

**RDEC-RES-098-014 (政策建議書)**

**健康醫療服務機構公司化之可行性研究-以民間興辦醫院為例**

**行政院研究發展考核委員會編印  
中華民國 98 年 12 月**

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見)

**RDEC-RES-098-014 (政策建議書)**

**健康醫療服務機構公司化之可行性研究-以民間興辦醫院為例**

受委託單位：亞洲大學  
研究主持人：楊教授志良  
協同主持人：吳副教授憲明  
協同主持人：廖助理教授宏恩  
助理研究員：王秀英

行政院研究發展考核委員會編印  
中華民國 98 年 12 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見)

## 目次

目次	I
表次	III
圖次	V
提要	VII
<b>第一章 緒論</b>	1
第一節 研究緣起與背景	1
第二節 研究重點	2
第三節 研究方法	3
<b>第二章 文獻探討</b>	5
第一節 我國健康照護體系發展概述	5
第二節 健康醫療服務機構類型與經營模式	6
第三節 營利與非營利性醫院營運績效之比較	9
<b>第三章 研究發現</b>	13
第一節 我國健康醫療服務業組織及運作機制現況	13
第二節 國外健康醫療服務業推動公司化經營之現況、法規規範及其效益	15
第三節 我國推動健康醫療服務機構公司化組織運作模式之可行性與配套措施	16
<b>第四章 政策建議</b>	25
第一節 SWOT 矩陣策略配對分析	25

健康醫療服務機構公司化之可行性研究

第二節 積極引導策略 .....	27
第三節 有限開放策略 .....	28
<b>參考文獻</b> .....	<b>30</b>
附錄一 專家座談會議紀錄 .....	35
附錄二 深度訪談紀錄 .....	43
附錄三 深度訪談紀錄 .....	53
附錄四 圖表 .....	58
附錄五 審查意見及回覆 .....	74

## 表次

表 3-1-1	醫院家數發展概況 .....	58
表 3-1-2	醫院病床數發展概況 .....	61
表 3-1-3	醫事人員數發展概況 .....	64
表 3-1-4	不同權屬別醫院平均住院日概況 .....	67
表 3-1-5	不同權屬別醫院佔床率概況 .....	70
表 3-2-1	公立醫療機構、醫療社團法人與醫院公司之比較 .....	20



## 圖次

圖 3-1-1	歷年醫療院所家數變化情形 .....	15
圖 3-1-2	不同權屬別醫院家數發展情形-公立醫院 .....	59
圖 3-1-3	不同權屬別醫院家數發展情形-非公立醫院 .....	60
圖 3-1-4	不同權屬別醫院病床數發展情形-公立醫院 .....	63
圖 3-1-5	不同權屬別醫院病床數發展情形-非公立醫院 .....	64
圖 3-1-6	不同權屬別醫事人員數發展情形-公立醫院 .....	66
圖 3-1-7	不同權屬別醫事人員數發展情形-非公立醫院 .....	67
圖 3-1-8	不同權屬別醫院平均住院日情形-公立醫院 .....	69
圖 3-1-9	不同權屬別醫院平均住院日情形-非公立醫院 .....	70
圖 3-1-10	不同權屬別醫院佔床率情形-公立醫院 .....	72
圖 3-1-11	不同權屬別醫院佔床率情形-非公立醫院 .....	73



## 提要

關鍵字：醫院、公司型態、醫療產業

### 一、研究緣起

依醫療法第 1 條規定：「為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。」，因此，政府許可私立醫療機構、醫療法人(包括醫療財團法人及醫療社團法人)的設立，係以從事醫療事業辦理醫療機構為宗旨，在經營管理上具有「公益」與「私益」多重目標，並非顯著以營利為目的「投資興辦醫院」。觀諸若干先進國家在健康醫療服務業之組織型態，許多採公司組織型態，或其健康醫療服務組織的聯盟治理機構採取公司型態，對於提升專業經營能力及發揮市場監督機制二方面，在某個程度上具有卓越成效。在經濟全球化發展趨勢下，健康醫療服務組織須順應國際趨勢並兼融國情實務，組織是否能成功轉化為公司組織型態，常是其生存發展及提升競爭力之核心關鍵。若此部份的醫院得以公司化，對醫療資金的籌募及增進國際醫療競爭力或有助益。醫院為民眾經常使用設施，而健康照護服務具有外部性及社會責任，故本研究擬針對民間興辦醫院公司化之可行性進行探討。

### 二、研究方法及流程

本計畫除收集國內外相關實施現況、實證研究等文獻外，擬舉辦一場專家學者焦點團體座談，與至少二次深度訪談，據以提出「健康醫療服務機構公司化」之可行性與相關議題，供決策者酌參。

### 三、重要發現

從醫療服務量來看，非公立醫院的佔床率、平均住院日均優於公立醫院，相關門住診人次約佔七成服務量，對於我國醫療產業發展有舉足輕重的影響。醫院公司化具有與資本市場接軌，便於籌措相關資金、易引進創新科技技術、落實公司治理、財務透明化及受到不同層

面的利害關係人監督等優點，有助於國際醫療產業競爭力的提昇。另一方面，醫院公司化亦具有造成民眾觀感不佳、影響專業決策及惡化社會公平等缺點。

#### 四、主要建議事項

政府在考量推行新政策之整體策略之前，需先做情境分析，包含「外在環境分析－政府應做些什麼事」、「內在環境分析－政府能做些什麼事」、與「願景與目標－政府想做些什麼事」。本研究經彙集各方面代表與座談後，認為政府可以採用的整體策略計有「積極引導策略」或「有限開放策略」：

##### (一) 積極引導策略

###### 1. 短期建議：

修正相關法規，選定 1～3 家醫院於特定場域（如特區）試行醫院公司化，限定僅國際醫療服務得以實施醫院公司化，目的為引進國際與國內市場資金。惟以醫院公司所提供的國際醫療產品與服務皆為自費，建築、設備、人力均需與現行健保資源做切割。（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、財政部、行政院經濟建設委員會、國軍退除役官兵輔導委員會）

###### 2. 中期建議：

若試辦績效良好，欲擴大實施範疇前，應先舉辦公聽會，以疏導部份民眾反對與疑慮；同時制訂專法以規範醫療機構公司化的權利與義務，包含中央主管機關與目的事業主管機關的責任、醫療品質的監督、經營利得的社會責任義務、組織管理章程擬定、經營決策的組成、與會計財務報告的揭露等（如公司上市或上櫃的規範）。此階段的目的是鼓勵民間投資，使其與資本市場的順利接軌。（主辦機關：經濟部、行政院衛生署；協辦機關：財政部、行政院金融監督管理委員會、經濟建設委員會）

###### 3. 長期建議：

重新檢視整體健康水準，包含民眾就醫的可近性變化、營利與非營利型醫療機構的醫療品質是否有差異、不同族群間或貧富之間的健康不平等變化、醫療人力與物力資源在各地地理區域間的分佈、民眾的健康滿意度等，進行一連串社會資源重分配調整措施，以促進醫療事業之健全發展。(主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、行政院勞工委員會、國家科學委員會、國軍退除役官兵輔導委員會)

## (二) 有限開放策略

### 1. 短期建議：

修正相關法規，使得法人得為現行醫療法中所訂定醫療社團法人的社員，如此一來可使目前非營利型醫院中、最為接近公司化的社團法人醫院所有權的來源鬆綁，亦可使現行市場資金適度導入醫療產業，增加社團法人醫院財務操作的靈活度。此階段的目的為在現行體制下增加各類型醫療服務機構的區域競爭能力。(主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、行政院金融監督管理委員會)

### 2. 中期建議：

著手修正相關法規，以規範健康服務機構會計財務報告的揭露原則，使醫療機構管理與決策商業化的過程中，財務更為透明與接受社會監督。(主辦機關：行政院衛生署、金融監督管理委員會；協辦機關：財政部)

### 3. 長期建議：

舉辦公聽會，以測試民眾對於健康醫療服務機構公司化的反應與疑慮。修正相關法規，選定 1 ~ 3 家醫院於特定場域（如特區）試行醫院公司化，限定僅國際醫療服務得以實施醫院公司化，以醫院公司所提供的國際醫療產品與服務皆為自費，建築、設備、人力均需與現行健保資源做切割。(主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、財政部、行政院經濟建設委員會、國軍退除役官兵輔導委員會)



## 第一章 緒論

### 第一節 研究緣起與背景

#### 一、研究緣起

依醫療法第 1 條規定：「為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。」，因此，政府許可私立醫療機構、醫療法人（包括醫療財團法人及醫療社團法人）的設立，係以從事醫療事業辦理醫療機構為宗旨，在經營管理上具有「公益」與「私益」多重目標，並非顯著以營利為目的「投資興辦醫院」。

非營利機構具有財務結餘不得歸入特定人士的口袋，只能用在符合其使命或宗旨的用途上，也就是所謂的不能分配盈餘限制（non-distribution constraint, NDC）及沒有明確擁有人及剩餘價值請求者、沒有法定所有權交易市場，以及產出與績效衡量困難等不同於一般商業公司組織的特色，使得非營利性健康醫療服務組織的代理問題比一般商業公司組織更為模糊（Bricky, 2002）。非營利性健康醫療服務組織的運作必須藉助董事會等其他機制，無法透過所有權交易來評估經營管理人績效，亦即常用於營利組織監督專業經理人的治理、誘因機制，多數無法直接用於非營利組織，導致財務會計操縱透明度不足，治理機構決策成員結構和組成與其各項營運目標亦有相當大的關聯性（郭振雄，2007）。

臺灣目前的健康醫療服務業已經公司化的項目，偏重在製藥公司、醫療器材公司、生技公司、健康食品公司。觀諸若干先進國家在健康醫療服務業之組織型態，許多採公司組織型態，或其健康醫療服務組織的聯盟治理機構採取公司型態，對於提升專業經營能力及發揮市場監督機制二方面，在某個程度上具有卓越成效。經由研議獨立董事、獨立監察人選任制度及強化機構投資人參與公司治理機制，鼓勵

投資及專業投資機構發揮其影響力，合併卓著的組織獎勵措施，均得以提升國際競爭力。在經濟全球化發展趨勢下，健康醫療服務組織須順應國際趨勢並兼融國情實務，組織是否能成功轉化為公司組織型態，常是其生存發展及提升競爭力之核心關鍵。我國目前正積極推動國際醫療，擴大國際健康照護服務市場，因此，若此部份的醫院得以公司化，對醫療資金的籌募及增進國際醫療競爭力或有助益。醫院為民眾經常使用設施，而健康照護服務具有外部性及社會責任，故本研究擬針對民間興辦醫院公司化之可行性進行探討。

## 第二節 研究重點

### 一、檢討我國民間興辦醫院、健康醫療服務業組織及運作機制現況。

隨著全民健康保險的開辦，我國醫療院所的發展趨勢係朝兩極化發展，醫院家數逐年減少，診所家數則逐漸增多，醫院朝大型化發展，診所朝普及化發展。若按權屬別加以區分，公立醫院家數呈持平發展，非公立醫院則逐年減少，換言之，醫院家數逐年減少係反應非公立醫院的狀態。診所數亦為反應私立診所之狀態。這些現象除了反映政府的醫療支付制度與民眾就醫習慣的影響外，醫院治理結構、組織運作型態、與經營策略亦是相關影響因素。因此本研究擬分別針對國內不同權屬別的醫院就其服務績效、醫院家數及病床數的成長概況進行檢視。

### 二、檢視國外民間興辦醫院、健康醫療服務業推動公司化經營之現況、法規規範與實際效益評估。

一般文獻皆認定營利性醫院較有效率，能以較低的成本提供較高品質的照護；而非營利醫院因為受到不能分配盈餘的限制，因而使決策者增加非貨幣性利益的追求，缺乏提高效率的誘因。因此，為了追求效率與社區醫療服務，許多非營利醫院紛紛改為營利醫院，或者在

法規的許可規範下，採取與營利型醫院一樣的策略 (Potter, 2001)。營利型態的誘因在國外民間興辦醫院是否為其生存發展及提升競爭力的關鍵，是本研究意欲蒐集與觀察的重點。

### 三、以民間興辦醫院公司化為例，研析我國推動健康醫療服務機構公司化組織運作模式之可行性與配套措施。

現行非營利廠商 (nonprofit firms) 的參與一向被認為是醫療照護服務的特性之一，主要的原因是一般人對醫療提供者行為的期望，與對一般企業家行為的期望有很大的差別所致 (Arrow, 1963)。因為健康醫療服務具有「不確定性」、「資訊不對等」及「外部性」等特性，而我國『公司法』開宗名義即指出公司係以營利為其主要目的。因此，健康醫療服務是否適合以公司化的模式興辦經營，仍需尋求各界看法，凝聚相關意見，因此，本研究擬針對健康醫療服務機構公司化之可行性進行研析。

### 四、提出健康醫療服務機構公司化之整體策略及推動民間興建醫院公司化之政策性建議。

由於「健康醫療服務機構公司化」政策，可能會引導營利醫院與非營利醫院改變其醫療行為，甚至影響我國醫療市場發展型態。因此，在推動醫院公司化的同時，除了必須考慮可行的運作模式與相關配套措施外，國家政策的推動(如新興疾病之防治等)、醫療院所的社會責任、民眾的觀感、如何避免不當的利益輸送等議題均需納入考量。本研究擬列舉推動民間興建醫院公司化的優、缺點，針對其優、缺點提出鼓勵或防弊之相關建言。

## 第三節 研究方法

### 壹、研究方法

本計畫除收集國內外相關實施現況、實證研究等文獻外，擬舉辦

一場專家學者焦點團體座談，與至少二次深度訪談，據以提出「健康醫療服務機構公司化」之可行性與相關議題，供決策者酌參。詳細說明如下：

### 一、文獻探討

蒐集彙整先進國家醫療照護服務業經營現況及相關法規內涵；蒐集國外不同經營模式(營利與非營利)的醫院有關經營效率、醫療品質等相關實證研究。

### 二、舉辦焦點團體/專家座談

邀請長期在醫院經營領域之實務工作者、醫院協會理監事等專家，就健康醫療服務機構公司化之議題及相關政策推動配套措施進行討論。本計畫分別邀請了公立醫院代表(行政院衛生署台北醫院林水龍院長、台北市立聯合醫院黃遵誠副院長)、私立醫院代表(愛仁醫院謝武吉院長、清泉醫院羅永達院長)、醫療社團法人代表(中山醫院朱益宏副院長)、醫療財團法人代表(國泰綜合醫院林志明副院長、新光吳火獅紀念醫院洪清福副院長)及醫院協會代表楊漢淥副理事長。

### 三、深度訪談

現行部分非營利醫院的組織運作、管理機制初步具有營利醫院的特性，故本研究擬深度訪談非營利醫院的經營管理者及民眾代表，以瞭解實務上醫院公司化的優勢與劣勢及其可行性。本研究所深度訪談的非營利醫院經營管理者為我國目前醫院經營型態最接近公司化模式的醫學中心管理者；而民眾代表則為醫療改革基金會董事成員之一。

### 貳、研究限制

限於時間(僅有三個月)、人力上的限制，研究者無法就多方利害關係人進行訪談，亦無法進行相關的問卷調查，恐因訪談資訊的不完備，造成以偏概全之憾，此為本研究限制。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 我國健康照護體系發展概述

1865 年首位英國基督教長老會醫療傳教士馬雅各 (Dr. James L. Maxwell)，千里迢迢來到台灣，藉由醫療服務從事宣揚福音。傳教士分別以台灣南、北、中部為據點，設立了南部的舊樓醫院（為新樓醫院之前身）、北部的馬偕醫院（為淡水馬偕之前身）以及中部的彰化基督教醫院，並成為日據時代的三大醫院。日本統治殖民國間，日本政府為鼓勵及保護日本移民入殖台灣，積極規劃建設醫療衛生設備，於台北設立大日本台灣病院（即今日的臺大醫院），隨之發展建立衛生行政體系、創辦公立醫院與醫學教育、制定醫事人員管理規則、開創醫學研究之風、改善公共衛生、健全防疫措施、傳染病防治、禁絕鴉片等…為台灣的現代化醫療發展奠定了堅固的基礎。

台灣光復以後醫療產業的發展大致可分為三個時期：自由放任期（1945-1970 年），偏重公立醫院體系的重建與興建；建制期（1970-1985 年），經濟起飛，醫療發展迅速，醫療院所更有如雨後春筍般林立，故該時間以建立醫療產業的管理制度為主。1971 年最高衛生行政單位提升為中央層級，行政院衛生署正式成立；接著為整合期（1985 年-迄今），強調醫療資源的合理分佈與品質的提昇。於 1985 實施醫療網計畫，1986 年醫療法的頒佈，使得醫療網的計畫取得法源。當時與健康相關的保險有勞工保險、公務人員保險及農漁民健康保險。

有鑑於仍有 800 多萬人缺乏醫療健康保障，政府於 1995 年興辦全民健康保險，降低了民眾就醫經濟障礙，增加就醫的可近性及便利性。另一方面，全民健保實施以後，醫院面臨了諸多困境，包括設備及人事成本大幅增加，健保給付緊縮，收入每下愈況、評鑑標準嚴格等等，故醫院家數也從 1993 年的 810 家減少為 530 家（衛生署，醫療機構現況及醫院醫療服務量統計）。

## 第二節 健康醫療服務機構類型與經營模式

### 壹、健康醫療服務機構類型

健康產業分為四大次產業：(1)生化科技；(2)藥品藥物；(3)醫療設備；(4)醫療服務。前三項次產業與傳統上的公司生產事業性質上類似，這些產業均牽涉及產品的研發、製造、銷售及利潤的追求。然而，醫療服務產業沒有傳統上所謂的產品，它不是商業交易的行為。本研究所指健康醫療服務機構公司化，係針對上述醫療服務次產業進行。健康醫療服務機構係指某個組織(機構)其主要活動為提供健康照護活動，則該組織即屬於健康醫療服務機構，如衛生所、醫院、健保局、衛生署、董氏基金會等均屬之。由於本研究副主題為以民間興辦醫院為例，故後續內容所指健康醫療服務機構係指醫院。

健康醫療服務機構可做以下的分類：

#### 一、營利或非營利

健康醫療服務機構可用它們是為賺取利潤(營利或投資者擁有)以支付所有者，或是利潤不付給任何個人或組織而是用來增強服務的內涵或品質來區分。

#### 二、權屬

依設立主體劃分為公立、私立或法人機構等。

#### 三、服務性質

依據該組織所提供的服務性質加以區分，如基層醫療院所、地區醫院、教學中心或長期照護機構等等。

#### 四、醫療相關法規

##### (一)醫療法修正前

醫療法將醫療機構分為公立醫療機構、私立醫療機構及財團法人醫療機構三種類型，公立醫療機構，是指由政府機關、公營事業機構或公立學校所設立的醫療機構；私立醫療機構是指由醫師或依有關法

律規定辦理醫療業務或公益法人及事業單位所設立之醫療機構，即私立醫療機構包括由醫師設立的以及其他公益法人或事業單位所附設的；財團法人醫療機構，是指以從事醫療業務為目的，由捐助人捐助一定財產，經許可設立為財團法人之醫療機構（醫療法第 4.5 條）。此舉乃為了涵蓋事實所有既存的醫療機構，然而卻未定義不同分類醫療機構之屬性，且同一分類底下之眾多醫療機構，性質並不相同，產生諸多困惱。在這樣的架構下，民間欲參與醫療事業，除以“公辦民營”模式參與公立醫療機構經營及以捐助財產方式成立財團法人醫療機構外，只能以開設私立醫療機構方式行之。

## （二）醫療法修正後

一般個人有能力且願意以財團法人方式成立醫療機構者不多，醫師以往皆以個人設立開業的私立醫療機構為主。因此，醫療院所的發展有了下列的限制：私立醫院或私立診所之開設為醫師個人開業場所、私立醫療機構係以具有負責醫師資格的自然人為申請設立主體，不得以合夥名義開設、醫療機構本身不具法人資格、負責醫師變動即視為新設立的私立醫療機構。這樣的限制衍生了一些問題：當負責醫師有所變更時，健保特約需重新辦理；醫院需重新辦理評鑒；不易吸收資金，造成經營上的弱勢；對原有醫療機構所生之連續性法律關係與法定義務之承受，將產生銜接的漏洞。另外，若負責醫師之子女無醫師資格，就可能面臨無法永續經營的危機；而尋求人頭醫師則要承擔風險且糾紛頻傳。故政府於 2004 年修正醫療法，檢討醫療機構之分類，除原有之醫療財團法人之外，增加醫療社團法人類型。

修正後的醫療法將醫療機構分為公立醫療機構、私立醫療機構、醫療法人所設立醫療機構和法人附設醫療機構。其中醫療法人所設立醫療機構又分為醫療財團法人所設立醫療機構和醫療社團法人所設立醫療機構；法人附設醫療機構包括私立醫學院校附設醫院和事業單位、學校所設醫務室。財團法人係以財產為集合體的法人；社團法人則是以人為集合體的法人。

醫療財團法人定位為純粹公益性質而享有稅務減免，其設立時財

產就已依捐助章程捐出，無所謂盈餘分配的問題，解散後的剩餘財產則依法歸國家或地方自治團體所有。醫療社團法人係指以從事醫療事業辦理醫療機構為目的，經中央主管機關許可登記之社團法人。醫療社團法人，非依醫療法規定，不得社立；其組織、管理、與董事間之權利義務……，醫療法未規定者，準用民法之規定。

醫療社團法人係為一結合社員的組織，在法律上具有獨立的人格及主體性。雖亦有董事會管理法人營運，但因在董事會之上設有社員總會之最高權力機構，且社員可依其出資額多寡擁有表決權及保有法人的財產，並享有盈餘及剩餘財產之分配請求權，亦可將其持分全部或部分轉讓於第三人(醫療法第 49 條)，與公司之股東權利相當，故法律性質上屬自律法人。且董事相互間則無新屬關係之限制，出資之社員亦同，故法律對醫療社團法人並不限制家族經營之模式。其他如社員對法人之財產權及紅利分配等事項觀之，醫療社團法人實與公司之管理、經營相當接近。

醫療社團法人的立法上，基於醫療業務本身亦具有所謂之公益性，主管機關並不希望將之定位為以營利為目的之法人，而造成民眾之誤解，認為醫療機構均以賺錢為目的，故而在醫療社團法人之組織、管理、與董事間之權利義務…等相關事項，如醫療法沒有規定時，是準用民法的規定，而非準用公司法之規定(第 30 條第二項)。且其會計制度上，除應依醫療法之相關規定為之外，並應依公司法相關規定辦法(第 34 條第四項)。故修正後的醫療法雖未放寬不得以營利為目的，但學者們認為醫療社團法人已具備營利性質，與營利性之公司頗為接近(張耀懋，2004)。

## 貳、健康醫療服務機構經營模式

在醫療法相關的規範下，已產生了許多不同的經營模式(陳俞沛，2005)：(1) 合夥經營：隨著醫療機構的大型化，僅憑個人之力難以擴大或設立，因此一般私立醫療機構多以醫師加上非醫師合資成立，推舉一位醫師至衛生主管機關登記為負責醫師，這樣的關係與民法的合

夥關係十分類似；(2) 控股公司經營：醫療機構的實際經營者分別成立公司與私立醫療機構，由具醫師資格之人出面登記取得開業執照後，再由該醫師向公司承租醫療機構所需之不動產、醫療儀器等，甚至配合業務外包之方式，交由母公司所開設之相關公司承攬經營（張玉山，2001）。公司可掌握資金、管理體系，醫療機構則是純粹提供醫療服務，投資人投資其資金於公司，可有定期股東大會、選舉董（監）事、享受公司法上所有保障，醫療機構亦可合法成立，由公司處順利取得資金；(3) 直銷式醫療：其招募資金採用類似直銷的方式，公司以販售俱樂部會員證方式，售出受益憑證，消費者成為該公司俱樂部會員，而後該公司與該健檢診所簽訂健檢合約，向俱樂部會員提供健檢服務（宋子豪，1993）；(4) 外包：將該醫療機構中某一科室外包給其他人士經營，該承攬人不一定具備醫師資格。

### 第三節 營利與非營利性醫院營運績效之比較

經濟學家們針對醫療保健服務市場為何以非營利性廠商居多提出幾種不同的理論與觀點去解釋，包括（1）未滿足需求理論（unmet demand theory）：Weisbrod（1975）認為非營利性機構之所以存在，是因為對某些具有外部利益的服務或公共財，營利性廠商所願提供的數量會低於社會最適的數量，進而有民眾會起而組織非營利性廠商以提供所需的服務。（2）契約失靈理論（contract failure theory）：一般而言契約失靈常發生在一個物品的購買者，不容易觀察到所購買產品的數量或品質的情形。醫療照護服務由於存在不確定性及資訊不對等之特性，很難事先用契約加以具體規範，若由營利性廠商來提供，可能會面臨利益衝突的問題；非營利性廠商則可降低交易成本（Hansmann, 1980）。（3）利益團體理論（interest group theory）：非營利廠商之所以十分普遍，是一種市場失靈的形式，它是醫師為了集體財務利益達到最大而形成一個利益團體下的選擇（Bays, 1983）。

非營利機構以提供那些對個人沒有利益但社會卻需要的服務為宗旨；而營利機構則以獲利為主要目標。若以所有權來區分美國的醫療產業，則有約 61%的醫院是屬於非營利型態，24%是公立醫院，15%是屬於營利醫院（American Hospital Association, 2001）。許多學者即針對不同醫院型態進行許多實證研究，整理如下：

### 一、經營效率

實證研究發現非營利性醫院與營利性醫院在經營效率上，並沒有顯著的差異（Lewin et al., 1981; Pattison & Katz, 1982; Becker & Sloan, 1985; Watt, 1986）。雖然不同類型的醫院都會表現營利的行為，但是所有權差異的結果使得非營利型醫院有較低的稅賦負擔（McKay, 2003; Morrisey, 1996），同時，非營利型醫院在提供同一種服務的定價平均而言，比起營利型醫院低了約 10%~15%（Zaleski, 2007; Frech, 1996）。二者在經營現狀與組織設計與管理也有趨同的現象，如醫院的容納能力（醫院住院人數與平均住院日）等等（David, 2009）。國內研究則發現公立醫院的生產、技術效率顯著低於私立醫院（羅紀琮、石淦生、陳國樑，1996；陳仁惠，2000；李文福、王媛慧，2000；蘇永裕，2002）。

### 二、醫療品質

另一個重要的議題「品質」亦有許多研究投入，實證研究發現不論以結構、過程或結果的指標來看，營利性醫院與非營利性醫院提供相似的品質水準（Shortell & Hughes, 1988; Hartz et al., 1989; Keeler et al., 1992）。但在經營行為確有明顯的差異，非營利性醫院在面臨不同的市場競爭程度時，是以提高品質來面對；營利性醫院則可能採用降低品質來回應（Hoerger, 1991; Mark, 1996）。但亦有研究發現非營利性醫院與營利性醫院在財務績效方面有顯著的差異（Alam et al., 2008）。

### 三、民眾觀感

美國早期研究指出民眾認為醫院型態（ownership）與醫療品質之間並沒有相關連，但營利醫院較會回應消費者，而非營利醫院的成本

則比較低，與經濟學家的看法歧異。研究指出三分之一的民眾認為醫院公司化是好的，二分之一的民眾則持負面看法（Schlesinger et al., 2004）。

健康醫療服務機構公司化之可行性研究

## 第三章 研究發現

本章節的安排係依據研究重點逐一呈現如下：

### 第一節 我國健康醫療服務業組織及運作機制現況

#### 一、醫院家數

2007 年我國醫療院所共 19,900 家，其中醫院 530 家，診所 19,370 家。從圖 3-1-1 及表 3-1-1 可以看出近十幾年來，醫院家數呈現逐年減少的趨勢，而診所則是逐年成長，與 1993 年相較，醫院減少 280 家，其中以中醫醫院減少最多，西醫醫院減少次之；而診所增加 5118 家，其中以中醫診所增加最多，牙醫診所次之。

公立醫院以行政院衛生署所屬醫院為最多，其次為軍方醫院民眾診療及榮民醫院；非公立醫院則以私立西醫醫院為主，其次為私立中醫醫院，但均呈現逐年減少的趨勢，惟財團法人醫院有逐年微幅增加的趨勢。見表 3-1-1 及圖 3-1-2、3-1-3。

截至民國 98 年 1 月止有 20 家醫院、4 家牙醫診所及 2 家一般診所完成醫療社團法人登記，合計共有 26 家醫療社團法人。

#### 二、醫院病床數

2007 年醫療院所病床數合計共 150,628 床，每萬人口病床數為 65.6 床，依權屬別分，公立醫院占約三成，其中又以行政院衛生署所屬醫院佔多數，其次為榮民醫院；非公立醫院的病床數則以私立西醫醫院及財團法人醫院為最多，其中財團法人醫院病床數呈現逐年增加的趨勢。見表 3-1-2 及圖 3-1-4、3-1-5。

#### 三、醫事人員數

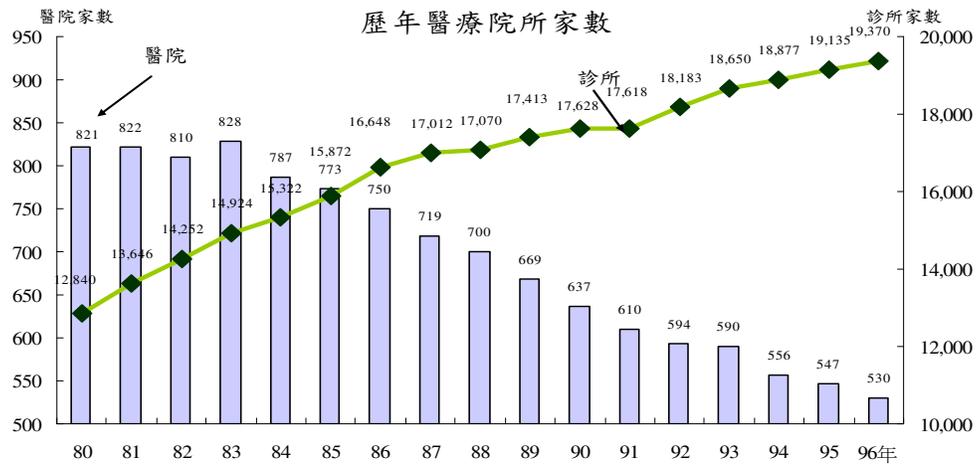
公立醫院的醫事人員數均呈現逐年增加的趨勢，其中以榮民醫院的醫事人員數量為最多，行政院衛生署所屬醫院次之；非公立醫院的醫事人員則以財團法人醫院及私立西醫醫院為最多，尤其財團法人醫院增加幅度最多。見表 3-1-3 及圖 3-1-6、3-1-7。

#### 四、醫療服務量

平均而言，公立醫院的平均住院日較非公立醫院長，其中又高雄市立醫院及公立機關(構)附設醫院較長；而非公立醫院則以其他法人附設醫院之平均住院日較長，而宗教財團法人附設醫院最短。見表 3-1-4 及圖 3-1-8、3-1-9。

從表 3-1-5 及圖 3-1-10、3-1-11 可以看出公立醫院除了公立中醫醫院外，一般病床佔床率介於 50~80%之間，其中以公立醫學院校附設醫院及榮民醫院的佔床率為最高，約七成左右；非公立醫院除了私立中醫醫院外，佔床率均介於 50~90%之間，其中以財團法人醫院、私立醫學院校附設醫院及其他法人附設醫院有較高佔床率。

在醫院門診人次方面，以 2007 年為例，門診人次達 95,143,360 人次，其中公立醫院占 28.0%，非公立醫院占 72.0%。急診人次為 6,712,717 人次，其中公立醫院占 27.8%，非公立醫院占 72.2%。手術人次共 1,673,783 人次，其中公立醫院占 27.1%，非公立醫院占 72.9%。



資料來源：行政院衛生署統計資料網

圖 3-1-1 歷年醫療院所家數變化情形

## 第二節 國外健康醫療服務業推動公司化經營之現況、法規規範及其效益

如同國內現狀，美國營利型醫院、非營利型醫院、公立（包括州政府擁有或聯邦政府擁有）醫院同時存在於醫療產業中（Sloan，2000；Needleman，2001；Shen，2007），也各擁有不同的擁護者。根據美國醫院協會在不同時間的統計與累計，大致而言，美國在 1960 年前，美國平均每一間非營利型醫院的容納量（i.e., 床數與住院天數的組合）是平均每一間營利型醫院的 3 倍，然而到了西元 2000 年的時候，平均每一間非營利型醫院的容納量（i.e., 床數與住院天數的組合）只多出營利型醫院的 30% 而已（AHA，2009）。這樣的消長，大部分並不是當初非營利型醫院的減床或是營利型醫院的擴床，而是因為非營利型醫院的倒閉、轉為營利型醫院、或是新成立的醫院為營利型，而且營利型與非營利型醫院的經營模式由於經濟市場不同誘因的引導愈來愈

趨同 (David, 2004)。

大多數的經濟學家引用所有權理論來辯論 (Grossman and Hart, 1986; Hart, Shleifer and Vishny, 1997)，認為公立醫院雖然具中央集權式的經營管理、肩負更廣泛的社會福利目標之優勢 (Laffont & Tirole, 1993)，與較優惠的稅制，但同時亦缺乏資本市場的監控機制、寬鬆的預算目標控管限制 (Kornai, Maskin, and Roland, 2003)、較缺乏精確的經營目標、創新利益投資被另外徵用、與因政治遊說或捐贈導致可用醫療資源重分配的負面影響 (Shleifer and Vishny, 1994)。贊同私人營利型醫院經營理念的人，覺得私人營利型醫院比公立醫院可以用更低的價格提供同樣的服務，然而亦有人認為不能以同一把尺衡量營利型與公立醫院，畢竟私人營利型醫院最重要的的目標是利益極大化，而公立醫院仍能需兼顧部分社會救助等社會責任，因此有學者認為只有生產效率 (或技術效率、包括品質) 才是可以公平比較營利型與非營利型醫院的指標，而非醫院的財務表現 (Pestieau and Tulkens, 1990)。

### 第三節 我國推動健康醫療服務機構公司化組織運作模式之可行性與配套措施

#### 一、公立醫院改制為國營醫院公司之可行性

「公司化」指將政府機構轉移為國營企業或法人團體，以發揮功能。所有的公營事業、市政府的機構，除了民營事業所需遵守的公司法、工廠法、勞動基準法及有關稅法之規定外，舉凡人事、採購、財務、會計、審計、營繕工程等，政府都有相關的法令規範與成套的運作方法。

我國的公立醫療機構之設立有其時代背景，且擔負許多政策性任

務，在被定位為行政機關下，且由於人事、會計、採購等法令之僵化及加諸公立醫院之制約，致使公立醫院在經營管理上缺乏其自主性。隨著經濟的快速成長以及政治的革新，許多公立醫院當初設立之目的已自然達成或已獲致取代，或可採行其他更有效率的途徑來代替。加上政府財政的日益困難及私立醫院的競爭效率，「民營化」政策工具除已成為政府解套的手段外，同時也成為績效不彰、經營不善的公立醫院變革的選擇之路。

民營化之類型，可分為撤資、委託及替代三大類。撤資係指公營事業或資產之移轉民間。此種移轉型之民營化可經由出售(Sale)、無償移轉(Free Transfer)及清理結算(Liquidation)等策略進行。委託則是政府部門委託私部門部份或全部財貨與服務的生產活動，但繼續承擔監督之責任。當大眾認為政府所提供生產或服務不能滿足社會之需求，而民間私部門則意識到此種需求，而提供生產或服務，以滿足社會大眾就是所謂的替代。

現行國內健康照護服務組織民營化大多屬於「委託」民營化類型，相關的法源依據不甚完備，甚至只是以行政規則的辦法處理，因此公立醫院若要改制為醫院公司就現行法理上於法無據，必需起草相關法源依據。另一方面，從民眾的角度思考，公共服務不同於一般商品的特性，以利潤創造的公共服務無法滿足社會公平性及社會外部利益。而公共服務有其社會必需性，應保證其能不間斷的提供。以營利公司方式提供，無法獲得此安全保證。公營事業存在之理由主要包括(1)國家為建立策略性工業或避免外國企業對重要產業的干預；(2)對於私人資本所無法充分提供經濟發展或會導致所得分配惡化的事業；以及(3)對於壟斷性事業或無法藉由市場機能提供民眾低價產品與服務的事業。換言之，公營事業存在的目的並非是以營利為最主要的目標，而是配合國家的政策，以提供充足、低廉的產品或服務來滿足民生需求，從而達到穩定民生外部效果之目的。從國家衛生政策推動及疾病防治的角度來看，公立醫院都扮演著重要且首要的角色。

因此，在未深入瞭解民眾對公立醫院改制公司化的觀感與看法以及未深入探究改制對相關衛生政策推動或疾病防治的影響之前，相關

法源尙未完備等種種限制下，公立醫院暫不宜改制為國營醫院公司。

## 二、醫療社團法人改制為醫院公司之可行性

相較於公立醫院，醫療社團法人則被認為存在私有性，且與營利性質之公司頗為接近，透過本研究之專家座談及深度訪談所得資料，與會專家也認為醫院經營型態採公司的模式跟現行的醫療社團法人很接近。如果撇開公益形象不談，以公司模式經營是相對寬鬆。加上支付制度對醫院的管理仍會產生很大的影響力，品質的部分則有評鑑及醫療法規的規範，改制為醫院公司應該不會有太大的改變，倒是資金的取得可能相對容易許多。綜合專家座談及深度訪談所得資料，改制為醫院公司的優點如下：

### （一）與資本市場接軌，便於籌措相關資金：

醫療產業是一種高固定成本且人力密集的產業，因此需有龐大資本。在現今環境下，各類型的醫院併存、競爭，醫院以公司型態經營，有利於其相關資金籌措。

### （二）對於創新科技技術的引進可能有幫助：

Kimberly 和 Evanisko (1981)對醫院採用新科技之實證研究中，亦認為企業為打破激烈競爭之局面，以獲取高於平均報酬之利潤，必須採用新科技以建立競爭優勢。然而引進創新科技技術背後也代表了需要去克服變革的抗拒，轉為公司型態經營，在獲利目標的趨動之下，抗拒應相對較小。

### （三）落實公司治理：

「公司治理」係指透過市場機制與法律規範制度，提升公司的營運績效與創造股東價值。醫院以公司型態經營治理，能發揮公司治理的精神，講求效率、重成本、嚴謹的內部控制、追求創新。

### （四）財務透明化：

一旦醫院公司化，則其財務狀況必須透過揭露財務報表向投資大

眾負責，醫院經營受到不同層面的利害關係人監督。現行醫療社團法人亦具財務透明相關查核制度之規範。

(五) 可促進國際醫療產業競爭力的提昇。

台灣醫療產業鏈完整，醫療技術具國際水準，但國際宣傳不足，醫療服務人員的語文能力和接待禮儀也有待加強。透過型態的經營管理與大量資金的挹注，則可增加創新科技的引進與相關的人員訓練，進而促進國際醫療產業的競爭力。

另一方面，醫院公司化亦具有下列缺點：

(一) 社會觀感不好：

醫療服務業是提供與人的健康和生死相關的照護，若商業化或營利化，易使社會大眾將醫事人員與追求利潤的商人相連結，會破壞醫療的神聖與尊嚴。

(二) 專業決策可能會受到獲利壓力影響：

一旦醫院公司化，營利成爲首要目標後，恐會對醫師的專業決策產生某種程度上的影響。醫療具有資訊不對等的特性，醫師的利益與病人的利益有時並不一致，一旦公司化後，醫師可能會在其專業許可的範圍內計算個人或醫院的利弊得失。

(三) 管理不好可能產生弊端，使病人權益受損：

淘空、惡性倒閉等公司治理可能產生的弊端，醫院公司化後若管理不當亦有可能發生。爲了獲利對於成本的掌控可能錙銖必較，減少醫護人員的聘請，進而影響醫療品質，病人權益可能因此受到損害。

(四) 可能會惡化社會健康公平。

追求利潤與社會公益某種程度上是相悖的，一旦獲利導向的思維更強化，選擇少病客人的行爲(cherry-picking behavior)也有可能被強化或被指引，重病病患或無獲利空間的患者等人球事件亦有增加的可能性，對民眾就醫的可近性與平等對待的權益可能會惡化。

茲將醫療社團法人與醫院公司比較如下：

表 3-2-1 公立醫療機構、醫療社團法人與醫院公司之比較

	醫療社團法人	醫院公司
主管機關	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 行政院衛生署</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 經濟部</li> <li>● 行政院衛生署(目的事業主管機關)</li> </ul>
適用法規	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療法及相關法規</li> <li>● 民法</li> </ul>	<p>於醫療法增列醫療機構類別--醫院公司，明定醫院公司除本法規定外，適用公司法之規定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 公司法</li> <li>● 醫療法及相關法規</li> </ul>
機構存在目的	為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康。	公司以營利為目的。
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 社員。</li> <li>● 法人不得為社員。</li> <li>● 董事會的組成需有三分之二以上的之董事具有醫師或醫事人員資格。</li> <li>● 董監事須具有社員資格。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 股東、董事。</li> <li>● 公司得依章程規定設置經理人。</li> <li>● 政府或法人為股東時，得被推為執行業務股東或當選為董事或監察人；但須指定自然人代表行使職務。</li> </ul>
權利義務	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 社員對社團法人之債務不負有清償的責任。</li> <li>● 社員具有利益分配請求權、剩餘財產分配請求權及設備利用請求權</li> <li>● 表決權按出資比例分配。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各股東對於公司之責任，以其出資額為限。</li> <li>● 每一股東不問出資多寡，均有一表決權。但得以章程訂定按出資多寡比例分配表決權。</li> <li>● 股東非得其他全體股東過半數之同意，不得以其出資之全部或一部，轉讓於他人。</li> </ul>

	醫療社團法人	醫院公司
營利性	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療法規定社員可依其出資額多寡擁有表決權及保有法人的財產，並享有盈餘及剩餘財產之分配請求權，亦可將其持分全部或部分轉讓於第三人(醫療法第 49 條及施行細則第 32 條)。又財政部賦稅署「醫療社團法人之結餘可按出資比例分配予社員，具有營利之性質，應屬所得稅法第 11 條第 2 項規定，以其他方式成立之營利事業」(台稅發字第 9504526550 號函釋)，故醫療社團法人具營利性質。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公司法開宗明義第 1 條即說明公司以營利為目的之社團法人。</li> </ul>
稅務減免	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療社團法人屬營業稅法第 8 條第 1 項第 3 款之醫院、診所，故免徵營業稅；然而它屬於所得稅法中的以其他方式成立之營利事業，故需課以營利事業所得稅；但得依法將 10%盈餘先提撥於教學研究及 20%的營運基金，故稅基相對減少。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫院公司依醫療法規定設立，一體適用營業稅法第 8 條第 1 項第 3 款免營業稅之規定。</li> <li>● 仍需課以營利事業所得稅，原則上沒有稅賦的優惠或減免。</li> </ul>
盈餘的分配	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 須提撥盈餘的百分之十做為研究發展、人才培訓、健康教育、醫療救濟、社區醫療及其他社會服務事項基</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公司於彌補虧損完納一切稅捐後，分派盈餘時，應先提出百分之十為法定盈餘公積。</li> </ul>

	醫療社團法人	醫院公司
	<p>金，以及百分之二十的營運基金。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 營利事業當年度之盈餘未作分配者，適用所得稅法，應加徵 10% 營利事業所得稅。</li> <li>● 按社員出資額比例分配紅利。</li> <li>● 比照公司組織之營利事業，盈虧互抵。</li> </ul>	
財務透明	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 年度終了五個月內，應向衛生署申報其經董事會通過及監察人承認的年度財務報告。</li> <li>● 衛生署可隨時命令醫療社團法人提出財務、業務報告，醫療社團法人不可規避、妨礙或拒絕。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 營業年度終了，應將營業報告書、資產負債表、主要財產之財產目錄、損益表、股東權益經動表、現金流量表及盈餘分配或虧損撥補之議案，提請股東同意或股東會承認。</li> <li>● 主管機關得會同目的事業主管機關，隨時派員權查公司業務及財務狀況，公司負責人不得妨礙或拒絕。</li> </ul>
資產運用	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療法人不得為公司之無限責任股東或合夥事業之合夥人。</li> <li>● 醫療法人不得為保證人，其資金不得貸予董事、社員及其他個人或非金融機構，亦不得以其資產為董事、社員提供擔保。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公司不得為他公司無限責任股東或合夥事業之合夥人。</li> <li>● 公司除依其他法律或公司章程規定得為保證者外，不得為任何保證人。公司之資金，除因公司間業務交易行為有融通資金之必要者外，不得貸與股東或任何他人。</li> </ul>

	醫療社團法人	醫院公司
資金籌措	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 依賴社員集資。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 上市公司可以透過公開市場的管道進行資金的募集，最常見的方式有供股、配股。未上市公司則是透過私募資金。</li> </ul>
合併	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療法人在經衛生署許可後，可與其他「同質性」的醫療法人合併。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 限制性質相近的公司方能相互合併為宜。</li> </ul>

資料來源:本研究自行整理

健康醫療服務機構公司化之可行性研究

## 第四章 政策建議

政府在考量推行新政策之整體策略之前，需先做情境分析，包含「外在環境分析－政府應做些什麼事」、「內在環境分析－政府能做些什麼事」、與「願景與目標－政府想做些什麼事」。以「健康醫療服務機構公司化」此案為例，外在環境分析係指政府在推動或允許健康醫療服務機構公司化的結果方面，預期可見的機會（如：醫療保健市場產值大增）與威脅（如：健康的不平等惡化）；內在環境分析係指政府在推動或允許健康醫療服務機構公司化的過程中，能指出哪些是會影響短期或長期競爭力來源的優勢（如：我國醫療服務國際化與效率化）或劣勢（如：部份民眾的負面印象）；願景與目標則提供了政府施政的指引（如：促進醫療事業之健全發展，並鼓勵民間投資）。在綜合考量上述情境因素與本研究經彙集各方面代表與座談後，認為政府可以採用的整體策略計有「積極引導策略」或「有限開放策略」。

### 第一節 SWOT 矩陣策略配對分析

擬採用學者Weihrich在1982年提出，將內在環境的優（Strength）、劣勢（Weakness）與外部環境的機會（Opportunities）、威脅（Threats），用矩陣（matrix）方式加以排列組合。

第一個組合為「優勢與機會」的組合：我國的醫療體系網絡的分佈合理、全民健保使得民眾就醫的可近性無礙、民眾對於政府的健康醫療政策回應（包括健保滿意度）良好，我國的醫療水準與品質不會輸給美日先進國家，部分臨床醫療項目（如牙科、心臟介入、骨科髓關節置換手術、神經外科、整型外科、不孕症、眼科近視、活體肝臟移植手術、癌症治療等等）的收費具國際競爭性，且大型財團法人醫院經營的極有效率，以往因醫療市場的保守與法規的限制，若能使醫療服務者所有權多樣化，俾引進國內外經濟市場資金，使醫療產業的

產值加倍提升，積極引導策略不失為可考慮之方案。

第二個組合為「優勢與威脅」的組合：雖然全民健保使得民眾就醫的可近性無礙，全民健保的總額支付制度使得國內醫療院所保障了未來一年的大致收入，也使得部分中小型醫院過於倚賴，或相關醫療法規限制了醫療科別的發展，若使醫療服務者所有權多樣化，或許可以使醫療產品與服務差異化，但也可能因醫療市場服務競爭趨熱，無競爭力的部分醫療院所倒閉，連帶使得醫療資源分佈不像現行均勻，部分地區民眾的健康不平等惡化，因此考慮修正相關法規，選定 1～3 家醫院於特定場域（如特區）試行醫院公司化不失為可考慮之方案；亦即本章第二節積極引導策略的短期建議或是本章第三節有限開放策略的長期建議可以作為連結。

第三個組合為「劣勢與機會」的組合：雖然大型醫院的經營較有效率，但是主管機關卻缺乏專才與礙於法律規定下，無法有效監督醫療機構財務；加上現代民眾與醫療專業人員的醫療資訊落差縮小，加上民眾健康權利高漲，就醫過程中與醫院人員的互動使得若干民眾覺得醫療產業營利行為頗為反感，若為了醫療產業科技發展與資本市場接軌，而使醫療服務者所有權多樣化，權衡之下，有限開放策略可能為可考慮之方案。

第四個組合為「劣勢與威脅」的組合：雖然醫療產業有地域化的差異，但是我們既擔心無法有效監督醫療機構財務，也希望現行非營利醫院能利用新的財務思維進行投資策略選擇，改善僵硬冗長的行政運作，並隨著整體醫療環境的改變而調整醫療服務，提升醫療服務品質，以扭轉部分民眾對於醫療服務營利化的負面印象。此時只將現行醫療社團法人醫院所有權做小幅度的修正而鬆綁，可能為穩健的作法。

## 第二節 積極引導策略

「積極引導策略」在此係指「醫療服務者所有權多樣化」、「醫療產業資本籌措活絡化」、「醫療產品與服務差異化」、與「醫療機構財務監督透明化」。若採行「積極引導策略」策略，則在實施「健康醫療服務機構公司化」的短、中、長期政策建議如下：

### 一、短期建議：

修正相關法規，選定 1～3 家醫院於特定場域（如特區）試行醫院公司化，限定僅國際醫療服務得以實施醫院公司化，目的為引進國際與國內市場資金。惟以醫院公司所提供的國際醫療產品與服務皆為自費，建築、設備、人力均需與現行健保資源做切割。由於引入大量投資，醫院所經營項目可更具國際競爭優勢，醫療品質可以維持或更好，經營效率也會更佳，高科技儀器的引進亦會源源不斷。（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、財政部、行政院經濟建設委員會、國軍退除役官兵輔導委員會）

### 二、中期建議：

若醫院公司化試辦實施成效良好，在進一步推動健康醫療服務機構公司普遍化之前，應先舉辦公聽會，以疏導部份民眾反對與疑慮（主辦機關：衛生署；協辦機關：經濟部）。；同時制訂專法以規範醫療機構公司化的權利與義務，包含中央主管機關與目的事業主管機關的責任、醫療品質的監督、經營利得的社會責任義務、組織管理章程擬定、經營決策的組成、與會計財務報告的揭露等（如公司上市或上櫃的規範），此階段的目的是鼓勵民間投資，使其與資本市場的順利接軌。（主辦機關：經濟部、行政院衛生署；協辦機關：財政部、行政院金融監督管理委員會、經濟建設委員會）

### 三、長期建議：

在增加健康醫療保健產業產值、促進營利與非營利型醫療機構區域競爭力與經營效率後，政府在這一階段應重新檢視整體健康水準，包含民眾就醫的可近性變化、營利與非營利型醫療機構的醫療品質是

否有差異、不同族群間或貧富之間的健康不平等變化、醫療人力與物力資源在各地地理區域間的分佈、民眾的健康滿意度等，進行一連串社會資源重分配調整措施，因而此一階段的目的為促進醫療事業之健全發展。(主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、行政院勞工委員會、國家科學委員會、國軍退除役官兵輔導委員會)

### 第三節 有限開放策略

「有限開放策略」在此係指「醫療服務者所有權來源鬆綁」、「醫療產業資本籌措有限度流動」、「醫療產品與服務競爭趨熱」、與「醫療機構管理與決策商業化」。若政府採行「有限開放策略」策略，則在實施「健康醫療服務機構公司化」的短、中、長期政策建議如下：

#### 一、短期建議：

修正相關法規，使得法人得為現行醫療法中所訂定醫療社團法人的社員，如此一來可使目前非營利型醫院中、最為接近公司化的社團法人醫院所有權的來源鬆綁，亦可使現行市場資金適度導入醫療產業，增加社團法人醫院財務操作的靈活度。此階段的目的為在現行體制下增加各類型醫療服務機構的區域競爭能力。(主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、行政院金融監督管理委員會)

#### 二、中期建議：

若短期修法措施實施成效良好，亦即民眾對於醫療市場產品與服務選擇性增加的利基下，可進一步舉辦公聽會，以測試民眾對於健康醫療服務機構公司化的反應(主辦機關：衛生署)。此時並著手修正相關法規，以規範健康服務機構會計財務報告的揭露原則，此階段的目的是醫療機構管理與決策商業化的過程中，使其財務報告更為透明與接受社會監督。(主辦機關：行政院衛生署、金融監督管理委員會；協辦機關：財政部)

#### 三、長期建議：

健康醫療服務機構公司化的適當性已經不成問題後，修正相關法規，選定 1 ~ 3 家醫院於特定場域（如特區）試行醫院公司化，限定僅國際醫療服務得以實施醫院公司化，此階段與「積極引導策略」策略的短期建議相似，以增加我國醫療服務國際知名度與不佔用我國原有健康保險資源為原則。（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：經濟部、財政部、行政院經濟建設委員會、國軍退除役官兵輔導委員會）

## 參考文獻

- Alam, P., Elshafie, E., Jarjoura, D. The effect of ownership structure on performance of hospital. *Academy of Accounting and Financial studies Journal* 2008 ; 12(3) : 37-51.
- American Hospital Association (2009). Hospital Statistics, 2001 Edition. Chicago, Ill: Health Forum LLC.  
([http://www.thirdwaveresearch.com/aha\\_wizard/default.aspx](http://www.thirdwaveresearch.com/aha_wizard/default.aspx)).
- American Hospital Association (2001). Hospital Statistics, 2001 Edition. Chicago, Ill: Health Forum LLC.
- Arrow, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963 ; 53(5) : 941-973.
- Bays, C. W. Why most private hospital are nonprofit. *Journal of Policy Analysis and Management* 1983 ; 2 : 366-385.
- Becker, E.R., Sloan, F. A. Hospital ownership and performance. *Economic Inquiry* 1985 ; 75 : 493-517.
- Berliner, H. S., Regan, C. Multinational operations of US for-profit hospital chains - trends and implications. *American J Public Health* 1987 ; 77(10) : 1280-1284.
- Brickly, J. A., Van Horn, L. Managerial incentive in nonprofit organization: evidence from hospitals. *J Law Econ* 2002 ; 45 : 227-49.
- David, G. (2004). The convergence between nonprofit and for-profit hospitals in the United States. *Ph.D. dissertation*, University of Chicago.
- David, G. (2009). Trends in hospital ownership type and capacity: A decomposition analysis. *Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly*, March 13.
- Eldenburg, L., Hermalin, B. E., Weisbach, M. S., Wosinska, M.

- Governance, performance objectives and organizational form:evidence from hospitals. *J Corp Finance* 2004 ; 10 : 527-48.
- Frech, H. E. (1996). Competition and monopoly in medical care. Washington, D.C.: American Enterprise Institute.
  - Glaeser, E. The Governance of Not-for-Profit Organizations. Chicago: University of Chicago Press, 2003.
  - Grossman, S., and Hart, O. (1986). The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration. *Journal of Political Economy*, 94(4):1119-1158.
  - Hansmann, H.B. The role of nonprofit enterprise. *Yale Law Journal* 1980 ; 89 : 835-901.
  - Hart, O., Shleifer, A., and Vishny, R.W. (1997). The proper Scope of government: Theory and an application to prisons. *Quarterly Journal of Economics*, 112(4):1127-1161.
  - Hartz, A. J., Krakauer, H., Kuhn, E. M., et al. Hospital characteristics and mortality rates. *New England Journal of Medicine* 1989 ; 321 : 1720-1725.
  - Hoerger, T.J. Profit variability in for-profit and not-for-profit hospitals. *Journal of Health Economics* 1991 ; 10 : 259-289.
  - Keeler, E. B., Rubinstein, L. V., Kahn, K. L., et al. Hospital characteristics and quality of care. *Journal of the American Medical Association* 1992 ; 268(13) : 1709-14.
  - Kornai, J., Maskin, E., and Roland,G. (2003). Understanding the soft budget constraint. *Journal of Economic Literature*. 41(4):1095-1136.
  - Laffont, J., Tirole, J. (1993). Privatization and Incentives. In A Theory of Incentives in Procurement and Regulation. Cambridge, Mass.: MIT Press.
  - Lewin, L., Derzon, R., Margulies, R. Investor-owned and nonprofits differ in economic performance. *Hospital* 1981 ; 55 :

52-58.

- McKay, N.L., Deily, M.E., Dorner, F.H. (2003). Ownership and changes in hospital inefficiency, 1986-1991. *Inquiry*, 39 (4):388-398.
- Morrisey, M.A, Wedig, G.J., Hassan, M. (1996). Do nonprofit hospitals pay their way? *Health Affairs*, 15(4):132-144.
- Needleman, J. (2001). The role of nonprofits in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5):1113-1130.
- Pattison, R., Katz, H. Investor-owned and not-for-profit hospitals : a comparison based on California data. *New England Journal of Medicine* 1982 ; 309 : 347-353.
- Pestieau, P., and Tulkens, H. (1990). Assessing the performance of public sector activities: Some recent evidence from the Productive efficiency viewpoint. University Catholique de Louvain CORE Discussion Paper No. 9060.
- Potter SJ. A Longitudinal Analysis of the Distinction between For-Profit and Not-For-Profit Hospitals in America. *J Health and Social Behavior* 2001 ; 42 : 17-44.
- Shen, Y.C., Eggleston, K., Lau, J., Schmid, C.H. (2007). Hospital ownership and financial performance: What explains the different Findings in the empirical literature? *Inquiry*, 44(1):41-68.
- Shleifer, A., and Vishny, R.W., (1994). Politicians and firms. *Quarterly Journal of Economics*, 109(4):995-1025.
- Shortell, S., Hughes, E. F. X. The effect of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients. *New England Journal of Medicine* 1988 ; 318(17) : 1100-07.
- Sloan, F. A (2000). Not-for profit ownership and hospital behavior. In Culyer, A. J., Newhouse , J. P. eds. *Handbook of*

Health Economics, Oxford : Elsevier Ltd.

- Sloan, F. A. Not-for profit ownership and hospital behavior. In Culyer, A. J., Newhouse, J. P. eds. Handbook of Health Economics, Oxford : Elsevier Ltd,2000.
- Watt, J.M., Derzon, R. A., Renn, S. C., et al. The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospital. *New England Journal of Medicine*1986 ; 314 : 89-96.
- Weisbrod, B.A. Toward a theory of the voluntary non-profit sector in a three-sector economy. In Phelps, E. ed. Altruism, Mortality, and Economic Theory, New York : Rusell Sage Foundation,1975.
- Zaleski, P.A. (2007). The response to market power: Non-profit hospitals v.s. For-profit hospitals. *Atl Econ J*, 35:315–325.
- 石淦生、羅紀琮、陳國樑(1996)。公私立綜合醫院服務層面效率差異之探討。中華衛誌，15(5)，469-482。
- 吳憲明(2008)。醫療財團法人與醫療社團法人之異同。醫事法學，15(3)：4-6。
- 李文福、王媛慧(1998)。台灣地區公私立醫學中心與區域醫院生產力變動之研究。經濟論文，26(3)：243-269。
- 張玉山(2001)。醫療法人監督管理機制之研究，行政院衛生署九十年科技研究發展計畫，行政院衛生署。
- 張耀懋(2004)。醫療社團法人面面觀-營利性醫療機構隱然成形。醫院 37(6)。
- 郭振雄(2007)。非營利醫院之董事會結構與社區公益活動。臺灣衛誌，26(2)：128-139。
- 陳俞沛(2005)。醫療機構法人化之研究。東吳大學法律學系碩士論文。
- 陳仁惠（2000）影響醫院服務產出與效率因素之探討-DEA 與 SFA 法之應用，長庚大學管理學研究所碩士論文。

健康醫療服務機構公司化之可行性研究

- 盧瑞芬、謝啓瑞(2000)。醫療經濟學。台北：學富文化。
- 羅紀琮、石淦生、陳國樑(1996)。醫院效率之衡量-DEA 方法之應用。經濟論文，24(3)：375-396。
- 蘇永裕(2002)。醫院長期經營效率評估。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 蘇嘉瑞、王炯琅、劉錦樹、劉燦宏、謝士明(2007)。論醫療社團法人對醫務管理的影響。醫管期刊，8(3)：195-215。
- 蘇嘉瑞、王炯琅、楊弘仁(2007)。醫療社團法人之理論與實務。醫院，40(3)：14-23。

## 附錄一 專家座談會議紀錄

### 健康醫療服務機構公司化之可行性研究

#### 專家座談會議紀錄

時間：中華民國 98 年 5 月 23 日 14：00

地點：台灣大學公共學院 505 會議室

主持人：吳憲明副教授

出席者：黃遵誠副院長、林志明副院長、楊漢淙副理事長、  
洪清福副院長、廖宏恩助理教授

會議紀錄：王秀英助理

會議內容：

吳憲明副教授：

謝謝大家百忙之中來參加這個計畫的專家座談，想要借助大家的專長，給我們一些意見，主要是想從醫院管理者或經營者的角度來看醫療服務機構公司化的適當性。依醫療法第 5 條規定，醫療法人包括醫療財團法人及醫療社團法人。簡單的來區分的話，財團法人是以「財」為核心，它是捐贈出來的，所以有免稅的一些優惠，錢不能歸私人所有，而且每年要提撥 10%從事公益活動；社團法人則是以「人」為核心，股權可以移轉；同時也規定法人不得擔任社員，不能出資、不能投資。且依照醫療法規定，它的結餘可按出資比例分配予其社員，具有營利之性質，所以本質就是類似公司的型態。如果

進一步公司化的話，表示醫院可以籌資、可以分配股利，可以上市、櫃，甚至可以到海外投資，或引進海外資金到台灣。

### 一、您贊同開放醫院經營型態採公司的模式進行嗎？理由為何？

林志明副院長： 其實醫院經營型態採公司的模式跟現行的醫療社團法人很接近。所以現在的問題是要將醫療院所百分之百適用公司法嗎？

楊漢淙副理事長： 軍隊都可以採用約聘的方式(募兵制)了，醫院公司化當然可行，但這個議題應該是要問適當性，也就是醫院像公司一樣來經營、管理、服務民眾適不適當。如果適用公司法，也就是以營利為導向，醫院賣的是醫療服務，把人的生命當成交易的媒介、商品化，我想應該不符合民眾的期待。民國 93 年醫療法將私人醫院法人格，是爲了要讓私人醫院(以自然人爲代表)可以持續經營下去，參考了日本醫療法人的作法，所以才產生了「醫療社團法人」。

林志明副院長： 所以在非營利的組織型態下已經在營利經營了，如果又擺明了改採公司營利的型態，恐怕反而會引起社會觀感不佳。

楊漢淙副理事長： 現在社團法人的本質已經很接近公司型態了，也受到醫療法相關的規範，民眾也能接受了。如果完全

適用公司法，把”非營利組織”的外衣脫掉，呈現營利的色彩，然後再爲了規範他們立一個專法，再把對醫療院所的期待放入法規中，那跟現在的社團法人經營模式差異不大。

這個議題其實有二個層次，一個是醫院本身就是個公司，完全適用公司法；另一個則是在某個公司下來經營醫院，醫院只是這個公司的眾多事業體之一，經營型態與社團法人醫院接近，但它可以允許獨立董事的存在，規範上較爲寬鬆。

現在主管機關對社團法人的要求大於對財團法人，例如法人不可投資、限定最少投資人數、不可有獨立董事等等，行政規範已經超越法律，與立法要旨不符，干涉過多，如果衛生署可以鬆綁一些規範，是不是反而容易些。

吳憲明副教授： 所以綜合二位專家的意見，以目前社團法人的型態比起完全適用公司法的型態較爲適合，因爲民眾對醫院有期待，而且有專法管理，本質上已具備公司的型態，稅制上也沒有太大的差異，一樣要繳交營利事業所得稅。但如果撇開公益形象不談的話，公司經營的優點是相對比較寬鬆，會類似藥廠，也是同樣受到目的事業主管機關的規範與管理，一樣要

遵守醫療法。

二、如果醫院容許營利型態來經營，對於下列各面向會有何改變嗎？

- (1)醫療品質；(2)社會責任；(3)經營效率；(4)組織結構；  
(5)區域競爭力；(6)組織管理與決策模式；(7)科技創新。

林志明副院長： 社會責任可以規範，但社會形象難已挽回。

楊漢淙副理事  
長： 組織管理與決策會有所不同，如果醫院容許以營利  
型態來經營，那原本要按醫療法規範的就會更改為  
適用公司法；決策也從原本的董事會改為股東大會  
或社員大會。

洪清福副院長： 社團法人只能算是準公司型態，我們沒有定價的功  
能，類似瓦斯公司，加上支付制度或政策對醫院經  
營管理又有很大的影響力。品質的部分有醫療法規  
範，所以應該不會有太大的改變；倒是資金的取得  
可能較容易，對於創新科技技術的引進應該會有幫  
助；社會形象則必須釋出更多，更用心經營才能挽  
回”營利”事業所帶來的負面影響。

黃遵誠副院長： 公司化所可能帶來的好處，社團法人醫院其實就可  
以達到，那需不需要把它公司化，這個可以再討論。  
我倒是在思考另外一個問題，當「營利」與「專業」  
衝突時，這個決策會有什麼變化？原本醫病關係是  
個委任關係，當你把它公司化後，它變成一個消費

行爲，那醫院如果以營利爲目的，此時的專業決策會不會被迫妥協，單純只依靠醫療倫理或醫德足以抗衡嗎？

吳憲明副教授：我想這個應該不致於，醫院即使完全適用公司法，它還是要受到目的事業主管機關的規範，醫療法規定醫療機構及其醫事人員因執業導致病人有所損害，如果是故意或有過失，還是要負損害賠償責任。

黃遵誠副院長：其實現在醫院很多業務都外包了，像洗腎、體外碎石，這背後可能就是一個公司在經營，然後它去跟醫院或診所簽約。所以衛生署雖然是跟醫院、診所在打交道，但醫院、診所其實只是個空殼，衛生署對醫院、診所背後那些公司就管不著了，拿它一點辦法也沒有。那與其讓它在枱面下作業無法管理，不如將它抬面化整體管理不是更好。

楊漢淥副理事長：我贊成用公司的概念來經營醫院，現行的社團法人其實就是類似這個概念；如果改成醫療公司，那麼包括開立發票、稅制…就是要依據公司法的規定。雖然會受到目的事業主管機關規範，但衛生署只管業務，不管財務。

吳憲明副教授：理論上是要監督醫院財務，不過實際執行有難處。如果醫院適用公司法後，衛生署就更不可能管到醫

院的財務。

### 三、如果「醫院可容許以營利型態來經營」的政策只開放境外實施，上述改變會有所不同嗎？

洪清福副院長： 這個應該是要配合對方當地的法令。以國內來說是許可制，這個問題應該是擔心資金外流的影響。

廖宏恩助理教授： 以長庚為例，他其實是透過一個境外的公司這樣的模式來處理，才能在境外興建醫院。這個問題其實是想請教各位先進，如果國內還是維持現況，也就是社團法人醫院的型態，但境外開放比照公司的模式，會不會對醫院的競爭力有所助益，尤其如果未來國際醫療是發展重點的話。

洪清福副院長： 醫院經營管理應該是國內法，從國內的角度來看，到境外投資不宜太嚴格，因為它其實是要符合對方(境外)的規範。其他國家要來我們國家興辦醫院也是要符合國內相關法規，像我們就會限制外國人董事不得超過三分之一是一樣的道理。

### 四、政府在推動該政策應有哪些法律規範與配套協助？

楊漢淙副理事長： 隨著時代在變，其實我們看醫院的角度、觀點也要改變。現在醫院只剩下人的組合，換句話人力資本才是整個醫院經營管理的核心。如果完全適用公司法，以營利為目的，除了跟民眾的期待不符合外，

醫病關係、員工關係都可能有所變動。以目前社團法人醫院的模式應該是最可行的方案，不必適用公司法，還是依據醫療法的規範，主管機關仍是衛生署。但開放一些限制，例如開放法人可以來投資、投資人數不設限、可以上市、董事股份條件的鬆綁……等等，讓它既能具備公司化的優點，又能維持原有的社會形象。



## 附錄二 深度訪談紀錄

### 健康醫療服務機構公司化之可行性研究

#### 深度訪談紀錄

時間：中華民國 98 年 6 月 12 日 10：00

訪談紀錄：王秀英助理

廖宏恩助理 這是研考會委託楊老師的計畫案，主要是想從不同的角度(醫院管理者、經營者或民眾)來看醫療服務機構公司化的可行性或適當性。因為貴醫院的財務操作、組織設計是相當靈活的，特別來就教。

受訪者： 這個議題其實在過去就有在思考，但可能當時的風氣、社會環境、產業條件還不是那麼完備，我覺得現在這個時機來探討這個議題，不管它最後的結果為何，起碼表示政府開始認真去思考這個議題了。公司化這個議題要先確認它的動機與目的，而不是為了公司化而公司化。醫院公司化在世界各國(美國、新加坡、泰國、馬來西亞…甚至大陸)其實早已在實施了；歐洲則多是非營利組織；我國則是參考日本的醫療法人。獲利並不一定是每個私人機構的主要目標，很多大型的私人公司它的設

立宗旨及目標就不是爲了獲利；相反地，很多非營利組織也在從事營利的行爲。從另一個角度來看，對醫療產業來說，公司化醫院的存在是不是必要的。醫療產業具有人力密集、知識密集、技術密集及資本密集等特性，這些特性大部份與「人才」有關，台灣許多最好的人才都投入到醫療產業，所以這部份比較沒有什麼問題；但是隨著醫院大型化、醫療設備先進化，要引進先進的儀器、服務，提昇醫療品質，需要投入大量的資金，那這個時候資本就是個問題。資本的籌措主要就二個來源，一爲私人捐贈，一爲政府出資。私人捐贈憑運氣，不能期待，政府制度比較僵化，出資提供醫療服務的時代已經過去了，那剩下的解決之道就在資本市場了。公司化只是一個手段，目的是爲了要讓醫院能充份與資本市場接軌，企業化經營管理。公司化是可以讓醫院可以跟很多資源接軌的組織型態，當醫院本身做得很好、有品質時，公司化只是提供醫院可以快速複製的一個工具，至於要用何種組織型態來經營，還是取決於經營者。

廖宏恩助理 您覺得醫院公司化對醫療品質是否會有什麼影響？  
教授： 醫院公司化可再細分二個層次，一個是醫院本身就是個公司，一個是醫院只是公司的事業體之一。二個層次的影響會有不同嗎？

受訪者： 我認為醫療品質只會更好，不會更壞。醫療品質跟獲利都是醫療機構必須要兼顧的產出(outcome)，因為如果提供很高品質的醫療服務，但沒有獲利盈餘，醫院無法生存；如果只想獲利沒有提供相對品質的服務，醫院經營無法可長可久，一樣無法生存。醫療品質跟獲利取決於管理，我認為醫院公司化才能落實公司治理，一旦公司治理確實地落實，我想這個組織應該可以運作的很好。現在的狀況是每家醫院有他自己的一套治理模式，有的是強人專制，院長說了算；有的是成立行政管理中心..等等，反而無法掌握各家醫院治理的情形。我認為醫院公司化有機會讓醫療機構的管理被強化，進而提昇醫療品質跟獲利。

廖宏恩助理 如同您所提到有很多非營利的組織就有營利的行爲  
教授： 了，那萬一開放醫院公司化，您覺得民眾的觀感會不會有所影響？

受訪者： 這個部分我覺得應該去找尋找一些實證的文獻資料，因為國外醫院公司已經行之有年了；當然，國內也可以進行相關的研究，瞭解民眾對這個政策的看法。不過，即使民眾觀感不好，對的政策還是要去做。就像加稅，民眾觀感一定不好、不贊成，但如果稅收對於國家發展是必要的，還是得去做，重點在於怎麼做。一家營利醫院

的利害關係人有病人、員工和股東，每個利害關係人重視的東西不同。病人要的是高品質的服務、員工要的是專業的歸屬感、股東要的則是榮耀。以我們經營的經驗來判斷，我認為民眾不會因為醫院變成營利醫院了而有負面的觀感，因為醫院畢竟有它一定程度的社會功能跟公益性存在。

廖宏恩助理 假設貴院變成公司性質了，對於醫院盈餘能較有彈性地  
教授： 處理，可以投資，可以回饋股東…等等，對貴院在行使  
社會責任或社會公益上會不會有所不同？或有調整？

受訪者： 我個人認為公司化不是用來劃分營利或非營利機構，它  
的主要目的應該是要強化醫院的經營管理，以及對政府  
產業政策有幫助，能提昇產業價值。公司化只是要達成  
快速複製的手段而已，我認為對醫院應該要承擔的社會  
責任不會有什麼影響，不會因為我變成公司了，就要對  
社會有所虧欠，要回饋社會更多，不應該把”公司化”  
給污名化。

廖宏恩助理 一旦醫院允許以公司的型態來經營，那麼中央主管機關  
教授： 會變成經濟部，而衛生署則為目的事業主管機關，換句  
話會有二個主管機關，政府的管制增加了，會不會反而  
對醫院的施展更為不利。

受訪者： 不是每個營利型機構都想成為公司，因為不想透明化。

那爲什麼會有很多機構(例如科技公司)想要成爲公司呢？因爲它的市場是全世界。也就是說即使開放公司化了，也不是所有的醫院都想要變成公司化。機構是否會想成爲公司取決於它品牌的定位及經營者的理念及設立目的。換句話我醫院公司化的目的及要付出的代價是一個取捨(trade off)，醫院要去衡量公司化所帶來的優缺，公司化能帶來籌資管道、強化管理、提昇競爭力，同時醫院也因爲公司化要接受監督、財務透明化。我認爲接受監督是應該的，除了衛生署的專業監督、評鑑，民衆也在監督服務品質，醫院本來就應該接受這種多重監督與規範的考驗。

廖宏恩助理 社團法人醫院的成立有其成立的背景，您認爲如果社團  
教授： 法人醫院公司化，對於其區域競爭力會有所提昇嗎？

受訪者： 我不確定醫院的競爭力是否會有所提昇，醫院的經營管  
理模式基本上是取決於經營者的理念，你可以是百年老  
店絕無分號，也可以像麥當勞一樣分佈全世界。社團法  
人醫院公司化其實已經很趨近於公司型態，但是因爲它  
不能上市，也不允許法人投資，所以還是無法與資本市  
場接軌。

廖宏恩助理 一旦醫院公司化了，貴院的決策、經營管理的模式會不  
教授： 會有所改變？

受訪者： 多少一定會有所不同。如果醫院已經想朝公司化的走向走，當然醫院的決策或管理模式就會趨向公司的模式。我個人認為上市公司會比沒上市的公司管理更好，因為接受更多的監督，除了接受衛生署的監督外，也有更多的股東來監督鞭策。

廖宏恩助理 爲了因應醫院公司化，可能需要修改條文或另立專法，  
教授： 需要耗費一段時間，也可能變成階段性的開放(例如優先開放境外可以實施)，您的看法如何？

受訪者： 我覺得還是要回過頭來問做這件事的目的是什麼，公司化的目的是要對國內的醫療產業有所幫助。台灣的醫療產業應該是很有競爭力的，因為我們有很優秀的人才，但是我們的醫療產業產值太低了，也是相對封閉的。政府應該要思考如何把有競爭力的產業向外輸出，讓醫療產業的市場變成全世界，提昇產業價值。公司化只是個工具，讓有競爭力的醫院與資本市場接軌。當然公司化也可能帶來某些弊端，比方說會有獲利的壓力，所以也要制定相關的規範與監督機制，來有效管理公司化的醫療機構，只要它有行政的公權力，倒不一定要另立專法。

廖宏恩助理 「與其開放醫院公司化造成民眾負面的觀感，不如修改  
教授： 醫療法讓法人可以投資醫院，來達成活絡產業的目的」  
您的看法如何？

受訪者： 社團法人醫院當初設立的動機及目的是為了解決繼承、永續經營的問題，而不是為了解決資本問題；公司化醫院則是為了要在一個公共平台上籌資，與資本市場接軌，二者的目的不同，不應混為一談，雖然過程都可以引進資金，但結果會有差異。允許法人投資醫院會讓大財團可以順理成章的操弄醫院，而台灣的大財團幾乎都是家族企業，結果醫院變成某些家族的私人機構，該家族成員或員工成為主要的服務標的，反而喪失了醫院本身服務公眾的宗旨，原始醫院設立者的理念也可能被大財團所左右，出賣靈魂，這顯然不是一件好事。公司化的話則是在一個公開的公眾市場籌措資金，接受更多的監督，醫院原始經營理念不變，醫院是社會的，公共的。二種除了作法不同，目的、結果也是不一樣的。

廖宏恩助理 您認為開放醫院公司化後，對台灣醫療市場的競爭會不會有什麼影響？  
教授：

受訪者： 從管理的角度來看，競爭是件好事。但醫療產業是比較特殊而且高度規範的產業，只要衛生署在專業的領域嚴格監督，有效監督下的競爭絕對是好事。

廖宏恩助理 您認為政府在推動醫院公司化政策時，應該提供什麼協助或配套措施？  
教授：

受訪者： 公司化醫院要有進場退場機制，現在總額制度的設計缺

了一個讓爛蘋果退場的機制，好的醫院也受限於總額，結果讓不好的醫院不會倒，好的醫院也不太能擴張發展，這個制度忽略了醫院競爭力是不同的，這樣其實反而會抑制產業的發展。另一方面比方有國外資金、專業投資人想要投資我們這家醫院，但是受限於法規，他是不能投資的，這就沒有所謂的進場機制，扼殺了台灣醫療產業的競爭力與價值。有條件的開放公司化可以讓想發展的、有能力發展的醫療機構有一條路可以走，促進產業更為活絡。公立醫院的經營權與擁有權都可以分立了，醫療品質也並沒有因此而變差。

王秀英： 當專業決策與獲利目標相衝突時，在公司化下的決策模式會不會有所改變？

受訪者： 這是可能發生的狀況，國外已經行之有年，應該可以找到相關實證資料來參考，看看國外醫院有沒有發生這種狀況，他們又是如何解決或預防的。從經營者的角度來看，利益有二種，一種是長期利益，一種短期利益。短期利益就是殺雞取卵，名聲品牌就會越來越差，所以這也是一個取捨，我是要選擇短期獲利來犧牲長期利益或是為了維護長期利益而犧牲短期獲利，這個要自己去做判斷，不過當它是個公司的話，醫院的決策會受到更多人的監督。

王秀英： 醫院公司化後會不會發生一種狀況，就是醫院都去選擇最獲利的那一塊來經營，只賣最賺錢的產品，結果不獲利的醫療服務變成沒有辦法轉型的公立醫院或財團法人醫院要去承擔。

受訪者： 我同意你的說法，不過每個機構本來就應該去做他擅長的東西，至於這個東西是不是最賺錢，那是二回事。企業經營的本質應該是讓大家可以各自發揮自己的專長，各司其職，那爲了避免你所說的狀況發生，衛生署應該要去規範。不過以目前台灣醫療資源這麼豐富的條件下，應該鼓勵醫院呈現個別的特色與定位。當然，偏遠地區醫療可近性的問題有可能更嚴重，因爲獲利導向的思維更強了。其實現在在鄉村地區的醫院發展已經逐漸趨向社區化，換句話只要符合市場需求，經營管理得好，就有可能獲利。所以雖然現在整形美容是最夯的，我們醫院還是不可能整棟都改成整形美容科，因爲這跟我們醫院設立的目標、定位、民眾的期待不符。所以這個問題還是回到我剛剛所說的長期利益與短期利益的思維。

廖宏恩助理 再次謝謝您接受訪談。

教授：



## 附錄三 深度訪談紀錄

### 健康醫療服務機構公司化之可行性研究

#### 深度訪談紀錄

時間：中華民國 98 年 6 月 18 日 10：30

訪談紀錄：王秀英助理

楊志良：現在國家衛生政策的發展想把健康服務變成一個產業，如果要發展成產業的話，那就必須跟一般產業一樣，也就是公司化，問題是健康服務產業跟一般企業不同，它是個公共財，所以存在著矛盾。希望醫改會從民眾就醫的角度來看醫院採用公司化是不是可行，給我們一些意見。先前我們已經以這個主題舉辦過專家座談，醫院經營管理者是想要享有公司化的好處，但是反對公司化，因為擔心對醫界形象不好；從法規立場來看，現行的社團法人醫院其實是很接近公司型態，大致上享有公司的好處。主要的差別是法人不能當社員，換句話一般公司或企業不能來投資。如果法人可以當社員的話，籌資就容易。

吳憲明：社團法人醫院盈餘的分紅跟公司很接近，70%可以分紅，20%當做營運基金，比較大的差別是公司可以允許法人成爲

股東或社員，公司跟公司之間也是可以互相投資的，另外規定 10%要投入教育訓練，這也是比較大的差別。所以如果要用更寬廣的角度來看醫院這個組織型態，那這個法律條文就會是個障礙。

楊志良： 就算法律條文規範很嚴謹，不希望法人介入，實務上還是可以操作。今天的重點不是條文的修改，而是從民眾就醫的角度來看，您覺得醫院如果公司化，它的優點及缺點為何？

受訪者： 如同您所說的，實際上不管規定如何，它還是有辦法的 (tricks)，所以醫院只分為有良心和沒良心二種。醫院經營從屬性來做區隔，醫療品質並沒有什麼差別；國外文獻大多是比較營利和非營利醫院，醫療品質也沒有太大的差別。所以我覺得醫院公司化有個好處就是資訊透明化，不過資訊透明化一定要公司化才能做到嗎？其實是不盡然。核心問題在於關鍵資訊的釋出及如何釋出，尤其現在醫療產業規模已經這麼大，每年 6、7000 億的產值，它的操作格局還是 40 年前那種傳統思想，我指的不是管理思維或技術，而是面對社會大眾時還是無法做到課責 (accountability)。在一個現代國家，醫療資訊仍然做不到透明化，基本上是不可思議的。

楊志良： 醫院其實是很有力量的 (power)。另外可能的考量是擔心民

眾不容易看懂。

受訪者： 我認為衛生署是有責任將資訊公開透明，因為它是全民的署，它有責任傳遞這些資訊，應該要有這樣的視野和高度。

吳憲明： 衛生署本身也是想適度地公開這些資訊，它不公開的理由有二個：一個是擔心民眾的誤解，當然這個部份可以透過政府先加以解讀，教導民眾怎麼看這個資訊；二是涉及營業祕密法的規範，沒有明確的法律條文允許公開。

楊志良： 台灣有很多重大的技術做得比其他國家有品質，也相對便宜，如果單獨一個醫院它要發展國際醫療，讓它公司化、可以集資，這樣可不可以？

受訪者： 大家當然會擔心民眾就醫權益被排擠的問題，所以它有沒有可能獨立出來，換句話說它是排除在健保系統之外，跟醫院系統有很清楚的切割，是一個獨立的公司，財務上不能跟原有的醫院互通有無。如果擺在同一個醫院架構下(例如 VIP 門診)，能不能真正做到清楚的切割，而不只是口頭上說說，我很懷疑。因為現在很多問題其實不是規定的問題，而是執行面的問題，所以衛生署在訂法規時應該要從實務操作上去思維。我們從醫院的財報就可以看出端倪，某些醫院的收入透過相關的企業，基本上還是回到醫院所屬財團，如果它是市場競爭下的收入，我們還比較能接受，問題是醫院收入有很大的比例是來自公共政策(健保)，所

以這個議題應該要從國家長遠治理的角度，進一步討論或辯論的。

楊志良：這我完全同意，健保的確存在某些嚴重的問題，尤其現在整個大環境存在很多問題與危機，有偶率的下降、離婚率的上昇，總生育率也下降…，這會加速健保的惡化。所以才想說先針對國際醫療這部份。

受訪者：現在醫院軍備競賽越來越嚴重，國際醫療可以是個出路，醫院經營體制是可以有多樣性，但政府在設計相關規範時要有能力可以管理，健保在特約過程及衛生署在評鑑醫院時，應該要求人力、設備、財務清楚獨立。

楊志良：所以您同意國際醫療可以完全公司化，但是它的建築物 (building)、人力、設備都要跟健保切割，獨立出來，完完全全分開；同時也不能佔用健保資源，全部自費；這樣也許會讓國際醫療發展的速度比較慢，但能讓政府做衛生計畫時，可以清楚地估算醫療資源與配置。

受訪者：完全區隔開來還有一個好處是可以讓我們清楚政府花了多少錢，投入多少人力，得到多少醫療品質；另外，現今醫院的財務有很多是成本轉嫁，一旦完全獨立出來，價格可以回歸市場，自行訂定反應成本的價格，比較不會失真。醫院公司化尤其是國際醫療的部份應該可以增加競爭，因為面對的是國際市場，爲了要符合國際標準，業者也會提

昇相關作業程序的標準與品質。民眾也會比較，進而帶動國內其他業者也會跟著提昇標準品質。

楊志良： 謝謝您接受我們的訪問。

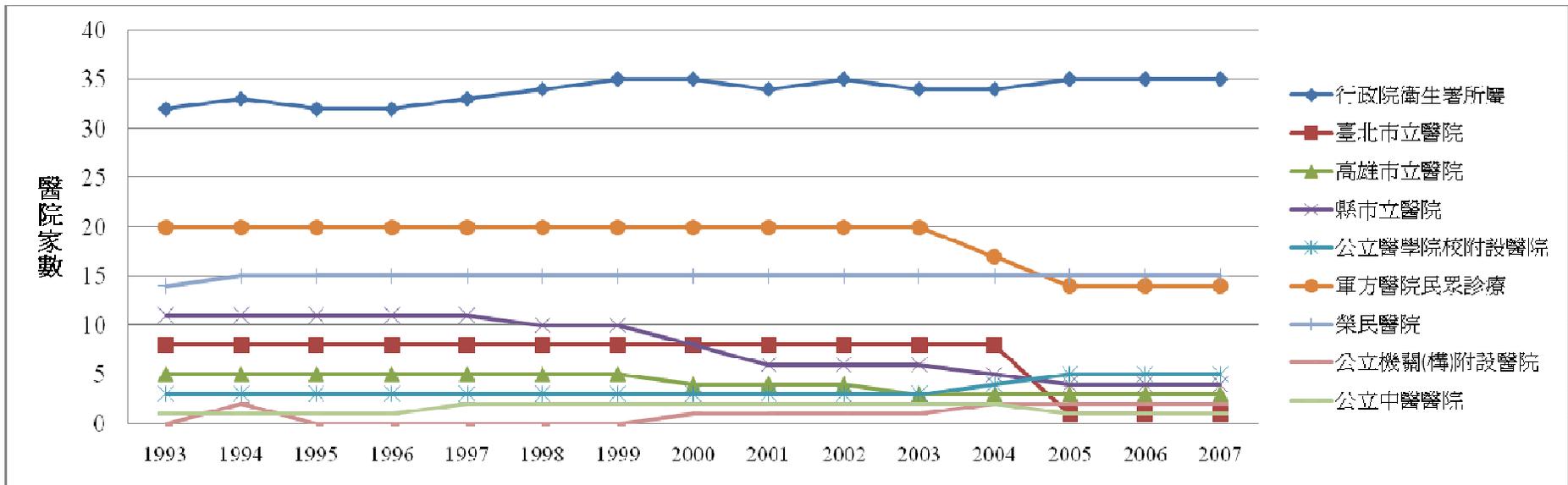
### 附錄四 圖表

表 3-1-1 醫院家數發展概況

單位：家

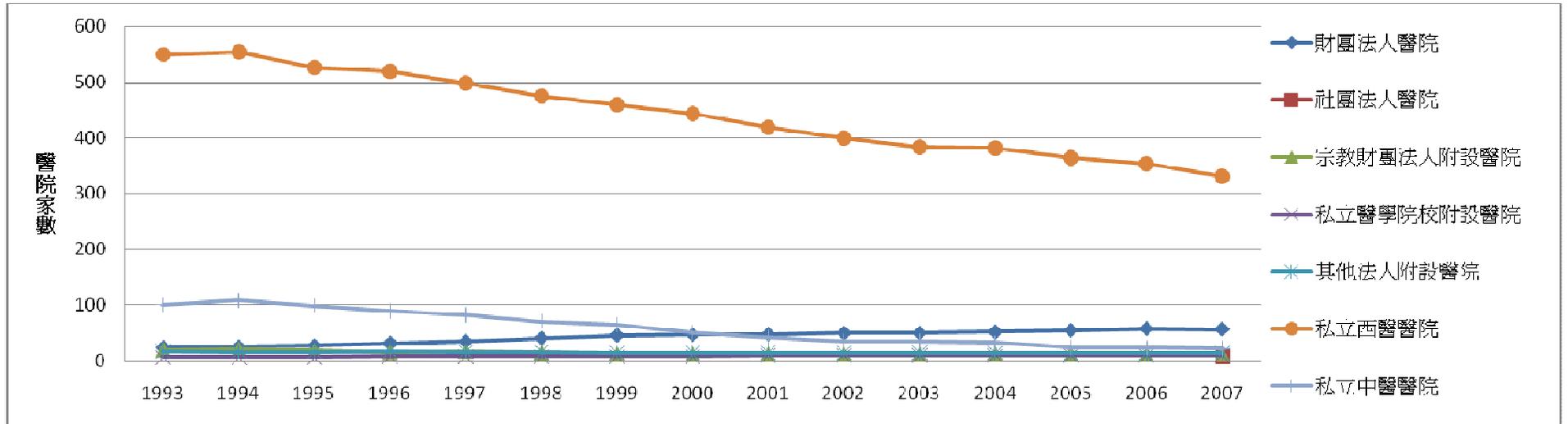
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
公立醫院	行政院衛生署所屬	32	33	32	32	33	34	35	35	34	35	34	34	35	35	35	
	臺北市立醫院	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	1	1	1	
	高雄市立醫院	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	
	縣市立醫院	11	11	11	11	11	10	10	8	6	6	6	5	4	4	4	
	公立醫學院校附設醫院	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	
	軍方醫院民眾診療	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	17	14	14	14
	榮民醫院	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	公立機關(構)附設醫院	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	公立中醫醫院	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
非公立醫院	財團法人醫院	24	25	28	32	35	41	46	47	48	50	50	52	55	58	57	
	社團法人醫院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
	宗教財團法人附設醫院	19	20	18	15	16	14	11	12	11	11	11	11	11	11	11	
	私立醫學院校附設醫院	6	6	6	7	7	7	8	8	9	9	9	9	9	9	9	
	其他法人附設醫院	17	16	16	17	16	15	14	13	14	14	14	14	13	13	13	
	私立西醫醫院	550	555	526	519	498	475	459	443	419	399	383	382	364	353	330	
	私立中醫醫院	100	108	98	88	81	70	64	50	42	34	34	32	24	23	22	
合計	810	828	787	773	750	719	700	669	637	610	594	590	556	547	530		

資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-2 不同權屬別醫院家數發展情形-公立醫院



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-3 不同權屬別醫院家數發展情形-非公立醫院

表 3-1-2 醫院病床數發展概況

單位：床

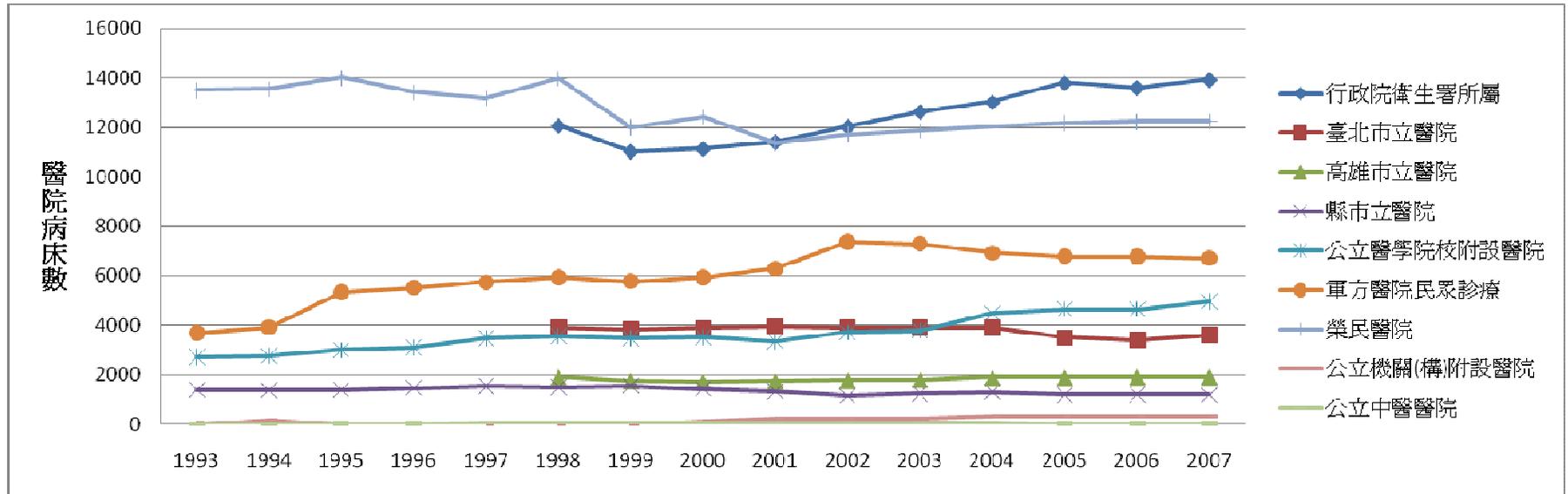
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
公立醫院	行政院衛生署所屬						12,064	11,028	11,133	11,407	12,026	12,638	13,024	13,794	13,605	13,925
	臺北市立醫院	16,115	15,848	16,186	16,610	17,283	3,882	3,804	3,868	3,932	3,900	3,895	3,884	3,485	3,376	3,600
	高雄市立醫院						1,897	1,747	1,699	1,728	1,762	1,777	1,882	1,887	1,902	1,902
	縣市立醫院	1,376	1,366	1,391	1,462	1,530	1,501	1,551	1,433	1,319	1,141	1,243	1,299	1,164	1,202	1,183
	公立醫學院校附設醫院	2,701	2,748	2,985	3,083	3,480	3,553	3,478	3,522	3,357	3,705	3,789	4,474	4,633	4,636	4,965
	軍方醫院民眾診療	3,676	3,909	5,339	5,524	5,742	5,925	5,779	5,915	6,290	7,373	7,292	6,927	6,787	6,781	6,714
	榮民醫院	13,498	13,557	14,007	13,432	13,173	13,982	12,019	12,412	11,378	11,730	11,876	12,032	12,190	12,241	12,251
	公立機關(構)附設醫院	-	158	-	-	-	-	-	113	232	240	240	316	319	319	319
	公立中醫醫院	-	-	14	14	34	34	34	34	34	27	27	27	27	14	14
非公立醫院	財團法人醫院	13,289	14,611	16,563	19,634	21,314	23,855	25,803	26,349	27,190	28,834	29,460	31,707	32,947	35,012	35,333
	社團法人醫院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,614
	宗教財團法人附設醫院	4,931	5,174	4,780	4,176	4,673	4,368	2,251	3,283	3,418	3,648	3,730	4,005	4,007	3,863	4,069
	私立醫學院校附設醫院	3,057	3,165	3,540	3,719	4,174	4,510	5,421	5,519	5,782	6,022	6,392	6,403	6,544	6,557	7,070
	其他法人附設醫院	3,075	2,749	3,163	3,308	2,912	2,821	2,867	2,922	2,892	2,962	3,045	3,057	2,932	2,844	2,834
	私立西醫醫院	29,156	29,727	32,498	32,202	32,996	32,745	34,172	35,398	35,236	36,105	35,922	38,258	38,558	38,523	33,716
	私立中醫醫院	1,137	1,258	964	947	904	804	706	579	452	372	372	372	287	277	267

健康醫療服務機構公司化之可行性研究

合計	92,011	94,270	101,430	104,111	108,215	111,941	110,660	114,179	114,640	119,847	121,698	127,667	129,548	131,152	131,776
----	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

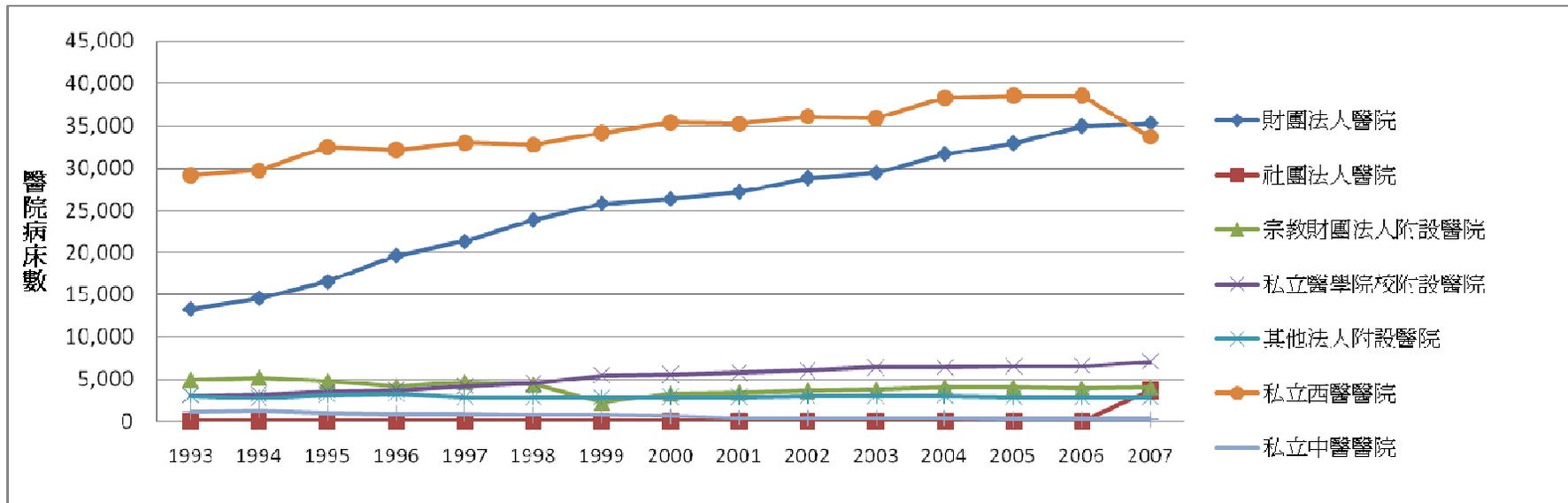
資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

註：醫院病床數含一般病床及特殊病床數



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-4 不同權屬別醫院病床數發展情形-公立醫院



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-5 不同權屬別醫院病床數發展情形-非公立醫院

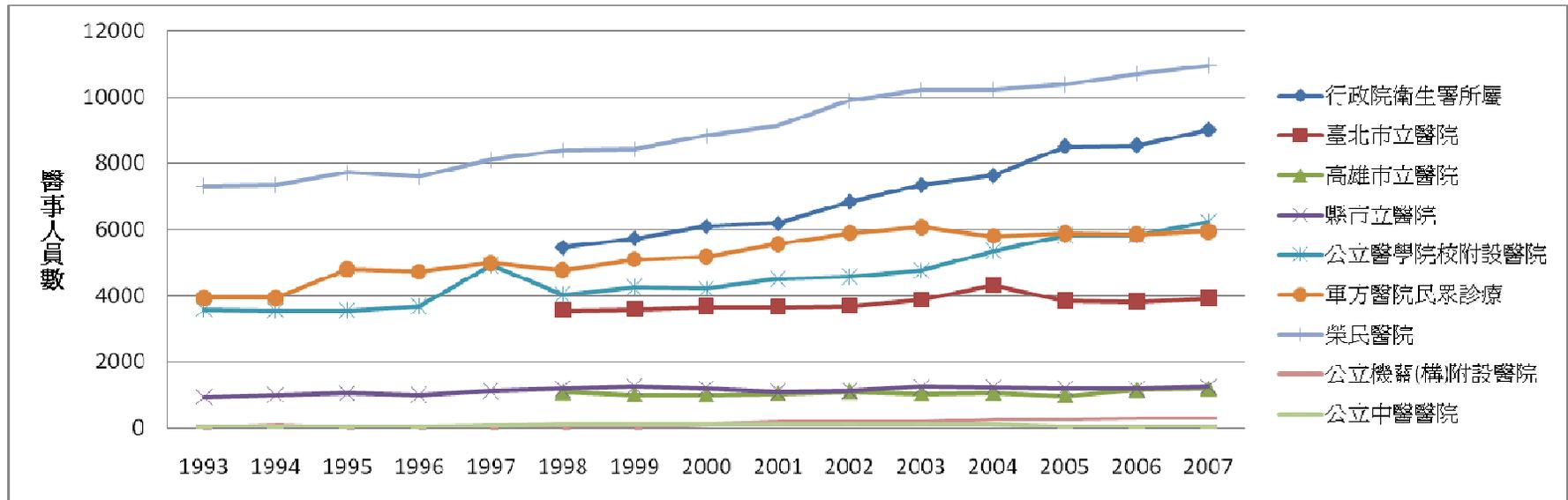
表 3-1-3 醫事人員數發展概況

單位：人

		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
公立醫院	行政院衛生署所屬						5,467	5,737	6,105	6,189	6,848	7,354	7,646	8,526	8,560	9,026
	臺北市立醫院	9,725	9,759	9,774	9,814	10,122	3,563	3,580	3,667	3,648	3,690	3,872	4,323	3,857	3,831	3,926
	高雄市立醫院						1,086	1,013	1,004	1,049	1,103	1,036	1,061	978	1,150	1,189
	縣市立醫院	932	988	1,048	1,003	1,130	1,187	1,254	1,205	1,090	1,122	1,238	1,236	1,200	1,182	1,245
	公立醫學院校附設醫院	3,584	3,543	3,542	3,677	4,936	4,022	4,256	4,212	4,519	4,572	4,755	5,357	5,829	5,823	6,249
	軍方醫院民眾診療	3,938	3,929	4,803	4,722	4,990	4,757	5,096	5,173	5,563	5,898	6,079	5,795	5,874	5,845	5,951
	榮民醫院	7,309	7,349	7,711	7,595	8,113	8,386	8,420	8,835	9,150	9,896	10,217	10,227	10,387	10,728	10,969
	公立機關(構)附設醫院	-	79	-	-	-	-	-	85	152	165	169	246	270	289	279
	公立中醫醫院	57	60	59	44	86	108	116	112	110	115	114	120	45	43	43
非公立醫院	財團法人醫院	14,533	16,508	16,532	20,158	23,216	25,377	29,119	30,723	31,867	34,294	34,459	37,782	40,215	42,902	44,613
	社團法人醫院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,810
	宗教財團法人附設醫院	3,218	3,680	3,027	3,193	4,057	3,955	2,243	2,874	3,221	3,476	3,669	3,861	3,982	4,168	4,436
	私立醫學院校附設醫院	3,916	4,117	3,982	4,175	5,038	5,353	6,383	6,827	7,416	7,709	8,120	8,264	8,791	8,760	9,369
	其他法人附設醫院	1,471	1,428	1,571	1,614	1,321	1,364	1,513	1,504	1,511	1,650	1,716	1,730	1,733	1,711	1,744
	私立西醫醫院	15,945	16,539	18,259	17,987	20,543	21,204	23,643	24,599	25,265	26,455	27,865	28,013	27,840	27,844	24,227
	私立中醫醫院	1,086	1,160	1,042	825	794	740	657	501	467	382	355	337	270	254	229

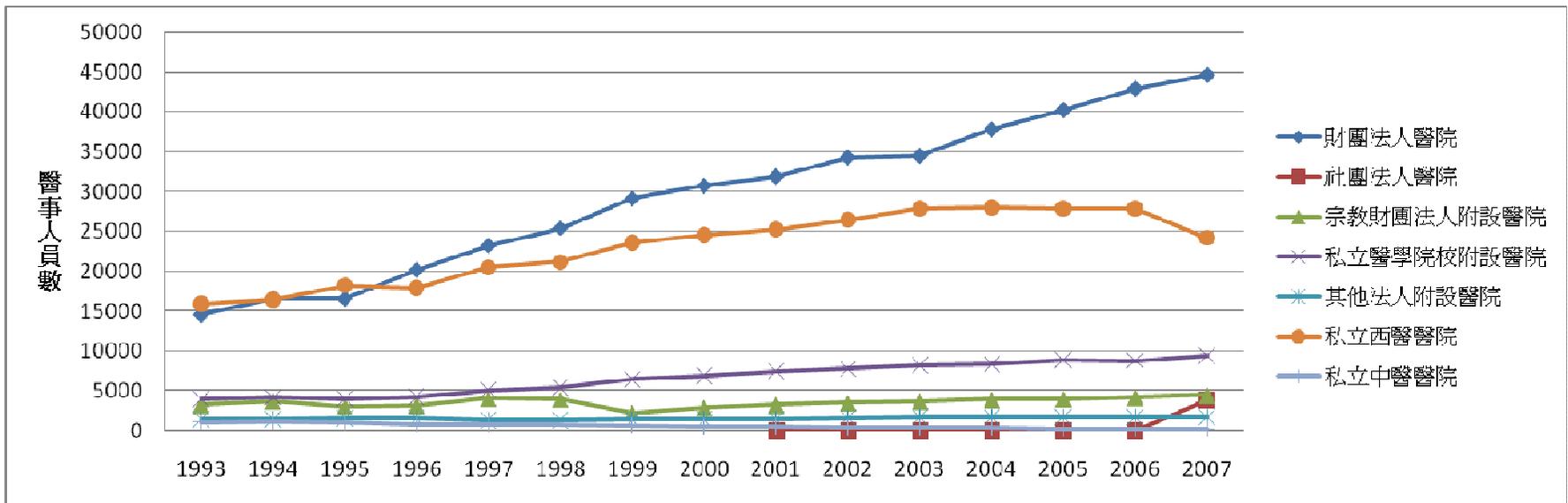
合計	88,840	93,722	97,262	102,012	114,989	121,517	129,572	136,199	141,942	150,288	157,388	165,177	119,797	123,090	127,305
----	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-6 不同權屬別醫事人員數發展情形-公立醫院



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-7 不同權屬別醫事人員數發展情形-非公立醫院

表 3-1-4 不同權屬別醫院平均住院日概況

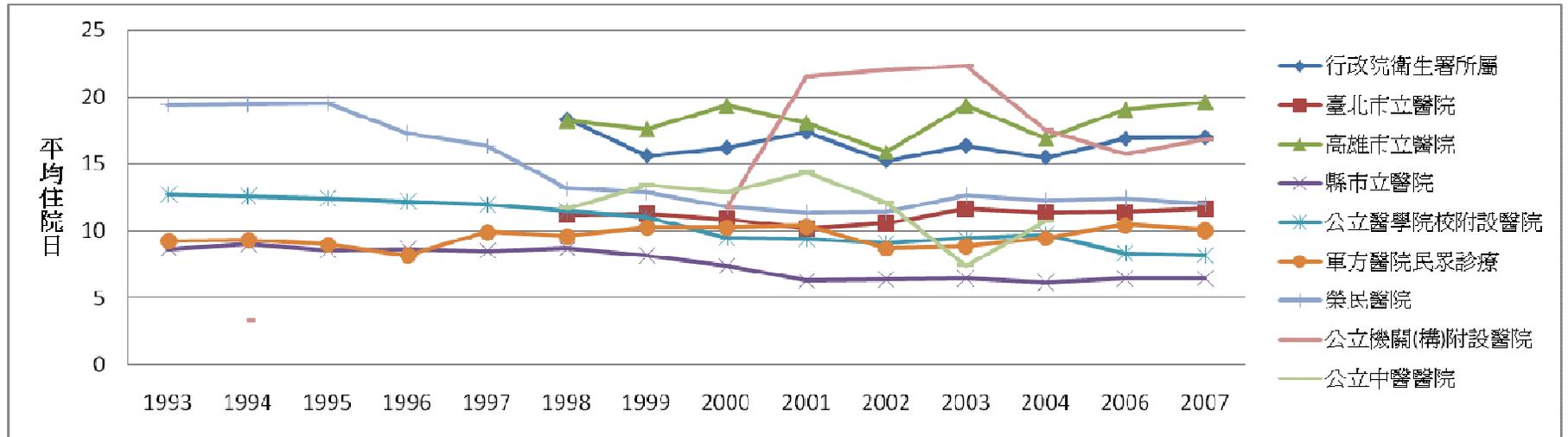
單位：日

		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007
公立醫院	行政院衛生署所屬						18.35	15.61	16.19	17.37	15.24	16.37	15.5	16.89	17.01
	臺北市立醫院	14.72	14.68	14.92	15.29	16.97	11.16	11.25	10.86	10.18	10.57	11.63	11.37	11.4	11.64
	高雄市立醫院						18.22	17.6	19.35	18.09	15.88	19.36	16.92	19.05	19.61
	縣市立醫院	8.66	9.04	8.57	8.64	8.52	8.69	8.18	7.36	6.29	6.4	6.48	6.14	6.48	6.47
	公立醫學院校附設醫院	12.75	12.56	12.42	12.19	11.96	11.49	11.05	9.48	9.37	9.09	9.44	9.73	8.30	8.15
	軍方醫院民眾診療	9.27	9.35	9.03	8.19	9.9	9.59	10.27	10.27	10.37	8.7	8.9	9.49	10.46	10.05
	榮民醫院	19.41	19.46	19.53	17.29	16.33	13.15	12.9	11.78	11.33	11.4	12.66	12.26	12.41	11.99
	公立機關(構)附設醫院	-	3.41	-	-	-	-	-	11.74	21.51	22.04	22.32	17.55	15.74	16.84
	公立中醫醫院	-	-	-	-	-	11.69	13.42	12.91	14.36	12.11	7.44	10.73	-	-
非公立醫院	財團法人醫院	9.13	8.88	8.46	7.79	7.90	7.88	7.55	7.35	7.53	7.71	7.80	7.78	7.86	7.41
	社團法人醫院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.00
	宗教財團法人附設醫院	6.49	4.37	6.21	6.3	6.49	6.41	5.76	5.63	6.12	5.07	6.35	6.71	6.46	6.5
	私立醫學院校附設醫院	8.08	7.28	7.99	8.2	8.03	4.95	8.28	8.1	7.93	7.55	7.76	7.7	7.37	7.4
	其他法人附設醫院	14.61	11.18	13.83	14.02	17.91	18.1	17.67	16.07	15.63	15.26	17.16	16.71	13.38	15.78
	私立西醫醫院	7.65	8.27	7.3	6.42	6.72	6.81	6.84	6.97	7.35	7.92	8.66	8.99	9.62	10.43

健康醫療服務機構公司化之可行性研究

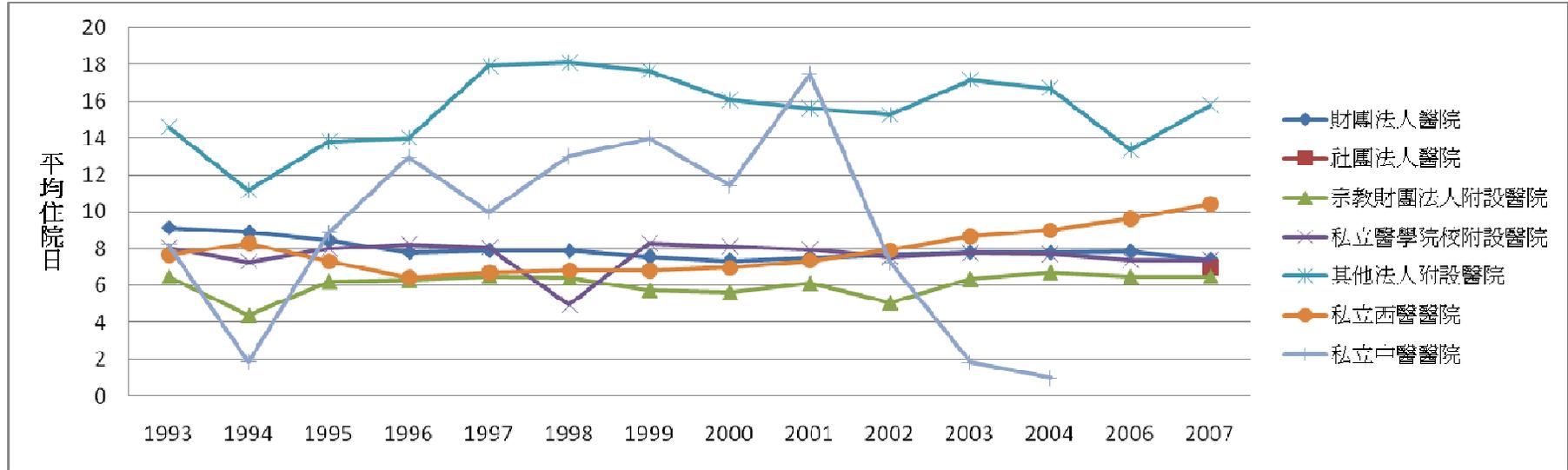
私立中醫醫院	8.24	1.86	8.87	12.97	10	13.02	14	11.45	17.5	7.25	1.84	1	-	-
合計	10.11	9.77	9.68	9.01	7.47	8.75	8.82	8.66	8.81	8.85	9.41	9.45	9.60	9.42

資料來源：行政院衛生署衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計  
 註：平均住院日 = 住院總人日數 / 住院總人次數 (含急性病床及慢性病床)



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

**圖 3-1-8 不同權屬別醫院平均住院日情形-公立醫院**



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-9 不同權屬別醫院平均住院日情形-非公立醫院

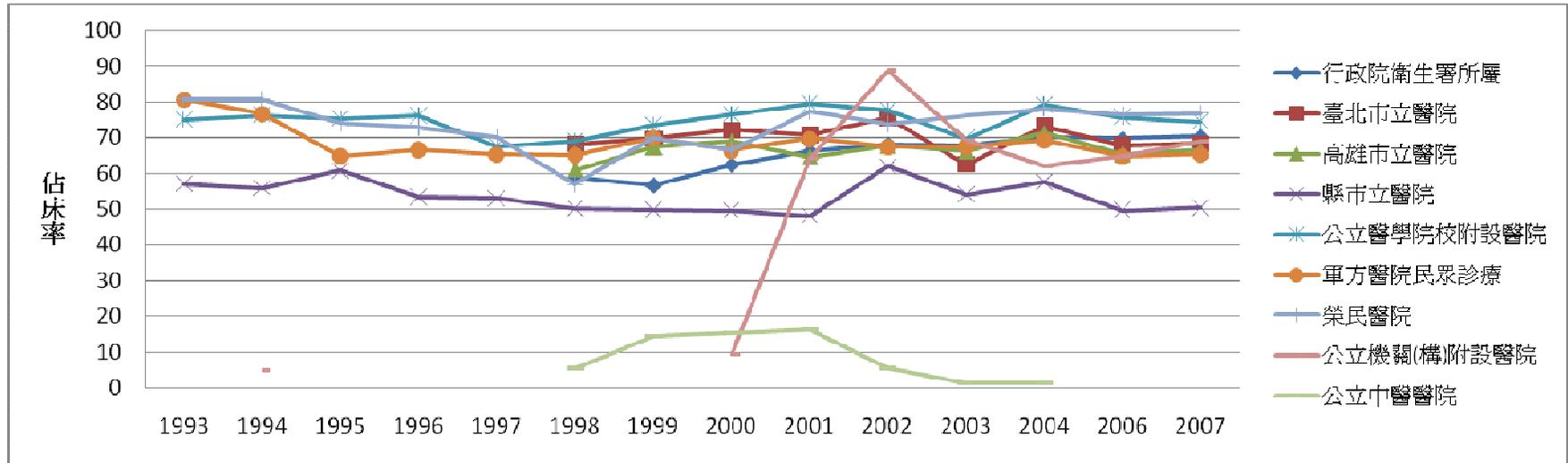
表 3-1-5 不同權屬別醫院佔床率概況

單位：%

		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007
公立醫院	行政院衛生署所屬						58.70	56.66	62.43	66.10	68.07	67.78	69.96	69.59	70.31
	臺北市立醫院	72.33	73.63	71.17	69.10	62.90	68.22	69.73	72.19	70.84	75.45	62.51	73.24	67.88	68.26
	高雄市立醫院						61.01	67.31	68.98	64.52	67.64	66.17	71.24	65.39	66.58
	縣市立醫院	57.08	55.88	60.8	53.39	52.98	50.22	49.75	49.52	48.08	61.97	54.03	57.59	49.67	50.31
	公立醫學院校附設醫院	75.00	76.32	75.37	76.08	67.61	69.07	73.57	76.54	79.47	77.57	69.81	79.07	75.72	74.56
	軍方醫院民眾診療	80.55	76.71	64.71	66.6	65.28	65.1	69.93	66.35	69.64	67.39	67.47	69.22	64.70	65.26
	榮民醫院	80.66	80.63	74.07	72.88	70.11	56.93	69.99	66.66	77.38	73.65	76.1	78.07	76.44	76.82
	公立機關(構)附設醫院	-	4.91	-	-	-	-	-	9.43	64.14	88.63	69.16	62.15	64.68	68.88
	公立中醫醫院	-	-	-	-	-	5.46	14.27	15.39	16.17	5.41	1.21	1.20	-	-
非公立醫院	財團法人醫院	82.85	84.47	80.23	77.7	80.7	76.51	78.01	78.02	81.19	81.02	75.66	78.07	74.09	75.17
	社團法人醫院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74.00
	宗教財團法人附設醫院	68.95	72.13	61.35	68.52	72.4	70.63	83.06	56.05	64.62	48.95	60.34	61.01	62.71	60.36
	私立醫學院校附設醫院	81.31	79.42	74.65	71.42	71.78	75.86	69.14	76.97	77.36	77.09	69.38	76.95	70.5	67.13
	其他法人附設醫院	75.38	79.82	72.5	68.62	71.05	76.78	76.16	73.64	75.23	79.39	76.12	76.81	67.12	76.78
	私立西醫醫院	66.32	65.77	61.33	54.64	53.44	54.12	52.72	50.63	56.04	60.82	62.4	63.34	59.12	59.30
	私立中醫醫院	2.66	1.12	0.22	0.24	0.21	0.27	0.45	0.06	0.02	0.02	0.07	0.02	-	-
合計	72.77	73.06	68.59	66.02	64.66	62.6	64.66	64.01	68.67	69.97	68.54	71.13	67.84	68.80	

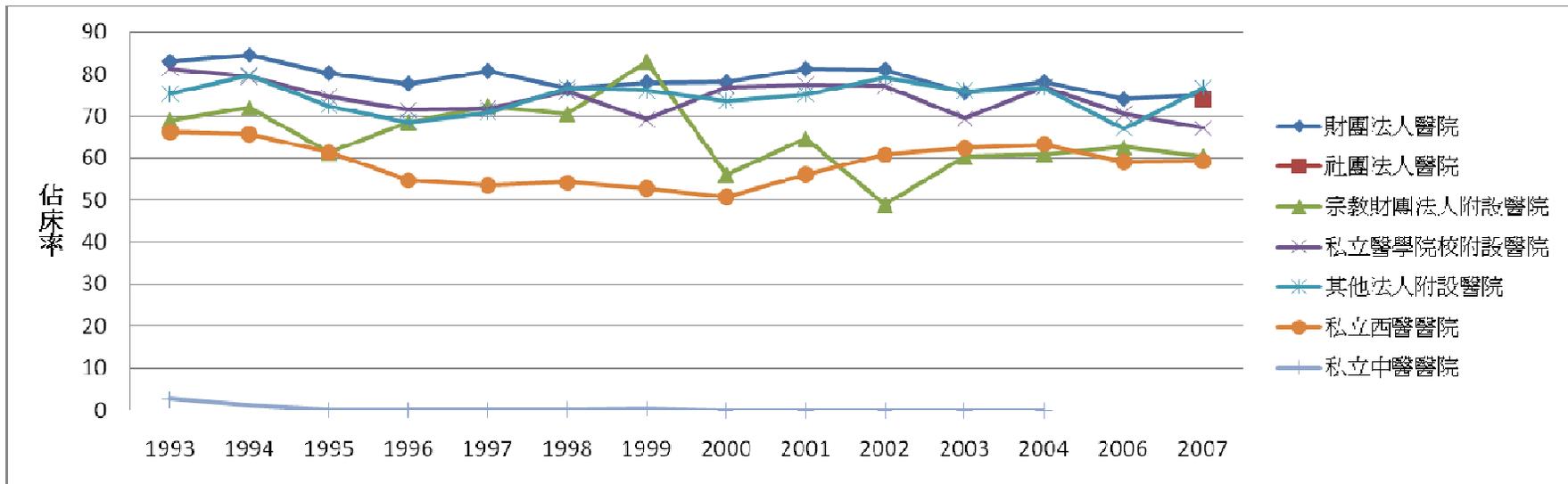
資料來源：行政院衛生署衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

註：佔床率 = (當年之住院總人日數 / 365 日) / 年底現有病床數 × 100



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-10 不同權屬別醫院佔床率情形-公立醫院



資料來源：行政院衛生署衛生統計系列（二）醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

圖 3-1-11 不同權屬別醫院佔床率情形-非公立醫院

## 附錄五 審查意見及回覆

### 審查意見回覆表

審查意見	回覆
<p>本研究主題為「健康醫療服務機構公司化之可行性研究」，並非「公立醫院民營化」，然報告之國內文獻分析偏重對公、私立醫院之各種比較，若以本報告所提，醫療社團法人是最接近醫院公司之類型，建議在文獻分析部分可取材在醫療社團法人改制後更多資料，以供轉型參考。</p>	<p>已於文獻探討第三節加入醫療社團法人相關資訊。</p>
<p>本研究建議書計畫書第2頁至第5頁所列四項研究重點，對應於第三章研究發現的內容，主要係包括醫院發展概況、醫療社團法人與醫院公司之比較，這些研究發現均屬一般性的數據與認知，與原先規劃之研究重點關聯性為何？再者，研究重點二：「應檢視國外民間興辦醫院、健康醫療服務業推動公司化經營之現況、法規規範與實際效益評估」，建議本研究提供相關研究結果。另外，研究重點一：「檢討我國民間興辦醫院、健康醫療服務業組織及運作機制現況。」，亦建議補充相關研究結果。</p>	<p>業已根據研究重點重新整理政策建議書的編排格式。</p> <p>研究重點一主要在呈現我國公立與非公立醫院在醫源、人力、服務等指標的變化情形，以對我國醫療產業的發展趨勢有初步的瞭解。</p> <p>業已補充國外實施概況相關資料於文獻探討第二節。</p>
<p>本研究所提國際醫療服務部門先行公司化（第2頁）；然以國內現況，國際病患是否足以支撐一家醫院的營運，不無疑慮。國際醫院公司與母醫院間各種運作如何區分，亦是一大難題。若只是在母醫院上設一國際醫療公司承辦相關的國際醫療業務及轉介至母醫院中接受健檢及醫療服務等，則目前國內部分醫院已有較為具體的模式，且</p>	<p>本研究所提出的策略係將醫院公司與母醫院加以區隔，由國際醫院公司所提供的國際醫療產品與服務皆為自費，建築、設備、人力均需與現行健保資源做切割。至於國際病患是</p>

<p>運作良好。醫院公司化的主軸需有醫院的核心表象，此窺醫療法規與醫療機構設置標準等，可知其規模。若只開放國際部門公司化，以「國際醫院」試行，似又迴避社會對「醫院營利化」的攻擊，建議對此議題進一步探討其可行性。</p>	<p>否足以支撐一家醫院的營運，端視該醫院的經營管理策略及能力。政府的職責在於確保其醫療品質及合理鬆綁相關限制，促進其競爭力。</p>
<p>本研究之研究方法(第 5 頁)係以文獻探討、各國制度比較、國內學者專家深度訪談及焦點團體/專家座談等進行應屬可行，建議若能加入問卷調查方法，將更具參考價值。另文獻探討部分似乎僅探討我國的情況，但第 3 頁研究重點中的第 2 點提及要檢視國外情形，建議予以補充。</p>	<p>礙於研究時間的限制(三個月)，無法進行問卷調查，建議後續可針對該議題，分別從民眾、醫事人員及政府部門進行觀點調查。</p> <p>業已補充國外實施概況相關資料於文獻探討第二節。</p>
<p>本研究之研究方法(第 5 頁)提及舉辦焦點團體/專家座談並且要進行深度訪談，以了解實務上醫院公司化的優劣勢與可行性，但焦點團體及深度訪談的結果似未做有系統的整理與分析，建議對此予以整理與分析國外之相關資料。</p>	<p>已將專家座談及深度訪談資訊彙整於建議書內第三章研究結果第三節內容。</p>
<p>本研究既以醫療社團法人為醫院公司化最重要之雛型，似乎應有更多的文獻比較(第 7 頁至第 8 頁)，建議予以補充。另外，第 12 頁及第 13 頁有關國內公、私立醫院之經營效率部分，國內的研究似乎較為老舊，均是十年以上研究，建議更新相關文獻。另外，在彌補文獻不足的專家座談中(見第 43 頁)，醫療社團法人相關重要實務工作者並無列席交鋒，較為可惜，建議補充相關資料說明。</p>	<p>已於文獻探討第三節加入醫療社團法人相關資訊。國內近年來有關公、私立醫院之經營效率之研究較少，已更新部分文獻。專家座談邀請對象中包涵公立醫院代表、醫療社團法人代表、醫療財團法人代表及私立醫院代表等，惟專家會議當天臨時有</p>

	<p>要事無法出席。</p>
<p>本研究將營利與非營利性質視為醫院公司化核心價值之一(第 12 頁)。惟如本研究及相關文獻所提出，目前許多相關醫療機構均具備上開兩種特性，醫院公司化是否可從其專業價值著手，建議補充說明。</p>	<p>文獻顯示醫院經營好壞與否，並非由其所有權來區分，而是由醫療品質、經營效率及民眾觀感來決定，而這些就是透過醫院的專業價值來呈現。</p>
<p>本研究第三章第二節(第 32 頁)為呼應本研究主題主骨幹之一，但邏輯推演似對醫院公司化有所保留。如第一段：「由於公立醫療機構、醫療財團法人和法人附設醫療機構係屬於公有及公益財產，法理上應無法轉換為醫療社團法人...」。蓋法理上，前揭之公立醫療機構並非不可轉換至醫院公司，應是現行法規所限。進一步言之，以國營事業公司化之範例，公立醫院改制為國營醫院公司並非不可行，甚至亦可以為本研究之試辦點，其對醫院公司之全觀性，或許較本研究提出的國際醫療公司更具醫院公司化之實質意義，是否採納？建議予以參考並補充說明。</p>	<p>針對公立醫院公司化之可行性探討，業已加入第三章研究發現第三節內容。</p>
<p>本研究似對「健康醫療服務機構」未予明確定義，在後續討論更與「醫院公司化」劃上等號(如第 32 頁之比較)。然二者就字面上意義與所代表的法律意涵仍有出入，或說醫院公司包含於健康醫療服務機構公司內；如國際醫療公司或可視為兩者交集與聯集差異之顯例。建議予以定義，或力求用詞一致，當更有助於對本研究所欲建議事項之理解。另外，醫療法慣稱的醫療院所，亦即民眾接受醫療的機構稱之為「醫療機構」，</p>	<p>已將健康醫療服務機構予以定義及說明，詳見第二章第二節。</p>

<p>本研究則逕以「醫療服務機構」稱之。兩者間文字應有其差異，建議本研究應對相關定義再予聚焦說明。</p>	
<p>本研究第三章第二節有關醫院公司一詞（第 32 頁），遍查國內相關醫療法規、公司法並無「醫院公司」一詞，而本研究也未提出醫院公司的定義及相關參考文獻。醫院公司究係已存在？或係本研究模擬產生，宜進一步論述。再如表 3-2-1 中「稅務減免」（第 33 頁）如何認定；成立「醫院公司」後，是否仍可比照醫院診所，享有「免徵營業稅」之權利，建議詳細說明。而本醫院公司究應屬以特別法規範之特別醫院公司？抑或可普遍適用於公司法中，不另特別規範，亦請補充說明。</p>	<p>醫院公司一詞在國外行之有年，國內尚在研析階段故並無明確且一致的定義，本研究係採用國外用詞。</p> <p>建議於醫療法增列醫療機構類別--醫院公司，明定醫院公司除本法規定外，適用公司法之規定。故醫院公司依醫療法規定設立，一體適用營業稅法第 8 條第 1 項第 3 款免營業稅之規定。</p>
<p>本研究之研究發現提出「醫院公司化之優、缺點」（第 35 頁），其中有哪些是過去研究結果所沒有的；而哪些是本研究新發現的？建議補充說明。</p>	<p>查遍國內相關論文或期刊，鮮少有關醫院公司化的相關政策性研究。</p>
<p>本研究第 37 頁第一列指出推行新政策整體策略之前，須先作情境分析，該情境分析資料似嫌不足，且與積極引導及有限開放兩項策略的關聯性為何？此兩項策略之適當性與合理性為何？建議補充說明。</p>	<p>已於第四章第一節補充 SWOT 情境分析及其於二項策略之關聯。</p>
<p>本研究第 37 頁建議事項對各醫院之財務資料，未能有效分析，較難評估公司化效益，建議若能透過管道建立財務概況基本資料，較具參考價值，民眾對此議題的意見調查亦可進一步研究。</p>	<p>各醫院財務資料非本計畫能力所及，民眾相關意見調查亦受限於研究時間，但已深度訪談代表民眾發聲的醫療改革基金會，應可彌補</p>

	此項研究限制。
<p>附錄中的訪談紀錄是匿名訪談，建議提供受訪者相關背景，以了解其所處地位與參考價值。與研究方法的深度訪談（第 5 頁）所提「故本研究擬深度訪談『非營利醫院的經營管理者』及『民眾代表』，以瞭解實務上醫院公司化的優勢與劣勢及其可行性」稍有出入，建議補充說明其選擇與訪談困難。</p>	<p>業已補充說明深度訪談對象相關背景及其所代表的性質，詳見第一章第三節研究方法。</p>
<p>本研究第 35 頁有關醫院公司化之優缺點第 4 點提及財務透明化，似指醫院公司較醫療社團法人之財務更趨透明，建議補充說明其比較基礎。本研究論及民眾對醫院公司化「觀感不佳」，(viii、第 4、35、44、53、54、56 頁等)，成為本研究論述醫院是否公司化極大障礙。所謂「不佳」，究係醫療機構營利性質本身或「將生命當作交易」，其間尚有差距，其解決方法也有不同。本研究均以前者為討論重點，而研究結論卻出現「交易」新詞，建議補充說明。</p>	<p>補充說明於第三章第三節。</p> <p>根據與會的專家學者論述的內容，『在非營利的組織型態下已經在營利經營了，如果又擺明了改採公司營利的型態，恐怕反而會引起社會觀感不佳。』『社會形象則必須釋出更多，更用心經營才能挽回”營利”事業所帶來的負面影響。』本研究所指觀感不佳係指醫療機構營利性質本身。</p>
<p>本政策建議書初稿內容格式應修正部分：</p> <p>封面、內頁及書脊編號 RDEC-RES-098-014(2)，(2)請刪除。</p> <p>本研究第 2 頁第一列與第二列間的分段與空行，究係落字或分段錯誤，請予訂正。</p> <p>目次、表次、圖次及章節名之字型建議</p>	<p>業已按照審查意見逐一修正。</p>

統一格式為細明體。

請提供英文提要及政策說帖各 1 份，另提要主要建議意見部分，建議明列其主、協辦機關。

內文文字固定行高 18pt，段落間距與前段距離 0pt、與後段距離 6pt，每頁請以 30 行（不含頁眉），每行 30 字方式書寫；版面橫寬 14 公分，高 19.7 公分（含頁眉、頁碼高 21.7 公分）。

第 17 頁至第 31 頁相關圖表建議置於附錄，另本文中之圖、表標題均以黑體字打印，並置於圖下方、表上方；其資料來源則置於下方，另表 3-2-1 及圖 3-1-1 均未書明資料來源，請補充。

第 40 頁參考書目之首頁請自單頁起始。