

會議名稱：「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會

時間：102年7月10日(星期三)下午02時00分

地點：行政院衛生署1001會議室

主持人：行政院衛生署 林副署長奏延

行政院經濟建設委員會 陳副主委建良

會議紀錄：

◆ 司儀：歡迎各位參加「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會，首先先請主持人經建會副主委為我們致詞。

◆ 主持人-經建會陳副主委：

副署長、在座各位醫學界先進、各部會代表、各位同仁大家午安、大家好。今天是自由經濟示範區國際醫療的聽證會，自由經濟示範區是由經建會主導的工作。最近的兩岸服務貿易協議，因事前的溝通有不足之處，引起很大的討論。所以今天在立法院的指示之下，與衛生署共同舉辦這個聽證會，是希望能增加與各界的溝通。今天早上我看了一份本會部門處做的問卷調查，這個問卷調查是針對臺灣的499所醫院，請問他們對開放國際醫療的態度，目前做到一半，回收的樣本在250個左右。我跟各位報告目前的初步結果，看來大部分的醫療院所都贊成國際醫療專區的設置，所以在這個前提之下，這份問卷調查可以做為背景資料，代表某一部分的意見。經建會做為行政院的幕僚單位，同衛生署來開這個聽證會，我們會盡幕僚之責，把各位的意見蒐集起來；經建會也是自由經濟示範區的主政單位，我們也會配合衛生署，把各位的期待跟要求設法做到讓大家滿意。今天謝謝大家來開會，簡單介紹至此，謝謝。

◆ 主持人-衛生署林副署長：

各醫療院所、各公協會以及民間團體還有我們的專家學者們，大家午安，我們今天的會議主要是應立法委員的要求舉辦，今天是聽證會，雖然聽證會照行政程序法是有一定的程序，不過，我們今天沒有當事人，所以我們是用聽證會的精神，讓大家來發言、陳述不同的意見，要批評也可以，要嚴厲的批評也可以，我們都可以當作政策參考的意見，首先要聲明一下，衛生署、署長與我們到現在為止，對醫療的核心價值是完全沒有改變，醫療還是一個良心事業，醫療是公益事業，我每個星期回到醫院去跟學生上課，都會跟每一組學生聲明這樣的概念。

但是隨著國內外醫療情勢的快速改變，所以我們才提出國際醫療專區的概念，這當然是一個境內關外的專區概念，分兩階段來設計。可能很多學者

會認為鄰近國家做的比較好的是韓國、泰國、新加坡，印度也不錯，不過因為 Lancet 在 2011 年裡的 paper 有提到，5 個國家，包括菲律賓、印尼、泰國等幾個國家因為做了國際醫療之後，產生的 manpower shortage，還有 manpower maldistribution 會不會在我們這邊發生，當然是有可能的，不過我們目前的 maldistribution 已經發生，科別之間的 distribution、及在城鄉之間的 distribution 是有問題的，第二個，這篇文章所提的問題會不會發生在我們國內，發生機會比較小的一個理由是，這裡所提的國家印度與泰國都是先做國際醫療，再來做健保，那我們是健保做了穩固之後，再來做國際醫療，這是不太一樣的地方。很多學者都在提醒我們，政府要做的事情是盡量不要做大有為的政府，所以我們的想法也是一樣，政府只要做制定政策就好，然後把障礙排除、法規鬆綁，最後用公平、公正的方式來做徵選，我們基本上的立場還是一樣的，我們不會做太多細部的規劃或者干涉。

另外，這個醫療專區有幾個特點，第一個，絕對不能影響到國內民眾就醫的權益，這個是首要的，無論如何絕對無法 compromise，第二個，這個區是交通便利，跟經建會的五港一空不太一樣，五港對醫療不太適合，第三個很重要的，是要有聚落的效應，就是 medical city 或者 health city 的概念，因為韓國、中國大陸都是用這種概念，帶動整個生技產業、製藥產業、養生產業，醫院只是整個園區的一小部分而已，第四個是 one stop shop services，第五個，如果在第二階段徵選很重要的條件，就是要跟國際上有名的醫療機構合作，這是必要條件，這才能提高我們的醫療品質，然後跟國外著名的保險公司做很好的結合，否則沒辦法作國際醫療，最後一個就是如果你到泰國的康民醫院去看的話，他們可以講 27 國的語言，而且他們對 27 個國家的背景、文化都非常瞭解，這也是我們以後審查的重要的條件之一，我先做一個簡單報告，照議程進行。

◆ 司儀：〈宣讀聽證會會議程序及注意事項〉(洽悉)

◆ 司儀：〈主辦單位案情報告〉

■ 經建會詹方冠處長：

主席、各位與會先進大家好，接下來由經建會為大家做自由經濟示範區政策說明，相關資料我們同仁現場會發給大家做參考。

首先，自由經濟示範區透過報章雜誌的報導，也許與會人員對實際的內容不是非常清楚，利用這個機會跟大家做些說明。第一個就是：為什麼政府要推動自由經濟示範區這個政策？主要目的有兩個，第一個，大家可能都了解整個世界區域經濟整合已是趨勢，臺灣這幾年經濟比較悶的原因

之一，其實也是因為我們很多競爭對手，他們跟其他貿易伙伴都簽訂了很多經濟自由貿易協定，相對而言，我們不能順應這個趨勢的話，很多人擔心臺灣將來經濟會被邊緣化。我們如果要真的加入這個自由貿易協定，我們要先問自己有沒有準備，換句話說我們有沒有接受在推動經濟自由化、國際化的時候，除了享受它的效益外，是有可能有負面的衝擊，這是我們要做準備的，這是推動自由經濟示範區第一個主要的目的。

第二個目的，是根據國際機構的研究，這是美國民間智庫每年都會發佈的一個經濟自由度，大家可以看到這個經濟自由度跟經濟的成長（經濟的 GDP），考慮了物價以後，其實他們的關係是非常正向的，換句話說，一般而言，經濟自由度愈高，經濟發展的程度也愈高。其實從臺灣過去的經濟發展過程中，我們也可以了解，大家常覺得過去臺灣經濟成長很高，為什麼現在沒有辦法像過去這樣子，當然，一方面是我們經濟相對上是比較成熟的。

另一方面，我們過去在推動很多經濟自由化政策，從早期的外貿自由化一直到最近十年前的整個電信或者是為了加入 WTO 推動的貿易自由化等等，都對臺灣的未來其實有些幫助。可是最近十年以來，我們經濟自由化的腳步相對上是比較慢了一點，當然這個我們了解，這是因為很多社會各界對於接下來要推動一些自由化的工作，包括可能會衝擊到一些產業，可能會造成失業的問題，有一些事業活動，比如說醫療或者很多人提到社會照護，這些適不適合產業化，大家都有不同的意見。換句話說，在這樣子的情況下，經濟自由化到底要不要繼續走下去，產生很多疑問，所以政府在這樣的大環境下思考說，如果大家都在討論的話我們能不能先試著用小規模的方式來推動，到底大家平常在爭論的這些點，有沒有可能產生正面效益或負面效益，如果不做就不知道，所以自由經濟示範區就在這個樣子的情況下來做推動。

那當然，這也是馬英九總統在黃金十年裡面提出的一個政策，也因為它最主要的目標是推動全國的經濟自由化與國際化，所以它很重要的一個工作就是要推動法規鬆綁這樣一個行政措施，讓物流、人流、金流等等都能夠更自由化。同時要跟國際接軌的話，很多市場的開放都必須參考比較高度自由化的自由貿易協定來推動。除了這個之外，我們也想說如果要發展一些服務業的話，是不是也可以利用這次的自由經濟示範區來推動，所以有前瞻性、有潛力的產業，包括今天的國際醫療是很多人覺得具有發展潛力的，是否適合在自由經濟示範區推動，那都是我們原來規劃時秉持的一些理念。

當然，我們說過如果它有正面效果，示範效果達到的話，全國就應該適用，不需要特別在這個區域內推動，但是如果在這個小區域內，大家發覺擔心的問題真的有產生的話，那當然之後的政策我們會做調整。

整個自由經濟示範區主要是分二個大部分，第一個大部分是剛才跟大家說過會有示範性的產業，主要是以高附加價值為主。另一方面，我們對整體的經濟制度要做一些調整，特別是法規鬆綁部分，所以我們對人員、商品、資金的自由流動做很多鬆綁的動作。另一方面，我們也開放一些市場的管制，但是在推動這些自由化的同時，我們要讓整個經濟成功，可能剛開始會要去去除一些投資的障礙或提供一些投資的誘因，所以在租稅環境、土地取得與優質營運環境部分，政府也會相對做一些配套措施，裡面是一個簡單的內容。

首先，四個示範性產業，第一個是物流，大家都知道現在我們在談自由經濟示範區，是由五海一空自由貿易港為起點，但其實貿易港本身腹地有限，真要把臺灣的經濟帶起來，是我們後線很多產業園區，要怎麼樣把這兩個結合呢？我們就要試著推動一個觀念，那就是前店後廠，就是很多國外的貨物免稅進來了以後，透過前店後廠把它委外到區外加工，再透過原來的示範區出口出去，這樣可以把後線臺灣整個產業活動帶起來，那要推動這樣活動雖然現在已經有一些成功的案例，但是畢竟有很多相關的法規限制，特別是有關關務方面。所以我們在整個自由經濟示範區智慧運籌前店後廠的部分，做大幅度的鬆綁，讓臺灣的經濟透過自由港來帶起來。舉例而言，如果臺灣有一個藥廠其實已經得到歐美的認證，正好有國外貨主需要臺灣這樣經過認證藥廠的話，其實彼此是可以合作的，原料免稅進來，透過我們經過認證的藥廠製造完以後再出口到其它的地區、其它的市場，或許這是一個我們可以推動的方式。那國際醫療待會有報告我就不多做說明。

另外一點就是很多人提到農業加值的部分，重點就是結合國外的資源配合國內的農民，或者是國內的技術，或者是契作的方式，讓整個農業再起。這邊的農業不單是大家擔心受到衝擊的稻米，其實還是有很多優勢，包括觀賞魚、農業機械等等，大家都知道瑞士不生產可可豆，但瑞士巧克力卻全世界知名，像立頓紅茶這個國際品牌，它的原料取自全世界。所以，我們試著透過示範區能不能為臺灣農業加值打開一條新路，這是我們推動示範區的一個方式。

另外一個是不限制產業別的產業合作，臺灣如果示範區有一個很好的配套政策，國外的資金及技術引進來再配合國外市場需求，看能不能推動

整個產業帶起來，這邊是一個簡單的例子，比如說臺灣如果要發展生技產業，國外有很多人才、技術、資金是臺灣欠缺的，如果我們能提供相關的租稅優惠，讓技術授權能夠免稅，如果我們對人才的引進能夠放寬限制，那臺灣的示範區就有很大的吸引力。如果這個生技的產品需要臺灣的藥廠製造的話，再透過區外加工的方式回到區內再銷售到其它市場，這是一個簡單的例示。

所以在這幾個示範區產業之外我們還會做很多制度上的調整，剛才已經跟大家報告過了，在整個制度上對於人員、工作或進出的方便性我們要做很多法規鬆綁的動作，對於將來貨品自由輸出要加強，區內要提供的金融服務我們都會設計。第二點就是有關市場的開放，我們要參考國外的例子，盡量放寬。我們初期前十年會提供相關的租稅優惠，這是剛才說過只是為了提供投資初期的誘因。其它一般投資比較大的障礙像土地的取得，我們大概都會有配套的措施，最後政府也會提供高效率的單一窗口等等，這些是我們整個的措施。

當然在第一階段，就是主席剛剛提到，我們在特別法還沒有通過之前，我們現在就要推動，那要怎麼推動，那就是透過自由港來結合鄰近的園區，大家可以來看這張示意圖，紅色的圈圈是臺灣的五海一空，周圍都有一些適合的園區，可以作為我們第一階段特別法通過之前推動的自由經濟示範區，那正式的園區要等行政院最近在審核推動計畫通過後才會正式確定，我們之前也拜訪很多地方政府及業者做溝通工作，給大家參考。

我想最後再跟大家說明一點，臺灣經濟這幾年確實成長率比較低，所以如果我們不利用這個機會在開放中繼續尋求往下一個機會的話，我想未來的經濟困境是很難突破的，希望利用這個機會來爭取各界對自由經濟示範區的一個支持，以上報告謝謝。

#### ■ 衛生署李偉強處長：

兩位主席還有各位在座先進好，因時間有限，容我今天直接切入這主題。不過還是再次抱歉，因為我們很少辦聽證會的經驗，辦得不好之處，如下次還有機會容我們再好好改善。

今日報告大綱，第一部份介紹世界各國發展情形，因為是其他國家情形，我們就儘快在簡短時間報告完，重點還是在台灣。

目前全球發展國際醫療市場中，大家覺得在觀光旅遊以及國際醫療方面都還是個成長的市場，根據調查來看，其實重難症不是重點，反而是比方像牙齒保健、生育與美容手術等非急迫性、需求量滿高的服務，需求量

滿多來自於這些新興開發中國家的人員。我們看到，其實在國際知名之醫院，以美國為例，不僅在自己的醫院進行國際醫療，他們也與海外國家進行一些合作，比方：約翰霍普金斯與新加坡合作，最近還跟韓國合作；克里芙蘭醫院(Cleveland Clinic)是世界有名的心臟科醫院，之前便與加拿大合作，近及阿布達比有合作；哈佛(Harvard Medical School)跟杜拜也有合作；Pittsburgh Medical Center跟一系列許多國家也都有合作，事實上這是過去大部分十年陸續一直發展之情形。我舉個例子來說，這是克里芙蘭醫院現在正在興建中的一個 city，這地方過去是一個荒蕪的島，經過大幅的開發，相信這島上不僅是這個 city 而已，還包括許多其他項目，具 360 床，目前官方網站上正在招募護士與醫師。

鄰近國家的部份，我們看到泰國、馬來西亞、新加坡、韓國，或在遠一點的印度，也都在過往的十年中陸續發展，特別是泰國，近年已佔了 40% 的亞洲醫療旅遊市場。鄰近中國大陸的部份，在海南、上海及成都等，不僅在海邊也在內陸都有大型的醫學城/健康城。而經濟情況同為四小龍的新加坡，它也很大幅度的在推動經營，即規劃在一個複合式大樓，像一個 mall 一樣的，位於捷運站出口，另外對於其他國家也有些簽證與賦稅上的優惠；至於馬來西亞即隔著新加坡對面，於柔佛海峽設立另一個發展區。東北亞地區，日本與韓國也是不論在大阪、濟州或仁川也都陸續有個 health city 的建置來進行。而杜拜情況剛有介紹到，我們看到圖中顯示，就是一個 Zone，Zone 裡面具有許多大大小小的醫院、診所來組成，園區設有管理局來管理。

綜合鄰近這些國家，在這些已發展中或規劃中之醫療園區，大概有幾個共同特色，第一個-具有足夠資金與土地，為吸引投資當然需要足夠的誘因，如剛剛經建會所報告的，區域內外交通要便利，最好是離機場或港口不遠，另外，在園區裡面應有一家核心品牌之醫院，可能是當地或國際合作、像旗艦店般的，旁邊再與其他機構合作，目前具有國際知名機構合作的，多半是先有一個核心品牌。

另外，發揮群聚效性，將有特色的相關醫院、診所作一個上下游、垂直整合的聯盟，包括很多相關的醫美、牙科、植牙、眼科等。區內和週邊需吸引相關產業(包括健康產業、養生、生技(bio-tech)是顯然必要的，如果是單獨一個 building 或一家醫院的話是達不到效應的。

另外，與國際保險公司合作是很重要的，既然看外國病人一定是有這些保險的需求；其次提供創新醫療模式，政府透過政策福利或專區法令鬆綁，例如新加坡韓國都是這樣，提供外籍人士醫療簽證或免簽證的服務。

我們看其他國家，原來都已有做零星的國際醫療，同時也成立專區，但專區設立的限制很多，顯然這東西大家都在邊做邊發展，所以一般這些國家，除了中國大陸可能比較多一點(可能是因幅員的關係)，其他大部分都是有限的，並且和專區外的醫療機構是並存的。

依據交通部觀光局的統計，我們看到將近十年來觀光人口大幅增加。以前我曾參與過一段時間的國際醫療，那時候我們在作國際醫療的時候都不覺得會有人，因為觀光人數一直很難突破，但最近三四年來，觀光人口確實有增加，如圖見大陸地區、日本的觀光人口，是最近增加幅度最快的。無可諱言隨著兩岸開放，大陸以及港澳地區觀光人口大幅增加，去年也突破到 730 萬的觀光人口，隨著觀光人口增加，自然會將相關就醫需求提高。以去年統計資料，於台灣不論是門診、住診等人次(此數據僅來自委託辦理之國際醫療工作小組之 39 家會員機構，故可能低估)，門診部份去年約有 11 萬人次，分布國籍包括大陸、東北亞等；住診部份去年 3,845 人次；健診人次去年 40,000 多人次，分佈主要以大陸為主；美容醫學方面有 5,000 多人次，分佈八成以上來自中國大陸；故以客源分布來說，健檢醫美很明顯以中國大陸為主要市場，這與觀光人口成長是很明顯的關係。

我們台灣發展國際醫療的 SWOT 分析，優勢部份包括台灣醫療進步、費用也具有競爭力，針對中國港澳人士之華語語系是 ok 的。台灣當然也有些劣勢，如果是針對英語系或其他語系國家，台灣是有點欠缺的，另外外國醫師的換照程序相對於印度、泰國其他國家是較難取得；品牌知名度因長期以來不能行銷，在國際上顯然還未打開，整體性行銷管道尚未通暢。

我們也有一些機會，隨著高齡化社會需求，相信不管台灣或全世界都是有醫療需求，國外如太貴或等太久便會有外圍醫療需求；另外，觀光人口增加、中年人口對於外型的重視，兩岸關係的來往、交通時間縮短以及經貿關係密切，都給我們機會。當然我們也面臨幾個威脅，鄰近幾個國家比我們更早發展或發展規模非常大；另外，在台投資卻步因為我們規劃不夠好、吸引力不夠；對於重難症造成之排擠效應以及跨境醫療容易產生醫療糾紛的問題，且醫療具有其風險性，加上國際經濟的不確定性，都成為外部威脅。

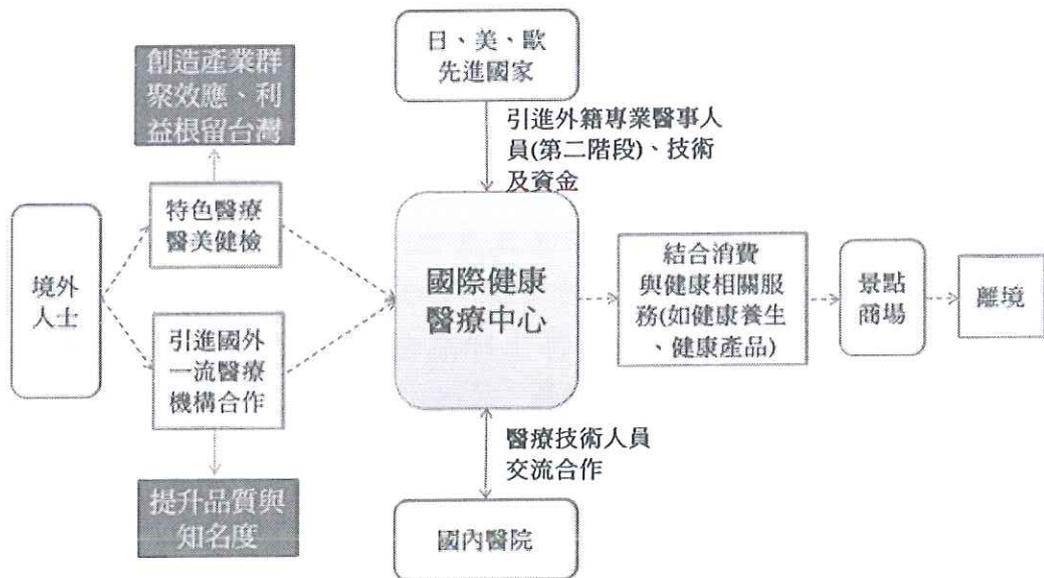
我們設置國家專區有幾個考量，第一個隨著來台觀光人次增加，國際醫療需求增加，事實上設定專區便於管理，可減少對國人就醫影響。目前國際醫療陸續醫院、診所都在做，反而散在全台灣各地；重點發展高需求且相對風險較低之特色醫療，目前沒有達到全面效應並結合相關健康與生

技產業一起進駐，達成群聚效應及經濟規模，建立品牌；透過與國外知名醫療機構合作，引進先進技術與資金，提升醫療與服務品質；善用台灣醫療及醫管專業人才優勢，帶動醫療及周邊產業發展，促進就業，提振經濟，使利益留在台灣；有示範及逐步試辦的意涵，可以檢討成效並作為後續政策的參考，剛我們經建會也提到說，既然建置示範區，就是把一些影響限制在區裡面，好的話我們繼續發展，不好的話我們也能夠把它限定在一個影響範圍內。

目標市場部份，目前看起來中國大陸一定是我們的主要目標市場，華僑即針對”非健保”，其他地區就以日本而言，牙科服務是主要需求。

就潛在利益上，第一個就產值方面，自 97~101 年產值都是有快速的提昇；除了錢的利益以外，對於台灣本身醫療品質也有刺激效應，第三則是提升台灣整個優質醫療的品牌價值。

目前整體規劃之營運模式大致上如下圖：



未來我們將分兩個階段發展，階段劃分以自由經濟示範區特別條例為切割點。之前有外部說我們要修改醫療法，其實我們並未想修改醫療法，因為將來專區裡可透過特別條例來進行約束，我們希望這影響不要擴及到專區外。故第一階段將依現行醫療法規，經審查通過後設立醫療社團法人醫院或診所(現在台灣就有好幾十家社團法人醫院和診所)；等到「自由經濟示範區特別條例」成立通過後，我們將逐步放寬醫療機構以公司型態成立等，所以公司化及外籍醫事人員進來等規範一定要配合特別法的通過。

我們將採公開徵選的方法，歡迎有意願投資之企業或醫院依本署公開徵選之需求說明書，提出營運計畫，計畫至少包括：醫療服務項目、產業規劃、資金來源及運用、收費標準、盈餘管理、回饋計畫，我相信這樣的規劃一定要有回饋計畫，不論回饋給我們的健保或國稅局。另外，有意願的企業，我們也鼓勵它能與國外的知名廠牌或知名醫院結合，達到提昇台灣醫療品質的目的。

服務項目方面的話，我們這邊舉些例子，比方眼科手術、人工電子耳、牙科手術、人工生殖、高階健檢等，於初步階段我們並沒有特別希望他作一些器官移植等此類有道德與生命性的問題，這方面不是我們主要推動重點；就國外之發展情形也鮮少進行非常重難症的項目，除了像印度有做專門做心臟方面的手術等，但它有其他條件，故我們不認為這是園區內應該做的主要項目。

那收費標準當然會另外訂定，但重點是無論就醫人士是任何身份，均不得用台灣的健保，需要全額自費。主要對象將針對在台經商、旅遊的外籍人士、及專程來台醫療或同時觀光的外籍人士或華僑，對於我國國民方面並不排除，因為人民就醫有他的自由，但我們不鼓勵，因為台灣健保完全是能提供我國國民完善的照護。

專區位置是大家常關心的事情，目前經建會規劃自由經濟示範區有五港一空，那是針對整個四個產業的計畫。對於醫療方面來說，我們認為它一定要符合我們剛剛說的交通便利且腹地廣大，不能人煙稀少地方，不論哪個地區，有意願投資廠商他必須好好地選擇適合的地方，所以北、中、南、東地區我們並不排除，之前有說桃園航空城或是高鐵青埔站附近，那其實都是可選項之一，皆不被排除。初期我們希望透過甄選之後，可先通過一家，未來則視成效及需求後再決定是否逐步放寬。

配套管理方面，第一階段將成立”園區專案管理委員會”，針對裡面人員進駐管理及審核計畫等。而針對台灣醫師前往園區兼職，將有時數控管，同時辦理認證與評鑑，以確保區內品質與安全，這是政府無可替代的角色；第二階段待專區特別條例通過後，我們才陸續放寬外籍醫師等進入園區內執業，這裡也同時申明，不管是醫師或醫事人員目前皆不含大陸籍醫事人員在內。

誘因方面，第一階段可能對於簽證這些簡化手續方面擴充；第二階段透過專法，允許醫療機構得以公司型態設立，並且針對目前 WTO 九大地區國家的醫師，以專案申請方式於示範區內執業，也放寬外資(排除陸資)投資國際醫療機構之持股比例、董事比例限制，以及部份的稅賦優惠。

預期成效 — 我們希望在對國人就醫最小的影響下，建立台灣醫療的優質品牌並創造經濟產值；引進資金、技術及服務模式，發揮群聚效應，建立台灣健康產業的品牌價值，並有助台灣醫療產業及人才的發展；結合相關的健康照護與資訊產業，開發具有產值的服務模式，最主要是將利益、人才、設備投資留在台灣，而不是到國外去。

我們持續要監督以下幾個重要項目，包括對國內其它醫療機構及醫事人員的影響、對民眾就醫的影響、相關法令的周延及影響以及示範區內醫療機構管理及實際執行成效，特別是衛生署還是關心醫療品質方面之影響。

由於來台灣觀光經商活動愈來愈頻繁，國際醫療需求有增無減，計劃性地發展將可整合資源，創新價值，並減少負面影響，配合「自由經濟示範區特別條例」的立法進度逐步推動，所以並沒有一個特定時間表，此條例還是一個關鍵；自由經濟示範區內的醫療服務以不排擠國人急重難症就醫權益為原則，這也是剛副署長一直強調的一點。優先以高需求且低風險與非緊急的特色醫療為主，並提供適當的轉介服務。我相信緊急醫療也絕對不是本園區主要發展之項目，也不會有外國人到此地進行緊急醫療。我們將透過公開徵選有意願的投資計劃，成立專案管理委員會來審議廠商所提之相關規劃配套措施，以保障國人的就醫權益。

以上是個簡單報告，相關資料會請同仁儘快印給大家，最後對於我們行政作業所需改善之處再作個抱歉，謝謝。

- ◆ 司儀：〈第一次登記發言〉謝謝李處長簡報。接下來進行我們第一次登記發言，請中國醫藥大學附設醫院許世明院長至發言台等候發言。

- 中國醫藥大學附設醫院 許世明院長：

由於我也是經建會的執行委員，故對於整個案子也可略提個背景說明，其實自由經濟示範區是從李登輝時代就開始的，那是個漫長的過程。剛才由衛生署長官報告，目前在世界上作國際醫療的國家，如馬來西亞也在找台灣過去，大陸在海南博鰲地區的蔣省長也在邀請我們過去，柬埔寨現在也在邀請台灣過去，所以如果我們不做的話，台灣醫師就會外流，這是千真萬確的，因為人都是看錢，這是現實環境。像我知道和信黃院長（我的學長）過去對於質子治療就是表示非常反對，但後續長庚也做、台大也做、榮總也做，但反對聲音就沒有了。

我們在看整個國際醫療，越南衛生部官員和校長與我們報告，越南病患到海外就醫累計達 20 億美金(即 600 億台幣)，僅是一個觀光登記的；那外貿協會登記的去年來台國際醫療產值有 700 億。通常 1 塊錢的觀光能產生 7 塊錢的 GDP，但 1 塊錢的國際醫療將產生不只 7 塊錢恐怕是 35 塊錢或 50 塊的效應。

問題是國際醫療的項目，於世界銀行所作的報告中，現在世界上在做國際醫療之項目已達三百多項，不僅是衛生署長官所提的幾項，所以台灣如果不做的話，這些醫事人才外流是必然的。

幾年前我也受英國科技部邀請訪問，英國也打算於 FieldFox-Titanic 的船屋之處做國際醫療，這是一個經濟的潮流。我們也希望未來可以開放比較自由的、可以引進國外合作的，如果大家有機會的話去看一下杜拜的 Healthcare City，他跟很多美國、歐洲、英國還有跟很多單位包括韓國都已經在合作。我們不是說台灣醫療不好，但是透過國際間的整合，將可使台灣醫療做的更好。

所以國際醫療並不是對台灣健保有影響，健保問題衛生署要去盯，不要讓健保崩盤。如何可以讓台灣醫療產業持續在國際發光發熱，我想這是比較重要的。

#### ■ 新光吳火獅紀念醫院 洪子仁總經理：

我想我們今天這個公聽會的主題主要是探討在專區設立國際醫院的部分，那要在專區設國際醫療，需先弄清楚目的是什麼。如果今天目的是希望擴大台灣在經濟上發展，用醫療軟實力來帶動，那我覺得重點應該放在產值如何提高。就這個部分而言，我想先跟各位報告一個數字，大家知道我們台灣地區一年的 National Health Expenditure(NHE)有九千億的規模，但九千億規模裡目前辦理國際醫療的產值用寬鬆方式計算也不到二十億台幣，僅九千分之二十，占的規模非常小。所以目前如在專區裡設立不依靠健保，以完全自費為主的醫療機構，我覺得這個方向非常可行，但我擔心這機構本身在此專區裡是否能生存下來，因為如果要做一個好的醫學美容、健康檢查之醫療機構，需擁有許多大型醫療設備，如在專區裡無完整配套，反而我們會擔心專營國際醫療機構在此專區裡是否能發展出來？所以我們希望在專區的這部份能放得更寬鬆一點。

有關公司化的部分之前也探討非常多，我們檢視的文件中可看出將來在公司化的過程還是有它的好處，其中包含公司化經營如能與資本市場接軌便於籌措相關資金，不論此金資來自國際或國內。第二，對於創新科技的引進，對公司化的經營也會有幫助。第三，其實公司化經營除受衛生署

管制外還需受相關財務部門管制，所以他在落實公司自理及財務透明度上也相對會有很大幫助。所以我想在未來第二、第三階段在專區內試辦國際醫院是可行，我們也希望朝公司化放鬆的角度進行，謝謝。

■ 彰濱秀傳紀念醫院 陳柏同主任：

主席好、各位來賓好，我就照發言條順序，針對各點就我看法作個回應。

針對第一個議題，很簡單的就是我們應運用台灣最大優勢之一醫療這個特點來帶動其他相關投資及經濟活動，那其實這是一個非常簡單的 definition。

而針對第二議題，其實資本市場資源一定要善加利用，如果以公司型態來經營，醫療機構需要直接面對投資人，將更有利於公司治理；由剛剛李處長的報告中，我覺得其實限制是非常非常多，如以剛剛的限制來說，一定會 deter away a lot of investors，這是我覺得應該要更加開放之處。

那對於外來開放外資投資國際醫療機構及外籍醫事人員執業之合理規範，我認為不必特別規範，用公司法來辦理即可，且醫事人力應該要從寬認定。

那就第四議題有關國人醫療保障之部份，其實我們都可以看到很多公開的數據，我國國人平均一年就診門診量達 14 點多次，美國才 4 點多次，所以我常跟我美國朋友開玩笑說 Don't come to Taiwan, because you'll get sicker. 所以在我們的數字還沒有降下來之前，不必要再做特別保障，健保就已經是個保障，所以就應該開放。

至於第五個議題，其實經濟就是個”invisible hand”，它是隻看不見的手，一個產業起來自然就會增加收入、就業等，鼓勵產業做起來最重要。今天這件事情，我們台灣已經低迷這麼久了，我前幾天在工商協進會會員大會聽管中閔主委報告，他對台灣從 2000 年到現在的整體經濟貿易剖析，真的只能用慘！慘！慘！來形容，我們在亞洲四小龍從 2000 年開始到現在就是已經是 dead button，是最爛最爛，這是藍綠的共同問題，所以我要再次呼籲，經濟就是個”invisible hand”我們就是 let it roll，然後 create 一個好的 environment，讓大家從中能提供合理的服務，帶動台灣一個好的發展。

■ 中華民國護理師護士公會全聯會 盧美秀理事長：

大家好我是中華民國護理師護士公會全聯會理事長。本會原則上同意自由經濟示範區能開放設立專營國際醫療機構，但本會較關切議題三，此議題特別提到外籍醫事人員可來台執業的相關問題。本會建議醫事人員聘僱宜以本國籍為主，優先聘僱本國優秀醫事人才。對於特殊醫療專業技術人才則可採用短期聘用，所謂短期聘用可用半年或一年聘用方式，如此才能充分保障本籍醫事人員工作權並充分發揮各醫事專業人員潛能。另外議題三針對是否應開放外資投資的問題，事實上國內資金並不匱乏，如開放外資投資，宜設定外資投資限額或比例，以保護本國醫療產業發展。因為我們今天事先皆看不到資料，所以我們僅能夠根據自己想像發言，謝謝。

■ 中華民國醫師公會全國全聯合會 蔡明忠秘書長（代表發言）：

兩位主席與各位與會貴賓，本人中華民國醫師公會全國全聯合會蔡明忠秘書長僅代表中華民國醫師公會全國全聯合會理事長蘇清泉，蘇理事長也是蘇立委，在這邊對此議題發表意見，以下發言是理事長的交代。

我想在這邊跟經建會與行政院衛生署講一下，立委的立場他覺得這個案子他基本上是支持的，但同樣就立委立場，他一定要兼顧到今天在健保制度下國人所有的健康事業的照護，以全人照護為中心是我們將來最重要的目標，要開發經濟與今天要執行的所有動作不能本末倒置，一定要把國人健康照顧好，這是他的先決條件。

當然，以立委的立場他覺得不管未來怎麼發展，在今天與會當中，期望聽到各位的意見，剛剛幾位醫院代表發言，事實上大概在醫療體系裡面有這種傾向希望在各種方面去鬆綁，但不管如何鬆綁、不管將來如何設立，蘇立委的立場是希望在這邊能得到一個共識，能得到未來整個經濟自由區的狀況，能得到一個最貼切的照護，就是一個先決條件。

最後他有個期許，期望所有的醫療照護以醫美、健診作為起步，所有的急重難症都放在後面，起步先以健檢、醫美作為目標，先期可以做的就在這兩個方面，以上是蘇立委、蘇理事長要我來此報告的，謝謝各位。

■ 台灣醫療改革基金會 朱顯光組長：

兩位主席、在座各位女士、先生還有很多先進包含楊志良老師等幾位我們尊敬的老師大家好。我代表醫改會發言。

台灣醫療改革基金會是比較關心民眾並站在民眾的權益角度去想，可能跟各位醫界的考慮會不一樣。剛才提到管主委表示去年經濟是慘慘慘。我記得去年在北醫有一個論壇，黃理事長也在，當時邱文達署長表示美國遇到財政懸崖，他同時表示台灣醫療也遇到醫療懸崖、健保懸崖，他說我

們四大科皆被掏空，健保慢慢的被各種方法面臨財務壓力，那是衛生署應該關心的。我們原先對邱署長有很大的期待，那不是拿來關心經濟。其實健保的醫療崩壞是我們比較關心的，我們做一個醫療品質的根本原因分析，依我們觀察十幾年來，包含我們跟許多產業公會討論，覺得主要在於醫療慢慢失去原本堅持的人本醫療，朝向營利化追求利潤，甚至不見得真正滿足病人需要。營利化或公司化背後其實某種程度是剝削勞工權益。我們找了許多財政、會計專家，最近也將召開記者會，公布財團法人、社團法人醫院財報中之玄機，有機會大家也可以看一下，這是我們接下來關心的部分。所以根本原因是醫療扭曲了他原本人本醫療，這是我們擔心的。

很多人說因健保不夠所以變成血汗醫院，所以透過發展國際醫療看是否可留住，但其實我們看發展主要項目是健檢醫美為主，剛才前輩說重症不太可能，那是造成四大科更多扭曲，一個醫院幾百床，需要很多醫生護士，健檢醫美也需要醫生護士，四大科還是發生很大的掏空。至於大家關心其他醫師人員生產過剩，真正醫美健檢醫院還有多少是我們很擔心的，雖然公司化以後能夠用稅金或是用社會服務的方式要求醫療機構，但我們在看很多財團法人、社團法人醫療機構所提撥之社會服務，真正回到健保的很少，用在醫事人員的也很少。至於泰國除了我們關心的境內人才外流，還發生區內人才外流現象，好的人都流到專區醫院去了，那才是一個更嚴重的人才外流，謝謝。

#### ■ 民間監督健保聯盟 鄭雅文教授：

大家好，我是台大公共衛生學院老師，不過我今天代表民間監督健保聯盟來發言。我是學公共衛生的，那公共衛生應該是要有“公共”的一個特質，甚至以前我們老師一直強調我們的，就是公衛或是健康，所以衛生署角色應該是保護國民健康，然後保障醫療服務的公共性；我們從歷史的角度來看，所有的公共政策對於醫療的管制都是為了確保醫療服務的公共性，但現在卻由衛生署來帶頭醫療拚經濟，這對我來說是一個非常大的錯愕跟一個矛盾的現象。

第二點我要談到的是醫療人力分佈不均的問題，包括泰國、馬來西亞、新加坡、印度這些國家的基層醫療部門的人力都有非常嚴重的短缺問題，但在這同時商業部門的人力卻快速的成長，為了回應這核心部門的醫事人力不足的問題，很多國家包括泰國、新加坡、馬來西亞都有透過許多行政措施，試圖改善公立醫院或核心醫療部門的這些醫事人員的薪資等，但成效非常有限。對我們而言，政府帶頭推動營利化的醫療政策是使得基礎醫療、核心醫療跟社區醫療人力大幅流失，會是一個非常重要的原因。

第三點我想民間團體講了很多的就是階層化以及社會不平等的問題，那一定會造成國際醫療自費，那剛剛我們看到很多資料，像有些人說國際醫療專區是不允許國人就醫，但現在好像又可以允許國人就醫，所以很多政策內容是相當混亂，那現在也已經允許醫院設置虛擬國際醫療專區，那自經區內會有一個實體專區，然後還有前店後廠這樣的概念；我也聽到說醫療法會修改，會有以公司化讓醫院可以成立，那就會造成國人面對一個自費市場不斷擴大，而且可能未來全台灣變成自由貿易的港，這樣的衝擊將會非常大；而對於醫事人員與就醫民眾，是不是會變成一個次等階級，我覺得衝擊是相當大的。

那另外，有些推動者認為說醫療旅遊的醫事人力在急難事件時候，可調度成為緊急的醫療資源，我覺得這樣是非常缺乏說服力，不管是醫美、健檢或是關節移植，這個如何轉換成緊急醫療資源我覺得是非常有疑問的。

另外就最後一點，就其他國家之經驗，推動國際醫療、醫療旅遊勢必會讓國內的醫療費用變成是費用會一直高漲，那我的發言就到這邊。

■ 台灣私立醫療院所協會 吳明彥秘書長：

各位大家好，這個政策其實是2007年我跟衛生署寫一個報告給蔡英文副院長開始推動的，可見這個政策一開始是藍、綠皆很支持，這也是台灣在面臨國際競爭必須面對的。大家都知道所有行業裡在全世界有兩個是政府管最嚴的，一個是醫療、一個是銀行；一個是你的生命、一個是你的財產。台灣所有的服務業中最有競爭力的就是醫療服務業，也就是說為何從蔡英文時代就把這個列為國家政策。2000年Parkway的CEO來台灣跟我說，只要台灣願意公司化，他馬上在台北投資一個250床的心臟外科醫院，這是一個台灣的優勢。我們很感謝衛生署跟經建會有魄力提出自由經濟區，但是目前我們的效益只有兩三億美金，跟新加坡、泰國比都不夠，他們都大概擁有十億美金的效益。剛才主席說的很好，我們是先用全民健保把大家照顧好，今天我沒時間秀出一張圖，台灣每萬人醫師比及每萬人床數比皆優於新加坡、韓國等國家，這是過去我們醫療政策的成功。基本上我們被全民健保照顧好了，再來推動國際醫療是站得住腳的。

這幾年看了這麼多國家，我們真的是輸了，他們都已經以專區模式在進行，我們現在卻還在討論要不要專區，這是我們一直覺得很可惜的。要跟別人競爭，就是要有實力，其中包括語言、專業、如何跟別人談判等，大家不要以為跟國外保險公司談判很容易，這其實很困難的。我們希望外來醫事人員可以先開放，當然是以華僑醫師優先，初期大家先有個共識，

把好的醫師留在台灣總比趕到其他國家去好，因為在台灣他至少可提供百分之七十的醫療服務給國人享受，這是所有公共衛生學家一定要去思考的。我的結論很簡單，我希望不只是三家，因為這個政策將來會建立 medical city，當地政府也須共同配合，而當地政府一定很了解他哪裡有土地及未來人才流動等，當然藥材通過 FDA 未來在專區內就可適用。再來就是公司法的部分，我覺得大家對公司法都有誤解，他其實規範得很清楚，條文很詳細。我的目標是短期台灣作為一個全世界的華人醫療中心，謝謝。

■ 和信治癌中心醫院 滕西華（代表宣讀發言稿）：

今天我們是來談論具有國家『價值』的政策，而不是只談『產值』政策，如果是為了讓醫院可以服務國際病人，包含醫療簽證在內，現行的措施已經足夠，我們並未禁止醫院以自費方式服務國際病人，政府為了需要創設一個以營利為目的的專區，竟然要進一步修法讓醫院公司化，我們今天要很嚴肅的態度來參加聽證會，強烈表達反對專區及醫院公司化的立場。

一、醫療非營利與公共化的本質，從古希臘希波拉底、世界醫師誓詞，到彼得杜拉克在「非營利事業的經營」一書中說：醫療、教育、宗教、社福等工作不同於其他行業，其最終目標是改變生命，而不是追求利潤，及最近邁可桑德爾所提及市場凱旋論將醫療市場化與商品化所帶來的階級化與人命標價化負面效應，昭然若揭，自不待言，因此我們必須堅持非營利。然而，過去三十年來，因經營管理觀念的偏差，台灣的醫療機構已經嚴重的商業化。很多醫院都是以追求利潤為優先、病人權益擺後面，導致醫學倫理淪喪，濫用、浪費嚴重，而造成健保財務的無底黑洞。

二、不義政府對於攸關全民健康權的健保結構性問題視而不見，卻以總統的高度推動【醫院公司化】。一旦修法，將正當化「把醫療當生意做」的錯誤價值觀。不但將造成醫學倫理觀念的混淆，更將導致全國醫院理所當然地忽視病人權益，全力追求利潤，而更進一步壓榨醫師、護士等醫事人力、使得台灣的醫療執業環境更加惡化。我們希望社會科學家及官員能夠了解「醫療行為不是醫學，而是社會科學」。醫療政策不但會左右醫師的行為，而且也會影響病人的行為。【醫院公司化】政策，將更進一步腐化台灣醫療價值觀，崩壞台灣的醫療體系。【醫院公司化】政策萬萬不可行。最重要的一點，醫療公司化的修法動作，雖然參與者不斷宣示只限制在專區，但政策訊息已經超過專區，就是醫院公司化是 commercialization of healthcare is to be promoted，這是我們最害怕的。我們認為想要提升台

灣的醫療競爭力，是在醫學教育、畢業後訓練、終生學習、醫療機構管理品質這方面的努力才有可能，而不是提倡營利醫療。且公司化、商業化一開始就無法停止，所以台灣將來醫療是互相爭利而非為病人福祉，引以為傲的全民健保，將全面瓦解，修法萬萬不可。

三、引進國際醫療並且將醫療服務商品化，且以增加 GDP 為理由，充分顯示政府欲從醫療發展體系中讓公共資金中撤退。台灣自 1996 年起公共支出占醫療保健支出比例不增反降並促使民眾自費攀升，2010 年僅 57.03%，鄰近韓國 2010 年佔 58.2%，日本更高，OECD 更達 72.2%，韓國朴槿惠新政府預計三至五年內將其公共投資占率增加至 70%，並且提升健保涵蓋率，以促進國人健康，政府要做的是增公共投資，而非引進外資、開放自費並且讓醫院營利。另政府拿納稅人的錢去獎勵專區設置，而專區享年內各項稅務優免，以經建會每年 28 億的產值估算，要三十年以上才可能增加 1% 的 GDP，稅損遠大於欠缺效益的『健保捐』。

四、最後如果你是醫師、你是醫院的經營者、你是高階政務官，你開始經營醫院公司，請在心裡想像一下，現在的你不到五十歲身心健康，沒有抽菸喝酒不良習慣，甚至還規律運動，然而，突然之間不明所以的心肌梗塞或中風突然找上你，你必須辭掉工作並且花一大筆錢去醫院公司進行手術治療與復健，然而不幸的是過 15 年後，癌症也悄悄的找上你，偏偏發現時已經擴散，醫院公司建議你必須使用兩種以上的標靶藥物，而且他們有近百萬最先進的新科技醫療手術也許可以救命，此時請你回想一下今天你在醫院訂下的醫療價碼，你的存款擔得起你的命嗎？

#### ■ 台灣醫院協會 羅永達理事：

主席、各位貴賓大家午安，首先我代表醫院協會對於經建會跟衛生署為了帶動全國醫療產業跟經濟發展表示肯定，但我想醫療從業人員核心價值永遠都不會變，他們重點在於關心國人健康。我們希望在今天的公聽會中提出些具體且積極性的建議。首先，希望未來專區裡能把重症排除，包含心導管、癌症等，我也建議醫美、健檢、牙醫、養生、中醫及復健等皆納入，因為我們今天談到的是要在自由區內的專屬醫療機構，與先前談的虛擬國際醫療是兩回事，實體的東西設立在自由區內所產生的衝擊是難以想像的。我要做一個解釋，我們始終認為台灣醫療資源充沛，事實上這都是我們前人種樹而後人乘涼，現在醫護人員十年內將慢慢流失，婦產科平均年齡為 56 歲、外科每年所需人數不到二分之一，我想這些大家都很清楚。那我們所看到的都是過去很多人的努力，事實上現在六大科缺失大家都看的到，光一個簡單的醫美就把我們目前總額下的健保體制衝垮，真正

擁有醫美執照的僅有一兩千人，但執行的卻有一萬七千多人，為何會有這現象，就是以下幾個原因造成的：第一就是比較效益，假設有實體專區，所有人員就會把心思跟專區做比較，所有經營成本拉高時將加速總額制度崩潰。第二就是磁吸效應，所有各單位護理人員，因專區內薪水較好，優秀護理人員就會到專區內，導致目前醫院內執行重症的護理人員缺乏更為嚴重。這絕對不是我們限制醫生診次能夠解決的。另外關於外來醫療人員，我們常說他們可以進來，而大家認為現在目前國內醫療有競爭性是因為訓練成本低，但將來這些費用不是這樣算的。最後我要提到剛才衛生署所說，要建立一個高需求且低風險的非緊急醫療機構，但扣除這些重症以後是否還算醫院及政府心目中的醫療機構，以上。

■ 長庚紀念醫院桃園分院 鄧復旦醫師：

我想我們長庚醫院基本上，董事長建立這醫院是為了服務中低階層的一般民眾，所以有很多重大政策都是免部份負擔、殘障免部份負擔等全部減免。但是，看起來台灣目前整個發展趨勢裡，也有相當多另外一端發展的需要，如果說我們醫生等醫療人員能夠建立一塊可以增加一些產值或是可以讓醫護人員比較有利潤的地方，讓我們可以照顧更多病人時，會對醫院整個營運有所幫助，因為目前所有醫院營運已經非常困難了。所以，如果有個區塊可以讓我們醫療人員獲得到更多利潤的話，那我們可以整體中和利潤，能夠對我們全體國人提供更理想的服務，我想這是我們樂見其成的，也希望這個計畫能夠可以成功的，謝謝。

■ 中華民國對外貿易發展協會 蔡秀珍組長：

主席、各位貴賓大家午安，外貿協會就產業發展的概況及歷史來看國際醫療中心是否成立。首先就台灣經濟發展來看，台灣僅兩千三百萬人口，消費市場非常小，台灣創造經濟奇蹟基礎是在 1950 年代的時候，對外貿易政策改出口為導向，除此之外，我們也看出政府也提出獎勵投資條例，所以台灣從 1950 年逐漸成為開放經濟體制後，可看出台灣經濟起飛，企業營收、成長、投入研發創新形成產業聚落，例如：台中自行車、新竹資訊業者等。在產業供應鏈完整的情況下，台灣變成無法取代，所以我們看到小小台灣可締造很多像產品製造世界第一等各種紀錄。

終歸我上述發言，可歸納為三個重點，台灣經濟奇蹟主要集中在：第一、以出口導向為政策。因台灣人口不夠多，我們要把銷售推到全球人口。第二、台灣產業具有優勢。目前被認為國際上最優秀技術追隨者之一。第三、政府政策支持。政府為鼓勵大家出口，提出很多獎勵投資條例及設立加工出口區等措施。我們反歸來看今天主要議題，在自由經濟區內開放設

立專營國際醫療機構之走向，完全依循過去產業發展成功方向在走，我說明一下。第一、我們的醫療服務業是最具競爭力的。但因市場不夠大，所以我們把人引進來，讓服務走進來。台灣內需市場太小，如果只有本土企業很難達到經濟規模。所以設立國際醫療專區，向全球人口為市場，吸引他們來台灣，擴大市場規模，尤其現在兩岸發展，整個中國大陸都是我們的目標市場。第二、與製造業相同，台灣的醫療技術是具國際水準的，不管在技術、品質及價格上都具優勢，所以我們醫療照護是可以受到國際肯定的。最後，當然因為有政府支持，我相信在自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構下，政府會研擬配套措施、鬆綁法規、開放外資來台設立的合理範圍，還有簽證等等，所以我們可以看到自由區未來的發展是可以期待的，謝謝。

#### ◆ 司儀：〈政府機關回應〉

##### ■ 行政院衛生署醫事處 李偉強處長：

謝謝。國際醫療這個議題，大概從幾年前看到現在，我們是個多元化社會，所以我們可以看到一些不同的新聞，這是很好的事情。特別在我剛剛的報告裡面，因為時間有限所以有些未必能夠報告清楚。

我們對外籍醫事人員的開放，我剛聽到盧理事長提到，我們當然一定是針對它有這個特別技術的，因為服務業一定在地化的。我們看到台灣過往幾年到其他國家去的時候，多半是管理人去，事實上只有服務業還是在地化，如果這個能成功的話，我相信在這個園區裡面的話，真的有特別技術的人才會進來。

剛有人擔心說會不會造成影響就醫權益等等，首先特別提到，我過去也看過相關的一些分析，也做了一些功課。國外不同的國家在做國際醫療的時候，它產生的正面跟負面衝擊確實是不一樣。可我簡單分成兩大類，剛鄭教授好像有提到，一類是它其實是本身醫療體系還不夠完善，甚至還有滿多民眾沒有得到醫療，可是因為它可能急於想要獲得一些額外的利益，所以優先發展國際醫療。

我記得在六年前的時候，有泰國記者來問過我這個問題，他說：「你們台灣有在做國際醫療？」那時候我還在醫院服務，我跟泰國記者說：「我們台灣在 1995 年的時候，實施了全民健保，政府把主要的資金跟主要的人力，全部投入到照顧台灣民眾，那時候我用 citizen first 這個名詞進去。可是同樣差不多時間的時候，在泰國它不是這樣做，所以產生一些公立醫

院的醫生跑到私人醫院或是跑到這個專區來。

台灣現在的情況反而跟新加坡、韓國或日本相似，這些國家都已經先照顧好本國民眾(當然照顧的好、壞，可能大家有不同的意見)，行有餘力，才想說是不是能把這個有競爭力的產業推向國際，所以順序不太一樣。

最後，我要說大家關心的就是，我們這邊園區裡面，是不會特別做重難症的。我剛提到說，從過去幾年經驗看到會來台灣的，很少是重難症的，不過呢，有些少數台灣才有的技術，比方，以前我服務的地方有做神經再生、復健等等，這是全世界的少有技術，這個一定是透過另外一個轉介，不會放到園區裡面，可是這是台灣的強項，這跟園區本身沒有關係，園區裡面做的基本上還是一個以健診醫美這些為主，而且帶動週邊一些相關產業。其他有特色的醫療，也可以在園區發展。可是像器官移植等等，我個人倒不覺得這是我們的首項，謝謝。

■ 行政院大陸委員會 謝冠正科長：

主席、各位先進，陸委會跟大家簡單報告一下。關於國際醫療部份，就陸委會這邊，主要是跟衛生署共同開放「五大強項」，到後來逐步常態開放大陸地區人民來台灣就醫；以及前二年開始大陸地區人民來台灣健檢醫美的事由。目前有一些成果，我們也希望說在這樣的基礎上面能夠在自由經濟示範區裡頭再強化，我們在醫療產業的推動上面也能再盡一些心力，謝謝。

■ 經濟部國貿局 曾玉雲科長：

主席、與會代表、醫院界大家好，我是經濟部國際貿易局科長 曾玉雲。謹代表貿易局針對本案議題提出相關看法。不論是製造業或服務業，協助業者走出去，拓展海外市場一直是經濟部及國貿局的職責所在，鑒於我國醫療服務具有國際競爭力，貿易局自 97 年即開始配合政策來協助推廣台灣醫療服務，委託外貿協會以展團及論壇的方式，來協助醫療院所去拓展國際市場，像去(101)年度透過外交部及經濟部駐外單位的協助之下，在越南、秘魯等地辦理台灣國際醫療重症記者會，這些重症治療案例獲得當地媒體的熱烈迴響及報導，成功宣揚了台灣的醫療技術；本案若能在衛生主管機關合理之管理及不影響到國人的就醫權益之情況下，讓外國旅客在自由經濟示範區內的專營國際醫療機構自費使用醫療服務，除能一併帶動消費醫材、醫藥、健康食品等相關產品，增加產業價值外，更能吸引東南亞及中國大陸市場的華人，未來在提高台灣國際醫療服務的知名度之後，更可以價格的優勢，向歐美地區宣傳，以上說明，謝謝。

## ■ 經建會 詹方冠處長：

謝謝大家的指教。剛提到有幾點因為是跟我們原來規劃有關係，所以我這邊再做簡單的說明。

第一點，是有關於公司化的疑慮，目前第一階段是沒有要推動。在第二階段我們也是在考慮沒有負面衝擊的情況下才會推動。所以到時候會有彈性的調整。

不過再這邊我還是要特別說明，公司是一個營利組織，但它本身是中性的，公司的組織形態在人類的社會發展中，能夠成為現在經濟主流，表示它有非常多的優點；所以並不是醫院變成公司以後，然後就唯利是圖，醫生只看有錢人。現在臺灣百分之九十的企業形態都是公司，其中有非常多質優的公司！所以，我覺得公司本身其實不應該是個問題，經營者的心態可能才是，這是第一點。

第二點，剛很多人都很擔心，如果將來有國際醫療醫院以後，會不會造成人力的流失，讓現在的情況惡化。我們可以從另一方面來想：假設國際醫療機構成立以後，讓大家覺得這的確是未來是一個可以人才流動方向的話，其實很多不會投入這個市場的人會進入這個市場，這反而有助於人力市場供給的增加。而且國際醫療畢竟不可能立刻專營、立刻開放全島都做。所以，如果有一、二個 case，其實在人力的供給上，剛開始並不會造成太大的衝擊，這點衛生署原來也有做評估。

另外一點就是，衛生署一直都有提到，設立國際醫療，如果真能成功，有相當的收益，是能夠挹注健保，而不是分散健保的資源，這點我們將來都會非常的注意，也謝謝大家的指正。

## ◆ 司儀：〈學者與專家鑑定人發言〉

### ■ 楊志良：

亞洲大學楊志良，任一公共政策有優點就有缺點，如何興利除弊才是要點。國際醫療也必是利弊參半，那麼重點是怎麼做以達到利多弊少？第二點是我們現在已經在做國際醫療，因為現在有 39 家醫院由衛生署核定容許有百分之十的容額在做國際醫療。其他任何醫院做了也沒有違法。個人反對公立醫院及財團法人醫院從事國際醫療，這一定會對病患「大小眼」，而與這兩類醫院是公共醫院的宗旨不符合。國際醫療是 business，今天卻因是「公共」的醫院所以國際醫療的收入不用繳營業稅及繳營利事

業所得稅，這是錯誤的，國際醫療一定是要在專區辦理，在專區可以有明確的劃分「商業性」及「公益性」及良好的管理。

再者，黃達夫院長是個人非常敬佩的先進，要跟黃達夫院長報告一下，台灣今天的醫療商業化，絕對不是國際醫療引起的，也不是公司化所引起的，查看公司法對公司的監督及透明遠比我們今天對財團法人要嚴格的多，要公開的多。所以詹前署長與我都一再強調怎樣把財團法人的規範作一個改革。

不再重述，其實大家也都很清楚，台灣醫療水準不管在人才、錢財、品質及管理上都有很強的國際競爭力。中國大陸目前在大幅的擴充醫療保健事業，如果我們今天不做，可以跟各位保證，十年以後，台灣必然很多醫療人才都到大陸去。台灣過去這幾年來，GDP中是薪資所佔的比例不斷的下降，這表示什麼？台灣內部越來越難找到工作及薪資不升反降，GDP中，高比率是資本利得，而醫院的支出，一半以上是薪資，這是管理及人力密集的產業，可以聘用很多人。國際醫療是台灣的強項，可以競爭的，我們為什麼不做？與其迫使這些人流到大陸，為何不讓他們留在台灣開發醫療產業？我們都很清楚台灣目前醫師不缺，醫師人力是分佈及結構的問題。其他的醫事人力也相當足夠，牙醫師、藥師、復健師、放射師、醫檢師、職能治療師都呈現過剩，護理人員有超過十萬大軍在那裡待業。發展國際醫療，大家就要提高待遇去競爭、去雇用這些醫事人員。非常贊成護理師公會盧美秀理事長講的，國際醫療的醫事人員都不能用外國人，沒有中華民國的執照就不能在台灣執業，你要辦國際醫療，就請用台灣自己的醫事人員，如果人力不夠，台灣很有能力訓練更多醫師。

再來一點就是，我有一些意見跟大家不一樣，認為醫美、健檢絕對不該國際醫療的重點，Selective surgery「選擇性的手術」才是，這才是附加價值最高的。國際人士不可能因傷風、感冒、拉肚子、急診來台灣治病，傳染病則不容許到台灣來就醫，糖尿病、高血壓也不會來台灣就醫，因這需長期醫療。因此國際醫療不致影響最重要的基層醫療，選擇性的醫療如，關節置換、心導管、縮胃手術、植牙、顏面重建、骨髓移植（骨髓移植是台灣的強項），但是一般的器官移植呢？那是不可以的（眼角膜除外）！但是呢肝、心、腎不可以，因為沒有足夠的捐贈者，國內等候的病患還多得很，國外來的器官常有醫學的倫理問題。在台灣前述的這些選擇性醫療項目，病患的來源是不足的，不可能因為有國際醫療，就只去做國外人，而不做國人。例如台灣目前有十家醫學中心在做骨髓移植，有五家平均一年做不到一、二個病人，而醫院整個團隊、設備都閒置在那裡。醫療技術也不可能精進，同樣的請問台灣有沒有關節置換找不到醫師？如果

容許各醫院的醫師就像今天各醫院間可以報備支援，報備到國際醫療專區職業，例如每周 2 診且因有足夠的病患，反可提升醫療水準，且會讓國際醫療管理會非常明確，到底有多少人力去從事做這件事情，耗用多少整體醫療資源。又國家遇緊急狀況，如重大天災，可馬上停止國際醫療，國際醫療人力設備就成為國家在有難時的預備隊。

發展國際醫療可以增加國家稅收，甚至可要求醫定比率為健保捐，挹注健保，有利於健保財務穩定。

另外一點，今天的五大皆空，其實是因為我們沒有好好應用我們的行政措施，現在很多醫院是有結餘的，如果衛生署規定醫學中心或區域醫院，五大科要有多少主治醫師，要有多少 R1 到 R3 的住院醫師，否則醫院評鑑不予通過，就像 SARS 以前，醫院很少雇用感染科醫師，衛生署在專家共識下，一下命令，第二天起那個醫院沒有感染科醫師？只要醫院還有結餘就會聘用，我們一方面要讓醫院有合理的收入，一方面要善用行政的指導。

#### ■ 林憲政：

大家好，先前聽了很多先進、以及政府指導機關的一些意見。那我在這裡基本上只有三個想法跟各位報告。

第一個就是，我們今天在談的是自由經濟示範區開放的政策，那所以我們的重點應該是在於自由跟經濟。在自由的部份的話，我建議我們現在可能不需要去畫地自限，去認為說我們應該發展些什麼？而不去發展些什麼？這應該是交由後續我們開放了這個場域之後，由市場來決定。至於說經濟的部份，既然是經濟示範區的話，經濟的成分就要多一點，這個不是完完全全的絕對取捨有或沒有，而是一個比例問題；這個是我對於自由經濟示範區的第一個意見。

第二個就是說，政府可能需要有一些措施來淡化與民爭利的印象。所以在這個部份，我會有二點建議，第一點就是，我們從推動國際醫療一直到現在，是不是應該試著去公佈一下看國際醫療為我們全民健保注入了多少經費，或是預估在未來的整個自由經濟示範區開放後，可以為我們健保產生多少的挹注，這是全民基本上都可以受惠到的，而且這是最直接有感的部份；第二個部份是，當我們對與民爭利的部份作了一些處理之後，是不是也應該給予國內目前在做國際醫療的 39 家醫院，相對應的一些開放政策。在這樣的一個過程當中，或許政府跟民間的衝突是不是會比較小？這是第二意見。

第三個就是，民間團體的監督這是非常重要的，而且立意基本上都是良善的，但是政策是活的、社會也是活的，衝突、妥協和進步是一定必須要經歷的過程，所以說是不是我們大家一起給專區裡面的國際醫療一個發展的機會，當然如果整個發展的情況已經偏離了整個社會的期待跟政府規劃，至少我們還有選票嘛，我們可以透過選舉來反應民間意見；所以說我們可以給國際醫療專區的發展給予一些機會，這是我的意見，謝謝。

#### ◆ 司儀：〈第二次登記發言〉

##### ■ 中華民國醫師公會全國全聯合會 蕭志文常務理事：

主席各位貴賓大家好，我是中華民國醫師公會全國全聯合會常務理事，剛才聽到大家高見，我們西醫師醫師公會對於設置專辦國際醫療機構之決策表示尊重，但我們擔心對國人就醫權益與醫療品質有幾點建議。

第一個就是專營國際醫療機構應要有具體詳實的規劃，在哪個點、規模多大、數量多少、設置資格，或許這樣子將來才不會去影響各地方的醫療型態。

第二即是開放以公司化型態經營，我想這點應要審慎的考量，因為醫療機構不是營利事業，是以非營利的機構，是以醫療法人的機構，是以人文的觀念去成立的，但將來第二階段走向以公司法成立的話，公司法是資合的觀念，如此兩個主管機關將不一樣，一個是衛生署，一個是經濟部，將來這些在法規上應該要如何去融合在一起，我們也希望在針對公司化型態的經營目的、效益與必要性，一定要有個通盤的規劃。第三個就外籍醫師執業資格的認定，需建立一些準則及規範，我想外國醫生與台灣培育出來的資格與教育情形以及認同度皆不一樣，剛才聽到官員也提到將儘量換照給外籍醫師來就業，但與我們的法規不同，將來如面臨醫療糾紛，將依照外國法律或台灣醫療法來處理等，都應先明訂清楚。

第四個便是剛提到國內醫事人力支援國際醫療服務應有完善配套，各位都說不會去影響到健保整個的結構，我想醫事人員總是有一部分要到這裡面去服務，這些服務在原來醫院的時間安排與工作分配多少一定會有影響，所以這些東西都應先把它釐清，要不到時候大家都到特定機構裡面去，對其他部份都會有影響，所以這個對國內保障就醫權益應該是會有影響的。

最後一點，我們對於剛提到醫療機構盈餘要挹注在我們的健保，這個當然很好，尤其是目前健保經費有些不夠；但是要怎樣一個固定金額或怎

麼樣的模式、稅金等種種，都是我們全聯會希望大家去好好去規劃完整才去設立這些醫療機構。

■ 台灣私立醫療院所協會 吳明彥秘書長：

謝謝給我補充的機會。基本上，國際醫療已經競爭到次重症，這是全世界看到的，你看看人家已經作到 medical city、作到 hub、作到群聚效果，這是已經避免不掉的了，只是說在裡面該如何管理，甚至我覺得肝臟移植這部分都要開放，因為肝臟移植我們開放是五等親，只要對方病人家屬帶肝來，那有何不可以？事實上現在就有這個 case，我們沒有理由反對阿？這是一個台灣有競爭力的項目，那你為什麼不開放呢？事實上現在就在做了，將來國際醫療本來就應該開放這個。Parkway 的 CEO 說在他們發展過程裡，根本看不起健檢美容這種 low class 的項目，對他們來說不是營業重點，所以我們不應該再以健檢美容為主，除了對大陸人而言，因為語言通、方便等，不賺白不賺，但那並不是現在台灣最有競爭力的項目。台灣最具競爭力的項目，你可以去看我們價格還有提供的品質，學理上有一個性價比，就知道台灣的競爭項目在哪邊。大家有機會去看 MD Anderson 在休士頓的 medical city，我們要的是台灣將來有這種 medical city 的 hub，這才是我們要的，這種一旦出來，產值就會好，受益最大的是國人，所有的人才、技術都留在台灣，這就是為什麼經建會、衛生署敢大膽提出，因為所有東西都留在台灣，這才是最根本的，只要 medical city 在台灣，受益最大就是國人。曾經很多人問我將來如何管理，我說我們已經在統計這些資料，事實上外國人到台灣的重症病人比例未到 1%。有媒體問我說，台灣能容忍的底線在哪邊？依我這樣觀察，台灣媒體的監督力道和爆料習慣，台灣最多就是七三比，也就是說一個好的團隊，他看外國人頂多三成，七成一定是本國人，這是社會可以容忍的底線。記者就問我說，是否有學理根據，我說有，最近剛好有香港的例子，廣東很多人到香港生小孩，生到占五成，結果政策被停掉了，因香港沒好好管理，搞到五成，社會反彈，民眾走上街頭，只好把這個門關掉，只允許緊急者。如果要好好管理，我認為將來七三比是可以的，因為剛才楊老師也講過，他一直說他是左派學者，但是他是最在乎國人的，只要好的醫生留在台灣就對。我問這些公衛學者，你是希望台灣好的團隊都被挖到國外去，還是至少留在台灣照顧七成國人，三成讓他照顧外國人，拿這個來貼補全民健保。依我們管理的經驗，只要一個團隊或醫院三成來自於 out of pocket，全民健保每年不漲，我們都有辦法，依台灣管理水準的厲害，只要三成收入來自 out of pocket，全民健保每年都不漲，我們也有辦法活下來，所以這是重點，我覺得七三比是我們社會容忍底線。事實上我們台灣只要將來員工朋友排不上刀的時

候，就馬上報給媒體了，台灣媒體監督力道很強，根本不用擔心三成會怎麼樣，衛生署只要訂好後，自然而然員工及媒體就會幫忙監督。

最後我覺得這個家數的問題，衛生署應該要採取 open，不要只有一家，一開始不要把自己綁死，你要搞 medical city、hub 等土地問題，一定地方政府最知道，我覺得至少航空城，原來經建會規劃在蘇澳港、台中港，好像又太偏遠了，基本上這種 medical hub 一定在市中心。我覺得航空城可以，因為靠近機場；台中水湳機場很好，這裡土地夠大，只要好好規劃就好；高雄港土地夠大也很好，我覺得一定要高雄港，拜託，因為政壇考慮，至少要让高雄港進來，立法院阻力也會少些。所以我覺得初期至少北、中、南各一家，讓地方政府好好規劃，謝謝。

#### ■ 民間監督健保聯盟 黃淑英召集人：

其實我們很擔心的還是一個就是未來公司化，雖然說第一波、第二波，但事實上就是溫水煮青蛙，慢慢的就變公司化。那台灣是否要容忍這樣的一國兩制，在自經區裡面與外面的不一樣，這個價值其實是我們要對全世界來負責的。

那另外就是，今天討論的這個東西照理講不是衛生署的事情，但是就是要發展產業，帶動台灣的經濟，我想要知道的是到底能有多大產值？我們能夠收到多少稅？我們在還沒收到稅以及回饋時，我們已經付出非常多的代價，我們給土地、給予免稅等等的機制，我希望我們能看到一個非常精確的數字，從這裡我們到底獲益多少？從以前到現在我們看到的數字都不一樣，最近有看到 70 億的這樣的產值，那我請問一下這 70 億到底能夠對於人民有多大的影響？

另外就是說，目前我們也很多醫院在做國際醫療，醫院其實也在說這些國際醫療也是個財政的挹注，今天假設現在說健檢、醫美好了，這兩塊現在大家都在作，你現在把它集中在一個區，給某一個特定的人來作，這不是圖利某個財團或是圖利未來某個公司嗎？其實這樣的一個產業規模是不大的，現在大家都在做，那你把他放到特定的區，然後跟他說你可以用公司規模、也有很多優惠，以至於吸引很多醫師過去，那這些關外的人，這些做健檢、醫美的人不是會受到很大影響嗎？

剛才有人提到這是蔡英文時代就已經有國際醫療，但我要告訴各位，我們民進黨時代提出來的國際醫療項目都不是這樣的，是我們在世界聲譽很好的醫療技術，那另外就是說，他談的國際醫療事實上也不是一個公司化的，也不是畫在自經區裡做的，所以這裡面有個很大的問題。

那另外最後一個就是，大家在講說，我看到資料說要用健保來回饋，那這個東西我們其實剛對主辦單位有談到有問這個問卷，有去問醫院，那為什麼不問醫師？為什麼不問醫事人員？為什麼不問人民？那你們問卷的方式怎麼樣，我們其實很想知道。今天如果你去問人民，我相信你如果用將來這個國際醫療有這個健保的回饋，他們大家都會同意，你們就這樣去問吧！這樣可以得到全體台灣人民的支持。但是我今天要知道到底能回饋多少給健保？用公司，剛才有人提到用財團法人收不到稅，你就用公司即使再嚴格的管理，公司逃稅大家都知道，你還是收不到什麼錢，更何況如果我們開放外資，這個錢我們都流到國外去，也滿多的。

所以我覺得今天談這個事情，我們比較想看到政府對於這樣的一個機制，今天你們要做的這個東西，到底你們全面評估是什麼？我們沒有看到數字，我們也不曉得你告訴我們說健保回饋是多少錢，我們都不知道。然後你們就告訴我們說這些醫院都很支持，醫院要不要支持我當然都很理解，某種程度上，今天第一關打開了，第二關公司成立了，第三關就是要求全面公司化，這個是未來很可能的趨勢，因為造成整個健保很大影響以後，到時候整個社會變得非常混亂，然後大家都說要公司化，那時候會不會變成整個台灣醫療體系崩潰我們不曉得，但這裡面的確是有個危險在這個地方。

那剛才外貿好像有談到說我們是應該要用出口，但是製造業的出口跟醫療這樣的出口是不一樣的，製造業是普及性的賣東西到國外去，這是你叫人家到我們這裡來，門檻很高，而且生病的人也不是這麼多，或許需要這樣服務的人不是這麼多，所以不要用當年貿易情形來說服大家說今天開放這個，以後會造成我們多大的經濟奇蹟，以上。

#### ■ 台灣醫院協會 羅永達理事：

主席，代表醫院協會第二次發言。我想有些東西在剛剛三分鐘發言無法澄清。首先剛才有很多長官有提到，重症本身是排除，但我有聽到很多人發言裡重症是不排除，這是一個很重要的核心，因為假設我們所關心的這件事，包含國際醫療本身，我們是贊成的，但要在自由區設立實體醫院我們是保留的，為什麼保留，我剛有提到很多問題。第一、人力架構問題。剛才楊前署長提到說，現在目前醫院裡 50%以上費用用在薪水上，我們現在目前六大皆空是很清楚的事情，而且是日趨嚴重，他嚴重到什麼程度？現在在耳鼻喉科裡，有 R-2、R-3、R-4，就是因為名額被行政命令限制，可是我就是不願意走內科，不願意做婦產科，大家也看到報紙上，某醫學院學生抽到婦產科當場落淚，他希望能賠錢走人。如果不是一個很好的環

境，用行政命令限制，你只是在驅除某些從事醫療熱心的人，所以行政命令無法解決醫事人員相關問題，包含我們目前急診、小兒科，現在急診在外面喊價，沒有急診醫師嗎？當然有，但是他們覺得生活品質還有很多東西要去注意，所以急診薪水已經喊到40萬、45萬，這都是事實，將來很多就會形成比較效應，假設在不同區域裡，如果薪水一樣，那我們到底要收多少錢，如果在專區裡收的費用是國內兩倍以內的話，我覺得我們這個專區不用做了，因為我們台灣的費用真的太便宜了，別人門診是100塊美金，我們是100塊台幣，以這樣的差別，如果要用台灣收費去乘以兩倍以下，我覺得沒有意義。可是如果你是乘以兩倍以上，你的薪資要怎麼算，到專區裡的名醫薪資怎麼算，這將成為一個比較效應。

前段時間因為護理人員不足，造成某些醫院先把薪水提高，大家一窩蜂往那家醫院跑，把薪水提高是一件好事，就跟我們當時設加工出口區一樣。可是加工出口是一個自由市場，當大家把整個費用拉高時，我們的收入相對會提高。可是現在不是，總額本身是一個固定的費用，每年3%~4%，連應付我們老人成長都有問題的情況下，它會造成什麼現象，就像護理人員要求25億，希望我們醫界能多聘多少人，然後他怎麼算，以一個護理人員四萬塊可聘多少人，可是以前若是三萬五、三萬四，以這個差額要用什麼錢去補，如果把這些補的錢也算進去，那個25億根本不足，大概平均所有醫護人員只能加1000元。這就是一個比較效應，當這邊的醫護人員的薪水是多少，裡面的醫師薪水是多少的時候，這樣的情形對我們醫療界醫療行為的攪動所產生的漩渦及風暴到底有多大？不曉得我們在座的長官是否有思考過？

接下來我要談到開放自經區醫生的切割，我剛講，我們現在為何不反對國際醫療，因為醫師本身還是在他個別醫院內，如果針對重症及住院時，他還是在那邊，而且他做的那些行為，光靠10%他是無法活得，所以他還是要看本國人民。那我等下要提的問題，到底我們的政策是否可看本國人？如果可以要70%，醫院做不大；如果不可以那對國人有何好處？接下來假設設250~300床，如果把一般急症重拿掉，你設300床幹嘛？那300床裡沒有其他醫師，剩下的醫師是誰，就是那些高科技的醫師嗎？如果不是的話，互相的說詞本身是矛盾的。

所以我最後還是要講說，以規模、人員、費用來講，我最後的結論很簡單，就是贊成國際醫療全國普遍化但是有限制的，對於在自由區內設立一單純機構我們是有所保留的。那最後我們很擔心示範的不周延性，這是信賴保護原則，人家花了20~30億投進去，到時候你跟人家說不行，不知如何善後，以上。

■ 台灣醫療改革基金會 林秉鴻醫師（代表發言）：

感謝衛生署還有醫療改革基金會，我是醫勞盟的林秉鴻醫師，本來我今天是列席者旁聽不能發言，不知道為什麼？我也沒收到開會單被擋在外面，感謝醫改會還有劉建國辦公室讓我進來。

我們是醫界勞團團體，所以我們的看法就是說國際醫療，就我們有跟新加坡醫師有做國際醫療的醫院討論過，事實上國際醫療開辦的確會造成醫師人員負擔，他們也是唉唉叫，上面要他們做，他們也就是本國人放不掉但國外的人也要做，我是不知道現在都五大皆空了，病人都塞在急診那邊，那還要抽多少人力去做國際醫療？那抽走了，我們可以放掉一些嗎？沒有，不行阿！那現在衛生署的政策就是急診都沒有管制，大家都當急門診在使用，沒辦法大家都塞在那邊，那這是一定會有人才排擠效應。

而第二個就是說，其實國際醫療要成立的前提就是說病人要乖乖在這邊作這個高消費的，但是我們上週有開兩岸服務協定會議，那我是不知道現在目前政府已經開放九百萬就可以來投資、移民台灣的話，那我就來這邊移民，取得台灣身份用健保就好了，那為什麼我要花這麼高消費，在國際醫療專區內作消費？健保可以置換關節，還可以動心臟手術阿！我另外跟大家報告一下，目前全台灣可以做心臟手術，真正有在執業的醫師大概只有六七十個醫師而已，所以去做國際醫療的話，一定會不夠。

那五大皆空到底為什麼會五大皆空，就是因為法院判的天價賠償讓我們醫學生跟醫師都不敢選，大家不敢去熱忱救人，我們沒辦法說開個腦的，他自己喝酒去撞樹的，開不起來我們還要賠個兩千或三、四千萬，我們賠不起。如果國際醫療最後也遇到國際醫療糾紛的話，那很顯然的我們本國醫療醫生都沒有獲得保障，醫院都把醫生推出去讓他自己去賠償，那國際醫療的話，我們會不會賠更多的錢？賠人民幣？賠美金？怎麼賠得起。這個要怎麼配套，因為我們的法令都沒有相關配套，就這些以上都是我們的疑慮。

我們是希望真的能帶動薪資福利那些較有效益，但我們不希望我們loading都增加了，但福利一樣沒改善，政府多一項任務給我們，但最後還是沒辦法照顧本國的國民，以上。

■ 和信治癌中心醫院 滕西華代表：

我想剛剛只有三分鐘，說話非常快速，有些人可能聽不太清楚，我再進一步回應一下。事實上，人力流動一定會產生，泰國、韓國及馬來西亞的經驗都是，整個公醫的體系勢必會留向專區正式以公司化的營利部門，

這個是確定的，也已經有文獻，我就不再多說，也不跟大家爭論。這種人力的流動是不可逆的，也就是說，事實上他去就去了，當然進一步就像大家提到，這部分人力流動不會改善整體環境。在整個法令裡要求，他必須執行公共醫療、對窮人提供醫療等，也沒有一個國家顯示，這些醫院有達到這些任務。我們擔心的是我們不做人才就會輸出，其實全球醫療輸出國只有一個國家，大部分醫療人力還是留在本國服務，就是醫療在地化的問題。還有醫療人才輸出其實有很多複雜的因素，究竟我們不做人才就會流失他是一種對人民的恐嚇還是有實證，這點我們保留。正因為我可以說他不會走，你們說他會走是一樣的道理，這中間都缺乏證據的支持。但是從其他國家的人才醫學、人才輸入及輸出來看，全球只有一個醫療人才輸出國，可見大部分都會留在這裡，連美國醫療技術發達也都沒發生人才大量輸出。開放公司化後會調高自費額，也是從研究裡可看到，那吳明彥秘書長提到 out of pocket 30% 健保可以不漲事實上醫院做得到，跟各位報告從 1996~2010 年，我剛提到政府公共支出比例下降 7.31%，私部門剛好增加 7.31%，也就是我剛講 OECD 國家平均是 72.2%，但我們國家只有 57.03%，在這之中 out of pocket 已經到達接近 37%，也就是說目前台灣的民眾 out of pocket 已經超過 30%，但是我們健保費不漲了嗎？我們健保費恐怕要漲更多，我們自費醫療市場也更加蓬勃發展。

剛才大家提到潘朵拉的盒子，事實上我們都知道它之所以五港一空 1200 床的設置不只為了醫美跟健檢，醫美跟健檢的立場全部都是在薄利，是產品的市場在獲利，所有人力裡面得到買人命不得殺價的都是急重症，這就是為什麼其他國家或是剛剛我們提到有財團只要台灣開放公司化就要來台灣設置心臟外科中心而不是醫美健檢中心是一樣的道理。其實醫美健檢和重症的成本是不一樣的，今天一家規模大的醫學中心，設置一家所有急重症必備的手術室跟醫療人力，這樣的成本怎麼能靠少數病人來回收？這是我們剛提到 30 年都沒有辦法達到 1%GDP 的效益，所以究竟多少回饋健保，健保就是一個為了掩蓋道德焦慮的贖罪卷嗎？但目前為止我們無法從政府的任何資料得到究竟會有多大的利益可以挹注健保，這些都還是想像。那我們當然知道，重症其實有很大的獲利空間，剛才經建會提到公司化不一定不好、不一定營利，但我們以食品為例就知道，任何一家公司都以追求利潤極大化為目標，所有的產業都是一樣的道理，當你變成醫院時，誰有辦法跟人民議價呢？你告訴我冠狀動脈繞道術要多少錢就是多少錢，台灣以社會可以負擔的合理價格來支撐一定的醫療品質是我們的優點跟驕傲，怎麼現在變成一個缺點，而變成我們要去發展一個沒有辦法負擔的價格。而公司化在追求的過程裡，我們當然用相對低廉的產品及技術，把整個利潤極大化，就會訂一個非常高的價格。

我剛剛最後舉那個例子，我本來以為今天只有三分鐘，所以我其他通通不要講，我要感性的說出後面那個例子，如果你是一個醫生、一個醫院的經營者、一個高階的政務官，當有一天你生病時，而今天我們在這裡規範醫療公司化，訂出一個冠狀動脈繞道術 50 萬塊，我們做個癌症的標靶藥物，很不幸的，現在民眾符合標靶藥物的治療非常普遍，你一個月可能要花上 30 萬元治療。然後如果我們剛剛講我們的優勢在移植的話，移植手術可能要花 300 萬元台幣，請問你賺的錢真的有辦法負擔今天你訂的這個價格嗎？我還要再重說一次這個例子，階層化、商品化、市場化所帶來的，絕對不是公司法可以管理的，謝謝。

#### ■ 新光吳火獅紀念醫院 洪子仁總經理

剛才前面三分鐘時間過短，可能沒辦法具體描述我們對於這個案子的想法，因此再次作個說明。

在說明之前我要先跟大家報告，如果二十年前，我們在談所謂醫療的商業化或公司化的議題，說真的，民國 75 年，我在學校念公衛系的時候，如果那時候我們談到這個問題，我是沒辦法接受的，甚至到 80、90 年我一樣都還是這種想法。但在 1997 年金融風暴發生後，泰國發現經濟發展的新試法可以從觀光醫療開始，所以 97 年泰國開始發展所謂的國際醫療；到了 2000 年，新加坡政府也發覺可以用醫療服務業來帶動本國產值的發展，所以從 2000 年新加坡、馬來西亞也開始發動國際醫療的發展。

我們中華民國是從 2007 年開始推展所謂的醫療服務國際化，其實一開始也是提出以五大重症科別來作為主要的發展方向。大家如果印象沒有錯的話，2007 年我們提出來的時候，馬上有人提出，如果是發展以急難重症為主的話，絕對會排擠本國人的醫療資源，以後大家只看外國人跟有錢人，只看大陸人不看本國人，我想這在報章媒體都還有很清楚的陳列；所以 07 年發展國際醫療過程中，我們衛生署下的國際醫療專案辦公室才會一開始想說：『那不要以排擠本國人的醫療資源、比較少影響病床的，那就是健檢與醫美。』因此我剛在這邊聽到許多先進說：『怎麼會玩健檢、醫美這種在國際醫療發展中 priority 上比較後面的這種。』我是很驚訝啦！其實是因為我們本國比較特殊的醫療環境與政治環境，所以讓我們前進不對，退回來人家又說你們怎麼不前進，讓我們進退為谷，這就是我們目前現況就是在這個地方。

在五年前，如果大家想到說新加坡政府會開放賭場，你們作夢想都想不到，李光耀總理不是講了，除非踏著他的屍體走過去，你們才能把 casino 這產業開放；不到五年時間，新加坡開放賭場，產值上來了，觀光客也倍

增了，但是他們國家有做好配套措施，所以我認為配套措施是很重要的事情，開放絕對是對的，配套措施也是要，我個人不是完全說一定要開放，不是這個想法，但是是說開放與配套要同時進行，就像新加坡一樣，達到他們的目的，GDP 也上來了、觀光人口也帶動了、經濟也發展了，但是重要的是他們也做了改變——”Change”！如果說新加坡在五年前沒有做出這個判斷時，可能他們就被其他國家取代。

同樣的在國際醫療發展上，跟各位報告一下，我們鄰近的國家——韓國跟新加坡我們都去看過，我們很訝異的是說，其實國際醫療議題在每個國家都是以國家為主導，而且是國與國的競爭，這我在報紙上經常寫，大家有空可以去看一下。目前國際醫療已經形成國與國的競爭，在國與國的競爭之中，最重要的其實不論是專家所提到的實體的或虛擬的，我覺得都很重要，實體的就是現在要做的專區，虛擬的就是我們現在全台灣各醫療院所有 surplus 拿出來作國際醫療醫院的 capacity，其實不管實體或虛擬都要同步進展，那國際醫療產值才能夠拉動上來。所以在此情況下我要提出兩個重點：

第一，希望我們應該要以台灣醫療的品牌去推動，把台灣醫療能夠 Marketing 到目標市場，這產值才能帶動，因為現在於所謂的專區裡面，大家注意看五個開放項目中，大部分的項目都是 B to B 的比較多，唯一一個 B to C 的就是國際醫療，換句話說，不是你開放了人就會進來，是你開放了，他要認同你台灣醫療做的好他才會進來，所以台灣醫療品牌的建立是非常重要的，但是很不幸的，我跟大家報告一下，新加坡政府花一億美金在做國際醫療的行銷，韓國花一年三千三百萬美金在做行銷，本國只花六十萬，所以做的好跟不好，大家就可以看到成果就是這樣子。

另外我也要提到，在實體與虛擬國際醫療的開放上，有沒有可能在現有大型醫學中心或區域醫院旁，設立國際醫療專門醫院，因為這樣設備可以共用，而且可以運用母院好的醫療技術人才來支援國際醫院，這樣才比較有可能來把產值帶動上來。

#### ■ 中國醫藥大學附設醫院 許世明院長：

我要講一些感性的話，若要說推動國際醫療的話，我想這邊沒有一個人比我更有能力來說。我去美國 20 年回來以後，有一次成大邀請我參加他們的共識營，成大的教授主任說他們還記得 20 年前我在台大的病歷整理得最漂亮。我在台大當住院醫師的時候，替病人打針，我都從 18 號換到 21 號，在病床旁推大概 30 分鐘，所以我在當實習醫師時，整個病房的人都站起來替我鼓掌說我們終於等到你來了。在台灣，最重要怎麼把健保

品質，還有剛才幾位對健保及整個醫療品質的部分是另外一回事，這邊談到一個問題是人才是否流失，是否跑到國際醫療那邊去。我以台大的例子，李國華退休了，現在還有新的一代出來，在台大永遠沒有做一輩子，這是一代一代輩出的。而且在每個醫院都有規範其限制醫師在外兼差時間，例如振興是限制一天、台大是兩個半天。若不按照此規範就須離開。那離開也有很多選擇，去大陸領人民幣等；在台灣我舉一個例子，振興醫院的吳遠常，大陸一個月 100 萬人民幣恐怕還請不到他，但是有人搭私人飛機要來請他過去，我們看了太多的例子。現在就是說，健保現有體制的缺點，我們都很痛心，那個要去改。但是這個國際醫療產業是另一回事，大家一直吵吵鬧鬧做什麼都不重要。國際醫療整個來源從 2000 年後，我第一個在台灣推新竹生物醫學園區，後來那個失敗，因為我在台大，當然交大、清華很多學校都杯葛。我一直再說，這個新竹生物醫學園區是為台灣做的，不是為台大做，可是在台灣就是門戶自限，大家都互相攻擊，如果大家還是有自己成見，可以去看我為了國際醫療寫一本書，大概有五六百頁，裡面有我看了全世界 30~40 個地方，沒有人看了比我更多。衛生署沒有提供資料，我那邊資料很多，包含財務評估等我都可以提供。

再來公司化的問題並不是一個問題，大學眼科是不是公司化？很多坐月子中心是不是公司化？印度、英國很多減肥中心都是公司化了，美容中心有沒有公司化？這個我們心裡有數。公司化的問題不是一個罪惡，現在我們提倡的國際醫療跟大家講的不一樣，台灣未來到底怎麼做？我的理想是台灣成為一個醫療產業的集散地、樞紐(hub)。讓大陸、東南亞等很多地方來這邊取經，我們成為教育研發人才培育中心，這是我們應該做的也做得到。剛才副署長開場白講的，我們怎樣跟國際串連，如何成為國際醫療重症，這個就是國際醫療產業的極致。我 20 年前剛搬到休士頓時，那裏是石油危機、經濟蕭條，他們 25%GDP 都靠休士頓醫學中心支撐，在美國整個醫療定義為一個產業，全世界都是這樣，但剛才提到健保的問題，對不起，那個我們大家來努力改善它，至於醫療品質如何精進，我從台大搬到中醫大，我的要求也是醫療品質改善，所以如果大家有機會去中醫大網頁，我們強調醫學人文及品質，這是一直在努力的方向。健保醫療品質跟台灣醫療及國際醫療產業是兩碼事，是可以並存的，如何讓台灣成為國際醫療、醫學生物科技、醫療產業重症集散(hub)概念，讓我們大家一起學習，這是最重要的。

■ 台灣醫療改革基金會 朱顯光組長：

謝謝主辦單位給我發言的時間，我先對剛才大家的討論做些回應，我們也拋出些許問題，希望等下政府回應時間也能聽到相關機關作回應。

醫改會當然知道經濟發展之重要，但是否需要將醫療當作自由經濟區來發展，的確是我方疑慮的部份，特別是說各位知道醫療跟教育到底是不是應該用公司或營利的方法，本來就有很多的爭辯。公司或市場它也有些基本條件，比如：沒有進入障礙、資訊對等，醫療是不是適合？有許多實證研究，像美國 1970~1980 年間，做了很多 for profit 跟 non-for profit 這些不同的財產權研究，對於醫療行為的影響，對醫院經營的影響，甚至對醫療品質的影響，這些其實包括在教育到大學裡也有很多爭論。我們擔心以後誰可以成立公司化，這部份涉及到我們現在在社團法人或財團法人的管理，裡面最多的漏洞就是關係人交易，成立後有各種五鬼搬運方法，所以最後真正可以得到的稅或是多少錢，是我們所質疑的；公司化他就是要面對股東，為股東賺取利益的精神，那它某種程度會不會是接著剝削我們的醫護人員，這是我們所擔心的。

有些人也有些浪漫的想法，覺得做健檢、醫美這是高利潤，所以以後會磁吸很多醫護人員，讓很多、十萬的、現在沒有出來的人出來，那我想問說，以後出來的是那些現在原本就沒有在執業，已經在其他行業的，那他會投入到以後成立的公司，還是其實他是磁吸到現在很多 high skill 的這些 nurse 或什麼出來，那那些原本就不職場的，他會再去填補那個其他地方嗎？他們盈餘會回饋來增聘、改善勞動條件嗎？這些都是我們質疑的。特別是如果各位看，我們當初爭取到要公布血汗企業名單，現在勞委會網站有個統一網站，你去看其實有很多醫美診所就是在血汗名單內，其實他們賺很多錢，他不見得會對護理人員比較好，這也是我這邊要提醒幾個護理執業團體的。

那我有幾個想請問的，衛生署報告了台灣國際醫療的 SWOT，我想問一下右半邊上跟下，我們的威脅與弱勢，這些部份衛生署或經建會要如何處理，好像沒有給國人一個比較清楚的說明，這個好像只有分析，但沒有給國人一個放心的答案；另外講到我們最大的優勢，我想大概也要承認說我們的價格是一個很好的優勢，因為我們沒有先行者效應，很多人都已經進入了。那我們都要用價格，那其實包括說英國跟新加坡現在也在反思，其實我們的醫學生或我們現在醫療品質的成果，其實大部分都有來自政府的補貼，包括早期的百分之三的教學醫院補助金費，其實我們沒有很低，剛很多人說我們醫療人員訓練成本很低、我們的醫學院學費很低，那其實有大量的是由我們納稅人的補貼；那將來這些人要來服務外國人，我覺得這部份到底是否合理？我們還能不能保留這低價的優勢？那低價優勢是否用納稅人補貼或是會剝削在我們醫事人員合理的勞動薪資，是我們要請主管機關能夠說明的。

那另外有一個我也想瞭解，剛有前面說 20 億的國際醫療產值，那我看經建會報告中 100 年是 34 億，我想問的是，這 39 家的 34 億，最後這 39 家我們以前調查有很多三分之二其實是再我們血汗醫院的排行榜，那他賺的這 34 億以後，可不可以公佈一下他們到底增聘多少護理人員、改善多少薪資，或是狀況是一樣的，我們先不管收到多少，但能不能把這條條件改好，那他們賺的 34 億，這些財務流向到底是流到哪去了，可不可以也作些說明，就這 39 家賺的 34 億可不可以給國人一個明白的說明，讓我們可以放心以後會變成怎麼樣。

最後想用的是剛好 7 月 3 日 BBC 新聞，自由時報也有作編譯版，英國的衛生大臣覺得 NHS 是 National Health Services 而不是 International Health Services，他覺得 NHS 的養成主要來自政府補貼，有許多留學生跟移民假醫療觀光名義去用 NHS，他覺得應該要去反思，英國醫療服務是對在對全體民眾，而不是面對國際的，我覺得這在台灣也是個很好的警訊與反思。

#### ◆ 司儀：〈政府單位回應〉

##### ■ 經建會 詹方冠處長：

謝謝大家剛剛的指教，我們都會虛心的接受，不過有幾點可能跟事實有些差距，跟大家說明一下。

第一點，就是剛剛有人提到說政府有開放說大陸人士只要投資 900 萬，就可以移民，這個我們已經明確的澄清。在 98 年開放大陸投資的時候，僅開放大陸經理人來台，且為了避免有人藉此跑來臺灣，所以有人數的上限，規定要投資要增加多少，我們才會額外增加一個名額，所以不要把這個解釋成投資移民。從 98 年到現在，大陸人士因為這樣子來臺灣，僅有 216 個人，這是第一點。

第二點，我想剛剛的討論很多人都把國際醫療跟現在國內的情況完全混在一起。例如，我們要推動國際醫療公司化的話，並不代表目前政府要推動國內醫療機構的公司化，所以這二個是不太一樣。如果推動國際醫療對外國病人 charge 比較高的費用，也並不代表說對國人在現行健保體系下要 charge 較高的費用，這完全是兩回事。剛剛有人提到說低價問題，臺灣的價格優勢是因為我們現在的價格跟國際上對國際病人的收費相比，價格差很多；所以我們的價格優勢不是把價格再拉低，而是因為我們相對上其實有比較大的空間去吸引國際的病人，這並不能就推到國內機構會壓低價格競爭。雖然我們大家都知道國內健保也許大家都可以共同去做些改善，但中間是不太一樣的。

那最後再提到一點，最近亞洲開發銀行 survey 現在各個先進國家，它們的輸出主力絕對不是商品。我承認商品跟服務是有差別的，但是我們要推動現代化的服務輸出，只有二種方式：要不然就是我們到對方去設據點，換句話說就是出去蓋醫院，這個我相信對臺灣人才流失的機率絕對非常大；另外就是吸引人家來。所以我們到底要採取哪一個步驟，為未來的經濟發展開出一條新的動能，我覺得這個大家要思考，謝謝。

■ 行政院衛生署醫事處 李偉強處長：

謝謝，今天我很高興能與在一群很有理性而且很有水準的人一起討論事情，因為怎麼講，在過程當中，我相信在座的各位對這個議題有人會覺得極度支持、有人中度支持、有人中立、當然有些反對、非常反對；可是我們透過不同意見之交流，終於知道原來不是每一個人跟我一樣支持，也不是每一個人都反對，其實都有不同的意見，所以這是一個光譜 (spectrum)，我從中間學到很多。

就這幾個議題，署的基本政策是，我們現在已經在做國際醫療，除非把台灣整個閉關，不讓任何外國人進來，只要有人進來就會發生，只是你要如何去把它因勢利導。

現在的情況，到今天為止，就是各個醫院散的在做，這種情況好或不好姑且不論，可是我們已經聽到很多對現況的一些反應，如果將來來台灣的人數變成一千萬人或是像泰國快要兩千萬人的時候，在其他行業會很 ok，可是這個當中這些人的醫療需求不管是直接或間接的，會不會真的影響到我們醫療體系，反而是我們衛生署要擔心的。這些問題，包括剛剛好幾位專家提到，我們擔心會不會影響到國民就醫權或醫療人才數，這麼多疑慮不正是我們現在設專區目的之一，設專區、示範專區就是希望把這些影響局限在一個區域 (lab)。在座很多的專家都知道，我們做很多事情，政策貿然全國開放是非常危險的事情。

我們現在把它設在專區裡面，將來用特別法來規範，沒有要修現在的醫療法規，這本身某種程度也有示範的效果。在我們簡報有提到，會不會因此造成人才流失，我們剛有提到說，園區裡面盡量用本國人，因為一旦用外國人大家會覺得剝奪工作權，我也不贊成。如果園區沒有人才的話，當然會造成本國人會流動那邊去，不過我也想到說，我們園區有多大？它能容納到我們現在所有護士、所有醫生嗎？是不可能的事情。這園區一定是有限的，那這個人到底多少？我記得我們之前評估的時候，以目前來說 (來台灣一年)，門診人次大概佔整個台灣所有 3 億門診人次裡面，約是萬分之一的比例。那住院呢？住院在我們台灣所有住院人次當作分母的話是

千分之一，這是目前的情況。那這個萬分之一、千分之一會不會造成排擠效應，我不知道，因為每個人數字解讀不一樣；可是在可預見的時候，我一直覺得剛剛楊老師講的一點我很贊成，除了醫美健檢之外，這種 selective surgery，本身不會住院住個十天、半個月或很久很久的，而是有限時間 3 天到 5 天之內，一個禮拜就可以解決，而且副作用相對小，這才是專區裡面可以發展的項目。

另外，如果說很多特殊的項目，剛剛也有特別提到是台灣很好的技術，這些技術如果在台灣目前一年只能做 10 個~20 個，對我們的訓練效果其實很有限，假如今天我們的兒科專家，他不僅照顧台灣罕病兒童，甚至東南亞、甚至其他國家也來這邊照護，台灣會變成罕見疾病的照護重鎮，有助於提升相關的醫療技術精進。台灣 2 千 3 百萬人，我常聽到人說，罕見疾病是台灣的罕見疾病，因為它是百萬分之一的發生機率；可是百萬分之一乘於 13 億的時候(乘於全球 70 億的時候)，它就不是罕病。所以我們若把我們醫療市場放到全球的時候，我們有些優秀的技術或許有更好的發展也不一定。

最後提到，現在全世界醫療輸出最多的是二個國家，一個英國、一個美國，所以當我們在比較制度的時候，你會發覺為什麼英國它要檢討，因為英國 waiting time 長。我們知道歐洲國家的 NHS 系統，它就是要有二個 trend，你如果要等的話，NHS 就是慢慢等三個月、五個月、一年，如果你要走綠色通道就要額外付錢，台灣不是這樣子的，以上補充。

■ 行政院大陸委員會 謝冠正科長：

主席、各位先進。陸委會大概也是針對剛剛有先進提到投資移民的這個部份做一點補充，剛經建會長官有提到說這個並不在開放的範圍，陸委會目前的立場也確實沒有這樣的政策或法規，謝謝。

◆ 林副署長：移民署有沒有補充？外交部、國貿局有沒有？好，我們這個部分就繼續。

◆ 司儀：〈專家鑑定人陳述〉接下來是最後一次的鑑定專家陳述，因為楊志良前署長已經離席了，石曜堂理事長是我們台灣醫務管理學會榮譽理事長，同時也是今天的鑑定專家，是不是請石理事長到前面來為我們提供一些意見，謝謝。

■ 石曜堂：

我不是專家，我是關心國事，我有幾個觀點，第一個，我剛剛進來，中間有事先離開了，離開時黃前立委就為了程序問題非常關心，希望今天這個會議，不是因為我們服貿缺少溝通就來辦、在公聽、聽證形式上吵鬧，今天是一個很重要的機會，不要小看醫療，是國家發展很重要的機制，會議是在凝聚意見、交換共識，非常重要，不是處理程序問題，說政府為了辦這個事情、見證、公聽，說我已經聊備一格有程序了，不是，大家很開放的陳述，像剛才那樣，我聽了覺得非常好，要不同角度，但是很重要的，我們是在做一個夢，作夢要有三個好朋友，第一個好朋友要有前瞻、有膽識，第二個，要有理性，不要空的白日夢，第三個，包容，包容是什麼呢？進、退、讓、跨，進一步理性獻策，退一步尋求折衷（compromise），讓一步凝聚共識，跨一步全力推動。

我們走到現在，我就做第二個建議，看 healthcare 怎麼發展，假定從整個國家醫療衛生的觀點，我們整個社會經過幾個轉型，第一個轉型，是人口轉型，現在還在進行，第二個轉型，流行病學轉型，大家都知道，怎麼變的我不講啦，第三個轉型，是政治轉型，健保體系就民主政治底下要保護大家一個很重要（的制度），是全體的自由、個人的責任，我的好朋友，西華在這，很重要是我們負起責任來保護大家，不要因為生病失去自由，是這樣一個民主機制、民主程序底下，不是大家交錢給你亂用；第四個，我們已經走到經濟轉型，經濟轉型是價值觀念的形弱，現在價值觀念不能老用那一套，我們要服務創新，我們要破壞性創新（destructive innovation），因為不這樣，國家（經濟）會下來，所以我們要思考，怎麼樣讓國家醫療體系有突破？突破賺的錢不是拿來給健保的，是國家要更進步，健保的財務機制不能靠這個東西，所以第二點提到的凝聚價值觀念，到底我們要怎麼做，第三個不要太簡化自由（經濟示範）園區，要有國際醫療，剛才經建會的長官已經提了，這個不要跟台灣的醫院連在一起，我們不要簡化，也不是光做醫美、健檢，也不是在那地區有個醫院來蓋，是要一個很有作為的，以公司型態的，為了醫療更進步、提升水準，產生的不是光賺錢，是價值，所以這園區裡面成立的就是公司，醫療機構參與了，可是是投資公司，除了核心能力以外他還要做更多事情，好好建構台灣的品牌，不要迷失自己說台灣健保很好，全部涵蓋（universal）又低成本，我們的能力不光是這，那怎麼樣在投資園區產生價值而不是光賺錢。營利有什麼不好？我常常跟施振榮先生在一起，他常說實體上我很自私，我自私在做利他的工作，奇怪，為什麼？因為我的產品服務，特別是服務太好了，每個人都要我，我的服務讓社會更好，所以不要簡化醫療，要走，但不是現在這樣走，怎麼走，裡面有很多建議，今天我不提，重點是在締造價值，然後在接觸點上讓全世界的人一進來就體驗台灣的好，留下價

值，我們要爭取的是這個，服務創新，否則我們進步不了，老是在健保評鑑，就玩不下去了，謝謝。

- 司儀：謝謝石榮譽理事長，接下來請第二位鑑定專家，是輔英科技大學林憲政教授，醫療服務國際化、醫療改革、資訊管理等是他的學術專長，請。謝謝。

- 林憲政

剛剛榮譽理事長講的其實我不應該有什麼其他的意見，也不是說不應該，就是說基本上...格局吧!我想要強調的就是”格局”這二個字，因為台灣已面臨該轉型的時候，而且亞洲其他各國也在這個部份已經著力甚深，我們要怎麼辦？還是重覆我在第一次跟各位所報告，是不是給國際醫療產業一個機會，然後一起來試試看，政策是活的、人也是活的、社會也是活的，我們可以一起來試試看，遇到問題的時候我們再一起看是用什麼方法解決，我想這是我最後的一個要跟各位作的報告，謝謝。

- ◆ 司儀：〈主席結論〉謝謝林教授，我們即將散會，在散會之前，我們請今天的兩位主席，一位是經建會陳副主委，一位是林副署長，恭請主席結論。
- ◆ 主持人-經建會陳副主委：

謝謝副署長還有在座的各部門的先進，我剛剛進來就先跟副署長致意，因為一看就知道他是醫生，醫生是在台灣最受敬重的行業，我大概是第一次跟這麼多醫界人士在一起。剛剛很多的討論令我受益很多，就跟詹處長一樣感受。我只有一些原則性的想法：就是先進國家的作法在哪？我們周邊國家作法在哪？我們常討論臺灣經濟發展不如人家，可是在全世界經濟的潮流裡面，我們不免受到影響，臺灣是小型開放市場，所以我常講光比自己不準，要跟我們周邊類似情況的國家比才對，這是個參考點。所以人家怎麼做，我們可以做為一個參考點。

今天討論這麼多，看人家做到哪裡？先進國家的方向在哪裡？我們該往哪裡去？我非常贊同剛剛幾位先進談到，開放是唯一的道路。臺灣的成長，就是歸依在開放，有開放才有競爭力。剛剛許多先進談到很多問題，但是現在臺灣的醫療問題是不是推動這個案子造成的，這才是重點。如果今天開放國際醫療會造成國內醫療問題加重、加深、惡化，那就是了。可是這些問題現在就在，不是因為這個案子才有這些問題出現。換句話說，要改善這些問題跟這案子可能無關，甚至這個案子推動之後可以加速這些問題的改善，是大家可以討論。現在這些討論有沒有清楚的評估？有沒有數字的支持？有沒

有嚴謹的量化分析？在我看來這是相關單位的責任，也包括本會在內。剛剛這些討論很多都是我想怎麼樣、大家可能怎麼樣，其實如果有數字、有評估，而且有學理基礎，就可以省掉很多的紛爭或討論。

最後就是成本跟效益。剛聽到很多高見，很令人欽佩的想法。在我來看，今天的醫療現狀是複雜的問題，不應該被過度簡化來處理。剛有很多討論是簡化的、認為會怎麼樣、造成什麼後果，所以回歸到剛跟大家報告，成本效益、嚴謹的量化分析都是必要的。這些討論當中，有很多不清楚之處需釐清跟釋疑，這是政府單位的責任。所以在座的所有公部門的同仁，我們互相勉勵，一起把這個問題釐清，將估計做出來，這樣子才能夠使這案子在未來推動上更加有力量。以上是我的報告，謝謝。

◆ 主持人-衛生署林副署長：

謝謝，陳副主委。我有二、三點澄清一下，到底我們是要幾家？這個是沒有限制的，不過我覺得如果我們要做大的，就我剛才一直提到的 medical city、health city 的話，是不宜太多的，像這樣的情況在韓國只有二個，一個在釜山、一個在濟洲島，但是這個做出來它需要幾個責任，醫院只是裡面的一部份，它要帶動整個健康產業，生技的、藥廠的、養生的、所有的全部都要在裡面，而且它要 open，假設剛才提到的中國醫藥大學，現在假設它有興趣要做他(許院長)剛才有提的，他 open 給所有的人可以進來，所以這是非常重要的條件。

第二個公司化的問題，剛才黃淑英前立委一直提到說溫水煮青蛙，先讓這個專區過了，第二波的專區可以讓它公司化。但是，我想有問題，第一個我們目前這已經是社團法人了，社團法人本身就是有 90% (盈餘) 是可以分配，所以基本上已經有類似，如果以分紅的概念來講，跟公司化很接近了，公司化當然可更嚴格的來規劃。

第二階段要公司化一定有二個條件，第一個條件就是非常嚴謹的評估，第一階段對我們全體所有就醫者完全沒有受到影響的情況，第二個就是要特別法通過才能夠進入公司化。我想不管是署長或者未來的部長或以後的部長，我想大概沒有一位部長敢隨便把它公司化(這個是一定的)，我想醫界的力量還有二位老師、還有滕發言人監督的力量都很夠，還有我們黃達夫院長。我想沒有一位署長或則一個部長隨便敢把台灣醫療變成公司化，所以一定侷限在特區裡面。

第三個，我想要回覆林醫師，剛才提到這個耳鼻喉科住院醫師 R-1、R-2 這種，這個絕對不可能，以後他要進到 R1 都不可能。因為我去年到署裡來做的第一件事就是把住院師訓練容額縮小到 1670(從 2200 縮減 1670)，今年覺得

還不夠所以更縮小到 1520，已經跟我們畢業生加上外國回來的醫學生很接近了。如果他的成績是在沒有辦法進入皮膚科、沒有辦法進入耳鼻喉科，你再三年、五年也不可能，所以跟你的朋友講死了這條心。因為後段現在還有一個就是說，我就不進去做住院醫師我直接去做醫美，那現在這一段路我們跟處長也要把它 close 掉，所以這個會讓住院醫師乖乖的進入政府 training 裡面，不要走很多的旁門走道，我是比較希望這樣。(林醫師您就跟您的朋友提一下)

五大皆空，現在很多都用這個，那當然他們會來抗議我們剝奪他們自由選擇的權益，我們的醫學生多少有一點社會責任，我是比較堅持這一點。那五大皆空、醫美改革、護理人力缺，這個部份我們都同步要進行，並不是只做這件事就把其他的忘掉，所以這是同步在做的。我們這個月就要陪護理師護士公會盧理事長到日本去，參訪日本他們護病比 1:7 到底怎麼做？他們的健保怎麼做結合？本來是我要帶隊。署長說他也想去，所以署長親自陪我們的護理同仁過去。所以我們都同步一直做，不是為了只做國際醫療就把其他的放掉。

今天有一句話讓我感慨很深，我內心也是這麼想的，其實這個國際醫療已經變成國與國之間的競爭，我非常同意這件事情，而且黃達夫院長二天前在蘋果日報寫的專文裡面，第一句話就是他贊成國際醫療，政府不要做太多事情，只要把簽證簡化就好，他最後反對是反對公司化。所以其實國際醫療，我們敬重的老師們也同意，這個是國與國之間的競爭，我是非常深有同感，我們今天提出的資料裡面缺少太多評估數字量化，我們會跟經建會一起把這個做好，那其他還有很多地方沒有評估好的包括醫療糾紛，還有我們需要做周全的規劃、周全的配套。

最後，我想還是一樣，在不影響國民就醫權益之下我們來推動，但是政府的責任就是不要做太多，只要把規範弄好，政策弄好，然後讓我們台灣民間的力量來做，它一定會做的很好。最後還是期盼我們可不可漸漸地走向許院長提到的「把台灣建設成為健康產業的樞紐」(我不希望講醫療產業，我是覺得醫療產業是不對的，應該要改成健康產業)，這是我們的一個期盼。今天我們就到這個地方結束，謝謝。

- ◆ 司儀：在這邊宣布散會。同時提醒，如果手上有發言稿的，請提供我們做正確的紀錄，如果會後有補充意見請於聽證會結束三日內提供書面意見。

