

國立臺灣師範大學

政治學研究所

博士學位論文

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療事業體為例

指導教授：黃 城 教授

研究生：黃昭明 撰

中華民國一〇二年貳月

National Taiwan Normal University
Graduate Institute of Political Science

Dissertation :

*The comparative studies of business strategies for Taiwan-funded hospitals in China:
Cases studies of three types of hospitals enterprises*

Advisor: Dr. Huang Chen

Graduate Student: Chao-ming Huang

Feb. 2013

Taipei, Taiwan, Republic of China

謝詞

本論文的完成，要特別感謝恩師黃城教授長時間的耐心指導與鼓勵，也要感謝口試委員林志城教授、謝登旺教授、朱克聰副教授及張樂心副教授的啟發與指正，讓本論文能更加貼近醫療產業實務界的操作需求，尤其若能對未來國內醫療產業西進大陸的投資有所助益，將是本論文額外創造的效益。

國內醫療產業發展的情況一向是我關切的議題，本論文的構想與著手撰寫，前任所長蕭行易給予極大鼓勵，促使我積極向前行；恩師黃城教授不僅鼓勵我結合理論與實務，在撰寫論文期間還長期提點研究方向與資料收集，對論文架構的完整性有莫大的幫助，謹致以最深的謝意。

由於本論文研究個案主體均在中國大陸，實際訪談不易，因此要特別感謝長庚醫務管理研究所時期的同學宋奉宜醫師、李文浩醫師、顏振榮及楊明勳的大力幫忙，不僅提供實務經驗與資訊，更協助引薦個案醫院主管，讓本論文的訪談得以順利完成，取得最真實的醫院管理實況。在論文結構與資料收集方面，感謝旻達、建忠、偉鴻與昌宏等同學的協助，沒有大家的熱烈討論與提供建議，是很難有這樣清楚的思考理路的。此外，衛生署主任秘書林四海及企畫處石崇良處長針對國內醫療展業政策的提點與說明，讓本論文在兩岸醫療政策比較上有了明確的方向。

另外，還要感謝這一路走來，始終支持我的同學、朋友和工作上的夥伴們，你們的幫忙，不論是實質的或是心理層面的，都是支持我向前邁進的動力。最後，要特別感謝妻子、女兒和家人對我的鼓勵、包容與分擔，讓我可以心無旁騖的投入知識的追尋，你們是我最堅強的後盾。

黃昭明

中華民國 102 年 2 月 15 日於台北市

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療事業體為例

摘要

本研究選擇三家不同產業性質的台資企業（聯新、長庚、明基）在上海、廈門及南京設立醫院來比較其經營策略，希望透過文獻分析、深度訪談及個案研究等方法，探討台資企業赴大陸投資醫療產業的風險及經營管理策略，並對未來有意赴陸投資醫院的台資企業提出策略分析建議。

本研究以進入策略、Porter 五力競爭模型、SWOT 分析等理論來探討並建構研究架構，運用質性研究著重資料特殊性與意義的特色，表現研究結果的內涵與意義；並訪談醫療業務主管、台籍與陸籍學者專家、政府官員及少量正在就醫病患等以瞭解個案醫院經營策略與實況。研究結果發現，台資醫院的進入策略多從自己企業本身的優勢出發，利用自己熟悉的條件進行選址，而大陸醫院與台灣醫院的經營管理模式不同，加上兩岸對醫療產業特性的認知仍有極大差距，也影響經營策略的擬定。在團隊組成方面，研究發現不具醫療產業背景的企業欲赴陸投資醫院，必須倚賴專業醫療團隊，但在大陸網羅優秀醫師具實質困難度，兩岸醫事人員的培訓制度與價值觀也仍需時間磨合，在進行策略擬定時亦須考量投資成本與當地居民的就醫習慣。透過訪談，研究結果亦證實經營大陸官方良好關係確實對醫院設立與經營有極大幫助，而大陸醫療覆蓋仍低，台資企業雖然存在機會，但應視市場區域的差異性滾動式調整其投資資源配置。

對已在大陸的台資醫院而言，本研究建議與其等待大陸改革「以藥補醫」的情況，更應主動思考合理收費制度，同時運用影響力，催生兩岸醫藥 ECFA，讓台灣藥品可以免稅專案進口供台資醫院使用。對兩岸醫療政策來說，兩岸相關單位似可認真思考開放台籍人士赴陸習醫資格認定，同時儘速就醫師職稱對照進行協商。

關鍵字：台資醫院、進入策略、Porter 五力競爭模型、SWOT 分析、兩岸醫藥 ECFA

*The comparative studies of business strategies for Taiwan-funded hospitals in China:
Cases studies of three types of hospitals enterprises*

Abstract

The research summarizes comparisons among operating strategies of three hospitals located in Shanghai, Xiamen and Nanjing respectively, which were owned and operated by Taiwanese enterprises in different sectors (Landseed, Chang Gung and BenQ). We would like to investigate and clarify the operating risks and management strategies of Taiwanese healthcare business in Mainland China through literature analyses, depth interviews and case studies etc., and propose strategy analysis recommendation to Taiwanese enterprises which contemplate to invest or start up healthcare business in Mainland China.

The three hospitals (Landseed, Chang Gung and BenQ) located in Shanghai, Xiamen and Nanjing different in nature were chosen to compare managing strategies. Through the methods of research analysis, thorough interviews and case studies , the author analyzes the risks for Taiwanese-investing companies in China medical industry as well as operating strategies. Then the author proposes strategy analysis recommendation to Taiwanese enterprises which contemplate to invest or start up healthcare business in Mainland China.

The research adopts the theory of entrance strategy, Porter five forces analysis and SWOT analysis to establish research structure. By the qualitative research which emphasizes the specific characteristics and instinct meaning of data, and display the intension and meaning of the research results. The author also take interviews with business executives in healthcare industry, Taiwanese and Chinese scholars and experts, government officers and some patients, and explore the business strategies and current situations of the selected cases. The research outcomes reveal Taiwanese enterprises tend to start up their healthcare business with their existing advantages, and decide to establish the site on city or district they are familiar with. The operating and management strategies of Taiwanese hospitals are different from those of Chinese ones, and there is a huge gap in cognition about characteristics of healthcare sector between the two countries. Both the differences do influence the making of operating strategies. As for the composition of team staff, we found investors without healthcare sector background must rely on professional healthcare management team, but it is truly difficult to recruit excellent doctors, and it takes time to compromise the training programs and culture of healthcare staff. So, investors should consider the investment

costs and medical customs when making the strategies. The research also proves fine relationships with Mainland China official authorities are very helpful to the establishment and operation of a hospital. The penetration rate of healthcare industry is still low in Mainland China, although Taiwanese enterprises have good opportunities in the industry, but should change the allocation of investment resources according to differences of individual market region.

For those had operated Taiwanese hospitals in Mainland China, we advise the investors would rather draw up reasonable medical service charge mechanism, than just sit and wait for authorities' reformation of "compensation system for the medical cost through drug-selling profits". At the same time, Taiwanese enterprises can make use of their influence to carry out the ECFA (Economic Cooperation Framework Agreement) in healthcare sector, which enable Taiwanese hospitals could import medicines from Taiwan by specially approvals. Regarding with China's strict healthcare policies Taiwanese doctors, all official Chinese authorities seem to against the professional status and titles which Taiwanese doctors have earned long time ago in Taiwan.

【Key Words】 Taiwanese hospitals ; entrance strategy ; Porter five forces analysis ; SWOT analysis ; Healthcare policies between Taiwan and China

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究動機與問題意識	1
壹、研究動機與目的.....	1
貳、問題意識.....	3
第二節 研究途徑與研究方法	5
壹、研究途徑.....	5
貳、研究方法	11
第三節 研究架構與研究流程	17
壹、研究架構.....	17
貳、研究流程.....	19
參、研究範圍.....	20
第四節 名詞介紹與界定	20
壹、醫療產業.....	20
貳、醫療保險.....	20
參、進入策略.....	20
肆、SWOT.....	21
伍、對外投資的界定.....	23
陸、大陸醫院管理體制相關名詞.....	24

第二章 文獻回顧與理論架構.....29

第一節 醫療產業研究文獻回顧.....	29
壹、國內外醫療產業特性相關文獻.....	30
貳、國內外醫療產業策略管理相關文獻.....	35
參、醫療體制改革相關研究	39
肆、醫療費用影響因素文獻分析	43
第二節 Porter 五力競爭模型	45
第三節 SWOT 分析	48
第四節 跨國直接投資經濟理論	51
第五節 小結	54

第三章 台灣醫療體系發展與分析.....55

第一節 台灣醫療體系發展歷史.....	55
壹、日治時代	55
貳、二戰後至國民政府來台初期	56
參、蓬勃發展時期	57
肆、改革時期（全民健保時期）	60
第二節 台灣醫療體系發展現況與改革.....	61
壹、醫療保險制度（二代健保時期）	61
貳、醫事機構分布.....	63
參、醫療體系與醫療政策的關係.....	68
肆、醫療體制改革現況.....	69

第三節 台灣醫療資源配置的發展趨勢	72
壹、醫療支出占 GDP 比.....	72
貳、醫療利用情形.....	75
參、台灣醫療資源配置政策的調整.....	77
第四節 小結	79
第四章 中國大陸醫療體系探討與分析	81
第一節 大陸總體醫療環境	82
壹、中國大陸醫療總體現況	83
貳、醫療衛生機構診療使用資訊.....	109
第二節 大陸醫療產業發展與相關規範	110
壹、台商赴陸投資醫療機構相關法規.....	110
貳、醫療業務執業資格認證規定.....	113
參、醫療技術與醫療設備.....	113
第三節 大陸醫療產業分析	114
壹、醫療衛生需求面.....	115
貳、醫療衛生供給面.....	121
第四節 大陸醫療保險制度與醫療改革	128
壹、現行醫療保險制度.....	128
貳、大陸醫療體系改革.....	129
第五節 挑選個案所在地醫療環境分析	132
壹、個案所在省市（地理位置與環境簡述）	132
貳、個案醫院基本資料.....	135
第六節 小結	142

第五章 進入策略、競爭策略及理論檢視分析.....145

第一節 台資進入大陸醫療體系的樣態與選擇.....145	
壹、企業本身優勢.....146	
貳、進入大陸的可能策略及模式.....146	
參、可能考慮因素.....148	
肆、大陸地區對外資投資相關法令的影響.....151	
第二節 台資醫院進入策略分析.....156	
壹、上海辰（禾）新醫院.....156	
貳、廈門長庚醫院.....163	
參、南京明基醫院.....169	
第三節 三家醫院的進入策略與競爭策略比較分析.....177	
壹、進入策略比較.....177	
貳、競爭策略比較.....178	
第四節 小結.....179	

第六章 臺灣醫療產業進入中國大陸投資分析.....181

第一節 臺灣醫療產業進入大陸優勢分析.....181	
壹、上海辰（禾）新醫院優勢分析.....181	
貳、廈門長庚醫院優勢分析.....182	
參、南京明基醫院優勢分析.....183	
第二節 臺灣醫療產業進入大陸劣勢分析184	
壹、上海辰（禾）新醫院劣勢分析.....185	

貳、廈門長庚醫院劣勢分析	185
參、南京明基醫院劣勢分析	186
第三節 台灣醫療產業進入大陸機會分析	188
壹、台資醫療產業共同機會	188
貳、台資醫療產業個別機會	189
第四節 台灣醫療產業進入大陸的威脅分析	191
壹、醫療政策前景不明，前景堪憂	191
貳、台籍醫生訓練制度與機制逐漸輸給陸籍醫生	192
參、醫院管理缺乏「在地化思考」	192
肆、大陸外資政策可能變動	192
伍、其他台資醫院進入	193
陸、大陸民眾就醫習慣	193
第五節 小結	193
第七章 結論	197
第一節 研究發現	197
壹、兩岸對醫療產業特性認知仍有極大差距，影響經營策略擬定	197
貳、大陸醫院與台灣醫院經營管理模式不同	198
參、不具醫療產業背景企業欲赴陸投資醫療，必須倚賴專業醫療團隊	199
肆、專業醫療團隊必須考量投資地成本與當地居民就醫習慣	199
伍、兩岸醫事人員培訓制度與價值觀仍須時間磨合	199
陸、在大陸網羅優秀醫師具困難度	200
柒、經營大陸官方良好關係確實對醫院設立與經營有極大的幫助	201
捌、大陸醫療市場區域差異性極大，應「滾動式」調整投資資源配置	202

玖、大陸醫療覆蓋仍低，台資企業仍充滿機會·····	203
第二節 研究建議·····	203
壹、台資醫療產業應建立自身藍海策略·····	203
貳、大陸改革「以藥補醫」情況，台資醫院應思考合理收費制度·····	204
參、建立兩岸醫藥 ECFA，讓台灣醫院的藥品可以免稅進入大陸·····	204
肆、開放台籍醫師赴陸習醫資格認定·····	205
伍、台資醫院應持續關注大陸政治體制發展·····	205
陸、台資醫院對大陸外資政策變動的掌握·····	205
柒、台資醫院要掌握兩岸醫療產業差異·····	206
捌、兩岸相關單位應儘速就醫師職稱進行協商·····	207
第三節 研究限制與展望·····	207
壹、研究限制·····	207
貳、未來研究展望·····	207
參考文獻 ·····	211
附 錄·····	221

表 次

表 1-1 各學派對國際市場進入策略定義	7
表 1-2 Davidson 對進入模式之分類方式	8
表 1-3 Jeannet&Hennessey 對進入模式之分類方式.....	9
表 1-4 三種不同投資醫院模式.....	13
表 1-5 訪談對象.....	14
表 2-1 台灣赴中國大陸投資醫療產業領域之相關研究.....	38
表 2-2 影響五力競爭之產業結構因素.....	46
表 2-3 SWOT 示意圖	48
表 2-4 Root 對進入模式分類表	53
表 3-1 台灣醫療院所家數	66
表 3-2 醫療院所病床數	67
表 3-3 各經濟體之國內生產毛額與國民醫療保健支出統計	73
表 3-4 國民醫療保健支出	75
表 4-1 大陸歷年人口數及構成	84
表 4-2 大陸人口基本情況	86
表 4-3 大陸各年齡段人口數	87
表 4-4 2010 年大陸各地區衛生機構數.....	90
表 4-5 大陸醫療衛生機構床位數 (萬張)	95
表 4-6 1949~2010 大陸衛生人員數.....	98
表 4-7 2010 年大陸各類醫療衛生機構人員數.....	99
表 4-8 2010 年大陸衛生人員數(按城鄉經濟類型主辦單位分).....	105
表 4-9 1978~2010 大陸衛生總費用.....	108
表 4-10 大陸醫療衛生機構診療人次數.....	109
表 4-11 大陸各地區人口出生率與死亡率.....	118

表 4-12	2010 年大陸大城市居民主要疾病死亡率及構成	119
表 4-13	大陸城鎮居民和職工基本醫療保險情況	122
表 4-14	大陸醫院診療人次數	124
表 4-15	2010 年各地區民營醫院數	126
表 4-16	每千人口醫療衛生機構床位數	127
表 4-17	上海辰（禾）新醫院基本資料概述	137
表 4-18	廈門市重要數據（2011 年）	138
表 4-19	廈門長庚醫院基本資料概述	139
表 4-20	南京明基醫院基本資料概述	141
表 5-1	台資企業進入大陸市場型態與選擇	146
表 5-2	外資企業三大類型	152
表 5-3	聯新國際集團兩岸醫療體系表	157
表 5-4	上海市重要數據（2011 年）	159
表 5-5	上海辰（禾）新醫院潛在對手	159
表 5-6	上海辰（禾）新醫院進入模式分類	161
表 5-7	台塑集團體系表	164
表 5-8	廈門長庚醫院進入模式分類	168
表 5-9	長庚醫院潛在對手	168
表 5-10	明基友達集團體系表	170
表 5-11	南京市重要數據（2011 年）	173
表 5-12	南京明基醫院進入模式分類	174
表 5-13	明基醫院潛在對手	176
表 5-14	台資醫院進入策略比較分析	178
表 5-15	台資醫院競爭力高低比較分析	179
表 6-1	台資醫院競爭策略比較分析	195

圖次

圖 1-1	研究架構圖	18
圖 1-2	研究流程	19
圖 2-1	我國醫療費用與世界主要國家之比較	44
圖 2-2	Porter 之五力分析模型	46
圖 2-3	企業SWOT分析圖	49
圖 2-4	策略市場管理的構成概要	50
圖 3-1	二代健保改革之核心價值	61
圖 3-2	台灣醫療服務基本架構	64
圖 3-3	台灣醫療系統架構圖	69
圖 3-4	65 歲以上人口占全體 10.7%，醫療費用占率 34.4%	70
圖 3-5	2008-2011 台灣民眾醫療資源利用狀況	71
圖 4-1	1952-2010 中國大陸人口成長曲線	84
圖 4-2	2010 年大陸各地醫療機構數量比較圖	89
圖 4-3	1949-2010 大陸全國病床數成長情形	93
圖 4-4	大陸各類型醫院數量	94
圖 4-5	1949-2010 大陸衛生人員成長	97
圖 4-6	1978-2010 大陸衛生經費預算成長情形	107
圖 4-7	職工醫療保險體系	132
圖 5-1	企業進入策略評估	147
圖 5-2	策略性海外市場進入模式概念架構	149
圖 5-3	資產專屬性對共有控制傾向之影響	150
圖 5-4	修正式進入模式	151
圖 5-5	聯新集團兩岸佈局分布圖	157
圖 5-6	聯新國際醫療集團組織圖	158

圖 5-7	上海辰新醫院進入策略評估.....	160
圖 5-8	廈門長庚醫院進入策略評估.....	167
圖 5-9	南京明基醫院進入策略評估.....	174
圖 6-1	三家個案醫院 2009~2011 年營業額成長曲線	189

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療事業體為例¹

*The comparative studies of business strategies for Taiwan-funded hospitals in China:
Cases studies of three types of hospitals enterprises*

隨著中國大陸經濟實力的崛起，國民所得也隨之增加，大陸政府與人民共同思考的已不是生存議題，而是如何活得更好，活得更長壽與健康。截至 2010 年底的人口普查統計顯示大陸總人口已達 13 億 4 千萬人，龐大的社會照顧體系與醫療資源的需求撐起了中國大陸的醫療內需市場。中國大陸總理溫家寶曾說：「中國有三座大山亟待剷平，一是教育，上大學難；一是住房，買房子難；一是就醫，看病難，看病貴。」正因如此，各國醫療相關事業無不想分食大陸的醫療市場大餅，其中以動作頻頻的台資企業最為受到注目。

第一章 緒論

第一節 研究動機與問題意識

壹、研究動機與目的

1978 年中國大陸實施改革開放的經濟政策，冀望藉由國際人才、資金及設備的湧入，讓大陸在邁向工業化的道路上飛速前進。而台灣於 1987 年取消戒嚴禁令後，台商看到大陸充沛且廉價的勞力及廣大的市場，加上語言溝通無障礙，無論是傳統產業或高科技產業，紛紛前往大陸尋覓商機，迄今二十多年來歷久不衰。惟遲至經濟改革開放的 22 年後（即 2000 年），大陸才對外開放醫療產業，並於 2000 年 5 月 15 日以衛生部對外貿易經濟合作第 11 號令發布「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」，希望藉由國際的資金與先進的醫學技術、設備、管理模式等，提升大陸

¹ 這三家醫院分別是：「上海辰（禾）新醫院」、「廈門長庚醫院」與「南京明基醫院」。它們各自代表了不同的樣態，挑選此三家醫院作為本研究標的的原因將會在文後說明。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

醫療水準。在該暫行辦法頒布後，讓醫療市場已飽和的台灣看到機會，也開啟進軍大陸醫療市場的熱潮。加以中國大陸與台灣先後於 2001 年、2002 年加入世界貿易組織（World Trade Organization, WTO），兩岸的經濟自由化腳步日益加快，在可預見的未來中，大陸的醫療服務業市場可能會出現百家爭鳴的情況。

事實上，社會安全（Social Security）是國家體制的重要組成之一，它的發展有賴於社會的經濟制度，但同時也會對國家經濟與社會運行造成複雜且深度的影響。因此，一個國家在經濟體制的發展過程中，必須建立與當時社會相適應的社會安全制度。社會安全制度內含多項社會保險項目，其中「醫療保險」（Medical Insurance）是其中重要的一部分，可減輕民眾醫療負擔及提供適切之醫療服務，這也是醫療保險制度與其他社會保險制度最大的區別之一。但是醫療保險系統多是由被保險方（被保險人）、保險方（保險機構）及服務方（醫療機構）三方所構成，醫療機構作為提供醫療服務的主體，其醫療與服務的品質及費用的控制固然影響醫療產業的發展，隨著醫療保險制度改革的深化，對醫療機構的經營層面也將產生一定程度的影響。

兩岸政府近年來為建立完善的社會安全體系，對自身的醫療保障制度與醫院管理相關法規等也進行了大幅度的改革，使得醫療院所原先所享有來自政府政策保護的優勢已逐漸流失，兩岸醫院外在經營環境已經發生巨大的變化，而此一巨變在未來勢將更趨明顯。²在此時空背景因素下，相較於其他產業，醫院原先因其產業特殊性所享有在經營上得天獨厚的條件，也面臨經營環境上的內憂與外患。尤其近年許多台資企業相繼赴大陸投資或經營醫療事業，目的或有若干差異，但複製台灣成功醫療產業經驗並立足大陸醫療市場的目的則是一致的。為釐清未來台灣醫療產業經營的適切方向，同時又能幫助其在廣大的大陸醫療市場中佔有一席之地，因此本研究動機如下：

一、醫院具有地域性，少有跨國籌設醫院個案，大陸卻在經濟改革開放的二十二年後（2000 年）開放中外合資醫院³，即引發台灣醫界掀起西進風潮，需要進一步

² 這裡的巨變指的是中國大陸在收入水平提高後，人民對教育、醫療與休閒的品質逐漸要求，大陸許多城市的發展水平已經和世界級城市接軌，需求方面的改變自然推動供給方的加速改善。除了醫療技術的提升外，醫療設備的升級也頗為重要，隨之而來是投資成本提高，要進入醫療體系的門檻也逐年升高。

³ 2000 年 5 月 15 日大陸衛生部對外貿易經濟合作第 11 號令發布「中外合資、合作醫療機構管理辦法」。

探討跨國設立醫院之發展機會。

- 二、中國大陸近年已經逐漸進入高齡化社會，且隨著經濟成長對醫療品質的重視度亦日漸提高，也積極進行醫療改革，2011 年大陸「第十二個五年計畫（簡稱『十二五計畫』）」頒布後，最新醫療政策已經改變，例如將生技產業列為七大產業之一、開放五個地區（上海、江蘇、福建、廣東及海南）可以獨資經營醫院等，⁴這樣的變化對台灣醫療產業未來的影響也值得探討。
- 三、台灣醫療產業相對大陸市場成熟、先進且趨於飽和，並具有同文同種等環境條件優勢；此外，在大陸經濟快速發展後引發民眾對醫療需求的大量增加，加以相關政策的配合，台資醫院陸續在大陸設立，又台灣對大陸台資醫院的相關學術研究有限；故應如何在大陸投資醫院並能擴大經營發展，值得研究。

本研究試圖分析台灣是否具備赴中國大陸投資經營醫院的能力，因此將研究目的歸納如下：

- 一、研究台灣在大陸設立醫院之進入策略。
- 二、探討大陸的台資醫院之經營管理策略。
- 三、評估大陸的台資醫院對台灣醫療產業之影響。

本研究待答的問題如下：

- 一、台灣醫界所面臨的問題與挑戰及如何降低赴大陸投資的風險。
- 二、台資企業赴陸投資醫院的區位選擇與經營管理策略。
- 三、跨國企業在中國大陸設立醫院所需具備的關鍵成功條件。

貳、問題意識

近年來我國政府逐漸開放民間企業西進，台商到大陸投資已經不是停留在「不要去投資」的議題上，而是進展到「要如何去投資」！台灣企業在進入一個新的環境之後，如何選擇策略，延伸過去的優勢；在非資本主義的中國大陸市場中，如何在市場與成本考量上取得平衡，制定出既符合其設立理念、使命、宗旨，又能以

⁴ 參考自商務部等 34 個部門關於聯合發佈《服務貿易發展“十二五”規劃綱要》，網址：<http://big5.mofcom.gov.cn/gate/big5/hk.mofcom.gov.cn/aarticle/s/zwjrjg/201112/20111207857652.html>，檢閱日期：2012/2/15。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

服務收費維持醫院永續經營的策略，進而提昇台灣醫療產業在大陸的生命週期與競爭力，在在需要縝密的規劃。

以醫院的設立而言，從建築物加上儀器設備，初期就需要龐大的資金，進入門檻頗高，而每個月的採購及維護亦需大筆費用，因此具有極大的進入障礙，這是第一個問題。在醫院的營運上，有各種不同的專業，包括醫療、護理、醫事技術與管理等，又因需滿足就醫者對於醫療品質、服務水準的期待與要求，醫院的營運須具規模的床數，並配置合乎規範的各種軟、硬體，所以，人才是第二個問題。

大陸的醫療環境現況與台灣整體環境存在極大的差異，不可能完全採取台灣醫院現階段解決問題的模式來解決大陸的醫療問題。最普遍的作法是融入大陸的社會，收集資料、分析、學習、研究當地醫療問題的來龍去脈，然後才有機會設立醫院，協助解決當地的社會醫療問題。所以，本研究試圖蒐集大陸的醫療環境資料，包括：

- 一、社會環境—人口總數、國民生產毛額、國民健康、醫療政策、保險制度；
- 二、醫療市場—醫療資源現況、市場需求；
- 三、醫療產業—資金、醫師及護理等專業人才及藥品與醫療器材的供應、目標市場民眾的醫療需求、區隔競爭者的醫院策略定位、其他環境替代因素等，俾利進行跨國醫療事業設立醫院的策略規劃，包括：進入時機、醫院規模—資金、人力與設備等資源與管理、經營的策略、醫院地點與所有權策略、風險評估、競爭策略、未來發展策略。

因此，本研究的問題意識如下：

- 一、跨國投資籌設醫院是比較特殊的行為，台灣醫院經營管理方式是否能夠成功有效在境外推行？本業非醫療相關的台資企業是否也能經營管理如同本業？
- 二、赴陸投資籌設醫院關鍵要素為何？資金？人才？管理模式？抑或當地相關法令與環境條件的配合？
- 三、台資企業赴陸投資醫院的經營策略及與目前經營業務績效之關連性為何？

第二節 研究途徑與研究方法

壹、研究途徑

研究途徑 (approach) 是指選擇資料與題材的標準，可從社會、政治、法律...等不同角度與觀點切入研究主題。本研究擬採「進入策略研究途徑」及「SWOT 分析研究途徑」加以分析探討，其主要原因說明如下：

在探討關於競爭力方面的研究，大多以態勢分析 (SWOT: Strengths、Weakness Opportunities、Threats) 來進行，這種分析固然可以導出策略定位和差異化的基礎，但一般認為較為粗糙，多用來當作策略規劃的第一步。而長期定位、差異化構成的經營模式，需要經過較精確的產業分析，環境趨勢分析只是第一步。同時，SWOT 導出的策略，競爭對手大概也可以分析出，因此又回到策略同質化的惡性循環。由於 SWOT 屬於微觀層面，較適用於小範圍，如一家企業或公司等，卻不適合拿來分析範圍較大的一種產業或國家，因此本研究亦採用其他理論來補強。

波特 (Michael Porter) (1995) 提出的競爭優勢理論是以產業為研究對象，其研究模式和戰略對策可以用於醫療產業分析中。隨著醫療產業地位、作用不斷的擴大，醫療產業的國際競爭優勢已成為國家競爭優勢集群中不可分割的部分，波特的國家競爭優勢概念建立在企業競爭優勢的邏輯基礎上。因此，本研究亦選擇管理學上的「進入策略」為基礎，作為此論文的研究途徑。

一、進入策略的研究途徑

一般而言，海外市場的「進入策略」是企業為了因應國際競爭壓力、國內市場飽和或意圖開發新市場及多角化經營時所採行的一種過程。海外進入國際市場的策略選擇對於企業進行國際化是相當重要的一環，因為進入策略將會影響企業在未來海外整體營運績效，在策略選擇上需要非常的謹慎。企業在評估國外市場及每個市場的成本效益及風險後，正確的選擇進入目標市場。在企業決定想要的市場後，面臨的抉擇是應該以哪一種模式進入，Dunning 的折衷理論 (Eclectic Theory) 是以決定所有權優勢，內部化優勢及區位優勢為海外直接投資的理論，此外企業仍須考量的因素，還包括控制權的需要、資源的取得、全球化策略。Agarwal and Ramaswami

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

(1992) 參照 Dunning 在海外投資理論中提出「折衷思維理論」，是依據 Dunning 的理論架構衍生提出廠商在考慮國際市場進入模式時所需要考慮的因素。「折衷思維理論」中提到三種廠商決策時所需考慮的變數：市場區位優勢、廠商所有權優勢、交易內部化優勢，利用這三種變數讓廠商決定進入模式。

綜合來說，學者認為任何企業在進入海外市場前都必須考慮到內部與外部，在內部方面是以公司企業所具備的資源條件與優勢，外部則是海外當地市場的情況。

首先以「內部」的方面來探究：企業必須先明白自身所擁有的資源與優勢，然後再依據企業本身的資源與優勢來選擇海外市場的進入模式。企業的優勢可包括下列五種 (Agarwal & Ramaswami, 1992)：

- (一) 所有權優勢 (ownership advantages)，即評估企業經營規模。
- (二) 跨國企業經營經驗。
- (三) 產品差異化能力。
- (四) 區位優勢 (location advantages)，即評估市場潛力與投資風險。
- (五) 內部化優勢 (internalization advantages)，即評估進入市場的契約風險等。

再以「外部」的方面來探究：在海外當地市場影響因素的方面來看，不同的學者所考量的焦點也有所不同而有不同的分類方式。例如，Kwon 和 Konpa (1993: 61) 將影響企業選擇市場進入模式的因素分成企業與產品之特性與欲進入之國外市場特性等兩大組合因素。Davis, Deai, 與 Francis (2000) 則依企業所在地與欲進入之海外市場所在地來區分，將影響企業選擇海外市場進入模式的因素分成兩大來源：

- (一) 地主國的制度性環境 (host country institutional environment) 因素。
- (二) 企業母國內部的制度性環境 (internal institutional environment) 因素等。

榮泰生 (2000: 812) 將影響市場進入策略的因素分成兩類：

- (一) 風險因素。
- (二) 市場因素。

風險因素包括所需資本、政治與經濟壓力、貿易障礙，而市場因素則有地主國與本國企業間的關係穩定性、資訊的可利用性、控制 (行銷活動的影響力) 等。

除了強調地區特性的影響外，再以文化面來探究，Kogut 與 Singh (1998: 411) 亦強調地主國本地文化有著非常重要影響度，特別是兩國間的文化距離 (cultural distance) 是企業選擇海外市場進入模式時最不可忽略的因素，他們認為影響企業選擇海外市場進入模式有三個層次，第一個是廠商層次，如多角化經營策略、地主國環境的熟悉度、多國企業的經營經驗、資產規模等；第二是產業層次，如技術研發的能力與經費及廣告行銷的費用等；第三則是國家層次，如文化差異與不確定性掌控度。其研究結果發現，企業母國與欲進入之海外市場之地主國間的文化差異程度是影響企業選擇進入模式的主要考量因素 (Kogut & Singh, 1998)。

再以環境面探究之，楊維楨與黃智為 (1997) 以環境因素 (包括國家風險、心理距離、資源稟賦與基礎建設、市場需求、市場競爭情形)、廠商特定因素 (包括廠商規模、國際營運經驗、管理技能、產品差異化能力、專屬性資產)、策略因素 (全球化策略、多國導向策略)、服務業特性 (不可分離性、無形性、顧客化程度) 等四項指標研究台灣企業進行海外投資時選擇市場進入模式的影響因素。其研究發現，國家風險、產品差異化能力、國際營運經驗、資產屬性程度、廠商規模、服務之無形性等因素均對企業選擇高涉入程度進入模式有正面影響；而心理距離、管理技能、市場競爭情形等因素則有負面影響。關於各學派對國際市場進入策略定義，絕大部分都是認為企業進入國際市場的策略是一種機構性的安排或者是擴張或將資源轉移到其他市場，詳見表 1-1 的整理。

表 1-1 各學派對國際市場進入策略定義

提出年代	代表學者	國際市場進入策略定義
1986	Anderson & Gatignon	企業欲將其營運活動或業務功能擴張到國外市場的最佳方式，也就是將進入模式視為在國際市場的一種機構性安排 (institutional Arrangement)。
1987	Root	進入模式是企業為了將其產品、技術、人力資源、管理能力以及其他資源移轉至國際市場的一種機構性安排。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

提出年代	代表學者	國際市場進入策略定義
1994	Deresky	企業為因應國際競爭、國內市場飽和、擴充意圖、新市場開發與多角化時所逐漸採行的一種過程，初期是以出口或授權、特許取得的方式進行，之後再逐漸以合資、建立海外服務據點、生產、裝配工廠等來因應國際上的競爭或擴充新市場。
1997	Kumar & Subramaniam	企業到國際市場營運所選擇的一種機構性安排。
1997	Anderson	廠商管理國際企業交易，如契約式移轉、合資、全資營運等的一種機構性安排。

資料來源：作者自行整理

關於管理學者 Davidson 對進入模式的分類方式可以概分為所有權、管理控制、行銷模式與生產方式，這些分類有助於檢視企業進入策略時的選擇。詳細分類方式請見表 1-2。

表 1-2 Davidson 對進入模式之分類方式

構面	所有權	管理控制	行銷模式	生產方式
高 ↑	獨資	完全由母公司負責	靠公司內部職員與業務人員	全部由母公司生產
	多數股權	策略性合作	-	生產主要零組件
	均等股權	當地化，母公司有限度負責	經銷商	從母公司進口裝配
	少數股權	-	代理商	-
低 ↓	授權	母公司為被動性角色	經紀商	當地採購或生產

資料來源：Davidson, W.H.(1980), The Location of Foreign Direct Investment Activity: Country Characteristics and Experience Effect, Journal of International Business Studies, pp.9-22.

Jeannet & Hennessey (1988) 將進入策略分為間接出口、直接出口、銷售分公司、特許經營、技術授權、契約製造、組裝及現地生產等八類，並以控制、資產投入程度、變動成本、固定成本、市場佔有率及風險等六個構面來進行描述，請見表 1-3。

表 1-3 Jeannet & Hennessey 對進入模式之分類方式

進入策略	控制	資產投入	變動成本	固定成本	市場佔有率	風險
1. 間接出口	弱					
2. 直接出口	↓	↓	↑	↓	↓	↓
3. 銷售分公司	↓	↓	↑	↓	↓	↓
4. 特許經營	↓	↓	↑	↓	↓	↓
5. 技術授權	↓	↓	↑	↓	↓	↓
6. 契約製造	↓	↓	↑	↓	↓	↓
7. 組裝	↓	↓	↑	↓	↓	↓
8. 現地生產	強					

註：箭頭方向代表該因素構面之強度

資料來源：Jeannet & Hennessey (1988)

二、SWOT 分析研究途徑

SWOT 分析方法，係指優勢(Strengths)、劣勢(Weakness)、機會(Opportunities)和威脅(Threats)分析。它是基於企業自身的實力，對比競爭對手，並分析企業外部環境變化可能對企業帶來的機會與面臨的挑戰，進而制定企業最佳策略的方法。一般而言，SWOT 分析在國內外的文獻中存在著許多不同的名稱，但基本定義皆是：「關於組織外在力量與內在能力調查統整的一種工具，主要用途在於分析組織在市場上的優勢與劣勢，以及依據環境趨勢對組織所形成的機會與威脅。」SWOT 分析實際上是對企業內外部條件各方面內容進行綜合和概括，進而分析企業的優劣勢、面臨的機會和威脅的一種方法。其中，「優劣勢分析」主要是著眼於企業自身的實力及其與競爭對手的比較，而「機會和威脅分析」則將注意力放在外部環境的變化及對企業的可能影響上，但是，外部環境的同一變化對不同資源和能力的企業

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

帶來的機會與威脅卻可能完全不同，因此，兩者之間又有緊密的聯繫。如果就本研究而言，台資企業不論是否從事醫療相關活動，其本業上一定非常成功，因此企業的利基便十分大，也可以視為是這些大陸台資醫院的優勢。

（一）優勢與劣勢分析（SW）

「競爭優勢」係指一個企業超越其競爭對手、實現企業目標的能力。企業的主要目標包括增加盈利、擴大市場佔有率等，但是企業的競爭優勢並不一定完全表現在較高的盈利率上，有時企業更希望保持增長速度、增加市場佔有率，或者穩定員工等。當兩個企業處在同一市場，或者說它們都有能力向同一顧客群體提供產品和服務時，如果其中一個企業有較高的盈利率、更快的成長速度或更高的市場佔有率，則此企業比另一個企業更具有競爭優勢。⁵

「競爭優勢」可以是一個企業或其產品超越其競爭對手的任何東西，它可以是產品品質、可靠性、適用性、風格和形象，以及服務的及時性、態度的熱情等。雖然競爭優勢實際上指的是一個企業比其競爭對手有較強的綜合優勢，但是若能明確指出企業究竟在哪一個方面具有優勢則更有意義。因為只有這樣，才可以揚長避短。由於企業是一個整體，而競爭優勢來源廣泛，所以，在做優劣勢分析時必須從整個價值鏈的每個環節上，將企業與競爭對手做詳細的比較，如產品是否新穎？製造工藝或技術是否複雜？銷售管道是否暢通？以及價格是否具有競爭力等。如果一個企業在某一方面或幾個方面的優勢正是該企業應具備的關鍵成功因素，該企業的綜合競爭優勢就強。⁶

（二）機會與威脅分析（OT）

機會與威脅分析主要著眼於企業外部環境帶來的機會和威脅。外部環境發展趨勢分為兩大類：一類表示環境威脅，另一類表示環境機會。「環境威脅」指的是環境中不利的發展趨勢所形成的挑戰，如果不採取果斷的策略行為，這種不利趨勢將導致公司的競爭地位受到削弱。企業外部的不利因素包括：新產

⁵ 企業優勢均由比較而來，同樣經營醫院的利基不一樣，每家台資企業所擁有的優勢也會不同。

⁶ 一般而言，企業的競爭優勢是根據綜合比較觀察而來，台商當初赴大陸投資也是根據大陸的綜合優勢條件而選擇，在成本下降後，許多優勢因而可以獲得凸顯。

品替代、銷售商拖延欠款、競爭對手結盟、市場成長放緩、供應商討價還價能力增強等，影響企業目前的競爭地位。⁷「環境機會」是指企業面臨的外部環境中對企業發展有利的因素，是對公司行為富有吸引力的領域，在這一領域中發展壯大的企業將擁有競爭優勢。外部機會包括政策支持、技術進步、供應商良好關係、銀行信貸支持等。上述分析途徑將會在第二章的理論架構部分有更詳盡的分析。

貳、研究方法

本研究採用「質性研究方法」(Qualitative research method)來探討我國醫療產業前進大陸設立醫院之策略方向。因為質性研究著重在資料的特殊性與意義，其呈現方式常以敘述來表現研究結果的內涵與意義，且結果評估主要以研究者的詮釋是否符合常理，相互主觀與以往文獻相互比較則為重要評估準則。共用三種研究方法，分別說明如下：

一、文獻（次級資料）分析法

第一種研究方法以文獻探討(Yin, 1994: 28-31)、資料收集為主。再者，輔以次級資料整理與收集，次級資料包括已發表的學術論文、書籍、期刊、雜誌、報紙、政府機構或研究機構所出版之研究報告及相關產業的網站等。後續包含有關中國大陸醫療產業發展情形，主要是以次級資料收集整理來呈現；因此，資料的來源主要仍以大陸官方出版品，以及發表在國外企業管理學期刊中的文獻為主。深盼本研究能為有意前往中國大陸建立醫療機構者，提供一個完整的中國大陸社會及衛生醫療環境、產業與市場綜覽，以省思組織的競爭力，作為選擇正確且有效經營策略的參考。

二、深度訪談法

訪談法主要有「深度訪談法(in-depth interview)」及「焦點團體法(focus group interview)」，由於本研究乃設定個案醫院主管高層為訪談對象，故擬採用一對一之深度訪談法。進行深度訪談，除可獲得研究所需之初級資料外，亦能從中啟發新概念，藉以重行檢視或修正研究架構，在資料蒐集的過程中，作者將走訪大陸地區的台資

⁷ 理論基礎同前註。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

醫院，與多位具有在大陸投資實務經驗的台灣企業家以及經營醫院醫師負責人、台灣基層醫師、大陸醫院醫師與台資醫院的大陸病患等進行訪談。由於面談取樣性的侷限，這部份的資料未於文中逐一臚列。個案研究一般歸屬為敘述性研究，即特別專注於研究探討有限數目的事件和狀況及相互關係。由於對少數樣本作全盤性且仔細地討論，故可以作為決策與判斷相似事物的主要參考（Yin，1994：42）。個案研究採取訪談研究法中的「個人訪問法」，對受訪者作深度訪談，藉由與受訪者直接的口頭方式問問題並將受訪者回答之內容，將其記載下來。受訪者在訪問情境中可居於主動，充份詳盡地敘述。⁸

另外，第三者的專家論點也很重要，因為專家本身對醫療事業研究相當專精，又對國家未來醫療政策之推動具相當之影響，可以客觀、前瞻及超然的立場來分析與提供建議，因此本論文加入醫務管理專家之訪談。

進入模式與競爭策略分析，是以個案深度訪談為主，再輔以次級資料加以整合歸納。最後則是結論與建議，研究發現是根據個案訪談後所呈現的結果，輔以策略理論應用；研究結論是針對本研究做出最後的綜合歸納並提出策略做法的建議。

（一）研究對象（大陸台資醫院）之選取

截至2011年底共22家台資及兩岸合資醫院在大陸開設⁹，其中較具規模（床數500床以上）的包括廈門長庚醫院、湖南旺旺醫院、南京明基醫院、昆山宗仁卿醫院，較小型的醫院如上海辰新醫院、上海瑞東醫院、上海南亞醫院、北京寶島婦產醫院等，而國泰、秀傳、宏恩醫療體系也在籌備中。

考量大陸台資醫院的規模，初擬500床以上之醫院為研究對象，以求研究其經營策略之廣度與深度，計有廈門長庚醫院、湖南旺旺醫院、南京明基醫院、昆山宗仁卿醫院符合條件；再考量大陸台資醫院在台灣의 知名度，初步排除昆山宗仁卿醫院。

⁸ 由於本研究所訪問的對象均為醫院經營高層，對於問題的掌握程度均較一般人為高，同時主導意識也較強，故而傳統的題綱問法並不適合這類的受訪人士。他們在受訪的過程中可能會在問題當中提出許多看法，甚至能引導訪談人的問題。

⁹ 根據新華社報導，大陸衛生部港澳台辦公室副主任王立基表示，截至2011年底，已有北京寶島婦產醫院、南京明基醫院等22家台資及兩岸合資醫院在大陸開設，多集中在沿海地區，規模最大的約有2000個床位。網路資料：

<http://big5.home.news.cn/gate/big5/www.news.cn/zhibo/20121122a/zhibo.htm>，檢索日期：2013年2月18日。

經評估廈門長庚醫院、湖南旺旺醫院及南京明基醫院，以投資者型態可區分為有醫療背景（廈門長庚醫院）及無醫療背景者（湖南旺旺醫院、南京明基醫院），為了解不同投資者型態是否對其經營策略有不同角度，可先確定以廈門長庚醫院為研究對象。

至於湖南旺旺醫院、南京明基醫院，前者之投資者為傳統產業、後者為高科技產業，在台灣皆為知名企業，惟考量湖南旺旺醫院之投資者已進入大陸市場20多年，甚至可說是在大陸成長、茁壯，爰此，選擇南京明基醫院為研究對象，以了解新進入者的評估角度。

另考量上海辰新醫院之投資者為台灣第1家赴陸設立醫院，相較其他台資醫院有更多經營管理之經驗，亦納入為本研究之研究對象。

本研究希望透過三種不同產業性質的台資企業在大陸不同地區投資的發展模式來探索其發展方式，並比較其經營策略，詳如表1-4。

表1-4 三種不同投資醫院模式

型態	代表醫院
兩岸均純粹經營醫院（本業為醫療體系）	上海辰新醫院
兩岸均為多角化產業經營（包含經營醫院）	廈門長庚醫院
在臺灣僅經營高科技產業，在大陸增加經營醫院	南京明基醫院

資料來源：作者整理

（二）訪談對象

由於本研究是探討「進入模式」與「競爭策略」之議題，因此對受訪對象的選取主要是以了解醫院整體經營狀況、策略方針、總體大環境等方面的高階主管為主，惟因為受訪者為醫院高階主管，可接受訪談時間有限，本研究將集中針對醫院、產業、總體環境作較深入的探討。本研究的訪談對象相關資料，如表1-5所示。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

表1-5 訪談對象

受訪者 編碼	職稱	受訪者身份別
H1	南京明基醫院醫療部門負責主管	醫院經營與行政 管理主管(個 案醫院之利害 關係人)
H2	南京明基醫院護理部主管	
H3	南京明基醫院前行政主管	
H4	上海辰新醫院前醫療部門負責主管	
H5	上海辰新醫院行政管理特助	
H6	廈門長庚行政管理部主管	
H7	廈門長庚醫療管理部主管	
H8	基隆長庚醫院行政管理部主管	
S1	南京中醫大醫學院博士指導教授	學者專家
S2	上海康石中西醫結合門診有限公司總經理	
S3	前南京明基醫院顧問、彰化秀傳醫院眼科主任醫師	
S4	極緻醫學美容中心負責人	
P1	前縣市政府衛生局局長及台北市立聯合醫院院長	政府官員
P2	行政院主管官員	
P3	行政院衛生署主管官員	

資料來源：作者整理

三、個案研究法

- (一) 由於台商赴中國大陸籌設之醫療機構並不多見，且多處於摸索探詢階段，故無法採行大樣本的比較性研究。本研究以三家已赴陸之台資大型綜合醫院為個案標的，在某種程度上甚具指標性意義。
- (二) 由於經營策略對醫療機構而言，屬於整體性及全面性之影響，而個案研究法具有不受範圍限制之特性，更有利於進行廣泛且深入之觀察，使研究成果更為具體。
- (三) 由於各醫療機構其歷史背景、組織文化迥然不同，而涉及組織文化與策略層

面的議題複雜度甚大，且其產生原因及影響程度亦難以衡量，故採行個案研究法，將研究聚焦於個案醫院本體，俾便有效分析結果。

且個案研究是一種實證性的調查，具有以下特性：

- (一) 在事件的實際生命週期內，對於目前現象進行研究；
- (二) 對於所研究的現象與內容並無明確範圍；
- (三) 研究時採用多種來源之證據等(Yin, 2003)。

另外，陳萬淇(1992)則將個案研究法依據目的與特性分為五種類型：

- (一) 探索性研究；
- (二) 診斷性研究；
- (三) 可行性研究；
- (四) 比較性研究；
- (五) 確定性研究。

在個案研究過程中，此五種類型可能兼容並蓄，並不具唯一性或互斥性，僅有比例上之差異。惟採用個案研究法亦有其優缺點，Babbie(2007)認為個案研究法具有三項優點：

- (一) 可以深入瞭解，相較於其他研究方法較能發現並討論問題之焦點；
- (二) 較具彈性，可因研究發現調整研究過程；
- (三) 成本較為低廉。

Scapens(1990)則指出個案研究法有三項不易克服之缺點，包括：

- (一) 研究範圍的界定不易；
- (二) 涉及人為的解釋及判斷，研究結果的客觀性較為不足；
- (三) 可能涉及研究對象的隱私權等。

綜上所述，本研究採取個案研究有其必要性，另外，透過本研究之個案研究可提供未來若干台資企業前進大陸的重要參考，因此，雖根據學者提出個案研究的若干問題，本研究會將研究範圍一一清楚列出，並盡量佐以專家學者及相關醫療經營者的建議、看法或分析來進行研究結果呈現，同時本研究主要探討台資醫院的經營管理策略，並不涉及病患個人隱私，因此不會有Scapens認為

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

個案研究會有暴露研究對象隱私的問題。¹⁰

四、比較分析法

本研究因為有三個不同型態的醫療事業體，除了縱向的分析外，更需要進行橫向上的比較，縱向的分析重點在於所選擇個案本身的進入策略、五力分析或優劣勢分析，橫向分析的關鍵在於比較。本研究橫向比較的重點在於凸顯這三項研究標的在進入中國醫療市場在策略上與競爭上的差異所在。

¹⁰ 本研究主要關懷焦點在醫院的經營管理策略上，雖然病患的反應也是重點，但是主要議題會放在經營管理層面上，對於病患的隱私問題會略而不提。

第三節 研究架構與研究流程

壹、研究架構

本研究對象為在大陸投資並經營發展的台資醫院之進入策略分析，及在大陸設立醫院的競爭優勢之形成因素與條件，運用 Porter 的五力分析及價值鏈架構來分析產業環境的現況，並依個案醫院進行 SWOT 分析。綜合上述的理論模式，提出重要的競爭優勢分析，並依此研擬進入模式與競爭策略及發展方向。在進入模式分析上，從影響台商進入或決定是否要進入大陸投資的影響因素、如何進入大陸（進入模式），以及該企業所採取的經營管理策略等，進一步展開為中國大陸內部與外部環境分析，其中在內部分析方面，本研究焦點放在價值鏈分析、台資醫院競爭策略分析、本身優劣勢分析等；在外部環境分析方面，從大陸醫療衛生到整體環境分析，其中關於醫療政策的部分也是分析重點，亦包括台商投資所在地區的醫療服務業分析、台資醫院的機會與威脅分析等。在內部與外部環境進行五力分析與 SWOT 分析等，進一步導出台資醫院的經營管理策略，包括事業策略與功能策略等。最後的分析結論則會提出對台資醫院的經營管理策略建議，包括經營方式分析與優劣策略比較等。詳細的研究架構呈現如圖 1-1 所示。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

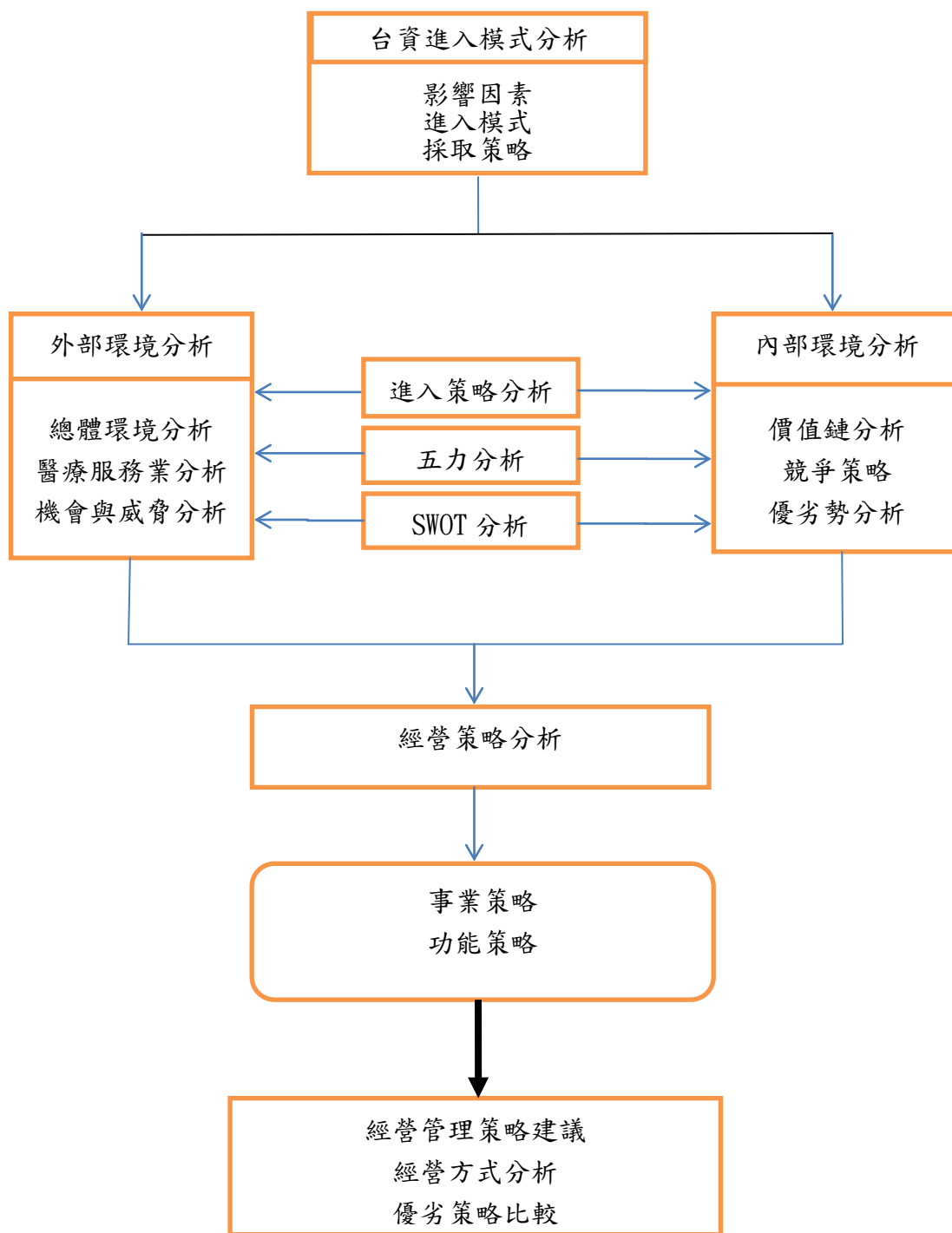


圖 1-1 研究架構圖

資料來源：作者自繪

貳、研究流程

本研究旨在探討台灣三種不同類型之產業¹¹在中國大陸設立醫院所採取的策略，進而針對問題，確立研究背景、動機及目的後，進行相關文獻探討。本研究擬走訪大陸南京、上海、廈門等地，著手進行相關大陸社會環境、醫療產業、市場資訊收集。綜合之後將建立研究及理論模式，在此架構與模式之下，與各專家及大陸醫院經營者、欲進入大陸之醫務管理者進行深度訪談，並佐以大陸官方出版品之次級資料，作出模擬設立醫院之策略規劃，並比較台灣三種不同類型產業在大陸設立醫院的情形，進行綜合分析並提出策略的建議。本研究流程如圖 1-2。

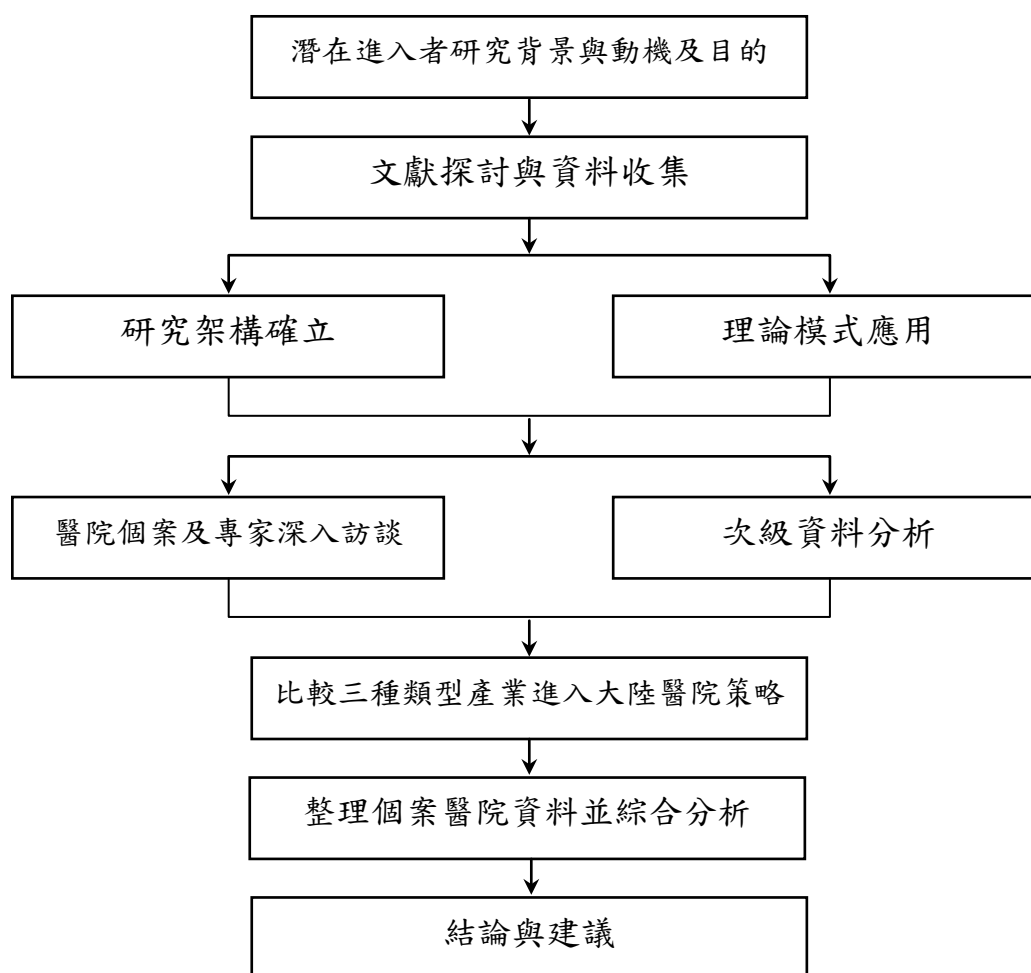


圖 1-2 研究流程

資料來源：作者自繪

¹¹ 這裡所談不同類型指的是產業本身的差異性，例如長庚集團是醫療體系，但母業不是醫療。聯新集團純做醫療，明基則是電子集團，這三者凸顯了背景上的差異。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

參、研究範圍

- 一、從時間點來看，主要以西元 2000 年之後為探討的範圍。¹²
- 二、台灣企業對外投資行為議題範疇。
- 三、台灣企業為何會選擇到中國大陸投資的原因及機會，亦即以台資企業在大陸地區投資設立醫院為研究標的。

第四節 名詞介紹與界定

壹、醫療產業

廣義來說，「醫療產業」指的是身體及心理健康與疾病的預防、檢查、治療、復健、護理及照顧等相關之行業機構，包括醫療器材之製造與供應業者、各類藥品之製造與販售業者，以及醫院、診所、檢驗所、護理之家等各類醫療機構及其從業人員。狹義來說，「醫療產業」的定義是：主管機關核可得執行醫療行為之行業。醫療行為依中央衛生主管機關之解釋，係指：「凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為直接目的，所為之診察、診斷及治療或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方或用藥等行為的全部或一部分的總稱」。

貳、醫療保險

醫療保險是根據大數法則的原理，集合多數人的力量，分擔罹病的風險之一種制度，以降低每一個別消費者因為疾病所造成的重大財務負擔。

參、進入策略

在一般普遍的進入模式可區分以下六種型態：出口、加盟、授權、整廠輸出契約、合資經營、獨資經營。除了這幾個進入模式外，Davidson 提出若單純以海外投資活動持股比率來看，進入方式大致可分為獨資（wholly owned）、多數股權（majority）、均等股權（co-owned）、少數股權（minority）及授權（license）等五種

¹² 台資企業赴陸投資醫療產業大約落在西元 2000 年前後，在 1990 年代多是製造業登陸，2000 年前後開始有服務業，醫療產業即是其一，故而以 2000 年前後的時間為佳。

類型，此五種類型在管理控制、行銷模式及製造模式上各有不同的特性。

肆、SWOT

SWOT是一種「分析方法」(method of analysis)，可以用來確定企業本身的競爭優勢(strength)、劣勢(weakness)、機會(opportunity)和威脅(threat)，從而將公司的策略與公司內部資源、外部環境結合。因此，清楚地確定公司的資源優勢和劣勢，瞭解公司所面臨的機會和挑戰，對於制定公司未來的經營發展策略有著至關重要的意義。¹³

SWOT分析的步驟分為¹⁴，羅列企業的優勢和劣勢，可能的機會與威脅，並將優勢、劣勢與機會、威脅相組合，形成SO、ST、WO、WT策略及對SO、ST、WO、WT策略進行選擇，確定企業目前應該採取的具體策略，以下分別說明之：

(一) 競爭優勢(S)：

是指一個企業超越其競爭對手的能力，或者指公司所特有的、能提高公司競爭力的東西。例如，當兩個企業處在同一市場，或者說它們都有能力向同一顧客群體提供產品和服務時，如果其中一個企業有更高的盈利率或盈利潛力，那麼，我們就認為這個企業比另外一個企業更具有競爭優勢。

競爭優勢可以是以下幾個方面：

- 1、技術技能優勢：獨特的生產技術、低成本生產方法、領先的革新能力、雄厚的技術實力、完善的品質管控體系、豐富的營銷經驗、上乘的客戶服務及卓越的大規模採購技能等。
- 2、有形資產優勢：先進的生產動線、現代化空間和設備、擁有豐富的自然資源儲存、吸引人的不動產地點、充足的資金及完備的資料資訊等。
- 3、無形資產優勢：優秀的品牌形象、良好的商業信用、積極進取的公司文化等。
- 4、人力資源優勢：關鍵領域擁有專長的職員、積極上進的職員、良好的組織學習能力及豐富的經驗等。
- 5、組織體系優勢：高品質的管控體系、完善的資訊管理系統、忠誠的客戶群及強大的融資能力等。

¹³ SWOT被廣泛地運用在企業管理上，在醫療體系上也被拿來作為策略選擇或績效評估的一種分析方法。國內外許多管理用書都有觸及SWOT分析。相關介紹可以參考：產業策略評析，網址：http://cdnet.stpi.org.tw/techroom/analysis/pat_A025.htm，檢閱日期：2012/2/15。

¹⁴ 同前註。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

6、競爭能力優勢：產品開發週期短、強大的經銷商網絡、與供應商良好的夥伴關係、對市場環境變化的靈敏反應及市場佔有率的領導地位等。

(二) 競爭劣勢 (W)：

是指某種公司缺少或做得不好的部分，或指某種會使公司處於劣勢的條件。可能導致內部弱勢的因素有：

- 1、缺乏具有競爭意義的技能技術。
- 2、缺乏有競爭力的有形資產、無形資產、人力資源及組織資產。
- 3、關鍵領域的競爭能力正在喪失。

(三) 面臨的潛在機會 (O)：

市場機會是影響公司策略的重大因素。公司管理者應當確認每一個機會，評價每一個機會的成長和利潤前景，選取那些可與公司財務和組織資源匹配、使公司獲得的競爭優勢的最佳機會。潛在的發展機會可能是：

- 1、客戶群的擴大趨勢或產品差異化市場。
- 2、技能技術向新產品新業務轉移，為更大客戶群服務。
- 3、前向或後向整合。
- 4、市場進入壁壘降低。
- 5、獲得購併競爭對手的能力。
- 6、市場需求增長強勁，可快速擴張。出現向其他地區擴張，擴大市場佔有率的機會。

(四) 危及的外部威脅 (T)：

在公司的外部環境中，總是存在某些對公司的盈利能力和市場地位構成威脅的因素。公司管理者應當及時確認危及公司未來利益的威脅，做出評價並採取相應的策略行動來抵消或減輕它們所產生的影響。公司的外部威脅可能是：

- 1、出現將進入市場的強大新競爭對手。
- 2、替代品搶占公司銷售額。
- 3、主要產品市場成長率下降。
- 4、匯率 and 外貿政策的不利變動。
- 5、人口特徵，社會消費方式的不利變動。

- 6、客戶或供應商的談判能力提高。
- 7、市場需求減少。
- 8、容易受到經濟蕭條和業務週期的衝擊。

伍、對外投資的界定

在中國大陸從事投資，依經營方式可以分成直接投資與其他方式。直接投資包含中外合資經營、中外合作經營及外商獨資經營；而其他方式則為，加工裝配及補償貿易。以下分別說明之：

一、中外合資經營的主要特點如下：

- (一) 中國的法人，即在中國登記註冊的企業。經濟法人享有盈利的權利，承擔納稅的義務。
- (二) 共同投資，即合資各方可以現金、實物、工業產權（專利權、新設計權、圖案權、商標權等）、專有技術、場地使用權等作價出資，並計算股權。
- (三) 共同經營，即合資各方共同組成本企業最高權力機構—董事會。企業實行董事會領導下的總經理負責制。
- (四) 共負盈虧，共擔風險，即合資各方，按股權比例分擔合資企業的盈虧和風險。
- (五) 責任有限，即合資企業的法律形式為責任有限公司。責任有限指的是：企業的債務責任以它的資產總額為限，股東的債務責任以他的出資額為限，股東之間相互不負連帶責任。它屬於純資合團體性質（資合公司），而非以人的信譽為基礎的無限公司（人合公司）。
- (六) 外國合營者可以是公司、企業、其他經濟組織或個人，但是中國大陸的個人不能成為合資經營企業的主體，且沒有資格與外商共同舉辦合資經營企業。

二、中外合作經營的主要特點如下：

- (一) 中外雙方的合作條件、責任、權利、義務和風險，均由合約加以規定。
- (二) 出資方式靈活多樣，不一定用貨幣計算股權比例。通常由中方提供土地、自然資源、勞動力和勞動服務或房屋、設施等，由外商提供資金、技術和設備等。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

- (三) 組織形式自由，可以是具有法人地位的經濟實體，也可以是不具有法人地位的鬆散的經濟聯合體。
- (四) 經營管理自由，可以成立董事會，也可以成立聯合管委會；可以以一方為主管理，也可以委託第三方管理。
- (五) 收益分配，中外雙方按合約約定比例分配。
- (六) 合約期滿，外商在合作期限內先行回收投資標的，企業的固定資產無償歸中方所有，不再同外商清算。
- (七) 企業的法律形式，實行有限責任制，中外雙方的債務責任僅以出資額為限。
- (八) 外國合作者包括具有法人資格的企業，也包括不具法人資格的經濟組織和個人，但中國大陸的合作者必須是中國大陸法人，即中國大陸的公司、企業或其他經濟組織，個人目前還不能成為中外合作者的主體。

三、外商獨資經營的主要特點如下：

- (一) 資本所有權人的國籍必須是「外國人」，包括相同國籍和不同國籍的外國人。
- (二) 企業資本的構成必須全部是外資，包括台、港、澳和海外華僑回國獨自投資所辦的企業，以及外商在中國境內銀行貸款投資所建立的企業（以外商自身的資信所獲得的資本貸款為限）。
- (三) 企業的法律地位不是外國的企業和外國的法人，而是中國的企業和中國的法人。
- (四) 外商獨家經營管理，權力獨攬。
- (六) 外商自負盈虧，自擔風險。
- (七) 企業的法律形式是有限責任制。

陸、大陸醫院管理體制相關名詞

一、大陸各級衛生行政管理機構及醫院分級管理標準

(一) 大陸各級衛生行政管理機構設置如下：

- 1、國務院—衛生部（下設防疫司、醫政司、藥政司、婦幼司、教育司等部門）。

- 2、各省、自治區、直轄市政府機關—衛生廳或衛生局（下設防疫處、醫政處、藥政處、婦幼處等部門）。
- 3、各省、自治區所管轄之市、自治州政府—衛生局（下設防疫科、醫政科、藥政科、婦幼科等部門）。
- 4、各直轄市和較大的省轄市、以及自治州所管轄的區、縣—衛生局或衛生科（下設防疫股、醫政股）。
- 5、各鄉、鎮政府不設獨立機關，但有專人管理衛生行政的相關工作。

（二）大陸醫院分級管理標準：

大陸現行的醫院係依其功能以及提供之醫療服務類型來加以分級，根據衛生部頒布的「醫院分級管理辦法」，主要區分為三級，而依據各醫院的水準差異又區分為十等，¹⁵即：

- 1、一級醫院：為社區提供醫療、保健相關服務的基層醫院；分為甲、乙、丙三等。
 - （1）床位：住院床位總數 20 至 99 張床。
 - （2）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。
 - （3）人員：每床至少配備 0.7 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，至少有 1 名具有主治醫師以上職稱之醫師。
- 2、二級醫院：為跨社區提供醫療衛生服務之地區性醫院；分為甲、乙、丙三等。
 - （1）床位：住院床位總數 100 至 499 張床。
 - （2）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，皮膚科可併入內科或外科。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（可併入檢驗科）、理療室、病案室。

¹⁵ 參考自「大中華青年網」，大陸醫院等級標準，網址：
<http://www.cy21.net/thread-3397-1-1.html>，檢閱日期：2012/2/15。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

(3) 人員：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之醫師，各專業科室至少有 1 名具有主治醫師以上職稱之醫師。

3、三級醫院：為跨省、市以及全國性提供醫療衛生服務之醫院；分為特、甲、乙、丙四等。

(1) 床位：住院床位總數 500 張床以上。

(2) 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劑科、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、營養部和相應之臨床功能檢查室。

(3) 人員：每床至少配備 1.03 名衛生技術人員，每床至少設配備 0.4 名護士，專業科室應具有副主任醫師以上職稱，臨床營養師不少於 2 名，工程技術人員（技師、助理工程師以上人員）占衛生技術人員總數的比例不低於 1%。

由上可知，三級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。

二、大陸醫院的分級評審

醫院的分級每三年由醫院評審委員會評審（評鑑）一次，其評審程序類似於台灣的醫院評鑑，包括五個步驟：¹⁶

1、自查申報（申請）

各級醫院根據醫院分級管理標準先行自查，認為符合標準後，填寫「醫院評審申請書」，向相應的評審委員會提出申請。

2、資格審查（資料審查）

評審委員會根據申請書對醫院的申請進行初審，確認參加評審的資格。

3、考核檢查（實地審查）

¹⁶ 同前註。

醫院評審委員會對醫院平時有重點的抽查和週期評審相結合的考核檢查，日常考核結果作為週期評審的一部分。週期性評審時應根據評審標準結合自報資料進行實地檢查，包括聽取匯報、與管理人員討論、全面檢查、抽查、回顧性調查、接待院內外來訪等方式，最後採取評分或數學模型辦法對醫院作出綜合評價。評審過程中，醫院應向評審委員會提供所需要的各種資料。

4、結論（結果公佈）

評審委員會應對被評審醫院作出級別和等次的結論，並提出正式報告呈報同級衛生行政部門。凡申報三級特等醫院者，應先報省級評審委員會通過三級甲等醫院的評審，然後由省級評審委員會根據評審結果決定是否推薦其到部級評審委員會參加三級特等醫院的評審。

5、審批（發證）

依據評審委員會的報告及評審結論，由相應級別的衛生行政部門審定批准。各級醫院的審批權為：三級特等醫院由衛生部審批；二、三級甲、乙、丙等醫院由省、自治區、直轄市衛生廳（局）審批；一級甲、乙、丙等醫院由地（市）衛生局審批。

而醫院評審委員會分為部級評審委員會、省級評審委員會及地（市）級評審委員會三級，各級評審委員會需定期向同級衛生行政部門提交工作計劃和工作報告。各級之評審委員會如下：

- 1、部級評審委員會，由衛生部組織，負責評審三級特等醫院，制訂與修訂醫院分級管理標準及實施方案，並對地方各級評審結果進行必要的抽查與覆核。
- 2、省級評審委員會，由省、自治區、直轄市衛生廳（局）組織，負責評審二、三級甲、乙、丙等醫院。
- 3、地（市）級評審委員會，由地（市）衛生局組織，負責評審一級甲、乙、丙等醫院。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

第二章 文獻回顧與理論架構

由於台資企業赴陸投資醫療體系相關事業個案極少，相較其他產業而言，台商對醫療事業體的投資比重低，相關研究也付之闕如。此外，對中國大陸而言，醫療完善體系的建立、改革與精緻化也是近十年左右的事，目前他們的發展仍然落後台灣一段時間，故而本研究將試圖從國內外對醫療體系相關的研究來進行文獻回顧與檢閱。

第一節 醫療產業研究文獻回顧

中國大陸醫療過去向來「因陋就簡」，¹⁷外國人到此觀光、經商、旅遊，一旦遭遇傷病，只好就近急救一下，返國後繼續就醫治療。不過，近年大陸拜經濟連年快速成長之賜，醫療市場情勢為之丕變，給予美式醫療管理相當空間，醫界群雄紛紛登陸，搶攻灘頭堡。可以預料的是，外來醫療服務系統以外籍病患為主要對象，然而隨著大陸經濟發達，中上階級人數乃至富豪人家激增，要惜命就要不惜錢，寧可多花錢顧性命，以致本地病患所占比率遽升至 40%，¹⁸預料隨著時間推進，還會提高。加上「一胎化」政策下，懷胎婦女的健康備受重視，私立產科收費雖貴但卻不妨礙其就醫意願，無論如何，母子女平安最要緊，產科於是崛起。孩子出生後，個個是寶貝，如為男嬰，因為攸關家族繁衍，尤其百般細心呵護，小兒科因此也暴紅。¹⁹

根據英國倫敦歐洲觀察站(Euromonitor Int'l)資料，大陸中產階級人口在 2005 年元月約 6,440 萬人，2006 增至 8,000 萬，共計增加了 24%，該站預估 2020 年將更擴大到 7 億人，市場潛力極為可觀，不可忽視。中國去年醫療服務暨器材支出約 929 億美元，相較於 2003 年的 500 億美元，大幅膨脹 86%，可見正是大

¹⁷ 大陸過去醫療簡陋的原因很多，包括過於貧窮、人口過多、人權意識不彰等等都是造成大陸醫療體系漏洞百出的關鍵。不過最大根源還是來自當時國力太弱，無法建立完整醫療體系。

¹⁸ 大陸醫療趨勢「勢不可擋」，誠如第一章與本章所述，這是因為所得、生活與醫療品質正相關的結果，詳情可參考：〈從中國大陸醫療改革看醫療通行行業現況與趨勢〉，「CSI 台灣服務業聯網」，網址：<http://www.twcsi.org.tw/columnpage/expert/e158.aspx>，檢閱日期：2012/2/15。

¹⁹ 資料來源同前註。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療事業體為例

勢所趨。²⁰

至於醫療收費的情況，以雲南省昆明市Richland國際醫院為例，普通病房費每日 60 美元，如果是VIP病房，最貴者需 820 美元，為公立醫院的 3 至 10 倍。VIP病房含浴室、網際網路連線、冰箱、私人保險箱等等。醫院服務採會員制，基本會員年費 730 美元，最高級年費 13,600 美元，等同「窮人莫進」。²¹中國政府於 2008 年初宣佈「健康中國 2020」戰略，計畫在 12 年內達到「人人享有基本衛生服務」的目標。²²為達成目的，各項計畫無不積極推展，中國國內業者乃至國外醫療業者無不見到龐大商機，加緊進軍中國醫療市場。台灣業者也於十幾年前（二十世紀末期），積極耕耘中國醫療市場至今。²³

本研究將文獻回顧分成兩個部分來說明，主要是與本研究所關注的兩個焦點：「醫療產業特性」與「醫療產業的策略」有關。第一部份是醫療產業特性，主要是針對醫療產業的獨特性質相關研究進行檢閱，另外對於兩岸醫療產業的歷史進行回顧；第二部分則是針對醫療產業的策略，更進一步談到台灣的醫療產業的現況與瓶頸。

壹、國內外醫療產業特性相關文獻

醫療產業與一般服務業的特質有所不同，不僅醫護從業人員具有高度專業性，提供有形與無形的服務，處理攸關民眾的健康問題；更特別的是，愈來愈多的交易過程係由第三者 (The Third Party) 付費促成。因此，許多用來解釋醫療服務市場供需行為的經濟模型，亦隨之調整變動。Rakich (1992) 指出，由於醫療產業吸引一批專業經理人長期投入，醫療機構的設立、經營與管理，已成為一門獨特

²⁰ 大陸中產階級成長速度相當快，現階段而言比任何一個國家增幅都要來得大。(TIME, November 3, 2008)

²¹ 資料來源同前註。

²² 大陸上至中央，下至地方領導，都將人人享有基本衛生服務當作是重要的社會福利政策之一，〈逐步達到人人享有基本醫療衛生服務，努力實現全民基本醫保建立健全基本藥物制度拓展公立醫院改革試點〉，「人民網」，網址：<http://health.people.com.cn/BIG5/13938955.html>，檢閱日期：2012 年 2 月 15 日。

²³ 醫療業者約比其他產業的台商晚進入中國大陸，這是因為必須先了解中國市場，才能夠進入，另外原因也是醫療門檻太高，不是有錢就好，更有許多經驗的累積與傳承。(楊志良，2005)

且專業的學門。Phelps(1997)認為，醫療產業的最大特色在於它同時擁有不確定性、非營利性、外部性、資訊不對稱性、政府嚴格管制、保險介入等六項屬性，以下簡要加以說明。

一、不確定性(Uncertainty)

諾貝爾經濟學獎得主 Kenneth J. Arrow(1963)曾指出，「醫療服務」的不確定性有兩個面向：一是從需求面來看，即疾病發生的「不確定性」，一般民眾無法掌握健康變化；二是從供給面來看，係治療效果的不確定性，其意謂醫療提供者無法確知治療的預期效果。前台大醫院院長李源德(2002)亦強調：醫療行為與一般提供商品或服務的性質不同，不能將上帝的責任交給醫生承擔。由此可知，醫療產業的不確定性遠比其他行業更加明顯。²⁴

二、非營利性(nonprofit)

由於醫療機構所提供的服務無法試用，一般需求者對醫療提供者的期待與其他企業明顯不同(Arrow, 1963)。另外，醫療行為係在供需雙方具有互信基礎下進行，故醫護人員之專業倫理要求亦較其他行業嚴格。基於上述特殊性，有些國家以法律明文規定，禁止營利機構提供醫療服務(Sloan, 2000: 38-41)。

本研究對象係指依《中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法》所設立之醫療機構，雖具有營利性質，但 2006 年出版之《中國醫療衛生發展報告 No. 2》指出，中國非營利性與營利性醫療機構之營利模式相同、經營項目、承擔的社會義務相同、價格相同，如此劃分並無實際意義。兩者差別最大之處在於營利性醫療機構需繳納稅負，而非營利性醫療機構則完全免稅。況且社會資本主義國家對於衛生醫療事業限制頗多，此與一般企業以追求最大利潤為目的之性質並不相同。

三、外部性(externality)

「外部性」係指一個人的行為對於旁觀者造成的無報酬影響 (Mankiw, 2000: 61-70)。可分為「正面外部性」(positive externality)與「負面外部性」(negative externality)。前者乃謂一方的消費行為會增加其他人的滿足程度或福利水準；後者則是會減少其他人的滿足程度或福利水準。關於醫療產業的正面外部性，主

²⁴ 醫療產業的風險也比其他企業來得高，主要在於疾病治療的不可預測性過高，醫生所接觸的每一個治療案例都具有其個體特殊性，即未必能將 A 的成功治療經驗，同樣複製至 B 的身上；因此，除會產生醫療費用與成本難以控制的風險外，亦會有醫療糾紛的風險。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

要源自對他人健康的關心，是一種「社會關懷」(social concern)。Arrow(1963)認為，醫療服務業對社會關懷的重視遠比其他個人福利更為強烈。醫院的設立對於政府或社會而言，其「正面外部性」是存在的，例如傳染病的預防與治療，可減少國家整體勞動力的耗損；孕婦產前檢查有助於國民優生的落實等。由此，許多國家將醫療視為公共財(public goods)或特殊財(merit goods)，進而實施「公醫制度」²⁵或提供免費醫療服務。至於醫療環境的負面外部性，以醫療廢棄物處理不當、院內感染群聚效應為多，2003年發生SARS疫情之擴散，即是最典型的案例之一。²⁶

四、資訊不對稱性(information asymmetry)

在醫療服務市場，疾病的發生與復原均具有不確定性，民眾購買的不是實質的商品，而是汲取醫療專家所提供的資訊，並接受相關之醫療照護。然而供需雙方在掌握現代醫學專業知識不相等的情况下，消費者所知有限(consumer ignorance)乃醫療產業與其他產業的最大差別所在(Pauly, 1978: 21-30)。為減少資訊不對稱現象所造成的影響，可採取「專業證照」與「專業規範」加以管制。實施「醫師專業證照制度」，雖然會形成市場進入障礙(entry barrier)，但以政府管制取代市場選擇機制，一方面可降低醫療服務提供者的異質性，另一方面亦能減少民眾的不確定性與搜尋品質的成本。²⁷

²⁵英國工黨在1945年選舉中大勝，工黨衛生部長Aneurin Bevan (1897-1960)許諾1860年成立之「英國醫學會」(British Medical Association, BMA)具有與衛生部門有關全國醫師服務項目與工作條件(national terms and conditions of service)獨立之「協商權」(negotiating rights)，以合作推動「公醫制度法」(National Health Service Act 1946)，保費由「稅金徵收」支付，1948年7月5日英國全民免費醫療之公醫制度(National Health Service, NHS)時代於焉降臨。開辦初期提供「基層醫療」(primary care)、「住院醫療」(hospital services)與「社區服務」(community services)三種基本醫療服務。所以NHS基本上是一種分級的醫療制度：第一級為基層醫療，是NHS的主體，由基層診所和社區診所等組成，NHS資金的75%是使用在基層醫療，另外25%才是屬於第二級的醫院，提供重病和手術治療的支出。參考自李智宏與施肇榮，〈公醫制度與二代健保〉，網路資料：<http://www.tma.tw/ltk/99531206.pdf>，檢閱日期：2012/05/28。

²⁶台灣的SARS疫情，由4月中旬台北市和平醫院發生院內集體感染SARS事件之後，疫情開始大規模擴散，累計83名病患死亡。而經濟方面，造成大約18億美元以上的商業損失。參考自湯慧芸，〈回顧台灣今年SARS疫情〉，網路資料：<http://www.epochtimes.com/b5/3/12/24/n435706.htm>，檢閱日期：2012/5/28。

²⁷醫療的專業性非一般民眾可以理解，除了醫學方面的專業門檻外，醫療管理也不是一般民眾所能認知，因此政府的角色與功能便是弭平民眾與醫院間的障礙。

五、政府嚴格管制(government intervention)

由於醫療產業普遍存在「資訊不對稱」與「進入障礙」等問題，且具有「公共財」與「特殊財」等屬性，再加上醫療品質直接關係到國民健康，甚至間接影響到國家生產力，使得許多醫療機構面臨「市場失靈」現象。此時，政府的介入與干預就成了解決市場失靈的普遍方式，多數國家均對醫療產業採取高度管制措施，例如進行價格管制、藥品安全檢驗與進口管制、醫院興建採審核許可制度、政府直接提供保險、政府直接參與醫療保健研發工作等。透過上述干預作為，企業不能自由加入或退出，使得醫療產業形同進入障礙最高的服務業之一。

六、保險介入(insurance)

在某些國家由於保險的介入，病人並不直接付費給醫療供給者，而是由提供保險的第三者支付。此種給付制度削弱了價格的影響力，也改變供需雙方的行為模式。一般而言，保險介入對醫療市場的立即影響是道德危害(moral hazard)的出現，即被保險人購買保險後會降低事前預防的警覺性，並增加事後索賠的程度。另外，在醫療保險制度下，除個人罹病性質外，醫療成本亦取決於選擇之醫師及其使用醫療資源而定。

另外，針對醫療產業特性研究則有張淑英（1987）的研究，她研究當時台灣的醫療社會工作，就醫院組織特性及社會工作之特性和專業性兩大方向來分析醫療社會工作在醫院組織的運作，並發現社會工作在醫院中的重視程度受到醫院組織特性的影響。

劉雅芳（1993）算是國內早期從「生產效率」觀點來探討綜合醫院醫護人力比的研究，她的研究以1991年為研究時點，將台灣的醫院分為三組：醫學中心、區域醫院及地區教學醫院，從生產效率較佳醫院之醫護人力進而計算出合乎效率之醫護人力比率範圍。在她的研究發現中，效率佳醫院的護理人員與主治醫師比值變動相當大，三者之工作有替代性，護理人員與醫師總數比值較集中。劉雅芳的研究在90年代的醫療產業研究中算是相當科學的。

研究醫院服務品質和顧客滿意度之間相關性的研究可以參考陳情妮在1999年的研究。她的論文主要聚焦在門診病患對於醫院服務品質的重視程度與滿意度兩者間的關係，研究結果找出病患（消費者）選擇就診醫院的決定性因素，以及對目前醫院服務品質滿意度的評價，作為未來醫療產業管理者改進的參考。陳情妮的研究

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

在某種程度上提出了消費者和廠商間的關係應該會有如何的連結，廠商應該提供何種服務來吸引或留下消費者成為醫院經營成功與否的關鍵因素。

盧瑞芬與謝啟瑞在 2003 年提出了〈台灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉。他們應用了產業組織領域的分析架構，從市場結構、市場行為與市場表現等三個面向來探討台灣醫院產業的發展趨勢。他們的研究提供了醫療產業一個明確的研究藍圖，剖析台灣醫療市場的發展概況與可能性，雖然該篇研究對很多問題點到為止，但是對於後續的醫療市場結構及相關發展提供了非常有用的概念。同樣提出類似研究的還有吳小寧（2006），他的論文議題是台灣醫療服務業定義的探索，以台灣前十大醫院進行研究，主題則是鎖定在醫療、醫療機構與服務三項主題，雖然該篇論文主要以文獻的蒐集和資料整理，但是已經提出了醫療服務業的特性和定義，故而提供了後續研究上的重要參考。

王明鉅（2008）研究了醫療機構中的「單位特性」與「服務品質」間的關係，他以國內某教學醫院做為案例，探討影響病房護理人員對於住院病患之服務態度的可能因素。他的研究結果發現影響病人提出對病房護理人員服務態度的抱怨之重要因素包括病房單位內之團隊合作氣氛、病房住院病人之疾病嚴重度以及病房單位護理人員對於醫院管理知覺等三項。王明鉅將醫療機構經營的重要元素-服務品質進行了深入的研究，對於醫療產業檢視服務品質的內容有相當的貢獻，但是他的研究範圍侷限在教學醫院的案例中，其他醫療體系是否也有同樣情形仍有待驗證。

兩岸醫療產業的實證研究則有蔣昀艙（2010）的研究。他研究兩岸中醫產業的服務品質和顧客滿意度影響之研究，和前面若干研究相似的是他同樣將醫療產業裡的「醫病關係」看做是生產者和消費者間的關係，研究結果顯示兩岸中醫產業的服務品質對於醫病關係有顯著的正向影響。

早期研究兩岸醫療產業或狀況的研究者礙於時代背景，不會進行兩岸間的比較。吳錚（1980）研究中共合作醫療制度堪稱是突破時代與政治環境限制的研究，可惜囿於資料及各方面主客觀條件的限制，吳錚並無法做出太多突破性的研究成果，主要還是以文獻分析的資料為主。不過以80年代的環境背景觀之，這篇探討中國大陸農村衛生醫療工作存在的問題仍然有相當的成果，尤其該研究將合作醫療的內容依其組織形式、實行辦法組成型態所遭遇的困難都有一定的描述。80年代末期則有另一篇對於70年代台灣醫療產業和醫療政策的研究，陳端容（1989）研究70年代的台灣醫療產業和醫療政策，試圖突破長期以來以經濟發展為分析的觀點，進而探討台灣的國家性質和政策規劃的研究。她的研究貢獻在於以台灣醫療產業作為一

個分析的範疇。

前述的文獻雖然有聚焦在產業研究的如張淑英(1987)的研究,也有從生產效率來探討醫院人力比的研究,但是都只局限在國內的醫療產業現象分析,缺乏綜合性的比較。蔣昫(2010)研究的兩岸中醫產業算是少數進行比較兩岸醫療的研究,但是是分開比較研究,而不是深入比較在一個系統下的醫療產業。因此,這些研究在某種程度上凸顯了大環境問題而使研究受到限制。

貳、國內外醫療產業策略管理相關文獻

醫院經營策略之運用相較於一般企業運用策略管理已行之有年,非以營利為主要目的之醫療產業晚近十餘年來方運用相關理論來制定與執行策略,使策略管理逐漸受到重視(Klein & Linneman, 1984)。迄今已有許多國內外學者針對企業赴海外投資之經營策略進行深入研究或探討,惟對台灣赴中國大陸投資醫療產業領域之研究,因進入時間較短,經營大型醫院之實證案例有限,大都聚焦在大陸醫療服務市場的環境分析、投資意願、進入模式、策略規劃等相關議題。雖然,台商在中國大陸投資個案醫院之經營策略文獻尚為不足,較少提及本研究著重之經營概況分析,但學者們所提出之相關論述及概念架構,仍有相當之參考價值。

若以寫作時間序列來看,近10年研究大陸醫療產業的學術研究有限,而針對大陸「醫療服務市場」研究首推吳啟誠(2001),研究焦點集中在大陸醫療服務市場之研究,採用文獻分析探討大陸醫療服務市場的環境,透過投資大陸經營醫療機構環境的風險分析進而提出進入大陸醫療市場風險管理的七大方式。吳的研究雖然以文獻討論為主,但是將醫療事業定位為服務業並進行風險分析,已經在某種程度有一定的貢獻。黃梁榮(2002)則是探討台資企業赴大陸投資意願的因素,其研究和本研究的關懷焦點類似,係採取量化研究的方法針對台灣的醫療機構赴大陸投資的因素進行探討,雖然該研究對於影響台灣醫療機構赴陸投資的因素進行一定程度的分析,但是卻未對於醫療機構的投資策略進行分析與研究。

在台資企業赴陸投資的風險評估研究中,針對某些個案研究的有任中杰(2003)的〈台商大陸投資之風險評估、財物租稅規劃與進入模式研究-以醫學美容市場為例〉,該研究藉由個案探討台商複製台灣經驗到大陸進行投資的可行性,檢視台灣的市場經驗是否能夠移轉到大陸市場,並進行醫學美容市場赴陸投資的可行性分析。研究結果顯示,當時大陸法令體系過於龐雜,市場不確定性因素過高,可能會是台商赴陸投資的障礙。此外,他還點出貸款回收、融資管道可

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

行性與資產保護等問題，皆可能是台商赴陸投資可能會遇到的困境。相對於吳啟誠和黃梁榮的研究，任中杰的醫療美容機構登陸的研究顯然又邁進了一步，尤其針對單一產業赴陸的可行性評估極具參考價值，其所提出台商的可能困境在現階段的确是台資企業赴陸可能會遇到的問題。

無獨有偶，李文浩也在2003年提出〈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〉，李文浩和過去研究不同的地方在於他採取進入中國大陸醫療產業體來進行研究，檢視該產業成敗的關鍵因素，進而衡量是否能組成足以適應醫療產業內特有競爭環境所需要的團隊。李文浩的研究特殊之處在於他提出了投資中國大陸籌建大型醫院的虛擬企劃案，透過這個企劃案可以檢視醫療產業在大陸投資的利基與風險所在。雖然李文浩在醫療事業進入新市場中的評估系統有了突破性的發展，但是缺乏個案分析，故而欠缺足夠的說服力，同時在參考條件上也顯得有些不足。

2004年開始有人以個案赴陸投資進行研究，並且將焦點放在個案研究上，黃瑞興（2004）以台灣相當知名的彰化「秀傳醫院」為例，探討台灣醫療機構在大陸城市地區的經營策略。黃瑞興清楚地將焦點鎖定在秀傳醫院的個案研究上，在該研究探討技術策略制訂與創新服務活動的內容，同時也比較了兩岸在醫療產業的經營情況。他認為，台灣中型醫療機構在面對類似中國的巨大市場，應該採取「合資方式」取得先占優勢，以快速建構規模經濟。黃瑞興以秀傳醫院為例的個案研究，在個案研究上又推進一步，尤其在技術策略的制訂上提供了類似秀傳醫院規模的醫療產業在進入大陸市場的極佳參考。但是黃瑞興的研究可能只對中型規模的醫療產業提供必要的研究成果，如果有大型的醫療機構欲赴陸投資，可能在技術與創新的資訊提供上仍顯不足。同樣類似黃瑞興的研究還有徐永芳（2004）的〈我國醫療事業前進大陸設立醫院策略之研究〉，採取質性研究的方式，透過和醫療體系的高層主管深度訪談，並利用若干的次級資料來探討台灣醫療事業前進大陸所應該採取的策略。徐永芳研究的特色在於他將台資企業赴陸投資醫療事業分為大、中、小型醫院，根據不同的醫院規模而有不同的企業策略，也從不同的市場定位給予不同規模的醫院體系不同的競爭策略。但是徐永芳的個案研究不夠深入，因此，雖然有從三種不同規模的醫院著手，但仍有研究上的不足。

林小雯（2005）則是採用ESSP的觀點研究台灣企業進入中國大陸醫療市場的成功關鍵因素。由於以往學者僅針對大陸醫療服務市場的環境分析、投資意願、

進入策略等相關議題研究，至今尚無實證研究。林小雯同樣採取個案研究法，以台灣企業進入大陸投資醫療產業前中後，亦即有意願進入、已經進入和曾經進入的三種情況來進行研究分析，不將研究侷限在醫院，甚至包括診所也是研究的範疇，從環境、策略、組織結構與績效觀點進行分析，最後歸納出進入中國大陸醫療市場之成功關鍵因素。

同時期的研究還有賴俊穎（2005）的〈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〉。他的研究特殊性是鎖定在福建省的台資醫院，針對福建省五家中小型診所的投資概況經營規模及經營決策進行研究。研究發現指出，經營大陸醫療院所要獲利的方式有二，第一種是高單價、高水準、高設備的經營模式；第二種則是低單價、低成本多單位、小而美的連鎖經營方式。他的研究在某種程度上提供了小型醫療院所的獲利方程式，但是對於大型醫療院所未必能夠適用，而且他採取福建省的個案分析，在其他省分或地區也可能未必適用。

雖然已有若干的研究針對台灣醫療產業進入中國大陸的策略、可能遇到的困境、經營模式等進行了若干分析，也有學者對於各種規模的診所或醫療院所進行赴陸投資的分析，甚至也有對個別省市的經營情況，但是這些都侷限在同屬醫療產業進入大陸醫療體系的情況進行分析或模擬，對於不同型態產業進入大陸醫療產業的分析仍然付之闕如，尤其台灣已經有非醫療本業的企業赴陸投資，例如旺旺集團與明基集團，未來這樣的情況可能還會增加。這些本業非屬醫療企業背景，只具有雄厚資金就進入大陸醫療體系的企業，他們的策略與經營方式特別值得研究與關注，本研究除了集合過去研究的內容，更前進一步分析了過去研究上的不足，不僅全面對於台灣醫療事業進入中國大陸市場，連未曾在台灣從事醫療的產業赴陸投資企業也一併進行分析，同時也進行跨省市區域的分析，企圖建立台灣醫療產業進入大陸市場的重要參考。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

表2-1台灣赴中國大陸投資醫療產業領域之相關研究

研究者(年代)	論文題	研究內容	研究
吳啟誠(2001)	大陸醫療服務市場之研究	採文獻探討法，進行醫療服務業分析、大陸醫療服務市場分析、大陸醫療服務市場「非市場環境」分析。	透過投資大陸經營醫療機構的風險分析、不確定環境下的投資策略分析，提出進入市場的風險管理七大方式。
黃梁榮(2002)	影響國內私立醫療機構赴大陸投資意願之因素探討	以量性問卷探討國內私立醫療機構赴大陸投資的各項影響因素；並輔以質性深入訪談，瞭解國內醫療機構赴大陸投資的看法與建議。	母國環境管理技能等兩變數與投資進入模式有顯著相關；大陸醫療市場具有極高發展潛力，但投資風險仍高。
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—以醫學美容市場為例	藉由個案研究方式，探討台商將經營醫學美容設備產業經驗，移轉至中國大陸市場的可行性評估。	法令體系的龐雜與不確定性、貸款回收問題、融資管道可行性與資產保護問題係台商投資可能遇到之困境。
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	以文獻探討為主，經由中國大陸醫療產業分析，透視成敗關鍵因素，衡量是否能組成一擁有足以應付產業內特有競爭環境所需的團隊。	提出一投資中國大陸籌建大型醫院的虛擬企劃案。
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	以個案研究方式，探討技術策略制定與創新服務活動的實務內容，分析台灣與中國醫療產業的經營情況。	台灣中型醫療機構面對巨大中國市場，應以合資方式取得先占優勢，以快速建構規模經濟。(註)
徐永芳(2004)	我國醫療事業前進大陸設立醫院策略之研究	採質性研究，透過深度訪談、輔以次級資料，並配合研究理論，探討我國醫療事業前進大陸設立大、中、小型醫院之競爭策略。	對在大陸設立大、中、小型醫院，依其規模大小分別提出不同的市場定位及競爭策略建議。
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	採個案研究法，以台灣企業已進入、曾經進入或有意願進入大陸投資醫院、診所之機構為研究對象，從環境、策略、組織結構及績效觀點分析、歸納出進入中國大陸醫療市場之成功關鍵因素。	在環境面、策略面、結構面，分別以法令法規符合性與因應彈性、合作夥伴的選擇、股權結構與人力資源本土化等關鍵因素尤為重要。
賴俊穎(2005)	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	採文獻探討法，針對福建省五家醫療院所(多為小型診所)之投資概況、經營規模及經營決策進行研究。	經營大陸醫療院所獲利方式有二，一是高單價、高水準、高設備的經營模式；二是低單價、低成本、多單位、小而美連鎖經營方式。

註：秀傳醫院是第一波赴中國大陸考察並積極布局之醫療機構，目前已在寧波開設眼科診所，雖有意在上海籌設「國際厚生健康園區」，但至今未有進一步消息。故該研究乃透過台灣秀傳醫院之經營策略論述，推估在大陸籌設醫院之策略規劃構想。

資料來源：轉引自（李素芳，2008：36）

黃雅琳和孫智麗（2005）則是提出了台灣醫療產業結構與發展的趨勢，他們認為，現在台灣醫療產業的經營門檻與成本都逐漸提高，加上健保不斷地變革，造成

醫院經營者隨時必須調整經營策略，影響所及則是醫院的病人數量增減與獲利的高低差異。一方面醫療品質在民眾越來越注重醫療效果的推波助瀾下獲得顯著改善，但是對經營管理階層而言，隨時引進國外昂貴醫療器材和聘用人力的增加都是必須面對的經營難題。

馬英九政府在2008年上任之後，兩岸關係出現和緩的跡象，經貿議題尤其成為兩岸交流的重點。醫療產業的相關研究也開始從台灣的產業或醫療品質轉向兩岸或大陸的醫療環境、產業或通路的分析。黃淑媛（2009）從台商的角度分析影響企業在中國建構醫藥通路的因素分析，她認為在ECFA簽署之後，未來兩岸的商業活動將更為頻繁，醫療產業自然也是其一。大陸的醫療市場主要集中在國有經營的醫院，但國有醫院的各項條件複雜，並且受到中央或地方政策調整、地方主義、關係資本等因素的影響，其他外資企業想要在中國經營醫療產業必須要有相當的營銷資源才足以支撐。她也點出目前大陸醫療法令多如牛毛，同時許多法令過時，不但可能成為經營者的障礙，更是難以和大陸國營醫院相抗衡的重要關鍵，台商若欲前往投資，相關法令的熟悉程度以及和中央及地方領導的關係也是經營成功與否的關鍵。她提出許多台商未來可以因應大陸法令和醫療環境遞嬗之道。

參、醫療體制改革相關研究

時間跨越二十一世紀後，關於「兩岸醫療政策」或「醫療產業」的相關研究顯得蓬勃發展。在台灣的大學裡開始有許多碩博士從事相關醫療產業的比較研究。李嬌瑩在2001年研究中國大陸的社會保障體制下的醫療保險改革。她主要是針對中國大陸醫療改革措施的缺失問題提出檢討建議，點出了當時大陸醫療政策不夠明確同時也存在中央和地方不同調的問題。她認為雖然中國的醫療政策和上世紀相比已經有了十足的進步，但是體制紊亂仍是大陸醫療體系的一大隱憂。

林憲政（2002）以管理大師Porter的鑽石模式分析兩岸醫院競爭力。他以台灣最大的私人醫院體系-長庚醫院和上海第二醫科大學附屬瑞金醫院為例，研究著重在兩岸醫院若是以鑽石模式來檢視，所呈現出來的各項競爭力差異。林憲政的研究和本研究有若干類似之處，他採用Porter（1980）的鑽石理論檢視兩岸醫院的競爭力，同時也採取了文獻回顧、個案研究與深度訪談來進行兩個個案的研究與比較。然而他對兩個醫院的競爭力的分析只侷限在績效或獲利成果的比較，對於經營策略或建議較為缺乏，在某種程度上比較屬於各自經營成果的檢視。

除了醫院本身的研究外，也有對於生技製藥業的研究。鄭朝廣（2005）比較兩

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

岸在生技業的競爭優勢。他將研究焦點放在兩岸生技產業的發展，相關的產業經營與周邊產業發展是其關心的核心問題，他的研究成果發現生技產業裡的龍頭項目是「製藥」，製藥產業可以帶動生技周邊的相關產業，不論是在台灣或是大陸都有同樣的結果。因此在龐大的醫療產業中，製藥業始終是一個非常重要的龍頭產業，甚至可能左右一個國家的醫療政策良窳。他的研究發現台灣在製藥產業的發展上仍然領先大陸甚多，不過近年大陸也積極在製藥業進行佈局，並且和國外知名大藥廠技術合作，故而台灣的優勢還能保持多久尚難判斷。可以確定的是大陸在政府積極主導製藥產業的發展，應該很快就能提升大陸的製藥水平。

黃怡瑛（2008）則是模擬台灣醫療機構前進大陸投資，以當地客戶（消費者）的滿意度調查研究，簡而言之，黃怡瑛試圖探討台資企業去大陸投資醫療產業是否能夠符合大陸消費者的口味。她提出台灣醫療團隊以中國大陸為目標市場的三種模式：醫療旅遊、短期駐院與設立醫院的三種模式。她的研究提供了台商前進大陸的三種可能性，在不同目的下可能的獲利或遭遇的困境其論文中均有一定的呈現，台資企業可以就自身能夠承擔風險的能力來評估究竟要採取何種模式來投資。如果就投資建議而言，黃怡瑛的研究顯然提供台商赴陸投資醫療產業的不同選擇。

和前面四篇研究相比，楊仲源（2008）則是聚焦在中國大陸城鎮醫療保險制度改革及其發展研究。楊仲源的研究回溯中共在1950年代建國後從早期的醫療保障轉變為醫療保險制度的過程。他的研究指出，大陸早期醫療服務制度是免費醫療政策，企業或政府的員工都認為所有的醫療服務都是理所當然，因此對於公費醫療與勞保醫療體制的問題多不關注。楊仲源發現，由於中國大陸在1989年之前致力於國家經濟發展，人民的醫療權益因此遭到漠視，就形成了國家醫療體制遭到解構的情況。他也觀察到中國的醫療儲蓄帳戶（Medical Saving Account：MSA）和世界先進國家有所不同。MSA主要在新加坡、美國和中國大陸實施，由於中國的社會主義背景，醫療為具有公益性質的產業，他認為若是以「完全市場化」的手段推動醫療保險及醫療服務，對國內的弱勢民眾一定十分不利。因此，資本主義「一切由市場決定」的精神是否可以符合中國大陸的國情和現階段的需求有相當大的討論空間，畢竟醫療保險在某種程度上是政府照顧人民需求的重要社會福利，市場化的結果勢必排擠社會底層民眾的就醫權利。楊仲源觀察到中共建政後到21世紀試圖從事醫療保險制度改革的困境，採取先進國家的作法勢必對原有的弱勢民眾產生重大衝擊，甚至在某種程度上也是對共產體系與制度的挑戰。

中共內部不是沒有意識到醫療體制改革的重要性，這些問題的嚴重性不下於立

國的國本。蔡文佩（2009）針對中國醫療體制改革進行深入的研究，他認為大陸的醫療體制改革始於80年代，那時正值計畫經濟向市場經濟轉型之際，大陸的醫療體系開始引進市場機制，政府在醫療體系的影響力逐漸式微，但是醫療領域存在著資訊不對稱等外部性因素，市場化的結果導致藥費飆漲、醫療品質降低與醫療保障不足等問題，造成患者（消費者）必須接受「看病難、看到病又貴」的窘境。種種問題對弱勢者而言十分不利，大陸政府為解決上述問題，遂制訂一連串干預手段。蔡文佩發現，由於大陸的法規不健全，配套措施不夠完善而導致「政府失靈」（Government Failure）的現象。這個狀況可以從2003年SARS事件爆發後大陸政府在處理醫療問題上的不足看出來，事實上，在檢討SARS的問題上，中國官方首度坦承自身醫療改革的失敗，也開啟醫改領域中的兩大派系之爭：政府主導或市場主導的問題，目前在大陸仍未有最後定論。蔡文佩的研究提到，2009年中國國務院進一步推出「新醫改方案」，雖然就某種角度觀之只是一種「綱領性文件」，但是因為能夠主導中國未來的醫療改革而受到各方關注。蔡文佩以大陸醫療改革的背景為基礎，分成五大部分討論大陸21世紀的醫療改革。這五部分分別是：

- （一）釐清醫療市場不同於一般商品市場的特殊性，說明其市場失靈與政府失靈的原因；
- （二）則是從基層醫療衛生體系、醫療保障體制、藥品流通機制與公立醫院等層面來探討在不同階段的中國醫療改革歷程中所遇到的難題與相應政策；
- （三）則是接續第二部分的醫療改革分層討論，剖析中國醫療體制現況與新改革方案公布後的醫療改革發展；
- （四）則是分別陳述市場和政府醫改領域中的角力；
- （五）則是總結前面四部分的問題提出政策建議。大體而言，蔡文佩的研究有大陸醫療改革的歷史脈絡，也有若干的實證資料。她點出了大陸在法規面、政策面的矛盾和衝突，同時也看到了中央和地方、城市和鄉村的落差造成醫療改革的直接困境。這些問題不下於市場與政府間的對立，更顯示大陸作為一個十三億人口的大國在醫療改革推動上的困難。因此單就中國醫療改革歷史回顧而言，蔡文佩的研究已經有十分寶貴的貢獻與研究成果，但是如何解決前述的矛盾，該研究並未有具體的建議。

台灣醫療體系也存在著自身的問題，不論是醫療產業本身和醫療政策間始終在拔河。90年代推動的全民健保雖然給予弱勢者極佳的醫療品質和保障，但是健保的虧損和醫療資源配置失衡始終是台灣醫療體系中嚴重的問題。二十一世紀後，台灣

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

加入世界貿易組織（World Trade Organization: WTO）後也產生若干衝擊，彭彥屏（2003）研究台灣加入WTO後中醫藥面對大陸衝擊與因應策略。他從台灣的中醫教育單位、中醫師認證與考試制度、中醫藥行政管理組織和中醫醫療提供之現況與法規切入進行分析研究，採取比較研究的方式進行，提出對台灣政府和中醫學界的相關建議。他的研究方法係利用管理學中的SWOT分析，亦給予了本研究相當的啟發，因為不論是大小企業或各種產業，只要將優勢、劣勢、威脅與機會加以分析評估，便能很快找到自身的利基所在，同時可以修正存在的威脅，並利用各種機會來發揮優勢。彭彥屏的研究雖是鎖定在中醫領域，但是對於本研究亦有相當的參考價值。

張立禾（2008）則針對台資醫院在中國推廣策略的可行性分析。他舉了上海的例子發現台灣的醫療環境受到健保制度的影響，導致中小型醫院經營困難，賠本與倒閉事件時有所聞，而大陸的人民財富大增與消費能力增強連帶使得對醫療品質與需求日益提高，甚至將醫療產業列為中國第五大的明星產業，張立禾的訪談資料顯示大陸人民不會前往台資醫院就診的原因主要有三：首先是醫療費用昂貴；其次為就醫環境不熟悉；最後則是就醫的習慣差異。他認為，台資醫院應該加強宣傳與行銷，讓大陸人民瞭解台資醫院的特性和優點，同時可以加強患者對醫院的信心進而改變醫療習慣。

和本研究有類似研究取向的尚有李素芳（2008）的研究。她以湖南旺旺醫院作為個案進行分析研究。旺旺醫院的特別之處在於它本身過去並未經營相關產業，只有經營食品業成功的經驗。但是這家由台資與外資共同投資的大型綜合醫院是台商第一家興建完成且正式營運的醫療機構。李素芳將旺旺醫院的個案作為該研究分析的重點，主要分析該院的經營策略、中國大陸醫療衛生市場、產業環境及相關政策法令。她的研究圍繞在旺旺醫院，雖然題材新穎，但因台資醫院現在在大陸投資的型態日廣，並未能呈現所有台資醫院的投資樣態。

其中值得注意的是蔡文佩對於大陸醫療改革的相關研究，因為中國幅員廣大，法規與政策往往會有矛盾或混亂的情形，醫療市場更和政府可能存在對立的問題，大陸從中央到地方的醫療保險又有存在不小的差異，雖然近年中國政府致力全國民眾一體適用的醫保制度，但是要將13億人口全部含入，確實有其困難性，這也顯示研究中國衛生政策也會存在地方差異的問題，很難全面，也很難深入。

肆、醫療費用影響因素文獻分析

影響醫療產業的總體發展因素很多，有學者以總體醫療費用的影響因素加以分析。²⁸ 醫療費用的影響因素區分為疾病發生率、文化人口學的因素及經濟因素。孫智麗和李卓倫（2006）認為國家總體醫療費用不但會隨著國民所得的增加而增加，而且總體醫療費用的成長率會比國民所得的成長率多出 3%。也有分析顯示醫療費用的變動幅度小於國民所得的變動幅度，對於醫院經營者而言，若是在經濟不景氣時可以有更多的緩衝時間進行調整。²⁹

一、文化人口因素

「人」是使用醫療資源的主體，一個國家究竟會使用或需要使用多少醫療資源，不單單和人口數量或規模有關係，在學術上的討論則是用「文化人口因素」來考慮。文化人口因素可以包括性別、年齡、婚姻狀態、家庭人口數、教育程度等。這些當然是決定醫療費用的重要因素。不過這些因素通常無法在短期之內改變，例如「人口老化」通常是解釋醫療費用上漲的因素，但是有學者認為，緩慢的人口老化實在很難解釋快速的醫療費用上漲。³⁰ 不過我們若是從另一個角度來思考：人口老化只是意味「平均餘命」的增加，並不代表對醫療的需求會減緩，在某種程度上而言，老人因為年紀變大，得到慢性疾病的機率增加很多，這些都需要長期服用藥物，而長期服用藥物的結果變成大量使用醫療資源，先進藥物的使用又使人們餘命增加，於是就更大量佔用醫療資源。如此不斷循環下去，人口老化然後醫療需求增加，最後導致更多醫療資源的擴充與佔用³¹。孫智麗和李卓倫（2006）的研究指出，曾有跨國性的研究利用 1960-1988 年 20 個國家的資料分析顯示醫療費用增加與人口老化有顯著相關，但是當所得與其他趨勢變項加以控制之後，年齡結構與醫療花費不再有顯著相關性。年齡結構會影響一個國家之內醫療花費的分佈，但比較不會影響該國可用的醫療經費的總額。³²

²⁸ 資料來源同註釋 23。

²⁹ 醫療費用的成長比國民所得成長率高的原因在於所得增加，人們更重視對於自身健康的重視。（孫智麗和李卓倫，2006）

³⁰ 資料來源同註 26。

³¹ 這部分的資料仍有待數據來證明，只是目前按照經驗法則，老年人口的增加自然持續對醫療資源的需求等量成長，甚至使用量會比年輕族群要高上許多，當老年化人口時代來臨，這樣的醫療需求會越來越顯著，世界先進國家如日本的醫療政策或資源配置都開始加強此一族群的需要。

³² 參考資料來源同註 26。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

二、疾病發生率

「疾病發生率」是解釋醫療費用的第二個因素，或者可以用健康需要或健康狀態來做為代表概念。在世界銀行的研究報告（2011）中，肯亞、奈及利亞和印度的平均餘命為 49-59 歲，新生兒死亡率為千分之 6.7-9.0，這些國家每人每年的醫療花費只有 9-21 美元，占國內生產毛額的 2.7-6.0%。先進國家如美國、德國和日本，平均餘命為 76-79 歲，新生兒的死亡率為千分之 0.5-0.9，然而這些國家每人每年的健康花費為 1511~2763 美元，占國內生產毛額約 9-11%，其中又以美國高達 17.4%。³³詳見圖 2-1。

在個體層級的分析中，醫療花費絕大部分能由個人狀態所解釋，但在總體層級健康狀態完全無法解釋不同國家的醫療費用差異。根據世界銀行 2010 年的數據指出，世界先進國家或高所得者平均每人健康照護花費在 2860 美元，每千人口擁有 3.7 位醫師和 11.2 張病床，平均預期壽命為 78.5 歲。但是同時位在非洲撒哈拉沙漠低所得國家平均每人健康照護花費約 16 美元，每千人只有 0.15 位醫師和 1.56 張病床，平均預期壽命為 53.5 歲。³⁴

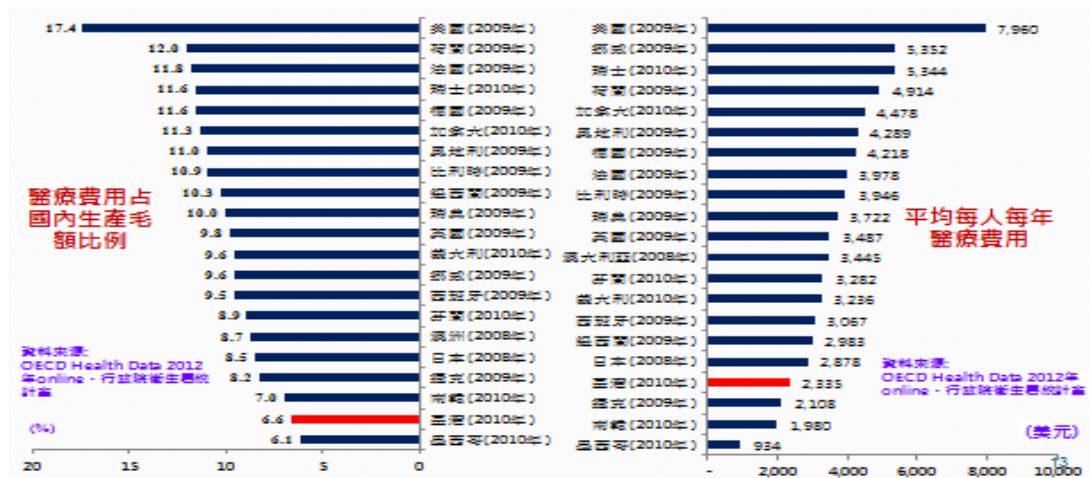


圖 2-1 我國醫療費用與世界主要國家之比較

資料來源：行政院衛生署（2012）

事實上，醫療產業包括硬體的醫療器材和軟體的醫療服務業，是近年來我國

³³ 願意花費或投資在醫療費用上代表他們重視自身的健康，花得越多表示越重視。如果假設疾病的發生率都是一樣的話，那麼願意花費金錢來使得疾病痊癒的人顯然會比不願意花錢的人要容易康復，連帶使得平均餘命有增加的可能。但是疾病發生率可能會體質或總體環境的衛生條件有關，通常的情況是落後國家衛生條件不好，導致疾病發生率很高，而在發病後，他們又不願意或無法取得醫療資源來幫助他們康復，因此就必須花更多的時間或可能導致新的疾病發生，於是平均餘命就因此縮短，和先進國家的距離也越拉越遠。

³⁴ 世界銀行年鑑，2011。

持續維持兩位數高成長的產業之一。台灣以擁有優質的醫療人才、先進技術及親切服務著稱。醫療器材業從 2003 年 11.6 億美元成長到 2008 年的 16.9 億美元，³⁵ 是逆勢成長的產業，未來和醫療服務業等結盟，形成產業聚落，將能創造更多的附加價值；醫療服務業可以結合觀光旅遊、美食、教育訓練等，規劃精緻套裝行程，將成為最具競爭力的產業，政府目前也正全力輔導醫療服務業走出去，將台灣定位為「亞洲健檢中心」，帶領業界向全球推廣，大陸相對台灣而言因具有語言優勢性，更是被鎖定的優先市場。然而大陸醫療環境是否成熟？大陸醫療產業投資風險如何評估？都是大家關心的焦點。

本研究試圖以進入策略分析與五力競爭模型及 SWOT 分析等理論來探討並建構研究架構，導入探索兩岸醫療產業之歷史發展、互動交流與經營前景，包括法令規章、市場機制、醫療水平、經營策略、資源經費、健保給付、社會福利等各項因不同制度而產生的問題，同時探討政府體制內形成政策的規則與權力結構，運用策略性評估方式，發現台灣問題之所在，預期將從醫療產業對外投資的風險評估中研究探討出開放醫療產業登陸發展的政策模式，作為未來兩岸醫界自處與因應之道。

第二節 Porter 五力競爭模型

一個產業競爭程度的大小，取決於產業現有的結構，因為其深深地影響企業之間的競爭方式，也決定了企業所能運用的策略手段。Porter（1980）在《Competitive Strategy》競爭策略一書中指出：將企業本身置於產業現況中考慮，藉以分析企業在該產業環境中的競爭力，是擬定競爭策略時非常重要的事。其所提出之五力分析模型，如圖2-2 所示。此五力是指：

- 一、在同一產業中，現有企業競爭者的敵對程度。
- 二、供應商的議價能力。
- 三、購買者的議價能力。
- 四、潛在及新加入競爭者的威脅；
- 五、替代品的威脅。

³⁵ 中國衛生部，2011，《2011 全國衛生統計年鑑》。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

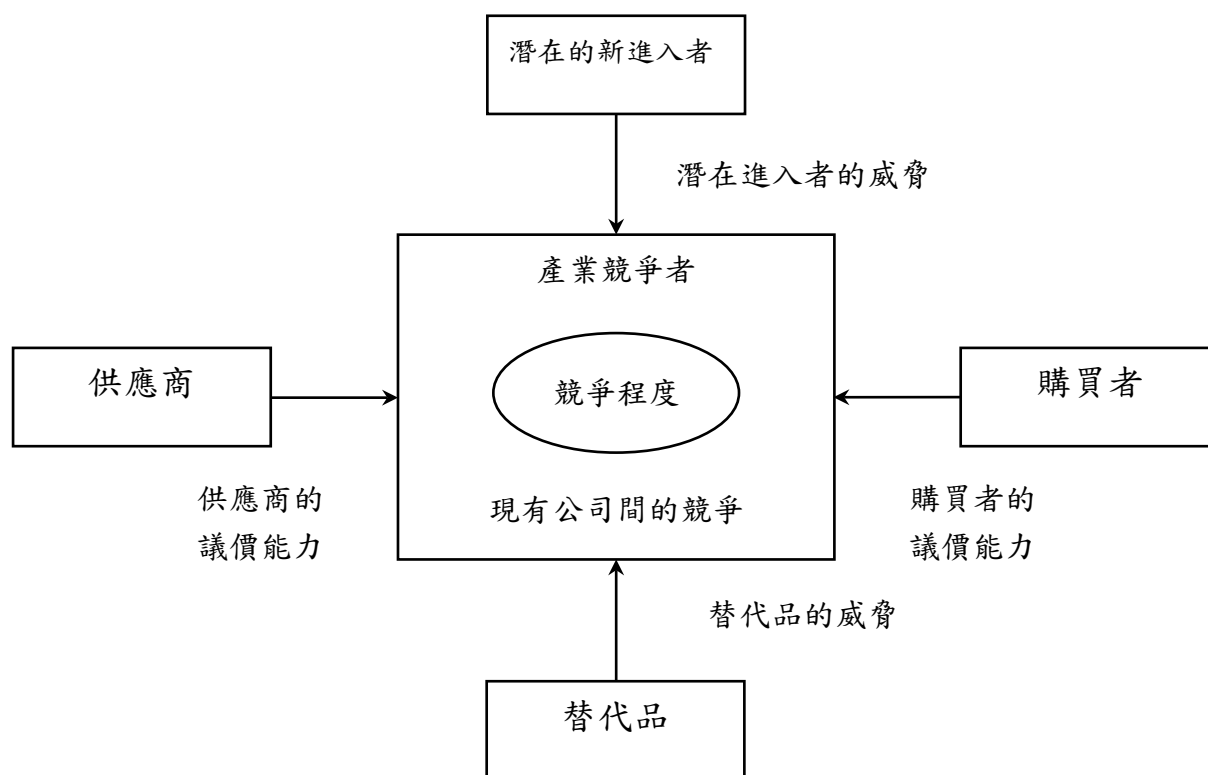


圖2-2 Porter 之五力分析模型

資料來源：(Porter, 1980)

這五種競爭力決定產業的競爭態勢，也決定該產業未來的獲利能力。因此，企業透過五力分析可正確了解自己本身的競爭優勢，藉以改變或扭轉態勢，並擬定最符合企業的最佳競爭策略。此五種作用強弱的產業結構因素，如表2-3 所示。

表 2-2 影響五力競爭之產業結構因素

進入障礙 決定因素	競爭強度 決定因素	替代品威脅性 決定因素	購買者議價力決定 因素	供應商議價力決定 因素
規模經濟	競爭者多寡	替代品的價格 /功能比	購買者集中度與廠 商集中度	投入資源的差異 化
產品差異性	產業成長	轉換成本	購買者採購量	供應商與產業中 廠商的轉換成本
品牌認知	固定(庫存)成本 /附加價值	購買者對替代 品的使用傾向	購買者相對於廠商 轉換成本	投入資源的替代 品
轉換成本	非連續性的產能 過剩		購買者資訊向後整 合能力	供應商集中度
資金需求	產品差異		替代品需求拉力	供應規模的重要

進入障礙 決定因素	競爭強度 決定因素	替代品威脅性 決定因素	購買者議價力決定 因素	供應商議價力決 定因素
				性
通路的取得	品牌認知		價格/總採購額	相對於產業總採 購的成本
對成本優勢	轉換成本		產品差異性	投入資源對成本 與差異化的衝擊
政府政策	集中與平衡		品質/性能的衝擊	向前整合的威脅 相對於產業中廠 商向後整合的威 脅
預期的報酬	資訊的複雜性		購買者的利潤	
	競爭者的多元性		決策者的誘因	
	企業利害關係人			
	策略性風險考量			
	退出障礙			

資料來源：(Porter, 1980: 221)

第三節 SWOT 分析

Mintzberg (1991) 曾提出策略管理程序，分成五個部分，分別是 (1) 企業使命 (Mission) 與主要目標 (Major Goal) 的選擇；(2) 分析外部環境，以找出機會 (Opportunities) 與威脅 (Threats)；(3) 分析內部運作環境，以找出優勢 (Strengths) 與劣勢 (Weaknesses)；(4) 策略選擇；(5) 策略的執行。當分析組織的內部與外部環境，並依此而選擇一個適當的組織結構與控制系統，使組織所選定的策略能夠實行，此即是策略執行 (Strategy implementation)。上述 (2) (3) 的工作內容一般均稱為 SWOT 分析。

基本上，SWOT 分析方法：即優勢 (Strengths)、劣勢 (Weakness)、機會 (Opportunities) 和威脅 (Threats) 分析，它是基於企業自身的實力，對比競爭對手，並分析企業外部環境變化影響可能對企業帶來的機會與企業面臨的挑戰，進而制定企業最佳戰略的方法。其涵義見表 2-4。SWOT 分析實際上是將對企業內外部條件各方面內容進行綜合和概括，進而分析企業的優劣勢、面臨的機會和威脅的一種方法。其中，優劣勢分析主要是著眼於企業自身的實力及其與競爭對手的比較，而機會和威脅分析將注意力放在外部環境的變化及對企業的可能影響上，但是，外部環境的同一變化給具有不同資源和能力的企業帶來的機會與威脅卻可能完全不同，因此，兩者之間又有緊密的聯繫。

表 2-3 SWOT 示意表

企業內部條件	優勢 Strengths	劣勢 Weakness
企業外部環境	機會 Opportunities	威脅 Threats

資料來源：作者自行繪製

企業戰略選擇：

根據企業優勢劣勢分析和機會威脅分析，可以畫出 SWOT 分析圖，並據此制定企業相應所需採取的策略。如圖 2-3 所示。

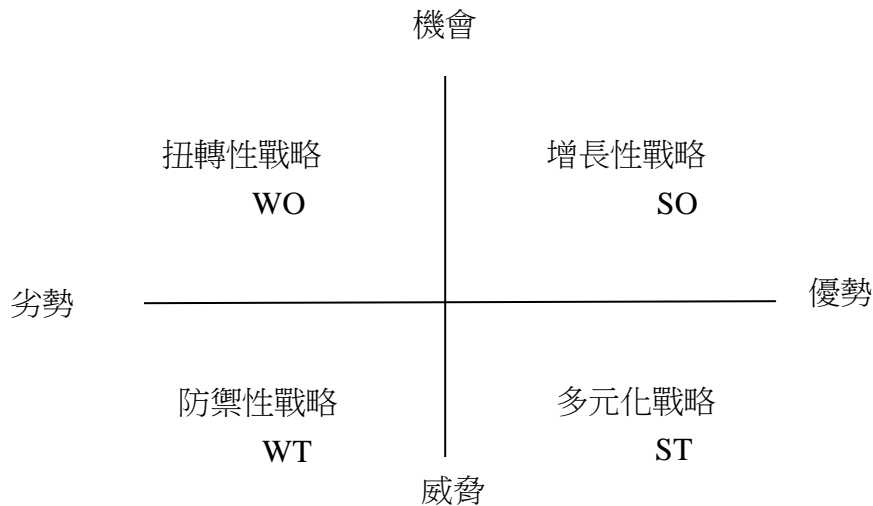


圖2-3 企業SWOT分析圖

資料來源：作者自繪

SWOT 分析圖劃分為四個象限，根據企業所有的不同位置，應採取不同的戰略。SWOT 分析圖提供了 4 種戰略選擇。在右上角的企業擁有強大的內部優勢和眾多的機會，企業應採取增加投資、擴大生產、提高生產佔有率的增長性戰略。在右下角的企業儘管具有較大的內部優勢，但必須面臨嚴峻的外部挑戰，應利用企業自身優勢，開展多元化經營，避免或降低外部威脅的打擊，分散風險，尋找新的發展機會。處於左上角的企業，面臨外部機會，但自身內部缺乏條件，應採取扭轉性戰略，改變企業內部的不利條件。處於左下角的企業既面臨外部威脅，自身條件也存在問題，應採取防禦性戰略，避開威脅，消除劣勢。SWOT 分析運用在本研究上則可以作為台資企業評估自身條件的重要參考。例如，本身從事醫療產業也從事其他產業的台塑集團，其先站穩了石化產業，在聚積大量財富之後成為投資國內長庚醫療體系的基礎，而國內長庚醫療體系建立後又成為海外長庚的建立模式，如此以金錢幫助集團其他企業，在國外複製國內經驗的模式便是台塑集團十分重要的發展利基，也是台塑集團在 SWOT 分析中十分重要的優勢基礎。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

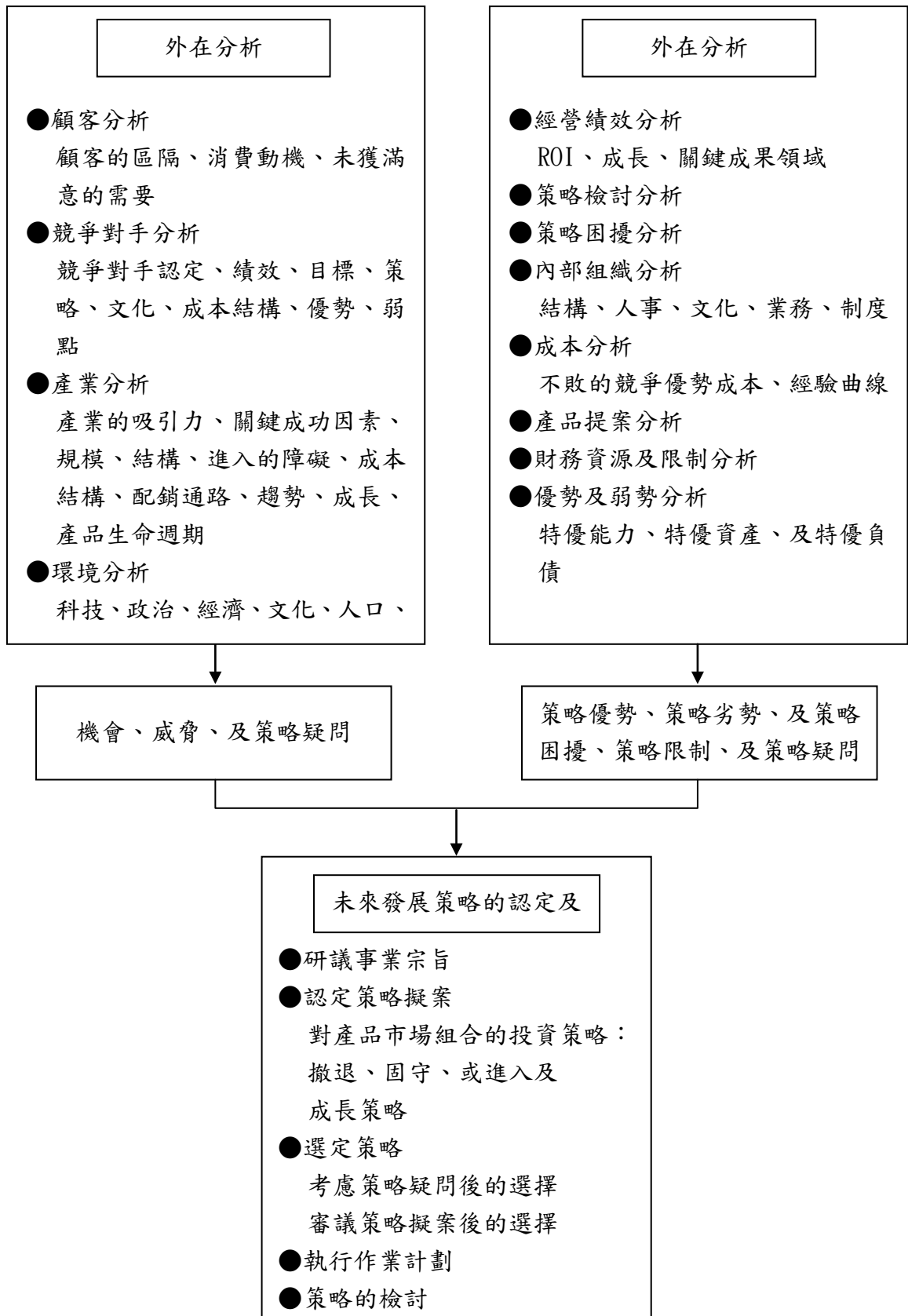


圖2-4策略市場管理的構成概要

資料來源：(Aaker, 1986)

第四節 跨國直接投資經濟理論

由於中國大陸的醫療體系有九成以上是由國家或政黨所主導的公立醫院體系，在政策上享受極好的租稅補貼政策、公務補助等優勢，在經濟學上這屬於不完全競爭市場的型態，即使投資方在母國具有獨特的生產技術、行銷策略與商標所有權等各項優勢，其移轉至中國大陸仍然可能無法取得絕對優勢。同時目前中國大陸對於外資的投資門檻限制為單一醫療機構2000萬人民幣，許多中小型醫療診所根本不可能赴陸投資。台資赴陸當然也屬於跨國投資的一種，如何利用自身的優勢來登陸投資是台資企業的重要考量。在經濟學的理论中，從競爭市場的角度觀察，相關的理论有「完全競爭市場假說」、「不完全競爭市場假說」、「網路理論」與「不平衡理論」等四類，其中完全競爭市場假說亦可從「國際貿易理論」的角度觀之，可以分為：

- 一、絕對利益理論
- 二、比較利益理論
- 三、要素稟賦理論

至於不完全競爭市場假說則區分為：

- 一、產業組織理論(含壟斷優勢理論、寡佔反應理論與產品生命週期理論等三類)
- 二、投資報酬差異理論
- 三、廠商成長理論(含交易成本理論與內部化理論兩類)
- 四、區位理論：

(一) 規模經濟

現代區位理論重點描述產業集聚現象，指出“規模經濟”是其最大的競爭力來源。由於數量可觀的企業集聚在一起形成了產業鏈條，造成了很大的規模經濟，這種規模經濟能最大限度的降低成本、提高效率，並形成相關產業的核心競爭優勢。

(二) 外部性(或譯「外部效益」，externality)

所謂外部性可以這樣解釋：在最先進入集聚地點的企業，不可能數量很多，可能是一二家、也可能是三四家。大多數企業是以後陸續進入的。那麼先進入的企業對後來者會產生什麼作用呢?根據上述學者的研究成果，先來的企業會給後到的企業創造了基礎設施、勞動力市場、中間產品、原材料的供應渠道、專業知識的擴散等等正面的外部效益(或稱正面的外部性、Positive externality)。

(三) 向心力或離心力(集中力或分散力)

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

上述的正面的外部性顯然還產生對相關企業的吸引力(或叫做向心力、集中力)，使產業集聚地點吸引更多的相關企業進入。進入的企業越多，規模經濟就越大、效率就越高。但事物的發展就離不開一個“度”的問題，企業過密、過多，就會使投資環境惡化，產生諸如交通、污染、噪音等等問題，使產業集群的規模經濟效益下降，於是吸引力變成了離心力、分散力，使相關企業向產業集聚地點的外圍邊緣擴散，直到兩種力量相對平衡為止。

(四) 區位競爭(Location Competition)

本研究認為，與向心力、離心力的兩力模型相比，區位競爭的概念，也是現代區位理論的核心內容之一。以往的區位理論，大多局限在區位主體(一般指相關企業)如何根據現有條件選擇投資設廠的地點(即區位選擇問題)，而忽略了地區主體(即有意吸引投資的土地所有人，包括政府機構)如何改善投資環境與潛在對手開展積極的區位競爭，力爭本地區成為集聚性投資行為的首選地點，以造福當地人民。除了上述重要內容之外，現代區位理論還在延伸產業的支撐作用、自然資源、運輸成本、跨國公司投資、社會文化及政策因素(企業家精神、歷史文化傳統、體制架構、政府政策)對區位的影響方面也開拓出相當豐富的研究成果。

五、折衷理論

當台資企業前往大陸進行直接投資策略擬定時，一般會先評估中國大陸的政治、經濟、文化與各類生產要素相關成本等因素。根據Dunning所提出的折衷理論，當跨國企業進行海外投資時，必須具備三項條件才能與投資國當地的企業進行競爭，這三項條件分別是經濟投資規模、生產資源優勢與所有權優勢和內部化優勢。兩岸在2010年6月29日已經簽署了兩岸經濟合作架構協議(ECFA)，大陸政府基於政治因素，對於台灣、香港和澳門地區大量釋出經濟投資上的各項優惠政策，未來台資企業在大陸進行投資所受到的各項保護，在立足點上已經具有一定所有權的優勢。另外，赴大陸投資醫療體系的各家醫院，若能彼此間協同合作發展，將可以在短期內獲得有利的「區位優勢」。

六、進入模式

Root (1987)認為若以經濟學家的觀點，企業進入海外市場的方式有兩種：

- (一) 在生產基地生產，再將產品出口至目標國家。
- (二) 將技術、資本、人力資源及企業外移至目標國家，進而與當地資源結合以

共同生產銷售。

若從管理/營運的觀點來看，可將上述的兩種類行進一步分成三種進入模式，亦即：

- (一) 出口。
- (二) 契約方式。
- (三) 投資方式。

每一種進入模式將提供國際企業不同的成本與效益。根據前述內容可以整理進入模式的分類方式，詳見表 5-2 Root 對進入模式分類表。

表 2-4 Root 對進入模式分類表

類型	方式
出口方式	1. 間接出口 2. 直接出口-透過代理商與配銷商 3. 直接出口-透過分銷點或子公司 4. 其他方式
契約方式	1. 授權 2. 特許 3. 技術協定 4. 服務契約 5. 管理契約 6. 工程/轉鑰契約 7. 契約製造 8. 聯合生產協定 9. 其他方式
投資方式	1. 獨資-新創公司 2. 獨資-購併其他公司 3. 合資-新創公司/購併 4. 其他方式

資料來源：(Root, 1987: 183)

第五節 小結

本章主要針對和本研究相關的研究及理論進行回顧與建構，以便作為後續分析的材料。過去針對醫療產業分析的研究其實十分有限，尤其從台商角度研究大陸醫療產業的更是有限。本研究的目的希望突破過去研究者僅研究少數或單一個案，而是希望將三種不同類型的醫院背景型態直接放到一個研究項下來進行比較，同時也希望藉著不同樣態的台資醫院，比較它們之間的差異性。

本研究運用進入策略與五力模型，同時也運用跨國直接投資理論，進一步分析本研究三個個案的利基所在、劣勢問題，透過這些分析可以找到台資醫院的優點與缺點，如果在先天選址或環境地理位置出了問題，仍然可以透過其他策略進行產業調整。這些登陸投資醫療產業的台資企業基本上多屬2000年前後進入大陸，已經不像過去早期台商採取外資的型態進入，多半光明正大以台資名義進入，同時也不會隱名投資，因此，他們所面對的環境既要和國際醫院爭，也要和國營醫院爭，甚至還有其他的台資醫院相互競爭。台商是否具備經濟投資規模、生產資源優勢與所有權優勢和內部化優勢是本研究後續分析的重點，藉由跨國直接投資經濟理論亦可找到屬於台資醫院的區位優勢。本章的重點在於找到適合本研究的相關分析理論，並且藉由前沿研究的分析進入更高層次的理論探究。

過去對醫療產業的研究多限於點，頂多到面，很少能夠有點線面均有涉獵。原因在於醫療產業的相關研究進入門檻較高，資料不容易取得，同時也有比較上的困難。若是要進行中國醫療的研究更是困難，一方面是規模太大，其次是資料取得的困難，不論從點或線都是困境。

本章的理論鋪陳主要為建構第五章與第六章的理論應用，第一章所提及的SWOT分析在管理學上已經被廣泛應用，因此本研究採取名詞界定的方式處理，進入策略與五力模型雖然也是管理學的範疇，但是本研究的理論架構需要兩者作為重要的支撐基礎，故在本章節處理，並且針對本研究的三個個案進行更進一步的分析與探討。

第三章 台灣醫療體系發展與分析

一個國家的醫療產業興盛與否關係著一國的醫療水準，尤其醫療產業周邊所帶動的產值增長更是推動一國經濟成長的關鍵之一；和其相關產業包括傳統的醫院產業、製藥產業及新興的生技產業等。若將醫療保健總費用視為醫療產業的產值（主要營收來源），2011年台灣的醫療產值達到9,000億元，占同年GDP的7%。其中又以醫院產值的3,680億元為最大，約占醫療總產值的四成，由此可見醫療產業對於台灣的重要性，另一方面則是顯現醫院產業在醫療市場的重要性。³⁵

第一節 台灣醫療體系發展歷史

台灣近代醫療體系的建立可以回推至日治時代，當時日本為長期發展在亞東地區的利益，因此對於台灣地區的農業發展與醫療方面都十分關注，不僅鼓勵日籍醫師來台，也鼓勵台灣人唸醫學。日治時代結束，國民政府來台後經過數十年的發展，才奠定台灣今日的醫療產業與體系的規模。

壹、日治時代

台灣的醫療體系在過去日治時期有相當的時日並不健全，日本領台之初，雖然鼓勵日本人醫師來台灣行醫，但聽聞台灣乃瘴癘之地便裹足不前，除了少數在軍公機關服務者外，幾乎無人問津。後來統治當局終於覺悟必須培育本地人醫師，先是於1897年4月12日，在台北病院內設醫學講習所，之後於1899年2月20日升格為醫學校，五年制專收台灣人，全部住校，醫學專門部一直都是教育中心所在。有了醫學校，繼之需要學生實習的教學醫院，學生在台北醫院實習應該是天經地義的事，孰料台北醫院就醫的病患多是日本人高官顯達或特權仕紳，統治者優越心態擺得很高，認為台灣人是「土人」，根本不理睬台灣人醫學校學生，完全不肯合作，醫學教育遇到嚴重障礙。當時唯一的辦法是另建「平民醫院」，以慈善性服務吸收低收入的台灣老百姓作為台灣人醫學生的實習教學醫院。主要醫事人員由台北醫院支援，完全定位在教學醫院的原則之下達成協議，

³⁵ 「醫院」是一個在醫療體系當中極為重要的一環，集合了醫學和藥學領域的所有資源，一個醫院也是完整醫療體系的一環，因此，若說醫療體系以醫院為中心，一點也不為過。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

1904年，正式名稱是「日本赤十字社台灣支部病院」，圈內人簡稱「日赤醫院」。³⁶台北市立中興醫院的前身「赤十字病院」的原始名稱一直沿用到1943年才改為「台北赤十字醫院」，1945年戰後改為「國立台灣大學醫學院第二附屬醫院」，1947年改隸稱為「台灣省立台北醫院」。總之日本領台頭十年之內，首因台灣衛生環境惡劣，軍民病患者眾，為實際需要設立「台灣病院」（台大醫院起源），再為培育台灣人醫師而設立「醫科學校」，又再為台灣人醫學生的教學實習需要創設「赤十字病院」。雖各有不盡相同的定位，三個流系一開始即具有不尋常的因果關係。³⁷

另外，日本人於1895年開始統治台灣後，開始在醫療體系內設立公立醫院。不過這些醫院並非憑空建立，日本人利用過去西方傳教士為主體的北台灣加拿大籍馬偕牧師（Rev. George Les Lie Mackay）創辦的淡水馬偕醫院、中台灣英國基督教長老會蘭大衛醫師（David Landsbouough, M. D.）所創辦的彰化基督教醫院及南台灣英國基督教長老會麥斯威爾（James L. Maxwell）醫師創建的台灣新樓醫院等主要教會醫療系統醫院，這也是台灣近代醫療體系建立的重要基礎，同時也為後來國民政府來台後打下十分關鍵的醫療衛生體系。³⁸

貳、二戰後至國民政府來台初期

1945年（日本昭和20年，民國34年），台灣光復，在日本台籍醫師與醫學生相繼回台，台北帝大醫學部附屬醫院改稱為國立台灣大學醫學院第一附屬醫院，杜聰明為首任院長，台北赤十字醫院改為第二附屬醫院。1948年（民國37年）4月7日世界衛生組織（WHO）正式成立，台灣為發起國之一。基本上，二戰以後，原日本殖民時代的12所府立醫院改隸為台灣省政府衛生處，並均更名為台灣省立醫院。1949年，中華農村復興聯合會遷台，利用美援加強醫療保健服務、急性傳染病防治、婦幼衛生與家庭計劃等。同時，國民政府為配合人口分佈及均衡醫療資源，開始廣設公立醫院，例如屬於國防部管理之軍醫院系統、隸屬行政院退輔會的榮民醫院系統、教育部的公立學校醫院，如台灣大學醫學院附設醫院、成功大學醫學院附設醫院、台北護理學院附設婦幼醫院，行政院所屬公營事業機構附設醫院（交通部郵政總局所屬的郵政醫院與國防部軍備局中山科學研究

³⁶「日治時期的台灣醫療史」，<http://www.drkao.com/library/9/chap1-2.htm>，檢索日期：2012年04月13日。

³⁷ 同前註。

³⁸ 資料來源同註釋36。

院附設石園醫院)、行政院衛生署醫院(原台灣省立醫院系統)、地方政府醫院體系,例如基隆市立醫院、台北縣立醫院、台北縣立慢性病防制院、台中市立復健醫院、台中市立老人醫療保健醫院、彰化縣立醫院、台南市立醫院、高雄縣立岡山醫院、高雄縣立鳳山醫院及金門縣立醫院、連江縣馬祖醫院等。

國民政府播遷來台之際,不僅各項民生物資缺乏,醫療資源也相當匱乏。從清朝末年到日治時期開始,台灣最早的醫療院所是由教會所建立,在台灣經濟好轉之後,公立醫院普遍在各地設立,過去的教會醫院仍然承擔了照護民眾健康的責任。前述日治時期的醫院體系包括基督教會所設立的台南新樓醫院、台北馬偕醫院與彰化基督教醫院。在國民政府執政後,教會醫院持續擴大,其中規模較大的有基督教臨安息會台安醫院、基督教門諾會醫院、羅東聖母醫院、虎尾天主教若瑟醫院、桃園聖保祿醫院及嘉義天主教聖馬爾定醫院等。除了教會體系的醫院外,70年代開始,私人財團開始進入台灣醫療市場,規模逐漸超過這些教會體系醫院,甚至也超過部分公立醫院的規模,其中最著名的便是台塑集團在1976年設立了長庚醫院台北院區,之後陸續在全台各地設立分院。

參、蓬勃發展時期

國民政府於1949年來台後逐漸意識要深耕台灣,但由於50-60年代,物資普遍缺乏,經濟仍待發展,因此,醫療政策並不被視為國家發展中重要的一環,當時主要的問題不在醫療而在衛生。葉永文(2004)認為相較於1970年代以前,國家對醫療體系所採行的戰後整建和自由放任之鬆散情景,1970年代以後便逐漸呈現出國家與醫療體系的緊密關係,江東亮(1999)則是認為自1970年起,關於國家對醫師人力和醫院產業的政策發展便已經進入了擴張期。另外,李玉春(1998)則指出1971年後的台灣醫療政策已經邁入了「醫療資源發展期」,亦即政府部門意圖整合國家整體醫療資源並進行重新分配與利用。陳永興(1997)亦將台灣醫療發展以分期進行說明從1972年起係進入了「蓬勃發展期」,此時的醫療政策逐漸明確且有效整合資源。張苙雲(2001)更以國家與醫療關係來強調從1976年開始,台灣的醫療體系早已屬於「國家強力主導時期」。從以上的研究可以解讀在1970年代後,國民政府自知反攻大陸無望,開始將政經體制轉向台灣化,醫療體系及相關政策也被納入國家實質統治的一環,經過70-80年代的努力,1980年開始,台灣的醫療政策已經可以某種程度整合醫療資源,更進一步建構完善的醫療體系。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

1975 年，台灣的醫療政策邁進一項新的里程碑，政府頒訂了醫師法，行政院宣告後立即獲得各界的重視，也被視為是台灣醫療政策的重要項目，根據 1985 年衛生署之統計資料顯示，1971 年至 1984 年的醫院診所數目從 7,107 間增加為 12,103 間（楊志良等，1988），這一段醫療產業蓬勃發展的時期可以視為醫療政策執行的結果，事實上，醫療政策是執行醫療服務的依據，是歸屬國家統治技術的一項重要構成，陳端容（1989）認為因為國家提供醫療服務的最主要動機在於支持國家政權的合法性，不過當時因為台灣仍然缺乏資源，醫療政策的重點在於解決醫療人力不足的問題，而且台灣當時的產業仍以第一級產業為主，因此衛生署提出的加強農村醫療保健計畫即在修建、重建及充實基層醫療單位的設備，重點內容包括建立完善的醫療保健服務網、充實各醫療院所的設施與增加醫療保健人員的編制、培養和再教育，根據胡惠德（1979）的估計，當時政府一共動用了 11 億 7 千多萬經費，並增加了 3 千多名員額編制，以填補所需的醫療人力。

此外，「群體醫療執業中心計畫」是改善當時基層衛生所功能的一項醫療政策。最重要的目的在利用與充實鄉鎮衛生所及其醫療設備，同時也保留八成淨收入以類似公設民營的方式，做為吸引醫療人員主動提供當地居民基本醫療照顧的手段，另外，當時政府也提出省立醫院業務改進計畫，這是作為改善省市立醫院功能的一項醫療政策，並且在修正省市立醫院管理及人事制度、加強教學進修、研究及提高醫師待遇，同時亦比照群醫中心保留 80% 淨盈餘做為獎勵金，希望可以用來網羅優秀醫師人才以提高醫療服務品質。

總結台灣政府 80 年代的醫療政策主要目的在於改善醫療人力為其主要政策目標，同時對縮短城鄉之醫療差距也產生重要的影響效果。尤其是群體醫療執業中心計畫，陳端容（1989）認為該計畫可以說是政府大幅度介入醫療資源發展的第一步，更重要的考量在於均衡區域間不平衡的醫療資源與發展水準。簡言之，此時期的醫療政策重點在於解決醫療資源分佈不均的問題。

80 年代的醫療政策重點在於建立台灣地區「醫療網綱領」中，總則的第 1 條開宗明義提及為均衡發展醫療服務而訂定此綱領，政策目標在於整合台灣醫療體系並建立分及醫療和轉診制度，以避免醫療資源的浪費而能進一步提高各地的醫療品質。因此醫療網計畫是一項攸關台灣醫療資源分佈的大型醫療政策，同時也象徵國家大規模地介入醫療體系的起始。從另外一個角度觀之，此項醫療政策能夠在某種程度上解決區域分配不平等所可能引發的政治危機，這是 80 年代最重要的政治考量之一。國家力量對醫療體系的介入，在 1986 年的醫療法被公布

施行後便得到法源上的依據。因此，吾人可以將此時醫療政策的重點放在醫療網與醫療法的修正等兩項重點項目上。

賦予醫療政策推動基礎的當屬醫療法，醫療法草案早在 1960 年就擬定醫療法草案，直至 1971 年衛生署成立後並配合未來新醫師法的施行，不過當時台灣的醫療產業尚未發展完備，因此只以修正的醫院診所管理規則來作為管理醫療機構中之相關行政作用的政策法規，同時隨著醫療人力的補充與醫療產業的漸趨完備，讓台灣在 80 年代的醫療政策進入了醫療體系的整合時期。1986 年，當時行政院為呼應世界衛生組織所提出的「公元 2000 年全人類均能享有健康」的宣誓，順勢裁示台灣將於 2000 年實施全民健保，與此相對應的是同年年底的立委選舉中相關醫療保健之政見提出率高達 52.8%，其中健保部分即高達 44.3%（魏中仁、楊志良，1997：438-39），甚至成為所有政見中排行第 2 的政見訴求。³⁹

90 年代，台灣的醫療政策重點在於資源的整合與保險的擘劃。1992 年衛生署快速完成全民健康保險法（草案）及中央健康保險局組織條例（草案），但該年立委選舉中要求健保提前實施的政見卻明顯減少，足見部分保留與質疑聲浪已經出現。如果回歸中華民國憲法，在憲法本文中第 155 條規定：「國家為謀求社會福利，應普遍實施社會保險制度，人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予適當之扶助救濟。」第 157 條也規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業與公醫制度。」從 1992 年的憲法增修條文更能看出台灣政府對醫療政策與保險的重視，因為在內容中名列：「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。」當時也有學者認為台灣醫療衛生保健體系將逐步進入到「醫療社會化」的年代。⁴⁰

對照 90 年代台灣官方的作法，在 1991 年時，行政院衛生署長對台灣醫療衛生制度的展望即指出「為因應未來社會結構的改變及特殊醫療保健需求，衛生署已擬定各項重要之策略，包括加速推動醫療網計畫、全民健康保險規劃計畫、推展衛生保健服務、發展醫療資訊網計畫等措施，並已列入國家建設六年計畫積極推動，以迎接全民健康保險時代的來臨。」⁴¹

³⁹ 立委選舉也搭上這一波醫療社會化、保險全民化的訴求，根據斐晉國（1996a）的研究，從 1969 年開始，在立委選舉中提出健保政見數的只有 2 件，到了 1995 年，健保政見數激增為 156 件，成長 78 倍。（斐晉國，1996：72-84）

⁴⁰ 醫療原本是個人對於自身問題尋求解決之道，每人對醫療的需求差異頗大，台灣政府在 80 年代將醫療體系與保險和人民進行連結，不僅串起人民和醫療間的緊密關係，也整合了社會資源。（楊漢淙，1994：301-9）

⁴¹ 關於 90 年代的醫療政策與醫療網的建置，當時的衛生署長張博雅有如此的說明：「全國醫療

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

肆、改革時期（全民健保時期）

台灣早期社會保險制度有公保、勞保與農保等兩大體系，公保、勞保與農保分別在 1958、1950、1989 年開辦。在舊有的醫療保險體制下發現有明顯的缺失與缺少部分負擔的設計，如此也使得被保險人缺乏成本意識，造成整個社會保險體系的醫療使用率偏高，同時舊醫療保險的「就醫憑證制度」也容易造成醫師與病患「勾結舞弊」、病患享有就醫自由且「同病不同酬」的支付制度。這也導致病患多數湧向大型醫院的趨勢，影響整體醫療體系均衡發展，也使得一般民眾對於「福利」和「保險」的混淆不清，再加上保費偏低，影響保險制度的運作與財務控管。事實上，舊有的醫療保險體制已經涵蓋了大部分的青壯人口（就業人口），約占整體人口的 57%，但是卻不包括最需要醫療資源的老弱病殘，換言之，有 43% 的人口是無法涵蓋進醫療保險體系，這些未就業人口成為了醫療體系下的孤兒，同時也造成社會福利有所傾斜，於是政府在 1988 年著手進行全民健康保險的規劃，並且於 1994 年正式立法通過，1995 年正式啟用這套制度。

台灣自 1995 年開辦全民健康保險以來，台灣醫療產業發生劇烈的改變，江東亮指出台灣醫療產業自實施健康保險以來有四點特色：首先是醫療供給規模急遽成長及醫院大型化，這也使得個別醫院面臨更多生存競爭壓力；其次是資源配置仍以規範為主；第三是醫院經營成本持續提高；第四則是健保支付方式不斷的變革，連帶使得醫院的經營行為發生改變。⁴²除此之外，台灣的健保制度採取總額支付制度（Global Budget Payment System），再搭配論量計酬支付基準，因此醫療院所競相把醫療服務總量極大化，以求提高自身在總額的占有率，這也連帶使得各地區醫院每點金額被稀釋。

資訊網是運用資訊科技，將全國各醫療機構及衛生機關的相關資訊加以收集整理，提供所有醫療機構後與各級衛生機關共同使用，同時配合全國醫療網的設置，統合現有的醫療資源，透過電腦連線方式，將全國醫療、衛生相關單位連成衣體，使所有民眾的醫療保健資料，均能納入合理而有效的管理。」（張博雅，1994：44）

⁴²健保採取「總額支付制度」（Global Budget Payment System）搭配論量計酬的支付基準，全台各醫療院所爭相把服務量做到最大，以免自己在總額的占率中吃虧，也因此造成各地區醫院每點金額被嚴重稀釋的現象。

第二節 台灣醫療體系發展現況與改革

壹、醫療保險制度（二代健保時期）

全民健保制度的改革迫在眉睫，政府以「開源節流」的方式試圖永續經營這個深受國際肯定的政策。衛生署在 2011 年提出了二代健保的改革議題，核心的內容是圍繞著公平、品質與效率等三大目標，將推動五大重點項目，分別是：

- （一）支付制度：以品質為導向。
- （二）財源籌措：採取擴大費基並計畫收取補充保費。
- （三）資訊揭露：公開品質資訊與財務報告。
- （四）簡化作業：整併監理費協二會。
- （五）權責相符、擴大參與：收支連動、舉辦公民活動與增加付費者代表。

詳見圖 3-1。



圖 3-1 二代健保改革之核心價值

資料來源：行政院衛生署

在 2013 年元旦上路的二代健保，除了調整費率及納入補充保費，擴大費基的做法外，還將推動以下事項：

- （一）收支連動、財務年年保平衡

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

二代健保實施後，將由各界代表共同組成全民健康保險會，負責審議與協定健保收支的重要事項，包括：費率、給付範圍、年度醫療給付費用總額等。每年，健保會將衡量民眾的付費意願與能力，協定出次年的醫療費用總額，並且根據所要支出的總額，審議次年收取保費的平衡費率，以建構出收支連動的機制，讓健保財務年年可以保持平衡。

(二) 提高政府負擔經費

明確規定每年政府負擔的經費不得低於全部保險經費的 36%，較目前政府所負擔的比率提高了 2% 以上。依據初步推估，每年會增加百餘億元的經費挹注，以後還必須隨著保險醫療支出的成長每年增加。另外，對於過去累計的健保財務短絀，也特別規定將由政府分年編列預算，逐步填補。

(三) 善用資源，改善醫療利用

對於節制資源不當使用，將有許多新規定，例如：加重詐領保險給付及醫療費用者之罰鍰至其詐領金額之二十倍，並對於違規情節重大之特約醫事服務機構，得視其情節輕重，於一定期間不予特約或永不特約；對於多次重複就醫、過度使用醫療資源之保險對象，將即時進行輔導與就醫協助；健保局應每年提出並執行抑制不當耗用醫療資源之改善方案，確保資源有效運用，並依市場交易情形合理調整藥品價格及訂定每年藥品費用目標，以管理藥費支出。

(四) 資訊透明

二代健保強調應公開重要事務的資訊，包括：重要會議的實錄、醫事服務機構的財務、品質報告以及病床數、病床使用情形、違規資訊等，希望透過健保業務的決策過程透明化，以利全民共同參與、關心健保業務；藉由提供民眾實用的健保資訊，利於民眾就醫選擇；透過醫療品質資訊及重大違規行為的公開，促進保險醫事服務機構提升醫療品質。

(五) 保障弱勢就醫權益

對於有經濟困難的民眾，特別規定健保局要能夠主動協助尋求社會資源；並且，只有對於有經濟能力但拒不繳費的欠費民眾，才可以採取暫行停止給付（控卡）的手段，對於遭受家庭暴力受保護者或有經濟困難的民眾，都不可以予以控卡，要讓全民獲得醫療保障，不再因為繳不起保費而影響就醫權益。

(六) 海外返台不再立即獲保

過去，常常有民眾認為，長期移居海外的國人，有就醫需求時，隨時返國加保，就可以得到全民健保的給付，並不公平；也擔心會有其他國家的人民為了享有全民健保的醫療服務而來台，造成全民健保資源的侵蝕。這次二代健保改革已經從嚴限制久居海外或新住民參加全民健保的條件，除非「二年內」曾有加保紀錄的設籍國人或受雇者，否則，都必須要在設籍或取得居留證件滿 6 個月，才有參加健保的資格。⁴³

貳、醫事機構分布

根據 2011 年衛生署的統計資料顯示，台灣共有 20,628 家診所及 507 家醫院，其中許多醫院以及為數更多的診所是由私人經營，多數規模偏小。⁴⁴此外，近年來醫院數量逐漸減少，診所數量則是向上攀上，台灣醫療院所主要提供西醫療程，其次則為牙科、藥物與傳統中醫治療。關於台灣醫療服務的基本架構，詳見圖 3-2。總體來看，台灣醫院數量過去幾年陸續減少，由 2000 年的 617 家減為 2011 年的 507 家。小型醫院由於健保給付率降低，受到成本壓力及有健保給付大部分之醫療費用，病患無經濟考量，可多元選擇大型且品質佳之醫療服務提供者等因素，因而退出市場。為了減低成本，擴大營收，能夠留在台灣醫療體系繼續提供服務的業者，無不致力於提升規模，病床數因而增加。1997 年，台灣每萬人病床數為 55.4 張，2001 年的每萬人 60.31 張病床，到了 2011 更增加到每萬人 69.09 張病床，另外若以急診病床數而論，若與 OECD 國家比較，我國每千人急性病床數低於 OECD 國家的中位數，惟差距由 1991 年 1.1 床逐年縮減至 2008 年 0.3 床。就 2008 年而言，我國每千人急性病床數 3.2 床，排名第 15，其中以日本 8.1 床居冠，德國 5.7 床排名第 2，奧地利 5.6 床排名第 3；而我國高於丹麥、義大利、荷蘭、葡萄牙、英國、西班牙、挪威、土耳其、以色列、芬蘭、墨西哥等 11 個國家。⁴⁵

⁴³ 這些費率與權益的調整，除了是因應可能產生的弊端外，也是為了能夠永續經營健保制度。資料來源：衛生署官網-二代健保專區，經本研究整理而成。

⁴⁴ 資料來源同註釋 41。

⁴⁵ 資料來源：OECD. *OECD 2011 Health data*. 2011 2012/7/7]; 線上資料：http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC. 檢索日期：2012 年 12 月 22 日。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

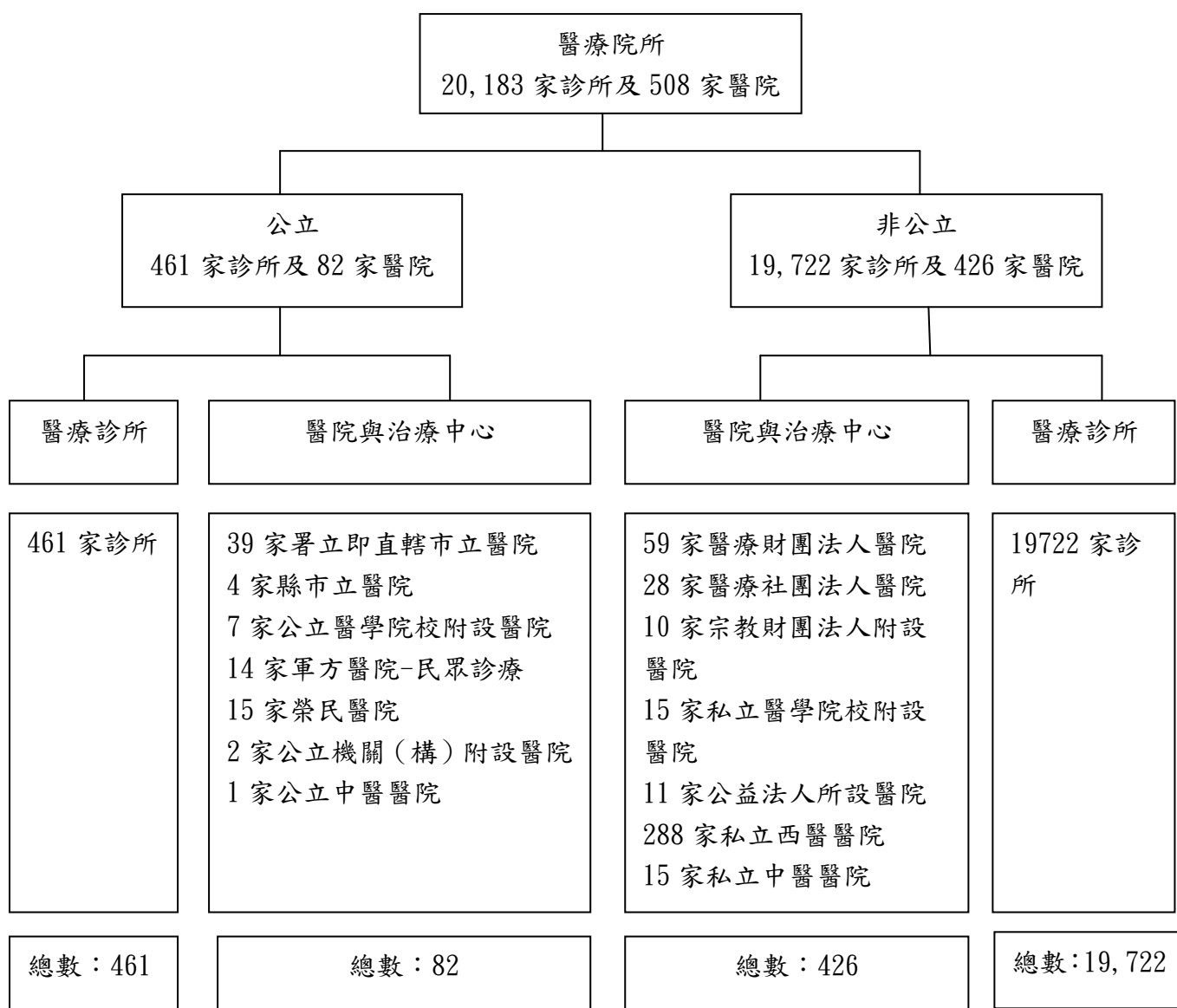


圖 3-2 台灣醫療服務基本架構

資料來源：行政院衛生署，經作者整理而成，數據資料為 2010 年。

另外，在表 3-2 則顯示了醫療院所的病床數字變化，隨著醫療設備改善與人口增加，對於病床數的需求日大。整體而言，近 15 年來，台灣醫療體系的病床數年平均成長率約在 2.6%，但一床難求的情況仍常常發生，許多大型醫院等待住院的病患人數多在數十至數百人之譜，在醫界甚至有「潛規則」認為大醫院的病床需要透過關係或特權才能順利取得，甚至某些大型醫院還設立了公關室來應付民意代表施壓要床位的需求，因此，特權關說與送紅包要床位的狀況在醫界並

不是特殊情形，甚至還變成了常態。⁴⁶

進一步從台灣醫院家數進行觀察。1991年台灣的醫院有821家，到了2005年則只剩556家，減少幅度為32.9%，超過三成的減幅不可說不小。到了2010年更減為508家，2011年更再減少一家，總家數為507家，顯示台灣醫院有逐漸整合的趨勢。⁴⁷其中經評鑑為醫學中心(Medical Center)的有22家、區域醫院(Regional Hospital)有65家(分甲、乙類教學醫院)、地區醫院(District Hospital)有352家，精神專科醫院(Psychiatric Hospital)有38家，還有非評鑑的中西醫院79家。雖然整體的醫院家數在近十餘年不斷減少(1994-2005)，但是區域籍以上醫院所占的比例則呈現成長，顯示台灣醫院大型化與集中化的趨勢。孫智麗(2006)也發現若以「權屬別」來觀察醫院家數的發展趨勢，上述期間主要是私立中西醫院大幅減少(台北市立醫院也由8家整併為1家)，同時財團法人醫院與私人診所數目有逆勢成長之現象。⁴⁸

這種醫院家數隨著時間增加而家數減少的意義為醫院有趨向更大更集中的樣態，例如台北市過去的市立醫院，如今已整合成為一家，原本的獨立醫院體系，變成了各家院區型醫院。雖然整體醫院的人數或規模上略有增長，但在醫院家數的判定上仍為一家。

⁴⁶ 黃士豪，〈立法委員如何能介入官僚行政-事項、管道與能力的探討〉，2005年中國政治學年會。另外，曾有立委大言不慚的表示，他的選民服務之一就是幫民眾喬床位，顯見施壓來獲取公立醫療院所床位並不罕見，甚至可能還是一個普遍的狀況。詳見奇摩新聞網，「幫『李應元』喬病床還漏個資，李應元致歉」，網路資料：

<http://tw.news.yahoo.com/%E5%B9%AB-%E6%9D%8E%E6%87%89%E5%85%83-%E5%96%AC%E7%97%85%E6%88%BF%E9%82%84%E6%BC%8F%E5%80%8B%E8%B3%87-%E6%9D%8E%E6%87%89%E5%85%83%E8%87%B4%E6%AD%89-040244110.html>，檢索日期：2012/5/31。

⁴⁷ 行政院衛生署，2011年「醫療機構現況及醫療衛生服務量」統計。網址：http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12366&class_no=440&level_no=4，檢閱日期：2012年12月22日。

⁴⁸ 同前註。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 3-1 台灣醫療院所家數

年 別		醫療機構家數(家)							
		全體	醫院	西醫	中醫	診所	西醫	中醫	牙醫
1991 年		13,661	821	729	92	12,840	7,538	1,689	3,613
1995 年		16,109	787	688	99	15,322	8,683	1,933	4,706
1996 年		16,645	773	684	89	15,872	9,009	1,987	4,876
2001 年		18,265	637	593	44	17,628	9,425	2,544	5,659
2006 年		19,682	547	523	24	19,135	10,064	3,006	6,065
2010 年		20,691	508	492	16	20,183	10,599	3,289	6,295
增 減 率	'10 vs.'84	5.1	-7.1	-5.9	-33.3	5.5	5.3	9.4	3.8
	'10 vs.'01	13.3	-20.3	-17.0	-63.6	14.5	12.5	29.3	11.2
	'10 vs.'06	24.3	-34.3	-28.1	-82.0	27.2	17.6	65.5	29.1

資料來源：衛生統計資訊網

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10251&class_no=440&level_no=1

表 3-2 醫療院所病床數

年 別	病 床 數				平 均 每 萬 人 口				
	醫 院		診 所		醫 院				
			公 立		病床數	一般病床	精神病床	特殊病床	
	床	床	床	床	床	床	床	床	
1991 年	92,785	86,632	37,536	6,153	42	28	5	...	
1995 年	112,379	101,430	39,922	10,949	48	33	6	7	
1996 年	114,923	104,111	40,125	10,812	48	33	6	9	
2001 年	127,676	114,640	39,670	13,036	51	32	7	12	
2006 年	148,962	131,152	44,076	17,810	57	34	8	15	
2010 年	158,922	135,401	45,981	23,521	59	34	9	16	
增 減 率	'10 vs.'06	6.7	3.2	4.3	32.1	3.5	0.0	12.5	6.7
	'10 vs.'01	24.5	18.1	15.9	80.4	15.7	6.3	28.6	33.3
	'10 vs.'96	38.3	30.1	14.6	117.5	22.9	3.0	50.0	77.8

資料來源：衛生統計資訊網

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10251&class_no=440&level_no=1

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

參、醫療體系與醫療政策的關係

一、醫療體系建構

台灣的現代化醫療體系經過近半世紀的建構，現在已經初具規模，目前這套醫療服務系統主要由公立醫院與非公立醫院兩大系統組合而成，若以百分比觀察，台灣有 65% 的病床或醫療服務是由非公立之醫療機構所提供，若將台灣醫療體系的支出和其他 OECD 國家相比，台灣遠低於 OECD 國家的平均水準，在 1995 年開始實施全民健保之後，和過去必須由職業類別來進行醫療保險給付的作法，現在已經採取由政府經營之單一付費者的保險制度，由中央健康保險局作為代收代付的專責單位。最重要的是，任何一個國民均受這套體系的保障，不具任何排他性，但另一方面，民眾不論是否願意，都必須強制納保，每個月根據不同的所得來繳交不同的保費，在就醫時，病患僅需負擔自負額即可。根據行政院衛生署所公佈的台灣醫療系統架構，核心的制度目標有三大項，分別是：

第一：服務病患因素；

第二：經濟因素；

第三：結構因素。

在這三大區塊的兩邊分別代表醫療體系提供的數量，民眾對醫療服務的需求，根據病患對服務內容的屬性，可以將此部分歸納在服務病患的因素的體系裡，政府在考量國民整體狀況進行衛生政策的擬定與法規的制訂，在經濟因素區塊則是考量市場上可以提供醫療服務的人力、提供者在市場上所能提供的服務數量等，公、私部門各自根據自己的資金來源來達成制度上的目標。關於台灣醫療系統架構，請見圖 3-3。

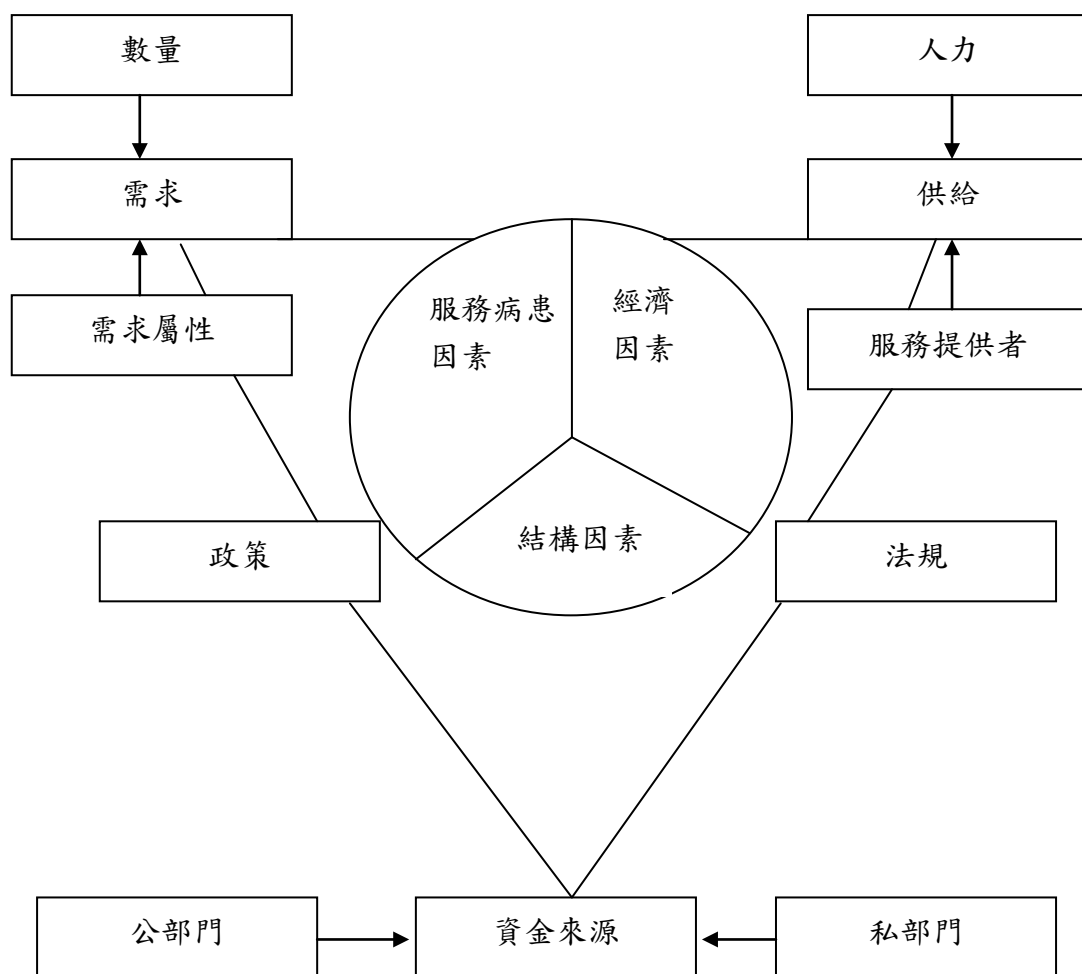


圖 3-3 台灣醫療系統架構圖

資料來源：行政院衛生署，作者整理後繪製

肆、醫療體制改革現況

自 1995 年全民健保開辦以來，人們對於醫療環境與醫療問題愈加重視。同時也因為醫療環境配合整體醫療政策的需要，使得醫療越來越高度資訊化，醫院管理越來越專業化。台灣醫療環境近年來有 6 大重要的改變與趨勢：⁴⁷

1. 由於工商業發達，人口往都會區遷移，形成城鄉人口分布不均。都會區醫院大型化，鄉村仍舊為小型診所，拉大城鄉間醫療質與量的差異。
2. 消費者意識提高，對醫療服務品質需求增加、愈來愈多的醫療糾紛不斷發生。

⁴⁷ 錢慶文，2005，〈全民健保總額支付制度之下醫院運用平衡計分卡對經營績效的探討——以某醫學中心為例〉，成功大學工業與資訊管理學系專班碩士論文。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

3. 我國人口逐漸高齡化，對於慢性醫療、安養、居家照護需求大增。
4. 全民健保開辦，介入醫療行為程度增加，相對降低醫療專業的自主性。
5. 醫療逐漸專科化，醫療支出迅速增加，專業間敵對日益加深。
6. 醫學科技的進步使得醫療專業人員對醫療科技的依賴愈來愈高。

在全民健康保險開辦前，台灣有近半人口（絕大部分是老幼為主）沒有任何醫療保險保障，以強制納保精神推動的這項制度透過社會全體力量分擔醫療風險，使社會上不再容易發生「因病而貧、或因貧而無法就醫」之情形。

然而全民健保在實施近二十年來已經產生許多困境，目前根據健保局自行評估的研究報告提出以下困境亟待解決：

（一）醫療品質有待提升，醫病醫療資訊不對稱的情況並未改善，民眾對「藥價黑洞」問題的誤解釋疑以及藥材科技的評估也亟待建立。

（二）財務危機：長期以來，健保收入與支出極度無法平衡，除了無法有效擴大保險費基，保費負擔也有欠公平，同時欠缺合理醫療資源分配機制，某種程度上讓有限的資源造成浪費。

此外，老年人口增加速度過快也讓健保體系產生極大財務壓力。根據衛生署的統計，在2010年，65歲以上的人口大約占總人口的一成左右，但是15年後（2025年）老年人口就會翻倍，達到總人口的兩成。到了2060年甚至會突破四成，屆時老年人口和工作年齡人口已經接近1：1，已經是十分嚴重的高齡化社會，長此以往，只會讓醫療需求拖垮整個醫療體系。關於台灣65歲以上人口醫療費用占率的統計，從2006年開始至2010年為止，費用成長了19.2%，成長速度相當驚人，詳見圖3-4。

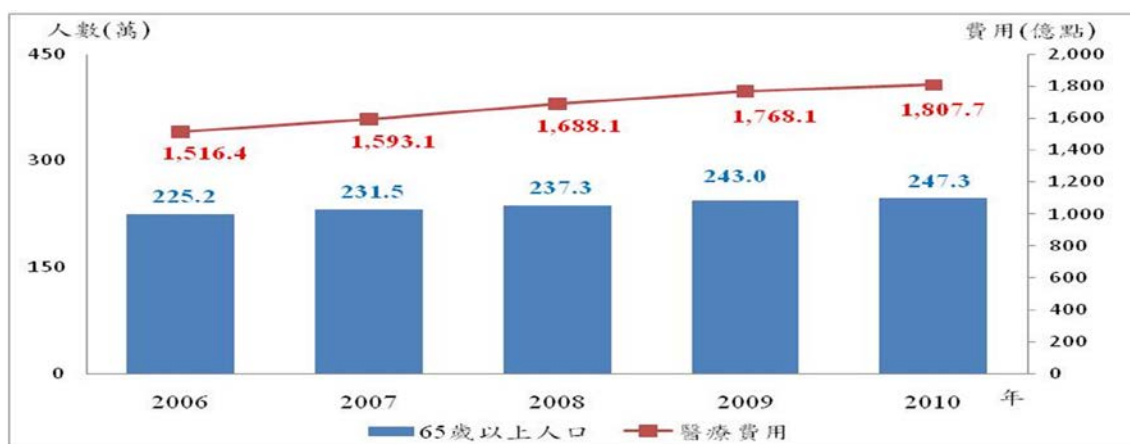


圖 3-4 65 歲以上人口占全體 10.7%，醫療費用占率 34.4%

資料來源：行政院衛生署

根據健保局的估計，若不進行任何財務上的改革，恐怕健保制度將會在即短的時間內走入歷史。而且若以民眾實際的使用健保資源的情況來看，民眾使用健保有逐年增加的趨勢，其中又以使用西醫基層醫院的情況最為普遍，從2008年至2011年底為止，台灣民眾使用西醫的就醫次數足足成長1.1人次，若乘上台灣的人口數，這是一個極為龐大的就醫人次，健保財務自然出現問題。圖3-4則是根據衛生署統計台灣醫療資源利用狀況，其中包括每人每年平均門診醫療利用次數和每100人住院件數，關於台灣人利用醫療資源的情況，詳見圖3-5。

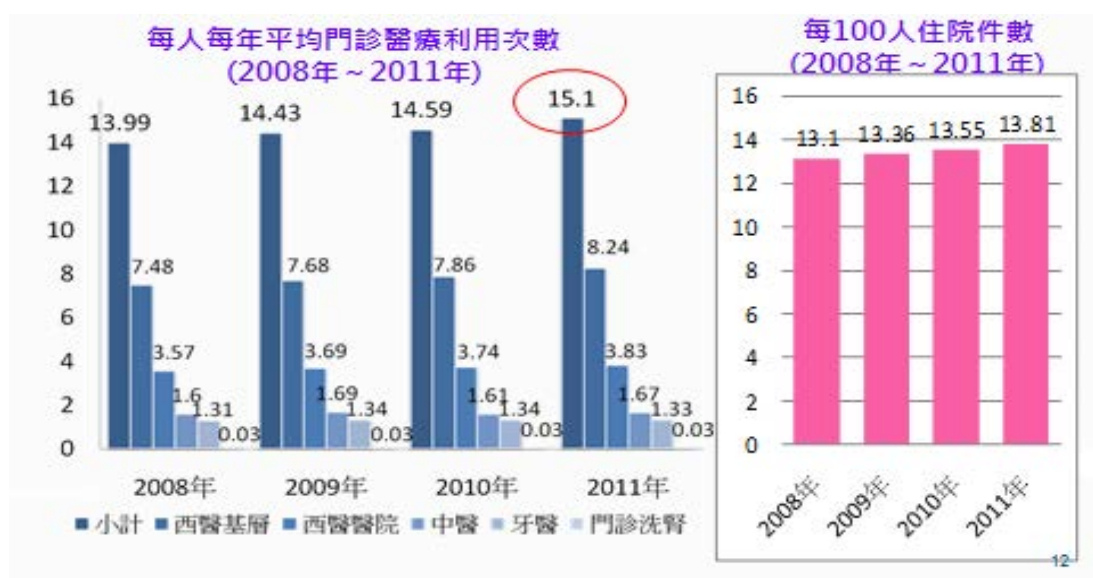


圖 3-5 2008-2011 台灣民眾醫療資源利用狀況

資料來源：行政院衛生署中央健保局，資料數據為2008~2011。

第三節 台灣醫療資源配置的發展趨勢

在過去醫療在台灣定位不十分清晰，原因在於許多人認為醫療應該是一種服務業，而非一種產業。但是隨著國民所得的增加，人們開始重視自身的健康與養生，隨之而來的醫療市場規模擴大，醫療服務市場涵蓋的領域日漸擴大，包括了各種醫療相關產業，像是傳統的醫院產業、製藥產業、以及新興的生技產業等等。若將醫療保健總費用視為醫療產業的產值（主要營收來源），則2010年台灣的醫療產值超過7,000億元，占GDP的約7%，其中又以醫院產值的2,464億元為最大，約占醫療總產值的四成，由此可見醫院產業在醫療市場的重要性。⁴⁸

壹、醫療支出占GDP比

台灣醫療體系的發展雖然和歐美已開發國家相比仍有一段不小的差距，若以台灣醫療支出占GDP比例的計算方式，台灣的國民醫療保健支出占GDP的比例遠低於世界先進國家。⁴⁹如表3-3。此外，我們還可以透過觀察國民醫療支出占GDP觀察台灣國民在醫療花費上的趨勢。2010年平均每位國民醫療保健支出達1000美元以上，國民醫療保健最終支出約占當年國內生產毛額（GDP）的6.5%，雖與先進國家相比仍屬偏低（大多占國內生產毛額的9~12%，但由歷年資料可以觀察國民保健支出占GDP的比例以及平均每人醫療保健支出都呈現穩健成長的趨勢。⁵⁰參閱表3-4。

表 3-3 各經濟體之國內生產毛額與國民醫療保健支出統計（單位：百萬美元）

⁴⁸ 行政院衛生署統計資料，2011，線上資料：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11468&level_no=1&doc_no=77184，檢索日期：2012/05/31。

⁴⁹ 自80年起，我國平均每人國民醫療保健支出呈現穩定上升，且84年全民健保開辦後，國民醫療保健支出（NHE）占當年國內生產毛額（GDP）比隨即由83年之4.9%提升至84年5.3%，至99年達6.6%，顯示全民健康保險實施後國民就醫之可近性顯著提升，99年國民醫療保健最終支出（NHE）8,912億元。近10餘年來，平均每人國民醫療保健支出呈逐年上升趨勢，由80年之1萬765元，增至99年之3萬8,510元，平均年增率達6.9%。行政院新聞局，中華民國國情資料，<http://info.gio.gov.tw/ct.asp?xItem=19924&ctNode=2847&mp=21>，檢索日期：2012/04/13。

⁵⁰ 醫療保健支出占GDP的比例是一個弔詭的問題，花得多是否代表重視健康，花得少則不重視健康？因為花得少的意涵可能國民很健康，不需要支出過多經費在此上面，而花得多可能除了重視健康外，國民也有可能是因為不夠健康才必須有較多的支出。不過國際的看法似乎認為一成左右花在醫療保健上是必要的支出。資料來源同前註。

國別	國內生產毛額	國內醫療保健支出	平均每人每年醫療支出	國民醫療保健支出
Belgium 比利時	512,926	46,717	4,288	10.5%
Canada 加拿大	1,736,868	192,096	5,665	11.2%
Denmark 丹麥	332,757	34,830	6,278	11.1%
Finland 芬蘭	266,309	24,080	4,469	8.8%
France 法國	2,774,732	281,266	4,336	11.6%
Germany 德國	3,573,757	359,116	4,391	11.6%
Greece 希臘	299,001	29,122	2,575	10.2%
Iceland 冰島	14,085	1,246	4,044	8.8%
Italy 義大利	2,196,718	206,156	2,983	9.1%
Korea 韓國	1,115,801	80,459	1,616	7.2%
Netherlands 荷蘭	837,007	88,198	5,308	12.0%
New Zealand 紐西蘭	163,325	14,193	3,251	10.0%
Norway 挪威	483,650	44,551	8,996	9.2%
Portugal 葡萄牙	237,735	23,150	2,176	10.7%
Spain 西班牙	1,492,146	125,926	2,733	9.6%
Taiwan 台灣	466,483	30,888	1,332	6.6%
United States 美國	15,011,000	2,544,377	8,233	17.6%

資料來源：2011年，世界經濟合作與發展組織（OECD）

台灣醫療體系近期的醫療支出約占國內生產毛額的6%~7%，和亞洲周邊國家相比有偏高的跡象，但仍低於OECD國家平均值9%，台灣醫療體系支出相對較低的原因在於台灣對於醫療資訊系統高度依賴，醫療效率佳，醫療系統相關行政成本較低。自費服務的發展（例如高端健康檢查與醫療美容療程）已經受到許多醫院診所的重視，現在甚至成為醫院重要的獲利來源。⁵¹

國內服務業產值已占台灣整體GDP的七成以上，服務業的附加價值及創造就業機會的能力將是台灣未來經濟成長的動力來源。2015年經濟發展願景〈第一階段三年衝刺計劃（2007-2009年）〉中，服務業的發展已成為政府推動產業成長的

⁵¹ 在本研究中所選取的案例就有走「高端路線」的個案，這也和台灣醫療產業發展已久，已經從滿足民眾「基本就醫需求」到「精緻醫療」的層次。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療產業事業體為例

主軸，醫療服務業更是服務業中的重點產業。2006 年我國醫療產業產值約為 7,000 億元，2009 年產值提昇至 7,724 億元，創造 24.2 萬人的就業人口，2012 年的產值應可以突破 9,000 億元，長此以往，以這個趨勢往下發展，醫療產業成為「兆元產業」也是指日可待。另外政府也已建構安全之醫療環境，達成提升醫療服務品質，導入醫療資訊化，活絡醫療資訊產業，建構安全之醫療環境。強化醫療服務國際化，達成「顧客走進來，醫療走出去」，以提升台灣優質醫療的國際形象。同時，根據 2015 年產業的遠景規劃，醫療保健業即有可能在 2015 年發展至兆元規模之產業。2015 年產值可望達到 1 兆 7 千億元新台幣左右。⁵²

⁵² 「台灣願景 - 2015 年經濟發展願景」，網路資料：

http://www.taiwanus.net/Taiwan_Future/2015/index.htm，檢索日期：2013/02/15。

表 3-4 國民醫療保健支出

年 別	國民醫療 保健支出 (NHE)	國內生 產毛額 (GDP)	NHE/ GDP	平均每 人 NHE	平均每人 GDP		經濟 成長 率	消 費 者 物 價 指 數	
	(億元)	(億元)	(%)	(元)	美元	元	(%)		
1991 年(r)	2,207	49,582	4.45	10,765	9,016	241,822	7.9	77.2	
1995 年(r)	3,822	72,775	5.25	17,971	12,918	342,188	6.4	89.6	
1996 年(r)	4,236	79,061	5.36	19,757	13,428	368,729	5.5	92.3	
2001 年(r)	5,838	99,304	5.88	26,130	13,147	444,489	-1.7	96.1	
2006 年(r)	7,653	122,435	6.25	33,529	16,491	536,442	5.4	100	
2011 年 (P)	9,103	141,331	6.44	39,247	20,101	623,131	4.9	107.3	
增 減 率	'11 vs.' 06	18.9	1.5	3.0	17.1	21.9	16.2	-9.2	7.3
	'11 vs.' 01	55.9	42.3	9.5	50.2	52.9	40.2	-3.9	11.7
	'11 vs.' 96	114.9	78.8	20.1	98.6	49.7	69.0	-11	16.2

附註：(r)為修正數；(p)為初步統計數。

資料來源：根據行政院衛生署統計資料經本研究整理而成

貳、醫療利用情形

台灣的醫療支出費用大概介於先進國家與開發中國家之間，若再進一步細究，各醫療層級費用可以分成門診與住院來觀察台灣醫療費用的結構與趨勢。目前台灣個別醫院實施「總額支付」制度，以 2010 年為例門診費用占總醫療費用的比率維持在 65%。值得注意的是在實施醫院總額支付制度後，地區級以上的醫院門診件數申請有減少的趨勢，而門診費用每年所上漲的幅度之中可以發現主要來自

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

每件申請費用（點數）或所謂「單價」的增加。⁵³

醫療費用上升的第一個原因或制度性的原因來自於醫療供給是否過多。如果台灣和其他工業化國家每千人口的病床數相比較，根據健保局的資料顯示，台灣每千人口病床數仍然低於大多數的工業國家。孫智麗認為，台灣因為病床供給所可能引發的住院醫療費用上漲，仍然在可以有效控制的範圍，但仍舊有兩點值得注意：

第一，台灣的每千人口病床數仍低於西班牙、葡萄牙、美國、加拿大、瑞典、英國與義大利等工業化國家，而與韓國相當，加上台灣的長期照護慢性病可能尚未完全發展。因此，台灣的合理病床數有提早規劃因應的必要。

第二，幾乎所有的工業化國家每千人口病床持續在減少中，唯一的例外只有韓國、土耳其和台灣。孫智麗發現：前述的兩個現象隱含台灣如果想要進行長期的醫療費用控制措施，其制度性的前提應該是開始考慮對病床數的增加速度進行比較嚴格的控制策略，但也同時必須提升醫院的生產效率以避免過長的等候時間。⁵⁴

已開發（工業化）國家的藥費支出占總醫療費用的比率一般介於10%~20%，而開發中國家一般高於20%，甚至可能高達60%。⁵⁵另一個相關的解釋是開發中國家的勞力成本較低，而勞力成本正是構成總體醫療費用的主要部分。另一方面，開發中國家所使用的藥物成品、半成品或原料必須依賴進口，因此價格必須依照國際水準來訂定，造成其藥品價格相對於該國的其他醫療服務較高的現象，孫智麗認為上述的現象雖然正常，但也表示開發中國家應該謹慎規劃以提升其藥品使用的效率。⁵⁶

在1996年健保開辦之初，健保藥品支出共計622億元，到2002年增加為905億元，7年之間健保藥品支出增加45%，平均年成長率為6.4%。除了健保給付的藥品之外，健保不給付的藥品支出每年約在350億元左右的水準。與健保藥品支出相

⁵³ 行政院衛生署統計資料，2011，線上資料：

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11468&levl_no=1&doc_no=77184，檢索日期：2012/05/31。

⁵⁴ 病床數一味地增加，但是卻未能同時更新醫院的軟硬體設備，那麼只有病床提供，卻無法相對應提供醫療服務，那麼病床數的增加其實意義不大，同時只會造成更多醫療資源的浪費。

⁵⁵ 行政院衛生署統計資料，2011，線上資料：

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11468&levl_no=1&doc_no=77184，檢索日期：2012/05/31。

⁵⁶ 藥品使用效率是一個需要重視的議題，以研究者在醫界多年的觀察，國人就醫的觀念或習慣通常是只要看病就要拿藥，沒有拿藥等於沒有看病，問題是藥品拿回家後未必會真的使用，同時過去許多人一拿就是好幾個禮拜或甚至好幾個月，更有甚者會到各家醫院要求醫生開藥給他吃，因此重複領藥或囤積藥物的情形十分嚴重，不僅造成醫療資源的浪費，同時也是藥品使用的不效率。資料來源同註釋16。

比較，非健保藥品支出的成長較為緩慢，平均每年的成長率只有2.5%。將健保給付的藥品支出與非健保藥品支出加總，可得到全體藥品支出的總額，代表台灣整體藥品市場的規模。在1996年，全部藥品支出共有923億元，至2002年成長為1,225億元，平均年成長率為5.3%。與藥品支出的時間趨勢一樣，整體醫療支出也呈現逐年成長的發展趨勢，但成長的速率略高於藥品支出。在1996年，健保醫療支出共有2,248億元，保險以外的政府部門與民間部門的醫療支出共有1,813億元，二者合計為4,061億元。到了2002年，總醫療支出的水準增加為5,843億元，七年之間成長44%，平均年成長率為6.3%。其中全民健保的醫療支出在2002年已增加到3,352億元，平均年成長率為6.9%，而非健保醫療支出的成長速度則較緩和，平均年成長率為5.4%。⁵⁷

進一步觀察，如果將門診藥費依據層級類別作區分，2005年門診藥費占門診總醫療支出的30%中，其中醫學中心約占門診總醫療支出的9%，區域醫院約占7%，地區醫院約占4%，診所約占6%，藥局約占4%，當台灣的總體藥費每年以0.4%的速度成長時，醫學中心和區域醫院門診藥費占率的年成長率分別為3.4%與4.3%，因此是台灣門診藥費成長的主要貢獻者。不過，地區醫院與診所在此段時間的門診藥費占率每年分別減少2.9%與7.6%，亦促成了藥局門診藥費每年成長39.2%。在住院藥費部分而言，醫學中心與區域醫院也是住院藥費占率成長的主要貢獻者。⁵⁸

參、台灣醫療資源配置政策的調整

台灣65歲以上老人至2011年底占人口總數約11%，社會對於長期照護需求的呼聲甚囂塵上，民國120年推估老人人口將占25%，成長速度相當驚人，基於此，政府除進行全民健保的改革外，也積極進行長照制度的建立，除了繼續且擴大「長照十年計畫」，行政院並於2011年3月通過「長期照顧服務法草案」，針對各項長期照護資源配置、機構管理、設置標準、服務人員之資格條件、品質規範與評鑑標準等進行基本規範，某種程度顯示未來醫療資源的配置將有所調整。

我國目前與長照相關法規並不少，如《老人福利法》、《身心障礙者權益保障法》、《護理人員法》、《精神衛生法》、《醫療法》等，目前仍分屬社政與衛政體系，

⁵⁷ 中央健康保險局，〈全民健康保險統計，歷年資料〉；行政院衛生署，〈國民醫療保健支出，歷年資料〉。

⁵⁸ 同註54。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

且各法有其立法旨意。為減少不同法規競合產生「長照制度」的混亂，政府不只持續「長照十年計畫」並作滾動式修正，並積極推動「長照服務法」作為未來長照保險的基礎。

此外，國內醫療專業人力內、外、婦及兒科醫療人力失衡問題日趨嚴重，也引發基礎醫學人力培育制度的檢討，政府未來可能適度分配醫療人力，規劃醫療網時將側重培育家庭醫學科人力發展，以因應社區整合健康照護工作之發展，落實國民預防保健與健康照護工作，並廣為推展家庭醫師制度與落實轉診制度，讓醫院負責的任務回歸重症者照顧與教學，並逐步調整健保給付，讓醫院得以提高醫療品質為重，並讓基層醫師得以發揮所長專於全人全家照護任務。

綜合而言，因應未來台灣社會結構的發展與醫療需求，政府將持續進行以下政策調整：⁵⁹

一、改革健保支付制度

1. 引進多元支付制度(二代健保):論病，論人計酬，預算，論質
2. 改革基層醫療體系，擴大簡表範圍，擴大基層服務範圍
3. 定期調整支付標準，藥價基準，進行醫療費用結構性改革(分配正義)

二、整合醫療照護體系

1. 建立以人為中心之整合性疾病與健康管理制
2. 建立藥品使用雲端資料庫及潛在不適當處方提醒機制(IT)
3. 發展與強化後送服務體系(社區，亞急性，長照，精神)

三、管控區域醫療資源供給

1. 依區域資源分布(如洗腎床)，擇優特約
2. 限制高資源地區之高科技醫療設施之擴張

四、提昇民眾健康知能，導正就醫行為

1. 逐步改革重大傷病定義，合理規範就醫行為(如無效醫療)
2. 強化正確就醫知能，倡導正確的臨終照護觀念
3. 加強慢性病自我照護與管理

⁵⁹ 參考自行政院衛生署，http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx。檢索日期：2012年10月10日。

第四節 小結

台灣的醫療產業與體系建立的時間不算太長，但是發展和世界先進國家相比毫不遜色，同時因為 1995 年全民健康保險制度開辦以後而產生巨變。同時除了公立醫院外，私人興辦的醫院在台灣也十分發達。公立醫院規模最大且門診提供量最大的當屬「台灣大學附屬醫院」，軍方體系的有「榮民總醫院」和「三軍總醫院」，私人提供醫療服務規模最大的當屬「長庚醫院」。一般研究一個國家是否重視醫療或醫療保健是否發達會以「國民醫療保健支出」當作評估標準，根據 2011 年，世界經濟合作與發展組織（OECD）的數據顯示，台灣的醫療保健支出占 GDP 顯然在先進國家中算是較低的，但長期整體觀察，台灣這部分的支出是呈現正向成長的，加上國內環境與國人衛生觀念逐步改善，未來台灣有機會逐步跟上先進國家的腳步。

台灣在國民政府來台後，醫療被定位為服務而非產業，因此，醫療體系在 50 年代開始的 30 年間並不十分健全，後來台灣的經濟起飛，國民所得快速增加，政府也研擬相關醫療體系法令，並試圖健全醫療衛生體系，根據孫智麗的研究指出，國家總體醫療費用不但會隨著國民所得增加而增加，而總體醫療費用的成長率會比國民所得成長率多出 3%，不過也有分析指出，醫療費用的變動幅度小於國民所得的變動幅度可以使得醫院的經營者可以有更多時間進行產業供應方面的調整。

台灣在經濟發展後，醫療產業也等同興盛，國人的總體醫療費用趨勢約略和世界先進國家相同，尤其在建立全民健保制度後，把全台灣大大小小的醫療院所、中醫與西醫體系都串連起來，這項跨時代的政策與制度，不僅改變了台灣的醫療生態，同時也在某種程度上整合了台灣的醫療系統。基本上健保制度的實施對台灣醫療體系而言是一個十分重要的突破，因為就某些角度觀察，全民健保使得國人醫療保險的覆蓋率幾乎達到百分百，同時照顧也是最為全面，不僅從達官顯要到市井小民都能受惠於這項制度。此外，前面也大要介紹了台灣全民健保體制的規劃，其中包括起源與過程，這部分的重要性在於全民健保對於台灣醫療體系的發展與型塑有著重大的影響。如果說是「保險制度」帶動台灣醫療體系發展，或者醫療體系完善促進健康保險興盛，兩種說法對於描述台灣當代醫療體系的發展都十分貼切。

然而，台灣全民健保制度的發展在 21 世紀的第 2 個 10 年遇到極大的財務困難，做為台灣醫療體系下的重要支柱，如果全民健保破產或瓦解都可能進一步解

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

構台灣醫療系統。以前述的分析而言，台灣民眾享受健保帶來的好處，甚至在很大程度上濫用了健保資源，也因為台灣健保費用過於低廉，使得民眾產生「道德危險」(Moral Hazard)，⁶⁰同時也讓醫療人員的合理報酬變得不合理，2012年傳出許多醫療科系乏人問津，都和健保體系有所不足有關，這也造成了台灣部分醫療產業外移或醫護人員出走的情況，在台灣醫療逐漸喪失利基的情況下，將台灣過剩的醫療人力與資源輸出成為醫界的一個重要選擇。

⁶⁰當某人獲得某保險公司的保險，由於此時某人行為的成本由那個保險公司部分或全部承擔。此時保險公司面臨著道德風險。如果此人違約造成了損失，他自己並不承擔全部責任，而保險公司往往需要承擔大部分後果。此時某人缺少不違約的激勵，所以只能靠他的道德自律。他隨時可以改變行為造成保險公司的損失，而保險公司要承擔損失的風險。

第四章 中國大陸醫療體系探討與分析

中國大陸是目前全世界人口最多的國家，根據 2011 年大陸國家統計局所進行的人口普查顯示，大陸人口截至 2010 年底為止，總數大約是 13 億 4 千萬人。⁶¹統治如此龐大的人口，不論是「建構醫療體系」或「完善公共衛生」都是一個極大的問題，自 1949 年中共建政以來，大陸在前 30 年的經濟表現不佳，連帶使得人民環境困苦，平均壽命與醫療衛生條件明顯低於世界平均水平；⁶²但是自 1979 年改革開放之後，大陸經濟成長明顯，人均所得和過去相比大幅成長，因此連帶使得大陸居民開始重視自身的醫療保健。

大陸政府於 2008 年初宣布「健康中國 2020」戰略，計畫在 12 年內，達到「人人享有基本衛生服務」的目標。為達成目的，各項計畫無積極推展，中國國內業者乃至國外醫療業者無不見到龐大商機，加緊進軍中國大陸醫療市場。台灣業者也於十幾年前，積極耕耘大陸醫療市場至今。

相較於台灣，大陸人口與組成，城鄉差距、大江南北差異都複雜得多，如第三章所述，台灣的醫療體系初建於日據時代，後發於國民政府遷台時期，直到 90 年代後，醫療體系才逐漸完整，期間經過相當長的時間發展過程，從建構硬體到軟體的建置，時間長達半世紀以上，若以台灣的人口規模與土地大小都需要如此長的時間，大陸勢必也得花上相同，甚至更長的時間來發展醫療體系。

李祖德（2009）認為大陸醫療產業有許多改善基礎醫療體系的地方，例如公立醫院可轉制資本民營化、醫院資本形成來源可以多元化、允許醫師報備多點執業服務等，這些都是大陸醫療體系的重要利基，所以台商若是要投資大陸醫療市場，必須先從總體環境判斷、相關法規分析與市場利基為何等面向著手。

⁶¹根據《2010 年第六次全國人口普查主要數據公報（第 1 號）》（中華人民共和國國家統計局，2011 年 4 月 28 日）全國總人口為 1,339,724,852 人，大陸人口比 2000 年第五次全國人口普查增加 73899804 人，增長 5.84%，年平均增長率為 0.57%。資料來源：中國國家統計局，2011。<http://www.stats.gov.cn/>。

⁶²2010 世界衛生組織（World Health Association）統計年鑑。

第一節 大陸總體醫療環境

中國大陸近年經濟快速增長，重要的關鍵轉折便是 1979 年的「改革開放」。⁶³大陸政府一方面對經濟政策鬆綁，另一方面對醫療市場的控制進行少量、逐步的放鬆，同時隨著世界潮流的全球化、自由化，讓大陸的經濟起飛，民眾的收入增加，在這同時人民對醫療服務的需求，不論在品質或數量上均呈現快速的成長。徐永芳（2004）認為大陸人口眾多，隨著人口老化及健康意識的提升，潛在的醫療需求旺盛，中國大陸每人的醫療支出雖然持續增加，但提供的服務品質與管理制度卻無法與醫療支出同步進展，而值得注意的是：大陸每人的醫療支出成長遠不及國民毛額成長率。目前醫療服務支出約占國內生產毛額 5.55%，與已開發國家比較相對較低，例如美國的醫療支出占國內生產毛額 17.4%（2009），⁶⁴大陸的比重不到美國的三分之一，顯見未來大陸在醫療支出或醫療市場有很大的成長空間。

醫療環境的需求和該國人口素質相關，在上一個世紀的 50 年代，大陸由於貧窮落後，醫療建設普遍不足，醫院、診所均為「公營」，同時也欠缺完善的制度與管理，尤其在農村的醫療設備更是貧瘠。前述的 80 年代改革開放政策改變了大陸長期以來對外封閉的情況，大幅提高了大陸人民的生活水準，同時輔以國際形象的改善，並與世界經濟緊密結合在一起。大致而言，近十年大陸醫療體系的成長關鍵在於「經濟成長」帶動所得的增加，所得的增加驅使人們注重疾病與健康養生，過去「小病不看，大病不敢看」的情況已經越來越少。大陸人民對於醫療服務的需求日益擴張，過去在大陸，醫療是屬於白領階級才能做的活動或享受；現在不分藍白領，只要對醫療有需求，都可以進入公私立的醫療體系取得必要的醫療服務，因為此部分的明顯成長，大陸的醫療產業急遽展開，且成效卓著。⁶⁵

依據大陸衛生部 2011 年 4 月最新統計，截至 2010 年年底為止，大陸全國醫療衛生機構總數達到 93.7 萬個（不論規模大小），其中醫院有 20,918 間，基層衛生機構有 90.2 萬個，專業公共衛生機構 11,835 個。病床數合計 4,786,831 床，每千人口床位數增加到 3.56 張。此外，衛生人員總數達 820.8 萬人，每千人口執業醫生 1.79 人，護士 1.52

⁶³改革開放是中國共產黨於 1978 年召開的中國共產黨十一屆三中全會上提出的一條「對內改革、對外開放」的戰略決策，是中華人民共和國成立以來第一個對外開放的基本國策。這一決策扭轉了中國自 1949 年後逐漸對外封閉的情況，使中國進入了經濟高速發展時期。

⁶⁴以上資料為參考 OECD Health Data 2012 年線上資料與行政院衛生署統計室，網址：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=117&now_fod_list_no=4146&level_no=1&doc_no=38031，檢索日期：2012 年 10 月 8 日。

⁶⁵《2011 中國統計年鑑》，中國國家統計局。

人。全大陸衛生人員（從事醫療相關人員）總數達到 820.8 萬人，每千人口執業醫師 1.79 人，每千人口執業護士 1.52 人。2009 年的衛生醫療總費用為 17,541.9 億元（人民幣，下同），其中政府衛生支出達 4,816.3 億元（占 27.5%），社會衛生支出達 6,154.5 億元（占 35.1%），個人衛生支出 6,571.2 億元（占 37.5%），衛生總費用城鄉結構為城市 11,783 億元（占 67.2%）；農村 5,758.9 億元（占 32.8%）。大陸人均衛生費用為 1,314.3 元，其中城市為 2,176.6 元，農村為 562 元，衛生總費用占 GDP 百分比為 5.15%。大陸衛生部在 2010 年的統計資料顯示，全中國大陸的衛生醫療總費用達 19,603 億元，人均衛生費用為 1,440.3 元，⁶⁶約較 2009 年提高了一成。

壹、中國大陸醫療總體現況

要瞭解大陸的醫療狀況，必須先從大陸的「人口條件」狀況檢視起，畢竟「人」才是使用醫療的主體。之後關於醫療硬體-設備、院所數量、病床等，以及軟體-醫事衛生人員城鄉衛生人員數等，均會根據大陸官方所發佈的 2011 年全國衛生統計年鑑的數據進行分析。

一、人口總體構成與基本情況

中國大陸地廣人眾，向來就是「人口大國」。建政之初的人口就已經是 5 億以上的規模，1955 年更是一舉突破了 6 億人口，在實行「一胎化政策」以前，幾乎是每十年增加 1 億人口，人口成長幅度非常驚人，幾乎是全世界之冠。人口一多的問題除了糧食，醫療衛生體系能否負荷也是一大問題。圖 4-1 顯示了大陸在上個世紀的 80 年代「一胎化政策」推動後，人口成長出現較過去平緩的現象，此也顯示人口數量獲得一定程度的控制。現在的總人口數則是超過了 13 億 4 千萬人，換言之，大陸的人口規模光是尾數都已經為一個中型規模以上的國家，人口問題除了糧食以外，其次便是醫療問題，從好的角度看醫療，大陸龐大的人口提供一個相當大的市場，另一個問題便是過多的人口若無法提供相應的醫療資源，便會產生更多的問題。

⁶⁶ 由於大陸的經濟持續成長，2011 年啟動的十二五計畫，大陸中央特定將醫療產業列入七大新興產業重點項目之一，並在《規劃綱要》第 14 章〈完善基本醫療衛生制度〉中明確定出發展的方向與作法，因此，在某種程度上表示未來大陸的醫療市場成長不可限量，任何想要進入大陸醫療體系的相關產業都有機會獲利，但另一種程度而言則是代表大陸醫療產業將近入新興戰國時代。李逸陽，〈解讀十二五規劃系列之由完善基本衛生醫療衛生制度〉，IEK 產業情報網，線上資料：

<http://ieknet.iek.org.tw/BookView.do?domain=5&rptidno=405616151>，檢索日期：2012/5/10。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

單位：萬人

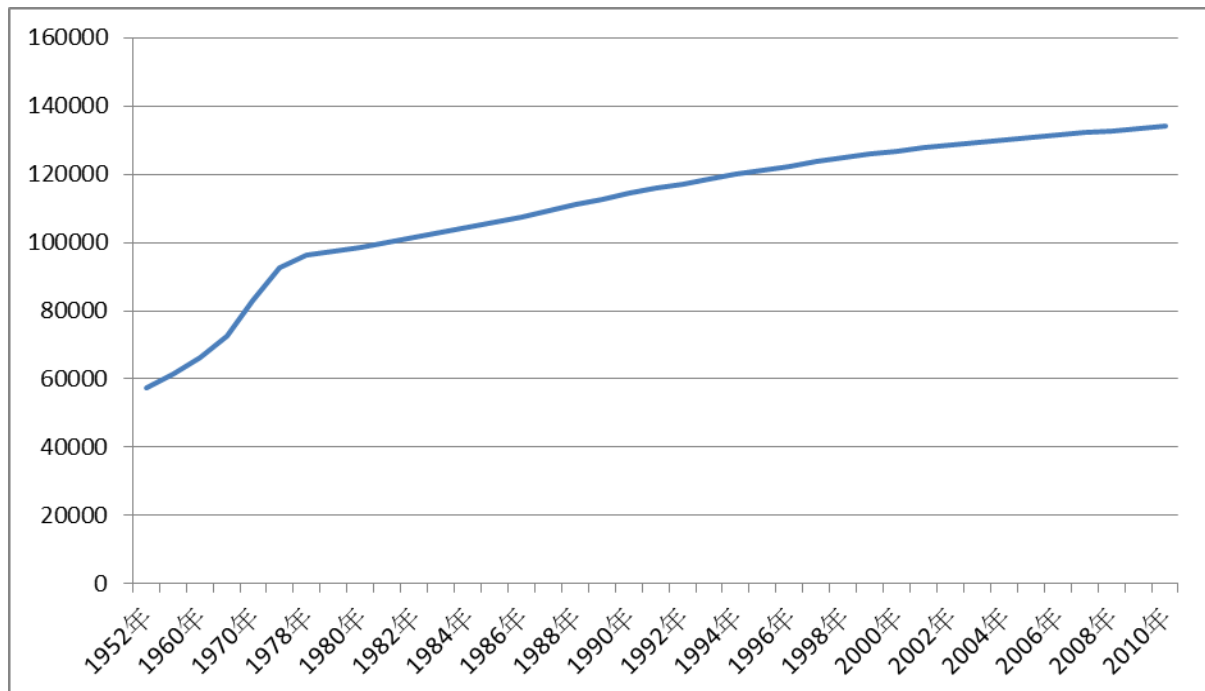


圖 4-1 1952-2010 中國大陸人口成長曲線

資料來源：2011 年全國衛生統計年鑑，作者自繪

表 4-1 大陸歷年人口數及構成

年份	年末 總人口 (萬人)	按城鄉分 (萬人)		城鎮 人口 %	按農業非農業分 (萬人)		按性別分 (萬人)		性比例
		城鎮	鄉村		農業	非農業	男性	女性	
1952	57482	7163	50319	12.5	49191	8291	29833	27649	107.9
1955	61465	8285	53180	13.5	52130	9335	31809	29656	107.3
1960	66207	13073	53134	19.8	52476	13731	34283	31924	107.4
1965	72538	13045	59493	18.0	60416	12122	37128	35410	104.9
1970	82992	14424	6868	17.4	70332	12660	42686	40306	105.9
1975	92420	16030	76390	17.3	78142	14278	47564	44856	106.0
1978	96259	17245	79014	17.9	81029	15230	49567	46692	106.2
1979	97542	18495	79047	19.0	81356	16186	50192	47350	106.0
1980	98705	19140	79565	19.4	81905	16350	50785	47920	106.0
1981	100072	20171	79901	20.2	82659	16936	51519	48553	106.1
1982	101654	21480	80174	21.1	83320	18334	52352	49302	106.3
1983	103008	22274	80734	21.6	84117	18378	53152	49856	106.5

1984	104357	24017	80340	23.0	83789	19686	53848	50509	106.7
1985	105851	25094	80757	23.7	83478	21054	54725	51126	107.0
1986	107507	26366	81141	24.5	84819	20902	55581	51926	106.8
1987	109300	27674	81626	25.3	85648	21592	56290	53010	106.9
1988	111026	28661	82365	25.8	86427	22551	57201	53825	106.9
1989	112704	29540	83164	26.2	87305	23371	58099	54605	106.9
1990	114333	30195	84138	26.4	90446	23887	58904	55429	106.3
1991	115823	31203	84620	26.9	90093	24418	59466	56357	106.8
1992	117171	32175	84996	27.5	90265	25298	59811	57360	106.9
1993	118517	33173	85344	28.0	90208	26068	60472	58045	106.4
1994	119850	34169	85681	28.5	90036	27318	61246	58604	106.4
1995	121121	35174	85947	29.0	90233	28235	61808	59313	104.2
1996	122389	37304	85085	30.5	90407	29139	62200	60189	103.3
1997	123626	39449	84177	31.9	90692	29891	63131	60495	104.0
1998	124761	41608	83153	33.4	91033	30465	63604	61157	104.1
1999	125786	43748	82038	34.8	91249	31242	64126	61660	104.0
2000	126743	45906	80837	36.2	94244	32499	65437	61306	106.7
2001	127627	48064	79563	37.7	94175	33452	65672	61955	106.0
2002	128453	50212	78241	39.1	93269	35184	66115	62338	106.1
2003	129227	52376	76851	40.5	91550	37677	66556	62671	106.2
2004	129988	54283	75705	41.8	87898	39140	66976	63012	106.3
2005	130756	56212	74544	43.0	89628	41128	67375	63381	106.3
2006	131448	57706	73742	43.9	89162	42286	67728	63720	106.3
2007	132129	59379	72750	44.9	87755	43077	68048	64081	106.2
2008	132802	60667	72135	45.7	88159	43971	68357	64445	106.1
2009	133474	62186	71288	46.6	88294	45029	68652	64822	105.9
2010	133972	66557	67415	49.7	88568	45964	68685	65287	105.2

說明：1. 農業和非農業人口係公安部統計的戶籍人口數；

2. 其他人口數摘自《中國統計年鑒》。

資料來源：2011年中國衛生部全國衛生統計年鑑

人口比重											
小學	%	35.4	37.2	38.4	35.7	31.2	31.0	29.9	29.3	28.2	26.8
初中	%	17.8	23.3	27.3	34	35.8	36.6	37.8	38.4	39.1	38.8
高中	%	6.6	8	8.3	11.1	11.5	12.1	12.6	12.9	12.9	14
大專及以上	%	0.6	1.4	2.0	3.6	5.2	5.8	6.2	6.3	6.8	8.9
文盲人口及文盲率											
文盲人口	萬人	22996	18003		8507						
文盲率(%)	%	22.81	15.88		6.72						

說明：1. 總人口包括中國人民解放軍現役軍人數，不包括香港、澳門特別行政區和臺灣省人口；

2. 城鎮人口及非農業人口中包括中國人民解放軍現役軍人；

3. 農業、非農業人口係公安部統計的戶籍人口數；

4. 文盲人口指 15 歲及 15 歲以上不識字或識字很少的人口。

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑

表 4-3 顯示了中國大陸在近 30 年的人口結構變化，1982 年時 65 歲以上人口不到全國的 5%，到了 2009 年時已經接近 10%，顯見大陸人口結構正逐漸老化，隨之而來的老人照護與醫療問題也將會是大陸醫療衛生體系必須關注的焦點。

表 4-3 大陸各年齡段人口數

年齡組	1982 年人口數 (萬人)			1990 年人口數 (萬人)			2000 年人口數 (萬人)			2009 年人口數 (萬人)		
	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
總計	101,654	52,352	49,302	114,333	58,904	55,429	126,743	65,437	61,306	1,164,986	591,871	573,115
0-4 歲	9,470	4,898	4,572	11,644	6,105	5,539	6,898	3,765	3,133	60,158	33,140	27,018
5-9 歲	11,074	5,703	5,371	9,934	5,163	4,771	9,015	4,830	4,185	63,000	34,705	28,296
10-14 歲	13,181	6,784	6,397	9,723	5,019	4,704	12,540	6,535	6,005	73,359	39,749	33,610
15-19 歲	12,537	6,381	6,156	12,016	6,165	5,851	10,303	5,288	5,015	83,516	44,170	39,345
20-24 歲	7,436	3,788	3,648	12,576	6,423	6,153	9,457	4,794	4,664	87,637	44,001	43,636
25-29 歲	9,256	4,774	4,482	10,427	5,351	5,076	11,760	6,023	5,737	75,481	37,678	37,803
30-34 歲	7,296	3,793	3,503	8,388	4,371	4,017	12,731	6,536	6,195	78,735	38,833	39,901

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

35-39 歲	5,422	2,857	2,565	8,635	4,457	4,178	10,915	5,614	5,301	106,040	52,579	53,461
40-44 歲	4,844	2,583	2,261	6,371	3,334	3,037	8,124	4,224	3,900	112,356	55,862	56,494
45-49 歲	4,740	2,507	2,233	4,909	2,586	2,323	8,552	4,394	4,158	92,367	45,647	46,719
50-54 歲	4,082	2,153	1,929	4,562	2,411	2,151	6,330	3,280	3,050	84,335	42,441	41,893
55-59 歲	3,389	1,749	1,640	4,171	2,184	1,987	4,637	2,406	2,231	79,114	39,592	39,522
60-64 歲	2,736	1,371	1,365	3,397	1,748	1,649	4,170	2,168	2,003	55,690	28,348	27,342
65-69 歲	2,126	1,017	1,109	2,633	1,292	1,341	3,478	1,755	1,723	40,114	20,277	19,837
70-74 歲	1,435	644	791	1805	834	971	2,557	1,244	1,314	32,493	16,258	16,234
75-79 歲	862	350	512	1093	469	624	1,593	718	875	22,528	10,997	11,531
80-84 歲	371	135	235	535	199	336	799	320	479	11,794	5,178	6,616
85-89 歲	109	34	75	191	61	130	303	106	197	4,788	1,971	2,818
90-94 歲 (人)	218,046	59,583	158,463	351,602	94,520	257,082	783,594	229,758	553,836	1,174	361	813
95 歲 (人)	35,294	10,729	24,565	57,851	14,549	43,302	169,756	51,373	118,383	}308	}83	}225
100 歲及 以上(人)	3,851	1,135	2,716	6,681	1,555	5,126	17,877	4,635	13,242			

說明：1982、1990、2000 年係人口普查數字，2009 年係人口變動抽樣調查數字，抽樣比為 0.887%。

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑

二、醫療衛生機構數

中國大陸官方衛生部每年都會出版《全國衛生統計年鑑》，其中詳載了關於大陸醫藥衛生方面的訊息。⁶⁷目前全中國大陸的各級衛生醫療院所總計有 936,927 間，其中有超過三分之一的醫療院所集中在華東地區，中部地區不到三分之一，西部地區則是四分之一左右，醫療資源分配顯得有些不均衡。若進一步以各省市或地區來看，河北省有 81,403 間醫療院所為最多，其次則為人口大省河南省居次，共計有 75,741 間。第三名

⁶⁷中國大陸衛生部每年都會發表 2xxx 年全國衛生統計年鑑，內容主要包括衛生機構、衛生人員、衛生設施、衛生經費、醫療服務、基層醫療服務、婦幼保健、人民健康水平、疾病控制與公共衛生、居民病傷死亡原因、衛生監督、醫療保障制度等，從中央到地方的數據都會收錄在這本年鑑裡，由於是年鑑性質，所以每年的資料涵蓋前一年所有的變動情況，可以作為瞭解中國大陸醫療相關基本數據的重要參考用書。

的四川則有 74,283 間。這三個省的醫療院所數量就已經占全中國大陸醫療院所的四分之一以上，顯示大陸人口集中化後的醫療資源配置也顯得高度集中，醫療院所最少的地區則是海南省與寧夏省。不過這並不能反映當地的醫療資源是否一定匱乏，因為有些地區一所大型綜合醫院或中西醫結合醫院，就可以抵得過多家專科院所或健康教育所（站），詳細數據請參考表 4-4。

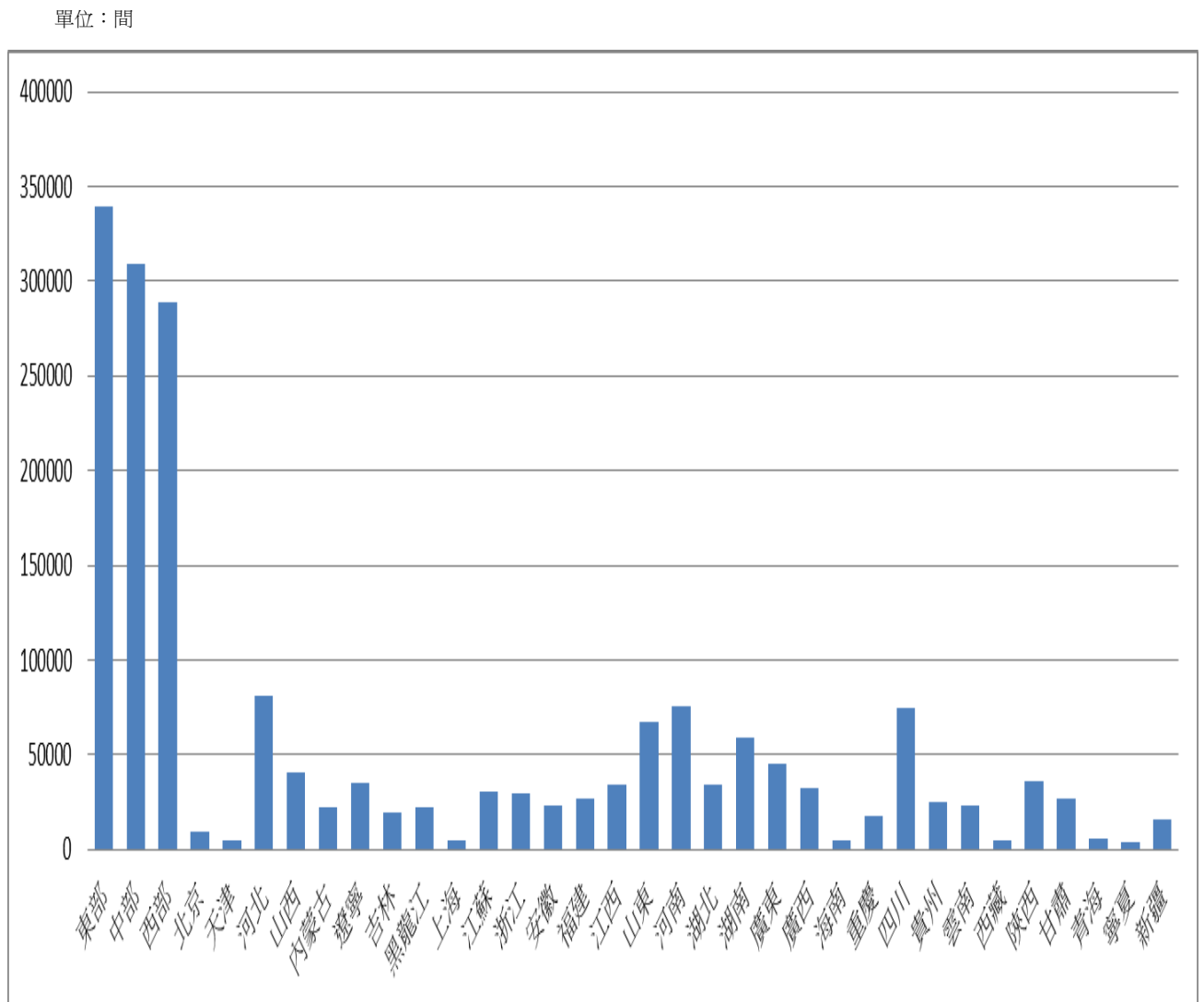


圖 4-2 2010 年大陸各地醫療機構數量比較圖

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 4-4 2010 年大陸各地區衛生機構數

地區	合計	醫院							基層醫療衛生機構							專業公共衛生機構							其他醫療衛生機構							
		小計	綜合醫院	中醫醫院	中西醫結合醫院	民族醫院	專科醫院	護理院	小計	社區衛生服務中心	社區衛生服務站	街道衛生院	鄉鎮衛生院	村衛生室	門診部	診所(醫務室、護理站)	小計	疾病預防控制中心	專科防治院(所、站)	健康教育所(站)	婦幼保健院(所、站)	急救中心	采供血機構	衛生監督所(中心)	計劃生育技術服務機構	小計	療養院	醫學科研機構	醫學在職培訓機構	其他
總計	936927	20918	13681	2778	256	198	3956	49	6903	6903	25836	929	37836	648424	8291	173490	11835	3513	1274	139	3025	245	530	2992	117	2465	199	215	467	###
東部	339306	8124	5144	992	105	7	1833	43	3455	3455	15441	247	9991	225156	5846	65808	3960	1092	545	58	934	123	184	954	70	1278	105	104	182	887
中部	308990	6467	4128	980	80	12	1262	5	1951	1951	6856	609	11467	228230	1226	47719	3779	1079	527	25	986	67	155	915	25	686	45	52	155	434
西部	288631	6327	4409	806	71	179	861	1	1497	1497	3539	73	16378	195038	1219	59963	4096	1342	202	56	1105	55	191	1123	22	501	49	59	130	263
北京	9411	544	321	90	6	3	122	2	8651	310	1273			2972	777	3319	114	31	27	1	19	7	7	20	2	102	2	28	8	64
天津	4542	277	183	28	4		62		4115	101	776	1	160	1855	258	964	93	24	16	1	23	3	6	17	3	57	3	8	16	30
河北	81403	1226	812	178	32		204		79493	234	938		1962	66277	173	9909	592	195	7	2	186	5	15	179	3	92	5	2		85
山西	41098	1198	632	204	14		348		39351	190	564	513	1201	29253	105	7525	470	146	15	8	133	12	18	130	8	79	9	6	3	61
內蒙古	22565	467	296	61	6	43	61		21571	240	787	4	1331	14500	90	4619	450	127	50	21	117	5	18	111	1	77	6	6	11	54
遼寧	34805	821	507	98	5	2	209		33300	224	723	33	1001	20591	383	10345	487	132	88	10	110	12	22	111	2	197	25	6	2	164

吉林	19385	568	346	76	9	2	134	1	18475	138	1938	9	768	9862	410	5350	259	67	54	4	70	6	20	38		83	11	5	2	65
黑龍江	22073	917	650	120	7	5	135		20461	376	659	13	954	13141	118	5200	642	188	110		147	13	26	154	4	53	4	12	9	28
上海	4708	306	185	17	5		85	14	4261	296	635			1437	430	1463	101	21	19	2	21	11	8	19		40	2	9	7	22
江蘇	30956	1155	754	86	12		284	19	29095	496	1681	8	1268	17127	535	7980	449	130	46	2	103	24	30	109	5	257	16	9	36	196
浙江	29939	687	354	109	13		208	3	28642	310	5793	42	1508	13643	712	6634	378	101	25	2	87	26	21	100	16	232	14	8	47	163
安徽	22997	728	501	85	7		132	3	21751	366	1345	9	1437	15636	133	2825	440	124	50	2	119	11	23	110	1	78	8	13	28	29
福建	27017	455	292	71	8	2	81	1	26193	190	296		869	20032	431	4375	297	94	25	1	87	7	10	73		72	11	8	25	28
江西	34068	504	329	96	7		72		33019	185	515	10	1570	26904	34	3801	471	113	109	6	111	8	13	109	2	74	3	5	3	63
山東	66967	1377	917	149	8		302	1	64797	374	1874	76	1646	50471	146	10210	676	204	121	3	148	12	22	165	1	117	12	7	21	77
河南	75741	1198	794	186	10		207	1	73865	236	625	5	2079	64140	86	6694	547	180	20	3	167	8	20	146	3	131	6	7	85	33
湖北	34269	602	394	87	12	2	107		33164	222	908	44	1149	24112	190	6539	427	115	84	1	100	7	20	98	2	76	1	1	23	51
湖南	59359	752	482	126	14	3	127		57972	238	302	6	2309	45182	150	9785	523	146	85	1	139	2	15	130	5	112	3	3	2	104
廣東	44880	1088	674	147	9		255	3	43018	908	1359	84	1272	28339	1938	9118	674	134	147	33	126	13	42	141	38	100	13	18	20	49
廣西	32741	450	285	85	7	4	69		31856	134	151		1278	22405	73	7815	389	105	43	1	103	2	26	109		46	5	14	1	26
海南	4678	188	145	19	3		21		4379	12	93	3	305	2412	63	1491	99	26	24	1	24	3	1	20		12	2	1		9
重慶	17495	417	296	44	8		69		16900	146	304	10	1022	10597	101	4720	158	43	16	2	41		11	42	3	20	4	1	7	8
四川	74283	1261	833	166	19	22	221		72244	304	437	3	4671	52705	285	13839	705	206	37	13	203	16	25	203	2	73	6	8	21	38
貴州	25420	554	414	67	4	4	64	1	24498	104	266	8	1443	19783	41	2853	333	103	8		89	3	32	96	2	35	2	2	15	16

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

雲南	22888	780	535	101	14	4	126		21505	134	233	2	1385	13189	78	6484	518	150	31	4	147	18	16	146	6	85	8	10	8	59
西藏	4960	101	82			18	1		4718		8		672	3608		430	139	81			55		1	2		2	1		1	
陝西	35696	828	597	139	4		88		34389	163	303	29	1700	26699	204	5291	375	122	5	4	117	3	10	110	4	104	6	12	49	37
甘肅	26673	381	260	69	1	11	40		25930	110	312	8	1338	16415	64	7683	328	103	7	6	100	2	17	91	2	34	6	5	15	8
青海	5781	129	79	13	1	26	10		5503	14	149		404	4243	4	689	143	56	1	1	21		9	55		6		1	1	4
寧夏	4129	157	108	18	3	2	26		3878	9	87		233	2544	20	985	84	25		4	22	2	5	25	1	10	1		1	8
新疆	16000	802	624	43	4	45	86		14715	139	502	9	901	8350	259	4555	474	221	4		90	4	21	133	1	9	4			5

資料來源：2011年中國衛生部全國衛生統計年鑑

三、醫療衛生設施

大陸的醫療衛生設施從 1949 年建政以來，因為持續內部動盪與政權不穩之故，人民普遍處於貧窮狀態，連帶使得醫療衛生系統不受到重視，建政之初全國的病床數只有 8.46 萬張，隔年（1950 年）也只微幅增加到 11.91 萬張病床，最快速成長是在 1955~1960 年間，全國病床數從 36.28 萬張，成長到 97.68 萬張，五年間成長近 2.7 倍，此後大陸的病床數一直以穩定的速度成長，至 2010 年年底的病床數已達 478.68 萬張，60 年間成長約 56.6 倍。詳見圖 4-3。

單位：萬張

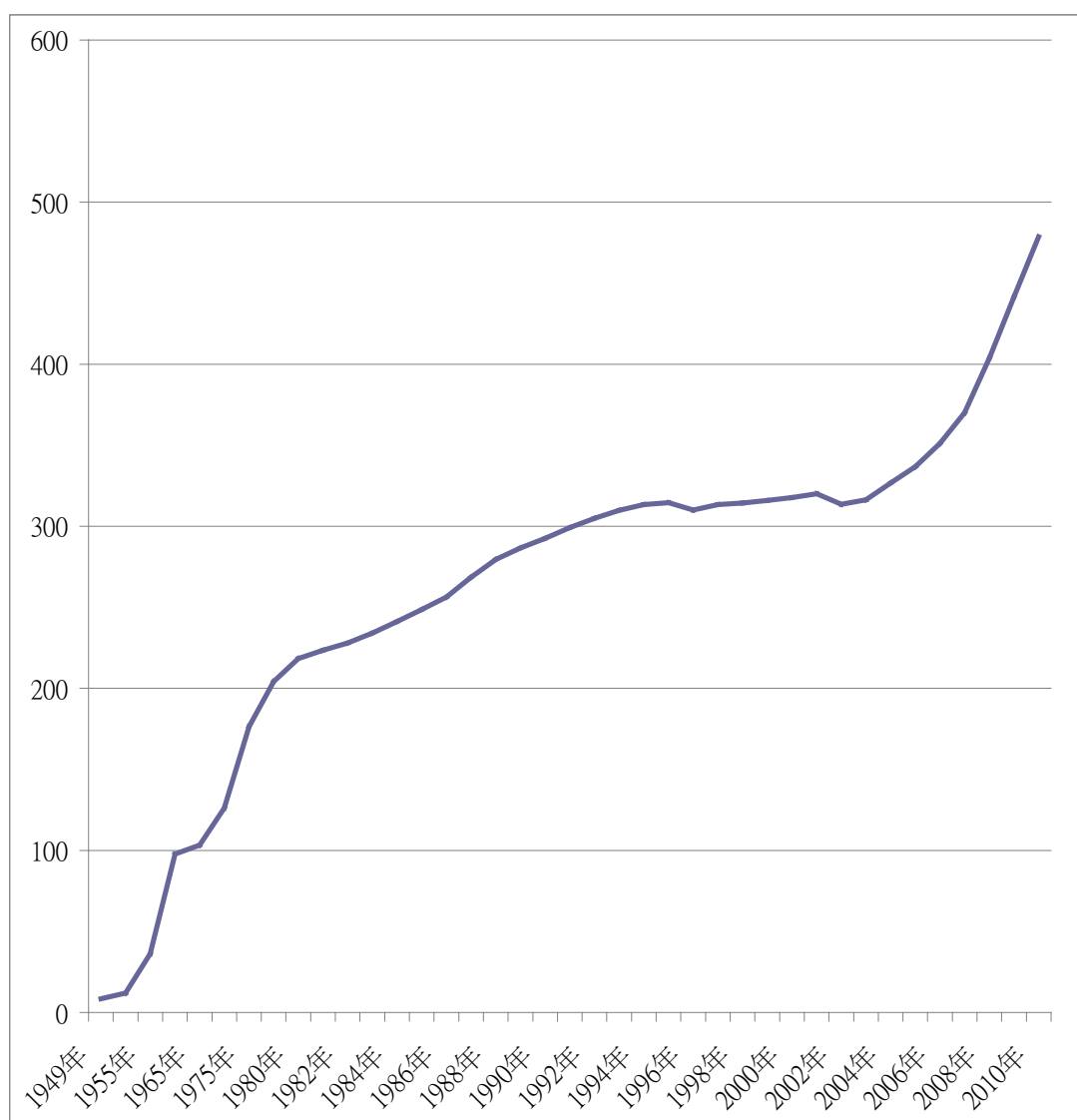


圖 4-3 1949-2010 大陸全國病床數成長情形

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑，作者自行整理

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

單位：間

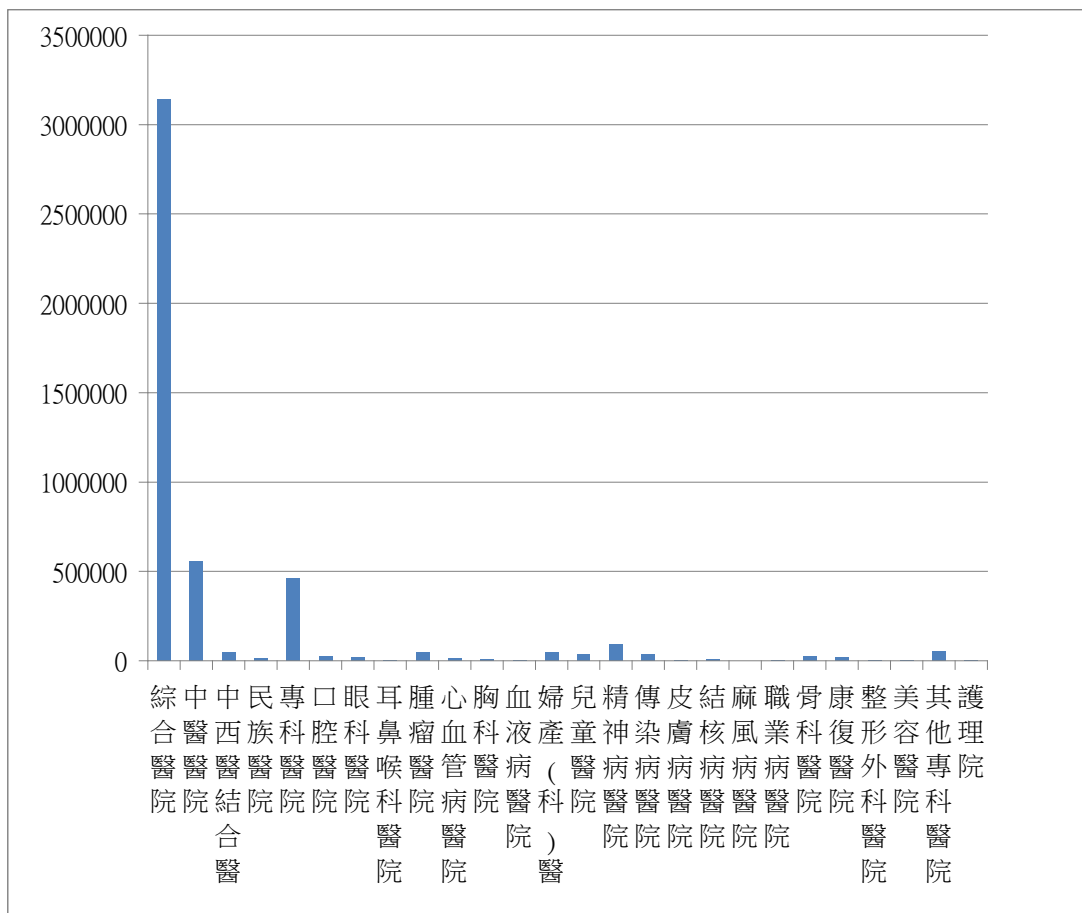


圖 4-4 大陸各類型醫院數量

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑，作者自行整理

表 4-5 大陸醫療衛生機構床位數 (萬張)

年份	合計					婦幼保健 院(所、站)	專科疾病防 治院(所、 站)	其他機構
		醫院	綜合醫院	中醫醫院	專科醫院			
1949	8.46	8						
1950	11.91	9.71	8.46	0.01	0.74	0.27		
1955	36.28	21.53	17.08	0.14	2.8	0.57		
1960	97.68	59.14	44.74	1.42	7.95	0.88	1.74	
1965	103.33	61.2	48.04	1.04	7.49	0.92		
1970	126.15	70.5	57.21	1.01	7.79	0.7		
1975	176.43	94.02	76.33	1.37	11.11	0.97	2.88	
1978	204.17	110	87.33	3.4	12.1	1.16	2.63	
1980	218.44	119.58	94.11	5	12.87	1.64	2.73	
1981	223.38	124.09	96.8	5.79	13.49	1.97	2.71	
1982	228.03	128.52	99.83	6.4	13.9	2.33	2.73	
1983	234.16	134.53	103.99	7.24	14.58	2.75	2.85	
1984	241.24	141.24	108	8.65	15.29	3.18	2.96	
1985	248.71	150.86	112.77	11.23	16.56	3.46	2.95	
1986	256.25	155.98	117.52	12.52	17.71	3.67	3.06	
1987	268.5	165.34	123.71	14.21	19.03	4	3.07	
1988	279.49	174.7	129.06	15.55	20.23	4.35	3	
1989	286.7	181.46	133.6	16.6	20.93	4.5	3.1	
1990	292.54	186.89	136.9	17.57	21.95	4.66	3.1	
1991	299.19	192.61	140.55	18.82	22.26	4.8	3.17	
1992	304.94	197.66	144.1	20.04	22.71	5	3.22	
1993	309.9	203.64	156.63	21.35	24.37	4.5	3.03	
1994	313.4	207.04	158.7	22.18	24.85	4.8	2.98	
1995	314.6	206.33	158.72	22.72	24.51	5.13	3.07	
1996	309.96	209.65	159.73	23.75	24.86	5.6	2.83	

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

1997	313.45	211.92	161.21	24.46	24.97	6.02	3.06	
1998	314.3	213.41	162	24.95	25.01	6.3	2.9	
1999	315.9	215.07	163.25	25.33	25.03	6.63	2.93	
2000	317.7	216.67	164.09	25.93	25.08	7.12	2.84	12.52
2001	320.12	215.56	150.5	24.6	25.65	7.4	2.7	15.4
2002	313.61	222.18	168.38	24.67	26.21	7.98	3.18	8.01
2003	316.4	226.95	171.34	26.02	26.72	8.09	3.38	5.79
2004	326.84	236.35	177.68	27.55	28.26	8.7	3.12	6.32
2005	336.75	244.5	183.47	28.77	29.21	9.41	3.34	6.09
2006	351.18	256.04	190.29	30.32	32.05	9.93	2.8	5.45
2007	370.11	267.51	197.16	32.16	34.37	10.62	2.59	4.28
2008	403.87	288.29	211.28	35.03	37.77	11.73	2.64	3.82
2009	441.66	312.08	227.11	38.56	41.67	12.61	2.71	4.21
2010	478.68	338.74	244.95	42.42	45.95	13.44	2.93	4.26

資料來源：2011年中國衛生部全國衛生統計年鑑，作者自行整理

四、醫療衛生人員

除了醫療院所、病床這些被認定為醫療系統中的硬體設備外，軟體設備-醫療衛生人員，也十分重要。畢竟若是空有龐大或設備精良的硬體設備而缺乏醫術精湛的醫事人員也是枉然。中共建政的第1年-1949，全大陸的醫療衛生人員只有 541,240 人，隔年逐漸增加，和醫療院所一樣呈現穩定的成長。但是到了 1985 年，全中國醫事衛生人員總數突然銳減近十萬，⁶³到了 2010 年底，全中國大陸的醫事衛生人員已經達到 8,207,502 人，和 1949 年相比，成長 15.2 倍，詳見圖 4-5（1949-2010 大陸衛生人員成長）。

單位：人

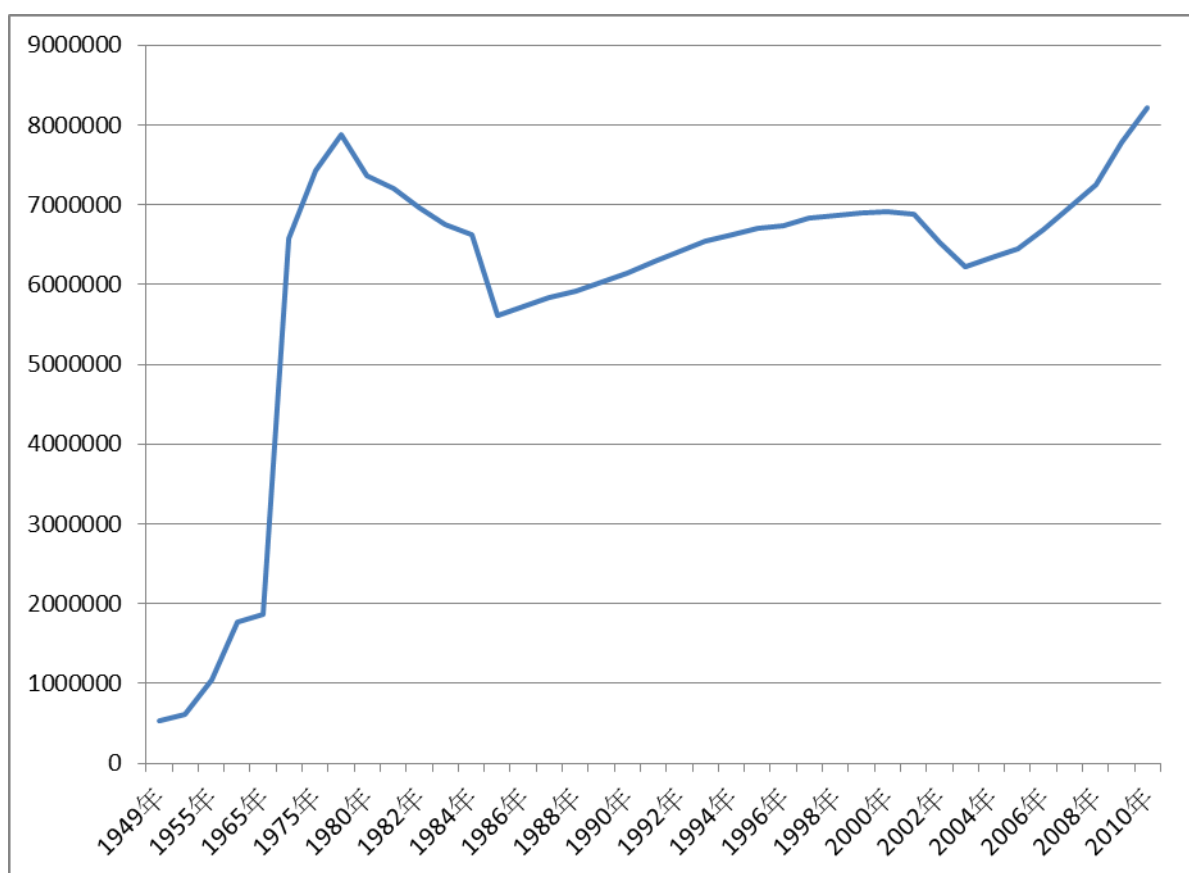


圖 4-5 1949-2010 大陸衛生人員成長

資料來源：《2011 全國衛生統計年鑑》，作者自行整理

⁶³ 1980 年代改革開放後，農村人民公社瓦解，政策上讓一部分人先富起來，因此大量國家資源投入少數城市，對農村的醫療保健缺乏投入及代替機制，合作醫療也隨之崩潰，農村非但缺乏醫療設施，就醫幾乎完全自費，甚至預防保健措施也須自掏腰包，這也連帶使得醫療從業人員意願下降，直接或間接造成人數銳減。楊志良，2008，《健康保險》，華格那企業出版。頁 92-95。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 4-6 1949~2010 大陸衛生人員數

年 份	衛生人 員	衛生技 術人員	執業(助 理)醫師	執業醫 師	註 冊 護 士	藥 師 (士)	檢 驗 師 (士)	鄉 村 醫 生 和 衛 生 員	其 他 技 術 人 員	管 理 人 員
1950	611240	555040	380800	327400	37800	8080				21877
1955	1052787	874063	500398	402409	107344	60974	15394			86465
1960	1769205	1504894	596109	427498	170143	119293				132034
1965	1872300	1531600	762804	510091	234546	117314			10996	168845
1970	6571795	1453247	702304	446251	295147			4779280	10813	156862
1975	7435212	2057068	877716	521617	379545	219904	77506	4841695	14122	251420
1978	7883041	2463931	978152	609608	405223	266570	98806	4777469	22950	298104
1980	7355483	2798241	1153234	709473	465798	308438	114290	3820776	27834	310805
1981	7199133	3011038	1243787	620291	525311	323786	123652	3403012	29622	318721
1982	6954413	3142943	1307205	668010	563912	342451	130625	2996609	32207	326883
1983	6757244	3252836	1352651	704060	595569	351002	136630	2667214	37830	326927
1984	6622973	3343998	1381456	716365	616080	358969	140728	2409327	42539	341271
1985	5606105	3410910	1413281	724238	636974	365145	145217	1293094	46052	358812
1986	5725854	3506517	1444150	745592	680583	372760	150132	1279935	50957	370056
1987	5842621	3608618	1481754	777333	717596	382121	156878	1278499	57255	371167
1988	5924557	3723756	1618174	1095926	829261	394287	161615	1247045	65063	368227
1989	6028234	3809097	1718018	1257668	921687	401098	166383	1241275	73530	384890
1990	6137711	3897921	1763086	1302997	974541	405978	170371	1231510	85504	396694
1991	6278458	3984974	1779545	1310933	1011943	409325	176832	1253324	91265	408819
1992	6409307	4073986	1808194	1327875	1039674	413598	180754	1269061	99177	417670
1993	6540522	4117067	1831665	1372471	1056096	413025	183657	1325106	113138	432903
1994	6630710	4199217	1882180	1425375	1093544	417166	186415	1323701	116921	438084
1995	6704395	4256923	1917772	1454926	1125661	418520	189488	1331017	120782	450013
1996	6735097	4311845	1941235	1475232	1162609	424952	192873	1316095	125480	444571
1997	6833962	4397805	1984867	1505342	1198228	428295	198016	1317786	133369	448047

1998	6863315	4423721	1999521	1513975	1218836	423644	200846	1327633	145060	435507
1999	6894985	4458669	2044672	1561584	1244844	418574	201272	1324937	150041	434997
2000	6910383	4490803	2075843	1603266	1266838	414408	200900	1319357	157533	426789
2001	6874527	4507700	2099658	1637337	1286938	404087	203378	1290595	157961	412757
2002	6528674	4269779	1843995	1463573	1246545	357659	209144	1290595	179962	332628
2003	6216971	4380878	1942364	1534046	1265959	357378	209616	867778	199331	318692
2004	6332739	4485983	1999457	1582442	1308433	355451	211553	883075	209422	315595
2005	6447246	4564050	2042135	1622684	1349589	349533	211495	916532	225697	312826
2006	6681184	4728350	2099064	1678031	1426339	353565	218771	957459	235466	323705
2007	6964389	4913186	2122925	1715460	1558822	325212	206487	931761	243460	356569
2008	7251803	5174478	2201904	1791881	1678091	330525	212618	938313	255149	356854
2009	7781448	5535124	2329206	1905436	1854818	341910	220695	1050991	275006	362665
2010	8207502	5876158	2413259	1972840	2048071	353916	230572	1091863	290161	370548

資料來源：2011年中國衛生部全國衛生統計年鑑，作者自行整理

表 4-7 2010 年大陸各類醫療衛生機構人員數

衛生機構 分類	合計	衛生技術人員									工勤技 能人員
		小計	執業(助 理)醫師	執業醫 師	註冊護士	藥師 (士)	技師 (士)	檢驗師 (士)	其他	見習 醫師	
總計	8207502	5876158	2413259	1972840	2048071	353916	338755	230572	722157	132772	578772
一. 醫院	4227374	3438394	1260892	1155534	1468754	210693	206469	132759	291586	84221	379031
綜合醫院	3143335	2576405	937411	865181	1126378	144734	154280	99592	213602	62496	275823
中醫醫院	558110	462285	184798	165486	166755	42839	27766	17135	40127	12705	45925
中西醫結 合醫院	47480	38745	14888	13568	15446	2789	2278	1478	3344	931	3940
民族醫院	12516	10173	4677	3783	2591	1257	539	335	1109	246	1173
專科醫院	463042	349032	118685	107136	156645	18979	21528	14165	33195	7791	51340
口腔醫院	26589	20910	10424	9307	6654	428	509	206	2895	502	2271
眼科醫院	20311	13987	4976	4487	6062	737	536	389	1676	330	2318

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

耳鼻喉科醫院	4038	2913	1117	954	1158	183	148	89	307	127	441
腫瘤醫院	46896	37831	12513	12043	17854	1709	2466	1197	3289	520	3578
心血管病醫院	11740	9272	2849	2626	4637	377	460	305	949	184	942
胸科醫院	9965	7814	2348	2313	3919	413	527	331	607	229	884
血液病醫院	1424	1025	269	263	526	48	134	128	48	2	88
婦產(科)醫院	46045	34728	11704	10461	15800	1823	2617	1809	2784	734	5077
兒童醫院	37412	30757	10037	9895	15095	1712	2055	1517	1858	545	2718
精神病醫院	94086	68457	20072	18040	34947	3549	3019	2090	6870	1639	13892
傳染病醫院	38829	29459	9279	8906	13670	2038	2511	1938	1961	537	4590
皮膚病醫院	4746	3480	1421	1234	1063	421	301	266	274	61	603
結核病醫院	9317	6899	2106	2006	3300	428	564	377	501	116	1204
麻風病醫院	731	486	231	166	113	47	36	33	59	14	134
職業病醫院	3105	2348	926	862	904	148	196	141	174	30	266
骨科醫院	28390	21967	8241	6674	8251	1377	1546	785	2552	723	2637
康復醫院	18547	12878	4398	3679	4983	781	755	462	1961	409	2648
整形外科醫院	2407	1631	596	529	804	56	66	45	109	34	243
美容醫院	4781	2744	983	852	1160	131	124	95	346	103	911
其他專科醫院	53683	39446	14195	11839	15745	2573	2958	1962	3975	952	5895

護理院	2891	1754	433	380	939	95	78	54	209	52	830
二. 基層醫療衛生機構	3282091	1913948	949054	645480	466503	125467	79485	51297	293439	39437	130607
社區衛生服務中心(站)	389516	331322	144225	115773	106528	26727	17629	11870	36213	6926	24663
社區衛生服務中心	282825	236966	103046	82867	75187	20137	14488	9651	24108	5838	20849
社區衛生服務站	106691	94356	41179	32906	31341	6590	3141	2219	12105	1088	3814
衛生院	1177552	995157	432261	256958	223832	74958	52516	32918	211590	28296	82511
街道衛生院	26203	22098	9613	6499	6139	1770	1088	731	3488	563	1712
鄉鎮衛生院	1151349	973059	422648	250459	217693	73188	51428	32187	208102	27733	80799
中心衛生院	488165	416470	181825	114274	99208	31680	24064	14940	79693	11320	35208
鄉衛生院	663184	556589	240823	136185	118485	41508	27364	17247	128409	16413	45591
村衛生室	1213230	121367	107224	52763	14143						
門診部	99793	80033	39203	34257	23550	6527	5984	3949	4769	863	7506
綜合門診部	64120	52032	24692	21909	15495	4572	4565	2965	2708	413	4842
中醫門診部	9822	7480	4094	3721	1307	1019	395	287	665	180	809
中西醫結合門診部	2260	1882	926	807	518	199	137	89	102	7	153
民族醫門診部	74	58	31	26	13	8	4	4	2		3
專科門診	23517	18581	9460	7794	6217	729	883	604	1292	263	1699

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

部											
診所、衛生所、醫務室、護理站	402000	386069	226141	185729	98450	17255	3356	2560	40867	3352	15927
診所	314057	301994	177807	147140	76985	14292	2235	1651	30675	2691	12063
衛生所、醫務室	87757	83894	48289	38556	21339	2963	1121	909	10182	658	3863
護理站	186	181	45	33	126				10	3	1
三. 專業公共衛生機構	624515	486801	188590	159847	104247	15628	49753	43927	128583	8597	58000
疾病預防控制中心	195467	147347	78608	65667	11616	2821	26824	25291	27478	2320	20283
省屬	11155	7532	3469	3420	171	63	2399	2388	1430	114	1410
地級市(地區)屬	43210	32129	17620	16092	2131	473	7694	7415	4211	751	4413
縣級市(區)屬	57204	43712	23629	19842	3734	885	7331	6922	8133	624	5892
縣屬	77245	59067	31550	24376	5186	1335	8732	7930	12264	782	8117
其他	6653	4907	2340	1937	394	65	668	636	1440	49	451
專科疾病防治院(所、站)	47680	36015	16144	13469	9328	2646	3373	2669	4524	582	5066
專科疾病防治院	16818	12544	5009	4410	4222	912	1042	843	1359	328	1988
傳染病防治院	1250	844	264	233	311	44	57	45	168	67	238
結核病防治院	2596	1906	705	622	723	119	161	124	198	38	354
職業病防治院	4581	3244	1318	1242	1085	209	322	280	310	89	620

治院											
其他	8391	6550	2722	1 2313	2103	540	502	394	683	134	776
專科疾病防治所(站、中心)	30862	23471	11135	9059	5106	1734	2331	1826	3165	254	3078
口腔病防治所(站、中心)	2630	2152	1199	943	409	28	16	9	500	35	165
精神病防治所(站、中心)	500	413	141	105	157	29	19	13	67	2	39
皮膚病與性病防治所(中心)	6146	4644	2250	1868	1012	604	368	344	410	46	749
結核病防治所(站、中心)	9423	7049	3208	2646	1535	514	901	614	891	49	881
職業病防治所(站、中心)	2150	1641	744	691	269	52	251	205	325	36	190
地方病防治所(站、中心)	1106	776	526	428	57	23	103	93	67	2	144
血吸蟲病防治所(站、中心)	5975	4644	2112	1645	1105	281	499	416	647	28	590
藥物戒毒所(中心)	270	110	50	44	34	12	9	7	5		29
其他	2662	2042	905	689	528	191	165	125	253	56	291
健康教育所	1442	642	297	265	53	17	12	11	263	2	146

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

(站、中心)											
婦幼保健院(所、站)	245102	202365	85932	74072	73195	9519	14132	10662	19587	5214	18781
省屬	11182	9183	3376	3344	4053	394	536	466	824	307	803
地級市(地區)屬	69017	56636	21425	20373	24298	2521	3836	3038	4556	1685	5193
縣級市(區)屬	76010	63119	27419	23704	21989	3087	4754	3513	5870	1570	5618
縣屬	85397	70454	32468	25557	21768	3404	4807	3473	8007	1596	6933
其他	3496	2973	1244	1094	1087	113	199	172	330	56	234
婦幼保健院	210441	173887	70299	61045	66710	8322	11842	8839	16714	4817	16535
婦幼保健所	18989	15643	8618	7433	3521	701	1407	1144	1396	223	1223
婦幼保健站	15605	12783	6983	5568	2950	495	879	676	1476	174	1015
生殖保健中心	67	52	32	26	14	1	4	3	1		8
急救中心(站)	11540	6233	3036	2781	2172	135	144	87	746	295	3209
採供血機構	27200	18671	3458	2844	7462	377	5135	5102	2239	179	3805
衛生監督所(中心)	93612	73559							73659		6518
省屬	2707	1997							1997		194
地級市(地區)屬	19049	13718							13718		1439
縣級市(區)屬	27092	20802							20802		2037
縣屬	32594	25484							25484		2604

其他	2170	1558							1558		244
計劃生育 技術服務 機構	2472	1969	1115	749	421	113	133	105	187	0	192
四.其他機 構	73522	37015	14723	11979	8567	2128	3048	2589	8549	517	11134
療養院	18623	10470	3720	3227	4209	592	610	416	1339	279	4482
衛生監督檢 驗(監測) 機構	862	604	206	130	14	8	211	210	165	4	62
醫學科學研 究機構	12638	6076	2312	2210	995	433	483	400	1853	45	1366
醫學在職培 訓機構	17770	7226	3156	2477	1262	487	288	212	2033	50	2272
臨床檢驗 中心(所、 站)	3892	1981	285	275	124	8	1056	1026	508	18	720
其他	19737	10658	5044	3660	1963	600	400	325	2651	121	2232

說明：1. 人員數合計中包括公務員中衛生監督員 1 萬名，鄉村醫生和衛生員 1091863 人。

2. 本表村衛生室人員數不包括鄉鎮衛生院在村衛生室工作的人員數（這部分人員計入鄉鎮衛生院中）。

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑

表 4-8 2010 年大陸衛生人員數(按城鄉經濟類型主辦單位分)

分類	合計	衛生技術人員							工勤技 能人員
		小計	執業(助 理)醫師	執業醫師	註冊護士	藥師(士)	技師(士)	其他	
總計	8207502	5876158	2413259	1972840	2048071	353916	338755	722157	578772
按城鄉									

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

分									
城市	3647861	2954913	1152103	1061587	1200343	169190	175475	257802	317015
農村	4549641	2911245	1261156	911253	847728	184726	163280	454355	261757
按經濟類型分									
公立	6800490	5043564	2005276	1651091	1794767	310608	304012	628901	510536
國有	5533014	4492778	1729981	1473958	1665992	273229	278916	544660	468971
集體	1267476	550786	275295	177133	128775	37379	25096	84241	41565
非公立	1397012	822594	407983	321749	253304	43308	34743	83256	68236
其中：	80962	19799	10406	7154	5294	755	987	2357	1327
聯營									
私營	988302	603296	312573	245321	175824	31739	22349	60811	43417
按主辦單位分									
政府辦	5551165	4461916	1730488	1436499	1592364	279281	275398	584385	458711
其中：	5389670	4338446	1682210	1395579	1544311	271765	268025	572135	441774
衛生部 門									
社會辦	1690434	779304	363852	284019	270336	41382	39501	64233	73340
個人辦	955903	624938	318919	252322	185371	33253	23856	63539	46721

資料來源：2011年中國衛生部全國衛生統計年鑑

五、醫療衛生經費

從一國醫療衛生費用的多寡可以看出該國對醫療的重視程度，也反映出國民健康的狀況。在改革開放之前（1978年），全中國大陸的衛生支出只有110.21億元，1979年底改革開放啟動，衛生經費增加到126.19億元，成長幅度約14.5%，往後的數年衛生預算經費都是正成長，到了2010年更是近兩兆人民幣（19,921.35億元），成長180倍以上，由此可見，大陸醫療衛生經費成長幅度非常驚人，如果按照世界衛生組織的統計數據顯示，中國大陸可能是開發中國家成長速度最快的。

單位：億人民幣

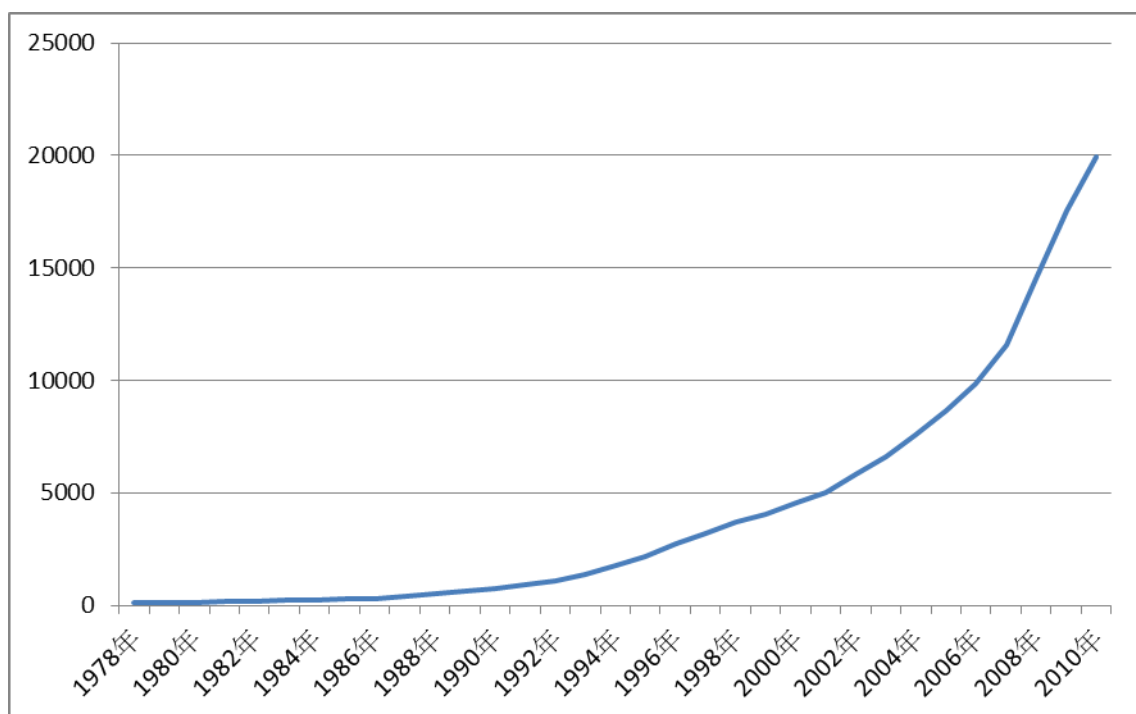


圖 4-6 1978-2010 大陸衛生經費預算成長情形

資料來源：2011年中國衛生部全國衛生統計年鑑，作者自行整理

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 4-9 1978~2010 大陸衛生總費用

年份	衛生總費用 (億元)			衛生總費用構成 (%)			城鄉衛生費用 (億元)		人均衛生費用 (元)			衛生總費用占 GDP%	
	合計	政府衛生支出	社會衛生支出	個人衛生支出	政府衛生支出	社會衛生支出	個人衛生支出	城市	農村	合計	城市		農村
1978	110.21	35.44	52.25	22.52	32.2	47.4	20.4			11.5			3.02
1979	126.19	40.64	59.88	25.67	32.2	47.5	20.3			12.9			3.11
1980	143.23	51.91	60.97	30.35	36.2	42.6	21.2			14.5			3.15
1981	160.12	59.67	62.43	38.02	37.3	39	23.7			16			3.27
1982	177.53	68.99	70.11	38.43	38.9	39.5	21.6			17.5			3.33
1983	207.42	77.63	64.55	65.24	37.4	31.1	31.5			20.1			3.48
1984	242.07	89.46	73.61	79	37	30.4	32.6			23.2			3.36
1985	279	107.65	91.96	79.39	38.6	33	28.5			26.4			3.09
1986	315.9	122.23	110.35	83.32	38.7	34.9	26.4			29.4			3.07
1987	379.58	127.28	137.25	115.05	33.5	36.2	30.3			34.7			3.15
1988	488.04	145.39	189.99	152.66	29.8	38.9	31.3			44			3.24
1989	615.5	167.83	237.84	209.83	27.3	38.6	34.1			54.6			3.62
1990	747.39	187.28	293.1	267.01	25.1	39.2	35.7	396	351.39	65.4	158.8	38.8	4
1991	893.49	204.05	354.41	335.03	22.8	39.7	37.5	482.6	410.89	77.1	187.6	45.1	4.1

1992	1096.9	228.61	431.55	436.7	20.8	39.3	39.8	597.3	499.56	93.6	222	54.7	4.07
1993	1377.8	272.06	524.75	580.97	19.7	38.1	42.2	760.3	617.48	116.3	268.6	67.6	3.9
1994	1761.2	342.28	644.91	774.05	19.4	36.6	43.9	991.5	769.74	146.9	332.6	86.3	3.65
1995	2155.1	387.34	767.81	999.98	18	35.6	46.4	1239.5	915.63	177.9	401.3	112.9	3.54
1996	2709.4	461.61	875.66	1372.2	17	32.3	50.6	1494.9	1214.52	221.4	467.4	150.7	3.81
1997	3196.7	523.56	984.06	1689.1	16.4	30.8	52.8	1771.4	1425.31	258.6	537.8	177.9	4.05
1998	3678.7	590.06	1071	2017.6	16	29.1	54.8	1906.9	1771.8	294.9	625.9	194.6	4.36
1999	4047.5	640.96	1146	2260.6	15.8	28.3	55.9	2193.1	1854.38	321.8	702	203.2	4.51
2000	4586.6	709.52	1171.9	2705.2	15.5	25.6	59	2624.2	1962.39	361.9	813.7	214.7	4.62
2001	5025.9	800.61	1211.4	3013.9	15.9	24.1	60	2793	2232.98	393.8	841.2	244.8	4.58
2002	5790	908.51	1539.4	3342.1	15.7	26.6	57.7	3448.2	2341.79	450.7	987.1	259.3	4.81
2003	6584.1	1116.9	1788.5	3678.7	17	27.2	55.9	4150.3	2433.78	509.5	1108.9	274.7	4.85
2004	7590.3	1293.6	2225.4	4071.4	17	29.3	53.6	4939.2	2651.08	583.9	1261.9	301.6	4.75
2005	8659.9	1552.5	2586.4	4521	17.9	29.9	52.2	6305.6	2354.34	662.3	1126.4	315.8	4.68
2006	9843.3	1778.9	3210.9	4853.6	18.1	32.6	49.3	7174.7	2668.61	748.8	1248.3	361.9	4.55
2007	11574	2581.6	3893.7	5098.7	22.3	33.6	44.1	8968.7	2605.27	876	1516.3	358.1	4.35
2008	14535	3593.9	5065.6	5875.9	24.7	34.9	40.4	11252	3283.5	1094.5	1861.8	455.2	4.63
2009	17542	4816.3	6154.5	6571.2	27.5	35.1	37.5	13536	4006.31	1314.3	2176.6	562	5.15

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

2010	19921	5688.6	7156.6	7076.2	28.6	35.9	35.5			1487			5.01
------	-------	--------	--------	--------	------	------	------	--	--	------	--	--	------

說明：1. 本表係核算數；

2. 按當年價格計算；

3. 2001 年起衛生總費用不含「高等醫學教育經費」，2006 年起包括城鄉醫療救助經費。

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑

貳、醫療衛生機構診療使用資訊

表 4-9 顯示了大陸醫療院所的診療人次，被使用量最大的是綜合醫院，其次是中醫醫院，中西醫結合醫院則是排名第 3。值得注意的是大陸民眾在選擇醫院時，有將綜合醫院列為首選的趨勢，其他醫療院所縱然有成長，但是不及綜合醫院。

表 4-10 大陸醫療衛生機構診療人次數（萬人次）

醫療機構分類	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
總計	399134.1	409725.9	446373.3	471913	490089.7	548767.1	583761.6
醫院	130452.7	138653.3	147101.3	163769.6	178167	192193.9	203963.3
綜合醫院	99464.6	105774.9	111153.3	123256.7	134102.4	143561.2	151058.2
中醫醫院	20259.5	21429.5	22911.9	25387	27540.9	30145.8	32770.2
中西醫結合醫院	1333.4	1513.4	1716.1	2008.5	2120.1	2449.9	2702.6
民族醫院	504.1	427.2	463.6	513.5	496.6	537	553.8
專科醫院	8865.6	9478.8	10822.7	12570	13858.2	15446.8	16821.5
護理院	25.5	29.6	33.6	33.9	48.7	53.1	57.1
基層醫療衛生機構	258067.7	259357.6	286861.5	294077.4	296276.6	339236.5	361155.6
社區衛生服務中心(站)	9711.1	12220	17664.4	22587.4	25672.4	37697.5	48451.6
內：社區衛生服務中心	4615.6	5938.5	8285.5	12712.4	17247.3	26080.2	34740.4
衛生院	70273.4	69941.2	72506.1	78738	86170.1	91945.9	90118.7
街道衛生院	2215.9	2017.8	2417.8	2882.1	3490	4285.1	2698.7
鄉鎮衛生院	68057.4	67923.3	70088.3	75855.9	82680.1	87660.8	87420.1
村衛生室	123400.4	123411.6	134838.9	138676.7	136891.2	155170.1	165702.3
門診部	4334.9	4238.5	4421.8	5076.9	5140.1	6086.5	6561.3
診所(醫務室)	50348	49546.4	57430.3	48998.5	42402.8	48336.5	50321.7
專業公共衛生機構	10356.1	11496.3	12206	13858.2	15433.3	17046.8	18244.7
專科疾病防治院(所、站)	1700	1821.8	1745.1	1750.4	1811	1882.6	1896.6
內：專科疾病防治院	447.1	610	509.9	515.9	636	660.4	649.6
婦幼保健院(所、站)	8656.2	9674.6	10460.9	12107.8	13622.3	14847	15967.3
內：婦幼保健院	7108.2	8136.9	8839.3	10303.2	11976.4	13132.2	14224.8
急救中心(站)						317.3	380.9

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

其他機構	257.5	218.6	204.5	207.7	212.8	289.9	391.9
療養院	257.5	218.6	204.5	195.9	190.7	211.4	234.8
臨床檢驗中心				11.9	21.1	78.5	163.1

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑

第二節 大陸醫療產業發展與相關規範

不可諱言，大陸醫療市場最大的優勢在於人口眾多，截至 2010 年底，大陸人口普查的結果顯示大陸至少有約 13 億 4 千萬人，每年出生與死亡的人口都在數千萬人之譜，況且人從出生到死亡都需要醫療照顧，因此，大陸的醫療市場需求是以「億萬」來計，如此龐大的市場代表背後的商機無限。

壹、台商赴陸投資醫療機構相關法規

大陸對醫療衛生相關規定大部分以中華人民共和國衛生部所頒佈的規章與原則為主體架構，但是大陸無論土地面積或人口數量均極為龐大，種族也十分繁雜，全國各地區均存在不同的醫療特質與區域特性。因此，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殊性，在不違背法條基本精神與前提下，可以自行研擬各類單行法規，並在送交中央衛生部門相關單位審定後實施，以便中央政府進行統一管控與發展。⁶⁴所以大陸法規制度經常被認為是「法治」與「人治」並行的方式進行運作，台灣任何一項產業進入大陸市場前必須完整蒐集目標區域或省市的各項法規，其中包括中央政府法規與地方單行法規、建議方向與實施原則，並且充分做好市場調查與當地民眾的就醫需求與習慣，方可進入投資與設立相關醫療機構。⁶⁵

一、大陸醫療機構設置辦法

在大陸設置醫療機構的主要法規如下：

(一) 〈醫療機構管理條例〉

⁶⁴ 資料來源同註釋 59。

⁶⁵ 大陸幅員廣大，從南到北、從東到西間的差異就可能有十萬八千里，不僅種族有著多樣性，氣候也有極大差異，各個族群的生活方式、所得、就醫習慣或知識程度有所不同，連帶影響對醫療的認知，因此，任何一家醫療院所投資前，都必須認清其所在的市場特性。

- (二) 〈醫療機構管理條例實施細則〉
- (三) 〈醫療機構設置規則指導原則〉
- (四) 〈醫療機構基本標準〉
- (五) 〈醫療機構診療科目名錄〉
- (六) 〈中外合資合作醫療機構管理暫行辦法〉：凡香港特別行政區、澳門特別行政區與台灣地區於大陸舉辦合資或合作形式的醫療機構者，依照本條例辦法執行。本條例內容如下：
 - 1. 必須是獨立法人
 - 2. 單一機構投資金額不得低於 2,000 萬人民幣。
 - 3. 中方在合資合作醫療機構的股權以力不得低於 30%。
 - 4. 合資、合作期限不超過 20 年。
 - 5. 符合省級以上的衛生部門規定的其他條件。
- (七) 國務院辦公廳轉發發展改革委員會衛生部等部門關於進一步鼓勵與引導社會資本舉辦醫療機構意見的通知（國辦發【2010】58 號）：本條例是開始開放社會資本、台灣獨資與降低外資合作、合資投資大陸醫療產業的起始文件之一。本條本條例內容主要有 12 項重點，茲分析如下：⁶⁶
 - 1. 擴展空間、規劃預留（鼓勵醫療機構服務創新）
 - 2. 採行自行申報性質、非營利機構可以獲取適當回報（授權醫院保留部分醫療發展經費）。
 - 3. 鼓勵社會資本參與公立醫院改制。
 - 4. 境外資本投資醫療行為股權政策（股權分配下限逐步取消）
 - 5. 非公立醫院醫療機構服務要素准入政策（特殊乙類大型醫用設備設置規定限制放寬）
 - 6. 非公立醫院醫療機構價格、稅收和醫保定點政策（各項能原動力等公用支出與公立醫院同價，並有條件將非公立醫療機構納入醫保定點）
 - 7. 非公醫機構用人環境（鼓勵醫務人員在公立與非公立醫療機構中合理流動）
 - 8. 非公醫療機構外部學習環境（在申請研究計畫、臨床教學合作、住院醫師培訓、各類學會組織與醫療機構評審委員會等都享有同等待遇與

⁶⁶ 資料來源同註釋 56。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

參與度)

9. 非公醫療機構的土地與貸款政策（在醫療特殊需求條件下，會優先劃撥國有建設用地以取得非營利醫療機構的建設土地）。
10. 非營利性醫療機構如發生產權變更，允許投資者收回投資。
11. 指導非公醫療機構規範職業（提升醫療服務品質）
12. 非公醫療機構合法權益保障（禁止政府、公安與衛生部門給予非公醫療機構刁難並擁有相同的法律公權力保障）

前述和台資醫療產業密切相關的法規為鼓勵社會資本參與公立醫院改制、境外資本投資醫療行為股權政策、非公立醫院醫療機構服務要素准入政策、非公立醫院醫療機構價格、稅收和醫保定點政策與非公醫療機構的土地與貸款政策。對台資醫院而言，主要資本來源算是境外投資，需要大陸的准入政策與相關獎勵辦法，土地成本與相關課徵稅收與醫保的相關規定等，事關醫院的經營成本，對台資醫療企業是否決定進入大陸醫療市場至為關鍵。

另外值得注意的是，由於目前大陸公營醫院比例高達九成，非公醫的部門屬於少數，因此在前述第 12 項中對於私人辦醫的保障十分重要，尤其是禁止公部門對於非公立醫療機構的刁難及相關保障。

(八) 中國大陸中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見，主要在鼓勵並引導社會資本發展醫療事業，並規範境外資本准入條件，除適度降低公立醫療機構比重並完善醫療機構分類管理政策與稅收優惠政策。

(九) 「海峽兩岸經濟合作架構協議」(Economic Cooperation Framework Agreement, 簡稱：ECFA) 允許台灣服務提供者在上海、廣東、福建、江蘇與海南設立獨資醫院。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八項與健康相關的服務與社會服務中，其內容依以下內容載明三項重點：

1. 跨境交付：不予承諾
2. 境外消費：不予承諾
3. 商業存在：允許台灣服務提供者在上海、廣東、福建、江蘇與海南設立獨資醫院。(應符合大陸關於外商投資設立合資、合作或獨資醫院的有關規定)。

台灣投資者開始可以以獨資的身份正式進入大陸的醫療衛生產業市場是從 ECFA 開始，雖然投資門檻與各項限制仍然很高，但是對於台灣醫療機構或想進行

醫療事業的廠商而言，目前日益緊縮的健保收益已經讓醫療產業不再像過去能夠獲得極高的報酬率，因此，赴大陸投資成為台灣醫療產業的第二選擇。此外，香港和澳門等特別行政區同樣也頒布醫療院所獨資經營的相關管理辦法。⁶⁷

貳、醫療業務執業資格認證規定

在中國大陸的醫事人員執業資格是依照以下所列之重要法進行資格審定，和前述醫事人員及其相關工作者的相關法規或辦法有七大項，分別是：⁶⁸

一、執業醫師法

二、醫師執業註冊暫行辦法

三、外國醫師來華短期行醫暫行管理辦法

四、香港、澳門特別行政區在內地短期行醫管理規定

五、台灣地區醫師在大陸短期行醫管理規定：依據本項條例以及各省市醫療需求和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，實際於大陸進行醫療行為。本項條例在 2011 年 5 月 31 日的 ECFA 五省市醫療衛生投資論壇會中再次宣告最長期限可延長至 3 年。

六、護士條例

七、台灣地區醫師獲得大陸醫師資格認定管理辦法：本條例是台灣醫師取得大陸執業身份認定的最重要法源。凡於台灣地區 2007 年 12 月 31 日前已經取得合法行醫資格滿五年（含）以上者，於台灣醫療機構具有實際執業經驗，且為台灣地區永久性居民者，得具件申請通過後取得大陸相應醫師資格。根據 ECFA 所協議通過的內容，目前僅開放醫師、牙醫師與中醫師等。護士與其他相關醫事人員還在陸續規劃中。⁶⁹

參、醫療技術與醫療設備

一、醫療技術分類

中國大陸衛生部根據「醫療技術臨床應用管理辦法」將醫療技術分為三類，

⁶⁷ 大陸一般會將港、澳、臺的相關法規單獨列出，在港澳回歸之後，對台灣的法規有時屬於單行法規，例如台商投資保護法或是台商投資保護實施細則，是具有針對性的族群。對大陸而言，法規本身的宣示效果往往比法規所保障的內容來得重要。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》，長榮大學醫務管理學系碩士論文，頁 12-15。

⁶⁸ 同前註，頁 16。

⁶⁹ 同註釋 64，頁 16-17。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

並給予不同的限制：⁷⁰

- (一) 第一類醫療技術：指的是醫療機構在常規管理運用在臨床上能確保其安全性與有效性的醫療技術。
- (二) 第二類醫療技術：指的是凡涉及一定倫理問題或風險較高必須由衛生行政部門加以管理控制的醫療技術。
- (三) 第三類醫療技術：凡涉及重大倫理問題、高風險、安全性與有效性須經一定臨床試驗規範進一步驗證者、需要使用到稀缺資源者與衛生部規定需要特殊管理的醫療技術等。

二、大型醫療設備申請

中國大陸將醫療機構內的大型醫用設備分為甲類與乙類兩項，並嚴格規定各地區可申請設置的設備數與機構性質。⁷¹

- (一) 甲類大型醫療用設備：因為基於國家整體衛生推動的趨勢考量，統一由中國衛生部按照各地區的醫用設備設置規劃進行審批，通過後方可設置。
- (二) 乙類大型醫用設備：由地區衛生主管機關依照衛生醫療配置需求性進行審批。

第三節 大陸醫療產業分析

大陸自從 1949 年共產黨建政後，一開始在計畫經濟的指導之下，醫療體系功能不彰且不健全，在 80 年代以前宛如醫療荒漠，不僅一般的醫療照顧十分不足，重症病人更是難以獲得應有的醫療衛生照護。1979 年大陸開始改革開放，各種產業都出現改善的契機，醫療產業也不例外，80 年代開始，大陸領導人在改革開放的指導原則下，開始逐步、少量的放鬆對醫療市場的控制，⁷²隨著經濟條件快速改善，人民對醫療需求日漸增加，不論是在品質或數量上均呈現等量成長，醫療產業的發展速度無法跟上大陸人民對醫療的需求，因此，大陸開始進行醫療產業的發展與改革。

⁷⁰ 同註釋 64，頁 17。

⁷¹ 同註釋 64，頁 22-25。

⁷² 醫療市場的開放和經濟成長有密切相關。（宋曉梧、張中俊與鄭定銓著，1998）。

壹、醫療衛生需求面

一、大陸人民的健康指標：

一般常用來描述群體健康狀況的指標包括平均餘命⁷³、十大死因、傳染病的發生率、醫療費用占所得比率等，然而大陸地廣人眾，人口多分佈在東南沿海與大城市，所得與各項指標差異不小，可能在大城市的平均餘命較高（因為醫療資源較為充足），鄉村人民平均壽命較短（各項資源缺乏之故），根據世界衛生組織（WHO）發表「2009年世界衛生統計」報告表示，中國男性平均餘命72歲、女性75歲，總平均74歲，高於全球的平均數71歲。⁷⁴另外，在出生率方面，大陸自1981年起開始實施一胎化政策，根據每隔5年的人口普查顯示大陸的出生率的確有明顯下滑的趨勢，從1981年的20.91%，到2009年的12.13%，減少幅度為41.9%，不到20年的時間，成效十分驚人。但令人感到弔詭的是，大陸的全國死亡率統計數字在1981年為6.36%，到了2009年還上升至7.08%，增幅達到11.3%，值得注意的是，主要的大城市如北京、上海、廣東等人口規模較大、平均國民所得較高的城市，他們的出生率降幅較全國平均來得更高，死亡率則是比全國平均還要來得低。顯見這些地方人民知識水平較高，加上所得高、中央政府輔以各項資源的挹注，因此他們有絕佳的條件擁有看病的權利並獲得比較好的照顧。

二、大陸地區的十大死因：

根據2011中國衛生部統計資訊顯示，大陸城市與農村地區之十大死因差異頗大，在城市地區的死亡原因中，慢性病與老化所帶來的疾患佔有相當的比重，目前已逐步跟隨已開發國家的趨勢和發展。相對的，呼吸系統疾病、肺結核、傳染性疾病與新生兒病等，常見於醫藥衛生條件比較落後的病症，仍是大陸農村民眾重要的致死原因。⁷⁵關於大陸大城市的主要死亡疾病可以參考表4-11。

⁷³平均餘命(Life Expectancy AT Some Age)，係反映醫療及死亡率變化之具體指標，其定義為一出生嬰兒遭受到某一時期之每一年齡組所經驗的死亡風險後，他們所能活存的預期壽命，即達到x歲以後平均尚可期待生存之年數，稱為x歲之平均餘命。而零歲之平均餘命特稱為「平均壽命」

⁷⁴日本人平均餘命為83歲，繼續居世界第1；而中國男性人均餘命72歲、女性75歲，平均餘命74歲，比全球人均餘命71歲高。男性人均餘命最長的是義大利中部內陸小國聖瑪利諾，為81歲，冰島以80歲居第2，日本和瑞典都為79歲，並列第3。日本女性最長壽，平均86歲，瑞士、義大利、澳洲等國以82歲位居日本之後。阿富汗男女壽命分別是41和42歲，美國男女餘命則為76和81歲。「WHO：中國人平均餘命較全球平均高」。線上資料：

<http://www.epochtimes.com/b5/9/5/23/n2535660.htm>，檢索日期：2012/6/12。

⁷⁵《2011年全國衛生統計年鑑》，中國衛生部。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

三、大陸法定報告傳染病發病及死亡情況：

根據聯合國世界衛生組織《2010年世界衛生報告》的資料顯示，2010年中國大陸各類傳染病的發病人次是4.83/10萬人。雖然在發展中國家是屬於低發病率的國家，但是新疆、貴州、甘肅、雲南以及湖北等5個省份則仍屬於發展中國家較高的發病率比率。

四、經濟指標：

中國大陸自80年代開始改革開放，至今已經超過30年，除了每年平均經濟成長率約有10%外，在2010年的第4季甚至成為世界第2大經濟體，雖然仍遠落後居首位的美國甚多，但是能夠超越德法，甚至取代日本而居第2位，已經十分不容易，也有單位分析預測，中國大陸極有可能在未來的數年之內取代美國，成為世界第1大經濟體。⁷⁶因此，如同前面所分析的數據顯示，中國大陸的國家生產總值、人均收入以及政府與人民運用在醫療衛生的費用都呈現大幅成長的態勢，經濟條件的改善顯示是醫療服務需求提昇的領先指標。

五、國內生產總值與國家衛生支出：

以1978年的價格作為比較基準，大陸在1978年至1999年間的國內生產總值(GDP)指數成長為683.7%，人均GDP指數成長達到521.6%。但是大陸用於衛生支出占GDP比重僅在4%左右，遠低於世界衛生組織(World Health Organization, WHO)訂定的至少5%GDP的最低要求。雖然中國大陸每年在醫療衛生事業上所編列的預算都有較大幅度的增加，但是醫療衛生事業的費用占財政總支出的比例卻在逐年下降當中。以2000年至2007年為例，大陸政府在醫療衛生的支出總數雖有增加，但是相較於居民的衛生支出比率大幅度增加的情況(從37.1%加至57%)，反而呈現緊縮的現象(從25%下降至16.5%)，大陸似乎已經很順利地將過去一向由政府負擔的醫療衛生支出，成功地轉嫁到人民身上。此外，2000年衛生事業費用占財政比例約2.79%，到了2007年則下降為2.45%，如果按照人人享有衛生保健的最低標準8%，其間仍然存在極大的成長空間，如果以此觀點觀察，這既可以是大陸政府可以努力的衛生目標，也是投資者潛在的商機。

⁷⁶ 林建甫，〈中國成為第二大經濟體之後〉，線上資料：<http://www.npf.org.tw/post/1/8033>，檢索日期：2012/08/09。

六、大陸人民的平均收入用於醫藥衛生保健的狀況：

根據每年大陸衛生部每年出版的《全國衛生統計年鑑》和《衛生事業經費決算資料》顯示，自 1995 年起，大陸人民用於醫藥衛生保健的支出已經有大幅度成長的現象。但是若單以 2000 年與 2007 年進行比較，人均衛生費用從 65.2 元人民幣增加至 273.2 元人民幣，同時間人均國內生產總值（以 1978 年=100 為基數）則僅由 237.3 上升至 460.3，換言之，在收入只增加 1.9 倍的同時，人民支付醫療衛生上的支出花費卻增加了 4.16 倍，此現象可以進一步說明醫療服務的需求，極有可能被歸類為奢侈品的消費特色。⁷⁷

七、其他重要的衛生統計數字：

大陸幅員廣大，各地環境條件差異甚大，以大陸西南、西北九個省份的孕婦平均死亡率為 77.96/10 萬，全中國平均為 56.2/10 萬遠遠高於 47.4/10 萬的目標，這相當於非洲國家的水平。此外，大陸每年有近 8% 的嬰幼兒沒有享受免費疫苗接種，其中貧困農村地區更是高達 13%，根據全國衛生統計年鑑所做的說明顯示，大陸衛生部試圖消除新生兒破傷風至 1/1000 以下的目標未能實現。⁷⁸由以上的統計與分析資料顯示，大陸的醫療水準並不能夠以單一國家或是地區的角度來解釋或觀察，因為不論是醫療資源的分佈、人民健康的狀況、平均餘命以及好發疾病的種類等等，都存在著明顯的地理分佈的歧異。因此，投資大陸醫療服務產業之前的市場評估首重地點的選擇，以及根據設立地點所做的市場需求調查，以及競爭者的分析才能適當的貼近未來實際發生的營業績效模擬。

⁷⁷ 如果收入的成長幅度不如另一種商品消費的速度，那麼極有可能代表該商品是奢侈品，即使在收入不能等同該商品的成長幅度時，消費者依然願意拿錢出來消費，甚至超過他收入的成長幅度，在認定上極有可能是「奢侈品」。

⁷⁸ 資料來源同註釋 75。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 4-11 大陸各地區人口出生率與死亡率

地區	出生率(‰)						死亡率(‰)					
	1981	1990	2000	2005	2008	2009	1981	1990	2000	2005	2008	2009
總計	20.91	21.06	14.03	12.40	12.14	12.13	6.36	6.67	6.45	6.51	7.06	7.08
北京	17.65	13.01	8.39	6.29	8.17	8.06	6.02	5.81	6.99	5.20	4.75	4.56
天津	17.84	15.61	7.50	7.44	8.13	8.30	5.98	5.78	6.67	6.01	5.94	5.70
河北	19.74	20.46	13.86	12.84	13.04	12.93	6.32	6.82	6.65	6.75	6.49	6.43
山西	16.96	22.54	21.36	12.02	11.32	10.87	6.54	6.56	7.32	6.00	6.01	5.98
內蒙古	17.27	21.19	12.65	10.08	9.81	9.57	4.90	7.21	6.84	5.46	5.54	5.61
遼寧	16.59	16.30	10.67	7.01	6.32	6.06	5.26	6.59	6.74	6.04	5.22	5.09
吉林	15.67	19.49	10.31	7.89	6.65	6.69	5.87	6.56	5.85	5.32	5.04	4.74
黑龍江	13.07	18.11	10.54	7.87	7.91	7.48	4.83	6.35	5.48	5.20	5.68	5.42
上海	16.79	10.31	6.02	7.04	8.89	8.64	6.45	6.64	7.17	6.08	6.17	5.94
江蘇	15.38	20.54	11.83	9.24	9.34	9.55	5.85	6.53	6.68	7.03	7.04	6.99
浙江	16.60	15.33	13.90	11.10	10.20	10.22	6.06	6.31	6.61	6.08	5.62	5.59
安徽	14.18	24.47	13.06	12.43	13.05	13.07	4.81	6.25	5.53	6.23	6.60	6.60
福建	21.09	24.44	16.96	11.60	12.20	12.20	5.91	6.71	6.08	5.62	5.90	6.00
江西	15.88	24.59	16.85	13.79	13.92	13.87	6.33	7.54	5.29	5.96	6.01	5.98
山東	16.48	18.21	11.38	12.14	11.25	11.70	6.41	6.96	6.70	6.31	6.16	6.08
河南	18.52	24.92	11.60	11.55	11.42	11.45	6.57	6.52	5.58	6.30	6.45	6.46
湖北	16.33	21.60	8.55	8.74	9.21	9.48	7.07	7.30	5.75	5.69	6.50	6.00
湖南	18.01	23.93	10.40	11.90	12.68	13.05	6.62	7.23	5.94	6.75	7.28	6.94
廣東	21.77	22.26	18.20	11.70	11.80	11.78	5.46	5.76	5.43	4.68	4.55	4.52
廣西	22.52	20.20	16.47	14.26	14.40	14.17	5.55	6.60	5.06	6.09	5.70	5.64
海南		24.86	26.12	14.65	14.71	14.66		6.26	4.74	5.72	5.72	5.70
重慶	}15.93	}19.11	11.43	9.40	10.10	9.90	}6.77	}7.66	7.98	6.40	6.30	6.20
四川			10.16	9.70	9.54	9.15			6.73	6.80	7.15	6.43
貴州	22.39	23.09	20.30	14.59	13.49	13.65	7.43	7.90	6.29	7.21	6.77	6.69
雲南	20.23	23.60	17.06	14.72	12.63	12.53	7.30	7.92	6.60	6.75	6.31	6.45
西藏	24.37	23.98	17.70	17.94	15.50	15.31	8.76	7.55	6.60	7.15	5.20	5.07

陝西	17.40	23.48	11.00	10.02	10.29	10.24	6.78	6.52	5.92	6.01	6.21	6.24
甘肅	16.56	20.68	13.23	12.59	13.22	13.32	5.34	6.20	5.92	6.57	6.68	6.71
青海	20.86	24.34	19.85	15.70	14.49	14.51	5.70	7.47	7.35	6.21	6.14	6.19
寧夏	24.67	24.34	15.42	15.93	14.31	14.38	4.85	5.52	4.92	4.95	4.62	4.70
新疆	21.09	26.44	14.50	16.42	16.05	15.99	7.46	7.82	5.17	5.04	4.88	5.43

說明：1981年各省出生率和死亡率包括海南資料。

資料來源：相關年份的《中國統計年鑒》。

表 4-12 2010 年大陸大城市居民主要疾病死亡率及構成

疾病名稱	合計				男				女			
	粗死亡率 1/10 萬	標化死亡率 1/10 萬	構成 (%)	位次	粗死亡率 1/10 萬	標化死亡率 1/10 萬	構成 (%)	位次	粗死亡率 1/10 萬	標化死亡率 1/10 萬	構成 (%)	位次
傳染病(不含 呼吸道結核)	4.61	4.87	0.74	11	5.98	6.42	0.85	11	3.19	3.37	0.59	11
呼吸道結核	2.22	2.18	0.36	14	3.38	3.55	0.48	13	1.02	0.96	0.19	18
寄生蟲病	0.04	0.04	0.01	20	0.05	0.06	0.01	19	0.04	0.03	0.01	20
惡性腫瘤	162.93	164.29	26.15	1	199.43	216.28	28.33	1	125.27	118.44	23.22	1
血液, 造血 器官及免疫 疾病	1.57	1.70	0.25	18	1.56	1.84	0.22	17	1.58	1.59	0.29	17
內分泌, 營 養和代謝疾 病	18.89	20.19	3.03	6	17.35	20.29	2.46	7	20.49	20.01	3.80	6
精神障礙	2.89	3.25	0.46	13	2.83	3.32	0.40	14	2.94	3.09	0.55	12
神經系統疾 病	6.12	6.92	0.98	10	6.59	8.01	0.94	10	5.64	5.94	1.05	10
心臟病	130.16	147.13	20.98	3	136.37	168.07	19.38	3	123.75	127.90	22.94	2
腦血管病	132.09	143.93	21.20	2	144.60	171.42	20.54	2	119.18	119.43	22.09	3
呼吸系統疾 病	69.10	81.95	11.09	4	79.26	106.94	11.26	4	58.62	62.34	10.87	4

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

病												
消化系統疾病	17.90	18.98	2.87	7	21.87	24.23	3.11	6	13.80	13.99	2.56	7
肌肉骨骼和結締組織疾病	1.58	1.63	0.25	17	1.12	1.29	0.16	18	2.05	1.96	0.38	13
泌尿生殖系統疾病	7.22	7.62	1.16	9	7.90	9.15	1.12	8	6.51	6.34	1.21	9
妊娠，分娩和產褥期併發症	0.11	0.12	0.02	19					0.23	0.24	0.04	19
圍生期疾病	2.09	5.17	0.34	15	2.44	5.84	0.35	15	1.73	4.42	0.32	16
先天畸形，變形和染色體異常	2.07	3.95	0.33	16	2.18	4.07	0.31	16	1.96	3.83	0.36	15
診斷不明	2.89	3.16	0.46	12	3.75	4.16	0.53	12	2.00	2.17	0.37	14
其他疾病	8.81	13.18	1.41	8	6.91	11.97	0.98	9	10.77	13.84	2.00	8
損傷和中毒外部原因	35.77	36.84	5.74	5	45.09	46.58	6.41	5	26.15	26.80	4.85	5

資料來源：《2011年中國衛生部全國衛生統計年鑑》，中國衛生部

貳、醫療衛生供給面

本研究一直強調大陸的醫療資源的城鄉分佈呈現相當大的差距，不論是醫師人力、醫療保險的覆蓋率、醫療機構的數量、城鄉之間的醫療資源分佈等，在質與量的供給方面都存在著「既患寡，又患不均」的窘境。以下將簡要分析大陸在醫療供給面所存在的問題，也是大陸發展醫療衛生的障礙。

一、醫療設備與人力分佈不均

幾乎所有國家的醫療資源與設備都集中在大城市，中國大陸也不例外，以 2011 全國衛生年鑑的資料顯示，大陸的醫療資源約有 8 成是集中在城市，其中又有三分之二是集中在所謂的大型綜合醫院。以北京或上海地區的醫院觀之，某些直轄市級的大型醫院內所擁有的尖端醫療設備數量已經達到或超過發達國家的水平，更佳對比了基層衛生服務和資源嚴重不足的困境。如果以 2011 年衛生部所公布的數據顯示，中國大陸城鄉人口比例約莫是三比七，但是若比較公共衛生資源的比重則恰恰顛倒過來，約莫是六比四。亦即三成不到的人口掌握了全國六成的醫療衛生資源，剩下的七成人口則是只能撿拾剩下的四成醫療資源，換算下來，大陸城市居民享有的醫療資源是鄉村地區居民的 3.5 倍。這也反映了城市與鄉村在醫療資源的分配或是支付能力上存在極大的差距，這在經濟學上是屬於「市場失靈」(Market Failure) 的問題，必須依賴長期且穩定的經濟發展和國家政策引導方能解決資源不公與分配不均的問題。

二、醫療保險覆蓋率的問題：

根據大陸衛生部的統計資料顯示，居住在大城市的居民，其醫療保障覆蓋率在 50% 以上，然而農村則由 1978 年的 85% 下降到 2010 年的不到 8%，亦即有超過九成的農民因為沒有醫療保險而必須自己給付醫療服務費用，這種情況往往造成這些鄉村農民「小病不想看，大病不敢看」的窘境，因此許多小病拖成了大病，大病變成了不治之症。此外，由城鄉居民的醫療保健消費支出的比重來看，實際上也存在了相當大的差距，在上個世紀的 90 年代，城市居民用於醫療保健的費用是農村居民的 1.35 倍，但是到了上個世紀末，這個數字成長了 3 倍多。雖然中國大陸公民的公費醫療和勞保醫療只覆蓋了大約總人口的 15%，但是卻佔用了大約七成的公共衛生開支。如果按照這個發展推估，中國大陸目前的確無開辦全民醫療保險的能力，其次，如何讓民眾、企業與醫療提供者共同分擔醫療保險費用也是大陸現階段醫療改革必須解決的難題之一。關於大陸城鎮居民和職工基本醫療保險的情況請參閱表 4-13。

此外，自 1984 年開始，為了增強個人、單位與醫院對控制醫療費用的支出責任，同時為遏止醫療費用的過快增長，醫療費用改由醫院代管，實施醫療費用與個人、單位和醫院三方掛勾。個人醫療費用定額包幹，超過部分按一定比例報

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療產業事業體為例

銷。⁷⁹目前大陸仍有許多城市還在執行此一制度，在部分地區則實施大病醫療保險費用統籌辦法，地方的社會保險部門按照職工工資的一定比例提取為統籌醫療保險費，個人先負擔部分醫療費用，超過部分則由統籌基金按比例支付，王東進（2001a）指出，目前大陸仍有 500 多個城市在實施，共覆蓋約 800 萬個職工，這些制度的推動與實施是在中央控制政策大方向的前提下交給各地方政府去因地制宜來實施，因此中央與地方分權的色彩十分濃厚。⁸⁰

表 4-13 大陸城鎮居民和職工基本醫療保險情況

年份 地區	參保人數(萬人)					城鎮職工基本醫保收支(億元)		
	合計	城鎮居民 基本醫保	城鎮職工 基本醫保			基金收入	基金支出	累計結存
				在職職工	退休人員			
2005			13783	10022	3761	6969	5401	6066
2006			15732	11580	4152	1747.1	1276.7	1752.4
2007	22311	4291	18020	13420	4600	2214.2	1551.7	2440.8
2008	31822	11826	19996	14988	5008	2885.5	2019.7	3303.6
2009	40147	18210	21937	16411	5527	3671.9	2797.7	4275.9
2010	43206	19472	23734
東 部	19935	7557	12378	9663	2714	2155.7	1718	2458
中 部	12016	6572	5445	3895	1550	780	536.1	953
西 部	8196	4081	4115	2853	1262	736.2	543.3	864.9
北 京	1084	146	938	747	192	243.1	211.9	187.9
天 津	605	161	444	293	151	88.5	86.2	38.8
河 北	1421	619	802	580	220	135.7	95.5	148.2
山 西	879	344	535	406	129	75	54.6	98
內蒙古	805	395	410	293	118	65.4	47.4	73.3
遼 寧	1896	549	1347	903	445	202.5	146.9	216.6
吉 林	1243	756	486	339	147	72	43.6	90
黑龍江	1544	693	851	595	257	139.6	86	167
上 海	1584	254	1330	957	373	279.4	241.9	175.4
江 蘇	3031	1330	1701	1283	419	307.5	243.4	385
浙 江	1784	611	1174	962	212	217.5	170.8	313.8
安 徽	1436	866	570	410	160	90.2	66.5	109.4
福 建	1137	633	504	389	115	92.6	72	157.2
江 西	1300	785	515	364	152	59.6	38	69.6
山 東	2540	1112	1429	1141	288	215.4	176.8	220.6
河 南	1970	1050	920	676	244	111.1	81.1	142.2
湖 北	1812	991	820	584	236	111.5	83.2	135.4
湖 南	1832	1086	746	521	226	121.1	83	141.5

⁷⁹ 詳見中國大陸「衛生部、財政部關於進一步加強公費管理的通知」，1984年4月28日公布。

⁸⁰ 劉兆隆，2004，《中國醫療改革的制度分析》，國立政治大學政治學系博士論文，頁57。

廣東	4568	2012	2556	2297	259	348	258.7	591.4
廣西	850	461	389	278	111	60.6	41.6	96.4
海南	284	131	153	111	42	25.7	14	23.2
重慶	769	407	362	242	121	59.6	44.7	77.7
四川	1913	954	958	641	317	166.8	123.2	223
貴州	567	287	280	194	85	39.9	28.3	45.6
雲南	762	365	397	279	118	92.3	71	95.6
西藏	36	13	23	16	6	8.1	4.9	9.1
陝西	890	427	463	318	145	81.9	54.9	79.6
甘肅	557	285	272	195	78	43.8	33.3	41.6
青海	105	29	76	51	25	20.9	16.6	25.7
甯夏	186	99	87	63	24	16.1	12.4	19.2
新疆	755	357	398	283	115	80.7	65	78.1

注：1. 本表資料來源於人力資源與社會保障部；

2. 各地區為 2009 年數位。

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑，中國衛生部

三、大陸人民的醫療品質與診療次數：

根據中國大陸衛生部的統計數據顯示，大陸的年需求診療人次高達數億人次，在上世紀的 80 年代，全中國一年的醫院診療人次約有 10.53 億人次，此後一路成長，到了 2010 年已經成長為 21.88 億人次，30 年間成長兩倍有餘，醫療需求非常龐大，一般而言，大陸民眾尋求醫療協助的途徑很多，有西醫的人民醫院，工廠附設的職工醫院，中醫院及婦幼保健醫院等不一而足。其中最大宗的是職工醫院，但是醫療品質最差。長期以來，大陸的醫院多是由公家單位所提供，私營診所的比例較低，醫療機構普遍存在著分佈不均、權責不分以及設備老舊等問題，嚴重阻礙了醫療水平的提升。⁸¹

⁸¹ 過去在計畫經濟體制下的醫療供給者缺乏成本觀念，加上民眾對於醫療有著錯誤的認知，造成「以藥養醫，醫病同盟」等浪費醫療資源的情況，因此在大陸的民間有個順口溜：「小病頂，大病抗，重病等著見閻王」。如此顯見一般民眾對於看病的缺乏信心與不信任，不過這個情況在近來已經有所改善，城市的許多醫院正在積極的更新整建，除了大學醫院附設醫院、黨營人民醫院、軍方的解放軍醫院，或是老牌的私人醫院外，也有高價位的私人診所、醫院和由外資合作成立的大型醫院，正在努力爭食大陸醫療市場的大餅。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 4-14 大陸醫院診療人次數

年份	診療人次 (億次)	衛生部門			診療人次 中：門急診 (億次)	衛生部 門		
		綜合醫院	中醫醫 院	綜合醫 院		中醫醫院		
1980	10.53	6.33	4.91	0.47	9.54	6.19	4.79	0.46
1985	12.55	7.21	5.08	0.87	11.37	7	4.93	0.83
1986	13.02	7.76	5.36	1.04	12.18	7.54	5.22	0.99
1987	14.8	8.5	5.61	1.38	14	8.3	5.49	1.33
1988	14.63	8.38	5.48	1.44	13.76	8.18	5.36	1.41
1989	14.43	8.16	5.25	1.46	13.52	7.96	5.13	1.43
1990	14.94	8.58	5.47	1.6	14.05	8.32	5.3	1.55
1991	15.33	8.88	5.54	1.78	14.4	8.64	5.42	1.7
1992	15.35	8.84	5.5	1.78	14.31	8.6	5.35	1.74
1993	13.07	7.98	4.95	1.61	12.19	7.7	4.77	1.55
1994	12.69	7.75	4.81	1.58	11.86	7.47	4.62	1.53
1995	12.52	7.76	4.78	1.58	11.65	7.49	4.59	1.53
1996	12.81	8.08	4.78	1.7	11.61	7.55	4.54	1.58
1997	12.27	7.95	4.76	1.65	11.38	7.61	4.57	1.56
1998	12.39	8.17	4.88	1.62	11.51	7.84	4.69	1.57
1999	12.31	8.19	4.93	1.56	11.51	7.9	4.73	1.51
2000	12.86	8.76	5.27	1.64	11.83	8.32	5	1.54
2001	12.5	8.74	5.18	1.64	11.74	8.39	4.96	1.57
2002	13.08	9.89	6.69	1.79	12.17	8.86	6.35	1.7
2003	12.82	9.99	6.69	1.85	12.13	9.57	6.44	1.78
2004	13.81	11.05	7.44	1.97	13.16	10.64	7.18	1.9
2005	14.74	11.95	8.12	2.06	14.19	11.57	7.86	1.99
2006	15.64	12.74	8.6	2.19	15.12	12.36	8.35	2.14
2007	17.46	14.07	9.55	2.29	16.85	13.65	9.3	2.21
2008	19.08	15.68	10.54	2.64	18.58	15.31	10.3	2.57
2009	20.6	16.88	11.27	2.87	20.08	16.49	11.02	2.81
2010	21.88	18.06	11.98	3.12	21.35	17.64	11.73	3.03

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑，中國衛生部

四、新興的民營醫療機構

中國大陸衛生部 2011 全國衛生統計年鑑數據指出，目前大陸全國的各式醫療院所共有 936,927 家，其中民營的醫療機構有 7,068 家，占全國醫療院所的比例極低，大約只有千分之七，連百分之一都不到，規模小得驚人。但是對大陸 22 個省市自治區進行調查，目前具有一定規模的民營醫院大約在 500 家左右，其中最受到注目的應屬廣東東莞的東華醫院。該院的院址位於廣東省東莞市，東

莞市靠近香港、深圳，人口規模約在 500 萬左右，其中大約有近一半是外來民工，全東莞市大小醫療院所機構約有 80 所，且由於當地的經濟發展越見興盛，人民生活水平不斷提高，對於醫療衛生的需求也日益提升，因此，民營機構的出現對公辦的醫療院所經營與發展的確造成一定程度的衝擊。⁸²

⁸² 香港實業家李勝雄利用中國衛生部於 1992 年 9 月頒佈的《關於深化衛生改革的意見》鼓勵各地可以積極引進和利用外資進行合作辦院的機會，於 1994 年創辦東莞東華醫院。由於該院發展迅速且經營管理者的成效卓著，吸引中共官方注意，甚至還做出許多詳盡的研究報告與報導，雖然目前私人醫院在龐大的公營醫療院所體系微不足道，但是民營醫院的經營績效已經足以刺激若干大型國有醫療機構的管理高層進行改革與效法。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 4-15 2010 年各地區民營醫院數

地區	醫院	按醫院級別分			按類別分					
		三級醫院	二級醫院	一級醫院	綜合醫院	中醫醫院	中西醫結合醫院	民族醫院	專科醫院	護理院
總計	7068	26	368	2190	4239	450	142	21	2189	27
東部	3077	9	172	1113	1787	204	60	3	1000	23
中部	1817	11	88	456	911	157	41	6	699	3
西部	2174	6	108	621	1541	89	41	12	490	1
北京	266		5	207	130	54	3	2	77	
天津	119		1	51	85	9	2		23	
河北	391	1	27	167	232	32	21		106	
山西	462	1	6	42	156	70	8		228	
內蒙古	86		7	36	50	5	3	2	26	
遼寧	205	1	27	90	109	21	2	1	72	
吉林	184		12	9	98	13	2		70	1
黑龍江	218		8	67	125	25	3	3	62	
上海	124		1		83	1	1		34	5
江蘇	625	1	46	358	421	12	6		170	16
浙江	274	1	9	6	104	25	7		137	1
安徽	283	3	22	128	193	2	3		84	1
福建	202	3	10	28	142	8	5		47	
江西	108		5	6	59	5	2		42	
山東	533	1	33	150	311	29	6		187	
河南	249	1	15	130	110	27	6		105	1
湖北	134	4	9	35	76	5	9		44	
湖南	179	2	11	39	94	10	8	3	64	
廣東	314	1	13	53	164	12	4		133	1
廣西	103		1	32	74	3	2	1	23	
海南	24			3	6	1	3		14	
重慶	163		2	23	125	3	4		31	
四川	505		18	52	358	14	10		123	
貴州	258	2	2	107	208	7	1	1	40	1
雲南	346		14	64	237	8	10	1	90	
西藏	4			1	2			1	1	
陝西	250	2	22	51	173	25	3		49	
甘肅	61	1	10	6	33	1	1	1	25	
青海	13		3	1	9		1		3	
寧夏	65		4	19	39	1	3	2	20	
新疆	320	1	25	229	233	22	3	3	59	

資料來源：2011 年中國衛生部全國衛生統計年鑑

表 4-16 每千人口醫療衛生機構床位數

年份 地區	醫療衛生 機構床位 數(張)	其中：醫院和衛生院床位 (張)			每千人口 醫療 衛生機 構床位 (張)	每千人口醫院和衛生院床 位(張)			每千農 業人口 鄉鎮衛 生院床 位數 (張)
		合計	城市	農村		合計	城市	農村	
2005	3367502	3134930	1507714	1627216	2.63	2.45	4.03	1.74	0.78
2006	3511779	3270710	1580724	1689986	2.72	2.53	4.23	1.81	0.8
2007	3701076	3438260	1669107	1769153	2.83	2.63	4.47	1.89	0.85
2008	4038707	3748245	1787266	1960979	3.06	2.84	4.7	2.08	0.96
2009	4416612	4080662	1920368	2160294	3.31	3.06	5	2.28	1.05
2010	4786831	4401512	2067805	2333707	3.56	3.27	5.33	2.44	1.12
東 部	1975614	1805486	984012	821474	3.96	3.62	5.54	2.56	1.19
中 部	1504979	1378129	618413	759716	3.3	3.02	5.51	2.21	1.05
西 部	1306238	1217897	465380	752517	3.35	3.12	4.75	2.57	1.14
北 京	92764	85775	83987	1788	7.35	6.8	7.05	2.53	
天 津	48828	44080	38062	6018	4.93	4.45	4.69	3.38	0.96
河 北	249725	230053	84807	145246	3.42	3.15	6.55	2.42	1.15
山 西	155885	143076	64393	78683	4.49	4.12	6.62	3.15	1.24
內蒙古	93350	83451	39909	43542	3.81	3.4	6.6	2.36	1.13
遼 寧	204208	187837	123188	64649	4.8	4.42	6.56	2.72	1.26
吉 林	115057	106526	54301	52225	4.22	3.91	6.25	2.82	1.14
黑龍江	159914	142414	86276	56138	4.16	3.71	6.3	2.27	0.93
上 海	105083	84825	82995	1830	7.44	6.01	6.18	2.65	
江 蘇	269548	247296	117958	129338	3.61	3.31	4.66	2.62	1.41
浙 江	184097	169325	85419	83906	3.88	3.57	5.69	2.58	0.55
安 徽	188010	172634	77974	94660	2.75	2.53	3.98	1.95	0.93
福 建	113043	104303	46073	58230	3.2	2.96	5.05	2.23	1
江 西	124640	109800	39793	70007	2.66	2.34	4.43	1.85	0.93
山 東	382254	350530	133226	217304	4.01	3.68	4.83	3.21	1.6
河 南	327569	304423	122114	182309	3.03	2.82	6.36	2.05	0.99
湖 北	200394	183143	92622	90521	3.26	2.98	4.75	2.16	1.18
湖 南	233510	216113	80940	135173	3.3	3.06	6.33	2.33	1.19
廣 東	300083	277126	179303	97823	3.52	3.25	5.38	1.89	1.19

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

廣 西	143695	133887	52453	81434	2.7	2.51	3.83	2.05	1.05
海 南	25981	24336	8994	15342	2.9	2.72	4.14	2.26	0.99
重 慶	103624	96327	46888	49439	3.14	2.92	3	2.84	1.4
四 川	301227	282773	104612	178161	3.35	3.14	4.36	2.7	1.47
貴 州	105277	97490	27250	70240	2.51	2.33	5.31	1.91	0.8
雲 南	157143	146898	40128	106770	3.47	3.24	6.64	2.72	0.91
西 藏	8838	8439	1526	6913	3.01	2.87	8.39	2.51	1.23
陝 西	142334	131883	63604	68279	3.67	3.4	4.9	2.65	1.04
甘 肅	90410	85224	37270	47954	3.33	3.14	4.57	2.53	1.06
青 海	20451	19183	8600	10583	3.72	3.49	9.53	2.3	0.77
甯 夏	23659	22491	14679	7812	3.68	3.5	5.58	2.06	0.56
新 疆	116230	109851	28461	81390	5.37	5.08	10.89	4.28	1.6

資料來源：《2011 全國衛生統計年鑑》，中國衛生部

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

第四節 大陸醫療保險制度與醫療改革

大陸醫療體系發展與醫療改革齊頭並進，有人認為目前「醫療保險制度」和「醫療改革」對大陸醫療服務市場影響深遠，尤其是目前在許多地方試點與大力推動的城鎮職工醫療保險制度的改革，大陸官方為確保能夠建立基本的醫療保險制度，包括勞動部、社會保障部、國家計委、國家經貿委、財政部與國家藥品監督管理局等單位陸續展開合作並提出相關醫療改革配套辦法，這些政策的頒布與實行，正為大陸的醫療服務市場掀起一場巨大的變化。

壹、現行醫療保險制度

大陸目前有三大醫療保險制度：城鎮職工基本醫療保險、新型農村合作醫療與城鎮居民基本醫療保險。根據大陸衛生部的資料顯示，截至 2010 年 9 月，大陸新農合年度籌資 710 億元人民幣，支出 429 億元，受益 3.7 億人次，即每人次的平均受益僅為 116 元，而 2010 年前三季度中國大陸住院病人「人均醫療費用」為 5,447 元。由此可見，目前大陸絕大部分人口仍為涵蓋在社會基本醫療保險的範圍內，大陸居民要看「看得起」的病，仍然具有一定程度的困難。⁸³

一、城鎮職工基本醫療保險

基本醫療保險原則上以地級以上行政區（包括地、市、州、盟）為統籌單位，也可以縣（市）為統籌單位，北京、天津、上海 3 個直轄市原則上在全市範圍內實行統籌（以下簡稱統籌地區）。所有用人單位及其職工都要按照屬地管理原則參加所在統籌地區的基本醫療保險，執行統一政策，實行基本醫療保險基金的統一籌集、使用和管理。鐵路、電力、遠洋運輸等跨地區、生產流動性較大的企業及其職工，可以相對集中的方式異地參加統籌地區的基本醫療保險。基本醫療保險費由用人單位和職工共同繳納。用人單位繳費率應控制在職工工資總額的 6% 左右，職工繳費率一般為本人工資收入的 2%。隨著經濟發展，用人單位和職工繳費率可作相應調整。⁸⁴

大陸的醫療改革，有涉及中央部分的，也有屬於地方政府的。廈門政府在大陸的醫療改革過程中實施效果具有全國指標意義。⁸⁵以廈門地區的醫療改革實施範圍為例，包括所有的用人單位和職工都應當參加城鎮職工的基本醫療保險，這包括了國家機關、事業單位及其職工、國有企業、城鎮集體企業、外商投資企業、城鎮私營企業和其他城鎮企業及其職工。另外還有社會團體、民辦非企業單位及

⁸³ 中國衛生部，《2011 全國衛生統計年鑑》，頁 116。

⁸⁴ 同前註。

⁸⁵ 廈門市政府被大陸中央選為醫療改革的試點城市，有若干關鍵因素：經濟條件好、開發早、資金也十分充裕，另外青壯人口佔了總人口約九成左右，若以收支帳來表示便是收入大於支出。廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源與政策法規處副處長張家雄訪談記錄，2002 年 1 月 23 日。

其職工、境外企業駐廈門代表機構及其中方職工。此外，基本醫療保險費用由用人單位和職工個人共同繳納。基本醫療保險費以職工個人上年度工資總額作為繳費基數，用人單位和個人分別按 8% 和 2% 的比例繳納，個人繳納部分則是從用人單位從其工資中代扣代繳。職工個人上年度工資總額超過上年度全市職工平均工資 300% 以上的，以上年度全市職工平均工資的 300% 作為繳費基數，低於 60% 的以 60% 作為繳費基數。⁸⁶ 目前廈門市所實施的「城鎮職工基本醫療保險制度」，除了廈門市城鎮戶口的從業人員實行職工基本醫療保險，還有外來從業人員基本醫療保險與失業人員基本醫療保險等三種制度。職工基本醫療保險保障的是基本醫療，廈門市政府規定了社會統籌醫療基金的 4.5 萬元，超過的部分則是採用商業補充醫療保險的辦法來解決。⁸⁷

二、新型農村合作醫療

指的是由政府組織、引導、農民自願參加，以個人繳費、集體扶持、政府資助的方式籌資，以大病統籌為主的農民醫療互助共濟制度。根據中共中央、國務院及省政府關於建立新型農村合作醫療制度的實施意見有關精神，農民大病統籌工作改稱為新型農村合作醫療制度，新型農村合作醫療實行個人繳費、集體扶持和政府資助相結合的籌資機制，籌資標準不能低於 30 元/人，其中縣財政補助 10 元，鄉鎮財政補助 5 元，農民籌資 15 元。歸納起來是籌資提高，政府補助多，農民受益面大，為患重大疾病的農民建立了保障，最高給付額達到 20,000 元。

三、城鎮居民基本醫療保險

城鎮居民基本醫療保險是社會醫療保險的組成部分，具有強制性，採取以政府為主導，以居民個人（家庭）繳費為主，政府適度補助為輔的籌資方式，按照繳費標準和待遇水準相一致的原則，為城鎮居民提供醫療需求的醫療保險制度。為實現基本建立覆蓋城鄉全體居民的醫療保障體系的目標，大陸國務院決定，從 2007 年起開展城鎮居民基本醫療保險試點（以下簡稱「試點」）。各地區各部門要充分認識這項工作的重要性，將其作為落實科學發展觀、構建社會主義和諧社會的一項重要任務，高度重視，統籌規劃，規範引導，穩步推進。

貳、大陸醫療體系改革

大陸在 2000 年啟動「城鎮醫療衛生體制改革」，經過 5 年的努力，整體上而言被大陸政府判定不成功，於是中共當局決定繼續啟動第二波醫療

⁸⁶ 廈門政府另外對於新參加工作或從異地調入本市工作的人員，按本人月工資推算得出繳費基數，其他無法確定工資總額的，以上年度全市職工平均工資作為繳費基數。

⁸⁷ 資料來源同註釋 85。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療產業事業體為例

改革計畫，原先預定是在 2006 年啟動，後因諸多原因推遲。⁸⁸

根據大陸官方文件資料顯示：從 2009 年開始的 3 年醫療改革思路即以醫療衛生體制公益性為核心目標，讓醫院回歸非營利性並且以政府為主導來分配醫療資源，確立五項重點改革的工作目標：

- 一、抓快推進基本醫療保障制度建設
- 二、初步建立國家基本藥物制度
- 三、健全基層醫療衛生服務體系
- 四、推進公立醫院改革
- 五、促進基本公共衛生服務逐步均等化

按照這項目標，到 2011 年，大陸基本醫療保障制度可以全面覆蓋城鄉居民，基本醫療衛生可及性和服務水平明顯提高，居民就醫費用明顯減輕，過去所謂「看病難又貴」的問題可以獲得緩解。⁸⁹但是廈門大學社會系張友琴教授認為雖然大陸在過去短短三十年間完成了西方國家要花費上百年時間才能實踐的醫療體系改革，然近年經濟體制已朝向多元化、私有化、股份化、分散化的方向轉型，這些也是大陸在進行醫療體系改革方面的挑戰。⁹⁰此外，在目前中國大陸的醫療保險制度所採用的方式是由政府的社會保險機構籌集資金，並且由公立醫療機構所提供的服務模式，至於醫療服務與保險市場的市場失靈所引發的各種問題，張友琴認為政府適當的干預是必要的，但關鍵在於政府與市場作用的不同模式中，應該選擇何種模式，這個模式應該要和大陸經濟發展水平與政府的能力相對應。⁹¹

大陸國務院總理溫家寶在 2010 年全國人大進行〈政府工作報告〉時說：今後三年各級政府擬投入 8,500 億人民幣(下同)。其中，中央財政投入 3,318 億元，大陸財政部向人大會議提交的財政預算報告顯示，2009 年中央財政醫療衛生支出安排 1,180.56 億元，年增長率為 38.2%。支出主要用於完善新型農村合作醫療制度，全面建立城鎮居民基本醫療保險制度，中央和地方財政補助標準全部達到人均水準 80 元，大陸中央財政安排補助資金 304 億元，加大城鄉醫療救助力度，大陸中央財政補助資金 64.5 億元，重點支

⁸⁸ 大陸國家經貿委，原經濟局副局長、中國醫藥企業管理協會常務副會長于明德接受採訪時說：「推動醫療改革數年以來，衛生體制改革困難重重。原因之一是這項改革牽涉面大，對於一項牽動 13 億人最基本利益的改革，需要更多時間研究。其次，這項改革從上到下還有一些方面的爭論，長期以來沒有完全統一，因此在制訂方案過程中，各個參與制訂方案的政府部門也在一些問題上爭論不休，需要時間放長一點，作更深入、細緻的討論。」

⁸⁹ 資料來源同註釋 78。

⁹⁰ 張友琴認為西方國家花了超過百年才實現醫療保健模式的轉型，亦即從防治傳染病急性病為主的傳統醫療轉變為以防治慢性病和保健為主的現代醫療，目前中國的人均期望壽命和嬰兒死亡率等衡量一個國家的醫療健康水平的主要指標都已經接近發達國家的平均水平。劉兆隆，2002，〈廈門大學社會系教授張友琴訪談紀錄〉，廈門大學。

⁹¹ 資料來源同前註。

持建設 29,000 所鄉鎮衛生院和改建、擴建 5,000 所中心鄉鎮衛生院，中央財政安排補助資金 165.3 億元，強化重大傳染病防制等公共衛生工作，中央補助資金 246 億元。⁹²

大致而言，大陸這一波的醫療改革重點在於增加政府對衛生開支的投入，藉此降低民眾個人自費的比例，緩解「看病難，看病貴」的結構問題。河北石家莊市中醫院副院長李清博士認為 8,500 億醫改資金，應主要投向公共醫療消費的購買者。⁹³ 大陸國務院的 2010《政府工作報告》指出，8,500 億元是大陸各級政府三年的投入總和。其中中央財政投入的金額為 3,318 億元，平均每年約為 1,106 億元，地方財政平均每年需配套 1,727 億元。⁹⁴ 另外，大陸財政部提交給全國人大會議審議的預算報告顯示，2008 年中央財政對全國醫療衛生支出 826.8 億元，2009 年則計畫全國醫療衛生支出為 1,180.56 億元。兩者相較，增量約 300 多億元。⁹⁵

大陸目前對於醫院的財政補償，中央財政列支補助資金 165 億元，主要用於建設和設備購置補助，且重點投向 29 萬所鄉鎮衛生院和城市社區衛生服務機構。若是按照數量均攤，每個醫療院所或機構所能獲得的資源仍然不足，其餘的補助項目，如住院醫師培訓、離退休人員費用等並未列入報告。醫務人員的工資更不在財政補助之列。⁹⁶

至於談到大陸醫療改革方案中醫院（服務提供者）、患者（消費者）與國家（中介者）方面，目前醫療保險制度的三方參與有作為投保人的企業與職工個人、作為承保人的政府醫療保險機構以及醫療服務機構。張友琴（2002）認為醫療保險制度的有效運作離不開前述三方的相互制約，企業與職工個人是醫療保險費用的最終承擔者，應該允許和鼓勵他們更多地參與醫療保險制度改革的討論，同時應該防止在地方醫療改革中因政府不適當的干預或其他偏差而無謂加重企業或職工負擔的情況，同時張也認為在醫療服務與保險市場上應該允許企業和職工有更多的選擇。⁹⁷

⁹² 中國國務院，2010〈政府工作報告〉內容。

⁹³ 一般理解大陸醫療改革的目標之一是基本醫療衛生可及性和服務水平明顯提高，亦即富人有的錢可以選擇比較好的醫療服務品質，窮困的人也可以有機會獲得醫療服務。

⁹⁴ 資料來源同註釋 92。

⁹⁵ 大陸衛生醫療投入的金額日益成長，投入的比例雖然比往年有所增加，但增加幅度十分有限，若要滿足現階段大陸醫療改革對於實現公益性的規劃，投入顯然有所不足。

⁹⁶ 大陸醫療補助不足的情況讓許多醫事人員十分不滿，也有不少向政府提出呼籲建言的，例如北京大學口腔醫學院院長俞光岩認為中央政府對醫療衛生的投入要多承擔一些，在 2008 年加上 2007 年的結餘三百多億元，大陸投入衛生事業經費其實已達 1,100 億元，這和 2009 年計畫投入的 1,180 億元持平，若是經費沒有成長，事實上就等同縮水。

⁹⁷ 資料來源同註 90。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

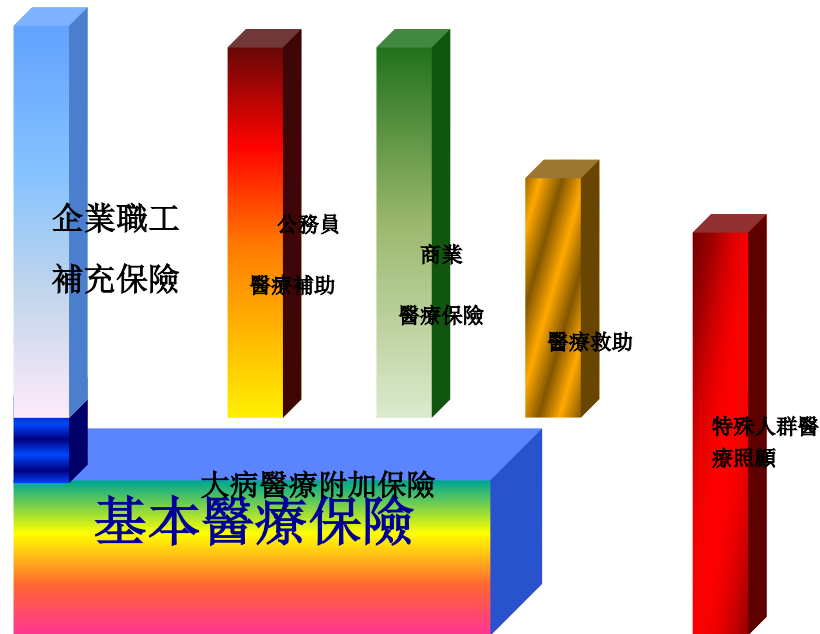


圖 4-7 職工醫療保險體系

資料來源：大陸國務院，2010《政府工作報告》

第五節 挑選個案所在地醫療環境分析

本研究的三大重要個案分別是上海辰（禾）新醫院、廈門長庚醫院與南京明基醫院，這三家醫院的所在地：上海、福建省與江蘇省的相關環境與醫療需求狀況與條件顯得十分重要，也和本研究進入分析台商投資的醫療利基有關，台商為何會選擇投資這些城市？這些城市的優越條件為何？這些所在地的醫療需求狀況如何？以下將簡要就此三區域進行簡要的資訊概述。

壹、個案所在省市地理位置與環境簡述

一、上海市

上海市轄區面積為 6,340 平方公里，其中市區面積為 5,299.29 平方公里，都市開發比率為 83.58%。截至 2010 年底，上海市戶籍人口數為 1,412.32 萬人，但是常住人口達到 2,301.91 萬人。⁹⁸

至 2010 年底，上海市各級醫療機構共有 3,182 所，其中可以提供「高端醫療服務」的醫療機構，少部分為二級公立醫院，大部分三級公立醫院的特殊病房，

⁹⁸ 中國統計局，《2011 中國統計年鑑》，人口篇。

另外還有 19 所中外合資合作的醫療機構。包含台灣合資的「瑞東醫院」與台灣獨資「禾新醫院」(大陸第一家許可設立之台資獨資醫院，辰新醫院為其前身，2012 年 6 月已經正式開業)。其中 19 所中外合資合作醫療機構分別分佈在靜安、黃埔、長寧、徐匯與浦東新區，共設有 521 張病床，商轉效率最佳的 8 所醫療機構，2010 年全年共服務門診達 37 萬人次，總業務量超過 10 億人民幣。⁹⁹

上海市制訂的醫療發展方向為吸引國外知名品牌的醫療投資集團，希望能進一步導入具有先進技術、現代化管理模式與提供優質醫療服務的醫療團隊。主要規劃的發展業務為醫療旅遊、健康管理、中醫藥保健養生、康復護理服務與整行美容等項目，目前上海市政府已經規劃「浦東國際醫學園」與「新虹橋國際醫學中心」兩地等待醫療團隊進駐。¹⁰⁰

2010 年 1 月開始，中國大陸衛生部發出香港和澳門服務提供者在「內地設立獨資醫院管理暫行辦法」與「台灣服務提供者在大陸設立獨資醫院管理暫行辦法」明確指出，上海市衛生廳簡化台灣、香港與澳門的服務者於上海設置醫療機構的審批流程與時間。其中設置條件與前兩項法規所規定的條件相同，並無特別的單行法規與書面意見頒佈，此外，上海市明確表示無任何放寬中小型診所的投資下限之意願，仍以二、三級以上的醫療院所為投資設定目標。¹⁰¹

二、福建省

福建省全境面積 12.14 萬平方公里，2011 年底全境內人口約有 3,700 萬人。截至 2011 年底為止，福建省對台貿易總額首度突破 100 億美元。境內各級醫院共有 7,000 所，床位總數為 11.09 萬張，每千人平均床位數為 3.5 張。境內執業醫師(含助理醫師)共 54 萬人，註冊護士為 27 萬人，每千人的平均醫師數為 1.57 人，每千人的平均護士數為 1.49 人。福建省全境在 2010 年度急診人數為 1.15 億人次，其中住院人次為 3,906 萬人次，病床使用率為 91% (公立醫院為 96.54%)，平均住院天數為 9.8 日。總醫療費用預估達到 467 億元人民幣，衛生總費用占人均 GDP 為 3.2%。其中特別值得注意的是個人的衛生支出占總衛生費用的 32%。其他項目之數據似乎與其他省市相距不大，但床位數、醫師數與護士數均低於全國平均水準，二級與三級的醫院規模較小且醫療服務的能力有待提升，在某種程度上而言，福建省的醫療衛生資源略顯不足，這也是為何該省政府領導希望大量引進境外醫療資源的原因。¹⁰²

2010 年，全市擁有各級各類衛生機構(不含村衛生室)總數為 1,083 個

⁹⁹ 上海市政府，《2011 上海市統計年鑑》，醫療篇。

¹⁰⁰ 同前註。

¹⁰¹ 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〉，長榮大學醫務管理學系碩士論文。

¹⁰² 福建省政府，《2011 福建省統計年鑑》，人口與醫療篇。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療產業事業體為例

(其中三級醫院5所，二級醫院8所)。擁有醫療床位8,048張。平均每千人口床位數按全市2006年末常住人口計算為3.45張。非營利性醫療機構醫院實有床位數5,838張，使用率為95.1%；營利性醫療機構醫院實有床位數671張，使用率為40.8%。衛生部門醫院實有床位5,377張，使用率為98.2%。全市擁有衛生工作人員1.53萬人，其中衛生技術人員1.29萬人，占人員總數的84.2%。平均每千人口執業(助理)醫師按常住人口計算為2.48人。

福建省的地理位置是大陸各省與台灣最為接近的一省，台灣居民的祖先也有不少是從福建省渡海來台，不僅語言上有著共同的方言，同時生活習慣與民土風情都極為接近。福建省政府和台灣長年以來也建立了十分密切的關係。目前台灣共有20多個各式學會、協會與基金會經常與福建省彼此進行友好交流活動，台灣第一大民營企業的台塑集團也透過旗下長庚醫療體系赴福建省進行投資，自2005年5月23日起，長庚醫院陸續在福建海滄地區投資了17億人民幣，並在2009年1月1日正式納入廈門市醫保定點機構。¹⁰³

福建省對於台灣投資的省市單行法規中最重要的是1994年9月16日通過的「福建省實施中華人民共和國台灣同胞投資保護法辦法」(福建省第11屆人大常委會,2010)，並於2010年11月29日再次修正增訂部分條文。¹⁰⁴另外根據中國國務院關於支持福建省加快建設海峽兩岸經濟區的若干意見中也開放台灣投資國家禁止之外的各類行業項目(中國國務院,2009)，其中關於台籍護士前往福建省醫療機構服務的認定問題，廈門市政府特別參照台籍醫師職業註冊登記的方式，解決台籍護士無法在中國大陸取得執業資格的問題。¹⁰⁵

三、江蘇省

江蘇省全省面積10.26萬平方公里，共設置13個省轄市與106個縣，交通建設密集度高且非常發達。2011年底，江蘇省的常住人口為7,898.8萬人，65歲以上人口比例為10.89%。全境城市化的平均比率達到57%。蘇南五省均達60%，其中南京市更超過77%。¹⁰⁶同年底，江蘇省的生產總值達到4兆人民幣，財政總收入為1兆7百萬人民幣(約為同時其台灣地區的5倍)，人均GDP為7,700美元，城鎮居民的人均可支配收入為22,944元人民幣。

江蘇省境內在2010年底的醫療機構數為1,157所，床位數為195,460張，

¹⁰³ 同前註。

¹⁰⁴ 在本條例中部管是福建省本地各項優惠待遇、社會保險納保資格與福利、子女就學與創設台灣學校、資格證書認定與國家考試應考資格等，均一併等同福建本地民眾享有的權利。

¹⁰⁵ 依據此一途徑，台籍醫事人員未來可以思考先在福建省換發中國正式執業文件後，再前往其他省市服務的一條捷徑。如此，既可避免在當地從新考取執照的困難，同時也能快速獲得大陸證照的「終南捷徑」。

¹⁰⁶ 參考自中國江蘇省政府官方網站，線上資料：<http://www.js.gov.cn/>，檢閱日期：2012年8月30日。

衛生人員總數達到 399,359 人。2010 年統計數據顯示江蘇省每千人執業醫師數為 1.59 人，每千人註冊護士數為 43 人《2011 全國衛生統計年鑑》。值得注意的是江蘇省境內共有本科醫藥大學與學院數達到 10 所，每年可以培養醫療衛生人員高達 5,000 人，按照這個數據顯示江蘇省未來醫療機構內的醫事人員遴聘來源會較其他各省更為充足。

至 2010 年底為止，江蘇省全境醫保覆蓋率達到 95% 以上，其中城鎮職工保險的住院醫療費用報銷比例平均在 80% 以上，城鎮居民醫保報銷比例平均為 60%，若以 2007~2010 年間的數據觀察，江蘇全省醫療機構診療人次的年增率達到 4.9%，所以醫療需求有逐年上升的趨勢。¹⁰⁷此外，同期江蘇全省的非公立醫療機構的家數為 8,485 家，其中規模較大的民營醫院有 10 家，投資規模近 30 億人民幣。同年底，全中國境內非公立醫院的平均機構數為 33.79%，但是江蘇省就達到 54.28%。¹⁰⁸

貳、個案醫院基本資料

一、上海辰（禾）新醫院

（一）地理位置與基本資訊

辰新醫院的所在位置是在上海十分繁榮熱鬧的「長寧區」，以上海電力醫院「院中院」的方式先行經營，後於 2012 年 6 月遷址至鄰近的「徐匯區」，獨立經營，並更名為禾新醫院。¹⁰⁹院區附近是上海許多台商匯聚的地點。旁邊既有延安高架道路，也鄰近軌道交通地鐵 10 號線，若以交通條件而言，算是十分優異。上海辰（禾）新醫院的母公司-台灣聯新醫療事業創立於 1992 年，是台灣首創醫院連鎖經營的醫界團體。聯新醫療事業以建立 21 世紀醫院營運與管理模式之願景為目標，他們的經營策略是先立足大陸，並放眼國際化的前景作為發展脈絡，禾新醫院也是大陸第一家許可設立之台資獨資醫院。

雖然辰（禾）新醫院地理位址與環境條件都十分優異，但是其周邊的醫療院所也相當多，而且絕大部分都是國營的醫療體系，若以百分比來看，公立醫院和私立醫院的比約為 97:3。但公立醫院服務的對象多以一般市民為主要目標客群，因此，辰（禾）新醫院從一開始便將自身定位為為台商與白領階層人士量身訂做的中高檔醫院。在辰（禾）新醫院附近的國營醫院有上海華山東方乳房專科醫院、上海市東方乳腺疾病醫院（華山醫院分部）、上海市房屋土地管局職工醫院、上海真愛女子醫院、中國人民解放軍第 85 醫院（上海 85 醫院）、長寧區同仁醫院

¹⁰⁷ 江蘇省政府，《2011 江蘇省統計年鑑》，醫療篇。

¹⁰⁸ 大陸的醫療機構仍然以公立的為主，私人提供的部分不過三成，例如廣東只有 28.86%，浙江省為 39.88%，山東省為 38.71% 等。

¹⁰⁹ 因為本研究訪談的對象與期程橫跨辰新醫院與禾新醫院，故本研究擬以辰（禾）新醫院來表示。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

(上海交通大學醫學院附屬仁濟醫院長寧分院)、上海市同仁醫院、上海市皮膚病性病醫院、復旦大學附屬華東醫院(上海華東醫院)等十餘所歷史悠久且為國營的綜合或專科醫院。¹¹⁰

(二) 初期人力支援

上海辰(禾)新醫院是以具有醫療體系與經營經驗的台資醫院為背景，是為中外合資民辦醫院，其中的經營管理由台商的管理顧問公司來運作，從醫院的軟硬體到醫師護士的甄選，都由台商來管理。目前辰(禾)新醫院總執行長張煥楨是台商，不過他更喜歡別人稱他為「張醫師」，他在台灣是執業多年的內科主治醫師，他說，這次遠渡重洋到上海，主要是服務台商，因為台商不習慣大陸的醫療環境和流程，因此才給了辰(禾)新醫院機會。辰(禾)新醫院以台商為客層，不參加中國醫保系統，因此投資回收時間會拉長，但辰(禾)新不以為意，畢竟醫界雖以救治眾生為本，但現今有部分民眾的需求是寧靜、高雅及高品質的醫療服務。因為沒有醫保，收費標準可自訂，故對病患之收費相對上較高，以感冒為例，看一次要 300 元人民幣，折合台幣約 1,200 元，在台灣有健保，患者頂多付台幣 150 元，和 1,200 元相去甚遠，當然這樣的收費對當地一般人來說，是偏高的。因此，是以台商與外商為主要經營服務目標。張煥楨醫師表示，醫院的設備和人力成本都較高，故收費雖然高，但醫療環境與服務品質相對也高很多。

¹¹⁰ 上海市政府，《2011 上海市統計年鑑》，醫療篇。

表 4-17 上海辰（禾）新醫院基本資料概況

醫院名稱	上海辰（禾）新醫院
等級	二級
類型	民營/營利
面積	約 6000 平方米
規模	門診：預防保健科、內科、外科、婦產科、兒科、眼科、 口腔科、醫療美容科、精神科、康復醫療科、麻醉科、 醫學檢驗科、醫學影像科、中醫科（診療項目） 急診：無 病房：合計 60 張床（核定），實開 30 床。
人力	共 168 人 醫生：30 人、護士：45 人、醫技人員：25 人、其他人員： 68 人。 平均薪資：每人每月約 8000 元
醫療作業量	門診：180 人次/日 急診：0 人次/日 住院：佔床率 50% 平均住院日 3 天
營業額 （單位：人民幣）	2009 年：3300 萬 2010 年：3400 萬 2011 年：3485 萬
近期規劃	於 2012 年 6 月遷址並獨資開辦上海禾新醫院。
政府補助	無
競爭醫院	7 家：和睦家醫院、美華診所、瑞東醫院、東方醫院、 Parkway 診所、愛雨眼科醫院、百匯診所（都屬於自費高 端民營醫院或診所）

資料來源：上海辰（禾）新醫院，經作者整理而成

辰（禾）新醫院所遴聘的醫師也是百中選一，多數為台籍醫師，為禾新醫院之成立，再特別邀請了前台北市仁愛醫院院區的院長吳振龍進駐，同時帶來多名台籍資深名醫，以短期工作證在上海工作。其他數名陸籍醫師，也由台籍顧問遴選。醫院經營的策略便是希望藉由台籍醫生的醫療經驗進行高端的醫療服務。¹¹¹

¹¹¹ 鄧若寧，「也是台商醫院 委託代經營 上海辰新醫院很創新」，線上資料，網址：<http://www.nownews.com/2002/10/11/545-1361707.htm>，檢索日期：2012/6/14。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

二、廈門長庚醫院

(一) 地理位置與基本資料

廈門市的人口大約 361 萬人 (2011 年)，非農業人口大約是 51%，因此，農業人口與非農業人口大約 1：1。和其他一線大城市比起來，廈門市都市化程度仍然有很大的發展空間，現階段仍是以第一級與第二級產業為主，雖然在廈門市中心已經有許多高樓大廈與外資進駐，但是若和北京、上海、南京等一線城市相比仍顯得不夠都市化。

表 4-18 廈門市重要數據 (2011 年)

人口	361 萬人
非農業人口	185.26 萬人
人口密度	2,245/平方公里
GDP	409.61 億美元
人均 GDP	10,952 美元
第二產業生產總值	217.35 億美元
第三產業生產總值	194.68 億美元

資料來源：《2011 中國統計年鑑》

廈門長庚醫院選址在福建省的海滄島，距離廈門市中心約有 30 分鐘的車程，當初選址在這裡可能是想複製台北林口長庚的經驗，只要半個小時的時間便能從台北市區到林口長庚，廈門長庚也是類似的概念，不過廈門長庚不比林口，醫院位置過於偏僻的關係，2008 年 5 月開幕之時，看病人潮並不如預期，同時因為口碑尚未建立與知名度仍未打開的情況下，許多當地民眾仍然選擇舊有的醫療機構為主，使得一開始經營大陸醫療市場的長庚醫療體系遭遇若干困境。

(二) 初期人力支援

大陸原有的醫療文化是廈門長庚在經營上的難題，因為大陸的醫師本俸極低，但是他們有許多灰色地帶的收入，¹¹²長庚的醫療體系基本上對於非本業以外的收入是採取禁止的政策，營運初期又尚未實施 PPF (Private Patient Fee) 制度，大陸籍醫師的所得又不高，同時大陸醫師有些存在地域觀念，使得廈門長庚在招募醫師的初期顯得困難。

¹¹² 在 2000 年時，大陸醫師的本俸平均收入多在 3、4000 元人民幣，擔任醫學教授的本俸也不過 5、6000 元，然而他們可以有很多業外收入，包括藥品的回扣、病人的紅包、名醫初診開刀的费用等，這些往往是本俸的數倍以上，顯然成為大陸醫師的主要收入來源。台灣早期的醫師也有類似的情況，醫界稱為 ABC。A (Salary) 是本俸，B (Bonus) 是分紅、C (Commission) 是回扣或佣金，還有些醫師會在外面自行開業，因此往往 B+C 遠大於 A。

廈門長庚的醫師來源除了就地招募外，還有部分是來自台灣長庚體系的輪調，一般而言，每次輪調的時間從幾個星期到兩個月不等，許多當地民眾對於時常要更換主治醫師感到無所適從，醫師對於頻繁的輪調制度也有不同的意見，可以確定的是廈門長庚在初營運的前幾年必須經歷人力調度上的困難。¹¹³

表 4-19 廈門長庚醫院院基本資料概況

醫院名稱	廈門長庚醫院
等級	三級
類型	民營/營利
面積	醫院區佔地 320000 平方米 建築 237,465 平方米
規模	門診：內科、腎臟內科、消化內科、心臟內科、呼吸內科、內分泌科、神經內科、兒科、婦產科、感染科、放療科、心胸外科、整形外科、神經外科、普通外科、骨科、口腔科、耳鼻喉科、眼科、康復科、麻醉科、皮膚科、醫學美容等。 急診：治療區 30 床、觀察區 90 床 病房：共 9 個護理站，合計 550 張床
人力	共 1222 人 醫生：174 人(主治醫師 76 人、住院醫師 71 人、支援醫師 27 人) 護士：617 人 醫技人員：110 人 其他人員：321 人平均薪資：護士每人每月約 4,500 元，醫技約 5,200 元/人月，其他約 3,400 元/人月平均薪資：護士每人每月約 4,500 元，醫技約 5,200 元/人月，其他約 3,400 元/人月
醫療作業量	門診：2300 人次/日 急診：375 人次/日 住院：佔床率 80% (500 床) 平均住院日 7.4 天
營業額 (單位：人民幣)	2009 年：13,164 萬元 2010 年：21,000 萬元 2011 年：25,380 萬元 (住院 48%，門診 52%)

¹¹³ 台灣婦產科名醫鄭丞傑認為大陸其實會是台灣醫師求發展的好地方，他舉了一個原本在台北長庚婦產科門診量極低的年輕醫師，因為不敵其他女醫師的門診，因此在廈門長庚成立之後，乾脆舉家遷到廈門，現在已經成為當地十分受到歡迎的「台灣名醫」。鄭丞傑，〈從南京明基和廈門長庚看中國大陸台資醫院的未來發展〉，《杏林隨筆》，2011，Vol. 54, No. 4 頁 65-69。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

近期規劃	現正規畫推動 1,200 床（醫院最大供給面可達 2,000 床）
政府補助	無
競爭醫院	178 家 廈門大學附屬中山醫院(三甲) 廈門大學附屬第一醫院(三甲) 廈門中醫院、174 醫院、蓮花醫院、集美二院

資料來源：廈門長庚醫院，經作者整理而成

三、南京明基醫院

（一）地理位置與基本資訊

南京明基醫院位在有如台北市信義計畫區的河西新城區，且在南京的兩條捷運（地鐵站）的交會點上，受訪者H1 就直接指出「這是一般醫院做不到的。」更大的優勢是其中一個地鐵的出口就在醫院的內部，因此，在尚未走出地鐵入口進入醫院之前，沿著地鐵的牆壁上就已經掛著各項和南京明基醫院介紹的相關圖表。在台灣，這樣的交通方式與房子的結合便是「捷運共構宅」，¹¹⁴目前也只有台大醫院享有這樣類似的優勢，因此，對於看病的居民而言，交通方便的條件是選擇是否看診的關鍵因素之一。明基集團並不是從事醫療本業，事實上他們的本業-電子業，和醫療體系相差甚遠，但是明基集團董事長李焜耀在創辦初期就獲得有台灣醫界經營之神美譽的中國醫藥大學董事長蔡長海教授在人力財力上的強力支援，不僅縮短了南京明基醫院的摸索時間，也讓醫院在營運支出很快地建立了服務模式。

（二）初期人力支援

南京明基醫院一開始就決定採用台灣的服務模式來吸引病人，因此，醫院的主要幹部均是由台灣的醫療體系挖角過去，例如現任的劉會平院長是從台灣長庚醫院挖角的著名胸腔外科權威教授，其他的科別也是盡量設法從台灣的醫院招募台籍醫師擔任科主任，由有豐富經驗的台灣專科醫師去帶動陸籍醫師，這和廈門長庚有很大的差異，南京明基醫院的作法是以台籍資深或專科醫師為醫院主幹，藉以台灣經驗來帶動大陸醫院複製。¹¹⁵

在醫師薪資方面，南京明基醫院也如同廈門長庚一般禁止醫師收取灰色地帶的收入，不過明基在 2010 年 3 月即開始實施 PPF 制度，這使得不少明基醫院陸籍醫師已經月入 5 萬元人民幣，若以當地的購買力而言，這是相當不錯的收入，因

¹¹⁴ 鄭丞傑認為南京明基醫院能夠讓一條地鐵的出口拉到自己的醫院裡面，顯然是關係很好。資料來源同前註。

¹¹⁵ 南京明基醫院在 2000 年 7 月 1 日才動土，目前正在台灣各地醫院大舉招兵買馬，原因在於除了南京明基外，2011 年 11 月 11 日才開幕的蘇州明基醫院也十分需要大量的人力。

此，南京明基醫院不愁找不到基層醫師來服務。¹¹⁶

表 4-20 南京明基醫院基本資料概況

醫院名稱	南京明基醫院
等級	三甲（三級）
類型	民營（中外合作）/營利
面積	佔地 600 畝 建築 22 萬平方米，第一期投入 11 億人民幣。
規模	門診：內（神經內科、消化內科、內分泌科、腎臟內科、血液內科、呼吸內科、心血管內科）、外（泌尿外科、骨科、普外科、胸腔外科、神經外科）、婦產科、兒科、耳鼻喉科、眼科、中醫科、針灸科、口腔科、放療科、腫瘤科、燒傷整形科、康復科、血透中心、健檢中心等 急診：普通內外科診室、各專科診室、搶救室、清創室、手術室、留觀室、輸液廳等。 病房：首期規劃床位 1,500 張，目前使用床位 700（開放 780 張）張，綜合二、三期發展至 3,000 床
人力	（截至 2011/12/31 共 1,374 人） （各級醫師 390 人） （各級護理人員 544 人） （醫技 89 人 藥劑 37 人） （行政及管理人員 314 人） 平均薪資：（2011 年 12 月全院人均人事費用 RMB 7,981 元，此數字包含企業負擔之保險等等用人成本）
醫療作業量	門診：（以 2011 年/12 月 日均 1,227 人次） 急診：（以 2011 年/12 月 日均 186 人次） 住院：（以 2011 年/12 月 占床率 64.4%） 平均住院日（以 2011 年/12 月 平均住院日 9.7 天）
營業額 （單位：人民幣）	2009 年：（12,634 萬） 2010 年：（23,608 萬） 2011 年：（31,917 萬） （2011 年住院 62.8%，門急診 37.2%）

¹¹⁶ 根據 2010 年 4 月 World Bank（世界銀行）和台灣行政院主計處所公布的最新資料，台灣的平均國民所得是大陸的 5 倍，而 2010 年人民幣和台幣的兌換約為 1：4.7，換言之人民幣 5 萬元的收入相當於台灣月入的 117.5 萬元（5*5*4.7=117.5），若是考量物價或房價指數，則南京明基的醫師收入相當於台灣的 50 萬元左右，渴望進去明基醫院的陸籍醫師相當多，換言之，明基醫院的選擇機會也多了很多。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

近期規劃	南京明基醫院董事長雷輝 2009 年中表示，將再投資人民幣 13 億元（約新臺幣 65 億元），擴增明基醫院第二期、第三期規模。
政府補助	（三千萬服務業發展基金）
競爭醫院	明基醫院位於建鄴區內，建鄴區內已有一所公辦非盈利性三級綜合性醫院——江蘇省第二醫院、三所公辦非盈利性二級綜合性醫院——建鄴醫院、建鄴區中醫院和南京市第二惠民醫院

資料來源：南京明基醫院，經作者整理而成

第六節 小結

本章的重點主要在描述大陸的醫療環境歷史與現況，尤其大陸的醫療體系與環境伴隨著國家整體經濟的成長，不僅在「量」的方面成長極為迅速，「質」的方面也有明顯的提升。然而，大陸人口的高速成長與老化，為大陸醫療服務帶來商機也帶來隱憂，13 億 4 千多萬的人口仍持續成長中，所得的提升使得人們想要享受更好的醫療照顧和品質，大陸目前雖然醫療院所的家數呈現倍數成長，但是卻多集中在東南沿海主要城市，西部地區及少數偏鄉地區仍然是醫療的荒漠，大城市居民可以享受的醫療資源是鄉村地區的數倍之譜，如此不均衡的醫療現象是大陸在發展完整醫療體系的一大隱憂。值得注意的是，大陸政府也注意到醫療費用應隨著國家經濟發展而成長，改革開放前的中國大陸全年醫療支出也只有 110.21 億元（人民幣，下同），平均每個國民所能分配到的醫療資源連 20 元都不到，大城市可能多一些，鄉村地區更是少得可憐。一直到改革開放後，全中國的衛生預算經費才呈現大幅成長，根據大陸衛生部公布的資訊顯示，2010 年的衛生預算高達 2 兆元，與改革開放初期相比成長了 180 倍，不僅都市居民獲得照顧，偏鄉地區的人民也享有一定的醫療資源，整個醫療體系也大幅完整與改善。除了市場規模的擴大外，大陸政府目前也積極修改相關法令規範，原本以國營醫院為主的醫療院所，現在也開始出現了私人提供的醫療服務，其中還包括執業醫師與護士相關醫事人員的相關規定，甚至對於外國醫師在大陸短期行醫的相關規定也有明文，對台籍醫師而言，最重要的便是相關醫師資格認定管理辦法，只要在台灣地區 2007 年 12 月 31 日取得合法行醫資格者，均能透過申請而取得在大陸地區相應資格的醫師執照，不過這是根據 ECFA 所協議通過的內容，目前也只開放醫師、牙醫師與中醫師等，未來會如何開放與發展，仍待兩岸的後續協商。

大陸的醫療保險制度改革也被視為和大陸醫療體系成長同樣重要的

發展，由於大陸幅員與人口均大，保險種類也多，既然城鎮職工的基本醫療保險，也有農村合作醫療和城鎮居民基本醫療保險。這些險種的出現對於人民看病的負擔在某種程度上具有減輕的效果，雖然和台灣的全民健保仍有極大的差距，但是其保險覆蓋率也比改革開放前大幅進步，這對應醫療體系的改善與改革均有正面的引導效果。

本研究的三大個案所選擇投資的地點均和台商或台灣有密切的關係。以上海為例，根據上海台商協會所進行的統計資料顯示，目前上海台商及其家屬人數大約有 60-80 萬人間，如此龐大的人口除了一般消費的商機外，醫療市場的需求也是相當巨大，況且台灣人已經習慣台灣醫療較高水準的服務，大陸一般公立醫院的水準多不若台灣醫院，因此若能複製台灣醫院的服務模式與經驗，相信光是作台商及其家屬的醫療服務就足以支撐一家中大型規模的醫院。若進一步以上海 2010 年全年的門診數（37 萬次）與營業總額（10 億人民幣）來看，¹¹⁷上海的確是一個龐大的商機與市場。同時針對台資醫院的設立，上海衛生廳簡化台灣服務者於上海設置醫療機構的審批流程與時間，對有意投資上海醫療市場的台商而言，能夠在最短的時間內將醫院設立，便是能夠在人口規模超過 2000 萬人的上海闖出一片天。

廈門長庚是台資單一企業在大陸投資金額最為龐大的醫療投資。台灣長庚醫療體系早已在台灣建立超過 12 家以上的醫療事業體，在台灣的經營規模與報酬都是名列前茅，再加上背後的台塑集團在大陸地區亦有極為龐大的事業體投資，因此，赴大陸投資醫療產業對長庚而言是極為必要且划算的投資，不論是台灣的經驗與資金，都能為大陸長庚醫療帶來極大的幫助。

南京明基醫院則是台灣友達集團投資的醫療產業，透過在大陸認真經營的良好醫政關係，選擇地點交通極為便利，同時在設立之初便將自身醫療服務定位在高端醫療服務與健康檢查，清楚的醫療市場定位與台灣醫療體系的後援，為南京明基奠定極佳的創立基礎。

上海辰（禾）新醫院則是臺灣聯新集團的投資，選擇在上海投資自然是看準了當地龐大的市場，其中尤以上海台商占最大宗，根據前面所述的資料，上海台商號稱百萬，實際數字也不會離百萬太遠，加上高度城市化，龐大的常駐人口，高薪的階級，便捷的交通等都是上海開設高端醫院的優勢，同時聯新集團在台灣也已經具備一定的規模，在上海投資醫院有助醫療事業版圖的擴張。

¹¹⁷ 參考自 2011 上海衛生年鑑。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

第五章 進入策略、競爭策略及理論檢視分析

第三章及第四章分別論述了台灣與大陸的醫療體系、歷史、環境、制度與相關保險制度內容，兩岸雖屬於同文同種的華語文社會，但是因為歷經了超過一甲子的分裂分治，兩岸的政治制度設計的差異連帶使得政府各項政策都有相當的不同。尤其在醫療體系這一個領域，兩岸間的差異不可謂之不大，對台灣而言，完整的醫療照顧體系與制度發展較大陸為早，加上經濟成長時間也比大陸早了約二十年，因此提供了台商進入大陸進行醫療產業投資的利基。臺北醫學大學董事長李祖德(2009)曾經表示台灣醫療在三大方面具有良好的利基，分別是國際醫療、老年照顧與健康管理；大陸則是在四大方面具有新的利基，分別是：經濟發展國民所得增加、醫療支出成長遠低於GDP成長，具有補漲空間、公營醫院開始轉型私有化、醫療管理技術的進步空間。台資醫院或醫療系統進入大陸一定有其策略考量，不同背景的產業進入相同的醫療產業之中所採取的方式也會有所差異，本章將針對台資企業的進入策略和競爭策略進行分析。

第一節 台資進入大陸醫療體系的樣態與選擇

「進入策略」對跨國企業而言是十分重要的起步。在尚未進入他國市場時就必須做出周全的預判，如此才能在競爭激烈的全球化環境下獲利。Davidson(1982)指出對外投資時，首要的重點任務便是「進入策略」，有了進入策略，其他的投資佈局策略才能應運而生。所以將進入策略視為企業進入他國市場的第一重要求生法則或策略基礎應不為過。

醫療產業是一個極為特殊的產業，它所提供的服務既有硬體設備（如專業醫療器材、醫療大樓設備）也有如醫護人員的軟體設備，而且欲建構一個完整的醫療事業體系，所需資金極為龐大，醫護人員的素質要求也在一定水準之上，方方面面都需要專業組成，同時在醫院建成之後，如何進行管理與經營，面對不同的環境與就醫習慣，策略該如何選擇都是在前進不同市場後必須面臨的問題。

在研究方法與理論中提到，海外市場進入策略是企業為了因應國際競爭壓力、國內市場飽和或意圖開發新市場及多角化經營時所採行的一種過程。台資企業前往大陸投資醫療產業，在進入該市場之前，一定都是基於前述四種因素而進行投資。在本研究所採用的三個個案，有本身具有醫療產業經驗的，例如上海辰（禾）新醫院與廈門長庚醫院，他們兩家在台灣已經累積多年的成功醫療體系的經驗，因此欲藉由投資大陸市場來擴大利基（開發新市場），或者像南京明基是打算採取多角化經營，不同行業別或不同背景的企業進入醫療市場採取的策略會有若干的差異，這和它們在市場上的利基多寡有關，但單就同樣都是台資企業的角度而言，進軍大陸醫療市場，它們該採取何種進入策略？

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 5-1 台資企業進入大陸市場型態與選擇

院所名稱 選擇型態	上海辰（禾）新	廈門長庚	南京明基
企業本身優勢	醫療體系經驗	資金、醫療體系與 多角化經驗	資金與大陸工廠 員工
進入大陸市場可 能策略	國內市場飽和/意 圖開發新市場	國內市場飽和/意 圖開發新市場	多角化經營
進入模式	合資經營（獨資）	獨資	多數股權
可能考慮因素	市場區位優勢	品牌	市場區位優勢

資料來源：作者根據訪談資料整理而成

壹、企業本身優勢

當企業已經具有一定規模之後，若要使得企業永續經營並且擴大規模與版圖，就必須思考除了立基於本業的位置（企業本身與企業所在地區）是否有擴大的必要與可能性，守住本業可能就是最好的策略，但可能也就僅止於此，無法再繼續擴大；擴大企業規模與版圖則涉及到是否要走出去或多角化經營的問題。這每一項的投資都必須算計對本業的好處為何，能否真能擴大企業版圖，對任何已經具有一定規模的企業而言，事前的評估與進入的策略是十分重要的。

以本研究而言，企業的優勢可能是資金、經驗或技術，當然也有一些必須透過訪談企業負責人才能知道的優勢，例如和大陸中央或地方政府高層的良好關係，或者與當地相關醫療產業的完整整合，或甚至與當地重量級企業（國營企業）能夠合作等，這些可能都是台資企業本身的優勢，由於本研究所找尋的 3 個個案，他們各自的優勢不一而足，選擇在不同環境底下投資也有不同的結果，優勢能否發揮端看選擇的地點與環境，有時候對 A 而言是優勢，運用在 B 身上卻有可能變成劣勢，在台灣運作時可能是該集團的優勢，但是複製到大陸去後卻有可能變成劣勢，因此，就本研究而言，是否是優勢或劣勢，有時得經過綜合判斷。否則，一般認定的優勢極有可能在大陸成為類似「包袱」的劣勢。

貳、進入大陸可能策略及模式

任何企業在進入大陸之前，一定會擬定好未來進入的策略，中小企業如此，大企業更是這樣。尤其大企業投資金額動輒數十億至數百億台幣，資金來自股東，上市公司更背負著對股東交代或年度財務報表的問題，因此，進入另一個新的市場勢必和既有市場會有所差異。如果以企業組織的系統來進行觀察，一個企業會採取何種策略進入市場，必須要從三個層面進行評估，首先是總體環境分析，其次則是產業環境分析，最後則是組織內部分析。這三個層次其實涵蓋了企業的內、中、外三個重要的構面。按照圖 5-1 的概念，總體環境分析是企業的外部環境，包括意圖投資國家的法令、薪資水平、勞動條件等；產業環境分析的目的在于於對產業結構、市場與技術生命週期、競爭情勢、未來發展趨勢、以及產業

關鍵成功要素的瞭解，企業領導人可藉產業環境分析的結果，研判本身實力狀況，推行得出未來的「競爭策略」。任何時代典範的轉移，與時空背景有密切的關係，近年來興起的「能力」(competency)或職能的概念，受到企業界的重視，有必要對其發展背景、能力的價值鏈以及能力的結構作較深入的探究，以掌握其精髓，以建立能力本位的人力資源管理(competency-based human resource management)。組織分析則是指通過分析研究，明確現行組織機構設置和運行中存在的問題和缺點，為提出組織諮詢的具體課題內容和改進方案打下基礎。在本研究中的個案為設立醫院，牽涉的問題十分複雜，從企業本身、資金、總體環境到當地法令等問題都有高度相關性，整體架構有些類似政治學提到的系統論關於輸出與輸入的部分，我們可以將企業的策略當成是最後的輸出，內部環境或政策與產業面的問題則是輸入，這些因素條件構成了一個完整的系統架構。

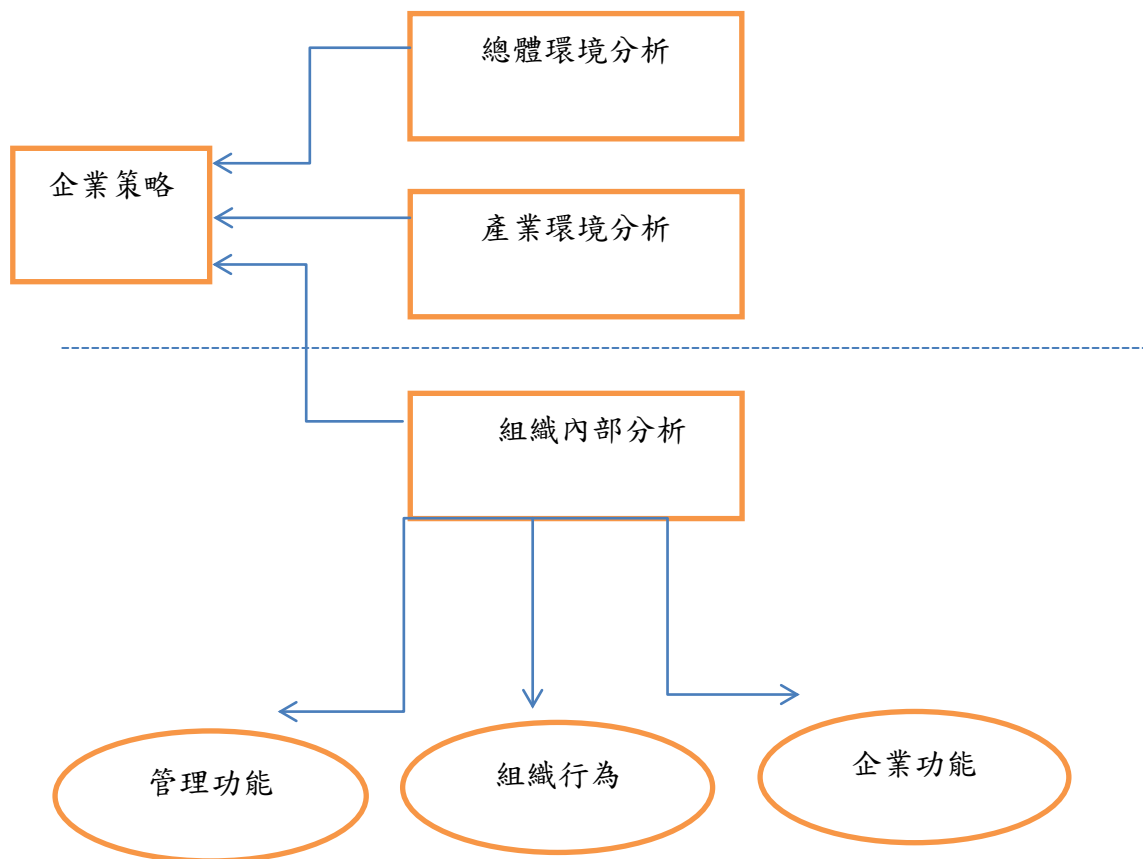


圖 5-1 企業進入策略評估

資料來源：作者自行整理

根據 Root 的「進入模式分析」，本研究所選擇個案台資醫院均以「直接出口」（設立子公司）的模式，依各該事業體的特性，先行分析其所面臨的威脅與機會，充分利用其資源，採用適宜的投資方式，並取得母公司及大陸政府的授權

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療產業事業體為例

或支援來推動業務，截至目前亦獲得不錯的進展。

另外根據表 1-5 Jeannet & Hennessey 對進入模式之分類方式，台資企業所經營的醫院在分類中的「六個構面」¹¹⁸對於市場占有率與風險方面比較有不利的地方，其餘的構面可以在台資企業的控制之下。

參、可能考慮因素

對赴大陸投資的企業而言，他們都具備一定承擔風險的能力，再加上醫療產品的特性，他們將整套商品的製成與生產線全數搬到大陸去，同時為在地化經營，管理模式與生產方式都必須隨之調整，一般而言，有三種理論可以作為討論國際市場進入策略選擇之可能考慮因素。以下將從「內部化理論」、「交易成本理論」及「折衷理論」來進行探討。

（一）內部化理論（internalization theory）

「內部化理論」認為，當廠商從事海外交易活動時，為因應產品或原料市場的不完全，因此跨國企業經常選擇以直接投資方式取代出口貿易，此理論提供了國際貿易理論與海外直接投資理論間的連結。Coase（1937）提出「交易成本」（Transaction Cost）的概念指出企業創造並使用內部組織來替代外部市場時，會更有效率且成本也較低。另外，Buckley & Casson（1976）則首次將交易成本的概念應用在內部化理論上，他們認為廠商擁有的特殊優勢，並不能帶給廠商任何的利潤，唯有將這些優勢內部化於企業體中，才能獲取此項優勢的利益。

Kwon & Konopa(1993)以內部化理論的觀點進行海外市場進入模式的研究，其認為「內部化模式」主要的基礎點在於使廠商的風險達到最小化，而廠商在海外市場的涉入會因為各國文化有所不同，政治的不確定及匯率轉換可能存在的風險等，使得其相較國內投資的風險為高，所以廠商在進入海外市場時，若想使風險極小化，則會選擇最安全的方式，例如低資源的進入模式（出口產品），不過報酬也會相對較低；然而當廠商的國際知識與經驗越來越豐富時，或者承受風險能力較高時，會選擇高資源的進入模式（如海外直接生產）以獲取較高的報酬率。按照前述的理論，可以將策略性海外市場進入模式的概念架構畫成如圖 5-2。

¹¹⁸這六個構面分別是「控制、資產投入、變動成本、固定成本、市場佔有率與風險」。對於台資企業而言，在大陸投資有很多屬於非操之在我的部分，在大陸政府未全面開放台資百分百投資醫院的政策下，許多與醫院相關的投入受限，並非台商自己想要拿出多少資金就能夠算數，包括可購用地、病床規模數、醫藥採購來源都可能受到一定程度的限制。

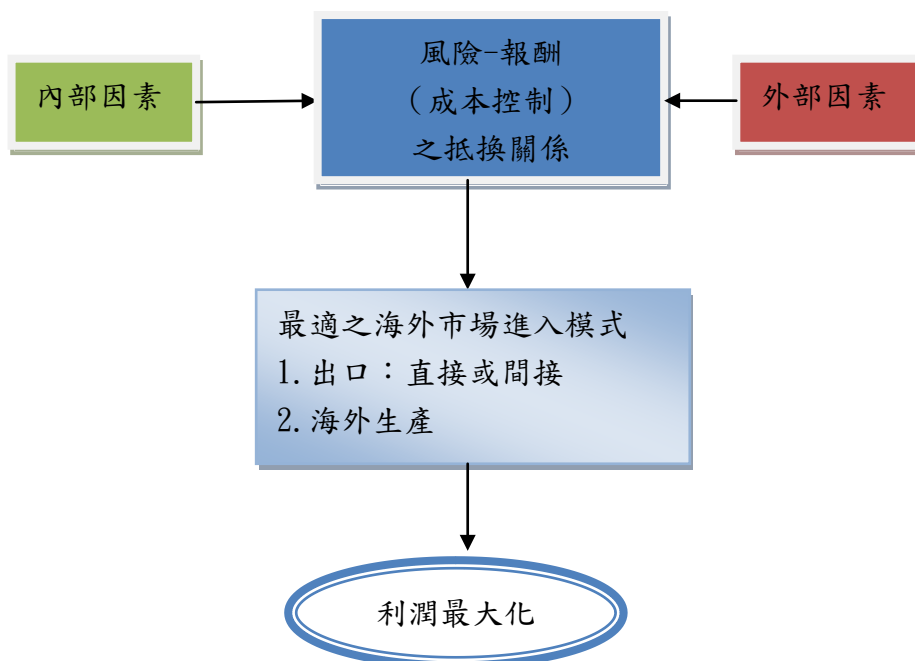


圖 5-2 策略性海外市場進入模式概念架構

資料來源：作者自行繪製

(二) 交易成本理論

「交易成本理論」認為層級的存在是廠商對「市場失靈」(Market Failure)的一種回應，藉由交易的「內部化」可以降低「組織成本」與「交易成本」，然交易成本理論是採取「個體微觀」的角度進行分析交易活動，其以「交易」為分析單位，內部化理論則是將交易成本的概念予以擴大延伸，以「廠商」為分析單位。

在本研究的選擇個案中，醫療產業屬於服務業，因此採用 Erramilli & Rao (1993) 之修正交易成本理論進行分析服務業之海外市場進入模式，他們認為在傳統交易成本理論中，當資產專屬性高時，廠商會傾向採行高控制程度之進入模式；當資產專屬性低時則會採行「低控制程度」之進入模式。從前述的資產專屬性到共有控制傾向的模式，可以繪製成如圖 5-3。

就本研究而言，醫療產業應屬於第三級產業，且其資產專屬性極高，三家台資企業應該都會以高控制程度進行進入模式，但是因為不可分離性、資本密集度和文化差距會影響廠商的投入程度，其輸出結果會對廠商的規模及國家風險有所影響，亦即提高控制程度雖然可能擴大了廠商的規模，但是亦有可能增加了國家給予的可能風險，而這會成為廠商投資方面的負擔，亦可能回頭影響廠商的投資，使獲利下降或營收成長平緩。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

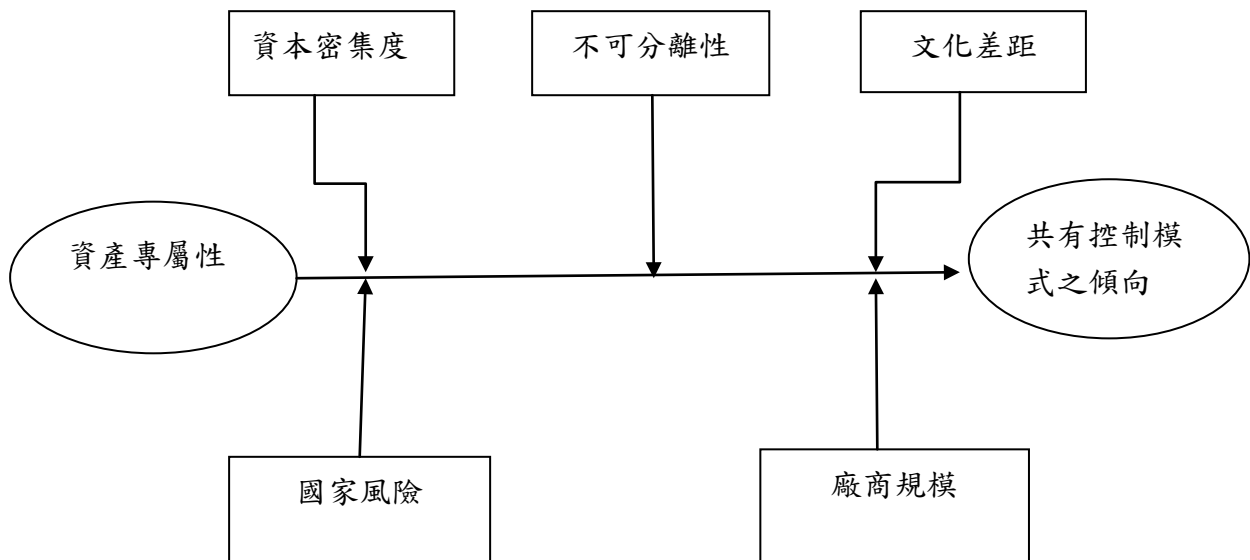


圖 5-3 資產專屬性對共有控制傾向之影響

資料來源：(Errami, M. K. and Rao, C.P.1993：21)

(三) 折衷理論

Dunning(1979)整合許多有關海外直接投資理論的觀點，嘗試以一個較為完整的理論模式來解釋海外直接投資活動。Dunning (1981)認為解釋海外直接投資活動的理論，基本上是依循下列三種類型：

1. 如何在海外市場維持競爭優勢 (How approach)：即「產業組織理論」所強調的部分，Dunning 將產業及廠商因素歸納為所有權特有優勢。
2. 為何在海外投資生產 (Why approach)：即「內部化理論」所強調者，Dunning 將其歸納為內部化優勢。
3. 應在哪些國家投資生產 (Where approach)：即「區位理論」所強調者，Dunning 將其歸納為區位特有優勢。

Dunning 的折衷理論被 Agarwal & Ramaswami (1992) 整合並提出了國際市場進入策略受到所有權優勢、區位優勢即內部化優勢的影響，所有權優勢包括公司規模、發展差異產品能力、國際化經驗等變數，區位優勢涵蓋市場潛量與投資風險，內部化優勢的衡量變數為契約風險。

以本研究的三個個案而言，台資醫療產業投資者在大陸進行醫療市場投資主要目的是為了延續母企業在台灣或相關市場的優勢，如同受訪者 K 認為電子產業波動太大，醫療產業才是百年企業，所以若企業行有餘力，自然希望為資金找到出口，也希望透過醫療市場的投資來延續母企業的優勢，這也是內部化理論所強調的內部化優勢。

台資企業投資大陸市場有一個十分重要的共同考量便是大陸的市場潛量極高，不光是急遽擴大的市場人口而已，另外包括具有強大消費能力的中產階級崛

起，唯需要注意的是，該市場仍然存在極高的風險，有時市場規模會被高風險相抵銷，是否一定划算則是要看綜合條件來進行判定。

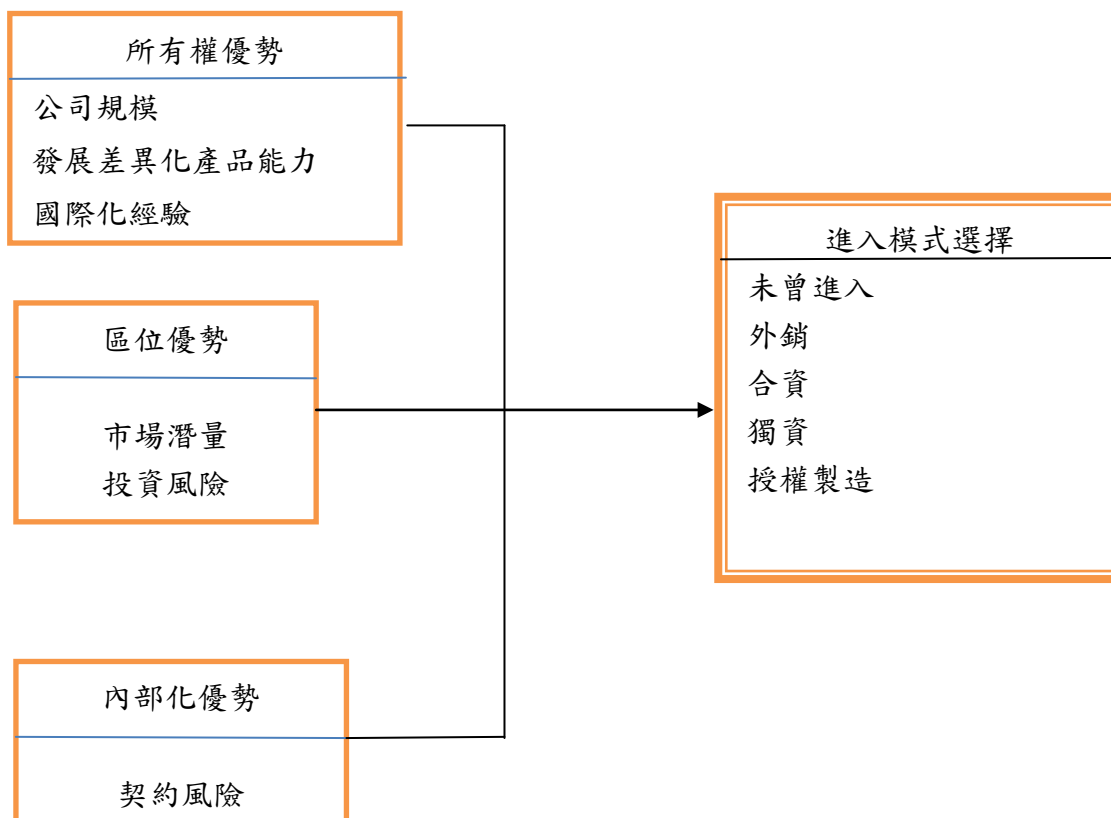


圖 5-4 修正式進入模式
資料來源：作者自行繪製

肆、大陸地區對外資投資相關法令的影響

依第一章「名詞界定」所述，在中國大陸從事投資，依經營方式可以分成直接投資與其他方式。直接投資包含「中外合資經營」、「中外合作經營」及「外商獨資經營」等三種類型，一般簡稱這三種類型為「三資企業」。值得注意者，一般大陸法律簡稱「外資獨資經營企業」為「外資企業」。因此，容易讓人混淆，不知所指著為包含此三種類型的「外資企業」，還是單指「外資獨資經營企業」。台商於閱讀大陸法規時，應謹慎分辨。¹¹⁹

表 5-2 詳述了外資企業的三大類型，其中包括大陸政府立法的目的，投資金額與標的，徵收利益與保險相關等規定，大陸政府立法的目的除了為了招商引資外，更重要的是可以從條文內容看出其希望可以保護國內相關產業，並且透過引進外資來協助本土產業的發展。但是外資企業進入大陸市場必須先從法令面著

¹¹⁹ 王泰允，〈在大陸地區展開投資活動須知〉，行政院大陸委員會編，《台商大陸投資手冊》（臺北：行政院大陸委員會，2006 年），頁 148。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

手，雖然在現今仍處於高度人治的大陸市場，共產黨幹部對國家的影響仍十分巨大，但是法治化的道路未曾停歇，因此，外資企業（包括台資企業）都必須以規範入手，如此才能在准入規定上符合基本要求，日後若產生任何爭議時也能夠以法規據理力爭。

表 5-2 外資企業三大類型

法規名稱	中外合作經營企業法	中外合資經營企業法	外資企業法
立法目的	為了擴大對外經濟合作和技術交流，促進外國的企業和其他經濟組織或者個人按照平等互利的原則，同大陸的企業或者其他經濟組織在全大陸境內共同舉辦中外合作經營企業。	為了擴大國際經濟合作和技術交流，允許外國公司、企業和其他經濟組織或個人，按照平等互利的原則，經大陸批准，在全大陸，同大陸的公司、企業或其他經濟組織共同舉辦合營企業。	為了擴大對外經濟合作和技術交流，促進大陸國民經濟的發展，大陸允許外國的企業和其他經濟組織或者個人在大陸境內舉辦外資企業，保護外資企業的合法權益。
投資金額與標的	中外合作者的投資或者提供的合作條件可以是現金、實物、土地使用權、工業產權、非專利技術和其他財產權利。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 合營企業各方可以現金、實物、工業產權等進行投資。 2. 外國合營者的投資比例一般不低於百分之二十五。 	全部資本由外國投資者投資。
有關徵收權益	國家依法保護合作企業和中外合作者的合法權益。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 大陸對合營企業不實行國有化和徵收； 2. 在特殊情況下，根據社會公共利益的需要，對合營企業可以依照法律程式實行徵收，並給予相應的補償。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 大陸對外資企業不實行國有化和徵收； 2. 在特殊情況下，根據社會公共利益的需要，對外資企業可以依照法律程式實行徵收，並給予相應的補償。
營業執照領取時間	設立合作企業的申請經批准後，應當自接到批准證書之日起三十天內向工商管理機關申請登記，領	合營企業經批准後，向國家工商管理主管部門登記，領取營業執照，開始營業。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 設立外資企業的申請經批准後，外國投資者應當在接到批准證書之日起三十天內向

	取營業執照。合作企業的營業執照簽發日期，為該企業的成立日期。		<p>工商行政管理機關申請登記，領取營業執照。</p> <p>2. 外資企業的營業執照簽發日期，為該企業成立日期。</p>
相關保險規定	<p>1. 合作企業的各项保險應當向大陸境內的保險機構投保。</p> <p>2. 合作企業職工的錄用、辭退、報酬、福利、勞動保護、勞動保險等事項，應當依法通過訂立合同加以規定。</p>	合營企業的各项保險應向大陸境內的保險公司投保。	<p>1. 外資企業雇用大陸職工應當依法簽定合同，並在合同中訂明雇用、解雇、報酬、福利、勞動保護、勞動保險等事項。</p> <p>2. 外資企業的各项保險應當向大陸境內的保險公司投保。</p>
相關匯出規定	<p>1. 外國合作者在履行法律規定和合作企業合同約定的義務後分得的利潤、其他合法收入和合作企業終止時分得的資金，可以依法匯往國外。</p> <p>2. 合作企業的外籍職工的工資收入和其他合法收入，依法繳納個人所得稅後，可以匯往國外。</p> <p>3. 合作企業應當憑營業執照在國家外匯管理機關允許經營外匯業務的銀行或者其他金融機構開立外</p>	<p>1. 外國合營者在履行法律和協議、合同規定的義務後分得的淨利潤，在合營企業期滿或者中止時所分得的資金以及其他資金，可按合營企業合同規定的貨幣，按外匯管理條例匯往國外。</p> <p>2. 合營企業的外籍職工的工資收入和其他正當收入，按大陸稅法繳納個人所得稅後，可按外匯管理條例匯往國外。</p>	<p>1. 外資企業的外匯事宜，依照國家外匯管理規定辦理。</p> <p>2. 外資企業應當在大陸銀行或者國家外匯管理機關指定的銀行開戶。</p> <p>3. 外國投資者從外資企業獲得的合法利潤、其他合法收入和清算後的資金，可以匯往國外。</p> <p>4. 外資企業的外籍職工的工資收入和其他正當收入，依法繳納個人所得稅後，可以匯往國外。</p>

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

	<p>匯帳戶。</p> <p>4. 合作企業的外匯事宜，依照國家有關外匯管理的規定辦理。</p>		
利潤與虧損之分擔	<p>中外合作者依照合作企業合同的約定，分配收益或者產品，承擔風險和虧損。</p>	<p>合營各方按註冊資本比例分享利潤和分擔風險及虧損</p>	<p>全部由外國投資者承擔</p>
企業終止	<p>1. 合作企業期滿或者提前終止時，應當依照法定程式對資產和債權、債務進行清算。</p> <p>2. 中外合作者應當依照合作企業合同的約定確定合作企業財產的歸屬。</p> <p>3. 合作企業期滿或者提前終止，應當向工商行政管理機關和稅務機關辦理註銷登記手續。</p>	<p>1. 合營企業如發生嚴重虧損、一方不履行合同和章程規定的義務、不可抗力等，經合營各方協商同意，報請審查批准機關批准，並向國家工商行政管理主管部門登記，可終止合同。</p> <p>2. 如果因違反合同而造成損失的，應由違反合同的一方承擔經濟責任。</p>	<p>1. 外資企業終止，應當及時公告，按照法定程式進行清算。</p> <p>2. 在清算完結前，除為了執行清算外，外國投資者對企業財產不得處理。</p> <p>3. 外資企業終止，應當向工商行政管理機關辦理登出登記手續，繳銷營業執照。</p>
糾紛解決之規定	<p>1. 中外合作者履行合作企業合同、章程發生爭議時，應當通過協商或者調解解決。</p> <p>2. 中外合作者不願通過協商、調解解決的，或者協商、調解不成的，可以依照合作企業合同中的仲裁條款或者事後達成的書面仲裁協議，提</p>	<p>1. 合營各方發生糾紛，董事會不能協商解決時，由大陸仲裁機構進行調解或仲裁，也可由合營各方協議在其他仲裁機構仲裁。</p> <p>2. 合營各方沒有在合同中訂有仲裁條款的或者事後沒有達成書面仲裁協議的，可以向</p>	<p>無相關規定</p>

	交大陸仲裁機構或者其他仲裁機構仲裁。 3. 中外合作者沒有在合作企業合同中訂立仲裁條款，事後又沒有達成書面仲裁協議的，可以向大陸法院起訴。	人民法院起訴。	
--	--	---------	--

資料來源：〈中華人民共和國外資企業法〉，2000年10月31日，

〈<http://www.6law.idv.tw/6law/law-gb./中華人民共和國外資企業法.htm>〉。〈中華人民共和國中外合作經營企業法〉，2000年10月31日，〈<http://www.6law.idv.tw/6law/law-gb/中華人民共和國中外合作經營企業法.htm>〉。〈中外合資經營企業法〉，2001年3月15日，<http://www.6law.idv.tw/6law/law-gb/中外合資經營企業法.htm>〉。

台商赴陸投資，陸方按各省市、地區不同，提供不同的「優惠措施」。¹²⁰就總體而言，可做以下區分：

1、稅收優惠

這部分的優惠措施因2008年實施〈中華人民共和國企業所得稅法〉產生較大變動。大陸原本內外資名目所得稅率皆為33%。過去為吸引台商，祭出優惠措施讓內外資的實質稅負出現了差異。外資最常享有的稅率優惠包括：¹²¹

第一，二免三減半。

第二，屬於高科技或出口達到標準的企業可享有所得稅減半。

第三，只要設立在經濟特區或中西部地區的企業可享有相關優惠。

但在〈中華人民共和國企業所得稅法〉實施後，內外資企業採「兩稅合一」，皆適用企業所得稅率25%，外資企業的優惠幾乎全部取消。¹²²仍適用15%優惠稅率者，僅有高新技術、技術先進、大型晶圓、鼓勵項目等產業。且鼓勵項目需要在西部，方有優惠適用。所謂高新技術包括：電子資訊技術、生物與新醫藥技術、航空航太技術、新材料技術、高技術服務業、新能源及節能技術、資源與環境技術、高新技術改造傳統產業等8大類。¹²³

¹²⁰ 洪國基，〈大陸對外資優惠政策〉，《台商張老師月刊》，第154期，2011年8月，〈http://www.chinabiz.org.tw/News/GetJournalShow?pid=162&cat_id=174&gid=14&id=195〉。檢閱日期：2012年10月10日。

¹²¹ 洪國基，前引文。

¹²² 經濟部投資業務處，前引書，頁48。

¹²³ 〈國家重點支持的高新技術領域〉，〈http://www.haicang.gov.cn/gov/jrhc/rdzt/qyhzjd/zchb/gjjwj/201202/t20120213_54799.htm〉，檢索日期：2012年12月25日。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

按新〈企業所得稅法〉第 57 條第 1 項：「本法公佈前已經批准設立的企業，依照當時的稅收法律、行政法規規定，享受低稅率優惠的，按照國務院規定，可以在本法施行後五年內，逐步過渡到本法規定的稅率；享受定期減免稅優惠的，按照國務院規定，可以在本法施行後繼續享受到期滿為止，但因未獲利而尚未享受優惠的，優惠期限從本法施行年度起計算。」¹²⁴

2008 年 1 月 1 日起，原享受低稅率優惠政策的企業在新稅法施行後 5 年內逐步過渡到「法定稅率」。原享受企業所得稅「兩免三減半」、「五免五減半」等定期免稅優惠的企業，新稅法施行後繼續按原稅收法律、行政法規及相關規定的優惠辦法及年限享受至期滿為止。

對欲投資大陸醫療的台商而言，有無政策優惠差別很大，就以「土地優惠」而言，選擇在都會地區投資的醫院，座落不同位置的土地價格差異非常大，以南京明基醫院為例，他們的所在地在兩條重要的軌道交通交會點，醫院大門附近甚至也有地鐵的出口，根據受訪者 H1 表示，南京明基能夠取得如此菁華的土地，南京政府提供非常大的協助，當然這也透露出明基集團高層在當地政府心中的份量，其中仍然有許多潛規則。

第二節 台資醫院進入策略分析

壹、上海辰（禾）新醫院

聯新國際集團(以下簡稱：聯新集團)創立於 1991 年，是台灣首創醫院連鎖經營的醫界團體，不論在策略聯盟、人員訓練、信息分享、儀器流通及聯合採購上，累積十餘年的醫院管理實務經驗。基本上聯新集團以在台灣的醫療體系經驗前進大陸投資上海辰新醫院（2012 年 6 月後稱為「禾新醫院」），因此他們是從醫療體系出發，投入的也是醫療體系的生產與投資。在本研究分類的模型中屬於從醫療體系出發，同時也是投入醫療體系投資的類型。

該院前身為上海辰新醫院，原於 2002 年成立，兩岸簽署 ECFA 後申請成為第一家獲大陸許可設立之台資獨資醫院，由台灣聯新國際醫療集團出資興建，2012 年開幕，醫院樓地板面積共 15,000 平方米。非醫保定點醫院，登記為營利性醫院，核准病床數為 100 床，核心營業項目包括醫院管理、人才培訓、健康養生會館、健康生活照顧等。目前主要提供自費高階健檢服務，並結合會員制之醫療諮詢、高級病房、養身 SPA 等。另與上海公立醫院合作，成為全科醫師(住院醫師)之訓練基地。此外，該院自 2010 年起設立國際緊急醫療救援中心，提供 24 小時免費急難救助專線，協助台胞緊急醫療諮詢、急難救援及後送台灣等服務。

¹²⁴〈中華人民共和國企業所得稅法〉，2007 年 3 月 16 日，<http://www.6law.idv.tw/6law/law-gb/中華人民共和國企業所得稅法.htm>。

一、進入策略

上海辰（禾）新醫院是台灣聯新集團所投資的事業，按照「企業進入策略理論」而言，有可能是因為國內市場進入或即將進入飽和階段，因此選擇國際市場進行投資。

（一）企業優勢

1. 台灣聯新醫療體系的經驗

聯新集團是純粹從事醫療相關事業的集團，從建構醫療體系出發，進行投資的各項產業也都和醫療產業相關，成立的時間在1993年，在台灣和醫療相關的事業就有10家，員工數約為2,000人，在台灣算是中型規模的醫院，例如為人所知的「壠新醫院」。大陸則是近幾年快速發展投資的事業，總部設在上海，目前在北京、浙江、湖南都設有辦事處。總計在1995年至2012年間，聯新國際集團已經在兩岸設立約20個醫療事業單位，詳見圖5-3。

表 5-3 聯新國際集團兩岸醫療體系表

板新醫院	壠新醫院	桃新醫院	台新醫院
營新醫院	高新醫院	健新醫院	上海辰新醫院
桃園國際機場醫療中心	桃園高鐵站醫療中心	上海聯新國際醫院(籌)	江蘇聯新天目湖健康醫學中心(籌)

資料來源：聯新集團官方網站，經作者自行整理而成。



圖 5-5 聯新集團兩岸佈局分布圖

資料來源：聯新集團官方網站

2. 完整的醫療體系

前面提及聯新集團是單純進行醫療產業相關投資的集團。旗下分成醫療機構事業群和健康管理事業群。這兩個事業群在台灣和大陸都有，目前已經發展成一個完整的體系，可以互相支援，同時也能夠讓醫療體系形成一個規模。詳細的聯新集團體系，請見圖5-6。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

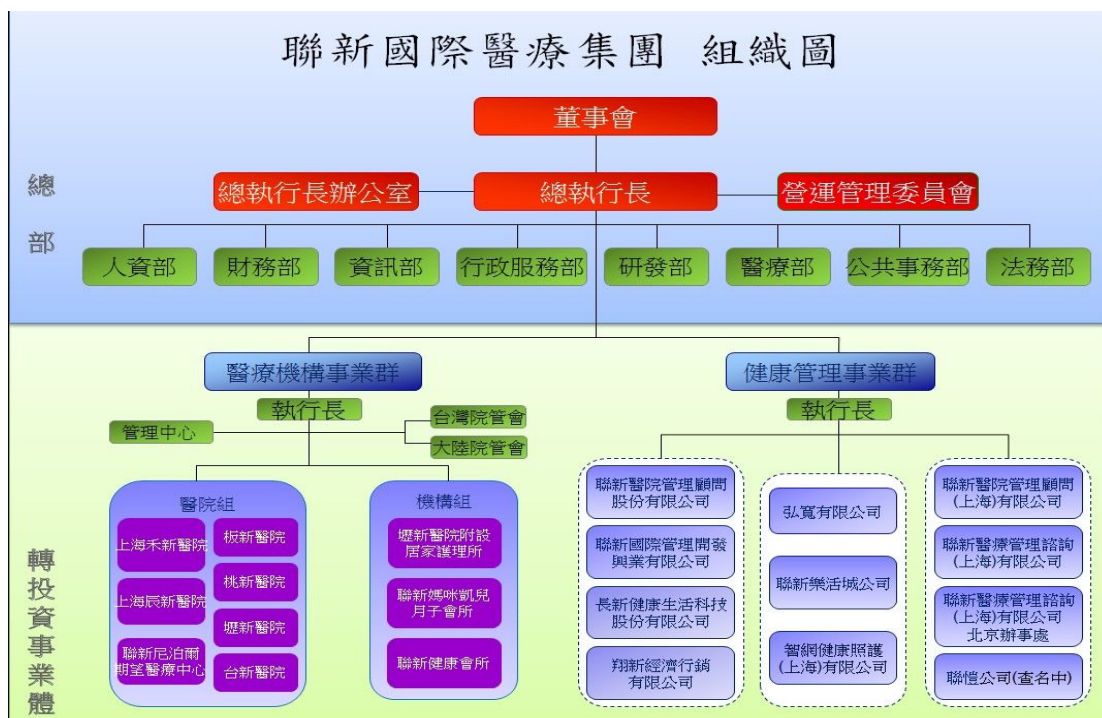


圖 5-6 聯新國際醫療集團組織圖

資料來源：聯新集團官方網站

(二) 進入大陸可能策略—堅守醫療本業，切中上海市場要求高品質醫療的需求

上海市的人口數在大陸的直轄市中排名第 1，若是加計流動人口，恐怕人數還會更高。根據 2011 年的人口統計資料，上海市的人口已經達到 2,347.46 萬，若以台灣人口觀之，其實一個上海市的人口和台灣已經差不多，甚至還超越。因此上海的人口規模相當驚人，同時非農業人口比重高達 9 成，顯示上海市早已高度都市化或城鎮化。人口密度更高達每平方公里 3,775 人，GDP 的規模也近 3,000 億美元，扣除第 1 產業的產值，製造業和服務業的產值超過 2,500 億美元，比重將近八成五。同時，人均國民所得也高達 12,784 美元。若將上海市視為一個國家，那麼按照其所得規模，離「已開發國家水準」已經不遠。在這種情況下，國民對於生活品質，乃至於就醫品質要求程度與檔次都較一般民眾為高。辰（禾）新醫院進入的策略十分明確，他們企圖在高端醫療市場上取得重要的市占率，而上海的消費水準已經具備此項條件。

表 5-4 上海市重要數據 (2011 年)

人口	2,347.46 萬人
非農業人口	2,112.3 萬人
人口密度	3,775 人/平方公里
GDP	2,972 億美元
人均 GDP	12,784 美元
第二產業生產總值	1,218.52 億美元
第三產業生產總值	1,273.76 億美元

資料來源：《2011 年中國統計年鑑》，中國國家統計局

上海人口眾多，醫院數量也不在少數。在第四章曾經提到上海辰（禾）新醫院選擇落腳的地點，交通非常方便，既有快速道路也有地鐵通過。辰（禾）新醫院附近幾乎全為國營醫院，民營醫院的競爭對手則有和睦家醫院、美華診所、瑞東醫院（台資）、東方醫院、Parkway 診所、愛雨眼科醫院與百匯診所，他們的共通特性為屬於自費高端的民營醫院與診所。選擇在上海開設醫院是因為上海有著大陸排名前三名的人均所得，同時也有非常多的外商（包括台商）及其家屬，他們都十分重視自身的健康並且往往不計代價只求獲得較好品質的醫療待遇。因此，醫院在上海能夠獲得較高的收益，同時也能撐起較廣大的市場規模。

表 5-5 上海辰（禾）新醫院潛在對手

醫療院所名稱	病床數
和睦家醫院	200
美華診所	300
瑞東醫院	305
東方醫院	450
Parkway 診所	350
愛雨眼科醫院	600
百匯診所	230

資料來源：上海市政府官方網站經作者整理而成。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

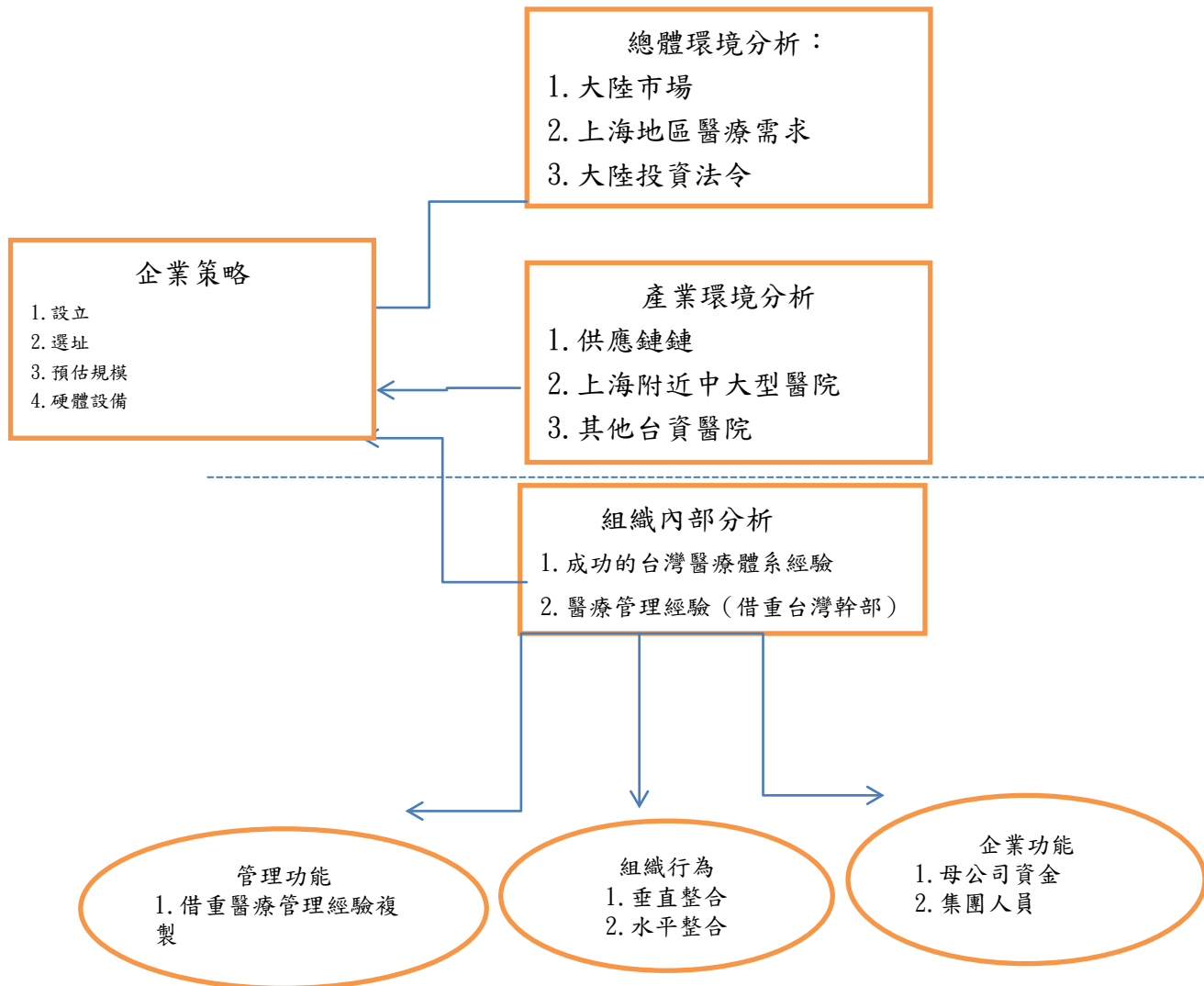


圖 5-7 上海辰新醫院進入策略評估

資料來源：作者自行整理

(三) 進入模式

「辰新醫院」原本是合資的方式經營，後來在大陸採取成立基金會，再由基金會轉投資辰新醫院，在 2012 年更名為「禾新醫院」後已經成為百分百獨資的台資醫院了。根據受訪者 H5 表示，辰新醫院在 2000 年就已經進入上海，那時在長寧區採取「院中院」的經營模式，因此進入的方式有點類似由台灣的聯新體系醫院先進入大陸進行佈點，透過上海市政府的特許經營模式，在部分診療項目中進行高價的收費，算是為未來的高端市場進行水溫測試。¹²⁵

¹²⁵ 受訪者 H5 表示：辰新醫院採取部分高價自費，後來的禾新醫院則幾乎都是高價路線，以門診為例，光是門診診察費就要收到 300-500 元人民幣，大陸的醫保給付標準比台灣的健保低，但是自費的部分比台灣高，他甚至形容這些費用高到你無法想像。例如：我們（禾新）醫院進行某項手術大約是 5-10 萬人民幣，但是其他醫院進行相同的手術可能可以高到 10-15 萬，最高與最低可以相差到三倍之多。

表 5-6 上海辰（禾）新醫院進入模式分類

類型	方式
出口方式	直接出口-透過分銷點或子公司
契約方式	特許與技術協定
投資方式	獨資

資料來源：作者自行整理

二、競爭力之五力分析

（一）同一產業中企業競爭者的敵對程度

前面提及上海的醫院為數眾多，但辰（禾）新醫院的策略是走精緻與高品質，因此在定位與走向方面可以與之競爭的醫院不多，若從價格考量，辰（禾）新醫院可能未必能占上風，但是考量醫療服務品質，辰（禾）新醫院依然和競爭者存有極大的優勢。根據受訪者H4表示，辰（禾）新醫院的優勢在於台商與外國人相信台灣醫生，目標消費群可分為本地人、外商與台商，若是依保險種類來區分，可分為大陸的國保、外國保險公司及台灣健保之緊急傷病保險，辰（禾）新醫院雖然和鄰近眾多大陸國營企業共同競爭上海市場的大餅，但是若以醫療品質和保險的相互效應，雖然面對競爭者的敵對程度不低，但是醫院本身的優勢仍然可以獲得凸顯。¹²⁶

（二）供應商議價能力

上海地區醫院眾多，對於醫療器材或是相關的儀器、藥品等必須和眾家廠商競爭，因此供應商的議價能力普遍不高，對於辰新醫院而言，亦是一項有利的條件。但是根據受訪者H4表示，受限於大陸政策及法規的限制，醫院必須具備3張證照才能夠開始營運，故任何醫院都會變成空有好設備或好藥品仍難運作，另外，大陸藥品供應商最大的問題在於國產藥品及相關醫療器材品質不穩定，縱使供應商議價能力不高，但醫院仍然必須想辦法取得理想的藥材。¹²⁷

（三）購買者（消費者）議價能力

一般而言。醫療服務消費者包括病患、事業單位、保險公司及政府。大陸目前各種醫療保險覆蓋面不廣，尚未形成單一價格競爭市場。辰（禾）新醫院雖然是營利性醫院，享有自由訂價權，但周邊醫院眾多，只能採取和其相同等級醫院的收費標準，因此，當醫院訂價策略趨於一致，再加上醫療產業屬於高度專業的類別，且為雙方無相對議價能力之特殊市場，消費者的議價能力相當薄弱。一位受訪的病患就表示，台商醫院的掛號費太貴，最好能夠下調一些，希望不要再漲價，但是如果漲價他們也沒有辦法，只能選擇要不要來看（醫生），一旦來看了

¹²⁶ 受訪者資料H4。

¹²⁷ 同前註。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

就只能接受（其所訂定的）價格。¹²⁸這也反映出消費者的議價能力應該不高。

（四）潛在及新加入競爭者的威脅

上海地區除了人口眾多外，台商數量也是全大陸第一。根據全國台企聯的統計，目前台商在大陸的總數超過百萬人，但上海市就可能有超過 60 萬人，因此許多台資企業對於醫療市場充滿興趣，除了辰（禾）新醫院外，2009 年，國民黨大老連戰的首席幕僚徐立德先生亦買下了「瑞東醫院」59% 的股權，在上海經營第 2 家台資醫院，經營模式亦和辰（禾）新醫院一樣採取精緻服務的醫療，係辰（禾）新醫院之競爭對手之一，且現任瑞東醫院院長為辰新醫院前執行長，熟悉該醫院之操作模式，不免會有一定程度之威脅性。

（五）替代品的威脅

醫療的替代品有二，一是成藥市場，另一則是其他低價的醫院。不過上海地區人民收入與知識水準較高，民眾對於自身健康意識比較高，同時對醫院的忠誠度也會比較高，甚至有家庭醫生的觀念不在少數，因此對辰（禾）新醫院而言，替代品的威脅並不高。

三、跨國直接投資經濟理論分析

（一）完全競爭市場

上海向來是大陸經濟與金融重鎮，不僅人文薈萃，更是兵家必爭之地。任何一家廠商選擇在此投資，勢必要面對十分激烈的競爭。前面提及在長寧與徐匯地區可以和辰（禾）新醫院競爭的醫院就有 10 多家，上海辰（禾）新醫院在大陸地區經營和台灣相比具有「比較利益法則」，雖然上海地區的物價指數與勞資成本較大陸其他地區來得高，但是對台資企業而言，經營成本又較台灣為低。然受訪者 F 也表示在上海經營醫院的問題還有台灣與其他醫療團隊的成員在大陸法令未許可之下不能直接接觸病人，使得競爭力受到一定程度的影響，同時不斷高漲的工資同樣使得醫院的經營成本上漲，近 3 年的工資上漲率已經超過 12%，這是辰（禾）新醫院的挑戰。¹²⁹另外在要素稟賦理論中提到兩個重要的條件：生產要素和要素價格。生產要素（factor of production）是指生產活動必須具備的主要因素或在生產中必須投入或使用的主要手段。通常指「土地、勞動和資本」三要素，加上「企業家的管理」才能為四要素，也有人把技術知識、經濟信息也當作生產要素。「要素價格」（factor price）則是指生產要素的使用費用或要素的報酬。

¹²⁸ 10 位受訪病患綜整資料。

¹²⁹ 資料來源同註 122。

(二) 不完全競爭市場

「區位理論」重點描述產業集聚現象，指出「規模經濟」是其最大的競爭力來源。由於數量可觀的企業集聚在一起形成了產業鏈條，造成了很大的規模經濟，這種規模經濟能夠最大限度的降低成本、提高效率，並形成相關產業的核心競爭優勢。辰（禾）新醫院已經朝向前述的優勢邁進。

貳、廈門長庚醫院

廈門長庚是台灣長庚醫療體系所延伸的關係機構，自然也是有將台灣成功的醫療經驗輸出的意味。長庚醫院的本業是塑膠、石化產業，原本就和醫療扯不上關係，但是因為它的本業實在太賺錢，累積十分雄厚的資本，加上創辦人王永慶對父親感恩之情與回饋社會的想法，因此催生了長庚醫院，也因為國人對醫療需求與品質日漸提高，懂得市場走向的長庚醫院獲利極豐，在台灣陸續建構了 12 間醫療院所或照護中心，醫療的規模與病床數都是國內首屈一指，即使第一間醫院在交通不便的林口，依然吸引不遠千里的就醫人口。廈門長庚也是打算用台灣長庚的醫療模式，讓台灣醫療模式向外輸出，同時也能夠作為海外市場的重要後盾。

一、進入策略

(一) 企業優勢

1. 台灣長庚醫療體系的成功經驗

台灣長庚醫院在台灣已經是第一大民營醫院，旗下擁有 12 家醫院體系，在台灣早已發展出相當成熟且成功的系統，長庚醫院當初之所以欲赴陸投資便是希望可以藉由台灣成功的醫療體系經驗，完整的複製到中國大陸市場。根據受訪者 H6 表示，長庚到廈門設立醫院是在北京長庚計畫之後才開始進行，動機和王永慶創辦人在台灣創立醫院的初衷一樣，希望設立醫院照顧大陸的弱勢及員工或眷屬，當然長庚成功的經驗也十分重要，因為長庚的經營策略在台灣有很好的成效，希望這個經驗也能同樣在大陸發展，同時也為區隔和大陸醫院的不同，所以在大陸所建立的長庚醫院一定要有台灣長庚的特色。¹³⁰

2. 雄厚的母企業的資金

台塑集團自 1953 年成立以來，不到半世紀的時間，已經發展成為台灣第 1 大民營企業，集團體系橫跨石化、電子、醫療、教育、交通運輸與管理顧問公司。其中又以石化產業和醫療體系最為龐大，根據台灣證券交易所的資料顯示，台塑集團的市值已經超過兩兆台幣之譜，雖然距離顛峰時期市值超過 3 兆台幣縮水不少，但是仍然是相當龐大的公司，曾經也有一段相當長的時間是台灣第一大民營企業，台塑集團也是台灣經濟十分重要的支柱。

¹³⁰ 受訪者資料 H6。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 5-7 台塑集團體系表

集團類別	旗下子公司
石油化學事業	台灣塑膠工業股份有限公司 南亞塑膠工業股份有限公司 台灣化學纖維股份有限公司 台塑石化股份有限公司 福懋興業股份有限公司 台塑大金精密化學股份有限公司 台塑旭彈性纖維股份有限公司 達興纖維股份有限公司 文方實業股份有限公司 台灣醋酸化學股份有限公司 台亞石油股份有限公司 台化出光石油化學股份有限公司 南中石化工業股份有限公司 南亞美國公司 (Nan Ya Plastics Corporation USA) 印尼南亞公司 (PT. Indonesia Nanya Indah Plastics Corp.) 南亞塑膠美洲公司 (Nanya Plastics Corporation, America) 台塑美國公司 (Formosa Plastics Corporation, U. S. A.)
電子製造事業	南亞科技股份有限公司 南亞電路板股份有限公司 華亞科技股份有限公司 台塑勝高科技股份有限公司 福懋科技股份有限公司 南亞光電股份有限公司 台灣必成股份有限公司 泛亞科技股份有限公司
醫療事業	長庚紀念醫院 長庚生物科技 長庚醫療器材 台塑生物科技 世信生物科技 台塑生醫科技股份有限公司 (FORTE)
教育事業	長庚大學 長庚科技大學

	明志科技大學
交通運輸事業	台朔汽車股份有限公司 台宇汽車股份有限公司 汎航通運股份有限公司 台塑海運股份有限公司 台塑通運股份有限公司 台塑汽車貨運股份有限公司 塑化汽車貨運股份有限公司 六輕汽車貨運股份有限公司
管理顧問與投資開發事業	台塑開發股份有限公司 亞朔開發股份有限公司 宏懋開發股份有限公司 亞台開發股份有限公司 育志開發股份有限公司 台塑企業管理顧問股份有限公司 華亞園區管理顧問股份有限公司 麥寮工業區專用港管理股份有限公司 台塑行銷管理顧問股份有限公司 石油瓦斯買賣及處理股份有限公司 台塑企業投資股份有限公司 亞太投資股份有限公司
其他	台朔重工股份有限公司 台塑網科技股份有限公司 (FTC) 台塑網旅行社股份有限公司 (旅遊業) 宜濟建設股份有限公司 台化地毯股份有限公司 台朔環保科技股份有限公司 麥寮汽電股份有限公司 (發電廠) 華亞汽電股份有限公司 台塑長園能源科技股份有限公司 (能源科技、汽車燃料電池)

資料來源：台塑官方網站，<http://www.fpg.com.tw/>，經作者自行整理而成

(二) 進入大陸可能策略--複製台灣長庚成功模式

台灣長庚醫院自 1976 年成立以來，不到 40 年的期間就已經建立成功的醫療事業。長庚體系在台灣有完整的科別，同時也有完善的照顧體系。目前台灣長庚的醫療體系總病床數大約是一萬床，每年門診家住院服務量超過 600 萬人次，長

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

庚醫院的經營成功模式可以分成下面幾個層面來談：¹³¹

1. 嚴格成本控管

例如以病人每天量體溫的耳溫槍的「耳溫套」為例，雖然每個成本只有一元，對成本影響可能微不足道，然而整個長庚醫院每年使用量超過1,000萬個，在兼顧病人安全及醫療衛生之下，同一住院病人重覆使用同一個耳溫套，成本就可以節省下來。又如影印紙的使用，考量現場需求，從120磅到70磅，從單面到雙面使用，每張成本節省可能微乎其微，但整個醫院加總起來就可以節省可觀支出。

2. 建立診療指引、醫療費用合理化

在確保醫療品質及費用合理化前提下，與醫護人員充份溝通，訂定同儕用藥規範考量，用藥品項標準化，杜絕不必要的浪費。

3. 降低對保險制度的依賴度

(1) 發展預防醫學

如全身健康檢查，各專科的自費健康檢查等等。

(2) 自費醫療

考量健保給付的限制及民眾就醫實際需求，擴大開放自費醫療藥品及材料。

4. 發展國際醫療

醫院在換肝手術、顱顏外科及臍帶血移植等等醫療成就斐聲國際，如何推廣這些特色醫療的國際醫療業務就成為努力的目標。

5. 鼓勵各專科參與各項比賽及國外醫學認證

推動如檢驗醫學科的CAP認證、醫療材料供應部門的ISO認證以及參與國內各項醫療服務品質競賽等，藉由各項認證與競賽來肯定醫院醫療服務之水平。

6. 服務：發展以「疾病」為中心的整合性特色醫療服務

隨隨著疾病的多元化，醫學治療不再如過去以「醫生」為中心，面對疾病的複雜化，醫學的治療反而仰賴各專科的團隊合作，才得以有效提供病人最好的醫療服務，因此努力朝建立以「疾病」為中心的特色醫療服務發展。至今長庚醫院已建立「癌症中心」、「睡眠中心」、「糖尿病中心」、「心衰竭中心」等55個特色醫療中心。

以長庚醫院「癌症中心」來說，林口長庚已成立十九項癌症治療小組，以「肺癌治療小組」為例，其需具備之條件如下：

- a. 跨科治療：肺癌的診斷需放射診斷科的診斷，開刀需胸腔外科的醫師操刀，因此建立呼吸胸腔科為主的治療團隊，統一事權。
- b. 訂定醫療指引：經由醫療作業標準化，確保及維持醫療品質。

¹³¹ (黃銘隆, 2012), 經作者摘要整理。

- c. 醫學研究:研究是促進醫學進步的原動力,有好的醫學研究才能提昇治療水平。
- d. 個案管理師的設置:統一窗口,提供癌症病人的治療追蹤及諮詢服務。
- e. 建立品質指標:以監控醫療與服務之品質。

除前述6個層面外,長庚醫院也致力提昇醫學研究水平,培養更多的醫師研究員,加強研究的強度與深度,同時設立跨科合作的整合性「科研中心」,以加強團隊的研究,如「阿茲罕默症」研究就是科研中心很重要的例子。

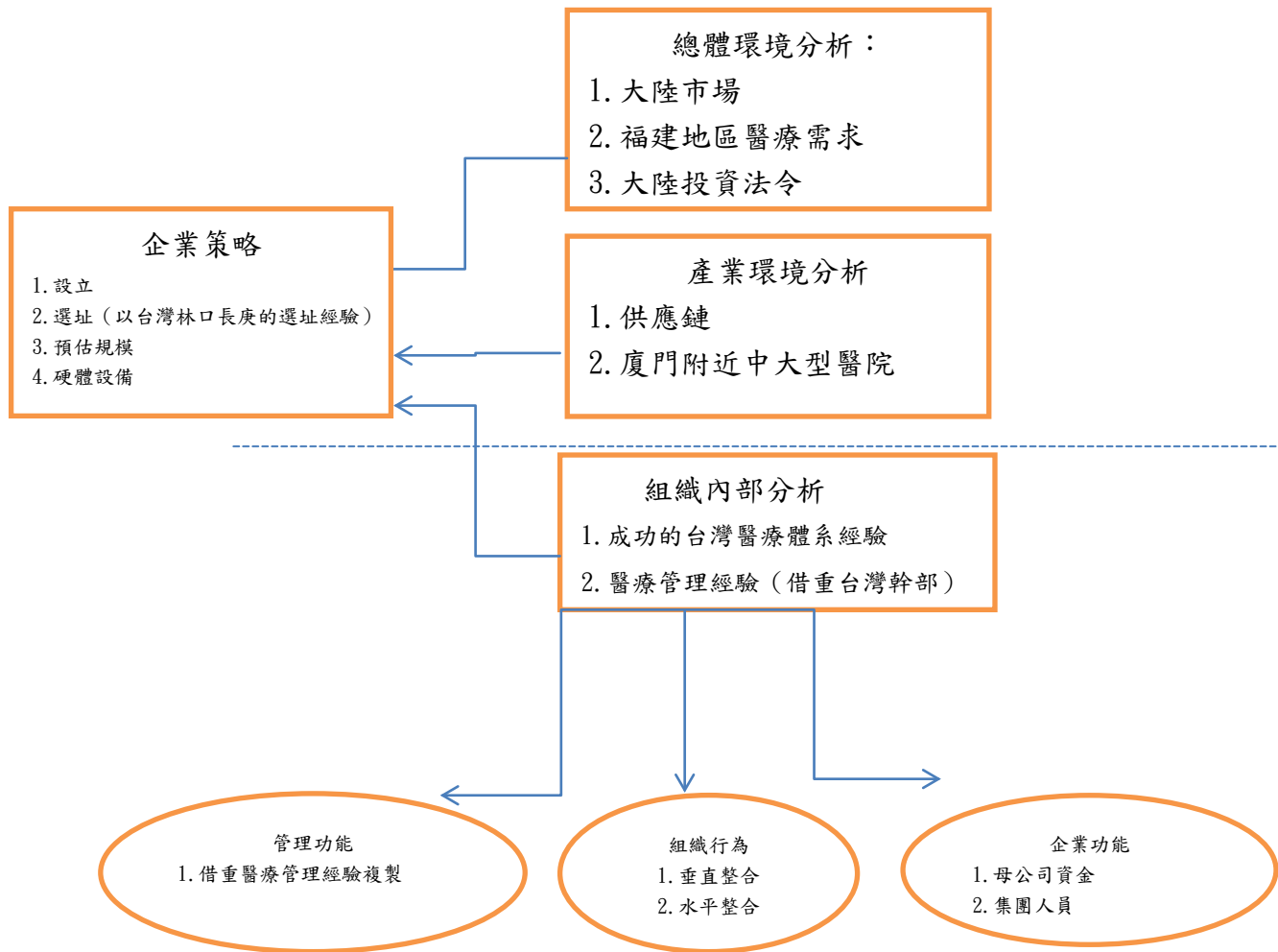


圖 5-8 廈門長庚醫院進入策略評估

資料來源：作者自行整理

三、進入模式

廈門長庚醫院和海滄市當地廈門海滄公用事業發展有限公司(以下簡稱:海滄公司)共同合資。海滄公司是官方的單位,成立於2004年8月,長庚醫療事業占七成的比重,廈門海滄公司則是三成。海滄公司基本上算是半官方的單位,黨政色彩十分濃厚,對進入大陸投資的台資企業而言,能和政府單位合作對往後

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

的開展十分重要，也能省去一些不必要的麻煩。¹³²

按照 Root 對進入模式的分類，廈門長庚醫院所採取的模式應該屬於直接出口，透過子公司的模式進行，同時契約方式應該是有特許和技術協定的方式進行，投資方式則是採取合資-新創公司的方式，目前廈門長庚醫院的合資方式是由台灣長庚出資 70%，廈門海滄公用事業發展有限公司出資 30%，經營權由長庚醫院處理，海滄公司則是協助和政府一切有關的行政事宜，惟在 2012 年大陸官方修法讓台資醫院可以獨資後，廈門長庚醫院已經買回所有的股份，成為獨資的醫院。

表 5-8 廈門長庚醫院進入模式分類

類型	方式
出口方式	直接出口-透過分銷點或子公司
契約方式	特許與技術協定
投資方式	合資-新創公司/購併

資料來源：作者自行整理

表 5-9 廈門長庚醫院潛在對手

醫療院所名稱	病床數
廈門大學附屬中山醫院	1600
廈門市婦幼保健院	500
廈門市第一醫院	2700
廈門中山醫院	1500
廈門市同安區同民醫院	600

資料來源：廈門市政府官方網站經作者自行整理而成

二、競爭力之五力分析

(一) 同一產業中企業競爭者敵對程度：低

廈門地區的醫療資源仍然有限，相當值得開發，但是也因為需求相對較低，因此未來如何促進成長仍是廈門長庚的問題。因此，雖然競爭較低，但並不代表能夠在市場上獨強。目前廈門的醫療資源和大陸其他大城市相比，仍顯得較為不足，根據廈門市政府的統計資料顯示，目前每萬人所擁有的病床數不到 30 床，和北京相比幾乎只有一半，醫療資源的不足所顯示的未來成長空間極大，另外也

¹³² 根據一位不具名受訪者表示，北京長庚失敗的經驗讓他們學到很多教訓，在大陸投資不能用台灣經驗或雄厚資金而已，有時更重要的一些「潛規則」也必須要注意，雖然表面上北京長庚的失敗有諸多因素，但不可否認因為某些和政治有關的細節沒注意到，是其挫敗的真正主因。

代表醫療要素投入的仍然不足，同業競爭者的敵對程度仍低。

(二) 供應商議價能力：高

因為廈門地區的醫療產業較少，長庚集團可以透過台灣的醫療體系取得國際上的醫療器材與藥品，縱使供應商的議價能力高，但是長庚醫院也具備取得藥品貨源的能力。根據受訪者P表示，大陸的醫療支付和收費的標準大約是台灣的40%~50%，訂價在台灣是健保局，大陸則是估價局，他們負責管理所有藥品價格的制訂，治療項目價格低但是材料和藥品很貴，是一個多重謀利的環境，中國招標辦法統一把價格訂好，醫院才能用這一個價格，沒有一個機制可以將價格議低，因此民營醫院進貨價並不能降低很多，就某種程度而言，醫院缺乏議價能力，供應商相對較具備此項能力。¹³³

(三) 購買者的議價能力：低

民眾的選擇只有在要去看病或不去看病的選擇，選擇看病就必須接受醫院的定價。其次則是涉及消費者的選擇，如果消費者有兩個以上的選擇，那麼不是議價問題，而是廠商間的競價問題，廈門目前在醫療體系上仍有很大的發展空間，台資醫院有一定的利基，因此也有一定的議價能力。

(四) 潛在及新加入競爭者的威脅：高

目前廈門市仍然以第一級與第二級產業為主，未來在高度都市化後，人民對醫療的需求與品質會與日遽增，因此可以想見未來在大陸對民營醫院法規逐漸鬆綁的情況之下，會有許多新加入的競爭者，按照十二五的規劃，未來私人醫院將達到兩成，以目前的比率來看，成長空間達到一倍。

(五) 替代品的威脅：高

民眾的就醫習慣對於醫院最大的衝擊為自行到藥行購買成藥或到私人的小診所抓藥。根據非正式的資料顯示，大陸地區醫院的「跑單率」高達三成至四成，¹³⁴顯示民眾就醫習慣並未養成，便宜與方便仍是最大考量，醫療品質並非民眾面對就醫的首要目標，因此其替代品的威脅仍高。

參、南京明基醫院

在第四章第五節已經對南京明基醫院的設立背景、概況進行基礎介紹，明基的本業是科技業，乍看之下與醫療關連性不大，但是高科技和醫療產業都有一個共通性，都必須耗費極大的資金與人力，回收慢，建置時間極長。但一旦建構出規模，資金報酬極大，同時也能建立上中下游產業，尤其大陸對於醫療需求極大，加上龐大的市場，任何產業都不會想錯過中國大陸這個大餅。

¹³³ 受訪者資料P。

¹³⁴ 李素芳，2008，〈台商在中國大陸投資醫療服務業之經營策略研究—以湖南旺旺醫院為例〉，政治大學碩士論文。頁105-120。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

一、進入策略

南京明基醫院最早先的方案為總投資額 9 億人民幣，由明基電通納閩馬來西亞股份有限公司、南京市國有資產投資管理控股（集團）有限公司、南京市中醫院三方合作舉辦，出資比例分別為 70%、20% 和 10%，占地 650 畝，第一期床位數為 1,000 張。¹³⁵

南京明基在 2008 年 5 月開幕，和廈門長庚醫院的開幕時間只差一天，兩大打資企業的醫院不約而同選在幾乎同一個時間啟用。明基醫院為明基友達集團投資興建的「中外合資合作醫院」。下設南京明基醫院與蘇州明基醫院。根據受訪者 H1 表示，南京在明基設立醫院的最初動機是因為明基的本業是作 IT 產業，IT 產業的特性為必須經常滾動與更新，醫院則是相較於 IT 產業是一個十分穩定的產業，甚至上百年都不太需要變動。¹³⁶

（一）企業優勢

1. 員工數

根據南京明基醫院的一位受訪者 H2 表示，明基集團在大陸的員工就有數萬人之譜，光是做員工的健康檢查就足以維持醫院的基本營運，若是外包給其他醫院做，也是一筆龐大的支出，既然都要支出，長遠來看當然是給自己做最划算。¹³⁷ 根據友達官方網站的資料，明基友達集團主要涵蓋電子產品、醫療器材等，子公司有十餘家，詳見表 5-9。

表 5-10 明基友達集團體系表

集團名稱與 LOGO	旗下子公司/事業體
BenQ/明基 	明基逐鹿、明基醫院、明基三豐醫療器材
Auo/友達 	BenQ 太陽能、景智電子、輔祥實業股份有限公司
Qisda/佳世達 	佳世達科技

¹³⁵ 受訪者資料 H1。

¹³⁶ 受訪者資料 H1。

¹³⁷ 受訪者 H2 資料，訪談記錄。另一位受訪者也表示：「明基醫院有非常廣大的地基(600 畝，約 45 公頃)，第一期工程 1500 床的建築物都已落成，目前先啟用 500 床。由於地大，因此建築物也蓋得很雄偉寬敞，到處都很乾淨、明亮。然而這樣高水準的醫院並未如想像中的在大陸一炮而紅，因為建築設備可以投入資本，一蹴可及，然而醫護技人員的水準與台灣相距大，必須給予積極訓練，而重要的是本身的工作人員的工作態度、服務品質、病患及家屬的就醫習慣，都與台灣相差甚遠，就必須花更多時間去矯正及適應。」

Darfon/達方 	達方電子
IC Design/電子設計 	達宙科技、瑞鼎科技
Lighting 	隆達電子、威力盟電子
Chemicals& Materials 	達興材料、明基材料、達意材料
BenQ Foundation 	明基友達基金會

資料來源：BenQ 官方網站，<http://www.benq.com.tw/>，經作者自行整理而成

根據友達官方網站所提供的數據資料，「泛友達集團」事業體員工數應該超過 15 萬人，製造中心的大陸工廠員工數應該也有 10 萬人以上，每年 10 萬員工及其家屬就是一個非常龐大的就醫市場，若以一家四口來計算，一年求診次數 10 次，都能造就 100 萬就醫人次，更何況還沒計算非員工的就醫人口，所以友達第一個利基便是龐大的員工數量作為基本的市場消費者。

除了員工數外，友達集團的龐大股本資金則是另一個重要的進入優勢。

2. 資金

根據台灣證券交易所的股市公開資訊顯示，明基友達集團的兩大核心事業：友達與佳世達，其名下股本分別為 882.7 億台幣與 196.68 億台幣，兩者相加在千億台幣以上，對於需要大筆資金成立醫院的南京明基而言，龐大資金的奧援無疑是成立醫院的最重要的條件。

3. 技術奧援

在南京明基創辦之前，友達集團董事長李焜耀就獲得有台灣醫界經營之神—中國醫藥大學董事長蔡長海教授的人力與財力的強大支援。¹³⁸另外明基醫院設立

¹³⁸ 明基友達集團在南京設立的明基醫院，實際的規畫與管理，均由中醫大負責，合作過程中，蔡長海因此與李焜耀成了莫逆之交，於去年六月受邀出任友達董事，而李焜耀也禮尚往來，出

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

科研啟動專項資金、建設落成中心實驗室並成為第三批江蘇省住院醫師規範化培訓基地，科研教學取得了非常好的成果，受訪者H1表示，僅2010年期間，醫院便成功地申請國家自然科學基金專案、江蘇省自然科學基金專案、十一五支撐專案、牛津大學合作專案等國家級、省市各級科研項目達到21項，發表SCI收錄論文7篇，IF平均值達到3.764，最高達7.135。他認為現在明基醫院濃厚的學術氛圍也贏得各類學術會議的青睞，迄今醫院主辦及承辦大型學術會議超過20場次以上。這些都是對醫院基礎技術發展極大的技術奧援，一方面從外面引進了技術，另一方面也強化了醫院本人從業人員的醫學功夫。

4. 藉由醫院做為轉投資生技產業的跳板

根據受訪者H3表示，明基集團投資醫院是一個長期規劃，在他02年進入明基時就已經在處理生技科技相關的產業計畫，但是IT產業轉投資都有比較多的顧慮，例如當時看了很多像生物晶片試劑，資金不知道要投入哪一項才好，明基當時只覺得大陸市場是一個重要的市場，又覺得生物科技都是在醫院平台進行使用，所以先投資醫院做為品牌，之後可以再回頭切入生物科技產業市場。

(二) 進入大陸的可能策略-從企業需求出發，拓展新策略事業體

根據圖5-1來評估南京明基的進入策略，可以概略分成總體層次與個體層次的兩大面向，其中在總體環境分析方面，明基在決定是否要在大陸創設醫院時，首先必須要考慮的關鍵事項有三：

1. 大陸市場的適切區域

大陸擁有全世界最多的人口，雖然意味著市場廣大，但是城鄉差異仍大，因此市場大應該必須要找到消費潛力大的地方才是有用的，否則人口再多，卻無消費能力，或者需求極低，依然不符合企業投資的前提。

2. 南京地區的醫療需求

南京是大陸南方重要大城，不論就地理位置或人口規模都極為重要，過去除了是國民政府的政治重鎮外，現在更是大陸南方生產與製造業的重要樞紐。人口規模大約是台北市加上新北市與基隆市的總和，非農業的人口約占63%，顯見南京市是以第二與第三產業為主的工業化與商業並重的城市，人口密度相當高，人們多住在高樓大廈，顯示南京都市化的程度。南京市的GDP金額為951億美元，人均GDP則是超過一萬美金，在大陸的人均所得排名中算是名列前茅。由此基本數據的呈現說明南京其實具備現代化程式的條件，民眾對於醫療的需求應該也等同成長。

表 5-11 南京市重要數據 (2011 年)

人口	810.91 萬人
非農業人口	510.59 萬人
人口密度	1, 229 人/平方公里
GDP	951 億美元
人均 GDP	11, 810 美元
第二產業 (製造業) 生產總值	435.3 億美元
第三產業 (服務業) 生產總值	509.5 億美元

資料來源：《2011 中國統計年鑑》，中國國家統計局

在個體環境分析方面，有兩大重要分析標的，一是產業環境，二是組織內部。

(一) 產業環境分析

醫療產業面臨的產業環境基本上有兩大層次，首先是關於醫療器材的供應，其次則是週邊環境 (其他類似規模醫院) 的競爭，在第四章第五節已略做簡述，在此將不再贅述。根據受訪者 H3 表示，大陸目前因為地方差異太大，醫療產業選擇的位置不同，所面對的產業環境也會有所不同。他認為明基到南京投資蓋醫院，如果成功了也不能保證離開南京會成功，各省差異實在太大，差異大的地方和法令也有極大的關係，中央對產業環境的塑造通常著力不深，只會提供產業一個方向性，地方政府自行提出操作細節，例如大陸有特定的醫療保險費率，中央只給一個範圍由地方自行挑選合適的費率，因此產業環境目前仍存有極大的歧異，不過以明基投資所在地的產業環境在大陸整體環境下是相對較理想的。¹³⁹

(二) 組織內部分析

誠如前述，明基集團是以電子產業見長，而且是十分成功的企業，除了產品本身具競爭力外，管理也是重要的能力。另外，明基借重了台灣中國醫藥大學的創辦人蔡長海教授的醫療體系經驗，因此大幅縮短了摸索的時間，同時也省下許多不必要的費用。因此可以初步訂出是否要設立醫院、如何選址、規模要如何訂立，硬體設備的需求等。但是管理的方式，明基醫院實際上有借重自身的企業文化，受訪者 H1 和 H3 都表示因為明基本身沒有醫院，人才和經營模型架構都需要重新學習，但因為什麼都沒有也是一種優點，可以透過整合的方法處理不需要的過程與架構，同時也可以和自己其他產業產生綜合效果。¹⁴⁰

¹³⁹ 受訪者資料 H3。

¹⁴⁰ 兩位受訪者表示沒有經驗有時也代表沒有包袱，因為醫院辦久了都會有一些不好的文化，明基並沒有這樣的問題，一切從零開始，問題也是從零開始，不會產生太多白色巨塔下的可能問題，這也是明基醫院的優勢所在。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

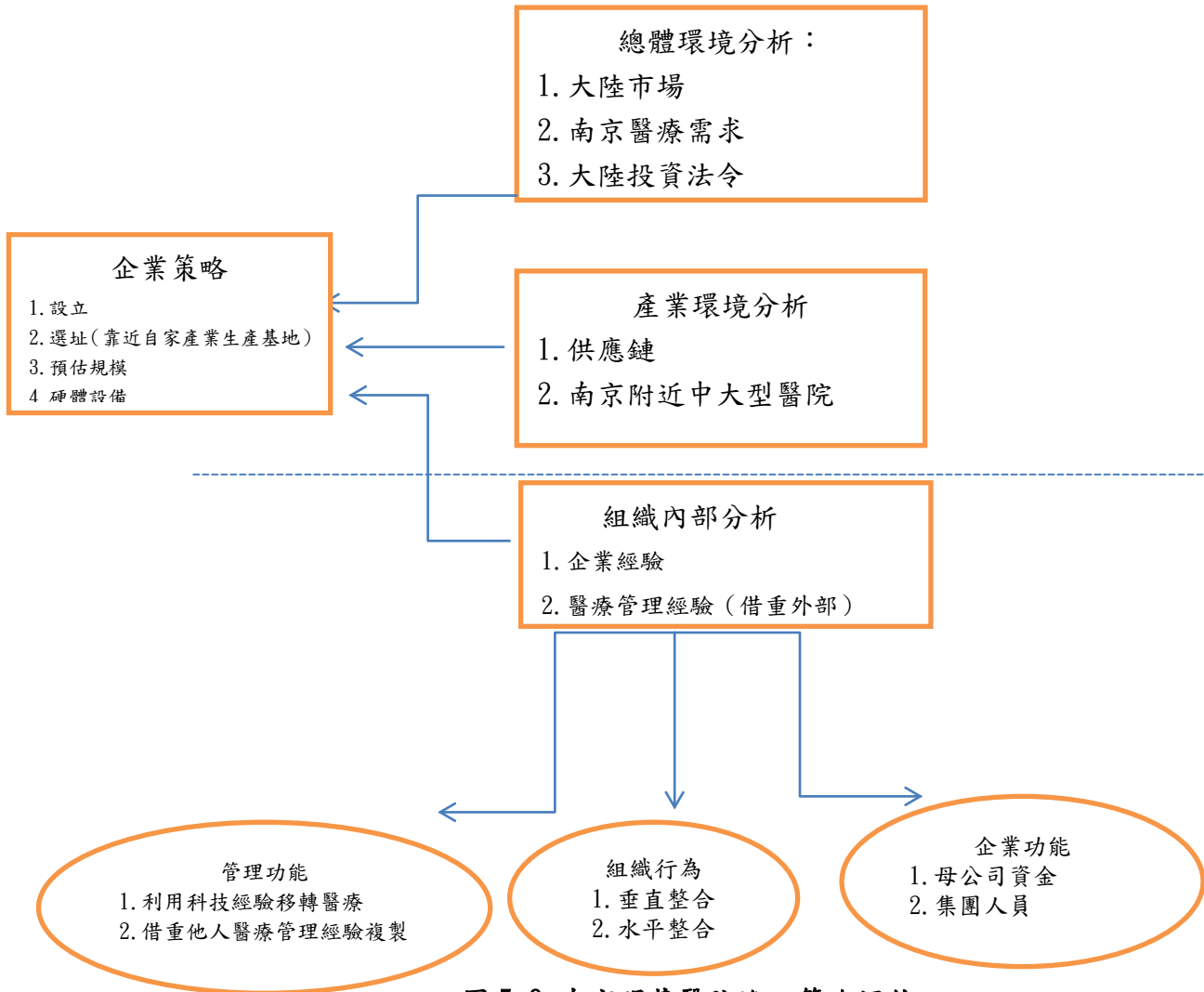


圖 5-9 南京明基醫院進入策略評估

資料來源：作者自行整理

(三) 進入模式

按照 Root 對進入模式的分類，南京明基醫院所採取的模式應該屬於直接出口，透過子公司的模式進行，同時契約方式應該是有特許和技術協定的方式進行，投資方式則是採取合資-新創公司的方式，目前南京明基醫院的合資方式是由明基集團旗下的明基電通納閩馬來西亞股份有限公司（出資 70%），南京市國有資產投資管理控股（集團）有限公司（出資 20%）、南京市中醫院三方合作舉辦（出資 10%）。

表 5-12 南京明基醫院進入模式分類

類型	方式
出口方式	直接出口-透過分銷點或子公司
契約方式	特許與技術協定
投資方式	合資-新創公司/購併

資料來源：作者自行整理

二、競爭力之五力分析

管理大師 Michael. Porter 除了提出競爭策略，他也提出了五力分析，Porter 認為一個產業競爭程度的大小，取決於產業的現有結構，其中的關鍵在於其會影響企業間的競爭方式，同時也決定了企業所能運用的策略手段。誠如第二章第二節理論建構中所提到的五力分析在 5 個層面，其中潛在的新進入者、供應商與購買者的議價能力，替代品的威脅都圍繞著在相同產業中現有企業競爭者的競爭程度，因此可以說核心是根據前述作用力的強弱來決定產業競爭程度、廠商定位與獲利高低。以下將就 Porter 所定義的五力來進行分析。

（一）同一產業中企業競爭者敵對程度：高

大陸的醫院 90% 以上都是國營，不到一成才是私人經營，一方面顯示大陸官方對醫療體系的牢牢抓住；另一方面也代表私人企業想在大陸經營醫院的困難度不低，因為除了和私人醫院競爭，同時還要和有政府政策獲資金與援的國營醫院來競爭，其困難度之高，可想而知。

由於明基醫院的主要資金來源是外資，受限於法規 70% 的上限，明基集團找了具有官方色彩兩個機構分別出資 20% 與 10%（如前所述）。但是明基醫院仍然免不了和其他老字號的國營醫院一同競爭。但是明基醫院的最大利基在於它的規模，它是南京市首間大型綜合性中外合作醫院，

（二）供應商議價能力：低

明基醫院的集團母公司雖然是電子產業，但是因為成立之前就已經和有醫學相關背景的中國醫藥大學以及南京的中醫院互相合作，因此就此角度以觀，明基醫院的議價能力與條件並不會比較弱，甚至能夠在南京市政府的協助下獲得一定程度的協助。¹⁴¹

（三）購買者的議價能力：高

醫療產業的購買者是病患，南京市民的就醫人口中有三分之一是醫保，三分之一是公費，最後三分之一才是自費。其中醫保的收入事實上占不到醫院收入的兩成，明基醫院可以透過提高服務品質來減少病患向同級醫院橫向比較的機會，同時也能吸收較多的客源。

（四）潛在及新加入競爭者的威脅：低

明基醫院所要面對的是許多原本就設立的公立醫院，在江蘇至少 15 家地區醫院或綜合醫院對明基醫院構成一定的威脅，但是這些醫院多半附屬在醫學院、政府或解放軍下，也各有所專長的項目，明基醫院同時也和其中一家醫院結盟，

¹⁴¹ 根據受訪者 H11 表示，明基醫院在醫院籌設期間即非常努力和南京官方與周邊醫院維持不錯的關係，因此，不僅在市區重要的地方可以清楚看見明基醫院的招牌和文宣廣告，在開設過程中也獲得來自方方面面的極大的幫助。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療產業事業體為例

因此這些潛在或新加入的競爭者對其威脅並不大。

表 5-13 明基醫院的潛在對手

醫療院所名稱	病床數
江蘇省第二醫院	600
建鄴醫院	210
建鄴區中醫院	100
南京市第二惠民醫院	250
江蘇省人民醫院	300
南京醫科大學第二附屬醫院	500
南京市鼓樓醫院	1160
南京市第一醫院	750
東南大學附屬中大醫院	700
南京軍區南京總醫院	800
中國人民解放軍第 81 醫院	1100
第二軍醫大學長征醫院南京分院	500
中國人民解放軍第 454 醫院	500
江蘇省省級機關醫院	650
江蘇省中西醫結合醫院	500
江蘇省第二中醫院	720

資料來源：南京市政府官方網站，經作者自行整理而成。

(五) 替代品的威脅

兩個處於同行業或不同行業中的企業，可能會由於所產生的產品互為替代品，從而在它們之間產生相互競爭的行為。但是明基醫院所在地是南京，競爭向來不若上海或北京大城市來得激烈，根據明基醫院自己的統計，在台北市平均一萬人擁有 71 張床位；在北京，一萬人有 62 張床位；而南京市則是一萬人擁有 35 張床位。若以城市發展而言，南京市若未來有機會往一線城市發展，醫療體系肯定也要等量發展，所以未來醫院的供給會加倍，亦即南京醫療市場發展空間十分巨大。

第三節 三家醫院的進入策略與競爭策略比較分析

三家醫院規模、來源、投入方式都有所差異，因此在進入策略與競爭策略上有所不同。以下將就進入策略與競爭策略進行三家台資醫院的比較分析。

壹、進入策略比較

企業進入策略關切的焦點在於總體環境、產業環境和組織內部等分析，前面兩項屬於外在環境的問題，後面一項則屬於內在環境分析，亦即其本身條件的問題，如果將此三者當作是影響企業策略的輸入因素（Input Factor），那麼企業的策略結果便是屬於輸出（Output），顯而易見的是輸入因素不同會造成企業選擇策略上的差異，但是由於目前台資醫院在大陸投資階段屬於 Try and Error（嘗試階段）這時期的策略很難評論是正確或是錯誤。

上海辰禾新醫院是具有醫療集團背景的台灣聯新集團的投資，一開始進入大陸市場後便是將市場定位在高端醫療市場，選擇上海市場的重要原因是大陸具備最高消費能力的市場在上海，這裡的消費族群足夠支撐夠大且消費金額高的高端醫療市場，但是其一開始進入大陸醫療市場並非立即建立大型獨立建築之醫院，而是在上海市長寧區採取院中院的經營模式，某種程度上是布點試產，由於並非採取大規模的醫院設立，因此在資金上是獨資的方式進行，並且選在上海重要的交通要地。

廈門長庚醫院則是以台灣長庚醫療集團的經營方式，市場訂位則是在大眾市場，一方面呼應王永慶創辦人的理念，另一方面則是打造和台灣相同的醫療環境，讓大陸民眾也可以享受台灣的醫療品質，廈門長庚的企業優勢是明顯的，因為長庚醫療體系已經在台灣建立相當不錯的體系，因此具備極大的優勢，另外，為符合法令，長庚醫院採取先合資後獨資的形式。區位的選擇方式則是和台灣長庚的選址方式相同，選擇在地價便宜的地方設立醫院，一方面節省成本，二方面促進當地繁榮。

南京明基醫院和上海辰（禾）新醫院一樣，也走部分高端醫療市場，和辰（禾）新醫院略有不同的地方是，明基醫院也做健康檢查與一般民眾的市場，重要的消費族群則是來自明基友達在大陸工廠的自家企業員工，在資金比例上是合資的模式，交通區為上則是南京地鐵最重要的兩條交會地。這樣的進入策略和辰（禾）新醫院極為相似，不過明基醫院過去從未有任何和醫療相關的經營經驗，他們採取異業開創的作法，用明基電子（BenQ）的知名度來幫助明基醫院在大陸開創市場，希望消費者能夠因為對明基產品的信心而願意到明基醫院。關於台資醫院的進入策略比較分析可以參閱表 5-14 的整理。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

表 5-14 台資醫院進入策略比較分析

院所名稱 進入策略	上海辰禾新醫院	廈門長庚醫院	南京明基醫院
市場走向（定位）	高端醫療市場	大眾醫療市場	高端醫療健檢
進入模式	佈點試產	台灣經驗移植	異業開創/經驗借轉
資金比例	獨資	先合資後獨資	合資
區位選擇	大都會交通要地	郊區	地鐵交會出口

資料來源：作者自行整理

貳、競爭策略比較

三家醫院的競爭策略有所不同的關鍵在於前述進入策略有所不同，另外則是三家醫院所選擇的環境差異，周邊的醫院，居民的素質與所得水平皆有所不同。以企業競爭者的敵對程度為例，三家台資醫院中只有廈門長庚醫院的企業競爭敵對最低，其他兩家企業競爭敵對程度都高，此項所反映的企業在選址上，都市化程度高低會使得企業競爭程度高低有所不同，辰(禾)新醫院和明基醫院都選擇企業競爭程度比較高的城市自然有其市場上的考量，這是代表他們鎖定的主要客群即使經過競爭而使得客源減少，但是因為單價夠高而能撐起市場。在供應商的議價能力方面，三家醫院則是從高至低均有，由於大陸醫保制度的實施，在其規定價格的制度下，醫院議價空間相對較弱；另外，高端醫療市場之自費醫材部分，具有醫療集團背景的長庚醫院和辰(禾)新醫院較易在市場上獲得優勢，然缺乏醫療集團背景的明基醫院則相對在自費醫材的部分議價能力較低，惟根據受訪者 S3 表示，明基產業集團高層人士意識到這方面問題後，已規劃集團產業自行投入產製部分醫材。消費者的議價能力則是反應所在區域是否有更多的其他競爭對手，廈門醫院因為民眾能夠選擇的大型醫院較少，因此其占盡消費者的優勢，另外兩家台資醫院就相對較為弱勢。在新加入競爭者威脅方面，上海地區因為是兵家必爭之地，因此還有許多意圖進入的競爭者，對辰(禾)新醫院的威脅不小。廈門長庚醫院則是因為在大陸中央政府的政策鼓勵下可能有更多的競爭對手加入，雖然長庚醫院已經頗具規模，但是因為新加入的醫院有許多特許優惠，因此可能使得長庚醫院在廈門地區的發展備受威脅。明基醫院則是因為有南京市政府的支持，周邊的國營醫院品質不若明基醫院為優，因此相對其他兩家的競爭者威脅為低。

在替代品的威脅方面，廈門長庚醫院所在的城市相對於上海或南京，國民所得較低，因此一般民眾遇到生病的狀況時，他們的選擇未必是去醫院看診，往往其跑單率甚高，這也和當地的醫保制度是否足夠與健全相關，民眾採取自行購藥的比例不低，赴醫院看診有時已經病入膏肓，民眾不在乎就醫品質，低廉才是首選的話，對於醫院而言，其替代品的威脅自然相對較高。關於台資醫院的競爭力高低比較分析可以參見表 5-15。

表 5-15 台資醫院競爭力高低比較分析

院所名稱 競爭力之五力	上海辰禾新醫院	廈門長庚醫院	南京明基醫院
企業競爭者的敵對程度	高	低	高
供應商的議價能力	中	高	低
消費者的議價能力	高	低	高
競爭者的威脅	高	高	低
替代品的威脅	低	高	低

資料來源：作者自行整理

第四節 小結

企業的「進入策略」是跨國企業進入他國市場的重要關鍵，任何企業的投資一定都以獲利為目的，想要有高獲利，高風險是必然伴隨的效應，如何降低風險，提高獲利，正確跨出第一步的進入策略顯得十分重要，本研究的三個個案由於本身的性質差異頗大，有醫療本業，也有非醫療本業，更有中途作醫療本業但卻十分成功的集團，因此，本身的不同就會決定了他們策略上的差異，再加上大陸市場的複雜，進入模式就有極大的不同，誠如前面所述，辰(禾)新醫院與廈門長庚均先合資方式，再因法律變更後轉成獨資經營，南京明基則是採取多數股權的方式，這些策略的選擇均和其本身的產業結構或投資環境有關，企業在進行總體環境分析、產業環境分析與組織內部分析時，其實就是在為企業創造可能投資的條件分析，Kwon & Konopa 的內部化理論就是為了要使廠商的風險極小化，從另一個角度觀之則是讓利潤可以極大化，Dunning 的折衷理論告訴意圖赴海外投資者必須從所有權優勢、區位優勢和內部化優勢三方面進行評估，尤其是進入大陸市場投資還必須得考慮大陸對外資企業的限制，任何台資企業到大陸投資時，相關的規範與細節都必須參考中國政府所頒佈的〈中華人民共和國外資企業法〉、〈中華人民共和國中外經營企業法〉與〈中外合資企業法〉各省各市投資不同的產業，其優惠獎勵方法也有差異，對於有意到大陸投資的企業都必須參考這些準則，在本章節中的表 5-2 有整理關於外資企業的三大類型，目前大陸政府上至中央下至地方，對於外資准入辦法都有一定的規範。

受訪者 S1 提到台資企業進入大陸的優勢條件與進入策略，他認為在大陸投資具有先天方面的優勢，這是台資企業進入策略中很重要的考量，包括資本、直接資產的積累、土地和房產等。同時因為大陸這邊一切才剛起步，南京明基能夠聯合兩家醫院入股，顯然也是具備一定的條件，這是進入策略的重要關鍵之一。受訪者也認為台商投資醫療產業是非常好的領域，因為這和電子產業（工廠）有所不同，工廠會受大環境影響，他甚至表示按照經濟學的原理，醫療產業可以抗通膨，明基投資的方向正確，但是問題在於經營者不瞭解大陸市場，經營面容易

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

出問題，現階段還有收費相對偏高的問題，大陸雖然普遍收入提高，但是台資醫院的訂價策略顯然對市場是一個考驗。不過受訪者也承認醫療產業畢竟和市面上的商品販售有所差異，顧客（病患）長期而言還是會追求一項好的服務，因此，台商選擇高端市場切入具有很好的前景，若以中國大陸長期的發展趨勢而言，完全是符合市場的需求與方向。此外，明基醫院在進入策略的選擇上也有其優勢之處，明基集團的員工便是最佳的消費者來源，一位不具名的受訪者便表示，當初明基就是考量南京、昆山一帶廠區的員工健康檢查可以到明基醫院自己作，光是這一部份就能夠有很大的收益，還不計算其他周邊台廠員工或陸商與外資企業的員工客源，所以這是很好的企業優勢，比較大的企業如旺旺集團會在大陸湖南蓋醫院，其實進入策略也是如此，另外還有一個重要的原因便是當地政府的支持，以明基醫院當時設立的狀況來看，在政府的支持之下，明基更有進入醫療產業的理由。這也在某種程度上呼應了受訪者 H1 所提到政府在相關科研經費上的挹注，這不是單一企業僅憑一己之力可以達成，進入策略的選擇乃至於後續的優勢發揮都十分重要，條件的相互配合可以提高醫院的獲利，降低相關成本與風險。

上海辰（禾）新醫院很明確要在兩岸佈局，在其官方網頁上很明確有走兩岸佈局模式，完整的醫療照護體系，15 年以上的醫院經營經驗，他們選擇上海做為投資大陸的重要根據地，除了著眼上海人口多、市場大，更重要是辰（禾）新醫院試圖走高端市場，藉由高單價與高品質的醫療來獲取高額的利潤。廈門長庚醫院的進入策略則是從兩大優勢著手，包括母集團台塑集團的資金與長庚醫院體系的整體資源，他們進入大陸市場先從複製長庚醫院在林口成功的模式做起，成功的醫療體系與醫療管理經驗是廈門長庚醫院重要的兩大基礎。南京明基醫院有母集團在大陸投資設廠，鄰近蘇州園區，而明基友達集團在大陸的員工數約有 10 萬人，母公司的員工與資金都是明基醫院進入大陸市場相當重要的後盾。此外，中國醫藥大學蔡長海的協助則讓明基醫院不至於完全是醫學界的門外漢，和當局友好的交情都是明基醫院取得好位置與良好宣傳管道的重要進入策略與利基。

第六章 臺灣醫療產業進入中國大陸投資分析

台資企業選擇進入國際市場進行投資除了代表本身在臺灣腳步已經站穩外，資金豐厚與技術純熟也是向外投資的重要原因。本案例中的三個個案，除了聯新集團外，另外兩家：明基與長庚，本身在大陸便已經有了其他投資，金額都十分龐大。事實上，近二十年大陸成為台商與外商的投資重點，除了投資環境的各項成本低廉外，龐大的內需市場皆是大陸市場成為投資首選的關鍵因素，製造業的台商大約在上個世紀的 90 年代進入中國進行各項投資，不僅為台商創造可觀的利潤，更帶動了中國高速的經濟發展，同時也是「中國崛起」的重要關鍵。在拉動大陸經濟成長與提高國民所得之後，服務業開始進軍大陸市場，於 21 世紀初，服務業的台商開始進軍大陸市場，其中包括醫療產業，對許多台資企業而言，他們雖然享有「同文同種」的條件，同時更具備資金與經營經驗的優勢，但是對於當地法令、就醫習慣乃至於在地醫院管理的情況並不十分熟悉也成為了劣勢與威脅。對台商而言，如何成就條件、發揮優勢、排除劣勢，找到機會與消弭威脅成為在大陸市場站穩腳步的四大重點工作。本章將以所選定的個案醫院進行投資分析為本，並佐以訪談人員的說法與提供的書面資料，展望與分析未來臺灣醫療產業進入大陸投資應檢視的重點所在。

第一節 臺灣醫療產業進入大陸優勢分析

企業管理的 SWOT 分析中，首項便是「優勢分析」(Strength Analysis)。一般而言係指企業組織本身條件的優點，包括技術、設備、組織、人力、制度與儀器等。個別醫院因為本身條件有所差異，造成各自優勢不同，本節將就單獨醫院的特有優勢進行分析。

壹、上海辰（禾）新醫院優勢分析

一、聯新醫療體系的經驗

上海辰（禾）新醫院並非毫無醫療經驗的團隊，相反地，他們在臺灣也建立不少灘頭堡，自 1995 年以來，台灣從北到南以「新」字頭的醫院在各地頗受好評，例如：板新醫院、壠新醫院、台新醫院等，目前在台灣一共有 10 家醫院體系，這些醫療機構的建立與管理經驗都是上海辰（禾）新醫院十分重要的基礎。關於「聯新集團」的簡述可以參閱本研究第四章的介紹。對於台灣醫療集團在大陸的優勢，受訪者 S2 表示，台商有管理上的優勢，尤其在台灣已經有過相關醫療經驗的台資企業，大陸的醫療生態與台灣勞保時代中期（1975-1995）有相類似處，他甚至認為台灣醫療產業登陸機會很大，除了本身的經驗會是優勢外，當地的關係也十分重要。¹⁴²

¹⁴²受訪者資料 S2。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

二、技術優勢

聯新集團在國際上的口碑，以及他們在高端醫療服務所建立的基礎，讓上海的外國人與台商十分樂意到辰（禾）新醫院就診，根據一位台籍在大陸設立醫美中心負責人的S4表示，台籍醫師的平均水準在中國民重心中仍舊存在相對優勢，他認為台灣醫師所受醫學專業教育之嚴謹也確實可以委以重任。¹⁴³同時因為大陸目前的「醫療糾紛」甚多，醫病關係緊張，因此，台籍醫師與醫院具有很大的技術優勢。在某種程度上而言，代表辰（禾）新醫院的技術獲得高階人士的肯定，因此他們的訂價策略也可以更為彈性，針對所得較高的人士可以收取較高的費用，一般民眾或醫保民眾也可以有較低廉的收費。

貳、廈門長庚醫院優勢分析

一、品牌優勢：台灣長庚醫療體系的成功經驗

和本研究的另外兩家醫院相比，長庚醫院醫療體系的成功經驗似乎顯得突出，因為長庚醫院自1976年成立後，打破國內醫院由台大醫院、榮總醫院作為兩大龍頭的情況，成為三分天下的態勢，甚至即使在台灣醫院院區設立的地理位置不佳的情況下仍能締造極佳的優勢。¹⁴⁴長庚醫療體系的口碑不僅在台灣有名，在國際上也享有一定的殊榮地位，因此，長庚醫院赴外投資最大的優勢便在於一套完整且成功的醫療品牌。

二、技術與管理經驗優勢

台塑式的管理在台塑集團內的各企業都適用，其中也包括長庚醫院。受訪者H6表示，長庚醫院在營運過程中，對於各項設備、藥品、材料之採購、醫院營建與財務處理，從一開始的管理、制度設計、落實執行到納入電腦作業，均有一套完整的規劃，同時利用異常管理，適時發覺異常情況並且推動作業稽核（包括自主檢核與外部檢核等）。

三、台灣長庚醫院醫生支援的優勢

台灣長庚醫院豐沛的醫生人力可以做為大陸長庚醫院建立的初期基礎，雖然大陸的環境讓許多習慣台灣的醫生望而卻步，但是也有不少醫生來廈門長庚後，反而因為競爭少而成為這裡的名醫。

四、資金優勢

長庚醫院體系的母集團是台塑集團，是台灣第一大民營公司，在2011年5月，集團市值一度突破新台幣3兆元，為台灣股市市值最先突破3兆元者，雖然現在因為全球不景氣之故，市值略有下滑，但是仍然在兆元之譜，如此龐大的資

¹⁴³ 受訪者資料S4。

¹⁴⁴ 台灣長庚醫院的位置多在郊區，例如新北市林口、桃園龜山等都市邊陲地帶，長庚醫院的入住帶動了當地的發展，求診民眾更是不遠千里，打破就醫一定得在交通方便的市區法則。

金提供長庚醫療集團極大的後援，即使現在長庚與台塑的財務各自獨立，但台塑集團高層又兼任長庚醫療體系的董事，在如此複雜的董監交相持股的情況下，如果長庚體系需要資金，台塑集團也不可能完全旁觀，這樣的資金優勢，是其他家醫療體系未必能夠享有的。

五、長庚醫院在大陸的品牌知名度高

長庚醫院和本研究的其他兩間醫院或甚至其他在大陸的台資醫院相比，品牌形象為其大大加分。根據本研究在大陸廈門長庚醫院實地採訪病患表示，會來這裡（長庚）看病便是因為台灣人開的醫院環境較好，比較舒適，同時長庚醫院在大陸也很有名氣。而且有時也是基於衛生條件較好進而選擇台商醫院，因為在他的認知裡，台商醫院是比大陸醫院來得乾淨與衛生。另外，本研究也綜整了 10 位病患對於願意到長庚醫院就診的因素，主要也是因為該醫院的服務態度好、環境好、醫生素質高、服務好等因素。¹⁴⁵

參、南京明基醫院優勢分析

一、技術優勢：

明基醫院獲得中國醫藥大學蔡長海教授創辦人的團隊協助支持，同時也有在地的南京中醫院從旁協助，因此在醫療各項環節的規劃上都不構成問題。除此之外，明基醫院執行長陳貽善博士也是台灣長庚醫院負責醫療管理工作，醫管相關經驗豐富，後來他在中國醫藥大學附屬醫院主持醫管中心，在優化資源配置、建立績效標準、規劃發展策略、完善組織架構文化、有效控管醫療成本及應用臨床路徑訊息管理醫療品質等方面貢獻良多，他同時也幫助中國醫藥大學附屬醫院發展為台灣中部地區的中、西醫學中心。¹⁴⁶

二、管理優勢

明基醫院的管理模式採用的是「以病患為中心」，並且落實在所有細微之處，譬如在醫院訊息管理系統，嚴格控制了支出與耗費，這樣可以使得就診流程合理化，也讓醫院的費用與病人的耗材得以明細化，內部也能建構一套標準作業流程，更重要的是每位主診醫師的責任制度讓所有病人都能夠有自己的主治醫師，這些以病人為中心的管理政策，意外成為現代醫院的管理模式，也讓明基醫院在管理上能迎頭趕上成立歷史比其還悠久的醫院。¹⁴⁷

¹⁴⁵ 病患受訪者資料綜整。

¹⁴⁶ 在 2008 年 5 月召開的「中國醫院財務會計改革與發展國際研討會」會上，陳貽善接受大陸財政部社會保障司之邀請發表如何改革與完善中國醫院財務會計制度發表主題演講，他在演講中提到：台灣醫院管理模式的成功非一蹴可幾，尤其實施全面健保制度後，中小型醫院發生生存困難，許多醫院因為經營管理不善而被其他醫院併購或接管。參考自《明基醫院：以病患為中心》，網易新聞，2008 年 5 月。

¹⁴⁷ 資料來源同前註。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

三、品質優勢

明基集團的本業-電子業經營得相當不錯，旗下生產的投影機占全球市占率前三名，就醫民眾在看到明基醫院時，很容易聯想到紫色品牌的明基在品質方面提供相當多的優點，再加上其他有口碑醫療事業體的協助，讓品質獲得保障。

四、自有品牌的優勢

明基集團並未為旗下醫院取不同的名字，同時建構自有品牌的醫院，並企圖打造之後的連鎖醫院體系，未來自有品牌將為明基醫院打下極好的利基。¹⁴⁸事實上，明基的本業-電子業，以投影機設備而言，是全世界第2大，面板產業是全球前5大，消費者對明基產品的品質信賴會自然聯想對明基醫院的信任，兩者有相輔相成的效果。

五、南京市的发展優勢

受訪者H1表示，若以台北市的病床數來思考南京市醫療院所的發展潛力，目前（2012）年台北市平均每一萬人大約擁有71張病床位；在北京則是一萬人擁有大約62張病床位，南京市則是一萬人擁有大約35張病床位。如果南京市有一天可以發展到向北京甚至台北的規模，那麼病床數還要擴增1倍以上，這點顯示南京市醫療資源仍有擴充的空間，對明基醫院而言，去卡一個仍有發展潛力的市場遠比留在一個已經飽和的市場來得好得多。¹⁴⁹

此外，目前南京就醫的人口中，三分之一是醫保，三分之一是公費，三分之一是自費，他形容由於醫保的價低量小，在南京市很多醫院的醫保收入還占不到總收入的20%，對明基而言，這是擴充醫院規模的好機會。¹⁵⁰

第二節 台灣醫療產業進入大陸劣勢分析

管理學上的劣勢分析主要仍是探討來自企業內部的問題，包括技術、設備、人力、組織等，對台灣的醫療產業而言，進入大陸市場的劣勢通常與人力調度有關，雖然長庚與辰（禾）新醫院都有台灣的醫生作為後援，但是若要長期經營仍然必須以培訓陸籍醫生做為院方主要醫師群之班底為主，以作為深耕在地化的長期目標，台籍的護理人員無法到大陸配合台籍醫生也是一大劣勢，三家個案醫院有共同的劣勢，也有自己特有的劣勢。

¹⁴⁸ 根據受訪者H1表示，當一個製造業或一個產業發展到一個層次之後，我們希望在另外一些方面能夠有新鮮的突破和發展，已呈現出一種比較嶄新的面貌，該受訪者認為目前醫療產業被劃為明基的新事業部，如果醫院作得不錯的話，明基集團不排除把醫療作為一個大事業來發展。此外還可以提升、優化明基的品牌形象，這是辦明基醫院的最大附加價值。

¹⁴⁹ 受訪者資料H1。

¹⁵⁰ 參考資料同前註。

壹、上海辰（禾）新醫院劣勢分析

一、都會地區土地昂貴，經營成本高

上海地區房價與土地價格均高漲，任何企業進入投資面臨的最大問題便是土地成本過高，上海的房價自 2000 年以來平均年漲幅超過 30%，越晚進入投資的企業首先面臨房租與土地高漲的問題，這也是在都會地區經營的最大困境，此外，因為土地支出屬於固定成本，過大的支出成本會侵蝕獲利。

二、資金不若大型財團雄厚

辰（禾）新醫院不若長庚醫院與明基醫院，其背後並無大型財團奧援，也缺乏有利的金雞母，聯新集團雖然在台灣也有十家醫療相關機構，但是彼此財務獨立，因此要相互支援，甚至要某家醫院成為另一家醫院的後盾便顯得有些困難。

三、目標客群人數不若一般民眾，不易建立口碑

上海辰（禾）新醫院主要作的是高端市場，包括自費檢查項目或醫學美容科，這些科別都屬於金字塔端的消費客群，人數與一般就診人數相比，數量會少相當多，因此，辰（禾）新醫院的口碑不容易建立，市場也不容易打開，這對需要大量看診人次的醫院而言是極大的劣勢。

貳、廈門長庚醫院劣勢分析

一、醫院地點

廈門長庚的地點相對於市區屬於交通不便處，既無地鐵，也非公路十分發達之處，對於需要就醫但依賴大眾運輸的人而言，不是十分理想的地點。

二、福建對醫療需求不若其他地方高

長庚醫院選擇廈門作為其第一個根據地，讓廈門所存在的問題成為長庚醫院落腳後必須面臨的問題，前面分析廈門的產業結構與人口均以第一級與第二級產業為主，國民平均所得和其他一線城市相比並不算太高，廈門長庚若想做高端服務必定面臨客源不足的困難，若專做一般客層又可能面臨收支的問題，因此，選擇廈門落腳可能成為長庚醫院的劣勢，若能選擇其他一線大城市，這將不會成為長庚醫院的問題，但是受訪者也曾表示大陸長庚醫院本是預計落腳北京，但是因為諸多因素導致北京長庚計畫胎死腹中，故而廈門長庚是一個不得已的選擇。

三、招募人才不易，無法吸納真正優秀的醫生

中國大陸的醫療環境普遍存在「以藥補醫」的情況，藥品的供應商通常的作法是直接讓利給醫生個人，讓原本可能屬於醫院的利潤轉移到個別之醫生身上，這種結果使得醫院的獲利受到衝擊。根據一位受訪對象H4 表示，這種情況在外資醫院中尤其明顯，「外資醫院購買成本難以真正降低，因此及難以高薪聘請優

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

秀的醫生前往服務。」¹⁵¹也有受訪者H3表示在大陸的醫院，許多醫生私底下都有所謂的暗盤收入，因此醫生收入是看檯面上與檯面下的總和，培養一名醫師獨當一面至為不易，醫院的核心運作的關鍵在醫師，這方面又很難一朝一夕可以完成，不僅耗費大量的資金與時間，更有可能在養成後被其他單位挖角。¹⁵²

此外，台灣的優秀醫生收入頗高，要吸引他們離開熟悉的台灣醫療環境到大陸去，除了至少收入不能低於台灣外，還必須要有其他相關的配套措施，例如住房、家屬安置與子女就學等。受訪者H6在訪談過程中表示長庚醫院在台灣初成立時亦受其他醫院體系抵制，但是因為集團母公司擁有雄厚的資金做為後盾，創辦人王永慶也有相當的魄力與決心來建設好長庚醫院，甚至還採取高薪挖角海內外名醫駐診，再加上聘請熟悉醫療管理的人員協助醫院建構完善的醫療管理系統，並且逐步成立長庚醫護學系、醫療器材與生技公司等相關長期配套措施，經過30年以上的努力才能逐步奠定今天國內醫療產業龍頭的基礎。

四、受在台灣經營模式影響過大，容易陷入經營迷思

欲進入大陸投資的醫療產業，許多仍然是具備台灣的醫療體系經營經驗，當然也有本業很成功才投資醫療體系的。在本研究中，兩者兼而有之，但是根據受訪者H3表示，台灣醫院在台灣經營成功，並不代表將經驗複製到大陸來也能很成功。他認為，台資企業在大陸投資，口號與經營方向不大有一致，因此反而造成許多經營管理上的問題。¹⁵³

參、南京明基醫院劣勢分析

一、本身缺乏醫療體系與管理經驗

如前所述，明基屬於其他產業轉投資醫療事業，雖然有聘請醫療專業的相關人才協助，但是比較容易淪為「只出資金，而未必瞭解經營」的情況，未來勢必成為管理上的隱憂。根據受訪者H11的表示，明基醫院最大的問題在於招不到人，尤其是招不到好的醫生，因為缺乏自身完整醫療體系做為後盾，明基處理此項劣勢問題的作法便是提高醫生待遇，其次則是要有穩定的人事政策，最後才是政府的問題。¹⁵⁴

二、組織結構上的劣勢不適用醫療體系

明基集團的所有組織結構都是為生產消費性商品而設計，但醫療體系並非單單只是消費商品而已，故製造業的組織架構和醫療體系的組織架構有程度上的差異，亦即明基的組織文化和醫院的體系可能有無法融入的情況。

¹⁵¹ 受訪者資料H4。

¹⁵² 受訪者資料H3。

¹⁵³ 受訪者資料H11。

¹⁵⁴ 明基醫院的具體作法給予醫生的待遇比公立醫院標準要高，同時建立醫院的願景，此外，從院內醫療環境的磨合，再到醫生、護士的管理磨合，每個層次都很重要，H11認為這些都必須實實在在去作，一段時日之後，口碑自然會建立。受訪者資料H11。

三、管理思維無法在地化

兩岸雖然是同文同種，但是經過將近一甲子的分裂分治，目前在社會主流文化與若干經營管理思維都存在著不小的差異，根據南京明基醫院的受訪者H1表示：大陸醫院的院長是負責制，台灣的醫院則是經營人負責制；其次，醫生制度不同，台灣是「主診（治）醫生制」，大陸是「三級醫生制」。¹⁵⁵另外，在「護理模式」方面也有不同的作法，台灣叫「主護模式」，大陸叫「整體護理」。受訪者H1認為台灣的模式在大陸不適應的原因有二，包括：第一因為管理人員太多；第二在大陸環境下，用「台灣模式」管理非常吃力而且做不好。¹⁵⁶受訪者H1也表示台灣因為管理思維上的差異，明基醫院在經營初期的確是有虧損的情況，其中有三大問題是造成明基醫院虧損的主因，一是銀行的利息，二是人事費用太高，三是不會收錢。¹⁵⁷

四、競爭對手問題

根據受訪者H1表示，明基醫院所在地附近的江蘇省中醫院的效益比明基好很多，醫院對主治醫師、主診醫師的業績要求都會盡力達成，同時因為他們具有在地優勢，隨著大陸經濟成長及醫療需求增加而獲利。

五、台籍醫師缺乏知名度

受訪者H2表示大陸的病人不懂台灣醫師的好與壞，但是他們十分迷信在地的老牌醫師，而且都是蜂擁而至。例如口腔科的一個老主任有好多學生，他的病人來自四面八方，同時學生會轉介病人來找他看病，台籍醫師不利的地方在於他們缺乏在地知名度，沒有人推薦他們，但是明基醫院聘請台籍醫師的成本又很高，沒有幾年的經營也無法做出口碑，但是對醫院而言，可能必須在前期付出極大的成本養一個可能無人求診的醫師，也不確定何時他們的知名度會打開，這是台籍醫師的弱勢之處，也是明基醫院在創業初期的劣勢。

¹⁵⁵ 同前註。

¹⁵⁶ 比如明基醫院的董事長經常改政策，這樣本人的觀點與之磨合就很困難。從醫療環境的磨合到醫院的管理的磨合，再到醫生、護士的管理磨合。各個層次都很難。主診醫生制和三級醫生制不同，大陸的醫院規定有三個層次的醫生，住院醫生、主治、主任醫生，對一個病人的管理是三個層次，出事不是所有的都負責。出事要看如果住院醫生報告了主治醫生，那麼主治醫生負責，如果主治醫生報告了主任醫生，那麼主任醫生負責。

¹⁵⁷ 受訪者H1認為明基醫院似乎不太瞭解當地的行情，幾乎都是虧本收費，例如接生一個小孩只收費3,000人民幣，事實上，其他大陸醫院的收費都達到5~6,000元，如此怎麼可能不虧本。

第三節 台灣醫療產業進入大陸機會分析

機會則是指有利或說明企業組織達成目標的外在環境因素。誠如第一章所述，台資醫院或台灣醫療產業進入大陸是因為目前大陸的醫療市場仍然充滿著各式各樣的機會，法令不夠完善、市場廣大與成本較低是大陸的優勢，台資醫院的資本、管理與醫療專業人員則是台灣的優勢，這些都是台灣醫療產業進入大陸市場的很大機會，企業要獲利必須把握尚未成形的機會，若是已經被看到的機會，則未必能夠為企業帶來明顯的優勢。對於台資醫療產業而言，有共同出現的機會，也有單獨的機會，以下將針對共同機會與單獨機會兩方面分析。

壹、台資醫療產業共同機會

一、台式醫療服務品質高

台灣醫療體系與結構發展均較大陸為早，醫療早已脫離「把病醫好」的基本需求，除了顧及病患的生理需求外，病患及其家屬的心理需求亦同樣受到照顧。同時明亮的大廳、寬敞舒適的候診環境亦有別於大陸其他公營體系的醫院。

二、台資醫院如何進行「削減成本」(cost down) 則是成功的關鍵

不可否認的，大陸目前醫療相關法令仍稱不上健全，外資醫院進入大陸市場往往在成本上輸給本土醫院，關鍵在於大陸醫院有 9 成屬於官方醫院，外資醫院在取得藥品的成本方面就容易比本土醫院的單價為高，大陸若能開放特許外資或台資醫院專案進口藥品，既能夠消弭「以藥養醫」所造成的陋習，也能帶動發展台灣的醫療產業。

三、各項成本降低後有助提高醫護相關人員薪資

不論是從內部的成本控管乃至於外部政策的助益，台資醫院在近年大陸醫改政策的執行下獲得極佳的成效，本研究的兩個個案的近三年年營業額都有逐年上漲的趨勢，若單就成長率而言，廈門長庚與南京明基的年成長率均超過 2 位數，後市仍可期，可以提升相關醫護人員的待遇福利，有助吸引優秀人才加入營運團隊。關於三家個案醫院的營收成長請見圖 6-1 的說明。

四、法令修改與 ECFA 對接後的政策優勢

大陸當局在 2009 頒佈了《中共中央關於深化醫藥衛生體制改革的意見》，內容強調全民都能享有基本醫療服務，其中更公布了某些細項，如治療白內障、洗腎、關節炎、醫美、牙病的醫療服務比率都將大幅提高。大陸衛生部規劃以 3 年的時間投入人民幣 8,500 億元人民幣（約合新台幣 3.9 兆元）進入社區型醫療院所，估計醫藥商機一年占大陸國內生產總值 GDP 約 22%。目前大陸新醫改已經覆蓋醫療保險制度、醫院管理體制和藥品流通體制這三大領域，並且力求在 2020 年全民都能負擔並且享有基本醫療服務的目標。¹⁵⁸

¹⁵⁸ 誠如第四章所闡述的大陸醫療改革，其實類似台灣的全民健康保險，當醫療保險一實施，許多過去不敢看病的病人，全部或大部分都會願意出來看病，尤其是在四大項目上更是可觀，以洗

人民幣：萬元

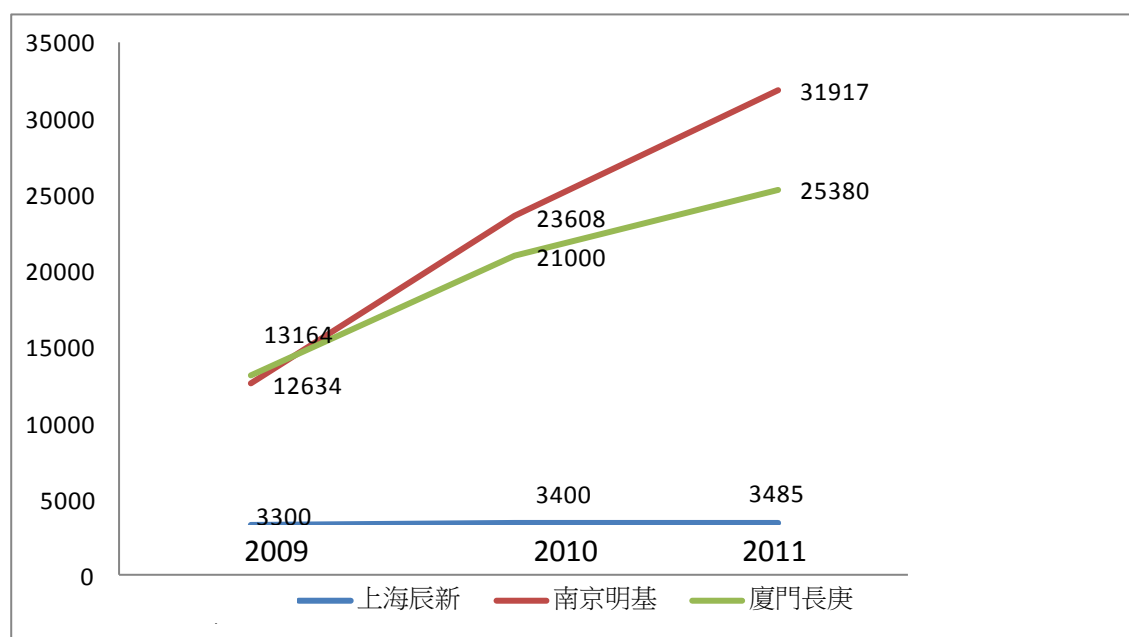


圖 6-1 三家個案醫院 2009~2011 年營業額成長曲線

資料來源：三家醫院的官方網站與訪談資料

圖 6-1 顯示了本研究個案中三家個案醫院的營收情形，上海辰禾新醫院營收並未有顯著的成長，只有微幅增加，南京明基則是成長最快，廈門長庚則是位居第 2，不過整體來看三家醫院都是呈現成長的態勢，以醫院營運初期而言，成果算是不錯，若以此趨勢發展，未來獲利可期。

貳、台資醫療產業個別機會

一、南京市中大型綜合醫院數量少

南京市截至 2011 年底為止，中大型的綜合醫院仍屬少數，明基醫院的競爭者不超過 10 家，主要對手不到 3 家，因此，全力將醫院規模衝大，並建立完整醫療照顧體系將是南京明基的最大機會。

二、福建省醫藥工業十二五的重點發展項目即將實施

根據大陸政府的規劃，福建省醫藥工業十二五發展規劃將於近日正式實施。根據規劃，該省醫藥產業將重點發展用於重大疾病防制的生物技術藥物、化學新藥與新型製劑、現代中藥、先進醫療器械等領域，到 2015 年力爭實現工業總產

腎而言，台灣 2300 萬人口中有 6 萬名洗腎病患，但是大陸的官方統計 13 億人口中只有 9 萬人洗腎，但事實上大陸需要洗腎的人口可能高達 200 萬人；再以白內障來說，每年使用人工水晶體的患者，每百萬人至少要有 5000 人，大陸一年至少 600 萬人有此需求，但是目前使用的人不過百萬，連兩成都不到；另外癌症治療的商機也十分龐大，以治療癌症的直線加速器來論，美國是每百萬人 12 台，歐洲是 8 台，台灣是 5 台，大陸卻連 1 台都沒有，就此觀之，市場潛力無窮；最末則是牙科市場，全中國大陸的人口只要每個人都補 1 顆牙就好，這樣就有 13 億以上的商機，醫學美容更是充滿商機的地方。經濟日報，〈搶大陸醫改大餅 台商卡位〉，2010 年 9 月 6 日，A6 版。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

值 550 億元（其中海洋生物醫藥產值為 150 億元），年均增長 25% 的目標。這項規劃指出，“十二五”期間福建省將加大財稅金融支持力度，優先支持一批具有自主智慧財產產權、高科技含量和市場前景的一、二類新藥及三類新醫療器械和市場容量大的仿製藥研發和產業化，在福州、廈門等區域，完善建設海峽西岸經濟區生物醫藥產業園區。“十二五”期間福建省將培育銷售收入達 15 億元以上龍頭骨幹工業企業 3 家，10—15 億元的 3 家，5—10 億元的 15 家，1—5 億元的 20 家；上述銷售收入 1 億元以上的工業企業占全省醫藥行業銷售收入的 60% 以上，並完成 3 家醫藥企業上市融資。¹⁵⁹

三、海西經濟特區的發展前景可期

長庚醫院所在地-廈門為目前中國大陸推動兩岸交流的重點地區，根據大陸國務院發布的「關於支持福建省加快建設海峽西岸經濟區的若干意見」，其重要規劃為推動兩岸交流合作的先行先試區域，特別規劃電子資訊、機械、石化作為海西區重點發展產業項目。根據戴肇洋（2009）的研究，海西經濟區發展的前景有四：

（一）具有優越的戰略位置

對內承接長三角、南接珠三角、西連江西省，對外位居亞太沿線中央，擁有廣大腹地，具有優越的戰略位置，可以成為亞太地區的軸心。

（二）具有後發成長潛力性

基礎建設及產業發展相對大陸其他地區起步較晚，在大陸中央財政支持、租稅優惠及產業政策力挺下，可以發揮後發成長潛力性。

（三）享有先行先試權

國家級綜改試驗區，在金融、土地、行政體制改革上享有先行先試權，作為兩岸 ECFA 先行先試區。

（四）台商企業在海西區內經營享有更符合國民待遇之對待，有利台商投資電子資訊、機械、石化產業發展。

另外在發展佈局方面則有兩項重點：

（一）交通建設：

每年建設一條連外（長三角、珠三角、中西部）高速鐵路，同時 2020 年高速鐵路由目前的 1,900KM 延伸至 6,100KM，並建設廈門、福州、湄洲主要樞紐港、開發寧德港，貨物輸送突破 6 億噸。

¹⁵⁹ 據統計，2010 年福建省擁有規模以上醫藥工業企業 129 家，其中年產值超億元的醫藥生產企業 30 家，擁有資產 145.38 億元，完成醫藥工業總產值 166.22 億元，銷售產值 155.06 億元，工業增加值 54.86 億元，出口交貨值 25.43 億元，利潤總額 18.43 億元。“十一五”期間規模以上醫藥工業總產值年均增長 18%，銷售產值年均增長 18%，工業增加值年均增長 14%，出口交貨值年均增長 16%，利潤年均增長 18%。新華網，「十二五期間，福建醫藥工業總產值將力爭年均增 25%」，線上資料：
http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/www.fj.xinhuanet.com/news/2012-08/17/c_112757979.htm，檢閱日期：2012 年 10 月 22 日。

(二) 產業策略

承接台灣產業轉移加速對接，規劃包括電子資訊、機械、石化、紡織、製靴、食品、冶金、建材、物流、金融等 10 項目作為對接發展產業。同時初步以電子資訊、機械與石化等 3 項目為規劃重點，其他項目將於十二五計畫之中納入規劃，最後並以廈門為主建立國家及電子產業基地，以泉州為主建立上、中、下游完整的石化基地，均是以承接台灣基礎產業為目標。

四、大陸醫療改革兩江試點的重點城市

廈門市是 1996 年大陸推動擴大試點被選為示範城市的地區之一，其入選的原因為「經濟條件好、開發早同時資金也充裕。」¹⁶⁰事實上，劉兆隆（2004）的研究指出在全中國 349 個統籌地區中，共有 320 個統籌地區頒佈了基本醫療保險實施方案，284 個統籌地區以組織實施，占統籌地區的 81%，廈門市更在 1996 年就公布了相關試點政策，劉兆隆認為 1999 年 7 月公布正式的法律規範與罰則，到 2001 年時各項基金的「徵繳率」都超過 9 成 5 以上，若是以此標準來看，廈門市是一個非常值得投資醫療產業且充滿機會的地方。¹⁶¹

第四節 台灣醫療產業進入大陸威脅分析

威脅指的是阻礙企業組織發展的外在環境因素，包括經濟、消費者、法律文化、社會大眾、政治情勢變化、天災、傳染疫情等，台灣醫療產業在大陸市場遇到的威脅基本上問題差異不大，尤其像是法令、政治環境、社會大眾的習慣等，雖然或許存在層次差異，但本質上是一樣的，將集中討論如下：

壹、醫療政策前景不明，前景堪憂

台資醫院赴大陸投資時間尚短，一切都還在試水溫階段，許多以為將台灣模式複製到大陸便可以成功的想法到實際運作時才發現不是那麼一回事，縱使台資醫院挾著資金、技術與經驗的優勢，有時仍然不敵當地的政策與環境。根據明基醫院受訪者 H1 表示：明基的投資者每年都在投錢，而且給醫護人員的待遇比一般公立醫院都要高上許多，但是對於這樣的誘因提供並沒有吸引足夠的醫生到院，關鍵在於醫院的前景不明，一間不穩定的醫院是沒有辦法吸引人才與留住人才的，更何況明基醫院的管理階層常常更換，年輕的醫生想要晉升但卻看不到未來，簡而言之就是不穩定，即使待遇再高都不會想去，甚至有時候政府還會用一些方法堵住醫生的晉升之路，因此即使提高待遇也無法吸引或留下人才。¹⁶²

¹⁶⁰ 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源訪問談話。2002 年 1 月 23 日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室，（劉兆隆，2004，160-162）。

¹⁶¹ 資料來源同前註。

¹⁶² 訪談者資料 H1。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

貳、台籍醫生的訓練制度與機制逐漸輸給陸籍醫生

根據一位受訪者在訪談過程中表示，台灣醫學教育雖然做得普遍比大陸好，台灣醫學院學生在大學畢業之前就能夠考取醫生執照，大陸的醫學院學生則多半要畢業後一年，甚至更久才有可能。而且台灣的醫生在醫院臨床實習時要求就已經相當嚴格，5年之後台灣醫生就可以考主治醫生，考取之後更可以自立門戶，可以從頭至尾作治療。¹⁶³但是這個優勢卻在10年之後慢慢被大陸籍醫生趕上，受訪者H1認為雖然在先天條件上，陸籍醫生是不如台灣醫生的，但是經過5年以上的臨床操作技術後，他們慢慢比台灣醫生強，另外還要在主任的指導之下工作5年才能獨立，再者大陸的主治醫生所接觸的病人都是這個科能夠見到的病人，台灣則不是如此的制度，一旦作主治醫生，從門診到出院都是同一個醫生處理，而且他們只管自己的病人，其他的病人都不管也接觸不到，受訪者H1認為這樣會使得醫生的接觸面變得很窄。¹⁶⁴

參、醫院管理缺乏「在地化思考」

台資醫院落腳大陸應該必須要入境隨俗，尊重並思考當地的特性與政策。三家醫院都受到台灣模式的思維想法影響太重，以長庚為例，長庚在台灣的創設過程雖然辛苦，但卻是十分順利。它將在台灣的成功經驗應用在北京長庚卻換來失敗的下場，原因無他，大陸市場畢竟和台灣存在不小的差異，台資企業進入大陸市場後，必須一定程度地拋棄台灣包袱，亦即台灣的成功經驗未必（基本上都是不可能）能百分百應用在大陸上，尤其是一旦醫院開始運作，台灣的管理經驗只能做為參考，在地化思考與當地元素更為重要，南京明基醫院所遭遇的問題，和缺乏在地化思考有關。台資企業或多或少都會遇到這些問題。

肆、大陸外資政策可能變動

受到工資上漲、經濟成長放緩的影響，大陸的外資政策可能隨時會進行調整。自2007年開始，大陸開始課徵各種過去為向外資企業（包括台資）徵收的稅，例如，原先不對外商投資企業開徵的土地使用稅、車船稅、耕地占用稅等。目前傳出對於環保稅與資源稅都有可能開徵，因此，在針對外商課徵的情況下，是否衝擊獲利，同時影響與其他本土公營醫院競爭的能力。

¹⁶³ 資料來源同前註。

¹⁶⁴ 他還表示臨床醫生靠的就是臨床經驗，如果從5年以後見不到別人的病人，接觸面變小變短，就會造成競爭力下降，所以大陸醫生往往在畢業後5-10年間漸漸超越台籍醫生。大陸醫生所有的問題是全科一起共管，經驗交流機會比較多，台灣的醫生開始認為主治醫師制負責比大陸的制度為佳，現在他們（台灣人）也意識到錯了，長期教育不如大陸。他更認為大陸醫生的臨床水準是全世界公認的，或許在專業文章的撰寫上不如其他國家，但是臨床水準絕對比西方豐富，這一點現在西方都認可。資料來源同前註。

伍、其他台資醫院進入

根據經濟部投資業務處的統計，目前台商在大陸已經有 8 萬多家，雖然有近 9 成的台商均是資本額在 100 萬美元以下的中小企業，但也有近 1 成台資企業的資本額在 3,000 萬美元以上，這些台資企業也有可能按照明基集團的模式設立醫院，例如另外一個食品業集團旺旺，便在湖南長沙設立湖南長沙旺旺醫院，並引進許多台大醫生，打造台資醫院的模式，未來這種明基模式、旺旺模式可能會越來越多。

陸、大陸民眾就醫習慣

廈門長庚雖然提供高品質的服務，但是對於不講究就醫品質的民眾而言，把病看好，似乎比醫院好來得更重要，因此如何讓民眾接受並改變就醫習慣是廈門長庚醫院可能面臨的威脅。

第五節 小結

本章從選定個案醫院進行 SWOT 分析切入，主要是希望瞭解未來整個台資企業在大陸投資醫療的優劣勢所在，同時也試圖分析大陸現階段投資大環境的機會與可能的威脅，指引出台資企業究竟能夠再找尋何種機會。在投資過程中，除了順著利基往上加乘外，更重要的是還要想辦法擺脫威脅，才有可能實現投資的目標。當然，一個投資者不會完全沒有優勢，也不可能毫無缺點，大陸的大環境看起來充滿機會，但也佈滿威脅。經過二手資料分析及實務工作者的訪談，研究發現，台資投入大陸醫療事業在利基上的確有所不足，同時也在某種程度顯示了個案自己的問題，對未來有意進入大陸醫療市場的投資者具有借鑑的價值。唯必須說明的是，這些個案有的具有資金優勢、環境優勢或關係優勢，但是這些有可能是在不同時空環境下所造就，因此，研究者仍需要進入醫院成立的脈絡體系才能進入 SWOT 分析。

以上海辰（禾）新醫院為例，其本業就是在台灣作醫療相關產業，但除了醫療還是醫療，這樣條件的優勢是他們對醫療市場的敏銳度很高，對醫療體系、醫療管理都十分熟悉，但是醫療產業是一個急需大量資金與進入門檻極高的產業，不像明基醫院或長庚醫院的都有母集團龐大的資金做為奧援，一旦資金調度出現問題，除非聯新集團能夠找到金主協助，要不然一旦出現短期虧損可能就會出現嚴重問題，甚至可能被迫提早退出市場。此外，辰（禾）新醫院選擇在上海這樣的大都會做為開業地點，當然好處是交通相對便利，消費者對醫院的可近性與便利性都大幅提高，但是都會地區土地、房價高漲的問題會使開業的成本增加很多，不僅建構初期的獲利時間會拉長，如果土地與房產並非自身持有，還會侵蝕年度獲利，這些都可以從辰新醫院年度獲利不高獲得明證，因此，未來其發展規模會受限制，除非獲得龐大資金挹注，否則大約只能建立中小型醫院的規模。另

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

外在劣勢部分，上海辰禾新因為鎖定高端的消費客群，屬於金字塔頂端的群體，這部分的口碑建立不易，市場不容易打開，對初期營運的辰禾新醫院而言是一個劣勢，受訪者都提到台資企業醫院的訂價策略不約而同採取訂定高價的方向，在都會地區上海可能有一定的條件，若是地區比較偏遠的地方如廈門，可能就比較需要長時間來累積口碑。

廈門長庚醫院則是另外一個個案，長庚醫院在台灣乃至於國際早已經是一個知名品牌，母集團資金雄厚不說，本身也是成功的醫療體系，更以「醫療管理」見長，但廈門長庚在 2008 年 5 月開幕時，由於廈門市本身並非缺乏醫療資源的地方，長庚醫院的位置又位於廈門市的郊區，故而其營運初期的難度比台灣林口長庚在 30 年前建立時更高，大陸醫院的灰色收入文化被長庚醫院強力廢止，讓陸籍醫師頗為反彈，甚至讓廈門長庚一度招募陸籍醫師十分困難，只能被迫輪調台灣長庚的醫師支援，短期或許可以，但是長期可能就會出現台灣醫療空窗與台籍醫師輪調頻繁的困境，不過好在大陸在十二五規劃中把海西經濟區當作發展重點區域之一，有了經濟政策的奧援，讓在規劃區中的廈門長庚受惠，招募陸籍醫師困難與交通不變的初期問題，只是短空，長期觀察廈門長庚在解決薪資與交通問題之後，營收與發展應該均可以一飛沖天。不過受訪者都提到輪調台籍醫師到大陸執業不是長久之計，如何招募陸籍優秀醫生，或甚至可以採取台灣長庚醫療體系培養自己醫師的方式在醫院服務則是一個需要努力的方向。

南京明基醫院則是「異業跨界」的特殊案例，本業和醫學毫無關係的明基友達集團，從消費者的辦公室、客廳攻進了他們的身體，不僅滿足消費者的眼睛，更是全身。但如此大的落差，若沒有高人指點，其跨入醫院體系必然有其困難度。誠如前面所分析的，明基醫院有著台灣中國醫藥大學蔡長海的幫助，不論在規劃與管理體系的建構均有專家協助，要說明基醫院完全是個新手似乎也不盡然正確，明基集團初期比較類似金主的角色，高層實際介入醫院管理或設計的程度究竟有多高則需要估計，但可以確定的是，蔡長海的進駐幫忙為南京明基醫院打下的是基礎，而且明基更有利的憑藉是和大陸相關當局友好的交情以及明基醫院的良好地理位置（地鐵站之出口），在大陸也沒有幾家醫院能夠享有如此福利，明基的特殊待遇的確說明了他們和南京官方的交情頗深，其優勢更能展現在醫院的獲利上，近三年都以兩位數成長，其營收甚至是目前三家個案台資醫院中最高的，顯示明基跨界投資醫院是正確的決定，不僅為母集團帶來優勢與獲利，更和醫院本身相輔相成，未來的優勢可能可以更加凸顯。

個案研究的三家醫院雖然來自不同企業背景，進入大陸醫療市場的動機亦不同，各自具有資金、品牌、管理思維的優勢，但也都具有共同的不足之處，包括：無法擺脫台灣的管理思維、無法順利進用醫事人員、無法突破大陸醫療器材與藥品的採購流程、與大陸現有一線醫院競爭激烈、尚未建立大陸民眾對其醫院的信心等。但總結來說，由於醫療產業是一個需要大量資金與專業人員的產業，其產業特性又受到政府管制及保險制度的影響（Phelps, 1997; Folland, 2001），對研究個案醫院及未來台資醫院的經營者而言，充沛的資金來源、足夠的醫事人員

支援模式以及取得當地政府的合作支持是不可放棄的努力。至於經營策略上要考量的五力競爭 (Porter, 1980)，受限於大陸保險介入的條件，台資醫院應有清楚的經營定位，除創造並發展各自醫院的特色品牌形象，仍須設法突破大陸醫療耗材的取得障礙和兩岸醫事人員交流的困難，才能寄望隨著大陸經濟改善和社會觀念的轉變，提升經營競爭力。

綜觀在大陸投資醫院的SWOT而言，台資企業的優勢不外乎資金、人才與管理模式，但是有時管理模式若未能因地制宜，可能反而成為一項劣勢。在大陸實際經營管理的受訪者均表示，台資的優勢在大陸未必是優勢，因為大陸還有各種不能抗力的因素，包括在法令、環境、民眾就醫習慣、周邊供應商與競爭者等，這些都是台資醫院必須考慮的因素，因此，SWOT分析有效地綜整所有的可能條件，讓台資企業可以判斷所應採取的策略，發揮自己的優勢，補足劣勢，並且運用自己可能的關係來幫助醫院在營運初期站穩腳步，或甚至可以爭取多一些條件優惠。

關於台資醫院競爭策略比較分析請參考表 6-1 的整理。

表 6-1 台資醫院競爭策略比較分析

院所名稱 SWOT	上海辰（禾）新醫院	廈門長庚醫院	南京明基醫院
優勢	熟悉醫療產業	成功的台灣醫療經驗/資金雄厚	品牌與品質優勢
劣勢	高端市場規模小	地點與醫事人才不足	缺乏醫療經營經驗
機會	服務品質/ECFA	服務品質/ECFA/兩江試點城市	服務品質/ECFA/競爭少
威脅	醫療政策前景不明/台籍醫生的訓練制度與機制逐漸輸給陸籍醫生醫院管理 缺乏「在地化思考」/大陸外資政策可能變動/大陸民眾的就醫習慣		

資料來源：作者自行整理

第七章 結論

台資企業赴陸投資動機與出發點通常是出自意圖開發新市場，尤其大陸市場不僅廣大且未經開發。90 年代前後赴陸的台灣製造業多能達到市場規模，有些集團甚至在中國找到藍海市場，不僅壯大，甚至還成為世界數一數二的跨國公司，例如鴻海集團（富士康公司 Foxconn）、旺旺集團與達芙妮。醫療產業是一個進入門檻非常高的產業，除了資金，醫療管理與技術也有極高的專業性，因此僅靠資金也未能有把握將醫療產業做得好，本研究三個個案的選擇上有其代表性，雖然目前經營成果還算不錯，但三家醫院背景殊異，赴陸投資的策略與理由也不相同，茲將初步研究發現分述如下。

第一節 研究發現

經檢視兩岸醫療體制演進、法令改革與未來發展、企業海外投資進入策略與模式，並進行三家台資醫院個案分析及兩岸醫療機構實務工作者訪談後，本研究獲得以下研究發現：

壹、兩岸對醫療產業特性認知仍有極大差距，影響經營策略擬定

第二章文獻回顧探討提到，過去相關研究曾指出，醫療產業具有不確定性、非營利性、外部性、資訊不對稱性、政府嚴格管制、保險介入等六項特色，在某些屬性，如不確定性、外部性、資訊不對稱性等，兩岸均有類似的認知，此外則存有極大的認知差距，說明如下：

一、非營利性：從實務工作者的訪談中發現，台籍醫療機構主管普遍認同醫療產業具有非營利的公益性質，「在大陸設立醫院的動機就跟創辦人王永慶當初在台灣開設醫院發展醫療產業一樣，要照顧一些弱勢及員工與眷屬」（受訪者 H6），「醫院不是營利單位，是要長期發展，在前期要有五年、十年的投入（營運），打好基礎，才能生存，才會有盈餘。」（受訪者 H2），「台灣的醫療政策一直是「醫院為非營利性機構」，所以禁止投資行為」（受訪者 S3），但陸籍醫療機構主管受訪者 H1 則認為「在大陸經營醫院是屬營利性質，就要以營利為目的才行」。而依據 2006 年出版之《中國醫療衛生發展報告 No. 2》指出，中國非營利性與營利性醫療機構之營利模式相同、經營項目、承擔的社會義務相同、價格相同，兩者差別最大之處在於營利性醫療機構需繳納稅負，而非營利性醫療機構則完全免稅。受訪者 S3 指出實務操作上的確如此，「大陸的醫療政策是直接將其分為兩類，允許企業投資醫院獲利，但是需要繳交高額的稅負。」

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

二、政府管制：不論是醫療院所的設立或醫療器材與藥品的管制，台灣均較大陸寬鬆。「台灣法規在診所乃至中小型醫院的設立上均較大陸寬鬆許多，在大陸取得設立機構的資格仍是相當有難度的」（受訪者 S3）。在醫療用品與藥品管制上，大陸更有一套不同於台灣的做法，「大陸上海地區對醫療機構的管制門檻非常嚴謹且顧內，所有重大儀器設備皆採總量管控且額度已滿（受訪者所指為上海地區）。」、「受限於大陸政策及法規，好的設備及藥品，有錢也無法取得。」（受訪者 H4），「大陸醫療支付和收費標準大概是台灣的百分之四十至五十，設有「估價局」，管所有價格的訂定。治療項目價格低但材料和藥品很貴，是一個多重牟利的環境，中國有招標辦法統一訂定價格，醫院才能用這個價格，沒有機制可以議低，民營醫院進貨價格並不能降低很多。」（受訪者 H6），「大陸的醫藥某種程度是管制的，不能自由競爭，在台灣進口藥品只要到衛生署申請許可就好，大陸還要經過一個中間公司，在價格上面就有問題；藥品和醫療材料管制得嚴格，像是獨賣，在競爭上就會產生問題。大陸也不准從台灣平行輸入，很多公司到大陸販售醫療器材，都不是自己去賣，而是去找代理商。」（受訪者 H5）

三、保險介入：台灣實施全民健康保險制度，雖然一直存在著財務風險，但仍是全民支持的醫療保險制度，大陸則是完全不同的保險環境，對醫療機構的經營方向有很大的影響力，未來有意進入大陸的台資醫院應仔細了解，並納入資源配置的考量。「台灣健保制度很好，但這邊沒有，這邊的醫保很雜（上百個不同規範保險），是很不一樣的環境背景。」（受訪者 H2），「大陸的保險保大不保小，而且是有限度的保，所以民眾仍然需要支付相當程度的費用，且其保險的管制較為鬆散，民眾的選擇權很高，相對醫院的自由度也較高，比較像台灣早期的勞保時代，自費病患較多，醫院的行為比較不受限。但是相對的，民眾購買力也較弱，尤其是弱勢團體相對較多，只是這些年來因為經濟力的成長，有購買力的病患也增加很多，形成了兩極化的市場，這類病患同時也是醫院競相追逐的客群，紛紛為此類病患設計出特別的照護方式。」（受訪者 S3）。

貳、大陸醫院與台灣醫院經營管理模式不同

兩岸醫院因為文化差異與社會氛圍有所不同，連帶使得醫療管理方式存在差異，台資醫院若是完全複製台灣醫院的經營管理方式，不僅無法讓陸籍醫護人員完全接受，恐怕也會使得大陸病人一時無法適應。台資醫院固然有高水準與高效率的服務品質，但是有些作法若是衝撞了大陸現有的醫療法規，也會為自身經營帶來困擾，根據多位受訪者都表示，醫療產業以臨床操作為主，在無法發揮醫療

產業團隊合作精神之下，其醫療產業移入的效益無法發揮。台灣醫療產業用人原則皆採多功能培養與相互支援；大陸則是採取專人專才，這些亦是差異的來源。

參、不具醫療產業背景企業欲赴陸投資醫療，必須倚賴專業醫療團隊

南京明基醫院的例子證明原本只擁有電子產業專業的企業轉行投資醫療產業，只要做好策略規劃，也能做得有聲有色，該公司除了事前規劃與資金雄厚外，中國醫藥大學蔡長海專業醫療團隊的協助也功不可沒。

沒有醫療專業背景在台資企業投資醫院通常是著眼自身企業體龐大的員工健檢與醫療需求，光憑基本客源就足以撐起大半的醫療支出成本，若能再有自家醫院，加上能夠創造延伸市場，自然是穩賺不賠。規劃轉投資的前期如何選擇專業醫療團隊、專業醫療團隊可投入程度及可提供協助的項目是首要思考的重點。若是僅有資金，憑著母產業的經營管理經驗就想要進入醫療市場或相關產業，將會承受極大的風險。

肆、專業醫療團隊必須考量投資地成本與當地居民就醫習慣

上海辰新醫院雖然本身擁有一定的資金與技術，但是選擇的地點在土地成本極高的上海地區，辰（禾）新醫院獲利並不如預期，同時因為其進入策略鎖定高端醫療市場，因此和其他走普羅大眾市場的醫院相比，其客源勢必較少，也直接衝擊醫院營收。

台資醫院若選擇人數較少、單位醫療成本較高的高端市場為其市場定位，勢必選擇在都會區進行投資，但依中國大陸目前的醫療體制與法令發展來看，民眾就醫仍以公醫為主，醫療市場成熟度其實尚未足以支撐這個小眾市場，雖然假以時日未來或許能有發展機會，但前提是台資醫院必須要有足夠的資金忍受虧損，撐到市場來臨的時候。

伍、兩岸醫事人員培訓制度與價值觀仍須時間磨合

根據 Aaker (1986)「策略市場管理」的構成分析，外在環境的文化結構會影響企業對市場機會與威脅的判定，醫療產業是高度專業的行業，「人才」也是台資醫院經營的重要考量。「大陸的醫療人力培育政策因為顧及到各個層面的需求，所以進入程度是較容易的，尤其是鄉村醫師可能只要是高中職畢業的程度加上一點訓練就可以執業，因此醫師等專業人才的素質差異非常大。」(受訪者 S3)但醫師是醫院最具核心競爭力的部分，「台灣醫學教育及臨床登載病歷全以英文，與大陸有極大落差，此外，兩岸人文素養、文化差異及用詞遣字亦有極大差

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療產業事業體為例

異，台灣醫療產業用人原則皆採多功能培養及互相支援，大陸採專人專才，限制專業流用，不僅增加用人亦使台灣醫師專業受限。台灣醫療產業早已認定以客為尊，儘量對民眾方便，大陸則以專業權威為主，醫己為貴。台灣醫學訓練採全面性且非常嚴謹，大陸城鄉差異造成了同職稱之醫護人員專業水平有很大的差異。大陸沒有多科的專科執照，不可「多科執業」，造成台灣醫生所接受的全面性教育在大陸無法發揮。」(受訪者 H4) 受限於台灣醫療法規，兩岸醫事人員交流有一定的限制，即使台資醫院試圖自行培育人才，也受到極大的障礙，「長庚原先在大陸有設醫學院培訓人才的計畫，但在中國設醫院很難，設醫學院更難」(受訪者 H6)。

此外，薪資福利也是台資醫院不易招聘醫事人員的障礙。「大陸醫師所得是來自公立醫院保障以及很多灰色收入，這些都是台灣醫護人員過來拿不到的，或不敢拿、不願意拿的。如果台灣醫師在大陸實際拿到收入不如台灣，自然就更不會去。」(受訪者 H3) 這些價值觀念的調整都需要從改變培訓教育制度和時間累積才能達成。

陸、在大陸網羅優秀醫師具困難度

一、醫師素質良莠不齊

根據本研究受訪者 P3 指出，目前大陸公立醫院對醫師的保障優於民營醫院，因此，民營醫院在招募醫師上，較公立醫院困難。此外，大陸自 2010 年起，開始試行專科醫師訓練制度，因此，許多公立醫院醫師雖有專科醫師之名，但因缺乏完整一致之專科醫師訓練制度與考核，醫師素質良莠不齊，加上 2010 年起實施之住院醫師訓練制度，多數受大型(三甲)醫院壟斷，而新設立之民營醫院，尚受醫院評鑑每三年一級之限制(二乙→二甲→三)，至少需 6-7 年的時間始得成為訓練醫院收訓住院醫師，使其醫師人力招募上更是雪上加霜。

二、台籍醫師執業範圍受限

大陸醫師職稱大略可分為主治醫師、副主任級醫師及主任級醫師三級，代表其年資及專業程度，亦藉此規範其執業範圍。雖然，2006年4月大陸衛生部宣布，具有台灣合法行醫資格的醫師，可在大陸申請執業註冊和短期行醫執照，惟無職稱級別之評定，影響台籍醫師之合法臨床業務範圍，一旦發生糾紛，不僅權利無法保障並可能因觸法而受罰。

三、大陸醫事人員缺工問題，台資醫院搶不過公立醫院

中國大陸自1998年起開始嚴格執行各行各業之執業資格證書（俗稱上崗工作證），加上繼續教育之要求（每年或二年需換證），導致市場人力不足。此外，公立醫院內之醫事人員如護士、檢驗員等享有之福利、薪資均與醫師相當，且因近年公立醫院不斷擴張，致使民營醫院更難攬才。另一方面，大陸之醫事教育普遍未制度化，素質參差不齊，而大陸衛生部門雖開放台籍醫師可直接赴陸換照或考照，但未擴及其他類別醫事人員，因此，台資醫院之台籍醫事人員只能提供教育訓練無法直接執行醫療業務。

四、相關成本過高以致獲利有限

根據受訪者P3表示，大陸之診療費十分低廉，門診依醫師職級分別為3-6-9人民幣，而急診僅收1.2人民幣，也因為如此，大陸醫院盛傳所謂「以藥養醫」，意即醫院利用藥價差所得利潤來供作醫師之獎金，更甚者收取藥品回扣作為利得。公立醫院之醫療收費包括藥費一般由政府統一定價，但藥品進價部份則可由醫院自行與廠商議價，而公立醫院因具量大之優勢，民營醫院在議價上難與其競爭取得較低之成本優勢，另一方面，雖然民營醫院收費可較有彈性，但如成為醫保定點醫院，其收費仍須比照公立醫院，其經營之困難由此可見。近年來，大陸政府雖實施壓縮藥價差之措施，但所結餘之費用僅補貼公立醫院，民營醫院無法受惠。至於，人力成本部份，因大陸專業人員分工過細，墊高了人力的需求，加上法規（勞基法）對於勞工之保障高，且近年薪資成長快速，也使經營成本提高許多。此外，大陸對於醫院之各類評鑑、檢查項目眾多，不亞於台灣且皆按項目收費，如感控、檢驗品質、檢查儀器、輻射安全等，不像台灣對醫院之查核多數免費性質，也使台資醫院頗感難以適應。總之，大陸之民營醫院，雖可以公司形態成立，收費也較有彈性，但營利型醫院無稅賦、水電優惠，經營成本較公立醫院高出許多，而非營利型醫院雖享有公立醫院同等之優免，但收費受限制，藥品進價仍高於公立醫院，人事成本也較高，如何抉擇？民營醫院陷入兩難。

柒、經營大陸官方良好關係確實對醫院設立與經營有極大的幫助

大陸官方對於進入大陸投資的企業訂有各式規定，也表示歡迎，但大陸法規不僅繁瑣，且同一事件可能同時涉及多項法律規定，同時因行政透明度低，查詢不易，此外，即便是同一法規，其見解與執法認定標準亦常因人因地而異，遵循不易，且遇有法令未有明確規定或模糊之處，則需依行政單位之解釋，造成醫院經營之困擾與風險。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

所有進入大陸投資的企業都知道大陸目前是一個高度人治的國家，規定是紙上作業，實務上任何投資在大陸，僅憑技術和資金是很難達到利益極大化的目的，關鍵在於大陸官方對於企業的設立與否享有極大的權力，有了官方的支持，帶著資金與技術的企業如虎添翼，除了享有許多優惠外，更能獲得許多額外的援助。所選個案南京明基醫院就是最好的例子，受訪的醫院主管更明白指出廈門長庚醫院開辦初期之所以遇到許多障礙，即在於與大陸政府的關係不夠良好有關。

南京明基醫院地點極佳，除了設在南京市二條地鐵線交會口外，南京市政府甚至還在地鐵出入口協助其宣傳廣告，這是其他台資醫院不太容易享有的待遇，關鍵即在於明基集團高層經營的良好大陸官方關係。由此例推估，台資醫療產業若想獲得更好的待遇，大陸官方關係的經營在某種程度上是雖不喜歡也必須努力為之的工作。

捌、大陸醫療市場區域差異性極大，應「滾動式」調整投資資源配置

眾所周知，大陸人口眾多，自然市場廣大，但是市場廣大並不直接等於商機無限，商機被開發出來才能被稱做商機，不然都只屬於潛在市場，對企業而言真實意義不大。醫療市場是一個進入時就需清楚定位的市場，早期大陸看病貴又難，不僅供給少且質不精，民眾對自己的健康問題也未必重視，公立醫療院所提供了絕大部分的醫療服務，根本沒有民營醫療市場的存在。隨著大陸經濟的快速發展，民眾所得不斷提升，尤其一線城市的上海、北京都是國際化大都市，除了大陸當地金字塔端的人口外，還有外籍人士與商務主管同樣對高端醫療市場有需求，這些特殊的需求是大陸其他二線城市或鄉村地區未必會有的。

大陸幅員廣大，就算某家企業到某城市投資蓋醫院，如果成功了也不能保證離開那個城市也會成功，「因為大陸各省差異太大」。此外，通常大陸中央政府只負責提供政策方向，不會有明確的執行依歸，地方各省依據政策方向，自己提操作細節，因此不同省份常是不同作法，再試著從中選出適合的執行方案，這也是幅員廣大的優點。前述這些醫療需求的差異性不僅明顯且亟待創造，欲投資大陸市場的台資企業必須有不同的進入策略與競爭力分析，滾動式調整其經營方式與資源配置，尊重並區隔市場差異，才能有致勝的策略出現。

同時，受訪者也都一致認為，台資企業必須體認到在地經營的重要性，快速融合大陸的法規、體系、人才訓練與運用，力求與大陸整體醫療環境達成平衡關係，這就要考驗管理者的應變能力。

玖、大陸醫療覆蓋仍低，台資企業仍充滿機會

大陸在改革開放之後，台商前仆後繼地前往中國投資製造業，「中國工廠」在世界運行超過三十年，已經面臨到轉型階段，大陸人民的生活水準已經普遍提升，其關鍵便是所得帶動的生活改善。根據經濟學理論，國民所得提高後，連帶使得人們開始重視健康與休閒。健康的問題包括重視醫療及其品質，亦即看醫生不再只是看醫生，還有這位醫生在背後所能提供的服務品質。大陸目前整體醫療覆蓋率仍然遠低於已開發國家，在開發中國家也只是中段班的表現而已，換言之，如果所得提升到一定程度，知識水平也達到一定水準，他們會十分重視醫療效果。台商所提供的高端醫療服務，未來會十分符合市場的需求，因此台商必須及早卡位，測試大陸市場的水溫如何，一旦國民所得跨過某個界線，那麼醫療產業的大爆發可期。

第二節 研究建議

壹、台資醫療產業應建立自身藍海策略

台資企業現階段進入大陸市場所面臨的問題不只是土地或經營成本過高的問題而已，還有周邊近9成以上國營醫院的競爭。雖然對台資醫院有利的地方在於大陸民眾所得逐漸提升的情況下，願意花較高額費用來看病的人口大增，但是這只是趨勢，實際上的市場表現仍未必能反映台資醫院的獲利，台資醫院目前面臨「英雄比氣長」的問題，雖然在獲利方面的確每年呈現成長，但是和其所投入的金額相比，要達到損益兩平，仍有一定的時間必須經歷，若是未能準備足夠的資金來度過這段慘淡經營的歲月，可能就會在這波競爭中被淘汰。因此，台資醫療產業的定位和策略必須非常清楚，甚至是在尚未進入大陸市場前就必須有十分具體的規劃，而非進入後才有不同的考量，大陸市場目前沒有太多嘗試錯誤的機會，一旦錯了，大概就是被市場淘汰，鎩羽而歸，這是台資企業赴陸投資必須考量到的後果。

本研究所擇三家台資醫院之產業價值鏈，辰（禾）新醫院為台灣醫療產業體的擴張、廈門長庚醫院為台灣醫療產業體的擴張及台塑集團產品的使用、南京明基醫院為明基電子產品的使用，均是發展多元事業，並具產業互補功能，其經營策略的擬定也考量了產業資金的靈活運用及調度，亦希望增加資產增值的潛力，同時促進企業整體公關。其評估自身資源配置後所採用不同的進入策略，可供未來其他台資企業參考，但能否依循這個模式前行，仍要視大陸民主化程度、法制化及開發進度及自身的經營策略而定。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

貳、與其等待大陸改革「以藥補醫」情況，台資醫院應主動思考合理收費制度

大陸醫院普遍存在著「以藥補醫」的不正常情況，意即醫院利用藥價差所得利潤來供作醫師之獎金，更甚者收取藥品回扣作為利得。公立醫院的醫療收費包括藥費，一般由政府統一定價，但藥品進價部份則可由醫院自行與廠商議價。公立醫院因具量大的優勢，民營醫院在議價上難與其競爭，以取得較低之成本，另一方面，雖然民營醫院收費可較有彈性，但如成為醫保定點醫院，其收費仍須比照公立醫院，其經營之困難由此可見。

至於人力成本部份，因大陸專業人員分工細，墊高了人力的需求，加上法規（勞基法）對於勞工的保障高，加上近年薪資成長快速，也使經營成本提高許多。總之，大陸之民營醫院，雖可以公司形態成立，收費也較有彈性，但營利型醫院無稅賦、水電優惠，經營成本較公立醫院高出許多，而非營利型醫院雖享有公立醫院同等之優免，但收費受限制，藥品進價仍高於公立醫院，人事成本也較高。

目前大陸醫師主要收入的來源仍靠著許多灰色地帶的收入，如此不僅醫師薪資結構無法正常化，連帶使得醫療品質堪憂。台資企業的醫院必須採取有別於大陸醫院的作法，例如廈門長庚醫院就禁止這樣的業外收入，這樣的作法能夠有效導正醫界陋習，也能夠藉此建立醫師的薪資結構與制度。

參、建立兩岸醫藥 ECFA，讓台灣醫院的藥品可以免稅進入大陸

隨著兩岸人民之往來越來越密切，除去每年赴陸旅遊的台灣民眾不計，據估計常住於大陸的台籍居民約超過 200 萬人，而台資醫院因其服務管理模式及醫院氛圍之故，常常是台胞就醫時的首選，如能透過兩岸談判平台，適時協助台資醫院發展，不僅可提供大陸地區台灣民眾之優良醫療服務，同時可展現台灣醫療的軟實力，並帶動台灣國際醫療的發展。

本研究所選擇三家個案醫院前進大陸已增加台灣醫事人員的選擇機會，對國內醫療產業產生一定程度的影響。2011 年簽訂的兩岸經濟架構協議（ECFA）中，早收清單項目內並未包括藥品。在醫院經營中成本支出有很大一部份便是藥品支出，同一種藥品透過不同方式與管道取得，往往存在極大的價差，對醫院而言若能取得較低售價的藥品對醫院成本控管來說十分重要。以目前兩岸的特殊關係來看，台灣可以透過建構類似 ECFA 的架構來建立專屬醫療產業的 ECFA，將台灣藥品及醫療器材以免稅專用方式進入大陸（僅限台資醫院使用），如此對已經在大陸設立醫院的台資企業而言，能夠省下極為龐大的成本支出，也能做為改善醫護人員收入的重要來源，對醫院收益也有極大的幫助，更能讓有意前往大陸投資的醫療事業體或其他台資企業能有效提高投資醫療產業的項目，同時亦可促進台灣

醫療產業之發展。

肆、開放台籍醫師赴陸習醫資格認定

目前台灣並不採認大陸醫事相關學歷，然近年來有許多台灣子弟赴陸習醫，但於畢業後因身分關係，多數無法進入較好之教學（三甲）醫院接受住院醫師訓練，間接導致就業困難，為使台灣之子弟可於大陸順利就業，並協助台資醫院招募年輕醫師，且考量我國教學醫院之訓練容量尚有餘裕，可研議開放台籍陸醫，即台灣學子赴陸習醫並畢業取得大陸醫師執照者，於台資醫院接受一段時間之訓練後，如經兩年臨床經驗，得由其薦送赴台灣之教學醫院，進行短期3-6 個月之臨床進修或接受最長不得逾一年之專科醫師訓練，惟為避免密醫之風險危及病人安全，於台受訓期間，須全程有資深醫師在旁指導，不得獨立執行業務，違者取消該院之收訓資格。

伍、台資醫院應持續關注大陸政治體制發展

從文獻資料可以看出，大陸的醫療服務係完全遵從政策領導，不論是醫療改革方向、外資企業進入或醫院設立開發等，法規多如牛毛，監管機關分立，均以大陸官方領導馬首是瞻，如無良好關係則寸步難行，在如此高度人治的社會體制下，台資企業進入投資不能不關切其政治氛圍。大陸近年於十二五政策指導下，積極引進社會資本投注於醫療保健設施建設，頻頻推出多項政策吸引台資赴陸設立民營醫院，但從本研究擇台資醫院經驗可知，人才羅致、法規制度、醫院經營理念及專業文化的落差仍為其最大的挑戰。因此，有意進軍大陸醫療市場的投資企業除了解大陸市場外，應充分研究大陸政治體制的變化，並持續密切觀察後續之可能轉變，以求迅速研擬因應策略。

陸、台資醫院對大陸外資政策變動的掌握

中國大陸自 2001 年正式加入世界貿易組織之後就開始進行調整外資政策。其調整的策略思維主要是表現在以下三個方面：

一、大陸和過去相較，更重視引進外資的素質。

大陸利用外資的政策態度，已經從最初的「來者不拒」轉向「擇善而從」。亦即從「招商引資」轉向為「招商選資」。2006 年 11 月，大陸國家發展改革委員會公告企業所得稅法，宣示將持續推動利用外資從量到質的根本轉變，使利用外資的重點從彌補資金、外匯缺口等考量切實轉到引進先進技術、管理經驗和高素質人才上來，更加重視環境保護、資源能源節約與綜合利用效率。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

事實上，大陸外資政策進行調整的原因還有其他的因素，首先，由於全球熱錢湧向中國大陸，現階段的中國已經不存在資金短缺的問題，過去為了多引進外資以彌補過內資金的不足，因此積極提供各種優惠措施，鼓勵外商直接投資，如今大陸外匯存底已經突破 3 兆美元，資金只有氾濫問題，沒有不足的問題，因此，台資企業不能以為只要有雄厚資本就能夠換得大陸對台資企業的優惠，這個時代早已成為過去式。

二、內資企業與外資企業待遇不平等的問題。

大陸提供外資企業優惠政策不符合 WTO 的精神，同時這種超國民待遇衍生了不公平的競爭現象，內資企業在市場上的競爭地位完全處於劣勢，未來全中國各地的標準應該會趨於一致。

三、大陸國內資源約束日益嚴厲問題。

大陸長期外向型的發展模式已經使得大陸過內的資源配置包括：能源、礦產、土地與勞力等都向外貿部門傾斜，由於過去勞動力過於廉價，對於環境保護的條件規範等付之闕如，大陸雖贏得世界工廠的美名，但相對付出的代價也極其昂貴。為了調整結構，大陸政府嚴控「二高一資」（高污染、高耗能及資源型）的產業，並抑制低附加價值、低技術含量的產品出口，並進一步減少貿易摩擦，緩和大額貿易順差所帶來的衝擊，對台資醫院而言，醫療廢棄物及可能產生的對環境污染，都是台資醫院必須注意的問題，若是能以世界標準來執行，在進入未來中國醫療市場上，這是一條必經的道路，所以台資醫院最好能夠以國際環保標準做為重要的參考，避免未來大陸參照世界環境保護標準之時，台資醫院會措手不及，或者在環保的要求下大幅縮減醫院的獲利。

柒、台資醫院要掌握兩岸醫療產業差異

根據前面的研究發現，兩岸的醫療制度、產業特性、民眾就醫習慣皆存在極大的差異，台資企業最好能夠在進入投資之前，掌握這些差異性的根本因素，千萬不能以為只要完全複製台資醫院的成功模式即可，台資醫院如長庚在台灣可以很成功是因為台灣的法令、產業環境與民眾的就醫習慣可以配合，但是若全盤複製，成功的經驗也可能產生失敗的結果，因此包括消費者行為、大陸產業特性、法令差異、保險制度與民眾就醫習慣等，都是台資企業揮軍進入大陸醫療市場前必須要先作的功課。另外一位南京明基的受訪者也表示類似的看法：台灣和大陸經營明基醫院的作法有很大的差異，他們認為既然是台資醫院在大陸投資，應該要融入當地的一些人文素質、文化差異，但是台灣的醫療管理者很堅持把台灣的模式帶過來，結果就是不適用。因此尊重兩岸市場的差異極為重要，也是進入大

陸市場必須注意的事項。

捌、兩岸相關單位應儘速就醫師職稱對照進行協商

透過 ECFA 談判或兩岸衛生合作協議平台，向陸方提出兩岸醫師職稱級別對應參照表，要求陸方對於赴陸執業之台籍醫師，可依其台灣之執業經歷給予相對應之醫師職稱級別評定，如具台灣專科醫師者等同主治醫師；具評鑑合格教學醫院五年以上主治醫師經歷或具助理教授資格者為副主任級醫師；具評鑑合格教學醫院十年以上經歷或具副教授以上資格者為主任級醫師。同時我方應要求開放具台灣醫事人員證照者，可比照醫師赴陸執業方式，給予短期執業執照，使台資醫院得招募台灣優秀人才赴陸協助醫療業務與人員訓練，同時，亦可增加部份人力過剩之醫事人員職系的就業市場，但為避免造成國內人力之衝擊，初步可僅以於台資醫院辦理註冊登記為限。

第三節 研究限制與展望

壹、研究限制

由於本研究個案主體均位於國大陸，受限於大幅員遼闊、城鄉發展嚴重不均及研究者個人服務公職的身分限制，本研究進行時遭遇以下研究限制：

一、大陸城鄉發展嚴重失衡，大陸官方有各項相關統計數據以推估未來醫療需求，但因兩岸相關醫療量體的懸殊，這樣的推估不一定準確。以「每千人醫師比」為例，兩岸看起來可能差距不大，但放到真正受照顧的病患身上，實際醫療效果可能相當不同，然而本項數據卻是有意進入大陸醫療產業的台資企業必須據以評估資源配置的。這樣的情況也是本研究無法關照到的。

二、深度訪談為本研究重要研究方法，訪談對象理應包括兩岸醫療院所經營主管、相關領域學者專家及政府政策主管，本研究已設法進行訪談，惟因研究者本身服務於政府機關的身分限制，雖經努力數度聯繫未果，然亦無法訪談到中國大陸衛生主關機關相關政策官員，是為研究不足之處。

貳、未來研究展望

台灣醫療體系發展成熟，法規制度完整、資訊透明，各類醫事人才培育計畫完善素質優良，且醫療品質與醫院管理技術精良。健保雖歷經幾次財務危機，亦有待改善之處，惟二代健保改革即將上路，多項創新措施亦令人期待，整體而言，台灣的醫療體系仍較大陸具絕對優勢，但是醫療市場飽和，投入成長趨緩則是未來的隱憂。近年來，政府所推動的國際醫療即著眼於台灣醫療的優勢，引進國際

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療產業事業體為例

病人，使台灣的醫療體系仍可持續成長，同時因應人口結構老年化趨勢，推動長照服務體系，輔導建立各項服務模式，再適時推出長期照護保險，使長照體系產業化，也是政府未來的重要策略。

兩岸政府對醫療產業政策的擬定勢必影響台資企業西進大陸的策略佈局，本研究已以三家不同背景屬性的台資企業投資大醫療市場為研究範圍，為提供有意西進者策略思考，謹提出未來可持續發展的研究議題如下：

一、關注台灣醫療困境與政策走向

台灣實施全民健保制度，並以總額給付方式控制醫療資源的運用，雖然造就了全球稱讚的醫療保險制度，也產生醫療專業人力配置的畸形化，所謂內、外、婦、兒、急診科五大皆空、皮膚、醫美醫師爆增的現象，已使得政府衛生主管官署思考醫院評鑑制度、醫師訓練員額運用及醫事人員培訓制度的調整，運用政策工具改善醫事人力分配不均的情形，同時政府政策上亦已朝向醫師間國際交流的方向思考。由於醫師培育不易，雖然大陸醫事人員缺乏，台灣醫師雖可輸往，提供部分就業機會，但如誘因過大，也可能流失優秀醫師，恐造成台灣醫師中空斷層的情況，政府政策上的操作與考量，值得有意投資大陸醫院者持續關注。

二、進行大陸民眾就醫習慣分析

大陸人口高居全球第一，目前已經有 13 億 4 千萬人以上，境內族群至少有 52 種之多，從南到北，從東到西，生活習慣、飲食風格殊異，可花用所得也有很大不同，導致大城市與鄉間民眾的就醫習慣不同，台資醫院前進大陸必須要對消費者習慣詳加調查。都會地區的民眾可能更重視高端醫療市場的內容，例如健康檢查、就醫品質、病患隱私等；偏鄉地區則希望能有便宜又大碗的基礎醫療，這些對有意投資的台商而言，都是一種商機，但不一定代表哪種型態的醫院就一定比較賺錢。有時在偏鄉地區的醫院因為投入成本低，醫療需求大，可能還比經營高端醫院更快回本。因此，未來也可以專門針對大陸區域民眾就醫習慣進行調查，針對消費者的需求與行為來思考醫院的規模、核心產品與定位。

三、研究大陸區域醫院特性

大陸幅原廣大，各區域地理環境不盡相同，沿海與內陸城鄉差距頗大，台資醫院要前進大陸，應充分掌握各地的環境差異，這也是本研究以台資醫院背景，而不以醫院所在區域的開發程度為選擇標準的原因。此外，複雜的族群問題或衛生條件不同，所創造的醫院條件也會有很大的落差，舉例而言，上海和重慶的地理位置不同，但是人口規模差不多，因為發展差異，使得區域醫院的發展特性就

會有所不同，對有意進入大陸醫療市場的台資企業，建議可以先從當地大型的區域醫院著手，了解這些所在區域的醫院特性，成功吸引民眾前來就診的原因等，作為前進該地區投資的重要參考。

四、評估設立醫院所需資源條件

台商投資大陸醫院，區位分析非常重要。對醫院而言，交通、地理環境、周邊其他醫院、是否有醫學院、藥廠等都是醫院的重要供應條件，其中尤以醫護人力的供應最為重要。目前，台資醫院短期可以以台籍醫生應急，因為 2006 年 4 月大陸衛生部宣布，具有台灣合法行醫資格的醫師，可在大陸申請執業註冊和短期行醫執照，但無職稱級別的評定，影響台籍醫師合法臨床業務範圍，一旦發生糾紛，不僅權利無法保障，並可能因觸法而受罰，所以長期仍是得靠培養大陸醫生作為醫院的主力。中國大陸自 1998 年起開始嚴格執行各行各業之執業資格證書（俗稱上崗工作證），加上繼續教育之要求（每年或二年需換證），目前整體醫事人員人力仍不足。另一方面，大陸的醫事教育普遍未制度化，素質參差不齊，而大陸衛生部門雖開放台籍醫師可直接赴陸換照或考照，但未擴及其他類別醫事人員，因此，台資醫院之台籍醫事人員只能提供教育訓練無法直接執行醫療業務。為有效建構良好的醫院管理制度，未來似可針對設立醫院所需要的資源條件進行研究分析。

五、探討十二五計畫對台資醫院影響

大陸是計畫經濟，和一般國家的市場經濟有所差異，因此，任何企業的投資均需跟著國家的經濟政策進行。事實上，大陸政府已經於 2011 年初開始第十二個五年計畫，根據規劃的內容，每種產業所獲得的政府補貼也會有所不同，醫療產業又有其特殊性，結合各種專業，如果台資企業能獲得當地政府的協助，包括選址、地方交通建設的配合、稅費的減免、甚至提供地區醫學院學系的建教合作等，這些都會成為台商前進大陸投資的重要利基。此外，台商現在不容易獲得有別於外商的特殊優待，只能從政策規劃中找到優勢，因此，若能在規劃之初就配合大陸官方的政策方向，如此便能節省不少成本，成為重要的獲利模式，這有賴於先前的研究工作分析。

參考文獻

中文部分

- 《2011 中國統計年鑑》，中國國家統計局。
- 《中華民國憲法增修條文》。
- 《行政院公報》，1965 年 5 月號。
- 「我國社會福利制度總體檢調查報告」(2002 年 1 月，監察院)
- 2010 世界衛生組織 (World Health Association)，《統計年鑑》。
- Allen Rubin Earl R Babbie (2007)，社會工作研究法，(陳若平、張祐綾譯)，
台北：五南圖書出版有限公司。(原著出版年：2007)
- Yin, Robert K. 1994, 尚榮安譯，Case Study Research: Design and Methods. (台
北市：弘智文化)。
- 上海市政府，《2011 上海市統計年鑑》，醫療篇。
- 中國國務院，2010〈政府工作報告〉內容。
- 中國衛生部，《2011 全國衛生統計年鑑》，頁 116。
- 中國衛生部，2011，《2011 全國衛生統計年鑑》。
- 任中杰 (2003) 的〈台商大陸投資之風險評估、財物租稅規劃與進入模式研究-
以醫學美容市場為例〉
- 朱澤民，〈全民健保現況與改革：藥價黑洞？健保破產〉，中央健康保險局，2008
年 11 月 26 日。
- 江東亮，1999，〈臺灣醫療保健支出之趨勢分析〉，《臺灣公共衛生雜誌》，21 卷 3
期。
- 江蘇省政府，《2011 江蘇省統計年鑑》，醫療篇。
- 吳啟誠，2001，〈大陸醫療服務市場之研究〉，國立台灣大學商學研究所碩士論
文。
- 宋曉梧、張中俊與鄭定銓著，1998，《中國社會保障制度 20 年》，中洲古籍出
版社。

- 李文浩，2003年，〈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〉。
- 李玉春，1998，〈全民健康保險支付制度：實施現況檢討與改革方向建議〉，《政策月刊》，35卷，頁14-16。
- 李素芳，2008，〈台商在中國大陸投資醫療服務業之經營策略研究—以湖南旺旺醫院為例〉，政治大學碩士論文。
- 李源德，2002，〈出院病歷管理相關作業流程改造--以臺大醫院為例〉，《病例管理期刊》。
- 李嬌瑩，2001，〈中國大陸「新型農村合作醫療制度」的實施與困境〉，《復興崗學報》。
- 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〉，中原大學碩士論文。
- 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〉，東華大學公共行政研究所碩士論文。
- 胡惠德，1979，〈健全醫療事業確保全民健康〉，《台灣醫界》，21卷12期。
- 孫智麗和李卓倫（2006），〈台灣醫療產業發展關鍵因素與趨勢分析〉，台灣經濟研究院生物科技產業研究中心。
- 徐永芳，2004，〈我國醫療事業前進大陸設立醫院策略之研究〉。
- 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〉，佛光大學傳播學研究所碩士論文。
- 張俐雯，2007，〈制度發展-以我國全民健康保險制度發展為例〉，成功大學政治經濟所碩士論文。
- 張苙雲，2001，〈醫療與社會：醫療社會學的探索〉，國立空中大學。
- 張博雅，1994，〈創造資源共享的醫療資訊化社會〉，《電腦科技》，第38期，頁44。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

陳永興，1997，《台灣醫療發展史》，新自然主義出版社。

陳萬淇，1992，《個案研究法》，臺北：華泰出版社

陳端容，1989，〈七十年代台灣醫療產業與醫療政策〉，國立台灣大學社會學研究所碩士論文。

彭彥屏，2003，〈加入世界貿易組織我國中醫藥面對大陸衝擊及因應策略之研究〉，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。

彭淑華，2011，〈台灣兒童及少年福利政策與法令制度之發展〉，社會福利模式-從傳承到創新，台北：國立臺灣師範大學。

斐晉國，〈台灣地區後工業轉型之醫療保健政策（上）〉，《立法院院聞》，第24卷，第11期，頁72-84。

曾瑞育，〈中國大陸經貿法規〉，張五嶽主編，《中國大陸研究》，第2版，（臺北：新文京開發出版，2007年），頁407。

黃士豪，〈立法委員如何能介入官僚行政-事項、管道與能力的探討〉，2005年中國政治學年會。

黃怡瑛，2008，〈台灣醫療機構以中國民眾為目標客源之模式分析〉，淡江大學大陸研究所碩士論文

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〉，長榮大學醫務管理學系碩士論文。

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》，長榮大學醫務管理學系碩士論文，頁12-15。

黃梁榮，2002，〈影響國內私立醫療機構赴大陸投資意願之因素探討〉，臺北醫學院醫務管理研究所碩士班。

黃淑媛，2009，〈影響企業於中國建構醫藥品通路的因素分析—台商未來的因應之道〉，國立政治大學智慧財產研究所碩士論文。

黃雅琳和孫智麗，2005，〈台灣醫療產業發展關鍵因素與趨勢分析〉，《台灣經濟研究月刊》，第28卷第2期。

- 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〉，大葉大學國際企業管理碩士論文。
- 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源與政策法規處副處長張家雄訪談記錄，2002年1月23日。
- 楊仲源，2008，〈中國城鎮醫療保險制度改革及其發展之研究〉，國立台灣大學國家發展研究所碩士班。
- 楊志良，〈台商到大陸投資醫療之評估〉，《國政分析》，社會(析)094-009號，中華民國九十四年五月二十三日。
- 楊志良，2008，《健康保險》，華格那企業出版。頁92-95。
- 楊志良等，1988，《我國醫療行政體系之研究》。行政院經濟建設委員會
- 楊漢淥，1994，〈衛生醫療與福利服務體系之探討〉，《社區發展》，第67期，頁301-9。
- 經濟日報，〈搶大陸醫改大餅 台商卡位〉，2010年9月6日，A6版。
- 葉永文，2004，〈臺灣民主化時期的中醫醫政發展〉，《台灣醫學人文期刊》。
- 榮泰生，2000，《企業概論》，臺北：五南出版社
- 福建省政府，《2011福建省統計年鑑》，人口與醫療篇。
- 劉兆隆，2002，〈廈門大學社會系教授張友琴訪談紀錄〉，廈門大學。
- 劉兆隆，2004，《中國醫療改革的制度分析》，國立政治大學政治學系博士論文，頁57。
- 蔡文佩，2009，〈中國醫療體制改革之研究〉，國立政治大學東亞研究所碩士論文。
- 鄭丞傑，〈從南京明基和廈門長庚看中國大陸台資醫院的未來發展〉，《杏林隨筆》，2011，Vol. 54, No. 4 頁65-69。
- 鄭朝廣，2005，〈臺灣與大陸之生技製藥業競爭優勢的比較〉，國立中山大學國際高階經營碩士學程碩士在職專班。
- 賴俊穎（2005）的〈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〉

大陸台資醫院的經營策略比較研究：

以某三家醫療事業體為例

錢慶文，2005，〈全民健保總額支付制度之下醫院運用平衡計分卡對經營績效的探討——以某醫學中心為例〉，成功大學工業與資訊管理學系專班碩士論文。

錢慶文，2005，〈全民健保總額支付制度之下醫院運用平衡計分卡對經營績效的探討——以某醫學中心為例〉，成功大學工業與資訊管理學系專班碩士論文。

魏中仁、楊志良，1997，〈立委選舉之醫療保健政策分析〉，《中華公共衛生雜誌》，第16卷第5期，頁438-39。

外文部分

Aaker, D.A.(1986) ,Strategic Market Management, New York, NY: Willey

Agarwal and Ramaswami(1992),S,N,(1992),”Choice of foreign market entry model: Impact of ownership, location and internalization factors”, Journal of International Business Studies,23 (1):1-27

Babbie, Earl. (2007) . *The Practice of Social Research*. 11th ed. Belmont, California: Thomson Wadsworth.

Buckley, P.J. and Casson, M.C. (1976) *The Future of the Multinational Enterprise*, Homes & Meier: London.

Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. *Economica*, 4, 386-405.

Davidson J. Hugh (1987) , *Offensive Marketing : How to Make Your Competitors Follow*, 2nd edition. England : Gower Publishing Company

Davidson, W.H.(1980), The Location of Foreign Direct Investment Activity: Country Characteristics and Experience Effect, *Journal of International Business Studies*, pp.9-22.

Davis, Deai, and Francis (2000) , *Model of International Entry : An Isomorphism Perspective*. *Journal of International Business Studies*, 31, Feb,pp.239-258.

Dunning, J. H. (1981) *International Production and the Multinational Enterprise*. London: Allan and Unwin

Dunning, J.H. (1979).’Explaining Changing Pattern of International Production: in Defense of the Eclectic Theory’, *Oxford Bulletin of Economics and Statistic*.

Errami, M. K. and Rao, C.P.(1993), *Service Firm’s International Entry Mode Choice*:

- A Modified Transaction-cost Analysis Approach, *Journal of Market*, pp19-38.
- Jeannet & Hennessey, 1988 23. Jemison, D. and S. Sitkin, "Corporate Acquisition: A Process Perspective," *Academy of Management Review*, 11, 1986. 24.
- Kenneth J. Arrow (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *The American Economic Review* 53(5).
- Klein, H & R. Linneman (Summer, 1984). Environment assessment: An international study of corporate practice. *Journal of business. Strategy* 5.1-65.
- Kogut and Singh. (1988). "The Effect of National Culture on the Choice of Entry mode." *Journal of International Business Studies* (Fall): 411-432.
- Kwon, Y. C. & Konopa, L. J. (1993), Impact of Host Country Market Characteristics on the Choice of Foreign Market Entry Mode, *International Marketing Review*, 60-76.
- Mankiw, N. Gregory; Romer, David; Weil, David N.; A Contribution to the Empirics of Economic Growth; *Quarterly Journal of Economics*, May 1992, v. 107, iss. 2, pp. 407-37.
- Pauly, M. 1986. "Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy." *Journal of Economic Literature* (June) : 629-675. Klein & Linneman , 1984 : 23-40
- Phelps (1997) and Folland (2001)
- Porter, M. 1980. *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing industries and competitors*. New York: Free press
- Rakich, JS. (1992) "United States physician payment reform : background and comparison with the Canadian model." *Health Care Management Review*. 17 (1) : 9-19
- Root (1987) , *Entry Strategies for International Markets*, D. C.: Health and Company
- Scapens, 1990, "Research method and methodology in finance and accounting", London : Academic.
- Sloan, C. (2000). *Understanding the trauma of spinal cord injury*. Doctoral dissertation, University of Calgary.
- TIME November 3, 2008 China's Medical Boom.
- Yin, R. K. (1994) *Case Study Research: Design and Methods*. Sage

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

網路資料

- 〈中華人民共和國企業所得稅法〉，2007年3月16日，
<http://www.6law.idv.tw/6law/law-gb/中華人民共和國企業所得稅法.htm>。
- 〈長庚醫院服務數量統計〉，<http://www.cgmh.org.tw/index.htm>，檢索日期：2012/05/31。
- 〈國務院關於鼓勵外商投資的規定〉，《中華人民共和國對外經濟法規法律匯編》，1986年10月11日，
<http://www.people.com.cn/zixun/flfgk/item/dwjf/falv/2/2-1-11.html>。
- 《社會福利政策綱領》，線上資料，
<http://sowf.moi.gov.tw/03new/welfare/d4.htm>，2012/5/4。
- 「CSI 台灣服務業聯網」，網址：
<http://www.twcsi.org.tw/columnpage/expert/el58.aspx>，檢閱日期：2012/2/15。
- 「WHO：中國人平均壽命較全球平均高」。線上資料：
<http://www.epochtimes.com/b5/9/5/23/n2535660.htm>，檢索日期：2012/6/12。
- 「人民網」，網址：<http://health.people.com.cn/BIG5/13938955.html>，檢閱日期：2012年2月15日。
- 「大中華青年網」，大陸醫院等級標準，網址：
<http://www.cy21.net/thread-3397-1-1.html>，檢閱日期：2012/2/15。
- 「日治時期的台灣醫療史」，<http://www.drkao.com/library/9/chap1-2.htm>，檢索日期：2012年04月13日。
- 「健保實施10年，國人壽命增長-台灣健保經驗再度躍登國際期刊」，線上資料，行政院衛生署中央健康保險局，
http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=9&menu_id=544&page=24&No=727，2012/5/4。
- 「衛生部、財政部關於進一步加強公費管理的通知」，1984年4月28日公布。1989頒布〈農民健康保險條例〉，線上資料，
<http://theme.cepd.gov.tw/d1/%E5%9C%96%E8%A7%A3%E6%9F%A5%E8%A9%A2/D ata%5C9%5C%E5%AF%A6%E6%96%BD%E8%BE%B2%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E 4%BF%9D%E9%9A%AA.htm>，檢閱日期：2012/5/4，檢索日期：2012/6/14。
- OECD Health Data 2012年線上資料與行政院衛生署統計室，網址：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=117&now_fod_list_no=4146&level_no=1&doc_no=38031，檢索日期：2012年10月8日。

- 中國江蘇省政府官方網站，線上資料：<http://www.js.gov.cn/>，檢閱日期：2012年8月30日。
- 世界銀行年鑑，2011。
- 台塑官方網站，<http://www.fpg.com.tw/>
- 行政院新聞局，中華民國國情資料，
<http://info.gio.gov.tw/ct.asp?xItem=19924&ctNode=2847&mp=21>，檢索日期：2012/04/13。
- 行政院衛生署，2010年「醫療機構現況及醫療衛生服務量」統計。
- 行政院衛生署統計資料，2011，線上資料：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11468&level_no=1&doc_no=77184，檢索日期：2012/05/31。
- 行政院衛生署統計資料，2011，線上資料：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11468&level_no=1&doc_no=77184，檢索日期：2012/05/31。
- 行政院衛生署統計資料，2011，線上資料：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11468&level_no=1&doc_no=77184，檢索日期：2012/05/31。
- 李智宏與施肇榮，〈公醫制度與二代健保〉，網路資料：
<http://www.tma.tw/ltk/99531206.pdf>，檢閱日期：2012/05/28。
- 李逸陽，〈解讀十二五規劃系列之由完善基本衛生醫療衛生制度〉，IEK產業情報網，線上資料：
<http://ieknet.iek.org.tw/BookView.do?domain=5&rptidno=405616151>，檢索日期：2012/5/10。
- 奇摩新聞網，「幫『李應元』喬病床還漏個資，李應元致歉」，網路資料：
<http://tw.news.yahoo.com/%E5%B9%AB-%E6%9D%8E%E6%87%89%E5%85%83-%E5%96%AC%E7%97%85%E6%88%BF%E9%82%84%E6%BC%8F%E5%80%8B%E8%B3%87-%E6%9D%8E%E6%87%89%E5%85%83%E8%87%B4%E6%AD%89-040244110.html>，檢索日期：2012/5/31。
- 林建甫，〈中國成為第二大經濟體之後〉，線上資料：
<http://www.npf.org.tw/post/1/8033>，檢索日期：2012/08/09。
- 商務部等34個部門關於聯合發佈《服務貿易發展“十二五”規劃綱要》，網址：
http://big5.mofcom.gov.cn/gate/big5/hk.mofcom.gov.cn/aarticle/s/zw_jrjg/201112/20111207857652.html，檢閱日期：2012/2/15。
- 產業策略評析，網址：
http://cdnet.stpi.org.tw/techroom/analysis/pat_A025.htm，檢閱日期：2012/2/15。
- 湯慧芸，〈回顧台灣今年SARS疫情〉，網路資料：

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

<http://www.epochtimes.com/b5/3/12/24/n435706.htm>，檢閱日期：
2012/5/28。

新華網，「十二五期間，福建醫藥工業總產值將力爭年均增 25%」，線上資料：
http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/www.fj.xinhuanet.com/news/2012-08/17/c_112757979.htm，檢閱日期：2012 年 10 月 22 日。

廖了以，「弱勢照顧與長期照護政策之推動」，線上資料：
<http://bimn.rdec.gov.tw/lib/lib02/bimn/270/270-9.pdf>，檢閱日期：
2012/06/05。

衛生統計資訊網

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10251&class_no=440&level_no=1

鄧若寧，「也是台商醫院 委託代經營 上海辰新醫院很創新」，線上資料，網址：<http://www.nownews.com/2002/10/11/545-1361707.htm>，檢索日期：2012/6/14。

賴兩陽，(2012)〈經濟優先，社福更不能緩-全球化社會政策的影響與出路〉，線上資料，<http://sowf.moi.gov.tw/19/quarterly/data/102/06.htm>，
2012/5/4。

附錄

訪談紀錄彙整

一、台商醫院之經營主管及台商醫院之醫療業務單位主管(上海/廈門/南京)

1. H1

- (1)明基在南京投資醫院，IT 產業的產品是經常滾動與更新，而做醫院一百年不會動，是比較穩定性的產業。
- (2)長庚集團王永慶做塑膠，經營很多企業，他的醫院集團控股其他企業，王永慶去世後，長庚醫院集團穩定了他的其他企業。
- (3)在大陸經營醫院是屬營利性質，就要以營利為目的才行，所有的經營策略與措施均要配合。
- (4)臺灣醫院和大陸的管理差別很大，第一：我們是院長負責制，臺灣是經營人負責制第二：醫生制度不同，臺灣是主診醫生制，大陸是三級醫生制。第三：護理不同，臺灣叫主護模式，大陸叫整體護理。而本人認為臺灣的模式在大陸不適應，第一因為管理人員太多，第二在大陸環境下，用臺灣模式管理非常吃力而且做不好。
- (5)明基醫院最大的問題是招不到人，尤其是招不到好的醫生。對這個問題對策第一就是提高待遇，第二就是要有穩定人事政策問題，然後才是政府的問題。明基人才招募的問題，待遇比所有的公立醫院要高，為什麼醫生不肯到他的醫院來，大陸公立醫院那麼多的教授副教授，人滿為患都不肯到他的醫院來，不僅是因為待遇問題，是因為醫院的遠景是否能打動這些專家，進而願意投效，此外，從院內醫療環境的磨合，再到醫生、護士的管理磨合，各個層次都很重要，都要實實在在去作，一段時日後，口碑自然建立。
- (6)臺灣是主治醫師負責，經過本人的觀察，大陸醫生普遍比臺灣醫生強，臺灣醫生在醫院期間就對臨床的東西要求的很嚴，這點臺灣醫生也比大陸強，但是大陸的醫生做住院醫生開始不如臺灣醫生，做了五年以後臨床操作技術慢慢比臺灣醫生強，或者至少是平等的。五年鍛煉下來後，大陸的住院醫生經過這五年訓練就可以做主治醫生，就和臺灣的醫生差不多，但是還不能另立門戶，還要在主任的指導下工作五年才可以獨立。再者大陸的主治醫生所接觸的病人都是這個科能夠見到的病人，臺灣不是，一旦做主治醫生，從門診到出院都是本人管，只接觸自己管的病人，其他病人都不管而且接觸不到，這樣就使得接觸面很

窄。臨床醫生就是靠臨床經驗，如果從五年以後見不到別人的病人，其次5年後獨立出來自己的水準還不是很強，病人永遠是現病人，接觸面就很短，到了第十年十年以後大陸的醫生就超過臺灣。

- (7) 明基醫院的經營確實是虧，就說明管理有大問題。一是銀行利息，二是人事費用太高，第三不會收錢，不知道大陸的醫院怎麼收錢，都是虧本收費。比如生一個小孩三千多，而大陸一般五六千。該收的不知道怎麼收。他們因為工資待遇問題，所以請的都是大學剛畢業的醫生，他們積極性很高，但是會亂來，而資格老的醫生的建議都不聽。
- (8) 明基策劃成立醫院大概是在十年前策劃的，策劃後大概2000年先是在蘇州拿下地，蘇州有六萬員工，準備在蘇州開，結果梁保華從蘇州調到省裏做省長又要開發合資，就拉到南京來，創造了很好的條件，所有問題是省長解決的，在中國省長是非常有地位的。明基醫院占地六百畝，擁有兩個地鐵站（地鐵2號線出口和地鐵1號線出口），這是所有的一般的醫院做不到的。

2. H2

- (1) 明基醫院採主護模式，我剛來第一年即實行“優質示範工程”，（評比）但有很多標準我做不到；但是大陸內地的醫院卻做得到，因為內地的床位一位難求，環境上佔有優勢。
- (2) 臺灣的人和大陸的人經營理念上有很大的分歧。比如說他們認為你既然是台資醫院，你應該融入當地的一些人文素質啦，文化那些差異，但是臺灣（主管）就很堅持把臺灣的（模式）照本宣科的帶過來，很難讓人全盤接受。
- (3) 在大陸經營醫院最大的問題在於醫生這一塊，最大的癥結就是在拿回扣，他們要的是灰色收入，但大陸政府醫改的目的是要戒除這樣的情形，明基跟外面（醫院）最大的管理不同就是我們的採購有人管，我們的東西不是醫生說我要買什麼，我們就去買什麼，這樣可以防杜一些漏習。
- (4) 台資是希望按照國家的標準，把政策落實到實處，按照國家的標準告訴醫院，這也是可以做到的。國家給我的福利，比如地鐵（2個地鐵站），給的這麼好，我要向要給國家回報，不能什麼都不給。
- (5) 明基醫院開始對研究不重視，但是已逐漸改變，投入了很多錢，送大陸員工出去培訓。惟（大陸人）還需要其他的，出去（培訓）是你該給我的，其他的還是要給我，我出去是應該的，我（大陸的員工）不應該給你什麼的，這邊就是這樣。不一樣的理念。這就是我的看法。
- (6) 對於大陸和臺灣共事的經驗和工作上的競合方面，我認為大陸人有幾方面很靈巧，他會配合，這麼講，護理部（的架構中）有幾個委員會，推動委員會，舉例，按清潔打掃，消防

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

這一塊，你告訴他（大陸人）我怎麼做，你把東西翻翻給他，告訴他我要怎麼做，他就能做到這些步驟。

- (7)對臺灣經營者建議就是要有魄力，如果真的想做事就要有魄力，醫院不是營利單位，是要長期發展，在前期要有五年、十年的投入（營運），打好基礎，才能生存，才會有盈餘。臺灣不一樣，健保制度很好，但這邊沒有，這邊的醫保很雜（上百個保險），不一樣的環境背景。
- (8)我認為省中（江蘇省中醫院）的效益好過我們很多。醫院對主治醫師、主診醫生的業績要求都會儘力達成，因為他們土生土長，隨大陸經濟成長及醫療需求增加而獲利。
- (9)大陸的病人剛開始不懂臺灣的醫師好與壞。但他們對本地的大醫師，都是蜂擁而至。口腔科的一個老主任有好多學生，他的病人來自四面八方（因為學生會轉介病人來找他看病）。可臺灣的醫師沒有底子，沒有人推薦他們，但是臺灣的醫生成本又很高。沒有幾年的經營，知名度就不會有（人家怎麼知道）。
- (10)明基集團員工就有數萬人之譜，健康檢查也是一筆龐大的支出，既然都要支出，長遠來看當然是給自己做最划算。
- (11)據觀察所見，內地的醫療發展要比臺灣的經濟發展晚二十年。台灣以前也是從採購、藥劑、回扣等等來養醫院，只是臺灣經濟起飛的早，後來又大力推動健保，但是大陸短期內根本做不到。

3. H3

- (1)投資醫院是一個長期規劃，我02年進明基時他就已經在看生物科技相關的，但IT產業作轉投資都有比較多的顧慮，看了很多向生物晶片試劑，資金不知道要投什麼才好，明基原先覺得大陸市場是重要市場，又覺得生物科技都是在醫院這個平臺做使用，所以想從投資醫院這品牌著手回過頭來再做生物科技。
- (2)醫療畢竟還是專業人才密集的行業，因為明基本身自己沒有醫院，人才和經營模型和基礎工作架構都要重新學習，但因為什麼都沒有也是優點，可透過整合的方法來處理不需要改變其架構，且可跟自己其他產業產生綜合效果。
- (3)跟當地的醫院最大差別還是在管理的制度，大陸的公立醫院還是占80%以上，在當時又更高，差異在於管理體系比較偏向台灣模式。
- (4)台資企業到大陸來經營醫院必須做改變，而且要快速融合內地法規、體系、人才訓練和利用

和整體醫療環境整體平衡關係，這是考驗管理者應變能力。

(5)台灣因為地方小地方中央和地方之政策不會有距離，大陸就不同，幅員太大了，企業就算是像明基到南京投資蓋醫院，如果成功了也不能保證離開南京會成功，因為他各省差異太大，差異大的地方跟法令法規也是有關係，中央只是一個大方向，很方向性，他只是一個概念不會有明確的執行依歸，地方自己提操作細節，我只提框架，比如他們這邊有特定的醫療保險費率，中央給一個 range，地方自己挑一個你適合的。他們還有一種很多現象存在，因為大陸醫改過程裡面必須嘗試很多方法，利用幅園廣大的優點不同地方常是不同作法，比如公立醫院改革可能嘗試股份制但不能全國都這樣做，他會先選昆明北京試一下，至於怎麼實施再提方法再確認方案。

(6)大陸現狀跟以往的台灣模式很接近的醫療照護走，比如住院醫師培訓. 護理人員角色扮演，他們以前護理是歸在科裡面管，這跟台灣早期是一樣，現在台灣則是多元化橫向性的，大陸如朝這樣轉變我們的人才有機會，如大方向如果不改，台灣這些少量的醫護人員是不可能去改變醫療體制。再者，從醫療服務價格體系的制訂來談，台灣也是經過好幾次的制訂後才把醫療服務價格提高，藥品價格下降到一個程度，大陸如果不作這方面的調整醫護人員薪資就無法提升。

大陸醫師所得是來自公立醫院保障以及很多灰色收入，這些都是台灣醫護人員過來拿不到的，或不敢拿不願意拿。如果台灣醫師在大陸實際拿到收入不如台灣自然就更不會去。

(7)我認為拿灰色收入這件事大陸應先從教育著手，整個教育體系就是以就業為目的的，換言之我們很多觀念是在學校養成不是在醫院被改變的，所以要從醫院才來作改變是事倍功半，你不能從醫學院教學. 護理人員培訓教育體制改革著手是沒用的。

4. H4

(1)辰新醫院投資仍具競爭優勢，台商及外國人仍相信台灣醫生，目標消費群可分為大陸本地人、外商、台商，依保險可分為大陸國保、外國保險公司及台灣健保之緊急傷病保險。醫療項目、科別繁複，然因受到大陸一胎化影響，婦產科所受到之重視較其他科為重。

(2)辰新醫院從規劃到醫院開張服務至少 3-5 年，因受限大陸政策及法規的限制，一定要持有 3 證才可使用。故形成好設備、好藥品有錢也無法取得。而大陸國產藥品及器材品質較不穩定。

(3)辰新醫院招募台灣醫生，形成優秀醫生不會到大陸就業，較差得的醫生醫院又不想要，儼然提高了招募醫生的困難度。對於現今臺灣醫生飽和狀況，年輕醫生應有其意願前往，然因有人文差異而造成卻步。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

- (4)大陸上海地區對醫療機構的管制門非常嚴謹且顧內，所有重大儀器設備皆採總量管控(且上海地區額度已滿)，受一胎化影響孕婦對大，工資上漲率(上海 12%)增加亦是造成成本增加。
- (5)醫療產業為團隊合作事業，並非醫生個人獨立行為，然目前僅開放對台灣專科醫生執照的承認；然除了醫生以外之醫療團隊人員(如：護士、藥局、醫檢…)職照之認定尚未開放，故台灣其他醫療團隊人員在大陸在法律未許可之下不能直接接觸病人。
- (6)醫療產業以臨床操作為主，在無法發揮醫療產業團隊合作精神之下，其醫療產業移入效益無法發揮。大陸行政作業冗長繁瑣，取得證照常耗費時日造成效率不彰，大陸常有衛監不定期訪視輔導，造成行政效率分散，大陸上大部分皆為公家醫院，其福利較優惠，台灣或外資醫院無法留住人才。
- (7)臺灣醫學教育及臨床登載全以病歷以英文，與大陸有極大落差，此外，二岸人文素養、文化差異及閱詞遣字亦有極大差異，臺灣醫療產業用人原則皆採多功能培養及互相支援，大陸採專人專才，限制專業流用，不僅增加用人亦使臺灣醫師專業受限。台灣醫療產業早已認定以客為尊，儘量對民眾方便，大陸以專業權威為主，醫己為貴。台灣醫學訓練採全面性且非常嚴謹，大陸城鄉差異造成了同職稱之醫護人員專業水準極大之差異化。大陸沒有多科的專科執照，不可多科職業，造成臺灣醫生所受之全面性教育無法發揮。例如：臺灣外科醫生所受之醫學教育與臨床作業，在台灣除開刀外仍可進行超音波檢查、判讀 X 光片…等；然大陸僅承認一張專科執照，也就是若該醫生僅認定外科專科執照，便無法進行外科手術外之醫療行為。

5. H5

- (1)禾新醫院剛開沒多久，前身是辰新醫院，在上海電力醫院租了 5.6.7 層樓成為院中院，ECFA 之後在上海有獨資的政策出臺，所以我們就換地方換牌子，以禾新重新申請，剛開始投資三千萬(美金)，可能還要增加。
- (2)禾新真正是今年 1 月 31 號開始試營運，6 月正式開幕，辰新醫院十一年前就到上海，在長寧區採院中院的方式經營，禾新與辰新不一樣的地方，基本上是完全走的是高端路線，辰新只有部分高價收自費，禾新門診診察費乙項就要收 300-500 元人民幣，大陸醫保給付標準比我們健保低，但自費部分比我們高，高到你無法想像，其他醫院有一個案例，開盲腸 10 萬到 15 萬，我們醫院開完大概 5-10 萬，我們定位屬於在這一端裡面的中高，

- 禾新障礙比較多，辰新屬於院中院，辰新很多空間與設備可利用母院的，現在（禾新）獨立出來你是全新的，所有成本均要自行負擔，禾新也是中國大陸第一家外資投資醫院。
- (3)大陸醫療相關法規多如牛毛，政府監管機關分立，如無良好關係，寸步難行，罰款都會被罰到倒閉，禾新病床電梯檢查就是很好的例子，其他諸如高端設備購置，基本上都要有關係。
- (4)辰（禾）新目前院長是台灣市立聯合醫院仁愛分院院長轉任，認識很多台灣名醫，再加上高薪政策，挖角不少台灣名醫來服務，占全院醫師 8 成，聯新集團亦在政策考量，像長庚以輪流支援方式來禾新服務。
- (5)辰（禾）要建構品牌，走高端路線，會很辛苦，目前還兼作代辦台商急診，回台向健保核退服務，及醫管教育訓練等一些多元的服務，以廣結善緣。
- (6)大陸員工教育訓練也很重要，這樣才能將台灣的管理經驗輸入，辰（禾）核心醫師均為台籍，管理要求與觀念較一致，磨合期可以縮短。

6. H6

- (1)長庚來到廈門設院是在北京之後開始計畫，2004 年開始和地政申請，2005 年開始建，2007 建好，2008 年 1 月 15 日正式開始。醫院預計未來要達到是兩千床規模還有一些基地建設，目前已經有兩千床的規模，只是病床還沒有擺進去，到兩千床應該是 18 個億人民幣，而目前實質上是 500 床，員工共計約 700~800 人，醫生約 120~130 人，其中 1/4 是來自台灣技術支援
- (2)在大陸設立醫院的動機是創辦人王永慶當初在台灣開設醫院發展醫療產業照顧一些弱勢及員工與眷屬，中國狀況和當初台灣也是一樣，希望讓他們的醫療環境可以改善，動機很單純，願景也和台灣是相同的。長庚經營策略在台灣有很好的成效，也希望在中國能有一樣好的發展，但大陸還是有些差別。我們不能經營的跟中國的公立醫院一樣，所以要把長庚的特色帶進來，有一些傳承，但中國方面環境有很多限制。
- (3)大陸經濟發展很快但醫療是這幾年才起來，現在醫療保險發展了和醫療需求增加了，所有醫院都搶醫師名額，醫學院訓練出的醫生私立和公立醫院搶，公立醫院比較有勝算。因為公立醫院有保障，即使薪資比他們高，但未來保障公立還是比較好。升遷上考職別時。公立醫院方便強勢多在審查中（選擇）所有委員都是公立醫院大牌醫師。所以私立前途不像公立醫院好，因此要找到符合條件的醫師不容易。此外，一個醫師要到另一間醫院除了要經過原醫院同意外，還有地方各層級的同意蓋章，一位優秀的醫師只要原醫院不蓋章他就只能就懸在那裡，因此吸引力和競爭的問題以外，即使吸引到了還有制度上的問題。跑一個程式短則半年長到三年以上，即使前面作業都完成到衛生局那裡你也不可以催他，

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

這和自由市場不一樣而且你不能催他，而且不只醫生有人才問題，護士、藥師和所有技術都一樣。

- (4)長庚原先在大陸有設醫學院培訓人才的計畫，但在中國設醫院很難，設醫學院更難，他們醫事人員教育制度紊亂，從高工到大學碩士都有，但是現在所有醫療人才都嚴重不足大家都在搶。
- (5)大陸醫療支付和收費標準大概是台灣的百分之四十~不到五十，訂價我們是健保局，他們叫「估價局」，管所有價格的訂定。治療項目價格低但材料和藥很貴，是一個多重謀利的環境，中國有招標辦法統一幫你把價格訂好，醫院才能用這個價格，沒有機制可以議低，民營醫院進貨價並不能降低很多。
- (6)我們也希望像台灣健保局定要價基準還是容許藥價差，但這個要價差從另一個醫院的成本管道去降低但操作不了，大陸現在給的都不是從正常管道，都從桌面下進行，有的給醫生有的給醫院，藥商不會為個別醫院不允許醫師收藥價差去破壞整個平臺，你未來再大也不會有整個中國市場大，所以在那裡經營有一定的困難度。
- (7)大陸在整個投資裡優惠頂多就是比照他們的待遇，營業稅最近有一點改變，頂多比照公立醫院不會優於公立醫院，不要期待什麼優惠，台灣在醫療技術上我們還有優勢，接下來是要看能不能更快達到我們的目標，這要看我們的人才招募的夠不夠快，病人來源不是問題，病人會選擇舒適的醫療環境，所以問題還是在醫師的人力。
- (8)長庚在台灣是財團法人，在大陸沒有所謂財團法人，雖然董事長精神是要照顧弱勢病人，採用非營利模式，你只能用民營醫院模式去經營。另外，長庚的競爭力還是夠，只是在大陸人才進用困難就是差在這裡。在大陸經營醫院一定要用大陸角度去思考。大財團去中國就企業對抗國家的話可以撐久一點，如果是一般專科診所，就我的經驗的話不要去，絕對搞不出來，你沒有那個人脈絕對走不通，就算是比較大的醫院也搞不出來，真的不要去，除非你有足夠經驗和關係。
- (9)長庚醫院在台灣初成立時亦受其他醫院體系抵制，但是因為集團母公司擁有雄厚的資金做為後盾，創辦人王永慶也有相當的魄力與決心來建設好長庚醫院，甚至還採取高薪挖角海內外名醫駐診，再加上聘請熟悉醫療管理的人員協助醫院建構完善的醫療管理系統，並且逐步成立長庚醫護學系、醫療器材與生技公司等相關長期配套措施，經過 30 年以上的努力才能逐步奠定今天國內醫療產業龍頭的基礎。

7. H7

- (1)大陸醫師的供給我覺得不是問題，只是醫師制度相對比台灣複雜有 7.5.3 年制的，他的供給不是問題，問題在水準，此外，每千人病床數不到台灣 1/3，非常有成長空間。
- (2)長庚為何會來投資要從北京開始談起，因為王董事長跟大陸海滄計畫被李登輝擋下來，但他老人家的還是要做，一開始要在北京蓋，但有機構反彈就拖延下來，廈門政府就跟王永慶講醫院可不可以投資，就這樣做成了。
- (3)廈門大部分醫療體系是公營，看診方式一診間放兩到三個桌子一次看三個病人，隱私完全沒有，跟 30 年前的台灣一樣，只是醫院（硬體）蓋得很漂亮但裡面（醫療技術與服務）卻落後 30 年。硬體對大陸而言我們不會贏他，硬體他們就編預算去買。當然我們對服務這一段的想法也會帶著硬體做改變。
- (4)2008 開張到現在營運何上最大的問題是在醫事人力這方面，在大陸醫師沒有自由移動的權力，假設你註冊在亞東醫院你要離職時醫院可以把你所有證件扣住，他們醫生還是可以到其他醫院去，在台灣早被抓了。長庚醫院不敢做這違法的事。依台灣長庚經驗，一開始是王董事長挖角很多美國大牌醫生回來，另外再從台大等醫學中心找人才。就像我剛剛說人的問題，你一開始人才一定要到位，廈門長庚一開始做有個錯誤，在醫師薪資制度不是給的很好。
- (5)大陸的醫藥某種程度是管制的，他沒有自由競爭，台灣藥進來只要到衛生署作許可就好，大陸還要經過一個中間公司，在價格上面就有問題，藥和醫療材料管制本來就很嚴格像是獨賣，這競爭就會有問題。他也不准你從台灣平行輸入，包括很多公司到大陸都不是自己去賣，是去找代理商這省和那省都不一樣，大陸薪水是總收入的 1/3，另外 1/3 來自紅包，他薪水很低但他很高興，因為其他來的薪水很多。
- (6)辰新醫院以台灣醫生為主軸，大陸醫生輔助，病患會發現台灣醫生比較親切。我們只做該做的，不會看眼睛叫你打點滴，跟當地不一樣。硬體差不多，但是人素質不一樣。專業水準也好很多，長庚聘的大陸醫生也有改變，跟台灣的體制，整體水準就拉起來，大陸原先沒有急診專科進去這個制度後這幾年很夯。
- (7)醫藥平行輸入的談判，如果大陸要醫改要成功，這些事情還是要面對的。
我接觸的大陸衛生官員分兩段談，中央和地方，我不清楚但是他們中央衛生官員不只專業而且認真，不比台灣官員差，對事情判斷相當銳利。（他們對台商投資醫院的看法）他們是相當正面的，不只對台商，中央是支持但地方就不是這麼好，地方會有架子但中央的完全不會。中央雖然支持但是具體的支持沒有看到，因為真的在 run 還是地方機關。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

- (8) (對台商或其他人到大陸投資的看法) 要開婦產科醫院專業的東西絕對有機會，只要開 50-100 床，對特殊立即型產品我覺得絕對有成功機會，但大型綜合醫院相對辛苦，長庚、旺旺、明基等醫院，相對辛苦，他面對太多競爭。他倒過來只能用本地醫生本地地方是做事，這就失掉台商醫院在大陸要做的本質，還有一個寶成，他還是照大陸本身的體制在 run 相對辛苦，要很長的投入，明基他現在才現金流平衡而已。
- (9) (預估多久損益兩平?) 那時預估 3~5 年，以投資角度是 3 年，但照現在看起來可能 5~10 都可能，本來開 500 床左右，現在後面又蓋起來現在兩間房也蓋起來變成 2400 床。十二五之後有機會也不只有台灣醫療機構進來，醫療行業到後來要跟當地文化有關係，醫療一定會當地化，大陸文化和法規都不一樣，你只能先把長庚經驗的精神放進來，再逐漸改變，其他的一開始很難複製。

8. H8

- (1) 機會：隨著人民所得的提高及醫療照護品質的需求，大陸兩岸衛生醫療產業政策日趨開放，積極鼓勵民間資本進入並鬆綁港澳臺外資得 100% 獨資於沿海省市設立醫院。掌握 ECFA 相關讓利條款的順風車，台商在大陸投資與經營醫院時機益趨成穩定成熟。
- (2) 威脅：台商醫院仍面臨中央政府相關法令的不平等，如：醫保、稅制、土地取得、設備補助、水電優惠、審批時效、優質醫護人力的來源、醫師多點執業的限制等，以及地方政府公權力行使的不對等，甚至民間對醫療糾紛濫用，皆需審慎考量並納入風險評估要項。

二、學者專家 (台籍、陸籍)

1. S1

- (1) 台商在大陸投資，另一個是投資經驗投資機會很多，在大陸投資首先就擁有先天優勢 (各方面的優勢-資本、低階資產的積累、土地、房產)，因為大陸這邊一切剛起步，當初明基能進入是聯合另外兩家醫院入股的 (鼓樓醫院及南京市中醫院，但所占甚微，主要是因應政策)，也是因為台商投資在這領域是非常好的領域，跟工廠不同，工廠受大環境的影響，按經濟學，醫療行業是抗通膨的，只是台商的經營者對大陸市場不甚瞭解，在經營上面會出現問題，但是在管理層面會不斷提升，當初門可羅雀 (因地方偏遠些)，但隨經濟發展，其客戶的增加也在不斷提升，再加上地鐵的開通 (即使較貧窮的人也可以有方便的交通可到)。

- (2)台資醫院收費相對偏高一點,有點錢的人會願意跑來,主要還是找醫生;如果是走醫保的,肯定還是在城裏上市區,因為他是就近看病的(因為醫保就掛在就近的醫院裏),所以病患除非是找你(醫生),他才會跑過來(明基),…即使這樣的現象,由於市場很大,所以仍有很大的發展空間,現在主要問題出現在“有沒有核心產品”(即:提到什麼東西就必須到明基醫院看),另一就是“有沒有做好宣傳”所以自己認為(明基)不太瞭解大陸,因為市場很好,醫院不像一般商品,不存在購買意願低的情形,尤其隨著經濟的發展提高,顧客需要這樣的服務,那怕是最低層的人,他也希望看病得到尊嚴,也希望得到好的服務,下次就會再來,早期台資醫院由於貴,讓人望而怯步,由早期 15 元-50 元-至今 30 元,但如果你(明基)有高端產品,再貴他(客戶)都會來的,但現在還沒有核心產品啊。
- (3)管理上面:人.財.物三方面,對台資醫院來說,後兩者沒有問題,最高端的人才是核心問題(因為最具核心競爭力的就是人),(能否開出吸引人才的條件,就算你開出吸引人才,並使之留住的條件,他也不可能一開始就把病人帶過來,所以一開始營運就是虧損狀態),由於醫院最具核心競爭力的就是人,現階段明基進的人才是二流.三流甚至是小醫院過來的,但病患是知道的,時間長久後會留有個(錯誤)印象:明基設備好.服務好,但是他們有些醫生是從基層醫療來的,這是他(明基)要解決的問題;但挖角又要看他(明基)能不能開出吸引人的條件,因為就算挖過來,他(醫生)不可能一下子就把病人帶過來的,所以在剛始初期一定是呈現虧損狀態,(跟商業是不樣的)所以這是需要時間培養的。
- (4)在我看來明基基本是成功的,他(明基)的起步夠早(愈早愈好),包括昆山的台資醫院,在又有政府的政策扶持,特別是南京這個敏感的城市,例如,地鐵會設在此處,所以台資在這邊經營是很好的…,以前政策是限制的,但他(政府)現在是鼓勵
早期物價沒漲.門檻沒那麼高,所以愈早愈好,因為越到後面成本越大(人事的成本即工資在漲,物價在漲),大的醫院在政策上還是有利的,小的醫院總是要靠自己醫院經營是有社會效益及經濟效益的稍微有點錢的會到這邊來生孩子.住院,因為環境好,服務好(較先進國際化),而大陸醫院因為有醫保(公費醫療),只要你報銷,就得來,所以病患多,其實很多是政策性的因素造成的(你公費醫療在這邊,你就得來我這看)。
- (5)十一五.十二五在政策上是鼓勵醫療行業發展的(制度法規上面是有國家在支持的)在政策尚未嚴格執行下,台資醫院愈早愈好,真正的民營(如長江醫院),有做廣告,但是醫療不規範,易鑽政策的漏洞,未來會在競爭中被淘汰,現在公立醫院沒有廣告,也不需要,因為在現有的條件下,他(公立醫院)是最好,第二,所有公費醫院的病患都到我這邊來,所以他有先天優勢例:長江(醫院)惟一就是宣傳做廣告,核心的東西不管,只做”最少的錢,最大的利益”,看一些看不好的病,例如,腫瘤…,但病人會來試,因為他做了廣告,尤其是

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

偏遠地方來的病人，他會抱著試的心態，例，治療性病，化驗小便，即使拿自來水化驗，機器化驗出來的就是有問題，他不是以產業來經營，所以經營不了長遠，只在乎短期利益，所以一旦媒體曝光就會有問題，…(他的理念不同)人口老化問題：獨生子女政策在中國 一個老人生病需要全家動員，甚至老人照顧老人的情形，但是孩子少的情況下，親人照顧看護方面就顯不足，有的醫院推出的特色是，老人送進醫院後提供全程看護，但費用較高人口變遷疾病型態：老年病/慢性病/久病。環境汙染：部份地區有腫瘤。惡性疾病醫療人力。科技。設備不足，各個層級的醫療機構所反映出的醫療人員水準參差不齊，同樣學歷的醫護人員，在三甲醫院(省中或市中)跟在社區醫院比較，三五年後的素質水準是明顯不同，(在三甲醫院一天的門診量可能會是社區醫院一個月的總量)醫療設備又跟高層領導的決策與管理有關…醫療無明顯競爭。合作態勢(如從他處較小醫院的醫生到大醫院進修，作進修生)資訊科技創新：如科研，但實際上是”有所為而為之”，而真實的且有價值的含量並不高(務虛不務實)，幾乎是為了”升職稱”而出的科研成果，且大部分是成功的課題，但真正有用的成果卻有限

(6)對兩岸醫療產業建議很多，但總的原則是要適應大陸這邊具體的環境，多採納當地的建議，再配合國際化的管理，欲發展，一定要本土化，在現有條件下，如何增加收入，以平衡支出醫院自製中藥制劑1元(成本低)→到消費者手中10元，是消費者易接受，而醫院也有好的利潤；但如果是藥廠賣藥，它就會是百分之兩千的利潤…但藥品是不能促銷的醫院自己做制劑(例如中成藥)來賣其實可以賺來效益和口碑，而利潤在比例上是屬於單位的。

2. S2

- (1)台商有管理上的優勢。大陸的醫療生態，與臺灣勞保時代的中期(1975-1995)相似度，幾乎達90%以上。包括醫保制度、看病習慣、醫師用藥、甚至不當手法都很類似。對有經營經驗的醫療經營者，經營難度不高。在大陸經營醫院較難的部分，應該是醫療機構執業許可證的取得。中間關卡很多。
- (2)法規、制度、就醫習慣與臺灣很像。醫師的薪資比臺灣便宜，但素質較低，且大部分都只會自己領域的，其他部門的專業知識貧乏。臺灣消化科醫師很多都會B超、胃鏡、腸鏡，在大陸都要分別找醫師。因此，價格不算低。但是好醫師不好找。護士薪資低，人力較充足，但素質需要培訓。醫療資訊部分，算很差，整合能力不足。說能做的，展示能做的，都必需很謹慎的求證。大陸普遍很能說。

- (3)台灣醫療產業登陸很有機會。但要有當地關係。如果沒關係，找到再進行，不要以為有政策跟法令就行得通。要找到可信賴的人。管理要有自己的人。

3. S3

- (1)這幾年有許多台商陸續在大陸投資醫院，投資醫療院所的類型約略可以分為三類，第一類型為回饋地方所以興建的大型綜合型醫院，客群針對大陸本地的病患及部分的台商等，第二類型為小型的專科醫院或是院中院(客群為特定對象，例如台商、中高收入陸客或者健康檢查、眼科或美容等客戶)，第三類型為針對員工所辦理的職工醫院或診所等。

- A. 第一類型的醫院由於規模較大，病人群較廣泛，側重急重症病患的治療，要取得地方人民的信任非一朝一夕可達成，況且大陸的公營大型醫院具知名度的也不在少數，累積的名聲多半超過 50 年以上，要改變人們的想法需要時間的經營。在內地經營大陸醫院勢必需要運用到當地的醫療人力，要網羅知名且具成熟度的醫師、以及其他相關人力，也有相當的困難性。
- B. 第二類型的醫院相對投資規模較小，能夠針對特殊客群並運用台商的經營管理優勢較快地取得經營優勢，但是往往牽涉到法規的合理性與持久性，有時以打帶跑的方式進行，長期的經營優勢及規模受到限制與挑戰。
- C. 第三類型的醫院多為大型工廠所成立，以服務職工為首要任務，雖已慢慢式微，但是如果妥善地在某些較缺乏醫療資源的地方順勢成立且善加經營，也能夠取得不錯的成效。只是，醫療的投入是附帶的，而非經營獲利的主力。

註：(南京明基與廈門長庚類屬第一、三類型；上海辰(禾)新類屬第二類型)

綜觀以上幾種醫院類型，大陸的醫療發展其實與台灣二十多年前從勞保轉型到健保的發展有其相似之處，從以依賴公立醫院轉型到私人獨立經營醫院的發展相似，人民對公立醫院的信賴到逐漸接受私人醫院的效率服務有著相同的遲疑與需求。尤其大陸早期的私人醫療院所常為了短期的經營利益而犧牲病患的權益，造成病患對私人醫院的不信任感，也由於政府政策對於設立醫療院所諸多的審核與刁難，造成經營私人醫院的困難度增加。綜觀這些問題的形成因素，設立醫療院所仍然是一個值得投入與經營的市場。

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

(2) 兩地醫療政策從大體而言有其相似性；所有機構的成立都需要審批、都需要符合醫療給與需求的合理性，然而台灣法規在診所乃至中小型醫院的設立上均較大陸寬鬆許多，在大陸取得設立機構的資格仍是相當有難度的。台灣的醫療政策一直是「醫院為非營利性機構」，所以禁止投資行為的發生，而大陸的醫療政策是直接將其分為兩類，允許企業投資醫院獲利，但是需要繳交高額的稅負。

在保險制度方面，大陸的保險保大不保小，而且是有限度的保，所以民眾仍然需要支付相當程度的費用，且其保險的管制是較為鬆散的，民眾的選擇權很高，相對醫院的自由度也是較高的，比較像台灣早期的勞保時代，自費病患較多，醫院的行為是比較不受限的。但是相對的，民眾購買力也是較弱的，尤其是弱勢團體相對較多，只是這些年來因為經濟力的成長，有購買力的病患也增加很多，形成了兩極化的市場，這類病患同時也是醫院競相追逐的客群，紛紛為此類病患設計出特別的照護方式。

大陸的醫療人力培育政策因為顧及到各個層面的需求，所以進入程度是較容易的，尤其是鄉村醫師可能只要是高中職畢業的程度加上一點訓練就可以執業，因此醫師等專業人才的素質差異非常大，再加上文革時期的斷層，醫療人力混亂，造假證書事件層出不窮，因幅員廣大醫院間要徵詢也不容易。而且許多博士、碩士生畢業都不見得有足夠的臨床經驗，加上還沒有形成成熟的專科醫師制度及審查，醫師的聘僱是一件需要費心的工作。相對台灣的醫師與護理人力比，大陸護理人力嚴重缺乏，許多工作都是醫師親力親為，而沒有護士協助；因為醫師人力相對較多，醫師擔任全職的行政工作者、甚至擔任藥品銷售員等工作的狀況十分多見。

大陸的醫療規範非常繁複，雖然保險人口只有部分，保障金額也是有限，但是對物價的管制仍然有諸多限制，尤其是藥品等價格不遺餘力地想降低下來，與台灣的情況類似；醫院有相當的獲利必須來自藥品，但是因為公立醫院不能從藥品獲利，導致醫師薪資長期處於偏低狀況，因此醫師等人員從廠商處得到利益的行為及收受紅包成為重大的問題。

(3) 大陸公立醫院雖然這些年做了許多改革，也大量投入硬體資源與設備，但是仍然沒辦法脫離所有公立系統的弊端，所以私人醫院仍然充滿了機會，畢竟私人醫療院所目前佔不到所有醫院的三成。但是，大陸的政策管理、人員心態仍舊充滿了人治觀念，法治的思維仍舊

在極其緩慢成形之中。所以經營醫院「步步為營、親力親為」還是不能避免的。而且醫療行為要被地區的人接受是需要非常長期地經營，所以醫療院所投資經營還是要有長久的心理準備。

4. S4

- (1) 台灣醫師的平均水準，在中國民眾心目中仍舊存在相對優勢。台灣醫師所受專業教育之嚴謹，也確實可堪重任。中國目前醫療糾紛甚多，醫病關係緊張；加上中國的專業醫鬧（慫恿醫療糾紛，以從中獲利之團體）不少。台資醫院與台籍醫師到中國執業，很容易因為人生地不熟，造成「容易欺侮」的表像。加上中國醫師逐漸竄起，中國醫師的平均水準也漸漸提高。無論是為了保障自己飯碗的自私心態，或者不服氣「台灣月亮比較圓」的傲氣心態，大陸醫師願意將患者拱手讓給台資醫院、台灣醫師的機會漸漸減少。目前醫療（與醫學美容）成為中國十二五的專項重點，相信將來的成長力道會更驚人，確實是個商機。但是中國窮了這麼久，首次富足之後，對待外人未必願意放利甚多。因此進軍中國醫療與醫學美容，必須謹慎、並且與當地人士積極合作才有機會。
- (2) 台灣的醫療產業始終屬於被打壓狀態；中國醫療產業則比較特殊：行業從業人員未必感受到自尊，但是以「產業」面向看待醫療，卻又受到政府的大力扶植。中國社會保險制度納保人數逐漸擴大，近似台灣 1994 年到 2000 年的光景。加上中國醫療廣告相對台灣寬鬆許多，縱然造成醫病互信的相對低落，卻也直接鼓勵了醫療行業的「商業」產業趨勢。相對於台灣，中國的醫療人力與人口比例差異甚大，除少數一線城市外，基本上屬於醫療不足狀態。如果考慮鄉村人口湧往城市就醫，整個中國大陸都屬於醫療資源相對不足，醫療人力相對缺乏的狀態。鄉村人民相對貧窮，能支付的自由所得相較於台灣為低，因此醫療發展的態勢很差。加上鄉村醫療管理不佳，密醫仍舊有機會盛行。然而中國人口實在太多，只要有二億人口湧向一線城市與二線城市，就可以造成非常明顯的醫療需求。這些剛性需求給予強大的收入支撐，接著帶動醫療產業的硬體與軟體飛速進步。就中國來說，城市與鄉村的醫療差距愈來愈大；就兩岸來說，台灣醫療介入的機會正在流失，或者說，必須願意往相也、偏遠地方發展。
- (3) 兩岸醫療產業決策者應重新檢討健保對於台灣醫療體系的殺傷力。英國公醫跨海到歐陸執業的歷史殷鑒不遠，台灣的醫療體系會逐漸往中國偏移，將來台灣人的就醫會出現困難。除了「楚材晉用」的遺憾之外，也是台灣培養人力成本、中國運用人力資源的兩岸消長。

三、政府官員（台籍、陸籍）

1. P1

大陸有將近十三億人口，在醫療市場上當然是一塊很大的市場。然地廣、民俗、民風不同，對於醫學的認識並不盡相同，尤其大陸有五千多年的文化，中醫醫學就是有五千多年的師徒傳授與傳承。所以大陸人民對於中醫有其一定的信任感，貿然要強行輸入西醫醫療，是否能被接受是一個必須去思考的課題。衛教宣導是另一塊重點。基本上大陸的醫學認知與我們還有一段距離，因此各種衛教宣導，顯示相當要緊。

2. P2

- (1)政府目前正積極推動傳產業特色化、製造業服務化、服務業國際化及科技化的「三業四化」政策，希望將臺灣基礎不錯的產業透過轉型及特色化予以升級、推廣，再創台灣經濟高峰，其中我國醫療產業中被受讚揚的「醫院管理」就是政府認為可輸出的產業（exportable service），因此台商赴大陸投資與經營醫院應可獲得政府政策上的支持。惟目前國內政策方向雖然鼓勵，但實際執行或獎勵措施受限於國內醫療法規及兩岸人民關係條例等限制，目前尚未明朗。事實上，台商赴陸投資後所產生的效益如何回歸國內才是政府最關切的議題，台商除了考慮獲利外，恐怕也須思考是否能透過這項服務業的輸出建立國內醫療產業的特色，進而增加國內醫療就業人口，為國家經濟低迷的情況注入新的活絡動能。
- (2)臺灣有全球聞名的 ICT 技術、健全的全民健康保險制度、先進的醫療科技與設備，可以提供高科技的運用與創新的醫療服務，在醫務管理工作上引進企業管理的精神與作法，有效提升了醫療產業的精確度與績效，雖然台灣正步入高齡化社會，也面臨醫療產業轉型的關鍵期，但政府已發現問題之所在，正思考解決問題的策略，力求在政策上作出回應。
- (3)臺灣雖然地狹人稠，但在醫療資源的配置上，相較於中國大陸仍稱充裕與均衡，尤其是全民健保制度提供民眾便利且負擔得起的醫療服務，醫療水準亦達到一定的水準。惟全民健保的財務狀況關係著這項醫療服務的可持續性，是當前政府最為費心的重大公共政策。中國大陸的醫療服務制度與台灣全然不同，或因地域、職業等因素而提供不同的醫療服務，尚無法達到台灣全民一視同仁的情況。在醫療績效上也因國家制度因素而無法迅速引進創新的醫療設備與技術。
- (4)由於台灣為自由開放的經濟市場，醫療產業政策常受限於民意而無法大刀闊斧的推進，相較於中國大陸在醫療政策的政府專政，較不易看到立即而明顯的效果。

(5) 對臺灣醫療產業決策者的建議

臺灣的醫療產業，不論在醫院管理或醫療技術，都是既有口碑又容易有實效的服務業，若要真正推動服務業國際化及科技化，政府決策者應思考目前產業推動的盲點，致力鬆綁不合時宜的法規，並對推動服務業出口的業者提供實質有效益的政策支持。

(6) 對大陸醫療產業決策者的建議

大陸地區幅員廣闊，城鄉醫療資源配置落差極大，發展較迅速的沿海城市民眾因為經濟力強，常可享有有效且創新的醫療服務，造成社會更大的不公義，如何弭平這種差距是大陸醫療產業決策者要常思考的。雖然中共十二五已將醫療產業的發展納入考量，但在開放外國人或台商投資部分仍有很大的進展空間。

3. P3

一. 海峽兩岸於 2010 年 6 月 29 日簽署「兩岸經濟合作架構協議(ECFA)」，大陸方面將台灣服務提供者於大陸地區設立醫院列為服務貿易早收清單中，明列於上海市、江蘇省、福建省、廣東省、海南省等地可設立台資獨資醫院，其餘省市則可設立合資或合作醫院。目前雖已有多家台資醫院設立，但多數面臨營運之困境如下：

- (1) 大陸公立醫院對醫師之保障優於民營醫院，且依現行大陸醫政法規規定，醫師執業地點以一處為限，尚未開放報備支援制度，因此，民營醫院在招募醫師上，本較公立醫院困難。又因大陸尚缺乏完整一致之專科醫師訓練制度與考核，醫師素質良莠不齊，雖自 2010 年起試行住院醫師訓練制度，但多數受大型(三甲)醫院所壟斷，而新設立之民營醫院，受醫院評鑑每三年一級之限制(二乙→二甲→三)，至少需 6-7 年的時間始得成為訓練醫院收訓住院醫師，使其醫師人力招募上更是雪上加霜。
- (2) 大陸醫師職稱大略可分為主治醫師、副主任級醫師及主任級醫師三級，代表其年資及專業程度，並藉此規範其執業範圍。雖然，2006 年 4 月大陸衛生部宣佈，具有台灣合法行醫資格的醫師，可在大陸申請執業註冊和短期行醫執照，惟無職稱級別之評定，影響台籍醫師之合法臨床業務範圍，一旦發生糾紛，不僅權利無法保障並可能因觸法而受罰。
- (3) 中國大陸自 1998 年起開始嚴格執行各行各業之執業資格證書(俗稱上崗工作證)，加上繼續教育之要求(每年或二年需換證)，目前整體醫事人員人力仍不足。此外，公立醫院之醫事人員享有之福利、薪資均與醫師相當，且因近年公立醫院不斷擴張，致使民營醫院更難攬才。另一方面，大陸之醫事教育普遍未制度化，素質參差不齊，而大陸衛生部門雖開放台籍醫師可直接赴陸換照或考照，但未擴及其他類別醫事人員，因此，台資醫院之台籍醫事人員只能提供教育訓練無法直接執行醫療業務。
- (4) 大陸之診療費仍十分低廉，門診依醫師職級分別為 3-6-9 人民幣，而急診僅收 1.2 人民

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

幣，也因如此，大陸醫院盛傳所謂「以藥養醫」，意即醫院利用藥價差所得利潤來供作醫師之獎金，更甚者收取藥品回扣作為利得。公立醫院之醫療收費包括藥費一般由政府統一定價，但藥品進價部份則可由醫院自行與廠商議價，而公立醫院因具量大之優勢，民營醫院在議價上難與其競爭取得較低之成本優勢，另一方面，雖然民營醫院收費可較有彈性，但如成為醫保定點醫院，其收費仍須比照公立醫院，其經營之困難由此可見。至於，人力成本部份，因大陸專業人員分工細，墊高了人力的需求，加上法規(勞基法)對於勞工之保障高，且近年薪資成長快速，也使經營成本提高許多。總之，大陸之民營醫院，雖可以公司形態成立，收費也較有彈性，但營利型醫院無稅賦、水電優惠，經營成本較公立醫院高出許多，而非營利型醫院雖享有公立醫院同等之優免，但收費受限制，藥品進價仍高於公立醫院，人事成本也較高，如何抉擇？民營醫院陷入兩難。

(5)大陸法規不僅繁瑣，且同一事件可能同時涉及多項法律規定，且因透明度低查詢不易，此外，即便是同一法規，其見解與執法認定標準亦常因人因地而異，遵循不易，且遇有法令未有明確規定或模糊之處，則需依行政單位之解釋，造成醫院經營之困擾與風險。

二. 台灣醫療體系之發展成熟，法規制度完整、資訊透明，各類醫事人才之培育計畫完善素質優良，且醫療品質與醫院管理技術精良，至於，健保雖歷經幾次財務危機，亦有待改善之處，惟二代健保改革即將上路，多項創新措施亦令人期待，整體而言，台灣之醫療體系仍較大陸具絕對之優勢，然醫療市場飽和，投入成長趨緩則為隱憂，故近年政府推動國際醫療即著眼台灣醫療之優勢，引進國際病人，使台灣之醫療體系仍可持續成長，同時因應人口結構老年化之趨勢，推動長照服務體系，輔導建立各項服務模式，再適時推出長期照護保險，使長照體系產業化，也是重要之策略。

三. 隨著兩岸人民之往來越來越密切，除去每年赴陸旅遊之台灣民眾不計，據估計於大陸常住之台籍居民即超過 200 萬人，而台資醫院因其服務管理模式及醫院氛圍之故，常為臺胞就醫時之首選，如能透過兩岸談判平臺，適時協助台資醫院發展，不僅可提供大陸地區台灣民眾之優良醫療服務，同時可展現台灣醫療之軟實力，並帶動台灣國際醫療之發展，另一方面，大陸近年於十二五政策指導下，積極引進社會資本投注於醫療保健設施建設，頻頻推出多項政策吸引台資赴陸設立民營醫院，但從多家先行之台資醫院經驗可知，人才羅致、法規制度、醫院經營理念及專業文化之落差仍為其最大之挑戰，應宣導有意進軍大陸醫療市場者知悉，並密切觀察後續之變化研擬因應策略。

四、顧客（病患（台籍、陸籍））

1. 張小姐(台籍)

(1)為何您會有意願到台商醫院看診（比如台資醫院的招牌、價錢、服務態度、醫師看診品質、教授級醫師的名氣…等因素）？

臺灣人開的醫院 環境較好 較舒適

(2)對兩岸醫療院所醫療水準、硬體設施、醫療專業人員服務、收費標準等的看法，包括親身經驗與親友說法(本題原則為台籍)。

對於明基 親身看病經驗 覺得其醫療水準仍不足 設施一般 服務還可以 收費可接受

(3)在台商醫院看病與在大陸醫院看病經驗比較(門診/住院)。

基於”衛生條件”會選擇台商醫院門診 因為台商醫院相較之下很乾淨衛生（另外沒住過院）

(4)你還會繼續在台商醫院看病嗎？如為否？原因為何？

4-1. 為何不選擇台商醫院就醫的原因？

（完全不會選擇至台商醫院就醫）考慮是否繼續到台商醫院看病

因為台商醫院大都聘用大陸醫生 上次看口腔科 操作非常粗魯 水都濺到整個臉上 表面上是臺灣醫院 但實際上是大陸醫生在看病（台皮陸骨）所以對我來說“人”的部份還是考慮的主要因素 部份大陸醫生的素質是有待加強的

(5)對台商醫院經營管理、醫療服務等的建議。

跟臺灣的醫院比較起來尚有很多不足，繼續加油努力吧

2. 另約有 10 位病患回答大致相同綜整如下：

(1)為何您會有意願到台商醫院看診（比如台資醫院的招牌、價錢、服務態度、醫師看診品質、教授級醫師的名氣…等因素）？

服務態度好、環境好、醫生素質高、服務好。家住附近。

(2)對兩岸醫療院所醫療水準、硬體設施、醫療專業人員服務、收費標準等的看法，包括親身經驗與親友說法(本題原則為台籍)

相比其他醫院而言，台商醫院環境很好；醫療設施好，醫生處理的好；口碑好；開業時收費還很合理，現在收費很高，不太能接受。而且停車場現在還在收費，不太能接受，看病的人不應該收停車費。專家掛號費太高。兩岸醫療觀念上有差別，臺灣的醫生態度有點高

大陸台資醫院的經營策略比較研究：
以某三家醫療事業體為例

傲，體制有點繁瑣，有點浪費資源。醫院主要是靠醫生的水準，台商醫院想在大陸把醫院做好，必須要入鄉隨俗，學習大陸的觀點體制，而不是排斥大陸的醫生。認真說來，台商醫院人文環境很好，在這裏就診很放鬆。

(3)在台商醫院看病與在大陸醫院看病經驗比較(門診/住院)。

台商醫院其他醫院好，環境好，醫生多，病人相對少，不用排長隊看病；但是掛號費高，專家號很貴，但是藥品的收費差不多。住院條件好。

(4)你還會繼續在台商醫院看病嗎？如為否？原因為何？

還會繼續在台商醫院看病，因為環境好；服務態度好；醫生素質高，設備好；但是也有人覺得如果掛號費太貴，就不會來就診；還有人因為地方就近，在台商醫院就診。以後不一定來就診，因為這邊收費越來越高，還特意開車到這裏就診，現在收費高，不一定到這邊就診，會去市區看病。如果台商醫院收費又高，醫生態度又不好，以後就不來就診了。

(5)對台商醫院經營管理、醫療服務等的建議。

掛號費太貴，最好下調一點。多引進一些好的醫生，醫生的素質不是太高。護士人太多，感覺不需要這麼多醫護人員；以前收費比其他醫院略低，現在差不多，說不定以後還會更高，希望以後不要再漲價；醫生的素質不是很高，主任、副主任還會誤診，到市區醫院一查就查出來了，到這邊會多花錢，醫生的水準不是很好；希望多多加強。台商醫院應該多加宣傳，增加自己的知名度，如果還不做宣傳增加自己的知名度，前景還不容樂觀。