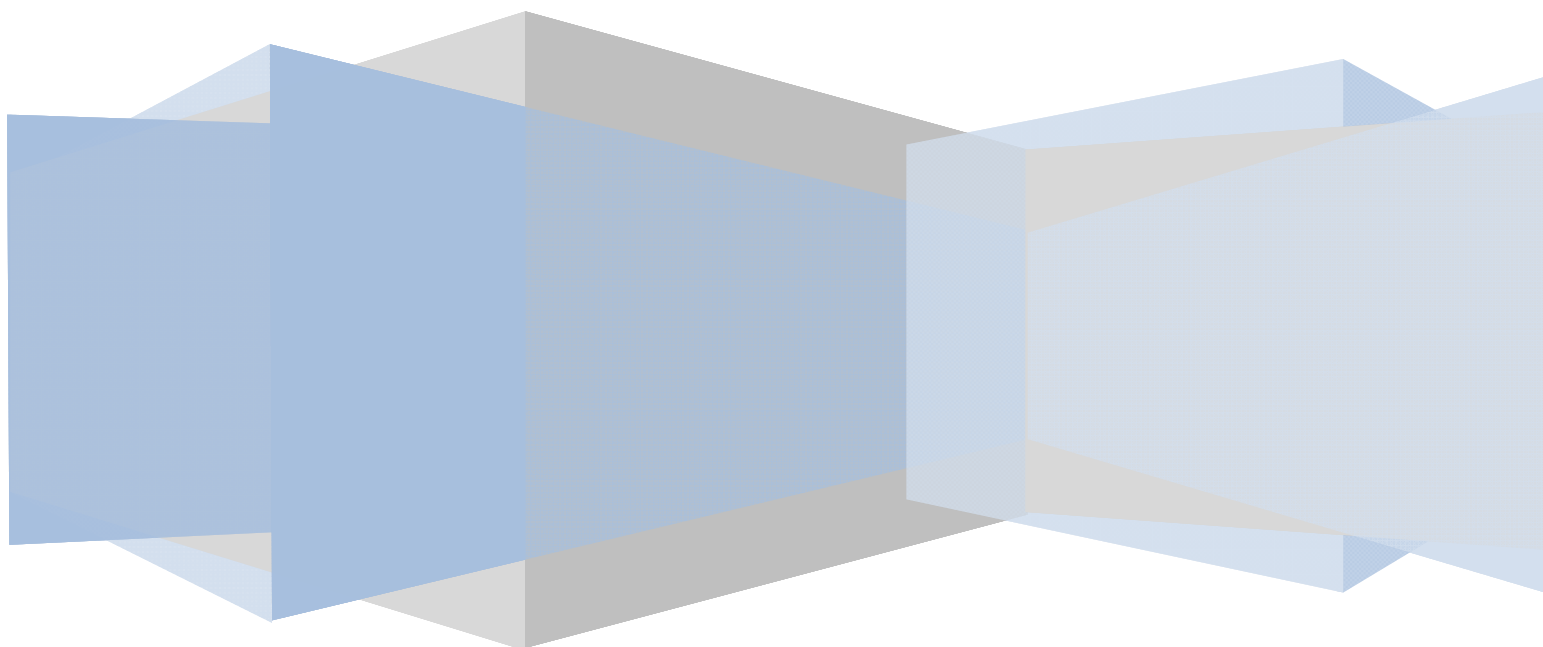


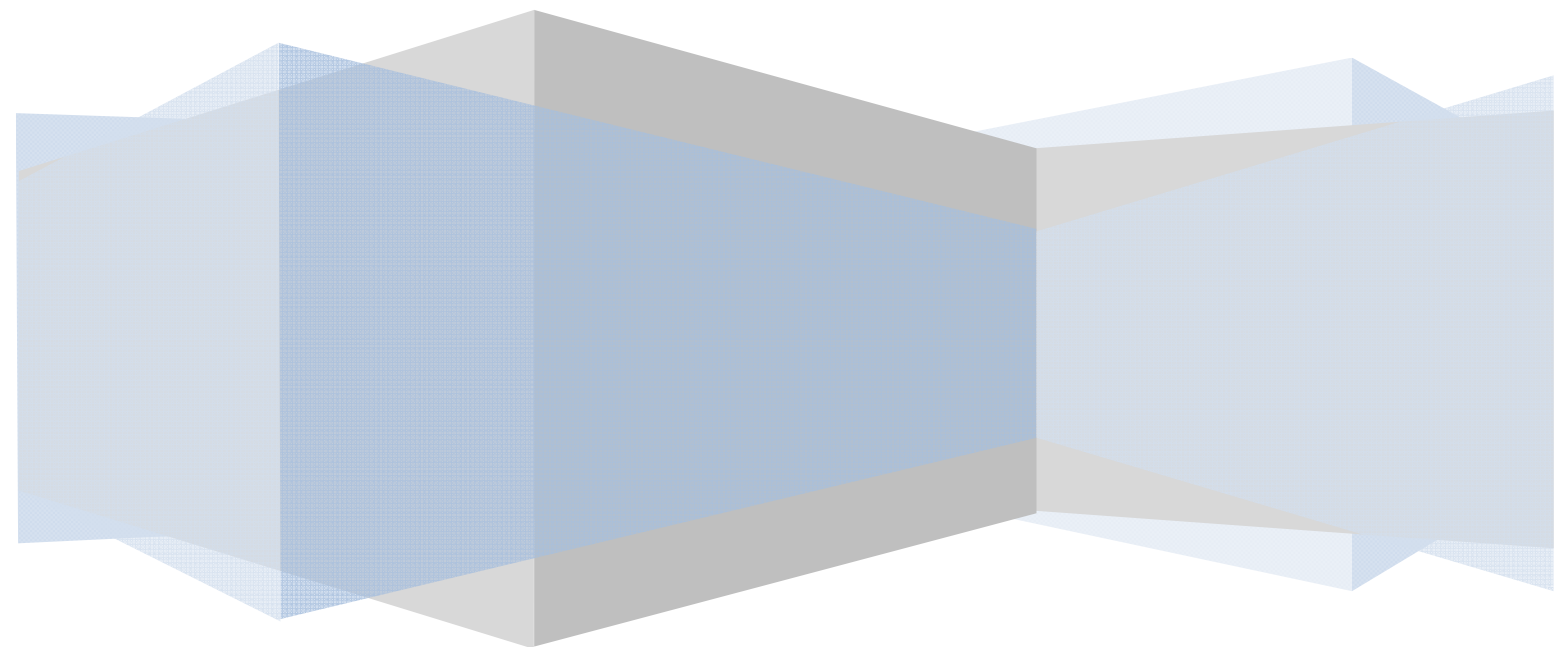
國際醫療發展與服務貿易 協議之衝擊影響評估報告

 衛生福利部 醫事司



目 錄

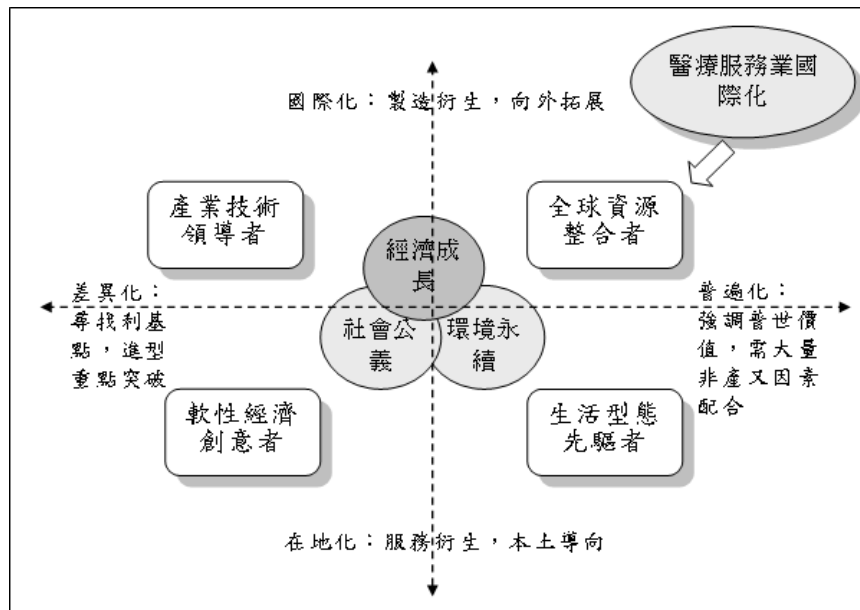
第一章	前言	3
第二章	文獻探討	6
第一節	國際經驗.....	6
第二節	正面/負面影響論點	17
第三章	台灣國際醫療發展現況與潛在影響	32
第一節	台灣醫療體系現況.....	32
第二節	潛在影響.....	37
第三節	臺資醫院在中國大陸經營現況及對醫事人員造成之影響.....	46
第四節	ECFA 服務貿易協議與自由經濟示範區對醫療之影響	48
第五節	「服務貿易協議與自由經濟示範區對我國醫院服務業之影響」聽 證會會議紀錄.....	55
第四章	潛在衝擊之配套措施	98
第五章	策略與願景	101
第六章	文獻參考	104



第一章 前言

台灣醫療潛在產值龐大，價格亦極具國際競爭力，醫療服務的水平在亞洲也居於領先地位，但是，我國的醫療服務範圍卻始終侷限在國內。在國內內需市場不大的情況下，整體產業進一步發展及提升國際競爭力的空間也受到制約，整體產能無法徹底發揮。因此，政府現正積極鼓勵國內醫療產業的發展邁向國際化，一方面除提供國際醫療服務，擴大台灣醫療產業在國際上的能見度；另一方面，更藉由我國國際能見度的提高，吸引海外病人（包括華人與非華人）來台進行轉介治療，同時更希望國際觀光客在來台的同時，也能接受非侵入性的醫療服務，如：健檢、醫學美容等，進而創造龐大的經濟產值與效益，促進國內醫療服務的升級轉型，並解決國內市場飽和的困境，更帶動國內經濟狀況的改善。

根據工研院 IEK 中心（2006）的研究分析，為了因應 2015 年全球趨勢、考量國際經濟板塊變遷對台灣可能帶來的機會與威脅，針對台灣具備的優勢與劣勢、周邊競合國家對未來中長期國家發展的佈局、以及各界社會對台灣的多元期待，歸納出台灣有四種產業發展的可能角色，每個角色都有可能帶領台灣產業脫離低價代工的瓶頸，創造人民最大的福祉。



資料來源：參酌工研院 IEK 中心（2006）〈2015 年台灣產業發展願景與策略〉整理而成。

圖 1.1 多元願景發展定位

如上圖，以聚焦性與定位策略為兩軸區分，「全球資源整合者」強調的是以台灣現有的製造利基為衍生，向國際拓展，同時較重視普遍化的價值，也需要產業外、整體環境的配套措施，如相關法規、金融、物流等支援體系。這個願景對經濟成長的明顯貢獻將會較顯著，但對環境永續與社會公義的直接貢獻則相對較不明顯。

另一項對經濟成長貢獻顯著者為「產業技術領導者」。強調國際化發展，但以特殊性、利基性的專業核心，力求重點突破，以在國際舞台凸顯差異化特色。「軟性經濟創意者」同時也重視差異化、利基性的商品提供，如研發設計服務等，由服務衍生，較為本土導向。「生活型態先驅者」同時也是由本土需求衍生，但與軟性經濟創意者的最大差異，在於以人類對生活需求的渴望為出發點，在普世化價值上創造特色，同時更重視總體環境的配

合，包括相關的區域規劃、交通建設等。對環境永續的需求也較其他願景更為凸顯。

以醫療服務國際化而言，台灣擁有國際級的醫療人才，語言能力佳，價格又相對低廉，如能整合國內資源，鬆綁法規，並尋求國外保險公司，旅遊業者支持，並將行銷觸角擴及中國大陸、東南亞僑民、觀光客，將足以有效國際化，扮演「全球資源整合者」的角色。因此於 2007 年起，行政院於〈挑戰 2008：國家發展重點計劃〉中，將醫療保健及照顧服務業稱為 12 項策略性服務業之一。其次，在 2015 年經濟部願景〈第一階段三年衝刺計畫（2007-2009）〉中，服務業裡的醫療服務業也是其重點產業。而「醫療服務國際化」、醫療機構品質提升、醫事人員服務品質提升訓練及發展醫療 e 化產業均為重點措施，並透過該些計畫、措施的推動來達到「顧客走進來，醫療走出去」的目標。

第二章 文獻探討

第一節 國際經驗

全球國際醫療產業之發展，以亞洲地區之市場發展最為快速，鄰近台灣之東南亞地區的泰國、新加坡等國其所創造之產值、服務量不僅成長率高，同時也為該些國家帶來財政上之實質收益，如圖 2.1、圖 2.2。

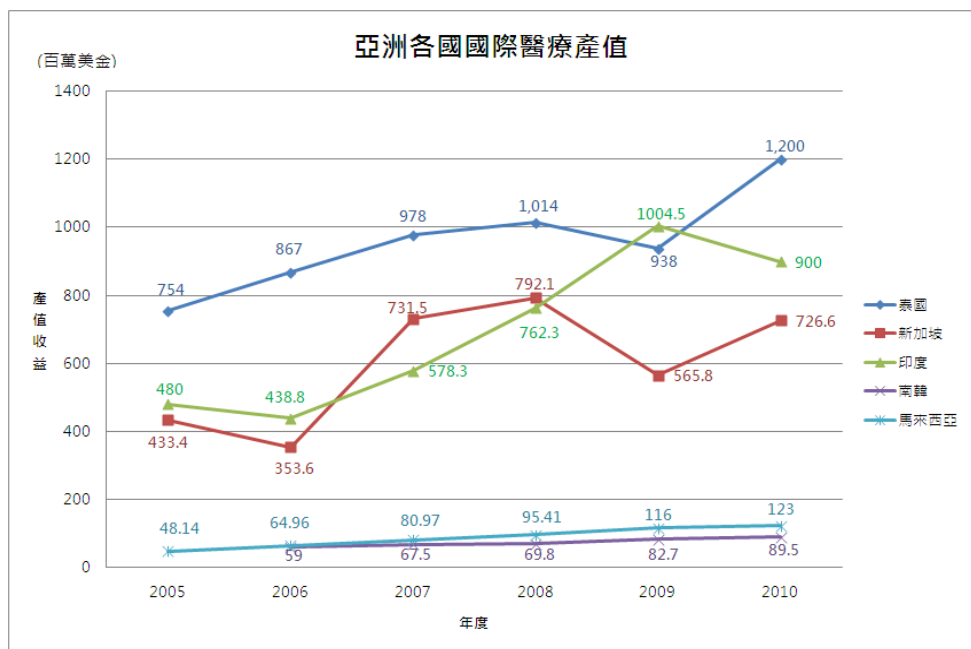


圖 2.1 亞洲各國國際醫療服務產值(2005-2010)¹

¹ 資料來源：本研究蒐集。泰國產值：2005-2009：IBEF；工研院 IEK 計畫，Dr. Surapong Ambhangwong, "Arabian Travel Market Dubai World Trade Centre(DWTC)"(May 4,2010)；2010：
<http://s2.misa.com.tw/ibmi/client/ForumDetail.php?DSCDOCTYPID=0lge2ef9mro52lmr&DSCDOCID=00blousbf1y3efq0>。
新加坡：2005-2010：<https://app.stb.gov.sg/asp/tou/tou03.asp>。印度：2005：
<http://www.theindusview.com/vol3Issue6/companywatch.html>；2007：
<http://indianmedicaltravelassociation.com/Newsroom-Details.php?newsroom=2>；2010:
<http://s2.misa.com.tw/ibmi/client/ForumDetail.php?DSCDOCTYPID=0lge2ef9mro52lmr&DSCDOCID=00blousbf1y3efq0>。南韓：2006-2011：<http://www.koreaherald.com/national/Detail.jsp?newsMLId=20120131001014>、
<http://www.medicaltourismmag.com/article/korea-a-plan-for-action.html>。馬來西亞：2005-2008：Association of Private Hospitals of Malaysia (APHM)；2010-2011：
http://www.btimes.com.my/Current_News/BTIMES/articles/20120227001349/Article/index_html#ixzz1uoeeOHf1。

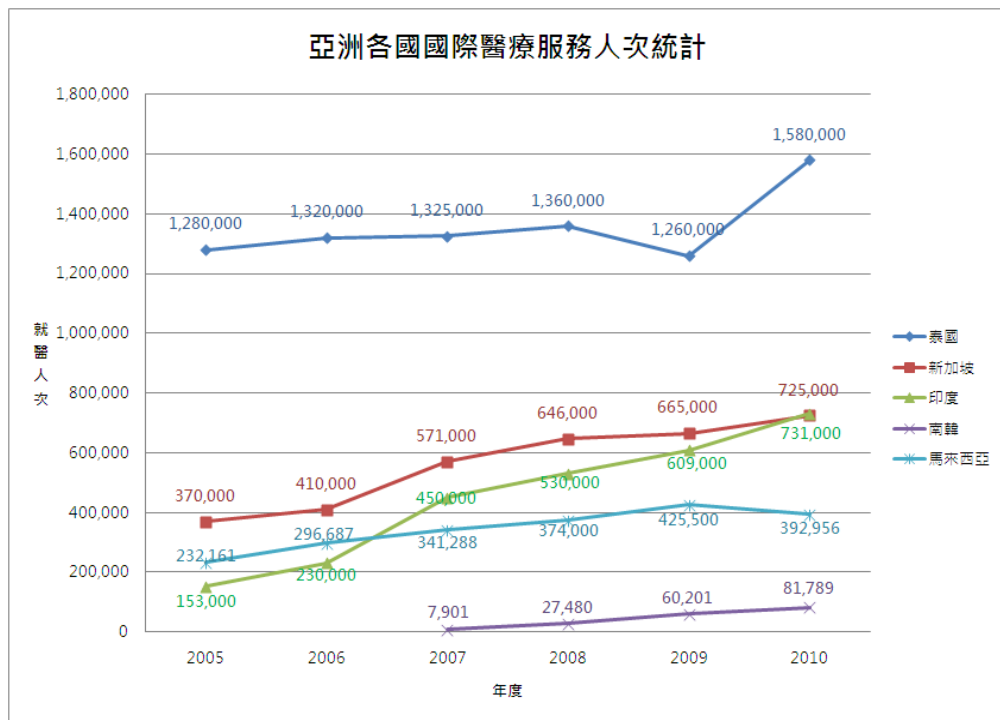


圖 2.2 亞洲各國國際醫療服務人次統計(2005-2010)²

² 資料來源：本研究蒐集。泰國就醫人次：2005-2009： IBEF；工研院 IEK 計畫，Dr. Surapong Ambhangwong (2010)；2001-2010：www.mwtourism.com (http://orahu.org/downloads/phil_midden_presentation.pdf)。新加坡：2006：<http://www.discovermedicaltourism.com/statistics/>(retrieved by 2010/11/23)；2007-2010：www.mwtourism.com (http://orahu.org/downloads/phil_midden_presentation.pdf)。印度：http://www.indianhealthcare.in/index.php?option=com_content&view=article&catid=131&id=168&start=2；2007-2010：www.mwtourism.com(http://orahu.org/downloads/phil_midden_presentation.pdf)；2011：<http://www.businesscoot.com/indian-medical-tourism-sector-211/>。南韓：2007-2010：http://www.koreatimes.co.kr/www/news/nation/2011/05/117_87757.html。馬來西亞：2005-2008：Association of Private Hospitals of Malaysia (APHM)；2009：<http://www.frost.com/prod/servlet/press-release.pag?docid=198719183>；2010-2011：http://www.btimes.com.my/Current_News/BTIMES/articles/20120227001349/Article/index_html#ixzz1uo0eOHf1。

本節將針對鄰近國近期發展國際醫療情形以及面臨之衝擊現況進行蒐集，以他國累積之經驗與解決方法作為台灣於國際醫療發展衝擊之可能性進行評估、說明。

➤ 泰國

泰國發展國際醫療之契機始於 1997 年，該國面臨金融危機所造成觀光產業大幅度下滑，泰國政府以及當地醫療產業開始思考轉型發展，以吸引高消費力之外國觀光/醫療旅遊旅客³；同時泰國政府也希望藉由觀光醫療之推動來導正他國對於泰國既有之負面形象⁴。泰國政府強力之支持及推廣，配合著該國內數家國際認證之國際知名大型醫院，如：曼谷康民醫院 (Bumrungrad International Hospital)、曼谷國際醫院 (Bangkok Hospital) 與三美泰醫院 (Samitivej Hospital) 等，提供五星級之醫療服務等，將泰國打造為亞洲醫療中心 (Asia's Medical Hub)，讓泰國逐漸在醫療觀光產業嶄露頭角。根據歐洲、美國、中東及其他亞洲國家之國際觀光客評比資料，泰國已躋身成為亞洲地區發展醫療觀光的重要國家之一。

泰國推動觀光醫療後，雖為其國家帶來實質產值效益(見圖 2.1)，但有部份研究結果認為，因國際醫療的發展，該國公立醫院或提供基本醫療照護的醫師嚴重流失 (inward brain drain)，爭相投入招攬國際病患的私人醫院，或醫美整形等賺錢的服務科別，迫使本國人得花更長時間排隊等候看病。⁵此外，國際醫療醫院之間的軍備競賽，讓先進醫療設備集中大城市，加深城/鄉之間、外國/本地病人之間醫療資源的差距。

³ 資料來源：陳尚懋，泰國觀光業的政治經濟分析，台灣東南亞學刊，7 卷 1 期，2010 年，p.41-74。

⁴ 資料來源：Cohen, E. (2008). "Medical tourism in Thailand." Retrieved March 3, 2013,

⁵ 資料來源：Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huang NL, et al. "Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services". *Lancet*. 2011;377:769-81.

但事實上，長期以來泰國一直存在醫療人才流失而造成人手不足的問題，特別是偏遠地區缺乏醫生與醫療設備，根據 2008 年統計，該國每位醫生-病人比高達 1：2400，醫生工作相當吃緊，為此於 2008 年泰國衛生部展開了一項醫療人才補充長期計畫，透過醫學教育體系改革（包括延長退休年限、設定醫學生畢業後服務年限⁶、增設醫學院等）、增加醫療就業環境誘因、醫護人員換照等方式；另一方面則是開始放寬對於外國醫師前往執業之相關規定，以招攬海外醫療人才。

目前，泰國衛生委員會（Thailand Medical Council）根據該國醫療法(Medical Act B.E.2525 ,1982)第 30 條，對於外國醫師之執照登記提供註冊方式設置相關規章（詳見附件 1），讓外國人可以清楚了解換請泰國醫師執照應具備之條件。

雖然泰國發展醫療旅遊使得私立醫療機構數目增加，且由於都市化的趨勢，使得偏遠公立醫院的醫師人力外流至私立或位於都市的醫療機構，但隨著近年泰國國際醫療大力推廣發展下，許多私立醫院對於海外專業醫師之需求更為增加，泰國亦降低了外部人才外流，許多在外工作念書的泰國人，更願意回到泰國來工作；如康民醫院目前之 1200 名醫師中（包括內外科以及顧問醫師），其中便有 220 名具備美國認證之海外歸國醫師或外籍醫師⁷。

另外由於醫療旅遊的競爭需求，醫院設備建置的標準隨之提高，醫院也更願意投入相關資源，進行良性競爭，並可能振

⁶ 自 2008 年起，泰國醫師執照實施仿照美國醫師執照考試(USMLE)。不論公私立學校之醫學生於畢業後，皆需得至指派醫療機構先服務三年，第一年稱作 Intern，之後無特定名稱。這三年服務只能選擇曼谷以外的地區進行第一線的一般內科而非大醫院專科；在地區的公立醫院服務兩年後，方可回到醫學中心開始專科訓練。部份以低分入學之醫學生，其於入學時即被規定未來只能選擇限定某些地方行醫；而有些學生(尤其是以後想走小專科的學生)則會選擇以將近台幣四十萬元之費用來換取這三年實習時間。

⁷ 資料來源：<http://www.patientsbeyondborders.com/hospital/bumrungrad-international-hospital>

興疲弱的衛生保健系統，喚起其他醫院對醫療品質的重視。⁸

➤ 新加坡

新加坡自 2003 年即開始全面推動國際醫療，為提升推動效率，並在衛生部轄下設立了一個跨機構的組織-Singapore Medicine，結合經濟發展局(Economic Development Board)、企業發展局(International Enterprise Singapore，簡稱 IE Singapore)及旅遊局(Singapore Tourism Board，簡稱 STB)共同執行。由 STB 負責推廣新投資項目和發展醫療保健業的能力、IE 負責新加坡的醫療保健服務業者在海外拓展、新加坡旅遊局負責海外推廣和營銷、海外病人轉介服務，提供海外民眾享有配合無間的高素質醫療保健服務。

事實上，新加坡在推行國際醫療過程中，並無接收到明顯的反對聲浪。僅有部份民眾對於外國醫師較本國醫師佔比高之現象，因老年病人之語言溝通問題提出反應。

新加坡公、私立醫療機構約 3000 家，2009 年觀光醫療人數已經超過 40 萬人。新加坡每年只能培育近千名醫療產業畢業生，明顯不足，故目前除了積極開展第三家醫學大學以外，只能極力往海外延攬醫護人才。2008 年 10 月，新加坡衛生部首次承認台灣兩所醫學院畢業生學歷：台大及長庚，將人才網直接撒向優秀的台灣醫師。新加坡同時增加承認 20 所外國醫學院的學歷，積極吸納亞洲醫學人才，除了兩所來自瑞士和荷蘭外，其餘 18 所皆來自亞洲，包括中國、台灣、印度、日本和韓國，其中中國占 8 所。

⁸ 資料來源：Pocock NS, Phua K. Medical tourism and policy implications for health systems: A conceptual framework from a comparative study of Thailand Singapore and Malaysia. Global Health. 2011;7:12.

越來越多在國外受訓的醫生選擇至新加坡工作，依據 National University of Singapore (2009) 文中指出，過去三年中有將近一半以上的醫生是來自海外，同時很多醫院也延攬海外的醫生，以 KK Women's and Children's Hospital (KKH) 而言，2007 年招募的 15 位醫生當中，有 6 位是受訓於英國、馬來西亞、澳洲甚或於菲律賓。由於當地人口日益增加及海外病患為尋求更好的醫療服務，進一步需要更多的醫生及相關醫護人員。對此，除在基礎設施的擴建外，新加坡政府也撥款約 1 億美元用於未來五年內，招募和培養更多專業醫療人士，以提供更多的就業機會。

另外，新加坡政府更成立了 MOH Holdings，該公司是衛生部所屬之人力組織集團，專門進行海外各國宣傳招攬醫護人力，並設有獎學金、各項醫學學程等，近期也積極前往亞洲、中國大陸地區等各國辦理招募人才說明會，海外應徵者通過考試後可得到獎學金以及生活津貼等，並依照科別完成訓練學程畢業後，即可獲得相關認證文憑以及執業註冊，並需與該集團簽署於新加坡地區 6 年就業協議。該集團之宗旨：為旗下的公立醫院及專科中心(包括：亞歷山大醫院、樟宜綜合醫院、心理健康學院、國立大學醫院、新加坡中央醫院、竹腳婦幼醫院及陳篤生醫院)尋求更多醫護人才。

由於外國醫師佔比例逐年增高，根據新加坡海峽時報 (Straits Times) 報導，2007 年該國註冊之醫師共計 7,611 名，其中 1310 名為外籍醫師，佔了 17.2%⁹；至 2010 年，外籍醫師佔了該年度新註冊醫師數之 60% (484 名)¹⁰。在 2009 年，國家衛生部宣布將招募多達 1000 名外國受訓的醫生到公營醫療機構，以紓緩新加坡的醫生短缺。目前在新加坡註冊的 8323

⁹資料來源：“More foreign doctors to increase capacity and lower costs.” **Straits Times**, 26 Jan. 2007.

¹⁰資料來源：<http://veritas-lux.blogspot.tw/2011/07/singapore-medical-cartel-6-latest-data.html>

名醫生中，24%是外國人¹¹。

對海外地區已具備專科執業經驗之醫生，新加坡政府也設有兩大機構—Singapore Medical Council 以及 Specialists Accreditation Board 來進行醫師註冊以及專科執業認證，至 2011 年，已在 SMC 註冊的醫師總人數已達 10,057 人。新加坡政府企圖利用此認證規範，來建立品質監督機制，以維持該國醫療品質一貫性。

➤ 韓國

韓國政府以世界第五的醫療技術、尖端設施及平價診療為主要推廣訴求，積極吸引國外患者來韓治療，並自 2008 年 10 月開始將國際醫療訂為新成長動力產業，根據韓國保健社會研究院資料顯示，2009 年有 6 萬 201 名外國患者於韓國接受醫療服務，估計透過吸引外國人來韓醫療所帶動的生產效益、工作機會創造、飲食店及住宿、醫藥品及化粧品等效益共計為 99.4 億韓元。

同年來韓外國觀光客達 700 萬名，其中醫療目的旅客佔 6 萬名，該等旅客於韓期間消費計約 54 萬美元，即約每人僅消費約 900 美元。以國際醫療旅客而言，美國旅客居最多，佔 45.7%；其次為日本、中國、蒙古、及俄羅斯，約佔 5%~7%。韓國政府於 2008 年投入 4 兆韓元，由 KHIDI 及政府各部會之資源成立韓國國際醫療協會(KIMA)，主司該國醫療旅遊之各項推廣行銷作業。

韓國國際醫療近期之發展重點，轉至發展 1.濟洲醫療保健城促進韓國醫療觀光發展 2. 濟州 Healthcare Town 開發計畫 3.

¹¹資料來源：

http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Singapore_-_Singapore/15/A_new_approach_to_solving_doctor_shortage.html#Headline1

設立「仁川松島醫療觀光基地」等以專區概念，建置國際醫療專屬機構，吸引海外民眾前往就醫治療。

韓國與台灣醫療體系情形較為相似，其私立醫療機構佔該國醫療體系之 90%，全民健保制度亦提供民眾完善的就醫環境。然而近年韓國政府亦積極進行醫療改革，除了開放民營健康保險以外，更取消現行只有非營利法人才能開設醫療機構的制度，開放其他行業營利法人也能投資開設醫院。

以濟州島為例，韓國政府在濟州島執行『濟州特別自治道法』，2012 年韓國國內首家營利醫院(規模 500 床)已經在濟州島破土動工，預計 2014 年完工。此外，韓國政府也推動類似自由經濟示範區概念的政策，在示範區頒布了《濟州國際自由城市特別法》、《濟州特別自治道及開發國際自由城市的特別法》，2012 年“經濟自由區內允許開設營利醫院的施行規則制定案”立法化後，同年 6 月份開始在仁川松都國際城設立外國營利醫院。根據該法案規定，營利醫院必須與國外醫療機關合作成立，醫院理事會過半以上為國外理事，醫院就診的醫生當中 10% 以上為外國醫生，且該區之醫療機構不得收受健保病人。

上述改革方案，雖引發該國民眾負面輿論，認為醫療機構理應是公益性的，而那些提供高層次、特殊性醫療衛生服務的醫院是透過市場機制來運營，為的是追求經濟利益。這將引發醫療費用上漲，醫療服務品質下降以及雇傭條件惡化等負面影響。然而，政府和以大企業為首的支持者認為，引入海外、民間資本參與醫療機構的經營管理，可以提高醫療服務的品質和大大改善醫療環境，並擴大就業機會，高品質的醫療環境可以減少國內患者遠赴歐美等發達國家高消費就診，同時也可招引國外患者。

➤ 日本

近年來「觀光醫療」商機大增，日本也開始大為重視，意圖吸引更多尋求日本醫療的外國觀光客。2010年日本將「觀光立國」設定為主要目標之一，而經濟產業省也將「醫療產業」作為主打。從2011年元月開始，日本政府即開始實行長達3年有效的「醫療簽證」、最長可停留日本6個月，並且可反覆進出日本。

為避免濫用醫療簽證，日本政府也作了配套措施；凡是申請此簽證的國外人士，都必須透過有和日本國內醫療機關配合經驗的旅行社申請。並且日本旅行社和醫療機關都必須作申請者的擔保人。此外旅行社也必須設置申請醫療簽證的專屬業務部門，和必要的語言能力的承辦人員。以上措施、都是為防止醫療簽證的濫用，以及保證能夠及時快速的解決至日本求診人士的簽證問題。

『日本旅遊-JTB』也瞄準觀光醫療商機，特別成立專屬部門，其表示，從2009年的49名開始，2010年底提升至250人，2011年度則超過至350人。

日本民間團體特別是日本各地醫師協會，認為日本國內本身就有醫師人數、醫療資源不足的問題，如積極推動醫療觀光吸引外國人士來日接受醫療服務，恐將影響日本國民就醫平等性、醫療體系導入營利企業概念加深混和診療問題、影響地區醫療體制整備、將國外抗藥性強的流行病或病菌帶進日本等諸多爭議¹²。

針對日本國內醫師人力短缺之情形，許多專家認為，日本醫療資源不足的原因與其相對低廉的醫療費用密切相關。《華

¹² 參考資料：Medical tourism - a boat to be on。台灣服務貿易商情網。Japan Wants To Build Medical Tourism Market ,Posted by: Kenji Hall、Health care problems in Japan: doctor shortages, long hours, malpractice, people turned away from hospitals

《盛頓郵報》曾分析，日本人就醫的費用是美國的一半，看診次數卻是歐洲的兩倍。日本因為診療費用便宜，每人每年平均就診 14 次，日常治療過度佔用急診資源的現象屢見不鮮。《經濟學人》更指出，像疝氣這類在歐美無需住院的小手術，在日本平均要住院 5 天。

近期，日本開始針對海外招募醫護人力，以提供國內民眾更多需求照護，2008 年 8 月，205 名印尼看護工抵達日本，代表日本第一次正式接受外國醫護領域人員進入日本，醫護人員必須通過日語能力考試，以獲得進入日本執業。2009 年 5 月，菲律賓護士們也來到了日本，273 菲律賓衛生保健人員抵達日本。他們給出 6 個月的語言培訓及兩年的合約。

另外，日本政府正在努力提高醫學院之在校學生與醫學生在農村地區工作之意願，其條件為於該地區工作 10 年，政府將為該醫生提供相關財務援助，以產生更多的醫生。日本計劃使用更多的“醫生直升機”，以幫助在偏遠地區的人得到及時的緊急醫療救護以及在發生意外的情況下提供快速的緊急護理。

目前，日本政府雖積極支持觀光醫療的發展，其臨空綜合醫療中心利用距離關西機場近的有利地理條件，打算將醫療中心建設成集最先進的醫療和旅遊觀光為一體化的「醫療二重奏」根據地，卻逐漸發現日本向中國富豪推出頂級觀光健檢團是叫好不叫座¹³。

事實上，日本雖一方面積極發展觀光醫療，但國內許多法規仍有許多限制尚待鬆綁，於國際醫療旅遊期刊(IMTJ)中，John Woche¹⁴便預料因日本國內於認證制度、廣告法規限制等將造成日本發展國際醫療之遲滯。

¹³ 資料來源：台灣服務貿易商情網 (2011.10.28)

¹⁴ 資料來源：<http://www.imtj.com/articles/2008/japan-lags-behind/?locale=en>

➤ 印度

印度政府為積極推動觀光醫療時，除提供土地、稅賦減免等補助外，亦讓國家教育資源培育出的醫師去服務外國人，此舉不僅讓偏鄉民眾用不到國際醫療的高科技儀器設備，還面臨基本醫療衛生設施、專業團隊人力不足的窘境，帶動整體醫療系統往醫療營利化方向傾斜。

由於醫療旅遊已是目前全球的趨勢，醫療旅遊雖能帶動改善國內醫療環境，然因印度對於公私立醫療機構的政策仍墨守成規，才導致公私立醫療機構的資源分配不均，若印度政府當局能有效平衡公私立醫療機構，醫療旅遊的發展必能有效帶動醫療與經濟的成長。¹⁵

¹⁵ 資料來源：Hazarika, Indgrajit (2010). Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health system in India.

第二節 正面/負面影響論點

➤ 國際醫療之正面效益

台灣的醫療水準及品質一直是我們的驕傲，不僅醫療設備先進，台灣的醫療技術更在世界水準之上，且透過嚴謹之醫療人才培育訓練，經年累月下儲備了相當好的醫療人才與實力，不管是在整型、換肝、活體移植等領域，都有良好的醫療品質，但近年來隨著全民健康保險的實施，在偏低的保險給付及總額支付制度的框架下，國內醫院經營日益困難，醫事人員的薪資與福利難以提升。而鄰近的中國大陸由於醫療的需求強勁，頻頻對台灣的醫師及醫療機構招手，另一方面包括新加坡在內積極發展國際醫療的國家亦積極網羅台灣的醫事人才及管理模式，若台灣不能夠更主動積極的去面對這些挑戰，難以維繫現有的狀況。

綜觀國際，近年來亞洲各國均全力發展國際醫療服務，取得相關國際認證的醫療機構已超過一百多家，亞洲已成為全球國際醫療的主要市場，甚至許多國家之國際醫療專門醫療機構能轉型以公司化型態進行上市，因而吸引著名的大型外資、醫療產業及相關業者相繼投入，創造高就業率及國家整體 GDP 產值，如新加坡的 Parkway、印度的 Apollo、Fortis 及泰國的康民醫院。以下將就各國經驗與研究佐證，分別依社會面、財務面以及產業發展面進行討論：

● 社會面：

醫療旅遊就像是一個新興的產業，當一個國家建立一個新的產業時，必會帶來更多就業機會，創造更多的財富。¹⁶根據 Canadian Center of Science and Education (2012)¹⁷文中指出，

¹⁶ 資料來源：Healthcare Tourism: Opportunities in India. Export-Import Bank of India. 2008

¹⁷ 資料來源：The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical

發展醫療旅遊的國家為了取得國際認證及增強競爭力，除了會投放更多資源於增強醫療技術及設備外，亦致力協助整體醫療業的發展，包括強化其他社會基礎建設和配套、增加醫療教育及科研經費等等，帶來更多醫療業及其他支援行業的就業機會，並讓社會有更完整及蓬勃的發展，有助提高國人的收入。

除此之外，醫療旅遊亦會增強國內之醫療技術及醫療設備，使國人皆能從中受惠。根據 Pocock 及 Phua (2011)¹⁸文中提及，菲律賓、印尼及越南致力發展醫療旅遊的原因除了主要的經濟誘因外，期望改善國人的健康也是其中一個重要原因。由於國內的醫療技術及設施有所提升，醫院的服務質素也隨之而升，讓國人能接受更完善的醫療服務，病患治療率也能大大提高，同時減低國人患病的機會，提升國人普遍的健康指數。

● 財務面：

製造業、外商投資等行業皆是影響國內 GDP 的產業，近年來，醫療旅遊的推動，將為一國 GDP 帶來重大貢獻。以泰國為例，泰國自推動醫療旅遊後，對於泰國整體經濟有大幅的提升，2008 年時，泰國國際病人醫療服務總收入達到 46~52 億泰銖，另外，加上旅遊住宿等相關收入 12~13 億泰銖，使得泰國於 2008 年時，醫療旅遊總收入達到 58~65 億泰銖（請參照圖 2.3）。

Treatments Abroad. Canadian Center of Science and Education. 2012
<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ibr/article/view/14582>

¹⁸ 資料來源：Pocock N. S. & Phua K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health* 2011. 7:12 <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/12>

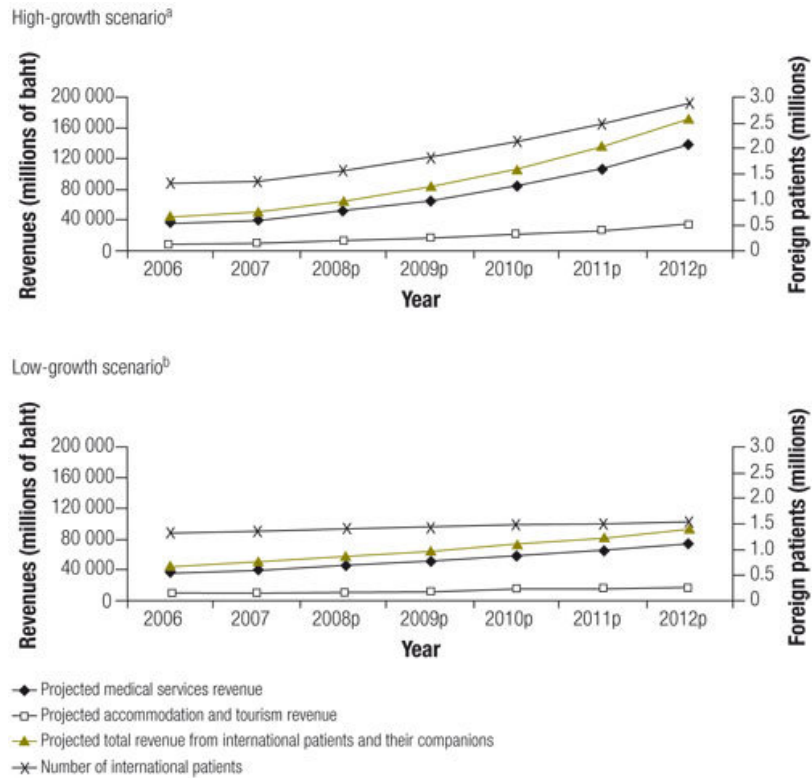


圖 2.3 Projected revenue generated by foreign patients: high- and low-growth scenarios, Thailand, 2008–2012¹⁹

除此之外，根據 Turner (2007)²⁰文中引用新加坡旅遊局之數據指出，每個普通遊客到新加坡的平均每日消費金額為 \$144 美金；反之，醫療旅客的平均每日消費金額比普通遊客多出近 2.5 倍，高達 \$362 美金。由此可見，發展醫療旅遊的經濟收益比單一的旅遊更高，可為國家帶來更高收入，提升 GDP，有助帶動國家的經濟發展。再者，經醫療旅遊所得的收入可用以發展和加強國家的其他範疇如教育、推動環保及社會建設等等，有利於配合國家的整體發展。

¹⁹ 資料來源：The effects of medical tourism: Thailand's experience. <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/09-072249/en/index.html>

²⁰ 資料來源：Turner, L. (2007). 'First world health care at third world prices': Globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303-325.

● 產業發展面：

推動醫療旅遊受惠的必定是醫療業本身。根據劉宜君（2007）²¹文中指出，醫療旅遊有助國家吸納外國資金及吸引外國醫療機構與專業人才流入，加入本國醫療團隊，增進國際間之醫療交流，從而帶動國家醫療品質的提升，亦有利於國內醫療科技的發展，為醫療業帶來新的思維和衝擊，透過創新的科研技術來開發解決醫療上的各種問題。另外，吸納醫療旅遊者可充分利用國內的醫療設備，提高醫院醫療設施的使用率，讓醫療業的收益達致最大化。

而一國推行醫療旅遊後，除了在醫療服務收益中有大幅上升，更為周邊相關產業帶來商機：

✓ 旅遊業：

大部分的醫療旅遊在進行醫療服務後，必會順道在當地進行觀光旅遊，參觀該國的歷史文化及自然景觀，這種趨勢將會為旅遊業帶來重要的收入。以位於中美洲的哥斯大黎加為例，人口僅有 450 萬的哥斯大黎加擁有完善的公共醫療系統，近年積極以生態旅遊作為賣點，配合國家的醫療旅遊發展計畫。哥斯大黎加有 3 家獲 JCI 國際認證的私立醫院，分別為 Hospital Cima，Hospital Clinica Biblica 及 Hospital La Catolica，服務目標以當地中高產業階級人士及國際病人為主。哥斯大黎加藉醫療旅遊推廣永續發展的理念，發展生態旅遊，更推行了永續旅遊認證計畫（Certification for Sustainable Tourism Program），評估當地的生態旅遊是否與永續發展理念相符。不少外地人正因為想參加生態旅遊而到哥斯大黎加接受醫療服務。單在

²¹ 資料來源：劉宜君。(2007)醫療觀光政策與永續發展之探討。
<http://web.thu.edu.tw/g96540001/www/taspaa/pdf/055.pdf>

2009年，哥斯大黎加已成功吸引超過100,000名來自美國及西歐的國際病人進行觀光醫療，亦帶動了當地的生態旅遊業的蓬勃發展，大大增加了旅遊業的收入。²²

✓ **轉介商：**

由於語言或是國家文化的不同，某些醫療旅遊者會尋找轉介商代為安排醫療旅遊計畫，並協助申請簽證等許多複雜的手續，使醫療旅遊者能安心地到該國進行醫療旅遊²³。

✓ **醫療器材及製藥廠商：**

當一個人在該國進行手術或治療時，必會使用該國之醫療設備、耗材、藥物等，這將增加了醫療器材的銷售，也會為當地的廠商帶來利潤。

另外，根據我國專家學者研究認為，國際醫療不只是產業，更具戰略意義，醫療外交已蔚為全球醫療的國際趨勢，國際醫療之發展將有助於提升台灣醫療服務及國家整體形象。現今亞洲已成為全球國際醫療重鎮，印度、馬來西亞等國正急起直追，許多後進國家發展國際醫療，多數以設實質專區為趨勢。台灣如不積極推動國際醫療，將很難面對其他國家之後起直追；且如不積極改善國內醫界經營環境，面對著大陸醫界的磁吸效應，將會導致台灣醫療專業人才空洞化。²⁴

目前，國際醫療服務總量占全國一般病床位僅達0.03%，所佔比例仍低，故排擠效果少；且透過本部與相關部會之控管及監管，限制國際醫療專區醫療服務執照的開放，對國人就醫應不產

²² 資料來源：Bristow, R. S., Yang, W., & Mei-Tsen Lu. (2011). Sustainable medical tourism in Costa Rica. *Tourism Review of AIEST - International Association of Scientific Experts in Tourism*, 66(1), 107-117.

²³ 資料來源：Medical Tourism Impact It's More Than Obvious DR. PREM JAGYASI OCT 6, 2010 <http://www.medicaltourismmag.com/article/medical-tourism-impact-it-s-more-than-obvious.html>

²⁴ 資料來源：高靜、劉春濟：國際醫療旅遊產業發展及其對我國的啟示。《旅遊學刊》2012；7：88-94。

生排擠效果，且可帶來經濟成長及國人就業機會；另外，專區醫院公司化有利潤必須繳稅，且稅後盈餘一定比例將回饋健保，以造福國人。

➤ 潛在負面影響

藉由近年各國推動之經驗以及國際學者之研究文獻等資料，整理已推動國際醫療之國家可能因國際醫療造成之潛在影響情形如下述，本節將針對文獻提出之問題進行分析與探討，瞭解其影響真實性以及發生於台灣之可能性。

1. 排擠國內病患就醫權益，醫療人力不足問題？

“泰國推動觀光醫療後，導致公立醫院或提供基本醫療照護的醫師嚴重掏空流失，爭相投入招攬國際病患的私人醫院，或醫美整形等賺錢的服務科別，迫使本國人得花更長時間排隊等候看病。此外，國際醫療醫院之間的軍備競賽，讓先進醫療設備集中大城市，加深城/鄉之間、外國/本地病人之間醫療資源的差距。”(Tata, S., 2007)

“於印度國家教育資源培育出的醫師卻去服務外國人，不僅偏鄉民眾用不到國際醫療的高科技儀器設備，還可能面臨基本醫療衛生設施、專業團隊人力不足的窘境。”(Hazarika, Indrajit, 2010)

Naranong A. & Naranong V(2011)透過統計分析泰國醫師之看診時間，其統計結果指出醫師花費於國際病患較國人具有顯著差異。然而作者卻也提到，統計學上之顯著差異，其實於實際面也僅只是 1.4 分鐘之差距，而這造成這微小差距之因素大多是因翻譯溝通上所需。

在近期文獻蒐集中可發現，推動國際醫療而造成國內病患就醫權益遭受排擠之案例，多為印度、泰國、馬來西亞等開發中國家，由於該國本身醫療體系便不健全，在醫療人力資源缺乏以及相關制度不完善之下，卻轉向發展國際醫療，當然容易出現國內病患就醫之影響，甚至造成國家健康照護系統之失能（吳彥莉 & 鄭雅文，2013）。

然而，即使國際醫療可能帶來如此的負面影響，印度、泰

國等國政府仍積極推動，除了欲創造實質產值，也可藉由醫療旅遊的競爭需求，刺激醫院醫療設備改變，醫院也更願意投入相關資源，進行良性競爭，進而喚起當地醫院對醫療品質的重視。

於蔡語宸(2010)論文中之訪談記錄，醫療機構也表達發展國際醫療反而可以提升國內醫療品質，由於醫院收入增加，院內設備以及醫護人員的專業也可隨之成長，另醫院也表示醫療機構要服務外國人同時也必須把本地人之照顧品質提升。

2.以公共資源補助私人資本，社會資源分配未公義？

“印度推動觀光醫療時，國家提供土地、稅賦減免等補助，國家教育資源培育出的醫師卻去服務外國人，不僅偏鄉民眾用不到國際醫療的高科技儀器設備，還可能面臨基本醫療衛生設施、專業團隊人力不足的窘境，帶動整體醫療系統往醫療營利化方向傾斜。”(Hazarika, Indrajit ,2010)

在亞洲地區中包括泰國、印度、馬來西亞、韓國、新加坡等國，其政府為推動此產業，均透過公共資源積極帶動產業發展，如：提供獎勵與租稅優惠鼓勵國內外醫療業者、協助業者推動國際醫療認證、與跨國保險公司談判、海外國際行銷等。（吳彥莉 & 鄭雅文，2013）。

近年來許多國家皆大動作的參與國際醫療產業推動作業上，以鼓勵該國醫療產業之發展；事實上在其他產業中，也常見政府透過公共資源之補助或投資，來輔導新興產業之發展。尤其於國際醫療產業中，並非僅止於醫療體系，更包含了觀光業、旅遊運輸業，甚至擴大到醫療生技等週邊產業，影響效益極大。且由前述推動國家之配套政策也能看到，政府不單僅是提供補助，同時也規範該國醫療機構需提出回饋方法，如印度

即要求私人醫療機構必須提供貧戶醫療服務，並給予費用減免等方式，以作為回饋，降低民眾之質疑。

3. 醫療私營財團化、資本化？

醫療產業不論於台灣或全球大部分國家中，過去一直被認為福利事業、非營利事業。然而，隨著醫療旅遊帶動了行銷活動、市場機制之下，許多反對聲浪認為，醫療服務因此被轉型為商品化、營利化，而投資者則被視為營利財團、資本體系等，與醫療本質呈現背道而馳的倫理衝突。但 Timmermans 與 Almeling 即對於經濟學者似乎忘記商品間具有的社會關係提出批判，其表示商品化的適用有其侷限性，市場會因商品於社會道德及其種神聖不可或缺的價值而改變（杜芸珮，2010），醫療服務即為此類，其將不會如同其他商業市場進行單純的商品化、營利化。

以醫療體系而言，台灣與韓國最為相似。過去該國私人醫療機構所佔比例高，故政府在積極發展國際醫療時，面臨國內出現反對聲浪，認為國際醫療之推動將使醫療服務由公益性質轉向資本化。但事實上，醫療體系之資本化與營利性，就許多研究指出並非全然帶來負面效應，由於醫療服務並非一單純商品，就 Leng 主張商品化過程中將帶來三種態樣，包括（1）強調行銷的健康照護（2）強調品質與標準化的醫療服務（3）強調顧客/消費者之選擇，可發現這些過程，事實上反而增加了消費者(病患)取得醫療相關資訊的機會，改善資訊不對等之情形，同時也能提昇醫療品質（杜芸珮，2010）。

而醫療機構資本化，過去美國也作過許多研究顯示資本營利性之醫療機構於將更能提昇醫院經營績效與相關效益，並具有許多優點（見下表），惟於台灣目前醫療法規中，對於營利

性醫療機構之認知較不明確，故加強釐清相關法規、加強相關機構治理審查組織等，將能降低國際醫療造成醫療機構資本化之疑慮與影響。

表 2.4 醫療機構進入資本市場之優缺點

優點	對醫療機構之利益	<p>A. 便利籌措中長期資金，促進資本形成，使企業財務規劃更有效率、更富彈性。</p> <p>B. 減輕財務負擔，強化業務競爭能力。</p> <p>C. 提高企業形象及知名度，便於延攬優秀人才開拓業務及策略聯盟之運作。</p> <p>D. 促進內部健全管理，增加經營績效。</p> <p>E. 提升公司聲譽，易獲國內外各界支持，提升信用及更易取得金融機構的貸放金額。另配合現金增資或發行公司債等金融商品之運用，可降低營運資金成本。</p>
	對股東之利益	<p>A. 投資安全可靠-公司財務資料公開並受主管機關監督，買賣股票及股東權益獲法令保障。</p> <p>B. 有助股東個人理財，進行多角化投資，享受長期經營成果，增加資金調度管道，分散個人投資風險。</p> <p>C. 具有明確的股價，股票易於流通及變現並獲相當之投資利益。</p> <p>D. 透過各方資料提供，廣泛瞭解市場動態。</p> <p>E. 享受獎勵優惠：</p> <p>(1) 獲取資本利得</p> <p>(2) 減輕股權移轉的租稅負擔</p>
	對員工之利益	<p>A. 公司經營健全，提高員工工作保障。</p> <p>B. 員工認股權、分紅配股，分享公司經營成果。</p> <p>C. 提升員工社會地位。</p> <p>D. 增加職場資歷附加價值。</p>
缺點	影響	<p>A. 須負擔製作報告之額外成本</p> <p>B. 管理階層可能會過於重視短期的股價表現。</p> <p>C. 財務、業務資訊公開，使競爭對手容易取得資訊。</p> <p>D. 公益性和營利性之優劣若未能調和，取得相輔相成之利基，將惡化社會大眾醫療資源不平等支現象。</p> <p>E. 經營權可能受到影響，公司的控制權易落於他人。</p>

- | | | |
|--|--|---|
| | | F. 主管機關及法令規範增加。
G. 成為大眾化公司，經營責任與壓力增大。
H. 公司倒閉將影響病人權益。 |
|--|--|---|

資料來源：王炳龍，劉見祥，楊志良（2012）。²⁵

4. 加速醫療費用上漲

國際醫療的推動，在國與國之市場競爭下，醫療機構為吸引更多海外國際病患，不斷提昇院內醫療品質、設備等，企圖以高科技、特色醫療等方式來吸引客源，而許多研究便指出，醫療機構如此的『醫武競賽』，此趨勢將使醫療費用不斷上漲，造成公部門與全民醫療保險的成本增加（吳彥莉 & 鄭雅文，2013）。

“國際醫療之推動可能加速醫療費用的上漲趨勢 ~泰國於2006至2008年間，剖婦產、闌尾切除、疝氣手術、膽囊切除術以及膝關節置換等醫療手術費用便成長了10~25%不等。”（Naranong A. & Naranong V., 2011）

“新加坡推行國際醫療的近五年間，經濟收益並沒有回饋到星國病人身上。但該國民眾就醫的醫療價格卻被拉抬墊高，且民眾自費醫療占總醫療支出比例攀升達70%，遠高過日本(20%)、韓國(40%)、台灣(35%)，就醫負擔日益沉重。”（醫改會，2012；Adam Wagstaff，2007）

“印度於1995至2004年，公立、私立醫療部門之醫療費用分別上漲了55~77%和77~116%”（吳彥莉 & 鄭雅文，2013；Ramirez de Arellano AB, 2007）

然而，我們發現到在這些研究底下，並未將本身醫療體系之大環境因素考量於其中，綜觀OECD國家中，其統計各國近年之人均醫療保健支出（如圖2.4），便可發現無論是否推動

²⁵資料來源：王炳龍，劉見祥，楊志良。“推動我國醫療機構進入資本市場所面臨之障礙與解決之道”證券櫃檯，162，2012.12 頁29-42

國際醫療，只要國家處於科技技術進步、醫療成本升高以及人口老齡化之下，全球各國之醫療費用均明顯的日趨成長，這是全球共同的趨勢，不應單純歸因於國際醫療之推動上。

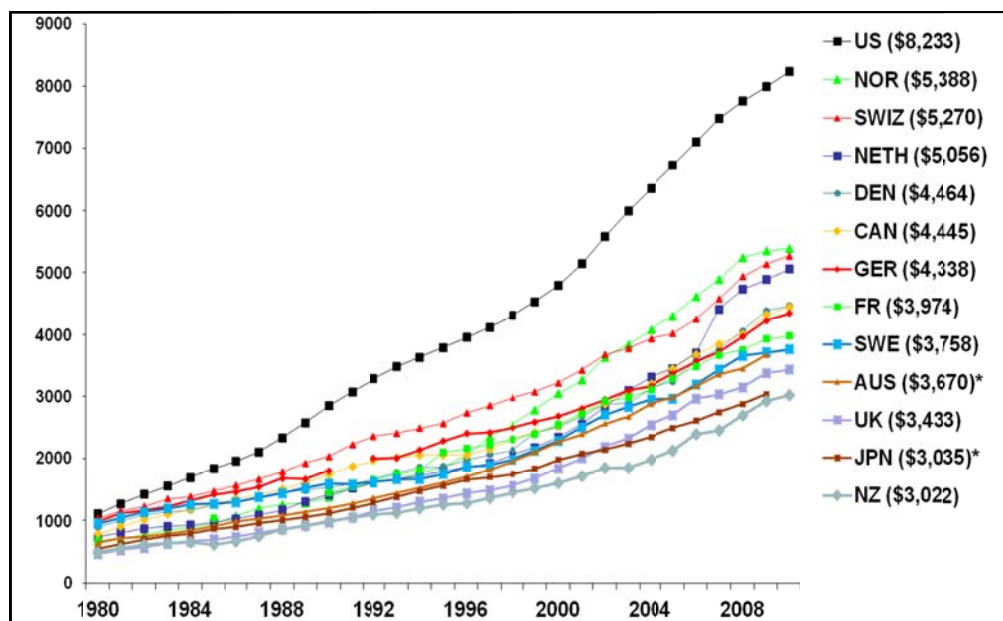


圖 2.4 OECD 各國人均醫療保健支出費用(1980-2010)

再者，學者提出醫療費用上漲之負面影響，事實上便是擔憂民眾將可能需要支付更多費用來得到相同的醫療服務。然而就我們觀察下，不論泰國、新加坡甚至近年才發展之韓國，其國內醫療支出比例情形（如圖 2.5～圖 2.7），圖中呈現出該國醫療費用支出的確逐年升高，但在民眾自費比例上，不論於總比例或私立醫療部門支出比例皆呈現下降趨勢。

新加坡政府為改善國內健保財政危機而發展國際醫療，近年發表自 2003 年正式成立國際醫療專責單位起，該國際醫療之推動效益的確成功挹注該國健保財政，於圖 5 中明顯觀察到，該國民眾自費比例的確大幅降低。

這可說明，即使國際醫療仍有加速該國醫療費用上漲之疑慮，但國家衛生財政的確能透過國際醫療推動產值效益之挹注，

回饋到國人身上，而並非過去民間團體所述，僅有單純之負面影響。

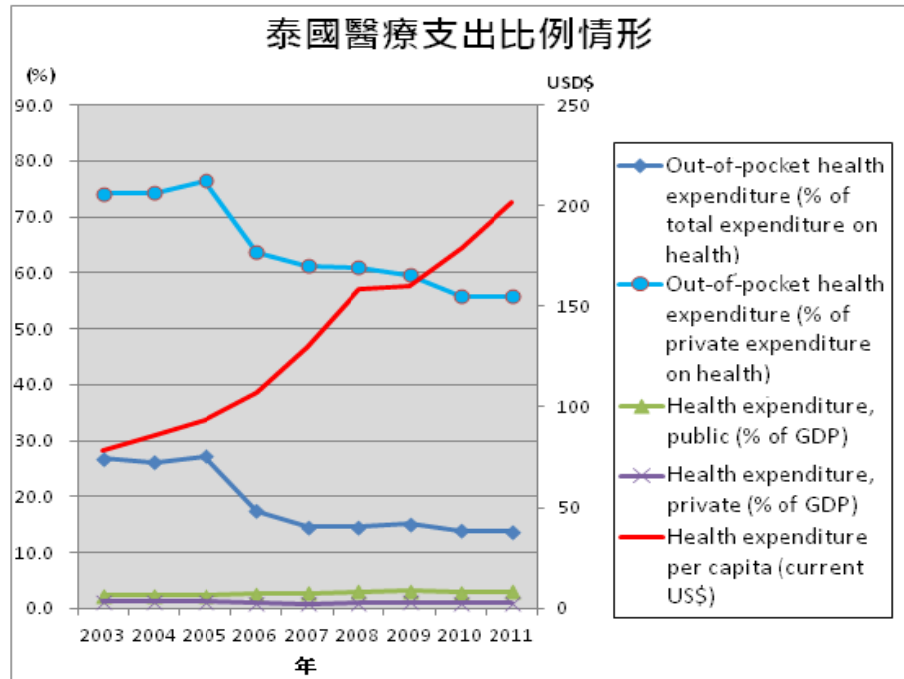


圖 2.5 泰國醫療支出比例情形 (2003-2011) ²⁶

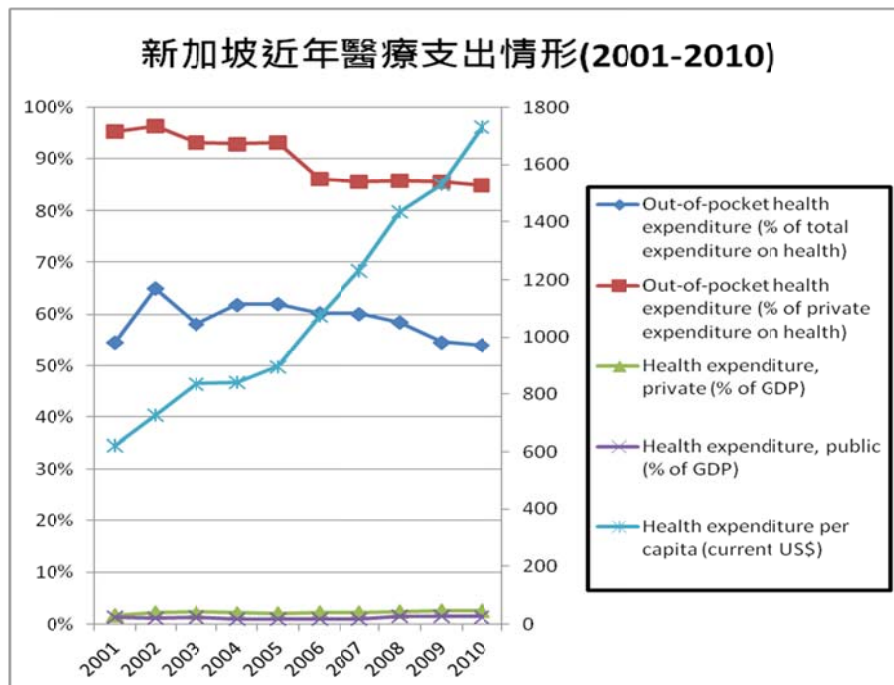


圖 2.6 新加坡醫療支出比例情形 (2001-2010) ²⁷

²⁶ 資料來源：The World Bank Data。(2013/08/12)

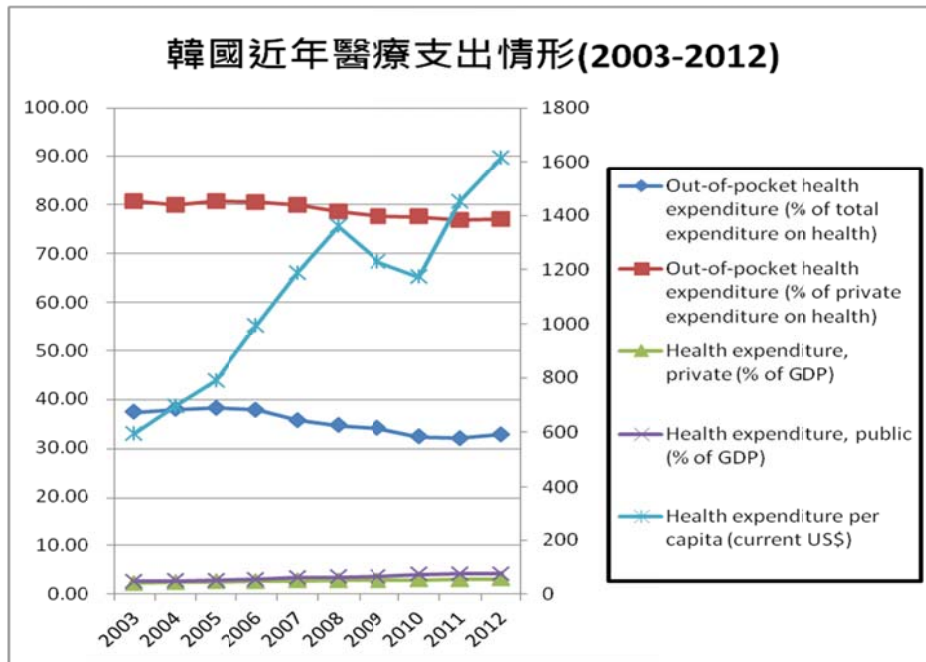


圖 2.7 韓國醫療支出比例情形 (2003-2012)²⁸

■ 小結：

根據各國文獻研究，推動國際醫療的國家所遭遇之問題如：

- (1) 基層醫療人力流失、本國國籍之醫護人力缺乏
- (2) 高科技設備、技術集中特定醫院或專區
- (3) 帶動國內醫療費用高漲
- (4) 排擠國人應享有的醫療資源
- (5) 醫療機構由公益性質轉向資本化。

部分他國發展國際醫療旅遊中所出現的問題，皆肇因於各國的衛生環境、資源本就多有差異，再加上如該國政府政策未能及時扶正，將會發生上述問題。許多國家也逐步積極制定相關方法、法條來解決可能衝擊之問題，如：擴大國家內部醫療人才培訓學校、積極招募海外醫護人才，允許國外醫師執業、設置特別區法案，以專區規範來避免全國醫療資源之資本化或

²⁷ 資料來源：The World Bank Data。(2013/08/19)

²⁸ 資料來源：he World Bank Data。(2013/08/19)

財團化等方式解決民眾疑慮。

每件事情皆有一體兩面，國家政策的發展亦同，然台灣與泰國、印度等國不同，國人本身就有良好優質的就醫環境，且台灣醫療法規嚴謹，他國發生之負面影響不一定適用我國，在許多文獻中亦說明發展醫療旅遊也替國家帶來許多正面效益，包括提高外匯收入、帶動經濟與相關產業的發展、減少外部人才的外流、醫院間的競爭促成醫療品質提升進而改善國人的醫療衛生環境等。

第三章 台灣國際醫療發展現況與潛在影響

本章節將透過闡述台灣醫療體系現況以及推動情形，以瞭解發展國際醫療之必要性；並藉他國推動國際醫療之經驗以及研究調查國際醫療發展可能造成之潛在衝擊，包括：(1) 民眾就醫權益 (2) 醫療體系整合 (3) 醫療制度 (4) 醫療糾紛之影響面，分列敘述我國目前情形與因應對策來進行探討。

第一節 台灣醫療體系現況

台灣醫療體系之發展至今，根據衛生福利部 2012 年統計，現有醫院數為 507 家，診所家數高達 20,628 家。

1980~2010 年台灣公立醫院床數占率由 46% 降為 34%，法人醫院由 19% 增加為 46%，提供了台灣經濟成長過程之關鍵供給量。2010 年法人醫院床數占率 46%，醫療服務量占 56%，服務效率優於公立醫院，台灣私立醫院已成為醫療主體。(林奏延，2012)

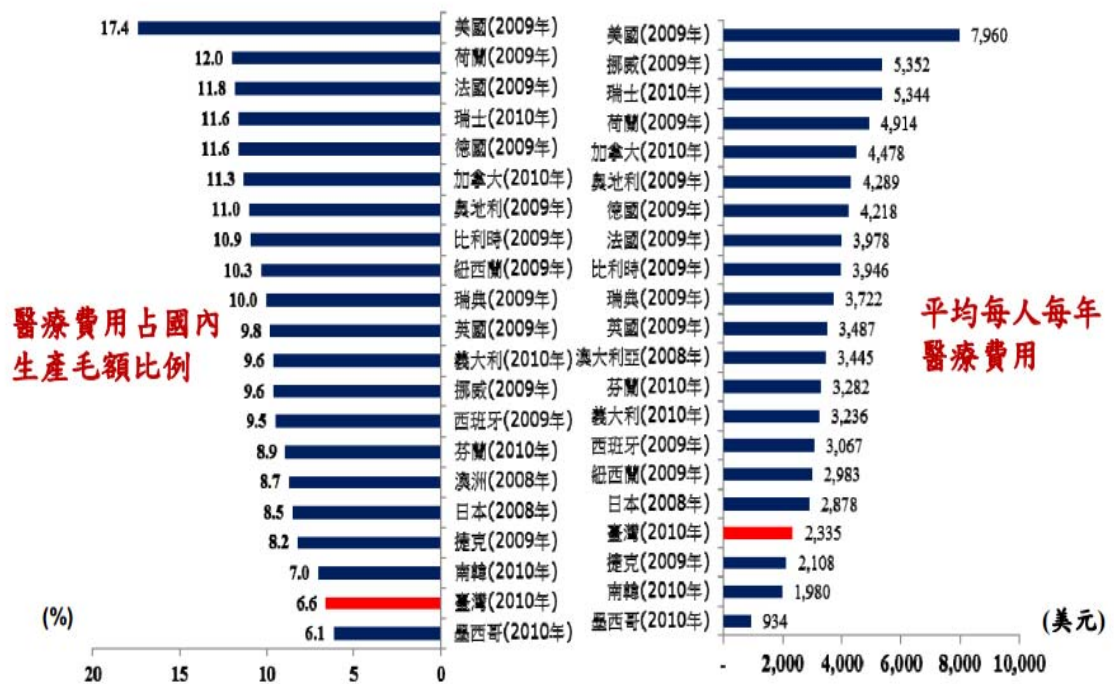
表 3.1 醫療服務系統成長情形 (1980 & 2010)

年代 類別	1980年				2010年						1980~2010		
	機構數量		病床數		機構數量		病床數		健保申報金額		機構數量		
	家數	百分比	床數	百分比	家數	百分比	床數	百分比	金額 (億元)	百分比	家數	百分比	
公立醫院	85	10%	31,155	46%	82	16%	45,981	34%	1,060	31%	-3	-3.5%	
民 營 醫 院	法人 醫院	53	6%	12,827	19%	123	24%	61,825	46%	1,919	56%	+70	+132%
	私立 醫院	697	83%	24,400	35%	303	60%	27,595	20%	427	13%	-394	-56.5%
小計	835	100%	68,382	100%	508	100%	135,401	100%	3,406	100%			

資料來源：林奏延，2012。

於 1995 年全民健康保險開辦以來，憑藉單一付費者 (Single-payer) 之社會醫療保險制度，台灣國民享受健保給付完整、保險費低、部份負擔低的醫療照護。據 2012 年衛生福利部之統計報告，我國整體醫療費用支出占 GDP 之 6.9%，與 OECD 國家相較之下，台灣醫療費用支出低於世界上許多已開發國家。

圖 3.1 OECD 各國與台灣醫療支出比較圖(2010 年)



目前我國全民健保納保率約 99.5%，民眾滿意度高達 80.4%，如此高納保率與高滿意度使台灣成為國際間學習的對象，且國人的健康情形也獲得持續的改善。另外，據健保署 2009 年統計國人每人健保受益比數據（如圖 3.2）以及 WHO 評定之醫療財務負擔公平性指標（如圖 3.3），即可呈現我國醫療政策的確對弱勢族群有建立相關照護措施。

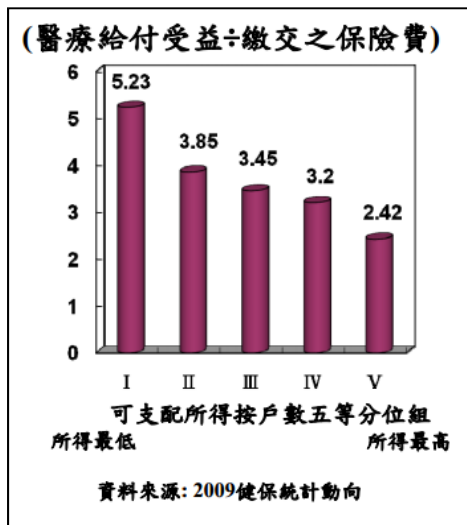


圖 3.2 每人健保受益比

排名	國家	指數
1	哥倫比亞	0.992
*	台灣	0.992 (1994 : 0.881)
6-7	德國	0.978
8-11	日本	0.977
8-11	英國	0.977
12-15	瑞典	0.976
17-19	加拿大	0.974
20-22	荷蘭	0.973
38-40	瑞士	0.964
53	南韓	0.955
54-55	美國	0.954

* 台灣指數: Health affairs, 2003

圖 3.3 醫療財務負擔公平性指標

然而，對於國人照護相當完善的健保制度，對於醫療機構卻是倍感壓力。隨著醫療科技進步，醫療機構成本上升，但健保支付收益卻無明顯成長，醫師費給付低；醫院醫護人員工作時數高、薪資無法隨之調漲，以致五大皆空、醫師荒、血汗醫院等情形發生。

OECD 報告指出 1998 至 2008 年，大陸醫療保健支出成長率每年超過 9%，是目前全球第三大之醫療市場，近年大陸民營醫院成長快速，尤其是婦產科醫院，大陸每年有 1700 萬新生兒，市場即是台灣的 85 倍（黃惠鈴，2013）。

面對大陸這個廣大的醫療市場，國內的醫療制度再不改變，再不推出好的政策，醫療產業也會面臨過往企業出走的問題，且台灣政府不可能禁止醫師出走，惟有加強台灣留住人才之吸引力，才能緩解。有鑑於此，前衛生署署長楊志良近期也公開在媒體呼籲強調：「大陸最近拼命擴充醫療體系，台灣醫療人才在那裡有很大的利基。如果不給他們在台灣有更好得機會與發展，再過十年，台灣醫療人才就大量被吸過去了」。而其所謂更好的機會，就是開放國際醫療專區，讓對岸病患到台灣來。

我們知道，醫療服務產業是人力需求極高的，在醫院裡，人事費

即佔了營業收入之 50%，平均每一床就要聘僱三人，可說是僱用人力最多的行業，且多數屬於高階人力，這類人力外流是損失最大且最為可惜的。而且，醫療服務之附加價值高，國際醫療之所以能解決健保制度下醫師收入下滑之因，即是由於國際醫療價格並不受健保給付限制，只要經核備，其醫療價格之訂價是依市場競爭機制所創造。楊前署長受訪中也表示國內反對者擔心做了國際醫療將排擠一般民眾之醫療照顧，但事實上國際醫療所進行之項目將僅限於非醫療急迫性之選擇性手術、美容健檢此類服務，急診、傳染病等病患是不可能會來台灣就醫，佔用國人醫療資源的。

為改善上述問題，衛生福利部於 2007 年起便委託台灣私立醫療院所協會共同推動國際醫療服務產業，輔導 50 多家醫療機構發展國際醫療業務，以增加醫療機構財務來源與發展性，至去年底不論產值或服務量皆已不斷成長，顯現成效（如圖 3.4）。

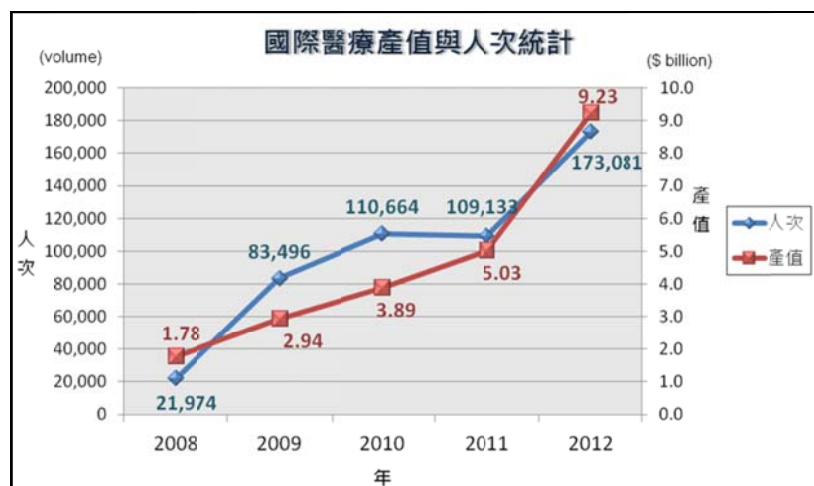


圖 3.4 台灣國際醫療產值與人次統計

國際醫療服務人次雖不斷上升，但仍礙於國內許多醫療法規之侷限，假使台灣國際醫療能配合於自由經濟示範區中，規劃『國際醫療示範區』，以示範區特別法來進行開放，吸引更多外資投入，為醫療產業帶來更多新血與契機，且以示範區模式開放，如成功發展將具有好的示範作用，假使帶來負面影響，也能把影響限於示範區內，降低

其效應。

由行政院經濟建設委員會最近委託民意調查機構，針對國內 499 家公私立醫療機構的高階主管進行一項意見調查，調查期間共有 308 位醫療院所高階主管接受訪問（有效樣本數達 61.7%）；結果顯示，近 9 成（89.6%）的受訪者贊成政府推動國際醫療服務²⁹，由此可見，此政策的確為現階段中最因應產業需求，且需積極推動執行的。

²⁹此調查名為「我國醫療院所對發展國際醫療政策之意見調查」，是由聯合行銷研究股份有限公司在今年 7 月 3 日至 11 日所執行；調查的高階主管是指各醫療院所院長、副院長或其他可代表院方立場之高階主管。

第二節 潛在影響

綜合前述探討國際醫療潛在影響情形之實質性，並針對國內專家學者所提出之疑慮要點，本節將針對民眾就醫權、醫療人力、醫療制度以及醫療糾紛四個面向討論可能產生之影響。

➤ 民眾就醫權之影響

據 101 年國際病人服務總人次占醫院服務健保病人總人次，僅達 0.41%，顯示推動國際醫療並無排擠效果出現，而是提升醫療院所之閒置資源利用率。

表 3.2 101 年國際病人服務人次比例表

	國際病人服務總人次 ^{註1}	健保病人總人次 ^{註2}	比例
門診	115,569	365,406,193	0.03%
住診	3,845	3,177,060	0.12%
總計	119,414	368,583,253	0.032%

註 1：資料統計為 101 年 01 月至 12 月醫療服務國際化會員機構病人服務統計量

註 2：資料來源為 101 年中央健康保險署統計之醫療給付申報件數

	國際病人服務總人次	會員醫院服務總人次	比例
美容	5,822	154,395	3.77%
健診	48,075	438,305	10.97%
總計	53,897	592,700	9.09%

註：資料統計為 101 年 01 月至 12 月醫療服務國際化會員機構病人服務統計量

就許多外界對於名醫排擠效應之疑慮，衛生福利部將於示範區特別條例中合理規範國內醫師至區內醫療機構看診時數(於區內兼職之看診時數以醫師在原有醫院之看診時數為上限)，以避免影響國人就醫權益。

➤ **醫療人力之影響**

在自由經濟示範區內設立國際醫療醫院，衛生福利部將訂定申請要件、審查程序等規定，從嚴管控申請家數，因此，示範區內所需醫事人力數有其限制，相較全台共 4 萬名醫師而言，醫事人員員額之衝擊有限。此外，衛生福利部對於示範區外之醫護人員至示範區內兼職執業之時段數，將從嚴限制，以避免影響國人就醫權利。

➤ **醫療制度之衝擊**

目前，自由經濟示範區第一階段的重點為：在國際機場管制區外的入境大廳設置國際醫療服務中心，辦理台灣整體醫療形象聯合行銷及提供已預約來台之民眾諮詢服務等工作；醫療機構辦理國際醫療業務仍依現行醫療法規辦理，並無衝擊本國醫療資源。未來則待自由經濟示範區特別條例三讀通過，並在不對國內醫療環境造成負面影響下，於第二階段開放公司得申設醫療機構，區外醫院仍維持現行形態營運。透過示範區之制度及配套管理，反而可限縮影響範圍，開放公司於示範區申設專辦國際醫療機構則有利資金募集，提升國際競爭力，網羅人才。

示範區內的國際醫療機構須繳交特許費外，並須依審查通過後之回饋計畫承諾，回饋照顧偏遠地區、弱勢族群及促進醫療技術提升等公益事項，非但不分食健保，反倒可補現有之不足。

➤ 醫療糾紛之衝擊

自衛生福利部執行「醫療服務國際化旗艦計畫」起，即針對我國推廣特色考量可能發生之醫療糾紛，訂定相關風險管理計畫以及風險發生衝擊評估分類作業(如表 3.3、表 3.4)，以利會員醫療機構或相關單位參考、利用，避免我國國際醫療帶來可能國際性之醫療糾紛案例。

表 3.3 風險管理計畫表

推展國際醫療特色	主要風險項目	風險管理計畫
高品質 High quality	照護安全缺失	1. 比照國內的病人安全計畫。
病人為中心 Patient-Oriented Services	文化差異，造成在台食、衣、住、行構成困難	1. 設立國際病房，建構雙語標示，及雙語文件。 2. 異業結合，與觀光飯店、旅行社等合作。
	出院後追蹤不易	1. 延長簽證期限，給予出院後 1~3 個月停留時間，以利術後在台復原、復健計畫。 2. 締結姐妹醫院，或開設海外分院，提供海外醫療後續服務。
	返國後併發症治療	1. 締結姐妹醫院，或開設海外分院，提供海外醫療後續服務。 2. 與國外家庭醫師合作，繼續醫療後續照護。 3. 提供醫學影像電子化服務，提供來台就醫所接受各項檢查之光碟片，以及詳細的外文病例摘要。
價格優勢 Affordable Cost	醫療費用收取過高	1. 國際醫療訂價，院內核定後，須呈報各地衛生局，核可後依照申報價格向病人索取。
	醫療費用遭拒付	1. 病人及醫療院所雙方訂定合約，明定付款時間、方式……等。
專業團隊	溝通障礙	1. 設立國際醫療服務專員，提供看診

推展國際醫療特色	主要風險項目	風險管理計畫
Professional Team		引導、說明。 2. 提供與國際病人接觸之院內人員，不定期外語訓練課程(基礎會話及醫療專業術語)。 3. 招募雙語志工
	治療結果不如預期	1. 由主要負責醫師，召開術前/治療前說明會，以不違背醫學倫為原則，說明該項醫療之必要性、危險性、作用、副作用以及其他可能替代治療方法。 2. 簽署清楚詳細的外語說明暨同意書、手術同意書。
高科技 High tech	保密資料外流	1. 與國際病患接觸之工作人員，簽署合作保密條約。 2. 所有有關醫療資料存取之權限，皆需通過密碼及其他辨識。

表 3.4 風險發生之衝擊分類表

影響等級	衝擊或後果	形象	病人情形	其他人員	醫療服務	財物損失	醫病關係
4	重度嚴重	國際新聞 媒體報導 負面新聞	病人死亡，起因為接受治療後，因「非疾病自然演化」所造成，以及與治療本身所預期之結果不同	工作人員或 訪客死亡	完全無法供， 被迫取消約診	巨大 損失	重大威脅，造成機構名聲永久性傷害
3	中度嚴重	台灣新聞 媒體報導 負面新聞	病人受到傷害，導致需要住院或延長住院時間，起因為接受治療後，因「非疾病自然演化」所造成，	工作人員或 訪客受到永久性傷害	部份無法供， 被迫取消約診	重大 損失	醫病關係嚴重破裂

			以及與治療本身所預期之結果不同				
2	輕度嚴重	區域新聞 媒體報導 負面新聞	病人在接受治療過程中受傷，但不需接受額外治療	工作人員或訪客未遭受到需要醫療治療層度的傷害	降低效率或部分服務受到干擾	中度 損失	醫病關係受到 中度損害
1	輕微	無報導	病人未受到任何傷害	工作人員或訪客未遭受到需要醫療治療層度的傷害	服務未受到損失	輕度 損失	醫病關係受到 輕度損害

目前由國際醫療管理工作小組輔導之會員醫療機構，具備醫療糾紛處理配套方式作為風險管理之目的，其配套方式包括有一成立醫療糾紛處理委員會(具備專責單位、處理流程、處理機制等)、設有調解委員會、訂定風險管理制度、投保醫療責任險或相關機制。各院具備情形如下表：

表 3.5 會員醫院國際醫療-醫療糾紛處理方式配套

		成立醫療糾紛委員會				成立調解委員會	醫療責任保險/相關機制	
		專責處理單位	處理流程	醫療糾紛處理機制	回覆申訴方式		院內互助機制	國內醫療責任保險
	百分比	84%	86%	84%	84%	44%	74%	40%
1	三軍總醫院	○	○	○	○	○		
2	大學眼科診所	○	○	○	○	○	○	○
3	中山醫院	○	○	○	○			○
4	中山醫學大學附設醫院	○	○	○	○	○	○	○
5	中國醫學大學附設醫院	○	○	○	○	○	○	○
6	中港澄清醫院	○	○	○	○	○		○
7	天晟醫院	○	○	○	○		○	○
8	台北榮民總醫院	○	○	○	○		○	
9	台北醫學大學附設醫院	○	○	○	○	○	○	○
10	台大醫院	○	○	○	○	○	○	
11	台中榮民總醫院	○	○	○	○	○	○	
12	台安醫院	○	○	○	○		○	○
13	永和耕莘醫院	○	○	○	○	○	○	○
14	光田醫院	○	○	○	○		○	○
15	安法診所	○	○	○	○	○		○
16	安泰醫院	○	○	○	○	○	○	○
17	成大醫院	○	○	○	○	○	○	○
18	西園醫院	○	○	○	○		○	○
19	彰濱秀傳醫院	○	○	○	○		○	○
20	阮綜合醫院	○	○	○	○	○	○	
21	亞東醫院		○			○		○
22	奇美醫院	○	○	○	○	○	○	
23	林口長庚醫院	○	○	○	○		○	

		成立醫療糾紛委員會				成立 調解 委員會	醫療責任保險/相關 機制	
		專責處 理單位	處理流 程	醫療糾 紛處理 機制	回覆申 訴方式		院內互 助機制	國內醫療 責任保險
24	花蓮慈濟醫院	○	○	○	○	○	○	○
25	門諾醫院	○	○	○	○	○	○	○
26	哈佛診所	○	○	○	○			○
27	員榮醫院	○	○	○	○	○	○	○
28	振興醫院	○	○	○	○	○	○	
29	桃園長庚醫院	○	○	○	○		○	
30	馬偕紀念醫院	○	○	○	○		○	
31	高雄長庚醫院	○	○	○	○		○	
32	高雄榮民總醫院	○	○	○	○	○	○	
33	高雄醫學大學附設醫院	○	○	○	○	○	○	
34	國泰醫院	○	○	○	○		○	○
35	基隆長庚醫院	○	○	○	○	○	○	○
36	康士美牙科	○	○	○	○			
37	敏盛醫院	○	○	○	○	○	○	
38	童綜合醫院	○	○	○	○		○	○
39	新光醫院	○	○	○	○		○	
40	新店耕莘醫院	○	○	○	○	○	○	
41	萬芳醫院	○	○	○	○		○	
42	義大醫院	○	○	○	○		○	
43	聖保祿修女會醫院	○	○	○	○	○		○
44	聖馬爾定醫院	○	○	○	○	○	○	○
45	嘉義長庚醫院	○	○	○	○		○	
46	彰化基督教醫院	○	○	○	○	○	○	
47	諾貝爾眼科診所	○	○	○	○	○		○
48	署立雙和醫院	○	○	○	○	○	○	
49	壠新醫院	○	○	○	○		○	
50	羅東博愛醫院	○	○	○	○		○	

除依造目前現有機制，能有效降低醫療糾紛之案例，透過事前案件篩選控管、建立醫療糾紛資料庫等，於長期發展下，將能使得醫療機構達到風險控管之效，以持續維持我國醫療之形象品牌。

總結本報告前兩章節所述之國際醫療發展之可能性衝擊以及正面效應，針對台灣是否應於自由經濟示範區成立國際醫療專區以及發展公司申設專辦國際醫療機構之概念，其利弊得失比較如下表：

表 3.6 國際醫療專區之利弊比較表

	優點	缺點
政策影響	小規模試驗，作為未來推動的參考	對醫院平頭式競爭的生態帶來挑戰
市場機制	自負盈虧，誘因強，發揮市場機能	—
政府租稅收入	1.依法繳稅 2.每年繳交特許費 3.回饋計畫照護偏遠地區等公益事項	—
行政成本	示範區以特別法進行法規鬆綁，不影響現有醫療環境，成本較低。	—
國人就醫權益	1.民眾可自費至示範區就醫，提供另一選擇機會 2.限制示範區外之醫護人員至示範區內兼職執業之時段數 3.區範圍醫療機構家數受限，影響侷限化	—
國際醫療產業發展	1.增加國外資金進駐 2.公司可上市/櫃，有利招募資金 3.進行國際合作，網羅一流人才進行醫療、通路規劃 4.示範區產生群聚效果，吸引國內、國外病患進入示範區內接受治療 5.增進與國外醫療機構合作交流機	1.可能產生「圖利財團」、「醫療階級化」、「醫療過度商品化」之疑慮 2.對醫療為公益事業之既有印象有所影響

	優點	缺點
	會，提昇我國醫療品質與技術 6.可引進先進的醫療器材及設備	
醫療品質	與國內醫院並無差異，並提高醫療服務水準。	—
醫護人員就業市場	1. 示範區內醫療機構家數受限，就業市場影響小 2. 示範區內優先聘用國內醫事人員，但為促進醫療技術之交流，提升台灣醫療品質，對具有特殊醫療專長之外國醫事人員，擬適度開放來台於示範區執業及技術交流。	—

第三節 臺資醫院在中國大陸經營現況及對醫事人員造成之影響

➤ 經營現況

大陸目前臺資醫院有 10 家，包括旺旺、長庚、明基、瑞東、禾新及台心等醫院。不過，由於兩岸制度的差異，目前絕大多數醫院仍處於虧損情況，回收投資成本需要相當長的一段時間，臺資醫院在大陸經營的困難包括：

1. **公民營醫院的不公平競爭：**大陸公營醫院接受補貼，同時也有土地稅、房地稅減免，且在水電費之支出上也享有折扣。故臺灣的民營醫院和大陸多數的公營醫院在競爭的立足點是不平等的。
2. **健保（醫保）給付因地制宜，不利臺灣民營醫院競爭：**大陸申請醫保給付時，因地區發展程度而有不同的給付。同時，民眾到投保地區以外地方就診時所產生的費用，只要在

公立醫院就診即可憑發票報銷費用，反之，到臺灣的民營醫院就診費用無法報銷，形成不平等競爭。

3. 不易招攬當地醫生:大陸的公立醫院醫生有公務人員及教職身份的保障及退休後的福利，而且在臺資醫院上班還要繳薪資所得稅（大陸通常少報少繳稅），所以即使薪水較高，也不易吸引大陸公立醫院醫師。

此外，還有醫療文化、就醫習慣、醫療人員價值觀、藥品的使用習慣等也使得臺資醫院在中國大陸經營時不易獲利。不過，因臺灣醫院投入大陸僅有 5、6 年時間，在這短暫的觀察期間，難以直接認定臺資醫院無法在大陸經營。臺灣醫療管理經驗優於大陸，語言相通有助於融入當地文化，近年來透過 ECFA、兩會（海基會、海協會）談判，爭取到較其他國家優惠、開放的政策，未來臺資醫院仍有相當發展機會。

➤ 經營現況

大陸目前開放臺資進入大陸市場設立醫院，多數是在經濟較發達的城市，但是一方面須經過大陸中央機關嚴格審批通過後始得設立，另一方面設立醫療機構所需投資成本與風險相較於其他行業高，因此截至目前僅有 10 家臺資醫院設立。據了解，除了少數在職的醫事人員會短期到大陸工作外，許多受邀過去的是較資深或是已經退休的人員，利用假日或休假去當地短期指導而非長期執行基層的醫療工作。任何的工作調動無論是到國內或是到其它地區，都必須徵得當事人同意才可行，當前國內許多醫院都面臨招募與留任醫護人員困難的情況，對於所有在職員工十分珍惜與保護，並且尊重其意願。未來如果兩岸完成簽署服務貿易協議，雖然有更多的地區開放給台灣，但許多客觀條件未必比現行已經開放的地區適合投資設立醫療機構，所謂將有更多醫護人員將被迫去

大陸地區工作的質疑未必屬實。

不少人認為臺灣醫事人員薪水偏低，工作時間長，面臨四大皆空的情況，如在推動醫療健檢等國際醫療，將吸引更多醫事人員投入醫療美容，排擠醫院的人才，但事實上，臺灣醫事人員之所以投入醫美，在於薪水低、工作時間長；如果我們推動國際醫療，它的費用不能申請健保給付，可以減少健保的虧損，並挪出經費替醫事人員加薪，反而可以留住人才在醫院，因為內外科醫師相對於醫美行業，成就感仍相對較高。

第四節 ECFA 服務貿易協議與自由經濟示範區對醫療之影響

➤ ECFA 服務貿易協議的影響

服務貿易協議之醫院服務業允許中國大陸服務提供者在臺灣以合資形式捐助非營利的醫療財團法人醫院提供醫院服務，未持有臺灣方面身分證明文件的自然人擔任董事不超過三分之一；全體董事的三分之一以上必須具有臺灣醫事人員資格。大陸則開放獨資醫院由早收清單之 4 省 1 市(上海市、江蘇省、福建省、廣東省、海南省)增加至 22 個省會、4 個直轄市（同 CEPA）（見表 3.7）。

目前政府鼓勵優先以醫療管理、醫療資訊業及醫療專業行政為主要輸出，不涉及醫師、護理師、藥師等專業醫事人員輸出，醫療核心業務不會受到影響。因此，沒有掏空醫療產業的疑慮。

陸資來臺僅能合資「捐助」設立非營利之「新」醫療財團法人醫院，且不允許設立診所。爰對現有醫療財團法人機構應不致影響。其次，陸資來臺以合資「捐助」設立非營利之「新」醫療財團法人醫院，其設立許可過程及後續管理政府有嚴謹之程序及

規定把關，設立地點亦需經政府審議通過許可，捐助基金後，基金運用亦須報經政府同意後始得動支。

無論捐助資金多寡，外國人及大陸地區人民擔任董事比例不得超過董事總數 1/3 之限制，已降低陸資之主導之可能。

表 3.7 兩岸服務貿易協議開放重點項目

大陸對臺灣開放項目	臺灣對大陸開放項目
獲 65 項承諾，全數超出大陸在 WTO 所作承諾	獲 55 項承諾，2/3 低於或等於臺灣在 WTO 承諾，1/3 高於台在 WTO 承諾
電子商務 福建試點台資持股上限 55%，可申請 ICP 許可證(超出 CEPA)	電子商務 根據投審會陸資投資正面表列，臺灣對大陸已全面開放
文創 出版：簡化臺灣圖書進口審批、設立快速通道(超出 CEPA) 電影：大陸製作電影可在臺灣進行後製和沖印 電玩遊戲：臺灣研發線上遊戲入陸審查期限不超過 2 個月(同 CEPA)	文創 無新增開放項目(但可以進口大陸書、可做大陸書籍批發與零售)
旅行社 同大陸國民待遇(但業者認為大陸有許多潛規則，能否乘作陸客來台，多持觀望)	旅行社 可設立獨資旅行社，但家數僅限 3 家，且有經營範圍限制
金融 同金銀、金證會決議	金融 同左
保險 經營汽機車強制險	保險 修正大陸業者在台設立代表處及參股評等規定
醫療 開設獨資醫院由早收清單之 4 省 1 市增加 20 餘個城市(同 CEPA)	醫療 開放大陸以合資捐助方式來台設立財團法人醫院，且外國人和大陸人任董事比例不得超過 1/3

資料來源：陸委會、經濟部。

➤ 自由經濟示範區的影響

基於自由化、市場開放、國際接軌，推動自由經濟示範區(以

下簡稱「示範區」)的成立，以恢復臺灣經濟活力、招商引資，並塑造加入泛太平洋夥伴協議（TPP）的條件。

其中，國際健康產業即為示範區的五大示範產業之一。在兩階段的作法上，第一階段已於台北松山、桃園、台中清泉崗以及高雄小港等四機場五據點設置國際醫療服務中心。國際醫療服務中心之設置是帶入自由經濟示範區「前店後廠」之概念，以國際醫療服務中心作為接觸海外來台人士之首要據點，透過提供完善諮詢服務，提供海外人士在台接受醫療服務之意願，並協助將其引介至有意發展國際醫療業務之醫療機構。第二階段則配合「自由經濟示範區特別條例」之訂定，推動設置「國際健康產業園區」，放寬外籍醫療機構投資限制及開放外籍醫事人員得免考照前往專區執業，透過吸引國際知名醫療、生技機構來台設立研發中心，提升台灣研發動能，將最新、最進步之技術留在台灣，帶動醫療及周邊產業之品質提升。

此外，專區將吸引民間醫院、製藥、醫材、健康養生與健康資訊等產業共同進駐，形成聚落，帶動區域的服務產業與經濟發展。待國際健康產業園區落成後，國際健康產業的產值可望從101年的新台幣93億元增加至105年的260億元。

以下針對示範區對產業的影響分析如下：

1.對五大皆空的影響

根據政府的規劃，目前初步成立一處「國際健康產業園區」，如成立一個200床左右的醫院視之，需要的醫師約20位，對現有體制的4~5萬名醫師來說，比例甚少，對醫事人員的排擠有限，不會產生五大皆空的衝擊。

自民國84年推動全民健康保險以來，已完備一般民眾就醫權益之基礎建設。在考量本國能量尚有餘力之下，自96年始推動國際醫療，並非同於泰國、印度，現以示範區之概念規劃成立

國際健康產業園區，區內僅允許一家醫療機構設置，因此對於國內醫療環境與醫事人力之衝擊相對有限，加以目前本部已研擬下列措施避免五大科醫事人力之流失，爰應可降低對國內醫療環境之衝擊。

- (1) 提高全民健保五大科別支付標準
- (2) 增加五大科住院醫師津貼
- (3) 合理調整五大科醫師訓練員額
- (4) 充實五大科醫療輔助人力
- (5) 強化畢業後全科及五大科訓練
- (6) 推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度
- (7) 推動醫療過失刑責合理化
- (8) 推動全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
- (9) 加強偏遠地區公費醫師養成
- (10) 積極延攬旅外醫師返鄉服務
- (11) 辦理「提升急診轉診品質獎助計畫」，依據病人急診就醫流向、地理位置及生活圈，將全國急救責任醫院劃分為 26 個網絡，並強化網絡內醫院間急診轉介的交班與風險告知過程。
- (12) 強化急診室安全，訂定急診安全標準作業流程，並已將醫院通報之成效納入緊急醫療能力分級評定試評項目。

2.全民健保的衝擊

在全民健保的影響上，國際醫療不占政府預算，採自費，不納入健保，不但不會衝擊健保，反而可以紓解全民健保的財務壓力。以新加坡為例，在 2000 年前健保虧損連連，但在 2000 年推動國際醫療後，至今已紓解了全民健保的財務困境可見一斑。

臺灣目前醫療健保支出占 GDP 的比重，在民國 100 年為 6.6%，在 OECD 國家偏高於愛沙尼亞（5.9%），土耳其（6.1%）（見表 3.8）。此外，家庭自付費用及醫療健保支出的比重，在民國 100

年高達 36.8%，高於所有 OECD 國家，和南韓的 35.2%相近。可見臺灣的醫療困境有調整的必要，國際醫療是調整的主要選項之一。

表 3.8 醫療健保支出統計之比較—占 GDP 比重

單位：%

國別 \ 年	2011
臺灣	6.6
澳大利亞	8.9(民國 97 年)
愛沙尼亞	5.9
芬蘭	9.0
法國	11.6
德國	11.3
希臘	9.1
日本	N/A
南韓	7.4
墨西哥	N/A
波蘭	6.9
葡萄牙	10.2
斯洛伐克	7.9
土耳其	6.1(民國 97 年)
英國	9.4
美國	17.7

資料來源：世界經濟合作與發展組織(OECD)。

表 3.9 醫療健保支出統計之比較—家庭自付費用占醫療健保支出比

單位：%

國別 \ 年	2011
臺灣	36.8

國別 \ 年	2011
澳大利亞	19.3(民國 99 年)
愛沙尼亞	17.6
法國	7.5
德國	13.2
希臘	30.5
日本	14.4(民國 99 年)
南韓	35.2
波蘭	22.3
葡萄牙	27.3
斯洛伐克	22.6
土耳其	21.8(民國 96 年)
英國	9.9
美國	11.6

資料來源：世界經濟合作與發展組織(OECD)。

3. 醫療階級化的衝擊

由於國際健康產業專區設有回饋金，可以回饋全民健保及中低收入者，反而有利紓解全民健保壓力。國際醫療病患必須自費，雖然對高所得有利，但由於專區對一般醫院隔離，不會有太大階級化的疑慮。另一方面，全民健保虧損連連，如果不做任何改變（如進行國際醫療降低對全民健保的依賴），一旦臺灣的健保虧損更嚴重甚至破產，反而對沒有能力自負醫療費用的中低收入族群衝擊更大。

其次，我們根據目前輿論對示範區及服貿協議批評的論點提出因應如表 3.10 所示。

表 3.10 國際醫療的衝擊及回應

衝 擊	回 應
1. 臺灣醫事人才外流，缺乏證據。	1. 目前前往大陸醫事人員仍少，但在薪資差距拉進、工作壓力下及大陸

衝 擊	回 應
	醫改的商機下，不排除有更多醫事人員前往大陸。目前，科技界、金融人員、工商服務業人士均有顯著人才流失的現象。
2. 國際醫療盈餘無法挹注全民健保，而且國際醫療投入龐大資源，並因租稅減免產生租稅損失。	2. 國際健康產業專區將建立回饋機制，且國際醫療不重健保，可紓解健保壓力。新加坡利用國際醫療，有效降低健保赤字，即為一例。另，換個角度觀之，當今健保赤字擴大，不做任何改變，將使財政窟窿愈來愈大。目前，臺灣投入國際醫療的支出一年不到 100 萬美金，且國際醫療幾無租稅優惠，除非台商匯回實質投資，方能享受租稅優惠。
3. 國際醫療對醫療人力的分布更加惡化，而且祇能改善商業醫療部門的工作者薪資。	3. 健保虧損致實行總量管制，壓抑薪資及工作時間太長。如國際醫療規模擴大，降低健保需求，可以釋放資源改善醫院的收支及提升醫事人員待遇。
4. 國際醫療將加速整體醫療費用上漲趨勢，同時，為爭取國際客源，引進昂貴設備和儀器，陷入「醫武競賽」，將使醫療費用上漲，並間接提高公費醫療與醫療保險成本。	4. 在健保總額限制下，臺灣的醫療支出占 GDP 比重相當低，如情況繼續惡化，在人事、設備投資上將弱化產業競爭力。國際醫療可以紓解部份全民健保的財務壓力，不會造成費用上漲。另，即使不進行國際醫療，醫院為維持競爭力，引進嶄新儀器設備為必然的趨勢。

資料來源:參酌鄭雅文(2013)等文獻分析而成。

根據前述分析，雖然自由經濟示範區對國內醫療人員的外流、階級化的衝擊不大，但提供包括(1)設定比例開放與特殊醫療技術之國外醫事人員至示範區內職業及技術交流；(2)建立回饋機制，紓解醫療資源不均的問題；(3)建立示範區內有效管理配套，減少資源配置失衡；(4)加強風險控管建立申訴制度；以及(5)加強宣導以降低社會觀感不佳的疑慮，等配套等有其必要性。

第五節 「服務貿易協議與自由經濟示範區對我國醫院服務業之影響」聽證會會議紀錄

會議名稱：「服貿協議與自由經濟示範區對我國醫院服務業之影響」聽證會

時間：102年11月4日(星期一)下午01時00分

地點：集思臺大會議中心柏拉圖廳(臺北市羅斯福路4段85號B1)

主持人：衛生福利部 林次長奏延 (李偉強司長代)

會議紀錄：

◆ 主持人-衛生福利部李偉強司長(代)：

很抱歉我們比原定時間晚了十分鐘開始，相信還有很多要來參加的來賓將陸續進場，不過為了保障已到場的人，我們應該趕快開始。

我是衛生福利醫事司李偉強司長，今天這會議原本的主席是林奏延林次長，不過因為次長今天一整天都在立法院經濟委員會，討論的議題跟今天聽證會議題相關，是討論到自由經濟示範區等等相關議題，然後同樣的議題立法院會在星期三再討論一次，所以這段密切的時間當中，這個議題陸續受到大家的關注。其實我們已經在7月召開過一次的會議，但那次場地不如理想，大家最後有些抱怨，所以今天聽證會跟上次有點差別就是：第一、今天找個更大一點的場地。第二、雖然我們還是舉辦聽證會，但我們希望能有更多人來參與，所以開放包括可能在座的媒體朋友，但議程方面還是會按照原來聽證會議程來進行，中間休息時段也儘可能讓今天旁聽的朋友經過登記的程序後踴躍發言，希望來的人都充分表達意見，團體代表則還是以一個團體表達一次為原則，讓機會平等。

今天主持人最大的任務在於維持議事中立和議場秩序，相信今天會是一個理性又能充分討論的會議。接下來用點時間請今天的主辦單位醫事司呂科長做背景的介绍。

◆ 案情報告-衛生福利部呂念慈科長：

主席、各位與會來賓大家好，今天的主題是兩岸服務貿易和自由經濟示範區，但主題焦點將以醫院服務業和國際醫療為討論內容，其他業別不在今天討論範圍。基本上，海峽兩岸服務貿易協議此議題在今年的7月5日已經開過一次座談會，有15個機關團體到場，約有8成以上的出席者認為對現在的醫療環境不會造成太大的影響。本次先就兩岸服貿大陸對我國醫療服務業開放項目做簡單的介紹。

首先，服務業模式共分四種：第一種是跨境服務、第二種是境外消費、第三種是商業存在、第四種是自然人流動。簡單而言，跨境服務就是人及服務的據點不改變，透過電子商務的模式來進行；境外消費是指人到境外之服務據點接受服務；商業存在就是所謂服務據點的開放；自然人流動主要是跟醫院服務業有關的專業醫事人員入出境執業相關。

大陸對我國開放的項目中，模式一和模式二是沒有限制的；最大的議題為模式三有關商業據點的開放，基本上大陸對臺資獨資醫院及療養院已經開放到各個省會和直轄市，但設置等相關規定必須符合大陸地區相關規定辦理，以上為開放的主要重點；在自然人流動的部分，主要為履行服務合同，譬如以臺灣醫院的觀點而言，商業據點的董事會成員，為了履行董事之義務而移動至他地；最後在醫事人員部分，本次服務貿易協議並未開放。

我國對大陸開放的部分，模式一及模式二同樣是沒有限制的，模式三商業據點的部分，僅開放以合資形式新捐助設立非營利的醫療財團法人，也就是說社團法人及私人醫院是沒有開放的；另

因為醫療財團法人對於董事名額是有限制的，所以，未持有臺灣身分也就是所謂外國人及大陸人士佔全體董事的席次不得超過全體董事的三分之一，而且全體董事需有三分之一以上具有臺灣醫事人員資格。在模式四部分，除模式三所提之董事可來臺履行責任外，專業醫事人員皆不予承諾。

以下將說明對於服務貿易協議常見的疑慮：

一、開放陸資是否會影響現有醫院之營運？

本次服務貿易協議的開放，僅限於新捐助設立的醫療財團法人醫院，對於現有的醫院和診所是不受影響的，因此在整體運作上是可以有效控管的。另外加強說明，本次開放僅限於對醫療財團法人進行捐助，一但資金捐助後，資金是歸屬於醫療財團法人所有，不隸屬於任何個人，不改變現有醫療財團法人公益的本質，也就是醫療財團法人依醫療法規定所應盡之義務及履行的責任並未有改變。

二、陸資來臺對國內醫院是否造成負面衝擊？

醫療財團法人屬公益法人，由捐助人捐助一定財產，經衛生福利部許可並向法院登記。其財產屬公共財，需經中央主管機關核准始得動支，並非該法人董事就有權力進行盈餘分配。現行醫療法對於醫療財團法人有相當完備的監督、管理規範，包括董事限制，這次服務貿易協議上也同樣寫明這些規定。另外也跟大家說明，本次醫療服務業開放的項目，並未涉及醫事人員培育、訓練，不承認其學歷及不准來臺執業、不准來臺考照，是本部一貫的立場，所以在醫事人員部份是未開放的，比照現行的規定辦理。

三、新設的醫療財團法人是否淪為大陸醫事人員在臺之訓練基地？

再次強調，不管是在兩岸醫藥衛生合作協議或是兩岸服務貿易協議，醫院服務業通通沒有開放大陸醫事人員學歷、沒有開放來臺考照、沒有開放來臺執業，因此新設立的醫療財團法人醫院不可能變成大陸醫事人員在臺之訓練基地。

四、開放臺資赴大陸醫院，是否會掏空醫療產業？

現行輸出主要是以醫療管理、醫療資訊業及醫療專業行政為主，並無涉及專業醫事人員，醫療核心業務應該不會受到影響，而且大陸地區新增開放的醫院設立地點等客觀條件未必比現已開放的地區適合投資設立醫療機構。

五、開放臺資赴大陸設立醫院是否會造成醫師大量出走？

根據本部統計有意到大陸執業而申請良醫證之人數，已由 99 年 4 百多人降至 101 年 199 人，赴大陸申請者有 6 成為開業醫師，截至 102 年 10 月底申請良醫證者已降為 70 人，所以申請者逐年下降，並沒有因為大陸開放臺資設立醫院而造成逐年醫師出走增加之情形。

六、醫護人員是否會成為兩岸服務貿易協議下的受害者？

據了解目前大陸地區有 10 家臺資醫院，受邀至大陸地區的多屬退休人員。當前國內許多醫院面臨招募醫護人員困難的情形，對於在職員工都十分珍惜、保護、尊重其意願。另外目前雖然大陸地區開放設立臺資醫院的地方變多，但是否都適合前去投資是有待商榷的，因此是否會造成更多醫護人員到大陸工作，本部將會持續觀察、確認。以上是針對兩岸服務貿易部分做簡單的說明。

接下來是有關自由經濟示範區國際醫療部分。這個議題在 7 月 10 號本部已經舉辦過聽證會，當天共有 28 個機關團體和 3 位專家學者共同與會，其中 8 成以上出席者是支持政府政策的。另外，經建會在今年 6 到 7 月對公立醫院的高階主管進行調查，

顯示 9 成以上的受訪者是贊成政府推動國際醫療、7 成以上的受訪者認為推動國際醫療是不會影響國人就醫權益、6 成以上的受訪者是贊成示範區內專營方式推動國際醫療。

當初自由經濟示範區內放入國際醫療的目的有三：第一、突破現行醫療法規的限制，吸引國外先進醫療機構來臺灣與國內健康產業結合，使服務品質增值，增加國際能見度。第二、透過產業聚落，為產業注入正面能量，帶動相關產業的發展。第三、透過示範區，限縮影響，強化管理，針對潛在衝擊即時因應。

國際醫療在示範區內的作法分為第一階段和第二階段，兩階段是以特別條例三讀通過作為劃分，目前特別條例的內容尚在討論中，所以目前的狀態是在第一階段。第一階段的主要重點是國際行銷，推廣優質的醫療品質，在國際機場設立國際醫療服務中心，服務中心不從事任何醫療服務行為，而是針對臺灣醫療形象作聯合行銷，並對民眾提供諮詢，此種做法的好處在於將行銷的點拓展到國家入出境的門面，達到更大的宣傳效果。第二階段的重點，在特別條例三讀通過後，將整體檢視第一階段推動成效，在未對國內醫療環境產生負面影響後，才會依特別條例去開放特殊醫療專長的外籍人士在示範區內執業和進行技術交流，並且允許股份有限公司可以在示範區申設專辦國際醫療機構及相關產業。

上述內容介紹了兩個重點，一個是外籍醫師，一個是股份有限公司得以申設，主要是因為考量到現行的法規是允許私人及醫療法人申設醫療機構，但對於外國人來說不清楚什麼是醫療法人，在外國人不清楚醫療法人形態下將會限縮其投資意願，因此在特別條例草案中，適度開放股份有限公司可在示範區內設立醫療機構，吸引國外先進醫療機構來臺和國內健康產業結合。公司申設之醫療機構，仍依醫療法規提供醫療服務，不改變醫療機構服

務病人的本質。再來是開放外籍醫事人員來臺執業部分，對於具有特殊專業醫療技術之外籍醫事人員，開放免取得專業證書即可在示範區內執業及技術交流，提升國內醫療技術水準。

接下來是分為三大面向說明可能潛在之影響：第一、是民眾就醫權之影響，以 101 年國際醫療實際住院人次為例，未超過 4 千位，和全民健保住院 3 百多萬人次相比，僅占 0.1%。以門診而言，國際醫療服務人次大約為 11 萬人，占全國使用全民健保門診 3 億人次相比，僅佔 0.03%。又以來臺事由來看，主要為健檢、醫美及非醫療急迫性的選擇性手術等，不佔有現有健保病床，對醫事人力及資源上衝擊較小。第二、醫療資源及人力影響部分，未來在示範區內設立專辦國際醫療機構將嚴格審查，對於區數和家數嚴格限制，另外也會限制示範區外之醫護人員至示範區內兼職執業之時段數。最後也是許多專家表示，人力外流的現況可藉由推動國際醫療獲得改善。第三、對健保財務之影響，因為示範區內之國際醫療機構不得申請健保給付，且必須繳交特許費及執行回饋計畫承諾，非但不分食健保資源，反而可以補現有之不足。示範區外之醫療機構則仍依現有醫療法規及健保給付規定提供醫療服務。

綜整國際醫療推動之配套措施，第一限制示範區外的醫護人員至示範區內兼職執業時段數。其次建立管理機制，監管可能的影響：包括建置實體示範區，區隔國內醫療資源，減少影響；加強監控對國內民眾就醫、病床排擠之數據；嚴格把關示範區之區數及醫療機構家數。第三監督回饋計畫，減少資源配置失衡：醫療機構不得為健保特約機構，不瓜分健保資源；公司依法納稅外，每年須繳交特許費；要求廠商提出並確實執行回饋計畫承諾事項，平衡醫療資源差距。

以上為針對兩岸服貿及自由經濟示範區國際醫療部分做的整體說明。

◆ **主持人-衛生福利部李偉強司長(代)：**

請將簡報檔回到議程說明的部分。今天現場已經慢慢坐滿，當初找集思臺大會議中心舉辦，還擔心場地太大，不過待會可能還會嫌場地小。在今天的出席者分為幾群：利害關係人、政府機關、學者專家和鑑定人、公協會代表、法人代表、民眾代表。另外，本次會議開放旁聽，所以還有列席人員，希望今天能達到充分討論，在過往也主持了幾場類似的會議，相關的議題在多次思辯後，都能適時提供建設性的意見。按照議程，接下來由利害關係人陳述意見，提醒大家今天聽證會採登記發言制。現在本次會議的原定主持人林次長到場了，為了維持議場順利進行，先請林次長就座，並請童綜合醫院童瑞龍董事長發言。

◆ **童綜合醫療社團法人童綜合醫院童瑞龍董事長：**

林次長、主席李處長、各位專家學者、各位現場的先進，我想兩岸服貿這個部分，可以幫臺灣賺取外匯，我們幫忙訓練自大陸來的人，其實可以收一些費用，這些人進來是要受到管理的，所以我認為，開放代訓大陸醫事人員可以再研究的，不一定要把它禁止。第二點有關國際醫療的部分，國際醫療在衛福部的規定，是不能夠使用健保，我相當認同，因為我們不能把國際醫療感覺都是在做慈善，我們應該把它看成一個事業，像泰國、韓國，都是在賺取外匯，泰國有來自很多的中東的，韓國也有很多來自俄羅斯、蒙古的，臺灣的地理位置，比泰國、韓國都還好，應該更有發展優勢。

如果要開放國際醫療，醫事人員的執照應該要有所呼應，像在韓國的國際醫療機構，光是飲食，就開放了很多外國人來做這

個工作，泰國也一樣，我們臺灣要做國際醫療，我想醫事人員如果說只有中華民國的，可能病人不會進來，因為我們知道我們今天為什麼要讓大陸來我們臺灣健檢，其實就是因為我們同文同種，語言沒有隔閡，外國人要到臺灣來看病，如果沒有那個國家的醫師來這的話，他感覺不夠親切，只有英文來對話的話，有時候溝通也不是那麼完整。如果我們真正要做國際醫療的話，還是要開放鄰近國家的醫事人員來臺灣工作。

◆ **新光吳火獅紀念醫院洪子仁總經理：**

時間的關係，就省去稱略，我想這次兩個議題，第一個是服貿協議的議題，第二個是有關自經區的議題。服貿協議的議題，我首先要提出一個新的概念，這次協議是有來有往的，與過去都是中國單方向對我方開放不同，這是第一個不一樣。第二個，這次我們開放，事實上我覺得衛福部規劃的很好，它是根據我們之前加入 WTO 時，已經開放醫院由非營利機構設立，而且擔任董事會的成員不得超過三分之一進一步限縮開放範圍。對我方來講，最重要的是吸收過去大陸對我方的資金，這個當然會有幫助，換句話說，這是改變過去都是我們單方向的流動到大陸去的狀態。但實際上這次我們這樣開放以後，我相信，短期內不見得會有大陸的來臺灣投資，理由很簡單，因為他們自己現在也在一個開放的過程，所以應該是不會來我們這邊設置。

接下來，我要引用 2013 年 7 月 25 號鄭秀玲教授在兩岸服貿協議對我國衝擊分析裡面的第 28 頁 power point 寫到說，開放服貿會掏空我國醫療體系，壓垮健保制度，我跟各位報告一下，我們的健保哪有這麼脆弱，開放這個就會被壓垮，那這樣就真的很掉漆（台語），我們的健保規模五千億，醫療在我國又是高度監管的行業，除衛生福利部會監理，各機構、民眾也都會來監理，所以我想沒有所謂的一開放就會壓垮健保制度；另外她提到，開

放我國這個服貿以後，會有 20 餘家醫院，吸走我大批醫護人員，掏空醫療體系，但根據衛福部的資料，我們現在去大陸的醫生，200 個不到，佔我們整個體系，其實影響程度並沒有那麼大，只不過鄭教授在這篇 power point 寫到一句話，我一定要唸給大家聽，她提到說：政府不應該鼓吹我業者到中國設立醫院，應吸引中國旅客來臺醫療兼旅遊，不僅可增加本地醫院的收益及就業，也可留住醫護人員，保障我民眾就醫醫療的權利，所以我也很感謝鄭教授，自經區的開放就是把我們的醫療留在臺灣，讓大陸的居民可以來臺灣，來接受我們的醫療服務，而且這樣才能夠保障我民眾醫療的權利。

◆ 諾貝爾眼科張朝凱院長：

關於開放服務貿易協議，我個人表示支持。但我第一個議題是希望能夠考慮開放聯合診所這一塊，因為我們臺灣有 2 萬家診所，若能合併起來就會變成大型聯合診所，這是很好的服務單位，應該可以朝向這個方向去思考。

第二點，關於自由經濟貿易區這個議題我個人也表示贊成，我覺得不做健保、做自費或限制醫師進去做支援的時數都 ok，但我希望能多開放一個項目，這個項目就是培訓大陸或國外的醫師，大家可以一起來參與，在自由經濟示範區之外我們可以示範教學這一塊，我們可以做培訓這一塊，我可能沒有能力去開醫院，但我可能有能力去培訓，公學會很多都可以培訓。

第三點是有關發放健檢及醫美簽證這一塊，目前限制在醫院，但有的醫院只做健檢不做醫美，是不是可開放給更多診所來申請，也就是開放的額度可不可以再大一點。事實上我接了很多案子，大家都在走擦邊球，我作為醫美協會理事長，我有一千三百多個會員都是診所級的居多，完全接不到客人，就用自由行這一塊來擦邊球，這一點是不是可以改善一下，不要只限制在醫院，診所

亦可以嚴格來規範，嚴格來審查。以上三點。

◆ **台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟葉庭瑜醫師：**

我是一名醫師，我畢業於英國的醫學院，在服貿的事情有幾件事我們來做一個討論。

第一個就是國民就業優先權的問題，根據歐盟法規凡是要雇用非歐盟公民的時候，雇主必須提出主要的證明，就是這個工作沒有義務的公民可以勝任，所以才用非義務的公民；再來看新加坡法規，他明文規定說新加坡公民有就業優先權，因此，在這個特區裡面應讓具中華民國國籍並設有戶籍者取得優先錄用權，這不是鎖國而是國際通則，既然要國際化就要和國際統整，不是我們自己認為的國際化。

其次在國內外醫事人力資源及醫師換照做嚴謹的考量，為什麼我們要用外籍人士，主要增加我們的 Quality 及國際競爭力，我們看看新加坡的例子，他的主流是放在教育，不是醫療服務，他的外籍是教師，不是醫師人力，不是用來做服務的，他們在國際換照、免試換照、學歷互認、專科醫師執照的轉換都非常成熟，而且他們本地醫師所考的專科醫師執照全部都是英國專科醫師執照，所以他們不需要由外籍醫事人員來增加他們的外籍醫療服務，臺灣有沒有這樣的人，其實有蠻多的，大概有 300 個英美各大醫學院的畢業生，但都因臺灣的法規被擋在國外，主要是要回來要重新實習，基本上要放棄 300 萬以上年薪來做一年實習，是很誇張的一件事情。

再來是免試換照嚴謹度的部分，我覺得外籍跟九大地區是一個很大的問題，定義範圍不明確，我建議是要採用新坡 2003 年的模式，由國家甚至學校來特別選定我們究竟要哪些畢業生跟醫師，醫師需取得該國的執業執照及專科醫師證照，因為我們要做的是做服務，不是幫他們訓練做醫師，所以要取得專科醫師證照、

良醫證等資料，再來是附上雇主證明、薪支證明更可做嚴謹把關的一個動作，設下該醫師在該國家最低薪支的門檻，這樣可以為國家做一個很好的把關，醫療國際特區是一個機會也是一個危險，如果我們可以公正無私地去檢視每一個環節，會是一個對全民有利益的政策。

◆ **台灣醫療品質促進聯盟曾中龍秘書長：**

各位醫界先進大家好，我是台灣醫療品質促進聯盟秘書長曾中龍，我本身也是藥師公會全國聯合會的秘書長，臺灣醫療品質促進聯盟其實是由國內 17 個醫事人員專門職業公會、團體所組合而成的。

事實上其實我們本來也是醫療關係人。可是事實上，這個團體是在看臺灣的醫療品質如何。今天的議題，站在醫療人員的觀念理念是醫療無國界，如果可以在醫療品質確保的前提下，讓臺灣的醫療服務產業發展的更好，那我們當然應該要全力支持。不過，我們發現兩個問題，第一，我們都只考量到經濟產業面的發展，考量到醫療產業，可是有沒有注意到我們現行國內有關的醫療法規，能不能讓它真正的發揮。譬如剛剛有談到說，我們不做健保，只做自費，是，只做自費這是絕對支持。但是問題來了，我們國內的醫療機構要做健保，所以外國要來投資的可能性就會很低，可能就會變成國內自己的機構來投資、國內的醫事人員來從事服務。因為各類醫事人員都是可以支援的，會不會因為支援而產生違反勞基法的問題，是要思考的。

第二個，因為專區他的 pay 很高，會發生虹吸效應的，臺灣的百姓使用健保提供的服務，會產生服務的差別。

◆ **台灣醫療改革基金會朱顯光組長：**

主席、林次長、在座的各位醫界先生、女士，我代表醫改會。

今天我可能是在座的聲音比較不一樣，但是民間的聲音到底是怎樣，我可能要跟進一步去討論。

這次討論兩個，一個是服貿，一個是自經區，自經區國際醫療在上一次聽證會我們已經講得很清楚，完整的資料大家可以上網站或衛生署網站上一次的逐字稿紀錄，這次自經區的部分我會多講。首先來表達我們的質疑、疑慮及跟有一點點抗議。今天的主題不論是自經區還是服貿，都提到對醫院還是對產業的影響，但是對民眾就醫的權益或醫療品質的影響，我們其實看不到官方比較完整的，多元的邀請這些可能受影響的民眾或病友團體來討論，才是比較周全的。

那另外我看剛才呂科長的報告中提到八成的與會者都支持，我覺得那是個嚴重的誤導，因為經建會的調查對象是醫院的CEO，並沒有問醫院的基層勞工或其他。

另外有一個數據的部分，剛剛講的是說，因為現在沒有開放，當然檯面下有很多走了，拿良民證的醫師或什麼，是不是代表以後開放就等於說不會有大量流失，我覺得這樣的論證數據很錯亂。

另外早期在討論專區的時候，大家講說以後在臺灣設專區，但我們問了好幾次，以後專區是不是還開放那 39 家？在區外、前店後廠，或是大家可以用自由行或各種方式去做，這個疑慮一直沒獲得解決。回到主題，這對醫療界的影響，對社會究竟產生什麼效益，就以現在開放的 39 家來講，他們到底人力改善了多少或產值增加多少，最後回到醫院是多少，可不可以請衛生署拿出數據跟我們說，但我們永遠拿不到數據，這是我們非常擔憂的部分。

另外有關服貿的部分，我們擔憂的是開放臺灣到對岸去，現在還沒正式開放，但我們看到報導現在有很多假日飛刀手去，科

長說核心業務不會去，但事實上有很多私人醫院很多醫師輪調出去，前線吃緊，在這邊的人力會更吃緊。另外資金投入，臺灣的醫院用的是臺灣財團法人的資金還是母企業背後的財團資金去，這部分會不會資金掏空，財團法人資金是社會的公共財，這部分如何控管，這是我們擔憂的部分，謝謝。

◆ 主持人-衛生福利部李偉強司長(代)：

在進入到我們下面的這個學者專家鑑定人發言之前，先請我們衛福部林次長，因為他等一下還要回立法院去接受更嚴格的詢問，有請林次長。

◆ 主持人-衛生福利部林奏延次長：

第一個，這個題目是立委定的，立法院的意見我們一定會照辦，我們一定會把民眾的權益放在前面，關於這個自由經濟示範區的問題，我有幾個感想，第一個，我算是老派醫生，醫勞盟的副秘書長也是算是我的學生，我在每週一、五還回去北醫教課，每一個禮拜的最後，一定要跟學生們說看病不是做生意，這一定是原則，我們醫療的本質沒有改變，一定是醫療品質跟良心事業。

現在大家都在談社會企業，賺錢沒有問題，但賺的錢就是要回饋給社會，不是在自己的荷包裏面，我想這一點非常重要。這兩天蒐集大陸上海國際醫療園區為什麼很快可以吸引那麼多人進去，我發現上海園區規劃不是很明確，到現在沒有很大明顯的規劃，可是一大堆人投進去，包括國泰很多人進去。我和李司長對於自由經濟示範區的理想不是侷限在一家醫院，而是應當是一個健康城的概念，也就是說以一家醫院為主，帶動一個群聚的效應，還要有健康產業同時帶動生物科技、藥物發展，要到這個程度才算有意義。這兩天整理出來上海的資料，為什麼上海有效率

而我們沒有效率，這是因為上海是由上而下，大陸地區的衛生部就直接跟上海市政府談好，也剛好上海市政府前任副市長就是一位醫院院長，後來變成交大的副校長，於是就直接再轉交給交大，沒人抗議，交大醫學院就立即找國外的公司進來規劃，地點是浦東的最中心，也就是近浦東機場的高速公路旁邊用地。反觀我們，大概沒有辦法找到這麼好的一塊地了，也許選擇青浦對面那一塊或水滸機場的那一半，就是最好的地點。

上海的規劃一期就是五百床左右，第二期的醫療以幾個單科專科為主，包括兒童、癌症、整形等中心進來，但是重要的是上海國際醫療園區，它附近一定有聚落存在，附近發展生技還有製藥、儀器，所以上海很容易就成形了。我們規劃的國際醫療不是像泰國康寧醫院一家醫院在做，我們真正要做的，就是要做到整個帶動整個臺灣的產業，我們醫療不叫產業，健康才是產業。我有一點感慨，為什麼我們的效率會這麼不彰，可能是我們無法從上而下指定某特定對象去執行，因為指定就會有人來罵，但是你要他申請，他又不申請。現在好多國家的自由醫療示範區都在做醫療城，韓國兩個，日本也有，大家都在做，我們必須加快腳步。

◆ 石曜堂名譽理事長：

因為時間的限制，免去客套，我覺得今天這個會非常重要，我七月參加過，我從會議通知單就看到衛生福利部的用心，程序正義一定要經過大家來談，給大家表達很多意見非常重要。我不是學者，也不是專家，我也是民眾，從民眾的立場，我能認同醫改會的說法，但從知識跟全民的層次，未必是正確。張荳雲前董事長也是我的好朋友，我們經常互動，我從兩岸的關係來看，國家走到現在，已經要換軌了，換軌不是國家換軌，是產業要換軌了，因為貧富差距越來越大、負債越多，老人人口增加、少子化，勞動力減少，經濟下滑，還能這個樣子嗎？能不換軌嗎？還要待

在那裏講老話嗎？所以第一個，換軌要換得快，要各個步驟都讓我們真的提升到進步國家，其結果呢，民眾享受的不只是錢的增加，是日子過得更好，其中，醫療跟健康照護產業就是很重要的一點。

第二點，我們有知識還不夠，要有見識，要有膽識，要有願力，要有實力，然後要行動帶來價值，今天的聽證會是幫忙大家，因為有了知識之後，一定要思辯，像今天這樣會議，來回討論，然後凝聚共識，趕快採取行動。我要說的是趕快採取行動，因為你看看大陸習近平來之後，十八大，十二五時更早，再來他的衛生部已經改了，為了滿足國家發展的需要已經變成衛生及計畫生育委員會，再來是上海自由貿易實驗區，太重要啦，放空空的稅甚麼負擔都沒有，你進來就是了。接下來可能十一月就開三中全會，還有三八三，用非常強烈的政治訴求，三個自由經濟、行政改革還有法規鬆綁，然後達到八個非常重要的政策作為，最後落實到三個小康社會，非常積極在動，那麼快的速度，我打個比喻，現在我們這裡有自由貿易區是不是，他們也有，假定要蓋個國際醫療城，要蓋的人會選哪裡？請想想看，機會一縱即逝。我這樣強調並不是說我在趕快、通通放，服務貿易哪談得攏？

全球觀點在轉型，第一個自由、第二個創新、第三個服務，臺灣的出口越高，服務也越高，我們靠的是跟大家關係，可是更重要一點，我要從全球化觀點看兩岸關係，兩岸大家分享利益，不是搶利益，當兩個都有誠信的時候，我們合作之後是全世界市場，不光是兩岸，要放開眼界來看這件事，假定不這樣看，就非常麻煩，所以自由、創新跟服務，都是非常重要，所以我到現在還是一直強調要趕快不要拖拖拉拉，把大家的聲音納進去來思考，但有些一定要轉型，透過這機會要好好締造，然後從醫療服務轉變成健康產業。

我還有多少時間？還有三十秒？我是說這個機會是給大家，正向的來看這個問題，我絕對不會發展到我們健保，健保我拿幾個數目，容許我把它講完，我們有好幾個指標說臺灣好棒好棒，第一個指標大家知道一下，兩千年英國經濟學人說我們的二位，為什麼二位，因為大家做不到我們做到，全民涵蓋、低成本，第二個 2003 美國說我們健康烏托邦，為什麼烏托邦，全世界都不行你怎麼行，烏托邦後你想甚麼就甚麼，意涵著予取予求，第三個 Krugman 說我們最好，為什麼最好，因為美國辦不好嘛，第四個 2011 富比世說十大社會第十位是臺灣，甚麼叫大社會，要過得更好，其中健康產業就很重要的醫療產業。健保已經到了飽和的程度，可以不尋求創新出路嗎？謝謝。

◆ 林憲政教授：

首先我要提的第一點就是，服貿協議這個基本上對於中國大陸跟臺灣的價值，基本上是不太一樣的。服貿協議對於臺灣而言，就是一個 ECFA 實質內容上的一個奠定、執行，至於服貿協議對於中國大陸來講，我個人認為它是十二五計畫裡面的一項措施。十二五計畫裏頭，當中有一個非常重要的項目就是要提升中國大陸的民生經濟、社會福利、社會服務的能量，所以從這樣的角度切入，就不難理解為什麼中國大陸要在兩岸的服務貿易協議裏頭，有這麼大的讓步，以十三億人口的一個市場來換取臺灣這兩千三百萬的人口，中國大陸的主要目的是藉由臺資企業的進入，來落實十二五計畫裏頭的民生、經濟還有社會服務的能量上面的提升。至於說陸籍的企業能不能藉由服貿協議進入臺灣市場，我個人認為，對於北京的政府這絕對是其次，甚至可能根本就不在考慮之內。

在醫療服務、醫院服務來講，首先必須看的一定是人口。在臺灣，人口出生率一直在下降，而中國大陸從目前到 2020 年屬

於是人口快速老化的階段;到 2011 年到 2050 年的時候，會進階到加速老化階段，那這個加速老化階段也就是中國大陸的老齡人口會到達百分之十三。在中國大陸的規劃裡頭，從 2011 年到 2050 年的時候會進入一個所謂穩定嚴重老化的階段，也就是預計每年維持著 65 歲以上老年人口在 3 億到 4 億之間。這代表中國大陸的一胎化政策在 2020 年左右，甚至之前可能必須要被鬆動。因此，當一胎化的政策被鬆動時，我想，人口紅利對於醫療產業的發展可能是值得被關注的。

第二點就是在於體制跟獲益的評估。在體制的部分，我們知道臺灣所實行的全民健保，基本上就是一個很典型的計劃經濟，而中國大陸醫療產業營運的自由度上，至少是比臺灣高的;從規範上來講，中國大陸至少有分成為營利性及非營利性。那再講到獲利的部分，臺灣的醫院獲益如果可以保 5 就已經算不錯了，至於中國大陸的話，我們都知道，醫院主要是來自藥品的收入，所以從「以藥養病」的角度來看，我不認為他們的獲利會低於百分之五。從這些比較性的優勢面來看，臺灣的醫療環境對於中國大陸的企業而言，是沒有誘惑力的。另外還有一點更重要的，臺灣的非營利性醫院必需執行政府的衛生保健政策，而從北京政府看臺北政府的高度或者角度，他會允許中國大陸的醫院來臺灣投資嗎?來執行臺北政府的醫療衛生政策嗎?最後，我不建議一開始就全面開放，應該是從偏遠地區開始開放起，一方面是試點，一方面是補足偏遠地區醫療資源的不足。以上。

◆ 錢慶文教授：

主席，各位女士、各位先生下午好。這邊有三點意見想表達。第一點就是誰可以代表民眾?其實我們在這邊的每一個人，代表的每一個團體，沒有一個人、沒有一個團體可以代表民眾。我們沒有做過調查，我們憑什麼說這句話「我代表民眾出來講」，其實

沒有，我們也是利益團體的一個。

第二個就是，在座的發言人很多是在這些利益團裡工作，請問你們了解中國大陸？如果不了解中國大陸，是不適合斷定服貿協議簽過以後中國大陸會怎麼做的。例如中國大陸已經在兩年前實施藥品零差率，意思是，買藥的時候連運費都幫你算好了，所以呢，基本上除了自己調劑的藥有收入以外，其他一毛錢利益都沒有。所以中國大陸現在流行要把藥局踢出去醫院。

我在學校裡面 1 天至少要忙 12 個小時以上，我常常告訴我自己，我很感謝這個血汗學校，為什麼？因為還有個學校願意讓我血汗，如果各位今天每一個人、每一天去醫院，都看不到病人的時候，你們想要血汗都沒有血汗。只可惜臺灣現在健保虧損這麼嚴重，雖然我們二代健保可以支撐一段時間，可是能撐多久？不知道。在這種情況之下，我們連自己都不認識的時候，卻大聲論斷服貿協議簽了以後會變成什麼樣子是很奇怪的。

第三點，我覺得政府規劃自貿區是一個好的政策，但是否需要這麼多自貿區這才是重點。如果我們還在這邊這邊吵吵鬧鬧，其實國際世界的競爭不會等我們，中國大陸其實也不會只跟臺灣買東西，中國大陸會跟全世界買東西。今天臺灣趁價錢還不錯的時候不趕快賣賣掉，如果今天不再繼續賣的話，他們跟全世界買，總有一天，他們就不要你了，到時候你想賣都賣不掉，到時候我們也不用在這邊討論什麼自貿區，也不用討論什麼國際醫療。為什麼？因為我們根本都賣不出去，到時候，一定又會有一些人說，我們代表民意，我們代表什麼來批評衛生福利部。我不敢講我有多麼認識大陸，不過我相信，如果我今天在這邊問各位，中國大陸的衛生部，在十二五計畫所規劃的五個方向是哪五個方向，我相信你們在座的人，大概只有少數 1、2 個人可以回答，剩下的人都回答不出來。再補充一點，中國大陸的醫院如果要買臺灣的

醫院，他不會從中國大陸把錢送進來，他一定到國際的地方去登記個境外公司，再從境外公司把資金轉到香港或者轉到任何地方，再從這個地方轉進來臺灣買醫院。實際上，我們限制的很多東西對中國大陸來講都不是問題，所以我們常常在講開放、開放，都是半調子的開放。半調子的開放，不如不要開放。這是我的意見。謝謝。

◆ 牙醫師公會全國聯合會邱宏正主任委員：

主席還有今天各位與會的代表，我代表牙醫師公會全國聯合會法制主委來論述這個服貿，其實在很多場合聽過很多經濟學者說，所謂的自由貿易必須很嚴謹，第一個是認承貿易協定必須要對等；第二個貿易協定不應該把商業利益放在國家利益之上，第三個這個談判的過程必須要是透明的。那我們就來檢視醫療服務業在這幾個原則上我們是不是有符合這樣的原則，這是諾貝爾經濟學者 Joseph E. Stiglitz 他提出來的。再來我們自由貿易，剛剛官員有提過說，有四種模式：第一個是跨境的雲端服務，第二個境外的消費，第三個商業據點的呈現，第四個是自然人流動。這幾個對我們牙醫界的生態來講，我們比較在意的就是說，如果我們接受所謂的公益非營利性的財團法人醫院在臺灣設置，我們比較傾向的是說，如果它是一個對等的，而且它是不應該把商業利益放在國家利益之上，我們建議它是在醫療缺乏地區優先去設立，為什麼？因為我來自臺東，我在過去六年在臺東公會理事長任內，每隔兩年我就必須為蘭嶼、綠島去發聲，為什麼？因為醫療資源的不平均，造成醫事人力短缺，所以每兩年我就必須要配合著公費系統，然後跟媒體去抒發說，為什麼離島同樣繳健保費，卻沒有同樣的醫事人力來做？但是我們現在在這整個服貿協定裏面，我們以設立一個財團法人醫院來講，希望它是先以偏遠地區為優先考慮。那再來就是說，自然人的董事不超過三分之一，事實上

我們這個自由貿易協定，跟所謂的其他國家非同文同種國家簽自由貿易協定是不一樣的，因為我們有 30 個董事，三分之一的董事是可以給中國人，他們可以透過運作，然後超過一半去左右董事會的營運和經營權，甚至產品的採購它可以優先考慮用中國的產品，中國的產品有很多沒有經衛生福利部認證，會造成劣幣驅逐良幣的效應。

◆ 中華民國醫師公會全國聯合會蔡明忠秘書長：

主席、各位來賓，我想醫師公會全聯會的立場必須重申，對於大陸學歷的認證，在全聯會共識裡，我們是不承認的。至於國際醫療這個議題，學者專家好像有點支持，民眾端好像擔心這樣的結果會造成很多血汗的情況出現，我深深感覺到一點，再怎麼談，回過頭來還是回到健保本源，那才是重點。

自由經濟貿易區可能設在偏遠地區嗎？這怎麼叫做自由經濟區？不可能嘛！那是為了要增加收入，應該是經濟收入面增加以後，有錢再拿來協助處理偏鄉醫療資源缺乏區。所以這個問題我覺得不管怎麼樣，以民眾端的立場，永遠要記得一件事情，所有醫療產業在臺灣，永遠是以人為中心，照顧全人的醫療，這是重點，是不可能改變的。這些裡面所呈現的是不是血汗的問題，是不是健保支付的問題，剛才教授講過了，到底健保還夠不夠的問題，都已經存在了。我們很期待衛生福利部在整體的規劃上，朝以全人照顧為中心，讓整個服貿和自由經濟，對整個醫療界衝擊要降到最低。

◆ 中華民國護理師護士公會全聯會李作英主任委員：

主席、與會各位代表及專家，大家午安！這邊代表中華民國護理師護士公會全國聯合會作第 1 次發言。今天一開始的時候，承辦單位已對這 2 個議題作了很清楚的介紹，雖然服貿協定聽起是

會有更多資金挹注到臺灣的醫療事業，他的外籍董事最多只有 3 分之 1，應該並無絕對的影響力，但是我們都知道合作事實上就是某種程度的競爭，身為醫院的一份子，一定知道醫院的運作、營運、策略及員工福利等，絕對跟董事會決策有很大的關係。所以未來假設想像一個醫院董事會有 3 分之 1 不是本國籍的在作決策的時候，是不是未來會對國內醫療生態有某種程度的影響？這是可想而知的，本會對此部份是有所保留的。

第二個就是在自由經濟示範區有關推動的作法，在第二階段可能會視第一階段狀況適時引進國外專家作一些技術交流或所謂的執業，這是前面專家有提到的，如果是技術上、學術上的交流應該是很好，但是如果牽涉到醫療服務，就要考量到病人這邊的狀況，也就是說尤其是現在臺灣護理人力相當缺乏，我們現在已經絞盡腦汁怎麼讓沒有在護理職場上的人能夠回來，目前大概 100 張執照只有 60 張在臺灣執業，40 張是沒有在護理領域。

依我們所作的全國性調查，第一個原因是因為他們覺得在護理職場工作 loading 太重了，大概有 30~40 % 是這樣認為而不願意回來。第二個是因為福利不好而不願意回來，福利還是不夠令他們滿意，相對來講就是工作太重而福利不是太好。第三個就是他的專業沒有受到尊重。在這樣的考量下，我們認為如果未來自由經濟示範區的策略，可能會藉由技術交流的名義，大量引進外籍護士的時候，看起來好像是舒緩人力的缺口，但是很可能因為兩邊教育程度不同、教育訓練過程不一樣，本國的護士可能必須作更多的教育訓練工作，反而加速本國護士的離職，所以未來推動時必須更審慎的評估。

◆ 台灣私立醫療院所協會吳明彥秘書長：

主席，關於服貿協議，基本上我覺得世界上有兩個行業是政府管得最嚴的，一個是醫療、一個是銀行。事實上臺灣對這 2 個

產業也是管得最嚴。如果看醫療法對醫療業的限制，事實上是嚴格到不敢想像，根本不用擔心那些人進來後會作壞事。

再來我是覺得衛生單位的開放度不夠，因為臺灣很多醫院的利潤根本不到 2%，大陸企業對台灣醫療投資基本沒有興趣。

臺灣不須要綁手綁腳，第一個我認為無需限制新設的醫療財團法人，第二個既然說服務輸出是要去賺錢的，他的醫事人員來這邊受訓，讓台灣醫院賺錢，這樣不好嗎？

我堅決反對叫人家去投資偏遠地區。張昭雄校長曾經跟我講一句話，他去見吳儀總理，吳總理說我們共產黨的農村你絕對不要給我碰，那是我們共產黨的責任，你若要投資，請去上海、北京、深圳，那裡才有的拼。人家共產黨是這樣的思維：基本上農村是政府要照顧的。

再來示範區只有機場的附近例如桃園、高雄才有可能。公司化、人員引進都一定要開放，而且這個地方一定要採取 open system，很好的醫師才會進來，因為是 open system，所以不須要買很多儀器，也可讓開業的醫師一起來合作。

◆ 交通部觀光局金玉珍科長：

主席、各位先進、各位先生、各位女士。我代表交通部觀光局作為旅行業目的事業主管機關的立場表達支持「自由經濟示範區」推動國際醫療。因為我們的旅行、旅遊市場，可以說是發展的相當成熟，旅遊環境很優良，臺灣旅行業發展了超過六十年，具有專業的 Know-How 及高品質的接待服務，不管是在兩岸跟國際間都具有競爭的優勢，近年來更與會展、美食餐飲、運動休閒、健檢醫美、文創、婚紗還有休閒農業…等元素異業結合，推動臺灣觀光旅遊正是熱門的趨勢；另外一方面呢，臺灣的醫療技術先進、世界知名，能吸引國際病患來臺治療，如果能夠藉由「示範區」的健康城吸引國際旅客來臺進行醫美健檢的話，除了為醫療

機構創造永續經營及升級轉型的機會，也可以為臺灣旅遊產業開啟一扇窗，活絡旅遊相關產業的發展。

屆時透過相對簡便的入臺許可簽證的申請，結合醫療機構由旅行業者包裝完整的醫療旅遊套裝遊程，將臺灣知名的旅遊景點、享譽國際的美食、獨有的購物體驗完整結合，使來臺國際旅客能一次體驗高水準的醫療及豐富多彩之遊程。

去年來臺旅客已經超過七百三十一萬人次，我們衷心的期盼未來示範區有完整的配套機制，在不影響國人醫療權益之前提下，爭取國際人士來臺健檢醫美，觀光局也將輔導旅行業者與醫療機構建立健全的合作關係、夥伴關係，透過醫療機構與旅遊產銷、行銷的管道，讓來臺國際人士能夠體驗高品質醫療服務，同時亦能感受臺灣的美食、美景跟濃濃人情味，相信能吸引國際旅客一來再來，儘早達成「追求優質，觀光加值」千萬旅客來臺的目標。

◆ **主持人-衛生福利部李偉強司長(代)：**

現在時間 2 點 40 分，接下來休息 15 分鐘，休息時間到會響鈴。休息後開放第二輪發言，歡迎出席及列席者登記後發言。

◆ **中華民國醫師公會全國全聯合會吳梅壽理事：**

主席、各位貴賓，醫師公會全國聯合會理事吳梅壽醫師發言。站在一個醫師的立場，我們認為民眾健康的把關非常重要，對於醫事人員開放我們有許多的憂慮在，現在不開放醫事人員，將來開不開放，可以保證嗎？所以我們必須事先反應出我們的憂慮。

第一點，兩岸醫學教育系統不盡相同，醫師的養成方式也不盡相同，如果開放大陸醫學科系，將兩者混在一起，這個就好像把不同車牌的車子，零件拼湊合併使用，這種車子，縱使可以短期上路，請問，您敢開車上高速公路嗎？您安心嗎？

第二，萬一車子失速，造成醫療車禍，不論在示範區內或者示範區外，所延伸出來的醫療後續花費，是不是該由健保來支付？

那如何去界定？健保這塊大餅目前已經緊繃，難道還要我們全國民眾再補繳健保費，來應付這種可以預期到的開銷嗎？

第三個，這個就好像器官移植手術術前必須經過多種篩檢比對把關，才可以進行手術，現在貿然開放大陸醫學科技入境，沒有完整配套準備措施，如何預期不會出問題呢？畢竟這個是一個人命關天的事情。

第四個，臺灣醫學教育制度嚴謹，在目前的體制下，所養成訓練出來的醫師廣受民眾信賴和肯定，大家只要看看我們，每年大學入學考試，為何醫學科系的入學分數都名列前茅？這邊反應出我們民眾對臺灣醫學教育制度的認同和肯定。所以大家才會鼓勵優秀的子弟在臺灣學習醫學，事實上，我們專科醫師的制度非常嚴謹，每個醫學會幾乎都要規定六年的繼續教育學分要達到六百分才可以換照，連最基本的醫師證照，也要有六年一百八十個學分才可以換證，這其中還包括醫學倫理、醫療品質、感染控制、兩性議題等十八個學分。這種嚴謹的醫學教育制度，如果輕易的被開放大陸醫學入境而打破，請問，如何為民眾的健康把關，在未有很完整的配套措施下，站在醫師的立場，我們是很堅決的反對開放大陸醫學認證及入境。

◆ 彰濱秀傳紀念醫院陳柏同主任：

司長、各位與會嘉賓，我這邊就不一一稱謂。在很多類似之場合，我都一直表達應該全面開放之態度。我目前擔任彰濱秀傳的董事，同時也是旗下一家醫療資訊公司的董事。在去年，我們這家醫療資訊公司總算賺錢了，因此我在董事會的時候就講說：「把這些盈餘全部分給股東！」。站在醫院董事跟資訊公司的董事身分，我常常在想該如何幫這些員工加薪，員工離職的時候常跟我講說薪水不夠，所以我們怎麼能夠不開放？我們怎麼能夠不把市場再做大呢？如果沒有做大市場，以現在的情況，薪水趨勢

是下降的！因此唯有全力的開放，讓不管是本國投資人或外國投資人有利可圖的時候，才有辦法把錢分出來。

我 13、14 年前回臺灣的時候，在立法院擔任國會助理，那時秀傳的黃總裁是立法委員。當時沒有經驗的臺大、政大畢業生起薪是 3 萬塊錢，前一陣子我問現在臺大、政大的法律、財經、政治系的畢業生起薪是多少錢，各位要不要猜一下？2 萬 5、2 萬 6。我那時候一份便當 50 塊錢，現在一份便當至少 80 塊錢；我 15 年前回來時沒有工作經驗拿 3 萬塊錢，現在一樣從一流學校畢業的也只能拿 3 萬塊錢甚至 2 萬 6，事實就是實質所得已經越來越少。因此我在這裡要大力支持衛生福利部推動這項政策，雖然任何政策之推動難免會存在一些疑慮，不論是正面或反面；但實在不宜在沒有嘗試之前，就先斷定可能不會成功、會失敗，這樣可能很多事情我們都不用做了。再這樣耗下去，也只會使我們浪費掉很多寶貴的時機與生命。所以司長請加油！衛福部加油！

◆ 中華民國醫師公會全國全聯合會趙堅常務監事：

這邊我就不一一稱呼了，我是中華民國醫師全聯會的常務監事。服貿只是 ECFA 大架構裡面的小架構，而我們醫療牽涉政治的層面其實是最淺的，實在應該緩一緩，等到我們的政策、民意還有投資者的都取得共識後，再來做就好。

跟各位報告，對 FTA 真的別太樂觀！曾有諾貝爾經濟得主指出：「FTA 絕對不是節節衰退的萬靈丹！」，我常去大陸，比你們在座的都更常去，雖然我在那邊沒有投資，但跟他們那邊的高官經常來往。沒錯，大陸的醫療水準確實比我們低，但他們硬體比我們好。比如說隨便一個 CT scan，我們了不起就買個幾臺，但他們一買就是百臺。雖然臺灣確實比不上大陸的硬體，但我們軟體真的比大陸好。可是各位，大陸那些年輕人也不會來臺灣留學，

他們想留學的國家依序為：美、德、日、韓、澳。上次我去大陸的時候，曾經有人拜託我看有沒有辦法拿到那邊的建築設計圖，但當地人開口的第一句話就是：對不起，我們是要開國際標，你們臺灣資格還不夠！

臺灣是個自由民主的國家，憲法也有保障，任何人想去大陸皆沒有限制，因此不需要特別簽訂 FTA！我們現在真正需要做的是先安內而後攘外，先把醫療人員的薪水提高。醫療院所的經營者自己要檢討，你剝削這些醫療人員，跟我們政府一樣，每次點值只給我 0.85，意即如果你薪水 10 萬塊，到了月底只給你 8 萬 5，你會不會去跟你老闆抗議？先把臺灣人照顧好，這才是現在要做的事情！

◆ 行政院經濟建設委員會林俊儒組長：

主席、在座各位先進，經建會在這邊跟各位做三點議建呈述：

第一點、是有關於兩岸服務貿易協議的部份，我想剛剛衛福部的簡報說明的非常清楚了，雖然兩岸服務貿易協議有正面效益也有負面效益，但是，整體而言正面效益大於負面效益的，所以今天在這邊呼籲各位也許可以透過一些力量，支持兩岸服務貿易協議盡速通過。

第二點、針對有關於試辦區部份，我想先跟各位報告一下，所謂的自由經濟試辦區，就是要透過小規模的先行先試這些自由化措施，來看看這些自由化措施到底會產生出效益還是會產生負面的影響，如果說它的影響是正面的，我們就可以推廣到全國的範圍來試用，如果說它的那個影響是負面的話，我們也可以藉由這個機會來檢視、調整政策。國際醫療推動的試辦面相有兩個：醫療通適化、開放外籍醫事人員，這些都是有範圍的、小規模的，政府也都有相關的配套，比方說剛才衛服部簡報的最後一點特別

提到，相關管理的配套措施包括限制試辦區區外的醫護人員到試辦區的區內兼職，有時段數的限制，還有一些回饋計劃，來回饋到我們的現況資源，遞補資源不足。

第三點、是有關於剛才各位提到的寶貴建議，我想我們政府機關都會帶回去做為政策上面的參考，比方說有先進提到外籍醫事人員到臺灣來培訓有助於的服務的輸出，這部分政府是想要推動，但是醫療是十分敏感的議題，我們會用審慎的觀點來處理。

另外我補充說明，自由經濟示範區並沒有開放任何大陸醫師人員認證和學歷，這個請大家可以放心。

◆ **永塑自由貿易港區公司呂盈芳經理：**

各位午安、各位先進，因為我剛剛看了一下名單，大家都是非常非常棒的精英，我想簡單發表一下，我跟中國這幾年在經濟貿易區的合作經驗，特別是跟醫療方面有關係的。我們在區內曾經有做救護車的業務，也就是說救護車進口成本比較高，但是我們在區內把車子改造成救護車後，再進口到境內就變成零關稅的狀況。所以臺灣的醫療，可否透過經濟試辦區減少所有的貿易環結，我覺得這才是重要，因為貿易環結是我們很大的經濟阻礙，也就是說，中國跟臺灣都不斷的有限制，因為有限制、有管制，所以醫療就不方便，很多人都被犧牲了，很多生意被犧牲了。

◆ **台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟林秉鴻副祕書長：**

我是醫勞盟的林秉鴻醫師，是代表醫療的勞工來發言，我們認為如果示範區的醫療專區是跟歐美或世界接軌的話，是有助於醫療勞工的薪資成長，我們就會投贊成票，但若是以跟大陸或其他薪資所得較低國家接軌的話，那其實是會往特定利益產生驅趕效應，我們是會投反對票，所以最後就端看政府怎麼做。

我們也提出一些疑慮，第一個是，我認為政府部門執行政策

應該要整體推動，不是說分散幾個部門來處理，例如有關醫療糾紛的處理配套措施，法務部就應該要來列席，因為國內醫療法規對於醫療疏失的處理實在是太野蠻太原始，倘若有個國際大師在我們醫療專區裡面發生醫療糾紛，難道要把國際大師關到監牢裡面，再由他的國家透過政治外交手段把他救出來？這樣不是很奇怪嗎？第二個就是，因國際醫療價格會比較高，價格高外籍病患的要求相對也較高，若比照歐美發生醫療疏失的天價賠償，那我們是否有應對的方式或是有相對的保險公司可以進行處理？第三個是我們醫材跟藥品是否也能與國際接軌？現在健保價已經砍到谷底了，醫院都用一些臺廠藥、專利過期藥或甚至未做過臨床試驗的藥來取代，外籍人士來國際醫療專區享受服務，卻拿這些爛藥給人家用，一些國際藥廠都覺得這個價錢他們做不下去而退出，現在卻還要求人家進來，所以健保局的管理者是不是也要來這邊列席？第四個是國際醫療品質要與國際接軌，我們現在的護病比是 1:20，有些大醫院還不知道 1 比多少，一個醫生值班照顧 7、80 床，若國際醫療人士來專區，我們可以提供多少的護病比？可以比照美國加州的 1:4 護病比嗎？另外臺灣醫師一個禮拜 100 多個小時在超時工作，外籍人士是來這邊享受醫療服務，卻派一個 100 多個小時的醫師去照顧人家？所以醫療人員的工時也是要與國際接軌的。第五個就是相關產業的配合，像是醫療廣告、保險、研發專利甚至是律師事務所等一些相關產業的接軌。

後面我快速的念一下，剛才醫勞盟葉醫師提到的人力接軌，例如醫師的學經歷，國外都可以查詢醫師的學經歷與訓練醫院等資料，反觀我們衛生署一直都不公布此類資料，像現在波波、烏烏等問題，都是因為不公布，民眾無法上網查到才會發生這些問題，這都是要接軌的部分。再一個就是，我們說大陸可能不會來投資我們的醫療產業，但我們擔心的其實是技術輸出的部分，

我們認為不要再去代訓其他國家的醫療人員，像是我們臺灣引以為傲的活體換肝、換心或不孕症以及整形外科等技術，如果他們來學了，那他們怎麼會再來我們這邊進行國際醫療嗎？最後一點，國際醫療專區裡的醫院如果是以醫院法人的身分設立，法人機構已經省稅了，在醫療專區內又再省稅，那怎會對我們國家的經濟發展有幫助呢？所以專區內醫院還是應該要用公司化發展與繳稅，以上。

◆ **新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院洪子仁總經理：**

在還沒有進入主題之前，我想請醫勞盟林副秘書長再想一下，我們的醫師也是常到美國或日本等國進行受訓，醫療本來就是往好的方向去學習，如果政策有制定好，讓大陸醫師過來學習，我覺得也不是什麼壞事，他如果把技術學回去，也是會稱呼你一聲老師，想想我們的醫生到美國受訓的情況，我認為這是可以再思考的。

回到發言的主題，我們今天要講的是服貿協議對醫院服務業的影響，為什麼會這樣講呢？因為 ECFA 裡面有提到 64 項臺灣對大陸開放的部分，醫院服務業只是其中一個部分而已，所以我們今天談的都是討論在 ECFA 下面對醫院的影響，以大陸對我們開放的項目而言，會不會讓我們臺灣醫療院所的人爭相過去投資？其實是不會的！因為現在很多臺灣在大陸投資的醫院，其經營狀況並不是那麼的理想，但問題此次開放對那些科別會有幫助呢？我認為是單病種的醫院，像眼科、牙科、婦產科這種比較屬單病種的醫院在二線城市可能會有一些投資的機會。在開放的道路上面來講，我覺得這對兩岸之間的一個正常往來是會有幫助的！

第二個提到的是有關開放自由經濟示範區對我國醫院的影響，在上次 7 月 10 日的聽證會上，很多的團體一再地提到，設立國際醫療專區會產生所謂五大皆空、護理人力不足流失等問題，

我現在還是要提出來說明，其實要把健保和示範區的問題切開來分別看待，畢竟示範區開放的醫療僅佔了我們每年醫藥衛生支出9千億裡的0.3%，所以應該要分別看待醫療發展跟健保制度產生的問題。換句話說，衛福部除要扮演好民眾健康守護者跟醫院醫療品質監理者的角色之外，也要處理與逐步解決現行健保所帶來的醫療環境失衡問題，另外也要跟經濟部、經建會、觀光局、陸委會一同來謹慎研擬相關專區配套措施，就像新加坡一樣，把配套措施做好以後，示範區才能夠在臺灣醫療品牌的帶動下，吸引境外居民前來就醫，在創造產值的同時，亦能增加國人就業機會，改善醫護人員的薪酬。在這個情況下，如果我們連這小小的一步都走不開的話，那以後機會更小。

最後是醫院公司化的問題，我要跟大家報告，其實現在臺灣在健康醫療服務業已經有公司化的項目，像製藥業、醫材業、生物科技以及健康食品等產業都已經公司化，許多先進國家像美國、新加坡等在醫院的經營權屬上，也都採公司組織的型態，這對於提升專業經營能力與發揮市場監理機制都有某一定的成效。若未來第一階段實施很好的情況下，第二階段要好好跨進去，大家不要說一聽到公司化就不能接受，公司化沒那麼可怕，公司化除了衛福部會監管外，金管會也會進行監督，所以不要一聽到公司化就覺得害怕，而是應該要一步步的謹慎來向前進，以上是我的報告。

◆ 臺灣大學健康管理所張恆豪同學：

衛福部長官、各位醫界前輩大家好，我是臺大健管所的學生，也是醫學系剛畢業的學生。剛許多與會前輩有提到說對於未來這個示範區部分的臆測，我覺得我們可以參考一下其他國家推行國際醫療的例子，因我們一直都說不知道未來會面臨什麼狀況，我覺得參考其他國家經驗是非常重要的。確實在東南亞國家，包括：

泰國、新加坡、馬來西亞等，他們在推行國際醫療上面對於國家的經濟發展上有些幫助，但就文獻回顧上，我們也看到對他們的健康體系是造成了蠻大的衝擊，這些衝擊包含什麼？包含了以下五點，第一個是當地會有很多基層醫療人力流失到國際醫療的醫院，因為畢竟在那邊收入比較好，會造成醫療人力移動，那我覺得這是無可厚非，非常正常的現象；再來是高科技設備、技術會集中在國際醫療特區裡面的這些醫院，再來第三個可能會導致國內醫療費用上漲情形，第四個是會連帶排擠到國人，影響醫療資源，第五個是政府可能會花錢去補助相關業者投入國際醫療，使在地民眾無法因此受益。

回顧這些文獻，這些國家在推行國際醫療過程，可以很明顯得看到，國際醫療專區裡的病人所受到的醫療照護，與當地居民所接受的照護是有差別，無論是醫師、層級待遇以及可使用到的設備都是有差別的，所以我覺得這樣的差距與特質是值得我們來好好思考。

剛剛衛福部的長官有提到說，到底醫療本質是什麼？我剛從醫學系畢業，今天來這討論這個議題，我覺得值得我去思考的問題是，在學校裡面教得是一回事，今天在這場合，聽到的似乎又是另外一回事，就是醫療是不是要營利？未來如果我們醫療走向商品化或是公司化的話，那我們在學校裡面要怎麼教育我們的醫學生「醫療本質是什麼」，這是值得思考的。

再回到衛福部目前提出來的草案，針對醫師人力這部分有提到說兼職執業的時段數會受到限制，那我想到的是今天我們只限制兼職，會不會其實有很多醫生不會想去兼職，直接到營利型醫院工作就好了，為何他還要用兼職的形式呢？他大可直接跑到這個地方去執業，不需要留在他原本的地方。很明顯的，依照衛福部的規劃，未來這個地方可能有更多的研究資源或是相關的配套，

可能會帶給醫師更好的執業環境，那他為什麼還要留在原來執業的地方呢？

再來另外一個是，衛福部有提到說廠商需要有一些執行回饋計畫的承諾，那這邊我就很關心，因為其實現在國內非常多大型醫院是有滿高的獲利，可是這些醫院確實也是醫院內基層勞工相對比較血汗的醫院，那我們到底要怎麼樣讓醫院的獲利可以回到基層員工身上，也是要深切思考的。未來這些醫院去投資國際醫療專區，他所獲得的獲利要怎麼樣回到醫院內的基層員工身上或是回到民眾身上？我覺得衛福部未來在執行所謂的回饋計畫上面應該要作更多的限制，來確保基層勞工與民眾不會因為國際醫療專區受到過大的衝擊，謝謝。

◆ 台灣私立醫療院所協會吳明彥秘書長：

謝謝主席，吳明彥第二次發言。我覺得基本上開放是很重要的，大家談論到薪水不好，臺灣大概就是因為過去幾年不夠開放導致到今天這個情形。沒有錯，有些細節可以靠管理來做，但基本上要有個大的戰略與戰術，大的戰略面要先站好，才能做細部微調。

國際醫療的推動就是大戰略，舉例來說，臺灣有很好的條件可以吸引新加坡人來投資，新加坡 Parkway 的 CEO 曾經在 2008 年來臺灣，他說：「Dr. Wu 你去幫我找臺北市一家 250 床的醫院，我願意投資你們臺灣醫院，我保證將來臺灣開放大陸的時候，可以讓你們醫師的薪水增加 3 倍。」，人家 Parkway 的 CEO 都敢這樣講了，Parkway 的錢拿來投資臺灣，讓我們醫生薪水可以增加 3 倍，Parkway 的行銷通路這麼好，讓他們來投資為什麼不好呢？這個就是我們要去開放，戰術面要讓臺灣有如此優勢的品質去吸引這些跨國產業來投資臺灣，這就是政府要去做的事。那再來，剛剛提到的醫療糾紛，那是我們醫院的責任，不用你擔心，醫院

敢做國際醫療，就會去處理好醫療糾紛，不用過分擔心。

甚至，我覺得服務貿易協議開放大陸好的醫生來臺灣也可以，當然衛福部現在不開放，我覺得未來也要開放，為什麼？因為世界上沒有與人談判，卻一天到晚只要求對方給予好處，卻一點都不回饋對方。現在大陸開放我們什麼醫生都可以去，但他們的醫生卻都不能來；我們想想，對於大陸好的醫生，我們有管理辦法，例如用”配額”，每年限制個位數的醫師來台，也不影響國內醫師人力養成。大陸好的醫生好喜歡來臺灣，因為臺灣有法治，他們說：「我到臺灣來有法治，我買房產可以繼承，我的土地又是自己的。」這些大陸好的醫生都是高所得份子，這些人要拿錢來臺灣買我們的房地產，有什麼不好的？其實大家都說要照顧人民，如果這些大陸好的醫生真的願意移民到臺灣，對臺灣的民眾有什麼不好？最好的人才來臺灣，間接也服務了臺灣人民。只要好醫生在臺灣，你就有機會看到他，不管是中低收入的民眾或是你，將來可能會得癌症或其他病，但是有個好的癌症、中醫醫生在臺灣，你就有機會用很低的成本看到他，對你有什麼不好？

另外，剛有與會代表提到「好的醫師、高技術設備等都集中到專區」這個問題，我覺得這是技術面的問題，重點是，只要自由經濟示範區成功之後，好的人才留在臺灣、好的科技留在臺灣，這對全國民眾就是好的，你將來都有可能用的到。如果沒有一個好環境把好人才留在臺灣，像楊志良在天下雜誌寫的那篇報導，我建議大家好好去看，他這點看的很成熟，今天只要人才留在臺灣就是好的！不然到時候臺灣好的團隊都被大陸挖走，反而是中低收入族群最可憐了。謝謝大家！

◆ 中國醫藥大學附設醫院黃崇哲主任：

各位醫界前輩、石教授大家好，今天剛好有這個機會來跟大家分享。我覺得我們大家對自己都太沒有信心了，包含人民們也

是，大家都用如何限制、如何阻擋來看這件事情。最近剛好有機會去稍微研究一下國際醫療的問題，我先從服貿講起好了。在業界這麼久，從過去推動的服務貿易和我們現在衛生福利部規劃設計的醫療財團法人醫院中可看出，其實根本沒有人會來。在實務上，這政策是不會有人來的，縱然來了我們也應該要非常歡迎，因為它是一個公立法人，一些相關的法規都已經限制他的分配盈餘等問題，這些東西都不需要擔心，如果有人願意拿一堆錢來做投資，為什麼不拍手歡迎他呢？所以不要擔心，要有自信，更不應限制他到偏遠地區，偏遠地區我們自己國家都照顧不來，要求外國人來照顧是一件很可笑的事情，所以要有信心很重要。

第二、要把臺灣創新創業的精神帶回來，我要講自由示範區了。國際醫療這件事情，要擔心的是臺灣做不做得來，而不是在國際醫療專區怎麼做，我跟各位報告，我剛從杜拜的國際醫療城訪問回來，如果臺灣個別醫院要去推動國際醫療，個人認為幾乎沒有成功的機會。第一、我們政府可以比照馬來西亞、新加坡他們整個國家力量一起推國際醫療嗎？臺北、臺中夠 internationalize 嗎？並沒有，大家都單打獨鬥、各自做國際醫療，臺灣真的很難做得起來。如果要讓臺灣這麼好的醫療產業和技術做起來，重點應該放在國家怎麼用力在推，而不是一直限制。

杜拜的國際醫療城投資是 Free tax、Free Zone，所有東西都沒有限制，我們用什麼條件去跟他們競爭？臺灣要怎麼才能做得起來？我們總把自己關在裡面，拼命的想別人的措施是什麼，沒仔細研究也不清楚，然後發表這些很奇怪的言論。現在最重要的是怎麼把臺灣醫療做起來，政府提出的回饋計畫和繳特許費等，我覺得那些都不必要。如果投資者能推動得起來，對臺灣來說就是一個回饋了。

國際醫療做的成功，並不是拚設備就可以的，重點在於 patient focus care。誰做國際醫療做的最好？Mayo Clinic、Cleveland Clinic，他們之所以成功就是 patient focus care，這代表國際醫療要成功，醫療水準要夠，如果不夠，沒有人會來。你以為中國大陸會來，我跟你說他不會來，他會去 Mayo，大陸的仲介很多，他們都介紹客人去 Mayo Clinic、美國、日本等國家。我們自己還在作夢，限制條件，認不清現實狀況。如果政府要繼續這樣，臺灣唯一有機會的方式，我認為是建醫療城，建醫療城就是一個 Free Zone、自由發揮的概念，不要小看建立一家 500 床的醫院，他是 30 億的投資，更別以為這樣蓋下去人就一定會進來。所有我們應該思考如何開放更多條件，把這個產業做起來，而不是一直爭吵是否能做。我建議政府提供更優惠的條件，因為它背後代表的是醫療品質的提升，因為醫療品質好才會使病人進來，並不是重裝備。一旦醫療服務品質好、醫療服務無國界，不用特別宣傳，人就會自然來。所以臺灣醫療品質上升最重要，其中包含我們是否可以進行國際合作，把世界知名的專家、最好的醫療品質網羅進來進行合作，這樣才有機會。以上是我的報告，謝謝。

◆ 行政院大陸委員會謝冠正科長：

主席、各位先進大家好，我是陸委會的謝冠正，我想在這邊代表陸委會對於服務貿易協議及自由貿易港區的相關政策進行報告。第一、推展服務貿易其實是延續 ECFA 的簽署目的，都是希望能幫助臺灣人民做生意，以提升臺灣競爭力作為目標。在服務業的部分，我們希望可以把遊戲規則講得很清楚，一方面讓我們的廠商及業者到大陸投資時，可以更了解大陸對於此政策的管理情形及開放程度；另一方面，亦同時開放大陸醫院服務業到臺灣來投資，這是一個雙向的過程。我們希望在此開放政策的過程中，能夠為臺灣民眾爭取最大的福利，同時亦可以讓臺灣在國際

競爭力方面有所提升。對於此後臺灣如有要再加入其他經貿組織，便可看出我們已做足準備，也希望能透過這樣的經驗，能使我們未來再加入其他貿易組織時更有利。

在自由經濟示範區的部分，我們希望無論在人流、物流、金流、知識流等都能有更大的促進效果，當然這也是在區域整合時能有所見之成效。針對今天聽證會所討論的議題，各位先進從正、反兩面提供了很多意見，我想陸委會可以在這裡跟各位做個回應，在服務貿易的部分，尤其針對大陸醫療服務業可來臺投資的議題，政府相關部門不斷的在努力，雖然陸委會並不是醫院主管機關，但在整個執行的過程中，我們會跟衛福部這邊做充分的配合，至少能把大家所關切的事情反應出來，我們希望在未來執行方面能做好相關管理工作，降低大家疑慮。

此外，不管是在服務貿易或自由經濟示範區，目前政策重點是不開放大陸白領的專門技術人員到臺灣來，這部分雖然大家都有正反面的意見，不過就目前政策而言，是不開放的情況，這部分也跟大家做個說明，希望大家能了解，以上，謝謝。

◆ 林憲政教授：

大家好，我是想要利用短短的一兩分鐘回應一下剛剛臺大的那一位同學他所提出來有關於醫療本質的問題。我的想法是這樣子的，任何的一種醫療服務它絕對是以服務人服務病人為它最終端的目標。但是在這種服務的創造過程，他可能會有很多種形態，這些型態基本上它並不互相抵觸，並不是說一種型態的出現而另外一種型態它就必須被消滅。那在這樣子多元的一種醫療服務的型態的形成和提供 provider 的一個過程裡面，其實它也滿足了多元的病人的他的需求，也就是對於病人是一種尊重，那在這樣的情況之下，我個人的想法是這樣子說，個人的想法是認為說，在...不論是在...那個...自貿區的國際醫療專區或者是未來...有可

能…認為醫療是不是應該被階級化等等…這些問題裏頭在我的看法裏頭，他都應該是要並存的，那為了就是滿足病人、尊重病人。那這樣子的話，我想可能的醫療上面的提供可能會更完整…那就是對您剛剛所提的問題做回應。

◆ 主持人-衛生福利部李偉強司長(代)：

好，謝謝林教授。我手上目前登記發言的都已經發言完了，還有沒有要發言的？如果沒有的話，我們第二輪的發言算是結束了（中經院王健全副院長到場）。王副院長要發言的話，請先登記，等一下再請您上台。

首先，我再次感謝大家來參加這個聽證會，其實我每次參加這樣子的一個活動，看到、聽到了各方很有建設性的對話，讓我受用頗多。因為每個人看東西都會有不同的角度，能夠看到不同的角度，就會使我們的思域能夠更完整。我本人在做這個工作之前，其實是臨床醫師，也跟在座好幾位一樣都是在照護病人。我發現社會改變蠻多的，不同的世代有不同的想法，醫療的本質是照顧病人，可是照顧完病人之後，他所產生的一個後續效應，其實會隨著時代改變。我所謂的後續效應是我們早期照顧病人並不求回報，甚至謝謝一下就結束了，這是很早的時代；慢慢地，醫療變成你要付錢，甚至從自己付錢慢慢進展到共同用保險來付錢。在這演進過程中，醫師還是照顧病人，照顧病人那一剎的心態是一樣，只是周邊的東西會隨著人事而改變，未來會怎麼改變我不知道，不過呢，我相信整個臺灣要變好，這是一定的。

我記得有一次我受邀到大陸演講，晚上我在黃浦江畔上海的浦東，突然好想哭，你知道為什麼嗎？因為我看到那邊好多人，而且很多是外國人，不是大陸人，反觀有一次我在 101 大樓附近演講，101 位在臺灣號稱最繁榮的信義區，人數卻不多，我那個時候很感慨，因為很多外國人都跑到大陸那邊去了，也就代表，

慢慢地，人過去、錢就過去、機會就過去，到底我們臺灣人的未來機會在哪裡？我相信在座很多都是為人父母，我們現在的好，不見得能傳給下一代，下一代面臨的是全球化的競爭，在全球化競爭中，最重要的是，永遠保有願意嘗試一個冒險的精神。前段時間我去宜蘭，宜蘭是很多先民來開墾的地方，他們那邊有好多好多紀念碑，都是開墾過程中犧牲的先烈。不管是來自大陸或臺灣南部，那就是臺灣人一個很重要的冒險精神，不會因為冒險過程中的風險而卻步不前。接下來請登記發言的中經院王健全副院長，我們只有三分鐘。

◆ 中華經濟研究院王健全副院長：

處長、各位與會人士大家好，我今天很榮幸來講這個服貿協議，我必須老實話「服貿協議沒有機會的問題」，為什麼你知道嗎？因為擋住了服貿協議就是擋住了年輕人的機會，臺灣的內需市場不過就 2300 萬，這種內需量根本沒辦法追求自我維持的持續成長。很多年輕人說我們要保護美容業、我們要保護中草藥、我們要保護印刷業、我們要保護很多的理髮業。可是話說回來，年輕人會做這個行業嗎？年輕人會做的行業是甚麼？醫療、保健、金融證券、保險還有電子商務、音樂文創等，這就是年輕人需要的行業。

大家最熟悉的例子就是歌星林志炫，他在印刷業已經不容易撐下去時，轉行去做歌手，如果他死守著印刷業，今天也不會在歌壇發光發熱。所以我覺得服貿協議是給臺灣一個成長的機會，臺灣的醫療如果沒有這麼做，醫療收入就不會成長。你知道臺灣的醫療佔 GDP 的比率相較於 OECD 的國家有多低嗎，非常低，低到整個國家醫療人才基本薪水被持續壓縮，久而久之，這些醫療人才就會跑掉。我們現在倚靠的全民健保，其實已經慢慢走向不歸路，結果你現在甚麼都擋住，就是說我們這個不要、那個也

不要，用阿妹的歌來說就是「你甚麼都不想要」，你不要核四不要石化不要汙染不要醫療觀光，但是卻沒有想到一個辦法去解決，最後就只能在這邊等死。這樣的結果受害的是誰？有錢人嗎？他可以自費，他可以有非常多種解決方式，但是中低收入者呢？

美國現在為什麼要醫療改革？因為他有 5000 萬人是低度保險或是根本沒有保險，就是 under insured。只要生了重病，他就是等死。我告訴大家，現在三年級、四年級或五年級生大多已經卡到很好的位置，要甚麼有甚麼，國家財政赤字，如此多元的問題，財務要不要改革？年輕人的機會在哪裡？我們為了怕排擠就學權利，所以不要教育開放，為了排擠就醫權利，所以不要觀光醫療，如果我們甚麼都不想要，那怎麼期待會有很多的產業來投資來增加工作機會來增加薪水呢？我還是要重申，ECFA、服貿、自由經濟示範區就是給臺灣年輕人一個機會，我們要尋求轉變，沒有轉變就是一步一步走下坡，走向不歸路，謝謝。

◆ **主席結語－衛生福利部醫事司李偉強司長(代)：**

再問一次請問還有沒有要發發言的？好，如果都沒有的話，我要先做一個簡單的回應。我舉一些數字給大家參考，有一次我去浙江演講，在某一家浙江的醫院，他只做生產，你可以想像一家醫院只做生產可以生存嗎？這家醫院 1 年可以生產 1 萬個嬰兒，差不多 1 個月是 1000 個，1 天 30 個，多不多呢？以前我在臺北榮總的時候也不過 1 個月要跑 120 檯，大家知道臺灣 1 年生產多少個嬰兒嗎？101 年大概 22 萬位，102 年大概要保 20 萬算很難的，即使 20 萬，但中國大陸是 1200 萬個嬰兒。有件事最近一直被討論到，就是假日飛刀手，做一個簡單的統計，曾經來衛福部申請過良醫證的人數到 102 年已減少到不到 70 位，去年大概 100 多位，我把這兩年混在一起算，6 成 5 都是一般開業醫。以科別來論，開業醫多數走到一般科，第二名是整形科，第三名是婦產科，

它其例如心臟科之類的，因為後續醫療照顧較為複雜，大概不容易以此種模式前往大陸。可是你想想看，在臺灣生產一位嬰兒得到3萬5000元臺幣，在中國大陸呢？中國大陸有1200萬個嬰兒，當中只要有千分之一的有錢人(就是1萬2000人)生產，生產1個嬰兒以6萬塊人民幣起跳，那就是30萬臺幣。

第三個數字是新加坡最近在臺灣持續招募醫療專業人才，新加坡百分之二十五的醫生是外籍醫生，他近來臺灣招募人才醫生，你知道我們專科醫師他開價多少錢嗎？1000萬臺幣年薪，1000萬就30萬美金，30萬美金就是美國主治醫師一般平均年薪。各位，人才是全世界都在搶的，現階段不是我們要不要封鎖住，而是我們不能限制出他們，因為他們有選擇的權利。

臺灣現在的困境已是事實，但我們不能維持現狀，我們必須要有能力突破，有能力突破才是我們要走的路。如果有一天我們在一個很有限的範圍當中，我們假設叫它「示範區」，去做一個我們都很願意去做的試驗，如果做得成，我們會很有機會把他擴展，做不成就在裡面close掉，這就是示範區的基本精神，同時，我們要風險控管，控管在一個特定的範圍當中。剛剛林醫師提到「我們要跟歐美接軌，不要跟大陸接軌」，我們也是用這樣的精神來推動。站在經貿的論點，我們希望大陸的有錢人能來台灣；要跟歐美接軌，怎麼接？我希望明年可以跟我一同去的在座者，一起去Mayo Clinic、去Duke去John Hopkins、去Harvard，去看看全世界怎麼做。我跟各位報告，我們北方的韓國仁川已跟John Hopkins合作，我們南方的新加坡也已跟John Hopkins和Duke合作，杜拜則已經跟Harvard合作，Cleveland醫院也跟新加坡醫院合作在阿布達比，它們都在跟國際的強勢接軌。我們也需要有這樣子的合作，去跟歐美知名的醫院一起幫臺灣設立一個全世界最頂尖的cancer center，最好的heart center，當然，當這些國外

專家來台灣時，就是要適度的開放部分的外籍醫生幫我們，這是必然的，就像我們不能把一個 Mayo clinic 的醫生直接讓他在臺大職業，這個違法。

我們也希望在這個區域裡面不僅有醫療，醫療城其實只是一個點火而已，旁邊有生物科技做 drug trial，有會展中心還有養身健康的部分，這幾個串在一起的時候，才是我們一個 health care city。那如果將來這個園區裡的醫生、護士薪水因此水漲船高，這是刺激醫療版圖，讓老闆知道他該加薪了，這才能有機會把我們薪資拉高，因為人才是會搶的，如果這變成像撿魚效應，可以刺激現在的醫療財團法人之類的話，就某種程度而言是一件正面的事情。

當然啦，示範區無法解決血汗醫院的問題，但某種程度呢他必然會給臺灣一些刺激，這些刺激也包跨我們現在醫療品質方面。臺灣總覺得現在做得很好，但臺灣在很多尖端的醫療方面跟全世界還是有差距的，要不然我們就不用跑去別的國家去學這個東西；服貿協議當中他吸引臺灣人過去，主要是管理者，他要的是臺灣有管理經驗的人，他要尋求管理，每年有好多大陸人來臺灣參訪，他要參訪我們的醫療技術嗎？各位，剛剛有人就提到美國、德國、日本、俄國等等，它們去那邊更容易，全世界都等著吸引大陸人過去，他來臺灣幹嘛？因為我們語言相通，他是要學到如何做我們的科學管理，病房管理甚至醫院管理，甚至他們想做軟體，因為大陸人軟實力方面目前是比不上臺灣的。可是如果我們現在不趕快努力，還是維持這樣「我不要這個不要那個」，其實到後來，我們還是躲在這邊，人家不來臺灣，他去新加坡、香港或其他國家都一樣可以學到，但我們到時候會失去更多東西。我們大概還有兩三年的 window，在座有好幾位比我更了解，我們跟大陸的差距是軟體的差距，絕對不是硬體差距，我這輩子看到最好的 ICU

的設備是在吉林看到的，吉林他可以進口德國最新的全自動化監測系統的ICU設備，這是我們現在只能在臺灣少數醫院看到的設備，所以大陸要的是軟體的東西。我們如何在目前的戰略行為上掌握主導這些優勢，這是我們要一起思考的事情。醫界最引以為自豪的事情就是我們的長期培養出來的優質醫事人員，而衛福部最主要角色是要把全民的健康照顧好，如果今天我能夠抱怨一句的話，那就是我看到新加坡、看到韓國等等這些鄰近國家，他們推動國際醫療是由觀光部門及經濟部來推動，臺灣呢？變成衛福部，到了衛福部以後呢？我一方面要照顧臺灣全民健康，一方面要談到跟錢相關的產值，但衛福部一談到錢，大家就會覺得就是營利就是公司化，可是如果我們什麼也不做，就把它推來推去，反正兩三年就推掉「時機」了，推掉之後，我們就不用談了。所以，我希望能給衛福部一個機會好好往前去做，為此衛服部搭配了自由經濟示範區來推動，並以特別條例的方式讓衝擊減到最低。所謂特別條例就是不更動現行醫療法、護理法任何一個字，在特別條例裡，透過特定的範圍做小幅的鬆綁，好好地去做一個示範。

今天的聽證會，雖然是應立法院的要求，但是今天再一次的經過充分思辯，以愈來愈平心靜氣的態度來看待這個事情時，之前一直傳說要大陸的醫生、護士進來等等的錯誤傳聞，都能愈來愈明朗。之前有媒體討論到假日飛刀手這個議題，其實我就認識其中一位，他說去那邊一開始是應陸方邀請，但去對岸兩三個月之後，他就不想去了。為什麼呢？因為我們的病人比大陸人有水準。大家想想，醫療品質的促成，除了醫院的醫事人員外，另一端就是病人的配合。在座都知道，過去十年，早期你要叫病人掛號，大家一早就開始排，也不知道排什麼東西排一大堆，現在呢？透過各種方式，我們的民眾水準提高了，但大陸那邊還有很大的落

差。另外大陸的醫糾比台灣可怕多了，因此，我們的人過去示範一段時間之管理職務後，很快就回來。

各位！我們會有威脅的，目前雖然沒有，難保以後沒有，我們自己得趕快加速做好，才是對的方向。剛剛各位談到很多提醒我們的事情，我們會紀錄起來，同時我們也明白美好的東西也一定有風險存在，我們會做更周延的思考。

今天開到 4 點 10 分，比我們預期早了一點，那大家如果願意留下來繼續討論我們當然非常歡迎，場地可以到 5 點鐘，謝謝各位、謝謝大家的光臨。

第四章 潛在衝擊之配套措施

台灣發展國際醫療極具潛力，但在法規限制下，發展速度不如亞洲的泰國、新加坡。如我國欲急起直追，透過自由經濟示範區之實體國際醫療專區之推動，並希望未來進一步開放公司得申設專辦國際醫療機構，將能強化市場機制，才足以快速趕上鄰近競爭國。

針對國際上以及台灣民間團體所提出之國際醫療負面影響之觀點及疑慮，衛生服務部說明如下：

1. 台灣具有完善全民健康保險機制，並非同於泰國、印度。
2. 以示範區之概念規劃，其所需醫師人力佔全國比例低，排擠效果小；且對於示範區外醫師至示範區內國際醫療機構支援時段數將予限制。

透過示範效果，有助於加速推動台灣的國際醫療，透過示範區將示範所產生之影響侷限在示範區內，不但不影響醫療服務形象，且不會排擠國人就醫權利。於有限度的開放下採取下列措施，相信將更能有效管理：

1. 現有作法：

衛生福利部為提高五大科執業意願、降低醫療糾紛風險、充實偏遠醫療服務、解決急診壅塞及安全等 4 大面向、擬定 12 項策略，希達到重振五大科人力之目標(詳參附件二)。

- (1) 提高全民健保五大科別支付標準
- (2) 增加五大科住院醫師津貼
- (3) 合理調整五大科醫師訓練員額
- (4) 充實五大科醫療輔助人力
- (5) 強化畢業後全科及五大科訓練
- (6) 推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度

- (7) 推動醫療過失刑責合理化
- (8) 推動全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
- (9) 加強偏遠地區公費醫師養成
- (10) 積極延攬旅外醫師返鄉服務
- (11) 辦理「提升急診轉診品質獎助計畫」，依據病人急診就醫流向、地理位置及生活圈，將全國急救責任醫院劃分為 26 個網絡，並強化網絡內醫院間急診轉介的交班與風險告知過程。
- (12) 強化急診室安全，訂定急診安全標準作業流程，並已將醫院通報之成效納入緊急醫療能力分級評定試評項目。

2. 未來推動方向：

- (1) **設定比例開放具有特殊醫療技術之國外醫事人員至示範區內執業及技術交流：**
開放具有特殊醫療技術之國外醫事人員至示範區內執業及技術交流，除可填補一定人力缺失外，亦可提升國際醫療水平。
- (2) **建立回饋機制，紓解醫療資源不均問題：**
透過實體專區之建置，該示範區內之醫療資源與國內醫療資源將能有較顯著之區隔，且示範區內的國際醫療機構有較彈性之經營模式，可提高投資者參與的誘因，此外，該機構必須執行回饋計畫承諾事項，有助於提升對弱勢族群的照顧等。
- (3) **示範區內有效管理配套，減少資源配置失衡：**
針對國內民眾之就醫、病床排擠效果的數據加強管

控。

(4) **加強風險監控，建立申訴制度：**

建立國際醫療之法律諮詢服務，並建立完整醫療糾紛資料庫，以達到風險管控之效。

(5) **加強宣導，降低社會觀感不佳的疑慮：**

定期公布國際病人服務統計數據，使國人了解國際醫療推動現況，化解國人對於國際醫療推動之疑慮，且該示範區繳交之經營特許費或回饋計畫將用於挹注或提升國人就醫資源。

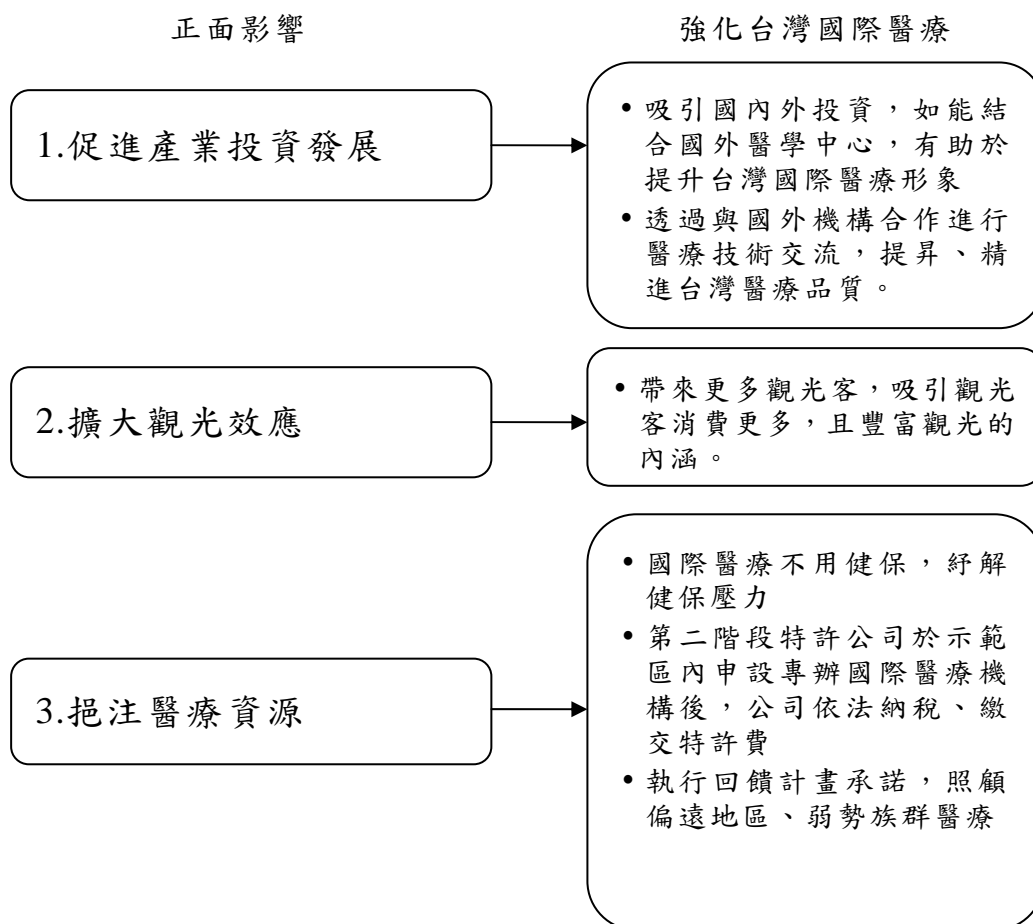
自由經濟示範區放入國際醫療此項示範產業，係為突破部分醫療法規限制，吸引國外先進醫療機構來台與國內健康產業結合，提升醫療服務品質，並為臺灣醫療服務增值，增加國際能見度，且透過產業聚落，為健康產業發展注入正面能量，達到帶動相關產業之發展。

第五章 策略與願景

目前從東北亞、東南亞以及中南美等國家推動國際醫療的經驗觀之，由於各國樣本蒐集問題及時間不夠長，多無正負面效益之實證結論且不明確，但總括可能的負面影響以擴大城鄉醫療資源差距、資源由公立醫院移往私人醫院、病人等待時間拉長等，而正面因素則包括吸引投資、改善醫療設備及資源、改善健保的赤字及豐富觀光資源吸引更多觀光客等。

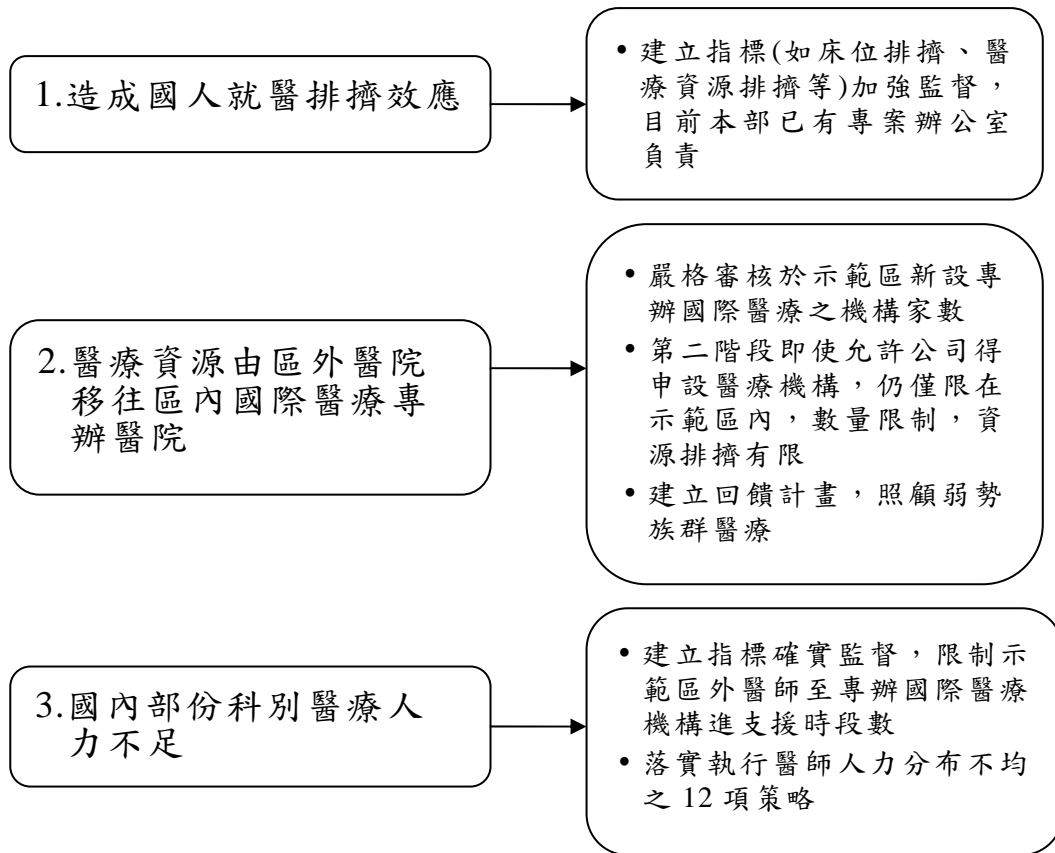
衛生福利部與相關部會能夠透過監控品質、加強法規規範、品質認證及訓練更多醫事人才等作為，逐步防範、改善國際醫療帶來之潛在影響，並擴大、利用國際醫療帶來之正面效應，以強化我國醫療環境，則國際醫療之正面效益將能超過負面效益

(Johnston, Crooks, Snyder & Kingsbury, 2010; Health in Southeast Asia, 2011; Chen and Flood, 2013)。



負面影響

改善



台灣醫療需要一個國際服務平台，引進市場資金、打通國際通路，所以我們可以借鏡國外成功經驗，與他國發展醫療旅遊的過程，再加上政府主導參與，更能發揮督促與扶正之效。在不犧牲國內民眾就醫權益的情形下，發展公司化之國際醫療「實質專區」，如此不僅可產生產業群聚效果，吸引著名的大型外資、醫院及相關業者投入，進而帶動國內經濟，並且公司化成立後所增加的相關稅收，亦可抑注國家健康產業所需的相關財源並提昇整體國家醫療設備及醫療品質，同時更可在專區內提供相關投資誘因（如土地的活化利用、租稅優惠、廣告延攬海外醫生病人等），讓國內全民健保制度與發展國際醫療能有所區隔，如此醫療發展不僅得以產業化，創造利基；同時，更能兼顧社會福利及安全照護，讓全民健保制度也可以永續經營。

時間是不會等人的，好的政策是需要時效性，當我們在國內

爭論的同時，新加坡及中國大陸已經積極挖角我國優秀的醫療人才，如不協助醫療業者尋找下一個出路，國內醫療遲早邁向空洞化、凋零化之危機，最好的、最先進的醫療儀器進不來，甚至未來可能幫台灣民眾開刀的都是東南亞外籍醫師或二流醫師，最終我們引以為傲的台灣優質醫療水準及品質將不復見。

因此我們可以更積極地有所作為，將優質的醫療人才及服務根留台灣，利用國內既有之醫療優勢吸引國外病人來台接受醫療服務，屆時國際醫療產業不僅是國家經濟發展的火車頭與世界接軌，更能為台灣注入最新、最好的醫療技術及儀器，對國內整體醫療品質的提升有極正面的助益。

第六章 文獻參考

- Adam Wagstaff (2007). “*Health system in East Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers?*” *Health Economics*, 16:441-456.
- Arellano, R. D. (2007). “*Patients without borders: the emergence of medical tourism.* ”
- Bristow, R. S., Yang, W., & Mei-Tsen Lu. (2011). “*Sustainable medical tourism in Costa Rica.* ” *Tourism Review of AIEST - International Association of Scientific Experts in Tourism*, 66(1),107-117.
- Chanda, Rupa(2002). “*Trade in health services.* ” *Commission on Macroeconomics and Health* 80:2.
- Cohen, E. (2008). “*Medical tourism in Thailand.* ” Retrieved March 3, 2013, from.
<http://gsbejournal.au.edu/eJournal/Journal/Medical%20Tourism%20Dr%20Cohen.pdf>.
- Dr. Surapong Ambhangwong , “*Arabian Travel Market Dubai World Trade Centre(DWTC)*”(May 4,2010)
- Export-Import Bank of India (2008) “*Healthcare Tourism: Opportunities in India.* ” Export-Import Bank of India.
- Hazarika, Indrajit (2010). “*Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health system in India.* ” *Health Policy Plan.* 2010 May;25(3):248-51.
- Hazarika, Indrajit (2010).“*Health care problems in Japan: doctor shortages, long hours, malpractice, people turned away from hospitals*”
- Export-Import Bank of India(2008) “*Healthcare Tourism: Opportunities in India.* ” Export-Import Bank of India.
- Janjaroen W.S. & Supakankunti S.(2000). “*International trade in health services in the millennium: the case of Thailand.*” *Trade In Health Service.*
- Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, et al. “*Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services*”. *Lancet.* 2011;377:769–81.

- Kenji Hall(2009). "Japan Wants To Build Medical Tourism Market." BLOOMBERG businessweek.July 27, 2009
- Madden, C. L.(2008) "*Medical tourism causes complication. Global Policy Innovations.* "
- ESCAP (2007). "*Medical travel in Asia and the pacific challenges and opportunities. Bangkok.*" United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific(ESCAP).
- Meng-Kin Lim (2004). "*Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore.* "Health Policy 69: 83-92.
- MIZUHO AOKI(2012). "Medical tourism — a boat to be on". The Japan Times, JUN 5, 2012.
- Nãide Anido Freire(2012). "*The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical Treatments Abroad. Canadian Center of Science and Education.* "International Business Research, Vol 5, No 2:41-50
- Naranong A. & Naranong V. (2011) "*The effects of medical tourism: Thailand's experience.*" <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/09-072249/en/index.html>
- Narayan, Thelma (2005) "*Challenges of the National Rural Health Mission.* " Indian J Med Ethics2 (2).
- OECD (2011). "*Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*". OECD.
- Pocock N. S. & Phua K. H. (2011). "*Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia.* " Globalization and Health 2011. 7:12 .
- Ramírez de Arellano AB (2007) "*Patients without borders: the emergence of medical tourism.* " Int J Health Serv 2007;37(1):193-8
- Straits Times (2007) "More foreign doctors to increase capacity and lower costs."26 Jan.2007
- Tata, S. (2007). "*Medical travel in Asia and the Pacific: Challenges and opportunities.* " United National Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.

- Turner, L. (2007). "First world health care at third world prices': Globalization, bioethics and medical tourism." *BioSocieties*, 2(3), 303-325.
- Vajirakachorn, Thanathorn. (2004) "Implementation of an effective health tourism development plan for Thailand." University of Wisconsin.
- 吳明彥 (2007)。台灣醫界新藍海—醫療服務國際化。《台灣服務業發展簡訊雙月刊》，第 15 期。頁 02-07
- 吳彥莉、鄭雅文 (2013)。醫療旅遊對醫療體系的潛在衝擊。《未發表期刊論文》。
- 杜芸珮 (2010)。論我國發展醫療旅遊產業的法律與政策問題。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文。
- 徒有虛表的經濟自由區需要大動手術，《韓國中央日報中文網》(2009.11.14)
- 陳尚懋(2010)。泰國觀光業的政治經濟分析。《台灣東南亞學刊》，7 卷 1 期：41-74。
- 黃惠鈴(2013)。大陸重金挖角—我的醫生不見了!?!。《天下雜誌》，528 期，8 月 7 日。
- 楊志良，黃惠鈴訪(2013)。開放國際醫療專區 留住台灣醫生。《天下雜誌》，528 期，8 月 7 日。
- 劉宜君 (2007)。從永續觀光與永續醫療觀點探討醫療觀光政策。2007 年台灣環境資源永續發展研討會。桃園：國立中央大學。
- 劉宜君 (2007)。醫療觀光政策與永續發展之探討。2007 年台灣環境資源永續發展研討會。桃園：國立中央大學。
- 蔡素玲 (2007)。讓顧客走進來，醫療走出去。《臺灣經濟論衡》，5(10)，pp.16~38。
- 蔡素玲(2008)。國際醫療未來展望。《醫療品質雜誌》，2(1):55-61。
- 蔡語宸(2010)，發展醫療觀光產業政策評估之研究，東華大學公共行政研究所未出版之碩士論文。
-

網路資料：

- The World Bank ◦ <http://data.worldbank.org/> ◦ (2013.08.12)
- OECD. Stat Extracts ◦ <http://stats.oecd.org/> ◦ (2013.08.09)
- Phil Midden. "Medical Travel / Tourism Takes Flight:International Medical Care is Now an Option."
http://orahu.org/downloads/phil_midden_presentation.pdf
(2013/05/06)"
- 林奏延，2013 年台灣醫療衛生政策，
<http://med2.cgu.edu.tw/ezfiles/6/1006/img/235/214506346.pdf>
(2013.08.15)
- Lim Meng Kin (2010) “A new approach to solving doctor shortage”
Department of Epidemiology and Public Health, National University
of Singapore.
[http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Singapore_-_Singapore/15/
A_new_approach_to_solving_doctor_shortage.html#Headline1](http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Singapore_-_Singapore/15/A_new_approach_to_solving_doctor_shortage.html#Headline1)
- Indian Medical Travel Association.
<http://indianmedicaltravelassociation.com/Newsroom-Details.php?newsroom=2> (2010/11/23)
- Singapore Medical Cartel 6: Latest medical registration data from the
ultra corrupt Singapore Medical Council.
<http://veritas-lux.blogspot.tw/2011/07/singapore-medical-cartel-6-latest-data.html>
- Business Times (Malaysia) .
http://www.btimes.com.my/Current_News/BTIMES/articles/20120227001349/Article/index_html#ixzz1uo0eOHf1
- Businesscoot.com. “Medical tourism in India.”
<http://www.businesscoot.com/indian-medical-tourism-sector-211>
- Discovermedicaltourism.com
[http://www.discovermedicaltourism.com/statistics/\(retrieved by
2010/11/23\)](http://www.discovermedicaltourism.com/statistics/(retrieved_by_2010/11/23))
- “Frost & Sullivan: Malaysia's Medical Tourism Industry has Healthy Vitals”
<http://www.frost.com/prod/servlet/press-release.pag?docid=198719183>

- John Woche (2008) “*Japan lags behind*” IMTJ .
<http://www.imtj.com/articles/2008/japan-lags-behind/?locale=en>
- http://www.indianhealthcare.in/index.php?option=com_content&view=article&catid=131&id=168&start=2
- Yang Sung-jin (2012) “*Medical tourism income hits record high in 2011.*” The Korea Herald.
<http://www.koreaherald.com/national/Detail.jsp?newsMLId=20120131001014>
- Kim Tae-jong (2011) “Number of inbound foreign patients jumps 36 percent.”
http://www.koreatimes.co.kr/www/news/nation/2011/05/117_87757.html
- Medical Tourism Magazine (2011) “Korea- A Plan for Action.”
<http://www.medicaltourismmag.com/article/korea-a-plan-for-action.html>
- Patients Beyond Borders - Bumrungrad International Hospital
<http://www.patientsbeyondborders.com/hospital/bumrungrad-international-hospital>
- <http://www.theindusview.com/vol3Issue6/companywatch.html>
- <https://app.stb.gov.sg/asp/tou/tou03.asp>
- 財團法人台灣醫療改革基金會 (2012)。國際醫療專區爭議 醫改會怎麼看。 http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1767

附件一

REGULATIONS CONCERNING THE PRACTICE OF MEDICINE FOR ALIENS IN THAILAND

REQUIREMENTS FOR LICENSURE

In accordance with section 30 of the Medical Act B.E. 2525 (1982), the license to practice Medicine in Thailand shall be granted to aliens, if they:

1. are member of the Medical Council. To be eligible for admission as a member of the Council, the person must possess the following qualifications:-
 - a. not less than twenty (20) years of age.
 - b. possesses a medical degree or certificate which is approved by the Medical Council.
 - c. possesses no record of misconduct which is considered by the Medical Council as a dishonour to the profession.
 - d. has never been sentenced to imprisonment by committing a crime which is considered by the Medical Council as a dishonour to the profession.
 - e. is not suffering from a mental disorder or other disease (s) considered by the Medical Council as unfit for the practice of Medicine.
2. furnishes, in a manner satisfactory to the Medical Council, a diploma or certificate from a reputable institution recognized by the Medical Council and a license to practice Medicine in the country he or she has completed the course of medical education.
3. has successfully passed the **Examination conducted** by the Medical Licensing Board.

● THE LICENSING EXAMINATION

The examination has three parts :-

Part 1 - Multiple Choice Questions in Basic Medical Science.

Part 2 - Multiple Choice Questions in Clinical Science.

Part 3 - Objective Structure Clinical Examination (OSCE)

An applicant has to pass both part 1 and part 2 before he or she is eligible to take part 3

● REQUIREMENTS FOR EACH PART

■ **Part 1 :**

1. passed Pre-clinical course from institution recognized by the Medical Council.

■ **Part 2 and Part 3 :**

1. completed the course of medical education.
2. possesses a medical degree, diploma or certificate from the institution recognized by the Medical Council and a license to practise Medicine in the country he or she has completed the course of medical education.

● **Date of Examination**

Part 1 Part 2 and Part 3 shall be held twice a year in March and October.

FILLING THE APPLICATION

1. FOR MEMBERSHIP OF THE MEDICAL COUNCIL

The applicant shall fill an application for the membership on a provided form.

The application form duly filled must be accompanied by:-

- a. the original diploma or certificate, together with a photocopy of his qualification. If the document is not in English, a certified translation is required.
- b. two recent photos (4X5 cm.) of the applicant..
- c. One photocopy of the household registration (Residence certificate) from the Ministry of Interior, Thailand.
- d. the original health certificate.

2. FOR LICENSING EXAMINATION

The applicant shall fill an application form provided by the Medical council.

The application form duly filled must be reached the Medical Council not later than January or August and accompanied by :-

- a. the transcript of pre-clinical courses (for Part 1)
- b. the original diploma or certificate, together with a photocopy of his qualification (for Part 2 and Part 3).
- c. the original household registration (Residence certificate) from the Ministry of Interior, Thailand, together with a photocopy.
- d. four recent photos (4X5 cm.) of the applicant.

- e. one photocopy of unexpired I.D. card or passport,
- f. the original license to practice medicine from the country where he or she completed his or her medical education, together with a photocopy.
- g. the original health certificate from the government hospital and one photocopy.

If the documents are not in English, a certified translation is required.

ADMISSION TO EXAMINATION

1. The medical Licensing Board of the Medical Council reserves the right to make additional investigations of the education, character and standing of the applicant.
2. The Secretary-General of the Medical Council will inform the applicant if he or she is eligible for the Examination. Informations regarding the date, place, and subjects of the Examination shall be sent to eligible applicants.
3. The Examination is conducted in Thai.

HOW TO ACCESS

Part 1,2 and 3 Contact Center for medical Competency Assessment and Accreditation or www.cmathai.org

THE EXAMINATION FEE

Part 1 and 2 = 3,000 Baht each

Part 3 = 5,000 Baht

REMARKS

1. Application will be rejected if the original documents have not been shown.
2. The applicant have to certify each photocopy by signing his or her name on it.
3. The applicant pays the examination fee for the part that he is eligible to take.
4. The Medical Council reserves the right to change the examination fee without notice.
5. The examination fee shall not be refund in any case.

附件二

因應五大科醫師人力分布不均之 12 項策略及成效

壹、五大科人力現況

依據本部資料顯示，截至 101 年底，內、外、婦、兒、急診科醫師領證之人數分別為 9,547 人、6,425 人、2,962 人、4,205 人及 1,452 人。96-101 年各專科醫師之領證人次，平均年成長率為 19%，其中內、外、婦、兒、急診科亦均呈現成長趨勢，成長率依次為急 34%、內 20%、兒 16%、外 13%、婦 6%，雖有成長速度之差異，係因民眾醫療需求改變所致，目前尚無人力失衡之慮。

貳、為避免發生各科專科醫師人力分布不均之問題，本部業依提高五大科執業意願、降低醫療糾紛風險、充實偏遠醫療服務、解決急診壅塞及安全等 4 大面向、擬定 12 項策略，希達到重振五大科人力之目標，包括：

- 1.提高全民健保五大科別支付標準：包括 102 年預計投入 50 億元調整內、外、婦、兒、急診服務相關之處置、手術及麻醉項目支付標準。
2. 增加五大科住院醫師津貼：102 年 9 月 1 日開辦「重點科別住院醫師津貼補助計畫」，對於五大科住院醫師完訓一年，一次補助 12 萬元給醫師本人。
- 3.合理調整五大科醫師訓練員額：自 102 年起將訓練名額總數由 2,143 名調降為 1,670 名，使貼近畢業生人數，提高五大科招收率。
- 4.充實五大科醫療輔助人力：專科護理師人數每年增加約 800 人，102 年計有 929 名通過筆試，已於 9 月 7 日及 8 日參加口試。

- 5.強化畢業後全科及五大科訓練:100年起實施1年期PGY訓練，以五大科為主之臨床基礎訓練，101年度國內醫學系畢業生1,280名，已有1,169名接受訓練，達91.3%。
- 6.推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度：「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」，業經立法院於102年1月4日進行逐條審議，條文共計52條，已通過35條，下會期提報列為優先審查法案，另本部針對高風險之醫療科別規劃補償機制，於101年10月1日優先開辦「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫」，截至102年8月，審定案件83件次，救濟案件69件，共救濟6,915萬1,815元，又開辦後婦產科醫療糾紛件數下降，由100年30件次，降至101年4件次，降幅87%，未來將研議擴大至外科手術及麻醉。
- 7.推動醫療過失刑責合理化：另本部為合理規範醫事人員因醫療糾紛所應擔負的刑事責任，避免高風險之科別醫療願意涉足者漸少，業擬具醫療法第82條之1修正草案，經行政院於101年12月13日審查通過，並於101年12月18日函送立法院審議。
- 8.全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：A.對於「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，計42家醫院其急診診察費予以加成30-50%，並對急診案件給予點值保障1點1元，以保障該等醫院急診品質。B.對於山地離島、健保醫療資源不足地區及其鄰近地區與緊急醫療資源不足地區急救責任醫之地區級醫院，計78家醫院，如承諾強化提供24小時急診及內、外、婦兒門住診等至少二科醫療服務者，給予醫院總額部門醫

療費用一點一元保障，每家醫院補助金額為700萬~1,500萬，至102年6月30日止，計有66家醫院參與計畫。C. 102年公告由19家醫學中心支援16家醫療資源不足地區醫院急診與相關急重症之醫師人力。

9. 偏遠地區公費醫師養成：自90年起已有56名醫師(占69%)接受五大專科訓練，履約服務期滿在地留任率達72%；目前仍有150名醫學生於學校培育中。101至105年將再培育88名，訓練科別以五大科及家醫科為限，服務年數為7年。

10. 延攬旅外醫師返鄉服務：本(102)年已核定3名自美國返台執業之婦、內科醫師。

11. 為解決急診壅塞之問題：自101年起辦理「提升急診轉診品質獎助計畫」，依據病人急診就醫流向、地理位置及生活圈，將全國急救責任醫院劃分為26個網絡，並強化網絡內醫院間急診轉介的交班與風險告知過程。計畫施行迄今，已見成效，如屏東民眾轉外地就醫減少20%，急症在地就醫比率增加50%；高雄地區轉至醫學中心比率減少29.7%，顯示真正緊急傷病患者已能獲得有計畫的轉院，並及時收治。

12. 強化急診室安全：完成訂定急診安全標準作業流程，已將醫院通報之成效納入緊急醫療能力分級評定試評項目；訂定「急診暴力緊急醫療應變模組」，102年8月1日及8月7日辦理南、北二場急診暴力防治教育訓練，8月9日於嘉義基督教醫院辦理急診防暴示範演練；研議急診施暴者之罪刑，納入刑法「公共危險罪」之可行性。