

南華大學管理學院財務金融學系財務管理碩士班

碩士論文

Master Program in Financial Management

Department of Finance

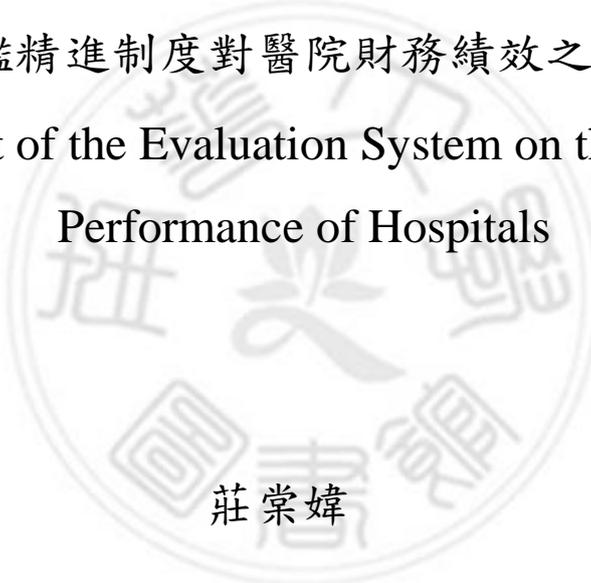
College of Management

Nanhua University

Master Thesis

評鑑精進制度對醫院財務績效之影響

The Impact of the Evaluation System on the Financial  
Performance of Hospitals



莊崇偉

Tang-Wei Chuang

指導教授：賴丞坡 博士

Advisor: Cheng-Po Lai, Ph.D.

中華民國 110 年 6 月

June 2021

# 南 華 大 學

財務金融學系財務管理碩士班

## 碩 士 學 位 論 文

評鑑精進制度對醫院財務績效之影響

The Impact of the Evaluation System on the Financial Performance of Hospitals

研究生：莊榮璋

經考試合格特此證明

口試委員：林文吉  
賴承祺  
崔可欣

指導教授：賴承祺

系主任(所長)：廖永烈

口試日期：中華民國 110 年 6 月 30 日

# 謝辭

研究所兩年的生活有如坐時光機般，時光飛逝，求學過程中有歡笑，也有淚水，這些養分都使我成長茁壯，轉眼間兩年的碩班生活已將畫下句點，心中滿滿的不捨，但天下無不散的筵席，這兩年的研究生生涯，終會成為我美好的回憶。

本研究能夠順利完成，從最開始的研究發想、基本架構到最後能夠完成這整份論文，最主要，要感謝我的指導教授賴丞坡博士，在過程中教授都不厭其煩地給予我指導與建議，讓我受益匪淺，讓本科讀護理的我，可以在面對數學及統計學時不再害怕。也感謝兩位口委林文昌博士、崔可欣博士的不吝指教，給我許多建議，讓我的論文能夠更加完整。

在此也要感謝李昭憲老師在我對於研究方向迷惘時提點我並給予協助；感謝修課期間系上的主任、老師們的指導；感謝我的同學們在學習過程中給予我協助，大家互相砥礪、成長，讓中途一度想放棄的我堅持下來，其實要感謝的人實在太多了，以下就不一一贅述，最後我想把這篇論文獻給自己與所關心我的家人及朋友們！

論文題目：評鑑精進制度對醫院財務績效之影響

研究生：莊棠煒

指導教授：賴丞坡 博士

## 中文摘要

作為社會醫療服務的提供者，醫療院所的服務品質及財務績效，一直以來均是被政府及民眾所嚴格檢視的要點。然而，近年來醫療保健業務支出逐年增加、健保連年虧損等議題頻傳，使各家醫院的經營方式及營運情況成為政府檢討的重點之一，因此，政府研擬醫院評鑑制度作為檢測及監督各院所醫療服務品質的手段，以冀能有效檢視健康照護品質及改善醫療財務績效。依據全民健康保險醫療費用支付標準顯示，醫院評鑑的成果與健保給付的情況是息息相關的，因此預測醫院評鑑的推行及精進，與醫院財務績效的改變是有關連性的。本研究蒐集 2013 到 2019 年期間，於「醫事服務機構財報公開」中所能取得完整財報之醫學中心、區域醫院及地區醫院為研究對象，運用複迴歸分析的方式，探討醫院評鑑與醫院財務績效的關聯性，研究結果顯示台灣醫院評鑑制度對醫院財務績效存在顯著正向之影響。

關鍵詞：精進評鑑制度、醫院評鑑、財務績效

**Title of Thesis :** The Impact of the Evaluation System on the Financial

Performance of Hospitals

**Name of Institute:** Master Program in Financial Management, Department of  
Finance, Nanhua University

**Graduate date:** July 2021

**Degree Conferred:** M.S.

**Name of student:** Tang-Wei Chuang **Advisor:** Cheng-Po Lai, Ph.D.

## Abstract

Hospitals are places to provide social medical services, and the medical quality and the financial performance are always the point that being inspected. However, in recent years, due to the deficit of National health insurance have increased year by year, hospital management methods and operation have been discussed by the public in Taiwan. The quality of medical services and the financial performance of hospitals are the two main elements of hospital operation. Hospital accreditation is a means used to detect the quality of medical services, which can effectively examine medical care and evaluate the effectiveness of medical quality improvement. According to the medical expense payment standard of National Health Insurance, the accreditation of the hospital has closed relationship to the payment of health insurance. Due to above statement, our study aims to explore the relationship between hospital accreditation and hospital financial performance. The complete financial report of medical service institutions from 2013 to 2019 have been collected, and been analyzed by multiple regression analysis. As the result, our research shows that Taiwan's hospital accreditation has a positive impact on the financial performance in the medical center and regional hospitals.

**Keywords:** Evaluation system 、 Hospital evaluation 、 Financial Performance

# 目錄

謝辭.....	i
中文摘要.....	ii
Abstract.....	iii
目錄.....	iv
表目錄.....	vi
圖目錄.....	vi
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景及動機.....	1
第二節 研究目的.....	6
第三節 研究流程.....	6
第二章 文獻探討.....	7
第一節 醫療體系概述.....	7
一、醫學中心.....	8
二、區域醫院.....	9
三、地區醫院.....	9
四、教學醫院.....	10
五、基層診所.....	10
第二節 醫院的評鑑指標.....	11
第三節 我國醫院評鑑制度.....	13
第四節 台灣的健保制度.....	15
一、論量計酬制度.....	16
二、總額支付制度.....	17

三、台灣版全民健保住院診斷關聯群.....	17
第五節 醫療機構財務績效及相關文獻.....	18
第三章 研究方法.....	23
第一節 研究對象與範圍.....	23
第二節 實證模型.....	24
一、應變數.....	24
二、自變數與控制變數.....	24
第四章 實證結果與分析.....	26
第一節 描述性統計.....	26
第二節 相關性統計.....	28
第三節 T 檢定分析.....	29
第四節 迴歸分析.....	31
第五章 研究結論.....	32
第一節 結論與建議.....	32
第二節 研究限制.....	33
參考文獻.....	35
中文部分.....	35
英文部分.....	38

# 表目錄

表 1 醫院財務績效相關文獻 .....	21
表 2 應變數定義 .....	24
表 3 自變數與控制變數定義 .....	25
表 4 描述性統計 .....	26
表 5 相關性統計 .....	28
表 6 獨立樣本 T 檢定 .....	29
表 7 迴歸分析 .....	31

# 圖目錄

圖 1 論文流程圖 .....	6
圖 2 營業利益率分布圖 .....	27
圖 3 Quality rating 地區分佈圖 .....	27

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景及動機

健康照護乃古今中外均相當重視之議題，甚至聯合國將其列為 17 項永續發展目標之一，並位列第三，可見其受各國重視的程度，而為了便於民眾接受保健醫療服務，各大醫療院所便應運而生，成為集中化提供社會大眾醫療服務的地方。隨著歷年來世界經濟發展、人民教育水平提高、全球人口老化及少子化趨勢等因素，使民眾除了對醫療服務的需求提昇，也逐漸追求高品質的醫療服務，希望除了原有的專業診療事項外，醫院也能夠提供舒適的就醫環境、親切的人員服務及新穎高級的醫療器材，而由於如上述民眾就醫的行為及習慣改變，帶動了市場機制，促使各醫療院所必須花費更多成本支出及心思來經營，加上醫院評鑑制度的推行及監督，讓現今的醫療品質有顯著的改善與進步，且相較於國外高額的醫療保險費用，台灣不僅健康保險費用相對低廉，政府也為了促進國民健康發展，以優惠政策帶動納保意願，使台灣全民健康保險納保率極高，納保率達到 99%，可謂是一項成功的事例，也引起各國的爭相討論及正面評價，如 2003 年美國 ABC News 曾以「健康烏托邦 Health Utopia」為題報導台灣健保制度，而英國醫學期刊在其「觀測站專欄」的報導，美國知名醫療經濟學者 Uwe Reinhardt 教授的文章中曾經讚嘆「臺灣健保美國自嘆弗如」等，可見全民健康保險的成功案例是受國外學者所肯定的。

然而，近年來由於健保的收支不平衡、原物料上漲，使醫療器材成本上升、醫療資源因低廉的掛號費用，被民眾長期濫用等狀況持續攀升，致使健保財務狀況吃緊，而反饋到醫療體系上則是醫院經營成本連年提高，使醫院為降低成本而縮減人力或改而採購低廉價格及品質的醫療品項，另外成本提高甚至導致診所或小型醫院倒閉、中大型醫院業務量暴增超出負荷、醫療人力吃緊，並延長工時等問題層出不窮，不僅對於整個醫療體系都是沉重的打擊，也使要維持

高品質醫療環境的目標面臨嚴峻的挑戰。諸如上述情況，也於最近受到政府單位及衛生單位的重視，並經過數次研討及試驗性改革。然由於此類情事由來已久，使現行我國醫療體系，仍然有多項缺陷之處，若長期未能改善，恐有持續惡化的情形，而這對於所有健保納保人及各醫療院所都會造成權益上的損害及負荷，因此如何降低健保濫用情事及改善醫院財務營運狀況，同時做到醫療品質的維持與提昇，應是政府及民眾應該立即重視的一大議題。

台灣自 1995 年成立全民健康保險(以下簡稱健保)以來，致力於有效利用醫療保健資源，以提供全民適當的醫療保健，增進全國國民的健康為目標。具體實施策略包括使用社會保險的方式強制民眾投保、採用單一醫療費用支付制度、以固定比率分配國家總資源為醫療費用之總額、醫療給付採部份負擔制度等，使全體國民在獲得基本保障的同時，也能提高被保險人的正確成本意識及醫療服務效率，並妥善分配醫療資源，減少浪費虧損等情事發生。在政府的大力推動之下，不僅國民納保率高達 99%，全國的公、私立醫院也紛紛加入這項全國性的醫療體系服務，除了支持響應國家政策外，也增加民眾對該醫院的信任度及就醫意願。

醫院的收入來源可分為健保給付及自費收入，健保給付代表醫院在執行納保範圍內相關疾病類別的診治時，可向政府申報之費用，並由健保局審核及隨機抽檢(魏政達，2018)；而未受健保納保範圍之醫材及藥品，則為醫院開發之自費品項，提供民眾額外選擇來加強醫療服務品質，也為醫院創造額外收入，此為自費收入(陳柏瑋等，2014)。

健保制度最初是使用「論量計酬(fee-for-service)<sup>1</sup>」方式，此方式雖然快速帶動醫療產業的崛起，且增加民眾就醫的方便性，但此方式對於醫療提供者來說，無需承擔健保財務之責任，而為了賺取更多健保給付，利用醫病之間的資訊不對稱，提供各種民眾不必要的醫療行為，導致健保支出費用快速上漲，為

---

<sup>1</sup>提供多少“醫療服務量”就可以得到相對應的保險支付(李俊秀等，2017)

了抑制健保支出費用快速提升，在各方學者努力下「總額支付制度(global budget system)，又稱總額預算制度<sup>2</sup>」順應而生。

該制度是在 2002 年開始實施，目的是為推動分級診療，引導大型醫院逐年減少輕病的門診，其制度是由付費者、學者、醫療供給方與政府代表，在特定範圍之醫療，例如：牙醫、中醫、住院服務等，共同事先訂定未來的一段時間(通常為期 1 年)的預算總額，因較缺乏「以量制價」的誘因，再加上同儕制約與審核制度的規範，對於醫療支出的成長有相當大的抑制作用。雖然此方式能有效控制醫療成本，但亦可能影響民眾的醫療品質，舉例來說，醫院為了將收治每一位病人的獲利最大化，而盡可能的減少醫療成本，間接降低醫療品質，為降低上述情形發生，並提升醫療服務品質，醫院是否能完全發揮其效率，讓醫療資源做更有效的運用及配置，攸關健保制度的改革。然而，在醫療資源有限的情況下，可能會造成管理階層在醫療品質及醫院財務績效中做選擇，進而犧牲複雜性病患的就醫權利(王錦旺，2006；李俊秀等，2017；郭年真等，2014；張錦文，2005；廖于煊，2018；賴祖昌，2017；魏政達，2018；蘇勳璧等，2001)。

為了兼顧且提升醫療服務品質，並健全醫療體系、均衡醫療資源分布，實現分級醫療的目標，我國自 1978 年起，先是由教育部及衛生署(現為行政院衛生福利部，以下簡稱為「衛福部」)共同主辦教學醫院評鑑，以提供醫學院學生及住院醫師優良的臨床訓練場所為目的，希望藉此培養優秀的醫療人才，投入並改善醫療環境，並更進一步提供高品質的醫療服務。由於人員訓練素質提升的成效顯著，為進一步改善醫療環境以提升整體醫療品質，衛福部配合 1988 年「醫療法」的公佈實施，首度辦理台灣地區醫院評鑑，並會同教育部頒訂「醫院評鑑與教學醫院評鑑標準暨有關作業程序」，邀請業界資深醫師、護理師、藥師及醫院管理之專家，組成評鑑小組，設計詳細評鑑內容及評量表，至各地

---

<sup>2</sup>指付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，訂定未來一段期間(通常為 1 年)內健康保險醫療服務總支出，藉以控制醫療費用於預算範圍內的一種制度(王錦旺，2006)

受評醫院，就醫院之「人員、設施、醫務管理及社區服務」、「內外科醫療服務品質」、「放射線診療品質」、「檢驗醫療品質」、「護理作業品質」、「藥事作業品質」、「急診醫療品質」及「精神醫療品質」等項目進行實際評估，使台灣成為全世界第五個、亞洲第一個開始實施醫院評鑑的國家，作為精進醫療品質的先驅之一。由於醫院評鑑由衛生主管機關所辦理，其評鑑結果之參考價值及可信度非常高，且會依照個別品質成果界定醫院等級，奠定了分級醫療制度的基石，因此勞保局和公保處也會參照評鑑結果，依據醫院評定等級及合格與否，作為給付醫療費用的標準，被評定合格之醫療院所，可獲得較佳的健保醫療給付，同時也可被認證為提供高品質醫療服務之醫療院所，藉此增加病患求診意願。因此，各家醫院都積極爭取成為高等級之醫院，並於此過程中，醫院之人員、設備和醫療服務品質均可不斷的提昇，對於病患、社會和醫療人員都具有正向意義與長遠影響。依據全民健康保險醫療費用支付標準(2020)裡顯示出醫院評鑑與健保給付息息相關，而在健保低給付的情況下，醫院要如何維持且提昇醫療品質，並通過醫院評鑑制度，來取得較多的醫療資源，是各家醫院的營運者的一大課題(沈姍姍等，2009；許斯凱，2015；Lin, R.C. et al,2016)。

影響著醫院的經營可分為兩大要素，醫療服務的品質及醫院的財務績效，因此醫院除了要注重醫療服務品質的維護外，尚需考慮營運成本及利潤獲益，亦即要有穩定及良好的財務績效，才能夠實現永續經營的目標。財務績效的體現，包括醫療人員訓練、人力資源管理、醫療器材更替、新型醫藥研究等成本支出，以及醫療及非醫療業務收入、軟硬體資產營收等經濟獲益，而由上述幾個項目可發現，大多是與醫療品質的維護及提升是有密切關係的。在目前有探討醫療品質與醫院財務績效關聯性的文獻中，多數顯示兩者呈現了顯著的相關性，例如當醫院財務績效表現良好，便能提供更多更精緻的醫療服務，使民眾獲得更高的醫療品質，也提升了醫院對患者的吸引力，又促使醫院能夠獲得更

多的收益。因此，若提升了醫院的財務績效，對於醫療品質的提昇是有正向的影響。

綜合上述陳列，醫院評鑑乃評估及監督醫療品質的工具，而醫院的財務績效也與醫療品質呈現顯著相關，因此推論醫院評鑑應與醫院財務績效也有一定的關聯性，然而目前尚未有關於醫院評鑑改革對於醫院財務績效影響之研究，進而引發本研究之動機。(王俊文等，2003；石曜堂，2017；林淑綿，2010；李佳容等，2010；陳珮郁等，2019；黃憶芬，2020；楊漢淙、蔡素玲，2019；賴祖昌，2017)。



## 第二節 研究目的

基於以上研究動機，本文的研究目的是探討醫院評鑑結果及醫院財務績效之關聯性，而評鑑分為「醫院評鑑」與「教學醫院評鑑」，本研究選擇影響健保給付較高的「醫院評鑑」中的醫學中心、區域醫院及地區醫院，為本研究對象，以探討醫院評鑑對其財務績效之影響。

本文研究目的如下：

- 1.探討台灣醫院評鑑對其財務績效之影響。
- 2.探討影響醫院營運的因素

## 第三節 研究流程

本文研究流程，第一章為緒論，第二章為文獻回顧，第三章為資料來源與研究方法，第四章為研究結果，而第五章結論與建議。



圖 1 論文流程圖

## 第二章 文獻探討

本章節文獻探討分為五個部分，第一節將介紹醫療體系構成；第二節及第三節將介紹評鑑評估的指標為何以及醫院評鑑制度；因台灣評鑑結果與健保給付緊密結合，故本文第四節將探討台灣的健保制度；第五節將探討針對醫院財務績效之相關研究。

### 第一節 醫療體系概述

本國的醫療機構可區分為醫院及診所，而醫院又可依體系及管轄權區分為公立及私立醫院。公立醫院包括衛福部所轄之部立醫院、國防部所轄之國軍醫院、教育部所轄之國立大學醫學院附設醫院等；私立醫院包括宗教醫院、財團法人或個人設立之醫院。早期台灣私立醫療體系尚未興起時，公立醫療院所承擔了照護低收入戶及增進偏鄉地區醫療能量之責任，直至 60 年代各大型私人醫療院所蓬勃發展投入醫療市場後，公立醫院始面臨激烈的市場競爭，數量更是由全盛時期的百家以上銳減至 80 家，因此為提昇醫院健康照護之品質並更有效發揮醫療資源效益，公立醫院以統整各區醫療資源及建立區域性醫療網絡的方式，藉由資源分享、交流技術及合作營銷等方法，來因應市場競爭。

衛福部為促進醫療資源均衡發展，依據醫療法第 88 條規定，統籌現有醫療機構及人力分布，基於生活圈的概念，劃分了 17 個醫療區域，並根據醫院規模、醫療任務及照護對象的不同，經衛生福利部醫事司的分類，區分為醫學中心、區域醫院、地區醫院、教學醫院及基層診所等層級，各級醫院各自被賦予不同的照護任務與角色，而健保局也可依據各分類的差異性做醫療資源的分配，奠立分級醫療的基石，例如醫學中心，相較其他各級醫院，更多肩負了醫藥研究、學院教學及急重症病患的治療照護等任務，也因為醫學中心的任務更加繁重及廣闊性，所獲得的資源、人力及設備均也是全醫療體系最齊全且頂尖的，用以應對各種困難疾病治療或是災難疫病處置等(全民健保總體檢，2012)。

分級醫療制度的建立除了促進各地醫療發展均衡，並統整規劃醫療資源及人力分布外，2005年發生的「邱小妹醫療人球案」，讓醫療體系失衡及制度落實不彰的疏失曝光後，促使衛生署重新統整台灣的急診救護醫療體系，明定院內資源調度、院外轉診的制度規範，以期能夠讓具備急重症救護能量及責任的大型醫院能夠更多地挹注資源在於照顧急重症病患及大型疫病處理，避免如邱小妹案的憾事再次重演，並藉由醫療體系的專業分工來分流病人，達成讓民眾接受「小醫院看小病，大醫院看大病」的觀念，對民眾的就醫權利及便利性等也有所保障。

一般民眾生病時，可選擇先至家庭醫師或鄰近診所就醫，如經醫師專業評估後需要進一步診療，則透過轉診系統至其他專科醫療機構就醫治療，而待病情穩定後，民眾也可轉回原院所或其他適當院所，接受追蹤及後續治療。藉由如上，雙向轉診的機制，整個醫療體系便可提供病患連續性、整合性的醫療照護，也能讓民眾找對科別，讓醫療資源達到最有效運用，減少醫療資源的浪費，並提升醫療照護品質；且為了促進醫療資源均衡發展，醫療機構及人力合理及平均分布，減少大醫院醫護人力工作負擔，讓整體醫療體系達到醫療分工及合作目的，政府更推動大醫院門診減量，並配合門、急診部分負擔的調整，紓解現行大型醫院擁擠情形，促使醫療資源獲得有效運用(王俊文等，2003；張之申，2014；衛生福利部醫事司，2013；衛生福利部醫事司，2019)。

台灣現行醫療院所分級內容簡介如下：

## 一、醫學中心

相較其他分級院所，醫學中心擁有的規模及資源均為最頂尖的，因此衛福部自2007年訂定醫學中心應肩負六大任務：提供急重症醫療服務、帶動全國醫療水準提升及社區醫療、落實全人照護之醫學教育、配合衛生醫療政策、研究醫療健康科技、提升國際醫療地位並提供必要之國際醫療援助等指標及責任。根據衛生福利部訂定之「醫學中心評鑑作業程序」及「醫學中心任務指標基準

及評分說明」，醫學中心的標準配置應該具急性一般病床及急性精神病床合計需達五百床以上；應提供家庭醫學、內、外、婦產、兒、神經外、整形外、泌尿、耳鼻喉、眼、皮膚、神經、精神、骨、復健、麻醉、放射診斷、放射腫瘤、臨床病理、解剖病理、核子醫學、急診醫學、職業醫學等二十三門醫療專科，及牙醫據專科醫師分科及甄審辦法所定之專科分科至少三科之診療服務；應同時擁有「重度級急救責任醫院」、「癌症診療品質認證 A 級醫院」及「通過人體試驗委員會訪視」等三項合格認證；評鑑結果應同時符合「醫院評鑑特優」及「教學醫院評鑑優等」。

## 二、區域醫院

區域醫院近年來在衛福部的整合規畫下，數量有逐年增加的趨勢，而依據衛福部訂定的醫療網計畫，區域醫院為醫療區域內每 40 萬人口指定之一所醫院，規模以 300 至 600 床為原則，並具急性病床合計二百五十床以上，具備「中度級急救責任醫院」合格認證，除各類專科外，另設有病理、麻醉、放射線、復建及精神科，從事需精密診斷與高度技術之醫療工作；應具備教學醫院功能，建立健全之住院醫生訓練制度，並培育專科醫生和地區醫院所需人力；應協助規畫區域醫療工作，對地區醫院及基層醫療單位提供技術協助及繼續教育工作，並輔導發展不同專長之特色醫療服務；應與醫學中心合作參與各項教學研究工作，遴選醫師接受國內外訓練，引進最新醫療技術以提升服務水準。

## 三、地區醫院

地區醫院係指能夠提供一般專科門診及住院服務，並經醫院評鑑合格之醫院。其主要任務包括：負責一般住院和專科門診醫療工作；急診患者的處理；接受基層醫療單位轉送的病患，支援基層醫療工作；支援基層健保與公衛服務等。規模為急性一般病床需 20 床以上，且急性一般病床與急性精神病床合計 99 床(含)以下。然而，自全民健保及總額制度實施後，由於給付點數不斷下滑、

醫療生態隨市場競爭改變，以及民眾就醫偏好的影響，地區醫院的處境受到極大的衝擊，不少醫院因此相繼倒閉，而部分醫院被迫改變經營策略及業務轉型，合併擴充為區域醫院或是縮減成為基層醫療單位。甚至由於生存空間急遽縮減，引發台灣社區醫院協會於 2004 年發動千人遊行請願活動，此為台灣醫療歷史上第一次醫師走上街頭，震驚社會。

#### 四、教學醫院

指具有教學用途，提供在學的醫學院及護理學院學生見習、實習和作研究的醫院；通常都是由大學的醫學院開設，或由政府指定大學的醫學院駐守，急性一般病床與精神急性一般病床，合計一百床以上，且能提供內、外、婦產、兒、麻醉、放射及病理等七科之診療服務。

#### 五、基層診所

僅具有門診功能之醫療機構稱為診所，由於醫療可近性及健保給付點數穩定性等優勢，毋論西醫、牙醫或中醫的診所數，自健保實施以來如雨後春筍般呈現可觀的正向成長，十年內可增長千家以上。規模上可設置九張以下的觀察病床，另婦產科診所得依醫療業務需求設置十張以下產科病床。

綜合以上對現行分級醫療制度的介紹，可以歸納出幾點分級醫療制度遇到的困境：

一、健保支付制度有所傾斜，呈現醫學中心支付點數較高，地區醫院支付最低的現象，總額支付制度分配也多以大型醫院作為優先考量，使醫院大者恆大，小者恆弱的怪象產生，限縮地區醫院的成長空間，降低了社區醫療的發展潛能。

二、由於各項政策及執行規畫多為各大型醫院推派之成員代表與會及擬定，導致無形中造成對地區醫院的打壓及削減，例如許多檢查驗項目只能於醫學中心開立，無法提供給地區醫院的就醫患者，使身處基層的醫師無法提供自身擁

有的專業及發揮應有的功能；另外由於醫院層級不同，導致基層醫療單位在招聘醫師人才方面，因為健保的拒絕支付或打折，面臨重重困境，而對於大醫院來支援的醫師，也因其執業登記仍受控於大醫院，使其無法完全在基層提供完善的醫療服務，以上均對於區域醫療的照護品質產生不利的影響。

三、健保的實施確實帶給全民更便利的健康照護方式，但也無可避免地產生了許多醫療浪費問題，特別被詬病的「三多」問題也是眾所皆知，包括：

1. 「看病多」：由於醫療資源可近性高、納保服務範圍廣，使民眾就醫十分便利，求診機會成本低的狀況下使得國人看病次數增加，加上人口老化引發多重慢性病，病患需多次掛號不同科的門診就醫，以及民眾對大醫院的就醫迷思，喜於逕自前往大型醫院就醫，使分級醫療制度形同虛設等問題。

2. 「拿藥多」：民眾就醫觀念的不正確(認為就醫就要拿藥)，加上有儲存剩餘藥物的習慣等，導致反覆拿藥的情事層出不窮，導致藥品浪費並提高民眾用藥風險的狀況。

3. 「檢查多」：民眾使用特定昂貴的醫療儀器檢查的狀況，隨著健保實施也有逐年增加的現象，雖說被保險人應獲得相對的醫療權益保障，但當醫療院所提供遠超實際需要的醫療行為時，不僅是醫療浪費，也危及健保的公益性質。因此如何降低醫療浪費、協助基層醫療振興等，使醫療體系能夠更加穩固及提升醫療品質及能量，是目前全民健保所面臨的眾多課題之一。

## 第二節 醫院的評鑑指標

醫療品質的提升一直是大家所追求的目標，乃至於全世界均對此議題進行多次的討論與改革，而為了提升醫療品質，一個架構完整且監督嚴謹的制度是必須的存在，因此「醫療評鑑制度」的概念也因應而生，最初是依據美國外科學院於1917年提出的「醫院最低標準指標」，建立一套由非政府組織資助並訓練醫療從業人員，來評估醫療機構的品質監督機制，藉由對照評鑑訂定的標準

指標來評估醫療機構的基本設施架構、人力運用、服務品質等，是否均有達到要求的最低標準，甚至逐漸提升改進。這套機制自 1951 年成立「醫療機構評鑑聯合委員會」以來，已逐漸擴大於加拿大、澳洲及歐洲等諸國開始實施，並於 1990 年代達到擴張到全世界運行的目標。成立醫療評鑑制度後對於醫療體系帶來最重要的益處有兩項，包括醫院內部政策及醫療程序的標準化，以及醫院管理系統的建立；而這些標準制度的建立對於增進病患安全、降低醫療錯誤等醫療品質的精進是有所幫助的。

依據 2011 年及 2020 年的大型研究指出，有接受醫療評鑑的醫療院所，無論是在照護程序、醫療品質、病患安全及疾病預後等方面均有所增益，而在美國國家品質保證委員會(The National Committee for Quality Assurance)的 HEDIS 指數及美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)的病患安全指標(Patient Safety Indicators)評估上也有高分的表現，依據上列證據可知醫療評鑑制度對於醫療服務的品質是有正向關係的(Claudia A. S. Araujo, 2020; Abdullah Alkhenizan, 2011)。

台灣隨著 1988 年「醫療法」的公佈實施，衛福部開始統合全國性的「醫院評鑑」業務，使台灣成為全世界第五個，亞洲第一個開始實施醫院評鑑的國家。由以上醫療評鑑制度的發展演進可以總結出，醫療品質指標的發展乃是持續被各國政府機關及民眾所關注的重點要項，而根據多篇的文獻研究指出，提升醫療品質其中重要的決定因素，除了因應醫院評鑑標準而提升軟硬體設備及人力運用等結構面，及人員醫療概念精進、引進為民服務的接待方式等服務效能提升的結果面外，近來的研究發現，醫院評鑑的結果對醫療保險支付制度的影響，也會造成對醫療品質的提升與否有所關連。因此在設計及評估醫院評鑑的評量項目及配分評核方面，應該要有審慎衡量，避免分配不均、難以公正透明化的現象發生。

為了建立標準化及信息化的評鑑機制，衛福部引進美國馬里蘭州醫院協會的醫療質量指標系統，並進行本土化改良形成「台灣醫療品質指標計畫」，依據急性疾病、精神疾病及長期照護等進行分類及訂定各項指標，並鼓勵各醫院根據此標準建立各自的指標監測系統，以此自查進行改善作業；除了開辦醫院評鑑進行定期監督外，針對過程中發現醫院遇到的各項問題，醫策會也會不定期進行追蹤輔導，舉行如評鑑研討會、學術交流活動等方式，讓評鑑委員與受評醫院進行經驗交流，協助醫院進行醫療品質的改善，另每年舉行一次醫療品質管圈競賽，讓各家醫院良性競爭、互通有無，達到整體醫療體系質量提升的目的。

### 第三節 我國醫院評鑑制度

我國醫院評鑑制度起源於 1977 年，繼美國、加拿大、荷蘭、澳洲，世界第五個，也是亞洲第一個正式實施醫院評鑑制度的國家，原是「行政院衛生福利部(前身為行政院衛生署)，以下簡稱為「衛福部」，協助教育部提升醫師臨床教育水準，提供醫學院學生在合格教學醫院實習，而發起的「教學醫院評鑑制度」，藉此瞭解醫學生實習內容及教學活動品質，並掌控醫院內部教學情形，現在仍規定醫學生的實習學分，若在非經教學醫院評鑑制度評鑑合格之醫院實習，就沒有辦法拿到實習學分，藉此以維持教學品質(王俊文，2003)。

鑒於國際上各國「醫院評鑑」工作多由民間專門機構籌辦，衛福部與台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、中華民國醫師公會全國聯合會等民間醫療團體共同設立「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)」，強調以嚴謹誠信公正的態度，協助衛福部辦理各項評鑑認證訪查，並協助推動及執行醫療品質政策等工作。醫策會自 1999 年承接辦理評鑑作業後，每年均邀集衛生主管機關及評鑑委員(包含資深醫師、護理師及醫院管理專家)，收集受評醫院及相關學協會建議，以檢視評鑑條文制定之適宜性，且配合政策方向、法令修

訂及國內外醫療照護發展趨勢進行研議修訂，迄今已成為受到國際健康照護品質協會(International Society for Quality in Health Care Ltd., ISQua)認證的專業評鑑機構。

此外，衛福部配合醫療法制定的同時，於 1986 年開始分期推動「醫療網計畫」，目的在於健全醫療體系、均衡醫療資源分布、縮小城鄉醫療差距，加強基層醫療保健服務、緊急醫療救護、精神疾病防治及復健醫療與長期照護。前期由於初始的醫療機構軟硬體設施數量不足及資源分布不均，故當時醫院評鑑著重於以人力、設施及設備方面為主的「結構面」及「專業面」；及至 2006 年因應國際對於醫療品質的要求，開始推動著重病人安全、提升醫療品質與人力素質等工作，加入「護理作業品質」、「急診醫療品質」、「護產人力」等實地評估個別之成效，並以「整體醫療」、「病人安全」理念為主的「流程面」及「結果面」，強調「以病人為中心」的照顧模式，並重視未來發展及與社區的互動等，可說是強化了特殊醫療體系，發展社區醫療衛生體系、推動長期照護服務等層面。

醫療網計劃對於醫院評鑑的提升與精進也有其重要性，在健保成立後，也依照醫療網的分類區分，以醫學中心、區域醫院、地區醫院等三個層級，予以區分健保給付等級；醫院評鑑關係著健保給付，顯示出醫院對於評鑑的重視，尤其有排序壓力的醫學中心，評鑑項目的分數更是錙銖必較；為避免有比較分數的情形發生，目前醫策會將評鑑依據分為兩項，分別為「醫院評鑑」及「教學醫院評鑑」；其中醫院評鑑項目，分為「優等」、「合格」兩個等級；教學醫院評鑑等級分為三個等級「優等」、「合格」、「非教學醫院」。

而經衛生主管機關認定之評鑑結果，也會影響民眾的就醫選擇及信賴度，更重要的是醫院評鑑結果也是健保支付的主要認定依據。

醫院評鑑制度，也因台灣醫療制度與環境面臨 SARS 及幾起重大醫療疏失等重大衝擊，使得各界對「醫院評鑑」制度有了改革的想法。2007 年，因應國

際對醫療品質要求，參考國外先進國家醫院評鑑制度之「新制醫院評鑑」制度全面實施，建置以「病人為中心」的就醫環境，著重「流程面」及「結果面」的過程評鑑；楊漢淙、蔡素玲(2019)學者表示實施醫院評鑑制度期間，不斷改進及分析，2015年開始實施新一輪醫院評鑑循環，新版醫院評鑑制度以「病人照護」及「病人安全」為主體之評鑑，改革方向從「簡化」、「優化」、「日常化」著手，最大改變以推行「以病人為焦點之查證方式(Patient Focus Method, PFM)」，藉由實地查證病人之照護流程，降低醫院日常作業之干擾，瞭解醫院醫療照護品質(王俊文等，2003；林淑綿，2010；陳珮郁等，2019；黃憶芬，2020；楊漢淙、蔡素玲，2019；衛生福利部醫事司，2019 韓秉源等，2017；Nicklin,W.& Clark,S.,2019)。

#### 第四節 台灣的健保制度

台灣從 1995 年 3 月實施健保至今已長達二十五年，其使命為「提供保險醫療服務、增進全體國民健康」，願景為「關懷弱勢、健保永續及國際標竿」，為全國人民帶來更好得醫療服務及品質。人民在健保開辦前需為沒錢而擔心不能就醫，又或是因病而貧的情形發生，在健保開辦後民眾不再因沒錢看病而苦惱，且經由分攤風險也間接縮小貧富差距。

但隨著時代變遷、外在環境影響及健保原先設計上的限制，健保相關問題也日益明顯，故在多方學者的規劃、研究下，歷經 13 年的時間改革成功，二代健保<sup>3</sup>在 2011 年 1 月三讀通過，改革前後差別在於「依照總收入作為繳納依據，

---

<sup>3</sup>二代健保與一代健保差別在於，一代健保依照民眾薪資內容不同，申報不同級距的投保金額，二代健保則是以現金總收入來做為繳納健保的依據，避免一些低底薪的業務性質、高科技公司等，底薪與獎金比例卻差距很多，造成薪資總額高，卻有著低保費的好處，並預防投機民眾濫用醫療資源，例如：曾有加保紀錄，平時久居國外，未繳納健保費，但遇到重大疾病時返台時立刻繳納保費則享有健保福利（王怡人，2011）。

平衡財務」、「強化資訊提供以提升醫療品質」、「擴大社會多元化參與健保政策」，並採「健保資訊公開為原則」，期望建立更好的健保機制。

台灣的健保制度採單一支付者模式，政府強制納保，依照個人所得高低，由民眾及企業繳納健保費用，健保局統籌其相關事務，醫院方再依執行健保規範內的診治項目向健保局申請醫療給付。因健保開辦，台灣民眾的就醫方便性增加，健保給付範圍涵蓋極廣，無須擔心醫療費用，進而降低個人財務之風險，健保最初實施「論量計酬制度」，再來演變為「論病計酬制度」、「總額支付制度」及「疾病診斷關聯群(Diagnosis-Related Group, DRG)」；健保制度的改革及演變皆是為了合理控制健保費用的支出，減少不必要的醫療浪費，而總額支付制度及疾病診斷關聯群，為目前健保所採用，以下將做其制度的介紹。

## 一、論量計酬制度

意旨健保給付金額依照醫院為每一「病例(或稱為療程)」執行的醫療項目多寡而定。由於此制度賦予醫療提供者有最高的醫療決策主導權，且每提供一項檢驗檢查或治療，就可以得到相應的保險支付，使醫療服務者得以積極提供病患任何想要的醫療服務，而病患也可獲取最大的需求及解答。但此支付制度缺乏對於醫療費用成長的管控機制，且因為醫療提供者無需承擔財務責任，而出現利用醫病資訊不對稱，提供病患許多非必要的醫療服務，以便賺取更多給付金額的亂象，且導致醫療支出費用快速上漲。舉例而言，美國醫療費用佔生產毛額的比例，自 1960 年代至 2000 年由 5.3% 增加至 12.5%，至 2016 年更增加到 17.2%；而台灣雖積極控制健保支出，但佔國內生產毛額的比例仍於 1980 年至 2015 年間由 3.4% 增長到了 6.1%，成長近一倍左右，可知此制度對醫療財政造成可觀的負擔。

## 二、總額支付制度(Global budget system)

總額支付制度(又稱總額預算制度)，該制度是在 2002 年開始實施，其制度是由付費者、學者、醫療供給方與政府代表，就特定範圍的醫療服務，例如：牙醫門診、中西醫門診、住院服務等，共同預先協商，訂定未來一段時間(通常為一年)，該部門在此時間內可以提供之醫療服務的支出。本制度的本意是讓醫療服務提供者與保險公司共同負擔財務風險，促使各大醫療服務院所自主將醫療支出費用控制在合理範圍內，並達到促進醫療資源分布合理化的目標(如推動分級診療，以引導大型醫院逐年減少輕病的門診)。台灣現行為「支出上限制」，即無論該年度醫院提供的服務量多寡，保險公司支付額均於固定額度內，使醫院自身控制費用的機制。然因在此架構下，各區域中上至醫學中心，下到地區醫院均在同一額度下分配，反而導致醫院之間相互惡性競爭的問題，導致小型院所不堪負荷而倒閉之情事；另外各家醫院為控制成本，而使門診限號及病床限縮，反而致使病患變相湧入急診、門住診點值下滑及醫院拒收病患成為人球等問題逐漸浮現，成為總額支付制度下的隱憂。

## 三、台灣版全民健保住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, TW-DRGs)

健保署為達提升醫療服務效率及減少醫療資源浪費，自開辦以來多次改革支付制度，以期增加收入並有效運用資源。而針對非必要之住院日數、住院醫療費用及醫療資源利用等方面，健保署由以往採用的回溯性支付制度，逐漸轉為更能有效在確保醫療品質下控管醫療費用的前瞻性支付制度，並參考了美國自 1983 年開始實施的疾病診斷關聯群(Diagnosis-Related Group, DRG)當成基礎，於 2010 年正式施行台灣版全民健保住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, TW-DRGs)。與過往的論病計酬(同病同酬，案例不予區分，定額包裹給付)方式不同，TW-DRG 是依照住院病患之診斷的國際分類碼(International

Classification of Diseases, ICD)<sup>4</sup>、有無手術、年齡、性別、有無併發症、簡單/複雜診斷、出院情形等，分成不同的群組，並依照公式計算且採事前訂定之給付價格予以支付的制度，其涵蓋的範圍較廣，且更加考慮醫療資源耗用的情形，因此達到將部分財務風險轉嫁到醫療提供者上，促使醫療院所的營運方式及醫療服務的生態進行極大的轉變，例如：醫院為避免虧損而選擇複雜性低的病人產生高利潤的行為、影響醫師病歷紀錄的方式、複雜度高或醫療成本高的患者分布在特定教學醫院等，均為醫院因應前瞻性 DRGs 支付制度產生的醫療行為改變(王錦旺，2006；王怡人，2011；李俊秀等，2017；吳冠陞，2018；余玲雅等，2016；郭年真等，2014；陳珮青等，2016；許德進等，2017；黃維民等，2013；張錦文，2005；潘奇等，2006；廖惠華等，2014；衛生福利部中央健康保險署，2020；魏政達，2018；蘇勳壁等，2001；嚴玉華、方世杰，2014)。

## 第五節 醫療機構財務績效及相關文獻

一般企業在經營上較注重收入及效益，而醫院除了重視經營績效外，還肩負著社會醫療的責任。隨著健保的醫療支出提高，近年來醫院的營運一直是大家所關心的話題，而醫院的管理模式也隨著環境改變；醫院除了須支付醫師、護理人員、行政人員等人事開銷，為了維持良好的醫療品質，還需購買大量的醫療器材、設備及藥品，而隨著科技進步，醫療儀器的機能、技術也逐漸提高，造成醫療儀器價格居高不下，醫療機構為了因應健保制度的改變、同業的競爭等因素，必須提前做好規劃及資源的分配來降低成本，藉此提高醫院的財務績效。

績效是指從事某種行為的效率與效能，是組織或其成員為達到目標而產生的行為，績效會因其層面不同而有所差別。例如：國家的角度去看，醫療照護

---

<sup>4</sup>其將疾病及有關之健康問題依既定之準則加以分門別類的一種系統，目前最新為第 10 版，稱為 ICD-10，（衛生福利部統計處，2019）

之「績效」是指國家整體的醫療體系使否能被妥善及有效的運用、民眾的就醫可近性及全民健保的實施後始否有達到就醫公平性等。而對於醫院管理者來說，醫療照護「績效」指的是院內資源是否可有效運用，各部門是否能提高生產力與醫療服務品質及整體營運狀況是否有達成預期目標，而為達機構能永續經營的目標，績效的評估就顯得相當重要。

可把績效管理大致分為三大層面，財務與財產管理、人力資源、資訊面，財務績效可分為成本、收入及效益，人力資源，是指是否能把人力放在適合的位置，是否適才適所，資訊面，能否迅速獲取資訊並善用有效資訊。

吳萬益等(2002)提出醫院財務績效可分為醫療服務量、醫療服務品質及教學研究等，以財務及非財務面進行經營績效評估；以醫院服務技術面進行醫療服務品質評估；以研究、教育面進行教學研究之績效評估。

Foold等(1994)認為醫院財務績效可分為四大層面：生產力(productivity)、效率(efficiency)、組織效能(Organizational effectiveness)及成本效益(cost effectiveness)，前兩者主要是在評估企業對於資金與資源的運用，後兩者則是評估企業對於目標的達成度。

康子芸(2012)提出不同層級之醫院其財務績效在在獲利及變現能力皆有差異。陳柏璋、呂昭顯、譚慧芳(2014)探討非營利醫院非醫務活動收益的結構、趨勢，以2006-2012年國內醫療財團法人的財務報表資料為樣本，以迴歸模型方式，結果顯示，非醫務活動收益對非營利醫院財務績效的重要性有提升趨勢，因醫務活動虧損壓力越大的醫院，較有誘因積極從事非醫務活動從中得到幫助，以減緩財務壓力。

更有學者提出以醫院成效、生產力績效及財務績效來衡量醫院的經營績效，研究證實服務品質績效、生產力績效及財務績效皆具有相關性(王美慧等，2005；沈姍姍等，2009；蘇勳壁等，2001)。

財務、經營績效的分析，通常是對財務報表及相關的財務資訊進行分析，以幫助管理者瞭解並掌握醫院的營運，方便其訂定未來的經營策略及方向(王美慧等，2005；林郁淳，2014；朱文洋、葉淑娟，2001；吳萬益等，2002；廖于煊，2018；Flood,A.B,1994)。

對於醫院財政績效及醫療品質之間關連性的研究，以美國為例，自1990年代開始，隨著醫療支出增加及醫院利潤成長受限，美國各家醫療院所都開始感受到經濟壓力，依據美國醫療保險支付諮詢委員會自1997到2003的調查，總醫療照護業務的利潤由11.5%下降至-1.9%，而且有將近三分之一的醫院在2003年的總利潤是負值，可見醫療財政面臨巨大危機(MedPAC,2005)。

然而，儘管有些醫院因為經濟壓力而倒閉，多數醫院在面臨財務危機的狀況下，先以降低成本的方式來度過這段期間，包括限縮醫療服務品項、減少維持醫療品質的相關支出等等，其中對於人員訓練以及手術的品質維護是佔了各大醫院支出的最大部分，因此減少此類支出，對於醫療照護的品質會有很大程度的影響(Duffy and Friedman 1993; Bazzoli and Andes 1995)。

近年來多篇研究文獻指出，醫院由於政策或市場情況改變而造成的經濟壓力，對於病患的健康照護服務提供上是有一定影響的，例如針對醫療預期付款系統的大數據研究發現，遭遇較大財政壓力的醫療院所，所能提供的醫療服務程度會有所下降，且應須受長期照護的病患滯留醫院的天數也有所縮短(Feder, Hadley, and Zuckerman 1987; Hadley, Zuckerman, and Feder 1989; Dranove and White 1998)；針對疾病預後的表現指出，對急性心肌梗塞的病患的短期治療預後也有負面影響(AMI; Shen 2003)；醫院利潤的下降也造成對病患照護品質及手術安全性的負面影響 (Encinosa and Bernard 2005)。

另一項針對手術品質與醫院財政壓力關係的大型研究顯示，當醫院迫於經濟因素而縮減基礎建設以及對醫療設備的投資時，不僅間接影響醫療品質，也降低了對於醫療評鑑標準的遵從性；而為了避免產生市場流失或轉診減少等情

形，醫院會選擇減少人力及醫療活動等方面來降低成本，雖非直接影響病患照護，但對內部員工的工作負荷及壓力是增加的；對於加入聯邦醫療補助的弱勢族群患者，因為其選擇醫院的地域性及福利制度有所限制，造成收治此類患者的醫院為縮減成本，而提供他們較低品質的醫療服務(Gloria J. Bazzoli, Jan P. Clement, Richard C. Lindrooth,2007)。

由上述文獻可知，醫療財政績效對於醫療品質的影響甚鉅，而醫療評鑑制度作為監督各醫院醫療品質的重要工具，理論上應該與醫療財政之間也有一定關聯性及影響。以一篇韓國學者於2014年發表的文獻為例，發現組織文化、員工工作滿意度及醫療財政績效對於病患安全性有正向影響，而醫院評鑑制度是能夠改變及校正以上三項的概念及程度(Moon-Ju Shin, 2014)。另一篇印尼學者的研究指出，大型醫院及由政府或軍方經營的醫院，因其在市場競爭的獨特性及強勢性，接受醫院評鑑制度監督的程度也比較高(Wardhani, V., van Dijk, J.P. & Utarini, A., 2019)。經上述文獻的結論，醫療財政績效與醫院評鑑制度應該存在正向關係，但因目前相關研究相對較少，應需要更多長期及個案量大的研究來支持。

表 1 醫院財務績效相關文獻

研究者	研究主題	實證方法
王錦旺(2006)	總額支付制度對醫院績效之影響-以南 部地區級以上醫院為例	量性研究及質性研 究
吳萬益等人(2002)	醫學中心組織文化、管理模式、競爭 優勢與經營績效之互動相關影響研究	LISREL模式分析
李佳容等人(2010)	台灣地區財團法人醫院財務績效之評 估	因素分析
康子芸(2012)	行政院衛生署所屬醫院財務績效之分 析探討	因素分析、多變量 變異數分析
陳仁惠、黃月桂	不同權屬與評鑑等級醫院之效率評估	DEA

(2005)	—DEA法之應用	
陳柏璋等人(2014)	醫院非醫務活動收益之分析—以台灣 非營利醫院為例	關聯性分析
林進財、譚醒 朝、張曉芬(2013)	台灣地區財團法人醫院財務報表之評 估	因素分析
潘奇等人(2006)	總額預算實施前後署立醫院營運績效 之評估	DEA



## 第三章 研究方法

### 第一節 研究對象與範圍

根據衛生福利部中央健康保險署(2020)二代健保資訊透明公開之原則，衛生福利部中央健康保險署依照全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法，規定每年定期公布領取健保費達 6 億元之醫院，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，並公布於「醫事服務機構財報公開」。

其中又以醫學中心、區域醫院及地區醫院較具規模及指標性，因此本研究以 2013-2019 年間於「醫事服務機構財報公開」中所能取得完整財報之醫學中心、區域醫院與地區醫院為研究對象，扣除沒有完整財務報表之醫院，醫學中心 19 家，共 133 筆、區域醫院 65 家，共 455 筆、地區醫院 13 家，共 91 筆，最後總得完整醫院財報總共有 677 筆。

醫療品質資料則使用財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之醫院評鑑結果，於衛生福利部醫事司之醫院評鑑及教學醫院評鑑相關業務，公告之「醫院評鑑暨教學醫院評鑑合格名單」。跟據衛生福利部之醫院評鑑標準，顯示醫院評鑑是為了建立一個安全、友善、以病人為中心的醫療環境，醫院評鑑的結果更成為醫療服務品質的指標，提供民眾參考，本研究已將醫院評鑑精進之結果顯示於合格與優良中，由於評鑑制度維持三年，由合格與優良之排名可知評鑑精進之果效。

## 第二節 實證模型

本研究以複迴歸的方式，探討醫院評鑑與醫院財務績效的關聯性。

$$Operating_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 Quality_{i,t} + \alpha_2 AST_{i,t} + \alpha_3 MGT_{i,t} + \alpha_4 CR_{i,t} + \alpha_5 DEBT_{i,t} + \alpha_6 PRI_{i,t} + \alpha_7 AREA_{i,t} + \alpha_8 SIZE_{i,t} + \varepsilon_{i,t} \dots \dots \dots (1)$$

本研究預期變數的定義如下：

### 一、應變數

本研究應變數定義為醫院財務方面，使用 Operating 代表營業利益率，計算公式為：(醫務收入-醫務成本)/醫務收入，顯示在不受到業外損益的影響下，單純從事醫務活動的財務績效，營業利益率越高代表財務績效越好。Operating<sub>it</sub> 表示第 i 家醫院在第 t 期的營業利益。

表 2 應變數定義

變數名稱	定義	公式
Operating	營業利益率	(醫務收入-醫務成本)/醫務收入

### 二、自變數與控制變數

本研究自變數定義為醫療服務品質，使用 Quality rating 代表該醫院當年度醫院評鑑成績。

本研究控制變數定義，AST 代表資產周轉率，計算公式為：醫務收入/總資產，顯示醫院運用資產的效率，本研究預想資產運用效率越高，醫療品質越好；MGT 代表管理費用率，計算公式為：管理費用/醫務收入，顯示醫院管控費用的能力，本研究預想醫院管控費用的能力越好，醫療品質越好；CR 代表流動比率，計算公式：流動資產/流動負債，顯示醫院償債能力，指醫院短期間內可使用的資源，本研究預想醫院可用資源越多，醫療品質越好；DEBT 代表負債比率，計算公式：總負債/總資產，顯示醫院的債務壓力及舉債經營的能力，負債比率越高，可用來提升醫療品質的資源就越少；PRI 代表私立醫院，變數定義，

私立醫院=1，公立醫院=0，本研究根據李佳容(2010)預期私立醫院醫療品質較公立醫院佳；DENSE代表醫院稠密度，北部地區=3，中部地區=2，南部地區=1，東部地區=0，本研究預期醫療網較密集，轉診就醫方便且迅速，醫療品質較好；SIZE代表ln總資產，本研究預估，資產報酬越高，醫院投入先進設備越多，醫療品質較好。

表 3 自變數與控制變數定義

變數名稱	定義	公式
Quality rating	評鑑成績	優良=1，合格=0
AST	資產周轉率	醫務收入/總資產
MGT	管理費用率	管理費用/醫務收入
CR	流動比率	流動資產/流動負債
DEBT	負債比率	總負債/總資產
PRI	私立醫院	私立醫院=1，公立醫院=0
DENSE	醫院稠密度	北區=3，中區=2，南區=1，東區=0
SIZE	醫院總資產	資產規模

# 第四章 實證結果與分析

## 第一節 描述性統計

本研究以描述性統計呈現醫院的財務績效為 Operating，醫療品質為 Quality，以及控制變數 AST、MGT、CR、DEBT、PRI、DENSE、SIZE。

由以下表 5 可得知各變數的樣本數、平均數、標準差、最小值與最大值。樣本醫院計 677 家，營業利益率平均為 0.0922，其中合格者之醫院計 270 家，營業利益率平均為 0.0931，其中優良之醫院計 407 家，營業利益率平均為 0.1010。由以下圖 2 營業利益率之分佈圖，更可明顯看出營業利益率分佈較為集中，且普遍營業利益率較低，差異性並不大。

醫院評鑑成績(Quality rating)之平均值為 0.75，代表所取樣本普遍醫療品質表現較好，但醫院間醫療品質差異性大，以下圖 3 為醫院評鑑成績優良及合格在各地區之佔比，樣本醫院以北部占多數。

資產周轉率(AST)差異性大，顯示各醫院運用資產的效率差異大；管理費用率(MGT)平均值低，標準差小，顯示醫院普遍管理費用率低，且差異性不大，費用管控具有效率；流動比率(CR)標準差為 4.25，與其他變數比相差較大，表示各醫院的短期償還能力差異大；負債比率(DEBT)平均值為 0.40，標準差差異小，顯示醫院舉債情況差異小；私立醫院(PRI)平均值為 0.65，顯示大多數皆為私立醫院；醫院稠密度(DENSE)平均數為 2.16，數值偏高，顯示北部醫療稠密度較高；醫院總資產(SIZE)平均值居中，顯示樣本規模分布平均。

表 4 描述性統計

	個數	平均數	標準差	最小值	最大值
應變數					
Operating	677	0.0922	0.1079270	-.3658	.9102
自變數					
Quality rating	677	0.75	0.433	0	1

控制變數

AST	677	1.0067	0.8405	0.0728	12.3383
MGT	677	0.0740	0.0812	0.0000	1.0023
CR	677	2.7365	4.2542	0.1671	92.1333
DEBT	677	0.4078	0.3120	0.0103	2.1318
PRI	677	0.65	0.477	0	1
DENSE	677	2.16	0.892	0	3
SIZE	677	22.0669	1.1860	18.7660	25.8216

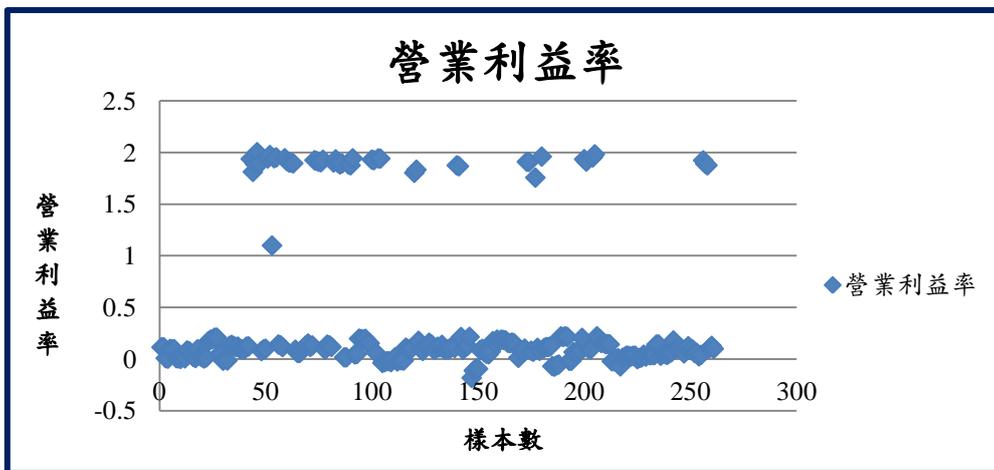


圖 2 營業利益率分布圖

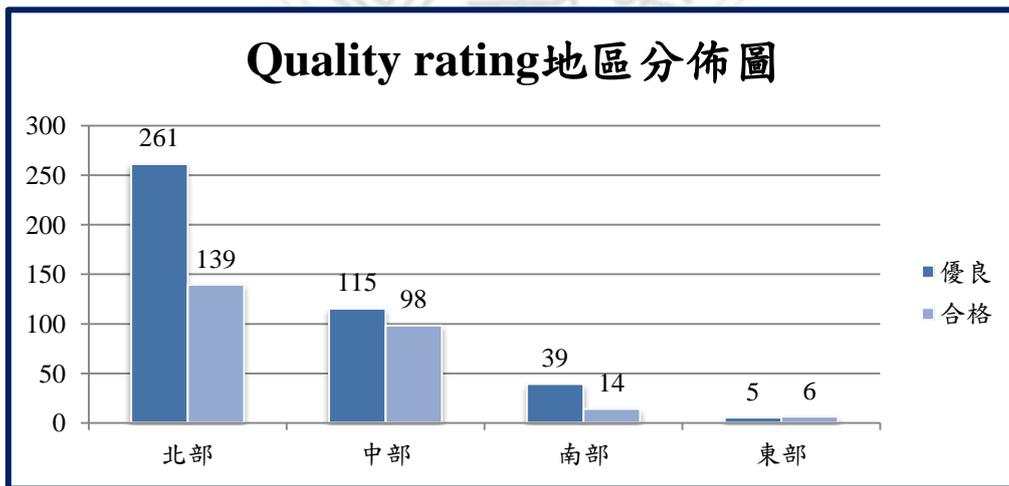


圖 3 Quality rating 地區分佈圖

## 第二節 相關性統計

為確認迴歸分析的可信度，本研究於迴歸分析前先進行相關性統計的分析，本研究採用 Pearson 相關係數統計，其分析結果根據表 6，顯示應變數營業利益率(Operating)與自變數醫院評鑑成績(Quality rating)及控制變數資產周轉率(AST)、管理費用率(MGT)、負債比率(DEBT)、私立醫院(PRI)、醫院稠密度(DENSE)呈現顯著正相關，表示營業利益率與其有正向影響；應變數(Operating)與流動比率(CR)、醫院總資產(SIZE)呈現顯著負相關，表示營業利益率與流動比率及總資產呈現相互負向影響。

表 5 相關性統計

	Operating	Quality rating	AST	MGT	CR	DEBT	PRI	DENSE	SIZE
Operating	1	0.141*** (0.000)	0.343*** (0.000)	0.106*** (0.006)	-0.066* (0.085)	0.067* (0.081)	0.201*** (0.000)	0.102*** (0.008)	-0.107** (0.005)
Quality rating		1	0.061 (0.110)	-0.019 (0.627)	0.008 (0.829)	-0.026 (0.507)	0.094** (0.015)	0.097** (0.011)	0.106*** (0.006)
AST			1	0.099*** (0.010)	-0.165*** (0.000)	0.554*** (0.000)	0.123*** (0.001)	0.095** (0.014)	-0.536*** (0.000)
MGT				1	-0.051 (0.187)	0.153*** (0.000)	0.110*** (0.004)	0.064* (0.098)	-0.060 (0.120)
CR					1	-0.213*** (0.000)	-0.079** (0.040)	-0.040 (0.304)	0.171*** (0.000)
DEBT						1	0.042 (0.279)	0.052 (0.178)	-0.530*** (0.000)
PRI							1	0.137*** (0.000)	0.038 (0.319)
DENSE								1	0.009* (0.806)
SIZE									1

P<0.1 為\*、P<0.05 為\*\*、P<0.01 為\*\*\*

### 第三節 T 檢定分析

以醫院評鑑成績(Quality rating)與營業利益率(Operating)、資產周轉率(AST)、管理費用率(MGT)、流動比率(CR)、負債比率(DEBT)、私立醫院(PRI)、醫院稠密度(DENSE)、醫院總資產(SIZE)，進行獨立樣本檢定，分析結果如表 7 顯示營業利益率(Operating)、私立醫院(PRI)、負債比率(DEBT)、醫院總資產(SIZE)具有顯著性，代表醫院評鑑成績分為優等與合格間營業利益率(Operating)、私立醫院(PRI)、負債比率(DEBT)與醫院總資產(SIZE)存在顯著差異。

表 6 獨立樣本 T 檢定

		變異數相等的		平均數相等的 t 檢定						
		Levene 檢定		t	自由度	顯著性(雙尾)	平均差異	標準誤差異	差異的 95% 信賴區間	
		F 檢定	顯著性						下界	上界
Operating	假設變異數相等	13.75	0.000	3.707	675	0.000	0.0351	0.0094	0.0165	0.0538
	不假設變異數相等			3.022	217.661	0.003	0.0351	0.0116	0.0122	0.0581
AST	假設變異數相等	0	0.990	1.599	675	0.110	0.1191	0.0745	-0.0272	0.2655
	不假設變異數相等			1.342	224.797	0.181	0.1191	0.0888	-0.0558	0.2942
MGT	假設變異數相等	0.06	0.807	-0.487	675	0.627	-0.0035	0.0072	-0.0176	0.0106
	不假設變異數相等			-0.513	316.308	0.609	-0.0035	0.0068	-0.0169	0.0099

CR	假設變異數相等	0.109	0.742	0.216	675	0.829	0.0817	0.3780	-0.6605	0.8240
	不假設變異數相等			0.292	560.769	0.770	0.0817	0.2802	-0.4686	0.6321
DEBT	假設變異數相等	4.723	0.030	-0.663	675	0.507	-0.0183	0.0277	-0.0728	0.0360
	不假設變異數相等			-0.712	327.849	0.477	-0.0183	0.0258	-0.0692	0.0324
PRI	假設變異數相等	15.49	0.000	2.446	675	0.015	0.103	0.042	0.02	0.186
	不假設變異數相等			2.376	274.304	0.018	0.103	0.043	0.018	0.189
DENSE	假設變異數相等	0.764	0.383	2.544	675	0.011	0.201	0.079	0.046	0.356
	不假設變異數相等			2.487	277.04	0.013	0.201	0.081	0.042	0.360
SIZE	假設變異數相等	37.116	0.000	2.765	675	0.006	0.2897	0.1048	0.0839	0.4955
	不假設變異數相等			3.329	423.309	0.001	0.2897	0.0870	0.1186	0.4608

## 第四節 迴歸分析

本研究以複迴歸方式估計實證模型，探討醫院評鑑(Quality rating)以及控制變數 AST、MGT、CR、DEBT、PRI、DENSE 及 SIZE 對於醫院營業利益率(Operating)是否有顯著影響。

如表 8 顯示，自變數 Quality rating 對於應變數 Operating 的影響顯著為正，代表醫院服務品質越好，其醫院評鑑成績越好，財務績效越佳，因此醫院評鑑成績越好對其營業利益率呈現正向影響；控制變數 AST 對於應變數 Operating 的影響為正，代表醫院的資產周轉率越好，營業利益率也會越佳；MGT 對於應變數 Operating 的影響為正，代表管理費用率越高，可能醫院營業利益率越好；DEBT 對於 Operating 影響為負，代表負債比率越高之醫院，營業利益率越好，可能為醫院需要舉債較多的資金，建構硬體設備提升醫療品質，進而使得營業利益率較低；PRI 對於 Operating 影響為正，代表私立醫院營業利益率較好，可能原因為私立醫院因有財團的支持，有較多的資金建設醫療設備等，故營業利益率會較高。

表 7 迴歸分析

變數	coefficient	t-Statistic	Prob.
C	-0.015	-0.162	0.872
Quality rating	0.024***	2.675	0.008
AST	0.053***	8.952	0.000
MGT	0.101**	2.139	0.033
CR	-0.001	-0.637	0.525
DEBT	-0.061***	-3.870	0.000
PRI	0.030***	3.687	0.000
DENSE	0.005	1.075	0.283
SIZE	0.001	0.284	0.777

1.P<0.1為\*、P<0.05為\*\*、P<0.01為\*\*\*2.自變數醫院評鑑成績(Quality rating)，控制變數資產周轉率(AST)、管理費用率(MGT)、流動比率(CR)、負債比率(DEBT)、私立醫院(PRI)、醫院稠密度(DENSE)、ln總資產(SIZE)

# 第五章 研究結論

## 第一節 結論與建議

本研究主旨係為了解及探討台灣醫院評鑑制度對於醫院財務績效之影響及關聯性。本研究蒐集了自 2013-2019 年間於「醫事服務機構財報公開」中所能取得完整財報之醫學中心、區域醫院、地區醫院為研究對象，並排除未有完整財報之醫院，經篩選後共有醫學中心計 19 家 133 筆、區域醫院計 65 家 455 筆，及地區醫院計 13 家 91 筆資料，最終總得完整醫院財報共計有 677 筆。

本研究係採複迴歸分析作為實證模型，並納入描述性統計、相關性統計及 T 檢定分析等輔助作為加強複迴歸分析的可信度，以此探討醫院評鑑與醫院財務績效的關聯性。本研究以營業利益率(Operating)為應變數，醫院評鑑成績(Quality rating)為自變數，其他如管理費用率(MGT)、流動比率(CR)、負債比率(DEBT)、私立醫院(PRI)、醫院稠密度(DENSE)、醫院總資產(SIZE)等為控制變數。

使用描述性統計來分析各變數代表之意義，統整後顯示各醫院普遍醫療品質表現良好(Quality rating 0.75)，尤以在北部區域(DENSE 2.16)及私立醫院(PRI 0.65)更為明顯。而各醫院在資產的運用效率(AST 0.07-12.3)及短期償還能力(CR 4.25)上有明顯較大的差異性，但在營業利益、管理費用、及負債比率上並沒有特別差異，顯示各醫院在成本及營收的調控上可達到差不多的績效，故影響各醫院差異性的主要在於對其資產的運用能力及效率，而根據統計結果在北部區域的醫院及各私立醫療院所的績效是相對表現較良好的，也相應的發揮較好的醫療品質。

本研究也進行 T 檢定分析，以醫院評鑑成績(Quality rating)分群，進行獨立樣本雙尾檢定，分析結果顯示營業利益率(Operating)、私立醫院(PRI)、醫院稠密度(DENSE)與醫院總資產(SIZE)，醫院評鑑成績(Quality rating)具有顯著性。

為了確認迴歸分析的可信度，本研究也於迴歸分析前先進行相關性統計的分析，而分析結果顯示醫院評鑑成績、資產周轉率、管理費用率及醫院稠密度對營業利益率呈現顯著的正向影響，負債比率則對營業利益率呈現顯著的負向影響。表示醫院的收入及支出比率及所在區域醫院的密集程度對於醫院的財務績效有明顯的影響力，而財務績效良好與否也是決定醫院評鑑成績的關鍵。

本研究以複迴歸方式估計實證模型，探討醫院評鑑成績(Quality rating)對於醫院財務績效(Operating)是否有顯著影響，以及控制變數對於 Quality rating 的影響。依據結果顯示，醫院評鑑成績對於醫院財務績效的影響顯著為正向，與本研究預期結果相符，可推論當醫院評鑑成績越好，對於醫院的財務績效影響是正向的，而當醫院財務績效提升時，醫院可運用資源也得以增加，由此顯示良好的醫院財務績效對於提升醫療服務品質是有助益的，相應可預見良好的醫療服務品質對於提升醫院的財務績效也同樣是有益的。

研究者期望未來可增加自變數及醫院等級的交乘項，以探討其交互作用，作為未來的研究方向。

## 第二節 研究限制

本研究之樣本選取摘錄自衛生福利部所公布之領取健保費用達新台幣 6 億元之醫院財務報表進行研究探討，但因衛福部所公布之財務報表是以 PDF 檔案公佈，且經過處理仍無法轉成表格檔案，故財報資料部分研究者只能以人工方式處理，雖已盡量避免，但難免可能存在疏漏。而控制變數部分，則因各家醫院公佈之財報格式架構未統一，醫院財報內容有缺失，故只能以較廣範圍下去做資料分析，如：醫務收入、醫務成本、管理費用率等，因部分財報未揭露各醫院健保收入及非健保收入金額，以此進行資料分析將會更準確；且在檢視各年度財報中，當年度財報中之前一年度金額跟去年度公佈之財報有異，需多加檢視及確認其正確性，造成資料收集不易。

而針對應變數，醫院評鑑部分則是因為資料取之不易，因衛福部僅公開最近一次評鑑成績結果，且無法得知哪間醫院為評鑑不合格之醫院，而聯繫過衛福部後仍無法取得，故只能以評鑑合格優良與否進行研究，若有更多年份且詳細之資料，相信未來在探討此相關之研究會更加完整。



# 參考文獻

## 中文部分

- 王怡人(2011)，邁向二代健保新紀元－全民健康保險法 100 年 1 月修正重點介紹，*醫事法學*，18，89-95。
- 王俊文、葉德豐、曾坤儀(2003)，台灣醫院評鑑趨勢之探討，*中山醫學雜誌*，14(4)，513-522。
- 王美慧、陳瑞龍、林憬、江克儉(2005)，醫院績效衡量之研究-以花蓮某區域醫院為例，*顧客滿意學刊*，1(2)，107-130。
- 王錦旺(2006)，總額支付制度對醫院績效之影響-以南部地區級以上醫院為例，台南：南台科技大學器也管理研究所碩士學位論文。
- 石曜堂(2017)，評鑑與成長-全人照護的承諾與卓越追尋，*醫療品質雜誌*，11(2)，4-8。
- 石曜堂、張政國(2008)，醫療品質發展趨勢探討，*醫療爭議審議報導*，37，1-9。
- 朱文洋、葉淑娟(2001)，中小型醫院經營策略與營運績效之探討-以平衡記分卡觀點分析，*醫務管理期刊*，2(2)，109-138。
- 余玲雅、許瑛璇、范錦明(2016)，台灣全民健保立法過程的政治協商，*人文社會科學研究*，10(1)，75-94。
- 吳冠陞(2018)，我國主要健保特約醫院財務報表分析，國立中山大學財務管理學系碩士論文。
- 吳萬益、郭幸萍、彭奕龍(2002)，醫學中心組織文化、管理模式、競爭優勢與經營績效之互動相關影響研究，*醫務管理期刊*，3(3)，17-38。
- 李佳容、林進財、譚醒朝、張曉芬(2010)，台灣地區財團法人醫院財務績效之評估，*健康管理學刊*，8(2)，199-208。
- 李俊秀、李光申、黃勝堅、郭麗琳(2017)，醫療費用支付制度趨勢－論量計酬轉變為以價值為支付基礎，*北市醫學雜誌*，14，50-58。
- 沈姍姍、吳淑雲、謝明娟(2009)，公立醫院經營績效分析－以某南部地區醫院為例，*嘉南學報(人文類)*，(35)，545-559。
- 林郁淳(2014)，醫院財務績效趨勢影響與影響因素研究，高雄：義守大學醫務管理學系碩士學位論文。
- 林淑綿(2010)，台灣醫院評鑑制度運作之研究，國立臺北大學公共行政暨政策學系。
- 林進財、譚醒朝、張曉芬(2013)，台灣地區財團法人醫院財務報表之評估，*健康管理學刊*，11(2)，124-137。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會醫院評鑑組、衛生福利部醫事司(2019)，新一循環醫院評鑑研修重點，*醫療品質雜誌*，13(5)，30-34。

- 張之申(2014)，醫院分級簡介，  
<https://helenchangmd.wordpress.com/2014/05/04/3728/>。
- 許斯凱(2015)，醫護服務品質績效評估之研究-以台灣地區財團法人醫院為例，  
慈惠學報，(11)，1-16。
- 許德進、邱鈴真、蔡秉儒(2017)，全民健保住院診斷關聯群的實施對腹股溝疝  
氣手術醫療費用之影響，管理資訊計算，13(2)，34-39。
- 郭年真、江東亮、賴美淑(2014)，二代健保改革，台灣醫學，18(1)，43-52。
- 陳仁惠、黃月桂(2005)，不同權屬與評鑑等級醫院之效率評估－DEA 法之應用，  
醫護科技學刊，7(4)，346-362。
- 陳柏璋、呂昭顯、譚慧芳(2014)，醫院非醫務活動收益之分析－以台灣非營利  
醫院為例，台灣衛誌，33(6)，597-608。
- 陳珮青、郭年真、黃昱瞳、黃光華、楊銘欽、李玉春(2016)，實施全民健康保  
險住院診斷關聯群支付制度對醫療機構之影響，台灣公共衛生雜誌，35(3)，  
268-280。
- 陳珮郁、黃馨慧、吳堯達、黃仲毅、王拔群、陳楚杰(2019)，從醫院觀點探討  
醫院評鑑改革對醫院的影響，醫務管理期刊，20(2)，145-162。
- 黃煌雄、沈美真、劉興善(2012)，全民健保總體檢，台北：五南出版社。
- 黃維民、汪譽航、陳紫郎、李育航(2013)，探討台灣診斷關聯群資訊系統之實  
證研究，病歷資訊管理，12(2)，27-46。
- 黃憶芬(2020)，全民健保醫院評鑑法制之研究，台北：國立臺灣海洋大學海洋  
法律研究所碩士學位論文。
- 楊漢淙、蔡素玲(2019)，臺灣醫院評鑑發展回顧，醫療品質雜誌，13(2)，5-8。
- 廖于煊(2018)，醫院醫療品質與財務績效之實證研究，臺灣大學會計學研究所  
學位論文。
- 廖惠華、李偉強、張偉斌、魏秀美(2014)，台灣導入診斷關聯群對醫療利用之  
影響－以內科系心導管診斷及治療為例，醫務管理期刊，15(2)，111-127。
- 潘奇、魏誠佑、祝道松、侯勝茂(2006)，總額預算實施前後署立醫院營運績效  
之評估，醫務管理期刊，12(7)，403-417。
- 衛生福利部中央健康保險署(2020)，DRG 住院診斷關聯群支付制度，  
[https://www1.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=DCCBE9C48349FFF0&topn=5FE8C9FEAE863B46](https://www1.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=DCCBE9C48349FFF0&topn=5FE8C9FEAE863B46)。
- 衛生福利部中央健康保險署(2020)，全民健康保險醫療費用支付標準，  
[http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/2955\\_%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E9%86%AB%E7%99%82%E8%B2%BB%E7%94%A8%E6%94%AF%E4%BB%98%E6%A8%99%E6%BA%96.pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/2955_%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E9%86%AB%E7%99%82%E8%B2%BB%E7%94%A8%E6%94%AF%E4%BB%98%E6%A8%99%E6%BA%96.pdf)。

- 衛生福利部中央健康保險署(2020)，醫事服務機構財報公開，  
[https://www.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=8A5CA04F618E3364&topn=23C660CAACAA159D](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=8A5CA04F618E3364&topn=23C660CAACAA159D)。
- 衛生福利部統計處(2019)，國際疾病分類標準(ICD-10)。  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2490-113.html>。
- 衛生福利部醫事司(2013)，發揮各層級醫院角色功能重振五大科具體策略。  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-2829-a686eeda-76be-4cbf-84ed-5eb3b378d8f0.html>。
- 衛生福利部醫事司(2019)，2019 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序，  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-946-47266-106.html>。
- 賴祖昌(2017)，國防組織精簡與醫院評鑑對國軍醫院績效影響之研究，台北：國防大學管理學院資源管理及決策研究所碩士論文。
- 謝序偉、簡立建、譚大純(2005)，以策略觀點探討醫療機構績效管理：以高雄榮民總醫院為例，經營管理論叢，1(2)，41-58。
- 韓秉源、詹雅琪、林上鈞、林源鉉、古麗君、官喜寧(2017)，專題研究：醫院非醫務活動收益之分析以團法人醫院為例，元培醫事科技大學。
- 魏政達(2018)，財團法人醫療機構之企業社會責任支出與財務績效之關聯性研究，台北：國立政治大學會計學系研究所。
- 嚴玉華、方世杰(2014)，資訊揭露透明度與醫院治理效能：一代健保與二代健保比較研究，台灣公共衛生雜誌，33(2)，131-147。
- 蘇勳璧、彭朱如、鄧振華(2001)，不同等級醫院其資源優勢、策略優勢與績效之關係，醫務管理期刊，2(1)，93-109。

## 英文部分

- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011), "Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature," *Annals of Saudi Medicine*, 31, 407 - 416.
- Bazzoli, G. J., J.P. Clement, R. C. Lindrooth , H. F. Chen, S. K. Aydede, B. I. Braun, & Loeb, J. M. (2007), "Hospital financial condition and operational decisions related to the quality of hospital care," *Medical care research and review : MCRR*, 64(2), 148–168.
- Bazzoli, G., Andes, S.(1995), "Winter. Consequences of hospital financial distress," *Hospital & Health Services Administration*,4,472-495.
- Claudia A. S. Araujo, M. M.Siqueira &A. M. Malik(2020), "Hospital accreditation impact on healthcarequality dimensions: a systematic review," *International Journal For Quality In Health Care*,(00),1–14.
- Flood,A.B., S.Z. Jacqueline& W.R. Scott(1994),*Organizational performance:managing for efficiency and effectiveness*, "3rd Edition. Delmar,Inc.,Albany, NY.
- Lin, R.C., C.C. Cho, &Y. F. Yang(2016), "Apply the data envelopment analysis to evaluate the operational efficiency of public hospital: a perspective on the role of nursing," *輔仁管理評論*,23(3), 1-27.
- MedPAC (2005), Report to the Congress: Issues in a modernized Medicare program.
- Moon-Ju Shin(2014),The Effects of Hospital Accreditation Program to the Organizational Culture, Job Satisfaction, Financial Performances and Patient Safety at Geriatric Hospital : About Busan Metrocity. *Journal of Digital Convergence*.
- Nicklin,, W., & S. Clark(2019), "Trends on the health services accreditation landscape," *醫療品質雜誌*,13(2), 9-16.
- Sarah Q. Duffy and Bernard Friedman (1993), "Hospitals with chronic financial losses: what came next?" *Health Affairs*,12(2), 151–163.
- Wardhani, V., van Dijk, J.P. & Utarini, A.(2019), "Hospitals accreditation status in Indonesia: associated with hospital characteristics, market competition intensity, and hospital performance?" *BMC Health Serv Res* 19, 372.