

庄腳ㄟ大病院—偏遠鄉村小型醫院 的變革策略

A Grand Hospital in a Small Village: Reforming Strategy of the Hospital Located in a Small Village

張敏琪 *Min-Chi Chang*

高雄榮民總醫院外科部

美和科技大學健康事業管理系

Department of surgery,

Kaohsiung Veterans General Hospital

Department of Health Business Administration,

Meiho University

葉榮椿* *Ron-Chuen Yeh*

美和科技大學經營管理研究所

Graduate Institute of Business and Management,

Meiho University

* 通訊作者：葉榮椿。作者感謝審查委員的寶貴建議；本研究承蒙 行政院退除役官兵輔導委員會龍泉榮民醫院與國科會提供經費補助與相關研究所需之協助，及龍泉榮民醫院邱盛林主任、蔡妙琪護理師，美和科技大學陳世蓉小姐等之支持，謹致謝忱。

摘要

民國 84 年我國全民健康保險開辦後，國內許多小型醫院逐漸陷入經營困境或歇業的情形。公立醫療機構過去因虧損，常依賴公務預算補助支持，近年雖有各種改善方案，其結果成效不一。個案醫院位於屏東縣之偏遠鄉村，原以慢性病、精神病及長期照護為主，是肩負政策任務之公立醫院。新任院長於 93 年 8 月到任，即面臨 94 年公務預算大幅刪減與健保總額預算支付制度改變等內外部環境壓力，醫院即將有可能面臨財務危機；他為了改善財務困境，進行轉型策略規劃，短期目標要能渡過 94 年的財務困境，長期目標要能自負盈虧並發揮社區醫院的功能。本文探討新任院長在各種可能的策略選項中，如何進行決策，以再造醫院。

關鍵詞：策略規劃、醫院策略管理、醫院財務、社區醫院

Abstract

Ever since the National Health Insurance carried out in Taiwan in 1995, many small hospitals have closed down due to a substantial drop in financial performance. Many public hospitals faced this problem and kept running under regular government budget support for a long time. Therefore, in recent years, various reform schemes have been implemented in different hospitals which led to diverse results. This study investigates and analyzes the process and the results of strategic organizational change in hospitals. The targeted hospital has been established for over 40 years and is located in a remote rural area. This small public hospital is used to mainly provide chronic disease care and nursing care, for veterans and their dependants. In 2005, owing to the budget cut from the government and revised payment system of National Health Insurance, the hospital faced a major financial crisis and left itself no other options but executing a hospital strategic reformation.

This new strategy shall aim to develop the ability for the hospital itself to survive the current financial crisis throughout 2005 as its short-term objective, as well as the ability to deal with its own financial affairs and allow the local community hospitals to provide necessary functions as its long-term objective. This paper analyzes how the new superintendent makes decisions among the different strategies available in order to reform, and create a new improved version of the hospital.

Keywords: Strategic Planning, Hospital Strategic Management, Hospital Finance, Community Hospital

壹、個案本文

一、緒論

個案醫院是一家台灣南端的中小型公立醫院，不管人、事、地、物對於新任張敏琪院長而言，都是陌生的，只知道這是一家規劃以慢性及療養為主的小型醫院。民國 93 年 8 月 3 日是上任的第二天，新院長早上進入自己還陌生的辦公室，才坐定正準備批閱公文，會計室劉主任就進入辦公室，向新院長報告醫院明年（94 年度）公務預算補助將大幅減少 3,800 餘萬元，比今年減少 22.8%，院長聽了先是愣了一下，繼續追問醫師獎勵金還會剩多少？

隨後等著他做裁決的重大事項，那就是健保局明年總額預算推出的「醫院分級審查制度」，亦即俗稱的「醫院小總額」¹，這是醫院收入的一個蓋子，一但加入，即表示健保的醫療服務費用的營收，無法超過健保局所核給的額度，而這個額度是以醫院前年度為基礎點來核定，頂多加個 3%至 5%的額度。其實 94 年還有其他財務問題，如 1 月份開始公務人員加薪 3%，預估每年醫院必須多支出 600 餘萬元；94 年起另外還須開始在提列獎勵金之後，提列公務

¹ 即「自主管理」，健保局依個別醫院洽定年度總額，並加上合理的成長比例，俗稱「醫院小總額」，實務上已發展成熟而不會有太大成長空間的醫院，會選擇加入「小總額」，有成長空間的醫院則會選擇不加入，94 年辦法修正後稱為「分級審查」。

代管資產折舊費用，每年預估增加費用 1,450 餘萬元。而未來在公立醫院「自負盈虧」的政策下，公務預算還會逐年刪減，則是一個長期的財務隱憂，稍些不慎將會拖垮醫院的。

近年公立醫院經營的各種改善方案如委託經營（公辦公營、公辦民營）、改制、策略聯盟、整併或裁撤等等措施，實施結果卻是成效不一。張院長原來在北部的另一家公立醫院擔任七年的副院長，是公費醫師，下鄉服務兩年屆滿後，沒有離開該醫院。民國 86 年完成醫務管理研究所的學業後，於民國 89 年又去讀商學院的 EMBA。他一直沒有忘記當初攻讀「管理」的初衷，「把醫院管理好，讓很多優秀的醫師願意留在鄉下服務，比自己留在鄉下，做一個好醫師，對社會貢獻更大。」他企圖扭轉個案醫院的局勢。

94 年醫院的財務狀況就是「財務基礎下面砍斷，財務發展上面蓋著」，此刻必須快而精準的做好決策以改善財務，否則，醫師獎勵金減少，醫師會離職，新的公費醫師也不會來，醫院收入將更少，如此惡性循環的結果，醫院有可能被整併或裁撤。而距離 94 年只剩下四個月的準備時間，應該採取什麼樣的方法，才能渡過 94 年的財務危機且長期能自負盈虧呢？張院長思索解決的方案，應該是擴大醫院規模，成為「地區教學醫院」或是「中小型區域教學醫院」，突破「醫院小總額」的框架，以增加營收？還是縮小規模專注在核心的榮民(眷)長期照護服務，以降低成本呢？

二、醫院產業現況

近年醫療產業的發展趨勢為（一）逐漸趨向兩極化：醫院規模大型化，醫學中心及區域醫院增加，100 床以下醫院由 83 年的 828 家，至 98 年只剩下 514 家，意即醫療市場快速淘汰不具競爭力的小型醫院（歇業或漸轉型為長期照護機構）；診所家數由 14,924 家增加至 19,792 家；（二）法人醫院快速成長；（三）轉診制度（見附錄 1）未落實，大型醫院與小型社區醫院互相競爭大於互相合作，缺乏分工，不利於小型社區醫院的發展；（四）醫療資源集中的都會區，競爭激烈，但偏遠地區或離島，醫療資源仍有不足之處。（五）醫院評鑑及法令日趨嚴謹，提高醫院成本，但若通過教學醫院評鑑，則額外有約 3% 的醫療服務費用的收入，給醫院做為教學費用成本。（六）政府鼓勵民間企業參與公共建設，在一般公立醫院如貴重醫療儀器（電腦斷層檢查、正子攝影檢查等等）

或醫療服務項目（血液透析即俗稱洗腎、慢性呼吸照護病房等等）的設備與營運的外包或合作。偏遠地區的醫院，面臨人才招募不易、醫療服務市場不集中及自費醫療市場有限的先天性障礙，經營發展更困難。

全民健保實施後，醫院經營的壓力與日俱增，但在營收的比重上，大多數醫院健保醫療服務費用的營收，仍佔醫院收入的 80% 以上。民國 91 年健保局開始實施西醫總額支付制度，因採用上限制，出現「點值」的概念，亦即正常醫療服務費用之支付，由每點一元變成浮動的；93 年下半年健保局實施「卓越計畫」，俗稱「醫院小總額」。至今，因醫療服務費用不斷成長，但健保醫療服務費用預算總額的增加緩慢，佔每年約 3% 至 5%，遠低於醫療服務費用的成長，因此，醫院不是「斷頭」²金額高就是核減比率高，不然則是點值低。「醫院小總額」實施後，醫院申報的健保服務費用，經過「斷頭」、「核減」及「點值」修正後，醫院的健保醫療服務收入變得不穩定，且可能是虧本的，亦即醫院也必須承擔部份的財務風險。這些現象頗類似 1980 年代至 1990 年代，美國中小型醫院面對「前瞻性支付制度」及「管理式醫療」興起後，所產生的經營困境，雖然美國並不是實施總額支付制度的國家。

根據統計屏東縣醫療資源在國內屬於醫療資源相對不足的地方，屏東縣內有 25 所公私立醫院，醫療資源集中在人口密集的屏東市，多以一般急性病或專科醫療為主要服務項目，市場集中度高，競爭激烈，屏東縣中北部主要醫院分佈如圖 1，民國 91 年至 94 年屏東縣人口統計資料如附錄 2；在屏東市的周邊地區有幾家精神專科醫院，部份醫院也有附設精神科病床，內埔鄉內除個案醫院外，周邊有十餘家私立的長期照護機構及三所大專院校。屏東縣中部及北部東邊鄰近山區的鄉村，醫療資源不足，人口不集中且老年人比例高，民眾常至屏東市或越區到高雄就醫，尤其是一般急診，相當不方便，需要急救的病患則更易受到延誤。就東邊山區民眾而言，若能到個案醫院就醫，可以節省約 20~30 分鐘左右的車程，這 30 分鐘有時是很重要的，尤其是需要急救的病患或有大量傷患時。

² 加入「小總額」的醫院，醫院通常在向健保分局申報醫療服務費用前，會先進行內部審查，刪除易被核減的部份，使申報金額僅比核定基期額度多一些而已，這些自行刪除的部分俗稱「斷頭」。

言，其使用率已近使用飽和的狀況。

(一) 人攏說：「那是看老芋仔的病院」

個案醫院位於屏東縣境內之國道三號高速公路以東，醫院周邊十鄉村共十九萬餘人口，只有這家醫院（如圖 1）；病患主要是榮民（眷）及相關機構（主要是屏東縣與高雄縣榮民服務處及少部分其它縣市的榮民服務處）轉介來的老年榮民（如圖 2），各級榮民醫院（三家榮民總醫院及十二家榮民醫院），在政策上社區民眾亦是服務對象。雖然個案醫院在民國 70 年初成立民眾診療所，收療的一般民眾多以醫院周邊十鄉村為主，但一直以來，醫院較不重視社區民眾一般急性病的就醫需求，因此社區大多數民眾，以為它仍舊只是收療榮民（眷）的療養性質的醫院。以 93 年為例，一般民眾門診佔 39.3%，住院佔 24.29%（如表 1）。然而榮民日漸凋零是未來經營的隱憂。另一方面全民健保實施以後，榮民（眷）的就醫選擇性高，而個案醫院地點偏遠，因此很多榮民（眷）多不在此就醫；在長期照護方面，也有不少榮民（眷）選擇其他長期照護機構的服務。

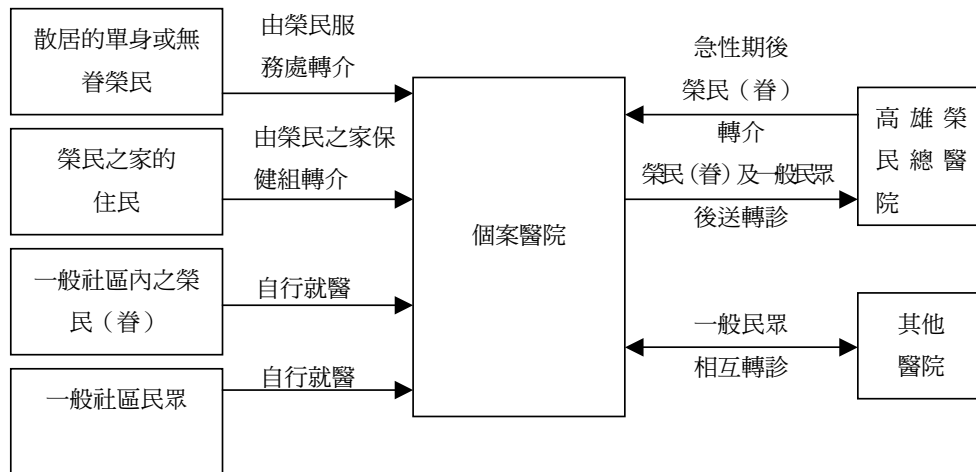


圖 2：個案醫院病患來源

表 1：個案醫院 93 年門診及住院榮民就醫人數統計

	榮民（眷）	一般民眾	就醫人次
門診	60.70%	39.30%	66918
住院	75.71%	24.29%	

（二）營收不足自負盈虧，倚賴大量公務預算

民國 93 年時，全院開放床位數共 661 床，其中健保相關床位共計 411 床，病床類別（產品組合）如表 2 所示，各類型床位佔床率皆接近或高於 85%，已接近飽和的使用率。一般而言，醫院的總收入包含醫療服務收入、長期照護服務的總收入、教學費用補助收入、政府或其他補助收入與業務外收入等之總和，至於業務外收入小型醫院金額非常少；分析個案醫院的營收，公務預算補助約佔業務毛收入（醫療毛收入＋公務預算補助）之 29.8%（如表 3），公務預算補助係以每年補助總額平均按月撥至醫院，醫院的醫療收入以健保醫療服務費用的收入為主，另外有長期照護及自費醫療的服務費用收入，其佔醫療收入的 10% 以下。在住院部門的營收方面，急性病的醫療服務收入約佔 40%；醫療服務費用的收入與專任專科醫師平均醫療服務費用收入及預計專任專科醫師人數是息息相關的，以個案醫院 93 年 1~7 月健保服務申報費用來計算，24 位醫師生產力，每位每月平均為 1,068,180 點，而不同層級醫院之專任醫師的平均產值能力及平均貢獻度的統計如附錄 3；員工生產力月平均為 93,563 點，低於同儕醫院員工平均值，病床單位產值低（如表 2），每病床月平均產值低於同儕醫院（如表 4）。就健保局的觀點，醫院門診與住院醫療服務費用合理比例為門診服務費用佔 45%、住院服務費用佔 55%，個案醫院的比例則約為 29：71；個案醫院的成本結構如表 5。門診病患就醫服務滿意度為 75.4%，低於同儕醫院，住院病患就醫服務滿意度為 81.2%。在薪資福利方面，大部份員工因具有公務人員身份，因此普遍高於同儕醫院；醫師的待遇除固定薪資外，按照醫師服務績效的比例分配獎勵金³，除了醫師外，其他的人雖有分配獎勵金但為數不多。過去醫院營運是建立在充足的公務預算補助，以支撐醫師獎勵金；醫師來源則主要靠每年有公費醫師下鄉服務二年的基礎，但這些

³ 醫師每月獎勵金的來源係依醫院當月盈餘的金額，依照一定比例核發，若當月無盈餘則無醫師獎勵金可發。

公費醫師因已在榮民總醫院接受過完整的訓練，醫療技術雖不錯，但服務期滿後留下來的很少，就經營與服務品質而言，是有很大的傷害，例如病患留不住、新購儀器設備閒置等等。

表 2：民國 93 年個案醫院開設床位概況

類別		床位數	佔床率 (%)	1~9 月平均產值 (點/床/月)
急性	一般病床	96*	93.8	89,797
	精神病床	60	87.2	60,587
慢性	一般病床	54	88.1	47,008
	精神病床	140	94.4	28,225
	加護病床	10	未統計	295,428
特殊病床	洗腎治療床	6		5,467
	精神科日間病床	45		
	呼吸照護病床	0		90,000
長期照護	公務護理之家**	150	96.4	
	自費護理之家	100	84.8	16,000
總計		661		

備註：*原開設 96 床，93 年 10 月增加為 106 床。**公務護理之家提供符合一定條件之榮民免費入住，但上級有補助，包括在年度公務預算內。

說明：自費護理之家每人每月平均收費 18,000 元，呼吸照護病床每床每月平均申報服務費用約 12 萬點。

表 3：個案醫院 91~93 年業務收入來源分析

單位：元

年	業務毛收入	醫療毛收入	公務預算	公務預算比例 (%)
91	461,631,337	291,789,337	169,842,000	36.8
92	504,925,664	322,452,414	182,473,250	36.1
93	564,373,465	396,453,465	167,920,000	29.8

註：(1). 公務預算補助包含歷年退休人員月退俸及撫卹金補助、公務病床費用補助(廣義而言，此項費用應屬長期照護服務費用收入)及其他補助費用。(2). 醫療毛收入含健保服務費用、長期照護服務費用、教學費用補助收入及其他自費醫療收入等。

表 4：個案醫院及各層級醫院的病床月平均產值

單位：元/月

醫學中心	區域醫院	地區教學醫院	地區醫院	個案醫院
253,188	100,141	75,714	59,553	55,006

表 5：醫院成本結構

單位：%

	薪資	藥品及衛材	折舊	其他成本
個案醫院	59	27	3	11
一般醫院	50	32	3	15

（三）作業與成本之間無法形成最適人員配置的規模

由於是慢性病、精神病及長期照護為主的人力結構，因此雖有急性病的服務，但部份第一線服務工作人員不足，無法全採三班制，如急診掛號、總機及機電班等等人員必須值班。在勞動基準法修正後，有些職類工作人員，值班被認定為加班，人力成本很高。若分為三班時，人事成本將大幅增加，夜間時段收入會不敷人力成本支出。醫師人力也不足，因此值班天數過多，影響下鄉公費醫師長期留院服務的意願。行政人員與工友人力嚴重超額，形成嚴重人力成本的負荷。

（四）建物空間充足，具老年醫療照護服務的經驗，有完整的醫療體系

個案醫院有充足的建物空間，各類病房未依使用功能分區而造成管理不易，另外還有興建中的新醫療大樓（地上四層，地下一層），規劃三及四樓為急性精神科病房共 100 床、二樓為辦公室、一樓為門診與地下室為停車場。醫療照護服務的項目雖多，但一般急性病尚未發展成熟，急症與重症需要轉診；著重老年醫療及長期照護服務，符合當地高齡化人口的需求；慢性病床雖然佔

床率高，但大多數為呼吸器倚賴的慢性病人。一般醫院為了提升品質、降低成本與方便管理，成立慢性呼吸照護病房已是經營的趨勢。由於榮民醫療體系具有完整的三級醫療服務架構，按層級依序分別為榮民總醫院、榮民醫院、榮民之家醫務所，榮民總醫院經常會在專業人力上支援榮民醫院，因此在醫療作業、轉診與醫療服務人員訓練方面，相當完整與方便，對老年人的醫療服務經驗較熟悉。

(五) 偏遠公立醫院的房舍維修和儀器購置仍靠自己

各棟建築物皆老舊，若經整修還可增加 150 床的空間，醫療設備僅有一台舊型的簡易電腦斷層與超音波儀器等基本設備，不論房舍或機器設備的維修與更新，需要用醫院自己的基金，每年編列預算來支應，但自有基金規模相當小。

(六) 個案醫院營運相關數據分析

個案醫院 93 年的門診及住院服務滿意度如表 6 所示，民眾就診比例為 39.3%，醫院業務毛收入為 5.64 億元，醫療毛收入則為 3.96 億餘元，其中公務預算比例為 29.8%，每張病床平均月產值為 55,006 點，93 年的財務收支請參見表 7。92 年健保局統計每人每年平均醫療費用、各類醫療服務費用佔率及高屏分局 93 年各層級門診與住院醫療費用分配資料見附錄 4。健保醫療服務費用收入可以目標市場人口數、每人每年平均醫療費用、各類醫療服務費用給付分配比率及各層級門診與住院醫療費用分配比例估算。

表 6：93 年滿意度

		單位：%			
		門診		住院	
		個案醫院	同儕醫院	個案醫院	同儕醫院
93 年		75.40	80.81	81.20	80.70

表 7：個案醫院 93 年財務收支

單位：元	
科目	93 年
業務收入	528,645,462
醫療收入	360,725,462
門診醫療收入	103,267,908
住院醫療收入	259,810,307
其他醫療收入	33,375,250
其他醫療支援收入	71,770
減：醫療折讓	(26,672,727)
減：醫療優待免費	(9,127,046)
其他業務收入 (A)	167,920,000
業務成本與費用	511,086,047
醫療成本	459,605,592
其他業務費用	51,480,455
業務賸餘 (短絀一) (B)	17,559,415
業務外收入	5,723,216
業務外費用	594,541
業務外賸餘 (C)	5,128,675
本期賸餘(短絀) (D) = (B) + (C)	22,688,090
(D) - (A)	*(145,231,910)

(七) 屏東市及鄰近地區主要醫院的發展

就第二國道三號高速公路以東的市場而言，東邊山區原住民比例較高，屏東基督教醫院早期透過山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，經營已久，是原住民心中首選的醫院，寶建醫院在部份原住民村落也已有基礎，義大醫院位於高雄縣，臨屏東縣北境，93 年正式營運，規劃一般急性病床 800 床及精神病 30 床，企圖心很強；平地部份屏東市三家主要醫院在此區域各有其市場佔有率。個案醫院於民國 91 年承接衛生署的計畫，開始推展社區健康營造計畫以

進入社區。一般醫院為增加病患來源會與長期照護機構合作以轉介病患；而長期照護機構為提升服務品質與競爭力也會尋求醫院的支援合作。個案醫院於民國 92 年底，向衛生局申請擴增急性精神病床 100 床，但未獲通過。張院長上任後去拜訪衛生局，衛生局表示為了偏遠地區的民眾醫療與公共衛生問題，若個案醫院要擴增一般急性病床 200 床以內，可以協助向衛生署申請，衛生局很期待個案醫院能夠負起這些地區的醫療責任，尤其在急診、緊急醫療與公共衛生的服務上。醫院擴充急性一般病床必需經衛生署同意，擴充特殊病床如加護病床、血液透析（俗稱洗腎）、慢性呼吸照護病房等等，只需地方衛生局審核通過即可。另外鄰近有兩縣的社會處曾表示，有急、慢性精神病病床與精神疾病長期照護病床的需求；而政府亦將補助醫院設立精神科的長期照護病床。

（八）目前改善公立醫院經營困難的各種經營模式

除了自己改善經營以外尚有下列三種方式可考慮：

- 1、委託經營：以公辦民營方式，例如高雄醫學大學附設醫院經營小港醫院、高雄長庚醫院經營高雄縣立鳳山醫院等。公辦公營的方式，如台北榮總經營署立宜蘭醫院與台北市立關渡醫院，及正進行中的高雄榮總經營台東榮民醫院等。
- 2、改制：署立雲林醫院改制為臺大雲林分院、國軍斗六醫院改制為成大斗六分院等等。
- 3、策略聯盟或醫療支援合作：合作方式有很多種，主要以醫師人力的支援或特定部門的合作為主，例如署立醫院的分區策略聯盟，部份公立醫院加入環台醫療聯盟著重在醫務管理的合作，或其他醫院與醫院間的醫療支援合作等等都是。

委託經營只要上級同意，實際作業不會太複雜，「策略聯盟或醫療支援合作」，依個案醫院過去的經驗顯示，因地點偏遠醫師不願下鄉，加上公務體系的會計及人事制度亦有所限制，因此只能以零星的、暫時性的醫師支援方式進行，無法做到整體性的合作，效果恐有限，也不易覓得合作醫院以進行有計畫的發展。至於「改制」的方式是政策問題牽涉太廣，非一蹴可及。

四、結語

小型醫院的經營環境持續惡化中，保守且不具競爭力的醫院，歇業或轉型到長期照護市場；企圖心強或具競爭力的醫院，則往區域醫院或多醫院系統發

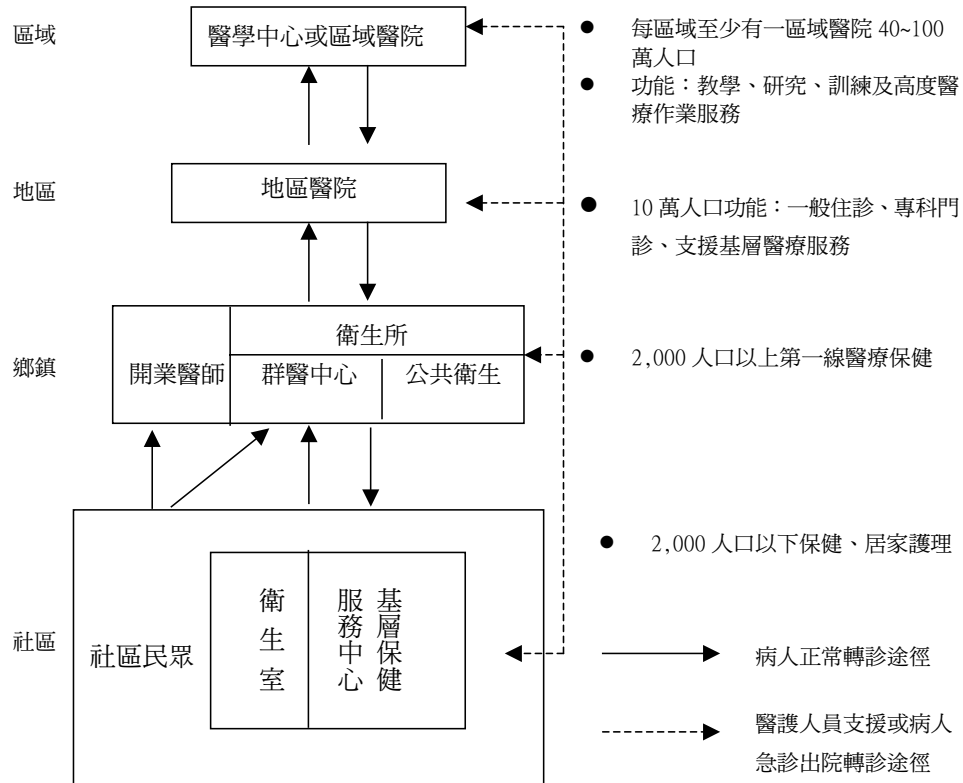
展，擴大規模以取得競爭優勢，但畢竟是少數。位於偏遠鄉村地區的小型醫院，面臨先天的困境，是相對不容易經營的。93年8月底，新任張院長在瞭解了個案醫院設立的宗旨、明年預算大幅刪減與健保實施「醫院小總額」的財務困境後，由於時間緊迫，他召集了員工代表討論如何訂定醫院的願景，做為未來發展的方向，建構核心價值做為員工服務作為的圭臬。但是策略上解決當前財務問題的目標，短期以彌補94年度公務預算刪減後的財務缺口，長期則至少要達到能自負盈虧的營收，也就是醫院能夠在營收與支出達到平衡，不必再依賴政府的補助。張院長與主要幹部經常徹夜討論醫院該何去何從，結果大家意見不一，但終究也歸納出一些結論。

長期照護服務是醫院的核心任務，一般急性病的服務收入是平衡財務的重要管道。為解決醫院94年的財務缺口，若採用維持現狀穩定經營的策略，並努力削減成本，因醫院規模小，刪減成本對增加盈餘之成效有限，是否能達到效果呢？若要縮減規模，醫院至少必須維持照顧榮民及其眷屬的核心任務，即專注在慢性病、長期照護及精神科的業務，只維持基本的一般急性病服務的「地區醫院」，可渡過一時，但與社區民眾的期待是否相悖呢？若選擇成長（擴張）的策略，醫院應向衛生署申請擴充增加一般急性病床。目前以慢性病、長期照護及精神科為主，一般急性病為輔的服務方向，若是要轉型成「地區教學醫院」，以「一般急性病為主，慢性病、長期照護及精神科為輔」的社區發展策略，深耕周邊十鄉村，而又同時能夠延續過去醫院發展老人健康照護服務的重點，則需要增加一般急性病床50床，開發產值較高的服務項目，並通過教學醫院評鑑，但醫院目前是否有能力自行發展呢？或若是就長遠觀點，轉型成「中小型區域教學醫院」，以疾病嚴重度較高之一般急性病的服務為主，並擴大服務的市場，期能以規模與品質提升競爭力，儘快達到自負盈虧的營收，則需要增加一般急性病床150床，但要投資龐大的儀器設備和人力；而在健保局「醫院小總額」的制度下，若醫院的醫療服務費用有高成長，就必須面臨嚴格審查與高核減率的結果。因此加不加入「醫院小總額」是須要仔細盤算的。

張院長研究了醫院近兩年的業務收支，並很快的對個案醫院經營的環境與法令規章做了分析，要從分析結果思考如何調整醫院未來的經營策略，另外更深入瞭解醫院內外有多少可運用的資源來協助醫院，畢竟上級在既定的公務預算外，不會再額外補助醫院了。張院長該如何擬訂較可行的發展策略方案呢？要如何選擇目標市場？如何進入該市場？要如何審慎考量與規劃合適的服務定位與成長的策略呢？

附錄

附錄 1 轉診作業之架構



附錄 2 91~94 年屏東縣市人口統計

91~94屏東縣市人口統計									
鄉鎮別	91年	92年	93年	94年	鄉鎮別	91年	92年	93年	94年
屏東市	215,584	216,338	216,777	216,708	林邊鄉	22,562	22,232	21,850	21,725
潮州鎮	57,727	57,644	57,621	57,202	南州鄉	13,122	12,894	12,673	12,580
東港鎮	49,889	50,119	50,188	50,151	佳冬鄉	23,139	22,967	22,815	22,414
萬丹鄉	54,513	54,612	54,495	54,437	琉球鄉	13,326	13,215	13,139	13,289
長治鄉	8,795	8,951	9,069	9,217	車城鄉	10,915	10,639	10,460	10,436
麟洛鄉	11,981	11,920	11,792	11,819	滿州鄉	8,930	8,726	8,591	8,981
九如鄉	23,439	23,475	23,491	23,315	枋山鄉	6,609	6,486	6,333	6,388
里港鄉	27,132	27,030	26,862	26,811	三地門鄉	7,449	7,321	7,250	7,396
鹽埔鄉	28,632	28,435	28,313	28,175	霧台鄉	2,961	2,879	2,755	2,858
高樹鄉	29,028	28,717	28,307	28,093	瑪家鄉	6,025	6,099	6,156	6,068
萬巒鄉	23,808	23,567	23,424	23,144	泰武鄉	4,909	4,901	4,875	5,032
內埔鄉	61,829	61,402	60,867	60,368	來義鄉	7,688	7,797	7,840	7,868
竹田鄉	19,198	19,063	18,943	18,789	春日鄉	5,220	5,278	5,264	5,345
新埤鄉	14,089	13,942	13,935	13,778	獅子鄉	5,091	5,039	5,022	5,035
枋寮鄉	29,200	28,955	28,585	28,109	牡丹鄉	5,084	4,977	4,912	5,014
新園鄉	41,306	41,132	40,815	40,549	恆春鎮	31,608	31,687	31,666	31,431
崁頂鄉	14,309	14,213	14,155	14,072					
					小計	710,459	709,515	707,639	704,737

附錄 3 97-99 年專任醫師的能力及對醫院的貢獻度 (三年平均)

單位：元/月

醫院等級	地區醫院	地區教學醫院	地區教學與地區醫院
專任醫師產值	925,752.73	1,265,388.36	965,298.52

附錄 4 健保局 92 年各季醫療給付費用總額

季別	91 年各季平均每人醫療費用 (元) G	協商成長率 (%) H	平均每人醫療費用 (元) I = G × (1 + H)	實際保險對象人數 (人) J	醫療給付費用總額 (元) K = I × J	總額成長率 (%) K/E - 1
第一	2,555.01	4.01	2,657.47	21,949,869	58,331,129,343	
第二	2,739.45		2,849.30	21,951,372	62,546,209,829	
第三	2,679.53		2,786.97	21,977,194	61,249,985,900	
第四	2,702.27		2,810.63	22,020,498	61,891,574,960	
合計			11,104.39		244,018,900,032	4.51

註 1：92 年全國醫院專科醫師專任人數為 15,587 人

註 2：91 年全民健保費用給付分配，依各類醫療服務費用百分比，牙醫佔 7.71%、中醫佔 4.26%、西醫基層佔 23.56%、醫院及其他部門佔 64.47%

註 3：93 年健保局高屏分局各層級門診與住院醫療費用分配醫學中心 (43.16%)、區域醫院 (24.7%)、地區醫院 (26.89%)

作者簡介

張敏琪

國立陽明醫學院醫學系畢業，目前為高雄榮民總醫院師一級主治醫師。臺中榮民總醫院六年臨床訓練後下鄉服務，先後完成醫務管理及商學 EMBA 碩士學位，曾任職龍泉榮民醫院院長，亦擔任美和科技大學健康事業管理系兼任講師。醫院臨床工作外，興趣於醫務管理及長期照護領域的實務研究，學術論文散見於相關學術期刊。

E-mail : mcchang100@vghks.gov.tw

葉榮椿

美國奧勒崗州立大學博士，目前為美和科技大學經營管理研究所副教授。研究領域為中小企業經營管理、電子商務、企業管理課程與核心能力發展。學術論文曾發表於 World Transactions on Engineering and Technology Education、Journal of International Management Studies、運籌管理評論、美和學報等期刊。

E-mail : x00002051@meiho.edu.tw