

署立醫院策略聯盟對醫院經營 績效影響之探討

署立醫院自2003年起實施策略聯盟，並擬定各種績效衡量指標對各醫院進行績效評估。然而，各醫院因所投入設備資源及人員配置有所差異，且各地區醫療環境面臨的競爭程度也有所不同，使得區域聯盟管理中心所制定的績效衡量指標難以客觀衡量署立醫院實施策略聯盟前後的績效差異，因此本文採用資料包絡法，企圖更客觀衡量策略聯盟對署立醫院所帶來的效益。

◎ 顏淑貞、王明隆 (行政院衛生署嘉南療養院會計主任、國立成功大學財經研究所所長)

壹、緒論

公立醫院在早期經濟不發達之年代扮演著照護低收入戶，及填補偏遠地區醫療資源不足的角色，但隨著私人醫療院所大量的加入，以及全民健保的開辦，公立醫院面臨非常激烈的競爭市場，由於公立醫院績效不彰，政府有意與1999

年世界衛生組織提出的新普遍主義 (The New Universalism) 接軌，主張公立醫院朝向醫療商業化及市場化的改革方針，亦即政府負責籌措健康服務的財務，但是由民間負責提供醫療保健的服務，強調政府不可能為所有的人提供所有服務的事實，同時主張市場的機制在有限而適當的範圍內充分發揮

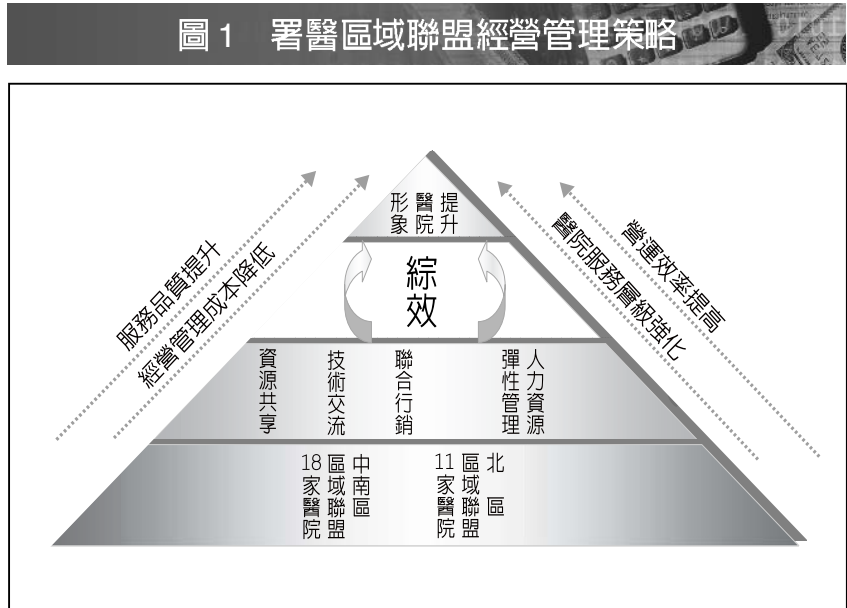
它的功能。

2003年10月，署立醫院為因應醫療市場的競爭，開創署立醫院之藍海，遂有區域醫療聯盟的形成，整合當時34家署立醫院的資源，組成醫院區域聯盟，藉由資源共享、人力資源彈性管理、技術交流、聯合行銷等方式，提供一個優質的學習、合作與分享的平台，發

揮署立醫院之綜效，實際提升醫院服務效能與降低營運成本，期望能全面提升署立醫院的競爭能力（圖1）。

根據2006年12月資料顯示，署立醫院（含城區、新屋、北門、新化、成功、恆春、豐濱等分院）共有35家，占全國西醫醫院（547家）之6.4%，占全國公立醫院（80家）之43.75%；總病床數12,880床，占全國醫院總病床數（131,152床）之9.82%；員工人數共12,945人；醫療收入202.79億元，僅占全國健保總支出費用（3,822.1億元）之5.31%，顯示署立醫院尚有非常大之成長空間，因此本文欲探討自1999年至2006年署立醫院為因應醫療市場的競爭，實施區域聯盟前後經營績效之變動情形。

貳、署立醫院策略聯盟之發展歷程



資料來源：行政院衛生署，林水龍，2007

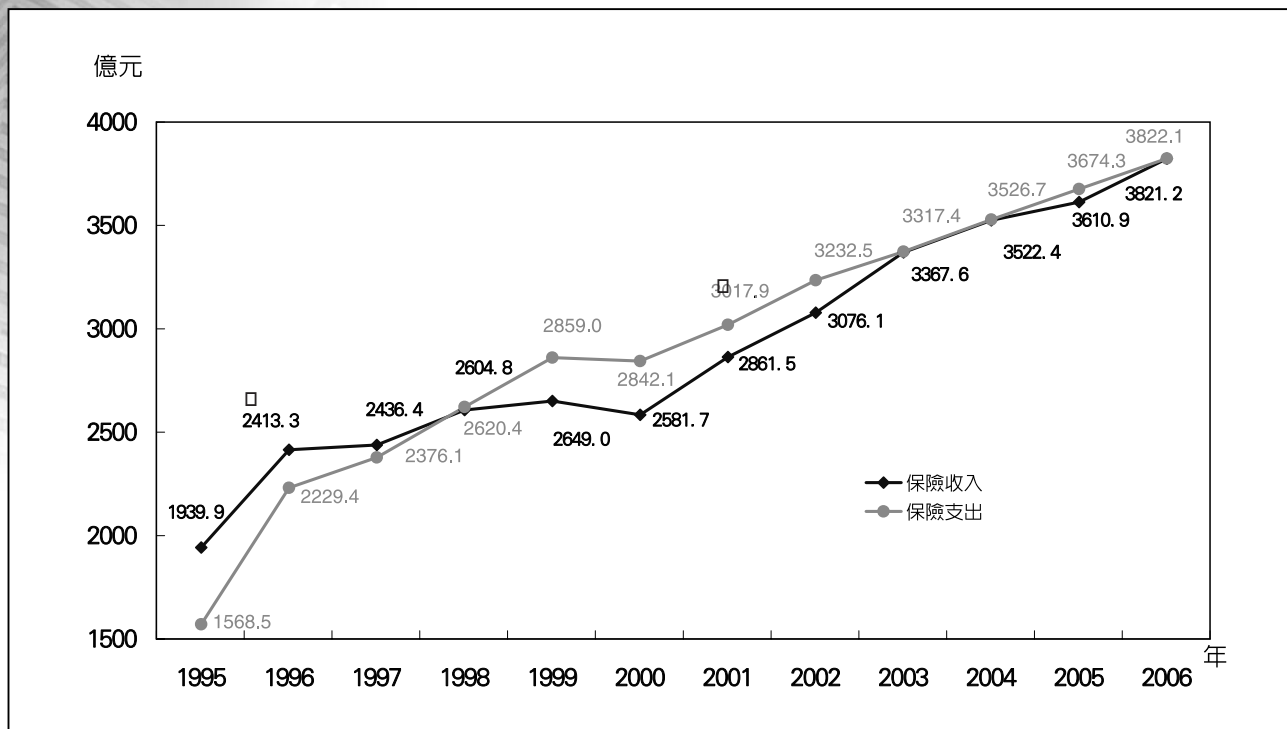
一、全民健保支付制度對醫院的衝擊

1995年3月台灣實施全民健康保險制度後，雖然民眾的就醫環境便利了，但是由於民眾對醫療資源的不珍惜，健保局又因各種因素而未能落實原先的設計，支付制度從初期的論量計酬（Fee for Service）到後來推行的論病例計酬制（Case Payment），皆無總額的限制，民眾看病亦沒有分級看診的規

範，只是小量提高部分負擔，無法有效導正民眾長期以來擠大醫院的就醫行為，其結果是醫療支出快速上升，民眾看診量屢創高峰，基層診所與醫院間之發展嚴重失衡的局面。健保的財源自1998年開始，逐漸入不敷出，財務首度轉盈為虧，隨著時間增長，財務赤字曲線愈往上飆升（圖2）。

根據衛生署統計資料顯示，健保開辦後的四年內全台就有109家醫院被迫歇業（1994年

圖 2 全民健保財務收支趨勢圖



資料來源：中央健康保險局

全國醫院家數828家，1995年實施全民健保，至1998年全國醫院家數僅剩719家)，減少了13.16%，而截至2006年共減少281家醫院，減少幅度高達33.94%，各權屬別醫院雖各有消長，但是擴充之醫院均屬財團法人醫院及醫學院附設教學醫院等大型醫院，因健保給付政策不利於小型醫院，競爭

力減弱的緣故，歇業比率高達39.74%，使得台灣醫療資源愈來愈集中於都會地區，且醫療政策使台灣醫療呈現財團化、企業化，不利於中小型醫院生存。

二、面對醫療環境變遷之因應措施

健保自開辦以來，醫療生

態受到莫大的衝擊，為因應醫療環境的變遷與民眾對醫療品質與服務水準的要求，署立醫院為求生存，被迫在競爭激烈的醫療產業中思考未來之經營模式，遂引進各種企業管理及品管模式，以求組織再造、永續經營，期待能提升服務效率、提高服務品質、降低營運成本，藉以增強署立醫院之競爭能

力。例如1997年推動流程再造全面品質管理活動(TQM)、提案制度；1998年推動品管圈活動；1999年推動ISO 9002；2000年推動ISO 17025；為因應健保給付政策，推動臨床路徑；引進平衡計分卡(Balanced Scorecard, BSC)做為績效評估及落實績效管理的工具。另一方面，署立醫院管理者意識到，在經營困難的環境下，唯一不變的法則就是變，墨守成規終將被時代潮流所吞噬，單靠自身力量恐不足以應付總體環境的競爭趨勢，為求永續發展與生存，策略聯盟被列為提升競爭力的重要策略。署立醫院管理委員會前執行長林水龍(2007)指出自總額制度實施後，醫療機構紛紛採取因應策略，由近年來醫療機構的實務作法觀察，主要有四種不同的策略：

(一) 降低經營成本。

(二) 發展自費項目，降低全民健保給付的依賴程度。

(三) 採取策略聯盟，增加競爭優勢。

(四) 調整核心資源，發展醫療產業化機會。

三、署立醫院策略聯盟之運作模式

署立醫院遍及全國各地，各醫院因地理位置、歷史淵源及城鄉差距，各家醫院體質有所不同，區域聯盟實施以來，各區域成效亦有所不同，其運

作方式及運作內容如下：

(一) 運作方式

1. 聯盟管理委員會會議：每月定期開會由各醫院院長參加，以瞭解聯盟運作狀況及具體成果。
2. 聯盟分組會議：將聯盟分為營運績效組、人力教研組、資訊組、行銷公關組、資材營繕組、健保事務組、醫療品質組，各組每月定期召開會議分享各盟院之經驗及成果。
3. 聯合採購：聯盟前係採個



別訂貨、個別送貨、個別付款。聯盟後則採統一訂貨、個別送貨、統一付款，以獲取購買者優勢。

4. 資訊交換：彼此分享院內有效管理方案、健保訊息及因應對策、病人安全的預警、人力資源管理的訣竅等，不管成功或失敗的經驗，經由良好的信任關係，提供資訊交換。

5. 設立聯盟網頁。

6. 聯合行銷。

7. 聯合醫療諮詢服務。

8. 設立台灣e學院網站。

(二) 運作內容

1. 藥品、衛材、電子商務網站。

2. 藥品、衛材、儀器設備聯標。

3. 鬆綁醫療合作、醫師特約之法規。

4. 整合聯盟專科醫療團隊並相互支援。

5. 全面e化，整合署立醫院共用醫院資訊系統。

6. 整合CIS、全面品質管理、行銷、研討會等活動。

7. 院際醫學影像（PACS）系統及病歷電子化。

8. 設立區域聯盟管理中心。

9. 共同推動全民醫療數位學習——台灣e學院。

參、研究對象及資料來源

一、研究對象

本文欲探討之對象為20家綜合醫院及5家精神專科醫院；一方面根據醫院群組之特性分為綜合醫院及精神專科醫院兩組，一方面依照醫院評鑑等級，將綜合醫院又區分為區域醫院及地區醫院二組分別比較分析。

二、資料來源

本研究資料來源為行政院

衛生署，為免各年間資料一時之波動造成績效衡量之誤判，本研究原擷取署立醫院自1995年全民健保開辦至2006年共10年之資料，惟考慮到1999年台灣省精省，省立醫院隸屬衛生署後在人員進用、會計制度及部分法令規章的修改，造成比較基礎不一致，乃改取精省後由1999年至2006年，亦即署立醫院策略聯盟前後4年，共8年之資料。

肆、結果及分析

一、以策略聯盟前後觀察

研究結果顯示在實施策略聯盟之後，各醫院之各項醫療收入、門急診人次、住院人日、各類服務人員與病床數在統計上皆有顯著增加。

二、醫院相對經營效率結果分析

本文利用資料包絡分析法，依不同醫院特性分析策略聯盟前後之效率。在不控制其他變項之下，三種不同組合之醫院，在策略聯盟實施（2003年）前後效率趨勢如圖3至圖5所示。

三、相對於全國醫療服務量之消長情形

另由表1得知署立醫院醫療服務量占全國醫療服務量比率，在策略聯盟實施後較策略聯盟前高，且產出項占率之成長均高於投入項，可驗證署立醫院實施策略聯盟之成效並非僅全國就醫人口增加之自然成長現象，其相對於全國醫療服務量亦呈現成長現象。

伍、結論

在不控制其他變項之下，綜合區域醫院、綜合地區醫院

圖3 綜合區域醫院效率趨勢圖

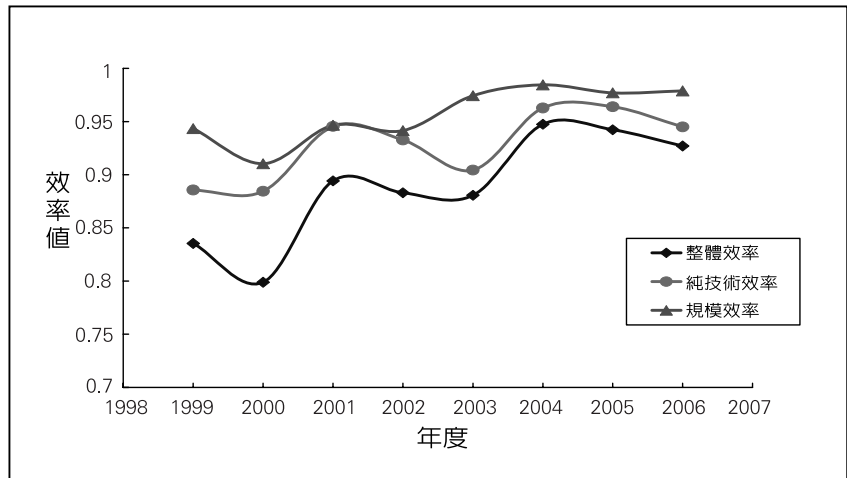
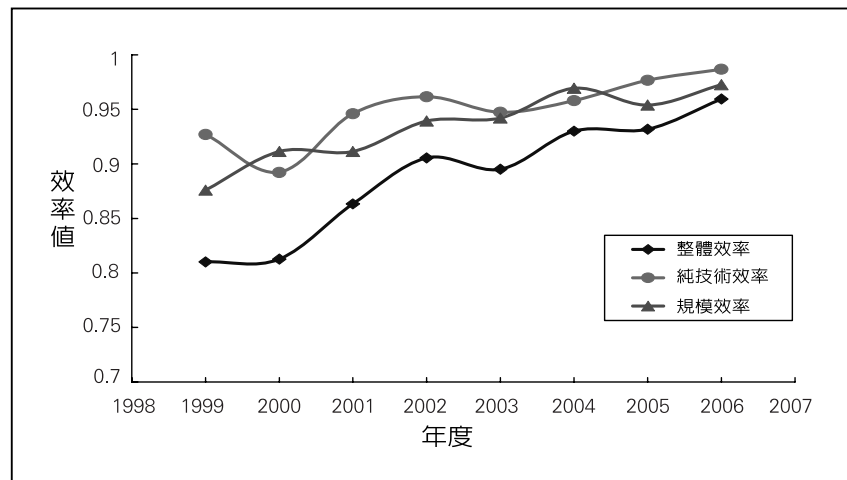


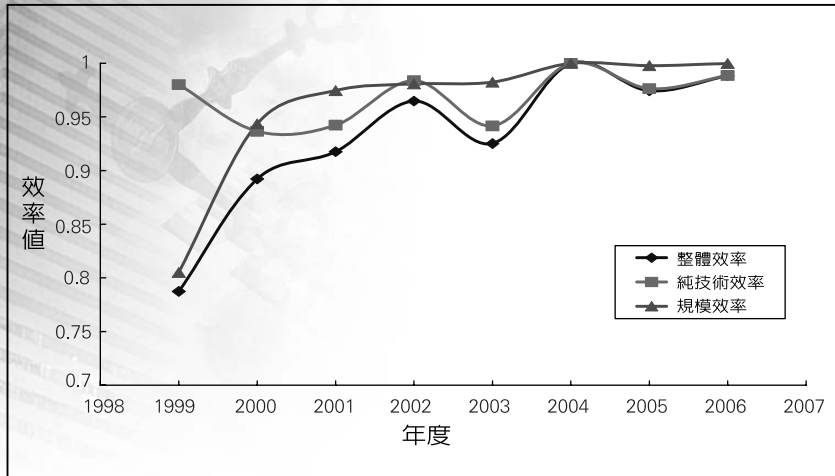
圖4 綜合地區醫院效率趨勢圖



及精神專科醫院三種不同組合醫院之效率，在策略聯盟實施前呈下跌趨勢，因此積極尋求提升效率之途徑，聯盟實施後不論在整體效率、純技術效

率、規模效率均呈上升趨勢，尤其是規模效率維持平穩上升狀態，然而整體效率卻在聯盟實施三年後有下滑趨勢，可能是擴大規模後帶來員工人數增

圖 5 精神專科醫院效率趨勢圖



加，又因組織變革不易，溝通協調的困難，抵銷了經濟規模所帶來的利益，也可能是病床數增加，短時間無法做充分有效的利用，造成閒置資產過多，使得效率值下降，儘管如

此，策略聯盟後之整體效率及技術效率仍均優於策略聯盟實施前，此一研究結果，與署立醫院服務量占全國醫療總服務量比率，在策略聯盟前後之明顯差異相一致。

參考文獻

1. 中央健康保險局 (2007)，「成長與蛻變——全民健保與您牽手 12 年」，<http://www.nhi.gov.tw>。
2. 行政院衛生署全球資訊網，<http://www.doh.gov.tw>。
3. 行政院衛生署 (2007)，中華民國 95 年醫療機構現況及醫院服務量統計年報，行政院衛生署編印。
4. 林水龍 (2007)，「區域聯盟的管理模式及成效分享」，中華民國公立醫院協會醫院管理系列研討會，p.1-9。
5. 詹賢賢 (1999)，「二十一世紀醫療政策和走向」，生活資訊，第 17 期。
6. 張世明 (2005)，「衛生署所屬醫院成立區域聯盟的成效評估」，高雄大學健康科學院公共衛生研究所醫務管理在職專班。
7. 健保雙月刊，中央健康保險局，2006 年 6 月第 60 期。❖

表 1 1999 至 2006 年署立醫院服務量占全國醫療服務量比率

		病床數	醫師人數	護理人數	醫技人數	行政人數	住院人日	門急診人次
1999 年	全國	118,059	17,955	59,167	14,681	-	24,887,915	102,587,140
	署醫	9,273	1,027	3,069	1,090	-	1,754,785	5,378,032
	占率	0.08	0.06	0.05	0.07	-	0.07	0.05
2006 年	全國	136,917	23,575	78,698	27,117	50,534	30,049,382	99,023,686
	署醫	12,105	1,318	5,323	1,956	3,332	2,949,998	6,814,190
	占率	0.09	0.06	0.07	0.07	0.07	0.10	0.07
1999-2002 平均		0.08	0.05	0.06	0.06	0.06	0.08	0.05
2003-2006 平均		0.09	0.05	0.07	0.07	0.07	0.10	0.07