		
於所需忍受的痛苦與不便	總和	94.7574	337		

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表4-5-3 醫院別與各變項變異數分析

醫院別變異數分析		平方和	自由 度	F 檢定	顯著性	Post Hoc
第一題	組間	0.8127	3	0.4225	0.7370	
您曾有門診現場掛不到號的情形	組內	214.1607	334			
	總和	214.9734	337			
	第二題	組間	1.2663	3	0.8931	0.4449
您曾有門診無法預約掛號(電話/網路)的情形	組內	157.8610	334			
	總和	159.1272	337			
	第三題	組間	2.3630	3	2.1293	0.0963
您曾有夜間門診掛不到號的情形	組內	123.5571	334			
	總和	125.9201	337			
	第四題	組間	0.6013	3	0.4623	0.7088
您曾有週末門診掛不到號的情形	組內	144.7952	334			
	總和	145.3964	337			
	第五題	組間	2.9302	3	1.9220	0.1258
您曾有假日門診掛不到號的情形	組內	169.7325	334			
	總和	172.6627	337			
	第十一題	組間	4.9627	3	2.0281	0.1098
曾有醫師建議您採用自費項目	組內	272.4338	334			
	總和	277.3964	337			
	第十二題	組間	6.6304	3	3.4311	0.0173*
曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務	組內	215.1477	334			
	總和	221.7781	337			
	第十三題	組間	3.5671	3	2.3233	0.0749
曾接受過自費檢查	組內	170.9329	334			
	總和	174.5000	337			
	第十四題	組間	5.6618	3	4.1575	0.0065**
曾接受採用自費藥品或醫材	組內	151.6163	334			
	總和	157.2781	337			
	第十五題	組間	0.2214	3	0.2577	0.8558
您覺得看病的費用負擔增加了	組內	95.6278	334			
	總和	95.8491	337			
	第十六題	組間	0.4765	3	0.6509	0.5829
醫師不會任意配合您的一些要求(例：開藥、打針)	組內	81.5116	334			
	總和	81.9882	337			

第十七題	組間	2.4240	3	1.3283	0.2650
醫師不會看診時間過短，輕易的為您	組內	203.1618	334		
下診斷。	總和	205.5858	337		
第十八題	組間	1.0384	3	0.8265	0.4800
醫護人員能耐心教育您有關疾病及保	組內	139.8758	334		
健的知識。	總和	140.9142	337		
第十九題	組間	2.3474	3	2.2577	0.0816
曾發現所拿到的藥品更改	組內	115.7591	334		
	總和	118.1065	337		
第二十題	組間	0.4661	3	0.7255	0.5374
醫護人員能做到對您病情的保密及身	組內	71.5251	334		
體的隱私尊重。	總和	71.9911	337		
第二十一題	組間	0.7042	3	0.6056	0.6118
醫護人員在為您做治療與檢查時，都	組內	129.4526	334		
讓您了解其原因	總和	130.1568	337		
第二十二題	組間	0.4210	3	0.4624	0.7087
醫護人員能做到不隱瞞病情或重要醫	組內	101.3571	334		
療資訊，使您能理性的選擇和決定。	總和	101.7781	337		
第二十三題	組間	0.2471	3	0.1380	0.9373
當您對檢查不了解而心生恐懼，醫護	組內	199.3387	334		
人員會主動關心並加以解說。	總和	199.5858	337		
第二十四題	組間	0.0881	3	0.0831	0.9692
醫護人員能以同理心，提供醫療服務	組內	118.0687	334		
保障您的尊嚴。	總和	118.1568	337		
第二十五題	組間	1.6992	3	0.8514	0.4666
醫護人員能融入您的情境，提供如親	組內	222.1973	334		
人般的照護。	總和	223.8964	337		
第二十六題	組間	0.1373	3	0.1616	0.9221
醫護人員所提供的照護，其利益遠大	組內	94.6201	334		
於所需忍受的痛苦與不便	總和	94.7574	337		

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

醫護人員與研究變項間變異數分析

以變異數分析檢定來分析不同醫護人員職稱、是否受正規醫管教育及醫院別，在研究變項(包含服務診次與自費項目、門住診及檢查服務量、醫院財務面變化、醫護人員專業自主)是否產生差異。結果若整體性的F值達顯著水準，則進行事後Scheffe 多重比較檢定，以找尋組別之間有哪幾對平均數具有顯著的差異存在，可把組間有差異的平均數辨認出來。

職稱與各研究變項變異數分析中問題 15「醫師開處方藥品平均品項的變化」、問題 21「您的醫療資源(設備)受影響的程度」、問題 22「您的人力資源受影響的程度」、問題 23「醫院內醫療業務的自主性」達顯著差異 ($p < 0.05$)。(詳見表 4-5-4)

醫管教育與各研究變項變異數分析中只有問題 15「醫師開處方藥品平均品項的變化」達顯著差異 ($p < 0.05$)。(詳見表 4-5-5)

醫院別與各研究變項變異數分析中問題 1「醫院夜間門診診次的變化」、問題 2「醫院假日門診診次的變化」、問題 4「醫院自費項目的變化」、問題 5「醫院醫療外包變化」、問題 7「醫院住院服務總人日數的變化」、問題 8「醫院長期照護服務量變化」、問題 10「醫院病患之轉院的變化」、問題 12「醫院平均每診服務人次的變化」、問題 15「醫師開處方藥品平均品項的變化」、問題 18「醫院高科技儀器預

算的變化」、問題 21「您的醫療資源（設備）受影響的程度」、問題 24「醫師照顧病人方式的自主權」、問題 25「醫師開處方藥品給病人的自主權」、問題 26「醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形」皆達顯著差異（ $p < 0.05$ ）。（詳見表 4-5-6）

最後附上各醫院別各研究變項之平均得分及標準差，深入了解，有顯著差異的研究變項得分的詳細情形。（詳見表 4-5-7）

表 4-5-4 職稱與各變項變異數分析

職稱變異數分析		平方和	自由度	F 檢定	顯著性	PostHoc
問題 1	組間	2.6609	2	1.3497	0.2643	
醫院夜間門診診次的變化	組內	92.6587	94			
	總和	95.3196	96			
問題 2	組間	4.9226	2	2.0864	0.1298	
醫院假日門診診次的變化	組內	110.8918	94			
	總和	115.8144	96			
問題 3	組間	6.5261	2	3.1831	0.0460	
醫院週末門診診次的變化	組內	96.3605	94			
	總和	102.8866	96			
問題 4	組間	1.3149	2	1.3628	0.2609	
醫院自費項目的變化	組內	45.3449	94			
	總和	46.6598	96			
問題 5	組間	1.6263	2	1.2519	0.2907	
醫院醫療外包變化	組內	61.0541	94			
	總和	62.6804	96			
問題 6 化	組間	6.1981	2	2.8261	0.0643	
醫院門診服務總人次的變	組內	103.0802	94			
	總和	109.2784	96			
問題 7	組間	0.0191	2	0.0111	0.9890	
醫院住院服務總人日數的變化	組內	80.9706	94			
	總和	80.9897	96			
問題 8	組間	5.2092	2	2.8196	0.0647	
醫院長期照護服務量變化	組內	86.8321	94			
	總和	92.0412	96			
問題 9	組間	3.6605	2	2.9212	0.0588	
醫院住院超過 30 天之人次變化	組內	58.8962	94			
	總和	62.5567	96			
問題 10	組間	0.8866	2	0.5169	0.5981	
醫院病患之轉院的變化	組內	80.6186	94			
	總和	81.5052	96			
問題 11	組間	0.7447	2	0.3834	0.6826	
醫院醫師支援他院的變化	組內	91.2965	94			
	總和	92.0412	96			
問題 12	組間	0.0800	2	0.0408	0.9600	
醫院平均每診服務人次的變化	組內	92.0850	94			

	總和	92.1649	96		
問題 13	組間	1.9507	2	0.7430	0.4784
醫院高科技檢查(如:CTMRI)的變化	組內	123.3895	94		
	總和	125.3402	96		
問題 14	組間	2.3962	2	1.3213	0.2717
醫師開處方藥品平均天數的變化	組內	85.2327	94		
	總和	87.6289	96		
問題 15	組間	4.9260	2	3.5206	0.0336* 1->3
醫師開處方藥品平均品項的變化	組內	65.0635	93		
	總和	69.9896	95		
問題 16	組間	0.8766	2	0.3823	0.6833
醫院整體資本門預算的變化	組內	106.6130	93		
	總和	107.4896	95		
問題 17	組間	0.3464	2	0.1201	0.8870
醫院各部門預算的變化	組內	134.1536	93		
	總和	134.5000	95		
問題 18	組間	4.3441	2	1.9519	0.1478
醫院高科技儀器預算的變化	組內	103.4893	93		
	總和	107.8333	95		
問題 19	組間	2.6616	2	1.3155	0.2733
您第一季與去年第一季執業所得收入的變化	組內	94.0780	93		
	總和	96.7396	95		
問題 20	組間	0.7351	2	0.8855	0.4159
您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度	組內	38.5983	93		
	總和	39.3333	95		
問題 21	組間	5.6746	2	3.6625	0.0294* 1->3
您的醫療資源(設備)受影響的程度	組內	72.8203	94		
	總和	78.4948	96		
問題 22	組間	6.4796	2	4.1798	0.0182* 2->3
您的人力資源受影響的程度	組內	72.8606	94		
	總和	79.3402	96		
問題 23	組間	5.4623	2	3.6017	0.0311* 1->3
醫院內醫療業務的自主性	組內	71.2799	94		
	總和	76.7423	96		
問題 24	組間	2.7287	2	1.3088	0.2750
醫師照顧病人方式的自主權	組內	97.9929	94		
	總和	100.7216	96		
問題 25	組間	1.1791	2	0.5579	0.5743

醫師開處方藥品給病人的自主權	組內	99.3364	94		
	總和	100.5155	96		
問題 26	組間	6.5981	2	2.7521	0.0689
醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形	組內	112.6803	94		
	總和	119.2784	96		

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-5-5 醫管教育程度與各變項變異數分析

醫管教育程度變異數分析		平方和	自由度	F 檢定	顯著性	PostHoc
問題 1	組間	2.0282	3	0.6740	0.5702	
醫院夜間門診診次的變化	組內	93.2914	93			
	總和	95.3196	96			
	問題 2	組間	1.7171	3	0.4665	0.7063
醫院假日門診診次的變化	組內	114.0973	93			
	總和	115.8144	96			
	問題 3	組間	3.6027	3	1.1249	0.3431
醫院週末門診診次的變化	組內	99.2839	93			
	總和	102.8866	96			
	問題 4	組間	3.5426	3	2.5470	0.0607
醫院自費項目的變化	組內	43.1172	93			
	總和	46.6598	96			
	問題 5	組間	3.9890	3	2.1069	0.1046
醫院醫療外包變化	組內	58.6914	93			
	總和	62.6804	96			
	問題 6 化	組間	2.8098	3	0.8181	0.4871
醫院門診服務總人次的變	組內	106.4686	93			
	總和	109.2784	96			
	問題 7	組間	1.9418	3	0.7615	0.5185
醫院住院服務總人日數的變化	組內	79.0478	93			
	總和	80.9897	96			
	問題 8	組間	2.5353	3	0.8781	0.4555
醫院長期照護服務量變化	組內	89.5059	93			
	總和	92.0412	96			
	問題 9	組間	1.2685	3	0.6416	0.5902
醫院住院超過 30 天之人次變化	組內	61.2882	93			
	總和	62.5567	96			
	問題 10	組間	1.4887	3	0.5768	0.6317
醫院病患之轉院的變化	組內	80.0164	93			
	總和	81.5052	96			
	問題 11	組間	0.5408	3	0.1832	0.9076
醫院醫師支援他院的變化	組內	91.5005	93			
	總和	92.0412	96			
	問題 12	組間	3.6088	3	1.2633	0.2916
醫院平均每診服務人次的變化	組內	88.5561	93			

	總和	92.1649	96		
問題 13	組間	0.8383	3	0.2087	0.8901
醫院高科技檢查(如:CTMRI)的變化	組內	124.5019	93		
	總和	125.3402	96		
問題 14	組間	1.2713	3	0.4564	0.7134
醫師開處方藥品平均天數的變化	組內	86.3576	93		
	總和	87.6289	96		
問題 15	組間	8.4434	3	4.2071	0.0078** 1->2
醫師開處方藥品平均品項的變化	組內	61.5462	92		
	總和	69.9896	95		
問題 16	組間	2.0681	3	0.6016	0.6156
醫院整體資本門預算的變化	組內	105.4215	92		
	總和	107.4896	95		
問題 17	組間	2.9251	3	0.6818	0.5654
醫院各部門預算的變化	組內	131.5749	92		
	總和	134.5000	95		
問題 18	組間	4.9127	3	1.4638	0.2296
醫院高科技儀器預算的變化	組內	102.9206	92		
	總和	107.8333	95		
問題 19	組間	4.2724	3	1.4169	0.2429
您第一季與去年第一季執業所得收入的變化	組內	92.4672	92		
	總和	96.7396	95		
問題 20	組間	1.2171	3	0.9793	0.4061
您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度	組內	38.1162	92		
	總和	39.3333	95		
問題 21	組間	0.6842	3	0.2726	0.8450
您的醫療資源(設備)受影響的程度	組內	77.8107	93		
	總和	78.4948	96		
問題 22	組間	3.8955	3	1.6007	0.1945
您的人力資源受影響的程度	組內	75.4447	93		
	總和	79.3402	96		
問題 23	組間	2.3679	3	0.9870	0.4025
醫院內醫療業務的自主性	組內	74.3743	93		
	總和	76.7423	96		
問題 24	組間	0.4971	3	0.1538	0.9270
醫師照顧病人方式的自主權	組內	100.2246	93		
	總和	100.7216	96		
問題 25	組間	0.8488	3	0.2640	0.8512

醫師開處方藥品給病人的自主權	組內	99.6667	93		
	總和	100.5155	96		
問題 26	組間	0.0811	3	0.0211	0.9958
醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形	組內	119.1973	93		
	總和	119.2784	96		

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-5-6 職級與各變項變異數分析

職級變異數分析		平方和	自由度	F 檢定	顯著性	PostHoc
問題 1	組間	0.7164	3	0.2348	0.8719	
醫院夜間門診診次的變化	組內	94.6032	93			
	總和	95.3196	96			
	問題 2	組間	2.3486	3	0.6417	0.5901
醫院假日門診診次的變化	組內	113.4658	93			
	總和	115.8144	96			
	問題 3	組間	0.3222	3	0.0974	0.9613
醫院週末門診診次的變化	組內	102.5644	93			
	總和	102.8866	96			
	問題 4	組間	0.0804	3	0.0535	0.9836
醫院自費項目的變化	組內	46.5794	93			
	總和	46.6598	96			
	問題 5	組間	0.1546	3	0.0767	0.9724
醫院醫療外包變化	組內	62.5258	93			
	總和	62.6804	96			
	問題 6 化	組間	0.9748	3	0.2790	0.8404
醫院門診服務總人次的變	組內	108.3036	93			
	總和	109.2784	96			
	問題 7	組間	1.1270	3	0.4375	0.7267
醫院住院服務總人日數的變化	組內	79.8627	93			
	總和	80.9897	96			
	問題 8	組間	6.3091	3	2.2813	0.0843
醫院長期照護服務量變化	組內	85.7321	93			
	總和	92.0412	96			
	問題 9	組間	3.6960	3	1.9466	0.1275
醫院住院超過 30 天之人次變化	組內	58.8607	93			
	總和	62.5567	96			
	問題 10	組間	3.7829	3	1.5088	0.2174
醫院病患之轉院的變化	組內	77.7222	93			
	總和	81.5052	96			
	問題 11	組間	9.6107	3	3.6143	0.0161*
醫院醫師支援他院的變化	組內	82.4306	93			
	總和	92.0412	96			
	問題 12	組間	0.9551	3	0.3246	0.8076
醫院平均每診服務人次的變化	組內	91.2099	93			

問題 13	總和	92.1649	96		
醫院高科技檢查(如:CTMRI)的變化	組間	3.7176	3	0.9476	0.4210
	組內	121.6226	93		
	總和	125.3402	96		
問題 14	組間	4.2497	3	1.5800	0.1995
醫師開處方藥品平均天數的變化	組內	83.3792	93		
	總和	87.6289	96		
問題 15	組間	0.4003	3	0.1764	0.9121
醫師開處方藥品平均品項的變化	組內	69.5893	92		
	總和	69.9896	95		
問題 16	組間	2.1985	3	0.6403	0.5910
醫院整體資本門預算的變化	組內	105.2911	92		
	總和	107.4896	95		
問題 17	組間	1.2804	3	0.2947	0.8291
醫院各部門預算的變化	組內	133.2196	92		
	總和	134.5000	95		
問題 18	組間	2.2137	3	0.6427	0.5895
醫院高科技儀器預算的變化	組內	105.6196	92		
	總和	107.8333	95		
問題 19	組間	4.2574	3	1.4117	0.2444
您第一季與去年第一季執業所得收入的變化	組內	92.4821	92		
	總和	96.7396	95		
問題 20	組間	1.2048	3	0.9690	0.4109
您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度	組內	38.1286	92		
	總和	39.3333	95		
問題 21	組間	3.0167	3	1.2390	0.3001
您的醫療資源(設備)受影響的程度	組內	75.4782	93		
	總和	78.4948	96		
問題 22	組間	2.5410	3	1.0257	0.3850
您的人力資源受影響的程度	組內	76.7992	93		
	總和	79.3402	96		
問題 23	組間	4.3366	3	1.8567	0.1424
醫院內醫療業務的自主性	組內	72.4056	93		
	總和	76.7423	96		
問題 24	組間	3.3775	3	1.0756	0.3634
醫師照顧病人方式的自主權	組內	97.3441	93		
	總和	100.7216	96		
問題 25	組間	3.4670	3	1.1074	0.3502

醫師開處方藥品給病人的自主權	組內	97.0485	93		
	總和	100.5155	96		
問題 26	組間	4.8972	3	1.3273	0.2703
醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形	組內	114.3812	93		
	總和	119.2784	96		

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-5-7 醫院別與各變項變異數分析

醫院別變異數分析		平方和	自由度	F 檢定	顯著性	PostHoc
問題 1	組間	18.1177	3	7.2750	0.0002***	1->23
醫院夜間門診診次的變化	組內	77.2019	93			2->4
	總和	95.3196	96			
問題 2	組間	15.3144	3	4.7239	0.0041**	1->23
醫院假日門診診次的變化	組內	100.5000	93			
	總和	115.8144	96			
問題 3	組間	5.4574	3	1.7364	0.1649	
醫院週末門診診次的變化	組內	97.4292	93			
	總和	102.8866	96			
問題 4	組間	5.3224	3	3.9914	0.0101*	3->4
醫院自費項目的變化	組內	41.3374	93			
	總和	46.6598	96			
問題 5	組間	5.8762	3	3.2068	0.0267*	
醫院醫療外包變化	組內	56.8042	93			
	總和	62.6804	96			
問題 6 化	組間	8.3200	3	2.5547	0.0601	
醫院門診服務總人次的變	組內	100.9583	93			
	總和	109.2784	96			
問題 7	組間	8.9286	3	3.8410	0.0122*	3->4
醫院住院服務總人日數的變化	組內	72.0611	93			
	總和	80.9897	96			
問題 8	組間	22.6863	3	10.1402	0.0000***	124->3
醫院長期照護服務量變化	組內	69.3549	93			
	總和	92.0412	96			
問題 9	組間	3.2955	3	1.7239	0.1675	
醫院住院超過 30 天之人次變化	組內	59.2612	93			
	總和	62.5567	96			
問題 10	組間	20.7928	3	10.6169	0.0000***	2->13
醫院病患之轉院的變化	組內	60.7124	93			3->4
	總和	81.5052	96			
問題 11	組間	2.3421	3	0.8094	0.4918	
醫院醫師支援他院的變化	組內	89.6992	93			
	總和	92.0412	96			
問題 12	組間	8.3419	3	3.0850	0.0311*	2->4
醫院平均每診服務人次的變化	組內	83.8231	93			

問題 13	總和	92.1649	96		
醫院高科技檢查(如:CTMRI)的變化	組間	9.3614	3	2.5022	0.0641
	組內	115.9788	93		
	總和	125.3402	96		
問題 14	組間	2.4324	3	0.8851	0.4519
醫師開處方藥品平均天數的變化	組內	85.1964	93		
	總和	87.6289	96		
問題 15	組間	7.0401	3	3.4297	0.0203* 1->2
醫師開處方藥品平均品項的變化	組內	62.9495	92		
	總和	69.9896	95		
問題 16	組間	9.3043	3	2.9061	0.0389*
醫院整體資本門預算的變化	組內	98.1853	92		
	總和	107.4896	95		
問題 17	組間	7.5281	3	1.8182	0.1493
醫院各部門預算的變化	組內	126.9719	92		
	總和	134.5000	95		
問題 18	組間	9.1971	3	2.8594	0.0412* 1->4
醫院高科技儀器預算的變化	組內	98.6363	92		
	總和	107.8333	95		
問題 19	組間	2.9689	3	0.9709	0.4100
您第一季與去年第一季執業所得收入的變化	組內	93.7707	92		
	總和	96.7396	95		
問題 20	組間	2.0980	3	1.7279	0.1667
您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度	組內	37.2353	92		
	總和	39.3333	95		
問題 21	組間	7.4234	3	3.2380	0.0257* 1->4
您的醫療資源(設備)受影響的程度	組內	71.0714	93		
	總和	78.4948	96		
問題 22	組間	5.4843	3	2.3020	0.0822
您的人力資源受影響的程度	組內	73.8559	93		
	總和	79.3402	96		
問題 23	組間	5.8792	3	2.5719	0.0588
醫院內醫療業務的自主性	組內	70.8631	93		
	總和	76.7423	96		
問題 24	組間	14.3800	3	5.1630	0.0024** 123->4
醫師照顧病人方式的自主權	組內	86.3416	93		
	總和	100.7216	96		
問題 25	組間	10.0018	3	3.4255	0.0204* 13->4

醫師開處方藥品給病人的自主權	組內	90.5137	93		
	總和	100.5155	96		
問題 26	組間	23.7505	3	7.7073	0.0001*** 1->2
醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形	組內	95.5279	93		13->4
	總和	119.2784	96		

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-5-8 各醫院別的各題平均得分

	醫院 A		醫院 B		醫院 C		醫院 D	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
1 醫院夜間門診診次的變化***	2.19	0.80	2.79	0.98	2.90	0.60	1.84	1.03
2 醫院假日門診診次的變化**	2.44	0.77	2.92	1.23	3.00	0.43	2.00	1.27
3 醫院週末門診診次的變化	2.41	0.97	2.79	1.13	2.95	0.56	2.40	1.11
4 醫院自費項目的變化*	3.89	0.56	4.46	0.56	4.05	0.56	4.36	0.83
5 醫院醫療外包變化*	3.59	0.72	4.17	0.67	3.62	0.71	4.00	0.88
6 醫院門診服務總人次的變化	2.33	0.80	2.96	1.28	3.00	0.74	3.00	1.07
7 醫院住院服務總人日數的變化*	2.63	0.66	3.42	0.98	2.86	0.69	3.16	0.99
8 醫院長期照護服務量變化***	3.26	0.69	4.29	0.87	3.14	0.55	3.12	1.09
9 醫院住院超過 30 天之人次變化	2.89	0.67	2.88	1.03	2.76	0.73	2.44	0.56
10 醫院病患之轉院的變化***	3.22	0.72	4.00	0.89	2.71	0.53	3.64	0.87
11 醫院醫師支援他院的變化	3.37	0.81	3.75	0.91	3.43	0.93	3.64	1.11
12 醫院平均每診服務人次的變化*	2.44	0.72	3.04	1.18	3.19	0.65	3.04	0.98
13 醫院高科技檢查(如:CTMRI)的變化	3.15	0.83	3.00	1.33	3.14	0.69	2.40	1.27
14 醫師開處方藥品平均天數的變化	2.89	0.67	2.79	1.06	2.86	0.76	3.20	1.11
15 醫師開處方藥品平均品項的變化*	2.50	0.62	2.50	1.02	2.90	0.73	2.12	0.75
16 醫院整體資本門預算的變化*	2.62	0.77	2.25	1.17	2.86	0.76	2.04	1.16
17 醫院各部門預算的變化	2.58	0.82	2.42	1.52	2.62	0.77	1.92	1.21
18 醫院高科技儀器預算的變化*	2.85	0.89	2.63	1.16	2.67	0.76	2.04	1.09
19 您第一季與去年第一季執業所得收入變化	2.50	0.78	2.29	1.08	2.62	1.02	2.16	0.99
20 您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度	4.35	0.77	4.71	0.45	4.62	0.71	4.68	0.46
21 您的醫療資源(設備)受影響的程度*	3.67	1.04	4.08	0.84	4.19	0.71	4.40	0.68
22 您的人力資源受影響的程度	3.74	0.99	4.21	0.89	4.05	0.77	4.36	0.73
23 醫院內醫療業務的自主性	3.78	0.86	4.38	0.74	3.86	0.92	4.20	0.83
24 醫師照顧病人方式的自主權***	3.07	1.19	3.96	0.72	3.86	0.92	3.96	0.76
25 醫師開處方藥品給病人的自主權*	3.37	1.11	4.13	1.03	3.95	0.77	4.12	0.80
26 醫院管理對醫護人員臨床處理涉入情形***	3.22	1.08	4.21	1.17	3.43	0.88	4.36	0.67

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.00

六、研究變項間的相關性分析

本研究採用皮爾森(Pearson)相關係數來測量研究變項相互間之相關性，相關係數介於-1 與+1 間，相關係數值越接近正負 1 時,表示變項的關聯情形越明顯。

病患問卷研究變項相關研究結果中，各組相關係數絕對值都無達到 0.7 以上高度相關題目，相關性最高的三組為：相關係數為 0.682 的第一題「您曾有門診現場掛不到號的情形」與第二題「您曾有門診無法預約掛號(電話/網路)的情形」；相關係數為 0.670 的第十一題「曾有醫師建議您採用自費項目」與第十二題「曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務」；相關係數為 0.636 的第十二題「曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務」與第十三題「曾接受過自費檢查」。(詳見表 4-6-1、4-6-3)

表 4-6-1 病患問卷研究變項高度相關題目

相關係數	
0.682	第一題「您曾有門診現場掛不到號的情形」與 第二題「您曾有門診無法預約掛號(電話/網路)的情形」
0.670	第十一題「曾有醫師建議您採用自費項目」 第十二題「曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務」
0.636	第十二題「曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務」 第十三題「曾接受過自費檢查」。

醫護人員問卷研究變項相關研究結果中，各組相關係數絕對值達到 0.7 以上高度相關題目為六組，分別為：相關係數為 0.782 的問題 1「醫院夜間門診診次的變化」與問題 2「醫院假日門診診次的變化」；相關係數為 0.768 的問題 2「醫院假日門診診次的變化」與問題 3「週末門診診次的變化」；相關係數為 0.833 的問題 16「醫院整體資本門預算的變化」與問題 17「各部門預算的變化」；相關係數為 0.778 的問題 22「您的人力資源受影響的程度」與問題 23「醫院內醫療業務的自主性」；相關係數為 0.717 的問題 24「醫師照顧病人方式的自主權」與問題 25「醫師開處方藥品給病人的自主權」；相關係數為 0.791 的問題 25「醫師開處方藥品給病人的自主權」與問題 26「醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形」。(詳見表 4-6-2、4-6-4)

表 4-6-2 醫護人員問卷研究變項高度相關題目

相關係數	
0.782	問題 1「醫院夜間門診診次的變化」 問題 2「醫院假日門診診次的變化」
0.768	問題 2「醫院假日門診診次的變化」 問題 3「週末門診診次的變化」
0.833	問題 16「醫院整體資本門預算的變化」 問題 17「各部門預算的變化」
0.778	問題 22「您的人力資源受影響的程度」 問題 23「醫院內醫療業務的自主性」
0.717	問題 24「醫師照顧病人方式的自主權」 問題 25「醫師開處方藥品給病人的自主權」
0.791	問題 25「醫師開處方藥品給病人的自主權」 問題 26「醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形」。

表 4-6-3 病患問卷研究變項相關表

	第一題	第二題	第三題	第四題	第五題	第十一題	第十二題	第十三題	第十四題	第十五題	第十六題	第十七題	第十八題	第十九題	第廿題	第廿一題	第廿二題	第廿三題	第廿四題	第廿五題	第廿六題
第一題	1.000	0.682	0.271	0.339	0.261	0.356	0.168	0.128	0.331	0.240	0.063	-0.039	-0.025	-0.151	-0.277	-0.103	-0.235	-0.183	-0.080	-0.326	-0.021
第二題		1.000	0.332	0.375	0.303	0.195	0.131	0.040	0.253	0.073	0.036	-0.066	-0.095	-0.161	-0.212	0.071	-0.138	-0.135	-0.133	-0.289	-0.077
第三題			1.000	0.517	0.366	0.096	0.185	0.104	0.047	-0.005	0.037	-0.038	0.035	-0.089	-0.053	0.069	-0.193	-0.037	-0.039	-0.176	-0.022
第四題				1.000	0.495	0.231	0.230	0.253	0.210	0.114	0.053	0.010	0.003	-0.103	-0.218	-0.116	-0.159	-0.193	-0.236	-0.114	0.039
第五題					1.000	0.240	0.204	0.159	0.049	0.249	0.022	-0.144	-0.060	-0.190	-0.027	-0.044	-0.151	-0.042	-0.143	-0.044	-0.042
第十一題						1.000	0.670	0.533	0.420	0.403	-0.023	-0.001	-0.053	-0.188	-0.179	-0.147	-0.037	-0.118	-0.061	-0.183	0.084
第十二題							1.000	0.636	0.384	0.371	-0.107	0.007	0.004	-0.125	-0.151	-0.136	-0.072	-0.084	-0.074	-0.167	-0.004
第十三題								1.000	0.449	0.302	0.069	0.008	-0.037	-0.068	-0.189	-0.206	-0.203	-0.179	-0.048	-0.108	0.061
第十四題									1.000	0.279	0.026	-0.025	-0.062	-0.107	-0.277	-0.136	-0.172	-0.217	-0.107	-0.151	-0.044
第十五題										1.000	0.033	-0.078	-0.010	-0.178	-0.154	-0.141	-0.100	-0.064	-0.046	-0.001	0.073
第十六題											1.000	0.142	0.219	0.123	0.269	0.021	0.195	0.184	0.130	0.160	0.186
第十七題												1.000	0.170	-0.053	0.077	0.196	0.238	0.328	0.263	0.302	0.160
第十八題													1.000	0.098	0.164	0.113	0.219	0.012	0.300	0.152	0.219
第十九題														1.000	-0.028	-0.072	0.118	-0.062	0.141	0.081	0.264
第廿題															1.000	0.492	0.316	0.373	0.406	0.332	0.289
第廿一題																1.000	0.400	0.316	0.265	0.220	0.124
第廿二題																	1.000	0.292	0.264	0.379	0.261
第廿三題																		1.000	0.352	0.531	0.238
第廿四題																			1.000	0.317	0.466
第廿五題																				1.000	0.430
第廿六題																					1.000

表 4-6-4 醫護人員問卷研究變項相關表

	第一題	第二題	第三題	第四題	第五題	第六題	第七題	第八題	第九題	第十題	第十一題	第十二題	第十三題	第十四題	第十五題	第十六題	第十七題	第十八題	第十九題	第廿題	第廿一題	第廿二題	第廿三題	第廿四題	第廿五題	第廿六題	
第一題	1.000																										
第二題	0.782	1.000																									
第三題	0.698	0.768	1.000																								
第四題	-0.079	-0.132	-0.164	1.000																							
第五題	-0.136	-0.168	-0.256	0.530	1.000																						
第六題	0.346	0.127	0.218	-0.071	-0.122	1.000																					
第七題	0.258	0.108	0.171	-0.072	0.002	0.644	1.000																				
第八題	0.341	0.380	0.354	0.193	0.297	0.121	0.250	1.000																			
第九題	0.321	0.376	0.300	-0.110	-0.176	0.155	0.089	0.345	1.000																		
第十題	0.018	-0.093	-0.100	0.163	0.257	0.266	0.344	0.357	-0.054	1.000																	
第十一題	0.034	0.039	0.137	0.017	-0.084	0.322	0.342	0.213	0.217	0.241	1.000																
第十二題	0.407	0.235	0.312	-0.132	0.022	0.549	0.493	0.243	0.169	0.129	0.429	1.000															
第十三題	0.378	0.336	0.331	-0.391	-0.161	0.072	0.279	0.118	0.204	0.095	0.106	0.266	1.000														
第十四題	0.092	0.163	0.275	-0.128	-0.107	0.008	0.131	-0.003	0.046	-0.113	0.271	0.297	0.348	1.000													
第十五題	0.278	0.550	0.466	-0.198	-0.353	0.066	-0.033	0.152	0.362	-0.173	0.173	0.105	0.341	0.267	1.000												
第十六題	0.285	0.420	0.335	-0.290	-0.090	0.143	0.147	0.116	0.046	0.013	-0.024	0.244	0.604	0.234	0.399	1.000											
第十七題	0.227	0.430	0.335	-0.312	-0.133	0.043	0.093	0.069	0.104	-0.065	-0.069	0.130	0.582	0.253	0.475	0.833	1.000										
第十八題	0.370	0.399	0.393	-0.188	0.042	0.014	0.038	0.207	-0.016	-0.028	-0.044	0.233	0.488	0.095	0.254	0.574	0.628	1.000									
第十九題	0.265	0.408	0.360	-0.213	-0.221	0.182	0.042	0.066	0.034	0.022	0.009	0.210	0.460	0.311	0.519	0.781	0.696	0.377	1.000								
第廿題	-0.171	-0.257	-0.182	0.228	0.270	-0.173	-0.046	-0.023	-0.096	-0.021	-0.044	-0.062	-0.190	-0.042	-0.213	-0.234	-0.307	-0.194	-0.291	1.000							
第廿一題	-0.107	-0.322	-0.273	0.094	0.277	0.095	0.125	-0.031	-0.274	0.045	-0.052	0.153	-0.237	-0.030	-0.257	-0.225	-0.316	-0.179	-0.292	0.497	1.000						
第廿二題	-0.135	-0.190	-0.211	0.282	0.263	-0.110	-0.051	-0.025	-0.051	0.027	-0.106	-0.061	-0.265	-0.150	-0.262	-0.295	-0.386	-0.272	-0.319	0.574	0.440	1.000					
第廿三題	-0.093	-0.118	-0.190	0.153	0.221	-0.106	-0.040	0.010	-0.075	0.104	-0.155	-0.138	-0.242	-0.205	-0.297	-0.315	-0.338	-0.222	-0.377	0.554	0.388	0.778	1.000				
第廿四題	-0.008	-0.117	-0.094	0.108	0.075	0.089	0.015	-0.003	0.017	-0.010	0.014	0.121	-0.247	-0.052	-0.054	-0.301	-0.379	-0.396	-0.257	0.397	0.464	0.568	0.645	1.000			
第廿五題	0.086	-0.045	-0.041	0.082	0.234	0.084	0.001	0.136	-0.141	0.222	0.084	0.221	-0.125	0.025	-0.080	-0.102	-0.219	-0.168	-0.051	0.393	0.421	0.476	0.508	0.717	1.000		
第廿六題	0.008	-0.117	-0.077	0.238	0.254	0.075	0.095	0.114	-0.020	0.400	0.139	0.209	-0.111	0.009	-0.153	-0.163	-0.299	-0.199	-0.122	0.461	0.395	0.605	0.616	0.620	0.791	1.000	

七、研究變項間的複迴歸分析

本研究採用複迴歸分析 (multiple regression analysis) 之線性迴歸模型來探討影響病患就醫權益的相關因素，其中以年齡、性別、收入、教育程度就診次數、來院原因、醫院別等變項為自變項，分別以就醫可近性、費用負擔、醫療品質、醫病關係等變項為依變項。

依變項中各構面以構面內各細項题目的加總分數作為計算的依據，其中就醫可近性有五項、其中費用負擔有五項、其中醫療品質有四項、其中醫病關係有五項。

結果顯示病患變項對病患權益之就醫可近性之迴歸分析有達顯著性，判定係數 R^2 值為 0.125 偏低，結果顯示病患變項對病患權益之費用負擔之迴歸分析有達顯著性， R^2 值為 0.270 偏低，此兩迴歸分析皆有顯著，但解釋能力都偏低，其餘病患變項對醫療品質與醫病關係之迴歸分析皆無顯著。(詳見表 4-7-1)

醫護人員問卷研究部分別以服務診次與自費項目、門住診及檢查服務量、醫院財務面變化、醫護人員專業自主等構面為依變項、其中以年資、職稱、性別、職級、醫管教育、年齡、醫院別等變項為自變項。

依變項中各構面以構面內各細項题目的加總分數作為計算的依據，其中服務診次與自費項目有五項、其中門住診及檢查服務量醫有

十項、其中醫院財務面變化構面有四項、其中醫護人員專業自主有五項。

結果顯示醫護人員變項對服務診次與自費項目之迴歸分析有達顯著性，判定係數 R^2 值為 0.302，結果顯示醫護人員變項對醫護人員專業自主之迴歸分析有達顯著性， R^2 值為 0.320，此兩迴歸分析皆有顯著，但解釋能力都偏低，其餘醫護人員變項對門住診及檢查服務量及醫院財務面變化之迴歸分析皆無顯著。(詳見表 4-7-2)

表 4-7-1 病患權益與病患變項之迴歸分析

依變數	就醫可近性		費用負擔		醫療品質		醫病關係	
R 平方	0.125		0.270		0.076		0.055	
顯著性 F 改變	0.000***		0.000***		0.215		0.633	
變項 (常數)	係數	顯著性	係數	顯著性	係數	顯著性	係數	顯著性
年齡	9.023	0.000***	8.978	0.000***	16.418	0.000***	27.949	0.000***
	20 歲以下(基準)							
	21~30 歲	-0.989 0.145	-2.390	0.001**	0.050	0.902	1.485	0.068
	31~40 歲	0.217 0.581	0.563	0.165	0.181	0.438	0.529	0.262
	41~50 歲	0.488 0.297	1.143	0.018	-0.472	0.089	0.431	0.442
	51~60 歲	0.357 0.355	2.787	0.000***	0.318	0.166	0.707	0.127
	60 歲以上	1.915 0.000***	1.846	0.000***	-0.097	0.729	0.200	0.724
性別	男(為基準)							
	女	-0.068 0.807	-0.045	0.876	-0.053	0.748	-0.973	0.004**
教育程度	高中以下(基準)							
	專科	-0.522 0.171	-0.118	0.764	-0.294	0.193	-0.386	0.398
	大學	-1.008 0.015*	0.015	0.972	-0.275	0.263	-0.018	0.972
	研究所以上	-0.641 0.670	2.443	0.114	-2.021	0.024	-1.695	0.347
收入	2 萬元以下(基準)							
	2 萬元-4 萬元	0.292 0.464	-0.324	0.429	0.230	0.331	-0.121	0.799
	4 萬元-6 萬元	0.067 0.850	0.267	0.465	0.155	0.464	-0.457	0.284
	6 萬元以上	3.259 0.195	-0.278	0.914	0.965	0.517	0.179	0.953
	未填答	0.095 0.879	0.733	0.254	0.212	0.568	-0.265	0.724
就診次數	1~5 次(基準)							
	6~10 次	0.336 0.438	-0.397	0.372	-0.223	0.385	-0.560	0.280
	11~20 次	0.454 0.326	-0.385	0.418	-0.091	0.741	-0.152	0.784
	21~30 次	-0.888 0.150	-0.269	0.672	-0.344	0.347	0.085	0.909
來院原因	住院(基準)							
	門診	-0.026 0.948	0.607	0.143	-0.409	0.087*	-0.025	0.958
	陪診	-0.437 0.158	0.169	0.595	-0.166	0.364	0.248	0.503
醫院別	A 醫院(基準)							
	B 醫院	-0.396 0.308	-0.840	0.036*	0.173	0.453	0.359	0.442
	C 醫院別	-0.577 0.134	-0.868	0.029*	0.326	0.154	0.258	0.575
	D 醫院別	-0.304 0.420	0.051	0.896	0.093	0.676	0.127	0.778

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-7-2 醫護人員研究變項與醫護人員變項之迴歸分析

依變數	服務診次與自費項目	門住診及檢查服務量	醫院財務面變化	醫護人員專業自主
R 平方	0.302	0.226	0.233	0.320
顯著性 F 改變	0.030*	0.245	0.213	0.017*
變項 (常數)	係數 顯著性 14.264 0.000***	係數 顯著性 27.180 0.000***	係數 顯著性 7.846 0.000***	係數 顯著性 31.123 0.000***
年齡	5 年以下(基準)			
	6~10 年以上 -0.605 0.439	-0.280 0.848	-2.499 0.024*	1.370 0.315
	11~15 年以上 -1.635 0.070*	-0.008 0.996	-2.671 0.038*	1.372 0.378
	16~20 年以上 -2.577 0.088	-2.698 0.337	-4.838 0.022*	2.294 0.380
	21 年以上 -2.352 0.152	-5.185 0.092	-4.117 0.072	4.454 0.119
職稱	醫生(基準)			
	護士 2.032 0.025*	-0.930 0.580	0.304 0.807	1.063 0.495
	行政 1.797 0.037*	0.808 0.611	-0.388 0.743	-1.834 0.216
醫管	無(基準)			
教育	大學 -1.187 0.154	1.374 0.376	0.744 0.519	-0.308 0.831
	碩士 -1.789 0.086	1.114 0.581	-0.950 0.527	-0.280 0.876
	博士 -2.529 0.250	0.635 0.877	-3.639 0.234	0.950 0.803
職級	一般(基準)			
	一級主管 0.220 0.852	-0.483 0.828	1.243 0.451	-2.967 0.151
	二級主管 1.283 0.361	-2.929 0.273	-1.236 0.533	1.594 0.514
性別	男(基準)			
	女 0.346 0.667	2.178 0.150	1.922 0.088	-1.829 0.193
年齡	30 歲以下(基準)			
	31~40 歲 0.013 0.987	1.985 0.192	1.323 0.242	-0.386 0.784
	41~50 歲 0.865 0.503	4.177 0.086	3.051 0.091	-3.374 0.135
	51 歲以上 0.501 0.762	4.124 0.184	3.800 0.100	-5.274 0.069
醫院	A 醫院(基準)			
別	B 醫院 1.951 0.037*	-0.342 0.843	2.024 0.117	-0.624 0.698
	C 醫院 2.032 0.025*	2.906 0.084	0.866 0.486	-0.200 0.898
	D 醫院 0.112 0.908	-0.856 0.637	1.587 0.242	-3.903 0.023*

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第五章 討論

一、病患問卷探討

本研究樣本共有 338 位病患，其中年齡以 51~60 歲 81 位(23.96%)最多，性別中女生 180 位(53.25%)，教育程度高中以下 172 位(50.89%)，就診次數以 1~5 次 156 位(5.00%)最高，來院原因以陪診 159 位(47.04%)最多。

在過去的研究中(蔡味娟，2005)醫院為了節省支出的前提下，出現了門診限號、關病房、手術延遲、檢驗檢查延遲、人球等現象，似乎已經影響了民眾就醫方便性及可近性。而在本研究中病患，以第一題「您曾有門診現場掛不到號」的情形得分表現最高 1.99(0.8)，可能是因為主要調查之樣本醫院都為大型醫院，到大醫院就診的民眾多，所以門診現場掛號皆會有無法順利掛到號的情形。及第十題「您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)」42 次(12.43%)，可能是因為一般民眾的預期心理，希望檢查後能立刻快速獲得檢查報告因此覺得等待時間過久。表示門診掛號及等待檢查，是民眾就醫可近性的最大的問題。

第十一題「曾有醫師建議您採用自費項目」得分表現最高 2.64(0.91)，顯示樣本醫院面對健保總額都有增加自費項目的因應策略，因自費項目可以完全跳出總額預算的限制，又不會影響病患就醫

的權益，故此策略廣泛的被各醫療院所採用。

醫療品質構面中以第十七題「醫師不會看診時間過短，輕易的為您下診斷得分」表現最差3.29(0.78)，這與一般民眾永遠希望醫師能花更多的時間，為自己診治，且大醫院看診人數多，等候時間多，但平均分配給每一個病患的時間就易讓病患感受看診時間過短。

醫病關係構面中以第廿五題「醫護人員能融入您的情境，提供如親人般的照護」得分表現為3.14(0.82)，此敘述是否醫護人員提供真正的親人般照護，此「視病猶親」要求偏高所以病患感受得分偏低。

病患變項卡方分析中病患教育程度與就診次數、來院原因達到差異是因為教育程度較高者多半較為年輕且來院原因多半以陪診居多，故教育程度與就診次數有顯著差別；而教育程度與醫院別、因選取的樣本醫院有兩間為醫學大學附設之醫院故教育程度會有顯著差異，收入與就診次數、來院原因也是因為來陪診的家屬，如是還未出社會的陪診家屬收入都普遍低，就診次數也偏低。

醫院別對第九題「您曾有等候治療日數過久的經驗(如復健治療)」有達顯著差異、交叉表中 A 醫院等待治療比例較其他醫院高，第十題「您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)」有達顯著差異，交叉表中 D 醫院等候檢驗比例較其他醫院高，可能造成原因為醫院服務量及醫院整體效率的不同。

變異數分析中教育程度與發現藥品的更改代表教育知識會影響病患的就醫行為，也更為注意自身權益，收入高低則會影響是否有能力負擔自費項目。

就診次數與第一題「您曾有門診現場掛不到號的情形」表示就診的次數多，遇到門診掛不到號的機率比較高。

醫院別與各變項變異數分析中以第十二題「曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務」、第十四題「曾接受採用自費藥品或醫材」有達到顯著差異，代表不同醫院對於自費項目推行的程度不同，造成不同的成效。

二、醫護人員問卷探討

本研究樣本共有 97 位醫護人員，其中年工作年資五年以下 33 位 (34.02%) 最多，性別中女生 61 位 (62.89%)，因大部份護士與行政人員以女性居多，而醫護人員中的醫師及護士大部分都無接受正規醫管教育 66 位 (68.04%)。

研究變項之得分情形，服務診次自費項目構面中，以問題 1「醫院夜間門診診次的變化」得分最低 2.40(1.00) 表示減少最多，因為健保總額制度的實施，多做只有降低每點支付之金額，醫院減少便利病患的夜間門診。

問題 4「醫院自費項目的變化」得分 4.19(0.70) 最高表示增加最多，正好對應病患問卷中得分最低的「曾有醫師建議自費項目」再次顯示在四間樣本醫院面對健保總額都有增加自費項目的因應策略，因自費項目可以完全跳出總額預算的限制，又不會影響病患就醫的權益，故此策略廣泛的被各醫療院所採用，表示出自費項目增加為現今醫療院所之必爭之地。

問題 15「醫師開處方藥品平均品項的變化」得分 2.49(0.86) 最低表示減少最多，代表醫院管理有管控醫師開處方藥品策略，及健保局取消給付各類胃藥造成的處方藥品平均品項下降。問題 11「醫院醫師支援他院的變化」得分 3.55(0.98) 最高表示增加最多，符合在過去的研究中(蔡味

娟，2005)，策略聯盟也是因應總額的一項重要策略。

醫院財務面變化構面各題得分皆表示減少，以問題 17「醫院各部門預算的變化」得分 2.38(1.19)，醫院收入受健保總額影響，整體收入下降，所以連帶影響醫院各部門預算下降。過去的研究中(張沅嬪，2001)醫院為了因應總額預算支付制度所造成的影響，在經營管理層面乃採取不同的策略來降低經營成本，並從各種有利的方向調整本身的經營行為。

問題 19「您第一季與去年第一季執業所得收入的變化」得分 2.39(1.01)減少最多，問題 22「您的人力資源受影響的程度」4.089(0.91)增加。表示當醫院整體營收下降，佔醫院最大部份的人事成本，也會間接受到影響。問題 20「您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度」得分 4.58(0.64)，而大部份的醫護人員都清楚了解現今醫療院所經營，受到健保政策影響極高。(李季黛 2003)研究中也表示多數員工也認為在健保總額制度下其醫療專業會受影響。

在醫院因應策略中以問題27「醫院增加自費藥品與醫材」74(76.29%)、問題33「醫院加強對各科病床的控管」75(77.32%)及問題35「醫院針對DRG推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控」79(81.44%)，此三種策略也是爭議較少的因應策略，所以在研究調查的醫護人員中高達七成五表示該醫院有採取此三種策略，並無迴避問題的狀況發生。也顯示醫療院所除自費項目的發展外，針對住院病床管控，

及明年要推行的DRG都是已經準備應對及加強管控。

而問題31「醫院實施個別醫師總額」50(51.55%)、問題36「醫院管理加強住院病患篩選」48(49.48%)及問題37「醫院加強管控重症病患轉院」50(51.55%)此三種策略，在研究調查的醫護人員中表示該醫院有採取此三種策略最低、因為這三種策略中個別醫師總額，在研究顯示行政人員多半不清楚是否醫院是否有實施個別醫師總額，或是由各科管理人將科總額，往下變成醫師總額。而問題36「醫院管理加強住院病患篩選」48(49.48%)及問題37「醫院加強管控重症病患轉院」50(51.55%)兩種策略，在邱小妹妹事件後，讓醫護人員在填答時會有迴避的心態，但都也將近五成醫護人員表示該醫院有採取此兩種策略。

以卡方檢定醫護人員變項之基本特性的相關性，以年資對醫管教育、職稱對醫管教育、年資對醫院別達顯著差異。檢視交叉表後發現因調查對象年資高者，多半為醫師，醫師多半無接受過醫管教育，且其中樣本D醫院，填答有效者多半為醫師，所以年資對醫院別也有差異。

職稱對性別、職稱對年齡、醫管教育對年齡檢視交叉表後發現，護士多半為女性，且行政人員較為年輕。而接受過醫管教育多半為行政人員，行政人員在研究對象中多半較為年輕。職級對性別、職級對年齡、職級對醫院別檢視調查樣本交叉表，職級高者多半為年長醫師，且多半為男性，而各醫院回答的職級，也有些許不同，主要原因是取決各樣本

醫院代發問卷之聯絡人職位之不同。

性別對年齡、性別對醫院別、年齡對醫院別之差異，檢視樣本交叉表發現男性多半為年長醫師，且不同樣本中醫師有效填答的樣本有些許不同。

職稱與各研究變項變異數分析中問題 21「您的醫療資源（設備）受影響的程度」、問題 22「您的人力資源受影響的程度」、問題 23「醫院內醫療業務的自主性」達顯著差異，顯示醫師與行政人員對於受管理人員影響的差異不同，醫師感受專業受影響的程度明顯高於行政人員。

醫院別與各研究變項變異數分析中問題 1「醫院夜間門診診次的變化」、問題 2「醫院假日門診診次的變化」在樣本醫院中皆為減少，其中 D 醫減少幅度最高。

問題 4「醫院自費項目的變化」、問題 5「醫院醫療外包變化」兩題在四間樣本醫院皆為增加，其中 B 醫院增加幅度高於其他三者，顯示 B 醫院致力發展醫院自費與外包。

問題 7「醫院住院服務總人日數的變化」樣本醫院中 A 醫院與 C 醫院為減少，減少以 A 醫院最多；B 醫院與 D 醫院為上升，上升以 B 醫院最多。問題 8「醫院長期照護服務量變化」在樣本醫院皆為增加，其中 B 醫院增加幅度高於其他三者。

問題 10「醫院病患之轉院的變化」在樣本醫院中除 C 醫院為下

降，其餘都是增加，而增加幅度以 B 醫院最多，原因可能是因為四間樣本醫院中只有 B 醫院乃區域醫院，可以將嚴重度較高之病患往醫學中心轉院。

問題 12「醫院平均每診服務人次的變化」在樣本醫院中除 A 醫院減少以外，皆為上升。問題 15「醫師開處方藥品平均品項的變化」、問題 16「醫院整體資本門預算的變化」、問題 18「醫院高科技儀器預算的變化」在四間樣本醫院中皆為下降，以 D 醫院下降幅度最多。

問題 21「您的醫療資源（設備）受影響的程度」、問題 24「醫師照顧病人方式的自主權」、問題 25「醫師開處方藥品給病人的自主權」、問題 26「醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形」在四間樣本醫院都顯示都受到高度影響，其中 A 醫院影響幅度最少。

最後以卡方檢定比較四個樣本醫院對於健保總額之因應策略有何不同，對因應策略的感受不同，結果發現不同醫院對於問題 28「醫院減少易遭核減之醫療行為」、問題 29「醫院改用較低成本之藥品/耗材」、問題 30「醫院實施科總額」、問題 31「醫院實施個別醫師總額」、問題 32「醫院實施依健保點值變動調整薪資」、問題 33「醫院加強對各科病床的控管」、問題 34「醫院加強手術排程的管理」、問題 35「醫院針對 DRG 推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控」、問題 36「醫院管理加強住院病患篩選」等變項有顯著差異，檢視交叉表得知，

其中樣本 A 醫院幾乎都填答有推行該策略，而樣本 B 醫院只有五成左右的正面肯定醫院有該項策略。原因可能是因為 A 醫院中代發問卷者為科主任，醫護人員都願意真實填答，而樣本 B 醫院雖由管理中心代發送問卷，但 B 醫院乃公立醫院醫護人員多半有，迴避的心態填答可能並未完全表示該醫院的真實情形

而不同醫護人員對於問題 30「實施科總額」、問題 31「實施個別醫師總額」答顯著，檢視交叉表得知，在研究顯示行政人員多半不清楚是否醫院是否有實施個別醫師總額，或是由各科管理人將科總額，往下變成醫師總額，或是醫院內各科實施科總額及個別醫師總額不同。

第六章 結論與建議

一、結論

研究結果顯示

一、不同醫院對於健保總額之因應策略有因應策略實行上之程度不同。各醫院在增加自費藥品與醫材、加強對各科病床的控管及醫院針對 DRG 推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控，此三種策略在各醫院實施的程度最為高，且四間樣本醫院一致性高。

而在醫院實施個別醫師總額、加強住院病患篩選、管控重症病患轉院，在調查中四間樣本醫院中 B 醫院實施的程度明顯低於與其餘三間醫院。

二、受健保總額制影響各醫院經營管理增加醫院自費項目，但間接增加了民眾就醫費用負擔；而各醫院夜間及假日門診皆有減少，影響了民眾就醫可近性與方便性。

而醫師開處方藥品平均品項減少，影響了民眾用藥品質；研究中醫師照顧病人方式的自主權下降與醫護人員人力資源都有下降，直接影響了民眾就醫品質。

研究中各醫院都傾向裁減各部門預算及醫護人員執業所得收入減少，長期下來會影響到台灣醫界相關醫療科技及醫療技術水準之發展，進一步影響未來病患就醫之權益。

而研究中醫院長期照護服務量增加，顯示出醫院提供更多的服務，而各醫院醫師支援他院的情形顯示增加，顯示醫院經營管理更注重策略聯盟。

三、在各醫院之病患就醫權益受因應策略影響是否有差異調查中，在第九題「您曾有等候治療日數過久的經驗(如復健治療)」、第十題「您曾有等候檢驗日數過久的經驗(如超音波)」等有達顯著差異，A醫院在等候治療比例高於其他三間醫院，D醫院在等候檢驗比率高於其他三間醫院，可能造成原因為醫院服務量及醫院整體效率的不同。及第十二題「曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務」、第十四題「曾接受採用自費藥品或醫材」有達到顯著差異，代表不同醫院別對於自費項目推行的程度不同，形成的成效不同。

在健保總額下各醫院所發展如此多的自費項目，避過總額給付的架構，不必透過健保局，直接向病人收錢，此種結果最後造成健保費用名義上控制了，但病患卻得自掏腰包，實際上病患負擔的醫療費用是增加的。在健保總額下各醫院發展了許多自費項目，會使病患就醫時產生疑慮，懷疑醫院是為了病人良好的就醫結果及健康著想，還是因為這是更容易賺到錢的方法，如此長期下來醫病關係的不信賴感將會增加。

二、建議

由於醫療費用快速成長，健康保險財務失衡，全民健康保險為有效抑制醫療費用的成長速度，全面實施醫療院所的總額給付。然而在全民健保局施行總額支付制度，將控管醫療費用的壓力反丟回各醫療院所，造成民眾就醫權益及醫護人員的醫療專業自主性受到影響，研究之發現，對樣本醫院管理者提出下列建議：

1. 推行便利民眾就醫措施

建議醫院管理者針對 65 歲以上年長病患，開設年長者快速窗口且針對年長者無掛號人數限制，避免年長者舟車勞頓到醫院掛號，但無法就醫之情形發生。

2. 尊重醫療專業自主性

提供適當醫護人力配置、優良醫療專業與病患的照護品質有正向的關係，病患感受到更好的醫療服務，醫病關係大幅改善；醫院應以病患醫療服務品質為主要考量，避免因降低成本而縮減醫護人力、影響醫療專業自主性，而影響病患就醫品質。

3. 成本控制與醫療品質平衡發展

發展有效率的醫療服務品質在醫院總額預算制度下，成本與品質的平衡將成為醫院的最大挑戰。而且在制度實施後，仍然有市場機制。若是一家醫院在制度實施後，未能提供病患滿意的醫療服務品質，導致服

務量下降，則給付額度也會逐年下降。因此，醫院需開始尋求有相同功效，但成本更低的診斷及治療方式，建立一套標準的作業流程，以提高醫院服務品質，同時有效控制醫療成本，來滿足病患的需求，以提供病患完善的醫療服務品質。

4.自費項目發展與規範

目前很多病人被醫院建議自費做高科技檢查，如檢查確實有助後續治療方向，基於專業考量應做的，那醫院進行此項檢查則有理可循。但要是少數醫師為了業績，建議病人「最好」自費做或是健保可付，但醫院為怕影響其總額，硬要病人自費，當這兩種情形發生時是有違醫學倫理與職業道德。研究者建議醫院管理者應為病患嚴格把關，將醫師開立自費服務比例過高者進行糾舉，避免少數醫師的不當行為，影響醫院整體形象。

由於醫療服務的提供是以總額預算制度算之給付，目的是強化醫療服務品質與醫療資源的有效利用，同時，在滿足全體民眾之基本健康照護需求的前提下，希望能創造醫療照護體制的健全與永續經營。因此，本研究對政策制定者的建議如下：

1.落實醫療品質監測

明確訂定相關醫療品質之規定，以提昇並確保民眾就醫品質為避免總額預算制度實施後，醫療服務提供者減少必要之醫療服務及降低醫療

服務品質，健保局應明訂相關規定，並確實執行品質確保方案中之醫療服務利用、品質指標監測及將醫院品質報告卡列入總額預算協商重點，要求預算執行機構必需定期提出醫院品質報告。

2.自費項目納入醫療利用監控

在因應健保總額，醫院多數發展自費項目，政策制定者應為病患嚴格把關，避免自費項目淪為可以更容易賺到錢的方法，或是避過總額給付的架構，不必透過健保局，直接向病人收錢的營利方式，此種結果最後造成健保費用名義上控制了，但民眾卻得自掏腰包，實際的醫療費用是增加的，造成醫療資源浪費，影響整體醫療環境的發展，建議政策制定者將自費項目納入醫療利用監控，且不定期至各醫院檢視各醫院自費項目推行是否合乎法令。

三、研究限制

本研究採取實證研究方式，雖然在研究方法上力求客觀、嚴謹，但所面對的國內客觀醫療生態環境以及研究的過程中，都無法避免受到一些限制，預期本研究所受到的幾項主要限制如下：

- (一) 此次研究醫院侷限於中部地區都會型大型醫院，造成研究結果外推性不足，但對於其他相同類型之都會型大型醫院仍有相當的參考價值。
- (二) 受測病患及家屬對於問券內容是否用心填答，研究者無從得知。
- (三) 受測醫院內之行政、護理人員對醫院經營管理因應策略，可能無法清楚瞭解。

參考文獻

英文部分

1. Bishop J.A, Formby J.P, Zeager L.A,. Relative Undernutrition in Puerto Rico under Alternative Food Assistance Programmes, *Applied Economics*, 1996., 28(8): 1009-17.
2. Bishai, D.M., Lang, Hui Chu,. The willingness to pay for wait reduction:the disutility of queues for cataract surgery in Canada ,Denmark,and Spain. *Journal of Health Economics* 2000; 19(2): 219-30.
3. Chu, K.W.Global budgeting of hospitals in Hong Kong. *Social Science and Medicin*,1992,35 (7) ,857-868.
4. Cutler, D.M., and S. Reber, 1996. Paying for Health Insurance: The Tradeoff Between Competition and Adverse Selection, National Bureau of Economic Research, Working Paper W5796, Cambridge, MA.
5. Cutler, D.M., and Richard J. Zeckhauser. Adverse Selection in Health Insurance, National Bureau of Economic Research, Working Paper 6107, Cambridge, MA. , 1997.
6. Cutler, D.M., and Richard J. Zeckhauser Anatomy of Health Insurance,National Bureau of Economic Research, Working Paper 7176, Cambridge, MA, 1999..
7. Ellis, R., McGuire, T. Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care, *Journal of Economic Perspectives*, 1993., 7: 135-151.
8. Fan, Ching-Ping, Kong-Pin Chen and Kamhon Kan .The Design of Payment Systems for Physicians under Global Budget—An Experimental Study. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 1998., 34: 295-311.
9. Hurt, J. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris, France: Organization for Economic Co-Operation and Development; Washington, D.C.: OECD Publication and Information Center,

- 1991.
10. Hoffmeyer and McCarthy .Financing Health Care: Volume 1: Summary and Overview, Financing Health Care. , 1994 1: 1-60.
 11. WC Hsiao, P Braun, D Dunn, ER Becker, M De Nicola, Special Report: Results and Policy Implications of the Resource-Based Value Study, New England Journal of Medicine, 1998, 319: 881-888.
 12. Iglehart, J., From the editor, Health Affairs, 1991 (10)3, 5-6.
 13. Kamke K.The German Health Care System and Health Care Reform. Health Policy, 1998., 43: 171-194.
 14. Marc, J, Kesteloot K, De Graeve D, W Gilles, A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. Health Policy, 2002, 60: 255-273.
 15. OECD. <http://www.oecd.org/home/>. 2004
 16. Phelps, C.E. Handbook of Health Economics, Reading Mass,: Addison-Wesley., 2000

中文部份

1. 中央健康保險局，<http://www.nhi.gov.tw/>。
2. 中央健康保險局：全民健康保險統計，2003。
3. 全民健康保險統計，中央健康保險局，2004，十月。
4. 全民健康保險醫療費用協定委員會，<http://www.doh.gov.tw/>。
5. 李佳珂、周思源：醫院自主管理操作實務—以中區分局為例。健康保險雜誌 2004；1；60-70。
6. 李美英：全民健康保險競爭環境下醫療策略聯盟之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文 2000。
7. 李玉春、林蕙卿：全民健保保險支付標準協商模式之檢討與改革之芻議。醫院，1996；29；1-9。
8. 李玉春、蘇春蘭，總額預算制度之設計，行政院衛生署委託研究計畫，1993。
9. 李玉春，健康保險支付制度，健康保險，楊志良主編，巨流圖書公司，1998，72-113。
10. 李玉春，全民健保支付制度—實施現況與改革方向建議，政策月刊，2000，35：14-16。
11. 林振輝，全民健康保險總額支付制度之經濟分析，Working Paper，1998。
12. 吳凱勳，德法二國疾病保險制度改革趨向，上，全民健康保險雙月刊，1997，七月：2-5。
13. 吳凱勳，德法二國疾病保險制度改革趨向，下，全民健康保險雙月刊，1997，九月：2-4。
14. 吳明彥：總額制度醫院個別總額預算自主管理之探討。醫院總額支付制度暨個別醫院總額自主管理之探討研討會。台中：中國醫藥大學附設醫院 2003。

15. 吳孟芬，服務情境中之溝通問題分析：以醫療服務為例，中正大學企業管理研究所，碩士論文，1997。
16. 林秀娟、張紹評、張紹勳,SPSS For Windows 統計分析初等統計與高等統計，松崗書局，更新版，2001。
17. 張佳琪、黃文鴻：健保支付制度對全髖及全膝關節置換手術醫療利用情形之影響。中華衛誌 2001; 20, 6: 413-22
18. 楊志良健康保險，巨流出版社，1995。
19. 徐享達：公立，營機構績效不振因素分析兼論署立醫院突破困境因應之道。醫務管理期刊 2001; 2, 3: 47-58
20. 許孟祥、林清東,倫理決策與電腦使用之意向模式,國立中山大學管理研究所博士論文，1998。
21. 周麗芳、陳曾基，探究健康保險總額制度，台灣醫界，1999，42，2： 45-50。
22. 周麗芳、陳曾基，由經濟政策觀點檢視全民健保總額支付制度，台灣醫界，2000，44，2：145-150。
23. 洪碧蘭，支付標準現況與問題探討，醫院，1997，30：22-27。
24. 陳志豐，現行健保體制之研究，國立中山大學，中山學術研究所碩士論文，2003。
25. 陳耀東，全民健保不同支付制度對醫師職業行為之影響及比較，管理學報，2004，21，2：237-255。
26. 陳明進、黃崇謙：全民健保支付制度改變前後公立醫院與財團法人醫院服務量及醫療利益之比較。當代會計 2001; 2, 2: 169-94
27. 陳孝平：台灣全民健保問題之診斷與出路之探討。第二屆兩岸五地社會保障學術研討會。澳門：2002。
28. 黃經洲組織倫理氣候、醫學倫理原則與醫療行為外顯表現關係之研究，中山大學人力資源管理研究所，碩士論文，2003。

29. 紀靜惠各類人士對醫療倫理觀點差異之探究，中山大學人力資源管理研究所，碩士論文，2002。
30. 楊筱慧：在總額預算制度變遷中檢討醫院自主管理方案。國立中正大學社會福利系碩士論文 2003。
31. 劉見祥：全民健保支付制度之趨勢。醫院 1999；32：15-20。
32. 盧瑞芬、謝啟瑞，醫療經濟學。學富出版社，2000。
33. 韓幸紋，從德英荷三國之經驗剖析我國支付制度之採行，政治大學財政研究所碩士論文，2002。
34. 黃品憲，全民健保實行總額支付制度之探討—以加拿大與台灣之施行現況為例，臺中健康暨管理學院，國際企業研究所碩士論文，2003。
35. 鄭文輝、黃俊中、王立銘、陳振輝、林明珠，影響 1999-2000 年期間全民健保醫療費用成長率下降因素之探討，全球化與社會福利研討會，台中：台灣社會福利學會。，2001
36. 蔡味娟，自主管理對醫院經營策略及管理之影響，中國醫藥大學，醫務管理研究所碩士論文，2003
37. 戴正德，基礎醫學倫理學，高立圖書公司，2000。
38. 戴正德，醫學倫理與人文：用心醫療會更美好，高立圖書有限公司，2006。
39. 戴正德，醫學倫理導論，行政院原住民委員會，2006。
40. 戴正德，基礎醫學倫理學，華谷文化有限公司，2006。
41. 戴志展、王拔群、宋霖霏、郭乃文、蔡銘修、曾憲彰：鼻中膈鼻道成形術論病例計酬制實施之影響評估。中台灣醫學科學雜誌 2002； 7，3:165-71
42. 鐘春枝，臨床醫學倫理議題之判斷與處理方式的探討-比較醫護人員，宗教界，及法界看法，台北醫學大學醫研所，碩士論文，2001。

附錄一、病患及家屬問卷

全民健保總額預算支付制度下 醫院因應策略對病患就醫權益之研究問卷

親愛的病人及家屬您好：

全民健保的實施，因推動總額預算支付制度，可能改變了傳統的醫病關係，總額預算支付制度是指健保局支付一定金額的費用，醫院服務量上升，每次服務所獲得的金額會相對減少，因此執行醫院總額制度對病患權益之相關調查研究，為使本研究能順利進行，煩請您撥出約**五分鐘**的時間填答本問卷。本問卷採不記名方式，所有資料僅作學術研究分析之用，絕不移作其他用途，請您安心填答。答案無所謂『對』與『錯』，請根據您本人或親友對服務觀察感受及實際狀況填答。

誠摯感謝您的協助。

敬祝

健康快樂，諸事如意！

中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班

指導教授: 郝宏恕 博士

碩士生: 許祥瑞 敬上

以下問題請針對今年近三個月內與去年您之比較來回答，並於最適合□中打

壹. 就醫可近性

- | | 不 | 很 | 偶 | 有 | 經 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 曾 | 少 | 爾 | 時 | 常 |
| | 發 | 發 | 發 | 發 | 發 |
| | 生 | 生 | 生 | 生 | 生 |
| 1. 您曾有門診現場掛不到號的情形----- | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您曾有門診無法預約掛號，電話/網路)的情形----- | <input type="checkbox"/> |
| 3. 您曾有夜間門診掛不到號的情形----- | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您曾有週末門診掛不到號的情形----- | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您曾有假日門診掛不到號的情形----- | <input type="checkbox"/> |

貳. 手術、住院或檢查等候時間增加

	有	沒 有	無 此 經 驗
6. 您曾有等候排程檢查日數過久的經驗,如CT /MRI)-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您曾有等候住院日數過久的經驗-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您曾有等候手術日數過久的經驗-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您曾有等候治療日數過久的經驗,如復健治療)-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 您曾有等候檢驗日數過久的經驗,如超音波)-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

參. 費用負擔

	(非 常 不 同 意)	不 曾 發 生	很 少 發 生	偶 爾 發 生	有 時 發 生	經 常 發 生	(非 常 同 意)
11. 曾有醫師建議您採用自費項目-----	<input type="checkbox"/>						
12. 曾有師建議您採用新式高科技儀器之自費醫療服務-----	<input type="checkbox"/>						
13. 曾接受過自費檢查-----	<input type="checkbox"/>						
14. 曾接受採用自費藥品或醫材-----	<input type="checkbox"/>						
15. 您覺得看病的費用負擔增加了-----	<input type="checkbox"/>						

肆. 醫療品質

	非 常 不 同 意	不 同 意	無 意 見	同 意	非 常 同 意
16. 醫師不會任意配合您的一些要求,例:開藥、打針)-----	<input type="checkbox"/>				
17. 醫師不會看診時間過短,輕易的為您下診斷。-----	<input type="checkbox"/>				
18. 醫護人員能耐心教育您有關疾病及保健的知識。-----	<input type="checkbox"/>				
19. 曾發現所拿到的藥品更改-----	<input type="checkbox"/>				

伍. 醫病關係

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 非
常
不
同
意 | 不
無
同
意
見 | 非
常
同
意 |
| 20. 醫護人員能做到對您病情的保密及身體的隱私尊重。----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 醫護人員在為您做治療與檢查時，都讓您了解其原因----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 醫護人員能做到不隱瞞病情或重要醫療資訊，使您能理性的選擇和決定。----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 當您對檢查不了解而心生恐懼，醫護人員會主動關心並加以解說。----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 醫護人員能以同理心，提供醫療服務保障您的尊嚴。----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. 醫護人員能融入您的情境，提供如親人般的照護。----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. 醫護人員所提供的照護，其利益遠大於所需忍受的痛苦與不便----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【個人基本資料】

1. 請問您的年齡：20歲以下 21~30歲 31~40歲 41~50歲
51~60歲 60歲以上
2. 性別：男 女
3. 教育程度：高中以下 專科 大學 研究所以上
4. 個人每月收入：2 萬元以下 20,000-40,000 元
40,000-60,000 元 6萬以上
5. 去年門診就醫次數：1~5次 6~10次 11~20次 21~30次 30次以上
6. 請問您本次來院是因為：住院 急診 門診 陪診

【問卷到此結束，再次感謝您的協助】

附錄二、醫護人員問卷

全民健保總額預算支付制度下
醫院因應策略對病患就醫權益之研究問卷

親愛的醫界先進您好：

全民健保的實施，因推動總額預算支付制度，可能改變了傳統的醫病關係，因此執行醫院總額制度對病患權益之相關調查研究，為使本研究能順利進行，煩請您撥出約五分鐘的時間填答本問卷。本問卷採不記名方式，所有資料僅作學術研究分析之用，絕不移作其他用途，請您安心填答。答案無所謂『對』與『錯』，請根據您親身觀察感受及實際狀況填答。

誠摯感謝您的協助。

敬祝

健康快樂，諸事如意！

中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班

指導教授：郝宏恕 博士

碩士生：許祥瑞 敬上

以下問題請針對今年第一季與去年第一季您之比較來回答，並於最適合□中打v

壹. 服務診次與自費項目

例如超過6項以上為大幅增加或減少，3~5項為小幅，零項為不變。

- | | 大 | 小 | 小 | 大 |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 幅 | 幅 | 幅 | 幅 |
| | 減 | 減 | 不 | 增 |
| | 少 | 少 | 變 | 加 |
| 1. 醫院夜間門診診次的變化----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 醫院假日門診診次的變化----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 醫院週末門診診次的變化----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 醫院自費項目的變化----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 醫院醫療外包變化----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

貳. 醫院門診住院服務量與開立檢查與藥品之變化

例如超過10%以上為大幅增加或減少，3~10%為小幅，±2%內為不變。

	大	小	小	大
	幅	幅	幅	幅
	減	減	不	增
	少	少	變	增
				加
				加
6. 醫院門診服務總人次的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 醫院住院服務總人日數的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 醫院長期照護服務量變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 醫院住院超過30天之人次變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 醫院病患之轉院的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 醫院醫師支援他院的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 醫院平均每診服務人次的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 醫院高科技檢查，如:CT MRI)的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 醫師開處方藥品平均天數的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 醫師開處方藥品平均品項的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

參. 醫院財務面的變化

例如10%以上為大幅增加或漸少，3~10%為小幅，±2%內為不變。

	大	小	小	大
	幅	幅	幅	幅
	減	減	不	增
	少	少	變	增
				加
				加
16. 醫院整體資本門預算的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 醫院各部門預算的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 醫院高科技儀器預算的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 您 <u>第一季</u> 與 <u>去年第一季</u> 執業所得收入的變化-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

肆. 醫護人員專業自主

	不	很	偶	有	經
	曾	少	爾	時	常
	影	影	影	影	影
	響	響	響	響	響
20. 您認為貴醫院管理受健保政策影響的程度-----	<input type="checkbox"/>				
21. 您的醫療資源，設備)受影響的程度-----	<input type="checkbox"/>				
22. 您的人力資源受影響的程度-----	<input type="checkbox"/>				
23. 醫院內醫療業務的自主性-----	<input type="checkbox"/>				
24. 醫師照顧病人方式的自主權-----	<input type="checkbox"/>				

25. 醫師開處方藥品給病人的自主權-----
26. 醫院的管理對醫護人員的臨床處理涉入情形-----

伍. 醫院因應策略

- | | 有 | 沒
有 | 不
清
楚 |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. 醫院增加自費藥品與醫材----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. 醫院減少易遭核減之醫療行為----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. 醫院改用較低成本之藥品/耗材----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. 醫院實施科總額----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. 醫院實施個別醫師總額----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. 醫院實施依健保點值變動調整薪資----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. 醫院加強對各科病床的控管----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. 醫院加強手術排程的管理----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. 醫院針對DRG推行臨床路徑對用藥、檢查或住院日數之管控----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. 醫院管理加強住院病患篩選----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. 醫院加強管控重症病患轉院----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【個人基本資料】

1. 請問您在本院的工作年資_____。
2. 您的職稱：醫師 護士 行政
3. 是否接受正規醫管教育：無
有 大學 碩士 博士
4. 您的職級：院長/副院長 一級主管 二級主管 一般
5. 性別：男 女
6. 年齡：30歲以下 31~40歲 41~50歲 51歲以上

【問卷到此結束，再次感謝您的協助】