

目錄

第一章 緒論.....	6
第一節 研究背景.....	6
第二節 研究動機.....	8
第三節 研究目的.....	11
第二章 文獻探討	14
第一節 聯合執業之定義.....	14
第二節 聯合執業之特色.....	16
第三節 國外聯合執業之概況	24
第四節 國內聯合執業的現況	28
第五節 國內推行聯合執業之問題及限制	30
第三章 材料與方法	40
第一節 研究架構.....	40
第二節 研究假設.....	42
第三節 研究方法.....	43
第四節 資料處理及分析方法	45
第四章 研究結果	46
第一節 問卷回收情形.....	46
第二節 描述性結果分析.....	47

第三節 推論性結果分析.....	52
第五章 討論.....	99
第一節 研究對象背景資料	99
第二節 研究對象對聯合執業在法令面之看法	101
第三節 研究對象對聯合執業在管理面之看法	103
第四節 研究對象對聯合執業在財稅面之看法	106
第五節 研究對象執業意願	108
第六節 多專科聯合執業時各科醫師分別希望合作的科別組合	110
第七節 研究限制.....	111
第六章 結論與建議	112
第一節 結論	112
第二節 建議.....	115
參考文獻.....	118
附錄.....	125

表目錄

表 1-1 單獨執業與群體執業醫師人數.....	13
表 1-2 單獨執業與群體執業醫師百分比.....	13
表 1-3 單獨執業與群體執業之平均每位醫師看診件數.....	13
表 1-4 平均每位醫師申報金額.....	13
表 2-1 聯合執業單獨執業對醫師的優缺點.....	21
表 2-2 聯合執業單獨執業對病患的優缺點.....	22
表 2-3 聯合執業單獨執業對保險機構的優缺點.....	23
表 4-1 醫師的基本資料.....	67
表 4-2 醫師目前執業狀況.....	68
表 4-3 醫師對法令面之看法.....	69
表 4-4 醫師對管理面之看法.....	70
表 4-5 醫師對財稅面之看法.....	71
表 4-6 醫師對目前執業滿意度及參與聯合執業之意願.....	72
表 4-7 醫師對聯合門診與聯合診所差別的看法.....	73
表 4-8 醫師對聯合執業定義的看法.....	74
表 4-9 醫師對於聯合執業之合理觀察病床數的看法.....	75
表 4-10 醫師對於聯合執業給付標準的看法.....	76
表 4-11 醫師對聯合執業之醫師每人每節平均門診量的看法.....	77
表 4-12 醫師對於支援醫師的看法.....	78
表 4-13 醫師對支援醫師合理支援時數的看法.....	79

表 4-14 醫師對聯合執業所提供之服務內容的看法	80
表 4-15 醫師對聯合執業之參與醫師數的看法	81
表 4-16 醫師對聯合執業最適組織型態的看法	82
表 4-17 醫師對於聯合執業地點設置的看法	83
表 4-18 醫師對醫療設施所有權歸屬的看法	84
表 4-19 醫師對聯合執業經營管理方式的看法	85
表 4-20 醫師對聯合執業成本分攤方式的看法	86
表 4-21 醫師對於共購之相關醫療儀器成本的看法	87
表 4-22 醫師對於醫師收入分配方式的看法	88
表 4-23 醫師對合夥醫師盈餘分配比例的看法	89
表 4-24 醫師對負責醫師稅額公平反映的看法	90
表 4-25 醫師對目前執業狀況滿意程度的比較	91
表 4-26 醫師對聯合執業參與意願的比較	92
表 4-27 醫師對聯合執業之執業方式的比較	93
表 4-28 不同執業特質的醫師對目前執業狀況滿意程度的比較	94
表 4-29 不同執業特質的醫師對聯合執業之參與意願的比較	95
表 4-30 不同執業特質的醫師對聯合執業之執業方式的比較	96
表 4-31 多專科聯合執業時各科醫師希望合作科別之一致性檢定	97
表 4-32 多專科聯合執業時各科醫師希望合作的科別組合	98

圖目錄

圖 1-1 平均每位醫師看診件數趨勢	12
圖 1-2 平均每位醫師申報金額趨勢	12
圖 4-1 所有醫師希望合作之科別組合	60
圖 4-2 一般科醫師希望合作之科別組合	61
圖 4-3 小兒科醫師希望合作之科別組合	62
圖 4-4 內科醫師希望合作之科別組合	63
圖 4-5 家醫科醫師希望合作之科別組合	64
圖 4-6 外、骨科醫師希望合作之科別組合	65
圖 4-7 復健科醫師希望合作之科別組合	66

第一章 緒論

第一節 研究背景

隨著時代的變遷、經濟繁榮及科技的發達，台灣地區的醫療保險制度亦跟著不斷改變；許多大型醫院紛紛增、擴建，加上醫療技術的突飛猛進，引進許多精密的高科技醫療設備，使得醫院的醫療服務日趨多元。相對地，基層醫療院所由於醫師個人投資成本較高，健保給付之設計偏頗、醫藥分業的衝擊及民眾就醫習慣的改變，診所若不另外聘請藥師調劑，則必須釋出處方箋，如此病患覺得不方便必定流失（中華民國基層醫療協會，民 86；許芳瑾，民 86；陳宗獻，民 86）；加上台灣屬於封閉性的醫療環境，基層醫師無法利用醫院的資源，也較缺乏再進修的機會，造成基層醫師與醫院醫師服務品質的落差加大，反而促使病人往大醫院跑，而目前大型醫院更是以住院及急重症醫療虧本為由，大量擴充門診以補前者之不足，造成市場激烈的競爭，對基層診所形成莫大的威脅，不但門診費用佔率逐年下降(健保後由 42%降至 40%以下)，89 年之門診一度更呈現負成長，此與世界衛生組織(WHO)鼓勵基層醫療照護之政策背道而馳(李玉春，民 85，民 90)。

總額預算實施後，整個基層醫療環境受到很大的衝擊，過去小診

所通包的醫療型態（彭壽貴、賴祝紅，民 83）漸漸無法滿足民眾的需求，另一方面由於大型醫院快速增加，密集化的結果使其逐漸將觸角向下延伸至社區，而不斷社區化的影響便是基層醫療失去社區醫療的優勢，許多原本在基層醫療就醫的民眾，因而轉向科別更多、設備更齊全的大型醫院看病，使得強調醫療便利性的基層診所風華不在。

第二節 研究動機

基層醫療一直以來都是扮演著社區守護神的角色，醫師診察費更是診所的主要收入來源，但是在醫療資源密集化及大型醫療院所不斷社區化的擠壓下，基層診所逐漸失去其優勢地位。再者，隨著教育水準及生活品質的提升，民眾對於醫療品質愈發要求，逐漸由價格取向轉變為服務取向（蘇秀鑾，民 83），而大型醫院的科別完整且設備齊全，正好滿足民眾對醫療的需求，因此造成不論大小病都擠往大醫院看診，（王俊文、葉俊德、陳紫郎，民 88；張錦文、黃淑雅，民 87；錢橙山，民 90）使得大醫院的門診門庭若市，反而忽略了對急、重症病患應有的醫療照護。在轉診及分級醫療制度未徹底落實之前，基層醫療診所為求長期的生存及穩定發展，需要更加重視經營的型態與模式，在這瞬息變化的醫療環境底下發展出適合自己的聯合執業經營模式，以縮短與大型醫療院所之間的距離，提升自身的競爭力。

根據調查統計基層開業醫師已從 1990 年的 38.2% 降到目前的 30%，而台北市今年的統計更僅佔 17%（王尊彥，民 83），基層醫療的式微，不僅造成民眾就醫的不便，更增加了許多不必要的醫療支出。而且，隨著世界潮流的趨勢，醫師執業型態也將隨之轉變，基層開業醫師單打獨鬥的方式已逐漸被聯合執業的醫療模式取代，小診所缺乏

的檢驗設備，大醫院缺乏的人性溫暖，使得介於兩者之間的聯合執業獲得有利的發展空間。從國內外的實際經驗中，也證明了聯合執業比單獨執業較有效率。依據美國學者 Reinhardt (1972) 的一個早期研究指出，參與聯合執業的醫師平均每週的看診人次比單獨開業的醫師多 16%，工作時數也較單獨執業者多 7%，且平均工作人員數也多了 16%。再者，依據鄭守夏與何玉雪於民國 86 年針對基層開業醫所做的研究調查亦指出，以每日平均門診量而言：聯合執業之醫師比單獨執業者每日平均門診量多 21.4 人；就每月收入來看：聯合執業比單獨執業者的月平均收入多 10 萬元；在工作人員數方面：聯合執業比單獨執業的診所多雇用 6.7 人，顯示聯合執業之醫師有較高的生產力。

在這個消費者愈來愈重視健康並且要求品質與服務效率的時代裡，健康照護產業將變成一個蓬勃的新興產業，而聯合執業的型態結合著大型醫院的專業及小型診所的親切服務，不但將是未來趨勢，更是改善基層醫療的救命丸。然而，由於聯合執業對我國的基層醫師而言，是屬較為陌生的醫療模式，到底聯合執業有什麼特色或內涵？是不是真的能改善基層醫療的困境？如何籌建？科別如何選擇？……等等，都是值得深思及探討的問題。尤其是自民國九十年開始實施基層總額支付制度，聯合執業更被視為是提升基層醫療競爭力的一種方式。透過健保局的資料得知目前中區醫療區域內聯合執業的概況：

(1) 就總額實施後的醫生人數而言

由表 1-1 單獨執業與群體執業醫師人數、表 1-2 單獨執業與群體執業醫師百分比中，可以看出自九十年七月西醫基層實施總額之後投入單獨執業的醫師人數逐漸減少，而參與聯合執業之醫師則有逐漸上升之趨勢。

(2) 就醫師業務量而言

由表 1-3 單獨執業與群體執業之平均每位醫師看診件數、圖 1-1 平均每位醫師看診件數趨勢，可以明顯看出參與群體執業之醫師平均每月份的申報件數比單獨執業之醫師多而且有增加的趨勢。

(3) 就每位醫師的平均金額而言

由表 1-4 平均每位醫師申報金額、圖 1-2 平均每位醫師申報金額趨勢，可以清楚看出加入群體執業的醫師自九十年七月起至十二月每個月的平均收入比單獨執業的醫師還要多，大約多七萬多元。

基於以上種種因素，激發本研究的動機，希望藉由各種分析比較，期盼在總額預算的體系下，能協助欲開辦聯合執業之基層醫師，尋求最適之執業模式。

第三節 研究目的

自全民健保實施以來，大型醫院不斷的擴充，擠壓了基層診所的生存空間，在這種情況下，基層診所如何提高自己的優勢來因應，發展聯合執業就是其中一個良方，因此，本研究期望透過相關的資料蒐集、整理分析並進行討論，預期達到下列之目的：

1. 探討醫師參與聯合執業之可行性及其相關影響因素。
2. 探討醫師對聯合執業的看法及其認為之最適經營模式。
3. 探討中區醫療區域之基層開業醫師對於聯合執業經營模式之參與或實施意願。

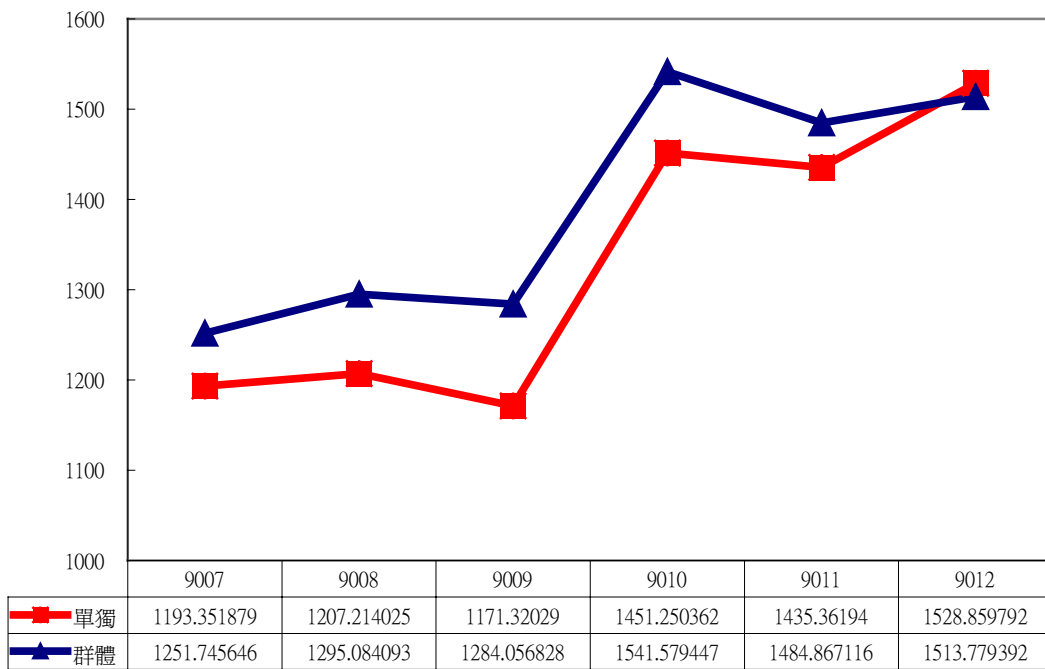


圖 1-1 平均每位醫師看診件數趨勢

資料來源：全民健保基層總額中區委員會

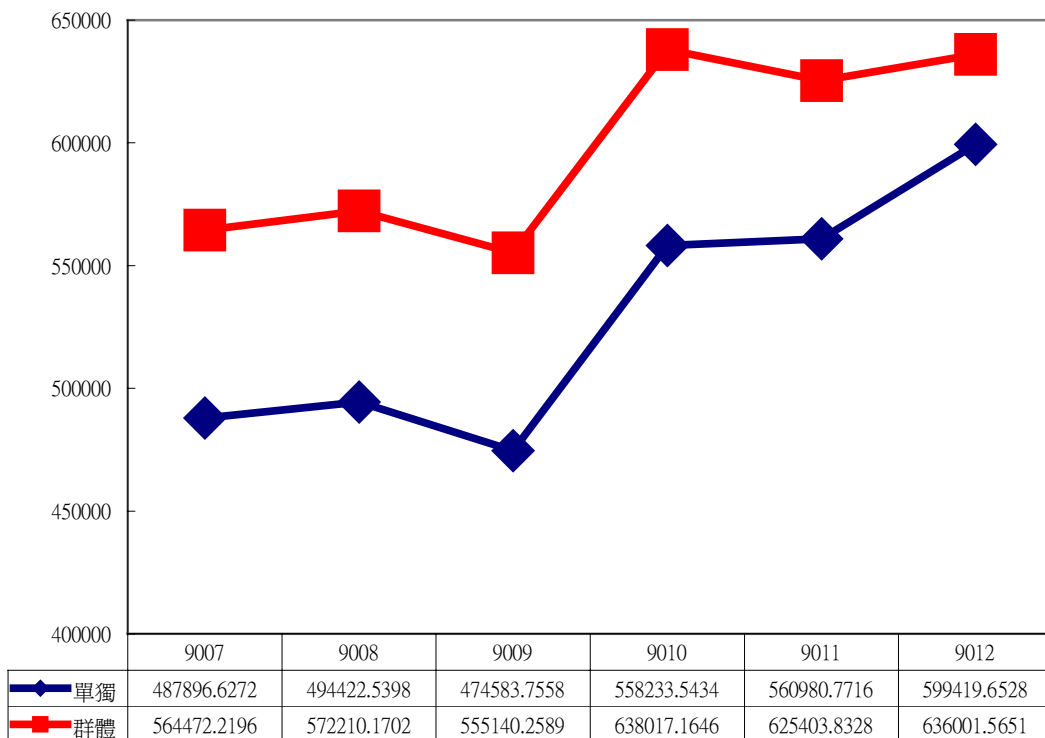


圖 1-2 平均每位醫師申報金額趨勢

資料來源：全民健保基層總額中區委員會

表 1-1 單獨執業與群體執業醫師人數

月份	9007	9008	9009	9010	9011	9012	總計
單獨執業醫師數	1384	1369	1380	1382	1340	1348	8203
群體執業醫師數	298	307	299	310	315	315	1844
總計	1682	1676	1679	1692	1655	1663	10047

資料來源：全民健保基層總額中區委員會

表 1-2 單獨執業與群體執業醫師百分比

月份	9007	9008	9009	9010	9011	9012	總計
單獨執業	82.28%	81.68%	82.19%	81.68%	80.97%	81.06%	81.65%
群體執業	17.72%	18.32%	17.81%	18.32%	19.03%	18.94%	18.35%
總計	1682	1676	1679	1692	1655	1663	10047

資料來源：全民健保基層總額中區委員會

表 1-3 單獨執業與群體執業之平均每位醫師看診件數

月份	9007	9008	9009	9010	9011	9012	總計
單獨執業	1193.4	1207.2	1171.3	1451.3	1435.4	1528.9	1330.1
群體執業	1251.7	1295.1	1284.1	1541.6	1484.9	1513.8	1397.5
總計	1203.7	1223.3	1191.4	1467.8	1444.8	1526.0	1342.5

資料來源：全民健保基層總額中區委員會

表 1-4 平均每位醫師申報金額

月份	9007	9008	9009	9010	9011	9012	總計
單獨	487,897	494,423	474,584	558,234	560,981	599,420	528,861
群體	564,472	572,210	555,140	638,017	625,404	636,002	599,239
總計	501,464	508,671	488,929	572,851	573,243	606,349	541,778

資料來源：全民健保基層總額中區委員會

第二章 文獻探討

在文獻探討部分，本研究首先就聯合執業作一簡要之定義及其特色的介紹，然後再針對有關國、內外實施聯合執業的概況作一文獻論述，最後說明聯合執業在台灣推行的問題及限制。

第一節 聯合執業之定義

聯合執業 (group practice) 依美國醫學會在 1997 年的定義：「係指三位或三位以上之醫師所組成之正式組織，並得共用臨床設備、病歷與人員，而聯合執業所得及收益之分配方式，則依該聯合執業成員事先的決議決定之。」(高森永，民 76；楊逸菊，民 87；蔡淑暖、張錦文，民 84；鄭守夏、何玉雪，民 86；Freshnock & Goodman，1980；Rossiter，1984)。

在加拿大，Judek 及 Boan 於 1977 年時將聯合執業定義為：「由三位或三位以上至少兩種科別的醫師所組成之正式組織」(Vayda，1977)。Williams 等人於 1985 年又將之重新定義為：「由三位或三位以上醫師所組成之正式組織，提供至少一種科別或以上的專科服務，並得共用病歷、人員及設備」(Williams et al.,1990)。

而我國在「醫療機構設置標準」中明訂，聯合診所與聯合門診皆為聯合執業的模式：「聯合診所」係指二位或二位以上同科或不同科

的醫師，於同一場所正式聯合開業，共用人員與設備；「聯合門診」係指數家診所於同一場所聯合設置共用設施，分別執行門診業務。聯合門診是以診所為單位，必須重新設立新單位，各診所各自負責，公共區域則由代表人負責，難度較高，適合新診所的設立。聯合診所則是以人為基礎，不需設立新單位，只要加入新成員即可，適合舊診所的轉型，與單獨執業較為接近。

第二節 聯合執業之特色

聯合執業的經營模式是以各醫師之間相互支援的互動關係，來提供民眾更多元、豐富的醫療服務。一般而言，聯合執業要比單獨執業具有較多的優點，綜合相關文獻，聯合執業的特色可以從以下各點探究之。

一、聯合執業的優、缺點

聯合執業在美國已經實施有百年之久，一般認為加入聯合執業的優點包括以下各點（American Medical Association，1996；Burns et al., 1999；Montague，1995；Rice，1998；Wilkins et al., 1999）：

1. 節省開業成本

醫師之間彼此共用醫療儀器設備及行政管理人員，除了可以增加利用率外，還可以降低單位成本，提高醫療市場競爭力。

2. 強化談判籌碼

由於管理式醫療(manage care)的興起，為了節省行政費用，管理式醫療機構喜歡和醫師人數眾多的聯合執業簽訂契約，另一方面，聯合執業也將此視為與管理式醫療機構的談判籌碼。

3. 策略上的優勢

目前美國的醫療強調發展整合性的醫療照護體系（Integrated Delivery

System, IDS), 以提供民眾持續性、連續性的醫療照護服務為目的, 而聯合執業綜合性的醫療服務內容, 恰好符合這項需求。

4.提高醫療可近性

聯合執業結合不同專科的醫師, 提供民眾各種所需的醫療服務, 由於涵蓋的醫療範圍較廣, 非一般單獨開業醫師所能提供, 因而增加民眾就醫的便利性及可近性。

5.容易控制及方便轉診

對於具有多種專科別的聯合執業, 可以提供民眾及管理式醫療機構所要求的一次購買 (one stop shopping), 藉此也可提高與管理式醫療機構的談判能力。

在台灣, 七十年代就有群體醫療執業中心的實施, 依據民國八十年衛生署醫政處的資料及整理之相關文獻, 分別以醫師方面、病患方面與保險機構方面分析聯合執業與單獨執業之優缺點 (王尊彥, 民 83; 林正介, 民 81b, 民 83; 林恆慶, 民 91; 許志怡, 民 80; 黃政典, 民 83; 楊漢泉, 民 80; 楊逸菊, 民 87; 楊漢泉、王美芳, 民 82; 蔡淑暖、張錦文, 民 84; 鄭守夏、何玉雪, 民 86; 蕭世榮, 民 88), 詳見表 2-1、表 2-2 與表 2-3。

(一) 醫師方面

優點：

1.工作及生活品質的提升

由於排班的彈性，使得工作與休閒取得平衡，也因為輪班提供服務使門診延續不中斷，病患不易流失進而提高工作及生活品質。

2.增加醫師的互動性

不同科別醫師的互動可以提升醫療專業知識及服務品質，增加討論的機會便於會診及轉診。

3.分攤醫療成本及風險

藉由共同醫療儀器的使用，提高儀器的使用率進而彼此分攤經營成本及風險。

4.提升競爭力

由於工作時間固定，較有休閒及參加再教育的機會，適時充電提升整體市場競爭力。

缺點：

5.醫師收入減少

負責醫師減少診次，收入自然相對減少，對此，醫師心裡要有所準備。

6.不同醫師之歧異難整合

不同醫師的習慣及人格特質常使得意見整合難，容易造成糾紛多、醫師流動率大。

7.收支權責分配繁瑣

較難取得共識去制訂一個令每個人都滿意的收入與費用分擔方式。

(二) 病人方面

優點：

1. 可以得到較周全的醫療照護、減少等候的時間，滿意度提高，相對流失性降低。

2. 由於醫師們經常討論、切磋，可以獲得較高品質的醫療服務

缺點：

3. 醫師與病患之間的互動關係不似單獨開業時密切。

4. 若聯合執業之組織太龐大，增加病人就醫的不方便性。

由以上可以看出，美國與台灣在聯合執業優點上的差異性，美國方面，除了可以節省成本外，其他大多與管理式醫療有關，由於單獨開業的醫師較不易取得管理式醫療的合約，因此，聯合執業的成立大都是為了要取得管理式醫療的合約（林恆慶，民 91）。反觀台灣，因為國情特性的差異，聯合執業的優點則大多與醫師的診所管理及提升生活品質有關。

二、影響醫師加入聯合執業的特質

要組成一個具有一定規模的聯合執業，最困難的部分就是合作對象的選擇。一般而言，加入聯合執業的醫師除了要有相當的教育背景、相似的執業文化及執業訓練外還需有共同的願景及目標，最重要的

是，是否可以共同分擔財務上的風險，必須捐棄成見，參與團體的決策，才能造就一個成功的聯合執業（Wild & Wood，1996）。

歸納五個適合加入聯合執業的醫師特質是（Johnson & Schryver，1996）：

- 1.能與他人分享對未來的期許
- 2.能自覺是團體中的一份子
- 3.能忍受隨著改變而來的不確定性
- 4.準備好接受可能面對的危機
- 5.隨時敞開心胸面對必要的溝通與協調

由以上可以得知，一個成功的聯合執業，除了要具有良好的制度規劃之外，醫師的人格特質亦是重要的影響因素。

表 2-1 聯合執業單獨執業對醫師的優缺點

聯合執業	單獨執業
<p>優點</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有較多醫療專業人員協助診療工作 2. 提供較佳之醫療照護品質 3. 有專業管理人才分攤行政工作 4. 易於會診及轉診 5. 醫師間共同討論、解決問題 6. 工作時間較固定、較有效率 7. 有較多的時間參加繼續教育 8. 較有休閒的時間提高生活品質 9. 病歷統一管理 10. 共同分擔成本；單位成本較低 11. 收入較穩定 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 較少約束 2. 不必與他人共事，減少糾紛 3. 醫師流動率小 4. 收入多寡全憑個人本事
<p>缺點</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有團體規範，較缺乏個人自由 2. 採團體決策且須與他人合作 3. 分擔所有問題 4. 收入採分配方式 5. 醫師流動率大 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 無專業人才幫忙管理，需花費較多時間於行政管理上 2. 工作時間長且較無彈性 3. 投資金額高且財務風險大 4. 病歷及行政管理較差 5. 不易安排接受繼續教育及休閒時間

資料來源：衛生署醫政處（民 80）

表 2-2 聯合執業單獨執業對病患的優缺點

聯合執業	單獨執業
<p>優點</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 增加對專科醫師之可近性 2. 得到較廣之輔助性服務 3. 較易獲得專科醫師之照顧及實驗 檢查服務 4. 候診時間較短 5. 滿意度高、相對流失性低 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有選擇醫師的自由 2. 與醫師關係較密切 3. 較人性化醫療
<p>缺點</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 較無選擇醫師之自由 2. 與醫師之關係較疏遠 3. 感覺較官僚化 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 較不易得到完整的醫療照護服務 2. 較少得到輔助性的服務 3. 等候時間較長

資料來源：衛生署醫政處（民 80）

表 2-3 聯合執業單獨執業對保險機構的優缺點

聯合執業	單獨執業
<p>優點</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有較完整之制度 2. 病歷記錄較完整 3. 醫療資源之充分利用 4. 醫藥分業之建立 5. 較能稽核醫療行為的適當性 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地理分佈較分散、醫師人力分佈較廣
<p>缺點</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地理分佈較集中，加深醫師人力分佈不均的問題 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療資源重複使用與浪費 2. 病歷記錄不易稽核

資料來源：衛生署醫政處（民 80）

第三節 國外聯合執業之概況

一、美國的聯合執業

(一) 聯合執業的發展背景

美國的聯合執業自 1887 年由梅爾兄弟創立 Mayo Clinic 開始，成立的原因始於梅爾兄弟希望能結合內科、病理科、放射線科及其他專科等以補其內科知識的不足，並加強執業能力，因此，可說是最早創立的聯合執業模式 (Clark & Nelson, 1992; Starr, 1982)。1932 年，醫療照護成本委員會 (the Committee on the Cost of Medical Care) 也將聯合執業視為最能提供有效醫療照護的一種醫療體系 (American College of Healthcare Executives, 1999)。之後聯合執業的數目在持續穩定中成長，每年成長約 9%，至 1994 年為止美國聯合執業共達 19,478 家，全美有 32% 的醫師都於聯合執業的場所中執業 (Burns et al., 1999; Gold, 1998)，有些城市更有高達 95% 的醫師參與聯合執業 (Shortell et al., 1996)。

(二) 聯合執業的模式

美國聯合執業的規模，組成醫師人數從 3 人至數千人不等，依據 1995 年的調查顯示，46% 的聯合執業均為 3-4 位醫師所組成的小規模型態 (Aspen Health Law Center, 2001)，且 95% 的聯

合執業其內部的醫師人數皆少於 25 位，但是在 100 位醫師以上之大型聯合執業中上班的醫師卻佔有 30.7% (Anonymous, 1996)，而到底多少人的組合才能算是最完美的聯合執業？依據 Medical Group Management Assn (MGMA) 所提出的答案是 10 位，參與聯合執業的醫師人數若超過 10 位，執業效率則呈顯著降低。然而，醫師們卻有不同的見解，他們認為共同參與執業的醫師人數最適當的答案是：視情況而定，依據執業的型態、醫師的品格及專業領域的名聲不同而有不同的組合。根據 Merritt, Hawkins & Associates 的調查顯示，群體聯合執業的醫師人數從 1997 年的 53% 到 2001 年的 41% 有逐年下降的趨勢。相對的，2 個醫師的合夥執業型態則從 1997-98 的 9% 一直到 2001-02 的 22%，顯示有逐漸增加的趨勢。

美國的聯合執業有 70% 是單一專科執業 (Barnett, 1996)，而最多的單一專科執業科別為小兒科、婦產科、放射線科及麻醉科，其中又以放射線科及麻醉科的醫師比例最高。但是多重專科的平均醫師數目，是單一專科的四倍，因此全美參與聯合執業之醫師有一半以上都是在多專科的聯合執業中工作。在多重專科的聯合執業中最常見的為內科及家醫科，這兩科的醫師佔多重專科聯合執業中醫師數目的 1/3 (Aspen Health Law Center, 2001)。

聯合執業的法律組織型態方面可分為下列四種：1、公司或法人組織型態（Corporation），依其組織目的又可分為專業性企業組織佔 72.1%；非營利性財團法人佔 3.4%；投資者擁有的企業組織佔 2.4%；基金會佔 0.4%，2、合夥組織型態（Partnership）現今約佔 22%，3、獨資型態（Solo Proprietorship）約佔 16%，4、協會型態（Association）約佔 3%（高森永，民 76；林正介，民 81a；Havlicek，1990）。在美國不論何種經營型態的聯合執業，醫師擁有大部分主權，甚至於有 95%的聯合執業是完全為醫師所擁有。

二、英國的聯合執業

聯合執業起源於英國，1910 年 Dr.Charles Hastings 與另一位醫師共同開設診所，開始了醫師的聯合執業，這種型態後來稱為合夥執業（Partnership）（林正介，民 81a），在英國逐漸的被廣泛採用，但只限於一般家庭醫師，不包括其他專科醫師。英國政府方面為鼓勵聯合執業（林正介，民 81b；許志怡，民 80；楊漢泉，民 80），一方面可以辦理特別貸款及申請補助金，一方面醫師聯合執業時登記的病人數可以比單獨執業的醫師多，大約多出一千人，這是因為共同參與聯合執業的醫師同儕間彼此可以互相輔助及監督，有較高的效率，因而可以增加其照護的

病人數。

數名家庭醫師得以聯合執業，在其下登記滿 8000 人以上的病人數即可成立成為一個家醫基金持有人（GP-Fund），向地區健康局以論人頭計酬方式申請一筆基金，又同時與其他醫院訂定契約，購買該醫院所提供的服務。家庭醫師本身做為初級醫療的提供者，也是整個醫療服務體系的守門員，即是病患進入醫療體系的門戶，只有經由家庭醫師的轉介病患才可以接受專科醫師或者是醫院之服務。這個基金持有人即相當於一個聯合門診中心，共用儀器以避免不當浪費。且因對於病患病歷病史有熟悉了解，對於建立合理化的醫病關係有一定的幫助。若診斷結果，非家醫層次所能解決者，則轉診至第二線的醫院或更上層的教學醫院。由於家醫基金必須選擇有效率的醫院做為訂約及轉診的對象，醫院乃被迫必須注重內部管理，選擇最有效率的療程。

在這個模式下，家醫基金成為病患的利益代言人，甚或是病患的健康管理單位，因為家庭醫師最清楚病患的疾病情形，同時，也因其其在醫學上的專業知識，得以為病患選擇最為有效的療程。然而，這種制度的形成有其條件。家庭醫師的出現乃是一個反對醫學專業化而傾向於強調整合的科別，其利益與取向和專科醫師本就處於某種程度的緊張。在英國，家醫的制度化與其在政治上的力量有很密切的關係。（呂建德，民 90）

第四節 國內聯合執業的現況

台灣的醫療體系屬於傳統封閉式，在此種制度下，醫療執業方式分為封閉醫院和單獨開業診所兩種。醫院診療方式是由醫院聘僱醫師作門診及住院醫療服務；單獨開業診所則是醫師獨力開設診所從事基層醫療保健服務。傳統封閉式醫療體系造成了醫療服務效率的低落，取而代之的則是強調提供綜合性醫療照護服務的聯合執業模式。

一、群體醫療執業中心

行政院衛生署為改善偏遠地區民眾的醫療水準，自民國 72 年 7 月起，陸續在醫療資源較缺乏、地方人士參與意願較大、當地已擴建或新建衛生所，其醫療設備合於使用水準之鄉鎮開辦群體醫療執業中心。此為衛生署最早推行聯合執業的開始，也是台灣最早的聯合執業模式，民國 73 年開始擴辦，至民國 82 年 12 月底一共成立了 174 個群體醫療執業中心。對於每個群體醫療執業中心，政府都補助兩百萬元開辦經費，並邀請二級以上的教學醫院支援醫師，主要是為了解決偏遠地區衛生所醫師不足問題、重建民眾對衛生所的信心，使民眾享有便利的醫療服務（洪文棟，民 80；張貽星，民 74）。

二、公保聯合門診中心

繼群體醫療執業中心之後，公保也成立了五大聯合門診中心，即是一種規模很大的聯合執業。由各大醫院派醫師前往駐診，醫師陣容強大，採購的藥品衛材價格低廉，使得五大聯合門診中心的經營頗為成功（許志怡，民80）。

三、私人門診中心

之後出現的是由大型企業出資成立的聯安醫療機構、實和聯合診所等等，都是強調以大醫院的完整專案、小診所的親切服務以及延攬名醫為訴求來吸引病患（邱王蟬，民86）；然而，在轉診制度尚未落實及民眾醫療習慣尚未改變的影響下，聯合執業失敗的例子時有所聞，使得許多原本有意加入聯合執業的醫師抱持著觀望的態度。聯合執業創造並兼顧病患的醫療需要及提高就醫便利性，是未來發展的趨勢；但是如何在經營壓力存下又能同時兼顧品質，將是聯合執業相當大的挑戰。

第五節 國內推行聯合執業之問題及限制

全民健保實施後，由於給付制度偏惠大醫院（劉彩卿、吳佩環，民 90），加上轉診制度尚未落實，造成大型醫院門診量的不斷擴充；相對的，基層醫療的執業狀況則每況愈下。在這樣的大環境底下，大多數的醫師開始意識到合作的重要性，透過合作機制來提升醫療服務品質及醫療競爭力。然而，實際投入聯合執業的醫師卻還是寥寥無幾，主要的原因可能包括了醫師滿意目前的狀況、害怕參與聯合執業的不確定性、聯合執業的觀念還未落實在基層醫師之間、病人來源之疑慮、懷疑不同科別共同執業是否有加分作用、害怕同科別之醫師瓜分病人來源等...。更重要的是以目前基層醫師的聯合執業型態（多為二至三人這種小型聯合執業），在各方面均無完整的配套措施，茲將影響因素分為法令面、管理面及財稅面三方面來探討分述如下：

一、法令面

（一）醫療相關法規

行政院衛生署於民國 87 年 6 月公布的醫療機構設置標準中，第 13 條至第 20 條的條文詳細的規範了聯合門診的設置標準，希望藉由此來鼓勵基層醫師設置聯合門診以減少醫師開業所需之成本並解決醫藥分業實施之問題，但仍有下列事項待檢討：

1.聯合執業的定義混淆不清：

聯合門診及聯合診所之定義各有不同，但是大多數的基層開業醫師都不瞭解兩者的分別所在。依醫療機構設置標準第 13 條中明訂：「聯合門診」係指數家診所得於同一場所設置為聯合門診，使用共同設施，分別執行門診業務。「聯合診所」則指二位以上之醫師得於同一場所設置為聯合診所，使用共同設施，分別執行門診業務。二者之差異與適用時機並無明確劃分。

2.成立聯合診所面臨的問題及限制：

聯合診所採登記一位醫師為負責醫師，其他則登記為服務醫師的方式，此種方法簡單易行，但負責醫師需繳納的稅額太高。若採每位醫師分別登記，皆為負責醫師的方式，若數位醫師擬於同一地址分別申請設立診所，分別發給開業執照，須隔間劃分清楚，各設有獨立門戶，且符合相關之醫療機構設置標準，始可核准（蔡淑暖，民 84）。

3.研討修改基層診所觀察床規範：

過去基層診所醫師大多是一個人執業，規定觀察床九床尚屬合理，如今診所若為聯合執業，觀察床應依醫師數及科別適度放寬。

4.對於有意參與聯合執業之醫師應給予低利貸款：

醫療法第 66 條明文規定：「中央及直轄市衛生主管機關依醫療網實施計畫，在醫療資源缺乏地區，得採下列措施，獎勵民間設立醫療機構：

補助醫療設備費用及為興建醫院費用，洽供貸款或補助利息。」衛生主管機關應將在醫療資源缺乏地區採聯合執業方式執行業務者亦補助利息，給予低利貸款，以鼓勵更多醫師加入聯合執業，並願意至醫療資源缺乏地區服務。(行政院衛生署，民 89)

5. 醫師在兩地執業的問題：

在醫師法第八條中明訂：醫師應在執業所在地直轄市或縣主管機關申請執業登記，領有執業執照，使得執業。第九條中又明訂：醫師執業應加入所在地醫師公會（行政院衛生署，民 91）。這兩條條文限制了醫師跨區執業的醫療行為。

6. 支援醫師的申報手續複雜：醫師法第八條之二條文中記載了「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀初診或經事先報准者，不在此限」（行政院衛生署，民 91）。所稱支援，係指醫療機構間之支援，並以醫師辦理執業登記之當地衛生主管機關所轄醫療機構間之支援為限，其免向該主管衛生機關報備。如越區至外縣市之醫療機構支援執業，不論是臨時性或定期性支援，須經被支援所在地衛生主管機關核准登記。如此繁瑣的作業往往降低了醫師願意至其他地區支援的意願，衛生主管機關若能簡化支援醫師的申報手續，必能鼓勵更多的醫師加入聯合執業。

(二) 健保相關法規

1.現制部分負擔的規劃，並未完全反映全民健康保險法精神：

健保法第 33 條中明訂「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者應負擔百分之五十。」自九十一年七月調整的部分負擔方案中除了醫學中心與區域醫院的定額部分分別調高 60、40 元，檢查、檢驗收取 20% 的部分負擔（上限為 300 元），整個調整方案明顯低於先前的規劃，總體而言仍未完全反應全民健康保險法的精神。

2.目前不同層級之醫療院所針對相同疾病有不同的給付標準，違反健保法第 51 條同病同酬的精神：

健保法第 51 條中明訂「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬定，報請主管機關核定。前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」現行的支付制度是以醫院層級為標準，大型醫院與小型醫院同工不同酬，小型醫院及基層診所給付較低，因而產生較少的獲利。（張群昌，民 84；張煥禎、張威國，民 84）

3.健保門診手術的給付太少：

健保局對門診手術的給付項目非常少，以致很少有外科醫師願意參與聯合執業，且目前健保給付的申請表中，基層診所只能作簡表，受到許多限制，應逐步合理開放簡表的限制以提高醫師參與聯合執業的意願，並提升基層競爭力（林恆慶等人，民 91）。

4. 健保對基層檢驗檢查項目的限制：

健保允許基層醫療診所能執行的檢驗項目非常有限，使得聯合執業無法與大醫院競爭。

5. 合理門診量的計算方式並無鼓勵聯合執業的誘因：

聯合執業合理門診量計算方式，以登記在此執業之醫師人數為依據，支援醫師不列入在此。

二、管理面：

（一）聯合執業最適規模（參與醫師人數）

1. 依林正介（民 81a）的文獻指出，可依不同的地區特性及各個成員醫師的專長來衡量，決定聯合執業的規模：

(1) 考慮提供綜合性、持續性的第一線基層醫療，則可籌組一般科

（內、婦、兒、家醫）聯合執業，人數三至五人即可。

(2) 若在都會區以提供完整性的醫療服務為目的，則可籌組多專科中大型聯合執業，組成人數可能五至十人甚至十人以上。

(3) 若以提供轉診照會醫療服務為主，可成立單科聯合執業，人數也

許三至五人或五至十人即可。

2.依美國文獻指出，聯合執業的規模從3人至100人以上不等，其中約有50%左右為3-4人的小規模型態（Aspen Health Law Center，2001），醫師人數佔聯合執業醫師的18%。

3.依林恆慶等人（民91）所做的研究指出，約有58.1%的醫師希望能與1至2位醫師合夥，39.2%希望能與3至5位醫師合夥。整體而言，97.2%的開業醫師期待合夥的醫師數為1至5人，此與美國大多數聯合執業的醫師數相類似。

（二）聯合執業之最適組織型態

籌組聯合執業，有獨資、合夥、公司組織或公營事業等幾種方式，各有利弊，應仔細考量選擇最合適的型態以爭取最適當的利益（黃政典，民83）。

1.獨資：聯合執業組織為一個人所擁有。是最簡單的組織型態。

優點：在於其營運與決策的單純性。

缺點：資金難大量籌措、無限清償責任及成員醫師受雇用，無法充分參與決策而影響了聯合執業的成長。

2.合夥：兩位或兩位以上的人約定共同合資經營聯合執業，彼此分擔風險、利益共享。

優點：在於每一合夥人對聯合執業之決策、運作有共同決定權。

缺點：難以籌措大量資金，有限的企業生命，且合夥人中若有一人有問題，則組織就會解離。

3.公司或法人組織型態：依其組織的目的又可分為專業性企業組織、非營利性財團法人、投資者擁有的企業組織、基金會，其中以財團法人方式在美國是較受歡迎的，由於是非營利性質，自然較能符合公平受益原則。在林恆慶等人（民 91）所做的研究中指出，有 84% 的開業醫認為聯合執業的組織型態應該由醫師獨資或與人合夥，而僅 7.1% 認為該為財團法人所擁有，此與美國所喜歡的執業型態有差異。

（三）聯合執業之最適執業科別組合

聯合執業提供的服務內容可以分為：單專科、多專科、家醫科及一般科。

1.單專科：由同一專科之醫師所組成的專科聯合執業。在美國的聯合執業團體中，有 70% 左右是屬於單專科執業（楊逸菊，民 87），其中家醫科是最多的專科佔了 30% ，一般科其次佔了 24% ，內科則佔了 20% （Anonymous，1999）。

優點：由於同一科別共同執業共用相同的儀器設備，成本較低、管理方便，再者，相同背景的醫師有共同的語言，彼此間較易溝通。

缺點：易因市場固定而導致醫師產能下降，或互相競爭病患。

2.多專科：由不同專科之醫師所組成。在美國參加聯合執業的醫師

中，以加入多專科聯合執業型態者，所佔比率較高，約 48.7%。

優點：可以確保病患來源，還可因不同科別組合有加成作用而提高誘因吸引更多病患。

缺點：需要較大的執業空間與較多的設備。

（四）聯合執業之收入分配模式

收入分配是參與聯合執業的醫師最關心的問題之一，依蔡淑暖

（民 84）資料指出，收入分配的方式有以下幾種：

- 1.採用醫師費制度：即醫師在提供病患各種醫療服務時，可依收費標準按協商比率歸為醫師的收入。
- 2.平均分配：將淨收入平均分配給每位醫師。
- 3.生產力計算：以醫師的總收入、工作時數及所看病人數為指標，來衡量各醫師的生產力。
- 4.公式計算：以上述生產力的衡量指標為基礎，制訂公式來分配收入。
- 5.固定薪資：根據每個醫師執業科別、工作年資、服務量、教學及研究各方面的貢獻，預先協商每位醫師的固定薪資。

三、財稅面

稅的問題可能會影響到醫師執業型態之選擇，因此，對於聯合執業的推展，稅的問題應值得探討：

（一）醫師方面：

所得稅法第十一條規定：醫師、藥師、助產士...等為執行業務者，其所得稱為執行業務所得，繳稅的方式有兩種：一是執行業務所得；一是薪資所得。受聘服務於公立醫院或其他私人醫院，領固定薪資者，是為薪資所得，以薪資所得申報。單獨開業醫師因不得在其診所列支薪資，故其所得均為執行業務所得，目前財政部訂有「執行業務所得查核辦法」其中的第五條及第十一條對聯合執業有完善的說明。

1. 「執行業務所得查核辦法」第五條中規定：執行業務者聯合執業之合約，需載明各執行業務者之姓名、身份證統一編號、戶籍地址、分配盈餘比例及收支處理方式等事項，並應於事實發生之年度辦理結算申報時，由代表人檢附聯合執業合約書，變更、註銷時亦同。其未於所得核定前檢送合約書者，依前一年度之狀況核課其所得。

2. 「執行業務所得查核辦法」第十一條中規定：聯合執行業務所得於每年二月二十日前，將其前一年度所取得之扣繳憑單，依聯合執業之合約所載盈餘分配比例，轉開扣繳憑單予各執行業務者，並彙報該主管稽徵機關核驗（張志勝，民 84；張曉芬，民 90；葉維惇、曹雅芳，民 90）。

（二）醫療機構方面：

1. 營業稅法第八條規定：醫院、診所、療養院提供之醫療勞務、藥品、病房之住宿及膳食免徵營業稅。

2.所得稅法第四條第十三款規定：教育、文化、公益、慈善機關或團體，符合行政院規定標準者，其本身之所得及其附屬作業組織之所得，免納所得稅。所以，並無以醫院、診所之名義繳營利事業所得稅。

由以上所述，我們可以清楚瞭解推行聯合執業的問題及限制，因此，相關衛生主管單位若是要鼓勵基層醫師積極參與聯合執業，則必須有更完備的規劃及考量，加強醫師對聯合執業之認識、修改相關的法規條文並提供更多的誘因而配合。

第三章 材料與方法

第一節 研究架構

本研究主要嘗試從醫師的背景資料(包含個人基本資料及執業狀況)來探討醫師對聯合執業之看法與態度、醫師對聯合執業經營模式的參與意願及其相關考量條件，研究架構圖如下：



第二節 研究假設

本研究經由文獻探討，發現基層開業醫師在總額預算實施後，由於整個醫療生態產生相當大的變化，為了維持或增加發展的空間及機會，開業醫師會考慮以聯合執業的方式來經營，因此本研究提出如下的研究假設。

- 1、基層開業醫師對於聯合執業之法令面、管理面及財稅面等議題的看法會因基本資料的不同而有差異。
- 2、基層開業醫師對於聯合執業之參與意願會因基本資料及執業狀況的不同而有差異。

第三節 研究方法

一、研究對象

本研究以中區醫療區域四縣市之開業醫師為研究對象。縣市包括：台中市、台中縣、南投縣及彰化縣。

二、問卷收集

透過四縣市醫師公會及診所協會合作，舉辦四縣市分區說明會，以降低基層醫師對聯合執業的疑慮，進而瞭解聯合執業的好處。

之後再以各醫師公會提供之會員名冊為依據，採分層系統抽樣方式，按各縣市醫師人數的不同，採取等距抽樣，共抽取 500 位醫師為對象。

三、問卷內容

問卷部分主要以文獻探討、專家座談及分區說明會之結論為基礎，以結構式問卷方式設計，內容主要分成四個部分：

1. 醫師基本資料：

年齡、性別、最高學歷、執業地點、專科醫師資格、執業科別及執業年數

2. 醫師執業狀況：

平均一週看診節次、平均每日看診人次、平均月收入、目前執業型態、幾位醫師共同執業及現在擔任的職位

3. 對聯合執業之看法與態度：

法令面：聯合執業之差別處、如何定義聯合執業、合理觀察病床數、
給付標準、平均門診量、應雇用哪些人員、支援醫師的來源、
合理支援時數

管理面：服務內容、希望合作科別、希望共同參與的醫師數、最適組
織型態、設置地點、設施所有權歸屬、經營管理方式

財稅面：成本分攤方式、儀器設備成本、理想收入分配方式、盈餘分
配比例、稅額反映

4. 執業意願：

對目前執業狀況滿意度、參與聯合執業的意願、選擇何種執業方式、
意願不高影響因素

四、問卷的效度

為了增加問卷的效度，在問卷設計完成後邀請數位專家學者及資深醫師對問卷內容進行專家效度檢定，再對問卷進行修正。

第四節 資料處理及分析方法

一、 資料處理

以 SPSS 9.0 版統計軟體來進行資料的統計分析工作。

二、 統計分析

本研究的資料經由上述的收集、整理等處理流程後，利用下列方法進行研究目的與研究假設之探討。

1. 描述性分析：

(1) 利用次數及百分比的方式來分析醫師之基本資料、執業狀況、

對聯合執業的看法與態度及執業意願的分佈情形。

(2) 利用次數及百分比的方式來分析各科醫師分別希望合作科別的分佈情形。

2. 推論性分析：

(1) 以卡方檢定 (Chi-Square Test) 統計方法，將醫師的基本資料與

執業狀況對聯合執業之看法作差異性的檢定。

(2) 以卡方檢定 (Chi-Square Test) 統計方法，將醫師的基本資料與

執業狀況對聯合執業之執業意願作差異性的檢定。

(3) 以肯得爾 (kendall's W Test) 統計方法，檢定多專科聯合執業

時各科醫師希望合作科別組合之一致性。

第四章 研究結果

第一節 問卷回收情形

針對中部地區四個縣市之基層開業醫師，共發出問卷 500 份，在十二月底至一月初進行問卷催收工作。採行電話催收或再寄一次問卷的方式，至二月底共回收問卷 137 份，回收率達 27.4%。

問卷回收率不高，可能是因為問卷內容分的項目較多，加上醫師平日看診忙碌因而降低醫師配合度，造成低回收率。

第二節 描述性結果分析

以下共分為研究對象之基本資料、研究對象之執業狀況、研究對象對聯合執業的看法與態度、研究對象之執業意願及各科醫師希望合作的科別組合等五個部分來進行描述。

一、研究對象的基本資料（表 4-1）：

在 137 份有效問卷中，男性佔絕大多數(96.4%)；此項結果可能與醫師多為男性之故。在年齡上以 40-49 歲(47.4%)及 50-59 歲(32.8%)為最多。在執業地點方面，台中市、台中縣、彰化縣、南投縣各佔 24.8%、24.1%、27.1%、23.4%。開業年數以已超過 10 年者為最多，佔 54.7%。執業科別以家醫科(32.8%)、小兒科(29.2%)、一般科(25.5%)為最多；其中有 98.5%具有專科醫師資格。

二、研究對象目前執業狀況（表 4-2）

若以每天早、午、晚各算一節來計算，則有超過一半的醫師(54.0%)每週看診超過五天，僅有不到六分之一的醫師看診時數在三天以下。約四分之三的醫師，平均每天看診人數在 60 人以下。平均每月收入有三分之一超過 30 萬元，三分之一介於 20 萬到 30 萬元，但也有近一成的醫師每月收入不到 10 萬元。在執業型態上，大多數的醫師仍是屬於單獨執業(81.8%)，而群體執業者以 2 位醫師一起執業

為最多，但也有一位醫師與其他 7 位醫師一起執業。醫師中多為診所的負責醫師，佔全部醫師 93.4 %。

三、研究對象對聯合執業的看法與態度

(一) 對聯合執業法令面之意見 (表 4-3)

對醫師而言，聯合門診與聯合診所之差別，有一半以上認為是負責醫師的規定有所不同，而有近三成認為是健保特約代號之差別。

對聯合執業的定義方面，絕大多數醫師(82.5%)認為聯合門診及聯合診所應均視為聯合執業的一種方式。對於診所觀察床之床數，有三成主張維持現狀即九床以下的規定、近三成認為應有所放寬、更有三成主張不應設限。在健保給付標準方面，多數醫師(70.8%)仍認為應與一般診所相同，有二成醫師則認為應高於一般診所。在合理門診量上，有四成主張每天 30 人以下，另有也有四成醫師主張每天應在 31-40 人次，整體而言，絕大多數的醫師均不希望超過每天 50 人。在人才支援上，幾乎全部的醫師均主張要聘用藥劑人員(97.8%)，其次為護理人員(91.2%)、檢驗人員(69.3%)，僅有約一半的醫師認為要聘用經營管理人員(46.7%)及放射技術人員(48.9%)。在支援醫師方面，近一半醫師認為應由其他診所相互支援(46.7%)，其他層級則以醫學中心為最多(27.0%)、其次為區域醫院(16.8%)，地區醫院來支援者最不受青睞(3.6%)。支援時數則以每週 2-3 節為最多。

(二) 對聯合執業管理面之意見 (表 4-4)

在聯合執業服務內容方面，絕大多數的醫師認為應朝向多重專科(90.5%)。而較受基層醫師青睞，希望與其合作之醫師科別依次有小兒科(42.3%)、內科(30.7%)、家醫科(29.9%)等詳見圖 4-1。在醫師希望共同參與聯合執業之醫師人數方面，有 60.6%的醫師希望能與 2 至 3 位醫師合作，33.6%希望能與 4 至 5 位醫師合夥。整體而言，94.2%的開業醫希望合夥的醫師數為 1 至 5 人。在組織型態方面，約有三分之二的醫師傾向採用合夥的方式，不過值得注意的是有近四分之一的醫師希望採用法人的型態來經營聯合執業。在執業地點方面，多數認為聯合執業應設置於資源缺乏地區(59.1%)。在經營管理方面，主張聘請專業管理人才與由合夥人自行管理的各佔了將近四成。對於儀器設備，則約有一半的醫師主張以共同合租的方式設置。

(三) 對聯合執業財稅面之意見 (表 4-5)

就聯合執業成本之分攤，多數醫師主張以醫師病人數、收入與看診時數加權分攤(76.6%)。在儀器設備成本方面，有四成的醫師主張依使用設備之頻率與次數來反映成本。對於收入之分配，多數醫師主張依固定薪加獎勵金的方式給予(78.8%)。就經營盈餘之分配，76.6%的醫師主張應依勞務投入比例分配。在稅務申報方面，主張由各醫師依實際所得開立扣繳憑單者佔了一半以上，也有近四成的醫師主張

依預先協定之盈餘分配比例方式計算。而在執行業務所得稅基查核辦法中，設備貸款無法任列、執行業務所得調查方式不明確、廣告費及佣金支出無法任列、私人院所不具法人資格是基層醫師較不滿意的規定。

四、研究對象對目前執業滿意度及參與聯合執業之意願（表 4-6）

在 137 份有效問卷中，有一半以上的醫師（54.0%）認為目前的執業環境尚可接受，而覺得滿意者略高於不滿意者。普遍來說，醫師們對於目前的執業環境都還可接受。在問到是否願意參與聯合執業時，有 72.3%的醫師表示願意；26.3%的醫師則表示不願意。其中選擇聯合執業之方式，以選擇聯合診所者(61.3%)高於聯合門診者(38.7%)。至於影響醫師對參與聯合執業意願不高的因素依序為：缺乏自主權（30.7%）、病人來源不足（27.7%）、合理門診量計算方式複雜（15.3%）、及大醫院門診競爭（13.1%）。

五、多專科聯合執業時各科醫師分別希望合作的科別組合

由於有些科別的醫師人數過少，因此本處所探討的科別只包括：

一般科、小兒科、內科、家醫科、外骨科及復健科。

1、一般科醫師最希望合作的科別前三名依序為(圖 4-1):小兒科 37.1

%、內科 37.1%；婦產科 31.4%；皮膚科 28.6%。

2、小兒科醫師最希望合作的科別前三名依序為(圖 4-2):家醫科 42.5

%；小兒科 35%、內科 35%；耳鼻喉科 32.5%。

3、內科醫師最希望合作的科別前三名依序為(圖 4-3):小兒科 44.4

%、內科 44.4%；耳鼻喉科 37%；婦產科 33.3%。

4、家醫科醫師最希望合作的科別前三名依序為(圖 4-4):小兒科 48.9

%；家醫科 33.3%；內科 31.1%。

5、外、骨科醫師最希望合作的科別前三名依序為(圖 4-5):內科 50

%；小兒科 40.6%；眼科、家醫科 31.3%。

6、復健科醫師最希望合作的科別前三名依序為(圖 4-6):骨科 36.4

%、小兒科 36.4%；皮膚科 27.3%、眼科 27.3%、內科 27.3%；

整型外科 18.2%、復健科 18.2%、家醫科 18.2%、外科 18.2%。

第三節 推論性結果分析

首先將原始的資料作 Chi-Square Test 統計分析，結果發現期望值部分並沒有合乎 Chi-Square Test 期望值小於 5 的格數必需小於 20% 的規定，可能是因為樣本數太少加上因為要詳細調查醫師對聯合執業的看法，以致於問卷內容區分的項目過多造成。於是將部分資料重新整合，即將問卷內容中的一些相近的議題項目進行合併，所呈現的結果如下敘述。

一、研究對象對法令面看法的比較

經過 Chi-Square Test 統計分析，醫師對聯合執業法令面看法的比較，結果發現期望值部分亦沒有合乎 Chi-Square Test 期望值小於 5 的格數必需小於 20% 的規定，因此，若以百分比來看，結果如下：

(一) 醫師對聯合門診與聯合診所差別的看法，如表 4-7 所示。

醫師年齡、執業地點及執業年數的不同，對於聯合門診與聯合診所差別的看法，意見很一致，都認為是負責醫師的不同所佔比率最高，約有五成以上。

(二) 醫師對聯合執業定義的看法，如表 4-8 所示。

醫師年齡、執業地點及執業年數的不同對聯合執業定義的看法，有高達八、九成的醫師都認為聯合門診及聯合診所均可視為聯合執業。

(三) 醫師對於聯合執業之合理觀察病床數的看法，如表 4-9 所示。

年齡、執業地點及執業年數的不同對於聯合執業之合理觀察病床數的看法，醫師們的意見還算一致，除了年齡分佈在 40-49 歲及執業年數在 10 年以上的醫師以選擇不需設限所佔的比率最高，而台中市及彰化縣醫師，以選擇 10-19 床所佔的比率較高，約佔三成多外，大部分的醫師傾向選擇 9 床以下。

（四）醫師對於聯合執業給付標準的看法，如表 4-10 所示。

醫師年齡、執業地點及執業年數的不同，對於聯合執業給付標準的看法，均認為應與一般診所相同者所佔的比率最高，約有六、七成。

（五）醫師對聯合執業之醫師每人每節平均門診量的看法，如表 4-11 所示。

醫師年齡、執業年數的不同對聯合執業之醫師每人每節平均門診量的看法，意見幾乎一致，除了台中市的醫師以選擇每人每節平均 30 人以下佔較高比率外。其餘都以選擇 31-60 人所佔比率最高。

（六）醫師對於支援醫師的看法，如表 4-12 所示。

年齡、執業地點及執業年數的不同，對於支援醫師的看法相當一致，有四、五成的醫師皆選擇來自基層診所互相支援，所佔的比率為最高。

（七）醫師對支援醫師合理支援時數的看法，如表 4-13 所示。

醫師年齡、執業地點及執業年數的不同，對於支援醫師合理支援時數的看法幾乎一致，除了年齡在 50-59 歲的醫師選擇一週支援 5-8 小時

及 9-12 小時的比率差不多，及台中縣的醫師選擇一週支援 9-12 小時的比率較高外，大多以選擇一週平均支援 5-8 小時者佔最高比率。

二、研究對象對管理面看法的比較

經過 Chi-Square Test 統計分析，醫師對聯合執業管理面看法的比較，結果發現期望值部分亦沒有合乎 Chi-Square Test 期望值小於 5 的格數必需小於 20% 的規定，因此，若以百分比來看，結果如下：

(一) 醫師對聯合執業所提供之服務內容的看法，如表 4-14 所示。

年齡、執業地點及執業年數的不同，對聯合執業所提供之服務內容的看法並無不同，有高達八、九成的醫師均選擇多重專科的比率佔最高。可能是因為醫療環境加上民眾就醫習慣的改變，使得醫師必須藉由不同專科的結合，來提供更全面性與整合性的醫療照護服務。

(二) 醫師對聯合執業之參與醫師數的看法，如表 4-15 所示。

醫師對聯合執業之參與醫師數的看法，意見還算一致，幾乎以選擇 2-3 人的組合者佔最多比率，少部分選擇 4-5 人的組合。可能的原因是太多的合作醫師容易意見紛歧糾紛多，太少的醫師則不易分工，普遍來說，醫師希望的合作人數都以不超過五人為原則。

(三) 醫師對聯合執業最適組織型態的看法，如表 4-16 所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師，對聯合執業最適組織型態的看法，意見頗為一致，都以選擇合夥的型態者佔最高比率。顯示出醫

師趨向選擇可以增加生活品質或降低工作量的經營型態。

(四) 醫師對於聯合執業地點設置的看法，如表 4-17 所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師，對於聯合執業地點設置的看法並沒有不同，皆以選擇設置在醫療資源缺乏的地區者佔最高的比率。可能是醫師為了增加偏遠地區的醫療資源，讓當地民眾不需舟車勞頓就可以看病，也有可能是政府專款獎勵制度產生誘因而造成。

(五) 醫師對醫療設施所有權歸屬的看法，如表 4-18 所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師，對醫療設施所有權歸屬的看法，意見很一致，皆以選擇共同合租者比率最高。

(六) 醫師對聯合執業經營管理方式的看法，如表 4-19 所示。

醫師對於聯合執業經營管理方式的看法還算一致，幾乎都偏好選擇由合夥人自行管理，其次是請專業管理人才負責。其中年齡在 30-39 歲、50 歲以上及執業地點在彰化縣的醫師對聯合執業經營管理方式的看法較為一致，選擇請專業管理人才負責的比率最高，其餘皆傾向選擇由合夥人自行管理。顯示醫師一方面逐漸有醫院管理的概念，願意放手讓經營管理人才參與，一方面卻又害怕自主性遭受壓制，而寧願自行管理。

三、研究對象對財稅面看法的比較

經過 Chi-Square Test 統計分析，醫師對聯合執業財稅面看法的比

較，結果發現期望值部分亦沒有合乎 Chi-Square Test 期望值小於 5 的格數必需小於 20% 的規定，因此，若以百分比來看，結果如下：

(一) 醫師對聯合執業成本分攤方式的看法，如表 4-20 所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師，對聯合執業成本分攤方式的看法，並無不同，選擇以醫師收入、看診時數、病人數三者加權計算的方式佔最高比率，約有七、八成。

(二) 醫師對於共購之相關醫療儀器成本的看法，如表 4-21 所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師，對於共購之相關醫療儀器成本的看法，意見很一致，皆選擇依所使用的頻率、次數佔最高比率。

(三) 醫師對於醫師收入分配方式的看法，如表 4-22 所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師，對於醫師收入分配方式的看法，選擇以協商固定薪資加獎勵金者佔最高比率，約有五成以上。

(四) 醫師對合夥醫師盈餘分配比例的看法，如表 4-23 所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師，對合夥醫師盈餘分配比例的看法，意見相當一致，選擇依勞務投入比例分配的計算方式所佔比率為最高。

(五) 醫師對負責醫師稅額公平反映的看法，如表 4-24 所示。

除了台中縣的醫師選擇以依預先協定之盈餘分配比例計算的比率稍高於個別醫師依實際所得開立扣繳憑單者。不同年齡、執業地點及執

業年數的醫師，對負責醫師稅額公平反映的看法，以選擇個別醫師依實際所得開立扣繳憑單的比率最高。

四、醫師對執業意願的比較

經過 Chi-Square Test 統計分析，醫師個人基本資料對其執業意願的影響，在統計上並無顯著差異。若從百分比來看，結果如下：

(一) 醫師對目前執業狀況滿意程度的比較，如表4-25所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師對執業滿意程度並沒有顯著不同，以選擇「尚可」者所佔的比率最高，顯示即使在這個不確定的醫療環境體制下，大多數醫師對於目前的執業狀況都還可以接受。

(二) 醫師對聯合執業之參與意願的比較，如表4-26所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師對聯合執業之參與意願並無顯著不同，醫師對於聯合執業多展現出高度的參與意願。

(三) 醫師對聯合執業之執業方式的比較，如表4-27所示。

不同年齡、執業地點及執業年數的醫師對聯合執業之執業方式，除了年齡分佈在30-39歲的醫師偏好選擇聯合門診的執業方式外，其餘皆選擇聯合診所的方式。

五、不同執業特質的醫師對執業意願的比較

經過 Chi-Square Test 統計分析，不同執業特質的醫師對執業意願的影響，在統計上並無顯著差異。若從百分比來看，結果如下：

(一) 不同執業特質的醫師對目前執業狀況滿意程度的比較，如表 4-28 所示。

不同執業特質的醫師對目前執業狀況滿意程度，大部分選擇尚可接受，表示醫師對目前的執業狀況大多還可以接受。

(二) 不同執業特質的醫師對聯合執業之參與意願的比較，如表 4-29 所示。

平均每週的看診節次、平均每日的看診人次、平均月收入及共同參與執業醫師數的多寡，對於聯合執業之參與意願之影響，並無顯著的不同，以選擇願意參與者所佔比率最高。

(三) 不同執業特質的醫師對聯合執業之執業方式的比較，如表 4-30 所示。

不同執業特質的醫師對聯合執業之執業方式，除了平均每週看診節次在 9 節以下的醫師有 61.9% 選擇聯合門診的執業方式外，其餘以選擇聯合診所者所佔的比率較高。

六、多專科聯合執業時各科醫師希望合作科別之一致性檢定，如表 4-31、4-32 所示。

將科別人數較多的六科包括：一般科、小兒科、內科、家醫科、外、骨科及復健科做 Kendall's W Test，得到以下結果：Kendall ω 和諧係數值為 .838，顯著性之 p 值小於 .05，顯示這六科的醫師對於合作

科別的選擇結果頗為一致，其中以小兒科、內科、家醫科為醫師最有興趣合作的科別。

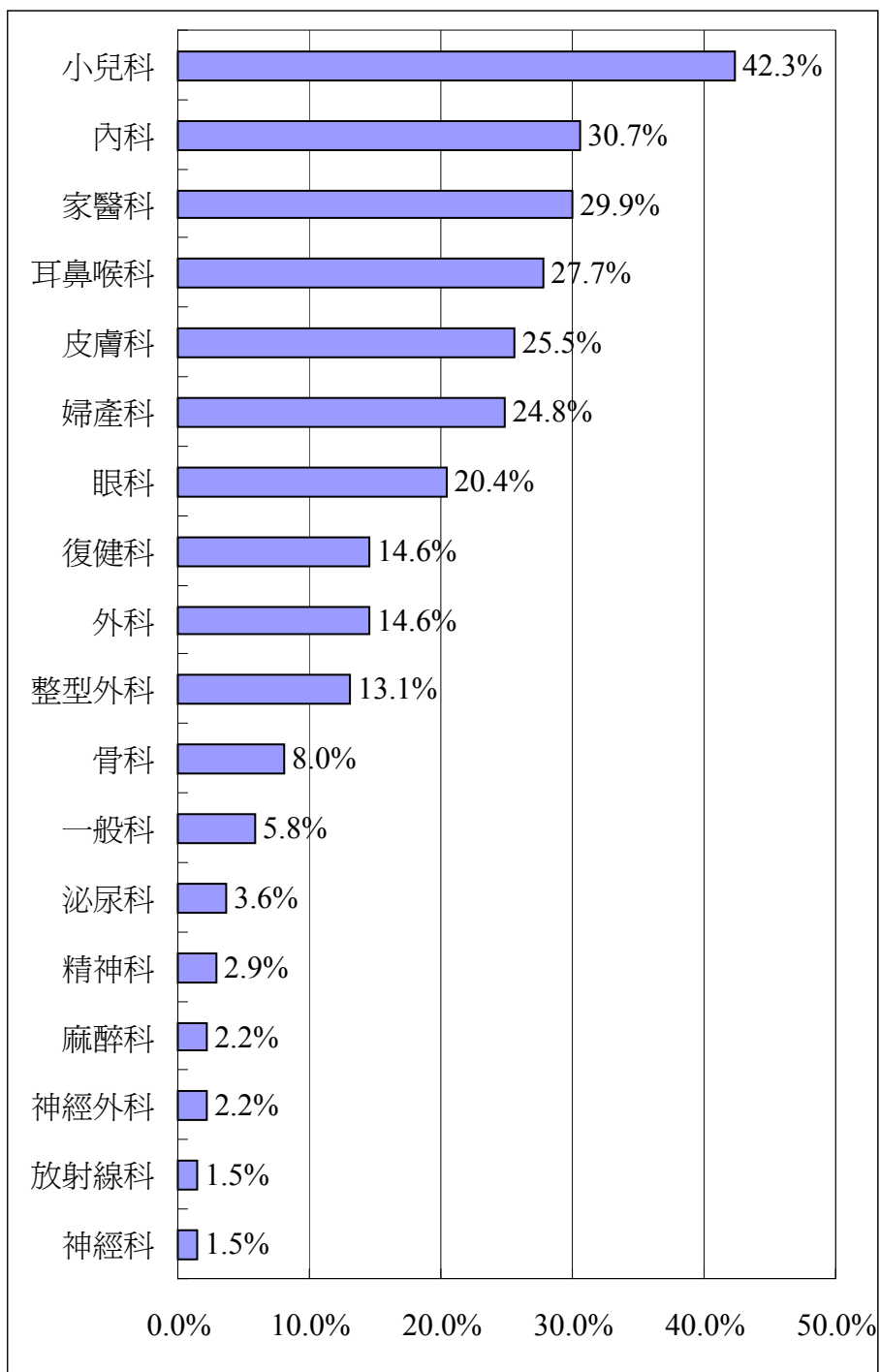


圖 4-1 所有醫師希望合作之科別組合(n=137)

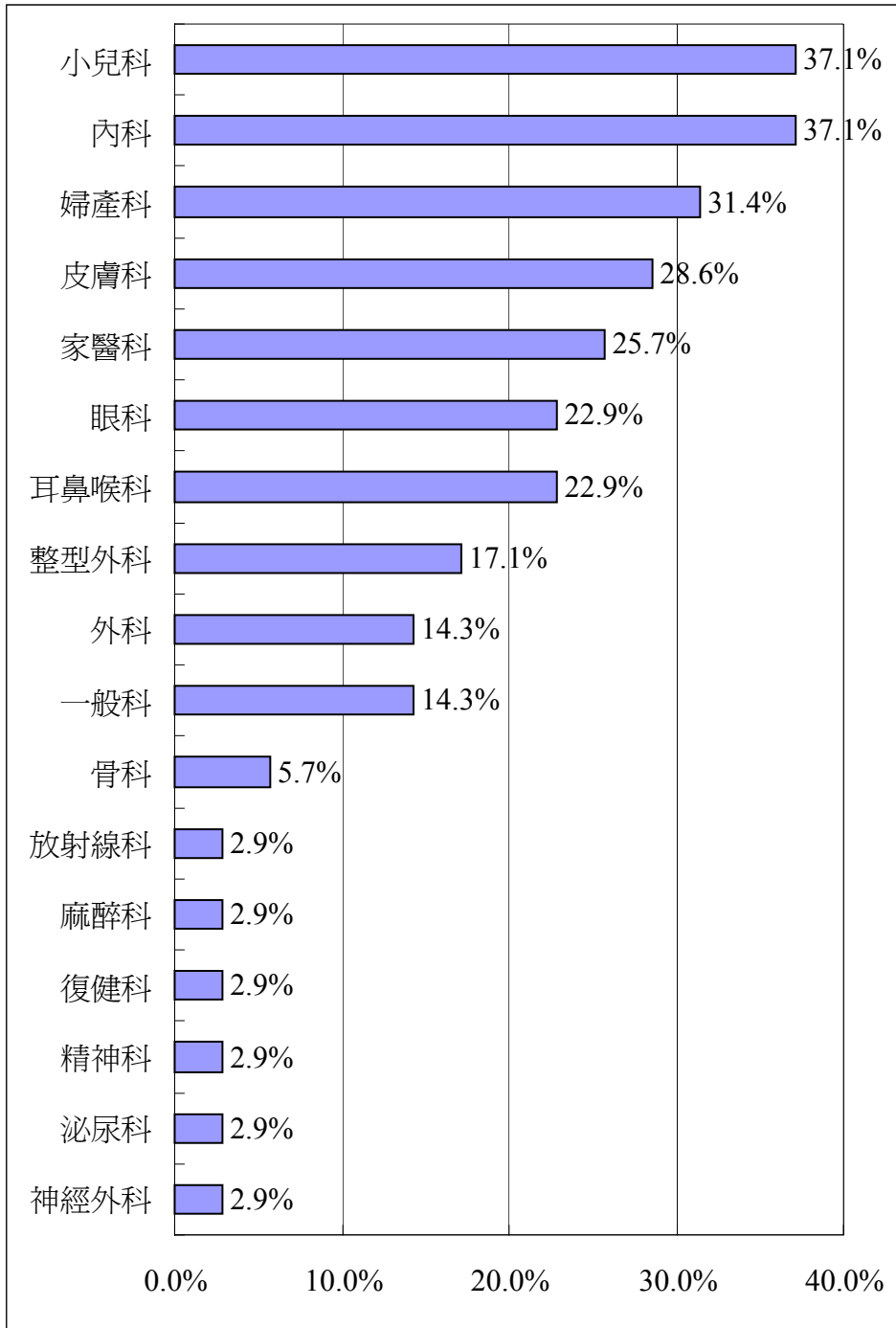


圖 4-2 一般科醫師希望合作之科別組合(n=35)

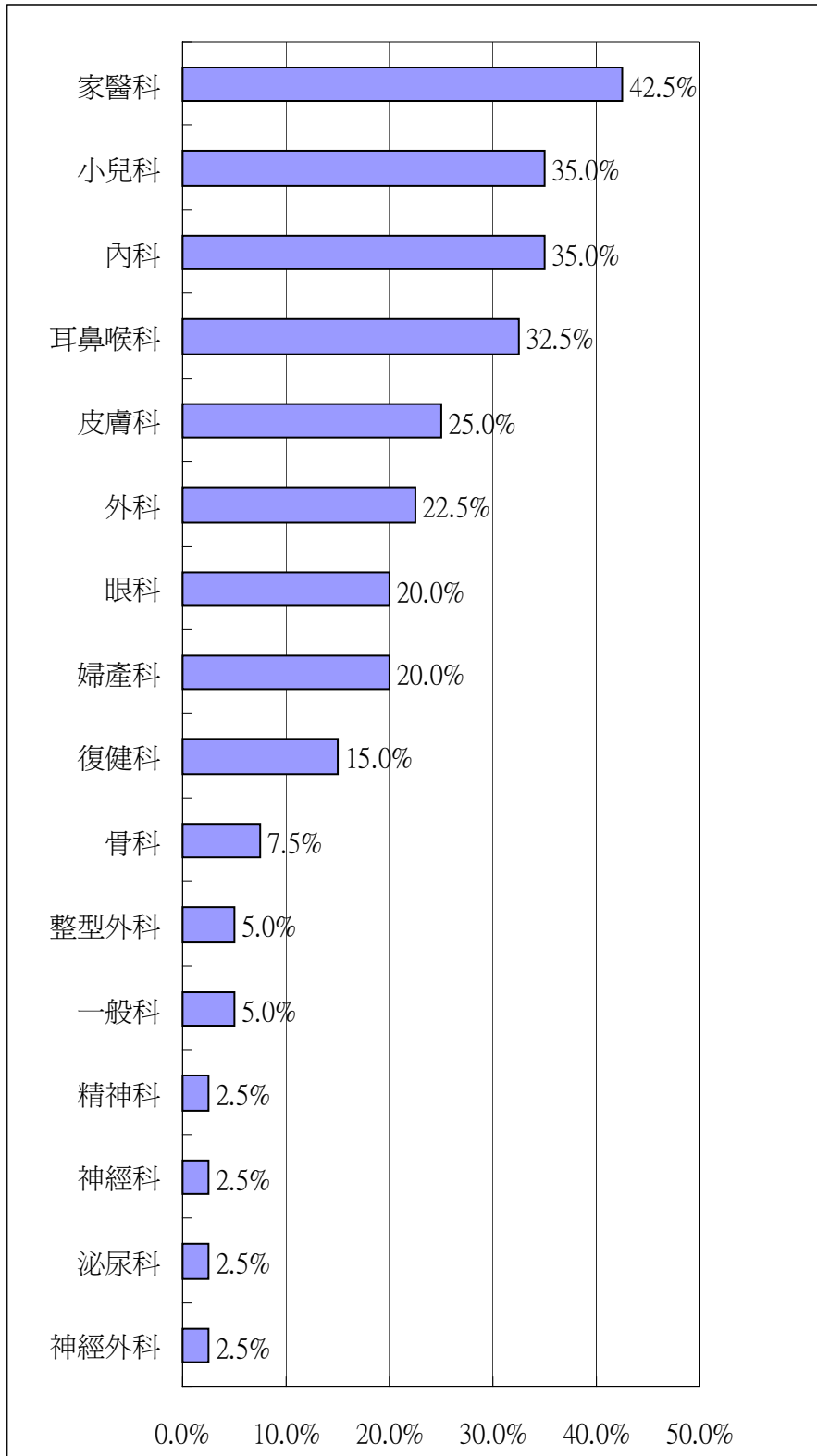


圖 4-3 小兒科醫師希望合作之科別組合(n=40)

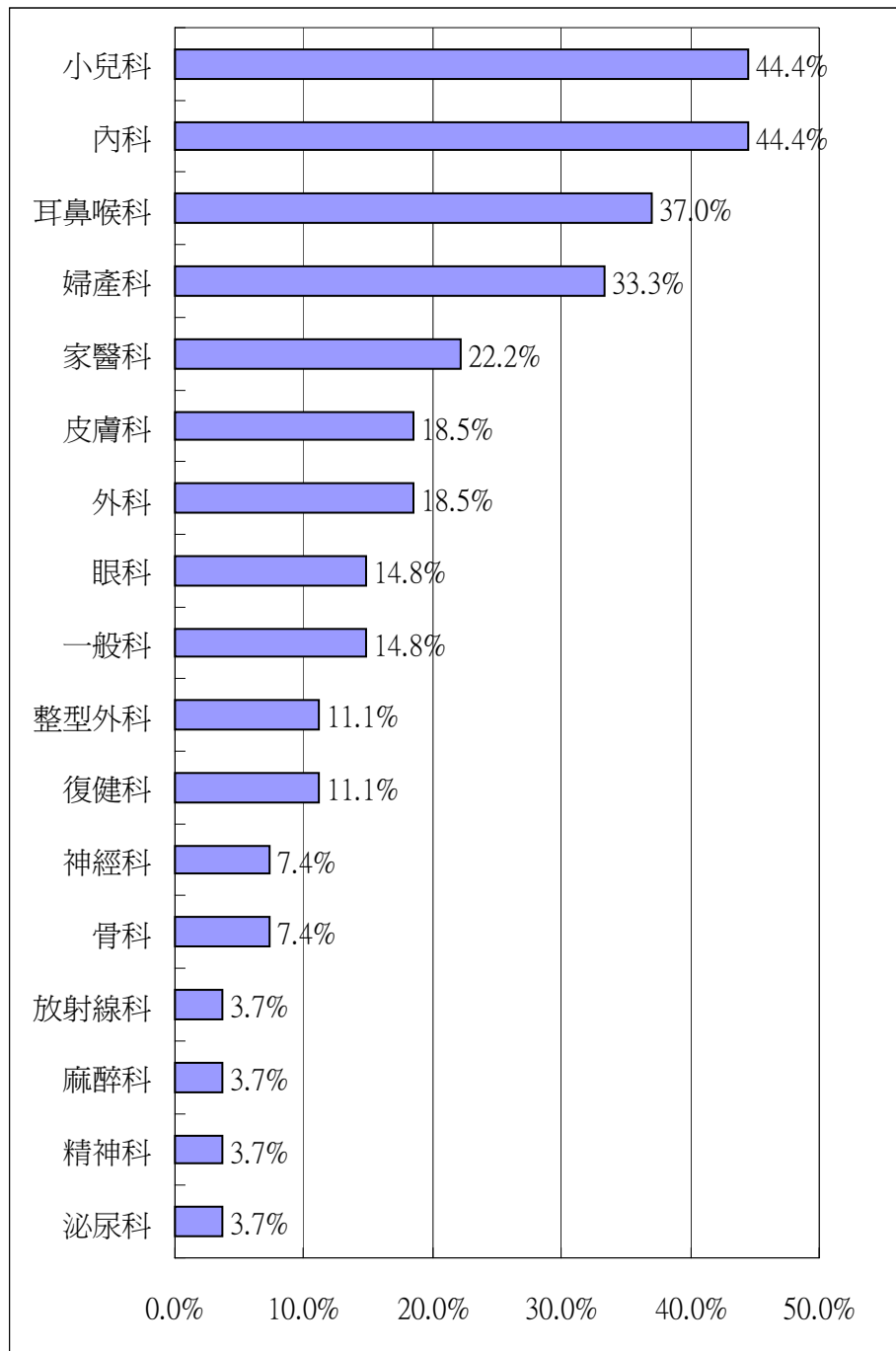


圖 4-4 內科醫師希望合作之科別組合(n=27)

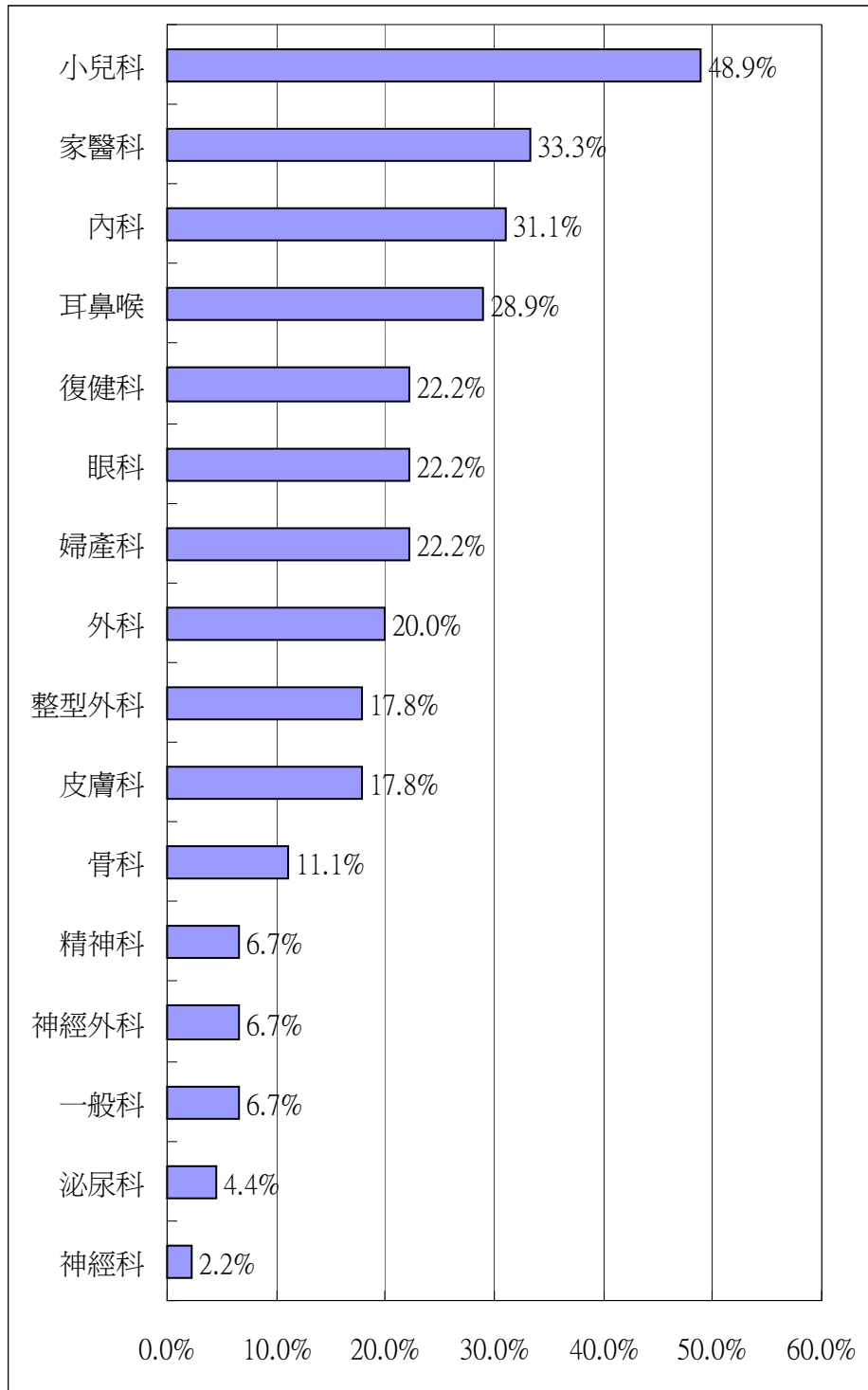


圖 4-5 家醫科醫師希望合作之科別組合(n=45)

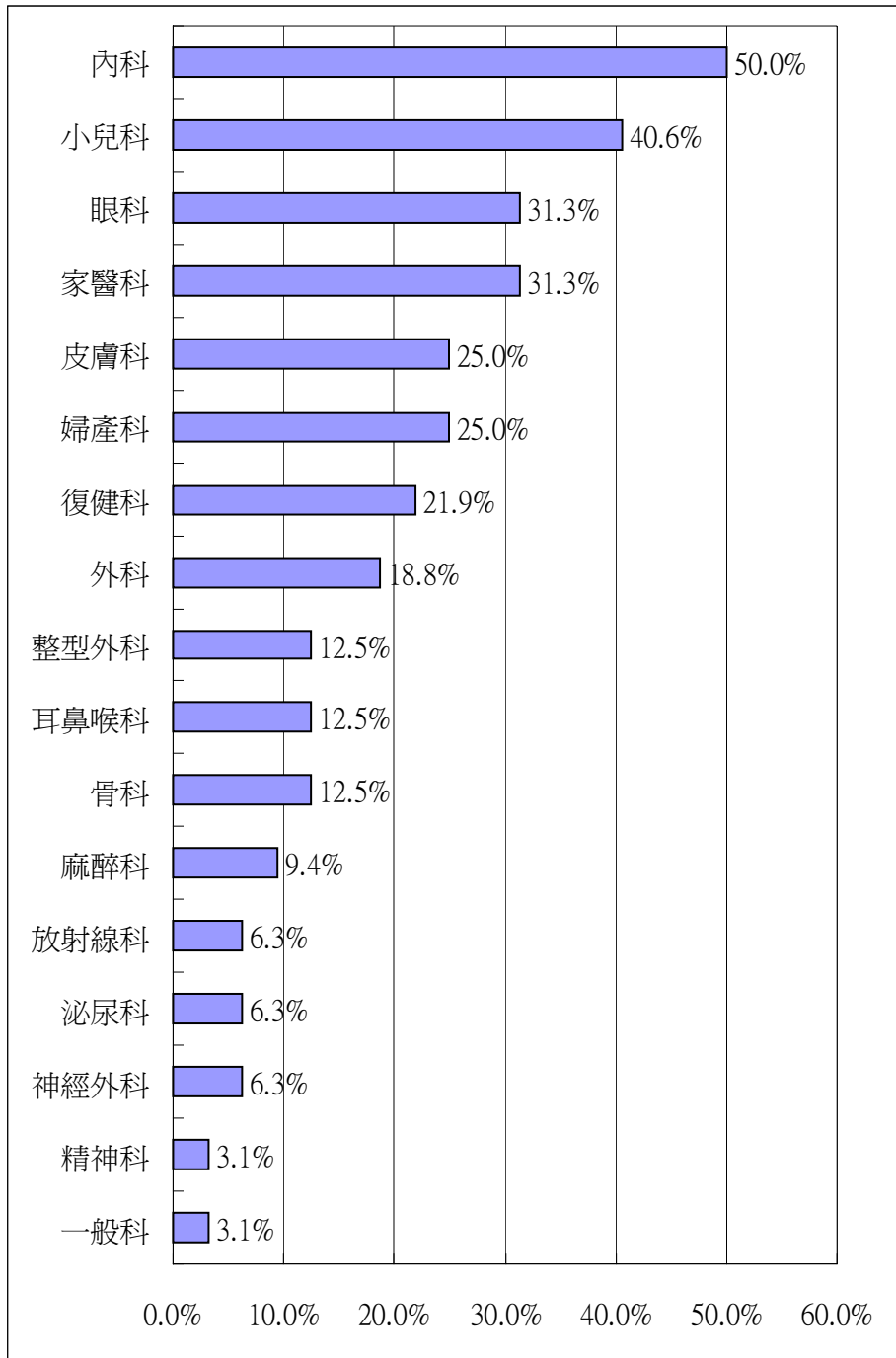


圖 4-6 外、骨科醫師希望合作之科別組合(n=32)

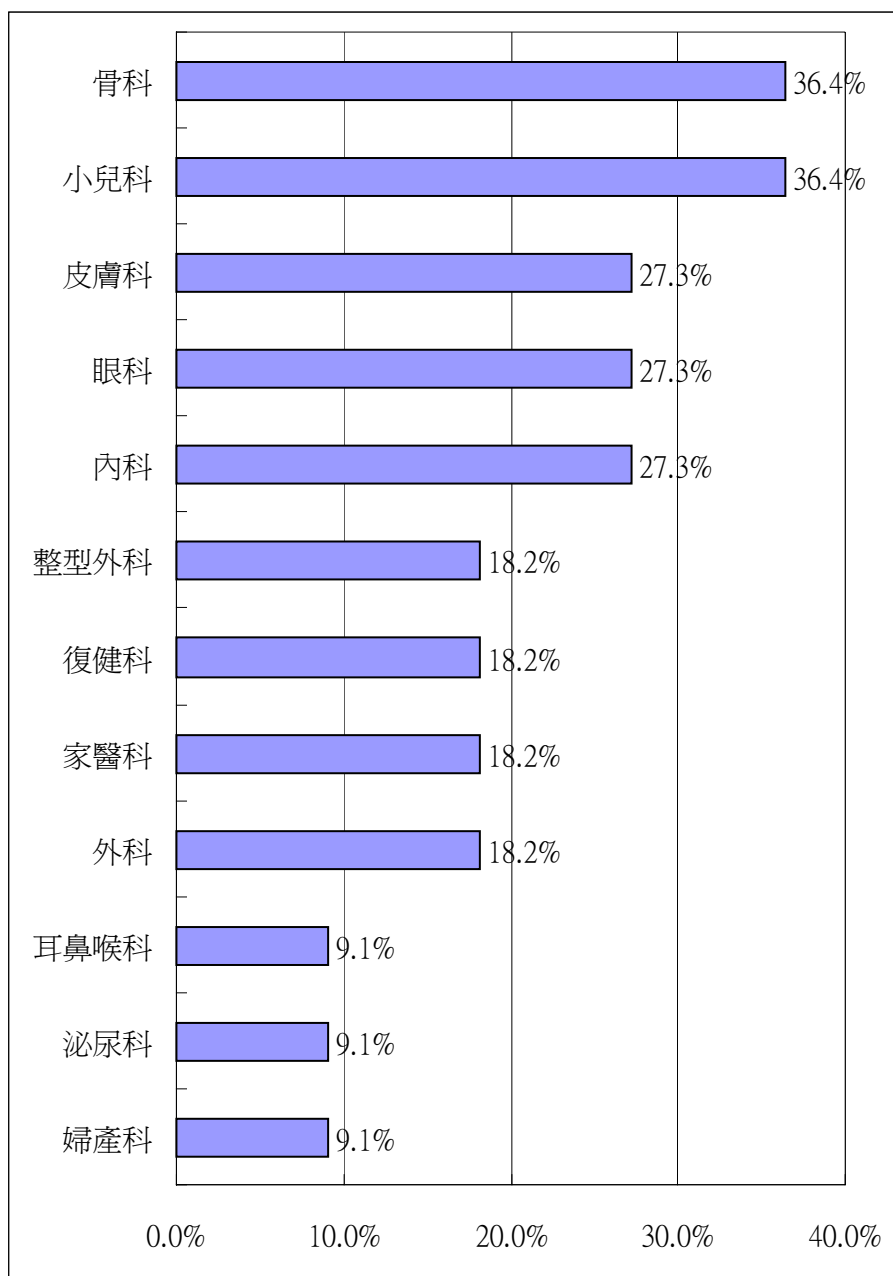


圖 4-7 復健科醫師希望合作之科別組合(n=11)

表 4-1 醫師的基本資料

變項	人次	(%)	變項	人次	(%)
總數	137		執業年數		
			1~3 年	10	7.3
年齡			4~6 年	25	18.2
30-39 歲	20	14.6	7~10 年	27	19.7
40-49 歲	65	47.4	10 年以上	75	54.7
50-59 歲	45	32.8			
60 歲以上	7	5.1	專科資格		
			是	135	98.5
性別			否	2	1.5
男	132	96.4			
女	5	3.60	執業科別		
			小兒科	40	29.2
最高學歷			家醫科	45	32.8
學士	119	86.9	一般科	35	25.5
學士後醫	6	4.4	內科	27	19.7
碩士	10	7.3	外科	15	10.9
其他	1	0.7	骨科	17	12.4
			眼科	10	7.3
執業地點			婦產科	10	7.3
台中市	34	24.8	耳鼻喉科	10	7.3
台中縣	33	24.1	復健科	11	8.0
彰化縣	38	27.7	皮膚科	5	3.6
南投縣	32	23.4	泌尿科	1	0.7
			神經科	2	1.5

表 4-2 醫師目前執業狀況

變項	人數	(%)	變項	人數	(%)
看診節次			執業型態		
9 節以下	21	15.3	單獨執業	112	81.8
10-15 節	42	30.6	聯合診所	18	13.1
16 節以上	74	54.0	聯合門診	5	3.6
			未答	2	1.5
看診人次					
30 人以下	27	19.7	執業醫師數		
31-40 人	32	23.4	1 位	112	81.8
41-50 人	26	19.0	2 位	15	10.9
51-60 人	22	16.1	3 位	3	2.2
61-70 人	12	8.8	5 位	2	1.5
81-90 人	7	5.1	8 位	1	0.7
91-100 人	4	2.9			
100 人以上	4	2.9	擔任職位		
未答	3	2.2	負責醫師	128	93.4
			合夥醫師	5	3.6
月收入			服務醫師	4	2.9
10 萬元以下	16	11.7			
11-20 萬	24	17.5			
21-30 萬	42	30.7			
30 萬以上	47	34.3			
未答	8	5.8			

表 4-3 醫師對法令面之看法

變項	人數	(%)	變項	人數	(%)
差別			合理平均門診量		
特約代號	40	29.2	30 人以下	56	40.9
負責醫師	81	59.1	31-40 人	55	40.1
沒有差別	10	7.3	41-50 人	17	12.4
其他	3	2.2	51-60 人	5	3.6
未答	3	2.2	61-70 人	1	0.7
			81-90 人	1	0.7
			未答	1	1.5
定義					
以聯合門診	10	7.3			
以聯合診所	14	10.2	雇用人員		
均可	113	82.5	藥劑	134	97.8
			檢驗	95	69.3
合理床數			放射線	67	48.9
9 床以下	46	33.6	經營管理	64	46.7
10-19 床	34	24.8	護理人才	125	91.2
20-30 床	4	2.9			
不需設限	47	34.3	支援醫師		
其他	5	3.6	醫學中心	37	27.0
未答	1	0.7	區域醫院	23	16.8
			地區醫院	5	3.6
給付標準			基層診所	64	46.7
高於一般診所	28	20.4	未答	8	5.8
低於一般診所	9	6.6			
同一般診所	97	70.8	支援時數		
其他	1	0.7	4 小時	19	13.9
未答	2	1.5	5-8 小時	58	42.3
			9-12 小時	43	31.4
			13-16 小時	8	5.8
			17 小時以上	5	3.6
			未答	4	2.9

表 4-4 醫師對管理面之看法

變項	人數	(%)	變項	人數	(%)
服務內容			組織型態		
單一專科	12	8.8	獨資	14	10.2
多重專科	124	90.5	合夥	90	65.7
未答	1	0.7	公司法人	32	23.4
			其他	1	0.7
小兒科	58	42.3			
內科	42	30.7	執業地點		
家醫科	41	29.9	大型醫院附近	9	6.6
眼科	28	20.4	中小型醫院	12	8.8
婦產科	34	24.8	基層診所附近	31	22.6
耳鼻喉科	38	27.7	資源缺乏地區	81	59.1
皮膚科	35	25.5	其他	3	2.2
復健科	20	14.6	未答	1	0.7
外科	20	14.6			
整型外科	18	13.1	設施所有權		
骨科	11	8.0	共同合租	66	48.2
泌尿科	5	3.6	共同買斷	12	8.8
精神科	4	2.9	各科自行租用	28	20.4
一般科	8	5.8	各科自行投資	31	22.6
麻醉科	3	2.2			
神經外科	3	2.2	經營管理		
神經科	2	1.5	請專業管理人才	51	37.2
放射線科	2	1.5	由各醫師自行負責	17	12.4
			由合夥人自行管理	54	39.4
			委託管理顧問公司	15	10.9
參與醫師數					
2-3 人	83	60.6			
4-5 人	46	33.6			
6-10 人	7	5.1			
11 人以上	1	0.7			

表 4-5 醫師對財稅面之看法

變項	人數	(%)	變項	人數	(%)
成本分攤			盈餘分配		
每位醫師平均分攤	6	4.4	依出資比例分配	24	17.5
以醫師病人數衡量	9	6.6	依勞務投入比例	105	76.6
以醫師收入平均分攤	8	5.8	依商譽比例分配	2	1.5
以醫師看診時數分攤	8	5.8	其他	3	2.2
三者加權計算	105	76.6	未答	3	2.2
其他	1	0.7			
			稅額反映		
反映儀器設備成本			依預先協定盈餘分配	54	39.4
依合夥之盈餘分配	36	26.3	各醫師開扣繳憑單	76	55.5
依出資比例分配	31	22.6	未答	7	5.1
依勞務投入比例分配	10	7.3			
依使用之頻率、次數	57	41.6			
其他	2	1.5	稅基查核不滿意項目		
未答	1	0.7	設備貸款無法任列	51	37.2
			廣告費及佣金支出無法任列	36	26.3
理想收入分配			私人院所不具法人資格	32	23.4
協商固定薪	3	2.2	執行業務所得調查方式不明確	48	35.0
固定薪加獎勵金	108	78.8			
依工作時數分配	18	13.1	所得損益計算為現金基礎	12	8.8
以收入平分	7	5.1			
其他	1	0.7	其他	4	2.9

表 4-6 醫師對目前執業滿意度及參與聯合執業之意願

變項	人數	(%)	變項	人數	(%)
執業滿意度			執業方式		
非常滿意	6	4.4	以聯合門診	53	38.7
滿意	34	24.8	以聯合診所	84	61.3
尚可	74	54.0			
不滿意	20	14.6	意願不高影響因素		
非常不滿意	3	2.2	病人來源不足	38	27.7
			缺乏自主權	42	30.7
參與意願			合理門診量計算複雜	21	15.3
願意	99	72.3	健保開放項目太少	10	7.3
不願意	36	26.3	大醫院門診競爭	18	13.1
未答	2	1.5	其他	3	2.2
			未答	5	3.6

表 4-7 醫師對聯合門診與聯合診所差別的看法

	聯合門診與聯合診所的差別				
	特約代號	負責醫師	沒有差別	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	7 (35.0)	12 (60.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
40-49	18 (28.1)	38 (59.4)	6 (9.4)	2 (3.1)	64 (100.0)
50 歲以上	15 (30.0)	31 (62.0)	4 (8.0)	0 (0.0)	50 (100.0)
執業地點					
台中市	12 (35.3)	20 (58.8)	2 (5.9)	0 (0.0)	34 (100.0)
台中縣	10 (30.3)	19 (57.6)	3 (9.1)	1 (3.0)	33 (100.0)
彰化縣	9 (25.7)	21 (60.0)	4 (11.4)	1 (2.9)	35 (100.0)
南投縣	9 (28.1)	21 (65.6)	1 (3.1)	1 (3.1)	32 (100.0)
執業年數					
10 年以上	19 (31.1)	35 (57.4)	4 (6.6)	3 (4.9)	61 (100.0)
10 年以下	21 (28.8)	46 (63.0)	6 (8.2)	0 (0.0)	73 (100.0)

表 4-8 醫師對聯合執業定義的看法

	對聯合執業的定義			
	以聯合門診	以聯合診所	均可	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡				
30-39	0 (0.0)	2 (10.0)	18 (90.0)	20 (100.0)
40-49	5 (7.7)	7 (10.8)	53 (81.5)	65 (100.0)
50 歲以上	5 (9.6)	5 (9.6)	42 (80.8)	52 (100.0)
執業地點				
台中市	2 (5.9)	3 (8.8)	29 (85.3)	34 (100.0)
台中縣	1 (3.0)	5 (15.2)	27 (81.8)	33 (100.0)
彰化縣	4 (10.5)	3 (7.9)	31 (81.6)	38 (100.0)
南投縣	3 (9.4)	3 (9.4)	26 (81.3)	32 (100.0)
執業年數				
10 年以上	2 (3.2)	7 (11.3)	53 (85.5)	62 (100.0)
10 年以下	8 (10.7)	7 (9.3)	60 (80.0)	75 (100.0)

表 4-9 醫師對於聯合執業之合理觀察病床數的看法

	合理的觀察病床數					
	9 床以下	10-19 床	20-30 床	不需設限	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡						
30-39	7 (35.0)	6 (30.0)	0 (0.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
40-49	16 (24.6)	9 (13.8)	1 (1.5)	36 (55.4)	3 (4.6)	65 (100.0)
50 歲以上	23 (45.1)	19 (37.3)	3 (5.9)	6 (11.8)	0 (0.0)	51 (100.0)
執業地點						
台中市	6 (17.6)	12 (35.3)	2 (5.9)	12 (35.3)	2 (5.9)	34 (100.0)
台中縣	16 (48.5)	6 (18.2)	0 (0.0)	11 (33.3)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	8 (21.6)	13 (35.1)	2 (5.4)	12 (32.4)	2 (5.4)	37 (100.0)
南投縣	16 (50.0)	3 (9.4)	0 (0.0)	12 (37.5)	1 (3.1)	32 (100.0)
執業年數						
10 年以上	20 (32.3)	12 (19.4)	1 (1.6)	25 (40.3)	4 (6.5)	62 (100.0)
10 年以下	26 (35.1)	22 (29.7)	3 (4.1)	22 (29.7)	1 (1.4)	74 (100.0)

表 4-10 醫師對於聯合執業給付標準的看法

	聯合執業之給付標準				
	高於一般診所	低於一般診所	與一般診所同	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	3 (15.8)	1 (5.3)	15 (78.9)	0 (0.0)	19 (100.0)
40-49	13 (20.3)	4 (6.3)	46 (71.9)	1 (1.6)	64 (100.0)
50 歲以上	12 (23.1)	4 (7.7)	36 (69.2)	0 (0.0)	52 (100.0)
執業地點					
台中市	7 (21.9)	3 (9.4)	22 (68.8)	0 (0.0)	32 (100.0)
台中縣	8 (24.2)	1 (3.0)	24 (72.7)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	5 (13.2)	5 (13.2)	28 (73.7)	0 (0.0)	38 (100.0)
南投縣	8 (25.0)	0 (0.0)	23 (71.9)	1 (3.1)	32 (100.0)
執業年數					
10 年以上	14 (23.3)	2 (3.3)	43 (71.7)	1 (1.7)	60 (100.0)
10 年以下	14 (18.7)	7 (9.3)	54 (72.0)	0 (0.0)	75 (100.0)

表 4-11 醫師對聯合執業之醫師每人每節平均門診量的看法

	平均門診量			
	30 人以下	31-60 人	61 人以上	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡				
30-39	6 (30.0)	14 (70.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
40-49	29 (45.3)	35 (54.7)	0 (0.0)	64 (100.0)
50 歲以上	21 (41.2)	28 (54.9)	2 (3.9)	51 (100.0)
執業地點				
台中市	18 (52.9)	16 (47.1)	0 (0.0)	34 (100.0)
台中縣	11 (34.4)	21 (65.6)	0 (0.0)	32 (100.0)
彰化縣	14 (37.8)	21 (56.8)	2 (5.4)	37 (100.0)
南投縣	13 (40.6)	19 (59.4)	0 (0.0)	32 (100.0)
執業年數				
10 年以上	23 (37.7)	38 (62.3)	0 (0.0)	61 (100.0)
10 年以下	33 (44.6)	39 (52.7)	2 (2.7)	74 (100.0)

表 4-12 醫師對於支援醫師的看法

	支援醫師				
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	7 (35.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	9 (45.0)	20 (100.0)
40-49	17 (27.4)	11 (17.7)	3 (4.8)	31 (50.0)	62 (100.0)
50 歲以上	13 (27.7)	9 (19.1)	1 (2.1)	24 (51.1)	47 (100.0)
執業地點					
台中市	11 (32.4)	7 (20.6)	0 (0.0)	16 (47.1)	34 (100.0)
台中縣	7 (21.9)	9 (28.1)	2 (6.3)	14 (43.8)	32 (100.0)
彰化縣	9 (26.5)	5 (14.7)	0 (0.0)	20 (58.8)	34 (100.0)
南投縣	10 (34.5)	2 (6.9)	3 (10.3)	14 (48.3)	29 (100.0)
執業年數					
10 年以上	20 (33.3)	10 (16.7)	4 (6.7)	26 (43.3)	60 (100.0)
10 年以下	17 (24.6)	13 (18.8)	1 (1.4)	38 (55.1)	69 (100.0)

表 4-13 醫師對支援醫師合理支援時數的看法

	合理支援時數				
	4 小時以下/週	5-8 小時/週	9-12 小時/週	13 小時以上/週	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	2 (10.0)	9 (45.0)	8 (40.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
40-49	5 (7.9)	33 (52.4)	18 (28.6)	7 (11.1)	63 (100.0)
50 歲以上	12 (24.0)	16 (32.0)	17 (34.0)	5 (10.0)	50 (100.0)
執業地點					
台中市	2 (6.1)	18 (54.5)	9 (27.3)	4 (12.1)	33 (100.0)
台中縣	4 (12.5)	10 (31.3)	12 (37.5)	6 (18.8)	32 (100.0)
彰化縣	10 (27.8)	13 (36.1)	10 (27.8)	3 (8.3)	36 (100.0)
南投縣	3 (9.4)	17 (53.1)	12 (37.5)	0 (0.0)	32 (100.0)
執業年數					
10 年以上	5 (8.2)	31 (50.8)	18 (29.5)	7 (11.5)	61 (100.0)
10 年以下	14 (19.4)	27 (37.5)	25 (34.7)	6 (8.3)	72 (100.0)

表 4-14 醫師對聯合執業所提供之服務內容的看法

	聯合執業提供的服務內容		
	單一專科	多重專科	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡			
30-39	0 (0.0)	20 (100.0)	20 (100.0)
40-49	6 (9.4)	58 (90.6)	64 (100.0)
50 歲以上	6 (11.5)	46 (88.5)	52 (100.0)
執業地點			
台中市	3 (8.8)	31 (91.2)	34 (100.0)
台中縣	3 (9.4)	29 (90.6)	32 (100.0)
彰化縣	5 (13.2)	33 (86.8)	38 (100.0)
南投縣	1 (3.1)	31 (96.9)	32 (100.0)
執業年數			
10 年以上	4 (6.5)	58 (93.5)	62 (100.0)
10 年以下	8 (10.8)	66 (89.2)	74 (100.0)

表 4-15 醫師對聯合執業之參與醫師數的看法

	共同參與醫師數			
	2-3 人	4-5 人	6 人以上	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡				
30-39	14 (30.0)	5 (70.0)	1 (3.9)	20 (100.0)
40-49	43 (45.3)	19 (54.7)	3 (3.9)	65 (100.0)
50 歲以上	26 (41.2)	22 (54.9)	4 (3.9)	52 (100.0)
執業地點				
台中市	21 (61.8)	12 (35.3)	1 (2.9)	34 (100.0)
台中縣	23 (69.7)	9 (27.3)	1 (0.3)	33 (100.0)
彰化縣	20 (52.6)	13 (34.2)	5 (13.2)	38 (100.0)
南投縣	19 (59.4)	12 (37.5)	1 (3.1)	32 (100.0)
執業年數				
10 年以上	43 (69.4)	17 (27.4)	2 (3.2)	62 (100.0)
10 年以下	40 (53.3)	29 (38.7)	6 (8.0)	75 (100.0)

表 4-16 醫師對聯合執業最適組織型態的看法

	聯合執業之最適組織型態				
	獨資	合夥	公司或法人	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	2 (10.0)	13 (65.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
40-49	8 (12.3)	42 (64.6)	14 (21.5)	1 (1.5)	65 (100.0)
50 歲以上	4 (7.7)	35 (67.3)	13 (25.0)	0 (0.0)	52 (100.0)
執業地點					
台中市	3 (8.8)	22 (64.7)	8 (23.5)	1 (2.9)	34 (100.0)
台中縣	2 (6.1)	21 (63.6)	10 (30.3)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	8 (21.1)	19 (50.0)	11 (28.9)	0 (0.0)	38 (100.0)
南投縣	1 (3.1)	28 (87.5)	3 (9.4)	0 (0.0)	32 (100.0)
執業年數					
10 年以上	8 (12.9)	37 (59.7)	16 (25.8)	1 (1.6)	62 (100.0)
10 年以下	6 (8.0)	53 (70.7)	16 (21.3)	0 (0.0)	75 (100.0)

表 4-17 醫師對於聯合執業地點設置的看法

	聯合執業之地點設置					
	大型醫院附近	中小型醫院附近	基層診所附近	醫療資源缺乏地區	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡						
30-39	1 (5.0)	3 (15.0)	4 (20.0)	12 (60.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
40-49	3 (4.7)	5 (7.8)	12 (18.8)	42 (65.6)	2 (3.1)	64 (100.0)
50 歲以上	5 (9.6)	4 (7.7)	15 (28.8)	27 (51.9)	1 (1.9)	52 (100.0)
執業地點						
台中市	6 (18.2)	4 (12.1)	4 (12.1)	19 (57.6)	0 (0.0)	33 (100.0)
台中縣	0 (0.0)	5 (15.2)	12 (36.4)	16 (48.5)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	1 (2.6)	1 (2.6)	7 (18.4)	27 (71.1)	2 (5.3)	38 (100.0)
南投縣	2 (6.3)	2 (6.3)	8 (25.0)	19 (59.4)	1 (3.1)	32 (100.0)
執業年數						
10 年以上	4 (6.6)	6 (9.8)	11 (18.0)	38 (62.3)	2 (3.3)	61 (100.0)
10 年以下	5 (6.7)	6 (8.0)	20 (26.7)	43 (57.3)	1 (1.3)	75 (100.0)

表 4-18 醫師對醫療設施所有權歸屬的看法

	聯合執業之設施所有權				
	共同合租	共同買斷	各科自行租用	各科自行買斷	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	15 (75.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
40-49	26 (40.0)	8 (12.3)	17 (26.2)	14 (21.5)	65 (100.0)
50 歲以上	25 (48.1)	4 (7.7)	8 (15.4)	15 (28.8)	52 (100.0)
執業地點					
台中市	21 (61.8)	0 (0.0)	7 (20.6)	6 (17.6)	34 (100.0)
台中縣	11 (33.3)	5 (15.2)	10 (30.3)	7 (21.2)	33 (100.0)
彰化縣	13 (34.2)	7 (18.4)	6 (15.8)	12 (31.6)	38 (100.0)
南投縣	21 (65.6)	0 (0.0)	5 (15.6)	6 (18.8)	32 (100.0)
執業年數					
10 年以上	32 (51.6)	5 (8.1)	15 (24.2)	10 (16.1)	62 (100.0)
10 年以下	34 (45.3)	7 (9.3)	13 (17.3)	21 (28.0)	75 (100.0)

表 4-19 醫師對聯合執業經營管理方式的看法

	聯合執業之經營管理				
	請專業管理 人才負責	各醫師自行 負責	合夥人自行管 理	委託管理顧問 公司	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	12 (60.0)	3 (15.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
40-49	17 (26.2)	7 (10.8)	32 (49.2)	9 (13.8)	65 (100.0)
50 歲以上	22 (42.3)	7 (13.5)	17 (32.7)	6 (11.5)	52 (100.0)
執業地點					
台中市	13 (38.2)	2 (5.9)	14 (41.2)	5 (14.7)	34 (100.0)
台中縣	10 (30.3)	3 (9.1)	15 (45.5)	5 (15.2)	33 (100.0)
彰化縣	16 (42.1)	7 (18.4)	13 (34.2)	2 (5.3)	38 (100.0)
南投縣	12 (37.5)	5 (15.6)	12 (37.5)	3 (9.4)	32 (100.0)
執業年數					
10 年以上	23 (37.1)	7 (11.3)	24 (38.7)	8 (12.9)	62 (100.0)
10 年以下	28 (37.3)	10 (13.3)	30 (40.0)	7 (9.3)	75 (100.0)

表 4-20 醫師對聯合執業成本分攤方式的看法

	聯合執業之成本分攤方式						
	每位醫師 平均分攤	以醫師病 人數衡量	以收入平 均分攤	以看診時 數分攤	三者加權 計算	其他	總計
	人次(%)	人次(%)	人次(%)	人次(%)	人次(%)	人次(%)	人次(%)
年齡							
30-39	0 (0.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	15 (75.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
40-49	2 (3.1)	2 (3.1)	3 (4.6)	3 (4.6)	55 (84.6)	0 (0.0)	65 (100.0)
50 歲以上	4 (7.7)	5 (9.6)	4 (7.7)	3 (5.8)	35 (67.3)	1 (1.9)	52 (100.0)
執業地點							
台中市	0 (0.0)	1 (2.9)	3 (8.8)	2 (5.9)	28 (82.4)	0 (0.0)	34 (100.0)
台中縣	2 (6.1)	3 (9.1)	1 (3.0)	3 (9.1)	24 (72.7)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	3 (7.9)	4 (10.5)	0 (0.0)	1 (2.6)	29 (76.3)	1 (2.6)	38 (100.0)
南投縣	1 (3.1)	1 (3.1)	4 (12.5)	2 (6.3)	24 (75.0)	0 (0.0)	32 (100.0)
執業年數							
10 年以上	0 (0.0)	3 (4.8)	4 (6.5)	3 (4.8)	52 (83.9)	0 (0.0)	62 (100.0)
10 年以下	6 (8.0)	6 (8.0)	4 (5.3)	5 (6.7)	53 (70.7)	1 (1.3)	75 (100.0)

表 4-21 醫師對於共購之相關醫療儀器成本的看法

	反映儀器設備成本					
	依合夥盈餘分配	依出資比例分配	依勞務投入比例分配	依使用之頻率、次數分配	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡						
30-39	3 (15.8)	5 (26.3)	2 (10.5)	9 (47.4)	0 (0.0)	19 (100.0)
40-49	22 (33.8)	14 (21.5)	5 (7.7)	23 (35.4)	1 (1.5)	65 (100.0)
50 歲以上	11 (21.2)	12 (23.1)	3 (5.8)	25 (48.1)	1 (1.9)	52 (100.0)
執業地點						
台中市	9 (27.3)	6 (18.2)	0 (0.0)	18 (54.5)	0 (0.0)	33 (100.0)
台中縣	8 (24.2)	9 (27.3)	4 (12.1)	12 (36.4)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	11 (28.9)	8 (21.1)	5 (13.2)	13 (34.2)	1 (2.6)	38 (100.0)
南投縣	8 (25.0)	8 (25.0)	1 (3.1)	14 (43.8)	1 (3.1)	32 (100.0)
執業年數						
10 年以上	16 (26.2)	15 (24.6)	4 (6.6)	25 (41.0)	1 (1.6)	61 (100.0)
10 年以下	20 (26.7)	16 (21.3)	6 (8.0)	32 (42.7)	1 (1.3)	75 (100.0)

表 4-22 醫師對於醫師收入分配方式的看法

	收入分配方式					
	協商固定薪資	協商固定薪加獎勵金	依工作時數分配	以收入平分	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡						
30-39	0 (0.0)	17 (85.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
40-49	1 (1.5)	50 (76.9)	10 (15.4)	4 (6.2)	0 (0.0)	65 (100.0)
50 歲以上	2 (3.8)	41 (78.8)	6 (11.5)	2 (3.8)	1 (1.9)	52 (100.0)
執業地點						
台中市	0 (0.0)	28 (82.4)	2 (5.9)	3 (8.8)	1 (2.9)	34 (100.0)
台中縣	2 (6.1)	23 (69.7)	6 (18.2)	2 (6.1)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	0 (0.0)	31 (81.6)	6 (15.8)	1 (2.6)	0 (0.0)	38 (100.0)
南投縣	1 (3.1)	26 (81.3)	4 (12.5)	1 (3.1)	0 (0.0)	32 (100.0)
執業年數						
10 年以上	1 (1.6)	51 (82.3)	6 (9.7)	4 (6.5)	0 (0.0)	62 (100.0)
10 年以下	2 (2.7)	57 (76.0)	12 (16.0)	3 (4.0)	1 (1.3)	75 (100.0)

表 4-23 醫師對合夥醫師盈餘分配比例的看法

	盈餘分配				
	依出資比例分配	依勞務投入比例	依商譽比例分配	其他	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡					
30-39	3 (15.0)	17 (85.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
40-49	10 (15.6)	51 (79.7)	1 (1.6)	2 (3.1)	64 (100.0)
50 歲以上	11 (22.0)	37 (74.0)	1 (2.0)	1 (2.0)	50 (100.0)
執業地點					
台中市	7 (20.6)	27 (79.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (100.0)
台中縣	7 (21.2)	25 (75.8)	1 (3.0)	0 (0.0)	33 (100.0)
彰化縣	7 (20.0)	26 (74.3)	1 (2.9)	1 (2.9)	35 (100.0)
南投縣	3 (9.4)	27 (84.4)	0 (0.0)	2 (6.3)	32 (100.0)
執業年數					
10 年以上	11 (18.0)	47 (77.0)	1 (1.6)	2 (3.3)	61 (100.0)
10 年以下	13 (17.8)	58 (79.5)	1 (1.4)	1 (1.4)	73 (100.0)

表 4-24 醫師對負責醫師稅額公平反映的看法

	稅額反映		
	依預先協定之盈餘 分配比例計算	依實際所得開立扣 繳憑單	總計
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
年齡			
30-39	7 (36.8)	12 (63.2)	19 (100.0)
40-49	29 (46.0)	34 (54.0)	63 (100.0)
50 歲以上	18 (37.5)	30 (62.5)	48 (100.0)
執業地點			
台中市	9 (28.1)	23 (71.9)	32 (100.0)
台中縣	17 (53.1)	15 (46.9)	32 (100.0)
彰化縣	15 (42.9)	20 (57.1)	35 (100.0)
南投縣	13 (41.9)	18 (58.1)	31 (100.0)
執業年數			
10 年以上	24 (40.0)	36 (60.0)	60 (100.0)
10 年以下	30 (42.9)	40 (57.1)	70 (100.0)

表 4-25 醫師對目前執業狀況滿意程度的比較

	執業滿意度			總計
	非常滿意 滿意	尚可	不滿意 非常不滿意	
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	
年齡				
30-39	7 (35.0)	10 (50.0)	3 (15.0)	20 (100.0)
40-49	22 (33.8)	34 (52.3)	9 (13.8)	65 (100.0)
50 歲以上	11 (21.2)	30 (57.7)	11 (21.2)	52 (100.0)
				$p=0.549$
執業地點				
台中市	12 (35.3)	18 (52.9)	4 (11.8)	34 (100.0)
台中縣	9 (27.2)	18 (54.5)	6 (18.2)	33 (100.0)
彰化縣	10 (26.3)	21 (55.3)	7 (18.4)	38 (100.0)
南投縣	9 (28.1)	17 (53.1)	6 (18.8)	32 (100.0)
				$p=0.971$
執業年數				
10 年以上	21 (33.9)	31 (50.0)	10 (16.1)	62 (100.0)
10 年以下	19 (25.3)	43 (57.3)	13 (17.3)	75 (100.0)
				$p=0.545$

表 4-26 醫師對聯合執業參與意願的比較

	聯合執業之參與意願		總計
	願意	不願意	
	人次 (%)	人次 (%)	
年齡			
30-39	14 (70.0)	6 (30.0)	20 (100.0)
40-49	52 (81.3)	12 (18.8)	64 (100.0)
50 歲以上	33 (64.7)	18 (35.3)	51 (100.0)
			$p=0.128$
執業地點			
台中市	26 (76.5)	8 (23.5)	34 (100.0)
台中縣	26 (81.3)	6 (18.8)	32 (100.0)
彰化縣	24 (63.2)	14 (36.8)	38 (100.0)
南投縣	23 (74.2)	8 (25.8)	31 (100.0)
			$p=0.359$
執業年數			
10 年以上	47 (77.0)	14 (23.0)	61 (100.0)
10 年以下	52 (70.3)	22 (29.7)	74 (100.0)
			$p=0.375$

表 4-27 醫師對聯合執業之執業方式的比較

	聯合執業之執業方式		總計
	聯合門診	聯合診所	
	人次 (%)	人次 (%)	
年齡			
30-39	11 (55.0)	9 (45.0)	20 (100.0)
40-49	21 (32.3)	44 (67.7)	65 (100.0)
50 歲以上	21 (40.4)	31 (59.6)	52 (100.0)
			$p=0.181$
執業地點			
台中市	11 (32.4)	23 (67.6)	34 (100.0)
台中縣	14 (42.4)	19 (57.6)	33 (100.0)
彰化縣	17 (44.7)	21 (55.3)	38 (100.0)
南投縣	11 (34.4)	21 (65.6)	32 (100.0)
			$p=0.658$
執業年數			
10 年以上	25 (40.3)	37 (59.7)	62 (100.0)
10 年以下	28 (37.3)	47 (62.7)	75 (100.0)
			$p=0.721$

表 4-28 不同執業特質的醫師對目前執業狀況滿意程度的比較

	執業滿意度			總計
	非常滿意	尚可	不滿意	
	滿意		非常不滿意	
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
看診節次/週				
9 節以下	4 (19.0)	11 (52.4)	6 (28.6)	21 (100.0)
10-15 節	17 (40.5)	20 (47.6)	5 (11.9)	42 (100.0)
16 節以上	19 (25.7)	43 (58.1)	12 (16.2)	74 (100.0)
				$p=0.215$
看診人次/日				
30 人以下	4 (14.8)	10 (37.0)	13 (48.1)	27 (100.0)
31-60 人	27 (33.8)	44 (55.0)	9 (11.2)	80 (100.0)
61 人以上	9 (33.3)	17 (63.0)	1 (3.7)	27 (100.0)
平均月收入				
10 萬以下	3 (18.8)	4 (25.0)	9 (56.2)	16 (100.0)
11-20	5 (20.8)	13 (54.2)	6 (25.0)	24 (100.0)
21-30	14 (33.3)	23 (54.7)	5 (11.9)	42 (100.0)
30 萬以上	17 (36.2)	28 (59.6)	2 (4.3)	47 (100.0)
執業醫師數				
1 位	30 (26.8)	62 (55.4)	20 (17.9)	112 (100.0)
1 位以上	10 (47.6)	9 (42.9)	2 (9.5)	21 (100.0)
				$p=0.149$

表 4-29 不同執業特質的醫師對聯合執業之參與意願的比較

	聯合執業之參與意願		總計
	願意	不願意	
	人次 (%)	人次 (%)	
看診節次/週			
9 節以下	16 (76.2)	5 (23.8)	21 (100.0)
10-15 節	32 (78.0)	9 (22.0)	41 (100.0)
16 節以上	51 (69.9)	22 (30.1)	73 (100.0)
			$p=0.605$
看診人次/日			
30 人以下	16 (59.3)	11 (40.7)	27 (100.0)
31-60 人	62 (78.5)	17 (21.5)	79 (100.0)
61 人以上	20 (76.9)	6 (23.1)	26 (100.0)
			$p=0.135$
平均月收入			
10 萬以下	8 (50.0)	8 (50.0)	16 (100.0)
11-20	17 (70.8)	7 (29.2)	24 (100.0)
21-30	33 (78.6)	9 (21.4)	42 (100.0)
30 萬以上	34 (75.6)	11 (24.4)	45 (100.0)
			$p=0.166$
執業醫師數			
1 位	79 (71.8)	31 (28.2)	110 (100.0)
1 位以上	17 (81.0)	4 (19.0)	21 (100.0)
			$p=0.386$

表 4-30 不同執業特質的醫師對聯合執業之執業方式的比較

	聯合執業之執業方式		總計
	聯合門診	聯合診所	
	人次 (%)	人次 (%)	人次 (%)
看診節次/週			
9 節以下	13 (61.9)	8 (38.1)	21 (100.0)
10-15 節	13 (31.0)	29 (69.0)	42 (100.0)
16 節以上	27 (36.5)	47 (63.5)	74 (100.0)
			$p=0.050$
看診人次/日			
30 人以下	11 (40.7)	16 (59.3)	27 (100.0)
31-60 人	33 (41.3)	47 (58.8)	80 (100.0)
61 人以上	9 (33.3)	18 (66.7)	27 (100.0)
			$p=0.760$
平均月收入			
10 萬以下	7 (43.8)	9 (56.3)	16 (100.0)
11-20	9 (37.5)	15 (62.5)	24 (100.0)
21-30	19 (45.2)	23 (54.8)	42 (100.0)
30 萬以上	15 (31.9)	32 (68.1)	47 (100.0)
			$p=0.603$
執業醫師數			
1 位	39 (34.8)	73 (65.2)	112 (100.0)
1 位以上	11 (52.4)	10 (47.6)	21 (100.0)
			$p=0.127$

表 4-31 多專科聯合執業時各科醫師希望合作科別之一致性檢定

檢定統計量	
個數	6
Kendall's W 檢定(a)	.838
卡方	85.522
自由度	17
漸近顯著性	.000
a Kendall 和諧係數	

表 4-32 多專科聯合執業時各科醫師希望合作的科別組合

Kendall's W 檢定	
等級	
	等級平均數
小兒科	1.67
內科	2.25
家醫科	4.00
皮膚科	5.75
眼科	6.00
婦產科	6.17
耳鼻喉科	6.42
外科	7.58
復健科	9.08
骨科	9.33
整型外科	9.50
一般科	12.42
泌尿科	14.08
神經外科	14.92
精神科	14.92
麻醉科	15.42
神經科	15.75
放射線科	15.75

第五章 討論

本章內容共分為七個小節，分別是第一節研究對象背景資料、第二節研究對象對聯合執業在法令面之看法、第三節研究對象對聯合執業在管理面之看法、第四節研究對象對聯合執業在財稅面之看法、第五節研究對象執業意願、第六節多專科聯合執業時各科醫師希望合作的科別組合及第七節研究限制。

第一節 研究對象背景資料

一、研究對象基本資料

在性別方面，男性佔了絕大多數，約 96.4%，可能是由於醫師多為男性之故。醫師年齡分佈以 59 歲以下所佔的比率為最高，約佔 80.2%，但是林正介（民 81a）針對中部地區醫師對聯合執業的看法與接受意願之調查研究顯示醫師的年齡分佈集中在 50 歲以下約佔 80%。兩項的研究結果稍有差異，可能的原因是林正介所做的研究調查包括醫院的醫師，而醫院的醫師年齡平均分佈普遍較低，但本研究的研究對象主要是針對基層開業醫師，並沒有包括醫院的醫師，且參與問卷填答的基層開業醫師年齡普遍又以 59 歲以下居多所造成。

執業科別以家醫科所佔的比率為最高，約佔 32.8%，其次依序為小兒科、一般科、內科，但是依林正介（民 81a）所做的研究則顯示

執業專長以內科醫師所佔的比率為最高，約佔 31%，其次依序為小兒科、家醫科、外科、婦產科，兩個研究結果不同的原因可能在於林正介抽樣的對象包含醫院的醫師與本研究的研究對象不同，因此，外科及婦產科所佔的比率才會較高。

二、研究對象執業狀況

在執業型態上，有 81.8%的醫師是單獨開業，此項結果與蔡淑暖（民 84）所做醫師對聯合執業的看法之研究—以台北市內、兒、婦產、家醫科醫師為對象，顯示有 73%的開業醫師是單獨執業的結果相符，可能是醫師是一門高度專業的行業，加上醫師本身的自主性高，較不願受制他人，因此多半的開業醫師仍會選擇單獨開業的執業型態。

第二節 研究對象對聯合執業在法令面之看法

一、對聯合執業在法令面之認知

根據研究結果顯示，醫師對於聯合執業在法令面的定義及聯合門診、聯合診所兩者差別的想法，絕大多數的醫師(82.5%)認為聯合門診及聯合診所應均視為聯合執業的一種方式，同時也有一半以上的醫師認為聯合執業的差別在於負責醫師的規定不同。再與基本資料作交叉比較，亦得到相同結果，顯示醫師對於聯合執業在法令面的認知上，意見很一致。而造成這樣的認知可能是因為大部分的醫師都不甚瞭解兩者的分別所在，甚至連參與聯合執業的醫師都不清楚自己究竟是聯合門診或聯合診所，因而傾向選擇兩者均可視為聯合執業的一種。

二、對聯合執業觀察病床數之看法

依據研究結果可以看出，大多數的醫師傾向主張維持現狀即九床以下的規定，也有三成主張不應設限。再與基本資料作交叉比較，發現結果亦相符合。可能的原因是由於目前不論是單人診所、聯合診所或聯合門診，其觀察床均只能設置9床以下。然而，隨著時代改變，愈來愈多的基層診所轉型為聯合執業，對於這種多人組合的執業方式，尤其是外科系的組合，9床觀察床顯然是有所不足，因此造成一些醫師傾向主張不應有所設限。

三、對聯合執業給付標準的看法

從研究結果可以得知，有七成的醫師主張應該與一般診所的給付標準相同。再與基本資料作交叉比較，發現醫師們的意見同樣傾向於主張與一般診所相同，可見醫師們對於給付標準的看法一致。

四、對聯合執業之醫師每人每節平均門診量的看法

根據本研究所做的結果分析，大多數的醫師傾向選擇不超過每節60人，再與基本資料作交叉比較，所得到的結果亦相符合。可能的原因是參與聯合執業的醫師希望確保民眾的醫療品質同時又可擁有更多私人的時間去從事進修或休閒活動，因此不希望看診的人次過多。

五、對聯合執業內支援醫師的看法

在支援醫師方面，將近一半醫師認為應由其他診所相互支援。再與基本資料作交叉比較，所得到的結果亦相符合，顯示醫師們較傾向由同一層級的基層診所相互支援。而此項結果亦與林恆慶等人（民91）所做之開業醫師對聯合執業之參與意願與模式之質性研究結果相符。可能的原因是因為總額預算實施後，將醫院及基層醫療的總額分開，基層醫師害怕其他層級的醫師來瓜分基層醫療的總額，因此較傾向同層級的基層診所相互支援。

第三節 研究對象對聯合執業在管理面之看法

一、對聯合執業服務內容的看法

在聯合執業服務內容方面，絕大多數的醫師認為應朝向多重專科發展，再與基本資料作交叉比較，所得到的結果亦相符合，可見醫師們對於聯合執業之服務內容的看法相當一致。此項結果與蔡淑暖（民 84）所做的研究結果相同。而且在美國，加入聯合執業的醫師中，以加入多專科執業型態者，所佔比率較高，約 48.7%，可能的原因是多重專科的合作模式不但可以確保病患來源，還可以因為不同科別的組合有互補加成的作用，當醫療服務提供的種類愈多，平均分攤的成本愈低，相對的競爭力就愈強，進而可以吸引更多病患。

二、聯合執業之參與醫師數

在醫師希望共同參與聯合執業之醫師人數方面，整體而言，絕大多數的開業醫希望合夥的醫師數為 1 至 5 人。再與研究對象之基本資料作交叉比較，亦呈現相同結果，可見醫師普遍不希望合夥的人數超過 5 人。而此項結果與林恆慶等人（民 91）所做的研究，約有 97.2% 的開業醫期待合夥的醫師數為 1 至 5 人，結果相符。亦與林正介（民 81a）所做的調查相符。同時此與美國大多數聯合執業的醫師人數相類似，約有 50% 左右的聯合執業為 3-4 人的小規模執業。造成相同共識的原因可能是對於國內盛行封閉性醫療制度而言，聯合執業尚屬較

新的執業模式，若以較複雜的大規模方式執業，相對所需負擔的風險比例高且比較沒有把握，因而醫師們自然選擇較少醫師人數共同合作。

三、聯合執業之最適組織型態

在組織型態方面，依據研究結果發現，約有半數以上的醫師傾向採用合夥的方式，再與基本資料作交叉比較，亦得到相同看法。而此項結果亦與林正介（民 81a）所做的調查相符。原因可能是醫師考慮到近年來隨著醫療科技的進步，基層診所往往需要藉由更新醫療儀器設備以提升競爭力，然而這些複雜、精密的儀器設備，價格動輒數百萬，實在不是單獨開業的醫師所能負擔，因此大多數醫師傾向選擇合夥的方式來共同分攤。

四、聯合執業之設置地點

在執業地點方面，多數認為聯合執業應設置於醫療資源缺乏之地區。再與研究對象之基本資料作交叉比較，所得到的結果亦相符合。可能的原因是診所醫師考慮到當地醫療資源不足，民眾必須辛苦至其他城市看病的狀況，或者是怕大型醫院的競爭，因而選擇至醫療資源較缺乏的地區開業。

五、聯合執業之醫療設施所有權

對於儀器設備所有權的歸屬看法，依據研究結果發現，大多數的

醫師皆主張以共同合租的方式設置，再與研究對象之基本資料作交叉比較，發現亦得到相同看法。造成相同共識的可能原因是如果大家一起合租，醫師個人投資的金額較少，可以降低財務風險，也有可能是醫師考慮到萬一拆夥，還得重新購買適合彼此的醫療儀器，為避免麻煩因而大多選擇採用合租的方式。

六、聯合執業之經營管理方式

依據研究分析結果發現，大多數的醫師對於聯合執業經營管理的看法，傾向由合夥人自行管理，再與基本資料作交叉比較，亦呈現相同看法。而此項結果亦與林恆慶等人（民 91）所做的結果相符。可能的原因是台灣的聯合執業多為小規模的組合方式，就經營管理面來說不似大規模的聯合執業組合複雜，因此大多傾向由合夥人自行管理。

第四節 研究對象對聯合執業在財稅面之看法

一、聯合執業之成本分攤方式

在成本分攤方面，依據研究結果顯示有七成以上的醫師傾向以醫師收入、看診時數及病人數三者加權計算的方式分攤，再與研究對象的基本資料作交叉比較，亦呈現相同結果。造成這種相同共識的原因，可能是考慮到每位醫師的看診節次不同，看診時數與病人數亦不相同，若單以某一項當作成本分攤的指標，對於醫師而言較不公平，因此，選擇採用三者加權計算的方式應是醫師們較能接受的方式。

二、對於共購之儀器設備成本

在儀器設備成本方面，醫師們大都主張依使用之頻率、次數來反映成本，再與研究對象之基本資料作交叉比較，亦得到相同結果。可能的原因是有些儀器設備對某一科別的醫師而言，並非經常所需，若以醫師使用的頻率與次數來反映成本，應是多數醫師較能接受的方式。

三、醫師收入分配方式

對於收入之分配，大多數醫師主張依固定薪加獎勵金的方式給予，再與基本資料作交叉比較，也得到相同的結果。且此項結果與林正介（民 81a）、林恆慶（民 91）、蔡淑暖（民 84）及陳楚杰等人（民 91）所做之研究調查結果相符，可能的原因是醫師需要有一固定薪資

保障基本生活外，當努力工作時還可以獲得適當的報酬給予獎勵。

第五節 研究對象執業意願

一、對於目前執業狀況的滿意度

醫師對目前執業狀況的滿意度方面，依據研究結果顯示大多數的醫師認為目前的執業環境尚可接受，之後再分別與醫師的基本資料及執業狀況作交叉比較，亦得到相同結果。而此項結果與蔡淑暖（民84）、林恆慶（民91）所做的調查結果相符。可能的原因是，醫師們對於辛苦建立的醫療事業還存有信心，因此即使在醫療環境不斷變遷下，大致對目前的執業狀況也都還可以接受。

二、聯合執業的參與意願

根據本研究所做的結果分析顯示，對於參與聯合執業的意願方面，大多數的醫師皆表現出高度的參與意願，再分別與醫師的基本資料及執業狀況做交叉比較，所得到的結果亦相符合。而此項結果與林正介（民81a）對中部地區醫師所做的聯合執業接受意願調查之結果相似。可能的原因是以前小診所的執業模式就能滿足病患的需求，然而，隨著時代改變，現在的診所必須要有一定的規模和設備才能吸引病患，畢竟除了醫師本身的名氣之外，診所的相關硬體設備也是吸引病患的主要因素，因此隨著潮流趨勢，逐漸的朝向提供較多元的醫療方式。

三、聯合執業之執業方式

對於聯合執業之執業方式，幾乎以選擇聯合診所的比率高於聯合門診，再分別與醫師的基本資料及執業狀況做交叉比較，所得到的結果亦相符合。可能是聯合門診現今在法令上、管理上或財稅上均無明顯優於聯合診所之處，是目前聯合門診仍不風行的主要原因之一。也有可能是對大多數已經開業一段時間的基層醫師而言，要離開自己熟悉的地方與其他醫師合作開設聯合門診有其困難之處。因此，招募新進醫師，共同組成聯合診所，是目前多數醫師可以接受的方法。

第六節 多專科聯合執業時各科醫師分別希望合作的 科別組合

由於有些科別的醫師人數過少，因此本研究此處所討論的科別只包含：一般科、小兒科、內科、家醫科、外科、復健科六科。

依據本研究所做的結果顯示，醫師多專科聯合執業時希望合作的科別大致以小兒科、內科及家醫科最多，而後再將其作 kendall's W 檢定，發現醫師對於合作科別的選擇結果頗為一致，其中同樣又以小兒科、內科及家醫科最受醫師青睞。

由以上結果可以看出，醫師所選擇的科別都是目前醫療市場上較普遍且擁有較多病患的科別，選擇相似科別合作對醫師而言，相同的儀器設備使用率提高且降低成本；加上相似科別一起執業，使用相同語言，醫師意見與看法趨於一致方便溝通，還可以互相分攤門診業務，病患不易流失。相對的選擇相似但不同科別的醫師合作，除了可以避免病患重疊的問題外，還可以互相轉介病患，提供病患較多元與完善的服務，進而吸引更多的病患。

第七節 研究限制

- 一、由於時間、人力的限制，無法對所有醫師進行研究調查，僅以中
台灣四縣市開業醫師為研究對象，其結果恐不能完全推論至全
台灣所有開業醫師的實際狀況。
- 二、問卷回收率不高，因而代表性有所限制。

第六章 結論與建議

第一節 結論

一、基層開業醫師所期待的聯合執業模式

基層開業醫師所期待的聯合執業模式為：1.在觀察病床數方面：較多醫師主張不需設限。應該考量整體醫師人力作適度放寬；2.給付標準方面：主張應與一般診所相同；3.合理門診量方面：絕大多數的醫師均不希望超過每天 60 人；4.在人才支援方面：幾乎全部的醫師均主張要聘用藥劑人員，其次為護理人員、檢驗人員；5.在支援醫師及支援時數方面：近一半醫師認為應該由其他診所相互支援，而每週支援時數則以 5-8 小時為最多；6.在服務內容方面：絕大多數的醫師認為應朝向多重專科發展。而較受基層醫師青睞，希望與其合作之醫師科別依次有小兒科、內科及家醫科；7.在合作的醫師人數方面：大多數希望由 2-3 位醫師組成。8.在組織型態方面：大多數醫師認為應採用合夥的方式來經營；9.在執業地點方面：醫師偏好選擇在醫療資源缺乏的地區開業；10.在經營管理方面：醫師主張由合夥人自行管理的佔了將近四成；11.在設施所有權方面：大多數的醫師主張以共同合租的方式設置；12.在成本分攤方面：多數醫師主張以醫師病人數、收入、看診時數加權方式分攤；13.在儀器設備的成本方面：醫

師主張依使用之頻率、次數來反映成本；14.在收入分配方面：多數醫師主張依固定薪加獎勵金的方式給予；15.在經營盈餘的分配方面：絕大多數的醫師主張應依勞務投入比例分配；16.在稅額申報方面：醫師多主張由各醫師依實際所得開立扣繳憑單。

二、醫師對聯合執業的執業意願

醫師對聯合執業普遍都抱持著正面的態度，絕大多數的醫師表示願意參與聯合執業；其中聯合執業之方式，以選擇聯合診所者所佔的比率為最高。至於影響醫師對參與聯合執業意願不高的因素依序為：缺乏自主權、病人來源不足、合理門診量計算方式複雜及大醫院門診競爭。本研究顯示總額預算之後，大部分的醫師均能體會單打獨鬥的時代已經過去，願意放棄舊有的小型診所執業型態，逐漸朝向多元的聯合執業方式發展。

本研究旨在探討基層開業醫師對聯合執業最適經營模式的看法及其參與意願，依據分析結果呈現，大致支持先前所建構的假設。即基層開業醫師對於聯合執業各相關議題的看法相似，對於聯合執業同樣也展現出高度的參與意願。

整體而言，總額預算的實施對於基層醫療診所而言，由於總醫療費用的增加不容易，因此必須擴大相關的服務領域來增加收入，而強調提供綜合性、整合性醫療照護的聯合執業，無疑將成為另一種新的

發展趨勢，如果能徹底落實聯合執業的觀念必定能將基層醫療深植於社區內，讓民眾感受到醫療的方便性及可近性，進而改變民眾小病逛大醫院的醫療行為，如此一來，應可幫助逐漸萎縮的基層醫療獲得新的契機。

第二節 建議

綜合以上結果可看出絕大多數的醫師表示願意參與聯合執業，對聯合執業各方面的看法與認知亦相當一致。然而，自聯合門診設置標準首次公布至今已五年餘，國內聯合執業之設置率仍偏低，2001 年衛生署醫政處統計資料顯示：全國 9,402 家診所中僅有 248 家聯合診所，設置率僅 2.64%。究竟是什麼原因使得醫師裹足不前，本研究對相關衛生主管機關提出以下建議：

一、將聯合門診與聯合診所之設置時機予以區分

聯合門診是以診所為單位，必須重新設立新單位，各診所各自負責，公共區域則由代表人負責，難度較高，適合新診所的設立。聯合診所則是以人為基礎，不需設立新單位，只要加入新成員即可，適合舊診所的轉型，與單獨執業較為接近。對許多醫師而言，雖然清楚明白聯合執業的好處，卻對聯合門診及聯合診所設置時機的差異不甚瞭解，因此相關衛生主管機關應明確的界定兩者差別，以利聯合執業的推行。

二、加強聯合執業的相關配套措施

目前僅有醫療機構設置標準規範聯合門診與聯合診所之設立標準。其中，除聯合診所僅能設置二科及聯合門診可以與中醫或牙醫共

同設立外，其他相關法令均無具體之誘因，驅使基層醫師開設聯合門診。因此，衛生主管機關應加強相關配套措施，以提高醫師設立聯合執業的意願。

三、修改聯合執業之觀察病床數

聯合執業之觀察床仍訂為 9 床以下，目前不論是單人診所、聯合診所或聯合門診，其觀察床均只能設置 9 床以下。對於多人聯合執業，尤其是外科系的組合，9 床觀察床顯然有所不足。而且，目前衛生主管機關鼓勵以門診手術替代住院手術，為鼓勵外科系診所可以轉型成為門診手術中心(ambulatory surgery center)，適度開放觀察床有其必要性。

四、健保給付標準應適度放寬以助於聯合執業之推行

目前許多基層醫師之所以不願與其他醫師合作，主要原因仍是：目前健保給付標準仍無法使聯合執業之醫師如大型醫院般的執業範圍，以致於無誘因給外科系的醫師來加入聯合執業。因此，健保給付標準不宜為單一標準，對於聯合執業之給付標準應視其人力設備之水準，給予適當的給付範圍。同時，可以考慮給予聯合執業醫師「會診費」，以充分反映聯合執業模式中，醫師相互合作診治病人之精神。

五、對於有意參與聯合執業之醫師應給予低利貸款

衛生主管機關應針對在醫療資源缺乏地區採聯合執業執行業務

者給予低利貸款，以鼓勵更多醫師加入聯合執業，並願意至醫療資源
缺乏地區服務。

參考文獻

中華民國基層醫療協會(民 86)。給開業醫師的一封信。中華民國基層醫師協會會誌，20，33。

王俊文、葉俊德、陳紫郎(民 88)。健保新時代醫療產業之生態與因應。醫院，32(2)，17-31。

王尊彥(民 83)。基層醫師的因應之道-聯合門診。北市醫誌，38，6-7。

行政院衛生署(民 89)。醫療法。

行政院衛生署(民 91)。醫師法。

呂建德(民 90)。全民健保體制改革芻議：治理組織的建立做為健保改革的核心問題。國策專刊，17，13-15。

李玉春(民 85)。健康保險支付制度。楊志良(編)，健康保險第四章。台北：巨流。

李玉春(民 90)。全民健保西醫總額支付制度之推動政策—基層與醫院預算之分立或統合。台灣醫界，44(7)，43-47。

林正介(民 81a)。聯合執業之相關性研究-文獻探討與醫師之看法/接受意願調查。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。

林正介(民 81b)。推行聯合門診模式以改善基層醫療問題。基層醫訊，7 (3)，9-10。

- 林正介(民 83)。如何籌辦聯合門診中心。北市醫誌，38，4-8。
- 林恆慶(民 91)。美國的聯合執業。醫院，35(5)，18-25。
- 林恆慶、張伊萍、陳楚杰、王炳龍、董鈺琪(民 91)。開業醫師對聯合執業之參與意願與模式之質性研究。台灣醫界，3(3)，58-67。
- 林恆慶、董鈺琪、李淑雅、陳楚杰(民 91)。影響基層醫師不願意參與聯合執業的因素。醫護科技學刊，4，90-103。
- 邱王蟬(民 86)。看病像住大飯店。天下雜誌，12，296-298。
- 洪文棟(民 80)。群體醫療執業中心質疑。台灣醫界，29(1)，6。
- 高森永(民 76)。美國的群體醫療執業。公共衛生，12(3)，283-306。
- 張志勝(民 84)。聯合診所租稅面面觀。聯捷會計，6，14-19。
- 張貽星(民 74)。群體醫療中心探討。台灣醫界，29(2)，48-49。
- 張煥禎、張威國(民 84)。台灣小型地區醫院的過去、現在與未來(上)。醫院，28(4)，30-34。
- 張群昌(民 84)。多角化經營-面對台灣變動紛擾的醫療環境醫療院所生存與發展之新利器(上)。醫院，28(4)，35-45。

張曉芬(民 90)。醫師執行業務所得及基層醫療院所課稅之介紹。台灣醫界，44(2)，63-67。

張錦文、黃淑雅(民 87)。台灣醫療制度的四大問題與解決之道。醫院，31(2)，1-4。

許志怡(民 80)。推行聯合執業(Group Practice)以解決當今基層醫療問題。臺灣醫界，34，21-23。

許芳瑾(民 86)。中華民國基層醫師協會訪問台灣省衛生處討論醫藥分業事宜會談記錄。中華民國基層醫師協會會誌，20，17-20。

陳宗獻(民 86)。開業難，難上青天。中華民國基層醫師協會會誌，20，30。

陳楚杰、楊銘欽、林恆慶、黃昱瞳(民 91)。參與聯合執業基層醫師之特性及其較認同的聯合執業模式。醫護科技學刊，4(4)，337-347。

彭壽貴、賴祝紅(民 83)。單打獨鬥 VS 聯合作戰-診所經營的策略及探討。台灣醫界，38(4)，63-64。

黃政典(民 83)。醫師聯合執業的發展趨勢。北市醫誌，38，4-5。

楊逸菊(民 87)。你適合「聯合執業」嗎？。臺灣醫界，41，82-84。

楊漢泉(民 80)。開業診所「聯合執業」需要性之探討。臺灣醫界，

34，27-33。

楊漢泉、王美芳(民 82)。提升基層醫療水準--聯合執業之需要性。
衛生報導，3，2-7。

葉維惇、曹雅芳(民 90)。西醫師執業節稅要訣。台灣醫界，44(2)，
60-62。

劉彩卿、吳佩璟(民 90)。全民健保下病患在各醫療層級間的就醫選擇。
醫務管理期刊，2(2)，87-108。

蔡淑暖(民 84)。醫師對聯合執業的看法之研究-以台北市內、兒、婦
產、家醫科醫師為對象。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。

蔡淑暖、張錦文(民 84)。醫師對聯合診所經營型態的看法之研究。
醫院，28(4)，23-29。

衛生署醫政處(民 80)。如何推動開業醫師群體執業座談會會議記
錄。醫院，24，8-9。

鄭守夏、何玉雪(民 86)。群體執業與單獨執業醫師生產力之比較。
中華衛誌，16(5)，428-434。

蕭世榮(民 88)。運用國際品質標準與品保制度 (ISO 9000) 建立聯
合診所品質管理系統-以南部某聯合診所為例。中華工業工程與管理
所碩士論文。

錢橙山(民 90)。全民健保對台灣醫療生態的衝擊。台灣醫界, 44(4), 47。

蘇秀鑾(民 83)。從醫療環境變遷談醫院如何自我經營評估。醫院, 27(6), 94-109。

American Medical Association . (1996). Buy-ing, selling, and owning the medical practice. Norcross: Coker Publishing, L.L.C., 1-40.

American Medical Association. (1996). Medical Groups in the U.S.: A survey of practice characteristics, 1993 Edition.Chicago.

American College of Healthcare Executives. (1999). Managed Care Essentials: a book of readings. Chicago: Health administration Press.

Anonymous. (1996). Doctors flocking to group practices. H&HM: Hospitals & Health Networks, 70,47.

Anonymous. (1999). Physicians look to med group practices for increased bargaining clout with GPOs. Health Industry Today, 10.

Aspen Health Law Center. (2001). Medical Group Practice. Gaithersburg: Aspen Publisher, Inc., 1-2.

Barnett, A. A. (1996). Is there a future for single-specialty groups?.M edical Economics, 10(28), 58-68.

Burns, L. R., DeGraaff, R. A., & Singh, H. (1999). Acquisition of

physician group practices by for-profit and not-for-profit organizations. *Quarterly Review of Economics & Finance*, 39(4), 465-491.

Clark, w. & Nelson, B. S. (1992). Origins of the private group practice of medicine. *Mayo Clinic Proceeding*, 67(3), 212.

Freshock, L. J., Goodman, L. J. (1980). The organization of physician service in solo and group medical practice. *Medical Care*, 18, 17-29.

Gold, M. R., (1998). *Contemporary Managed Care, Reading in structure, Operations, and Public Policy*, Chicago: health administration press.

Goodman, L. J. et al., (1977). Current states of group medical practice in the United States. *Public Health Report*, 92(5), 430-433.

Havlicek, P. L. (1990). *Medical Group in the U.S: A Survey of Practice Characteristics*. Milwaukee, WI: American Medical Association.

Johnson, B. A. , Schryver, D. L., (1996). Integration from the small group practice perspective. *Healthcare Financial Management*, 50(7), 80-82.

Montague, J., (1995). Looking for Dr. Good-group. *H&HM: Hospitals & Health Networks*. 69(7), 61-62.

Reinhardt, U. A., (1972). production function for physician services. *Review of Economic Statistics*, 54, 55-66.

Rossiter, L. F., (1984). Prospects for medical group practice under

competition. *Medical Care*, 22,84-92.

Rice, B., (1998). Flying solo-and still flying high. *Medical Economics*, 75(24), 134-136, 139-143.

Starr, P., (1982). The Social transformation of american medicine. A subsidiary of Preseus Books , L. L. C., 301-306.

Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B., (1996). *Remaking Health Care in America*.3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Vayda, E., (1977). Prepaid group practice under universal health insurance in Canada. *Medical Care*, 15, 382-389.

Wild, J., Wood, E.G. (1996).Strategic plan can start physician network on path to success. *Healthcare Financial Management*, 10, 80-83.

Wilkins, H. J., et al. (1999). Physician-Owned groups: The best strategy for success. *Family Practice Management*, 6(5), 38-41.

Williams, A.P.,Vayda, E., Stevenson, H. M., Burke, M., & Pierre, K.D., (1990). A typology of medical practice organization in Canada.Data from a national survey of physicians. *Medical Care*, 28, 995-1004.

附錄

中部四縣市基層醫師對聯合執業最適模式之研究

編號：_____

親愛的醫師 您好：

隨著時代的進步、醫學技術的發達，民眾對於醫療品質的要求也越來越高。在講求全人化醫療的同時，基層醫師傳統單打獨鬥的看診方式，已漸漸不能滿足民眾的需求；許多民眾湧向大醫院看診，造成基層醫療逐漸萎縮。因此，聯合執業的經營模式或許是一條可改善目前基層醫療困境的路。

本問卷的目的在於瞭解基層醫師對於聯合執業的看法與態度，希望藉由您寶貴的意見及專家學者的看法，彙整出聯合執業之最適經營模式，以提供有意參與聯合執業之醫師及政府相關單位作參考。

本問卷採不記名的方式，您所提供的寶貴資料將僅作為本研究使用，敬請安心作答。對於您百忙中抽空幫忙，由衷的感謝，謝謝您！

中山醫學大學醫務管理學系主任

王俊文

中台醫護學院醫務管理系副主任

葉德豐

中山醫學大學醫學研究所研究生

林宜穎

敬上

※說明：請依實際情形在□內打勾，_____處請詳細填寫

一、基本資料

1.年齡：20-29 歲 30-39 歲 40-49 歲 50-59 歲 60 歲以上。

2.性別：男 女。

3.最高學歷：學士 學士後醫 碩士 博士 其他_____。

4.您目前的執業地點位於：

台中市 台中縣 彰化縣 南投縣。

5.是否具有專科醫師資格？

是，請說明科別：(不限一科)_____。

否。

6.目前執業的科別：(可複選)

一般科 內科 外科 家庭醫學科 小兒科 婦產科

骨科 神經外科 泌尿科 耳鼻喉科 眼科 皮膚科

神經科 精神科 復健科 麻醉科 放射線科 病理科

核醫科 整形外科 其他(請說明)_____

7.從事基層醫療之執業年數共計多少年？

1-3 年 4-6 年 7-10 年 10 年以上。

二、執業狀況

1. 您平均一週看診節次為_____節（每日分為早、午、晚三節）。
2. 您平均每日看診人次為？
30 人以下 31-40 人 41-50 人 51-60 人 61-70 人
81-90 人 91-100 人 100 人以上。
3. 請問您平均月收入為：
10 萬元以下 11-20 萬 21-30 萬 30 萬以上。
4. 請問您目前的執業型態為：
單獨執業（由一人獨自投資設立診所）。
聯合診所（係指二位或二位以上同科或不同科的醫師，於同一場所正式聯合開業，共用人員與設備）。
聯合門診（係指數家診所於同一場所聯合設置共用設施，分別執行門診業務）。
5. 您的診所或聯合門診共有_____位醫師共同執業。
6. 您現在擔任的職位為？
負責醫師 合夥醫師（與負責醫師合資） 服務醫師（僅有聘僱關係）。

三、對聯合執業之看法與態度

聯合執業依我國在「醫療機構設置標準」中明訂，聯合診所與聯合門診皆為聯合執業的模式：

（一）「聯合診所」係指二位或二位以上同科或不同科的醫師，於同一場所正式聯合開業，共用人員與設備；（二）「聯合門診」係指數家診所於同一場所聯合設置共用設施，分別執行門診業務。

以下題目是依其定義及專家意見彙整出來的相關問題，懇切希望您提供寶貴的意見，以作為未來建立最適執業模式的參考。

（一）法令面

1. 請問您認為聯合門診與聯合診所有何差別？
特約代號不同 負責醫師不同 沒有差別 其他_____
2. 請問您在法令面該如何定義聯合執業 Group Practice？
僅以「聯合門診」視為聯合執業 僅以「聯合診所」視為聯合執業
「聯合門診」及「聯合診所」均可視為聯合執業
其他_____。
3. 請問若是聯合執業方式，您認為合理的觀察病床數應為：

- 9 床以下 10 至 19 床 20 至 30 床 不需設限。
其他_____。
4. 您認為聯合執業之健保給付標準與一般診所相比較應：
高於一般診所 低於一般診所 與一般診所相同
其他_____。
5. 您認為聯合執業之醫師其每人每節平均門診量應為多少才合理？
30 人以下 31-40 人 41-50 人 51-60 人 61-70 人
81-90 人 91-100 人 100 人以上。
6. 您認為聯合執業應雇用哪些相關人員？（可複選）
藥劑人員 檢驗人員 放射線人員 經營管理人才 護理人員
其他_____。
7. 您認為聯合執業內之支援醫師應該來自？
醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所。
8. 您認為支援醫師的合理支援時數為：
4 小時/週以下 5-8 小時/週 9-12 小時/週 13-16 小時/週
17 小時以上/週 其他_____。

(二) 管理面

1. 請問您認為聯合執業所提供之服務內容最好為？
單一專科（請說明科別）_____ 多重專科
2. 請問若為多重專科聯合執業，您最希望與哪些科別的醫師合作？（可複選）
一般科 內科 外科 家庭醫學科 小兒科 婦產科
骨科 神經外科 泌尿科 耳鼻喉科 眼科 皮膚科
神經科 精神科 復健科 麻醉科 放射線科 病理科
核醫科 整形外科 其他_____。
3. 請問您希望共同參與聯合執業之理想醫師數為？
2-3 人 4-5 人 6-10 人 11 人以上
4. 您認為聯合執業之最適組織型態為？
獨資 合夥 公司或法人組織型態
其他_____。
5. 您認為聯合執業的地點適合設置於何處？
大型醫院附近 中小型醫院附近 基層診所的附近
醫療資源缺乏之地區 其他_____。
6. 您認為聯合執業之相關醫療設施的所有權應歸屬於何種較適當？
共同合租 共同買斷 各科別自行租用 各科別自行投資買斷

其他_____。

7.請問有關聯合執業之經營管理方式，您認為何者較適當？

請專業管理人才負責 由各醫師自行負責 由合夥人自行管理

委託管理顧問公司負責 其他_____。

(三) 財稅面

1.您認為聯合執業的成本分攤方式以何者為佳？（可複選）

每位醫師平均分攤 以醫師病人數來衡量計算 以醫師收入平均分攤

以醫師看診時數分攤 以醫師收入、看診時數、病人數三者加權計算

其他_____。

2.對於共購之相關醫療儀器設備該如何反映成本？

依合夥之盈餘分配計算 依出資比例分配計算

依勞務投入比例分配計算 依其使用的頻率、次數

其他_____。

3.您認為聯合執業醫師的理想收入分配方式應該為？

協商固定薪資 協商固定薪資加獎勵金

依工作時數分配 以收入平分

其他_____。

4.請問您認為該如何公平反映每位合夥醫師之盈餘分配比例？

依出資比例分配計算 依勞務投入比例分配計算

依商譽（知名度）的比例分配計算 其他_____。

5.您認為聯合診所負責醫師之稅額該如何公平反映？

依預先協定之盈餘分配比例方式計算 個別醫師依實際所得開立扣繳憑單

其他_____。

6.您對執行業務所得稅基查核辦法之哪些規定不甚滿意？

設備貸款利息無法全部認列 廣告費及佣金支出無法全部認列

私人院所不具法人資格 執行業務所得的調查方式不明確

所得損益計算為現金基礎 其他_____。

四、執業意願

1.您對於目前之執業狀況滿意程度為：

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意。

2.請問現在若有人邀請您加入聯合執業，您的參與意願？

願意 不願意。

3.請問您若有機會參與聯合執業，會選擇何種執業方式？

以「聯合門診」作為聯合執業 以「聯合診所」作為聯合執業的方式。

4.對於參與聯合執業意願不高的影響因素是？

病人來源不足 缺乏自主權 合理門診量的計算方式複雜 健保開放給付項目太少 大醫院門診的競爭 其他_____。

本問卷到此全部結束，再次謝謝您撥冗參與問卷的作答，謝謝。