

# 行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

台灣智慧資本整合型研究 Intellectual Capital Study  
in Taiwan--子計畫八-醫療產業智慧資本、組織學習與臨  
床治理之研究(2/2)  
研究成果報告(完整版)

計畫類別：整合型  
計畫編號：NSC 95-2416-H-002-008-SSS  
執行期間：95年08月01日至96年07月31日  
執行單位：國立臺灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所

計畫主持人：陳端容

計畫參與人員：學士級-專任助理：郭科辰

處理方式：本計畫可公開查詢

中華民國 96年10月31日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫  成果報告  
 期中進度報告

台灣智慧資本整合型研究 Intellectual Capital Study in

Taiwan-子計畫八-醫療產業智慧資本、組織學習與臨床治理之研究

計畫類別： 個別型計畫  整合型計畫

計畫編號：NSC95-2416-H002-008-SSS

執行期間：94年08月01日至96年07月31日

計畫主持人：陳端容

共同主持人：

計畫參與人員：郭科辰

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告  完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

- 赴國外出差或研習心得報告一份
- 赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢  
 涉及專利或其他智慧財產權， 一年  二年後可公開查詢

執行單位：國立臺灣大學醫療機構管理研究所

中華民國 96 年 10 月 31 日

## 中文摘要

題目：台灣智慧資本整合型研究子計畫八-

醫療產業智慧資本、組織學習與臨床治理之研究

### 摘要

**研究目的：**探討醫院醫療管理措施的種類與使用頻率以及醫師個人特質、任職醫院特質、自覺之醫療非自主性對於醫師自覺管理措施對醫療決策之影響。

**研究材料與方法：**本研究為次級資料分析，資料來源為台大醫管所陳端容副教授於民國 93 年底至 94 年初，針對任職於地區教學醫院以上之醫師所進行之醫療管理結構式問卷調查，母群體共為 16414 人。問卷結果以 SPSS 12.0 軟體進行描述性統計。

**研究結果：**問卷經由 31 家合作醫院發放 2310 份，回收率 24.37%，郵寄個別醫師共 5519 份，回收率 13.71%，整體回收率為 16.86%。填答的醫師中男性佔 86.2%，年齡集中在 30 到 49 歲，管理職者佔三成。在醫療管理措施中，以病歷書寫品質管理的頻率最高，有 72.2% 的填答醫師表示有管理，其餘超過半數有管理的依序為處方金額、藥品品項、住院天數、藥品數目。填答醫師認為醫療管理措施對自己的醫療決策有正面影響的比例為 30.1%。

**結論與建議：**由本研究結果建議醫院管理者應給予醫師合理的工作負荷、提供檢閱醫學資訊的資源、對各種管理項目選擇適當的管控方式、重視薪資報酬及績效考核的公平與適當、建立組織內同仁互相討論、信任協助、以及經驗分享的文化、並保留醫師的醫療自主性，可以有助醫師認同管理措施對醫療決策的正面影響。後續的研究者，可以結合醫院層次的管理措施調查，與醫師層次變項，以了解特定管理措施對醫療決策的影響。整體而言，瞭解醫療人員如何會採用醫院所推動的管理措，對組織資本的累積過程有一定幫助。本研究為一探索性研究，未來當更集中於理解組織資本的運作過程。

**關鍵詞：**醫療管理措施、醫療決策、組織資本

## 英文摘要

### **Title : A Study on Intellectual Capital, Organizational Learning and Clinical Governance in Health Care Industry**

#### **Abstract**

**Objectives:** To understand current medical management practices of hospitals and to investigate the influence of (1) personal characteristics, (2) hospital characteristics, and (3) perceived lack of clinical autonomy on physicians' self-reported acceptance of hospital management practices to control physicians' medical practices.

**Material and Methods:** The survey was conducted between late 2004 and early 2005 with structured questionnaires to a population of 16414 physicians practiced in hospitals accredited as district teaching hospitals or higher. SPSS 12.0 was used for descriptive statistics as well as bivariate cross-table analyses.

**Results:** 2310 questionnaires dispensed through 31 participating hospitals had a response rate of 24.37% and 5519 questionnaires were mailed to individual physicians with a response rate of 13.71%. The overall response rate was 16.86%. Most respondents were male physicians aged between 30 to 49 years old. 30.3% of the respondents held an administrative position. 72.2% of respondents reported management on quality of medical record, and more than half of them also reported management on the price of one prescription, the items and amount of medication, and the length of hospital stay. About 30.1% of respondents stated that the overall effect of medical management practices on their medical decisions was positive.

**Conclusions:** We suggest that in order to enhance physicians' adaptation to new management practices, hospital administrators should provide reasonable job schedule, resources for medical database search, choose appropriate measures to manage different medical practices, take into account performance appraisal, develop an organization culture of trust, mutual support, and experience sharing, and also should maintain physicians' medical autonomy. In summary, to better understand how management innovation will be adopted in hospital, attention should be directed to the process of how medical professionals (i.e., physicians) learn to recognize the innovations. It also relates to how organizations can accumulate their organizational capital by recognizing physicians how to learn.

**Keywords:** Medical management practices, medical decisions, organizational capital

# 報告內容

## 一、前言

全民健保自民國 84 年 3 月 1 日施行至今，已經屆滿十年。為有效遏抑醫療費用的成長，雖然全民健康保險法制定之初，在醫療費用支付上即明訂採用總額方式，但由於相關作業的配合，延至民國 87 年 7 月 1 日起才開始實施牙醫門診總額支付制度，接下來陸續實施中醫門診、西醫基層醫療總額支付制度，一直到民國 91 年 7 月 1 日醫院總額制度實施後，全民健保才正式進入全面總額的時代。民國 93 年起，隨著醫院總額自主管理開始實施，93 年下半年健保局再提出「卓越計畫」，醫院由以往論量計酬時期的「衡量」拼業績，一夕間改為必須控制服務量以免超過總額、多做多賠。然而，醫院為因應總額制度，到底在醫療管理上採取了何種具體的措施，而身為醫療體系中關鍵成員的醫師們，對這樣的管理措施又是抱持著什麼樣的態度，目前國內相關的研究仍相當有限。因此本研究希望能對國內醫院的醫療管理措施的現況進行調查，並了解醫界同仁對這些管理措施的想法。

醫療機構的管理與一般企業的不同點，在於不能以利潤為唯一的出發點，而必須考慮職業道德與社會責任。而全民健保實施總額制度，將保險的財務風險轉嫁至醫療服務提供者身上，尤其是醫院的病患嚴重度較高，提供的服務項目也遠比基層醫療機構複雜且昂貴，在健保總額下勢必感受到更大的壓力。醫院面對如此史無前例的支付制度變遷，如何在醫療管理措施上達到健保局要求的合理費用控制，而又不至於損及醫療品質及民眾就醫權益，在在都考驗著管理者的智慧與能力。此外，醫院的醫師在總額制度的衝擊下，服務模式與薪資結構都可能受到各種管控措施的影響，進而也可能會影響醫師的醫療決策。因此，本研究希望在醫院執業的醫師為對象，探討醫院目前採行的醫療管理措施包括哪些，以及這些管理對醫師的醫療決策帶來什麼樣的影響，醫師對醫療控管措施的評價又受哪些因素影響。

## 二、研究目的

本研究主要目的為：

- 一、探討醫院醫療管理措施的種類與使用率。
- 二、探討醫師個人特質對於其對醫療管理措施的評價之影響。
- 三、探討醫院特質對於醫師對醫療管理措施的評價之影響。
- 四、探討自覺之醫療非自主性對於醫師對醫療管理措施的評價之影響。

## 三、文獻探討

早期的醫療市場，僅是病人與醫師兩者之間的單純關係，病人給予醫師充分信賴，而醫師則盡其所能為病人提供醫療服務，由於醫療資源不足及醫病資訊不對等，醫療提供者在市場上佔有優勢，因此醫療機構所需要使用的管理措施較為單純。但是近代由於醫療科技突飛猛進，醫療費用也跟著水漲船高，再加上社會的進步發展，健康被視為是基本人權，在政府與保險機構的介入之下，尤其台灣在全民健保實施後，政府成為最大的醫療服務買家，如何能以有限的資源提供最佳的醫療服務，已成為醫療提供者、民眾、政府與保險人最重要的課題。

以美國為例，自從 1966 年開始實施 Medicare 及 Medicaid 之後，將近四十年來，早期由於保險人對所有醫療費用照單全收，造成醫療院所拼命「衡量」使得醫療費用快速成長，而到 1983 年起實行前瞻性支付制度（prospective payment system）後，醫療提供者提供服務的模式開始改變，再到 1980 年代後期大舉興起的管式照護（managed care），醫療院所在提供服務時受到更多的限制，如何在不影響照顧品質及顧客滿意度之下，又能壓低成本，對醫療提供者而言是一大挑戰（Whetsell，1999）。

而台灣早在 1976 年時，行政院就指示應擴大公、勞保範圍並研究如何實施國民健康保險制度，以增進全民福利。1991 年成立全民健康保險規劃小組，1994 年三讀通過全民健康保險法，而在 1995 年 3 月全民健保正式上路。全民健康保險自 1995 年開辦以來，雖然才剛屆滿十週年，但也一直面臨著如何穩定財務的問題。在收支方面，民國 86 年至 93 年間，保險費收入之平均年成長率為 4.88%，但醫療支出之平均年成長率為 6.09%，兩者間存在著 1.21% 之收支缺口（健保局新聞稿，2005-3-1）。因而全民健保在支付制度方面，由開辦初期的論量計酬，也漸進式的兼採論病例計酬、精神病日間住院的論日計酬、特定疾病的論質計酬等支付方式。而為了更直接而有效的從供給面抑制醫療費用的成長，在全民健康保險法當中，也設計了總額支付制度，由民國 87 年基層牙醫總額制度開始逐步實施，直到民國 91 年 7 月西醫醫院也納入，全面實施總額支付制度，再加上自主管理與民國 93 年的卓越計畫，以前瞻性支付制度的概念，控制醫療費用上升。

所謂總額支付制度是指由付費者、醫療提供者、保險人等相關健康保險團體，就特定範圍的醫療服務，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為一年）內的健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該醫療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出制度（全民健康保險醫療費用協定委員會，2003）。

至於實務的執行上，總額支付制度在支付型態上，可分成採取支出上限制（expenditure cap）及支出目標制（expenditure target）兩種方式，全民健保目前採行的主要為支出上限制，實務上的運作方式乃預先依據醫療服務成本及服務量之成長，設定健康保險支出之年度預算總額，醫療服務之支付以相對點數反映各項服務之成本，但每點支付金額採回溯性，即由總預算除以實際之總服務量（以點數計算），當服務量超出原先協議之預算時，每點支付金額將降低，反之則增加，這也就是醫療院所關切的點值問題。

根據健保局 93 年的結算資料，顯示 92 年各級醫院門住診點值平均為 0.955，已低於 1，而地區醫院門診平均點值更只有 0.8645 元，自 94 年 7 月起必須追扣 92 年度點值結算後的醫療費用，也使得經營不善的醫療院所，將面臨雪上加霜的窘境。面臨支付制度的改變，醫院如何能一方面提供高品質的健康照護，一方面創造合理的利潤，成為醫院能否永續經營發展的關鍵，也因此，總額預算使得已經蓬勃發展的醫療管理更形重要。

Shortell 等人曾針對醫療組織因應法規環境的變化，提出醫療組織因應策略的理論架構，而將醫療組織的因應對策分為機構層面 (institutional level)、管理層面 (managerial level)、以及技術層面 (technical level) 三大類來探討。機構層面的因應策略是指和組織的外在環境有直接相關連的策略，管理層面的因應策略則是指連結機構層面和技術層面的策略，而技術層面的因應策略主要是著重與和顧客有直接相關聯的產品或服務上的策略 (Shortell et al., 1985)，後續的研究者也多遵循此一理論架構來分析醫療組織的因應策略。

台灣的醫療環境，尤其是政府環境與法規環境方面，在近二十年來，可說經歷了相當重大的變化。在 1990 年代初期，為因應勞工保險診療費用實施新訂支付標準表，研究顯示各級醫院，尤其是層級越高，規模越大的醫院，會採行機構層面或技術層面的策略規劃來因應，但當時的個案研究也發現即使是大型財團法人醫院，都尚未發展出嚴謹的策略規劃程序。進入全民健保時代，醫療環境產生重大變化，尤其是全民強制投保、醫事機構特約、鼓勵分級轉診、改革支付制度、以及強化資訊處理等方面對醫療院所的衝擊較大 (楊銘欽等，1995)。在全民健保開辦前後的研究則顯示，健保開辦前，醫院雖然擬採行較積極的因應策略，但仍以「組織內」或「外界環境」策略為主，不過在健保實施兩年後，選擇組織間水平整合的地區醫院則有增加之趨勢 (李妮真等，1995)。而針對健保實施論病例計酬制度時所採行的因應策略研究結果則發現，醫院以組織整體策略的採行程度最高，且對組織發展做規劃能有效提高組織產能。

在面臨健保全面採行總額制度之後，研究顯示醫院認為總額支付制度是醫院外部環境的主要壓力，且在區域醫院及醫學中心層級也普遍實施各種組織間競爭與合作策略來因應，而在地區醫院則以經營洗腎室、呼吸治療中心、復健中心，以及醫療相關業務多角化經營，與其他醫院策略聯盟等因應策略最為普遍，也較具經營績效。

全民健保實施總額支付制度對牙醫界的影響已多所討論，包括牙醫師對總額制度的認知與滿意度、總額制度對牙醫師醫療行為與費用的影響 (楊哲銘等，2001； Lee et al., 2004)、總額制度對牙醫醫療資源分配與可近性影響 (李貞姮等，2002；黃昱瞳等，2002)、總額制度對牙醫醫療服務品質的影響、以及總額制度前後牙醫經營績效比較等。由於牙醫的醫療服務項目較單純且八成以上由基層院所提供，再加上實施時間較久，牙醫團體對總額下醫療行為的因應方式已有共識，因此在行為改變上，除了申報件數減少及單價上升的價量變化及增加某些特定處置 (例如合成樹脂填補) 的改變外，牙醫師也會採取拓展自費治療項目的

因應策略，整體對總額制度多持滿意態度並認為對醫療行為有正面影響。而健保局所作調查也顯示牙醫總額制度在民眾滿意度高達八成以上，牙醫師對總額支付制度的滿意度也高於五成（全民健康保險醫療費用協定委員會，2003）。

至於在西醫基層診所總額實施後，研究顯示就醫的可近性、醫療資源使用的效率及效益並未下降，反而拉近了城鄉間基層醫療服務可近性的差距（楊銘欽，2003），而診所醫師在部份申報行為如上呼吸道感染每人次藥費及用藥品項下降、成人預防保健的申報上升，似有達到部份導正醫療行為的目的，但實施初期的結果也顯示申報的件數下降但單位價格上升，對達成整體費用控制的效果有限（張益誠等，2002）。邱俊傑在針對高雄市診所醫師的調查結果則顯示總額預算實施後，基層醫師的醫療行為改變包括拉高專案、慢性病案件、門診手術及處方箋釋出的比例，並增加開藥天數及降低藥費，且這些改變情形則會受到醫師年齡、執業年限、科別、診所專任醫師數影響，至於整體滿意度在實施總額後有六成以上都沒有減少，顯示大部分基層診所醫師對總額制度是傾向贊成的態度（邱俊傑，2003）。

由以上的研究我們可以歸納，由於牙醫、西醫基層診所的規模小，醫師人數較少且多半具合夥人身分，因應總額的方式大多由醫師個人在藥品處方或治療處置上做調整，部份科別並加強拓展自費市場之外，較少針對總額在診所的營運管理上做特別的改變。此外，由於總額制度後醫師的收入並未受明顯影響，因此整體滿意度不差。

關於醫院實施總額支付制度之後影響的研究，除了有研究發現住院病患對醫護人員的服務態度滿意度低於實施前，在醫師的部份，相對於牙醫師與西醫基層醫師對總額制度的高滿意度，汪昇展針對某區域教學醫院醫師的研究卻發現醫師對醫院總額支付制度整體持不滿意態度者有 46.3%，普通者佔 35.9%，滿意的僅佔 8.6%（汪昇展，2004）。李季黛在醫院實施總額支付制度後所作的調查也顯示某醫學中心約有七成的受訪員工對總額制度持不滿意的態度，而超過九成的受訪者認為醫院的管理政策受到總額制度實施的影響，且半數認為有大幅影響，而有近八成員工認為在實施總額制度後，醫院因收入的不確定性而有政策上的改變，同時也有超過六成的員工認為在總額制度實施後，自己的醫療專業會受醫院政策影響而變差（李季黛，2003）。

醫師身為專業人員，醫院及醫療體系對其管控方式是採取專業自主模式（autonomous modes），主要依賴醫師養成過程中的專業訓練，再加上後續的同儕審核（peer review）。然而隨著對控制醫療費用成長及提升醫療品質的需求越來越殷切，在對醫師的管控方式上，也漸漸被行政官僚模式（bureaucratic modes）取代，使用的手法包括階層組織的協調（hierarchical coordination）、受薪制度（salaried position）、以及績效管理（performance management）等。多樣化的醫師管控模式，讓醫師一方面可以保有工作內容的專業自主性，一方面對一些自利行為提出規範，將醫療行為與社會追求公平正義的目標接軌。

Kitchener 等人根據前人所提出的分類再加以修正，而將美國現行對醫師的官



僚管控模式分成三大類型：

一、監督管控型 (custodial control)：這一型是傳統專業自主型的調整，資深醫師雖然是管理委員會的代表，但對年輕醫師的監督主要經由同儕審查的教導方式，而非直接的強迫。

二、共同管控型 (conjoint control)：將責任做劃分，資深專業人員管控微觀層次的利害關係，例如病人照護，而由管理者領導組織整體的策略規劃。兩者的角色仍有重疊的部份存在，因此管理者與專業人員間必須相互合作。此外，由於問題可能在兩者間會產生衝突，因此這個模式的管控也強調增進兩者間溝通的活動。

三、他律管控型 (heteronomous control)：使用管理者及其他官僚控制來規範專業人員的行為，以期符合組織的目標 (Kitchener et al., 2005)。此三者的比較見表 3-1。

表 3-1：醫師管控的官僚模式比較 (Kitchener et al., 2005)

	監督管控型	共同管控型	他律管控型
醫師對工作條件的自主性	高	普通	低
醫師對工作內容的自主性	高	普通	低
醫師薪資制度	論量計酬	固定薪及部份論量計酬	固定薪
醫療品質管理	同儕審查及資深醫師指導	專業及管理方式兩者協調後的組合	管理系統，例如標竿學習、TQM
醫師與組織間整合性	低	普通	高
模式的另類解讀	專業主導	侵犯專業主導	管理主導

Fronstin 在回顧與醫療費用管控相關的文獻後，發現管理式照護下，所能提供的醫療服務品質與傳統的論量計酬相當，而且各種模式的醫療機構只要管理得當，其效率是差不多的 (Fronstin, 1994)。Joesch 等人的研究則是發現論量計酬的醫療體系在市場中所面臨的 HMO 競爭越激烈，則越會採行利用審查等費用控制的措施 (Joesch, 1998)。Gold 等人曾在 1994 年對 138 個管理式照護醫療體系作調查，發現醫療體系所採取的醫療管理措施可分為以下三個面向：

一、醫師的招募：在選擇醫師時，除了考慮專科資格及與醫院的合作關係之外，也會調閱病歷記錄來篩選其照顧品質，以及審查醫師在過去的保險理賠記錄、出院病歷資料等。

二、醫師的薪資制度：大多會採論人計酬以要求醫師分攤風險，而調整薪資的基礎按照被採行的頻率依次為利用率或費用的資料、病人抱怨、品質測量、消

費者調查、醫師生產力、被保險人的流動率等，而另外對於花較多時間在醫療體系中、增加病人數、提供服務範圍較廣者有額外的報酬。

三、監控業務執行及醫療利用：除了絕大多數在結構上採行由第一線基層醫師來把關是否轉診之外，在醫療管理上的措施則包括(一)品質結構：品管記錄、成立品管委員會及病患抱怨流程；(二)品質監控：針對特定臨床結果指標進行監控、訂定品質改善目標；(三)檔案分析：以檔案分析提供醫師回饋並找出體系中待改善的地方；(四)臨床指引：廣泛的使用正式書面的臨床指引、監測醫師的符合比例；(五)利用審查：非急診住院事前審查、即時及回溯性審查、出院計畫、對資源耗費高的門診服務作審查；(六)資料處理：保留病人住院申報的資料庫。Gold 等人調查的結果顯示在管理式照護醫療體系當中，採行對醫師薪資及醫療行為的管控措施可說是五花八門，非常複雜，但不同的執業型態間的差異並不如預期中明顯 (Gold et al., 1995)。至於針對特定項目的控管方式，在藥品費用方面，Lyles 等人針對醫療體系所作的研究顯示，有四成的體系仍採“開放式”的處方集 (open formulary)，而九成以上的體系認為處方集可以降低費用、減少重複用藥、提供用藥資訊、控制藥物使用及提供適當的治療。在藥物使用的評估上，主要的考量為臨床療效、安全性、治療成本、及成本效益 (Lyles et al., 1997)。Litton 等人對藥品主管的研究則發現，醫療體系用來控制藥品費用的方式包括處方集的使用、非原廠藥替代、事前審核、藥廠的折讓、醫師處方檔案分析、目標藥物管控、對醫師進行一對一的學術教育 (academic detailing)、以及提高部份負擔。其中處方集的使用、非原廠藥替代、以及藥廠折讓是所有體系皆有採行，其他方式則採行情況不一 (Litton et al., 2000)。在利用審查方面，Schlesinger 等人的研究發現，雖然利用審查可以藉由找出不佳的結果、對醫師繼續教育、找出不必要或不適當且可能對病人造成危險的治療、主動教育病人等方式，來增加醫療提供者的責任感 (accountability) 與代理執行力 (agency)，但利用審查也可能會帶來挑戰專業權威、過於煩瑣、過於強調標準化、欠缺專業精神等缺點 (Schlesinger et al., 1997)。美國近五年來也有許多保險計畫提供論質計酬，對醫療品質指標名列前茅的機構提供額外的獎金 (Rosenthal et al., 2004)。而在英國健康保險中則採行臨床績效指標，醫師必須以電腦資料及績效評估來證明自己有能力提供適當的醫療服務並受管理階層的糾正，但這也造成醫師普遍認為專業自主性大幅降低 (Exworthy et al., 2003)。

台灣目前針對醫院管控模式進行的實證研究較為缺乏，但整體而言，大多數醫院工作的醫師薪資當中包括底薪及服務獎勵金，而現行管理上也多半採行專業資深人員及行政經理人雙軌制，因此較傾向於共同管控型。然而，由於台灣大多數的醫師是受雇於醫院，隨著支付制度的改變，醫院本身的受外在環境影響，管理政策上趨於嚴謹，對醫師的控管在未來也可能會逐漸的走向他律管控型。白佳昇等人曾提出全民健保實施後，醫院在經營管理上應以引進專業醫院管理人才、加強成本控制、建立醫療資訊系統、實施品質改善措施等方式因應 (白佳昇等, 1995)。張煥禎則提出區域醫院在總額支付制度之因應措施，其中技術層面包括

門住診結構比例調整、醫療服務檔案分析醫、院內部管理機制提昇、藥費成長率控制、減少重複性檢查、貴重儀器設備投資謹慎評估、合理的成本管控等（張煥禎，2004）。

醫療機構雖然實施各種醫療管理的措施，但執行的成效如何，仍受到許多機構內部及外在環境因素的影響。Johnston 等人回顧英國對臨床稽核制度成效的文獻，歸納出現代化的病歷系統、訓練有素且盡責的員工、充足的時間、有結構的計畫、以及保險購買者與提供者間良好的互動可以促成有效的臨床稽核(Johnston et al., 2000)。Shortell 等人的研究發現，財務的誘因及管理式照護的市場壓力會增加實證管理式照護的實行 (Shortell et al., 2001)。Bodenheimer 等人的調查結果則顯示醫療機構有強勢的領導統御及重視品質的組織文化會促進管理式照護的施行；反之如果財務狀況不佳、對醫療品質沒有財務上的回饋、資訊系統功能不足、醫師有抗拒心態或醫師太忙碌，則會妨礙管理式照護的施行 (Bodenheimer et al., 2004)。Waters 等人的研究則顯示，財務誘因及管理資訊系統可以提升醫師對照護管理的參與度及態度 (Waters et al., 2001)。由以上文獻回顧的結果我們可以歸納，醫療管理措施的成效，除了與醫院內部的組織文化、資訊管理系統、財務誘因設計、醫師參與程度有關之外，由於醫師的心態、工作負荷等，也會影響管理措施的施行結果。

Murray 等人的研究比較 1986 年與 1997 年醫師的滿意度，結果發現各項執業滿意度有降低的趨勢，並且與醫師執業場所相關，屬於單一保險計畫的封閉系統的醫師滿意度較高 (Murray et al., 2001)。Schulz 等人的研究則顯示基層醫師對管理式照護的滿意度較專科醫師為高，且最主要的影響因子為臨床的自主性與收入的滿意度 (Schulz et al., 1997)。Sturm 的研究則顯示基層醫師來自於管理式照護收入比例並不影響其滿意度 (Sturm, 2002)。

綜合上述的文獻探討，我們發現不論是在國內或國外，醫療體系在最近二、三十年來的改變可說是相當劇烈，由於保險和政府的積極介入，以及社會大眾對醫療費用控制及醫療品質提升的要求，整體而言，對醫療組織的規範正逐步而持續的提升。台灣的醫院究竟採行各種醫療管控措施的頻率如何，以及醫師對這些管理措施的評價。由文獻中我們也發現，醫師對管理制度的態度，可能會受醫院的特質、醫師個人的特質、以及醫療專業中備受重視的自主性影響。因此，本研究希望藉由對目前醫院醫療管理措施實行的情況及醫師對醫療管理的評價進行了解，也期待這些研究成果可以作為未來進一步評估管控措施成效的基礎。

## 四、研究方法

### (一)研究對象與資料來源

#### 1. 資料來源：

本研究為次級資料之分析，所使用之資料來源為 2004-2005 所進行之醫療管理研究計畫之橫斷性問卷調查結果。

#### 2. 研究對象：

以九十二年醫院評鑑暨教學醫院評鑑合格名單之地區教學醫院以上的醫師做為調查的對象。依據醫師公會全聯會所提供之九十二年全國各級醫療院所醫師名單，地區教學醫院以上之醫師，母群體共為 16414 人。

### 3.問卷的設計：

根據探索性質性訪談的結果並參考相關文獻所設計之結構式問卷，並由資深臨床醫師及學術界資深學者進行專家效度之審定。

### 4.問卷的發放：

首先於民國九十三年十一月行文至各醫院，詢問其參與本研究計畫之意願，如果願意合作，則同時詢問其可以協助發放並回收的問卷份數。共徵得 31 家醫院同意合作，可以配合的問卷共 1700 份，並於九十三年十二月中旬發放。此外考慮到過去以醫師為研究對象之問卷回收率偏低之限制，以及配合醫院大多數為署立、市立醫院，同質性較高，為提高回收率及增加樣本代表性，另外根據醫師公會全聯會所提供之九十二年全國各級醫療院所醫師名單，扣除已配合進行研究之醫院，對未配合研究醫院之醫師進行抽樣，區域醫院以上層級之醫師名單抽出 5000 名，地區教學醫院之醫師共計 1126 名則全數發放，分別於九十三年十二月底及九十四年一月初郵寄個別醫師，共寄出 6126 份問卷，扣除地址錯誤及其他因素之退件共 607 份，個別醫師部份實際發放問卷數為 5519 份。問卷於十二月底陸續進行催收，針對回收情形不良之醫院，以電話訪問相關單位，關切問卷回收情形及了解相關問題之後，一共再度發出 610 份問卷。總計由醫院發出的問卷共 2310 份，郵寄個別醫師的問卷共 5519 份。

## (二) 資料處理與統計分析

本研究的問卷是以 SPSS 12.0 版之軟體進行資料處理及統計分析，統計方式分述如下：

### 1.描述性統計：

對所有自變項、依變項進行描述性統計，以次數分配、百分比、平均值、標準差等統計量，依序呈現各個構面資料的基本狀況。

### 2.因素分析：

在自變項當中，「同仁間經驗分享情形」以及「自覺醫療非自主性」，皆為數個敘述構成的量表，因此進行因素分析以確認是否能萃取出單一成份以進行後續分析。

### 3.雙變項統計分析：

以卡方檢定 (Chi-Square Test) 分析自變項與依變項間的相關性，以呈現與依變項有顯著相關的自變項。自變項為連續變項時則做 t 檢定 (t-test) 來檢視其與依變項之相關。

### 4.多變項統計分析：

利用邏輯式迴歸模式(Logistic Regression)分析探討影響醫師對醫療管

理措施評價的可能因素。

## 五、結果與討論

### (一)研究結果

#### 1.問卷回收情形

本研究自九十三年十二月十日起，經由配合醫院部份，共發放 2310 份問卷，回收 595 份，扣除遺漏值過多的廢卷，有效問卷共 563 份，回收率為 24.37%；個別醫師郵寄部份，實際發放 5519 份，回收 770 份，扣除廢卷後，有效問卷共 757 份，回收率 13.71%。全部寄出共 7829 份，有效問卷共 1320 份，整體回收率為 16.86%。問卷回收情形如表 5-1 所示。

表 5-1 問卷回收情形統計

	發放份數	回收份數	廢卷	有效問卷數	回收率
醫院發放	2310	595	32	563	24.37%
個別郵寄	5519	770	13	757	13.71%
合計	7829	1365	45	1320	16.86%

#### 2.回收樣本與母群體比較

本研究以醫師公會全聯會提供之九十二年各級醫療院所醫師名單當中的地區教學醫院以上醫師為母群體作比較。首先在性別部份，回收問卷扣除未填答性別者共得 1299 份，進行樣本與母群體的適合度卡方檢定，發現兩者在性別分布上無顯著差異（表 5-2）。而在年齡的分布上，作同等性卡方檢定，發現樣本與母群體在年齡的分布上有差異性（表 5-3）。由於考慮到在住院醫師訓練階段，工作內容及專業發展的情況尚未穩定，因此本研究主要希望針對主治醫師以上族群作探討，因此經由配合醫院發放的樣本當中即希望能由主治醫師以上層級填寫，但由於在醫師公會全聯會提供之醫師名單的母群體當中並無法區別出住院醫師予以扣除，因此反映在年齡的分布上，樣本當中 20-29 歲的年輕醫師僅佔 6%，相較於母群體的 16.5%，有偏低的現象，因此樣本與母群體年齡分布不盡相同。

表 5-2 樣本性別分布適合度卡方檢定結果

性別	樣本			母群體		X <sup>2</sup>	P
	回收樣本數	百分比	樣本期望值	人數	百分比		
女性	179	13.8	191	2420	14.7	0.960	0.327
男性	1120	86.2	1108	13994	85.3		
合計	1299	100.0	1299	16414	100.0		

表 5-3 樣本年齡分布同等性卡方檢定結果

年齡	樣本		母群體		X <sup>2</sup>	P
	回收樣本數	百分比	人數	百分比		
20-29	78	6.0	2707	16.5	180.633	<0.001
30-39	505	38.6	7110	43.3		
40-49	458	35.0	4429	27.0		
50-59	214	16.4	1619	9.8		
60-69	43	3.3	338	2.1		
70 以上	10	0.7	211	1.3		
合計	1308	100.0	16414	100.0		

### 3.描述性統計分析結果

根據研究架構，分別就填答醫師個人層面的基本特質、專業發展、工作負荷，任職醫院層面的基本屬性、管理制度、組織文化與知覺，以及醫師自覺之醫療非自主性，呈現各變項的描述性統計資料。

#### (1)填答醫師之基本特質

此部分詳細的資料如表 5-4 所示。

- a.性別：在 1299 位填答的醫師中，男性佔 86.2%，女性佔 13.8%。
- b.年齡：填答醫師的年齡分佈以 30-39 歲最多，在填答的 1308 位中佔 38.6%，40-49 歲居次，佔 35.0%，再其次是 50-59 歲，佔 16.4%。
- c.學歷：填答的醫師大多數為醫學士或中醫學士，佔 84.3%，有碩士學位者佔 9.9%，而擁有博士學位者佔 5.0%。
- d.管理學位：有管理方面學分或學位者佔 13.4%，沒有管理學分/學位者佔 86.6%。
- e.畢業學校：有 44.3%畢業於公立醫學院校，55.7%畢業於私立醫學院校。
- f.工作年資：臨床工作總年資以 5-10 年者最多，佔 29.6%，11-15 年者次之，佔 22.5%，20 年以上者再次之，佔 22.1%。至於在目前醫院的年資，以大於 10 年者最多，佔 31.9%，其次為 7-10 年者，佔 22.8%，再其次為 4-6 年者，佔 22.1%。
- g.工作職稱：職稱為主治醫師者最多，佔 51.5%，科部主任次之，佔 26.6%，再其次為住院醫師，佔 10.6%。
- h.執業科別：本題可複選，填答的 1312 位醫師中，內科最多，佔 24.4%，外科居次，佔 12.8%，再其次為小兒科，佔 8.6%。

#### (2)填答醫師之專業發展

此部分詳細的資料如表 5-5 所示。

- a.參加學會/公會活動：90.0%有固定參加學會或公會舉辦的活動。
- b.擔任公會/學會幹部：填答的醫師中有 19.0%曾在公會或學會擔任理、監事或理事長等職務。
- c.擔任教職：38.2%曾擔任過學校專任或兼任的教職。

- d.擔任健保審查醫師：16.5%曾擔任過健保局的審查醫師。
- e.查閱期刊頻率：每週查閱醫學期刊論文的次數以 1-5 次者最多，佔 73.2%，其次為每週 6-10 次者，佔 13.0%，每週查閱 11 次以上佔 8.8%，0 次者則佔 5.0%。
- f.參加繼續教育：大多數在過去半年內曾經參加院內或院外的繼續教育課程，佔 88.4%。
- g.參加文獻討論會：在過去半年內，平均每個月參加文獻討論會的次數以 1-5 次最多，佔 70.8%，其次為 6-10 次，佔 14.2%，11 次以上者佔 9.1%。
- h.國際研討會口頭發表論文：有 21.0%在過去三年內曾於國際性醫學研討會上口頭發表論文。
- i.期刊發表論文：填答的 1292 位醫師中，有將近一半在過去三年內曾於醫學期刊發表過論文，佔 48.7%。
- j.主持研究計畫：過去三年內曾擔任過國科會或衛生署等研究計畫主持人者佔了 13.3%。
- k.醫療決策徵詢對象：在遇到醫療決策上的疑問時，有 75.3%最主要的徵詢對象為院內醫師，有 22.4%會徵詢醫學討論會成員，20.2%會徵詢醫學院或住院醫師訓練時的師長。

### (3)填答醫師之工作負荷

此部分詳細的資料如表 5-6 所示。

- a.每週實際工作時數(不含行政工作)：以平均每週工作時數為 41-50 小時者最多，佔 35.3%，51-60 小時者居次，佔 25.9%，再其次為 71 小時以上者，佔 14.5%。與過去一年相較，有 57.9%的醫師認為每週工作時數與過去一年差不多，31.3%認為工作時數比過去一年多，10.8%則認為比過去一年少。
- b.每週行政工作時數：大多數平均每週行政工作時數在 10 小時以下，佔 70.2%，11-20 小時者佔 21.6%，21-30 小時者佔 5.8%。
- c.每天住院病人數：1300 位填答醫師中，以平均每天照顧住院病人數在 10 人以下者最多，佔 44.2%，每天照顧 11-20 人者居次，佔 24.6%，有 22.1%沒有住院病患。在有住院患者的醫師中，59.9%每天住院病人數與過去一年差不多，22.3%認為每天住院病患比過去一年少，17.7%則認為比過去一年多。
- d.每週門診次數：填答的 1300 位醫師中，每週門診以 4-6 次者最多，佔 40.2%，1-3 次者居次，佔 29.3%，沒有門診的佔 18.9%。有門診的醫師中，每個診次的平均病人數，以 21-40 人最多，佔的 43.3%，其次為 41-60 人，佔 25.8%，再其次為

20 人以下，佔 19.7%。在有門診的醫師中，有 56.0%認為平均每診人次與過去一年差不多，25.4%則認為比過去一年多，18.5%認為比過去一年少。

#### (4) 填答醫師任職醫院屬性

此部分詳細的資料如表 5-7 所示。

填答的 1312 位醫師中，任職於財團法人醫院者佔 29.7%，任職於署、縣、市立醫院 28.5%，再來是私人醫院，佔 11.7%，任職於私立大學醫學院附設醫院及榮民醫院者各佔 9.6%，任職於軍方醫院者佔 6.9%，任職國立大學醫學院附設醫院者所佔比例最少，為 4.0%。

#### (5) 醫院管理制度

##### a. 醫院資訊系統功能：

如表 5-7 所示，本題可複選，共列出八種與醫療決策與診斷有關的功能，請作答者勾選任職醫院資訊系統提供的功能。在回收的 1320 份問卷中，醫院的資訊系統最常提供「查詢病人病歷」的功能，佔 86.2%，其次為「查詢病人影像」，佔 66.1%，再其次為「醫療資源使用分析」，佔 36.8%。

##### b. 變動薪比例：

如表 5-7 所示，可變動的獎勵金佔總年薪百分比以 0-20%者最多，佔 28.5%，61-80%者次之，佔 24.9%，再其次為 41-60%者，佔 21.1%。

##### c. 提供醫學相關資訊檢閱：

如表 5-7 所示，在填答的 1247 位醫師中，醫院或科部平均每週提供醫師查閱臨床醫學相關資訊的次數以 1-5 次者最多，佔 59.5%，其次為沒有提供，佔 22.4%，再其次為每週 11 次以上，佔 9.6%。

##### d. 醫療行為控管：

如表 5-8 所示，本題首先列出 11 項醫療相關行為，請受訪醫師回答在過去一年內，任職醫院是否曾針對各項行為進行控管及採取何種管理方式（可複選）、是否贊成該項管理措施、是否因此改變治療行為、是否因此感到壓力、及是否覺得自己的醫療決策自主性受到影響等一一回答。

##### (a) 處方金額：

###### ① 是否管理及管理方式：

1286 位填答醫師中，59.8%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「定期公佈醫師的統計報表」最多，有 39.7%，其次為「醫令系統的提醒機制」，有 34.8%，再其次為「書面提醒」。

###### ② 是否贊成：

針對此項有管理且填答的 757 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 44.3%，其次為普通，佔 33.9%，再其次為不贊成，佔 11.9%。

###### ③ 是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 758 位醫師中，偶爾會因此項管理改



變治療行為者最多，佔 55.0%，其次為大部分會，佔 30.3%，再其次為總是會，佔 7.7%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 758 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 54.6%，其次為大部分會，佔 24.2%，再其次為從來不會，佔 11.1%。

⑤是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 759 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 54.8%，其次為大部分會，佔 21.6%，再其次為總是會，佔 12.9%。

(b)藥品數目：

①是否管理及管理方式：

1282 位填答醫師中，50.7%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「書面提醒」最多，有 31.8%，其次為「醫令系統的提醒機制」，有 31.3%，再其次為「定期公佈醫師的統計報表」，有 30.4%。

②是否贊成：

針對此項有管理且填答的 638 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 45.3%，其次為普通，佔 30.7%，再其次為不贊成，佔 13.0%。

③是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 638 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 49.9%，其次為大部分會，佔 32.9%，再其次為從來不會，佔 8.6%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 637 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 55.4%，其次為大部分會，佔 20.9%，再其次為從來不會，佔 14.6%。

⑤是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 639 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 53.7%，其次為大部分會，佔 21.4%，再其次為從來不會，佔 13.5%。

(c)藥品品項：

①是否管理及管理方式：

1284 位填答醫師中，53.4%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「醫令系統的提醒機制」最多，有 31.7%，其次為「書面提醒」，有 30.1%，再其次為「定期公佈醫師的統計報表」，有 28.0%。

②是否贊成：

針對此項有管理且填答的 674 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 43.3%，其次為普通，佔 31.5%，再其次為不贊成，佔 15.0%。

③是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 676 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 49.7%，其次為大部分會，佔 31.6%，再其次為總是會，佔 9.8%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 675 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 52.3%，其次為大部分會，佔 20.7%，再其次為從來不會，佔 16.5%。

⑤是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 675 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 51.9%，其次為大部分會，佔 20.7%，再其次為從來不會，佔 14.4%。

(d)檢驗金額：

①是否管理及管理方式：

1283 位填答醫師中，31.6%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「定期公佈醫師的統計報表」最多，有 39.4%，其次為「書面提醒」，有 32.6%，再其次為「醫令系統的提醒機制」，有 27.5%。

②是否贊成：

針對此項有管理且填答的 398 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 41.7%，其次為普通，佔 37.4%，再其次為不贊成，佔 12.1%。

③是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 399 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 54.9%，其次為大部分會，佔 26.3%，再其次為從來不會，佔 11.5%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 398 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 56.0%，其次為大部分會，佔 20.6%，再其次為從來不會，佔 13.6%。

⑤是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 398 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 53.3%，其次為大部分會，佔 22.6%，再其次為從來不會，佔 12.3%。

(e)檢驗項目：

①是否管理及管理方式：

1282 位填答醫師中，28.4%的人表示有在此一項目受到任職的

醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「定期公佈醫師的統計報表」最多，有 36.8%，其次為「書面提醒」，有 32.9%，再其次為「醫令系統的提醒機制」。

②是否贊成：

針對此項有管理且填答的 356 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 41.6%，其次為普通，佔 36.5%，再其次為不贊成，佔 12.6%。

③是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 358 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 52.8%，其次為大部分會，佔 27.7%，再其次為從來不會，佔 11.7%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 358 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 54.8%，其次為大部分會，佔 20.9%，再其次為從來不會，佔 13.7%。

⑤是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 357 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 54.1%，其次為大部分會，佔 22.4%。

(f)住院天數：

①是否管理及管理方式：

1282 位填答醫師中，51.8%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「書面提醒」最多，有 44.0%，其次為「定期公佈醫師的統計報表」，有 37.4%，再其次為「醫令系統的提醒機制」，有 18.7%。

②是否贊成：

針對此項有管理且填答的 649 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 46.2%，其次為普通，佔 35.0%，再其次為不贊成，佔 10.0%。

③是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 647 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 53.5%，其次為大部分會，佔 25.5%，再其次為從來不會，佔 13.1%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 648 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 55.2%，其次為大部分會，佔 23.5%，再其次為從來不會，佔 13.3%。

⑤是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 650 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 54.3%，其次為大部分

會，佔 19.6%，再其次為從來不會，佔 14.9%。

(g)掛號人次：

①是否管理及管理方式：

1282 位填答醫師中，39.4%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「定期公佈醫師的統計報表」最多，有 34.5%，其次為「書面提醒」，有 28.2%，再其次為「醫令系統的設限」，有 25.5%。

②是否贊成：

針對此項有管理且填答的 494 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 44.1%，其次為普通，佔 31.8%，再其次為不贊成，佔 11.7%。

③是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 489 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 51.7%，其次為大部份會，佔 19.2%，再其次為從來不會，佔 17.2%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 488 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 47.6%，其次為大部份會，佔 22.3%，再其次為從來不會，佔 19.9%。

⑤是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 490 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 46.3%，其次為從來不會，佔 21.0%，再其次為大部份會，佔 18.8%。

(h)巡房次數：

①是否管理及管理方式：

1280 位填答醫師中，36.3%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「明文規定」最多，有 41.0%，其次為「口頭提醒」，有 30.5%，再其次為「書面提醒」，有 26.7%。

②是否贊成：

針對此項有管理且填答的 452 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 48.2%，其次為普通，佔 27.2%，再其次為非常贊成，佔 11.9%。

③是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 451 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 37.3%，其次為從來不會，佔 28.4%，再其次為大部份會，佔 24.6%。

④是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 448 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 42.2%，其次為從來不會，佔 31.3%，再其次為

大部份會，佔 17.0%。

Ⓞ是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 450 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 40.7%，其次為從來不會，佔 32.7%，再其次為大部份會，佔 17.3%。

(i)是否手術（鼓勵/限制）：

Ⓛ是否管理及管理方式：

1277 位填答醫師中，19.8%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「定期公佈醫師的統計報表」最多，有 36.8%，其次為「口頭提醒」，有 31.4%，再其次為「書面提醒」，有 29.1%。

Ⓜ是否贊成：

針對此項有管理且填答的 242 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 42.6%，其次為普通，佔 34.3%，再其次為不贊成，佔 13.2%。

Ⓨ是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 243 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 46.1%，其次為大部份會，佔 27.6%，再其次為從來不會，佔 17.7%。

Ⓩ是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 243 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 49.4%，其次為大部份會，佔 23.9%，再其次為從來不會，佔 17.3%。

Ⓞ是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 243 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 44.4%，其次為大部份會，佔 23.5%，再其次為從來不會，佔 19.3%。

(j)是否轉送病人：

Ⓛ是否管理及管理方式：

1278 位填答醫師中，29.7%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「書面提醒」最多，有 32.0%，其次為「口頭提醒」，有 29.7%，再其次為「定期公佈醫師的統計報表」，有 29.1%。

Ⓜ是否贊成：

針對此項有管理且填答的 364 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 40.9%，其次為普通，佔 34.9%，再其次為不贊成，佔 13.5%。

Ⓨ是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 364 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 47.3%，其次為大部份會，佔 22.5%，再其

次為從來不會，佔 22.0%。

⊕是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 365 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 47.4%，其次為大部分會，佔 21.9%，再其次為從來不會，佔 21.4%。

⊖是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 367 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 46.3%，其次為從來不會，佔 22.3%，再其次為大部分會，佔 19.4%。

(k)病歷書寫品質：

⊕是否管理及管理方式：

1282 位填答醫師中，72.2%的人表示有在此一項目受到任職的醫院控管。在進行管理的方式上（可複選），以「書面提醒」最多，有 43.6%，其次為「明文規定」，有 33.6%，再其次為「定期公佈醫師的統計報表」，有 29.7%。

⊖是否贊成：

針對此項有管理且填答的 894 位醫師中，贊成此項管理者最多，佔 54.8%，其次為普通，佔 23.5%，再其次為非常贊成，佔 15.8%。

⊖是否改變治療行為：

針對此項有管理且填答的 894 位醫師中，偶爾會因此項管理改變治療行為者最多，佔 32.9%，其次為大部分會，佔 31.5%，再其次為從來不會，佔 24.1%。

⊕是否因此感到壓力：

針對此項有管理且填答的 895 位醫師中，偶爾會因此項管理感到壓力者最多，佔 48.0%，其次為大部分會，佔 21.5%，再其次為從來不會，佔 20.4%。

⊖是否覺得自主性受影響：

針對此項有管理且填答的 896 位醫師中，偶爾會因此項管理覺得自己的醫療決策自主性受影響者最多，佔 44.1%，其次為從來不會，佔 33.7%，再其次為大部份會，佔 14.2%。

## (6)組織文化與知覺

此部分詳細的資料如表 5-7 所示。

a. 付出與報酬間公平性：

填答的 1256 位醫師中，認為自己的薪資與報酬相對於自己在工作上的付出「不太公平」者最多，佔 36.5%，認為「公平」者居次，佔 24.6%，再其次為「很不公平」，佔 18.5%，認為「大部分公平」者佔 13.8%，回答「不確定」者佔 5.3%，僅 1.3%的填答者認為自己的薪資與報酬相對於工作上的付出「非常公平」。

b.醫院的績效考評制度：

在填答的 1246 位醫師中，對醫院的績效考核評估制度的適當性認為「不太適當」者最多，佔 28.0%，認為「適當」者居次，佔 26.4%，再其次為「大部分適當」，佔 19.5%。

c.組織內醫師討論情況：

填答的 1259 位醫師中，認為自己院內/科內醫師在醫療診斷、治療與技術相互討論的情況以「有時有討論」者最多，佔 45.3%，認為「彼此常討論」者居次，佔 39.4%，再其次為「沒有太多討論」者，佔 13.1%。

d.組織內醫師相處情形：

在填答的 1259 位醫師中，對院內/科內醫師同仁之間相處情形，半數以上覺得「彼此有些信任」，佔 53.8%，覺得「彼此很信任」者也佔 28.8%，覺得「沒有太多信任」者，佔 11.5%。

e.醫院內可協助醫療決策困難的醫師人數：

填答的 1253 位醫師中，認為醫院中可以協助自己在醫療決策上所碰到的困難的醫師人數，以 1-5 人最多，佔 60.8%，6-10 人次之，佔 21.1%，再其次為 15 人以上，佔 11.6%，11-15 人佔 4.4%，有 2.1%認為院內沒有可以協助醫療決策困難的醫師。

f.組織同仁間經驗分享情形：

本大項分為五個描述，填答者依據描述由「從不」、「很少」、「偶爾」、「常常」及「總是」當中勾選適當選項。

(a)與其他部門同事討論 People share practice issues with others in different parts of the organization.(同事們會和其他不同部門的同事討論實務上的議題)：1245 位填答醫師中，認為「偶爾」者最多，佔 45.9%，「常常」居次，佔 40.2%，「很少」佔 9.5%。

(b)與院外人士經驗分享 Good practice ideas are shared with others outside the organization.(同事們會和院外人士分享好的實務經驗)：1244 位填答醫師中，認為「偶爾」者最多，佔 56.7%，「常常」居次，佔 23.3%，「很少」佔 17.0%。

(c)實務經驗宣揚 People devote time to disseminating good practice. (同事們會花時間宣揚好的實務經驗)：1243 位填答醫師中，認為「偶爾」者最多，佔 50.0%，「常常」居次，佔 26.6%，「很少」佔 19.9%。

(d)不同部門團隊間分享 Teams from different parts of the organization share their good practice.(由院內不同單位組成的團隊會彼此分享好的實務經驗)：1241 位填答醫師中，認為「偶爾」者最多，佔 50.8%，「常常」居次，佔 24.6%，「很少」佔 20.8%。

(e)跨團隊合作 We work together across teams to make quality improvements.(我們會組成跨團隊的合作以改善醫療品質)：1245 位填答醫師中，認為「偶爾」者最多，佔 44.9%，「常常」居次，佔 30.0%，

「很少」佔 18.5%。

(7) 醫師自覺之醫療自主性

此部分詳細資料如表 5-9 所示。

a. 醫療決策受獎勵金制度影響程度：

在 1249 位填答醫師當中，認為自己的醫療決策與處置受醫院的獎勵金制度為「有影響」的最多，佔 32.3%，認為「沒有影響」者居次，佔 20.2%，再其次為認為「有些微影響」者，佔 18.6%。

b. 醫療決策自主性：

本大項分為七個與醫師是否可以依照自己的想法照顧病人相關的描述，填答者依據描述由「總是可以」、「經常可以」、「有時可以」、「偶爾可以」及「從來不行」當中勾選適當選項。

(a) Care for patients who require heavy use of time and resources (照顧需耗費大量時間與資源的病人)：1251 位填答醫師中，認為「經常可以」者最多，佔 44.7%，「有時可以」者居次，佔 22.2%，再其次是「總是可以」，佔 18.5%。

(b) Spend sufficient time with your patients (有足夠的時間給病人)：1254 位填答醫師中，認為「經常可以」者最多，佔 45.9%，「有時可以」者居次，佔 30.1%，再其次是「總是可以」，佔 12.3%。

(c) Keep patients in the hospital for the length of time you think appropriate (讓病人住院直到適合出院)：1229 位填答醫師中，認為「經常可以」者最多，佔 51.2%，「總是可以」者居次，佔 22.8%，再其次是「有時可以」，佔 15.9%。

(d) Hospitalize patients who in your opinion require it (如病情需要就可讓病人住院)：1239 位填答醫師中，認為「經常可以」者最多，佔 53.7%，「總是可以」者居次，佔 26.3%，再其次是「有時可以」，佔 13.2%。

(e) Order tests and procedures whenever you want (認為病人有需要就可開立檢查或處置)：1251 位填答醫師中，認為「經常可以」者最多，佔 54.0%，「總是可以」者居次，佔 28.6%，再其次是「有時可以」，佔 12.4%。

(f) Use new treatments even when established ones are still available (在既有療法之外選擇新的療法)：1246 位填答醫師中，認為「有時可以」者最多，佔 32.5%，「經常可以」者居次，佔 26.5%，再其次是「偶爾可以」，佔 24.7%。

(g) Use expensive procedures whenever necessary (當病情需要，即使處置昂貴仍可使用)：1249 位填答醫師中，認為「經常可以」者最多，佔 39.5%，「有時可以」者居次，佔 28.3%，再其次是「偶爾可以」，佔 14.6%。

(8) 醫師對醫療管理措施評價



此部分詳細資料如表 5-10 所示。填答的 1258 位醫師中，超過半數認為醫院所實施的醫療管理措施對自己的醫療理措施對自己的醫療決策與治療的影響為「普通」，佔 54.8%，其次為「好」，佔 28.9%，再其次為「不好」，佔 12.2%，認為「非常不好」與「非常好」的各僅佔 2.9%與 1.2%。

表 5-4：描述性統計整理-填答醫師個人基本特質

變項名稱	次數	百分比
性別 (n=1299)		
男	1120	86.2
女	179	13.8
年齡 (n=1308)		
20-29 歲	78	6.0
30-39 歲	505	38.6
40-49 歲	458	35.0
50-59 歲	214	16.4
60 歲以上	53	4.0
學歷 (n=1307)		
醫學士	1056	80.8
中醫學士	46	3.5
醫學碩士	105	8.0
非醫學碩士	25	1.9
醫學博士	62	4.8
非醫學博士	3	0.2
其它	10	0.8
管理學位/學分(n=1309)		
有	176	13.4
沒有	1133	86.6
畢業學校(n=1313)		
公立	582	44.3
私立	731	55.7
臨床工作總年資 (n=1311)		
0-4 年	137	10.5
5-10 年	388	29.6
11-15 年	295	22.5
16-20 年	201	15.3
20 年以上	290	22.1

表 5-4 (續)：描述性統計整理-填答醫師個人基本特質

變項名稱	次數	百分比
目前醫院的工作年資 (n=1301)		
<1 年	61	4.7
1-3 年	241	18.5
4-6 年	287	22.1
7-10 年	297	22.8
>10 年	415	31.9
工作職稱 (n=1306)		
住院醫師	139	10.6
總住院醫師	99	7.6
主治醫師	672	51.5
科部主任	347	26.6
副院長	29	2.2
院長	20	1.5
執業專科別 (可複選) (n=1312)		
內科	320	24.4
外科	168	12.8
小兒科	113	8.6
婦產科	88	6.7
精神科	81	6.2
急診科	74	5.6
耳鼻喉科	70	5.3
家醫科	58	4.4
眼科	53	4.0
麻醉科	52	4.0
神經科	51	3.9
泌尿科	51	3.9
骨科	50	3.8
皮膚科	37	2.8
放射科	33	2.5
病理科	27	2.1
復健科	21	1.6
腫瘤科	16	1.2
核子醫學科	12	0.9
實驗診斷科	1	0.1

表 5-5：描述性統計整理-填答醫師個人專業發展

變項名稱	次數	百分比
固定參加學會/公會活動 (n=1295)		
是	1166	90.0
否	129	10.0
曾擔任學會/公會理、監事以上職務 (n=1281)		
是	244	19.0
否	1037	81.0
曾擔任學校教職 (含兼任) (n=1293)		
是	494	38.2
否	799	61.8
曾擔任健保審查醫師 (n=1294)		
是	214	16.5
否	1080	83.5
每週查閱醫學期刊次數 (n=1289)		
0 次	64	5.0
1-5 次	944	73.2
6-10 次	168	13.0
11 次以上	113	8.8
過去半年曾參加繼續教育課程 (n=1289)		
是	1140	88.4
否	149	11.6
過去半年內每月參加文獻討論會次數 (n=1279)		
0 次	76	5.9
1-5 次	905	70.8
6-10 次	182	14.2
11 次以上	116	9.1
三年內曾於國際醫學會口頭發表論文 (n=1293)		
是	271	21.0
否	1022	79.0

表 5-5 (續)：描述性統計整理-填答醫師個人專業發展

變項名稱	次數	百分比
三年內曾於醫學期刊發表論文 (n=1292)		
是	629	48.7
否	663	51.3
三年內曾擔任研究計畫主持人 (n=1294)		
是	172	13.3
否	1122	86.7
醫療決策徵詢對象 (可複選) (n=1244)		
院內醫師	937	75.3
醫學討論會成員	279	22.4
醫學院或訓練醫院的師長	251	20.2
同學或學長姐	217	17.4
院外醫師	187	15.0

表 5-6：描述性統計整理-填答醫師個人工作負荷

變項名稱	次數	百分比
每週實際工作時數（不含行政工作）(n=1308)		
40 小時以下	136	10.4
41-50 小時	461	35.3
51-60 小時	339	25.9
61-70 小時	182	13.9
71 小時以上	190	14.5
每週實際工作時數與過去一年相較(n=1299)		
比較多	407	31.3
差不多	752	57.9
比較少	140	10.8
每週行政工作時數（n=1304）		
10 小時以下	915	70.2
11-20 小時	282	21.6
21-30 小時	76	5.8
31-40 小時	15	1.2
41 小時以上	16	1.2
每天住院病人數（n=1300）		
沒有	288	22.1
10 人以下	574	44.2
11-20 人	320	24.6
21-30 人	66	5.1
31 人以上	52	4.0
每天住院病人數與過去一年相較（n=1016）		
比較多	180	17.7
差不多	609	59.9
比較少	227	22.3

表 5-6 (續)：描述性統計整理-填答醫師個人工作負荷

變項名稱	次數	百分比
每週門診次數 (n=1300)		
沒有門診	246	18.9
1-3 次	381	29.3
4-6 次	522	40.2
7-9 次	131	10.1
>10 次	20	1.5
平均每診人次 (n=1060)		
20 人以下	209	19.7
21-40 人	459	43.3
41-60 人	273	25.8
61-80 人	83	7.8
80 人以上	36	3.4
平均每診人次與過去一年相較 (n=1062)		
比較多	270	25.4
差不多	595	56.0
比較少	197	18.6

表 5-7：描述性統計整理-填答醫師任職醫院特質

變項名稱	次數	百分比
一、醫院基本屬性		
醫院權屬別 (n=1312)		
署、縣、市立醫院	374	28.5
國立醫學院附設醫院	52	4.0
財團法人醫院	390	29.7
私立大學醫學院附設醫院	126	9.6
私人醫院	153	11.7
軍方醫院	91	6.9
榮民醫院	126	9.6
二、醫院管理制度		
資訊系統功能 (可複選) (n=1320)		
查詢病人病歷	1138	86.2
查詢病人影像	873	66.1
醫療資源使用分析	486	36.8
個人化資訊傳遞	468	35.5
輔助監測用藥錯誤	453	34.3
輔助醫療決策判斷	356	27.0
輔助行政管理與控制	273	20.7
成本效益分析	209	15.8



表 5-7 (續)：描述性統計整理-填答醫師任職醫院特質

變項名稱	次數	百分比
獎勵金佔薪資比例(n=1207)		
0-20%	343	28.5
21-40%	140	11.6
41-60%	255	21.1
61-80%	301	24.9
81-100%	168	13.9
醫院每週提供您檢閱醫學相關資訊次數 (n=1247)		
沒有提供	279	22.4
1-5 次	742	59.5
6-10 次	106	8.5
11 次以上	120	9.6
三、組織文化與知覺		
付出與報酬間是否公平(n=1256)		
很公平	16	1.3
大部份公平	174	13.8
公平	309	24.6
不太公平	458	36.5
很不公平	233	18.5
不確定	66	5.3
醫院的績效考評制度是否適當(n=1246)		
很適當	42	3.4
大部份適當	243	19.5
適當	329	26.4
不太適當	349	28.0
很不適當	112	9.0
不確定	171	13.7

表 5-7 (續): 描述性統計整理-填答醫師任職醫院特質

變項名稱	次數	百分比
院內/科內醫師討論情況( n=1259)		
彼此常討論	496	39.4
有時有討論	571	45.3
沒有太多討論	165	13.1
完全沒有討論(各管各的)	20	1.6
不確定	7	0.6
院內/科內醫師同仁間相處情形( n=1259)		
彼此很信任	362	28.8
彼此有些信任	715	56.8
沒有太多信任	145	11.5
完全沒有信任	9	0.7
不確定	28	2.2
院內可協助醫療決策的醫師人數( n=1253)		
0 人	27	2.1
1-5 人	762	60.8
6-10 人	264	21.1
11-15 人	55	4.4
15 人以上	145	11.6
同仁間經驗分享情形		
與其他部門同事討論實務議題( n=1245)		
從不	6	0.5
很少	119	9.5
偶爾	571	45.9
常常	500	40.2
總是	49	3.9
與院外人士分享好的實務經驗( n=1244)		
從不	12	1.0
很少	211	17.0
偶爾	706	56.7
常常	290	23.3
總是	25	2.0

表 5-7 (續)：描述性統計整理-填答醫師任職醫院特質

變項名稱	次數	百分比
花時間宣揚好的實務經驗(n=1243)		
從不	13	1.1
很少	247	19.9
偶爾	622	50.0
常常	331	26.6
總是	30	2.4
不同部門團隊間分享經驗(n=1241)		
從不	21	1.7
很少	258	20.8
偶爾	631	50.8
常常	305	24.6
總是	26	2.1
跨團隊合作以改善醫療品質(n=1243)		
從不	30	2.4
很少	230	18.5
偶爾	558	44.9
常常	373	30.0
總是	52	4.2

表 5-8：描述性統計整理-填答醫師醫院進行之醫療管控措施

		處方 金額	藥品 數目	藥品 品項	檢驗 金額	檢驗 項目	住院 天數	掛號 人次	巡房 次數	是否手 術(鼓 勵/限 制)	是否轉 送病人	病歷書 寫品質
<b>有否管理</b>	人次(N=)	1286	1282	1284	1283	1282	1282	1282	1280	1277	1278	1282
<b>有管理</b>	百分比	<b>59.8</b>	<b>50.7</b>	<b>53.4</b>	31.6	28.4	<b>51.8</b>	39.4	36.3	19.8	29.7	<b>72.2</b>
<b>管理方式(複選)</b>	人次(N=)	755	638	668	386	340	641	490	439	223	350	886
<b>口頭提醒</b>	百分比	16.6	17.2	18.1	18.4	20.6	15.3	15.1	30.5	31.4	29.7	24.7
<b>書面提醒</b>	百分比	<b>33.8</b>	<b>31.8</b>	<b>30.1</b>	32.6	32.9	<b>44.0</b>	28.2	26.7	29.1	32.0	<b>43.6</b>
<b>明文規定</b>	百分比	9.8	12.2	13.2	10.1	12.6	8.6	11.4	41.0	12.6	22.9	<b>33.6</b>
<b>公佈統計報表</b>	百分比	<b>39.7</b>	<b>30.4</b>	<b>28.0</b>	39.4	36.8	<b>37.4</b>	34.5	17.8	36.8	29.1	<b>29.7</b>
<b>醫令系統設限</b>	百分比	15.2	23.8	26.2	14.8	14.7	6.4	25.5	4.3	8.5	6.3	4.2
<b>醫令系統提醒</b>	百分比	<b>34.8</b>	<b>31.3</b>	<b>31.7</b>	27.5	25.3	18.7	15.5	8.0	10.8	9.7	7.6
<b>是否贊成</b>	人次(N=)	757	638	674	398	356	649	494	452	242	364	894
<b>非常贊成</b>	百分比	7.7	9.1	8.0	7.0	7.3	6.6	8.3	11.9	7.8	8.5	15.8
<b>贊成</b>	百分比	44.3	45.3	43.3	41.7	41.6	46.2	44.1	48.2	42.6	40.9	54.8
<b>普通</b>	百分比	33.9	30.7	31.5	37.4	36.5	35.0	31.8	27.2	34.3	34.9	23.5
<b>不贊成</b>	百分比	11.9	13.0	15.0	12.1	12.6	10.0	11.7	10.0	13.2	13.5	4.8
<b>非常不贊成</b>	百分比	2.2	1.9	2.2	1.8	2.0	2.2	4.1	2.7	2.1	2.2	1.1

表 5-8 (續): 醫師醫院進行之醫療管控措施

		處方 金額	藥品 數目	藥品 品項	檢驗 金額	檢驗 項目	住院 天數	掛號 人次	巡房 次數	是否手 術(鼓 勵/限 制)	是否轉 送病人	病歷書 寫品質
<b>是否改變治療行為</b>	人次(N=)	758	638	676	399	358	647	489	451	243	364	894
總是會	百分比	7.7	8.0	9.8	6.5	6.7	6.5	9.6	7.5	6.6	6.0	10.2
大部份會	百分比	30.3	32.9	31.6	26.3	27.7	25.5	19.2	24.6	27.6	22.5	31.5
偶爾會	百分比	55	49.9	49.7	54.9	52.8	53.5	51.7	37.3	46.1	47.3	32.9
從來不會	百分比	6.7	8.6	8.0	11.5	11.7	13.1	17.2	28.4	17.7	22.0	24.1
不確定	百分比	0.3	0.6	0.9	0.8	1.1	1.4	2.3	2.2	2.0	2.2	1.3
<b>是否因此感到壓力</b>	人次(N=)	758	637	675	398	358	648	488	448	243	365	895
總是會	百分比	9.6	8.0	9.5	9.3	9.2	7.1	8.8	8.2	8.6	8.2	9.3
大部份會	百分比	24.2	20.9	20.7	20.6	20.9	23.5	22.3	17.0	23.9	21.9	21.5
偶爾會	百分比	54.6	55.4	52.3	56.0	54.8	55.2	47.6	42.2	49.4	47.4	48.0
從來不會	百分比	11.1	14.6	16.5	13.6	13.7	13.3	19.9	31.3	17.3	21.4	20.4
不確定	百分比	0.5	1.1	1.0	0.5	1.4	0.9	1.4	1.3	0.8	1.1	0.8
<b>自主性是否受影響</b>	人次(N=)	759	639	675	398	357	650	490	450	243	367	896
總是會	百分比	12.9	10.8	12.0	10.8	11.2	10.0	12.5	7.5	9.9	10.4	6.9
大部份會	百分比	21.6	21.4	20.7	22.6	22.4	19.6	18.8	17.3	23.5	19.4	14.2
偶爾會	百分比	54.8	53.7	51.9	53.3	54.1	54.3	46.3	40.7	44.4	46.3	44.1
從來不會	百分比	10.2	13.5	14.4	12.3	11.2	14.9	21.0	32.7	19.3	22.3	33.7
不確定	百分比	0.5	0.6	1.0	1.0	1.1	1.2	1.4	1.8	2.9	1.6	1.1

表 5-9：描述性統計整理-填答醫師專業自主性

變項名稱	次數	百分比
醫療決策受獎勵金制度的影響(n=1249)		
有顯著影響	117	9.4
有影響	404	32.3
普通	202	16.2
有些微影響	233	18.6
沒有影響	252	20.2
不確定	41	3.3

表 5-9：描述性統計整理-填答醫師專業自主性（續）

	總是可以		經常可以		有時可以		偶爾可以		從來不行	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>醫療決策自主性</b>										
照顧耗費大量資源的病人 (n=1251)	231	18.5	559	44.7	278	22.2	164	13.1	19	1.5
有足夠時間給病人 (n=1254)	154	12.3	575	45.9	378	30.1	131	10.4	16	1.3
讓病人住到適合出院 (n=1229)	280	22.8	630	51.2	195	15.9	90	7.3	34	2.8
病情需要就可讓病人住院 (n=1239)	326	26.3	665	53.7	164	13.2	63	5.1	21	1.7
病人需要就可開立檢查處置 (n=1251)	358	28.6	676	54.0	155	12.4	50	4.0	12	1.0
在既有療法外選擇新療法 (n=1246)	99	7.9	330	26.5	405	32.5	308	24.7	104	8.4
病情需要可使用昂貴處置 (n=1251)	177	14.2	493	39.5	354	28.3	183	14.6	42	3.4

表 5-10：描述性統計整理-對醫療管控措施評價（依變項）

變項名稱	次數	百分比
醫院醫療管理措施對您醫療決策影響(n=1258)		
非常好	15	1.2
好	364	28.9
普通	689	54.8
不好	153	12.2
非常不好	37	2.9

## (二)結果討論

### 1.填答醫師個人特質

填答的醫師以男性為主，佔 86.2%，年齡分佈以 30-49 歲為主，佔了七成以上。有碩士以上學位的約有一成五，有管理學位學分或學位的僅佔 13.4%。工作年資 5-15 年者佔一半以上，也有 22.5%為 20 年以上。目前醫院的年資以 7 年以上者超過半數，4-6 年者則佔 22.1%。職稱為主治醫師佔作答者的 51.5%，有主管職的則佔三成。科別以內外婦兒四大科為主，佔了約一半。

在專業發展上，大多數的醫師都會固定參與學會活動、繼續教育課程及查閱醫學期刊，有將近半數三年內曾於醫學期刊發表論文，近四成曾擔任教職，但曾擔任公會幹部、健保審查醫師、或研究計畫主持者皆不到兩成。在工作負荷方面，九成以上的醫師每週不含行政的工作時數都在 40 小時以上，而行政工作時數在七成的填答醫師皆在 10 小時以下，與樣本中非主管職醫師佔七成相符。每天照顧的住院病人數以 10-20 人者居多，九成以上沒有門診或次數在 6 次以下。工作時數、住院病人數及門診人數與過去一年相較，大部分的醫師認為差不多。

### 2.填答醫師的任職醫院特質

本研究填答的醫師任職醫院的權屬別以署、縣、市立醫院及財團法人醫院的醫師最多，各佔超過 1/4。私人醫院、私立醫學院附設醫院、榮民醫院則各佔約一成，軍方醫院及國立大學醫學院附設醫院佔率較少。在管理制度上，填答醫師獎勵金佔薪資比例由 20%以下到 80%以上都有，差異頗大；而醫師自覺醫療決策受獎勵金制度影響程度，有約四成的醫師認為會受影響，但也有將近四成的醫師認為沒有影響或僅有些微影響。而大部分醫院都提供醫師查閱臨床醫學相關資訊的資源，但仍有 22.4%的醫院完全沒有提供。在醫院的組織文化與知覺方面，填答醫師當中，55%認為自己的薪資與報酬相對於自己在工作上的付出不太公平或很不公平，對醫院的績效考評制度則只有 37%認為不適當，但對考績制度的適當性有 13.7%感到不確定，是否與部份醫院的考績制度仍未公開透明化有關。在遇到醫療決策疑問時，醫師仍以院內同仁為主要徵詢對象，有七成五的醫師會徵詢院內醫師。在組織內醫師討論及相處情況，大部分醫師都認為同仁間有討論也彼此有些信任。而醫院當中的支持網絡，六成的醫師認為院內可協助自己在醫療決策上所碰到的困難的醫師人數為 1-5 人，其餘則認為超過 6 人，但也有 2.1%認為院內完全沒有可以協助自己解決醫療決策困難的醫師。在同仁間經驗分享的情形，有超過四成常常與其他部門同事間討論實務議題，經常組成跨團隊合作以改善醫療品質也有將近三成五，但常常會與院外人士分享實務經驗的則僅有 1/4。

在與醫療決策與診斷相關的資訊系統功能當中，大多數醫院的資訊系統都可以查詢病人病歷，有 86.2%，查詢病人影像的也有 66.1%，顯示病歷的電腦化及 PACS 影像系統等屬



於作業性的資訊系統已相當普遍。其餘的功能如「醫療資源使用分析」、「個人化資訊傳遞」、「輔助監測用藥錯誤」、「輔助醫療決策判斷」、「輔助行政管理與控制」、「成本效益分析」填答有的比率都在四成以下，可能是這些功能在目前的醫院資訊系統當中仍未普及，或者是在醫師慣常使用的醫療資訊系統當中並沒有提供，也就是醫師對資訊系統當中管理性和決策性的功能相對上使用較少。

而在醫療行為控管情形方面，超過七成的醫師表示醫院在病歷書寫品質上有管理，是最普遍實施的。此外醫院對處方金額、藥品品項、住院天數以及藥品數目都有五成以上醫師表示有管理，掛號人次也有將近四成醫師表示有管理。這也符合一般大眾的印象當中，掛不到號或拿藥數量受限，以及住院太久醫院可能會趕病人等限制。至於管理較少的是對手術的鼓勵或限制，僅有不到兩成的醫師表示有管理，不過這並不能排除填答醫師當中不執行手術的醫師對醫院是否有管控此項目不清楚而使結果遭到低估。以個別項目的管理方式來看，對病歷書寫品質的管理，醫院最常使用書面提醒，其次為明文規定和公佈統計報表。對處方金額的管理，則是以公佈統計報表最多，再來是醫令系統提醒和書面提醒。藥品品項的管理上，則是以醫令系統提醒最多，其次是書面提醒和公佈統計報表。在住院天數管理上，是以書面提醒及公佈統計報表為主。藥品數目的管理則是以書面提醒、醫令系統提醒、以及公佈統計報表為主。以個別管控方式的使用時機來看，口頭提醒最常被使用在手術的限制或鼓勵、巡房次數、及轉送病人的管理上，各有約三成的醫師表示醫院有使用。書面提醒則在各個項目的使用率都有將近三成或以上，尤其在住院天數及病歷書寫品質的使用上達到 44%。至於明文規定除了巡房次數的使用有 41%，以及病歷書寫品質有 33.6%的使用率之外，其他項目的使用都偏低，這可能是因為在某些項目會影響患者的醫療可近性，使用明文規定的話可能會遭致民眾的反彈及健保局的關切。定期公佈統計報表的使用率也相當高，除了巡房次數僅 17.8%，大致都有將近三成或更高，這顯示醫院會訴諸醫師同儕間的資訊回饋及相互比較來達到管理的目的。至於以醫令系統設限或提醒，在巡房次數、手術的限制或鼓勵、轉送病人、及病歷書寫品質的使用率上都偏低，僅不到一成使用率，可能是技術上標準的建立較困難，相對的在處方金額、藥品數目、藥品品項、檢驗金額、檢驗項目、掛號人次等使用頻率較高，可能是這些項目在技術上比較容易有一致的標準由醫令系統控制。對醫院有管理的醫師而言，對檢驗金額的管理贊成的比率最低，但也有 48.7%，其他都有一半或以上的醫師贊成。對管理措施的贊成度認為普通的由最多的檢驗金額 37.4%，到最少的病歷書寫品質 23.5%不等。不贊成或非常不贊成對藥品品項管理的比例最高，為 17.2%，其餘項目也都佔一成多，但不贊成管理病歷書寫品質的僅 5.9%，顯示對病歷品質的管理，在醫院與醫師間有較高的共識。至於管理措施是否會改變醫療行為，除了掛號人次僅有 28.8%的醫師表示大部分或總是會改變醫療行為，其餘項目會改變的比例都在三成以上，在藥品數目、藥品品項及病歷書寫品質都有四成以上的醫師經常會因此而改變醫療行為。然而，在巡房次數方面，有高達 28.4%的醫師表示自己從來不會因為管理措施而改變行為，病歷書寫品質方面認為從來不會改變的也佔 24.1%。因管理措施而感到壓力，大部分會或總是會的比例在各個項目都約佔三成，偶爾會的最多，大多將近或超過半數，但各個項目也有一到兩成不等比例的醫師從來不會因管理措施感到壓力，而巡房次數的項目更有高達 31.3%的醫師從不會感到壓力。在自主性受影響方面，巡房次數及病歷書寫品質項目分別只有 24.8%及 21.1%表示大部分或總是會受影響，其餘項目則都有三成以上醫師認為會受影響，認為偶爾會受影響的在各個項目則大多在 40%到 55%之間，從來不會影響自主性的同樣也是在巡房次數及病歷書寫品質項目的比例較高，達到三成以

上，其餘則都在 10%到 22%之間。

### 3.填答醫師自覺之臨床決策自主性

在醫師自覺之臨床決策自主性上，八成左右的醫師經常或總是在病人需要時開立檢查處置或讓病人住院管理制度上，可以讓病人住到合適出院者也超過七成，但在既有療法之外選擇新療法的自主性較低，有 8.4%表示從來不行。這可能是因為健保對新治療的給付限制較為嚴格。

### 4.填答醫師對任職醫院醫療管控措施之整體評價

整體而言，填答醫師認為醫院實施的醫療管理措施對自己醫療決策與治療的影響為好或非常好的佔了三成，認為普通的最多，佔了五成多，但也有 15%的醫師認為醫療管理措施對自己的醫療決策有負面影響。美國在 2000 到 2001 年間的調查顯示，醫師認為醫療行為受臨床指引影響且持正面看法的為 37%，認為受病人滿意度調查影響且持正面看法的有 47.7%，但認為受醫療行為檔案分析影響且持正面看法的僅有 17.3% (Reed et al., 2003)。與本研究的結果相比，台灣醫師對醫院現行管理措施持正面評價的比例約介於其間，但仍仍有提升的空間。

## 六、計畫成果自評

本研究計畫為作者首次進入智慧資本的研究領域，並且首度與多位管理學者合作。其間所累積的經驗與對該領域的瞭解甚多，不僅促進作者對該領域進一步探討的興趣，也因為與多位管理學者的合作，使作者在兩年的努力下，有 2 篇論文刊登在國際期刊，另 1 篇刊登於國內最重要的管理期刊，管理學報。出版目錄請參考下列。

整體而言，作者在此次研究計畫之操作下，對醫院如何採取品質管理，醫院如何因應來自外部機制如健保局的品質管理要求，以及醫院如何控管醫療資源的過度使用，有一定的瞭解。醫療活動的主要人物仍是以醫師社群為主，要想進一步瞭解他們如何採用新的醫療行為或是接受來自於醫院的醫療管理模式，實有必要瞭解他們如何在不同的組織脈絡下學習。不同醫院的知識學習活動差異甚大，組織資本的運作累積有相當程度的影響。此次研究計畫的執行，使作者愈加肯定，必須從組織脈絡下的智慧資本來考量醫院的醫療活動，以及醫療品質與病人安全的議題。

1. **Duan-Rung Chen**, T-H. Kuo, “Determinants of Professional Incompetence: An Analysis of Medical Errors from Intellectual Capital Perspective”, *International Journal of Learning and Intellectual Capital*, accepted.
2. **Duan-Rung Chen**, Y-Y Lin, “Career Success of Hospital-based Physicians: School Stratification or Inequality in Social Capital?” *Journal of Management* (TSSCI), accepted.
3. **Duan-Rung Chen**, Li-Chu Wu, Cheuk-Sing Choy, Wen-Ta Chiu, “The Study on Emergency Physicians’ Clinical Autonomy”, *Journal of Emergency Medicine Taiwan*, accepted.
4. **Duan-Rung Chen**, Y-Y Lin, K-P Chung “Career stress and health of female managers in Taiwan's hospitals: A multilevel model approach”, *Health Care Management Review* (SSCI),

accepted.

## 七、主要参考文献

- Bodenheimer T, Wang MC, Rundall TG, et al. 2004, What are the facilitators and barriers in physician organizations' use of care management processes. *Jt Comm J Qual Saf*, 30(9):505-14
- Exworthy M, Wilkinson EK, McColl A, et al., 2003, The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK. *Social Science & Medicine*, 56(7):1493–1504
- Fronstin P, 1994, The effectiveness of health care cost management strategies: a review of the evidence. *EBRI Issue Brief*, 154:1-22
- Gold MR, Hurley R, Lake T, et al., 1995, A National Survey of the Arrangements Managed-Care Plans Make with Physicians. *N Engl J Med*, 333:1678-1683
- Joesch JM, Wickizer TM, Feldstein PJ, 1998, Does competition by health maintenance organizations affect the adoption of cost-containment measures by fee-for-service plans. *Am J Manag Care*, 4(6):832-8
- Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, et al., 2000, Reviewing Audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care*, 9:23-36
- Kitchener M, Caronna CA, Shortell SM, 2005, From the doctor's workshop to the iron cage? Evolving modes of physician control in US health systems. *Soc Sci Med*, 60(6):1311-22
- Lee MC, Jones AM, 2004, How did dentists respond to the introduction of global budgets in Taiwan? An evaluation using individual panel data. *International Journal of Health Care Finance & Economics*, 4(4):307-26
- Litton LM, Sisk FA, Akins ME, 2000, Managing drug costs: the perception of managed care pharmacy directors. *Am J Manag Care*, 6(7):805-14
- Lyles A, Luce BR, Rentz AM, 1997, Managed care pharmacy, socioeconomic assessments and drug adoption decisions. *Soc Sci Med*, 45(4):511-521
- Murray A, Montgomery JE, Chang H, et al., 2001, Doctor Discontent-A Comparison of Physician Satisfaction in Different Delivery System Settings, 1986 and 1997. *J Gen Intern Med*, 16:451-459
- Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, et al., 2004, Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement. *Health Affairs*, 23(2):127-141
- Schlesinger MJ, Gray BH, Perreira KM, 1997, Medical professionalism under managed care: the pros and cons of utilization review. *Health Affairs*, 16(1):106-124
- Schulz R, Scheckler WE, Moberg DP, et al., 1997, Changing nature of physician satisfaction with health maintenance organization and fee-for-service practices. *J Fam Pract*, 45(4):321-30
- Shortell SM, Morrison SM, Robbins S, 1985, Strategy making in health care organizations: a framework and agenda for research. *Med Care Rev*, 42(2):219-66
- Shortell SM, Zazzali JL, Burns LR, et al., 2001, Implementing Evidence-Based Medicine-The Role of Market Pressures, Compensation Incentives, and Culture in Physician Organizations. *Med Care*, 39 [supplement]:I-62–I-78

Waters TM, Budetti PP, Reynolds KSE, et al., 2001, Factors Associated With Physician Involvement in Care Management. Med Care, 39[supplement]:I-79-I-91

Whetsell, GW, 1999, The History and Evolution of Hospital Payment Systems: How Did We Get Here. Nursing Administration Quarterly, 23(4):1-15

白佳昇、張錦文，1994，面對全民健保，醫院經營管理之因應策略。醫院，27(2):25-31

全民健康保險局新聞稿，2005-3-1，全民健保，十年有成。健保網站

全民健康保險醫療費用協定委員會，2003，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯

李妮真、楊銘欽，1995，醫院因應全民健康保險之可能策略調查。醫院，28(5):9-19

李季黛，2003，醫院員工對總額支付制度之滿意度研究—以南部某醫學中心為例。義守大學管理科學研究所碩士論文

李貞姮、藍守仁、謝天渝，2002，全民健保對牙醫師人力及醫療照護費用之分布探討—以高屏地區為例。台灣口腔醫學衛生科學雜誌，18(1):59-69

李翔，2004，影響基層診所醫師生涯滿意度之相關因子分析。國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文

汪昇展，2004，南部地區某區域教學醫院醫師對總額支付制度實施之滿意度研究。義守大學管理科學研究所碩士論文

邱俊傑，2003，西醫基層總額預算制度對高雄市診所醫師醫療行為及其經營策略與滿意度之影響。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文

張益誠、廖宏恩，2002，西醫基層診所實施總額預算前後之價量變化以臺灣北部地區西醫基層診所為例。台灣公共衛生雜誌，21(5):363-372

張煥禎，2004，總額專業自主執行情況之影響-區域醫院。台灣醫院協會第十八屆第三次會員大會暨學術研討會報告

黃昱瞳、楊長興、薛亞聖，2002，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。台灣公共衛生雜誌，21(6):403-410

楊哲銘、林文君、鍾季樺、周佳穎，2001，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，3(3):255-266

楊銘欽，2003，西醫基層總額預算制度對民眾就醫可近性之影響。中央健康保險局九十一年度委託研究計畫

楊銘欽、李玉春，1995，知己知彼--全民健保時代醫療環境之變遷。醫院，27(6):1-13