

健保制度下地區醫院經營管理策略之研究-以某地區醫院為例

學生：謝明憲

指導教授：蔡禎騰 教授

黃欽印 教授

東海大學工業工程與經營資訊研究所

摘要

全民健康保險自民國八十四年三月一日開辦，十多年來對國內醫療環境造成很大的衝擊，各層級醫院除面臨醫療競爭、民眾消費意識改變及各種經營條件的急遽改變，且由於整個醫療環境對地區醫院的衝擊最大，地區醫院經營者為突破困境，均依據醫院條件調整經營策略來因應健保制度，以求能夠生存與發展。

本研究嘗試從地區醫院的角度，去探討地區醫院經營管理策略在健保制度衝擊下改變的原因，以分析地區醫院在面臨醫療環境變化時，所採取的經營策略、管理策略和因應健保制度所採取的經營策略。

本研究主要的目的是以地區醫院經營策略之觀點探討：

- 1.地區醫院因應健保策略之需求取向及策略的抉擇，如復健、呼吸治療病房、洗腎中心、合作經營業務、急診等。
- 2.地區醫院採行因應健保策略對地區醫院經營績效的影響。
- 3.希望藉由本研究瞭解地區醫院因應健保策略所遭遇相關困難，提出可行的解決方案。

本研究針對某家地區醫院在全民健康保險實施前後之經營管理策略做研究，並運用質性研究方法，探討該地區醫院之經營策略，獲得下列結論：

- 1.該地區醫院在面臨健保政策和醫療環境變化的壓力，執行正確的增加收入和降低成本的發展和因應策略。
- 2.該地區醫院選擇能幫助醫院增加業務量和收入的因應健保策略，以復健、呼吸治療病房和洗腎病床為因應健保制度的優先選擇。
- 3.該地區醫院因應健保制度之經營策略，在組織和人力以精減人力和人員共用或相互支援為主；業務和行銷部份則以新醫療服務為病人來源的基礎，再積極拓展社區服務和長照機構和醫院轉診客源做為行銷主軸；在醫療服務管理部份，必須加強慢性病和相關疾病的醫療品質的提昇；在財務管控部份，採取合作經營策略有更靈活的運用空間。

我們可以從論文的分析中看到，地區醫院因應健保制度採取之策略，確實對於地區醫院經營有很大的幫助，如醫療業務量、財務收入、人員的互動和社區關係等，國內的地區醫院可參考本研究結果，以提升醫院存活的機會。

關鍵字詞：地區醫院、經營策略、健保制度

A Case Study of Strategic Management for District Hospitals Under Nation Health Insurance Policy

Student : Ming-Hsien Hsieh

Advisor : Prof.Jen-Teng Tsai

Prof.Chin- Yinn Hwang

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information
Tunghai University

ABSTRACT

Since the national health insurance program has been implemented in March 1995, it has posed great impacts on the healthcare related industries. The impact is especially large on the local community hospitals. District hospitals have to dynamically change themselves according to the ever changing health insurance policies to survive in the highly competitive environment.

This research intends to investigate the feasible hospital strategy management for the following subjects when health insurance policies are changing:

- (1) Developing strategic business units on physical therapy, respiratory therapy, dialysis services, emergency rooms, etc;
- (2) Changes of Performance based on the changes of health insurance policy;
- (3) Reviewing the successful and failure stories to develop feasible strategic solutions.

By deeply interviewing the managers of a District hospital, the following suggestions have been made:

- (1) District hospitals should monitor their incomes and costs continuously, so proper strategy can be developed and implemented accordingly.
- (2) To increase sales and incomes, strategic business units on physical therapy, respiratory therapy, and dialysis services should be developed first.
- (3) From the perspective of human resources, employment downsizing and developing multi-skillful employees is the first priority. From the marketing perspective, developing new healthcare services is the first priority, so the patients may be retained. Additionally, community service, long term care service, and patient referral service will benefit the hospital in marketing. From the healthcare perspective, chronic disease service is the first priority. From the perspective of financial management, to join venture with some large hospital may received some financial benefits.

The case study concludes that if a District hospital can be carefully managed by applying the above suggestions, it may survive well.

Keyword : District hospital, Strategic management, Health insurance policy

致 謝

從醫學院畢業擔任開業醫師三十年後，要再到大學就讀研究所實在需要很大的勇氣。因為年齡老大，和同學們至少也有十多年的差距。但回想小學時遠足到東海，看到廣闊的校園和莊嚴雄偉的路思義教堂，心中憧憬著能進入這所大學就讀。因此得知東海研究所有我所需求的課程時，我再次重拾書本加緊努力，通過了筆試、口試，成了東海人！令我感到興奮也留下難以忘懷的回憶。

管理領域對我而言是新的開始和跨領域的學習，我必須先delete掉先前土法煉鋼的管理方式，重新輸入教授們的新理念與模式，這也衍生出許多值得探討的問題。感謝師長們和同學的包容，讓我在理念與實務中找到最適合地區醫院的管理模式。這在事業經營上是非常重要的環。感謝研究所的教授傾囊相授，讓我對醫療品質、醫院管理、作業管理有深層的了解與認識。感謝蔡禎騰教授、黃欽印教授擔任我論文撰寫的指導教授，不厭其煩的提醒與叮嚀，我才能順利的完成論文。同時要感謝口試委員莊伯年博士和高大成博士的意見，才能使本篇論文更加完善。

本篇論文研究背景與動機都和醫院的經營相關，我以我所經營的醫院為出發點來思考如何針對健保制度做因應和經營管理。在資料收集整理方面，多仰賴院內的楊千金、江惠茹兩位專員幫忙。另外黃執行長也常被我找來當經營管理的諮詢對象，因此構造出我要研究的主題—『健保制度下地區醫院經營管理策略之研究』。讀書期間工作單位同仁們多分擔我的工作，給予幫助，還有他們的大力支持與鼓勵，由衷感恩。研究所的同學們的一路陪伴，讓我在研究當中提供諮詢與協助，在此特別感謝。

也要謝謝老婆大人在我每次上課前，準備好水壺讓我帶上學，下課後到家(他總是算準我到家的時間~~? 好命!?)，開門迎接我，一句「乖寶寶，下課啦！」感覺我年輕五十歲囉！我真正要說~~讀書真好!!!

謝明憲 謹誌於

東海大學工業工程與經營資訊研究所

中華民國九十八年七月

目 錄

摘要	i
Abstract	ii
致謝	iii
目錄	iv
表目錄	vii
圖目錄	viii
第一章 緒論	1
1.1 研究背景與動機	1
1.2 研究目的	3
1.3 研究流程	3
1.4 研究架構	5
1.5 名詞釋義	6
第二章 文獻探討	7
2.1 健保制度實施後醫院之產業環境	7
2.1.1 臺灣醫院產業環境之變遷.....	7
2.1.2 保險制度下環境之變遷.....	8
2.2 地區醫院之內外部環境	13
2.2.1 某地區醫院沿革.....	13
2.2.2 某地區醫院特色.....	13
2.2.3 醫院經營的困難點.....	14
2.3 地區醫院之經營管理策略與績效	14
2.4 醫院因應健保制度之經營管理策略	20
2.5 醫院因應措施	21
2.6 地區醫院健保制度下選擇之經營策略	23
2.7 相關研究發現	25
第三章 研究方法與設計	27
3.1 研究對象與範圍	27
3.1.1 研究對象選擇.....	27
3.1.2 研究對象基本資料.....	27
3.2 研究方法	29
3.2.1 質性研究法.....	29

3.2.2	不同質性研究概念.....	29
3.2.3	參與觀察法	31
3.2.4	抽樣考量.....	31
3.2.5	資料蒐集方式.....	32
3.2.6	敘說進行方式.....	33
3.2.7	信度和效度考量.....	34
3.3	地區醫院採行新經營策略之需要	35
3.3.1	地區醫院採行新經營策略之意願.....	35
3.3.2	地區醫院採行新經營策略之需求項目.....	35
3.3.3	地區醫院選擇新經營策略項目的經營方式.....	37
3.4	影響地區醫院合作形成之因素	41
3.4.1	醫療產業環境.....	41
3.4.2	醫院特性.....	42
第四章	結果與討論	44
4.1	地區醫院之內、外部環境	44
4.1.1	內部環境-優勢.....	44
4.1.2	內部環境-劣勢.....	46
4.1.3	外部環境-機會.....	47
4.1.4	外部環境-威脅.....	48
4.2	地區醫院之經營理念和策略	50
4.2.1	經營理念.....	50
4.2.2	地區醫院新經營項目.....	51
4.3	地區醫院之新經營策略	54
4.3.1	策略目標.....	54
4.3.2	經營策略.....	55
4.3.3	市場策略.....	57
4.4	執行策略	58
第五章	研究結論與建議	60
5.1	研究結論	60
5.2	研究限制	61
5.3	研究發現	62
5.4	對地區醫院採取合作經營業務之建議	62

5.4.1 對地區醫院經營者之建議	62
5.4.2 對新經營策略之建議	63
5.4.3 對執行策略之建議	64
5.4.4 對後續研究之建議	64
參考文獻	65
中文部份	65
英文部份	70
附錄一	71
附錄一 - A	71
附錄一 - B	74
附錄一 - C	76
附錄一 - D	78

表 目 錄

表 1.1 臺灣地區 96 年醫院家數	2
表 2.1 地區醫院可能面臨之內、外部環境分析	8
表 2.2 醫院 SWOT 分析	14
表 2.3 醫院推行經營策略之方式	15
表 2.4 常見之醫院經營管理績效指標彙整表	17
表 2.5 地區醫院採行新經營策略原因分析	24
表 2.6 相關地區醫院博碩士論文分類表	25
表 2.7 相關地區醫院博碩士論文分類表	25
表 3.1 深入敘說地區醫院之受訪者基本資料表	28
表 3.2 研究的範疇與質性研究的學術傳統	30
表 3.3 質性研究抽樣策略之分類	32
表 3.4 敘說和日常談話之差異	33
表 3.5 判定研究研究嚴謹度或值得信任度的標準	34
表 3.6 地區醫院採行新經營策略項目之意願	35
表 3.7 地區醫院採行新經營策略之需求項目	36
表 3.8 醫院採用垂直整合之優缺點表	38
表 3.9 合作關係相關名詞之定義	38
表 3.10 醫療產業合作策略動機	40
表 5.1 合作經營業務之地區醫院佔床率比較表	61

圖 目 錄

圖 1.1 研究流程圖	4
圖 1.2 研究架構圖	5
圖 2.1 健保各種支付制度對品質衝擊程度	9
圖 2.2 全民健保支付制度演進	9
圖 3.1 研究過程中的再呈現層級	30

第一章 緒論

全民健康保險自民國八十四年三月一日開辦，十多年來對國內醫療環境造成很大的衝擊，各層級醫院除面臨醫療競爭、民眾消費意識改變及各種經營條件的急遽改變。黃銘章(民 95)指出由於國內健保制度的影響，醫院面臨艱困的制度環境，加以同業間的競爭，導致國內醫療市場走向「高度競爭，低獲利率」的時代。

宋名唐、洪堯勳(民 96)指出尤其是健保總額支付制度的實施、健保給付範圍的擴大，導致醫療產業變成低發展、低利潤的產業。再加上地緣因素及品牌因素的限制，整體醫療環境對醫院的衝擊甚大，醫院經營者為突破困境，依據醫院本身條件調整經營策略，如選擇策略聯盟、委外合作、連鎖、等來因應健保制度，以求能夠生存與發展。

謝文輝(民 97)指出地區醫院相對的在制度失衡、不公平的排擠下，弱勢鄉鎮社區醫療骨幹的地區醫院，卻大幅萎縮，由民國 78 年的 750 家，到 96 年底僅剩 250 家傳統型的地區醫院(連精神科醫院為 306 家)，健保資源的分配率，由初期 27~8% 下滑到只剩一半，廣大弱勢社區鄉鎮民眾成了最大受害者，無法就近取得良好的醫療照護，成了健保的二等國民，有急病重症，就需長途 跋涉舟車勞頓的往都會區跑，大幅增加求醫的外在成本，加重弱勢族群的二度剝削，也常常造成延誤就醫的遺憾。

本研究將從某地區醫院為因應現有醫療環境變化的經營策略開始探討，接著是地區醫院如何思考經迎策略和計劃，參與復健、呼吸治療病房、洗腎中心、合作經營業務、急診等業務的營運，而這些業務的參與，又是採取何種的經營策略，對於地區醫院的業務成長有所幫助，是否會使地區醫院!有穩定的獲利，也使得醫院的業績踏著穩健的腳步不再繼續萎縮，使地區醫院受到醫療環境變化的影響降至最低的程度。

1.1 研究背景與動機

王棋(民 89)指出因科技的進步與生態環境的改變使疾病型態轉變，民眾對各種醫療與健康照顧的需求也隨國民生活所得與教育程度的增加而提高，致使醫療保健費用支出不斷高漲，醫院的經營面對環境的多變和不確定性，使得醫院經營的環境日漸困難。謝文輝(民 97)指出儘管全民健保從民國 84 年開辦迄今已有超過 13 年的實踐檢驗經驗，但就其性質定位而言，

還是迂迴於是社會保險還是社會福利之間，因而使得費率的訂定從低，對費基的設定也不甚錯意。在收入有限，支付寬鬆的情況下，出現財政虧損也就不足為奇。但如以健保法的立法精神來看，其為社會保險殆無疑義，既然是保險，自然是應由所有被保險人來共同負擔才是可長可久之道。衛生署檢討改革健保制度，自然應回歸其為社會保險的定位，而不宜再鄉愿的任由財政惡化最後還是要由全民承擔。而地區醫院是其中最大的受害者。

而行政院衛生署(民 96)統計，民國 96 年底醫院家數共 530 家，經評鑑合格之醫院占 89.1%，其中屬醫學中心者 23 家、區域醫院者 20 家、地區醫院者 306 家。

表 1.1 臺灣地區 96 年醫院家數

年度別	醫院家數	評鑑合格醫院				非評鑑醫院
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
96 年	530	23	20	306	472	58
95 年	547	24	55	344	475	72
91 年	610	23	71	385	515	95
86 年	750	16	51	470	563	187
96vs95 年	-3.1	-4.2	-63.6	-11.0	-0.6	-19.4
96vs91 年	-13.1	0	-71.8	-20.5	-8.3	-38.9
96vs86 年	-29.3	43.8	-60.8	-34.9	-16.2	-69.0

資料來源：本研究參考行政院衛生署民國 96 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計分析整理。

行政院衛生署(民 91)統計，民國 84 年到 89 年間，新增加醫院共 147 家，歇業減少醫院共 304 家，約為民國 83 年的 37%左右。民國 86 年到 96 年間，地區醫院歇業減少共 164 家，如包括非評鑑醫院減少 129 家，共計減少 293 家地區醫院。馬作鏗、洪思雯、邱晏麟(民 93)指出 1995-1999 年台灣地區醫院的家數減少約 15.46%，但醫學中心、區域醫院卻有增加的趨勢，唯獨地區醫院逐年遞減，似乎有大者恆大，弱者恆弱的現象，因此我們建議衛生主管機關應該對地區醫院的經營狀況，以及影響地區醫院歇業的因素有所了解，並進一步幫助經營困難的地區醫院，輔導其轉型或協助其渡過難關，以確保醫療服務品質及民眾的醫療可近性不受影響。

本研究探討某地區醫院因應健保制度之經營策略，期望藉此研究結

果，對現存地區醫院的未來發展有實質上的幫助。在目前的各碩博士論文研究中，發現雖有相關區域醫院因應健保制度之研究，尤其是經營策略之探討，但對地區醫院的研究較缺乏，相信這樣的研究對於國內剩下的三百多家的地區醫院有很大的幫助。

1.2 研究目的

本研究主要的目的是以某地區醫院經營策略之觀點探討：

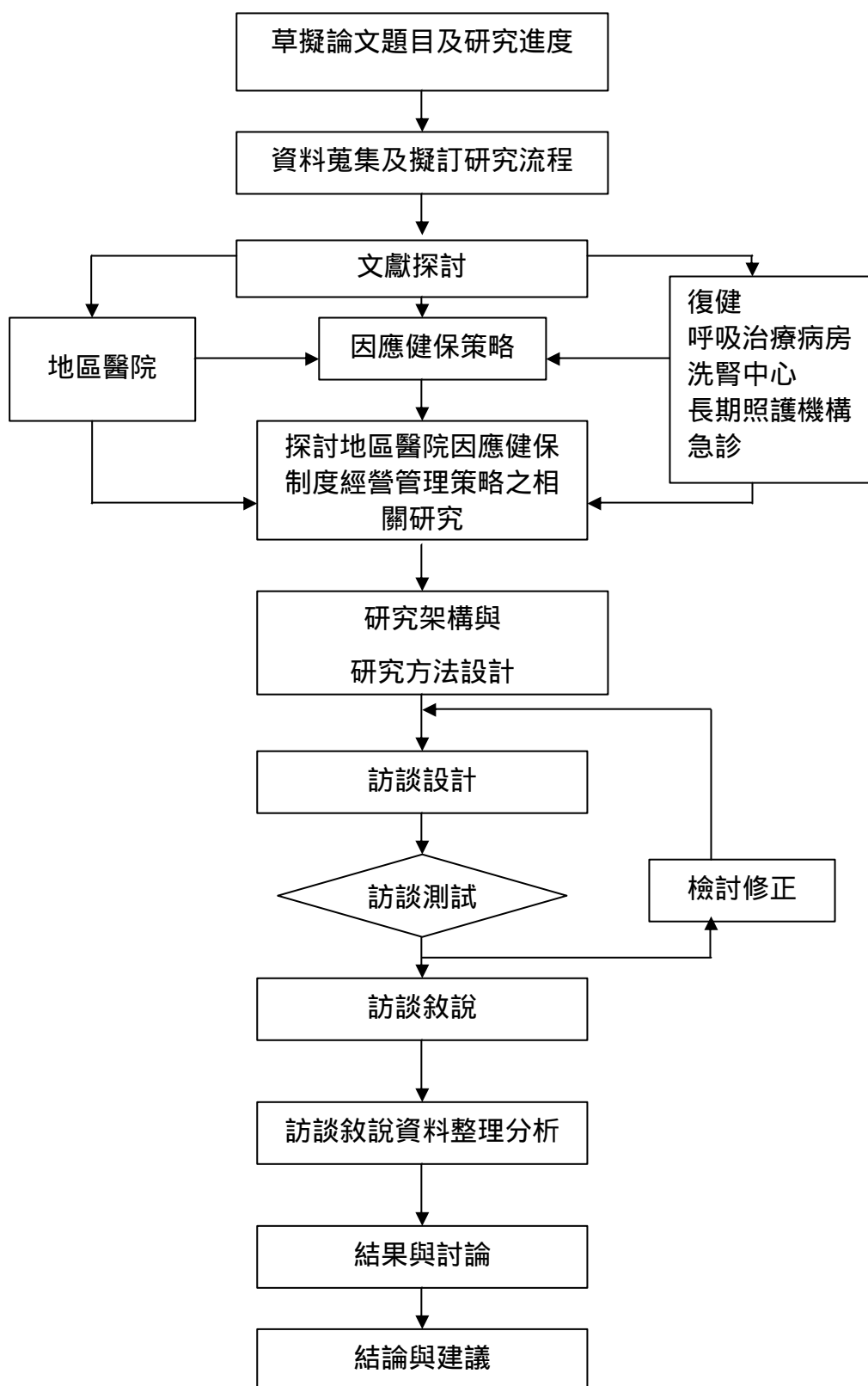
- 1.地區醫院因應健保策略之需求取向及策略的抉擇，如復健、呼吸治療病房、洗腎中心、合作經營業務、急診等。
- 2.地區醫院採行新經營策略和管理模式對地區醫院經營績效的影響
- 3.希望藉由本研究瞭解地區醫院因應健保策略所遭遇相關困難，提出可行的解決方案。

1.3 研究流程

在研究流程建立前，必須依據研究目的找出如何能達到此目的的理論，才能依據這些理論依序推導出想要的結果。古永嘉(民 90)指出研究程序始於問題的浮現，研究問題的產生、選擇、描述、偵測與歸納等，對後續的研究步驟有重大的影響，不論是基礎研究或是應用研究，其成功的基礎在於對問題是否有充分的了解。

本研究針對研究問題擬訂了研究流程，以使本研究能有所依循順利完成，請參閱圖 1.1

圖 1.1 研究流程圖



資料來源：本研究參考胡幼慧(民 85)、古永嘉(民 90)論著後整理

1.4 研究架構

研究架構

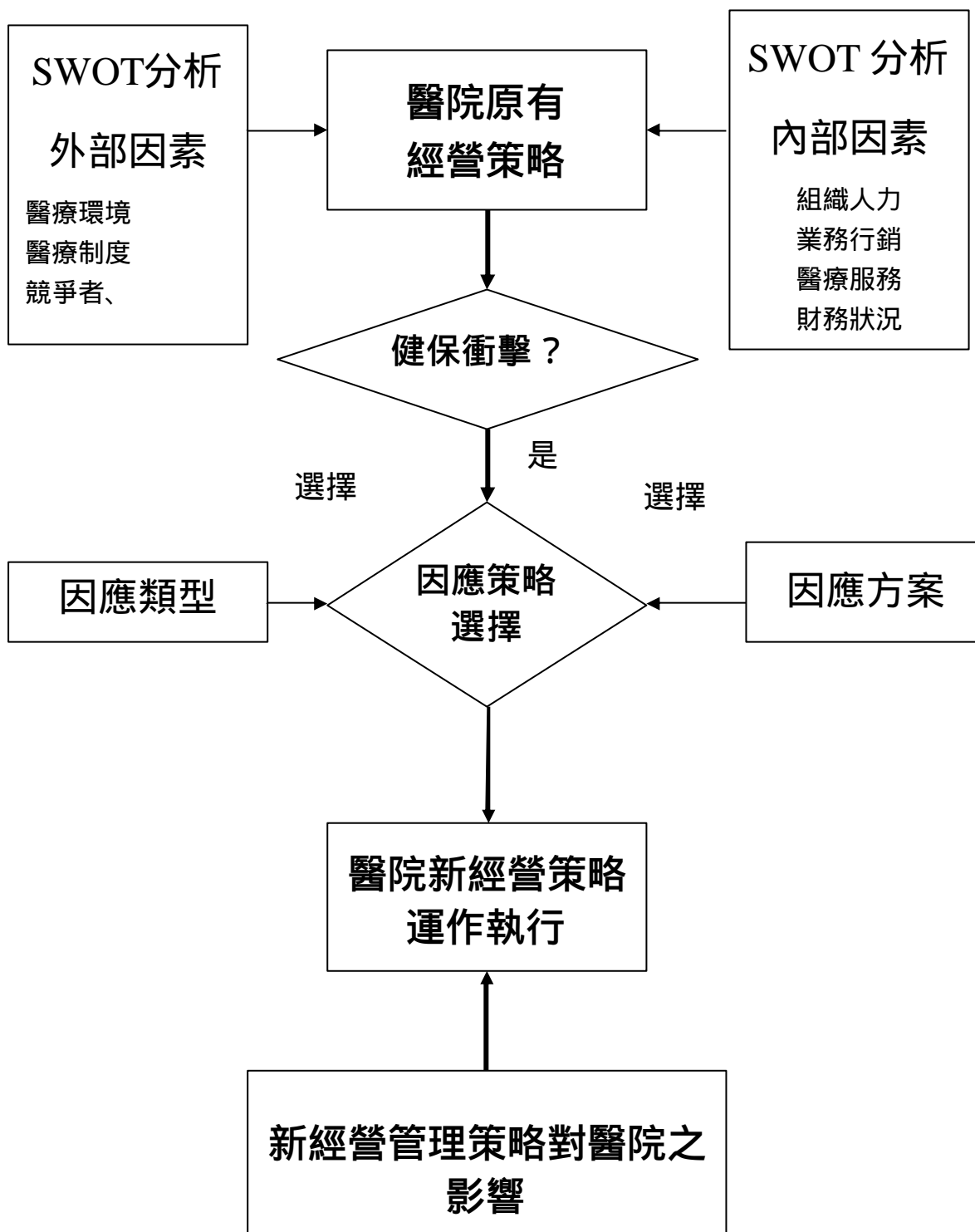


圖 1.2 研究架構圖

1.5 名詞釋義

本研究為使各項相關研究議題有充分之明確定義，將各關鍵詞操作性定義敘述如下。

1.地區醫院 District Hospital

本研究參考政府主管機關相關法令後，將地區醫院定義為「符合醫療機構設置標準中之專科醫院或綜合醫院設置標準設立，並經行政院衛生署委託相關機構依地區醫院評鑑標準評鑑合格後，經取得評鑑合格證書之醫院稱之為地區醫院」。

2.醫院經營策略 The Business Strategies of District Hospital

本研究參考各專家學者說法，並經修改後，將醫院經營策略定義為「醫院投入醫療專業服務和各項醫療服務設備，為使醫院業務發展和產生經營績效，及能穩健踏實的成長，以醫院之功能性策略，即組織和人力、業務及行銷管理、醫療服務管理、財務管控四個策略構面，做為醫院經營策略」。

3.地區醫院因應健保之新經營策略 The Business Strategies of District Hospital Transformed to Long-Term Care Facilities

本研究定義地區醫院因應健保之新經營策略為「健康照護之整合策略」，包括下列策略作法：

- (1)策略目標-以內外部環境評估分析，並以社區醫院、提昇醫療品質、滿足顧客需求為主要目標。
- (2)經營策略-結合地區醫院和合作新醫療服務給予病人整合性醫療照護策略。
- (3)市場策略-建立地區醫院和合作機構之醫療特色和彼此間之合作，相互轉介病人，共同以低成本和差異化之策略，減少病人負擔，穩定基本客源，提高市場佔有率。
- (4)執行策略-評估組織功能，以組織和人力、業務及行銷管理、醫療服務管理、財務管控四大策略構面，執行地區醫院新醫療照護業務之經營策略」。

第二章 文獻探討

根據上一章之研究流程及架構，本章將針對醫院因應健保制度經營管理策略之相關文獻，包括醫院和產業環境和定義、經營策略、轉型策略，醫院因應健保制度之經營管理策略。首先探討醫院和新經營管理策略之產業環境和定義。

2.1 健保制度實施後醫院之產業環境

2.1.1 臺灣醫院產業環境之變遷

江東亮(民 88)指出臺灣醫院產業政策始於日據時代，其中又以開設公立醫院為最重要；光復以後，臺灣醫院產業政策的發展大致可以分三期，首先是自由放任期(1945-1970)，偏重於公立醫院的重建與新建；接著是建制期(1970-1985)，以建立醫院產業的管理制度為主；目前則已進入整合期(1985-迄今)，強調醫院資源的均衡分佈與品質的提昇。

郭峰志(民 92)指出由於長期以來，醫療服務與醫療機構的定位，均被設定為公益事業，也就是非營利事業。因此，醫院無法將自己定位為「營利以擴張及利潤成長為目標」，故醫院僅能以生存為醫院的主要的目的。

近年來台灣醫療環境的變遷極為激烈，疾病類型逐漸改變，教育水準提高、民眾意識抬頭，因此對於醫療和健康照顧的需求不斷提高，並且漸由被動的接受轉變為主動的選擇與要求。由於台灣地稀人稠，醫學中心和區域醫院都集中在大都會區或各縣市的大城鎮，且就醫距離不算遠，民眾又有選擇權，因此民眾會往大醫院集中就醫。

各種醫療保險制度的推動與被保險人口的增加，促使台灣大醫院不斷擴充醫療設施，一則以降低成本，一則以提高醫療服務品質；或受到衝擊而萎縮。據行政院衛生署九十年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計分析，以民國 90 年和全民健保實施前之民國 83 年比較，其中地區醫院減少 191 家；其中彰化縣民國 83 年地區醫院 57 家，但到民國 90 年時，小型的地區醫院僅剩 41 家，減少比率達 28.1%。顯示在動盪不安的產業環境下，特別是小型地區醫院求生存和發展的困難。

陳琇里(民 89)翻譯的企業策略書中指出，公司的行動總是在個體環境時時刻刻地進行著，如營業、市場與產業等環境。但是也會受到總體環境的影響，如許多產業遇到的轉型和不連續經驗，都是由於總體環境的變動

所引起的；若一個公司能率先感受與探究總體環境的變化，則必能獲得可觀的競爭優勢，如果組織不關心環境的變化，他們可能會付出代價被淘汰。

醫院面對外部環境的變化和內部環境的消長，會採取不同的應變策略。現將地區醫院可能的產業環境以內、外部分析(SWOT)，請參閱表 2.1。

表 2.1 地區醫院可能面臨之內、外部環境分析

<p>內部優勢(strength)</p> <ul style="list-style-type: none"> 和社區民眾關係緊密互動良好 醫療團隊合作密切 顧客滿意高 醫療人力較節省 健保自付額低 	<p>內部劣勢(weakness)</p> <ul style="list-style-type: none"> 醫護人力缺乏且成本不斷提高 醫院規模小競爭力差 環境及設備不足 醫療技術能力及水準不足 營運成本不斷提高
<p>外部機會(opportunity)</p> <ul style="list-style-type: none"> 民眾醫療需求增加 老人化趨勢慢性病人者增加 政府預防保健的推動和鼓勵 轉診制度的推動 醫院與社區的結合 	<p>外部威脅(threat)</p> <ul style="list-style-type: none"> 競爭者的增加 醫療環保政策的壓力 消費者意識的提高 儀器設備的競爭 健保支付政策的管制

資料來源：本研究參考劉文健(民 90)、蕭文(民 91)等論著後整理。

2.1.2 保險制度下環境之變遷

醫院面臨上述之外在環境的因素，如果影響到醫院的生存和發展時，不得不思考採行各種策略來因應，至於地區醫院會採取何種因應健保制度策略，來挽救面臨萎縮或關閉的窘境，乃是本研究的目的之一。以下就因應健保制度原因做探討。

2.1.2.1 支付制度改變

從公勞保時代之論量計酬到健保局之總額預算，保險制度不斷地在改變，除了參照國外醫療保險的經驗，也參酌本國國情狀況，以下圖 2.1 就保險支付制度演變和醫療品質關係做一簡單說明。

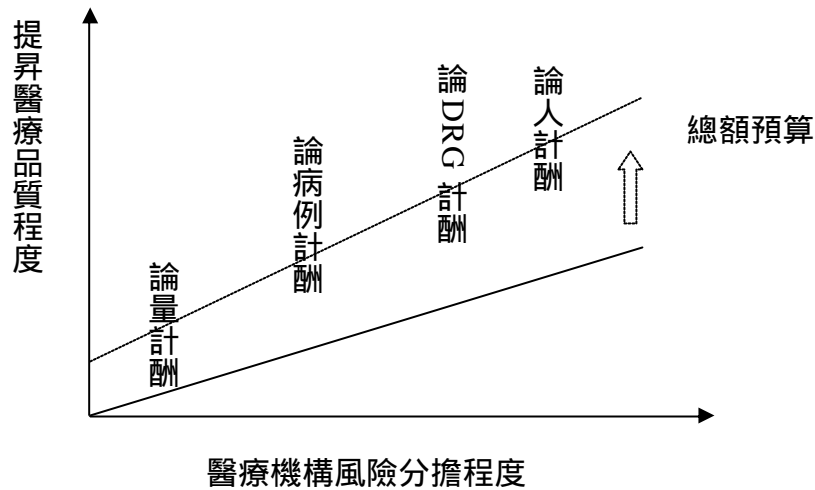


圖 2.1 健保各種支付制度對品質衝擊程度

資料來源：朱子斌(民 91)醫療品質管理研習會投影片：28 頁

上圖是勞保局階段至健保局時代，醫療支付制度的演變，由最早的論量計酬、論病例計酬、論 DRGs 計酬、論人計酬、到牙醫、中醫總額給付，基層醫療總額給付，至九十二年七月一日起，所有各級西醫院實施健保總額預算支付制度。

全民健保自 84 年實施以來，支付制度也隨著健保局的預算和醫療支出不斷的做改變，對於地區醫院的衝擊也隨著支付制度的改變越來越大，對地區醫院的生存壓力也隨之變大，如圖 2.2 全民健保支付制度演進，即可看出健保支付制度的變化。

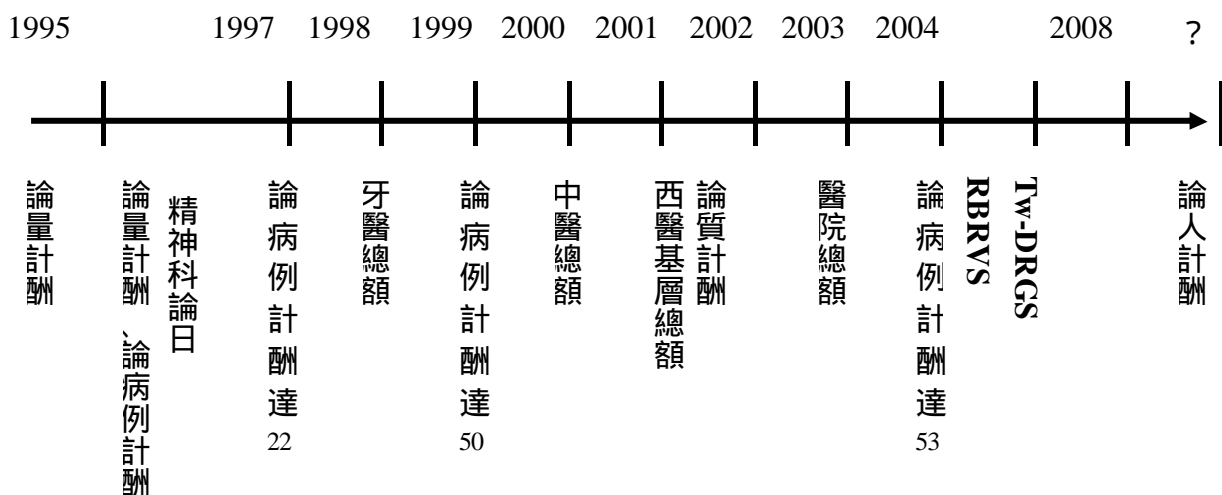


圖 2.2 全民健保支付制度演進

資料來源：陳星助(民 98)，從不確定中找確定-DRG 經驗分享，台灣醫務管理學會第五屆第一次會員大會暨學術研討會大會手冊。

茲將各種支付制度對地區醫院之影響，介紹如下。

1.論量計酬：就是醫院看多少病人就申請多少醫療費用。

邱永仁(民 92)提到健保論量計酬的支付方式，地區醫院每做一項醫療服務，健保就給一項的錢，等於鼓勵醫院做越多賺越多，為追求利潤而忽略醫療品質，同時造成醫療浪費。

2.論病例計酬：依病例分類訂定支付標準，對於某一種疾病處置以定額方式支付醫療費用。如盲腸手術固定給多少醫療費用，不管是否住院或住院天數長短。

莊逸洲、吳明彥(民 85)指出在訂定論病例計酬標準時，必須考慮各不同等級醫院之平均疾病嚴重度差異，才能建立公平合理之醫療給付制度。地區醫院因疾病嚴重度低，所能做的疾病有限，醫療品質亦和大醫院有段差距，很難管控疾病治療之成本。

3.論 DRGs(diagnosis-related group)計酬：依不同疾病之診斷關聯群(DRGs)類型給付醫療費用。診斷關聯群(DRGs)主要係採病例組合分類，將某些病人依照特質分類為同質性的組群，將疾病特質相關聯的診斷列為組群，而達到資源耗用量相似或成本類似之目的，再依給付標準支付醫療費用。

韓揆(民 90)認為平均價格是 DRGs 償付的特色，也是它的一大困難，且其償付精神在於平均與互補，小型醫院因病例較少，互補困難，可能需另做處理，或恢復論量計酬。

謝炎堯(民 95)指出我國的 DRG 付費標準，依據美國模式，應該按照台大醫院或榮民總醫院的診斷病名收費金額制訂，可是健保局是依照全年診斷病名支付金額，除以申報件數，當作支付標準。因為台灣住院病人的診斷常有輕病住院，而虛報病名情事，所以費用偏低，而且也沒有足夠的補救配套措施，美國實施 DRG 時，各醫院都在賺錢，所以能支撐十年才倒閉；現在我國各大醫院普遍陷入虧損狀態，一旦實施，撐不過二年（正好是總統改選時機，耐人尋味）。

4.論人計酬：依被保險人之人數給付的預付制度，而不考慮被保險人的醫療。

論人計酬支付制度為當前控制醫療成本上漲最為有效的方法之一，

但是由於透過醫師及病人行為管理，而過度限制病人醫療利用。由於限制了病人疾病給付，地區醫院必須嚴格管控成本，對於重症病人可能有排他性，可能有拒絕病人之情況。

5. 總額預算支付制度

- (1) 健保總額預算設定支付範圍及協定方法。
- (2) 醫療費用控制：總額預算分配、支付制度及支付模式、費用結構改革方案、審查制度。

由於總額已經限制了支出上限，各醫療院所為滿足病人的需求，不斷的擴充業務量，擴充的結果造成大型醫院的業務量不斷的擴大，在目前共同分配總額的比率下，嚴重的壓縮了地區醫院的生存空間，更造成地區醫院經營的困難。

6. RBRVS

謝炎堯(民 95)於自由時報指出，美國 DRG 的付費標準，依據耶魯大學附設醫院的診斷病名收費金額，定額支付醫院病人住院醫療費用，醫師服務費的給付另訂給付標準。為改善內科系醫師服務費給付標準偏低的缺失，1988 年美國國會委託哈佛大學的醫療經濟學教授蕭慶倫進行設計，根據花費於照顧病人醫師所付出的資源價值，制訂資源基礎相對價值表 (Resource-Based Relative-Value Scale, 簡稱為 RBRVS), 和醫師團體協商給付金額，並允許醫師有限度的收取差額 (balance billing)。

7. Tw-DRGs：DRGs 係以住院病患之診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，同時考量醫療資源使用之情形，將住院病患分為數百個不同群組，並事前訂定給付權重，除特殊個案外，原則上同一群組個案採相同支付權重。

Tw-DRGs 費用涵蓋範圍：各 Tw-DRGs 之給付，包含當次住院屬「全民健康保險醫療費用支付標準及藥價基準」所訂各項相關費用。不含門、急診費用。特約醫療院所不得另行向保險對象收取給付範圍費用。

2.1.2.2 業務萎縮

謝文輝(民 84)指出全民健保的實施，以往地區醫院賴以生存的自費病人，完全消失，對地區醫院的影響是全面性的且特別嚴重。邱瓊慧(民 86)探討論病例計酬制度實施後，對醫院住院日數、各項醫療費用以及總醫療費用而言，會有顯著的差異。張錦文(民 91)指出地區醫院經濟規模

不足，病人人數不多，很難購置齊全設備及聘足醫護人員與大醫院競爭。

2.1.2.3 收入減少

王俊文、葉德豐和陳紫郎(民 89)認為隨著健保的實施，醫療產業的生態更隨之丕變，地區醫院門診費用成長比率大於住院費用比率。支付制度改變給付減少和業務量減少，地區醫院收入也跟著減少。

中央健康保險局(民 93)為了加強醫院總額支付制度的成效，健保局陸續推出個別醫院總額支付制度，如民國 93 年上半年實施的醫院自主管理和下半年施行的醫院卓越計畫(HEP)即是其中二種。所謂的 HEP 是指各分區健保局與所屬管轄有意願參與的醫院個別簽約，事先協商醫療費用的範圍，藉由降低個別醫院的財務風險，誘導醫院專注於醫療品質，降低一些不必要的用藥、重複性檢查及初級門診服務，使大醫院扮演好急、重症照護，與醫學人才教學、訓練及研究的角色，並期望醫院能以自主管理的方式，穩健調整醫療型態，以確保民眾就醫權益。

由於健保局訂定各家醫院的總額上限，再和各醫院做協商，協商金額幾為醫院原申請健保額度的八成，造成醫院收入的大幅減少。

2.1.2.4 競爭者增多

陳楚杰(民 85)指出過去由於醫療資源較缺乏，約有 50%的國民無保險，醫院經營較容易，但隨著各類型醫院的新設和擴建，全民健康保險的實施，使得醫療經營環境競爭日益激烈。而健保支付制度對診所和大醫院有利，間接鼓勵醫師開設基層診所，因此，導致競爭的開業基層診所不斷的增加。

2.1.2.5 醫院評鑑增加成本

張錦文(民 91)指出醫院評鑑增加成本，評鑑水準太高，小醫院很難達到，造成成本增加使經營更加困難。顏哲傑(民 96)統計 96 年醫院評鑑及教學醫院評鑑受評醫院意見回饋發現，新制醫院評鑑對醫院的負向影響，增加非必要書面作業量(日常工作、評鑑佐證資料)佔 72.4%；經營成本增加(不含評鑑收費)佔 60.2%；增加日常工作量佔 88.8%；其他佔 13.0%。顯見醫院評鑑對於醫院的負擔加重，且衛生署和健保局對醫療品質的要求越來越多，因此，地區醫院評鑑標準一再的修改，造成地區醫院為符合評鑑標準，成本相對的增加。

上述等因素如果存在，地區醫院將不得不面臨新的挑戰和轉變的壓

力，而不得不選擇開發新業務做為因應健保制度之經營管理策略，這亦是研究目的之一。

2.2 地區醫院之內、外部環境

Hill & Jones(2004)指出企業在做策略思考時，通常會提出一些策略方案、或未來的策略以達到目的，因此企業會根據內部的優勢和劣勢，外部的機會和威脅來做比較，做為參考即是 SWOT 分析。本研究以下就產業環境做內外部的 SWOT 分析。

2.2.1 某地區醫院沿革

某地區醫院位於彰化縣東南方的小鎮，開業已有六十年的時間，開幕時設有 20 床，目前醫院院長為第二代的院長，承續原老院長的醫院，並於民國 72 年將醫院擴建為 49 床的醫院，73 年辦理勞保、公保業務，民國八十四年開辦健保醫療業務。

自現任院長接手醫院後，不斷積極擴充，民國 76 年有感於醫療分科越來越細，乃與秀傳紀念醫院醫療合作，由該院支援心臟科、消化系及神經科專科醫師到該院開辦特別門診，並擴大醫療服務，開始醫療大樓的興建工程。民國 78 年五月新建六層之醫療大樓完成，並於四十周年院慶開幕啟用，除增加病床數和加裝中央系統氧氣 Suction、加護病房設備外，同時添購電視遙控 X 光機、電腦系統檢驗設備，81 年購置電腦斷層掃描儀器來服務地區的民眾。

院長除著重內部醫療服務外，也將社區服務列為主要發展的重點，每周深入社區鄰里、榮民之家、仁愛之家等機構做醫療服務，並不定期到機關社團、村里、工廠等開辦醫療講座和健康檢查等，因此深受地方好評，也是醫院數十年來的基礎所在。

2.2.2 某地區醫院特色

1. 某地區醫院原本以骨科、心臟科為主的地區型醫院
2. 醫院地理位置相對封閉，主要區域包括彰化縣東南區域和南投縣的一部份。田中、社頭南區、溪州東區、二水和名間松柏嶺。
3. 醫院附近交通不便，僅有縱貫鐵路通過，目前無公路運輸省道。
4. 本區域夜間無急診醫療業務醫院或診所。
5. 醫院附近社區健康營造中心都無醫療機構支援

6. 醫院附近長照機構全靠員林地區醫院支援
7. 未來加強社區和機構開發是醫院最主要的策略方向

2.2.3 醫院經營的困難點

1. 醫院急診成本太高無法經營。
2. 醫院骨科的個案很多，但缺乏手術和麻醉醫師，致無法為民眾手術。
3. 地區醫院健保給付藥品受限，影響收入和生計。

表 2.2 醫院 SWOT 分析

<p><i>Strength</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 醫病關係良好 醫院團隊合作良好 護理之家個案轉介 社區健康營造的助力 	<p><i>Weakness</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 長期形象不如大醫院 病人老化凋零 醫院流程混亂 專業人員多能力不足
<p><i>Opportunity</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 呼吸治療的誘因 社區民眾和機構的肯定 社區住院醫療資源缺乏 	<p><i>Threat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 健保財務危機 競爭醫院不斷加入 昂貴的醫療設備和儀器

資料來源：本研究整理。

2.3 地區醫院之經營管理策略與績效

為使病人受到良好的醫療照顧服務及維持醫院的業績和收入，必須擬訂不同的經營策略，使醫院能做最佳的內部整合，創造病人優質的服務。黃旭全和許怡欣(民 92)參考 Ginter 等(1995)的策略理論，根據健康照護環境外部和內部因素之關係，將醫院推行策略分類為調適性策略、方向性策略和功能性策略三構面。功能性策略又分為人力資源策略、財務管理策略、品質管理策略、資訊管理策略、行銷管理策略等。見表 2.3。

表 2.3 醫院推行經營策略之方式

策略構面		項 目
方向性策略		持續設立分院
		停止擴張採取其他合作方式
		部份項目委外
		單科經營制度
調適性策略		垂直整合
		水平整合
		半開放制度
		異業結盟
		調整組織架構
功能性策略	人力資源	人才互用與知識交流
		員工聯合招募
		員工教育訓練
		精簡人事
		增加升遷管道
		統合薪資和績效制度
	財務管理	統合財會中心
		設立物流中心
		設立營運指標
		聯合採購
		儀器聯合外包或租賃
	品質管理	建立標準化作業
		推行品管制度
		建立品質指標
		設立改善目標
	資訊管理	設立專責資訊單位
		決策資訊化
		建立電子病歷
	行銷管理	提昇整體形象和知名度
		發展醫院特色
		開發社區業務

資料來源：本研究參考黃旭全和許怡欣(民 92)，醫院雙月刊，36(1)：21 整理。

黃旭全和許怡欣(民 92)將地區醫院的功能性策略分為人資、財管、品管、資管與行銷五個策略列述。本研究則思考地區醫院之功能性策略應考慮下列四個策略構面來協助地區醫院的經營。

- 1.業務及行銷構面：提昇門診人數、急診人數、手術人數及佔床率等的作業模式，以提昇醫院的整體業務量。
- 2.財務管理構面：收入和支出，醫院之健保和自費收入扣除必要之支出而能收支平衡，每月均有固定之利潤，同時為醫院帶來不同的附加價值，醫院的門診、住院、居家護理、預防保健收入均大幅度的增加。
- 3.服務品質構面：醫療服務品質和醫療技術水準，專業教育訓練制度，使得醫院整體之醫療服務和技術水準提昇，增加病人和家屬的滿意度。
- 4.組織文化構面：醫院組織和人力，員工團隊合做無間，建立共同文化觀念。

本研究參考各專家學者說法，並經修改後，將地區醫院經營策略定義為「地區醫院投入醫療專業服務和各項醫療服務設備，為使醫院業務發展和產生經營績效，及能穩健踏實的成長，以地區醫院之功能性策略，即組織和人力、業務及行銷管理、醫療服務管理、財務管控四個策略構面，做為醫院經營策略」。

潘得龍(民 90)指出醫療環境的變遷快速，隨著國家健保政策等變動因素的加入，以及大型醫院的陸續開設，讓醫院生存與發展，必須面對市場的嚴苛考驗。而醫院？了要能評估本身的能力，甚至進而向其他醫院學習，而達到標竿學習的效果，一個快速而科學的方法，即是建立指標並持續對指標進行監控來達成。

陳佩妮等(民 86)將醫院經營管理績效指標分為四大項：

- 1.第一部分的醫療結構品質指標包括專科醫師比率、住院醫師比率、醫師病床數比、護理人員病床數比、員工病床數比、主治醫師流動率、護理人員流動率、醫院設置科別數(細分科)、醫院醫品組織與資料蒐集系統。
- 2.第二部分的醫療過程面品質指標則包括了是否制訂標準作業規範、院內感染發生率、手術傷口發生率。
- 3.第三部分的醫療結果面品質指標包括了住院病人粗死亡率、住院 48 小

時以內(上)死亡率、手術後 48 小時以內(上)死亡率、手術後併發症發生率、新生兒死亡率、實施剖腹產比率、初(再)次剖腹產比率、非預期性 14 天再度住院率、非預期性手術後轉住院率、非事先安排重返加護病房比率、非事先安排重返開刀房比率、同依症狀未改善重返急診單位數、病患於急診單位超過 6 小時比率、完成治療前離開急診比率、醫療糾紛比率、住院期間意外事件發生率、病人對醫療照護整體滿意度、平均住院日、超長期住院率(30 天以上)、違背醫囑出院率。

4. 第四部份的整體醫療品質指標包括了醫院評鑑等級(教學資格)、醫院實際開放總病床數、服務量(門急診及住院人次)。

王銘杰、林永福(民 86)整理了許多學者曾提出之醫院經營管理績效指標，並歸納整理成表格，本研究重新整理後如表 2.4

表 2.4 常見之醫院經營管理績效指標彙整表-1

研究學者	年度	績效指標
Michael Redisch	1981	1.病人數 2.診療成本 3.一般診療收入 4.收入
Kunamaker	1983	總住院日
Grosslopf and Valdmanis	1987	1.急性病房住院人日 2.加護病房住院人日 3.門診及住院手術人次 4.門急診人次
Huang and Mclaughlin	1989	1.醫師服務人次 2.護士服務人次 3.其他醫事人員服務人次

資料來源：本研究參考王銘杰、林永福(民 86)整理。

表 2.4 常見之醫院經營管理績效指標彙整表-2

研究學者	年度	績效指標
Valdmanis	1990	1.加護病房住院人日 2.門急診人次 3.急性住院人日 4.急診人次
藍忠孚、錢慶文	1991	1.門診人次 2.住院人日 3.手術人次
邱亨嘉	1991	1.門診人次 2.體檢人次 3.檢種 B 型肝炎疫苗人次 4.自動生化檢驗人次 5.特殊檢驗人次 6.巡迴檢驗人次 7.其他檢驗人次
韓揆	1991	1.服務能量指標(病床數) 2.業務指標(住院人數 佔床率、平均住院日、其他：手術、生產)門診(門診人次、急診人次、其他) 3.病床設施及醫院人力 4.財務指標
劉碧昭等	1992	1.服務效率分析(醫事人員生產力分析、醫事人員生產值、病人身份別比例) 2.財務狀況(各項收入結構分析、收費支出比較、病患身份別收費、情況比較) 3.成本結構分析(人事費率、藥品費率、其他費用費率)

資料來源：本研究參考王銘杰、林永福(民 86)整理。

表 2.4 常見之醫院經營管理績效指標彙整表-3

研究學者	年度	績效指標
楊志良	1992	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療品質(包括醫療服務藝術面、醫療服務技術面) 2.財務面(包括收益力、安定力、活動力、生產力、成長力) 3.政策、社會責任
莊逸洲	1996	<ol style="list-style-type: none"> 1.財務比率分析(短期流動性分析、資本結構分析、資產活動力分析) 2.成本績效分析(用人成本、變動成本、固定成本、每單位成本) 3.生產力分析(門診收入、人次、開診數、檢查收入、人次、床日、開刀收入、人次、病床周轉率、人員產值、部門產值)
衛生局核定首長經營責任制	1997	<ol style="list-style-type: none"> 1.經常門公務預算/事業收入 2.藥品、衛材成本 /事業收入 3.人力貢獻：事業收入/用人成本 4.浮盈餘成長率 5.存貨週轉率 6.應收帳款週轉率 7.粗剔除率 8.平均住院日 9.佔床率 10.醫療服務品質指標

資料來源：本研究參考王銘杰、林永福(民 86)整理。

本研究參考各專家學者說法，並經修改後，將醫院經營管理績效定義為「地區醫院投入醫療專業服務和各項醫療服務設備，醫院產生經營績效，其指標為業務服務指標(包括門急診人次、住院人次、手術人次、檢查人次等)、成本績效分析(包括用人成本、固定成本、變動成本等)、財務比率(包

括短期流動性分析、資本結構分析、資產活動力分析)、醫療服務品質指標四個策略構面，做為醫院經營管理績效」。

2.4 醫院因應健保制度之經營管理策略

傳統說法認為經營策略是根據組織目標、環境、特色和趨勢，以及企業本身的條件而定的。司徒達賢(民 84)同意經營策略是根據組織目標、環境、特色和趨勢，以及企業本身的條件而定，但在分析程序上，是從目前策略的描述開始，先對現在的策略型態有深入的了解與掌握之後，再以現有策略型態為基點，構思幾套策略上的可行方案，然後再以目標、環境、條件等角度去驗證各個方案的前提假設與可行性。

陳明璋(民 87)指出經營策略是投入生產、行銷、組織人力、財務和技術開發等因素，在經營上受到外部和內部環境的影響，產生何種的經營績效。如醫院之佔床數、健保收入、其他收入等。

莊逸洲、黃崇哲、鄭明智(民 92)指出，實施總額支付制度主要有三個目的，以預算引導醫療服務的提供，使醫療費用可以控制在合理的範圍之內；利用醫療專業的同儕制約，使醫療服務的提供可以合理化，避免濫用醫療資源；減少其他團體的不當干預，使醫療提供者可以維持適當的專業自主性。

莊逸洲等(民 92)提出幾個總額支付制度的配套措施與管理機制的建議，以使總額支付制度可以提供適當的誘因，促使整個醫療體系往好的方向發展，除控制醫療費用外，亦可保障民眾所獲得的醫療品質至少可維持當前的水準。建議如下：

- 1.善用醫療資源減少浪費：就現階段而言，應規劃一套合理的制度，提高醫院的自主性，讓醫院可以自行管控醫療行為以及其發生的醫療費用，健保局或執委會應盡量減少干預或查核，對於不能有效配合制度或是無自我管控能力的醫院，則嚴加督導與管理並且積極給予輔導，直到該醫院建立有效的管理制度，發揮管控的機能為止。
- 2.降低醫療成本：從長遠眼光來看，健保局應協助促成醫院策略聯盟。除此之外，也要設計制度誘導醫院降低成本，減少重複檢驗與檢查的浪費。此部份可採用美國馬里蘭州的醫療費用控制機制，即在經過預算審核的過程後，建立個別醫院的基本適當費用基準，再逐年依據費用

調整公式核算醫院次年度醫療服務費用，以簡化醫院費率的審查與核定的手續，這套系統化的醫院費率調整公式，須事先明訂成本指標項目，同時前瞻性地設定每個住院病患費用的目標值，同時激勵醫院能主動節制成本。

3. 制約機制的運用：包括同儕制約和病患制約。
4. 確定全民健保的支付範圍：健保支付範圍不應一再擴大而是應固定不再增加；新醫療科技應檢討是否納入總額或專款支付，最好是經過精算的結果來決定之。
5. 改變醫療費用支付標準：在確定醫療服務給付範圍之後，才能精算出保險醫療給付的水準，對於基本照護、二級照護以及三級照護等各層級醫療機構，分別賦予照護民眾健康的不同任務，進而據此原則來分配醫療資源，各層級醫療機構就其任務內容以獲得適當的資源，同時依分配的標準來管理醫療提供者，使醫療資源能妥適的運用，控制總體醫療費用支出在預定的額度內，這樣才能展現醫療資源分配的效率。

莊念慈、黃國哲、許怡欣、郭乃文及魏中仁(民 93)指出，近年來台灣的醫療院所受到健保支付政策之影響，各醫院為了生存或避免財務失衡而有不同的因應策略。林振順(民 94)亦指出，許多醫院為了有效控制預算或降低支出，以調整醫師給薪方式及規範醫師對病患所提供醫療服務的質與量做為因應策略之一。

2.5 醫院因應措施

地區醫院選擇開發新業務做為因應健保制度之經營管理策略，採用的方式有許多的選擇，包括合作、自營二大主要的方式，因為醫院要採取自營的開發新業務有醫療技術上的實際困難，因此採用合作的模式開發新業務。Porter & Fuller(1987)認為聯盟合作的動機和利益歸納為降低風險、追求經濟規模、節省開發成本和影響競爭局面等四大類及協調成本、競爭地位的侵蝕、不利之交易地位三項可能會增加經營成本或合作負面的考慮。

Oliver(1990)整合 1960 年到 1990 年有關組織間關係的研究文獻，認為組織間關係為在環境中與一個或多個組織持續交易、流通與聯結的關係。他提出了六種組織間建立關係的決定因素：

1. 基於環境的必要性：組織為了符合法令的必要，而與其他組織之建立連

結或交換的關係。

- 2.基於權力與資源控制的不對稱性：一些組織基於權力的運作或對其他組織資源的控制，而形成組織間不對稱的關係。
- 3.基於組織間的互惠性：互惠性強調組織間的合作、聯合及協調，而不是命令、權力與控制。在互惠的基礎上，組織間的成員均願為共同的利益和目標而努力。
- 4.基於組織內部的效率性：組織間關係的成員，可基於交易成本的理由，將內部化成本較高的活動移轉為外包或外購，如此可降低單位成本和減少浪費，以提高生產力和增加成本的回收。
- 5.基於組織環境的穩定性：由於資源的不足及缺乏對環境變動的充分了解，因而引起組織對環境不了解的恐慌；不確定性使組織間發生聯結，以達成組織的穩定性、可預測性即依賴性，並共同分擔風險。
- 6.基於組織的正當性：制度化的環境會對組織施加壓力，使其調整活動或產出，而這些壓力使組織增加其正當性，以顯示其符合現形規範、法制、信仰或外部利益相關人的期望。建立組織間關係即為了取得正當性，以突顯或促使組織的名譽、印象、聲望或是符合其機構環境的現行規範要求。

Miles & Snow 在 1978 年時實地調查大專教科書出版業、電子業、食品加工業及醫療保健等四大產業，將企業依其所採取的策略特性區分成防禦者策略、前瞻者策略、分析者策略及反應者策略等四個策略型態。而 Ginn(1992)更指出 Miles & Snow 提出的策略型態能適切地描述醫院所採取的策略取向，因此特別適用於醫院策略的研究。

Miles & Snow 所提出之四種策略型態的概念如下：

- 1.防禦者策略(Defender Strategy)：防禦者策略指的是組織在某一侷限的市場中提供一個產品與服務，並致力於其專門領域中儘可能提供優質的服務。它強調中央集權和持續尋找低成本及高效率的運作模式。
- 2.前瞻者策略(Prospector Strategy)：此策略是指組織經常性地增加及改變它所提供的產品與服務，以成為市場中的領導者。另一方面，為了能快速反應市場情況的改變，組織會傾向於創新與彈性。
- 3.分析者策略(Analyzer Strategy)：此策略意涵當組織面臨進入一個有前景

的新領域抉擇時，組織通常會先維持產品與服務一個相對穩定的基礎。採取此策略之組織傾向於強調正規的規畫程式，並試著在冒險與創新的情境中求取成本與效率間的平衡。

- 4.反應者策略(Reactor Strategy)：採取反應者策略的組織通常是一種不穩定的組織型態，本質上缺乏一致性的策略去面對外界環境的壓力。採取這類型策略的組織雖然會企圖去了解外在環境的變化，卻因為這些組織採取的策略和外在環境並未有相當的聯結，而導致常不能妥善的因應。

朱文洋(民 91)發現中小型醫院經營者在績效評估指標四構面中，認為最重要為顧客面指標，其次為財務面，而內部流程及學習與成長面較不受重視。

2.6 地區醫院健保制度下選擇之經營策略

醫院在健保制度下選擇的經營策略以顧客面指標為第一優先，其次是財務面的指標，因此，選擇的新經營項目如表 2.5

表 2.5 地區醫院採行新經營策略原因分析

新經營項目	策略指標	選擇理由
復健業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.社區老年人口多，需求性高，客源較多。 2.病人復健持續性高，收入穩定。 3.成本較低，財務收支易產生平衡。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.投資設備金額不高，醫院介入不難。 2.院長為骨科醫師，可以直接參與服務。 3.病人需求性高，客源較多。 4.醫院有空間可供利用。 5.病人復健持續性高，收入穩定。
呼吸治療業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.社區老人失能者多，客源較穩定。 2.病人係長期性的照護，住院天數長。 3.健保給付額高。 4.可增加自費收入。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.健保收入金額高。 2.醫院有空病房可供利用。 3.病人住院需求性高，住院期間長，有穩定收入。 4.除健保收入外，有固定的自費收入(如看護費)。
洗腎業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療區域內無洗腎機構，病人可近性高。 2.病人每周 2-3 次，利用率高。 3.醫療收入穩定。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.健保收入金額穩定。 2.醫院有空病房可供利用。 3.病人住院需求性高，洗腎利用率高且期間長，有穩定收入。 4.健保限制較少，費率下降空間低。

資料來源：本研究整理。

醫院在健保制度下選擇的新經營策略已經考慮到顧客面指標和財務面的指標，對於醫院的生存和業務的發展相當有利，選擇的新經營項目和合作經營業務亦都能相互配合，且理念大致相同，對於未來的發展，應是雙贏的局面。

2.7 相關研究發現

經查國內之博碩士論文相關醫院和健保相關的論文有三十九篇；相關地區醫院和健保的論文有十九篇；而相關地區醫院的有一百多篇；而就相關地區醫院因應健保策略或轉型十九篇論文中，其中研究論文真正和地區醫院相關的論文大致可分類如表 2.6。

表 2.6 相關地區醫院博碩士論文分類表

類別	公辦 民營	經營 績效	經營 策略	醫療 品質	組織 人力	健康 保險	行銷	法令
地區 醫院	6	7	10	6	7	5	4	3

資料來源：本研究整理。

就上述之分類，有關地區醫院經營策略部份共有十篇，主要探討委外經營法律、中小型公立醫院策略、署立醫院多角化經營、竹東榮民醫院未來經營策略、台灣中部地區各級醫院競合策略、醫院設置呼吸治療病房等；其他如公辦民營經營模式、經營績效、醫療品質、組織人力等研究，幾乎都未涉及到地區醫院因應健保政策和制度之研究，故本研究在博碩士論文中應是目前少數探討地區醫院因應健保制度之經營策略研究。

相關地區醫院的論文中，其中研究論文真正和地區醫院相關的論文大致可分類如表 2.7。

表 2.7 相關地區醫院博碩士論文分類表

類別	組織 人力	病人 來源 因素	經營 策略	照護 品質	空間 建築	營養 藥品	成本 財務	法令 保險
地區 醫院	4	5	4	3	2	2	5	5

資料來源：本研究整理。

在上述博碩士論文之分類統計中，少數像關於地區醫院經營策略為署立宜蘭醫院之委外經營之法律關係暨管理策略研究；其他的博碩士論文都是單獨針對地區醫院或區域醫院組織人力、病人因素、經營策略及醫療服務品質、空間建築、營養、藥品、成本、財務、法令保險等之研究，完全未涉及到地區醫院和健保二者間之關係，更未有地區醫院因應健保相關之研究。

而期刊文章對於地區醫院的研究也有百篇以上，其中探討經營策略的文章很多，但也多以績效、組織人力、經營管理和策略研究等相關主題；其次是關於醫院策略聯盟的文章也很多，但大部份以醫學中心和區域醫院為探討對象，沒有以地區醫院的策略聯盟的文章；而針對醫院對健保因應策略的論文也不在少數，但針對地區醫院因應之經營策略的論文極少；而近年來對於地區醫院的聯合採購和連鎖經營亦有不少研究論文呈現。

相對於對地區醫院的轉型策略，亦有一些論文研究，但大多以轉型方向、轉型制度之研究為主，且大部份為公立醫院為研究對象。如醫院雙月刊之楊漢?、孫碧雲(民 88)之公立醫院附設護理之家之探討，私立醫院經營附設護理之家之簡介~以天主教耕莘醫院為例，全以護理之家的經營做探討；陳楚杰、林壽惠(民 89)公立醫院轉型成功的經驗分享-以某公立護理學校附設醫院為例；蔡武德、陳清軒、賴美嬌(民 89)半開放制度策略在醫院試行之探討(一)，則以公立醫院之轉型成功的個案做探討，和本研究探討地區醫院因應健保制度經營策略之研究並不相同。

本研究探討之健保制度下醫院經營策略之研究，主要是做垂直、水平整合策略的研究探討，目前尚未有研究論文探討這個主題，因此，本研究對於地區醫院的實務上，應有很大的幫助，這也是本研究想要得到的成果。

第三章 研究方法與設計

3.1 研究對象與範圍

本研究之研究範圍為某地區醫院在健保制度下經營管理策略之研究，故研究對象以敘說研究的方式來研究某地區醫院，故僅就選擇的某地區醫院範圍內做研究，探討該地區醫院因應健保制度的經營策略，並將本研究結論做建議，讓該醫院和其他地區醫院做參考。

3.1.1 研究對象選擇

Rosenwald & Ochberg (1992)指出個人是如何重述他們的歷史 - 他們強調了某些部分，又忽略其他的；他們的姿態可能是主導者或受害者；故事再說者和聽者之間建立了如何的關係 - 這些皆會型塑個人對他們自身生命的宣稱。個人故事不僅僅是告訴某人(或自己)關於自己生命的一種方式，也是他們認同賴以形成的工具。

本研究計劃在選擇時，直接以某地區醫院為研究對象。考慮到該地區醫院因應健保制度的經營策略之不同選擇、醫療法規問題、還有醫院權屬的關係，另外也思考到醫院的主從關係等因素。本研究即針對這家地區醫院的參與因應策略之醫院院長以敘說研究的方式，以了解該醫院目前所處的環境和因應策略及經營策略之選擇和因應後之經營策略，並和原有之經營策略做一比對，如二者之異同，因應後對地區醫院有何實際上的幫助。

3.1.2 研究對象基本資料

本節將討論敘說所得資料，分為受訪醫院和合作經營業務受訪對象之背景簡介、敘說架構之整合、受訪者對敘說大綱及延伸問題之回答，做一描述性資料歸納分析，受訪者特別關切的重點和敘說資料中值得進一步探討的問題進行分析，最後再針對該醫院因應健保制度之經營策略做深入的研究。

1. 醫院基本資料

某醫院位於彰化縣東南，佔地約 1,200 平方公尺，民國 37 年由老院長創立，創立時為 20 床的外科診所，老院長本著行醫濟世、服務桑梓的基本精神，默默地在基層單位奉獻了 35 年醫療生命，期間曾獲行政院衛生署、彰化縣政府和醫師公會多項優良事蹟獎。民國 72 年現任院長在教

學醫院訓練完成後回鄉服務，接手父親的診所後，開始朝現代化經營方向推進，將診所擴充為醫院，並增加病床數為 49 床，後來擴充為 70 床(含特殊床)，添購各科新型儀器設備，增聘醫師加入醫療服務團隊，並自 73 年起承辦勞保業務，醫院漸具規模，也符合當時民眾的醫療期望。

民國 76 年，該醫院院長有見於當地的老年人口越來越多，在門診常見許多慢性病的病人，而在醫療分科越來越細的情況下，有必要增加醫院科別，乃和彰化秀傳紀念醫院醫療合作，由秀傳紀念醫院支援心臟科、肝膽腸胃科和神經內科專科醫師到該院開辦特別門診，使當地的民眾和病患能得到更好的醫療照顧。

同時該院為配合醫療業務的推動和擴大醫療服務，民國 78 年增建一幢六層樓的醫療大樓，並增購電腦檢驗設備、遙控式放射檢查設備、中央系統氧氣和抽吸設備，並陸續添購全身電腦斷層掃描儀(whole-body CT. scan)，並擴大和不同科別醫療院所合作，推動社區醫療服務，並慢慢的將醫院定位為社區醫院的角色。

民國 84 年政府開辦全民健康保險業務，醫院也受到如上所述的各種衝擊，乃思考應如何做因應。

本研究以描述性分析來描述該醫院在因應健保制度過程的內外環境評估、分析，因應的選擇和考慮因素。包括樣本醫院參與經營相關業務之類型、樣本醫院和合作經營業務參與設置或投資之時間長短及主觀績效評估等，合作經營業務之經營現況和對地區醫院的幫助。

表 3.1 深入敘說地區醫院之受訪者基本資料表

受訪者代號	受訪者職稱	性別	年齡	機構所在地	身份	經歷年資
A	院長	男	55	彰化縣	醫師	26 年
B	呼吸治療合作經營業務負責人	男	48	台中市	醫師	18 年
C	洗腎合作經營業務負責人	男	51	彰化縣	醫師	15 年
D	復健合作經營業務負責人	男	41	彰化縣	物理治療師	10 年

資料來源：本研究依敘說資料整理。

3.2 研究方法

本研究的對象為彰化縣某醫院因應健保制度之經營策略探討，以該醫院做為樣本，屬於個案分析研究，在資料蒐集方面，以敘說的方式進行，是屬於質性化的研究法(qualitative research)。下面將本研究之質性研究法做介紹和定義。

3.2.1 質性研究法

胡幼慧(民 85)認為「質性研究」只是一種相對於「量化研究」的歸類，其發展已遍佈各社會科學學門，且在快速發展中。黃光雄、李奉儒(民 90)則指出質性研究的特性包括下列幾項：1)自然式的研究場域：作為直接資料來源，而研究者本身則是關鍵的工具。2)描述性資料：以文字或圖畫呈現，而非數字。3)歷程的關注：質性研究者關注研究歷程而非結果。4)歸納性的：質性研究者以歸納的方法來分析資料，而不是尋求證據來證實或否證在研究之前所持的假設。5)意義：研究者透過參與的觀點來了解不同的人如何建構他們生活的意義。

陳向明(民 91)則認為質的研究是以研究者本人作為研究工具，在自然情境下採用多種資料搜集方法對社會現象進行整體性研究，使用歸納法分析資料和形成理論，通過與研究對象互動對其行為和意義建構獲得解釋性理解的一種活動。

胡幼慧(民 85)指出在質性研究的領域中，其科學哲學的基礎與方法論卻不是單一體系，瞭解不同的質性研究學術典範，並能從比較、批判中澄清科學建構的盲點，並進一步在研究投入時，瞭解個人研究方法選擇的基礎，並從方法步驟將研究行動具體化，且由實例中刺激思考和得到寫作創作的參考。

3.2.2 不同質性研究概念

不同的質性研究方法，有著不同的傳統，被不同的學術領域採用。Habermas(1968)便提出了三種研究典範，其中第二種典範是質性研究的「循環式建構主義研究」(Circle of Constructivist Inquiry)，主要是探究人們的符號、解釋和意義的建構，故必須進入他們的演出，他們認為沒有所謂的絕對真相，而所有的知識，都是與情境脈絡聯結的，紮根在情境中。Peller(1987)提出研究者無法直接進入另一個人的經驗，所以我們所處理的是某種模糊

性質的經驗在現 - 包括談話、文本、互動和解釋。這是無法完全中立和客觀的，我們所能做的僅僅只是再現(相對的是解釋)其世界。

王勇智、鄧明宇(民 92)冒著過度簡化的風險，研究過程大致上可分為五種層級的再呈現，如圖 3.1 所示。他們之間有些部分是相互滲透的(當然這種再呈現的危險是使這些界線過份真實，而不只是語意上的分別。

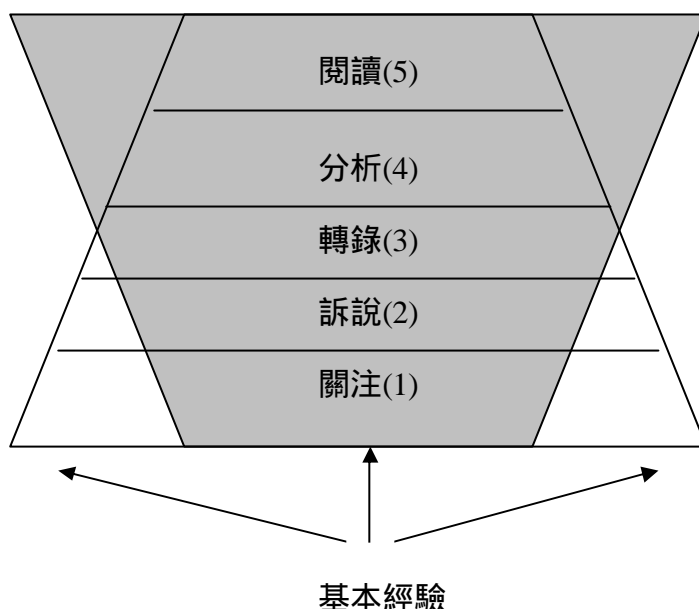


圖 3.1 研究過程中的再呈現層級

胡幼慧(民 85)根據 Miller, W.L.& Crabtree, B.F.之整理，選出幾種最常見的論點，並整合新發展的方法論，進行簡單的介紹，見表 3.2。

表 3.2 研究的範疇與質性研究的學術傳統

研究的範疇	研究的學術傳統
生活經驗(生活世界) 行動者的意向是屬個人性的 行動者是暴露在社會脈絡	心理學 現象學 詮釋學
社會世界 人們如何達成共識 人類如何創造象徵性(符號)環境，並在其間互動 在社會各個類別中的一般關係	社會學 俗民方法論 象徵互動學(語意學) 紮根理論

研究的範疇	研究的學術傳統
溝通/說話 實際會話的方式與轉機 非語言溝通的方式與轉機 溝通的型態與規則	社會語言學 會話分析(言談分析) 人體運動與說話之關係的一 種科學 溝通民族誌
實踐與過程 照護工作 教與學 管理/消費 評估	應用專業 護理研究 教育研究 組織/市場研究 評估研究

資料來源：本研究參考胡幼慧(民 85)質性研究：13 頁整理。

本研究運用上表社會學中之紮根理論和各機構人員互動敘說，運用研究者和受敘說者之專業，來探討本研究所要蒐集的資料，並採社會語言學的溝通方式，取得研究所需的必要資料。

3.2.3 參與觀察法

蕭郁琪(民 97)引用 Jorgensen(1989)主張，內部者的觀點可稱為參與觀察，研究者直接參與訊息者的生活以及直接觀察為蒐集資料的方法。最終目的「從紮根在人類每天生活事實，發現實踐的和理論的真理」。

Lindemann(1924)將觀察者分為兩種：(1)客觀觀察者：透過訪談由外在研究文化；(2)參與觀察者：透過實地觀察，由內在研究文化。本研究之研究者本身也是某地區醫院的成員，實際上也參與醫院經營策略的變革，也是研究蒐集資料的對象，故在本研究中屬於參與觀察者。

3.2.4 抽樣考量

胡幼慧、姚美華(民 85)指出質性研究者 Patton(1990)曾論及質性研究的抽樣重點是：「樣本一般都很少，甚至只有一個個案(n=1)，但需要有深度的(in depth)『立意』抽樣。」所以，質性研究抽樣的樣本，必需是能提供深度和多元社會實狀之廣度資料為標準的抽樣原則。同時著重資訊的豐富內涵，而傾向從以前的經驗和理論的視角出發。

本研究即採立意抽樣原則，從以往在醫院的經驗，首先選擇某醫院，但因某醫院所採取的合作經營業務是不同類型的醫療服務機構，有呼吸治療、復健和洗腎機構，期望可以取得不同類別的產業資料。其次是某醫院

因應健保制度已有五年以上的時間，在經營上已有相當的經驗，本研究可以透過他們的經驗，取得較豐富的資料。

胡幼慧、姚美華(民 85)認為除了立意原則之外，研究者為了符合不同的研究目的，亦可產生不同的抽樣策略。請參閱表 3.3。

表 3.3 質性研究抽樣策略之分類

抽樣策略類型	探索目的
同質性策略	焦點化、單純化
關鍵性策略	為進行邏輯推論至其他個案
深入性	資料豐富個案能提供深入現象之機轉
符合標準策略	針對符合各種選樣標準者，以確保品質

資料來源：胡幼慧、姚美華(民 85)，質性研究：149 頁。

本研究亦採上表之醫院做為抽樣對象，並以深度敘說的方式，透過敘說個案豐富的實務經驗，提供本研究較完整且豐富的資料；在立意抽樣時，亦考慮選擇這些樣本醫院的標準都是一樣的，最主要的是儘量使本研究的抽樣具備彈性化和隨研究進展而演變的特質。

3.2.5 資料蒐集方式

以敘說研究是質性研究中重要的一種搜集資料的方式，顧名思義敘說就是研究者尋訪、訪問被研究者並且與其進行交談和詢問的一種活動。敘說是一種研究性交談，是研究者通過口頭談話的方式從被研究者那裡搜集第一手資料的一種研究方法。

Hussert(1937/1973)、Schutz(1932/1967)指出就像所有的社會行動者，我是以一種「自然的態度」(natural attitude)來經驗這個世界，並視之為理所當然，而不是去思考他或分析它。Jameson(1972)在說的過程裡，我所擁有的經驗和傳遞的經驗之間具有一個無法避免的縫隙。用尼采的話來形容就是一個「語言的牢房」。語言是無法穿越到我言語所想指涉的想法上，因為語言「除了自己本身之外，無法傳遞任何事物」(Merleau-Ponty(1962/1989))

黃光雄、李奉儒(民 90)提到質性研究最著名的代表性方法，也是許多研究者常使用的技術是參與觀察和深度敘說。深度敘說有時稱為非結構的、開放式的、非指導性的或彈性結構的，研究者在許多細節上傾向於去理解人們究竟是如何的思考，又是如何發展出現在持有的觀點。

Spradley(1979)認為敘說和日常談話有下列區別，如表 3.4 所示。

表 3.4 敘說和日常談話之差異

類別 項目	日常談話	敘說
目的性	不明顯	明顯
態度	友好親蜜或肢體語言	友好禮貌
談話內容	避免重複	經常要求重複
詢問話題	互相提話題	由訪問者發問
表示無知話題	經常	儘可能多說
語言輪換	平等	敘說者提話題
說明細節	不必	要求詳細細節
沉默	經常沉默	不能沉默
交談興趣	雙方都會	敘說者會提
結束理由	會找結束藉口	問題問完不必藉口

資料來源：Spradley(1979), *The Ethnographic Interview*.

3.2.6 敘說進行方式

本研究敘說被用來進行分析的資料部份，依資料內容來源分為二部份。

3.2.6.1 某醫院敘說部份

敘說時間為自 98 年 4 月起至 98 年 5 月共進行一次敘說。敘說某醫院的院長接受敘說。每次敘說並依據事先所擬訂之問題大綱進行敘說，並取得受敘說對象同意，均有全程錄音。

3.2.6.2 合作經營業務敘說部份

敘說時間為 98 年 4 月起至 98 年 5 月共進行三次敘說。由各合作經營業務之院長、負責人接受敘說。每次敘說並依據事先所擬訂之問題大綱進行敘說，並取得受敘說對象同意，均有全程錄音。

3.2.7 信度和效度考量

對於質性的研究 Kirk & Miller (1988)仍以科學的客觀性為判定標準，其主要包括二部份，一為信度，二為效度。信度是指測量的可重複性，效度則是獲得正確答案的程度。Kirk & Miller (1988)也提出效度的測量方法有明顯效度、工具效度和理論效度三種；信度的測量方法有狂想信度、歷史信度和同步信度。胡幼慧、姚美華(民 85)則指出 Lincoln 贊同了新的倫理標準，強調研究者對自身視角的自省、自覺、注重被研究者和讀者的聲音，以及研究成果的行動意義，特別是對人類尊嚴、正義的正面意涵。而 Kvale(1995)則認為針對研究所產生知識的實踐效用上是更重要的判定標準。

Lincoln(1995)根據不同的研究典範之標準概念，提出表 3.5 來區分研究嚴謹度和信任度。

表 3.5 判定研究嚴謹度或值得信任度的標準

實證主義典範(嚴謹度)	←-----→	建構主義典範(值得信任度)
研究方法學之標準	類似方法學之標準	研究之真實性/倫理標準
內部效度	確實性	公平性
外部效度	可轉換性	真實性
信度	可靠性	
客觀性	可確認性	

資料來源：胡幼慧、姚美華(民 85)質性研究：147 頁。

而本研究採用質化研究，故在信度和效度考量近似實證主義之走向，本研究之測量工具，即由立意取樣的某醫院院長敘說和訪談合作經營業務相關人員取得的資料，和本研究參與觀察及第二章文獻探討其他學者專家的觀察和研究有相當程度的結合，且資料都是有效的，符合明顯效度；而本研究採取敘說、觀察和問卷調查的方式雖不相同，但所獲致之資料和其他研究所測得資料亦屬接近，符合工具效度；係依據研究架構、選取樣本所蒐集之資料和所依據之實證主義理論架構都能相呼應，符合理論效度；且都採用相同的敘說大綱來做敘說以符合效度的測量，故在外在因素概括相關資料，內在因素也都因果相關，同時也符合詮釋學的效度是值得信任的。

而在信度方面，敘說和資料蒐集雖然針對不同的個案，但係採取同一

種應對的方式；敘說的時間點也都很接近，都是在相同的時間背景下，敘說的那段時間，不管在環境和主要影響因素未有變化，如有變化亦在相同條件之下，因此，符合信度的測量。故本研究之信度和效度都符合上表之類似方法學之標準確實性、可轉換性、可靠性和可確認性，同時在值得信任度方面也符合建構主義典範之研究真實性及倫理標準的公平性和真實性的原則。

3.3 地區醫院採行新經營策略之需要

經以上之各項分析和探討，本研究整理後認為某地區醫院採行新經營策略之需要情況做以下之探討：

3.3.1 地區醫院採行新經營策略之意願

某地區醫院為採行新經營策略前針對院內員工進行五項新經營策略項目做意願調查，發現如表 3.6 的結果。

表 3.6 地區醫院採行新經營策略項目之意願

人員\策略項目	復健	呼吸治療	洗腎	急診	長期照護
院長	高	高	高	低	高
醫師	中	中	中	中	中
護理人員	高	中	高	中	高
其他專業人員	高	高	高	低	高

表 3.6 地區醫院採行新經營策略項目之意願

人員\策略項目	復健	呼吸治療	洗腎	急診	長期照護
其他人員	高	高	高	中	高

資料來源：本研究參考地區醫院院務會議記錄整理。

根據表 3.6 資料發現，除了急診之外(該院急診虧損嚴重)，院長對各種項目意願都很高，都認為可以採行；醫師則認為都可以；護理人員對於病人疾病嚴重度較高者都興趣缺缺；其他專業人員和其他人員除對急診沒興趣外，對各種項目意願都很高，都認為可以採行。

3.3.2 地區醫院採行新經營策略之需求項目

地區醫院即依據意願較高的四項進行探討，並考慮採行何種新經營項

目，可行性為何，檢討結果如表 3.7。

表 3.7 地區醫院採行新經營策略之需求項目

新經營項目	可行性分析	困難點
復健業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.投資設備金額不高，醫院介入不難。 2.院長本身為骨科醫師，可直接參與服務。 3.病人需求性高，客源較多。 4.醫院有剩餘空間可供利用。 5.病人復健持續性高，收入穩定。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.復健治療師供應有困難。 2.需購置交通車和安排接送。
呼吸治療業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.健保收入金額高。 2.醫院有剩餘病房可供利用。 3.病人住院需求性高，住院期間長，有穩定收入。 4.除健保收入外，有固定的自費收入(如看護費)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.投資設備金額較高，醫院需投入較多資金。 2.醫院不熟悉呼吸照護業務。 3.專業人員不足。
洗腎業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.健保收入金額穩定。 2.醫院有剩餘病房可供利用。 3.病人住院需求性高，洗腎利用率高且期間長，有穩定收入。 4.健保限制較少，費率下降空間低。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.投資設備金額較高，醫院需投入較多資金。 2.醫院不熟悉洗腎業務。 3.專業人員不足。
長期照護業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.完全自費收入和健保無關。 2.區域內老年人口多。 3.區域內無合作經營業務，目前無競爭者。 4.病人來源可增加醫院業務量。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院需投入高額資金。 2.需取得大筆土地興建。

資料來源：本研究整理。

地區醫院經評估各項新經營策略項目後，認為復健業務、呼吸治療業務、洗腎業務可行性高，可以立即採行，雖然各個項目都有困難點，但可以選擇不同的經營策略，如自營、合作、外包、策略聯盟、...等方式，來做因應，以降低醫院的風險，增加獲利率。

長期照護業務可行性亦高，但因土地取得和建築物興建問題，預計列為未來轉型的重要參考。

3.3.3 地區醫院選擇新經營策略項目的經營方式

王俊文、葉德豐、陳紫郎(民 89)指出民國八十四年三月實施全民健康保險以來，百分之九十七的納保率及高達七成的滿意度一直是各國所稱羨的佳績，但隨著健保的實施，醫療產業的生態更隨之丕變，其中包括：(1)大型醫院大幅擴建；(2)醫院醫師人數減少，基層診所大幅增加；(3)地區醫院住診量大幅減少，面臨經營困難；(4)門診費用成長比率大於住院費用；(5)病人湧入大醫院，慢性病人佔住急性保險病床；(6)各醫院普遍缺乏住院醫師。葉德豐、鄭禮祥、王俊文(民 92)亦指出可預見的是，未來醫療環境將是團體對團體的競合，其產生的衝擊將如何因應更是醫療機構該思考的問題，故在面對劇烈的變化下，各醫院未不對外積極尋求合作對象，以求在市場中仍保有一席之地。

Porter(1985)認為透過合作可以影響競爭的基礎，使自己從中獲致競爭優勢，或藉此彌補己方原先的弱點，抵銷對手的競爭優勢，甚而主導競爭的方向。彭朱如等(民 86)提出「醫院間跨組織合作策略」可根據所涉及的組織自主性、水平或垂直整合、所有權或經營權的變動及合作關係形成等而提出可行的跨組織合作策略。其中以加入協會的合作方式最能保有組織的自主性，且不涉及所有權的變動；而在聯合經營策略下，個別組織所擁有的自主性則是最低，且涉及經營權或所有權的變動。

醫療垂直整合是指一個醫療服務機構整合或提供一系列在其核心事業之上游或下游之產品或服務，以滿足顧客之醫療需求。例如醫院之垂直整合所提供服務，可從上游之社區醫療保健服務(如健檢、疾病預防、健康諮詢等)、經過急性疾病住院治療，一直到下游之慢性病長期照護等(如老人安養、長期照護、居家護理、復健中心等)。

王炳龍(民 89)提出醫院採用垂直整合之優缺點如表 3.8

表 3.8 醫院採用垂直整合之優缺點

優點	缺點
1.提供完整醫療服務 2.促進醫療品質 3.增加市場主導權 4.符合經濟規模 5.提升生產力 6.增加獲利能力 7.容易招募醫師	1.增加成本 2.增加管理複雜度及難度 3.減低組織應變能力，降低效率 4.減低獲利能力

資料來源：王炳龍、徐淑芬、梁乃仁、高森永，「醫院採用垂直整合策略之影響因素與績效評估」，醫務管理期刊，民 90，創刊號

蔡志宏(民 89)指出企業或醫院間合作之種類與方式繁多，一般專家學者對各種合作關係之稱呼各異，對策略聯盟之看法也不盡相同，茲就合作之各種相關名詞列如表 3.9。

表 3.9 合作關係相關名詞之定義

合作名稱	下過定義之學者
合作	
Cooperation	Buckley and Casson (1988)
Collaboration	Spekman (1988)
合作協定	
Collaborative agreement	Hergert and Morries (1987)
聯盟	
Coalition	Porter (1986)
Alliance	Zuckerman and D' Aunno (1990)
策略聯盟	吳青松 (1990)
Strategic Alliance	Lewis (1990)、Hamgan (1987)、Perlmutter and Harrign (1986)
Global Strategic partnership	Jarillo (1988)
產業合作	
Industrial Cooperation	Buckley (1988)

資料來源：李文芳，1997。

蔡正楊、許政郎(民 81)綜合各學者意見，提出企業間形成聯盟的主要動機有十七項：

- 1.降低風險；
- 2.規模經濟；
- 3.滿足消費者漸趨一致的需求；
- 4.科技的迅速分散；
- 5.分攤龐大固定或研發成本；
- 6.取得市場或訂單；
- 7.突破法令的限制及保護主義；
- 8.技術與專利的控制及取得；
- 9.控制競爭優勢；
- 10.初次國際化擴充；
- 11.準垂直整合；
- 12.標準的建立；
- 13.因應區域經貿組織的形成；
- 14.智慧財產權的保護；
- 15.財務的支援；
- 16.政府單位的鼓勵推動；
- 17.潮流及恐懼的動機。

江義平(民 88)研究指出當企業面臨愈不利的競爭情勢及本身經營能力愈不佳時，將會形成合作範圍較廣泛且較為緊密的策略聯盟活動。司徒達賢(民 85)研究中小企業聯盟的動機分別為：規模經濟之改善、對上下游談判力之提昇、在市場區隔上之分工合作、國際間競爭力之提昇、互相學習、合作進行地理移動(即中心廠與協力廠同時位移)、產能互補、時效之追求。

陳馨文(民 80)的研究也指出醫院尋求合作需求的主要成因為醫療相關法令限制、成本因素、醫療相關法令的變遷等因素。吳典龍(民 86)分析醫院所面臨外部與內部層面經營困境，顯示醫院面臨最大的困境主要有健保制度(全民健保實施，迫使醫院對健保局唯命是從、健保的核減等)、人力因素(醫師、護理人力短缺)、政策因素(法規限制)、社會因素(醫療消費意

識高漲、醫療糾紛增加)等，並提出各種不同的合作模式，以解決醫院所面臨的經營困境。

彭朱如(民 89)則綜合了各學者專家將合作策略動機以外部環境因素、內部經濟因素、非經濟因素分類整理如表 3.10

表 3.10 醫療產業合作策略動機

學者專家	外部環境因素	內部經濟因素	非經濟因素
Schmidt and Kochan (1977)	外部人士影響(第三付費者、社區領導人、政府機構) 資源稀少 環境不確定性	自身利益	內部人士影響 (管理者、醫師/ 專業人員、董事會成員)
Schermerhorn and Shirland (1981)	形象 合作機會 法令規定 協會努力 社區認定態度		
Wash et al. (1993)	資源多寡 分配資源的控制機制 (如法規制度)	資金需求	領導型態 CEO 彼此間非正式關係 權利分配
Brook and Jones (1997)		市場的重疊 相對績效水準	所有權 教學型態
葉公藝、陳潭(1998)		降低成本	人員訓練交流
童瑞龍、錢慶文 (2000)	降低風險	分擔成本 內部資源能力不足 規模經濟 避免不必要重複投資	
鄭夙惠、楊漢? (2000)	轉診制度 醫藥分業	醫院規模設備需求	結構特性

資料來源：彭朱如，2000 年

本研究根據上述各學者專家提出之各項合作形成的動機理論與背景因素做基礎，本研究將促成醫院採取合作的因素歸納為：

- 1.外部環境因素：健保制度影響因素、政府對醫院管理法規限制因素、就醫民眾支持或社區態度因素、經營能力因素和競爭者因素等，以上因

素所形成的合作，係基於策略行為理論，以達到策略目標為主。

- 2.醫院內部因素：包括人力資源因素、成本因素、醫療能力因素等，以上因素所形成的合作，以達到資源分配與效率目標為主。

3.4 影響地區醫院合作形成之因素

3.4.1 醫療產業環境

近年來醫院合作的現象快速發展，多數的學者專家都認為主要來自健保制度不斷改變、醫療技術快速發展和競爭急遽增加趨勢，因此，在醫療產業環境中，本研究針對需求面、醫療技術面和競爭面進行討論和分析。

3.4.1.1 需求面

- 1.醫療市場因素：健保局已經成為醫療唯一的大買主，為了控制醫療費用支出的不斷急遽成長，我國的全民健保乃仿效以德國為主的總額支付制度，來控制醫療給付。總額支付制度能否有效的控制醫療給付的關鍵因素主要有二，一是基期年支付總額的「額度」，二是支付總額的「成長」。因此，如何決定醫院新經營項目也必須面對在總額支付制度下，醫院能否達成預期目標之最重要因素。
- 2.民眾疾病因素：醫院所在醫療次區域的民眾年齡、性別、特性、疾病因素、...等都是醫院必需要考慮的因素之一，由於醫療次區域屬於人口外流嚴重鄉鎮，老年人口偏多，因此選擇上應以長期性、慢性疾病、持續性醫療照護為主。

3.4.1.2 醫療技術面

- 1.隨著二十一世紀的到來，工業社會為後工業社會或知識社會所取代，使得管理和組織的基礎發生根本改變。
- 2.石曜堂(民 91)指出組織為了生存，必須不斷創新和學習；在創新時代下，組織為了培養及發揮本身的核心專長，不再企圖自己包辦一切功能和活動，願意和組織外機構合作，使得價值鏈的整合超越了法律上的組織單位的界限。因此，在做新經營項目的選擇時應以醫院本身的核心價值，如地方關係人脈、病人關係、...等和外部機構的技術、知識、...等合作，並做創新和學習。

3.4.1.3 競爭面

- 1.日本著名的策略家大前研一，以「正面競爭」與否以及「產品創新」與否為構面，將基本競爭策略區隔成四種：(1)關鍵成功因素(KSF)策略；(2)相對優勢策略；(3)主動攻擊策略；(4)策略自由度策略。Treacy & Wiersema(1995)以企業管理系統、營運流程、組織架構以及組織文化之差異，將競爭策略分為：(1)產品領導導向；(2)營運效能導向；(3)親密顧客服務導向。
- 2.Hope & Hope(1997)進一步以顧客價值觀點分析三種策略類型(產品領導導向、營運效能領導導向與顧客服務領導導向)。並認為此三種策略類型能夠分別滿足市場上的消費者：(1)產品領導導向策略；(2)營運效能領導導向策略；3.顧客服務領導導向策略。因此，醫院應以本醫療區域內的領導產品或營運效益較好的產品做為選擇的機制。

3.4.2 醫院特性

3.4.2.1 醫院歷史

羅家聲(民 89)認為企業成立愈久，表示其在市場生存時間愈長，此企業能在市場上屹立不搖，應有賴於求新求變的精神，其研究發現企業歷史與共同研究發展意願有些微正相關。醫院能生存到今天，主要是經過二代院長不斷的創新技術和增添新型儀器設備，引進新的人才，因此，面臨健保制度的衝擊，醫院勢必要做改變。

3.4.2.2 醫院定位

醫院應了解本身在醫療區域中扮演的角色，並將醫院定位為最適合病人和社區需要的醫院，因此，應該增加什麼？捨棄什麼？都必須做最好的選擇。故醫療機構間的整合是必要的，選擇合作應是較好的一種方式。

3.4.2.3 競爭地位

Schumann 等人(1994)認為市場競爭構面的分析包含對顧客需求、企業本身的技術能力，與競爭對手對顧客需求的反應態度三大部分。藉由市場分析構面，經營者可發覺其中潛在的機會與威脅，並藉此擬定出掌握機會的創新策略。醫院在競爭關係中究竟要處於何種地位，領導者？追隨者？落後者？只有帶領創新的醫療技術才有機會生存，因此，選擇

新經營項目和合作對象都相當的重要。

本研究將地區醫院因應健保制度的新經營策略訂為「合作策略」，並將合作的經營策略訂定為「業務發展、財務穩健、醫療服務和合作關係」四項做為地區醫院因應健保制度之新經營策略。

第四章 結果與討論

研究者於訪談工作及編碼結束後，立即著手進行資料整理和分類工作，並將資料研讀多次後才開始進行分析工作，對於訪談的內容和本研究架構做一個比對，本研究依據主要研究目的和研究架構，將訪談結果分為「地區醫院內、外部環境」、「地區醫院經營策略」、「地區醫院新經營項目策略」，以下敘述資料分析的結果並加以討論。

4.1 地區醫院之內、外部環境

經表 3.1 A、B、C、D 四位院長和物理治療師敘說該合作經營狀況後，相關訪談敘說資料在附錄一之 A、B、C、D，實際上可以發現，目前的地區醫院真的面臨到困境，這些困境來自於政府政策、健保政策和環境的壓力，造成地區醫院經營上的困難，因此勢必要想辦法新增加醫療業務才能在目前的產業環境下生存。以下就各訪談敘說對象提出之目前產業環境做分析。

本研究為使敘說者言語真實呈現，將敘說者的言語依據其所表示之意義做了部份的潤飾，但又恐修飾的部份和原義相差太遠，在引用敘說者言語時，均會註明該言語出自於敘說者原文的頁數，故採用的方式請參照以下例子。例：(附錄一-A)係引述附錄 A 醫院敘說之言語。

Hill & Jones(2004)指出企業在做策略思考時，通常會提出一些策略方案、或未來的策略以達到目的，因此企業會根據內部的優勢和劣勢，外部的機會和威脅來做比較，做為參考即是 SWOT 分析。本研究以下就產業環境做內外部的 SWOT 分析。

4.1.1 內部環境-優勢

4.1.1.1 醫療服務

地區醫院在當地已有超過 50 年的歷史，醫療服務很好。林芸芸、江東亮(民 79)指出顧客選擇就醫機構主要考慮的因素在無醫療保險顧客為醫術、服務態度和收費高低。醫療服務和習慣對民眾會有一些影響。

A 醫院在當地已有超過 50 年的歷史了，醫院的名聲不錯，在當地相當受到肯定(附錄一-B)

A 醫院在當地有 50 年的歷史，A 院長本身又是骨科專科醫師(附錄一-D)

4.1.1.2 人力因素

管思齊(民 91)指出雲林醫院的人員管理便採行人性化、人情化的自主管理方式，不但高階主管、院長及副院長都親自看診，與醫院其他同仁之間的互動也幾乎是全院熟悉的上下一家親，不分貧富貴賤的位階尊榮。

由於二十多年來，醫院的員工和我就像兄弟姐妹一般，他們都叫我「大耶！」因此對醫院的向心力無話可講，比一般大醫院工作員工的向心力強太多了，他們在醫院困難的時候主動跟我說減薪、少假，因此，員工每月的休假是他們訂的，所以我想做什麼事都會和大家討論。(附錄一-A)

B 院長負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、...等專業人員的聘任和訓練。(附錄一-A)

地區醫院人力的優勢較少，但全院員工人數不多，院長和員工間都打成一片，向心力成為地區醫院仍繼續存在的重要一環，員工的熟悉和團結能使醫院的各項作業順暢，病患的滿意度提高，這點是很重要的。因此如 D 負責人和 C 院長提到的招募容易，和人員充足，這是難能可貴的重要因素。

4.1.1.3 醫院合作關係

王健全(民 81)指出競爭壓力是形成共同合作的重要前提之一。李美英(民 89)指出醫院策略聯盟是為了某種特殊之策略目的，而互相提供或交換醫療服務項目及內容、研究技術，人員、財務、資訊、行銷等核心資源，以達成共同目的之一種企業行為。

我希望和 A 醫院採取共同投資的方式合作，人員共享，共同分攤風險，成功的機會會比較大。(附錄一-C)

在地區醫院協會上碰上 B 院長，他們在台中市經營呼吸治療病房業務已有十年以上的經驗，病人相當的穩定，且照護品質有目共睹。(附錄一-A)

地區醫院由於醫療設備和資源較缺乏，因此在競爭上較為不利，如能結合新醫療技術，接受其他醫院的支援，比較能滿足病患的需求，對於地區醫院是有利的因素。如 B 院長提到該醫院的醫療能力，A 院長提到醫院間的互動及共同經營，這些都是地區醫院應該可以執行的方案。

4.1.1.4 財務因素

醫院的生存，財務佔據了很重要的因素，如有雄厚的財務支持，可以較不用擔心環境的變化造成的各種衝擊，長庚、國泰醫院等有企業的支持，A 醫院有長期醫院經營歷史的支持，使醫院減少了許多後顧之憂。對於合作者是很大的信心。

設備投資部份，A 醫院的財務相當的雄厚，資金投入沒問題，未來要再擴充也都沒有問題(附錄一-C)

4.1.2 內部環境-劣勢

4.1.2.1 醫院服務項目

民眾對地區醫院的看法就是服務項目太少，無法提供民眾需求的各項服務，但其實主要的原因健保給付額太低，還有疾病條件的問題，不過對於民眾而言，醫院服務是否符合民眾需求是民眾就醫的指標。

大環境不好，但是醫院還是要做，最重要的是業務要再提昇，業務要提昇就是員工的向心力要強，所有的員工如何將患者照顧好，如何給患者肯定，提昇我們的品質是最重要的。(附錄一-A)

針對整個醫療環境來講，醫病關係的改變蠻大的，現在病人對自己的權利，還有對醫師的期待跟醫師彼此之間的權利義務的關係跟以前已經大不相同了。(附錄一-B)

4.1.2.2 醫院成本壓力

黃國明(民 91)指出醫院降低成本的策略為擴大服務面，如院際合作和業務交流、提高人員生產力如人員多工和醫療標準化、間接部門合理化如電腦化、提高設備動用率如科際間的整合。在收入不斷減少的情況之下，成本負擔的比率越來越重，對於地區醫院的經營是不利的，因此採取合作模式對醫院是有利的策略。

設備投資部份，A 醫院的財務相當的雄厚，資金投入沒問題，未來要再擴充也都沒有問題。(附錄一-C)

設備投資部份，A 醫院的財務相當的穩健，資金投入沒問題，未來要再擴充也都沒有問題。(附錄一-B)

4.1.2.3 醫療專業人力不足

地區醫院最欠缺的就是專業的醫護人力，因此科別受到限制，人力問題也是地區醫院的大困擾。藍忠孚(民 86)在對全民健保後醫師人力供需，現在與未來推估之研究中，認為未來五年到十年內醫師人力可能面臨問題為各專科醫師人力不均衡發展、醫師地理區域分布情形越趨嚴重。

洗腎技術方面、人員聘任方面全由我負責處理，因為我可以找到洗腎專業且優秀的人才加入洗腎醫療工作。(附錄一-B)

醫院要合作從組織跟人力來看，我們希望說把這個人力用的最精減，以 A 醫院現有的人力可以擔任一部份的服務工作，本院的專業人員足夠應付那邊的業務。(附錄一-B)

4.1.3 外部環境-機會

4.1.3.1 老年人口的增加

莊逸洲(民 92)國際上醫療照護的趨勢，已經開始從急性醫療轉向長期照護及老人安養，另一方面則由急性醫療照護走向健康的維護。地區醫院存在的地區，老年人口大都比較多，而這些老人大部份又是慢性病的患者，許多老人都要長期門診拿藥和急病醫療，對於地區醫院的幫助較大。劉淑芳、阮玉梅(民 90)老人照護應包括平時的生活照顧，生病時的急性醫療以及失能時的長期照護。

而且當地的老人又多，還有許多的老榮民，這些應該都是潛在的病人來源。(附錄一-B)

尤其現在老年人口越來越多，平均餘命也越來越長，病人的來源應該會較多。(附錄一-D)

4.1.3.2 地方關係的優勢

地區醫院能在地方上生存到現在，大部份的院長都和地方上有很深厚的基礎，和社區民眾有很密切之關係，和地方社團有經常的連繫，這些都是地區醫院維持生計和病患來源持續不斷的主要原因之一。如 A 院長提的地方上的肯定和支持啊！C 院長提到在社區的深耕等都顯現地區醫院和地方的關係。

A 醫院在當地已有超過 50 年的歷史了，醫院的名聲不錯，在當地相當受到肯定，A 院長做人也很爽快，不會要求很多。(附錄一-B)

A 醫院本來就有許多的基礎，可以透過他們和合作的醫院、社區、機構結合，取得病人的資源，在市場上一個特殊的定位。在專業技術本院沒有問題，可以擔任醫療照護的工作。(附錄一-B)

4.1.3.3 財務因素

地區醫院的財務穩健，投資新經營項目沒有什麼問題，且未來的擴充資金都沒問題，這是對地區醫院較有利的因素。現有的健保政策造成地區醫院的財務壓力，地區醫院存活時間的長短，是否能繼續存在，就

要看財務有沒有問題了。

設備投資部份，A 醫院的財務相當的穩健，資金投入沒問題，未來要再擴充也都沒有問題(附錄一-B)

4.1.3.4 競爭優勢

地區醫院由於地理位置，本身醫院條件的好壞，而產生其不同的競爭優勢或劣勢，但對 A 醫院來講，以開發新醫療業務，在南彰化地區幾無競爭者，但還是有人力的因素，如能改善的話，將有很大的發展空間。

醫院也有醫療品質的問題，雖然是個小小的地區醫院，但也要給病人合理的醫療品質才能得到患者的肯定，其次是醫院評鑑要求的醫療品質，醫院經營和醫療品質不能都輸掉，就是醫院思考的重點。(附錄一-A)

病人都住在各大醫院內，一聽到本院呼吸治療病房開辦都陸續回來，病人住院陸續的成長，佔床率經常達到 100%，必須佔用其他一般病房的床位，且照護品質榮獲健保局評鑑一級水準。(附錄一-B)

4.1.4 外部環境-威脅

4.1.4.1 健保總額預算支付制度的影響

全民健康保險的實施，加上總額預算支付制度使得地區醫院的收入減少，同樣的設備和人力，同樣的業務量但收入卻一直在減少，對於這樣的產業環境是不好的，有點像是衰退期的感覺。醫療產業所面臨的經營威脅亦與日俱增。從幾位院長的敘說中，明顯地表達地區醫院受到全民健保和總額預算支付制度很大的影響，讓我們感覺到地區醫院真的面臨健保莫大壓力，也為地區醫院如何因應健保政策及所採取的策略有更期望深入的探討。

蔡良敏(民 91)指出政府政策台灣醫院逐漸財團化、企業化，民眾就醫習慣也都往大醫院跑，不再到地區醫院以下的醫院，部份醫學會更不再承認地區醫院受訓的住院醫師資格，使得地區醫院招募醫師不易，成本相對提高。

九十一年健保局醫院的總額預算實施以後，實際上地區醫院完全沒有生存的空間，整個醫療環境開始變壞了。醫院的收入整個減少，醫院本來營業收入要跟我們打八折，做為醫院的總額，醫院怎麼生存。(附錄一-A)

健保局的總額預算把所有的醫院放在一起做總額，台中榮總、彰化基督教醫院、中國醫學院、中山醫學院、醫學中心這些大醫院分到那麼多，地區醫院只分到一點點，可能一個月的營業額還不到大醫院的一天，但是健保局會考慮到這些嗎？不會的，

總額預算對地區醫院來講是相當的不公平也不好的。(附錄一-A)

現在的醫療行業比以前競爭而且不容易經營，除了醫療院所的競爭外，以健保總額的壓力最大(附錄一-D)

4.1.4.2 病患的就醫傾向

程文瑛(民 76)在民眾選擇醫院因素分析研究中指出，民眾選擇醫院的考慮因素依序為：醫德、醫師聲譽、方便性、醫師服務態度。蘇俊憲等(民 91)指出醫院經營上的服務品質趨近於顧客導向，則是現今醫療服務的要件，因此，如何讓醫院的服務品質達到顧客滿意，對於醫院的競爭力將有所助益。

因為健保之後，許多病人跑到大醫院，因為大醫院醫師多、設備新，可以做的檢查多，可以開藥的天數多。(附錄一-A)

在地區醫院急診病人就診意願較低，所以增加醫療服務的項目，應該對醫院有幫忙，我有思考要做這個整型美容問題，我姐夫又是美容專家，但是醫院這個鄉下地方市場可能會有困難，民眾都喜歡去大都市做。(附錄一-A)

由於地區醫院的醫療技術和設備無法和大型醫院如醫學中心或區域醫院競爭，加上健保給付的關係，大型醫院能提供病患完整且方便的檢查，和民眾就醫意識的觀念改變，紛紛往大醫院跑。實際上民眾因為各種的因素，A 院長提出因醫療設備和條件不一樣，民眾選擇性高，就醫的利益地區醫院不如醫學中心，因此，病人會流失。

4.1.4.3 競爭因素

全民健保實施以後，由於支付制度對於門診有利，因此很多的醫師從大醫院出來到各個地區去開業，使得競爭者越來越多，提昇了民眾就醫的可近性，但也因過多的競爭使得醫院和基層診所不容易生存。如 A 院長說的連續開了幾家診所，可能會造成經營上的困難。最重要的是 A 院長說的在健保制度下，將醫學中心、區域醫院和地區醫院放在一起競爭，地區醫院實在是競爭的絕對弱勢。

因為健保環境的關係，很多大醫院的醫生他們自己要出來開業，總額預算給他們在大醫院也沒辦法生存，醫師們自己出來開業，譬如說，最近我們這裡連續開了二、三家診所，這都是競爭者。(附錄一-A)

健保局的總額預算把所有的醫院放在一起做總額，台中榮總、彰化基督教醫院、中國醫學院、中山醫學院、醫學中心這些大醫院分到那麼多，地區醫院只分到一點點。(附錄一-A)

周旭華(民 87)指出分析每一個重要的現有或潛在競爭者，對預測產業未來非常重要。因此，競爭者的觀察和分析不能不特別注意。

因為健保環境的關係，很多大醫院的醫生他們自己要出來開業，總額預算給他們在大醫院也沒辦法生存，醫師們自己出來開業。(附錄一-A)

4.1.4.4 醫療衛生政策和相關法令

謝文輝(民 88)指出對於未來即將面對萎縮的急性醫療市場，當然要節制急性醫療院所的擴建或新建及輔導轉型至安養、慢性病及其他特殊醫療等相關體系外，對促進醫療院所間結盟合作的相關法令也應積極規劃推動。

現在的醫療環境，是比以前競爭而且不容易經營，除了醫院跟醫院競爭外，以健保總額的壓力最大，對於地區醫院來講，點值的風險比較大，毛利被健保點值侵蝕的蠻嚴重的，面臨著健保的大壓力，醫院幾年前開調整經營方向，專心經營呼吸治療病房，然後能夠生存下來。(附錄一-B)

政府許多的規定都限制了地區醫院的發展，如 B 院長提到的面臨著健保的大壓力，醫院幾年前開調整經營方向，專心經營呼吸治療病房，然後能夠生存下來，這其實是政府主管機關應該要思考的。

4.2 地區醫院之經營理念和策略

Schutz(1964)認為對於社會實在的了解，必須基於生活在那一社會實在中人的個別經驗及感受。方世榮(民 89)指出透過廣泛地定義經營使命、政策與目標，總管理處為事業部與事業單位提供明確的規劃方向。每位地區醫院院長和醫師之經營理念，這些經營理念可能來自於大醫院受訓時的觀念，開業時的經驗，專業訓練的關係，也有可能是因市場和環境的變化，而做出價值觀的調整觀念，他們要將自己的經營理念定位為何，都會影響到事業的經營結果。

4.2.1 經營理念

在經營理念部份，四位敘說者都有不同的經營理念，主要之經營理念如下：

4.2.1.1 業務導向

方世榮(民 89)指出在市場導向的策略規劃是在發展和維持組織目標、資源及其變動市場機會之間，取得有效整合的管理程序。A、B 和 C

三位院長和 D 治療師都有市場導向的看法，因為地區醫院必須要生存，不能不考慮市場策略規劃所帶來之業績，也只有在業務量的支持下，才能在現在醫療環境中生存下去。

業務量一天天的成長，比起以前成長快速，是以前的幾倍業務量，達到 1,000 人次/月以上。(附錄一-A)

復健業務的推動由 D 物理治療師，開辦之後業務也是不斷的成長，復健人次比起以前差距很大，高達每月 2,000 人次以上。(附錄一-A)

4.2.1.2 成本管控

黃國明(民 91)指出現在醫院應該從傳統管理控制系統-設計一個重視短期和控制導向的財務架構到策略性管理系統-重視長期和策略觀點的設計理念。大家都有這樣的看法，因為全民健康保險總額預算支付制度的影響，給付太低的壓力下，內部的成本必須要降低，才有生存的空間。

本院投資這一項醫療服務，因為人員可以共享，設備和材料可以聯合採購，其實可以降低醫院的成本，對於醫院短期、長期而言應該都是有利的。(附錄一-B)

4.2.1.3 為服務鄉親

鄉親是最主要的業務來源，因此，必須先有這樣的觀念才能走入社區，擁抱民眾，維持穩定的業務量。王正倫(民 89)在醫學發展初期，由於以往社區醫療保健服務為基礎的全科醫學對人類提供了最經濟有效的初級健康照護，所以全科醫學在當時迅速發展。而台灣早期鄉村醫療都是這樣發展起來的。

原本我在大醫院工作，因父親留下這個醫院，讓我產生一個理念，就是要服務地方、回饋鄉里，這是我的第一個理念。(附錄一-A)

因為我是在地人，我回來已經二十多年，咱們地方的人是絕大部份對醫院是肯定和支持，老病人對醫院的醫術和品質是肯定的。(附錄一-A)

4.2.2 地區醫院新經營項目策略

本研究將地區醫院的經營策略定義為業務發展管理、醫療服務管理、穩健財務管理和合作關係管理四個構面，因此在訪談後，亦以這四個構面來做資料分析，以探討地區醫院的經營策略和生存之道。對 A 醫院而言，在經營上和合作對象有不同的經營模式，合作的各項專業由合作對象負責管理，未來值得地區醫院和合作對象深思，是否能建立良好的經營策略，才能確保地區醫院的生存永續經營。

白佳昇、張錦文(民 83)指出醫療院所在經營管理上，應著手加強現代化及制度化，具有醫院管理人才；重視醫療人員，培養團隊運作及主動解決問題的能力。

4.2.2.1 業務發展

對地區醫院和合作對象而言，病患來源是非常重要的，沒有病患的就診就不會有醫療收入。因此，在業務的推動上必須思考一些作法來提昇醫院的業績，衛生主管機關對於醫療廣告限制嚴苛，故醫院很少做媒體廣告，地區醫院也是一樣。就如 C 院長說的當地沒有醫院發展本科，市場定位針對特定對象就有拓展業務的空間。

業務推動和行銷工作也請 B 院長處理，我只做單純的醫師配合查房診療事宜。(附錄一-A)

當時在醫院附近的鄉鎮都沒有醫療院所設置復健醫療業務的機構，而當地的老年人不少，且醫院骨科病人很多，這些應該都是復健科的病人來源。(附錄一-D)

當地的老榮民和老人都很多，這些應該都是有機會開發的病人來源。(附錄一-C)

業務推動和行銷工作由我們處理，因為我們知道潛在的病人在那裡？家屬需要的是什麼？(附錄一-B)

本地區缺乏相關的醫療服務，病人住院陸續的成長，佔床率經常達到 100%，必須佔用其他一般病房的床位(附錄一-B)

業務量一天天的成長，比起以前成長快速，是以前的幾倍業務量，達到 1,000 人次/月以上。(附錄一-A)

白佳昇、張錦文(民 83)指出醫療院所在經營管理上，應加強服務對象以社區為主，與社區建立友好關係；並加強醫療行銷策略，增加醫療市場的佔有率。

4.2.2.2 醫療服務管理

謝溫國(民 90)認為為了要滿足病患最重視的要求，經常要利用護理部門、行政部門和醫療部門等各業務部門，跨部門的合作負責，來完成品質保證的工作。地區醫院雖然普遍的醫療技術水準不如醫學中心和區域醫院，但合作對象的醫師和醫療服務人員還是從上述醫院受訓後到地區醫院服務，且都是這些專科的專業人員，有相當的醫療技術水準，在地區醫院中都能展現這方面的服務品質。

我們在台中市經營呼吸治療病房業務已有十年以上的經驗，且經營有二、三家的醫院呼吸治療病房。病人相當的穩定，且照護品質有目共睹。(附錄一-B)

病人的反應也都很好，認為本院的洗腎中心醫療很有水準，洗的很好。(附錄一-C) 同時本院的健保核減率都低於 5%，顯見本院的醫療照護品質和對醫療的慎重也獲得健保局的肯定(附錄一-A)

如 A、B、C 三家醫院和診所都很強調和重視醫療品質的問題，因為只有醫療品質良好才能得到病人的肯定，才能和其他的醫療機構競爭。白佳昇、張錦文(民 83)指出醫療院所在經營管理上，應確實實施醫療品質改善制度，提昇服務品質。

4.2.2.3 財務穩健管理

在現在的健保支付制度下，開源節流是每個醫院都必須重視的課題，地區醫院更要特別的加強管控，以往醫院暴利的時代已經過去，現在已經變成微利時代，醫院財務管控如果不佳，可能很難在醫療產業界生存下去。林文華(民 90)指出醫院的經營成果可透過良好的會計和內部控制來確保；因此無論是會計報表的編制、收入支付的作業、醫療成本的核算或內部控制的實施成效皆攸關醫院的經營管理。

醫院的收入整個減少，醫院本來營業收入要跟我們打八折，做為醫院的總額，醫院怎麼生存。(附錄一-A)

醫院的員工和我就像兄弟姐妹一般，他們都叫我「大耶！」因此對醫院的向心力無話可講，比一般大醫院工作員工的向心力強太多了，他們在醫院困難的時候主動跟我說減薪、少假，因此，員工每月的休假是他們訂的(附錄一-A)

對於 A 醫院而言，因為收入的減少，必須加強減少醫院內部開支，加強和合作對象的合作，開發業務資源，才有助於醫院收入的提升。

4.2.2.4 合作關係管理

蔡志宏(民 90)的研究顯示，雖然中型醫院參加策略聯盟的意願是很高，但是仍堅持自主權，在所有權及管理權方面仍相當保守，妥協空間不大，但有少數價值活動是例外。陳明晃、張煥禎、陳誠仁(民 93)指出在具體利益實現之前，最重要的是建立彼此間的信任基礎；然而，在收獲前需先願意放下部份自主權，以便求取共同的利益。

人員聘任方面全由 C 醫師負責處理，另外在業務行銷部份也請 C 醫師規劃處理，我只負責醫院內部管理和其他支援的部份(附錄一-A)

B 院長負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、... 等專業人員的聘任和訓練，業務推動和行銷工作也請 B 院長處理，我只做單純的醫師配合查房診療事宜。(附錄一-A)

我有豐富的經營呼吸治療照護的經驗，負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、...等專業人員的聘任和訓練，業務推動和行銷工作由我們處理，因為我們知道潛在的病人在那裡？家屬需要的是什麼？(附錄一-B)

4.3 地區醫院之新經營策略

由於病患可以自由選擇到醫療完整性的大醫院或可近性的基層診所，在全民健保之後對地區醫院的業務造成很大的衝擊。因此，地區醫院增加新經營項目後，當然期望新經營項目對於地區醫院的各項業務和收入有很大的幫助，這應該是一般地區醫院轉型最主要的目的。新經營項目的經營因為機構本身所處的地位跟病患的來源都跟醫院有相當的關係；雖然，新經營項目有不同的經營理念，但都期望能給予地區醫院一些幫助，這是新經營項目絕對會去執行的主要任務之一。

從資料分析中發現地區醫院新經營項目都獲得民眾相當的肯定，投資者的認同，因此，在經營策略上就以下四個看法來做探討。

1. 佔床率：新經營項目呼吸治療佔床率已超過 90%，洗腎病患佔床數也超過 90%，連同家屬的就近門診，提昇醫院的佔床率和門診量。
2. 收入和支出：新經營項目每月均有固定之利潤，同時為醫院帶來不同的附加價值，醫院的門診、住院、居家護理、預防保健收入均大幅度的增加。
3. 醫療及照護品質：新經營項目教育訓練制度，不僅使得機構同仁的照護技術水準提昇，同時也提供醫院和新經營項目同仁相同的機會，家人和家屬滿意度都很高。
4. 組織文化：地區醫院和新經營項目員工團隊必須合作無間，建立相同理念和一家人的觀念。

因此，本研究將地區醫院之新經營策略以策略目標、經營策略、市場定位及執行策略四個構面來看因應健保制度後之經營策略。

4.3.1 策略目標

莊逸洲、黃崇哲(民 89)指出在必須設定目標的領域中，對醫療機構而言，社會責任和利潤需求的平衡點如何決策，是最容易引起大家爭論的議題。每家地區醫院轉型所希望達到的策略目標都不見得相同，但最主要的還是提昇業績、增加收入、降低成本等為主，如 B 醫院思考的策略目標是

人力的共用可以降低成本和增加收入；A 醫院認為新經營項目可以協助醫院的赤字，策略目標是希望協助醫院的收入，所以，地區醫院開發新經營項目的策略目標會是在於收入面，但也應該考慮醫院的社會責任。

專業人員院長希望由我來聘任和管理，同時讓我處理醫院的復健業務，醫院為了減少管理工作，希望 A 醫院和我採取共同投資的方式合作，人員共享，共同分攤風險，減少彼此的負擔。(附錄一-D)

由於健保給付的金額比一般醫療給付穩定，復健市場應該還有發展的空間。(附錄一-D)

由於洗腎治療在健保的給付還不錯也很穩定，比醫院一般的給付較好，雖然投入的成本也較高，但投資洗腎醫療服務，人員可以共享，設備和材料可以聯合採購，其實可以降低成本，對於雙方短期、長期而言應該都是有利的。(附錄一-C)

4.3.2 經營策略

地區醫院因應健保制度後之經營策略，應是增加新經營項目和業務範圍，同樣的病人但有不同的二種以上的服務，而有二倍以上的業績和收入，這是第一個經營策略觀點。對 A 醫院而言經營策略是業業務收入面和醫療服務面的策略；那對於合作經營業務而言，地區醫院和合作經營業務之間是一個持續性的共存共榮的團體。

重新規劃 A 醫院的洗腎空間，因為病人需要的是舒適和安全的環境；洗腎技術方面、人員聘任方面全由我負責處理，因為我可以找到洗腎專業且優秀的人才加入洗腎醫療工作；另外在業務行銷部份 A 院長也認同我在業務的能力，規劃病人的來源，這些我都可以做很好的處理，A 醫院負責醫院原有內部管理和其他支援的部份(附錄一-C)

我們在台中市經營呼吸治療病房業務已有十年以上的經驗，且經營有二、三家的醫院呼吸治療病房。病人相當的穩定，且照護品質有目共睹。因此和 A 院長討論合作投資呼吸治療病房事宜，他負責場地的部份，利用醫院的二樓病房，只做部份的整修；我有豐富的經營呼吸治療照護的經驗，負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、...等專業人員的聘任和訓練，業務推動和行銷工作由我們處理，因為我們知道潛在的病人在那裡？家屬需要的是什麼？A 院長只需要配合查房診療和原有人力的管理就可以。(附錄一-B)

業務量的增加我想最大的原因是 D 物理治療師已有十多年的復健工作經驗，和病人的互動良好，且是專業的物理治療師，復健技術精湛，才有這樣的成績。(附錄一-A)

第二個經營策略觀點就是醫療和照護品質，醫院和合作經營業務都很重視，因為照護品質不好會影響到病人來源的來源，相對的也會影響到地區醫院的客源。除此之外，主管機關對於醫院和合作經營業務都有評鑑或

訪查的制度，對於照護管理都有不同的規範。因此，大家都很重視人員素質，經常安排訓練，在照護病人來源的要求都有一定的標準作業，這些都是照護品質的保證。

B 院長，他們在台中市經營呼吸治療病房業務已有十年以上的經驗，病人相當的穩定，且照護品質有目共睹。(附錄一-A)

病人住院陸續的成長，佔床率經常達到 100%，必須佔用其他一般病房的床位，且照護品質榮獲健保局評鑑一級水準。(附錄一-A)

病人都住在各大醫院內，一聽到本院呼吸治療病房開辦都陸續回來，病人住院陸續的成長，佔床率經常達到 100%，必須佔用其他一般病房的床位，且照護品質榮獲健保局評鑑一級水準。(附錄一-B)

在專業技術本人沒有問題，可以擔任醫療服務工作。(附錄一-C)

許多的合作項目都由合作經營業務主導經營，或者是由醫院提供經營經驗，也都讓專業的合作經營業務採自主管理的方式，對於病人來源的權益和照護的品質真的有很大的保障。

洗腎技術方面、人員聘任方面全由我負責處理，因為我可以找到洗腎專業且優秀的人才加入洗腎醫療工作；另外在業務行銷部份 A 院長也認同我在業務的能力，規劃病人的來源，這些我都可以做很好的處理(附錄一-C)

我來負責人員聘任及物理治療技術管理，復健科由我負責經營，復健業務的推動由我來(附錄一-D)

我有豐富的經營呼吸治療照護的經驗，負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、...等專業人員的聘任和訓練，業務推動和行銷工作由我們處理，因為我們知道潛在的病人在那裡？家屬需要的是什麼？(附錄一-B)

對於地區醫院和合作經營業務而言，因為是互相幫助的，可以給民眾或病患一個整體的醫療照護，因此，在因應的過程和做法上，可以發現有垂直整合的影子，可以說是地區醫院的一個垂直整合策略，那在經營策略上來看，也等於是事業部層級的經營策略。地區醫院和除了合作經營業務的整合之外，也慢慢的和其他合作經營業務做一個垂直整合，這即是第三個經營策略。

A 醫院在當地已有超過 50 年的歷史了，醫院的名聲不錯，在當地相當受到肯定，A 院長做人也很爽快，不會要求很多。(附錄一-B)

從台中回來一開始也都做的不錯，業務也相當的良好，刀也很多。(附錄一-A)

在醫院附近的鄉鎮沒有醫院做呼吸治療這項醫療服務，而且當地的老人又多，還有許多的老榮民，這些應該都是潛在的病人來源。(附錄一-B)

莊逸洲、黃崇哲(民 89)指出一個整合性醫療體系是否有能力提供病患具整合性的醫療照護，垂直整合將扮演一個非常重要的角色。地區醫院的經營策略就是地區醫院和專業團體合作，讓病人可以受到專業的照顧服務，一方面病人可以得到良好的醫療服務和護理照護，地區醫院和合作經營業務也有穩定的業務，這對地區醫院的經營是非常有利的。

4.3.3 市場策略

在地區醫院和合作經營業務合作經營之後的市場策略，增加了地區醫院許多病患市場，因為合作經營業務提供了區域沒有的醫療服務，這部份是最穩固的病患來源，也是其他醫療院所拉不動的，除了 B 合作經營業務，還可以再跟 C、D 的合作經營業務做合作，開發不同的病人族群，對於地區醫院的市場策略是有利的。

A 醫院在當地已有超過 50 年的歷史了，醫院的名聲不錯，在當地相當受到肯定，A 院長做人也很爽快，不會要求很多，所以我們覺得可以考慮合作。而他們醫院的優勢是醫院的人員，配合度蠻好的，所以在服務上沒有太大的問題；另外在醫院附近的鄉鎮沒有醫院做呼吸治療這項醫療服務，而且當地的老人又多，還有許多的老榮民，這些應該都是潛在的病人來源。(附錄一-B)

在醫院附近的鄉鎮沒有洗腎這項醫療業務的機構，而當地的老榮民和老人都很多，這些應該都是有機會開發的病人來源。(附錄一-C)

A 醫院在當地經營那麼多年，有很好的醫療背景和病人，可以透過他們和當地企業、長照機構和社區民眾結合，開發復健的業務。(附錄一-D)

相對於 A、B 二家地區醫院是屬於小型的醫院，但是因為醫院間的合作經營業務規模大，可以幫助地區醫院的病患量大，因此在市場策略上還是會以合作經營業務為主要的對象，據了解二醫院合作經營業務佔床率超過百分之九十以上。

開辦之後，業務真的是不斷的成長，復健人次比起以前差距很大，高達每月 2,000 人次以上。(附錄一-D)

合作之後業務量一天天的成長，比起以前成長快速，是以前的幾倍業務量，達到 1,000 人次/月以上，病人的反應也都很好，認為本院的洗腎中心醫療很有水準，洗的很好。(附錄一-C)

這些合作經營業務幾乎都不用做什麼行銷方式，A 醫院的客源不斷的供應，B 醫院自行做轉介，因為他們原本的病人來源比較多，合作經營業務床數較少。因此，供應量充足，不必刻意行銷。

結果發現，本地區缺乏相關的醫療服務，病人都住在各大醫院內，一聽到本院呼吸治療病房開辦都陸續回來，病人住院陸續的成長，佔床率經常達到 100%，必須佔用其他一般病房的床位，且照護品質榮獲健保局評鑑一級水準。(附錄一-B)

本院的業務量仍然維持相當的水準，深獲病人和家屬的肯定，這都是合作對象努力的成果，同時本院的健保核減率都低於 5%，顯見本院的醫療照護品質和對醫療的慎重也獲得健保局的肯定，因此合作是成功的。(附錄一-A)

開辦之後業務也是不斷的成長，復健人次比起以前差距很大，高達每月 2,000 人次以上，來做復健的老人家或一些機關團體的工作人員都說來醫院做復健很有效，且工作人員態度都很客氣。(附錄一-A)

黃德舜、蔡麗華(民 90)指出長期照護將是一個完全競爭的市場，價格戰爭是必然的現象；機構要生存並永續經營，唯有透過管理經營，加強對品質的管理、對成本的管理、對產業競爭力、產業環境的敏銳洞悉能力；最重要的是選擇機構在產業中的競爭策略。

因此，地區醫院因應健保制度採取合作的市場策略，即是以合作經營業務之病人來源為基本的客源，同時開發周邊的民眾，再合併二個機構共同開發社區資源，並利用彼此的優勢，如合作經營業務有地區醫院原有地方關係的轉介和原本的病人基礎，應再加強公共關係的建立，並以整合性醫療照護來做為市場策略的競爭優勢。

4.4 執行策略

在地區醫院轉型為合作經營業務之後，在組織和人力上是實質上的擴充和人力的增加，因此人力的互動和品質的共進是有目共睹的，從 B 醫院很顯然的可以看出，合作經營業務人力對醫院的幫助。

由於二十多年來，醫院的員工和我就像兄弟姐妹一般，他們都叫我「大耶！」因此對醫院的向心力無話可講，比一般大醫院工作員工的向心力強太多了，他們在醫院困難的時候主動跟我說減薪、少假。(附錄一-A)

由於呼吸治療在健保這一塊的給付還不錯，比醫院一般病房的給付高，雖然投入的成本也較高，但本院投資這一項醫療服務，因為人員可以共享，設備和材料可以聯合採購，其實可以降低醫院的成本，對於醫院短期、長期而言應該都是有利的。(附錄一-B)

合作經營業務還是有它的組織架構，主要還是以經營業務編制不同的人力，不同的專業人員。

我有豐富的經營呼吸治療照護的經驗，負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、...等專業人員的聘任和訓練。(附錄一-B)

洗腎技術方面、人員聘任方面全由我負責處理，因為我可以找到洗腎專業且優秀的人才加入洗腎醫療工作。(附錄一-C)

地區醫院給予合作經營業務的是醫療支援，財務管控的策略是不變的，從合作經營業務的負責人口中知道，財務的部份還是由地區醫院做管控，那在醫療服務的部份只是多了合作經營業務的客源和原本的作業並不衝突。在財務管控這一塊，合作經營業務都還是跟醫院做連結，由地區醫院來主導財務的管理，對 B、C、D 三人都是合作投資的負責人，主要負責業務管理和醫療服務管理的部份，財務部份的控管仍在地區醫院內部。

設備投資部份，A 醫院的財務相當的雄厚，資金投入沒問題，未來要再擴充也都沒有問題。(附錄一-B)

財務方面，合作部份還是要請 A 醫院申報健保和現金收入部份，還是請 A 醫院處理較方便。(附錄一-B)

財務方面，A 醫院財務穩健，資金充裕，且申報健保和現金收入部份，A 醫院平時就在處理，請 A 醫院管理較方便。(附錄一-C)

白佳昇、張錦文(民 83)指出醫院中各單位可依實際情形，建立自行獨立經營模式，並要減少部門間的區隔，以使行政效率提高；這些演變的目的是要能即時滿足病患或醫療消費者的需求，以病患為主體，來提昇醫療服務品質，並將內在及外在不利的衝擊降至最低，以達醫療院所永續經營之目的。

現代人因為缺乏運動，產生了許多的文明病，經常腰酸背痛，這些都需要復健人員的參與協助。因此，醫院如果經營復健科，以醫院原有病人的基礎，應該會有穩定的病人。(附錄一-D)

國內有許多家洗腎團體的醫院，心想經營方向就是朝這個方向走，就是走向專業，只有專業的服務可以給病人最好的。(附錄一-C)

現在的醫療環境，比以前競爭而且不容易經營，除了醫療院所的競爭外，以健保總額的壓力最大，對於洗腎來講，因為是採論人計酬的方式，雖然點值的風險比較大，但是一、二十年來，洗腎的醫療給付金額都還維持著一定的水準，因此面臨著健保的大壓力，專心經營洗腎中心，應該能夠生存下來。(附錄一-C)

因此，在地區醫院轉型合作經營業務後之執行策略，組織人力方面建立連結和互動的組織架構，人力上共用或相互支援；業務和行銷針對共同的照護病人來源和社區活動做發展；醫療照護品質採持續性的整合醫療照護；財務管控由地區醫院負責全面性的管控，如此在執行策略上等於是是一個整合的事業體系，對地區醫院應是最佳的執行策略。

第五章 結論與建議

5.1 研究結論

本研究係探討地區醫院轉型為合作經營業務之經營策略，經過之前的各項討論和提出之相關的產業環境分析，地區醫院的內外部環境等的分析，採取因應之經營策略，和轉型為合作經營業務後之經營策略，本研究做了一些探討，之後再比對地區醫院和合作經營業務的訪談資料，得到了以下的結論。

地區醫院確實面臨醫療環境和市場的變化，而產生了許多的困境，包括業務問題、醫療人力問題、收入減少的財務問題，而造成些困境最主要的原因就是在健保的政策和總額預算支付制度造成病患的減少、業務萎縮和收入不斷的減少，其次是各種法令規定，如環保、消防安全、醫療品質等造成地區醫院成本的增加。

因此，地區醫院在現有的經營基礎上，難以生存，而必須要考慮因應健保和環境變化的策略？茲將本研究探討地區醫院轉型為合作經營業務的經營策略的結果，敘述如下。

- 1.地區醫院在面臨健保政策和醫療環境變化的壓力，真的遇到的挑戰和困境，就是業務量(病患)減少、競爭者增加、給付的減少而產生財務收支不平衡，造成經營上的困難，因此，所有地區醫院都採增加收入如穩定客源、增加業務量、開發自費項目和降低成本如減少人力開支、減少耗用、資源的再利用等的方式做為因應策略。
- 2.地區醫院為了擺脫關閉的命運，只有選擇能幫助醫院脫胎換骨或增加業務量和收入的轉型應變策略，經探討樣本地區醫院後，幾乎都以合作經營業務為轉型的優先選擇，以本研究探討的結果，合作經營業務真的能幫助地區醫院增加業務量和收入，對地區醫院的財務有很大的助益，顯見地區醫院因應健保制度為合作經營業務的經營策略確有實際的實施成效，能使醫院能繼續存在為民眾服務。
- 3.地區醫院因應健保制度為合作經營業務前後之經營策略的差異不大，在組織和人力部份同樣以精減人力和人員共用或相互支援為主；業務和行銷部份因應健保制度前單打獨鬥，發展社區醫療服務或被動的等待，轉型後則以合作經營業務為病患來源的基礎，再積極拓展社區服

務和合作經營業務周邊客源做為行銷主軸；在醫療服務管理部份，轉型前後都以加強醫療服務品質的管控為重點，因應健保制度後必須加強慢性病和老人相關疾病的醫療品質的提昇；在財務管控部份，幾乎都是相同的由地區醫院做管控，主要是因應健保制度後增加了財務收入，使地區醫院有更靈活的運用空間。

4.地區醫院採取因應健保制度為合作經營業務，經本研究探討後發現，確實對於地區醫院經營有很大的幫助，如醫療業務量、財務收入、人員的互動和社區關係等，我們可以從上述的分析中看到，國內的地區醫院可依本身的規模參考幾家地區醫院的轉型為合作經營業務，以提升醫院存活的機會。

事實上，對於地區醫院而言，尤其是小型地區醫院，原本住院佔床率約僅 10%~20%左右，但採取合作經營業務後佔床率大增，對於醫院有很大的幫助，本研整理調查訪談之 A 醫院和各合作業務資料如表 5.1。

表 5.1 合作經營業務之地區醫院佔床率比較表

醫院別	A 醫院	呼吸治療	洗腎	復健業務	備註
原佔床率	35%	0%	0%	600 人/月	
合作之後	>50%	>90%	>95%	>1800 人/月	
現有佔床率	>60%	>90%	>95%	>1800 人/月	

資料來源：本研究調查 A 醫院後整理。

各地區醫院主要的住院佔床率，原本受全民健保影響都在 35%左右，但在採取合作經營業務後，住院佔床率都隨著合作經營業務的增設而增加，顯見採取合作經營策略對於地區醫院的佔床率是有利的。

各地區醫院未因應健保制度前的門診量，原本受全民健保影響，約為現有門診量的 75%左右，但在因應健保制度合作經營業務或跟機構合作後，門診量都隨著合作經營業務的收容養護量的增加而增加，顯見因應健保制度對於地區醫院的門診量是有利的。

5.2 研究限制

- 1.本研究為地區醫院因應健保制度之經營策略，採立意抽樣方式，僅選擇單一地區醫院樣本，無法訪談所有的地區醫院。

- 2.地區醫院或合作經營業務機構接受訪談的對象，可能無法完全瞭解經營策略和因應健保制度策略的定義。
- 3.本研究範圍之地區醫院因應健保制度之經營策略時間不一，因此無法取得較完整的資訊。
- 4.地區醫院因規模較小，許多數據和資料都較不完整或缺乏。

5.3 研究發現

在本研究中，依據設計之題目針對一家地區醫院和三家合作經營業務負責人請他們做敘說，有了下列之發現。

- 1.地區醫院確實面臨困境，且地區醫院都曾思考因應健保制度的問題，因為要生存就必須要思考新的經營策略。
- 2.在因應健保制度思考時，地區醫院思考對醫院最有直接幫助的方向來規劃新的經營策略，而合作經營業務對醫院是最有利的途徑。
- 3.地區醫院最想因應健保制度的策略是合作經營業務。
- 4.採取合作經營業務對地區醫院的風險較小，投資成本最低，也是地區醫院最熟悉的產業。
- 5.合作經營業務會促進地區醫院的業務量和收入，當然要採取合作經營業務做為醫院的新經營策略。

5.4 對地區醫院採取合作經營業務之建議

從本研究可以看到，地區醫院因應健保制度為合作經營業務的經營策略是可行的，至於地區醫院應如何針對健保制度做因應才能對醫院有幫助，本研究僅對地區醫院做下列之建議。

5.4.1 對地區醫院經營者之建議

- 1.醫院本身的條件：經營者應建立有效經營團隊，學習和吸收各項醫療專業相關資訊，培養相關專業人才。
- 2.調整現有醫院組織架構機能，包括行銷或社區活動部門、建立各部門醫療業務之執行能力。
- 3.利用現有病房空床變更為新經營業務，或另找尋空間規劃設立合作經營業務。

5.4.2 對新經營策略的建議

5.4.2.1 組織和人力部份

1. 建構地區醫院經營團隊，包括管理者、長照護理人員、社工、營養師和看護人員等的招募和教育訓練。
2. 培訓各類醫療人員成為地區醫院和合作經營業務都適合的人力，如醫師、復健治療師、社工、營養師和看護都是醫院和長照機構可以共用的人力。
3. 建立地區醫院和合作經營業務間人力之互動和互調機制，並定期做實際之轉診和溝通會議，以減少事業部間的隔閡。

5.4.2.2 業務和行銷策略部份

1. 地區醫院應採社區醫院之行銷策略，以醫院所在之社區醫療服務做為行銷重心，培養社區種子志工協助社區服務工作。
2. 支援合作經營業務之門診及預防保健業務，管控合作經營業務個案的轉介，並建立長期照護病人來源家庭檔案及加強和其周邊相關人員的互動。
3. 針對不同客層的差異化策略，包括合作經營業務個案及家屬之優惠和差異化之醫療服務。

5.4.2.3 醫療服務管理部份

1. 發展為社區醫院型態，發展預防保健、諮詢和居家服務、居家護理等醫療服務。
2. 提昇醫院醫療服務品質，改善醫院內部流程和合作經營業務之轉診流程，建立機構間之整合性醫療服務機制，以滿足病患之各項需求。
3. 建立地區醫院整合性醫療服務的特色，減少病患的時間、流程及費用等的負擔。

5.4.2.4 財務管控部份

1. 以健保總額預算支付制度之架構，檢討醫院各科和部門之成本，並針對自主管理部份，以合作經營業務個案做為營運協助和費用調整之機制。
2. 增加地區醫院自費收入的來源，包括病房條件、合作經營業務、居家護理和看護收入等。

5.4.3 對執行策略之建議

對於地區醫院和合作經營業務而言，因為是互相轉介和幫助的，可以給民眾或病患一個整合性的醫療照護，在轉型的過程和做法上，這可以說是地區醫院的垂直整合策略。因此，在執行策略上，建議規劃地區醫院和合作經營業務之整體醫療照護體系，共用人力或人力相互支援，相連結的醫療護理照護流程，讓病患在醫院住院和合作經營業務接受養護是持續性的醫療照護，並給予差異較少的住院環境，方能使地區醫院走向永續經營的不敗之地。

本研究結果的建議期望對於面臨生存的地區醫院的因應健保制度有所助益，在過去的相關文獻中，探討地區醫院對健保制度的因應，大多放在策略聯盟或連鎖的做法上，可以讓地區醫院知道也可以選擇合作經營業務做為轉型的選擇；對於地區醫院應如何做因應健保制度的策略，也已直接的告訴地區醫院因應健保制度成功的機會；同時本研究以事先蒐集相關文獻之方式，並藉由地區醫院實際經營者的意見和研究者的專業知識，期使本研究更為周嚴，將有助於面臨經營困境的地區醫院的因應健保制度策略思考和後續研究者之參考。

5.4.4 對後續研究之建議

建議後續之研究者可繼續探討地區醫院因應健保制度為合作經營業務的幾個方向。

- 1.地區醫院採取合作經營業務的投資成本和經營績效。
- 2.地區醫院採取合作經營業務的不同經營規模、條件和最適當之規模。
- 3.地區醫院採取合作經營業務的成功模式。

參考文獻

中文部份

- 1.方世榮譯,「行銷管理學」,民國 89 年,台北,臺灣東華。譯自 Philip Kotler, Marketing management, 10thed.
- 2.王正倫,「社區預防醫學」,民國 89 年,台北,九州圖書。
- 3.王俊文、葉俊德、陳紫郎,「健保新時代醫療產業之生態與因應」,醫院雙月刊,民國 75 年,32(2):17~31。
- 4.王俊文、王凱淞、張時獻、葉德豐,「高科技醫療儀器利用之探討:以某大學附設醫院加馬刀中心為例」,醫務管理期刊,民國 92 年,4(4):1~12。
- 5.王炳龍、徐淑芬、梁乃仁、高森永,「醫院採用垂直整合策略之影響因素與績效評估」,醫務管理期刊,民國 90 年,創刊號:17~27。
- 6.王銘杰、林永福,「醫院經營績效評估模式」,北市衛生,35,民國 86 年。
- 7.王棋,「醫院外包管理構築模式之研究:整合性觀點」。中山大學人力資源管理研究所碩士論文。
- 8.王健全,「台灣、香港和大陸經濟共同圈整合計劃可行性研究」,台灣銀行季刊 43(4),第 1~28 頁,民國 81 年。
- 9.古永嘉,企業研究方法,民 85 年,台北,華泰文化:115~118。
- 10.石曜堂,「建構整合式的醫療環境」,因應未來醫療產業新趨勢研習會,民國 91 年,彰化:9~10。
- 11.白佳昇、張錦文,「面對全民健保,醫院經營管理之因應策略」,醫院雙月刊,民國 83 年,27(2):25~31。
- 12.中央健保局,認識 DRGs 制度簡報檔,民國 98 年,
www.nhicb.gov.tw/comm/fdownload.php?fid=722-305k-2009/05/06。
- 13.朱子斌,「醫院如何建構品質指標與運用-THIS 為例」,民國 91 年,醫療品質管理研習會,彰化漢銘醫院:28。
- 14.朱文洋,「中小醫院經營策略與營運績效之探討-以平衡計分卡觀點分析」。中山大學人力資源管理研究所碩士論文,民國 90 年。
- 15.江東亮,「醫療保健政策 - 臺灣經驗」。民國 88 年,台北,巨流圖書。
- 16.江義平,「台灣中小企業策略聯盟決策模式建構與分析之研究」。國立中興大學企

- 業管理研究所博士論文，民國 88 年。
17. 行政院衛生署，「中華民國九十六年臺灣地區醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表」，民國 97 年，台北，行政院衛生署。
 18. 司徒達賢，「策略管理」，民國 84 年，台北市，遠流出版。
 19. 司徒達賢，「中小企業之策略管理」，經濟情勢暨評論，第 2 卷，第 3 期，頁 1-7，民國 85 年。
 20. 吳典龍，「台灣醫療業策略聯盟之研究」。中原大學工業工程研究所碩士論文，民國 86 年。
 21. 李美英，「全民健康保險競爭環境下醫院策略聯盟之研究」。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，民國 89 年。
 22. 林文華，「如何防範醫院財務危機」。醫院雙月刊，民 90 年，34(4)：1~6。
 23. 林振順，「醫院總額自主管理卓越計劃之探討與醒思」。藥學雜誌，21(1)，144-154，民國 94 年。
 24. 邱永仁，「2002 年健保問題總檢討」，臺灣醫界，民國 92 年，46(2)：39~41。
 25. 程文瑛，「民眾選擇醫院因素分析」。國立政治大學碩士論文，民國 86 年。
 26. 莊逸洲、吳明彥，「全民健保論病例計酬審核模式之研究」，中華衛誌，民國 85 年，5(1)：47~58。
 27. 莊逸洲、黃崇哲，「醫療機構管理制度」，民國 89 年，臺北，華杏出版。
 28. 莊逸洲、黃崇哲，。「台灣醫院總額支付制度運作模式的初步探討」。民 92 年。醫務管理雜誌.Vol.4 No4，台北。
 29. 周旭華譯，「競爭策略」，民國 87 年，台北，天下文化。譯自 Poter, M.E. Competitive Strategy：Techniques for Analyzing Industries and Competitors.
 30. 陳向明，「社會科學質的研究」，民國 91 年，臺北市，五南圖書。
 31. 陳楚杰，「從醫院形象談地區醫院的經營策略」，醫院雙月刊，民國 85 年，29(5)：1~3。
 32. 陳楚杰、林壽惠，「公立醫院轉型成功的經驗分享-以某公立護理學校附設醫院為例」，醫院雙月刊，民國 89 年，29(5)：53~56。
 33. 陳? 里譯，「企業策略」，民國 89 年，台北市，商周出版。譯自 Liam, F. & Robert, M. R. 原著 The portable MBA in strategy.：594~599。

- 34.陳秋鶯，「健保總額支付制度下醫院策略聯盟之研究-以某家區域醫院為例」。大葉大學事業經營研究所碩士論文，民國 92 年。
- 35.陳星助(民 98)，從不確定中找確定-DRG 經驗分享，台灣醫務管理學會第五屆第一次會員大會暨學術研討會大會手冊。
- 36.陳明晃、張煥禎、陳誠仁，「醫院策略聯盟的實務操作-以環台醫療策略聯盟為例」，醫院雜誌，民 93，37(1)。
- 37.陳明璋，「中小企業轉型與升級經營模式之研究」，經濟部中小企業處，民國 87 年，台北市經理人協會。
- 38.陳佩妮，「醫療品質與經營績效關係之研究-以台北醫療區域各級醫院為例」。台灣大學碩士論文，民國 85 年。
- 39.陳韻靜、郭乃文、黃國哲。民 92 年。醫院策略型態與績效評估指標之相關性探討 -以平衡計分卡觀點分析。醫務管理雜誌.Vol.4 No4，台北。
- 40.陳馨文，「醫院院際合作之相關性研究」。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，民國 80 年。
- 41.彭朱如，「從跨組織關係理論觀點探討醫院間的合作策略」，中原學報，民國 86 年，25(4)：1-16。
- 42.彭朱如、王維元、張錦文，「醫院對外合作策略與績效評估」，醫院雙月刊，民 87 年，31(2)：32~44。
- 43.彭朱如，「醫院策略管理 - 價值鏈與策略型態分析」，醫院雙月刊，民 89 年，33(2)：45~55。
- 44.馬作鏗、洪思雯、邱晏麟。民 93 年。市場定位與經營競爭度對地區醫院歇業之影響。中台灣醫誌，第 9 卷，台中。
- 45.胡幼慧，「質性研究：理論、方法及本土女性研究實例」，民國 85 年，台北，巨流出版。
- 46.胡幼慧、姚美華。「質性研究：理論、方法及本土女性研究實例 - 一些質性方法上的思考」，民國 85 年，台北，巨流出版。
- 47.張笠雲、朱永昌，「組織場域的浮現：台灣醫療產業的研究」，中央研究院民族學研究所集刊，民國 83 年，77：15-6。
- 48.張錦文，「台灣醫界的問題與解決之道」，因應未來醫療產業新趨勢研習會，民國

- 91 年，彰化：1~8。
- 49.黃旭全、許怡欣，「不同權屬別連鎖型態醫療院所之經營策略調查」，民國 92 年，醫院雙月刊，36(1)：21
- 50.黃國明，「中華民國地區醫院協會會訊」，民國 91 年，21：21。
- 51.黃光雄、李奉儒等，「質性教育研究：理論與方法」，民國 90 年，嘉義，濤石文化。
譯自 Robert, C.Bogdan, Sari Knopp Biklen 原著。Qualitative Research for Education :
an Introduction to Theory and Methods.：
- 52.郭峰志，「醫療機構導入平衡計分卡之研究-以某區域醫院為例」。台灣大學會計學
研究所碩士論文。
- 53.楊漢?、孫碧雲，「公立醫院附設護理之家之探討」，醫院雙月刊，民國 88 年，32(2)：
57-65。
- 54.潘得龍，「建立以醫療品質指標為基礎之主管資訊系統」。國立雲林科技大學資訊
管理研究所碩士論文，民國 90 年。
- 55.顏哲傑，「結合評鑑新基準打造優質醫療品質」。96 年醫院評鑑說明會，民國 96
年。
- 56.管思齊，「署立雲林醫院於台大醫院醫療團隊進駐後組織文化之改變」，台灣醫界，
民國 91 年，45(9)：42~44。
- 57.蔡志宏，「巨變時代下中型醫院之策略聯盟研究」，中國醫藥學院醫務管理學研究
所碩士論文，民 89 年。
- 58.蔡良敏，「健保總額給付壓縮地區醫院」，中華民國地區醫院協會會訊，民國 91 年，
20：65~67。
- 59.馮兆康、賴麗娜、羅雁紅。民 97 年。醫院卓越計畫實施後對主治醫師工作生活品
質影響之意見調查。醫院雜誌，第四十一卷，第二期，台北。
- 60.謝文輝，「全民健保實施後地區醫院對住院之因應對策」，醫院雙月刊，民國 84 年，
28(6)：57~59。
- 61.謝文輝，「如何整合醫療資源提昇提昇醫療資源之使用效率(四)」，醫院雙月刊，民
國 88 年，32(6)：34~36。
- 62.謝炎堯「DRG 是什麼?」，民國 95 年 06 月 20 日，自由時報。
- 63.謝溫國，「利用品質機能展開法解析醫院的服務品質要素與其系統化之研究 - 以中

- 部某區域醫院為個案」，醫務管理期刊，民國 90 年，2(4)：86~107。
- 64.藍忠孚，「全民健保後醫師人力供需現況與未來推估之研究」，民國 86 年，臺北，行政院衛生署。
- 65.蘇俊憲、陳屏國和蘇香樺，「在提昇顧客滿意度考量下探討醫院支援性活動服務品質之研究-以某署立醫院為例」，醫務管理期刊，民國 92 年，4(4)：27~39。
- 66.葉德豐、鄭禮祥、王俊文，「醫院策略研究傾向之探討 - 以台中縣市區域級醫院為對象」，醫院雙月刊，民國 92 年，36(2)：40~49。
- 67.劉文健，「醫院管理策略與成果之經驗分享-運用 SWOT 分析法及策略管理於東部某醫院」，醫院雙月刊，民國 90 年，34(3)：19~28。
- 68.劉容華、江東亮，「臺灣地區醫院歇業與新設的最新趨勢」，民 85 年，發表於中華民國公共衛生學會年會，台北。
- 69.劉淑芳、阮玉梅，「長期照護概論 - 台灣地區老人長期照護政策」，民國 90 年，台北，華杏出版。
- 70.錢慶文，「因應總額預算地區醫院之管理變革」，中華民國地區醫院協會會訊，民 91 年，18：39。
- 71.韓揆，「土、洋 DRGs - 全民健保論病例計酬」，醫務管理期刊，民國 90 年，2(3)：27~45。

英文部份

1. Ginter, P.M., Duncan, J.W., Swayne, L.E., 1995, "Strategic Management of Health Care Organization. Malden, MA: Blackwell Business. 2nd Ed.
2. Habermas, J. 1968, "Knowledge and Human Interests" Boston: Beacon.
3. Hill W.L. & Jones G.R., 2004, "Strategic Management Theory" Houghton Mifflin Co. Boston New York. 6th Ed.
4. Hope, J. and Hope, T., (1997), *Competing in the Third Wave: The Ten Key Management Issues of the Information Age*, Harvard Business School Press.
5. Miller, W.L. & Crabtree, B.F., 1992, "Primary Care Research : A Multi-method Typology and Qualitative Road Map" in Crabtree & Miller, *Doing Qualitative Research*, Newbury Park CA.
6. Oliver C., "Determinants of Interorganizational Relationship: Integration and Future Directions", *Academy of Management Review*, 15(2), pp. 129-141, 1990.
7. Porter, M.E., 1980, "Competitive Strategy – Techniques for Analyzing Industries and Competitors," New York : The Free Press.
8. Rosenwald, G. C., & Ochberg, R. L. (1992). Introduction: Life Stories, culture politics, and self-understanding. In G. C. Rosenwald & R. L. Ochberg (Eds.), *Storied lives: The cultural politics of self-understanding* (pp.1-18). New Haven, CT: Yale University Press.
9. Schutz, A., 1964, "Collected Paper II : Studies in social theory." The Hague: Martinus Nijhoff.
10. Schumann, P. A., et al (1994), *Innovation: Straight Path to Quality, Customer Delight & Competitive Advantage*, NY: McGraw Hill.
11. Spradley, J.P., 1979, "The Ethnographic Interview." NY : Holt, Rinehart & Winston.
12. Treacy M. & Wiersema F., "The Discipline of Market Leaders-Choose your Customers, Narrow Your Focus, Dominate Your Market," Addison-Wesley Publishing Company, 4th printing, March 1995.

附錄一

時間：九十八年四月二十八日下午十點十分至十二點十分

地點：彰化縣 A 醫院院長室

訪談對象：A 醫院院長

訪談內容：

問：A 醫師我想請你這個題目，不知道錄音方便嗎？

答：沒關係。(不要緊)

問：現在先跟您請教貴院的經營理念、為什麼想要改變醫院的型態、醫院想做什麼樣的改變？

答：我是彰化縣東南邊的人，原本我在大醫院工作，因父親留下這個醫院，讓我產生一個理念，就是要服務地方、回饋鄉里，這是我的第一個理念。醫院要經營，要跟上時代，首先就是要有醫師、其次要有設備，第三要有醫療品質，所以回來的第一件事就是購置新儀器設備和聘任新的醫師加入醫院的行列，內部做人員教育訓練以提升醫療服務品質，這是醫院起初思考的方向。

從台中回來一開始也都做的不錯，業務也相當的良好，刀也很多，因此，我在後面新建了醫療大樓來服務鄉親，聘請物理治療師開辦復健治療和聘腎臟科醫院開設洗腎室，但從八十四年開辦全民健保以後，地方上突然增加了許多的診所，業務量有逐年減少的現象，但是復健治療業務卻陸續萎縮，洗腎業績一直無法提升，不過醫院還是可以生存沒有問題。九十一年健保局醫院的總額預算實施以後，實際上地區醫院完全沒有生存的空間，整個醫療環境開始變壞了。醫院的收入整個減少，醫院本來營業收入要跟我們打八折，做為醫院的總額，醫院怎麼生存。醫院也有醫療品質的問題，雖然是個小小的地區醫院，但也要給病人合理的醫療品質才能得到患者的肯定，其次是醫院評鑑要求的醫療品質，醫院經營和醫療品質不能都輸掉，就是醫院思考的重點。

健保局的總額預算把所有的醫院放在一起做總額，台中榮總、彰化基督教醫院、中國醫學院、中山醫學院、醫學中心這些大醫院分到那麼多，地區醫院只分到一點點，可能一個月的營業額還不到大醫院的一天，但是健保局會考慮到這些嗎？不會的，總額預算對地區醫院來講是相當的不公平也不好的。現在的醫療環境可以說非常不好，不過有一點特殊的，因為我是在地人，我回來已經二十多年，咱們地方的人是絕大部份對醫院是肯定和支持，老病人對醫院的醫術和品質是肯定的。

由於二十多年來，醫院的員工和我就像兄弟姐妹一般，他們都叫我「大耶！」因此對醫院的向心力無話可講，比一般大醫院工作員工的向心力強太多了，他們在醫院困難的時候主動跟我說減薪、少假，因此，員工每月的休假是他們訂的，所以我想做什麼事都會和大家討論。醫院的收入有限，相對的人力的成本比例上也會較高，又要聘請資歷好，能力強的醫師、專業人員，會有財務負擔的問題，但是醫院也要有較好的設備，資金就會有壓力，不過財務控管是老婆在管，我比較不擔心。

因為健保環境的關係，很多大醫院的醫生他們自己要出來開業，總額預算給他們在大醫院也沒辦法生存，醫師們自己出來開業，譬如說，最近我們這裡連續開了二、三家診所，這都是競爭者，競爭者增加，但是因為總額預算分開醫院和診所的關係，雖然不影響到醫院總額，但會影響到醫院的門診業務，醫院的收入還是會減少。

就是健保總額預算對小醫院造成影響外，還有醫療廢棄物、醫院評鑑、的問題，都會增加醫院的開支。這些都會造成醫院經營上的困難，總額預算的關係，醫院收入減少，但人事費用不可能減少，所以必須要開發新的業務，像復健、護理之家、洗腎、呼吸治療啦！不過醫院是沒什麼技術，方法就是跟別家的策略聯盟、跟

其他較大的醫院聯合來經營這個呼吸照護病房，甚至於檢驗方面也跟他們共同來配合，一方面提升品質一方面增加收入。

總額預算給醫院的生存空間變小，在醫院經營最好是精減人力了，但醫院可以減多少人，人太少就會沒有醫療品質，最好的方式就是一個人要當好幾個用，前題是員工的薪資福利不能減少，大環境不好，但是醫院還是要做，最重要的是業務要再提昇，業務要提昇就是員工的向心力要強，所有的員工如何將患者照顧好，如何給患者肯定，提昇我們的品質是最重要的。

我是一個臨床的醫師，講轉型、講理論、做什麼多角化？實際上講我也不懂，因為醫院面臨醫療環境的壓縮，不得不增加一個跑道，所以是增加服務的項目，但要完全脫離醫療，我應該做不到，因為我只有醫療背景，對醫療業務比較熟悉，只能做醫療相關的行業。像護理之家、居家護理所、呼吸照護病房、洗腎、復健、等應該都可以做，有人跟我講急診，在地區醫院急診病人就診意願較低，所以增加醫療服務的項目，應該對醫院有幫忙，我有思考要做這個整型美容問題，我姐夫又是美容專家，但是醫院這個鄉下地方市場可能會有困難，民眾都喜歡去大都市做。

全民健保實施以後，讓很多小醫院無法生存，尤其總額預算以後，更壓縮醫院生存的空間，所以首先考慮的是財務，因為健保之後，許多病人跑到大醫院，因為大醫院醫師多、設備新，可以做的檢查多，可以開藥的天數多，因此病人會流失、住院病人的減少，門診病人的減少，也影響到財務的收入，不得不來思考醫院變動。台灣已經踏入這老人社會，彰化縣六十五歲以上的老人人口已佔 11% 以上，醫院附近鄉鎮更加的多，年輕人都去台北、台中打拼，剩餘一些六十五歲以上的老年人在鄉下，選擇和老人相關的行業應該是最有機會的，像護理之家、復健、洗腎、呼吸治療病房應該都可以，除了是為醫院的生存以外，也提供這些老人最好的照顧和服務，不過護理之家要再找地方蓋，可能放在以後會比較好。

自民國 85 年起，認識某醫院的 C 醫師，他在腎臟科已有十多年的經驗，正要發展洗腎事業，便開始和 C 醫師合作投資洗腎中心，並重新整理洗腎空間，洗腎技術方面、人員聘任方面全由 C 醫師負責處理，另外在業務行銷部份也請 C 醫師規劃處理，我只負責醫院內部管理和其他支援的部份，結果業務量一天天的成長，比起以前成長快速，是以前的幾倍業務量，達到 1,000 人次/月以上，病人的反應也都很好，認為本院的洗腎中心醫療很有水準，洗的很好。

同年也和 D 物理治療師合作復健科，採共同投資的方式，場地由我負責，D 物理治療師負責人員聘任及物理治療技術管理，復健業務的推動由 D 物理治療師，開辦之後業務也是不斷的成長，復健人次比起以前差距很大，高達每月 2,000 人次以上，來做復健的老人家或一些機關團體的工作人員都說來醫院做復健很有效，且工作人員態度都很客氣。業務量的增加我想最大的原因是 D 物理治療師已有十多年的復健工作經驗，和病人的互動良好，且是專業的物理治療師，復健技術精湛，才有這樣的成績。

本院有感於健保的給付入不敷出，且急診業務量少，糾紛又多，夜間的急診個案常常是些醉酒的民眾，造成工作人員的困擾和人員流失，且手術個案越來越少；住院率也逐步下降，乃停辦急診業務，因此對於急診我和院內同仁的興趣不大。91 年感覺健保給付的壓力，住院都幾乎是空的，在地區醫院協會上碰上 B 院長，他們在台中市經營呼吸治療病房業務已有十年以上的經驗，病人相當的穩定，且照護品質有目共睹。因此和 B 院長討論合作投資呼吸治療病房事宜，我負責場地的部份，利用醫院的二樓病房，只做部份的整修；B 院長負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、等專業人員的聘任和訓練，業務推動和行銷工作也請 B 院長處理，我只做單純的醫師配合查房診療事宜，結果發現，本地區缺乏相關的醫療服務，病人住院陸續的成長，佔床率經常達到 100%，必須

佔用其他一般病房的床位，且照護品質榮獲健保局評鑑一級水準。

因為醫院的相關因應健保的措施都有很不錯的成績，因此在健保局推動醫院個別總額制度之方案、醫院卓越計畫到後來的穩定方案，本院都沒有參加，排除在總額之外，但是本院的業務量仍然維持相當的水準，深獲病人和家屬的肯定，這都是合作對象努力的成果，同時本院的健保核減率都低於 5%，顯見本院的醫療照護品質和對醫療的慎重也獲得健保局的肯定，因此合作是成功的。

時間：九十八年五月二十日下午八點十分至十點

地點：台中市 B 醫院院長室

訪談對象：B 醫院院長

訪談內容：

問：B 醫師我想請你這個題目，不知道錄音方便嗎？

答：沒關係。(不要緊)

問：現在先跟您請教貴院的經營理念、為什麼想要和 A 醫院合作？合作的業務和型態？對醫院有什麼樣的幫助？

答：我們經營醫院已經十六年了，經營理念應該是說都跟鄉親在一起，剛開始只是一個小醫院，但和鄉親的互動有很好的關係，慢慢的發展到今天的規模，只要醫院可以生存下去，經營方向就是朝這個方向走。現在的醫療環境，是比以前競爭而且不容易經營，除了醫院跟醫院競爭外，以健保總額的壓力最大，對於地區醫院來講，點值的風險比較大，毛利被健保點值侵蝕的蠻嚴重的，面臨著健保的大壓力，醫院幾年前開調整經營方向，專心經營呼吸治療病房，然後能夠生存下來。

針對整個醫療環境來講，醫病關係的改變蠻大的，現在病人對自己的權利，還有對醫師的期待跟醫師彼此之間的權利義務的關係跟以前已經大不相同了。也就是說現在醫病關係比較緊張，那醫師可能傾向比較保護的醫療方式來做，呼吸治療病房收治的都是以重症為主，生命隨時都可能結束，家屬對醫療的抱怨會比較少，對醫療工作人員的壓力也較輕，不過健保給付的金額比醫院一般病房來得高，這塊市場應該還有發展的空間，尤其現在老年人口越來越多，平均餘命也越來越長，病人的來源應該會較多。

A 醫院在當地已有超過 50 年的歷史了，醫院的名聲不錯，在當地相當受到肯定，A 院長做人也很爽快，不會要求很多，所以我們覺得可以考慮合作。而他們醫院的優勢是醫院的人員，配合度蠻好的，所以在服務上沒有太大的問題；另外在醫院附近的鄉鎮沒有醫院做呼吸治療這項醫療服務，而且當地的老人又多，還有許多的老榮民，這些應該都是潛在的病人來源。

二家醫院要合作從組織跟人力來看，我們希望說把這個人力用的最精減，以 A 醫院現有的人力可以擔任一部份的服務工作，本院的專業人員足夠應付那邊的業務，因此為了降低風險，我們希望和 A 醫院採取共同投資的方式合作，人員共享，共同分攤風險，成功的機會會比較大。在業務跟行銷部份，A 醫院本來就有許多的基礎，可以透過他們和合作的醫院、社區、機構結合，取得病人的資源，在市場上一個特殊的定位。在專業技術本院沒有問題，可以擔任醫療照護的工作。設備投資部份，A 醫院的財務相當的穩健，資金投入沒問題，未來要再擴充也都沒有問題，最主要的是醫院原本就有中央系統的氧氣和抽吸設備，這部份醫療設備不用再投資，只要呼吸器設備購入和醫護人員進駐，很快的就可以開始營運。

由於呼吸治療在健保這一塊的給付還不錯，比醫院一般病房的給付高，雖然投入的成本也較高，但本院投資這一項醫療服務，因為人員可以共享，設備和材料可以聯合採購，其實可以降低醫院的成本，對於醫院短期、長期而言應該都是有利的。

以後醫院就是兩極，就是醫學中心跟社區醫院，而且我希望支付制度能夠持續這樣的理想，那地區醫院才有生存下去的空間。

91 年在地區醫院協會上碰上 A 院長，大家一見如故，我們在台中市經營呼吸治療病房業務已有十年以上的經驗，且經營有二、三家的醫院呼吸治療病房。病人相當的穩定，且照護品質有目共睹。因此和 A 院長討論合作投資呼吸治療病房事宜，他負責場地的部份，利用醫院的二樓病房，只做部份的整修；我有豐富的經營呼吸治療照護的經驗，負責呼吸治療病房的規劃、專業護理人員的聘任、呼吸治療師、營養師、等專業人員的聘任和訓練，業務推動和行銷工作由我們處理，因為

我們知道潛在的病人在那裡？家屬需要的是什麼？A 院長只需要配合查房診療和原有人力的管理就可以。財務方面，合作部份還是要請 A 醫院申報健保和現金收入部份，還是請 A 醫院處理較方便。結果發現，本地區缺乏相關的醫療服務，病人都住在各大醫院內，一聽到本院呼吸治療病房開辦都陸續回來，病人住院陸續的成長，佔床率經常達到 100%，必須佔用其他一般病房的床位，且照護品質榮獲健保局評鑑一級水準。

時間：九十八年五月二十五日下午七點至八點

地點：彰化縣 C 診所院長室

訪談對象：C 診所院長

訪談內容：

問：C 醫師我想請你這個題目，錄音不知有方便嗎？

答：沒關係。(不要緊)

問：現在先跟您請教貴院的經營理念、為什麼想要和 A 醫院合作？合作的業務和型態？對醫院有什麼樣的幫助？

答：我從事這項醫療業務已經十二年了，經營理念應該是跟病人在一起，剛開始我在大醫院腎臟科上班，也許是我的用心，每天都會關心我的病人和病人的家屬互動有很好的關係，又看到國內有許多家洗腎團體的醫院，心想經營方向就是朝這個方向走，就是走向專業，只有專業的服務可以給病人最好的。

現在的醫療環境，比以前競爭而且不容易經營，除了醫療院所的競爭外，以健保總額的壓力最大，對於洗腎來講，因為是採論人計酬的方式，雖然點值的風險比較大，但是一、二十年來，洗腎的醫療給付金額都還維持著一定的水準，因此面臨著健保的大壓力，專心經營洗腎中心，應該能夠生存下來。由於健保給付的金額比一般醫療給付穩定，這塊市場應該還有發展的空間，尤其現在老年人口越來越多，平均餘命也越來越長，病人的來源應該會較多。

針對整個醫療環境來講，醫病關係的改變蠻大的，現在病人對自己的權利，還有對醫師的期待跟醫師彼此之間的權利義務的關係跟以前已經大不相同了。但是洗腎病人很重視和醫師間的關係，也很注重洗腎的環境，中心洗的好不好都會影響到病人和家屬的看法，洗腎病人也都知道生命隨時都可能結束，家屬對醫療的抱怨會比較少，但對服務要求比較高，這對醫護工作人員的壓力也較不一樣，必須和病人及家屬建立長期且良好的關係。

A 醫院在當地有 50 年的歷史，A 院長做人很阿莎力，醫院的名聲不錯，在當地相當受到肯定，配合度很好，所以我們覺得可以考慮合作。醫院的人員配合度也蠻好的，都很客氣；另外在醫院附近的鄉鎮沒有洗腎這項醫療業務的機構，而當地的老榮民和老人都很多，這些應該都是有機會開發的病人來源。

合作從組織跟人力最好是用的是最精減，以 A 醫院現有的人力可以擔任部份的服務工作，專業人員由我來處理，有足夠的團隊可以處理醫院的洗腎業務，但為了降低風險，我希望和 A 醫院採取共同投資的方式合作，人員共享，共同分攤風險，成功的機會會比較大。A 醫院在當地本來就有良好的醫療背景和基礎，可以透過他們和各大醫院、長照機構結合，取得病人的資源，開發洗腎的業務。在專業技術本人沒有問題，可以擔任醫療服務工作。設備投資部份，A 醫院的財務相當的雄厚，資金投入沒問題，未來要再擴充也都沒有問題；財務方面，A 醫院財務穩健，資金充裕，且申報健保和現金收入部份，A 醫院平時就在處理，請 A 醫院管理較方便。最主要的是醫院有空病房可以利用，且可以重新裝修一個好的洗腎醫療環境，很快的就可以開始營運。

由於洗腎治療在健保的給付還不錯也很穩定，比醫院一般的給付較好，雖然投入的成本也較高，但投資洗腎醫療服務，人員可以共享，設備和材料可以聯合採購，其實可以降低成本，對於雙方短期、長期而言應該都是有利的。

自民國 85 年起，認識 A 醫師，他在彰化縣相當有名氣，我在腎臟科已有十多年的經驗，但彼此沒有交集，那時候正好我想發展洗腎事業，便和 A 醫師合作投資洗腎中心，並重新規劃 A 醫院的洗腎空間，因為病人需要的是舒適和安全的環境；洗腎技術方面、人員聘任方面全由我負責處理，因為我可以找到洗腎專業且優秀的人才加入洗腎醫療工作；另外在業務行銷部份 A 院長也認同我在業務的能力，

規劃病人的來源，這些我都可以做很好的處理，A 醫院負責醫院原有內部管理和其他支援的部份，合作之後業務量一天天的成長，比起以前成長快速，是以前的幾倍業務量，達到 1,000 人次/月以上，病人的反應也都很好，認為本院的洗腎中心醫療很有水準，洗的很好。

時間：九十八年五月十八日下午七點至八點

地點：彰化縣 D 物療辦公室

訪談對象：D 物理治療師

訪談內容：

問：D 物理治療師我想請你這個題目，錄音不知有方便嗎？

答：沒關係。(不要緊)

問：現在先跟您請教為什麼想要和 A 醫院合作？合作的業務和型態？對醫院有什麼樣的幫助？

答：現在的醫療行業比以前競爭而且不容易經營，除了醫療院所的競爭外，以健保總額的壓力最大，對於復健來講，因為醫師開單一次可以做復健六次，所以復健的量會很多，我做復健工作已經十五年了，也和二、三家醫院合作復健業務，成效都不錯，雖然健保的點值風險比較大，但是從健保開辦以來，復健的醫療給付金額都維持相當的水準。雖然有些不肖醫療院所和一些機構勾結，讓所有醫療院所復健科因此面臨著健保的大壓力，但只要合法和專心經營復健科，生存下來不會困難。

由於健保給付的金額比一般醫療給付穩定，復健市場應該還有發展的空間，尤其現在老年人口越來越多，平均餘命也越來越長，病人的來源應該會較多。此外現代人因為缺乏運動，產生了許多的文明病，經常腰酸背痛，這些都需要復健人員的參與協助。因此，醫院如果經營復健科，以醫院原有病人的基礎，應該會有穩定的病人。

A 醫院在當地有 50 年的歷史，A 院長本身又是骨科專科醫師，很能了解復健科的前途，醫院在當地相當受到病人的肯定，骨科的病人很多，這些病人大部份都會是復健科的病人，所以我們覺得可以考慮合作。當時在醫院附近的鄉鎮都沒有醫療院所設置復健醫療業務的機構，而當地的老年人不少，且醫院骨科病人很多，這些應該都是復健科的病人來源。

因為復健科投資的儀器設備都比較小型，且價格不高，主要是復健專業人力，以 A 醫院的財務能力完全可以自行設置復健科，但該醫院原有的人力可以擔任行政的服務工作，專業人員院長希望由我來聘任和管理，同時讓我處理醫院的復健業務，醫院為了減少管理工作，希望 A 醫院和我採取共同投資的方式合作，人員共享，共同分攤風險，減少彼此的負擔。

A 醫院在當地經營那麼多年，有很好的醫療背景和病人，可以透過他們和當地企業、長照機構和社區民眾結合，開發復健的業務，增加病人，提昇醫院的收入。因此，在聘請專業技術人員，並採購復健相關設備後，利用醫院一樓的空間，很快的就開始復健服務業務。由於復健治療在健保的給付還不錯也很穩定，病人會持續來做復健，業務非常穩定且不斷的成長，只要做好人員管理和對病人親切的服務，復健醫療服務應可永續經營，對於雙方而言應該都是有利的。

我和 A 院長認識有一段時間，原本他自己開辦復健科就有問過我，我也跟他說可以做，不過要看人做，因為醫師都會站在醫師的觀點來看，和物理治療師的看法不一樣，經營方式也會不一樣。A 醫師提到合作復健科，採共同投資的方式時，我就說了場地由他負責，我來負責人員聘任及物理治療技術管理，復健科由我負責經營，復健業務的推動由我來，開辦之後，業務真的是不斷的成長，復健人次比起以前差距很大，高達每月 2,000 人次以上，來做復健的老人家或一些機關團體的工作人員都說來醫院做復健很有效，且工作人員態度都很客氣。業務量的增加我想最大的原因是我和我的團隊已有十多年的復健工作經驗，和病人的互動良好，且是專業的物理治療師，復健技術不說，重要的是我們真正在為病人著想，怎樣幫助病人，所有才會有這樣的成績。