

中國大陸福建省台資專科診所成功經營管理的 關鍵核心能力

汪文政*

賴俊穎**

摘 要

中國大陸自 1979 年改革開放以來，台資企業開始前往大陸投資經營各項產業，隨著台資企業在大陸蓬勃發展，吸引一群又一群的台灣人進駐大陸，也伴隨著在大陸的台灣人對於醫療的迫切需求。一方面，隨著大陸經濟改革開放所帶來的進步，大陸人民對高品質的醫療需求也相對提高。因此，台資醫院莫不尋找各種方法來進入此市場，其中最主要的方式為採取中外合資的方式，或承租執照的方式。但不論是何種方式，在合作時都會存在著觀念上的落差，所以，在過去的成功案例並不多。本文擬探討目前大陸台資醫院經營管理的關鍵成功因素，透過文獻分析與個案訪談，以核心能力理論為基礎，分析台資醫院的市場接近能力，技術能力與整合相關能力。

關鍵字：大陸台資醫院、關鍵成功因素、核心能力

* 華夏技術學院 企業管理系講師

** 華夏技術學院 創新育成中心經理

電子郵件：wcwang@cc.hwh.edu.tw

收稿日期：2007.11.10

修改日期：2008.5.8

接受日期：2008.5.8

The core competency of Taiwan`s hospitals operating successfully in FuJian , China

Wen-Cheng Wang*

Chun-Ying Lai**

Abstract

Since mainland china reformed in the year 1979, the capital from Taiwan enterprise go toward mainland to invest various industry continuously. And the Taiwan enterprise develop rapidly in the mainland china, attracting more Taiwanese to invest in mainland china. This raises the need of medical treatment for those Taiwanese in Mainland. On the other hand, along with the reform of the mainland and the progress of the society, mainland people also need high medical quality. Therefore, everyone would enter this market in several different ways. Among them, the most common way is to adopt a Chinese and foreign cooperate funds or borrow license. In spite of which way being adopted cooperation will there is unfavorable idea. So, there had rarely been successful cases aren't a lot in the past. So this study explores management key success factors of Taiwan`s hospitals in mainland through the reference analysis and the individual case interview. This article with the core competency theory is foundation, analyze the key factors of market-access competence, functionality , and integrity-related competence. According to three kinds to decided it's succeed or not.

Keywords: Taiwan-owned hospitals in mainland China、key success factors、core competency

* Lecturer, Department of Business Management, Hwa Hsia Institute of Technology

** Project Manager, Incubation Center, Hwa Hsia Institute of Technology

壹、前言

隨著全球化時代的來臨，中國大陸自 1979 年採行改革開放政策以來，台資企業前仆後繼赴大陸投資經營各種產業。隨著台資企業在大陸蓬勃發展，吸引一群又一群的台灣人進駐大陸，在大陸投資並居住的台商及其家屬人數不斷增加，估計在大陸常住達 150 萬人左右（李寒芳，2005），也伴隨著在大陸的台灣人對於醫療的迫切需求。隨著大陸經濟改革開放所帶來的生活水準的進步，大陸人民對高品質的醫療需求也相對提高，以大陸 2006 年的醫療機構收入高達 5,378 億元人民幣（2006 中國衛生統計年鑑，2006）來看醫療市場規模非常大。再以大陸投入衛生事業的費用占財政支出的比例不到 3%，與美、英等發達國家的 13% 相比仍有成長空間，根據訪談台灣醫療產業管理發展學會駐滬代表趙均、台灣醫院協會張錦文理事長和彰化秀傳醫療體系黃明和總裁皆曾表示，台資進入大陸醫療市場的原因之一是台灣醫療機構已經處於充分競爭狀態，使得醫院的盈利空間下降（高艷平，2006），而這些都是台資私人醫院進軍大陸投資醫療院所的原因。

1980 年代末，台資開始進入大陸醫療領域，到 90 年代末，中國境內 19 個省市已有近 200 家中外合資或合作的醫院與診所，目前僅上海就有中外合資醫療機構 30 多家。這些合資或合作醫院主要來自美國、日本及中國的香港與台灣地區。然而，受政策因素的限制，目前外資醫療機構多是小型的醫療機構，業務範圍主要有眼科、口腔科、皮膚科、骨科、婦產科、血液透析與影像診斷等專科門診為主，而綜合性的大型醫院較少。海峽兩岸自 1980 年代中國經濟改革開放和台灣政府開放人民到中國大陸探親下，加上近年來大陸市場逐漸在國際中躍居要角，趨使兩岸的商業活動往來更加頻繁，如今已有逾百萬台灣民眾在大陸落戶生根。台商與其眷屬經過多年的適應，多數皆能融入當地的生活文化，但唯有一項較無法忍受，即是生病時到當地醫院就診，這是令他們較困擾的事，雖然經過多年的努力，大陸也有一流的醫院且其醫療設備相當先進，但其醫療糾紛仍層出不窮，可見台商在大陸對於參差不齊的醫療品質仍有相當的疑慮，就整體而言，大陸的就醫環境相當於 15 年前的台灣（滕淑芬，2005；高艷平，2006）。

在經歷數十年計劃經濟指導之下，大陸早期的醫療品質的確相對上較為落後的。80 年代的大陸領導人在領導改革開放的同時，才逐步的放鬆對醫療市場的控制（宋曉梧、張中俊、鄭定銓，1998）。但改革開放以後，人民對於醫療品質的需求日殷，最為明顯的例子則是，中國大陸解放初期之醫療機構數量為 8,915 間，但是從解放時期到 1980 年，這三十年之間，醫療機構的成長幅度達 20 倍。1999 年以來，大陸醫療機構的數量出現了先升後降的特點，1999 年各類醫療機構的數量為 30.1 萬間，2000 年增加到 32.48 萬間，2001 年增加到 33 萬間。然而在 2002 年時，由於自該年起各類之醫療機構統計口徑改為註冊制度（李凱，2005），使得當年之醫療機構數降為 30.6 萬間。隔年 2003 年之醫療機構數仍微幅下降為 29.13 萬間。2004 年的醫療機構統計數量為 29.75 萬間。2005 年末，全國衛生機構總數 29.9 萬間，比 2004 年增加 1,457 間。全國註冊醫療機構（不含村衛生室）29.0 萬個，其中：非營利性醫療機構 13.2 萬間，營利性醫療機構 15.6 萬間。在醫療機構當中：醫院 18,703 間，社區衛生服務中心（站）1.7 萬間，農村鄉鎮衛生院 4.1 萬間。最近 2006 年全國衛生機構總數達 30 萬間，其中醫院 1.9 萬間，醫療機構床位總數達 343 萬床。相關之醫療衛生從業人員 549 萬人，比 2005 年增加 6 萬人，這既意味著每千人口日中，衛生技術人員有 3.52 人。2006 年全國醫療機構診療人次達 23.5 億人次，比 2005 年總量增加 0.5 億人次，而病床使用率為 72.3%，比 2005 年提高 2 個百分點（2007 年中國醫院行業分析及投資諮詢報告，2007）。

貳、文獻分析

本文所稱之台資診所，是台籍人士出資經營之診所，含獨資或與大陸本地人合資之診所，不以執照申請之負責人為分類之依歸。本研究採用文獻分析法與個案分析法來探討大陸台資專科診所營運的關鍵成功因素分析，其呈現方式則以敘述性方法來表現研究結果的意義與內涵。由於本研究是針對大陸台資專科診所經營成效與營運關鍵成功因素，國內對於相關的研究，包括：吳啓誠（2000）的研究為針對大陸醫療市場進行大陸醫療服務市場醫療產業特色解析、結構的分析、大陸人民的健康狀況及醫療資源的分佈之研究等。陳順達

(2000) 主要是針對兩岸醫院的服務品質進行研究。李文浩(2002)的研究在探討醫療事業進入新市場領域之評估研究,以在中國大陸籌設大型醫院為例之研究,提出投資大陸籌建大型醫院的虛擬企劃案,發掘最有發展潛力的市場區段,且認為經營管理、擴大市場佔有率、創造經營業績、獲取利潤、醫院集團品牌等都是醫療產業集團經營業成果的重要指標。林憲政(2002)針對兩岸醫院競爭力進行以 Michael E. Porter 的鑽石模式(Diamond Model)分析兩岸醫院競爭力之比較研究,並以台灣長庚紀念醫院與上海第二醫科大學附屬瑞金醫院為比較分析之研究。徐永芳(2003)的研究在探討台灣醫療事業進入中國大陸設立醫院該如何選擇策略,在市場與成本的考量上取得平衡,提升醫院的競爭力,達到醫院永續經營的目標。黃瑞興(2004)針對秀傳醫院分析台灣醫療機構於中國城市地區經營策略之研究,結果顯示台灣中型醫療機構面對龐大的中國市場,應先以合資方式取得優勢,再以差異化的策略經營中國醫療市場,以增加其競爭優勢。

本研究擬分析台資專科診所的關鍵成功因素(Key Success Factors),但因為不同的學者將此觀念應用在不同產業或領域而產生了不同的解釋與定義。早期研究多集中於管理資訊系統,如 Ronalad(1961),直到 Drucker(1964)提到企業可能會遇到許多限制因素而無法發揮成果,若能克服這些問題,企業的績效會大大提高且富競爭力。Munor & Wheeler(1980)、Feguson & Dickinson(1982)、Aaker(1984)、吳思華(1988)、Aaker(1988)、吳青松(1992)、黃營杉(1993)等學者皆支持所謂的關鍵成功因素乃業者在特定產業內成功與他人競爭,所必須擁有的某一條件或資產,企業唯有掌握關鍵成功因素,才能建立持久的競爭優勢。

關鍵成功因素是由許多的構面所組成,但是台資醫院的資源有限,不可能兼顧所有的構面,所以必須先了解每一個構面對台資醫院影響的程度,然後再依重要程度的順序予以分配,才能發揮最大的效果,以達到台資醫院所設定的生存或營利目標。本文的關鍵成功因素分析是以 Kash 與 Rycraft(2000)的自組織網絡(self-organizing networks)為基礎,包括知識(knowledge)與技巧(skill),並給予網路創新獨特科技的能力(Gallon et al., 1995),對於產業網絡(network)的核心能力(core competency),也可以大至整個醫療資源系統整合能力的精

通，也可以專注在特定的研發領域上。所謂的核心能力指的是利用企業既有資源基礎來建立競爭優勢，配合專科診所各部門能力的組合，例如：實體醫療資源與資金等及無形資產如：管理經驗、醫療技術、服務流程、品牌價值、公關廣告等，產生專科診所的經營必要能力。核心能力的研究自 1950 年代開始發展，Selznick(1957)，提出「獨特能力」的概念，企業中所制定的規範是決定企業特殊重要能力之一。隨後 Ansoff(1965)指出要決定企業獨特能力需分析企業本身的優勢和劣勢，並審查企業本身有形資產和無形資產；而 Andrews(1971)更加進一步敘述獨特能力為吸引顧客的能力，企業不只將技能和資源結合，更藉以有效率製造出核心產品。到了 Prahalad & Hamel(1990)提出核心能力的概念，並實際深入研究、整理、運用於實務上，由此核心能力得觀點才開始發展開來。(Hamel & Prahalad,1993、Mirabile,1997)指出核心能力是潛藏於企業內部所具有的能力與優勢，可讓企業在經營管理上表現更好，藉此發展產品與服務顧客。

叁、研究方法

本研究以福建省為研究的對象，因為福建為全國最早實行對外開放的省份之一，包括放經濟技術開發區、保稅區、旅遊渡假區、沿海開放區等對外開放格局。海峽西岸經濟區主要範圍包括福建省和大陸東南地區，北起浙江溫州，南至廣東汕頭，其重點城市包括福州、廈門及泉州，均位於福建省(工商時報，2006 年 4 月 14 日，版 A2)。本研究將採用參與者觀察法與個案訪問法相互運用，從深入訪談中了解重要因素，做為設計訪談內容之依據。再對廈門、泉州與福州的醫院個案進行訪談調查，將訪談內容萃取出成功關鍵因素。由於成功關鍵因素只有少數幾個，因此我們只針對診所幾位高階管理者，經過多次的面談與討論後，挑選出五至六個因素，然後深入討論成功關鍵因素目標之間的關係，再將成功關鍵因素加以分類、合併、刪除或以其他方式表示。

肆、大陸福建省醫療環境分析

大陸在經歷數十年計劃經濟指導之下，大陸的醫療體系走進了封閉的死胡同裡。80 年代的大陸領導人在領導改革開放的同時，才逐步的放鬆對醫療市場的控制（宋曉梧、張中俊、鄭定銓，1998）。隨著經濟條件的快速改善，大陸民眾對於醫療服務需求，不論是在品質或數量上，均呈現快速的提昇，根據天下雜誌分析，在市場未開放的情況，大陸醫療市場利潤高達 4800 億元人民幣左右，且每年以 10% 的速度遞增，未來更將達到 15%。這個開放後的醫療市場大餅誘發外資對於投資醫院的動機。

（一）福建省醫療院所體系概況

福建省的醫療體系分佈，基本上相當的完善，以閩北的福州為區域中心、以及閩中的泉州為區域中心、與閩南的廈門、漳州為區域中，其分佈的醫療院所都相當的具有規模。以 2006 年福建省國民經濟和社會發展統計公報之數據來看，福建省全部等級醫院約共有 369 間。2006 年福建省各類的醫療機構統計數量為 9652 間。其中，按醫療機構類型分為：醫院 369 間，占整個醫療機構之比重為 3.82%。衛生院 938 間，占整個醫療機構之比重為 9.72%。預防保健機構 124 間，占整個醫療機構之比重為 1.28%。門診部及診所 7623 間，占整個醫療機構之比重為 78.98%。由此看出，2006 年各類衛生機構數分佈百分比當中，以診所、門診部，占整個醫療機構體系之比重最多。2006 年中國大陸福建省之醫療機構人員數共 10.6 萬人，其中執業醫師 4.6 萬人，占整個醫療機構人員的 43.4%。註冊護士 3.6 萬人，占整個醫療機構人員的 33.96%。其餘衛生技術人員為 2.4 萬人，占整個醫療機構人員的 22.64%（福建省統計局，福建省 2006 年國民經濟和社會發展統計公報）。2006 年底在福建省各類衛生機構床位數共 9.2 萬張，其中醫院與衛生院占 8.5 萬張病床，占醫療機構總床位數的 92.39%，其他衛生機構病床數 7000 張占比重 7.61%（福建省統計局，福建省 2006 年國民經濟和社會發展統計公報）。

（二）台資醫院的醫療管制

最早的台資醫療院所應該可以追溯到十年前，在大陸本土投資的台商在成都、上海、北京、廈門等地投資醫療院所。這些以台資的方式所投資的醫療院

所，本身大多在台灣沒有經營醫療事業單位的經驗，因此在經營醫療院所時產生許多問題，其中最主要的為醫療行政上的問題，包含開業執照的取得、執業醫師的聘任及稅金等問題。另外，在經營上也面臨到相當多的限制，其中以資金的控管、業務的推展、及人事的管理，為最主要面臨的困境。大陸政府於2000年7月1日提出「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」。此條款為醫療產業的投資規範，在合資、合作的醫療機構中，中方股權比例或權益不得低於30%，且中外合資的醫院外商投資不得少於25%，總投資額不少於2000萬元人民幣，期限不得超過20年。中外合資、合作醫療機構應當執行《醫療機構管理條例》等關於醫療機構執業的規定；聘請外籍醫師、護士，按照中國《執業醫師法》和《護士管理辦法》等有關規定辦理；醫療收費價格和稅收政策按照中國有關規定執行。該法也適用於前往大陸合資、合作開設醫療機構的香港、澳門和台灣投資者。而最近一次之醫療改革是於2006年4月16號，國民黨榮譽黨主席連戰先生與共產黨總書記胡錦濤先生於北京發表國共論壇，宣佈了對台商的15項利多政策，醫療的部份高達四項之多，包括：1.在廣東、福建、江蘇、上海等地醫院指定固定診區提供台灣民眾醫療服務；2.提供在大陸就醫的台灣民眾取得台灣健保要求的醫療文書；3.鼓勵台灣醫療機構與大陸合資、合作興辦醫院，台資持股可達七成；4.准許台灣民眾在大陸申請執業註冊和短期行醫（經濟日報，2006年4月16日，版A1）。

伍、關鍵核心能力因素的分析

吳思華(2000)於策略九說一書中指出，企業競爭力的強弱，來自於其是否能夠建立核心資源。資源可分為資產與能力：前者指企業所擁有或可控制的要素存量，又可分成有形資產與無形資產；後者為企業建構與配置資源的能力，分成組織能力與個人能力。

（一）市場接近能力(market-access competence)

市場接近能力指能夠拉近與顧客之間距離的技術與技能，如品牌發展、銷售管理、配銷後勤、技術支援等能力 Hamel & Prahalad (1994)。台資專科診所初期都是以服務台商為主要對象，也因此通常台灣業者選擇的城市，首先會以

貼近台外商生活圈為主要考量。就是因為營業地點之選擇亦會影響營業收入，福州華安醫院位於福州市中心之高級商業區，生活水平較高，也較能吸引高收入者來就醫，因此營業收入金額較高。依據本研究結果發現，目標市場，也就是目標族群的設定亦會影響其營業收入。廈門萬壽診所座落於廈門市中心，除了該地就醫率偏高外，當地生活水平較高，鎖定之目標族群除了台商外，就是當地社區住民，使這些族群感到相當便利，符合當地住民之需求。陳正男(2007)研究發現大陸居民偏好公立醫院群之民眾在就醫時，傾向於選擇具備高超之醫德醫術，但隨著年齡增長，將傾重就醫於臨近與便利性高等因素（位置、交通及停車方便）之醫療院所，而較不介意等候；此外私立醫院群和公立醫院群在交通、停車方便性、醫療費用合理性有較顯著差異。公立醫院群顧客對交通、停車方便性和醫療費用合理性有較高偏好。

（二）優越的技術能力(functionality)

員工的知識與技能、實體技術系統、管理系統及價值觀和規範組合，是台資專科診所經營管理的核心能力(Barton, 1995)。台灣的整體醫療產業效率佳、人力素質高及經營管理模式較大陸領先，而台商因為兩岸語言相通較歐美國家投入醫療產業有明顯優勢，但是因為醫療屬於特殊產業，完全的市場化競爭不太可能出現，因此如何與當地現有公立醫院為主的醫療機構爭奪社會資源及客群，與在投資初期是否掌握當地政策、市場生態及是否獲得當地政府大力度的支持有很大的關連。目前大陸的醫療體系仍以公立醫院為主，大醫院常常人滿為患，大陸醫院要求病歷由病患自行保管，而就診流程要求不論看診、檢查、檢驗或住院都要先收費再提供服務。醫療用語的使用很多與台灣不同、中西藥混用、醫生使用針劑頻繁；藥品未事先分裝、小兒給藥沒有磨粉、一般醫院無法打兒童疫苗等等，都與台灣有很大的不同。另外，大陸醫院硬體條件個別差異大、醫生個別技術差異大、專業形象不注重、服務態度欠佳、大醫院病床緊缺、急診等候時間長、婦女診療的診察隱私性不足以及護理照護水準普遍不高等問題(陳信宏，2005)。

相對來說台資專科診所醫療品質比較好，而其中的核心能力在於醫師的素質，醫師代表著整間醫院的營業效能也是醫療品質的保證，若要與大陸本地所開的大型醫院相競爭，不僅要經由特殊管道在當地聘請優秀醫師人才，亦會涉

及到聘請台灣醫師到大陸駐診這方面的問題。經訪談黃重凱醫生得出，前往大陸短期行醫的醫生大部份的專長，都是以中醫的內科和西醫的內科為主，也因為醫療設備的關係，選擇規避掉一些和外科有醫療風險的問題。另由陳正男（2007）的研究發現，台資醫院必需隨著引進企業化經營理念，不斷提昇服務效率和醫療品質，加強經營效率（例如減少等候時間），充實醫療設備及提供良好之服務品質，做好市場區隔與定位，以建立醫療特色，才可能在競爭激烈之醫療市場中立足而不被淘汰。

雖然就定價而言，台資專科診所似乎是不具優勢，但台資專科診所目前進入大陸大部份是著眼於服務在大陸的台商及其眷屬，重視給病人的感覺，加上台資醫院管理、醫療技術上水準較為一致及優良，是醫療品質的保證，這些都是病患所重視的部份，因此本研究認為，以台資名義經營還是較具有經營上的核心優勢。由於大陸當地民眾很期待有較新的醫療事業體進駐，以提供較佳的醫療品質，而台灣的核心管理方式是以人本為中心的管理制度，對醫療品質的提昇也相當執著，更奉為長程努力的重點工作。在專業部份，醫院全面推動服務品質管理，包括建立全院性品管指標、服務品質教育訓練及激勵、品管圈活動、標竿學習、實施臨床路徑、訂定服務規範及準則，使服務流程標準化，員工在作業上有所依循而得心應手。主要效益是醫療費用下降，病患及員工滿意度提昇，業績也跟著提昇。以台灣管理經驗模式去投資醫療院所是較具有優勢，其中不僅是效率提高且管理模式也較人性化，台資診所的負責人較能針對員工的服務態度進行訓練與規範，並且強調顧客關係的管理，要求診所員工要以病人的角度去思考，快速回應病人的需求。而當地之公營醫院除了在醫療專業方面的資源尚顯不足之外，在管理方面之觀念較也為保守，因此，當地公營醫院之競爭力較為薄弱。

（三）整合相關能力(integrity-related competence)

本研究認為整合相關能力最重要的是成本管控。Coase(1937)、Williamson(1985)、Hennart(1991)提出交易成本理論，說明公司資源的取得，必須綜合考量生產成本及交易成本降至最低、降低風險及避免不必要的重複投資。目前大陸中國大陸醫院類型包括依收治範圍、地區、特定任務、所有制、所有權、營利與否等分類。本研究則大略以醫療機構實行分類管理，換言之將醫院

分營利性與非營利性兩大類。前者可自由定價，在領取醫療機構執業許可證的前三年之內可享例如免徵營業稅之優惠政策。後者分為政府舉辦的與非政府舉辦的非營利性醫療機構，他們均需落實政府之價格政策，政府舉辦的非營利性醫療機構可享受政府的財政補助，非政府舉辦者，無法享受政府的財政補助，外資在此環境下有獲利空間。經訪談葛建埔醫師得知，兩岸的就醫方式、環境差別很大，目前綜合性大型台資醫院投資回報週期長、成本高，而小型的診所則需面對複雜的手續和行政關卡，加上兩岸尚未直航，聘請短期往來兩岸的醫師，中途耗費成本更高。

台資專科診所因為目標客層的不同，相對地客層對於服務的水準也有所不同，其成本結構更是有很大的差異。本研究之廈門萬壽診所每月平均營業支出約 10 萬元；其中，每月房屋租金約 1 萬元、每月平均耗材採購與藥品費用約 5 萬元、公關行政費約 1 萬元、每月平均醫師薪資約支出 2.5 萬元，而其中主治醫師每月薪資約 5000 元、一般執業醫師每月薪資約從 3000~4000 元之間不等、助理醫師每月薪資約從 2000~2500 元之間不等，護理及行政人員每月平均薪資約從 1000~1500 元之間不等。由於廈門屬經濟特區故人事費用上的花費較高。台資診所在大陸也必須面對各種困境，在大陸，合資醫院屬於民辦醫院的一種，目前不僅沒有官方的補貼，同時還要負擔 5% 的營業稅及 30% 的營利事業所得稅，而大陸的公立醫院卻是完全免稅。所以在各種成本都高於當地陸資醫院的情況下，還得承擔高額稅負，使得台資診所在成本上處於劣勢。

依據本研究結果發現，當地的陸資醫院相對於台資診所有較熟悉的當地人際關係，所以不論是醫師薪資給付、公關行政費，以及其他管銷費用支出，都較符合當地行情，且比台資診所有較好的競爭力優勢。以醫師的聘任來說，台資醫院之醫師可能是透過間接介紹而來，則醫師對於台資醫院的薪資要求會比陸資醫院之薪資要求高出很多。而公關行政費或其他管銷費用亦是如此。相較於當地之陸資醫院增加不少額外的開銷，所以導致在經營上成本增加。值得觀察的是，就大陸經濟水準來看，在大陸設立此規模醫療院所之成本，與在台灣設立相同規模醫療院所之成本，相較之下並未有較低成本之優勢，這與想像中情況並不盡相同。

陸、結論

大陸人口眾多，加上台商對醫療的迫切需求，大陸醫療市場的確極具發展的潛力。不過，由於大陸與台灣之間存在著社會文化觀念、經濟發展及風俗習慣等的差異，在除了文中所提及之關鍵成功因素之外，台資規劃到大陸發展醫療產業仍存在著極大的風險。在法令的限制方面，大陸雖已於 2000 年 7 月 1 日由大陸衛生部和對外貿易經濟合作部聯合發佈「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」，但該辦法中種種設限同時也限制了許多小醫院及小診所的生存空間，加上明定大陸在外資醫院所佔的股份比率或權益不得低於 30%，那在其餘不到 70 % 的持股當中，台資能掌控的空間還剩多少？再者，如何在經營理念上避免與大陸當地產生衝突？這些都是未知數。在政策規範方面的障礙方面，大陸的醫療經營體系分為二大類，一類為非營利性醫療機構，另一類則為營利性醫療機構，其間的差異在於定價及課稅方式的不同。非營利性醫療機構醫療服務的價格相當低廉，至於營利性醫療機構雖擁有自由訂價的空間，但規定所取得的收入需繳 5%營業稅及 30% 的營利事業所得稅給政府。在這樣嚴苛的規範下，讓許多有意到大陸設立大型醫院的財團，也會陷入基本醫療價格低廉及高稅收之兩難局面而怯步，乃是目前仍停留在觀望及評估的階段主要原因。

本研究個案以福建省福州、廈門及泉州為研究的對象，因為福建省為最早開放的省分，且這三個城市更是海峽西岸經濟區主要範圍的重點城市，主要居住族群為大陸生活水準較高的社區民眾與台商。由於經濟特區之國民所得較高，訪談個案中的萬壽診所即針對特殊科目採差異化經營策略，發展較高消費之醫療科目。再如另一訪談福州診所的醫學美容科，就是以高收入的自費民眾為目標市場，聘請更好的醫師提升醫療品質，以建立病患心目中優先選擇的就診院所。另外，經營醫院是永續的事業，最首要的工作還是在於融入當地民情文化，且各地的習慣、消費水準等均不等，像是人事任用的問題。截至目前為止，大陸方面仍不接受台灣的醫師、護士證書，也不准許外國醫師、護士在大陸執業，若有特別申請通過，也只能執業一年。再者，聘請台灣醫護人員成本較高，不符合經濟效益，但若聘用當地醫護人員，其素質良莠不齊。而且大陸

病人的醫療行為、就醫心態、家屬的照顧行為，及對醫療糾紛的態度，與台灣有很大的文化差異。本文期待台資在大陸設立醫院的同時，可以藉由收集資料、分析、學習研究當地醫療問題的來龍去脈，以能多方面深入了解後再行彈性調整，強化台資醫院在大陸內地經營管理能力，提昇醫療服務，並朝向兩岸優質醫院目標前進。

參考文獻

中文部分

- 李文浩（2002）：醫療事業進入新市場領域之評估研究：以在中國大陸籌設大型醫院為例，台北：長庚大學醫務管理學研究所碩士論文（未出版）。
- 李凱編（2005）：中國行業發展報告(2004)－醫療服務業，中國：中國經濟出版社。
- 李寒芳（2005）：六大台商在大陸開醫院，台胞看病不用再往台灣跑，中國：國際先驅導報。
- 吳啓誠（2000）：大陸醫療服務市場之研究，台北：國立臺灣大學商學研究所碩士論文（未出版）。
- 吳思華（1988）：策略九說，台北：臉譜文化出版社。
- 吳青松（1992）：國際產業策略聯盟之型態與發展趨勢，台北：台灣經濟研究月刊。
- 吳青松（1999）：國際企業管理-理論與基礎，台北：智勝，第二版。
- 林惠玲（2005）：醫院行銷公關對民眾就醫選擇之影響—以彰化地區級以上之醫院為對象，彰化：大葉大學人力資源暨公共關係學系碩士在職專班碩士論文（未出版）。
- 林憲政（2002）：以波特『鑽石模式』分析兩岸醫院競爭力之比較研究—以台灣長庚紀念醫院與上海第二醫科大學附屬瑞金醫院為例，花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文（未出版）。
- 徐永芳（2003）：我國醫療事業前進大陸設立醫院策略之研究，桃園：元智大學管理研究所碩士論文（未出版）。
- 高艷平（2006）：台資醫院進軍大陸或為內地醫改帶來生機，瞭望東方週刊。
- 陳順達（2000）：醫院服務品質之比較性研究—以台灣、大陸地區一級醫院為例，台北：國立台灣科技大學管理研究所碩士論文（未出版）。
- 陳信宏（2004）：台商醫療問題及在中國經營醫療機構問題初探，海基會。
- 陳信宏、陳文琴（2002）：跨兩岸第一套醫療服務網絡-聯新台商健康俱樂部為台商的健康把關，台北：聯新醫管雜誌，36(8)。

- 陳正男、曾倫崇（2002）：醫療服務品質與顧客滿意度關係之研究—以台南地區的醫院為例，台南：長榮學報，第6卷，第1期。
- 陳正男、譚大純（1998）：國家競爭力、產業競爭力與廠商績效-依據世界競爭力報導與 Porter 鑽石模式為基礎之實證研究，企業管理學報，第43期。
- 張益誠（2002）：總額支付制度實施前後之差異分析：以台灣北部地區西醫基層診所為例，台北：台北醫學院醫務管理研究所碩士論文（未出版）。
- 陳啓修、尤宜安（1995）：地區醫院如何醫療行銷，醫院雜誌，第28卷，第2期，52-57。
- 黃建銘（1999）：組織績效指標的運用與管理意涵—英國經驗之探討，人力發展，第66期，52-63。
- 郭亭玉（2000）：醫院行銷公關之研究—以台北市地區級以上醫院為例，台北：銘傳大學管理科學研究所碩士論文（未出版）。
- 陳楚杰（1992）：談醫院行銷管理，醫院，25(3)，205-214。
- 陳楚杰（1996）：從醫院形象談地區醫院的經營策略，醫院，29(5)，1-3。
- 黃瑞興（2004）：台灣醫療機構於中國城市地區經營策略之研究—以台灣秀傳醫院為例，彰化：大葉大學國際企業管理學研究所碩士論文（未出版）。
- 黃營杉（1993）：企業政策。台北：國立空中大學。
- 經濟日報（2006年4月16日），版A1。
- 中國時報（2006年5月1日），版A3。
- 工商時報（2005年3月21日），版12。
- 工商時報，2006年4月14日，版A2。
- 滕淑芬（2005）：台灣人上海尋醫記，光華畫報雜誌，30（11），8。
- 2007年中國醫院行業分析及投資諮詢報告，中國投資諮詢網，2007。
- 中華人民共和國衛生部編：2006中國衛生統計年鑑，中國：中國協和醫科大學出版社，2006年，98。
- 中國國家統計局：國民經濟和社會發展統計公報，<http://www.stats.gov.cn/tjgb/>
- 福建年鑑編纂委員會編纂：福建年鑑 2005，福州：福建人民出版社，2005。
- 福建省 2006 年國民經濟和社會發展統計公報，福建：福建省統計局，2007。

英文部分

Coase, R.H. (1937). The nature of the firm. Economics, 4,386-405。

Kotler Philip, Sidney J. Levy, (1969). Broadening the Concept of Marketing. Journal of Marketing, 33(1), 10-15.

Dunning, J.H.,(1979) “Explaining changing patterns of international production : In defense of the eclectic theory,” Oxford Bulletin of Economics and Statistics, 41- 4。