

臺灣與大陸醫療之差異

黃俊雄 教授

怡仁綜合醫院 總顧問
馬偕醫院 榮譽顧問醫師
彰化基督教醫院體系內 骨科主任
馬偕醫學院 名譽教授
馬偕醫院 前院長

2018.08.08

- 2012年自馬偕醫院退休後到昆山一家台商醫院服務
- 病人入院前，手術前均需先繳保證金。
- 門診病人先繳錢再看病。
(甚至預約的病人)
- 回想起40年前，初當醫師時台灣的景象。

2

- 隨著社會進步，人民素質提高，醫院增加，互相競爭。各類保險相繼推出，尤其1995年全民健保開辦後，這種先繳保證金的情況，早已不見。
- 甚至門診都是先看病後繳錢，減少排隊次數。

3

- 這種良好的醫療制度，歸功於
 - ☞ 醫療從業人員的敬業與奉獻
 - ☞ 良好的醫療管理制度
- 政府把醫管服務變成一種產業，更要進軍拓展海外市場。

4

- 由於醫療服務產業具高度地域性，必須配合當地的民情風俗。具有同文同種相同文化背景的大陸，成為進入國際市場最可行的地方。
- 要進入一個新的市場，需先了解當地的醫療政策。

5

醫學教育

- ◆ 高中畢業→醫學院院校→大專三年，本科五年。
- ◆ 畢業一年後通過國家執業醫師資格考試，以取得醫師資格
(初級職稱—住院醫師)

6

江蘇省住院醫師規範化培養實施辦法

- ◆三甲，三乙以上或部分符合條件的二甲醫院，經省衛生廳評鑑合格，方可成為培養基地。
- ◆2015年起全面實施（依新華社2014年1月17日之報導）江蘇省自2010年10月份起實施。
- ◆政府將對培訓基地給予必要補助，中央財政也將通過專項轉移支付給予適當支持。

7

住院醫師規範化培訓

- ◆住院醫師前三年在二級學科輪轉，後二年定科（如內科→心內科，外科→骨科）。
- ◆博士學位住院醫師只需要完成一年培訓，碩士學位需要二年

8

■ 2020年完成規範化臨床醫學人才培養體系

- ☞院校教育五年為主體，畢業後三年為補充，繼續教育為兩年。
- ☞取得「住院醫師規範化培訓」證書合格並達到「學位授予標準」的臨床醫師可以同等學力授予「臨床醫學碩士專業學位」

9

住院醫師規範化培訓

- ◆完成住院醫師規範化培訓後，可報考主治醫師。
- ◆住院醫師之工作主要為書寫病歷、參加中級職稱資格考試及病人之基本照顧。

10

主治（診）醫師分級

分三級：

- ◆主治醫師（中級職稱）
- ◆副主任醫師（高級職稱）
- ◆主任醫師（高級職稱）

11

主治（診）醫師分級

- ◆主治醫師
主要工作是病人之照顧，不必書寫病歷，但須修改住院醫師之病歷，不得獨立作業，須有上級醫師指導，五年後，經考試及論文發表後，方可晉升副主任醫師。

12

主治（診）醫師分級

副主任醫師經五年後，通過國家專業實踐能力考試、發表論文後可晉升為主任醫師，後兩者統稱為高級職稱，均可獨立作業。

13

■ 2014-11-11健康報

☞晉升副高者：

- 準備54份病歷，其中4份提交，並準備50份供評審委員抽取4份，共8份審查
- 論文1篇

☞晉升正高者：

- 病案數與升副高者相同
- 論文2篇（需刊登於科技核心原期刊）
- 三甲醫院、省級醫院申報者其中一篇論文需發表於SCI或中文核心期刊

14

■ 2014-11-11健康報

- ☞縣級人員晉升副高取消論文要求，晉升正高只需論文一篇
- ☞縣級以下機構人員晉升高級職稱取消論文要求
- ☞取得的職稱只能在本級別機構內適用，流動到上級機構需重新評審認定

15

科主任制

- ◆與臺灣之主診醫師制完全不同，科主任負責全科之病人，決定治療方案，有權力修改醫囑。
- ◆科主任（主任醫師）每週查房一次（三級查房制），副主任醫師每週查房二次，主治醫師每天一次。

16

急診、門診病人

急診或門診（不論何人收住院）收入院之病人，由科主任負責決定治療方針及那位醫師實施手術，病人屬全科的，沒有主診醫師。

科主任可以隨意更改下屬醫師之醫囑。

故台灣PPF制不適用

17

住院與門診隨訪脫節

◆住院病歷為電子檔（紙本及電腦存檔並保存於醫院），

◆門診病歷與住院病歷分開，由病人保管，醫院不存檔。

18

住院與門診隨訪脫節

◆尤其手寫的病歷（大部分醫院門診病歷是手寫），由病人買一本門診病歷簿，自己保存，但病人復診時常不帶來，且醫師字跡潦草，看不懂。

19

住院與門診隨訪脫節

◆本院之門診病歷亦用打字，有電腦存檔。而昆山市第一、二、三等人民醫院都是手寫），院方未有存檔。

20

關於檢查結果報告

◆各種檢查結果報告，病人可以隨意列印，檢查完畢半小時至一小時，立刻要給報告（包括檢驗、超聲、放射、EKG、內窺鏡等），導致醫師工作負荷大，而且二線人員仍須值班。

21

關於檢查結果報告

◆病人拿著這些報告隨意找別的醫院或別的醫師看，無法讓開單的醫師，依病史、體征及檢驗等結果作綜合性判斷，反而延誤病情。

22

每週看門診七天

◆（特別是週六、周日病人更多），造成醫護人員工作負荷大，醫院成本高。

23

門診醫師不固定

◆醫院未設有門診表、醫師一覽表等。例如某科，週一、週二上午、下午只寫開診，但那位醫師未標明，病人會遇到那位醫師也不知道，反正有人幫你看就是。

24

預約制度不普及

◆本院只占5%，（不像臺灣90%，先看診再繳費），因為在大陸，患者會出現中途跑掉的現象，故縱使有預約，仍須先繳費報到。

◆住院及非緊急手術需先繳保證金

25

幾乎所有檢查都是速件

◆超音波、CT、MRI、X光，甚至肝功能也要求立刻看結果，造成醫院很大的負擔。

26

收費不合理，以藥養醫

◆門診掛號費1元，診療費依級別3元、6元、9元，門診掛號費可以自定，但其他公立醫院都是1元，若是提高了，病人不來院，或來院抗議。

27

收費不合理，以藥養醫

◆急診掛號費10元，但不分醫師之級別，診療費都是1.2元。

◆病房費：單人100元/日；雙人75

元/日；三人50元/日；六人28元/日；

◆住院診療費2元/日。

28

收費不合理，以藥養醫

◆加護病房費每天80元加空調6元/日。ICU護理費4.83元/小時但醫師診療費2元/天

◆一般病房護理費：

一級8.05元/日

二級4.83元/日

三級2.42元/日

29

收費不合理，以藥養醫

◆最近因藥價高，政府壓低藥價、縮減進價及零售價間之差異，但診療費未同步調高，政府將其中減少之支出，用以補助公立醫院，但民營醫院不補助，經營起來雪上加霜。

30

- 2015.11.1起
- 全國100家城市醫院醫改以南京為例
 - ☞ 1. 藥價降15%，零藥價差
 - ☞ 2. 檢驗及檢查降價
 - ☞ 3. 技術費尤其高難度手術費（四類）大幅提高部份達75%
 - ☞ 4. 診察費護理費也大幅提高

31

門診診察費

西醫診察費	二級醫院		三級醫院	
	個人自負	醫保給付	個人自負	醫保給付
普通門診	10	8	12	9
專家門診				
副主任	15	8	22	9
主任	25	8	35	9

32

設立各種收費專案

◆各類上崗證，每年或二年要換一次，換證之前要上課培訓，但上課培訓費，動輒每人3000元。參加醫學會報名費1800元，護理學會也經常舉辦培訓，派3-5名參加（必須參加，否則不發上崗證），每人費用3000-5000元）。

33

設立各種收費專案

- ◆ 感控要來檢查，三個點，每點3000元。
- ◆ 消防人員受訓，必須要派二人，每人3000元。
- ◆ 高壓鍋管理人員受訓，要派二人，每人3000元。
- ◆ 所有儀器每年校準，要花4-5萬元。
- ◆ 檢驗科檢驗值要與全國其他醫院室間質對比，每項300-1500元不等，須選7項。（萬萬稅）

34

社會資本進入醫療市場

◆依據2012年4月17日衛生部新聞報導，目前大陸私人醫院約8053所，占全國37.2%，但規模均小，反觀公立醫院動輒數千床，故私人醫院之服務量僅占10%（臺灣佔70%）。

◆2017全國醫院31056家，其中公立醫院12297家（約佔39.5%），民營18759家（佔60.5%）。

35

社會資本進入醫療市場

◆衛生部“十二·五”規劃提出：民營醫院所占醫院比率要提高到20%，故引進私人資本進入醫療市場是政府之既定政策，使許多台資躍躍欲試。

36

◆國家衛生和計畫生育委員會公告2011/04/28

醫藥衛生中長期人才發展規劃
(2011-2020)

37

國家醫藥衛生人才發展主要指標

指標	單位	2009年	2015年	2020年
衛生人員總量	/萬人	778	953	1255
職業(助理)醫師	/千人口	1.75	1.88	2.10
註冊護士	/千人口	1.39	2.07	3.14
專業公共衛生機構人員	/千人口	0.53	0.68	0.83

預估2020年可滿足全國人民健康服務需求

住院醫師規範化培訓制度

- (一) 2020年起所有新進臨床醫療崗位的醫師均經過住院醫師規範化培訓
- (二) 全國衛生技術人員繼續醫療教育覆蓋率達到80%

39

創新醫藥衛生人才流動配置機制

- ◆推動人才向基層及大西部流動
- ◆建立多點職業制度
- ◆逐步建立政府主導的醫藥衛生人才公共服務體系

□雖有制度但醫院不放人，尤其公立醫院沒理由去支援營利性醫院

40

大陸之私人醫院

◆可分為非營利與營利

◆非營利必須配合政府之醫療政策，收費比照公立，不得任意定價格，賺了錢不可分，屬公益事業者，但可享受免營業稅、免房產稅、土地稅、水電費減半之優惠。

41

大陸之私人醫院

◆營利性質→可自定價格，只需向物價局報價即可，但醫保病人需依醫保給付制度不得加收。且須考慮市場之競爭力，尤其與公立醫院之競爭，民眾之接受度。一般可享受三年之免稅，三年後必須繳營業稅、房產稅、土地稅，本院每季應繳73萬人民幣之稅金，水、電費比照營利事業，沒有優惠。

42

大陸之私人醫院

◆故台資要到大陸投資醫院要先想好，投資建醫院之目的是什麼。

1. 回饋社會，不求回報→例如六和企業。
2. 營利賺錢（像投資企業）。

43

大陸之私人醫院

◆專科醫院

規模小、投資成本少，技術層面高（醫師入股），如醫美，婦產科（和睦佳），眼科等，能賺多少是多少，遇到困難因投資少，一走了之，沒甚損失（禾新）→或許可行

44

大陸之私人醫院

◆大型綜合醫院

投資數十億，例如明基、旺旺、長庚（廈門），需與當地公立醫院競爭，無法有市場區隔→則要深思。

◆香港大學深圳醫院

45

大陸之私人醫院

以某醫院為例，

原是電子產業要跨足醫療儀器產業→這是正確方向（以電子業為基礎），但此情況只需有一家醫院，提供產品研發及臨床試驗場所即可，後來演變成要在大陸各地設醫院，形成連鎖，然後股票上市，這就值得商榷，試問波音公司製造飛機，但並不經營航空公司（聯合航空、西北航空）。

46

大陸之私人醫院

據說南京提供600畝土地，供該醫院蓋3000床，第一期蓋好1500床，近七年了，目前只住700-800床，多是輕病入院，當然不可能財務平衡，更不用說賺錢。

47

大陸之私人醫院

而其他土地，除蓋醫院、不可能移作他用，蓋大樓出租。

建醫院絕非暴利，投資大、利潤低、糾紛多，幾乎不可能回收成本。

48

HSS 財務狀況 (III)

- ◆如無其他收入
醫院每年虧30 million
- ◆因有其他收入
故醫院每年可賺47 million

49

關於社會資本辦醫院

國務院58號文件（2010年8月份）：
引進社會資本（含港、粵、台資）進入醫療市場，希望將私人服務量由10%提高到20%，但未有實施細則，各部門互踢皮球。

50

關於社會資本辦醫院

方正集團成立北大國際醫療集團共集資45億元，從事與醫療有關產業之投資，包括藥廠、儀器研發、洗滌、資訊、試劑之開發等→營利事業，並投資

“北大國際醫院”，

此醫院共1800床，占地44萬平方米，但屬非營利性質，供醫療設備、洗滌、資訊等產品之臨床使用場所。

（與長庚醫院龔文華主任之見解同）⁵¹

關於社會資本辦醫院

例如，剛才所提及的一北大國際醫療集團集資45億，向北京市政府提出申請，

得到的答覆是：我們最高核准5億，你是45億，我們沒批過，且你北大屬中央管；

中央財政說：我們批的是國家財政，你是社會資本，不歸我們管。最後，

衛生部說：我們不提意見，只審查，故批的是“沒有不同意見”（不說“同意”或“不同意”）。

52

台資醫院醫療人才之需求

- ◆住院醫師
 - 招聘不易，需先取得培訓基地資格，否則更難
 - 以私人醫院為跳板，找到公立醫院就離職。
- ◆ 台生陸醫，公立醫院無法進去或許是台資醫院的主力，但醫院必須有良好的訓練制度栽培自己的人才，成為將來台資醫院的骨幹。（可向大陸及台灣政府要求協助）

53

台資醫院醫療人才之需求 高職職稱人員（副主任、主任醫師）

- ◆ 自己栽培，台生陸醫送大陸三甲醫院或回台灣醫學中心接受完整訓練，結束後，必須回到原醫院，不得在台行醫
→ 會有民眾反彈及政治效應。
- ◆ 向公立醫院高薪挖角，尤其是那些退休人員而不是台資醫院間互相挖角提高價碼。
- ◆ 台灣聘，大陸只承認醫師及牙醫師資格，其他醫療人員均不承認。醫師資格也未融入他們的制度只寫專科醫師不知是主任或副主任醫師⁵⁴

中心思想的差異

- ◆大陸醫護人員的天職
救死扶傷
- ◆台灣講求的是
身心靈完整的醫療

55

中心思想的差異

- ◆大陸一般醫院不得設精神科
(含急性)
- ◆傳染病集中在傳染病醫院
- ◆當病人有一般的疾病，如骨折、洗腎等，又合併肺結核時造成轉診上很大的困擾

56

臺灣醫師到大陸行醫之利弊

今日之大陸醫療水準已非昔日之吳下阿孟，上海、北京許多三甲醫院其技術水準堪稱世界級，只是這些非常優秀之醫師，相對於13億人口顯得太少。

大陸只承認臺灣醫師，牙醫師。其他護士，藥師，醫技人員等均不承認 → 這部分或許政府需努力。

57

臺灣醫師到大陸行醫之利弊

- ◆由於制度差異，病歷及藥名均以中文書寫，對台灣醫師很難適應，故臺灣醫師要來此地，要有心理準備，沒有三兩三，不要上梁山，要比在臺灣更拼、更努力一些，不要心存去養老，躺著幹都行，那一定會斷羽而歸。

58

台資醫院管理人才之需求

- ◆醫院管理很多人都遵循醫院評鑑標準來作，兩岸略同都是學美國JCI標準。要管理好一家醫院，由於文化、背景、核心價值不同，要能推動院務（執行力），需要一個團隊。
- ◆我們很多都是院長一個人去，一兩年就結束，因理念無法實現，不如歸去！所以要一個團隊去管理（執行力）。

59

執行力的困難

- 手術前晚備皮觀念之改變
- 刷手護士幫後刷手醫師戴手套之執行
- 輸血病人檢驗Rh因子之必要性
- 病床及訪客電梯之分流

60

台商在昆山地區就醫難處

◆找不到可信任，高醫療水準的
台資醫院

◆經營企業各憑本事

*不景氣時也有人會賺錢

*景氣時，也有人會倒閉

61

九龍醫院

◆蘇州工業園區每年資助兩千萬人民幣連續三年，其後每年一千萬連續三年

◆工業區醫保全部給九龍醫院，週圍太倉、常州等地居民到九龍醫院比照當地給付

◆具博士學位醫師補助2,000/月、
碩士1,000/月

◆目前門診每天2800~3000人次、住院890床，
佔床率100%

62

■網路線上診所盛行，尤其在廣大的農村，病人透過網上諮詢看診、拿藥，由支付寶支付。無法解決則配合線下診所。

■線下診所

☞春雨醫生(春雨診所)

☞丁香園醫生(丁香診所)

☞杏仁醫師(杏仁醫師工作室)

☞馬雲的物聯網診所(全國約有400多家診所)

63

■另一個可行的地方是東南亞，尤其緬甸。世界衛生組織將緬甸醫療狀況排名為世界第二嚴重的國家。被列為192國家中的第191個。

■緬甸沒有實行醫療保險制度。

64



60年結婚 我還是原來的我



38年馬僧人 我還是原來的我

謝
謝

65

