

國立交通大學

高階主管管理學程碩士班

碩士論文

台灣發展醫療服務國際化的商業模式研究

Study of the Business Model for Developing International Medical

Services in Taiwan



研究生：胡方翔

指導教授：王文杰 博士

中華民國九十八年六月

台灣發展醫療服務國際化的商業模式研究
Study of the Business Model for Developing International Medical
Services in Taiwan

研究生：胡方翔

Student : Fen-Hsiang Hu

指導教授：王文杰 博士

Advisor : Dr. Wang

國立交通大學
高階主管管理學程碩士班
碩士論文

A Thesis
Submitted to Master Program of Management for Executives
College of Management
National Chiao Tung University
in partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of
Executive Master
of
Business Administration
June 2009

Hsinchu, Taiwan, Republic of China

中華民國九十八年六月

台灣發展醫療服務國際化的商業模式研究

學生：胡方翔

指導教授：王文杰 博士

國立交通大學高階主管管理學程碩士班

摘要

背景與動機：首先在研究背景當中描述金融海嘯導致經濟衰退因而百業蕭條，尤其是台灣生產製造業受創嚴重，廠商倒閉和民眾失業潮擴大，台灣產業已面臨不得不朝向服務業轉型升級發展的情境，而服務業中的醫療業與旅遊業也正處於自身的困境；再看全球醫療旅遊的概況和台灣發展醫療旅遊的背景因素及實施現況，進而闡述研究動機，寄望藉由醫療旅遊產業分析全面的檢視和個案研究深入的探討，如何經由醫療業與旅遊業異業結合成為醫療服務國際化，創造新價值，進一步帶動台灣其他服務業發揮優勢競爭力，開創多贏局面；然後綜觀研究的背景與研究動機，歸納出研究目的；最後由他國及我國推行醫療旅遊經驗中獲得寶貴知識，將研究的結果和建議供醫療旅遊的同業或政策制訂者做瞭解和參考。

目的：本研究試圖分析台灣兩大服務業-醫療業與觀光旅遊業-的特色與資源，參考比較國內外的實際經驗，規劃發展一個醫療業與觀光旅遊業異業結盟的全新商業模式-醫療服務國際化，同時起一個火車頭作用，真正能讓台灣各產業能發揮其優勢，開創台灣經濟的藍海，增加就業機會，使得醫療業與觀光旅遊業成為帶動台灣經濟起飛的一雙翅膀。

關鍵字：醫療旅遊、產業分析、商業模式

Study of the Business Model for Developing International Medical Services in Taiwan

student : Fen-Hsiang Hu

Advisors : Dr. Wen-Chieh Wang

Executive Master of Business Administration
College of Management
National Chiao Tung University

ABSTRACT

Background and objective : First, to describe the financial tsunami causing economic depression therefore all business languishes. Particularly, Taiwan's manufacturing industry is affected seriously, many factories and companies closed down with the number of unemployed workers are increasing. Taiwan's industry has to face the situation of reforming promotion toward service industry ; but the medical profession and the traveling business also had their own problems. Second, by surveying the global medical traveling and the present development of medical traveling in Taiwan then explain the research motive. And hoped that the thorough review and the case study of the medical traveling can help the medical profession and the traveling business ally into international medical service, and creates the new value, further, impel Taiwan's other services to demonstrate superior competitive ability. After doing all the comprehensive survey, then induce the objective of this research. Finally, from the experiences of implementing medical traveling by other country and Taiwan we will obtain the precious knowledge, and will provide the conclusion and suggestion of this research to the man in the same business or the man of policy making for reference. This research attempts to analyze the characteristics and the resources of Taiwan's two major service industries-medical professions and the traveling business-and take into account the practical experience of other countries, and try to develop the brand-new business model-the internationalization of medical service-which the medical profession and the traveling business become to form an alliance. Simultaneously, this new model

plays a locomotive role, enables Taiwan's various industries truly to display their superiority, finds the blue sea of Taiwan's economy and increase the opportunities of employment. And wish that the medical profession and the traveling business become a pair of wings to bring the Taiwan's economic development to take off.

Key word : Medical tourism, Industry analysis, Business model



目 錄	
中文提要	i
英文提要	ii
目錄	iv
表目錄	vi
圖目錄	viii
一、 緒論	1
1.1 研究背景與動機.....	2
1.1.1 全球經濟風暴.....	2
1.1.2 台灣旅遊業困境.....	3
1.1.3 台灣醫療院所困境.....	4
1.1.4 全球跨國醫療的現況.....	11
1.1.5 台灣發展醫療服務國際化現況.....	14
1.2 研究目的.....	16
1.2.1 台灣需要產業轉型與升級-服務業將成為產業主流.....	17
1.2.2 醫療服務國際化-醫療與旅遊異業結盟.....	28
二、 文獻探討	31
2.1 台灣產業分析.....	31
2.1.1 生產製造業受創最深.....	31
2.1.2 旅遊業也受景氣影響.....	31
2.1.3 醫療業基本面穩固.....	35
2.1.4 創新可開拓藍海.....	37
2.2 醫療服務國際化.....	42
2.2.1 醫療服務國際化相關名詞定義與分類.....	42
2.2.2 醫療服務國際化起源與範圍.....	46
2.3 醫療旅遊產業分析.....	48
2.3.1 醫療旅遊需求與供給市場概況.....	48
2.3.2 醫療旅遊產值.....	49
2.3.3 競爭分析.....	51
2.3.4 醫療旅遊產業未來的相關議題.....	54
2.3.5 台灣發展醫療服務國際化的價值鏈(value chain).....	57
2.4 商業模式.....	62
三、 研究方法	65

3.1	文獻分析法 (Literature Review)	65
3.2	案例分析法 (Case Study)	65
四、	世界各國與台灣醫療旅遊發展模式.....	67
4.1	亞洲各國醫療旅遊發展模式	
	1.新加坡 2.泰國 3.印度 4.馬來西亞 5.菲律賓 6.香港 7.其他.....	68
4.2	世界其他國家醫療旅遊發展模式	
	1.瑞士 2.奧地利 3.其他.....	83
4.3	台灣國際醫療服務發展模式.....	87
4.4	台灣醫療服務國際化產業發展策略.....	92
4.5	台灣發展醫療服務國際化 SWOT 分析.....	96
4.6	海峽兩岸醫療旅遊發展概況.....	98
五、	台灣發展國際醫療服務產業可行性模式.....	101
5.1	台灣醫療旅遊成功個案模式.....	101
	5.1.1 保健旅遊.....	101
	5.1.2 照護旅遊.....	103
	5.1.3 醫療觀光.....	106
	5.1.4 健康旅遊.....	109
	5.1.5 個案商業模式比較.....	113
5.2	海峽兩岸成功的醫療旅遊發展模式.....	114
5.3	台灣適合的國際醫療服務價值鏈暨發展模式.....	116
5.4	台灣熱門旅遊景點適合的醫療旅遊發展模式.....	119
六、	結論與建議.....	125
6.1	結論.....	125
6.2	研究限制與後續研究建議.....	127
6.3	建議.....	128
參考文獻	圖書、期刊、雜誌、論文、網站.....	131
自傳	137

表目錄

表 1	各類社會保險之總投保人數與比率.....	5
表 2	健保特約醫事服務機構家數.....	6
表 3	世界各國保險費率比較.....	8
表 4	世界各國醫療支出占國內生產毛額之比率.....	8
表 5	國際間醫療旅遊主要競爭者之實績.....	12
表 6	全球醫療旅遊相關技術項目.....	13
表 7	台灣服務業分析.....	18
表 8	主要國家 2002~2003 年服務業占 GDP 及就業比重.....	19
表 9	台灣服務業 2009 年發展預估目標.....	19
表 10	台灣服務業 2008 年 GDP 及就業人數成長.....	20
表 11	台灣發展服務業出口 SWOT 分析.....	21
表 12	97 年 12 月及 97 年 1-12 月主要客源旅客來台目的別成長率.....	34
表 13	紅海與藍海策略的對比.....	37
表 14	國內外醫療旅遊定義整理.....	44
表 15	醫療旅遊定義.....	45
表 16	醫療旅遊產業發展類型.....	46
表 17	醫療旅遊產業的競爭分析.....	52
表 18	亞洲國家發展國際醫療服務之競爭力比較.....	52
表 19	台灣發展醫療服務國際化價值鏈.....	59
表 20	國內外學者對商業模式的定義.....	63
表 21	描述商業模式的六個問題與內涵.....	63
表 22	商業模式代表個案.....	66
表 23	世界各國發展醫療旅遊的國家暨發展主軸一覽表.....	67
表 24	泰國公共衛生部的五年策略發展計畫收入(2004-2008).....	72
表 25	泰國及新加坡之國際醫療特色比較.....	74
表 26	我國發展國際醫療服務相關時程表.....	87
表 27	台灣醫療服務國際化民間醫院參與.....	88
表 28	台灣與國際醫療價格之比較.....	90
表 29	牙科醫療費用價格比較.....	90
表 30	醫療旅遊產業公私部門角色建議.....	91
表 31	台灣醫療服務國際化的客源及吸引因素.....	93
表 32	台灣醫療服務國際化經費需求.....	93

表 33	台灣植牙美型效果一覽表.....	95
表 34	台灣醫療服務國際化 SWOT 分析.....	97
表 35	醫療旅遊個案商業模式比較.....	113
表 36	退輔會推動醫療旅遊計畫.....	116
表 37	台灣推動醫療服務國際化之價值鏈.....	117
表 38	台灣旅遊服務業 SWOT 分析.....	120
表 39	台灣各縣市旗艦觀光景點及活動遴選結果一覽表.....	121
表 40	台灣各縣市醫療院所家數一覽表.....	122
表 41	台灣東、西部醫療旅遊規劃.....	124



圖目錄

圖 1	突顯台灣醫療服務項目之 6 大優勢.....	15
圖 2	台灣服務產業轉型升級.....	21
圖 3	亞洲四小龍服務業出口金額比較.....	24
圖 4	產業定位新思維(微笑曲線).....	25
圖 5	台灣觀光業現況.....	32
圖 6	台灣發展國際醫療服務的價值鏈.....	58
圖 7	大陸地區人民專案申請來台接受醫療服務流程圖.....	99



第一章緒論

當美國 2007 年爆發次貸風暴，接著 2008 年發生二房(房地美和房利美)信貸危機，造成美國金融體系最慘重的傷亡，而美國經濟在此衝擊之下走向衰退。而由於全球化或地球扁平化的影響，世界另外兩大經濟體，歐盟與日本也受金融海嘯拖累，經濟成長已由正轉負；不過，近二十年來，即使歐、美、日都彈盡援絕，台灣總還有一顆定心丸，那就是近在咫尺的中國大陸，靠對大陸出超維持經濟成長。然而這個無敵巨人到底仍非無懈可擊。歐、美、日這三個主要進口市場俱因經濟疲弱而大為緊縮，大陸世界工廠的產品再價廉物美，也將走投無路，台灣因而面臨斷炊窘境。台灣既然是以出口為導向的國家，無論刺激消費還是擴大內需都僅是救急，如何找回訂單或是創造需求才是根本解決之道。

其實，早在民國 93 年，政府為因應知識經濟的發展、產業結構的改變及提升國民生活品質，行政院經濟建設委員會與相關部會研訂的「服務業發展綱領及行動方案」(經建會 2004)以服務業發展再創台灣經濟奇蹟為願景，並以提高附加價值，創造就業機會為二大主軸。似乎正是目前搶救台灣經濟的最佳藥方，但近幾年由於國政廢弛、經濟失血，國內部門疲弱至極，空有計畫卻因執行力不彰而未能落實。而近幾年的產業統計也在在顯示台灣已面臨不得不由生產製造業轉型為以服務業為主的社會結構。

98 年 5 月 22 日，行政院主計處所公布的最新統計數字顯示台灣 4 月份的失業率高達 5.76%，較 3 月份的失業率 5.81%下降 0.05%，但經季節調整後，失業率仍上升 0.05%(主計處 2009,5)，未來極可能再發生另一波廠商倒閉和裁員潮，再遇上 5 至 8 月的學校畢業季，失業率將再創新高，搶救失業已是刻不容緩；此時身為民眾健康的最大保障的社會福利-全民健康保險卻又陷入破產危機，健保財務缺口早成全體醫界不可承受之重，偏偏今年又有許多增加支出的健保新措施即將上路，會不會變成壓垮駱駝的最後一根稻草，頗令人擔憂。

另一個年初才新出爐的統計數字也顯示，觀光旅遊業也受不景氣影響而明顯下滑，更凸顯出醫療產業不被景氣所牽連的獨特性。但因為醫療法規及健保制度的雙重緊箍咒箝制下，台灣近年來中小型醫院因經營困難，已倒閉兩百多家，醫療業也同樣陷入另一困境。我國自民國 84 年 3 月 1 日實施全民健康保險以來，醫療生態即有了巨大的轉變(健保局 2009)，由於臺灣醫院的大型化趨勢，加上全民健康保險政策的改變，更是造成許多三百

床以下的中小型醫院生存不易，因此，在全民健康保險實施後，臺灣醫療市場集中度普遍有提高的現象（競爭程度下降），但也有部分醫療區域呈現集中度下降的情況（競爭程度提高），如：桃園醫療區。更有原本競爭程度不高的市場變得越不競爭，如：彰化醫療區。而原本即是高度競爭的市場則變得更為競爭，如：臺北、臺中醫療區（盧瑞芬、謝啟瑞，2003）。

再則，民國 90 年總額制度實施後，支付基準改為醫療服務相對點數的支付方式，因此，在此種支付制度下，醫院所採取的策略不再是服務量的提升，因為服務量的提升反而會稀釋每點支付金額，造成服務量越高但不一定收入就越多多的情況，於是許多醫院紛紛改變經營策略，以成立整型美容中心、自費健檢、近視雷射矯正等自費醫療服務來增加醫院收入。高雄更有某醫學中心成立全台第一家嗓音美容中心，在在顯示醫療業務的擴展已由全民健康保險給付項目朝向自費醫療服務市場，此外，臺灣醫務管理學會更於 2001 年舉辦「醫療業務擴展與社區服務研討會」（醫管會 2001），來探討醫院如何規劃與開辦自費醫療服務業務。由此可知，自費醫療服務市場的開發已是國內醫療市場的趨勢，面對台灣整體醫療制度之困境，身為醫界一份子，無時不思考如何於此醫界艱困環境中尋求改進與創新之機會，也因此激盪了研究本主題之動機。

1.1 研究背景與動機

1.1.1 全球經濟風暴

當美國 2007 年爆發次貸風暴，接著 2008 年發生二房危機，造成第四大投資銀行雷曼兄弟宣告破產，全球最大券商美林公司被美國銀行收購，保險巨人 A I G 也搖搖欲墜，造成了迄今為止最慘重的傷亡，而美國經濟在此衝擊之下走向衰退。實際上在此之前，全球另外兩大經濟體，歐盟與日本，經濟成長已由正轉負；對於向來高度依恃國際貿易的台灣而言，斷不能再靠他人的蔭庇，扶持台灣度過當前難關。儘管之前的李、扁政權要封堵兩岸往來，台灣經濟仍在鎖國政策之下大批企業、資金、人才流往彼岸而造成長期的失血；但中國大陸超強的成長動力，以及其作為世界工廠對台灣中上游產業的強勁支撐，愈來愈成為我們不可或缺的新援手。近幾年由於國政廢弛、經濟失血，國內各部門疲弱至極，過去 4% 上下的經濟成長率幾乎全靠對大陸出超維繫。然而歐、美、日這三個主要進口市場俱因經濟疲弱而大為緊縮，世界工廠的大陸也面

臨製造業的萎縮。何況近年來中國的黑心商品頻頻出現，最近更有三鹿毒奶粉毒害幼兒，大陸產品的品質常令人難以安心，在貿易對手刻意渲染之下，「物美」恐怕也已不可能是優勢。則每年數以千億美元計的大陸出口品即唯賴「價廉」對抗眾多競爭者。但石油價格自每桶二十美元暴漲至百元上下，跨洋運輸成本大增，有時可占產品售價之半，即使近來油價回跌，係因景氣轉差造成需求低迷所至，一旦景氣復甦而需求大增，油價會立即反應，目前國際油價仍維持在每桶六十美元以上，顯然低油價時代已過，於是價廉的優勢也立被摧毀。加以大陸沿海地區工資騰貴，中共當局復以勞動合同法、企業所得稅法、削減外銷退稅等手段，多管齊下無情打擊出口部門；在內外夾擊之下，世界工廠也已黯然失色且自顧不暇，不但要靠家電下鄉等等擴大內需的積極作為來力保經濟成長率 8%，甚至可能為其他新興市場後進排擠出場，而摧毀台灣最後一線希望。過去台灣的經濟成長率幾乎全靠對大陸出超維繫，此刻面對中國大陸經濟動能的下降，台灣若無法自立自強，另闢蹊徑，未來景氣循環逆轉時，經濟復甦的順序將排在歐、美、日甚至大陸之後了，台灣能否撐到回春之時，尚在未定之天。

1.1.2 台灣旅遊業困境

由交通部觀光局所發布的 97 年 12 月暨全年觀光市場概況(交通部觀光局 2009,1)來看，97 年 12 月來台旅客為 35 萬 2,038 人次，與去(96)年同期相較，負成長 3.26%。其中「觀光」目的旅客 19 萬 3,715 人次，負成長 0.41%，「業務」目的旅客 5 萬 6,039 人次，負成長 17.72%。

主要客源市場人次及成長率分別為：日本 8 萬 9,938 人次 (-10.74%)、港澳 6 萬 2,497 人次 (17.98%)、韓國 1 萬 2,205 人次 (-46.84%)、中國大陸 3 萬 5,114 人次 (31.78%)、美國 3 萬 5,589 人次 (-11.03%)、新加坡 3 萬 1,737 人次 (-2.98%)、馬來西亞 2 萬 2,567 人次 (10.38%)、歐洲 1 萬 3,949 人次 (-5.67%)、紐澳 6,622 人次 (-9.58%)。就目的別而言，97 年 12 月份各主要客源市場，「觀光」目的以港澳成長 21.40% 最高，韓國負成長 59.42% 最低；「業務」目的則以中國大陸成長 82.95% 最高，韓國負成長 25.19% 最低。

97 年全年來台旅客累計 384 萬 5,187 人次，與 96 年同期相較成長 3.47%。由於受到全球金融風暴之影響，各國國內經濟皆呈現萎縮狀態，廠商接連倒閉及裁員，各國為活絡國內出口競爭力，相繼競賽貨幣貶

值，因此出國旅遊人數皆明顯下降甚至負成長，如日本市場 97 年 1-11 月出境負成長 7.02%，而香港至 11 月出境已由 1 月的 8%減少只剩 1.56%；相較亞洲各主要國家入境成長率，中國大陸與新加坡自 6 月起開始負成長，日本及香港由 8 月起開始負成長，在此國際旅遊市場艱困時期，我國在爭取國際觀光客來台方面，來台旅客市場仍能保持 3.47% 成長實屬不易，尤其觀光目的來台成長 7.69% 表現亮麗。97 年全年各主要客源市場，「觀光」目的旅客為 177 萬 5,229 人次，成長 7.69%，佔總人次百分比為 46.17%，以歐洲成長 34.59% 最高；「業務」目的旅客為 88 萬 1,431 人次，負成長 5.30%，佔總人次百分比為 22.92%，以中國大陸成長 10.57% 最高。

而雪上加霜的是近來 H1N1 新型流感的逐漸蔓延，讓幾乎已奄奄一息的觀光業承受更大的衝擊，所幸兩岸直航效益正日漸發酵，帶動一波波陸客的觀光潮，也算苦旱下的一股活水。

1.1.3 台灣醫療院所困境

健保困境-台灣的醫療現況

1995 年 3 月 1 日開始實施全民健康保險後，其前瞻性的支付制度，如論病例計酬、總額預算等，使醫療院所與中央健保局共同分攤財務風險，經營競爭壓力快速上升。依盧瑞芬與謝啟瑞教授（2003）發表的研究顯示，1980 年時，臺灣的各類型醫院共有 835 家，每家醫院之平均病床數為 82 床；2000 年時臺灣的各類型醫院縮減為 669 家，平均病床數增加為 171 床。期間 166 家醫院退出醫療服務市場。由平均病床數上升及其它數據來看，退出者多為 200 床以下之中小型醫院，整體醫療院所所有逐漸大型化之趨勢，社區醫療骨幹的地區醫院，由健保實施前民國 78 年的 750 多家，到 96 年底只剩 250 多家。2008 年健保財務缺口擴大逾 300 億元，估計 2009 年底將虧損超過 600 億元。行政院將調漲健保費率作為最後手段，今年底前應不會調漲。劉揆表示，未來會先朝調高菸品健康捐、增加公益彩券盈餘或擴大費基等多元方式改善健保財務。而 98-2-18 新聞報導，全民健保的主管機關-衛生署，因考量今年推行 1.5 代健保的時機不佳，署長葉金川公開宣示暫緩 1.5 代健保，全體醫界繼續苦撐待變，未來直接規劃 2 代健保(衛生署 2009)。

1. 全民健康保險覆蓋率

根據內政部統計處 2002 年的資料顯示，1995 年 3 月 1 日全民健

康保險開辦前，1950年開辦的勞工保險(勞工保險局)、1958年開辦的公務人員保險(中央信託局公務人員保險處)以及1989年開辦的農民健康保險等三項主要社會保險體系分別覆蓋了35.75%、2.75%與8.43%的總人口。以當時總人口數21,357,431人來看，還有11,333,827人(53.07%)尚未納保。全民健保實施以後，保險體系覆蓋率快速提升到接近89.54%。至2002年底的被保險人總數為21,869,478人，除以當時的總人口數22,520,776人，覆蓋率持續維持97.11%的高水準(表1)。至2008年底，覆蓋率已超過99%。

表1 各類社會保險之總投保人數與比率

各類社會保險之總投保人數與比率(中華民國七十一年至九十一年)									
年度	總人口數	勞保39年 開辦	勞保投保 比率	公保47年 開辦	公保投保 保比率	農保78年開 辦	農保投保 保比率	健保84年開 辦	健保投保 比率
七十一年	18,515,754								
七十二年	18,790,538								
七十三年	19,069,194								
七十四年	19,313,825								
七十五年	19,509,082								
七十六年	19,725,010								
七十七年	19,954,397	5,980,157	29.97%	496,175	2.49%				
七十八年	20,156,587	6,549,661	32.49%	515,387	2.56%	1,344,155	6.67%		
七十九年	20,401,305	6,852,978	33.59%	536,775	2.63%	1,571,296	7.70%		
八十年	20,605,831	7,281,445	35.34%	549,615	2.67%	1,653,676	8.03%		
八十一年	20,802,622	7,708,868	37.06%	560,127	2.69%	1,695,167	8.15%		
八十二年	20,995,416	8,144,183	38.79%	572,122	2.72%	1,708,488	8.14%		
八十三年	21,177,874	8,496,883	40.12%	581,047	2.74%	1,737,740	8.21%		
八十四年	21,357,431	7,635,063	35.75%	588,354	2.75%	1,800,187	8.43%	19,123,278	89.54%
八十五年	21,525,433	7,434,299	34.54%	597,895	2.78%	1,812,293	8.42%	20,041,488	93.11%
八十六年	21,742,815	7,500,917	34.50%	600,026	2.76%	1,812,260	8.33%	20,492,317	94.25%
八十七年	21,928,591	7,597,386	34.65%	574,364	2.62%	1,806,392	8.24%	20,757,185	94.66%
八十八年	22,092,387	7,738,971	35.03%	624,116	2.83%	1,800,059	8.15%	21,089,859	95.46%
八十九年	22,276,672	7,915,789	35.53%	630,380	2.83%	1,779,500	7.99%	21,400,826	96.07%
九十年	22,405,568	7,779,127	34.72%	630,264	2.81%	1,766,854	7.89%	21,653,555	96.64%
九十一年	22,520,776	無數據				1,748,558	7.76%	21,869,478	97.11%

備註：自八十八年五月三十一日起「公務人員保險」、「私立學校教職員保險」合併改為「公教人員保險」

資料來源：中央信託局公務人員保險處；勞工保險局

除了被保險人口增加之外，政府為了提升醫療可近性，也指定

各層級公立醫療院所均應為保險之門、住診醫療服務機構，主管機關並接受符合特約醫療機構設置條件之私立醫療院所申請加入醫療服務提供的行列。1995 年底全民健康保險的各種特約醫療院所總數為 15,662 家，2002 年底的上述特約醫療院所總數達到了 20,997 家（表 2）。經過估算，臺灣地區大約有 97.5% 的西醫醫院、88.5% 西醫診所、85.9% 中醫診所、96.8% 牙醫診所與 52% 的藥局成為全民健康保險特約機構。

表 2 健保特約醫事服務機構家數

年別	總計	醫療機構 Medical Care Institutions								其他醫事機構 Other Med. Care				
		西醫醫院總數	醫學中心	區域醫院	地區醫院	中醫醫院	西醫診所	中醫診所	牙醫診所	藥局	指定醫事檢驗機構	居家照護機構	助產所	精神科社區復健
八十四	15,662	681	13	48	568	102	7,633	1,620	4,615	804	140	85	28	6
八十五	18,338	661	13	52	544	88	8,146	1,727	4,859	2,608	150	112	30	9
八十六	19,619	656	14	56	534	82	8,388	1,818	4,976	3,337	222	148	28	16
八十七	19,932	622	17	61	496	69	8,530	1,878	5,043	3,364	236	191	24	23
八十八	19,966	584	18	63	503	66	8,311	2,006	5,202	3,263	231	253	20	30
八十九	19,845	577	22	71	484	52	8,241	2,100	5,362	3,061	230	304	18	38
九十	20,071	565	23	74	468	44	8,256	2,225	5,468	2,860	243	340	24	46
九十一	20,997	553	23	80	450	37	8,404	2,355	5,609	3,348	226	390	22	53

備註：八十八年一月份起未經評鑑合格僅辦理門診業務之西醫醫院併入西醫診所計算

資料來源：中央健康保險局

政府藉著社會保險覆蓋率的擴張、保障內容的深化和公部門醫療資源的補助，致力於人民健康照護體系的建立。由於公設單一醫療保險人的介入，臺灣醫療成為第三者付費的經濟市場。民眾就醫的經濟壓力頓時減少，上述醫療可近性增加之後，醫療使用量開始上昇。醫療院所的總數量在健保開辦後稍微回升，反應了醫療需求增加所造成的供給量相對上升現象。

問題是，中央健康保險局以獨買保險人的角色，忽略服務價格的市場因素，限制醫療服務品項的單位價格。結果是個別醫療服務之單項利潤分佈不均，部分單項利潤可能微小甚或虧損。另外，在整體醫療服務，健保局卻又引進市場經濟競爭。兩項措施的交互影響，使得醫療院所採取相對因應手段，以獲取較大之生存資源。首先是盡其所能提供大量醫療服務，造成所謂的「衡量競爭」，以弭

平單項利潤微小的困境。其次是選擇利潤較佳，相對醫療成本（包括醫事糾紛）較低的科別或項目加以發展，造成診所及大醫院門診業務異常增大。住院醫師紛紛選擇進入「業務輕鬆科別」服務的現象。其中衡量競爭造成醫療院所間資源重複耗用，終於導致健保財政逐漸陷入困境。

2. 健保總額預算制度

由於我國健康保險制度為強制投保、強制特約之狀態，醫療院所大部分的收入皆來自中央健康保險局之費用給付。如同前面所述，健保支付制度之論量計酬設計，民眾就醫經濟障礙降低、醫療可近性提高，結果造成醫療使用量上升。醫療院所為達自身財務平衡也提供多樣醫療服務，整體醫療費用遂隨之上漲。收入面部分則為政治因素多次干擾，無法合理調整健保保險費用收入。這些政治因素包括了調低平均眷口數、保險費率持續十多年不調整、部分負擔費率的反覆等。入不敷出的結果終於造成健保財務的失衡。

大約在 1998 年 5 月左右，健保支出趨勢線即向上穿越收入趨勢線，開始出現財務入不敷出現象。截至 2002 年 6 月底，健保安全準備金僅餘 102 億元，遠低於法定之單月給付總額 275 億元（依照年均給付總額 3,300 億元計算）。自 2002 年 10 月起，健保安全準備金已低於零。明顯的財務窘境使健保局陸續提出抑制費用上漲之行政手段。在供給面節制方面，有診斷關係群制度（Diagnosis Related Groups, DRGs）、論人計酬制（Capitation）、醫院合理門診量及其它總額預算限制；在需求面節制方面，則有提高門診部分負擔與高診數加重自付額等制度，期使醫病雙方對醫療資源的使用趨於謹慎保守。在所有上述供給與需求節制措施中，以 2002 年 7 月對醫院層級實施之醫院級總額預算支付制度對醫院經營之影響最大。

所謂「總額預算支付制度」係指保險人與醫療服務提供者，就特定範圍的醫療服務項目之一部或整體，預先以協商方式訂定未來一段時間內之醫療費用總額，以確保保險財務收支平衡之醫療費用預付制度。我國自 1998 年 7 月開始試辦牙科總額，2000 年 7 月為中醫總額，2001 年 7 月為西醫基層醫療院所總額，2002 年 7 月實施醫院層級總額制度。自中央健保局實施總額預算制度之後，各醫療院所間由於互信不足，擔心他人提供更多服務量而使每點點值下降的預期心理高漲，醫院與醫師個人紛紛提高自己的業務量，以期

維持原有收入。這種一方獲利來自另一方損失之「零和賽局」

(zero-sum game) 影響 (巫和懋、夏珍, 2002), 各醫院持續大量產出, 終使每點點值 (產品單價) 下降。平均每點點值損失 3~7%。

台灣從 1995 年 3 月開始開放國家健康保險, 到目前已達到 99% 的覆蓋率(陳在晉, 2008)。與世界各已開發國家相比, 多年來台灣的全民健康保險費率一直維持在 4.25%, 明顯偏低(表 3); 而再與世界各地 OECD(經濟合作發展組織, Organization for Economic Co-operation and Development) 國家相比, 台灣政府投入健保之資金佔 GDP 比率(%), 是全世界最低(表 4), 台灣只有百分之五點四, 遠低於美國百分之十五點三、法國百分之十一、德國百分之十點七、日本百分之九點七。

表 3 世界各國保險費率比較

國家	台灣	日本	德國	法國	希臘	比利時
保險費率	4.25%	9.77%	13.8%	19.6%	11.45%	7.35%

資料來源：陳在晉，2008

表 4. 世界各國醫療支出占國內生產毛額之比率

國家	加拿大	法國	德國	義大利	日本	韓國	瑞典	瑞士	台灣	英國	美國
%GDP	9.8	11.1	10.7	8.9	9.7	6	9.1	11.6	5.4	8.3	15.3

資料來源：陳在晉，2008；(OECD Health, 2005)

而政府允許之總額年增率也僅 4.5%，難怪這些年來健保財務常常呈現虧損之困境，至 97 年二月已短絀 280 億元，預估至 98 年底，健保財務缺口可能高達 600 億；健保支出快速成長，主要是受到高齡人口增加、重大傷病人數增加、新藥以及高科技醫療器材納入給付等因素的影響。最近的新聞報導顯示有許多企業裁員、減薪，政府機關也減少約聘僱和外派人力，總體失業率上升；諸多現象都明白指向同一個後果：健保收入急速下降！但是支出面卻增加許多高價項目，98 年起健保另增廿三項重症給付。在中央健保局提出的精算報告中，認為目前健保費率應提高到百分之五點一八才能維持收支平衡(中央社，2008)；台灣實施全民健保對全民雖是德政，但對整體醫界確是困境。健保制度雖然得到大部分國人的肯定與支持，但是，健保財務卻潛藏著諸多的隱憂與危機。健保開辦已邁入第十四年，但原設計五年為一週期的平衡費率 4.25%，卻從未調整(吳志倩，2006)；而雇主及政府應負擔的平均眷口數上限，則由開辦時的

1.36 人，陸續調降至目前的 0.78 人，每調降 0.1 人，一年約減少 80 億元保險費收入；且自付眷口數的上限，於民國八十八年修正全民健康保險法時，亦由開辦時的五口調降為三口，一年約減少 30 億元保險費收入。凡此均造成健保收入之減少(吳志倩，2006)。

在過去 10 年(1996-2005)，台灣 65 歲人口增加 30.8%，但健保醫療費用支出卻增加 138%(朱澤民，2008)；而重大傷病患者遽增，以佔 3% 病人數卻佔醫療費用之 26.4%(朱澤民，2008)。而根據經濟合作發展組織 (OECD) 的研究，65 歲以上的老人每人平均醫療支出，約為 65 歲以下者的四倍。此外，新醫療科技的引進、民眾醫療需求的增加，凡此均使醫療費用呈現大幅的成長，而導致健保保險費收入，不足以平衡快速成長的龐大支出(吳志倩，2006)。

總額預算支付制度設計的原始目的即為節制費用支出。在制度實施後，醫療團體必須共同負起控制醫療費用成長的責任。希望藉由醫療院所間的合作與醫界自主管理及同儕制約機制，減少保險人對院所用藥與治療等服務項目之監控成本。節制不必要的浪費。節省費用投入其它保險政策目標，可以讓資源分配更符合保險人的期望。財務風險的責任也有相當部份自保險人轉移給醫療服務提供者。根據世界各國的先例與醫療經濟理論，總額預算的實施，會有如下的影響 (莊逸洲、黃崇哲，2000；盧瑞芬、謝啟瑞，2000)：

(1) 醫療成長趨緩，甚至減少：節制醫療費用成長原本即為總額支付制度的設計目的，醫療費用成長速度一定會受到限制。如果醫療同儕之間對於醫療費用成長的步調不一致，可能導致某些營業數量溫和上升之醫療院所，因單位價格巨幅下降，造成實質收入減少的現象。

(2) 在醫療費用成長趨緩的現實下，壓縮之淨利潤空間將使成本控管成為醫院經營成敗的分野點。強化管理式醫療照護的能力，減少資源虛耗，才能爭取合理淨利潤與生存空間。

(3) 醫院行政人事費用增加：總額支付制度下，醫療團體必須加強自主管理能力。例如案件審查以「同儕制約」的精神，由醫事服務提供者自設團體負責主導。這些為因應新制所投入的人力及其它管理資源，將會導致醫院行政費用上升。

(4) 醫界爭執不斷：由於總額預算額度是保險人與醫療提供者共同協商產生。醫界能否推出足以代表醫療團隊的談判者，不無疑

義。另外，總體醫療費用受限也將使醫界因爭取資源分配而有內部權力位階激烈洗牌的現象。如何在有限的資源下分配均宜、拿捏得當，這樣的責任角色將自保險人轉移到上述醫療服務代表團隊。

臺灣健保總額預算實施後，每點的點值在初期可能有些不同。牙醫總額初期每點點值從 0.9714、0.9925、0.9823 等小於 1 元的數字，經過團體學習之後，勉強達到每點 1.0207、1.0223 的水準；最後還是回到每點 0.97 元。中醫總額也有類似的現象，從每點 1.1627 元的「好光景」，漸漸歸入每點 0.9783 元。相同的，西醫基層總額每點 1.0148 元也無法維持太久，至 97 年已降到每點 0.93 元（健保局，2009）。

醫院總額預算自始即很辛苦。以 2002 年第三季與第四季點值分別為 0.9614 與 0.9658 為例。照這樣的點值計算，再加上已設定之 3% 核扣率基準，這兩季醫院被核扣後之初估收入大約為健保申請金額的 93.25% 與 93.68%。換句話說，醫院的淨利潤率必須分別超過 6.75% 與 6.32%。這樣的淨利潤率對許多中、小型私人醫院而言，在如此競爭的醫療環境之下幾乎是不容易達成的。

另外，在 2003 年度預計的醫院總額分配架構中，健保局設定門診服務量總額僅佔所有總額的 43%。以 2002 年度各層級醫院門、住診服務量的比例來看，醫學中心的比例為 47：53，區域醫院的比例為 49.8：50.2，地區醫院的比例則為 58：42（健保局，2003）。將醫院總額之門診部分控制在較低的 43%，對於門診收入佔總收入比例愈高的醫療院所愈不利，會形成收入壓縮的現象。雖然減縮醫院輕病門診是醫院總額既定的政策目標，但是完全不考慮不同層級醫院提供門診服務的差異性，將更大幅減少地區醫院的生存機會。

此外，醫療費用衰退幅度相對於整體經濟衰退為大，大概為 -5.39% $[-7.35\% - 1/2 (1.60\% + 2.32\%)]$ 。也就是說，整體醫療費用成長 -7.35% 的減緩值中，-5.39% 是屬於非經濟因素之衰退。政府年均減少支出 2.1%，民間年均減少支出 1.14%，這些減少的缺額皆由醫界補足，整體醫療收入年均減少 1.47%。根據 Lu and Hsiao (2003) 的研究同樣也顯示，1992 年起臺灣全國的醫療費用成長即逐年下降。醫界所付出的代價就是除了經濟與通貨膨脹的年成長衰退，額外年損失 5.39%，最終使得前後兩組四年平均衰退值間差距 7.35%。如果用年均成長趨勢來表示，年均整體醫療費用減少之 1.47%，

相對於其它各行各業而言（成長衰退程度以 GDP 經濟與通膨成長率衰退之平均值計算），每年更加衰退 1.09%。也就是說，醫界的收入（醫療費用成長率）相對於成本（人事與物資等通膨成長率）比例逐年變低，醫療院所的經營開始出現困難。醫界在整體醫療費用成長衰減幅度大於同期經濟環境的情況下，如果想要維持相同的收入與成本結構，唯一的方法就是在相對增高的成本下，得到更多的收入，也就是要自闢財源。

1.1.4 全球跨國醫療的現況

世界醫療旅遊整體的分布大概分為三個聚落即亞洲地區、歐洲及中東地區和南美洲地區，其中以亞洲地區的發展最受矚目，亞洲聚落成因在於亞洲有較低的人力成本，因此在全球發展醫療旅遊產業的同時具有極佳的成本競爭優勢，加上 2001 年美國的 911 恐怖攻擊事件更將原本中東的顧客群引導至對中東人較為友善的地區，如此更加速亞洲地區醫療旅遊的蓬勃發展。歐洲地區的發跡起源於早期溫泉旅遊的發展，醫療旅遊的發展歷程最早從古代希臘時期開始，利用溫泉旅遊的方式治療疾病（姜淑瑛，2003），因此歐洲是醫療旅遊發展最早的地區；而南美洲發跡的原因在於除了南美洲為美洲地區相對消費較低的國家，因此具成本的優勢以外，且許多美國 FDA 尚未核准的醫療項目在南美洲都能購買得到，誘使有這類需求的消費者前往。

跨國醫療是全球性的產業，歐美等國家民眾因為就醫需要等候較久時間，且費用昂貴，所以移到亞洲就醫。而亞洲未來的保健旅遊或跨國醫療市場看好，加上大陸、印度等國家經濟起飛，愈來愈多人會到國外旅遊及接受醫療，此外，越南及印尼也是未來看好的國家。保健旅遊與跨國就醫，自 2003 年起泰國、馬來西亞、新加坡等國政府觀光局便開始大力推動，2004 年香港也加入戰局，具有價格低廉、帶動觀光產業興盛等優勢。而新加坡，一年也有 40 萬人次，印度也積極推動眼科、外科手術及心臟手術的跨國醫療服務（表 5）。經建會表示，有鑑於全球醫療保健市場規模達三千億美元，泰國、新加坡已透過與跨國保險公司合作爭取到美、歐醫療商機，由於台灣的醫療費用約僅美、歐二至四成，深具優勢，衛生署將邀請美國人壽保險等十五家跨國公司座談，以爭食這塊國際醫療大

餅。經建會官員表示，美歐醫療費用愈來愈昂貴，又受金融海嘯影響的失業人口遽增，美國目前超過四千七百萬人沒有任何醫療保險，加上過去六年美國雇主贊助的醫療保費遽增 87%，使得企業雇主紛紛將保險外包至海外，與相關保險公司簽訂「醫療外包海外的保險合約」。

除了美國，英國與加拿大雖享有社會醫療保險，但對於無立即生命危險的手術，卻有等待時間過長的問題；另外九一一事件後，中東人赴美歐較不易，這些原因促使英、加及中東人也紛紛轉往亞洲就醫，估計全球醫療保健市場規模已達三百億美元。經建會表示，衛生署已派人赴泰、星考察，發現泰國、新加坡不但發展醫療觀光，更透過與跨國保險公司簽訂海外保險合約，以帶動國內醫療產業。泰國光是康民醫院（被新聞週刊譽為國際十大醫療保健醫院）一年所接待的外籍病患便達四十萬名，新加坡在 2005 年同樣也接待四十萬名外國病人(表 5)。

表 5 國際間醫療旅遊主要競爭者之實績

國家	起始年度(西元)	2005 年成績
新加坡	2000	40 萬外國人就醫（近 15 億美元收入）
泰國	2003	84 萬外國人就醫（近 5 億 6,600 美元收入）
韓國	2003	美容整形
印度	2003	成為英國人及週邊國家醫療度假及髖骨替換手術、開心手術、關節置換及癌症治療選擇
奧地利	2003	德國佔 58%、荷蘭佔 10%，其他西歐國家佔 17%

資料來源：吳俊賢，2008

亞洲國家皆有發展醫學美容相關的治療項目(表 6)，推究原因為人類原本就有愛美的習慣以外，媒體的推波助瀾、手術費用節節下降和在醫學技術的進步之下，過去要進手術房的醫療處置，現在都變得極為簡單迅速，更降低了民眾進入的心理障礙和不便性，加上亞洲地區優惠的價格更驅使想進行整形美容的客群前來順便旅行；而另有一部分客源是希望能來亞洲進行一些在原居住國所禁止或審查嚴苛的整形手術，例如變性手術，在這些亞洲國家當中都能在市場當中購得，增加了醫療的方便取得(Cortez, 2007)。

表 6 全球醫療旅遊相關技術項目

整形手術 Cosmetic Surgery	乳房整形 Breast augmentation / mastopexy / breast reduction 拉皮/割雙眼皮 Facelift/blepharoplasty 抽脂 Liposuction/body contouring	減肥手術 Bariatric Surgery	胃繞道 Gastric bypass 胃束帶手術 Laparoscopic adjustable gastric banding
牙科 Dentistry	牙齒美容 Cosmetic dentistry 口腔重建 Dental reconstruction/ prosthodontics	生殖系統 Reproductive System	人工受精 In vitro fertilization 全子宮切除術 Hysterectomy 前列腺切除術/經尿道切 除 Prostatectomy/trans- urethral resection 變性手術 Gender reassignment procedures
心臟內科及 心臟外科 Cardiology and Cardiac Surgery	冠狀動脈搭橋術 Coronary artery bypass 心臟瓣膜置換術/重建 Cardiac valve replacement /reconstruction 冠狀動脈腔內成形術/支架置 入術 Percutaneous coronary angioplasty / stenting 幹細胞治療心臟衰竭 Stem cell therapy for heart failure	器官和組織移植 Organ and Tissue Transplantation	器官移植 Solid organ transplantation - 腎 Renal - 肝 Hepatic 骨髓移植 Bone marrow transplantation 幹細胞療法 Stem cell therapy - 心臟衰竭 Heart failure - 神經系統疾病 Neurologic diseases
骨科手術及 脊椎手術 Orthopedic Surgery and Spine Surgery	人工髖關節置換術 Hip replacement/resurfacing 膝關節置換術 Knee replacement 關節鏡/關節重建手術 Arthroscopy/joint reconstruction 椎板切除術/脊髓減壓 Laminectomy / spinal decompression 椎間盤重建手術/置換手術 Disk space reconstruction/ disk replacement	其他服務 Other Services	眼睛雷射手術 LASIK eye surgery 健康檢查 General medical evaluation/ checkup

資料來源：Horowitz，2007；吳俊賢，2008

1.1.5 台灣發展醫療服務國際化現況

近年來部分東南亞國家致力推行醫療旅遊，其中最具成效者如新加坡、泰國、韓國及最近崛起的印度。這些國家都各自發展出具特色的醫療旅遊套裝行程，因此帶動國內許多就業機會，並活絡該國服務業發展。我國位於亞洲重要經濟、地理樞紐位置，繼實施全民健保，提升國民健康服務照護可近性後，衛生署更進一步於 2007 年規劃「2015 年經濟發展願景第 1 階段 3 年衝刺計畫-產業發展套案」推動「醫療服務國際化旗艦計畫」，將台灣優質醫療行銷於國際，使「顧客走進來、醫療走出去」，不僅可提升我國的國際形象，也可同時促進國內服務業之發展。台灣的國際醫療相較他國起步較晚，但經過經建會、衛生署、其他相關政府單位及專案管理中心與參與醫院的配合已有初階的成效，長期下來間接帶動其他產業發展，未來將繼續努力與國際接軌，使台灣能在國際醫療舞台上綻放光彩。

專案管理中心於 96 年 10 月 12 日完成委外招標程序，由台灣私立醫療院所協會得標辦理，並於同年 11 月 2 日正式成立後，依照業務內容劃分為評估小組、行銷推廣小組、標準作業暨教育推廣小組、法規暨醫療糾紛小組、國際市調小組、國際醫療保險小組、知識庫推廣小組及外語化標準小組等 8 小組(國際醫療專案管理中心, 2009)。目前專案管理中心已依全國北、中、南、東地區所在之醫療院所中挑選 20 家區域級以上醫院參與計畫並接受專案輔導，該 20 家醫院皆須依規定規劃設置國際醫療服務專區。目前參與醫院所規劃之專區床數自 3 床至 54 床不等，其比率多數未超過各該醫院總床數之 5%，僅 1 家醫院規劃床數占總床數比率達 7.85%，各醫院醫療服務國際化之服務提供量均未超出其餘裕容量，並不影響國內民眾就醫權利。

醫療服務國際化推動計畫由台灣私立醫療院所協會主持，邀集中華民國對外貿易發展協會與中華經濟研究院攜手合作，共同努力推廣台灣醫療服務與相關產業，以呈現行政院「醫療走出去，病人走進來」的總體目標。醫療服務國際化專案中心作為計畫主要執行單位，目標是成為台灣醫療旅遊發展的平台，促進以行政院衛生署

為首的政府機關、醫療機構及民間業者之間的合作，將台灣的頂級醫療推廣到全世界，成為外國病人醫療旅遊的首選。台灣的觀光資源豐富，除了擁有許多知名的世界級地理美景外，歷史文物、文化創意及各類展覽會等，都能吸引不少外籍人士目光。

醫療服務國際化專案管理中心剖析台灣優質的醫療服務，已建立一套英文版說帖，突顯台灣醫療服務項目之6大優勢：1.高品質，2.合理價格，3.高科技，4.病人導向的服務，5.整體的醫療項目，6.專業團隊(如圖 1)為主軸，作為推廣台灣醫療產業服務的形象。



圖 1 突顯台灣醫療服務項目之 6 大優勢

資料來源：醫療服務國際化專案管理中心

計畫成立以來，醫院已展現治療國際病人的實際成績。根據實際門診人數的推估，七個月內 20 家醫院提供了 0.286 億元的產值，306 人的就業機會，提供國際病患服務 4,529 人次及誘發 0.286 億元新台幣的民間投資。如以全年推估則可得 0.48 億元產值，國際病患服務 7,764 人次，創造 524 人的就業機會以及誘發 0.48 億元新台幣的民間投資。(2008 中國時報記者歐佼齡/高貴林報導)為打響台灣知名度，促進台灣商業發展，溫哥華台灣貿易中心(台貿中心)也有新計畫，推出台灣醫療旅遊計畫，將台灣優質的醫療環境及人才向全世界推廣。台貿中心專案經理蔡志偉表示，亞洲地區的醫療環境開始對北美及歐洲地區產生很大的吸引力，簡單分析原因可以發現：美國是費用太貴，歐洲如法國、英國則是保險不給付，加拿大則有等待時間太長的問題，使得台灣高品質、高效率及相對低廉的服務，顯得有更大的吸引力。此刻歐、美正陷入經濟困境，其醫療業

及保險業也受到波及，將更凸顯台灣醫療價廉與物美的雙優勢，而觀光醫療原本就是要吸引對醫療有需求且有一定經濟能力的國際人士，因為沒有真正醫療需求者不可能被人為因素所操縱，若缺乏經濟能力也無法進行海外就醫，換言之，尋求國際醫療者擁有一定的消費力，台灣正需要這種經濟力量。

醫療旅遊在國際間已經逐漸形成一股趨勢，而亞洲在癌症治療、美容醫學、健康檢查方面則有很大的吸引力。以台灣為例，健康檢查、癌症治療及眼科手術等上都有相當高的水平及相對低廉的價格；優質的醫療體系、高效率及與北美距離短，都是台灣的優勢。即將推出健康旅遊業務的富邦旅遊總經理劉先彬表示，整個旅遊套餐的設計已接近完成的階段，將把赴台灣健康檢查及旅遊做結合，目標設定為一周的行程。但他也說，計畫的關鍵點仍在於如何提供遊客有吸引力的價格，所以要與航空公司及健康檢查醫療院所合作，為旅客爭取更好的價格。劉先彬指出，台灣有先進的醫療器材，成熟的技術及絕佳的臨床經驗，有一定的吸引力，但如何推廣台灣的醫療形象才是成功的關鍵；因此目前會先針對溫哥華的台灣移民做推廣，但慢慢的一定會向當地的西人社群做推廣，可能的方式包括在主流媒體刊登廣告，與當地旅館業者合作，製作小冊子介紹台灣的醫療旅遊等。在提升台灣醫療形象及知名度上，台貿中心蔡志偉表示，會先做初步的工作，未來台灣方面也會有相關業者以異業結合的方式，共同來溫哥華地區做推廣。他指出，目前台北萬芳醫院、金龍旅行社及圓山飯店就已經有一起推廣的意願。但除了台灣的業者外的參與外，與當地業者的配合也是重要的一環，蔡志偉表示，雖然現在台灣醫療旅遊還在起步階段，配套還不完整，但他相信以台灣醫療及觀光資源豐富，將有很好的發展空間。

1.2 研究目的

綜觀本研究的背景與研究動機，歸納出本研究的目的：1.檢視醫療旅遊產業競爭環境。2.探討台灣醫療旅遊個案的商業模式。3.綜合本研究產業分析結果和個案商業模式：(1)探討台灣適合的國際醫療價值鏈暨發展模式。(2)探討台灣熱門旅遊景點適合的醫療旅遊價值鏈暨發展模式。供台灣醫療業、旅遊業及政策制定者參考。

1.2.1 台灣需要產業轉型與升級-服務業將成為產業主流

回顧台灣經濟的發展過程，由於價廉質優的製造優勢及出口導向的貿易政策，使得我國走向以製造業為發展重心的經濟型態。即使早在民國 70 年代後期，我國服務業的產值及就業人口就已超過製造業，惟經濟發展的重心仍著重在製造業。如今，面對經濟全球化及專業分工日益多元化的發展趨勢下，後進國家挾其廉價勞力、土地、原物料及廣大市場的優勢，使得我國多年來以製造業為經濟重心的發展策略受到嚴重衝擊，再加上製造業部門全球佈局所產生的就業不足問題。因此，我國過去「重製造業、輕服務業」的產業政策，必須有所調整。

副總統蕭萬長日前南下義守大學談經濟轉型與產業發展(2009/05/03 記者陳明成)，解析現今台灣產業結構，讓社會大眾了解台灣產業如何轉型，才能再度發光發熱。繼「搶救失業南部發聲」振興經濟公聽會，義守大學與邱毅立委國會辦公室再度聯合舉辦「台灣經濟轉型與新興產業發展」演講活動，蕭萬長以專業財經學者身分，解構台灣產業現況與論述企業如何提升效率，從而促成整體經濟繁榮，解決當前失業率攀升問題，吸引了南台灣產、商、學界眾多重量級人士參與，場面盛況空前絕後。蕭萬長說，危機就是轉機，因應現今的經濟現況台灣應當趁機轉型，如同人在生長期的「轉骨」。他提出台灣應當以研發與創新為基礎發展新興產業，創造競爭優勢，重點則在生物科技、綠色能源、醫療照護、觀光休閒、精緻農業及文化創意等六大新興產業。

他提出，生物科技產業方面，台灣政府日前通過「台灣生技起飛鑽石行動方案」，推動生技創投基金(BVC)、生技整合育成中心(SIC)等機制，食品藥物管理局(TFDA)，期能讓生技產業產值倍增，成為兆元產業。在綠色能源產業方面，政府期望將優勢產業由 IT(資訊科技)向 BI(生物科技)及 GT(綠能科技)轉移，從太陽能光電、LED 到風力、生質能源等，綠能產業也是政府推動的重點。醫療照護產業方面，台灣醫療技術先進，又有全世界羨慕的全民健保制度，要把醫療照護變成產業而不是負擔，為此政府推動「健康照護升值方案」，其措施包括有長期照護產業、養生保健產業、智慧醫療服務、醫療服務國際化等政策。精緻農業方面，鼓勵發展具有市場潛力如

花卉、熱帶水果、觀賞魚等產業，也發展優質種苗產業，推動台灣成為亞太植物、水產及種禽等種苗中心。全部產業將利用觀光旅遊進行串連，未來將創造 5500 億元的觀光收入，帶動 40 萬觀光就業人口，吸引 2000 億元民間投資，引進至少 10 個國際知名連鎖旅館品牌進駐台灣。文化創意產業方面，則是藉由台灣多元豐富的文化，發展具有優勢的產值，創造下一波產業發展的契機。

隨著經濟快速發展，服務業已成為全球先進國家經濟成長的主要動力。台灣也不例外，未來的經濟結構也續將以服務業為重心。依據行政院主計處統計，服務業產值占國內生產毛額（GDP）比重自 1988 年起超過 5 成，2001 年超過 6 成，2002 年我國服務業產值 GDP 的比重為 67.8%，至 2007 年上半年已高達 72.6%。我國已是一個服務化的社會，這顯示我國的經濟已轉型為以服務業為主體的經濟體系(表 7)。

表 7 台灣服務業分析

單位：億美元

年份	GDP	服務業/製造業	服務業比重	服務業出口額	服務業出口額/ 服務業產值
2003	3,127	2,244/879	71.73%	232	10.34%
2004	3,168	2,304/810	72.73%	258	11.20%
2005	3,327	2,440/831	73.34%	260	10.66%
2006	3,616	2,655/904	73.42%	293	11.04%

資料來源：行政院主計處

雖然我國經濟發展早已由工業經濟邁入以服務業為主導的階段，並已接近美國、德國及日本等先進國家的經濟形態，然我國服務業的創新密集度及就業創造效果卻較低(表 8)。服務業涵蓋範圍廣泛，為發揮提高附加價值及創造就業效果，政府將推動包括法規鬆綁、服務業科技化、協助資金籌措、致力服務創新及規劃服務業品質認證等五項整體措施，以塑造優質經營環境，使服務業成為經濟成長的動能。服務業就業人數占總就業人數比重自 1995 年起超過 5 成，2003 年我國服務業就業人口占總就業人口的比重為 57.9%，至 2007 年上半年則達 58.0%(主計處，2008)，顯見服務業對促進經濟發展扮演舉足輕重的角色。在個別服務業方面，亦擇定優先推動包括流通、醫療、電信、觀光、資訊、設計、研發、數位內容、流行文化、環保、工程及管理顧問等 12 項重點服務業，針對各項服務

業的現況加以描述，並發掘面臨問題，藉由競爭力分析，擬定發展願景及目標，並進一步研擬發展策略及輔導措施，期盼經由該等細部執行計畫的落實推動，逐步達成我國服務業發展的既定目標。

表 8 主要國家 2002~2003 年服務業占 GDP 及就業比重 單位：%

國 別	農業		工業		服務業	
	產值占 GDP 比重	就業人數所占比重	產值占 GDP 比重	就業人數所占比重	產值占 GDP 比重	就業人數所占比重
中華民國	1.8(03)	7.3(03)	30.4(03)	34.8(03)	67.8(03)	57.9(03)
香港	0.0	0.3	13.0	18.3	87.0	81.4
美國	1.4	2.6	22.0	21.8	76.6	75.6
德國	1.0	2.5	26.5	31.9	72.5	65.6
法國	3.0	3.6	25.0	23.9	72.0	72.5
英國	1.0	1.4	30.0	24.1	69.0	74.6
日本	1.3	4.2(03)	30.4	28.7(03)	68.3	67.1(03)
新加坡	0.0	0.3	34.0	24.6	63.0	75.1
南韓	3.2(03)	8.8(03)	34.6(03)	19.1(03)	62.2(03)	72.1(03)
中國大陸	14.8(03)	44.1	52.9(03)	17.7	32.3(03)	38.3

資料來源：行政院主計處；註：(03)為 2003 年資料。

經建會擬定之「2015 經濟發展願景」中，第一階段衝刺計畫(2007-2009 年)的產業發展套案裡，提到「旗艦二開創產業發展新局」服務業產業升級轉型細部執行計畫(彙整機關：行政院經濟建設委員會 96 年 10 月)，並於 97 年 9 月 11 日行政院會通過「因應景氣振興經濟方案」，主要擬定「刺激消費」、「振興投資、加強建設」，以及「穩定金融、促進出口」三個基本政策方向，內容包括：照顧弱勢、鼓勵消費、促進就業、優惠房貸、加強公共建設、促進民間投資、穩定金融及股市、加強中小企業融資、拓展出口以及推動租稅改革等 10 項具體措施。本方案之實施，預估可望帶動國內投資及消費，並對 98 年之經濟成長有所助益，預期 2009 年服務業名目 GDP 將從 2006 年的 8.5 兆元，提升至 10.5 兆元，產值占比達 72.7%(表 9)。

表 9 台灣服務業 2009 年發展預估目標

項 目	2006 年	2009 年
服務業名目 GDP(占整體 GDP 比重)	8.5 兆元 (71.7%)	10.5 兆元 (72.7%)
服務業就業人數(占總就業人數比重)	598.3 萬人 (58.5%)	632.7 萬人 (60.4%)
勞動生產力 (萬元/人)	142	166

資料來源：行政院經濟建設委員會

2004~2008年，我國服務業發展的年平均成長率為6.1%，國內生產毛額(GDP)將由2003年的新台幣6.68兆元提高為新台幣8.99兆元，占GDP比重將由2003年的67.8%提高為71.4%。服務業就業人數將由2003年的554.3萬人提高為2008年的613.9萬人，占總就業人數比重將由57.9%提高為60%。2004~2008年，知識密集服務業的年平均成長率為8%，其GDP將由2003年的新台幣3.15兆元提高為新台幣4.78兆元，占GDP比重由2003年的31.9%提高為38%。知識密集服務業就業人數由2003年的160萬人提高為2008年的184.9萬人，占總就業人數比重由16.7%提高為18.1%(表10)。

表 10 台灣服務業 2008 年 GDP 及就業人數成長

項 目		2003 年	2008 年 (以 2003 年價格計)
國內生產毛額 (占 GDP 比重)	服務業	新台幣 6.68 兆元 (67.8%)	8.99 兆元 (71.4%)
		2004-2008 年平均成長率 6.1%	
	知識密集 服務業	3.15 兆元 (31.9%)	4.78 兆元 (38.0%)
		2004-2008 年平均成長率 8.0%	
就業人數 (占比)	服務業	554.3 萬人 (57.9%)	613.9 萬人 (60.0%)
	知識密集 服務業	160.0 萬人 (16.7%)	184.9 萬人 (18.1%)

資料來源：1.行政院主計處；2.經建會部門處；3.工研院；4.經建會人力處

為因應知識經濟的發展、產業結構的改變及提升國民生活品質，行政院經濟建設委員會與相關部會研訂的「服務業發展綱領及行動方案」以服務業發展再創台灣經濟奇蹟為願景，並以提高附加價值，創造就業機會為二大主軸。服務業的產值於2008年占國內生產毛額(GDP)比重達71.4%，未來服務業發展以年平均成長率6.1%為目標；服務業的就業人數占總就業人數則達60%，並以服務業支援農業及工業的發展，持續各產業的成長動能，使整體經濟成長率達5%以上。因此，我國必須加速服務業相關法令鬆綁及導入創新機制，以創造高附加價值及提升就業效果(圖2)。

服務產業轉型升級

- 台灣服務業生產占GDP比率與先進國家相當。
- 但服務業就業人數比率相對較低，約近15個百分比。
- 如發展適當的服務業，不僅能提升生活品質，支援台灣經濟升級，且能創造更多的就業空間。

2004年	服務業生產 名目GDP %	服務業就業 總就業人數 %
先進國家		
美國	76.6	75.6
日本	68.3	67.1
英國	69	74.6
法國	72	72.5
德國	72.5	65.6
瑞典	67	74.5
挪威	67	74.3
亞洲四龍		
香港	87	81.4
南韓	62.2	72.1
台灣	73.3 (2005)	58.2 (2005)
新加坡	63	75.1
中國	32.3	38.3

圖 2 台灣服務產業轉型升級

資料來源 外貿協會呂文瑞，2007

為順利推動服務業的發展與國際化，必須隨時檢視本身的優劣勢，了解發展過程中可能面臨的威脅，並運用智慧化危機為契機(表 11)，以擬定完善的服務業發展方案及服務業發展目標。

表 11 台灣發展服務業出口 SWOT 分析

優勢(S)	劣勢(W)
<p>資訊電子服務業基礎雄厚，且已融入全球供應體系。</p> <p>我國位居亞太樞紐，到亞太各城市平均空運時間 3 小時，有利流通業發展。</p> <p>台北專業會展多具國際知名度與人氣。</p> <p>台商全球布局所形成的跨國服務業市場，可促進知識密集服務業的發展。</p> <p>台商企業經營國際化，在國際市場及中國大陸市場的經商經驗豐富，可作為吸引跨國企業互相策略聯盟。</p> <p>人才素質高，資金充裕、創投事業發達，企業家精神旺盛等。</p>	<p>國內業者多不具國際知名度，面臨國外大型業者的競爭，國際市場拓展更顯得困難。</p> <p>金融、通訊等服務業經營常需要中央特許核准，或政府機關間相互協調不足，恐有礙產業的發展。</p> <p>人才培訓、研發等服務業，國內市場狹小或尚未形成，在資金或人才招募方面較為不易。</p> <p>許多服務業都集中在大都市，但大多受到地方政府都市土地使用分區及允許設立組別的嚴格管制，恐不利業者拓展新業種或失去商機。</p> <p>部分服務業的定義及分類不明確或是從既有的產業重新跨業整合，因此並未明確歸類在我</p>

	<p>國現行統計分類上，不易取得統計相關數據及建置資料庫。</p> <p>人才供給不符需求，而且服務業基層人力與管理人才的流動率高，不利於經驗傳承。</p> <p>國內對智慧財產權保護認知尚不足，以及智慧財產權的鑑價機制相關規範尚未完全建立。</p> <p>對於服務他人的觀念較為缺乏。</p>
<p>機會(O)</p> <p>中東、東南亞、印度等新興地區近年營建工程市場需求大增。</p> <p>藉由與國外跨國企業的策略聯盟或夥伴關係，取得發展服務業所需經驗及策略。</p> <p>我國目前正歷經產業結構轉型期，必須積極發展服務業並導入創新機制，以促進產業升級及創造就業機會。</p> <p>中國大陸目前仍處於製造業的發展階段，而我國產業則已轉型為發展服務業，我國應拉大此種領先差距。</p>	<p>威脅(T)</p> <p>新加坡及香港在服務業的深化程度均較台灣深，常為歐美業者進入亞洲首選地區。</p> <p>大廠主導標準制訂，多項資訊之應用領域由少數國際大廠寡佔，國內業者無法掌握主導權。</p> <p>中國大陸正快速發展其金融服務業及引進其他服務業(如開放外資經營國際物流中心與連鎖店，以及引進香港的物業管理制度等)，恐對我國吸引外資的效果造成不利影響。</p>

資料來源:本研究整理

我國「服務業發展綱領及行動方案」(總論及 12 項服務業)以「讓台灣笑得更燦爛」(Brighten Taiwan's SMILE)作為服務業政策的識別標誌。該方案有五大意涵，可以 SMILE 的字母來說明：

1.Service：發展服務業再創台灣奇蹟；2.Market：以市場觀念注入服務業；3.Inno-value：以創新提高服務業價值；4.Life：以服務業增進生活品質；5.Employment：以服務業創造就業機會。上述服務業發展方案在總論方面，針對整體服務業有八大發展策略，包括人才培訓，法規鬆綁，樹立有利服務業發展的機制，統合相關部會功能，投資獎勵，國際化，擬訂旗艦計畫，發展具有地方特色的服務業等。在 12 項服務業方面(金融、流通、通訊媒體、醫療保健及照顧、人才培訓人力派遣及物業管理、觀光及運動休閒、文化創意、設計、資訊、研發、環保、工程顧問等 12 項服務業)，依其產業性質及特色共訂定 13 項旗艦計畫及 11 項主軸措施。這些旗艦計畫或主軸措施的推動將有助發揮帶動整體產業發展的效果，並可進而提高附加價值及創造就業機會。

為凝聚推動服務業發展的共識，行政院經建會於 93 年 9 月 20

日在台北國際會議中心舉辦「全國服務業發展會議」，廣受各界的重視，並獲致豐碩的成果。我國「服務業發展綱領及行動方案」呈現出「見樹又見林」的風貌，惟仍有賴各部會的執行及產學研界的支持，才能逐步達成既定的目標。93年11月10日第2914次行政院會議通過，行政院經建會陳報修訂之「服務業發展綱領及行動方案」，經建會會同各部會訂定的「服務業發展綱領及行動方案」包括八項服務業推動策略，涵蓋人才培育、投資獎勵、發展機制、負面表列思維及擬訂12項服務業的旗艦計畫或主軸措施等，並已充分參採「全國服務業發展會議」各界人士的意見，及訂定績效指標，涉及29項法案的修訂，其中14項法案已送立法院審議，由各部會協助加速推動完成立法程序；而7項法案於93年底完成草案送行政院核議，由各主管機關掌握時程儘速辦理；其餘8項法案也由各主辦部會儘速研擬，依所訂時程報院後送立法院審議。

為統合部會功能並建立推動服務業發展的單一窗口，經建會所提成立「服務業政策指導小組」及「服務業專案計畫辦公室」一案，由政務委員擔任政策指導小組的召集人，就所提的八項策略，按規劃重點工作積極推動。方案推動期間，經建會負責管考，每季將「旗艦計畫及主軸措施」執行情形提報院會；每年年底則按所擬績效指標，提報「服務業發展綱領及行動方案」全年執行情形，以確實達成方案的預期目標。

為此，行政院經建會及相關主管部會過去一年來密集邀請產官學研界代表進行研討、規劃，訂定「服務業發展綱領及行動方案」，明確規劃出我國服務業發展的願景、目標、策略與方向。該方案以服務業發展再創台灣奇蹟為目標；並以服務業支援農業及工業的發展，持續各產業的成長動能，貢獻整體經濟成長率。為了集中力量，加速推動服務業的發展，12項服務業分別選取具關鍵性、宏效性的旗艦計畫優先推動。各項旗艦計畫將相輔相成，由點而線、由線而面，帶動台灣服務業的全面發展，讓「台灣服務」(Served by Taiwan)在最短時間內成為台灣的新標誌，與「台灣製造」(Made in Taiwan)同享國際盛名。以下就台灣發展服務業的必要性及台灣發展服務業之基本理念與基本原則逐一描述：

1. 台灣發展服務業的必要性

服務業是台灣經濟發展的新動力，在亞洲四小龍中，目前台

灣服務業出口金額仍低(如圖 3)，基於下列五大因素，我國必須全力發展服務業(2008，經建會)：

服務業出口金額排名

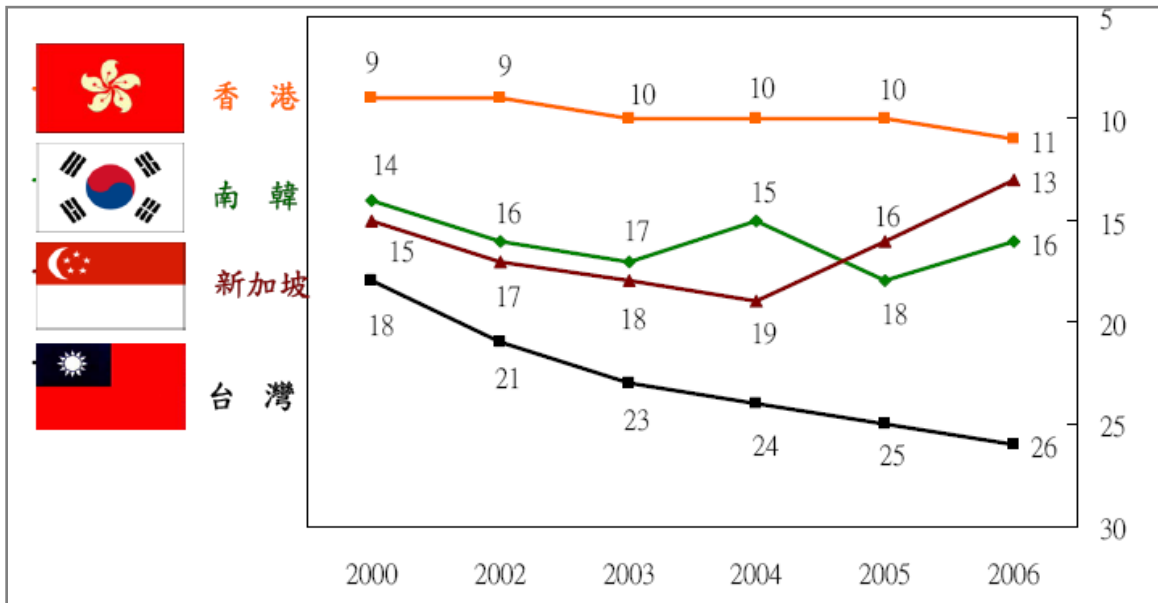


圖 3 亞洲四小龍服務業出口金額比較

資料來源：WTO/台灣經濟研究院

(1) 配合知識經濟的發展

知識經濟是全球經濟大勢所趨，各國家無不致力發展知識密集服務業，並鼓勵創新與人才培訓，以創造高附加價值，強化全球競爭力。在知識經濟時代中，各種產業都需要知識型服務業的協助。根據微笑曲線的概念(如圖 4)，在產業價值鏈的兩端，也就是研發、設計與行銷、通路、品牌部分，都是可創造高附加價值的地方，而這些地方都有高度的服務業成分。

(2) 紓緩失業問題

製造業靠技術、服務業靠人才；過去十年，台灣服務業發展遲緩，最大的兩個原因是服務業產值不高和無法吸引優秀人才，兩者互為因果。近年我國產業結構轉型所造成的「結構性失業」，必須發展就業效果大的服務業，以吸納工業所釋放出來的勞力，紓緩失業問題；例如，連鎖加盟業目前從業人員已超過 56 萬人；92 年 10 月推動「照顧服務福利及產業發展方案」，至 95 年增加 2 萬個就業機會；91 年 5 月實施的「觀光客倍增計

畫」，至 97 年創造 11 萬個就業機會。物業管理服務業是針對公寓、大廈、社區等建築物硬體，以及服務其社群與生活環境之軟體，提供維護管理，此一衍生性新興複合型服務業 92 年從業人員達 24 萬人，97 年新增 10 萬個就業機會，至 98 年可望再創造 10 萬個就業機會；金融危機成為服務業蓬勃發展的新契機。

產業定位新思維

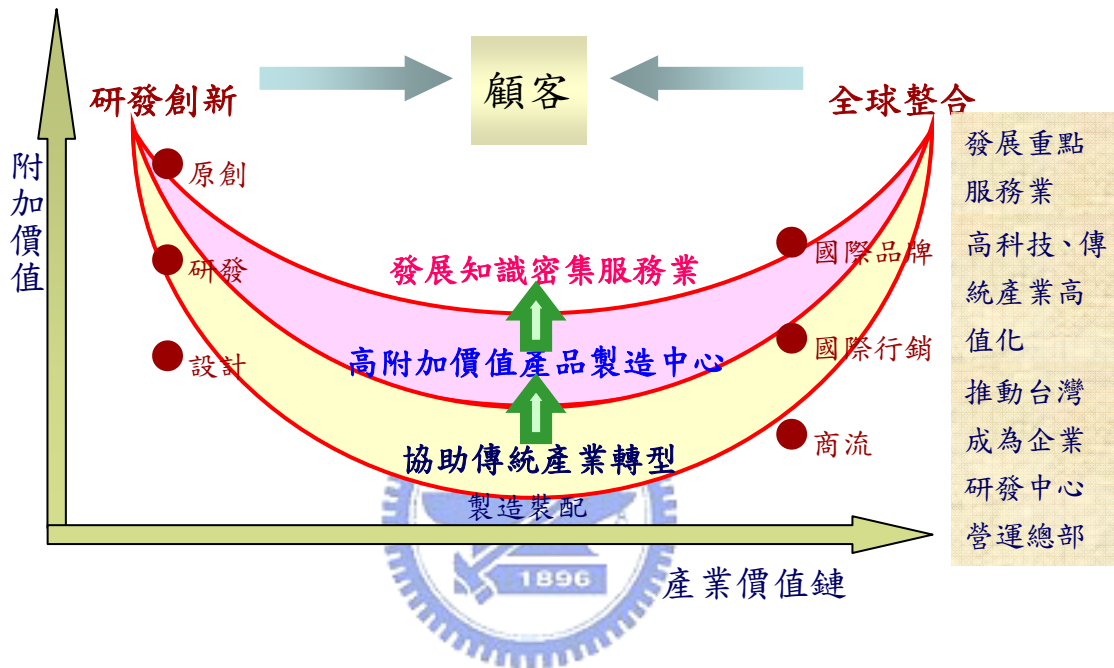


圖 4 產業定位新思維(微笑曲線)

資料來源 外貿協會呂文瑞，2007

(3) 掌握企業委外業務的商機

由於產業全球化與專業分工趨勢，廠商基於強化核心競爭力、降低成本及信任專業服務等因素，使得產業價值鏈拆解的現象越來越普遍，將原屬於內部的某些業務委託其他業者代為處理，也促進了服務業的快速發展與成長。

(4) 吸引國內外廠商在台灣從事全球運籌帷幄的經濟活動

為了掌握全球經濟發展自由化、企業經營國際化的趨勢，必須將我國的「金流」、「物流」、「資訊流」、「技術流」及「人才流」等經濟活動進一步與全球經濟網路建立緊密關係，並且發展金融、財務、投資、法律、會計、管理等專業服務，以及培訓相關專業人才，以充分提供台商在全球布局以及外商在台灣

發展所需的專業服務以及人才。因此發展服務業不僅可吸引台商或外商在台灣進行多元化的經濟活動，並可避免台灣在全球經濟活動中被邊緣化。

(5)提升生活品質

經濟發展的目標就是要提升國民生活品質，而提升生活品質則有賴醫療保健及照顧服務業、觀光及運動休閒服務業、文化創意服務業、環保服務業及物業管理等相關服務業的高度發展。

2.台灣發展服務業之基本理念與基本原則

為促進產業升級、創造就業機會及提升我國國際競爭力，必須加強服務業的創新能力，加速放寬服務業的管制及創造良好的投資環境，故歸納出下列四大理念與原則。(2008，經建會)

(1)基本理念

我國發展服務業的基本理念包括再創台灣經濟奇蹟、促進業者布局全球根留台灣、協助傳統產業轉型以及調整「工業」概念回歸為「產業」的原意。

□再創台灣第二次經濟奇蹟

台灣第一次經濟奇蹟的產業發展定位是集中在製造業，從製造低階產品發展到製造高階產品的過程中較少重視服務業，亦較缺乏將服務業列為策略性產業給予獎勵。我國現正面臨製造業廠商低毛利的危機，倘想創造第二次經濟奇蹟，必須發展知識密集型服務業，並藉以提升製造業的附加價值。

□促進業者布局全球根留台灣

我國產業為求永續發展，必須與全球經貿投資網路建立緊密關係，因此產業發展環境更進一步的開放，將有利於資金、技術、人才、市場等與全球接軌。政府亦必須協助及鼓勵台商將自己定位為以台灣為基地的全球企業，加強與外國企業的策略聯盟或投資合作，並充分掌握市場開發、接單製造、財務調度、人力調配、後勤支援等要素，成為全球成功的資源整合者。這將使得我國不但成為本土企業孕育、成長、國際化的家園，也將成為跨國企業的區域營運中心。

□協助傳統產業轉型

發展服務業可協助傳統產業轉型升級，例如，將傳統產

業賦予設計、研發、財務調度、廣告行銷、物流、管理諮詢、技術支援等功能，即可大幅提升效能及附加價值。此外，利用新技術生產與眾不同的差異性商品或者朝向具有歷史文化及地方特色的創意商品等，都可達到提升傳統產業競爭力的目的。

□調整「工業」概念回歸為「產業」的原意

我國長久以來將英文「Industries」範疇侷限在「工業」，意指產品製造及技術研發，並據此制定業務主管機構及相關法規體系，今後必須將「工業」回歸為「產業」之原意，使服務業範疇內的行業較能受到法令規章、土地使用及資金取得等方面的妥適規劃。

(2)基本原則

我國發展服務業的基本原則包括負面表列思維，健全法規制度，致力產業化，以及統合部會功能。

□負面表列思維

目前許多與服務業有關的法令都是採取「正面表列」的管理方式。為積極促進服務業發展，政府將摒除管制心態，採取「負面表列」思維，促進民間業者自我管理，以避免延誤業者商機，而有利業者的創新與創業。

□健全法規制度

為促進服務業發展，政府正積極檢討相關服務業的法令規章，調整服務業發展所需的典章制度，以排除法律障礙，包括公司經營法規、土地使用分區管制、勞動法規、環保法規及智慧財產權等相關法規，以促使服務業有更大的自由發展空間。

□致力產業化

為促進服務業的蓬勃發展，政府已制定服務業的政策方向、發展策略及具體措施，並持續釋放公有資源，激發民間活力的投入，以致力各項服務業產業化。以農業及醫療為例，政府投入相當多的經費及人力推動多項農業、衛生醫療的技術創新，未來將轉化成為智慧財產權並加以產業化，並運用於援外，以擴大服務業的市場規模。

□統合相關部會功能

服務業範疇廣泛，過去服務業的主管機關較分散，在業務的推動與管理上往往涉及數個不同的相關部會，因此不易發揮統合功能。為建構適合服務業發展的環境，行政院經建會除了召開數次跨部會協調會議，以達成政策協調的一致性，及資源整合的有效性外，亦已成立「服務業專案計畫辦公室」以協助各部會發展服務業。此外，各相關部會亦研議成立一級或任務編組單位，以推動服務業發展。政府訂定「服務業發展綱領及行動方案」即為提高產業附加價值及創造就業機會，並發展服務業以支援工業、農業部門的發展，持續成長動能，以促進產業升級、提升國家競爭力及增進全民福祉。

1.2.2 醫療服務國際化-醫療與旅遊異業結盟

2006年9月25日「Business Week」封面主題「What's Really Propping Up the Economy」，報導自2001年起美國健康照護產業增加了170萬個工作機會，而其他私部門則掛零；真正帶動美國經濟貢獻者並不是矽谷科技產業，也不是華爾街商圈或華盛頓政治界，乃是社區裡的醫院。據統計，服務產業所創造出的生產毛額在世界先進國家已經占GDP將近70%，在美國則已超過75%，其中人力密集的健康照護產業顯然扮演舉足輕重之角色。依據經濟部所提出之產業發展套案，台灣的服務業產值占國內生產毛額（GDP）比率將由2005年的73%提升至2015年的76%，在該套案中將醫療服務產業升級列為其中重要項目並不是沒有它的道理。

在12項服務業中(金融、流通、通訊媒體、醫療保健及照顧、人才培訓人力派遣及物業管理、觀光及運動休閒、文化創意、設計、資訊、研發、環保、工程顧問等12項服務業)，何以須優先推動醫療國際化-醫療與觀光異業結盟-來作為其他服務產業升級的火車頭，因其有下列產業特性及優勢：

1. 醫療需求較不受景氣影響，且台灣醫療具有國際競爭優勢
2. 觀光本身屬服務業出口，符合現下台灣最需要的-賺取外匯
3. 醫療結合觀光-醫療國際化-開創新藍海
4. 醫療旅遊業產值大且易評估，醫療業又屬人力密集產業，可帶動最大就業人口，改善失業
5. 醫療國際化需要其他服務產業配合(金融、流通、通訊媒體、

人才培訓人力派遣及物業管理、文化創意、設計、資訊、研發、環保、工程顧問)，可開創多贏新局。

因此，2007年2月14日「行政院服務業政策指導小組」工作會議決議將「醫療服務國際化」納為旗艦計畫，期能幫助相關業者真正踏出第一步！「醫療服務國際化旗艦計畫」經二次提報行政院財經會報，復於2007年7月11日行政院第3049次院會報告之後，經行政院長裁示同意推動計畫。很多人關心：為何要推動醫療服務國際化？台灣有沒有提供國際醫療服務的競爭優勢？要如何推動醫療服務國際化？有哪些障礙需要克服？政府可以做什麼？醫院要做什么？涉及哪些相關業者？顧客在哪裡？如何讓顧客走進來？推動醫療服務國際化對我們有什麼好處？會不會影響國人就醫或帶來什麼影響？醫療服務國際化與觀光醫療或保健旅遊有何不同？國際醫療服務是不是台灣經濟的藍海？我國社會一向是高度的自由經濟體制，然而由於醫療服務的特性，我國醫療服務二、三十年來均以計畫經濟為指導原則，1995年全民健康保險實施使台灣的醫療體制更具社會主義面貌。如今，依行政院三年衝刺計畫—產業升級套案總體規劃，要以產業的觀點，跳脫原來的思維框架，去思考如何增加醫療服務產值，對主管機關而言是一個極大的挑戰！

台灣擁有先進醫療技術、低廉合理的收費標準，與良好的公共衛生環境等優勢，在政府政策推動下，台灣正朝向成為全球「國際醫療中心」的目標邁進！行政院於2007年8月1日啟動的「醫療服務國際化旗艦計畫」，將以台灣具競爭優勢的醫療項目，如肝臟移植、顱顏手術、心血管外科、人工生殖、關節置換手術等，透過政府與民間醫療團隊合作的計畫性行銷，預估三年內提供國外人士10萬人次醫療服務，搶攻全球醫療服務商機。2008台北國際醫療展所規劃的「醫療服務專區」，便是台灣推動「醫療服務國際化」的最佳體現。

在全球化的影響下，至世界各國尋求低成本和高品質的醫療服務，以及保健旅遊已蔚為風潮。台灣肝臟醫療向來在全球享有盛譽，不僅是亞洲五大肝臟移植中心，也是亞洲前三大骨髓資料庫。而目前為止，台灣已完成一萬多例的顯微重建手術，成功經驗遠勝歐美各國；台灣同時也是有「整形界諾貝爾獎」美譽的「世界整形手術創新獎」唯一亞裔得主，顯示台灣已成為世界重建整形的重

鎮。台灣位居亞洲地理中心，亞洲國家約四小時的飛航時間即可抵達，搭配合理的醫療價格及高水準的醫療團隊，台灣可望繼新加坡、泰國等國家之後，成為亞洲甚至全球國際醫療服務首選之地。

事實上，台灣已有許多醫院設置國際門診甚至國際服務中心，以專人諮詢與就醫協助吸引國際人士注目。2008 台北國際醫療展所規劃的「醫療服務專區」，便邀集全台 20 所重點醫院，首度聯手展現台灣的高優質國際醫療服務。主題專區中展示健康檢查、美容整形及特殊醫療等台灣優勢醫療服務項目，並介紹台灣山明水秀的渡假景點，讓渡假行程與醫療服務做出完美搭配。為了讓國內外業者一窺台灣的高科技醫療服務，專區中也將安排一系列的體驗區，讓參觀者可以在輕鬆看展的心情下，透過現場專業解說服務，了解人體健康的奧妙，「醫療服務專區」成為此屆醫療展中，台灣醫療產業整體實力的最佳見證！

2009 年 4 月 5 日，馬英九總統視察高雄義大醫院的國際醫療業務時指出，政府對於推廣醫療和健康照顧產業，還有未來人口長期照護均非常重視，三年內將在台灣的三十家醫院成立醫療國際中心，讓世界各地的潛在病人到台灣就醫。而行政院長劉兆玄日前宣布的六大旗艦計畫(包括生物科技、綠能源、節能減碳、文化創意、觀光休閒與醫療服務)，「醫療服務」名列其中，即將於一個月內接續提出各項行動計畫。義大醫院創辦人林義守表示，台灣國際醫療服務在今年預估產值可達一百八十億元，帶動一百多億元新增直接投資，四年內更可創造三萬多個就業機會，若能與觀光和保險業結合，可創更高產值。(中國時報 2009-4-6)

第二章文獻探討

2.1 台灣產業分析

2.1.1 生產製造業受創最深

97年12月人力資源調查統計結果失業率5.03%，勞動參與率58.20%(主計處98.01.22)，97年12月失業人數為54萬9千人，較上月增加4萬2千人；失業率為5.03%，較上月上升0.39個百分點；經調整季節變動因素後之失業率為5.01%，較上月上升0.39個百分點。12月就業人數為1,035萬4千人，較上月減少5萬6千人或0.54%。12月勞動力參與率為58.20%，較上月下降0.15個百分點。98年元月份失業率數字為5.31%(98年2月，主計處)，較上月上升0.3個百分點，年後的另一波倒閉失業潮，將二月份失業率再往上推升達5.75%(98年3月，主計處)，三月份失業率持續上升至5.81%(98年4月，主計處)，最新公布的四月份失業率為5.76%，似乎略有緩和，其實經過季節調整後為5.77%，依然上升0.05%(98年5月22日，主計處)，到五月至八月的學校畢業季時，預估失業率將再創新高，可能超過6.3%。

依經濟部統計調查結果，97年第四季工業生產較96年同期減少24.3%，其中製造業生產減25.2%，12月減幅33.4%更創歷年新低。97年全年工業生產減2%，製造業減1.8%；如依四大行業觀察，除資訊電子工業增6.4%外，民生、金屬機械及化學工業分別減5.8%、7.2%及7.6%。外銷訂單方面，97年第四季接單金額740億美元，較96年同期減22.2%。累計97年全年接單3,517億美元，增1.7%，接單地區除對日本及歐洲仍有成長外，對大陸及香港接單減3.9%，對美國接單亦減2.9%，(98年1月，主計處)，整體出口仍持續衰退。

2.1.2 旅遊業也受景氣影響

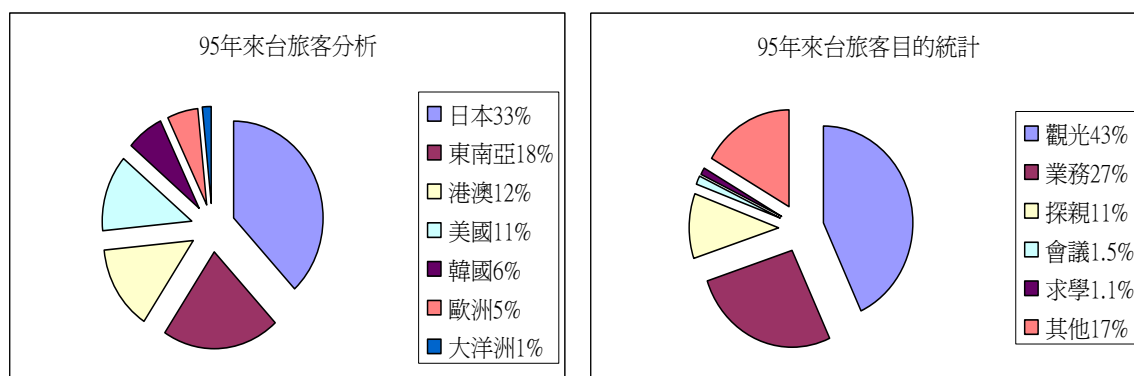
1. 商務旅遊市場

全球每年旅遊業營收35,000億美元，有4,200億美元為企業商旅支出，佔12%。受全球化影響，商務旅遊是近年來發展最快的旅遊項目之一。商旅市場興衰與經濟景氣相關，近年亞洲商務旅遊市場快速興起，95年來台商務旅客近95萬人，佔觀光來台人數之27%(圖5)。

2007由於金融海嘯席捲全球，商務旅行預算縮編，各航空公司大減

航班，消費者信心一蹶不振，全球旅遊業普遍陷入業務緊縮困境，再加上最近 H1N1 新型流感的疫情擴大，據「聯合國世界旅遊組織」(UNWTO) 預測，旅遊業還得撐過一段更嚴峻的考驗期，至少要到 2009 年底才有復甦的希望。

台灣觀光業現況



我國出國人次：867萬人次，約支出91億美元外匯

圖 5 台灣觀光業現況

資料來源 外貿協會呂文瑞

2.2008 年台灣旅遊業各客源市場概況：(表 12)

(1)日本市場：12月來台旅客8萬9,938人次，負成長10.74%，「觀光」目的來台為6萬365人次，負成長6.70%，「業務」目的來台為1萬9,458人次，負成長23.60%；全年來台108萬6,691人次，負成長6.83%，「觀光」目的為67萬4,506人次，負成長8.56%，日本市場由於仍受國內經濟不景氣及世界金融危機之影響，不僅股市下跌，又因日幣相對升值導致出口營運績效不佳，進而日本國內中小企業倒閉陸續增加，許多大企業也大幅裁員，民眾出國旅遊意願甚低。綜觀97年日人海外旅遊人次全年皆呈現負成長，來台旅客長期連帶深受影響。

(2)港澳市場：12月來台旅客6萬2,497人次，成長17.98%，「觀光」目的來台4萬6,821人次，成長21.40%，「業務」目的來台為4,925人次，負成長14.76%；全年來台61萬8,667人次，成長25.89%，「觀光」目的為42萬6,890人次，成長32.82%，由於全球經濟緊縮，港人出境數字亦由97年8月起開始出現負成長，表示出境旅遊意願降低，然而台灣仍然成為香港民眾短程旅遊的最佳選擇。由於旅客對泰國遊程仍未

回復信心，配合觀光局旅行台灣年-季季享優惠活動持續性促銷，更結合旅行社旅遊商品搭配海角七號電影票折扣卷，一系列大型活動及媒體報導下使港人來台成果豐碩。

(3)韓國市場：12月來台旅客1萬2,205人次，負成長46.84%，「觀光」目的來台4,880人次，負成長59.42%，「業務」目的來台為3,851人次，負成長25.19%；全年來台25萬2,266人次，成長11.71%，「觀光」目的為12萬4,216人次，成長21.50%，據辦事處了解，南韓近月出境數字亦深受國際金融局勢影響，赴亞洲各主要市場均大幅呈現負成長，韓幣在嚴重貶值下，12月與96年同期相比，旅遊成本增加已超過50%，嚴重衝擊海外旅遊意願，12月出國成長率大幅下降-38.1%，全年出境成長率自5月起連續遞減8個月，據悉韓國大型旅行社HANA TOUR、MODE TOUR 12月旅遊商品銷售皆減少一半，顯現韓國旅行業界整體面臨困境，來台市場深受影響。

(4)中國大陸市場：12月來台旅客3萬5,114人次，成長31.78%，「觀光」目的來台1萬1,782人次，成長19.37%，「業務」目的來台為5,086人次，成長82.95%；全年來台32萬9,204人次，成長7.31%，「觀光」目的為9萬4,765人次，成長12.34%，由於97年7月18日起開放中國大陸旅客來台觀光，9月底開放大陸地區居民透過離島(金門、馬祖)來台觀光，配合直飛包機，縮短不少時間，方便大陸旅客來台觀光。97年上半年(1-6月)來台總人次131,217人次，負成長11.86%，觀光目的30,975人次，負成長18.97%，業務目的13,849人次，負成長13.56%；自7月開放至今，無論總人次、業務或觀光目的旅客均有2位數的大幅成長，(7-12月)來台總人次19萬7,987人次，成長25.39%；觀光目的6萬3,790人次，成長38.28%；業務目的2萬2,772人次，成長33.17%。

(5)美國市場：12月來台旅客3萬5,589人次，負成長11.03%，「觀光」目的來台1萬1,191人次，負成長8.70%，「業務」目的來台為7,534人次，負成長18.36%；全年來台38萬7,197人次，負成長2.71%，「觀光」目的為9萬7,854人次，成長5.53%，美國市場自97年6月起爆發金融危機，由於此風暴造成經濟環境惡化，國內大企業皆大幅減薪裁員，大型銀行更面臨申請破產保護，由於人民財產減少造成經濟需求面急速縮減，美國人大幅刪減旅遊預算，使來台觀光旅客成長率難有起色。

(6)新加坡市場：12月新加坡來台旅客3萬1,737人次，負成長2.98%，「觀光」目的來台2萬5,517人次，負成長1.90%，「業務」目的

來台為 2,411 人次，負成長 19.95%；全年來台 20 萬 5,449 人次，成長 0.47%，「觀光」目的為 12 萬 1,286 人次，成長 5.17%，在全球經濟環境欠佳情況下，新加坡政府不斷提醒民眾未來情況可能會更惡化，確實讓新加坡民眾消費轉趨保守，出國旅遊已傾向選擇中短期遊程，由於台灣旅遊商品配套價格，與中國及東南亞競爭仍略居弱勢，但觀光局年終持續配合媒體促銷來台觀光產品，強化新加坡人對台灣觀光之印象。

(7)馬來西亞市場：12 月馬來西亞來台旅客 2 萬 2,567 人次，成長 10.38%，「觀光」目的來台 1 萬 7,433 人次，成長 14.28%，「業務」目的來台為 1,451 人次，負成長 15.00%；全年來台 15 萬 5,783 人次，成長 10.24%，「觀光」目的為 9 萬 5,538 人次，成長 16.49%，馬國年終旅遊旺季雖因經濟衰退而成長趨緩，但 12 月馬國由於連假甚多，包括回教哈芝節、耶誕節及回曆新年等，觀光局持續與媒體及旅行業者共同合作，推銷旅行台灣年第 4 季溫泉泡湯旅遊商品，使 97 年馬國整體來台市場表現亮麗。

(8)歐洲市場：12 月來台旅客 1 萬 3,949 人次，負成長 5.67%，「觀光」目的來台 4,611 人次，成長 5.06%，「業務」目的來台為 5,190 人次，負成長 14.48%；全年來台 20 萬 914 人次，成長 7.74%，「觀光」目的為 4 萬 8,098 人次，成長 34.59%，歐洲在金融風暴肆虐下，12 月法國及德國來台市場均呈現負成長，僅英國成長 2.14%，在本局持續英、德等來台主要市場國家旅遊業者共同加強宣傳台灣觀光之下，全年英國來台成長 21.07% 最高，其次為義大利 11.47%，德國主要市場來台則小幅成長 1.97%，全年「觀光」目的旅客成長最為顯著。97 年 12 月國人出國計 55 萬 8,945 人次，負成長 10.77%。全年累計國人出國 846 萬 5,172 人次，與 96 年同期比較負成長 5.56%。

表 12 97 年 12 月及 97 年 1-12 月主要客源旅客來台目的別成長率

國別	目的別	97 年 12 月		97 年 1 月-12 月	
		人數	成長率	人數	成長率
總計	總人次	352,038	-3.26%	3,845,187	3.47%
	觀光	193,715	-0.41%	1,775,229	7.69%
	業務	56,039	-17.72%	881,431	-5.30%
日本	總人次	89,938	-10.74%	1,086,691	-6.83%
	觀光	60,365	-6.70%	674,506	-8.56%
	業務	19,458	-23.60%	297,408	-4.17%

港澳	總人次	62,497	17.98%	618,667	25.89%
	觀光	46,821	21.40%	426,890	32.82%
	業務	4,925	-14.76%	72,653	-11.67%
韓國	總人次	12,205	-46.84%	252,266	11.71%
	觀光	4,880	-59.42%	124,216	21.50%
	業務	3,851	-25.19%	63,342	-1.51%
中國大陸	總人次	35,114	31.78%	329,204	7.31%
	觀光	11,782	19.37%	94,765	12.34%
	業務	5,086	82.95%	36,621	10.57%
美國	總人次	35,589	-11.03%	387,197	-2.71%
	觀光	11,191	-8.70%	97,854	5.53%
	業務	7,534	-18.36%	126,912	-8.08%
新加坡	總人次	31,737	-2.98%	205,449	0.47%
	觀光	25,517	-1.90%	121,286	5.17%
	業務	2,411	-19.95%	44,472	-9.63%
馬來西亞	總人次	22,567	10.38%	155,783	10.24%
	觀光	17,433	14.28%	95,538	16.49%
	業務	1,451	-15.00%	22,657	-0.95%
歐洲	總人次	13,949	-5.67%	200,914	7.74%
	觀光	4,611	5.06%	48,098	34.59%
	業務	5,190	-14.48%	99,548	-1.88%
紐澳	總人次	6,622	-9.58%	67,310	11.21%
	觀光	3,300	-1.73%	24,186	26.03%
	業務	836	-22.45%	17,460	1.93%
其他	總人次	41,820	-7.70%	541,706	1.28%
	觀光	7,815	-3.36%	67,890	17.29%
	業務	5,297	-32.44%	100,358	11.59%

資料來源 交通部觀光局

2.1.3 醫療業基本面穩固

金融海嘯雖不至直接衝擊到醫療業，一般看法也同意醫療需求受經濟不景氣影響最少，但最近卻有美國醫療院所面臨財務危機，發生原因是醫療費用給付出現問題，美國醫院收入來自兩大部分-醫療保險及政府補助，美國民眾極少自費就醫多倚靠醫療保險，而大量增加的失業民眾

已付不出保險費，政府也因財政窘困而暫緩補助，許多醫院已面臨斷炊而不得不精簡人事以降低支出，如此一來，美國內醫療服務供給面就會下降，反而使得真正有需求的民眾更無法有效取得醫療服務，將尋求價廉物美的跨國醫療服務。醫療已成全球性產業，因歐、美、日醫療費用昂貴，等待時間太長，許多人移往亞洲就醫，未來保健旅遊或跨國醫療市場看好，台灣整體醫療院所空床率達 30%，國內有逾 25 家中大型醫院表示對國際醫療有積極興趣。台大醫院國際醫療中心執行長同時也是台大醫學院婦產科教授的林鶴雄，在「中華海峽兩岸健康旅遊休閒協會」(海健會)成立大會表示，台灣的醫療具有往國際發展的潛力，且如同其他產業一樣，往境外發展，將成為另一種形式的國際醫療。而跨國醫療宜以「顧客走進來，醫療走出去」為目標，讓醫療服務加速國際化。

依據世界著名之英國經濟學人信息部 (The Economist Intelligence Unit, EIU) 2000 年針對全球 27 個主要國家，進行健康情形的評比，利用主要健康指標來進行排名，台灣名列為最健康國家第 2 名，而第 1 名為瑞典，第 3 名為加拿大，日本排行第 4，顯示台灣健康照護成效在國際間成績斐然。另一方面由醫療保健支出國際比較來看，2005 年台灣平均每人醫療保健支出為美金 824 元，占 GDP 比率為 6.2%；與 2003 年美國平均每人醫療保健支出為美金 5,635 元，占 GDP 比率為 15% 相比差距甚大；與 2003 年世界經濟合作與發展組織 (OECD) 會員國平均每人醫療保健支出介於美金 2,000~3,000 元，占 GDP 比率介於 8~10% 相比，亦屬偏低。換句話說，台灣以相對較低的醫療保健費用，達到相對較佳的醫療保健成效，這是值得國人引以為傲之處。

2005 年台灣醫療保健支出中，政府支出占 7%，自付 35%，以健保支出占 58% 為大宗。全民健保屬於強制性的社會保險，至 2005 年底實質納保率已達 99% 以上，接近全民納保之目標。就醫療市場而言，全民健保給付範疇愈大，受到全民健保相關規範限制就愈多，醫療或臨床的自由度就愈被限制，財務自由度當然也被限制。除非開發非健保給付的項目，否則國內的醫療市場需求空間其實是非常有限的。又受到人口快速老化、醫療科技進步、民眾需求增加等因素之影響，健保的收入與支出，長期以來都存在著將近 2 個百分點的落差，財務失衡日趨嚴重，醫療產業要增加產值，實難以期待藉由健保大餅的增加而來，加上台灣也受金融海嘯衝擊，今年預定的健保改革，該做卻未做，擴大的健保財務缺口仍由全體醫界承擔。以醫療服務供應面而言，台灣目前有醫院

500 餘家，總病床 12 萬餘床，其中一般病床 9 萬 5 千餘床，年平均占床率 70%，就醫院管理效率而言，一般醫院合理占床率為 70%至 90%之間，台灣醫療利用仍有成長空間。

套用產業生命週期理論，台灣醫療服務產業正處於成熟階段，具有成本效益之高品質服務，供應面雖尚有餘裕，惟國內市場需求漸趨飽和。為避免成熟產業面臨進入衰退產業的困境，成熟產業基於技術變動趨緩的特徵，更需要於功能、品牌形象、通路、搭售方式等方面尋找差異化，此種新的經營模式即所謂的「策略創新」。醫療服務產業亦然，如何在行銷、產品設計、顧客服務模式和組織、流程再造等方面進行創新？是一個新的課題。

2.1.4 創新可開拓藍海

1. 醫療服務產業升級創新策略

2005 年 W. Chan Kim 與 Renee Mauborgne 合著暢銷書「藍海策略」轟動全球，藍海策略打破傳統思維，追求「價值創新」，作者指出「價值」與「創新」同樣重要，創建藍海成敗關鍵並非尖端科技的創新。值得再三強調的是「價值」：能對顧客提出價格較前為低的產品、能對顧客提出新的效用與滿足、能激發出顧客新的需要。藍海策略的思維如何運用於醫療服務產業？如何找出價值創新、物超所值的醫療服務，激發醫療消費者新的需要？(表 13)

表 13 紅海與藍海策略的對比

紅海	藍海
1、在現有市場空間競爭	1、創造沒有競爭的市場空間
2、打敗競爭	2、把競爭變得毫無意義
3、利用現有需求	3、創造和掌握新需求
4、採取價值與成本抵換	4、打破價值—成本抵換
5、整個公司的活動系統，配合它對差異化或低成本選擇的策略	5、整個公司的活動系統，配合同時追求差異化和低成本。
價值創新—定位為達到顧客和公司的價值躍進	

資料來源：藍海策略

其次，藍海策略提醒我們不能只想到現有顧客，眼光要放遠，要超越現有需求，則必須探索三個層次的非顧客。第一層：「即將成為」非

顧客，位於市場邊緣，隨時準備離去。如果能提供價值躍進，這些人不僅會留下來，龐大的潛在需求也隨之開啟；第二層「態度抗拒」的非顧客，他們不採用或負擔不起當前市場提供的產品，把注意力放在他們的共通性，則能引發上帶開啟的龐大潛在需求；第三層非顧客則是「未經開發」的顧客，他們的需求與消費行為，向來被視為屬於其他市場。參考這樣的思維邏輯，檢討醫療體系三個層次的非顧客：第一層非顧客包括既有的就醫者，與曾就醫但不滿意者；第二層非顧客為無能力就醫或體制外就醫者，與不採國內就醫而赴國外就醫者；第三層非顧客則為自認健康無醫療需求者，與國外的顧客。醫療服務國際化即是因應第三層非顧客的需求而開發。

衛生署基於維護全體國民健康的任務，在規劃醫療服務產業升級套案時，首先要思考的是如何滿足第一層與第二層以及第三層的國內非顧客之需求，提升醫療機構設施與人員服務品質，提供以病人為中心的全人健康照護服務，並因應人口老化趨勢與符合世界衛生組織全民均健之理念，推動在地化的社區健康管理服務；其次才是開發國際顧客。因此，未來醫療服務鏈的發展方向，可以包括四個面向：垂直展開，向上為健康促進與預防為重的健康管理，向深部發展為特殊醫療服務的精進；向左右兩邊展開，一端為大多數國民需要的在地化醫療保健服務，另一端則為國際醫療服務，再以e化的技術運用，提升整個體系的效率與透明度，把民眾的健康資訊還給民眾。有關國內醫療服務強化部分，主管機關已有既定之「全人健康照護計畫」、「國民健康資訊基礎建設」及相關計畫持續推動中，對於醫療服務國際化這一部分涉及跨部會合作與跨專業整合，則有必要藉由旗艦計畫進行整體策略規劃與推動。

「創新」(Innovation)是競爭力的關鍵，發揮新創意，打破舊有遊戲規則，開創嶄新的競爭市場，才能創造更高的創意價值。紅色海洋代表所有現存產業已知的競爭市場空間。藍色海洋代表目前未明的產業，是未知的市場空間；在藍色海洋中市場空間尚未開發，然而遊戲規則尚未建立。藍海策略的核心意義是價值創新 (value innovation)，藉由降低企業成本、提高顧客獲得價值，來為公司和顧客創造價值躍進 (leap of value)。因此，藍海策略成功的原則在於：(1)重建市場疆界；(2)聚焦於願景而非數字；(3)超越現有需求以及(4)策略次序要正確。平靜的海面下有可能暗藏漩渦，波濤洶湧的海面下也可能一片寧靜；近海雖平穩，然漁獲量有限，遠洋雖有風險但競爭船隻少；紅海是熟悉的領域，然競

爭者眾；藍海是邁向未知的邊界，也許機會就在那裡。

藍海策略是以價值創新為中心，擴大有效的需求，使產業框架變大，以產生新的領域，這就是藍海策略的基石。以現今醫療窘境，藍海策略的六大途徑架構，似提供吾人對台灣未來醫療環境的重新思考，這包括：跨足另類產業，探討策略群組，破解顧客鏈，互補產品與服務，理性與感性訴求，看見未來趨勢等。價值創新是在於為顧客(病人)和公司(醫院)創造共同的價值，即在降低成本與提升顧客價值中尋求價值創新之潛力空間，以達到無人競爭的市場空間，這就是藍海策略的重點(Kim, W. C., 2005；張紫薇，2006)。

2. 醫療體系價值

2007年4月30日台積電慶祝公司成立二十周年慶時，請了國際管理大師麥可波特(Michael Porter)發表演說，波特針對台灣現行全民健保制度提出其個人看法，醫療系統的產品是健康，要達到這樣的目的，必須超越“省錢”的心態和思維。“節省費用”不是該關注的議題，重點應該在如何提升價值。在醫療照護系統中控制成本的最佳方式，不是努力省錢，而是提升品質，即控制成本最好的方式是[創造品質]，而不是減少花費(Porter, M. E., 2007)。而波特在他發表的文章「重新定義健康照護之競爭」中也指出，醫療照護應是以「創造病人的最大價值」為目的。面對全球人口老化，可以預見醫療照護的需求將急速成長，因此該創造出高價值的醫療照護系統(high-value healthcare system)。在醫療照護領域中，“價值”所指的是每一分錢所換得的康健結果(health outcomes per dollar spent)，不解決價值問題，醫療照護系統就無法持續發展(Porter, M. E., 2004)。

由於台灣健保制度採總額管制式財務運作，壓低醫療給付乃導致整體醫療環境正逐步衰退中，面對此醫療困境，醫界應積極思考如何從產業中尋求價值創新的空間。醫療健康保健產業(Health Industry)在今日已是全球成長最快的產業之一，全世界在醫療健康保健支出從2001年的三點三兆美金成長至2005年的四點四兆美金。國際旅遊事業原本是全球最富生機的產業，它不僅是開發中及未開發國家重要經濟活動與收入來源，同時也是現代化國家整體發展的指標。因此醫療健康與旅遊型態及目的的重新整合，新興異業整合的產業之產生，將使醫療健康與旅遊產業有了全新的產業發展方向。透過異業的結合，創新技術、創新產品、市場區隔及創新管理理念將不斷出現，因此結合醫療健康及觀光產業的

創新產業，將創造出醫療健康與旅遊產業的新價值，醫療旅遊(Medical Tourism)將是促進台灣經濟成長的明日之星。

國際醫療服務固然有其一定風險，而今政策環境形成，如相關業者積極作為，共同參與推動醫療服務國際化，仍然可以預期有不錯的效益。

(1)短期效益 (2007 至 2009 年)：

如果三年內透過旗艦計畫順利輔導十家醫院提供國際醫療服務，以每家醫院提供 30 床，65%使用率為例：

□提供服務人次：如每位國際醫療顧客以平均兩天之住院日計，則三年約可提供 10 萬人次。

□增加產值：以健保給付平均每床每年 300 萬元的二倍計算，再加上因國際醫療帶來加倍之周邊效益，推估初期三年共可有 70 億元之總產值。

□提供就業人次：一般醫院每一床工作人員約 2 人，提供國際醫療服務需較密集的人力，以 3 人計；醫療以外的周邊服務亦需加倍人力，故每床將可增加 6 人次的就業人口，三年可提供 3,500 人次之就業機會。

(2)長期效益 (2015 年)：

如前述，台灣目前醫院一般病床 9 萬餘床，年平均占床率 70%，尚有餘裕，倘若國際醫療服務順利推展穩定成長，以現有病床 5% 計算，則約有 4 千餘病床可加入提供國際醫療服務，依前段推估原則，每年可望服務 80 萬人次國際醫療服務，帶來 500 億之總產值，貢獻 0.5%GDP 之成長及提供 2 萬 5,000 人次就業機會；至於是否會排擠國人醫療服務？依前述分析，我國健康照護政策係以照顧國人健康為前提，推動國際醫療服務是以現有醫療服務剩餘產能提供，且國際醫療服務尚在起步階段，如依前開樂觀估計國際醫療服務產能，前三年國際醫療服務人次僅占目前健保住院人次 0.03%，如能順利展開服務，2015 年樂觀推估亦僅占所有床位的 5%；同時，將藉旗艦計畫建立提供國際醫療服務醫院之相關共識與規範。故初步評估，推動國際醫療服務對國人的醫療服務影響有限。況且要有優良的國際醫療服務，一定是先有良好的國內醫療為基礎，如此便更保障了國人的醫療品質；當然更具體之評估，已列入旗艦計畫蒐集更精確的資料進一步分析檢討。

3. 醫療服務國際化旗艦計畫辦理情形追蹤研析報告

由行政院經濟建設委員會及行政院衛生署提供相關規劃及執行資料，綜合研析後，於 97 年 3 月 28 日完成醫療服務國際化旗艦計畫辦理情形追蹤研析報告，報告中提出下列兩大方向建議事項：

(1)行銷推廣方面：一般性宣導不足，跨部會資源聯結尚待加強。

為提升台灣醫療服務形象及國際知名度，衛生署前已函請行政院新聞局將台灣整體醫療服務形象納入年度台灣國情宣傳短片或廣告之主題，惟該局僅表示未來若有相關計畫，將請衛生署提供相關資料，對於海外宣導活動缺乏主動積極策略；建議衛生署應運用本計畫整體規劃小組之跨部會合作平台，主動擬訂海外宣導具體策略計畫，對於可提供海外宣導資源之部會，例如外交部、交通部觀光局、僑務委員會及行政院新聞局等規劃具體執行方案，加強跨部會資源運用，傳播台灣優質醫療形象。

為行銷台灣優質醫療服務，專案管理中心建議衛生署除積極參加國際醫療旅遊活動外，對於各部會及附屬機關單位每年度預定辦理之國際性展覽、會議及研討會等，應先篩選適合搭配行銷宣導之項目，尤其與醫療或旅遊相關之活動，主動洽談合作或參加之可行性，以充分利用各部會現有資源，把握行銷機會。

依據交通部觀光局統計資料，96 年全年來台旅客累計超過 371 萬人次，建議衛生署應把來台旅客列為台灣醫療宣導之重要對象，與交通部觀光局共同研議宣導方案，兼顧促進健康，又拓展觀光之訴求。

(2)計畫執行方面：國內醫療院所軟硬體設施尚未齊備，異業整合服務模式亦有待建立推動。

台灣醫療走向國際化目前尚處於起步階段，接受輔導之 20 家醫療院所除需配合設置國際醫療專區外，尚面臨醫療團隊外語能力及服務禮儀水準不足等問題，為達成 3 年成功輔導 10 家醫院提供醫療服務之目標，建議專案管理中心除規劃共同之教育訓練課程活動外，亦應確實瞭解各參加輔導醫院軟、硬體條件之優、缺點，提出個別之具體輔導方案並落實督導計畫。

醫療旅遊係觀光旅遊與醫療服務等產業之異業整合，為成功開發具特色及競爭力之醫療旅遊套裝行程，吸引國際人士來台就醫及旅遊，建議衛生署除輔導各醫院發展優勢之醫療及保健項目外，應加速與交通部觀光局建立醫療旅遊服務模式之開發平台，共同進行

國際市場分析，促成醫院與旅行業儘速合作開發具銷售價值之商品，提升醫療國際化之成效。

為提供國人及國際人士蒐集台灣相關醫療資料，衛生署已建置保健旅遊網；另本計畫專案管理中心目前亦正建置入口網站，以提供相關國際醫療服務訊息。考量該兩網站提供之資訊重疊性高，且皆為衛生署所屬之資訊網，建議予以檢討整合，以擴大行政資源使用效率。

2.2 醫療服務國際化

2.2.1 醫療服務國際化相關名詞定義與分類

隨著醫療服務全球化、醫療服務專精化與醫療服務的多角化，國際醫療服務已成為必然的趨勢；因此，「在醫療產業全球化下，為滿足國外民眾或保險公司尋求較低成本及較高品質且有效率的醫療保健需求，所提供的國際醫療保健服務與旅程安排。」可說是「國際醫療服務」簡單的定義，而推動國際醫療服務的過程就是「醫療服務國際化」。

談國際醫療服務之前，有幾個常用名詞需要釐清，包括「醫療旅遊」、「觀光醫療」、「保健旅遊」、「健康旅遊」和「照護旅遊」等。醫療旅遊是指人們因定居地的醫療服務太昂貴或不太完善，到國外尋求較相宜的保健服務，並與休閒旅遊相結合發展而成的一種新的產業。按照世界旅遊組織的定義，醫療旅遊是以醫療護理、疾病與健康、康復與休養為主題的旅遊服務。故凡是為了改善健康而進行的旅程，或者是為了能夠接受較便宜的自費性醫療行為所做的旅行，都可稱之為「醫療旅遊」。醫療旅遊依其範疇、目的可略分為「醫療觀光」與「保健旅遊」兩大領域，前者通常是以個別醫療服務為主要需求，相關旅程安排為輔。後者則可以健康促進之保健服務為主，結合觀光旅遊；或以其他目的如商務、觀光旅遊等需求為主，醫療保健服務為輔均可。

提倡醫療旅遊（Medical Tourism）的最早起源，可以追溯到 17 世紀時，當時德國的巴登地區，以溫泉療養著名；而同時，日本和歐洲各國也以海水浴和溫泉旅行，做為一種健康促進的方式，並吸引觀光客，可以說是觀光醫療最早的起源。到了現代，隨著醫療產業的發展，提供的服務範圍也越來越廣：從原本的休閒養生，到現在的健康檢查、整形美容等，都陸續納入服務的範圍。

醫療旅遊的定義與型態在回顧國內外的文獻當中，發現國內外醫療旅遊相關的研究鮮少，推究其原因為醫療旅遊是一新興議題。目前對於醫療旅遊國內並沒有統一的定義，而國外的情況也是如此，相關研究都有定義混淆不清的情形，更有互相矛盾之處。

依貿易的方式，國際醫療服務可區分為以下四種模式(Chanda R. 2004):

1. 跨國運送(Cross-border delivery)-醫療救援
2. 海外消費(Consumption abroad)-醫療旅遊
3. 商業據點(Commercial presence)-國外分院
4. 醫療人員移動(Movement of healthcare personnel)-無國界醫師

醫療旅遊屬於第二類，其他三類因產業價值不高，在本文中並無多做著墨，故本文探討國際醫療服務聚焦於海外消費-醫療旅遊。

醫療旅遊國外大多使用的名詞有「health tourism」(World Tourism Organization; IOUTO, 1973; Laws, 1996; Ross, 2001)、「healthcare tourism」(Goodrich & Goodrich, 1987)、「wellness tourism」等來代表以恢復和促進健康為主的觀光行為；而以「medical travel」、「medical tourism」(Connell, 2005; Jessica, 2007)來代表以醫學手術、疾病的治療為主的觀光行為。國內學者和相關研究也對醫療旅遊下了定義，但使用的名詞亦多有不同之處，而醫療主管機關衛生署對於醫療旅遊(Medical tourism)的定義為「凡是為了改善或促進健康而進行的旅程，或者是為了能夠接受較便宜的自費性醫療行為，所做的旅行，都可稱之為醫療旅遊」(蔡素玲, 2007)。

醫療旅遊的範疇可分為「保健旅遊」和「醫療觀光」兩部分，兩者主要的差別為保健旅遊屬於健康維持之特性，並未對已患有疾病者進行積極侵入性醫療行為；而醫療觀光屬於健康之改善與復健，包含侵入性醫療行為。在國內的部份多以「保健旅遊」(簡筱蓉, 2006; 吳啟誠, 2006)、「健康觀光」(鄭正煜, 2006)等來代表以恢復和促進健康為主的觀光行為；而以「醫療觀光」(蘇文瑜, 2006; Taiwan news, 2007)、「觀光醫療」(張紫薇, 2006)來代表以醫學手術、疾病的治療為主的觀光行為；兩者統稱「醫療旅遊」。

最早首次由官方對於醫療旅遊提出相似概念定義的是 IOUTO (International Union of Official Travel Organization) 在 1973 年所下的定義：「提供國家之自然資源所產生的健康設施，特別是礦泉和氣候」

(Hall, 1992), 此時期對於醫療旅遊的定義仍以健康促進、恢復型態的旅遊為主。而在之後世界旅遊組織 (World Tourism Organization, WTO) 對於醫療旅遊下定義：「以醫療護理、疾病與健康、康復與休養為主題的旅遊服務，其中，醫療旅遊又包括保健旅遊和醫療觀光，前者以觀光為主、保健為輔；後者則以醫療為主，順帶觀光。」(Bishop & Litch, 2000)，可以看出此時已由不同的目的做明確的區分。目前國外探討關於醫療旅遊的文獻研究多是關於病患離開居住國到他國尋求侵入性治療的主題，用的關鍵字多為 Medical tourism(表 14)。

表 14 國內外醫療旅遊定義整理

學者/組織	年代	關鍵字	定義
IOUTO	1973	Health tourism	提供國家之自然資源所產生的健康設施，特別是礦泉和氣候。
Goodrich & Goodrich	1987	Health-care tourism	除了一般舒適的旅遊活動之外，旅遊目的地有計畫的利用觀光設施或目的地之一部分，刻意地推廣其健康照護服務與設備，來吸引觀光客。
Laws	1996	Health tourism	離開居住地且獲得個人健康改善的旅遊活動。
WTO	2000	Health tourism	以醫療護理、疾病與健康、康復與休養為主題的旅遊服務，其中，醫療旅遊又包括保健旅遊和醫療觀光，前者以觀光為主、保健為輔；後者則以醫療為主，順帶觀光。
Ross	2001	Health tourism	旅客為了健康的理由而旅行離開居住地。
Borman	2004	Health tourism	促使離開自己的國家到另一個國家的唯一理由為追求健康。
John Conell	2005	Medical tourism	病患為了尋求手術治療而到海外就醫。
江國楊	2006	健康觀光 (health tourism)	健康觀光分為兩大類：保健觀光和醫療觀光。保健觀光(wellness tourism)為從事與促進健康之行程；醫療觀光(medical tourism)是對於已具有疾病而欲在此行程中，給予治療並期望恢復健康。
吳啟誠	2006	保健旅遊	保健旅遊(wellness tourism)定義為不涉及醫療行為，而在旅遊行程中，安排了能促進身、心、靈健康的活動；將醫療觀光 (medical tourism) 定義為來台接受醫療服務外，並安排旅遊行程。
張紫薇	2006	觀光醫療 (Medical)	消費者至海外接受養生、保健、美容或專業醫療。

		Tourism)	
鄭正煜	2006	健康觀光 (health tourism)	健康觀光的範圍是由醫療觀光 (medical tourism)、健康照護觀光(healthcare tourism)以及健康促進觀光 (wellness tourism)三者建構而成。
簡筱蓉	2006	保健旅遊	保健旅遊指的是旅客離開自己的居住地去旅遊，目的為促進生理、心理的健康，即為心理舒壓或是增進健康狀態而旅遊，甚至在其旅遊過程當中安排以及接受良好規劃之保健服務，不論為侵入性之醫療治療、美容手術；或是非侵入性之 SPA、具療效之行程，以便獲得生理或心理上的舒壓及恢復。
蘇文瑜	2006	醫療觀光	國際旅客為了促進健康，或是為了能夠接受較便宜的自費性醫療行為，藉由到選擇旅遊目的地度假期間，於當地衛生主管機關許可推薦之醫療院所，從事短暫醫療行為，所稱之一種旅遊型式。
Jessica L.	2007	Medical travel	到海外尋求疾病的治療及健康的恢復。
蔡素玲	2007	醫療旅遊	凡是為了改善或促進健康而進行的旅程，或者是為了能夠接受較便宜的自費性醫療行為，所做的旅行，都可稱之為醫療旅遊。

資料來源：吳彬安，2008

歸納上述國內外學者對醫療旅遊的定義和型態，目前分為兩類，一類是以目的區分，另一個是以侵入程度區分。本研究考量台灣現況和研究方向，對於醫療旅遊的定義以 WTO 的定義為主要架構，將醫療旅遊以目的區分為兩大類，每一大類再依其行為特質，細分出兩種樣態，共四種不同樣態(表 15)。

表 15 醫療旅遊定義

	目的	樣態
醫療旅遊 Medical tourism	醫療 為主	醫療觀光(Medical travel)：醫療為主，觀光為輔，目的為前往其他國家的醫療院所接受正統的醫學治療。例如：輕度的醫療行為如健康檢查、美容、輔助治療等。重度的醫療行為如腫瘤治療、心臟繞道手術等。
		健康旅遊 (Health tourism)：以慢性病之療養為主，順帶觀光，目的為養生、復健，甚至因為養老而居留(long stay)。例如：銀髮養生村。
	觀光 為主	保健旅遊(Wellness tourism)：觀光為主、保健為輔，以健康促進或預防疾病發生為保健目的。例如：溫泉浴、天然礦泉、SPA、草本療法。
		照護旅遊 (Healthcare tourism)：為觀光旅途中必須之輔助性醫療照護旅遊。例如：洗腎。

資料來源：本研究整理

並參考簡筱蓉（2006）所整理之定義，依必要性將本研究中觀光為目的的腎友旅遊服務定義為照護旅遊（Healthcare tourism）的部分；又因應少子化問題和人口老化問題等世界趨勢，未來以慢性病療養、養生和退休安養為目的而跨國移居者定義為健康旅遊（Health tourism）。而本文依據目前全球醫療旅遊市場中不同特色、費用和治療時程，將醫療旅遊歸納為四種類型來匹配四種樣態：長期治療型、特色醫療型、觀光服務型和養生居留型(表 16)。

表 16 醫療旅遊產業發展類型

目的	類型	樣態	特色	費用	時程
醫療為主	長期治療型	醫療觀光 (Medical travel)	提供先進醫療技術服務，主要針對重大疾病的治療，並提供長期照護環境以提供休養。	高	長期：重大手術及醫療行為，需長時間住院觀察及復健。
	養生居留型	健康旅遊 (Health tourism)	主要針對慢性疾病的治療，並提供長期安養、養生及退休養老環境。	中至高	中、長期
觀光為主	特色醫療型	保健旅遊 (Wellness tourism)	提供特定醫療行為，並形成特有專業醫療，提供專業及較低費用的專科醫療。	中	短期：配合旅遊行程的恢復即可完成療程或健檢。 長期：手術後需較長時間恢復，同時亦需時間評估變性後身、心、靈的狀態。
	觀光服務型	照護旅遊 (Health-care tourism)	提供優質快速的醫療服務及低廉費用，高品質的觀光資源。	低	短、中期

資料來源：本研究整理

2.2.2 醫療服務國際化起源與範圍

1. 醫療旅遊的起緣

早期的旅遊業多將旅遊目的的重點放在於健康促進和恢復，最早的醫療旅遊起源從新石器時代和青銅器時代開始，當時的形式是泡溫泉或礦泉(Ross, 2001)，由於利用溫泉治病的力量為中世紀重大的信仰方式，故十六世紀時，名叫 Ponce de Leon 的人為了尋找長青之泉而到佛羅里達旅行。在十八世紀的歐洲，人們會前往溫泉地區取水，相信這些溫泉

水對於健康的恢復有相當大的助益，並間接的帶動當地的觀光產業。而在十九世紀的時候，這股相信溫泉水會治療疾病恢復健康的風氣更帶動了許多歐洲偏遠地區旅遊商機，如法國的 New Caledonia (Smyth, 2005)。其他的休閒活動如高爾夫球、健走等等都成了增添旅遊過程中健康促進的一部份。而近期，瑜珈和冥想漸漸成為新一代旅遊的健康促進活動。在後期，人們對於旅遊的需求不再僅僅是藉由取水，或離開原居住地去尋求更適合生活的環境，以改善健康，而是更加主動的追求健康，將這股對健康促進恢復的需求透過醫療服務的介入，使之更加的具體化，在旅遊產業當中形成一個特殊的市場，並將與健康相關的旅遊稱之為醫療旅遊 (Garcia-Altes, 2005)。

人們離開自己的居住地到海外尋求獲得醫療照護的風潮漸漸的在全球當中成長。會促使這樣跨國就醫的風潮，讓人們願意到陌生的國度尋求醫療服務的原因除了原住國不完善的健康體系外，仍有許多複雜的背景因素，黃美純 (2007) 歸納原因如下：

- (1)原住國醫療服務不完善或需長時間等待。
- (2)原住國醫療服務較昂貴，或保險可支付國外就醫費用。
- (3)就醫國醫師曾到歐美等先進國家學習，醫療技術值得信賴。
- (4)就醫國醫療機構技術及設備優良，國際聲望佳。
- (5)語言相通，溝通無障礙。包括僑居海外回國尋求醫療服務。
- (6)就醫國作業手續簡便，服務便捷完整。
- (7)就醫國具知名或優質之環境或景點，可以使醫療行程更加愉悅。

因為以上的因素使然，促使醫療旅遊市場的形成，其中發展特別蓬勃的是亞洲地區，這些擁有不錯的醫療技術和人力且價格又實惠的國家，例如泰國、印度等。

2.近代醫療旅遊的發展歷程

(1)Health Tourism(醫療旅遊)

-1997-2001 年

-旅遊兼作 massage, SPA 等非侵入性之醫療

(2)Medical Tourism vs Medical Travel(醫療服務國際化)

-2001-2006 年

-到其他國家美容即進行手術等

(3)Medical Outsourcing(國際醫療委外)

-2006 年至今

-保險公司將醫療服務委外給其他國家，安排客戶到其他國家接受價廉物美的醫療。

3.醫療服務國際化的範圍

醫療服務國際化的範圍，大致可分為以下六類：(1)學術研究，(2)生醫產業，(3)教育訓練，(4)疾病防治，(5)外交援助和(6)醫療服務；多年來台灣醫療衛生在國際間已有相當的能見度，醫療國際化的範圍亦十分廣泛，包括臨床醫療國際學術交流、國際醫療衛生人才交流與訓練、國際衛生參與醫療外交援助、國際疫病共同防治、與生醫產業國際化等，但國內醫院對提供國際醫療服務的經驗尚不多，或因應外交需求提供免費醫療服務，或停留於提供零星個案之國際人士醫療服務，尚不足以蔚為「產業」。而本文要研究的範圍，僅限於第六類的醫療服務，其他五類則不屬於本研究範疇。

2.3 醫療旅遊產業分析

2.3.1 醫療旅遊需求與供給市場概況

Josef Woodman 於 2007 年出版的書中指出(Patients Beyond Borders)，醫療旅遊(Medical Tourism)目前產值為美金 200 億，在 2010 年將會是美金 400 億。

1.需求面

(1)美國-

2006 年美國人至國外就醫 15 萬人，2007 年成長至 30 萬人。美國人主要選擇就醫國家為印度、泰國、墨西哥、哥斯大黎加，及新加坡。最常使用醫療項目為牙科、心臟介入及外科骨科、整形外科、神經外科、不孕症、眼科近視及癌症治療。以髖關節置換手術為例，可以省下美金 3 萬至五萬元左右。過去 5 年來已經有 100 家通過美國 JCI 的認證。

(2)OECD 其他國家-

根據先前報導指出，在 2005 年光是加拿大就有多達 78 萬 2936 的人等待手術。北歐斯堪的納維亞群島由於國內病人等待手術期太長，而試圖將國人送至泰國就醫，因其認為此法比增加其國內醫護人員及設施來得有效益。

(3)國際醫療委外 (Medical Outsourcing) -

美國 West Virginia 州政府考慮立法，提供更長病假及省下 20% 費用當誘因。Blue Cross Blue Shield (South Carolina) 是第一家提供國際醫療委外的美國保險公司。

(4) 銀髮族養生居留(long stay)

由於少子化的世界趨勢，老年族群的健康及安養問題會更形凸顯，而努力了一輩子的退休族又有強烈的旅遊需求；自 2007 年起，日本「團塊世代」亦即二次戰後嬰兒潮世代，約 700 萬人，正陸續退休，將帶來 50 兆日圓的退休金市場；預計在 2010 年到 2020 年將會有大約五十萬到三百萬的美籍退休人士會定居在菲律賓，這些退休人士未來預期為菲律賓帶來的收入將高達四十億美金。

2. 供給面

世界醫療旅遊整體的分布大概分為三個聚落即亞洲地區、歐洲及中東地區和南美洲地區，Time 報導 2006 年美國有 5,000 名病人至泰國康民醫院就醫，而全世界相同醫學治療方式有 2 倍-8 倍費用差異。印度在 2006 年有 1.5 百萬人次的市場，每年平均成長 25-30%。Mckinsey 預估印度至 2012 年有美金 113 億至 226 億的市場。亞洲其他各國亦紛紛加入，是主要醫療供給市場。

2.3.2 醫療旅遊產值

目前許多相關資料均有針對過去和未來醫療旅遊市場作報導和預估，看出未來醫療旅遊的產業是會快速的發展，特別是印度的成長表現最為亮眼，這部分和其他的文獻資料都符合(TFT, 2003; Devon, 2007; CBC News, 2008)。但仍有學者對於相關產值的數據及預估提出質疑(John, 2005; Levett, 2005; Tilman, 2008)，因為要確實統計醫療旅遊活動的人數其實不太容易界定，因為從事醫療旅遊的旅客中除了患者以外，也包含了陪伴的家屬或照顧員，這部分也應被納入產值的範圍，加上部分國外人士就醫的原因可能是原本就在海外工作，或者是在旅遊途中因緊急事故就醫，並不符合原本對於醫療旅遊的型態定義，因此這部分的疑慮很難從次級資料當中釐清。

醫療旅遊產值預估的部分以商業世界 (Bworldonline)、McKinsey 顧問公司及工業技術研究院產業經濟與趨勢研究中心(IEK)資料預估為依據，分析未來市場人次及亞洲個別國家概況；McKinsey(2008)針對實際的醫療旅遊人數作統計，扣除旅遊當中緊急海外就醫、駐海外工作者

以及保健旅遊的人數，實際估計人數約 60,000 至 85,000，只有原所有國際就醫人數的 35-45%。因此目前的醫療旅遊市場產值預估仍須保守看待，現階段仍屬溫和期，但 McKinsey 在調查的過程中探索消費者的需求及行為動機，歸納醫療旅遊市場在現階段的市場供需之下仍有很大的發展潛力(McKinsey, 2008)，如下述：

1. 年產值以二位數成長率成長

根據 2007 年商業世界及工業技術研究院產業經濟與趨勢研究中心資料，在 2005 年全球醫療旅遊市場已超過一千九百萬人次，產值達 200 億美元。據估計醫療旅遊產業正以二位數成長率成長，預計在 2010 年前，將成長到四千萬的旅遊人次，將占全球旅遊總容量的 4%，總產值也將達 400 億美元。

2. 印度表現最為亮眼

比較發展醫療旅遊的亞洲各國，如泰國、印度、新加坡、菲律賓、馬來西亞等國家之 2005 年至 2012 年醫療旅遊產值發現，皆呈現大幅度的正向成長，以泰國為例，泰國從 2005 年的 11 億美元，至 2012 年成長為將近兩倍的 21 億美元；而其中更以印度表現最為亮眼從 2005 年的 3.3 億美元，至 2012 年成長為將近七倍的 23 億美元，為亞洲國家當中醫療旅遊預估未來產值最高的國家

3. 台灣醫療旅遊產值預估

針對台灣醫療旅遊產值預估的部分，則參考觀光局委託計畫預估模式，更新數據及參數來做台灣醫療旅遊產值預估。依據 2006 年觀光局委託台北醫學大學的「台灣保健旅遊國際行銷推廣策略研究案」委託研究計劃中的預測模式為主體，並以 2007 年交通部觀光局資料統計修改部分參數推估台灣未來若發展醫療旅遊未來產值。本研究參考吳啟誠(2006)年的估算方式，台灣在推行醫療旅遊的第一年預估產值達 130 億新台幣，與發展條件和台灣相似的新加坡相較，新加坡在 2004 年開放醫療廣告行銷限制後，在隔年的醫療旅遊產值即達 100 億新台幣，比較兩國在醫療服務產能的提供來看，台灣若在未來打開醫療旅遊市場，該預估的產值是可能達到的。

觀光局以過去旅行業者的實務經驗預估來台旅客中有 6%從事保健旅遊或醫療觀光活動，並在政府及產業資源挹注後，來台從事保健及醫療相關活動之人次，以每年成長 10%預估；在增加收入的部分預計進行保健或醫療消費活動的外國旅客，比較基期第一年將增加四萬人，可增

加約新台幣十四億的醫療旅遊相關的收入，同時將為渡假村、飯店、交通運輸等相關行業帶來附加效益。

2.3.3 競爭分析

在文獻探討中指出醫療旅遊源起於歐洲地區，但在產業分析供給與需求的分析的結果，醫療旅遊真正的蓬勃發展成長仍在亞洲國家 (Connell, 2006)。進一步針對這些發展醫療旅遊的亞洲國家進行競爭力分析，採用 Pamela & Dana(2007)所提出之消費者醫療旅遊決策模型分析架構，在影響選擇國家因素部份，除了「法規控制」不易量化比較以外，其他因素表現上以新加坡的表現較佳；而在選擇醫療機構因素來看，仍以新加坡部分表現較佳，而印度次之，但在醫師訓練的表現以數量而言新加坡劣於印度。

此部分的比較結果，似乎新加坡在整體發展醫療旅遊上有不錯的競爭條件，但普遍認為印度才是未來在發展醫療旅遊產值最高的國家 (TFT, 2003; Devon, 2007; CBC News, 2008)，歸咎差異可能在於該模型評比間消費者所重視的因素比重會有所差異，或是新加坡在醫療旅遊發展的潛力被市場所忽略了，而產值也必須考慮到醫療服務的供給產能與所能創造的產值是互有相關的，因此從人力資源的觀點，看兩國的醫師訓練因素比較可得知，雖新加坡有較好的競爭力表現，但在提供產能的部分或許不及印度，因此有這樣的結果。

而在台灣的競爭力表現，因該決策模型是以西方市場的觀點去分析各醫療旅遊國家的競爭力表現，因此這部分會因目標市場而不同，若該模型改以華人的觀點檢視競爭力分析，在競爭力比較的結果會有所差異。台灣在競爭力分析(表 17)的表現上，在國家因素層面與其他國家相比除了無法量化比較的「法規控管」因素以外，在其他兩者因素的表現上算中等，這部分的表現會在未來政經情勢的發展而有所改變；另外與實際產出面相關的醫療機構因素表現上，台灣唯有在照護品質的指標表現上較佳，在其他的因素表現上均不是很突出，其中除了醫師訓練因台灣法規對醫師人數有所限制，和醫療費用的競爭並不是台灣未來發展的方向外，其他的影響因素是台灣未來發展可以去努力的。

表 17 醫療旅遊產業的競爭分析

國家			台灣	泰國	印度	新加坡	馬來西亞	菲律賓	
影響因素	評比指標	單位							
國家因素	經濟狀態	IMD：經濟績效	名次	32	48	52	14	30	49
	政治情勢	IMD：政治不穩定	名次	50	51	33	10	24	49
	法規管控	--	--	開發中國家對醫療疏失處理，往往相關法律資源不甚充足。					
醫療機構因素	價格	醫療費用	--	各國在手術費用的比較上個有其優勢的項目，整體而言以印度的價格最具競爭力。而台灣在膝關節置換(Hip Replacement)和前列腺手術(Prostate surgery)的手術項目在價格上仍有其競爭優勢。					
	醫院評鑑	國際醫院評鑑(JCI)	醫院數	3	4	9	13	1	2
	照護品質	IMD：健康及環境	名次	32	48	52	14	30	49
	醫師訓練	國際醫學訓練標準	學校數	11	12	270	2	9	38
		美國受訓醫師數	醫師數	<1%	<1%	47,581 (19.9%)	<1%	<1%	20,861 (8.7%)

資料來源：Pamela & Dana(2007)；吳彬安 2008

從醫療旅遊的產業競爭力分析結果來看，台灣目前發展醫療旅遊上所會面對到的問題，分述如下：

1. 目標市場與醫療服務項目

從競爭力分析比較的結果看來(表 18)，若台灣未來把主要的目標市場定為歐美等西方國家的話，和其他亞洲國家如新加坡等以英語為官方語言的國家相比，在消費者心目中的選擇比較的結果是不突出的。因此在目標市場的確認上相當的重要，目前台灣所提出的「醫療服務國際化計畫」目標市場即針對東南亞、海外華僑(包括大陸人士)等華語為主，並提出五項特殊項目，這部分的服務項目提供是否符合既有之目標市場還待確認。

表 18 亞洲國家發展國際醫療服務之競爭力比較

國家	客源	競爭優勢	競爭策略	效益
泰國	美國 澳洲	觀光資源豐富、廉價的醫	政府積極推廣行銷、以公司為主體由	依據泰國公共衛生部的統計與預測，醫療服務、保健與 SPA 水療以及草藥

	中東 亞洲 鄰國	療人力成本、 簽證取得方 便、有禮貌且 殷勤服務	專業經理人管理、官 方網站積極行銷	產品等相關三項產業的收入，2006年 已達 396 億泰銖，預計 2007 年將可提 高至 493.9 億泰銖，2008 年則再提高 至 628.2 億泰銖。
印 度	中東 東南 亞 英國	專業醫療技 術照護、廉價 的醫療人力 成本、語言優 勢	具國際認證、獎勵外 資投入、利用 I T 優 勢幫助西方醫師轉 介	根據印度工業聯合會 (CII) 統計，2004 年到印度治病的外國人多達 15 萬，而 且這一數字還在以每年 15% 的速度增 長，印度政府並估計到 2012 年，印度 醫療旅遊業的年收入可達到 22 億美元。
新 加坡	各國 外派 亞洲 員工 中東 印尼 大陸	隱密性高、專 業醫療技術 照護、地理位 置佳、語言優 勢	政府大力的支持、配 合國際病人服務中 心、與國際知名醫學 中心合多次舉辦大 型的醫療旅遊研討 會、在各國設立辦事 處和展銷會	新加坡醫療和旅遊當局估計，到訪的 醫療旅客人數如果能繼續保持現有穩 健增長的勢頭，到 2012 年時至少能增 加到 100 萬人，帶來每年 17 億美元的 消費，創造 1300 個工作職位。
馬 來 西 亞	印尼 澳洲 越南 日本	價格優勢、廉 價的醫療人 力成本、宗教 因素	放寬醫療行銷的限 制、鼓勵醫院爭取國 際認證、醫院發展策 略聯盟、獎勵投資	馬國醫療和旅遊當局估計，外國人士 來馬國尋求醫療服務的人數從 2001 年 的 75,210 人次成長到 2006 年的 296,687 人次，06 年的醫療旅遊所創造 的收入為五千九百萬美金。
菲 律 賓	美國	特殊傳統療 法、廉價的醫 療人力成本	政府積極推廣、針對 特殊商品集中發展	菲國政府預計將在醫療旅遊的發展上 創造四億美元的產值收入。
台 灣	大陸 亞洲 鄰國 華僑	健保制度 下，先進醫療 技術、低廉合 理的收費標 準與良好的 公共衛生環 境等	在政府政策推動下， 台灣正朝向成為全球 「國際醫療中心」的 目標邁進，將提供五 大醫療項目，如肝臟 移植、顱顏手術、心 血管外科、人工生 殖、關節置換手術等	中長期可創造醫療保險服務業產值 3-5%，預估 NT \$180 億至 300 億左右。 NT \$1300 億(觀光產值)X 5%(國際醫 療比例)X 4 倍(產值比) = NT \$260 億
大 陸	台灣	器官供應 骨髓庫	發展器官、骨髓移植 市場	全球等待器官、骨髓移植的市場龐大
韓 國	日本 大陸 台灣	專業技術	置入性行銷行程、美 容整型聚落發展、由 內需市場擴展至外 需市場	韓國用韓劇包裝，以整形美容為主，每 年吸引數以萬計的女性至首爾整形。

資料來源：本研整理

2.醫療品質認證國際化

在 McKinsey 以及醫療旅遊相關文獻中，不管消費者亦或保險公司在對於醫療提供者的首要均以醫療品質的保證有無為篩選的標準，目前國際上共通的醫療品質保證指標為國際醫院評鑑(JCI)。從競爭分析來看，台灣在通過 JCI 的醫院數在亞洲地區來看並不突出，雖台灣自己的醫院評鑑制度已行之有年，且要求的標準與嚴謹度不下 JCI，且在全民健康保險的給付規定下，幾乎大多數的醫療院所均有經過台灣醫院評鑑的審核，而將台灣本身的醫院評鑑與國際市場消費者對於醫療品質保證的觀感連結，亦即台灣要如何與國際接軌，是一個需要去努力的方向。

2.3.4 醫療旅遊產業未來的相關議題

在全球化的潮流之下，破除了過去醫療的在地性，人們對於醫療服務的需求滿足不再侷限自己的國家，滿足此一需求的供給市場逐漸的發展成為醫療旅遊產業，而醫療旅遊更是解決了許多已開發國家因不健全的醫療體系而造成的問題，也幫助了這些提供醫療旅遊國家經濟的發展，但在醫療、經濟因全球化而流通的同時，針對消費者、保險公司、醫療機構和政府，有幾個議題是未來值得被注意探討(吳彬安 2008)，分述如下：

1.消費者：就醫品質與醫療糾紛的保障

雖然目前醫療旅遊供應商在網絡資訊平台建構上亦相當的健全，不管是行前的病例解說或與主治醫師的溝通，都能透過網際網絡的工具達成，但再便利都不及病人與醫生面對面的會診來的有保障，因此不明確的診斷有可能會造成更大的傷害，或處置行程安排上的失誤。目前美國境內的醫師對於海外就醫病人的後續治療多抱著不願負責的態度；保險人對於回國後的併發症及補救的護理措施亦感到遲疑和不確定性。這部分的問題或許可以透過醫院國際網絡(the Apollo Group and Adventist Health International)的建立，將服務延伸至居住國，解決醫療處置在海外而後續的照護的問題。

外國病人就醫必問醫師的十個問題(摘譯自 Patient Beyond Borders)

(1)您是否有證書認證? 您從何處贏得醫師學位?您最近參與的推

廣教育專題研討會的類型有哪些？

(2)您每個月為幾名病人進行診療？

(3)您屬於哪一個協會組織？

(4)您先前治療過多少和我相同情況的病人？

(5)您初期的諮詢顧問費用如何計算？

(6)是否能在手術前後及過程中，用電話與您聯絡？

(7)為了評估我的病情及治療所需，我需要提供哪些個人過去的診療病例？

(8)您是單獨執業亦或與診所或醫院內的其他醫師合作？

(9)我的手術由誰操刀？您親自操刀或有助手在旁協助？

(10)您會全程監督我的療程嗎？(包括手術前、手術過程、醫師處方、身體療法建議，及術後檢查)

發展醫療旅遊的國家都視其為一有利可圖的營業項目，因此無不積極的發展，並希望在市場中除了透過價格的優勢吸引顧客外，也希望能透過服務項目的差異化，在市場中建立獨特的角色，因此許多新穎的技術和處置紛紛成為宣傳的焦點，但這些技術或許根本沒有通過或不能通過美國 FDA 的審查，即在市場上運作，加上政府對於這方面的態度是開放法律鬆綁的，因此對於國外民眾權益的維護備受質疑。因此醫療旅遊中醫療的品質是很大的未知數，目前仍沒有足夠的指標衡量、監測用來比較海外供應商間的醫療服務品質。另外許多國家對於醫療過失的法律處理程序規範和相關的法規並不是很健全，在不管印度、馬來西亞或者泰國都是如此，面對醫療品質不易掌握，如此高的市場不確定風險下，如何保障民眾權益是很大的問題。

2.保險公司：醫療旅遊保險的風險

境外就醫對於保險業者的一個大問題就是保險詐欺，原本保險公司投入醫療旅遊市場的用意在於藉由提供較國內低的醫療服務價格，以獲得更大的獲利；但海外保險申報內容的監督困難，目前能解決的方法就是透過嚴格審查的機制，或治療前的項目審視，以降低過報醫療價格的風險，並成立國際網絡供應商平台以利監督，並藉由簽訂合約透過審計權的合作流通將過程透明化(Mattoo & Rathindran, 2005)。此外後續造成的醫療問題該如何處理，保險公司所扮演的角色和產業間彼此責任的釐清為何，都是保險公司進入

醫療旅遊市場所要去考慮的。

3. 醫療機構：醫療旅遊部門私營化

一般而言國際間醫療體系都是由私人的資源所支出的，例如私人保險，而以個人的力量讓醫療市場回歸部分的自由經濟也是目前政府努力的方向(Timothy, 2004)，逐步的減少政府在健康照護費用上的角色，讓私人民營的方式來填補這一塊的空白，台灣的全民健康保險就有如此的意味。對於國內醫療資源不足的國家而言，透過醫療旅遊收取高於國內價格的費用填補國內民眾在醫療支付上的不足，實為一替他們解套的方法，以澳大利亞為例，接待一名國外病患的費用可以抵兩到三名國內民眾的費用支出(Timothy, 2004)。

目前大部分發展醫療旅遊的國家，積極的促使醫療機構的民營化，將原本是為非營利、公益事業的醫療，從原本許多的法規和稅制的限制上鬆綁，吸引外資投資加速國內醫療的現代化，健全醫療體系的基礎建設，目的是吸引外國人前來就醫，期望透過提振醫療旅遊產業的方式不僅帶動國內經濟發展，也能藉由稅收和民營化的基礎建設補足國內醫療體系的不全。

雖然利用私人資金發展醫療旅遊，在競爭上的優勢是較佳的，但可想而知的是不管人才或資源勢必都會從公家的領域流向私人機構，因此削弱了公立醫療機構所扮演的角色，國內較貧窮偏遠的民眾醫療權益可能因此受損，健康的不平等會更加的極劇，這對國家整體面的醫療體系發展是不利的。而醫療旅遊所造成的公部門資源流向私部門，是否會使得國內醫療資源因此而分配不均，都端視政府有無將醫療旅遊的收益補貼國內醫療不均的部分，但不幸的是在世界衛生組織的觀察當中，大部分的政府並沒有這樣做，因此到底醫療旅遊對於國內整體國民健康影響是好壞是值得後續關注的。

4. 政府：政府在醫療旅遊產業中的角色

以客源國歐、美來說，政府面對醫療產業的發展除了必須重新檢視國內的醫療體系根本的問題，該如何改革才能提供給國民更為完善的醫療服務；另一方面政府對於民眾海外就醫權益的保障更是該積極的維護，儘管美國監管機構無權管轄海外的醫療機構，但對於有司法管轄權的美國病人，轉診網絡，雇主和保險公司，應做到完善的規範和監督。

對於積極發展醫療旅遊的國家而言，該如何透過醫療旅遊實質

的提升國內民眾的健康表現，而不是純粹的想賺取外匯收入，損害國內民眾權益，藉由醫療旅遊所得到的經濟收益該如何的作分配及妥善的應用；另外過去政府對於醫療法規的嚴格限制，因為促進醫療旅遊產業發展而開放的法規限制，例如醫療廣告的放寬，會不會造成其他不良的後果，都是政府必須去把關的。

5.待進行的事項：公私部門配合

(1)政府方面

- 成立跨部會推動小組
- 成立單一窗口，提供諮詢
- 各種說明書、證明書統一英文化
- 與民間合作成立大型行銷公司，推動國際行銷
- 訂定合理國際醫療價格
- 開放預收醫療費用制度
- 縮短簽證時間
- 修改醫療法，使醫療廣告合法化
- 開放大陸人士來台就醫自由行

(2)醫療機構方面

- 訂出自己的醫療特色
- 成立國際病人聯絡中心
- 成立專屬國際病房
- 建立國際病人服務模式
- 加入國際醫療品質認證
- 積極培育外語醫護人才
- 尋求國外合作夥伴

2.3.5 台灣發展醫療服務國際化的價值鏈(value chain)

價值鏈 (value chain) 是由波特 (Michael Porter) 在 1985 年所提出，在《競爭優勢》一書中，波特指出若一企業要發展其獨特競爭優勢，或是為股東創造更高附加價值，策略即是將企業的經營模式 (流程) 解構成一系列的價值創造過程，而此價值流程的連結即是價值鏈。根據研究許多企業後，波特指出一般企業的共通價值鏈，主要分成的分別為主要活動 (Primary Activities) 與支援活動 (Support Activities) 兩類。主要活動為一企業主要的生產與銷售程序，包括進貨運籌 (Inbound

Logistics)、製造營運 (Operations)、出貨運籌 (Outbound Logistics)、市場行銷 (Marketing and Sales) 與售後服務 (Service) 等，為了辨別出我國醫院醫療服務國際化能力，參考管理大師 Michael Porter 價值鏈的觀念，將國際醫療服務從產品設計到行銷與售後服務的活動過程切分為相連的價值鏈，以利於辨識哪些工作需要加強辦理，哪些路障需要政府協助解決？哪些活動應該醫院個別規劃，哪些活動需要異業結合，哪些活動需要整體規劃或委託辦理？

台灣發展國際醫療服務的價值鏈至少可以切分為十大項目(圖 6)，又以目的區分為「醫療觀光」與「保健旅遊」兩大類(表 19)，分述如下(蔡素玲，2007)：

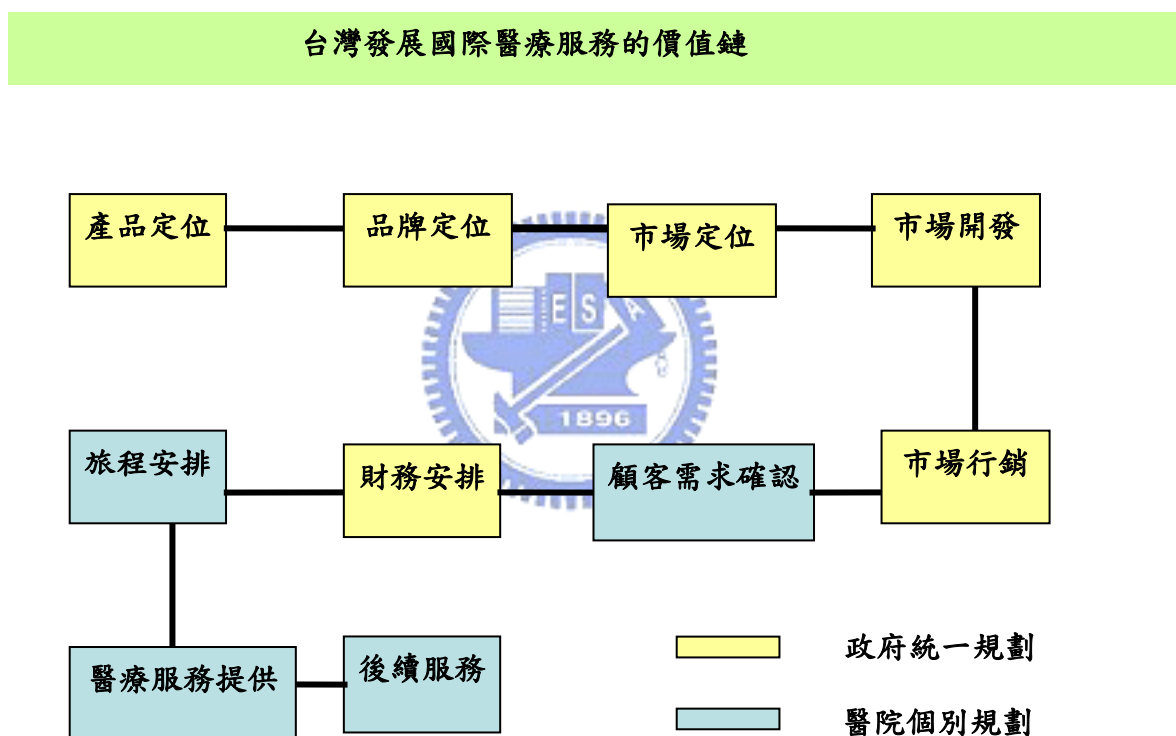


圖 6 台灣發展國際醫療服務的價值鏈

資料來源：蔡素玲，2007

1. 產品定位：我國醫院推展國際醫療服務的強項與興趣已如前述，然各醫院特色各有不同，仍須依每一個醫院專長、目標對象以及風險評估找出最有競爭優勢的主要醫療服務項目，並就相關資源連結的可行性，設計具有特色的套裝服務內容與經營模式，做為初期發展重點。

2. 品牌定位：要如何建立台灣醫院的品牌形象？要如何贏得國際醫療顧客的信任？東南亞國家常以通過國際醫院評鑑 (JCI) 為醫院品牌

行銷，國內亦有三家醫院通過 JCI 評鑑。我國已辦理醫院評鑑 20 餘年，近年來又推動與國際同步之「以病人為中心」的新制醫院評鑑，負責醫院評鑑之機構—財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（醫策會）亦已於 2006 年通過亞洲第一個國際醫院評鑑機構認證，我國醫院通過 JCI 固然可喜，亦顯示國內醫院評鑑結果禁得起國際醫院評鑑之考驗，惟參加 JCI 評鑑所費不貲，是否每一提供國際醫療服務之醫院均要重複投資於 JCI 評鑑？或者醫策會可研議適當策略以建立我國醫院評鑑的國際形象？

表 19 台灣發展醫療服務國際化價值鏈

項目	醫療觀光	保健旅遊
1 產品定位	整形、移植醫學、放射治療、安養	健檢、美容、養生、健康照護
2 品牌定位	醫學中心或評鑑優等	評鑑優等
3 市場定位	華人	大陸地區
		非大陸地區
	非華人	亞洲
		歐美
4 市場開發	國際市調（非大陸地區、歐美）	國際市調（亞洲、歐美）
	政策開放（大陸地區）	政策開放（大陸地區）
5 市場行銷	專業通路／非醫療專業通路	非醫療專業通路
	網路／平面媒體／展覽	網路／平面媒體／展覽
	廣告規範	廣告規範
6 顧客需求確認	專業諮商／病歷	專業諮商
7 財務安排	定價系統	定價系統
	收費規範	收費規範
	預付	預付
	其他	其他
8 旅程安排	結帳	結帳
	現金／簽帳／國外醫療保險給付	現金／簽帳／國外醫療保險給付
	病人／家屬	顧客
	國外差旅	醫療行程
9 醫療服務提供	國內差旅	旅遊行程
	簽證	養生行程
	醫療流程安排（醫院）	醫療流程安排（醫院）
10 後續服務	溝通訓練（醫院或統籌）	溝通訓練（醫院或統籌）
	醫療專業團隊（醫院）	醫療專業團隊（醫院）
	國外合作醫院（專業通路）	問候／關懷（業者）

資料來源：蔡素玲，2007

3.市場定位：國際醫療服務的目標市場如前一節所述，醫院須依本身服務專長、語言能力、服務團隊能耐與周邊異業結合條件，評估國際醫療服務主要服務對象。

4.市場開發：華人或非華人，大陸地區華人與或非大陸地區華人，亞洲地區日本或東南亞地區或歐美地區顧客需求、偏好與購買能力是否有所不同？究竟顧客在哪裡？市場在哪裡？仍缺乏具體的市場分析資料！另外，大陸地區市場涉及兩岸醫療政策之開放，雖屬於政治議題，亦可思考如果開放，究要全面開放或局部開放？一次開放或逐步開放？其機制要如何設計？又，政策正式開放前有無替代措施？

5.市場行銷：國際醫療服務行銷管道可分為「醫療專業通路」與「非醫療專業通路」。「醫療專業通路」可藉由國內醫師個人、醫院或醫學會等與國外互動的醫師個人、醫院或醫學會等不同關係之建立，宣傳台灣醫療成果、轉介病人，並可有利於病人回原住國後之後續照顧。如醫學會與國際交流舉辦研討會、論文發表，或返國服務之國外進修醫師，與歐、美、日等先進國家醫療界已有相當的互動，可以應用於先進國家之國際醫療行銷；又，近年來我國醫院已積極提供開發中國家醫療人員訓練，如越南、蒙古等，對於該等醫療水平落後於台灣的國家，此種訓練交流亦有利於台灣醫療的行銷、溝通與病人返國後的照料。「非醫療專業通路」則更多元，其對象以有購買能力之中、高國際客層為主，重點在於台灣醫療服務的國際形象塑造與套裝產品的推廣。行銷管道可以利用政府相關部門已建立之管道，如經濟部、僑委會、外交部駐外點，觀光局、新聞局既有的宣傳媒體與通路，協會組織如外貿協會國際展覽的參與等等。行銷方式亦多樣化如專業網站之建立或相關網站之連結、平面媒體與多媒體的綜合運用等等；此外，相關業者如航空、旅遊、飯店、與國際企業等通路的整合，亦可以產生多贏的效用。

6.顧客需求確認：對於特殊醫療需求的國際病人，如何確認其醫療需求？這一部分需要醫院建立一定的作業流程與快速回應的溝通管道。通常這類顧客在其當地國已確定診斷，經由相關通路取得擬就醫醫院之資料進一步聯繫或查詢。醫院專屬國際醫療服務網站此時就扮演很重要任務，包括國際醫療團隊介紹、主治醫師資歷、如何申請服務？要不要病人先提供必要的病歷資料？如何安排行程？相關配套服務以及如何收費等，均是顧客關心的課題。此時網站的友善設計與專業、有效

率的回應則是攸關國際顧客是否上門的關鍵。至於以保健旅遊為主的顧客，則比較在乎套裝服務內容與配套行程安排之選擇性，以及醫院與相關業者須提供相關正確與透明的訊息供國際客戶比較與選擇。

7.財務安排：國際醫療服務如何收費？國際間多採自由市場機制，政府甚少介入，新加坡政府有要求公立醫院須將收費報備。收費內容可有單項收費或套裝收費等，有些醫院有預收制度，有些醫院則沒有預收費用，視醫院的策略而定。如採預收制度，網路簽帳制度在臺灣有無障礙？金融系統可否配合？另一方面，歐美顧客多半有醫療保險，並不自掏腰包，因此，如何與國外保險公司建立合作機制，願意建議其被保險人來台接受高品質低成本的醫療服務，並建立順暢的醫療費用申請與核復機制，則是台灣醫院新的議題！

8.旅程安排：「特殊醫療」與「旅遊保健」的行程安排有很大的差異。「特殊醫療」是依病人病況與身體條件個別安排，多半別有家屬或陪伴人員，除要考慮到病人在當地國的交通食宿，路程上的特殊照護與聯繫尤為重要；抵達台灣後，下機時有無特殊送醫交通安排之需求？住院就醫前後或家屬有無一般住宿安排之需要？病人或家屬有無特殊旅程安排之需要？「旅遊保健」的行程則可以有個別規劃或團體規劃，依顧客的保健需求與連結旅行目的做多樣性安排，如高規格健檢可與全球化企業之主管共識檢討會議結合，也可與公司員工福利與激勵措施結合；養生、美容、牙醫、中醫等可列為附加選擇性服務，惟對於旅遊保健之顧客，醫療以外的周邊服務如觀光、交通、飯店、餐飲業等之同等規格服務將更被要求，應妥為設計。為 long stay 顧客設計的排程，則需整體生活機能與醫療保健服務做經常性的結合，才能吸引退休的國際顧客長時間居住。旅程安排過程如果可以提供簽證的方便性，如泰國政府提供到醫院服務的延長簽證、馬來西亞政府提供 long stay 者十年多次進入之簽證，亦是鼓勵國際顧客走進來的誘因。

9.醫療服務提供：醫療服務提供原是醫院的專長，然而醫療服務畢竟是人與人的接觸，國際醫療服務加上語言因素、文化因素、環境因素及國際顧客的高度期望，已讓國際醫療服務的複雜度增加。因此，各醫院必須對國際顧客就醫流程詳加規劃，需不需要有動線區隔？需不需要有專區服務？在泰國因私人醫院都是收自費病人，康民醫院並未特設國際病房，卻有很高比例是國際病人；曼谷國際醫院就標榜專為國際病人服務，另外會考慮文化的差異專門開設所謂的「日本門診」或「阿拉伯

門診」。新加坡是一個國際都市國家，病人來源本來就很國際化，亦未特別設所謂的國際病房，而是在病房提供多元等級設備選擇。醫療團隊非常重要，如果可以羅致外籍醫療人員或曾在當地國訓練或行醫的醫療人員，對國際顧客而言，信賴度可以大大的增加，如泰、印、新等國此類醫療人員比例頗高；另外，聘請不同國籍的專業經理人處理國際病人事務，病人會備感親切；或約聘一些專責的翻譯人員或翻譯志工補充醫療團隊語言能力的不足，均為可行措施。台灣醫院外語團隊仍以英文為主，有些醫院有日語團隊，未來如要發展越南客群，亦可考慮運用新移民人口協助翻譯。但畢竟台灣外語環境尚不成熟，符合不同文化的外語人才羅致與溝通訓練整體不足，有心推展國際醫療服務之醫院，應做有計畫的人才培育。此外，國際醫療服務相關的外語表單設計或翻譯，亦須積極進行。

10.後續服務與風險管理：國際病人返國後的後續照顧與關懷，值得重視，就像一般商品買賣的售後服務，企業愈重視售後服務，其永續經營的機會就愈大；國際醫療服務是極高度之客製化服務，醫病溝通理應良好，仍難免有醫療爭議之風險，醫院應妥具風險管理機制以為因應。

2.4 商業模式



商業模式(Business Model)的名詞首次出現在期刊文獻當中是在 1957 年，直至 90 年代末期才在學者間熱烈且廣泛的探討，並且在電子商務興起後，許多的學者投入了商業模式的研究。隨著市場特性的不同，自然會產生許多不同的商業模式，不同的學者對各種產業的商業模式所賦予的內涵也不完全一致，而在名詞上也無統一的用法，亦有將之稱為營運模式、經營模式和經濟模型等，出現了混亂使用的現象(Morris et al.,2005)。目前國內外對於商業模式的定義如下(表 20)：

如今商業模式已成為企管相關或商業界最為常見的名詞之一，本研究之商業模式以 Morris et al 的定義為主，並參考吳俊賢(2008)的整理，將商業模式定義為企業中相互有關係的元件結合運作之下，在特定市場當中產生出持續性之競爭優勢，下面就商業模式的定義和元素內容做介紹(表 21)。

表 20 國內外學者對商業模式的定義

學者	年代	定義
Timmer	1999	商業模式所涵蓋的架構包括商品流、服務流和資訊流。其應描述了企業參與者的定位和角色，以及所獲得的潛在利益和營收的來源。
Dubosson-Torbay et al.	2001	廠商結合網絡上的合作夥伴，一同創造、行銷、傳遞價值給一個或數個的市場區隔中之顧客，以產生利潤和能夠維持廠商營運的收入流。
Chesbrough & Rosenbloom	2002	商業模式為描述企業如何把資源和創新轉換為商業利益。
許士軍	2003	商業模式代表一個組織在複雜且競爭的環境，企圖塑造自己的差異化優勢。
Morris et al	2005	企業中相互有關係的元件結合運作之下，在特定市場當中產生出持續性之競爭優勢。
司徒達賢	2005	商業模式為企業在產業價值網當中的定位，以及創造價值及轉換資源的方式。

資料來源：吳俊賢 2008

表 21 描述商業模式的六個問題與內涵

問題	內涵	基礎面
第 1 題(價值內容)：如何創造價值？	第一個問題聚焦於價值提供的架構，明確的描述企業所提供的價值內容以及如何的提供給顧客，必須陳述的內容包括商品的性質、客製化的程度和多樣性和提供的方式。	提供：產品/服務/綜合性 提供：標準化的/部分客製化/高度客製化 提供：產品/服務的多樣性 提供：產品/服務的延伸程度 提供：產品的使用/產品本身/公司產品與其他公司的產品一同銷售 提供：內部製造或提供服務/委外/執照/轉售/增值轉售 提供：直接分配/間接分配（間接：單或多通道）
第 2 題(市場策略)：創造價值給誰？	這一部分的問題是為釐清上述的該價值創造對象是誰、位在供應鏈的哪一個位置以及該市場的類型(一般市場或利基市場)，這些都將會影響到一個組織的資源分配以及風險的程度，明確的界定市場為成功與否的關鍵所在。	組織類型：b-to-b/b-to-c/皆是 地方/區域/國家/國際 客戶在價值鏈：上游供應商/下游供應商/政府/機構/批發商/零售商/服務提供商/最終消費 一般市場/利基市場 交易/關係

<p>第3題(內部能力): 競爭資源為何? (選擇一個或多個)</p>	<p>這部分主要陳述該企業如何的利用內部商業活動提升自己的核心競爭力。</p>	<p>生產/營運系統 銷售/行銷 資訊管理/資料探勘/包裝 技術/研發/創意或創新能力/人力資源 金融交易/套利能力 供應鏈管理 工作網絡/資源的槓桿運用</p>
<p>第4題(競爭策略): 如何維持競爭力?(選擇一個或多個)</p>	<p>前述內部活動奠定了企業在該產業當中的基礎, 但如何的在同業當中維持優勢且找到自己的市場定位是這部分所要陳述的內容。</p>	<p>形象: 卓越的運營/一致性/可靠性/速度 產品或服務的質量/選擇/功能/供貨 創新的領導階層 低的成本/效率 良好的客戶關係/經驗</p>
<p>第5題(財務因素): 如何獲取利潤?</p>	<p>企業的商業活動成果呈現在經濟的表現上, 包括了價格的靈活程度以及生產量和利潤的大小是如何。</p>	<p>價格: 固定/混合/靈活 營運槓桿: 高/中/低 生產量: 高/中/低 利潤率: 高/中/低</p>
<p>第6題(發展模式): 企業的發展模式為何?(選擇一)</p>	<p>就上述的商業模式的內容定位出該商業模式的發展模式為何, 包括生存模式、收入模式、成長模式和投機模式。生存模式指的是該業務的目的只是為了企業的生存和滿足基本的財務收入; 收入模式指企業投資該項業務是為求能夠持續的長期創造營收; 成長模式在初期有顯著的投資, 並且未來仍會持續的投入, 最終目的希望該業務為一重要收益; 投機模式為企業在該市場內的時間很短, 經營的方式是在潛在的風險出現之前即退出市場。</p>	<p>生存模式 收入模式 成長模式 投機模式</p>

資料來源: Morris et al., 2005; 吳俊賢, 2008

第三章 研究方法

國內或國外「醫療旅遊(Medical Tourism)」的研究發展至今仍屬萌芽階段，因此實證支持的文獻較少，所能收集的資料大多屬於碩士論文、報導式的期刊文獻和相關新聞媒體報導；本研究目的為針對國際醫療旅遊產業分析，檢視台灣所面對的競爭環境，研判與競爭者的競爭力概況，並從台灣發展醫療旅遊個案的商業模式研究，了解台灣醫療旅遊的實際運作概況。最後，從醫療旅遊產業分析、個案研究現況給予建議。

3.1 文獻分析法 (Literature Review)

第一部份為醫療旅遊產業分析，經由次級資料的蒐集，將國內外有關醫療旅遊，以及就相關主題之期刊論文、學術會議報告、研討會資料、專書及統計報告等蒐集並加以摘述及彙整分析，整理出產業分析結果。

3.2 案例分析法 (Case Study)

第二部分為個案商業模式研究，藉由文獻整理的商業模式架構，針對研究個案進行探索性研究。吳俊賢(2008)依據全球醫療旅遊市場中不同特色、費用和治療時程，將醫療旅遊大致分為三類，而本文另將產業性質及目標客群獨特的健康旅遊區分出來，歸納為四類：保健旅遊(wellness tourism)、照護旅遊(healthcare tourism)、醫療觀光(medical travel)和健康旅遊(health tourism)，並分別選定下列個案為商業模式代表(表 22)，經由比較其成功模式而獲取寶貴經驗與知識。

表 22 商業模式代表個案

個案	目的地	類型	對象	基本資料
一	觀光為主	保健旅遊 (wellness tourism)	署立基隆醫院	行政院衛生署基隆醫院創立於 1897 年，於 1999 年 7 月因精省改隸為行政院衛生署基隆醫院。行政院衛生署基隆醫院為區域教學醫院，現已經開設有內科系、外科系、婦兒科...等共計 29 個醫療科別。
二	、醫療為輔	照護旅遊 (healthcare tourism)	亞洲透析服務股份有限公司	亞洲透析服務股份有限公司(Asia Renal Care, Ltd, ARC)於 1997 年成立，總公司於 2002 年設立在新加坡，主要是業務提供亞洲地區腎臟透析及相關服務的公司，並且承攬醫院透析中心外包，目前擁有及參與合作的透析中心約有 60 家，遍佈亞洲地區，服務將近 4000 位病人。
三	醫療為主、	健康旅遊 (health tourism)	長庚養生文化村	長庚養生文化村由前台塑集團總裁王永慶先生所創辦，於 2005 年正式開幕營運，標榜以養生及文化為宗旨，為銀髮族營造健康而豐富的生活，並有長庚醫療體系與護理之家為後盾，為佔地 17 公頃，有 4000 戶的社區。
四	觀光為輔	醫療觀光 (medical travel)	台北市萬芳醫院	萬芳醫院由臺北市政府委託臺北醫學大學籌設經營，於 1997 年 2 月 15 日正式開幕。萬芳醫院為醫學中心，已經開設有內科系、外科系、婦兒科...等共計 42 個醫療科別，包括署定專科 22 科，並設有 34 個委員會。

資料來源：吳俊賢，2008；本研究整理

第四章 世界各國與台灣醫療旅遊發展模式

世界各國醫療旅遊市場潛力極大、可鎖定的客群與服務需求相當多元，且採不同發展方式的國家皆有成功案例。如進一步研究許多發展醫療旅遊的國家，可以發現以醫療觀光（Medical travel）或保健旅遊（Wellness tourism）作為主要切入點的成功案例，其各有擅長與值得效法之處。（郭建良，2007）表 23 顯示世界各國(美洲、非洲、亞洲及大洋洲、歐洲)發展醫療旅遊的國家其發展主軸以醫療觀光或保健旅遊作為主要切入點的比較表。若台灣欲發展醫療觀光，基於地理特性與台灣的關聯性或差異性，選擇新加坡、泰國、印度作為標竿學習國家；至於保健旅遊則可選擇已經發展完善體系的奧地利作為標竿學習對象。

表 23 世界各國發展醫療旅遊的國家暨發展主軸一覽表

洲 別	地 域 別	國 家	發 展 主 軸
美 洲	北 美	美 國	以 Medical 為代表，目前開始發展 Wellness
		夏 威 夷	Wellness
		墨 西 哥	Medical
	中 美	古 巴	從純 Medical 漸漸加入 Wellness
		哥 斯 大 黎 加	Medical
	南 美	阿 根 廷	Medical(非重症；美容)
		巴 西	Medical
		哥 倫 比 亞	Medical(非重症；美容)
	非 洲	南 非	南 非
亞 洲 及 大 洋 洲	大 洋 洲	澳 洲	Medical 與 Wellness
	東 北 亞	韓 國	Medical
		日 本	Wellness(胎盤素注射)
		大 陸	Wellness
	東 南 亞	泰 國	Medical 與 Wellness 兩個市場融合
		馬 來 西 亞	Medical
		新 加 坡	Medical
		菲 律 賓	Medical 與 Wellness 兼具
		香 港	Medical 為主，Wellness 則針對大陸市場
	南 亞	印 度	純 Medical 開始結合 Wellness(替代療法)
		尼 泊 爾	Wellness(替代療法)
		斯 里 蘭 卡	Medical 與 Wellness
	中 東 及 西 亞	以 色 列	Wellness
		黎 巴 嫩	Medical

		約旦	Medical
		杜拜	Medical
歐洲	南歐	西班牙	Wellness
		馬爾他	Medical
	西歐及中歐	德國	傳統以 Wellness 知名，近期則發展 Medical
		英國	Wellness
		瑞士	Medical(非重症；美容)
	東歐	奧地利	Wellness 為主
		匈牙利	Wellness
		斯洛伐克	Wellness
		拉脫維亞	Wellness
		蒙特尼格羅	Wellness
		保加利亞	Wellness

資料來源：郭建良，2007

4.1 亞洲各國醫療旅遊發展模式

1.新加坡 2.泰國 3.印度 4.馬來西亞 5.菲律賓 6.香港 7.其他

1.新加坡

在發展醫療旅遊的亞洲國家當中，和台灣環境條件較為相似的就是亞洲四小龍之一的新加坡。新加坡和台灣一樣與鄰近的亞洲國家相比在觀光資源上是居於劣勢，若以觀光為主力去推行醫療旅遊的話，勢必沒辦法在強敵環伺的亞洲地區表現突出。因此新加坡把握醫療產業呈現高度發展的優勢，優越的地理位置和語言優勢，加上以簡單、迅速、方便是其主要訴求，而重視病人的隱私更是一大特色，成功的在全球醫療服務國際化中佔有一席之地。

新加坡自 1995 年積極推動醫療服務產業，並與世界知名的約翰霍普金斯大學醫院合作，幫新加坡打開了國際的知名度，加上 911 事件之後中東地區的醫療需求轉向新加坡，在這些時空背景之下，新加坡的醫療旅遊就因此展開。新加坡在 2003 年起積極促銷醫療旅遊，新加坡透過國際醫療平台的建立和舉辦國際性醫療旅遊研討會，並聘請麥肯錫公司負責行銷新加坡的醫療旅遊服務，大力推行“保健旅遊計畫”，並且初見成效，目前共有 Parkway Holding Limited 等五家醫院加入這個計畫。

根據新加坡旅遊局統計，2004年，新加坡吸引了大約32萬名醫療旅客，獲得了大約8.36億美元的旅遊收益。2005年，新加坡共接待40萬名外國病人，取得25%的增長，一直到2006年的41萬人，這些都是印、馬的白領階級，來新加坡接受精密醫療服務、健檢、美容等服務提供，新加坡將醫療保健旅遊視為振興新加坡經濟的引擎（新加坡旅遊局，2007）。

以Parkway Holding Limited為例，Parkway集團除了在新加坡本身有三家醫院以外，集團旗下於馬來西亞、汶萊等14個國家均有醫院提供醫療服務，並在全球的44個國家設有醫療轉介中心（medical referral centre），以求能在第一時間掌握當地顧客需求，在如此完善的醫療網絡分佈下，對於積極發展醫療旅遊的Parkway來說，是相當大的優勢所在，Parkway集團並在全球的醫療市場中將自己定位為「Integrated Healthcare」。按照新加坡醫療和旅遊當局估計，到訪的醫療旅客人數如果能繼續保持現有穩健增長的勢頭，到2012年時至少能增加到100萬人，帶來每年17億美元的消費，創造1300個工作職位，進一步鞏固新加坡作為區域醫療中心的地位（新加坡旅遊局，2007）。

新加坡認為他們的優勢是（1）醫療技術好，（2）政治穩定和（3）公共衛生佳。但因為國小人少，國際醫療有助於醫療科技產能之充分運用，促進新科技引進與發展，以及醫療儀器合乎經濟規模的使用，帶動國內醫療服務水準與品質提升。該國政府將「國際醫療服務」推動窗口設置於旅遊局下之國際醫療組，編制大約15人，其中有醫療背景3~4人，創造2億5千萬美元年收入。其經營模式是結合觀光行程，吸引鄰國患者前往就醫；據估計，2006年到新加坡接受醫療服務的外國人約有40萬名，多來自印尼、中國及印度，預計2012年時，每年吸引100萬名外國人到該國就醫，並帶來1%GDP的產值貢獻。

新加坡公私立醫院均提供國際醫療服務。Parkway Group是新加坡最大的私人股票上市公司，共有14家醫院，總共3,075床，在新加坡設有3家醫院。Parkway強調設立各種重症中心如癌症中心、心臟外科、器官移植及肝臟移植等皆可以吸引外國病人。此外他們也通過ISO各種標準、JCI及國內品質獎以博取病人的信任。新加坡大學附設醫院

（NUSH），是兩大公立醫院系統的領導者，它和陳篤生醫院是屬於Sing Health系統，共有4家醫院。由於新加坡實施DRGs，故其平均住院日比台灣低，NUSH設有獨立的「國際病人聯絡中心（IPLC）」，編制大約

16 人，共同處理該系統內 4 家醫院所有國際病人，其收費標準比其他私立醫院低 30~40%，讓病人有選擇的權利。IPLC 相當有制度，工作職掌十分明確。一般不採用預付制度，同時也規定國際病人的 e-mail 要在 24 小時內回覆。

2. 泰國

1997 年泰銖重挫，引發東南亞金融風暴，泰國成為災情最慘重的震央地帶。泰銖兌美元從 26 重挫到 60，泰國人民荷包嚴重縮水，使收費較高的私立醫院客戶大減。泰國醫院數量本來就供過於求，政府又在 2001 年推出「30 泰銖看病」的社會福利政策，照顧七成的中下階層。不少業者只好縮小規模、降低成本，很多私立醫院為求生存，開始設法拉攏高消費力的「外國病人」，聯合組隊到出國宣傳，以走出本土的方式因應國內市場萎縮的衝擊。短短十年，泰國又重新站起來。而且把醫療觀光，變成帶動經濟重新起飛的一雙新翅膀。今日，泰國的五星級國際醫院，正慢慢取代陽光、沙灘、金碧輝煌的森羅古剎，成為泰國觀光業另一個火車頭。然而，近來泰國因黃衫軍事件造成政局動盪，也影響到泰國觀光業，是其發展醫療旅遊的一大不利。

泰國政府雖然沒有直接贊助資金、減稅或貸款優惠，但泰國政府順水推舟，善用觀光資源與開放配套措施，給予業者方便之門。如開放醫院經營商店與服務業、帶領業者出國參展、建立宣傳網站、招待國際媒體參訪等。未來，泰國還打算進入「養生」市場，讓外國人不斷來此觀光、旅遊、看病、甚至定居養老。2006 年頒佈的「願景 2020」國家計畫裡，就把「世界醫療中心 (Medical Hub)」列為六大施政目標之一。

近年先進國家醫療成本高、等待期長，催生「醫療委外」需求，歐美病人開始到其他開發中國家看診。美國疾病控制中心 (CDC) 公布，2006 年全美多達 4360 萬人，沒有購買任何醫療保險，其中 15 萬人曾出國就醫。美國《新聞週刊》估計，2012 年時，亞洲的醫療觀光市場將成長至 44 億美元。911 事件爆發後，中東人士入境歐、美審查趨嚴，使中東病患大量湧進東南亞，泰國的中東病患從 2002 年的 2 萬人，倍增到 2006 年的 9.8 萬人，成為泰國第四大外籍病人來源。

泰國近期發展醫療旅遊中，屬於保健旅遊的以推出的水療最具代表性，將旅遊與溫泉、養生醫療做結合，形成了保健旅遊的雛形。而雖然 SPA 水療服務在泰國發展的期間相對不長，但近年來卻有驚人的成長，

已被國際喻為「亞洲 SPA 之都 (SPA Capital of Asia)」。2004 年泰國 SPA 水療服務業有高達 53 億泰銖的營業額，較預期之成長目標超越 10%。2005 年之營業額則為 67 億泰銖，較 2004 年成長 26%。泰國目前已成爲亞洲地區醫療和 Spa 的熱門地區之一，醫療旅遊再搭配吸引日本退休人口 long stay 相關措施，該國的國際醫療觀光服務 2007 年爲泰國賺進 207 億，2008 年增加到 245 億。

泰國 SPA 水療服務業經營的種類包括：

- (1)專業 SPA 中心(Destination SPA):提供專業的全套 SPA 服務、SPA 專業知識及搭配相關餐飲與住宿。
- (2)旅館或渡假中心 SPA (Resort and Hotel SPA):由旅館與渡假中心經營，同樣提供專業的整套 SPA 服務與相關餐飲住宿。
- (3)醫療型 SPA (Medical SPA):此類機構主要是以提供食療、草藥等養生服務，並依據個人健康狀況提供各式 SPA 療程。
- (4)全日 SPA:提供一日型的專業及不同療程的 SPA 服務。根據泰國觀光局資料顯示，2006 年使用 SPA 服務的類型中，以全日 SPA 中心的服務最受歡迎，比重達 68.83%，其次爲旅館與渡假中心 SPA，比重亦達 28.53%。

總體而言，目前泰國醫療服務機構，尤其是私立醫院的發展，已逐漸從一般的醫療護理轉爲更加注重健康療養服務，包括水療、泰式按摩、瑜珈功能等，以爭取更多的外國客人。再加上泰國政府積極推動醫療觀光與保健 SPA 水療，以及相關草藥產品等領域爲發展核心，並結合觀光與醫療的行銷策略，持續的培養發展醫療旅遊的優勢條件，包含有禮的殷勤服務、五星級設施、精湛的醫療技術、低價的旅遊的套裝行程，爲泰國在醫療保健觀光市場上創造出獨特的競爭優勢。

依據泰國公共衛生部的統計，醫療服務、保健與 SPA 水療以及草藥產品等相關三項產業的收入，2006 年已達 396 億泰銖，2007 年提高至 493.9 億泰銖，2008 年則再提高至 628.2 億泰銖。爲了達成此目標，泰國政府自 2004 年起即實施爲期五年的策略發展計畫(表 24)，由泰國公共衛生部主導。該計畫主要發展醫療服務、保健服務以及泰國草藥產品。在醫療保健之下則以 SPA 水療、傳統泰式按摩以及 long-stay 醫療保健產品及服務爲推廣重點，並規劃以曼谷、清邁、普吉及蘇梅島等地區爲推動該計畫之重點地區。泰國商務部出口促進局統計，2006 年泰國吸引 140 萬人次國際病患，約當年觀光客 (1380 萬人) 一成，創造

10 億美元收入，是全球造訪人數最多的醫療觀光大國。預估 2010 年外籍病患可突破 200 萬人次。

表 24 泰國公共衛生部五年策略發展計畫收入(2004-2008) 單位：百萬泰銖

產品\服務	2004	2005	2006	2007	2008	總計
醫療服務	19,635	23,100	27,433	32,898	39,833	142,899
保健服務 (SPA 與按摩)	4,996	6,753	9,185	12,492	16,989	50,416
草藥產品	1,550	2,000	3,000	4,000	7,000	17,550

資料來源:泰國公共衛生部

其實泰國國內的醫療水平並不整齊，公立醫院以提供泰國人民最基本的醫療保健服務為主，並不開放私人醫療；私人醫院則採自由競爭市場，因此經營不受限於政府的框架，加上配合政府積極推動觀光與醫療結合的行銷策略，使得泰國已經在世界醫療旅遊業市場，創造出獨特的市場優勢。目前提供國際醫療服務的醫院有 10 餘家，以泰國五星級的康民醫院與曼谷國際醫院最為典型，其以飯店式經營，積極開拓醫療旅遊產業，提供 20 餘國語言的翻譯，與銀行、保險公司、旅行社及國泰航空異業結盟，甚至在醫院內提供醫療簽證服務，以提供患者結合醫療的旅遊套裝行程，亦可依民族特性如提供專門的日本門診與阿拉伯門診。每年有來自數 10 個國家的外籍病患（約 40 多萬人次，占總病患人數的 40%），從做全身健康檢查到開心手術的人都有。其中約有 6 萬人來自美加。此外，醫院也以通過國際醫院評鑑聯合會（JCI）認證，讓該院能夠更邁向國際化。

醫療觀光化、觀光醫療化：「醫院」與「觀光業」兩種產業的靠攏、學習，醫院學習如何提供飯店式的精緻服務，旅遊業也嘗試把醫療納為產品主題。醫療+觀光，不僅是兩個名詞的結合，也是一種新的醫院經營方式、一種新的旅遊型態、更是一種新的商業模式。而醫療+觀光+消費，才是這種新商業模式的實質，當「病患」到國外進行醫療行為時，這些人同時也是「觀光客」，可順便帶動當地的觀光、旅遊、住宿、消費等商機。泰國 KGI 證券研究部副總裁桑那瓦（Thanawat）形容，「這是把兩種不同商品結合在一起，今天你可能還在醫院看病；明天就可能到海灘上去做日光浴」。

目前新趨勢是觀光收入大於醫療收入，泰華農民銀行（Kasikorn）研究中心估計，2007 年到泰國就診的外籍病患，將到達 154 萬人次，

創造 360 億泰銖的相關營收，其中純醫療診斷的收入，卻只有 160 億泰銖。技術與價格固然重要，但如果醫院能把陪訪的「家屬」一起列入規劃，提供更多附加服務，對客戶來說會更具吸引力，也樂意付出更高費用。泰國提出的新概念是從「door to door」到「back to back」；以往，病人出門看病時，是從自家門口到醫院大門的「door to door」單趟往返，但現在醫院可照料從病人出發到回程返國的所有旅程細節，滿足各種非醫療的服務，變成一種「back to back」的全方位服務。

泰國在亞洲地區的醫療旅遊市場發展一直備受矚目，且醫療旅遊中相當重要的資源之一「觀光旅遊業」，一直以來就是泰國經濟發展的主力產業，因此泰國在旅遊資源的部分不於匱乏，泰國政府為了推動醫療服相關產業之國際化，提出「亞洲醫療旅遊中心」與「亞洲健康之都（Wellness Capital of Asia）」，以及「泰國草藥有益健康（Thai Herbs for Health）」等一連串宣傳口號與行銷定位，並計畫於 2010 年將泰國打造成為「東南亞醫療服務中心」。

分析泰國崛起原因，有下列三項：

(1) 相對低廉的醫療成本

泰國憑什麼吸引這麼多醫療觀光客？最大的誘因，即是相對低廉的醫療成本。不但比歐美各國便宜，也比鄰近的香港、新加坡等國更加實惠。麥肯錫顧問研究，相同的醫療服務在全球可能產生 2~8 倍價差。以心臟導管手術為例，泰國價碼（39 萬台幣）只有美國（180 萬台幣）的兩成多。髖關節換置費用（30 萬台幣）也只有英國（90 萬台幣）的 1/3。

(2) 媲美五星級飯店的服務

- 不須等待的即時服務：歐美國家對沒有生命危險的手術項目，常讓病人等待過久。換個牙套，也可能等上半年。
- 無死角的全方位服務：滿足病人及家屬各種需求，建立服務專線及網路隨時供病人諮詢，病人在家上網便可完成預約、掛號動作。醫院提供機場接送、旅遊行程規劃、簽證處理等週邊服務。
- 泰國人與生俱來的「Service Mind」：服務的影響力，甚至超乎醫療技術及設備。當地台商表示，「到醫院看到護士的笑容，好像連打針也比較不痛了。」
- 量身打造：以前外國人得到的服務、待遇、病房大小，都跟

當地國民同一標準。但現在無論是病房裝潢、餐點、服務方式等，都必須符合病人本國的文化特色。

(3)優越的地理位置

東南亞遊客眾多，但周邊沒有太多可信賴的國際醫院。因此，位於中南半島中心地帶的曼谷，便可吸引許多鄰國的觀光客與高收入消費者。曼谷國際醫院不只吸引當地觀光客，更加入國際 SOS 救援系統，當周邊鄰國發生重大意外時，便可用救護車、直升機、飛機等方式，運送急診病患過來。從柬埔寨坐直昇機，3 小時即可送達曼谷，比走陸路（6~8 小時）爭取到不少搶救時間。不少重大外賓（如美國總統布希）造訪東南亞時，這些醫院都會被列入安全急救網絡。泰國與新加坡在亞洲區互爭醫療旅遊的龍頭，其國際醫療各有特色，比較如下(表 25)：

表 25 泰國及新加坡之國際醫療特色比較

項目/國別	泰國	新加坡
機構屬性	私立	公私立
政府支援	+	+++
服務國際化特色	專設國際化醫院	已內化為非專屬性國際醫療服務
語言特色	20 多種語言翻譯人才	本身即為多語言國家(英語、華語為主，馬來語、印度語及其他東南亞國家語言)
國際行銷特色	1.國內外各項醫療服務與管理評鑑或認證(兩家已通 JCI 評鑑) 2.醫院專設國際行銷部門 3.與多家保險公司合作 4.政府協助簽證、金融簽帳及旅程安排等事項	1.國內外各項醫療服務與管理評鑑或認證(皆通過 JCI 評鑑) 2.醫院及 STB 專設國際行銷部門 3.與多家保險公司合作 4.政府協助簽證、金融簽帳及旅程安排等事項
國外客源特色	阿拉伯、日本、美國、印尼及鄰近東南亞國家	馬來人、阿拉伯、日本、美國
收費原則	套裝收費(含非醫療服務);收費透明化	收費透明化;自由市場機制,顧客自行比價
競爭優勢	1.價格低 2.新科技 3.泰式服務精神	1.政治穩定 2.醫療排名前面 3.公共衛生佳

資料來源：本研究整理

康民&曼谷國際醫院，是泰國兩家最具知名度的國際醫院，成為各國取經對象。其他醫院不斷加入市場，觀光局印製的宣導手冊上便列入 34 家醫院，據估計，泰國國內還有 50 多家醫院準備搶進。以下就此兩家醫院的商業模式作介紹：

案例描繪一：康民醫院(Bumrungrad International hospital, BIH)

□-「醫療聯合國」：2006 年底，《新聞週刊》將康民列為全球十大「醫療麥加聖地 (Medical Meccas)」之一。CBS (哥倫比亞電視台)「60 分鐘」，也曾報導康民的飯店式服務風格。2002 年，成為亞洲第一家通過 JCI 國際評鑑的醫院。現在在海外 16 國設有辦事處，直接承攬外國客戶。目前是東南亞最大私人醫院。2006 年該院服務了大約有 43 萬為外國人，分別來自於 190 個國家，國際醫療的收入占該院收入的 54% (BIH, 2006)，年營業額 78.9 億泰銖，是泰國營收最高的單一醫院。2007 年五月完工的 18 層新大樓完全啟用後，每日門診量將增至 5000 人，成為全球最大單一醫院。2006 年而為了解決語言的障礙，康民醫院除了雇用 70 個口譯員以外，所有的職員都會講英語，以降低外國旅客在泰國就醫的障礙，而在醫師方面，有 200 位外科醫生的執照是受過美國審核制度的認證。

□-中東客每年激增四成：2007 年造訪的近百萬名病人中，有多達 43 萬名外籍病人，挹注超過 50% 的營收比重。911 事件後，中東病人由 2000 年的 5000 人，激增至 2006 年的 7.1 萬人。醫院座落的素坤逸路 (Sukhumvit) 三巷，彷彿中東聚落，到處是穿白色長袍的中東人與蒙面的黑衣婦女，店家看板也標示阿拉伯文，街上甚至還有間清真寺。

□-「國際病人中心」：12 位醫師、7 位護士組成，另有 16 位專職員工，回覆平均每天近千封電子郵件，幫病人預約掛號、線上估價。

□-服務「飯店化」：病人下車，服務人員立刻過來幫忙開門、提行李、協助病患坐上輪椅，還有專人泊車。大廳裝潢也與飯店無異。

□-設施「購物中心化」：除了病房，這裡還有各式餐飲店，甚至包括藥房、禮品店、花店、美髮、超市、旅行社等各種生活門市，如同一處購物廣場。

□-one-stop shop：簽證、旅遊、住宿，都幫你搞定。七年前，康民開始在院內設置外交部 Visa 服務櫃檯，在這填好表格、交妥資料，就不必拖著病痛跑公家單位。想趁空檔逛泰國，康民有駐院特約旅行社—泰國最大旅行社「Diethelm」，幫病患或家屬規劃旅遊行程。六樓 VIP

病房，病床、客廳、吧台、廚房、獨立陽台等一應俱全，每晚收費 6000 泰銖起跳，僅兩間的皇家套房更要價兩萬泰銖，還提供會議室、訪客交誼廳、佣人床等設施。無微不至的服務，照護復健、廚師烹飪、洗衣清潔、保險顧問、快遞、打字、列印、座車接送等應有盡有。院內有兩家家屬專用旅館，床位不夠，醫院和鄰近 16 家飯店業合作提供優惠住宿專案。

□-未來輸出 know how 顧問新商機：這幾年，康民把過去累積的經營經驗輸出，設立提供管理 know how 的醫療顧問公司，由醫院派出經理人、醫師、護士等顧問團隊，幫助各國業者，設計、管理自己的醫院。

□-未來分院：去年杜拜鉅資規劃的國際醫療城（Healthcare City），便拉攏康民過去開設分院，在菲律賓也有另一個分院計畫進行中。

案例描繪二：曼谷國際醫院

□-成立 35 年的老字號連鎖醫院：旗下有 18 家連鎖醫院，在柬埔寨也設有分院，海外則有 10 個服務處。2006 年，營收達到 159.8 億泰銖、獲利 13.2 億泰銖，都名列泰國私立醫院首位。接待來自全球上百國的 72 萬名外籍病人，幾乎佔泰國全年外籍病患半數。如位於普吉島的曼谷醫院分院，甚至有自己的旅行社，不少醫院也在院區設置旅館，供家屬或看護就近照顧病人。曼谷市區總院的外國病人，從 2002 年的 2.8 萬人飆升到 2006 年 12 萬人。觀光客眾多的芭達雅（Pattaya）分院，更有四成病人為外籍人士，貢獻六成營收。

□-耕耘外國病人 30 年：30 年前開始服務外國病人，「日本人醫療服務中心」已成立超過 30 年，目前日本人是該院最多的外籍客戶。過去，外籍人士生病幾乎都往新加坡跑。曼谷醫院率先成立國際門診部，為外國人推出量身打造的服務，與泰國地病人分流。

□-醫院「沙龍化」：用美術館風格的建築設計，淡化病人的不安感與焦慮。並且每天舉辦演奏會，用濃厚的藝文氣息，沖淡過去醫院給人的冰冷感。

□-溝通無國界：醫院最醒目的標語「We Speak Your Language！」；提供多達 29 種語言翻譯，連菲律賓的塔加路族語、俄文中的斯瓦黑利語、廣東話等方言都包含在內，醫院網站也有十種文字。要求醫師，護士的外語與專業能力，與日、美等大學合作，派醫師出國受訓，招聘有留學經驗的公費醫師。研發針對各國病人的服務指導手冊，詳列 SOP（標準操作程序）服務流程，以符合各種不同文化特性。

由上述的泰國兩大案例得知，足供台灣參考的重點有三：(《遠見》，2007年9月號)

(1)醫院的行銷能力

-突破法令限制：泰國有七家股票上市醫院，業者有靈活的行銷手法與資金募集能力，台灣醫院受法令限制，在經營上顯得綁手綁腳。

-運用「非醫療」能力：不只比醫術，還要比服務、行銷、後勤支援系統，設法進入國際保險公司的服務網。必須引進許多非醫療專長的人才，還得不斷更新設備與服務，財力微薄的業者難以進入。康民醫院3000名員工中，醫師和護士只佔1700位，其餘都是行政人員與提供各種非醫療服務的員工。

(2)語言溝通能力

須聘僱足夠的翻譯人力，讓病人用熟悉的語言跟醫護人員溝通。泰國非英語系國家，翻譯功力值得台灣警惕。這些翻譯可以帶著病人跑門診、領藥、結帳、直到出院，讓病人不必在院區裡瞎子摸象。

(3)政府的輔助心態

泰國政府以「興利」的心態幫助業者開發新市場，而非消極的處處「防弊」，樹立一堆管制障礙，一切盡量開放、簡化，廣納來客。政府協助業者與國際保險公司、駐地外商、外國政府搭上線，幫助業者獲取穩定的客戶群。如泰國政府便與杜拜警察廳簽約，杜拜警務人員到泰國的就醫費，都可向政府申請給付。

3.印度

印度被認為是全球醫療旅遊的重心，其中更以阿育吠陀 Ayurvedic 療法、冠狀動脈手術和整容外科最為聞名。印度為了提升自己在全球醫療旅遊上的重要性，不斷地提升技術，並強調自己和西方醫療的同步性和提供醫療服務的低成本。從90年代中期印度經濟自由化後，吸引外資在印度醫院的投資增加，開始極力擴展私立醫院規模、技術和醫療設備，或進入印度的醫療保險市場。政府並通過各項政策，改善醫療保健的工作機制，包括吸引私人投資，醫療機構和公立衛生機構私有化、半私有化或投資公立醫院的診斷部門，藉此提升印度的基礎醫療水平；同樣的在經濟自由化的影響之下，更使得過去印度的官僚體制獲得改善，變得更加的具有效率和管理手法。印度發展卓越的IT產業形象更為印度在發展推動醫療旅遊的形象上加不少，並在2007年更積極的興建

了 Chettinad Health City，期望更為提升印度的醫療服務技術和教育。

然而，因為醫療體制的改善加上醫療人員的薪資增加，許多國外的醫師紛紛回印度從事醫療服務的提供，而這些醫師大部分是接受過美國的醫師訓練，因此更使得印度的醫療技術獲得國外顧客的信任。英語在印度是個普遍的語言，如此更有益於醫病間的溝通，但印度發展醫療旅遊成功的關鍵除了語言的共通之外，擁有經由西方訓練出來的醫師和技術，卻只需要亞洲非常低的人力成本等因素，使得印度的醫療服務在國際市場上具有非常強的競爭優勢。

在如此優惠的價格之下，顧客最在乎的還是最終的結果，因此印度在手術的成功率和感染率上，以德里 Escorts 心血管醫院為例，在該院接受冠狀動脈搭橋手術病人的死亡率為 0.8%，感染率為 0.3%，低於發達國家的平均值 1.2% 的死亡率和 1% 的傳染率，其他如心臟導管插入術和外科的心臟移植，平均成功率是 98.5%，與世界上一流的心臟病醫院相同（Escorts Hospital and Research Centre, 2008）。位於首都新德里的阿波羅（Apollo）醫院和埃斯考斯（Escorts）醫院是印度兩家發展醫療旅遊最有名的私立醫院。印度醫療旅遊服務行業中，最大的 Apollo 企業集團估計，到 2004 年底，該醫院已經治療了 9.5 萬名國際患者。Apollo 已經與模里西斯、坦桑尼亞、孟加拉和葉門的醫院建立緊密聯繫，並在斯里蘭卡和杜拜管理和經營著兩家醫院。為了擴大醫療旅遊的業務範圍，Apollo 醫院還積極發展醫療旅遊，並開始為美國的保險公司和醫院提供二十四小時電腦服務。如今，Apollo 企業集團已經在全世界擁有 37 家醫院，大約 7000 張床位。另外，Escorts 醫院在醫療旅遊的發展上，2000 年海外患者為 675 名，2003 年將近 1200 名，海外患者的數量已增加了一倍，Escorts 醫院還是世界上少數擁有機器人這類先進醫療設施的心血管醫院之一。

根據印度工業聯合會（CII）統計，2004 年到印度治病的外國人多達 15 萬，而且這一數字還在以每年 15% 的速度增長，印度政府並估計到 2012 年，印度醫療旅遊業的年收入可達到 22 億美元（CII, 2007）。但印度在發展醫療旅遊的同時，最為人詬病的是該國的國民在醫療的需求上並沒有被滿足，由於印度缺乏資金，現有的公立醫療衛生系統不能滿足全體居民醫療服務需求。現階段印度的人口與床位數之比是 1300 : 1，有約 1.3 億人無法得到醫療服務，因此在偏營利色彩的醫療旅遊產業蓬勃發展之下，卻沒辦法完善的照顧國內民眾的醫療需求，實有違醫

療服務的基本精神，對於印度發展醫療旅遊長遠來說較為不利。

4. 馬來西亞

馬國政府為加速推動醫療旅遊產業發展，積極擬具發展策略與目標，估計醫療旅遊業營收將由 2005 年的 4 億 RM(Ringgit，馬國貨幣單位)，上升至 2010 年的 22 億 RM(經建會，2008)。馬國政府在發展醫療旅遊的策略推動「馬來西亞：我的第二故鄉」計畫，從超過 220 家私人醫療機構篩選出 35 家、總共約 7000 餘張病床參與這一計劃。世界各地人士只要符合一定條件，可憑多重入境旅遊簽證，在馬國無期限居留(一般旅遊簽證只可停留一個月)，並享有購屋貸款優惠、購(攜)一車免稅、定期存款利息免稅，以及可攜同一名家庭傭工前往馬國。

在提升醫療品質的部分，為確保高醫療服務品質，鼓勵私營醫院取得官方認證、國際組織品質認證(如 ISO 9000)。且鼓勵醫療機構與世界知名的醫療保健中心，如 The MAYO Clinics、Johns Hopkins University Medical Centre、Great Ormond Street Children's Hospital 等建立密切合作關係。其他的促進發展措施，如提供租稅優惠，以利興建醫院、購置醫療設備、職前訓練、推廣，以及資訊科技的運用等可享租稅優惠。國家健康旅遊委員會亦提出來自外國病人的收入超過總收入 5%之醫院，減免其租稅；申請認證的費用雙倍扣抵租稅，或給予認證相關費用補助等激勵措施。

而在醫療廣告的相關規範上，過去醫療行為嚴格禁止廣告，目前已逐步放寬，為使廣告的內容更具時效及靈活性，醫藥廣告局除加快審核時程外，並自 2005 年 6 月起，准許執業醫生及機構就其提供服務刊登廣告，在報紙、網站和電話簿公布姓名、科別、執業地點等資訊。在醫療旅遊服務商品的部份，以提供套裝行程為主，許多大型觀光旅館及旅遊機構結合醫療中心，提供包含住宿、健康檢查及醫療之度假套裝行程。如：Country Heights Health Tourism (CHHT)招攬印尼和歐洲遊客，在五星級度假區，提供包括透視及腹部超音波整套診斷測試之預防性健康檢查；吉隆坡的 The Palace of the Golden Horses Hotel 建立造價 600 萬 RM 的醫療中心，提供可在 5 小時內測出結果的健康檢查服務。經營方式上採策略聯盟，馬國的 The Medical Service Coordination International 與國營國家心臟研究院、Sunway 醫療中心、Gleneagles Intan 醫療中心、Pantai 控股集團下 6 家醫院，以及 Kumpulan Perubatan Johor

(KPJ)集團下 6 家醫院合作，並與印尼 20 家旅行社組成團隊，提供定點式的醫療旅遊服務。

另外回教為馬國的國教，回教徒在馬國方便取得清真食品 and 進行回教活動，因此馬國藉此開拓回教國家市場，鎖定中東國家、汶萊、孟加拉等國，招攬回教徒前來醫療旅遊。按照馬國醫療和旅遊當局估計，外國人士來馬國尋求醫療服務的人數從 2001 年的 75,210 人次成長到 2006 年的 296,687 人次，06 年的醫療旅遊所創造的收入為五千九百萬美金。馬國的推動政策顯示，發展醫療旅遊有賴企業與政府共同努力。就企業而言，必須深切體認異業結盟的重要，從產品的定位、特色、行銷等，加強旅遊業、保險業與醫療機構結合；政府方面，則應致力協助提升醫療品質水準，並鼓勵業者通過國際認證創造口碑，以及推動其他配套之強化措施。

5. 菲律賓

菲律賓衛生署結合公立和私立的醫療機構兩者的資源，共同發展醫療旅遊，並在 2006 年的國家投資優先計畫(Investments Priorities Plan) 當中，將醫療旅遊的發展列為重點項目納入其中，以鼓勵投資者就醫療旅遊相關產業做資源的投入。並設置”國際醫療區(international medical zone；IMZ)”內有專業的醫療中心和旅遊部門，這些機構都經過政府認證。菲國政與預計將在醫療旅遊的發展上創造四億美元的產值收入。

在醫療旅遊商品的部分，菲律賓在發展醫療旅遊商品上有四大方向：醫療服務、傳統醫療替代療法、健康促進與國際養生中心。

-醫療服務部分，菲國為了確保能提供具有品質的醫療服務，因此要參與醫療旅遊的醫療院所必須過”Gintong Sigal”的標誌認證，獲得這個標誌認證的醫療機構均通過菲律賓本國醫院評鑑(the Philippine Council on Accreditation of Health Organizations)和國際醫療評鑑(Joint Commission International)；

-傳統醫療替代療法上，菲國積極的利用實證醫學研究證明菲律賓部分傳統醫療在疾病治療上的成效，並應用在臨床的治療，特別是癌症的治療與糖尿病，而其他還有中藥戒毒和捏脊療法；

-健康促進的設施上，菲律賓已有許多國際性的溫泉度假村，而服務的內涵上，將重點放在菲律賓的傳統按摩”hilot”，菲國政府更積極的 2006 年十月在 Quezon 市的東方醫學中心設立 hilot 按摩研究中心

(Institute for Traditional Massage)，期望透過醫學的實證研究證明”hilot”對健康促進的效用，與泰式按摩做到市場上的差異化；

□-國際養生中心方面，菲國預計在 2010 年到 2020 年將會有大約五十萬到三百萬的美籍退休人士會定居在菲律賓，這些退休人士未來預期為菲律賓帶來的收入將高達四十億美金，因此菲國規劃國際退休中心，該中心是個區域的養生村，內設有娛樂、食宿和醫療服務等相關設備，提供沒有煩惱的退休生活。

6. 香港

(2009-05-04，薄夫林，香港文匯報資深評論員)香港特區政府正在研究將六個行業產業化，以增強香港的長遠競爭力，醫療服務被列在其中。從比較優勢、市場需求以及可操作性諸方面看，醫療服務應當是最具發展潛質的選項。香港的醫療服務在亞洲區有明顯的比較優勢，而且是綜合性的優勢。香港醫院的診療設備先進，管理規範，醫護人員的專業質素和服務質素很高，在不少專科領域，香港的診治技術世界一流，還有不少擁有自主產權的臨床研究成果。H1N1 新流感發生後，美國疾病控制中心將病毒樣本送交香港協助研究，凸顯了香港在有關領域的權威性獲得國際公認。而香港人的健康指標在世界名列前茅，這本身就可增添求醫人士對香港醫療服務的信心。

香港醫療體系分為公立和私立兩部分，在人們心目中，香港私立醫院的服務比公立醫院還要好。自 1999 年起，香港十二家私立醫院自願接受英國全國性醫療服務地區評核機構(Trent Accreditation Scheme)兩年一次的稽查審核，其診治標準及服務質素全部達標，部分醫院更超過了英國的水平。醫療產業化絕非將香港整個醫療體系推向市場，而是在繼續完善本地公共醫療服務的同時，以私人投資或上市集資等方式支持擴建新建私立醫院，實行商業化運作，一方面為本港有需要的市民服務，一方面吸引內地、台灣和世界各地的人前來購買醫療服務。有人認為醫療產業化可能對本港公共醫療服務帶來負面影響，筆者認為並非必然。實行醫療產業化後，醫管局屬下的醫院體制和任務不變，他們仍然可以同私立醫院、私家醫生建立相互支持、資源分享等合作關係。至於人才方面可能出現的競爭，完全可以通過管理加以解決。而產業化引入的市場力量，正可促進本港整個醫療水平更上層樓。政府通過稅收分享醫療產業化成果，又能擴大日趨增長之本港公共醫療開支來源。

越來越多人認同，香港確定新的經濟增長點，國家的發展需要應是一項重要的考量因素。內地剛公布的新醫改方案提出，今後三年，各級政府需要投入八千五百億元，來完善公共衛生服務、醫療服務、醫療保障、藥品供應保障四大體系建設，包括建設二千所縣級醫院。香港醫療服務產業化，正好同內地的發展規劃和需要相銜接。而內地對醫療服務的市場需求，也為香港醫療產業化提供了動力。大批內地孕婦來港產子，啟發本港醫療服務看到了商機。或曰，香港私立醫院收費昂貴，內地能夠負擔得起的人可能不會很多。事實上，內地百姓多年反映「看病難、看病貴」，「難」是第一，「貴」在其次。而「貴」主要是由於藥品價格虛高導致，還不是診斷、手術。香港醫療收費雖然高，但診治技術好，服務人性化，只要能治好病，花多點錢，患者也會感到物有所值。何況內地經濟高速發展，人民收入增長相當快。現在香港醫院向內地孕婦的收費在五萬元左右，有些醫院的內地孕婦仍甚至占二至五成。當然，香港醫療產業化的服務對象應定在內地中高端收入的人群。現在，來往香港越來越方便，將來同珠三角實現「同城化」、「二十四小時生活圈」，內地人當日來回、問醫取藥，將是很平常的事。

醫療服務產業化是一項很大的系統工程，需要政府、業界、大學、民間群策群力，對目標、任務、步驟、政策、資金、人才等進行全面規劃，定出具體措施，諮詢業界及市民。醫療產業化的核心是建立區內最好的專科醫院。目前本港多家私立醫院已有擴建計劃，可將原本的計劃結合醫療產業化的方向通盤作出考慮。據報道，政府正在構思以一元象徵式租金，撥出分別位於大埔、黃竹坑、將軍澳和東涌的土地，租予私家醫院興建新院。對河套區土地的用途，過去的考慮是高等教育、創意產業和高新科技，現在應將專科醫院作為規劃的一個重點。在 CEPA 條款下，港資可以在內地開設全資醫院，將來可視需要再在內地城市設立香港專科醫院的附屬醫院。

醫療產業化也不只限於建幾所醫院，相關可開發的領域很大，例如香港可為內地建設四大醫療體系提供專業顧問服務，包括醫院管理、醫護人才培訓等；可同旅遊業聯手推廣驗身、檢測等附加服務；可實行「醫療落地簽證」制度，為患者和陪同家屬提供方便。據 IBM 中國開發中心表示，中國改革醫療體系的計劃按保守估計將產生至少十五億美元的軟件支出。一家著名的醫院不僅能帶起當地醫療行業，旅遊、餐飲、酒店業亦可受惠。

7.其他

其他亞洲國家，如韓國和大陸等亦有相關政策推動國際醫療服務。
綜上所述亞洲各國發展醫療旅遊之共同特色有：

- (1)政府強力支持形成國與國競爭
- (2)必須具有低成本及高品質的服務
- (3)先從地緣及文化相近開始推廣
- (4)JCI 認證或其他國際認證
- (5)價格套裝收費及透明化
- (6)建立標準化服務價值鏈
- (7)醫療保險公司角色越來越重要
- (8)建立轉介平台或設立辦事處

4.2 世界其他國家醫療旅遊發展模式

1.瑞士 2.奧地利 3.其他



1.瑞士

瑞士在化學上的頂尖研究，帶動當地製藥業的發達，其醫療保健相關研究，大多集中在瑞士西北部巴塞爾(Basel)。位於日內瓦湖畔的「Clinique La Prairie」，成立於 1931 年，一群科學家以「追尋更健康美好的生活」為目的，以胚胎幹細胞治療方式，減緩人體老化及永保青春，是全球第一家以幹細胞治療方式為主的回春聖地。以來自蘇俄及東歐的客人居多，亞洲客源則約占 30%。瑞士醫療養生中心的共同特色是擁有先進設施、優美自然環境、水質佳及氣候宜人。(張紫薇 2006)

2.奧地利

奧地利擁有豐富的自然資源，其 Spa 產業規模為歐洲第二大。赴奧地利觀光的三大原因都和健康與文化有關；Active holiday making、City & culture tourism，及 Fitness & health holiday making。而赴奧旅遊和健康相關比例，從 1994 的 4%，到 1996 變為 6%，到 2000 則提升為 10%，以及 2/3 的德國人將健康納入規劃旅遊行程的重要取向。(WTO,2005 奧地利;EIU,2006)雖然奧地利是 Wellness concept 的先行者，但已經有相關

廠商開始在客源較多的德國及價格較便宜的匈牙利開始建立分支，進行類似概念與套裝行程的推銷。奧地利在許多健康保健旅遊相關產業上有優勢，尤其是在診所、復健設備、Spa、旅館、健康中心等部分，但是不同業者彼此間的合作關係極低，多數業者為中小企業，不足以個別作為發展奧地利健康保健旅遊的主力，所以有賴國家出面進行整體規劃與國際行銷。(郭建良，2007)

奧地利觀光人數約 1,940 萬人次(2004)，觀光產業直接收入約 154 億元，市佔為全球第十，數年前，奧地利只有 80 個不到的 wellness & health hotel，但是近年來竟成長八倍，有 700 多家的 wellness & health hotel 與 spa，及 200 多家的私人診所與復健中心。

許多國家在發展健康保健旅遊產業時，多採群聚方式發展；所以，擁有一個群聚發展藍圖，用以掌握與描繪相關資源與核心活動，將是能否加速健康保健旅遊市場、帶動相關產業，以及有效善用產官學研能量的重要因素。而在奧地利的案例中，雖然整個產業發展速度未若預期，但是奧地利在健康保健旅遊產業的群聚描繪上，屬於最具系統的國家之一，相當值得參考，其特色如下：

-Health tourism 中約只有 5%屬於 Medical tourism

-醫院數目:直接提供相關服務的醫院為數零，但是反而存有內嵌特定、精緻診療服務類型的旅館存在。

-主力市場：中歐與東歐；斯洛伐克與俄羅斯具極大潛力。

-次要開發的市場：烏克蘭、中國大陸、日本、印度。

-長期將會開拓以醫療服務為主的新市場類型。

-政府角色(BMWA,2002;BMWA, 2003; T-MONA, 2005; EIU, 2006)：

(1)定位：

Well being destination of Europe

發展歐洲 Health tourism 最高品質標準，強化國際競爭力。

(2)政策:於 2001 年公告兩年期的「Austrian-Well being destination of Europe」的群聚發展計劃。

(3)行銷及發展策略:

先針對健康的旅客提供延伸與套裝服務、建立「健康」品牌

再進一步針對亞洲健康或是有病的潛在旅客規劃與打造醫療服務市場

為奧地利本國國民打造健康保健旅遊，亦是重要訴求與客群

□針對客群調查後擬定的行銷策略

- 針對夫妻檔提供更具吸引力的行程。
- 不應忽略網站資訊的經營，以及線上訂購的功能。
- 持續強化客戶願意赴奧之主因的內容項目。

□實質發展策略：群聚模式發展，並將重心放在六大專案

- 「Wellbeing destination of Europe」品牌的發展。
- 藉由奧地利旅遊局活動括展的方式，對新市場進行廣告。
- 將奧地利塑造成健康保健旅遊的外國最佳投資地點。
- 服務品質標章的建立。
- 確保教育機構訓練可滿足健康保健旅遊產業需求的品質管理機構。
- 研發與創新。

(4)未來目標：數年前，奧地利只有 80 個不到的 wellness & health hotel 但近年來竟成長八倍，有 700 多家的 wellness & health hotel 與 spa，以及 200 多家的私人診所與復健中心。未來要發展歐洲健康保健旅遊最高品質標準，強化國際競爭力；致力於將奧地利的健康保健旅遊推往歐洲第一。透過地區協會，來協助中小企業參與該群聚。

(5)奧地利發展保健養生市場的背後邏輯：如果保健養生市場可有效發展，在建立品牌後，接下來醫療旅遊的市場就有發展的契機。奧地利未來發展方向將逐漸提升醫療旅遊的內涵與比重；同時，考慮走向國際化。(郭建良、徐佳豪，2007)。

案例描繪一：Roger Bad Blaumau(郭建良、徐佳豪，2007)。

(1)價值取向：Time,spa,luxury。

(2)主要作法

- 在客戶享受旅遊的期間，對其健康並沒有直接、立刻改善的成效。
- 在客戶結束行程前，提供免費諮詢與建議。
- 和鄰近地區的相關業者合作。
- 不採用傳統衡量健康改善成效的方法。

(3)重要元素

- 從 Holistic view 出發，結合地域特色且具設計獨特的建築本身。
- 引用泉水的設計，強調永續概念(含水資源再用)。

-涵蓋內容包括運醫藥(含另類醫療)、食物、水療等。

(4)主要客群

- 70%為國內客群，但國外客群(含亞洲)近年正在增加。
- 只有 20%左右是透過旅行社介紹。

(5)產品研發方式

- 邀請內外部專家(含醫生)進行定期的腦力激盪。
- 漸漸走向非傳統、替代性醫療。

(6)收入

- 與保險公司合作，作為取得客源與收入方法之一。

(7)相關技術

- 資訊科技作為簡化內部流程、支付方式，以及客戶關係管理的基磐。
- 環保科技作為永續經營(Sustainable)基礎。

案例描繪二：Schwarz Alpine Resort

(1)價值取向：Luxury hotel。

(2)關於 Medical service at hotel

- 開始服務期間：1998 年。
- 規劃原因：原先是作為廣告行銷，但實作後發現仍有部分獲益。
- 容量規劃：強調高質服務(含術後看護與服務)，所以每週的服務病患有上限，故在總容量上，每年不超過三百位。
- 醫療服務類型：主要提供整形、雷射近視、牙科、健檢，及一般醫療等五種。
- 異業結合：和當地相關同業與異業結合，共同發展地域性品牌與產品。

(3)相關技術

- 醫療技術為研發新產品與導入新服務的根本。
- 資通訊技術作為行銷與拓展的依據。

3.其他

二十世紀交通運輸業發達，促進國際醫療旅遊業的迅速發展，包括古巴、哥斯大黎加、匈牙利、以色列、約旦、立陶宛都已開始，近年來比利時、波蘭和南非也陸續加入這個產業。(張紫薇 2006)

4.3 台灣國際醫療服務發展模式

1. 我國發展醫療服務國際化相關時程

我國政府部門推動醫療服務國際化相關計畫(表 26)，首見於行政院科技顧問組擬定「2003 年台灣策略性服務產業之 THIS 計畫」，包含 Telecare、Health tourism、Integrated medical system。次有衛生署 2005 年補助署立屏東醫院恆春分院推動保健旅遊計畫，以觀光為主、保健為輔，可惜該計畫曇花一現，又未以國際顧客為規劃，實質貢獻不多。2006 年交通部與經濟部分別委託保健旅遊相關推廣策略研究案，衛生署亦委託辦理「保健旅遊網站建置計畫」小型計畫，惟均缺乏跨部會整合與系統性規劃。2009 年，行政院通過「健康照護升值白金方案」，其中觀光醫療納入醫療服務國際化的旗艦計畫，預估未來醫療觀光人數可佔總觀光人數的 4%。

表 26 我國發展醫療服務國際化相關時程表

時間	主辦單位	內容
2003	科技顧問組	舉辦「推動台灣策略性服務產業策略規畫會議」中，提出的 THIS 計畫便包括健康保健旅遊之構想。「Note: 其中的 H 即為 Health Tourism」
2004	衛生署	召開「我國推動養生保健旅遊計畫相關措施會議」，決議成立「行政院衛生署養生保健旅遊輔導小組」推動養生保健旅遊。
2004	經建會、衛生署、內政部	「醫療保健及照顧服務業發展綱領及行動方案」，擬發展觀光醫療服務，並採補助計畫方式試行。
2005	衛生署	修改相關法規。
2005	觀光局	召開之「推動我國養生保健旅遊產品推廣規劃會議」之決議成立「養生保健旅遊行銷推廣工作小組」。
2005	衛生署、觀光局	補助署立屏東醫院恆春分院結合區域醫療團隊及旅遊業者在墾丁觀光區推動保健旅遊試辦計畫，為國內首次整合醫療與旅遊之異業結合模式；在墾丁福華飯店成立「恆醫威盛診所」，試辦養生保健旅遊產品。
2006	經建會	評估將「發展養生保健旅遊」列為旗艦計劃或主軸措施。正式宣布發展「觀光醫療服務產業」。
2006	衛生署、觀光局	衛生署外包建置「養生保健旅遊資訊網站」(兩年期)觀光局委外進行「台灣養生保健旅遊國際行銷推廣策略」(四個月)

2006	國貿局、 外貿協會	舉行「健康養生旅遊服務業跨業高峰論壇」(10/26)舉行「推動醫療服務業廣告宣傳座談會」(12/11)
2006	行政院、 衛生署	提出 2015 年經濟發展願景、第一階段三年衝刺計畫的產業發展套案中的醫療產業升級部分，將「醫療服務國際化」視為重點之一，且旅遊保健為該項目的其中一環。 進行醫療服務國際化整體策略規劃、輔導及評估計畫。 規劃台灣醫療服務國際化初期推動重點。
2007	行政院、 衛生署	訂定特殊醫療旅遊保健參與醫院條件，對審查合格醫院定期與不定期督導，及辦理評估成效
2007	衛生署、 觀光局	推動醫療服務國際化平臺建立
2009	行政院	院會通過「健康照護升值白金方案」，納入醫療照護、長期照護、養生保健、國際醫療服務等方案，將在四年內投入 864 億元經費，預估至民國 101 年，台灣整體醫療產值將增加 3464 億元，且增加 31 萬個就業機會

資料來源：本研究整理

2. 台灣民間醫院參與醫療服務國際化

國內醫療設施與醫療設備堪稱完備，有些醫院甚至已成立國際醫療部門、開始建立外語醫療團隊及觀光飯店級的病房配備，依據台灣私立醫療院所協會 2006 年問卷調查，有意願投入國際醫療服務的私人醫院共有 24 家，並有意願於未來數年間進行相關投資達 105 億元。該協會於 2006 年 11 至 12 月間實地走訪國內 5 家醫院，將各醫院對國際醫療服務之興趣與條件整理(表 27)，顯見健康檢查與醫學美容為國內醫院共同興趣項目；至於特殊醫療部分則依醫院專長而異，大體而言，移植醫學、重建整形、微創手術、骨科關節置換、心臟手術、肝病治療、眼科、牙科、中西醫結合等非緊急之選擇性醫療為國內醫院認為值得推廣之強項。

表 27 台灣醫療服務國際化民間醫院參與

醫院/ 項目	長庚醫院／桃 園分院	萬芳醫院	義大醫院	秀傳彰濱分院	台大醫院
評鑑等 級	醫學中心／地 區醫院	醫學中心	區域醫院	地區醫院	醫學中心
急性一 般床	99	500	895	309	1873
特殊醫 療	肝臟、臍帶血移 植	腎移植	減重手術	眼科	關節鏡及關節置 換手術

	唇顎裂手術	人工膝關節置換手術	腸道重建手術	中西醫結合體質健檢	肝病（肝炎、肝癌）、不孕症治療
	中醫養生	乳癌防治中心	人工膝關節置換手術	牙科、微創手術中心	心臟手術、牙科
共同興趣	健康檢查	健康檢查	健康檢查	健康檢查	健康檢查
	醫學美容	醫學美容	醫學美容	醫學美容	醫學美容
既有聯盟	長庚集團	台北醫學大學	義大集團	秀傳醫療體系	國立台灣大學
	養生村、長庚球場、護理之家、長庚生物科技			天悅飯店	人體博物館
目標群	歐美	—	歐美	大陸	大陸、華人
			日本人	日本人	日本人、美國人
觀光資源	石門水庫、拉拉山、六福村、小人國、角板山	陽明山、木柵動物園、台北101、故宮、貓空、北投溫泉	佛光山、月世界、澄清湖、西子灣	鹿港小鎮、台灣玻璃館、民俗文物館、王功漁火	陽明山、龍山寺、中正紀念堂、台北101、故宮、貓空、北投溫泉

資料來源：吳彬安，2008

3. 台灣醫院醫療服務收費情形

依台大醫院提供之資料(表 28)顯示，可能因為人力成本因素，健康檢查在北大醫院的收費與新加坡差不多，固然比英美等國收費甚低，但相對比馬來西亞、泰國仍高出很多，可見台灣之健康檢查在東南亞未必有價格優勢，如欲推廣，可能須與其他服務如旅遊、商務等結合，採行差異化策略，仍有吸引歐美或海外華人空間。至於特殊醫療，如心臟血管繞道、關節置換術以及牙科醫療費用(表 29)等，台灣醫院收費約為英國美國的 1/4 到 1/3，亦比東南亞國家便宜，兼具有品質和價格競爭優勢。但國際醫療服務產業化談何容易？在產業環境供應商、競爭者與顧客三大元素中，我們最不熟悉的是「顧客」，究竟我們的國際顧客在哪裡？需要什麼？如何創造國際醫療消費者的價值剩餘？如何吸引國際醫療顧客走進來？這涉及太多跨業領域，包括國際企業、行銷管理、交通旅遊業、飯店服務業、保險金融業等，均不是醫院一向的專長。

表 28 台灣與國際醫療價格之比較

手術項目	新加坡	馬來西亞	泰國	英國	美國	台灣
心臟血管繞道	480,000	450,000	390,000	1,500,000	1,800,000	320,000
膝關節換置	300,000	270,000	300,000	750,000	420,000	180,000
腕關節換置	330,000	300,000	300,000	900,000	NA	193,000
健康檢查	15,000	9,000	7,500	135,000	60,000	15,000

資料來源:私立醫療院所協會，台大醫院

表 29 牙科醫療費用價格比較

(單位: US dollars)

手術項目	美國	墨西哥	哥斯大黎加	南非	泰國	台灣
植牙手術	\$ 2,400	\$ 1,500	\$ 1,650	\$ 2,000	\$ 1,600	\$1500-2000
牙冠手術	\$ 800	\$ 375	\$ 400	\$ 800	\$ 270	\$250-600
義齒	\$ 800	\$ 120	\$ 160	\$ 300	\$ 240	\$90-300
假牙(上排及下排)	\$ 1,600	\$ 1000	\$ 1,100	\$ 1,700	\$ 900	\$300-900
鑲牙/補牙	\$ 420	\$ 220	\$ 240	\$ 320	\$ 300	\$15-30
拔牙	\$ 260	\$ 120	\$ 120	\$ 250	\$ 120	\$15-25
抽神經	\$ 750	\$ 260	\$ 280	\$ 400	\$ 110	\$30-50

資料來源:本文整理

4.公私部門角色分析 (表 30)

醫療旅遊產業所涉及的業務層面十分廣泛，所包括之相關產業亦相當多元，泰國、新加坡、馬來西亞等國看好該項產業市場之利益，政府及民間部門莫不全力合作，制定各類推廣策略，以提高自身在市場上的競爭力。在產業發展與推廣過程中，公部門所扮演的角色多為政策面的制定與執行，而私部門則以實際包裝、行銷、設計、服務為重點。

醫療旅遊產業對內除加強醫療業者及旅遊業者本身之服務品質外，亟需建置不同業界間之溝通合作平台；對外在拓展國際市場上，亦得靠公私部門共同運用國際性旅遊及醫療活動、廣告、國際會展及外交活動等機會，行銷台灣旅遊及醫療訊息，提升台灣旅遊及醫療形象及知名度，吸引國際人士。另外，各項相關之配套措施如簡化出入境手續及簽證延長等，則有待政府相關單位於政策上及規定上做一配合或調整。而為營造國際人士來台友善的環境，多語言服務環境的建置將是必要條件之一，其中又以多語言專業人員之培訓為重，此亦為台灣現今極為弱勢之項目。另外，為增加國際人士來台就醫之意願，在財務面規劃上，有待政府與跨國保險業者建立合作機制，將台灣納入跨國保險公司的保單範圍內。

表 30 醫療旅遊產業公私部門角色建議

業務	業務內容	部 門	角 色 研 析
政策擬定與推動	異業結合產業發展方向	公部門	跨部會整合醫療旅遊產業指導單位，以研訂、規劃、推動產業發展相關業務。
		私部門	透過協會等合作機制，設立服務推廣單位。
廣告行銷	國際行銷：包含多語言網站、資訊及形象廣告，以及旅遊展、醫療展等相關國際展覽。	公部門	1.透過國際外交、醫療活動及會議活動，提昇台灣醫療及旅遊形象及知名度。 2.提供旅遊訊息及套裝行程，並透過廣告行銷，藉以推廣台灣旅遊。 3.允許醫療型態廣告針對醫療旅遊市場進行行銷。
		私部門	透過國際旅遊及醫療活動、廣告及展覽，提供旅遊及醫療相關訊息，提昇台灣旅遊及醫療形象及知名度，吸引國際人士。
醫療服務	醫療相關服務規劃與執行	公部門	提供相關醫療法規、制度及諮詢，增加醫療服務品質。
		私部門	提供相關醫療諮詢、技術、設施等服務，並持續強化醫療服務品質。
	民俗療法認證	公部門	目前非屬醫療行為，不予認證，無法給予消費者保障，易產生消費糾紛。建議透過認證機制，提供適合的單位及機構進行消費服務。
		私部門	提供具醫療服務品質的專業民俗療法服務，讓旅客可更加安心的體驗專業民俗療法服務。
旅遊服務配套服務	旅遊相關服務規劃與執行	公部門	提供適當套裝旅遊行程建議與規劃。
		私部門	設計、規劃適當套裝旅遊行程，並提供高品質遊程服務。
	多語言服務與諮詢	公部門	1.學校教學及職訓納入專業醫療及旅遊多國語言訓練。 2.建置多語言網站及諮詢服務據點。
		私部門	1.以多國語言職訓方式，訓練相關專業服務人員。 2.建置多語言網站及諮詢服務據點。
	出入境辦理及簽證延長	公部門	1.提供便利及快速出入境辦理與諮詢。 2.增加延長簽證辦理地點，或與醫療及旅遊相關單位合作，提供快速辦理簽證延長之作業。
		私部門	在政府提供之制度環境下，提供旅客延長簽證作業服務。
	貨幣匯兌	公部門	增加貨幣兌換地點，提供安全且具效率的貨幣兌換服務。
		私部門	增加於飯店及百貨公司等合格認證的貨幣兌換地點，提供安全且具效率的貨幣兌換服務。
	保險及財務規劃	公部門	與跨國保險業者建立合作機制，將台灣納入跨國保險公司的保單範圍內。
		私部門	透過跨國際保險單位合作，幫助醫療旅遊旅客作醫療費用的財務規劃與保險支付。

資料來源：長庚醫院，2007

4.4 台灣醫療服務國際化產業發展策略：

1.境內與境外國際醫療同時發展：

(1)境內國際醫療

- 旅遊保健與跨國醫療並進。
- 在國際上宣傳台灣醫療之強項。
- 建置國際網站，介紹台灣之醫療服務。

(2)境外國際醫療

- 將台灣高品質之醫療技術整體包裝輸出國際。
- 初步以越南及蒙古兩個地方作可行性評估。
- 提升台灣優質醫療的國際形象

2.具體措施：

(1)進行醫療服務國際化整體策略規劃、輔導及評估計畫。

- 規劃台灣醫療服務國際化整體推動重點。
- 篩選具產業發展利基之醫療項目。
- 辦理整體行銷策略規劃及法規檢討與修正。
- 訂定特殊醫療旅遊保健參與醫院條件，對審查合格醫院定期與不定期督導，及評估辦理成效。
- 進行國際市場分析。
- 工作時程：2007-2008 年
- 投入經費：5,000,000 元

(2)推動醫療服務國際化平臺建立。

- 進行非醫療專業通路行銷。
- 資料外語化建立。
- 辦理本業與異業訓練(Training center)。
- 規劃參與國際醫療服務展覽與會議。
- 辦理對外醫療服務國際化窗口。
- 工作時程：2007-2009 年
- 預估投入經費：38,600,000 元

(3)檢討法規及廣告之相關規範。

- 檢討修訂相關廣告之規範。

檢討非侵入性健檢、醫學美容不限於醫院進行之可行性。

工作時程：2007-2008 年

投入經費：800,000 元

3. 預期成效：

以台灣具競爭優勢（低成本、高品質）的醫療服務項目，透過跨政府機關與民間團體合作的計畫性行銷，吸引全球華人或鄰近國家白領階級來台接受醫療服務，或將台灣高品質之醫療技術輸出國際，建立醫療服務國際化的經營模式。建立從聯絡、安排就醫、安排親屬住宿、病情說明及決定治療方法、醫護照顧每天的流程、手術後階段、出院準備、回國的術後照顧到該國保險理賠準備等，建立一個完整價值鏈(Value Chain)。

4. 目標市場

分析台灣醫療服務國際化對目標客源的吸引因素有下列五種(表 31)。

表 31 台灣醫療服務國際化的客源及吸引因素

客源/吸引因素	語言相近	生活文化相近	高品質低價位	歷史情感因素	特殊疾病治療
華僑	☆	☆	☆	☆	☆
中國大陸人士	☆	☆	☆	☆	☆
日本人士		☆	☆	☆	☆
東南亞人士			☆		☆
歐美人士			☆		☆

資料來源：吳彬安，2008；本文整理

台灣對全球的華人最有吸引力，也基於地源相近及歷史發展的淵源，對日客也有獨特的誘因。而歐美及其他亞洲地區也是主力客源市場，但開發中國家則非台灣目標市場。

5. 經費需求(表 32)

表 32 台灣醫療服務國際化經費需求

單位：百萬元

工作項目	2007 年	2008 年	2009 年	合計
一、醫療機構品質提升計畫	130	110	-	240
二、各類醫事人員服務品質提升計畫	2,270	4,400	4,500	11,170
三、發展醫療 e 化產業	98	46	27	171
四、醫療服務國際化	15.9	17	11.5	44.4
總計	2,513.9	4,573	4,538.5	11,625.4

資料來源：經建會(註：經費需求部分需以法定通過預算為準)。

6. 政府推動國際醫療服務的權責單位

(1) 經濟部：利用派駐在世界各國之辦事處聯繫商機。

- (2)衛生署：控管產品品質。
- (3)外交部：提供便捷觀光簽證。
- (4)交通部：解決海陸空交通問題。
- (5)觀光局：結合醫療與旅遊資訊，進行促銷。
- (6)陸委會：開放大陸來台醫療問題。

7.台灣發展國際醫療服務最初應由哪些醫療項目開始?

宜由低併發症而且相對較安全的療程起步：

- (1)其他國家常見疾病-必須提供高品質而且低收費
- (2)其他國家罕見疾病-必須治療有效但可收費較高

8.台灣發展國際醫療服務的優勢項目(義守大學, 2008)

(1)低風險的常見項目

①健康檢查 Health examination

- 資深專科主治醫師親自執行各科檢查與詳盡判讀說明
- 專屬健診中心，最先進的醫療儀器設備，與一般病患完全分開
- 正子掃描檢查-提供最好的疾病評估（腫瘤、心臟疾病方面）
- 無痛式胃鏡、大腸鏡檢查
- 256 切電腦斷層造影-比傳統單張電腦斷層掃描儀快 173 倍，5-10 分鐘完成，解析度達 0.33mm，可以偵測出小至 0.1cm 的肺部病灶；冠狀動脈血管攝影可達到心導管攝影 98%以上準確度，分析冠狀動脈鈣化情況，能準確預估心臟病發生機率。

②醫學美容 Aesthetic procedures

擁有新式的鈹-雅銘雷射、二氧化碳雷射及脈衝光機種，為愛美者提供安全之雷射美容醫療；設有專屬門診、開刀房、病房、護膚室，提供全方位、多元性美容手術前後的服務；環境典雅寬敞，以客為尊，兼顧舒適與隱私性

服務項目：

- 臉部美容整形手術
- 乳房整形手術
- 身體曲線雕塑手術
- 植髮手術、修疤手術
- 雷射醫學美容(除斑、除痣、除刺青、胎記、微血管擴張、除細紋、除毛、細緻毛孔、痘痘、痘疤及臉紅)
- 注射醫學美容(玻尿酸，肉毒桿菌素，微晶瓷)

-護膚換膚美容(維他命 C，果酸)

③內視鏡減重手術 Endoscopic Bariatric Surgery

適合過度肥胖人士，半年內可減約 20~30 公斤，技術成熟、安全。包含胃繞道手術、胃束帶手術、胃內水球手術

④牙科手術 Dentistry(表 33)

表 33 台灣植牙美型效果一覽表

項目	效果
貝齒整形美容 (全瓷冠、貼片)	重塑受損、牙縫過大及齒列不齊的門牙，重現真齒相近的完美外觀，真假難辨。
雷射牙齦美白	回復牙齦粉嫩自然的色澤。
傳統人工植牙	傳統手術刀切開、縫合，等待 6 至 12 個月，重建咬合。
3D 微創水光植牙	雷射微創傷口(六合一技術)只需 2 至 3 個月即可完成。
雷射牙周病治療	雷射滅菌(降低疼痛)，刺激齒槽骨再生。
冷光美白	牙齒潔白可進步 6 至 8 個色階
顯微雷射根管治療	獨特雷射瞬間滅菌，顯微根管清創，當日即可完成根管封填治療。
3D 精密齒雕	解決蛀牙問題，牙齒恢復美觀與健康型態(且無銀粉汞污染問題)。

資料來源：玩美牙醫及相關網站(楊璧慧彙整)

⑤眼科角膜屈光度矯正手術 Ophthalmology: surgery for alteration of cornea reflexion(眼睛雷射手術 LASIK)

⑥手汗症治療 treatment of Hyperhidrosis

由神經外科團隊，規劃適合手汗患者之短時間治療，併發症少，當天即可完成手術，可立即從事旅遊活動；以內視鏡方式完成，傷口小，以歐美國家的專業的技術，其手術價格約僅美國的 1/40

⑦加馬刀治療 Gamma Knife Radiosurgery

治療良性、血管畸形之腫瘤，不必打開顱骨，不流血，無手術傷口，無麻醉危險，無術中死亡，當日即可完成治療

⑧攝護腺雷射手術 Prostate Laser Surgery

運用微創手術治療攝護腺肥大問題，以最先進的綠光雷射、鈹雷射等先進光治療儀器治療，具有傷口小、恢復快等優點

⑨睡眠診斷檢查 Polysomnography

檢查打呼、睡眠障礙、呼吸中止症候群等疾病；一夜睡眠即可完成所有檢查，不影響白天的旅遊行程；針對檢查結果提供專業診斷及治療方式建議

(2)高風險的常見項目

-顱顏重建手術 Cranio-maxillo-facial surgery

-人工生殖 Artificial fertilization

-關節置換術 Joint implants

以內視鏡方式完成，傷口小、恢復快、品質及技術同步歐美國家，手術價格僅美國的 1/20，包含肩部、髖部、膝部關節置換，療程簡單約一週

-肝臟移植手術(活體捐贈)

-心臟及血管手術

心臟醫學中心提供完整的心臟檢查，先進的心導管設備並搭配氣球擴張術、血管支架技術及冠狀動脈繞道手術

(3)其他國家罕見疾病

-鼻咽癌 Nasopharyngeal cancer (NPC)

-肝炎/肝硬化/肝癌 Hepatitis/liver cirrhosis/hepatoma

-傷殘重建手術 Reconstruction following major trauma

-消化道腐蝕性傷害 Corrosive injury of aerodigestive tract

-口腔癌 Hypopharyngeal cancer-resection and reconstruction

-阻塞性淋巴水腫 Obstructive lymphoedema

9.未來趨勢(義守大學, 2008)

(1)重症治療已慢慢取代輕症治療

(2)醫院產品定位清楚,

(3)專案團隊要強

(4)建立增值服務鏈

(5)專業轉介通路及一般行銷通路並重

4.5 台灣發展醫療服務國際化之 SWOT 分析

整體而言，台灣醫療服務國際化具有高品質、高效率與收費低廉的優勢(表 34)，面對全球蓬勃發展的國際醫療市場，應及早占有一席之地；相對的，外語團隊不足、國際行銷管道未暢通、缺乏異業整合經驗、法令規範未鬆綁與兩岸政治因素箝制等為台灣醫療服務國際化之劣勢，加上先行國家之威脅，均提醒我們於推動醫療服務國際化時應有全方位、整體規劃的思維，跨部會協助促成醫療機構與異業結合，建立產業秩序，才不至事倍功半。

表 34 台灣醫療服務國際化 SWOT 分析

<p>優勢 (Strengths)</p> <p>醫療水準普遍優於大陸以及東南亞國家 具國際競爭力的醫療服務 (高科技硬體設備, 高技術醫療人才等) 國內醫療資源普及, 較無第三世界國家有關醫學倫理之爭議 華僑人口眾多, 華語語言優勢 制度化的醫療服務內容及收費標準 國內醫療費用相較已開發國家甚為低廉 已繼續推動各項衛生醫療資訊發展專案 例: 醫療機構電子病歷製作及管理辦法、醫事憑證收費標準、建構以病人為中心之電子病歷跨院資訊交換環境, 建立區域健康服務網路基礎, 醫院資訊化比例高達 98.7%。 實施醫療網分區計畫, 台灣就醫方便性與效率高。 後 SARS 時期, 推動「全人健康照護計畫」, 落實以病人為中心、社區醫療為導向之整合性醫療照護。 中醫教育結合西方醫學訓練制度, 中醫水準高。</p>	<p>劣勢 (Weaknesses)</p> <p>國內醫界作風保守缺乏國際競爭觀念 台灣發展醫療旅遊起步較晚, 缺乏國際品牌醫院 國內醫療產業景氣不振, 投資緊縮 醫院軟硬體 (包括標示與文件產出等) 尚未國際化 國內相關醫療管理法規 (包括人才引進, 重大設備採購, 醫療廣告行銷與信用卡繳費等) 嚴謹繁複 國際醫療服務模式尚未確立, 合作分工亦未明確, 缺乏包裝、行銷, 及異業結盟之整合。 醫療服務人員多元語言服務訓練尚不足 各級醫療機構功能未全發揮, 民眾對基層醫療信心不足, 醫學中心提供初級照護比率過高。 教學成本與醫療服務量結合之支付方式, 未考慮實際之需求, 無法對投入教學訓練醫院產生鼓勵效果。 電子病歷之推行, 現行誘因不足, 醫院配合意願低落。</p>
<p>機會 (Opportunities)</p> <p>歐美日等醫療費用高漲, 海外就醫逐漸形成趨勢, 全球「國際醫療」市場商機雄厚: 據統計 2005 年全球醫療保健市場規模達 2,000 至 3,000 億美元。 政府將醫療旅遊列為重點發展的服務業 台灣醫院、旅遊服務業辦理醫療服務國際化意願高。 全民健保侷限國內醫院成長, 發展自費已成為各家求生之必要作為 國內醫界已著手導入國際醫療品質認證 (JCI), 提供國內醫療機構之醫療作業與管理與國際接軌 供應者必須符合國際最佳醫務標準為作業基礎, 有助於提升國內醫療水準</p>	<p>威脅 (Threats)</p> <p>鄰近各國 (尤其是東南亞國家) 正傾全力發展醫療觀光 置身於區域貿易組織的結盟外, 將不利於接收境外醫療需求 國內醫療科別失衡, 醫療人才不均 泰國及東南亞各國以優質服務大幅度提昇醫療服務的附加價值 國際語言及文化差異, 跨國醫療容易產生醫療糾紛 健保遲遲無法改革, 造成醫界人才凋零, 台灣醫療優勢盡失</p>

全球及台灣高齡人口持續增加，預期於2019年邁入高齡社會，老人健康照護需求增高，增加醫療機會 東南亞國家的公共衛生及環境劣勢	
---	--

資料來源：本文整理

4.6 海峽兩岸醫療旅遊發展概況

1. 台灣人在大陸的醫療照護

(1) 緊急醫療照護的需求: 以郭來福等人，在山東旅遊發生車禍，有七人受傷(2007/7/15)，傷者已就近送往濟南市中心醫院治療。(海健會透過視訊協助患者及家屬病情諮詢)

(2) 旅遊醫療的需求

(3) 居住大陸之台胞平日疾病醫療的需求

(4) 老年安養的需求 (錦繡山河銀髮安養計劃)

(5) 特殊醫療的需求-

以林百里為例：台灣第4大富豪、廣達集團董事長林百里過去有咳嗽的毛病，在2005年時被檢出肺癌，2006年在台灣的醫院切除腫瘤後，病況無大幅起色，壹週刊報導(2007/3/7)，林百里經台商友人介紹，轉往上海尋醫，接受上海中藥醫大學附設龍華醫院主任醫師邱佳信的以西醫為基礎的中醫治療，病況已出現轉機，逐漸獲得控制中。

以郭台成為例：郭台成罹患血癌，在台灣沒有合適的骨髓配對者，而中國大陸有廣大人口的基因庫，透過中華骨髓庫在大陸找到骨髓配對者，在道培醫院進行骨髓移植手術。郭台銘還因此透過鴻海在大陸設立的富士康基金會，捐贈上億台幣給中華骨髓庫。

以沈野為例：資深媒體人沈野，長年為腎病所苦，近年必須倚賴長期血液透析治療維生，最近前往大陸廣州醫院住院，等候安排腎臟移植手術。

2. 大陸人到台灣的醫療照護

2007年8月1日起開始受理大陸地區人民專案申請來台接受醫療服務，家屬可申請隨行，期間以三個月為原則，但可申請延長，申請流程如圖7，並以下列五類疾病為限：(1)活體肝臟移植手術，(2)顱顏重建手術，(3)心血管侵入性治療及外科手術，(4)人工生殖技術，(5)關節置換手術

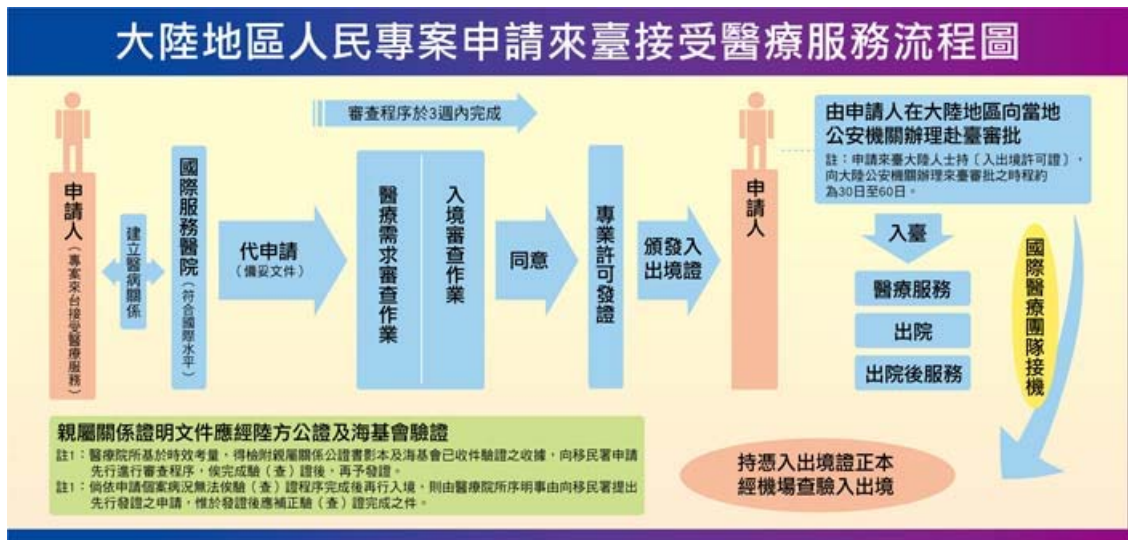


圖 7 大陸地區人民專案申請來台接受醫療服務流程圖

資料來源:醫療國際化推動計畫專案管理中心

緊急醫療照護事例：2007年10月初(聯合晚報，2007)，大陸旅行團在南投縣信義鄉發生遊覽車翻車意外，造成5死14傷。一場飛來橫禍，原本是大陸旅客非常不滿，但因竹山秀傳醫院細心照料，還幫忙調解賠償金，讓大陸旅客感受到台灣的人情味。2009年4月，廣東省旅行團搭乘的遊覽車行經台北市信義計畫區時，突遭自高樓墜落的起重機吊臂砸中，造成3人死亡，數人受傷，緊急送台北醫學院附設醫院治療(聯合晚報，2009)。

2008年7月，兩岸開放直航，大陸觀光客赴台觀光後，台灣醫界積極爭取大陸客旅遊醫療商機，一心想推動旅遊之餘健檢、美容項目；不過，大陸醫界人士短期內並不看好，他們認為台灣的醫療資源等相關資訊，連大陸醫師都不了解，遑論一般大陸民眾，必須加強資訊宣傳；而大陸旅遊業者也表示，由於顧忌醫療糾紛等問題，目前大陸業者也不敢盲目推出(聯合報，2008)。中華海峽兩岸健康旅遊休閒協會(海健會)在上海邀請兩岸醫界、旅遊業者，舉辦「兩岸旅遊醫療高峰論壇」，會議由海峽兩岸醫藥衛生交流協會趙同彬會長、海健會許高慶理事、海健會秘書長李淑娟共同主持，探討兩岸旅遊醫療產業動態，及兩岸開放觀光以來的旅遊醫療發展瓶頸和未來突破之道。海健會可協助兩岸台灣基因醫學研究團隊共同研究，造福兩岸病患，也可協助台灣同胞到大陸就醫的醫療院所認證與輔導安排。上海新華醫院張澄宇主任在會中表示，大陸醫界一般與美國、日本接觸多，對台灣醫療資源並不了解，面對面接觸機會也不多，連醫師都不了解，更別說是一般民眾。上海中醫醫院院長虞堅爾也說，目前兩岸醫療檢查報告互不承認，如果大陸民眾在台灣健檢查出毛病，回大陸還要重新檢查，也

是一大問題。

上海錦江國際旅遊公司宋曉軍經理指出，目前大陸旅行社光忙著組團赴台觀光事情都忙不完，根本沒考慮到大陸民眾赴台健檢、美容等醫療問題。董明總監也分析旅遊業者也擔心萬一美容變成「毀容」，捲入醫療糾紛的司法問題，所以不敢盲目推出，希望台灣方面理解。目前在台灣、上海都有開設醫院的聯新國際集團張煥貞院長建議，兩岸醫界、旅遊界應先調查探討大陸觀光客中，究竟有多少人有興趣做旅遊醫療；並且應先完成兩岸醫院合作，未來才能做到台灣健檢、大陸後續追蹤。

台灣國際醫療專案辦公室執行長吳明彥在聽取大陸醫界代表意見後認為，如果連大陸醫師都不了解台灣醫療現況，更何況一般大陸民眾，在現行法令、經費等因素無法大量宣傳下，靠大陸醫界專業推薦可能較務實；因此，現階段不妨先從大陸醫師來台臨床訓練、醫務管理交流下手，長期才會增進了解。陸委會宣布，即日起陸客來台行程中，可包含一天半以內醫療健檢美容行程，同團其它旅客若不想從事健檢美容，則可自由行動。陸委會評估，此舉有助於吸引大陸觀光客報名台灣的「健康觀光行程」。立院厚生會與海健會邀請業者與主管單位，就吸引陸客來台從事「健康旅遊」進行座談，會中吳明彥表示，我方要求陸客來台要團進團出、不得脫隊，照表操課，管理相當嚴格。他並指出，大陸人士來台從事醫療旅遊，要好幾個月才能取得台灣簽證的時間，許多病人不耐久候，轉赴他國就醫。再加上目前政府僅部分開放觀光醫療項目，還註明「除非大陸無法治療者例外」，無異要對岸自行承認醫療水準差台灣一截，難怪不論是「保健旅遊」或「醫療觀光」，陸客參加的意願都很低。對於業者的批評，陸委會經濟處科長李添盛表示，基於同文同種、距離近等因素，兩岸醫療觀光應有可為，在大陸還沒有放寬相關規定前，我方願先放寬限制，明訂陸客來台行程中可有一天半的健檢、美容行程，同團無意願參加該行程的其它旅客，則不必受團進團出影響，可以自由活動。

2009年4月，行政院長劉兆玄也宣布利多，研擬開放陸客來台自由行，讓陸客能深度旅遊台灣，也有助醫療旅遊的發展，首波可能開放福建省為優先省份。

第五章 台灣發展國際醫療服務產業可行性模式

5.1 台灣發展醫療旅遊成功模式

本研究參考 Morris et al.(2005)與吳俊賢(2008)所提出的商業模式架構與問題來當作後續研究的依據。本節就上述四種類型個案商業模式架構的基礎面去做描述與比較(表 34)，了解不同類型醫療旅遊間，在營運方式上的異同以及手法，並根據比較結果做小結。

5.1.1 保健旅遊

個案一屬觀光為主、醫療為輔的保健旅遊(wellness tourism)，本研究取署立基隆醫院為保健旅遊的代表性個案，主要的理由如下(吳俊賢 2008)：1.署立基隆醫院與豪鵬旅行社針對日本市場提供觀光為主，健康促進為輔的保健旅遊商品，符合研究定義。2.署立基隆醫院於 2007 年成為麗星郵輪所屬員工與該油輪旅客在台期間醫療服務事宜，同年 7 月開辦「國際醫療觀光門診」。3.署立基隆醫院並與豪鵬旅行社合作，針對日本遊客推出特色中醫項目商品。

目前署基在保健旅遊上合作的旅行社為豪鵬旅行社，該旅行社過去即以經營日本旅客為主，因此基於合作通路的既有市場，加上署基位於的基隆市靠九份為日本旅客最多的地區，且靠近麗星郵輪停靠的基隆港邊，許多的日本旅客亦搭乘郵輪來台，因此目前署基推行保健旅遊的目標市場為日本旅客。在合作初期署基透過豪鵬旅行社與日本業者做過接洽，以了解目標市場的消費需求，初步設定以台灣的特色醫療項目中醫為主，以養生健康促進為推廣概念，並結合時下風行之減重市場，做到差異化；並以小團接客的方式，以求對每位旅客能個別詳細的了解身體狀況，確實提供客製化的服務。

在正式接待日本團旅客前，署基已有接待過日本業者，經由體驗中醫減重治療的過程，改善提供服務當中不便的流程，及在服務內容上盡量以日文的方式做呈現，包括一般制式的表單，例如治療說明、指示和運動的指導原則等，皆已有標準化的日文格式，且大部分的項目為方便顧客填寫盡量以簡單化、勾選的方式選取，其他較為複雜的部分由隨團的日文翻譯偕同解釋，服務的員工亦接受初級的日文課程訓練。

日本旅客特別的注重個人隱私的權益，因此若在操作保健旅遊時以

團體的方式集體行動，在治療時也是如此的話，對日本旅客來說會有不被重視的感覺，因此院方在接待客數上一次以十人為限，並依據分批以小團體的方式在不同的單位進行事前診斷和後續的指導與治療，在時段的安排上盡量選在國內病患量較少的時段，一方面是顧慮到院內單次所能提供的醫療服務產能有限，另一方面專門的服務時段，有助於迎合目標市場就醫習慣和確實的做到客製化的服務主張。

初期提供的中醫減重商品是依據署基過去提供國內族群所設計的內容，一次的療程約一個月，費用大約4千到5千，商品包裝以健康減重為目標，期望透過飲食及運動的手段達到減重的效果，飲食建議的部分，藉由專業的營養師給予專業的建議與指導(一個療程四次到八次)，運動則是一個禮拜三次，希望藉由運動消耗掉多餘的熱量，不會在減重的過程當中產生虛弱無力的情況，並維持往後不再復胖。額外再搭配增加的部分包括中醫針灸和內科藥物治療，如果對方的狀況合適，且對於治療的方法也可以接受的話，即給予安排搭配治療，但原則上減重的軸心仍舊是以飲食和運動為主。

由於保健旅遊的客群並無法停留那麼長的時間，因此在商品的設計上必須考慮到不同類型的模式，以預防型減重為例，現階段的醫療並沒辦法在短短的旅遊停留期間看到極為明顯的效果。因此只能就局部的處理，針對一些部位例如大腿或是腰部等想要作特別的加強雕塑，而這部分針灸治療的處理效果不錯；另外也可以用針灸在特定的穴位來降低食慾，例如埋耳針可以持續的貼一個禮拜，因此單單在中醫針灸可以達到這些作用。

費用部分是以營養諮詢和運動建議為主，不像台灣一般療程要四、五千新台幣那麼多，因此當次一開始的諮詢是以將近門診的費用收費，之後的建議治療才是以單次治療項目再加上因外國客所增加的成本作不同的調整，定價的方式為成本估算加利潤為基礎，需估算的部分包括了營養師的諮詢、運動復健中心基本的體能檢測、行政人事費用再加上針灸的費用。收費的模式為旅行社在行前與旅客報價當中包含基本的諮詢費用，並提供自費項目供選擇，而醫院這部分的費用為成本估算加利潤為基礎，成本的部分包括了營養師的諮詢、運動復健中心基本的體能檢測、行政人事費用再加上針灸的費用，總共費用約兩到三千元新台幣。

署基依據過去接待日本旅客的經驗，在發展保健旅遊上所提出的部分客製化服務主張，初步獲得目標市場不錯的反應，為求持續的獲得支

持，署基在針對過去已經服務過的旅客，皆有透過接待時所取得的通聯方式和旅行社的協助做一系列的顧客關係管理，例如在消費者回國後持續的經由電子郵件提醒注意事項及保健養生訊息的提供，並順便推廣其他相關服務商品和優惠活動，可見個案期望透過完善的顧客關係管理固有市場。

目前署基保健旅遊的通路有豪鵬旅行社，2007年與麗星郵輪合作所開設的「國際醫療觀光門診」只是提供該郵輪出遊期間靠岸的緊急救援服務。但該門診合作通路內的消費者大多為身體健康的族群，寄望藉由該門診增加的收入不大，因此署基在未來經營保健旅遊的方向仍以醫療核心優勢為主，結合郵輪長途旅行的特性期望推出郵輪健檢的服務商品。除了與豪鵬和麗星郵輪合作以外，署基未來更積極的推展其他通路，以開拓更多的市場來源管道，讓保健旅遊的市場能達一定的經濟規模，為署基帶來實質正面的幫助。

以觀光為主的保健旅遊個案商業模式以小團體的方式做到最大的客製化服務提供，並搭配不同於日本醫療服務的特色項目「中醫」設計商品內容，期望以差異化的策略開啟市場，並以良善的顧客關係管理維持競爭優勢。該個案的商業模式值得學習之處在於如何在團體式醫療提供的侷限之下，仍讓顧客感受到客製化的價值主張，且除了提供目標市場在健康促進的需求之外，在醫療與旅遊的搭配提供上該如何的運作。但個案所主張的價值「客製化」在實際運作方式上仍有待加強之處，個案所謂的客製只是配合旅遊團體的操作，而和過去醫療服務的提供相比，客製化上沒有太大的差異，因此要突顯客製化的價值主張，個案的做法是不足的。而個案所提供的產品以減重為主題，此與產業分析當中需求市場比較，蠻符合目標市場需求，但在保健旅遊當中醫療相關的健康促進活動只是旅遊行程當中的特色項目之一，影響消費者主要還是在於附加健康概念以外的旅遊觀光行程是如何的搭配，因此個案在推行保健旅遊商品時，整個套裝內容的設計所控制的範圍有限。

5.1.2 照護旅遊

個案二屬輔助性的照護旅遊(Healthcare tourism)，本研究取新加坡商亞洲透析服務股份有限公司(ARC)為醫療旅遊當中具輔助性的照護旅遊的代表性個案，主要的理由如下(吳俊賢 2008)：1.因腎友本身的特性，必須定時的接受透析的治療，所以腎友要出國旅遊途中醫療服務的提供

是必須性的，符合本研究對醫療旅遊中對照護旅遊的定義。2.醫療旅遊的經營模式當中跨國性的經營是個未來的趨勢，個案公司為一亞洲的跨國公司，因此不僅有延伸服務的優勢亦增加了國外駐點的行銷通路，相當的適合經營醫療旅遊。3.2007年 Bumrungrad International Limited (BIL) 100%收購 Asia Renal Care Ltd. (ARC)公司的所有股權，Bumrungrad 的品牌在亞洲與中東地區的實力堅強，且在醫療旅遊當中的發展更是相當的卓越。4.自 2005 年即開始腎友旅遊之業務，至 2008 年已成行共十團，其中九團是 out bound，一團是 in bound，因此個案公司不管是 out bound 或者 in bound 上具相當的經驗。

依據個案公司經營的願景，成為亞洲腎臟照護組織的領導者，所定出的使命中，第一個就是提供最優質的醫療照護與服務，改善腎友的生活品質。除了專業的醫療照護以外，提供方便的服務也是改善腎友生活品質的方法之一，因此個案公司提供了一個對於腎友來說的「方便」，讓腎友不再因為透析治療的地理侷限、出遊的心理障礙和費用的不確定性而讓旅遊產生了障礙，透過個案公司原有的資源團隊幫助腎友消除出國旅遊的種種不便，提供了大大的「方便」，成為顧客心目中有價值的服務。除了旅途中有專業的醫護人員陪同以外，在前置作業的準備和旅行社的選擇也已經由個案公司做先行的把關和品質的審核，因此腎友僅需面對個案公司單一個窗口，減少了許多購買的流程。

目前個案公司推廣腎友旅遊的主要族群仍多集中於台灣北部地區，主要考量為腎友人口特性和身體狀況。在人口特性方面腎友大部分是收入不穩且月收入低的族群(楊樹昌等人，2007)，歸咎因素在於透析時間佔去了大部分的工作時間因此工作不穩定，且腎友本身的體能狀況也比一般人不佳，因此經濟狀況通常不太好，若再以地區做區分的話北部較南部佳；另外在腎友身體狀況的部分，因為出國的班機多集中在桃園機場，且團員的組成依過去的經驗多以北部佔多數，因此若依大多數的團員居住地而選擇出發地的話對於中南部地區的腎友來說必須長途跋涉，對他們的身體負擔很大，因此根據以上的理由個案公司初期的目標市場放在北部地區的腎友。

行程的設計上，在旅遊地點和行程的安排上都必須顧及腎友身體負荷，例如地點的選擇以亞洲鄰近的國家為主，且以個案有分公司據點的國家為優先選擇，而在行程內容的安排上不管是景點間搭車的時間和餐點的內容都必須符合腎友須注意的事項。此外顧及經濟能力以及旅遊品

質，在出團的時間安排上亦多集中於旅遊的淡季(4~6月及9~11月)。在旅遊結束後會要求腎友及親屬能提供意見及出遊心得，做為改善的依據，以求提供好的顧客服務。

個案公司為突顯「方便」的價值主張設立了單一窗口，腎友旅遊所需做的前置準備，如：旅遊的事前評估、個別狀況的了解紀錄和常備藥物的海關證明等；以及回國後的保險申報問題，都由單一窗口協助辦理，不必自行經手繁複的作業流程。而在旅行的部分，相關必備文件的繳交，如護照等，也是經由單一窗口為對口單位，再由該單一窗口與旅行社接洽，將醫療以及旅遊兩者統合在一個單位，減少兩頭各自作業的不便性。

會造成腎友旅遊障礙最大的因素在於醫療服務的持續性，個案公司主要業務是透析中心的經營，因此具有醫療服務提供的優勢條件；且隨團的護理人員在行前會與該腎友的透析中心醫師或護理長聯絡，了解每位腎友的情況以及該注意的個人事項，以求在國外面對緊急突發狀況時能做最即時且正確的反應，隨團並有翻譯人員，腎友不必擔心和當地醫師有無法溝通的情況發生。而在醫療服務提供的部分，透析地點的挑選原則為個案公司當地分公司下的合作透析中心，以求品質管控有統一的標準且相較於其他的透析中心也較能了解狀況，此外腎友在同一體系的透析中心接受治療，會覺得保障且安心許多，因此跨國性據點的分布為個案公司在經營腎友旅遊上的一大優勢。

目前個案公司對於腎友旅遊市場的經營態度視為對於核心業務以外的附加價值提供，因此在行銷活動上較為消極，例如在推廣旅遊商品上，個案公司並沒有主動積極要求合作中心必須要達到一定的攬客目標，只是以海報張貼的方式告知其所服務的腎友公司有提供這樣的服務；在定價上的策略亦相同，所有提供的服務，並不包含個案公司因行政作業所多出的人事和行政成本，最後的報價都只有旅行社的團費，由此可以得知個案公司在腎友旅遊市場的經營方向，確實不以營利為目標且不積極。

從上述的營運範疇可以得知個案在經營腎友旅遊並以非營利為目標，而是寄望透過服務的提供提升個案公司在亞洲透析服務提供的專業形象，原因在於個案公司了解現有市場客群特性且市場亦不大，因此若將腎友市場以營利的目標去經營，期望從中獲利的話會相當的不容易，沒有太大的成長空間。個案公司為了提供腎友旅遊「方便」的價值主張

設計了許多對於顧客面和執行面的標準作業流程，以維持在達到「方便」的前提下有一定的服務品質。在行前針對參與的腎友均有一定的身體評估標準，以確保體力能負荷，並且需填寫統一的病歷表格，以確保提供充足的資訊，方便旅遊國當地透析中心能提供最為正確的服務。另外對於隨團的醫護人員以具多次隨團服務經驗豐富的護理人員為優先選擇，並設計隨團護理人員行前訓練教材，以維持服務的品質水準。不管事前準備的多麼周全，腎友旅遊還是有它一定的風險存在，因此為了提供腎友隨團的醫療照護且保障隨團醫護人員的權益，個案公司具一腎友旅遊簽署切結書，切結書內容除了確保腎友了解腎友旅遊的相關注意事項以外，另一方面經由切結書的保護，讓隨團醫護人員在意外發生時能沒有顧忌的發揮其應有的專業，使兩方受益。

輔助性的照護旅遊個案所經營的市場為腎友旅遊，針對目標市場提供「方便」的價值主張，透過跨國公司的優勢條件，提供消費者旅遊中所需的醫療服務，並期望以該領域當中卓越的形象維持其該業務及本業的市場地位。個案在台灣腎友旅遊市場中利用跨國分公司條件，確保醫療服務的品質與降低醫療不確定性的風險，減少無形成本，個案公司並提供專業的隨行醫護人員隨團照護，有助於提升消費者對於個案提供醫療服務的滿意度(蔡文正等人，2004)以及信賴，這對於消費者針對開發中國家醫療的不信任感的心理障礙降低亦有相當大的幫助，而如何提升消費者的信心也是許多相關文章當中所探討到的部分(Cortez，2007)。該個案經營者有明確的目標市場，並認清其特性後，擬定經營目標正確，才造就該個案在腎友旅遊市場當中能持續的經營結果。

5.1.3 健康旅遊

個案三屬醫療為主、觀光為輔的健康旅遊(health tourism)，本研究取長庚養生文化村為健康旅遊的代表性個案，主要的理由如下：1.針對慢性病或銀髮退休市場提供療養、安養為主，休閒旅遊為輔的健康旅遊商品，符合研究定義。2.長庚養生文化村於2005年元月正式開放入住，長庚醫療體系跨足健康、養老產業。3.長庚養生文化村加入台灣長宿休閒發展協會(Taiwan long stay development association)，針對日本銀髮族推出特色商品。4.2006年，曾有「非洲阿福」國際醫療個案，因為「非洲阿福」跨國至長庚醫院接受顱顏重建手術，其伴行家屬是安排至長庚養生文化村入住，而「非洲阿福」的術後療養期長達兩個月，也是在長

庚養生文化村居住。

台灣早已進入高齡化社會。2000年，每一百個老人中，有八點六個超過六十五歲以上的老人。根據專家推估，到2036年，我國的老年人口將占總人數的21.6%，屆時每五人中，就有一個老人。自2007年起，日本「團塊世代」亦即二次戰後嬰兒潮世代，約700萬人，正陸續退休，將帶來50兆日圓的退休金市場，由於日本國內生活物價指數偏高，這些日本退休族的年金不足支付其國內生活費用，加上目前日本銀行的存款為零利率，因而流行到國外物價水準較低的鄰近國「異地養老」，東南亞各國皆積極計畫分食此一龐大新市場，台灣也有獨特競爭優勢。另外，相對於少子化的世界潮流，老年族群的健康及安養問題會更形凸顯，而努力了一輩子的退休族又有強烈的旅遊需求，而養生村這類產品正是滿足此類客群的創新產業。

長庚養生文化村創辦人王永慶是台灣商人的典型，但他又是一個中國儒家思想的信奉者，禮運大同篇中提及的「鰥寡孤獨廢疾者皆有所養」，是億萬富豪的重大抱負。不過經營之神要經營的「幸福人生」，不只是安養，而是「活到老，做到老」。入住的老人不是被動地接受人家服侍，而可以主動經營自己想要的人生。王永慶設計的制度，入住的老人可以「以工代金」，繳交生活費用，也就是根據自己原來所長，繼續工作。即使走到生命盡頭，仍然可以對社會有所貢獻(成章瑜，2006)。

劉培森建築師事務所，負責台塑集團的建築設計業務，林口的養生文化村即出自其手。在養生村中特別設計了家庭重組機制，提供年齡、背景、興趣相近的人重組家庭(reformed family)。讓養老，沒有養老院的感覺，而像住在一個大家庭中。讓每個人都可以在自己最熟悉、最安全的環境中終老，而重組家庭就變成非常重要的機制。

根據王永慶的構想，理想的長庚醫療體系，除了核心是打了二十七年根基的長庚醫院急性醫療系統之外，還要進行垂直及水平醫療整合，包括建立慢性醫院、護理之家、老人安養社區(養生文化村)，形成「整合型醫療健康照護體系」，由預防保健、急性醫療、慢性醫療復健及長期照護做資源整合。王永慶的醫療王國，不但從醫院延伸至醫學院、護專，形成垂直整合；再從急性醫院、慢性醫院、兒童醫院、進到養護社區照顧，形成水平分工的構面，用整合型態進行全人醫療。「世界上從來沒有那麼大規模的連鎖醫療體系，可以從搖籃做到墳墓一條鞭」(長庚醫院決策委員會副主委莊逸洲)。

養生文化村入住的條件有二，一是年滿六十歲，配偶則不限年齡。二是通過長庚醫院身體檢查合格者，日常生活能自理，無法定傳染病、精神疾病、失智症、癲癇症控制不良或器官移植病況不穩者。其入住費用計算主要可分為保證金、每月住宿費、伙食費及水電費用等。住宿單元內禁止使用瓦斯，且各戶亦均設置電磁爐與抽油煙機可供使用，住民也可至餐廳現場選購餐點。養生文化村設有餐廳，針對年長者營養需求及飲食特性，提供多樣菜色變化以滿足住民不同口味，除提供包月之團膳餐點、素食、麵食外，住民亦可依個別需要選購。另外，提供有專業、多元之在宅服務(須自費)，免除僱請佣人之困擾。養生文化村有提供下列設備-

- 1.傢俱：床、床墊、床旁櫃、沙發、電視櫃、茶几等，22坪另有提供餐桌椅。
- 2.電器：分離式冷暖氣、排油煙機、電磁爐、電話、緊急救護拉鈴、門鈴、刷卡電氣鎖、燈具等。
- 3.衛浴：電熱水器、排風扇、洗手台、免治馬桶座、淋浴蓮蓬組、浴廁扶手等。
- 4.其他：電源插座、網路線路(預留)。

養生文化村的位置在距離林口長庚醫院約十至十五分鐘車程，靠近林口體育館，地址則為桃園縣龜山鄉，由中山高林口交流道下約十分鐘即可抵達，若由桃園市區經振興路約十五至二十分鐘即可抵達。養生文化村提供完善之交通接駁服務，另外圍道路及本村地下室均備有停車位。養生文化村的交通車有四條路線-

- 1.院區接駁車：開往長庚桃園分院、林口醫學中心之交通車，於週一至週五隔半小時發車；週末假日則為每小時發車。
- 2.每日上午均提供免費家樂福購物專車接駁。
- 3.汎航交通網：以林口長庚為中心，連接台北及桃園、中壢市區。
- 4.龜山鄉公所安排之桃園客運免費接駁車可達桃園市區。

養生文化村內有銀髮學園的規劃，銀髮學園提供長者再學習、再成長之空間，除了邀請專業老師駐村指導外，學有專長之長者亦可於銀髮學園擔任老師，發揮所長。

如果住民身體狀況變差，需要人照顧，養生文化村結合長庚醫療資源，住民可享有連續性醫療照護服務，視住民健康狀況，可協助轉介至桃園分院或護理之家，待健康狀況好轉，一樣可居住於養生文化村。其

健康服務內容-

- 1.為長者量身訂做之年度健康檢查。
- 2.村內設置社區醫院、特約門診及復健中心等，方便住民看診及復健。
- 3.服藥提醒及用藥管理。
- 4.醫療有護理之家、桃園分院及林口長庚做為後盾。
- 5.依長者身體狀況量身訂做之個人專屬養生健康計劃。
- 6.建立個人健康資料庫：隨時掌握長者的健康動態(如例行血壓測量)。

養生文化村本身即是度假村，有安排許多活動，包括日常和全年度多元、多樣性的活動，並且輔導成立社團，此外，也可以在各棟的休閒空間(如交誼廳、社團教室)及戶外休閒設施(如農園區、登山步道、戶外運動設施等)，安排每日多采多姿的生活。另外還可以前往長庚球場打高爾夫球，或規劃一至三日生活圈，從事觀光旅遊等活動。村內休閒活動包含-

- 1.運動養生活動—如太極拳、元極舞、槌球、桌撞球等。
- 2.娛樂交誼活動—如麻將棋藝、卡拉OK、電影欣賞等。
- 3.藝文技藝活動—如書法繪畫、音樂戲曲、插花陶藝等。
- 4.民俗活動—如春節元宵、端午中秋、中元重陽節等。
- 5.宗教活動—如禪修法會、禮拜彌撒等。

台塑模式發展任何事業，不但講究成本概念的「魚骨理論」，一片一片剖析成本，而且一定「一魚多吃」，從頭吃到尾，進行上中下游產業一條鞭。不過也因為長庚醫院的核心技術做後盾，加上台塑的企業資源，讓長庚在進軍健康、退休產業時，可以駕輕就熟。

5.1.4 醫療觀光

個案四屬醫療為主、觀光為輔的醫療觀光(medical travel)，本研究取台北市萬芳醫院為醫療觀光的代表性個案，主要的理由如下(吳俊賢 2008)：1.萬芳醫院自 2005 起即有外籍人士以醫療為目的來萬芳醫院就醫紀錄，2006 年就醫的外籍人士為 4500 人次，增加的自費收入將近 400 萬。2.萬芳醫院為全台通過國際性醫療評鑑 JCI 的三家醫院之一，且為醫學中心。3.根據過去統計有 80%的海外旅客透過網際網路搜尋醫療旅遊相關資訊，而萬芳醫院開設全國第一個具英、日、中三國語言的國際

醫療網站「www.Taiwan Healthcare.com」，率先向市場接軌。

在醫療觀光這一部分，目前萬芳醫院對於國外就醫的客源管道主要還是透過過去行動醫療團交流的管道，透過轉介的方式到萬芳醫院就醫；另一部分為國外貴賓參訪過程中體驗醫療服務的方式，以口碑效應去網羅客群，因此現階段並無積極的針對某目標客群進行行銷。但未來經營醫療觀光的目標市場還是集中在中高所得需要醫療服務的客群，國家的部分以歐美為主，亦希望能藉由語言的優勢搶攻中國市場。提供充足醫療相關資訊作業本會將收集醫療機構資料，加入法律諮詢、醫療保險等相關資訊，編輯成冊，定期更新。因此當無一明確的目標客群，在滿足顧客需求的價值主張的部分較無特別針對醫療旅遊強調某一價值主張。

但在過去萬芳醫學中心從籌備期間開始，整體的價值主張即以「品質」為推動的主軸，開始為期五年歷經四個階段的運作而逐漸奠定品質的推展。1997年2月正式開幕前的半年推出「品質是萬芳的尊嚴」的理念作為價值主張。開幕期期間主要是以Juran的三部曲：計劃、管制、評估作品質的展開。緊接著在1998年4月至2000年6月期間是屬深耕期，利用全員參與「多重品管工具理念」，將各種不同品管工具應用於醫院中的專業人員。第四階段則為轉型期，強化教學、研究的工作，並與國際醫療接軌，引進國際新醫療技術，成立國際醫療團援助友邦國家。

在商品內容的設計上，因醫療觀光的旅客有它的特殊性，並不比一般國內的消費群，在醫療上亦有些限制，例如簽證的問題就是一個會影響到選擇提供醫療項目的一個很大的影響因素，以減重為例，在台灣的減重治療相當的有名且成熟，但一個減重的療程是必須要持續且長期的，而醫療旅遊的顧客希望在這一次的療程當中看到顯著的效果著實不容易，因此減重這類商品就不適合做醫療旅遊的商品推廣。在效果顯著的部分以雷射美容醫學所能提供的服務產品最為適當，但針對不同的顧客屬性仍需提供不一樣的商品設計，以磁波拉皮為例，治療效果必須在一個月後才會顯現，且須進行三次的療程，因此針對這個商品的特性就不太適合大陸地區的客層，因為大陸人士要短期那麼密集的出境來台不太容易，因此有可能會因此中斷療程，使得效果打折，反而有損醫院本身醫療專業形象。

目前萬芳醫院為醫學中心，共設有22個專科，每九床有1.63位專任主治醫師照護，在作業流程和品質管理上皆有卓越的表現，並在2006

年通過國際公認為最高標準的醫療評鑑 JCI(Joint Commission International)。在硬體的部分備有各項新穎先進之醫療設備，提供完整優異的醫療輔助工具：Biplane Angiography 血管攝影儀、IMRT 直線加速器、光子刀 (Photon Knife)、電腦刀 (Cyber Knife)、立體定位儀、高壓氧艙治療、準分子雷射屈光、核子醫學檢查、磁振造影掃瞄(1.5T MRI)、乾式體外碎石震波(ESWL)、兩部電腦斷層掃瞄(CT)、血液透析儀(AK)、近接治療儀、腫瘤模擬治療儀、腫瘤細胞繪圖儀、心肺功能檢查儀、正子造影掃瞄(PET)與 VCT256 切立體心血管影像等。由上述可知，萬芳不管在軟體或硬體兩部分在發展醫療旅遊中醫療專業的部分相當的完備。

軟體的部分除了醫療專業以外，從其他國家的發展經驗學習當中了解，語言及服務是醫療服務國際化中相當重要的部份，因此萬芳醫院自 2003 年起即配合臺灣醫務管理學會推動醫院雙語生活環境營造計畫，推動「營造國際化生活環境，提昇全民英語能力」，建構醫院英語就醫環境，方便外籍人士就醫，強化國際化的親善醫療空間，並透過「營造英語生活環境行動方案」，營造醫院整體環境視覺、聽覺醫療服務系統設施國際化，提供外籍人士順暢無阻的旅遊品質及醫療保障，進而帶動觀光人潮，活化地方商業環境；服務上，遴選適合的醫療人員訓練語言、溝通能力，作為醫療旅遊的第一線服務人員；另外在國際交流的部分，從 2005 年起即辦理「國際醫務管理研習班」，將臺灣在醫務管理上的實務經驗分享給各友邦國家。

萬芳醫院根據過去統計有 80% 的海外旅客透過網際網路搜尋醫療旅遊相關資訊，因此建構一個友善的網絡溝通平台有助於顧客與服務提供者之間良善的溝通，迅速的打開國際市場，許多的醫院也陸續的跟進，加設了專門針對國際顧客的網站。除了通過 JCI 國際評鑑標準與建構網路平台與國際接軌之外，萬芳醫院對於來院後的醫療服務上，更設置了專門的國際門診中心，同一樓層還包括健檢、美容醫學中心及中醫部門，囊括所有外籍人士最感興趣的醫療項目，提供一站購足 (one-stop shopping) 服務。萬芳醫院在接待國外醫療旅客有一定的標準作業流程，其中包括個案行前的評估作業，就個案情況彙整相關醫療團隊，進行風險評估、行前準備及來台處裡的相關業務，藉由標準作業流程的制定，針對不同的顧客只需做小幅的顧客需求變動即可，如此的作業方式有助於即時的反應顧客需求和小幅的客製化。

醫療旅遊中除了萬芳醫院的醫療本業之外，旅遊的這一塊萬芳醫院採取與旅行社合作的方式，第一個合作的旅行社是金龍旅行社，主要合作推廣的商品為高級健檢、醫學美容和老年醫學三個產品項目，並與圓山飯店合作搭配吸引觀光客。對於未來合作的旅行社對象，萬芳醫院的態度是越多越好，期望能藉由不同的旅行社自有通路，為萬芳醫院醫療旅遊開拓更多的市場。對於旅行社對象的評估除了必須為政府核可且登記有案的旅行社之外，對於旅行社在產品包裝和價格的方向以高品質為目標，而非過去削價競爭的態度去經營醫療旅遊的市場，以維護萬芳醫院的品質。

透過對於顧客全方位以個案處理的醫療服務提供突顯品質的價值主張，並推行雙語作業計畫和建構資訊網絡，提供更友善的環境給來台就醫的外國人士，而個案對於品質的堅持更突顯在同業市場中的特色。本個案在推行醫療觀光的商業模式中，對於品質的價值主張，確實是現在尋求海外醫療得消費者所重視的(Cortez, 2007; Dunn, 2007; McKinsey, 2008)，特別是個案的未來目標市場。但如何的在醫療上突顯品質的優越和其他同業比較，這是參與醫療旅遊的消費者在選擇醫療機構前最先比較的資訊之一，而現今並無統一的國際品質評比指標(Cortez, 2007; Marlowe & Sullivan, 2007; Pamela & Dana, 2007)，因此消費者大多透過是否通過國際性醫療評鑑(JCI)為確保品質的準則(Marlowe & Sullivan, 2007; Pamela & Dana, 2007; Segouin, 2005)，這也是許多的保險公司與雇主在衡量是否要外包醫療服務的一個降低風險的選擇指標。而個案醫院已在 2006 年通過 JCI 評鑑，實已降低了進入醫療旅遊市場的障礙，此為加入醫療觀光的重要競爭條件。

個案在通路上的運作除了透過旅行社合作之外，大部分的客源來自於過去國際行動醫療團交流所建立的轉介管道，此和個案的目標市場並無太大的連結，因此在過去接待過的醫療旅遊案例當中，個案期望進入目標市場的族群比例不大。此外個案以品質的經營維持在市場上的競爭力，確實是消費者及未來醫療旅遊產業所重視的，從產業分析中，消費者選擇海外醫療旅遊的準則統計當中得知，除了技術優勢的條件以外，消費者對於更好的醫療品質仍是主要的考量，而價格並不是影響整個決定的唯一因素，而這個也正是台灣在發展醫療旅遊產業的目標，不以價格戰拓展市場，而是在合理的價格之下提供高品質的醫療服務(吳明彥, 2007)。

5.1.5 個案商業模式比較(表 35)

1.價值內容：在價值內容主要是要回答一個商業模式如何創造價值的架構，從比較當中得知各個個案在客製化、服務多樣性以及服務的延伸的程度上均有不同；在產品的提供上，目的不同反應在產品的內容，以及醫療與旅遊產品間的搭配亦有所差異，特別是個案四的醫療觀光，價值的來源完全在於醫療商品的本身；而四種類型在提供上都是透過直接服務的方式做到價值的提供。

表 35 醫療旅遊個案商業模式比較

商業模式架構	保健旅遊 (wellness tourism)	照護旅遊 (healthcare tourism)	健康旅遊 (health tourism)	醫療觀光 (medical travel)
價值內容	提供醫療服務 部分客製化 服務多樣性程度低 服務的延伸程度低 公司產品與其他公司的產品一同銷售 內部提供服務 直接提供	提供綜合性服務 部分客製化 服務多樣性程度低 服務的延伸程度高 公司產品與其他公司的產品一同銷售 委外 直接提供	提供綜合性服務 部分客製化 服務多樣性程度低 服務的延伸程度高 公司產品與其他公司的產品一同銷售 內部提供服務 直接提供	提供醫療服務 高度客製化 服務多樣性程度高 服務的延伸程度低 產品本身 內部提供服務 直接提供
市場策略	類型：b-to-c 國際 客戶在價值鏈：最終消費 一般市場 關係行銷	類型：b-to-c 區域 客戶在價值鏈：最終消費 利基市場 關係行銷	類型：b-to-c 區域 客戶在價值鏈：最終消費 利基市場 關係行銷	類型：b-to-c 國際 客戶在價值鏈：最終消費 一般市場 交易行銷
內部能力	營運/行銷	營運系統	營運/行銷	營運系統
競爭策略	良善的顧客關係	形象：卓越的運營/ 可靠性	良善的顧客關係	形象：可靠性 服務的品質
財務因素	價格：彈性 顧客量：低 利潤率：低	價格：固定 顧客量：低 利潤率：低	價格：彈性 顧客量：低 利潤率：中	價格：固定 顧客量：低 利潤率：中
發展模式	成長模式	生存模式	成長模式	收入模式

資料來源：吳俊賢 2008；本研究整理

2.市場策略：市場對象主要是要描述該商業模式價值提供對象概況，四種不同類型的醫療旅遊不管在組織的類型(b-to-c)、客戶在價值鏈的領域上都大致相同；比較不同的是個案二的照護旅遊，根據該個案目

前所經營的腎友旅遊市場，仍屬一區域性的消費群，且因市場不大但消費者間得需求差異性大，市場內目前亦無領導的企業，因而將該市場認定為一利基市場，個案三的健康旅遊鎖定銀髮退休族為特定消費群，亦屬利基市場；而根據各商業模式經營該市場的方向，將個案一、二、三定位為關係行銷，個案四為交易行銷導向。

3.內部能力：在內部能力上主要是陳述該商業模式的經營優勢所在，而各醫療旅遊類型都是以內部的營運系統的操作，來獲得在個別市場同業間的差異化表現。

4.競爭策略：競爭策略是結合提供的價值和內部能力的運作後，該商業模式為自己維持競爭力的做法，並提顯在市場當中的定位。在四種不同類型個案當中，可以發現若將旅遊與醫療的比重以光譜呈現的話，旅遊比重較重的部分因為所提供的醫療服務屬保健性質，被同業的取代性較強，因此這類型的個案維持競爭力的策略集中在顧客關係的維持，而當醫療的比重逐漸增加了之後，顧客的旅行的目的就是為了醫療，因此這類型的個案在競爭策略的手法上多集中在醫療本業的可靠性以及品質的提升。

5.財務因素：財務因素所要呈現的是該業務的財務執行面，而對於台灣而言醫療旅遊的市場尚未真正的開啟，因此在現階段各個個案面對市場態度都趨於保守的目標，且在獲利率上除了個案四所提供的專業產生較高的顧客價值，但礙於該個案定價的特殊性，使得利潤率的程度不高。

6.發展模式：發展模式主要是陳述該進入市場者在經營該商業模式的目的與方向。此部份依據不同類型的醫療旅遊型態義及該個案本身的經營內容不同而有所差異；個案二因目標市場的特性所致，使得經營者的發展模式趨向生存模式，在其他兩種醫療旅遊個案當中發現保健旅遊的方向較為積極投入，期望該業務為未來一重要收益項目；而醫療觀光的個案較以求能夠持續的長期創造營收為目標。

5.2 海峽兩岸成功的醫療旅遊發展模式

去年台灣方面政府試行開放大陸人民專案申請來台接受醫療服務，效果不彰，醫藥界在二月由「陸委會」召集的跨部會檢討會商中，建議政府簡化申請流程，擴大開放來台就醫項目；目前，大陸人士來台就醫，在台灣

接受審查最快需時三星期，而在大陸接受審查時間則長達一個月，前後幾乎要耗費一個半月以上。「陸委會」若要檢討大陸人士來台就醫的問題，首先要解決申請時間過長的問題。其次，就兩岸無法建立良好轉診制度的問題，建議政府先從已在大陸設立的台商醫院做起，例如廈門長庚、明基及旺旺三家台商醫院，積極與大陸醫療網路系統建立關係，利用兩岸的轉診制度將吸引大陸民眾來台就醫。

私立醫療院所協會秘書長吳明彥認為，兩岸官方對於醫療交流的心態不夠開放，目前台灣只准許五項重症病患來台，且聲明必須是「大陸無法醫療」才准放行，這些規定引起大陸醫療院所的消極抵制。他指出，台灣醫院若想吸引更多大陸人士來台就醫，最有效的辦法是與大陸醫院簽定轉診介紹合約，不過台商醫院在大陸剛起步，如何與大陸醫療網建立關係，仍需較長時間累積互信。吳明彥表示，只要開放大陸觀光客來台，如果一年有兩百萬大陸觀光客來台，只要十分之一旅客順道接受健診、美容及其他醫療服務，就有二十萬人，如果一個人平均三萬元計算，一年就有六十億元市場。台灣醫療界目前正積極與旅行社與保險業等結盟布局搶灘，其中萬芳醫院、圓山飯店與金龍旅行社結盟，新光醫院與上海博愛醫院合作，邀請大陸專業人員來台旅遊的同時進行健康檢查。而彰化秀傳醫院、長庚醫院、敏盛醫院等也積極與保險公司合作，爭取美國等國際醫療商機的同時，對搶進大陸市場進行積極部署。潤泰剛與國際醫療聯盟（SOS）公司合作，在台灣成立頂級健檢診所，也是針對大陸豐沛的醫療商機。

大陸衛生部已批准十四家台資在大陸參與開設醫院，廈門長庚醫院是台塑集團在大陸第一家醫院，地處廈門美麗的馬鑾灣南岸、海滄新陽工業區北面。於2005年5月獲准設立，佔地七十公頃，總投資約十七點八億元人民幣，總建築面積一百四十萬平方米。2008年5月6日開始正式營運，並獲評三級醫院，開始門診、急診及住院服務，已開始運作的醫療專科有內、外、婦、兒、眼、牙、皮膚、耳鼻喉等二十多個，目前有五百張病床，將發展到規模三千張病床。大陸對台商投資建設醫院、參與醫療保健事業及台灣醫師在取得大陸執業資格後在大陸行醫表示歡迎。兩岸同根同源，醫療衛生事業服務於人民是兩岸的共同目標。為了促進兩岸醫療衛生的交流與合作，大陸制定了優惠政策和措施，體現了大陸積極推進兩岸醫療衛生交流與合作的真誠願望。近年來，也為台商選擇了一批大陸先進醫院作為看病的定點醫院，解決了台商在大陸看病難的問題。

因應兩岸直航的開通，陸客赴台數量逐漸增加，為此，外貿協會積極協

助兩岸建構大型醫療網路，以及兩岸的醫療轉診服務，除了開拓便利的就醫管道，同時也提升台灣醫療旅遊產業。在台灣外貿協會牽線下，廣州台商「女人世界集團」所成立的錫安健康管理中心於98年3月23日與十家台灣醫院簽署合作意向書，開啟兩岸合作健檢第一項成果。私立醫療院所協會秘書長吳明彥表示，除了女人世界集團之外，今年兩岸將繼續促成四件醫療合作案例。廣州台商「女人世界集團」原計劃與彰化基督教醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、萬芳醫院、國泰醫院等五家醫院簽合作意向書。但到了二十三日簽約儀式舉行前，參與和女人世界集團合作的醫院，又新增新光、大學眼科、敏盛、秀傳、及童綜合等醫療機構，其中新光醫院透過國盛旅行社的安排，已確定未來「女人世界」的二萬名會員赴台旅遊時，將有半天的行程前往新光醫院接受健檢。台灣的醫療界早已看準開放大陸觀光客可為台灣帶來龐大的醫療商機，許多台灣醫療院所已經摩拳擦掌，做好準備。

十二家台灣著名的醫院，包括彰化秀傳、台北榮總、新光、長庚、萬芳、彰化基督教等，已經報名外貿協會舉辦的大陸考察團，預計98年6月22日登陸參訪，準備推出大陸民眾赴台觀光醫療行程，推銷健康檢查、美容整形、近視雷射、植牙特殊重症等項目。對於這波兩岸醫療商機，秀傳醫療體系總監林浚裕相當樂觀地表示，台灣高品質的醫療水準確實可以吸引出手闊綽的大陸旅客上門，而包括植牙、脈衝光、微整形、健檢以及雷射近視手術，這些都是一至兩天就能完成的醫療項目，都成為醫院主推的強項，如果客源充足，未來不排除成立大陸客特別門診。

退輔會也規劃旗下所屬的北、中、南三家醫學中心，搭配所屬的高山農場，推出健檢及醫美等醫療商品(98年4月)，除吸引外籍人士，主要是向陸客招手，並將配合交通部觀光局於今年八月赴中國參加昆明旅遊展，大力推銷醫療旅遊(表36)。

表 36 退輔會推動醫療旅遊計畫

地區	高山森林遊樂區/農場	醫院
北部	棲蘭、明池森林遊樂區	台北榮民總醫院
中部	武陵、福壽山、清境及彰化農場	台中榮民總醫院
南部、東部	嘉義、屏東、花蓮及台東農場	高雄榮民總醫院

5.3 台灣適合的國際醫療服務價值鏈暨發展模式

1. 台灣適合的國際醫療價值鏈

可分為下列六個階段(表 37)：

計畫階段→行銷階段→接待階段→住院前置作業→住院階段→出院術後階段

表 37 台灣推動醫療服務國際化之價值鏈

階段	活動
計畫階段	設立多國語言網站
	設立國際客服電話中心或 email
	整合醫療服務與團隊
	與旅行社結盟
	短程目標：以華人為主要市場
	長程目標：歐美國家
	國際病患聯絡中心
	定價
	獨立病房與樓層：(1) 隱私性；(2) 舒適性；(3) 豪華
行銷階段	購買醫療責任商業保險
	台灣醫療認證(醫策會、ISO)
	國際醫院評鑑(JCI)
	以榮獲多項獎項為榮耀
	健檢及美容項目(low end service)
	特殊疾病(high end service)
	參與展覽
接待階段	報章雜誌及網路
	專業轉介通路
	多國語言的安排
	禮儀訓練(感動服務)
	專業健康照護旅遊(Healthcare Travel Planning)
住院前置作業	醫院簡介(1)以病人安全為主要核心價值(2)環境介紹:減少病人對新環境的焦慮及不安，貼心服務
	醫師簡介
住院	建立標準性英文版同意書及說明書
	建立完整清楚醫療照護計畫(Care Plan)
	建立詳細病人互動性影片或光碟(Patient-interactive video)
	根據醫策會準則建立病人安全體制
	醫療資訊化(E-hospital)
出院	標準醫療照護程序(EBM、Clinical Paths、Daily Care)
	對癌症病人身、心靈的治療(結合宗教的力量)

階段	PHS 手機的提供
出院後階段	確認病人安全出院要件(無出血、無發燒...)
	建立出院後再回診系統
	設立家屬宿舍
	1.避免院內感染
	2.家屬探望
	3.減少經濟負擔
	視需要安排特殊護士照護
	視需要安排旅遊(< 5%)

資料來源：吳彬安，2008

2.台灣適合的醫療服務國際化發展之模式

國際醫療服務既已是必然的趨勢，又已列入政府重大政策，對醫界及相關業者而言是一個重要的機會，應該及時掌握。最大的意義不在於政府的有限投資，也不在於外界所稱的「商機無限」。可貴之處在於這是一個跨業界整合、產官學合作的計畫，運用彼得·聖吉的五項修練，闡述本計畫變革過程之策略思維：(一) 醫療業者要改變思考模式與異業連結；相關主管機關要改變思考模式，檢討法令、扶植產業發展。(二) 醫療體系與醫療業者均要自我超越，檢討三層次的非顧客，並開發國際顧客。(三) 醫界和政府要建立共同願景，躍上國際醫療舞台、提升醫療產業產值。(四) 欲實現共同願景，必須透過團隊學習，產官學合作、設置共同平台並建立跨領域團隊。(五) 欲吸引國際顧客走進來，更重要的要透過系統性思考，建立國際醫療服務價值鏈，創新服務模式，以擴大國際顧客剩餘價值，期能「讓顧客走進來、醫療走出去」，打造台灣醫療品牌，提升台灣國際形象，善盡地球村的一分子，進而帶動台灣醫療與相關產業之持續進步、創造醫療體系的藍海，總結台灣適合的醫療服務國際化發展之模式有以下數點：

(1)發展國際醫療服務，應選擇我國優勢的服務項目(如移植醫學、重建整形、微創手術、骨科關節置換、心臟手術、肝病治療、眼科、牙科、中西醫結合等)，優先聚焦發展，以團隊合作運作，集中資源，並善用我國既有之領先競爭力的能量及優勢，例如醫療水準及服務品質、醫療費用等，發展醫療服務國際化之利基項目，例如健康檢查、整形美容、人工關節置換、心血管繞道手術、雷射近視手術等。

(2)異業結合，擴大服務深度及廣度：例如結合旅遊業、保險業、觀光飯

店業、交通業、國際醫療救援業等。

(3)必須與國外量大且價格優惠的保險公司如歐洲與美國等簽訂合約。

(4)建立與國際接軌之機制，發展醫療服務國際化整合性平臺，以符合國際醫療之需求，促進觀光產業轉型，並帶動相關產業與新興產業之發展。

(5)醫院若想做好暨發展醫療服務國際化，必須從行銷、接待、住院前、住院中、出院後、回國照護、其他注意事項等價值鏈建立每家醫院自己的特色，並非所有科別都需要做。

(6)政府參與或協助發展我國之觀光醫療服務，制訂或鬆綁相關法規：例如跨部會協助整合醫療、旅行、保險等相關產業合作，鬆綁發展觀光醫療之相關法令或規範。

(7)鼓勵相關產業通過國際認證或獲得國際組織認同，與世界接軌，提升國際競爭力：例如鼓勵醫院通過 JCI (Joint Commission International) 認證；旅行業者獲得 WTTC 認同 (World Tourism and Travel Council, 世界觀光及旅遊委員會)，以促進並帶動觀光產業之轉型及升級。

(8)順應各國民情，提供整合式的客製化服務：依各國民情之不同，提供整合式的客製化服務，包括食、住、行等，以滿足外國消費者之需求。

(9)善用華文優勢，優先鎖定華人市場或以亞裔為主要客源，並將原以醫療為主轉型為服務至上的醫療服務產業。

(10)強化我國醫療及旅遊業及各級人員之國際語言能力，以提昇溝通效率、建構醫療與觀光服務網絡等。

(11)積極進行海外行銷或設立海外觀光醫療服務據點：積極進行海外推廣行銷或參與海外觀光醫療相關活動，或者結合我國外交駐外單位或經貿系統前往國外設立服務據點。

5.4 台灣熱門旅遊景點適合的醫療旅遊發展模式

1. 台灣地區旅遊及醫療資源概況

(1) 休閒旅遊資源

台灣地區休閒旅遊觀光資源豐富，包括多樣之生物與地形地質景觀、溫泉、海岸、山野、古蹟、原住民文化、民俗節慶、美食等。政府長期以來即陸續建置 13 處國家級風景區、6 處國家公園、18 處森林遊樂區，另尚有各類古蹟、博物館，民間亦投資建設各式遊樂區、觀光旅館及民宿等，形成台灣多樣觀光旅遊環境。以下就台灣旅遊服務業

SWOT 分析(表 38)：

表 38 台灣旅遊服務業 SWOT 分析

<p>優勢 (Strengths)</p> <p>地理優勢 服務價格優勢 華語語言優勢 自然觀光資源豐富 國人親切友善為外人稱道 治安及生活品質良好 氣候溫和全年皆適合旅遊 基礎建設齊備有利推展觀光 制度化的旅遊服務內容及收費標準 中華歷史文化及台灣本土文化之美 發達的國際貿易經驗有利國際行銷推廣 國內觀光旅遊產業發達，國際遊客每年超過三百萬</p>	<p>劣勢 (Weaknesses)</p> <p>國際知名度不足，不易吸引國際旅客 旅遊資訊的提供，尚未有多國語言及制式的格式以提供多元的旅客訊息 我國外交處境相對艱困，不利觀光之拓展 國民旅遊市場之淡旺季需求差距大。 接待質量待提升。 通訊安全及隱私保護機制待加強。 寬頻網路建置未盡完善，設備、行動通訊及網路費用過高。</p>
<p>機會 (Opportunities)</p> <p>觀光產業已列入「2015 年經濟發展願景」之「公共建設」、「產業人力」及「產業發展」三大套案中 世界及兩岸三地的廣大華人旅遊市場尚未被大幅度開發，是相當大的機會 政府開放大陸人士來台觀光，未來兩岸三通後，將可擴展大陸市場 日韓市場尚有拓展空間 本土文化國際化，將台灣的本土文化透過國際行銷推廣，讓全世界認識台灣，也期待來到台灣 台灣 IT 產業進步，IT 用品（電腦、手機）使用普及 資訊交通便利，社會大眾重視就醫品質</p>	<p>威脅 (Threats)</p> <p>東南亞旅遊的品質及國際知名度已在國際上相當知名，佔有很大的優勢 東南亞各國的旅遊服務機制成熟，服務人員的專業及語言訓練皆有一定制度，服務品質備受國際肯定 觀光產業競爭激烈 觀光業易受外在因素之影響 大陸磁吸效應強勢觀光行銷，影響我國國際觀光客源之拓展 現有出入境法規手續複雜，同時申辦過程冗長及地點不多，不易進行申辦及延長簽證辦理，也會造成旅客的不便 短線衝刺/缺乏規劃管理將可能因業務潛在的疏失產生負面的國際視聽。 觀光陸客激增，各類狀況層出，相對凸顯台灣相關配套措施及管理機制之不足</p>

資料來源：本文整理

2002 年起政府更陸續推動各項計畫，致力發展台灣觀光，培育相關人才，並於國際市場上強力行銷，如「觀光客倍增計畫」、「台灣暨各縣市觀光旗艦計畫」、「2015 年經濟發展願景第一階段三年衝刺計畫(2007

至 2009)「產業發展套案」等，自 96 年起達成來台參加國際會議展覽人次每年成長 10% 目標，帶動國內觀光及周邊服務業發展，使 2008 年來台觀光客順利倍增至 500 萬人次；並使台灣旅遊景點設施日趨完備，產業服務品質亦日漸提高。然而，近來因來台觀光陸客激增，各類狀況層出，相對凸顯台灣相關基礎建設、配套措施及管理機制仍然不足。

依「台灣暨各縣市觀光旗艦計畫」中，各縣市遴選旗艦觀光景點結果(表 39)，可看出如台北市、台中市、台南市、高雄市等都會區主要觀光資源多為人文及城市景觀，而如南投縣、嘉義縣、花蓮縣、台東縣等低都市化、較屬自然地區者，則其主要觀光資源多屬於自然生態景觀。

表 39 台灣各縣市旗艦觀光景點及活動遴選結果一覽表

縣市別	旗艦觀光景點	景 點 屬 性
台北市	101 大樓	重要地標
	故宮	歷史文化古蹟
高雄市	愛河風情	特有城市景觀風貌
基隆市	基隆港	特有城市景觀風貌
台北縣	金九黃金城	獨特之產業風情
宜蘭縣	冬山河	知名之自然景觀
桃園縣	大溪小鎮	獨特之民俗文化
新竹縣	內灣客家風情	獨特之民俗文化
新竹市	新竹科學園區	獨特之產業風情
苗栗縣	三義木雕小鎮	獨特之民俗文化及產業風情
台中縣	梨山	知名之自然景觀
台中市	經國綠園道	特有城市景觀風貌
	自然科學博物館	特色展覽館
彰化縣	八卦山大佛風景區	重要地標
南投縣	日月潭	知名之自然景觀
雲林縣	西螺大橋	重要地標意義
嘉義縣	阿里山	知名之自然景觀
	玉山	重要地標
嘉義市	蘭潭	知名之自然景觀
台南縣	七股風光	知名之自然景觀
台南市	赤崁樓	歷史文化古蹟
高雄縣	佛光山	獨特之民俗文化
屏東縣	墾丁	知名之自然景觀
花蓮縣	太魯閣峽谷	知名之自然景觀
台東縣	知本溫泉區	知名之自然景觀

資料來源：交通部觀光局，2005

(2) 醫療資源

台灣醫療資源隨都市發展及人口集中於都會地區，多數醫療院所均設置於都市地區；其中如全國半數醫學中心即位於大台北地區；台北縣市、台中縣市、台南縣市、高雄縣市等台灣西部主要都市地區之中西醫院家數更占全國 2/3 (表 40)。

表 40 台灣各縣市醫療院所家數一覽表

	西 醫					中 醫			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	%	中醫醫院	中醫診所	合計	%
總 計	24	55	344	423	100	24	3,006	3,030	100
基隆市	-	2	5	7	2	-	35	35	1
台北市	8	6	18	32	8	3	388	391	13
台北縣	2	3	37	42	10	2	394	396	13
宜蘭縣	-	2	5	7	2	1	40	41	1
桃園縣	2	3	22	27	6	2	211	213	7
新竹縣	-	-	7	7	2	1	39	40	1
新竹市	-	2	5	7	2	-	58	58	2
苗栗縣	-	2	13	15	4	1	53	54	2
台中縣	-	5	24	29	7	2	259	261	9
台中市	4	3	17	24	6	1	357	358	12
彰化縣	1	1	27	29	7	-	209	209	7
南投縣	-	-	8	8	2	-	67	67	2
雲林縣	-	2	14	16	4	-	71	71	2
嘉義縣	-	3	3	6	1	-	33	33	1
嘉義市	-	3	7	10	2	-	59	59	2
台南縣	1	-	17	18	4	-	111	111	4
台南市	2	4	10	16	4	2	142	144	5
高雄市	2	6	44	52	12	4	224	228	8
高雄縣	1	1	27	29	7	2	129	131	4
屏東縣	-	3	22	25	6	2	72	74	2
花蓮縣	1	3	3	7	2	1	31	32	1
台東縣	-	1	5	6	1	-	17	17	1

資料來源：行政院衛生署，2006

相較下，東部地區醫療院所家數則較少，且亦位於如花蓮市、台東市等都市地區。綜合觀之，台灣醫療資源集中都市地區，近年雖在非都市地區也漸漸有高品質醫療單位的設立（如彰濱秀傳醫院），減少醫療

資源城鄉的差異，但是大型教學醫院多數還是集中於人口集中及交通便利的都市地區。政府於「2015年經濟發展願景第一階段三年衝刺計畫（2007~2009）—產業發展套案」中將醫療產業列為旗艦計畫，提升醫療機構及醫事人員服務品質，並推動醫療服務國際化，提升台灣醫療服務國際形象，讓「顧客走進來，醫療走出去」，藉國際宣傳台灣健檢、整形美容、放射線治療之強項，以吸引全球華人或鄰近國家白領階級來台就醫。此一政策對台灣醫療旅遊業發展具極大助益。

（3）交通可及性

一地區產業之發展除地區資源條件外，交通便利與否亦為該地區產業發展的重要關鍵因素。因為一地區或有充足之資源，但交通若缺乏便利性，將影響旅客至該地之意願。交通可及性一般可分為「大眾運輸系統可及性」與「私人運輸工具可及性」兩項。其中大眾運輸系統是長程旅客、國外觀光客仰賴的主要運輸工具，可分為飛航、鐵路及客運3項。另私人運輸工具可及性則以公路分布狀況觀之。台灣主要交通建設仍以西部地區較為密集；桃園及高雄國際機場為台灣主要對外出入門戶，鐵路及公路系統密集完整，各城際間之客運路線及班次亦較完備，而高速鐵路的通車更使西部南北的旅程成一日型。至於東部花蓮、台東地區雖都有機場，但屬國內機場，花蓮機場有國際包機服務，但仍屬少量，公路聯絡則以省縣道為主，客運路線及班次亦不如西部密集。

2. 台灣地區旅遊及醫療產業發展區域規劃

依前述台灣各地區旅遊及醫療資源分布情形，台灣發展醫療旅遊產業在地域及行程規劃上應有所差異。整體而言，西部地區因都市化程度高，醫療資源豐富，宜善加運用，發展以醫療為主、休閒為輔之醫療觀光行程；東部地區則因醫療資源較弱，但休閒遊憩資源多樣，且自然環境優美，故宜發展以休閒為主、醫療為輔之保健旅遊（表41）。

再者，如台北、台中、台南、高雄等高度都市化地區，因醫療設備及技術完善，故可規劃如健檢、美容、手術等較高強度之醫療行為，輔以短程、靜態之休閒旅遊活動行程。至於南投、嘉義、宜蘭、屏東、花蓮、台東等非都市地區，則可依該等地區之自然資源及環境特質，發展如登山、潛泳等較動態性遊憩活動或溫泉 Spa、中醫養生、靈修、健檢等可促進身心愉悅之高度休閒活動、低度醫療行為之行程。

表 41 台灣東、西部醫療旅遊規劃

規劃目標	醫療活動	醫療所占比重	旅遊活動	旅遊所占比重
■東部： 以「休閒為主、 醫療為輔」之保 健旅遊	■溫泉 SPA ■香草治療 ■中醫養生 ■健康檢查 ■整形美容	少	■距離醫療據點較遠。 ■以一般觀光活動、輕鬆、 休閒、體驗型的活動為主。	多
■西部： 以「醫療為主、 休閒為輔」之醫 療觀光	■牙科手術 ■眼科手術 ■睡眠治療 ■戒菸治療 ■健康檢查	多	■距離醫療據點較近。 ■以靜態、欣賞、參觀型的 活動為主。	少

資料來源：長庚醫院，2007



第六章 結論與建議

本章分為三節，第一節將本研究的重點作結論，第二節提出本研究的限制及對後續研究者建議，最後一節對台灣發展國際醫療服務提出建議。

6.1 結論

本研究旨在藉由初級和次級資料的蒐集，整理出醫療旅遊產業分析，並針對發展醫療旅遊個案的商業模式深入瞭解並釐清，之後根據本研究醫療旅遊產業分析和個案商業模式，檢視個案商業模式和台灣國際醫療服務發展策略，並給予建議。

「危機即轉機」，2009/05/05 青年報社論「整合醫療資源、提昇健康照護國際競爭力」中指出，行政院院會日前公布「健康照護升值白金方案」，根據這項方案，將循「國家衛生、國際醫療、智慧醫療、養生保健、長期照護、醫療照顧」六大方針，從今年起四年之內，政府將增加投資八百七十四億元發展健康照護產業，希望民國一〇一年整體醫療產值能達三千四百六十四億元，提供三十一萬個就業機會。這項方案對於提昇國家醫療產業發展競爭力確有很大的幫助，但要在四年內落實，對醫療相關單位來說也將是一項重大的考驗，今後更須群策群力積極推動，期能有效肆應未來國內、外更高水準的健康照護需求。過去一年多來，由於全球經濟不景氣的陰影籠罩，對國家發展與人民生計都形成極大壓力，馬總統自去年五二〇主政以來，全力尋求脫困之路，相關部門也持續提出多項方案，以及輔以利多措施，希望挹注疲弱的民間產業，並激勵人民信心。其中部分政策如擴大陸客來台等效益，已然逐漸彰顯，但仍有部分方案有待時間發酵。

面對逆境困局，政府部門戮力以赴，勇於對症下藥的擔當實值肯定。在不景氣期間，民間投資不振，確有待公部門積極加碼，擴大公共投資，為低迷的市場增加資金，並且開闢新的方向，導引民間敢於跟進。尤其，政府過去一年來，各部門競提嶄新方案，體現了突破傳統窠臼的新視野與創意，相較於景氣期間，經濟發展的動能多來自民間企業的主動投入，政府在不景氣階段，站在民間企業的第一線，展現主動任事與創意活力，自有利於導引國人早日揮別不景氣的陰霾。

特別是在眼前地球村正承受源自墨西哥H1N1新型流感威脅之際，人民對自我健康的關注更為急迫，「健康照護升值白金方案」的提出，正可以

讓人民感受到政府的關懷，也為這項方案的執行，提供了最佳的利基與社會氛圍。檢視「健康照護升值白金方案」，以四年為期，算是短期就要完成的計畫，時間壓力不可謂不大，能否順利實施，挑戰性確實相當高。質言之，提出新方案的創意與擔當已然齊備，接下來就要檢驗執行力。況且，這已是經過行政院通過的國家級計畫，主其事的醫療衛生部門必須劍及履及，務求貫徹。

事實上，一個國家的醫療保健水準，反映的是國家的軟實力，對我國而言，實為一大強項。因為舉世各國，鮮少像台灣一樣，每年考進醫學院的新生幾乎都是名列前茅者；換句話說，我國優秀的人才，大多數集中在醫界，加上傳承嚴格養成教育與公正的國家考試，培養量足質佳的醫師，造就了我國高醫療水準，在亞洲公認僅次於日本。在兩岸三地之中，台灣醫護人員的素質及硬體設備的水準，整體而言，在在都居於領先的地位，如果醫療以產業看待，醫療產業是我國最具優勢及競爭力的產業。我國的醫療產業具備與世界水準同步的醫療軟硬體、核心技術、精緻治療、高醫療品質、醫療費用合理甚至較為低廉，醫學專業人才濟濟，不僅是我國最大的資產，也造就了醫療產業之優勢。衡諸亞洲部分國家，如南韓、泰國都已經鎖定大陸做為發展「觀光醫療」的目標市場，起步已在我國之前，動作與佈局更較我國為大，因此台灣亟待運用醫療與地利優勢，急起直追，以免坐失商機與契機。特別是伴隨中國大陸經濟的急速成長，養成為數可觀的新富階級，台灣以同文同種之利，物價與地緣之便，已然形成以高水準的醫療產業爭取大陸客源的競爭優勢。近年來，已有部分台灣醫療事業體尋求向大陸招攬商機的機會，如陸客來台進行高級健檢、整型美容手術等，但多屬試探起步階段，商機利潤尚未彰顯，實在可惜。近期以來，大陸民眾來台旅遊熱潮已現，未來市場潛在能量無窮，在「觀光醫療」與「重症醫療」成為國家級發展方案後，若能妥善規劃，結合旅遊與周邊產業，以異業結盟方式，整體包裝行銷，在亞洲各國中吸引陸客的競爭力將格外凸顯，所增加於台灣的效益，將不只及於醫療產業而已。

台灣地區休閒旅遊觀光資源豐富，包括多樣之生物與地形地質景觀、溫泉、海岸、山野、古蹟、原住民文化、民俗節慶、美食等。2002年起政府更陸續推動各項計畫，致力發展台灣觀光，培育相關人才，並於國際市場上強力行銷；近來因開放兩岸直航，來台觀光陸客激增，是唯一大幅成長的客源市場。國家治理必須運用優勢，並且整合資源創造競爭力，「健康照護升值白金方案」已見此一特質，如方案中以發展「智慧醫療」為最大特

色之一，結合我國近年來最具國際競爭力的 I T 產業，推動電子病例、健康資料庫、遠距照護、檢驗報告、醫療影像等醫療數位化，發展「觀光醫療」亦復如此，可以醫療旅遊業為龍頭，鎖定陸客為主要目標客源，串聯其他產業發展。

本研究以新加坡、泰國、印度、馬來西亞、菲律賓、香港，以及瑞士和奧地利為標竿國家，並衡量目前我國在醫療和旅遊兩大產業的現況發展。如何能在醫療旅迅速崛起的世界潮流中，掌握利基，發揮台灣的優勢，迎頭趕上，是政府及產業界所需共同努力的議題。全球健康保健旅遊市場潛力大、可鎖定的客群與服務需求相當多元，且採不同發展方式的國家皆有成功案例。以醫療觀光（Medical travel）或保健旅遊（Wellness tourism）作為切入點的成功案例，各有擅長與值得效法之處。我國應建構完整的健康保健旅遊、觀光醫療服務體系以及相關配套政策及措施，相信我國成為國際醫療服務之重鎮是值得期待的。

6.2 研究限制與後續研究建議

1. 研究限制

(1) 產業發展現況方面，因為目前國內正在規劃發展國際醫療服務，而並非是真正發展成熟產業，所以較難以國外文獻及實務發展，作為可行性之價值鏈暨經營模式之建構比較。

(2) 資料整體性方面，本研究第一部分為次級資料分析，因所蒐集的資料內容原本未必是照本研究所需，因此在資料分析上有所限制；第二部分的個案商業模式研究，資料的取得往往來自網站及先前研究者，其中財務面資料較為敏感，因此所獲資訊不多，較難完整分析。

(3) 研究工具方面，本研究所使用的商業模式分析模型和競爭力分析模型，未針對各影響因素作量化的檢視，因此無法精確的呈現各自變項對於決策的影響程度，較難絕對性的作整體競爭力比較。

(4) 研究個案方面，本研究抽樣個案依據文獻探討中醫療旅遊定義的類型各取一個研究對象，但個案的商業模式運作有部分為該個案特有條件，對其他同業來說有一定程度的學習障礙，因此在模式的外推性上有其限制。

2. 後續研究建議

(1)醫療旅遊為一新興的議題，因此在這個領域的相關研究不多，特別是量性研究更是鮮少，因此若能以量性數據佐證前段的質性研究結果，對於制定發展策略具更好的效率性及正確性，故建議後續研究者能在這部分多多著手。

(2)醫療旅遊產業目前我國正努力起步中，尚無真正確切的商機成果。本研究僅探討個案商業模式，建議後續研究者，將來可以做實務性的跨國比較研究，使我國的醫療旅遊產業研究有更具體的科學數據。

(3)本研究以較宏觀的角度去分析各不同類型醫療旅遊商業模式，建議後續研究者在未來能在市場成熟之後，更深入的針對台灣與國外個案間作相互比較，以作為精進的參考依據。

(4)有關銀髮退休族群及海峽兩岸醫療旅遊這兩大議題，未來仍有極大的發展潛力，留待後續研究者進一步的努力。

6.3 建議

我國發展國際醫療服務的過程，政府的角色至為重要，不管是對於病人權益的維護或者產業間相關角色的管制，政府的做法都將影響未來醫療旅遊產業發展的方向。建議由中央政府主導，盡速完成定調，並釐清我國醫療旅遊產業相關用字與定義、確認主軸，以利業者進行相關配套的研提與規劃；建議採群聚方式進行，以利有效彙集產官學研能量、加速市場成形；並建議消費者、醫療院所、旅遊業者、保險業者、政府部門及其他服務業者應注意下列事項：

1. 消費者

- (1)事前諮詢
- (2)就醫/旅遊品質
- (3)財務/保險規劃
- (4)醫糾保障
- (5)後續服務

2. 醫療院所

- (1)提升整體醫療水準
- (2)定位自己特色醫療
- (3)以相對安全及低風險項目起步
- (4)建立國際病人中心及網站

- (5)成立專屬國際病房
- (6)針對目標客群量身訂做
- (7)標準化醫療服務模式
- (8)參與國際醫療品質認證
- (9)經營國際品牌形象
- (10)培養外語醫護人才
- (11)尋求國外合作夥伴
- (12)營造海外轉介平台
- (13)與國際保險業者簽約

3.旅遊業者

- (1)提升人員素質
- (2)尋找海外客源
- (3)提供優質客制化服務
- (4)開發國內旅遊賣點
- (5)研發具台灣特色的產品
- (6)行銷國際研討會與商展
- (7)開拓銀髮退休族市場
- (8)優先鎖定華人，尤其大陸人士
- (9)醫院(Hospital)與旅館(Hotel)結合成新產品(Hospitel)

4.保險業者

- (1)跨國保險業結盟
- (2)風險管理(詐欺，醫糾)
- (3)訂定保費
- (4)監督流程
- (5)醫療費用給付
- (6)後續處理

5.政府部門

- (1)檢討修訂現行法規/稅制
- (2)醫療資源分配
- (3)民眾健康權維護
- (4)服務型社會轉型與升級
- (5)成立跨部會推動小組
- (6)建立單一窗口

- (7)統一文書格式
- (8)與民間合組行銷公司
- (9)合理訂價及預付制度
- (10)衛生署下設立醫糾調解機構
- (11)縮短簽證耗時
- (12)給與長期重複進入簽證
- (13)開放陸客自由行
- (14)負面表列思維
- (15)布局未來發展

6.其他服務業或產業

醫療國際化需要其他服務產業配合(金融、流通、通訊媒體、人才培訓人力派遣及物業管理、文化創意、設計、資訊、研發、環保、工程顧問),特別著重以研發與創新為基礎發展新興產業(生物科技、綠色能源、精緻農業及文化創意),創造競爭優勢,可開創多贏新局。

我國發展國際醫療服務,應由政府協助的角色出發,投入更多的資源,突顯台灣醫療品質,結合旅遊業及其他產業優勢,確認目標市場,拓展行銷通路,提升我國在醫療與觀光的國際知名度,開創出屬於台灣的特色品牌,將會是推行醫療旅遊成功與否的關鍵所在。

參考文獻

(一)、中文文獻

1. 盧瑞芬、謝啟瑞(2003)。臺灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析。
2. 陳再晉(2006, 2008)。醫療院所營運績效評量。
3. 巫和懋、夏珍(2002)。賽局高手-全方位策略與運用。時報出版。
4. 吳志倩(2006)。全民健康保險財務改善措施。
5. 朱澤民(2008)。全民健保相關問題探討。演講稿。
6. 莊逸洲、黃崇哲(2000)。醫療衛生管理制度。華杏。
7. 姜淑瑛(2003)。21世紀的觀光學-展望與課題。
8. 呂文瑞(2007)。台灣服務業國際化現況與發展。
9. 楊樹昌(2006)。血液透析病患的生活品質：從測量方法的發展到運用。
10. 蔡文正(2004)。不同經營特性洗腎機構之洗腎服務滿意度。
11. 王榛驛(2007)。觀光醫療正如火如荼地在亞洲燃燒，具備優勢的我國須急起直追。工研院 IEK-ITIS 計畫。
12. 江國楊(2005)。我國健康觀光發展策略之研究—模糊理論之運用，國立台北護理學院遊健康研究所碩士論文，台北市。
13. 吳明彥(2008)。Appropriate Business Models of International Medical Travel for Taiwan。
14. 吳俊賢(2008)。台灣發展醫療旅遊商業模式初探研究。
15. 陳宏基(主持人)。2008 台灣醫療服務國際化企業模式及發展策略國際研討會，義守大學。
16. 吳啟誠(2006)。台灣保健旅遊國際行銷推廣策略研究案。交通部觀光局九十五年度委託研究計畫。臺北市：交通部。
17. 林炳文(2006)。影響臺灣地區醫療保健支出成長原因之探究：1981-2003年。醫務管理期刊，7(4)，429-446。
18. 柯承恩(2007)。發展醫療服務國際化台灣大有可為。台灣經濟論衡，5(10)，39-43。
19. 財經文化週刊(2007)。亞洲引爆熱潮，台灣想要後來居上：醫療觀光-正夯。310。
20. 張紫薇(2006)。台灣觀光醫療產業策略評估—以價值創新為基礎，國立台灣大學管理學院高階公共管理組碩士論文，台北市。
21. 黃美純(2007)。整合異業主動出擊·開創醫療服務國際化契機。台灣

- 經濟論衡，5 (10)，64-81。
22. 蔡素玲 (2007)。讓顧客走進來，醫療走出去。台灣經濟論衡，5 (10)，16-38。
 23. 鄭正煜 (2005)。健康觀光參與者之行為意向探討—以參團赴日施打胎盤素者為例，國立台北護理學院遊健康研究所碩士論文，台北市。
 24. 簡筱蓉 (2005)。台灣墾丁保健旅遊政策研究，國立高雄餐旅學院餐旅管理研究所碩士論文，台北市。
 25. 羅琦 (2007)。探討台灣區域教學醫院發展國際醫療之可行性：以新加坡百彙康護集團為鑑，元智大學管理研究所碩士論文，台北市。
 26. 蘇文瑜 (2005)。台灣發展醫療觀光之可行性研究，中國文化大學觀光事業研究所碩士論文，台北市。
 27. 國際化推動計畫專案管理中心。「大陸人士來台須知」大陸人民專案申請來台接受醫療服務流程圖。台北市：台灣私立醫療院所協會。
 28. 行政院衛生署 (2007)，把顧客引進來、讓醫療走出去，台灣醫療服務國際化。
 29. 行政院衛生署 (2007)，台灣醫療服務國際化旗艦計畫。
 30. 吳啟誠，台北醫學大學附設醫院(2006)：台灣保健旅遊國際行銷推廣策略研究報告，交通部觀光局委託研究計畫。
 31. 郭建良(2007)，健康保健旅遊，科技化服務業的新視界，工研院。
 32. 郭建良、徐佳豪(2007)，觀光及運動休閒，科技化服務業的大搜索，工研院。
 33. 江國揚(2006)，我國健康觀光發展策略之研究—模糊理論之運用，國立台北護理學院旅遊健康研究所未出版碩士論文。
 34. 鄭正煜(2006)，健康觀光參予者之行為意向探討—以參團赴日施打胎盤素者為例，國立台北護理學院旅遊健康研究所未出版碩士論文。
 35. 金偉燦、莫伯尼著，黃秀源譯(2005)，藍海策略，天下遠見。
 36. 彼得·聖吉著，郭進隆譯(2004)，第五項修練，天下文化。
 37. Blue Ocean Strategy in Taiwan (2006)，朱博湧主編，天下文化出版。
 38. 林鶴雄(2007)，台灣發展跨國醫療之構想，2007年4月12日研討會。
 39. 黃月芬(2006)，台灣發展醫療旅遊之可能性研究，中國文化大學觀光事業研究所在職專班未出版碩士論文。
 40. 台灣私立醫療院所協會(2006)，發展台灣醫療服務國際化策略規劃報告，行政院衛生署補助計畫。

41. 經濟部(2006), 2015 年經濟發展願景第一階段三年衝刺計畫 (2007~2009): 產業發展套案, 行政院第 3009 次會議通過。
42. 吳明彥(2005), 傳承與創新-醫療保健經驗分享, 發表於推動服務業發展列車系列活動巡迴座談會, 台北: 行政院經濟建設委員會。
43. 吳彬安(2008), 掌握熱門觀光景點的優勢: 衛生署恆春旅遊醫院之觀光醫療發展策略, 2008 台灣醫療服務國際化企業模式及發展策略國際研討會。
44. 吳彬安(2008), 我國發展健康保健旅遊可行性模式之探討。
45. 陳惠姿(2000) • 21 世紀社區化老人長期照護之展望 • 長期照護, 4(1), 9-15。
46. 陳惠姿(2004) • 長期照護資源的供給面分析 • 「社會暨健康政策的變動與創新趨勢: 邁向多元、整合的福利體制」國際學術研討會。
47. 行政院衛生署(2004) • 台灣地區護產機構及精神復建機構家數、病床數暨人員數統計表。
48. 賽局理論(2005) • http://www.socialwork.com.hk/article/sociology/Game_Theory.html
49. 中華民國長期照護專業協會(2005) • 行政院衛生署九十三年度業務補助計畫—護理之家區域輔助計畫—護理之家機構預試訪查自評表。

(二)、英文文獻

1. Borman, M. J., Booms, B. H. & Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: Diagnosing favorable and unfavorable incidents. *Journal of Marketing*, 54(1), 71-84.
2. Bumrungrad International hospital. (2006). Annual Report.
3. Lu & Hsiao (2003). Does universal health insurance make health care unaffordable? Lesson from Taiwan. *Health Affairs*, May/June, 22(3): 77-88
4. Christophe Segouin, Brian Hodges & Pierre-Henri Brechat. (2005). Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing? *International Journal for Quality in Health Care*, 17(4), 277-279.
5. Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27, 1093-1100.
6. Cortez, N. (2007). Patient without borders: the emerging global market for

- patients and the evolution of modern health care. *Indiana Law Journal*, 83(1).
7. Dubusson-Torbay, Alexander Osterwalder, and Yves Pigneur: "E-business model design, classification, and measurements." *Thunderbird International Business Review*, 2002, vol.44, issue 1, pages 5-23.
 8. Devon M. Herrick. (2007). *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*. NCPA Policy Report No. 304
 9. Dunn, P. (2007). *Medical Tourism Takes Night*. *H&HN*, 40-44
 10. Garcia-Altes, M. (2005). The development of health tourism services. *Annals of Tourism Research*, 32(1), 262–266.
 11. Goodrich, J. N. & Goodrich, G. E. (1987). *Health-care tourism: An exploratory study*. *Tourism Management*, 8(3), 217-222.
 12. *Tourism Management*, 8(3), 217-222.
 13. IUOTO (1973). *Health tourism*. Geneva: United Nations.
 14. Jessica L. Anderson. (2007). *Adventures in Travel - Americans Head Overseas for Five Star Care at Motel 6 Prices*. *Kiplinger's Personal Finance*, September.
 15. Josef Woodman. (2007, 2008). *Patient Beyond Borders*. Design Hammer Media Group, LLC.
 16. Laws, E. (1996). *Health tourism : A business opportunity approach*. *Health and the international tourist*, 199-214.
 17. Levett, C. (2005). *A slice of the action*. *Sydney Morning Herald*, 27.
 18. Marlowe, J & Sullivan, P. (2007). *Medical Tourism: The Ultimate Outsourcing*. *HR. Human Resource Planning*, 30, 2.
 19. Mattoo, A., & Rathindran, R. (2005). *Does health insurance impede trade in health care service?* *World Bank Policy Research Working Paper*, 3667.
 20. *Medical tourism: Need surgery, will travel*. (2004, June 18). *CBC News Online*.
 21. Morris, M. Schindehutte, M. ,& Allen, J (2005). *The entrepreneur's business model: Toward a unified perspective*. *Journal of Business Research*, 58(6): 726-735.
 22. *National Kidney Foundation*. (2007). *NKF 2007 annual report*.
 23. Pamela C Smith & Dana A Forgiione. (2007). *Global Outsourcing of*

- Healthcare: A Medical Tourism Decision Model. Journal of Information Technology Case and Application Research, 9, 3.
24. Ross, K. (2001). Health Tourism : An Overview Hospitality Net.1-5. Retrieved March 19,2008,from <http://www.hospitalitynet.org/news/401521.html>
 25. Smyth, F. (2005). Medical geography: Therapeutic places, spaces and networks. Progress in Human Geography, 29, 488–495.
 26. The UN World Tourism Organization. (2007). Tourism Highlights 2007 Edition.
 27. Tilman Ehrbeck, Ceani Guevara, Paul D. Mango. (2008). Mapping the market for medical travel. McKinsey analysis.
 28. Timmer, P. (1999). Electronic Commerce: Strategies and Models for Business to Business Trading. John Wiley & Sons Ltd.
 29. Timothy S. Jost. (2004). Why can't we do what they Do? National Health Reform Abroad. Journal of Law.Medicine and Ethics, 32, 433.
 30. United States Renal Data System. (2007). ASN 2007 USRDS Posters.

(三)、網站資料

1. 中央健康保險局 <http://www.nhi.gov.tw>
2. 中華民國交通部觀光局 <http://taiwan.net.tw/lan/cht/search/index.asp>
3. 印度工業聯合會 <http://www.ciionline.org>
4. 行政院衛生署 <http://www.doh.gov.tw>
5. 行政院經濟建設委員會 <http://www.cepd.gov.tw>
6. 泰國公共衛生部 <http://www.moph.go.th/webmoph/sad/sad.html>
7. 新加坡旅遊局 <http://www.singapore.com.tw>
8. 維基百科 http://en.wikipedia.org/wiki/Business_model
9. 行政院研究發展考核委員會網站 <http://www.rdec.gov.tw>
10. 行政院新聞局網站 <http://info.gio.gov.tw>
11. 泰國觀光局 <http://www.tattpe.org.tw>
12. 陸委會全球資訊網 <http://www.mac.gov.tw>
13. 衛生統計資料網 <http://www.doh.gov.tw>
14. 聯合知識庫 <http://udndata.com>
15. 行政院主計處網站 <http://www.dgbas.gov.tw>

16. 行政院國家科學委員會網站 <http://web.nsc.gov.tw>
17. 台灣長宿休閒發展協會 <http://www.tlsa.org.tw>
18. 台灣醫務管理協會 <http://www.tw>
19. 台灣私立醫療院所協會 <http://www.doh.tw>
20. 台灣經濟研究院 <http://www.tier.org.tw>
21. 中華經濟研究院 <http://www.cier.edu.tw>
22. 中華民國對外貿易發展協會 <http://www.taitra.org.tw>
23. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 <http://www.tjcha.org.tw>
24. 海峽兩岸健康旅遊休閒協會 <http://www.hwe.org.tw>
25. 台灣觀光醫療發展協會 <http://www.tmta.org.tw>
26. 財團法人工業技術研究院 <http://www.itri.org.tw>
27. 基隆醫院 <http://www.kln.doh.gov.tw>
28. 萬芳醫院 <http://www.wanfang.gov.tw>
29. 長庚養生文化村 <http://www.cgmh.org.tw>
30. 亞洲透析服務股份有限公司 <http://www.asiarenalcare.com.tw>
31. 義大醫院 <http://www.edah.org.tw>



自傳

民國 80 年 6 月自台北醫學院(現台北醫學大學)醫學系畢業；

服役時，擔任少尉醫官近兩年(自民國 80 年 7 月至民國 82 年 5 月)；

民國 81 年，公職醫師高考合格；

曾服務於北市忠孝醫院及台北榮民總醫院近六年(自民國 82 年 6 月至民國 88 年 3 月)；

民國 85 年，中華民國內科專科醫師考試合格；

曾受聘擔任國防醫學院內科臨床醫學講師兩年(自民國 86 年 7 月至民國 88 年 6 月)；

民國 87 年，中華民國腎臟專科醫師考試合格；

民國 91 年，中華民國針灸專科醫師考試合格；

曾任健保局及台灣醫院協會醫事審查委員兩年(自民國 93 年 1 月至民國 94 年 12 月)；

目前擔任財團法人為恭紀念醫院的腎臟科主任職務(自民國 88 年 4 月迄今)；

