

台灣醫療產業結構與發展趨勢

黃雅琳、孫智麗

一、前言

相對於醫療產業在人民福祉所扮演之角色，國內經濟學界關於醫療產業的討論與研究與其他產業相較顯得不足。但隨著人口老化與科技不斷進步，醫療服務市場涵蓋的領域日漸擴大，包括了各種醫療相關產業，像是傳統的醫院產業、製藥產業、以及新興的生技產業等等。若將醫療保健總費用視為醫療產業的產值（主要營收來源），則 2003 年我國的醫療產值達 6,172 億元，佔 GDP 的 6.26%。其中又以醫院產值的 2,464 億元為最大，約佔醫療總產值的四成，由此可見醫院產業在醫療市場的重要性（見表 1）。

表 1 國民醫療保健經費配置（單位：百萬元）

	89 年		90 年		91 年		92 年	
	費用	百分比	費用	百分比	費用	百分比	費用	百分比
總計	525,190	100.00%	561,049	100.00%	588,132	100.00%	617,274	100.00%
(1)一般行政	13,968	2.66%	16,503	2.94%	16,198	2.75%	14,975	2.43%
(2)公共衛生	18,482	3.52%	19,759	3.52%	20,732	3.53%	21,437	3.47%
(3)個人醫療	465,656	88.66%	494,972	88.22%	523,749	89.05%	549,237	88.98%
醫院	213,854	40.72%	224,602	40.21%	243,832	41.46%	246,410	39.92%
診所	164,521	31.33%	178,477	31.81%	180,505	30.69%	188,017	30.46%
其他專業機構	21,261	4.05%	24,913	4.44%	28,093	4.78%	31,923	5.17%
醫藥用品支出	51,410	9.79%	51,013	9.09%	55,658	9.46%	66,259	10.73%
醫療用具設備及器材	14,610	2.78%	14,967	2.67%	15,661	2.66%	16,628	2.69%
(4)資本形成	27,083	5.16%	29,814	5.31%	27,452	4.67%	31,626	5.12%

資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>，國民醫療保健支出 2003 年統計。

醫療產業與其他產業相較，有許多差異性。除了醫療行為本身所具有的不確定性風險、醫師病人間的資訊不對稱外，而保險的介入、政府政策的干預、以及長期以來醫療供給者被定位為非營利廠商等特點，也令欲以一般產業經濟理論來分析醫療市場產生困難。尤自民國八十四年開辦全民健康保險以來，台灣醫療產業發生了重大改變。台大公衛學院的江東亮教授便指出幾點特色：一是醫療供給規模急遽成長以及醫院大型化，使個別醫院面臨更多生存競爭壓力；其次是資源配置仍以規範為主；第三是醫院經營成本持續提高；第四則是健保支付方式的不斷變革，嚴重的影響醫院經營行為。尤其是近兩

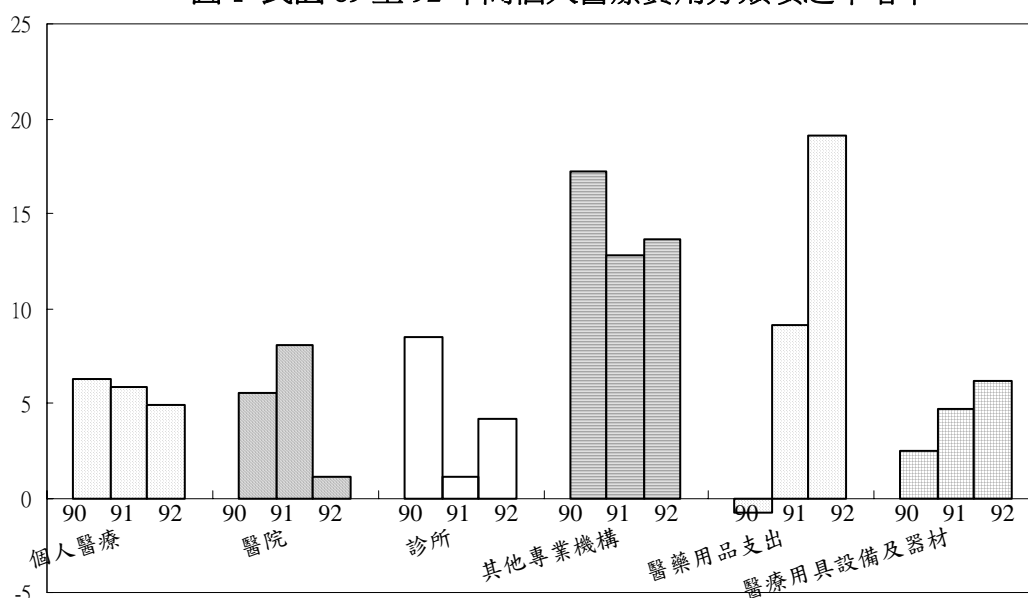
年總額制度實施後，各家醫療院所在浮動支付點值的龐大壓力下，衝量歇業的新聞頻傳，不禁要令人懷疑，健保局的財務機制能否負擔持續成長的醫療費用？而醫院經營的前景又何在？本文目的主要以官方資料做系統性回顧，嘗試回答上述問題。

二、市場規模

洪維河的研究(2001)分析台灣住診市場指出，市場規模與市場技術效率有密切相關。換句話說，規模越大的市場，其效率越高，其原因可能在於市場規模越大，其住診資源總數及醫院層級便越高，且更重要的是，高層級醫院提供較高等且產量較大的住診服務，加上目前的健保支付制度與醫院評鑑掛勾，是以醫院產業的發展不斷朝大型化發展。

從表 1 國民醫療保健經費不斷成長來看，雖然全民健保支付制度限制了醫院的經營方式，但是近二、三十年來，台灣醫院產業仍呈現蓬勃發展的趨勢。圖 1 代表在國民醫療保健支出中，個人醫療費用及其分類細項的年增率。除了醫藥用品支出在 90 年度為負成長以外，其餘皆為正向的年增率，唯其增加幅度各異。

圖 1 民國 89 至 92 年間個人醫療費用分類項之年增率



資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>，國民醫療保健支出 2003 年統計。

而由表 2 的統計資料亦可發現，就醫院家數而言，在 1971 年至 1988 年間，全台的醫院數由 272 家增加為 913 家。到了 2003 年則減為 594 家。雖然醫院家數減少，但是醫院病床數卻仍然持續大幅成長，至 2003 年時達全國的醫院病床數達 13.6 萬多張，為

1971 年時病床數的 3.7 倍。若將人口成長因素納入考量，則每千人口病床數由 1971 年的 1.6 張，增至 2003 年的 6.0 張，同樣也增加了 3.75 倍（衛生署 1971; 2003）。此外，各家醫院規模也不斷逐年擴大，平均每家醫院病床數由 1971 年時的 80 張，至 2003 年擴大為 230 張，在三十年間成長將近三倍多。整體而言，醫療市場的規模呈現擴張的趨勢。

表 2 臺灣地區歷年醫院家數與病床數歷年趨勢

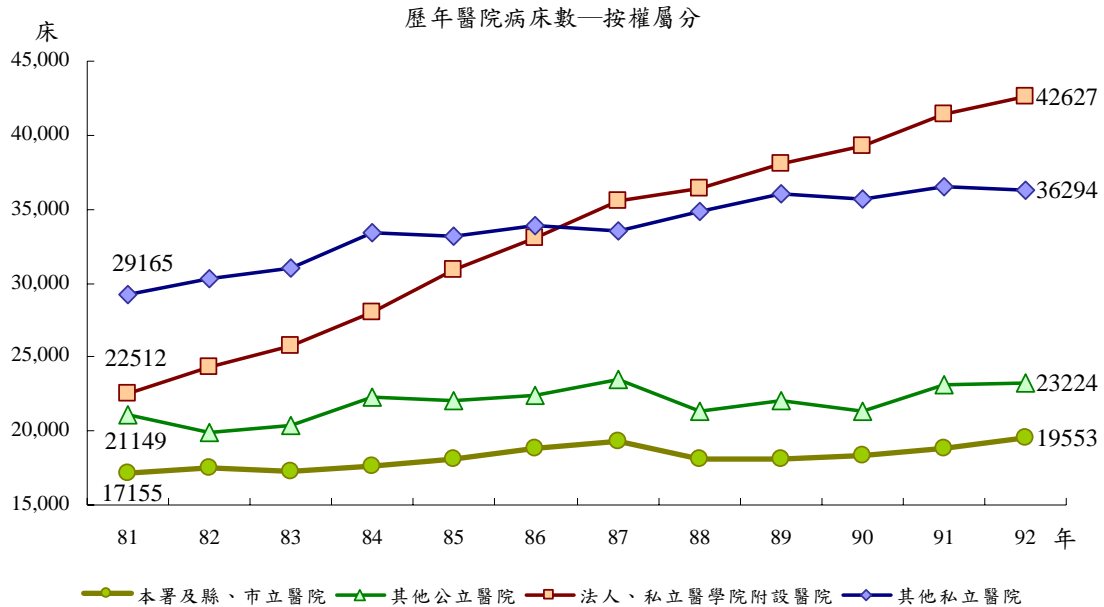
	醫院家數	醫院病床數	平均每家醫院病 床數	平均每千人病 床數
85 年	773	114,923	149	5.34
86 年	750	121,483	162	5.59
87 年	719	124,564	173	5.68
88 年	700	122,937	176	5.56
89 年	669	126,476	189	5.68
90 年	637	127,676	200	5.70
91 年	610	133,398	219	5.92
92 年	594	136,331	230	6.03

資料來源：民國 92 年醫療機構現況及醫療服務量統計摘要，衛生統計資訊網

<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

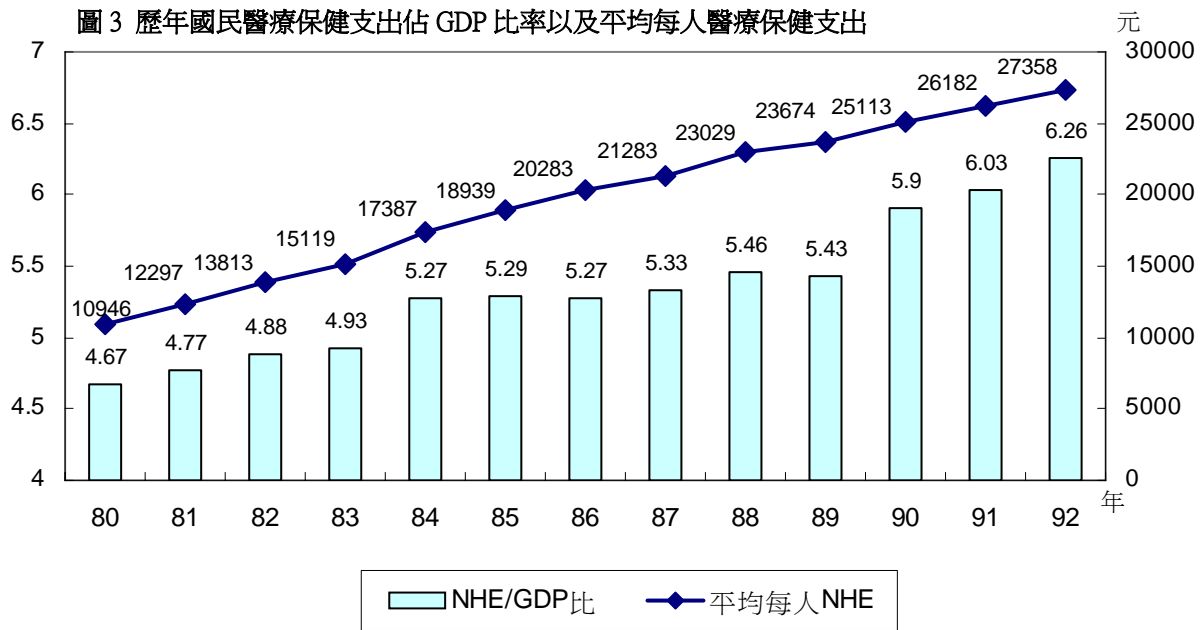
醫院家數雖逐年減少，但醫院之病床數增加迅速。民國 92 年醫院病床數共 121,698 床，其中私立醫院病床數約為公立醫院的 1.8 倍。醫院病床數如與民國 87 年比較，(1) 署立及縣、市立醫院增加 1.1%；(2) 其他公立醫院減少 1.1%；(3) 法人、醫學院附設之私立醫院成長 19.9%；(4) 其他私立醫院成長 8.2%。惟就近年來趨勢觀察，除法人、醫學院附設之私立醫院病床數持續大幅增加外，公立醫院及其他私立醫院病床數之增勢已明顯持緩（圖 2）。

圖 2 臺灣地區醫院病床數



資料來源：臺灣地區醫院病床數—按權屬別分，衛生統計資訊網
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

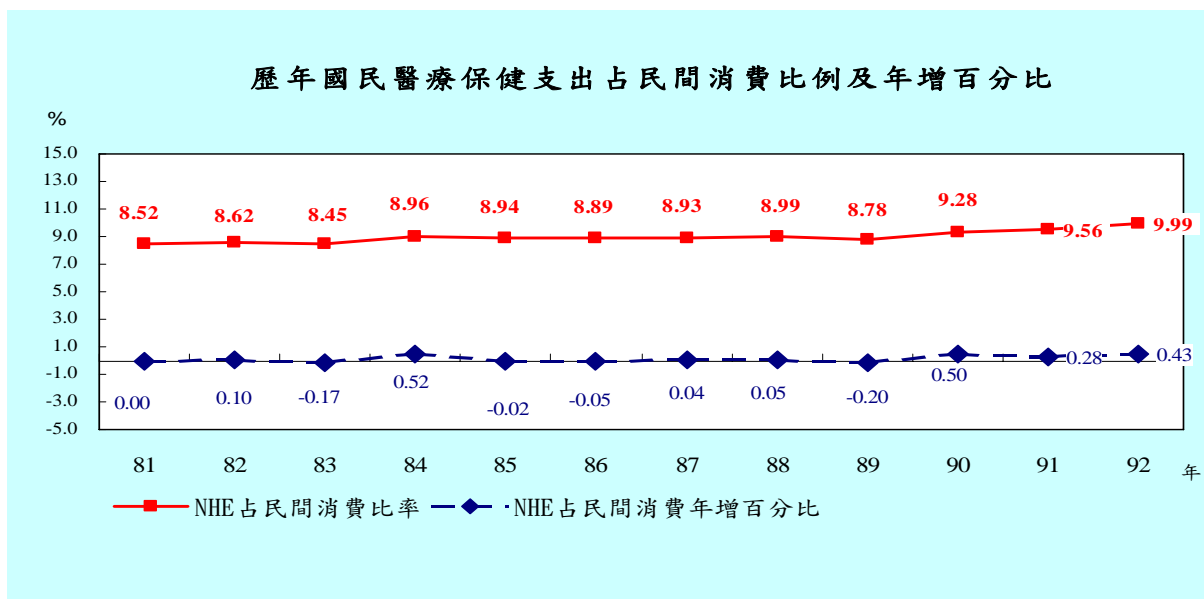
更進一步地，透過國民醫療支出佔 GDP 比例觀察其趨勢。民國 92 年國民醫療保健最終支出(NHE)約 6,173 億元，較上年度增加 4.96%，約占當年國內生產毛額(GDP)的 6.26%，或占國民生產毛額(GNP)的 6.06%。平均每位國民醫療保健支出達 27,358 元。由於 90 年 GDP 之年增率首度呈現負成長，致 90 年 NHE 占當年國內生產毛額(GDP)的比例明顯擴大，為自 84 年以來之最大增幅（圖 3）。



資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

除了醫療保健支出佔 GDP 的比率不斷上升，其在民間消費的比率亦有相同趨勢。以圖 4 而言，比較民國 80 年以來之國民醫療保健支出與民間消費年增率，除民國 83、85、86、89 年小於民間消費外，其餘年增率皆大於民間消費。惟國民醫療保健支出占民間消費比率尚稱平穩，自 84 年以來均在 9% 左右，近兩年來有擴大的趨勢，92 年國民醫療保健支出占民間消費則約在 9.99% 左右。

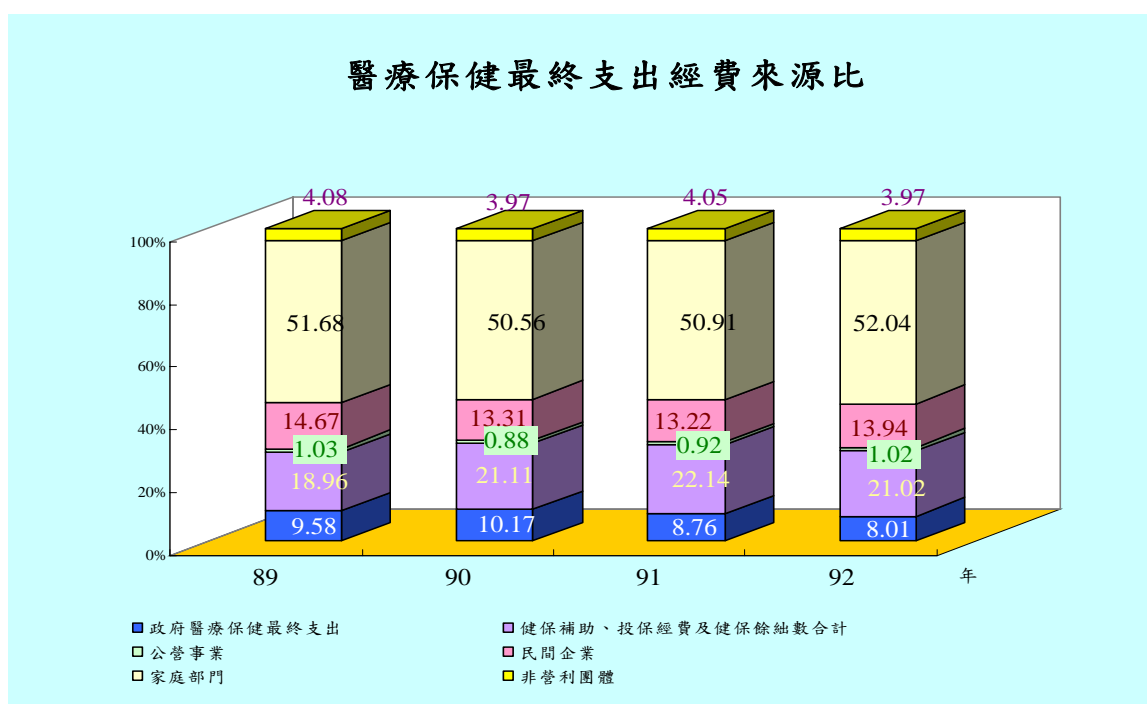
圖 4



資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

雖然全民健保的開辦，確實增加了民眾的醫療需求，但從圖 5 的醫療經費來源組成可發現，僅約 27~28% 之國民醫療保健支出資金來自政府部門，另有五成二左右是來自於家庭部門，且其在 89 年至 92 年間之成長率，也是以家庭部門增加 18.35% 最多，其自付費用的成長還遠大於健保保險費支出。該數據意涵著，即便我國人口成長率不斷下降，但由於人口組成的老化，致使醫療保健的需要仍然節節高漲；另一方面，自付費用的高成長，暗示民眾對於非健保給付的醫療行為有很高的需求，像是健保不給付的進口藥、儀器檢驗或甚至美容整型等等。

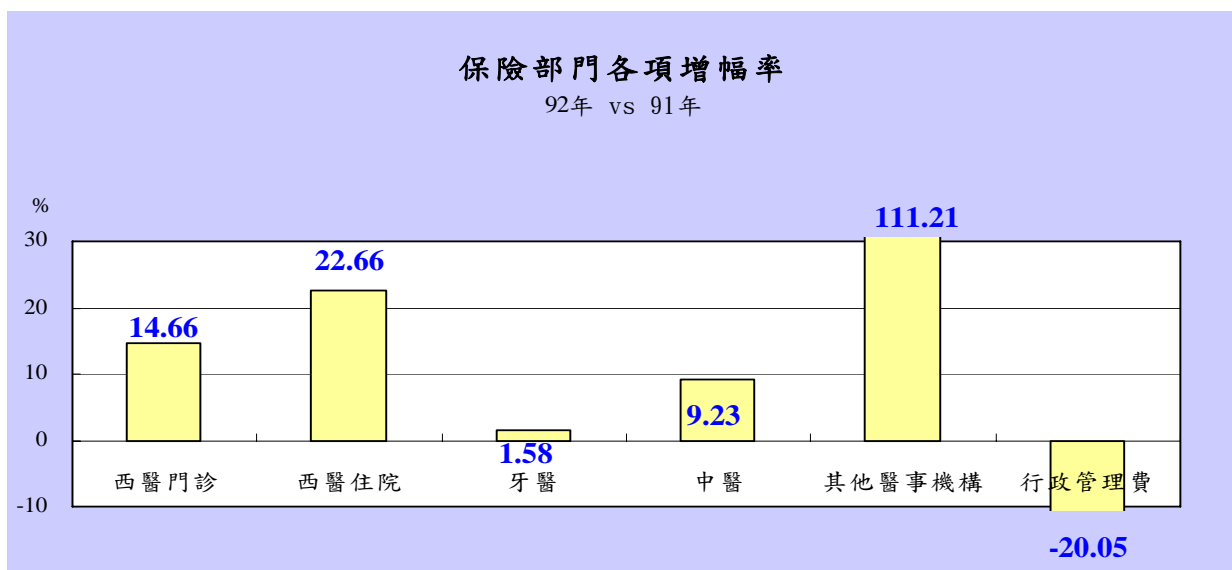
圖 5



資料來源：衛生署衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

九十二年保險部門(即全民健保)醫療保健支出共 3,537 億元，其中醫療給付支出占 98.33%。而歷年保險部門(即全民健保)醫療保健支出皆以西醫費用為大宗，成長亦最快，占保險部門之支出比例皆在 85% 左右；其次為牙醫及中醫費用。民國 92 年健保支出年增率為 4.32%，其中門診支出西醫 1,830 億元，占當年保險部門醫療健保支出 51.73%，而住院支出 1,175 億元，占當年支出 33.21%。如就 92 年各項健保支出與 91 年比較，則以其他醫事機構成長 48.45% 最高（圖 6）。

圖 6

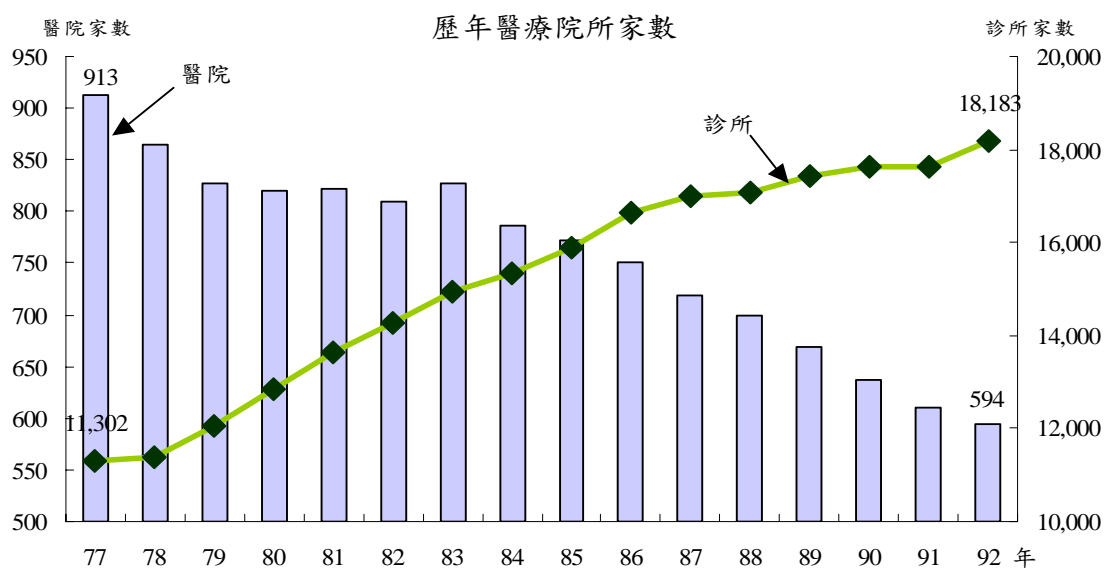


資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

三、市場結構

圖 7 為民國 77 年至 92 年間醫療院所的家數變化。到民國 92 年為止，台灣地區(含金馬)醫院共 594 家，其中以西醫醫院為主約占 9 成 4，餘者為中醫醫院；診所有 18,183 家，其中西醫占 52.6%。與民國 82 年比較，醫院減少 216 家(26.7%)；診所則增加 27.6%。長期以來醫院與診所家數變動多呈相反方向，醫院減少者主要以小型、非評鑑醫院為多。

圖 7



資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

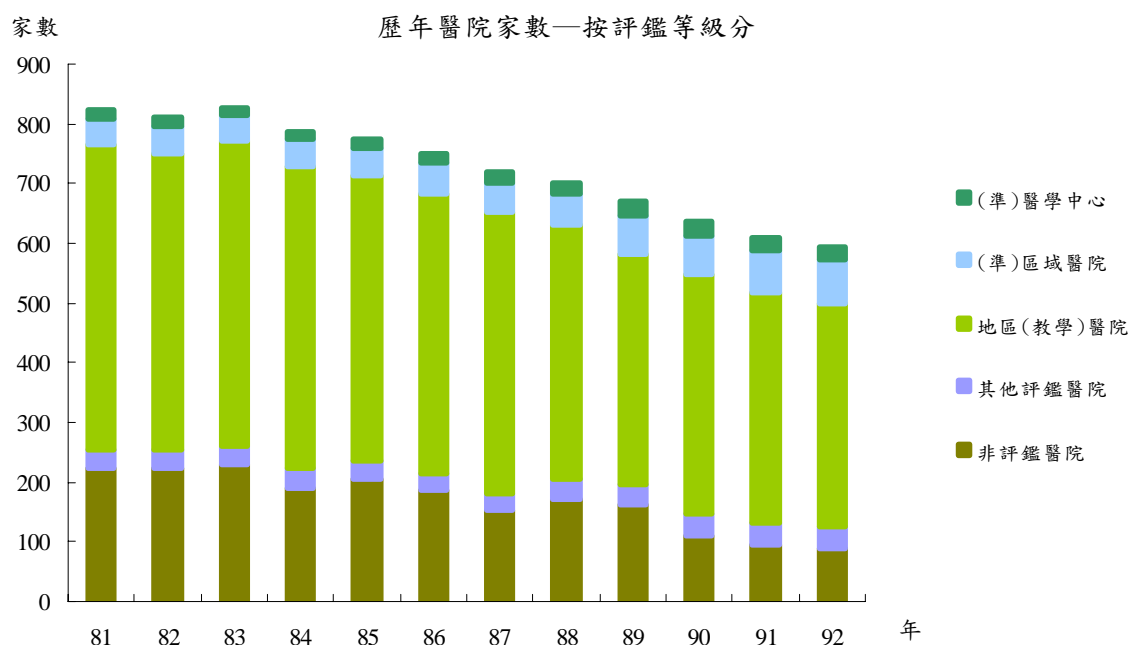
謝琇蓮與江東亮(1994)、劉容華與江東亮(1996)以及劉容華(1999)一連串的研究，便在探討我國醫院歇業的影響因素。他們觀察從 1982 至 1997 年間醫院新設與歇業的變化，其研究結果可綜合為幾點：(1)從地理分佈來看，歇業醫院多位於都市化地區，新設醫院則有向鄉村設立的趨勢，應與都市競爭程度較高有關；(2)醫院的組織特質顯著影響一家醫院的新設與歇業，病床數少的的醫院較容易歇業，且新設醫院的平均規模大於歇業醫院，規模大小可視為組織的生存技巧，規模越大，其競爭力越強，越容易在資源有限及變遷的環境中生存，同時在我國健保支付與醫院評鑑相結合的情形下，雖有助於醫療品質與水準之持續提昇，但也不免較利於評鑑等級較高、規模較大型的醫院在市場中的生存。

另除了健保的支付會影響其醫院的營運外，醫院產業與其他產業相比的最大差異之處便在於，醫院之間的競爭型態，主要是以非價格為主(盧瑞芬、謝啓瑞，2002)，而我國民眾向來崇尚大型醫院，一般認為，大型(區域以上)醫院會擁有技術較好的醫師以及較新穎進步的檢驗或治療儀器，洪維河等人(1998)的研究便發現，民眾會為了至區域級以上的醫院住院而寧願跨區到離家較遠的地區就醫。由於區域級以上醫院成爲民眾心中醫療品質的代名詞，間接造成小型醫院的不易經營，而許多地區醫院亦致力於提升其評鑑等級。

圖 8 進一步觀察依評鑑等級分類醫院家數歷年趨勢。在民國 92 年時的 594 家醫院中，爲評鑑醫院者占了 84.8%。其中(準)醫學中心有 23 家，區域醫院有 72 家，地區醫院有 372 家，精神專科醫院有 37 家，如與 82 年比較，(準)醫學中心增加 9 家，區域醫院增加 26 家，地區醫院減少 123 家。從圖中可看到，雖然整體的醫院家數在

這十年來不斷減少，但區域級以上醫院所佔的比例則呈成長，再次驗證我國醫院大型化的趨勢。

圖 8



資料來源：衛生統計資訊網<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

事實上，除了醫院走向大型化，爲了因應市場環境變動與健保支付制度的不斷變革，亦有財團法人醫院集團化與策略聯盟相繼產生，此舉可藉著發揮規模經濟的效益來提高醫院承擔風險的能力並降低醫院經營的平均成本，同時是確保醫院市場力量，有助於與保險人協商支付標準時的談判力量；更進一步地，集團化與策略聯盟可以幫助醫院建立其品牌聲譽（陳端容，2002；Gaynor & Gertler, 1995）。

五、未來展望

台灣全民健康保險自民國八十四年開辦以來，幾乎主宰了台灣醫療產業的發展趨勢與結構變遷；而與其他 OECD 國家相比，以不到 7% GDP 的總支出，可以創造出 70% 的政策滿意度，以及每人每年 14 次的平均門診數，更不可不謂另一個台灣奇蹟。隨著我國經濟成長與教育普及，人民益發重視醫療保健；又伴隨著人口老化現象，醫療需求將不斷提升。而全民健保制度修正使醫療資源做更有效率的配置，並且藉由評鑑制度的落實以確保醫療品質，醫院將朝向大型化、集團化發展加速整合，以及運用策略聯盟強

化競爭力。因此，在醫療供需結構的動態調整與成長趨勢帶動下，未來醫療產業蓬勃發展榮景可期。(作者為台大衛生政策與管理研究所研究助理，台灣經濟研究院生物科技產業研究中心主任)

參考文獻

1. 謝琇蓮、江東亮。台灣地區醫院歇業及新設之決定因素，中華衛誌 13(6): 453-458, 1994。
2. 劉容華、江東亮。台灣地區醫院歇業與新設的最新趨勢，發表於中華民國公共衛生學會年會，10月12-13日，1996。
3. 劉容華、江東亮。台灣小型醫院新設與歇業之影響。台灣衛誌 20(1):27-33, 2001。
4. 洪維河、鄭守夏、張睿怡、江東亮。台灣醫療區跨區住院比例之變遷，1985-1995。中華衛誌 17(5): 388-394, 1998。
5. 洪維河。台灣住診市場分析。台大衛生政策與管理研究所博士論文，2001。
6. 盧瑞芬、謝啓瑞。台灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析，經濟論文叢刊，2002。
7. 盧瑞分。從健保十年談醫療政策的改革方向。
8. 陳端容。台灣醫療產業的組織合作：不對等合作估系運作機制之探討。台灣社會學 3: 119-162, 2002。
9. Gaynor M and Gertler PJ. Moral hazard and risk spreading in medical partnerships. Rand Journal of Economics 26: 591-613, 1995.