

健保十年醫療服務產業的演化

蔡偉德、劉育昇¹

目次

- 壹、前言
- 貳、全民健康保險醫療服務的價格機制
- 參、醫療服務市場產業結構的變化
 - 一、醫院所的進出與規模的變化
 - 二、中西醫院版圖的遷移
 - 三、醫療院所的地理分佈
 - 四、醫院的大型化
 - 五、醫療服務產業的私有化益加明顯
 - 六、醫療服務產業企業化與市場化
- 肆、產業結構的改變對醫療服務的影響
 - 一、醫院服務垂直分工的機制逐漸瓦解
 - 二、健保醫療可近性的增減待後續評估
 - 三、醫院大型化或企業化對健保醫療費用與醫療品質的影響
 - 四、醫院私有化與市場化挑戰健保醫療服務的質與量
- 伍、結論

中文摘要

民國 84 年全民健康保險實施至今已超過 10 年，醫療服務市場的規模不斷擴大，但是醫療服務的產業結構卻產生很大的變化。本研究分析了民國 84~94 年健保實施期間，醫療服務產業演化的原因與呈現的結果。健保實施至今，醫院總家數急速下降，而診所家數穩定成長，醫療服務產業產生「大醫院與小診所」的兩極化發展。健保的價格機制、醫院評鑑升級的誘因、消費者的偏好、與政府對財團法人醫院的租稅優惠，都是促使醫院趨向大型化的原因，然而儘管醫療資源因醫院的大型化而較集中，但醫療資源也向偏遠地區擴散。其次，近來公立醫院逐漸整併或裁撤，對照於私立醫院（特別是財團醫院）的擴建，醫療體系私有化的趨勢益加明顯；以及醫院為抗衡健保支付的財務壓力，紛紛以水平或垂直整合上下游醫療機構，或投入自費醫療市場，這種醫療服務企業化與市場化的趨勢，將對醫療費用的掌控、醫療資源的配置、與健保醫療服務質量的確保產生嚴峻的挑戰。

關鍵詞：全民健保、醫療服務產業、醫院

JEL 分類代號：D43

¹作者分別為國立中央大學產業經濟研究所副教授與博士班學生。

壹、前言

隨著國民所得的成長與民眾愈益重視醫療保健，台灣的醫療服務產業愈益蓬勃發展，²民國 84 年 3 月實施的全民健康保險（以下簡稱全民健保），降低民眾就醫的財務障礙，國民醫療保健支出及健保醫療費用大幅提升（請參考表 1），更加擴大醫療服務產業的規模。由表 1 民國 80 年至 93 年台灣醫療保健支出統計可看出，歷年我國國民每人每年平均醫療保健支出成長迅速，民國 83 年時為 15,469 元，至民國 93 年時已達 29,351 元，十年期間成長幾乎達 2 倍。國民醫療保健支出占 GDP 的比例亦逐年攀升，民國 84 年健保實施後，50% 以上的國民醫療保健支出是用於保險部門（全民健保）的醫療費用。依據歷年《全民健康險統計》，健保醫療總支出在民國 85 年時為 2,206.7 億元，93 時達 3,807.8 億元（9 年間平均成長率約為 8.06%），96 年健保醫療總支出也已預先協商核定為 4,430 億元，健保醫療支出的快速成長，除了反映經濟成長、人口老化、與醫療科技進步等因素外，亦隱含我國醫療服務產業規模的壯大。儘管晚近台灣經濟成長趨緩，家戶貧富差距拉大，但是由上述不斷攀升的健保醫療支出數據可發現，台灣醫療服務產業並不受經濟景氣變化的影響，也未受到近年來產業外移的波及，是一個穩定性極高而且成長快速的內需產業。

然而，健保實施已屆十年，醫療服務產業規模雖不斷擴大，產業結構卻丕變。在醫療服務產業中，相對於提供基層醫療的小診所的持續增加，專責重症醫療的醫院卻家數銳減（請參考圖 1），而且優勢醫院的規模不斷壯大。圖 1 為民國 75 年至 94 年共 20 年間台灣地區公私立醫院家數變化的趨勢圖。由圖 1 中可看出，民國 78 年至 83 年間健保實施前，台灣醫療市場裡醫院家數（對照圖中左邊的刻度）除於 83 年（健保前一年）略微上升之外，一直是呈現緩步下跌的趨勢。健保實施後醫院家數則呈現急速下降的情勢，而且整體醫院家數的下降幾乎完全反應在無政府奧援的私立醫院減少的事實；相對的，自民國 78 年後診所家數一路成長快速，健保實施後仍維持高速成長，但民國 87 年後診所成長率稍稍趨緩。健保帶動醫療需求的大幅成長，似乎沒有雨露均霑所有的醫療院所，反而促使醫療服務產業結構往「大醫院與小診所」兩極化發展。由於醫院的給付成本占健保醫療保健支出極大的比例（表 1 中 93 年的數據已超越 2/3），醫院家數的萎縮與醫院的大型化將衍生醫療成本的管控、醫療資源/人力的分配與醫療可近性的問題，讓健保普及醫療與節制成本的兩難更加滯礙難解。再者，醫療服務產業也因健保的因素而出現私有化、企業化與市場化的趨勢，此將挑戰政府對於醫療服務產業的管理，以及健保實施的基本精神。

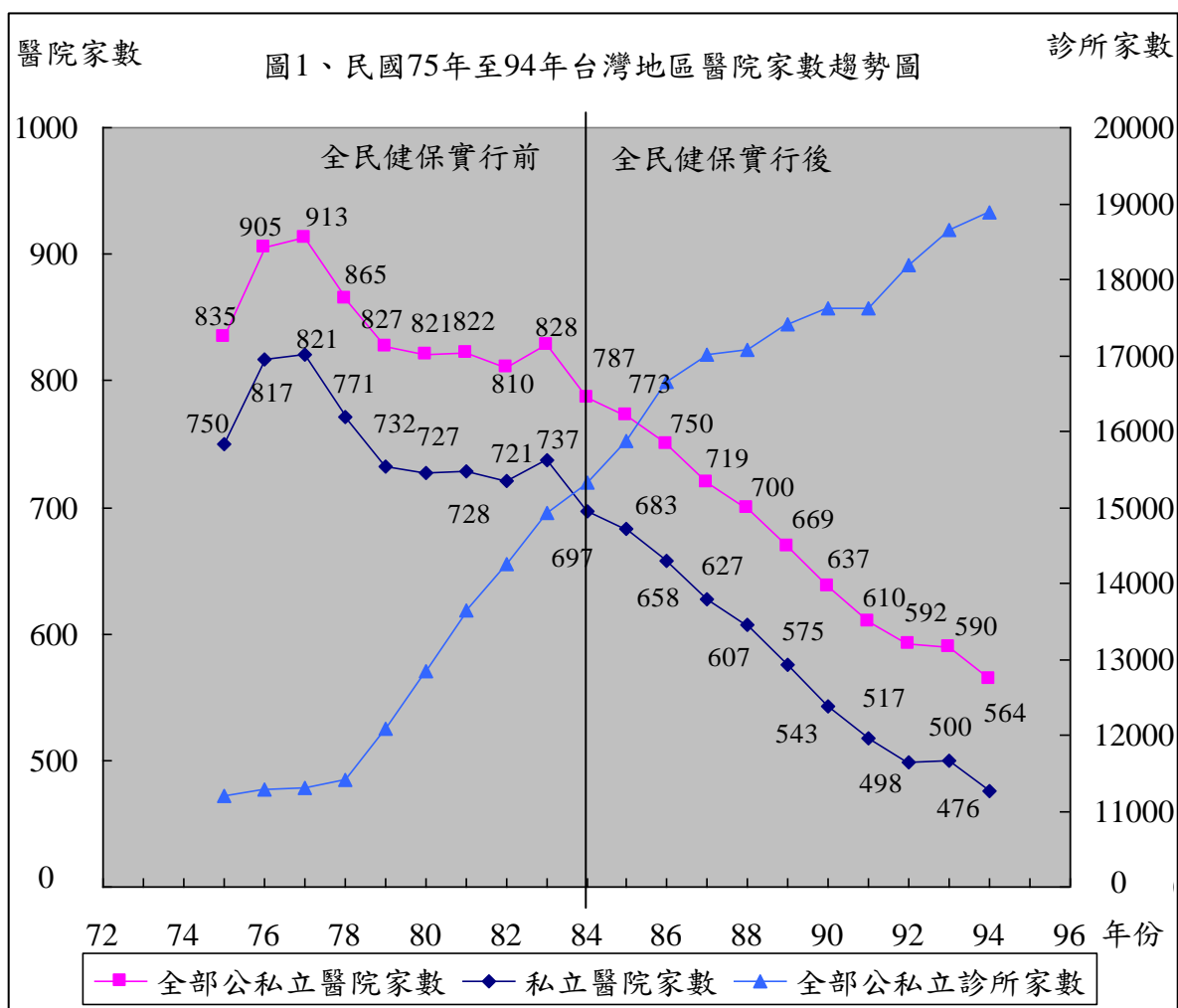
本篇研究以產業經濟學的觀點探討全民健保施行以來，醫院服務產業演化的過程、原因與可能造成的影響。研究的組織架構如下：第二節將探討健保醫療價格機制；第三節分析健保實行後，醫療服務產業結構演化的現況；醫療服務產業競爭結構變化所產生的影響將於第四節探討，最後為結論。

² 本研究主題「醫療服務產業」指狹義的提供醫療服務之醫院所產業，不含蓋製藥、醫療器材及生物科技等非直接供應正式醫療服務之產業。

表 1 民國 80 年至 93 年台灣醫療保健支出統計

年份	平均每人每年醫療保健支出(元)	健保平均每人每年核付醫療費用(元)	保險部門支出占醫療保健支出的比例(%)	醫療保健支出占 GDP 的比例(%)	健保核付特約醫療機構的支出分配	
					醫院	診所
80	10,828	—	35.70	4.62	—	—
81	12,548	—	37.89	4.87	—	—
82	14,052	—	37.97	4.96	—	—
83	15,469	—	39.73	5.05	—	—
84	18,105	7,494.41	50.35	5.49	63.94%	36.05%
85	19,987	11,216.63	52.45	5.39	67.14%	32.78%
86	21,496	11,360.34	52.67	5.40	64.89%	34.87%
87	23,186	12,369.19	53.95	5.48	64.81%	34.77%
88	24,844	11,947.34	53.42	5.67	62.43%	36.72%
89	25,659	12,893.71	52.84	5.67	65.52%	33.55%
90	26,372	13,217.65	54.55	5.97	65.73%	33.21%
91	27,249	15,041.06	55.39	6.00	67.84%	30.46%
92	28,351	15,785.03	55.31	6.20	67.24%	30.35%
93	29,351	17,985.46	56.55	6.17	68.09%	28.84%

資料來源：「醫療保健支出統計表」，源自《衛生統計(一)：公務統計年報》，行政院衛生署編印，2004。



貳、全民健康保險醫療服務的價格機制

民國 84 年實施的全民健保為一重大的社會保險制度，重要的特性有三個：強制全民投保、單一保險人支付醫療服務費用、以及以國民薪資稅外加政府補助籌措保費（江東亮，1999）。由於健保財源籌措的方式不影響醫療服務市場的運行，本研究將略過不予討論，但是全民參與健保與單一保險人的支付制度，卻賦與健保局（健保執行單位）龐大的市場力量，健保局因代表全體國民向醫療院所購買醫療服務，形成市場一家獨買（monopsony）的壟斷情形。在產業經濟學中，買賣雙方的相對市場力量對交易商品或勞務的價格與數量具有關鍵性的影響，健保局一家獨買，市場議價能力顯著高於勢力單薄的個別醫療院所，透過支付制度的擬定，醫療院所的利潤被壓縮，原先享有的市場優勢被掠奪，再加上健保的就醫部分負擔制度無法有效落實分級醫療，整個健保的醫療服務價格機制對醫療院所的生存、競爭、甚或市場結構的發展造成深遠的影響。

首先，全民健保下醫療供給面的價格機制就是支付制度。全民健保實施初期，醫療費用的支付制度是以「論量計酬」(fee-for-services)為主，稍後牙醫門診（87 年 7 月）、中醫門診（89 年 7 月）、西醫基層醫療（90 年 7 月）、至所有醫療院所（91 年）逐步改以總額支付制度（global budget）的方式，給付醫療院所提供的醫療服務。儘管服務支付點值與預算額度是健保局與醫療院所協商而定，而且支付制度變革是為因應醫療成本的管控，但是健保的支付價格是“行政協商”而訂定，並非反映市場供需條件，此剝奪醫療院所從事“價格競爭”的空間。由於健保醫療給付是醫療院所主要收入來源，健保的醫療支付價格水準如同在醫療市場內制定合理醫療費用的標竿（yardstick），倘若醫療院所無法提升生產效率將醫療服務成本壓低於標竿之下，勢必造成虧損，甚至退出市場（Shleifer, 1985）。論量計酬支付價格雖是行政協商而定，但是服務支付點值固定，支付預算無上限，醫院無“價格競爭”的餘地，醫院卻有“品質競爭”的誘因（蔡偉德與李一鑫，2002；盧瑞芬與謝啟瑞，2003），然而支付制度從論量計酬變更為總額支付之後，在醫療支出設定上限以及支付點值成浮動的情況下，醫院必須承擔更多的財務風險，不僅醫院的生存壓力益加沉重，醫院從事“品質競爭”或接受較多重症病患，很可能導致高成本低利潤，此將危及民眾就醫的醫療品質，對醫療資源可近性亦有負面影響（Chu, 1992）。

其次，健保的支付制度依醫院評鑑層級劃分醫療給付的價格與範圍，造成不同等級的醫院之間不公平的競爭。我國早自民國 67 年即建立醫院評鑑制度，將醫院區分為地區醫院、區域醫院和醫學中心，醫院評鑑的目的是為建立分級醫療的基礎和提昇醫療服務品質，但是早期勞保局與公保局即以醫院評鑑等級區分醫療給付水準，一旦評鑑合格或評鑑升級，不但可獲得較高的保險給付水準，也因有「評鑑合格」的品質保證而較易獲得消費者青睞。健保承襲勞農保的支付方式，認定醫院評鑑等級代表醫院有不同的醫療成本與診療能力，繼續沿用依醫院評鑑等級區分醫療支付水準與範圍的標準。此種支付標準的差別待遇，導致各等級醫院出現提供相同的醫療服務卻得到不同收益的「同工不同酬」現象，不同規模醫院彼此間存在不公平的競爭，不但顯著影響弱勢醫院的生存（張笠雲，1999），也創造了醫院擴建規模爭取評鑑升級的誘因，因為醫院一旦獲得評鑑升級，健保給付費用將大幅提高，醫院的獲利隨之增加。

最後，全民健保下醫療需求的價格機能就是就醫者需依院所評鑑層級支付部分負擔。健保要求就醫者支付部分負擔是為抑制保險所潛藏的「道德危險」（moral hazard，亦即保險導致過度使用醫療資源的現象），而部分負擔依醫院評鑑層級而進行付費分級是為落實分級醫療及轉診制度。然而，除藥品部分負擔外，³各級門診部分負擔為定額，

³ 自民國 91 年 9 月起門診的藥品費用在 100 元內免額外付費，藥費超過 100 元者每增加 100 元要額外負

獨立於醫療服務使用的密集度 (intensity) 與真實成本，趨使民眾有誘因在定額負擔下，尋求高品質或高成本的醫療服務。此外，早期健保部分負擔的金額過低，造成民眾醫療利用頻率居高不下，而且分級部分負擔金額在不同醫院層級之間差距不大 (醫學中心與區域醫院各為 150 元與 100 元，地區醫院與基層診所皆只有 50 元)，民眾罹患輕微疾病時前往便利性高的診所就診，疾病較嚴重時則直接越級就醫，醫療需求量也因此流向便利性高的小診所與較具規模的中大型醫院，形成醫療服務產業往「大醫院與小診所」兩極化發展。自民國 91 年 9 月實施新制門診部分負擔 (見表 2)，大幅提高區域醫院及醫學中心的部分負擔金額，將中大型醫院與基層院所的部分負擔的級距拉大，越級就醫的現象趨緩，但似乎對拓展地區醫院生存空間的幫助不大。

綜合言之，健保實施以來，支付制度不完善，造成不同層級醫院不公平的競爭；而就醫的部分負擔設計，亦無法落實分級醫療的目的，整個健保的價格機能如同將擴大的醫療需求量，導引向診所和中大型的醫院，導致基層小型醫院生存困難，紛紛退出市場。醫療服務產業因而快速演化，醫院的進出率失衡，產業結構丕變，小型地區醫院逐漸退出市場或以診所化經營，取而代之的是中大型醫院的進入或既存醫院的壯大，醫療院所層級分工的機制幾乎瓦解，醫療生態無法平衡發展，以及晚近健保為控制費用成長而採總額支付制度，醫院利潤被進一步壓縮，醫院為求降低成本、增加生存空間而成群結黨，醫院的大型化與集團化形成一股抗衡健保支付的市場力量，此對健保醫療費用的掌控與醫院產業的管理潛藏威脅。以下我們進一步鳥瞰健保實行後，醫院服務產業結構的變化。

表 2 新制門急診基本部分負擔

院所層級	門診基本部分負擔 (西醫)			門診基本部分負擔 (牙醫)	門診基本部分負擔 (中醫)
	未經轉診	經轉診	急診		
醫學中心	360 元	210 元	450 元	50 元	50 元
區域醫院	240 元	140 元	300 元	50 元	50 元
地區醫院	80 元	50 元	150 元	50 元	50 元
基層院所	50 元	50 元	150 元	50 元	50 元

資料來源：行政院衛生署中央健保局。

參、醫療服務市場產業結構的變化

前述提及健保的價格機制是促使醫療服務產業演化的重要推手，以下我們從醫院的進出與規模的變化、醫院權屬別的消長、以及醫院企業化與市場化的趨勢等層面，探討醫療服務市場產業結構變化的內涵。

一、醫院所的進出與規模的變化

藉由檢視健保前後醫院家數與大小規模分配的變化，我們可評量健保對醫院產業結構的影響。健保實施至民國 94 年，醫院總家數下降達 264 家，醫院總家數的下降隱含醫院市場的退出家數大於進入者家數。表 3 呈現自民國 83 年來醫院進入與退出醫院市場的概況。⁴由表 3 可看出健保前一年 (83 年) 新進醫院家數大於退出醫院的家數，但

擔 20% 的門診藥費，但單次門診藥品部分負擔總額的上限為 200 元。

⁴ 本研究合併民國 82-94 年行政院衛生署之「台灣地區醫院醫療服務量與醫事機構現況」資料，建構 13

是健保實施後，退出醫院家數則大於新進醫院的家數。在民國 84~94 年健保實施後的 11 年間，退出市場的醫院超過半數達 459 家，而當初健保前（83 年）已存在且歷經 11 年仍持續屹立不搖的只剩 420 家醫院（不含中間進入又退出的醫院），只占 83 年時醫院總數 828 家的 50.72%；換言之，健保實施至今已造成半數健保前已存在之醫院的死亡，而新進醫院的家數（194 家）不及死亡醫院（459 家）的一半，此乃是造成醫院總家數萎縮的原因。

表 3 民國 82-94 年醫院進出市場的家數與平均病床數

年 份	退 出 醫 院		新 進 醫 院		既 存 醫 院	
	家 數	平均病床數	家 數	平均病床數	家 數	平均病床數
82	—	—	—	—	810	113.59
83	23	37.78	42	37.74	787	117.77
84	69	23.75	27	71.78	760	130.91
85	39	29.69	27	77.37	748	128.26
86	46	33.41	23	67.09	729	146.77
87	47	30.36	15	115.47	705	156.32
88	46	41.80	27	94.56	674	160.40
89	53	29.96	23	103.52	648	166.61
90	41	31.20	11	142.82	630	179.47
91	33	33.94	7	102.57	608	195.94
92	31	36.97	8	92.00	584	207.65
93	17	58.32	15	171.47	575	217.56
94	37	31.51	11	157.00	553 ^a	231.89
84-94 健保期 間合計	459	—	194	—	420 ^b	—

資料來源：表中數據皆由本研究自歷年《台灣地區醫院醫療服務量與醫事機構現況》整理獲得。

^a 民國 94 年時台北市 8 家市立醫院與 2 家疾病管制醫院合併為一家台北市立聯合醫院，但因各分院的地址仍然不變，服務的地域亦各有所屬，因此將這些醫院視為 10 家退出醫院與 1 家新進醫院並不合理，因此我們將此 10 家醫院歸屬於既存醫院。

^b 此數據代表在 84 年時已既存的醫院（不含 84 年新進的醫院），歷經 11 年後（至 94 年）仍存活於市場的醫院家數。

上述醫院的進出的數據顯示醫院市場中廠商家數的改變，我們接著檢視退出醫院、新進醫院與既存醫院的規模變化，以明確勾勒出健保實行後醫院產業結構的轉變。若以平均病床數代表醫院的規模，表 3 顯示歷年來退出醫院的平均病床數規模（約 50 床以下）遠小於新進醫院（72~172 床）與既存醫院的病床數規模（130~231 床），此隱含退出醫院都是小型基層醫院，進入者則是中型醫院，且晚近進入者的病床規模愈來愈

年中個別醫院的長期追縱資料（panel data），其中個別醫院被歸類為某一時點之市場的退出者或新進者的基準，皆是以比較個別醫院於該時點之前後期是否存在為依歸。例如於民國 83 年被歸類為退出市場的醫院，其必出現於 82 年，但在 83 年及往後卻消失無蹤；另外，被歸類為民國 83 年的新進醫院，代表該醫院並未出現於 82 年，卻首次出現於 83 年，往後的年份並繼續存在於市場上。其他年份醫院進出市場的歸類，依此類推。由於醫院市場是屬於「地域性市場」而非「商品性市場」，在 82-94 年間許多醫院因負責人死亡、替換或醫院名稱更換等因素而改變醫院代碼，但只要醫院的“地址”未變動，本研究認定該變更代碼的醫院仍然活躍於所屬地域市場，是屬於“既存醫院”，不因變更醫院名稱或負責人而歸屬於“退出醫院”或“新進醫院”。

大，既存醫院的病床也是逐年壯大規模，11 年間平均病床數成長近 100 床，醫院產業大型化的趨勢悄然成形。劉容華與江東亮（2001）指出，某地區存在 100 床以上的大型醫院家數愈多，則愈不利小型醫院（100 床以下）的進入，亦同時增加小型醫院退出的機率。蔡偉德（1998）分析民國 82 年到 86 年醫院進出市場的情形，亦發現規模較小的醫院（30 床以下）在健保實施後其存活率顯著地下降，而規模較大的醫院（300 床以上），其存活率則完全不受影響。另外，醫院的大型化隱含存活醫院的地域勢力不斷向外圍擴張，不僅影響同區域小型醫院的生存，亦可能影響診所進入市場的意願，劉容華與江東亮（2004）發現在民國 84~86 年健保實施初期，醫療次區域內醫院產業擴張愈快，診所醫師人力的成長就越慢，此顯示醫院的大型化很可能吸納大部分的醫師人力，排擠同區域內診所的擴增。

另外，我們觀察小型醫院退出醫院市場後的方向，表 4 顯示退出的中西醫醫院中，超過半數完全退出醫療服務市場，另有 45.53% 的退出醫院轉型為診所（專科診所和一般診所）。倘若單純以退出的中醫醫院來看，轉型為診所的比例更高（達 62.64%）。存活的基層小型醫院（地區醫院）似乎也近似“診所化”的經營，不論以歷年《全民健康保險統計》中地區醫院門住診費用申報結構，或以衛生署的「醫院醫療服務量與醫事機構現況」檔案中門住診服務量比例來看，既存小型地區醫院是以提供門診為主要醫療服務，住診所占的申報或服務量比例很低。

表 4 退出醫院轉型的家數與比例

	合 計	西 醫	中 醫
84-94 年退出醫院者	459 (100%)	368 (100%)	91 (100%)
完全退出醫療市場者	250 (54.47%)	216 (58.70%)	34 (37.36%)
轉型為診所者	209 (45.53%)	152 (41.30%)	57 (62.64%)
專科診所	86	85	1
一般診所	123	67	56

資料來源：表中數據皆由本研究自歷年「台灣地區醫院醫療服務量與醫事機構現況」整理獲得。

二、中西醫院版圖的遷移

伴隨著醫院家數的急速萎縮，中西醫醫院版圖亦隨之遷移。在全民健保實施之前，西醫醫院與中醫醫院各有 719 家與 109 家，分占總醫院家數 86.8% 和 13.2%，但歷經健保 10 年實施，民國 93 年時西醫與中醫醫院分別剩下 553 家及 34 家，在 94 年時中醫醫院甚至只剩下 25 家，約只占當時整體醫院家數的 4.5%；換言之，健保前的 109 家中醫醫院，在 84-94 年間即退出 91 家（只新進 7 家），中醫醫院市場萎縮的速度極快，此或許是因以重症醫療為主的醫院服務市場上，中醫醫院難以與西醫醫院競爭，再加上西醫醫院附設中醫門診科別愈來愈普遍，蠶食中醫醫院的市場，導致中醫醫院的生存空間愈來愈狹隘，醫院市場主要的供給者仍以西醫醫院為主，中醫則轉戰診所市場，退出醫院市場的中醫醫院超過半數轉型為基層診所（請參考表 4）。

健保實行後，診所家數的成長與醫院家數的下降成強烈的對比。診所家數在健保後持續增加，而先前 459 家退出醫院之中，亦有 209 家醫院轉型為基層診所，中醫診所成長的速度較快較明顯，除了原先部分退出的中醫醫院「化整為零」轉型為診所外，新增加的中醫診所亦有所貢獻。不過從中醫醫院與診所家數的消長情形，可看出中醫醫療服

務逐漸被排擠於醫院市場之外，而向診所市場集中，醫院市場仍以西醫醫院為主。

三、醫療院所的地理分佈

醫院的地理位置對醫療資源的分佈及市場競爭的結構有極大的關聯。全民健保實施前，我國城鄉醫療資源分佈非常不均（江東亮，1999），健保實行後地區小型醫院的急速減少，引起醫療資源分佈不均的現象更加雪上加霜的質疑。因此，我們以下檢視 93～94 年醫院與診所家數在地理分配上的變化。

我國醫療服務產業是政府高度管制進入的產業，醫療院所的設立資格與設置標準必須符合醫療法的規範，同時自民國 79 年起，醫院設立的地點也必須符合「醫療網計劃」中對於均勻醫療資源的要求，而且逐步實施的總額支付制度，其按地區分配固定預算的方式，有誘使醫療院所往醫療資源貧乏地區擴散的誘因，故 84～94 年間新設的醫院大都位於「醫療資源貧乏區」和「醫療資源適中區」的醫療次區域內，⁵其共增加 171 家醫院，占新增醫院的 72.5%，但是退出市場的醫院則是普通分佈於全省各地，表 5 呈現在民國 83-94 年各縣市醫療院所家數與病床數增減率，由表中可發現全台灣地區醫院的總家數在健保 11 年間平均銳減近 32%，診所的總家數則增加 27%，儘管醫院家數減少幅度非常明顯，但是全台平均每萬人一般病床數卻增加 10.53%。若以各地區的院所變化觀察之，除了連江縣醫院家數持平外，其它各縣市的醫院家數皆呈下跌的情形，台南市、新竹市、澎湖縣、基隆市、南投縣、嘉義市、金門縣與台北縣的醫院減少率更達 40% 或以上，這些縣市的醫院家數減少幅度很大，連帶地縣市內平均每萬人一般病床數亦減少（南投縣、新竹市與金門縣除外）。其它縣市雖然醫院家數下降，但是平均每萬人一般病床數卻是增加的。相較於醫院家數的消退，各地診所家數皆呈現高比例的正成長，特別是澎湖、金門等離島地區，成長率達 100% 以上，此很可能與總額支付制度對偏遠或離島地區的醫療院所給付水準加乘特定基數有關。

我們進一步觀察「醫療次區域」內醫療資源（平均每萬人一般病床數）變化的情形，由表 6 可發現原先在 83 年時屬於「醫療資源貧乏區」的 18 個醫療次區域，在 94 年時減少為 7 個；但是原先在「醫療資源適中區」的 23 個醫療次區域中，有 3 個次區域因醫院的退出導致每萬人一般病床數下降，轉變為「醫療資源貧乏區」的一員，其餘的次區域不是停留於「醫療資源適中區」（11 個），就是晉升為「醫療資源充足區」（9 個）；而原先在 83 年隸屬於「醫療資源充足區」者，亦有一個醫療次區域在 94 年降級為「醫療資源貧乏區」。由表 6 的數據，我們得知 84～94 年之間醫院資源有向偏遠地區擴散的情形。

綜合而言，醫院市場經過健保 10 年的洗滌，已產生醫院成員與地理位置重新洗牌的效應，幾近半數的醫院退出市場，新進的醫院大都位於醫療資源較不充足的地區，儘管各地醫院家數下降，但就平均每萬人一般病床數而言，大部分縣市都有提升，少部分縣市受到小型醫院退出市場的影響而下降；同時，醫院變少但病床資源增加的趨勢，亦證明新進醫院與既存醫院病床規模的新擴建，可取代或彌補退出醫院對地區醫療資源折損的影響，不但使地區醫療資源增加，也降低地域之間醫療資源分佈不均的現象，而造成這些改變的原因，「醫療網計劃」的影響應勝於健保總額支付的影響。

⁵ 行政院衛生署為整合各系統醫療機構、均勻醫療資源的地理分佈與建立分級醫療系統，於民國 74 年至 89 年實施「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」（簡稱醫療網計劃），計十五年三期分別執行。在醫療網第二期的計劃中，為縮短城鄉醫療資源的差距，衛生署將全台灣劃分的 19 個醫療區域與 64 個醫療次區域，公告每萬人一般病床數少於 20 床之醫療次區域為「醫療資源缺乏區」，並編列 100 億元醫療發展基金，鼓勵民間增設醫療機構；相對的，每萬人一般病床數大於 50 床者為「醫療資源充足區」，禁止新建或擴建 100 床以上的醫院（江東亮，1999）。

表 5 民國 83-94 年各縣市醫療院所增減率與平均每萬人一般病床數

單位：家；床

	醫 院						診 所		
	家 數			平均每萬人 一般病床數			家 數		
	83 年	94 年	增減率 (%)	83 年	94 年	增減率 (%)	83 年	94 年	增減率 (%)
合計	828	564	-31.88	45.1	49.85	10.53	14,924	18877	26.49
臺北市	70	49	-30.00	51.16	58.71	14.76	2,615	2794	6.85
高雄市	91	65	-28.57	50.85	53.76	5.72	1,178	1599	35.74
臺北縣	107	65	-39.25	29.41	22.46	-23.63	1,979	2651	33.96
宜蘭縣	17	11	-35.29	85.51	89.17	4.28	236	292	23.73
桃園縣	40	36	-10.00	51.77	58.33	12.67	892	1286	44.17
新竹縣	13	10	-23.08	37.86	53.41	41.07	211	293	38.86
苗栗縣	24	16	-33.33	42.34	53.91	27.33	307	345	12.38
臺中縣	41	36	-12.20	17.32	43.2	149.42	985	1284	30.36
彰化縣	59	37	-37.29	30.86	40.96	32.73	738	951	28.86
南投縣	21	11	-47.62	46.78	55.36	18.34	335	401	19.70
雲林縣	26	19	-26.92	27.35	36.62	33.89	422	486	15.17
嘉義縣	8	6	-25.00	20.83	92.43	343.73	205	248	20.98
台南縣	39	29	-25.64	30.76	51.59	67.72	612	725	18.46
高雄縣	56	39	-30.36	42.89	52.52	22.45	626	889	42.01
屏東縣	45	33	-26.67	43.4	62.5	44.01	506	597	17.98
台東縣	11	7	-36.36	55.93	53.7	-3.99	109	146	33.94
花蓮縣	13	10	-23.08	445.58	227.43	-48.96	205	266	29.76
澎湖縣	6	3	-50.00	69.37	63.46	-8.52	37	80	116.22
基隆市	15	8	-46.67	48.06	44.24	-7.95	267	278	4.12
新竹市	16	8	-50.00	36.39	42.65	17.20	262	371	41.60
臺中市	44	32	-27.27	47.82	59.97	25.41	1,203	1636	35.99
嘉義市	21	12	-42.86	88.03	77.99	-11.41	327	370	13.15
臺南市	42	20	-52.38	41.15	41.15	0.00	656	855	30.34
金門縣	2	1	-50.00	149.41	174.64	16.89	7	29	314.29
連江縣	1	1	0.00	62.58	56.43	-9.83	4	5	25.00

資料來源：民國 83 與 94 年《衛生統計（一）：公務統計》，行政院衛生署。

表 6 83-94 年間各醫療次區域資源變化情形

單位：醫療次區域個數

		94 年醫療資源			
		貧乏區	適中區	充足區	總數
83 年 醫 療 資 源	貧乏區	7	9	2	18
	適中區	3	11	9	23
	充足區	1	0	22	23
	總數	11	20	33	64

資料來源：表中數據皆由本研究自歷年「台灣地區醫院醫療服務量與醫事機構現況」整理獲得。

四、醫院的大型化

健保實施以來，醫院大型化是醫院產業結構變化的一個重要的趨勢，影響醫院大型化的一個重要原因是健保因醫院評鑑等級而劃分醫療給付。醫院為爭取評鑑合格或升級以獲得較多的保險給付，無不投注較多的醫事人員、病床設備、高科技醫療儀器等等，醫院的服務科別與病床規模也因此不斷擴增，被評鑑為醫學中心、區域醫院的醫院家數也持續增加，表 7 顯示自 82 年起我國醫院各評鑑等級的家數變化，在醫院整體家數普遍下降的趨勢中，醫學中心與區域醫院等中大型醫院的家數卻持續攀升，83-94 年間醫學中心從 13 家上升至 22 家，區域醫院則從 45 家上升至 70 家，相對地規模較小的地區醫院則從 444 家銳減至 352 家，醫院產業結構往中大型醫院集中。

表 7 民國 82-94 年歷年各類醫院評鑑等級之醫院家數

年 份	醫學中心	區域醫院	地區醫院	地區教學醫院	合格一年醫院
82	14	46	409	54	32
83	13	45	444	57	8
84	14	44	432	63	13
85	14	45	388	63	31
86	16	45	389	62	24
87	17	48	398	62	14
88	18	51	357	65	11
89	20	63	336	39	12
90	23	66	401	—	—
91	23	71	385	—	—
92	23	72	372	—	—
93	24	72	359	—	—
94	22	70	352	—	—

資料來源：台灣地區醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表。

註：醫院家數不含精神專科醫院；在民國 91 年前，醫學中心包含準醫學中心；區域醫院包含準區域醫院。民國 94 年的區域醫院含台北市立聯合醫院的 6 家分院（中興、忠孝、仁愛、和平、婦幼與陽明分院）。

另外，公益/財團法人醫院的租稅優惠對醫院大型化的發展亦有推波助瀾的作用。台灣現有的醫院權屬別分成公立醫院、私立醫院及財團法人醫院，其中的財團法人醫院是

由宗教團體或企業財團因公益捐助而成立的，本質上是應屬「公共財」或「社會資產」，不再隸屬於私人或企業所有，亦是非營利組織，其盈餘按規定不得再回流原捐助的宗教團體或企業組織，而是用於與醫院設立目的有關之用途。由於政府對於這類兼具「公益」與「非營利」性質之財團法人醫院提供許多免稅優惠，例如醫院用地免納地價稅、宗教法人及醫學院附設醫院免繳房屋稅、以及免納所得稅等，而且在醫院盈餘課稅方面亦提供條件式的優惠，特別是寬鬆的支出認定，允許財團法人醫院的新建或擴建認列當期支出，此創造了財團法人醫院新增建醫院以享受租稅優惠的誘因(盧瑞芬與謝啟瑞，2003)。

表 8 呈現一般私立醫院與財團法人醫院在新增建醫院的規模比較。就新增醫院方面，我們可發現新增的財團法人醫院家數並不多，83~94 年間共增 26 家，遠低於新增的一般私立醫院 (158 家)，但是新增財團法人醫院的平均規模 (以平均病床數代表之) 卻比一般私人醫院大許多，不過由平均病床數的標準差亦可發現，新增的財團法人醫院的大小規模比一般私立醫院的規模較為離散，這種財團法人醫院平均規模較大但大小較為離散的現象亦存在於既有醫院中。另外，由歷年私立醫院中不同權屬別醫院之平均病床數的變化，我們可勾勒出醫院擴建的趨勢，由表 8 呈現在 83~94 年間，雖然財團法人醫院平均病床數成長的幅度 (約 46.08%) 遠不如一般私立醫院 (約 116.54%)，但就平均病床數增加的絕對值來看，財團法人醫院 (增加 167.98 床) 則超過一般私立醫院 (增加 54.56 床)，一般私立醫院平均規模的擴增很可能主要來自小型私人醫院退出市場只餘中大型醫院的原因，但是財團法人醫院家數與平均規模的擴增，則很可能是來自租稅優惠的刺激。財團法人醫院的快速壯大，在家數上雖然略少於公立醫院，但是平均規模已超越公立醫院 (見表 9 公私立醫院的家數與平均病床數)，顯然財團法人醫院將逐漸成為醫院市場裡舉足輕重的供給者。

表 8 民國 82-94 年私立醫院與財團法人醫院在新增建醫院之家數與平均病床數的比較

年份	新增醫院			既有醫院		
	一般私立醫院			財團法人醫院		
	家數	平均病床數	(標準差)	家數	平均病床數	(標準差)
82	—	—	—	—	—	—
83	39	32.64	(22.11)	0	—	—
84	25	51.84	(48.14)	2	321.00	(292.74)
85	24	71.71	(63.47)	3	122.67	(67.89)
86	18	51.11	(57.66)	3	194.33	(46.18)
87	11	46.73	(36.48)	3	361.00	(214.50)
88	22	68.41	(52.87)	3	332.67	(462.44)
89	19	87.05	(66.33)	3	205.67	(270.54)
90	8	137.00	(229.25)	4	160.75	(79.02)
91	4	32.50	(6.03)	2	292.00	(101.82)
92	7	92.29	(61.05)	0	—	—
93	12	72.08	(58.20)	2	815.50	(270.82)
94	8	70.50	(74.63)	3	387.67	(404.65)

註：資料來源為「台灣地區醫療機構現況及醫院醫療服務量」檔案整理而得。

表中的標準差為平均病床數之標準差。

表 9 82-94 年公私立醫院的家數、平均病床數與病床數份額

年份	醫院家數		平均病床數		病床數份額	
	公立醫院	私立醫院	公立醫院	私立醫院	公立醫院	私立醫院
82	89	721	415.64	76.31	40%	60%
83	91	737	407.19	77.64	39%	61%
84	90	697	439.77	88.74	39%	61%
85	90	683	424.82	87.55	39%	61%
86	92	658	445.91	102.60	38%	62%
87	92	627	461.42	110.83	38%	62%
88	93	607	419.99	117.96	35%	65%
89	94	575	410.91	124.73	35%	65%
90	94	543	422.02	138.07	35%	65%
91	93	517	450.58	150.76	35%	65%
92	93	498	459.62	159.16	35%	65%
93	90	500	487.39	167.60	34%	66%
94	88	476	507.78	179.15	34%	66%

註：私立醫院包括一般私立醫院、財團法人醫院及宗教財團法人附設醫院。94 年的公立醫院含蓋台北市市立聯立醫院的 8 家分院。

五、醫療服務產業的私有化益加明顯

長久以來，公立醫院的設立常常是政府為履行衛生醫療政策而產生的，醫院的經營及財務狀況長年累月受政府的控管與補貼，其生存不受市場物競天擇生存法則的約束，在全民健保顯著威脅私立醫院生存的同時，公立醫院的地位仍屹立不搖，其倒閉的風險微乎其微。早在健保之前，隨著公勞農保等社會保險的擴辦，私人醫療院所不斷增加，公立醫院病床的市占率逐漸減少（江東亮，1999），健保實行後，公立醫院與私立醫院勢力的消長愈來愈明顯。由表 9 的 82-94 年公私立醫院的家數、平均病床數及病床數所占份額中的資訊中可看出以下幾個趨勢。

第一，公立醫院家數雖少，但平均規模（病床數）卻是私立醫院約數倍。在 83-94 年間台灣地區公立醫院的家數只有微幅變化，緩慢增加數家後又於 90 年後略為減少，公立醫院家數的下降與政府精簡政策有關，⁶雖然公立醫院只占總醫院家數的比例不高（83 年時為 10.99%，至 94 年時上升為 15.6%，比例的提升是因醫院總家數的下降所致），但是這些公立醫院的大多身兼醫療服務、教學和研究等多重角色，於醫院評鑑等級上亦大多隸屬於醫學中心及區域醫院，醫院的平均規模顯著大於一般私立醫院，但是在財團法人醫院急速的擴增規模後，財團法人醫院的平均規模已超越公立醫院。

⁶ 從民國 89 年後公立醫院家數下降，大部分原因與國軍醫院及榮民榮譽醫院的裁撤或整併有關，由於軍醫設置地點與目的是為就近維護軍事訓練基地中國軍官兵健康、配合作戰演訓及參與衛勤支援任務，然而為配合國軍「精進案」組織整併與員額精簡的國家政策，以及自民國 90 年 2 月開放國軍加入全民健保後，國軍醫院的醫療業務銳減，部分國軍醫院已裁撤（如國軍 805 醫院台東分院、國軍 814 醫院（台南）、819 醫院（斗六）、及 821 醫院（馬祖）等），或與署立醫院整併後成為國軍醫院一分院或民眾診療服務處（如國軍 811 醫院與澎湖署立醫院整併後成為“三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處”，國軍 820 醫院與金門縣市醫院整併為“署立金門醫院”，其它如國軍 815 醫院（屏東）、813 醫院（新竹）亦如此），另外亦委託大型醫院經營者，如原先國軍 817 醫院現改為“台大醫院公館院區”。不只軍醫整併，在民國 92 高雄市 2 家市立醫院整併為高雄市市立聯合醫院，93 年時台北市 9 家市立醫院及 1 家市立診所，亦進行整併為台北市市立聯合醫院。

第二，雖然公立醫院的病床規模較私立醫院大，但健保實施以來，公立醫院的平均病床數成長有限（從 83 年的平均 400 床至 94 年的 508 床，成長約 27%），但私立醫院的平均病床數卻成長一倍多（從平均 78 床成長至平均近 180 床，成長約 130%），此反映健保 10 年間，小型醫院退出但中大型醫院進入的趨勢，而且既有私立醫院也積極擴增規模的事實，特別是財團法人醫院。

第三，隨著私立醫院規模相對快速增長的同時，公立醫院在醫院市場的勢力逐漸萎縮，以公私立醫院病床數占總病床數的份額來看，公立醫院所占份額逐漸減少，私立醫院則逐漸增加，此顯示公立醫院的市場勢力漸式微，而私立醫院則愈來愈重要，倘若未來政府不再增加公立醫院或對私立醫院的擴建不加諸任何限制，隨著軍醫體系的裁撤與市立醫院的整併，公立醫院的市占率將更為萎縮，醫療產業有私有化的趨勢將愈來愈明顯。

六、醫療服務產業企業化與市場化

健保的實施除了促成醫院大型化之外，醫院服務的企業化與市場化亦逐漸興起。由於在全民健保的支付制度下，醫院已無自行訂價的能力，遑論價格競爭的空間，支付制度從早期的論量計酬轉變為總額支付，醫院經營的財務壓力與日俱增，為因應市場環境的變化與減低健保支付制度的衝擊，醫院水平串聯成為醫院集團、或是以建教合作、外包醫療科別及聯合採購等方式的醫院策略聯盟相繼產生（陳端容，2002；盧瑞芬和謝啟瑞，2003），另一種形式的策略聯盟是醫院垂直整合診所與藥局而形成的“院前診所”與“院前藥局”，將一部分醫院超額的服務量，灌注到下游產業，不但可保住醫院總額分配到費用，亦可插手分配基層診所的總額。在健保之前，除少部分醫院集團是屬於地域上臨近醫院的串聯（如敏盛集團集中於桃園地區，奇美集團集中於台南縣市，彰基集團集中於彰化與南投等），大部分醫院集團的成員是散居全省各地，以避免地域市場重疊與分食同一區總額的預算額度。這些集團的醫院中通常有一家至數家的大型醫院為領導者（如台大集團或長庚集團），亦有大小規模類似的中小型醫院結盟而成（如署立醫院集團、敏盛或秀傳集團），另有醫院與診所的串連（如聯新集團），或單純是健檢診所（如美兆集團）與各科別診所的結集（如佳醫集團與聯安集團）等等。這些醫院所集團或策略聯盟藉著藥品/醫材的聯合採購的規模經濟來降低營運成本；或是以醫事人力的相互支援，提高營運績效及建立品牌聲譽；另一方面集團或策略聯盟的營運方式還可提高分擔風險的能力，擴展或確保市場力量（陳端容，2002）。所以醫院所集團化或策略聯盟等醫院所企業化的興起，是抗衡健保衝擊的新趨勢。

健保壓縮醫院的獲利空間，擺脫健保束縛而開創自費醫療服務亦是醫院生存的策略之一。常見的方式如大型醫院紛紛開設自費門診，讓有高購買力、追求醫療品質的消費者自費付擔醫療服務；又如設立整型美容、減肥減重、與高級健檢中心或坐月子中心，以迎合國人重視外表與健康的風潮。王敏容等（2005）指出醫院所在市場競爭愈激烈，醫院提供的自費醫療服務項目的數量愈多。設立自費醫療服務門診無異替醫療院所開闢一條生財之道，但是也讓醫療服務市場出現一國兩制的市場機制。

肆、產業結構的改變對醫療服務的影響

由上述的分析，我們可知自民國 84 年健保實施至今，醫療服務產業結構產生巨大的變化，醫院大型化、私有化、企業化與市場化等趨勢，對健保醫療服務體系將產生反饋的作用，對未來健保醫療費用的掌控、醫療服務品質的提升、醫療機構的管理、與醫療資源的分配等將有顯著的影響。以下我們分析健保後醫療服務產業演化結果所造成的

影響。

一、醫院服務垂直分工的機制逐漸瓦解

醫院評鑑制度的主旨在建立分級醫療與提昇醫療服務品質，但是健保實施後，基層地區醫院的凋零與醫院的大型化，將使醫院服務垂直分工的架構搖搖欲墜。而且總額支付制度按“地區”而非按“醫院層級”分配預算額度，相同地域內大小醫院同時爭食固定預算的結果，小型地區醫院終究難對抗占有高比率總額的中大型醫院，地區醫院的生存將更將艱難。地區弱勢醫院的逐漸死亡，將促成醫療資源與健保醫療花費愈加集中於中大型醫院，不利於醫療費用的節約（Mclafferty, 1988），⁷而且大型醫院吸納的醫事人力與擴大的市場範圍，亦會排擠臨近區域診所的生存。由歷年《全民健康保險統計》核付醫療機構的支出結構可看出，醫院占健保核付醫療費用的比例逐年上升，由 84 年的 63.94% 攀升至 93 年的 68.09%；相反地，診所所占比例由 36.05% 下降至 93 年的 28.84%（請參考表 1）。診所家數不斷成長，醫療費用占健保給付的比例卻持續下降，此顯示醫院大型化後，診所亦受到排擠，失衡的費用結構不僅不利於均衡醫療生態的發展，基層醫療院所服務的質量亦可能受到影響，更重要的是分級醫療的瓦解會導致醫療利用的無效率，造成的醫療浪費難以估計。

二、健保醫療可近性的增減待後續評估

健保實行後，地區醫院急速減少，而區域醫院與醫學中心相對集中於都會地區，此對健保醫療資源的可近性是一負面因素，雖然 83~94 年間新設地區醫院大都位於醫療資源不充足的鄉鎮，而且大部分地區的醫療資源（平均每萬人一般病床數）皆有成長，「醫療網計劃」與總額支付制度，對促進偏遠鄉鎮居民的醫療可近性皆有正向的影響，但是這段期間全國地區醫院減少的數量幾乎是新進地區醫院的二倍，某些地區還因醫院退出市場而淪為醫療資源貧乏的地區。整體而言，醫院家數的變化對健保醫療可近性的增減仍有待評估。

三、醫院大型化或企業化對健保醫療費用與醫療品質的影響

醫院大型化是健保價格機制設計不良所致，相對的醫院的企業化或集團化是為對抗健保支付制度的利潤剝削，兩種醫院演化的趨勢都逐漸壯大醫院的市場力量，抗衡健保一家獨買，提高對健保醫療支付價格的議價能力，對未來健保醫療費用成長的掌控將產生龐大的壓力。其次，醫院的大型逐步化瓦解醫療分工的機制後，中大型醫院將取代基層醫院的角色，將輕症與重症醫療結集於一身，輕症醫療很可能排擠重症醫療資源，倘若大醫院的人力設備大多用在照護非重症患者，此無非是利用高成本的設施去完成低層次的任務，資源配置的錯誤也是造成成本高漲的根源之一。

醫院大型化與組織串聯，很可能有提升醫療品質的作用，但是在總額支付之下，醫院從事高成本的品質競爭或接納重症病患的誘因降低（Chu, 1992），甚至為減輕成本開銷而扭曲醫療專業自主（如醫師改變醫療處置或替病人更換低價藥品等），此種因支付因素而傷害醫療品質的事件時有所聞，因此醫院大型化或集團化對醫療品質的影響仍有待觀察。

⁷ Mclafferty (1988) 指出，相同病症的救治花費，規模較大的醫院的醫療費用相對小規模者來得高。因此，小型醫院的死亡討論醫療費用的支出是存在負面的影響。

四、醫院私有化與市場化挑戰健保醫療服務的質與量

私立醫院在醫院市場的地位愈加重要，特別是規模龐大的財團法人醫院，醫院的私有化與財團化引發醫院並非是超然的「非營利」組織的質疑，甚至有醫院為追逐利潤而傷害病人權益的隱憂。自費醫療門診雖然為醫院開闢一條財源，醫療服務的商品化很可能抵觸了全民健保「不分貧富貴賤，公平就醫」的宗旨，也招致排擠健保病患權益與醫療服務階級化的爭議；而且醫療機構從事美容整型或減重減肥等“不務正業”的事務，以及發展高級健險的“醫療競武”等行為，這種利潤導向的行為，招致醫改會（台灣醫療改革基金會）批評不符醫學道德或倫理，健保醫療服務的品質與數量將在這波醫院私有化與市場化的潮流中面臨嚴峻的挑戰。

伍、結論

民國 84 年全民健康保險實施至今已超過 10 年，在全民強制保險與絕大部分醫療院所加入健保特約機構的情況下，醫療服務市場的規模不斷擴大，但是醫療服務的產業結構卻產生很大的變化。本研究分析了 84~94 年健保實施期間，醫療服務產業演化的原因與呈現的結果。在健保去除民眾就醫的財務障礙後，時間成本與醫療品質成為決定民眾醫療需求的重要因素，診所的便利與大型醫院的「品質認證」便迎合了消費者的偏好，再加上健保的就醫部分負擔級距無法發揮成本分擔與分級醫療的意義，健保又依醫院評鑑等級區分醫療給付的水準與範圍，形成不同等級的醫院之間不公平的競爭，在消費者偏好與健保價格機制偏袒大型醫院和小型診所的情形下，小型地區醫院難以生存而在逐漸退出市場或轉型為診所，醫療服務產業形成所謂「大醫院與小診所」兩極化的發展。

與健保實施之前相比，84~94 年之間醫院市場的成員與地理位置呈現不同的景象，小型地區醫院快速凋零，其退出市場的家數二倍於新進醫院的數目，造成醫院總家數急速下降，而新進醫院大多位於醫療資源較不充足的鄉鎮，而且新進醫院與既存醫院的病床規模皆超過退出醫院的規模，因此各地區醫療資源雖因小型醫院的退出而較集中，但也向偏遠地區擴散。其次，除小型醫院退出市場之外，健保醫療給付賦予醫院擴張規模設備以爭取評鑑升級的誘因，政府對財團法人的租稅優惠，以及民眾有「大醫院，高品質」的迷思，皆是促使醫院大型化的原因。再者，在政府精簡政策下，部分公立醫院整併或裁撤，對照私立醫院（特別是財團醫院）的擴建，醫療體系私有化的趨勢益加明顯。而醫院為了抗衡健保支付的財務壓力，水平或垂直整合上下游的醫療機構而形成醫院集團或策略聯盟，以及積極投入自費醫療市場等市場化的行為，無形中將挑戰健保醫療服務的成本與普及醫療的核心價值。而且醫院的大型化、私有化、企業化與市場化，將對醫療費用的掌控、醫療資源的配置、與健保醫療服務質量的確保產生嚴峻的挑戰。

參考文獻

一、中文部分

1. 王敏容、王如萱、王佳惠、郭乃文（2005），〈市場競爭程度對醫院開發自費醫療服務之影響〉，《北市醫學雜誌》，2（10），895-906。
2. 江東亮（1999），《醫療保健政策—台灣經驗》，巨流圖書公司印行。
3. 《全民健康保險統計》，民國 84~94 年，行政院衛生署全民健康保險局。
4. 陳端容（2002），〈臺灣醫療產業的組織合作：不對等合作關係運作機制之探討〉，《臺灣社會學》，3，119-162。（TSSCI）（NSC）
5. 張笠雲（1999），〈產業競爭本質的剖析：臺灣醫療照顧產業生態結構的百年變遷〉，蔡敦浩主編《管理資本在臺灣》，臺北：遠流，189-226。
6. 蔡偉德（1993），〈全民健康保險對醫院進出醫療市場的影響〉，中央產業經濟研究所研究論文。
7. 蔡偉德與李一鑫（2002），〈醫院非價格競爭與市場結構的關聯—醫院購置高科技醫療儀器之實證研究〉，中央研究院經濟研究所《經濟論文》，30（1），57-78。
8. 劉容華與江東亮（2001），〈台灣小型醫院新設與歇業之影響〉，《台灣公共衛生雜誌》，20（1），27-33。
9. 劉容華與江東亮（2004），〈台灣醫療次區域醫院產業擴張與診所醫師人力消長的關係〉，《台灣公共衛生雜誌》，23（1），32-36。
10. 盧瑞芬與謝啟瑞（2003），〈台灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉，《經濟論文叢刊》，31（1），107-153。

二、英文部分

1. Chu, D. K. (1992.), "Global Budgeting of Hospitals in Hong Kong," *Social Science and Medicine*, 35 (7), 857-868.
2. Mclafferty S. (1988), "Predicting the effect of hospital closure on hospital utilization patterns," *Social Science and Medicine*, 27 (3), 255-262.
3. Shleifer, Andrei (1985), "A theory of yardstick competition," *The Rand Journal of Economics*, 16 (3), 319-327.