

醫療財團法人的會計資訊品質特性

王貞靜*

淡江大學會計學系

曹美娟

中原大學會計學系

華滋安

國立臺灣大學會計學系

收稿日：2021 年 1 月 8 日；接受日：2021 年 5 月 22 日

摘要

衛生福利部於 2006 年公告《醫療財團法人財務報告編製準則》供醫療財團法人遵循，本研究因而以申領健保點值超過六億元之大型醫療財團法人為樣本，檢視醫療財團法人於 2005 至 2019 年間之會計資訊品質及特性。實證結果發現整體樣本的醫務收入在研究期間呈現成長，且經營獲利穩定；然而在總額支付制度下非醫務利益為多數醫療財團法人餘絀之主要來源。多數樣本由大型會計師事務所查核，整體盈餘持續性佳。本研究進一步比較不同類型醫療財團法人之會計資訊品質特性，發現宗教型醫療財團法人舉債程度最低且短期償債能力最佳；投入在社會福利支出最多，但盈餘持續性較差；在醫療社會服務支出的盈餘管理程度最高，繳稅次數顯著最少。一般型醫療財團法人盈餘平穩化程度較宗教型高，但負債比率最高且短期償債能力較差。而企業型醫療財團法人財務結構、經營與獲利能力皆最佳，但餘絀中營運現金流量組成之盈餘持續性雖優於宗教型，但未優於一般型。整體而言，近年來各醫療財團法人的會計資訊品質在各界關注下已經明顯提升，尤以企業型最為明顯。本研究的結果可供主管機關、利害關係人及其他財務報表使用者參考。

關鍵詞：《醫療財團法人財務報告編製準則》、會計資訊品質、盈餘品質、醫療財團法人

* 通訊作者 jeanwang@mail.tku.edu.tw 新北市淡水區英專路 151 號 02-2621-5656 #2073。作者感謝期刊總編輯與兩位審查人的修改意見，亦感謝科技部研究經費支持(計畫編號 MOST 104-2410-H-032-019)。

Qualitative Characteristics of Accounting Information for Medical Care Corporates

Chen-Chin Wang*

Department of Accounting, Tamkang University

Mei-Chuan Tsao

Department of Accounting, Chung Yuan Christian University

Hung-An Hua

Department of Accounting, National Taiwan University

Received 8 January 2021; accepted 22 May 2021

Abstract

In 2006, the Ministry of Health and Welfare released the “Regulations Governing Preparation of Financial and Operational Reports by Medical Foundations” which gives the Medical Care Corporates a guideline to follow. Hence, this study examines the qualitative characteristics of accounting information for medical care corporates from 2005 to 2019. Using the large medical care corporates, which applied over 600 million health care points as a study sample, empirical results show not only medical revenue growth but also that most hospitals were profitable during the study period. However, the primary net income generated from non-medical profit for most medical care corporates due to operating income was restricted by the global budget system. Overall, our samples have good earnings persistence and more than 60% of them were audited by a Big Audit Firm. Furthermore, we separate them by enterprise type, religious type, and normal type by the donors to analyze and compare medical care corporates’ qualitative characteristics of accounting information. Our results show that the religious type of medical care corporates have the lowest debt ratio, the highest short-term solvency and medical and social welfare expenditures, but they also show poor earnings persistence, the highest level of earnings management in specific items, and the lowest tax payments. Compared with religious type, the level of earnings smoothing

* Corresponding author. Address: N0.151, Yingzhuang Rd., Danshui Dist., New Taipei City 25317, Taiwan, ROC, Tamkang University. Tel: +886-2-2621-5656 ext. 2073. Fax: +886-2-2620-9738. email: jeanwang@mail.tku.edu.tw. The authors would like to thank the editor and two anonymous referees for their valuable comments and suggestions, and the financial support from the Ministry of Science and Technology (No. MOST 104-2410-H-032-019).

in normal medical care corporates is indeed higher. However, normal medical corporates also have the highest debt ratio and poor short-term solvency. The enterprise type of medical care corporates have the best financial structures, operating performance, and profitability; but the cash flow component of earnings is not persistent than the normal type. Following increased public monitoring and attention in recent years, medical care corporates (especially enterprise corporates) have achieved an overall increase in accounting information quality. Our results provide insights for authorities, stakeholders, involved parties and other financial report users.

Keywords: Regulations governing preparation of financial and operational reports by medical foundations; Accounting information quality; Earnings quality; Medical care corporates

壹、緒論

非營利組織不僅受各界捐助亦享有賦稅優待，因此其財務資訊透明度與會計資訊品質受到主管機關、學者與公眾的關注(例如，Charity Commission 2000, 2005, 2016; GAO 2002, 2008; Yetman and Yetman 2009; Beisland and Mersland 2014)；其中，攸關國民健康與社會福利的非營利醫院，近年來持續受到各界廣泛的討論¹。衛生福利部在各界倡議下²，於 2006 年公告《醫療財團法人財務報告編製準則》詳細規範財務報表編製與財務資訊揭露規則，令擴張最快且請領健保點值與服務量皆高於整體公立醫院的醫療財團法人³，每年須依據編製準則申報財務報告並公開予各界檢視公評。基於公開資訊品質影響財務報表使用者的決策判斷，本研究檢視領取最多健保資源的大型醫療財團法人之財務報告，旨在幫助主管機關、利害關係人及其他財務報表使用者，深入了解個別與不同類型醫療財團法人的財務結構、獲利能力、經營能力及其會計資訊品質特性。

會計資訊品質之三大組成要素為會計準則制度、採用之會計原則與組織營運環境(Bernstein and Wild 1998)，而近年來蓬勃發展的非營利組織⁴，其會計準則制度發展較晚，且營運環境特殊，經營目標、籌資管道與目的皆不同於營利組織；同時其缺乏市場相關機制，使得非營利機構之會計資訊品質特性和營利企業存在差異。然而非營利組織即使非以營利為目的，但仍須重視財務績效，當責於捐款人與利害關係人。基於內部管理者、捐贈者與各方利害關係人間仍存有代理問題，會計資訊因而發揮了重要的作用。不同的利害關係人，包括債權人、主管機關、稅務機關、公眾、捐贈者與潛在捐贈者，常以會計盈餘評估

¹ 除了媒體與臺灣醫療改革基金會(簡稱醫改會)等民間監督團體經常刊文評議之外，國內外學者也持續探討之。例如，Brickley and Van Horn (2002); Leone and Van Horn (2005); Krishnan et al. (2006); Barragato and Basu (2007); Keating et al. (2008); Pinnuck and Potter (2009); Tan (2011); Cannon et al. (2018); Beck et al. (2020)；郭振雄等(2006)；黃德舜等(2009)；譚慧芳與吳清在(2012)；謝佩莢(2016)；邱士宗等(2017)與梁志民等(2018)。

² 行政院衛生署自 2013 年 7 月 23 日起更名為衛生福利部，簡稱衛服部。

³ 醫療財團法人由 1991 年的 41 家大幅增加至 2011 年的 71 家，直至目前 2019 年維持 78 家。此外，依衛福部 2019 公布之全民健康保險統計報告，健保局支付之醫療院所住院醫療費用申請點數中，以醫療財團法人為最高，達總住院醫療費用點數之 39.56%，高於全體公立醫院(佔總點數之 32.71%)。且醫療財團法人提供每日門診的服務量，佔台灣全體醫院每日門診量的四分之一。

⁴ 根據美國 The Urban Institute 的 The National Center for Charitable Statistics 與 Bureau of Economic Analysis 的最新統計，2020 年美國非營利部門對美國經濟之貢獻占美國國內生產毛額(GDP)的 5.7%。2010 年非營利部門聘僱員工約 1,370 萬員工，在 2000 年至 2010 年間成長達 18%，至 2017 年聘僱人數已達美國各產業中的第三名。由此可見，非營利組織在現代經濟中所扮演角色顯然越來越重要。依據臺灣內政部最新統計，全國性非營利組織由 1980 年 562 家、2014 年的 12,363 家持續增至 2020 年的 20,061 家；若包括地區性非營利組織，2014 年達 43,351 家，至 2020 年則多達 58,103 家。

組織的營運成果。因此，公開透明及可靠性高的財務會計資訊對利害關係人是重要的決策依據，衍而影響非營利組織的募款、營運績效與代理成本(Gordon and Khumawala 1999; Trussel 2003; Baber et al. 2002; 林江亮與何永智 2009)。然而，相對於營利組織，實證非營利組織會計資訊品質的研究仍然不足。

與一般醫療機構相較，臺灣醫療財團法人受《醫療法》、《醫療法施行細則》、《教育文化公益慈善機關或團體免納所得稅適用標準》、《所得稅法》、《土地稅法》與《營業稅法》等法令規範，使得其財務報導具有一些重要的特性，這些特性深度影響其會計資訊品質。舉例而言，臺灣稅法對醫療財團法人之「銷售貨物及勞務收入」以及「非銷售貨物及勞務收入」兩者免稅規定不同，導致管理當局存在減少應稅所得以極小化稅負的誘因(譚慧芳與吳清在 2012)。此外，醫療財團法人的投資活動與盈餘分配皆受到限制，因此管理當局不追求盈餘成長幅度亦不累積淨資產；但有平穩盈餘、避免虧損與維持小額正盈餘的誘因(黃德舜等 2009; 黃心蘭 2015; 謝佩蓁 2016)。綜此，在規避稅負、避免監管機關與輿論媒體之關注、維持捐贈收入來源以及避免債務違約等誘因之下，醫療財團法人可能操弄餘絀，此將影響組織會計盈餘品質。基於《醫療財團法人財務報告編製準則》公告施行令各醫療財團法人經三階段公開審閱財務報表⁵，至今已十五年，足以探究非營利組織的臺灣醫療財團法人遵行《醫療財團法人財務報告編製準則》後，處於全民健康保險總額支付制度環境並歷經導入臺灣版住院診斷關聯群支付(TW-DRGs)改革，其財務結構、獲利能力、經營能力及其會計資訊品質特性是否隨政策施行而改變。

相對於一般醫療社團法人而言，以捐贈財產而設立的醫療財團法人，在營運效能與財務基礎上有較高的競爭力，稅法上又給予有利的優惠或免除賦稅，以致臺灣醫療財團法人擴張極快，進而躍升為健保支付住院醫療費用點數的「龍頭」，因此其財務運作近年來廣受各界的評議(醫改會 2004, 2014a; 洪綾襄 2015; 徐崧煌 2015; 邱怡君 2021)⁶。其中，醫療財團法人規模最大的長庚醫院，每年皆因高額的營業收入、股利收入與稅後餘絀受到媒體與醫改會的關注。此外，新光、馬偕、慈濟與彰基等與關係人往來密切的醫療財團法人，也是醫改會經常探討的對象⁷。而不同類型捐贈者設立的醫療財團法人有不同的治理機

⁵ 衛福部明確規範醫療財團法人送呈財報需經三階段公開審閱。首先須經會計師查核簽證；接著由衛福部委請資深會計師、財務管理專家及公益團體代表組成審查小組，就其年度財報進行審查；最後，上述審查意見併同財務報告公開於衛福部網頁供社會大眾查閱。

⁶ 例如，醫改會(2004)便公開批評有些醫療財團法人不當利用「研發及社會服務費用」與「教學費用」，將該利潤轉入母企業集團或捐贈者口袋；陳婕翎(2019)又指出某些醫療財團法人高額營收與純益率大部分是靠非醫務利益創造營收的核心。

⁷ 例如，醫改會 2015 年指出許多醫院每年與原捐贈者進行上億元的交易，綿密複雜程度讓外界難以監督，導致治理失靈。其中，馬偕醫院 2011 年對外捐贈金額超過 9 億，大額捐款予馬偕護專、馬偕醫學院，導致醫療本業雖有盈餘，但當年卻虧損 1.7 億；長庚醫院有資金捐給長庚大學、長庚科技大學，且此巨額捐贈未經各所屬主管機關核准。

制、組織文化與營運目標，捐贈者的期待也不同，亦影響組織各項費用支出的效率。由企業捐贈設立的企業型醫療財團法人，透過關係人交易流通經濟資源的情事時有所聞，包括買賣關係人股票、利用關係人交易擴充固定資產、操縱社會福利支出與負債融資等(許崇源等 2004；郭振雄等 2006；張力 2012；潘淑岑 2020)。洪綾襄(2015)質疑企業型醫療財團法人之財務報表與經濟實質存在落差。同樣地，由宗教組織所創立的宗教型醫療財團法人，基於宗教信仰與慈善機構的特性，社會大眾對其抱持著較高的道德標準，因而具有更強的動機達到零盈餘(Tan 2011)或符合組織盈餘目標(Krishnan and Yetman 2011; Beck et al. 2020)。最後，不屬於前述兩者的一般型醫療財團法人，無法仰仗關係組織的資源，在獲利與經營能力上相對弱勢，有些醫院甚至存在經營困境。因此，探討不同類型醫療財團法人的會計資訊品質及其特性，有助於主管機關政策改革以及健保資源分配的效率。

以領取健保點值超過六億元之大型醫療財團法人，其 2005 年至 2019 年間經會計師查核之財務報告為樣本，本研究檢視在《醫療財團法人財務報告編製準則》施行十五年間，各大型醫療財團法人之財務結構、獲利能力、經營績效與會計資訊品質，並比較不同類型醫療財團法人之會計資訊品質特性。實證結果發現，整體樣本的醫務收入在研究期間呈現成長且獲利穩定，但整體管理費用幾乎耗盡所有的醫務毛利，使得醫務利益率整體平均值小於 1%；同時也能發現在總額支付制度下，非醫務利益為多數醫療財團法人餘絀之主要來源；且超過六成的樣本由大型會計師事務所查核；整體盈餘持續性佳。而各醫療財團法人的會計資訊品質在實施 TW-DRGs 第二階段後已經明顯提升，尤其是醫療社會服務支出的盈餘管理程度降低。本研究進一步比較不同類型醫療財團法人之會計資訊品質特性發現，宗教型醫療財團法人舉債程度最低且短期償債能力最佳，捐贈收入以及投入在社會福利支出最多，但盈餘持續性較差且在醫療服務支出項目的盈餘管理程度最高，繳稅次數顯著最少，結果支持了相關文獻(Krishnan and Yetman 2011; Tan 2011; Cannon et al. 2018; Beck et al. 2020)。一般型醫療財團法人盈餘平穩化程度以及由營運現金流量組成之盈餘持續性較宗教型高，但有高負債比且短期償債能力較差。而企業型醫療財團法人規模最大，財務結構、獲利能力與資產使用效率皆最佳，醫務收入結餘與醫療社會服務支出的關聯性顯著高於宗教型，但餘絀中由營運現金流量組成之盈餘持續性並未優於一般型；然而，在實施 TW-DRGs 第二階段後，企業型醫療財團法人在醫療社會服務支出項目的裁量程度減少最多。

個別醫院中，醫務收入成長率最高與本業獲利最佳者皆為宗教型醫療財團法人，前者為負債比僅 8% 的慈濟醫院，後者為屏東基督教醫院與聖保祿醫院；但聖保祿醫院在教育研究發展支出的裁量程度也最高。醫務成本控管最佳者為一般型醫療財團法人的為恭醫院。龍頭長庚醫院的非醫務利益率平均達 23%，

因此稅後餘絀也最高，但僅繳兩年稅。門諾醫院的資產報酬率最高，超過龍頭長庚醫院。而企業型的和信醫院雖然資產報酬率最低，但產生營運現金的能力最佳，且投入在「教育研究發展」和「醫療社會服務」支出比率最多，受到的捐贈收入也大幅高於其他企業型醫療財團法人。教學型醫院投入在教育研究發展支出比率較多，宗教型醫療財團法人的埔基醫院，投入超過九成的非醫務收入於醫療社會服務支出，但該項目之裁量程度也是最高的。最後，長期由安永會計師事務所同一會計師查核的國泰醫院，為盈餘平穩化程度與盈餘持續性最高者；而由營運現金流量組成之盈餘持續性最佳者為奇美醫院與仁愛醫院。

本研究的貢獻有三，首先，深入檢視衛福部頒行《醫療財團法人財務報告編製準則》15年間，不同類型與個別醫療財團法人財務結構、獲利能力、經營績效與會計資訊品質，本研究的研究結果對於醫療財團法人的債權人、利害關係人、管理當局與其他潛在捐款人，可貢獻於各方作為比較、監督、投資與捐贈決策的依據。接著，本研究探討在總額支付制度後，醫療財團法人進一步受制於 TW-DRGs 不同階段的給付規則下，醫務毛利下降後會計資訊品質的變化；由此探討健保政策對醫療財團法人會計資訊品質的影響，突顯本土意涵。最後，不同類型醫療財團法人組織設立目的不同，存有不同操縱餘絀的動機與行為，本研究的發現能提供主管機關、利害關係人與報表使用者思考醫療財團法人之財務資訊透明度及可比性。本研究建議主管機關將企業型與宗教型醫療財團法人監核重點放在關係人交易；教學型醫院的教育研究發展支出與宗教型醫院的醫療社會支出，各項目之細項宜對照《醫療法》中免稅項目加強審核，以免淪為醫療財團法人盈餘管理的工具⁸，由此可更有效管理其會計資訊品質。整體而言，過去文獻受限於資料年限皆未能追蹤超過十年的醫療財團法人會計資訊，為釐清外界對醫療財團法人財務資訊的片段了解，本研究長期的財務資訊追蹤能增補文獻之不足。

本研究後續的討論分為四部分，第貳部分為文獻回顧，將本研究探討議題相關的文獻作一整理介紹；第參部分簡介樣本來源與研究設計，說明各醫療財團法人的資料來源與研究期間，並針對變數定義與實證模型加以介紹。第肆部分為實證結果分析，彙整實證結果。最後是結論，總結實證發現，並簡述本研究的管理意涵與研究限制。

⁸ 例如企業型醫院之獲利能力最佳，其表現較佳之醫院幾乎每年繳稅；但宗教型獲利最佳之醫院卻未曾繳稅，此情況並不合理。尤其本研究發現，宗教型在醫療社會公益支出的裁量程度最高，與社會大眾對宗教院有較高的期望與標準背道而馳，建議投資者在進行投資或捐助決策時，亦能詳細檢視醫院財務績效，核實醫院在社區公益和慈善醫療的明確公益責任規範，以符合投資目的之預期，並達到社會監督之效。

貳、文獻探討

本節首先探討非營利組織財務資訊透明度的重要性，接著分析臺灣醫療財團法人之財務報導特性、非營利醫院盈餘管理動機與行為，最後探討臺灣醫療財團法人的類型及其會計資訊品質特性。

一、臺灣醫療財團法人的財務資訊透明度

一般大眾會將經濟資源捐贈給非營利組織，目的在於支持非營利組織能永續服務社會、解決社會問題。雖然非營利組織不以追求利潤極大化為目的，但仍須重視財務績效，因為捐贈者會衡量非營利醫院之財務績效作為他們捐贈決策的考量(Frank et al. 1990)。因此，非營利醫院即使非為營利目的，不同的利害關係人(包括內部人、債權人、公眾、董事會、監管機關和潛在的捐贈者)仍使用財務資訊評估醫院管理者的經營績效(Baber et al. 2002; Parsons 2003; Trussell 2003; Krishnan et al. 2006; Keating et al. 2008)。因此，非營利組織公開可信度高的財務資訊是大眾重要的參考依據，顯著地影響非營利組織的募款與營運。

依循醫事司定義，臺灣醫療財團法人為財產的集合體，其生存延續，不受捐助人之死亡及負責人異動之影響，而得以永續經營。由此，醫療財團法人名稱上雖有「財團」之謂，但與社會大眾慣稱擁有龐大資金之企業集團為「財團」，兩者之組成與監督管理方式大相逕庭。就其定義而言，「醫療財團法人」非為「財團」醫院，但近年來關於醫療財團法人之負面新聞卻層出不窮(醫改會 2004, 2014a; 洪綾襄 2015; 徐崧煌 2015; 監察院新聞稿 2018)，探討其財務報導品質，有益於主管機關與利害關係人了解與進行決策。臺灣醫療財團法人之財務報表編製及公開，在 2006 年以前並沒有強制性的規範及要求。雖然《醫療法》於 1986 年始規定醫療財團法人應建立會計制度並於年度終結後三個月內，檢具年度結算及業務執行書向中央衛生主管機關核備。但衛福部並未揭露相關資訊讓社會大眾了解醫院營運；直到 2002 年，全民健保首次出現財務短絀，醫改會公開訴求衛福部應公開醫療財團法人財務報表資訊，當時衛生福利部僅消極地函請各醫院「自願公開」財務資訊，並無積極作為(洪綾君與林依瑩 2010)。2004 年醫改會根據當時醫療財團法人之財務報表表達方式以及經營型態，歸類出六種類型⁹，除陽光型醫院外，外界對其他類型醫院的財務和營運都難窺究竟，更無從監督其資金流動或收支餘絀的運用。基於公益的本質及法人的義務，各界皆認為醫療財團法人應公佈財務報告。因此《醫療法》於 2005 年再次修訂¹⁰，

⁹ 醫改會(2004)公開將醫院依其營運策略區分六大類型，分別為：陽光型醫院、金雞母醫院、空殼子醫院、專櫃型醫院、迷糊帳醫院、黑盒子醫院。

¹⁰ 係因行政院院長游錫堃於 2004 年 10 月 6 日的行政院第 2909 次院會決議中公開表示：「醫

並於第 34 條中規定醫療財團法人應每年於年度終了五個月內，向中央主管機關申報經董事會通過及監察人承認之年度財務報告，若未申報則處以罰鍰。2006 年公告的《醫療財團法人財務報告編製準則》則詳細規範了財務報表之編製與財務資訊之揭露規則，其中包括了為使財務報表詳盡表達財務狀況、經營結果及現金流量之資訊，應將所提撥之研究發展情形、人才培訓、醫療救濟、社會服務及其他社會服務等事項之金額與支用情形加列註釋。

鑒於台灣醫療財團法人的財務報導資訊公開過程為漸進且有透明度不高的疑慮，影響主管機關的資源分配、及利害關係人及財務報表使用者對財務資訊的信心。如同黃經祥(2011)指出，應該要建立「公開透明、完整一致、可比較性」的醫療財團法人財務報表，讓分配健保資源的健保會議代表有實質證據參考，並讓所有關心健保與醫療資源的大眾檢視公評，釐清偏遠醫院財務困境，也能透過查核監督機制，提昇健保資源的效率分配。醫改會曾仔細的分析 2009 年 40 家醫療財團法人財務報告，的確發現偏鄉醫療財團法人無法獲得足夠資源，突顯健保總額分配不均，不利於健保永續經營。Porter and Lee (2013)分享美國成功的經驗，證明透過公開個別醫院品質資訊能有效促成整體醫療改革；而醫療機構公開資訊會面臨更多外部壓力，會有強烈的動機去改善醫療環境並採行最佳的決策方案。

二、醫療財團法人的財務報導特性

與一般醫療機構相較，醫療財團法人受《醫療法》、《醫療法施行細則》、《教育文化公益慈善機關或團體免納所得稅適用標準》、《所得稅法》、《土地稅法》、《營業稅法》等法令規範，使得醫療財團法人的財務報導具有一些重要的特性；包括社會服務義務、投資與不可分配盈餘的限制以及免稅等，這些特性皆會影響其會計資訊品質。茲將上述各項財務報導特性分述如下：

(一) 社會服務義務支出

受到《醫療法》規範，醫療財團法人必須投入「社區公益支出」，而《醫療法施行細則》第 30-1 條，進一步將醫療法第 46 條及第 53 條所定醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項作出明確規範。例如，「社區公益支出」包含「教育與研究支出」和「社會服務義務支出」，各應提撥超過年度醫療收入結餘之百

療財團法人係不以營利為目的，利用其資產或盈餘，秉持取之於社會、用之於社會的精神，辦理醫療業務的公益法人。因此，醫療財團法人的資產乃為社會資產，其運用情形應受社會監督，並應主動公開其財務情形，以昭公信。衛福部雖曾呼籲 40 家已開業營運的醫療財團法人，公開資產負債表和損益表，但是至 2004 年僅有 15 家自行公開，顯然無法滿足社會的期待，請衛福部儘速督促醫療財團法人，基於公益的本質及法人的義務，公布財務報告」。

分之十。其中，「教育與研究支出」包含研究發展、人才培訓和健康教育推廣，係以提供醫療弱勢免費醫療與藥品、增進社區醫療品質的研究、訓練課程不以獲利及培育自院人員為目的；而「社會服務義務支出」包含醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項，係提供醫療貧困者妥善的醫療照顧、預防與控制傳染病與相關疾病，以及彌補醫療補助的不足。此外，《醫療法施行細則》第30-1條針對貧困家庭、弱勢家庭、無依或路倒病人所需醫療費用，及其因病情所需之交通、輔具、照護、康復、喪葬或其他特殊需要之相關費用，其合計數不得超過當年度提撥數之百分之四十。

郭振雄等(2006)發現醫療財團法人的融資負債，對於社會服務義務支出與教育、研究發展支出會產生排擠效果。就免費醫療而言，當負債比例愈高，管理階層為避免財務危機、穩定現金流量與避免負盈餘，越傾向減少免費醫療的支出；然而，在教育與研究發展支出方面，負債融通的排擠效果相對降低，意即負債融資比例愈高，醫療財團法人越能擴充或更新醫療設備，進而能培育出更多人力以支應更多研究計畫。柯妍嬪(2009)另將醫療財團法人之社會投入對象分為內部利害關係人(以研究費用、人才培訓及健康教育支出佔醫務收入結餘比率衡量)與外部利害關係人(以醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務支出佔醫療收入結餘比率衡量)，指出醫療財團法人內部社會投入有助於提升員工生產力；而醫院之外部社會投入則有助於提升財務績效。但是何怡澄與郭振雄(2016)也發現修改醫療法降低提撥社區公益服務費用的最低標準後，顯著地降低整體醫療財團法人之醫療社服支出、教育研究支出及社區公益服務支出；而且相對於低公益支出類型者，高公益支出類型醫療財團法人更顯著的減少這些支出。

(二) 投資與不可分配盈餘的限制

依《醫療法》第35條第二項規定，若醫療財團法人淨值總額不符法定資本額者，不得從事任何投資活動。若淨值未達資本額二倍者，得投資淨值總額超過資本總額部分之百分之四十；淨值超過資本額達2倍以上者，得投資淨值超過資本額二倍部份之百分之六十；對單一公司投資額，不得超過該公司實收股本百分之二十；但配合政府政策投資之事業，經中央主管機關專案核准者不在此限。此外，醫療財團法人亦不得為公司之無限責任股東或有限合夥之普通合夥人或合夥事業之合夥人；亦不得為保證人，不得以其資產為任何人提供擔保；財產應以法人名義登記或儲存，資金不得貸予任何人。

依據《教育文化公益慈善機關或團體免納所得稅適用標準》，醫療財團法人存在股利發放之限制¹¹。不允許發放現金股利，但可進行法令規定之投資(包括

¹¹ 「教育文化公益慈善機關團體免納所得稅適用標準」第二條第五款規定，財團法人機構其

捐贈者之股票)、衍生性金融商品除外,且捐贈比率上限由財政部訂定。其中,因接受被投資公司配股所得之股份,依《醫療法》第35條規定,不計入受限制之投資額度。

(三) 免稅特性

《土地稅減免規則》第八條指出,土地重劃、墾荒、改良土地予醫療財團法人使用者,土地稅得全免;《房屋稅條例》第十五條指出,業經立案之私立慈善救濟事業,不以營利為目的,完成財團法人登記者,直接供辦理事業所使用之自有房屋、院舍、辦公房屋及其員工宿舍,免徵房屋稅;醫學院附設教學醫院用於臨床醫學之醫療儀器也完全免稅。因此,醫療財團法人能利用購買醫療相關之資產設備,達到免稅優惠。此外,醫療財團法人的醫療收入、場地租金收入與具委辦性質的獎助收入等,視為「銷售貨物及勞務收入」,此收入與成本、費用相抵後若有節餘,則須被課徵17%的營利事業所得稅;而該法人的利息收入、捐款收入及非委辦性質之獎助收入,可視為「非銷售貨物及勞務收入」者,該收入用於財團法人成立目的,如醫療社會服務、醫療慈善救濟等有關活動支出比率,若超過60%,則其結餘可免課營利事業所得稅(2012年前為70%)。醫療財團法人的「非銷售貨物及勞務」(非醫療收入)部分若有虧損,該虧損可從「銷售貨物及勞務」(醫療收入)部分之所得下扣除。因此,醫療財團法人為避免被課徵營利事業所得稅,可持續擴大醫療設備投入、增加社會服務支出、增加建教合作等捐贈支出(一般捐贈會被剔除)、採捐贈方式給關係人其他機構以提高支出比率,或透過技巧性設計分擔關係機構的人事費、業務費、辦公費等,以符免稅規定(朱澤民 2013)¹²。

Yetman (2001)即指出教育與醫療型之非營利組織為減少稅賦會挪移支出項目類型。譚慧芳與吳清在(2012)提到非營利醫院的營運資金無法完全依賴政府補助或民間捐贈,須自負盈虧,若能降低租稅負擔即能減少成本增加營運資金,故有降低稅負的動機;而稅法對醫療財團法人之銷售貨物及勞務收入免稅規定不同,亦提供管理者誘因平穩化盈餘以減少應稅所得,極小化稅負。美國及日本都嚴格規定非營利醫院應善盡公益責任與嚴守財務資訊揭露法規,內容包括聘用人力、各類人力薪資、社會福利支出的揭露,並開放公眾查閱監督,才享

基金及各項收入,除零用金外,均存放於金融機構或購買公債、國庫券、可轉讓之銀行定期存單、銀行承兌匯票、銀行或票券金融公司保證發行之商業本票、公營專業銀行發行之金融債券或國內證券投資信託公司發行之受益憑證及經依法核准公開發行之股票或公司債。

¹² 朱澤民(2013)指出,醫療財團法人在醫療收支(銷售貨物及勞務)有結餘時,往往投入於購置與創設目的有關之建築物或設備,稅法又准予此資本支出金額可全數自購置年度之「非銷售貨物及勞務」收入中扣除;亦即將新資本支出轉入「非銷售貨物及勞務」項下,使其產生虧損,此虧損再去沖銷「銷售貨物及勞務」項下的結餘,甚至使其歸零,即可免納營利事業所得稅。是以醫療財團法人若有結餘產生,為了節稅,就擴充醫院規模與設備;醫院愈有盈餘,又為避免繳稅就愈擴充,擴充後再有盈餘,為節稅就再擴充... ,逐漸養常大規模醫院與醫療巨人。

有免稅；相對於美日，臺灣對醫療財團法人監察其免稅要件的相關規範則相對寬鬆。

三、非營利醫院盈餘管理的動機與行為

非營利醫院係為提供未被滿足的公共財(醫療需求)而出現(Weisbrod 1975)，各國政府設法鼓勵非營利醫院的設置，因為政府在提供全民醫療需求時，很難同時滿足各方需求。基於提升效率考量，醫療服務若由民間非營利醫院來提供，則能達到公辦事業民營化的效率。追求永續經營但不以利潤極大化為經營目的之非營利醫院，經營目標通常與創辦者設置的理念有關，例如癌症治療與照護、關懷社會弱勢族群或實踐宗教信仰等。雖然非營利醫院通常營運不以營利為目的，但仍須重視財務績效，當責於捐款人與利害關係人，並維持永續經營以延續組織理念。

Leone and Van Horn (2005)指出醫院債權人、公眾、政府與捐贈者之利害關係人，使用盈餘來檢視醫院執行長在醫院的經營表現，因此醫院報導的盈餘品質即成為注意的焦點。Dechow et al. (2010)定義「盈餘品質」：「能為企業的財務績效提供更多與盈餘特性有關的資訊，而這些資訊對報表使用者的決策具備攸關性」。相對於多數研究聚焦於營利企業為研究對象，近期研究也開始關注非營利組織的盈餘品質(例如，Barragato and Basu 2007; Keating et al. 2008; Pinnuck and Potter 2009; Beisland and Mersland 2014; Cannon et al. 2018)。其中，針對衡量醫院盈餘品質的文獻，提供了有關非營利醫院盈餘管理行為的證據(Leone and Van Horn 2005; Dong 2016; Cannon et al. 2018)，通常是採用可裁決應計項目以達成盈餘目標。Krishnan et al. (2006)認為非營利組織會計準則的規範，能降低管理當局蓄意低列募款費用的行為。Tan (2011)利用總應計模型與特定項目應計模型，探討非營利醫院之管理當局對會計裁決項目的利用程度與未管理前淨利的關係。實證結果指出非營利醫院管理當局利用自由裁決的會計選擇，以滿足盈餘目標；並且提到在臺灣的非營利醫院受到政府監管機構以及其他利害關係人關注，造成有意避免高利潤率以降低監管壓力，進而產生盈餘管理的行為。Dong (2016)發現若淨利率、流動性、收款天數(days of patient receivables outstanding)與薪資費用率較高的醫院，應計項目的盈餘管理程度較高；而規模、負債比、資產周轉率與週轉金較大者，盈餘管理的程度較低；而且，非營利醫院較公立醫院更有窗飾盈餘的行為。Brickley and Van Horn (2002)指出非營利組織的CEO被遣散與財務績效有關。有些文獻提出非營利組織有低估籌資活動支出的習慣(Krishnan et al. 2006; Keating et al., 2008)，因此除了會計帳務處理能力問題外，CEO有誘因低估支出。

Omer and Yetman (2003)的研究證實了美國非營利組織的課稅所得有明顯趨向零集中的證據。因此預期在臺灣現行稅法對非營利組織寬鬆的課稅規定之下，醫療財團法人很可能存在達到稅負為零的稅務報導目標。蔡啟明(2006)即

指出臺灣醫療財團法人可能列支鉅額董監事酬勞或薪資費用，予未提供勞務或兼任醫療財團法人之董監事或職員；或是虛增購買藥劑品及儀器設備等大金額項目憑證列支報銷，與實際支出浮列部分，則由捐贈者或關係人取走。黃德舜等(2009)的研究結果顯示醫療財團法人經營績效愈高，維持醫院永續經營的能力愈好，進而減少盈餘管理的行為；反之，若經營績效愈差，管理當局為了自身的利益，進行盈餘管理的可能性就愈高。劉蕙瑩(2012)則發現非營利醫院主要的資金來源為對外舉債，因此當他們面臨龐大債務資金成本與債權人的壓力之下，管理當局為避免違反債務契約，進而產生盈餘管理的動機；同時亦證實非營利醫院也可能透過操縱社區公益支出，以達成損益兩平的盈餘目標。譚慧芳與吳清在(2012)即發現非營利醫院之有效稅率的分配有向零集中的趨勢；雖然臺灣的醫療財團法人已享有前述各項租稅優惠，仍存有降低稅負的動機，支持了 Omer and Yetman (2003)的主張。張雅怡(2012)探討台灣非營利醫院 2004 年至 2010 年的盈餘管理行為，並衡量審計品質與盈餘管理之關聯性。研究結果發現醫院的盈餘呈現非常態的分布，其大多數的觀察值盈餘都是略高於零，顯示小額正盈餘操作的情形。黃心蘭(2015)探討非營利醫院是否在稅制變革前後年度進行盈餘管理，結果發現醫療財團法人確實會進行向下管理盈餘；同時其盈餘管理行為，與個別醫院的財報審計品質、財務槓桿及捐贈支出水準均呈現顯著負向關聯；最後發現非營利醫院確實會利用關係人交易進行負向盈餘管理。

當醫療市場日趨競爭，非營利醫院所能產生的服務量與服務品質也會趨向保守，甚至與營利醫院的行為也會更相似。例如，非營利醫院會減少慈善性服務支出、增加獲利服務的開發，服務組合變得與營利醫院沒有太大的差別。整體而言，非營利醫院的盈餘管理動機有三：其一為達成組織目標；其二為規避監管壓力與利害關係人關注；最後為避稅目的。其中，在沒有資本市場的壓力，極小化課稅所得與追求報導微幅淨利的財務報導策略，兩者一致的成本較低。因此，非營利醫院的管理當局為租稅誘因所做的財務操控可能比營利組織更為積極，可能抑減了政府欲藉稅法修正以減輕非營利組織與營利組織間租稅不公平現象的政策效果。

四、臺灣醫療財團法人的類型及其會計資訊品質特性

臺灣醫療財團法人的類型依捐贈人及創設目的，文獻上常區分為企業型、宗教型與一般類型(例如，張樂心等 2004；王媛慧等 2005；張力 2012；醫改會 2014b；紀佳妤 2020)。企業型醫療財團法人係由營利為目的之企業集團所成立，其捐贈者為其集團關係企業，故容易將其管理模式應用於該企業型醫療財團法人(王媛慧等 2005；張力 2012)；與宗教型及一般類型醫療財團法人相較，企業型醫療財團法人產生較高的利潤。由宗教組織所創立的宗教型醫療財團法人，基於宗教信仰與慈善機構的特性，社會大眾對其抱持著較高的道德標準，宗教型醫療財團法人因而具有更強的動機達到零盈餘(Tan 2011)。不屬於前

述兩者的一般型醫療財團法人，無法仰仗關係組織的資源，在獲利與經營能力上相對弱勢。整體而言，不同類型的醫院因門住診服務取向、經營型態和營運目的不同，盈虧差距甚大，有的醫院甚至存在經營困難的問題。

部分企業型醫療財團法人擁有關係人企業股票，每年獲配股利不菲，該股利在原關係人企業雖已被課徵17%之營利事業所得稅，但在兩稅合一制度下，關係企業此項股利收入將不再課稅。由於捐贈股票之股利不再被課稅，實質控制此財團法人之原捐贈者或組織，亦不會被課徵綜合所得稅累進稅率，未來亦不會被課徵遺產稅；對控制者而言，財富擺在自然人或法人名義已無甚緊要。蔡啟明(2006)指出醫療財團法人收受捐贈之後，依法可運用部分捐助企業所捐贈之基金購買該企業股票，以轉投資於該捐助企業，故捐助企業之股東或關係人以低買高賣方式出售該企業股票給醫療財團法人，而該企業股東或關係人就出售股票所得價款，再以融資方式將資金回流到原捐助企業。如同過去研究指出主要捐助者可能利用關係人交易(或交叉持股)，將利潤轉入(出)集團所設立的醫療財團法人中(Kester 1992; Ghemawat and Khanna 1998; Jian and Wong 2003; 許崇源等 2004)，因此呈現高度的盈餘管理情形(王媛慧等 2005)。李佳容等(2010)研究結果也發現企業型醫療財團法人投資表現遠優於一般型及宗教型醫療財團法人。

此外，醫療財團法人因有免稅資格，亦有主要捐助者或其相關企業將其企業利益間接轉入該醫療財團法人，以避免股東之監督。甚至，在高獲利之驅使下，企業型醫療財團法人會減少醫療救濟服務支出。張力(2012)即發現企業型醫療財團法人之獲利最高，但醫療救濟服務支出卻相對於其他類型醫院為低。企業型醫療財團法人會以醫療社會救助提撥金成長速度遠大於支出，以預計未來無重大支出為由，將其應提撥之金額轉列其他收入，以獲得較高利潤；或將此金額以關係人交易方式作醫療相關專案之投資；或將部分業務如洗腎、呼吸器照護、保全、清潔、維護、整修工作外包給關係人或其相關企業；或是醫療財團法人有多餘資金則存放於關係企業銀行，醫療財團法人若有資金需求，由關係人金融機構貸放予醫療財團法人，讓醫院的利息費用轉為關係金融機構的利息收入；或將醫療財團法人之盈餘，購買主要捐助者或其相關企業之股票，以達交叉控制之目的(葉銀華等 1997; 許崇源等 2004)。此外，蔡啟明(2006)指出捐贈人於捐贈後，由醫療財團法人以其附設之基金或其他收入，投資經營與創設目的無關之事業¹³，醫療財團法人儼然成為一大型企业，而非致力於原有公益性醫療服務之提供。

李佳容等(2010)探究影響醫療財團法人財務績效與綜合績效因素，其研究結果發現償債能力及社會服務方面，以宗教型醫院較佳；張力(2012)也指出宗

¹³ 例如假借回饋社區服務設立餐飲、看護人力仲介、管理顧問公司等事業；或增列與創設目的活動無關之管理費支出，特別是為捐贈者或董監事職員購買豪華進口轎車。

教型醫療財團法人之獲利性則最低，但社會救濟支出則相對較高。然而，蔡啟明(2006)指出宗教型醫療財團法人經常將盈餘匯回國外控制的捐贈者，但卻以捐贈國外其他相同性質法人名義列支，迴避關係人交易的事實。此外，醫療財團法人與其事業目的用途相關之土地，其地價稅可全免，並於2012年11月28日公布新法令，對具宗教性質之醫療財團法人符合一定條件者，亦可免除房屋稅，因此也加深了宗教型醫療財團法人利用購買相關資產達到免稅優惠的動機。黃心蘭(2015)研究結果即發現醫療財團法人確實會在稅制變革前後年度進行向下管理盈餘，尤以宗教型醫院相對可能性更高。Tan(2011)指出相對於高純益率的企業型醫療財團法人，捐贈者對於營運困難、零盈餘或負盈餘的宗教型醫院有較強的捐款動機，因此宗教型醫療財團法人具有更強的動機達到零盈餘。

Krishnan and Yetman (2011)指出為了順應規範體制的壓力，非營利醫院會進行成本移轉以符合社會的期待；而宗教型醫院受到了更高標準體制壓力，使其更具進行成本移轉的動機。McGuire et al. (2012)則進一步指出，雖然受到宗教影響程度較高的經理人越不易有財務報表誤述之情事，但卻會採用實質盈餘管理以操縱盈餘。Cannon et al. (2018)比較美國之平價醫療法案(the Affordable Care Act¹⁴)施行前後，營利與非營利醫院是否有不同的盈餘管理行為，其結果發現非營利醫院有較低的盈餘操縱水準，營利醫院較有動機報導較高且一致的盈餘水準；但在法案通過後，兩者都傾向報導較低的盈餘水準，尤其是宗教附屬醫院在監督團體和社會期望下，會進行更多的盈餘管理。而Beck et al. (2020)進一步發現非營利醫院在發行債券之前，會將壞帳費用移至慈善服務活動，以低於預期的壞帳費用取得較低的債券成本；尤其宗教附屬醫院在面臨更高標準體制壓力下，更有動機去操縱支出。

參、研究設計

一、資料來源與樣本選取

基於衛生署於2006年公布與實施「醫療法人財務報告編製準則」，本研究據此探討醫療財團法人之財務報表資訊品質。以人工收集衛生福利部公布之各醫療財團法人經會計師簽證之財務報告及各醫院公告之各項資訊，自行建檔、編碼與轉檔為數據資料後，再執行實證分析。為了控制規模之影響，以及大型醫療財團法人在台灣醫療產業具備的影響力(李佳容等2010)。因此，本研究僅以衛福部公布之領取健保費用點值超過6億元之醫院為樣本¹⁵，並依循過去研

¹⁴ 美國於2010年3月23日簽署成為法律，其主要規定係於2014年開始生效，這個法案制定各式醫療機構系統的改革，包括平價醫療相關新規定，其中必須包括基本醫療保險福利。目的是控制醫療衛生服務的成本，同時提高服務的品質。法律生效後，整體醫療衛生支出的增長速度放慢。

¹⁵ 衛福部於2015年底公布，為遵循二代健保資訊透明公開之原則，2014年領取健保費用點值超過6億元之醫院，其財務報表須經會計師查核驗證或經審計機關審定，並公開讓全民共同查閱監督。

究依捐贈者特性區分為企業型、宗教型與一般型醫療財團法人(王媛慧等 2005; 張力 2012; 醫改會 2014b; 紀佳妤 2020), 藉此比較不同類型醫療財團法人的財務資訊。樣本之基本資料如表 1 所示。

表 1 中, 企業型中的醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會與醫療財團法人辜公亮基金會, 分別代表的是亞東醫院與和信醫院; 宗教型中的行天宮醫療志業醫療財團法人、基督復臨安息日會醫療財團法與天主教中華聖母修女會醫療財團法人, 分別為恩主公醫院、臺安醫院與聖馬爾定醫院。為了容易閱讀並節省篇幅, 之後皆以廣為周知的個別醫院名稱來討論。本研究的樣本期間為 2005 至 2019 年¹⁶, 總計 375 筆觀察值。

表 1 2019 年樣本基本資料表

類型	醫療財團法人	資產總額 (億元)	關係組織	成立 年度	董事長
龍頭	長庚醫療財團法人	4460.56	台塑集團	1976	王瑞慧
企業型	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會	340.02	遠東集團	1977	徐旭東
	醫療財團法人辜公亮基金會	70.09	和信集團	1989	林泰延
	奇美醫療財團法人	133.16	奇美集團	1968	許文龍
	國泰醫療財團法人	131.21	霖園集團	1977	蔡宏圖
	新光醫療財團法人	156.85	新光集團	1992	吳東進
	義大醫療財團法人	170.25	義聯集團	2004	林義守
宗教型	天主教耕莘醫療財團法人	96.40	天主教台北總教區	1968	洪山川
	沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人	29.04	天主教沙爾德聖保祿修女會	1965	沈雅蓮
	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人	296.63	臺灣基督長老教會	1967	胡志疆
	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人	27.67	臺灣基督長老教會	1985	宋信樂
	臺灣基督門諾會醫療財團法人	82.43	臺灣基督門諾會	1955	翁昭仁
	佛教慈濟醫療財團法人	388.74	佛教慈濟基金會	1984	釋證嚴
	埔基醫療財團法人	18.58	基督教挪威協力會	1956	黃敏生
	行天宮醫療志業醫療財團法人	50.37	財團法人台北行天宮	1997	黃忠臣
	基督復臨安息日會醫療財團法人	31.87	基督復臨安息日會	1955	金時英
	戴德森醫療財團法人	80.84	基督教台灣信義會	1958	吳英賓
	彰化基督教醫療財團法人	287.39	臺灣基督長老教會	1896	陳信良
	天主教若瑟醫療財團法人	11.18	天主教會嘉義教區	1955	鍾安住
	天主教中華聖母修女會醫療財團法人	38.15	天主教嘉義教區中華聖母會	1965	華淑芳
	屏基醫療財團法人	36.64	基督教挪威協力會	1964	游建國
一般型	仁愛醫療財團法人	48.36	無	1992	廖仁
	為恭醫療財團法人	23.15	無	1984	林倫廷
	振興醫療財團法人	130.34	無	1967	王世忠
	秀傳醫療財團法人	36.59	無	2006	陳雪芹

資料來源: 本研究整理

¹⁶ 因台灣財團法人醫院之財務報於 2005 年前並未強制公開。

二、不同類型醫療財團法人之財務資訊分析

本研究首先透過財務結構、獲利能力與經營績效，分析比較各醫院以及不同類型醫療財團法人於 2005 至 2019 年間的財務體質，分析內容與比較方法詳述於後。

(一) 財務結構

本研究以資產總額、淨值總額、負債比率、醫務收入結餘、稅前餘絀、營運現金流量及現金流量比率，分析比較不同醫療財團法人之財務結構。

負債比率係以總負債除以總資產；醫務收入結餘係指醫務利益加回教育研究發展費用以及醫療社會服務費用，為醫療財團法人在尚未依法提撥教育研究發展費用以及醫療社會服務費用前之醫務利益¹⁷；稅前餘絀係指醫務毛利(醫務收入淨額減除醫務成本)減除管理費用並加(減)非醫務活動收益(費損)；現金流量比率係指營運活動現金流量除以平均流動負債。透過觀察資產總額、淨值總額、醫務收入結餘、稅前餘絀與營運現金流量，探討各醫院的營業規模與整體財務結構；另透過負債比率及現金流量比率，評估其長短期償債能力。

(二) 獲利能力

本研究以醫務收入成長率、醫務毛利率、醫務利率率、非醫務利率率、醫務收入結餘佔總資產比、稅前純益率、稅後純益率以及繳稅年數，分析比較不同醫療財團法人之獲利能力。

醫務收入成長率係以前後兩期醫務收入淨額變動數除以前期醫務收入淨額之絕對值，以此計算各醫院的醫務收入淨額之成長幅度；而醫務毛利、醫務利益(醫務毛利減除管理費用)、非醫務利益、稅前餘絀及稅後餘絀皆平減醫務收入淨額，用以觀察各醫院的獲利能力；繳稅年數係為樣本期間內各醫療財團法人繳稅之年數，若當期所得稅費用為零或為負數，則視為當期未繳稅。醫務收入結餘為醫務利益加回教育研究發展支出與醫療社會服務支出，係指在提撥教育研究發展與醫療社會服務支出前，該醫療財團法人之本業利益，平減總資產後，可看出每一元的資產能產生的本業利益。

(三) 經營績效

本研究採用資產報酬率、現金流量對稅前餘絀比率、教育研究發展占醫務收入結餘比率、醫療社會服務占醫務收入結餘比率、捐贈收入占非醫務收入比

¹⁷ 依據醫療法第 53 條之規定，醫療社團法人提撥教育研究發展及醫療社會服務基金之結餘數，其計算如下：醫務收入淨額－尚未依法提撥教育研究發展費用以及醫療社會服務費用前之醫務成本－管理費用＋非醫務活動收益－非醫務活動費損。

率與捐贈費用占非醫務支出比率六項指標, 分析及比較不同醫療財團法人之經營績效。

資產報酬率係以稅後息前餘絀除以平均總資產, 用以衡量資產使用效率; 現金流量對稅前餘絀比率係以營運現金流量除以稅前餘絀, 用以衡量其餘絀產出現金之能力。基於醫療財團法人受到《醫療法》規範而必須分別投入年度醫療收入結餘之百分之十以上, 辦理「教育研究發展」和「醫療社會服務」等支出, 本研究透過教育研究發展與醫療社會服務分別占醫務收入結餘之比率, 觀察各醫院提撥法定支出的情況。基於醫療收入結餘可能為負數, 本研究將此二項比率取絕對值來探討。捐贈收入占非醫務收入比率用以觀察各醫院募款績效; 相對地, 本研究亦透過檢視捐贈費用占非醫務支出比率, 了解各醫院的非醫務支出中捐贈予關係組織或其他個人、團體的比重。

(四) 比較不同類型醫療財團法人的財務結構、獲利能力與經營績效

利用事後檢定(post hoc)分析各項指標在不同類型的醫療財團法人下是否存在顯著差異(邱皓政 2019)。首先, 利用 Levene 統計量檢定各項指標在不同類型的醫療財團法人下其變異數的同質性, 若 Levene 統計量不顯著, 則表示變異數同質, 本研究再以單因子變異數分析(ANOVA)的 F 值判斷是否存在組間差異, 若 F 值達 5%之顯著水準, 則進一步利用 Scheffé 法進行事後檢定, 以分析不同類型醫療財團法人在各項財務資訊的差異; 若 Levene 統計量顯著, 則表示變異數不同質, 本研究改以 Welch 統計量替代 ANOVA 的 F 值判斷是否有組間差異存在, 若 Welch 統計量達 5%之顯著水準則表示組間差異確實存在, 本研究將進一步利用 Games-Howell 法進行事後比較, 以分析各類型醫療財團法人的差異情形。

三、醫療財團法人會計資訊品質變數之操作型定義

本研究依循 Dechow et al. (2010)以盈餘平穩化程度(Earnings smoothness)、盈餘持續性(Earnings persistence)與裁決性應計項目(Abnormal accruals)等文獻上廣受探討的指標, 作為檢視醫療財團法人會計資訊品質的依據, 以期能豐沛有關醫療財團法人盈餘品質之文獻。

(一) 盈餘平穩化程度(Earnings smoothness)

根據 Dechow et al. (2010), 文獻上衡量盈餘平穩化程度常見的衡量方式有二, 其一為盈餘之標準差與現金流量之標準差間的比率衡量如下:

$$Smooth1 = \frac{\sigma(Earnings_i)}{\sigma(CFO_i)} \quad (1)$$

其中, $Earnings_i$ 為醫院 i 之盈餘(分別以醫務利益、稅前餘絀及稅後餘絀衡量), CFO_i 為醫院 i 之營業現金流量, 本研究分別取個別醫院每三年滾動計算標準差。 $Smooth1$ 為利用式(1)所衡量個別醫院在研究期間之盈餘平穩化程度, $Smooth1$ 愈小(越接近 0)代表醫院的盈餘平穩化程度愈高。

Dechow et al. (2010) 亦指出文獻上另一個常見的衡量方式為以總應計數(當期盈餘 $Earnings$ 與 CFO 之差)變動數($\Delta TACC$)與營運現金流量變動數(ΔCFO)的相關性來衡量企業的盈餘平穩化程度。亦即:

$$Smooth2 = Corr(\Delta TACC, \Delta CFO) \quad (2)$$

其中 $\Delta TACC$ 與 ΔCFO , 本研究亦分別取個別醫院每三年的變動數滾動計算相關係數; $Smooth2$ 愈小(越接近負 1)代表醫院的盈餘平穩化程度愈高。本研究同時採用式(1)和式(2)衡量各醫院盈餘平穩化程度。

(二) 盈餘持續性(Earnings persistence)

盈餘持續性與盈餘的穩定性有關(Francis et al. 2004), 過去的研究亦認為盈餘平穩化程度越高則盈餘持續性越高, 亦即未來盈餘的預測能力越高(Hunt et al. 1997; Tucker and Zarowin 2006; 范宏書 2009; 范宏書等 2015)。Dechow et al. (2010)指出損益表中報導的會計盈餘, 若是具備良好的盈餘品質, 可以做為預測未來盈餘的指標。本研究依循 Lipe (1990)以及 Parte-Esteban and García (2014)將基本的盈餘持續性估計模型設定如下:

$$Earnings_{it} = \alpha + \beta_1 Earnings_{it-1} + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

其中的 $Earnings$, 本研究同時以當期醫務利益、稅前餘絀以及稅後餘絀衡量之。若 β_1 愈高表示盈餘持續性愈佳, 未來盈餘的預測能力越高; 具體而言, β_1 越接近 1, 代表常續性盈餘組成越高, 盈餘持續性越好; 反之, β_1 越接近 0, 代表非經常性盈餘組成越高, 盈餘持續性越低。此外, Sloan (1996)亦將盈餘解構為現金流量與總應計項目數, 故將上式延伸如下:

$$Earnings_{it} = \alpha + \beta_1 CFO_{it-1} + \beta_2 TACC_{it-1} + \varepsilon_{it} \quad (4)$$

其中, CFO 為來自營業活動現金流量; $TACC$ 為總應計數(當期盈餘 $Earnings$ 與 CFO 之差)。Sloan (1996)及 Dechow et al. (2010)指出現金流量組成的盈餘持續性較佳, 係因營業活動現金流量較無法被會計的衡量方式扭曲, 因而其可反映企業的基礎績效(fundamental performance), 而應計數則係會計衡量的方式而產生, 因此應計項目之持續性應低於現金流量組成的盈餘持續性。因此若 $\beta_1 > \beta_2$ 表示現金流量組成的盈餘持續性較總應計項目數為佳。

本研究亦利用跨式檢定分析不同類型之醫療財團法人於盈餘持續性上是否

有顯著差異。就式(3)而言，本研究將比較不同類型的醫療財團法人之 β_1 是否有顯著差異。就式(4)而言，本研究將比較 β_1 與 β_2 的差異在不同類型的醫療財團法人之下是否有顯著不同。

(三) 裁決性項目數(Abnormal accruals)

本研究針對金額重大且具高度裁決性質的特定應計科目，即醫療法規定應提撥社區公益活動的「人才培訓、研究發展與健康教育」及「醫療救濟、社區醫療與其他服務」¹⁸，而因應產生醫務利益減項的特殊應計費用科目，簡稱為「教育研究發展費用」與「醫療社會服務費用」。以此實證分析各醫院的裁決性應計數(McNichols 2000；黃德舜等 2009；譚慧芳與吳清在 2012)。具體而言，本研究依循 Leone and Van Horn (2005)及譚慧芳與吳清在(2012)建構模型如下：

$$EXP_{it} = \alpha + \beta_1 REV_{it} + \varepsilon_{it} \quad (5)$$

其中， EXP 為特殊應計費用科目，分別代表教育研發費用(EXP_edu)及醫療社會服務費用($EXP_charity$)。 REV 分別以醫務收入結餘、非醫務收入與總收入衡量，各變數均以期初總資產平減。邏輯上 β_1 應呈顯著的正相關(Leone and Van Horn 2005)，亦即 EXP_edu 及 $EXP_charity$ 應隨收入顯著增加；而模型的殘差 ε 即為裁決性應計數額，分別為 DA_edu 及 $DA_charity$ 。本研究將其取絕對值，以 $|DA_edu|$ 及 $|DA_charity|$ 代表醫院管理當局對此二項營運活動費用之裁量的程度。此外，本研究亦利用跨式檢定不同類型的醫療財團法人之 β_1 是否有顯著差異，亦即探討不同類型的醫療財團法人在其收入與特殊應計費用的關聯性上是否有顯著差異。

肆、實證結果

一、不同類型醫療財團法人之財務結構

表 2 為 2005 年至 2019 年不同類型醫療財團法人之財務結構比較，分別計算每家醫院各財務資料之 15 年平均數，包括資產總額、淨值總額、負債比率、醫務收入結餘、稅前餘絀、營運現金流量及現金流量比率。實證發現，不同種類之醫療財團法人係有顯著差異(p 值<0.01)，組間差異檢定結果顯示企業型醫院資產規模、醫務收入結餘與稅前餘絀金額最大(p 值<0.01)；一般型醫院資產、淨值、醫務收入結餘、稅前餘絀、營運現金流量與現金流量比率顯著皆最小(p

¹⁸ 根據醫療法第 46 條，醫療財團法人應分別提撥年度醫務利益之百分之十以上，分別辦理有關教育、訓練及研究等活動以及辦理有關醫療、社區醫療服務及其他社會服務等慈善醫療活動；且其詳細數額皆須揭露於財務報告之中。這項會計處理是在期末提撥時同時認列費用與負債準備，而於實際進行社區公益活動，再沖銷負債準備。

值 <0.1)；而企業型與宗教型醫院在淨值與營運現金流量金額皆無顯著差異。而負債比率的組間差異檢定結果顯示，廣受外界捐贈的宗教型醫療財團法人負債比率顯著最低(p 值 <0.01)，僅為一般型醫院負債比的半數。此外，屬於償債能力指標之一的現金流量比率，組間差異檢定顯示宗教型顯著較企業型醫院(p 值 <0.01)與一般型醫院(p 值 <0.1)為佳，顯示宗教型醫院在其營運現金流量雖低於企業型前提下，仍有最佳的短期償債能力。

就個別醫院而言，龍頭長庚醫院之平均資產、淨值與醫療收入結餘皆遠超過其他六家企業型醫療財團法人總合，因此在之後各項財務結構、獲利能力與經營能力比較表中皆獨立於企業型之外。此外，亞東、新光、馬偕、慈濟、彰基與振興醫院之資產總額亦遠超過其組平均，有相對大的規模。同樣地，就淨值而言，企業型與宗教型醫療財團法人皆顯著大於一般型醫療財團法人(p 值 <0.01)；值得注意的是，企業型之和信與義大醫院、宗教型醫院之聖保祿與若瑟醫院以及一般型之秀傳醫院，其淨值分別為各組別中最小者，負債比皆遠高於組平均數。其中，2004年新創立的義大醫院之負債比率達59.826%，係因供給新病床、醫療設備、不動產以及新建附屬機構義大癌症治療醫院，大量舉債融資籌措營運資金。其他企業型醫院也有策略性向其集團內關係銀行貸款，而使得負債比率偏高。例如國泰醫院(達42.542%)，2015年以前其負債皆來自於國泰人壽和國泰世華等關係人，於2015年以後才將負債轉貸於合作金庫。此外，宗教型之聖保祿醫院負債比率為45.164%，係因其為協助擴建醫院和購置相關設備，向香港及澳洲聖保祿修女會關係人之長期借款所致；同樣地，若瑟醫院高達62.32%的負債也來自於嘉義教區和聖愛會的關係人借款。一般型醫療財團法人負債比率最高，係因其並無關係組織支持或捐款，僅依靠外部借款以彌補其營運缺口或擴展其營業規模。例如，2006年正式啟用的秀傳醫院，負債比高達85.266%，為樣本醫院中最高者，係因其建院需求向臺灣銀行借入大量資金，自2018年6月起，則改由向王道銀行借款，以此清償原先臺灣銀行與其相關之聯貸案債務。此外，仁愛醫院與為恭醫院皆為擴建大樓之需求分別向土地銀行、元大銀行、合作金庫銀行及玉山銀行借入大量資金，負債比率亦分別高達60.025%與65.238%。

企業型中的奇美醫院、宗教型中的馬偕、慈濟、彰基醫院以及一般型中的振興醫院之平均醫務收入結餘遠超過其組平均，顯示其由本業產生利益的能力極佳；其中又以馬偕醫院表現最佳，僅次於龍頭長庚醫院。企業型中以亞東與新光醫院、宗教型中的慈濟與彰基醫院以及一般型中的振興醫院，平均稅前餘絀均遠超過其組平均。值得注意的是，馬偕醫院有極高的醫務收入結餘但稅前餘絀卻遠低於同組的慈濟與彰基醫院，係因其捐贈費用(捐予關係組織馬偕護校

與馬偕醫學院)極高¹⁹。

整體比較財務結構，企業型醫療財團法人規模最大，營運產生的現金流量與稅前餘絀亦顯著最多，整體財務結構最好；而宗教型償債能力最佳。企業型中的亞東醫院整體財務結構表現突出；宗教型中以馬偕、慈濟與彰基醫院為最佳；一般型中則以振興醫院財務結構最好。

表2 2005-2019年不同類型醫療財團法人之財務結構比較

	資產總額	淨值總額	負債比率 (%)	醫務收入 結餘	稅前餘絀	營運 現金流量	現金流量 比率(%)	
Panel A: 各醫療財團法人財務結構								
龍頭	長庚	300,366,409	291,066,110	3.728	4,449,673	12,552,348	14,315,604	198.319
企業型	亞東	23,621,541	21,922,439	7.418	333,841	806,726	1,296,617	111.935
	和信	5,079,502	3,198,469	36.081	92,399	113,320	320,374	20.591
	奇美	8,448,900	4,848,200	45.015	602,235	500,084	795,625	31.667
	國泰	11,466,454	6,653,808	42.542	587,315	307,402	261,970	16.730
	新光	12,463,865	9,538,884	24.695	422,569	564,672	772,056	39.533
	義大	10,665,830	4,183,485	59.826	488,775	333,943	570,828	28.207
	平均值	11,957,682	8,390,881	35.930	421,189	437,691	669,578	41.444
宗教型	耕莘	7,833,942	6,437,664	17.369	185,808	179,271	467,889	54.211
	聖保祿	1,597,346	866,721	45.164	126,757	93,532	151,483	38.935
	馬偕	24,819,781	19,924,706	19.434	1,499,611	378,288	1,693,680	61.131
	新樓	2,491,059	1,473,382	40.627	50,406	6,427	100,447	16.666
	門諾	5,721,657	5,045,242	12.826	98,120	317,982	486,748	119.077
	慈濟	31,210,853	28,460,821	8.795	788,973	1,274,173	2,436,815	107.740
	埔基	1,840,409	1,524,660	17.119	14,160	-11,417	81,911	40.072
	恩主公	4,013,768	3,506,122	12.646	138,154	51,150	208,039	43.765
	臺安	2,420,696	1,959,744	18.467	159,514	72,267	203,040	48.717
	戴德森	6,274,367	4,696,526	25.870	353,179	256,744	522,870	37.933
	彰基	19,031,589	14,313,662	24.854	782,471	986,379	1,741,528	69.451
	若瑟	1,076,435	406,645	62.320	-12,339	4,114	76,954	34.542
	聖馬爾定	3,187,451	2,434,652	23.671	132,656	74,723	217,919	42.845
	屏基	2,641,024	1,813,642	32.767	197,769	163,757	269,884	47.127
	平均值	8,154,313	6,782,128	25.852	322,517	274,814	618,515	54.444
一般型	仁愛	2,725,066	1,103,966	60.025	105,609	94,999	149,626	17.543
	為恭	2,333,917	809,733	65.238	132,233	51,773	101,899	12.855
	振興	9,327,940	7,962,769	14.341	190,801	349,413	597,413	52.437
	秀傳 ³	3,602,078	524,197	85.266	-39,524	18,172	169,452	28.066
	平均值	4,512,423	2,635,352	55.726	99,598	130,461	256,041	27.720
	總平均值	20,214,776	2,380,072	32.103	476,623	783,651	1,122,970	52.870

¹⁹ 醫務收入結餘小於稅前餘絀的主要原因在於非醫務利益的貢獻，例如企業型(亞東、和信、新光)、宗教型(門諾、慈濟與彰基)以及一般型(振興)，其非醫務利益率皆高於組平均。

表 2 2005-2019 年 不同類型醫療財團法人之財務結構比較

	資產總額	淨值總額	負債比率 (%)	醫務收入 結餘	稅前餘絀	營運 現金流量	現金流量 比率(%)
Panel B: 不同類型醫療財團法人之財務結構比較							
Levene 統計量	19.973***	13.643***	16.899***	25.527***	8.603***	22.638***	2.146
ANOVA F 值或 Welch 統計量	42.727***	29.212***	3.163***	61.042***	28.646***	35.421***	13.228***
事後檢定							
企業/一般	7,445,259***	5,755,529***	-19.796***	321,591***	307,230***	413,537***	13.724*
宗教/一般	3,641,890***	4,146,776***	-29.874***	222,919***	144,353***	362,474***	26.724***
企業/宗教	3,803,369***	1,608,753	10.078***	98,672*	162,877***	51,063	-13.000**

註 1: *, **, *** 分別為 $p < 0.1$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 。

註 2: 資產總額、淨值總額、醫務收入結餘、稅前餘絀、營運現金流量皆以仟元為單位。

註 3: 秀傳醫院於 2006 年正式開幕啟用，故秀傳醫院之資料為 2006 年至 2019 年。

二、不同類型醫療財團法人之獲利能力比較

表 3 為不同類型醫療財團法人之獲利能力比較，分別計算每家醫院各財務資料之 15 年平均數，包括醫務收入成長率、醫務毛利率、醫務與非醫務利益率、醫務收入結餘佔總資產比、稅前與稅後純益率，而繳稅年數則為累計次數。實證結果發現，不同類型醫療財團法人在醫務收入成長率與非醫務利益率並無顯著差異，係因我國總額支付制度採支出上限制(Expenditure cap)，此舉導致各醫療院所的醫療收入成長受限；但非醫務利益在各類型醫療財團法人皆明顯高於醫務利益，可見因應政策的給付上限，非醫務利益為各醫療財團法的重要財源。醫務毛利率與醫務利益率存在顯著的差異(p 值 <0.05)，組間差異檢定亦指出企業型醫院顯著最佳，與過去文獻發現一致(Tan 2011；王媛慧等 2005；張力 2012；李佳蓉等 2010)。不同類型醫療財團法人的醫務收入結餘佔總資產比之組間差異檢定之結果顯示，一般型醫院顯著較小(p 值 <0.1)，表示其每一元資產可賺得之本業利益較企業型與宗教型醫院來得差，企業型與宗教型則無顯著差異。

不同類型醫療財團法人的稅前、稅後純益以及繳稅年數，也存在顯著差異(p 值 <0.05)；組間差異檢定之結果顯示，企業型的純益率顯著最高(p 值 <0.05)，宗教型繳稅年數最少(p 值 <0.1)。與 Cannon et al. (2018)發現宗教附屬醫院在監督團體和社會期望下，會傾向報導較低的盈餘水準一致，此舉導致繳稅所得較低；但企業型醫院之獲利能力最佳，繳稅年數卻未明顯高於一般型醫院。

就個別醫院而言，龍頭長庚醫院病床與規模遠高於其他醫院²⁰，基於總額支付制度限制，其醫務收入成長率與醫務毛利率皆未明顯高於其他企業型醫

²⁰ 林口長庚醫院以全球最大單一量體 3,700 床醫學中心級之醫院規模，通過 Joint Commission International (JCI 2014-2017) 國際醫療認證。

院；但其非醫務利益率 15 年平均價值高達 23.068%，即為媒體長期以來十分關注長庚醫院的業外收益之原因。其投資收入佔總資產比很高，投資項目包含台灣塑膠工業、南亞塑膠工業及台塑石化等關係企業之股票，洪綾襄(2015)即指出誰擁有長庚醫院便能控制台塑集團²¹。2014 年的專家財報審查意見也曾明白指出，長庚醫院應釐清對其投資之關係企業，在高持股比例狀況下是否具實質影響力？長庚醫院則公開回應其持有股票僅為取得穩定現金股利收入，以因應逐年上升之人事費及醫療業務發展費用²²。即使如此，長庚醫院 2019 年總資產 4,460 億元中，仍有近 3,200 億元投資於關係企業及其他企業之股票(佔比 72%)。長庚醫院對南亞、台塑、台塑化、福懋與長庚生技分別持有的股權為 11.05%、9.44%、5.79%、5.79%與 5%，對台化持股更高達 18.58%，為其最大股東；此外，長庚醫院亦分別持有世信生技及長庚醫技 65%及 20%之股權，外觀上持續呈現深具影響力的控股組織。

企業型中之和信醫院醫務利益率為負數，係因 2010 年以前管理費用過高，其平均皆佔醫務收入在 16%以上，遠高於其醫務毛利率，雖然逐年下降至 2018 年的 8.2%，仍導致整體醫務利益率為負值。宗教型的耕莘醫院管理費用佔醫務收入比平均值約為 8.5%，雖趨近宗教型醫院整體平均值，但仍高於其醫務毛利率平均值(為 7.154%)；同樣地，新樓與若瑟醫院長期以來管理費用佔醫務收入皆為 10%左右，高於其醫務毛利率，導致其醫務利益率為負值。值得注意的是，慈濟醫院之醫務利益率平均呈現負值，係因 2012 年以前慈濟醫院將其他醫院歸類為醫務成本的水電瓦斯費用歸類為管理費用，導致管理費用偏高(佔醫務收入約 14%)，其會計科目歸類不同導致醫療財團法人報表可比性低，經常受外界議論²³。雖然慈濟醫院在 2013 年經調整正確歸類之後，管理費用佔醫務收入比例降為 3%，但 2013 年以前財務報表未依照『醫療法人財務報告編製準則』編制，導致財報閱讀者產生誤解，醫改會亦公開抨擊醫療財團法人財務報表未按準則申報之亂象，責任在於主管機關監督機制失靈(監察院新聞稿 2018)。

²¹ 據長庚醫院 2014 年之年報，其 2014 年對南亞、台塑、台塑化與福懋分別持有的股權為 11.05%、9.44%、5.65%與 5.14%，對台化持股更高達 18.58%，為其最大股東；此外，長庚醫院亦持有世信生技 65%之股權。整體而言，長庚醫院 2014 年總資產 3,085 億元中仍有近 2,199 億元投資於關係企業及其他企業之股票(佔比 71%)。

²² 長庚醫院表示，所持有的股票 75%來自創辦人王永慶、王永在捐贈的股票和每年的股利，其餘則以現金股利於證券市場買入台塑企業等上市公司股票，目的是為了獲得穩定的股息和股利，以確保醫院永續的財務健全，「像近年長庚醫院先進醫療設備添購更新、尖端醫療園區擴建、土城醫院 BOT 等鉅額投資，都是靠歷年累積的股利所得支應，使得醫療得以持續發展提升。」(倪浩倫 2017)。

²³ 徐崧煌(2015)將慈濟和長庚醫院 2011 年財務報表做比較，指出三項疑慮：(1)文具費用方面，長庚醫院之健保收入與病床數皆為慈濟醫院三倍，但長庚醫院一年文具支出僅 382 萬元，慈濟醫院卻高達 7198 萬元。(2)長庚醫院管理支出 14.3 億，慈濟醫院 20.3 億，尤其水電瓦斯費佔 2.1 億。(3)薪資人事費用方面，長庚醫院人事費用占支出 45%，慈濟醫院 39%，但長庚醫院管理部門之薪資僅占 4.36%，慈濟之管理部門人事成本則高達 10.44%。而慈濟針對此說明係因會計項目編制歸類不同，導致比較基礎不一致。

表 3 2005-2019 年不同類型醫療財團法人之獲利能力比較

		醫務收入 成長率	醫務 毛利率	醫務 利益率	非醫務 利益率	醫務收入 結餘佔總 資產比	稅前 純益率	稅後 純益率	繳稅 年數(年)
Panel A: 各醫療財團法人之獲利能力比率									
龍頭 企業型	長庚	4.443	6.178	3.088	23.068	1.835	26.156	26.154	2
	亞東	6.192	11.831	1.670	10.360	1.685	12.030	11.965	1
	和信	3.979	11.819	-1.608	5.826	1.976	4.219	4.218	1
	奇美	6.198	12.086	2.432	1.712	6.798	4.144	3.693	13
	國泰	4.896	8.202	2.122	0.999	5.038	3.274	2.677	14
	新光	3.224	13.188	3.297	6.137	3.477	9.434	8.379	13
	義大 ³	9.560	9.456	2.908	2.994	4.586	5.902	5.407	9
	平均值	5.631	11.097	1.804	4.672	3.927	6.501	6.057	8.500
宗教型	耕莘	5.841	7.154	-1.392	5.114	2.289	3.722	3.513	4
	聖保祿	3.988	13.407	4.914	0.717	8.478	5.631	4.889	9
	馬偕	4.632	8.84	3.814	-1.805	6.085	2.010	1.645	8
	新樓	2.905	9.705	-1.694	1.869	2.044	0.175	0.175	0
	門諾	5.198	8.089	0.133	15.269	1.802	15.402	16.323	0
	慈濟	9.464	6.719	-1.441	11.674	2.292	10.233	10.233	0
	埔基	3.504	-2.28	-7.128	6.121	0.760	-1.008	-1.008	1
	恩主公	4.364	10.787	0.494	1.847	3.400	2.341	1.558	13
	臺安	5.660	8.399	2.522	0.964	6.623	3.486	3.137	11
	戴德森	4.147	12.123	3.278	1.896	5.985	5.174	4.76	10
	彰基	7.490	9.68	3.190	4.505	3.996	7.695	7.095	13
	若瑟	2.112	10.784	-2.372	2.642	-1.231	0.270	0.088	4
	聖馬爾定	3.048	14.091	1.216	1.611	4.168	2.827	2.629	12
	屏基	2.752	11.008	5.116	1.244	7.672	6.360	5.522	13
	平均值	4.650	9.179	0.761	3.833	3.883	4.594	4.326	7.000
一般型	仁愛	1.686	4.798	1.917	2.205	4.028	4.122	3.82	14
	為恭	3.559	15.404	3.354	-0.323	5.662	3.032	2.555	14
	振興	5.977	11.755	0.277	7.006	2.106	7.283	7.168	7
	秀傳 ⁴	8.497	0.786	-8.892	8.104	-1.166	-0.788	-0.788	0
	平均值	4.742	8.311	-0.699	4.183	2.723	3.483	3.256	8.898
	總平均	4.891	9.517	0.782	4.101	3.703	4.890	4.584	8.064

表 3 2005-2019 年不同類型醫療財團法人之獲利能力比較

	醫務收入 成長率	醫務 毛利率	醫務 利益率	非醫務 利益率	醫務收入 結餘佔總 資產比	稅前 純益率	稅後 純益率	繳稅 年數(年)
Panel B: 不同類型醫療財團法人之獲利能力比較								
Levene 統計量	0.106	13.717***	4.948***	1.075	0.910	1.055	1.192	1.356
ANOVA F 值								
或 Welch 統計量	1.332	9.555***	4.590**	0.677	3.245**	6.501***	5.386***	4.297**
事後檢定								
企業/一般	0.889	2.786***	2.503*	0.489	1.204*	3.017***	2.800***	-0.398
宗教/一般	-0.091	0.868	1.460	-0.349	1.161*	1.111	1.069	-1.898*
企業/宗教	0.981	1.918***	1.043**	0.838	0.043	1.906**	1.731**	1.500*

註 1: *, **, ***分別為 $p < 0.1$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 。

註 2: 醫務收入成長率、醫務毛利率、醫務利益率、非醫務利益率、醫務收入結餘除以資產總額、稅前純益率、稅後純益率均以百分比為單位。

註 3: 義大醫院於 2004 年正式開幕啟用，2005 年之醫務成長率為 193.571%，為避免新成立醫院因素影響平均值，故醫務成長率去除義大醫院 2005 年之異常值。

註 4: 秀傳醫院於 2006 年正式開幕啟用，2007 年之醫務成長率為 252.573%，為避免新成立醫院因素影響平均值，故醫務成長率去除秀傳醫院 2007 年之異常值。

此外，觀察各樣本醫院之醫務利益率、非醫務利益率與稅前純益率，可以發現非醫務利益顯著大於醫務利益，為稅前餘絀之主要來源。企業型中非醫務利益率最高為亞東醫院(10.36%)，利益來源主要為投資收入；宗教型為門諾醫院(15.269%)及慈濟醫院(11.674%)，主要來源為募款與捐贈收入；一般型醫院為秀傳醫院(8.104%)，2014 年以前非醫務利益來源多來自於關係人的捐贈收入。僅馬偕醫院基於其長期捐贈予馬偕護專和馬偕醫學院創校費用，造成非醫務利益率呈現負值。值得關注的是，龍頭長庚醫院的稅前純益率與稅後純益率平均值高達 26.156%與 26.154%，為所有樣本醫院中最高，然而在本研究期間 2005 至 2019 年間，僅繳過兩年稅。此外，樣本醫院中超過 10 年未繳稅者，企業型中之亞東、和信醫院，宗教型中之耕莘、新樓、門諾、慈濟、埔基和若瑟醫院，一般型中為秀傳醫院；其中在 15 年之間未曾繳過稅者有新樓、門諾、慈濟與秀傳醫院²⁴；亞東、和信與埔基醫院也僅繳過一年稅。雖然繳稅年數並無顯著差異，但進一步計算三種類型的有效稅率，平均而言企業型醫院(7.2%)與一般型醫院(7.1%)接近，皆低於宗教型醫院(9.8%)，主要原因係思主公醫院在 2005 年度的有效稅率極高²⁵。

²⁴ 門諾醫院於 2005 年依法將當期購置之固定資產成本列為與醫療服務有關支出，以符合「教育、文化、公益、慈善機關或團體免納所得稅適用標準」之規定，因此造成門諾產生 8 年所得稅利益，免納所得稅。

²⁵ 思主公 2005 有效稅率為 1044%；2014 年則為 -405%(有所得稅利益)。原因為 2002 年時思主公醫院提列的折舊及各項分攤被國稅局剔除，並開始行政救濟；在 2005 年的時候，律師認為行政救濟成功並不容易，所以把相關所得稅影響數估列進來，因此造成 2005 年的所得稅費用大增。2014

整體而言，依醫務毛利率、醫務收益率、醫務收入結餘佔資產總額比、稅前與稅後純益率評比，企業型醫醫療財團法人之獲利能力最佳，其中以亞東醫院與新光醫院表現最為突出，後者幾乎每年繳稅；宗教型之門諾與慈濟醫院獲利表現佳，但未曾繳過稅；一般型之振興醫院其獲利能力為該組中最出色的醫院，平均每兩年繳一次稅。

三、不同醫療財團法人之經營績效分析

表 4 為不同類型醫療財團法人之經營績效分析，分別計算每家醫院各財務資料之 15 年平均數，包括資產報酬率(ROA)、現金流量對稅前餘絀比率、教育研究發展占醫務收入結餘比率、醫療社會服務占醫務收入結餘比率、捐贈收入占非醫務收入比率與捐贈費用占非醫務支出比率。實證結果顯示，不同類型之醫療財團法人除了現金流量對稅前餘絀比率與教育研究發展占醫務收入結餘比率(*EXP_edu*)之外，皆有顯著差異(p 值<0.01)。組間差異檢定發現，企業型的 ROA 顯著最佳(p 值<0.05)，受捐贈收入最少(p 值<0.01)，捐贈支出也顯著小於宗教型(p 值<0.01)。宗教型的醫療社會服務占醫務收入結餘比率(*EXP_charity*)顯著最大(p 值<0.01)，捐贈支出最多(p 值<0.01)。就營運現金流量對稅前餘絀比率而言，整體醫療財團法人由餘絀產生現金的能力都很高，尤其是宗教型醫院，平均值高達 4.55 倍，企業型的平均值約在 2 倍左右，若一般型若排除極端值則在 1.71 倍²⁶；但現金流量對稅前餘絀比率與教育研究發展占醫務收入結餘比率的組間差異並不顯著。

就個別醫院而言，宗教型中的門諾醫院的 ROA 最高(達 6.22%)，超過變異最大的龍頭長庚醫院(5.841%)²⁷；企業型中 ROA 最低者為和信醫院(2.562%)，係因其近幾年醫務利益皆為負數所致，但其管理當局強調營運目標與其他醫院不同²⁸；其次為國泰醫院(2.749%)，係因早期有相當於淨資產的 25%用於投資或操作母集團的股票，而非投入於能產生醫務收入的長期營業資產。宗教型中則以埔基醫院 ROA 為最低(-0.586%)，係因其醫務毛利率、醫務收入結餘以及醫務收益率皆為負值所致；一般型則是較晚開始營運的秀傳醫院的 ROA 最低

年時，因為行政救濟的關係，2002 至 2010 的所得稅重新核定，因此 2014 年才產生大額的所得稅利益。

²⁶ 秀傳醫院 2011 年及 2019 年之稅前餘絀極低(分別為 1,404 仟元以及 274 仟元)，造成當年度之現金流量對稅前餘絀比率為 17,107.050%以及 70,792.700%，若刪除此二筆資料，則秀傳之現金流量對稅前餘絀比率應為-84.778%，而一般型之平均值應為 171.268%。

²⁷ 長庚醫院 2005 至 2008 年之 ROA 平均為 13.601%(最大值為 19.631%，最小值為 10.010%)，而 2009 至 2019 之 ROA 平均則為 3.019%(最大值為 5.405%，最小值為 0.595%)。

²⁸ 和信醫院院長黃達夫曾稱醫療不但是非營利事業，更是良心事業，當各醫療院所的醫療費用與醫療成效公開透明時，全民根據價格與成效選擇最有價值的醫療，使為病人利益設想的醫院好好生存，唯利是圖的醫院自然淘汰(黃達夫 2018)。

(1.067%)，亦因醫務利益長期呈現虧損所致。就營運現金流量對稅前餘絀比率而言，企業型中 ROA 最低的和信醫院在餘絀轉換成現金的能力最佳，平均每一元的稅前餘絀能產生 3.48 倍的營業活動現金。相對地，宗教型中 ROA 最高的門諾醫院，其營運現金流量對稅前餘絀比率卻遠低於組平均值(約 1.57 倍)；而振興醫院的 ROA 和營運現金流量對稅前餘絀比率則皆優於平均值。

表 4 2005-2019 年不同類型醫療財團法人之經營績效比較

	資產 報酬率	現金流量對 稅前餘絀 比率	教育研究發 展占醫務收 入結餘比率	醫療社會服 務占醫務收 入結餘比率	捐贈收入占 非醫務收入 比率	捐贈費用占 非醫務支出 比率	
Panel A: 各醫療財團法人之經營績效比率							
龍頭	長庚	5.841	139.841	57.999	18.040	0.381	3.551
企業型	亞東	4.758	171.153	85.687	19.546	13.043	5.478
	和信	2.562	348.252	177.468	58.183	29.661	0.135
	奇美	5.556	156.775	33.952	13.658	14.681	2.898
	國泰	2.749	165.043	59.887	10.014	2.870	0.000
	新光	4.422	149.937	40.248	15.093	9.047	7.238
	義大	3.986	215.171	47.339	10.151	14.755	1.025
	平均值	4.005	201.055	74.097	21.107	14.009	2.796
宗教型	耕莘	2.124	230.368	105.811	52.214	28.883	17.703
	聖保祿	6.150	189.987	22.046	12.786	15.405	9.134
	馬偕	1.183	-270.849	46.431	14.177	14.967	53.867
	新樓	0.342	2,249.226	268.138	125.527	32.869	8.242
	門諾	6.222	156.709	21.301	83.983	84.972	9.097
	慈濟	4.926	242.376	78.380	33.367	58.889	0.059
	埔基	-0.586	179.205	238.672	229.142	65.748	3.053
	恩主公	0.985	2,478.835	101.502	43.395	19.217	0.020
	臺安	2.803	269.639	47.046	22.985	27.029	76.778
	戴德森	4.177	253.683	36.257	22.355	29.301	28.652
	彰基	4.981	193.136	37.081	24.824	22.413	10.812
	若瑟	0.156	-299.917	60.630	69.460	52.799	24.605
	聖馬爾定	2.228	327.666	50.495	69.844	23.201	16.636
	屏基	5.829	172.545	15.221	22.305	55.731	14.237
	平均值	2.966	455.186	80.644	59.026	37.959	19.493
一般型	仁愛	3.651	189.234	47.442	15.304	25.963	15.418
	為恭	2.719	281.884	47.169	15.062	21.096	0.000
	振興	3.968	247.521	100.079	19.006	35.000	2.005
	秀傳 ²	1.067	6,205.887 ³	927.077 ⁴	49.808	59.796	0.727
	平均值	2.882	1,655.288 ³	269.482 ⁴	24.371	35.051	4.602
總平均值	3.318	570.705	110.037	43.825	30.230	12.859	

表 4 2005-2019 年不同類型醫療財團法人之經營績效比較

	資產 報酬率	現金流量對 稅前餘絀 比率	教育研究發 展占醫務收 入結餘比率	醫療社會服 務占醫務收 入結餘比率	捐贈收入占 非醫務收入 比率	捐贈費用占 非醫務支出 比率
Panel B: 不同類型醫療財團法人之經營績效比較						
Levene 統計量	6.115***	8.660***	7.526***	9.673***	23.029***	70.303***
ANOVA F 值或 Welch 統計量	5.409***	1.706	0.583	11.885***	54.742***	29.414***
事後檢定						
企業/一般	1.124**	-1,454.233	-195.385	-3.264	-21.042***	-1.806
宗教/一般	0.084	-1,200.102	-188.838	34.655***	2.908	14.891***
企業/宗教	1.040***	-254.131	-6.547	-37.918***	-23.950***	-16.697***

註 1: *, **, ***分別為 $p < 0.1$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 。

註 2: 秀傳醫院於 2006 年正式開幕啟用，故秀傳醫院之資料為 2006 年至 2019 年。

註 3: 秀傳醫院 2011 年及 2019 年之稅前餘絀分別為 1,404 仟元以及 274 仟元，因而造成當年度之現金流量對稅前餘絀比率為 17,107.050% 以及 70,792.700%，若刪除此二筆資料，則秀傳之現金流量對稅前餘絀比率應為 -84.778%，而一般型之平均值應為 171.268%。

註 4: 秀傳醫院 2013 年之醫務收入結餘為 -544 仟元，因而造成當年度之教育研究發展占醫務收入結餘為 -11,505.7%，若刪除本筆資料，則秀傳之教育研究發展占醫務收入結餘應為 113.337%，而一般型之平均值應為 78.206%。

註 5: 教育研究發展占醫務收入結餘比率、醫療社會服務占醫務收入結餘比率均採絕對值。

值得注意的是，觀察教育研究發展占醫務收入結餘比率與醫療社會服務占醫務收入結餘比率可知，僅後者在不同類型之醫療財團法人間存在顯著差異(p 值 < 0.01)，前者組間差異則不顯著。比較表 2 可知，企業型醫院之醫務收入結餘為三組樣本中最高，但此兩項支出佔醫務收入結餘比例卻低於宗教型與一般型。此外，如同郭振雄等(2006)指出企業型之負債融資排擠(降低)醫療社會服務支出，併同表 2 與表 4 也可看出高負債比的醫院，其醫療社會服務支出較低，例如義大與聖保祿醫院。而若瑟及秀傳醫院的醫務收入結餘已為負數。為避免負數醫務收入結餘的影響，以絕對值探討之。企業型中的和信醫院、宗教型中的耕莘、新樓、埔基與恩主公醫院以及一般型的振興醫院在教育研究發展投入極高，皆占醫務收入結餘比率占比超過 100%；其中，和信、新樓與埔基等醫院的醫務收入結餘平均值較小，使得其醫療社會服務占醫務收入結餘比率也最高。而宗教型中的門諾醫院在醫療社會服務支出為所有醫院當中投入也很多，占醫務收入結餘比率達 83.98%，主要用於照顧獨居老人的送餐服務與長照機構之建置；其次為聖馬爾定與若瑟醫院，占醫務收入結餘比率達 69% 以上。

宗教型醫院多依賴捐贈收入以維持繼續經營，例如門諾醫院捐贈收入占非醫務收入比率達 84.972%，該醫院於 2010 年成立門諾公益組織，積極舉辦募款活動向社會大眾募款，更與媒體藝人合作，在不依賴關係人之捐贈情況下，募得大量得以支持醫院持續營運之捐款收入；一般型醫院中比率最高者為秀傳醫院(59.796%)，其捐贈收入多來自台南市立醫院之關係人、秀傳社團法人醫院與董事長和董事之捐贈。然而捐贈費用占非醫務費用比率的部分，宗教型顯著最

高(p 值 <0.01)，尤其臺安醫院達 76.778%，係因為其長期對宗教法人母會的捐助，其於 2011 至 2013 年間捐贈費用平均占七成以上；次高者為馬偕醫院達 53.867%，係因其長期對馬偕護專與馬偕醫學院捐助高額創校基金。

整體而言，就資產使用效率層面，企業型醫院整體表現仍較佳，教育研究發展及醫療社會服務支出佔醫務收入結餘比並未較高。宗教型醫院的捐贈收入與捐贈費用顯著高於企業型醫院。就個別醫院而言，宗教型的聖門諾醫院的 ROA 甚至超過龍頭長庚醫院，企業型的和信醫院雖然 ROA 最低，但產生營運現金的能力最佳，且投入在「教育研究發展」和「醫療社會服務」支出比率最多，受到的捐贈收入也大幅高於其他企業型醫療財團法人。門諾醫院與振興醫院的整體經營能力分別在宗教型及一般型醫療財團法人中為最佳。

四、會計資訊品質

(一) 財務報表品質

表 5 為 2019 年醫療財團法人現任之簽證會計師及歷年更換會計師事務所資訊。龍頭長庚醫院由安永會計師事務所的會計師查核，15 年內僅於 2008 年所內輪調一次，未曾更換會計師事務所。其他各家現任會計師事務所，除了亞東、彰基及秀傳醫院以外，其餘查核年數皆超過十年以上，更換頻率低。此外，企業型醫療財團法人中目前僅有奇美非由大型會計師事務所查核²⁹，宗教型中有耕莘、新樓、門諾、臺安及若瑟五家醫院目前仍由非大型事務所查核，而一般型醫院中則有仁愛、為恭醫院係由非四大會計師事務所查核，整體有 64.5% 的樣本醫院由大型會計師事務所查核，其中企業型佔比最高(73%)，一般型最低(55.9%)。

值得關注的是，2005 至 2019 年間曾更換會計師事務所者，企業型組別中有亞東及和信醫院，兩者皆由非大型事務所換至大型事務所，前者財務結構與短期償債能力良好，後者經營能力良好佳。宗教型中有新樓、慈濟、恩主公、彰基和聖馬爾定醫院，除了新樓醫院由大華更換為喬治亞，其餘皆更換為大型會計師事務所。一般型的仁愛和秀傳醫院，前者由安永更換為向陽，秀傳醫院在研究期間由誠品更換至國富浩華，2015 年再更換至勤業眾信事務所，由聖馬爾定醫院長期查核的會計師接任。此外，國泰醫院與恩主公醫院由同一會計師長期查核，兩家醫院幾乎每年繳稅；亞東醫院於 2016 年更換與新光醫院相同的查核會計師，可見醫院產業專家會計師也是一個傾向。

基於過去文獻指出大型會計師事務所較高的查核品質與獨立性(DeAngelo 1981; Weber and Willenborg 2003; DeFond et al. 2017)，由大型會計師事務所查核能傳訊外部投資人關於財務資訊品質可靠性的資訊(Titman and

²⁹ 大型會計師事務所包含勤業眾信、安侯建業、資誠、安永與國富浩華五大會計師事務所

Trueman 1986)；而 Jiang et al. (2019)指出由非大型會計師事務所更換至大型會計師事務所後，受查者盈餘品質顯著提升。如同張雅怡(2012)發現四大會計師事務所能降低醫院使用裁決性應計項目來操縱餘絀，審計品質較佳。樣本醫院有將近九成的醫院會計師事務所查核年數超過十年，且超過六成的醫院由大型事務所查核；研究期間更換會計師的醫院也多改由大型會計師事務所查核；對應於近年來主管機關、醫改會與相關研究對醫療財團法人的關注，因此，本論文推論醫療財團法人轉由大型會計師事務所查核，能傳遞外界關於會計資訊品質資訊提升的涵義。

表 5 2015-2019 年醫療財團法人查核會計師資訊

	現任會計師事務所 (查核年數)	現任會計師 (查核年數)	前任會計師事務所 (更換年度)	所內輪調查核 會計師年度
龍頭	長庚 安永(15) ¹	林麗鳳(13)		2008
企業型	亞東 勤業眾信(4)	游素環(4)	群信(2016)	
	和信 資誠(13)	賴宗義(4)	致遠(2007)	2017、2018、2019
	奇美 正中(15)	陳奕鈞(12)		2008
	國泰 安永(15) ¹	徐榮煌(15)		
	新光 勤業眾信(15)	游素環(10)		2010
	義大 國富浩華(15) ²	蔡淑菁(15)		
宗教型	耕莘 上合(15)	饒月琴(1)		2019
	聖保祿 安侯建業(15)	許明芳(1)		2019
	馬偕 安侯建業(15)	陳富仁(2)		2018
	新樓 喬治亞(12)	張玲玲(12)	大華(2008)	
	門諾 日正(15)	巫貴珍(15)		
	慈濟 勤業眾信(12)	陳招美(12)	鼎信(2008)	
	埔基 安侯建業(15)	郭士華(2)		2007、2017、2018、2019
	思主公 安永(14)	徐榮煌(14)	安侯建業(2006)	
	臺安 日正(15)	陳儷文(7)		2013
	戴德森 安侯建業(15)	陳惠媛(11)		2009
	彰基 安侯建業(7)	郭士華(2)	勤業眾信(2013)	2010、2017、2018、2019
	若瑟 楊智(15)	胡湘寧(15)		
	聖馬爾定 勤業眾信(14)	蔣淑菁(11)	安侯建業(2006)	2007、2009、2010、2011
	屏基 勤業眾信(15)	劉裕祥(4)		2011、2014、2016
	一般型	仁愛 向陽(10) ¹	鄒炎崇(10)	安永(2010)
為恭 華利信(15)		蔡靜美(2)		2006、2018
振興 勤業眾信(15)		盧聯生(5)		2012、2015
秀傳 勤業眾信(5) ²		蔣淑菁(5)	誠品(2007)、 國富浩華(2015)	

註 1：國際會計師事務所 Ernst and Young 在台灣原有加盟所為致遠，在 2007 年 10 月已正式與全球同步更名為安永。因此長庚、國泰與仁愛醫院於 2007 年由致遠會計師事務所更換為安永會計師事務所視為未更換。

註 2：國富浩華聯合會計師事務所為國富全球(Crowe Global)在台灣之獨立成員所，係由第一聯合會計師事務所、敬業聯合會計師事務所及建興聯合會計師事務所基於共同經營理念於 2013 年 1 月 1 日合組設立。因此 2012 年義大醫院原由建興會計師事務所及秀傳醫院原由第一會計師事務所，皆更換為國富浩華會計師事務所視為未更換。

(二) 盈餘平穩化

表 6 為分別以醫務利益、稅前餘絀和稅後餘絀估計不同類型醫療財團法人之盈餘平穩化程度，分別以左邊欄的 *Smooth1*(如式(1))與右邊欄的 *Smooth2*(如式(2))衡量，若 *Smooth1* 與 *Smooth2* 之值越小，則盈餘平穩化程度越高(Dechow et al., 2010)。實證結果發現。僅有以醫務利益估計時，不同類型醫療財團法人之盈餘平穩化程度具顯著差異(p 值<0.01)，且其組間差異檢定指出宗教型醫院之 *Smooth1* 與 *Smooth2* 皆顯著大於一般型醫院(p 值<0.05)³⁰，企業型醫院與一般型醫院的平穩化程度則無顯著差異，亦即宗教型醫院醫務利益之平穩化程度最低。然而，稅前與稅後餘絀無論是在 *Smooth1* 與 *Smooth2* 之值上各組間皆無顯著差異。

個別醫院中，龍頭長庚、企業型中的亞東與國泰醫院、宗教型的聖保祿以及一般型的仁愛醫院，醫務利益的平穩化程度相對較高；但長庚、亞東與仁愛醫院的稅前稅後餘絀平穩化程度卻很低。相對地，整體平穩化程度最低的企業型醫院，是更換過會計師事務所的和信醫院，無論是醫務利益、稅前餘絀和稅後餘絀的 *Smooth1* 與 *Smooth2* 值皆較大；一般型中更換會計師事務所的頻率最高的秀傳醫院亦然。宗教型醫院中 *Smooth1* 值最大者為馬偕、彰基與聖馬爾定，醫務利益、稅前餘絀和稅後餘絀估計的結果皆然，其中，彰基的 *Smooth2* 值亦然。而慈濟醫院的稅前稅後餘絀估計的 *Smooth1* 與 *Smooth2* 值皆大。顯見上述醫院的盈餘平穩化程度較低。上述醫院中，慈濟、彰基與聖馬爾定等醫院皆曾經更換會計師事務所。

³⁰ 若去除極端值對結果造成的干擾，將樣本資料前後 1%數值經過 winsor 處理，未製表的研究結果顯示顯著性不變。

表 6 2005-2019 年醫療財團法人盈餘平穩化

		$Smooth1 = \sigma(Earnings_t) / \sigma(CFO_t)$			$Smooth2 = Corr(\Delta TACC, \Delta CFO)$		
		醫務利益	稅前餘絀	稅後餘絀	醫務利益	稅前餘絀	稅後餘絀
Panel A: 各醫療財團法人盈餘平穩化數值							
龍頭 企業型	長庚	0.247	1.280	1.280	-0.951	-0.163	-0.163
	亞東	0.316	0.770	0.795	-0.921	-0.771	-0.737
	和信	1.330	1.966	1.966	-0.282	-0.311	-0.311
	奇美	0.784	0.786	0.552	-0.948	-0.941	-0.970
	國泰	0.335	0.413	0.345	-0.979	-0.975	-0.981
	新光	0.558	0.939	0.833	-0.690	-0.157	-0.549
	義大	1.134	1.044	0.978	-0.965	-0.864	-0.869
平均值		0.672	0.986	0.912	-0.820	-0.598	-0.654
宗教型	耕莘	0.788	0.986	1.005	-0.761	-0.724	-0.728
	聖保祿	0.330	0.384	0.301	-0.693	-0.709	-0.821
	馬偕	1.449	1.758	1.744	-0.668	-0.734	-0.748
	新樓	0.667	0.835	0.835	-0.678	-0.743	-0.743
	門諾	0.680	0.625	0.933	-0.856	-0.670	-0.551
	慈濟	0.510	1.559	1.559	-0.772	-0.324	-0.324
	埔基	1.085	1.342	1.342	-0.902	-0.847	-0.847
	恩主公	0.707	0.677	0.735	-0.541	-0.586	-0.642
	臺安	0.400	0.580	0.554	-0.843	-0.935	-0.938
	戴德森	0.548	0.758	0.722	-0.984	-0.953	-0.959
	彰基	1.628	1.756	2.340	-0.405	-0.389	-0.350
	若瑟	1.212	1.240	1.180	-0.849	-0.828	-0.845
	聖馬爾定	1.615	1.322	1.309	-0.592	-0.674	-0.673
	屏基	1.114	0.912	0.885	-0.837	-0.844	-0.864
	平均值		0.909	1.051	1.102	-0.741	-0.711
一般型	仁愛	0.369	0.616	0.574	-0.923	-0.775	-0.792
	為恭	0.625	0.509	0.412	-0.919	-0.932	-0.941
	振興	0.558	3.308	3.301	-0.968	-0.720	-0.723
	秀傳	0.709	1.460	1.460	-0.827	-0.588	-0.588
平均值		0.565	1.473	1.437	-0.909	-0.754	-0.761
總平均		0.787	1.112	1.117	-0.790	-0.686	-0.706
Panel B: 不同類型醫療財團法人之盈餘平穩化程度比較							
Levene 統計量	3.225**	4.949***	4.693**	9.368***	6.479***	3.239**	
ANOVA F 值或 Welch 統計量	5.399***	0.271	0.486	8.571***	1.620	0.781	
事後檢定							
企業/一般	0.107	-0.445	-0.472	0.090	0.156	0.107	
宗教/一般	0.343***	-0.422	-0.335	0.169**	0.043	0.045	
企業/宗教	-0.237	-0.023	-0.138	-0.079	0.113	0.062	

註 1: *, **, *** 分別為 $p < 0.1$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 。

註 2: 受限於公開資料, 目前無法取得埔基 2004 年之現金流量表, 因而 Smooth1 中, 埔基的樣本年度為 2006 至 2019 年。

註 3: 受限於公開資料, 因而 Smooth2 之樣本年度為 2007 至 2019 年, 此外埔基醫院為 2008 至 2019 年。

(三) 盈餘持續性

表 7 為樣本醫院盈餘持續性衡量結果，分別以醫務利益、稅前餘絀和稅後餘絀估計。前後期盈餘係數 β_1 顯著越高，代表常續性盈餘越組成高，盈餘持續性與對未來盈餘預測的能力越高(Tucker and Zarowin 2006; Dechow et al. 2010; 范宏書等 2015)。第一種衡量方式如式(3)所述，以前後兩期的醫務利益或餘絀來衡量盈餘持續性，實證結果顯示，在各群組及全體樣本中，三種盈餘定義下係數皆顯著為正，代表整體樣本醫院之盈餘持續性佳。進一步進行兩群組係數檢定，僅有在稅前及稅後餘絀定義下，企業型醫院盈餘持續性顯著高於宗教型醫院(p 值皆 <0.1)；亦即企業型醫院的餘絀顯著較宗教型醫院的常續性餘絀較高，對未來餘絀的預測能力較佳。此外，龍頭長庚醫院在三項餘絀定義下皆呈現顯著，尤其在醫務利益定義下，係數達 0.914 為樣本醫院中最高，表示當期醫務利益與下期醫務利益的關聯性高達 91.4%；其次為企業群組中的和信醫院，當期醫務利益與下期醫務利益的關聯性高達 81.5%，但其醫務利益長期呈現負數；宗教型的戴德森醫院該係數亦高達 72.5%，為宗教型醫院中，醫務利益持續性最高者。除了長庚醫院之外，企業型中的國泰醫院在醫務利益、稅前餘絀和稅後餘絀也皆呈現顯著，尤其後兩者皆高達 0.95 以上，為樣本醫院中餘絀的持續性最高，預測其未來餘絀的能力最好；其各種盈餘的平穩化程度也高，而且幾乎每年皆繳稅。同樣地，宗教型中的戴德森醫院在醫務利益、稅前餘絀和稅後餘絀的持續性都很高。門諾醫院則在稅前與稅後餘絀上有很高的持續性。一般型群組中係秀傳醫院在醫務利益的持續性最高。

表 7 右欄為式(4)將盈餘拆解為營業活動現金流量(CFO)與總應計項目數(TACC)的實證結果，係數 $\beta_1 > \beta_2$ 表示營業活動現金流量與下期盈餘的關聯性高於當期應計項目對下期盈餘的影響，亦即盈餘持續性較佳。在醫務利益定義下，僅有一般型群組之 $\beta_1 > \beta_2$ 未呈現顯著性，其餘各組及全體樣本中，在三種餘絀定義下， $\beta_1 > \beta_2$ 皆存在顯著差異³¹，表示整體而言，樣本醫院之營業活動現金組成之盈餘持續性佳。進一步進行兩群組係數檢定，在醫務利益定義下，企業型醫院之係數差異顯著較一般型醫院佳(p 值 <0.05)，與宗教型醫院則無顯著差異；然而，在稅前及稅後餘絀定義下，企業型之係數差異顯著大於宗教型(p 值皆 <0.05)，一般型亦大於宗教型(p 值 <0.01)，顯示宗教型之營業活動現金組成之稅前與稅後盈餘持續性最差。長庚醫院以及企業型醫院中的亞東、新光與義大在三種衡量下，皆未能顯著呈現營業活動現金組成之盈餘持續性；此外，企業型之奇美醫院在三項餘絀定義下皆呈現顯著差異，顯示其在營業活動現金組成

³¹ 為去除極端值對結果造成的干擾，將樣本資料前後 1%數值經過 winsor 處理，未製表的研究結果顯著性不變。

之盈餘持續性最佳；國泰與和信僅在醫務利益上存有營業活動現金組成之盈餘持續性；宗教型中，僅臺安醫院在三項餘絀定義下皆呈現顯著差異，顯示其在營業活動現金組成之盈餘持續性佳。而醫務利益定義下，營業活動現金組成之盈餘持續性最佳者為若瑟醫院；而耕莘、馬偕、慈濟醫院在稅前及稅後餘絀之 $\beta_1 > \beta_2$ 呈現顯著差異，尤以慈濟醫院之係數差異最大，表示其在稅前與稅後餘絀上之營業活動現金組成之盈餘持續性最佳。一般型組別中仁愛醫院在三項餘絀定義下皆呈現顯著差異，顯示其營業活動現金組成之盈餘持續性最佳。秀傳醫院則在稅前與稅後餘絀定義下皆呈現顯著差異，存有營業活動現金組成之盈餘持續性。

合併兩種盈餘持續性分析，可以發現長庚醫院前後期醫務利益的顯著關聯性高達九成，然而其營業活動現金組成之醫務利益的持續性不佳(係數差異之關聯性為負)，可見其應計項目組成的醫務利益偏高；同樣地，國泰醫院在前後期稅前餘絀和稅後餘絀的關聯性亦超過95%；然而，其營業活動現金組成之稅前與稅後的持續性亦不佳；和信醫院與宗教型中的戴德森醫院亦然。而由非大型會計師事務所查核的企業型奇美醫院、宗教型臺安與與一般型的仁愛醫院，雖前後期盈餘的持續性不高(皆未達顯著水準)，但在營業活動現金組成之盈餘持續性卻最佳；盈餘平穩化程度也高(*Smooth2*)。整體而言，企業型醫院的餘絀顯著較宗教型醫院的常續性餘絀高，其未來餘絀較容易預測；而宗教型醫院的稅前與稅後餘絀中營運現金流量組成之盈餘持續性最差；其盈餘平穩化程度也較低。

表 7 2005-2019 年醫療財團法人之盈餘持續性

		$Earnings_{it} = \alpha + \beta_1 Earnings_{it-1} + \varepsilon_{it}$			$Earnings_{it} = \alpha + \beta_1 CFO_{it-1} + \beta_2 TACC_{it-1} + \varepsilon_{it}$		
		β_1			$\beta_1 - \beta_2$		
		醫務利益	稅前餘絀	稅後餘絀	醫務利益	稅前餘絀	稅後餘絀
龍頭	長庚	0.914***	0.522*	0.522*	-0.102	0.500	0.500
	亞東	0.058	0.393	0.363	-0.161	-0.266	-0.250
企業型	和信	0.815***	0.194	0.194	0.420*	0.150	0.150
	奇美	0.369	0.333	0.443*	0.576**	0.620**	0.488**
	國泰	0.689**	0.960***	0.950***	0.641***	0.129	0.170
	新光	0.001	0.497*	0.357	0.244	-0.166	-0.192
	義大	0.714***	0.220	0.175	0.491	0.018	-0.003
	企業型樣本	0.856***	0.918***	0.919***	0.052***	0.523***	0.526***
宗教型	耕莘	-0.008	0.091	-0.073	0.008	0.508*	0.521*
	聖保祿	-0.128	0.325	-0.087	-0.056	-0.121	-0.055
	馬偕	0.458*	0.463*	0.266	-0.150	0.857**	0.615**
	新樓	-0.396	0.054	0.054	0.096	-0.128	-0.128
	門諾	0.142	0.692***	0.528**	-0.066	0.472*	0.318
	慈濟	0.502**	0.385	0.385	-0.134	0.886***	0.886***
	埔基	0.355	0.228	0.228	1.137	1.082	1.082
	恩主公	0.095	0.021	0.057	-0.155	-0.093	0.053
	臺安	0.434	0.178	0.089	0.170**	0.305***	0.280***
	戴德森	0.725***	0.661***	0.733***	-0.158	-0.160	-0.233
	彭基	0.104	0.588**	0.362	0.034	0.158	0.099
	若瑟	-0.008	0.190	0.211	0.637**	0.629**	0.380
	聖馬爾定	0.43	0.488*	0.497*	0.127	0.320	0.244
	屏基	0.245	0.118	-0.071	-0.116	0.318	0.254
宗教型樣本	0.788***	0.832***	0.806***	0.034*	0.326***	0.297***	
一般型	仁愛	-0.345	0.377	0.346	0.154**	0.732**	0.692**
	為恭	0.500*	0.366	0.351	0.027	0.345	0.297
	振興	0.527*	0.645	0.585	-0.347*	-0.057	-0.039
	秀傳	0.630***	0.320	0.320	0.196	0.620**	0.620**
一般型樣本	0.754***	0.928***	0.905***	-0.054	0.587***	0.590***	
全體樣本	0.849***	0.929***	0.929***	0.056***	0.468***	0.462***	
跨式檢定							
	企業/一般	0.103	-0.008	0.014	0.106**	-0.064	-0.064
	宗教/一般	0.034	-0.094	-0.099	0.088	-0.261***	-0.293***
	企業/宗教	0.068	0.086*	0.113***	0.019	0.197**	0.230***

註：*、**、***分別為 $p < 0.1$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 。

(四) 教育研究發展支出

表 8 為估計「教育研究發展支出」與當期收入間的關聯性以及裁決性應計數之結果。左邊欄位之 β_1 值顯示顯示當期醫務收入結餘、非醫務收入總額和總收入與教育研究發展支出之相關程度。迴歸結果顯示在各群組及全體樣本中，醫務收入結餘和總收入皆與教育研究發展支出呈顯著正相關(p 值 < 0.01)；而非

醫務收入總額則呈顯著負相關(p 值 <0.01)，代表整體樣本醫院之非醫務收入越高者投入教育研究發展支出越少。但進一步進行兩群組係數檢定，不同類型醫院間卻沒有顯著差異。進一步分析個別醫院，龍頭長庚醫院以及企業型的國泰醫院在三項收入定義下皆呈現顯著正相關(p 值 <0.01)，且係數也較其他醫院高，表示此兩家醫院之教育研究發展支出顯著隨當期醫務收入結餘、非醫務收入總額和總收入增加；多數企業型醫院的教育研究發展支出隨總收入顯著增加，僅亞東和新光醫院例外。但前者的醫務收入結餘越高，投入在教育研究發展支出則顯著增加(p 值 <0.1)；後者則在非醫務收入增加時顯著增加教育研究發展支出的投入。而義大醫院為唯一在非醫務收入總額與教育研究發展支出呈負相關且達顯著者(p 值 <0.01)。

宗教型醫院中，只有耕莘醫院在三項收入定義下皆呈現顯著正相關(p 值 <0.05)，且係數較高；而馬偕醫院在非醫務收入總額和總收入呈顯著正相關(p 值 <0.05)，但在醫務收入結餘項目卻呈顯著負相關(p 值 <0.01)，係因其醫務利益逐年下降，但教育研究發展支出卻逐年上升所致。與企業型醫院相同，宗教型醫院的總收入與教育研究發展支出呈顯著正向關聯性，但聖保祿、新樓、慈濟、彰基、若瑟與屏基等醫院例外，其中聖保祿、若瑟與屏基醫院，在醫療收入結餘越高時對教育研究發展支出顯著增加(p 值 <0.1)；而新樓醫院的總收入越高時，其教育研究發展支出愈少(p 值 <0.1)。一般型醫院也是在總收入與教育研究發展支出間呈顯著的正向關係(p 值 <0.01)，僅仁愛醫院例外，但其非醫務收入與教育研究發展支出間呈顯著的正向關係(p 值 <0.1)，為唯一將非醫務收入顯著投入教育研究發展支出的一般型醫院；秀傳醫院則為唯一在醫務收入結餘顯著投入教育研究發展支出者(p 值 <0.01)。

表 8 右欄為各醫院之教育研究發展支出裁決性應計數 $[DA_edu]$ ，整體樣本約在 0.007 至 0.008 之間，而樣本醫院對教育研究發展支出裁量的程度以非醫務收入部分較高。而宗教型群組數值最大(在 0.008 至 0.009 之間)，一般型群組數值最小(0.003 至 0.005 之間)，可見宗教型醫院對教育研究發展支出之裁量程度較企業型與一般型醫院高，而一般型醫院裁量程度最低。個別醫院而言，企業型中的義大醫院在非醫務收入與總收入部分，衡量教育研究發展支出的裁量程度較高；宗教型的聖保祿醫院裁量程度在三項收入定義下，皆為最高；埔基醫院在醫務收入結餘的衡量下，教育研究發展支出部分的裁量程度偏高；一般型醫院的秀傳醫院在非醫務收入部分裁量教育研究發展支出較高，仁愛醫院則在一般型醫院中，裁量程度較高。

表 8 2005-2019 醫療財團法人之特殊裁決性應計數額-教育研究發展支出

$$EXP_edu_{it} = \alpha + \beta_1 REV_{it} + \varepsilon_{it}$$

	β_1			$ DA_edu $		
	醫務收入結餘	非醫務收入	總收入	醫務收入結餘	非醫務收入	總收入
龍頭						
長庚	0.295***	0.080***	0.033***	0.002	0.002	0.001
亞東	0.189*	0.025	0.006	0.002	0.003	0.002
和信	0.197	0.081	0.028*	0.003	0.003	0.003
奇美	0.026	0.232**	0.009***	0.003	0.002	0.002
國泰	0.271***	0.478***	0.058***	0.003	0.002	0.001
新光	0.06	0.095**	0.022	0.002	0.002	0.002
義大	0.298***	-0.288***	0.073***	0.002	0.005	0.005
企業型樣本	0.186***	-0.047*	0.013***	0.006	0.008	0.006
耕莘	0.209***	0.419**	0.044***	0.003	0.003	0.002
聖保祿	0.296**	1.093	0.022	0.010	0.010	0.010
馬偕	-0.167***	0.194**	0.019***	0.001	0.002	0.001
新樓	0.235	0.238	-0.036*	0.005	0.006	0.005
門諾	0.108	0.118***	0.033***	0.001	0.001	0.001
慈濟	-0.020	-0.003	0.022	0.004	0.004	0.003
埔基	0.025	0.656**	0.076***	0.007	0.005	0.003
恩主公	0.156	0.033	0.071***	0.004	0.005	0.001
臺安	-0.070	-0.089	0.033***	0.003	0.002	0.001
戴德森	0.184***	-0.204	0.070**	0.005	0.005	0.005
彰基	0.087	-0.266	0.04	0.004	0.004	0.004
若瑟	0.039*	0.098	0.004	0.002	0.002	0.002
聖馬爾定	0.067	-0.203	0.069**	0.004	0.004	0.003
屏基	0.036**	-0.087	0.001	0.001	0.001	0.001
宗教型樣本	0.080***	-0.058**	0.006**	0.008	0.008	0.009
仁愛	0.111	0.082*	0.010	0.004	0.004	0.005
為恭	0.107	0.055	0.026***	0.003	0.003	0.002
振興	-0.014	-0.012	0.032***	0.002	0.002	0.001
秀傳	0.181***	-0.103	0.034***	0.002	0.006	0.002
一般型樣本	0.146***	-0.061**	0.022***	0.003	0.005	0.004
全體樣本	0.114***	-0.053***	0.011***	0.007	0.008	0.007
跨式檢定						
企業/一般	0.040	0.014	-0.009	-	-	-
宗教/一般	-0.066	0.003	-0.016	-	-	-
企業/宗教	0.106	0.011	0.007	-	-	-

註：*、**、***分別為 $p < 0.1$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 。

(五) 醫療社會服務支出

表 9 為估計「醫療社會服務支出」與當期收入間的關聯性以及裁決性應計數之結果。與表 8 相同，左邊欄位之 β_1 值顯示當期醫務收入結餘、非醫務收入

總額和總收入與醫療社會服務支出之相關程度，迴歸結果顯示全體樣本中，醫務收入結餘和總收入皆與醫療社會服務支出呈顯著正相關(p 值 <0.01)，而非醫務收入總額則呈負相關但未達顯著水準。代表整體樣本醫院之醫務收入結餘和總收入越高者，投入醫療社會服務支出顯著越多，但非醫務收入則不然。企業型群組僅非醫務收入與醫療社會服務支出未達顯著性；一般型醫院則呈顯著負相關；而宗教型群組則在三項收入定義下皆未達顯著性。進一步進行兩群組係數檢定發現，在醫務收入結餘及總收入定義下，企業型醫院與一般型醫院之係數皆大於宗教型(p 值 <0.1)；而在非醫務收入定義下，企業型顯著大於一般型(p 值 <0.1)。整體而言，以醫務收入結餘和總收入水準比較下，宗教型醫院的醫療社會服務支出投入最低；而在以非醫務收入水準下，企業型醫院的醫療社會服務支出顯著高於一般型醫院。

就個別醫院而言，龍頭長庚醫院以及企業型的亞東與國泰醫院在三項收入定義下皆呈現顯著正相關(p 值 <0.01)，尤以國泰醫院之係數最高，表示三家醫院之醫療社會服務支出隨醫務收入結餘、非醫務收入和總收入顯著增加，而國泰醫院投入在醫療社會服務支出佔比最高。事實上，多數企業型醫院的醫療收入結餘與總收入越高，投入在醫療社會服務支出顯著越多，惟奇美醫院的總收入與醫療社會服務支出呈顯著的負向關聯性(p 值 <0.05)，顯示醫療社會服務支出隨收入增加而減少。此外，非醫務收入越高但醫療社會服務支出顯著越低者有奇美醫院(p 值 <0.1)和義大醫院(p 值 <0.01)；而新光醫院的醫療社會服務支出與這三項收入皆無顯著關聯性。

宗教型醫院中，醫務收入結餘與醫療社會服務支出呈現顯著正相關者僅有聖保祿(p 值 <0.1)、馬偕(p 值 <0.05)、慈濟(p 值 <0.01)與若瑟醫院，而其中僅有若瑟醫院的總收入亦與醫療社會服務支出顯著正相關(p 值 <0.1)；馬偕與慈濟醫院的總收入甚至與醫療社會服務支出呈現顯著負向關聯性(p 值 <0.1)。此外，總收入越高則醫療社會服務支出越多者為耕莘(p 值 <0.01)、埔基(p 值 <0.01)、思主公(p 值 <0.01)與聖馬爾定(p 值 <0.05)等醫院，而其中聖馬爾定醫院的非醫務收入與醫療社會服務支出卻呈顯著的負相關(p 值 <0.05)，與馬偕、慈濟與彰基醫院相同；相對地，非醫務收入越高則醫療社會服務支出顯著越多者有耕莘、埔基、思主公與臺安(p 值 <0.05)等醫院。最後，在一般型的為恭和秀傳醫院，其醫務收入結餘及總收入定義下之係數顯著為正，但秀傳醫院非醫務收入越高則醫療社會服務支出顯著越少(p 值 <0.1)，仁愛醫院也是如此(p 值 <0.1)。振興醫院當期醫務收入結餘、非醫務收入和總收入與醫療社會服務支出之間都沒有顯著的相關程度，宗教型中的門諾、戴德森與屏基醫院亦然。

表 9 右欄中 $|DA_charity|$ 代表醫院對醫療社會服務支出裁量的程度，與表 8 相同，可看出宗教型群組數值最高，表示其裁量程度高於企業型與一般型醫院。此與 Beck et al. (2020)發現宗教型醫院在面臨更高標準體制壓力下，更有動機去進行盈餘管理的結論一致。個別醫院中，長庚醫院的 $|DA_charity|$ 最小，表示其裁量醫療社會服務支出的程度較低。而企業型中的奇美醫院的數值最大，宗教

型中的埔基醫院以及一般型中的為恭醫院, 都有較同類型醫院偏高的數值, 表示其裁量醫療社會服務支出的程度較高; 其中, 奇美醫院的總收入與非醫務收入相對於醫療社會服務支出皆呈現顯著的負向關聯性, 與醫療收入結餘的關聯性也是企業型醫院中最低的。與奇美醫院不同, 埔基醫院將非醫務收入投入醫療社會服務支出比例非常高(係數達 0.931), 可見各醫院裁量醫療社會服務支出的目的不同。

表 9 2005-2019 醫療財團法人之特殊裁決性應計數額-醫療社會服務支出

		$EXP_charity_{it} = \alpha + \beta_1 REV_{it} + \varepsilon_{it}$					
		β_1			[DA_charity]		
		醫務收入結餘	非醫務收入	總收入	醫務收入結餘	非醫務收入	總收入
龍頭	長庚	0.064***	0.014***	0.006***	0.000	0.000	0.000
	亞東	0.094***	0.032***	0.005**	0.001	0.001	0.001
企業型	和信	0.096	0.055	0.027***	0.003	0.003	0.002
	奇美	0.044*	-0.259*	-0.010**	0.004	0.004	0.004
	國泰	0.119***	0.166***	0.016***	0.000	0.001	0.001
	新光	-0.073	0.038	0.009	0.001	0.001	0.001
	義大	0.079***	-0.071***	0.021***	0.000	0.002	0.001
	企業型樣本	0.073***	0.001	0.006***	0.002	0.003	0.002
宗教型	耕莘	0.057	0.522***	0.042***	0.003	0.002	0.002
	聖保祿	0.050*	0.205	0.003	0.001	0.002	0.002
	馬偕	0.070**	-0.092***	-0.007***	0.001	0.001	0.001
	新樓	0.027	0.037	0.013**	0.002	0.002	0.001
	門諾	0.093	-0.061	0.004	0.002	0.002	0.002
	慈濟	0.073***	-0.029***	-0.019*	0.001	0.001	0.001
	埔基	0.125	0.931***	0.089***	0.006	0.004	0.002
	恩主公	0.099	0.513**	0.058***	0.003	0.004	0.002
	臺安	-0.068	0.166**	-0.013	0.003	0.002	0.002
	戴德森	0.035	-0.038	0.011	0.001	0.002	0.002
	彰基	0.03	-0.200**	0.014	0.001	0.001	0.001
	若瑟	0.049*	0.245	0.015*	0.003	0.002	0.002
	聖馬爾定	-0.014	-0.748**	0.064**	0.003	0.003	0.003
	屏基	0.044	-0.123	-0.002	0.002	0.002	0.003
	宗教型樣本	0.018	0.001	-0.001	0.004	0.004	0.004
一般型	仁愛	0.027	-0.012*	0.001	0.001	0.001	0.001
	為恭	0.089*	-0.149	0.015**	0.002	0.002	0.002
	振興	0.058	0.004	-0.008	0.001	0.001	0.001
	秀傳	0.027***	-0.025*	0.005***	0.001	0.001	0.001
一般型樣本	0.073***	-0.048***	0.010***	0.002	0.002	0.002	
整體樣本	0.049***	-0.014	0.006***	0.004	0.005	0.004	
跨式檢定							
企業/一般	0.000	0.049*	-0.004	—	—	—	
宗教/一般	-0.056*	0.048	-0.010**	—	—	—	
企業/宗教	0.056*	0.001	0.007*	—	—	—	

註: *, **, ***分別為 $p < 0.1$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 。

五、臺灣版住院診斷關聯群支付制度的影響

為了瞭解健保制度沿革對醫療財團法人會計資訊品質的影響，我們將樣本區分為台灣實施住院診斷關聯群支付制度(Diglossie Related Groups, DRGs)³²前、第一階段與第二階段。具體而言，我們將樣本區成分 DRGs 實施前(2005~2009)、實施第一階段(2010~2014)以及實施第二階段(2015~2019)，共三個區段樣本。比較三個區段樣本之不同類型醫療財團法人的獲利能力、經營績效與會計資訊品質差異，藉此結果查看政策效果。未製表的結果顯示，醫療財團法人獲利普遍持續下降，僅一般型醫療財團法人的醫務利益率與餘絀在實施 TW-DRGs 第二階段後由負轉正，繳稅年度增加。企業型與宗教型醫療財團法人皆逐漸增加教育研究發展與醫療社會服務支出比率，一般型則不明顯。盈餘平穩程度整體而言提升，但一般型不然。企業型與一般型醫療財團法人的盈餘持續性在實施 TW-DRGs 第二階段後明顯提升；然而，營運現金流量組成的盈餘持續性則不然。

此外，一般型醫院對教育研究發展支出裁量的程度顯著降低，盈餘管理幅度下降；此外，企業型之 $|DA_charity|$ 在實施 DRGs 第二階段顯著低於實施前及第一階段，表示企業型醫院對醫療社會服務支出裁量的程度隨健保政策改革而降低，會計資訊品質提升。整體而言，樣本醫院在裁量教育研究發展支出程度較醫療社會服務支出程度高，前者佔醫療收入結餘的比重也明顯高出許多，但後者與各類收入的關聯性較高，不同類型的醫院在醫療社會服務支出比率上也存在差異。而宗教型醫院同時在教育研究發展支出與醫療社會服務支出的裁量程度皆較企業型與一般型醫院為高。在實施 DRGs 第二階段後，一般型在教育研究發展支出與企業型在醫療社會服務支出的盈餘管理程度皆顯著降低，宗教型則在各階段仍未具顯著差異。

伍、結論與建議

2006 年衛福部公告《醫療財團法人財務報告編製準則》，規範醫療財團法人財務報表之編製與財務資訊之揭露，並強制其申報；自此醫療財團法人之財務資訊開始透明可受公評。但該準則實施至此已有 15 年之久，醫療財團法人會計資訊品質及其品質特性，目前文獻鮮少做長年期的探究，政策效益尚未釐清。本研究人工收集 2005 年至 2019 年

³² 診斷關聯群(簡稱 DRG)支付制度是以住院病患的診斷、手術或處置，併同年齡、性別、有無合併症狀等條件，分成不同的群組，同時依各醫療資源使用的情形於事前訂定各群組的包裹支付點數。我國 DRGs 支付制度原訂五年計畫逐年導入，自 2010 年初導入第一階段後，2014 年 7 月導入第二階段，而以內科為大宗的第三階段至第五階段 Tw-DRGs 則因營運及財務衝擊造成醫界反彈而暫緩導入。據此，我們將樣本區成分 DRGs 實施前(2005~2009)、實施第一階段(2010~2014)、實施第二階段(2015~2019)，三個區段樣本。

醫療財團法人之財務報表及公告之資訊，自行編碼、轉檔並進行實證分析，期能針對醫療財團法人之財務結構、獲利能力、經營績效以及會計資訊品質進行完整及全面性地探討。

雖然醫療財團法人營運不以營利為目的，但仍須重視財務績效，當責於捐款人與利害關係人。由此，在規避稅負、避免監管機關與輿論媒體之關注、維持捐贈收入來源以及避免債務違約等誘因之下，可能存有操縱餘絀的動機與行為。分析醫療財團法人操縱結餘的背景動機與行為模式，可幫助財務報表使用者與利害關係人決策，亦有利於主管機關監督及建置相關準則的制定。為了控制規模的影響，本研究以台灣領取健保費用點值超過六億元之大型醫療財團法人為研究對象，同時依據捐贈人形態與捐贈目的區分為企業型、宗教型及一般型醫療財團法人，進一步比較不同類型醫療財團法人的獲利能力、經營績效與會計資訊品質特性。本研究之實證結果顯示，大型醫療財團法人之醫務收入於 2005 至 2019 年間持續成長，整體也呈現獲利狀態，而業外的非醫務利益為大型醫療財團法人的維持醫院營運之重要財源，包括來自關係人之捐贈收入或對關係企業之投資收益。整體負債比不高，但整體現金流量比率未超過 53%，短期償債力不佳，僅 9 家醫院經常性繳稅。整體捐贈收入達非醫務收入三成，資產報酬率達 3%，教育研究發展與醫療社會服務支出佔醫務收入結餘皆遠超過法定標準，整體經營績效佳。而居於產業龍頭地位的長庚醫院繳稅紀錄及投入在教育研究發展與醫療社會的支出比率卻相對低於其他醫院，在獲利能力上同時也突顯其高額的業外醫療利益及免稅的爭議³³。樣本中教學醫院在教育研究發展支出投入較多，而和信、門諾與聖馬爾定等醫院在醫療社會服務支出有最多的投入。

進一步比較不同類型醫療財團法人的獲利能力與會計資訊品質特性，可以發現企業型醫療財團法人在財務結構、獲利能力及資產報酬率優於宗教型和一般型醫療財團法人，但在繳稅年數及教育研究發展支出與醫療社會服務支出比率卻未顯著高於其他類型醫院，與社會公眾期待不符。而宗教型與一般型醫療財團法人之獲利能力未有顯著差異，但宗教型之繳稅年數卻明顯最低，尤其仰仗捐贈收入提高非醫務利益的宗教型醫院長年未達繳稅標準。此外，一般型醫院舉債程度最高，醫療財團法人存在負債融資排擠醫療社會服務支出的現象，此與郭振雄等(2006)研究結論一致。在財務報表品質方面，本研究發現醫療財團法人傾向聘僱大型會計師事務所查核，且會計師任期長，在近年來主管機關及媒體對醫療財團法人日益關注下，此有傳遞財務報表品質的涵意。此外，宗教型醫療財團法人在醫務利益上的平穩化程度較低，現金流量組成之餘絀持續性最差，繳稅最少，但裁量教育研究發展與醫療社會服務支出的比率最高。與過去文獻指出宗教型醫院受到內外體制規範壓力下，更有動機進行盈餘管理(Krishnan and Yetman 2011;

³³ 立委黃國昌強調，醫療財團法人過度優惠的不合理免稅規定，有全面檢討修正的必要...，否則長庚醫療財團法人「獲利上百億，應繳稅額卻是零」的情況將層出不窮。他也呼籲，別再讓醫療財團法人制度美意遭濫用，「淪為大財團規避稅捐的控股中心」(趙宥寧 2017)。

Cannon et al. 2018; Beck et al. 2020)或規避稅負(劉蕙瑩 2012)的結論一致。而企業型醫療財團法人之現金流量組成之餘絀持續性較佳，聘僱大型會計師事務所查核的比例最高。最後我們初探實施住院診斷關聯群支付制度前後之政策效果，發現在實施 TW-DRGs 第二階段後，教育研究發展與醫療社會服務支出比率的盈餘管理程度整體是降低的，尤以企業型最為明顯。此結果能提供推動 TW-DRGs 裨益於醫療財團法人會計資訊品質，以及健保資源分配效率提升的證據。

本研究的管理意涵有三，第一，關於免稅要件核實規範的建議。除了以更普及與透明的方式公開個別醫院之財務資訊³⁴，透過外部監督促使醫療財團法人善盡公益責任及嚴守財務資訊揭露法規之外，主管機關監核重點宜放在關係人交易、教育研究發展與醫療社會的支出比率，針對醫療法相關免稅項目加強審核並公布細項，以免淪為醫療財團法人盈餘管理的工具³⁵，以此更有效管理其會計資訊品質。如同 Krishnan and Yetman (2011)指出，美國國稅局會針對各項醫務與非醫務費用執行顯著性測試(salient test)，以檢核該費用是否與該醫院的免稅基礎直接相關。此外，相較於美國現行的「病人保護與平價醫療法案」(ACA)中明確規範，臺灣對醫療財團法人免稅規定比美國寬鬆許多。例如，想取得稅賦優惠的美國醫院必須履行「社區公益」和「慈善醫療」公益責任規範，相關資訊細項必須完全公開透明，事後依據法定醫療公益報表，核減稅賦。臺灣在檢核免稅條件時，稽查的機制未能跟上國際間針對免稅醫院或公益醫院之治理規範，醫療社會服務或公益服務支出的認定也未建立一套明確標準，存在許多灰色地帶得以操作，實有立即改進之必要。

第二，建議主管機關強化醫療財團法人的資訊透明度與財務報表可比性。我們在檢視醫療財團法人歷年財務資料時，發現各醫院的會計項目歸類並不統一，因此在不同醫院財務報表資訊的比較性較為薄弱。甚至，監察委員田秋堇與趙永清公開抨擊衛生福利部歷次財報審查以及委外進行訪查之結果，均未能及時發現醫療財團法人層出不窮之治理弊端³⁶，質疑主管機關訪查專業不足且督導不周；許多醫院提報之財報編製格式過舊，財務資訊遺漏不足供各界有效監督，兩位監察委員因而申請自動調查衛服部查處醫療團法人治理弊端情形，及其是否當責於依法替全民把關(監察院新聞稿 2018)。因此建立透明公開且具可比性之醫院財務報表，讓未來分配健保資源的健保會議相關代表有實質證

³⁴ 本研究在蒐集 15 年的財團法人醫院的財務報表時，發現該資訊隱藏在層層聯結下，不易直接取得。

³⁵ 例如企業型醫院之獲利能力最佳，而表現較佳之醫院幾乎每年繳稅；但宗教型獲利最佳之醫院卻未曾繳稅，此情況並不合理。尤其本研究發現，宗教型在醫療社會公益支出的裁量程度最高，與社會大眾對宗教院有較高的期望與標準背道而馳，建議投資者在進行投資或捐助決策時，亦能詳細檢視醫院財務績效，確實醫院在社區公益和慈善醫療的明確公益責任規範，以符合投資目的之預期，並達到社會監督之效。

³⁶ 例如 2017 與 2018 年閩林口長庚醫院急診醫師集體出走、馬偕醫院董座爭議、新光醫院使用關係企業的無照透折用水系統、振興醫院牽扯婦聯會資產爭議、嘉義基督教醫院工會 300 人遊行抗議血汗勞動條件等等。

據可供參考，透過他律讓民眾、外部民意團體與醫療從業人員共同監督，以提高會計資訊品質。此外，財務資訊透明能突顯偏鄉與規模對醫院營運的影響，有利於主管機關在資源分配上脫離大者恆大的循環。最後，我們也探討 TW-DRGs 之政策效果，比較實施前以及實施後兩階段間對醫療財團法人的財務影響，發現各醫院的醫務利益明顯下降，無關係人支持的一般型醫療財團法人反而得到政策的好處，營利趨向穩定。而在實施 TW-DRGs 第二階段後，教育研究發展與醫療社會服務支出的比率，盈餘管理程度顯著較實施前為低，尤以企業型最為明顯。此初探結果能提供推動 TW-DRGs 裨益於醫療財團法人會計資訊品質，以及健保資源分配效率提升的證據。

本研究之研究限制在於，為了控制樣本規模對實證分析的影響，本研究僅探討大型醫療財團法人，排除了健保請領數額低於六億之醫院與其他基金會組織，使得實證結果可能無法一般化至所有不同規模的醫療財團法人。建議後續研究可以延伸探討中型與小型之醫療財團法人，俾與本研究比較。

參考文獻

- 王媛慧、徐偉初與周麗芳，2005，我國財團法人醫院經營績效之研究，龍華科技大學學報，第 19 期：133-153 頁。(Wang, Yuan-Huei, Steve W. Tsui, and Li-Fang Chou. 2005. Operational performance of non-profit proprietary hospitals in Taiwan. *Journal of Lunghwa University of Science and Technology* 19: 133-153.)
- 朱澤民，2013，別養大了醫療巨人 扭曲醫療生態，聯合報(4 月 9 日)，D2 版。(Zhu, Ze-Min. 2013. Don't bring up the medical giant and distort the medical ecology. *United Daily* (April 9): D2.)
- 何怡澄與郭振雄，2016，法令變動對醫療財團法人從事社區公益服務的影響，臺灣經濟預測與政策，第 46 卷，第 2 期：119-156。(Ho, Yi-Cheng, and Jenn-Shyong Kuo. 2016. Do non-profit hospitals change the community benefit service provided when faced with law amendment?. *Taiwan Journal of Economic Forecast and Policy* 46 (2): 119-156.)
- 李佳容、林進財、譚醒朝與張曉芬，2010，台灣地區財團法人醫院財務績效之評估，健康管理學刊，第 8 卷，第 2 期：199-208。(Li, Chia-Jung, Chin-Tsai Lin, Sing-Chew Tam, and Hsiao-Fen Chang. 2010. The evaluation of financial performance for non-profit proprietary hospitals in Taiwan. *Journal of Health Management* 8 (2): 199-208.)
- 林江亮與何永智，2009，資訊透明與財務操縱對非營利組織捐贈收入影響之研究，應用經濟論叢，第 86 期：139-185。(Lin, Chiang-Liang, and Yung-Chih Ho. 2009. Implications of information transparency and financial manipulation on donations: Empirical evidences from not-for-profit organizations in Taiwan. *Taiwan Journal of Applied Economics* 86: 139-185.)
- 邱士宗、郭振雄與何怡澄，2017，醫療財團法人董事會結構與組成與營運效率及投資效率的關聯性，第三部門學刊，第 20 期，1-36。(Chiu, Shih-Tsung, Jenn-Shyong Kuo, and Yi-Cheng Ho. 2017. The association of board structure and composition with no-for-profit hospitals operational and capital- investment efficiency. *Third-Sector Review* 20: 1-36.)
- 邱怡君，2021，林口長庚蟬聯最賺錢醫院亞東最慘年虧 4.3 億，聯合報(3 月 31 日)，網址：<https://udn.com/news/story/7266/5355394>。(Qiu, Yi-Jun. 2021. Linkou Changgeng

- was the most profitable hospital, and Yadong suffered the worst annual loss of \$430 million. *United Daily* (March 31). Available online at: <https://udn.com/news/story/7266/5355394>.)
- 邱皓政, 2019, 量化研究與統計分析(六版): SPSS 與 R 資料分析範例解析, 台北: 五南。(Qiu, Hao-zheng. 2019. *Quantitative Research and Statistical Analysis: Analysis of SPSS and R Data Analysis Examples*. Taipei: Wunan)
- 柯妍嬪, 2009, 財團法人醫院和金融產業企業社會責任之投入與財務績效的關聯分析, 嘉南藥理科技大學醫療資訊管理研究所碩士論文。(Ke, Yan Pin. 2009. *The Relationship of Corporate Social Responsibility and Financial Performance in the Juridical Person Hospital and Financial Industry*. Master thesis, Chia Nan University Pharmacy & Science.)
- 洪綾君與林依瑩, 2010, 台灣醫療財團法人財務資訊公開之研究, 公共行政學報, 第 37 期: 37-70。(Hung, Ling-Chun, and Yi-Ying Lin. 2010. Financial disclosure of non-profit hospitals in Taiwan. *Journal of Public Administration* 37: 37-70)
- 洪綾襄, 2015, 財團醫院搬錢術 25 大醫院財報全揭密肥老闆瘦醫護手法曝光, 財訊雙週刊, 第 471 期: 40-49。(Hong, Ling-Xiang. 2015. Financial report of top 25 hospitals revealed. *Wealth Magazine* 471: 40-49.)
- 紀佳好, 2020, 探究財團法人醫院董事會特性與醫療品質之關係, 國立臺北護理健康大學健康事業管理研究所碩士論文。(Chi, Chia-Yu. 2020. *Relationship between Board Characteristics and Healthcare Quality for Non-Profit Proprietary Hospitals in Taiwan*. Master Thesis, National Taipei University of Nursing Health Sciences.)
- 范宏書, 2009, 盈餘平穩化與會計資訊的相對價值攸關性, 臺大管理論叢, 第 19 卷, 第 S2 期: 127-164。(Fan, Hung-Shu. 2009. The effect of income smoothing on the relative value-relevance of accounting information. *NTU Management Review* 19 (S2): 127-164.)
- 范宏書、林彥廷與陳慶隆, 2015, 實質盈餘管理對會計資訊價值攸關性之影響, 臺大管理論叢, 第 25 卷, 第 3 期: 163-196。(Fan, Hung-Shu, Yan-Ting Lin, and Ching-Lung Chen. 2015. The effect of real earnings management on the value-relevance of accounting information. *NTU Management Review* 25 (3): 163-196.)
- 倪浩倫, 2017, 被指為台塑「控股公司」長庚醫院今發聲明駁斥, 工商時報(11月22日), 網址: <https://ctee.com.tw/livenews/chinatimes/ch/20171122003353-260405>。(Ni, Hao-Lun. 2017. Changgeng hospital, accused of being the "holding company" of Formosa Plastics, refuted in a statement today. *Commercial Times* (November 22). Available online at: <https://ctee.com.tw/livenews/chinatimes/ch/20171122003353-260405>.)
- 徐焱煌, 2015, 慈濟醫院的規模不及長庚的一半, 為何管理費用卻比長庚多花了 6 億?, 報橘(3月9日), 網址: <http://buzzorange.com/2015/03/09/tzu-chi-spent-lots-of-money-in-management-not-for-nurse-and-doctor/>。(Xu, Jian-Huang. 2015. The size of Tzuchi Hospital is less than half that of Changgeng. Why does the management expenditure cost 600 million more than Changgung's? *BuzzOrange* (March 9). Available online at: <http://buzzorange.com/2015/03/09/tzu-chi-spent-lots-of-money-in-management-not-for-nurse-and-doctor/>.)
- 張力, 2012, 財團法人醫院獲利與醫療救濟服務差異之研究: 以不同形態財團法人醫院

- 為例，當代會計，第 13 卷，第 1 期：93-116。(Chang, Li. 2012. The study of financial performance and community benefit services in different types of nonprofit hospitals. *Journal of Contemporary Accounting* 13 (1): 93-116.)
- 張雅怡，2012，非營利組織的盈餘管理行為：以醫院為例，國立成功大學會計研究所碩士論文。(Chang, Ya-Yi. 2012. *Earnings Management in Non-profit Firms: Evidence from Hospitals*. Master thesis, National Cheng Kung University.)
- 張樂心、鄭守夏、楊銘欽與江東亮，2004，醫院權屬別與醫療收費，台灣公共衛生雜誌，第 23 卷，第 2 期：130-140。(Chang, Le-Hsin, Shou-Hsia Cheng, Ming-Chin Yang, and Tung-Liang Chiang. 2004. Hospital ownership and medical service pricing. *Taiwan Journal of Public Health* 23 (2): 130-140.)
- 梁志民、郭振雄、李怡慧與何怡澄，2018，醫療財團法人的租稅優惠與社區公益服務，臺大管理論叢，第 28 卷，第 2 期：1-32。(Liang, Chih-Min, Jenn-Shyong Kuo, I-Huei Li, and Yi-Cheng Ho. 2018. The relationship between "tax-exemption" and "community benefit service" of not-for-profit hospitals. *NTU Management Review* 28 (2): 1-32.)
- 許崇源、林宛瑩、游智媛與塗盈嬪，2004，複雜交叉控股型態(3)--和信集團，貨幣觀測與信用評等，第 48 卷：84-117。(Hsu, Chung-Yuan, Wan-Yin Lin, Zhi-Yuan You, and Ying-Luo Tu. 2004. A model of complex cross shareholding (III) - Hexin group. *Money Watching & Credit Rating* 48: 84-117.)
- 郭振雄、何怡澄與羅德城，2006，非營利醫院的負債融資與社區公益活動，台灣公共衛生雜誌，第 25 卷，第 6 期：440-448。(Kuo, Jenn-Shyong, Yi-Cheng Ho, and Der-Cherng Lo. The association of debt financing with community benefit services provided by private, not-for-profit hospitals in Taiwan. *Taiwan Journal of Public Health* 25 (6): 440-448.)
- 陳婕翎，2019，最賺錢醫院 得靠副業救援，聯合報(1 月 31 日)，網址：<https://health.udn.com/health/story/5999/3623814>。(Chen, Jie-Ling. 2019. The most profitable hospital has to rely on sideline rescue. *United Daily News* (January 31) Available online at: <https://health.udn.com/health/story/5999/3623814>.)
- 黃心蘭，2015，財團法人醫院所得稅免稅標準與盈餘管理之關聯性，銘傳大學會計學系碩士班碩士論文。(Huang, Xin-Lan. 2015. *The Association of Foundation Hospital Income Tax Exemption and Earnings Management*. Master thesis, Mingchuan University.)
- 黃經祥，2011，打開「醫院財報」說亮話是醫院壓榨醫師，還是健保虧待醫院？，醫療改革基金會，5 月 17 日，網址：<https://www.thrf.org.tw/archive/255>。(Huang, Jing-Hsiang. 2011. Opening the "hospital financial report" to say: Is the hospital squeezing doctors, or does health insurance treat hospitals badly?. *Medical Reform Foundation* (May 17). Available online at: <https://www.thrf.org.tw/archive/255>.)
- 黃達夫，2018，台灣醫療需要由量到質的革命，和信醫院雙週刊，第 346 期：3-4，網址：<https://www.kfsyscc.org/m/archives/6808> (Huang, Da-Fu. 2018. Taiwan medical needs from quantity to quality revolution. *Koo Foundation Sun Yat-Sen Cancer Center Weekly Journal* 346: 3-4. Available online at: <https://www.kfsyscc.org/m/archives/6808>.)
- 黃德舜、李怡穎與劉振家，2009，績效、審計品質與盈餘管理之關係—以財團法人醫院為例，非營利組織管理學刊，第 7 期：69-88。(Huang, Derek Teshun, Yi-Ying Lee, and Zhien-Chia Liu. The relationship among performance, audit quality and earning management – An empirical study on nonprofit hospital. *Journal of NPO Management* 7: 69-88)

- 葉銀華、邱顯比與何憲章，1997，利益輸送代理問題和股權結構之理論與實證研究，中國財務學刊，第4卷，第4期：47-73。(Yeh, Yin-Hua, Shean-Bii Chiu, and Hsien-Chan Ho. 1997. Wealth exploitation and ownership structure-A study of agency theory on Taiwan stock market. *Journal of Financial Studies* 4 (4): 47-73.)
- 監察院新聞稿，2018，財團法人醫院屢傳治理弊端 衛生福利部有否善盡主管機關監督責任？監察委員田秋堇、趙永清申請自動調查，網址：https://www.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=124&sms=8912&s=12978。(News of the Control Yuan, 2018, The financial group legal person hospital repeatedly reported the malpractice of governance, does the Ministry of health and welfare fulfill the supervision responsibility of the competent authority? Supervisors Tian Qiu-jin and Zhao Yongqing applied for automatic investigation. Available online at: https://www.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=124&sms=8912&s=12978.)
- 趙宥寧，2017，長庚醫院股利百億卻免繳稅，黃國昌批：淪為財團避稅的控股中心，風傳媒，網址：<https://www.storm.mg/article/342441> (Zhao, Yu-Ning, 2017, Changgeng hospital's dividend of 10 billion yuan is tax-free, Huang Guochang criticizes: Become the holding center of the Consortium for tax avoidance, *The Storm media*. Available online at: <https://www.storm.mg/article/342441>.)
- 劉蕙瑩，2012，舉債程度與社區公益支出對財務操縱行為影響之研究：以我國非營利醫院為例，中原大學會計研究所碩士論文。(Liou, Huey-Yng. 2012. *The Effects of the Debt Using and Community Benefit Service Expenditure on Financial Manipulation: Empirical Evidences of Taiwanese Not-for-profit Hospitals*. Master thesis, Chung Yuan Christian University.)
- 潘淑岑，2020，國內醫療財團法人關係人交易樣態與財務績效之關聯性，國立臺北大學會計學系碩士班碩士論文。(Pan, Shu-Tsen. 2020. *The Correlation between Related Party Transaction Patterns and Financial Performance in Domestic Medical Foundations*. Master thesis, National Taipei University.)
- 蔡啟明，2006，以稅捐徵免管理財團法人醫院公益目的之研究，東海大學公共事務碩士在職專班碩士論文。(Tsai, Chi-Ming. 2006. *A Research for Managing the Public Welfare Purpose of the Non-profit Proprietary Hospitals with Tax or Tax Exemption*. Master Thesis, Tunghai University.)
- 謝佩菁，2016，前期盈虧與零盈餘門檻對成本不對稱性之影響-以台灣醫療財團法人為例，國立臺北大學會計學系博士論文。(Hsieh, Pei-Chen. 2016. *The Effect of Prior Net Income (Loss) and Zero Earnings Benchmark on Cost Asymmetry - Evidence from Taiwan Hospitals*. Ph. D. dissertation, National Taipei University.)
- 醫療改革基金會，2004，醫院乾坤挪移大法 侵蝕健保財務 醫改會：醫院財報不公開 健保漲價怎麼談？網址：<https://www.thrf.org.tw/archive/1263>。(Healthcare Reform Foundation. 2004. The great law of changing the world of hospitals erodes the finance of health insurance?. Available online at: <https://www.thrf.org.tw/archive/1263>.)
- 醫療改革基金會，2014a，醫改會呼籲修法，遏止「財團法人醫院」淪為「財團」醫院，網址：<https://www.thrf.org.tw/publication/1504#F>。(Healthcare Reform Foundation. 2014a. The Health Care Reform Commission calls for amendment of the law to prevent the "consortium Corporation hospital" from becoming a "Consortium" hospital. Available online at: <https://www.thrf.org.tw/publication/1504#F>.)
- 醫療改革基金會，2014b，醫改會體檢「財團法人醫院」財務真相，網址：

- <https://www.thrf.org.tw/publication/1506>。(Healthcare Reform Foundation. 2014b. Health care reform commission to examine the financial truth of "consortium legal person hospital". Available online at: <https://www.thrf.org.tw/publication/1506>.)
- 譚慧芳與吳清在，2012，非營利醫院的避稅動機與盈餘管理，會計與公司治理，第 8 卷，第 2 期：1-25。(Tan, Hui-Fang, and C. Tsing-Zai Wu. 2012. Tax-Motivated Earnings Manipulation by Nonprofit Hospitals. *Journal of Accounting and Corporate Governance* 8 (2): 1-25.)
- Baber, W. R., P. L. Daniel, and A. A. Roberts. 2002. Compensation to managers of charitable organizations: An empirical study of the role of accounting measures of program activities. *The Accounting Review* 77 (3): 679-693.
- Barragato, C. A., and S. Basu. 2007. Properties of accounting earnings in not-for-profit organizations. Working Paper, Long Island University, and Emory University.
- Beck, A., C. Gilstrap, J. Rippey, and B. Vansant. 2020. Strategic reporting by nonprofit hospitals: An examination of bad debt and charity care. Working Paper, Georgia State University, University of Toledo, Johns Hopkins University, and Auburn University.
- Beisland, L. A., and R. Mersland. 2014. Earnings quality in nonprofit versus for-profit organizations: Evidence from the microfinance industry. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 43 (4): 652-671.
- Bernstein, L. A., and J. J. Wild. 1998. *Financial Statement Analysis: Theory, Application, and Interpretation*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Brickley, J. A., and R. L. Van Horn. 2002. Managerial incentives in nonprofit organizations: Evidence from hospitals. *The Journal of Law and Economics* 45 (1): 227-249.
- Cannon, J. N., M. A. Lamboy-Ruiz, and O. V. Watanabe. 2018. The influence of ownership type and the affordable care act on earnings management in U.S. hospitals. Working Paper, Utah State University, Iowa State University, and Iowa State University.
- Charity Commission. 2000. *Accounting and Reporting by Charities: Statement of Recommended Practice*. London, UK: Charity Commission.
- Charity Commission. 2005. *Accounting and Reporting by Charities: Statement of Recommended Practice*. London, UK: Charity Commission.
- Charity Commission. 2016. *Accounting and Reporting by Charities: Statement of Recommended Practice*. London, UK: Charity Commission.
- DeAngelo, L. E. 1981. Auditor size and audit quality. *Journal of Accounting and Economics* 3 (3): 183-199.
- Dechow, P., W. Ge, and C. Schrand. 2010. Understanding earnings quality: A review of the proxies, their determinants and their consequences. *Journal of Accounting and Economics* 50 (2-3): 344-401.
- DeFond, M., D. H. Erkens, and J. Zhang. 2017. Do client characteristics really drive the Big N audit quality effect? New evidence from propensity score matching. *Management Science* 63 (11): 3628-3649.
- Dong, G. N. 2016. Earnings management in U.S. hospitals. *Journal of Health and Human Services Administration* 39 (1): 41 - 71.
- Francis, J., R. LaFond, P. M. Olsson, and K. Schipper. 2004. Costs of equity and earnings attributes. *The Accounting Review* 79 (4): 967-1010.
- Frank, R. G., D. S. Salkever, and J. Mitchell. 1990. Market forces and the public good: Competition among hospitals and provision of indigent care. *Advances in Health Economics and Health Services Research* 11: 159-183.

- GAO (United States General Accounting Office). 2002. *Tax-Exempt Organizations: Improvements Possible in Public, IRS, and State Oversight of Charities*. GAO-02-526. Washington, DC: GAO.
- GAO (United States General Accounting Office). 2008. *Variation in Standards and Guidance Limits Comparison of How Hospitals Meet Community Benefit Requirements*. GAO-08-880. Washington, DC: GAO.
- Ghemawat, P., and T. Khanna. 1998. The nature of diversified business groups: A research design and two case studies. *The Journal of Industrial Economics* 46 (1): 35-61.
- Gordon T. P., and S. B. Khumawala. 1999. The demand for not-for-profit financial statements: A model of individual giving. *Journal of Accounting Literature* 18: 31-56.
- Hunt, A., S. E. Moyer, and T. Shevlin. 1997. Earnings Volatility, Earnings Management, and Equity Value. Working paper, University of Washington, and Seattle University.
- Jian, M., and T. J. Wong. 2003. Earnings Management and Tunneling through Related Party Transactions: Evidence from Chinese Corporate Groups. Working Paper, Nanyang Technological University, and The Hong Kong University of Science and Technology.
- Jiang, J., I. Y. Wang, and K. P. Wang. 2019. Big N auditors and audit quality: New evidence from quasi-experiments. *The Accounting Review* 94 (1): 205-227.
- Keating, E. K., L. M. Parsons, and A. A. Roberts. 2008. Misreporting fundraising: How do nonprofit organizations account for telemarketing campaigns?. *The Accounting Review* 83 (2): 417-446.
- Kester, W. C. 1992. Industrial groups as systems of contractual governance. *Oxford Review of Economic Policy* 8 (3): 24-44.
- Krishnan, R., and M. H. Yetman. 2011. Institutional drivers of reporting decisions in nonprofit hospitals. *Journal of Accounting Research* 49 (4): 1001-1039.
- Krishnan, R., M. H. Yetman, and R. J. Yetman. 2006. Expense misreporting in nonprofit organizations. *The Accounting Review* 81 (2): 399-420.
- Leone, A. J., and R. L. Van Horn. 2005. How do nonprofit hospitals manage earnings?. *Journal of Health Economics* 24 (4): 815-837.
- Lipe, R. 1990. The relation between stock returns and accounting earnings given alternative information. *The Accounting Review* 65 (1): 49-71.
- McGuire, S. T., N. J. Newton, T. C. Omer, and N. Y. Sharp. 2012. Does Local Religiosity Impact Corporate Social Responsibility? Working paper, Texas A&M University, Florida State University, and University of Nebraska at Lincoln.
- McNichols, M. F. 2000. Research design issues in earnings management studies. *Journal of Accounting and Public Policy* 19 (4-5): 313-345.
- Omer, T. C., and R. J. Yetman. 2003. Near zero taxable income reporting by nonprofit organizations. *The Journal of the American Taxation Association* 25 (2): 19-34.
- Parsons, L. M. 2003. Is accounting information from nonprofit organizations useful to donors? A review of charitable giving and value-relevance. *Journal of Accounting Literature* 22: 104-129.
- Parte-Esteban, L., and C. F. García. 2014. The influence of firm characteristics on earnings quality. *International Journal of Hospitality Management* 42: 50-60.
- Pinnuck, M., and B. N. Potter. 2009. The quality and conservatism of the accounting earnings of local governments. *Journal of Accounting and Public Policy* 28 (6): 525-540.
- Porter, M. E., and T. H. Lee. 2013. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review* (October).

- Sloan, R. G. 1996. Do stock prices fully reflect information in accruals and cash flows about future earnings?. *The Accounting Review* 71 (3): 289-315.
- Tan, H. F., 2011. Earning management in non-profit hospitals-evidence from Taiwan. *International Journal of Electronic Business Management* 9 (3): 243-257.
- Titman, S., and B. Trueman. 1986. Information quality and the valuation of new issues. *Journal of Accounting and Economics* 8 (2): 159-172.
- Trussel, J. 2003. Assessing potential accounting manipulation: The financial characteristics of charitable organizations with higher than expected program spending ratios. *Non-profit Voluntary Sector Quarterly* 32 (4): 616-634.
- Tucker, J. W., and P. A. Zarowin. 2006. Does Income Smoothing Improve Earnings Informativeness?. *The Accounting Review* 81 (1): 251-270.
- Weber, J., and M. Willenborg. 2003. Do expert informational intermediaries add value? Evidence from auditors in microcap initial public offerings. *Journal of Accounting Research* 41 (4): 681-720.
- Weisbrod, B. A. 1975. Research in health economics: A survey. *International Journal of Health Services* 5 (4): 643-661.
- Yetman, M. H., and R. J. Yetman. 2009. Determinants of nonprofits' taxable activities. *Journal of Accounting and Public Policy* 28 (6): 495-509.
- Yetman, R. J., 2001. Tax-motivated expense allocations by nonprofit organizations. *The Accounting Review* 76 (3): 297-311.