

天晟醫院 101 年度研究計畫成果報告

台資醫院經營困難與對策分析

執行機構：台灣健康保險學會

計畫主持人：劉見祥

協同主持人：邱尚志、王炳龍

執行期限：100 年 6 月 1 日至 101 年 5 月 31 日

目錄

第一章 緒論	
第一節 研究動機.....	1
第二節 目的.....	5
第三節 研究流程.....	6
第二章 文獻探討	
第一節 台資醫院背景說明.....	8
第二節 台資醫院現況.....	10
第三節 中國大陸醫療政策概述.....	18
第四節 中國大陸供需現況.....	25
第三章 研究方法	
第一節 研究架構.....	30
第二節 專家訪談法.....	31
第四節 焦點團體法.....	34
第四章 研究分析	
第一節 深度訪談內容分析.....	36
第二節 中國大陸台資醫院實地訪查簡介及分析.....	46
第三節 焦點座談內容分析.....	58
第四節 台資醫院滿意度調查.....	63
第五章 政策建議書	
第一節 SWOT 分析.....	64
第二節 台資醫院經營對策--短期策略.....	66
第三節 台資醫院經營對策--中長期策略.....	70
第四節 研究建議.....	71
第六章 研究限制	
參考文獻.....	74
附件	78

表目錄

表 1-1	全國醫療院所家數統計表	2
表 1-2	醫院病床數及占床率	3
表 2-1	台資醫院定義	9
表 2-2	湖南旺旺醫院發展規劃	13
表 2-3	湖南旺旺醫院大事記	14
表 2-4	廈門長庚醫院發展規劃	16
表 2-5	廈門長庚醫院大事記	17
表 2-6	ECFA 協議內容.....	20
表 2-7	中國大陸醫院等級劃分及功能	23
表 2-8	2010 年中國大陸人口數.....	25
表 2-9	全國醫療機構總診療人次數和出院人數	26
表 2-10	中國大陸十大死因	27
表 2-11	全國醫療機構數	28
表 2-12	醫療機構人數 (單位:萬人)	29
表 3-1	訪談對象時間	32
表 3-3	參訪醫院之簡介	33
表 3-4	焦點座談邀請名單	34
表 4-1	甲醫院發展規劃	47
表 4-2	甲醫院收費標準	48
表 4-4	乙醫院員工數與病床數	52
表 4-5	乙醫院收費標準	53
表 4-6	丙醫院收費標準	57

圖目錄

圖 1-1 研究流程	7
------------------	---

第一章 緒論

第一節 研究動機

台灣自 1995 年 3 月 1 日全民健康保險實施以來，雖然對民眾帶來許多方便性，健康保障更被民眾視為基本保障，其中又以重大傷病患者與經濟弱勢受惠最深。但在健保保費無法提升下，財政的壓力反映出許多對醫院不合理的給付措施加上 2002 年總額預算的全面實施，向健保局申報的醫療項目費用，也許會因核刪或點數點值下降之關係，造成實際審核下來的費用常常並非當初所能預期，皆由以上種種因素造成醫療機構資金短缺與經營上之困難，再加上人口結構的變化快速也帶給醫療機構管理上嚴厲的挑戰。

因台灣民眾的就醫習慣偏好前往大型醫療院所就醫(洪乙禎，2005；洪乙禎、林錦鴻，2008；吳風鈴、劉俊文、陳慶餘、謝博生，2011)，間接造成中、小型醫院經營困難，目前紛紛轉型成長期照護機構或被大型醫療體系集團併購，造成醫療體系逐漸朝兩極化發展。根據衛生署統計資料，健保開放隔年（1996 年）醫療院所家數統計當時共 773 家，到了去年(2010 年)，醫療院所剩下 508 家，(減少了 265 家)，在 1996 年病床數計 114,923 床，而至 2010 年增加 43,999 床，共計 158,922 床，從表 1-1、1-2 中顯示，醫療院所有降低的趨勢，而病床數有增加之趨勢，可以隱約得知醫療機構逐漸呈現大型化(吳風

鈴、劉俊文、陳慶餘、謝博生，2011)。

表 1-1 全國醫療院所家數統計表

年度	醫院總家數	公立醫院		私立醫院	
		西醫醫院	中醫醫院	西醫醫院	中醫醫院
1996	773	94	1	590	88
1997	750	95	2	572	81
1998	719	95	2	552	70
1999	700	96	2	538	64
2000	669	94	2	523	50
2001	637	92	2	501	42
2002	610	91	2	483	34
2003	594	91	2	467	34
2004	590	88	2	468	32
2005	556	79	1	452	24
2006	547	79	1	444	23
2007	530	79	1	428	22
2008	515	79	1	414	21
2009	514	79	1	417	17
2010	508	81	1	411	15

資料來源：行政院衛生署(2011年8月9日)。「衛生署統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」。

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11926&class_no=440&level_no=4。

表 1-2 醫院病床數及占床率

年度	醫院			
	一般病床數	占床率(%)	特殊病床	占床率(%)
1996	84,802	67.31	19,309	55.11
1997	86,582	64.66	21,954	51.54
1998	89,253	62.60	22,688	47.49
1999	87,127	64.66	22,974	50.07
2000	89,756	64.01	24,423	51.31
2001	88,236	68.67	26,404	51.19
2002	90,948	69.97	28,899	52.94
2003	90,902	68.54	30,796	54.80
2004	94,659	71.13	33,008	57.92
2005	95,810	69.15	33,738	60.86
2006	96,595	67.84	34,557	59.75
2007	97,335	68.80	34,441	62.56
2008	97,958	69.49	35,062	63.04
2009	98,875	68.84	35,841	62.46
2010	99,177	70.00	36,224	64.00

資料來源：行政院衛生署(2011年8月9日)。「衛生署統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」。

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11926&class_no=440&level_no=4。

由以上情勢的發展，可以了解到台灣醫療服務市場已經走向逐漸飽和狀態，要期待經營量大幅成長之景以不可期。在如此日趨飽和的環境下，部分醫療提供者與投資者已經思考將經營觸角伸向對岸醫療體系，一方面是對台灣醫療服務提供的品質深具信心與大陸醫療品質相對參差不齊(汪文政、賴俊穎，2008；蔡夙穎，2006)。，另一方面是大陸與台灣的文化相近，加上大陸總人口數眾多等因素，如同當年大陸改革開放，全球各大企業莫不摩拳擦掌

躍躍欲試進入大陸市場，期望能有所斬獲，這也使得一些醫療體系或企業財團紛紛前往大陸醫療服務市場探詢投資醫療機構與經營之可能性，在加上開放西進後台商在大陸人數日趨眾多，都希望台灣醫療系統能在當地提供相關醫療服務。也使得相關議題之研究顯得相當重要。

目前台資醫院在大陸有六家-福建省廈門長庚醫院、江蘇省南京明基醫院、上海禾新醫院、上海瑞東醫院、江蘇省昆山宗仁卿紀念醫院、湖南省長沙旺旺醫院，而在籌備中的有三家-廣東省東莞台心醫院、江蘇省蘇州明基醫院、哈爾濱順邁醫院，據已在大陸投資者指出，並非市場無法開發，而是面臨許多困難迄今都未見相關改善措施，使得經營亦發困難，簡單來說例如醫保核銷問題、法律政策上的認知、文化因素的問題、薪資問題、管理階層與醫療技術人才任用問題與台灣醫護人員至大陸台資醫院支援必需申請執照問題等等(吳明彥，2011；鄭丞傑，2011。)。而隨著兩岸關係不再緊張，兩岸交流也日益熱絡，不論是學術與旅遊交流等長短期交流人數增加，兩岸政府都有必要基於互惠平等原則下，正視這些問題與共同協助解決這些困難，這才是真正增加兩岸社會福祉的事。

第二節 目的

本研究的主要目的有下列：

- (一) 探討台資醫院經營困難與對策分析。
- (二) 根據研究結果提出政策建議。

第三節 研究流程

本研究主旨在探討台資醫院在經營上所遇到的困難進行系統性整理與分析，並進一步了解提出可行的解決對策或方案；以及針對至該醫院門診就診民眾進行台資醫院的滿意度和民眾就醫選擇的因素的調查。首先，針對上述研究問題，進行相關文獻探討，從中找尋目前台資醫院在經營上所遇到的問題，依目前研究學者指出(陳信宏、張文，2005；汪文政、賴俊穎，2008；許易民，2009；鄭丞傑，2011。)大至可分為四大類：1.政治法律方面，2.社會文化方面，3.醫療儀器設備與藥品採購方面，以及4.人力資源方面。接著，擬定深度訪談大綱與選定具有代表性之專家進行專家深度訪談，將訪談結果進行整理與歸納。另外，為進一步瞭解當地醫療概況與醫療經營情形，而非僅從二手資料進行研究，本研究更實地至大陸台資醫院進行實地訪視及針對門診病患發放相關問卷。最後，依據以上所收集之相關資料整理台資醫院經營所遇到之困難與相關議題，召開（產、官、學）專家焦點座談會探討合適之解決方案，本研究最後依照上述研究設計所獲得之相關資料進行結論與建議。研究流程如下圖 1-1 所示：

圖 1-1 研究流程

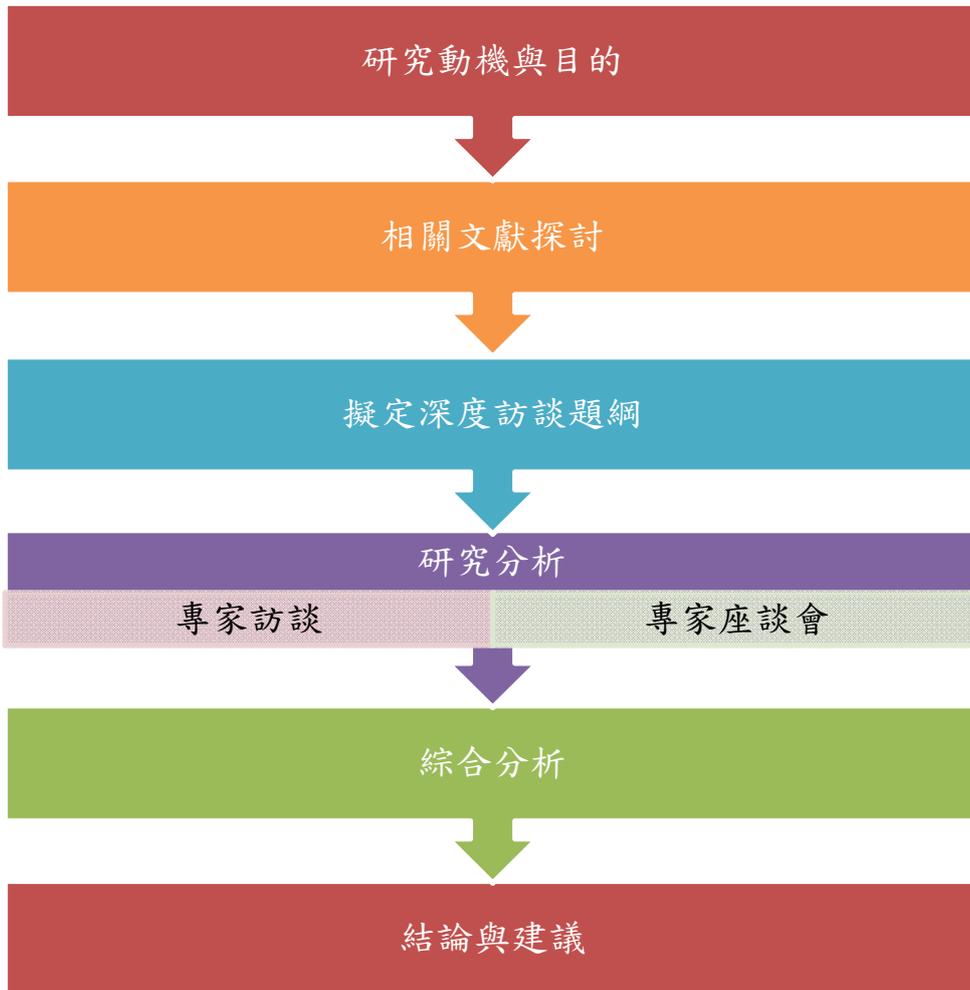


圖 1-1 研究架構圖

第二章 文獻探討

第一節 台資醫院背景說明

為使讀者能瞭解本研究所著重之研究重點，在相關文獻探討前，僅就下列幾項名詞先進行說明（解釋）

- （一）台資醫院定義：相關文獻就台資醫院進行定義有如賴俊穎(2006)指出 -- 台籍人士出資經營之醫療院所，含獨資或與大陸本地人合資之醫療院所，不以醫院執照申請之負責人為分類之依歸；或者是鄭丞傑(2011)所定義是主要原始資金來自台灣的醫院。在前幾年連戰訪問中華人民共和國(以下簡稱:中國大陸)時，獲得台資上限可以達到70%的共識之後，大部分的台資醫院中資本大概都佔30%左右，未來則可能出現更多100%台灣出資的台資醫院；此外，張煥禎(2011)則認為只要台灣企業投資資金佔百分之五十以上即可歸入為台資醫院。

表 2-1 台資醫院定義

學者	年代	定義
賴俊穎	2006	台籍人士出資經營之醫療院所，含獨資或與中國大陸本地人合資之醫療院所，不以醫院執照申請之負責人為分類之依歸。
鄭丞傑	2011	指的是主要原始資金來自台灣的醫院，在前幾年連戰訪問中國大陸，獲得台資上限可以達到 70% 的共識之後，大部分的台資醫院，中資大概都佔 30% 左右，未來則可能出現許多 100% 台資的台資醫院。
張煥禎	2011	台灣企業投資資金佔百分之五十以上。
中國大陸 衛生部	2011	獨資醫院必須是獨立法人。 設立符合二級以上標準。 三級醫院投資總額不低於 5000 萬人民幣，二級醫院投資總額不低於 2000 萬元人民幣。

資料來源：本研究整理。

另一方面，台資醫院又可分為兩大類，第一類為合資醫院，第二類為獨資醫院，合資醫院指的是台籍人士與中國大陸本地人共同合資的醫療院所，且台籍人士出資約 30%~70%，另一類為 100% 由台籍人士出資的獨資醫院。在 2010 年中國大陸政府為加強增進兩岸經的經濟合作，制訂了【臺灣服務提供者在大陸設立獨資醫院管理暫行辦法】，內容中提到獨資醫院必須是獨立法人、設立標準要達二級以上醫院（中國大陸醫院等級標準請參考醫療政策概述），如在老、少、邊、窮地區設置的臺資獨資醫院，投資總額要求可以適當降低。

第二節 台資醫院現況

近年來，中國大陸國內生產總值大幅成長，不僅促進社會快速發展，更帶動醫療需求量的明顯提升。由 2010 年中國衛生統計年鑑中顯示，在 2000 年中國大陸醫療保健類消費支出為人民幣 4,586.63 億元，2009 年擴增至人民幣 17,204.81 億元，短短十年即呈倍數成長，形成一個龐大的醫療服務市場。另外隨著中國大陸加入 WTO 後加速進行醫療改革，一般預期衛生醫療體系的「體質再造」速度勢必超過其他行業，中國大陸醫療市場將出現前所未有的變化（李素芳，2008）。

至而與台灣有關海峽兩岸醫藥衛生投資的正式法源則由 2010 年 9 月 12 日生效的「海峽兩岸經濟合作架構協議(ECFA)」之大方向起始，經過兩岸政府單位多次協商洽談因而促成兩岸醫藥衛生投資的藍圖及默契(黃泰元，2011)。

2000 年 5 月 15 日，中國大陸首度頒布《中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法》，開放外以中外合資及中外合作兩種型態設立醫療機構，許多外資即積極提出申請，設法搶進中國大陸的醫療市場，台灣醫療院所亦不例外，包括旺旺、台塑及明基等集團即為首批依法取得設立大型醫院門票之企業，另外，不少台灣知名醫療機構也跨海尋求發展機會。而依據 ECFA 的協議內容，中國大陸開放了上海市、江蘇省、廣東省、福建省、海南省，五個地區允許

台灣投資者設立獨資醫療機構(鄭丞傑，2011)。另外除了中國沿海地帶，根據中國「十二五」國家發展政策也計畫推動下一個階段中西區域與醫療缺乏地區的醫療產業開發方向(李國鼎科技發展基金會，2010)。以下簡要說明台商在中國大陸投資醫療服務業之概況。(另有甲醫院、乙醫院、丙醫院因屬本次研究參訪醫院，故會在第四章時做介紹。)

一、 湖南旺旺醫院簡介

(一) 背景

醫院座落在長沙城美麗的瀏陽湖畔，寬闊的人民東路與方家麗路交界處，西距長沙火車站3公里，南行1公里便是京珠和機場高速公路。由於旺旺集團是第一家進入湖南醫療市場的外資，不僅成為台資企業跨入中國醫療服務業的標竿，也揭開湖南民營醫院發展的歷史新頁。自從旺旺集團決定在長沙籌設醫院，且依「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」提出申請之後，湖南省政府、長沙市政府、湖南省衛生廳及相關部門均給予強力支持。

(二) 醫療服務

別於其他醫院採用內科、外科等科室分散設立的傳統方法，旺旺醫院首創以醫療中心為單位的診療模式，將各相關專業科室整合為六大中心，分別為第一大中心(大急救中心)、第二大中心(大消化中心)、第三大中心(大婦兒中心)、第四大中心(行政中心)、第五大中心(大五官中心)及

第六大中心(醫技藥學中心)，打破舊有大內科及大外科分科概念。以下茲簡要介紹各大中心之發展現況。

1. 第一大中心(大急救中心)

大急救中心包括骨傷創傷中心、呼吸內科、急救危重病學中心、脊柱中心、普通外科、神經醫學科、微創外科、胸腔外科、心臟內、外科等專科。

2. 第二大中心(大消化中心)

大消化中心包括肝膽胰外科、泌尿外科、消化內科、血液透析中心、腫瘤科等專科。其中又以肝膽外科在肝癌及肝膽疾病的手術及微創方面已形成了特色和優勢。

3. 第三大中心(大婦兒中心)

大婦兒中心由產科、兒科、兒童保健科、婦科等專科組成，創建以婦兒疾病診治與健康服務為主的整合科室。

4. 第四大中心(行政健檢中心)

行政健檢中心是由國際醫療部提供了健康諮詢、健康體檢等。健康服務中心健康體檢部包含貴賓部、家庭醫生科、營養科等部門組成，主要發展健康體檢、VIP 服務、家停醫療保健服務、營養與健康生活諮詢等，以健康促進、提高生活品質為服務主旨。

5. 第五大中心(大五官中心)

大五官中心包含耳鼻喉科、口腔科、燒傷整形外科、眼科等專科所組成，其中以眼科較有醫療特色，特別選擇高競爭力、低風險的眼科雷射手術做為市場突破口，並加重設備投資。

6. 第六大中心(醫技藥學中心)

醫技藥學中心，包括檢驗科、病理科、復健科、藥學部、心電圖室、麻醉疼痛科、介入診療科等科室所組成。

(三) 發展規劃

表 2-2 湖南旺旺醫院發展規劃

基地面積	占地面積約 113 畝。
基地規劃	第一期：507 床。 第二期：增建 700 床。 第三期：建設教學科研大樓。
興建概況	第一期 507 已啟用。
工程規模	總建築面積(含生活區)：151,450.7 平方公尺。 總用地面積：65,204.58 平方公尺。 建築用地面積：第一期門診、急診、住院大樓總建築面積 49,000 平方公尺；綜合培訓大樓 35,000 平方公尺。

資料來源：湖南旺旺醫院網站，<http://www.wwhospital.com/zh-cn/home.aspx>；本研究整理。

(四) 大事記

表 2-3 湖南旺旺醫院大事記

時間	發展歷程
2001/09/11	湖南旺旺醫院公司與湖南鴻儀投資發展有限公司簽約合資成立湖南旺旺醫院
2002/01/21	旺旺集團收到衛生部同意建立湖南旺旺醫院的批復
2002/04/22	湖南旺旺醫院獲得營業執照，正式註冊成立
2005/08/31	湖南省衛生廳許可湖南旺旺醫院執業登記
2005/09/08	湖南旺旺醫院眼科試營運
2005/10/31	湖南旺旺醫院成為市城鎮職工基本醫療保險定點醫療機構
2005/12/31	湖南旺旺醫院正式開業
2006/04/05	湖南旺旺醫院成為省城鎮職工基本醫療保險定點醫療機構
2007/10/11	湖南旺旺醫院成為長沙市城鎮民基本醫療保險定點醫院
2007/12/11	湖南旺旺醫院成為湖南省新型農村合作醫療保險定點醫院
2007/12	湖南旺旺醫院成為國際 SOS 救援中心定點醫院
2008/04/29	湖南旺旺醫院門急診量首次突破千人，達 1,016 人次
2008/05/26	湖南旺旺醫院收治 512 汶川大地震災區 51 名傷患，開民營醫院先河

資料來源：李素芳，2008；本研究整理。

二、 廈門長庚醫院簡介

(一) 背景

廈門長庚醫院是台塑集團在中國大陸第一家醫院，係與廈門海滄公用事業發展有限公司共同投資興建，地處廈門美麗的馬鑾灣南岸、海滄新陽工業區北面。於 2005 年 5 月獲准設立，總投資約 13 億元人民幣，總建築面積 140 萬平方米，佔地面積 70 萬平方米。在 70 公頃土地上規劃為醫院、養生村、學校的醫學園區，醫院規劃床位 2000 張，首期 500 張病床已於 2008 年 1 月 15 日正式投入使用，作為醫療、保健、科研的高等級醫院，

除了服務廈門轄區外，還將照顧到福州、莆田、泉州、漳州、龍巖以及廣東的潮州等地。

(二) 特色醫療

目前開診科別包括內科系統(消化內科、血液腫瘤科、腎臟科、心臟內科、神經內科、呼吸內科)、外科系統(普通外科、心臟外科、神經外科、整形外科、泌尿科、骨科)及其他臨床專科(兒科、牙科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科、婦科、麻醉科、超音波科、急診科)等專科醫療服務，其中又以唇顎裂特別門診、骨科關節鏡治療、先天性心臟病手術治療、血液透析特色醫療、心導管檢查、雷射治療等為醫院的特色醫療。

(三) 發展規劃

表 2-4 廈門長庚醫院發展規劃

基地面積	廈門醫學園區總基地面積 70 公頃
基地規劃	綜合醫院區：占地 32 公頃，規劃為 3,000 綜合醫院及職工宿舍、動力中心。 養生文化村：北區占地 12 公頃，西區占地 13 公頃規劃為養生村用地。 教育研究區：占地 13 公頃，規劃 4 為教育研究區。
興建概況	第一階段興建 2,000 床綜合醫院，包括門診大樓、人房地下室、住院大樓、動力中心及 160 間醫護職工宿舍一棟。
工程規模	門診大樓：地下一層，地上五層，總樓地板面積約 80,656 平方公尺。 住院大樓：地下一層，地上十九層，總樓地板面積約 114,806 平方公尺。 人房地下室：地下一層，樓地板面積約 13,778 平方公尺。 動力中心：地下一層，地上兩層，樓地板面積約 8,255 平方公尺。 醫護宿舍：地上六層，樓地板面積約 9,186 平方公尺。 總計：226,681 平方公尺。

資料來源：廈門長庚醫院網站，<http://www.cgmh.com.cn/>；本研究整理。

(四) 大事記

表 2-5 廈門長庚醫院大事記

時間	發展歷程
2004/12/01	申辦文件經廈門市衛生局、省衛生廳審查，報送衛生部
2005/03/01	福建省將廈門長庚醫院列為省重點建設項目
2005/05/21	國務院審批同意，衛生部核發批覆文件，准許設立 2,000 張床位，42 個科室
2005/07/06	取得商務部外商投資批准證書
2006/11/01	首批醫護培訓種子人員報到
2007	完成醫療服務區、值班宿舍、動力後勤區一期工程
2007/12/18	市衛生局進行醫療機構執業許可驗收
2008/01/15	試營運
2008/05/06	正式開業
2008/10/21	正式成為廈門市定點醫療機構
2009/01/01	正式開通醫保定點醫療服務

資料來源：廈門長庚醫院網站，<http://www.cgmh.com.cn/>；本研究整理。

三、 上海瑞東醫院簡介

(一) 背景

在 1995 年由上海第二醫大附屬醫院瑞金醫院和日本株式會社關東醫學所合資建造，後來日資退出，2002 年將 55% 股權轉售上海杰隆生物工程有限有限公司，2007 年，徐立德主導之環宇投資公司購下杰隆公司股權。醫院距世紀公園地鐵 2 號線僅一站路，其優越的地理位置和大自然的地理風光為瑞東醫院所獨有，為中外病患提供優良的醫療休養環境。

(二) 醫療服務

醫院臨床專業科室齊全，採用自由就診和預約門診相結合的服務方式。醫院除從國內外引進專家十餘名外，並憑藉具有九十餘年歷史的上海第二醫科大學附屬瑞金醫院雄厚技術力量和醫院本身先進設備，擁有醫療工作的教授、副教授四十餘人的名醫群體加入，為中外病人提供全方位、優質、高效、便捷的醫療、保健、康復、諮詢服務。並以生殖醫學部、健康體檢中心、消化病內鏡治療中心和整形美容等為特色醫療。

(三) 發展規劃

醫院佔地面積 16000 平方公尺，院內綠化面積 10400 平方公尺，建築物以門診、病房、醫技樓融為一體，建築面積 10000 平方公尺，目前床位 100 多床，有相當規模的門急診、臨床實驗室、手術室及餐飲部、健身房、演講廳、多功能廳等配套設施。

第三節 中國大陸醫療政策概述

一、 中國大陸投資醫療機構相關法規

中國大陸對於醫療衛生相關法規均以中國大陸衛生部所頒布的規章與原則為主體架構，但由於面積幅員廣大與種族繁多，各地區均存在不同的醫療特質與區域特性。所以各省市、自治區及特別行政區等可以被授權依照該區域的特異性，在不違離法條基本精神下，研擬各類單

位法規並送交中央衛生部相關單位審定後頒布實施，以便於管理與發展(黃泰元，2010)。

應此台灣投資者在進入中國大陸市場前必須完整蒐集目標省市的各項中央法規、地方單位法規、建議方向與實施原則，並充分做好市場調查與當地民眾醫療需求的差異性評估後，方可建議進入投資與服務。

本研究整理中國大陸相關法規及辦法如下：

1. 中外合資合作醫療機構管理暫行辦法

(1) 必須是獨立法人

(2) 單一機構投資總額不得低於 2,000 萬人民幣

(3) 中坊在合資、合作醫療機構的股權比例不得低於 30%

(4) 合資、合作期限不超過 20 年

(5) 符合省級以上衛生部門規定的其他條件

(衛生部、商務部，2009)。

2. 海峽兩岸經濟合作框架協議：在此協議下允許台灣醫療服務提供者在上海市、江蘇省、福建省、廣東省、海南省設立獨資醫院(衛生部，2010)。
- 根據 ECFA 協議內容的附件四「服務貿易早期收穫部門及開放措施」之第 8 項「與健康相關的服務與社會服務」中，其內容依以下表 2-6 所示。(中國國務台灣事務辦公室，2010)

表 2-6 ECFA 協議內容

8.與健康相關的服務和社會服務			
部門\服務提供模式	跨境交付	境外消費	商業存在
A.醫院服務 (CPC9311)	不予承諾	不予承諾	允許台灣服務提供者在大陸設立合資、合作醫院；允許台灣服務提供者在上海市、江蘇省、福建省、廣東省、海南省設立獨資醫院。(應符合大陸關於外商投資設立合資、合作或獨資醫院的相關規定)

台灣開始可以獨資的身分正式進入中國的醫藥衛生產業市場始於本協議，雖然投資門檻與限制仍高聳，但是對於台灣日漸緊縮的健保收益等種種因素演變成另一項選擇。

3. 台灣服務提供者在大陸設立獨資醫院管理暫行辦法

本條例原則上還是參照「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」的基本架構，只是局部條件放寬而已。內容如下：

(1) 必須是獨立法人

(2) 三級醫院投資總額不得低於 5,000 萬人民幣；二級醫院不得低於 2,000 萬人民幣

(3) 符合二級以上醫院基本標準

(4) 在老、少、邊、窮地區設置的台資獨資醫院，投資總額要求可以適度降低

(衛生部，2010)。

4. 醫療醫事人員在中國大陸執業之資格是依據以下所列出之重要的法規

進行資格審定，本研究僅列出相關之法條：

(1) 執業醫師法

(2) 醫師執業註冊暫行辦法

(3) 外國醫師來華短期行醫暫行管理辦法

(4) 台灣地區醫師在大陸短期行醫管理規定：依據本項條例及各省式醫療需求與審批規定，可以取得三個月至一年的「外國醫師短期行醫許可證」，進而至中國大陸進行醫療行為。本項條例在 2011 年 05 月 31 日的「ECFA 五省市醫療衛生投資論壇」會中宣佈最長期限可延長至三年。

5. 大型醫用設備申請

中國大陸相關單位將醫療機構內的大型醫用設備分為甲、乙類兩項，並嚴格規定各地區可申請之設備數量及機構性質。

(1) 甲類大型醫用設備：基於國家整體衛生推動趨勢考量，統一由中國衛生部按照各地區醫用設備設置規劃進行審批，通過後方可設置。

(2) 乙類大型醫用設備：由地區衛生主管機關依照醫療配置需求性進行審批。

依據以上內容可發現中國大陸在醫藥衛生領域，與其他國家相較之下，

特別對台灣等地釋出優惠政策與措施。除了中國本地對於國外資金有各項投資限制外，台灣對於國人前往中國大陸投資醫療機構也有相關法規限制，主要是依據「在大陸地區從事投資或技術合作審查原則」，醫院屬於一般類的投資或技術合作項目，投資額在兩千萬美元以下者則採用簡易審查方式，若超過兩千萬美元者則採專案審查。另外，個人或是公司身分要符合資格且審查通過即可前往設置，但原登記之財團法人醫院則必須會傷衛生署與經濟部投資審會通過後方可放行。(李素芳，2008、黃泰元，2011)。

二、 中國大陸醫院等級標準簡介

根據 1989 年 11 月 29 日，中國衛生部頒布的《醫院分級管理辦法》，將醫院依功能、任務不同劃分為一、二、三級，三特等醫院是最高級別的醫院，接下來依次是三級甲等、乙等、丙等，二級甲等、乙等、丙等，一級甲等、乙等、丙等，共三級十等，企事業單位及集體、個體舉辦的醫院的級別，可比照劃定。另外，亦建立醫院評審制度，每三年由各級醫院評審委員會評審一次。中國大陸醫院等級劃分及功能如下表 2-7 所示。

表 2-7 中國大陸醫院等級劃分及功能

級別	等別	病床數	審批單位	性質
一級	甲等	20-99 床	地（市）衛生局審批發證	直接為社區提供預防、醫療、保健、康復服務的基層醫院，是初級衛生保健機構
	乙等			
	丙等			
	<p>一、 功能：對民眾提供一級預防，在社區管理多發病、常見病症患者，並對疑難重症進行正確轉診，協助高層次醫院做好中間或院後服務，合理分流病人。</p> <p>二、 科室設置：臨床科室至少設有急診室、內科、外科、婦(產)科、預防保健科、兒科、眼科，耳鼻喉科、口腔科、皮膚科、傳染科、中醫科、康復科、醫技科室至少設有藥房、檢驗科、放射科、手術室、病理科、核醫學科、輸血科、理療科(可與康復科合設)、消毒供應室、病案室、營養部和相應的臨床功能檢查室。</p> <p>三、 人員配置：每床至少配備 0.88 名衛生技術人員，每床至少設配備 0.4 名護士，至少有 3 名具有副主任醫師以上職稱的醫師，各專業科室至少有 1 名具有主治醫師以上職稱的醫師。</p>			
二級	甲等	100-499 床	省、自治區、直轄市衛生廳（局）審批發證	跨越社區提供綜合醫療衛生服務和承擔一定教學、科研任務的地區性醫院，是地區性醫療預防技術中心。
	乙等			
	丙等			
	<p>一、 功能：參與指導對高危險病人的監測，接受一級轉診，對一級醫院進行業務技術指導，並承擔一定程度的教學和科研任務。</p> <p>二、 科室設置：臨床科室至少設有急診室、內科、外科、婦(產)科、預防保健科、兒科、眼科，耳鼻喉科、口腔科、皮膚科、傳染科其中眼科，耳鼻喉科、口腔科可合併建科，皮膚科可並如內科或外科。醫技科室至少設有藥劑科、檢驗科、放射科、理療科、消毒供應室、手術室、病理室、血庫(可並入檢驗科合設)、理療室、病案室。</p> <p>三、 人員配置：每床至少配備 0.88 名衛生技術人員，每床至少設配備 0.4 名護士，至少有 3 名具有副主任醫師以上職稱的醫師，各專業科室至少有 1 名具有主治醫師以上職稱的醫師。</p>			
三級	特等	500 床以上	衛生部審批發證	提供醫療衛生服務的醫院，是具有全面醫療、教學、科研能力的醫療預防技術中心。
	甲等		省、自治區、直轄市衛生廳（局）審批發證	
	乙等			
	丙等			
<p>一、 功能：提供專科醫療服務，解決疑難重症，接受二級轉診，對下級醫院進行技術指導和培訓人才；完成培養省以上科研專案任務；指導一、二級預防工作。</p>				

	<p>二、 科室設置：臨床科室至少設有急診室、內科、外科、婦(產)科、預防保健科。醫技科室至少設有藥房、化驗室、X光室、消毒供應室。</p> <p>三、 每床至少配備 1.03 名衛生技術人員，至少有 3 名醫師、5 名護士和相應的藥劑、檢驗、放射等衛生技術人員，各專科科室的主任應具有副主任醫師以上的稱職。</p>
其他重要規定	<p>1. 凡已“醫院”命名之醫療機構，住院病床總數應達 20 床以上。</p> <p>2. 大陸目前尚不具備條件的貧困地區依規定，可暫不參加全國統一醫院評審。</p> <p>3. 大陸人民解放軍系統醫院，衛生部部屬另行實施分級管理與評審</p>

資料來源：中國大陸衛生部，《大陸醫院分級管理辦法》，

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wsb/index.htm>。

第四節 中國大陸供需現況

一、需求現況(人口學、醫療服務需求概況、門住診前十大疾病)

根據中國大陸國家統計局在 2011 年公布的 2010 年全國人口普查分地區的常住人口數據，目前中國全國人口合計不包括香港特別行政區、澳門特別行政區和台灣地區的人口數，為 1,339,724,852 人。其中臺灣服務提供者至中國大陸設立醫療服務機構受到獨資醫院管理暫行辦法所規範，因此只能到五個省份設立，各省份人口以廣東省人口數最多為 104,303,132 人，其次為江蘇省 78,659,903 人，接著是福建省 36,894,216 人，倒數第二多人口為上海市 23,019,148 人，人口最少的為海南省 8,671,518 人。

表 2-8 2010 年中國大陸人口數

地區	人口數(人)
全國合計	1,339,724,852
上海市	23,019,148
江蘇省	78,659,903
福建省	36,894,216
廣東省	104,303,132
海南省	8,671,518

資料來源：中國大陸國家統計局，2010 年第六次全國人口普查主要數據公報。

2010 年，中國全國醫療機構總診療人次達 58.38 億人次，比上年增長 6.4 %。其中：醫院診療人次為 20.40 億人次，比上年增長 6.1 %;社區

衛生服務中心(站)4.85 億人次，比上年增長 28.5 %；鄉鎮衛生院 8.74 億人次，比上年下降 0.3 %，下降原因是：受城鎮化影響，相應的鄉鎮衛生院轉為社區衛生服務機構；村衛生室診療人次 16.57 億人次。

表 2-9 全國醫療機構總診療人次數和出院人數

	總診療人次數(萬人次)		出院人數(萬人)	
	2010	2009	2010	2009
總計	583758.3	548767.1	14137.9	13312.5
一、醫院	203963.3	192193.9	9477.9	8454.3
三級醫院	76046.3	68939.3	3084.2	2661.5
二級醫院	93120.4	88840.1	5089.4	4619.1
一級醫院	14573.6	14995.2	460.6	428.7
二、社區衛生服務中心(站)	48451.6	37697.5	265.8	286.8
社區衛生服務中心	34740.4	26080.2	220.0	165.9
社區衛生服務站	13711.1	11617.3	45.8	121.1
三、衛生院	90115.5	91945.9	3684.2	3899.9
鄉鎮衛生院	87416.8	87660.8	3635.5	3836.6
四、門診部	6561.3	6086.5	11.9	16.6
五、診所(醫務室)	50321.7	48336.5	-	-
六、村衛生室	165702.3	155170.1	-	-
七、婦幼保健院(所、站)	15967.3	14847.0	619.9	570.8
八、專科疾病防治院(所、站)	1896.6	1882.6	32.7	29.8
九、其他醫療機構	778.7	607.2	91.3	175.1

資料來源:中國大陸編，2010 年全國醫療服務情況。

由上述資料可看出醫院診療人次兩年成長了 6.1%，以及出院人數也呈現上升的趨勢，顯示醫療需求增加了，故投資醫療機構前景看好。

根據 2010 年中國衛生統計年鑑，可依據十大死因的科別進行評估投入醫療服務的市場。十大死因疾病總計前三名分別為惡性腫瘤、心臟病、腦血管疾病，而男性與女性前三名分別是惡性腫瘤、心臟病、腦血管病只是名次的

位置互換。

表 2-10 中國大陸十大死因

總計	男性	女性
1 惡性腫瘤	惡性腫瘤	惡性腫瘤
2 心臟病	腦血管疾病	心臟病
3 腦血管疾病	心臟病	腦血管疾病
4 呼吸系統疾病	呼吸系統疾病	呼吸系統疾病
5 損傷和中毒	損傷和中毒	損傷和中毒
6 內分泌, 營養和代謝疾病	消化系統疾病	內分泌, 營養和代謝疾病
7 消化系統疾病	內分泌, 營養和代謝疾病	消化系統疾病
8 其他疾病	泌尿生殖系統	其他疾病
9 泌尿生殖系統	其他疾病	泌尿生殖系統
10 神經系統疾病	神經系統疾病	神經系統疾病

資料來源：中國人民共和國編，2010 年中國衛生統計年鑑。

由上述資料可以看出目前居住在中國大陸的居民所罹患的前十大疾病；有意至中國大陸發展醫療產業投資者針對上述評估開設相關科別，並聘請相關醫療專家，提升醫院知名度，吸引患者就醫。

二、 供給現況(中國大陸醫療資源概況、醫療機構相關概況、醫事執業人員分佈)

截至 2010 年底，全國醫療機構數達 92.7 萬個，其中：醫院 2.09 萬個，社區衛生服務中心(站)3.3 萬個，鄉鎮衛生院 3.8 萬個，村衛生室 64.8 萬個，診所(醫務室) 17.3 萬個。2010 年政府辦社區衛生服務中心(站) 1.8 萬個，鄉鎮衛生院 3.7 萬個。

與 2009 年比較，全國醫療機構增加 20171 個，其中：醫院增加 627 個，社區衛生服務中心（站）增加 5431 個、鄉鎮衛生院減少 641 個，村衛生室增加 15654 個，診所（醫務室）減少 1319 個。

表 2-11 全國醫療機構數

	2010 年底	2009 年底	增減數
總計	927420	907249	20171
一、醫院	20918	20291	627
三級醫院	1284	1233	51
二級醫院	6472	6523	-51
一級醫院	5271	5110	161
二、社區衛生服務中心(站)	32739	27308	5431
社區衛生服務中心	6903	5216	1687
社區衛生服務站	25836	22092	3744
三、衛生院	38763	39627	-864
鄉鎮衛生院	37834	38475	-641
四、門診部	8291	7639	652
五、診所(醫務室)	173490	174809	-1319
六、村衛生室	648424	632770	15654
七、婦幼保健院(所、站)	3025	3020	5
八、專科疾病防治院(所、站)	1274	1291	-17
九、其他醫療機構	496	494	2

資料來源:中國大陸編，2010 年全國醫療服務情況。

以 2010 年來看，中國大陸醫療機構人數達 820.8 萬人，與 2009 年增加 42.7 萬人，衛生技術人員共約 587.6 萬人，與 2009 年增加 34.1 萬人。而在衛生技術人員當中，醫師 241.3 萬人、註冊護士 204.8 萬人、藥師 35.4 萬人、技師 33.9 萬人、鄉村醫生和衛生員 109.2 萬人、其他技術人員 29.0 萬人。每千人每千人口執業醫師 1.79 人，較去年增加 0.4 人、每千人口註冊護士 1.52

人，較去年增加 0.13 人。

表 2-12 醫療機構人數 (單位:萬人)

	2009 年人員數	2010 年人員數	比上年增長人數
醫療機構總人數	778.1	820.8	42.7
衛生技術人員	553.5	587.6	34.1
其中：醫師	232.9	241.3	8.4
註冊護士	185.5	204.8	19.3
藥師(士)	34.2	35.4	1.2
技師(士)	32.3	33.9	1.6
鄉村醫生和衛生員	105.1	109.2	4.1
其他技術人員	27.5	29.0	1.5
管理人員	36.3	37.1	0.8
工勤技能人員	55.8	57.9	2.1
每千人口執業醫師(人)	1.75	1.79	0.4
每千人口註冊護士(人)	1.39	1.52	0.15

資料來源:中國大陸編，2010 年全國醫療服務情況。

第三章 研究方法

第一節 研究架構

本研究主要採用質性研究中專家深入訪談法、實地訪查與焦點團體法為主，進行相關問題之瞭解。先以文獻探討台資醫院在中國大陸醫療服務市場所面臨到的困境，擬定出專家訪談之問題大綱（詳請參閱附件），並針對已在中國大陸設立台資醫院的經營者進行實地參訪，從中了解中國大陸台資醫院經營的困難與可能解決的方案，接著，為能更完整擬定解決方案，將前面所收集到的相關資訊整理並擬定討論大綱，利用焦點團體請教專家們提供有可能之解決方案與措施，以及撰寫政策建議書，針對相關問題，提出短、中長期之相關建議。

第二節 專家訪談法

一、 訪談對象

本研究針對已到中國大陸投資或經營管理醫療院所之實務經驗者或有相關經驗之專家，受訪問前先詢問是否有意願接受本研究訪談提供相關回答，確立受訪者名單後（共 4 位），先將訪談大綱寄給受訪者參酌後進行專家訪談。

二、 訪談問卷設計

根據資料收集後，進行文獻探討找出之前文獻內所提出台資醫院在中國大陸目前所遭遇的困難，並再與相關領域的專家討論後訂出訪談大綱，從中整理出來的問題主要分成四大類-政治法律方構面、社會文化構面、醫療儀器設備與採購方構面、人力資源方構面。

訪談目的為：從已到中國大陸投資經營台資醫院的管理階層角度，探討投資經營台資醫院時可能遇到的問題，藉由深度訪談來了解台資醫院經營時所遭遇的困難與問題為何，並針對問題研擬對策。

三、 訪談對象時間

表 3-1 訪談對象時間

受訪者姓名	訪談方式	訪談日期
A	面談	2011 年 10 月 14 日
B	面談	2011 年 10 月 14 日
C	面談	2011 年 11 月 10 日
D	面談	2012 年 02 月 12 日

第三節 實地訪查

時間：2011 年 12 月 20 日至 12 月 22 日，共三天。

地點：甲醫院、乙醫院、丙醫院。

藉此次參訪可以瞭解依醫院規模、病床數、醫保給付、投資者的背景等不同，所規劃的參訪行程。

表 3-3 參訪醫院之簡介

醫院	等級	規模	病床數	醫保給付
甲醫院	三甲醫院	600 畝	病床數為 1500 床，目前已使用 780 床	有
乙醫院	二甲醫院	80 畝	病床數為 531 床，目前核准病床數為 200 床	有
丙醫院	二級醫院	11,300 平方公尺	100 床	無

資料來源：本研究整理。

第四節 焦點團體法

(一) 邀請對象

主要為與中國大陸醫療相關產業的業界人員、政府官員、學術領域專家，共幾 9 位，邀請對象如下：

表 3-4 焦點座談邀請名單

	學者	服務機關	職稱
產業代表	J	中華海峽健康旅遊休閒協會	秘書長
	K	台灣私立醫療院所協會	秘書長
	L	亞洲華人醫務管理交流學會	理事長
官方代表	M	中央健康保險局醫務管理組	組長
	N	行政院衛生署企劃處	處長
	O	行政院衛生署健保小組	參事
學校代表	P	亞洲大學	教授
	R	台北醫學大學	副教授
	S	台北醫學大學	副教授

(二) 焦點團體題綱設計

針對專家訪談及至中國大陸台資醫院實地參訪，所收集之相關訊息，參考原先所提政治法律構面、社會文化構面、醫療儀器設備與採購構面、人力資源構面四大構面，針對目前無法解決或較為棘手的問題設計焦點團體座談提綱。

座談會過程錄音及錄影存檔，主要以研究主持人及多位專家進行研究主題的提問，在由多位專家針對提問問題進行發言討論，焦點團

體座談內容也將以逐字稿進行彙整、綜合分析針對專家所提出的解決建議以及醫院與政府達成的共識，讓有意願要到中國大陸投資台資醫院的相關財團或醫療體系能夠在投資前做好完善的準備，及當遇到相關問題時該如何解決。

焦點團體座談會的目的：在透過專家們瞭解台資醫院在中國大陸經營現況，在進而對台資醫院現況分析，經由專家分享各台資醫院之經驗方法與困難。對於本研究藉由團體討論分析與研擬對策，來評估其可行性及可能遭遇的困難與問題，提出可行的方法或建議。

第四章 研究分析

第一節 深度訪談內容分析

深度訪談內容整理依據問題做以下五個分類，為政治法律方面、社會文化方面、醫療儀器設備與採購方面、人力資源方面及其他，並依據每題問題彙整專家意見歸納出訪談重點結論，詳細之內容，請參閱本研究後所附之逐字稿。

► 政治法律方面：

1. 在爭取中國大陸的醫保時，申請上會有哪些困難發生，需如何克服這些困難?依經驗判斷，您覺得需要具備哪些條件？是否都能申請成功（大約多久？）

對於台資醫院申請醫保時不會有特別的限制。困難就是在申請醫保時，中國大陸政府要不要讓台資醫院准入的問題及中國大陸政府同意給予設置醫院的級別，因為同樣做一個手術，不同級別政府給予的給付有所差異。

在台灣，健康保險給付沒有區域分別，但在中國大陸申請醫保時，必須看這個地區的發展而有所差別，像是有新農合、城鎮職工、城鎮

居民等不同保險，另外，民眾至投保地區以外的地方就診所產生的費用，只要在公立醫院就診就可以憑發票回原投保地區申請看診費用，但如果到民營醫院看診所產生費用無法報銷的情形。而這在在在法律條文上並沒有說明，會形成一個非常不平等的地方。

2. 中國大陸政府對設立台資醫院有法律上的規範，就您了解哪些法律形成了不公平競爭？

法律條文其實敘述的都很簡單，但實際上，有時上面的條文與我們直接解讀是有差異的，在真正執行時必須與中國大陸官員把條文逐一對清楚，這樣才不會有認知上的落差。而在審查執行面上，大陸政府會用最高標準來看台資醫院，這點是必須注意的方面。

3. 中國大陸政府對於公立醫院除營收免稅外，尚有政府補貼，就您所知政府補貼了哪些項目形成不公平競爭？

中國大陸公立醫院就跟台灣公立醫院相同，當政府有預算就可以獲得補貼，不單單是人事方面，還會有各種形式的補貼方式，如金錢、土地、政策等，基本上檯面上都已經力求公平，檯面下是無法揣測的。

不公平的競爭例如公立醫院有些稅像土地稅、房屋稅是不需要繳交的，但民營醫院通通都要繳交，且中國大陸政府把民營醫院視同為

服務業，與當地服務業支付的水費、電費等是一樣的，但公立醫院相較之下，電費一度需多繳交七成費用，且在中國大陸不同地方也有很多規費需要繳交。

4. 時有所聞在中國大陸遇到醫療糾紛(醫鬧)處理方式與台灣不盡相同，在處理上有面臨到哪些困難？與中國大陸醫院相比，台資醫院是否較容易遇到醫療糾紛，能簡要說明大多發生在哪些環節，遇到此情況時處理的重點，以及發生頻率很高嗎？

在中國大陸處理醫療糾紛基本上與台灣相同，台資醫院與當地醫院發生的比率是差不多的。

► 社會文化方面：

1. 台資在醫院設立時，該如何在診療習慣上因地制宜，是否有遇到困難？

基本上還是套用台灣的做法，但因醫療文化導向、就醫習慣不同、包括醫療人員的價值觀與想法與台灣不同，可因地制宜而做修正，在地化是一定要的，必須要訓練中國大陸當地的醫生、護士，重要的是怎樣把他們的理念與我們的理念結合並且讓他們接受去執行，有些地方與台灣不同，但有寫在評鑑標準、醫院設置標準上我們就必須配合

規定。中國大陸醫院也有不好的地方像是超收病人，在走廊上加床，這些我們就不能學習。

2. 台資在中國大陸設立醫院之初，如何評估建院地點與選擇醫療服務項目提供給當地民眾或其他因素，可否簡要說明。

大部分取決於中國大陸政府，他提供 2~3 個地點給你做建院的選擇，最重要就是的談判，也就是在簽約前，全部的要求都要很清楚的說出來並且白紙黑字，這也牽涉到你對那邊的法令清楚到什麼程度。

3. 就您所知，台資醫院在醫療服務提供與藥品使用上是否有遭遇困難？

雙方的法令不一樣，提供的方式也不同。在中國大陸購買藥品時，必須要用中國大陸的模式藥品名、藥單去核對。藥品市場比較屬於壟斷市場，是由國營藥品公司在做單一供應，沒有議價的空間。

4. 有關社會文化因素方面，台資醫院在經營上，您覺得最需要調整的是什麼？

當你還沒有辦法讓他接受以前，得先融入人家的文化習慣，在從中去做改變，如果無法融入什麼都不用說了，因沒辦法生存，根本談不上發展。

➤ 醫療儀器設備與採購方面：

1. 在中國大陸購買或進口醫療儀器設備有沒有遇到困難或限制?常遇到的問題是哪方面?是否有使用上的限制。

台資醫院現在不會有這個問題。常遇到的問題是每項醫療儀器設備都需要各自的執照。在中國大陸工作的習性就是要把一件事切割的很細，所以在購買儀器設備時需注意從安裝到售後維修是否有齊全購買。

2. 如果購買醫療儀器或設備遇到困難時，有沒有解套措施?如與當地醫院結盟，或尋求衛生主管機關協助?或其他您覺得有效之方式?

如果能在開業前就一次把它講定清楚是最好的方法，一定要白紙黑字，要不然沒有人會認。

3. 中國大陸政府對於台資醫院是否有管制執行醫療項目?或對於某些醫療行為加以限制或禁止?如有，可否詳加說明?

實際上是醫院級別在做管制，對你的醫院有沒有資格進行這項服務而做規範，中國大陸對某些醫療行為的管制比台灣還要嚴謹，大部份的技術都還要經過准入許可。

中國大陸的醫療水準上下差異很大，台灣的醫療人員要過去執業必須要有準入執照，考試內容不是實際操作而是筆試，理論上看起來很嚴格實際上是沒有意義的。

4. 在購買藥品及衛藥材程序上，台資醫院與中國大陸醫院使用上是否有所不同？可否舉例說明。

基本上台資醫院與中國大陸醫院購買程序上沒有什麼不同，藥品與衛藥材不能直接跟藥廠購買，一定要透過中間的配售商，在配送時效上比較不好掌握，又因從藥廠到配售商多一層交易，物品的價格又會被墊高上去。

► 人力資源方面：

1. 您覺得台資醫院在增聘醫療人員方面是否有困難？會是哪些方面的問題或困難？

增聘醫師是最困難的尤其是骨幹中有 10 幾年的醫療經驗這種是最好的，招不到醫療人員的原因，錢不是最主要的問題，而是因為在公立醫院上班有公務人員及教職身分的保障，退休後有福利制度。

在台資醫院醫生所賺的每一分錢都要報稅，但在公立醫院或者其他民營醫院，他們的慣例就是在檯面上的薪資只有報一點點稅，甚至不用報，所以醫生當然要選擇錢可以賺得比較多的地方。

2. 您覺得台資醫院應該提供什麼樣的誘因才能吸引中國大陸醫療人員加入醫院？這有助於未來醫院經營與發展嗎？

必須給予足夠的補償及承諾，但民營醫院對他們而言沒有像政府這麼可靠。

3. 中國大陸方面有所謂「灰色收入」，您覺得須給予多少報酬才能讓中國大陸醫師願意到台資醫院工作。

所有正規的收入加灰色收入以後還要再增加 20% 以上才能吸引中國大陸醫師。灰色收入會慢慢的有所改善，只是是時間上的問題。

4. 台灣醫務管理相當發達，您覺得相關經驗是否適用在台資醫院，有沒有遇到困難？可否詳細說明。

台灣經驗=100，中國大陸經驗=0， $100 \times 0 = 0$ ，所以中國大陸經驗是非常重要的。我們追求的是醫療品質、良好的服務、效率及降低成本，只不過是要去調整外在的法律規定標準，當然還有一些挑戰。

➤ 其他：

1. 台資醫院在中國大陸設立之初，通常面臨到障礙與問題？

整個申請的流程，要熟悉他們的法規、政府機關運作的潛規則。

2. 台資醫院如何在地化，就您的經驗會採用的方式與建議？

創辦人要去開辦醫院就是希望把台灣的東西帶過去，既然要在地化，那病人需要什麼，就要先滿足他們，先不要改變病人的習慣，以這樣的出發點來提供。以病人為中心，這樣才能在地化，不要以醫院為中心，這樣可能對立就會比較多，在這執行的過程中會很痛苦。

3. 就您經驗而言，是否還有遇到其他特殊的困難？

困難很多，一定要想辦法克服。

4. 兩岸 ECFA 簽訂後，是否有助於台資醫院在中國大陸之經營？

應該透過雙方的談判，醫療政策有大幅度的放寬，單獨給台資醫院優惠條款，這樣才有意義。

5. 中國大陸醫藥廣告很普遍，是否有影響？

法律規定很嚴格是不准做醫療廣告，但實際上還是很普遍，不過攸關性命的醫療行為應該是口耳相傳方式較重於廣告宣傳。

6. 短中長期，看起來評估是怎樣？主要是想要看經營的困難及對策。

現在至中國大陸投資台資醫院是一個機會，這個機會不會很快消失，但也不能等待太久，因為這個市場早晚大家會搶著進。

建議：不必急著進去設置醫療機構，但也不能把規劃時間拖得太長，邊了解法律條文邊審慎評估，放一個比較中期的眼光去評估，因為中國大陸市場跟你想像的不一樣，當然佈點也是很重要的。多方面要去關注任何消息、發展，假設你的資金非常雄厚，投入執行醫療機構也許不難，但這是針對短期獲取利益的想法，也相對的經營醫院挫折感也會很高；因為在經營過程中，不只是醫院的問題，更多是相關政府部門溝通協調問題、以及保險問題、更甚去解決先前投資者造成對中國大陸民眾觀感不好問題，都需要時間去一一調適。

其實台資醫院也有機會的，因為長期的投入，我們有我們的價值觀，台灣在中國大陸醫療時間也不是很長，最近5~6年而已，一個產業走5~6年我覺得都還言之過早，產業潛伏期10年後才開始冒出芽開

花結果。

第二節 中國大陸台資醫院實地訪查簡介及分析

➤ 甲醫院簡介

一、 背景

此集團是電子科技產業起家，在中國大陸設有工廠，在 2001 年因某些因素，此集團開始思考以投資醫院的方式回饋社會、服務民眾的精神，在當地設置綜合性醫療機構造福中國大陸的民眾。在 2008 年 01 月 21 日開辦初期，沒有經營醫院的經驗，但獲得台灣醫療院所強力支援協助合作，使得甲醫院有機會很快的站穩腳步，其實甲醫院並不是此集團在中國經營的第一家醫院，在此之前，曾與當地政府合作公辦民營醫院獲得青睞，同時也與當地政府建立良好的關係。

二、 醫療服務

甲醫院位於南京市建鄴區，此地為市政府重點發展區域，為集團所投資設立的中外合資合作醫院。2003 年 6 月 27 日取得衛生部同意建立甲醫院的批復，2005 年 6 月 10 日開始動工，依據國家三級醫院設置標準建立，2008 年 5 月 12 日正式開業，佔地 600 畝。整個工程分三期，其中一期投資約 11 億元人民幣，主要發展以普通醫療與特需醫療服務為目標，院內病床數有 1500 床，目前已使用 780 床；二、三期將增加科研實驗、臨床教學及健康促進等醫療項目，最終將發展 3000 床規模。

另外集團亦投資興建蘇州明基醫院、托管南京港口醫院，醫療事業版圖值日擴大。

三、 發展規劃

表 4-1 甲醫院發展規劃

基地面積	佔地 600 畝			
發展規劃	2011 年	培育期	1,000 床	醫療為主教學初始，建成有較強實力科室的綜合性醫院，成為大專科、中等度綜合醫療布局，提供優良服務，承擔本科生教學，少量研究生教學。
	2014 年	成長期	1,500 床	醫療與教學基本齊全，建成教學有專業特點和技術優勢的綜合醫院，成為大專科、大綜合的醫療布局。並成為教學醫院、常規培養住院醫師、專科醫師，增加研究生人數。
	2018 年	發展期	3,000 床	醫療教學並重的大型醫院，中國大陸一流、國際知名的現代化醫院，有良好的科研研究室及專家團隊，教學力量雄厚，建立明基臨床學院，培養多層次，尤其高層次醫師人才。
興建概況	第一期 1500 床，目前已使用 780 床			
工程規模	建築用地面積：401,176 平方公尺，其中一期為 226,248 平方公尺，二、三期為 172,946 平方公尺。			

資料來源：甲醫院網站，<http://www.benqhospital.com/yyjs/frontHospital.do>；本研究整理。

醫院目前開診科別包括內科系統(呼吸內科、心臟內科、消化內科、腎臟內科、血液內科、新血管內科、神經內科)、外科系統(普通外科、泌尿外科、骨科、神經外科、胸腔外科)、其他臨床(婦產科、兒科、腫瘤科、口腔科、中醫)等醫療專科服務、及國際醫療中心、健康檢查中心，其中，眼科、心臟內科、骨科、普通外科、神經外科、泌尿外科

等為醫院初期的特色醫療科別。

甲醫院於 2008 年 2 月 26 日取得「是城鎮職工基本醫療保險定點醫療機構」資格認定，凡醫院門診、門慢、門特（惡性腫瘤、化療）、住院結算均可使用醫保卡。甲醫院執行政府指導價格，比照三級公立醫院的收費標準。試營運期間優惠活動包括普通門診、專家（含台灣專家）門診免掛號費，住院病床費五折等。

四、 收費標準-門診掛號費、病房費

表 4-2 甲醫院收費標準

序號	名稱	計算單位	收費標準 (人民幣/元)	備註
一、掛號費				1.門診注射、換藥、針灸、推拿、放射治療按療程收取依次掛號費；2.門診一次為診斷一種疾病，涉及兩個科別以上，當日只收一次掛號、診察費
1.普通掛號費				
(1)	三級醫院	次	1.00	
(2)	二級醫院	次	0.80	
(3)	一級醫院	次	0.80	
2.急診掛號費				
(1)	三級醫院	次	1.50	
(2)	二級醫院	次	1.20	
(3)	一級醫院	次	1.20	
(4)	門診病歷手冊	冊	1.00	

二、診察費				
1	普通門診診察費			
(1)	三級(省、市級)醫院	次	3.50	
(2)	二級(縣、區級)醫院	次	3.00	
(3)	鄉(街道)級醫院	次	1.00	
2	專家門診診察費			指高級職稱醫務人員提供的診療費用
(1)	臨床醫學專家	次	14.00	
(2)	主任醫師	次	9.00	
(3)	副主任醫師	次	6.00	
三、住院病房費				(甲醫院價格)
1	單人間 A	天	300	
2	單人間 B	天	340	
3	2 人房	天	240	
4	3 人房	天	85	
5	4 人房	天	35	

資料來源：南京市物價局政務網，<http://www.njwjj.gov.cn/index.php>。甲醫院，<http://www.benqhospital.com/frontIndex.do>。

五、 交通資訊

甲醫院內部設有地鐵廣場與地鐵 1 號線甲醫院·中勝站連結實現站內無縫銜接，經四號出口專屬通道足不出站便可直達醫院門診大廳、2 號線中和村站，鄰近奧體中心，符合南京都市整體規劃，帶給民眾交通的便利。

在相關訪談中主要反映出在法律面所遇到了醫療保險申請上的問題，例如因來院看診的病患並非都是居住在南京當地的居民，而是有一定比例來自

於附近地區，然而在每個地區的醫保所辦的類別皆不相同，居民看病後必須回到當地然後依當地政府規定請求核銷許可，大部分地區會限制非公立醫院不可或不准居民跨區域看診，因此，病患看診後回到原居住城市無法申請核銷，造成民眾認為民營醫院不如公立醫院方便，再加上某些當地的民營醫院只以營利為目的，往往做出不合法的事情，而讓台資醫院背負原罪，故此台資醫院在中國大陸需要花上一段時間，讓當地居民認為台資醫院與當地民營醫院並非為同一種類型的醫院。

此外在中國大陸辦醫院，內部、外部控制都很重要，而外部控制又大於內部控制。可分為四大點說明：1.政府 2.同業 3.合作夥伴與 4.客戶群，這些都會影響醫院內部的建置，尤其是政府的政策面，因為會影響到同業，同業會影響到合作夥伴，此外客戶群與台灣完全不一樣。而內部控制方面，因貧富差距的問題，掛號費可以從人民幣 3 塊半至 500 元都有，所以醫院不能以台灣的體制來考量，相關建置及流程事宜皆需調整與中國大陸接軌的模式才會比較好運行。

對於醫院初期的發展，醫保申請是否能通過，除了自己實力的培養以外，政府支持、專家認定、同業中的認可及加入當地醫學會是非常重要的！在人才的招聘則需花費很長的時間尋找及引進，也須主動爭取與被動去挖角，最重要的是培養人才與當地醫藥大學合作，讓醫師有教職的職位並可繼續做科研的場所，這樣培養才會有一以貫之的醫療文化精神。

最後，至中國大陸開醫院，最重要的還是要先了解自己的開院目的是什麼，如果要在中國大陸做長遠的醫療事業，可先以中型有特色的專科醫院 500-800 床為目標，並且打開知名度做為優先考量。

➤ 乙醫院簡介

一、 背景

為了紀念宗仁卿先生對六和集團擁有卓越之貢獻，更將要弘揚宗仁卿先生一生積德行善之理念，宗成志先生以「取之於民，用之於民」之理念與精神，決定興建宗乙醫院，藉此提升昆山市之醫療服務、利益眾生，弘揚(醫學教育)、回饋社會及紀念先父最好的方式。

乙醫院座落於江蘇省昆山市中心地段，占地 80 畝，是一所依據中國大陸國家三級醫院標準規畫，設置內科、外科、婦產科、兒科、口腔科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、急診醫學科、中醫科、康復醫學科、麻醉科、病理科、醫學影像科、醫學檢驗科。於 2002 年 8 月獲得衛生部批准設立，2004 年 8 月開始地基工程，2006 年 5 月主體大樓封頂，2008 年 11 月 15 日正式營業。一期先行開設 531 床，目前核准病床數 200 床，二期擬擴充至 1000 床。

二、 員工數與病床數

一期病床數為 531 床，目前核准病床數為 200 床，二期預設病床數 1000 床。

表 4-4 乙醫院員工數與病床數

員工數		病床數	
醫務人員	108	一般病床	398
護理人員	188	加護病床	79
醫事人員	40	其他病床	54
行政人員	102		
外包人員	64		
合計	502	合計	531

資料來源：乙醫院，<http://221.224.112.139:4433/>。

三、 醫護陣容

優秀的醫療團隊是醫療品質的保證，醫院的醫護人員由台灣、上海和全國各地醫院組成，現有內科、外科、婦科、兒科、眼科、耳鼻喉科、骨科等多科，其中台灣醫師近 15 名，可提供相關優質的醫療照顧服務。醫院的醫護人員，除提供基本的臨床照護，更注重加護病床急診室、ICU 及老人長期照護品質。乙醫院目前與台灣彰化基督教醫院形成策略聯盟醫院，另外亦與蘇州大學醫學部教學醫院、台灣新光醫院、上海復旦大學兒科醫院等進行建教合作，擁有醫護、醫技藥師、營養師等豐富的協助資源。

四、收費標準—門診掛號費

表 4-5 乙醫院收費標準

序號	名稱	計算單位	收費標準 (人民幣/元)
一、掛號費			
1. 普通掛號費			
(1)	市級	次	1
(2)	縣級	次	0.8
2. 急診掛號費			
(1)	市級	次	1.5
(2)	縣級	次	1.2
二、門診掛號費			
1	市級	次	3
2	縣級	次	2
3	鄉級	次	1.5
三、住院診療費			
1	市級	床、日	3
2	縣級	床、日	2
3	鄉級	床、日	1.5

資料來源：

http://www.chinaprice.com.cn/fgw/ProxyServlet?server=e450&urls_count=1&url=drug/ylysf/jiangsu/jiangsu.html，江蘇省物價局。

訪談中主要反映出某些長年性之問題，醫院在醫師招聘問題上，短期內還是無法解決，因為大部分的醫師都待在公立醫院，有退休、教職及學會機制，還有退休反聘回醫院的模式等保障，除非有要砸大錢把醫生挖過來決心，要不然會非常困難。建議採用尋找醫學院的支持，但要跟醫學院合作，自己可能要先出一筆較大的貢獻金回饋醫學院。此外，此參訪醫院是二級醫院而

非三級醫院，這點在醫師招募上就更困難，目前現況目標是突破三級醫院核可資格；最重要就是一般民眾普遍認為民營醫院價格都很高很貴，而質量都不好，這就是台資醫院背負著原罪，因為被中國大陸人經營的民營醫院搞壞了民營醫院的名聲，所以短期內要將名聲恢復至民眾認可還是有一定難度。

而中國大陸醫師願意來台資醫院工作，原因不外乎是在公立醫院沒有可以升遷，他願意來台資醫院升遷，或者是他在公立醫院發展並不是很順利，但畢竟這些醫師屬於少數族群；希望說在醫師方面能汰弱留強，因為醫院剛開始發展，要知道這個醫師名聲好不好一問就知道了，但中國大陸幅員廣大，要針對所有醫師都去調查，你要詢問的管道就有很多困難，因為同樣是主任級的醫師，在內陸跟在長江三角洲素質是有所差異。

在耗材上比較有灰色收入，如骨材或是心導管的耗材，他們是會有行規，但其他耗材比較不是那麼容易，在藥品方面我們會從醫師開的藥去監測，主要是我們堅持某些台灣醫院的優良原則，所有台資醫院應該都會堅持走這條路，因此本院將某些灰色收入運用於該科做進修、科基金。

人力上解決的方式為儘量培養醫院的年輕醫師，另一種就是聘用台灣的留學生，因方便到台灣進修，這種醫師未來就是我們的骨幹，也與台灣知名醫師搭配進行培訓，醫院一些主科則是聘請在台灣醫師，並搭配台灣合作醫院進行培訓。

在此家醫院有一個突破點，昆山擁有4000家台資企業是得天獨厚的優點，可以參加台商協會與台商建立很好的關係，另外認為本院醫療實力還需要再加強，目前與台灣知名醫療系統進行合作，我們也加強與當地社區互動密切，提供良好醫療服務，而嚴守整個醫療作業程序、醫療基礎水平能維持，這些會減少醫療疏失發生與避免不必要的醫療糾紛。

要給未來投資者的建議：第一，取得醫學會的職位是很重要，因為中國大陸醫療還是要有權利；第二，中國大陸政府應該給予在民營醫院之醫師人力扶持，如要鼓勵中外資醫院來中國大陸設醫院，而醫師都卡在公立醫院，那如何進行有效人才交流。

所以需先瞭解投資者的目的是什麼、口袋有多深、可以堅持多久，以及需要很大的企業來支撐醫院才可支撐。

➤ 丙醫院簡介

一、 背景

2011年7月經中國衛生部通過，上海丙醫院成為首家外商投資之臺灣獨資醫院許可之「二級綜合醫院」，經營性質為「營利性醫療機構」，主要服務對象有臺商、外籍人士及高端白領服務的精緻醫療中心。

二、 醫療服務

丙醫院目前完全以自費市場為導向。病床數有100床，備有200個停車位之全新4層大樓，占地11,300平方公尺，與「聯新健康廣場」--

擁有健康會所、醫學美容、健康餐飲等多項規畫--結合創造四個中心的綜合效應，此四個中心即高端服務的醫療服務中心、中國大陸地區台胞緊急醫療救護轉運中心、中國大陸全科醫療的培訓中心、台灣健康產業上海展示中心。相對中國大陸的三甲醫院，上海丙醫院是強調專業的台灣醫療團隊，引進台灣先進的醫療服務特色，尊重病人尊嚴及隱私，不用藥浮濫，相對謹慎，避免增加病人身體的負擔。

三、 診療科別與特色

預防保健科、內科、外科、婦產科、兒科、眼科、耳鼻喉科、牙科、皮膚科、復健科、醫學影像科、中醫科、全科、麻醉科、醫學美容科、檢驗科、健檢科等。

特色

- (一) 為 2011 年二岸經濟合作框架協定(ECFA)簽訂後首家臺灣獨資醫院。
- (二) 提供綜合性一般/高端門診診療科別、高端健康/抗衰老/養生會所、樂活健康商場、一般/高端住院總床位數 100 床。
- (三) 提供快速、精緻、專業的健康檢查服務，量身打造個人健康計畫。
- (四) 採用全套先進的醫療諮詢管理系統，建立個人 e 化健康資料。
- (五) 海外以及兩岸三地資深專業醫師團隊長期駐診，提供專業、親切與高品質的醫療服務。

(六) 擁有完善的轉診網路:臺灣 21 家醫院、上海 8 家三甲醫院，讓健康兩岸皆可通。

(七) 提供客制、舒適與高檔的健康/養生服務。

四、 收費標準-門急診掛號費

表 4-6 丙醫院收費標準

類別	時間	週一至週五			週六、週日/法定節日		
		急約門診 24H	普通門診		急約門診 24H	普通門診	
			初診	複診		初診	複診
掛號費	-	30	30	30	30	30	30
診察費	0:00-6:00	700			700		
	6:00-9:00	500			500		
	9:00-12:00	450	400	300		450	350
	12:00-14:00						
	14:00-17:00		400	300		450	350
	17:00-18:00						
	18:00-21:00	400	300	450		350	
	21:00-24:00	500					

附註：以上價格均為人民幣計算

最後訪談中主要是給台灣投資者的一些建議：想投資中國大陸醫療產業的無醫療相關背景之投資者，還是不要冒然投入經營，因在中國大陸的經營模式與台灣不盡相同會比較困難沒那個容易。要注意的事就是資金要準備好這很重要，還要有訓練一組人開疆闢土、在中國大陸本土化。

第三節 焦點座談內容分析

專家們認為ECFA對台資醫院來說是個好時機，然而這是必須與相關環境進行比較，在環境方面目前與以前相比是改善良多，因此準備好了任何時間就是好時機，就如同與會人士中所言”關關難過關關過”，只要克服了困難就是好時機。另外有些專家認為ECFA是否可幫助台資醫院針對某些既有困難與障礙，就目前而言好像不是那麼的樂觀，但可能可以思考從合作協議之外去做補充，譬如在法規上訂出保障出資者的一些權益、出資比率增加，建立平台解決問題，這些是可從法規上再去做加強。

在醫療方面，台灣目前相對中國大陸來講在醫療的技術整體上面至少還是領先，而這個領先是指來自台灣的團隊訓練，團隊訓練包括護理人力訓練、技術人員訓練，以及管理的領先；管理領先方面台灣方面現在至少都十年以上的差距。但ECFA其實是一個大架構，並沒有辦法解決在中國大陸醫院經營所碰到的潛規則，這種規則是沒有白紙黑字詳列出來，舉例來說廈門某醫院要申請購買一台X光機，這個站在政府的角度，民間醫院要買儀器照顧民眾，任何一個政府應該要支持且核准，但中國大陸政府則考量到該醫療利用是否已經飽和，最後仍不核准購買，這會對於台灣經營者造成不小的壓力與困擾。

專家們認為中國大陸政府仍然將醫療照護視為攏絡人民很重要的利器，這也造成醫療產業方面，中國大陸政府較為管控以及釋出的權力很少，例如，從政策上得知三甲醫院的申請資格上很少外資醫院被許可。而目前台資醫院目標都朝三甲級醫院進行規畫，但當地三甲級醫院都已深耕許久且與當地政府建立良好關係，造成台資醫院融入當地醫療產業困難，常見問題有：

1. 醫師招募的問題，譬如台資醫院不准醫師拿紅包，但當地醫師早已有灰色收入之習慣。
2. 大部份三甲醫院與醫學院皆有相互聯繫網路，例如醫院醫師是有掛正、副教授的職稱，因此，若沒有醫學院的支持，醫院在當地就沒有地位，醫師也就無法升等；在這種條件之下，大部分醫師會捨不得離開公立醫院而到民間醫院來執業。
3. 在中國大陸醫療人員專業能力的部分，因兩岸所受的專業訓練不同，在這方面應該思考幫忙當地醫療人員進行相關教育訓練，才符合台資醫院對於醫療人員的期望。
4. 台灣醫療人員進入台資醫院後會因風俗文化不同而有適應不良情形，應給予再教育，針對提升醫病關係的課程著手，如：民眾素養問題應如何面對、處理，提升在地化能力。

另一方面，專家也指出潛規則還是有一些好方法可以打破的，基本上只要準備好就可以打破。在目前政府對醫療產業的主觀想法還沒有改變，對於這方面還是有相當的防範，中國大陸政府願意開放到什麼程度、台商醫院目前掌握到什麼程度，坦白來說是未知數。而從這個方向來看，如果台商醫院如果用相當單純想法，幫助他們將醫療做好，最多就是拿回所投資之報酬，抱持這樣的想法可使醫院經營較為深耕長久。台灣政府也應該建立官方與官方間的交流平台，讓台資醫院能有個溝通的管道以及尋求官方協助。在這方面，專家分析成功的民間醫院案例，如武漢亞新醫院(香港投資)、崑山榮華醫院。總結專家認為成功因素有如下幾項：

1. 在中國方面科學院士具有崇高地位，如果能先聘請當地地位很高的科學院士(醫學院)來當院長，就會發揮吸磁效應，可招聘他學院裡的得意門生也會跟著過來執業，並且專攻該院長所有的專長。
2. 以目前中國大陸整個情勢來看，專家認為在中國大陸要做成功的綜合醫院是非常困難，建議可以思考專攻專科為主，如眼科、牙科、骨科等專科化的醫院目前比較容易成功，另外可思考該專科連鎖化經營的好處，這種單科化經營可能會是目前進入中國大陸醫療市場會比較容易成功之處。
3. 專家也覺得台資醫院可以建立一個管道與台灣的觀光醫療(健康檢查及醫學美容)進行合作，中國大陸是以預防保健為主，台灣是以治療為主，因此在台灣檢查的結果可與台資醫院做個連結，回去中國大陸可以做健康促進，

因為以往可能在中國大陸沒辦法到台資醫院做治療，可是透過這個方式做健康促進，對於台資醫院是會有幫助的。

4. 建議台資醫院也可往長期照護的方面發展，以現在來說台灣長期照護做得不錯，其中整合式醫療照護模式如果能移植給台資醫院提升對中國大陸居民的照護，專家認為目前政策發展對台資醫院是有幫助的。
5. 重要的兩個條件：(1)如何在地化，又能保有台灣醫院的宗旨，強調文化、人才的培養。(2)基本醫療品質與訓練要求的維持，醫院才能長久經營下去。

專家對中國大陸官方的建議：

1. 中國大陸官方建立醫療網計畫(中國大陸稱:區域規劃)，可瞭解中國大陸目前醫療資源分配情況，並照規則去執行。而醫療資源缺乏的地區可向政府提出申請，讓台資醫院進入投資開發，使台資醫院避開醫療資源豐富的地區。
2. 中國大陸公、民營醫院資料之建檔並設立平台，已便台灣健保驗證。

專家給台灣官方的建議：

1. 建議政府委託民間團體(如:健康保險學會)針對申請之台資醫院進行抽查，驗證憑據是否為真，以利後續申報所需。

2. 與中國大陸政府協商建立起雙方可互信互利之平台。
3. 思考可釋出無利害關係的資源，並與中國大陸成立管道進行溝通。
4. 開放中國大陸醫師來臺考照制度，每年開放2~3位中國大陸醫師，確保醫師品質，並與台灣醫療界進行交流，同時建立良好關係提升台灣民眾得到更完善的醫療照護。

第四節 台資醫院滿意度調查

從其他研究中，發現台資醫院門診就醫民眾樣本為，女性、國籍為中國大陸、年齡層 30 歲以下、教育程度為大學、職業為商業百分比為多、其中大多數的民眾皆有加入醫療保險，又以城鎮職工醫療保險的為最多、一年內看診次數為五次以下較多。經事後檢定分析結果顯示，不同之年齡層、教育程度、職業與民眾選擇就醫因素有關。研究結果如下：

從研究結果得知，中國大陸居民會選擇至台資醫院就醫因素中，會考慮醫院設立地點的遠近、交通便利性、醫院級別、以及看診服務的價格，而在就醫時，會考慮到醫院內部環境及醫療儀器設備的多寡，對於醫療人員會在意他們的專業度及態度禮貌，與(張威國，2008)研究中，在就醫選擇因素裡，民眾會把醫院的地點和交通便利性放入就醫的考量中，亦與此研究前兩項相符，故在籌備建院時，應謹慎評估建院地點頗具重要性，儘量選擇社區群聚的地點，以及使民眾在交通上要具有方便性，且清楚的招牌視線也很重要，避免開設於二樓或較偏遠的地區（賴俊穎，2006）。

第五章 政策建議書

台資醫院目前在中華人民共和國(以下簡稱中國大陸)經營確實存在有相當之困難，其問題經緯萬端且錯綜複雜，而且短期內也並非能提出有效之對策，然，基於學術研究之立場，本研究提出若干短中長期之策略提供參考。

第一節 SWOT 分析

以下僅先以 SWOT 分析，提供對台資醫院投資大陸醫療服務市場之內外部情形進行分析：

內部條件	優勢(Strengths)	劣勢(Weaknesses)
	<ol style="list-style-type: none">1. 運用台灣醫務管理的成功經驗與制度2. 以台灣醫院名聲開業，使台商就診安心且有保障3. 與中國大陸語言及習慣相同4. 提供優良的服務品質，並以病人為中心，創造良好的口碑5. 定期聘請台灣醫師駐診及授課6. 定期分派大陸籍醫療人員至台灣合作醫院做教育訓練7. 台灣醫療人員在地化較容易8. 軟體投入更先進(如借助遠端醫療會診，讓大陸居民均可享受更快捷便利的醫療	<ol style="list-style-type: none">1. 醫保准入許可較多限制2. 醫院設置級別較多限制3. 醫院看診科別受到管制4. 社會觀念對民營醫院觀感不佳5. 需長期投資而資金負擔重6. 人才招募困難7. 民營醫院比公立醫院福利差8. 員工素質目前參差不齊9. 有關醫療教學及教學研究部份須再加強

	服務)	
外部條件	機會(Opportunities) <ol style="list-style-type: none"> 1. 經濟持續擴張與成長 2. 民眾對精緻醫療需求日趨強勁 3. 經濟起飛民眾對醫療需求提升 4. 政府倡導醫院改革 5. 政府提倡外資開設醫院 6. 大陸政府釋出各種優惠法條及相關措施 7. 大陸政府致力開發建設於十二五目標規劃政策 8. 對於當地經營不佳之醫療院所，若詳加接觸與規劃後，是併購的大好時機 9. 可採用連鎖專科化經營模式 10. 可鎖定目標族群 11. 公立醫院營運效率不佳 	威脅(Threats) <ol style="list-style-type: none"> 1. 公立醫院歷史悠久並具有強勢品牌 2. 民眾就醫習慣不易更改 3. 聘請大陸醫師遭受地方人士大力阻撓 4. 短時間內無法完全在地化 5. 過去民營醫院負面名聲，讓台資醫院背負原罪

資料來源：本研究自行整理。

第二節 台資醫院經營對策--短期策略

我們首先將研究對象區分成即將進入大陸醫療服務市場者與目前經營大陸醫療院所者。

- 一、 對於考慮進入大陸經營與管理醫療機構者，事先做好準備工作（如下所列）與心理建設（獲利不能是唯一目標）是必須的條件，而投資者須先考慮在進入策略上採用獨資或合資方式，兩者皆有不同的優勢，如採「合資或合作」者，其關鍵成功因素在於透過其合作對象，已經在當地建立的人脈優勢與資源；採「獨資」者，其關鍵因素則在於具有較大的自主性來經營，最後須具體瞭解進入大陸投資台資醫院明確的目標，醫療事業與一般產業不同，很難短期獲取巨大利益以及必須深耕其產業。

1. 解決人力問題

說明：目前臨床人力仍面臨不足與不穩定之狀況。

整體來說，台灣醫師在管理思維及醫療技術方面較大陸地區的醫師為佳。台資醫院對當地台商的吸引力，主要來自台資醫院的招牌及台籍醫生。但目前每家醫院必非完全都能僱用台籍醫師，除了薪資與意願問題以外，台灣醫療人員至大陸執業，中間須經過考試獲取證照資格與特別申請，相當不便，以致目前台灣醫療人員到大陸長期執業的比例並不多，另一方面，台資醫院必須採取在地化之策略才較易生存與發展。

因此大部分的台資醫院會聘請大陸籍醫療人員，其中在聘請大陸籍醫生較常出現難聘請的問題。一方面，大陸的政府規定為「一位醫師只能在一家醫院註冊執業」，因此大陸公立醫院的醫師不願至台資醫院工作，或者醫師想至台資醫院工作，但公立醫院不願歸還執業證照，另一方面，當台資醫院須聘請大陸籍醫生，若以高薪挖角則常成為當地各醫院最大的威脅而予以抵制，導致醫師須從外地聘請，由於中國大陸幅員廣大各地區對於考取醫師證照規定有所不同，從他地聘請來的醫師醫療水準參差不齊，故醫院須在聘請後進行教育訓練，相對成本也增加許多。

建議：可分為醫師、其他醫事人員（例如護理、醫技等）與管理團隊，醫師一方面應朝向在地化方向發展，與當地醫學院合作簽約培養自己的人才，或暫時可考慮聘用國家級院士來發揮吸磁效應，進而從中培養起自己的醫師群，解決人力短缺現象，並建立教學研究使至台資醫院執業的醫師能有教職的稱謂，另一方面，應與台灣醫療機構體系合作並可學術上的交流，當人力不足時，可請求支援，台資醫院也可把大陸籍醫療人員派遣至台灣醫療體系訓練，其他醫事人原則可以考量與台灣地區醫療系統（或本身有醫療系統）支援方式，用來提升其服務與技術水平，而管理團對目前則可仰賴台灣管理團隊運用經驗豐富的管理經驗來進行醫療機構之設計、規劃與管理之相關細節，但須注意若將台灣的管理模是全盤的帶入中國大陸較容易出差錯，因為每個地方因地制宜的關係，需要做符合當地醫療法規及模式上之適度修改，同時訓

練中國大陸籍的中階管理員，使得融入台灣的管理團隊中。

2. 解決保險問題

說明：醫療保險種類眾多與規定繁瑣

建議：醫療保險為必須之項目，建議如為三甲醫院必須儘早取得，其他等級則視狀況取得相關保險條約，一則初期不需將顧客群鎖定，可能不需考慮所有保險都符合，二則如果以三甲醫院方式經營，則需考慮簡化行政程序與申請流程的簡化，使民眾感覺來台資醫院與其他醫院服務有所不同，這點可結合台灣資訊優勢加以結合。

3. 解決在地化差異

說明：台灣醫療環境與相關制度規定都與大陸有所不同，即便民眾看病習慣與方式都有差異，並非短期內可以改變。

建議：台灣醫療人員進入台資醫院會因風俗文化不同而有適應不良情形，應給予再教育，針對提升醫病關係的課程著手，如：民眾素養問題應如何面對、處理，提升在地化的能力，台資醫院則可以思考何者是可以成為台資醫院特色，而何者是必須融入當地風俗習慣，融入當地的同時，可以發揮台資醫院引以為傲的經營精神與管理特色，並採用分階段導入之方式。

總體建議：朝專科發展會比一般綜合醫院或三甲醫院來的適切，並尋求穩定資金來源而非單靠醫療收入為主。

二、對於目前的經營者

說明：政府應可思考增取些許特惠條件，目前環境仍存在許多不公平。

台資醫院目前在 ECFA 中並未爭取到任何優惠條件，即便在衛生保障協議談判也並未有任何角色涉入，然目前台資醫院在大陸外在大環境有或許越來越友善，但是許多大陸濫規則仍然對於台資醫院與外資企業處於相對不公平之情況，台資醫院在大陸必須也願意遵守相關法令，以及成為示範醫療機構，然如果短期內許多地方遊戲規則明顯不利台資醫院，則必須採用許多彈性策略。

總體建議：簽訂短期優惠與特許條件，或採用更有彈性之策略，可以採用部分置入型行銷方式，部分灰色收入，採用科經營方式轉換成訓練與研究經費等等。

第三節 台資醫院經營對策--中長期策略

針對中長期方面，主要是強化政府角色與結合台灣健保制度方面進行建構：

1. 政府應建立對話平台，以及簽訂相關的保障協議，雖然大陸有許多淺規則，這部分政府很難著力外，政府仍須考量基於雙方穩定發展下所需進行之努力，唯有穩定之環境，以及減少許多不確定性，才是雙方之福，建議可簽訂衛生保障協議與加強雙方合作關係。
2. 健康保險局應思考長期合作之策略，可參考美國健康維護組織(HMO)之相互協定給付原則來思考。

第四節 研究建議

以下為本研究之建議：

- (一) 台灣企業欲赴中國大陸設立台資醫院時，必須先了解投資環境及風險，以及本身所具備的優勢競爭力，並與政府、同業、合作夥伴及顧客建立良好的關係。
- (二) 兩岸在醫療制度及法律規範上有很大的差異，所以在投資前必須瞭解當地之法規制度，藉此讓投資者之醫院規畫與進入醫療市場時較少阻礙。
- (三) 中國大陸醫療市場存在著許多未知的變數，一方面最好能夠先準備充份之資金，以備不可預期的資金週轉產生。另一方面，投資台資醫院的資金回收期須等待較長得一段時間，故也需要謹慎評估資金的運用。
- (四) 建置醫院規模著手方向，一方面可先從小規模醫院經營，先將內部環境加以規劃管理並培育管理團隊，增進醫院品牌，再藉由中國大陸醫院評鑑提升醫院級別，另一方面，針對專科化經營方式為主，創造好口碑，延續品牌形象，提升民眾對台資醫院之認知，並去除台資醫院背負民營醫院之原罪，進而連鎖化經營。
- (五) 對於當地醫院經營不佳之醫療院所，若詳加接觸與規劃後，節省

投資成本。

- (六) 將台灣管理模式全盤帶入中國大陸較容易出差錯，因每個地區因地制宜的關係，須要作符合當地醫療法規及模式上之適度修改。
- (七) 台資醫院也可往長期照護的方面發展，以現在來說台灣長期照護做得不錯，其中整合式醫療照護模式如果能移植給台資醫院提升對中國大陸居民的照護，此政策發展對台資醫院是有幫助的。

第六章 研究限制

- 一、由於赴中國大陸之相關議題十分敏感，因此訪談過程中，受訪者是否有所保留則無從更深入了解與確認。
- 二、本研究質性訪談的對象是以立意抽樣的方式決定，可能有疏漏的情形。

參考文獻

李欣，在大陸幹事業渾身有勁 宗成志的“和合”之道，人民日報海外版。

<http://big5.huaxia.com/tslj/zjts/2011/03/2355220.html>。

行政院衛生署，「衛生署統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」，

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11926&class_no=440&level_no=4。

中央健康保險局，「99年醫院總額執行成果報告」。

http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/%E9%86%AB%E9%99%A2%E4%B8%80%E8%88%AC%E6%9C%8D%E5%8B%99_100.pdf。

中國大陸衛生部，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wsb/index.htm>。

江蘇省物價局，

http://www.chinaprice.com.cn/fgw/ProxyServlet?server=e450&urls_count=1&url=drug/yhsf/jiangsu/jiangsu.html。

崑山宗仁卿紀念醫院，<http://221.224.112.139:4433/>。

上海禾新醫院，<http://www.landseedhospital.com.cn/>。

聯新國際醫療，<http://www.landseed.com.tw/landseed/index.html>。

南京明基醫院，<http://www.benqhospital.com/frontIndex.do>。

湖南旺旺醫院，<http://www.wwhospital.com/>。

上海瑞東醫院，www.ruidong-hospital.com/。

南京市物價局政務網，<http://www.njwj.gov.cn/index.php>。

全民健康保險醫療費用協定委員會(2005)，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯。

吳明彥(2011)，台資醫院在大陸之發展—以廈門長庚醫院為例，交流雜誌，第一百一十八期。

洪乙禎(2005)，健保支付制度與分級轉診的落實，行政院國家科學委員會專題研究計畫。

洪乙禎、林錦鴻(2008)，從患者就醫場所的選擇看轉診制度之落實，社會科學論叢，第2

卷第一期。

吳風鈴、劉俊文、陳慶餘、謝博生(2011)，高齡化社會社區醫院的新挑戰，台灣醫界，第54卷第十期。

林憲政、黃維民、范樂群 (2002)，以關鍵因素組織架構人力資源企業文化四構面探討兩岸醫學中心經營模式之研究，2002年管理創新與新願景研討會。

張智慧 (2011)，台資醫院挺進大陸，China academic journal electronic publishing house。

李懋華 (2008)，臺灣區域醫院協會大陸醫療參訪，基醫醫訊，第六十四期。

汪文政、賴俊穎 (2008)，中國大陸福建省台資專科診所成功經營管理的關鍵核心能力，康寧學報。

陳信宏、張文(2005)，台商醫療問題及在大陸經營醫療機構問題初探。兩岸經貿月刊。

蔡夙穎(2006)，初探台商在大陸的健康風險與健康信念對其健康相關生活品質之影響，國科會計畫。

洪乙禎(2005)，健保支付制度與分級轉診的落實，行政院國家科學委員會專題研究計畫。

王俊文、周思源 (2005)，中國大陸醫療服務產業現況與投資策略之探討，澄清醫護管理雜誌。

汪雨田 (2009)，台商在廈門及泉州就醫環境調研，現代經濟(現代務業下半下刊)，第一期。

曹文軍 (2004)，台資醫院是怎樣進入國內醫療市場的，醫院領導決策參考，第十期。

鄭丞傑 (2011)，從南京明基和廈門長庚看中國大陸台資醫院的未來發展，台灣醫界，第五十四卷第四期。

許易民 (2009)，台商投資中國大陸醫療服務業前景初探，經建會經濟研究部。

黃傑夫 (2011)，我國醫療服務體系現況需求及相關政策，ECFA 五省市醫療衛生投資論壇資料。

任中杰 (2003)，台商大陸投資之風險評估、財務租稅規劃與進入模式研究_以醫學美容設備市場為例，碩士論文，國立台灣大學。

吳啟誠 (2001)，大陸醫療服務市場之研究，碩士論文，國立台灣大學。

- 李珮謙 (2006)，中國醫療保障體制改革之初探-以上海為例，碩士論文，國立中正大學。
- 李素芳 (2008)，台商在中國大陸投資醫療服務業之經營策略-以湖南旺旺醫院為例，碩士論文，國立政治大學。
- 林小雯 (2005)，台灣企業進入中國大陸醫療市場成功關鍵因素之研究-從 ESSP 觀點分析，碩士論文，中原大學。
- 林昇宙 (2011)，中國大陸深化醫藥衛生體制改革之研究，碩士論文，東華大學。
- 林勇斌 (2002)，台灣集團在大陸投資-以台塑醫院為例，碩士論文，東華大學。
- 林憲政 (2002)，以波特“鑽石模式”分析兩岸醫院競爭力之比較研究—以台灣長庚紀念醫院與上海第二醫科大學附屬瑞金醫院為例，碩士論文，義守大學。
- 邱宇蒂 (2005)，大陸台商之醫療服務利用情形，碩士論文，台北醫學大學。
- 徐永芳 (2003)，我國醫療事業前進大陸設立醫院策略之研究，碩士論文，元智大學。
- 陳燕雪 (2007)，兩岸醫療制度分析與醫院護理人力之探討-已大陸某大型醫院及台灣某醫學中心為例。
- 陳鏡仲 (2011)，中國醫療改革分析與影響，碩士論文，南華大學。
- 黃泰元 (2011)，台灣赴大陸投資口腔照護事業之評估--以海峽兩岸經濟合作架構協議下計畫參與發展之省市為例，碩士論文，長榮大學。
- 黃梁榮 (2002)，影響國內私人醫療機構赴大陸投資意願之因素探討，碩士論文，台北醫學大學。
- 蔡孟娟 (2008)，外資醫療機構進入中國區位評選模型之建構，碩士論文，銘傳大學。
- 鍾秉睿 (2008)，影響境外工作者對遠距醫療接受因素之探討-以上海地區台商為例，碩士論文，長庚大學。
- 張立禾(2008)，台資醫院在中國推廣策略之可行性分析-以上海市為例，碩士論文，佛光大學。
- 林師歡(2008)，台商赴大陸投資醫療機構之研究，碩士論文，國立中山大學。
- 黃瑞興(2004)，台灣醫療機構於中國城市地區經營策略之研究—以台灣秀傳醫院為例，碩

士論文，大葉大學。

李文浩(2003)，醫療事業進入新市場領域之評估研究：以在中國大陸籌設大型醫院為例，

碩士論文，長庚大學。

賴俊穎(2006)，大陸台資醫療院所之經營概況分析—以福建省台資醫療院所為研究模式，

碩士論文，中國文化大學。

附件

附件一 深度訪談問卷

此次深度訪談目的:

醫療與教育在我國固有體制之下，都是認為應為政府照顧人民事項之一，而台資醫院在大陸為六家（福建省廈門長庚醫院、江蘇省南京明基醫院、上海辰新醫院、上海瑞東醫院、江蘇省昆山宗仁卿醫院、湖南省長沙旺旺醫院），目前正在籌建有三家（上海禾新醫院、廣東省東莞台新醫院、江蘇省蘇州明基醫院），據實務人士指出，並非市場無法開發，而是面臨許多困難迄今都未見相關改善措施，使得經營亦發困難。而隨著兩岸關係不再緊張，兩岸交流也日益熱絡，藉由深度訪談來了解台資醫院經營時所遭遇的困難與問題為何，並針對問題研擬對策。

► 在政治法律方面，請教於您以下四項問題

1. 在爭取大陸的醫保時，申請上會有哪些困難發生，需如何克服這些困難？依經驗判斷，您覺得需要具備哪些條件？是否都能申請成功（大約多久？）
2. 大陸政府對設立台資醫院有法律上的規範，就您了解哪些法律形成了不公平競爭？
3. 大陸政府對於公立醫院除營收免稅外，尚有政府補貼，就您所知政府補貼了哪些項目形成不公平競爭？
4. 時有所聞在大陸遇到醫療糾紛（醫鬧）處理方式與台灣不盡相同，在處理上有面臨到哪些困難？與大陸醫院相比，台資醫院是否較容易遇到醫療糾紛，能簡要說明大多發生在哪些環節，遇到此情況時處理的重點，以及發生頻率很高嗎？

以上一到四項，可否排序

➤ 在社會文化方面，請教於您以下四項問題

1. 台資在醫院設立時，該如何在診療習慣上因地制宜，是否有遇到困難？
2. 台資在大陸設立醫院之初，如何評估建院地點與選擇醫療服務項目提供給當地民眾或其他因素，可否簡要說明。
3. 就您所知，台資醫院在醫療服務提供與藥品使用上是否有遭遇困難？
4. 有關社會文化因素方面，台資醫院在經營上，您覺得最需要調整的是什麼？

➤ 在醫療儀器設備與採購方面，請教於您以下四項問題

1. 在大陸購買或進口醫療儀器設備有沒有遇到困難或限制？常遇到的問題是哪方面？是否有使用上的限制。
2. 如果購買醫療儀器或設備遇到困難時，有沒有解套措施？如與當地醫院結盟，或尋求衛生主管機關協助？或其他您覺得有效之方式？
3. 大陸政府對於台資醫院是否有管制執行醫療項目？或對於某些醫療行為加以限制或禁止？如有，可否詳加說明？
4. 在購買藥品及衛藥材程序上，台資醫院與大陸醫院使用上是否有所不同？可否舉例說明。

以上一到四項，可否排序

➤ 在人力資源方面，請教於您以下四項問題

1. 您覺得台資醫院在增聘醫療人員方面是否有困難？會是哪些方面的問題或困難？
2. 您覺得台資醫院應該提供什麼樣的誘因才能吸引大陸醫療人員加入醫院？這有助於未來醫院經營與發展嗎？
3. 大陸方面有所謂「灰色收入」，您覺得須給予多少報酬才能讓大陸醫師願意到台資醫院工作。
4. 台灣醫務管理相當發達，您覺得相關經驗是否適用在台資醫院，有沒有遇到困難？

可否詳細說明。

➤ 其他

1. 台資醫院在大陸設立之初，通常面臨到障礙與問題？
2. 台資醫院如何在地化，就您的經驗會採用的方式與建議？
3. 就您經驗而言，是否還有遇到其他特殊的困難？
4. 兩岸 ECFA 簽訂後，是否有助於台資醫院在大陸之經營？
5. 大陸醫藥廣告很普遍，是否有影響？

總結

附件二 中國大陸台資醫院訪問大綱

此次深度訪談目的：

醫療與教育在我國固有體制之下，都認為應為政府照顧人民事項之一。據實務人士指出，並非市場無法開發，而是面臨許多困難迄今都未見相關改善措施，使得經營亦發困難。而隨著兩岸關係不再緊張，兩岸交流也日益熱絡，藉由深度訪談來了解台資醫院經營時所遭遇的困難與問題為何，並針對問題研擬對策。

日期：

時間：

地點：

► 在人力資源方面，請教於您以下問題

1. 如何吸引當地醫療人員加入醫院(例如：醫師人力、護理人力等)？
2. 在招聘醫療人員是否有遇到些許困難？會是哪方面的問題或困難（例如：某些科別招聘不到醫師、人員的訓練不足、質量問題等）？可否詳細敘述。
3. 依您經驗而言，目前台資醫院的人員流動率大約為多少？會不會過高？有沒有哪些方面是需要特別注意或是需要改善的？
4. 對於大陸的灰色收入時有所聞，請問實際狀況如何？是否有解決辦法？

► 在醫療儀器設備方面，請教於您以下問題

1. 在儀器購買上是否有遇到困難或限制？常遇到的問題是哪方面？
2. 如果購買儀器或設備遇到困難時，是否有解套措施？(例如：尋求衛生主管機關協助)或其他您覺得有效之方式？

➤ 在病患來源方面，請教於您以下問題

1. 在吸引病患來源方面，請問您有方法或採取的措施？
2. 您覺得現在醫院的病患容量是否達到該有的水準？
3. 在治療病患過程中，有沒有遭遇過醫鬧事件，如何解決？
4. 目前所經營的醫療科別是否有特別困難經營的科別，請問是哪方面的困難？是否有配套措施？
5. 就您經驗而言目前經營台資醫院，可運用哪些行銷手法，吸引在地民眾就醫？

➤ 其他問題

1. 目前經營台資醫院是否有迫切需解決的問題？
2. 就您經驗而言，是否還有遇到其他特殊困難？
3. 申請醫保准入是否有困難，及申請醫療保險服務項目是否與在地醫院平等？
4. 對未來前景規劃？
5. 就您經營台資醫院經驗，對台灣投資者有意到大陸參與投資醫療行業是否有建議或看法？
6. 台資醫院申請醫保准入是否有困難，申請醫保醫療服項目是否有不公平

總結

附件三 焦點座談大綱

1. 針對大陸醫改與兩岸簽訂 ECFA 同時，各位覺得對於台資醫院是否是個好時機？

（某某先生/小姐）可否就您的經驗而言提出看法

- 1-1. 您覺得應該由政府出面來談嗎？

在什麼場合呢？例如海基會海協會，或醫療合作協定

在台資醫院方面該聚焦什麼議題

（請問某某先生/小姐）可否具體列出對台資醫院較為有利的談判內容

2. 假設不針對目前所面臨的困難而言，您覺得台資醫院有哪些是可能成功之處？而這可能是台資醫院可以著力之處

例如（醫療技術、醫療品質、服務內容、醫院管理，其他？）可逐項問

3. 而就目前經營者或經營狀況而言，就您所知而言，您覺得目前台資醫院最弱或最需要加强的地方？

例如：資金、人脈、醫療人員訓練，其他？，可逐項討論

4. 就可能潛在進入者而言，您覺得最需要先做的功課為何？

（某某先生/小姐）可否就您的經驗而言提出看法

- 4-1. 而最需要強化的部分又有哪些？

（某某先生/小姐）可否就您的經驗而言提出看法

以下我們針對某些特定議題，就教大家經驗

5. 首先，就我們所知，台資醫院面臨醫療人員招募不易的困難，可能也非常不容易解決，然醫師人力卻是醫院經營的重要課題，您覺得醫療人員如何在地化與其補充的策略有哪些？

(可能方案如：聘請骨幹醫師，台灣退休醫師，培養台生成為當地醫師)

6. 無醫療背景相關的投資者要如何與台灣醫療機構合作？

(例如形成支援系統或是策略聯盟？台資醫院醫護人員不足時，可向台灣醫療機構提出支援或台資醫院內部的醫護人員可至台灣醫院接受訓練、短期醫療技術進修)

7. 您覺得如何獲得其他地方政府醫保的支持，使得在醫保申請上可以獲得跨區域的核銷？而這應該由政府出面談嗎？還是有何建議？

8. 台資醫院因為沒有自設醫學院培養人才，您覺得與當地醫學院相互合作是重要方式嗎？通常如何做呢？

(例如醫學院教授至醫院教學培養人才、與學校簽訂合約，學生可至醫院實習，或醫院內的醫生至學校教研取得教職)

9. 台灣政府是否可提出有利的政策，使得台資醫院到大陸，可藉此較快申請到醫保核可，或其他認證，您覺得可行嗎？

10. 台資醫院除了可以申請健保核銷外是否還有其他誘因？

台資醫院是否可以就地為台籍人士以健保身分提供醫療服務？

總結

附件四 中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法

中華人民共和國衛生部令

中華人民共和國對外貿易經濟合作部

第 11 號 現發佈《中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法》，自 2000 年 7 月 1 日起施行。 2000 年 5 月 15 日

第一章 總則

第一條 為進一步適應改革開放的需要，加強對中外合資、合作醫療機構的管理，促進我國醫療衛生事業的健康發展，根據《中華人民共和國中外合資經營企業法》、《中華人民共和國中外合作經營企業法》、《醫療機構管理條例》等國家有關法律、法規，制定本辦法。

第二條 本辦法所稱中外合資、合作醫療機構是指外國醫療機構、公司、企業和其他經濟組織(以下稱合資、合作外方)，按照平等互利的原則，經中國政府主管部門批准，在中國境內(香港、澳門及臺灣地區除外，下同)與中國的醫療機構、公司、企業和其他經濟組織(以下稱合資、合作中方)以合資或者合作形式設立的醫療機構。

第三條 申請在中國境內設立中外合資、合作醫療機構，適用本辦法。

第四條 中外合資、合作醫療機構必須遵守國家有關法律、法規和規章。中外合資、合作醫療機構的正當經營活動及合資、合作雙方的合法權益受中國法律保護。

第五條 衛生部和對外貿易經濟合作部(以下稱外經貿部)在各自的職責範圍內負責全國中外合資、合作醫療機構管理工作。縣級以上地方人民政府衛生行政部門(含中醫／藥主管部門)和外經貿行政部門在各自職責範圍內負責本行政區域內中外合資、合作醫療機構的日常監督管理工作。

第二章 設置條件

第六條 中外合資、合作醫療機構的設置與發展必須符合當地區域衛生規劃和醫療機構設置規劃，並執行衛生部制定的《醫療機構基本標準》。

第七條 申請設立中外合資、合作醫療機構的中外雙方應是能夠獨立承擔民事責任的法人。合資、合作的中外雙方應當具有直接或間接從事醫療衛生投資與管理的經驗，並符合下列要求之一：

- (一)能夠提供國際先進的醫療機構管理經驗、管理模式和服務模式；
- (二)能夠提供具有國際領先水準的醫學技術和設備；
- (三)可以補充或改善當地在醫療服務能力、醫療技術、資金和醫療設施方面的不足。

第八條 設立的中外合資、合作醫療機構應當符合以下條件：

- (一)必須是獨立的法人；
- (二)投資總額不得低於 2000 萬人民幣；
- (三)合資、合作中方在中外合資、合作醫療機構中所占的股權比例或權益不得低於 30%；
- (四)合資、合作期限不超過 20 年；
- (五)省級以上衛生行政部門規定的其他條件。

第九條 合資、合作中方以國有資產參與投資(包括作價出資或作為合作條件)，應當經相應主管部門批准，並按國有資產評估管理有關規定，由國有資產管理部門確認的評估機構對擬投入國有資產進行評估。經省級以上國有資產管理部門確認的評估結果，可以作為擬投入的國有資產的作價依據。

第三章 設置審批與登記

第十條 設置中外合資、合作醫療機構，應先向所在地設區的市級衛生行政部門提出申請，並提交以下材料：

- (一)設置醫療機構申請書；
- (二)合資、合作雙方法人代表簽署的專案建議書及中外合資、合作醫療機構設置可行性研究報告；
- (三)合資、合作雙方各自的註冊登記證明(影本)、法定代表人身份證明(影本)和銀

行資信證明;

(四)國有資產管理部門對擬投入國有資產的評估報告確認檔。

設區的市級衛生行政部門對申請人提交的材料進行初審，並根據區域衛生規劃和醫療機構設置規劃提出初審意見，並與申請材料、當地區域衛生規劃和醫療機構設置規劃一起報所在地省級衛生行政部門審核。

第十一條 省級衛生行政部門對申請材料及設區的市級衛生行政部門初審意見進行審核後報衛生部審批。報請審批，需由省級衛生行政部門向衛生部提交以下材料：

(一)申請人設置申請材料；

(二)設置地設區的市級人民政府批准發佈實施的《醫療機構設置規劃》及設置地設區的市級和省級衛生行政部門關於擬設置中外合資、合作醫療機構是否符合當地區域衛生規劃和醫療機構設置規劃的審核意見；

(三)省級衛生行政管理部門關於設置該中外合資、合作醫療機構的審核意見，其中包括對擬設置中外合資、合作醫療機構的名稱、選址、規模(床位、牙椅)、診療科目和經營期限等的意見；

(四)法律、法規和衛生部規定的其他材料。

衛生部應當自受理之日起 45 個工作日內，作出批准或者不批准的書面決定。

第十二條 申請設置中外合資、合作中醫醫療機構(含中外合資、合作中西醫結合醫療機構和中外合資、合作民族醫醫療機構)的，按本辦法第十條和第十一條要求，經所在地區的市級衛生行政部門初審和所在地的省級衛生行政部門審核，報國家中醫藥管理局審核後轉報衛生部審批。

第十三條 申請人在獲得衛生部設置許可後，按照有關法律、法規向外經貿部提出申請，並提交以下材料：

(一)設置申請申報材料及批准檔；

(二)由中外合資、合作各方的法定代表人或其授權的代表簽署的中外合資、合

作醫療機構的合同、章程；

(三)擬設立中外合資、合作醫療機構董事會成員名單及合資、合作各方董事委派書；

(四)工商行政管理部門出具的機構名稱預先核准通知書；

(五)法律、法規和外經貿部規定的其他材料。

外經貿部應當自受理申請之日起 45 個工作日內，作出批准或者不批准的書面決定；予以批准的，發給《外商投資企業批准證書》。獲得批准設立的中外合資、合作醫療機構，應自收到外經貿部頒發的《外商投資企業批准證書》之日起一個月內，憑此證書到國家工商行政管理部門辦理註冊登記手續。

第十四條 申請在我國中西部地區或老、少、邊、窮地區設置中外合資、合作醫療機構或申請設置的中外合資、合作醫療機構所提供的醫療服務範圍和內容屬於國家鼓勵的服務領域，可適當放寬第七條、第八條規定的條件。

第十五條 獲准設立的中外合資、合作醫療機構，應當按《醫療機構管理條例》和《醫療機構管理條例實施細則》關於醫療機構執業登記所規定的程式和要求，向所在地省級衛生行政部門規定的衛生行政部門申請執業登記，領取《醫療機構執業許可證》。省級衛生行政部門根據中外合資、合作醫療機構的類別和規模，確定省級衛生行政部門或設區的市級衛生行政部門受理中外合資、合作醫療機構執業登記申請。

第十六條 中外合資、合作醫療機構命名應當遵循衛生部發佈的《醫療機構管理條例實施細則》規定。中外合資、合作醫療機構的名稱由所在地地名、識別名和通用名依次組成。

第十七條 中外合資、合作醫療機構不得設置分支機構。

第四章 變更、延期和終止

第十八條 已設立的中外合資、合作醫療機構變更機構規模(床位、牙椅)、診療科目、合資、合作期限等，應按本辦法第三章規定的審批程式，經原審批機關審批後，

到原登記機關辦理相應的變更登記手續。中外合資、合作醫療機構涉及合同、章程有關係款的變更，由所在地外經貿部門轉報外經貿部批准。

第十九條 中外合資、合作醫療機構合資、合作期 20 年屆滿，因特殊情況確需延長合資、合作期限的，合資、合作雙方可以申請延長合資、合作期限，並應當在合資、合作期限屆滿的 90 天前申請延期。延期申請經省級衛生行政部門和外經貿行政部門審核同意後，報請衛生部和外經貿部審批。審批機關自接到申請之日起 45 個工作日內，作出批准或者不予批准的書面決定。

第二十條 經批准設置的中外合資、合作醫療機構，應當在審批機關規定的期限內辦理完有關登記註冊手續；逾期未能完成的，經審批機關核准後，撤銷該合資、合作專案。

第五章 執業

第二十一條 中外合資、合作醫療機構作為獨立法人實體，自負盈虧，獨立核算，獨立承擔民事責任。

第二十二條 中外合資、合作醫療機構應當執行《醫療機構管理條例》和《醫療機構管理條例實施細則》關於醫療機構執業的規定。

第二十三條 中外合資、合作醫療機構必須執行醫療技術准入規範和臨床診療技術規範，遵守新技術、新設備及大型醫用設備臨床應用的有關規定。

第二十四條 中外合資、合作醫療機構發生醫療事故，依照國家有關法律、法規處理。

第二十五條 中外合資、合作醫療機構聘請外籍醫師、護士，按照《中華人民共和國執業醫師法》和《中華人民共和國護士管理辦法》等有關規定辦理。

第二十六條 發生重大災害、事故、疾病流行或者其他意外情況時，中外合資、合作醫療機構及其衛生技術人員要服從衛生行政部門的調遣。

第二十七條 中外合資、合作醫療機構發佈本機構醫療廣告，按照《中華人民共和國廣告法》、《醫療廣告管理辦法》辦理。

第二十八條 中外合資、合作醫療機構的醫療收費價格按照國家有關規定執行。

第二十九條 中外合資、合作醫療機構的稅收政策按照國家有關規定執行。

第六章監督

第三十條 縣以上地方各級衛生行政部門負責本行政區域內中外合資、合作醫療機構的日常監督管理工作。中外合資、合作醫療機構的《醫療機構執業許可證》每年校驗一次，《醫療機構執業許可證》的校驗由醫療機構執業登記機關辦理。

第三十一條 中外合資、合作醫療機構應當按照國家對外商投資企業的有關規定，接受國家有關部門的監督。

第三十二條 中外合資、合作醫療機構違反國家有關法律、法規和規章，由有關主管部門依法查處。對於違反本辦法的中外合資、合作醫療機構，縣級以上衛生行政部門和外經貿部門可依據相關法律、法規和規章予以處罰。

第三十三條 地方衛生行政部門和地方外經貿行政部門違反本辦法規定，擅自批准中外合資、合作醫療機構的設置和變更的，依法追究有關負責人的責任。中外各方未經衛生部和外經貿部批准，成立個外合資、合作醫療機構並開展醫療活動或以合同方式經營診療專案的，視同非法行醫，按《醫療機構管理條例》和《醫療機構管理條例實施細則》及有關規定進行處罰。

第七章附則

第三十四條 香港特別行政區、澳門特別行政區、臺灣地區的投資者在大陸投資舉辦合資、合作醫療機構的，參照本辦法執行。

第三十五條 申請在中國境內設立外商獨資醫療機構的，不予以批准。

第三十六條 各省、自治區、直轄市衛生、外經貿行政部門可依據本辦法，結合本地實際制訂具體規定。

第三十七條 本辦法由衛生部和外經貿部負責解釋。

第三十八條 本規定自 2000 年 7 月 1 日起實施。一九八九年二月十日頒佈的衛醫字 [89]第 3 號文和一九九七年四月三十日頒佈的[1997]外經貿發第 292 號文同時廢止。

附件五 臺灣服務提供者在大陸設立獨資醫院管理暫行辦法

各省、自治區、直轄市衛生廳局、商務主管部門，各計畫單列市商務主管部門，新疆生產建設兵團衛生局、商務局：

為加強和增進兩岸間的經濟合作，落實《海峽兩岸經濟合作框架協定》，根據《中華人民共和國外資企業法》和《醫療機構管理條例》等有關法律法規，衛生部和商務部共同制定了《臺灣服務提供者在大陸設立獨資醫院管理暫行辦法》。現印發給你們，請遵照執行。目前，臺灣服務提供者在大陸設立獨資醫院限定在上海市、江蘇省、福建省、廣東省和海南省。

衛生部 商務部

二〇一〇年十月二十二日

臺灣服務提供者在大陸設立獨資醫院管理暫行辦法

第一章 總則

第一條 為落實《海峽兩岸經濟合作框架協定》，根據《中華人民共和國外資企業法》及其實施細則和《醫療機構管理條例》等有關法律、法規，制定本辦法。

第二條 臺灣服務提供者依法經大陸主管部門批准，可以在大陸設立獨資醫院（以下稱台資獨資醫院）。

第三條 申請在大陸設立台資獨資醫院，適用本辦法。

第四條 大陸對台資獨資醫院堅持逐步開放、風險可控的原則，依法保護患者和臺灣服務提供者雙方的合法權益。

第五條 臺灣服務提供者在大陸設立台資獨資醫院，可自主選擇經營性質為營利性或非營利性。

第六條 台資獨資醫院必須遵守大陸有關法律、法規和規章。台資獨資醫院的合法經營活動及出資方的合法權益受法律保護。

第七條 衛生部和商務部在各自的職責範圍內負責台資獨資醫院管理工作。

設區的市級以上地方人民政府衛生行政部門（含中醫藥主管部門，下同）和商務部門在各自職責範圍內負責本行政區域內台資獨資醫院的日常監督管理工作。

第二章 設置條件

第八條 台資獨資醫院的設置與發展必須符合當地醫療機構設置規劃。

第九條 申請設立台資獨資醫院的臺灣服務提供者應當是能夠獨立承擔民事責任的法人，應當具有直接或間接從事醫療衛生投資與管理的經驗，並符合下列要求之一：

- （一）能夠提供先進的醫院管理經驗、管理模式和服務模式；
- （二）能夠提供具有國際領先水準的醫學技術。

第十條 設立的台資獨資醫院應當符合以下條件：

- （一）必須是獨立的法人；
- （二）三級醫院投資總額不低於 5000 萬人民幣，二級醫院投資總額不低於 2000 萬元人民幣；
- （三）符合二級以上醫院基本標準；
- （四）在老、少、邊、窮地區設置的台資獨資醫院，投資總額要求可以適當降低。

第三章 設置審批與登記

第十一條 申請設置台資獨資醫院，應當先向所在地設區的市級衛生行政部門提出申請，並提交以下材料：

- （一）設置醫療機構申請書；
- （二）專案建議書；
- （三）可行性研究報告；
- （四）有效的臺灣服務提供者證明書；
- （五）法人註冊登記證明（影本）、法定代表人身份證明（影本）和銀行資信證

明；

(六) 專案選址報告、專案土地使用租賃證明、專案建築平面圖；

(七) 臺灣服務提供者能夠提供國際先進醫院管理經驗、管理模式和服務模式或具有國際領先水準醫學技術的證明材料。

第十二條 設區的市級衛生行政部門對申請人提交的材料進行初審，並根據醫療機構設置規劃提出初審意見，連同醫院設置申請材料、當地醫療機構設置規劃一併報所在地省級衛生行政部門審核。

第十三條 省級衛生行政部門對申請材料及設區的市級衛生行政部門初審意見進行審核，提出意見後報衛生部審批。報請審批，需由省級衛生行政部門向衛生部提交以下材料：

(一) 申請人設置申請材料；

(二) 設置地設區的市級人民政府批准發佈實施的《醫療機構設置規劃》及設置地設區的市級和省級衛生行政部門關於擬設置台資獨資醫院是否符合當地醫療機構設置規劃的審核意見；

(三) 省級衛生行政部門關於設置該台資獨資醫院的審核意見，其中包括對擬設置醫院的名稱、位址、規模（床位、牙椅）和診療科目等的意見；

(四) 法律、法規和衛生部規定的其他材料。

衛生部應當自受理之日起 20 個工作日內，作出批准或者不批准的書面決定。

第十四條 申請設置台資獨資中醫醫院(含中西醫結合醫院和民族醫醫院)的，按照本辦法第十一條、第十二條和第十三條的要求，經所在地區的市級中醫藥管理部門初審和所在地的省級中醫藥管理部門審核，報國家中醫藥管理局審核後轉報衛生部審批。

第十五條 申請設置營利性台資獨資醫院，申請人在獲得衛生部設置許可後，還應當按照有關法律、法規的規定向商務部提出申請，並提交以下材料：

(一) 設置申請申報材料及批准檔；

- (二) 台資獨資醫院章程；
- (三) 台資獨資醫院法定代表人或董事會人選名單；
- (四) 工商行政管理部門出具的機構名稱預先核准通知書；
- (五) 法律、法規和商務部規定的其他材料。

商務部應當自受理申請之日起 20 個工作日內，作出批准或者不批准的書面決定；予以批准的，發給《外商投資企業批准證書》。不予批准的，應當說明理由。獲得批准設立的台資獨資醫院，應當自收到商務部頒發的《外商投資企業批准證書》之日起一個月內，憑此證書依法到相關部門辦理註冊登記手續。

第十六條 申請設置非營利性台資獨資醫院，申請人在獲得衛生部設置許可後，還應當通過商務部外商投資審批管理系統網站填寫《外商投資非營利性醫療機構備案表》，到商務部辦理備案，並提交以下材料：

- (一) 外商投資非營利性醫療機構備案表“列印版（經簽章）”；
- (二) 衛生部門的設置許可檔（影本）。

商務部備案並在《外商投資非營利性醫療機構備案表》加蓋公章。

第十七條 獲准設立的台資獨資醫院應當按照《醫療機構管理條例》、《醫療機構管理條例實施細則》等關於醫療機構執業登記所規定的程式和要求，向所在地省級衛生行政部門申請執業登記，領取《醫療機構執業許可證》。

第十八條 台資獨資醫院的名稱由所在地地名、識別名和通用名依次組成，並符合醫療機構命名的有關規定。

第十九條 經批准設置的台資獨資醫院，應當在審批機關規定的期限內辦理完有關登記手續；逾期未能完成的，經審批機關核准後，撤銷該獨資醫院項目。

第二十條 已設立的台資獨資醫院變更名稱、位址、規模（床位、牙椅）、診療科目、投資總額和註冊資金的，應當按照本章規定的審批程式，經原審批機關審批後，到原專案登記機關辦理相應的變更登記手續。

第二十一條 已設立的台資獨資醫院申請變更設置人和股權的，應當按照本辦法規定分別

報衛生部和商務部批准。

第二十二條 已設立的台資獨資醫院終止運營，應當在終止運營 90 天前申請辦理註銷手續。

第四章 執業

第二十三條 台資獨資醫院作為獨立法人實體，自負盈虧，獨立核算，獨立承擔民事責任。

第二十四條 台資獨資醫院應當執行《醫療機構管理條例》和《醫療機構管理條例實施細則》等關於醫療機構執業的規定。

第二十五條 台資獨資醫院應當執行臨床診療指南和技術規範，遵守新技術臨床應用的有關規定。

第二十六條 台資獨資醫院發生醫療糾紛爭議，依照大陸有關法律、法規處理。

第二十七條 台資獨資醫院聘請外籍醫師、護士，應當按照大陸有關法律、法規和相關規定辦理。

第二十八條 發生重大災害、事故、疾病流行或者其他意外情況時，台資獨資醫院及其衛生技術人員應當服從衛生行政部門的調遣。

第二十九條 台資獨資醫院發佈本院醫療廣告，按照《中華人民共和國廣告法》、《醫療廣告管理辦法》等有關法律法規規定辦理。

第三十條 台資獨資醫院的醫療收費價格按照大陸有關規定執行。

第三十一條 營利性台資獨資醫院的稅收政策按照大陸有關規定執行。

第五章 監督管理

第三十二條 設區的市級以上地方衛生行政部門負責本行政區域內台資獨資醫院的日常監督管理工作。台資獨資醫院的《醫療機構執業許可證》校驗期為 3 年，《醫療機構執業許可證》的校驗由醫療機構執業登記機關辦理。

第三十三條 營利性台資獨資醫院應當按照大陸對外商投資企業的有關規定，接受大陸有關部門的監督。

第三十四條 台資獨資醫院違反大陸有關法律、法規和規章的，由有關主管部門依法查

處。

第六章 附則

第三十五條 本辦法中的臺灣服務提供者應當符合《海峽兩岸經濟合作框架協定》中關於“服務提供者”的定義及相關規定要求。

第三十六條 各省、自治區、直轄市衛生、商務部門可以依據本辦法，結合本地實際制訂具體規定。

第三十七條 本辦法由衛生部和商務部負責解釋。

第三十八條 本辦法自 2011 年 1 月 1 日起施行。

第三十九條 原有規定與本辦法規定不符的，以本辦法為準。

附件六 深度訪談－A

2011年10月14日 上午12時30分至13時30分

Q：我們想做一個研究，您是最資深的不二人選，現在在台灣在大陸台資醫院有幾家？

A：就你上面寫的。

Q：有沒有其他的。

A：長庚、明基、辰新、瑞東、宗仁卿、旺旺。還沒開就兩家就禾新跟東莞台心。

Q：東莞的台心？

A：明年會開業！還有一家江蘇省蘇州明基醫院，第一手資料總共六加三。

Q：在普遍的印象中，台資醫院在那邊做的很辛苦有沒有什麼改善的空間？

Q：第一個在爭取醫保上面會不會有甚麼困難

A：你說哪一個

A：看省分吧！像江蘇應就會好一點，廈門就沒那麼好，廣東目前還不知道，江蘇本來就比較肯敢給，浙江一樣，基本上都會給，只是時間的關係，就上海不開放給民營醫院。

Q：上海政府不開放，是否為政府明文規定？

A：上海政府不會明文規定。

Q：類似共識？

A：大陸很多規定都是共識，沒關係你就問吧。

Q：法律上有沒有什麼非常不公平地方？

A：先用這4個問題回答？

Q：對！

A：爭取大陸醫保時，申請上常遇到的困難就是相關單位要不要准入台資醫院，其實就是准入的問題，需要具備那些條件，是否都能申請成功。

理論上除了上海，現在福建、江蘇及湖南都ok，問題不大，只是給台資醫院醫保的等

級有所不同，醫保有分三級、二級、一級，就像是當時宗仁卿剛開業，相關當位只給一級，後來爭取至二級，其實台資醫院本身都希望可以申請至三級。

Q：會不會限制不可申請哪些醫療科別？

A：還是錢的問題，做同樣的手術，每個級別給付不同，不像是台灣單一給付。

Q：兩年前去某醫院，院方說相關單位不准院方申請婦產科？

A：那個是另外一回事，一個是說給不給醫院等級？是給第幾級別？整個醫院如果說是一級，二級就多了百分之二十，三級就多了百分之四十，給付費用是不一樣，所以基本上如果做大型台資醫院，我們講的台資醫院就是投資超過百分之五十，這樣定義比較明確，這樣六加三都可符合格局，最多就是重新投資百分之百，其他最多是70%，因早期規定只能70%。

Q：所以某醫院100%！

A：大陸政府對設立台資醫院之法律上規範，那些法律形成不公平的競爭？其實沒有，現在有新出來，台資獨資醫院的法律，那個法律沒有形成不公平的精神，但是也沒比較好

A：政府補貼，哪些項目不公平的競爭？有啦！都有補貼，公立醫院補貼90%以上，民營醫院沒辦法，各種形式講不清楚，補貼有錢、地、政策。

Q：不同形式補貼？

A：有很多，因為每個當地、中央政府補貼不一樣，每個補貼不同，當地裡面有衛生局又有學校的等很複雜的。

Q：中國大陸的醫療糾紛，進到法院以前都一樣，到醫院鬧阿，他們來的人都很多，因為很多人鬧著也鬧著所以來鬧事的人很多，基本上大陸和台灣一樣，對於這些人認為是弱勢，所以警察各方面不會強力驅逐或是介入及會同情這些醫療糾紛人，大陸醫院是公立比較多佔90%以上，民營醫院比較困難，一旦進入司法就比較不一樣，這你們可以去另外研究，中國大陸司法程序和台灣不太一樣，進入司法後，我覺得相對對醫院是不利的。

Q：以我們台灣來說，有醫療糾紛之後，如果沒辦法解決，是不是要走到地方的省議會協

調，才能進入司法程序，那邊是直接進入嗎？

A：也有調解，台資醫院是不是比較容易遇到醫療糾紛，目前沒有統計，因為沒有統計所以不能說。

Q：我們會這樣說，是因為我們認為台資醫院會不會被認為是肥羊？

A：目前沒有這樣統計，可能過一段時間用這個題目可以，目前沒有感覺，覺得一樣。

Q：所謂歡迎社會資本投入以後，對台資醫院設立有沒有幫忙？

A：沒有，十年前鼓勵民辦醫院，其實鼓勵講鼓勵，沒有開放沒有實質上的好處。

Q：這次等於是正式用國務院的指導原則。

A：講是這樣講，沒有落實沒用。因地制宜是否有困難，這東西可以修正，這是不習慣，診療習慣的困難可以克服

A：設立之初，各自有各自評估，但大部分取決大陸政府，大陸不是投資者想設立台資醫院想要哪裡就那裡，一般來說相關單位給哪些地方，給台灣投資者做選擇

Q：不是我們提出申請，他決定哪裡

A：他提供建議的地方，然後我們去看，一般來說我們要的地都蠻大，土地又會再折，並不是說我們去選地

Q：服務項目大陸相關單位會去建議？有沒有我們會特別做？

A：台灣至大陸開辦醫院都做綜合醫院，台灣的專長和他們不一樣，他們都喜歡做專科醫院或綜合醫院

A：藥品使用當然會遇到很多困難，雙方的法令不一樣、提供的方式也不一樣，有很多法令的要求，像產檢要有母嬰保健服務的支持，才能做這五種產檢、婚前健檢、產科、人工流產、人工生殖，但母嬰保健沒有拿到連最困難的人工生殖不能做，且最簡單的產檢也不能做，婚前也不能做，更不要說產檢。

Q：母嬰保健服務如何申請？

A：中國大陸政府相關匯管制，因為中國大陸對人口有管制，所以婦幼保健醫療，一般來說不會開放，連公家醫院都不開放。

Q：上次我們去某醫院就這一塊

A：藥品就更麻煩了，不像台灣是直接對藥廠，在中國大陸是對幾個大藥品公司，藥廠是對藥品公司，藥品公司對醫院。

Q：藥品公司是國營企業還是民營？

A：民營、國營民營都有，民營就是當地有力人士才會去經營藥品公司。

Q：不能直接跟藥廠買嗎？

A：其實就是過一手，大陸很多這種事情，他們可以控制所有東西。

Q：所以不只是台資醫院遇到，所有醫院都會遇到？

A：公家醫院無所謂，私人醫院才會有問題，怎麼處理？

Q：那藥廠怎麼去推銷？

A：贊助醫師等，醫院採購、醫師跟藥品公司也要回扣，藥要先進到藥品公司，然後讓醫院採購、醫師使用，這些過程很辛苦

Q：進到藥品公司由誰決定？

A：像醫保局健保局藥監局決定。

Q：所以到那邊經營藥廠更辛苦。

A：台灣藥廠有進入且品質有保證，卻沒有大賺、沒有銷售管道。

Q：想辦法要進入藥品公司市場，第一步是進口藥品。

A：是壓，但難呀！

社會文化因素方面，應該說是大家憑本事，不過這樣就很難做。

A：醫療儀器採購方面，進口儀器稅收很貴，進口醫療儀器比台灣多40%，像CT MRI買掉兩千五百萬人民幣。

Q：比台灣貴多

A：貴多了！使用上的限制，任何儀器都要執照，像是MRI要有MRI執照，CT要有CT執照，在台灣就是一個放射科醫師就可以，而中國大陸不是心臟超音波只能做超音波操作執照，而且購買醫療儀器設備，還有限制多少人才能買設備。

Q：多少人是什麼意思？

A：那個限制是壟斷，向上海MRI、CT進很少，但是外面就不一樣，基本上民辦醫院比較有開放，所以我們要買基本上還OK，但是就是價錢高，不像台灣那麼好。

儀器遇到困難，如何解套？自求多福囉！與當地醫院結盟，或另外尋求衛生主管協助。

與當地醫院結盟，他去跟衛生主管尋求協助，不是我們去尋求協助，要協助都是他們比較有辦法，所以跟當地醫院結盟，而後尋求衛生主管協助。

設備申請遇到困難怎麼辦？就是等囉！以前可以尋求台辦協助，現在也沒甚麼用。

Q：拿到三級給付和大家一樣，變成拿到三級醫院的過程中，公立醫院就比較簡單？

A：但一樣有甚麼用，一樣的醫保，一樣的錢很少嘛，問題是醫保以外還有補助就要靠關係了，像他們超過斷頭，他們不會斷頭，超過可能給你一半或是給你多少，就是到年底結算，很多省這樣，年底給你結算，靠關係，關係命令給你多少就多少。

購買藥品跟衛材，這個基本上是台灣跟大陸一樣，沒有什麼不同，程序買賣沒有甚麼不同。

人力資源，增聘人員有甚麼困難？醫師是最困難，現在台資醫院都遇到這個問題，因為他們在公家醫院不太願意出來，因為公家醫院有保障。

Q：薪資有一定的程度嗎？

A：那沒用，因為他們有行政職跟身分問題，醫師有公務人員身分、教職、行政職，因為他們升正副主任醫師都有，台資醫院是分主治醫師而已呀，主治醫師有沒有做主任是行政職，大陸醫師不是阿！他們主治醫師要考一次，副主任醫師考一次，主任醫師考一次，所以你離開你怎麼考，所以這是最大的問題。

Q：所以是一連串的。

A：增聘醫療人員是很大的困難，但問題是招不到人，因為台資醫院沒有跟公家醫院一樣的條件，這個條件不是錢的問題。你覺得提供什麼誘因才能吸引大陸醫療人員加入？這個目前打死結，沒有甚麼辦法，所以才說如果大陸台資醫院在台灣沒有醫院支援，這些台資醫院就很難成功，台灣也沒辦法去支援、訓練，除非做高端的醫療。

大陸方面所謂灰色收入，這個要看他的位階，位階愈高，灰色收入比例愈大嘛!所以這個很難說，你要多少報酬，但是可以確定一定要比他所有正規加規灰色收入加完以後，還要增加20%以上，你才有可能吸引他來，對不對，一定的嘛!

Q：可是以現在這些問題做比較，您講醫師現在是身分比較難解決，而不單是錢的問題。

A：但是錢一定先是這樣嘛，身分問題難解決，只是難招到好的人，像在上海比較沒問題，上海的醫師至少退休或是年輕從國外回來，不在乎那個身分問題，他願意到台資醫院，其他不在上海都比較麻煩，因為最好的醫師都在上海跟北京，上海北京的醫師不會去外面拉，就算不在公家醫院，要出來找工作也很容易呀!

Q：那你如果要不到當地好的醫師有其他解套措施嗎?

A：你怎麼做，台灣醫師又不敷成本，你做不了，你不要說不敷成本，台灣去醫師都留不住，像現在最多台灣醫師是廈門長庚跟辰新、禾新醫院，其他都沒有，像宗仁卿兩個阿，就是院長跟主任而已，你看明基也不到10個阿，旺旺一個都沒有，所以他們現在留不住台灣醫師，所以上海那些局長去廈門長庚那看完以後，就是說長庚醫院那麼好，與台灣看都不一樣，來這邊怎麼陣容這麼差，他們說台灣管理很發達，當然我們經驗是很好的阿，但是你要在那邊待，因為你沒有大陸的經驗，你在台灣經驗100分，大陸經驗0， $100*0=0$ ，所以大陸經驗是很重要的，非常重要!因為非常不一樣，在那邊待著一年兩年就慢慢知道，可以把台灣東西應用上去，但是你沒有在那邊待一定程度的大陸經驗，你是沒有辦法把台灣的用上去。

台資醫院在大陸設立之初，通常面臨問題，法令嘛，設立過程要蓋的章是幾萬個，那個不只是申請的、還有建築的還有醫療儀器進入的，本來在台灣作業就很難做拉，在那邊是困難100倍阿!，所以以前長庚醫院院長，就說在台灣蓋五個長庚醫院都沒有在廈門蓋一個醫院那麼辛苦!

Q：那程序上面來說呢?

A：真的辛苦!複雜啊!

台資醫院如何在地化，就您經驗會採用的方式與建議?

這個還好啦，我們去只要用當地的主管就可以在地化，這個沒問題啦!

就您的經驗而言，是否還有遇到其他特殊的困難？

我覺得就是就是規定拉!但是執行上是可以很大的摩擦，對我們台灣醫院來講都會乖乖執行，其實在成本上在各方面會都是比較辛苦。

大陸醫療廣告很普遍是否有影響?

因台灣不習慣做廣告，的確，其他你有甚麼。

Q：除了這些之外，您看還有什麼看法?

A：我是覺得對策最主要是說，我們現在透過ECFA，其實衛生署可以整理一些東西，因為申請ECFA變成台資醫院，只是資本上，其他一樣要透過雙方的談判，像產科應該要開放給台資醫院，像婦幼保健或是重大儀器應該不受他們法規限制，單獨給台資醫院優惠，這樣才有意義，對不對!

Q：優惠條件像是價格還是准入條件?

A：醫療儀器設備價格是不可能，因為與公家醫院都是一樣價格，關稅都要40%。准入條件嘛，那民辦醫院不要限制購買醫療儀器嘛，尤其是台資醫院嘛，民辦醫院像說怕福建莆田幫亂搞，可是台資醫院沒有幾家，所謂的ECFA台資醫院，是要怎樣申請，不是跟中國大陸大政申請，是要跟台灣經濟部、衛生署申請，問完以後，要開出優良服務證明，表示有一個很好的服務能力，經濟部才會發那個證明，然後才能拿到大陸申請，既然在台灣有績效，而且被認定是優良的，是國家頒發一個證明。

Q：假如說ECFA真的想要合作，看能不能跟大陸在審查這方面給予優惠。

A：審查、優惠跟政策，他們給政策就是給優惠的制度，方便也要給嘛!這如果不給，哪有甚麼意義拉!

Q：其他再各憑本事!

A：恩，所以經營的困難，是可以整理，我想大家遇到的困難都一致拉

Q：所有人儀器設備的准入，還有科別的限制…

A：都一樣。

附件七 深度訪談－B

2011年10月14日 上午12時30分至13時30分

Q：那我想我們就簡單的，事先有給您看過嗎？

B：是，我大概有看過。

Q：因為我們也不是非常了解，所以想說提出這些問題，就盡可能給予請教。

B：是。

Q：我們也期望說，假設我們能夠提出一點來可以向衛生署建議，當然是這個假設比較有價值結論的時候，我們是可以申請。

B：是。

Q：普遍看起來台商醫院在那邊經營是很辛苦？

B：很辛苦。

Q：但是辛苦到底是出在哪裡？或者有哪些可以解決或者用什麼方式可以去介入分明。

B：其實我們也一直在思考。

Q：你在那邊三年多？

B：恩.....不只，所以是連開幕前算進來，大概四五年多。

我06年底的時候去，所以開幕前的最後那一年的所有準備工作跟開幕後、營運前3年我都在那邊，所以了解這個開幕前後的狀況。

不過，在大陸那邊是一個充分人治的社會，他的法律條文有些不是很清楚，但是就是在處決於人。這個觀念。

Q：對。

B：那有些條文，條件在那邊規定很清楚，但是通常他都會說，你絕對沒有問題，但是當他們改朝換代時，所以說這個沒問題接下來也沒有問題。

Q：沒問題就是有問題。

B：經常就是會碰到這樣的情形，所以有時候真的是比較難去處理。那就你們所提出來的這個問題我先大概解說一下。

Q：好。

B：那可能有一些比較其他的附帶說明，那除了您這邊之外隨時有什麼意見可逐之指導。您第一個提到醫保的部分，醫保基本上的條件並沒有限制說誰可以參加誰不能參加，但是很討厭的一件事就是醫保呈現幾個我們比較想像不到的問題，在台灣醫院蓋好，那我只要跟健保局申請，不管什麼地方的人來看病都可以，沒有區域分別，那大陸的醫保，除了醫保以外還有分新農合、城鎮職工、城鎮居民還有未成年。但如果到漳州、泉州，或到其它的地方，我有廈門醫保，但是漳州、泉州要來看，但回去不能報銷，因為不具有那個資格，這裡面其實是有一個問題，就是說公立醫院不會有這個問題，因為公立醫院現在新農合對醫院的條件就是說只要是公立醫院用財政發票，就是只要是公家的發票他們的保險回去可以報銷，所以醫院出得了財政發票回去可以申請報銷，但是私人醫院沒辦法拿到財政發票只能拿到稅務發票，所以在這塊裡面，他條文上面沒有說你不行。

操作上就是讓你進不去，因為病人來了回去不能報銷就回來抱怨，所以在這塊裡面，像某醫院要看整個福建，其實剛開始是不行的，因為你拿到的是廈門，那泉州、漳州、福州那邊來的，沒有人回去能報銷，那大部分的病人會選擇留在他自己的地區看病，所以這個障礙很大，而且再來就是說，我現在要努力去跟每個地方申請新農合還有醫保，因為是按照地區財政各自獨立保險，例如：漳州下面好像有十幾個縣五個市兩個區，那你就需要每個縣每個市每個區，光漳州我就要發二十幾個文去申請新農合，泉州還有二十幾個文，那光福建省我可能就要發兩三百份文去申請，然後每一個去跑每一個去講條件。

Q：所以變成即使拿去報銷還要講條件，就是用不一樣的標準，區域.....

B：區域的話，其實財政訂價不一樣，廈門比較有錢訂價可能會比其他地方高，但這邊講回去報銷的有兩種，一種是說在他地發生多少費用，回去投保區域就給你報銷百分之

二十或三十，因為他們的自付額很高，可以讓你報銷，但是如果講到就是說不要報銷，以後讓你報銷，可能件數多他就會來跟你談，你不能夠給我訂價這麼高，因為及使我負擔百分之二十，因為它覺得在財政上負擔會比較大，所以我們在跟漳州談，他就說我們的訂價比廈門低，所以你們要用你們的訂價不要用廈門的，這就兩難啦!因為我們在這邊習慣的就是同一個價格，我說我給你這麼低，我對廈門的民眾沒辦法交代，所以在這塊上面，目前還是一個非常混亂的狀況，每個縣市、地區的財政劃分不一樣，那我要離開的時候，福建省衛生局就是希望我們把他們整合在一起，但是很多事情都是講得很久以後，才會實現。

Q：喔，因為各個地方發展狀況不一樣，負擔能力也不一定。

B：對，即使在廈門申請的話，因為廈門的制度比較成熟，營業要滿一年才能申請醫保，這個他就比較抓得很緊，所以後來就是不斷地溝通，三天兩頭到他的辦公室去聊天去坐一坐，後來就是允許我們 我們是08年開始開業，然後07年我就是一直去找他說是不是開業就是能夠讓我們申請醫保，他說不行，條文就是寫死的，你一定要08年執業滿一年以後才可以，09年以後他才願意來看，看完了以後才核發 核准證書給你，那就至少要一年半以後，後來他通融我們早半年，08年先來看09年1月1號生效。

Q：生效，你們是09年生效，所以是一年後？

B：我們苦撐一年後才開始生效，其實沒有保險的話更難做，雖然現在整個自費和保險的比例大概是1:1，自費的病人大概占一半，但這些自費的病人有些是外地來的，他沒有辦法帶自己的保險過來，所以用自費。

Q：那這種狀況就不只有在台資醫院裡頭有，只要是民辦醫院都會有這種狀況？

B：您指的是哪個？

Q：他們自己大陸人辦的私人醫院也是一樣？

B：如果是在廈門。

Q：對。

B：一樣要一年以後，因為有一些診所一樣會申請，但是因為那邊的人知道灰色地帶在哪

裡，所以可能前面就用別的方式去.....。

Q：已經先走了....。

B：對先走了，但是我們數大招風嘛!

Q：一個是不敢，第二個是也不能這樣做。

B：對，我們也不能找誰來說靠一下，然後就通通都報你的。

Q：對

B：在這塊裡面我們就吃虧，譬如說公立醫院一開始就是能夠，即使沒有其他新農合或醫保，但是漳州泉州來的，財政發票他回去都可以報銷

Q：都照樣看

B：在保險裡面有個非常不平等的地方

Q：而且他們是公立醫院為多

B：對，公立醫院大概占九成，私立醫院幾乎都是專科醫院，像是骨科、眼科等，像我們這種綜合醫院很少，大部分都是像台資醫院，否則的話私立綜合醫院大概都是最近最後3~5年才慢慢出來，以前幾乎都沒有，像最大最有名的專科醫院就是亞洲心臟病中心在武漢，開業有20幾年了，這間專科醫院可以做得很好做得很專精，市場夠大，所以說要申請這些的話，大概就是在他的條件條文裡都要符合都要具備，它的條文不多，但是專家能夠發揮空間的餘地就很大。

所以就好像我們開業執照，我們要開始開業的時候要申請開業執照一樣，他也派一批專家來看，那些條文其實都很簡單，但是就會用最高標準來看，因為是台灣的醫院，就要看看到底好到哪個程度，所以每個條文都會以最嚴謹的角度去看，但是這個是人性，也不見得是官員刻意要去操作，因為所有的評鑑委員，都是從各醫院專家派過來的，所以越知名的醫院他就抱著那種挑戰的心理來看，看看到底你內部能夠做到什麼程度?所以再申請的時候，我們看到那些條文可能很簡單，但是如果要做的時後，就是要跟那些官員一條一條對清楚，你這個講的是什麼?有的時候，上面條文寫出來跟我們直接看的解讀不一樣，我們在台灣常用的那些慣用語，跟他們都不一樣，如果能夠逐

條去跟他們對的話，才不會有那種認知上落差，所以要申請醫保的時候，我不斷逐條去跟他對，而且請他來看，因為專家還沒來的時候你就先來看，那他們也有什麼評鑑什麼的也是一樣，你就先來看，看過了以後在...我們心理就比較有底，那其實這個就是這個不會在法律條文上形成不公平的競爭，但是是在執行面.....

Q：執行面

B：執行面就會形成這樣的不公平，這個也沒辦法提在檯面上說，因為這就是人性，在執行的時候就會出現這個問題，像在大陸，他們對某些醫療的管制他們比我們在台灣還要嚴謹，像在台灣如果一家醫院蓋好了，應建設施消防過了，幾乎就可以開業了，那開業了以後你開哪些科你就都可以做，婦產科當然可以生小孩，有心臟內科如果有足夠的設備，心導管可以做你什麼東西都可以做，在這邊不是，醫院開了以後，大部分的技術都經過准入，就是要經過一個評審的條件，就是說醫院開了以後，有孕婦要來我們這邊生小孩，不行，你還要開很多開業執照去跟衛生主管機關申請，像生小孩最簡單，每一個醫生和護士都要考過生產相關的執照，要先上一天到兩天的課，上完課再去考試，所以在那樣的環境裡面，後來我有問我們的醫生，考題很像三民主義，以前我們考三民主義不是會有填充題嗎？就真的出填充題把專業轉化成一種背誦的東西，所以其實對專業認定有一段落。

Q：為什麼還是會有一些研究說大陸的醫療水準參差不齊？

B：醫療水準非常的不整，水準的上下差異很大，雖說有很多的條件去限制進入，但是因為門檻定錯位置透過考試但並不代表你真的就會。

Q：喔！

B：不是考操做，是筆試，那題目是填充題，比如說婦產科的，產科的專業怎麼能夠用個填充題。

Q：其實是設很多條件，理論上是看起來....。

B：看起來是沒有意義的。

Q：理論上看起來很嚴格，但實際上...。

B：但是我們台灣的醫生要過去執業，台灣的護理人員要過去幫忙就會出問題，因為沒有准入執照，譬如說：我是婦產科的醫師，在台灣是產科的權威，病人很多看不完，但去那邊你又要去上那個課去考那個試，八九成都考不過，因為不是考專業而是考背誦，所有的都是講中文對不對，但我們醫療上們都是用英文，那邊表達的中文跟我們不太一樣，尤其是在專有名詞上面。

Q：有。

B：所有東西都可以翻成中文沒有英文，所以藥名很長，在台灣有用過這個藥，但是我去那邊看到這個藥名看不懂，都會有呀！所以在醫療專業上面有這個care存在，所以台灣醫師要過去其實很辛苦，就是要去面對那樣考試，其實對專家來講其實是種污辱呀，我覺得在台灣已經是大教授了，但是為了去大陸只好忍下來放下身段，但是他們最緊張的還是不知道會不會過，因為那已經不是考專業了，是考背誦。

Q：對，因為我剛剛就是想說，看起來規定很嚴格對不對？可是現在看到的結果是說，大家對於大陸的醫療參差不齊的水準有些還是非常批評，有些非常的好有些非常的差。

B：而且不是國家考試，在台灣專科考試或者專業考試都是國家考試。

Q：對。

B：丟給各縣市個自考試，所以會按照自己的程度去把標準降低。

Q：呵呵呵...

B：對不對，你考過之後，可能在很小的地方，那你到別的地方可能要在換一下，所以我們這邊的專業人員要過去也是很辛苦啦！必須要經過，如果真的要執業且要合法，我講的是合法，但有些人可能不注重這個，想說沒有經過准入的執照就去執業的話就是違法的，所以可能這些相對的東西，對台商或是台灣專業人員去都是一個很大的障礙，你要去適應那邊的環境取得那邊的執照，台灣是主治醫師那就是主治醫師了，大陸主治醫師之後還有副主任級、主任級，那他的這個比較複雜的手術比較複雜的疾病，你沒有拿到副高、正高，他不准你看，雖然規定很嚴格，但是他們的醫療水平還是參差不齊，但是台灣醫生要過去，你就必須要適應這套。

Q：我懂。

B：在台灣可能是大教授，去那邊也是主治醫師，如果真的嚴格講起來，要去做一個心導管，沒有經過什麼樣的程序，沒有取得執照，甚至有些情況是要主任級的，沒有取得你也不能做，即使沒出事，人家也要告你，一樣要賠錢一樣有事，所以其實風險是很大的。

Q：那法律面上面呢？有沒有不公平的規範？

B：公立醫院和私立醫院的差別待遇很大，我們先來講，以前的話稅就差很多，以前連營業稅都要收，後來在去年，私立醫院就不用再繳營業稅，但是在關稅，譬如說我要進口一項機器設備，我們的關稅是17%，然後土地稅、房屋稅，這個部分公立醫院不要，私立醫院都要，通通都要繳。

Q：那等於是視同營業醫院。

B：對，醫院的稅和KTV、酒店一樣，大陸政府把你當服務業。

Q：當服務業課稅！

B：電價也是一樣，我們用的每一度電的電價，也是比照KTV、酒店。

Q：公立醫院比較便宜？

B：便宜很多，一度電價大概比公立醫院多七成吧，我們的一度電大概將進九毛，然後他們的一度電大概是不到五毛約四毛。

Q：那等於是差八成。

B：所以這都高很多出來，在中國大陸其實稅真的很多，規費也很多。

Q：談起來的話，可能是規費都有收，可是公立和私立收的訂價不同，他其實照規定都會收。

B：規費可能都會收，但是電價、稅這個部份就會差異很大，那在大陸要營運的話，我們講就是要有人，也要有物質要有支援，人也是非常難聘，尤其是醫生很難聘，因為現在大陸醫療需求愈來愈大，他的醫保覆蓋率很大，一直在提高，所以說醫療的需求不斷地倍數成長，但是醫院還有醫學院訓練出來的醫師不夠快，尤其是過去有一段很長

的斷層，所以不只是私立醫院連公立醫院都在搶人，都在搶這些醫師，那醫師就有很多的地方可以挑，那如果以公立醫院和私立醫院去做比較的話呢，私立醫院怎麼樣都比不過公立醫院，尤其像台資醫院這樣，就是我們又是一切都要合法，所以我們給醫生的每一分錢他都要報稅，醫生都要報稅，但是在公立醫院或者其他的私立醫院，他們的慣例就是在台面上的薪資只有一點點報稅，甚至就不用報，其它的就是透過回饋發放什麼的，都是台面下你都看不到。

這是第一個稅很重，那第二個就是說，福利制度，因為他們是社會主義國家，所以即使是那個薪水不高，但是整個退休福利制度會不會是照顧得很好呢？所以退休以後，你還是繼續領月俸，然後國家在調薪的時候也跟著調薪，這塊的生活上面在往後生活就有很大的保障。對私立醫院來講，沒有國家來補貼，沒有來支撐你，雖然有提撥退休金，但怎麼樣都不能和公立醫院比，第三個是他們是非常公然的拿回扣，紅包可能慢慢減少，因為紅包在他們的領導階層會注意。

Q：喔。

B：還是蠻普遍的，可能比較繁榮、進步比較早的地方就會比較少，像廈門紅包現象可能就比較少，但像漳州泉州幾乎百分之百還是有紅包，回扣對他們來講是非常天經地義的事情，就是藥商、材料代表商就會直接把錢給你，不跟你拿發票&任何收據，也不用轉帳所以這塊是沒有人會知道的，因為這個月用了多少藥，從裡面有多少百分比提撥出來，據我所知，大概會切成三塊，一塊是醫生、一塊是科、一塊是醫院。

Q：打公關是不是？

B：對，所以全醫院大家都拿得到，在這塊裡面我們沒辦法切入，目前的體制裡面，是絕對不可能去拿這塊的，你錢送進來我要往哪裡送，我們的習慣是把價格議低，但是他們用集中招標，有個單位叫招標辦，把所有醫院的需求通通集中在一起，一起招標就可以把價格抑低，但是這個是另外一個單位，且回扣大家一起拿，不會有人真的把價格抑低，因為價格抑低那反而是大家的酬勞。

Q：回饋也少了嘛！

B：對，那這麼招標辦也不急著把價格抑低，因為事不關己呀，醫院的營運跟我也沒什麼關係呀！但是買藥比較貴那是國家的事情呀，公立醫院國家有經營的經費，所以在體制下，不會有人積極地把價格抑低，譬如說某醫院想把價格抑低的話，不跟你做生意嘛你沒有藥看你怎麼辦，甚至我們價格談好了，這個月物價波動，我要調高價格，你不要就算了，貨不給你，你就不要買就這樣，所以說買賣之間的強勢角色在這塊上面其實台資醫院幾乎站不住腳。

Q：在大樹裡頭你是小作品。

B：對呀！我沒有辦法去努力這塊。

Q：台資的醫院有沒有？

B：對呀！但是同流合汙我們會違法。

Q：你們會違法。

B：在法律上是不可以的，不允許。

Q：而且他也不會做到帳面上去。

B：對，沒有做到帳面上去，其實我們也不會操作，因為我們的作業模式都是跟台灣一樣，所以就沒辦法融合進來，其實可能有些台資醫院，他不見得把台灣的整個管理模式，因為他沒有後盾，所以也不知道完整的管理模式是什麼，他沒有帶過去，所以可能是台資醫院，但是運作的模式跟醫療照顧模式跟大陸醫院是一樣，所以可能有這個差別，像某醫院來講，我們的利潤來自效率跟議價取得合理的價差利潤，但是這塊幾乎都被壓縮掉了，價格又訂很低，就是說診療費、手術費、人工支出這些費用訂很低，所以在整個大陸的醫院，如果台資醫院要完全合法完全實施，要攤平是一件非常困難的事情。但是醫院規模要大到1000床~1500床以上才有機會去攤平。

Q：恩。

B：當然政府補貼是非常的多，因為他的收入很多又不用上繳，需要建設時國家還會在資助，所以分配整個的金額就很多。

Q：所謂收入很多不用上繳是說？

B：院長可以決定我的盈餘要怎麼去用。

Q：恩恩。

B：那他們醫院裡面大項的支出政府會補貼。

Q：政府會補貼就是了。

B：要做建設可以爭取到補貼，在醫改時有一個議題炒的比較熱，這整個醫改的方向到底是要補供方還是補需方，供方是供給面屬於醫院，是要補到公立醫院，還是補需方，就是補需求的地方就是病患，補到病患就是調高醫療費用，公立醫院當然希望補到供方，但是私立醫院來講，完全享受不到好處，而且也沒有辦法再把價格繼續拉高，攤平的成本，不過在這塊方面，大陸醫改的方向還是抓住供醫制，公立醫院的建設方向和扶持還是不變，所以我們一在地用台灣的經驗，其實應該讓社會資本去蓋醫院，然後把你的社會標準調高，不要再投資到公立醫院去了，在政策上還沒有很清楚，其實這些不公平的競爭，除了成本除了財務的來源，其實還有一個我剛剛有提到評鑑，一定有所檢核委員一定都是公立醫院的，在台灣我們每一家醫院都有機會進去。

Q：對。

B：公立醫院的既是競爭對手還是你的裁判，也可以掌握你的生殺大權，所以你有醫糾的時候要送鑑定，也是那群人在鑑定的。

Q：恩。

B：在這塊方面有一點點開放，像廈門採取比較開放的制度也會邀你推薦一些專家進來，如果你的醫院才剛剛開始不可能有人會邀你加入委員會裡，要忍耐個兩三年，慢慢才有機會進去，一開始比較大的障礙，在大陸要蓋一間醫院的話，對於條件要求很高，就是說一家醫院會規定一床要配幾個醫生、配幾個護士，在開業的第一天這些資源都要出來，雖然還沒開始做生意，這些人通通都要配置在現場。

Q：恩，醫鬧會不會很嚴重？

B：很嚴重！大陸的民眾跟台灣比起來水準落差很大，那民眾的要求很多，但事實上想要付出的不多，而且會運用一些這個工具，其實大陸民眾也不一定真的沒有錢，現在GDP

也提高很多，普遍生活也提高，但有些人就是會鬧，從醫療過程中去找出一些毛病出來，甚至會去找人來鬧。

Q：台資醫院有沒有可能變得比較像是明顯的目標?會比較多還是說其實是差不多?

B：這個倒差不多但是他們在有些地方出過很大的事情，在福建出現過醫鬧，然後帶了100多個人來把大廳都占住，把那個醫生綁架打到住進ICU，醫院的警衛、員工、醫護人員都被打，不過公安都在附近不敢出手，後來這件事情，醫院迫不得已就付錢了，要多少錢就付給他，那些人當場完全不修飾就當場分錢，隔天，院內人員就開始罷工，整件事引起整個福建、中央的重視，針對醫鬧訂一個法條，如果有醫鬧發生的時候，公安可在第一個時間裡先去做處理，但法條還是很弱，賦予公安的權利不夠大。

Q：因地制宜上面來講的話，會不會說遇到很大的問題?醫療在地化這個問題。

B：他們醫療狀況其實跟我們在台灣不太一樣，他們所受的教育也不一樣，醫學教育也不一樣，就是說從一開始的病人進來看診、住院等完全都不一樣，有些東西必須要因地制宜，有些可能就不要去學他。

Q：恩。

B：譬如說台灣一個診間有一個跟診護士，在大陸過去的診間，除非是專家診，否則一般的診間有2至3個醫生同時有十幾個病患和家屬就在那邊看診，一個診區可能就有7、8個診，那外面可能有個導診櫃台專門分診，掛號的時候，不是掛某某醫師，而是掛這個科，到現場才再幫你分診，所以可能第一次看A醫師第二次看B醫師，除非關係特別好，否則看不到同一個醫師，在台灣就是要掛號時掛誰就通通都給他看，在大陸除非是專家診(專家診比較貴)，否則的話是沒有，這個部分，我們還是用台灣的做法，一個診次就是有跟診人員，你能掛到想看的醫生，大陸現在也在推，他們叫做”實名字的掛號”，並開始提倡預約掛號，所以我們過去以後，他們會有些地方開始學，那有些地方變成我們要配合他，譬如說像在看診時，規定空間內要設有導診人員(分診人員)和導診櫃台，但是一點用處都沒有，因評鑑的制度就這樣規定，所以我們就設立一個導診等於諮詢櫃台，稍微發揮一點功能，在這種法條上面稍微去做取捨，另外像醫師，

每一個病人必須要有上級醫師來指導，那在台灣就是我是主治醫師，我主治醫師就從頭看到尾，除非有問題，再做會診或者是請主任來幫忙看，在大陸規定主任或是副主任多久一定要總查房一次，還要會簽病歷，在這塊評鑑有規定，就只好一定要融入查房的規定盡量往這個好的，因為可以把轉變成team work，由資深、資淺的醫師來相互合作。

Q：就醫院的地點部分來講，選擇醫療服務，當初是怎麼評估？

B：選地點有被動跟主動，不是說我要選這裡就這裡，還要也提供你外在環境，那可能會有兩三個選擇。

Q：被動居多還是主動的？

B：一定在被動的情況確定之後，才能夠再去從有限的條件裡面再去挑。

Q：喔！就他提供幾塊去做選擇。

B：對，譬如說，我們決定要在廈門提供三塊地，那這三塊地你自己去挑一塊，但是如果說是要去蓋醫院，在約還沒有簽的時後，有什麼要求就要全部講出來，約簽了就沒辦法再要求。

Q：恩。

B：其實在大陸所有的東西都可以談，包括剛剛講的規費、水電費、關稅、多久以內都不繳稅、道路要弄到哪裡或者是交通要怎麼搭配，這些要談的就通通都談，一但醫院蓋好了以後，那就是你家的事情。

Q：嗯！

B：也要看就是說醫院的發展其實是長期的，就看你要走短線還是走長線。

Q：其實基本上都可以談，但是就是說要很清楚的怎麼跟他談到什麼樣的程度。

B：你需要什麼要很清楚，當然就牽涉到對那邊的法令清楚到什麼程度，因為你沒有想到未來就是會發生。譬如說，如果沒有講到一定要讓我馬上進入醫保，其實那些也是可以寫在條約裡面的呀！那如果沒有寫進去或者只是寫說協助、幫忙進入醫保，那就又不一样了。譬如說道路要開通，但是如果你沒有寫說在我建院前或者是什麼時候要開通，

那等建院3年後才開通也不一樣呀!或者是說，也可以要求電費呀，那就看是不是受足夠的重視嘛，就是一定會吸引你過去，開出的條件差不多都答應，也可以談說電費要跟公立醫院一樣，關稅就是要跟公立醫院的比照條件，像我們常談到七通一平嘛，七通一平就是通電通水通馬路通訊通氣，最重要的談判就是在簽約前。

Q：恩，那醫療服務或藥品提供上會不會有困難？

B：恩...會!如果你是用台灣的模式在做或者是用大陸的模式在做，因為如果是海峽兩岸的藥品跟材料其實有很大的差異，在台灣有的藥在大陸不見得有，而且有很多都是本土自己做的，譬如說台灣的藥名去大陸對，買不到三分之一，甚至三分之一都不到，所以必須要用大陸的模式的藥品名、藥單，還有就是買設備呀!在大陸工作的習性就是要把一件事情切割成很細，以前最早的時後，我們常講一個笑話，去他們資訊室去參觀，開門的是一個人，拿拖鞋給你穿的是一個人，然後再倒茶的又是另外一個人，所以就是一件事情，會拆成5~6個人在做，在那邊就是這樣，買個設備，在台灣買設備就是整套的嘛，甚至連後面的維修安裝或者是小的零組件一定都有，但是大陸有的時候買那邊的設備，要記清楚零組件是不是都有?可能買進來之後不能用或者是缺了很多零件，過後來慢慢地會把它組起來，剛開始的時候真的很累!所以我們就要想辦法去配合。

Q：在儀器設備上面有遇到什麼限制？

B：有，我們要買儀器設備不是有錢就可以買，儀器設備有分甲類或乙類，甲類設備就是像PET或者就是最先進的設備，那乙類就是像CT、MRI，心導管，那規定是乙類必須要經過省、衛生廳的核准，甲類必須要經過衛生部的核准。在台灣好像沒有規定，至少像CT、MRI已經是非常普遍的!在大陸管制得很嚴格，管制是來至於過去公立醫院的概念嘛!後來就是經濟區域性的分配，不能做裝備競賽，所以在爭取的時候，我們是私立醫院，自己花錢買設備提供給民眾服務，他說阿~這樣不行呀，這樣你會想辦法從裡面挖錢回來，會濫用、濫做呀，所以在這塊上面，這個醫療儀器的申請，也是一件很痛苦的事情!但因都必須要經過審批，一旦批過了以後，有效年度就是兩年，所以兩年

後又要再一次展延。

B：設了以後就另外用設置標準去給你看。

Q：去給你看，反正你兩年了之後就是要讓他知道你還有沒有再用

B：就是有沒有設進去，譬如說PET、CT或者是較大型的設備，其實從採購、詢議價到訂價到安裝，到可以開始啟用，也一定超過兩年!所以通常都要去展延，展延又要整套重新來。

Q：公立醫院會不會也都是一樣呢?還是說....

B：公立醫院還是一樣要經過審批呀!

Q：公立會不會比較快呢?

B：不會比較快! 藥品材料的話，就是招標辦那邊統一買。

Q：恩，在購買遇到困難的時後，會有什麼解套措施?

B：第一個是會申請到審批，能夠核准可以買，那這個部分就是要溝通，最好的方法就是在簽約要蓋醫院，地方政府要歡迎你去的時候，就把這些條件一次講定!我未來要設3台CT、2台MRI，還有一台PET 等，現在就要想辦法核准我，那以後就要按照去做，如果事後才申請的話，就要按部就班，那就很累!譬如說到廈門市那邊審一遍，廈門市再送到省的衛生廳，如果是甲類，還要再送到省的衛生部。像廈門某醫院很特殊，當初核准時是衛生部，所以有些是衛生廳的核准權限，他樣樣批准都要送到衛生部去批准。所以如果能在開業前就一次把它講訂是最好的方法且一定要白紙黑字，要不然沒有人會承認。

Q：恩，就是你跟他們談之後，要寫在核准標準

Q：衛生部核准了以後、設了以後醫保就付錢了?

B：醫保有付的項目醫保付，那醫保沒有付的部分還是自費呀!

Q：醫保那個部分，是不是要申請他才會給付?

B：不用，如果你有進入醫保，這些通通都在醫保裡面。

Q：喔，只要有設備做了都可以進入醫保報銷。

B：是，不過在這些檢查、檢驗的收費裡面，跟台灣比起來，跟其他相對項目比起來，在大陸一個醫師看一個病人是5塊錢人民幣，那住院診察費也是每床5塊錢，那幾乎沒辦法養活一個醫生，十分之一的醫生都不行!

Q：恩，那對台資醫院會不會有特別管制?像醫療的項目或者是醫療行為特別管，還是就是說他對於每個醫院都要?

B：他不需要對台資醫院特別限制，因他的條件就讓台商沒有辦法做，譬如婦產科要生小孩，醫師要去考執照，要有資質、經歷去考執照，但是像做心導管，這個醫院要取的心導管的資質，第一醫生要有相關訓練跟相關執照資質，第二醫院必須要有3到5年的經驗，否則就免談，所以台資醫院過去，一切都剛開始，條件裡面設下了人員跟過去經驗的條件，就不可能符合，也永遠都申請不到!所以你就變成你要另外再去申請。就是說我們都會用台灣的經驗，心導管是我們台灣某醫院當初去教的，現在又要回過頭來考，所以我們用台灣的經驗，在這裡做了幾年，把這些經驗、CASE擺出來，但是如果說用一個完全沒有後盾的，要去符合那個條件的話，其實是非常非常困難!包括人也要有資格、經驗，包括科別，設這個科要幾年。

Q：這樣大陸的醫院本身同樣也會發生這種狀況嗎?就是說沒有執行過不行執業?

B：對他們來講沒有差，因為他們只願意開放給比較大型而且他們的醫院動則都是50~60年的歷史，甚至百年以上的醫院很多呀!所以就是說經驗要累積，評審的人又是自己人，所以只能靠我們很多科醫師、專家過去都去大陸教過他們，所以在評審的時候，我們的大教授們在那邊一擺，ㄟ~就是以前來教過的老師!像我們做人工電子耳，他去北京交他們，那些徒弟都還在呀，就是那幾個徒弟在審!但像人工電子耳，這個資質要開放，要申請資質就是衛生部在掌握的，所以這個部分就掌握得非常的嚴謹，否則一般的醫院幾乎是申請不到。

Q：購買藥品和衛材，台灣和大陸其實都是大不相同?

B：如果是公立醫院或其他醫院是統一招標公開招標，有個公訂的價格，除了有個招標辦外還有個物價局，物價局專門管控價格，所有的價格包括醫療的材料藥品價格都在他

手上，所以雖然可以自己訂價，但其實也不能超過太多，譬如說進價和訂價之間的合理價差比率不能超過，超過算違法，在買的時候，藥品跟材料不能夠直接跟廠商買，一定要透過中間配售商，也就是說要買藥，不能直接跟藥商買，一定要跟廈門某一地區的配銷商買

Q：也是國營的？

B：大部分是國營的或者是比較有能力的人取得配銷商的資格，光是這樣轉手就賺5%，但是配銷對我們來講是非常無稽的事情，我跟藥商買藥，譬如說在台灣跟藥商買藥，規定什麼時後送來，就那個時後送來，配合度非常好，現在不是藥商的藥先送到配送商那邊，配送商再一個個去配送，所以時效上就比較不好掌握，價格又被墊高上去，所以當然可以去爭取，是不是可以不要經過配送商、配銷商，這也都是額外不屬於他們合法的條件裡面

Q：什麼零通的政策...

B：對，都集中在少數人身上那些利益呀，其實藥有些會缺貨，所以就買不到藥，藥商兩手一攤，藥商會沒有藥的時候，明明就是自己國產的呀，當利潤低到某一個程度的時候就沒有藥，就會轉換成另外一種類似的藥就出來。

Q：台灣的醫務管理非常的發達!在當初去廈門的時候，應用上的困難點是什麼？

B：就醫院醫務的管理來講，其實都相通的啦，我們追求的是醫療的品質跟良好的服務，良好的效率還有成本降低，但只不過就要去調整外在的法律、規定、標準，就像一個門診的流程，醫院就要去調整，但是在調整的時候，也不可能因為他規定你就去專門設一個，你要把那個功能賦予載比較可以運用的功能上!應該是說有一些挑戰跟調整!

Q：在於所謂的在地化來講，經驗跟方式你會建議?所謂在地化就是剛剛已經有提到其實就是並不是每個地方在地化是最好的，因為他們有些是不好的，但是有些就是需要要譬如說評鑑需要還是會保留，還是覺得台灣有些部分?

B：在地化的定義是什麼?我們在講在地化的時候，通常會講這整個管理、領導、人是不是當地人，如果要把所有的核心價值跟管理模式通通在地化的話，其實就不要開醫院，

當初要去辦醫院就是希望把台灣的東西帶過去，所以過程會痛苦，但是還是要把整個階層弄過去，所以我們有在地化的目標，就是希望最後通通都是在地人在做，但做出來的表現、管理模式跟核心價值跟我們的台灣某醫院是一樣的，這點完全沒有跑掉，這才是最重要的!所以剛開始的時候會比較辛苦，要掌握我們整個核心價值的底線或者希望能夠展現出來的服務方式，如果說用人在地化來說，訓練是很重要的，招到人就要訓練，醫生護理醫技行政這些都要訓練!

Q：ECFA簽訂之後會有助於台商醫院的經營嗎?

B：目前還體會不到!我不知道。可以開放獨資，變成可以獨資這可能會好一點!

Q：恩

B：但就一個醫院從無到有到營運，是不是獨資?可能是投資人的一個障礙，但是對於醫院的設立跟營運最後站穩腳步這是兩回事，你會碰到的困難還是有。

Q：還是有的，最後有兩個小問題，大陸醫療廣告普遍嗎?會不會有影響?

B：對我們來講沒有差，因我們從不做廣告，去那裡還是不做廣告，其實法律規定很嚴格，規定是不准做醫療廣告的，每一個廣告，甚至是每一個在雜誌上的刊載，或者是有點接近宣傳的，通通都要送審

Q：要申請檢查?

B：而且要送到衛生廳，省的這個階級才能夠同意。譬如說交通車會在上面噴像XX醫院，這個也要送審!在期刊雜誌上有時候要刊載，可以做一些介紹，雖然這麼嚴格，但僅針對守法的人，不守法的人所有的廣告滿天飛。

Q：畢竟來講一個就是醫院的精神另外一個就是還是必須要遵守遵照所有的規定。

B：一定要守法!

Q：恩，應該是說不守法的風險其實更大?就是到時候被.....

B：可以這樣講是台資醫院不守法的風險是公立醫院不守法風險的好幾百倍!

Q：最後就你的經驗來講有沒有遇到比較特殊的困難?

B：我想大概如果要問一些限制的話那就是人，人才的招募和培養其實是非常重要的，因

為醫療就是人才密集嘛!沒有醫生空有病人，也沒有辦法提供服務。

Q：所以人才招聘其實應該是最重要要去解決的事情!

B：而且要早一點做。

Q：這樣聽起來搞不好現在做代辦?

B：你不會想要做代辦，因為要去接觸所有不同的主管機關的話，就會發現類似事件很困難，也許是在幫別人跑了之後，那你有什麼條件去幫人家跑?跟在地的條件來比你又跟人家差一截對不對?某醫院是因為有一個光環，衛生部批准中央核下來了，在很多地方還是有些人會買帳啦

Q：恩，聽起來其實真的是遇到非常大的問題但就是還是撐下去就是了!

B：一定就是要一直撐下去!要想辦法克服，因為是過渡期，我相信會有成長!

Q：其實當初在做這個題目時，其實還是有個期望就是說台灣正面的東西到大陸其實是可以影響他們的，比如說你講的制度呀、我們的醫療品質這些東西....

B：其實這塊我們去了對他們的影響非常大!就是所有的醫院開始非常重視服務，在醫院硬體的建設包括隔間、動向都是學我們，雖然不見得學到精髓，但是至少表面都會學

Q：還是會慢慢改....

B：譬如說像掛號模式，就全部都學會了!也慢慢有跟診人員，我們還帶過去是他們從來就沒有的，就是志工，所以在大陸也開始招志工，剛開始是台商去，現在連在地的人都會來，學生也會來當志工，他們醫院想要學可是學不起來，就是他們的衛生局就會用強迫的方式去組一些志工隊，開始這些概念後，發現原來有這些事情可以做，且對醫院的幫助非常大!所以說他們會開始注意到在整個醫療方面有一些互補情形。

Q：慢慢地去改變。

B：現在就是一些小規模的嘛，量變最後可能會導致到質變!

附件八 深度訪談－C

2011年11月10日 上午13時00分至14時00分

Q：在醫保方面爭取上，覺不覺的台資醫院應該是都沒有問題，只是時間上的問題？

C：對啊！都可以申請。

Q：有沒有什麼限制？

C：一般來講，醫保規定，新開業半年之後就可以申請。

Q：會不會對於台資醫院特別有什麼限制？

C：不會！

Q：台資醫院基本上以您的經驗，基本都可以申請得到？

C：對！

Q：大約多久？

C：大概6個月是他們的規定，但南京某醫院拿到開業執照一個多月就可以申請醫保，是因為之前有託管2間醫院有經驗，他跟我們配合得還不錯，她們就對我們就比較放寬。

Q：醫保好像有分種類別，台資來講覺得爭取到哪一種會比較好？

C：城鎮職工保險，保險有很多種。跟我們以前比較像勞保農保。

Q：那個其實都要爭取？

C：對！就是特別要洽談！

Q：大陸政府對台資醫院設立，法律上有沒有什麼不公平競爭？

C：沒有！它有它的規範。

Q：公立醫院除了營收免稅之外，還多少會有某種形式政府補貼，就你所知哪些項目會變成非常不公平？

C：公立醫院就跟台灣公立醫院一樣，政府有預算就補貼，台灣民營醫院就沒有，在那裡(大陸)稅收可以談條件，一開始經營還沒有起來，就可以跟他們談，現在好像也免營業稅

了，現在對台資營利型醫院也不收營業稅。

Q：是因為談的結果嗎？

C：台灣現在125政策就把它拿掉，因為大陸公立醫院看病就沒有營業稅，為什麼民營醫院還要收營業稅，所以就把它拿掉！

Q：所以所有民營醫院都把營業稅拿掉？

C：有一些原來的預算政策補助這些就沒有辦法！

Q：還有沒有其他某種形式上的補貼

C：檯面上看得到的都力求公平，檯面下我們就不知道了，這個我們沒辦法這麼清楚。

Q：基本上檯面上都已經力求公平。

C：政策上是希望力求公平，檯面下是無法揣測的！

Q：醫鬧那個部分，跟台灣方式比較不同？

C：應該這樣說，因為沒有刑責，只有民事，應該比台灣好很多，最多就是賠錢，他們有一個衛生局醫事爭議審議專家委員會會幫忙協調，過程就是CASE BY CASE。

Q：會不會案例特別多比起台灣？

C：應該是多一點！

Q：台資醫院會不會比較容易遇到？

C：不會，當然是台資醫院會更小心，比率也沒有很多，我不知道啦！就我的經驗，好像沒有特別高的感覺。

Q：我們問這題想要知道，會不會因為台資醫院給別人的感覺資本比較雄厚而容易會有醫鬧的情況。

C：也有這種可能潛在，但這種事情就是這樣，鬧的目的就是要拿到錢，但鬧也是需要成本，要花錢請別人鬧，一開始會有這種可能，台商嘛有錢，我覺得這種長遠來講還是你的醫療糾紛跟醫療服務品質還是有關係，當然個案就很難說，蓄意要跟你鬧，那就靠運氣

Q：政治法律社會來說，假如說目前台灣有人要過去經營有沒有想要建議的？特別哪些地方

要注意?

C：我是覺得當然是現在你要過去，政府比較鼓勵大型投資比較多，我覺得要審慎評估，因為這種文化差異還是很大，對於這種要去投資第一、法律規定要先認真研究一下，第二、要有認知就是說沒有想像中這麼好經營。

Q：那社會文化方面，台資醫院在設立的時候，在因地制宜上有沒有遇到困難?

C：我想一定會有的!因為文化不同，跟醫療文化導向，就醫習慣不同，包括醫療人員的價值觀、想法跟台灣不同，所以這種就要適應過程

Q：如何在地化?

C：在地化是一定要的，總不能所有醫生都從台灣找去，所以你一定要訓練那裡的醫生、護士，重要的是怎麼樣把他們的理念與我們的理念結合並且讓他們接受去執行，需要比較長的過程，沒有什麼對錯，文化就是日積月累的習慣養成的，從小訓練就是這樣，叫他突然要照你的想法，他也不是不可行，只是要給時間轉變，台灣也不是今天醫療品質就這麼好，就是一個慢慢演化的過程、慢慢求進步的過程。

Q：重點就是其實只要時間上面來講夠久的話，基本上我們的概念可以與他們的概念互相融合在一起

C：對!因為他們也會進步，人的經濟、生活好，就是會慢慢要求文化精神文民，現在他們跟我們的經濟條件不差，軟體文化就需要花時間久了就會改變進步。

Q：假如台資醫院在大陸設立之初，如何評估地點及醫療服務項目提供?

C：在每個地方評估的方法沒有什麼不同，醫院有多少人、做多大的規模，現有的醫療資源有多少、短缺多少，這就是你的空間你的市場，那要做什麼科別，這種像台灣也有十大死因，他們的疾病盛行率發生率，這種基本的衛生條件要去參考。

Q：當初某醫院設立，在地點選擇上面是否由他們去提供還是自行選擇?

C：他們有提供2~3個讓你選擇。

Q：在自行在去評估?

C：對!有限的幾個點讓你去選。

Q：所以不會說是台商自己去覺得哪個點比較好？

C：也是會啊！但你覺得那個地方好，但不能作業，那有什麼用，是他可以作業的地方你去選比較好！

Q：以醫療服務基本上也跟台灣一樣，譬如說醫療科別提供？

C：應該沒有什麼差別，市場-供需。

Q：在藥品使用上，會不會有什麼困難或者是醫療服務提供方面？

C：藥品使用上沒有什麼困難，只是藥品市場比較屬於壟斷市場，是由國營藥品公司在做單一供應，藥品比較沒有市場機制去競爭，譬如說去議價等。

Q：藥品公司？

C：物價局，定藥價(包括賣價跟買價都有定)，你進價的15%就是賣價，所以都有訂定，有統一的物價局訂定標準。

Q：所以沒辦法像台灣這樣？

C：台灣只是售價由健保進訂，進價各醫院自行議價。

Q：而且我們好像習慣聯合購買。

C：對！

Q：那邊來講？

C：你有錢買也沒有利益，不管買幾顆都一樣的錢。

Q：在社會文化的方面，台資醫院在經營上你覺得最需要調整的是什麼？

C：你要在人家的地盤上做生意，要先能夠融入人家文化這是基本的，你當然有自己的影響，但在你還沒有辦法讓他接受以前，你得先融入。你要做人家生意總是要融入人家文化習慣，在從中去做改變，那首先你融不進去就什麼都不用說了、沒辦法生存，根本談不上發展。

Q：所以台資醫院現在假如真正有心要過去發展的話，最重要還是先融入當地？

C：對！先對他們那邊住民有包容心多融入。

Q：在醫療儀器採購上面來說，在大陸購買有很多困難跟限制？

C：台資現在去不會有這個問題，因125已經放寬了，也就是說你在申請的時候就同時把你
要買的儀器設備就同時申請，之前我那時是很困難，所有都列管，二類以上是被列管，
像是買一台CT都要報才能買。

Q：所以現在是放寬？

C：對！放寬。

Q：聽起來，台面上台資醫院在政治法律上不會受到限制？

C：沒有法令的障礙，幾乎都沒有了！

Q：對於台資醫院的醫療項目是否有管制？

C：不會特定對台資醫院做醫療項目的管制，但對你的醫院有沒有資格可以做這樣服務做
規範。譬如你要做心導管你要有什麼設備，不限定台資醫院。

Q：台資醫院基本上來說在台面上政治法律、採購、關稅沒有什麼不同，公立醫院也是一
樣？

C：對

Q：衛材藥品完全沒辦法跟廠商進？

C：藥品在哪邊開藥廠有製造許可，但是你沒有銷售許可，就是你要銷售給醫藥公司，由
醫藥公司統籌去賣。

Q：在經營上可能就要大改變，因為我們的經營有部分的利潤在藥品部分。

C：他也給你利潤阿，所以加15%的利潤給你，但利潤是固定的，他的問題不在沒有利潤
在於沒有辦法抑制藥品的節省，因為買越貴的藥加的錢就越多。

Q：對醫院來說也無所謂，反正就是只要開藥，賺15%固定回來，在藥品上也比較不會有
問題。

C：對！不會

Q：醫療儀器跟採購上面來說，基本上台資醫院進去大陸時，有沒有需要特別注意的地方？

C：我覺得醫療儀器設備可以在市場議價競標，重要的是，現在很多國外的大廠在大陸置
產生產，比較一般的設備，尖端較無。

Q：人力資源上，台資醫院在徵聘醫療人員是否非常困難？

C：是比較困難，因為以前的醫院95%都是國營醫院，他們醫護人員都有公務員資格，你等於要他們放棄公務員資格到你們民營醫院來，他們意願就不高，除非給他們補償的金額足夠。

Q：恩，所以徵聘來說，較比較困難？

C：在人才競爭上較困難。

Q：現在是否有對策可以解決？

C：也沒什麼對策，你就是民營，除非只能聘公務人員退休。

Q：還是說找特別年輕的？

C：你就只有找兩端人才，還沒有進去公立醫院或已退休醫療人員，這兩端都不是骨幹，骨幹是中間10幾年經驗這種最好，但這種叫他放棄公務員的待遇他不要。

Q：還是說有足夠的誘因他們會願意？

C：對！除非你足夠補償他們承諾給予，但民營醫院沒有像政府這麼可靠，萬一你承諾我自己醫院幹不了幾年就倒了。

Q：像他們這樣出來就回不去了嗎？

C：應該巴！應該是回不去了，回去也許年資從頭算你不划算嘛！

Q：因為相關文獻指出人才這邊是非常大的問題，很難解決！

灰色收入，會不會是特別在人才上？

C：灰色收入也是一個問題，收紅包、拿回扣，跟台灣早期問題一樣。

Q：台灣這邊比較改善了，覺得說大陸會不會？

C：也會改善，只是需要時間！

Q：台灣醫務管理相當發達，覺得相關的經驗是否適用在台資醫院？

C：應該可以巴，只是發揮的多少問題，當然是有學過基礎教育比較占便宜，不然花錢讀醫管什麼都沒用阿！

Q：台資醫院在大陸設立之初，最常遇到的障礙跟問題會是哪些？

C：我覺得可能是整個申請流程、創院流程，跟台灣較不同，因為他們那邊的規定不是很明確，我剛講的要熟悉他們的法規、政府機關運作的潛規則，這些都需要克服。

Q：會不會換一個領導人就不一樣了？

C：會！會了一個領導就不一樣了，這就是風情。

Q：當地醫院怎麼去因應？

C：他們也會碰到這樣的風情。

Q：台資醫院如何在地化，就您的經驗會給什麼樣的建議？

C：我是覺得你既然要在地化，那病人的需要什麼，你就要先滿足他們先不要改變病人的習慣，這樣的出發點來提供。

Q：依病人的需求。

C：以病人為中心，這樣才能在地化，不要以醫院為中心，可能對立就會比較多。

Q：ECFA簽訂後，真的希望比較大嗎？

C：改變比較多啦！因為125醫療的改革是他們的重點，所以他們的醫療政策有大幅度的放寬。

Q：台灣醫療的進步是從私立醫院帶起來的，您剛有提到大陸也是走我們以前的路，您覺得台資醫院過去大陸真的能夠扮演這種角色嗎？就是改變他們。

C：也有可能啦！不要妄自菲薄是很有機會的。

Q：台灣市場已經飽和了，所以想要去大陸發展，可是看起來大家，因為大家之前經營的非常慘淡，現在比較謹慎評估，所以你也覺得台資醫院假如可以的話像台灣以前一樣。

C：有機會啦！但是沒有辦法很快。

Q：大陸的醫藥廣告很普遍會不會有影響？

C：我覺得影響，你所謂的影響？

Q：他們的習慣方面？

C：我覺得醫藥廣告會有一部分的影響，但影響就是一些醫學美容，但較隱私的(如性病)

就比較不好跟人家開口，一般性命攸關的我覺得反而比較是口耳相傳重於廣告，你也是一樣阿!台大長庚需要廣告嗎?跟生命攸關你會去打聽可靠的人家有經驗的、口耳相傳，不會去接受媒體的廣告。

Q：台資醫院會不會比較有機會發展醫美的部分?

C：這種就是要廣告會比較好。

C：醫療產業的經營是一個比較長遠的路，像一個手機這個產品iphone4s，一陣子就過去了，廣告一下去一窩蜂就買，買錯了當然也沒有什麼抱怨，再過來也不會再出來了換iphone5，這就是短期的效應，那醫療是長遠的，你一個廣告打得很厲害，但去了沒什麼效益

Q：短中長期，看起來評估是怎樣，主要是想要看經營的困難及對策，假如說人才上非常難解決，對於很多想要去大陸發展一開始基本上是很難做下去?

C：我是覺得應該這樣說他現在是一個機會，醫療產業125是一個機會，這個機會也不會很快消失，但也不能有太長遠的計畫，因為這個市場早晚大家會搶著進，建議1.不必急著罩進，但也不能拖得太長，邊了解編審慎評估，放一個比較中期的眼光去評估，短期也不急著投入，因為跟你想像的不一樣，當然佈點也是很重要的!

Q：所謂的佈點布署，長期派駐人力在哪邊?

C：不一定要派駐人，多方面要去關注他，任何消息、發展，當然你錢已經夠多了，做醫療一開始應該不難，短利的想法但挫折也會很高。

Q：其實台資醫院也有機會，因為長期的投入，我們有我們的價值觀，其實更長遠的會有機會。

C：會有機會，台灣在大陸醫療也不是很常，最近5-6年而已，一個產業走5-6年我覺得都還言之過早，產業潛伏期10年才開始冒出芽開花結果。

Q：是否有特殊困難的地方，會提醒台資醫院有心想要過去的話?

C：困難很多，沒什麼特殊困難，就是要比較謹慎一點，人生地不熟，什麼事都要想想，總是沒錯!

2012年2月12日 上午3時00分至4時00分

Q：以您的評估來講的話，現階段台商過去的話，是不是個好的時機？

D：好，大陸的法規或者現在新的醫改政策，是歡迎社會資本進入醫療領域，當然包括海資，所以政策一天會比一天開放，三年後一定比三年前開放的多，所有對於政策面的法規或者是會綁手綁腳的法律，一定會慢慢越來越少、越來越順或者越來越簡單，回過頭來，我們一直要探討的一個問題就是，為什麼要台商去或者台灣的醫院有什麼優勢？有什麼本領？去大陸幹什麼？或者講，大陸的醫院，你要做什麼？你要去做奉獻？還是要去賺錢？還是要去做服務？還是說我開的刀，我是台灣的醫師，開的刀就一定好，碰過病人就一定活，我沒碰過的就不會活？有沒有這個本領？沒有嘛。我們看到台灣去的這些醫院，就無分其快，資本！大陸要玩的資本，比台灣大的多，多一個零到兩個零，台灣的資本，不需要講，尤其是醫療機構的資本更沒有，就沒有發言權太小了。第二個就是醫療團隊，就剛講的醫師，有沒有這本領，摸過的就好，沒摸過的就不好，有沒有這個本領，那現在要攤出來比一比對不對，台灣可能這個醫師一年開了一百台，大陸的可能一個醫師是一年開多一個零一千台，你說要給誰開？任何的病人都一樣。第三個管理，我們認為管理很難，其他沒有，對不對？醫療機構所謂的三塊，就是「資本、醫療團隊、管理」。

Q：其實是因為，大家感覺這個研究是個契機，剛好ECFA、十二五開放之後，因為大陸那邊來講一直聽到的是說醫療水準參差不齊，不過台灣來講還是會怕的原因是因為從以前的經驗看起來，我們是去訪問過跟看過之後，覺得說實際上它對於不管來自於哪裡都一樣，法律上都一樣，不會說因為是海資就特別，當然還是會有些差異，因為搞不清楚狀況的時候，其實對於公立醫院來講的話，還是會有一些比較熟悉，所以這部分來講的話，還是多多少少會有...真的要進去的話，真的要摸清楚。

D：對，所以我就講還是這三塊。我們跟人家比什麼？或賺什麼錢？對不對，我現在資本很大，就玩那個資本財，今天醫療團隊很好，某醫院在廈門，他在台灣屬於世界級的醫院，醫師是世界級的，到廈門去拚不過當地，廈門算老幾，我在全大陸排起來，絕對不會是老大，老二也排不上，老三老四老五去吧，跑到那邊去，鬥不過人家喔，民眾不相信，不知道這些品牌，所以這個就很辛苦！包括台灣現在要做的國際醫療也一樣，大陸民眾不知道台灣的醫療在哪個定位點。你是世界級的還是比大陸要好還是怎麼樣，那每個地方的民眾認得，所以我跟你講，醫療有一個叫「在地性」，他認得是他所知道的那個圈圈，心臟外科我就要到廣東省的醫院，那邊花幾十萬拚進去，就是要去哪裡，進去兩天說沒救了，他也認了！心甘情願，這個就是特性。

Q：我們這樣全部訪問過後，覺得現在最難解的問題就是那個人力。

D：對，醫師人力的這一段很重要！看你有誰，對不對？你有什麼醫師才有辦法開刀，對不對？那台灣的醫師排位低，不論在追求率被認為是最後面，真的找不到，好歹有人去開，這是台灣醫師的特性，開的好不好，好！但是民眾不認為，而且台灣的醫師也不可能未來永久在大陸待著，對不對？所以台灣的醫師只是一個過度性，解決臨時問題的一個辦法，還有一個問題就是醫師費怎麼算？大陸的醫師只是覺得很貴，我不知道你們有沒有調查過，大陸的一些台製醫院，收的病人費用跟當地的醫院只會便宜不會貴！

Q：而且感覺比較亂，因為我們去某醫院看的時候，感覺他的收費項目其實是...

D：跟我們台灣長的不一樣，一個病人結構絕對不一樣，但現在很多的病種，說實在，台灣比大陸便宜。上次，某神經外科的醫師就跟我說：「你知道台灣開一台開顱手術的腦瘤多少錢？」他說才五萬多，我說大陸也一樣，數字一樣，幣值不一樣。所以變成說那個病種結構要重新去查一下。然後回過頭來，醫師費可以拿到多少？假如台灣的醫師願意在大陸的醫師費下面來工作，台灣有個婦產科主任現在到大陸開婦產科醫院！那個醫師認為心態要先對，我來了就不走，去創造他的客戶群，扎根。

Q：禾新的模式感覺比較像是這個樣子，就是說把台灣的退休醫師優先。

D：定位！

Q：不一樣的定位，宗仁卿的設計現在優先是以台生為結構，希望慢慢培養，但是來源數目不多。

D：醫院最大的問題，我看到的就是這個醫院的定位，你到底要做什麼？

醫院本身的定位要做好。假如是說針對台商，那就一定要找台灣醫師麻，台商才會相信，對不對，很可惜某醫院在台灣沒有點，對不對，所以台灣醫師去的也不多，即使去了，也使不上力。那兩岸直航以後，我跟你講拔一顆牙要回台灣來，因為有健保，對不對，健保做的太好了，所以一個小的治療行為，他就會回台灣了！

回過頭來，台商的或者大陸的都一樣，醫院的定位很重要！定位先定好了、定準了！

Q：其實定位最重要，然後根據他的資本團隊或是管理，在來想想...

D：大陸的醫療水準屬於比較參差，對不對，所以我們的醫療水準比較好，管理也比較好，理論上應該可以在大陸找到一個比較好的切入點。

D：好！管理好醫療好或者說老闆的市場在哪裡，台商當然認為台灣的醫院好，對不對。那大陸的民眾跟我講，長庚世界級的，但到廈門，不要說二流，民眾不懂，長庚沒有人，現在五百床滿了麻，但那後面還有一千五，不敢開出來。

Q：有沒有可能說比如假以時日其實是可以...

D：對！那口袋就要夠深。

Q：我們去看過像是某醫院來講，他們覺得說很大的特色就是把好的醫療品質帶進去，雖然做起來還是很辛苦，但是他們相信說，會成...

D：假以時日。

Q：對！假以時日，因為他覺得說...

Q：所以其實還是，就是他看起來並沒有對於台資醫院有什麼特別的...

D：沒有！

Q：對，但實際上要在那邊非常在地化之後才有辦法對於...

D：我們可以，台灣有個特殊性，本身的醫療做的很好，我講效率很高但不貴麻，品質也

很好，對不對，台灣有一個政治的特色，對於大陸來講可以經過一些兩岸的談判，拿到真正實質給台商的一些政策，目前這個都沒有人在做，或者上一次ECFA後面的兩岸醫藥協議根本沒有任何實質的效果，今天說台灣可以在這五個省開放獨資醫院，明天就對全世界宣布任何國家到中國的任何省都可以獨資，你說這個有意義嗎？

Q：所以大概知道大家面對的問題就是這樣。

D：所以我跟你講台灣的醫療要去大陸，一定要先上一課叫醫療市場。

Q：先去瞭解一下，對於對岸真正要有一個很清楚透徹，在來去決定說要不要去切入這個市場。

D：絕對不能永遠認為台灣的醫療機構是最好的，去哪裡都會來被我看、被我醫或者說我摸過的就會好，我沒摸過的病人就不會好，這種心態千萬不要去，在哪裡都行不通的，不要說大陸了，到美國到日本去到菲律賓去都開不了醫院。

Q：我們去聽看某些醫院，他們覺得說還願意撐下去的原因是服務來講，至少比大陸的很多醫院來講做的非常好，那現在現在來講感覺不出來，所以還是希望撐一下看看說，假如在一段時間也許大陸人可以知道說某些醫院的服務其實比大陸的一般的醫院好的話，他們覺得是說可以...

D：所以，好在哪裡？回過頭來又是市場，我到底比人家好在什麼地方？是來被我摸過就不會死了，病就好了，還是說你在這裡服務很好但醫療不好，對不對，到醫院去幹什麼，就是要去開刀麻，對不對，醫療一定要好。

Q：所以...所以其實台商醫院要請去大陸的話，一方面是要先透徹了解說那邊的到底跟台灣有什麼不一樣，然後真正說要說好，也要可能要去定位很清楚說你所謂的希望好在什麼地方，不能夠只是認為...

D：我蓋了像飯店一樣那麼漂亮，對不對，服務都很好，還是醫療好...對不對，好在什麼地方。

Q：這個可能也涉及到他的定位問題。

D：那你要賺的是什麼錢？或者永續經營一定要能夠良性循環，我跟你講，要去看大陸人

家成功的經驗，大陸有很多非公系統的民營醫院，做的都很成功，那這些醫院我們要低頭去跟人家學。台灣的醫療機構或者醫生的特質，我們不能說不好，但是他的特質就是這樣，對不對，我一定要努力的做，要去看看人家怎麼做的。

Q：台資醫院覺得受到莆田幫的原罪去拖累整個市場，造成大陸民眾覺得民營醫院都是在坑人的...

D：好！他生意很好啊！賺錢賺翻掉了。我們光從要錢不要面子這問題來講，台灣哪個醫界的老闆不一定是醫生麻，都認為不一定拚的過他。那我們撇開莆田幫這種不規範的情形，也有很規範經營做的很成功的，我們也可以舉出很多例子，那人家是怎麼成功的？

Q：不過醫療後來看起來發現說要跨國感覺這種真的是很難！

D：兩岸都還是中文系統，習慣都一樣，所以這個界線我覺得是台灣有辦法，老外沒有辦法都來往裡闖，像是新加坡、香港都在往裡面衝，台灣應該說是最近或者最有機會去大陸做醫療，我們不去誰去麻，對不對。當然可以去，只是要好好思考一下，那回過頭來，某副院長和我講說：「我們不要去大城市跟人家拚，我們去個二三級的城市，去那邊做老大。」我說可以呀，這很好呀！他們去做就是當地最好的體檢，這概念就很好，不要去大地方去跟人家拚大的，到小地方跟人家去拚，醫療也還可以、服務做的好、管理做的好，這是一個很好的概念。那這就是成立聯合體！

D：我一直講台灣醫院去大陸一定要好好做過市場調查或者是說自己的地位要先定好麻，而不是去撞或者就是要用這樣的醫院，那就口袋要很深要繳很多學費麻！

Q：其實還是有機會麻，因為畢竟...

D：有！對於境外來來講，台灣是最有機會。

Q：看起來外資對大陸還是非常有興趣，而且覺得說其實是...

D：在大陸成功的非公系統醫院或者公家醫院，像廣東東莞東華醫院、康華醫院、武漢亞洲心臟病醫院，這些成功的基本都不是做醫療。

Q：那他們已經解決掉醫療的問題了嗎？

D：解決了，像東莞東華醫院一千一百床爆滿。

Q：所以他的人力也是從大陸...

D：都是大陸的，沒有外面的。

Q：原則是大陸的醫院不是外資醫院。他們反而定位比較清楚。所以，其實也可以是說以醫療為主，但是切入醫療的市場。

D：這就要很清楚定位麻！武漢亞洲心臟病醫院，本來是飯店但因回收率慢，他就想我要做醫院，他就在看做哪一科，後來跳到一個最貴的心臟科！

D：那十年前我去他們醫院的時候，我開眼界，他會飯店這一塊服務拚不過他是五星的，這個總經理最會服務，所以把護士送到飯店的訓練學校去訓練，醫療他不知道怎麼辦，後來就去找，拚命找，找什麼？找把全大陸三個最頂級心臟科的，一個外科、一個內科、一個是放射科，三個很湊巧都姓朱，所以叫三朱醫院，賺翻掉了！

這家醫院就是最成功的心臟病專科醫院，為了他，當地的大醫院心臟科的價錢單價全部降，就跟他PK，品質又好服務又好，然後價錢又便宜。

Q：我聽您這樣講，我大概揣摩到一個就是說前面的部分來講的話，覺得說最大的困難其實是在人力，那主要其實因為我們現在接觸到大部分都是以醫療本業為出發的，就會變成說人力其實是要放開我們當初原本醫療的想法去找的時候，其實人力的部分來講，就會浮起來這樣子。

D：蒲田幫開專科醫院一樣，在這個城市開就把跟我有關的這些醫師全部鎖定，很多好的醫師今天在公家醫院退休，明天就到他們那邊上班去。

Q：那民眾也認識他們嗎？

D：對，他有發言權、有知名度比台灣來的世界級專家好的多。

Q：其實真的要去想的時候，可能要拋開以前包刮醫管或...

D：傳統思維。

Q：對，傳統思維，然後在那個地方到底想要做什麼這樣子？

D：假設要去做一個很公義的醫院，什麼都要對的，那口袋很深慢慢變準備十年也可以。

Q：所以應該是叫口帶夠深的投資者來去...

D：有呀，有位投資者打電話給我，就說北京有家醫院，問我可不可以收？然後我聽完跟他們幾個說最好不要啦，總歸一句為什麼要進去這家醫院？說很便宜阿，百分之五十的股權才多少錢，我說是很便宜，但要清楚裡面的架構，有一個七人小組取代董事會，就是月務會議七個位置裡面已經有三個還是四個，他們請來北大的專家做了，所以你取得五十的股權你也只有三個位置，那錢進去，第二天就開會，四票投票贊成買什麼東西都不是你決定，這樣的醫院能做嗎？後來不敢去。

Q：就是說我們去訪問幾家之後，其實大部分面臨到的問題，就是說我們用現有的資料，然後去揣摩某些某些問題。

D：大家做醫療，應該把眼光、視野放開一點，就是不要只用台灣的醫療去看大陸，那個會比較辛苦點。我們做企業的這個思維去看，我們要定位什麼樣的醫院是可以永續經營，我們不要說賺不賺錢，至少是永續經營，那你未來要去幫人家什麼。

Q：看來口袋真的要深！

Q：我們那時候去看的感覺是說，門診的量實在是太低了，以他那規模來講的話，我初步看起來說，因為一千多人那個量真的很難撐，雖然他說住院已經達六成七成。

D：所以，浦田幫很厲害的是醫療本身是有行為不好，但是他逐漸在改邪歸正，我沒有看到哪家台商醫院有去學吧，不管你用什麼辦法！

Q：台商醫院是不是還是一樣不做廣告？

D：現在廣告你都不能做了，也在視法，就是視定法律這些規定也在調整，但可以做的部分一定要去做。

Q：現在台資醫院在那邊沒有新的麻？

D：哈爾濱的順邁醫院。

Q：到目前看起來還沒有看出來政策上特別對台商有什麼限制或者有什麼...

D：優惠。

Q：優惠也沒有。

D：我跟你講，應該要有優惠。

Q：對對對，現在聽起來是說之前找的資料是限制很多，可是我們現在談完之後覺得說不會阿，大家都成績上都明確，沒有，大家都一視同仁。

D：越來越低麻！

Q：就是跟大家一模一樣這樣子，當然是知道要說有些是一些認定上的問題，比如說醫保理論上你開後一年能拿到，但是...

D：那對誰都一樣，國民待遇麻。

Q：但是他說有時候可以談到變成說幫你怎麼算的方式，但是他說至少是公開層面上面來講大家一視同仁。

D：我是認為可以建議政府去跟大陸拿一些對台商的特殊政策。

Q：特殊政策，比如說是服務的評估還是費用的核付呢？

D：或者是說台灣的醫師在台資醫院裡面職業，直接換發證照，那台資醫院以外的，你要去考。

D：個案麻！

Q：這種考試方式對於這些醫師絕對考不過的，他是覺得很可惜！

D：所以，列一個清單就是說對未來呈報衛生署要他們去大陸溝通，為台商醫院爭取哪些利益或者已經去了或將要去的。

Q：對，某些就是說不需要說對我們比較有利但也沒有什麼對他們壞處的部分來講的話，應該是可以來去談的這樣子。

D：在我認為有這個優勢，可以去和大陸談判一些不平等條約。

附件十 台資醫院訪談-甲醫院

2011年12月21日 上午10時00分至11時00分

Q：這次會到大陸參訪台資醫院，最主要的目的是因大家都是拿到二手資料以及都是聽別人講的，有些題綱發現原來我們一直以為是這樣，後來發現也沒有啦！只是換個想法一直說法律問題是個很嚴重的限制，後來看也沒有呀！也是個公平的或是有一些其實也不是限制，是政策上面來講，地方可能是保護的部分。

F：這樣子講，我是做推廣的，最痛苦的就是說南京給的條件是很好的！醫保、公費都給我了，可是我的病人不只是南京市，因為在南京都會區可能有1/3的病人或甚至多一點的病人是從外縣市來的，每個縣市都必須去提供醫保，我必須跟衛生局、新農合、勞動局接觸、拜碼頭，才能把醫保打開，但很多區域會限制非公立醫院不准開，這樣子就被歧視啦！政策歧視，是為什麼？因為很多非公立醫院都亂搞、亂開處方，導致民眾對於非公立醫院是有意見的，因此在醫療體系裡面我們去告訴他們台資醫院是合法的，他們並不相信呀！他們認為你是非公立醫院，保險限制就是不准報銷，導致必須花很多功夫去溝通、說服並把醫保打開。

Q：剛剛其實您最早是在介紹非公立醫院的原罪這樣子。

F：就是整個政策啊！還有民眾的就醫觀念，覺得非公立醫院就是亂搞，福建人開的醫院是那種今天開，三年後就搬走換招牌，因為可能業務不好就搬走。

Q：為什麼就福建人能開呢？

F："蒲田幫"，很有名！那群人就專門做那種生意，專門在蓋民營醫院，他們都不是學醫的，但是做的很厲害！

Q：所以有一連串故事在這邊發生，假如真的台資醫院要進來，也是要去面對這些問題。

F：因為原罪！民營醫院就是會被貼標籤，所以在介紹我們自己時，是說中外合資醫院或台資醫院，不講是民營醫院或者是非公立醫院，說台資醫院，好一點啦！不然就是會被

人家誤會，民營醫院就被誤會有問題！

Q：這就真的是要時間，假如說這間醫院至少能撐10年，大家就會覺得說這間醫院就真的想要經營下去！

F：對，沒錯！

Q：那現在只說投入上面來講。

E：廈門某醫院的完整性比較強，因為台灣過來的，尤其是醫院整個支持應該是最強的，因為他有集團，那人才、制度是沒有問題，他問題落地到大陸為什麼有困難？它的困難跟我們的困難不太一樣，我們的困難比它複雜，它的有些困難是我們來大陸二十幾年克服掉了，但他們沒有，你了解吧？但是我建議你完整性。因為他的問題也蠻特別的，因為它有百分之六七十的醫生是從台灣過去的，然後一直這樣子交叉，幾個禮這樣子換！這種模式是過渡期很重要的一個，但問題是說長期經營的角度這是不行的，經營可以帶動品牌、人才培養，但問題是人才的延續性就是重點囉！因為集團的人夠多，醫師夠配合！但是不可能長時間都這樣做，所以有必要性，而且資源蠻豐富的！當然重點不是在談他們，我覺跟我們比較熟，我們經常向他們學習、交流，但因為我們過去不是辦醫院的人，在大陸還得克服醫院的熟悉度，另外還有本地辦院，內部控制重要，但是外部也蠻重要的，外部分為四大點，一個是政府，一個是同業，另外還有一個合作夥伴，還有客戶群，這個範圍就決定內部的建置，那尤其是政府政策，政府政策就會影響同業，同業會影響合作夥伴、藥商、器材啦！那他們很多規則是沒有辦法講清楚，客源就是客戶群，客戶群跟台灣客戶群完全不一樣，台灣的客戶群主要針對醫保該收的病人，我們該做的有達到醫保就付錢嘛！很少跟病人直接抱怨收費，但是這邊就不一樣唷！因為我們從三塊半的門診費到五百塊的都有呀！然後客戶群相對窮到富有的，所以體制、建置就要調整甚至很多相關流程都要調整，我覺得在大陸辦醫院，外圍大於內部，那內部又不能只是台灣那一套須要調整整合，過程不是只有部門跟部門之間的牽扯而已，內部跟外部也要跟著調整，比如說台灣的醫務部門掌握了所有的醫療資源，就所謂的醫管，但這兒就不一樣，這裡多複雜，像可能醫糾的處理、

推廣等，那除非就是公立醫院，他本來建置就在那兒，如果認為一個企業醫院要把台灣特色建立起來，我們來這辦醫院不是要把醫療辦起來而已，主要是把台灣的特色發揚在這兒，不是只有把台灣那一套搬過來是行不通，你還要加減放，就是說不適應的要替除掉、要強化，那我認為初期比如說五到十年，甚至五年前外圍建置大於內部，那五到十年可能內外都要兼修，內部要調整成跟大陸接軌模式比較好運行，我覺得在前五年很難定啦！

Q：摸索遊戲規則出來。

E：摸石頭過河真的是還蠻適用的，由外而內去建置醫院才能夠把理念發揮出來，很重要呀！我總是要總結一些醫療跟醫管適用的，比如說企管裡面經常談五力分析，而我剛剛說的四方面其實就是五力分析裡面的，那還沒談到內部嘛，但是在大陸政府法規非常重要！如同醫院開業，第二個月就得到了醫保象徵的意思就是說一般基礎民眾都可以到你這裡來，如果沒有得到醫保同意報銷，那等於客源就會少很多！對醫院初期發展來說，醫保能不能過，除了自己實力培養以外，政府的支持、專家的認定、同業中的認可很重要呀！所以說在大陸要辦好，外圍的力量恐怕要比內部要先有一定份量，我們集團在大陸已經將近二十年了，1994年我就來大陸了，我是集團工廠的第一任廠長，第一個到大陸蘇州建設，所以我們與政府相對努力。

Q：所以主要根基是在於前面工廠的設置跟大陸政府的關係較密切，在後面談的時候就比較順利，知道政府怎麼運作，假如沒有摸清楚運作模式，就會很辛苦！因為跟台灣政府的運作模式、經驗完全不同！

E：不一樣，畢竟台灣政府會幫助企業、民眾，那這邊也不是說不幫助，因建置就在那裏，整個南京有23家大型醫院，南京人口才八百萬不到一千萬，對不對？就有23家大型醫院，我們台灣2300萬耶，才十幾個醫學中心，然後你一個台資醫院背景又是企業辦醫院的能力憑什麼在南京站起來，沒把你圍剿就不錯了！當然我們剛開始帶著期望來。就是說醫療外圍的關係畢竟還是要耕耘啦，因為23個三級醫院在這裡，你在這邊建立，第一個會衝擊到客源，另外就是政府為什麼要引我們進來，政府就是希望能帶動一點

特別的，把台灣的模式或者境外的模式，剛開始很多院長都怕我們去挖他們的人呀！甚至有一部份的人聯合起來抵制我們，但是很快的跟他們也融洽，那我就是沒有這問題，甚至在這邊還得到很多的支持，因為我上任的第二個禮拜就親自就是去拜訪院長，當然我不是醫療出生嘛，所以就去跟他們請教，說我是企管的來弄醫院多向我指導一下，他們也客氣，後來就化解了，也不會有那麼多疑慮，另外跟學校的關係很好，我們是南醫大的附屬醫院，在台灣附屬醫院的概念也不是很清楚，因為一但是醫療教學中心，所謂醫療教學就有那個，那這邊不太一樣，你這兒附屬醫院就相對你的學校各方面課業平台，教授品質還有學生的互動，還有教學的培養等等，就是一個附屬醫院當背靠，這很重要！那我們是南醫大的附屬醫院，那今年四月份又提升為第四臨床醫學院，臨床醫學院甚至就可以直接收實習醫生，第四臨床醫院原來都是一些專科醫院，像眼科醫院，那沒有綜合型，那綜合型就是我們，所以我們反而變成一個整合大家的龍頭醫院。

Q：其實第一個很重要的問題，就是大家好像都面臨到人才的問題，對不對？那有沒有就是說人才招募問題所在，包括說公立醫院的醫師其實不願意過來嘛，然後還有背景關係，那有沒有考慮說自己來開醫學院？然後乾脆...

E：醫學院吼，我的看法-我個人的建議是不要！這有點複雜！

Q：還是跟人家合作就好。

E：我覺得借力使力，而且醫學院培養後面的教師群恐怕也是另外一個問題，因為大陸人才要談組織建構，因為大陸本科以上就算是大学生，大學以上屬於人才建檔，那人才建檔經常在很多檔案都要保管的，另外在公家機關的組織也算是類似一個戶口一樣啦！你一旦進入要轉動很不容易，那這樣一個設置就會變成一個編置，編制就變成一個一個要移動很麻煩啦，比如說要移動一個缺，你會移動不了，那移動不了那人才的僵固性，人才僵固性就會很強，各級階層都是一樣，尤其是教職，另外教職又屬於教育部，那你要培養的就不容易，我建議是先不要啦，可能的話最好還是跟醫學院合作，那如果將來開醫學院，我還是建議如果要過來開醫學院，我是建議開醫管學院或護理學院

更需要！因為這個是解決我們醫院最大的問題，那是模式的傳遞，至於醫師的培養呢，我是不曉得長久的會怎樣！我個人是建議是先不要！要不然就會變複雜了，除非在台灣本身是有醫學院體系的，願意到大陸來建學校！因為涉及到教育，文化、教育這些都是管理嚴密的。

Q：這邊就有一個複雜問題，所以又不要再更複雜了！

F：真的，那可能真的要等20年後。

Q：第一個問題就是看起來大家對於人力的問題都非常難解決啦！

E：你這三個題目都在我四個外圍構面有關的，全部都是！

Q：所以我一直在想包括說灰色收入，我們也考慮過說，也問過他們說假如說錢提高到一定程度的時候，他們會過來嗎？聽他們說也不是，因為他們很多其他在公立系統有那個職，就像什麼副教授，所以他們不是說你把錢提高把灰色收入補掉，他就會願意。

E：找人是這樣啦！我找人整整花了27個月，舉個例子就好了，我們現在放射科的主任就是北大主任、北大的教授、北大的國寶，我從北京把他請過來，他家裡還在北京，我八次跟他見面才把他找來，八顧茅廬，我八次包括他跟他家人聚餐兩次，請他太太跟他的家人來南京看他環境。

Q：這我懂，家人會對他工作環境的不放心

E：家人不放心呀，對不對？在北京好好的幹嘛來南京？那家人來看放心，認為這醫院有發展性，又了解你們是什麼樣的文化，在這邊上班會不會變壞？回去會不會給我帶...，後來他太太很認可我，才把優秀人才引進來，而且現在當我們的副院長，負責做教學工作，把北大教學的那套整個移植過來，所以我為什麼人才還分兩段，一個是你自己怎麼找，另外將來培養，培養才是重點，那你再怎麼找，五年、八年還怎麼可能在市場挖人才，尤其是住院醫師呀，初期的醫師從外面跟人家競爭，不行呀！要自己培養，培養才會有那種一以貫之的這種企業文化或者是醫療文化，所以我們現在培養不了只能找，還要有科研，因為一個人才在學校裡面、在科研方面、在醫療方面都一定的地位，醫療一定要給比如說主任級以上的待遇，另外就是科研、教職，如果沒有學校的

背靠去哪來當教職，他會來嗎？對不對！

Q：所以剛剛講說要跟外面配合的原因就是這樣子！

E：對，所以為什麼要找南醫大合作，為什麼三年的醫院要辦科研，去年有21項科研成果，其中有一項是國家自然基金，那省市級的有十幾樣，另外還有個人的，還有科，還有醫院自己本身的，雖然是一個三年的醫院，照理說醫院投資不做這個的，第一個沒人願意做，第二個不想做，因為那個建設醫院，比如說還跟投入還差很遠，說真的也沒那麼多資金可以支持著，但是我認為還是要撥部分，主要是因為我們願意把人才培養放在前面，放在前面有什麼好處，啟動早成本少，會帶動比如說我撥二十幾萬當課程經費，五至六個教授合作起來，他那個東西就可以熱絡，熱絡可以變第二年的再燒嘛，然後他就有平台，那我們也跟你們報告一個取信，我們兩個月前我們得到重點學科建設，等於是大陸的衛生部國家重點學科建設，還有補助五百萬，就是人才發展計畫，他願意花錢給你幫你去培養，那憑什麼做到現在是民營醫院裡沒有人拿到我們拿到，同時也代表一種壓力也是一種責任，當然也是一種企業也是對我自己一種肯定、激勵，兩三年後要驗收你成果，所以我們內部就會變成一股力量，那一個醫院如果你有重點協科拉幾科出來，對醫院長遠的發展是比較好的，換句話說，我們已經跟他們搶資源，其實重點學科建設一般都是公立醫院，而且是公立醫院的前幾名而已，那為什麼我們能搶到，憑實力我們還差很遠呀不可能的，但是因為我們透過企業醫院管理協會，等於是非公立醫院的發展醫院跟我們醫院發展的連續性蠻好的，而且也是裡面主要支持的，說明白的就是民營醫院的發展我們算是比較好的，這人才其實是主動去爭取、被動去挖角的，還要主動去建設未來的，所以我現在找到，現在有將近300個醫師了，然後副主任醫師，副教授以上的我們大概有94個，換句話說，這94個都可以帶學生的，也是我們叫主診醫師，台灣就叫做主治醫師，可以開臨床的、開診的、開診斷、帶學生的，換句話說，300個裡面有130個可以看門診。

Q：那現在醫師流動率會高嗎？

E：坦白講，不高！

Q：是因為普遍大陸比如說到一個地方其實他就僵化的關係。

F：他們要流動到外面不容易啦！要找到一個好的平台少啦！

E：但是他們來的時候就是掙扎，掙扎過後下定決心來企業醫院，像我們這樣的平台不多了，從一個企業醫院的平台要回到公立醫院也不容易啦，那當初就是在公立醫院可能有很多因素才離開，可能發展的平台被限制住，一個優秀的主任醫師等於是被限制住了，所以我們就把他請過來，當然除非有弄得不愉快什麼的，他才會離開，要不然他也願意在這邊，

E：我覺得醫院裡面要有特色，當然在人力資源一定要克服啦，但是另外還要把一些人文的氣息做出來，因為這是很有價值的，我雖然不是醫生啦，但是我過去也學了幾年的中醫嘛，那我現在也在念中醫，我覺得很重要的就是說，因為病的病徵需要多元的治療，除了藥物跟這種正確的干擾以外，還有心理然後環境也很重要，像你來到大陸的其他醫院，去看看那個比我們台灣的大醫院還要更擠更忙，然後裡面更壅擠，空氣各方面又都更差，那他沒辦法，因為醫療建設沒那麼快，所以，民眾都會壓力很大，醫療人員壓力也很大，一個診有時候一百多，看到下午都還沒看完，問題是看診的時候三至五個人都擠在旁邊，空氣根本不流通，尤其是小孩啊，小感冒而以弄起來變的各種類的病毒都有，所以把醫療的這種發展性弄好，台灣的醫院的這種豐富資源，都會有很多畫廊等等，我覺得明基醫院在這邊也建設了不少，剛剛不曉得有沒有看到有一些藝術建設啊，這個其實對台灣醫院也是另外加分的，而且可以改變醫療的環境氛圍，這很重要。

Q：所以大家其實對於這方面還是很有信心就是了！

E：對，大部分人非常好，因為看病是一個相信度的問題，我們很多長期培養的發展，從環境開始啊。

Q：另外一個是，我到那邊看掛號才知道說錢還有等級，從4.5塊到30塊，不同

E：有，有專家診什麼的。

E：因為我們在推醫院，其實，第一個要把握不能過度，第二個一定還是要有藥水味在裡

面，不能銅錢味，應該是藥水味，藥水味才是健康啦，然後我們通常是知曉度要先打開，因為知曉度知道有這個醫院，願不願意來是另外一回事，但是至少知道

Q：知道有這個醫院在就是了

E：對，這個很重要知道有這個醫院，但是過去有時候會被民營醫院不好的風聲，你看三年前，我們自己做調查，計程車抽查了20台，大概只有一台，甚至有時候抽查時沒有人知道明基醫院在哪裡，現在抽查，大概有10台，至少有8台都知道，瞭解吧！

Q：大家其實對這個議題真的很有興趣，而且對於台灣的醫療跟品質服務都很有信心，可是就會覺得說，現在六家台資醫院都會覺得經營上真的很辛苦，然後大家就會搞不清楚說為什麼。

E：其實跟這個，你就是剛剛那個四加一加上人才啦！大概是這樣。

Q：所以只要人才部分，一個就是

E：但是人才是受政府限制的。

Q：所以我們最早開始說要不要自己開醫學中心這樣，但是太複雜了

E：你說培養人才喔，我覺得更複雜。

F：而且養成一個醫生沒有十幾二十幾年是養不出來的。

E：不是，問題是學校在大陸還是算是一個特別事業。

Q：喔，所以等於創造另一個更複雜的議題。

E：學校是影響文化的，文化這裡管制阿，所以沒那麼容易，先把現在的人才，因為這裡人才多，你用什麼方法，然後想辦法培養，我覺得是這樣，所以要想辦法自己培養，前面越早建置越有力，如果說十年以後才要去建人也是可以，但是你可能十年以後還在挖人才，而且很是很年輕的，應該是要剛開始建醫院的時候就要辛苦一點，當然從百年的醫院來看，這些成本都不算什麼都是應該付出，而我認為是要更早付出，因為底如果墊的不深，業務要做的多高，那是有點太渺視了，另外剛剛講的外圍四個，政府的協助、關係，同業、合作夥伴還有客源，這個客源是外部，內部就是人才，制度，文化，體系，體系是包刮醫療，醫療品質，然後內部要建是須把外部的因素考慮進來，

要不然你弄完了以後還是會內耗，但是當然人才是很重要的問題沒錯，譬如說很簡單啦！你的院長人才、經營人才，你到底是要用大陸那套還是台灣那套？

Q：短期內會不會還是以台灣那套為主？

E：還是都不行要調配，台灣經營的模式到這邊還是要動一下。

Q：就是台灣醫管那邊來講，假如過來的話其實整個...

G：其實不能講完全不一樣，可是大部分不一樣差很多。

Q：那你們會放心，譬如說完全用大陸的醫管來人才嗎？

E：也不行。

Q：因為其實我們聽到是說，大陸對岸包刮常常去台灣看最多的也是醫管，不看醫療的，因為他們對醫療覺得說很有信心，我們現在聽到跟觀察到的都是這樣，他們去台灣完全純粹看醫管看我們從頭到尾怎麼做，然後問管理上面很多細節，感覺是說他們想要把模式帶回去。

E：醫療其實他都不用看，服務量都比你大！

G：病人都比你多

Q：對，所以他說那個A級手術都比我們加起來的手術還多幾倍，對不對。

G：對阿，設備比我們強阿，人家搞不好做幾個月就是我們的一整年的量，所以他不會CARE。

E：特殊療法會交流啦，譬如說台灣有新的，他去學那個就好，一般的CASE，他的量都比你大，一個月做完，我們可能半年都還沒累積，護理是基礎功，因為照護模式會影響醫療模式，那如果要照台灣的優質護理，自己培養是最好，而且大量用工作人員，這個我覺得醫管是因為要改變模式，大陸去學醫管不過就是學三套嘛，一個是績效考核怎麼弄嘛，錢怎麼分配嘛，那另外台灣的醫保制度嘛，怎麼讓醫保減輕負擔，台灣是怎麼做得，一定是這樣，那這樣的情況下，如果醫管改了，整個醫院的體制就改了，因為會涉及到，獎勵制度嘛，薪資制度嘛，PF制度嘛，醫師的行為就會在醫療的情況下激勵就出來了，他們現在學這個不是學醫療本身，那我們只是早一點把制度感受出

來加上本地人，過去三年也花了很多心思啦，當然也有一些內耗掉但是沒辦法，你完全用大陸這套不行啊，因為我們也不想變，變成一個類似多一個公立醫院而已，對不對，那我們把台灣的整個移植過來也不見得可用，所以這個部份就變成，我覺得是跟各大醫院可能都會碰到這個問題，除非如果只是開專科或者更小的，那可能把幾個接軌的東西，尤其如果跟醫保無關，那就做很特別的，只要有並重、欣賞你，衛生單位又允許，就可以做，但是問題你要做醫保，要做公保，要做跟外面並重可以接軌的，要不然醫保就不讓你報銷啊，對不對，你如果這些藥不是醫保允許的，你藥根本開不出去啊，開了也拿不到錢啊。

Q：那你會建議台灣的過來先做專科嗎？因為每個院長其實野心比較大啦，感覺台灣過來還是需要，類似一般的醫院做起來這樣，台灣會有這想法的原因就幾個，一個是台灣醫院現在實在太飽和了，然後那個健保下去後，其實也發展性有，大家其實有點點美麗的幻想而已，就是說，覺得說看起來，醫療的部份來輸出過來的時候或是過來這邊發展的時候，比較有前景的感覺啦，但是看起來是，好像是其實需要投入的時間很長很大啊，不見得說想像中有這麼好的建構。

E：應該是說比想像中困難很多倍，我認為可能要八倍，其實我們都很幸運，都還活著沒被累倒或者已經離開，因為耐力啦！但是我覺得這個中型醫院或者專科醫院，你要來這邊開醫院，目的要先弄清楚，要解決什麼問題，還是。

Q：所以其實目的還是比較重要，到底要來這邊想要做什麼，是說想要把，像你們這樣，想要把台灣的部份來講，比較好一點的部份。

E：我們是這樣啦，因為我們在台灣沒醫院，我們在大陸的員工就快九萬員工啦，而且集團裡面的合作夥伴就已經有二、三十萬的家庭啦，在江蘇，因為來的早嘛，我們的員工、朋友、供應商，我們是希望把這個照顧起來啦，是有點自私啦！但是也是大私啦，不是小私，但是另外，就是政府也希望既然有辦醫院了，那就把高端啊，什麼的理念，對社會並重也有幫助，政府也要求回饋鄉親嘛，另外就是照顧員工嘛，這個就是剛開始辦醫院，那台灣的醫療如果要來這邊辦，像宗仁卿是一個教會醫院，它的目的是奉

獻，有的是想來這邊拓開嘛，譬如說某醫院是想把醫療延伸過來，你要看目的是什麼，如果要長遠的，大概都是大型的，如果要個別比較容易，我個人覺得，那到不要弄太大型，用個中型的，500床或800床左右，專科為主，一定也可以做的非常好，而且如果要一下子有知名度，譬如說你做一個心血管。

Q：以專科醫院為主就是了！

E：所以做心導管的，就專攻心導管，只要做個特色，就含全中國15億人口，台資醫院為什麼要來開一個專科醫院，這就要問投資者：他是要解決醫師多飽和的問題，如果不是要解決這問題，那它幹麻來開一個專科醫院？

Q：所以台灣的醫院過來的話，目的還是非常重要的東西，因為是最早開始是因為覺得醫管無敵強大啦，就是覺得他的強項。

E：可以往他國發展！

Q：非常厲害，覺得他的醫管厲害到全世界各地都是可行的啦！

E：所以早就來拉！但醫管人員就很累啦。

G：比如說我們自己的員工就有培訓的基礎，要先去了解當地的背景，比如說教育、文化、價值觀等完全都是不同的，所以本質都是不一樣，當不一樣的時候，馬上弄一個制度下來時，要落實會有一段時間，所以說兩岸醫管是有差距的。

Q：對，所以大陸人員花了很多時間學。

G：除了這些以外，就是說在台灣醫院都很成熟，因為政府的法規說明清楚，只要落實傳達明確，那省政府可能是說的是一套做的又是一套不一樣外，又有中央的要求，可能又會不同，所以要調整、配合。

F：是雙方理解不一樣！

Q：所以猜想他們大概也學到，真的是政府體制不同啦，一個是理性的社會，你相信你會預期會做什麼

F：垂手可得，這邊你看，五湖四海的人都聚集，一個醫院可能是全中國的人…

E：尤其是企業界，他剛剛講這個，你們研究也是很重要，醫療講體系講人才的建構，所

以，因為宗仁卿是南醫大的，所以從住院醫師到教授都是南醫大的，教學至少超過十年以上。醫師來源有山東、上海等地區，那不同地區醫學院培養的都不盡相同，甚至有很多法規還有點不一樣，我們這邊沒臨床路徑，譬如腎臟病有時候腎有問題是看腎內科，還是泌尿外科阿?有得瞧。

Q：台灣其實也是一樣，台大早年就很封閉，就是後來有些分院成立，都是台大那樣出去，就是因為在裡面不可能有什麼發展了嘛，所以只要叫出來，就抓出來，那個私立醫院體系就比較像你講的，馬偕有馬偕的做法，然後中醫大有中醫大的做法，就是說開藥習慣也不一樣等，就變成說有些醫院強力整合就會有失敗，因為醫生只要不願意配合的話，問題就會非常多。

E：那就是醫療文化，醫療文化其實也是醫院很重要的!

G：他們自主性很強的!

F：因為這邊不同省，加上教育體制又不一樣。

F：對阿!

E：台灣素質比較接近，所以這個就是自己要花很多的人力資源力量，所以在這邊，文化屬於人力資源的一環，人力資源比較應該重要的課題啦。

G：講的出來都知道問題出在哪裡，但是卻很難去改變。

E：我還算是在實行者，我在這裡唯一四十個月沒動，我剛講的都是做出來的，不是從書本來的。

Q：我看我們真的還是去安排一下，因為不管是當作個案的部分，到最後我們會擠出來專家討論的時候，其實也需要有個案的部分，那這個部分，這也是說我一定要過來這邊看的原因，因為我在台灣收集的都是二手資料，來過醫院才會知道說問題出在哪，比較有感覺，不然好像瞎子摸蝦，我知道說這個問題很嚴重，也深入訪探過了，也大概清楚了，這樣比較能夠踏實一點，其實就像你們說的問題講明白了，但是要去做的人才知道限制在哪裡，實際在那邊解決問題。

E：為什麼說外圍政策很重要，因為這個是連動的，買大型設備要批到衛生部去，那自己

企業買的，不行阿，有錢還不能買勒，那如果大醫院你開了，不給你蓋，就像買一棟房子不准裝冷氣空調，那買這個房子要幹嘛，如果政府不幫忙，那醫院怎麼發展，很重要是說，各大公立醫院的院長是同一個體系，有可能院長做完，會去當衛生局長，有很多事不是願不願意幫你，骨子裡你就是他的外來人，找到他本來五天就好，結果要十五天才會好，所以你要認清楚。已經成熟的區域或國家都不會有這個問題，例如說依台灣某醫院醫管，去美國開醫院沒問題，他們法規兩本醫療建設法可以讀清楚，每一條都通過就可以開，外部的資源串好，內部你就移植進去就好，不會有變數。

Q：這是當初最早發展的原因。

E：台灣南北都有差異，像長庚高雄跟長庚台北也很有多要調配。

E：大陸給你對策，還是台灣自己對策。

G：光是連政策面的兩方就不一樣，你要focus。

E：如何有效的迎合大陸的政策。

附件十一 台資醫院訪談—乙醫院

2011年12月21日 下午5時00分至6時00分

Q：人力資源上招募非常困難，如何吸引在地人才，還是說這個部份短期沒辦法解決？

H：短期還是沒辦法解決，因為大部分都是這樣公立醫院有退休機制，所以大部分只願意待在公立醫院，而且他們有教職機制、學會機制，還有退休反聘的，因公立醫院一直在擴充，所以除非你要砸大錢把醫生挖過來，但還是有教職的問題。

Q：有沒有可能跟當地合作，尋找另外的出入？

H：尋找醫學院的支持也是一個方法，但我會覺得要跟醫學院做支持，其實你可能要出一筆較大的貢獻金，事實上我們也是與蘇州大學醫學部附屬醫院，但我覺得他對我們的支持到他那邊什麼都會沒有了，那他不會像明基與南京中醫藥大學就近都在南京，但我們跟蘇州有一點距離要花40分鐘，第二個就是說我們的等級是二級醫院不是三級醫院，這就更困難，如果我是三級醫院那我覺得招募上可能還好一點，那二級是昆山的二級，現在在突破三級。

Q：現在所有的二級醫院是不是不分台資或本地其實都有這個困難？

H：我們這邊講是民營醫院，民營醫院是這樣子，他有比較不會有那麼大的困難是因為他可以請外面的醫師來，那民營醫院很少像台資醫院還是說很守法的醫院，大概就是蒲田幫的黑心醫院，所以他就壞了我們的名聲，像我們的病人量有時候衝不起來最重要有一點就是說他們講民營醫院價格是不是都很高很貴，是不是質量又不好。

Q：基本上來講，明基陳處長說台資醫院背負著原罪，因為都是民營醫院搞壞了，所以他覺得短期內要照護很難。

H：唯一就有一種就是說在公立醫院他沒有名額可以升遷，他願意來台資醫院升遷，譬如說他要升主任醫師沒有名額，那他會覺得這樣苦等不是辦法所以他願意放棄公立醫院的年資過來或者是他在公立醫院發展並不是努力，這種畢竟是少數不是那麼多。

Q：這樣流動率會很高嗎還還是說這邊的流動率沒有想像的高？

H：醫師的流動率沒有那麼高，但是我們也困難，我們是希望說汰弱留強，因為剛開始，是這樣子台灣很小就像一個省，你要知道這個醫師好不好一問就知道了，大陸那麼大，你要去問你的管道很困難而且一樣是主任級的醫師，你在內陸的跟在長江三角洲素質是偏差。

Q：而且醫師背景訓練可能也是差很多這樣子？

H：是的。

Q：那灰色收入有沒有辦法解決？還是說現在大家其實比較避而不談這個問題？

H：應該是這樣講，在耗材上比較，應該是說骨材或者是心導管這個可能他們還是會有行規，其他耗材比較不是那麼容易，藥品方面我認為還是有灰色收入。

Q：因為只要一開藥理論上就可以獲得？

H：但我們會從他開的藥去監測，我們去年才開除掉一個藥局的主任，因為我們接到傳言，就是他在幫忙記帳分配。

Q：以前台灣也有這種情況，後來覺得這樣不太好，現在這樣的醫院普遍都有這種情況，唯獨台資醫院比較覺得不妥，會不會最後他們也妥協了？

H：不會，我們還是堅持著，我在想所有台資醫院都會堅持走台灣那條路，他唯一的灰色收入就是你不要太過分的基礎犯規，你這個錢要到科來做科的進修、科基金。

Q：收沒有關係是要有台灣的規範。

H：對，這個未來我們還是要導入這裡，你說這裡的整個藥品的採購耗材，他是有一個中心在談，那你再怎麼樣都會議價，他絕對不會議的比他的低，否則就會被背葛，那所以就會變成我們不拿回扣、紅包，其實我們的價格要去降的幅度空間是比較小的。

Q：我知道，後來覺得說那個問題是結構性的問題，所以我們就不再問了，我們今天再找專家來說沒有解決之道。

H：除非你把整個公立醫院的牆打倒！

Q：而且他好像大家都已經這樣走，中心在操作。

Q：在人力方面，醫師的部分可能會是一個非常重要，因為醫院的經營還是非常需要醫師，那還有沒有可能幫大家想出解決方式?假如沒有的話好像在等時間。

H：解決的方式就是你要儘量培養自己的年輕醫師，還有一種就是聘用台灣的留學生，因為他方便到台灣進修，像我們現在就培育兩個台生在台灣進修半年，這種未來就是我們的骨幹。我們就聘到一個還不錯的骨科醫師，她已經考上主治醫師，在台灣也有很好的骨科訓練，我們也有挖到一個台灣馬偕的院長黃俊雄，專長是骨科那他就會好好栽培她，對他來講這就是他的希望可以學得更多。所以就必須要用這種策略，我一些主科我聘請台灣好的醫師，吸引台生然後搭配回台灣培訓，我們培訓後送醫院就是彰化基督教醫院。

因為你看住院醫師養成4-5年時間，等這個時間或者是挖台生第三年的培養兩年就很快，那這些台生大部分都是願意，如果走進這條路回台灣只能當打手，但在台資醫院會被當成骨幹來培養，因為會說台灣話待遇又比較便宜穩定性高，最起碼在台灣執照還沒被認同被開放。

Q：儀器上會不會有遇到問題?

H：其實沒有，但就是重大儀器他有分甲、乙型，要由政府核准，他現在有對外資醫院放寬，本來是卡的很嚴，他說要做宏觀調配，但台資醫院都等不到名額，但去年十月，向衛生部副部長陳情，隔天我們至北京長部長談，很快的文都批下來了。

Q：現在已經不是個問題了?

H：對於有實力的外資醫院，是不需要那入宏觀調配，應該是說現在政策要放寬，但是他的配套措施沒有，可做後續追蹤。

Q：內需的部分，病人的部分，來源其實基本還是困難的地方，那您覺得會比較著重在什麼地方?

H：有一個突破點，昆山有一個得天獨厚是台資企業有4000家，所以可以參加台商協會可與台商建立很好的關係，我手頭大概有180家與我們簽定合約，是他的病人在第一時間受工傷就送過來緊急醫療救助，也可以與其他家簽定。

Q：這邊比較占優勢是因為台資企業？

H：這可能與南京明基醫院不一樣的地方，在地台灣人大概不會超過1萬人，這裡將近快30萬人，我們就具備這個優勢，而且台資企業有4000家隨便找一家，隨便找一家人數都上萬人(富士康將近9-10萬人)。

Q：所以基本上來講，行銷上就比較不會著重，因為大陸是可以做醫療行銷？

H：對的，我們沒有做過一次的廣告，我們完全是靠可耳相傳，那我們沒有大力行銷，自認為醫療的實力還要在加強，才能去行銷，因為很多都是LOCAL的醫師，剛開始第一年我們是跟彰基加上我們自己聘的將近15-20個台灣醫生，那是一個很好的宣傳感大肆宣傳，慢慢流失、不適應、家庭問題、醫學會的學分問題，慢慢流失掉，那我們也覺得說跟彰基的合作是三個月、半年一派，我們覺得不穩定，就把政策改放棄，改成聘請自己的專任醫師，所以是非常難以招募到的科再請彰基來協助，做短期半年一年。

Q：基本上還是以先穩定醫師來源的部分，覺得說醫師的陣容足夠之後再想行銷的部分。

H：那個時候行銷不會難，因為在大陸的社區很可怕，隨便一個社區就是兩千戶以上，你大概一個社區跟他們管委會做一個很好的交流，而且我們台商很多都是支持我們的，台商很多都是建商、開發商在建案要落成時在做大型的造勢活動，都會找我們去做義診，我認為這個不是我們想像這麼難，可是我很害怕的是我去參加台商的聚會3-5桌的罵我們的骨科醫師技術太差，我覺得很丟臉，跟我老闆說我現在名片都不敢印，因為他們的養成的背景跟台灣不一樣，他們動不動就跟你截掉，那病人會要求抱怨截掉，那就可以拿到賠償費9萬元，現在我們就這種管道，他們人保網路有一個工傷員工送過來，其實建立很好的關係，他們會自動找你，其實你只要醫術很精良、服務很好，我覺得是口耳相傳的，我反而不會認為說我們大陸的醫師一直再說行銷很重要我們要到鄉鎮與小醫院建立關係給予回饋，我很反彈可能是醫院給我的訓練我們從來不走這套，在大陸大家都在講這個。

Q：有沒有特別難經營的科別？

H：心臟內科。

Q：那是因為醫師沒有還是說取得資格非常不容易？

H：二級醫院要做介入本來就是一個困難，除非你是一個三級醫院已經有介入資格的人，你的設備要核准使用、DSA要核准使用，心臟內科比較難。

Q：那像婦產科不會嗎？

H：我們的產科資質拿到了，現在在改建，我們這棟房子是張錦文顧問幫我們規劃設計的，那有一些跟現在的醫療法規有點不太一樣，所以有一些要經過大陸的專家評審，所以有一些動線要去改造，那改造好我們的產科專家來審完就可以開業了，事實上我們的產科護理長、產科主任都是從台灣聘請過來，都儲備好了。

Q：我們也是在整個瞭解過程才知道，原來大陸的科別不是說你有這個科別就可以做。

H：我們本來也以為是。

Q：後來才發現原來不是，他必須拿到很多資格才有辦法。

H：對！她怕民營醫院不是很好的醫院，那因為產科很容易發生糾紛(EX胎死腹中)所以限制很嚴謹，那基本上你如果醫師的數值水平可以達到，我認為他會比較放心，像我們現在開產科，崑山衛生局也很客氣，我們醫師是台北榮總的主任，他說請你醫師到那邊去觀摩學習，他不敢說是培訓。

Q：他會不會對於台資醫院特別的嚴格限制？

H：我坦白說，我們申請產科從2008年-2010年，一直倒2011年年初才下來，年初會下來是認為我們去了一趟台灣跟衛生部副部長吃飯，從中了解才知道我們寫的申請函一直在昆山一直沒送到蘇州，我記得是南京的衛生局處長氣急敗壞打電話給我，後來我覺得直接跟北京的師長說能不能跟廳長官照一下，我們這樣子一路一路是被欺壓的從上面去打通下來，隔天就接到通知南京省衛生廳長親自下來視察，他看我們設備這麼好竟然有一個產科設備閒置三年，後來才非常快，你看我們10月十幾號吃飯我們一月就拿到證照核准開業，地方本來限制我們200床規模，她怕你規模大，因為局長全都是公立醫院系統下來，這次到衛生部就突破核准我們可以開展到1500床，表示我們有一點土地就可以興建起來。

Q：還是會遇到地方的部分？

H：那是在衛生系統，在醫保局、物價局我們都得到很好的評價，醫保局主任查就說希望民營醫院就做到像你們這樣子，我都很審事，物價局局長來看都說你們這個規範到時候我怕你們會倒掉怎麼會賺錢因為我們現在還在賠。

Q：醫鬧的部分會不會很嚴重？還是說其實還好？

H：因為你在講很嚴重跟頻率有沒有很高，就是說醫鬧比台灣還複雜，蠻常亂鬧的，有沒有遇到很大的醫鬧，有，我遇到得一個醫鬧是創所有醫院最高的，但是我們認為我們的醫師也有疏失在先，那這是溫洲動車墜毀事件，定下一個死亡金額，所以家屬就要求比那個更高，我們降到差不多基準線，那個鬧到非常大，因為對方也有勢利關係，要封院、砸花棚、車子開到大廳把出入口堵住，架靈堂，都有的。

Q：基本上醫師的水準可以穩定的話其實很多問題就...

H：我覺得嚴格守整個醫療作業程序、醫療基礎水平夠這些就不會發生，這可以避免的。

Q：申請醫保應該是照規定？

H：申請醫保我們是還好，因為我們是開發區，不到三個月就下來了。

Q：服務項目來講有沒有說？

H：有一些只給公家機關不給你的。

Q：那法令上都沒有說明？

H：法令上民營醫院或外資醫院阿！我講一個故事，偉創(ACER)，她覺得我們的資質還不錯邀請我們去新的廠設個醫務室，公立醫院都有去設，我們就一起去申請，他們的總經也派經理協助去申請，就是說公立醫院可以私立醫院可以，中外合資醫院不可以，因為法規沒有寫中外合資醫院可以，我們都幫她規畫了，醫務室的醫師護士都聘請了，因為我們比較不會像一般民營醫院在醫務室拼命打點滴，我們是希望進去做健康管理。

Q：經營台資醫院來講目前是否有迫切需要解決的問題？

H：新加入的醫院嗎？我們喔！我認為第一醫學會的職位，因為我覺得他們還是會有把持的

(POWER)第二個就是政府應該給予所位醫師人力的扶持，你要鼓勵中外資醫院來這裡設醫院，如果大家都卡在公立醫院，那怎麼找到好醫師，這是配套的，我相信每家醫院都蓋的投資都這麼龐大，那醫師的招募一直是很困難的。

Q：應該也不符合當初125政策？

H：還有就是覺得說可能他蘇州九龍醫院經營得很成功是因為跟政府關係非常好，政府就在工業園區劃一塊是九龍專屬的，所有的醫保都只能在九龍醫院，政府還補助3千萬，還有一個專門的人員協助所有的跑什麼，這就非常成功！可是我們沒有，尤其是我想我們比較特殊，我們本身沒有一個經營醫院的母體這個會比較不懂，在大陸摸索學習就會處處碰壁，如果說這三年來講，這一年多比較順利前幾年就覺得非常辛酸。

Q：因為有很多煩瑣的事務？

H：像明基醫院是因為在蘇州在地經營了很久，所以與政府的關係都很好，像DANNIES他的公關能力就最強就會去跑很多股會關係，當初南京政府要他們去投資，市長是100%支持，相對的政府衛生主管機關配合度、甚至他們要跟南京中醫藥大學簽約都是政府在做牽線，我覺得政府很重要。

Q：台商要進來以他的經驗，先搞定外圍再去搞裡面。

H：像我們老闆純粹獨資，我們是100%獨資，我們董事長又很低調，它的企業是有合資的企業，但醫院是個人的完全沒用到總公司的關係，只有完全是我們自己在摸索學習，我在昆山很多人告訴我說，你們總公司實力那麼強怎麼不派總公司的人跟政府交涉，你們也算TOP1或TOP3為什麼都是你們在碰碰撞撞，那因為我們董事長很低調他認為個人的跟公司的不是那個有牽連他不需要借用那個關係，我們的經營模式就是跟明基有很大的不同。

Q：你對台灣投資者假如真的有興趣投資醫療行業有沒有什麼建議？其實是因為大家關注？

H：應該先問一個議題，投資者的投資目的到底是什麼，我相信每一家到現在沒有一家是賺錢的，還在賠是賠多賠少的問題，所以就是說想進來的，他的口袋有多深、他可以堅持多久，要很大的企業來支撐，我們很清楚我們的目的是要回饋社會不是要賺錢，

所以我們的壓力就沒有那麼大，這點我們跟明基不同，明基也經營得很好，但常常都要接到財務報表，這裡是我的老闆不會過問，他只告訴你希望經營品質要做好一點，我就會覺得說想進來他想要做什麼，他要做持久戰，他的戰力可維持多久應該要好好盤算一下。

Q：目的是到底要做什麼！其實應該是說應該事先問一個說這些想進來的目的是做什麼，是要把台灣比較強項引進來，概念要先清楚他到底想要做什麼！

H：要很快速回收，就要變成"蒲田幫"，或者就要非常高價位，我只做超級VIP，先想好經營者的目的做什麼？

經營者有兩個是可以去經營的，我在想你要從醫療賺錢目前不是那個快，但可以從管理跟諮詢裡面，他有一個很好的母體做得很成功，也許可以去輔導、複製這也是一條路。

Q：我在猜台灣是因為在建保底下受限，因此有興趣來大陸發展，大家也抱持高度關注，只是說面對很多問題。

H：你現在是說投資者？

Q：其實是經營者，醫院也有興趣要走出來，尤其是總額制度下，大家已經快要覺得說沒什麼。

H：我曾經在一家醫管顧問公司，我們那時是希望做聯合診所，聯合診所的意思是說因為如果在醫學中心區域醫師，他是有教職、配合的壓力，那如果是在大規模的診所初1~15在台灣，16~30到大陸來，如果有一個很好的交班就可以這樣子。

Q：我想其實台灣大概還是有很多拉。

H：我們的優勢在哪裡 醫管、資管有路可以走。

H：我目前策略會聘請一些台灣剛退休的醫生，因為它經驗夠，他有衝勁他還想發揮的這群人，像我們的產科主任，像我們的院長70幾歲還是很有熱忱、開刀，所以要找到對的人願意在這裡發光發熱，如果找很年輕的耐受力太差，常常待不了多久就要走了，很少待下來。

附件十二 台資醫院訪談－丙醫院

2011年12月22日 上午9時00分至10時00分

Q：招募上還是有困難，是否有解決之道？

Q：假如台灣要過來的話，外圍要打好關係，包括政府、醫學會等都要打好關係，尤其這部分，就覺得要跟當地的醫學會一定要保持密切的關係，因為他們覺得申請某些項目時，委員都是醫學會的成員，有些東西都會被壓住，被壓住之後，他們直接繞到很上面才發現，這個部份來講是大家共同覺得要做的事情。

醫生還是很重要的來源，那如何在地化，看起來在地化短期內解決還是非常的困難，因為大部分醫生還是不願意過來，所以他們考慮第一個是用台生的部分來解決，就是用台灣人來這邊念醫學院，那有彰基支援、明基好像也有一個台灣支援的系統，所以假如台生系統會不會對他們比較有誘因，假如他們在大陸發展可以回台灣受完整的訓練後再回來大陸這是一種方式，我本來有建議是不是可以跟醫學院的方式去做，自己開醫學院，他們普遍認為說問題會更複雜，因為開醫院已經很複雜了假如在用一個醫學院系統會更複雜，現在普遍看起來像明基就跟當地醫學院合作，那慢慢去解決這個問題，現在還是比較困難一點，雖然跟當地醫學院合作，但畢竟時間還不是那麼密切，他們覺得靠那個其實是還不是非常大的幫助，但普遍就是說台資醫院來講的話，在於人才的部份就要多方努力，但進展看起來還是非常有限，因為我們覺得說，假如醫院人才沒有去充足，其實對醫院將來的發展也是比較有很大的衝擊

他們的經驗是說，明基醫院不像其他醫院是醫療體系背景，他們現在還能夠站穩的原因是原本明基在南京跟蘇州因為他們做工廠就已經建立政商關係，所以才會覺得說是因為那時候10幾年前打下來的關係，

I：所以他覺得跟你是不是醫療背景沒有那麼大的關係？

Q：意思是說他們聽到很多困難，他們可以很迅速解決的原因是因為他們有那個關係，所

以他的建議是說外部的關係一定要打好，跟政府、同業夥伴、供應商關係整個都要打好，所以他們覺得說這個不是一件很簡單的事情，不要覺得近來就可以搞定一切，明基會站穩腳步是純粹10幾年前就已經建立關係，所以切入醫療業他也是學了很多，內部醫療專業部分就是靠的台灣某醫院副院長。

I：他們多數醫師都是大陸的嗎還是台灣。

Q：大部分都是大陸的，他們現在想辦法基本上以大陸醫師為主。

I：因為他有收所謂的健保就應該還好。

Q：除了幾個是從台灣過去，現在努力方向是大陸，他們跟南京的醫學校是合作的，包括實習、學校的人可以到醫院使用儀器，互相分享資源，他們是用這種方式，然後他有努力挖角大陸的醫師，見了八次面就是為了把他挖角過來，所以目前看起來醫師的部份儘量在地化，儘量用當地的醫師，但是他們也坦承公立體系的部分，對他們不利，為什麼大陸醫師不願意離開，因為他們有保障(退休保障、教職、科研)，台資醫院這個部份也是需要花錢讓大陸醫師過來台資醫院也可以做研究，另外的是教職部分他們有跟醫學校合作所以比較好一點。

Q：灰色收入部分，兩家醫院想法是跟台灣一樣，基本上都不贊成。

I：灰色收入就是醫生私底下？

Q：開藥、做心導管、手術都會有，這部分是強調假如真的不能防，把它變成科基金讓大家分享，而不是說直接進入口袋。基本上大家都心知肚明，做法上大家也都在摸索，基本上台資醫院都比較不贊成。

Q：台資醫院跟經營文化有關係。流動率沒有想像中的嚴重，本來是想說招募人才很困難，人也不太留得住。招聘醫師的人力還是很困難，護理、管理方面都自行培養，目前以護理人力培養為主。看起來差不多只剩下人力，最後問是病患的部分，兩家方格完全不同。

Q：對於台灣有意到大陸參與投資，是否有建議跟看法？

I：台灣想投資大陸醫療產業，非醫院醫療產業還是不要經營醫療產業，會比較困難沒那個

容易，非醫療還是不要隨便冒然投入。要注意的事就是錢要準備好這很重要，還要有一組人開疆闢土。

Q：他們本來團隊也要本土化，但跟大陸院長發生溝通、觀念上不同的問題，還是覺得說台灣經營理念還是比較對的。

2012年3月20日 下午2時00分至4時00分

Q：大家好，題目看起來有點多，是因為我們去大陸參訪還有做過深度訪談之後，發現其實還是有很多問題要請教大家，這個研究基本上來講，是因為民間的醫院希望由劉老師，看在健保越來越吃緊的狀況之下能不能是另外一條出入，但我們去過大陸之後，事情沒有想像中的單純，其實大陸環境變化的非常快，整個感覺，基本上沒有對台資醫院有特別的表面上限制，法律上都沒有問題，但一些做法上面來講，還有包括在地化的想法其實比想像中的困難許多，所以第一個議題基本上來講是覺得說假如是從最近在談ECFA來講，因為六家醫院都還是希望政府能夠出面幫忙來談一些事情，大家對於由政府出面第一個適不適當？另外一個是有哪些其實是可以由政府出面談，他帶來的效果與約束性，想請教大家想法？

K：1. ECFA對台資醫院是不是一個好時機，當然是一個好時機，好時機是因為全世界認為台灣跟大陸簽ECFA之後，台灣的優勢更大了，台灣是進入大陸市場的跳板，這是在各行各業裡，在醫療這邊來講其實是說台灣目前相對大陸來講在擁有在醫療的技術至少還是領先，這個領先是認為是指台灣的團隊，團隊包括護理人力訓練、技術人員訓練，在來就是管理領先更不用講了，管理領先我們到現在至少都十年以上，我們用10年前的東西教他們，他們還覺得很新鮮很有用，還付了很高的鐘點費，這種管理相對來講是領先的，但ECFA其實是一個大架構，並沒有辦法解決大陸醫院碰到的潛規則，這種規則沒有白紙黑字寫出來，實際上就是遇到困難，舉例來說廈門某醫院要買一台X光機，站在政府來講民間自己要買儀器照顧民眾，政府應該要拍手鼓掌趕快核准你，但政府不准，這是一個潛規則；廈門某醫院醫保，台灣只要拿到開業執照健保馬上視同比照，廈門某醫院拖了一年多，哪一個機構能夠為了醫保資格拖了一年多，這都是潛規則，反正就派人來說一大堆理由，這就是實際上碰到的問題，廈門某醫院還有碰到

一個問題，廈門某醫院還跟廈門市政府簽訂一個沒有公開不成文的條文，不准從廈門市挖所有的醫生，那他只能從外縣市，那曾經從成都挖到一個醫師價錢都談好了，結果醫師回到成都市去，成都的衛生局、成都醫院不給他離職明證，這些東西冤阿!碰到潛規則機構要怎麼經營!

2.現在台資醫院都做得很大，開始都做三甲級的，這個三甲級基本上是硬碰硬，也就是當地來講三甲級醫院都很大，基本上共產主義是90%的市場，我覺得共產黨一直認為醫療照顧是攏絡人民很重要的武器(產業)，他不放心把產業交給民間經營，這個沒有在白文上，但是從很多政策上來講就是不放三甲資格，所以基本上你在三甲區遇到剛才說的問題特別是醫師招募的問題，譬如說我們現在去的醫院都不准醫師拿紅包，人家名醫級的醫師在別的地方紅包、灰色收入、回扣都照拿，那我們最近在問在大陸可以拿到多少錢?一個月可以拿到少則100萬人民幣，台灣主任級頂級醫生月薪100萬，所以說他們有這麼高的收入，那你說怎麼辦?那他們甚至有些醫生會利用六日或晚上跑到別的地方去開刀，而且比如說開心臟內科還把材料帶去，不敢想像開刀順便帶材料去賣，錢怎麼有辦法跟他比，這些都有行情，如果共產黨本身原來那套灰色收入不改，台資醫院要怎麼改?，這些人絕對不願意到台資醫院來，還有一個台資醫院什麼保障都沒有，雖然你看到他們薪水只有3000人民幣，其實如果把住房津貼兒女教育津貼這些合法可以拿的可能他的四倍，那這個灰色收入還沒有算進去喔，就是一個正常的公務人員去，這也是很多醫師我們去大概瞭解之後，第一個三甲醫院大部份都跟他們的醫學院、附設醫院有關係，以現在來講他們都很喜歡掛正教授副教授，如果沒有一個大學支持的話，就沒有地位，根本在這種條件之下，捨不得離開原來機構到民間醫院來，其實也有成功的民間醫院，像亞新醫院(武漢香港投資)、榮華醫院(蘇州)、東莞也有一個港商投資，但看起來台商投資都失敗，從財務來看是不好，這些醫院成功像亞新的話，我去分析他整個模式，第一個她先找一個科學院士來當院長，地位很高的人，這個人過來的話徒子徒孫也跟著過來，因為中國的科學院士很重要，所以亞新醫院去年我去演講，他已經經營11年了，院長、整個團隊來講，就心臟科裡面在大陸現在是屬

一屬二，就個案數及組織都是在前面算是成功的，如果從這幾個角度來看的話，以現在大陸的整個情勢來看，我覺得在大陸要做綜合醫院很困難要成功很困難，只有走小科，就是比如說眼科、牙科、骨科這種專科化的醫院比較容易成功，而且這個有個好處可以連鎖化經營，也就是說連鎖化經營在大陸要開比如說在大陸有愛爾康眼科集團還有一個營養科，這種單科化經營可能會以現在你這個角度的進入會比較容易成功，現在不管是外商或是台商會比較容易成功。

L：大致看一下，我概略把它分為三大項，1.現況了解--是不是投資好時機2.進去後要怎麼辦3.進去之後後續的加強配套包括跟政府單位，這三大項，第一大項我基本上是同意吳秘書長提的ECFA是好時機，因為所謂好不好時機，好不好是比較性，當然比以前好，但是不是說好到進去就可以大好，那還是有待觀察，當然相對的跟其他外國人比我們當然有優勢，跟香港人比期時我們應該還是有優勢，個人感覺跟大陸人交往，大陸人會比較喜歡跟台灣人交往勝過跟香港人交往這就是優勢之一，我常在講我覺得印響很深刻任何時間你說時機好不好，我是覺得準備好了就是好時機，任何時間都是好時機，那當然在現況是有比較好，這個就第一題來講我覺得是一個好時機，張煥禎院長他有一個概念上就是關關難過關關過，你去禾新醫院大概也了解到中間的過程，延遲至少半年以上，當然它分成兩階段，就交涉階段還OK意思是說申請時因為趁ECFA的勢頭，上面核准的很外，可是到後面的後續一些雜七雜八的行政事務就很慢後面就延後一些時間，另一個工程階段，工程也延後了很就，當然我們在台灣蓋醫院經常工程也會延遲，但在大陸工程延遲的更嚴重，更嚴重的話，因為上海禾新醫院我沒有實際參與，但我以前有參與旺旺醫院的過程，當時是掛著台資醫院的概念，但是所有的人都是大陸人所有的關係也都是大陸的關係，旺旺集團在當地的這種叫做長久的大紮根的勢力，連他們在八年前推動在地工程有很多問題，剛才秘書長提的潛規則的問題，基本上都同意有一個我比較不同意，某醫院醫院醫保下不來的問題，但另一家醫院大陸醫保一開業就拿到當地醫保(K:比較特別)，2~3月就拿到全省醫保之類的，可惜的是他的一些其他問題在，所以潛規則其實是可以打破的，只要有辦法就可以把破，你只要準備好

就可以打破了。第一個相對來講現在是好時機第二個還是要準備好就是好時機。現在客觀環境改了，但政府很多主觀環境還沒有改，剛有提到醫療的本身，本來他們那邊的人某種程度對我們還是有相當程度的防範，醫療這塊他願意放到什麼程度、他願意給你掌握到麼程度，坦白來講是未知數，可從這個角度來看，但如果你是很單純的來說，去那邊要幫助他們把醫療做好一點，順便賺點錢，這樣的想法可能稍微好一點，你現在去那邊只想著要去賺錢，這種想法可能難在那邊深耕長久。

J：剛好最近明基許院長有回來，投資者是屬於企業家不是醫療管理者，這方面對他們也是有點壓力，在ECFA之下很多企業家認為是說在大陸醫療是一個很好賺錢的事情，所以在這個市場就把整個掛號費提高很多，但提高很高業務量整個就往下掉的，這樣情形變成是說我們在ECFA簽訂下後商人是看到這塊商機，但對醫療經營者並不是件好事情，可能就是配套措施還沒有做得很好，所以目前經營團隊也都換成另一批人，在跟我們台灣過去投資的企業家口袋是夠深的，可是在夠深之下對於醫療干涉情形也是更大的，所以說整個醫療品質或者是說在這樣子開放之下，他們能把品質繼續做下去，維持他們基本的業務量來講的話有一點點困難拉！最近明基這邊他們的困難點。

Q：我想請問許處長那邊從衛生署的想法來講有沒有可能從醫藥協定上去談什麼樣的議題。

M：兩岸醫藥衛生協議，過去都是民間在處理，官方是沒有接觸，尤其是在陳水扁執政八年，後來才開始進行官方彼此之間的交流，剛提到的潛規則，事實上還有政府的法律機制非常的複雜，底下政府官員是否要跟隨規則都有很大的空間，去年去了一趟大陸，主要是跟大陸FDA的官員開始做官方的接觸，也是幫忙台灣的藥品藥商，如何把藥賣到大陸去的時候，層層關卡的部分透過官方接觸的過程中去了解，其實民間也有自己去了解但還是有黑盒子事實上是不清楚，所以從蓋醫院這件事情來講，從某醫院到大陸蓋醫院到現在已經非常久的時間，是民間去，但是碰到需要官方接觸時，政府在這個部份上很難著力沒有溝通的管道、任何平台，兩岸醫藥衛生協議是否找個空間的部分，在醫院這塊相互交流不是民間的醫院交流那已經做很久了，政府間的交流怎麼交

流?尤其在醫政相關的管理或是規範，透過在台灣整體醫療品質或是相關規範的訴求，用官方的立場去跟大陸的衛生院去接觸，接觸過程中稍微了解他們的政策方向及對於大陸的整體規劃跟他的相關法令法規，或許我們台灣到大陸蓋醫院有麼樣的困境或困難透過官方的方式去反映，反映部分當然是在衛生院這個層次，有各種不同的管理層次方式，可以比照像FDA與大陸的SFDA交流的部分一年至少頻繁交流3~4次，以前幾乎沒有從去年開始，請他們的局長來或是我們的局長過去，還會建立相關一個討論協調會議，所以大陸官方管理上其實需要台灣常過去跟他分享，過去是民間過去分享，從這個點政府對政府可以建立比較密切的管道，去年九月我們就過去部門對部門談，後來有邀請大陸官員到台灣，進行相關非正式的談判互相交流，台灣的藥進入大陸可否不要檢驗，這個只有政府對政府談，我不知道對於醫療這塊除了參觀過明基醫院，實際上我不是很清楚，在業界遇到的困難部分是否有辦法尋求政府去瞭解去談去要求。

P：先前兩岸協定，事實上醫藥衛生協定是大陸先提不是台灣先提，兩岸試點是我們先提的，因為三氯氫氮的事情，那時是黃副部長受陳竺之命到台灣由兩岸相關主管來談，談過以後第二年五月我到日內瓦跟陳竺確定兩岸要談這個，然後回來再給陸委會，過程是以前有些是我們要談的ECFA是我們要談的，那現在有一個架構，就像我們食品衛生協定一樣，他們簽了協定以後就對外宣傳放在一邊沒有動作我們都做了，所以那時我們FDA不是好多次幫助他們，有一些農藥我們說不行她們可以，有些我們賣給他他們說不可以，我們已經夠嚴謹了，好幾件事都是這樣，所有簽了合約事實上跟大陸簽沒什麼用。那大陸在醫療跟藥品跟醫材方面是個超大市場，像我們醫材大陸認為是高檔貨有很高的利潤，藥品是准入的問題，醫材准入比較簡單比較沒有那麼多的過程程序，當然我們一開始談醫藥衛生協定，最希望有一天互相承認對方的人體試驗用美國FDA的標準，對我們來說是很有利的。(現在還在起頭)中國大陸經濟成長，醫藥衛生需求的彈性是大於一，所以需求成長絕對大於經濟成長非常高，像上海每人醫藥支出是成長超過20%，可是大陸沒有醫療網計畫，若有醫療網計畫哪裡缺什麼就照醫療網計

畫去申請，另外一點中央說好了地方表面上好他不一定照做，潛規則有太多的方法把你擋住，這種情況之下分兩頭來說有一種就是這邊的領導人跟那邊真正非常 POWERFUL 直接從上面給一個指示，就像瑞東醫院它可以把潛規則都用不見，所以我不清楚民間到底有哪些問題困難，像某些醫院一定有找到中央領導人，我們到大陸去過太多次，大家喝酒勾肩搭背是一回事，真正要幫忙完全是一回事，到底運用到什麼程度衛生署不知道，海基海協也不知道，有關衛生的關係，陸委海基都不管，衛生署要不要管、到底願不願意出力，等等還要請教你們始力始到什麼程度，最後還是須要官方的平台，只有民間的平台是不夠的，因為現在也有些事情希望能夠讓台灣覺得中國大陸是友善的，我不是說官方平台可以解決民間問題，民間問題也不能解決官方平台，這雙方平台都是必要的。我個人的看法如果中國大陸投資很多的錢在醫藥衛生裡是好事情，對兩岸是好事情，對台灣是好事情，中國大陸辦健保對台灣最好的，當然另外一點我們幫忙大陸我覺得不是只有幫忙，醫管在我來看微觀的管理就是醫院內部的管理，另外一個就是宏觀的管理，我們知道某醫院在厲害，衛生署改變一個東西，你就要改變遊戲規則，你說來個DRG就要改變規則，所以大醫院為什麼要反對DRG，所以我覺得我們真的要進入大入市場還要幫忙宏觀管理，宏觀管理不改他們有區域規畫的書已經出來20年，我們的醫療網，他們叫區域規劃，不管你是哪種類型的醫院大家都要照規則去執行，他們沒有，另外一個角度來看是不是不要去弄三甲，因為有三甲的地方都是資源很豐富的地方，你一來就跟當地的碰上去，那15~20年前他們就講得很清楚，他們就是剛講的那一套差不多，他們以公立優先，是不是可以去那種300~500床的醫院不是幾千床的醫院，是當地真正醫療缺乏而當地政府說沒有能力沒這麼多錢，拜託我們來，那種是不是有比較成功的機會。最後一點我要講的，台灣事實上有醫事人力過剩的現象，我指的不是醫師，就護理多得很沒有人要請他復健、職能治療、放射、檢驗、藥師都過剩，他不做而已，某種程度應該在台灣有發展的空間最起碼做國際醫療、旅遊醫療，儘量能夠在台灣提供服務而不是在大陸，我們在大陸頂多做老闆、經營管理，我相信現在護理師在加50%的薪水，我相信很多人都會出來，問題是能不

能給一個好的職業空間。政府跟民間的合作要增加，政府根本不知道民間遇到什麼困難。

M：這個議題，我大概分兩個部分來講，因為我大概像何理事長、吳秘書長這樣的面向比較有經驗，就我接觸的部分說明一下，據我了解跟健保比較有關的，這些台資醫院第一個訴求就是希望服務台商。那服務台商大概有幾個訴求，第一個就是我們健保可不可以也把他當特約醫院就地台商看病就跟台灣健保局申報費用，這個曾經都會有這種聲音，但是這條路現在已經堵死了，健保法已經寫入台澎金馬[00:38:35.84]，而且還寫入母法，所以這條路未來也是都不可行，但台澎金馬以外的核退案件-緊急醫療的核退案件當然包括大陸，台商在那邊緊急醫療在當就醫確實是可以比照美國歐美亞洲其他國家一樣可以回來核退費用，這個部分目前的台資醫院除了服務台商以外提供醫療服務以外他還扮演另外一個角色就是統一代辦核退，當地的台商有服務到，因為我們現在是規定說住院五天以上要收據、診斷書要公正驗證，這是擔心有一些亂七八糟的收據就回來了，我們確實也是有看到，但如果是三甲醫院還有某種程度相信，那目前台資醫院扮演的角色服務台商、當作核退代辦單位、協助公正驗證，當然台商要自己出錢，但是他服務幫他包辦，所以我們經常看到這些醫院核退案件是一包裹過來裡面一堆，是這樣子來核退的，過去我們認為是個人來申請的，基本上文件都是齊備，有個好處就是服務台商有些人對法律各方面規定不熟悉會缺少資料，他都幫你弄好規格，而且甚至台商也知道我們核退的額度是多少，因為我們都公告了，等於把最高限的都吃完了，譬如說我們是用醫學中心平均費用為上限，本來大陸不需用到上限他現在都趨近於上限，好像在這裡頭我們又不能不核給他

P：可以請衛生署委託健保學會在邀請局裡的審核的就到我們台商醫院抽查幾件，如果能夠做得很好我們就相信他，如果他亂搞把錢要回來，我想是對大家都好

M：台資醫院長期對台商也是一個服務，真的有比較昂貴的費用或嚴重型台商就會回台，事實是兩岸往返這麼頻繁，短期的當地就看利用核退的機制。他們要期待成為特約醫院是很困難沒有辦法。第二兩岸不管是ECFA未來有什麼合作空間除了台資醫院以外，

就像署長講其實我去大陸也好幾次，他們現在對於台灣健保這塊技術層面是皮毛接觸我不跟他講太多，也不是官方往來是以民間交流為主的場合，健保有關技術操作確實是我們都不外銷給他們，但他們很想知道，這部分的需求面來看，我們有一個很大的需求是我們不太了解大陸台商在那邊看病的醫療院所究竟何不合格，這些我們目前沒有辦法去查證，醫院不了解你沒有機會去那邊，幅員廣大也沒有這麼多人力，大陸官方也沒有平台可以確認，聽說他們有去全國的資料庫或是建檔，我們也沒有這部分的溝通，我覺得這塊也讓我們海外的大陸是個大宗，案件超過一半都是大陸的核退，所以這塊我覺得雙方的需求各有一個是我覺得我們對他有查證需求，一個是他對我們整個健保技術的操作層面，不管是藥價、支付、管理這部分他們需求殷切，沒有官方來說我願意跟他講的就是點到為止，不會他全盤說出，這方面的交流，他們也在推醫保，幾次去稍微了解他們做基本，跟我們距離是有，這部分沒有建立官方平台沒有辦法溝通。

O: 感覺上各位都有地去過大陸，我是從來沒有去過大陸，談這問題感覺有點想紙上談兵，就我的觀察提供一點看法，第一其實是在跟大陸幾個團體接觸裡面大概都談健保、參觀醫院，從跟他們的接觸發現其實雖然多年來台灣跟大陸一直都有差距，但很多地方差距其實是越來越小，甚至很多地方比台灣還要進步，但我覺得醫療跟健保兩個領域還是有落差，所以大陸政府對醫院管理印象很深刻，這方面我們做得比他們好很多，對我們有相當大的優勢，只是說我不太清楚說這樣的管理、經營、能力、特色到了那邊之後會不會水土不符，剛提到說我們也有不少醫院到那邊去未必是成功，理論上都有我們的技術及經驗在哪裡，應該有些水土不符的其他因素，不管怎樣講這方面的特性應該是到那邊去的很大優勢，只是說這樣的優勢可以維持多久，我自己在看因為台灣跟大陸互動的結果，大陸他們的學習、進步的能力很快再加上整個社會的特性，就算我們台灣有這樣的醫療這方面的優勢，到底能夠維持多少年，那如果不趁著現在還有優勢趕快發展出來，再過不久這個優勢就會消失，所以我在想說現在我們在發展國際醫療，但我們的國際醫療希望走得很國際面，但目前為止以大陸那邊為主，當然有

地緣的關係、文化的關係，那如果他們需要到台灣做國際醫療，我們有的醫院跑到那邊去跟我們台灣國際醫療的水準差不多那不是一個很大的利基，根本不需要跨海過來，除非過來玩，所以就是說國際醫療、光觀醫療角度來看，如果我有醫院是那樣的水準過去我想也未必一定要他們跨海過來，當然這是一種競爭，如果我自己一直覺得時間點很重要，我們的優勢不會太久，很快的就會被趕過去，因為大陸有很多特性台灣沒有的，在那些的特性運作之下優勢很快就消失，另外就牽涉到兩岸的互動，其實如果我們要爭取大陸有什麼對我們台資有利的邊很重要的是對等的關係，我記得每次如果說要跟大陸那邊做醫些協商時，在衛生署都會設定議題，當然因為在台灣有我們特殊的環境，我們對大陸的開放其實是相當的保守，也相當的謹慎，因為不謹慎也不行因為有很多的力量會有點牽制，在這個雙方的對等之下，因為我們本身沒有辦法做相當幅度的開放當然對方也不可能，這部分如何在未來的互動裡真正成夠坦承能夠互相互動，爭取有利的條件，這邊也必須深深的去思考不能只想說他們能夠開放什麼，憑良心講我們設了很多限制甚至比對方來的嚴格。第三個剛有提到健保的議題，其實健保這麼多年來一直都有聲音希望能夠特約，但現在真的被鎖死，當然那時候那談健保剛好有一篇新聞報出來，就有立法委員在修法當時限制台澎金馬，除非那個法有修正不然不太有機會，我覺得台商醫院在大陸發展也不能光想台灣的健保，其實到了那邊去當然要去爭取當地資源，不能光靠台商，那只是說有沒有一些方法將來對我們來台商醫院比較有利，主要也是服務台灣過去的民眾，楊署長有提到如果要對他們那邊醫院想要了解或者怕，其實可以實地去看去了解，其實在楊署長沒有到任之前，我們曾經研究過這個問題，因為當時有很多聲音希望開放特約另外就是那時其實我們的核退只有對大陸公證，因為有一段時間發生委造的情況，那時候曾經提過有沒有可能大陸地區有些特定的台商集中的地方有一定的水準ex三甲，沒有可能針對幾個特定醫院透過另外團體確認一切都ok有一定的水準sop都變成標準，基本上也不會有作假的問題，所以那時思考從那方向做，後來發現還是有個困難就是說有時就算這個醫院我們看過沒有問題開出來的東西也沒有問題，拿到台灣要確認是不是那個醫院開出來的，就是說

醫院沒有問題，萬一有人假照我們也不知道，不是對這個醫院不信任，確定拿到的東西是不是醫院開的，還是要熱線去確認，因為難度很高也麻煩後來就沒走這條路，後來就是健保局去做一些開放對於需要做公正的那塊簡化成需現在只要收據、診斷書，因為簡化的關係覺得也還可以不是雖然不是大家想的，這部分就比較少在談，當然在未來這塊還有沒有空間這還要再思考。

R：我去大陸也很多次，我覺得那邊如果說要講第一個最大的印象就是關係，關係分兩個一個就是官方的關係一個就是非官方的，官方這邊又分法理情，法上面有很多規矩老闆很多任何一個小小都可以卡到你人家要怎麼辦我們就看心情好不好，所以就會情方面的關係很重要，那我先生在越南做事，他就跟共產黨打交道，他就很喜歡告訴我要如何送禮，在台灣我是非常不削的，我覺得大家不用這樣做，後來有機會再聽他說細部，其實送禮的技巧有很多種，要如何送到人家的心裡，而且他們那邊送禮細微之處是我們學不來的，因為我們這邊沒這樣的文化，那理下面是我們最強的就是呈現資料、收集資料，然後預測、預估，還有證明這個地方為什麼適合我來，那是不是有這些評估判斷這我們都很準，我覺得都很相當不錯，可是在官這邊就有相當的難度，除了這個我說非官方的包括民間、人力，這個人力上面的法理就有剛講的不只是潛規則，潛規則是官方用不用，可是民間也有很多潛在的規矩，然後這些互動我們會不小心踩到人家的尾巴而不自知，然後可能就是因為本來要在這邊做但踩到別的醫學大學的尾巴害的醫院開不起來，就是他不是採到官方的，可能是跟官方裡面關係很好的，那我剛剛聽吳秘書長講了以後，有個朋友說他到醫院快要開幕的時候他還繼續找醫生，本來跟他簽了約說要來的醫生都敲好的，到最後前一兩個禮拜說不來了，不來了當然是醫院要開門了怎麼能夠不來呢，所以就跟他談然後他就說薪水要原來的四倍，那我們一聽為什麼是原來的四倍，本來給的價錢就比原來的要高了，這樣一算就包括住宿津貼、兒女教育津貼等，所有的福利加起來的確是差很多，像這種我們一聽是覺得別人踩到我們怎麼踩的這麼兇，要這麼多，其實是他們內部的規矩可能我們了解的還不夠，那麼這是民間的。再來另外台灣對裡面的醫療人力，那本來想說很多台商醫院是想要請

台灣的醫生過去，然後錢上面剛開始差距比較大，後來其實沒有現在已經是差不多了，在家庭部分也比較難處理，所以到最後才會是台商醫院除非財利很雄厚除非形象很好不然都是以大陸的人在地化的人為主，我去的最大的印象和感受就是北京有一家醫院，他開心臟病人的開刀就比我們台灣20年積起來的量都大，當然數字還要在查證一下，可是人家一年開的刀是我們全台醫院累積起來的數字的20年的量，這技術上我們的確是比較辛苦的地方，再來就是學習，我去北京也覺得人家學習很強然後去上海覺得人家學習更強，兩年前我去上海時，本來去上海就是覺得還好啦!去對岸看看，可是兩年前我去上海我第一次感受到大陸的高級主管、院長他們這麼謙虛的想要學習，因為去北京他們會招待台灣來的同胞，那可是去上海人家就是要跟歐洲學要跟美國學也要跟台灣學，他學的態度是謙虛的，這是讓我很驚訝的，一個人學習力強可是驕傲那這是碰到瓶頸而已，可是連謙虛都有了，這是非常令人感動的，非常令人敬佩的，我覺得台商醫院去那邊一起參加經營是相當不錯的，可是如果還是以前的印象就是我希望服務的對象是服務台商可能做的就是很小比較有點像蔡經理講的只是代辦那就可惜了。

S：因為03我有去上海一家三甲級的醫院做研究，花了兩天時間收集資料及訪談，我發現裡面其實有很多的問題不是我們在外面看的了解的，最近幾年去了解台商醫院有旺旺醫院、崑山醫院、前幾個月有跟BENQ董事長在聚會碰面過，有一些想法跟建議。第一個我覺得ECFA是不是一個可以幫台商醫院清除經營上的障礙，這件事情好像不是那麼的樂觀，幾件事我覺得可從合作協議之外的事去做補充，譬如在法規上就是保障出資者的一些權益、出資比率的部分要增加，還有像前面幾位長官有提到說當地的醫院、政府有一些爭執紛爭的話那部分是由哪個平台去解決問題，那是從法規上可以去做加強。第三個問題我覺得比較大的問題是在環境部分，不是官方、任何一個人就可以解決這樣的問題，環境可概分兩個，內在就是像薪水的問題，薪水分檯面上跟檯面下，這件事情就會影響到你要付多少薪水出去，還有就是說專業能力，前面幾位專家提到醫事人員可以從台灣，但是從台灣來的話要花多少錢去給人家，有一套系統可以從台灣輪配到大陸的醫院，03年我去新華醫院時，有幾位醫師很驕傲的跟我說，某醫院有

挖他們過去，我問他們薪水好嗎?他們說還不錯，但是他們覺得最高的榮譽就是他們被挖，他會拿出來講，另外一個我有問到的一個那你有沒有被挖?(我踩到他的地雷)他說沒有!他們自己在第二醫科大學外科教授，所以這件事情是說在地化這件事似乎並沒有這麼容易，第一個薪水，他們福利太好，薪水我們不知道能不能合適，還有就是專業能力的部分，因為他們受的專業訓練跟我們期望的專業能力不太一樣，所以這部分如果即使從在地來的話要給他教育訓練，才會符合我們醫療院所對於醫事人員或是醫師的一些期望，那如果是從台灣來的話，那天我跟雷董事長聊天，他很得意的說他高薪挖請我們台北醫學大學附設醫院的副院長過去，然後問他說花了多少代價?他說很合理的代價。不過就是因為這家醫院其實還沒賺錢，他們目前還是在負現金流量當中，那目前已經花了一百億台幣

R：好像說最近已經現金負荷已經平了

K：沒有把折舊算進去拉，把折舊算進去哪有可能

S：外在環境其實問題就更多了包括像醫生跟病人之間的關係其實互信關係不是很好，所以常常會有一些毆打，那這個部份我們很難說服台灣的醫事人員去那邊還要求他打不還手罵不還口，這些醫事人員來說其實是很困難的，那我們醫院的管理者給予這些人比較多的保護跟幫助，其實這跟人民素質是有關係，然後我其實很好奇一件事是說舉這個例子，在醫院大廳正中央就有一個媽媽就抱著小孩把屎把尿，這個東西他製造了髒亂，他會覺得是醫院應該要負責解決這件事情，可是在台灣醫院管理者來說這是一件很難想像的事情，那其便是他們當地人力雇用是比較便宜的，但是問題是那種管理上面或者是相處思維是在不一樣的情況下，這種情況你是很難有很好的互動，那我覺得這是一個很大的問題，我不知道這個問題應該怎麼解決，目前還是個問題!

Q：副院長有遭遇過這個問題嗎?你在那邊這麼久

L：我記得那時在醫院跟張錦文所長在聊天時，我們這邊以後要怎麼禁菸，我就說台灣禁菸早期我們有碰到困難，在大陸禁菸更困難，他們連自己的醫護人員都抽菸，現在都市比較不會有，鄉下地區到目前醫師一邊抽菸一邊看診，我親眼看到，那最早在94年

我在長沙一個大醫院裡，醫生看病照樣抽菸現在不會有，這個需要一點時間，因為整個社會教養的問題，城鄉差距還是一樣相當大，這個需要時間沒有辦法。

Q：其他議題是不是順便幫我們看看。

K：我覺得確實需要政府談判，但以我現在的了解大陸已經開始跟我們要東西了，已經不是單方面的問題，也就說我們現在要就像楊署長講的現在台資醫院遇到的困難確實政府可以透過民間去要但是相對有些東西給人家，這個是我們政府要去思考，譬如說我一直覺的說，大陸人真的不能來考照嗎？當然總統是答應我們台灣醫師團體，如果是最頂尖的人來，對台灣來說站在前面的利益有什麼不好呢？這個人如果是大陸最頂尖技術很好，他願意來台灣職業有什麼不好呢我們要這麼封閉嗎？我覺得將來台灣是可以配合管制，一年准許兩~三個就好了嘛，有準二~三個跟絕對封鎖那種感覺不一樣。

P：我們的人到大陸去，就沒有搶大陸人的位置，我們去投資，他們來投資就是賺我們的錢，這沒辦法講下去阿！

K：我是覺得醫師公會那些人老實講有時候是很自私的立場，他沒有站在前面立場，只是保障自己的薪水，如果說今天有個很好的中醫來台灣，我們董事長到大陸去聽說都是找國醫級的幫他調養身體，老人家就說有用，所以為什麼某醫院後期會投入那麼多錢去中醫，就是董事長覺得有效投入那麼多錢發展中醫，最後不是造福我們台灣人民，譬如說中醫至少這幾年發展更好嘛，除了台灣兩大系統起來之後，除了對中醫人才把他培養，這對社會是好的，所以我是覺得我們政府可能衛生署要去想說我們有哪些東西是可以跟人家交換，像這個某些東西就可以我跟你要到但我們也讓你，像醫師執照我覺得可以配合管制嘛這樣就解決問題了。一年10個會對台灣醫護人員有影響我才不相信，中西醫院來對台灣影響有那個大嗎？但是這個就可以我覺得將來在政府說是要開始思考交換條件。

Q：台資醫院有什麼可以讓利？

K：台資醫院讓利其實現在被二代健保卡死了，我一直覺得是說如果那一條沒有被卡死或者是將來是修法，如果說你可以不要針對一定是大陸，你可以說在全世界所有台資醫

院只要是股份大於50%，我健保局都可以讓你，如果有這一條我，其實如果當初沒有那一條其實對於台商到台資醫院去健保核銷這已是一個很大的鼓勵了嘛！他至少基礎可以更快更穩，其實那麼多人去，本來回來還是要用阿，在那邊也是用阿！

Q：這是他們一直要的，我不知道有沒有可能提到ECFA衛生小組談

K：其實那個東西我是覺得你另一個武器，我也可以找你們當地好的一兩家好的三甲醫院開放，這個三甲醫院如果被台灣健保核的話，而且經過篩選，那個篩選如果是公權力當然怕你去委託民間的團體用白手套方式，像大陸方式一塊招牌兩個人才，就是政府我們開始要去想有什麼東西可以跟人家交換，現在楊署長了解大陸一樣，一個招牌出來覺得無比的光榮，沒半個人，這個就是說我們現在可以拿出跟人家交換。

P：他一個病人沒有都沒關係，他只要那個招牌。

想要改進，人家要來念書是接受我們的洗腦，就說搶到我們學生的位置，

Q：教育資源被用。

P：那我們多少人到美國留學，美國人都沒有念大學？像以前我們反對僑生，是僑生對我們跟東南亞國家聯繫關係多麼重要，那不是以錢買得到的。

J：剛才楊老師有提到就是觀光醫療開放健檢跟醫美，那我就想說這次海建會在這次開放以後都一直在進來，其實因為在大陸可能是護理人員都比較兇，那想要到台灣體驗一下所謂的不一樣，所以幾乎都是用體驗的方式進來，可是這樣近來的時候，我是覺得我們台資醫院可以建立一個管道，大陸是以預防保健為主，台灣是以治療為主，可是預防保健出來檢查的結果其實可以跟台資醫院做個連結，然後回去可以做健康促進，對我們這些台資醫院其實他們可以從這個地方得到他的量，因為以往可能到大陸沒辦法到那家醫院做治療，可是透過這個方式做健康促進，我想這些台資醫院是真的有幫忙的，每家醫療院所都會接到但他們停留在台灣的時間很短，可是他們檢查報告其實台灣做得很好，不管是什麼檢查報告他們都可以知道說那他回去找人幫他做健康促進，那健康促進我想是大陸醫院做不好的，所以我們台資醫院這是一個商機。還有就是長期照護那一塊，我們的整合設備長期照護都做得不錯，那些整合設備如果也能給台資醫院，他在跟其他比較

偏遠地區的那一些鄉鎮透過整合照護就像有可能是我今天來這邊做健康檢查其實都是比較偏遠地區的老人，那些老人回去以後，他只能把相關的像血糖、血壓，那他可以透過遠距照護的方式整合過來，即使說今天只是在上海看醫院，來台灣健檢的這些人做的都是三高，透過長期照護可以把他做好，我想對我們物前政策來發展對台資醫院是有幫助的。

L：我們看現在幾家台資醫院，從第一家旺旺到最近可能準備要開的東莞台新醫院，真正是醫療單位在執行的只有長庚，其他幾個都是合作當位，看到這幾家台商醫院真正能夠做得起來確實有很多客觀跟主觀的影響，看起來大部分還是人的因素為多，其實人對人很多事情都可以做得起來，那我覺得台商醫院在大陸如果要成功的話，我個人感覺當然我自己也沒有完全主導醫院，我覺得最重要的兩個因素第一個怎麼樣跟在地結合，又能夠保有台商醫院的特色，特色就是強調我們的文化、人才的培養，大陸醫界朋友他們現在大概都希望走兩個方向一、品質方面的訓練跟要求，他們一直很想學台灣的品質、文化，我就常跟他們聊台灣醫院評鑑演變的過程，從最早的結構面要求，慢慢回來比較深層度，可是呢台灣又回頭走向結構面，那我就告訴他們意思就是說基本還是很重要，基本做好了之後以在有其他的部分的支持，醫院才能更可長可久

N：有關於兩岸醫藥衛生協議的落實，跟醫政處有關的就是緊急醫療救治，在大陸受到傷害受台灣的機制，其實醫事處做最多就是觀光醫療賺大陸人的錢，外部是公共衛生的需要，內部是產業的需要，所以我們不可以產業需要就到ECFA去談，其實這跟產品(醫療器材、化妝品)，不能只談產品，他們產品安全性的問題，傳染病也是大家合作的議題，所以今天在這個怎麼樣子對於官方的這塊要建立一個交流管道的部分，產業這部摠是放在交流平台這部放去講這個事情，其實大陸的醫療叫看病難、看病貴，那這是他們醫改最主要的動力，大陸的醫改並不是在他們的衛生院裡面，是在更高層觸的發改會，那個發改會是主導所有醫療制度或是整個服務制度的建構，所以我覺得現在大陸碰到所謂碰到看病難、看病貴，的確在政策上有需要一套方式來幫助國家建立整個看病基礎，尤其是在求醫行為過程中，所以我是覺得這個部分是剛講到讓利的問題，其實不是去讓利

ECFA那塊的部分，或許這一塊不是讓利而是我們怎麼樣去主導，透過交流問題主導他們醫改某個部分，發展健保這塊或是醫療網，我們就把它放在公共衛生這塊思考，這些尚未去了解大陸的需求，現在講緊急醫療大概是我們到那邊受傷我們需要大陸幫忙，那我們是不是在這個部分不能讓我們台資醫院大家進來一直設醫院，不能放在這邊談這件事情，事實上就是需要在醫療政策的這一塊在兩岸這部分在官方平台上去談，尤其是台灣醫改、偏遠地區，建立關係，現在的關係就是所有的民間去跟政府搞關係，那我們現在政府之間的關係沒有建起來，其實就會發現官跟民在溝通一些事情，建立平台，你沒有平台沒得談，台資醫院你想要談什麼，透過官方的部分去跟大陸談，跟大陸談有時候是基層的衛生單位在管不是政府單位管，但是其實都可以透過大陸的中央結合基層一起談，像這次在談藥品的時候，他們打算將化妝品跟健康食品(保健食品)他說他先框住福建，中央下達福建可以專案處理，讓台灣人民從福建進軍，然後與其他城市是不一樣的，這也是可以中央榜地方一起談，我覺得未來可以把這樣的東西或許有這樣的利基去談，看有沒有辦法對於互動這塊不要在那邊是官跟民，台灣政府有什麼好處，假如台灣政府沒有好處，你去跟人家談都是對方有好處，我們在這個地方好像沒有著力點，我們現在跟大陸FDA談也不是常常為了葉子，是為了跟食品、藥品安全的問題，我們也是有幫忙。

M：我覺得是這樣，剛剛許處長講的，我也有同樣的感覺，幾次去都是台灣的民間邀一起去，但是很奇怪，我們民間去他們都官方出來接待，然後名義上是掛著合作的研討會等，可是最後他們的官方就出來了，然後官方出來感覺讓我覺得很怪，在那樣子的場合好像他是長官，其實我們去應該要平等，結果是變成我們的長官，感覺那種氛圍，這樣子其實是沒有達到官方交流的關係，但民間去那邊當然就是打關係，也打到官方的關係去了，所以我覺得說將來只是在要做正式官方做的事，真的要建立雙方官方的對口，這個東西才有助於真正去交流，否則我們的官方是跟著民間去的那種角度，這樣感覺很怪！

K：醫療這塊沒有所謂官跟民，他們官民都是一體的，這是他們的所謂的民間醫院，很多

民間醫院的老闆也都是委員，都跟官方牽扯，醫療這塊方不開。

M：我最近去有以個心得拉，我去年才去河北，我覺得他們醫院蓋房子蓋得很快，所以他們的設備、建築不得了，不比台灣差，引進設備也很快，但是接下來是人民的素質不好，然後醫療的文化有問題，但是他還是跟妳舉出來他們事實上一個專科醫院其實一年的就是台灣一年加起來手術的量，所以就外科是一個技術的專科，他怎麼會比我們差，光是技術就比我們熟練，但是你如果到他們的手術室或者是ICU你就到退五步，為什麼!開什麼玩笑!那叫手術室，同時可以開好幾台，那個感染管控，然後ICU也不像我們這樣，因為他的量實在很大，而且手術室的清潔、防感染全部通通不用講，但是你要知道他的量會嚇死你，你如果是操刀的訓練他怎麼會差。

P：那是非常的少數，你要知道他們現在很多地方都念五年，而且他有分醫學院還有個省的醫學士，五年玩現在也沒有住院醫師，所以有的人就像你剛講，他跟那個老闆天天在開刀所以他就一直重演他就變成名醫，可是太多醫師就這樣子五年完就去，就像30年前醫學系畢業規定要做住院醫師就可以去開業，以前他們也有就到外頭去，他們沒有做過住院醫師的訓練，所以程度整體來講平均程度差我們很遠，但他有幾個地方像協和都是很好的，所以你不能拿那一兩個去講，一兩個他量大，那樣的話只是那幾個，整體平均台灣好太多了，我們七年還要再做PG1~2，大陸制度還差很遠，沒有專科制度，這套訓練還要教學醫院訓練，那麼大的國家一定有幾個，真正看得是我最喜歡看地方診所跟衛生所長什麼樣，衛生所跟署長室的沙發長的一樣，這國家了不起阿，有些破到不行，衛生署長辦公室長什麼樣!所以我每次跟他們講不要去看台大榮總長庚都一樣，去看地區醫院、診所、衛生所裡面是長什麼樣子。

M：可以看一下他們的基層，他們是不給看的。

R：我看過耶!

M：大陸其實現在蠻缺乏大陸基層私人診所這塊。

P：他跟台灣一樣全部資源都被三甲醫院吸走。

M：全部被大陸公立三甲醫院吸收。

R：剛楊老師講我很贊成，台灣比大陸好太多了，我本來也都是用這種心情去看，可是到後來有一點就是真正領導人那邊專制有謙虛進步就非常快。

P：宏觀是錯的，微觀來講非常好。

L：我想替台資醫院請教健保局問題，到底有沒有可能把HMO的概念放在慢性病，到底有沒有這個可能，台商登入說我是台商。

M：台商是來來去去要怎麼包給台資醫院。

P、M：問題是要回來看就要扣回來。