

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

私立醫療機構法人化實施意願及認知之探討

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：90-HA-11

執行期間：90年1月1日至90年12月31日

計畫主持人：陳惠芳

共同主持人：黃慧娜

執行單位：醫管系

中華民國 91 年 2 月 19 日

一、中文摘要

私立醫院在衛生醫療體系內，扮演重要的角色和功能，衛生署為了改善過去醫療法對私立醫院所有權屬性定位之不妥，而使醫院面臨經營窘困所衍生之問題可法得到解決，擬將修法建立醫療法人制度。本研究以郵寄問卷調查法調查私立醫院院長對醫療法人制度的認知，再以 t 檢定、ANOVA 檢定及逐步複迴歸分析影響認知之因素。結果經因素分析法發現其認知構面可分為改善醫院整體管理政策、法人化醫院財務管理政策、營利性法人政策及醫院所有權屬性政策等四個類別。完成問卷之 104 位醫院院長中，有 82% 院長贊成實施醫療法人制度。又，認知構面之影響因素經 t 檢定及 ANOVA 檢定分析，結果發現是否贊成法人制度實施、專任員工數、醫院功能、醫院科別數、每日門診診數、每日平均門診人次、平均佔床率等項目有差異，而以逐步複迴歸分析，則發現四個構面認知之影響因素為是否贊成法人制度實施，且贊成者認知高於不贊成者。由上知，高達 82% 醫院院長贊成此制度之實施，且都有相當的認知，故建議政府應積極宣導醫療法人政策規劃內容，醫院更應注意其未來法規內容是否合理，以縮減雙方歧見順利達到政策目標。

關鍵詞：私立醫院、認知、醫療法人

Abstract

Over recent years, Taiwan healthcare delivery has become more and more troubled by the persistent slide into recession of private hospitals. Under this circumstance, Department of Health is undertaking a massive Medical Law amendment to transform private hospital into a vital medical juridical person. But if it is to achieve the transformation needed succeed in today's environment, private hospital superintendents must being make sense with the Medical Juridical Person System.

This study aimed to investigate the dimensions and their related factors of private hospital superintendents' knowledge about Medical Juridical Person System. A

survey was conducted in nationwide private hospital superintendents. Data were collected from mail questionnaires. Analysis of variance (ANOVA), t-test and stepwise multiple regression analysis were used to determine the association between the variables. The results indicated that the private hospital superintendents' knowledge about Medical Juridical Person System was consisted of four dimensions, there are: (1) improving hospital whole management policy; (2) medical juridical person's financial management policy; (3) for-profit juridical person policy; and (4) hospital ownership policy. In total, 104 superintendents completed the questionnaire during the study period. Eighty-two percent of the superintendents were in agreement with the implementation of medical juridical person system. Run t-test and ANOVA, it was identified that superintendents' knowledge was correlated with the variables such as superintendents' opinion toward the implementation of medical juridical person system, number of hospital employee, hospital function, number of hospital discipline, number of outpatient clinic per day, average outpatient service volume per day and hospital average occupancy rate. Furthermore, the results of stepwise multiple regression analysis revealed that the superintendents' knowledge related factor was superintendents' opinion toward the implementation of medical juridical person system. Finally, the study pointed out that superintendents having a higher understanding of the medical juridical person system appeared significantly to be a better system supporter. The study suggests that the medical juridical person system understanding is a good predator of superintendent support.

二、緣由與目的

我國於民國八十四年實施全民健保政策後，醫院總數由原來 828 家至八十八年減少為 700 家，四年內減少了 128 家⁽¹⁾，而其中又以私立醫院居多，為因應複雜多變的醫療環境，以達永續經營的目標，醫

院多轉型為診所、擴大規模或歇業、停業。國內醫療機構依現行法規可分為公立、財團法人與私立醫療機構，公立醫療機構為政府部門所有，除所謂「公辦民營」制度外，民間尚難參與其間，民間欲參與投資醫療事業，惟有透過財團法人及私立醫院行之。財團法人醫院係以投資人捐助財產為基礎，而私立醫療院所又以醫師為負責人，基本上屬於獨資及合夥性質，若欲以此屬性事業體吸引外資，有實際困難⁽²⁾。醫療法並規定醫療機構應置負責醫師一人，對其機構之醫療業務，負督導責任，醫療機構之名稱、診療科別、人員配置、醫療服務設施及建築物之設計、構造與設備暨樓地板面積等，於開業登記時均應符合醫療法之子法規一「醫療機構設置標準」之規定，始能發給開業執照。至於地區醫院以上之醫院，其上述項目，則需符合醫院評鑑及教學醫院評鑑標準，經中央衛生主管機關定期評鑑。醫療機構能否合法存立，提供何項診療服務，及與全民健康保險特約類別、特約級別等，均以上述登記，評鑑結果為準據。私立醫院參加醫院評鑑，經評定合格者而後如因負責醫師異動（離職或退休），後任負責醫師於原址重新開業，仍沿用原醫療機構名稱，但原評鑑醫院資格有效期即告終止應重新申請醫院評鑑，導致私立醫院雖醫師異動，但屬性擁有、機構名稱、原硬體醫院人力及醫療品質皆未改變，然而卻不具全民健保之特約條件。而公立、財團法人醫院為公法人所設之機構，為法律上獨立主體之人格，均不因負責醫師更改而影響法人主體之存立。現行制度下，私立醫院負責醫師長期臥病或因故不能視事而不能申請變更，或改聘較適任之負責醫師致私立醫院權益受損⁽³⁾。東方國家「克紹箕裘」的傳統觀念，不具醫師資格的私立醫療院所負責醫師子女，即使承繼醫療院所的所有權，因無法繼續經營，且在未能得到外界助力下，不是結束醫療院所之營運，亦可能受到具醫師資格的經營權爭奪戰，徒生社會紛爭，或者也可能因而失去醫療公共財的社會意義⁽²⁾。諸如上述使得原本即得

自給自足之私立醫院，又因法規之限制雪上加霜而導致經營不善，此可由醫政處八十八年度所統計之資料，全國私立醫院平均佔床率50.63%未達損益平衡點，而私立法人醫院則平均佔床率皆能維持在73%以上，一窺究竟⁽⁴⁾。

中央衛生主管機關為了替民眾建構一個完善的衛生醫療體系，推動理念、組織及法制再造計劃，而我國醫院至八十八年底醫院總數700家，其中私立醫院（含牙醫及中醫醫院）521家，私立醫院佔有74.4%，地位與功能均受肯定⁽⁵⁾。我國目前醫藥產業之規模，雖然已達國民生產毛額（GNP）的百分之五點五，但由於受到傳統觀念的束縛，不但未被視為經濟活動，且亦未受到法律合理保障。有些是政府干預過多、有些則毫無規範。因此，針對過度管制的部份，經衛生署檢討，對於不符世界潮流，脫離社會現實，有違民眾期待的法規將逐予修正。依現有醫療法對私立醫院所有權屬性之定位，使私立醫院無法永續經營、資金籌措困難、醫師合夥經營無法律地位及繼承經營產生問題⁽⁶⁾，故此次修法主要內容擬建立醫療法人制度⁽⁷⁾。係指私立醫療機構達中央衛生主管機關公告一定規模以上者，應以法人醫療機構設立，法人醫療機構可分財團法人及社團法人醫療機構⁽⁸⁾。即在醫療法草案第4條區分自然人所設立之醫療機構和第5條由法人所設立之醫療機構，在法人醫療機構方面，仿日本法之設計，增設非營利性社團法人得設立醫療機構之規定（草案第46—50條），為鼓勵醫療機構之永續經營，自然人所設立之醫療機構達一定規模後，強制改為法人醫療機構⁽⁹⁾。目前醫療法修正草案幾經公聽⁽¹⁰⁾及醫界探討⁽¹¹⁾，已送請立法院審查，醫療法人管理制度之草案內容有：1. 醫療法人類別：分為財團醫療法人與社團醫療法人兩種。財團醫療法人係依現行醫療法中有關財團法人篇制定；社團醫療法人為創設。2. 參與成員之責任：財團法人捐助者，就其出資額對該財團醫療法人醫院負責。社團醫療法人參加社員則應對法人因醫療業務所發生債

務負無限清償責任。3. 董事會組織：財團醫療法人係捐助財產為成立基礎，依現行醫療法之規定，其董事長資格不要求具醫師資格，但其董事仍應有三分之一以上具醫事專業身分。社團醫療法人之董事長則應具有醫師資格，但如因故無法擔任，得經董事會推選之，並經中央衛生主管機關之核准，由其子女或配偶擔任，俾能使醫院永續經營；而繼任之非醫師身分之董事長與具醫師資格之董事長權利義務無異，惟不得擔任負責該醫療法人轄下任何醫療機構之負責醫師。4. 營利性：財團醫療法人，不得分配盈餘。而有持分之社團醫療法人股東則可以分配盈餘，惟分配比率上限與分配方法，應由中央衛生主管機關另訂之。5. 永續經營性：社團醫療法人，其持分得以繼承，而財團醫療法人則屬社會所共有，無繼承問題。6. 退股：有持分規定之社團醫療法人，除非退社或喪失社員資格，不得主張退回持分。又請求退回持分，依其投資額比率退社。唯其殖利比率，不得超過該社團法人所分派之盈餘比率，至於財團法人捐助人則無退股之說。7. 強制性：一定規模以上之醫院，應以醫療法人之型態設立。

Lerner WM. 及其他相關文章指出醫院外部政策的改變會影響醫院組織績效、員工關係、醫病關係及人力供應^(12、13、14)，而 Riska E. 實証分析健康照護政策決策與消費者認知及態度之影響有關⁽¹⁵⁾，現今國內衛生政策醞釀著醫療機構法人化，法案已在催生，私立醫院院長認知及看法恐將影響政策施行成效。台灣近幾年來醫療環境變化劇烈，醫院危機發生時如何因應？依徐強文章中指出，有效的危機管理仰賴於決策者對危機的知覺和態度，而決策者對危機的認知會受企業屬性、員工人數影響，但不受主管年齡、服務年資之影響⁽¹⁶⁾。Sriratanabun J. 等人指出醫院是否實施新制度時，會受醫院營運狀態市場相關因素、醫院屬性、競爭策略影響⁽¹⁷⁾。故本研究先著手探討私立醫院院長對醫療法人制度認知程度及認知影響因素，結果可作為醫界、醫療政策決策、法界人士在研

擬相關制度及管理政策參考運用。

三、結果與討論

醫院院長對實施醫療法人政策認知類別構面，其四個因素累計可解釋變異量的百分比為 66.81%，四個因素之 Cronbach's α 分別為 0.92、0.87、0.76、0.82。第一個認知類別因素就其特質命名為改善醫院整體管理政策（因素一）；第二個命名為法人化醫院財務管理政策（因素二）；第三個命名為營利性法人政策（因素三）；第四個命名為醫院所有權屬性政策（因素四）。而本研究結果顯示私立醫院院長，以對法人化醫院財務管理政策認知最高為 3.837 分，其後依次為醫院擁有權分類政策 3.77 分，改善醫院整體管理政策 3.729 分，營利性法人政策為 3.475 分，目前私立醫院院長對實施法人化政策各項認知平均分數介於 3.475 至 3.837 分，亦即普通同意與同意之間，亦即對於衛生署規劃之政策方針有相當認知程度。

醫院及院長樣本基本特性在醫院服務能量上，地區醫院居多佔 89.3%（醫院功能以醫院評鑑為基準），平均一般病床數在 50 床以下居多佔 74.8%，醫院專任員工數多為 50 人以下佔 48.5%，醫院年資 10 年以下居多佔 38.2%，11 至 25 年次佔 36.3%，醫院科別數多為 3 科以下佔 45.6%，4 至 10 科為次之佔 35%，醫院每日門診診數 3 診以下居多 48.5%，4 至 15 診佔 35% 次之。由上述結果可視私立醫院多為地區醫院型態，病床規模較少，而員工編制又以病床為基準故員工數亦較少，所能提供之服務科別及診數亦較少。有關醫院產出面每日平均門診人次，則以 100 人次以下居多為 35.6%，101 至 330 人次佔 34.7% 次之，急性病床平均住院日則以 5 天以下佔多數為 48.4%，其次為 6 至 9 天佔 36.3%，平均佔床率則 61% 以上佔 45.5% 居多，40% 以下次之佔 35.2%，整體而言佔床率 60% 以下醫院有 54.5%。有關院長基本資料面，多數院長即是醫療業務負責醫師，且年齡在 60 歲以上居多佔 39.8%，49 歲以下佔 38.8% 次之，50 歲以上共佔 61.2%，教育程度以大學居

多佔 82.5%，院長父親非醫師為多數佔 84.5%，且多數贊成私立醫療機構法人制度實施為 82%。從醫院產出資料中顯示其急性病床平均住院日多為 9 天以下，因私立醫院皆以小型醫院居多，扮演基層醫療角色，大體上合理，但亦有 15.4% 之平均住院日在 10 天以上，且其平均佔床率約有八成醫院在 60% 以下，可見其可能因病人來源不足而無法達損益平衡，而有關醫院院長基本特性，其年齡六成為 50 歲以上，大部分為醫療業務負責醫師，亦即再過十年後，多數醫院將面臨醫療業務負責人退休後，醫院將如何處置之困境，以致本結果有高達 82% 醫院院長贊成私立醫療機構法人制度的實施。

為探討醫院及院長不同基本特性在各認知構面間是否有差異，依因素分析方法，將分類所得之認知因素構面利用 student's t 檢定及 ANOVA 分析，結果發現在改善醫院整體管理政策構面上，醫院服務能量、產出及院長基本特性上各變項都無差異，只有在是否贊成法人制度實施上有差異 ($p < 0.01$)，且贊成之平均認知分數高於不贊成，但二者平均分數皆高於 3 分以上，即是不論是否贊成法人制度管理，皆認同醫療法人制度可改善醫院整體管理體質。而就法人化醫院財務管理政策面而言，亦是在是否贊成法人制度實施上有差異 ($p < 0.01$)，且贊成的平均分數高於不贊成，不論贊成與否，皆同意法人化後醫院財務管理將更活絡。有關營利性法人政策衝擊面，專任員工數 ($p < 0.05$) 及是否贊成法人制度實施 ($p < 0.01$) 二項上有差異其他變項皆無差異，事後檢定發現員工人數 151 人以上的平均認知分數高於 50 人以下，但皆在 3 分以上，即是不論醫院員工數多少皆同意營利性法人不會帶來負面影響。然而在是否贊成法人制度實施資料上則贊成者平均分數高於不贊成者，但在贊成群上平均分數高於 3 分，不贊成者低於 3 分，即是不贊成實施者還是對營利性法人之負面影響持保留的看法。有關醫院所有權屬性政策構面，則在醫院功能 ($p < 0.05$)、專任員工數 ($p < 0.05$)、醫

院科別 ($p < 0.05$)、醫院每日門診診數 ($p < 0.05$)、每日平均人次 ($p < 0.01$)、平均佔床率 ($p < 0.05$) 及是否贊成法人制度實施項上有差異，其他變項皆無差異。而在是否贊成法人制度項上，不贊成者平均認知分數低於 3 分，即是不贊成者並不認為現今醫院所有權屬性定位有何不妥，但在其他項上其平均認知分數皆高於 3 分，即是同意醫院所有權應重新定位，綜上分析結果年齡與院長認知差異沒有關係，而醫院員工數與醫院屬性在院長認知上是有所差異，此結果與前述徐強指出管理者認知不受年齡影響有相似結果⁽¹⁶⁾，但在企業屬性，員工人數則呈現不一樣結果。

本研究進一步將前述會影響四個構面認知之變項，經由啞變項後 (dummy variable) 以逐步複迴歸 (stepwise multiple regression) 分析，結果發現在改善醫院整體管理政策、法人化醫院財務管理政策、營利性法人政策、醫院所有權屬性政策等認知，其顯著受影響的變項即是否贊成私立醫療機構實施法人化政策 ($p < 0.005$)。在醫院屬性政策構面上，是否贊成私立醫療機構實施法人化政策為解釋力較高之因素 ($R^2 = 0.304$)，而在其他三構面此因素解釋力則較低 ($R^2 = 0.129$ 、 0.1 、 0.1)。因此結果在是否贊成私立醫療機構實施法人化政策項與前述差異檢定有一致性結果。但在其他前述有差異變項，則無顯著差異。此項結果可發現在四個認知類別構面贊成者之認知分數皆高於不贊成者，但不論贊成與否改善醫院整體管理政策、法人化醫院財務管理政策、營利性法人政策等之構面其平均認知分數皆高於 3 分，為普通同意，亦即不論贊成與否，其對法人化政策能改善醫院管理體質、使醫院財務活絡及不會有負面衝擊等，均持正向評價。然而在醫院所有權屬性政策構面上，則不贊成者與贊成者之認知差異較其他構面為大，且不贊成者其認知分數低於 3 分為不同意至普通同意間，可能贊成與不贊成者間共識較小。

三、參考文獻

(1) 行政院衛生署醫政處，「表一.台灣地區

歷年公私立醫療院所數”摘自

<http://www.doh.gov.tw/new/focus/org2/national/a890713-1.htm>

(2) 張耀懋, ”私立醫療機構法人化可行性—醫療公司可能出現嗎? ”。醫事法學, 7, pp.49-74, 1999。

(3) 吳憲明, ”私立醫院人在政存人去政見乎”。醫事法學, 6, pp.1-7, 1999。

(4) 行政院衛生署醫政處, 表二十九·台灣地區醫院患者佔床率—按樓屬別分
摘自

<http://www.doh.gov.tw/new/focus/org2/national/a890714-29.diles/sheet 002.htm>

(5) 行政院衛生署醫政處, ”八十八年度醫院名冊”, 1999。

(6) 鄭聰明, ”私立醫院法人化之研究”。國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究研究所, 碩士論文, 1997。

(7) 詹啟賢, ”衛生醫療體系再造”。醫院, 32 (6), pp.1-6, 1999。

(8) 譚開元, ”醫療法規檢討修正方向”。醫院, 32 (6), pp.7, 1999。

(9) 楊秀儀, ”鬆綁? 更多的管制? —從法律觀點看台灣醫療法、醫師法修正草案”。醫院, 32 (6), pp.8-14, 1999。

(10) 郝龍斌、謝揆堯主持, ”醫療法人制度公聽會”。醫事法學, 7

(2), pp.78-81, 1999。

(11) 邱永仁, ”醫療法人之探討”。台灣醫界, 42 (5), pp.63-64, 1999。

(12) Lerner WM., ”The effect of competitive environments on university hospital – medical faculty/staff relationships “, *Medical Care Review*, 46 (4) : 387-409, 1999.

(13) Tregoning S., ”Hospital board structure ; changing form and changing issues “, *Australian Health Review*, 23 (3) : 28-39, 2000.

(14) Bennett S., Dak pallah G., Garner P., et al , ” Carrot and stick : state mechanisms to influence private provider behavior “, *Health Policy & Planning* , 9 (1) : 1-13, 1994.

(15) Riska E. , ”Consumer attitudes toward health policy and Knowledge about

health legislation”,

Journal of health politics, policy & law., 3 (1) : 112-23, 1978 .

(16) 徐強, ”我國企業高階主管個人屬性和企業特性與危機意識關係之研究”。*中山管理評論* , 2 (2) , pp.68-96, 1994。

(17) Sriratanabun J., Srichatrapimuk K., Kositanurit I., ” Intention of private hospital to become contractors in the prepaid social security scheme in Thailand : why and why not ?”, *Southeast Asia Journal of Tropical Medicine & Public Health* , 29 (4) : 805-13, 1998.

(18) White K., Collyer F., ”Health care markets in Australia : ownership of the private hospital sector”, *International Journal of Health Service*, 28 (3) : 487-510, 1998.