

準市場機制與區域治理—

以秀傳醫院、署立醫院及台北市立醫院之執行經驗為例^{*}

陳金哲^{**}

《摘要》

台灣公立醫院的委外經營，近年來已逐漸展現豐碩成果，以許多地方政府所屬醫院為例，透過公私協力的方式，不僅解決地方財政不足以提供優良醫護人力資源及解決醫療服務品質的困境，現在更成為地方財政挹注的來源之一。但此一模式卻無法適用在台灣各地的署立醫院，導致從二〇〇四年起，衛生署改採多元的醫院經營改革策略，並以「行政績效管理」為核心，取代自一九九〇年代以來的公辦民營政策，強調區域治理的結盟模式，每區擇一績效優良的醫院作為總院，其餘為結盟醫院，藉由資源共享、技術交流、聯合行銷等方式，提升營運效率並降低管理成本。由以上可知，新公共管理理論在公立醫院的委外辦理上，並非放諸四海而皆準，適用上仍有許多限制，因此，公共部門對於公立醫院這種肩負一定程度公共責任的醫療與衛生保健服務者，應否委外，仍應就特性及歷史脈絡，漸進改革其經營管理策略，而非一味強以改革之名，進行全面激進的制度變革。本文以秀傳醫院成功的公辦民營經驗，以及署立醫院、台北市立醫院等改採行政管理績效的過程，進行對照比較，來檢視公立醫院契約委外的限制與範圍，並透過案例進一步省思準市場機制的應用及可行性。

關鍵詞：準市場機制、區域治理、契約委外、行政績效管理

^{*} 作者感謝中正大學政治系李南雄教授的寶貴意見及啟發，以及受訪者彰化秀傳醫院楊朝欽主任提供的資料與建議。本文已投稿國立政治大學《公共行政學報》。

^{**} 國立中正大學政治學研究所博士生。

壹、前言

從上一世紀末迄今，西方國家的政府改造運動，基本上不出亞當史密斯（Adam Smith）學派的市場論¹，強調緊縮政府職能，管理越少的政府才是好的政府。這一股興起於一九八〇的新自由主義²風潮，又以英國及美國為代表，並發展成為「新公共管理」理論的核心價值。揆諸當時的背景，英、美兩國都面臨如何弭平國家財政赤字的問題，而不得不進行政府組織之重組與設計，並調整國家機關的角色，企求在有限資源的條件下，追求政府的有效管理及符合成本效益的績效監督。

新公共管理提倡以制度誘因來提供市場及人民選擇參與公共事務的管道，且特別強調政府之管理職責應以「小而美」為主軸，尊重市場導向及經濟效益，除公營事業民營化外，主要還應將公共事務大量委外辦理（contracting out）。因此，政府之角色勢必要由操槳變為掌舵（steering from rowing），除由公部門來達成公共服務外，也可透過私有化、委外辦理等各種形式，結合私部門的力量來分擔甚至取代以往只有官僚組織「權力獨佔」的公共事務執行（Hughes, 1998: 52-53; Savas, 2000: 3），透過準市場（Quasi-Markets）機制（Bartlett and Le Grand, 1993; Bartlett *et al.*, 1998），以公私協力方式提供公共服務。

所以，引進市場機制改革公立醫院的經營績效，就成為近十餘年來台灣公立醫院解決經營績效及提升成本效益等問題的主要策略，其中採委外的「公辦民營」

¹ 二十世紀末迄今，自由市場經濟理論確實提供當代新公共管理（NPM）許多滋養，而且也從實踐的經驗中，找到一些可能成功的脈絡。這一股政府改革運動，以英國、美國為代表，若要深究其源，則二十世紀思想巨擘之一的海耶克，或可作為切入探討的焦點，例如海耶克（F. A. Hayek, 1889-1992）指出，從一八四八年革命到大約一九四八年的這個時期，可謂歐洲社會主義的世紀（Hayek, 1960: 253；何信全，1992：3）。簡單的說，就是社會主義的理念滲入自由主義（古典自由主義），進而主導跨越世紀的主流思潮。認為個人自由應轉為社會整體之自由，換言之，國家機關的角色，不只是消極提供一些公共財貨，而且是積極促進社會整體福祉。所以如英國二戰之後所強調的社會民主主義、美國的福利國家或西歐各國採取的社會民主等，引領風潮數十年。相對地，由於政府功能的擴張及積極發展，也會引發了政府干預及龐大官僚體系無效率問題，勢必扭曲市場機能，因此，海耶克是強烈反對擴張政府的功能進行經濟發展的干預及財富重分配，這是典型自由主義傳統的表徵。但是從另一方面來說，他也體認到人類理性的有限性，所以，大多數民主自由之資本主義國家，仍是透過大量的社會立法來因應社會中所存在之社經不平等，或許這正是當代政府改革中所無法避免之「自由與平等相容」及「市場與國家並存」的議題所在。

² 自由主義學派大將海耶克於一九五〇年及一九六二年分別任教於美國芝加哥大學及西德弗萊堡大學，他的主張對於新自由主義及新公共管理的影響既深且遠。例如西德弗萊堡大學，當時就有瓦爾特·歐根（Walter Eucken）和路德維希·艾哈德（Ludwig Erhard）為首提出「社會市場經濟理論」，主張政府的責任不應是直接干預私營企業的經濟事務，而必須是制定和執行私人經濟活動所應遵守的規則，鼓勵競爭，為市場經濟的順利創造適宜的環境，而西德政府在八〇年代初期重採前述新自由主義的主張。而芝加哥大學在六〇年代以後，也有米爾頓·弗利曼（Milton Friedman）主張擴大供給，大幅度削減邊際稅率，來刺激儲蓄、投資（包括人力投資）與生產者的主動性和首創精神以及科技的開發和應用，以達到提高生產率和增長率（李任初，1992：10-12）。後來，弗利曼的主張，分別在一九七九年受到英國柴契爾（Margaret Thatcher）政府的接受及一九八一年美國雷根（Ronald Reagan）政府的「經濟復興計畫」的理論基礎。

模式(翁興利等, 2002), 從一九八〇末起即隨著「政府再造」或「企業精神政府」(entrepreneurial government)「新右派政策哲學」(詹中原, 1999, 2003)的理論列車, 成為中央及地方政府奉為革新公立醫院經營模式的圭臬。然而, 回顧眾多個案的執行經驗後, 固然有部分地方層級的公立醫院已展現優異成果, 但另一方面, 署立醫院卻是遭遇相當程度的限制, 而台北市則又呈現「公辦民營」與合併為單一大型聯合醫院並存的制度。因此, 本研究的主要目的在於檢討準市場機制運用在公立醫院經營的成功條件及其限制, 同時檢視新公共管理理論在「激進改革」及「漸進調適」兩者間取捨。

綜合來說, 本文以公立醫院經營的歷史結構為起點, 介紹區域治理及準市場機制的理論運用, 配合個案的訪談³及文件分析, 來檢討秀傳醫院的「公辦民營」經驗, 同時也針對署立醫院的區域結盟模式及台北市立醫院經營變革, 將這三個案例進行比較論證, 並依此來檢視新公共管理理論的應用與發展。

貳、台灣公立醫院的發展與經營現狀

一、從「公辦公營」到「公辦民營」

台灣醫院體系緣起於十七世紀初年的南「荷蘭醫院」及北「西班牙醫院」, 歷經清初的「養濟院」、「普濟堂」等類似今日社會醫療福利機構, 到一八八六年清末台灣巡撫劉銘傳於台北城設立「養病院」及「官醫局」聘西醫為軍民免費看診, 開啓台灣軍醫院及公立醫院的先河(江亮演, 1995; 莊永明, 1998; 陳永興, 1997)。隨後日人治台, 從一八九五年起, 普設公立醫院, 奠定日後的公立醫院基石, 並與當時全台的主要教會醫療系統⁴, 共築現代化醫療體系的基礎, 並進一步形成醫療網, 整合醫療區域內的公私立醫療機構, 並分為三級醫療體系⁵, 奠定當代衛生醫療體系的重要基礎。

二戰以後, 即西元一九四五年起, 原日本殖民時代的十二所府立醫院, 改隸為台灣省政府衛生處並均更名為台灣省立醫院, 一九四九年中華民國政府來台後, 為配合人口分佈及均衡醫療資源, 開始廣設公立醫院。在分類上, 依據醫療

³ 本文的完成非常感謝彰化秀傳醫院楊朝欽主任在二〇〇五年六月二日親自接受訪談, 同時在撰寫過程中數度不厭其煩接受電話訪問部分細節並提供資料。尤其楊主任曾親身參與台南市立醫院的公辦民營過程及爾後的經營, 他的豐富經歷, 對於本研究貢獻良多。

⁴ 當時全台的醫療體系, 在一八九八年之前, 幾乎就以西方傳教士為主體的北台灣加拿大籍的馬偕牧師 (Rev. George Leslie Mackay, D.D.) 創辦的「淡水馬偕醫院」、中台灣的英國基督教長老會蘭大衛醫師 (David Landsbouough, M.D.) 彰化基督教醫院及南部的英國基督教長老會 James L. Maxwell 醫師創建的「台南新樓醫院」等三大教會醫療體系為主體。

⁵ 當時的三級醫療體系分為「基層醫療」層級以公醫制度、診療所、警察醫(警察肩負一部份衛生行政)為主, 輔以保甲制度(社區及環境衛生); 其次是「住院醫療」層級, 包含全台十二所台灣總督府立醫院, 以及鐵路醫院、郵政醫院、共濟會醫院和民營教會醫院; 第三層級診療為「後送醫療」由當初台北帝大醫學部(現在台灣大學附屬醫院)及日本赤十字社台灣支部醫院組成(參閱蕭文、顏裕庭, 2000)。

法第三條：「本法所稱公立醫療機構，係指由政府機關，公營事業或公立學校所設立之醫療機構」。因此，公立醫院包括各級政府機關設立的醫院，例如屬於中央行政院的國防部管理之軍醫院系統、隸屬行政院退輔會的榮民醫院系統、行政院教育部的公立學校醫院（如台灣大學醫學院附設醫院、成功大學醫學院附設醫院、台北護理學院附設婦幼醫院等）、行政院所屬公營事業機構附設醫院（交通部郵政總局所屬的郵政醫院、中山科學研究院附設石園醫院）、行政院衛生署醫院（原台灣省立醫院系統）⁶、直轄市醫院系統（台北市及高雄市衛生局所屬醫療機構）、地方政府醫院體系（例如基隆市立醫院、台北縣立醫院、台北縣立慢性病防治院、台中市立復健醫院、台中市立老人醫療保健醫院、彰化縣立醫院、台南市立醫院、高雄縣立岡山醫院、高雄縣立鳳山醫院及金門縣立醫院、連江縣馬祖醫院等）。

前述這些公立醫療院所，在早期經濟不發達，民間醫療體系無法承擔興建及經營大型醫療院所的時代，公立醫院扮演起照顧低收入戶及填補偏遠地區醫療資源不足的角色。但隨著一九七〇年代大型私人醫療院所的加入，再加上全民健保的開辦，公立醫院面臨相當激烈的市場競爭。主要原因係公立醫院受限於法規制度的束縛，呈現經營績效不如民間醫療機構的現象，因此，政府提出公立醫院的改革方針，即是朝向醫療商業化及市場化的方向進行規劃。此一政策的轉換，也與一九九九年世界衛生組織提出的新普遍主義（The New Universalism）接軌，主張政府負責籌措健康服務的財務，但是由民間負責提供醫療保健的服務；也就是，強調政府不可能為所有的人提供所有服務的事實，同時主張市場的機制在有限而適當的範圍內充分發揮它的功能（詹啓賢，1999）。

就我國公立醫療機構的經營改革而言，要求公立醫院改為「公辦民營」的兩股勢力，其一、衛生署在二〇〇二年（九十一年）的施政計畫中表示，就長期而言，準備對一百三十家公立醫院包括國立、署立、縣立等醫院進行民營化，目的及效益是每年可以減少國家財政支出一千億元台幣；其二，就民間私立醫療院所的角度則是認為全民健保開辦後，醫療保險費用的給付不分公私立醫院都相同，政府不應繼續編列公務預算補助公立醫院，公立醫院應儘速改為公辦民營或民營化。以上兩點堪稱是公立醫療體系市場化的典型主張，政府的角色幾乎是被市場機制所取代。

除「公辦民營」的主張外，其他也有許多相當具有建設性的制度興革建議，例如各公立醫院與其他經營績效良好之醫療機構財團法人、醫學中心，採取「聯合經營」模式，在人力、物力、技術等層面，進行結盟與相互支援（許國敏，1993；白佳原等，2003），或者以「特殊公法人」透過自主經營的績效提升，達成民營化的目標（楊澤泉，1998；張淑真，2003）。

⁶在一九七〇年代之前，由於經濟發展剛處於萌芽階段，私人資本尚不足以投資建立大型醫院，政府為了照顧民眾的健康醫療，同時也要解決經濟弱勢區域的民眾醫療需求等因素，而廣設省立醫院（精省後改隸為署立醫院），並以地方政府轄域為規劃設計標準，一縣（市）至少設立一省立醫院為標準，全省二十一縣市共設立二十二所省立醫院，來提供民眾衛生醫療服務。

由以上可知，「公辦民營」及「民營化」一度是公立醫院經營改革的代名詞，但是二〇〇四年以後，公立醫院龍頭的署立醫院體系，卻對於長期以來的「公辦民營」施政重點，予以大幅度修正，改採以「行政績效管理」為核心的經營策略，融合聯合經營的優點，將署立醫院所屬公立醫院予以區域結盟方式，進行醫療資源的整合及相互支援，藉以降低經營成本，提升市場競爭力。無獨有偶，台北市自二〇〇五年起（高雄市則更早於二〇〇三年起成立市立聯合醫院），採取積極的行政合併模式成立台北市立聯合醫院，加上原有的萬芳醫院及關渡醫院已經成功委外經營，形成一種「公辦民營」與「行政績效經營」並存的混合制度。綜合以上有關署立醫院及台北市立聯合醫院的經營變革，對於公立醫院是否一定得採取「公辦民營」，產生相當重要的比較基礎，除有助於釐清「公辦民營」的條件外，對於公立醫院的經營模式選擇，也提供多元的途徑。

二、準市場機制對公立醫院「公辦民營」的影響

以英國為主包括歐陸部分國家的政府再造工作為例，認為傳統的行政監督不足以提升公共服務的績效時，可以選擇將原本由公部門供給的公共服務及公共財貨，搭配誘因條件，釋放給私部門承做，而僅保留約定的政府機關監督權，透過市場的競爭機制來提升公共服務的經濟效益。換言之，準市場（quasi-market）是一種介於政府控制及自由市場競爭之間的機制，由眾多獨立的財貨供應者在內在（internal）或準於市場（quasi-markets）的體系中彼此競合，並取代國家的供應角色，反倒讓國家成為唯一的購買者（purchaser）（Bartlett and Le Grand, 1993: 3）。

因此，準市場可以視為是一種制度安排（institutional arrangement），介於許多經濟單位間（economic units），採取合作及（或）競爭的機制選擇，而形成足以影響到法律內涵及財產產權的一種轉變（Davis and North, 1971: 7），也就是說它是介於「官僚體制」與「私有組織」兩種主體間的重疊與交互合作地帶。其本質並非要求政府放棄公權力，而是定位在將非屬政府本質職能以外之公共事務委外經營的機制，舉例來說國家安全秩序、法規提案及制訂、經濟獨佔事業或其他明顯不宜委託之事務等，都是政府本質上不得委外之公權力事項，所以在委外事項上，仍得仔細評估，例如美國公共契約法之內涵以凡非屬「政府之本質職能」，而得委託民間辦理者，除法律另有規定外，應經過「成本比較」（cost comparison）之程序，以決定是否委託民間辦理（湯德宗等，1993：354）。

由以上對於準市場機制的討論可知，舉凡健康醫療服務、國民住宅、教育、環境保育、公共運輸或其他公共服務等，均宜縮減公共財政支出，擴大私有組織的公共參與，由國家機關創造制度誘因，引入市場競爭機制，提供公共服務，讓國家及公民以交互合作方式⁷，共創最佳效率的公共服務。但是將前述包括福利

⁷例如新自由主義中的公共選擇理論（public choice theory）主張交易成本理論（transaction-cost theory）著重在政府之公共服務及財貨，必須先考量公、私部門間，何方所創造的效益較高，再決定係以公權力執行政策提供公共服務，或者透過契約委託外包，藉助市場機制的自由競爭特質提供更好的公共財貨與服務；再者，結合代理人理論（principal-agent theory）透過契約外包模式，

性的服務 (welfare services) 透過委外辦理的方式，也有一定的標準及門檻，例如（一）委外生產的結果，它的效率 (efficiency) 是否更好；（二）能不能夠回應 (responsiveness) 民眾的需求；（三）使用人或購買者對於福利服務的提供者，必須具有選擇 (choice)，才能促使供應者實現前述效率及回應性等兩項條件；（四）福利性的服務透過準市場機制提供時，必須顧及使用人（或購買人）能否受到公平對待 (equity) 等 (Bartlett and Le Grand, 1993: 14-19)。

換言之，追求市場機制或公私伙伴關係，並不表示政府只要扮演政策鬆綁的角色即為己足，更積極地說，政府機關應是在「監督」與「議價或協商」間擺盪，尋求公共事務管理的伯瑞圖最適，營造一種公私合作模式，讓彼此間的成本降至最低或「成本為零」，創造兩造 (double-sided) 的雙贏，並創造兩者間的最佳利益總和 (Miller, 1992)。所以準市場機制能否達成績效，還得從幾個明確的要件加以檢視。首先，市場結構 (market structure) 必須在眾多供應者及購買者兩造間形成競爭；其次，供應者及購買人都需要擁有接近真實且獨立的資訊 (information)，例如供應者主要是關心成本問題，購買者則在乎公平問題；第三，交易成本及不確定性 (transactions costs and uncertainty) 應保持在最小；第四，有關供應者及購買者的內在動機 (motivation) 方面，前者免不了有財務考量，後者則需思考使用人的利益，在準市場的系絡中 (context)，這兩者都會陷入一些特定的難處，就供應者方面，當中就有許多非營利組織的動機是摸不清楚的，而購買者方面，有時是站在第三者的角度來購買這些福利性的服務供給需求者使用，但這種美意是否符合使用者當事人的利益，往往又不一定被認同；最後一項被稱為「吸脂效應」 (cream-skimming)，也就是供給者或購買者皆無誘因去區別使用者之間，到底是認同他們哪一方 (Bartlett and Le Grand, 1993: 33-34)。綜合前述，英國及歐陸許多發展已久的社會福利國家，目前已經不再由國家生產提供前述相關的公共服務，而是透過準市場機制，改以購買者身份提供包括福利券、教育券等，供給民眾使用，讓他們自由選擇市場上的供給者。

彰化秀傳醫院在一九八七年接手台南市立醫院的「公辦民營」後，不僅首開風氣之先，也帶動許多公立醫院往委外經營的方向發展，例如台北市萬芳醫院 (胡秀媚，1999；魏道明，2000)、台北市立關渡醫院、台中市立復健醫院、台中市立老人醫療保健醫院、台南市立醫院、高雄縣立岡山醫院、高雄縣立鳳山醫院、高雄市立小港醫院 (王進東，1999)、高雄市立旗津醫院、台北郵政醫院等，均是探討準市場機制理論運用在公立醫院「公辦民營」時，足供佐證的好案例。歸結以上的討論，準市場機制係以新古典經濟學為根本，強調個體主義，以參與、互容 (inclusiveness) 及回應等作為最佳之管制設計 (Vincent-Jones, 1999: 313)，進而可以靈活運用契約之特質⁸，設定標準，創造誘因，鼓勵公民參與，同時也

將層級節制 (hierarchy) 的垂直公權力關係轉變成平行式契約委託關係，讓政府將非屬政府本質職能的業務委請私人辦理，政府僅站在監督的立場，控制服務品質，並藉此減少政府的規模，樽節人力及物力成本。

⁸英國學者文生瓊斯 (Vincent-Jones) 認為契約所提供之優點如下：

（一）將傳統官僚體制之計畫與採購程序開放成採購者及供應者分離的角色，可在組織及外在監督部門或一般大眾間開創較大課責的可能性。

可以課予責任及義務，進行監督管制，使契約獲得有效履行並提升公共服務品質，而公立醫院在面臨經營績效壓力下，透過契約委外，引進私部門的資源投入及參與經營，並課予必要的公共責任。

三、區域治理（regional governance）對公立醫院經營改革的影響

有關區域治理的概念，不同學術領域運用的角度不一，但卻是緊密扣緊民主與市場的本質。例如經濟合作發展組織（OECD）在二〇〇一年的白皮書中指出，各國政府改造策略應積極推動建立區域裡邊各政府部門間及地方政府間的合作伙伴關係，以利進行資源整合及策略結盟，發揮綜效（synergy）功能，提升治理能力。並藉由區域合作來提升產業發展的競爭力，所以包括眾多歐盟國家在內，應積極從不同的政府層級、跨國及跨區的層次，來增進彼此間的協力，共同解決區域內的失業、環境保護及經濟發展，讓彼此之間的各層級連結成具有地緣規模的伙伴關係（geographical scale of partnerships）（OECD, 2001: 30），而能夠在相似或同質的條件下，產生互補的社會、產業及公共服務結構，達成公共資源的分享與整合。

另外經濟地理學方面，認為制度變遷所形成的制度性空間（institutional space）理論的探討（楊友仁，2004），有助於瞭解對於區域經濟成長的發展軌跡，例如新制度主義的研究途徑（neo-institutionalism approach），即從跨域（cross-border）的區域發展與經濟產業群聚效果的觀察與研究中，發現將文化及社會要素鑲嵌於國家治理網絡中，可加快區域性經濟發展，發展出產業及社會的獨特條件，來填補市場與國家之間的一些鴻溝，提供更具彈性的動態治理機制。換言之，跳脫傳統的層級節制（hierarchy）思考，強調時空（spatial-temporal）變項，跨越公、私部門二元化的區分，建構包括中央政府、地方自治團體、民間私部門等在內的公私機制合作關係網絡，展現地緣治理（geo-governance）的區域經濟成長類型，例如日本為核心所形成的雁行理論及大中華經濟圈的地緣治理網絡途徑等，均是將經濟發展理論與區域主義結合的例子（Sum, 1997）。

而府際關係理論的發展上，為解決中央與地方或地方政府間的區域及事權劃分問題，也針對區域治理的理論概念，提出一些可行的制度設計，例如採中間機

-
- （二）顧客及訂約者的責任予以區別，有助於將組織中屬於較低層次之計畫及管理的功能的轉移（devolution），並結合更多之交易訊息（transaction information）及經濟訊號（economic signals）來對各種環境要件進行較佳之調適。
 - （三）契約之訂立，可增進股東或其代表人在計畫與傳遞程序的每一階段中，以專業化服務及契約透方式過監督（monitoring）、調整（adjustment）及問題解決等步驟，而擁有愈來愈多的參與機會。
 - （四）比起在直接之層級式法令規定模式，藉由競爭要件之介紹，準市場的契約問題其實隱含採購者、消費者及公民三者間，在經濟與效率議題上，可有更透明管道可資採取適用。
 - （五）最後，準市場之契約過程保有一種公共責任及管制的要件，而且無論服務之提供為何，或者誰負責服務之提供。契約可作為公務部門（public authority）以契約順服（contract compliance）完成合法目的之良好工具（Vincent-Jones, 1999: 324-325）。

關 (intermediary organization)⁹者，認為應就事務性質彈性劃分後，設立兼容事務及區域發展需求的合適組織或機制。只要它最能有效運用有限的國家資源，便可依其性質加以設立，並可彈性調整其歸屬。而這些組織或機制並非一定屬於中央或地方政府，也可介於兩者之間進行仲裁、協議與共同參與管理 (趙永茂，2002：114)。另府際管理 (Intergovernmental Management, IGM) 則反映出府際關係與新公共管理的結合 (江大樹，2006：35) 其他如日本的廣域行政¹⁰ (趙永茂、孫同文、江大樹，2001：301-302)；英國準政府組織 (QUANGOS) 或單一功能機構 (Special-purpose bodies) (李長晏、詹立煒，2004) 等，均可提供處理跨區域問題的參考。

以上各種不同區域治理途徑的關注焦點，大致集中在「地緣規模」、「合作伙伴關係」、「發展策略結盟的社會網絡關係」、「有限資源的最大利用綜效」、「以區域性政府或機關來解決上、下級政府間的事權劃分爭議」等幾個要項上，所以就跨域治理的理論，可以分爲「政策網絡理論 (policy network)」、「新管理體制 (new managerial regime)」及「協力關係 (collaboration)」等作爲分析焦點 (林水波、李長晏，2005：8-18)。反觀我國區域治理的實務運作，則幾乎聚焦在公部門行政管理面上，例如區域計畫法中對於擬定區域計畫之規定¹¹，即以都會區爲中心點，來進行區域性計畫；全民健保法則依醫療資源的功能爲標準，依地理區位劃分爲六大區塊¹²，推動健保行政事務；其他依政府職能劃分的跨區域政府間合作規範，則有大眾捷運法第四條、自來水法第二條、廢棄物清理法第七條、水利法第六條、第七條、第八條等，都明確規定由中央政府介入處理跨域性的公共事務爲主。另外平行政府間的區域治理機制，多數是透過地方政府間的行政協定，或行政院發布之「中央與地方政府協調會報作業要點」進行溝通協調。因此，若與國外在區域治理的實務及理論比較，顯然我國在這一領域仍有極大的努力空間。

綜合而言，區域治理的概念應指區域內各組織體尋求自我解決問題的機制或能力，旨在推動跨域合作事務，配合都會生活圈範圍，以便對於水資源、交通運輸、環境保護、公害防治、教育設施、河川整治、社會安全、休閒空間、居住品質等，建立都會化建設之整合架構，總體運作同步推動以增加服務效益 (葉俊榮，2004：19)。盱衡前述的目的與宗旨，政府管理未來應走向組織現代化，透過新的管理策略、定位、領導及資源重組，重視成果甚於流程與辦事程序，將編制預算當成決策過程、整合行政系統、樽節成本、績效測量與標竿學習、品質管理、

⁹ M.Grodzine and D. Elazard提出中間機關論，參閱Saffell, D.C., and Gillreth, T. 1981. (eds.) *Subnational Politics-Readings in State and Local Government*, California: Addison – Welsley Publishing Company.1-38.

¹⁰ 「廣域行政」大致分爲四類 (1) 將相關事權移至中央或上級地方自治團體，由其做通盤的處置，以方便設置功能性區域組織；(2) 設立國家派出機關於地方自治團體中，以整合相關業務與職能；(3) 促進中央與地方公共團體、或地方公共團體間的合力處理；(4) 促進行政區域的再重組或擴大。

¹¹ 區域計畫法第五條第二項規定：「以首都、直轄市、省會或省 (縣) 轄市爲中心，爲促進都市實質發展而劃定之地區」應擬定區域計畫。前述規範爲區域發展或區域治理提供一些法理上的基礎。

¹² 全民健保法之劃分區域爲台北、高屏、北區、中區、南區、東區等六大醫療區域。

彈性合作安排與配置（葉俊榮，2004：21）。因此，將區域治理的概念結我國公立醫院的不同改革模式，除有利於探討公、私部門合作的模式外，也提供空間給公部門審視實際的管理策略內涵，進行策略性管理的選擇，來發揮資源的最大效用，並提升公共服務的效率及品質，讓公部門能在因應外部激烈競爭及固守國家責任間，發展出多元的策略選項。

參、公立醫院經營改革的變遷及策略選擇

一、秀傳醫院參與「公辦民營」的經驗分析

彰化秀傳醫院自一九八七年七月六日與台南市政府簽約，接受委託經營台南市立醫院¹³，合約期間為九年十一個月，首開公立醫院「公辦民營」的模式，到一九九七年已進入第二個十年的合約經營階段。回顧台南市立醫院從一九七九年蘇南成市長任內設立，並於一九八二年完成外貌硬體工程後，建物荒廢多年，市府無力籌措龐大經費進行第二期工程，並進行醫院的營運，直到委由秀傳醫院採「公辦民營」接手經營為止，才算讓台南市立醫院找到歸屬與定位。

這段漫長期間，台南市議會多次以台南市立醫院為焦點進行質詢與建言，從一開始的「自營或送給退輔會設立南部分院」¹⁴、「台灣省政府接辦並取得全部產權」¹⁵、「市議會同意省府接辦，並附條件請省府同意將來台南市可收回自營」¹⁶、「交由省立台南醫院經營，作為其分院，財產移交省政府。」¹⁷。到了一九八

¹³ 「臺南市立醫院」的名稱首度出現是在西元一九七三年。當時臺南市衛生局局長陳俊傑先生，鑑於台南市醫療設施不足，因此擬定「臺南市平民醫院設置計劃」呈臺南市政府參考。同年九月，臺南市議會第八屆第二次臨時大會，由市議員歐鈴木提出第四號臨時動議案，建議設立臺南市立醫院，理由為當時台南市僅有省立台南醫院一所，床位共有二八一床，如果加上私立醫院診所共二三七家，其中有六十六家設有病床，共有病床八〇六張；臺南空軍醫院有床位一三〇張，陸軍八〇四醫院附設民眾診所所有床位六十五張，臺南市總共的病床數為一五五〇床，而當時臺南市的人口近五十萬，醫療資源顯然不足（蕭文、顏裕庭，2000：181）。

¹⁴ 一九八二年十一月，臺南市議會第十屆第二次定期大會，蘇南城市長任內，臺南市政府提案編號第十八號提議，市醫的建築由於經費籌措不易，短期內難以開辦，有新加坡等東南亞僑胞願意投資接續辦理。大會的決議為：①市醫以自營為原則；②如欲以民間投資方式經營，以公開招標為原則。同月，第二次定期大會總質詢，馬樹楷議員提議，市府投資兩億五千萬元完成市醫第一期工程，由於市府無力負擔以後的費用，行政院退輔會有意在南部設立一所分院，建議將市醫送給退輔會設立南部分院（蕭文、顏裕庭，2000：182-185）。

¹⁵ 一九八三年五月，臺南市議會第十屆第三次定期大會總質詢，蘇南城市長答覆林福氣議員，市醫若委託省政府經營，省政府要求取得市醫全部產權；又答覆楊明珠議員，打算將市立醫院委託省政府接辦。第四次定期大會施政報告，關於市立醫院，蘇南成市長提出幾個方案：第一個方案，由臺南市自己經營；第二個方案，在不影響市立醫院產權的情況下，由省政府出錢經營；第三個方案，交由財團經營；第四個方案，提供由社會財團法人經營（同頁下註九）。

¹⁶ 一九八五年十一月，台南市議會第八次定期大會決議：①市議會同意由省府接辦，但應依所付營運計劃切實執行後，產權始可移轉省府；②省府接辦後，需先保留病床三十張，收容低收入戶病患，並發給義診券；③將來本市有能力時，請省府同意由本市收回自營。臺灣省衛生處 75.3.31 以七五衛三字第 01535 號函答覆，省府暫不接辦（同頁下註九）。

¹⁷ 一九八五年十一月，第八次定期大會總質詢，臺南市政府第二號提議案，市立醫院交由省立臺南醫院經營；同時陳癸淼代理市長在施政報告時亦提出，市立醫院交由省立臺南醫院經營，作

六年更有提議作為「博物館」及「改為公辦民營的社福機構」的建議¹⁸，終於在同年台南市議會第一次臨時會後，台南市政府自評省政府若不接辦，台南市政府因市庫負擔沉重，不宜採取自營。因此，在一九八六年第三次臨時會時市府提案請示議會准予公開標售作為民營醫院，也獲台南市議會決議：「本會同意」¹⁹。惟在無法如期出售的情況下，台南市林文雄市長在當年的施政報告上首度提出「台南市立醫院委託營運計畫書」，並朝「公辦民營」的委託營運方式進行規劃。隔年，一九八七年六月台南市議會第十一屆第六次臨時會投票決議²⁰，通過台南市立醫院委託彰化秀傳紀念醫院經營，總算開啓公立醫院委外經營的歷史新頁。

秀傳醫院接辦十餘年期間內，台南市立醫院由荒蕪到逐漸成長，甚至在一九九七年第二次簽約時，由秀傳醫院採 BOT 模式闢建二期工程擴大營運，並成為區域教學醫院，病床數也由初期一百床到現在三百床以上的規模。而台南市立醫院的「公辦民營」模式所展現的績效，證實公立醫院委託私人醫院經營的可行性，也奠定公立醫院採行「公辦民營」經營模式的參考基礎。

然而，就秀傳醫院而言，台南市立醫院的委外經營案，完全是從無到有的過程，平心而論，秀傳醫院在當時確實相當有勇氣及創新開拓的精神，誠如受訪人楊主任所言：「秀傳醫院黃明和總裁當年是在立法院同僚林聯輝委員的接觸聯繫下，接辦這座地下室曾因下雨積水而變成魚池的硬體建物，而且因為座落台南市南緣的郊區²¹，各種主、客觀因素皆不被看好。但就民眾就醫需求的角度來看，該區域的醫療資源相對匱乏，也因為這一項因素，秀傳醫院黃明和總裁認為還是應從公共利益的角度，讓醫療資源落後地區民眾也能方便就醫為考量，來接辦台南市立醫院。因此，也就因緣際會的開啓首宗公立醫院委外經營的歷史紀錄。」

為省立臺南醫院的分院，財產須移交給省政府。第八次定期大會，臺南市政府一市提第二號決議案，將市立醫院交由省立臺南醫院經營；審查的結果是「原則同意」（同頁下註九）。

¹⁸ 一九八六年十一月台南市議會第十一屆定期大會總質詢時，市長林文雄答覆林福氣市議員，處理市立醫院可朝兩議案進行：「第一將硬體改為歷史博物館或藝文館，市府需補貼一億元以上經費充實硬體設備；第二議案為公辦民營，作為台南市仁愛之家自費安養院」（同頁下註九）。

¹⁹ 一九八六年臺南市議會第十一屆第一次臨時會決議案，吳振福議員提議，捐給成大醫院作為癌症綜合研究醫院；一九八六年六月，第二次臨時會決議案，蔣東明議員提案第三十四號，將市立醫院改為市立中醫醫院。在一九八六年八月，臺南市議會第十一屆第三次臨時會決議案，臺南市政府提案建議公開標售市立醫院作為民營醫院（同頁下註九）。

²⁰ 台南市林文雄市長在市議會第十一屆第三次定期大會施政報告時，提出擬定「本市市立醫院委託營運計畫書」並對外公開徵求受委託人。稍後在市議會第十一屆第五次臨時會時，臺南市政府提出市提第五號決議案，提議將台南市立醫院以「公辦民營」方式委託營運方式經營，並完成「本市市立醫院委託營運計畫書」；同年，由臺南市籍林聯輝立委接洽彰化市秀傳紀念醫院院長黃明和立委接辦。到了一九八七年六月，臺南市議會第十一屆第六次臨時大會，主席張坤明議長進行表決，以十四票對十二票通過臺南市立醫院委託經營案；第六次臨時大會一市提第四號決議案修正通過臺南市立醫院委託彰化秀傳紀念醫院經營（同頁下註九）。

²¹ 一九七八年，臺南市議會第九屆第二次定期大會總質詢時，蘇南成市長答覆張坤山議員，市政府編列三千萬元作為興建市立醫院第一期款項，原計劃以五千萬收回位於安平路的空軍醫院作為市立醫院院址，由於空軍醫院要求七千萬而作罷，市府乃決定自己興建，地點選在四期重劃區內，鄰近臺南縣仁德鄉與高雄縣湖內鄉交界處，土地約三千坪；在第九屆第七次定期大會蘇南成市長報告，市立醫院座落於四期重劃區竹篙厝段，佔地二點六公頃，為八層大樓設計，預計一千張床，建築面積為一二，四九八坪。

換言之，當時秀傳醫院面對諸多不確定性，同時也沒有精準的效益評估下，決定接手首宗「公辦民營」的公立醫院案。此一決策或許帶點偶然，但經歷多年的經營之後，秀傳的經驗，呈現出民間醫療機構的靈活經營的一面，尤其是能夠有效與其他台南市的公醫醫療機構進行市場區隔，紮下秀傳台南市立醫院現在的蓬勃發展基礎。

其次，受訪人楊主任也強調：「當時台南市立醫院進行委外經營時，僅是一座硬體建物，並無公務人力移撥或接管的問題，這也使得秀傳醫院評估是否接辦，變得比較單純可行的關鍵因素之一，也由於問題的單純化，讓秀傳醫院可專注於醫院經營的績效管理，有效降低營運成本並逐漸擴大市場規模。」

秀傳醫院十餘年來以台南市立醫院的「公辦民營」為範例，在累積相當寶貴經驗後，在二〇〇〇年二月二十三日，秀傳醫院又與高雄縣政府簽下高雄縣立岡山醫院的委外經營權，委辦契約以七年為期，秀傳醫院費時九個月將破舊之建物與醫療設備更新後才進行對外營運，現在已邁入第五個年頭時，績效也逐漸顯現。

在訪談過程中，受訪人楊主任也扼要說明秀傳醫院接手高雄縣立岡山醫院的過程，事實上，也是先將原有的公務及醫療人力移撥至縣衛生局及鄉鎮衛生所後，再將醫院營造物與醫療器材等委予秀傳醫院接辦。秀傳醫院則透過其靈活的醫院經營管理，如醫生合夥等策略，並與地緣接近的台南市立醫院形成區域結盟，建構醫療資源整合支援的醫療體系，來擴大秀傳醫院的「公辦民營」業務規模與提升醫療市場的競爭力²²。近年來更因國內大型醫院的崛起及激烈競爭，秀傳醫院為因應「公辦民營」的委外契約條件，在二〇〇五年成立彰濱醫院，成為財團法人，持續深耕其「公辦民營」的醫療業務。

綜合來說，台南市立醫院及高雄縣立岡山醫院的「公辦民營」模式，不僅解決公立醫院經營的困難，也豐富地方政府財政，達到開源的效果。其次，秀傳的經驗，也提供民間醫療機構參與公立醫院委外經營的幾項評估指標誘因，例如「精簡的公務人力成本」、「醫療市場的規模經濟」、「醫療資源的整合與支援」等。其次，秀傳醫院雖是以私人醫院參與公立醫院的委外經營，但是其在「公辦民營」的醫療產業發展上，並未躁進擴大經營規模，反而是採取漸進的策略，譬如秀傳醫院是先以「台南市立醫院」為基礎，強化醫院經營的市場競爭力與規模經濟後，再漸進尋找可行之標的，逐步擴大秀傳的經營版圖，例如在取得高雄縣立岡山醫院的公辦民營方面，就是秀傳醫院透過參與基層公立的醫療體系支援²³後，透過地緣及區域整合進一步發展形成的模式，這不僅擴大秀傳醫院在「公辦民營」醫

²²相同類似的模式，例如同一段時間內，另一所高雄縣立鳳山醫院則由財團法人長庚醫院取得委託經營權，其契約條件與秀傳岡山醫院相同，而長庚接辦的鳳山醫院與鄰近的財團法人高雄長庚醫院進行結盟與營運，形成更具堅實的醫療市場區域結合與市場規模經濟的競爭力。

²³高雄縣立岡山醫院委託秀傳醫院經營之前，該院醫療資源匱乏，為數甚多的醫療支援都由屬於區域教學醫院的秀傳台南市立醫院來支援及交流，這也是促成岡山醫院委託秀傳醫院經營的有利因素之一。類似個案，也與高雄縣立鳳山醫院委由長庚醫院辦理之前的醫療支援也是由高雄長庚醫院負責相同，這兩個個案極為類似，而且也是考量推動公立醫院委外成功值得重視的因素之一。

療產業上的規模經濟²⁴，也厚植本身在市場上的競爭力與永續性。

二、署立醫院之經營由委外轉變為區域治理

相對於前述秀傳醫院的「公辦民營」的案例，近幾年來，署立醫院也延續前台灣省政府衛生處時代的施政內容，積極推動署立醫院委外經營政策，例如在2001年衛生署的中期施政計畫中，衛生署預定以BOT方式興建署立台北縣雙和醫院案，粗估可節省四十三億元建築費用及爾後每年的經營費用九億元，落成之後可敷應台北縣中和市及永和市民眾之醫療保健需求；另依據「促進民間參與公共建設法」及「行政院衛生署促進民間參與經營所屬醫院暫行實施要點」推動「署立嘉義醫院公民合作經營計畫」；並計畫將一九九九年完工啓用之新營醫院北門分院以「營運—轉移」(Operate-Transfer, OT)全面委託民間醫院經營管理，預計節省每年之經營支出六千萬元等。

但是到了二〇〇四年，在行政院衛生署中程施政計畫中，署立醫院的經營規劃²⁵政策已經產生相當大的變化，例如原署立嘉義醫院的公民合作經營計畫因為參與甄選合作經營的對象放棄簽約權，衛生署決議停止推動該計畫案；其他如新營醫院北門分院的委外經營也因乏人問津而停止執行。盱衡前述種種困境，衛生署不得不進行不同的政策選擇，於是開始有將署立醫院朝「財團法人醫院」方向發展的提議，希望能擺脫文官體系的束縛，活化署立醫院在人事、預算上的彈性，來增強醫院經營的市場競爭力。而目前已經明確執行的部分，就是進一步將所有的署立醫院，區分為台北、北、中、南四區²⁶，進行區域治理的策略結盟及聯合經營管理型態的變革。

前述署立醫院經營管理制度的變遷，看似激進，但事實上是經過試辦及績效評估後，才轉化為具體的行動。早在二〇〇二年九月在行政院衛生署中部辦公室（原台灣省衛生處）的策劃下，以署立豐原醫院²⁷為旗艦，成立中區區域聯盟，將具有地緣關係且車程一小時內可達範圍內的六所署立醫療機構，盟員包括豐原醫院、台中醫院、彰化醫院、雲林醫院、南投醫院、草屯療養院等，以及將離島的澎湖醫院納入，橫跨台中縣、台中市、彰化縣、南投縣及跨海的澎湖縣等共計

²⁴ 有關地方公共事務委外的規模經濟 (scale of economics)，請參閱McGinnis (1999) „Ostrom et al. (1988)。

²⁵ 衛生署二〇〇四年的施政中對於署立醫院的經營上，採取多元化經營，包括「策略聯盟」、「多角化經營」、「合作經營」、「組織合併」、「財團法人化」、「新建醫院委託經營」、「新擴建醫院如雙和、何苞山等BOT模式」、「開放式經營模式」。

²⁶ 台北區以台北醫院為區域總院，結盟醫院有基隆醫院、宜蘭醫院、八里療養院、樂生療養院。北區以桃園醫院為總院，結盟醫院計有新竹醫院、竹東醫院、苗栗醫院、桃園療養院。中區以台中醫院為總院，但區域聯盟業務由豐原醫院辦理，結盟醫院共有豐原醫院、南投醫院、彰化醫院、草屯療養院、花蓮醫院（含豐濱分院）、玉里醫院、台東醫院（含成功分院）。南區則以嘉義醫院為總院，結盟醫院有朴子醫院、新營醫院（含北門分院）、台南醫院（含新化分院）、旗山醫院、屏東醫院、恆春分院、嘉南療養院、胸腔病院等。

²⁷ 署立豐原醫院從省府時代即是績效最佳的省立醫院，近年來更積極推動全面品質管理，獲得包括國家品質獎在內各種獎項。

七所醫療院所，共組成中部區域聯盟。這七家醫院，各科醫師總加有 245 位，工作人員 2287 人，病床則有 2447 床，規模大於一般醫學中心，加上中部地區最大的精神科醫院草屯療養院，區域聯營可以彼此互通有無，達到人、事、物整合（俞慧芸、林雅瓶等，2003）。

中區區域醫療聯盟成立一年以後，逐漸展現明顯績效²⁸，例如豐原醫院院長接受陽明大學傑出校友專訪時表示一年來台中醫院業績成長一倍；績效居全台署立醫院之冠的豐原醫院，也增加了三成業績；彰化醫院業績則增加三倍；連離島的澎湖醫院也成長了一成。因此，相較於聯盟成立之前，總體業績成長超過五成，而在節流方面，無論在資材管理支出、人事費用支出或衛材藥品等方面，也都較各院獨立招標時節省了四成²⁹。整體而言，署立醫院中區區域聯盟的績效表現，強化了以區域性結盟提升經營績效的可行性，也孕育署立醫院將全台區分為台北區、北區、中區及南區等四大區域聯盟的基礎，為署立醫院的經營方向展露新契機。

從以上資料的討論可知，台灣醫療體系在經歷一、二十年的市場競爭後，特別是一九九五年全民健保制度實施後，醫療給付政策由論件計酬改為總額支付制度，醫院看診量愈大，健保支付之費用反而稀釋，造成部分小型醫院或單一醫療院所面臨倒閉的危機。無論公、私立醫院都必須努力降低經營成本，因此興起一股醫療資源策略結盟風潮，以結盟合作來降低交易成本。這些趨勢迫使公立醫院不得不朝大型化的合作結盟及績效管理的取向來發展，因此除準市場機制的運用外，公立醫療機構的經營模式，也展現以「行政績效管理」為主軸，發展大型化的醫療產業結盟及合作的經營型態。

此外二〇〇三年發生 SARS 後，公共衛生醫療體系曾一度被批判過度受制於資本主義市場導向，政府輕忽公共衛生體系的投入，導致產生衛生服務的防疫漏洞（陳美霞，2003）。此一嚴厲批判，讓人不得不正視公立醫院的「公共性」，尤其公立醫院在衛生預防服務的角色中，主要是在降低公共健康風險，加上這一部分的衛生保健工作因為具備相當明顯的外部性（externality），可以劃由政府義務提供服務的純公共財。換言之，將公共衛生醫療事務全數交由市場機制來決定，並無法有效解決醫療保健服務所存在的許多不確定性，尤其醫、病雙方的不對稱資訊（asymmetric information），更令人對於市場失靈的可能性有所疑慮。

綜合而言，署立醫院的「公辦民營」政策之所以遭遇執行瓶頸，主要除公務人力移撥及權益保障問題外，另外尚可歸納出一個共同要件，即衛生署選擇釋執行「公辦民營」的醫院，是否擁有相當的規模經濟及市場誘因條件，足以吸引私人醫院及財團法人積極參與競標及經營。因此，改弦易轍後的區域治理型態，顯

²⁸ 雖然中區區域聯盟初期即展現成效，但根據國立雲林科技大學企業管理學系俞慧芸教授指導林雅瓶、薛軍文、鄭羽真、余佳青、劉欣怡等幾位學生，在二〇〇三年二月所進行的「署立醫院中區區域聯盟管控模式之研究」訪談資料指出，中區區域聯盟仍有以下幾個問題：「先有聯盟醫院，後有統合中心」、「聯盟醫院目標不一致」、「聯盟醫院資源不足或不同」、「人力資源問題」、「人力調派問題」、「組織缺乏效率」、「組織架構缺乏整合機制」等七項。

²⁹ 「盡己之力 為所當為」，參見<http://www.ym.edu.tw/alumni/great/b2.htm>

示把衛生醫療保健事務全部交由「市場」自己解決，在後 SARS 時代，已非公立醫院經營改革的唯一選項。所以，公、私部門如何透過合理的規範或制度設計，將醫療服務的經營變得更有效率，同時又要肩負公共責任，無疑是未來署立醫院經營的主要目標及挑戰。

三、台北市立聯合醫院的「合併」過程

相較於署立醫院採行區域聯營的模式，近年來公立醫院採取醫院整合或合併的例子中，最引人注目的有台北市政府在二〇〇五年一月一日合併十家醫療院所成立市立聯合醫院，但高雄市政府卻是更早在二〇〇三年一月一日將市立大同醫院及婦幼醫院合併整合為高雄市立聯合醫院（高雄市立旗津醫院、小港醫院兩家醫院則採委外經營方式）。其他還有台北縣政府則在二〇〇四年七月一日將台北縣立板橋醫院及三重醫院合併為台北縣立醫院。

台北市市立醫院的經營改革，採取統一指揮監督及資源整合的組織合併模式，進行市立醫院的經營改革，其整併工作從二〇〇三年七月展開，二〇〇四年七月七日經台北市議會第九屆第十次臨時大會第八次會議審議通過台北市聯合醫院組織規程，並在二〇〇五年一月一日起，將中興、仁愛、和平、婦幼、陽明、忠孝等六家綜合醫院（萬芳醫院及關渡醫院已委外經營），以及市立療養院、慢性病防治醫院、中醫醫院等三家專科醫院，加上市立性病防治所等十家醫療院所，透過行政整併成立台北市立聯合醫院，達到規模經濟的管理，降低營運成本，產生「節流」的效果；另外就現有醫療設備與人力資源加以整合後，以「一個聯合醫院，九個院區」的架構模式³⁰，達成提升醫療服務品質及營運績效的「開源」目的。

台北市立醫院的組織合併模式³¹，主要是因為朝成立單一的市立聯合醫院後，比較有利於統籌資訊整合，並訂定行政管理的標準作業規範。其次，則是引進成本效益評估的方法及精神，作為各醫療科、組未來經營績效的評鑑標準，作為醫療設備添置、人力資源甄補及獎勵金分配等的依據（台北市立聯合醫院網站，2006）。盱衡前述，可以明白台北市立聯合醫院是以「成本效益」的精神，進行組織重組、資源整合及規模龐大的人事精簡等，屬於積極的行政改革，而且因為各醫療院所均與社區緊密結合，應有利於提供民眾便利優良的醫療服務。因此，從效率的角度來看，台北市立聯合醫院打破以往各自為政的醫療管理問題，朝合併為大型化醫院發展，來統合各類人力及物力資源的規劃利用，對於都會區公立醫院的經營管理，提供了另一種值得深入觀察的比較基礎。

但從另一層面來看，台北市立聯合醫院從以往十家各自獨力運作的醫療院所，合併為具規模經濟的組織體，乃是將各種不同組織的文化間予以融合。因此產生合併結果是否能夠產生「綜效」的問題，如果無效，合併就毫無意義。尤其

³⁰ 台北市立聯合醫院，下設九個院區，組織規程上並設置醫療單位 14 部（內含 57 科 37 組）、行政單位 1 中心 5 室（內含 4 組、19 股），另設置人事、會計及政風 3 室。編制員額由原專任 4,947 人、兼任 409 人，修正為專任 809 人、兼任 126 人，總床位達到 4,827 床。

³¹ 組織合併的目的在於將功能重複性過多的單位或投資重複及過度的生產單位予以整併，將社會資源給予重新最佳化的機會。

合併前各市立醫院雖有各自為政，但因與社區緊密連結，各醫院均發展出各自的醫療特色與文化，而且責任歸屬明確（李祥銘、劉仲矩，2005）。因此，合併為單一的台北市立聯合醫院後，各分院原本肩負的不同醫療及公共衛生責任，也就失去責任分明的特色。換言之，合併後如果行政管理的磨合不足，導致又陷入保守及推卸責任的泥沼中，合併反而失去提升醫療市場競爭力及醫療服務品質的美意。

整體而言，台北市聯合醫院的成立過程，固然留下一些值得在制度設計及執行的後續觀察及發展³²，但公立醫院在必須兼顧醫療產業市場的競爭及提供社區民眾公平醫療服務的條件下，台北市立聯合醫院的成立，仍是值得肯定並持續觀察，當然前述提到有關合併的優、缺點及挑戰，也是改革過程中難以避免的問題，其後續發展還是值得成為其他不同類型公立醫院經營改革的參考及作為比較基礎。

肆、公立醫院經營改革模式的綜合分析

一、脫胎換骨的台南市立醫院與秀傳醫院的新挑戰

秀傳醫院參與台南市立醫院「公辦民營」的成功個案，堪稱是公立醫院委外經營模式的重要範例，尤其，從一九七九年到一九八七年間，台南市立醫院從設立到營運，歷經兩位市長的規劃及市議會長期的監督與政策辯論，才從市立醫院究應自營或中央接管的訴求中，跳脫出來展開委外經營的新論述，最後在一九八七年台南市議會第十一屆第六次臨時會時以「十四票對十二票」的些微差距，通過委託秀傳醫院經營的決議，在當時的時空環境下，這一決議的內涵相當特殊而且得之不易。

而近十餘年來陸續由私人醫院參與經營的個案，尚有台北市立萬芳醫院、高雄市小港醫院、高雄縣立岡山及鳳山醫院等，這些個案多少可看到秀傳經驗的身影，並成為寶貴的學習範本。前述這些公辦民營醫院擁有以下幾個共同特色，第一、都是位居人口稠密的都會或副都會地區；第二、都屬於地方政府經營的公立醫院；第三、這些地方政府經營的醫院，在「公辦民營」的過程中，關於公務人力移撥或接管的問題，相對較容易解決。

舉例來說，除前述兩個相同特色外，有關第三部分方面，像當年台南市立醫院只是一座閒置的硬體建物，尚未進入營運的狀態，但因在台南市政府無力持續辦理的情況下，才委託秀傳醫院接辦。至於高雄縣立岡山醫院的公辦民營，則因為縣立醫院本身的公務及醫師人力原本就有不足，亟需由秀傳辦理的台南市立醫

³² 台北市立聯合醫院在二〇〇五年一月一日掛牌後，不到兩個月計有 400 餘位醫護人員選擇退休及辭職，嚴重影響聯合醫院的醫療品質，也有八成員工認為市立聯合醫院無法增加市民就醫品質，四成認為品質不昇反降（戴安偉，2005）。

院支援，來填補醫療資源及人力不足的問題。所以，秀傳的兩個公辦民營個案，都沒有產生公務人力接收的問題，這對於私人醫院接手經營公立醫院的意願而言，呈現明顯正相關，也增加了「公辦民營」的可能性。

平心而言，在全民建保實施後，各公、私立醫療機構無不透過「結盟」、「合併」、「聯合經營」的型態，擴大其在醫療市場的規模經濟與競爭力，並降低經營成本，提升醫療資源的整合及經營效率。相對之下，由單一縣市的衛生官僚體系經營的公立醫院，其經營成本普遍偏高，除不符合規模經濟外，在競爭激烈的醫療市場中，往往必須仰賴公務預算支持，才能勉強生存，而且還只能擔當公共衛生防護體系的一環而已。

綜合前述的因素，確實造成地方政府在醫院經營上的財政壓力，但也正因如此，反而讓這些區位佳而且人口稠密區的地方級公立醫院，在公務醫療人力移撥相對較容易解決的情況下，明顯增加了「公辦民營」的可行性。但是從另一層面來看，「公辦民營」模式對於私立醫院而言，還是存在許多經營上的限制³³。然而秀傳醫院確能將準市場機制的優點發揮得淋漓盡致，甚至透過支援基層醫療體系的模式，取得高雄縣立岡山醫院的委外經營權，發展出由「小」而「大」逐漸形成規模經濟的模式，持續在「公辦民營」的醫療產業上擴張影響力。

目前公立醫院「公辦民營」的醫療產業大餅，競爭相當激烈，以秀傳醫院經營的台南市立醫院為例，其第二次公辦民營契約將在二〇〇七年五月期滿。換言之，新一期的公辦民營契約必須於二〇〇五年六月簽訂，但秀傳醫院的第三次公辦民營契約不僅遲未定案，反而傳出台南市政府有意開放經營權讓秀傳醫院和彰化基督教醫院競標，而且台南市長要求台南市衛生局針對現今秀傳醫療體系經營的台南市立醫院，與同層級醫院進行醫療量能分析，並表示若無能力確保民眾在醫療服務上享有最佳利益，就直接改為民營化，全面採取市場競爭機制，設定地上權，以最長五十年的存續期間讓經營者無須再擔心約期年限與投資報酬率的問題，全力提升醫療服務品質（郭美杏，2005a）。

對於秀傳醫院而言，長期以來對於台南市立醫院委外經營的努力及績效，豈有拱手讓人的道理，在二〇〇五年六月也向台南市政府表達希望參照台北市立萬芳醫院的模式，由專家學者組成團隊來評估績效，如果原經營團隊能達到標準，即能獲得優先續約權（郭美杏，2005b）。但是，台南市政府基於重新合理評估台南市立醫院委託案，因此決定委託專業機構研擬「台南市立醫院委託經營規劃計

³³ 受訪人表示對於私立醫療機構參與公立醫院「公辦民營」，仍有許多問題與限制有待克服，例如醫院屬於台南市政府及高雄縣政府，秀傳醫院仍須受其監督，徒增溝通協調上的成本；其次，就是委託期限太短，目前台南市立醫院進入第二個十年，秀傳醫院必須在二〇〇五年評估未來的經營方向，決定是否進行其他重大投資，而且對於醫護人員的未來生涯規劃等，都成為在2007年取得契約經營權時必須事先考量的因素，對於秀傳而言，為了維持醫療市場的競爭力，這些長短期計畫，就成為其「公辦民營」事業經營上的困擾。相同問題，也產生在委辦期限更短的岡山醫院（契約訂為七年），以秀傳岡山醫院而言，二〇〇〇年獲得委託經營權，但為了提升競爭力，秀傳醫院投入可觀資金，耗時九個月整修硬體建物及添購必要的醫療器材，轉眼間時序已進入二〇〇五年，秀傳醫院又必須規劃未來岡山醫院的經營計畫，並取得下一個七年委辦契約，無論是長期經營計畫或是投入資本回收等問題，對於民間醫療機構而言，仍是相當嚴酷的挑戰。

畫案」，但該案從二〇〇五年五月起經歷四次廢標，才在二〇〇五年八月，由財團法人成大研究發展基金會得標，進行全面性評估³⁴（郭美杏，2005c），並預計在二〇〇五年十二月底送交台南市政府進行審查³⁵。綜此，可知台南市立醫院往後所展現的營運績效及發展潛力，已非十餘年前乏人問津可以比擬。

由以上的發展可知，秀傳醫院對於台南市立醫院的繼續經營，展現相當積極態度³⁶。相對地，台南市政府也主動想要透過市場競標，提升醫療服務品質，以及獲得更優厚的回饋金³⁷。未來，可以預見在台南市政府要求公開招標下，有可能在國內各大醫院財團法人的競爭中，讓租金及權益金從目前的每年七百萬元起跳，往上訂定符合市場競爭的委託經營回饋金，豐富地方財政的挹注來源。

二、署立醫院及台北市立聯合醫院經營策略的轉換

相對於秀傳在縣、市公立醫院「公辦民營」的成功經驗，行政院衛生署署立醫院貴為台灣公立醫療體系的歷史繼承者，從台灣省政府時代，即高舉「企業家精神建設省政」³⁸的改革大旗，直到改隸為署立醫院後，「公辦民營」的施政方向，一直都是行政院衛生署的重要政策與施政方針。盱衡其之所以未能有成功的案例產生，主要原因除有公務人力不易消化及移撥的問題外，其他如署立嘉義醫院的「公民合營」案，雖位於嘉義市區，但卻面臨鄰近嘉義縣、市各大型私立及財團法人醫院相當激烈的競爭及挑戰。此案曾經甄選合格的三家申請者，但有意參與經營者，在經營成本的考量下，於二〇〇四年時均先後放棄簽約權。其他案例還有位於台南縣的署立台南醫院新化分院及新營醫院北門分院，這兩個分院都是以現有的硬體建物進行委外經營，且無公務人力移撥的問題，但經歷二次招商公告後，皆因無私立醫院及財團法人提出申請，而暫停執行。

從前述的發展結果中，可以發現擬採「公辦民營」模式的署立醫院分院，均因面臨強大的市場競爭或醫療市場規模經濟不足的問題，導致誘因機制不足，無法順利完成委外的招標程序。目前唯一可能的署立醫院「公辦民營」案，當以位於台北縣中和、永和一帶的「署立雙和醫院」莫屬。但是署立雙和醫院二十年來

³⁴ 依據台南市衛生局表示，市立醫院經營規劃計畫書，將包括基地使用現況與發展分析、市場供需分析、營運績效財務分析、租金與權益金成本效益分析、法律可行性分析、本業及附屬事業可行性分析，以及未來委託評估的綜合建議，同時擬定經營契約草案、招商文件等。

³⁵ 財團法人成大研究發展基金會於二〇〇五年十二月中旬已初步完成規劃草案，原預計年底前送交委員會審議，惟已向台南市政府要求展延二個月（郭美杏，2005d）。

³⁶ 秀傳台南醫院新任院長牟瑞聯強調，秀傳對於市醫院有非常高的續約意願，即使該案仍懸而未決，院方仍不惜斥資一百五十萬美金引進最先進的「電腦斷層CT六十四切」，展現永續經營的決心。（郭美杏，2005b）。據知該醫療器材，為台北新店慈濟醫院以外，全國第二部最新的診斷設備。

³⁷ 在一九八七年台南市立醫院還是燙手山芋，當年六月委由秀傳醫院經營時，九年期間前四年不收租金，第五年起每年收取六百萬元；第二期續約九年十一個月，每年收取七百萬元（中華日報社論，2005）。

³⁸ 參見一九九六年台灣省政府研究發展考核委員會執行之「省政建設的再造－以企業家精神建設省政」專案。

的發展過程³⁹中，可以說是風波不斷，從土地的提供、環境影響評估等，都幾乎使雙和醫院的興建嘎然停止，最後才在中央斥資二十三億四千餘萬元興建定案⁴⁰，並於二〇〇五年六月二日，正式動工。

坦白說，雙和醫院的委外經營，二〇〇三年底才由台北醫學院及其經營的台北市立萬芳醫院獲得甄選脫穎而出，也總算是在招商失敗多次之後拍版定案⁴¹，台北醫學院在二〇〇四年三月八日與衛生署完成簽約，預計二〇〇八年七月一日開始營運。尤其是獲得經營權的台北醫學院，在成功經營台北市立萬芳醫院的「公辦民營」後，已經累積豐富的公辦民營經驗，如果從地緣關係及更具市場競爭的規模經濟（scales of economics）考量，台北醫學院積極參與雙和醫院的委外經營案，可以說是為了擴大其「公辦民營」醫療產業規模經濟的重要步驟及策略。

對照前述秀傳台南市立醫院及高雄縣立醫院的公辦民營案，可以發現台北醫學院也是在成功經營「台北市立萬芳醫院」後，採漸進策略積極投入公立醫院「公辦民營」的醫療產業市場。未來署立台北縣雙和醫院將可以和台北醫學院、台北市立萬芳醫院等形成區域結盟及醫療資源整合，來降低醫療經營成本，朝形成「規模經濟」的目標努力。如此一來，不僅符合成本效益，也可提供台北縣雙和地區民眾高品質醫療服務的公共目的，當然以上推論仍然有待未來觀察及印證。

為因應前述署立醫院在「公辦民營」策略上的困境，衛生署從二〇〇四年以來，改採「行政績效管理」為核心的區域治理之管理型態，來因應醫療市場的競爭，目前區分為台北、北、中、南四區，進行區域性的「策略結盟」，每區擇一績效優良的醫院作為總院，其餘為結盟醫院，藉由資源共享、技術交流、聯合行銷等方式，提升營運效率並降低管理成本，捨棄以往全面性的醫院委外經營辦理政策，改採「部分業務委外」及「醫療資源整合及業務合作」為主。

而台北市政府在萬芳醫院及關渡醫院成功採取「公辦民營」後，從二〇〇五年起，將十家醫療任務不同的醫療院所整併合而為一，成立台北市立聯合醫院，形成「行政績效管理」為主「公辦民營」為輔的新經營型態。當然經歷一年的執行後，績效結果的比較基礎還不十分明顯，但從初期的 408 名員工離職（含醫師離職 18 名、護理人員離職 63 名、優退 134 名、183 名職工退休或離職），而引來許多批評。但台北市立聯合醫院高層主管認為前述的離職現象以約聘僱人員居多，應屬短暫現象，至遲二〇〇五年底聯合醫院一定會站穩腳步（廖千瑩，2005a，

³⁹ 雙和醫院興建之議起於原位於該區域內的三軍總院遷往內湖地區後，導致雙和地區醫療資源極為匱乏，因此中和市公所自七十四年即無償提供四號公墓作為雙和醫院用地（鄧岳江，2005），回顧這一段長達二十年的期間，橫跨台灣省政府時代的省立醫院到署立雙和醫院，不斷面臨土地取得因法令限制而爭議不斷；也經歷不符環境影響評估的難題；招商失敗；經費不足等。導致中央政府多次罷手。

⁴⁰ 雙和醫院在中央政府幾度幾乎罷手之際，雙和地區地方各界透過立院請命，並經行政院衛生署、台北縣政府及中華顧問公司召開十二次追蹤會議，中央才同意斥資二十三億四千餘萬元定案。未來共規劃一千三百四十八個病床及一百二十五床加護病房，完工後可嘉惠七十萬雙和地區民眾，還可擴及新店、板橋及土城民眾（鄧岳江，2005）。

⁴¹ 衛生署在投資意願低落的情況下，釋出三項利多，一、整地及土方移除均由縣政府（台北縣）辦理。二、廠商一旦與衛生署簽約後，市公所（中和）將隨即徵收並拓寬醫院預定地出入口。三、營運期由原來四十六年改為五十年（鄧岳江，2003）。

2005b)。總之，以台北市立聯合醫院這類規模龐大的合併案，其執行績效的良好與否自然會備受關注及批評⁴²，而目前最具體的績效，則是藥品採購節省支出達 7 億元（洪鳳鈞，2005）。因此，未來台北市立聯合醫院的經營改革成果，仍將受到各界重視及檢驗。

綜合以上署立醫院的區域結盟途徑及台北市立醫院的合併模式，兩者均由以往委外經營為主的思考，轉換到以區域醫療資源整併及交互支援的方向，進行組織間合作或組織合併的途徑，改採「行政績效管理」方式，來提升公立醫院的經營能力，同時肩負起公共醫療責任，以及社區與國民健康預防等公衛責任。

三、公立醫院多元化改革對於「新公共管理」的反省

綜合前述章節中的公立醫院經營變革過程，可以發現公立醫院為跳脫經營不善的泥沼，一度積極地以準市場機制作為改革經營績效不彰的策略選擇，但在實施全民健保制度以後，醫療產業卻是往「大型化」及「集團化」的方向發展。而且這一路發展下來的結果，卻形成「公辦民營」、「區域結盟」及「合併」多元制度並存的現象。有鑑於此，或許藉由將準市場機制運用在公立醫療服務改革的英國經驗，以及我國在健保制度與醫療評鑑制度影響下的公立醫院改革過程，來進一步討論其間的差異。

以英國國家健康服務制度（NHS）為例，在一九九〇年代之前的衛生醫療保健政策，採取以國家財政支持國民的醫療衛生保健支出，因此由公立醫療機構提供國民免費的醫療保健服務，但是龐大的財政支出迫使英國的衛生醫療保健政策進行重大變革，一九八九年保守黨政府上台後，以內在市場（internal market）的主要原則作為國家政策。隨後在一九九〇年國家衛生健康服務制度及社區照護法中（NHS and Community Care Act），引進準市場機制作為作為衛生健康服務制度（NHS）的健康醫療照顧（health care）改革策略，為日後的立法奠定基礎。而該制度以區域醫療機構作為大型購買者（macro-purchasers）（需方），以及有基金支持的一般科醫生（GP founders）作為小型購買者（micro-purchasers）（需方）；並以國家健康服務信託（NHS Trusts）作為供方（Ferlie, 1996: 58）。形成供、需雙方透過契約合同決定供、需雙方的權利義務關係，而醫院所能獲得的資金來源多寡，端視醫療服務效率是否提升，以及成本的控制是否得當，來決定未來或來年的契約合同及條件，也因而構成大型購買者及小型購買者之間的市場競爭，並依此來決定民眾能否得到優質及公平的醫療服務。英國 NHS 制度，健保費雖然仍由國家支付，但在準市場機制下，供需雙方分開，比較容易形成交易成本的有效控制。

⁴² 台北市議會民進黨團於二〇〇五年十月二十七日召開記者會強烈批評台北市立醫院整併後未能預期成為「社區型醫學中心」，也未建立「基地醫院模式」，病患嚴重流失，醫護人員也紛紛求去。而且在預算編列上估計醫療折讓率由二〇〇五年的 4.38%，大幅升至 18.33%，不免讓人質疑合併前高估折讓率是否有意掩飾其他財物虧損；另外二〇〇六年所編列的人事費用攀升至醫療收入的 80%，比台北署立醫院的 50% 還高，顯然整併並未降低人事成本；另外整併後護理人員及病房助理大量離職等問題（參閱俞慧蓮，2005）。

而且因為公立醫院可以擺脫衛生醫療公部門的直接監督，得到更大的自主經營權、財務獨立及結餘運用等，這些發展均與舊有的國家健康服務制度（NHS）有天壤之別，可以鼓勵其擴大醫療服務業務及經營績效。前述英國公醫制度的改革發展，顯示推動準市場機制運用在醫療體系改革的可行性。

我國的發展經驗上，若從「醫療制度」、「醫療體系的社會構造」及「健康與疾病的問題」等（林國明，2002：7）層面來看，這三者均會深刻影響一個國家對於醫療照護體系的設計及規劃，因為高度專業化的醫療組織，將會決定專業醫師或醫療工作者所提供的醫療服務內容，也提供需求者的選擇及判斷，而這種「供給與需求」關係都會與國家的管制形成密切的關連。換言之，公立醫院的經營改革，無論是「公辦民營」、「合併」及「區域結盟」的途徑，其深層的意涵是建立在醫療服務「供給」及「需求」間的依存網絡上。

而台灣醫療產業自一九九五年以來，因全民健保制度在醫療給付政策的改變，形成前述已提到的醫療產業往大型化或合作結盟的模式集中，若再加上自一九八八年以後的醫院評鑑制度的推波助瀾，將各型醫院分為醫學中心、區域醫院及地區醫院等三級，導致醫療產業的經營，逐步整合形成醫療產業市場的「中心、次中心、邊陲」三元位階結構（張笠雲、朱永昌，1994；張笠雲，1998）。因此，公、私立醫院的經營在醫院評鑑及健保醫療給付兩種制度的結合下，醫院經營必須順應市場機制，自然而然會朝大型化及策略結盟的趨勢來發展。換言之，如何透過區域間醫療機構的整併及合作，擴大醫院的經營層級及影響力，無疑是當前醫療產業的焦點，而公立醫院現階段的多元經營模式，事實上也是環繞在這一關注點上，形成一種醫院間的合作網絡關係，包括建教合作、聯合採購、聯合教育訓練、病患轉介、連鎖經營、儀器設備租賃、契約管理、學術研究等（陳端容，2002：120）。

換言之，前述朝大型化及結盟合作的趨勢，跟公立醫院的經營改革為何擺盪於「公辦民營」與「行政績效管理」兩種途徑之間，擺脫不了因果關係。而本文所分析的三種個案也都因為結合地緣的區域特性及前述醫療產業發展的合作關係網絡，形成現階段公立醫院經營改革的不同選擇，並保留住公立醫院與社區醫療服務的連結，兼容經濟效率及社會福祉的內涵。當然此一結果與英國的健康服務制度（NHS）的改革經驗比較，則呈現相當程度的差異，這對於準市場機制或新公共管理（NPM）的應用，產生許多有價值的比較基礎。尤其這套理論對於公共事務的革新及實踐，是否一映俱全，仍有相當值得討論的空間。

坦白地說，新公共管理的應用，旨在為不當的政府管制策略，所產生的政府失靈，以及因為自由放任主義下所形成的市場失靈，尋找可以成功縫補裂縫的機制。但是，類似新公共管理（NPM）這種源自西方英、美國家的經驗，均有其自身的條件及文化傳統，是否可以放諸四海皆準？學界也有持保留態度者，例如 Kaboolian（1998）在 *新公共管理：挑戰管理界域對行政之爭辯*（*The New Public Management : Challenging the Boundaries of the Management vs. Administration Debate*）一文中，以「老瓶新酒」的標題批評新公共管理的理論與實踐，換言之，

許多國家採取新公共管理的改革策略，但這些改革是否代表一種典範轉移（Paradigm Shift）？從英國或美國為主的政府改革經驗事例來看，顯然尚有值得進一步確證的地方⁴³。

就理論的內涵而言，新公共管理改革應由市場邏輯及治理邏輯（logic of markets and the logic of governance）兩者所指導（Kaboolian, 1998: 192）。對於公共管理者，除了外在之市場績效追逐外，屬於內在制度安排之政治系絡，也應予以連結，但是新公共管理的市場導向改革，卻是將「政治」視為如「經濟」一樣。簡而言之，新公共管理將公部門視同如私部門一般來運作，這樣一來，無可避免必須在經濟理論與政治理論的連結上，增加更具生產性的安排邏輯（the logic of productive arrangements）（Kaboolian, 1998: 192）。因此當我們將新公共管理運用到公共行政時，舉凡管理意識或技術，都應嘗試從市場機制、效率等優點上，來克服各種不同價值的競合，進行有效的治理連結。

持平而言，新公共管理旨在以市場導向來挑戰傳統大有為政府的行政理念，試圖為僵化之官僚體制挹注經濟、效率、效能等內涵。因此，在理論內容上應該無庸置疑，但誠如 Kaboolian 的提醒，全然以市場主義或管理主義掛帥，是否會忽略國家作為全民福祉創造者的角色地位，這種質疑應非無的放矢，值得理論界與實務界深入探討。再者，新公共管理到底只是口號還是可行之政策，我們從英國的執行經驗中，隱約可以發現柴契爾的續階計畫（Next Step），在外在形式上，確實給人有大刀闊斧的讚賞及感受。但事實上，英國在自由市場經濟的價值中，仍是以謹慎漸進的態度，逐步進行改革。因此，我國的行政改革在新自由主義的浪潮下，豈能不審慎因應，務實以對；而秀傳的經驗、署立醫院及台北市立醫院經營政策的轉換，恰可提供一組理論實踐後的對照比較。其結果顯示公、私部門在全民健保制度及醫療產業市場的競爭下，不得不考量如何提升經營績效、降低成本與擴大規模經濟等為指標，而朝區域整合、醫療資源互補共享的區域治理途徑來努力，這一趨勢也豐富了「公辦民營」或「行政績效管理」兩種途徑選擇的內涵。

伍、結論

綜合以上論點，本文認為準市場機制與區域治理之連結，對於公立醫院的經營改革影響，可以總結為以下幾點：

⁴³其中主要之爭點，在於績效掛帥下，新公共管理真能排除傳統行政上，不容忽略之政治或民主的內涵嗎？公務員或公共管理者，能免除在治理過程中，僅重績效及程序而已嗎？事實上，無論採取契約委外、或其他之策略，公共管理者實際的投入勢不可免，尤其一般市民公眾在他們有限的理性下，對於如何解決社會問題所需之資訊、技巧或是該注意那些技術及周延選擇等，相對於公共管理者而言，自然是相形失色。因此，Behn 稱之為公民失落（civic failure），而且他認為公共管理者有責任負起教導（educate）民眾做選擇，如此一來，公共管理者之政治課責（political accountability）相對重要，新公共管理還能免於「政治」？（Kaboolian, 1998:189-190）

一、民主化與市場機制孕育新公共管理的實踐可能性：

秀傳醫院參與台南市立醫院「公辦民營」的經驗，早在一九八七年解除戒嚴之前的威權主義時代，就展開漫長的發展及醞釀，當時經歷前後八年的討論及演進，才定位為「公辦民營」方式。換言之，台灣在由威權政體過渡到民主化的過程中，最先奠定地方自治基礎的地方政府，對於準市場機制或新公共管理的應用，已悄然進行，截至目前，推動「公辦民營」成功的公立醫院隨地方自治的蓬勃發展，幾乎全數集中在屬於地方政府層級的台北市、高雄市、台中市、台南市、高雄縣等。盱衡前述，台灣與英、美等民主自由國家的新公共管理理論及實務經驗比較，雖呈現不同的發展途徑（Tang, 2004），但民主化與市場機制的精髓才是實踐新公共管理的靈魂。

二、「公辦民營」模式並非公立醫院經營轉型的萬靈丹

秀傳的成功經驗，固然使得近十餘年來「公辦民營」模式一度成為公立醫院經營改革政策的主要選擇。但行政院署立醫院的經營改革案例中，除目前興建中的台北「雙和醫院」將由以台北醫學院為主體的台北市萬芳醫院接手「公辦民營」外，其餘所有署立醫院自二〇〇四年起均改採「行政績效管理」途徑，建構區域結盟、資源互補的聯合經營模式。換言之，署立醫院（含省立醫院時代）的經營變革已由以往激進的全面「公辦民營」模式轉換為漸進的多元模式，試圖找尋符合醫療市場自由競爭的適當條件，在兼顧「公共責任」角色的條件下，重新出發。而台北市政府在市議會同意下，自二〇〇五年起合併了除已採「公辦民營」的萬芳醫院及關渡醫院以外的十家醫療院所，成立台北市立聯合醫院，也足以說明公立醫院的經營改革，非只侷限在「公辦民營」的選項，尤其在全民健保制度下，醫院大型化的發展提供促成公立醫院採取「行政績效管理」的誘因，來擴大醫療組織及資源的整合，朝達成經濟效益及兼顧公共責任的目標努力。因此，嚴格地說，過去衛生醫療主管機關大張旗鼓搞「公辦民營」的政策演進，充其量應該只是裝得像市場機制而已（mimicking market-like mechanisms）（Ferlie, *et al.*, 1996: 57）。

三、區域治理的概念促成公立醫院改革的多元發展

秀傳的「公辦民營」經驗及發展，成功連結結合區域合作的經營方式，不僅將台南市以南及高雄縣北區等跨越行政轄域的區域，納入自己的醫療產業市場版圖，也擴大秀傳醫院在南台灣區域醫療產業市場的規模經濟⁴⁴，自然地形成私立

⁴⁴高雄縣北區即岡山地區包括岡山鎮、橋頭鄉、燕巢鄉、田寮鄉、阿蓮鄉、路竹鄉、湖內鄉、茄定鄉、永安鄉、彌陀鄉、梓官鄉等地，至二〇〇四年一月三十一日止人口數計有 393,935 人。台南縣新豐區包括仁德鄉、歸仁鄉、關廟鄉、龍崎鄉、永康市等人口數也有 375,847 人。台南市南區也有 132,345 人，如果將台南市總人口數 749,628 人一併計入，事實上，秀傳醫院的「公辦民營」事業版圖，呈現百萬人口的醫療市場，且是跨區域性的體系，這又印證「公辦民營」的重要規模經濟因素。相同的個案如高雄縣立鳳山醫院委由長庚醫院經營，以鳳山地區包括鳳山市、大寮鄉、大樹鄉、林園鄉、仁武鄉、大社鄉、鳥松鄉等，人口數高達 693,538 人，如果計入高雄市的接壤行政區人口數，高雄縣立鳳山醫院與高雄長庚醫院的區域結盟也擁有超過一百萬人口的醫療市場，當然也具有相當的規模經濟。以此類推，其他北部都會的公辦民營成功個案，其實明顯存在相似的條件。

醫院參與「公辦民營」醫院經營的區域治理型態。而其他相類似的個案，尚有高雄醫學院附屬醫院及其參與委外經營的高雄市立小港醫院形成的區域醫療網；高雄長庚醫院與其參與經營的高雄縣立鳳山醫院後成為高雄市、縣南區及屏北一帶的區域醫療中心；而台北醫學院附屬醫院參與經營的台北市立萬芳醫院暨未來的署立台北縣雙和醫院等，也朝類似的發展逐漸成形中。換言之，準市場機制與區域治理連結，不僅活化地方醫療資源的經濟效益，創造公私協力的綜效，也提供民眾獲得醫療服務的公平性，更可貴的地方是，這一模式讓岌岌可危的縣、市立醫院得到永續經營的機會，也保留住地方公立醫院提供基層社區民眾的醫療服務供給，堪稱是經濟面與社會面兼顧的最佳結果。

而署立醫院的「公辦民營」策略，是在走不通的情況下，重新修正改以區域結盟的「行政績效管理」途徑出發，為署立醫院的經營模式，尋找可行的出路。另台北市則採積極合併為單一聯合醫院的經營模式，以及搭配原已公辦民營的兩家醫院，形成「公辦民營」及「行政績效管理」並存的類型。所以，目前台灣公立醫院的經營管理型態，同時呈現出區域治理為主軸的「行政績效管理」模式及委外經營的「公辦民營」模式，兩者雖皆以提升經營績效為中心，但也都肩負程度不同的公共衛生及醫療責任，成為後 SARS 時代台灣公立醫療體系經營的新圖像。

四、擺盪於激進改革與漸進主義之間

秀傳醫院在「公辦民營」的醫療業務方面，循著漸進累積的軌跡，在穩健中循序發展，逐步擴大此一產業的規模經濟及經營績效，形成良好的公私協力綜效；而署立醫院則在窮則變變則通下，改以區域結盟及資源整合分享等方式，擎起「行政績效」的大旗，投入醫療市場的競爭；另台北市採「行政績效管理」為主及「公辦民營」為輔的模式，以積極的行政管理，進行市立醫院的經營管理。所以三者的發展脈絡，事實上是擺盪在「激進」與「舒緩調整」(muddling through)的交互網絡中，說明了準市場機制或新公共管理理論在實務發展上的成功可能性與限制。

參考書目

王東進

- 1999 市立醫院未來轉型方向之研究：小港醫院公辦民營個案分析，中山大學政治學研究所碩士論文。

中華日報社論

- 2005 「台南市醫競標應周全綢繆」，*中華日報* (5.22)。http://www.cdns.com.tw
白佳原、王銘雄、張鈞萍

- 2003 公立醫院民營化之策略研究，*產業論壇*，第 5 卷第 1 期，
http://www.itis.org.tw/forum/content5/02if281.htm。

李任初

- 1992 **新自由主義——宏觀經濟的蛻變**，台北：台灣商務印書館。
- 李長晏、詹立煒
- 2004 「跨域治理的理論與策略途徑之初探」，**中國地方自治**，第 655 期，頁 4-31。
- 李祥銘、劉仲矩
- 2005 「以制度理論分析台北市市立聯合醫院的爭議」，**第七屆永續發展管理研討會論文集：知識、創新、競爭力**，屏東：屏東科技大學。
- 江大樹
- 2006 **邁向地方治理－議題、理論與實務**，台北：元照出版有限公司。
- 江亮演
- 1995 「清代台灣的社會救助機構之措施」，**空中大學社會科學學報**，第 3 期，頁 181-198。
- 何信全
- 1992 「海耶克與現代自由主義」，收錄於石元康等合著，**當代政治思潮**，台北：財團法人民主文教基金會。
- 林水波、李長晏
- 2005 **跨域治理**，台北：五南圖書出版股份有限公司。
- 林國明
- 2002 「朝向醫療社會學創造性的對話與整合：『醫療與社會』專題導論」，**台灣社會學**，第 3 期，頁 1-9。
- 洪鳳鈞
- 2005 「整併週年北市聯醫慶生」，**中華日報**，醫藥版(12.31)。 www.cdns.com.tw
- 俞慧芸、林雅瓶、薛軍文、鄭羽真、余佳青、劉欣怡
- 2003 「署立醫院中區區域聯盟控管模式之研究」，雲林：國立雲林科技大學企業管理學系研究報告。
- 俞慧蓮
- 2005 「民進黨團質疑台北市立醫院整併未達預期目標」，**中華日報**，地方綜合版（10.28）。 www.cdns.com.tw
- 徐永年
- 2004 「盡己之力 為所當為」，<http://www.ym.edu.tw/alumni/great/b2.htm>。
- 胡秀媚
- 1999 **公立醫院民營化過程之探討：以台北市市立萬芳醫院為例**，東吳大學政治系碩士論文。
- 許國敏
- 1993 「公立醫院營運與管理」，**醫院**，第 26 卷第 6 期，頁 318-320。
- 莊永明
- 1998 **台灣醫療史**，台北：遠流出版社。
- 陳美霞

- 2003 「公衛體系廢功 如何防煞」，**中國時報**，時論廣場（5.11）。
- 陳永興
- 1995 **台灣醫療發展史**，台北：月旦出版社。
- 陳端容
- 1995 「台灣醫療產業的組織合作：不對等合作關係運作機制之探討」，**台灣社會學**，第3期，頁119-162。
- 翁興利、陳愛娥、陳永愉
- 2002 「推動公共服務委外之現況與展望」，**研考雙月刊**，第26卷第5期，頁69-80。
- 葉俊榮
- 2004 「政府再造與區域治理」，**研考雙月刊**，第28卷第5期，頁13-24。
- 湯德宗、簡資修、洪家殷、曾錦源
- 1993 **美國公共契約法制之研究－我國政府採購及委辦制度興革建議**，台北：行政院研究發展考核委員會編印。
- 郭美杏
- 2005a 「市長：若衛生局無法確保民眾醫療服務的最佳利益，市醫及改由民營化經營」，**中華日報**，南市新聞版（6.22）。www.cdns.com.tw
- 郭美杏
- 2005b 「續約未定案，市醫人心惶惶」，**中華日報**，南市新聞版（6.1）。www.cdns.com.tw
- 郭美杏
- 2005c 「市醫委外規劃完成招標」，**中華日報**，南市新聞版（8.12）。www.cdns.com.tw
- 郭美杏
- 2005d 「成大研究發展基金會承辦『南市立醫院委託經營規劃計畫案』初步草案出爐」，**中華日報**，台南地區版（12.15）。www.cdns.com.tw
- 張笠雲、朱永昌
- 1994 「組織場域的浮現：台灣醫療產業的研究（一）」，**中央研究院民族學研究所集刊**，第77期，頁157-192。
- 張笠雲
- 1998 **醫療與社會**。台北：遠流出版社。
- 張淑真
- 2003 **我國公立醫院行政法人化之研究**，台灣大學政治學研究所碩士論文。
- 張鈞萍
- 2000 **公立醫院民營化之研究：以行政院衛生署所屬醫院為對象**，東海大學公共行政研究所碩士論文。
- 張玉山
- 1999 **台灣省立醫院改制成立公設財團法人或其他經營形式之探討**，南投：

台灣省經建及研究考核委員會。

楊友仁

- 2004 「經濟地理學的制度轉向：一個理論性回顧與研究取向的建議」，**國立台灣大學建築與城鄉研究學報**，第 12 期，頁 69-80。

趙永茂

- 2002 **中央與地方權限劃分的理論與實際：兼論台灣地方政府的變革方向**，台北：翰蘆圖書出版有限公司。

趙永茂、孫同文、江大樹

- 2001 **府際關係**，台北：元照出版公司。

詹啓賢

- 1999 「二十一世紀醫療政策和走向」，**生活資訊**，第 17 期。
<http://www.cgmh.org.tw/intr2/c3100/pub/17life.htm>

詹中原

- 1999 **新公共管理**，台北：五南圖書出版公司。

詹中原

- 2003 **新公共政策**，台北：華泰文化事業公司。

楊澤泉

- 1995 「公立醫院組織再造之探討」，**研考雙月刊**，第 22 卷第 3 期，頁 66-73。

廖千瑩

- 2005a 「聯合醫院運作迄今，走了 408 人」，**中華日報**，保健版（3.14）。
www.cdns.com.tw

廖千瑩

- 2005b 「市醫及衛生局長的回應」，**中華日報**，保健版（3.14）。
www.cdns.com.tw

鄧岳江

- 2003 「署立雙和醫院興建案萬芳醫院雀屏中選」，**中華日報**，地方綜合版（12.12）。www.cdns.com.tw

鄧岳江

- 2005 「署立雙和醫院正式動工」，**中華日報**，地方綜合版（6.3）。
www.cdns.com.tw

戴安偉

- 2005 「北市醫院爆發離職潮」，**聯合晚報**，第一版（3.13）。

盧瑞芬、謝啓瑞

- 2000 **醫療經濟學**，台北：學富文化事業有限公司。

魏道明

- 2000 **公私部門協力關係之研究：以台北市立萬芳醫院為例**，中正大學政治學系碩士論文。

蕭文、顏裕庭

- 2000 演進中的台灣醫院經營型態：從「公辦」醫院、「民營」醫院到「公辦民營」醫院，台南：世峰出版社。
- 行政院衛生署編
- 2003 衛生署中程施政計畫，<http://www.doh.gov.tw>。
- 台灣省政府衛生處編
- 1995 省立醫院公辦民營可行性初步評估報告（草案），南投：台灣省政府衛生處。
- 台灣省政府研究發展考核委員會編
- 1996 省政建設的再造－以企業家精神建設省政專案，南投：台灣省政府研究發展考核委員會。
- 台北市立聯合醫院
- 2006 <Http://www.tpech.gov.tw/>
- 高雄縣政府衛生局
- 2005 醫療服務網。<http://www.khshb.gov.tw/inform.htm>
- 台南縣政府衛生局
- 2005 台南縣醫療資源分佈表。<http://www.tnshb.gov.tw/>
- 台南市政府衛生局
- 2005 台南市暨各區人口數、出生、死亡與自然增加情況。
<http://www.tnchb.gov.tw/>
- Bartlett, W. and Julian Le Grand
- 1993 ‘The Theory of Quasi-Markets’ in Julian Le Grand and Will Bartlett (eds.) , ***Quasi-Markets and Social Policy***, pp.13-34. London: The Macmillan Press Ltd.
- Bartlett, W., Jennifer A. Roberts and Julian Le Grand
- 1998 ***A Revolution in Social Policy: Quasi-market reforms in the 1990s***. British, Bristol: University of Bristol.
- Davis, L. E. and North, D. C.
- 1971 ***Institutional Change and American Economic Growth***, Cambridge: Cambridge University Press.
- Ferlie, E., Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald and Andrew Pettigrew
- 1996 ***The New Public Management in Action***. British, Oxford: Oxford University Press.
- France, G..
- 1998 ”Healthcare quasi-markets in a decentralized system of government” in Will Bartlett, Jennifer A. Robert and Julian Le Grand (eds.) , ***A Revolution in Social Policy: Quasi-market reforms in 1990s***, pp. 155-173. UK: University of Bristol.
- Hayek, F. A.
- 1960 ***The Constitution of Liberty***, London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

- Hughes, O. E.
 2000 ***Public Administration and Management***, London: Macmillan Press Ltd.
- Jerneck, M.
 1999 "Nordic Politics Viewed in a Changing Territorial Perspective" in Janerik Gidlund and Magnus Jerneck (eds.) , ***Local and Regional Governance in Europe: Evidence from Nordic Regions***, pp. 11-33. UK: Edward Elgar.
- Kaboolian, L.
 1998 "The New Public Management: Challenging the Boundaries of the Management vs. Administration Debate" ***Public Administration Review***, 58(3): 189-193.
- Lindblom, C. E.
 1959 "The Science of 'Muddling Through'" ***Public Administration Review***, 19(2): 79-88.
- Moe, Terry M.
 1984 "The New Economics of Organization" ***American Journal of Political Science***, 28(4): 739-777.
- Ostrom, Vincent, Robert Bish and Elinor Ostrom.
 1988 ***Local Government in the United States***. San Francisco, California: ICS Press.
- OECD.
 2001 ***Local Partnerships for Better Governance***. Paris: OECD.
- McGinnis, Michael D.
 1999 ***Polycentricity and Local Public Economies***. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Press.
- Savas, E. S.
 2000 ***Privatization and Public-Private Partnerships***. New York: Seven Bridges Press.
- Scott, Colin
 2001 "Analysing Regulatory Space: Fragmented Resources and Institutional Design" ***Public Law***, (Summer): 329-353.
- Sum, Ngai-Ling
 1997 "'Time-space embeddedness' and 'geo-governance' of cross-border regional modes of growth: their nature and dynamics in East Asian cases" in Ash Amin and Jerzy Hausner (eds.) , ***Beyond Market and Hierarchy: Interactive Governance and Social Complexity***, pp. 159-195. UK: Edward Elgar.

Tang, Ching-Ping

- 2004 "When New Public Management Runs into Democratization: Taiwan's Public Administration in Transtion" *Issues & Studies*, 40(3/4): 59-100.

Vincent-Jones, P.

- 1999 "The Regulation of Contractualisation in Quasi-markets for Public Services" *Public Law*, (Summer): 304-327