

國軍醫療院所 成本控管之探討



◎陳華強

壹、前言

國軍醫院擁有一般企業難望向背之雄厚財力、資本與人力資源，且因經營面長期受國防部所屬軍、士官、聘雇及其眷屬支持，但在軍人加入全民健保後，此一優勢已逐漸喪失。國軍醫院面臨收入無法增加及固定成本仍須負擔的壓力下，成本控制便成為降低成本最重要的利器，而成本習性是成本控制的重心，以往國軍醫院並未對成本習性作深入探討，而面對此一重大衝擊，若仍以現行經營分析方式，恐將難以提供有用的資訊以協助管理階層作為適當之決策，以渡過當前經營危機。隨著全民健保已由論量計酬【注一】轉向總額給付制度【注二】，醫療院所的成本控制將成為經營的關鍵。

如何藉助成本習性劃分，嚴控變動成本及半固定半變動成本，評估醫院損益平衡，預先採取適當的防範措施，藉以降低成本支出並避免無謂的浪費、創造更高的盈餘以求永續經營的目標實

為各醫療院所不可忽略的重要課題。

貳、醫療成本

一、醫療成本的特性

醫療機構基於社會的責任，在於提供病患最優良品質的醫療服務，以盡其所能在高品質醫療服務下，降低成本以達成醫療機構永續經營的目標，而為達成本控制以為醫療品質及營餘成長雙贏的局面。因此，對醫療機構成本的特性應有所了解。

(一)間接分攤的成本很多

因為醫療機構的結構、醫療設施與建築物的特性，醫療機構直接可認定的成本包括：用人成本、藥材成本、機儀器設備使用成本及事務成本等，其他的成本大多屬公共成本，例如：候診間、會議室、電梯、樓梯等建築設備成本。又如水、電、空調、瓦斯等燃料成本，因缺乏明確之歸屬數據，而造



成成本難以歸賦之情況。

(二)各單位之獨立性不足，成本分攤困難

醫療機構因其醫療作業的複雜性與連貫性，因此每個單位的切割不若一般生產事業單位的獨立性高。況且醫療機構的組織，其部門單位的數量很多，各醫療部門彼此缺乏明確的層級關係，是屬於一種網狀互動關係，而分攤公共成本的金額相當大且性質各有不同，因此不易有一簡單且有效率的分攤方法。例如：水電空調成本，除各科室皆加裝水電分表外，難以明確劃分各單位之成本。

(三)人事成本很高

醫療機構所提供的醫療服務，具有很高專業程度的性質，而且醫療服務也是人力密集的行業，因此醫療機構必須雇用許多各具背景的專業人員，如醫師、醫技人員、護理人員與行政人員來提供專業性的服務。一般而言，一間醫療機構的用人費用，約佔總成本的 40% ~ 50%，較大型醫院的人事成本更佔總成本的 50% 以上，以某國軍總醫院為例，人事成本更佔總成本的 56%。

(四)固定成本很高

為提供顧客產品或服務，無論是製造事業或是服務事業，都須要投入相當的固定成本始能開使營業。醫療機構所投入的固定成本，通常較一般事業機構還多，除了專業人員的固定薪資外，尚需購入各種昂貴的醫療儀器或各種特殊的裝置設施，才能提供適當的醫療服務。

一般醫院的固定成本約佔收入的 70% 以上，若以損益平衡的觀點來看，醫院的營運量必須達到一定的服務規模，才能完全涵蓋固定成本，進而創造利潤，況且由於醫療疾病的不確定性，因此醫療機構的營運風險性亦相當高。

二、成本的概念與分類

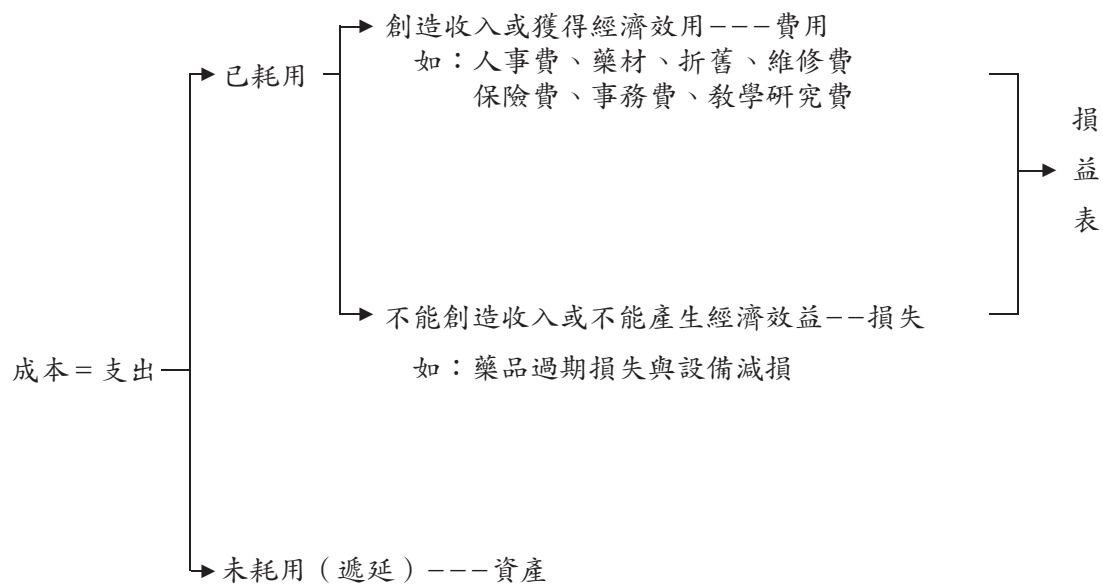
(一)成本的概念

所謂成本，係指醫療機構在營運過程中所有費用支出，可區分為兩大類「已耗用」與「未耗用」的支出。其管理觀念與方法，依經營管理者之理念不同而有所不同。對於能創造收益者，其管理考量在於能否有更大效益，因此其多寡與大小並非主要的思考重點；而不能創造收益者是一種損失，應該要加強管理。至於資產部分，則應該以較長期效益為思考分析的重點。

「未耗用」的支出為遞延資產，例如預付之保險費用等。此外如建築設施、重大儀器設備等，雖其費用已經以現金支付，但依會計的作業準則中，仍是屬於資產科目。

「已耗用」的支出又分兩類：如圖一。

- 1.能創造收入或獲得經濟效益者，稱之為「費用」，如人事費、藥品、衛材、維修、保險、用品消耗、教學研究等。
- 2.不能創造收入或不能產生經濟效益者，稱之為「損失」，如藥品過期損失與設備減損等。



圖一：成本之概念

(二)成本的分類

醫療機構為了便於成本的匯集、分析與運用，通常會將所發生的成本加以分類，分類的方式如下：

1.從成本控制的角度來看，包括：

- (1)標準成本：標準成本的設定，可做為比較的基礎。
- (2)目標成本：機構或部門想要達到成本控制的目標值。
- (3)估計成本：活動或作業進行前所預估的成本。
- (4)實際成本：活動或作業發生後，實際支出的成本。

2.從經營的角度來看，包括：

- (1)採購成本：為進行醫療服務活動所需購

置藥材、儀器原物料等採購作業活動所需的成本。

- (2)用人成本：人員的薪資、福利、保險、獎金等費用屬之。

- (3)設備成本：建築物、醫療儀器、各項設施等屬之。

- (4)管理費用：行政管理人員的薪資與相關活動費用等屬之。

3.從成本的層次角度來看，包括：

- (1)單位成本：指某一單位執行醫療作業或處置等所需支出的成本。

- (2)部門成本：指某一部門從事相關活動或作業等所支出的成本。

- (3)總成本：指整個機構所發生的成本。

4.從成本的控制責任角度來看，包括：



(1)可控制成本：指部門的費用發生可以在自己的操控範圍內，如：加班費、藥材成本等。

(2)不可控制成本：指成本的費用不在自己的控制範圍之內，如：清潔費用之分攤、水電費用之分攤等。

5.從服務量的角度來看，包括：

(1)變動成本：指成本的增加會隨著服務量的增加而增加，亦會隨著服務量的減少而減少，如：醫療耗材、藥材費用、病患膳食費用等。

(2)固定成本：指在一定範圍內，保持一個固定總金額，不因所提供患者服務量變動而變動之成本，如：人員薪資、設備折舊等。

(3)半變動成本：指與服務量不成等比例變動的コスト，如：維修費、燃料及瓦斯費等。

6.從經營決策的角度來看，包括：

(1)差別成本：指不同選擇方案之間所相差的成本。

(2)機會成本：指從事某項活動，而放棄執行某替代活動的成本，如：將銀行定存投資於機器設備購置所損失之存款利息。

(3)邊際成本：指每增加一個生產單位所增加的成本。

7.從成本標的的角度來看，包括：

(1)直接成本：指某一部門或成本中心為提供某項服務，而可直接追溯成本之發

生，並可歸由該部門或成本中心直接控制或負責的成本。醫療機構提供病患醫療服務、處置或治療所發生之成本，可以直接歸屬至成本標的（成本中心或醫療服務項目），以做內部控制與管理基礎者，稱之為「直接成本」。如：部門或成本中心人員薪資、科室病患直接使用之醫療藥品、衛材等屬之。

(2)間接成本：指提供醫療服務而發生直接成本外，未能直接歸入成本標的之任何成本。亦即為協助醫療服務的作業，而無法由成本標的中直接確認之成本，稱之為「間接成本」。此類成本在內部控制或管理上，成本須經合理分攤基礎歸入成本標的，以作為成本衡量的方法。間接成本通常透過成本分攤之方式，將所發生之成本分配至被分配的部門或所使用之成本中心。如：電梯維護費用分攤、清潔費用分攤、水電費用分攤等。

參、成本管理

一、成本管理之基本工具—成本資料

成本資料係伴隨資源的投入、產品的輸出之全部過程，而產生之計畫方案、文件和服務量、成本等數據，按其特徵可分為定量的資料及定性的資料。成本管理本身就是一種資料處理的過程，一個機構其成本資料的提供，有下列幾項原則：

- (一)真實性原則：成本的提供必須反映實際的狀況，如此才能真正找出問題的癥結與改善的方向。
- (二)同質性原則：成本資料必須具有同質性，才能做適切的比較。
- (三)系統性原則：成本資料必須有系統性的觀念，使資料的呈現在時序上能有一致性。
- (四)及時性原則：成本資料的獲得必須要有時效，才能及時反映問題、解決問題。

二、成本管理之方法

從事成本管理其主要資料之來源，是由會計部門每月結帳以後，透過成本分析作業而來的，其方法如后：

(一)機構別與部門別的资料

主要是透過報表的解釋與說明，來分析成本的主要因素為何？如：透過「比較資產負債表」，可以說明整個醫療機構資產負債的借貸餘額，在經過一段時間以後的變化情形；又如透過「比較損益表」，則可以比較機構本期與上期營運收入與成本之間的變化情形。

雖然這兩項報表是會計部門每個月結帳以後，所編製的最基本報表，但事實上單靠這兩項報表，是無法完全落實機構成本管理的目的，因為以機構整體為基礎的資料，無法看出一個部門其營運績效的好壞。因此，成本的資料必須要能夠做部門別的細分。

在做成本細分的過程中，會牽涉到一些問題，因為以醫療院所的特性來說，各醫務

部門其直接成本其實是非常有限的，大部分所發生的成本都是要透過成本分攤的程序以後，再歸屬到各醫務部門，如：清潔費、空調費、管理費、水電費等公共費用，都是經過成本分攤的程序，再歸到各醫務部門。

(二)單項成本分析

在年度醫療費用給付固定的總額給付制度下，其支付標準係以「基本診療」和「特定診療」之項目為支付基礎，如果我們要將成本做追根究底分析的話，則可以做單項成本的分析。單項成本的分析是根據管理上的需要，而往下追溯其成本結構的要素為何？因為以全科為單位的損益表是無法清楚看出該科每項處置發生成本的實際情況，因此必須深入做單項的成本分析才能明瞭各項處置的成本結構。

(三)成本與品質的關係

成本與品質之間到底存在著甚麼樣的關係呢？常有人認為成本的降低，就是要犧牲品質來達成，其實並不盡然。主要是管理者無能力提供具體之工作改善方法，又缺乏正確之品質改善觀念而導致錯誤想法，若能虛心學習工作改善方法與技巧，然後徹底執行則應有所體會才對。從許多討論「成本與品質之間的關係」的學術論文中可以了解，品質的提高並不一定會增加成本。

同樣的成本降低也不一定會以品質作為犧牲。目前許多醫療機構所推行的持續性品質改善活動（Continuous Quality Improvement；CQI）或全面品質管理（Total Quality



Management; TQM) 就是除了要提高品質外，也希望藉由這樣的活動，來降低整體機構的醫療成本。若是成本的降低，是以品質作為犧牲品，那麼這就背離了醫療機構成本管理與改善的目的。

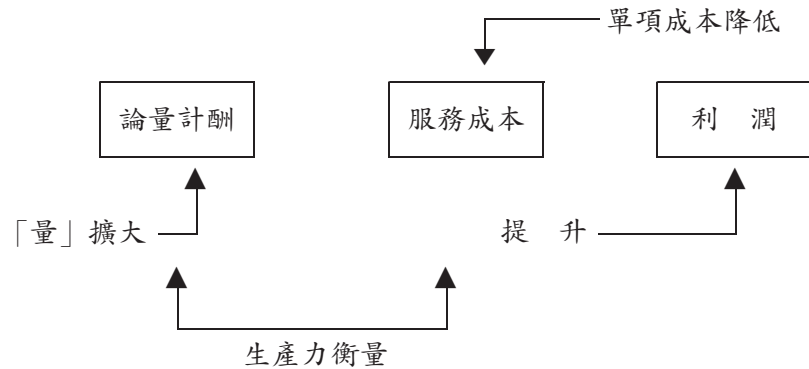
(四)生產力的衡量

在醫院的生產力的衡量方面，傳統論量計酬的醫療給付制度下，由於隨著服務量的增加，就會增加機構的收入，而每一醫療項目的收入減去成本就等於利潤。醫院為了要確保醫療品質且提高利潤，就從擴大服務量著手，因此就會增加並患處置的數量以增加

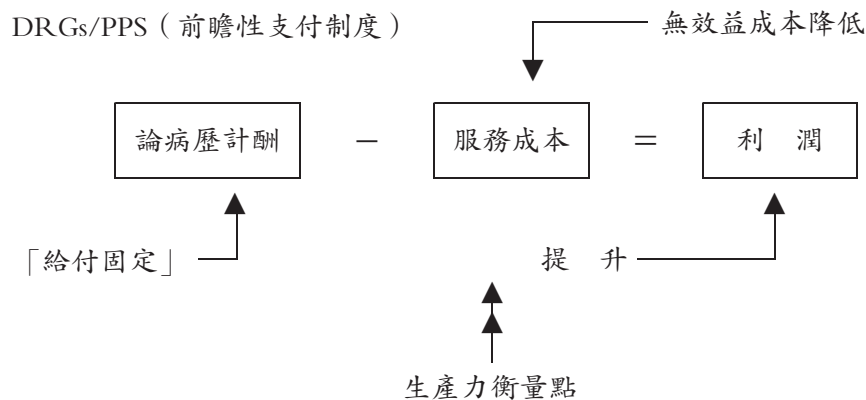
收入，但也會因而較缺乏醫療服務的效益性思考，所以亦較不注重醫療資源是否浪費的問題。

未來在以診斷關係群【注三】為基礎的前瞻性支付制度之下，每種疾病的住院給付是固定的，醫院唯有在確保醫療品質的條件下，設法去降低成本，提高服務效益以及珍惜善用醫療資源，才有辦法獲得利潤，否則就會遇到經營的難題。

圖二及圖三表示醫院在傳統論量計酬與前瞻性給付制度下，醫療機構之生產力衡量的方法。



圖二：醫院傳統的生產力衡量



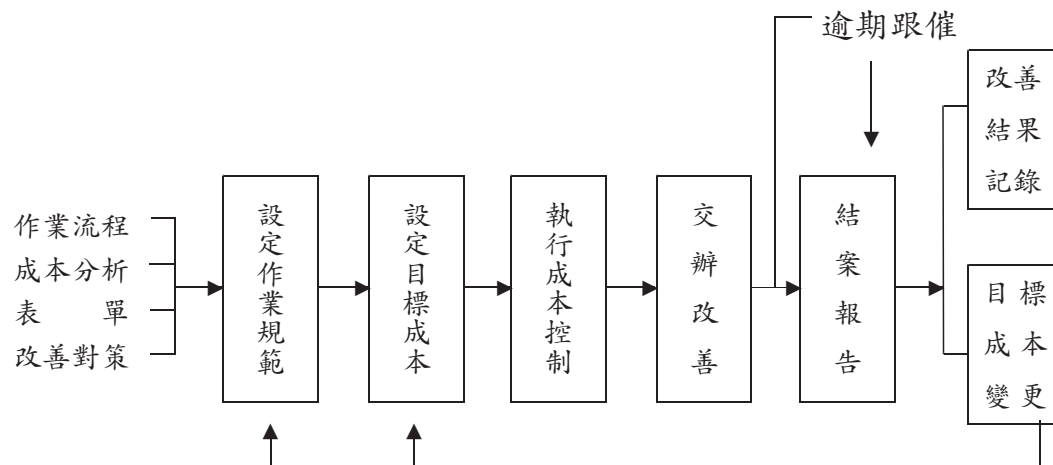
圖三：PPS 制度下的醫院生產力衡量

(五)成本分析與改善

醫院成本分析與改善的過程中，通常從作業流程、成本分析、表單與改善之對策做逐項的探討，然後依探討的結果設定各項作業規範，有了標準的作業規範就可以設定目標成本，然後執行成本控制，將實際成本與目標成本做比較，若有差異則作異常追蹤改

善。

圖四為醫院成本分析與改善程序的流程圖，說明成本分析與改善的程序，經過如此持續不斷的成本改善後，便能提高醫院作業的效率與效益，進而達到降低作業成本的目的。



圖四：醫院成本分析與改善程序

三、成本管理的控制作業

成本管理的控制作業包括「異常追蹤改善」與「績效差異分析」兩部分，茲分析如下：

(一)異常追蹤改善（執行單位）

依目標成本值設定管制基礎，每月由電腦作業就各項成本之實際值與目標值之間做比較，超出管制基準者則列印「成本差異反應單」供費用發生部門深入了解差異原因，然後加以檢討改善。如確屬異常者經單位主

管核示須深入分析查報者，應查明相關原因填報「成本差異報告單」，並擬定改善對策呈主管核準後據以執行。

若是重大異常案件及改善對策須專案辦理者，另填「專案改善提報表」呈核後依限期加以執行，其結果應填「專案改善執行報告表」列入各月份經營報表，並檢討修正其目標。

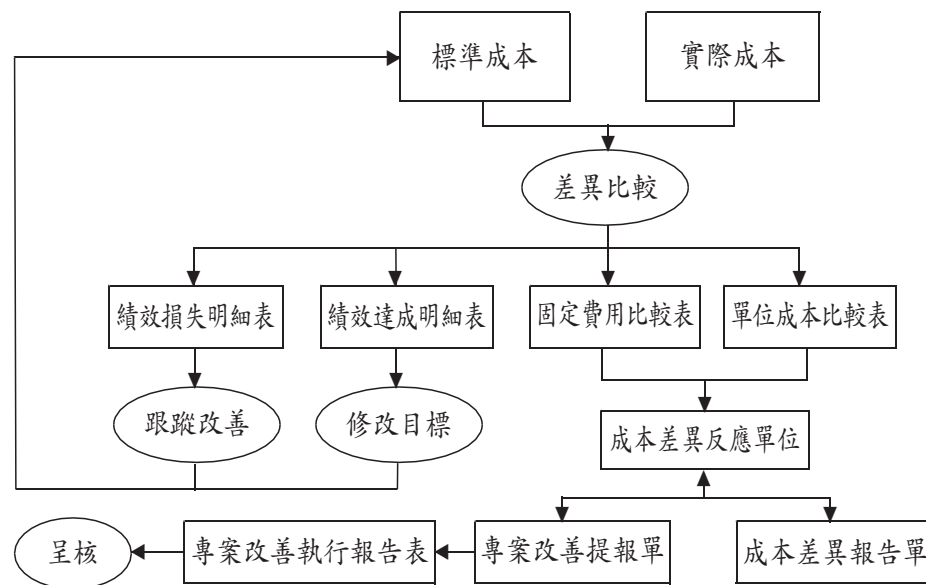
(二)績效差異分析（幕僚作業）

在績效管制之項目中，對於產生績效評



核項目其差異太大足以影響損失、超出管制基準者，由電腦作業逐項列出，供幕僚人員據以查核各項目有否提報改善專案及改善措施之合理性，如應交辦追查改善者，即開「洽辦單」交責任歸屬部門檢討改善。對於

連續數月（內訂）未達成之項目亦由電腦列印出，供幕僚人員據以交責任歸屬部門檢討改善，並持續追蹤至徹底改善為止。圖五為成本管理作業關連圖，用以說明成本管理的控制作業流程。



圖五：成本管理作業之關連

肆、降低成本的策略

一、降低一般業務成本的策略

醫療服務在高品質的要求下，成本的降低是醫療機構管理者須持續努力的目標，爲了要確保品質與提高醫療服務的作業效率，必須努力達到成本降低的目標，關於如何降低成本的策略，茲建議如下：

(一)以標準化的方式來控制品質

所謂標準化，就是透過工作分析、作業研究、工時分析等，使標準作業流程確實建立，然後再訓練員工徹底執行，服務品質才能控制在一定水準。如果能夠持續訓練員工，增加其作業的熟練度，則醫療服務作業可維持在一定的變異程度之內。

(二)降低作業過程中人爲的判斷

從事工作的改善，應該儘量能利用儀器或電腦設備，以協助減輕人爲判斷的不穩定

性與其工作的負荷，以提高作業的品質與效率。

(三)掌握供給與需求，加強倉儲管理

分析在變動醫療環境中，醫療服務的需求與供給的情況，同時進行機構內人員、設備與儀器數量的評估，盡量做到維持均衡的狀態。如：CT 檢查，醫院目前的設備只能做到每日 10 人次的檢查量，若病患的需求平均為每日 15 人次，則院方可增加供給以滿足病患需求，提升醫療服務的水準。

此外，對於各種消耗材料或藥品，更要掌握其適時、適量、適質與適地的供需均衡，以節約庫存成本及損耗。

(四)科技性設備的選擇運用

很多的設備可以增加服務品質的穩定性，同時減少人力的負擔，提高作業的效率。科技技術的發展很快，對於可以提高作業效率的科技、提高醫療品質的技術都要適切的加以引進。

(五)掌握人力與設備最佳組合

固定設備的投資，不管是否使用，每日都有成本發生，如：折舊費用等。因此，要對人力與固定設備之間的組合達到最適切的狀態，才能發揮最大的效用。同時對檢查、檢驗的工具也必須妥善管理，以降低維修費用。

(六)由病患自己動手

由於人力資源成本的日益昂貴，增設一些簡單的設備可由病患自己動手，一則讓病患參與感，二則減少院方的人力投入，以降低人力成本。如：開發電話語音掛號系統或網際網路系統，可由病患自行動手掛號，不必經由人工的掛號，除了增進病患就醫的方便性外，亦可減輕掛號人員的人力負擔。又如：自動測量血壓計的增設，藉由簡易說明書或操作手冊的使用，即可由顧客自行動手操作。

(七)健全組織結構，提高作業效率

組織的結構，是影響作業效率的最重要因素，唯有健全的組織、明確的部門職掌才能避免工作的重覆或遺漏，如此才有好的效率可言，並可達到事半功倍之效。

(八)集中化

有關部門各項運作方式採集中化（centralization）或分散（decentralization）的優缺點，必須依個別事項逐項加以分析、檢討，才能做出最好的決策。另外，部分工作也必須合理化進行再整合的程序，以使資源的運用更具效率化與效益化。

一般而言，集中化處理獲得資源集中、符合經濟規模的好處。如：集中的採購合約、工程發包，可以得到比較好的價格，因



此可以節約許多經費。

(九)外包

「要做就要做最好的」，若未達最大效益的項目或作業，就應考慮外包（outsourcing）給適當的單位。要維持醫療院所之核心競爭力，一個醫療院所不可能做所有的事都具最大效益。因此，外包策略已經成為一些院所降低醫療成本的最好方法之一。

二、降低人力成本的策略

醫療機構是提供人對人的服務，因此一般醫院其人力成本佔總成本之比率大多超過 50% 以上。根據學者調查國內許多醫學中心級醫院的成本結構指出，甚至有的醫學中心，其人力成本竟可能高達 60% 左右。然而，我們必須注意的是高人力成本並不絕然是代表高成本率，高效益生產力才是我們更須要重視的目標。

爲了改善醫療機構高人力成本的結構本質，以后方式建議引爲參考：

(一)擴大服務面，提高醫療收入

1. 擴大院際合作及業務交流，使服務經濟規模化。
2. 發展新技術、新檢查（驗）與治療項目，或購置新儀器、設備，使醫療專業特殊化。
3. 推動假日及夜間門診，使設備與設施提高

動用率而效率化。

(二)提高人員生產力

1. 技術人員採行多功能訓練培養方式（multifunctional training），因應醫療需求的不確定性，增加人員可彈性調度的能力。
2. 引進自動化的設備，使工作簡化、效率化。
3. 推動臨床路徑以控制合理成本，並使變異較小之病例，其臨床醫療服務能夠儘量標準化。
4. 非專業性之工作外包，使有限資源得到最大效益化。

(三)間接部門作業合理化

1. 事務作業電腦化，使工作簡化、效率化。
2. 作業分工與整合，使作業的專業水準提升。

(四)提高設備使用率

1. 透過工作分析、作業研究，使人力與設備做最佳之組合，產生作業效率化。
2. 各醫務專科間的科際整合，使儀器設備產生最大效率。
3. 檢查、檢驗排程電腦化，除使工作簡化外，同時病患亦得到其便利性。

三、以活動爲基礎的會計制度精密計算成本

過去數年來，傳統的成本會計方法受到相當多的批評與討論，因為傳統成本會計制度主要是最爲外部報告用途，而不是作為醫療機構內部管理用途。然而隨著前瞻性支付制度的來臨。如：美國老人醫療保險（Medicare）所實施的以診斷關係群爲基礎的前瞻性支付制度（DRGs／PPS），或是台灣全民健康保險所實施的論病例計酬制度【注四】（Case Payment），都是保險單位給付每一住院病患固定費用，在維持一定醫療品質下，而不論醫療機構所花費的實際成本多寡，因此對醫療機構而言，實際支出有效成本的掌控就成為經營成敗的重要關鍵之一。

傳統的成本會計制度，常是使用「成本對收費的比率（Ratio of Cost Charge；RCC）」方法，通常是以「部門（department）」或「成本中心（cost center）」爲單位，來做經營效率與成敗之分析。如：某醫院的婦產科 2000 年 8 月的利潤（收入減去成本）爲 10%，使用傳統成本會計的方法，就會假設婦產科的每一服務項目都是 10%。但是實際上並非如此，婦產科每一服務或處置項目的利潤，因此所花費的資源與成本都不相同，因此其利潤也會不一樣才對。當每一住院病例給付固定的情況下，由於傳統的成本會計無法明確知道每一處置的實際有效成本，因此若使用傳統 RCC 的方法，可能會產生「虛盈實虧」的情況，因此醫療機構的經營管理者，已

經無法滿足於以傳統的成本會計方法協助前瞻性支付制度的醫療管理，必須以其他的替代成本會計方法，以詳細掌握每一服務或處置層級（procedure level）的標準成本或實際成本，才能做更好的決策。如：相對值單位（relative value-units；RVU）的會計方法，或是以活動爲基礎的成本會計制度（activity-based costing；ABC）就因爲可以提供更爲精細且準確的每一處置或服務的成本資料，因此其運用也愈來愈普遍，可使醫院得成本管理更具精確性。

（一）以活動爲基礎的成本會計制度之內容

以活動爲基礎的成本會計方法（ABC）係用來計算一個產品（product）或服務（service）成本的方法，這種方法以因果關係作爲基礎（cause-and-effect），可以更精確的分攤間接成本（overhead），因此不同的產品（不同類之病患）或服務（不同類之處置）的個別成本計算可以更爲正確。

「活動會計（activity accounting）」所收集的產品成本，以及各項財務或作業的資訊，是以製造該項產品所需的「活動」作爲基礎，因此各類產品與各項支援活動的決定（determination of product and support activities）是最爲重要的。對醫療機構而言，這裡所謂的成本可以是某項處置（procedure）、某項服務（service）或某類病患，傳統



RCC 所使用的是由上而下（top-down）的成本計算方法，是基於累計的資訊（aggregated information），因此並不能很正確的反映某部門所提供的某處置的實際成本。而ABC是一種由下而上（bottom-up）的成本計算方法，因此可以較精確的計算出每一處置或服務的發生成本。

除此之外，傳統的成本會計制度可以說是與「量」有關（volume-related）的成本會計系統，因為間接成本的分攤，通常是以「量」作為基礎。如：人工小時或機器小時等，這種分攤基準在實際作業上可能會產生不公平的現象。若從「經濟規模（economic of scale）」的理論來看，「量大」並不表示成本一定成正比的支出。而以活動為基礎的成本會計系統，則認為「活動」才是決定「成本標的（cost objects）」產品或服務的成本之主要因素，且可以使用這些活動的成本作為基礎，進而收集到其他成本標的成本資料。在以活動為基礎的成本會計系統中，將成本分攤到產品的分攤基準，稱之為「成本動因（cost driver）」這包括各種會增加活動總成本之各項因素，不管是「與量有關（volume-related）」的分攤基礎，或是「與量無關（volume-unrelated）」的分攤基礎，都可作為在以活動為基礎的成本會計系統中

作為成本動因，將成本分攤到產品上。

(二)使用以活動為基礎的成本會計制度的原因

醫療機構使用以活動為基礎的成本會計制度（ABC），主要有兩種原因：

- 1.以活動為基礎的成本會計制度可以提供經營決策者更為精確的成本資訊，讓決策經營者可以更清楚的知道（那一項）產品或服務是最有利潤或是虧本的，因此使用以活動為基礎的成本會計制度可以比傳統的成本對收費的比率會計制度制定更好的決策。
- 2.使用以活動為基礎的成本會計制度因為有比較精確的有效成本資訊，可以使員工更具有有效成本意識，因此可以節約不必要的浪費。

從醫療機構的產品或服務的角度而言，每一個病患都是獨特的產品，使用以活動為基礎的成本會計制度，因為成本資訊的收集與計算是以消耗醫療資源的活動為依據，因此每一位病患的治療成本，就可以更準確的計算出來。

隨著醫療費用支付制度的改變，論量計酬的費用支付模式，未來勢必由前瞻性的支付制度所取代，如：診斷關係群或是論病歷計酬都是保險單位給付醫療機構固定醫療費用的支付模式，而不管治療病患實際發生的

成本多寡。醫療機構為應付此種支付制度的改變，則會以發展標準治療準則（Standard Treatment Protocol）或是改以臨床路徑【注五】（Clinical Pathway）的醫療模式，即針對某類的病患提供標準化的治療程序，使病患治療的變異性縮小，如此不但可以較少的醫療費用支出，同時亦可達到治療的效益性。在如此的理念下，每一個診療關係群或是論病例計酬制的標準治療準則，實際上包含了一系列的治療處置與醫療服務，如果每一個服務項目都有標準的成本，那麼就可以做管理的比較與控制。如：將每一論病例計酬制的標準成本與實際成本做比較，並進行差異分析，就可以進一步獲得改善的空間，也可以清楚知道作業效率與醫療效益的情況，必要時可以採取適當的校正措施。

傳統的成本對收費比率的會計制度無法提供每一個醫療處置或服務的精確成本，而以活動為基礎的成本則可以提供每個處置或服務更精確的成本資訊，因此在前瞻性支付制度下，從傳統性的成本會計制度，改為以活動為基礎的會計制度是非常重要的課題。

醫療機構何時全面修改以活動為基礎的成本會計制度改革的契機，是高層管理者所需要仔細斟酌的。因為以活動為基礎的成本會計制度收集成本資訊的費用，要比傳統成本對收費比率會計制度來的高，況且全民健

康保險所實施的論病例計酬制度，尚未擴大到所有的住院案例。依柏拉圖法則（80/20理論），當一制度之改變尚未到達系統的80%時，維持原有制度是較佳的決定。因此何時導入以活動為基礎的成本會計制度的時機，必須隨支付制度環境的變化而決定。

伍、結語

對於許多國軍醫療院所而言，由於外在醫療保險支付制度的變革與內部成本控制的壓力與日俱增，故國軍醫療院所運作效率的提昇已成為最重要的目標。所謂效率是指產出與投入的比率，不僅是代表產出的品質，更是最低可能成本的生產。期望藉由效率的評估，使國軍醫療院所能夠比較目標成本或標準成本與實際發生成本間的差異，進而獲致改善之方法，藉以創造出品質提昇與盈餘成長雙贏之局面。

參考文獻

- 1.成本會計（上），洪國賜著，三民書局。
- 2.成本會計（下），洪國賜著，三民書局。
- 3.醫務管理學系列（醫療機構管理制度），莊逸洲等著，華杏出版機構。
- 4.醫務管理學系列（財務、研究、品質暨設施管理），莊逸洲等著，華杏出版機構。



5.醫務管理學系列（醫療機構人力資源管理），莊逸洲等著，華杏出版機構。

6.醫務管理學系列（醫務管理學制度），莊逸洲等著，華杏出版機構。

註 釋

【注一】論量計酬（Fee for service）：係指依據醫療過程實際發生之費用給付。

【注二】總額給付制度：總額給付制度即是健康保險相關團體預先在年度開始前針對某類的醫療服務或醫院之支出，以協商方式設定年度總額預算，再由上而下分配費用。每年度就是固定數額，不能高於此數目。

相較於現行的給付制度，被設定的醫療服務或醫院之支出，其整體的年度醫療費用是固定的，不會因當年度的服務量多寡而有增減，因此健康保險局可控制醫療費用發生的總額而不致失控。總額預算制度最重要點在於如何計算年度預算總額？如何在公平原則下分配預算總額給各醫療提供者？如何克制醫療提供者的浮濫服務量？順利解決了這些問題後，總額給付制度才有可能發揮抑制醫療費用成長並兼顧醫療提供者之權益及保障被保險人的醫療品質。

【注三】診斷關係群：美國自 1983 年開始使用診斷關係群（DRGs Diagnosis Relation Groups），其特點是考慮病人特質（包括年齡、

性別、主要診斷、次要診斷、手術處置項目以及有無併發症等）而非醫院的成本來定義病例，由於支付單位較論量計酬大，會使醫療機構有較大的財務誘因選擇更有成本效益的服務。

【注四】論病例計酬（Case Payment）：係指同一疾病，無論醫療過程或產生費用是否不同，皆以定額之方式給付。

【注五】臨床路徑：臨床路徑（Clinical Pathway）是指針對相同的病患群，建立一標準化的醫療照顧模式，以提供全方位、高品質的醫療照顧服務。

藉由臨床路徑的實施，可讓家屬及病患本身對將進行的治療有所瞭解，更可合理估計住院日數，降低其恐懼及焦慮感。而且，標準的醫療照顧模式可當作醫師執行醫療服務的參考或提示，增強醫療照顧的一致性與完整性，更可藉此降低醫師誘導病患多做檢查、檢驗或不當醫療的機會。

作者簡介



陳華強少校，現任國軍北投醫院預財官，國防管理學院財務正規班 92 年班，國防管理學院 83 年班畢業；曾任預財官、預算官、會審官。