

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

嚴玉華^{1,2} 方世杰^{3,*}

目標：資訊揭露透明度為醫院治理效能能否發揮之關鍵要素，本研究試圖比較醫院強制性資訊揭露(二代健保)與自願性資訊揭露(一代健保)對於醫院治理效能之關聯性。**方法：**本研究採用問卷調查，以全國各醫院高階主管為填卷對象，有效問卷196份，以卡方檢定、T檢定、複迴歸及鄒檢定進行研究分析。**結果：**資訊揭露透明度會影響醫院治理效能，在目前健保制度下，醫院有關違規資訊愈不揭露，則顧客效能愈好；醫療品質及財務報表揭露度愈高，則醫院之學習成長效能愈好。在差異比較分析結果方面，一代健保醫療品質揭露對社會責任效能達到顯著正向效果；二代健保則醫療處置流程透明度愈低，則財務效能愈好。最後，無論是在一代或二代健保，就醫流程揭露及財務報表揭露，皆能正向影響醫院社會責任效能。**結論：**醫院治理效能顯示願意傳達揭露資訊給利害關係人，則醫院治理效能會較高。提供消費者醫療揭露資訊時，應提高其應用性，以減少處理相關資訊的負擔。(台灣衛誌 2014；33(2)：131-147)

關鍵詞：資訊揭露、醫院治理、醫院治理效能

前 言

資訊揭露旨在讓醫院利害關係人(Stakeholders)更加了解醫院經營攸關之資訊，減少代理問題可能之疑慮。資訊揭露透明度愈低，醫院背後隱藏弊端或經營產生問題的可能性就愈高。因此，強化醫院資訊揭露透明度，乃成為健全醫院治理不可或缺的原動力[1]。醫院組織為了維持生存，設計或安排可運行之治理模式，在面對新法源規範或新醫療制度實施時，能夠降低其與利害關係人間之衝突，裨有效率的校準或調適醫

院資源的配置，以增進醫院治理效能並善盡醫院組織之社會責任[2]。

近年來，醫院資訊揭露透明度逐漸受到重視，透過公開程序或監督管道，揭露醫院財務狀況、醫療品質等資訊，有助於健保醫療資源之合理分配，降低因資訊不對稱而產生的道德風險[3]，進而促使捐款人、投資者、醫療消費者、醫療提供者及保險人達到皆贏之局面。過去，有關於資訊揭露與治理相關理論探討，在一般產業已經有相當完整之研究，但在醫療產業卻鮮少有深入探討。臺灣一代健保對於醫院之資訊揭露並無法源之規定，個別醫院以自願揭露的方式呈現。唯有鑑於資訊透明的重要性，二代健保將「資訊揭露」當作為修法軸心理念，舉凡重要決策過程、給付效益、醫療品質、服務資源等資訊，明訂法源規範需予以強制揭露[4]。此外，更重要的是，資訊揭露除了能夠傳達醫院經營成果及醫療資源的配置外，亦能提供政府部門、外部使用者及醫院管理

¹ 台南市立醫院院長室

² 嘉南藥理大學醫務管理系

³ 國立成功大學企業管理系

* 通訊作者：方世杰

聯絡地址：台南市東區大學路一號

E-mail: fangsc@mail.ncku.edu.tw

投稿日期：102年10月28日

接受日期：103年3月6日

DOI:10.6288/TJPH201433102095

階層相關資訊，攸關醫院利害關係人之權益。本研究期望藉由一代與二代健保制度變化之際，深入探究資訊揭露透明度與醫院治理效能之關係，以彌補相關理論分析研究文獻之不足。

台灣全民健康保險(以下簡稱健保)，基於全面覆蓋性(universal coverage)、給付的廣泛性(comprehensive benefit)、高效率的行政管理(efficient administration)、具有水準的醫療品質(up-to par quality of care)、及人人付得起(affordability)的特色，自1995年開辦以來，已經贏得世界性的聲望[5]，深獲國人的信賴與國際的推崇[6]。回顧健保18年來的發展，歷經了1997年的民營化風暴、兩次保費和七次部份負擔的調漲、以及地方政府欠費的紛紛擾擾，健保政策牽動著政府、醫界及廣大醫療消費者權益，是非常重要的社會政策課題。然而，隨著國內外經濟變化及醫療消費者期待漸高，在財務收支失衡，社會參與不足以及期待更高的醫療品質等議題逐漸成為各界關注[4]，健保改革逐漸累積能量，終於在2011年1月，完成萬眾矚目的臺灣「二代」健保的修法案[6]，政府行政部門隨即以「二代健保」為名，並開始展開全面宏觀性之改革規劃[4]。

二代健保修法內容包括：健保重要事務之會議資訊(第5條、第41條及第61條)、參與代表之利益揭露(第41條)、醫療科技評估結果(第41條)、保險病床設置比率及各特約醫院保險病床數(第67條)、當年領取一定金額醫療費用之特約醫事服務機構財務報告(第73條)、特約醫事服務機構之醫療品質資訊(第74條)、重大違規資訊(第81條)[4]。一般而言，資訊揭露包括自願性揭露(voluntary disclosure)及強制性揭露，後者乃法律或規範所強制之揭露(mandated disclosure)[7]。自願性資訊揭露，未受到法令之嚴格規範，發佈之訊息無需經由外部第三者加以驗證，其資訊揭露的品質，對於利害關係人是存有疑慮[8]；強制性資訊揭露政策的概念，主要是以組織為前提揭露資訊，利害關係人可以促使組織改善所揭露的內容[9,10]。

根據制度理論之強制同形(coercive

isomorphism)的觀點，利害關係人基於強制性資訊揭露的制度規範，會向受規範的組織(醫院)施壓，迫使組織改善資訊揭露指標內容和品質[11]。綜合言之，資訊揭露之良窳已為各界備受矚目的議題，資訊揭露透明是健全治理的源頭[12]，醫院治理效能的好壞，亦是管理當局關切的重心。醫院治理與公司治理是截然不同的概念[13]，醫療服務市場不同於一般商品市場，在於具備獨特性、不確定性、資訊不對稱、外部性、政府干預、健保制度介入等特性[14]，也因此，醫院治理是一個更複雜，且具社會連動性(social movement)的議題[15]。此外，醫院在既定的全民健保體制下，健保署改變了契約誘因的設計(總額支付制度)，醫院基於自保(Self-Safeguard)，因而可能採取不當規避之投機行為[3]。由此可知，透由有效的制度設計(如本研究主題所強調的資訊揭露之規範)，其主要目的即在於提高醫院治理效能，因此這是值得吾人高度關注之研究課題。

至於，在醫院經營效能方面，過去相關研究強調，醫院除了需明確訂定發展方向與營運目標外，透由平衡計分卡的概念和方法的採用，可以有效分析及評價醫院治理效能[1,16,17]。國外學者利用平衡計分卡概念針對醫院治理效能有不同的論述、衡量指標或結果，包括財務效能[18]、顧客效能(員工及病患滿意度)、內部流程、學習與成長[19]、經濟狀況、醫療效果回饋等，以反映醫院治理模式的效能[20]。國內學者則認為醫院治理效能應考量醫院重視照護弱勢族群、配合政策與社會責任，並將社會責任使命獨立成為一個構面[1,21]。綜合上述醫院經營效能之平衡計分卡的論點，本研究將醫院治理效能區分為，「財務效能」、「顧客效能」、「內部流程效能」、「學習與成長效能」、「社會責任效能」等五個構面，茲分述如下：

一、財務效能

財務效能最經常用來評估醫院和經營團隊(如院長、副院長及執行長等)的表現

[22]，並可瞭解醫院經營成果。這主要在於顯示醫院執行策略的績效，包括：1.「流動比率」能夠了解醫院以流動資產支應短期債權人的求償能力[23]；當流動比率過低，醫院可能會發生週轉不靈，但如果比率過高，代表醫院短期資金的應用效率較差。2.「負債比率」為衡量醫院財務風險的重要指標之一[23]，高負債比率可能侵蝕醫院的獲利或甚至使醫院週轉不靈而倒閉[24]。此外，醫院的流動資產與流動負債的比率，反映短期償債能力。流動比率高、短期償債能力高，但過高之比率亦代表有過多的閒置資金[24]。3.「健保醫療費用成長率」與4.「市場佔有率」[25]，二項指標則旨在衡量醫院營業收入增加的速度。

二、顧客效能

顧客效能係指醫療服務結果是否滿足病患之需求。病患為醫院營運收入的來源，若無法瞭解病患需求，很難在競爭的醫療市場中求生存。醫療服務具有高度之專業性與一般產業有極大的差別，醫療提供者與醫療消費者對於醫療服務之結果與認知有差距時，往往會造成醫療糾紛不斷[25]，甚至直接嚴重影響到醫療院所的聲譽(reputation)及營運[26]。就此而言，倘若醫院愈願意公開病患滿意度調查結果[27]，則會有助於病患醫療服務後所產生的主觀態度認知，包括：等候流程、服務態度、硬體設備及醫療專業[28]，進而促使醫院較有正向的品質改善動機。

三、內部流程效能

內部流程效能旨在強調，醫院必須去瞭解、衡量改善與顧客及股東息息相關的作業流程，在有限的醫療資源去滿足股東及顧客的期望，包括醫療作業流程及服務創新。醫療作業流程中最易衡量之醫療品質指標，包括門診、急診和住院之就醫流程，這些指標在一定程度上，呈現了醫院之服務效能與病患之醫療品質連結情形[29]，除了可以衡量內部流程效能外[27]，亦可衡量醫療

品質[30]。其次，服務創新，包括引進新服務及在既有服務上進行小幅度重組或改善[31,32]，裨創造更大的醫療服務價值。

四、學習與成長效能

學習與成長效能泛指員工技能、工作滿意度和向心力。組織並非自然人，本身並不具備有學習能力，必需透過組織文化、治理結構、治理程序等，以呈現出組織的整體學習能力；學習與成長構面是策略課題的基礎能力之建構，為了創造組織最佳的績效表現，必須運用學習與成長構面所開發之無形資產，以實踐組織所選擇的活動，創造高價值的顧客關係[33]。因此，教育與研究支出(包含儀器與設備的投資，更新與擴充設備可以擴充醫院規模)、補助研究經費提供醫生進行研究計畫[24]、組織內部員工教育時數、進修經費、研究計畫數、研究發表數[27]，都可以用來衡量學習與成長效能。

五、社會責任效能

社會責任乃是指醫院從治理、承諾、社會參與等方面投入資源，善盡其社會公民責任。社會責任和醫院經營效能是相輔相成，醫院經營者能否落實或善盡社會責任，與醫院治理息息相關[21]，擁有較高社會責任的醫院，較會肩負重大災難救援之責任，凝聚員工的向心力。組織善盡企業社會責任的同時，尚須能實現組織績效目標，方能永續生存[34]。所以，當非營利醫院兼具較多的商業角色時，可能會排擠社區公益支出，且降低其社會公益角色[24]。其次，落實對社區居民、機構、單位的衛生教育工作的投入，會使醫療消費者對醫院形象的認定，帶動社區對健康議題的關心與良性互動，進而提昇醫院之專業形象[25]，善盡醫療機構的社會責任。當社會責任效能越高時，其醫院治理效能也就會呈現正向關係。

針對以上有關醫院治理效能與資訊揭露透明度的論述可知，在健保法修法上路之際，針對一代健保與二代健保在資訊揭露透明度與醫院治理效能分別進行比較分析，有

其重要性及意義。就此而言，本研究具體的研究問題包括：(1)比較醫院在自願性資訊揭露(一代健保)與強制性資訊揭露(二代健保)在資訊揭露透明度是否有差異？(2)比較一代與二代健保對於醫院治理效能是否有差異？(3)討論與比較分析一代與二代健保資訊揭露透明度與醫院治理效能之間可能存在的關聯性？

材料與方法

一、研究對象

本研究採用問卷調查法來進行研究資料的蒐集，參考中央健康保險署2013年特約醫事機構為地區醫院、區域醫院與醫學中心者共有478家，以醫院為研究對象並寄發問卷，在問卷受訪者方面，主要填卷對象為醫院高階主管(院長、副院長與部門一級主管者)。此外，由於本研究主要以“醫院”層次為分析單位，並非以“填答者”為分析單位，於2013年3月至2013年6月進行問卷發放，每家醫院以收到1份有效問卷為原則，經過兩次問卷發放後(兩次問卷發放間隔2個月)，共回收有效問卷196份，問卷回收率為41%。

依健保署各分區業務組計算問卷回收率，台北30.7% (35/114)、北區36.9% (24/65)、中區45.2% (47/104)、南區38.1% (24/63)、高屏48.2% (56/116)及東區62.5% (10/16) (如表一)。本研究為了檢驗樣本之代表性，以「健保特約類別」與「健保分區業務組」進行適合度檢定，結果顯示兩項特質不顯著($p=0.259$; $p=0.312$)，表示本研究之各項特徵結構具代表性。

二、研究工具

本研究之自擬問卷，包括填表者背景屬性資料、資訊揭露透明度及醫院治理效能等量表。問卷發展先參考國內外文獻[4,7,8,23-25,27-30]，將問卷內容區分為(一)資訊揭露透明度：包括醫療處置流程揭露(包括醫療處置流程及疾病處理原則)、就醫流程揭露(就醫流程公開)、醫療品質揭露(包括品質指標資訊、病患滿意度結果及醫院評鑑結果)、財務報表揭露(財務報表網站公開)、違規資訊揭露(包括健保署及衛生主管機關查核違規事項)及保險病床設置比率揭露度(網站公開及院內公告)，共10題，透明度之題項設計為非常透明(5分)、透明(4分)、普

表一 健保特約類別問卷回收統計表(n=196)

變項	健保特約家數 n=478	問卷回收家數 n=196	問卷回收率 41%
健保特約類別			
醫學中心	22	11	50.0%
區域醫院	83	45	54.2%
地區醫院	373	140	37.5%
健保分區業務組			
台北	114	35	30.7%
北區	65	24	36.9%
中區	104	47	45.2%
南區	63	24	38.1%
高屏	116	56	48.2%
東區	16	10	62.5%
醫院權屬別			
公立醫院	81	41	50.6%
法人醫院	116	45	38.8%
私立醫院	281	110	39.2%

註：健保特約家數資料來源：衛生福利部中央健康保險署[56]。

通(3分)、不透明(2分)及非常不透明(1分)等五等尺度；(二)醫院治理效能問卷內容：包括財務效能(包括醫療收入、健保核減率、捐贈金額、政府補助金額、健保市場佔有率)、顧客效能(包括病患抱怨、病患贊美、醫療糾紛)、內部流程效能(包括病患轉入、轉出、門診、急診及住診效率)、學習與成長效能(包括員工在職教育、研究計畫、研究發表、員工滿意度)及社會責任效能(包括投入公益活動、社區衛教活動及支援災難醫療服務)等之情形，共20題，將效能之題項設計為非常高效能(5分)、高效能(4分)、普通(3分)、低效能(2分)及非常低效能(1分)等五等尺度。建立原始問卷題項，決定初稿內容，再選擇問卷計分方式，最後，依據實際訪談與理論對照之內容效度及表面效度基礎進行問卷修改，完成編制問卷。並經由問卷初稿之預測後，略做問項之修正，因此，對於變數與構念之衡量上應具一定之效度。

此外，量表亦經過2位具有醫務管理專長的學者，及邀請醫學中心、區域醫院與地區醫院各2位醫院實務界主管(共6位)來進行專家效度檢測，專家對於各題項適切性平均內容效度指標(Content Validity Index, CVI)為0.909。本研究實問卷調查前都曾事先行文至各醫院取得同意，目的在徵詢問卷題項之可能的修訂意見。問卷修訂後將此研究送秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院人體試驗委員會，通過IRB審查(IRB編號：1020201)後再展開正式測試。針對一代與二代健保資料之收集，由196家醫院之高階主管填寫問卷並檢定其信效度之結果，各構面之題項與Cronbach's α 值如下：一代健保資訊揭露透明度10題， α 值=0.853；二代醫院資訊揭露透明度10題， α 值=0.863；一代健保醫院治理效能20題， α 值=0.879；二代健保醫院治理效能20題， α 值=0.874，實證資料之整體信度分析Cronbach's α 值為0.928，故本研究之實證資料應有一定程度之信度。

在實證分析方面，本研究採用驗證性因素分析(confirmatory factor analysis)，以資訊揭露透明度與醫院治理效能量表進行建構效度(construct validity)分析，分析

結果顯示，在模式配適度方面，卡方自由度比為2.334；RMR=0.06；GFI=0.853；AGFI=0.798；NFI=0.830；IFI=0.895；TLI=0.870；RMSEA=0.08。在聚合效度(convergent validity)方面，資訊揭露透明度與醫院治理效能之因素負荷量皆達顯著標準($p<0.01$)，表示具有聚合效度。此外，本研究各構面之平均變異數萃取量(Average Variance Extracted, AVE)值開根號後，其數值均高於該構面與另一個構面之相關係數，可見本研究量表具備一定程度的鑑別效度(discriminant validity) (AVE為所有所屬測量變數被潛在變項所能解釋變異量佔總變異量之比例，若萃取變異達到0.5以上，則顯示被潛在變數所解釋之測量變數之正確性是有信度及聚合效度[35])。實證分析顯示本研究具有聚合效度與鑑別效度，其意義代表測量結果的正確性。

三、資料分析方法

研究資料之建檔與分析，以SPSS for Windows 18.0版套裝軟體，顯著水準為 p 值 <0.05 。首先，機構方面之描述性統計敘述以研究對象的人口屬性變項、董事會結構，並運用卡方檢定比較醫學中心、區域醫院及地區醫院樣本的特性(在卡方檢定部分，為避免細格內樣本數過少影響卡方檢定的適用性，針對類別資料分析逐項檢視，若分析變項中存在某類別之「細格期望值人數」少於5的狀況，改採較嚴謹的Fisher's exact test來進行檢驗)。其次，利用 t 檢定，探討資訊揭露透明度與醫院治理效能在一代與二代健保是否存在差異。最後，以迴歸分析及鄒檢定(Chow test)，利用一代與二代健保的問卷資料分別找出最佳迴歸模式，並以Chow test檢定兩個不同時期之迴歸模式是否具有差異。

結 果

一、樣本特性描述分析

本研究之有效樣本為196份，請參見表二。背景資料為58.7%為女性，48.5%介於41-50歲，57.1%的填表者其工作年資達11

表二 醫院填表者資料(n=196)

變項	全部	%	醫學中心	%	區域醫院	%	地區醫院	%	p
性別									0.836
男性	81	41.3	5	2.6	20	10.2	56	28.5	
女性	115	58.7	6	3.1	25	12.8	84	42.8	
年齡									0.253
30歲以下	7	3.6			2	1.0	5	2.6	
31-40歲	32	16.3			5	2.6	27	13.8	
41-50歲	95	48.5	7	3.6	27	13.8	61	31.1	
51歲以上	62	31.6	4	2.0	11	5.6	47	23.9	
年資									0.117
10年以下	84	42.9	2	1.0	17	8.7	65	33.2	
11-15年	47	24.0	2	1.0	11	5.6	34	17.3	
16-20年	41	20.9	3	1.5	13	6.6	25	12.8	
21年以上	24	12.2	4	2.0	4	2.0	16	8.2	
教育程度									0.001
博士	12	6.1			6	3.1	6	3.1	
碩士	87	44.4	9	4.6	34	17.3	44	22.4	
大學	63	32.1	1	0.5	4	2.0	58	29.6	
專科	34	17.4	1	0.5	1	0.5	32	16.3	
部門									0.126
醫療	32	16.3			6	3.1	26	13.3	
護理	14	7.2			1	0.5	13	6.6	
行政	150	76.5	11	5.6	38	19.4	101	51.5	
職位									0.102
院長	24	12.2			2	1.0	22	11.2	
副院長	26	13.3			9	4.6	17	8.7	
部門主管	146	74.5	11	5.6	34	17.3	101	51.5	
醫院設有董事會									0.001
有	57	29.0	9	1.0	24	12.2	24	12.2	
無	139	71.0	2	4.6	21	10.7	116	59.3	
董事會人數									0.001
≤9人	32	56.1	1	1.7	14	24.6	17	29.8	
≥10人	25	43.9	8	14.0	10	17.5	7	12.4	
家族董監比例									0.490
≤33%	44	77.2	9	15.8	18	31.5	17	29.8	
34-66%	8	14.0			4	7.0	4	7.0	
≥67%	5	8.8			2	3.5	3	5.4	
董事長兼院長									0.296
是	8	14.0			3	5.3	5	8.8	
否	49	86.0	9	15.8	21	36.8	19	33.3	
董事會參與醫院決策									0.644
是	24	42.1	5	8.8	10	17.5	9	15.8	
否	33	57.9	4	7.0	14	24.6	15	26.3	

註：變項在進行卡方檢定時「細格期望值人數」少於5的狀況，改採Fisher's exact test調整p值後得到的結果。

年以上，教育程度具有碩士以上之學歷佔五成以上，25.5%填表者院長及副院長、餘74.5%為部門一級主管，填表者76.5%主要任職為行政部門。在董事會結構方面，僅有29%的醫院設有董事會；其中，設有董事會之醫院有56.1%董事會人數 ≤ 9 人，77.2%家族董監比例 $\leq 33\%$ ，86%董事長未兼任醫院的院長，僅有42.1%董事會參與醫院決策。將填表者資料依健保特約類別區分為醫學中心、區域醫院及地區醫院，以卡方檢定分析，在性別($p=0.836$)、年齡($p=0.253$)、年資($p=0.117$)、部門($p=0.126$)、職位($p=0.102$)、家族董監比例($p=0.490$)、董事長兼任院長($p=0.296$)、董事參與醫院決策($p=0.644$)並無顯著之差異($p>0.05$)。

二、資訊揭露透明度與醫院治理效能分析

以t檢定方式，分別檢測資訊揭露透明度與醫院治理效能在一代與二代健保之間是否存在差異，統計結果發現強制性揭露(二代健保)較自願性揭露(一代健保)之透明度高(包括：醫療處置流程揭露、就醫流程揭露、醫療品質揭露、財務報表揭露、違規資訊揭露、保險病床設置比率揭露)，且達統計顯著水準($p<0.05$)，一、二代健保醫院資訊揭露透明度排序前三名分別為保險病床

設置比率揭露、就醫流程揭露及醫療品質揭露。但從醫院治理效能差異分析，則發現財務效能方面，二代健保較一代健保之財務效能低($p<0.05$)；顧客效能方面，一代與二代健保平均值都為3.02分，未達統計顯著差異($p=0.880$)；內部流程效能二代健保則較一代健保低，亦未達統計顯著之差異($p=0.093$)；學習與成長及社會責任效能則為二代健保較一代健保效能高($p<0.05$)；一、二代健保醫院治理效能排序前三名分別為社會責任效能、學習與成長效能及顧客效能。

本研究進一步比較分析醫院在強制性資訊揭露(二代健保)與自願性資訊揭露(一代健保)對於醫院治理效能之影響，針對控制變數與自變數進行迴歸分析時，可能會產生共線性的問題，本研究已先行將相關變數進行變異數膨脹因素(VIF值 <10)及條件指標(CI值 <10)之檢測，以避免產生共線性問題。其次，鄒檢定(Chow Test)是一種計量經濟檢定方法，用以驗證不同群體的參數(例如斜率、截距)，或兩條不同數據的線性迴歸方程式之係數是否相等[36]，所以本文以鄒檢定(Chow Test)進行一代與二代健保(前後兩期)之結構本質上是否產生變化？檢定結果財務效能迴歸模式差異檢測，F統計量為19.901 ($p<0.001$)；顧客效能迴歸模式差異

表三 自願性揭露與強制性揭露於資訊揭露透明度與醫院治理效能之平均值檢定($n=196$)

變項	自願性揭露(一代健保)			強制性揭露(二代健保)			p值 (t檢定)
	平均值	標準差	排序	平均值	標準差	排序	
資訊揭露透明度							
醫療處置流程	3.52	.787	4	3.68	.690	4	0.001
就醫流程	3.85	.735	2	3.94	.653	2	0.001
醫療品質	3.76	.703	3	3.86	.702	3	0.001
財務報表	2.86	1.11	6	3.04	1.08	6	0.001
違規資訊	3.46	.897	5	3.55	.885	5	0.015
保險病床設置比率	4.29	.725	1	4.37	.685	1	0.019
醫院治理效能							
財務效能	2.46	.745	5	2.39	.701	5	0.019
顧客效能	3.02	.644	3	3.02	.678	3	0.880
內部流程效能	2.86	.803	4	2.81	.813	4	0.093
學習與成長效能	3.28	.611	2	3.37	.632	2	0.001
社會責任效能	3.36	.662	1	3.47	.674	1	0.001

檢測結果F統計量為7.108 ($p < 0.001$)；內部流程效能迴歸模式差異檢測結果F統計量為11.501 ($p < 0.001$)；學習成長效能迴歸模式差異結果F統計量為32.333 ($p < 0.001$)；社會責任效能迴歸模式差異檢測，檢定結果F統計量為0.159 ($p > 0.05$) (見表四)。由Chow Test可知，一代健保與二代健保之各項治理效能中，只有社會責任效能與資訊揭露透明度關聯性無顯著差異，其餘則具結構性差異。

從表四迴歸模式可知，影響財務效能的因素，一代健保有健保特約等級，二代健保有醫院權屬別、健保特約等級及醫療處置流程揭露透明度達統計顯著水準($p < 0.05$)；影響顧客效能的因素，一代健保與二代健保都是健保特約等級及違規資訊揭露透明度達統計顯著水準($p < 0.05$)；影響內部流程效能的因素，一代健保為健保特約等級，二代健保有醫院權屬別及健保特約等級達統計顯著水準($p < 0.05$)；影響學習與成長效能的因素，

一代及二代健保均為健保給付等級、醫療品質揭露及財務報表揭露透明度達統計顯著水準($p < 0.01$)；影響社會責任效能的因素，一代健保有醫院權屬別及醫療品質揭露透明度，二代健保有醫院權屬別、就醫流程揭露透明度及財務報表揭露透明度($p < 0.05$)。

討 論

一、研究發現與討論

本研究旨在比較一代與二代健保資訊揭露透明度與醫院治理效能關聯差異之檢定分析，研究情境為台灣醫院。資訊揭露向來是讓利害關係人最容易了解醫院經營的方式，資訊揭露愈不透明，則醫院經營背後所隱藏的弊端、經營所產生潛在危機或問題的可能性就愈高。因此，加強醫院資訊揭露的透明度，乃成為健全醫院治理不可或缺之原動力，以下說明本文研究結果所發現的一、二

表四 資訊揭露透明度與醫院治理效能迴歸及鄒檢定分析結果(n=196)

研究變項	財務效能		顧客效能		內部流程效能		學習成長效能		社會責任效能	
	一代	二代	一代	二代	一代	二代	一代	二代	一代	二代
控制變項										
醫院權屬別(參考組：私人醫院)										
公立醫院	.094	.162*	.064	.046	.102	.190*	.052	.011	.219**	.185*
法人醫院	.218	.076	.039	-.055	.116	-.910	.033	-.029	.036	.097
健保特約類別(參考組：地區醫院)										
醫學中心	.243**	.199**	.180**	.141	.280***	.244***	.173**	.227***	.025	.092
區域醫院	.212*	.133	.293***	.200**	.274***	.240**	.280***	.258***	.090	.051
董事會設置(參考組：無董事會)	-.107	.101	.114	.164	-.037	.149	.082	.030	.120	.004
自變項										
資訊揭露透明度										
醫療處置流程揭露透明度	-.088	-.171*	.043	.002	.000	-.034	.029	-.014	.072	-.021
就醫流程揭露透明度	.092	.138	.005	.063	.068	.095	.057	.137	.073	.215*
醫療品質揭露透明度	-.036	.088	.123	.136	.040	.047	.197**	.219**	.111***	.050
財務報表揭露透明度	.098	.110	.100	.115	.060	.039	.212**	.219**	.264	.199*
違規資訊揭露透明度	-.089	-.109	-.168*	-.183*	-.077	-.027	-.710	-.007	-.028	.013
保險病床設置比率揭露透明度	.051	-.066	.110	.056	.135	.060	.012	.068	.033	.065
R ²	.182	.203	.233	.167	.228	.230	.322	.343	.295	.256
調整後R ²	.133	.155	.188	.117	.182	.184	.282	.304	.253	.211
F值	3.727	4.248	5.092	3.349	4.949	4.995	7.951	8.729	7.005	5.742
p值	.001***	.001***	.001***	.001***	.001***	.001***	.001***	.001***	.001***	.001***
鄒檢定(Chow test) F值	19.901***		7.108***		11.501***		32.333***		0.159	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

代健保之差異與關聯性。

(一) 資訊揭露透明度之差異

本研究結果發現，醫院普遍認為二代健保實施後其資訊揭露之程度較一代健保透明，主要因為台灣的醫療產業為高度管制產業及免稅之組織，理論上相關資訊應較營利事業更為透明化，但因醫院自願公開揭露之各項資訊，通常取決於醫療機構的目標與行為假設、管制法規、醫療機構特性及揭露環境等因素[37]。一代健保制度中，政府並未全面強制醫院需公開揭露相關資訊，因此，降低了醫院透過自願公開揭露資訊的機會。其次，台灣政府於2011年1月26日公布修正全民健康保險法，即明訂醫療機構需要公開重要資訊(第73-74條)[4]，由於這是強制性揭露資訊的法令，因此，在法源明定規範之下，揭露資訊之程度就相對會提高。

(二) 醫院治理效能之差異

在醫院治理效能方面，醫院普遍認為二代健保實施後其財務效能將會比一代健保時為低，此結果與歐氏等人之研究類似[31]，該研究旨在研究健保實施前後醫院之經營效率，發現實施健保後醫院之經營效率並無顯著提升；其次，由於台灣為實施醫院總額支付制度的國家，所有醫院必需共同分配有限的醫療費用額度[32]，因此，在財務效能方面，醫院則漸感艱困。

本研究亦發現二代健保在學習成長及社會責任效能均高於一代健保，醫院為非營利組織，必須具有公益性，非以獲取財務上的利潤為經營目標。因此，必須以服務大眾、造福社會為宗旨，以彌補政府推動社會福利之不足為組織目標。過去學者曾指出學習與成長可以實踐組織創造高價值的顧客關係[33]。另一方面，社會責任和醫院利益是相輔相成，醫院經營者能否善盡社會責任，與醫院治理息息相關[1]，經由利害關係人參與，並瞭解利害關係人需求，對醫院整體的社會績效表現有正面影響[34]。因此，愈能符合利害關係人需求，則醫院治理效能會愈強。其次，在顧客與內部流程效能方面，一代與二代健保之比較並未達顯著之影響，可

能原因為二代健保於2013年甫上路，對於個別醫院而言，尚未有明顯差異之管理措施上的改變。

再者，本研究亦發現一代健保與二代健保在資訊揭露透明度與醫院治理效能之排序結果均相同，代表醫院在此時間點尚未因政府法令政策修正而產生排序之變動。其中，最值得注意的是在研究變項中「財務報表揭露」與「財務效能」為低揭露度之變項，可解釋之理由為「財務報表公開」對於醫院經營者而言，至今仍為敏感且不願意揭露之議題，對於私立醫院而言，其經營非同於法人醫院或公立醫院，並未享有政府提供顯著的賦稅優惠或財務經費補助，因此自然會降低醫院公開財報之意願[31]。再者，台灣為了抑制醫療費用快速成長、保險財務失衡，實施總額支付制度限縮了每年醫療費用之成長率，醫院團體普遍認為健保財政壓力已由政府轉嫁給醫療提供者，醫療保健質量成長已經出現停滯現象[38]，因此對於「財務效能」理當不抱持樂觀之看法。

(三) 資訊揭露透明度與醫院治理效能之關聯性

此外，本研究從「一代健保自願性資訊揭露」到「二代健保強制性資訊揭露」之轉變與醫院治理效能之關聯性研究。本研究實證結果發現在資訊揭露透明度與財務效能方面，強制性揭露呈現醫療處置流程之揭露負向影響財務效能，可能原因為當資訊愈透明時，醫療所具之高度複雜性與不確定性，會因醫療處置受到密切監督[39]，進而直接減損醫師的專業自主權力[40]，導致醫院財務效能降低。其次，健保特約類別為區域醫院與醫學中心於一代健保之財務效能，較地區醫院呈現顯著差異，二代健保僅醫學中心較地區醫院呈現顯著差異，此與過去相關研究所指出的，對於資源和策略優勢對醫院整體效能之實證結果相近。亦即，本研究發現醫院經營效能會因不同的健保特約類別呈現顯著差異[41]，並且也發現大型規模之財團法人醫院財務績效表現較好，且優於其他類型的醫療規模[42]。此外，本研究結果亦顯示，從自願性資訊揭露到強制性資訊揭露，

亦會造成不同規模的醫院在財務效能上會有不同的表現。

其次，二代健保立法也將個別醫療院所「健保違規事實」之資訊公開，其立法主要賦予健保署與醫療提供者加強管理誘因，強化資訊透明度，以增加醫療市場效率及降低醫療提供者與醫療消費者間資訊不對稱的現象，減少不實健保申報弊端侵蝕財務，亦可提供醫療消費者警示資訊，及協助監督把關。本研究之結果顯示，違規資訊揭露透明度對於顧客效能方面，不論在自願性資訊揭露或強制性資訊揭露，都是呈現違規資訊愈不揭露，則顧客效能愈好。此一結果意謂著，對於醫院而言，保險人(健保署)也會將醫院違規情節重大資訊公開，提供醫療消費者查詢，藉以防杜意圖違規之醫療院所，並宣導醫療消費者共同監督醫療提供者[7]。因此，當違規資訊揭露程度愈高時，自然會減低顧客效能。過去學者研究亦發現，醫療消費者對於就醫選擇資訊之提供有高度的興趣，且有七成的醫療消費者於就醫前會先行參考相關資訊，甚至會依據相關資訊來評價考慮是否更換經常看診的醫師[43]。由此可知，醫療消費者會對其所接收到之醫療資訊做為決策的參考，因此建議醫院未來，仍需強化醫院管理功能，進而提昇醫院形象及顧客效能。其次，健保特約類別為區域醫院與醫學中心於自願性資訊揭露時之顧客效能，較地區醫院呈現顯著差異；強制性資訊揭露方面，則僅區域醫院較地區醫院呈現顯著差異。本研究認為具規模之醫院能提供醫療服務科別較為齊全、設施較為完善之醫療服務，也較傾向依法規及法源辦理各項醫療業務及健保申報。因此，其顧客效能相對於規模較小之醫院高。唯值得一提的是，本研究之結果在強制性資訊揭露之二代健保制度下，醫學中心與地區醫院在顧客效能的差異上，並未達顯著差異，其原因或許值得後續研究進一步探討。

再者，消費者和醫療提供者之間的存在資訊不對稱，這是醫療照護體系中眾所周知的現象。這更能顯出資訊揭露程度的高低，會直接影響醫療消費者就醫選擇及醫療競爭

力決策之行為。台灣在一代健保自願性揭露制度下，其效益與動機未受到法令之嚴格規範，且其發佈之訊息無需經由外界獨立的第三者予以驗證。因此，在資訊公開之品質上是存有疑慮的，然而本研究之結果卻發現自願性資訊揭露或強制性資訊揭露對於內部流程效能，並無顯著影響性。其中，僅控制變項特保特約類別(醫學中心及區域醫院)對內部流程效能有顯著影響，這可能是因為目前台灣醫院評鑑標準及全民健康保險等法規高度規範與影響，讓大型醫院之內部作業流程都需朝以病人為導向的醫療服務，並檢討改善各項流程，才能達醫院評鑑等級特優或優等之評定結果。其次，也因為台灣醫療消費者較為信任大型醫院的就醫習慣所致，醫療消費者就醫往往捨近求遠，因此會讓大型醫院較小型醫院在內部流程效能之表現更具顯著之差異。

至於醫療品質及財務報表揭露與學習成長效能之間關聯性方面，不論是一代健保或者是二代健保，研究結果都顯示會正向影響學習成長效能。過去的研究亦發現醫院藉由資訊揭露，可讓醫院組織建立完善治理效能[1]，財務資訊透明，可作為健保署檢討支付標準的依據，促使健保醫療給付符合醫療成本，趨於給付合理化，以確保醫療品質，摺節醫療資源支出。其次，醫療品質資訊公開包括可近性、專業技術、人際互動面向的醫療照護品質、行政服務品質等面向來描述及界定(identified)醫療專業人員、機構表現標準化的資訊等。因此，醫療品質資訊公開，預期將產生醫療供給面優劣評比的結果[44]。醫療品質為醫療照護體系中的核心價值之一，由醫院評鑑制度開始推展，之後發展到讓醫療消費者參與品質的評估以及醫療資訊的公開，希望透過資訊提供讓醫院可以達到醫院員工及同儕間之學習成長，重視品質改善保障病人的健康與生命安全[45]及提供醫療消費者就醫之選擇。由此可知，資訊公開必須是重要、正確且符合醫療消費者關切的內容，並且以醫療消費者可閱讀的文字表達，倘若醫療消費者對於不了解的醫療品質資訊，可能就視如敝屣[46]。

更重要的是，醫療品質揭露可提供醫院經營改善與醫療品質提升的依據，並可刺激醫療品質不佳的醫院進行品質改善的工作[47]，進而提供醫院間標竿學習的機會(benchmarking)[5]，以及協助醫療消費者明智的選擇醫療機構。易言之，透過市場競爭機制，加速醫療品質表現不佳之醫院改革，進而全面提升醫療品質，確保醫療消費者就醫的權益[48,49]。因此，醫院持續學習與教育訓練是醫療品質提升的重要途徑，有助於改善醫療專業與醫療消費者之間醫療資訊不對稱的現象，這其實也是醫院善盡社會責任的一種方式。Angst等人[50]的研究指出，對於品質較差的醫院，較不會自願揭露醫療品質之結果，本研究亦發現在一代健保自願揭露下，醫療品質揭露會影響社會責任效能，但是在二代健保則就醫流程與財務報表揭露則會正向影響社會責任效能。此結果可能與醫院經營深受法令體制改變力量有關，因為過去台灣醫療法只針對醫療財團及社團法人要求公開財務報表，而未來各醫院也必需面對公開財務報表之社會責任義務。Gelb和Strawser[51]指出，自願性揭露透明度較佳之企業，會將資訊揭露行動視為一種利害關係人需求的回應，而且經過長期經驗的學習與累積，也會有較佳的企業社會責任意識與行動力，因此，累積較高程度的「資訊揭露透明度」，會讓企業除了強制法規的遵循外，在道德價值的指引下將有助於提供利害關係人更充足資訊。綜而言之，自願性資訊揭露不同於強制性資訊揭露。

除此之外，本研究亦發現公立醫院對於財務、內部流程及社會責任效能方面，在二代健保都呈現顯著差異，可能原因為台灣的公立醫院涵蓋許多不同系統，包括衛生福利部所屬醫院、公立醫學院校附設醫院、軍方醫院、榮民醫院、直轄市以及縣與省轄市立醫院等。公立醫院肩負特殊之任務與社會責任，如照顧中低收入病患、公共衛生政策推行等[52]，提供偏遠地區民眾醫療保健服務，在台灣醫療體系佔有極重要之地位[31]。過去的研究發現雖然指出，公立醫院不如私立醫院有較佳的市場反應機制，且受

制於法令規定使其經營模式缺乏彈性、人事制度受到法律層層約束、組織結構僵化，加上政府因為財務困境，對公立醫院公務預算補助逐年減少，致使醫師嚴重外流，間接增加營運困境，導致普遍績效不彰、經營效率惡化[52]。但是，近年來公立醫院，亦效法私人及財團醫院之做法，不但將員工約聘化、亦加入市場競爭之行列，整體醫療體系亦加強組織之變革、醫療資訊系統之整合與提升，因此公立醫院在醫院治理效能與資訊揭露透明度關聯性方面，二代健保相較於一代健保均呈現顯著差異。

最後，本研究對於保險病床設置比率之揭露對於醫院治理效能未達顯著差異，可能原因為保障被保險人就醫權益，充分掌握保險病床數量資訊，健保署於一代健保即已要求特約醫院應每日公布保險病床使用情形之要求。本研究亦發現醫療處置流程及就醫流程揭露透明度，皆不會影響顧客效能及內部流程效能，可能解釋之理由為，2002年起台灣發生一連串醫療疏失事件，衛生福利部鑒於當時的評鑑標準已無法因應醫院的轉型與品質評量。因此，將醫院評鑑朝向「以病人為中心」的評核目標，重新訂定醫院評鑑等級與結果，並於2004年實施新制醫院評鑑。醫院評鑑基準也從最早期結構面的硬體設備，轉變為醫療照護執行的過程面及結果面，強調醫療照護的可近性、完整性、參與性、適切性與持續性[53]。醫院組織近10年，已經歷多次之醫院評鑑規範的制約，所以，在顧客效能及內部流程效能方面已逐年改善，因此無顯著影響性。

二、研究貢獻與建議

整體而言，本研究的理論貢獻在於提供醫院治理相關研究課題之理論性架構，釐清資訊揭露透明度與醫院治理效能之內涵，並進一步推導兩者間的差異與關聯性。此外，本研究驗證了一、二代健保對於資訊揭露之不同的制度規範，的確顯著地影響醫院實際上的資訊揭露行為，這也呼應了Doshi等人[11]之制度理論觀點。以下針對研究結果重要發現、理論意涵及政策建議，分述如下：

(一) 研究結果重要發現：(1)資訊揭露透明度方面：顯示醫療處置流程、就醫流程、醫療品質、財務報表、違規資訊、保險病床設置比率，在強制性揭露時其透明度確實會比自願性揭露更為透明。(2)醫院治理效能方面：學習成長、社會責任效能，二代健保高於一代健保；財務效能則二代健保低於一代健保。(3)資訊揭露透明度與醫院治理效能之關聯性方面：(a)一代及二代健保均呈現違規資訊愈不揭露，則顧客效能愈好；醫療品質及財務報表揭露度愈高，則學習成長效能愈好；(b)一代健保之醫療品質揭露對社會責任效能達到顯著正向效果；(c)二代健保則呈現醫療處置流程透明度愈低，則財務效能愈好；就醫流程及財務報表揭露能正向影響醫院社會責任效能。(d)除了資訊揭露透明度與社會責任效能之關聯性外，其餘之資訊揭露對醫院治理效能影響之各構面迴歸模式，一代與二代健保均呈現顯著的差異，推論前後兩期間(一代與二代健保)之結構本質上已產生變化，此結果值得政策推動者關注。

(二) 理論意涵：從制度理論的觀點，台灣健康保險法從「一代健保」到「二代健保」之法源制度轉變，醫院必須符合制度環境(institutional environment) (包括國家、社會、產業、組織等)的條件或要求，組織才能取得生存的「正當性(legitimacy)」地位[54,55]。本研究所述之一代與二代健保之資訊揭露透明度，確實會因法源規範及制度的改變，顯著地影響醫院治理效能，這與過去文獻結果均能相呼應[1,16,19,21]。此即意謂著醫院組織，若經合宜地、透明地揭露與其利害關係人攸關的資訊，會有助於醫院治理效能之提昇。其次，本研究以平衡計分卡構念補強醫院應承擔的社會責任觀點，將之納入醫院治理效能之構面，可填補足一般公司治理觀點及制度理論解釋醫院組織行為相關研究文獻之缺口。具體言之，臺灣本土醫療保險

法變遷對於醫院治理效能之相關課題之實證研究文獻相對缺乏，因此，本研究提出了一個較完整之測量之方法，以及重要的研究發現。準此，本研究在資訊揭露與醫院治理相關文獻，在理論完整性方面，有了更進一步的深度探討。

(三) 政策建議：(1)對於醫療提供者，從研究結果得知「二代健保」之醫療處置流程揭露確實負向影響醫院之財務效能，二代健保之就醫流程與財務報表揭露卻正向影響醫院之社會責任效能，由此可知，資訊揭露是能夠改善及降低與各利害關係人疑慮之管道。由本研究之實證結果發現，二代健保以法源規範醫院資訊揭露的程度，有助於減少利害關係人間資訊不對稱的情形，並且讓醫院可以重視病人服務需求、提昇醫療效能與品質和善盡醫院之社會責任，以提高醫院治理效能。(2)對於政府而言，由於資訊不對稱是「主理/代理」理論假設中，強調其普遍存在的現象。因此，政府對於醫院所提供資訊之實質意涵，宜與之有相當深入之瞭解與掌握。易言之，政府在規範醫院提供之資訊揭露上，應考量資訊揭露之攸關性，並且需減少醫療消費者處理資訊的負擔和善用揭露之資訊，以期能改善醫療專業，並降低資訊不對稱現象可能衍生的代理問題與社會成本。

三、研究限制與未來研究之建議

本研究在資料蒐集與分析，力求周延，但仍有其限制，例如，本研究提出之「資訊揭露透明度」此一操作化變數，雖然具內容效度，唯隨著時間的遞移與制度規範的改變，後續研究宜妥善處理，未來有關醫院治理的研究或可以本研究之結果為基礎，提出相互對照的理論架構。其次，本研究未獲實證支持之變數(如：董事會設置)，其原因仍有進一步透由實地訪談、次級資料搜集等質性研究之必要。再者，本研究迴歸模式建立以『醫院權屬別、健保特約類別及董事會設

置』為控制變項，未將健保分區業務組納入統計之原因為，原納入之控制變項可以解釋『醫院』之主體性、所有權及功能。如果從醫管實務面來看，『健保分區業務組』較無法表達本研究所強調之『醫院』的主體性、所有權及功能，所以未將它納入迴歸模式中，本文這樣的處理方式，也較能夠彰顯醫管之實務意涵，或可提供醫院管理實務面之參考性建議。最後，本研究對象為醫院，因此建議未來研究者，可針對其他利害關係人進行研究調查與分析。

致 謝

本研究承國科會之經費補助(國科會計畫編號NSC101-2410-H-217-001)，謹誌謝忱。

參考文獻

1. 嚴玉華、楊鎮維：醫院治理機制與效能之研究。台大管理論叢 2013；**23**：57-82。doi:10.6226/NTURM2013.SEP.OG018。
Yan YH, Yang CW. Hospital governance mechanisms and hospital governance effectiveness. NTU Manag Rev 2013;**23**:57-82. doi:10.6226/NTURM2013.SEP.OG018. [In Chinese: English abstract]
2. 莊正民、方世杰：「組織內與組織間治理」的本質與策略意涵。台大管理論叢 2013；**23**：1-24。doi:10.6226/NTURM2013.MAR.OG。
Chuang CM, Fang SC. Intra-and inter-organizational governance: the nature and strategic implications. NTU Manag Rev 2013;**23**:1-24. doi:10.6226/NTURM2013.MAR.OG. [In Chinese: English abstract]
3. Yan YH, Hsu SF, Yang CW, Fang SC. Agency problems in hospitals participating in self-management project under global budget system in Taiwan. Health Policy 2010;**94**:135-43. doi:10.1016/j.healthpol.2009.09.005.
4. 王怡人：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 2011；**18**：89-95。
Wang IJ. Towards a new era National Health Insurance (NHI) - on the revision of NHI. J Law Med 2011;**18**:89-95. [In Chinese]
5. Lu JR, Hsiao WC. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. Health Aff (Millwood) 2003;**22**:77-88. doi:10.1377/hlthaff.22.3.77.
6. 陳孝平：百年轉折看健保－「一代」的總結與「二代」的發軔。社區發展 2011；(**133**)：233-52。
Chen HP. NHI at the turn of ROC's 100th year: the summary of the first generation and the beginning of the second. Community Dev J 2011;(**133**):233-52. [In Chinese]
7. 林江亮、李岫穎：影響非營利組織網站資訊揭露程度之研究。人文及社會科學集刊 2008；**20**：327-56。
Lin CL, Lee HY. A study of influential determinants of internet information disclosure levels of NPOs. J Soc Sci Philosophy 2008;**20**:327-56. [In Chinese: English abstract]
8. 林鳳儀、蘇信安：自願性資訊揭露與強制性資訊揭露之盈餘管理。管理學報 2012；**28**：345-59。
Lin FY, Su HA. Voluntary information disclosure and mandatory information disclosure of earnings management. J Manag 2012;**28**:345-59. [In Chinese: English abstract]
9. Weil D, Fung A, Graham M, Fagotto E. The effectiveness of regulatory disclosure policies. J Policy Anal Manage 2006;**25**:155-81. doi:10.1002/pam.20160.
10. Greenstone M, Oyer P, Vissing-Jorgensen A. Mandated disclosure, stock returns, and the 1964 Security Act Amendments. Q J Econ 2006;**121**:399-460. doi:10.1162/qjec.2006.121.2.399.
11. Doshi AR, Dowell GWS, Toffel MW. How firms respond to mandatory information disclosure. Strat Manag J 2013;**34**:1209-31. doi:10.1002/smj.2055.
12. Mallin C. The relationship between corporate governance, transparency and financial disclosure. Corp Govern Int Rev 2002;**10**:253-5. doi:10.1111/1467-8683.00289.
13. Murphy C, O'Donohue S. Hospital governance: an insight from the south east of Ireland. In: Proceedings of the Irish Accounting & Finance Association Annual Conference. Ireland: Dublin City University, 2006.
14. 盧瑞芬、謝啟瑞：醫療經濟學。第十三版。台北：學富出版社，2012；5-10。
Lu JR, Hsieh CR. Health Economics. 13th ed., Taipei: Pro-Ed Publishing Company, 2012; 5-10. [In Chinese]
15. Sridhar D, Khagram S, Pang T. Are existing governance structures equipped to deal with today's global health challenges-towards systematic coherence in scaling up. Global Health Governance 2009;**2**:1-25.
16. Griffith JR, White KR. The Well-Managed Healthcare Organization. 6th ed., Chicago: Health Administration

- Press, 2002; 415-65.
17. Wocher J. Hospital governance and the balanced scorecard--new concepts for Japanese hospitals? *Jpn Hosp* 2004;**(23)**:38-9.
 18. Culica D, Prezio E. Hospital board infrastructure and functions: the role of governance in financial performance. *Int J Environ Res Public Health* 2009;**6**:862-73. doi:10.3390/ijerph6030862.
 19. Griffith JR, Alexander JA, Jelink RC. Measuring comparative hospital performance. *J Healthc Manag* 2002;**47**:41-57.
 20. Yang J, Zhao J, Zhai Y. The effectiveness of public hospital governance model evaluation and analysis. In: *Proceedings of the 2nd International Conference on Systems Engineering and Modeling (ICSEM)*. Beijing, China: IACSIT, 2013. doi:10.2991/icsem.2013.240.
 21. 吳安妮：策略地圖之精髓與運用。馬偕院訊 2005；**25**：3-12。
Wu AN. Strategic map of precision marrow and utilized. *Mackay Community* 2005;**25**:3-12. [In Chinese]
 22. Prybil L, Levey S, Peterson R, et al. Governance in High-Performing Community Health Systems. A Report on Trustee and CEO Views. Chicago: Grant Thornton LLP, 2009; 1-39.
 23. 陳澤義、陳啟斌：企業診斷與績效評估-平衡計分卡之運用。第三版。台北：華泰文化，2011；400-528。
Chen TY, Chen CB. *Business Diagnosis and Performance Evaluation: Application of Balanced-Scorecard*. 3rd ed., Taipei: Hwa Tai Publishing, 2011; 400-528. [In Chinese]
 24. 郭振雄、何怡澄、羅德城：非營利醫院的負債融資與社區公益活動。台灣衛誌 2006；**25**：440-8。
Kuo JH, Ho YC, Lo DC. The association of debt financing with community benefit services provided by private, not-for-profit hospitals in Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2006;**25**:440-8. [In Chinese: English abstract]
 25. 王河清、童超塵：運用平衡計分卡建構新策略管理制度—以醫療產業為例。醫院 2001；**34**：7-15。
Wang HQ, Torng CC. Construct a new balanced scorecard strategic management system-- the medical industry as an example. *Hospital* 2001;**34**:7-15. [In Chinese]
 26. 陳英傑、陳英豪：應用病患滿意度概念於醫療服務品質之探析。品質月刊 2006；**44**：14-7。
Chen YC, Chen YH. The application on patient satisfaction in medical service quality. *Qual Mag* 2006;**44**:14-7. [In Chinese]
 27. 吳文祥、林進財、彭廣興：醫院因應總額預算支付制度之適應策略評選—以新竹市醫院為例。健康管理學刊 2009；**7**：79-92。
Wu WH, Lin CT, Peng KH. Selection of adaptation strategy for hospitals on the global budget system—a case study of hospitals in Hsinchu city. *J Health Manag* 2009;**7**:79-92. [In Chinese: English abstract]
 28. 劉美玉、許輔宸、郭素娥、張肅婷：門診病患滿意度之分析探討。中山醫學雜誌 2008；**19**：209-20。
Liu MY, Hsu FC, Kuo SE, Chung ST. Exploring the patient satisfaction. *Chung Shan Med J* 2008;**19**:209-20. [In Chinese: English abstract]
 29. Stivers BP, Joyce T. Building a balanced performance management system. *SAM Adv Manag J* 2000;**65**:22-9.
 30. 吳尚琪、吳義勇、朱慧凡等：我國醫院醫療品質指標使用之情形。醫療品質雜誌 2002；**2**：1-14。
Wu SC, Wu YY, Chu HF, et al. Indicators of quality of hospital care in Taiwan. *Healthcare Qual* 2002;**2**:1-14. [In Chinese: English abstract]
 31. 歐進士、趙令海、洪嘉聲、林惠美：實施全民健康保險對醫院經營效率影響之研究。台大管理論叢 2012；**22**：253-75. doi:10.6226/2012.(22-2).09。
Ou CS, Chao LH, Hung CS, Lin HM. A study of the impacts of National Health Insurance on operating efficiencies of medical institutions. *NTU Manag Rev* 2012;**22**:253-75. doi:10.6226/2012.(22-2).09. [In Chinese: English abstract]
 32. 張朝凱、王一中：評估總額預算下眼科醫師做為醫療供給者的行為變化—從競爭的公眾悲劇轉為合作的納許平衡。中眼醫誌 2010；**49**：1-7。
Chang CK, Wang IJ. Changes of providers' behaviors upon global budgeting: an example from ophthalmologists' experience, evolving from dysfunctional tragedy of the commons to a cooperative Nash equilibrium. *ACTA Soc Ophthalmol Sin* 2010;**49**:1-7. [In Chinese: English abstract]
 33. 林佳靜、張曉芬、譚醒朝、譚家惠：醫院對平衡計分卡之認知與現況分析。健康管理學刊 2005；**3**：1-17。
Lin CC, Chang HF, Tam SC, Tan CH. A study on the recognition and application of balanced scorecard for Taiwan's hospitals. *J Health Manag* 2005;**3**:1-17. [In Chinese: English abstract]
 34. 周惠櫻、鄧昇謨：台灣醫院對利害關係人企業社會責任之初探。醫務管理期刊 2011；**12**：206-19。
Chou HY, Deng SM. A study of hospitals' corporate social responsibility in Taiwan. *J Healthc Manag*

- 2011;**12**:206-19. [In Chinese: English abstract]
35. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multi-variate Data Analysis. 7th ed., New Jersey: Prentice Hall, 2009.
36. Chow GC. Tests of equality between sets of coefficients in two linear regressions. *Econometrica* 1960;**28**:591-605. doi:10.2307/1910133.
37. 何怡澄：台灣醫院網頁公開揭露財務資訊決定因素。台灣衛誌 2012；**31**：136-51。
Ho YC. Determinants of financial disclosure at the websites of hospitals in Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2012;**31**:136-51. [In Chinese: English abstract]
38. 文羽苹、黃旭明、江東亮：台灣醫療保健支出成長率的分析：醫療通膨，質量與公平性。台灣衛誌 2012；**31**：1-10。
Wen YP, Huang SM, Chiang TL. An analysis of the growth of healthcare expenditure in Taiwan: healthcare inflation, volume-intensity, and equity. *Taiwan J Public Health* 2012;**31**:1-10. [In Chinese: English abstract]
39. Grossa R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Factors affecting primary care physicians' perceptions of health system reform in Israel: professional autonomy versus organizational affiliation. *Soc Sci Med* 2007;**64**:1450-62. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.012.
40. 汪秀玲、黃俊英：醫院策略強調對醫師專業自主影響之跨層次分析：層級線性模式的應用。人力資源管理學報 2010；**10**：33-54。
Wang HL, Huang JY. A cross-level analysis of hospitals strategic emphasis on physician professional autonomy: an hierarchical linear modeling. *JHRM* 2010;**10**:33-54. [In Chinese: English abstract]
41. 蘇動璧、彭朱如、鄧振華：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 2001；**2**：93-109。
Su CB, Peng TG, Teng JH. The relationship between resource advantage, strategic advantage, and performance under the department of health. *J Healthc Manag* 2001;**2**:93-109. [In Chinese: English abstract]
42. 李佳容、林進財、譚醒朝、張曉芬：台灣地區財團法人醫院財務績效之評估。健康管理學刊 2010；**8**：199-208。
Li CJ, Lin CT, Tan SC, Chang HF. The evaluation of financial performance for non-profit proprietary hospitals in Taiwan. *J Health Manag* 2010;**8**:199-208. [In Chinese: English abstract]
43. Cheng SH, Song HY. Physician performance information and consumer choice: a survey of subjects with the freedom to choose between doctors. *Qual Saf Health Care* 2004;**3**:98-101. doi:10.1136/qshc.2003.006981.
44. Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *Int J Qual Health Care* 1999;**11**:93-8. doi:10.1093/intqhc/11.2.93.
45. Jha AK, Orav EJ, Epstein AM. Low-quality, high-cost hospitals, mainly in South, care for sharply higher shares of elderly black, Hispanic, and medicaid patients. *Health Aff (Millwood)* 2011;**30**:1904-11. doi:10.1377/hlthaff.2011.0027.
46. Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers. *Health Aff (Millwood)* 1997;**16**:218-28. doi:10.1377/hlthaff.16.3.218.
47. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)* 2003;**22**:84-94. doi:10.1377/hlthaff.22.2.84.
48. McDonald RE, Srinivasan N. Technological innovations in hospitals: what kind of competitive advantage does adoption lead to? *Int J Technol Manag* 2004;**28**:103-17. doi:10.1504/IJTM.2004.005055.
49. Swayne LE, Duncan WJ, Ginter PM. *Strategic Management of Health Care Management*. 7th ed., Malden: Blackwell Publishers, 2013; 3-34.
50. Angst CM, Agarwal R, Gao G, Khuntia J, McCullough J. Information technology and voluntary quality disclosure by hospitals. *Decis Support Syst* 2014;**57**:367-75. doi:10.1016/j.dss.2012.10.042.
51. Gelb DS, Strawser JA. Corporate social responsibility and financial disclosures: an alternative explanation for increased disclosure. *J Bus Ethics* 2001;**33**:1-13.
52. 陳巧珊、程于珊、許怡欣：運用資料包絡分析法探討署立醫院、縣市立醫院及其委託經營醫院經營效率。澄清醫護管理雜誌 2008；**4**：7-13。
Chen CS, Cheng YS, Hsu YH. Using data envelopment analysis to examine the managerial efficiency of national public hospitals, city/ county hospitals and other contracted hospitals purpose. *Cheng Ching Med J* 2008;**4**:7-13. [In Chinese: English abstract]
53. 高鳳儀、吳孟嬪、蔡欣玲、邱艷芬：護理人員對2007年版台灣醫院評鑑標準之認知、態度與行為。北市醫學雜誌 2008；**5**：593-608。doi:10.6200/TCMJ.2008.5.6.04。
Gau FY, Wu MP, Tsai SL, Chao YF. Knowledge, attitude and behavior of nursing staff toward the Taiwan 2007 version of hospital accreditation. *Taipei City Med J* 2008;**5**:593-608. doi:10.6200/TCMJ.2008.5.6.04. [In Chinese: English abstract]

54. DiMaggio PJ. Interest and agent in institutional theory. In: Zucker LG ed. *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment*. Cambridge, MA: Ballinger, 1988; 3-21.
55. Greenwood R, Hinings CR. Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism. *Acad Manage Rev* 1996;**21**:1022-54. doi:10.5465/AMR.1996.9704071862.
56. 衛生福利部中央健康保險署：「醫院總額研商議事會議」第59次會議資料。http://www.nhi.gov.tw。引用2013/10/27。
National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The materials of the 59th hospital global budget discussion meeting. Available at: http://www.nhi.gov.tw. Accessed October 27, 2013. [In Chinese]

Transparency of information disclosure and effectiveness of hospital governance: a comparative study of the first and second generations of Nation Health Insurance

YU-HUA YAN^{1,2}, SHIH-CHIEH FANG^{3,*}

Objectives: Transparent information disclosure is a key factor affecting the effectiveness of hospital governance. This study compared the association between mandatory disclosure (Second Generation National Health Insurance (NHI)) and voluntary disclosure (First Generation NHI) in relation to the effectiveness of hospital governance. **Methods:** This research was conducted through the questionnaire survey method and the research subjects included senior executives from hospitals nationwide. A total of 196 valid questionnaires were returned. Data collected from the survey were analyzed by the chi-square test, T-test, multiple regression analysis, and Chow Test. **Results:** The transparency of information disclosure affected the effectiveness of hospital governance. Lower levels of disclosure regarding hospital violations corresponded to greater effectiveness in terms of the management of customer relationships. Higher levels of disclosure about the quality of medical services and hospital financial reports corresponded to greater effectiveness in hospital learning and development. In First Generation NHI, disclosure of the quality of medical services has a significant positive effect on social responsibility, but in Second Generation NHI, lower transparency about the processes of medical management corresponded to greater financial effectiveness. Finally, in both First and Second Generation NHI, disclosure of medical treatment processes and hospital financial reports had a positive effect on the hospital's effectiveness in terms of social responsibility. **Conclusions:** Hospitals conveying a willingness to disclose information to stakeholders generally had greater effectiveness in hospital governance. When disclosing medical information to consumers, practicality should be monitored, so that the burden of processing the related information is minimized. (*Taiwan J Public Health*. 2014;**33**(2):131-147)

Key words: *information disclosure, hospital governance, hospital governance effectiveness*

¹ Superintendent Office, Tainan Municipal Hospital, Tainan, Taiwan, R.O.C.

² Department of Hospital and Health Care Administration, Chia Nan University of Pharmacy and Science, Tainan, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Business Administration, National Cheng Kung University, No. 1, University Rd., East Dist., Tainan, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: fangsc@mail.ncku.edu.tw

Received: Oct 28, 2013 Accepted: Mar 6, 2014

DOI:10.6288/TJPH201433102095

評論：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

公司治理(corporate governance)在企業經營管理領域方面是一個受到相當程度關注的議題，提升企業經營資訊的揭露與透明度(disclosure and transparency)則被視為是落實公司治理的重要機制。有鑒於資訊的揭露與透明度之重要性，我國政府在修訂二代健保時遂將醫院資訊揭露透明度納為修法時的理念之一。過去幾年國外醫療機構管理領域的學者亦開始探討醫院治理和醫療品質提升，以及其它醫院經營績效指標的關連性[1-3]。然而，國內學者對於相關研究議題尚較少涉獵，故此文實有其適時性及重要性。

此文旨在比較分析醫院強制性資訊揭露(二代健保)與自願性資訊揭露(一代健保)對於醫院治理效能的影響是否有差異，並得出兩類型的資訊揭露對於不同的醫院治理效能構面產生不同的影響力之研究結論。在統計分析方面，作者除了使用複迴歸分析之外，亦使用計量經濟學領域的the Chow test (鄒檢定)來檢定一代健保與二代健保兩個迴歸模式之迴歸函數是否有發生結構性的改變，並得到一代健保與二代健保之各項醫院治理效能指標中，只有社會責任效能與資訊揭露透明度關聯性無顯著性的差異，其餘指標均有

結構性的差異之研究結論。The Chow test於台灣衛誌的論文中屬於罕見，為此文的另一個特殊處。

在此謹對作者提出未來研究方向的幾個建議：(1)有關醫院治理機制的量測方式，作者目前是聚焦於醫院有無設置董事會等指標，而研究結果則顯示，「醫院有無設置董事會」變項對於醫院治理效能並未呈現統計上的顯著影響力。建議作者將來可考量其它面向的醫院治理機制及運作方式。(2)醫院經營階層的變動頻率及幅度是否會對醫院治理效能產生影響，應也是一個可以探討的研究問題。

參考文獻

1. Jha A, Epstein A. Hospital governance and the quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2010;**29**:182-7. doi:10.1377/hlthaff.2009.0297.
2. Jiang JH, Lockee C, Bass K, Fraser I. Board oversight of quality: any differences in process of care and mortality? *J Healthc Manag* 2009;**54**:15-30.
3. McDonagh KJ. Hospital governing boards: a study of their effectiveness in relation to organizational performance. *J Healthc Manag* 2006;**51**:377-91.

黃國哲

台北醫學大學醫務管理學系

連絡地址：台北市信義區吳興街250號

E-mail: kchuang@tmu.edu.tw

作者回覆：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

感謝評論者對本研究課題之適時性與重要性，以及本研究所採用的獨特研究方法等之肯定。至於未來研究之二點建議，作者群亦深表同感，並且有鑑於(1)醫院治理此一課題之社會衝擊(Social impact)相較於一般之公司治理，有其更廣泛與更深層面的影響，(2)在台灣目前的健保制度與人口老化之環境下，醫院治理對於醫院經營管理與策略方針之釐訂有很重要的影響。因此，本研究針對醫院治理的本質，提出台灣醫院治理實務上的一些淺見，並呼應本研究評論者對醫院治理議題之重視。

依據當前醫院評鑑基準中，有關醫院經營策略評鑑重點要項：「醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的整體方向、定位及文化，透過每項政策的擘劃、實質的領導，建構符合醫院定位的文化，穩健地經營醫院，發展以病人為中心的醫療。在此功能中，希望醫院的監督或治理團隊(Governing body，可包含董事會、出資者或院長)，負責邀集經營團隊(Executive team，可包含院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管)，共同設定醫院宗旨、願景及目標，由監督或治理團隊尋求必要資源，由經營團隊遵循宗旨、願景及目標，擬訂計畫與策略，型塑追求病人安全及醫療品質之文化，建立內部病人安全、品質促進及管理機制，提供病人真正需要適度不浪費的醫療照護」。由此可知，醫院經營管理的評鑑有關醫院治理的部分，主要內涵有二：(1)治理團隊與經營團隊共同規劃醫院經營之策略願景與目標；(2)治理團隊除了尋求必要資源外，其核心職責似乎以「監督」為主；(3)經營團隊主要職責為建立醫院內部病人安全、品質促進等管控機制。

然而，根據國內、外有關「治理」課題在各領域(財務會計、組織管理、行銷、策略以及公共行政等)之相關研究指出，近

年來「治理」的精神在本質上，其實有其更積極的一面。在此，所謂「積極」指的是，相對於過去絕大多數有關治理課題的研究，強調主理人為防範代理人投機、道德危險(Moral hazard)所設計的誘因與控制機制。唯治理角色的另一功能在於如何為組織之經營管理創造更大的價值(此即所謂「興利」，而不只是「防弊」)。這在當前策略與行銷之理論研究與實務上，正受到高度的重視，例如與互補者共創價值之策略思維，以及與顧客共創價值之「服務主導邏輯(Service Dominant Logic, SDL)」之行銷典範。

上述有關治理概念(功能)在理論與實務的發展趨勢下，對於醫管實務之意涵是，(1)醫院治理團隊或董事會之組成很重要(誠如評論者所言)，至於如何組成？在積極意義上，或許可考慮醫療專業、經營管理以及醫務行政的組成如何發揮互補效應，以創造更大的價值(醫療與健康照護的質、量與創新)；(2)治理的另一主要構念是本研究的主题—資訊揭露。資訊揭露除了強調代理人在不隱藏資訊(Hidden information)，以防範其不當的醫療處置外，就上述SDL的論點來說，更積極的是讓病患(醫療服務的主理人)與治理層級(醫療服務提供者之主理人)更充分了解醫療服務之「投入、流程與產出」有關資訊，進而共同為醫療與健康照護提供問題的發現與問題的解決等提昇醫療服務水準品質的協作。易言之，資訊透明化的揭露之積極效應是，病患(社會大眾)、醫師、醫院經營與治理階層可以共創價值。

綜合言之，醫院治理在醫院經營管理的實務上非常重要，也逐漸受到實務界與學術界之高度重視。本文(作者回應)所要強調的是，治理的雙重功能或角色(Dual role)都應有其重要效應的發揮。至於，如何平衡此一功能角色的扮演，厥為醫院經營者與學術研究頗具挑戰性的課題。