

計畫編號：DOH89-TD-1096

行政院衛生署八十八年下半年及八十九年度  
科技研究發展計畫

# 我國公立醫院經營體制 與權責之研究

研究報告

執行機構：國立中山大學

計畫主持人：張玉山教授

研究人員：賴春生院長、李正芳助理研究員、李淳助理研究員

執行期間：88 年 07 月 01 日至 89 年 06 月 30 日

＊ ＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 ＊ ＊

# 我國公立醫院經營體制與權責之研究

## 中文摘要

我國公立醫院設立之目的，一方面係由於早期台灣地區經濟不發達，民間無法承擔興建及營運醫院所需之大筆資金；另一方面，則為落實政府照顧低收入民眾及維護偏遠、醫療資源不足地區民眾就醫的權利，並扮演貧民施醫、路倒病人救治等社會福利政策。因此，公立醫院對於台灣地區醫療服務及公共衛生之促進與發展，實有其不可抹煞的階段性的價值。惟晚近隨著經濟之成長、社會之開放與消費者意識之強化，使民眾對於公立醫院之服務水準的要求日漸增高，加以民營或財團法人醫院之興起、全民健保的開辦，對國內的醫療產業帶來前所未有之衝擊，使得醫院之間的競爭日趨激烈。然而由於現行公立醫院尚被定位為一般公務行政機關，因此受到政策或法令規章及行政體制之規範與限制甚深，因此公立醫院在組織體制與經營管理方面，皆必須同步進行必要之調整，以增加經營之彈性與自主空間，方足以因應未來市場之挑戰。

本研究之目的在探討我國公立醫院如何調整經營體制與權責，以因應我國醫療產業環境的重大變化，並期研究結果可作為主管機關未來擬定公立醫院轉型調整政策之參考。本研究探討之主題係選擇以我國醫療產業自由化的趨勢以及公立醫院體系在醫療產業環境中的定位為主軸，以文獻探討與資料分析歸納法，作為主要之研究方法，嘗試從既有研究發現以及相關醫療產業之統計資料中，整理出問題分析的層次以及對此一問題之分析架構。

近年來，由於經濟自由化思潮的普及，以及對政府角色的重新思考，

過去許多由政府以行政機關提供公共服務的作法也日益受到市場觀念的挑戰，在此種趨勢之下，社會上乃有公共部門改造與公共服務企業化與民營化之主張。這些觀念及主張均在在衝擊著傳統公共服務提供之方法。展望未來，醫療機構間的競爭將日益激烈，公立醫療機構也不宜背負著不公平的政策負擔與民間的醫療機構作不公平的競爭。因此，長期而言，公立醫療機構之轉型宜以追求自主經營與公平競爭的組織型態為宜。而公立醫院之改造，除了本身的調整外，也應與下列外部制度之相互配合方可以為功：

- (1) 界定政府之政策責任與醫院之經營責任。
- (2) 對醫療行為以及醫療機構間之競爭，宜作出適切之規範，以防止市場失靈與不適宜之醫療行為。
- (3) 政府之政策責任之落實宜透由預算補助以及平衡基金之建立，以公平公開之方式開放所有有能力與興趣提供服務之醫療機構參與，以補貼或收取基金的方式落實醫療產業中非市場構面的公共責任。
- (4) 現行之公立醫院，在政策任務與醫療機構經營責任釐清之後，宜考慮自身之條件，以能在競爭的環境中自立生存之組織型式以及轉型方案為其終極之目標。

然而，上述之理想狀況並非一蹴可幾，在相關配套措施尚未完善之前，階段性透由公立醫療機構執行政策目標，以均衡醫療資源配置並提昇醫療資源的使用效率，也是公立醫院階段性在轉型時的定位及目標。由於我國公立醫院的體系多元，其個別醫院之間以及不同醫療區域的資源特性的差異甚大，因此有關我國公立醫院階段性體制轉型議題的思考，應先重新調整公立醫院在醫療體系中所扮演的功能角色，並針對公立醫院在所處醫療區域的地位進行區域定位分析，據以擬定出個別公立醫院面對環境變動時應採取的經營調整策略，再進一步分別選擇適合的經營體制調整模式來推動既有公立醫院的體質改善並落實轉型的目的。

**關鍵詞：**公立醫院、組織改制、績效評估、民營化

# **A Study of Organization and Hierarchy Design of Public Hospital in Taiwan**

## **Abstract**

The purpose of this research project is to study the organizational adjustment for the public hospitals in Taiwan. Due to the radical changes in the medical environment, the traditional functions and operations of the public hospital is now under serious challenges, in this research project, alongside with relevant rules and regulations, we study the statistics and recent studies of the medical society, to formulate possible transformation strategies and organizational form of the public hospitals.

The concepts of liberalization and privatization have recently advanced to the once highly regulated medical industry. The traditional roles of public hospitals are under re-evaluation. In order to push forward the transformation and privatization of the public hospitals, adjustments of relevant regulations on the part of government are also needed to ensure social responsibility and public health.

Before such adjustments are complete, public hospitals, while pursuing their transformation, still need to serve their public functions in the process. Our research recommends short-term and long-term goals for the public hospitals transformations.

**Keyword:** Public hospital 、 Organizational re-structuring 、 Performance appraisals 、 Privatization

# 我國公立醫院經營體制與權責之研究

## 目 次

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 第一章 緒論 .....            | 1  |
| 第一節 研究背景 .....          | 1  |
| 第二節 研究問題 .....          | 2  |
| 第三節 研究流程及方法 .....       | 4  |
| 第二章 文獻探討 .....          | 7  |
| 第一節 公立醫院經營績效的衡量 .....   | 8  |
| 第二節 民營化的理論 .....        | 11 |
| 第三節 公立醫院未來的發展 .....     | 16 |
| 第三章 台灣地區醫療產業環境的變動 ..... | 19 |
| 第一節 醫療產業的特色和變遷 .....    | 19 |
| 第二節 台灣地區醫療系統與資源分佈 ..... | 23 |
| 第三節 醫療產業的需求變動 .....     | 28 |
| 第四節 醫療產業的發展趨勢 .....     | 30 |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| 第四章 我國公立醫院的經營現況 .....                | 37  |
| 第一節 公立醫院的系統及規模 .....                 | 37  |
| 第二節 公立醫院的功能 .....                    | 40  |
| 第三節 公立醫院面臨的發展問題 .....                | 43  |
| 第四節 公立醫院在醫療產業中的重新定位 .....            | 47  |
| 第五章 我國公立醫院經營體制的改制模式之分析 .....         | 61  |
| 第一節 公立醫院經營體制調整的目標 .....              | 61  |
| 第二節 各種經營體制革新模式之分析 .....              | 67  |
| 第六章 公立醫院經營體制調整之策略 .....              | 89  |
| 第一節 公立醫院經營體制調整的策略與標準 .....           | 89  |
| 第二節 公立醫院未來經營體制調整方向及調整模式<br>的選擇 ..... | 94  |
| 第七章 結論與建議 .....                      | 101 |
| 參考文獻 .....                           | 107 |

## 表 次

|       |                         |    |
|-------|-------------------------|----|
| 表 3.1 | 台灣地區歷年公私立醫療院所數 .....    | 26 |
| 表 3.2 | 歷年每萬人病床數與醫事人數統計 .....   | 27 |
| 表 3.3 | 歷年醫療保健支出統計 .....        | 28 |
| 表 3.4 | 歷年台灣地區國民平均餘命統計 .....    | 30 |
| 表 4.1 | 公立醫院規模及服務量統計 .....      | 39 |
| 表 4.2 | 台灣地區各醫療區域醫療資源統計 .....   | 50 |
| 表 4.3 | 台灣地區醫院各類病床統計 .....      | 52 |
| 表 4.4 | 衛生署所屬醫院區域定位分析 .....     | 56 |
| 表 4.5 | 衛生署所屬醫院規模及服務比重 .....    | 59 |
| 表 6.1 | 公立醫院區域利基分析與體制調整策略 ..... | 90 |

## 第一章 緒論

### 第一節 研究背景

我國政府為普遍照顧國民健康，並平衡地區醫療資源，因此依據全國醫療網之規畫，由各級政府在各地區設置公立醫院，以達成提供居民醫療服務與公共衛生之任務。觀諸公立醫院之設立目的，一方面係由於早期台灣地區經濟不發達，民間無法承擔興建及營運醫院所需之大筆資金；另一方面，則為落實政府照顧低收入民眾及維護偏遠、醫療資源不足地區民眾就醫的權利，並扮演貧民施醫、路倒應人救治等社會福利政策，因此公立醫院對於台灣地區醫療及公共衛生之促進與發展，實有其階段性的貢獻。惟晚近隨著經濟之成長、全民健保的開辦，對國內的醫療市場產生前所未有之衝擊，醫院之間的競爭也日趨激烈。然而由於目前公立醫院尚被定位為一般的公務行政機構，因此受到行政體系之管理原則、政策或法令規章之規範與限制，導致公立醫院的經營難以靈活因應環境變化，以面對未來之挑戰，因此公立醫院在組織與經營管理方面，必須同步進行必要之調整，方足以因應來自市場之挑戰。

除了整體醫療市場環境之變遷造成公立醫院經營上之衝擊外，近年來，由於經濟自由化思潮的普及，以及對政府角色的重新思考，過去許多由政府以行政機關提供公共服務的作法也日益受到市場觀念的挑戰，在此種客觀情況下，社會上乃有公共部門改造與公共服務企業化與民營化之主張。這些觀念及主張均在在衝擊著傳統公共服務提供之方法。因此如何提昇行政效率，減少政府支出，加強為民服務，業已成為政府之施政目標之一，而重新思考政府所應扮演之角色，推動政府再造工程，建立「小而能」

的政府，將會是政府未來施政之重心。依據民國八十五年所召開之「國家發展會議經濟發展議題總結報告」中認為，擴大民營化之範圍，推動公立醫院之民營化，為政府未來政策應有之取向。觀諸上述之分析可知，透過公立醫院之組織調整與轉型，以提高經營績效，實為現階段政府的政策趨勢，亦為公立醫院面對未來的挑戰與變革所需進行的必要措施。

準此，本研究之目的乃在探討我國公立醫院如何調整經營體制與權責，以因應我國醫療產業環境的重大變化，並期研究結果可作為主管機關未來擬定公立醫院轉型調整政策之參考。

## 第二節 研究問題

依據我國醫療法的規定，所謂公立醫療機構是指由政府機關、公營事業機構以及公立學校所設立的醫療機構，而公立醫療機構之醫療業務應受中央衛生主管機關之監督。在分類上，公立醫療機構尚可分為公立醫院與公立診所，其與私立醫療機構及財團法人醫療機構共同形成我國的醫療體系，至 87 年底我國共有公立醫院 97 家，分別隸屬於行政院衛生署、市縣政府、公立醫學院校、國防部、退輔會及其他政府機構等體系，除了公立醫院之外尚有為數不少的公立診所，但因公立診所的規模及服務量皆不大。因此本研究所探討的對象係以公立醫院為主。

近年來隨著經濟之成長、社會之開放與消費者意識之強化，使民眾對於公立醫院之服務水準的要求日漸增高，加以民營或財團法人醫院之興起、全民健保的開辦，對國內的醫療產業帶來前所未有之衝擊，使得醫院

之間的競爭日趨激烈。然而由於現行公立醫院尚被定位為一般公務行政機關，因此受到政策或法令規章及行政體制之規範與限制甚深，因此公立醫院在面對未來市場的嚴厲挑戰之下，如何進行組織體制與經營管理方面的調整，已成了刻不容緩的課題。

過去有關於公立醫院經營體制調整等相關議題的研究中，部分論者由績效衡量的角度著手，以公立醫院的績效不如私人醫院而推論公立醫院應採行民營化；也有研究者由民營化理論出發，直接將事業機構的民營化模式套用於公立醫院。以上的論述雖各有所本，但對於公立醫院的未來走向以及適宜採行的轉型模式的討論似乎稍嫌簡略，仍限於莫衷一是難有定論的狀況。再者過去許多針對國內公立醫院經營績效的衡量，多以財務面的指標來進行評估，其所獲得的結論也大致都呈現公立醫院的績效不如私立醫院的陳述，但卻忽略了公立醫院的經營實際上背負體制限制及政策性任務的影響因素。因此本研究對於公立醫院轉型議題的分析，較不採行對產出績效的評估及對個別從業人員的問卷調查，而側重於以我國醫療產業自由化的趨勢以及公立醫院體系在醫療產業環境中的定位為主軸，將我國公立醫院的處境及未來的前景，置放在實際的醫療產業競爭環境中來評估，期使能對於此一問題的剖析提供一個較為貼近務實面的的看法。

鑒於上述的分析，本研究對於公立醫院體制轉型議題的探討，將依循下列的方向來進行：

1. 藉由針對政府公共部門角色的轉變，以及我國醫療產業環境變動趨勢的分析，對於公立醫院在未來的醫療產業中所應承擔的功能及任務，能有新的定位和調整。
2. 由於我國醫療資源的分配，存在城鄉差距過大以及醫療服務項目配置

不均的問題，因此對於個別公立醫院在所處醫療區域中所佔的競爭地位及重要程度，實有必要藉由公立醫院的區域定位分析，來了解個別醫院的環境處境。

3. 在確認公立醫院的新功能任務，以及在所處醫療區域的環境競爭定位之後，將能據以擬定出不同的公立醫院面對環境變動時應採取的經營調整策略。並進一步分別選擇適合的經營體制調整模式來推動既有公立醫院的體質改善並落實轉型的目的。
4. 除了兼顧上述公立醫院體制調整的階段性措施之外，並透由對於民營化理論及經濟自由化趨勢的分析，對於我國公立醫院未來長期的轉型目標及原則作出建議。

### 第三節 研究流程及方法

本研究之目的在探討公立醫院如何調整經營權責，以因應我國醫療產業環境的重大變化，並期研究結果可作為主管機構擬定未來公立醫院轉型調整政策之參考。由於本研究探討之主題係公立醫院經營體制調整與政策設計，且國內有關公立醫院以及醫療產業之既有研究非常豐富，本研究並不重複對產出績效的評估及對個別從業人員的問卷調查的方法，而側重於以我國醫療產業自由化的趨勢以及公立醫院體系在醫療產業環境中的定位為主軸，以文獻探討與資料分析歸納法，作為主要之研究方法，嘗試從既有研究發現以及相關醫療產業之統計數字，抽絲剝繭理出問題分析的層次以及各層次重要的討論議題，以發展研究問題之分析架構。

本研究之研究過程，說明如下：

1. 從國內外醫療產業發生的種種變化，分析我國醫療市場經營環境之主要變化與趨勢，提示公立醫院轉型的必要性。同時，蒐集公立醫療機構相關之法規，作為公立醫院在我國醫療政策重新定位的依據，並了解公立醫院經營發展受到的協助與限制。
2. 依據政府對醫療產業直接參與經營的程度，發展各種公立醫療機構改制的可能方案，並從法規可行性、經營體制調整的幅度、達到公立醫療機構轉型目的等構面，分析各改制方案的優點與缺點，並提示各種改制方案的適用情境。
3. 公立醫療機構，相對於民間醫療部門，因受到相同法規的約束，有諸多相似之處，但公立醫療機構體系內，不論是所在區域醫療資源的豐富程度、各公立醫療機構的規模、各公立醫療機構的在地表現等都有極大的差異。因此，本研究嘗試從既有的研究成果和相關統計數字，發展公立醫療機構之區域定位分析架構，據此推論各公立醫療機構在轉型時的重要議題。
4. 綜合以上研究發現，輔以我國未來醫療服務和健康保險的可能方向，提出公立醫院調整經營體制之具體建議。



## 第二章 文獻探討

我國公立醫院的營運及發展，在近年來同時受到產業環境改變及民營化風潮的挑戰而倍感壓力，一方面是在國內醫療產業中，民間部門醫療服務實力的提升，加上全民健保的實施，直接壓迫到公立醫院的經營空間。在另一面，則是受到市場經濟意識型態的影響。經濟自由化成為全球潮流所趨，自由派學者皆主張政府應解除對產業的管制措施將干預降至最低程度以致力於市場競爭機制的建立，在此同時，政府預算擴張的結果，無力繼續維持對公立醫療體系大規模的公務預算補助，於是順勢推舟，開始檢討政府在醫療服務上角色淡出的可行途徑。因此，公立醫院如何因應政府角色的調整及產業競爭態勢的改變以求取生存之道，但同時又必須要兼顧公行政任務的繼續確保，實在是公立醫院所面臨最嚴峻的挑戰，也是近年來國內有關公共醫療政策研究的熱門課題之一。

在本章中，本研究首先整理相關文獻資料，以了解對公立醫院經營績效的衡量，其次對於 80 年代以來民營化的理論以及醫療機構民營化的議題作深入的分析，最後在第三節之中，進一步探討過去針對我國公立醫院未來發展走向的相關研究，以作為本研究後續設定研究問題及選擇研究方法的基礎。

## 第一節 公立醫院經營績效的衡量

### 一、醫療機構經營績效衡量的方法

對於醫療機構績效衡量的方法主要包括了比率分析法、迴歸分析法、多變量分析法、計量經濟模式及資料包絡分析法等（謝敏次，1993）。比率分析法是以產出及投入的比值表示兩種數量或變數之間的關係，雖然使用上極為簡便，但因每一種比率同時只能評估單一的投入及產出，因此在實用上受到部分的限制。相對的，多變量複迴歸分析法則可用以同時評估多項投入與產出值，但除非觀察值都落於迴歸線的同一方，否則迴歸分析法仍不易明確判斷績效的高低。至於資料包絡分析法（Data Envelopment Analysis）則是近年來廣為使用的系統分析法，係針對某些特定的研究對象在一特定期間內，利用以公開的事後資料為基礎，運用線性規劃模式評估一組可以比較的決策單位中的個別效率指標，只是其績效衡量的結果是相對的而非絕對的指標。

### 二、醫療機構績效評估的指標

#### （一）綜合性績效的指標

Coyne（1982）認為醫療組織之醫療成本和生產力績效，會受到醫院規模、支付制度、病例組合、經營能力與所有權型態等因素所影響，藉由上述變項與成本、生產力指標關係的探討以發現影響醫院經營績效的因素。

Williams（1990）認為須由環境目標、系統目標、產出目標、及次級單位目標等四個層面來衡量醫療組織的績效。強調其醫院經營必須符合醫院外部人士與醫院內部員工的滿足，以期藉著資源的投入，結合生產、服務

技術，來達成服務量、服務品質等目標。

Desharnais 等人（1990）曾利用死亡率、再住院率及併發症發生率等三項指標，來衡量醫院的績效好壞。

Abernethy & Stoolwineler（1991）認為可經由病患滿意程度、醫療品質、教學、研究、專業發展、資源取得能力、預算編列、醫院形象與專業團體的連繫、成本控制計劃、員工滿足感、單位工作效率，以及各單位間的合作程度等層面來衡量一個非營利性醫療機構的經營績效。

蕭文（1993）指出傳統上衡量醫療機構經營績效的工具，可利用下列三項指標來反映醫療機構的經營狀況：(1)財務狀況指標：可透過比率分析法來分析一家醫療機構的財務狀況，例如分析其獲利能力、流動能力、償債能力，以及經營比率等，並可藉由損益平衡點分析法，來瞭解需要有多少收入，才不致於產生虧損。(2)醫療服務指標：藉由病床數、佔床率與平均住院日數等數字，來瞭解醫院所提供的醫療服務狀況。(3)醫療品質指標：可應用院內感染率、解剖率、死亡率、剖腹產率等指標，來衡量醫院的醫療過程及醫療結果，以作為提昇醫療品質的參考。

## （二）財務性績效的指標

Gray & Steffy（1983）選擇十項財務指標來作為評估醫院經營績效的標準。分別是：(1)流動比率、(2)長期負債佔長期資金比率、(3)每年資本支出費用佔折舊比率、(4)事業結餘率、(5)淨值報酬率、(6)第三者支付額度佔收入比率、(7)資金來源佔收入之比率、(8)應收帳款週轉期間、(9)負債服務範圍、(10)從現金流量中扣除必要之資本支出後佔負債及利率的比率。

Coyne（1985）利用財務報表中的資產、負債、業主權益與收益等項目

來探討營利性與非營利性醫院的績效差異情形，結果發現營利性醫院的成長率為非營利性醫院的 2 倍。

Becker 等人（1985）利用複迴歸分析法分析醫院成本和利潤，發現公立醫院每住院日的成本與每住院病人的成本都比私人醫院低，但在獲利方面公立醫院也是最低的。

### 三、我國公立醫院經營績效的評估

王信文（1992）以 DEA 模式探討台灣地區 11 家醫學中心及 44 家區域醫院的相對經營效率，結果發現所調查的樣本醫院中，有一半是屬於相對無效率的醫院，且指出醫院所有權的不同是各醫學中心與區域醫院間經營績效差異的主要原因，公立醫院的經營效率較私立醫院差，尤其是國立醫學院附設醫院與省、市立醫院較差。

謝敏次等（1993）以民國 82 年高雄市立民生、大同、婦幼、旗津等四所市立醫院為研究對象，選定在傳統醫院經營效率指標中，常見的流動比率、速動比率、總資本純益率、負債比率、固定比率、總資產週轉率等二十一種指標，利用主成份分析法，簡化指標探討醫院的經營效率。

張錦文（1994）就公立醫院與財團法人醫院由投入與產出的項目，及考慮影響因素，來比較公私立醫院之制度與人事制度、設備及投入成本等，考慮的影響因素有醫院所在地點、醫院所有權類型及評鑑等級，而產出因素則有業務量、營運收入、生產力、當期餘絀、醫院經營的重要指標及教學訓練研究等。結果發現，公立醫院除醫學中心外，其規模、設備與所在地點幾乎都比同級的私立醫院佳。但由產能、財務、利用率與其他經營指標來看，公立醫院無論在醫療服務量、生產力、收支盈虧、設施利用率，

以及平均住院日與佔床率等方面都較私立醫院差。

羅紀瓊等（1996）採用民國 82 年「台灣地區公私立醫療院所現況與服務量調查」資料，以 DEA 的分析方法來衡量綜合醫院的效率，並以 Non-parametric 方法來檢定差異的顯著性，結果顯示公立醫院較私立醫院顯著的無效率。

## 第二節 民營化的理論

### 一、產權理論

在完全私有財產權制的經濟體制下，當所有權（處分權與收益權）與經營權（使用權）合一時，事業所用的職員將較精簡，且利潤也較高（Williammson，1963）。換句話說，在完全私有財產權制度之下，由於生產資源均配屬於個人，且個人擁有支配其財產的完全權利，故在自利的動機下，個人必會將其資源作最有效率的運用，以追求成本的最低與利潤的最大。所以在此種情況下，社會資源自可發揮其最大效益（高仙桂，1990）。

財產所有權在任何社會都是個重大及爭議的主題，不同型態的財產與所有權，會產生不同的經濟誘因及經濟結果（黃財源，1995）。而簡單地區分有關於公民營企業間差異的理論，是奠基於所有者的目標不同使然。其中有關私人所有權，通常被假定在所有者是關心廠商的財務績效（利潤或股價）；公共所有權則在目標的適切性上是模糊的，而且所有權也可能沒有被妥善定義，或者即便如經濟學家所假定的，以追求社會福利最大為目標，

而衍伸的另一個問題便是社會福利如何被定義 (Yarrow & Jasinski, 1996)。因此，基於公共所有權的財產權歸屬不明確，而私人所有權可藉由資本所有者手中握有的集中商業決策權，提供一個適當的誘因機制。可進一步分析出——民營化可利用（私人）股東以替代政府，對廠商（企業）進行管理上的監控 (Holden, Matthews & Thompson, 1995)，以達成「內部效率 (internal efficiency)」(陳尚志, 1996)。因為就內部效率而言，私人所有權決定了企業的所有者，使管理者與受雇者處於追求利潤的所有者之監督，並受到被接管或破產的壓力，而改變管理結構，從而也改變管理行為和企業績效。因此，相較於公營事業有國家財政為後盾及人事官僚化的傾向，私人企業在生產力和最終績效上的效率性必然高於公營事業。

但就現實的社會中，上述完全私有財產權制未必存在，財產權經常被淡化，而淡化最嚴重的情況為公營事業。因為公營事業歸屬於一般納稅人，公營事業負責人不擁有資產，也無法享有資產之移轉權，以及資產所生的孳息，僅能加以運用。所以他們往往致力於個人的升遷，不求績效且不具經營管理理念。加以其決策常受當地利益團體及某些政府官員所左右，故其管理資源錯誤率常高於民營企業。

很多實證研究都支持此一結論。例如，Hanke 所提出的「官僚的二倍法則」(Bueaucratic Rule of Two) 即指出公營事業生產某一數量、某一品質商品和勞務的成本，是私人企業成本的二倍。依照亞當史密斯 (Adam Smith) 在「國富論」(The Wealth of Nations) 中的看法，人們總是關心自己的財富而浪費別人的財富，因此公共部門是較為浪費的，因公共部門的員工對於商業產出並沒多大的興趣。故在財產權型態未改變之前，或許可能無法經由公營事業負責人及員工的行為引導使其資產價值達到最大 (溫恕, 1987)。

## 二、代理理論 (Principal-Agent Theory)

所謂代理理論，依據 Vickers 與 Yarrow (1988) 的見解，認為企業因所有權與經營權分離的結果，使得事業所有人（委託者）與經營階層（代理者），各自具有不同的目標函數與誘因結構，在理性自利心的趨使下，於雙方利益的拉扯之間，各自追求本身的最大利益。此理論成立的關鍵在於委託—代理兩者之間，因存在資訊不對稱性（information asymmetry）而引發了特別的互動關係（邱毅，1989）。由於代理者直接掌握了事業經營訊息，故相對於委託者，就產生了因為對代理者所處環境及行動資訊無法確切掌握的代理成本（agency cost），而這種代理成本的具體呈現，就是監督機能的設計。

Moe (1984) 就認為，代理理論所處理的問題，都是組織內部的監督問題。因此，重點在於如何設計一個誘因機制，使得在有限的監督成本之下，讓組織的實際經營（代理者）與股東（委託者）的利益能夠相結合。亦即對委託者而言，最重要的是能設計出一套適當的獎懲與監督制度，以防止組織中因資訊不對稱與自利心所形成的問題。

公營事業在民營化之後，理論上利潤極大化將成為事業唯一追求的經營目標，或至少在眾多經營目標下成為主要的選擇。Hartley & Parker (1991) 曾以公、私部門組織的目標、控制幅度與市場結構來對經營績效進行分析，認為私人企業只有一個目標，就是追求利潤的最大化，但在公營企業則負擔了多種目標，例如人事任用、所得分配、環境保護與國家安全等。Mise (1994) 認為公營企業與民營企業之間經營目標的顯著差異是導致公、民營間經營效率差異的主因，並表示公營事業之所以會形成官僚式的經營，主要是因為公營事業的目標不明確所致。亦即目標單一、明確的委託關係，

會減緩彼此間資訊不對稱的問題。

### 三、公共選擇理論

在 1960 年代興起的公共選擇學派經濟理論，其實是為「集體決策的理論與分析」，或「非市場決策之經濟分析」，也可以說是「將經濟學者所使用的工具與方法擴展應用到政治學上的一種想法或作法」，主要目標為發展一套有關政府行為的實證或敘述性模型（林彥吉，1996）。

近十幾年來，新經濟學者提出公共選擇理論的重點在於探討政府干預經濟體系的限制與缺點。如 Nicholas（1989）認為政府干預經濟的失敗之處有以下幾點：

1. 政府決策過程複雜，因此政府計畫比私人企業僵固。而且，政府無能力執行細部計畫。此外，政府無法有效的複製市場所提供的誘因體系，其管制措施只會防礙私人創新。
2. 私人對其本身偏好與環境的了解超過政府。而且在缺乏市場訊息的情況下，政府無法有效地整合各官僚部門的活動。
3. 政府管制如與市場力量違背，結果往往失敗。而且政府計畫強制全國往同一方向前進，風險更大。
4. 管制創造特殊利益，例如貪污等，引導社會力量追逐特殊利益，是資源的浪費。

然而，公共選擇理論也並非完全排斥政府干預經濟事務，而是認為政府在經濟資源的分配與使用上，所能發揮的功能未必比不完全的市場機能好。簡單來說，公共選擇理論的目的，即不再認為市場機能發生缺陷，政

府就應該進行干預的原則是正確的，除非能夠確定政府干預所造成的缺點，比想要彌補的市場機能的缺陷為小。

根據公共選擇理論，公共部門的運作之所以有本質上的缺陷，主要有三項理由（夏道平等譯，1988）：

### 1. 缺乏競爭

政府利用政治制度中的獎勵與懲罰，來控制政府官員的個人行為，只會使他們有更多的自由空間去追求個人的私利。換句話說，在缺乏競爭的環境下，政府官員就少了降低生產成本的壓力，於是造成生產成本的節節攀升。

### 2. 過度生產服務

過度生產所引起的浪費，乃是因為獨占的公營事業，只是把原本應分給社會大眾的利益，將之重新投入經營計劃中，而其多半寧願過度投資，縱使需求水準並未增加，他們也擴充生產。換句話說，公營事業的行為準則，乃是生產較社會需求為多的公共財。在其他因素不變下，政府部門的決策負責人，往往將他們的生產目標訂得比競爭性市場中為高。而此種過度生產的現象，形成了社會資源的浪費。

### 3. 無效率的控制

雖然政府官員並無法為所欲為，且民眾可以透過民意代表的選舉，經由審核預算的方式，對政府官員施以政治控制。然而泰半這些控制相當缺乏效率，因為監督者永遠比不過被監督者來得熟悉生產狀況，更何況提供生產狀況資訊的，就是被監督者本身。因此若再加上

遊說、資訊成本及組織成本等三項因素，官僚政治將會擴充到不利的地步。

根據上述之分析，公共選擇理論學者認為，要解決當前的問題，應採取的方法之一即是以民營化的方式將競爭引入公共部門（Kettl，1988）。其理由有以下三點（黃秀琴，1996）

1. 政府機構執行的功能可藉合同簽約等方式來達到競爭的效果，以強迫政府機構公開不同產品及服務與總成本之關係的資訊。
2. 因民營企業多為單一目的組織，所以透過民營企業能使原由政府機構所執行的功能更加有效率。
3. 民營化能消除在政府獨占或保護之下執行功能時，經營績效不彰的現象。

### 第三節 公立醫院未來的發展

公立醫院之民營化共包含三類（張錦文等，1990）：

1. 所有權、經營權為政府所有，而納入民間所用較有彈性之管理理念與方法，以提高公立醫院經營效率。
2. 政府仍掌握醫院資產所有權，而將醫院交由民間團體負責經營與管理。
3. 以財團法人型式或私人化型式，將醫院產權完全移轉。

根據前述不同層次民營化之理念，公立醫院民營化之方法依政府擁有之所有權及經營權釋放之程度可將其分為以下八種方式（楊志良等，1998）

### 1. 首長經營制

公立醫院經營運作多須符合政府法令之規定，醫院首長領導統御之權限往往多所束縛，無法根據實際業務需要做人事調配與任免。因此為擴大醫院首長的權限，需修改人事、會計相關法規，使公立醫院能在政府機關體制之約束下鬆綁，給予醫院首長經營自主權。

### 2. 醫院業務外包

將醫院某些內容較為單純的行政或是醫療業務如清潔、洗衣、檢驗等以外包方式委託其他民間團體負責執行，其業務收入歸該公立醫院，並支付承包機構約定之報酬。

### 3. 半開放制度

公立醫院將院內的軟硬體設施與其他資源，提供給院外專科醫師（即合約醫師）從事門診、住院、手術、檢驗及治療處置等醫療業務，並以雙方約定之支付基準給予醫師報酬。

### 4. 部分委託經營

將公立醫院之行政業務或醫療業務以合約方式委託其他私立醫院或管理顧問公司經營，而醫院原有之體制不作變更，且政府仍掌握醫院資產之所有權，以節省人力及政府財務支出之負荷。

### 5. 整體委託經營

將公立醫院整體以合約方式委託交由民間團體或民營醫院經營

管理，包括醫院人員之聘用與遣退、醫院設施資材之採購及維護、醫院財務會計之收支與借貸，及經營風險與盈虧之承擔，而政府只擁有該公立醫院之所有權，站在監督之立場，醫院之經營權已完全移轉至受託之民間機構。

## 6. 出租

將公立醫院以租賃合約方式出租給民間團體或民營醫院負責經營與管理，承租者可全權處理醫院人事、財務、會計、資材等業務內容，同時亦承擔醫院經營之風險，故承租者需自負醫院經營之盈虧。

## 7. 成立公設財團法人

經民意機關通過同意，將公立醫院之產權變更捐贈成立為非營利性法人組織，遴聘成員成立董事會（其中部分的董事由政府指派），由隸屬於董事會之管理部門統一經營及控制醫院營運，政府已不具該醫院所有權及經營管理權，但仍負有監督之責，只是該醫院已不受公務機關法規之限制。

## 8. 出售

將公立醫院以買賣合約方式出售給民間團體或民營醫院，政府完全釋放對公立醫院之所有權及經營權，並對該出售之醫院以民營醫院視之，該醫院之盈虧及其產權之處理均由購買者自行決定。

## 第三章 台灣地區醫療產業環境的變動

### 第一節 醫療產業的特色和變遷

台灣地區過去四十年來經濟蓬勃發展，居民的十大死因由急性病轉為慢性病，男女的平均壽命不斷的延長，出生率及死亡率亦不斷的降低，同時台灣地區 65 歲以上人口所佔比例相對升高。65 歲以上人口從 1950 年佔 2%，至 1986 年佔總人口之 5.28%，1990 年佔總人口之 6.21%，至 1993 年台灣地區 65 歲以上的人口達 7.10%，已達到世界衛生組織所謂「高齡化社會」。

隨著人口結構的變化及經濟發展與醫療措施的變動情形，台灣地區醫療環境的發展大致可分為三個階段，第一個階段自光復後到 1984 年，第二階段自 1985 年到 1994 年，第三個階段要從 1995 年全民健康保險的實施開始。（鄭博文，1997）其主要之過程簡單敘述如下：

#### 第一階段：台灣地區醫師之培育及基礎醫療體系的形成。

1897 年，由日人山口高秀醫師於台北市設立「台灣人醫師養成所」開始，為台灣現代醫療體系奠下基礎。1945 年台灣光復後，陸續成立國立台灣大學、國防醫學院、私立高雄醫學院、中國醫藥學院、台北醫學院、私立中山醫學院及國立陽明醫學院為台灣地區培育了優秀的醫院人才，此外在醫療設施方面，台灣省政府完成每一縣市設立一所省立醫院的計畫。私人醫療機構亦逐年增加，因而逐步建立整個醫療體系的基礎。

#### 第二階段：台灣地區醫療人力與設施蓬勃發展的時期。

1985 年起國立成功大學設立醫學院，1987 年核准私立長庚醫學院設

立，1991 年核准慈濟醫學院設立，使得醫事人才來源更為充裕，且整體醫療資源亦在此階段快速擴充。

### 第三階段：全民健康保險在 1995 年正式實施。

台灣醫療環境的發展，導致台灣醫療環境的改變有三方面明顯的趨勢。第一是大型醫院增加迅速，如醫學中心，區域醫院。第二，因醫學院增加到十所，醫師人數持續增長，每年約有 1,100 名的醫學生畢業。第三是全民健保實施後，醫院與醫院醫師數量呈現減少數量而診所數量增加，顯示醫療產業的結構及競爭規則已然丕變。

大型財團法人醫院的紛紛成立及原有公立醫院也紛紛擴建（如台大、榮總），形成市場壓力，產業內競爭的態勢也更為激烈。在這一波的變動中，財力雄厚、技術先進、設備齊全、醫師陣容堅強的大型醫院對整體產業造成排擠效應，將市場大量吸收之後，造成小型醫院及診所經營的困難。另外，由於醫療產業乃是採用封閉性醫療制度，即開業醫師無法借用醫院設備進行進一步的醫療。如此更造成開業醫師趨於競爭劣勢地位。

醫療產業內，受法規影響很大。尤其全民健保的實施，立即造成產業內明顯的變化，這也間接影響到競爭態勢。全民健保實施後，由於轉診制度未能落實，因此，在差級不大的自付額比率下，開業診所及小型醫院都面臨到大型醫院的競爭壓力。設備不足、人力不夠、醫師缺乏學習新技術的機會，再加上交通工具的普及，都會造成開業醫師及小型醫院處於不利的局面。此種發展也與理想的醫療保健體系背道而馳。在一般產業內，商家競爭會創造消費者的優勢，但在醫療產業中，競爭之下卻未必使得消費者蒙利。當病人湧向大醫院時，大醫院會因門診的負擔無暇詳做研究而使得研究品質降低，小醫院與診所則因病人的降低而無法累積其醫療經驗，

長期下來，實非消費者之福。

雖然大型醫院的設立擠壓了小型醫院及診所之競爭空間，但由於醫療資源分佈不均，且我國醫療統計數字如每萬人口所分配之醫師數及每萬人口所分配之病床數也仍落後歐美及日本，這表示台灣醫療產業的競爭壓力在都會區遠大於偏遠地區。另外，經濟發展快速，富足之後，民眾對健康的要求愈來愈重視，醫療保健支出比率也逐年成長，意味著產業本身尚未到成熟期，醫療市場仍有很大的發展空間。而醫療市場中多數經營者仍充滿傳統的經營觀念，不思改進，或意圖改進而不知如何下手。因此，醫療產業的戰國時代才剛開始，若能善用管理技術，則醫療市場仍是大有可為。

由於醫療產業的經營具有高度的專業性及整合性功能，必須有縝密的計劃，鉅額的經費投入，完整的醫事人力培育制度，配合有效率的管理體制，才能發揮醫療保健的功能。而且社會越進步，消費者所要求的醫療服務水平越高，則醫療產業所面對的經營挑戰也越大。一般而言，醫療產業具有以下幾個特色：

### 一、嚴謹的法令規範及証照制度

醫療行為事關人民的生命，因此，其規範的要求自然會比其它的商業行為來的嚴謹，而世界各國政府也大都訂有嚴謹的法律來建立醫療產業中之秩序。以產業中的參與者而言，除了消費者（即病患）之外，其它如醫師、藥師、護理人員及助產士都有各自專門的法律，此外，像醫事檢驗人員、鑲牙生及齒模製造技術人員也都有各自專門之管理規則。上述人員皆須經過考試或檢覈通過取得證書者方得執業，此乃典型的「證照制度行業」。此外，醫師及護理人員皆有實習制度，且都有法律制度如「實習醫師制度實施要點」及「實習護士實施要點」加以規範之。

醫療產業除了從業人員需經法律嚴格規範外，產業主體「醫療機構」也受到法律的層層節制（如醫療法及醫療機構設置標準等）。由於醫療行為以救治人命為主，使得醫療產業與其它產業不同，不以利潤多寡為經營成果之績效指標。而政府為了提升醫療服務品質及奠定分級醫療的作法，依「醫療法」第 23 條之規定於民國 77 年首度開始辦理台灣地區醫院評鑑。並於民國 79 年公佈「醫院評鑑標準」。另外，為期望醫院能提供醫學院校學生及住院醫師良好之臨床訓練場所，頒佈「教學醫院評鑑標準」以鼓勵醫院升級。

## 二、非營利性質

醫療機構依醫療法之規定係非營利事業單位，並不以追求利潤為目的，其營運結餘應利用於提升設備及服務品質上，因此只有高所得的醫師而沒有賺錢的醫院。然而，非營利事業機構的經營並不同於不計成本、不講究效率的運作，相反的，近年來成立的多家財團法人醫院，導入企業管理的觀念，其經營效率甚至不遑多讓於營利事業。

## 三、市場資訊不充分

與一般消費市場比較，醫療市場的另一特色是，市場資訊不透明且資訊使用者不理性。由於受到醫療法規的限制，行銷概念在醫療產業中不被重視，消費者在健康時自然不會去主動尋求瞭解，需要時才依主觀印象就醫。不重視行銷的結果，使得一般醫院或醫師仍停留在生產導向的管理階段。而証照制度的嚴格要求、醫療機構設立條件受嚴密的法規限制、成立醫院除了法人身份之基金會外，必須具備醫師的資格、醫療儀器設備的昂貴及高專業用途再加上經濟規模的要求及學習曲線的壓力，也形成了醫療

產業的高進入障礙。此外，醫療設備及器材的採購也由於器材供應商的激烈競爭，造成了醫院及醫師掌控了議價空間。

#### 四、賣方市場，消費者議價能力較低

由於醫師的養成不易及醫療產業的進入障礙高，因此造成依人口數量計算之醫師比率及病床比率長期偏低，且醫療技術具高度專業性，不易被取代，因此在醫療市場中，賣方（醫院及醫師）較具優勢，消費者（病患）較無議價能力及替代選擇。然而此一特性在全民健保實施之後，已有結構性改變，單一保險人（健保局）取得買方代理，議價權易位，因此造成原有生態相當大的衝擊。

## 第二節 台灣地區醫療系統與資源分佈

### 一、台灣地區醫療系統

台灣地區現有醫療機構的體系相當龐雜，大致而言，可以其經營主體的屬性、主管機關的評等等二大項以茲區分。

（一）依經營主體的屬性不同，可分為公立醫院與私立醫院兩大體系：

1. 公立醫院系統：公立醫院系統係指醫院之所有權屬於各級政府機構、公立學校或公營事業單位者，而目前我國之公立醫院可分為：

- (1) 衛生署所屬醫院系統：即原隸屬於台灣省政府衛生處之各省立醫院，於精省後，改隸行政院衛生署。

- (2) 院轄市立醫院系統：隸屬於院轄市政府衛生局。
  - (3) 縣（市）立醫院系統：隸屬於各縣市政府衛生局。
  - (4) 國立醫學院校附設醫院：隸屬於教育部，如台大醫學院附設醫院、成大醫學院附設醫院等。
  - (5) 軍醫院系統：隸屬於國防部，如陸軍、海軍、空軍各醫院，以及三軍總醫院等。
  - (6) 榮民醫院系統：隸屬於行政院退除役官兵輔導委員會，如榮民總醫院及其分院，各地區之榮民醫院等。
2. 私立醫院系統：私立醫院係指公立醫院以外之醫院，其所有權屬於自然人或非政府之法人者。目前我國的私立醫院可概分為：
- (1) 財團法人醫院系統：依醫療法第一章第五條所謂財團法人醫療機構係指由捐助人捐助一筆財產以從事醫療業務目的者。例如長庚醫院、新光醫院、亞東醫院、慈濟醫院等。
  - (2) 教會醫院：包括天主教醫院與基督教醫院兩大教會系統。
  - (3) 私立醫學院附設醫院：如高雄醫學大學附設中和醫院、台北醫學院附設醫院等。
  - (4) 一般私人醫院：台灣大多數醫院皆為此類醫院，一般皆由開業診所逐漸成長擴充而成，且多屬於中小型醫院。

(二) 依衛生署醫療網之評鑑等級，可區分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層醫療單位四類：

1. 醫學中心：依民國 79 年行政院衛生署「醫療保健計畫—建立全民醫療網第二期計畫」，醫學中心係指具有研究教學訓練及高度醫療作業等多種功能並經醫院評鑑、教學醫院評鑑通過者。如台大、榮總、長庚、高醫等。
2. 區域醫院(含教學醫院)：以每四十萬人口設立一所，病床為 300~600 床之間，需要精密而高度技術之診斷及治療者，須經醫院評鑑通過者。
3. 地區醫院(含教學醫院)：中型的公私立醫院，能為地區民眾提供一般性住院及門診醫療服務者，須經醫院評鑑通過者。以十萬人口設立一所。
4. 基層醫療單位：包括群體醫療執業中心、保健站、私人診所等。

## 二、台灣地區的醫療資源分佈

由下列表 3.1 及表 3.2 可看出我國近年來醫療機構及醫事人員的變化情形，其中較特殊的是醫院的數量逐年下降，主要是因受到大型醫院的擠壓及全民健保實施後小型醫院（尤其是 100 床以下者）難以生存，而有大型化、集中化的趨勢。而醫事人員的數量則因醫事院校的擴增而穩定成長，但每萬人 12.36 位西醫師的比例與先進國家相比仍屬偏低。

表 3.1 台灣地區歷年公私立醫療院所數

| 年<br>別 | 總計     | 醫院  |     |    |     |     |    |     | 診所     |       |       |       |
|--------|--------|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|--------|-------|-------|-------|
|        |        | 合計  | 西醫  |    |     | 中醫  |    |     | 合計     | 西醫    | 中醫    | 牙醫    |
|        |        |     | 小計  | 公立 | 私立  | 小計  | 公立 | 私立  |        | 小計    | 小計    | 小計    |
| 76     | 12,199 | 905 | 833 | 87 | 746 | 72  | 1  | 71  | 11,294 | 6,987 | 1,705 | 2,602 |
| 77     | 12,215 | 913 | 837 | 91 | 746 | 76  | 1  | 75  | 11,302 | 6,975 | 1,652 | 2,675 |
| 78     | 12,267 | 865 | 787 | 93 | 694 | 78  | 1  | 77  | 11,402 | 6,910 | 1,654 | 2,838 |
| 79     | 12,902 | 827 | 741 | 94 | 647 | 86  | 1  | 85  | 12,075 | 7,223 | 1,672 | 3,180 |
| 80     | 13,661 | 821 | 729 | 93 | 636 | 92  | 1  | 91  | 12,840 | 7,538 | 1,689 | 3,613 |
| 81     | 14,468 | 822 | 725 | 93 | 632 | 97  | 1  | 96  | 13,646 | 7,948 | 1,756 | 3,942 |
| 82     | 15,062 | 810 | 709 | 93 | 616 | 101 | 1  | 100 | 14,252 | 8,204 | 1,803 | 4,245 |
| 83     | 15,752 | 828 | 719 | 97 | 622 | 109 | 1  | 108 | 14,924 | 8,511 | 1,876 | 4,537 |
| 84     | 16,109 | 787 | 688 | 94 | 594 | 99  | 1  | 98  | 15,322 | 8,683 | 1,933 | 4,706 |
| 85     | 16,645 | 773 | 684 | 94 | 590 | 89  | 1  | 88  | 15,872 | 9,009 | 1,987 | 4,876 |
| 86     | 17,398 | 750 | 667 | 95 | 572 | 83  | 2  | 81  | 16,648 | 9,347 | 2,165 | 5,136 |
| 87     | 17,731 | 719 | 647 | 95 | 552 | 72  | 2  | 70  | 17,012 | 9,473 | 2,259 | 5,280 |

資料來源：行政院衛生署，中華民國公共衛生概況，民國 88 年 6 月。

表 3.2 歷年每萬人病床數與醫事人數統計

| 年 別 | 病床數<br>(床) | 執業醫事人數<br>(人) | 執業醫師數<br>(含中醫師/人) |
|-----|------------|---------------|-------------------|
| 76  | 43.88      | 39.27         | 9.84              |
| 77  | 44.50      | 41.72         | 10.34             |
| 78  | 43.12      | 42.59         | 10.37             |
| 79  | 43.80      | 44.79         | 10.96             |
| 80  | 45.14      | 47.15         | 11.49             |
| 71  | 46.30      | 49.62         | 12.03             |
| 82  | 47.90      | 52.17         | 12.48             |
| 83  | 48.98      | 53.87         | 12.89             |
| 84  | 52.77      | 55.37         | 12.87             |
| 85  | 53.39      | 57.53         | 12.91             |
| 86  | 55.70      | 66.72         | 13.35             |
| 87  | 56.80      | 65.65         | 13.97             |

資料來源：行政院衛生署，中華民國公共衛生概況，民國 88 年 6 月。

雖然國內醫療資源近年來在數量上一直持續增加，但是進一步瞭解其分佈情形，則又呈現不同的事實，另由表 4.2 及表 4.3 中，我們可看出，其實醫療資源（醫院數、病床數、醫師數）的增加，明顯集中於都會區，如台北、台中、高雄醫療區域，皆已超過衛生署定義的醫療資源過剩區的標準。而相對的，偏遠地區的醫療資源甚至不到都會區的二分之一。此外，慢性病床及精神病床的數量由於投資高回收慢，所以仍顯不足。

### 第三節 醫療產業的需求變動

#### 一、產業規模逐年成長

隨著全民健康保險於民國 84 年 3 月正式施行，保險對象擴及全體國民，由於投保人數增加，加上個人直接負擔的醫療費用降低，使得醫療服務需求相對擴增。此外，隨著國人生活水平的提升、消費能力的增強，國人對醫療保健也更加重視，這些因素都使得我國醫療保健費用支出逐年成長（如表 2.3），然而這樣的發展也造成了部分醫療資源的過度使用。

表 3.3 歷年醫療保健支出統計

| 項目 \ 年別           | 82 年    | 83 年    | 84 年    | 85 年    | 86 年    | 87 年    |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 醫療保健支出<br>(百萬元)   | 282,420 | 319,733 | 371,220 | 407,971 | 430,813 | 471,754 |
| 平均每人醫療保健<br>支出(元) | 13,546  | 15,163  | 17,455  | 19,027  | 19,914  | 21,605  |

資料來源：健保局，全民健保統計，88 年 6 月。

#### 二、消費者對醫療服務品質的需求提高

在國人生活水平提昇之後，消費者對於醫療服務品質的要求已有重大的改變，尤其在全民健保實施之後，民眾就醫的價格障礙消除，都使得病患在過去只要求能以較低廉的醫療費用期望治癒疾病；如今已提升到要求

更方便、更快速、甚至是期望更多的關心、尊重和更親切的服務，因此醫院的經營唯有朝向消費者導向，以有效的掌握消費者的需求，藉著滿意度的提昇，方能在競爭激烈的醫療環境中立於不敗之地。

### 三、人口結構趨向高齡化

隨著我國經濟發達，國人生活水平及衛生條件都有顯著的改善，使得國人平均餘命逐年延長，由表 3.4 中可以看出，自光復以來，國人平均餘命由民國 40 年男性平均餘命為 53.38 歲、女性為 56.33 歲，至民國 87 年，男性平均餘命已提高為 72 歲，而女性更高達 77.9 歲。

但是在我國國民平均餘命逐年延長的同時，由於人口出生率也逐年下降，使得以人口年齡結構及依賴人口指數來看，我國到民國 86 年底，65 歲以上人口已佔總人口 8.1%，已達聯合國所謂之高齡化社會（即 65 歲以上人口佔全國人口數量 7% 以上者稱為高齡化國家）。因此，隨著時間的推移，目前的工作人口將逐漸老化成為老年人口，加上醫藥科技的進步，國民平均餘命的提高，國內老年人口不斷增加，未來工作年齡人口對扶養老人之負擔愈形沉重。因此，隨著家庭結構的轉變，台灣在高齡化社會趨勢下，未來有關老人休閒、醫療保健及中老年人疾病預防及老人安養與照顧等醫療服務項目將逐漸受到重視。

表 3.4 歷年台灣地區國民平均餘命統計

| 性別 \ 年別 | 40 年  | 50 年  | 60 年  | 70 年  | 80 年  | 84 年  | 85 年  | 86 年  | 87 年  |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 男性      | 53.38 | 62.64 | 67.19 | 69.74 | 71.83 | 71.85 | 81.89 | 71.91 | 72.00 |
| 女性      | 56.33 | 67.18 | 72.08 | 74.64 | 77.15 | 77.74 | 77.77 | 77.79 | 77.90 |

資料來源：行政院衛生署『87 年衛生統計二、生命統計』，88 年 9 月。

#### 四、慢性疾病的需求提高

由於我國社會經濟結構及國人生活型態的改變，加上整體衛生保健條件的改善，除了國人壽命延長之外，也使得台灣地區國人十大死亡原因在近年來已發生重大的改變。在四、五十年代佔主要死亡原因的急性傳染病與消化系統疾病已不在十大死亡原因之列，取而代之的是惡性腫瘤、腦血管疾病等慢性疾病，亦即所謂的文明病，因此，未來對於慢性疾病的治療及健康照顧等醫療服務的需求將更受到重視。

#### 第四節 醫療產業的發展趨勢

在全民健保制度實施後，國內醫療環境逐漸走向實施統一醫療費用支付標準、實施藥價基準、健保支付制度已逐步由論量計酬（Free-for-service）、論病例計酬（Case-payment）、朝向論人計酬（Capitation）的方向修改，及總體醫療費用之控制，醫療服務審查與稽核制度等，不僅

對醫界產生巨大之衝擊，亦使得醫療機構其營運在成本日益增加、收入未相對提高下，處於前所未有之艱困時期（林炯焄，1999）。醫療機構為圖謀生存與競爭利基，莫不針對醫療政策趨勢來調整經營體質及發展方向，因此有許多醫院朝大型化之發展以吸引病患並求得更佳之醫療給付，部分醫院或以專科化發展特色，或以連鎖結盟方式求得成本降低，亦有為數不少之醫院因經營不善而改為聯合診所或長期照護機構，以下針對醫療產業未來之發展趨勢作進一步探討，以作為公立醫院轉型之因應參考。

### 一、醫療機構大型化和專業化

在政府財政日益窘迫的限制以及醫療產業面對成本效益日益嚴酷的壓迫，為能兼顧市場競爭和社會公平，我國未來的醫療保險制度及醫療機構的經營型態勢必因保險制度的改變而走向大型化和專業化。在專業化方面，由於疾病醫療需求的多樣化，醫療機構提供的服務項目很難涵蓋所有的項目，企圖滿足所有病人的需要。病人期望得到符合需要的服務，帶來專業化醫療機構的興起，例如兒童醫院、婦科醫院、急救中心、洗腎中心、眼科中心、復健中心等。未來醫療機構能否成功，係決定於滿足特定顧客需求的能力。未來新的醫療體系將致力於與能力互補的對象合作，以提供令顧客滿意的服務，而不再以提供各種可能醫療服務的方式來競爭市場（Marszalek-Gaucher & Coffey, 1990）。Beckham（1989）檢視美國成功的醫療機構後，提出成功的醫療機構有以下的共通之處，包括：

1. 增加對優秀醫療人員的投資，以先進優異的醫療成效領導同業。
2. 朝規模大型化或是差異化發展，最好是兩者兼具。
3. 善用規模來改善生產力、品質和大眾的偏好。
4. 如果本身規模已經夠大，大醫院會致力於避免別的醫院變大。

5. 如果現在是規模小的醫院，則應在利基市場持續深耕。
6. 讓醫師和同仁對醫院有歸屬感（sense of ownership）。

當然在醫院走向大型化和專業化的調整的過程中，不具競爭力的醫院難以避免的將遭遇清算倒閉或被購併的命運。在 Touche Ross & Company (1988) 對美國醫療產業高階管理者所做的調查顯示，在 1,419 位的主管中有超過一半的受訪者認為他們負責經營的醫療機構在未來五年有失敗的可能。此外，美國醫療產業執行長的流動率也大幅提高，從 1981-82 年的 16.9%，1986-87 的 24.2%，至 1988 年底流動率已提高到 25%—30% (Marszalek-Gaucher & Coffey, 1990: 3)。

## 二、醫療成本和價格的精確核算日益重要

正確的資訊對於決策品質有關鍵的影響。隨著總額預算給付等制度的陸續推行，醫療機構的管理者必需能充分掌握醫療各項活動和流程的成本。未來不論是健保局、保險公司、企業或個人等都會積極尋求最具成本效益的醫療服務。管理者要能正確投資，前提必須是對各項醫療服務之變動成本和固定成本有非常精確且及時的了解，包括工作負擔、人員、生產力、品質、預算、成本、利用率、潛在顧客、顧客的認知和需求、競爭者的表現等，如此才能正確的決策。(Marszalek-Gaucher & Coffey, 1990: 63)。

但是，為因應給醫療給付制度改變，所需增加的檔案管理、成本精算、法務部門、醫院定位之規劃和行銷等都直接造成管理成本的增加。在美國，醫療機構管理成本的增加比例遠遠高於直接醫護成本增加的比例，據估計 1987 年時美國醫療管理成本即佔醫療總成本的 20% (Ginzberg, 1987)。

### 三、新科技對醫療服務的影響

新科技對醫療的影響是多面向的，也有直接影響和間接影響的。舉凡醫療服務、設施、設備、人員、以及成本都會造成重大的影響。例如非侵入性醫療技術的發展，代表醫療機構需要更多的資本設備投資、更多的人力成本和更多的訓練需求等。又如雷射手術方法的發明，大大減少術後恢復的時間，大幅降低住院的天數。又如心臟移植等器官移植，延長平均壽命等，都對醫療機構的經營造成深遠的影響。

以美國為例，在總額給付制等成本控制的壓力下，部分醫療機構已積極利用網際網路科技來協助醫師看更多的病人，病人得到更多更好的服務，即所謂的 e-healthcare。以 Hill Physicians Medical Group 為例，1985 年平均每位專職醫師一年照顧 2,000 位病人，1995 年為 3,000 人，而因為資料、資料結構和運用資訊科技能力的持續進步改善，該醫院預測在公元 2005 年前每位專職醫師每年可照顧病人達 6,000 位 (Egger, 2000)。

### 四、HMO 制度之實施

全民健保制度實施以來，中央健保局作為單一保險人，嚴格規定醫療支付和醫療審核等作業及標準，由於採用論量計酬之醫療支付制度、缺少降低醫療成本之誘因，導致醫療資源濫用、成本遽升，健保財務赤字隱憂日益嚴重，因而逐漸有實施「論人計酬制」之主張，甚或逐步施行類似美國 HMO 制度之構想。

HMO 制度係由保險機構自行開設或特組的醫療機構，組合而成一健康維護組織，直接提供被保險人醫療服務，病患參加此組織，只能至其指定之醫師或醫院就醫，而 HMO 其醫療費用之給付，保險機構僅根據投保人

數，每年每人定額給付一筆費用給醫療院所，而要求醫療院所需負責病患該年度內之一切醫療，因而又稱為「論人計酬」制。其優點在於能抑制現行論量計酬制所導致之醫療重複檢驗與資源浪費，促使醫療機構間構成整合機制，然其論人計酬支付公式核算不易，以及保險逆選擇、風險套利行為之產生，進而會影響醫療服務品質則為其缺點。

此外，論人計酬制或無法充分反應各科別間之風險與成本差異，將導致專科分佈的扭曲。諸如：台灣實施全民健保後，外科、婦產科等科別之醫師數漸減，但是不受全民健保管制之科別卻快速成長，而有逐漸失衡的趨勢。

## 五、總額預算制度的實施

目前保險費用之控制著重於價格方面，但對於量或內容之多寡較難以有效控制，因此未來全民健保將引介總額預算支付制度，以使醫療院所共同負擔抑制費用之責任。總額預算之精神在於將政府掌握的醫療支出總額鎖定在某一個總金額上，在此金額預算限制下，醫療收支將可完全平衡且自給自足。換句話說，當全國醫療服務總量大則每項服務之給付也就愈低，因此，醫院有可能做的愈多賠的愈多。在此一制度下，各醫療院所沒有保證收入，必須靠品質爭取病患，亦須掌握相當的服務量，否則將無法分攤醫院之固定成本造成損失，未來醫療機構可能為求成本之降低以擴大利潤差距，便可能朝向選擇性的發展某些專科別，或不受全民健保給付之科別發展。

## 六、醫療機構朝向多角化及策略聯盟發展

全民健保及其他多項醫療政策之執行，造成醫療界面臨激烈競爭壓力

與環境產生之急劇變化，尤其是中小型之地區醫院，更是未達經濟規模、經營不善而面臨倒閉之危機，在其生存空間日益艱困下，要單獨以醫療服務來維持醫院之營運不易，迫使醫院紛紛採取多角化經營作為未來醫療機構重要的生存與發展策略，以降低外在環境所產生之不確定性並隨時可因應其衝擊。

如前所述，我國醫療產業結構的改變，使得許多中小型醫院及私人診所的經營受到極大的威脅，因此不得不開始思考如何調整其經營策略，以多角化經營方式，配合醫療需求的改變，提供更廣更多樣化之服務，以降低全民健保制度之束縛。例如，部分醫院在原有的醫療服務項目之外，隨著疾病型態及社會變遷的趨勢，而朝向老人與長期醫療照護、健康檢查、坐月子中心、安養中心等項目發展，都是未來醫院轉型經營之趨勢。

在另一方面，國內醫療產業在面臨健保制度走向多元保險人的趨勢下，各醫療機構基於本身資源及經營管理能力之不足，或為拓展醫療網絡關係，乃積極尋求適當合作對象，藉由集體採購與人力、經驗的分享，以降低營運成本並獲得整合的綜效。

此外，醫院連鎖經營亦是未來的發展趨勢，因為連鎖經營不但能聯合採購，更能進一步共用設備、轉介病患，藉著連鎖加盟的之策略，可以達到經濟規模以降低經營成本，增加使用效率病擴大獲利空間。例如長庚醫院、馬偕醫院及私立的佳醫集團、聯新集團及敏盛醫院等，都藉著連鎖體系的擴張來積極拓展經營的版圖。



## 第四章 我國公立醫院的經營現況

### 第一節 公立醫院的系統及規模

依據我國醫療法第三條及第廿七條的規定，所謂公立醫療機構係指由政府機關、公營事業機構或公立學校所設立之醫療機構，而公立醫療機構之醫療業務應受中央衛生主管機關之監督。在分類上，公立醫療機構尚可分为公立醫院及公立診所，與私立醫療機構及財團法人醫療機構共同形成整個醫療體系。至 87 年底，我國共有公立醫院 97 家，另有公立診所 499 家分佈於全國各地，但由於公立診所的規模及服務量皆較小，因此本研究所以探討的對象係以公立醫院為主。

在台灣光復初期，經濟基礎尚未發達，民間部門缺少足夠的資源興建醫院，因此由政府在全台籌建公立醫院以維護國民健康。初期公立醫院在全國醫療體系之中實扮演舉足輕重的角色，也為國民醫療保健的服務持續提供卓著的貢獻。其後隨著台灣經濟的蓬勃發展，民間部門也累積了相當的資金和人力得以開辦大型的醫療機構，使得公立醫院的影響力和重要性在近幾年來逐年降低。

目前我國現有的 97 家公立醫院，依其權屬可分為以下六大系統：

#### 一、行政院衛生署所屬醫院系統

即原隸屬於台灣省政府衛生處的省立醫院，於精省改制後改隸衛生署。至 87 年底計有分設於各縣市的 34 家醫院，其中包括 4 家精神專科教學醫院。

## 二、院轄市立醫院系統

隸屬於院轄市政府衛生局，至 87 年底計有台北市立醫院 8 所，高雄市立醫院 6 所。

## 三、縣（市）立醫院系統

隸屬於各縣（市）政府衛生局，至 87 年底，計有基隆市立醫院、台北縣立三重、板橋醫院，等合計 10 所縣市立醫院，但其規模均不大。

## 四、公立醫學院校附設醫院系統

隸屬於教育部，現有台灣大學醫學院附設醫院、成功大學醫學院附設醫院及台北護理學院附設婦幼醫院等 3 所。

## 五、軍醫院系統

隸屬於國防部，除設於台北的三軍總醫院為醫學中心外，於北、中、南及東部各設一總醫院，另於北部設 5 所醫院，中部 2 所醫院、南部 4 所醫院、東部 1 所醫院及外島 3 所醫院，合計 20 所軍醫院，其中四級以上軍醫院另設民眾診療處，提供醫療服務。

## 六、榮民醫院系統

隸屬於行政院退除官兵輔導委員會，其中台北榮民總醫院及台中榮民總醫院及高雄榮民總醫院屬醫學中心，另外配合主要服務對象即榮民榮譽的分佈，分別於北部設有 4 家醫院，中部 1 所、南部 4 所、東部 3 所，合計有 15 所榮民醫院。

雖然我國公立醫院現有 97 家公立醫院在數量僅及全國 719 家醫院的 13.94%，但卻提供了 38.27% 的病床數；而公立醫院的西醫師人數及醫事人員總數各約佔全國的 24%（含診所人力），此外，公立醫院的門診服務量約佔所有醫院的 24%，手術服務量則約佔所有醫院的 28%。（詳如表 4.1）

表 4.1 公立醫院規模及服務量統計

| 規模及服務量<br>權屬別 | 醫院數    | 病床數     | 西醫師數    | 醫事人員數     | 平均每日<br>門診人次 | 平均每日<br>手術人次 |
|---------------|--------|---------|---------|-----------|--------------|--------------|
| 公立醫院合計        | 97     | 42,838  | 6,503   | 28,576    | 82,793       | 1,167        |
| 衛生署所屬醫院       | 34     | 12,064  | 993     | 5,467     | 19,148       | 171          |
| 台北市立醫院        | 8      | 3,882   | 857     | 3,563     | 11,438       | 146          |
| 高雄市立醫院        | 5      | 1,897   | 177     | 1,086     | 3,494        | 31           |
| 縣市立醫院         | 10     | 1,501   | 219     | 1,187     | 5,262        | 44           |
| 公立醫學院校附設醫院    | 3      | 3,553   | 1,230   | 4,022     | 9,493        | 127          |
| 軍方醫院—民眾診療     | 20     | 5,925   | 1,066   | 4,757     | 10,809       | 224          |
| 榮民醫院          | 15     | 13,982  | 1,961   | 8,386     | 22,002       | 424          |
| 公立中醫醫院        | 2      | 34      | -       | 108       | 1,148        | -            |
| 私立醫院合計        | 622    | 69,103  | 9,718   | 57,993    | 263,690      | 2,968        |
| 總計            | 719    | 111,941 | 27,071* | 121,517** | 346,483      | 4,135        |
| 公立醫院比例        | 13.49% | 38.27%  | 24.02%  | 23.52%    | 23.90%       | 28.22%       |

資料來源：行政院衛生署，87 年台灣地區醫療機構現況及醫療服務量統計，88 年 6 月。

\*含診所之西醫師 10,850 人。

\*\*含診所之醫事人員 34,948 人。

## 第二節 公立醫院的功能

一般而言，醫療機構所擔負的功能角色，不外乎提供醫療服務及從事教學訓練與研究工作三項，在現行六個主要的公立醫療系統之中，教學醫院以上的評鑑醫院承擔較多的教學功能，醫學中心則負責更高比重的研究工作；而除了軍醫院系統及榮民醫院系統依其任務取向，分別側重以軍人、軍眷及榮民、榮眷為主要服務對象之外，其餘的公立醫院所提供的功能大致相同，亦即除了基本的醫療服務之外，都負有社會福利及執行公共衛生政策的責任。以衛生署所屬醫院及台北市立醫院為例，其所負功能不外以下各項：（台灣省衛生處，1998；台北市醫療業務概況，1995）

1. 提供醫療服務。
2. 制衡醫療費用上漲。
3. 配合社會福利政策，以高水準的醫療品質照顧低收入患者及其它弱勢團體。
4. 以服務為導向，而非以營利為目的。
5. 著重社區服務，並擔負部份教學研究工作。
6. 支援基層醫療及公共衛生工作，收治法定傳染病患者。
7. 推展重大醫療政策。
8. 平衡地區醫療資源。

台灣地區自光復以來，公立醫院對於提供上列各項的醫療服務及社會福利事項，確實貢獻良多，在隨著時間的推移與民間部門醫療資源的改善，使得公立醫院在過去所臚列的政策性功能中所扮演的重要程度已逐年式微。因此，在未來變動的醫療產業環境中，實有必要對於政府公共部門的角色及公立醫院的功能作適度的調整。

首先，在繼續提供醫療服務的工作上，由於公立醫院總病床數佔全國總病床數的比例已逐年降至 38.27%，而以門診人次推估的醫療服務量亦僅佔全國總門診人次的 23.9%，因此，在民間醫療資源及培訓的醫事人數持續擴增的情形下，就以自由經濟的觀點而言，未來一般性醫療服務的供應，未必要繼續由公共部門來直接提供。

其次，在公立醫院能制衡醫療價格上漲及照顧低收入患者的功能上，在尚未實施全民健保制度之前，公立醫院的收費確實較私人醫院低廉且配合執行若干社會福利措施，因此對於抑制醫療價格及對低收入患者的照顧上確實發揮相當大的效果。但是在全民健保實施之後，由於個人就醫負擔減輕，因此弱勢者亦能選擇到私立醫院就診；在另一方面，由於現行我國的健保制度係採行單一保險人制度，議價能力甚強的單一保險人—即中央健保局，制定各項醫療服務的給付標準並核定各醫療機構所申請的給付金額。因此，在健保給付的範圍，各醫療機構幾乎無法任意調整價格，因此，公立醫院實已不具有抑制醫療價格上漲的功能。換言之，在全民健保實施之後，欲節制醫療資源的使用或制衡醫療價格的上漲，將只能藉由支付制度及健保制度的調整及改善，而無法依賴公立醫院對價格的制衡。

過去由於民間部門的醫療資源相對不足，因此對於具社會福利性質的醫療服務及社區服務等工作，除了教會系統醫院投入較多之外，其餘多由公立醫院承擔。但是近年來許多大型財團法人醫院相繼成立，且由於導入專業醫院管理的制度，除了經營績效卓著之外，並本著非營利的精神，同樣以服務為導向，推動具社會福利性質的醫療服務，並藉著社團、志工的力量，致力於社區服務工作的深耕。此外，由於規模及人力的提升，因此即使在教學及研究工作方面，這些非公立醫院的成果亦不遑多讓。再者，在支援基層醫療及公共衛生的工作方面，未來在政策任務計價制度及業務

委外執行等制度更完備之後，民間部門的醫療機構都將有能力在過去的政策性醫療服務功能上扮演更積極的角色。可由上述的分析可以得知，以上所列 1~6 項政策性的功能，未來將不再是公立醫院所專屬的職責。

但是在另一方面，近年來我國的醫療資源在量的方面已有顯著的提升，比如平均每萬人口病床數為 56.8 床，平均每萬人口醫師數為 13.97 人，與其它國家相比，已屬於中上的水準，但卻同時凸顯醫療資源配置不均衡的問題。所謂醫療資源不均衡係展現在兩個部份，一是區域性的醫療資源差距過大，例如上述的每萬人口醫師數，在台北醫療區為 17.34 人，但是在雲林醫療區則為 7.69 人（詳見表 4.2），至於山地離島地區的醫療資源則更顯匱乏，至 87 年底台灣地區仍有 5 個鄉是無醫鄉。另一個資源配置不均問題則是對於較不具市場性的醫療服務項目的投資相對不足，例如相對於週轉率較高的急性一般病床而言，非公立醫院對於精神病床及慢性病床的設置數量及比重明顯偏低。

綜合上述分析，我國公立醫院作為國家公共衛生政策的執行工具，未來在醫療產業中所扮演的功能角色，實應調整為集中在配合推動重大醫療政策以及促進醫療資源均衡配置，進而促使醫療資源更有效率的運用。易言之，在民間部門的醫療資源提升之後，相對的，公共部門的角色應進一步轉換為公共衛生政策及醫療服務的管理者，而不必直接經營或提供一般性的醫療服務；但是對於具有社會福利性質的醫療服務項目或無法藉由市場機制導入商品化的醫療服務，則公共部門仍應加強投資，以促進醫療資源的均衡配置，使得每個國民都能享有基本的醫療福祉。

### 第三節 公立醫院面臨的發展問題

我國公立醫院多年來在配合國家衛生政策的推動、均衡醫療資源的分佈以及落實對中低收入病患及特殊病患的照顧上貢獻甚多，即使在全民健保實施之後，確實仍有其存在的必要。然而近年來，政府對公立醫院的公務預算補助金額快速增長，已造成政府財政重大負擔，但是除了少數體質良好，其營運績效足以與大型財團法人醫院競爭的醫學中心之外，其餘的公立醫院多面臨嚴峻的競爭威脅及經營危機。在遭遇到內外環境多重衝擊之下，有關公立醫院的定位及未來發展，確是亟需釐清的重大議題。有關公立醫院面臨的困境，茲說明如下：

#### 一、體制上的束縛

由於公立醫院一直被定位為「一般公務機關」，而非事業機構，在此一架構之下，其運作受到來自人事制度、會計制度及採購制度的層層限制：

##### （一）人事制度方面

有關公立醫院人員聘任事宜，皆須遵守「公務人員任用法」、「聘用人員聘用條例」等規定，亦即正式編制人員須具備公務人員任用資格，此一規定造成公立醫院在進用專業醫技人員時極大的限制。雖然依據 82 年 8 月公布之「專門職業及技術人員轉任公務人員任用條例」之規定，經過專門職業及技術人員高等考試、普通考試、或相當之特別考試及格者，曾實際從事相當之職務二年以上者，可轉任公職，另 88 年 6 月立法通過的「醫事人員任用條例」亦為醫事人員的任用多開了另一管道。但實施以來此一治標不治本的辦法，對於公立醫院進用或留任優秀醫師的效果並不如預期，反而是為原先非編制的醫事人員提供了佔缺升等的方便之門。但總體而

言，公立醫院的人事權隸屬於非醫事專業的人事行政體系，醫院管理者在人員進用（遣退）之資格、人數、時效及敘薪、考核、升遷、調派等作業皆難以依據醫院營運狀況而適時調整。

## （二）財務會計方面

公立醫院之財務運作須遵守之法令，包括有預算法、審計法、會計法、決算法及相關行政命令與上級主計機關之督導，除了預算制度雙軌並行的問題之外，由於依會計法之規定，公立醫院會計室直接接受主管機關主計部門的監督與指導，並由該主計部門負責會計人員之選派，但由於主計機關指派之人員雖然精於政府會計制度，但對於兼具營業特性之醫院成本會計制度的運作，則未必能提供醫院管理者所需要的財務管理資訊。

## （三）工程及採購方面

公立醫院在營繕工程及採購作業上，同樣須遵守政府部門「審計法」、「預算法」、「機關營繕工程及購置定製變賣財物稽核條例」等法規，辦理公開招標手續，此一制度雖然嚴謹，但因為主要是以金額為主要審核及管制手段，難免流於僵化並易發生圍標、綁標等漏洞。尤其在設備藥品的採購時機上，常因程序延誤而影響醫療作業，且因存貨管理不當，亦容易導致浮報或購用劣質品的弊病，因而影響醫療品質。

此外，民意代表及政治力的介入對於公立醫院的運作也是一大困擾。依據現行體制，公立醫院須接受民意機關之監督，更嚴重的是，部分較不能掌握職權分際的民意代表，更是直接介入公立醫院的採購、工程發包乃至人事安排作業上，在在都對公立醫院造成莫大的困擾，這樣的干擾，對於衛生署所屬醫院及市立醫院的影響尤其深切。

## 二、外部環境的挑戰

### （一）政府公務補助的緊縮

近年來政府財政支出日益擴增，使得政府財政逐漸吃緊，在精簡政府組織的既定政策及民營化的潮流之下，勢必無法維持過去高比例的公務預算補助。未來公立醫院的經營，唯朝向自主平衡營運的目標努力。

### （二）消費者醫療需求標準的提高

在生活水準逐年提高之後，民眾對於醫療服務的品質要求已有重大改變，尤其在全民健保實施後，幾乎排除了醫療價格的差異優勢。病患從過去只期望治癒疾病、費用低廉的基本功能，已提升到要求方便、快速，甚至是關心、尊重、服務親切的更高層次。因此，如何有效掌握病患需求的改變，並迅速採取消費者導向的因應之道，即是未來公立醫院的決勝因素。

### （三）產業競爭態勢的不變

在全民健保實施及大型財團法人醫院陸續成立之後，國內醫療產業已在短期間內發生了鉅大的改變。首先是大型財團法人醫院引進了現代企業經營管理的觀念和技術，將效率、品質、成本的觀念轉化為醫院經營管理的指標，也藉此樹立了新的經營典型。尤其全民健保實施後，分級轉診制度無法有效落實的結果，造成了醫療體系中強者愈強、弱者愈弱的現象。

其次，全民健保的實施造成中小型醫院極大的生存壓力，因而有部份業者（含診所）退出市場，但是，民間機構在競爭加強之後，畢竟有較迅速的應變能力，因此小型醫院開始快速展開聯盟經營、互補整合的營運策略，確實能有效提升整體經營及服務品質。相對的，公立醫院（尤其是規

模較小的公立醫院）在此上下夾擊的強大競爭壓力之下，若不能善用本身優勢，掌握時效，力圖轉型振作，則前景確實堪慮。

#### （四）全民健保制度的改變

全民健保的實施對於公立醫院的經營未必不利，但是日後若通過立法，改為多元制，則公立醫院需要更高的行政管理能力，而消費者具有更多的選擇權，保險人具有更強的議價能力，則公立醫院面對的經營競爭將更為嚴峻。

### 三、內部經營的困境

#### （一）面對環境變動及消費者導向的危機意識不足

由於體制的諸多限制，造成公立醫院制度運作的僵化，再加上有公務預算及公務員任用的保障，形成部份公立醫院員工安於現狀的心態，這應是公立醫院現存最嚴重的問題。

雖然公立醫院一直被定位為公務機關，但是與其他政府機構不同的是：一般政府機關處理的是行政事務，不管如何官僚或無效率，民眾幾乎沒有替代選擇可言；然而醫院處理的是人的醫療行為，病患可以用轉換求診醫院來直接評斷醫院的服務品質。然而，實際上醫院的營運，有新醫技的研發引進、有製造業的生產流程和控管、也有服務業的細膩和品質指標，其管理技能的挑戰絕對高於一般公務機關甚多，而市場開放競爭之後，優勝劣敗的結果，是極為現實而殘酷的。

#### （二）薪資報酬制度僵化，無法留任優秀醫事人才

現行公立醫院薪資制度，幾乎均依「公務人員俸給法」支薪，亦即依

文官考試及年資敘薪，反而與員工擔任工作的專業性、困難度或工作風險較無關聯，因此產生同工不同酬或不同工同酬的不合理現象。相較於財團法人醫院，採取較具彈性及激勵性的薪資制度，公立醫院在先天上即較不易延攬並長期留任優秀醫事人員。

（三）公務預算比例偏高，且未能區分政策價格化，致難以反應實際經營成本及管理營運績效。目前公務預算補助的比例多集中於都會區或規模較大的醫院，結果在醫療資源相對過剩的區域補助越多，其營運虧損似乎越大，形成更大的財政負擔。此外由於公立醫院受到諸多法令及官僚組織積習的限制，公立醫院一直無法針對產出績效制定評量的管理標準，間接地使得公立醫院經營首長的權責模糊不明確。

（四）公立醫院整體定位、分工及系統整合的程度較不足，不能發揮資源共享的優勢。目前主管機關在全國醫療網的規劃中，雖然已實施區域聯營等措施，但對於發展個別醫院特色、以及跨醫院、跨體系的人力資源調度及經驗分享、資源共用的作法仍有待進一步統籌規劃，以發揮公立醫院的規模優勢及綜效，協力提升公立醫院的經營體質。

## 第四節 公立醫院在醫療產業中的重新定位

### 一、醫療資源量的均衡

如前所述，國內醫療產業環境隨著民間部門資源的改善以及政府角色的調整，我國公立醫院所擔負的功能，未來將轉為推動醫療資源在質與量

上更均衡的配置，並將致力於更有效率的運用醫療資源以維護國民健康。而政府的衛生行政部門所扮演的角色，也將從醫療服務的直接經營者轉變為醫療產業的管理者，這樣的趨勢亦可由公共部門在醫療產業所佔比重逐年降低得到印證。

在此一前題之下，本研究將進一步探討目前在我國醫療產業中醫療資源配置的情形，由表 3.2 可了解到，從民國 60 年起我國的醫療資源，不論在每萬人的病床數，每萬人醫事人員數及每萬人醫師數等指標上，都持續的成長，到民國 87 年底台灣地區（不含金馬地區）已有醫療院所 17,710 家（其中醫院 716 家，診所 16,994 家），總病床數 124,294 床，西醫師合計 27,032 人。但是在醫療資源數量的提升的背後，若進一步細究，則將發現我國醫療資源的分配，隨著城鄉醫療區的不同，呈現極不均衡的配置。以表 4.2 來看，若將台灣地區醫療資源分布情形，依衛生署所畫分的醫療區域區分之後，可以發現，花蓮醫療區每萬人急性一般病床數為 45.93 床，是病床數最少的雲林醫療區 <17.54 床> 的 2.62 倍，同樣的，每萬人醫師數最多的台北醫療區為 17.34 人，足足是每萬人醫師數最少的雲林醫療區 <7.69 人> 的 2.25 倍。這樣的差距尚且未將山地及離島地區列入比較，否則醫療資源的分配將更為懸殊。到 87 年底，在山地及離島地區服務的醫師人數總共才 204 人（含金門馬祖地區），其主要原因乃在於資源較匱乏的醫療區及山地離島地區的人口數較少且不集中，加上交通與物質條件的不足，因此除了部份教會系統的醫院之外，並不容易吸引醫師到當地服務。此外，依據當地的醫療費用的總額，在沒有補貼的情形下亦不足以維持一所較具規模的醫院的營運。但是對於每一個國民而言，其對於基本醫療服務的需求和權利應該是相同的，然而目前在不同的醫療區域所呈現醫療服務數量分佈上的差距如此懸殊，而且此一資源配置不均的現象，並不容易藉著市場機制的導

入而在短期間內獲得改善，這樣的問題也正是亟需政府公共部門發揮其功能與責任的著力點。

表 4.2 台灣地區各醫療區域醫療資源統計

| 醫療區         | 人口數       | 病床總數   | 每萬人<br>病床數 | 每萬人急性<br>一般病床數 | 醫師總數<br>(含中醫師) | 每萬人<br>醫師數 |
|-------------|-----------|--------|------------|----------------|----------------|------------|
| <b>北部區域</b> |           |        |            |                |                |            |
| 基隆醫療區域      | 500,932   | 2,284  | 45.60      | 29.90          | 620            | 12.38      |
| 台北醫療區域      | 6,091,101 | 35,364 | 58.06      | 35.30          | 10,562         | 17.34      |
| 宜蘭醫療區域      | 465,627   | 4,097  | 87.99      | 43.34          | 502            | 10.78      |
| 桃園醫療區域      | 1,540,632 | 7,020  | 45.57      | 20.89          | 1,542          | 10.01      |
| 新竹醫療區域      | 784,223   | 3,809  | 48.57      | 26.04          | 787            | 10.04      |
| <b>中部區域</b> |           |        |            |                |                |            |
| 苗栗醫療區域      | 559,858   | 2,987  | 53.35      | 28.99          | 500            | 8.94       |
| 台中醫療區域      | 2,385,367 | 12,509 | 52.44      | 31.50          | 4,028          | 16.88      |
| 南投醫療區域      | 545,874   | 3,203  | 58.68      | 26.00          | 550            | 10.08      |
| 彰化醫療區域      | 1,301,467 | 5,293  | 40.67      | 23.92          | 1,375          | 10.56      |
| 雲林醫療區域      | 748,995   | 2,104  | 28.09      | 17.54          | 576            | 7.69       |
| <b>南部區域</b> |           |        |            |                |                |            |
| 嘉義醫療區域      | 828,783   | 4,691  | 56.60      | 25.87          | 971            | 11.71      |
| 台南醫療區域      | 1,822,102 | 9,673  | 53.09      | 28.85          | 2,380          | 13.07      |
| 高雄醫療區域      | 2,689,374 | 16,495 | 61.33      | 35.66          | 4,135          | 15.38      |
| 屏東醫療區域      | 910,540   | 4,928  | 54.12      | 30.44          | 939            | 10.31      |
| 澎湖醫療區域      | 89,463    | 478    | 53.43      | 29.29          | 90             | 10.06      |
| <b>東部區域</b> |           |        |            |                |                |            |
| 台東醫療區域      | 249,937   | 1,276  | 51.05      | 33.01          | 240            | 9.60       |
| 花蓮醫療區域      | 356,601   | 8,083  | 226.67     | 45.93          | 564            | 15.82      |

資料來源：行政院衛生署，台灣地區醫療機構現況及服務量統計 88 年 6 月。

## 二、醫療資源質的均衡

所謂醫療資源質的均衡，並不是指醫療品質或滿意度的程度，而係指醫療服務項目的配置是否平均。近年來台灣地區的醫療資源，不論是在醫療院所家數或醫事人員的數量上都快速增加，尤其以民間部門更為顯著，而且醫療資源的增加，多數也都集中在都會型的醫療區內，加上健保實施等法令的修改，使得醫療產業開始面臨前所未有的競爭。這樣的發展在好的方面是使得醫院更重視管理，進而促進醫療資源更有效的運用；但在另一方面卻引導醫院過度重視財務面的效益，而較忽略了醫療服務的社會福利或公共服務性質。由表 4.3 的統計資料中，表達了公立醫院與私立醫院在決定擴充病床時的不同選擇。其中，在效益較高的急性一般病床及特殊病床部份，公立醫院所佔比例僅約 30%，但是在照顧精神疾病與慢性疾病的病床比例上，公立醫院則佔了約三分之二。可見在醫療產業中，如果一切是以市場競爭及績效掛帥的思維來主導，則具有公共服務性質的項目，勢必難以藉著市場機制來獲得妥善的服務。因此，在未來的醫療的產業中，公共部門似乎仍應繼續保有一定的影響力，以有效引導醫療資源能兼顧市場機能所不及的部份，以便充份確保每一個國民的權益和福祉。

表 4.3 台灣地區醫院各類病床統計

| 病床別<br>權屬別 | 病<br>床<br>數 | 急性病床           |                | 慢 性 病 床        |                |                | 特 殊 病 床          |                  |                  |                            |
|------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------|
|            |             | 急性<br>一般<br>病床 | 急性<br>精神<br>病床 | 慢性<br>一般<br>病床 | 慢性<br>精神<br>病床 | 其它<br>慢性<br>病床 | 加<br>護<br>病<br>床 | 燒<br>傷<br>病<br>床 | 嬰<br>兒<br>病<br>床 | 其<br>它<br>特<br>殊<br>病<br>床 |
| 公立醫院合計     | 42,838      | 21,743         | 2665           | 2,996          | 7,667          | 1,040          | 1,454            | 196              | 429              | 4,648                      |
| 行政院衛生署所屬醫院 | 12,064      | 4,879          | 905            | 325            | 3,298          | 1,004          | 288              | 17               | 94               | 1,254                      |
| 台北市立醫院     | 3,882       | 2,432          | 428            | 133            | 42             | -              | 129              | 25               | 93               | 600                        |
| 高雄市立醫院     | 1,897       | 889            | 150            | -              | 554            | -              | 50               | -                | 20               | 234                        |
| 縣市立醫院      | 1,501       | 1,045          | 59             | 76             | -              | -              | 41               | -                | 18               | 262                        |
| 公立醫學院校附設醫院 | 3,553       | 2,618          | 75             | -              | -              | -              | 273              | 34               | 59               | 494                        |
| 軍方醫院—民眾診療  | 5,925       | 3,945          | 520            | 50             | 187            | -              | 211              | 97               | 74               | 841                        |
| 榮民醫院       | 13,928      | 5,901          | 528            | 2,412          | 3,586          | 36             | 462              | 23               | 71               | 963                        |
| 公立中醫醫院     | 34          | 34             | -              | -              | -              | -              | -                | -                | -                | -                          |
| 私立醫院合計     | 69,103      | 46,201         | 1,275          | 2,031          | 3,545          | 90             | 3,351            | 196              | 1,116            | 11,298                     |
| 總 計        | 111,941     | 67,944         | 3,940          | 5,027          | 11,212         | 1,130          | 4,805            | 392              | 1,545            | 15,946                     |
| 公立病床比重     | 38.27%      | 32.00%         | 67.64%         | 56.60%         | 68.38%         | 92.04%         | 30.26%           | 50.00%           | 27.77%           | 29.15%                     |

資料來源：行政院衛生署，台灣地區醫療機構現況及服務量統計 88 年 6 月。

### 三、公立醫院區域定位分析

過去許多有關公立醫院轉型議題的研究，論者多從醫院績效評核的角度切入，依據諸多「客觀的」量化產出數據來說明公立醫院的產出績效確實不如私立醫院，因此推論公立醫院必須推動體制轉型或民營化，以提升

競爭力；而有部分的研究者則是從民營化的理論著手，然後便將事業機構的民營化模式套用於公立醫院，直接推論公立醫院的民營化可行模式。然而，類似上述的研究取向雖然各有立論依據，但是對於現行公立醫院未來發展方向的討論，似乎過於簡略而顯得有所不足，也使得近年來對於相關問題的研究及政策的取向一直陷於莫衷一是的困境。究其原因，主要在於未能掌握公立醫院過去的背景、目前在醫療產業環境中的處境，以及公立醫院間的個別差異所致。

在另一方面，既然未來在全國醫療體系中，公立醫院所應擔負的功能角色是改善醫療資源在質與量上的均衡配置，而且現行醫療資源的分配確實存在區域不均衡的問題，因此對於公立醫院的定位，自然應該將現有公立醫院置於個別具直接競爭關係的醫療區域環境中加以分析，依據各區域的特性以及個別公立醫院所扮演的角色的不同，分別評估各公立醫院的新定位，並進而尋求未來的轉型策略及轉型模式。因此，本研究嘗試以區域醫療資源豐富程度、公立醫院規模佔區域醫療資源的重要程度以及公立醫院佔區域醫療服務量的比重等三個構面來進行公立醫院在所處醫療區域內的定位分析。

#### （一）區域醫療資源豐富程度

由於我國目前的醫療資源在總量上並無不足，但分佈不均且有惡化的傾向（楊志良，1990）。為了區分在不同醫療區域間資源分配的差距，並呈現在醫療服務中的公共服務性以及公立醫院政策性任務的重要程度，因此本研究乃同時採用每萬人平均病床數及每萬人平均醫師數的標準來定義各醫療區域中醫療資源的相對豐富程度，亦即採用衛生署對於醫療區域中，每萬人病床數達 50 床者為醫療資源過剩的定義，但考慮到部份地區平均總

病床數雖高，但係因其特殊及慢性病床比重較高的影響，至於其急性一般病床則未必高於其它區域，因此本研究另外加上每萬人平均西醫師數高於全國平均 12.36 人的區域，才定義為醫療資源豐富的區域。

## （二）公立醫院規模比例的重要程度

在過去由於民間醫療資源相對不足，因此在各地區的公立醫院的服務產能，不論病床數或醫師數皆在該區域中佔有極高的比重，而這樣不可或缺的重要性，也正是過去公立醫院能提供諸如配合推動重大醫療衛生政策，抑制醫療費用等功能，並且作為主要的醫療服務的提供者的主要依據。但是隨著近年來私立醫院及財團法人醫院的蓬勃擴展的結果，公立醫院在各醫療區域中所扮演的重要程度，似乎已有結構性的轉變。因為倘若公立醫院在個別醫療區域中，未能擁有具影響力的比重，則未來若仍承擔部份政策性的功能，其效果勢必受到一定程度的減損。但另一方面，相對於公立醫院重要性的降低，即代表著民間部門已經能夠提供該區域大部份的醫療服務，因此原有的公立醫院是否存續，或者是否繼續維持公有公營的經營型態，其影響將大為降低。

此外，由於一般公立醫院在醫師人數方面普遍都有缺員的情形，尤其衛生署所屬醫院的醫師缺員率更為嚴重，若是以醫師人數的比例來表達公立醫院的規模比重，恐怕在設計產能與實際產能之間的差異過大。因此本研究選擇以公立醫院的病床數佔該醫療區域總病床數的比例來表達公立醫院在該區域的規模重要程度。一般而言，公立醫院醫事人力的數量也大致係依據病床數來配置，因此，以病床數比例來衡量產能規模應是相當適切的指標。

### (三) 公立醫院服務量比例的重要程度

一般而言，醫院的規模比例與服務量比例應維持一定程度的正相關，但由於公立醫院的調整彈性較低，且不同醫療區域的競爭強度亦有所不同，因此不同的公立醫院間的服務量佔有率亦不盡相同。此外，雖然公立醫院並不容易在相同的基礎上，就績效指標與私立醫院作合理的比較，但概括來看，公立醫院在一般醫療服務項目的單位生產成本上，確實較私立醫院為高。雖然並不適合據以推論公立醫院經營績效低於私立醫院，但若就醫療資源使用效率的觀點來看，在公立醫院所佔規模及服務量比重相對偏低的醫療區域中，一般的醫療服務項目是否必須維持公有公營，確實存在討論的空間。

本研究在服務量比例的指標上，係選擇同時採用在一定期間內，公立醫院的門診人次及住院人日佔該醫療區域總量的比例，再依健保支付門診與住院費用的比重分別加權合計（依 88 年全民健保統計年報，健保局於 87 年支付予省市醫院的門診與住院費用比例為 57.3：42.7）。

$$\begin{aligned} \text{醫療服務量佔有率} = & (\text{公立醫院門診人次} / \text{區域總門診人次}) * 57.3\% \\ & + (\text{公立醫院住院人日} / \text{區域總住院人日}) * 42.7\% \end{aligned}$$

以下本研究將以廣泛分布於台灣地區各醫療區域，且過去一直扮演平衡醫療資源的積極性功能的衛生署所屬醫院為例，針對各衛生署所屬醫院在各醫療區域的產業環境中作區域定位分析，以進一步確認各所屬醫院的定位。（如表 4.4）此外，本研究為求資料的一致性，對於醫療區域的區分僅及於衛生署所規劃的各醫療區域，因此在衛生署所屬醫院中，新竹醫院、竹東醫院併計於新竹醫療區域，台中醫院、豐原醫院併計於台中醫療區域，南投醫院、中興醫院併計於南投醫療區域，嘉義醫院、朴子醫院併計於嘉

義醫療區域，新營醫院、台南醫院併計於台南醫療區域。

在針對衛生署所屬醫院的醫域定位分析範例中，可明顯看出雖然同為衛生署所屬系統的公立醫院，但因所處區域環境的不同，個別醫院的環境定位實存在相當大的差異。依據 87 年的統計資料，台灣地區各衛生署所屬醫院的病床數規模佔各醫療區域的比重平均約 9.71%，因此本研究針對衛生署所屬醫院的區域定位分析中，對於規模比重及服務量比重的區分，則概以 10% 劃分為比重高與比重低，藉以相對區別各所屬醫院在該醫療區域中的重要程度。

表 4.4 衛生署所屬醫院區域定位分析

| 醫療資源量 | 規模比重                                      |                                             | 服務量比重 |                                   |
|-------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|-----------------------------------|
|       | 高                                         | 低                                           | 高     | 低                                 |
| 高     | 花蓮醫院                                      | —                                           | —     | 台中醫院+豐原醫院<br>台北醫院+城區分院<br>旗山醫院    |
| 低     | 澎湖醫院<br>台東醫院<br>新竹醫院+竹東醫院<br>雲林醫院<br>基隆醫院 | 嘉義醫院+朴子醫院<br>桃園醫院<br>南投醫院+中興醫院<br>台南醫院+新營醫院 | —     | 苗栗醫院<br>屏東醫院+恆春分院<br>彰化醫院<br>宜蘭醫院 |

資料來源：本研究整理

由表 4.4 中可以看出，在醫療資源相對豐富的區域，除花蓮醫療區之外，多集中在三大都會區，但是在都會區中，衛生署所屬醫院所佔比重，不論就規模或服務量比重皆偏低，因此在競爭激烈的都會區域中，衛生署所屬醫院所扮演的重要性及影響力皆相對式微。（其中旗山醫院由於並非位於高雄醫療區域的都會核心，因此就整個區域的規模比重僅及 0.87%，但若單以旗山次區域來看，則其病床規模比重將達 33%。因此在進行區域定位分析時，須視研究目的及研究對象的不同而選用適合的環境區域。本研究在此一範例所選擇對所有衛生署所屬醫院的分析，較側重於整體醫院間定位差異的比較，而非對個別醫院的環境處境作分析，因此選擇較大範圍的醫療區域來劃分。）

其次，在醫療資源相對不足的區域中，各所屬醫院所處的環境定位則頗不一致。在彰化、宜蘭、苗栗、屏東等醫療區域中，衛生署所屬醫院所佔的比重皆不及 10%，尤其彰化區域由於存在頗具規模的秀傳及基督教醫院，使得彰化醫院的規模比重只有 2.66%，而服務量比重更不到 2%。而在所屬醫院佔規模比重較高的區域中，部份區域的服務量佔有率維持較高的比重，但是有嘉義、桃園、南投、台南等區域的服務量比重卻相對較低。其中在澎湖、南投、花蓮、基隆、台東等區域中，衛生署所屬醫院所佔的規模比重約佔 20%以上，尤其在澎湖醫療區域中，由於受地理的限制，澎湖醫院所佔規模比重高達 37.66%，而服務量比重更接近 40%，可見對該等區域而言，衛生署醫院的存在實具有不可或缺的重要地位。

由於本研究對於公立醫院的績效認定，較兼顧到公立醫院政策性功能性的價值與體制上的差異，而不全然採用量化的成本及產出指標來衡量公立醫院的績效。所以在此一區域定位分析模式中，並未加入成本面的因素考慮，其分析重點在於呈現個別區域中，公立醫院所處的環境定位，由於

不同區域的環境及競爭條件差距甚大，因此本分析模式並不直接作為產出績效的比較。但是從表 4.5 中，產能利用率的數值，卻能從非成本面的角度來呈現公立醫院另一面向的產出成果。所謂產能利用率在本研究中，係指服務量比重與規模比重的比值，在合理的情況下，一定的規模比重將對應到大致相當的服務量比重，但是在衛生署所屬醫院的分析中，卻出現產能利用率歧異的結果。而此一規模比重與服務量比重不一致的現象，也正是本研究在針對公立醫院重新定位時，另行區分規模與服務量等兩個指標的考量因素之一。

但由於影響公立醫院產能利用比率的因素甚多，並不適宜以單一標準直接將產能利用率來推論非成本面的經營績效，而是藉此一數值來對於公立醫院的經營成果及競爭力優勢作不同角度的檢驗與分析。例如，在產能利用率大於 1 的醫院中，固然可能是經營績效卓著，深獲病患信賴的結果，但也可能是偏遠地醫療資源不足，居民求醫別無選擇使然；至於部份產能利用率偏低的區域，除了反應區域醫療服務競爭激烈的事實之外，也可能是公立醫院受限於法規制度調整不易，在遭遇人口流失、醫療需求改變及強力競爭者進入區域市場等環境變動時，造成了產能閒置而不能即時因應的窘境，當然，也可能確實是該公立醫院的經營管理出了問題。

總而言之，公立醫院的區域定位分析模式，具體呈現了公立醫院在不同醫療區域環境中所處定位的不同，唯有正視我國醫療資源在質與量上配置不均衡的事實，並且確認不同的公立醫院在醫療產業環境中，亦具有不同的定位和不同的重要程度，如此才得以根據不同的特性發展出合宜的轉型策略，再進一步制定可行的經營體制轉型模式。有關公立醫院轉型策略及轉型模式的議題，本研究將在後續章節中詳實討論。

表 4.5 衛生署所屬醫院規模及服務比重

| 醫療區    | 區域<br>病床總數 | 衛生署<br>醫院病床數 | 規模比重   | 區域總<br>門診人次 | 衛生署醫院<br>門診人次 | 門診比例   | 區域總<br>住院人日 | 衛生署醫院<br>住院人日 | 住院比例   | 服務量<br>比重 | 產能<br>利用率 |
|--------|------------|--------------|--------|-------------|---------------|--------|-------------|---------------|--------|-----------|-----------|
| 台灣地區   | 124,294    | 12,064       | 9.71%  | 93,381,867  | 4,822,888     | 5.16%  | 24,421,173  | 1,022,636     | 4.19%  | 4.75%     | 0.49      |
| 基隆醫療區域 | 2,284      | 455          | 19.92% | 1,933,697   | 314,364       | 16.26% | 506,372     | 57,940        | 11.44% | 14.20%    | 0.71      |
| 台北醫療區域 | 35,364     | 1,970        | 5.57%  | 29,554,789  | 389,434       | 1.32%  | 7,873,794   | 86,441        | 1.10%  | 1.22%     | 0.22      |
| 宜蘭醫療區域 | 4,097      | 193          | 4.71%  | 2,029,886   | 118,394       | 5.83%  | 839,976     | 12,668        | 1.51%  | 3.99%     | 0.85      |
| 桃園醫療區域 | 7,020      | 1,285        | 18.30% | 4,931,501   | 432,612       | 8.77%  | 963,302     | 86,669        | 9.00%  | 8.87%     | 0.48      |
| 新竹醫療區域 | 3,809      | 823          | 21.61% | 2,837,908   | 595,803       | 20.99% | 633,045     | 112,055       | 17.70% | 19.59%    | 0.91      |
| 苗栗醫療區域 | 2,987      | 253          | 8.47%  | 2,304,687   | 268,645       | 11.66% | 590,078     | 41,678        | 7.06%  | 9.69%     | 1.14      |
| 台中醫療區域 | 12,509     | 757          | 6.05%  | 10,736,047  | 595,823       | 5.55%  | 2,317,336   | 131,206       | 5.66%  | 5.60%     | 0.92      |
| 南投醫療區域 | 3,203      | 953          | 29.75% | 2,015,625   | 237,348       | 11.78% | 673,365     | 26,856        | 3.99%  | 8.45%     | 0.28      |
| 彰化醫療區域 | 5,293      | 141          | 2.66%  | 5,644,942   | 103,540       | 1.83%  | 866,494     | 15,298        | 1.77%  | 1.80%     | 0.68      |
| 雲林醫療區域 | 2,104      | 333          | 15.83% | 1,917,021   | 250,534       | 13.07% | 305,025     | 58,070        | 19.04% | 15.62%    | 0.99      |
| 嘉義醫療區域 | 4,691      | 508          | 10.83% | 3,465,570   | 392,969       | 11.34% | 942,309     | 67,472        | 7.16%  | 9.55%     | 0.88      |
| 台南醫療區域 | 9,673      | 1,015        | 10.49% | 6,651,492   | 365,203       | 5.49%  | 1,536,415   | 73,352        | 4.77%  | 5.18%     | 0.49      |
| 高雄醫療區域 | 16,495     | 144          | 0.87%  | 13,391,689  | 95,669        | 0.71%  | 3,150,338   | 12,997        | 0.41%  | 0.59%     | 0.67      |
| 屏東醫療區域 | 4,928      | 424          | 8.60%  | 3,587,191   | 234,358       | 6.53%  | 955,027     | 44,866        | 4.70%  | 5.75%     | 0.67      |
| 澎湖醫療區域 | 478        | 180          | 37.66% | 277,650     | 91,864        | 33.09% | 57,840      | 27,591        | 47.70% | 39.33%    | 1.04      |
| 台東醫療區域 | 1,276      | 244          | 19.12% | 737,784     | 118,363       | 16.04% | 214,700     | 59,554        | 27.74% | 21.04%    | 1.10      |
| 花蓮醫療區域 | 8,083      | 2,386        | 29.52% | 1,364,388   | 217,965       | 15.98% | 1,995,757   | 107,923       | 5.41%  | 11.46%    | 0.39      |

資料來源：行政院衛生署，台灣地區醫療機構現況及服務量統計，88年6月。



## 第五章 我國公立醫院經營體制的改制模式之分析

### 第一節 公立醫院經營體制調整的目標

#### 一、公立醫院體制調整的基本思考

我國憲法基本國策章第一百五十七條規定，國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。又依據今年四月二十五日公佈之憲法增修條文第十條第八款規定，國家應重視社會救助、福利服務、國民就業、社會保險及醫療保健等社會福利工作。在前揭憲法所要求之國家目標下，提供國民具有可近性（accessibility）之醫療服務，向來為政府施政之重要任務。然而隨著自從一九八零年代英國柴契爾政府提出「效率」（efficiency）、「有效」（或是實用 effectiveness）以及「經濟」（economy）之所謂「3E」作為推動公共服務革新（public service reform）的標準起，吾人對於檢視如公立醫院等公共服務經營體制調整的問題，往往多由經營績效評估的角度出發，以公立醫院在績效上不如私人醫院的事實，引申公立醫院必須藉由經營體制調整的手段，以達到提升競爭力的目的。

然上述的推論稍失之於簡略，蓋競爭的機制必定要能引導資源的有效利用，其應表現在系統內的各環節都能追求以更有效率的方法從事生產活動，而不是個別醫院間競逐消費者或利潤的手段。特別是公立醫院作為政府提供維護國民健康之基本醫療服務的典型手段，公共性格濃厚，若全然以醫療服務市場的佔有率來作為革新或變革的目標，則將流於於偏頗，且未將公立醫院之特殊定位予以考量。其不合理之處，如同必須經營僻遠區路線的台汽公司，期望藉著民營化的手段，能達到與野雞客運公司有相同獲利績效的矛盾一般。換言之，在面對公立醫院經營體制改革時，不應完

全以所謂經營績效或佔有率等市場經濟體制中的標準來一體適用於公立醫院，否則非但無法達成改革之目標，反而會模糊了調整的方向。

## 二、公立醫院之重新定位

### （一）醫療法上之規範

所謂公立醫院或是公立醫療機構，依據現行醫療法第三條之規定，係指由政府機關、公營事業機構或公立學校所設立之醫療機構。而關於公立醫院之運作與管理方面，醫療法有如下之規範：第二十七條，規定公立醫療機構之醫療業務，應受中央衛生主管機關之督導；第二十八條第一項規定，公立醫院得邀請當地社會人士組成營運諮詢委員會，就加強地區醫療服務，提供意見；同條第二項規定，公立醫院應提撥年度醫療收入百分之五以上，以辦理有關研究發展、人才培訓、健康教育、醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項（其中公立醫療機構為教學醫院者，其研究發展及人才培訓所提撥經費，不得少於年度醫療收入總額百分之三。參照醫療法施行細則第五十八條）。觀諸以上醫療法之規範精神可知，公立醫院在法律性質方面基本上與其它一般醫療機構並無不同，同時需要負擔其它醫療機構所無的政策性任務（如前述醫療收入之提撥以及設置機關所交付之任務，詳後述）。

### （二）公立醫院之定位分析

現行醫療法中並未針對公立醫療機構之組織型態有所規範，然由於公立醫療機構乃屬政府機關、公營事業機構或公立學校所設立之醫療機構，因此其設置之依據與規範與一般行政機關並無二致，主要之特徵在於需要有組織法上之依據。一般而言，所謂政府組織法係指就行政機關的設立、

地位、體制、編制、職權及人員等事項所制頒的法規。特別是在依法行政原則下，行政機關的設立均應其有合法的依據；更重要的是，依據現行預算法第九十二條規定，未依組織法令設立之機關，不得編列預算，故若無組織法令之依據，預算之辦理均有疑義。因此在實務運作上，公立醫療機構之設置，多以其設置機關所訂之「組織規程」為依據。以臺北市立醫院為例，依據臺北市政府衛生局組織規程第九條規定，該局之下設中興、仁愛、和平醫院、等市立醫院以及各區衛生所，其組織規程另定之，而各市立醫院亦均有依此制定組織規程，即為顯例。

由前述之臺北市政府衛生局組織規程之規定亦可了解，在傳統行政組織法的思考中，係將公立醫療院所與屬於典型醫療行政機關附屬單位（如各區衛生所）置於同一組織定位之上，因此在「公立醫療機構等於機關附屬單位」的屬性下，公立醫療機構自然需受到一切規制行政機關之行政法令之約束與規範。職是之故，除了各公立醫院之組織與人員編制等，需受到其組織規程之拘束外，在會計、預算及採購等方面，莫不受到等同於行政機關之法令規範。是以縱使晚近有若干提高現有公立醫院經營自主性之調整，但仍無法脫離行政機關的基本規範框架。

在公立醫院等於機關附屬單位的屬性下，其營運之性質與功能自然不同於一般醫療機構，亦即除了醫療服務之提供外，尚具有執行公行政任務之功能，例如由現行醫療法第六十三條關於「各級政府應依據中央衛生主管機關所規劃之醫療網實施計畫，對醫療資源缺乏區域，獎勵民間設立醫療機構；必要時，得設立公立醫院。」之規定即可看出，為落實行政院衛生署所規劃之全國醫療網實施計畫，於醫療資源缺乏之區域，應以鼓勵民間設立醫療機構為原則，而公立醫院之設置目的，則在於填補民間醫療機構之不足。這種基於「補充性原則」(subsidiary principle)，對於民間欠缺

經營意願之區域由公立醫院填補的價值秩序，即為典型的公行政任務導向的表現。蓋所謂補充性原則，係指公立醫院所提供之醫療服務，應定位為一種填補民間醫療資源之不足的作用；亦即是，國家藉由公立醫院作為達成醫療資源可近性與公行政任務之一種政策工具，其原意即非與民間醫療機構處於一種競爭的關係，而是在於補充民間醫療資源的不足，同時兼具促進醫療資源在質與量上的均衡配置以及帶動整體醫療資源使用的效率化的功能。因此，在公立醫院體制調整的過程中，具有公行政性質之政策任務如何銜接，亦為考量之重要因素。對此，隨著我國醫療服務提供的客觀環境的轉變以及民間力量的成長，就整體醫療資源之提供與利用的關係上，公立醫院之定位應該視為以「補充性原則」作為基調，衡量個別醫療資源之分布情形下的一種經營調整策略。

值得注意的是，在構思公立醫院之定位時亦不能枉顧歷史的現狀。對於不同的公立醫院其所面對之環境挑戰與變革需求亦有所差異，不應毫無彈性地以唯一的判斷標準適用於所有對象，而毋寧是在以補充性原則作為基本思考的前提下，就不同的區位特質與醫療產業環境下進行個案的利害衡量。換言之，在考量公立醫院經營體制之調整時，必須由公共行政任務以及現實環境之變遷二者之間作一綜合判斷，方足以得出一個雖非最適（optimal）但卻可行（workable）的調整方案。

### 三、公立醫院經營體制調整之目標

在綜合觀察以上之分析後可知，由於公立醫院在現有體制下的屬性為政府組織的一部份，視同一般的公務機關，因此在依法行政原則的支配下，主要的經營構面如人事、會計、預算及採購等，均受到一體適用於各行政機關，以「防弊」而非興利為基本精神。行政法令之限制，致使無法提高

經營彈性，而經營績效較私立醫院為低，亦為一個普遍的現象。導致近年來公立醫院的經營遭受到前所未有的威脅，在外在環境的變動方面，由於大型私立醫院及財團法人醫院相繼成立，加上國人對醫療服務品質需求的提高，除了直接壓縮區域內公立醫院的市場空間之外，也增加公立醫院留任優秀醫師的困難程度；在體制內的限制上，一方面由於政府財政的困難，因此對於政府再造工程中，要求組織縮編、人員精簡的壓力持續增強，其中用以支應多數公立醫院主要的人事費用及固定資產支出的公務基金預算的緊縮，更直接對公務基金預算比例較高的公立醫院的營運帶來直接的衝擊。再者，公立醫院受限於種種法規的限制，在人事、會計、採購及規模調整等作業上都缺少足夠的彈性，也使得公立醫院在面對環境的變動時，難以適時的作出因應措施。不過值得注意的是，公立醫療機構除了醫療服務外，亦具有公行政之目的，是以在追求提高公立醫院經營自主性的同時，亦應一併考量。準此，公立醫院經營體制調整之目的，可歸納為以下幾個方面：

### （一）提高經營自主權，增加經營彈性

目前各公立醫院之組織型態，仍然定位在各級政府所屬之公務機關，因此在依法行政之原則下，舉凡人事之任免升遷、預算之辦理、物資之採購，乃至於經營管理等方面，皆與一般機關相同，受到各種法令規則之拘束與限制以及上級機關之監督管理。在此情形下，如何調整公立醫院之組織型態，俾使其在經營管理上更具彈性與自主空間以期能落實公立醫院所擔負的功能角色，實為經營體制調整之主要目標。

### （二）公行政任務之確保

在構思公立醫院之組織改制時，除了強調增加經營管理上之彈性與空

間外，對於目前各公立醫療機構所擔負之公行政任務，亦應列為考量之因素，以在追求經營績效的同時，不致使民眾接受醫療服務之權益受侵害。分析公立醫院在未來所肩負之主要公行政任務有：

1. 均衡醫療資源的配置
2. 促進整體醫療資源的有效運用
3. 配合推展重大醫療政策等。

但是在推動整體醫療資源有效運用的同時，部份醫療服務產出的效率與品質之間，卻難以藉量化的指標來衡量，例如藥品及檢驗項目的使用是否必要？依規定必須換新的衛材耗品是否重複使用？此外又如過多的門診人次是否使得醫師給予病患的關心不足？舉凡此類的問題，都是公立醫院在公行政任務的落實上，可以發揮其功能的空間。

### （三）減少政府財政支出

由於目前各公立醫院之經費來源，主要係來自於公務預算以及非營業循環基金。而每年政府均需編列高額之預算予以支應，造成沈重的財政負擔。如何使公立醫院之財務結構朝向盈虧自負發展，以降低政府之財政支出，將較能符合未來「小而能」政府的走向。

### （四）現有員工、業務能夠順利移轉銜接

除了須能夠改變現行之經營型態，以增加經營之彈性與空間，提昇經營績效，以及現行公行政任務須能夠繼續銜接，俾使民眾權益獲得保障外，由於前目前「公立醫療機構等於機關附屬單位」的屬性，目前各公立醫院眾多員工或具有公務員任用資格，或符合相關任用條例或辦法，是以其工

作權之維護，以及各種勞動條件與權益之維護等，亦為改制時所應考量之構面。換言之，在吾人追求整體效率的實現時，不能盡以犧牲個別之權益為代價。又現階段公立醫院各項業務如何在轉型改制過程中順利轉銜接，以使得各公立醫院之醫療服務不至於產生影響，也是體制調整時必須兼顧的課題。

## 第二節 各種經營體制革新模式之分析

### 一、概說：經營體制革新的需求關鍵

在現階段公立醫院屬於行政機關（甚至機關之附屬單位）之定位下，公立醫院經營體制革新的關鍵，實在於重新檢視國家與公立醫院之間的法律關係。作為國家履行醫療照護等福利國政策的工具，將公立醫院置於法治國與民主國原則下權力分立相互制衡監督的體制中之一部份是可以理解的事；但是若由醫院經營所需要之彈性、效率與專業判斷的面向觀察，則受到行政體制層層法令拘束的公立醫院似乎又無法滿足其專業性與提昇效率所需要的彈性，以及排除不當政治力量干擾的所謂「去政治化」（depoliticization）的強烈需求。因此觀諸前揭各種改制之目標的核心精神，不外乎在解除公立醫院在經營管理上之限制，提高其經營彈性。

惟誠如前述，不同區域之公立醫院因其客觀醫療環境之差異，若是均以相同的效率或彈性之標準加以檢驗，亦有失公允，是以對於公立醫院如何在「控制」與「鬆綁」之間尋求出一個平衡的關係，成為探討公立醫院經營體制革新的核心問題。這個問題所涉及者，不僅僅是控制與鬆綁之間

拿捏的問題，亦與個別公立醫院因其所處之區域醫療環境的不同而亦將有所差異。對於此一涉及醫療資源利用與分布之問題，本研究將於後節有較詳細的交代。

在本節中，對於公立醫院經營體制改制的探討分為二個部分，其中主要之核心議題，將集中於以解除不當規制的革新需求以及我國現行法制的雙重考量下，可能採取之全面性革新模式：制定公立醫院管理條例、改制為公法人以及改制為私法上之財團法人等三種改制方向進行說明，同時亦將對於其他局部性之改制模式有所說明。

## 二、制定公立醫院管理條例

在追求提昇經營自主與彈性的目標下，第一種可能的調整方式，即為比照起草「公營金融機構管理條例」之作法，制定所謂「公立醫院管理條例」，以特別法之方式放寬現有公立醫院在管理、人事、預決算辦理乃至於採購等方面之限制，如此之下應可使公立醫院之經營自主空間獲得提昇，管理上更具彈性，且能夠維護現有員工之工作權益。

惟公營金融機構管理條例草案之制定，係以我國憲法增修條文第十條之「憲法委託」為依據；在憲法增修條文如此明示立法方向的情形下，該法尚未能完成起草，遑論立法程序，其它專業性機構是否能比照以制定特別法之方式放寬限制，有現實上立法之考量；畢竟受到政府組織法與行為法之規範與拘束，在依法行政的精神下本即係政府機關組織及運作的原則，欲針對此一原則有所突破，其影響層面既深且廣，立法工作恐非易事。最後，政府採購法之適用對象，係受世界貿易組織（WTO）關於政府部門採購協定（Agreement on Government Procurement）規範之定義範圍要求所定（參閱 WTO 政府採購協定第一條），能否單就公立醫院以特別法予以排

除，在適用有其疑義，勢將致使本方式之效果受到影響。不過對於現階段不適宜採取其他改制模式之公立醫院而言，制訂本條例仍為一可行的途徑。

### 三、改制為公法人

#### （一）法人之意義

所謂法人，係指自然人以外由法律所創設，得為權利及義務主體之組織。其中以社員的結合為中心者，稱為社團法人，有以獨立財產為中心者稱為財團法人。法人之特徵在於其具有獨立之人格，得獨立享受權利、負擔義務，而為法律上之權利主體，並得獨立為法律行為。簡言之，法人的意義，即在於賦予該組織其依其自我之意志，獨立行使法律行為。

又法人依其成立之準據法之不同，又可分為公法人與私法人兩種，依公法關係所創設之法人稱之為公法人，依私法關係所創設之法人則為私法人。係指具有獨立之法人格，依照法人之意思機關在目的範圍內獨立自主運作之組織體。公立醫院改制為特殊公法人為晚近引起熱烈討論之改制模式，雖然「法人化」能夠使得公立醫院取得法律上的獨立性與自主性，以增加經營上之彈性，但關於何謂特殊公法人，其法律地位、組織模式及運作方式為何等問題，仍有相當的不明確性，值得吾人作進一步之探討。又德國法制上多認為公立醫院屬於所謂「公營造物法人」，此一制度是否能引進我國作為公立醫院改制可能模式，亦將一併分析。

#### （二）公法人之意義、種類與特徵

所謂公法人，係指本於國家意思，基於法律(公法)或法律授權設立，具有權利能力與獨立法人格之法人組織體，其目的為實現某一特定之行政任務。一般而言，公法人為行政部門的一種特殊組織方式，其特徵在於設置

需以法律為依據、因具備法人格為權利義務之主體、為行政機關組織之一種、需受到上級機關之監督等方面。而創設公法人之目的，主要在於以獨立法人格之性質，而與一般行政機關予以區隔，俾使公法人在法律授權與設置目的之範圍內，得以針對其所追求之特定公行政目的，依其專業之判斷而進行決策與管理的空間。

在我國現行制度下，公法人有下列數種，包括國家、地方自治團體和農田水利會，若分析我國公法人之組織，可以得出以下之幾點特徵：

1. 依法律規定而組織成立。
2. 最後之設立行為必須基於國家或其他公法人之意思。
3. 在一定範圍內，授與公法行為之權能。
4. 並無解散之自由。
5. 應服從國家之特別監督。

至於公法人之分類，若依德國法制之見解，又可分為公營造物法人、公法上之社團法人以及公法上之財團法人三種。其中公營造物法人係指為達成具有特殊性之公行政服務的目的，由公法所創設的人與物的結合組織；在比較法制上諸如公立大學、公立醫院、公立圖書館、監獄等機構或組織，均屬公營造物之範圍，但不必然為公法人；換言之，公營造物是否具有公法人地位，端視其設置法律是否賦予其法人資格而定。目前我國雖有公營造物，但尚無公營造物法人。而公法上之社團法人，則係指在法律之規定下，以社員為中心，因身分或地區之因素所組成具有公法關係之團體，就我國現制而言，前者如各級地方自治政府（地方制度法第二條第一

款)，後者以農田水利會為例（農田水利會組織通則第二條）。最後所謂公法上之財團法人，則係指經法律規定或授權規定，由行政機關所出資捐助成立具有公法關係之財團法人。有鑒於公法上之財團法人成立之目的在於達成特定之公行政任務，因此其管理與運作係以其董事會為核心，除了董監事之指派外，上級機關不能直接介入其管理運作，以求決策之轉業與獨立。

以目前我國各公立醫院所提供醫療服務之性質而言，其公行政目的之達成，應在於醫事人員與醫療場所器材之結合，或是以財產為中心之財團法人，而與單純社員結合自治之社團較無關，是以其欲改制為公法人，則以公營造物法人或公法上之財團法人較為妥適。

### （三）公法人與私法人之區別

一般而言，公法人與私法人之區別可以歸納為下列數種區分標準：

1. 依其設立準據法而為區分，凡依公法而設立者為公法人，依私法而設立者為私法人，民法為私法，則民法上之法人，當然為私法人。
2. 凡依公法行為設立，得行使公權力的組織為公法人；依據私法上的意思行為所設立的組織為私法人。

### （四）改制為公營造物法人之探討

公共營造物之概念由 19 世紀德國行政法學者 Otto Mayer 所創。所謂公營造物法人係指行政主體為達成公共行政上之特定目的，將人與物作功能上之結合，以制定組織法規作為組織之依據所設置之組織體，與公眾或特定人間發生法律上之利用關係。誠如前述，公營造物法人係指為達成具有

特殊性之公行政服務的目的，由公法所創設的人與物的結合組織。至於公營造物法人之管理與運作，以德國法制而言，公營造物法人在其所設定達成之特定目的之範圍內，原則上享有較高的自治空間，通常係由管理委員會作為決策中心，並且享有預決算以及審計等特別之自主性。並且若賦予特定公營造物法人資格，通常係基於特定原因之考量，而欲將其與一般行政機關加以區隔。另外新加坡政府所採行的「法定委員會」(statutory board)之組織模式，亦可視為一種類似於德國公營造物法人之形式。依新加坡之經驗，法定委員會係透過立法賦予該組織之管理委員會(board of directors)一定之獨立職權，以管理經營該組織。例如改制以前之新加坡港務局(Port of Singapore Authority, PSA)及內地稅務局(Internal Revenue Authority, IRA)，即屬典型的「法定委員會」之組織。

以我國公立醫院改制而言，公營造物法人不失為一種可行的途徑，蓋公立醫院之特定公行政任務明確，任務性質專業，且在面對民間醫療機構之競爭下，賦予其較高之自主權，以與醫療行政機關予以區別，又可繼續維持現有員工之工作，當為妥適的改制之道。不過，改制公營造物法人之重心在於自主性之提昇與員工權益之保障，對於政府財務負擔並無明顯之幫助。再者，類似於公立醫院而具有公營造物性質之組織或機構種類繁多，對於賦予特定公營造物之公法人資格之改制之道，所涉及之層面絕非僅止於公立醫院而已，是以改制為公營造物法人之隱憂在於涉及整體公營造物之定位與功能之重新定位，在時效上恐怕不易掌握。而醫療法有關規定，亦需加以配合增修。

#### (五) 改制為公法上之財團法人

公法上之財團法人與私法上之財團法人在組織上基本相同，最大之不

同點在於公法上之財團法人之設置，係以履行特定之公行政政策為目的，而私法上之財團法人則僅需具公益性質即可；又若依德國法制之經驗，關於行政機關之人事、預決算及審計採購等規範，應同樣適用於公法上之財團法人，同時行政行為應符合行政程序法之要求，此亦為不同之處。至於在我國法制上是否有公法上之財團法人存在，則可分為狹義與廣義二說，狹義說認為所謂公法上之財團法人，需以法律有明文規定為限，因此我國目前並無公法上之財團法人存在；反之廣義說認為應以設置法律性質、出資主體與法人格之有無的角度觀察，若以公法設置、由政府出資且具有法人格者，即屬公法上之財團法人，故舉凡中央通訊社、中央廣播電台、國際合作發展基金會及國家衛生研究院等財團法人機構，雖依私法方式登記，但舉凡設置目的、董事會之組成、預決算之辦理等事項，係依據公法上之規定（設置條例）辦理，故仍不失為所謂公法上之財團法人。不過，以目前我國立法實務之趨勢，前述各種機構之設置條例中並不要求其全然適用關於一般行政機關之人事、審計採購等規定，故區分是否為公法上之財團法人，就我國實務運作上實義不大。

就公立醫院之改制而言，改制為公法上之財團法人的優點，在於透過公法關係，得以在維持公立醫院屬於行政部門的定位為前提下，確保公行政任務之達成以及提昇，並且得以捐贈之財產自給自足，同時維護員工權益。然由於改制為公法上之財團法人若依狹義說之見解，首先需立法明定其為公法人，另由於現行醫療法中有關財團法人醫療機構之相關規定係以私法人為前提所為之規範，故若欲改制為公法上之財團法人，則醫療法的相關條文亦需一併修正或增列公法上財團法人之規定，立法程序繁瑣，為其不利之處。

## （六）改制為特殊法人

「特殊法人」一詞，首見於日本法制，係日本政府為賦予若干在組織上需進行調整之機關，例如日本國鐵公司（JR）、日本煙草公司（JT）或日本電信公司（NTT）等，擁有較大之經營自主權而創設之法律關係。其基本概念係以公營公司為基礎，並使彼等公司擁有較大之自主權限，例如人事任免、預算無須經議會審議等。簡言之，就日本法制而言，所謂「特殊法人」，乃係指依公司法所設立，具有特殊權限之公營公司。

在我國現行體制下，雖然於民國八十五年二月所公布之「中華電信公司條例」中已在相當的程度上賦予中華電信公司經營上之彈性（例如事後審計制度之引進），使之具有類似於日本「特殊法人」的地位，然而中華電信公司仍然係依公司法所設立，政府持股逾半之公營「私法人」，而非「公法人」。因此，所謂「特殊公法人化」若係指此種公營公司之性質，則似不適用於公立醫院組織調整之規畫方向。

## （七）改制公法人之管理與監督

對於公法人自治範圍的大小，係屬立法者的裁量空間，換言之，公法人應其享有多大自治權限，係由立法機關視是否合乎需要與創設目的性而定，並無一定之範圍可言。當然，國家藉由設置公法人來分擔一定原屬國家行政任務的履行，其原意即在於透過維護公法人之專業性來達成，因此自然必須賦予其執行任務的要件，例如人事自主權、財務自主權、組織自主權等。因此完全剝奪上述之權限誠屬違反設置目的，但至於權限之多寡則屬於立法裁量的範圍。以下茲就公法人在管理與監督關係的原則上做一說明。

## 1. 以管理委員會作為決策機關

觀諸前述之分析可知，公法人（公營造物與公法財團法人）與一般行政機關不同之處，在於公法人之重心並非在於公權力之行使，而在於基於專業性之考量下來特定的行政任務，以確保人民在此方面生活品質之提昇。因此為求取在專業性上之提昇以及提高經營效率，同時能夠兼顧決策正當性之安排，其管理組織應採行多數成員共同決策及負責的合議制作為組織方式，至於究應以委員會或董事會之形式，則無一定之規律可循，惟為與私法人有一明確之區隔，則應管理委員會亦或理事會制較為可行。

值得注意的是，由於公法人負有履行重要國家任務之責任，故不宜完全置相關機關之監督於不顧；故其至少其決策階層之人員，仍應有部分具備公務員資格。

## 2. 關於人事、預算等授權自治與監督

國家對於公法人之一般監督權之範圍方面，基於尊重公法人自治之精神，在基本方向上監督應只限於所謂依法之合法性監督，而不及於具體個案的妥當性監督，且其監督應限於該當業務之一般政策事項，不及於日常業務。

對於非決策人員之人事管理方面，既然成立公法人之目的在於賦予其自治之空間，理應授權公法人藉由內部之組織規程或人事管理等規定中明定。再者，對其薪給、獎懲、退休、資遣及撫卹等，亦得參照相關組織及法規一併規定。此等人員之進用，可由該公法人自行決定，無須商報請監督機關准許。

再者，公法人仍然不失為國家行政部門之一環，因此其預算縱使毋庸

經議會審議，至少亦須經監督機關送立法機關備查，以達間接監督之效果，惟仍應尊重公法人之自主性。

#### 四、改制為私法上之財團法人

對於提昇經營效率與彈性的另一可能模式，即為改制為公設財團法人。以下茲就改制為公設財團法人之相關構面分述如下：

##### （一）私法人化的意義與種類

法人化之意義與目的，於前已有論及，不再贅述。總之，則欲使公立醫院能夠一方面盈虧自負、經營自主，另一方面又可以確保公行政任務繼續執行，以及員工業務順利銜接，就法規範之角度觀察，賦予其法律主體之地位，取得獨立之法人格，進而足以獨立享受權利、負擔義務，而為法律上之權利主體，並得獨立為法律行為，以私法人之責任取代國家責任，亦為一可行之道。

又私法人之種類，依據現行民法之規定，可分為社團法人與財團法人二種，社團法人又可分為營利社團與公益社團二種（民法第四十五、四十六條參照），而財團法人則僅限於公益性質。然而現行醫療法又規定除公立醫院外，醫療機構之設置限於由醫師或公益法人與事業單位設立之「私立醫療機構」（醫療法第二十四、二十五條參照），以及以從事醫療業務為目的，由捐助人捐助一定財產，經許可設立之「財團法人醫療機構」。其中私立醫療機構之主體為醫師或公益法人與事業單位，並非醫療機構本身，因此在上述改制目標之達成方面不若財團法人醫療機構為佳；據此以觀，則由政府出資，成立公設之私法上的財團法人醫療機構，應為現階段公立醫院經營體制調整之可能模式。

## （二）公設私法上之財團法人之設置

一般公設私法上之財團法人因涉及政府出資捐助，單憑民法之規定恐無法涵蓋所有事項，特別是涉及財團法人之公行政任務之執行、基金來源、基金用途、經費來源、預決算程序之辦理、國有財產之移持，乃至於組織員額之編制等事項，為避免該財團法人於成立後即逸脫國家之監督，因而需要以特別立法制定財團法人設置條例，俾使其取得法源依據，並對相關事項加以規範，因此在先例上諸如「國防工業發展基金」、「工業技術研究院」、及「中華經濟研究院」等公設財團法人之成立，均有「設置條例」之制訂，即為顯例。

一般而言，公設財團法人之設置條例所規範之事項，主要可能包括以下幾方面：

1. 明定財團法人之出資來源：例如由何級政府出資？抑或其他之出資來源。
2. 規定財團法人之相關經費來源：如執行醫療業務之所得等。此外因各公立醫院於改制後將繼續負擔若干之公行政任務之執行，因此亦應於此規範相關公行政任務執行時關於其執行經費之補助的相關事宜。
3. 明定財團法人之公行政任務之範圍與項目：此為制訂設置條例之重心所在，亦為爾後各公設財團法人醫療機構繼續執行公行政任務之依據。
4. 有關董事會之遴選、聘任與執行職務等相關規定。
5. 有關財團法人之預決算與會計事項辦理之規定。

6. 關於現有人員之年資結算、薪資與其他勞動條件之維持與變更之相關規定：如何保障各公立醫院現有人員能夠順利移轉，恐為在整個組織改制的過程中極為關鍵之因素，因此有必要與設置條例中予以規範，以利於改制作業之進行。

總之，若欲將公立醫院改制為公設私法上的財團法人，最重要的工作即為設置條例之制定，以一方面取得設置之法源依據，一方面得以透過設置條例之規範，確保政策任務的繼續履行，以及保障現有員工權益。然而設置條例之制定與捐贈預算之辦理的過程中的不確定性，為本方式之缺點。再者，若依前述有關廣義公法上之財團法人之見解，則現行公立醫院勢必無法採取本模式。不過就我國實務運作上，二者差異不大。

### （三）改制私法上之財團法人之可能程序

#### 1. 前置作業之展開

關於改制之前置作業，包含以下幾個方面：

- (1) 資產之清查造冊與需求配置調查。
- (2) 人員需求調查與編制規劃。
- (3) 員工溝通與補償方案之擬定與執行。
- (4) 未來營運規畫，包括政策性任務之繼續執行之範圍與條件。
- (5) 確定政府出資之方式與來源。

#### 2. 設置條例之制訂

如前所述，通常財團法人之設立，均適用民法之規定辦理。向主管機

關申請設立許可時，各該主管機關則依照相關設立許可及監督準則，認定申請許可之准駁以及業務運作之監督。然而由於將目前各省立醫療機構改制為公設財團法人時，其設置之目的有高度之政策性，且往往涉及政府之捐助以及管理時，則僅依民法以及醫療法等法規之規定恐不足以規範所有事項，特別是改制為公設財團法人之目的，無外乎減少政府財政支出，增加經營自主權，而非欲逸脫政府之監督管理，獨立為政。因而制定財團法人設置條例，以就相關事項加以規範，作為公設財團法人之行為依據，有其必要性。

一般而言，公設財團法人之設置條例所規範之事項，主要可能包括以下幾方面：

- (1) 明定財團法人之出資或國有財產之移撥事項來源：例如由何級政府出資？現有之國有財產之移撥程序等。
- (2) 規定財團法人之相關經費來源：如執行醫療業務之所得等。此外因各省立醫療機構於改制後將繼續負擔若干之政策性任務之執行，故亦應於此規範相關政策性任務執行時關於其執行經費之補助的相關事宜。
- (3) 明定財團法人之政策性任務：此為制訂設置條例之重心所在，亦為爾後各省立醫療機構繼續執行政策性任務之依據。
- (4) 有關董事會之遴選、聘任與執行職務等相關規定。
- (5) 有關財團法人之預決算與會計事項辦理之規定：舉凡年度開始前工作計畫之擬定與編擬收支預算，年度終了後工作執行成果報告及收支決算之編具等，均應以此加以規定。

- (6) 關於現有人員之年資結算、薪資與其他勞動條件之維持與變更之相關規定：如何保障各公立醫院現有人員能夠順利移轉，恐為在整個組織改制的過程中極為關鍵之因素，因此有必要與設置條例中予以規範，以利於改制作業之進行。

### 3. 擬定捐助章程

捐助章程為財團法人之基本制度規範，因此須於章程中訂定有關財團法人之目的任務、資產與經費來源、收益用途以及董事會之組織與職掌等事項。

### 4. 資產之移轉程序

#### (1) 變更為非公用財產

目前各公立醫院所經管之資產，在性質上係屬公用財產中之公務用財產（國有財產法第四條參照），而公用財產以各直接使用之機關為管理機關，因此各公立醫院僅為其現有資產之管理機關（同法第十一條）。公用財產依據國有財產法第二十八條規定，不得為任何處分或擅為收益。但其收益不違背其事業目的或原定用途者，不在此限。所謂處分，按國有財產法施行細則第二十五條規定，係指出售、交換、贈與或設定他項權利；而所稱收益，係指出租或利用。由於各公立醫院於改制為財團法人後，因其已非政府機關，且其所從事之業務亦非屬公務，因此在程序上須依據國有財產法第三十三條之規定，廢止公用財產之性質並變更為非公用財產後，方有移轉至改制後之財團法人之可能。

不過需要注意的是，依據土地法第二百十九條規定，私有土地經徵收後，若在徵收補償發給完竣屆滿一年，未依徵收計畫開始使用者，或

是未依核准徵收原定興辦事業使用者，原土地所有權人得於徵收補償發給完竣屆滿一年之次日起五年內，向該管市、縣地政機關聲請照徵收價額收回其土地。又若徵收之土地係依據都市計畫法第四十八條之規定者，則雖然依據同法第八十三條規定其使用期限，得依照其經核准之計畫期限辦理，不受土地法第二百十九條之限制，但是若未能依照經核准之計畫期限使用者，原所有權人仍然可以照原徵收價收回，其收回之期限依據內政部八十四年九月二十六日臺地字第 8488181 號函示意旨，係自該使用期限屆滿之次日起算五年。因此，在改制為公設財團法人前各公立醫院原經奉准徵收之土地應先依原計畫完成使用，以免發生原土地所有人申請收回之情事。

最後，依據國有財產法第三十九條規定，非公用財產經撥為公用後，遇有左列情事之一者，應由財政部查明隨時收回，交財政部國有財產局接管。但撥用土地之收回，應由財政部呈請行政院撤銷撥用後為之：一、用途廢止時。二、變更原定用途時，三、於原定用途外，擅供收益使用時。四、擅自讓由他人使用時。五、建地空置逾一年，尚未開始建築時。故若各省立醫院之原有財產係以撥用取得時，根據本條之規定尚需先由國有財產局接管後，再依其性質循下列之程序取得。

## (2) 變更為非公用財產後可能之移轉方式

然而於變更為非公用財產後，亦非可直接交予改制後之財團法人使用，而須依其性質依循下列之可能程序辦理移轉。

## 5. 不動產移轉之可能方式

### (1) 捐贈

即指由政府辦理捐贈改制後之財團法人所需之不動產，作為出資之一部。不過依據國有財產法第六十條第二項之規定，在國內之國有財產，其贈與行為以動產為限，且亦不符合該項但書所規定之「但現為寺廟、教堂所使用之不動產，合於國人固有信仰，有贈與該寺廟、教堂依法成立之財團法人必要者，得贈與之。」之要件，因此除非在財團法人之設置條例中以特別規定排除本條之適用，否則改制後之財團法人所需之不動產並無法以捐贈之方式取得。

## (2) 委託管理

除上述以捐贈之方式取得不動產外，以委託管理之方式亦不失為可行之方式。蓋依據國有財產法第十三條規定，財政部視國有財產實際情況之需要，得委託地方政府或適當機構代為管理或經營。又依據「國有非公用財產委託管理或經營辦法」第二條規定，經地方政府或適當機構投資經營，並訂有長期經營計畫，有委託繼續經營必要之土地；或其他經行政院核准委託管理或經營之國有非公用財產，財政部國有財產局得委託地方政府或適當機構管理或經營。所謂經營管理，按同辦法第三條規定，主要係指保管、出租、短期借用及臨時性之利用。但除上列項目外，亦可包括取得、開發利用及其他經委託機關同意之業務。準此以觀，關於不動產之取得似乎亦可經行政院核准而由改制後之財團法人委託經營管理。

## (3) 租賃

A. 關於國有非公用不動產之出租，依據國有財產法第四十二條規定，以原有租賃期限屆滿未逾六個月者或該法施行前已實際使用，其使用之始為善意並願繳清歷年使用補償金者。據此以觀，財團法人並無法向

國有財產局承租現有之不動產。

- B. 惟依據同法第四十七條規定，非公用財產類不動產，得配合區域計畫、都市計畫，或委託經營其他適當之事業，依法改良利用，增加收益。其經改良或開發之土地，以標售為原則。但情形特殊，適於以設定地上權或以其他方式處理者，得擬定辦法，報請行政院核定之。因此，若財團法人係以租賃之方式取得現有不動產之使用權時，即可依據本條之規定報請行政院核定以租賃之方式取得。
- C. 又關於承租非公用財產類之不動產之期限方面，依據同法第四十三條規定，應依下列各款規定，約定期限：建築改良物，五年以下；建築基地，二十年以下；其他土地，六年至十年。但約定租賃期限屆滿時，得更新之。

#### (4) 價購

依據國有財產法第五十一條規定，非公用財產類之不動產，為社會、文化、教育、慈善、救濟團體舉辦公共福利事業或慈善救濟事業所必需者，得予讓售。前項讓售，分別由各該主管機關或省（市）政府，商請財政部轉報行政院核定，並徵得審計機關同意為之。而此處所謂之各事業，依據國有財產法施行細則第五十五條規定，以已依法設立之財團法人為限。前項團體申購非公用不動產時，應先備具事業計畫，指明價款來源，依國有財產法第五十一條第二項報請主管機關或省、市政府核轉辦理。準此，以價購之方式取得不動產之程序，即為由政府按改制後之財團法人所需之不動產依其公告現值編列捐贈預算後，再由財團法人以該捐贈之資金向國有財產局價購該筆不動產。

## 6. 動產之移轉方式

### (1) 捐贈

如上所述，在國內之國有動產，得辦理贈與（國有財產法第六十條第二項）。而關於國有動產之贈與，依據國有動產贈與辦法，有如下之規定：

- 第三條：依本辦法贈與之國有動產，以管理機關無需繼續使用或用途廢止者為限。
- 第五條：國有動產之受贈人，以下列為限：經依法設立財團法人之社會、文化、研究、教育、慈善、救濟團體。
- 第六條：前條之受贈人申請國有動產贈與時，應敘明用途，申請該動產之管理機關核轉主管機關審核同意後，依左列程序辦理：  
一、已逾使用年限或有第四條規定之情形之一者，由該動產管理機關依規定程序辦理報廢註銷產籍後，逕行辦理贈與手續。  
二、未達使用年限且無第四條規定情形之一者，由該動產主管機關報財政部轉報行政院核定後辦理贈與手續。

準此，由於各公立醫院現有動產在改制符合上開動產贈與辦法第三條之規定，且於改制後亦符合上述受贈人之要件，因此即可依據上開之規定向國有財產局申請動產捐贈之辦理。

## 7. 人員之銜接移轉

人員是否能夠順利安置或移轉，洵為改制過程中極為關鍵之工作。就人員之銜接方面，主要係透過「設置條例」之規定，規範現有人員之年資、

薪資等相關移轉事宜。然而由於目前各公立醫院中之現有人員之任用資格有所差異，因此必須針對其不同之身分而建立不同之處理原則，又關於人員之移轉亦不宜強制其隨同移轉，而須在調查其意願後隨同移轉與不願隨同移轉二類分別處理。除此之外，關於人員之移轉方面，可能需要進行下列之工作：

- (1) 改制為財團法人後人力資源需求之規畫，同時擬定人員轉置之處理原則。
- (2) 依據人力資源規畫進行員工轉任意願調查以及溝通計畫。
- (3) 依據人力資源規畫，進行人力資源之精簡調整計畫，對於受精簡或不願隨同移轉之人員，依其任用資格之不同分別按處理原則辦理優惠退休、轉介至其他機關或辦理資遣。

## 8. 董監事之遴選

財團法人之運作，基本上係以董事會為核心，因此對於董監事之遴選派任，便成為日後主管機關監督該財團法人內部運作之關鍵。是以，為有效行使職權，發揮監督管理之職，如何選派適任之人選，亦為成立公設財團法人之重要工作之一。

關於董事之遴選方面，由於前述之醫療法有加以特別規定（如人數之限制、應具目的事業專門知識之董事之人數之限制等，參照醫療法第三十一條），因此除非各公設財團法人之設置條例中有特別規定，否則即應依據醫療法之規定辦理。

## 9. 取得設置許可以及辦理登記

由於財團法人須向該管法院辦理登記後，方能取得法人格，因此在上述之程序完備後，尚需取得主管機關之許可，並向法院辦理登記後，方能夠開始執行業務。

## 六、其他經營體制調整之模式

觀諸前揭三種改制的可能類型，確實能全方面的提昇公立醫院之經營自主性及公行政任務之達成，但由於在我國現行法制下三者制度之成形尚有待凝聚共識且莫不涉及高度的立法配合，程序繁瑣，在時程難以掌握，因此雖然能提供全面性制度性的改革，但仍有其困難之處，其效果應屬長程性之目標。因此，針對現階段之改制調整，在不超越現行法律框架的情形下，提昇公立醫院經營之彈性，或為較立即可行之方法。其主要之改制方式有以下幾種。

### （一）業務外包

所謂業務外包，係將公立醫院中較為單純獨立的業務，如清潔、洗衣、檢驗等業務依據合約以外包方式委託民間機構代為執行。亦可改為將現有業務切割，再交由員工承攬經營，不但可以簡化業務項目，又可以解決部份人力轉置的問題。其優點在於簡化醫院業務項目，對員工影響較低。然而業務外包亦有缺點，主要在於可劃分外包之業務多較單純，金額較小，僅能達成局部性之效果，對整體經營績效改善幅度有限。

### （二）半開放制度

所謂半開放制度，係指由公立醫院提供軟硬體設備及相關資源，供院外專科醫師從事門診、手術、檢驗及治療處置等醫療業務，以雙方約定之標準支付醫師報酬。本方式之優點在於能夠提高資源使用效用，增加營收，

並搭配提供更多的醫師服務，且不影響公行政任務、員工權益及組織調整。惟本方式之缺點乃在若產生醫療糾紛時責任不易釐清，容易造成困擾。

### （三）部份委託經營

所謂部分委託經營，係指將公立醫院之部分行政或醫療業務，以合約方式委託其他民間醫療機構或管理顧問公司經營，政府仍擁有所有權及最後決策權。其與業務外包之差異在於業務外包僅限於執行層面之事務處理，而部分委託經營則已涉及經營決策，且範圍較廣。其優點在於維護公行政任務及員工權益的前提下，就委託經營之部門可引進民間經營管理理念，節省經常性支出，並彌補人力不足的問題。然本方式之主要缺點在於在現行法體制中缺少直接適用的相關法令，導致在實施時會有適法性之顧慮，且因重大決策系統與經營體制基本未作改變，對於提升競爭能力的幫助不大。

### （四）整體委託經營

所謂整體委託經營，係指將公立醫院整體以契約方式委託其他民間醫療機構經營管理，此時除形式上醫療機構之名稱外，實際經營權已完全移轉至受委託機構，且包括人事、財務及採購制度，亦不適用行政機關之規範，並自行承擔經營風險與盈虧責任，政府僅負責監督契約之履行。整體委託經營之優點在於除了公行政任務可透過委託（出租）契約之約定條款方式確保外，亦可大幅減少政府財政負擔，並得以提高醫療資源使用效率。然而本模式的最大缺點在於現行制度中並無足以供委託經營適用之相關規範，僅得以私法上租賃契約之方式委託。然租賃契約在性質上僅屬財產權之約定，並不足以規範涉及公行政任務之委託事項，致使實施上受到限制，並有適法性與違約效果不明確之風險。再者，整體委託經營牽涉員工移轉

資遣的問題，其對於新設之醫療機構或有幫助，但對於現存之公立醫院之助益有限。至於受委託機構是否延續配合政策執行及其服務品質是否能夠維持，亦屬需考量之因素。

### （五）出租

將公立醫院以租賃契約方式出租給民間醫療機構經營管理，其承租機構擁有包括人事、財務及採購等經營權，且自行承擔經營風險與盈虧責任，政府只持有醫院的財產所有權，並依醫療相關法規進行監督。本方式之優點在於可節省政府財政支出，提高醫療資源使用效率，但現有員工，特別是具有公務員任用資格同仁之安置，為不易克服的難題；再者，依據國有財產法及各自治政府之財產管理辦法，公立醫院屬於公用財產之一種，原則上不得出租，因此關於財產屬性需先行變更為非公用財產。最後，承租者是否以租金轉嫁給消費者，而降低醫療的可近性及品質，亦須預先防範。

### （六）出售

出售，顧名思義，即將公立醫院以買賣契約方式出售給民間機構或私立醫院，政府完全釋出其所有權及經營權。本方式之優點為可完全節省政府財政支出。但本方式對組織變動最劇烈，員工安置之處理的難題有待克服；而出售財產之合理性及正當性較易受到社會質疑；倘若承購者不再作為醫院使用，可能會影響醫療服務的供給。同樣的，公用財產原則上不得出售的問題仍然存在。

## 第六章 公立醫院經營體制調整之策略

### 第一節 公立醫院經營體制調整的策略與標準

#### 一、統一模式的揚棄

由於公立醫院過去在法制上被定位為一般公務機關，也承擔著相當多的政策性功能及任務，然而隨著時代的推移及醫療產業的結構性改變，公立醫院所扮演的重要性及承擔的功能亦有所調整。誠如前述，未來公共部門在醫療產業中擔負的功能，應轉為促進醫療資源在質與量上的均衡配置以及動整體醫療資源使用的效率化。然而在前揭諸多改制模式中，公立醫院的經營體制究竟應該如何取捨，方符合各公立醫院之需求且有助於現行的公立醫院能有效率的提供其未來的服務功能？過去對於此一問題的諸多討論皆難以獲得令人滿意的答案，其主要原因在於過去的研究方向，皆希冀推導出一個可以一體適用的轉型模式或方案，而忽略了公立醫院本身或因體系不同，或因所處區域特性不同，或因產出績效不同而存在的個別差異。因此對於公立醫院經營體制之革新，本研究將依據公立醫院的功能調整以及所處區域的差異對其作新的定位，使得對公立醫院發展方向的討論，是置於功能性任務及區域醫療環境之下作討論，再依據不同的處境和任務特性的類型，分別制定不同的體制轉型策略，最後再推導出較能落實策略方向的轉型模式，這樣的思維應該是較務實且具體的改制方向。

#### 二、公立醫院經營體制調整的策略與標準

依據本研究在第四章中所作的公立醫院區域定位分析模式，可將公立醫院在個別醫療區域環境中的定位，分別依區域醫療資源豐富程度、公立

醫院規模比重及公立醫院服務量比重所代表的公共服務性、規模重要性及服務佔有率等三個指標區分為八種類型（如表 6.1）。亦即依醫療資源豐富與否區分為醫療的公共服務性高與低；依據公立醫院規模比重的不同區分公立醫院在區域中的規模重要性高與低；另依據服務量比重的不同，區分公立醫院在區域中居醫療服務量的佔有率高或低。在此一分析模式中，公共服務性係代表公共部門推動醫療資源均衡的優先次序，規模比重則代表公立醫院醫療產能的重要程度，而服務佔有率則顯示區域居民在就醫行為中對公立醫院的依賴程度。

表 6.1 公立醫院區域利基分析與體制調整策略

| 醫療資源量<br>產能比重<br>服務佔有率 | 高                                      |                                        | 低                                      |                                        | 資源均衡策略 |
|------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------|
|                        | 高                                      | 低                                      | 高                                      | 低                                      |        |
| 高                      | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>低<br>高<br>高 | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>低<br>高<br>低 | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>低<br>低<br>高 | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>低<br>低<br>低 | ⇒ 差異化  |
| 低                      | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>高<br>高<br>高 | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>高<br>高<br>低 | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>高<br>低<br>高 | 公共服務性<br>規模重要性<br>服務佔有率<br>高<br>低<br>低 | ⇒ 豐富化  |
| 資源效率策略                 | ⇓<br>效率化                               | ⇓<br>整頓                                | ⇓<br>效率化                               | ⇓<br>退出                                |        |

資料來源：本研究整理

由表 6.1 的分類中，可具體將公立醫院擔負政策性功能的重要程度及在區域環境中的重要程度區分為八種類型，本研究進一步針對不同類型的特

性擬訂出以下各種不同的轉型策略：

● 以均衡醫療資源配置的角度，應採行豐富化及差異化兩種策略

(一) 豐富化策略

由於在公共衛生政策上，政府的職責在於提供國民基本的醫療保健服務，因此在醫療資源相對不足的區域中，公共部門自然應該要致力於提升醫療資源的質與量，以彌補資源配置的不均衡。但是所謂的資源豐富化政策，在執行上實存在兩層的含意：

1. 依據醫療法第 63 條的精神，政府部門可推動獎助措施來促進民間部門在醫療資源不足的區域，增加對醫療質量的投資和補充。因此政府部門在醫療資源不足的區域所承擔醫療服務功能，實可優先藉由獎助手段來引導民間部門的投入，而未必要直接擴充公立醫院的規模，並在整體資源量的提升之後，降低其公共服務性的重要程度。畢竟就一般的醫療項目而言，私立醫院單位成本確實較低，引進民間資源以提升醫療資源，就此一角度來看，對於醫療資源的使用效率而言，亦屬有利。
2. 但是在部份特殊的區域和條件之下，醫療服務不容易形成有效的市場機制，則此時公共部門自然必須扮演更積極的角色。即一個合宜的經營體制之下，致力於擴充其醫療資源的質與量。但是此時，該醫療機構所擔負的公共服務性質甚強，在未能導入有效的競爭機制之前，對於其績效的評定，實不宜以相對充份競爭區域的生產指標來直接評定其功能與價值。

## (二) 差異化策略

在區域醫療資源豐富或對醫療服務需求已發生結構性改變的區域，公立醫院應朝向差異化轉型。

1. 量的均衡轉向質的均衡：由於在該等區域中，醫療資源數量已不虞匱乏，且公立醫院所佔的市場比重相對較低，因此公立醫院宜將經營重心由一般性的醫療服務轉向較不具有市場競爭價值的特殊醫療項目，例如精神疾病與慢性疾病的治療，以促進醫療資源在服務項目的均衡。
  2. 由一般醫療服務轉為以研究或教育為重心：對於接受公務預算比重較少，營運條件轉佳的公立醫學中心而言，在未來除了基本的醫療服務之外，可將經營重心轉為偏重研究或教學的功能，並作為醫療服務的示範，以提升整體的醫療衛生品質。
  3. 依據個別醫院的優勢和特色，或是配合區域特殊的醫療需求，發展出具競爭特色的專科醫療服務項目，與該區域內的競爭者在服務項目或是服務方式上有所區隔，而未必要一味追求規模的擴充。
- 以提升醫療資源使用效率的角度來看，公立醫院可依據所處環境條件的不同，分別採行效率化、整頓及退出等三種策略。

### (一) 效率化策略

對於公立醫院佔所處區域的醫療服務量比重較高的醫院，由於得到居民醫療上的信賴感，因此在該區域的醫療服務市場獲得較高的佔有率，加上公立醫院具有進入市場較早的優勢，因此在該區域的公立醫院在營運上

確實具備較佳的競爭優勢。基於這樣的條件，則公立醫院應該致力於經營管理能力的提升，追求以更低的成本提供更高滿意度的醫療服務，並朝向自主經營的目標努力。如此一來，則不論公立醫院是否完成體制的調整，在面對私人醫院的威脅時，才得以處於較有利的競爭地位，並且較符合醫療資源有效運用的原則。

## （二）整頓策略

對於規模比重較高，但服務量比重較低的公立醫院，則應針對個案深入探究造成產能利用率偏低的原因，並且對症改善。比如，若是需求改變造成產能閒置，則應立即調整規模及醫療項目的比重；若是區域市場中新進入強力的競爭者，則應評估競爭的優劣勢之後，調整原有公立醫院擔負的功能取向；若是士氣低落，導致服務品質降低而不獲消費者信賴，則應檢討其管理措施，甚至是汰換不適任的管理首長。

## （三）退出策略

對於公立醫院佔所處醫療區域規模比重低，且服務量比重也低的類型，尤其是在醫療資源豐富的區域中，由於公立醫院佔整體醫療產業的重要程度極低，相對於民間部門已能提供多數的醫療服務的情況下，公立醫院實無必要繼續擔任醫療服務提供者的角色，而應該選擇退出醫療市場，或者至多是淡出而僅提供慢性或精神疾病等特殊性的醫療服務項目。

以上針對公立醫院可採行的各種調整策略類型，主要係從經營層面以及如何發揮政策性功能的角度來分析。若以政府角色介入醫療服務的程度來看，則退出策略係政府介入的程度最少，市場機制發揮的程度最高；在豐富化策略中，政府介入的程度最積極，尤其在市場機制未能充份發揮功

能的區域；至於整頓、效率化及差異化的策略中，政府扮演的角色則是逐步調整公立醫院功能定位及服務取向，並致力於改善公立醫院的經營體質，輔導公立醫院能以較高的效率提供醫療服務。至於有關於在各種政府角色介入的不同程度中，如何選擇可行的轉型模式，以有效執行公立醫院的轉型策略，本研究將在次一節中深入分析。

## 第二節 公立醫院未來經營體制調整方向及調整模式的選擇

### 一、調整方向之提出

我國公立醫院未來的發展，在經濟自由化的主流思潮的推波助瀾之下，由於外有民間部門醫療機構日益激烈的競爭，在內部則須面對公務機關法規及體制的限制與政府緊縮財政補助的壓迫，在此一趨勢之下，長期來看政府行政部門在醫療產業中所扮演的角色，勢必將由現行球員兼裁判的醫療服務提供者轉變為醫療產業的管理者。亦即由政府行政部門制定醫療產業的競爭規則及醫療標準，配合總額預算制度及論人計酬支付制度的實施，在開放自由競爭的架構之下，提供國民醫療衛生的服務。對於醫療產業中不易由市場機制引導資源使用的部分，則透過平衡基金或預算補貼的方式來價格化，以兼顧醫療資源的均衡配置與使用效率。

至於公立醫院未來的因應方向，由於現有的公立醫院係以公務機構的型態來經營管理，但是公務官僚體制確實缺乏追求降低營運成本及提升服

務品質的內部機制，其設立的宗旨並不以競爭為目的，本質上即不具備與民間部門競爭的基礎，因此難以有效因應經營環境的改變和私立醫院的強力競爭。是故現有的公立醫院在此一充滿競爭壓力的態勢之下，必須先釐清政府的政策責任與醫院的經營責任後，依據個別的條件朝向追求自主經營的目標努力，而且長期而言，公立醫院終將不復維持以公務機構的型態存在。

但是由於現有的公立醫院體系龐大，其體制調整牽涉的層面甚為複雜，因此上述的理想願景絕非一蹴可幾，在醫療產業的競爭規範未明，政策責任與經營責任的藉分尚未明確，以及國民就醫權益尚未完全確保之前，現有的公立醫院體系對於提供國人醫療保健的服務，仍具有相當程度的重要性，因此在過度到以市場機制引導資源有效利用的理想狀況之前，實有必要針對公立醫院的現況規劃出適切的階段性轉型模式。

誠如前述，由於我國公立醫院所處的經營環境及承擔的政策性任務差異甚大，因此對於個別公立醫院的轉型規劃，必須依據公立醫院所處醫療區域的特性及個別公立醫院所扮演角色的不同，分別評估個別公立醫院的區域定位，進而制定其轉型策略及適合的轉型模式。回應到前述的分析，則我國公立醫院體制調整模式的選擇可分以下四類型來思考：

- (一) 於醫療資源相對不足的區域，尤其是公立醫院佔規模比重及服務量比重均高的區域，應採行豐富化策略並且同時推行效率化策略。一方面提供獎勵及補助措施促進民間部門增加投資，一方面在現有體制之下謀求公立醫院經營法規的鬆綁，加強推動前述之「公立醫院管理條例」之立法，賦予首長明確的權責，待區域醫療資源達到一定的標準之後，再淡出政府的角色介入，朝向法人化的型態經營。

- (二) 對於公立醫院佔所處環境規模比重及服務量比重均低的區域，宜採行退出策略，亦即以出售或整體委託經營的方式使公共部門退出一般性醫療服務的提供。
- (三) 對於公立醫院佔所處環境規模比重較高但服務量比重較低的區域，應先採行整頓策略，先將該公立醫院更明確的界分是屬於政府應減少介入或是應加強介入的區域。若是前者，則應以出售或委託經營的方式釋出；若是後者，則應比照資第（一）項資源不足區域的做法，先維持政府經營再轉為法人型態。
- (四) 對於公立醫院佔所處環境規模比重低，但服務量比重高的區域，應採行效率化策略，其中對於較不具政策重要性的醫院可優先評估以出售或委託經營的方式釋出，但是對於部分具有經營特色及競爭力的醫學中心，則可評估直接朝向法人化的模式，使得該醫院得以自主經營發揮其經營特色。

## 二、以法人作為改制模式之探討

### （一）適合法人化之場合

歸納法人化之目的，無外乎取得獨立之法人格，得以依據自身之專業判斷做成經營決策，以降低人為不當之干擾以及法令防弊性的限制。然而改制法人化的同時，亦有若干條件必須完備，才有改制的空間。其中之關鍵，在於法人化後經費來源是否能夠自給自足，若答案為否定，亦即縱使法人化後（無論公法人抑或私法人），其主要經費來源仍須仰賴國家編列預算補助，則改制是否具有實益，便值得進一步探討。

蓋依據現行預算法第三十八條規定，各機關單位補助地方政府之經

費，應於總預算案中彙總列表說明。又同法第四十一條第三項規定，各部門投資或經營之其他事業及政府捐助之財團法人，每年應分別編製營運及資金運用計畫送立法院。更重要的是，現行預算法第六十八條第四款規定，中央主計機關、審計機關及中央財政主管機關得實地調查預算及其對待給付之運用狀況，並得要求接受國家投資、合作、補助金或委辦費者提供報告職是之故，倘若在經費方面無法自給自足，則縱使在法人化後仍然必須受到國家行政與立法以及監察部門的高密度規制。

再者，對於經費仰賴國家補助之公立醫院在採購方面亦無法排除政府採購法之適用，蓋依據現行政府採購法第四條規定，法人或團體接受機關補助辦理採購，其補助金額占採購金額半數以上，且補助金額在公告金額以上者，適用本法之規定，並應受該機關之監督。

觀諸前述之分析，法人化並非適用於所有之公立醫院，對於是否應採取法人化作為經營體制革新之模式，必須針對個案加以判斷，不宜一體適用於所有之公立醫院。其中之核心關鍵，仍在於個別公立醫院在該區域中之定位與功能，以及其是否能夠在經費自主的前提下落實法人自治的精神，否則勞師動眾的經過耗時繁瑣的法人化程序，卻無法真正享有法人自治的優點，並非明智之舉。例如位於醫療資源相對較低的公立醫院，其往往便不宜以法人化作為改制模式，而應一方面重新檢討檢視其績效之標準外，他方面朝制訂管理條例或是增加授權等法規鬆綁的方向調整。至於前述位於資源豐富又具競爭力之醫院，採取法人化之模式或許採能真正發揮獨立自主的效果。

## （二）公法人抑或私法人？

對於適合採取法人化之公立醫院，便需進一步判斷究竟應採取公法人

抑或私財團法人的改制模式。一般而言，國家對於達成特定公共任務之執行組織上，其有選擇組織形式上的自由空間。若決定以法人組織來提昇該項公共服務之專業判斷，則又應如何決定何種型態之法人，成為關鍵之議題。

對於公立醫院之改制而言，本研究之見解認為應以私法上之財團法人為較適宜的改制途徑。其理由如下：

#### 1. 以公法人之設置目的觀察：

公法人之所以藉由公法關係成立，其用意主要即在於賦予該法人分擔高權行政之行使的任務，特別是具有強制性措施的公權力行使，此正為公法人主要特徵之一。例如地方自治團體得以制訂自治條例來限制剝奪人民之權利，或是處以行政秩序罰，即為顯例（地方制度法第 26、28 條參照）。反之，倘創設之目的在於提供服務性質之任務，或是屬於僅賦予人民利益之給付行政的場合，則其組織方式便無庸以公法行為方式行之，以私法行為方式行之亦不失為可能的組織型態。以公立醫院純粹提供醫療服務之給付行政性質觀察，其並無涉及任何行使公權力或是「強迫受益」（如全民健保），色彩，公法人之組織在本質上既非唯一的選擇，亦與法制經驗上設置公法人的目的有所出入。

#### 2. 就國家與醫療產業之關係觀察

觀諸成立公法人之目的，除了提高公立醫院之經營自主權限外，尚有將提供醫療服務視為一種「國家自己責任」的宣示作用。然對於適合法人化之公立醫院而言，隨著公共服務革新之「多一些（人民）自己責任，少一些國家責任」的核心價值取向下，在該區域內國家與醫療服務的關係，本既應抱持著減少實際參與，強化監督管理的態度來加以重新檢視。準

此，在國家逐漸揚棄醫療服務任務屬於自己責任的今日，設置公法人醫院來「分擔國家任務」的妥適性與正當性（legitimacy）似乎有所不足。

反觀處於醫療資源不足，國家應繼續將提供醫療服務視為「自己責任」的區域內之公立醫院，由於該等醫院仍須仰賴國家補助，則縱使改制公法人亦無實益，業已如前述。是以，就國家與醫療產業之關係觀察，成立公設之財團法人亦屬較為妥適的作法。

### 3. 就成立手續上之成熟度觀察

以公法人作為改制模式的另一個需面對之問題即在於我國法制上公法人制度的建立尚不成熟，事實上除了地方自治團體外，其餘公法人之類型與運作方式等均尚屬持續發展的階段，因此未來之變數仍多。反觀公設財團法人在我國已有多起先例可尋，且醫事財團法人在我國運行多年，相關制度與醫療法上之規範亦以成形，故基於對公立醫院而言，無論公法人抑或私法人在功能與性質基本相同的情形下，公設私法上之醫事法人似為較妥適的選擇。事實上誠如前述，對公立醫院而言，與其在公法人與私法人之間作抉擇，尚不如對個別醫院之環境性質有正確認知來的重要。



## 第七章 結論與建議

近年來，由於經濟自由化思潮的普及，以及對政府角色的重新思考，過去許多由政府以行政機關提供公共服務的作法也日益受到市場觀念的挑戰，在此種客觀情況下，社會上乃有公共部門改造與公共服務企業化與民營化之主張。這些觀念及主張均在在衝擊著傳統公共服務提供之方法。

在此潮流下，我國醫療服務之提供，自然也不例外地面對著轉型的壓力，在過去「大有為」政府觀念的引導下，各級政府為確保民眾就醫之便利，負擔之合理以及公共衛生之落實，乃設立了龐大的公立醫療機構。這些醫療機構均是以行政機關之組織型態，以提供公共服務為主要任務，多年來一直為台灣地區民眾醫療、保健以及公共衛生之推廣持續作出貢獻。然而，隨著國內醫療產業的自由化以及全民健保的開辦，醫療產業的競爭也日益激烈。再加上政府財政狀況之緊縮以及本身定位的調整，公立醫院的組織與營運方式自然也面對著調整與改變的壓力。

展望未來，醫療機構間的競爭將日益激烈，公立醫療機構也不宜背負著不公平的政策負擔與民間的醫療機構作不公平的競爭。因此，長期而言，公立醫療機構之轉型宜以追求自主經營與公平競爭的組織型態為宜。但是在追求醫療資源更有效率使用的同時，醫療行為中有若干面向卻不宜完全透由市場機能處理（例如訊息之不對稱，致產生醫生自行「創造需求」之現象），而公共衛生的落實涉及高度的社會外部性，也不宜由市場機制來決定。再者，普及的醫療服務本是國民生存最基本的權力之一，自不宜完全由成本效益的角度觀之。

歸納本研究各章之探討，我們以為對於公立醫院之革新，絕非單純的

經營體制的改造與調整，更涉及了對於整體公立醫療體制的重新定位與反思。其中除了個別公立醫院經營體制的改變外，更重要的是傳統上國家作為醫療服務的供給者之間的定位之調整。準此，本研究對於公立醫院經營體制改革的議題上，分別就外部制度之調整與內部體制改革之取向二個角度提出以下之建議：

## 一、外部制度之調整

就長期而言，公立醫院之改造，除了本身的調整外，也應與下列外部制度之相互配合方可以為功：

### （一）界分政府之政策責任與醫院之經營責任

為求公立醫療機構目標之明確與單純，政府之政策責任宜與醫院之經營責任作明確之界分。政府責任之落實自應另行設計，以確保民眾就醫之普及與充足。

（二）對醫療行為以及醫療機構間之競爭，宜作出適切之規範，以防止市場失靈與不適宜之醫療行為，以避免醫療機構在追求財務績效的壓力之下，產生不當的醫療行為，致使病人權益受損之情況發生。

（三）政府之政策責任之落實宜透由預算補助以及平衡基金之建立，以公平公開之方式開放所有有能力與興趣提供服務之醫療機構參與，以補貼或收取基金的方式落實醫療產業中非市場構面的公共責任。

（四）現行之公立醫院，在政策任務與醫療機構經營責任釐清之後，宜考慮自身之條件，以能在競爭的環境中自立生存之組織型式以及轉型方案為其終極之目標。

然而，上述之理想狀況與配套措施，並非一蹴可就，在政策責任與經營責任之界分未臻完善，政策任務之補助制度未能建立，醫療機構間競爭規範不明，以及國民普及就醫權益未能確保之情況下，階段性透由公立之醫療機構執行並達成政策目標，平衡地區醫療資源不足，以彌補市場機制不足之處，也可以是公立醫療機構在轉型時階段性的定位及目標。

## 二、公立醫院經營體制改革的取向與策略

### （一）個別化體制改革的策略

過去公立醫院被視為一執行公行政任務的公務機關，其經營自主性確實受到來自法制面與體制面的重重限制，因此，若純粹以財務面的投入產出指標來衡量公立醫院的經營績效，則公立醫院的表現確實較私立醫院遜色，這也正是近年來公立醫院屢遭詬病的問題所在，而部分學者與官員也據此引申公立醫院應加速民營化的改制，以加強公立醫院的競爭力。雖然純以財務面的指標來衡量公立醫療機構的績效並不盡理想，但在民營化及醫療資源效率化運用的主流思潮的推動之下，公立醫院經營體制的調整實在是不可抵擋的趨勢。

但由於我國公立醫院的體系多元，其個別醫院之間的差異極大，加上不同醫療區域的資源特性亦迥然不同，因此有關我國公立醫院體制轉型議題的思考，應先重新調整公立醫院在醫療體系中所扮演的功能角色，並採取個別化（individualized）策略，依據本研究第五章所提出之標準，針對個別公立醫院在所處醫療區域的處境進行區域定位分析，據以擬定出個別公立醫院面對環境變動時應採取的經營調整策略，再進一步分別選擇適合的體制調整模式來推動既有公立醫院的體質調整並落實轉型的目的。

## (二) 體制改革之取向

整理本研究之見解，對於體制改革之取向上我們提出以下之建議：

1. 對於醫療資源相對不足的區域，尤其是公立醫院佔規模比重及服務量比重均高的區域，應採行豐富化策略並且同時推行效率化策略。一方面提供獎勵及補助措施促進民間部門增加投資，一方面在現有體制之下謀求公立醫院經營法規的鬆綁，並賦予首長明確的權責，等到區域醫療資源達到一定的標準之後，再淡出政府的角色介入，改以法人的型態經營。
2. 對於公立醫院佔所處環境規模比重及服務量比重均低的區域，宜採行退出策略，亦即以出售或整體委託經營的方式使公共部門退出一般性醫療服務的提供。
3. 對於公立醫院佔所處環境規模比重較高但服務量比重較低的區域，應先採行整頓策略，先將該公立醫院更明確的界分是屬於政府應減少介入或是應加強介入的區域。若是前者，則應以出售或委託經營的方式釋出；若是後者，則應比照資源不足區域的做法，先維持政府經營再轉為法人型態。
4. 對於公立醫院佔所處環境規模比重低，但服務量比重高的區域，應採行效率化策略，其中對於較不具政策重要性的醫院可優先評估以出售或委託經營的方式釋出，但是對於部分具有經營特色及競爭力的醫學中心，則可評估直接成立醫事財團法人或是公法人的模式，使得該醫院得以自主經營發揮其經營特色。
5. 至於法人化之方式與種類的選擇，本研究建議似以公設之財團法人作

為改革模式較公法人模式為宜。

總之，固然公立醫院的體制調整受到種種客觀現實因素的限制，而無法奢求在短期間完成改制，但是吾人仍然必需充分體認，隨著醫療產業競爭之日益加劇，以及政府財政之困難，除非主管機關能夠一直維持公立醫療機構之組織與充足之經費，否則繼續要求公立醫院長時間負擔政府之政策任務，而不進行必要的組織調整的話，將會對醫療機構本身的生存發展產生極不利的影響。因此在公立醫院經營體制轉型的過程中，如何維持原有醫療機構中的核心能力，使其擺脫制度上的束縛，在醫療服務上能再提昇，在醫療管理上能再精進，並致力於建立醫療體系中合理的競爭機制，以促進醫療資源更有效率的運用，同時能夠兼顧完成醫療服務中無法發揮市場機制部分的配套措施，以便完整的照顧每個國民的健康及醫療服務，這些基本的要務，都是衛生主管機關未來在推動公立醫院改制的過程中應謹守的原則。此外，由於各種經營體制改制模式均有相當程度的不確定因素存在，故如何選擇最可行的改制模式，恐怕要比最適模式來的重要！



## 參考文獻

1. 王信仁,醫學中心與區域醫院之效率評估－資料包絡法之運用,高雄醫學院公共衛生研究所碩士論文,1992。
2. 台大法學基金會,國家組織法人化之研究：以港務局法人化為中心，期末報告,行政院經建會委託研究計畫,1999。
3. 吳庚,行政法之理論與實用,1994。
4. 吳庚,論憲法之基本架構－收錄於司法院大法官釋憲四十週年紀念論文集,1998。
5. 李清潭,資本主義下現代契約法的變遷,1997。
6. 林彥吉,台灣赤字問題之因素探討－公共選擇理論之應用,中興大學財政研究所碩士論文,1996。
7. 林炯焄,規劃設立台電公司所屬醫院可行性評估之研究,台電公司委託研究計畫,1999。
8. 邱毅,企業的代理問題與制約機能,經濟前瞻,1989,15 期,頁 121。
9. 俞慧芸,新事業開發策略與國營事業轉型之研究,行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告 NSC 88-2416-H-224-009, 1999。
10. 城仲模,行政檢查之研究期末報告－行政院研考會委託計畫,1997。
11. 城仲模主編,行政法之一般法律原則,1994。

12. 夏道平等譯,自由經濟的魅力—明日資本主義,經濟與生活出版社,1988。
13. 翁岳生,法治國家之行政法與司法,1993。
14. 翁岳生編,行政法,1998。
15. 高仙桂,世界新浪潮—國營企業及公共服務民營化,台灣叢刊,1990,頁286。
16. 國家發展會議,經濟發展議題總結報告彙編,國家發展會議秘書處,1996。
17. 張世杰、黃新福、許世雨、倪達仁、張瓊玲、陳愷譯:Denhardt, Robert B. Theories of Public Organization. Wadsworth, Inc.,1994,公共組織理論,台北:五南圖書出版公司,1993。
18. 張錦文,公立醫療機構委託民間經營,行政院研考會委託研究計畫,1994。
19. 張錦文,台北市立醫院公辦民營可行性之初步探討,台北市政府研考會委託研究計畫,1990。
20. 莊雙喜等,高雄市小港醫院民營化可行性研究,高雄政府研考會委託研究計畫,1996。
21. 許宗力,論法律保留—收錄於氏著法與國家權力,1993。
22. 許績偉,公立醫療機構民營化之可行性方案分析—以二十三家省立綜合醫院為例,雲林科技大學企管研究所碩士論文,1999。

23. 陳新民,中華民國憲法釋論,1999。
24. 陳新民,論社會基本權利—收錄於氏著基本權利之基本理論(上),1991。
25. 彭文賢,組織結構,台北:三民書局,1996。
26. 湯德宗,「論兩岸關係條例第九十五條之合憲性:我國憲法中行政與立法兩權關係微探」,從兩岸關係條例看委任立法與國會監督研討會,,1994,憲政時代第十九卷第二期。
27. 楊澤泉,我國公立醫療機構經營權責之研究,行政院研考會委託研究計畫,1998。
28. 劉淑瓊,社會福利「公設民營」制度之回溯與前瞻—以台北市政府為例,台灣大學社會學刊,1998,26期。
29. 蕭文,醫院管理,書華出版社,1993。
30. 戴文年譯,Morgan, Gareth. The Images of Organization. Sage Publications, Inc., 1994,組織意象,台北:五南圖書出版公司,1986。
31. 戴文年譯,Morgan, Gareth 著,官僚經驗—The Images of Organization. 台北:五南圖書出版公司,1994。
32. 謝敏次等,非營利機構經營績效之研究—以高雄市四所市立醫院為例,高雄市政府研考會委託研究計畫,1993。
33. 羅紀瓊等,醫院效率之衡量—DEA 方法之應用,經濟論文,1996.,24 卷,3 期。

34. Abernethy, M.A. & J.U. Stoe Iwinder, “ Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: A test of the ‘Fit’ Hypothesis in Not-For-Profit Hospitals” , Accounting , Organization and Society, 1991, Vol.16, No.2.
35. Becker, E.R. & F.A. Soloan, “ Hospital ownership and Performance”, Economic Inquiry, 1985, Vol.23.
36. Beckham, J.D. Winners: Strategies of Ten of America’s Most Successful Hospitals. Healthcare Forum Journal, 1989, Nov./Dec.: 17-23.
37. Coyne, J. S. , “ Hospital Performance in Multi-hospital System: A Comparative Study of System and Independent Hospitals ”, Health Service Research, 1982, Vol.17, No.4, pp. 303~329.
38. Dawn Oliver and Gavin Drewry , Public Service Reforms: Issues of Accountability and Public Law, 1996.
39. Desharnais, S.I., L.F. McMahon, R.T. Wroblewski, and Hogan, A. J., “Measuring Hospital Performance” , Medical Care , 1990, Vol.28, No.12.
40. Egger, Ed. CEO of big California Capitated Physicians Group isn’t Complaining About Managed Care. Health Care Strategic Management, 2000, 18 (4): 20-21.
41. Ginzberg, E. Eight Facts of Life Shaping Health Care. Hospitals, 1987, Aug. 20: 80.
42. Gray , S.P. & Steffy Wilhert , “ Using the Financial Ratio Analysis is the Audit ” , Hospital Cost Containment Through Productivity Management , 1983.

43. Hatch, Mary Jo., Organization Theory – Modern Symbolic and Postmodern Perspectives. New York: Oxford University Press, 1997.
44. Holden, K. , Matthews , K. , & Thompson , J. , The UK Economy Today, Manchester and New York : Manchester University Pres, 1995.
45. Kanter, Rosabeth Moss, Stein, Barry A. & Jick, Todd D. The Challenge of Organizational Change – How Companies Experience it and Leaders Guide it. New York: The Free Press, 1992.
46. Kettl, D.F. , “ Performance and Accountability : the challenge of Fovernment by Proxy for Public administration “ , American of Public administration , 1988, Vol.18 , No.1, March , pp. 9-18.
47. Lewin, Kurt. Field Theory in Social Science. New York: Harper & Row, 1951.
48. Marszalek-Gaucher & Coffey, Richard J. Transforming Healthcare Organizations – How to Achieve and Sustain Organizational Excellence. San Francisco: Jossey – Bass Publishers, 1990.
49. Moe, R.C. “ Exploring the Limits of Privatization “ , Public Administration Review, 1987, Vol.47, No.6, pp.453-459.
50. Nadler, D. A. & Tushman, M. L., “Managing Organizational Change: An Integrative Perspective”, Journal of Applied Behavioral Science, 1980,17(2), 191-211.
51. Nicholas, S., “ The Economics of Development : A Survey “ , The Economic Journal, 1989 , Vol.99, No.397, September, pp. 616.
52. Vickers , J. , & Yarrow , Privatization : An Economic Analysis, London :

MIT Press, 1988.

53. Williams , J.J., N.B. Macintosh & J.C. Moore, “ Budget Related Behavior in Public Section Organizations : Some Empirical Evidence “, Accounting , Organization and Society, 1990, No.3, pp.221~246.
54. Williamson, O.E. , Managerial Discretion and Business Behavior,” AER, 1963, Vol.53,pp.14-25.
55. Wind, Jerry Yoram & Main, Jeremy. Driving Change – How the Best Companies are Preparing for the 21<sup>st</sup> Century. New York: The Free Press, 1998.
56. Yarrow, G. & Piotr., “Privatization: Critical Perspectives on the World Economy “, London and New York : Rout ledge ,1996.