

醫院高階主管對醫務管理師證照制度之看法

張睿詒^{1,*} 鄭惠文² 林玠伶¹ 楊志良³

RAY-E CHANG^{1,*}, HUI-WEN CHENG², CHIEN-LING LIN¹, CHIH-LIAN YAUNG³

¹ 國立臺灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所, 台北市徐州路19號306研究室
Institute of Health Care Organization Administration, College of Public Health, National Taiwan University. No. 19, Hsu-Chow Rd., #306, Taipei, Taiwan, ROC.

² 台北市立中醫醫院
Hospital of Traditional Chinese Medicine, Taipei City

³ 台中健康暨管理學院
Taichung Healthcare and Management University

* 通訊作者Correspondence author. E-mail: rchang@ccms.ntu.edu.tw

目標：本研究為調查醫院高階主管對建立醫務管理師證照制度之態度及可行方式偏好之探討，做為衛生主管機關制度研擬之參考。**方法：**本研究於89年4月間針對86年至88年度醫院評鑑合格之醫院(扣除已停歇業計486家)，以郵寄問卷對正(副)院長進行調查，計回收有效問卷224份，回收率46.1%。**結果：**(1)醫院高階主管對建立醫務管理師證照制度所具功能意義與反映醫管人員專業程度，普遍持正面態度。(2)多數醫院高階主管表示對醫管人員進用會優先考慮具證照者。(3)對醫務管理師證照制度之可行方式，多數醫院高階主管傾向由衛生署訂定辦法，無執業行為排他性，人員採廣義定義，配合繼續教育建立效期更新制度，證照取得以筆試為主，並採三級分級制度。(4)醫院高階主管普遍認為應於法規規範醫療機構應配置醫務管理師，且每100床配置一人。**結論：**由醫院高階主管角度，足見醫療機構對醫管人才需求的殷切，基於對專業尊重及素質提升，主管機關應慎重思考公正客觀的認證制度之建立，促使醫務管理專業的提昇。(台灣衛誌2003；22(5)：403-417)

關鍵詞：醫務管理師、證照制度、醫務管理。

Professional licensure of hospital administrator from the views of hospital executives

Objectives: This study intends to provide a reference to the public health agency's assessment regarding the approach to and feasibility of establishing the professional licensure of hospital administrator. **Methods:** This study conducted a mail survey in the year 2000 aimed at the chief executives and/or their deputies of all accredited hospitals (total 486 hospitals excluding those no longer in operation). 224 responses were received resulting in a response rate of 46.1%. **Results:** Hospital executives are generally in favor of establishing a licensing system for hospital administrators due to its beneficial effects and the professionalism it reflects. Moreover, a majority of the executives indicated that they would give preference to licensed hospital administrators in their recruitments. With regard to the feasibility of such system, most executives believe that such licensing system should be established and administered by the Department of Health; the system should not exclude non-licensees from practicing hospital management; the licensees should be broadly defined; the renewal of licenses should be based on continuing education; a written examination should be made mandatory to obtain a license; and the license should be a three-tier system. Also, most executives believe that there should be rules governing the necessity of hospital administrators and one administrator per 100 beds is warranted. **Conclusions:** From the point of view of hospital executives, there is a special organizational need for hospital administrators that are manifested from the respect for professionalism and the desire for higher competency. Therefore, it behoves the relevant agency to establish this licensing system with serious consideration based on fairness and objectivity, in order to enhance the professionalism in hospital management. (Taiwan J Public Health. 2003;22(5):403-417)

Key words: Hospital administrator, professional licensure, hospital administration

前言

近年來為因應醫療產業環境的快速變遷及高度競爭，醫務管理人員的工作性質及範圍因而有巨大幅度轉變。早期醫管人員進入醫療機構，多半偏重在醫院內部事務性工作，然隨社會經濟及醫療科技發展，民眾對醫療服務的期望日漸提高，加以衛生政策各項重大變革，如醫療體系分級化、專科化、醫療機構納入勞基法、醫療法規鬆綁、全民健康保險實施及支付制度的改變等，醫療機構舊有營運模式已不足以因應醫療市場的快速變遷及競爭，亟需網羅具有醫務管理專業知識人才，業務範圍更擴大至健保制度及支付規定、醫療市場變化及相關法規規範等外部管理，以發揮專業分工之效，使醫院有效管理。

國內醫管教育發展已有數十年之久，現行醫政法令對醫管人員並未制定專業證照制度。從1965年元培醫專成立開啟國內醫管初級教育，培育人才以醫院一般行政人員為主；至1984年中國醫藥學院創設醫務管理研究所，開始培育國內醫務管理高階專業人才，繼而有陽明、台大等校相繼投入醫管碩士級以上之人才培育工作；另外，大學之醫務管理教育亦在1993年由長庚大學設立。截至2002年國內成立醫務管理相關科系所計有23家，每年培育各層級醫管人力約3,000人。然而有研究指出，過去國內醫務管理的專科畢業學生僅50.2%任職於醫管相關工作，此一人才嚴重流失的現象，與主管機關缺乏對醫管人員妥適管理有極大關聯[1]。教而未能用實屬國家教育資源的一大浪費，因此有建立教考用配合制度之倡議，期透過專業證照考試制度作為教育與任用之間的橋樑，使教育可達人盡其才之最終目的。

事實上，證照制度的建立在專業發展過程扮演非常重要的角色[2]。所謂專業證照制度(professional licensure; occupational licensure)，依相關文獻並無一致之詮釋，較廣泛之定義係指由國家或民間組成的職業團

體，針對欲從事特定行業行為之人，經特定程序判定具有一定職業能力者，依法令或相關規定授與證照[3-7]。透過專業證照的頒行，可使具有證照者獲得專業認定，並確保專業所應具備的知識、技術與能力。一般而言，專業證照之類型可分為兩類：(1)執照(licensure)，係為專業人士滿足該行業最基本的知識、技能與能力要求，由政府權責部門所頒授允許其合法從事職業行為之證明，而執行則可由政府權責部門自行或委託合法專業組織辦理。因此，執照的取得係滿足權責單位所設定之最低專業要求，以維護社會大眾之利益[8-9]，例如我國醫師、律師、會計師、建築師等。(2)認證(certification)，則為當專業人士通過政府主管機關或職業團體所設計的各種知識與能力要求，所獲專業認同之證明[10]，例如我國技術士技能檢定等。

目前我國醫事相關人員證照制度主要係依據醫療法第九條所稱領有中央衛生主管機關核發醫事專門職業證書之醫事人員，如醫師、藥師、護理人員、醫事檢驗師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師、營養師等。早期因各類醫事人員專業制度之建立未臻完善，多先以管理辦法規範，之後再提升為法律位階；近十年來因醫事學校養成教育已相當健全，制定醫事人員專業制度大多直接以專業法規訂定，如84年物理治療師法、86年職能治療師法、89年醫事放射師法及90年臨床心理師法。除上述醫事人員之外，亦有在醫療機構從事醫事相關工作，領有民間職業團體頒授認證者。如病歷管理師、疾病分類技術人員等，而醫務管理師亦屬此類。前述之醫事人員證照型態即可以執照與認證分類之，而按照我國法令之規範，兩者最大的不同在於執照不僅專業頭銜具有排他性，其執業行為亦有排他性，各類醫事專業法規均明文嚴禁未具執照而執行醫事專業工作，違者將處以罰責；而認證則可准用特定頭銜，但並不排除其他未認證者從事該專業活動。然而，隨著社會變遷，專業分工趨勢影響，執照制度也因應實際需要而具有彈性，近年的發展如社工師執照雖以專業法規規

投稿日期：92年5月21日

接受日期：92年11月6日

範，又須經國家考試取得，但工作內容並無排他性。

雖然對醫務管理師證照制度之建立亦有人持保留態度，或有侵犯其他醫療專業自主權或其他人員工作權等疑慮，然而由國外醫務管理專業的發展，如美國，雖由民間專業團體制定專業證照規則，並發給合格會員資格證書，制定專業證照制度已為專業化提昇之有效途徑，至於我國應採用何種型式為之，實有必要予以深入探討。故為因應醫療市場之變遷，同時達人盡其才之目的，以及考量專業法規規範彈性化之趨勢，本研究乃以用人單位之高階決策主管為研究對象，探究其對建立醫務管理師證照制度之態度與建立方式之意見，以了解用人單位對醫管專業人才發展之期望，冀對未來醫務管理師證照制度之政策規劃提供參考依據。

材料與方法

本研究係以行政院衛生署86至88年度經醫院評鑑合格之醫院名單扣除已停歇業者，共計486家為研究母群體，採郵寄問卷方式，針對該院之一名高階決策主管(院長或副院長代表回答)進行資料收集。問卷之研擬係參考相關文獻並整理國內醫管教育現況及各類醫事人員證照實施情形研擬議題後，經由專家座談結果，設計自填式結構式問卷，再進行專家效度之審查，作適度修改後定稿。問卷內容包含四部分，分別為「對建立醫務管理師證照制度之態度」、「建立醫務管理師證照制度之可行方式」、「受訪者基本資料」及「醫院基本資料」。在「對建立醫務管理師證照制度之態度」部分係以Likert Scale調查其同意程度建立量表，並經Cronbach Alpha信度檢定，信度係數為0.8435。

問卷調查期間為民國89年4月1日至4月30日，並經多次電話催覆以提高問卷之回收率。在回收問卷中，對於非高階主管填答之問卷，則敦請該院正(副)院長重新填答，如未果則視為無效問卷；而問卷填答缺漏部分，則以電話或傳真詢問原填答人補齊。有效問卷所得資料經譯碼及除錯後，利用SPSS

統計軟體進行各項統計分析。其中，描述性統計主要為了解回收樣本之基本特性，及其對建立醫務管理師證照制度之態度及建立方式的意向，以次數分配統計表、百分比、平均值、標準差等形式呈現；在推論性統計中，考量變項測量屬序列尺度，分別以無母數分析Mann-Whitney U或Kruskal Wallis進行對受訪者特性及其醫院組織特性對其建立醫務管理師證照制度態度是否有差異之檢定，並以因素分析及Logistic迴歸分析作為建立醫務管理師證照制度方式相關因素之分析。因素分析之作用為簡化「對醫務管理師證照制度之態度」內容構面，事前並利用KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)測量「對醫務管理師證照制度之態度」量表取樣之適當性，以確認態度項目適合進行因素分析，繼而以主成分分析並經最大變異法(Varimax)進行正交轉軸萃取共同因素，最後以受訪者、醫院特性以及萃取後「態度因素」作為自變項，而建立醫務管理師證照制度方式為應變項進行Logistic迴歸分析，並就制度建立方式中具條件要求項目進行二階段Logistic迴歸分析，以了解影響高階主管對醫務管理師證照制度建立方式之相關因素。

結 果

一、樣本醫院及受訪者基本資料

調查之有效問卷回收共224份，回收率為46.1%。以醫院權屬別分類，公立醫院 53份、法人醫院40份、私立醫院131份；如按醫院評鑑等級分類，區域醫院以上56份、地區教學醫院48份、地區醫院120份；而按地區別分類，北部地區78份、中部地區64份、南部地區82份。依卡方(χ^2)檢定顯示，樣本回收與母群體分布在權屬別、評鑑別及地區別均存在顯著差異($p < 0.01$)；若以回收率比較，公立醫院與法人醫院之回收率分別為64.6%及71.4%，私立醫院之回收率僅37.6%；而評鑑等級屬地區教學醫院以上之醫院回收率均高達70%以上，相形下地區醫院之回收率34.0%相對偏低；此外，南部地區之回收率5.85%，亦較北部及中部地區均超過50%之回收率為低(表一)。在回收樣本醫院中設有專責企劃

表一 回收樣本與母群體特性之比較

類別	回收樣本家數(%)		母群體家數(%)		² (p值) ⁺	回收率(%)
全體醫院	224	100.0	486	100.0		46.1
權屬別					19.31 0.00*	
公立醫院	53	23.7	82	16.9		64.6
法人醫院 ⁺⁺	40	17.9	56	11.5		71.4
私立醫院	131	58.5	348	71.6		37.6
評鑑別					41.80 0.00*	
區域醫院以上	56	25.0	67	13.8		83.6
地區教學醫院	48	21.4	66	13.6		72.7
地區醫院	120	53.6	353	72.6		34.0
地區別 ⁺⁺⁺					9.97 0.01*	
北	78	34.8	143	29.4		54.5
中	64	28.6	114	23.5		56.1
南	82	36.6	229	47.1		35.8

⁺ Goodness of fit ² test。

⁺⁺ 法人醫院包括：財團法人醫院、宗教法人醫院、其他法人醫院及私立醫學院附設醫院。

⁺⁺⁺ 北部地區包括：台北市縣)、基隆市、桃園縣、新竹市縣)、金門縣、宜蘭縣、花蓮縣。

中部地區包括：苗栗縣、台中市縣)、南投縣、彰化縣。

南部地區包括：雲林縣、嘉義市縣)、台南市縣)、高雄市縣)、屏東縣、澎湖縣、台東縣。

* $p < 0.01$ 。

或管理單位者108家，在未設專責單位之醫院中，續答設有專人負責企劃或管理工作者有75家，顯示樣本醫院當中至少有81.7%已設有專責企劃或管理之單位或員工。若以有效問卷之填答人作分析，其中身分為院長者佔76.8%，多數具有醫師資格(85.3%)，平均年齡為51.6歲，其中以46到60歲的人數最多，且絕大多數為男性。在學歷分布上，大專程度佔69.6%，其餘為研究所以上，而擔任正(副)院長的年資平均為9.6年，以4到10年者所佔比率最高(46.3%)，11年以上次之，此外有30.8%曾修過醫管相關課程，且多屬碩士課程或學分推廣課程(表二)。

二、對建立醫務管理師證照制度之態度

問卷結果顯示對醫務管理師證照制度所具有之功能，以及反映醫管人員專業程度兩方面，受訪之高階主管均傾向正面同意之態度，且多數(67.5%)表示該院在進用醫管人員時

將優先考慮具有證照者，惟超過半數(57.1%)認為最大之負面影響是增加機構的營運成本。依據對建立醫務管理師證照制度之態度量表得分所計算之各項平均值(從非常同意5分依序遞減至非常不同意1分)，用以表示整體受訪者對該項目之同意程度。在證照制度功能方面共9項，其平均分數範圍從3.62到4.23，均傾向正面同意，同意程度較高前三名依序為「建立醫管人員專業形象」(4.23)、「提升醫管人員素質」(4.11)、「提供用人單位遴選人才時的參考依據」(4.00)；而除「保障國民健康照護服務品質」、「健全醫療體系發展」及「提升機構營運績效」三項之「同意」比率最高而「中立意見」次之外，其餘項目均為「同意」比率最高「非常同意」次之。在證照制度反映專業程度方面共4項，同意程度依序為「反映專業知識」(3.96)、「反映專業技術」(3.81)、「反映工作能力」(3.39)及「反映敬業精神」(3.08)，同樣均屬正面同意，但「反映敬業精神」與其他項目相較，有較高之比率傾向不同意。而在負

表二 受訪者及醫院特性之頻率分布表

類 別	數量	百分比%	平均值(標準差)
職稱 (n = 224)			
院長	172	76.8	
副院長	52	23.2	
是否具醫師資格 (n = 224)			
是	191	85.3	
否	33	14.7	
年齡 (n = 224)			51.6(9.5)
45 歲以下	56	25.0	
46-60 歲	133	59.4	
61 歲以上	35	15.6	
性別 (n = 224)			
男	213	95.1	
女	11	4.9	
學歷 (n = 224)			
大專	156	69.6	
研究所以上	68	30.4	
擔任高階主管年資 (n = 216)			9.6(8.4)
1-3 年	48	22.2	
4-10 年	100	46.3	
11 年以上	68	31.5	
是否修習醫務管理相關課程			
是 (續下題)	69	30.8	
否	155	69.2	
修過何種醫務管理相關課程 (n = 69)			
專科課程	2	2.9	
大學課程	1	1.4	
碩士課程	38	55.1	
博士課程	3	4.3	
學分推廣課程	25	36.2	
該院是否設專責企劃或管理單位 (n = 224)			
是	108	48.2	
否	116	51.8	
該院有專人負責企劃或管理工作 (n = 106)			
是	75	70.8	
否	31	29.2	

面影響方面，除「增加機構營運成本」(3.51)屬較同意外，「造成就業障礙影響公平競爭機制」(2.87)與「因保障具資格者而影響工作創新進步，進而影響服務品質」(2.84)兩項均屬較不同意。最後，在作為進用醫管人員之考量方面，僅「貴院進用醫管人員會優先考慮錄用具有證照者」一項，平均分數為3.69，傾向較同意態度(表三)。

三、對建立醫務管理師證照制度可行方式之看法

本部分問卷係以選擇題方式，請受訪者依據其看法勾選，除對證照的取得方式採複選外，其餘皆屬單選題，此外另針對須建立

效期更新制度及各級證照取得之工作年資之選項中，由受訪者自由填答年數。因此，資料之分析上視每一選項為單一題目計算其勾選份數之佔率，而在效期更新年限及證照取得之工作年資規定則以平均數及標準差呈現。多數正(副)院長認為建立醫務管理師證照制度之可行方式傾向：由中央主管機關訂定管理辦法，親自或委託有關單位辦理甄審作業(41.5%)，在效力上專業頭銜可具有排他性但職業內容則無(57.1%)，人員定義採泛指一般性廣泛醫務管理工作之廣義訂定(73.2%)，證照應朝向區分三級規劃(36.6%)，取得方式則以筆試為主(75.4%)，口試(66.1%)及書面審查(59.8%)為輔，且配合繼續教育建

表三 醫院高階主管對建立醫務管理師證照制度之態度

題目	同意程度比率 (%)					平均值*	排序	
	非常同意	同意	中立同意	不同意	非常不同意			
醫務管理師證照制度具有下列功能								
1.提昇醫管人員素質	29.5	56.3	11.2	2.2	0.9	4.11	2	
2.建立醫管人員專業形象	37.1	50.4	11.2	0.9	0.4	4.23	1	
3.做為醫管人員合理人事升遷管理制度	22.8	50.9	17.9	7.6	0.9	3.87	5	
4.提供用人單位遴選人才的參考依據	24.1	57.6	13.4	4.5	0.4	4.00	3	
5.做為工作職業憑證	22.3	46.0	21.4	8.5	1.8	3.79	7	
6.提高醫管學生學以致用配合程度	23.2	55.8	17.0	3.1	0.9	3.97	4	
7.提升機構營運績效	15.2	43.3	32.1	7.1	2.2	3.62	9	
8.健全醫療體系發展	18.3	46.9	24.6	8.5	1.8	3.71	8	
9.保障國民健康照護服務品質	12.5	40.6	33.0	9.8	4.0	3.84	6	
證照制度能反映醫管人員的								
1.專業知識	22.3	59.4	11.2	6.7	0.4	3.96	1	
2.專業技術	18.8	53.1	19.2	8.0	0.9	3.81	2	
3.工作能力	10.7	36.2	37.5	12.9	2.7	3.39	3	
4.敬業精神	8.0	24.1	40.2	23.2	4.5	3.08	4	
實施證照制度的負面影響								
1.增加機構營運成本	16.5	40.6	23.7	16.1	3.1	3.51	1	
2.造就就業障礙，影響公平競爭機制	5.8	18.8	35.7	36.2	3.6	2.87	2	
3.因保障具資格者，影響工作創新與進步，進而影響服務品質	5.4	19.6	33.9	36.2	4.9	2.84	3	
進用醫管人員時會優先錄用具有證照者	12.1	55.4	23.7	7.1	1.8	3.69	-	

*同意程度：非常同意5分；同意4分；中立意見3分；不同意2分；非常不同意1分。

立證照效期更新制度(82.6%)，更新年限平均為4.6年，此外，亦應於法令規定醫療機構中醫管人員之配置(77.2%)，並以每100床配置一人為恰當(54.0%)(表四)。而在證照分級制度區分三級中各級的取得資格方面，認為初級醫管人員不須限定相關科系(57.8%)，而中、高級醫管人員則必須限定相關科系(73.5%及74.4%)，學歷上要求初級醫管人員須為專科以上(61.4%)，中、高級則為大學以上(63.9%及44.6%)，值得一提是在高級醫管人員部分亦有相當之比率認為須為研究所以以上(43.4%)，此外，對越高層級醫管人員有越高比率之受訪者認為必須具有醫管實務工作年資之規定，且對越高層級醫管人員所要求之實務工作年資也越長，依初、中、高級之平均工作年資分別為2.1年、2.7年、4.0年(表五)。

四、受訪者及醫院特性對建立醫務管理師證照制度態度之影響

此部份依據對建立醫務管理師證照制度之態度量表得分(從非常同意5分依序遞減至非常不同意1分)，依受訪者及其所服務醫院特性之分類進行分析，而由Mann-Whitney U或Kruskal Wallis檢定之分析結果顯示，依受訪者或其所服務醫院特性之不同，對建立醫管師證照制度的態度確有所影響。以受訪者特性不同而呈現意見不同而言，在學歷方面，研究所以以上對醫管師證照制度具「提昇醫管人員素質」功能之同意程度(4.34分)高於大專學歷(4.01分)；對「建立醫管人員專業形象」功能(4.50分)則明顯較大專學歷(4.11分)更為認同；對「做為醫務管理人員合理人事升遷管理制度」(4.09分)亦較大專學歷(3.78分)贊同；而對「提供用人單位遴選人才時的參考依據」贊同程度(4.25分)較大專學歷(3.90分)為高；以及「進用醫管人員會優先錄用具有證照者」(3.90分)亦同樣高於大專學歷(3.60分)；但對「造成就業障礙，影響公平競爭機制」研究所以以上學歷(2.59分)則較大專學歷(2.99分)傾向不同意；而對「因保障具資格者，而影響工作創新與進步，進而影響服務品質」研究所以以上(2.57分)之不同意程度亦高於大專學歷(2.96

分)。此外，是否修習醫管課程方面，有修習過醫管課程之受訪者對醫管師證照制度具「提昇醫管人員素質」功能之同意程度(4.33分)高於未修習者(4.01分)；對「建立醫管人員專業形象」功能(4.48分)亦較未修習者(4.12分)傾向更為贊同；而對「提供用人單位遴選人才時的參考依據」之贊同程度(4.25分)則高於未修習者(3.90分)；另對「進用醫管人員會優先錄用具有證照者」(3.91分)亦同樣較未修習者(3.59分)為高(表六)。

另一方面，就受訪者所服務之醫院特性影響其對建立醫務管理師證照制度態度有所差異而言，就醫院權屬別分析，對「提供用人單位遴選人才時的參考依據」功能同意程度以公立醫院最高(4.26分)、法人醫院次之(4.08分)、私立醫院最低(3.88分)；而在「進用醫管人員會優先錄用具有證照者」贊同程度同樣以公立醫院最高(3.94分)、法人醫院次之(3.68分)、公立醫院最低(3.59分)；但對「增加機構營運成本」則反以私立醫院同意程度最高(3.71分)、法人醫院次之(3.33分)、公立醫院最低(3.17分)；而對「因保障具資格者，而影響工作創新與進步，進而影響服務品質」僅私立醫院傾向同意(3.06分)，法人醫院(2.63分)與公立醫院(2.47分)均傾向不贊同態度。而就醫院評鑑別分析，對「提昇醫管人員素質」功能之同意程度以地區教學醫院最高(4.42分)、區域醫院以上次之(4.20分)、地區醫院最低(3.95分)，對「建立醫管人員專業形象」贊同程度以區域醫院以上最高(4.45分)、地區教學醫院次之(4.42分)、地區醫院最低(4.05分)；對「提供用人單位遴選人才時的參考依據」則以地區教學醫院最高(4.25分)、區域醫院以上次之(4.18分)、地區醫院最低(3.83分)；而在「進用醫管人員會優先錄用具有證照者」贊同程度仍以地區教學醫院最高(3.96分)、區域醫院以上次之(3.75分)、地區醫院最低(3.55分)；但對「增加機構營運成本」則反以地區醫院同意程度最高(3.72分)、地區教學醫院次之(3.46分)、區域醫院以上最低(3.13分)；而對「造成就業障礙，影響公平競爭機制」僅地區醫院傾向同意(3.07分)，地區教學醫院(2.88分)與區域醫院以上(2.45分)均傾向不贊同態度；另對「因保

表四 建立醫務管理師證照制度之可行方式

題 目	個數	百分比(%)
一、醫管人員證照應以何種層次管理 (n = 224)		
制定法律，經國家考試，納入醫事人員管理	63	28.1
衛生署訂定管理辦法，親自或委託有關單位辦理甄審作業	93	41.5
由民間相關團體自行訂定甄審辦法，發給證書	61	27.2
其他	7	3.1
二、醫管人員證照應否具有排他性 (n = 224)		
名稱及職業內容均具排他性	26	11.6
名稱具排他性，職業內容不具排他性	128	57.1
名稱及職業內容均不具排他性	69	30.8
其他	1	0.4
三、醫管人員證照其人員定義，應先從廣義或狹義定義 (n = 224)		
廣義	164	73.2
狹義	57	25.4
其他	3	1.3
四、醫管人員證照應否建立效期更新制度 (n = 224)		
永久有效，不須更新	35	15.6
須有效期，配合繼續教育，建立更新制度(續下題)	185	82.6
其他	4	1.8
四之一、應幾年更新一次 (n = 185) (Mean (SD))		4.6 (1.4)
五、醫管人員證照之取得方式為何 (n = 224)		
筆試	169	75.4
口試	148	66.1
書面審查	134	59.8
其他	3	1.3
六、醫管人員證照應否建立分級制度 (n = 224)		
不分級	72	32.1
分兩級	67	29.9
分三級	82	36.6
其他	3	1.3
七、醫政管理法規中是否應規範醫療機構應配置醫管人員 (n = 224)		
是	173	77.2
否	51	22.8
八、若規定醫院應配置醫管人員，您認為幾床配置一人較為恰當 (n = 224)		
每 300 床一人	18	8.0
每 200 床一人	26	11.6
每 100 床一人	121	54.0
每 50 床一人	50	22.3
其他	9	4.0



表五 建立醫務管理人員證照三級分級制度證照取得之可行方式

題 目	第一級		第二級		第三級	
	個數	百分比 (%)	個數	百分比 (%)	個數	百分比 (%)
學科規定 (n = 83)						
限定相關科系所	35	42.2	61	73.5	62	74.7
不限定相關科系所	48	57.8	22	26.5	21	25.3
學歷規定 (n = 83)						
高中	21	25.3	3	3.6	2	2.4
專科	51	61.4	25	30.1	7	8.4
大學	8	9.6	53	63.9	37	44.6
研究所	1	1.2	2	2.4	36	43.4
其他	2	2.4	0	0.0	1	1.2
是否規定具有醫管實務工作年資 (n = 83)						
是(續下題)	69	83.1	78	94.0	82	98.8
否	14	16.9	5	6.0	1	1.2
須具有幾年年資 (Mean (SD))						
	2.1 (1.1)		2.7 (1.1)		4.0 (1.7)	

障具資格者，而影響工作創新與進步，進而影響服務品質」項目亦僅地區醫院傾向贊同意見(3.13分)，地區教學醫院(2.67分)與區域醫院以上(2.38分)則均傾向不贊同；此外，在「反映醫管人員專業知識」及「反映醫管人員專業技術」二個項目，均以區域醫院以上認同程度最高(分別為4.16分及4.05分)、地區教學醫院次之(分別為4.10分及3.96分)、地區醫院最低(分別為3.82分及3.63分)。最後，就醫院是否設有專責企劃或管理單位角度分析，有設立專責單位之醫院對「提昇醫管人員素質」功能的同意態度(4.27分)高於未設立者(3.97分)；對「建立醫管人員專業形象」贊同程度(4.37分)亦較未設立者(4.09分)為高；而對「提供用人單位遴選人才時的參考依據」(4.16分)則同樣較未設立者(3.86分)傾向更為同意；但對「增加機構營運成本」態度則以未設立專責單位之醫院(3.67分)較有設立者(3.34分)表示更為贊同；另外，對「造成就業障礙，影響公平競爭機制」及「因保障具資格者，而影響工作創新與進步，進而影響服務品質」二項，則醫院有無設立醫管專責單位此二者之意見迥不相

同，未設立者均傾向同意態度(分別為3.03分及3.05分)，而有設立者則為不贊同傾向(分別為2.69分及2.62分)；此外，在「反映醫管人員專業知識」態度有設立專責單位之認同程度(4.09分)較未設立者(3.84分)為高(表六)。

五、對建立醫務管理師證照制度方式相關性分析

在分析建立醫務管理師證照制度方式相關因素部分，先由KMO值為0.92，確認該量表項目適合進行因素分析，繼由主成分分析萃取並經正交轉軸所得之共同因素分別命名為「正面功能因素」、「專業技能因素」及「負面影響因素」，可解釋變異量依序為31.84%、18.90%及17.71%。再經由迴歸係數及勝算比分析具顯著意義之自變項顯示：對證照正面功能之態度越同意或具負面影響之態度越不同意者，越傾向證照制度應由政府制定法令管理，而二階段分析中得知大專學歷同意應以法律管理之比例高於研究所以以上，而對證照正面功能之態度越同意者也越傾向以法律

表六 高階主管個人、醫院特性對建立證照制度態度看法之摘要

類別	同意程度平均分數 ⁺									
	提昇醫管人員素質	建立醫管人員專業形象	做為醫管人員合理人事升遷管理制度	提供用人單位選選人才的參考依據	反映醫管人員專業知識	反映醫管人員專業技術	增加機構營運成本	造成就業障礙，影響公平競爭機制	進步，進而影響服務品質因壟斷保護影響工作創新	進用醫管人員優先考慮錄用具有證照者
學歷(Z值 ⁺⁺)	(-2.72 ^{**})	(-3.34 ^{***})	(-2.21 [*])	(-2.95 ^{**})	(-1.35)	(-1.90)	(-1.75)	(-2.58 ^{**})	(-2.45 [*])	(-2.28 [*])
大專	4.01	4.11	3.78	3.90	3.90	3.73	3.60	2.99	2.96	3.60
研究所以上	4.34	4.50	4.09	4.25	4.10	3.99	3.31	2.59	2.57	3.90
修習醫管相關課程(Z值)	(-2.54 [*])	(-3.11 ^{**})	(-0.63)	(-2.79 ^{**})	(-1.86)	(-1.69)	(-0.60)	(-0.57)	(-0.59)	(-2.52 [*])
有	4.33	4.48	3.96	4.25	4.12	3.97	3.58	2.81	2.77	3.91
沒有	4.01	4.12	3.83	3.90	3.90	3.74	3.48	2.90	2.88	3.59
權屬別(Z值 ⁺⁺⁺)	(1.85)	(3.58)	(2.87)	(9.59 ^{**})	(2.97)	(1.62)	(11.17 ^{**})	(4.40)	(14.54 ^{***})	(7.10 [*])
公立醫院	4.23	4.40	4.02	4.26	4.13	3.92	3.17	2.72	2.47	3.94
法人醫院	4.13	4.23	3.70	4.08	3.98	3.83	3.33	2.68	2.63	3.68
私立醫院	4.06	4.16	3.86	3.88	3.89	3.76	3.71	2.99	3.06	3.59
評鑑別(Z值)	(15.53 ^{***})	(17.74 ^{***})	(2.91)	(13.44 ^{**})	(7.90 [*])	(10.31 ^{**})	(11.88 ^{**})	(16.45 ^{***})	(24.24 ^{***})	(7.44 [*])
區域醫院以上	4.20	4.45	3.91	4.18	4.16	4.05	3.13	2.45	2.38	3.75
地區教學醫院	4.42	4.42	4.02	4.25	4.10	3.96	3.46	2.88	2.67	3.96
地區醫院	3.95	4.05	3.79	3.83	3.82	3.63	3.72	3.07	3.13	3.55
專責企劃或管理單位(Z值)	(-2.88 ^{**})	(-2.79 ^{**})	(-1.94)	(-2.65 ^{**})	(-2.21 [*])	(-1.52)	(-2.11 [*])	(-2.78 ^{**})	(-3.30 ^{***})	(-1.85)
有設立	4.27	4.37	3.97	4.16	4.09	3.91	3.34	2.69	2.62	3.81
沒有設立	3.97	4.09	3.78	3.86	3.84	3.72	3.67	3.03	3.05	3.58

⁺ 同意程度：非常同意5分；同意4分；中立意見3分；不同意2分；非常不同意1分。

⁺⁺ 採Mann-Whitney U 檢定。

⁺⁺⁺ 採Kruskal-Wallis 檢定。

^{*} p<0.05；^{**} p<0.01；^{***} p<0.001。

管理；南部受訪者認為證照應具排他性者為北部的 2.57 倍，而對正面功能態度越同意及負面影響越不同意者也越認為應具排他性，有修習過醫管相關課程之受訪者贊成醫務管理師證照之人員定義應先從廣義訂定為未修習者的 2.7 倍；越同意證照能反映專業技能因素者，越傾向醫管人員證照應永久有效；對證照正面功能之態度越同意及負面影響之態度越不同意者，越傾向證照應有分級制度，二階段分析中發現中部及南部認為應分三級者分別為北部的 5.24 倍及 3.32 倍，而對證照

正面功能之態度越同意者越傾向三級制訂定；此外，對證照正面功能或反映專業技能之態度越同意，以及具負面影響之態度越不同意者，越傾向規範醫療機構應配置醫管人員(表七)。

討 論

本研究調查樣本回收，依卡方(χ²)檢定與母群體分布在權屬別、評鑑別與地區別確有顯著差異，私立醫院回收率(37.6%)大幅低於

表七 高階主管個人、醫院特性及態度因素與證照制度建立方式 Logistic 迴歸分析結果摘要

變項名稱	參考組	醫管師證照應由何種機構管理(政府/民間) ⁺	醫管師證照應制定何種管理層次(法律/管理辦法) ⁺	醫管師證照是否應具排他性(是/否) ⁺	排他性範圍(名稱及執業內容/僅名稱) ⁺	醫管師證照其人員定義應先從何者訂定(廣義/狹義)	醫管師證照是否應建立效期更新制度(是/否)	醫管師證照是否應分級(是/否) ⁺	醫管師證照應分幾級(三級/二級) ⁺	醫管人員(是/否)是否應規範醫療機構配置
院長	副院長	0.15 (1.16)	-0.84 (0.43)	0.16 (1.18)	3.08 (21.74)	0.03 (1.03)	-0.25 (0.78)	-0.21 (0.81)	-0.18 (0.84)	0.62 (1.85)
醫師	非醫師	0.36 (1.43)	1.08 (2.94)	0.19 (1.20)	-1.73 (0.18)	0.91 (2.48)	-0.46 (0.63)	-0.86 (0.42)	-1.19 (0.30)	0.12 (1.13)
研究所以上	專科大學	-0.28 (0.76)	-1.06* (0.35)	0.42 (1.52)	0.71 (2.03)	-0.48 (0.62)	-0.59 (0.56)	-0.29 (0.74)	-0.46 (0.63)	0.37 (1.45)
修習醫管相關課程	否	0.28 (1.33)	-0.01 (0.99)	0.54 (1.71)	-0.78 (0.46)	0.99* (2.70)	0.29 (1.34)	-0.09 (0.91)	-0.51 (0.60)	0.05 (1.05)
法人醫院	公立醫院	0.09 (1.09)	-0.38 (0.68)	0.10 (1.10)	-1.61 (0.20)	-1.04 (0.35)	0.66 (1.93)	0.01 (1.01)	0.29 (1.34)	1.00 (2.73)
私立醫院	地區醫院	-0.04 (0.96)	0.51 (1.66)	0.71 (2.03)	0.22 (1.25)	-0.13 (0.88)	-0.60 (0.55)	-0.58 (0.56)	-0.56 (0.63)	0.44 (1.55)
區域醫院以上	地區醫院	-0.13 (0.88)	0.06 (1.06)	0.45 (1.57)	-0.60 (0.55)	0.98 (2.66)	0.61 (1.84)	-0.38 (0.69)	0.21 (1.24)	0.13 (1.14)
地區教學醫院		-0.10 (0.91)	0.46 (1.59)	0.75 (2.12)	0.08 (1.08)	0.43 (1.53)	0.18 (1.20)	-0.80 (0.45)	-0.56 (0.57)	0.58 (1.78)
中部地區	北部地區	-0.27 (0.76)	0.67 (1.95)	0.39 (1.48)	0.44 (1.55)	-0.22 (0.81)	0.48 (1.61)	0.60 (1.83)	1.66** (5.24)	-0.51 (0.60)
南部地區	地區	-0.47 (0.63)	0.87 (2.39)	0.94* (2.57)	-0.19 (0.83)	-0.11 (0.90)	0.51 (1.67)	0.13 (1.14)	1.20* (3.32)	-0.57 (0.56)
設有負責企劃或管理單位	沒設	-0.33 (0.72)	0.22 (1.24)	-0.20 (0.82)	-0.84 (0.43)	0.31 (1.37)	-0.45 (0.64)	0.31 (1.37)	0.13 (1.14)	-0.67 (0.93)
正面功能因素		0.58** (1.78)	0.89** (2.44)	0.75** (2.11)	-0.31 (0.73)	0.05 (1.05)	0.22 (1.24)	0.61** (1.83)	0.52* (1.69)	1.00** (2.72)
專業技能因素		0.27 (1.31)	0.13 (1.14)	0.12 (1.13)	0.25 (1.29)	-0.12 (0.88)	-0.47* (0.63)	0.30 (1.35)	0.22 (1.25)	0.58** (1.78)
負面影響因素		0.45** (1.57)	0.33 (1.39)	0.70** (2.02)	-0.05 (0.95)	-0.29 (0.75)	0.21 (1.24)	0.43** (1.54)	0.15 (1.16)	0.53** (1.70)

⁺二階段Logistic迴歸分析之第一階段，探求是否同意某種形式。

⁺⁺二階段Logistic迴歸分析之第二階段，探求在同意某種形式前題下希望採取之方式。

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ 。

公立醫院(64.6%)與法人醫院(71.4%)，而地區醫院回收率(34%)更遠低於區域級以上醫院(83.6%)與地區教學醫院(72.7%)，南部醫院的回收率(35.8%)顯著低於北部醫院(54.5%)與中部醫院(56.1%)，因此，對小型、私人與南部醫院高階主管意見或有代表性不足之侷限性，但在公立與法人醫院，以及規模較大的中大型醫院高階主管方面，其回收率均相當高，應可相當程度反映國內主要醫療服務提供醫院其高階主管之意見。對於私立、地區醫院與南部醫院回收率雖較低，所幸仍有相當之回收樣本數，分別為131、120與82家，應仍具參考價值，然而，對這些醫院高階主管意見的外推性，應予保守謹慎。

依據本研究調查醫院高階主管對醫務管理師證照制度之態度項目填答「非常同意」及「同意」超過80%的項目為「建立醫管人員專業形象」、「提升醫管人員素質」、「提供用人單位遴選人才時的參考依據」、「反映人員專業知識」等四項，與專家座談之結論一致。由於國內對建立醫務管理師證照制度之文獻相當有限，在參考其他職業而歸納專業證照制度之功能有以下：建立正確職業觀念獲得專業尊重、確保工作品質提升服務水準，儲備專業人力作為用人單位用人之參考，激勵從業人員及業界對技能水準提升之重視 [11-13]，均與本研究所得結為一致。此外，對於超過半數認為最大之負面影響是增加機構的營運成本，此可能與對具證照之醫事人員通常須另支付證照費用有關，因此直接反應認為會增加人事成本；至於實施醫管師證照制度所直接增加之人事成本，與間接因有效管理提昇效率而降低之各項成本，兩者對醫院經營成本之影響，仍有待未來再進一步研究。

從本研究對建立醫務管理師證照制度可行方式所得之結果，在證照效力方面，受訪者傾向專業頭銜具排他性而職業內容不具排他性，而在管理層次上，則傾向由中央主管機關訂定管理辦法。由於管理工作內容涵蓋廣泛，所需之專業技能多樣，依 Hudak 等人(1993)研究指出醫務管理於2000年之重要領域依序為成本／財務、領導統馭、專業人員

管理、健康照護服務之觀念、可近性、倫理、品質及危機處理、科技、行銷等九項 [14]，可見醫管工作範圍之廣泛而不易規範具職業內容之排他性，同時也可能由於證照效力較無獨占性，因此多數受訪者認為不須以法律規範。再者，因執業行為不具排他性，相對可大幅減低對專業證照制度壟斷、保護之疑慮，使反對阻力降低，故較為可行；並且在具有相同型態之社工師證照制度研究上，曾有文獻指出此種證照型態在人力管理及規劃上較具效益 [15]。因此，未來如實施醫務管理師證照制度，有必要就壟斷性、公平機制及效益性再作深入之評估。此外，對於問卷中對於醫院人力結構中需否具醫管師及多少床需配置一人此兩項問題，在問卷說明中提及現行醫院評鑑標準，對於區域醫院與醫學中心其所需之病歷管理專業人員與社工人員的規範，而醫療機構設置標準亦規範100床以上之醫院應有專業之病歷與社會服務人員，而藉由社工師的專業證照制度，事實上已說明排他性與設置規範是可共存不悖。因此，此二者間並未有衝突。

在證照制度人員定義方面，在徵詢醫院高階主管對於醫管專業證照之設立應採一般廣泛性的醫務管理工作：涵蓋醫療衛生行政規劃、執行、考核或醫療機構內部作業之策劃、執行、評估及外部溝通、協調、形象塑造等，設立廣義醫管證照即可，或是需將管理工作更加細分：如品質、財務、資材等，設立不同專業領域的狹義醫管證照。多數高階主管(73.2%)傾向廣義定義，此應呈現多數高階主管認為醫管人員應具備較廣泛的管理知識，而較少數認為可將醫管再細分專業訓練予以考選。而依據其他專業發展過程之經驗，專業證照制度在施行一段期間步入正軌後，會因專業程度之提昇，自然發展為各類專長，屆時因應實際之需要，再分就其資格予以認定，例如專科醫師制度，必須先具備醫師資格後才能接受專科醫師培訓。因此，制度建立初期採廣泛人員定義符合證照制度發展之經驗。

而在證照效期更新制度方面，多數受訪者認為醫管人員證照應配合繼續教育每4-6年

更新一次，此與近年來衛生署為提昇醫事人員服務品質，加強推動繼續教育制度，辦理職業執照定期換照制度之觀念相符。自89年開始，醫事人員已完成立(修)法實施職業執照定期換照者，有醫事檢驗師、醫事放射師、臨床心理師、呼吸治療師及專科醫師等五類，且可預見未來其他醫事人員證照制度之立(修)法，亦將傾向納入此規範。

另外，在證照分級制度上，多數受訪者同意有分級制度，分級中又以劃分三級居多，探究原因，可能與醫管人才之培育來自專科、大學及研究所等三個不同教育層級有關。專科醫管教育之任務以培育一般醫務行政人員為主，大學醫管教育以培養中層醫管人才為主，而研究所則主要為培養中、高層醫管人才，此三者每年培育人數亦有不同。在贊成分三級的高階主管意見中，亦呈現對初級考試之學歷規範以專科學歷佔最多數(61.4%)，對中級考試之學歷規範以大學學歷佔最多數(63.9%)，對於高級考試的學歷規範則是大學與研究所學歷相近(44.6%與43.4%)，但若單以研究所學歷於各級的贊成比率則是由初、中級的極少數1.2%與2.4%，大幅上升到高級的43.4%。然由於部份專科學校改制為技術學院，以及各大專院校紛設醫管相關科系，對於醫管人力的培育已漸朝中高階級發展，分級的多寡似可再予以斟酌。

證照取得方式以筆試為主，口試及書面審查為輔，而資格規定則認為初級醫管人員須為專科以上學歷，但不限相關科系，而中、高級醫管人員則必須限定大學以上相關科系畢業，因此學歷應可視為醫管人員之專業養成教育的要件，但對於初級未限定相關科系畢業，或因避免阻礙其他領域進入此專業，而降低其多元之彈性，卻肯定中、高階必須增加醫管專業的教育養成；此外，無論初、中、高階級均須具有實務工作年資，且越高階級之醫管人員所需工作年資就越長，故實務工作年資亦可視為醫管人員之職場實務訓練的要件。在醫事人員證照制度中營養師法也具有服務年資之規定，可能與各專業資格認定所考量層面有關，因醫務管理與營養師一樣相當著重實務技巧與經驗，故將工

作年資納入必備資格中。另外，依據美國醫務管理學會對高階醫管人員認證資格，由於必須具備一定之工作年資，因此這些應試者通常已具有相當豐富之實務經驗，所以筆試已非要件，取而代之是審查學經歷、繼續教育學分及研究或專案報告並舉行口試，是為較符合實務之作法，值得國內參考。

在探究受訪者及其醫院特性，對建立醫務管理師證照制度之態度具有相當程度的影響。在證照制度所具正面功能方面，「提昇醫管人員素質」、「建立醫管人員專業形象」、「提供用人單位遴選人才之參考」及「進用醫管人員會優先錄用具有證照者」四項，以受訪者學歷為研究所以上有及有修習醫管相關課程者，表示同意的程度較高，可能因本身具醫管背景而比較認同醫管證照功能之故。此外，任職於教學醫院以上或有專責企劃管理單位者，因經常要遴選醫管人才，亦較傾向同意醫管人員證照可為「提供用人單位遴選人才之參考」。至於，對醫務管理師證照制度具有之負面影響方面，任職於教學醫院以上、公立及法人醫院、醫院設有專責企劃或管理單位者，對大部分項目抱持反對意見，可能因為這些醫院規模較大，內部醫務管理制度已行之有年，較能肯定醫管的重要及效益；然而，不論受訪者或醫院特性為何，多數醫院高階主管認為醫務管理師證照制度具有「增加機構營運成本」之負面影響，由交叉分析中得知，以私立醫院、地區醫院及未設置醫管專責單位之醫院同意程度明顯較高，可見小型醫院的人事成本對醫院經營影響很大，也可能因該醫院醫務管理制度尚未步入正軌，因此無法體認有效管理提昇效率及降低成本之效果。此外，對於該院進用醫管人員會優先錄用具有證照者之態度方面，任職於公立醫院者表示同意程度較高，可能與公立醫院有任用資格問題有關，因醫管人員無證照制度，致長久以來多由具證照之其他醫事人員擔任醫務管理工作，因而認為醫管人員若具證照在公立醫院之用人上較為適才適所。此外，對於回覆之醫院主管，並未因其服務醫院所在地區而對證照制度之態度呈現顯著差異，然而由於私立醫院及地區醫院樣本回收

或有侷限，相關推論僅止於回覆者，至於是不足以代表母群體之意見仍應予謹慎。

若由受訪者個人、服務醫院特性及態度因素，探究對醫務管理師證照制度之建立方式之影響，則顯示受訪者特性及其所服務醫院類型對醫管師證照制度建立方式之偏好有所不同，而受訪者對醫管師證照制度的態度亦將影響其對醫管師證照制度可行方式之意見。由表七之受訪者個人及醫院特性與證照制度建立方式之Logistic迴歸分析中顯示，在「人員定義」方面則以修習過醫管相關課程之受訪者較傾向先從廣義方向訂定，或因對醫管工作及養成教育較為了解，認知醫管人員屬通才性質，故應先對一般廣泛性醫務管理工作及醫療環境有概括性涉獵後，再發展醫務管理工作中細分項目之專長，而證照制度可以循序漸進方式辦理。再者，受訪者對醫務管理師證照制度所具「正面功能因素」越贊同及「負面影響因素」越不贊同者，越傾向同意醫管人員應有適當之法定地位，證照宜規範具排他性效力及進階分級制度，且應規範醫療機構須配置醫管人員，此與證照制度主要功能在對專業尊重及對專業人力妥善規劃管理並促進人員素質提昇之精神一致；而對證照制度能反映「專業技能因素」愈同意者，愈傾向證照無須更新永久有效，這樣的態度雖與早期證照制度情況相符，然而與目前多數證照制度的規範確有差異，此一現象應可給予持續的關注並做更多的探討驗證。此外，對於回覆之私立醫院及地區醫院主管，其意見相對其他醫院主管之勝算比並未見顯著差異，此或可提供醫院高階主管並未受任職私人或地區醫院而造成對證照制度可行方式意見顯著差異之訊息；而南部地區的高階主管，對於醫管師證照是否應具排他性之意見與北部明顯不同，中部與南部地區亦在區分三級或二級制度上與北部看法不同。然而，由於樣本回收或有侷限，對於這樣的推論僅止於對回覆者的推論，至於是不足以代表母群體之意見則仍應予謹慎。

依據本研究調查樣本分布情形，相較黃佳經、黃秋宗(1997)所作台灣地區醫療院所

首長(指正、副院長)醫務管理訓練需求及影響，其結果呈現首長只有14%具醫管學位，平均每年接受醫管之在職訓練僅1.6次[16]，顯示醫院高階決策主管近年接受醫管訓練比率似有增加之趨勢，可能與近年來醫管在職專班與學分班紛紛開設有關係，也顯見醫院經營管理階層越來越倚重醫務管理的新知與理論。此外，鑒於國內對建立醫務管理師證照制度之相關研究仍相當缺乏。過去雖有針對醫院院長及衛生機關首長，探討目前醫管科系所開設相關課程是否滿足醫療相關工作需要之研究，作為未來醫管人才培育方向之參考[17]，然就教考用配合觀點，尚缺乏對證照考試部分之研究，因此本研究就用人單位之高階決策主管觀點出發，初探其對醫務管理師證照制度之意見，期能了解醫院對醫管專業人才之需求及對人員素質之期望。未來尚可對與建立醫務管理師證照制度有關之族群進行更廣泛之研究，如醫管人員本身、其他醫事人員、學界或衛生主管機關等，以作為中央主管機關制定醫管人員管理辦法之參考。

結 論

本研究係由醫院高階主管角度，探究其對建立醫務管理師證照制度之態度與建立方式之意見，以了解用人單位對醫管專業人才發展之期望，而依調查結果顯示，多數醫院高階主管肯定醫務管理師證照制度之各項功能，也認同醫務管理師證照能反映醫務管理人員之專業知識及技術，並表示在進用醫管人員時會優先考慮錄用具證照者，足可顯見醫療機構對醫管人才需求之殷切。基於對專業之尊重與人員素質之提升，以及貫徹教考用配合之培育政策，主管機關應慎重思考公正客觀的認證制度之建立，使醫管人員得以其專業知識、管理知識與能力及工作資歷獲得相對之認證，據此激勵從業人員及業界對技能水準提昇之重視，促使醫務管理專業之提昇。

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

參考文獻

1. 魏美珠、楊美雪、謝明娟、范春寶、陳惠芳、韓揆：專科層級醫管教育成效之評估。技術學刊 1997；12：211-7。
2. 紀仁政：不動產估價專業化與人員專業承諾關係之研究。台中：逢甲大學土地管理研究所碩士論文，1996。
3. Friedman M. Capitalism and Freedom. Chicago: University of Chicago Press, 1982; 137-49.
4. Freidson E. Professional Powers: a Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago: University of Chicago Press, 1986;65.
5. 蕭錫錡：如何倡導重視技術價值：落實技術士職業證照制度。就業與訓練 1990；8：18。
6. 彭台臨：如何審慎推動職業證照制度-技能檢定與職業證照制度的實施與影響。技術及職業教育雙月刊 1993；17：7-8。
7. 吳坤芳：職業證照制度之研究-以證照管制之合憲性為中心。台北：國立台灣大學法律學研究所碩士論文，1998。
8. Sprinthall NA, Reiman AJ, Thies-Sprinthall L. Teacher professional development. In: John Sikula ed. Handbook of research on teacher education. New York: Macmillan, 1996.
9. Forest DV, Stone LA. Counselor certification. In: Bradley FO ed. Credentialing in counseling. Alexandria, VA: Association for counselor supervision and education, 1991.
10. 林文律：美國校長證照制度。國立台北師範學院學報 2000；13：65-91。
11. 蕭錫錡：培育健全之基層技術人員-從技術士證照的特質，談職業教育應有的理念。技術及職業教育雙月刊 1993；17：24。
12. 康自立、何毅君：德、日等國實施技術職業證照制度的作法。就業與訓練雙月刊 1991；9：91。
13. 湯惠誠：奠定職業生涯發展基礎：從國中學生職業證照制度談技術職業輔導。技術及職業教育雙月刊 1993；17：36-7。
14. Hudak RP, Brooke PP Jr, Finstuen K, Riley P. Health care administration in the year 2000: Practitioners' views of future issues and job requirements. Hosp Health Serv Adm 1993;38:181-95.
15. 楊玫瑩：台灣社會工作專業化之研究-社會工作專業人員制度建立過程與評析。台北：東吳大學社會工作研究所碩士論文，1997。
16. 黃佳經、黃秋宗：台灣地區醫療院所首長醫務管理訓練需求及影響因素之研究。中華衛誌 1997；16：143-8。
17. 曾淑芬、楊銘欽：教學醫院院長對醫管人才培育及其課程之意見調查。醫學教育 2001；5：11-20。