

桃園縣政府衛生局 96 年度自行研究報告

推動醫療檢驗分級管理及轉檢平台建置 之可行性研究 -以桃園縣為例

研究機關：桃園縣政府衛生局

研究人員：劉麗文 周坤良

研究期程：96 年 1 月至 96 年 12 月

推動醫療檢驗分級管理及轉檢平台建置之可行性研究

-以桃園縣為例

摘 要

本研究屬政策性預評估，經由探討 94-95 年管理經驗獲得分級管理的可行性，並以問卷調查方式，瞭解本縣 721 家基層西醫醫院、診所對轉檢網絡的態度，作為未來落實推動醫療檢驗分級管理及轉檢平台阻力及助力因素分析。

本次問卷以郵寄方式發出 721 份問卷，回收 77 份，回收率為 10.7%。資料以 SPSS12.0 版軟體進行分析與統計。

研究結果顯示：對建立轉檢網絡的態度進行分析，發現桃園縣醫院、診所轉檢需求高達 79.2%，而且有 65%願意於本縣尋找轉檢機構，53.3%認為附近的醫院、診所、檢驗所大多可以提供良好品質的轉檢服務，62.4%認為轉檢網絡的建立，可以使民眾適時地獲得應有的檢查（驗）服務；52%認為轉檢網絡的建立，可以改善民眾「大醫院才可以得到完整檢查服務」的觀念；62.4%認為轉檢網絡的建立，可以使基層所能提供的照護服務更完善；53.3%認為轉檢網絡的建立，可以確保檢查（驗）服務的品質；對提供代檢之機構不清楚 67.5%、不清楚提供的檢驗項目 55.9%、檢驗品質不瞭解 70.1%；由以上數據發現桃園縣基層醫院、診所對建立轉檢網絡大多抱持正面看法，但落實轉檢網絡的形成及使用，尚需對轉檢使用實務加強管理與宣導。

對於政府可做哪些事來提高使用本縣轉檢機構的意願中，由政府提供轉檢相關的資訊 78.8%、由政府訂立明確的轉檢作業相關規定 68.9%、獎勵成立優質社區實驗室，提高轉檢可近性 70.2%、設立優良「實驗室標章制度」74.1%、由政府提供專屬轉檢網站 61.1%等數據資料來看，地方政府的參與，應可提高本縣醫院、診所使用本縣檢驗資源。

關鍵詞：轉檢、轉檢網絡

誌 謝

本研究的最大推手為本局林局長雪蓉，經由局長的支持與協助，於 95 年獲得縣政府補助經費，推動醫療檢驗機構管理計畫及建置轉檢平台，啟動醫療檢驗機構管理機能，亦創全省首例由政府部門建置轉檢平台。

這三年來（94-96 年）一路走來，感謝周課長坤良專業的指導與參與，讓整個計畫得以延續，並持續進行。

感謝國立政治大學陳敦源博士、桃園縣政府衛生局康清雲秘書、桃園縣政府衛生局衛生檢驗課周坤良課長、台北聯合檢驗所賴明龍博士協助問卷審視。

感謝醫師公會協助寄送問卷，也要感謝協助填寫問卷的醫院、診所提供意見。

劉麗文 謹誌

中華民國九十六年十二月

目 錄

書名頁

中文摘要

誌謝

目錄

第壹章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究目的.....	3
第三節 名詞解釋.....	3
第貳章 相關研究及文獻之探討.....	4
第一節 轉檢相關資料探討.....	4
第三節 醫療院所之分類.....	10
第四節 ISO 認證之文獻探討.....	10
第五節 醫療檢驗機構分級管理制度規劃參考理論.....	12
第六節 利害關係人與行政、政治可行性理論基礎.....	13
第七節 轉檢規劃相關理論探討.....	14
第叁章 研究方法.....	19
第一節 醫療檢驗機構管理之研究.....	19
第二節 基層醫院、診所對轉檢網絡態度之研究.....	20
第肆章 研究內容及發現.....	21
第一節 94-95 年桃園縣醫療檢驗機構管理策略分析.....	22
第二節 基層醫院、診所對轉檢網絡的態度分析.....	35
第伍章 結論與建議.....	37
第一節 研究結果.....	37
第二節 研究限制.....	39
參考文獻.....	40

附錄

第壹章 緒論

第一節 研究背景

以下問題是勾起本研究探討之背景：

一、桃園縣醫療檢驗機構管理之發現：

桃園縣衛生局於 94 年起有鑑於醫療檢驗機構之專業服務品質與民眾健康息息相關，為提高桃園縣醫療檢驗之整體檢驗品質，開始辦理全縣醫事檢驗單位訪查，於 94 年底將訪查資料進行分析發現桃園縣轄區各醫療檢驗機構間在品質、設施、人員等各方面差異頗大，而中央並無統一管理標準及辦法可供衛生局進行管理。

目前桃園地區人口數持續成長，當地醫學實驗室亦達 65 家之多，但經現場訪查結果，桃園地區醫學實驗室檢驗委託他縣市檢驗（部分或全數委外）高達 94%，轉檢作業不透明，造成檢驗品質管理不易之困擾。

二、整體醫療環境上之發現：

我國的全民健康保險在特殊的政治與社會條件之下匆促實施，制度規劃上不周全，衍生出許多社會經濟與醫療問題，除了造成政府醫療財物的沉重負擔，並且嚴重影響了醫療生態，醫療組織的改變，管理面的問題：醫院層級系統上以企業化經營，用賺錢理論方式來經營醫院，為追求最高利益及利得。醫療人員抽成分紅制 Profit Percentage of Free (PPF) system，導致醫療人員亦甘於被干預及配合醫院指揮其專業作業模式，產生不必要醫療行為，附加不需要之檢驗。行政院衛生署於八十九年七月委託國家衛生研究院成立「全民健保體檢小組」，並於九十年二月底完成任務並提出報告。對於體檢小組報告所提政策建議需長期規劃者，行政院衛生署再於九十年五月報請行政院成立「行政院二代健保規劃小組」，並於同年七月一日正式成立，期以新思維方式進行長遠問題的思考與研議，希望藉由縝密規劃，重建優良體制，導正就醫行為及醫療生態，兼顧醫療科技發展，建立一個負擔公平、財務健全、品質提昇、照護適當、資源發揮最大效用，突破目前極限，建立永續經營、保障民眾醫療的全民健康保險制度；但民眾跨院診治需重新做檢驗，至今仍是普遍的現象，除專業診斷需求外，這當中是否涉及檢驗品質無法取得醫界與民眾信任？亦或有「以檢驗養醫」的經濟上考量？如何提升醫療檢驗品質取得醫界與民眾信任？制度面是否需修正？檢驗作業流程是

否需規範等，這當中醫療檢驗的必要性有待商榷，實需更審慎、更專業的研判以兼顧民眾就醫檢驗需求及健保資源使用合理性。本研究即為從地方基層的管理方式及建立轉檢平台，試圖改變作業流程之可行性進行探討，以尋求檢驗品質改善獲得醫師、就醫民眾保障的解決方案，避免重複檢驗，或可為全民健保醫療資源合理使用，提出一份參考。

三、中央政策

行政院衛生署九十四年度醫療區域輔導與醫療資源整合計畫作業要點中提及需建置區域性臨床檢驗中心，以促進基層醫療資源整合；推動轉診與轉檢制度，對區域內各醫療院所轉出、轉入病人等資料製作統計月報表；另行政院衛生署為建立區域醫療體系，責成北區區域各衛生局，建立區域醫療網業務，由桃園縣衛生局局長擔任召集人建置「北區醫療網」，但網站內轉檢資訊不足，無法提供縣內完整轉檢作業所需。

筆者於 94 年遂提出「醫療檢驗機構分級管理暨建置轉檢平台」委外研究計畫案，經由專家訂立醫療檢驗機構檢驗能力評估各項指標後，深入各醫療檢驗機構現場評估，分出四級不同能力醫療檢驗機構，並提出各層級管理辦法，期能由地方主管機關所具有公權力介入，逐步建立各層級檢驗品質，並建置轉檢網站，期望未來能將桃園縣醫療檢驗資源及品質透明化，提高醫院、診所及民眾選擇檢驗機構參考；未來希望能推動地區級醫院通過 *ISO* 認證，建立共通規範，取得醫療檢驗報告彼此信賴及採用，若能順利推動 *ISO* 認證，或可成為避免重複檢驗解決方案之一；其中轉檢網站建置可提供一個轉檢介面，但後續仍有待經費配合，推動縣內醫療機構使用，並進行後端管理，達成中央推動轉檢制度，產生月報表等要求；但仍有待執行後評估。

導入 *ISO* 認證，建立醫療檢驗報告具共通規範及國際級水準，亦為時代進步後之需求，在美國一般較大型醫院之檢驗室必須要達到一定的品質水準及 CAP 的認證，否則就不能由保險單位取得檢驗費用甚至執行檢驗；我國為規範外勞健檢醫院檢驗品質，規定於 95 年 7 月 15 日前需提出認證通過證明，才准申請登記為外勞健檢醫院，桃園縣為外勞入境之大縣，為提供足夠之體檢醫院，亦於 95 年加強輔導區域級以上醫院申請認證，至 96 年初計 7 家通過中華民國全國認證基金會認證，通過認證之醫院整體檢驗品質確可大幅提升，並由認證機構持續監督，以維持認證之有效性，若能以認證之規範逐步導入各層級之醫療檢驗單位，

除能提升檢驗品質外，亦能解決目前政府部門管理人力不足的問題。

本研究期能先透過對分級管理現況分析、基層醫院診所等利害關係人對轉檢網絡態度探討，期能以此研究為基礎尋求可行的制度改革方案，找出政府、業者、民眾的藍海策略，締造三贏的局面，也相信好的管理政策會將企業帶往正向的方向發展，並解決重複檢驗的問題，節省健保支出。

第二節 研究目的

本研究探討桃園縣醫療檢驗機構分級管理現況及分析基層醫院、診所轉檢情形及態度，以了解未來推動轉檢網絡阻力及助力因素為何？

基於上述研究動機與目的，本研究有下列四項研究目的：

1. 分析目前桃園縣醫療檢驗機構分級管理現況。
2. 探討桃園縣醫療檢驗機構分級管理與服務品質提升上的問題。
3. 未來推動轉檢網絡，基層醫院、診所阻力及助力因素分析。
4. 落實桃園縣醫療檢驗機構分級管理及建立桃園縣轉檢網絡時，政策上思考方向之參考。

研究問題：

1. 桃園縣醫療檢驗機構分級管理現況為何？
2. 分級管理是否有助於提升檢驗品質？
3. 分析基層醫院、診所對轉檢網絡的態度為何？

第三節 名詞解釋

一、醫事檢驗單位：從事醫事檢驗工作，協助醫師疾病的診斷及治療，目前各醫事檢驗單位大部分為醫療院所內之實驗室部門，少部份為獨立開業之檢驗所。醫事檢驗單位亦和醫療院所分類相同，分為醫學中心、區域醫院、地區醫院、檢驗所四級，但於 96 年起新制醫院評鑑制度並沒有分級分類之規定。

二、本研究所稱之『轉檢』（委託代檢），是指當病人需要進行之檢驗項目無法由診所本身提供時，將病人或病人檢體轉至其他醫院、診所或檢驗所接受服務。

三、本研究所稱之『轉檢網絡』，是指於桃園縣境內診所-診所間、診所-醫院、診所-檢驗所間之轉檢服務網絡。

第貳章 相關研究及文獻之探討

第一節 轉檢相關資料探討

行政院衛生署在民國 93 年度分別從安全面、法規面、標準面、基礎面、共享面及應用面等六個面向著手，建立網路資訊轉診轉檢具體措施之關連性，期望能透過病歷電子化及電子化病歷交換，達到病歷透明化及電子化病歷流通之目的，其發展的願景在於各家醫院之間可以透過網路化醫療資訊交換機制，分享彼此的資訊資源，藉以提升醫療品質，減少醫療資源之浪費。透過醫療資訊交換標準的建立、病歷資料安全、通訊費用大眾化、電子簽章法、醫療法的修正通過以及國際健康資訊交換標準推行，醫療健康產業電子化發展已有充分的法源依據。

李友專（1999）在其所進行「國家醫學資訊交換中心」之研究認為醫療資訊交換之主要目的包括：能透過醫療資訊的交換達成連續性的醫療照顧，減少重複性的檢驗和檢查以及改善醫療照顧的品質。其認為醫療資訊的交換應以檢驗報告為第一參量。

院際間資訊交換是減少重複檢驗的重要工具，但是醫生及病人是否相信不同實驗室的檢驗報告仍是一個疑問，若能結合 ISO 共通規範的承認，或許更能真正落實轉診後不重複檢驗的目的。

近幾年來因檢驗科技快速進步，檢驗作業由人工作業轉換為自動化作業，資料傳遞透過資訊科技可快速傳遞；院際間的檢驗經由轉檢作業可完成，檢驗在哪裡做已不是重點，重要的是檢驗品質是否良好、成本是否符合經濟效益。相關轉診、轉檢、檢驗醫療資訊工程運用的研究稍多，諸如《國內某醫學中心與周邊醫療院所雙向轉診（檢）合作模式研究》（馬震中等，2006）、《臨床檢驗自動化作業系統之建置與效益》（吳振龍等，2005）、《醫院臨床實驗室策略聯盟之研究-以台北市聯合檢驗中心為例》（廖義璜，2006）、《台灣醫療業策略聯盟之研究》（吳典龍，1998）《基層醫師對代檢服務品質之研究-以某醫事檢驗所為例》（柯淑芬，2006）、《澎湖地區醫師對網路資訊轉診轉檢接受度之研究》（陳聰安，2006）、《基層醫師轉檢態度之探討》（林恆慶等，2003）、《台灣地區基層醫師對建立轉檢網絡之態度研究》（李宣緯，2001）《由健保法規探討轉診制度與健保決策機制》（陳淑慧）、《醫療資訊化與醫療管理品質》（林俊龍，1999）、《融合科技接受模式及創新擴散理論探討醫護人員對採用醫療管理系統之影響因素-以 N 醫院導入醫療管理系統個案為例》（黃燕萍，2004）《以 HL7 為基礎之轉診檢資料

擷取系統研究與實作》(李肇軒, 2005)、《電子化雙向轉診作業系統之規劃與探討-以馬偕醫院為例》(陳俊琪等, 2006)、《電子病歷資訊共享效益分析之研究》(陳秀雯, 2003)、《全民健康保險門診新制部分負擔實施後對醫療利用之影響》(衛生署補助, 計畫編號: DOH89-HI-1015)、《全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法之研究-以保險醫事服務機構管理為中心》(衛生署補助, 計畫編號: DOH94-HI-1003)、《全民健保醫療資源配置與合理使用》(行政院衛生署, 2004)、《由日本介護保險制度的起源與發展-看台灣醫療制度未來的發展》(陳柏廷, 2006)、《全民健康保險給付檢驗費用合理性之研究》(孫建峰等, 2000)等。

上述的研究成果中與本研究相關的議題整理如下：

1. 林恆慶(2004)的研究發現「可落實良好轉檢制度的方法：策略合作設立電腦連線、預約轉檢及查詢報告系統。」「為促進轉檢制度的落實對衛生主管機關及中央健保局提出的建議：(1) 制定制式轉檢單 (2) 以醫療網為單位，建立區域性的轉檢資訊網絡 (3) 減少被轉檢病人的部分負擔」在醫院及基層總額預算支付制度分開實施之後，如何整合醫院、醫事檢驗機構與診所間的資源變的日益重要，轉檢不但可提高醫院或醫事檢驗機構儀器設備利用率，已達使用上的經濟規模及效益，也可以幫助基層診所降低投資成本，而仍可對病人進行診斷治療。本研究發現 68.6% 回答問卷的醫師有過轉檢病人的經驗，可見大部分基層診所都有轉檢病人的需要，但只有 31.9% 的醫師有轉檢意願，更有高達 38.2% 的醫師對目前的轉檢制度不滿意或非常不滿意，因此，如何建立實際可行、管道暢通之轉檢制度實是當務之急。」「根據該研究實地訪談基層開業醫師，發現許多醫師沒有轉檢病人的主要原因是因為不熟悉或是不知道轉檢制度或轉檢流程。」

2. 李宣緯(2001)

李宣緯根據陳馨文(1991)的研究結論提出的幾項重要的觀點，即欲建立良性可行的轉檢網絡，必須考量到，(1) 基層醫師轉檢後，所能獲得的合理待遇與避免病人流失問題；(2) 合作雙方的意願及配合度；(3) 應建立制度化的管道以便雙方尋求合作；(4) 雙向互利的觀點。

對衛生主管機關的建議：

為建立轉檢網路，建議針對醫事檢驗機構及醫院現行轉檢問題分別予以克服：

(1) 加強對醫事檢驗機構的控管，使醫事健檢機構在人員、設備、品質上均能

達到一定的規範，並增加與健保局有特約關係的健檢機構家數。如此才能使醫療資源較缺乏的地區或目前已經習慣與醫事檢驗機構合作而不願改變的基層醫師，亦能維持或加入轉檢網路，且不必擔憂品質不穩定的問題。

- (2) 在建立基層醫師與醫院合作轉檢網路方面，應設法解決基層醫師可能擔心的問題(如病人流失，病人需要花很長時間在醫院排隊等候、檢驗(查)服務速度太慢等)，以建立方便、對等、暢通的轉檢管道。

對建立轉檢網路配套措施之建議：

- (1) 為避免病人流失的問題，可以由制度方面的規定使病人回到診所看檢查(驗)報告，(如規定必須有轉檢回覆單給原診治診所才給付費用、或規定檢查(驗)報告直接回覆給診所)。
- (2) 為提昇轉檢網路之資源可近性，合作機構可以提供定時派人至診所收檢體的服務。
- (3) 醫院方面建立暢通且便捷的轉檢管道，以提升病人轉檢至醫院的可近性。例如病人至醫院掛號時，醫院只要看到病人所持轉檢單上有合作診所的簽章，即可直接到檢驗部接受檢查、或醫院方面可以設立轉檢單一窗口等。
- (4) 改由接受轉檢的機構申報費用。
- (5) 建立轉檢資訊網路，使檢查(驗)結果可以直接經由網路申請下載，除可提昇轉檢可近性和效率性，亦可便於合作雙方查詢病人病情，減少資源重複使用的浪費。
- (6) 由於目前基層醫師普遍缺乏轉檢資訊來源的管道，因此未來在建立轉檢網路時，應編製相關資訊的小冊或提供網路查詢系統，使基層醫師可以清楚地獲得鄰近有哪些可供轉檢的機構與各機構的設備、品質等資訊。
- (7) 基層醫師對轉檢網路之認識與擔心病人不願意轉檢是影響醫師轉檢意向的重要因素。建議未來加強對醫師和民眾之分級醫療觀念宣導工作，使醫師和民眾均能清楚了解轉檢之重要性。
- (8) 外部資源可近性越高，基層醫師對建立轉檢網路的意向越高，故建議建立轉檢網路前，先強化外部資源可近性，如增加與健保局特約之健檢機構家數、訂定加入轉檢網路機構之品質審核制度以確保品質的可近性、提供資訊來源取得管道、建立轉檢網路資訊系統等，使醫師可以方便且快速地獲得良好品質的轉檢資源。

李宣緯亦指出可能面對的障礙為：轉檢費用申報麻煩、基層醫師未得到合理的待遇、病人可近性低、檢查（驗）品質的不穩定性、檢查（驗）服務之效率、合作雙方配合度的問題、與健保局特約之醫事檢驗機構數量不足、檢查（驗）結果是否容易取得及轉至醫院會有病人流失等問題。該研究在政策方面，建議衛生主管機關未來在建立轉檢網絡時，應藉由配套措施的設計減少基層醫師轉檢之障礙。

3. 李玉春、楊銘欽(1999)於全民健保法修法之相關議題研究中，對於落實分級醫療促成醫療院所之合作提出了許多建議。其中與轉檢之資源整合理念相關的建議有以下幾點：

- (1) 修改支付標準適用表別之規定，放寬基層可提供的服務類別之規定，以提升基層醫療提供必要之檢查或治療能力。
- (2) 修改轉檢之申報規定(改由檢驗單位申報)，促使醫師提供必要的轉檢，但為減少不必要的檢查，仍應配合檔案分析或論病例計酬制度等之實施。
- (3) 改革支付制度以同病同酬精神，縮減大小醫療院所同類病人支付的差距。
- (4) 在各分局推動共同服務(shared services)網路，由健保局為媒介，促成各分局轄區內之基層診所與醫院建立以一對一或多對多的聯合服務網路，以逐步推動病人的轉診或輔助服務(ancillary services)之轉介及合作。
- (5) 針對慢性病人或使用醫療資源較多且治療模式較複雜的病人建立疾病管理制度，以共同照護的精神，在標準的治療模式下建立基層與醫院分工合作的模式(如以糖尿病人而言，醫院可以協助提供視網膜、腎功能、血糖及糖化血色素等之年度檢查)作為推動其他轉診制度之基礎。

4、上述資訊技術運用研究大多朝向：如何增加及改善醫療系統效益，達到資源分享與病人病歷傳遞，協助醫師診治判斷，改善醫療過程、提升服務功能及醫療品質，降低行政成本及醫療診治費用。

吳振龍等(2005)指出臺北市立聯合醫院跨院區之檢驗資訊系統網絡即時提供報告，減少病患重複檢驗及醫療資源之浪費，檢驗科內部全面化品管控制，檢驗試劑聯合招標採購，大幅降低試劑成本等，均是檢驗自動化系統帶來的效益。

由上述研究成果發現，檢驗市場透過資訊運用、策略聯盟、有效率的轉檢作業流程，試圖減少重複檢驗，但作業流程中仍有諸多問題尚待解決，如整合不易、轉檢作業流程不順暢、轉檢流程資訊不夠清楚等，各研究建議中較多是對衛生主

管機關能在政策制度上進行改革，少了政府的參與，或許較難全面有效的解決重複檢驗的問題，本研究將假設經由政府部門參與轉檢作業流程改造與規劃，並加強檢驗品質管理，推動 *ISO* 醫學檢驗共通規範，讓不同實驗室檢驗報告彼此承認，可達到不重複檢驗目地。

第二節 中央政策探討

一、「行政院衛生署九十四年度醫療區域輔導與醫療資源整合計畫作業要點」中與醫學檢驗應辦理工作項目，整理如下：

- (一) 強化以社區為主體之醫療體系（包括轉診、轉檢制度之建置），提升基層醫療品質為主要目標。
- (二) 辦理各項提升醫療品質活動及計畫。
- (三) 強化以社區為主體之醫療體系與提升基層醫療品質。
- (四) 強化基層院所橫向合作機制，建置區域性臨床檢驗中心，以促進基層醫療資源整合。
- (五) 推動轉診與轉檢制度：

- 1. 修訂「雙向轉診轉檢作業辦法」及「雙向轉診轉檢之醫療機構手冊」，並於各區網站公告及提供下載。
- 2. 協調區域內各級醫療機構辦理雙向轉診、轉檢制度，並訂定目標值、評估成效及定期檢討。
- 3. 維護轉診轉檢資訊系統，對區域內各醫療院所轉出、轉入病人與院所別…等資料，製作統計月報表。
- 4. 定期舉辦轉診 / 轉檢以及推廣家庭醫師制度之民眾衛教宣導活動。

基於中央政策方向，桃園縣衛生局於九十四年三月九日「召開九十四年度北區轉診轉檢計畫協調會」，決議進行轉檢技術規劃，以落實中央政策。另行政院衛生署為建立區域醫療體系，責成北區各衛生局，建立區域醫療網業務，由桃園縣衛生局局長任召集人，建置「北區醫療網」，但網站內轉檢資訊不足，無法提供縣內完整轉檢作業。

二、衛生署於九十年提出「知識經濟發展方案-網路健康服務推動計畫」，將於十年內完成「網路健康服務」大環境的建設；以確實達到促進全體國民健康的目標，貫徹政府推動「知識經濟發展方案」，強化國內經濟體質，提振國際競爭力的政策，並順應世界潮流趨勢。期在完成短、中、長程之具體推動措施後，能為推動網路健康服務之終極目標逐漸闡建出一實際可行之環境架構，亦即打造一個優質的網路衛生醫療資訊基礎建設，未來並持續依據政策及民眾需求，擴大應用範圍，達到建立全民終生健康照護之資訊網路體系。

第三節 醫療院所之分類

醫療檢驗部門為醫療院所內部之實驗室部門，本研究之醫療檢驗機構管理辦法，將對桃園縣醫療院所內之實驗室進行分級，作為後續研究用。以下為目前醫療院所之分類。

分類依據		類別		
所有權	服務項目	公立醫療機構	私立醫療機構	財團法人醫療機構
中華民國醫療機構設置標準規定	(陳楚杰，2002)	醫院(綜合醫院、醫院、專科醫院、慢性病醫院、精神科醫院、中醫醫院、牙醫醫院)	診所(專科診所、一般診所、中醫診所、牙醫診所)	其他醫療機構(捐血中心、病理機構、其他從事非以直接診治病人為目的而由醫師辦理醫療保健業務之機構)
		基層醫療單位	地區醫院	區域醫院 醫學中心

表一 醫療院所之分類

第四節 ISO 認證之文獻探討

國際標準組織(Internation Organization for Standardization)，成立於1947年，共由147個國家共同組成，是專責制定國際標準之機構，也是目前世界最大的國際標準組織。國際標準組織(ISO)係由25各國家在英國倫敦集會時決議成立，並於1947年2月23日開始正式運作，總部設在瑞士日內瓦，為各國國家標準組成的一非官方性質之國際組織。其成立之目的在於將國際上現有的工業標準予以調和，以制定世界通用的國際標準，再透過共同語言來協助各國間貿易與服務之交流，來增進各國間的互助，及追求彼此之間的發展與進步。

所謂實驗室認證，依照國際標準組織(ISO)之定義是指「對一實驗有能力進行特定測試之正式認可」。簡單說實驗室認證也就是根據預先設定之評估標

準，公正客觀的評估實驗室有沒有能力執行一項特定測試，也就是經由周延之管理制度與技術能力評估，對有能力提供一定品質水準之測試服務的實驗室，給於公開發布的正式認可。

中華民國實驗室認證體系 (Chinese National Laboratory Accreditation, *CNLA*) 係由經濟部標準檢驗局與工業技術研究院量測技術發展中心，於 1990 年開始推動，是一個綜合性之實驗室認證服務體系。在實驗室的認證體系 (*CNLA*) 的認可工作上，對內將由輔導轉向督導之責，對外積極與國際市場結合，透過國際相互認可，協助實驗室出具報告跨越國界障礙，在促成亞太實驗室認證聯盟 (*APLAC*) 及國際實驗室認證聯盟的相互認可協議之後，未來在國際市場上，經由中華民國實驗室認證體系 (*CNLA*) 所簽發之測試/校正報告，將可達到「一地測試、全球接受」之目標；為達到國內產品「一張證書，通行全球」，並與國際接軌的目標，經濟部標準檢驗局將以往實驗室與管理系統驗證的工作獨立出來，交由「財團法人全國認證基金會」(Taiwan Accreditation Foundation, *TAF*) 接手，象徵我國認證體系的一大變革。「資料來源：中華民國實驗室認證體系，2004」

第五節 醫療檢驗機構分級管理制度規劃參考理論

本研究以新公共服務的理論基礎為核心概念，規劃管理制度；依照Denhardt氏等二人對新公共服務說法共有七項核心概念（2003:42-43），說明如下。

1. 公民導向的新公共服務觀點：公部門不應獨斷或片面地回應對自己有利的業務為首要，應該將關注放到廣大民眾上，回應公民的需求及利益。
2. 新公共服務下的公共利益觀點：公共行政人員是治理系統中的主要行動者，而這個治理系統包括不同公民、社會團體、及其他的公共組織，公共利益取決於整個治理系統中，各個行動者的互動與共識。
3. 強調公民資格勝於企業精神：新公共服務的行政人員角色，強調公民涉入政府的政策過程，真正地參與、改善對話、審議式的決策過程，或將更符合民主的治理原則（Denhardt & Denhardt, 2003: 89-93, 100-101）。
4. 策略思維、民主行動：在社群模式中，公民有著與公務人員共同責任，共同界定問題與落實解決方案（Denhardt & Denhardt, 2003: 111-114）。
5. 必須體認「課責並非容易的事」：新公共服務認為課責是一個複雜議題，在各項準則和責任中應維持一個均衡點，這些準則與責任包含了繁複的外部控制網絡、職業標準、民眾喜好、道德議題、法律規定，以及最根本的公共利益（Denhardt & Denhardt, 2003: 129-131, 137），誠如 R. Behn 所言，公共管理者到底必須為誰負責？答案是：「每一個人」（2001: 120）。
6. 服務比領航更形重要：公務人員要服務公民，不僅要知道他們所擁有的資源，還必須管理資源。因此行政人員並非去掌控資源，而是分享權力、帶動熱情與認同，倡導廉潔公正的行為，將尊重與權力賦予在公民資格之中（Denhardt & Denhardt, 2003:153）。
7. 重視人性價值，而非僅關注於生產力：新公共服務的理想在於：若能幫助其他人去發現他們所從事的工作，是偉大的且比個人利益來的重要；公共組織應當鼓勵並授權公職人員用好的方法去服務他們的社區（社群），並允許他們延攬與授權那些自願並能夠服務公共利益的人（Denhardt & Denhardt, 2003:163, 167）。

第六節 利害關係人與行政、政治可行性理論基礎

公共政策過程是一個不折不扣的政治過程，然而這種政治過程通常會被稱做是一個「渾沌的」(chaotic)過程，傳統以來也常被視為是只有少數「局內人」才能玩的遊戲。隨著政治與政策科學對於政策過程研究的不斷精進，學界與實務界已經逐漸發展出評估政治可行性的方法（張四明等，2002:4；林昭吟等，2005；劉宜君等，2005）。其中利害關係人(stakeholders)的觀念與政治可行性評估十分密切，亦即要知道不同政策利害相關團體對於政策規劃或是方案變革的意見與偏好。利害關係人的概念是從企業管理中的「策略管理」(strategic management)而來的一種組織分析的觀念（Freeman, 1984; Burgoyne, 1994; Franklin, 2001），利害關係人分析技術發展主要是為了實務的理由，因為企業乃是鑲嵌在社會系統(social system)中的組織，其一舉一動都會影響到系統中的利害關係人，而這些利害關係人對企業的任何作為，也有一定的影響，因此，從策略管理的角度來說，企業規劃任何作為之先，應該有一套評估其利害關係人影響的實務做法。而根據學者的定義，利害關係人是指：「那些能夠對一個組織的目標造成影響或是受到組織目標達成影響的個人或是團體」（Brinkerhoff and Crosby, 2002: 141）。廣義而言，對任何一位有策略思考能力的公、私或第三部門的管理者而言，成功推動任何政策或是變革的首要工作，就是要能事先知道與該政策或方案相關的個人或是群體，對該政策的偏好及其可能的正面或負面影響，以作為推動過程當中因應作為的情報。在公共政策的領域當中，有學者將這樣的實務作為稱為「預期性的政策評估」（prospective policy evaluation; Rose, 1991; 1993, Mossberger and Wolman, 2003）、「預評估」（pre-evaluation）、或是可行性評估（feasibility analysis）當中的政治可行性評估（the analysis of political feasibility; Meltsner, 1972；Weimer and Vinning, 1999: 382-416；陳敦源等，2005；劉宜君等，2005）。因此，公共政策的推動與執行，除了經濟可行性問題（丘昌泰等，2001），最重要是對於政治可行性的分析（陳敦源，2001）。尤其第三世界國家的各種社會改造工作（如醫療衛生或是教育議題），除了公共經費的充分外，最重要的就是藉由政治可行性的評估，來降低未來可能遭遇的阻力（Page, 2002；陳震寰、鄧宗業，2002；劉宜君等，2005）。

第七節 轉檢規劃相關理論探討

醫事檢驗服務作業流程改造是否可改變醫療檢驗服務方式，進而節省醫療檢驗資源，目前無相關研究報告。醫療檢驗品質是建立醫師及病人信心重要因素，亦是流程改造是否成功的重要因素，目前有部份研究探討醫療檢驗作業模式的改變，如策略聯盟的方式、利用資訊管理系統協助檢驗品質管理等，並未做類似的研究。因此，本研究之文獻探討將就相關理論及研究納入，第一部份流程改造相關概念、第二部份組織與互動合作的相關理論。

一、流程改造相關概念

「流程再造」在 1960 年即有企業組織推行。其最吸引人的地方在於它「再創新」(reinvention)，即是將流程再造的內涵運用在不同的領域之中 (Mische, 1996) 來創新價值。

依據 Hammer (1990) 對流程再造所下的定義：「流程再造指組織所處理流程，進行根本重新思考及廣泛的再設計，徹底翻新作業流程，以便在現今績效衡量標準的關鍵上，例如是成本、品質、服務速度等，獲得戲劇化的改善。」

流程再造綜觀如下：

1. 以顧客滿意度作為優先考量。
2. 以企業目標的角度重新設計工作，消除功能別組織中巨額的協調成本，並將相似的流程合併成唯一一個。
3. 一次就將事情做對，以避免重複工作。
4. 將近代管理思潮及資訊科技相結合。
5. 在每一步驟建立回櫃機制，減少控制與檢查。

依據 Hammer 的看法，當企業主體面臨下列三種狀況時，即是實施流程再造的時機：1. 組織面臨生存危機時；2. 組織希望在同業中產生較多的優勢；3. 組織面臨生態環境的變化時。

表 2-1 流程再造產生的動機與作用

動機 競爭	條件 滿足顧客需求	問題點 現有流程無法滿足	做法 流程的再造	成效 顧客滿意度的提升
顧客滿意	● 快速服務 ● 迅速解決問題 ● 服務品質好 ● 產品品質好 ● 價格低 ● 受到重視 ● 新產品上市 ● 額外的服務	● 流程過長 ● 作業時慢 ● 無人負全責 ● 各掃門前雪 ● 過多的監督與管制 ● 公文往返時費時 ● 人力多、成本高 ● 資訊傳遞慢	● 管理當局支持 ● 重新設計流程 ● 流程工作小組 ● 組織扁平化 ● 分權與授權 ● 流程的多樣化 ● 流程的彈性 ● 工作的多樣化 ● 團隊合作 ● 資訊科技應用	● 服務流程縮短 ● 服務時間短 ● 顧客問題圓滿解決 ● 服務與產品品質好 ● 顧客受到重視 ● 符合顧客的要求 ● 收費具競爭力 ● 新產品上市快

資料來源：楊錦洲，〈再造工程之產生及其功能〉《品質月刊》，1995.4

表 2-2 資訊科技對組織的影響

影響	影響內容
簡化組織層級	以電傳視訊的方式進行會議，使面對的會議可輕易地經常舉行，並增加會議參與人數，因而決策者的觀念得以直接宣達，減低組織對中間管理者的溝通需求。
跨越組織區域與結構的限制	以往辦公室或工廠的意義是將人員聚集並使其在組織架構的基礎上發揮生產力，但由於通訊設備的發達，資訊科技可將工作傳送至員工所在的地方，或連結因追求比較利益而分散各地的工作場所，跨越時空對組織活動的限制。
創造合作型組織	以往科層式組織大都依功能別或地理別劃分部門，和部門間溝通不易，因而再組織面對快速變化的外在環境時，常缺乏應變能力，而跨越組織功能、地理別的工作小組，可在資訊科技的支援下，用低廉的成本享用高品質的互動、溝通、協調功能，增進合作效能，使組織具有快速回應新環境變數的良好能力。
人性化管理	以電子視訊功能提供面對面的雙向溝通管道，使高階管理者的理念經由資訊科技的協助直接傳遞給工作人員，免除行政層級以書面、公告的方式傳達組織目標；以群組軟體、電子郵件信箱來消除多餘的管制流程與文書處理程序，並廣泛地改善資訊的存取、傳播速度。
建構理想的組織型態	資訊科技提供組織一個破除固定層級的選擇，以簡化、彈性的溝通程序取代僵化組織結構。使得 Peter Drucker 的網路型組織(network organization)及 Tom Peter 的無科層組織生活(life without hierarchy)等有實現的可能。

資料來源：Keen, Peter G. W. (1991) "Shaping the Future: Business Design through information Technology", Harvard Business School Press.

為了避免再造小組被目前的流程模式所限制，再發展不同的替代方案時，可以從以下幾各問題來思考，並以流程圖來描繪出未來流程的簡圖：

1. 流程為何必須改變？
2. 應該如何做？
3. 有沒有其他更好的方式？
4. 該由誰來負責？

5. 什麼樣的資訊科技能夠支援流程？
6. 管理系統如何配合？

二、組織與互動合作的相關理論

組織與互動合作的相關理論

1. 資源依存理論(resource dependence theory)
2. 制度理論(institutional theory)
3. 組織生態學(population ecology)
4. 交易成本理論(transactions costs theory)
5. 交換理論(exchange theory)

綜合以上五個理論，各對本研究提供了以下幾點思考方向：

1. 資源依存理論指出環境的資源有限，組織為了獲得足夠的資源，必須經由對外的合作關係取得必需的資源。因此，基層醫師在面臨執業時病患需要檢查(驗)服務，卻又無法由本身診所提供服務時，就必須藉由與診所鄰近之醫院或醫事檢驗機構的合作，滿足執業時病患的需求。故在研究基層醫師對建立轉檢網路之意向時，也就必須考量到診所本身所能提供之檢查(驗)服務能力，與診所鄰近地區的資源多寡與可近性。而這便是組織與環境間的互動，且是基於組織對資源的需求。

2. 制度理論指出環境帶給組織壓力，會使得組織調整其活動或產出，且促成組織提高其合法性，並合乎外界的準則或規範。因此，目前與醫療體系息息相關的保健制度、轉檢的相關政策規定等，便是本研究在探討影響基層醫師意向時必須瞭解且考慮到的重要因素。

3. 組織生態學則強調適合環境的組織才會被保留下來，不適合者則被淘汰，注重環境取決組織的重要性。因此，在考慮組織的決策意向時，便亦需同時考量到組織的應變能力與過去的合作經驗，而這可以包括在組織的外部資源可近性與組織內部因素中的各項考量，如診所目前或過去是否和其他的外部組織有合作關係或經驗、或診所在有關轉檢方面相關資訊的來源是否缺乏等。

4. 交換理論指出，在個體交換的過程中，會在確定其所獲得的報酬將超過所付出的成本後，才願意進行交換；而這與交易成本理論類似的地方，即均強調成本效益的概念。當在研究團體或組織的決策意向時，成本效益的觀念是不可被忽略的，而這可被歸在基層醫師對診所內部因素的考量中，即轉檢網路對本身診所成本效益方面的評估。

醫院間互動合作策略形成的因素，大致可分為以下三點：

(1) 資源缺乏—當醫院的資源缺乏或績效不彰時，通常會選擇醫院間合作的方式以獲得所需的資源；(2) 額外價值—當合作會帶來醫院額外的正面價值時，醫院也會選擇合作的方式；(3) 第三者的壓力—一個外在有力的第三者會迫使醫院尋求合作，第三者的壓力通常來自政府或政策法規的制定 (Sckermerhorn, 1981；引自洪思嘉，1998)。

Oliver(1990)提出六個影響組織間互動關係的情境決定因素，包括必要性(necessity)、不對稱性(asymmetry)、互惠性(reciprocity)、效率性(efficiency)、穩定性(stability)和合法性(legitimacy)，並認為這六個因素會導致或促使組織間建立合作關係。關係於此六個情境決定因素的觀點分別如下：

1. 必要性—指組織會為了符合必須遵守的法律或法規要求而與其他組織建立連結或交換關係，且此種關係的建立可能是自願的，也可能是強制的。

2. 不對稱性—不對稱性情境指的是由於資源稀少，因此組織間的合作關係是由於組織意圖行使權利上讓步，均反映出組織間互動政策的不對稱性動機。

3. 互惠性—相對於不對稱性情境，互惠的情境強調資源稀少可能導致組織間的合作，而非導致組織間的支配、權力和控制。此互惠模式是根植於交換理論，根據這樣的觀點，認為組織間的互動關係是為了追求共同的相互利益而產生的。此觀點具有三個假設：(1) 資源稀少可能會產生合作，而非競爭。(2) 連結的形成過程所表現的特徵為平衡、合諧、公平和相互支持，而非強制、衝突和支配。(3) 交換的潛在伙伴將預期連結所產生的利益會大於缺失。

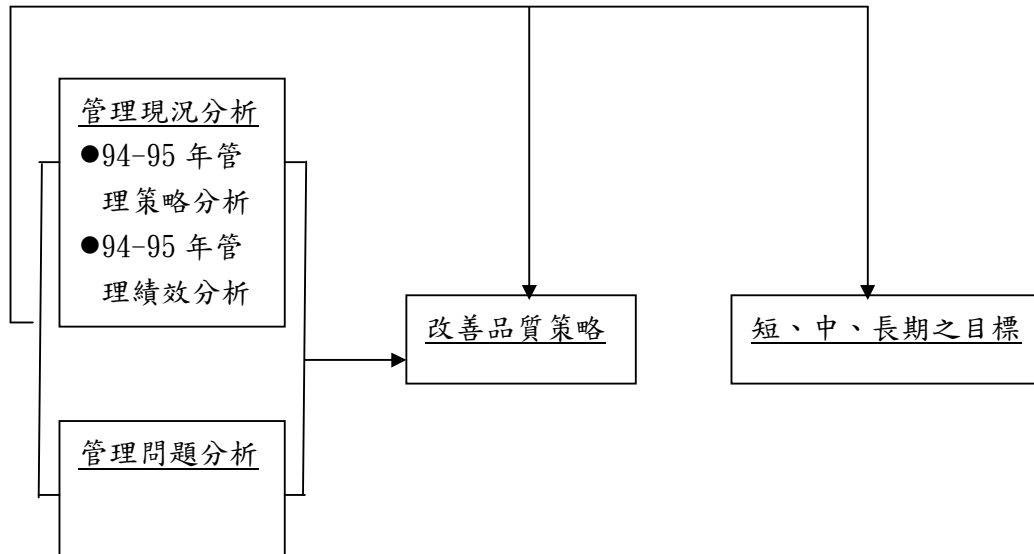
第叁章 研究方法

本研究分兩部份研究探討，第一節針對 94-95 年間桃園縣醫療檢驗機構管理情況進行資料分析，第二節以問卷調查法分析桃園縣基層西醫醫院、診所對轉檢網絡的態度，分析未來推動轉檢網絡時可能之助力及阻力因素。

第一節 醫療檢驗機構管理之研究

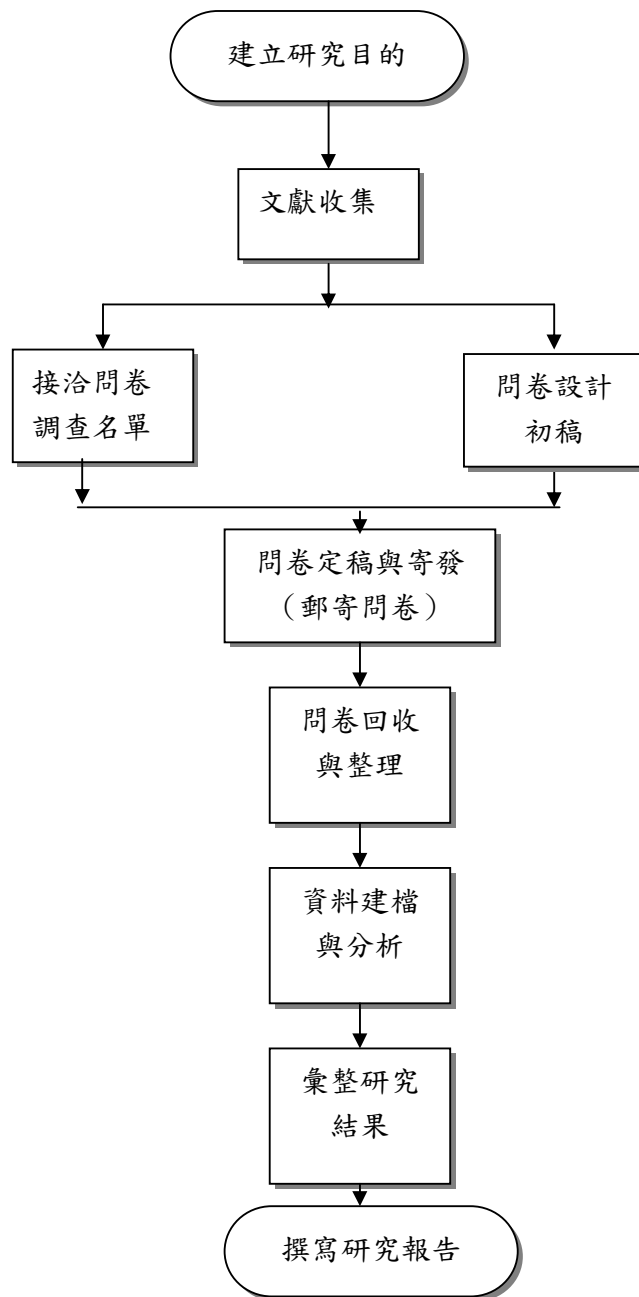
本研究將以桃園縣 65 家醫療檢驗機構為研究對象，其中 1 家醫學中心、6 家區域醫院、24 家地區醫院、34 家檢驗所；研究方法以次級資料分析法，蒐集桃園縣衛生局醫療檢驗機構管理資料進行分析。

依據上述研究目的，建構本研究架構如圖所示：



第二節 基層醫院、診所對轉檢網絡態度之研究

本研究將以桃園縣 721 家基層西醫醫院、診所為對象，以問卷調查方式及 SPSS 軟體進行分析，了解推動轉檢網絡基層醫院、診所阻力及助力因素分析。問卷內容以李宣緯（2001）《台灣地區基層醫師對建立轉檢網絡之態度研究》問卷經修改後產生。



圖一：研究流程圖

第肆章 研究內容及發現

第一節 94-95 年桃園縣醫療檢驗機構管理策略分析

壹、桃園縣醫療檢驗機構分佈情形

表 4-1 桃園縣醫療檢驗機構分佈

鄉鎮別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	檢驗所	其他	合計
桃園市	0	3	6	9	0	18
中壢市	0	0	8	11	0	19
平鎮市	0	1	3	1	0	5
大園鄉	0	0	1	0	0	1
觀音鄉	0	0	0	0	0	0
新屋鄉	0	0	1	1	0	2
楊梅鎮	0	0	2	2	0	4
蘆竹鄉	0	0	0	1	1	2
龜山鄉	1	0	3	1	0	5
八德市	0	0	1	1	0	2
大溪鎮	0	0	0	1	0	1
龍潭鄉	0	1	1	3	1	6
復興鄉	0	0	0	0	0	0
合計	1	5	26	31	2	65

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

貳、桃園縣醫療檢驗環境 SWOT 分析

表 4-2 桃園縣醫療檢驗環境 SWOT 分析

<i>Strengths :</i> 1. 桃園縣醫療資源豐富。 2. 外勞健檢及勞工健檢案件量大。	<i>Weaknesses :</i> 1. 檢驗單位及人員不受重視。 2. 資源不足。 3. 人員士氣低彌。 4. 缺乏整合機制。 5. 檢驗生存困難，管理不易。
<i>Opportunities:</i> 1. 獎勵檢驗所整合，加強輔導，或有機會突破經營困境。 2. 設立優良檢驗品質標章，提升醫療檢驗形象。 3. 導入 <i>ISO 15189</i> 認證規範，提高檢驗公信力。 4. 建置轉檢資訊平台，強化縣內轉檢機制。	<i>Threats:</i> 1. 彼此惡性競爭，價格過低品質無法提升。 2. 本縣委托檢驗單位大部份為台北縣市檢驗單位，桃園縣是否競爭力不足？

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

叁、檢驗管理思考模式

選擇以「理性規劃過程模型」進行規劃

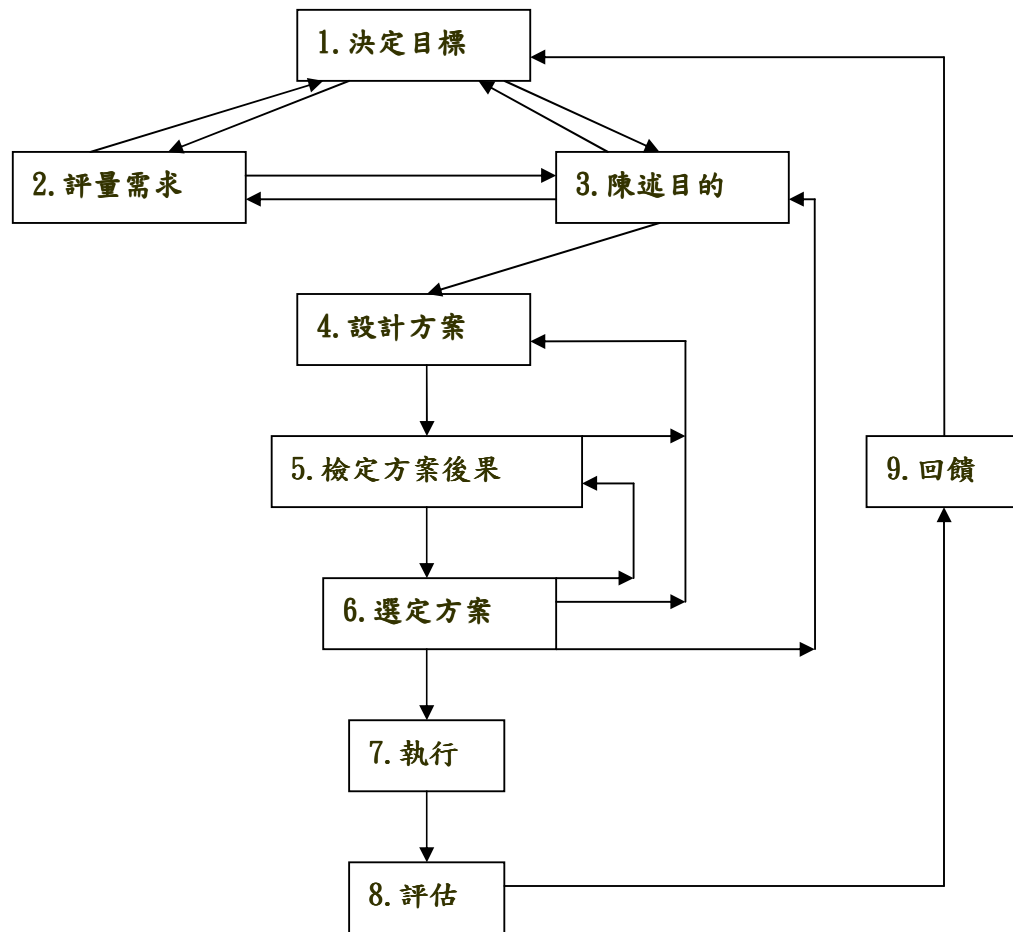


圖 4-1 理性規劃過程模型

資料來源：Robert R. Mayer, (1985). Policy and Program Planning: A Development Perspective. Englewood Cliffs, N. J. :Prentice-Hall, P. 105

肆、檢驗管理決策選擇分析

於 94 年桃園縣衛生局經分析後選擇以專案委外當作 95 年行動方案。

表 4-3 管理模式分析

管理模式	管理方法	優點	缺點	成效
漸進模式	依衛生局所現有檢驗人力，進行分區管理，逐步提高檢驗品質。	1. 外部反彈較小。 2. 可邊做邊修。	1. 太保守 2. 耗時，成效不顯著。 3. 無法建立管理機制。	逐步提高檢驗品質。
專案委外 (當作行動方案)	委託學術單位輔導，並提出管理建議案，進行後續管理參考，本局負責委外研究案監督。	1. 透過委外案，可快速達到目標，提高施政績效。 2. 桃園縣檢驗單位可獲得專家輔導的機會，快速進步。 3. 解決政府人力不足的困境。 4. 符合政府推動委外政策及落實中央政策。	1. 監督不易。 2. 尋求適宜團隊不易。	1. 網站建置完成後，可快速產生報表、整合檢驗資源、獲得檢驗資訊。 2. 建立本縣檢驗管理機制，提昇檢驗品質及形象。

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

伍、94 年管理成果分析

一、管理結果分析：

94 年本縣 60 家醫療檢驗機構訪查結果

表 4-4 品質手冊建置情形

品質手冊 建置情形 醫院級別	品質手冊建置情形			
	完整	部分	無	總計
地區醫院	1(3.8%)	13(57.7%)	10(38.5%)	24
區域醫院	3(60%)	2(40%)		5
檢驗所	0(0%)	6(13.8%)	24(86.2%)	30
醫學中心	1(100%)			1
總計	5(8.3%)	21(35%)	34(56.7%)	60

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

表 4-5 檢驗 SOP 建立情形

建立檢驗 SOP 醫院級別	建 立 檢 驗 SOP			
	完整	部分	無	總計
地區醫院	1(3.8%)	20(84.6%)	3(11.5%)	24
區域醫院	3(60%)	2(40%)	0	5
檢驗所	0	20(64.3%)	10(35.7%)	30
醫學中心	1(100%)	0	0	1
總計	5(8.3%)	42(70%)	13(21.7%)	60

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

表 4-6 內部品質管制

醫院級別 內部品質管制情形	內部品質管制情形			
	可	良	無	總計
醫院級別				
地區醫院	20(84.6%)	0	4(15.4%)	24
區域醫院	2(40%)	3(60%)	0	5
檢驗所	24(85.7%)	3(3.6%)	3(10.7%)	30
醫學中心	0	1(100%)	0	1
總計	48(80%)	5(8.3%)	7(11.7%)	60

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

表 4-7 能力試驗

醫院級別 能力試驗	能力試驗					
	1-2 項不 合格	3-5 項不 合格	5 項以上 不合格	未參加能 力試驗	全部合格	總計
醫院級別						
地區醫院	13(50%)	3(11.5%)		3(11.5%)	7(26.9%)	26
區域醫院	1(20%)				4(80%)	5
檢驗所	3(10.7%)	4(14.3%)	4(14.3%)	12(42.9%)	5(17.9%)	28
醫學中心					1(100%)	1
總計	17(28.3%)	7(11.7%)	4(6.7%)	15(25%)	17(28.3%)	60

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

表 4-8 通過 ISO/CAP 認證

是否提出 ISO 認證 醫院級別	是否提出 ISO/CAP 認證		
	否	是	總計
地區醫院	26	0	26
區域醫院	4	1	5
檢驗所	28		28
醫學中心	0	1	1
總計	58(96.7%)	2(3.3%)	60

資料來源：劉麗文（2005）本研究整理

二、管理實務之問題分析

- （一）94 年品質手冊建置率：品質手冊是實驗室品質的規範，經調查分析後發現建置率，完整 5 家(佔整體建置率 8.3%)、部分 21 家(佔整體建置率 35%)、無 34 家(佔整體建置率 56.7%)，未建置品質手冊仍佔半數以上。
- （二）94 年檢驗 SOP 建置率：標準操作手冊是工作人員維持檢驗品質及正確性的重要手冊，經調查分析後發現，完整 5 家(佔整體建置率 8.3%)、部分 42 家(佔整體建置率 70%)、無 13 家(佔整體建置率 21.7%)，仍有 13 家完全無標準操作手冊，大部分為小型地區醫院及檢驗所。
- （三）94 年實驗室進行內部品質管制情形調查：完整 48 家(佔整體 80%)、部分 5 家(佔整體 8.3%)、無 7 家(佔整體 11.7%)，有 7 家無品質管制，大部分為檢驗所及小型地區醫院。
- （四）94 年能力試驗通過情形：1-2 項不合格 17 家(28.3%)、3-5 項不合格 7 家(11.7%)、5 項以上不合格 4 家(6.7%)、未參加能力試驗 15 家(25%)、全部合格 17 家(28.3%)，全部通過能力試驗的家數僅 17 家，該部分尚待加強，否則未通過能力試驗業者若未進行檢討，仍繼續執行檢驗工作，是否產出錯誤報告，影響病人就醫治療甚大。
- （五）94 年通過 ISO/CAP 認證：否 58 家(96.7%)、是 2 家(3.3%)，通過 ISO/CAP 品質認證家數很少，可鼓勵參與，提升整體品質。

三、94 年品質改善策略

(一) 94 年 4 月衛生局介入輔導

(二) 擬定 95 年管理方式將朝委託外部機構進行全面性輔導，提出專業建議。

(三) 持續辦理教育訓練，加強品質管理概念。

陸、95 年管理分析

一、95 年透過委外研究案執行管理工作，計畫名稱「桃園縣 95 年醫療檢驗機構分級管理與建置轉檢平台之整合型研究計畫」計畫，經由招標，委託長庚醫院林口分院辦理，計畫內容如下：

計畫目標

1. 總目標：為藉由專業與系統性的評估與客觀公正的外部稽核機制，建立本縣醫療檢驗機構之分級標準、分級管理制度與辦法，並作為建立轉檢平台與監督機制的執行作業基礎，以有效提升轄區內醫療檢驗機構之專業能力與服務品質，提供本縣民眾優質的醫療檢驗服務品質。
2. 第一分項計畫目標(醫療檢驗機構分級管理)：
 - (1) 透過專家現場評估及能力試驗結果作為建立分級辦法及各級品質管理要求之基礎。
 - (2) 專家評估後書面提供改善措施及檢驗品質提昇建議案。
 - (3) 建立各級醫療檢驗機構輔導內容及品質目標。
 - (4) 建立醫療檢驗機構後續監督與管理策略。
3. 第二分項計畫目標(建置轉檢平台)：
 - (1) 瞭解本縣轄區內檢驗轉檢情形。
 - (2) 規劃建立本縣醫事檢驗轉檢平台。
 - (3) 提昇本縣醫事檢驗機構競爭力。
 - (4) 建立轉檢及代檢機構流程及檢驗品質之管理。
 - (5) 試辦轉檢與代檢網路評估。
 - (6) 提供縣民便利與整合的醫事檢驗服務。
 - (7) 建立本縣轉檢手冊。

二、主要管理內容如下：

(一) 建置醫療檢驗機構分級管理制度：

設立檢驗品質規範與能力標準：以臨床實驗室標準組織(Clinical and Laboratory Standards Institute; CLSI)所制定的標準為依據，採用這套標準為參考之依據，邀請相關專家學者及桃園縣醫檢師公會、醫檢學會、醫療院所等專家，共同開會討論，選擇其中重要且基本的品質要素及可行性高的標準，並設立能力鑑定標準與程序，制定桃園

縣醫療檢驗機構的專業品質規範與能力標準。

(二) 現場實驗室訪查：

選擇適當的委員組成專業評估小組，對縣內現有的醫院、檢驗所進行實地的調查和現場評估，觀察現有的檢驗項目和醫療人員的專業程度，觀察檢驗單位的資源配備，是否有足夠的醫療器材和檢驗設備，人員的配制是否適當等等。接下來對於醫療院所的人員進行專業技術能力的測試，現場服務品質的評估，並舉辦教育訓練，提升醫療人員的專業能力。

(三) 進行能力試驗評估：

在能力鑑定方面，依照專家會議之決定，根據不同層級或不同功能的實驗室，例如勞工健檢實驗室、代檢實驗室、一般門診實驗室或特殊檢驗項目等，選擇能力試驗的檢驗項目種類，進行能力試驗評核。

(四) 建立檢驗分級制度及監督管理、設計品質標章：

依資料分析所得結果，召開專家會議，以團體討論方式建立醫療檢驗機構分級標準與分級管理制度，包括設立規範、執行項目、品質管理標準以及品質指標，設立分級輔導管理綱要，做為機構分級之參考，也可作為日後監督管理的標準及依據，並能據此核發品質標章給品質優異的檢驗機構，供醫院、診所及民眾選擇。

(五) 建置醫療檢驗機構轉檢平台：

1. 調查縣內轉檢作業之現況及需求。
2. 建置檢驗機構轉檢網站。

(六) 舉辦檢驗品質課程。

(七) 舉辦轉檢制度之宣導與轉檢資訊網站使用訓練發表會：

建立了檢驗分級制度及品質標章後，未來各社區之診所或其他醫療院所則十分清楚什麼的檢驗項目可以到哪些品質有保證的檢驗機構執行，建立起成功的區域性檢驗轉檢網。這套轉檢模式一旦建立成功後，可以推廣到北區醫療網，讓資源可以充分應用，共同提升讓桃、竹、苗地區整體醫療檢驗水準的提升，達到高品質之完整醫療照護。

三、95 年管理實務之問題分析

- (一) 由於許多檢驗所的主管對於以往衛生署在執行檢驗機構訪查時經常認為訪查委員的標準差異甚大，而且經常以醫學中心的嚴格標準來評核，造成檢驗機構的排斥。
- (二) 在執行能力試驗時發現，目前桃園縣轄區內檢驗單位有高達 94% (62/66) 檢驗機構有轉檢的情況，其中生化轉檢需求達 50% (33/66)，血清免疫轉檢的需求更高達 91% (60/66)，並有 4 家檢驗所只執行抽血作業，再將所有檢體外送轉檢，本身已經不再進行檢驗作業，這些機構存在的適法性已產生問題。

四、品質改善策略

- (一) 依評估項目表進行現場評估後分群，並將各群之缺點歸類，做為改善的項目：
1. 第一群：管理階層、品質系統及管理程序、人員素質、儀器設備、試劑及庫存管理、內部品管、外部品管、檢體處理、檢驗報告、文件保存及紀錄、持續性品質改善、工作環境與安全。
 2. 第二群：管理階層、品質系統及管理程序、人員素質、儀器設備、試劑及庫存管理、內部品管、外部品管、檢體處理、檢驗報告、文件保存及紀錄、持續性品質改善、工作環境與安全。
 3. 第三群：管理階層、品質系統及管理程序、人員素質、儀器設備、外部品管、檢驗報告、持續性品質改善。
 4. 第四群：管理階層、品質系統及管理程序、人員素質、儀器設備、內部品管、檢體處理、檢驗報告、文件保存及紀錄、持續性品質改善、工作環境與安全。
 5. 第五群：管理階層、品質系統及管理程序、儀器設備、試劑及庫存管理、檢驗報告、持續性品質改善。
 6. 第六群：人員素質、工作環境與安全。
 7. 第七群：各品質構面皆高於 2 分以上，不需額外加強輔導。
- (二) 建立檢驗機構分級訪查及管理辦法
1. 檢驗機構分級有效期限為二年一期。
 2. 原則上一年訪查二次，但若等級較高之檢驗機構可減為一年訪查一次，若有民眾檢舉則得以隨時抽查。

3. 接受檢驗機構隨時提出變更之申請，但一年以一次為限。
4. 訪查內容及標準為此次計畫設定之檢驗品質規範與能力標準查核表，並以量表來確認檢驗機構落於哪一個等級。
5. 各檢驗機構每年均必須參加相關之能力試驗，並通過合格。
6. 新設立之檢驗機構需執業滿一年後方可提出申請。
7. 轉檢平台之網頁必須公告檢驗單位之級稱、可接受代檢項目，並定期更新，最終委外單位需符合規定，法律規定者除外。

（三）建立檢驗機構分級輔導方式

1. 針對分級中每一檢驗機構，需要加強輔導的品質項目不同，進行輔導。
2. 由主管機關或委派專家進行相關檢驗機構之輔導。
3. 製作修訂合適的實驗室相關標準作業程序版本，並公告於網頁上，提供檢驗機構下載。
4. 定期舉辦研討會，以提升檢驗機構之品質。
5. 提出各機構需要輔導加強的品質構面。

（四）分級標章

以鑽石、白金、銀質三級給予品質辨識，提供醫院、診所及民眾選擇並具鼓勵提升品質之誘因。

五、管理之建議與結論

- （一）檢驗機構分級後如何進行監督管理以及針對各級別機構如何進行輔導，是日後相當重要的一個課題，而且這些分級後對於檢驗機構有什麼誘因，也是日後執行管理時將會面臨的一大挑戰。
- （二）以委外計畫所訂立的檢驗品質規範與能力標準，到各檢驗機構進行實地訪查，進行各檢驗機構的分級。對於表現優良的單位可給予以實質鼓勵，並公開推薦。此外，醫療檢驗有發包招標時，亦可依此分級做為招標條件，並要求必須透過此醫療檢驗轉檢網作為轉檢平台。
- （三）在委外研究計畫中亦發現參加衛生署檢驗機構訪查及醫院評鑑對於品質提升有絕對的幫助，有正向相關性，可鼓勵檢驗機構參與衛生署檢驗機構訪查及醫院評鑑。

- (四)對於訪查結果品質構面表現不佳的檢驗機構，於 96 年進行實際輔導，以提升桃園縣的檢驗品質。
- (五)能力試驗是呈現各檢驗機構檢驗品質的基本條件，在委外研究計畫中的調查發現有部分檢驗機構並未定期參加外部品管之能力試驗，多半的原因是由於成本的考量，可給予以關心與協助。
- (六)本次委外研究計畫進行實驗室訪查時發現，地區醫院的檢驗室是被忽略的一個機構。以往衛生署檢驗機構訪查的對象只著重在檢驗所，在地區醫院評鑑時，評鑑委員並不重視檢驗室，甚至於根本沒有到檢驗室進行實地評鑑，造成檢驗室的品質差異甚大，而且這些檢驗室的醫檢人員只有 1-2 位，他們必須輪值早、晚班，沒有多餘的時間參予相關檢驗的研討會，也缺乏適當的檢驗品質概念及指導。因此建議衛生主管機關應該儘早對這些檢驗室進行實驗室輔導，以提昇檢驗品質及水準。
- (七)在『桃園縣衛生局醫療檢驗資訊網』部份，由於本次委外研究計畫所建置的網站內容豐富。然而日後必須持續的維護與更新，保持網站的新穎度，方能吸引使用者持續瀏覽使用。此外，網站中的轉檢平台 24 小時運作，而此系統主機在衛生局，遇國定假日或非上班時間，有狀況如何處理，應建立應變手冊，才能讓檢驗機構不會無所適從。而衛生局 Server 在安全性管控【[Https: 資料傳送亂碼安全性傳送](https://)】上負責資訊安全第一關的把守，必須儘可能完善，降低風險，對於資訊安全的責任歸屬在縣府、網路公司或各檢驗單位應有明確的條文訂定，以減少檢驗機構困惑及不信任感，要讓各檢驗機構在使用上無後顧之憂。

第二節 基層醫院、診所對轉檢網絡的態度分析

本研究探討桃園縣西醫基層醫院、診所轉檢需求、轉檢現況、轉檢意願、對轉檢網絡的看法及外部檢驗資源分布，本次問卷以郵寄方式發出 721 份問卷，回收 77 份，回收率為 10.7%。在統計分析方面，以描述統計分析桃園縣轉檢現況、影響因素及對轉檢網絡之態度。

壹、結果分析

有關問卷的詳細內容分別說明如下：

一、填表醫院、診所基本資料（如後附件）

包括醫院、診所是否具實驗室、執業型態、是否接受代檢服務、執業科別。有 93.5% 不具實驗室、81.8% 單獨執業、57.1% 不接受代檢服務、其中以一般科（24.7%）、家醫科（22.1%）及小兒科（16.9%）佔大部分。

二、轉檢現況分析（如後附件）

此部份包括診所需轉檢服務與否、自行執行的檢驗項目、是否委託代檢、轉檢方式、轉檢機構是否為本縣、轉檢需求數。高達 79.2% 需轉檢服務、41.6% 未提供任何檢驗、80.5% 的檢驗委託代檢、81.8% 委託機構為本縣、轉檢方式有 59.7% 病人檢體轉檢、轉檢需求數 58.4% 在 5 人次以下。

三、轉檢意願分析

此部份包括是否願意於本縣尋找檢驗機構、哪些因素可能降低您使用本縣轉檢機構的意願、政府可做哪些事來提高您使用本縣轉檢機構的意願、選擇轉檢合作機構（包括醫院、診所、檢驗所）的重要因素為何，統計百分比以同意及非常同意計算。調查發現 65% 願意於本縣尋找轉檢機構；對於降低使用本縣轉檢機構的意願因素中，對提供代檢之機構不清楚 67.5%、不清楚提供的檢驗項目 55.9%、檢驗品質不瞭解 70.1%、提供特殊檢驗之機構太少 45.5%；對於政府可做哪些事來提高使用本縣轉檢機構的意願中，由政府提供轉檢相關的資訊 78.8%、由政府訂立明確的轉檢作業相關規定 68.9%、獎勵成立優質社區實驗室，提高轉檢可近性 70.2%、設立優良「實驗室標章制度」74.1%、由政府提供專屬轉檢網站 61.1%；選擇轉檢合作機構的重要因素，醫院層級 57.2%、醫院的專長科別 55.9

%、機構的設備 84.4%、機構的聲譽 80.5%、機構的收費標準 81.8%、檢驗的品質 87%、機構是否經衛生局認證 87%、機構提供檢驗服務的速度 85.7%、機構與診所的距離 75.3%、對機構運作的瞭解程度 76.6%、機構的配合程度 81.9%。

四、對轉檢網絡的看法

此部分的統計百分比以同意及非常同意計算結果：62.4%認為轉檢網絡的建立，可以使民眾適時地獲得應有的檢查（驗）服務；45.5%認為轉檢網絡的建立，可以使病人回流基層；52%認為轉檢網絡的建立，可以改善民眾「大醫院才可以得到完整檢查服務」的觀念；50.7%認為轉檢網絡的建立，可以提升基層的競爭力；62.4%認為轉檢網絡的建立，可以使基層所能提供的照護服務更完善；59.8%認為轉檢網絡的建立，可以達到醫療院所分工合作的目的；53.3%認為轉檢網絡的建立，可以確保檢查（驗）服務的品質；59.8%認為轉檢網絡的建立，可以促進醫院與診所的良性互動；55.9%認為就成本效益的層面，轉檢網絡的建立對診所所有正面的幫助；57.2%認為轉檢網絡的建立，是使醫療資源獲得有效利用的方法；53.3%認為轉檢網絡的建立後，若無適當的限制或規範，會造成檢查（驗）的浮濫使用。

五、外部資源因素

53.3%認為附近的醫院、診所、檢驗所大多可以提供良好品質的轉檢服務。39%目前缺乏轉檢資源來源、49.4%轉檢資源來源由檢驗機構業務人員介紹、44.2%轉檢資源來自檢驗機構服務項目紙本。

第五章 結論與建議

第一節 研究結果

95 年第一期的網站及轉檢系統建置完成，已有基本的功能及雛型，但限於委外研究計畫時間及經費的限制，未臻完善。未能符合各檢驗機構所期待，讓使用者上手迅速，使用便利，並朝向個人化、人性化的使用介面。因此長遠來看，仍有許多功能可以修正及增加，使轉檢系統更趨完善。在委外研究計畫案之醫療檢驗資訊網的說明會中，有一些檢驗機構的主管提出許多建設性的建議如下，這些將可作為未來中長期發展的參考。

一、由於各檢驗機構經常有組合式的檢驗項目，例如勞工體檢、婚前健檢等，為能方便檢驗機構開立組合式檢驗單，未來在轉檢平台中應建立檢驗套組，各套組的檢驗項目可由使用者自行設定。

二、由於現在的檢驗機構之許多檢驗項目均採用自動儀器檢測，未來各檢驗機構的儀器應能與此轉檢平台連接，檢驗結果能自動透過此平台進行傳輸，減少人工輸入。

三、當有大批檢體報告輸入時，最好能提供特定的檔案格式功能，以方便批次上傳。

四、在使用者身分的辨識上，未來能朝向使用受檢者之健保卡，可以直接讀取、載入健保卡上條碼內的受檢人資料；此外應積極推動醫檢師卡的發行，未來可以使用醫檢師卡做為登入憑證。

經 94-95 年的積極輔導與訪查，桃園縣醫療檢驗機構於品質管理已初具雛型；分級管理確可依不同狀況之檢驗單位，施予不同輔導項目，減少檢驗單位對過高標準要求的反彈，並有助於現況改善及持續的進步，但後續推動亦是重點，目前有礙於政府預算與管理人力不足，恐將成為分級管理與品質提昇的障礙。未來可朝向推動自主管理及將品質要求制度化，如仿照韓國的方式，對不同層級給於不同的給付、對是否通過品質認證單位給於不同的支付、針對提升報告之品質而設計的給付，或如美國檢驗室必須達到一定的品質水準，否則就不能由保險單位取得檢驗費用，甚至執行檢驗。

目前醫院間策略聯盟或轉檢作業推動已愈來愈普遍，但若沒有檢驗品質的共通規範為基礎，恐都將因檢驗品質信心不足，難以成功，畢竟診斷及治療攸關人命。桃園地區人口持續成長；依據桃園縣政府衛生局 96 年 4 月統計 13 鄉鎮市人

口數為 1,915,521 人，醫療院所 1,316 家之多，已為全國醫療院所第二多之地區，醫療資源相當豐富；基層醫療院所為檢驗機構服務的對象；區域醫療檢驗網絡的形成及管理相形重要，但如何設計醫療檢驗網絡作業流程及配套措施，減少作業障礙，節制健保檢驗資源並維護醫療檢驗品質，增加醫師及病人對檢驗品質的信心，避免重複檢驗，節省健保資源。

醫事檢驗業長期以來陷入嚴重的殺價競爭，檢驗不敷成本；檢驗所加入健保合約單位意願低落；檢驗品質管理不易，但綜觀桃園縣除觀音、大溪、復興醫院較少外，整體之人口數及醫療資源豐富，如何找回桃園縣檢驗原始需求？如何讓桃園縣民醫事檢驗不需外送至台北縣市檢驗？如何減少檢驗機構殺價競爭，造成品質管理不易的問題？創造貼心、便民的醫療檢驗服務環境？以下試者以藍海策略所教的方法-找出另類選擇：

- 一、建立檢驗機構間的共通規範：一家檢驗，每一家醫院都認可，並建立檢驗認可標章，並宣導讓民眾知道這個制度。
- 二、建立社區實驗室，提供方便、正確的檢驗報告。
- 三、建立桃園地區檢驗網站：提供醫師、檢驗開業者、執業會員交流園地，進行知識、經驗與意見分享，激發創意，增加整體競爭力；並提供公務單位網路治理的機能及桃園地區疾病趨勢分析，及早提供民眾預防及保健知識與資源。
- 四、透過政策行銷，讓民眾知道桃園縣提供快速、方便、準確的檢驗報告。
- 五、醫療檢驗機構之專業能力與服務品質與民眾健康息息相關，透過建立分級管理與監督辦法，或可逐步提升桃園縣整體之檢驗品質，維護民眾健康，但任何一項公共政策的制定與執行都必涉及或多或少的利害關係，有些人得到政策上的利益，有些人則失去利益，這一部份是管理者值得再思考。政策學者唐恩（Dunn,1994）指出：必須重視政策利害關係人的意見與態度，以制定公平正義的政策，減少政策推行時之阻力，並創造政府、民眾、業者三贏的局面。

本研究除由檢驗單位的轉檢情形探討外，嘗試將未來轉檢平台的顧客-基層醫院、診所，對建立轉檢網絡的態度進行分析，發現桃園縣醫院、診所轉檢需求高達 79.2%，而且有 65%願意於本縣尋找轉檢機構，53.3%認為附近的醫院、診所、檢驗所大多可以提供良好品質的轉檢服務，62.4%認為轉檢網絡的建立，

可以使民眾適時地獲得應有的檢查（驗）服務；52%認為轉檢網絡的建立，可以改善民眾「大醫院才可以得到完整檢查服務」的觀念；62.4%認為轉檢網絡的建立，可以使基層所能提供的照護服務更完善；53.3%認為轉檢網絡的建立，可以確保檢查（驗）服務的品質；對提供代檢之機構不清楚 67.5%、不清楚提供的檢驗項目 55.9%、檢驗品質不瞭解 70.1%；由以上數據發現桃園縣基層醫院、診所對建立轉檢網絡大多抱持正面看法，但落實轉檢網絡的形成及使用，尚需對轉檢使用實務加強宣導。

對於政府可做哪些事來提高使用本縣轉檢機構的意願中，由政府提供轉檢相關的資訊 78.8%、由政府訂立明確的轉檢作業相關規定 68.9%、獎勵成立優質社區實驗室，提高轉檢可近性 70.2%、設立優良「實驗室標章制度」74.1%、由政府提供專屬轉檢網站 61.1%等數據資料來看，地方政府的參與，應可提高本縣醫院、診所使用本縣檢驗資源。

桃園縣醫療檢驗機構於品質管理已初具雛型；分級管理確可依不同狀況之檢驗單位，施予不同輔導項目，減少檢驗單位對過高標準要求的反彈，並有助於現況改善及持續的進步，但後續推動亦是重點。醫療檢驗機構之專業能力與服務品質與民眾健康息息相關，透過建立分級管理與監督辦法，或可逐步提升桃園縣整體之檢驗品質，維護民眾健康，但任何一項公共政策的制定與執行都必涉及或多或少的利害關係，有些人得到政策上的利益，有些人則失去利益，這一部份是管理者值得再思考。

第二節 研究限制

一、回收率

本研究問卷回收樣本數僅 77 份，且回收率偏低，只有 10.7%，因此可能缺乏統計效力，所以本研究僅就回收之問卷做簡易之描述性統計分析，如欲將研究結果推論到整個母群體時，應持較謹慎及保守的態度。

二、區域差異

國內對醫療檢驗機構管理所進行的實證研究資料非常少，參考文獻有限，所以管理問題發現可能僅是桃園縣區域性的問題，和整體仍有相當大的差異。

參考文獻

中文部份

- 丘昌泰等。(2005)。《政策分析》(初版)。台北：國立空中大學。
- 丘昌泰、李允傑。(2003)。《政策執行與評估》(初版)。台北：元照出版有限公司。
- 丘昌泰、余致力、羅清俊、張四明、李允傑合著。(2001)。「政策分析」，台北：空中大學。
- 江容(2004)。實驗室認證系統實施效益之研究，國力成功大學工業與資訊管理學系碩士在職專班碩士論文，未出版，台南。
- 行政院衛生署，2005，《全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法之研究-以保險醫事服務機構管理為中心》。
- 行政院衛生署，2004，《全民健保組織體制改革規劃-公共行政暨政策的觀點》。
- 行政院衛生署，2000，《全民健康保險門診新制部分負擔實施後對醫療利用之影響》
- 行政院衛生署，2004，《全民健保醫療資源配置與合理使用》。
- 李宣緯(2001)。台灣地區基層醫師對建立轉檢網絡之態度研究，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，未出版。
- 李肇軒(2005)。以 HL7 為基礎之轉診檢資料擷取系統研究與實作，國立台北大學資訊管理研究所碩士論文，未出版。
- 李芳菁(2002)，醫學中心及區域醫院在健保制度變革下之競合策略研究，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，未出版。
- 何全德(2003)。「淺論電子化政府安全管理與信賴機制之建立」，載於張潤書(主編委員)，行政管理論文選輯(447-477頁)。台北：銓敘部。
- 呂育誠。(2002)。《地方政府管理》(初版)。台北：元照出版有限公司。
- 巫敏生，〈病歷 e 化 不得不走〉，《自由時報》，96.05.25。
- 周文欽。(1997)。《研究方法概論》(初版)。台北：國立空中大學。馬震中等(2006)，〈國內某醫學中心與周邊醫療院所雙向轉診(檢)合作模式研究〉，《健康保險》，2006. Vol. 39. No. 4，頁 29-47。
- 胡龍騰、黃瑋瑩、潘中道。(2000)。《研究方法：步驟化學習指南》(初版)。台北：學富文化事業有限公司。

- 柯瑞芬 (2006)。基層醫師對代檢服務品質之研究-以某醫事檢驗所為例，私立中臺科技大學醫護管理研究所碩士論文，未出版。
- 吳振龍等 (2005)，〈臨床檢驗自動化作業系統之建置與效益〉，《北市醫學雜誌》，第 2 卷第 11 期，頁 9-16。
- 吳典龍 (1998)。台灣醫療業策略聯盟之研究，私立中原大學工業工程學系碩士學位論文，未出版。
- 吳定。(2003)。《政策管理》(初版)。台北：聯經出版事業股份有限公司。
- 吳定。(2004)。《公共政策》(初版)。台北：國立空中大學。
- 吳定等。(2005)。《行政學》(修定四版)。台北：國立空中大學。
- 吳定。(1999)。《公共行政論叢》(增定六版)。台北：秦振順。
- 林欽法 (2005)，〈總額支付制度之因應〉，《台灣醫學》，9:6 頁 798-802。
- 林鍾沂。(2004)。《行政學》(初版)。台北：三民書局股份有限公司。
- 林秀靜 (2003)。醫療資料提供 e 化作業可行性研究-以南區健保局為例，國立成功大學政治經濟學研究所專班碩士論文，未出版，台南。
- 林昭吟、陳敦源、劉宜君、蕭乃沂。(2004 年 12 月)。「二代健保保費改革方案預評估－民眾與菁英觀點之比較」，台灣社會學會年會暨「走過台灣－世代、歷史、與社會」研討會，新竹：清華大學。
- 林恆慶等 (2003)，〈基層醫師轉檢態度之探討〉，《Taiwan J Fam Med》，2004 Vol. 14 No. 1，頁 1-12。
- 林俊龍 (1999)，〈醫療資訊化與醫療管理品質〉，《醫療資訊雜誌》，第九期，頁 83-92。
- 翁興利。(2004)。《政策規劃與行銷》(初版)。台北：華泰文化事業有限公司。
- 曹國倩 (2006)。「95 年桃園縣醫療檢驗機構分級管理及建置轉檢平台之整合型研究計畫」成果報告，未出版，桃園。
- 黃友梅 (2002)，〈「總額支付制度」提升醫療服務品質〉，《全民健康保險》38 頁 13-15。
- 黃燕萍 (2004)，〈融合科技接受模式及創新擴散理論探討醫護人員對採用醫療管理系統之影響因素-以 N 醫院導入醫療管理系統個案為例〉，《親民學報》，第九期，頁 61-69。
- 陳聰安 (2006)。澎湖地區醫師對網路資訊轉診轉檢接受度之研究，國立中正大

- 學醫療資訊管理研究所碩士學位論文，未出版。
- 陳俊琪等（2006），〈電子化雙向轉診作業系統之規劃與探討-以馬偕醫院為例〉，
《HIA》，2006. Vol. 2 NO. 2，頁 22-38。
- 陳秀雯（2003）。電子病歷資訊共享效益分析之研究，私立中原大學工業工程學
系碩士學位論文，未出版。
- 陳柏廷（2006）〈由日本介護保險制度的起源與發展-看台灣醫療制度未來的發
展〉，《HIA2006. Vol. 2 No. 2》，頁 41-55。
- 陳昭靜（2004）。影響電子化政府線上資訊服務之因素探討：政策創新觀點，世
新大學行政管理學系，未出版，桃園。
- 陳震寰、鄧宗業。（2002）。「全民健保財務問題解決方案之政治可行性分析」。行
政院衛生署中央健保局 91 年度研究發展計畫。
- 陳敦源、劉宜君、蕭乃沂、林昭吟。（2004 年 9 月）。「政策利害關係人的理論與
實務：以全民健保改革為例」，發表於中國政治學會舉辦「2004 年中國政治
學會年會暨學術研討會」，台南：國立成功大學國際會議廳。
- 莊念慈（2004），〈醫院因應總額支付制度之策略方案及其相關因素探討〉，《台灣
公共衛生雜誌》23:2 頁 150-158。
- 郭耀昌。（2003）。「公共決策正當性之省思：一個民主行政之觀點」，載於張潤書
（主任委員），行政管理論文選輯（97-123 頁）。台北：銓敘部。
- 郭昱瑩。（2002）。《公共政策分析》（初版）。台北：智勝文化事業有限公司。
- 孫本初。（2005）。《公共管理》（四版）。台北：智勝文化事業有限公司。
- 張世賢。（2005）。《公共政策》（初版）。台北：五南圖書出版有限公司。
- 張世賢、陳恆鈞。（2005）。《公共政策-政府與市場的觀點》（第二版）。台北：商
鼎文化出版社。
- 張四明、陳敦源、林昭吟。（2002）。「全民健保保費新制之政治可行性評估：利害
關係人指認與政策偏好初估」，「行政院二代健保規劃小組第二階段相關技術
報告」。
- 張秀如等（2006），〈總額支付制度下區域醫院醫師醫療行為之探討〉，《醫院》，
39:6 頁 46-56。
- 楊錦洲（1995），〈再造工程之產生及其功能〉《品質月刊》
- 廖義璜（2006）。醫院臨床實驗室策略聯盟之研究-以台北市聯合檢驗中心為例，

國立台北大學企業管理學系碩士學位論文，未出版。

廖士程等 (2005)，〈醫病關係與醫療滿意度之全國性普查〉，《醫學教育》9:2 頁 149-161。

劉宜君、陳敦源、蕭乃沂、林昭吟。(2004 年 12 月)。「利害關係人管理之概念與實務：以我國全民健保政策改革為例」，台灣政治學會舉辦「2004 年台灣政治學會年會暨學術研討會」，高雄：義守大學。

二、報紙

郭正典，〈為何有醫師濫用健保資源？〉，《自由時報》，民國 91.11.8

英文部份

Brinkerhoff, D. W. and B. L. Crosby. (2002) *Managing Policy Reform: Concepts and Tolls for Decision-makers in Developing and Transitioning Countries*. Bloomfield, CT: Kumarian Press.

Burgoyne, J. G. (1994) "Stakeholder Analysis." In *Qualitative Methods in Organizational Research*, C. Cassell and G. Symon, eds. Sage Publications.

Franklin, A. L. (2001) "Involving Stakeholders in Organizational Processes." *International Journal of Public Administration* 24(4): 385-403.

Freeman, R. E. (1984) *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Boston: Pitman Publishers.

Galssman, A., M R. Reich, K. Laserson, and F. Rojas. (1999) "Political Analysis of Health Reform in the Dominican Republic." *Health Policy and Planning* 14(2): 115-126. Gonzalez-Rossetti, A. and T. J. Bossert. (2000) "Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America." LAC-HSR Health Sector Reform Initiative.

Meltsmer, A. J. (1972) "Political Feasibility and Policy Analysis." *Public Administrative Review* 32(6): 859-867.

Mitroff, I. (1983) *Stakeholder of the Organizational Mind*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mossberger, K. and H. Wolman. (2003) "Policy Transfer as a Form of Prospective Policy Evaluation: Challenges and Recommendations." *Public Administration Review*, 63(4): 428-440.

- Page, G. (2002) "The Determination of Organization Stakeholder Salience in Public Health." *Journal of Public Health Management* 8(5): 76-84.
- Rose, R. (1991). "What is Lesson-Drawing?" *Journal of Public Policy* 11(1): 3-30.
- . (1993). *Lesson-Drawing in Public Policy*. Chatham, NJ: Chatham House Publishers.
- Spicker, Paul. (1995). *Social Policy: Themes and Approaches*. Hertfordshire: Prentice Hall.
- Susskind, L. and J. Cruikshank. (1987) *Breaking the Impasse*. Basic Books.
- Weimer, D. L. and A. R. Vinning. 3rd (1999) *Policy Analysis: Concepts and Practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

附 錄

「推動醫療檢驗分級管理及轉檢平台建置之可行性研究」調查問卷

本項研究係為推動本縣優質醫療檢驗環境，讓基層醫院、診所經由本局建置「醫療檢驗資訊網」（網址：
<http://203.65.76.79/big5/default.asp>）獲得檢驗相關資訊與尋找到適合代檢機構之可行性探討；透過「醫療檢驗資訊網」送驗單位可以了解各醫療檢驗機構的檢驗能力、可提供的檢驗項目種類、採檢方式等基本資訊。利用此平台即能開立檢驗醫囑、列印制式的檢驗單，甚至於轉檢單位不需要開檢驗單，當代檢單位收到檢體時，透過此平台可以直接下載相關檢驗資料到該單位的資訊系統、進行收件及檢驗程序，檢驗結果完成後直接上傳到此平台，原送驗單位可以即時且快速的在此平台查詢到檢驗結果，但要落實這些功能，必須使臨床醫師、檢驗界及民眾三方獲得連結。因此，您的協助提供資料將十分重要，以供未來檢驗政策規劃之參考。問卷的編號只是為了方便問卷回收之紀錄，且問卷資料將僅做此研究之整體分析，絕不會洩漏您的個人資料，故請放心作答。懇請您於 96 年 9 月 21 日前將填好之問卷寄回或傳真至桃園縣政府衛生局 03-3365071。回郵地址在此頁的背面，請您將回郵地址朝外對折，用訂書針或膠帶固定後，直接投入郵筒即可（免貼郵票）。若您對問卷內容有疑問，請電洽 03-3380433 或 0910616361，聯絡人：劉麗文小姐。謝謝您的支持與協助！

敬祝

健康快樂！

桃園縣政府衛生局 敬上

96 年 9 月

- 本問卷所稱之『轉檢』（委託代檢），是指當病人需要進行之檢驗項目無法由診所本身提供時，將病人或病人檢體轉至其他醫院、診所或檢驗所接受服務。
- 本問卷所稱之『轉檢網絡』，是指於桃園縣境內診所-診所間、診所-醫院、診所-檢驗所間之轉檢服務網絡。
- 本問卷填答方式：請您在所選的選項前方之方格☐內打勾✓，或在____內填上合適的答案。

一、轉檢現況

1. 請問貴診所，平均每個月您的病人中是否需檢驗服務？

☐ (1) 是，有多少比率需要？_____ % ☐ (2) 否

2. 請問貴診所目前可以自己執行的檢驗項目有哪些？（可複選）

☐ (1) 未提供任何檢查 ☐ (2) 尿液檢查 ☐ (3) 糞便檢查
☐ (4) 血液學檢查 ☐ (5) 一般生化檢查 ☐ (6) 免疫學檢查
☐ (7) 病毒學檢查 ☐ (8) E.K.G ☐ (9) 超音波檢查
☐ (10) 內視鏡檢查 ☐ (11) X-ray 檢查
☐ (12) 其他：_____

3. 貴診所目前是否轉檢（委託代檢）？

☐ (1) 是 ☐ (2) 否

4. 請問就您的診所而言，目前轉檢的方式，何者比重高？

☐ (1) 病人轉檢 ☐ (2) 病人檢體轉檢 ☐ (3) 兩者需求相同

5. 貴診所轉檢機構是否為本縣？

☐ (1) 是 ☐ (2) 否：轉至_____縣

6. 請問貴診所每日轉檢的需求數為何？

☐ (1) 根本不需要 ☐ (2) 5 人次以下 ☐ (3) 5-10 人次
☐ (4) 10-20 人次 ☐ (5) 20-30 人次 ☐ (6) 30 人次以上

二、轉檢意願

1. 貴診所若需轉檢服務，您是否願意於本縣尋找檢驗機構？

☐ (1) 非常願意 ☐ (2) 願意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不願意 ☐ (5) 非常不願意

2. 以下因素可能降低您使用本縣轉檢機構的意願，您覺得這些因素對您轉檢意願的重要性各為何？

	非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同
(1) 對有提供代檢之機構不清楚	☐	☐	☐	☐	☐
(2) 知道代檢機構，但不清楚可提供的檢驗項目	☐	☐	☐	☐	☐
(3) 對本縣的醫療檢驗機構之檢驗品質不瞭解	☐	☐	☐	☐	☐
(4) 本縣與健保局特約的醫事檢驗機構數量太少	☐	☐	☐	☐	☐

(5) 本縣有提供特殊檢驗之機構太少	☐	☐	☐	☐	☐
(6) 請問您認為是否還有其他降低您使用本縣轉檢機構意願的因素？					
☐ 是，什麼因素？_____					
☐ 否					

3. 政府可做哪些事來提高您使用本縣轉檢機構的意願？

	非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同
(1) 由政府提供轉檢相關的資訊（例如有哪些選擇、各機構品質優劣等相關資訊）	☐	☐	☐	☐	☐
(2) 由政府訂立明確的轉檢作業相關規定（如法規規範、費用報支、檢驗品質基本要求等）	☐	☐	☐	☐	☐
(3) 獎勵成立優質社區實驗室，提高轉檢可近性	☐	☐	☐	☐	☐
(4) 設立優良「實驗室標章制度」	☐	☐	☐	☐	☐
(5) 由政府提供專屬轉檢網站	☐	☐	☐	☐	☐
(6) 請問您認為是否還有其他提高您使用本縣轉檢機構意願的因素？					
☐ 是，什麼因素？_____					
☐ 否					

4. 您認為選擇轉檢合作機構（包括醫院、診所、檢驗所）的重要因素？

	非常重要	重要	沒意見	不重要	非常不重要
(1) 醫院層級（醫學中心、區域醫院、地區醫院）	☐	☐	☐	☐	☐
(2) 醫院的權屬別（公立、私立）	☐	☐	☐	☐	☐
(3) 醫院的專長科別	☐	☐	☐	☐	☐
(4) 機構的設備	☐	☐	☐	☐	☐
(5) 機構的聲譽	☐	☐	☐	☐	☐
(6) 機構的收費標準	☐	☐	☐	☐	☐
(7) 檢驗的品質	☐	☐	☐	☐	☐
(8) 機構是否經衛生局認證	☐	☐	☐	☐	☐
(9) 機構提供檢驗服務的速度	☐	☐	☐	☐	☐
(10) 機構與診所的距離	☐	☐	☐	☐	☐
(11) 對機構運作的瞭解程度	☐	☐	☐	☐	☐
(12) 機構的配合程度	☐	☐	☐	☐	☐
(13) 與機構的私人交情	☐	☐	☐	☐	☐

三、對轉檢網絡的看法

● 下列各項對轉檢網絡的敘述，您的看法為何

	非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同
(1) 轉檢網絡的建立，可以使民眾適時地獲得應有的檢查（驗）服務	☐	☐	☐	☐	☐
(2) 轉檢網絡的建立，可以使病人回流基層	☐	☐	☐	☐	☐
(3) 轉檢網絡的建立，可以改善民眾「大醫院才可以得到完整檢查服務」的觀念	☐	☐	☐	☐	☐
(4) 轉檢網絡的建立，可以提升基層的競爭力	☐	☐	☐	☐	☐
(5) 轉檢網絡的建立，可以使基層所能提供的照護服務更完善	☐	☐	☐	☐	☐
(6) 轉檢網絡的建立，可以達到醫療院所分工合作的目的	☐	☐	☐	☐	☐
(7) 轉檢網絡的建立，可以確保檢查（驗）服務的品質	☐	☐	☐	☐	☐
(8) 轉檢網絡的建立，可以促進醫院與診所的良性互動	☐	☐	☐	☐	☐
(9) 就成本效益的層面，轉檢網絡的建立對貴診所有正面的幫助	☐	☐	☐	☐	☐
(10) 轉檢網絡的建立，是使醫療資源獲得有效利用的方法	☐	☐	☐	☐	☐
(11) 轉檢網絡的建立，會增加病人的不便	☐	☐	☐	☐	☐
(12) 轉檢網絡的建立後，若無適當的限制或規範，會造成檢查（驗）的浮濫使用	☐	☐	☐	☐	☐
(13) 轉檢網絡的建立，是不符合經濟效益的作法	☐	☐	☐	☐	☐
(14) 轉檢網絡的建立，可能會影響總額預算控制醫療費用的成效	☐	☐	☐	☐	☐

四、外部資源因素

1. 以下是有關貴診所附近之醫院或醫事檢驗機構的相關問題

	醫院	
A. 您認為附近的醫院、診所、檢驗所是否有能力提供您良好品質的轉檢服務？	☐ (1) 全都可以 ☐ (3) 少部份可以 ☐ (5) 不清楚	☐ (2) 大多可以 ☐ (4) 全部都不可以
B. 離診所的最近距離？	☐ (1) 步行十分鐘以內 ☐ (2) 步行十分鐘以上，三十分鐘以內 ☐ (3) 步行三十分鐘以上	

2. 請問您對轉檢資源（有哪些醫院或醫事檢驗機構可供轉檢、各醫院或醫事檢驗機構各有哪些設備、可以提供哪些檢查（驗）服務等）的資訊來源為何？（可複選）

☐ (1) 目前缺乏資訊來源 ☐ (2) 公共媒體（期刊雜誌、廣告等） ☐ (3) 檢驗機構業務人員介紹 ☐ (4) 人際網絡（醫院有其他私人情誼、經人介紹等） ☐ (5) 網路（健保局網站、網站搜尋等） ☐ (6) 檢驗機構服務項目紙本 ☐ (7) 其他：_____

五、基本資料

1. 請問貴診所是否具實驗室？

☐ (1) 是	☐ (2) 否
--------------------------------	--------------------------------

2. 請問貴診所的執業型態為何？

☐ (1) 單獨執業	☐ (2) 群體執業
-----------------------------------	-----------------------------------

3. 貴診所若有實驗室是否接受代檢服務？

☐ (1) 是	☐ (2) 否
--------------------------------	--------------------------------

4. 請問貴診所在衛生局登記的執業科別為何？（可複選）

☐ (1) 一般科	☐ (2) 家醫科	☐ (3) 內科	☐ (4) 外科
☐ (5) 小兒科	☐ (6) 婦產科	☐ (7) 骨科	☐ (8) 神經外科
☐ (9) 泌尿科	☐ (10) 耳鼻喉科	☐ (11) 眼科	☐ (12) 皮膚科
☐ (13) 神經科	☐ (14) 其他：_____		

一、基本資料分析

表 4-1 樣本基本描述（一）-醫院、診所是否具實驗室（n=77）

是否具實驗室	百分比
是	3.9
否	93.5

表 4-2 樣本基本描述（二）-醫院、診所的執業型態（n=77）

執業型態為何	百分比
單獨執業	81.8
群體執業	14.3

表 4-3 樣本基本描述（三）-醫院、診所是否接受代檢服務（n=77）

是否接受代檢服務	次數	百分比
是	26	33.8
否	44	57.1

表 4-4 樣本基本描述（三）-醫院、診所執業科別（n=77）（複選題）

執業科別	神經外科							泌尿科		耳鼻喉科		皮膚科		神經科	
	一般科	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	骨科	經外科	泌尿科	鼻喉科	眼科	皮膚科	神經科		
個數	20	18	8	3	14	9	4	1	2	6	5	7	1		
百分比	24.7	22.1	9.1	2.6	16.9	10.4	3.9	1.3	1.3	6.5	5.2	7.8	1.3		

表 4-5 轉檢現況分析-是否需檢驗服務

是否需檢驗服務	次數	百分比
是	61	79.2
否	10	13.0

二、轉檢現況分析

表 4-6 轉檢現況分析-可以自己執行的檢驗項目

可以自己 執行的檢 驗項目	未提 供任 何檢 查	尿液 檢查	糞便 檢查	血液 學檢 查	一般 生化 檢查	免疫 學檢 查	病毒 學檢 查	E. K. G	超音 波檢 查	內視 鏡檢 查	X-ray 檢查
次數	32	16	4	8	7	2	2	16	19	6	9
百分比	41.6	20.8	5.2	10.4	9.1	2.6	2.6	20.8	24.7	7.8	11.7

表 4-7 轉檢現況分析-是否轉檢（委託代檢）

是否轉檢	次數	百分比
是	62	80.5
否	12	15.6

表 4-8 轉檢現況分析-轉檢的方式

轉檢的方式	次數	百分比
病人轉檢	16	20.8
病人檢體轉檢	46	59.7
兩者需求相同	10	13.0

表 4-9 轉檢現況分析-轉檢機構是否為本縣

轉檢機構是否為本縣	次數	百分比
是	63	81.8
否	7	9.1

表 4-10 轉檢現況分析-每日轉檢的需求數

轉檢的需求數	次數	百分比
根本不需要	10	13.0
5人次以下	45	58.4
5-10人次	9	11.7
10-20人次	5	6.5
20-30人次	3	3.9
30人次以上	2	2.6

三、轉檢意願分析

表 4-11 轉檢意願分析-是否願意於本縣尋找檢驗機構

是否願意於本縣尋找檢驗機構	次數	百分比
非常願意	27	35.1
願意	23	29.9
普通	13	16.9
不願意	11	14.3

表4-12-1轉檢意願分析-可能降低您使用本縣轉檢機構的意願因素

對有提供代檢之機構不清楚	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	7	9.1
沒意見	13	16.9
同意	40	51.9
非常同意	12	15.6

表4-12-2轉檢意願分析-可能降低您使用本縣轉檢機構的意願因素

知道代檢機構，但不清楚可提供的檢驗項目	次數	百分比
非常不同意	2	2.6
不同意	7	9.1
沒意見	19	24.7
同意	33	42.9
非常同意	10	13.0

表4-12-3轉檢意願分析-可能降低您使用本縣轉檢機構的意願因素

對本縣的醫療檢驗機構之檢驗品質不瞭解	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	4	5.2
沒意見	13	16.9
同意	39	50.6
非常同意	15	19.5

表4-12-4轉檢意願分析-可能降低您使用本縣轉檢機構的意願因素

本縣與健保局特約的醫事檢驗機構數量太少	次數	百分比
非常不同意	2	2.6
不同意	10	13.0
沒意見	31	40.3
同意	24	31.2
非常同意	6	7.8

表4-12-5轉檢意願分析-可能降低您使用本縣轉檢機構的意願因素

本縣有提供特殊檢驗之機構太少	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	10	13.0
沒意見	23	29.9
同意	29	37.7
非常同意	6	7.8

表 4-12-6 轉檢意願分析-政府可做哪些事來提高您使用本縣轉檢機構的意願

由政府提供轉檢相關的資訊	次數	百分比
不同意	1	1.3
沒意見	16	20.8
同意	30	39.0
非常同意	26	33.8

表 4-12-7 轉檢意願分析-政府可做哪些事來提高您使用本縣轉檢機構的意願

由政府訂立明確的轉檢作業相關規定	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
沒意見	18	23.4
同意	29	37.7
非常同意	24	31.2

表 4-12-8 轉檢意願分析-政府可做哪些事來提高您使用本縣轉檢機構的意願

獎勵成立優質社區實驗室，提高轉檢可近性	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	1	1.3
沒意見	16	20.8
同意	32	41.6
非常同意	22	28.6

表 4-12-9 轉檢意願分析-政府可做哪些事來提高您使用本縣轉檢機構的意願

設立優良「實驗室標章制度」	次數	百分比
沒意見	15	19.5
同意	30	39.0
非常同意	27	35.1

表 4-12-10 轉檢意願分析-政府可做哪些事來提高您使用本縣轉檢機構的意願

由政府提供專屬轉檢網站	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	1	1.3
沒意見	21	27.3
同意	31	40.3
非常同意	16	20.8

表 4-13-1 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

醫院層級	次數	百分比
不同意	6	7.8
沒意見	22	28.6
同意	30	39.0
非常同意	14	18.2

表 4-13-2 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

醫院的權屬別	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	13	16.9
沒意見	32	41.6
同意	18	23.4
非常同意	7	9.1

表 4-13-3 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

醫院的專長科別	次數	百分比
不同意	6	7.8
沒意見	23	29.9
同意	32	41.6
非常同意	11	14.3

表 4-13-4 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

機構的設備	次數	百分比
沒意見	7	9.1
同意	43	55.8
非常同意	22	28.6

表 4-13-5 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

機構的聲譽	次數	百分比
沒意見	10	13.0
同意	39	50.6
非常同意	23	29.9

表 4-13-6 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

機構的收費標準	次數	百分比
沒意見	9	11.7
同意	40	51.9
非常同意	23	29.9

表 4-13-7 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

檢驗的品質	次數	百分比
沒意見	5	6.5
同意	25	32.5
非常同意	42	54.5

表4-13-8轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

機構是否經衛生局認證	次數	百分比
沒意見	4	5.2
同意	50	64.9
非常同意	17	22.1

表4-13-9轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

機構提供檢驗服務的速度	次數	百分比
沒意見	6	7.8
同意	41	53.2
非常同意	25	32.5

表 4-13-10 轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

機構與診所的距離	次數	百分比
沒意見	14	18.2
同意	42	54.5
非常同意	16	20.8

表4-13-11轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

對機構運作的瞭解程度	次數	百分比
沒意見	13	16.9
同意	45	58.4
非常同意	14	18.2

表4-13-12轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

機構的配合程度	次數	百分比
沒意見	9	11.7
同意	38	49.4
非常同意	25	32.5

表4-13-13轉檢意願分析-選擇轉檢合作機構的重要因素

與機構的私人交情	次數	百分比
非常不同意	2	2.6
不同意	16	20.8
沒意見	31	40.3
同意	20	26.0
非常同意	3	3.9

四、對轉檢網絡的看法

表4-14-1對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以使民眾適時 地獲得應有的檢查（驗）服務	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	4	5.2
沒意見	19	24.7
同意	33	42.9
非常同意	15	19.5

表4-14-2對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以使病人回流基層	次數	百分比
非常不同意	2	2.6
不同意	11	14.3
沒意見	24	31.2
同意	25	32.5
非常同意	10	13.0

表4-14-3對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以改善民眾「大醫院才可以 得到完整檢查服務」的觀念	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	7	9.1
沒意見	24	31.2
同意	31	40.3
非常同意	9	11.7

表4-14-4對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以提升基層的競爭力	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	8	10.4
沒意見	23	29.9
同意	29	37.7
非常同意	10	13.0

表4-14-5對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以使基層所能提供的照護服務更完善	次數	百分比
不同意	4	5.2
沒意見	19	24.7
同意	35	45.5
非常同意	13	16.9

表4-14-6對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以達到醫療院所分工合作的目的	次數	百分比
不同意	3	3.9
沒意見	22	28.6
同意	31	40.3
非常同意	15	19.5

表4-14-7對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以確保檢查服務的品質	次數	百分比
不同意	5	6.5
沒意見	25	32.5
同意	29	37.7
非常同意	12	15.6

表4-14-8對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可以促進醫院與診所的良性互動	次數	百分比
不同意	5	6.5
沒意見	20	26.0
同意	35	45.5
非常同意	11	14.3

表4-14-9對轉檢網絡的看法

就成本效益的層面，轉檢網絡的建立對貴診所所有正面的幫助	次數	百分比
非常不同意	2	2.6
不同意	5	6.5
沒意見	21	27.3
同意	31	40.3
非常同意	12	15.6

表4-14-10對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，是使醫療資源獲得有效利用的方法	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	4	5.2
沒意見	22	28.6
同意	32	41.6
非常同意	12	15.6

表4-14-11對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，會增加病人的不便	次數	百分比
非常不同意	2	2.6
不同意	22	28.6
沒意見	34	44.2
同意	10	13.0
非常同意	2	2.6

表4-14-12對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立後，若無適當的限制 或規範，會造成檢查的浮濫使用		
	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	7	9.1
沒意見	21	27.3
同意	38	49.4
非常同意	3	3.9

表4-14-13對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，是不符合 經濟效益的作法		
	次數	百分比
非常不同意	4	5.2
不同意	18	23.4
沒意見	37	48.1
同意	9	11.7
非常同意	2	2.6

表4-14-14對轉檢網絡的看法

轉檢網絡的建立，可能會影響 總額預算控制醫療費用的成效		
	次數	百分比
非常不同意	1	1.3
不同意	2	2.6
沒意見	36	46.8
同意	24	31.2
非常同意	7	9.1

伍、外部資源因素

表4-15-1 您認為附近的醫院、診所、檢驗所是否有能力提供您良好品質的轉檢服務

您認為附近的醫院、診所、檢驗所是否有能力提供您良好品質的轉檢服務？	次數	百分比
全都可以	4	5.2
大多可以	37	48.1
少部份可以	14	18.2
全部都不可以	2	2.6
不清楚	15	19.5

表4-15-2 離診所的最近距離

離診所的最近距離	次數	百分比
步行十分鐘以內	24	31.2
步行十分鐘以上，三十分鐘以內	25	32.5
步行三十分鐘以上	23	29.9

表 4-16 請問您對轉檢資源資訊來源為何？（複選題）

轉檢資源 資訊來源	目前缺乏 資訊來源	公共媒體	檢驗機構 業務人員 介紹	人際網絡	網路	檢驗機構 服務項目 紙本
次數	30	10	38	18	6	34
百分比	39%	13%	49.4%	23.4%	7.8%	44.2%