

國立政治大學社會科學院社會學系

碩士論文

指導教授：陳宗文 博士

苦口良藥或致命毒藥：  
臺灣醫療旅遊正當性之論述分析

Bitter Pill or Fatal Poison:  
A Discourse Analysis of the Competition for Legitimacy of  
Medical Tourism in Taiwan

研究生：王嘉瑩 撰

中華民國一百零三年九月

## 謝辭

從何時開始，「選擇困難症」被發明，雖其表現已被視作一種病徵，至今除在心理上做自我克服外，似仍無藥可解。此症給人的印象是猶豫不決無主見的。但「痛苦會過去，美會留下」；身為當事人，這樣的選擇路途對他而言可謂一種享受；正因為看到每個物件和事件都有其多種可能，使得他難以在各種可能間擇一冠名，而形成一種無聲勝有聲的田地。無聲並不意味著放棄主體性；雖然接收他人意見、通過附和、抵制或忽略來表達自身立場的方式在這網路世代中日益發達，但與此同時，這也是個不知從何而來地主張人們須有自身主張和立場的時代：總而言之，發聲似乎成為一件必要之事、知道自己要甚麼也變得必要、而不確定自己要甚麼則變得頻繁。但他認為，發聲不僅是為了彰顯宰制和支配進而義無反顧地將之推翻，更是為了使溝通這一過程成為可能；而同理（情）乃是溝通之母。換言之，同理（情）的展現當優先於發聲。同理（情）如何可能，到底是個值得一生探詢的課題；然正是在通過感知和感謝生命中每個細微的日常接觸，讓同理（情）概念通過日常展演而展現了其存在的可能。

感謝父母姊弟所營造的家庭氛圍，使我和強調同理（情）的社會學存在選擇性的親近，進而在高等教育這一重要階段選讀社會學為主修，並結識生命中的貴人們。感謝指導教授陳宗文老師對學生從大學到研究所的栽培、照顧與教導，老師見微知著的視野、極具包容力的跨域治學與其所反映的同理心實踐，讓學生在知識的追求上看到更多可能。感謝劉宜君老師和劉昌德老師對學生論文的慷慨指導建議與鼓勵，讓此課題有更多發展的可能。張峯彬老師、馬藹萱老師和信洋學長，讓當時的大一新生對社會學有更多的盼望；熊瑞梅老師、黃厚銘老師更啟發了即將步入另一階段並做選擇的大三生對於追求社會學知識的熱情，通過秉儒學長、紹良學長和育成學長的逐字句討論中，體會到追求知識如何可能讓人廢寢忘食，也感謝熊老師在偶遇時對學生論文課題的關心與建議。感謝高國魁老師和陳信木老師讓碩一新生體會到社會學知識的魅／惑，並展演了嚴謹的治學風範如何與「寓樂於教」並行不悖；尤其高老師自大學至研究所給予學生閱讀痕跡的眉批更增添學生對自我的信心與認識，在每次的言談中都能讓學生體悟關於同理（情）的嶄新視野。感謝陳小紅老師常給予學生多方學習的機會並不吝提供論文課題相關見解；每次的談話皆讓學生感受到老師對台灣社會的使命感而自慚形穢。感謝劉雅靈老師和林季平老師的教誨，身體力行的認真治學態度實讓學生嘆為觀止。

感謝至政大民族系訪問的墨爾本大學杜立平老師，總是在「要照顧外系生」此信念下強記學生名姓，且常詢問學生論文課題並表達澳洲居民如何欽羨台灣醫療制度之情，讓學生看到此課題得反映台灣特殊性之意義。感謝李秀芬老師帶領學生進入經濟學的世界、陳國樑老師啟發經濟學與社會學交織的可能性、陳樹衡老師開啟學生在跨異域間尋求共通點的視野。感謝李明融老師和育佐學姊在大學時的照顧；讓學生領悟邏輯之美之餘，老師對書法的數學研究亦讓學生讚嘆治學的無限可能。感謝親切的劉梅君老師在繁忙中不吝給予學生寶貴意見、黃東益老

師在偶遇時的親切招呼、中華經濟研究院吳淑妍老師和林桓億老師讓學生有訪談的觀摩學習與經驗，也感謝淑妍老師給予的未來道路建議。

感謝每個交心談天、分享彼此的好朋友：在和育伶、怡禎的相處中學習到許多待人接物之道；半數論文訪談中出自謹慎而麻煩育伶陪同前往，不甚養生的紅茶拿鐵加珍珠回禮實在不能表達完全的感謝。總是通過了解怡禎對自己論文的闡明和討論過程而啟發我如何站穩己身立場並據以論述，感謝怡禎總在關鍵時刻給予的靈光一閃。感謝雅惠總在我遇瓶頸時給予的循循善誘和旁徵博引；在學習路途中能有雅惠作為楷模，實為有幸。感謝峻弘和士麟長期對我論文的慷慨指引；每次長時的談天說地常讓我自嘆弗如。其中感謝士麟代我在 2012 台灣社會學年會中發表論文，接受韓幸紋老師的評論與指教、峻弘在關鍵時刻給予的論文具體建議。感謝季誼的溫暖關心；本華和慶元亦使氣氛恆常的研究環境增添許多歡笑和樂趣，尤其本華常一針見血地點出社會常規界限，使我有站在界限上自省的可能。感謝佳蓉、光耀和景喻在共同論文討論時熱心給予建議與鼓勵，尤其佳蓉在我論文選題上遭遇瓶頸時所給予的砥礪，使我重新檢視此論文課題的可能性。

感謝云倩和燕璟兩位室友營造舒適安身寫作之地；科管所燕璟學妹讓我認識商學院的活力與實踐力、上海姑娘廣告所云倩學妹讓我認識傳播學院的藝術氣息；特別感謝古道熱腸的云倩學妹立馬在淘寶網上協助購得所需書籍，與學妹在論文上的切磋亦使我堅定此論文視角轉向的道路。感謝補刀團帶來的歡聚時刻，尤其善與人交的思緯常讓我能夠和僅一面之緣的同學自在交談，還有四川大學皮夾贈禮。感謝鄰居歷史所佩樺在我生命中遭逢打擊時給予設身處地的關心和安慰，以及論文方面的相互切磋。有緣和陳年老友維平和佳霖在台北再次相聚。每次與陳平的談心彷彿又回到了高中時光；特別感謝陳平介紹《3 Idiots》，作為我學習訪談精髓的 Agatha Christie「白羅系列」之外另一重要的調劑精神食糧。已能在台北市區路上騎單車的國中老友佳霖總是讓我驚嘆人的可塑性，在每次的各類樂曲分享中提醒我重拾並感謝音樂的力量。足跡踏遍世界的晴方見面時所展現的熱情和行動力，讓我看見樸質的原生美。感謝熱愛藝文活動的文琦每年不忘邀我一同觀賞，文琦對跳舞的熱愛讓我看見擁抱生命之美，亦加入了古箏社，認識友好風趣的社友。感謝宣羽學姊、思錦學長和雋幃學長不吝給予學問上的指教。

再次感謝我的父母，不論從精神、生活到論文寫作，都給予我最大的支持與協助。舅舅的鼓勵和鄰居阿姨們的幫忙也讓我持續定心完成論文。感謝爸媽協助提供並聯絡可能的受訪者，這似乎也意外串起爸爸與許久未見同學、朋友間的聯繫。特別感謝陳志福醫師熱心協助聯絡關鍵受訪人士，實在無以回報；感謝來自上海並從醫的姊夫慷慨提供對論文課題的看法，糾正許多台灣對大陸醫療水準的刻板印象；感謝繁忙的受訪者們給予研究生慷慨的訪問時間和寶貴的指教，學生獲益良多；也向出現在論文中的論述者致謝與致歉：學生依據己身存有盲點的切入視角所看到的，皆有待檢驗與批評。最後，感謝信仰的力量。正因為有信仰，讓生命中遭逢的劇變轉化為恩典；時刻讚美和感恩，帶領受苦的通往聖靈充滿的喜悅。

# 苦口良藥或致命毒藥： 臺灣醫療旅遊正當性之論述分析

## 摘要

台灣發展醫療旅遊／國際醫療服務一直備受爭議。本研究主要以意見場域為基礎，深度訪談與次級資料的論述分析為方法，探看台灣發展醫療旅遊的過程中，相關行動者以何種論述策略正當化自身持具之立場、其中又反映了何種為行動者視為當然之預設；進而找尋各方溝通之可能性。

依照「與國際醫療服務有關的政府主要推動計畫時程」和「論辯的主要議題」兩者，本研究將所探看的發展時間分為三時期，分別為：(1) 關於醫療服務國際化是否應該發展以及如何發展的討論；(2) 行政院核定以公司化、專區化作為主要發展方向所引發的論辯；(3) 國際醫療納入自由經濟示範區之後的實體專區發展模式所引發的論述競逐；進而歸納並分析共 23 種論述策略。進一步從存續的策略和消失的策略提出以下幾點命題：存續的策略彰顯出行動者在意見場域中爭奪正統地位的原則，分有「存在非營利本質的醫療」和「全民照護優先」兩者；消失的策略則意味著從意見推進至俗見的面向，分有「失敗案例不具評判國際醫療成效之效力」及「配套一次到位的不可能及其必要性」。

綜觀整體發展過程發現，國際醫療服務似仍深陷論述的泥淖中：在蘊含著各式各樣論述策略的整體發展過程中，各方雖有「存在非營利本質的醫療」和「全民照護優先」兩個共同的論辯原則，但仍存在不可達致共識的鴻溝；其中，反對發展者論述的「策略性」似不如支持發展者要多元。這樣的態勢究竟將走向收斂或發散，值得持續觀察；然而，持著「有自己的想法並尊重他人想法，同時適度修正自己的想法」此心態，當是在這「亂中有序」的態勢中達致溝通的有效前提。

**關鍵詞：**醫療旅遊、醫療觀光、國際醫療、意見場域、論述策略

# **Bitter Pill or Fatal Poison: A Discourse Analysis of the Competition for Legitimacy of Medical Tourism in Taiwan**

## **Abstract**

The development of medical tourism in Taiwan has been a controversial issue in recent years. Based on the concept of “field of opinion,” the thesis uses discourse analysis and interview as methods to analyze: (1) how the related actors justify themselves with diverse discourse strategies; (2) the presumptions which are underlying those justifications and taken for granted by the actors; (3) the possibility for those actors with different opinions to reach the stage of consensus. The thesis follows two principles to analyze the collected data. One is the time schedule of the related government projects; the other is the main foci in the whole development process. With the two principles, the whole development process is split into three periods: (1) the debate upon whether medical tourism should be promoted and how to promote it; (2) the debate upon the possibility of organizing hospitals in corporate form within a specific bounded area; (3) the debate upon if it is right to set up international medical centers in the “free economic pilot zones.”

The thesis finds 23 discourse strategies that actors used to justify themselves in the whole development process. Furthermore, the author argues that the subsisting strategies represent the principles actors hold to compete for the orthodoxy in the field of opinion. In the thesis, the principles refer to “medical affairs as nonprofit” and “citizen first.” The disappearance of strategies then represents the doxa which used to be opinions. In this regard, the thesis finds that those failing government projects become unrelated to the effectiveness of medical tourism which is being promoted. While everyone knows that to have all supporting projects settled is impossible, forming the supporting projects once and for all is still necessary.

All in all, the author argues that although “medical affairs as nonprofit” and “citizen first” are the two common principles between the supporters of medical tourism and their counterpart, to reach the stage of consensus, there is still a long way to go; the supporters seem to have more diverse strategies to confront their

counterpart. After all, respecting each other and modifying one's own opinion in progress might be the effective presumption to get settled in such a full-of-chaos-but-ordered condition.



**Keywords:** medical travel, medical tourism, international medical service, field of opinion, discourse strategy

# 目錄

第一章 研究背景與問題意識.....	1
第二章 文獻回顧.....	4
第一節 理論背景.....	4
第二節 國內外相關的醫療旅遊論述研究.....	8
第三節 台灣在地既有關於醫療旅遊主題之文獻.....	12
一、現象一：以管理類科系所之碩士論文為大宗.....	12
二、現象二：傾向將台灣發展醫療服務國際化視為必然趨勢.....	13
第四節 作為論述之台灣在地既有相關文獻與國際相關研究結果的比較.....	21
第五節 小結：本研究與台灣既有研究在預設立場上之差異.....	22
第三章 研究方法與研究設計.....	24
第一節 研究方法與資料蒐集.....	24
一、次級資料分析與選取.....	24
二、深度訪談對象與訪談內容概況.....	32
第二節 研究設計與分析策略.....	34
第四章 研究分析.....	42
第一節 發展或不發展？國際醫療服務的發展定位與意義競逐.....	42
一、策略一：自然化醫療服務之國際與產業屬性——必然的世界潮流作為前提.....	43
二、策略二：在促進經濟為目的下進行角色定位——「與照顧國人健康之關係」作為定位依據.....	45
三、策略三：與失敗案例切割——供給者、標的客源與主打項目的轉換.....	48
四、策略四：與全民健保問題掛鉤／脫鉤——促進經濟為唯一目的之預設.....	51
五、策略五：展演醫界經濟人文化的存在——兩種文化的預設.....	53
六、策略六：應然化發展策略與目的——提升品質 vs. 增加收益.....	55
七、策略七：論增加收益為目的下的病人處境——從國籍到階級的對立關係.....	58
八、策略八：論增加收益為目的下的服務項目選擇——產值計算方式的影響.....	59
九、策略九：論經濟部或衛生署作為主管機關的適切性——營利與非營利的明確分界.....	60
十、策略十：論營利與非營利的分界可能性——市場與道德的線性關聯.....	62
十一、策略十一：質疑配套一次到位的可能性——監測多於防患未然的管理方式.....	65
第二節 發展的輕重緩急：國際醫療服務的專區化與公司化爭議.....	67
一、策略十二：以醫生輸出作為病人不輸入的必然後果——解放「供給固定」預設.....	67
二、策略十三：區分發展手段與目的——解放「促進經濟為唯一目的」預設.....	69
三、策略十四：再論與全民健保的關係——對健保問題的認知差異.....	71

四、策略十五：論專區化與公司化設置的正當性——效率與公平的較量 .....	73
五、策略十六：區分照顧國人的健保醫師與拚經濟的專區醫師——醫師類型化的可能性 .....	76
六、策略十七：論專區的普及範圍——區內與區外醫院的競爭關係 .....	79
七、策略十八：論開放程度的輕重緩急——比較基準的差異 .....	80
第三節 良藥與毒藥之間：從虛擬到實體國際醫療專區的爭議 .....	90
一、策略十九：以預想的未來做對質——極化的預想思維 .....	91
二、策略廿：再論項目選定及其意義——營利性醫療範疇的邊界界定 .....	95
三、策略廿一：以「非國民優先」做為國外負面影響之源——照顧國人為先的基本原則 .....	101
四、策略廿二：以差異化替代階級化——病人差別待遇來源的分歧判準 .....	103
五、策略廿三：以健康產業替代醫療產業——營利與非營利分界的存在必然性 .....	107
第四節 小結：潛藏於各方論述策略的基本邏輯與共同預設 .....	109
第五章 討論與結論 .....	117
第一節 存續的策略：爭奪正統地位的原則及其表現趨勢 .....	117
第二節 消失的策略：從意見推進為俗見 .....	118
一、失敗案例不具評判國際醫療成效之效力 .....	118
二、配套一次到位的不可能及其必要性 .....	119
第三節 結論：收斂或發散的意見場域？凝固的反方論述策略與多元化的正方論述策略 .....	120
第六章 研究貢獻、限制與建議 .....	122
第一節 研究貢獻 .....	122
一、挑戰醫療、市場、倫理、病人論述的分類可能性 .....	122
二、服務提供國的論述形貌：強調發展帶來的社會整體損益 .....	123
三、瓦解並重構各方論述者之間既有的結盟與敵對關係 .....	124
四、行動者的反思：成就他人或另闢戰場？ .....	124
第二節 研究限制與未來研究建議 .....	125
附錄 1 報紙類資料描述 .....	127
參考書目 .....	130

## 圖目錄

圖 1 對比於俗見字域之意見場域示意圖.....	5
圖 2 2012 年醫改會「觀光醫療迎貴客，健保病患靠邊站」記者會諷刺漫畫.....	83
圖 3 2014 年醫改會於相關論壇使用之諷刺漫畫.....	106



## 表目錄

表 1 受訪者名單.....	33
表 2 各主張所激起的抗辯態勢.....	112



## 第一章 研究背景與問題意識

醫療與旅遊兩者看似是兩個極端的社會生活領域 (Cohen 2008: 24)：旅遊，一般印象代表的是一種自願的休閒活動；醫療，或廣泛地說健康照護，則傾向是屬於非自願性的醫藥治療。然而，醫療旅遊 (medical tourism<sup>1</sup>)，亦即至海外尋找健康照護服務的行動，看似矛盾地相互結合，成為一個橫跨多重產業 (如醫療部門、旅遊業、交通業、飯店業、保險業等等) 的新興產業領域——近數十年來，由於越來越多國家政府帶頭投入醫療旅遊服務，並且希冀使其成為該國主要的醫療服務出口項目，因而使醫療旅遊產業得到顯著的成長 (聯合國拉丁美洲與加勒比海地區經濟委員會<sup>2</sup> 2010: 5)。

根據聯合國拉丁美洲與加勒比海地區經濟委員會 (ECLAC) 2010 年的研究報告 *Medical tourism: a survey* (2010: 7)，這樣的成長起因於已開發國家逐漸升高的健康照護成本、人口老化、漫長的手術等待名單以及全球化等現象，使得向海外尋求治療的病人增加；另外，開發中國家所具有的相對較低成本、高品質的醫療服務水準等條件，讓開發中國家得以用 (對已開發國家來的醫療服務使用者而言) 合理的價格，提供品質良好的醫療服務。基於如此供需雙方的相互配合，形構了此流轉於國際間的醫療服務市場。

台灣政府也著手進行了一系列的規畫：最早的相關推動可追溯至行政院科技顧問組擬訂的「2003 年台灣策略性服務產業之 THIS 計畫」(蔡素玲<sup>3</sup> 2007：25)——其中的 H 即代表 Health tourism。爾後有行政院衛生署<sup>4</sup>於 2005 年補助

---

<sup>1</sup> medical tourism 在相關的探討上指涉層面廣泛，一般翻譯為醫療旅遊、醫療觀光等。此處以此詞彙做為文章起點，是由於國際上在探討相關議題時多使用這一詞彙。而其他相關的指涉但用字卻有些微差距者，例如國際醫療服務、國際醫療、醫療服務國際化、觀光醫療、國際觀光醫療、保健旅遊等，皆是台灣相關論述者曾提及的詞彙，因此該等詞彙所指涉的皆是本文基於台灣討論脈絡下所指涉的對象。同時，由於論述者在討論醫療旅遊時並沒有一個統一的詞彙，因此本研究將依據各不同論述者所指涉的不同名稱而稱之；亦言之，上述各種指稱皆有出現於本研究的可能。

<sup>2</sup> 原文名為 United Nations Economic Commission for Latin American and the Caribbean (ECLAC)。

<sup>3</sup> 蔡素玲時任衛生署參事，負責規劃「醫療服務國際化旗艦計畫」(蔡素玲 2007：16)。

<sup>4</sup> 已於 2013 年 7 月 23 日改制為衛生福利部 (簡稱衛福部)。後文將依不同脈絡稱衛生署或衛福部。

署立屏東醫院恆春分院推動以觀光為主、保健為輔的保健旅遊計畫；2006年由交通部與經濟部分別委託保健旅遊相關推廣策略的研究案，以及衛生署委託辦理建置保健旅遊網站小型計畫（蔡素玲 2007：25）。至 2006 年的產業發展套案中，「醫療服務國際化」仍為重點發展項目；於 2007 年，衛生署持續推出「醫療服務國際化旗艦計畫」；該計畫由台灣私立醫療院所協會（私協）、財團法人中華經濟研究院（中經院）、中華民國對外貿易發展協會（外貿協會），以及台大、長庚、萬芳等 20 家醫院所組成的團隊得標，進而展開後續的部署建置。在該計畫開展之初，「國際醫療服務」官方定義為：「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（蔡素玲 2007：21）」。

就該項政府計畫而言，台灣醫療機構可透過每年度的甄選得到參與資格，並得依照各醫院自身的興趣來發展自行選定的醫療服務項目，而被期待成為「台灣醫界新藍海」（如吳明彥<sup>5</sup> 2007；蔡素玲 2007），增加台灣醫療服務產業產值與台灣醫療的國際能見度，達到「顧客走進來，醫療走出去，提升高品質醫療服務形象」的願景。除了前述政府與既有單位的投入，亦有相關的民間組織應運而生，如台灣觀光醫療發展協會即自 2006 年底開始籌備，並於 2007 年 10 月初正式成立。<sup>6</sup>經過政府相關部門、醫療院所暨旅遊業者及相關民間組織的投入，依據總統馬英九的說法，台灣的國際醫療產值在 2008 年時為 19 億元，到 2013 年已達 130 億元，成長六倍之多。<sup>7</sup>

針對此發展所呈現出的成長趨勢，台灣在地亦隨著發展進程而浮現出不同的論述，儼然成為一處在地的「論述戰場」：一方面，在一片前景看好的呼聲中，該發展似乎仍被視為「雷聲大、雨點小」，處於「孤芳自賞」的發展情勢，因而需要更多資源投入與努力（如廖哲沂 2013）；另一方面，台灣在地亦有一波反對此發展的聲浪，例如財團法人台灣醫療改革基金會（醫改會）、和信治癌中心醫院院長黃達夫、立法委員黃淑英等，先後提出抵制相關發展的論述，認為政府等支持者忽視台灣醫療院所和體制的現有困境（如包含人力不足、床位難求、急診

<sup>5</sup> 吳明彥時任私協秘書長，亦為行政院衛生署國際醫療管理工作小組執行長。

<sup>6</sup> 資料來源：台灣觀光醫療發展協會網站。<http://www.tmtda.org/index.php/content/view/14/28/>。取用日期：2014 年 5 月 5 日。

<sup>7</sup> 參見政治中心，2013，〈馬總統：國際醫療產值成長 6 倍 將持續開放市場鬆綁法規〉。今日新聞網，<http://www.nownews.com/n/2013/12/28/1071298>。取用日期：2014 年 2 月 18 日。

塞車等窘況<sup>8</sup>)，此發展將使得台灣民眾本身對醫療資源可及性的階層化與排擠現象加劇；並撻伐此種將醫療「志業<sup>9</sup>」產業化和商品化的行徑，偏離醫療服務原來的人道價值觀、是種在非營利組織架構下追求利潤<sup>10</sup>的扭曲現象。

顯然，由台灣政府與醫療院所帶頭推動醫療服務國際化的舉措，已激發出一處對於「台灣醫療服務產業化」議題的論述爭議，包含台灣醫療服務是否可以產業化、如何產業化、政府與醫療院所及其他業者在當中所扮演的角色等等爭論內涵，而造就了當前「公說公有理、婆說婆有理」此爭論不休的局面。事實上，這樣的論述爭議可謂與實質發展舉措和成果之間具有相互形構的關係——支持發展之論述可作為鼓勵發展的表現與增加資源投入的正當性(包含否定異己之論述正當性)；反對發展之論述亦可作為阻止發展的表現與削減資源投入的正當性(包含否定異己之論述正當性)(cf. 倪炎元 2003：120)。有鑑於相關的行動者論述具有反映與形構此發展的雙重效果，本研究主要研究旨趣即著眼於探究此論述爭議之內涵：台灣推動醫療服務國際化的發展被認為涉及了哪些面向，以致於產生此爭議局面？或從另一角度而言，針對這樣的推動舉措，參與其中、做出論述的各個行動者或利害關係人，如何論述其信念與行動的正當性——具體而言，他們的論述策略為何、哪些議題或面向被提出或被關連起來、如何關連；又，在各個行動者或利害關係人的論述中，哪些面向的討論是相較隱而未顯的？各個行動者自身的論述又是否隨著時間進程而有所變化或恆常不變？這樣的變與不變展現出行動者嘗試說服或否定異己之正當性的哪些面向？

作為一探索性研究，本研究目的在於梳理台灣在地相關行動者的論述策略，以探查他們如何正當化自身意見並說服異己或排斥異己意見，而呈現當前競爭論述正當性的態勢。與此同時，由於醫療旅遊是個正在發展中的領域，探查該等行動者之論述及其流變／不變，亦有助於了解台灣醫療旅遊在不同時序中的發展形貌與過程。本研究希冀此彙整分析有助於各方論述理解彼此立場之異同，進而找出開啟未來實質溝通與對話的可能性。

---

<sup>8</sup> 參見許純鳳，2012，〈國際醫療 國內病患恐成犧牲品〉。台灣立報，<http://www.lhpao.com/?action-viewnews-itemid-117995>。取用日期：2012年7月5日。

<sup>9</sup> 參見黃達夫，2010，〈請朱敬一院士慎思〉。台灣蘋果日報，A21，11月24日。

<sup>10</sup> 參見黃達夫，2011，〈衛生署搞錯了優先順序〉。台灣蘋果日報，A17，4月26日。

## 第二章 文獻回顧

本章首先以 Pierre Bourdieu 提出的「意見場域」為主要的理論背景，將台灣發展醫療旅遊此一為人爭論的議題作為意見場域的浮現。再者，回顧既有國內外研究醫療旅遊主題的論述文獻，發現國內文獻之缺乏、而國際文獻從報紙、電視等（相對而言較為大眾所接觸的）媒體論述進行探究，是較為相關的取徑；依循 Bourdieu 的理路，媒體可作為一處鬥爭的場域：媒體機構當中的權力競逐形塑了呈現於閱聽大眾的內容；據此，本研究亦將回顧該等探討醫療旅遊如何被媒體論述及論述形貌之流變的研究旨趣與發現。藉由探看國際此等相關研究，有助於本研究後續從論述層次的相互比較中，凸顯台灣脈絡特質，例如哪些是尚未浮現於台灣相關論述的面向、哪些是相較被強調的面向等。

第三，回顧台灣既有關於醫療旅遊的文獻；此方面的文獻對本研究有兩種功能：一方面是作為相關文獻檢閱，另一方面也幫助了解該文獻本身作為一種論述，它們（一定程度地作為學院中的知識）傳達了甚麼訊息，如研究者在進行研究時的預設與研究目的為何、使用了何種探詢方法及提出何種建議；這些訊息是否隨著時間進程而變化等；更有甚者，在可確認的範圍內嘗試點出，這些台灣在地文獻之撰寫者及其指導者當中，有部分實則（在廣泛定義下）本身背景即與此相關發展有直接的關聯，從而顯現了這些學院知識論述得再生產與進一步支持該等論述者的正當性。進一步將作為論述的台灣既有文獻與國際相關研究進行比較，發現上述台灣既有研究論述與其他醫療服務提供國之媒體論述傾向雖未完全一致但相去不遠，皆以市場發展為主要論述內涵，而有別於醫療旅遊病人輸出國之媒體從病人立場出發的論述傾向。最後提點本研究與台灣既有研究在預設立場上的差異以及循此而來的本研究取向和特點。

### 第一節 理論背景

針對這樣一處「存在各種論述爭辯」、關乎行動者必須賦予自身行動正當性的論述戰場，我們可以藉由 Bourdieu（2000、宋偉航譯 2009）提出的意見場域（field of opinion）作為理論背景。意見場域，是一處「互作競爭的論述正面交鋒的所在——其中的政治實相，可能作公開宣揚，也可能始終隱藏在信仰或哲學對比的偽裝下（Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009：334）」。其凸顯了一個「常識世

界」的相生存在。常識世界是一個「本然如此，毋須多言，不必質疑」之主觀上「不證自明」的世界——這是一個不作討論、不作爭辯、將客觀結構視為理所當然的俗見（doxa）字域。Bourdieu 認為，「這裡面根本就沒人知道還有正當性這個問題（Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009：333）」，換言之，在俗見的字域中，是人們對既有宇宙秩序和政治秩序之任意性的誤認，而導致人們承認其中的正當性是「絕對」的。俗見的實相，「只有循否定的途徑，建立起意見場域，才會充分顯現出來（Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009：334）」。亦即，將俗見顯露出來，唯有當發生「危機」，致使主觀結構與客觀結構之間原先存有的契合被打破，對於俗見的質疑才可能發生。此時，原來被誤認進而被承認的絕對正當性被問題化，意見場域中的不同團體「因為聲稱握有正當性而發生衝突（Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009：334）」——亦言之，不同團體在當中對正當性進行競逐，而進入了一處「言說」或是「爭辯」的字域（如圖 1）。

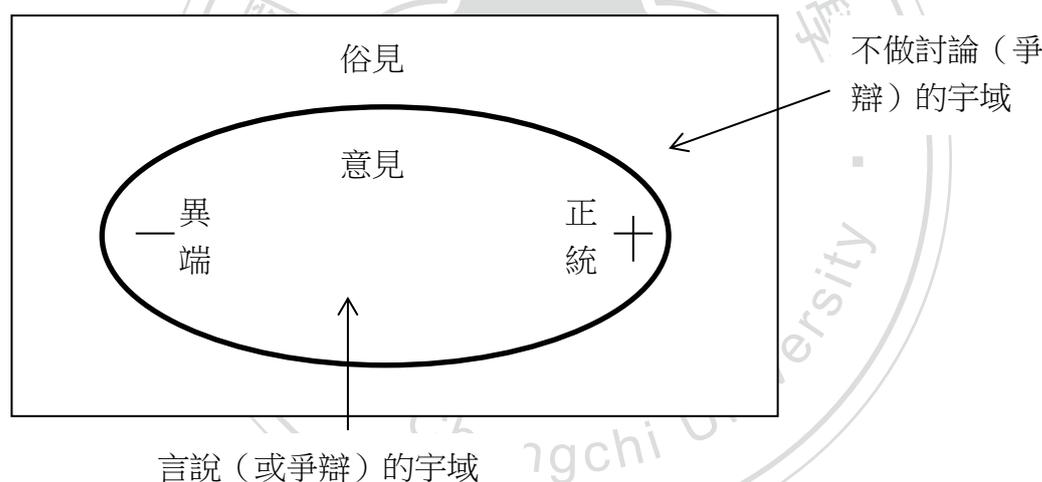


圖 1 對比於俗見字域之意見場域示意圖

資料來源：轉引自 Bourdieu（2000、宋偉航譯 2007：334）。

行動者或團體在場域中的位置，係藉著其擁有的各類資本如經濟資本、文化資本（包含各種正當性知識）、社會資本（即人們之間有價值的社會關係）與象徵資本（來自於人們的榮譽和聲望）等類型的量和比重而決定（Ritzer and Goodman 2004、柯朝欽、鄭祖邦、陳巨擘譯 2007：284-285）。配有各種資本的

行動者即在場域中以策略 (strategies) 來「保證或改善他們在場域中的位置，並強加一種對他們自身的產物最有利的等級化原則 (principle of hierarchization) (Bourdieu and Wacquant 1992: 101; Bourdieu and Wacquant 1992、李猛、李康譯 2004: 139-140)」。這裡所稱的策略，並非如 Coleman (1986) 所謂「對已經過計算的目標」進行的「有意圖、預先計畫好的追求」(Wacquant 1992: 25; Bourdieu and Wacquant 1992、李猛、李康譯 2004: 27)，而是具客觀取向之「行動方式」(lines of action) 的積極部署——「這些客觀趨向的『行動方式』乃是對規律性的遵從，對連貫一致且能在社會中被理解的模式的形塑，哪怕它們並未遵循有意識的規則，也未致力於完成由某位策略家安排的事先考慮的目標(Wacquant 1992: 25; Bourdieu and Wacquant 1992、李猛、李康譯 2004: 27)」。直言之，Bourdieu 拒絕的是「將個人的自願選擇意識作為行動動力的意識哲學的目的論 (Wacquant 1992: 25; Bourdieu and Wacquant 1992、李猛、李康譯 2004: 27)」。據此，行動者的策略取決於其在場域中的位置，也取決於行動者對該場域的認知——然而，行動者的認知又是從「該場域中某個位置點出發」所採取的視角 (Bourdieu and Wacquant 1992: 101; Bourdieu and Wacquant 1992、李猛、李康譯 2004: 139-140)。

依循著存在支配與臣屬之分的階級社會討論理路，Bourdieu 指出，在俗見字域中，臣屬階級「不得不承認居主位的類別具有正當性 (Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009: 327)」而向其稱臣，以確保「將最不利此臣屬分類之效應抵銷」，並「轉而加以利用」(Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009: 327)。然而，當發生「文化接觸」，或是階級分化致使產生政治與經濟危機時，即可能形成支配階級與臣屬階級之間競爭俗見場域和意見場域之間分界的局勢，亦即形成了奪取「分類體系的支配權」局勢。如此一來，對既屬支配地位的階級而言，如要維持即將被打破的俗見與意見場域之間的分界線，他們必須「維持俗見的完整，或者略退一步，改以未必完美的正統 (orthodoxy) 來替代 (Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009: 336)」；對既屬臣屬地位的階級而言，則是要將過往被視為理所當然的「任意性」一一條列明示。這樣的任意性要完全地被揭露，必須建立在以下條件：

唯有在臣屬的階級擁有物質和象徵兩方面的資源，可以拒絕再製社會結構的邏輯結構硬套在他們身上對「真實」的界定（也就是權力關係的狀態），同時掙脫此一界定套在他們身上的（制度化或內化的）箝制，也

就是在社會分類成為階級鬥爭的目標和工具的時候，支配型分類法內含的任意性原則才會露出原形，這時，也才有必要以有意識的系統化和明白的合理化，從俗見朝正統推進。(Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009:336)

正統僅存在於與之對比相生的異端 (heterodoxy) 當中。透過兩者的相互對比，使兩造皆「知道或承認可能有不同或敵對的信念存在 (Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009:327)」。異端論述的力量來自於其「將未曾形諸言語的經驗予以客觀化 (Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009:338)」的能力，即是讓正統知道或承認「有其它具競爭力的可能性」存在，亦即讓「選擇」成為可能，揭露那些「所有未被選擇」的存在可能性。

在 Bourdieu 的討論中可看到，他將正統與異端視為彼此「相生相剋」的關係；不僅如此，把持或者要維護著「正統」的階級，是那一「即存」的支配階級——這種「純正 (straight)」或謂「矯正過的 (straightened)」意見，雖然「從未完全成功過」，但其目的即在於「回復俗見純淨的原初狀態 (Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009:336)」，並將異端斥為「褻瀆」的一方。然而，經過正統打造的字域與過往被視為當然的俗見字域兩者存在之意義，具有更深層的區別或言不同層次的箝制：在正統的論述字域裡，還存在著正確的右派 (right) 意見與錯的左派 (left) 意見的「明白對比」。這樣的明白對比對於 Bourdieu 而言，不僅標示著，經過一番正當性爭奪而型塑出正統 (純正) / 異端 (褻瀆) 的論述字域，以及被視為理所當然的俗見字域兩者之間深層的箝制差異，這樣的明白對比對於 Bourdieu 而言，也掩蓋了兩者之間的基本對比：

[ 將右派意見和左派意見配成明白的對比， ] 把**可行論述的字域**橫加劃上界線，不管正當與否、也不管是委婉語還是褻瀆，進而掩蓋了可以說、進而就是可以想的字域，和理所當然的字域這兩方面的基本對比。  
(Bourdieu 2000、宋偉航譯 2009:337；粗體為原文所強調)

依循 Bourdieu 的討論而回到台灣發展醫療服務國際化的爭辯來看，可以說，此議題已經使得一處意見場域成形，也凸顯出存在一處過往被視為當然的俗見字

域；這樣一處意見場域當中，各個團體或行動者依循著自身持具的正當性而產生衝突。據此，我們可以進一步藉由分析各個行動者的論述，一方面梳理他們正當化自身意見、以保證或改善他們在場域中所處位置的策略，另一方面擷取出那些過往被視為當然、而今備受質疑的俗見；退一步而言，即是據此了解各個行動者如何進行俗見字域和意見場域之間的劃界工作，並在意見場域當中，如何透過區分正確／錯誤的論述，以爭奪自身作為正統意見的支配地位、同時將自身以外的意見斥為異端。

## 第二節 國內外相關的醫療旅遊論述研究

從論述的角度研究醫療旅遊之過往文獻方面，對大眾傳播媒體論述或內容的梳理是既有較接近的路徑。若依循 Bourdieu 的理路，媒體亦可作為一處鬥爭的場域：媒體如何呈現一議題，牽涉著媒體機構當中的權力競逐而生產出呈現於閱聽人面前、甚至足以形塑或影響閱聽人思考與行為(黃如伶 1995;周珍玉 2009)的媒體內容。陳千蕙(2012)即以 Bourdieu 場域概念分析「進口美國牛肉」此一原來純粹牽涉國人健康議題的健康新聞，如何經過媒體機構當中權力結構的左右，而製成一個政黨及行政、立法角力的政治新聞事件。回到本研究所關注的醫療旅遊主題方面，Mainil、Platenkamp 及 Meulemans (2011)，和 Imison 及 Schweinsberg (2013) 是僅有的兩篇文獻。<sup>11</sup>由於相關文獻的稀少性，以下將詳述兩篇文章旨趣、方法與發現。

Mainil 等人 (2011) 針對國際性／全球性 (以美國、英國為代表)<sup>12</sup>與地方性 (新加坡、馬來西亞、印度和泰國之地方性報紙) 等 8 份報紙，探究 (最早) 自 1993 至 2009 年的國際性報紙、以及 (最早) 自 1997 至 2009 年的地方性報紙媒體中與醫療旅遊相關之論述及其流變。該文將所分析的媒體論述內涵分為四類，分別為醫療論述 (medical discourse)<sup>13</sup>、市場論述 (market discourse)<sup>14</sup>、倫理

<sup>11</sup> Imison 及 Schweinsberg (2013) 亦述及醫療旅遊議題中此類文獻的稀少現象。

<sup>12</sup> 含金融時報 (The Financial Times)、衛報 (The Guardian)、獨立報 (The Independent)、紐約時報 (The New York Times) 和華盛頓郵報 (The Washington Post) 等英語報紙。

<sup>13</sup> 被分類為醫療專業的論述者有以下特徵：如述及高端的解決辦法、意識到更好的醫療服務、幫助病人、作為一個救助生命的實體、醫療專業作為一個重要的決策力量、醫療專業對於醫療旅遊的某種態度、醫療品質、醫療和管理標準、醫療技術 (Mainil et al. 2011: 33)。

<sup>14</sup> 被分類為市場論述者有以下特徵：其本質為商業行為 (即與醫療相關的商業行為)、以市場角

論述 (ethical discourse)<sup>15</sup>，及病人論述 (patient discourse)<sup>16</sup>。可與 Bourdieu 鬥爭場域概念關聯的是 (cf. Mainil et al. 2011: 32)，這些與醫療旅遊相關之各類論述對於 Mainil 等人而言實則是一處論述戰場 (discursive battle) 而可能彼此衝突——他們將報紙中所使用的語言，視為與「環繞於醫療旅遊此一傅柯所謂斷裂 (rupture) 世界中既有社會和權力動態」有關，進而分別就國際性／全球性層次與地方性層次兩者進行探究與比較。例如「市場希望讓醫療旅遊變得有利可圖，但醫生可能更著重於醫治病人 (Mainil et al. 2011: 35)」；「西方觀點 (按：西方作為醫療旅遊中主要的病人輸出國) 可能以倫理立場論述醫療旅遊，然而轉型國家 (transitional countries) (按：轉型國家作為醫療旅遊中主要的醫療服務提供國) 則是從市場觀點來看醫療旅遊對於經濟發展的貢獻 (Mainil et al. 2011: 35)」。

該研究發現一個論述上的斷裂／轉捩點發生在 2001 和 2002 年左右 (Mainil et al. 2011: 35)。在此斷裂以前，全球層次的相關論述著重在倫理與醫療論述，多以反對醫療旅遊的立場為之，例如強調提供醫療服務的發展中國家醫療技術與人員品質不如英國等已開發國家，並強調當人們進行醫療旅遊時可能在異地遇到問題而不易解決；在關於所接受的醫療服務方面，此時的論述亦以抵制 (rejection) 的口吻將當時醫療旅行者主要在海外進行的健康檢查 (健檢)、醫學美容 (醫美) 服務視為享樂主義式的 (hedonistic) 行為。直到 1998 年出現一篇足以作為預示斷裂到來的文章，較正面地論述享樂主義行為；所進行的醫療服務範圍則擴大論及骨髓移植、物理治療、化療和婦科；在利害關係人方面也從醫療部門擴大論及飯店業、航空業、保險業和旅行社等 (Mainil et al. 2011: 35-36)。

---

度出發探討與倫理的關係、述及貿易與醫藥、架構在全球化經濟體的層次論述、醫療旅遊的商業價值、將病人視為一個需要感覺更舒適的消費者 (Mainil et al. 2011: 33)。

<sup>15</sup> 被分類為倫理論述者有以下特徵：「在價值系統的基礎上，那些與健康照護的提供相關的倫理議題、健康資源接近性的倫理議題，以及場域中不同利害關係人從倫理方面來論述醫療旅遊的方式，皆帶來了倫理看法的發展與變化 (Mainil et al. 2011: 33)」；亦言之，即是關於「人們應如何處理公共健康、對於健康照護和資源的可及性，以及對於醫療旅遊可以和應該貢獻於人口的看法等倫理面向 (Mainil et al. 2011: 33)」。

<sup>16</sup> 被分類為病人論述者有以下特徵：「從『被動的病人』此觀點轉移至『病人作為使用者或決策者』 (Mainil et al. 2011: 33)」。換言之，即是那些論及「病人作為共同決策者的新角色、病人的健康知能 (health literacy) 與賦權、及病人擁有更多消費健康的目的地 (Mainil et al. 2011: 33)」。

自2001年開始，過往對於醫療旅遊作為享樂主義和倫理論述的負面表述逐漸消融，取而代之是更多關於市場的正面論述，如至國外醫療旅遊進行與心臟相關的手術，或是進行髖關節置換等，在此時會被論述為是一種以低成本享受高品質醫療服務，或是可避免漫長的手術等待名單的行為；醫療旅遊也被論述為具有巨大成長潛能的市場。至此，相關論述產生了斷裂：「論述由過往普遍在道德上抵制享樂主義式的醫療旅遊，轉變為將此醫療旅遊市場視作具有高度發展潛能，而著重於此發展可能面臨的挑戰（Mainil et al. 2011: 36）」。伴隨而來的倫理論述亦不若過往從醫療旅遊本身作為享樂主義此種根本抵制，而是聚焦於當人們在國外接受醫療服務時可能遇到的實務問題，如醫療品質好壞、醫療糾紛之處理等等：亦言之，此時係從病人立場，以倫理論述的語調考量人們進行醫療旅遊所牽涉的醫療層面問題——「倫理論述被化約成一個指涉醫療論述、著重於病人的論述<sup>17</sup>（Mainil et al. 2011: 36）」。此時雖亦開始出現關於提供醫療服務國的當地居民之於當地醫療的可及性與公平性等倫理論述，但評價醫療旅遊作為一個具有巨大成長潛力市場的正面市場論述仍佔據主導位置。而就2002年之後的新加坡、馬來西亞、印度和泰國等地方性報紙論述方面，其亦是如此以市場論述主導的局面。

整體而言，Mainil 等人發現，關於醫療旅遊的媒體論述曾發生一個斷裂或轉變，從過往以倫理論述為主的情況逐漸轉為以市場論述為主；這樣的結果顯示了一般大眾實則是「從醫療旅遊部門接收了一種規範性訊息（normative message）（Mainil et al. 2011: 31）」：這些訊息所編織的形象係由實際參與其中的實作者與決策者所形塑，進而傳遞給潛在的健康使用者或一般大眾（Mainil et al. 2011: 40）。

相較 Mainil 等人（2011）一定程度地同時關照病人輸出國與醫療服務提供國、從全球／在地層次對報紙媒體論述進行長期對照，Imison 及 Schweinsberg（2013）則聚焦在作為一醫療旅遊病人輸出國的澳洲，以內容分析法（content analysis）檢視 2005 至 2011 年的澳洲電視、報紙新聞與時事報導（current affairs coverage）等澳洲媒體如何將醫療旅遊此主題和前往接受醫療服務之目的地（即

---

<sup>17</sup> 參見 Mainil 等人（2011: 36）原文：Therefore, here too a more pragmatic approach has been chosen of medical tourism in which the ethical discourse is reduced to a mainly patient discourse with implications for the medical discourse.

醫療旅遊服務供給國)再現於媒體觀眾眼中。在 Imison 及 Schweinsberg 「將輸出病人方(如澳洲)視為高收入國、供給醫療服務方(如印度、泰國等)為中低收入國<sup>18</sup>」的基本框架下,此種指涉「高收入國病人至中低收入國接受醫療服務」之醫療旅遊事業的興起現象,實則轉換了澳洲媒體過往對於中低收入國之醫療衛生的形象刻劃;換言之,那些過往被高收入國媒體刻劃為醫療不發達、需要他國援助的中低收入國,在醫療旅遊相關的媒體論述中脫胎換骨為可提供澳洲病人高品質的醫療技術與服務。

Imison 及 Schweinsberg 分別探看澳洲電視和報紙媒體中主要提及的醫療旅遊目的地國家地理分布、主要供給的醫療服務種類、在這些媒體當中做出論述的行動者類別,以及這些媒體論述如何就吸引力(appeals)、可信度(credibility)和可能涉及的風險(risks)等三方面去刻劃被提及國提供的醫療旅遊服務。他們發現,呈現於澳洲媒體當中的醫療服務提供國以亞洲國家佔多數;主要供給的醫療服務種類集中以醫學美容和澳洲尚未允許的手術治療為主。在這些媒體當中做出論述的行動者則呈現多樣化,如已接受醫療服務的病人、病人家屬、醫療旅遊仲介商、政府官方人士、器官捐贈者、醫療或與之相關等專業人士、記者或編輯、社會評論家等等,但主要以專家居多、現身說法的病人(多數為女性澳籍病患)次之;而在吸引力、可信度和可能涉及的風險等三方面,發現媒體中提及的吸引力以「成本低」、「可得到澳洲當地無提供的醫療服務項目」為大宗;另外,多由病人的個人見證(personal testimonials)以及前往接受服務之國際病人數量作為可信度的呈現;在可能涉及的風險方面,則多述及醫療過程中任何可能牽涉道德的問題以及對於海外醫療環境與品質的不確定性。其中,報紙又相較電視媒體的論述口吻更顯得具有行銷傾向(Imison and Schweinsberg 2013: 8)。

以上的探看一方面可以了解澳洲媒體所刻劃的主要形象或面向,另一方面亦可發現其中有些面向則相較隱而未現於媒體當中;例如,使得某些醫療服務成為可能的行動者——代理孕母和器官捐贈者——即較少為澳洲媒體所提及(Imison and Schweinsberg 2013: 8)。Imison 及 Schweinsberg (2013: 1)總結到,在所分析的澳洲媒體中,「醫療旅遊」被刻劃為一種關乎「個人」層次、在經濟上理性

---

<sup>18</sup> Imison 及 Schweinsberg 判斷中低收入國之依據來源於 2011 年 WHO 統計資料的定義(Imison and Schweinsberg 2013: 11)。

的 (economically-rational) 消費者選擇——這也部分解釋了以上吸引力、可信度和風險等三方面的表現模式 (Imison and Schweinsberg 2013: 8)，而並未注意健康商品化的後果、或更廣泛的政治、醫療和倫理層面的考量。如從病人輸出國的角度來看，「若僅將醫療旅遊展現為是富人追求健康的另一種選擇，那麼將可能限制該國適當的政策發展；例如，當向海外尋求醫療的醫療旅遊者數量變多，可能會降低該國政府去擴展其國內健康照護勞動力的誘因 (Imison and Schweinsberg 2013: 10)」。

藉由探看國際此等相關研究，將有助於本研究後續從論述層次的相互比較中凸顯台灣脈絡特質，例如哪些是相較尚未浮現於台灣相關論述的面向、哪些則是相較被強調的面向等。

### 第三節 台灣在地既有關於醫療旅遊主題之文獻

在本小節中，將理出台灣既有關於醫療旅遊主題文獻存在兩大相互關聯的現象，其一為以管理類科系所之碩士論文為大宗；其二為多將台灣發展醫療服務國際化視為必然趨勢，而在不同的發展時序中呈現出微小變化的研究著重面向：一開始以呼籲口吻建議台灣政府與相關業者並肩投入、再則提醒發展此市場對於在地醫療可能招致的潛在衝擊與考驗，以及評估與檢討既有發展策略。同時考量論文寫作者、指導者之身分背景，及論文引用／被引用之概況發現，此些學院知識論述某程度上具有再生產與進一步支持該等論述者之正當性的作用。

#### 一、現象一：以管理類科系所之碩士論文為大宗

本研究在回顧台灣在地探討國際醫療服務的既有文獻時，發現本地相關研究存在以下現象：既有文獻之研究者自身即是直接或間接（可）提供國際醫療服務的醫療業者或觀光業者，或是其論文指導者即是投入論述戰場之相關學者；同時，既有文獻屬性多為管理類科系之（在職專班）碩士論文。一個較精確的數據是，如以「國際醫療服務」、「國際醫療」、「醫療服務國際化」、「醫療旅遊」、「觀光醫療」、「醫療觀光」、「保健旅遊」等七個關鍵詞<sup>19</sup>於台灣博碩士論文知識加值系統中查詢，則可發現，至 2014 年 4 月 2 日（樣本蒐集期間）止，所

---

<sup>19</sup> 關於何以用此七個關鍵詞作為搜尋條件，將於研究方法與資料蒐集一節解釋。

查得的 125 篇論文<sup>20</sup>中，123 篇為碩士論文，博士論文僅 2 篇；其中，先不究其研究取徑（因為即便科系沒有「管理」字眼者亦可能與具「管理」字眼之科系採取同樣的研究取徑），即有 92 篇（所佔比例為 73.6%）出自系所名稱中具有「管理」字眼的科系，如企業管理、醫務管理、醫療資訊管理、健康政策與管理、公共事務管理等、以及觀光與餐旅管理、休閒遊憩事業學系等結合觀光旅遊與管理之系所所進行的相關研究。另外，若以相同關鍵詞在台灣期刊論文索引系統查詢，則至 2014 年 4 月 2 日止，所查得包含一篇非學術類之一般性刊物《台灣醫界》的文章共 54 筆，其中，刊載於國立臺北護理健康大學旅遊健康研究所出版的《旅遊健康學刊》文章較多（8 筆）；就此 125 篇學位論文與 53 筆學術性期刊論文相對照，則有 13 篇學位論文作者與期刊論文（共同）作者重疊；該 13 篇學位論文當中，有 5 篇由任職於國立臺北護理健康大學<sup>21</sup>旅遊健康研究所的陳建和所指導，陳建和亦是期刊論文之共同作者（參見陳建和、鄭成祥、薛茜容、鍾涓涓、黃心怡、江國揚 2006；陳建和、江國揚、吳世光 2008；陳建和、游雅涵 2009；陳建和、王唯蓁 2009；吳致芃、陳建和 2013；李佩珊、陳建和 2013）。整體而言，如以台灣博碩士論文知識加值系統中的主題知識地圖功能<sup>22</sup>檢視，則經由上述關鍵詞搜尋到的論文主題知識地圖顯示，醫療旅遊或是醫療服務國際化此一主題在台灣的討論脈絡中，仍多集中於將之產業化、建立經營模式等議題，而不斷地吸引此類學者關注。

## 二、現象二：傾向將台灣發展醫療服務國際化視為必然趨勢

不論其研究對象定義為何、亦不論其所使用的名詞為何，此方面之論文多是将「醫療服務國際化」——亦即推動國際醫療服務的過程（蔡素玲 2007: 21）——視為「必然趨勢」此既定而不可逆的事實。換言之，該等研究順應著醫療服務國

---

<sup>20</sup> 其中，江國揚（2006）撰寫之《我國健康觀光發展策略之研究——模糊理論之運用》並無前述關鍵詞。但本研究在回顧既有文獻之時了解到，該文實則在探討本研究關切之「外國人至台接受醫療服務」此醫療旅遊類型，且亦為多數探討此主題之文獻所引用，因此江文亦算入其中。另外，林政維（2007）所撰之《國內醫療院所發展醫療觀光策略之預應程度探討》雖然有關鍵詞醫療觀光，卻未被系統所蒐查到。有鑑於該篇亦屬相關主題研究，因此亦算入其中。

<sup>21</sup> 原國立台北護理學院，於 2010 年更名為國立臺北護理健康大學。

<sup>22</sup> 依據台灣博碩士論文知識加值系統簡介，主題知識地圖為：「以圖形方式呈現此查詢結果的主題知識地圖，以二層式的方式呈現，中心點為本次的查詢詞，第一層顯示與查詢詞最相關的五個關鍵詞，點選單一關鍵詞後，再以此關鍵詞為中心，顯示五個最相關的關鍵詞」。

際化作為台灣醫療產業增加產值、促進經濟成長的提出背景(蔡素玲 2007)，其所關心的是，當醫療服務「可以」商品化、市場化、產業化，同時，在「隨著全球化的到來」、「交通與網際網路日益發達」等等而帶來的地球村環境中，醫療產業要走向「國際化」，各個相關組織——尤其是醫療部門暨觀光部門——當中的管理者或決策者如何找到自身在此市場中的利基、如何制定相關的市場策略，包含了解供給面、需求面，以及如何行銷等問題——亦即探看台灣之於全球、台灣相關組織內部本身在國際醫療旅遊市場的優勢(strength)、劣勢(weakness)、機會(opportunity)及威脅(threat)(即SWOT分析)、以波特鑽石模型(Michael Porter diamond Model)探看此產業的國際競爭力、或是以探看此產業鏈、價值鏈作為主要研究目的。

#### (一) 以呼籲口吻建議台灣政府與相關業者並肩投入

由時任中經院董事長的柯承恩指導張紫薇(2006)就讀台大管理學院碩士在職專班高階公共管理組碩士班時所撰寫的《台灣觀光醫療產業策略評估—以價值創新為基礎—》，以及長期任職於政府部門的黃月芬<sup>23</sup>(2006)於中國文化大學觀光事業研究所撰寫之碩士學位論文《台灣發展醫療觀光之可行性研究》，可算是該主題最早的學位論文之二。張紫薇(2006)與黃月芬(2006)皆將醫療觀光／觀光醫療視為具有市場發展潛力之事業，與政府2006年提出之產業發展套案同年，完成對政策決策者、醫療院所經營者、觀光業及一般消費者等進行初步了解以訂定發展策略。同年由陳建和指導江國揚完成的論文(江國揚 2006)，則以模糊德菲法提出「首要推廣型」、「循序漸進型」與「伺機而動型」等三大策略順序之擬訂。本身即具醫師身分的吳彬安(2008)、陳錫銘(2008)、臺安醫院特診中心與國際醫療中心主任齊龍駒(2009)的研究則從台灣醫療院所的角度出發，探討如何建立新的經營模式與價值鏈，以與觀光業結合、提出仿效國外如泰國、馬來西亞等成功案例，發展針對國際人士的醫療觀光業，以因應全民健康保險制度給付方式對醫療院所帶來的壓力，並擴展內需以外的市場，從既有侷限於內需的紅海策略轉向拓展外需的藍海策略視野的呼籲；同樣由柯承恩指導、自身即為

<sup>23</sup> 黃月芬現為醒吾科技大學旅運管理系兼任教師，具有「行政院文化建設委員會、交通部觀光局、台北市政府等機關20多年行政經驗」。資料來源：醒吾科技大學網站。

<http://c008.hwu.edu.tw/files/13-1058-1116.php?Lang=zh-tw>。取用日期：2014年5月4日。

台大醫院醫師的許博欽（2009）則是加以考量醫院屬性，以醫學中心層級為例，從作業成本會計制度角度，建置國際醫療流程管理模式。

另如從休閒旅遊事業的角度出發，探討台灣整體發展該產業競爭力與策略分析，如劉馥瑤（2009）同時了解醫療院所、旅行社與飯店業者觀點，提出從醫療服務的偏重，調整為可兼具旅遊的醫療項目發展策略。王大明、王怡雯、簡意珊及呂昀芽（2009）則就五位旅行社主管觀點，羅列出國際行銷、整合醫療體系、提供相關教育訓練與改善整體環境等建議。

從行銷理論如 4P（產品、價格、地點、促銷等四個行銷元素）、STP（市場區隔化、鎖定目標、產品定位等三個市場評估與規劃分析面向）等框架探討的策略研究，則著重於提出許多發展時應注意或建置的事項，如楊美惠（2008）建議在政策法規的推動方面，需設立專門主管機關、授權地方、公私部門聯手合作、鬆綁法規、鼓勵通過國際認證、設立國外服務據點；在醫療產業利基的發展方面，發展台灣具優勢項目、成功案例取經、異業結盟可擴大深度及廣度、分區發展以建立特色、感動服務、培養多方語言人才，是不可缺少的考量面向；在相關業者的行銷方面，須結合地方文化與特色、培育觀光醫療相關人才、研定短中長期目標、以建立台灣觀光醫療品牌。至 2010、2011 年完成的類似研究（陳怡貞 2010；郭亭亞 2011），其結論和建議與楊美惠在 2008 年的主張並無二異，再次強調了政府政策、醫療產業與行銷方面配合之重要性。

另外，亦有將已來台觀光之旅客視為未來來台進行醫療觀光「潛在旅客」之調查研究。就潛在顧客未來的意願，陳建和、游雅涵（2009）於桃園國際機場出入境大廳與各大觀光景點，針對已開發國家（如歐洲、北美洲及日本）之外國旅客進行問卷的發放，了解潛在顧客偏好的保健旅遊產品屬性，以及個人不同特性與偏好的關係，以供相關決策者區隔不同顧客偏好結構之參考；洪淑君（2010）則是針對已來台進行醫療觀光之消費者（收樣地點為醫院和渡假村）進行調查，探究消費者的資訊搜尋和生活型態<sup>24</sup>與醫療消費行為、醫療旅遊前評估準則以及購後行為意圖等關係，以供相關行銷構面決策參考；而王秀媛（2012）係以顧客

---

<sup>24</sup> 洪淑君對於生活型態的定義為：「一個人或一個群體的生活方式，受到人們過去經驗、本身特質及情境所影響，藉以說明人們如何生活、時間與金錢分配等方式，反映出人們在活動、興趣和意見上的生活模式（洪淑君 2010：36）」。

知覺價值<sup>25</sup>了解來自中國大陸的潛在顧客<sup>26</sup>至台醫療觀光時的利弊比較考量。

進一步同時了解「相關投入者」與「潛在顧客」注重面向的契合與比較方面，如金燕吟（2011）即是就「已來台觀光」的大陸顧客詢問其日後來台進行觀光醫療所可能考慮的面向，並同時以之與相關台灣的產官學投入者<sup>27</sup>發放問卷進行比較。雖然其結論認為，相關投入者與潛在顧客兩者似乎有意見上的出入，即台灣相關投入的專家在發展上較偏向政策面向，而大陸觀光客較注重實質面向（金燕吟 2011：94），<sup>28</sup>但就其所羅列之項目而言，各項目之間並非完全互斥或不一致，同時，不同的市場角色位置所關注的基礎即有不同，因此對於台灣相關發展而言，其似乎隱含著，重點概是如何在規劃時不僅一併考量潛在顧客之注重面向，同時亦要讓潛在顧客了解或感受到其需求是被聆聽與注重的。然而，在這一方面，對於台灣發展初期主要鎖定的目標之一<sup>29</sup>——中國大陸客群的討論，可能更重要的是，如何以新思維重新思考兩岸特殊關係（如黃純真 2011），或是說，如何從這一新興市場的發展，來重新思考兩岸關係。賴詩琪（2010）則著重探討協助消費者尋找國外的醫療機構或幫助醫療院所仲介客源的「國際醫療仲介機構」（如旅行社、保險公司等）在台灣的可能發展，提點此類機構與結盟的醫療院所之間可能產生的逆選擇問題與道德危險，並探索醫院與此仲介機構之間的資源依賴關係，建議成立更建制化的國際醫療仲介機構以助發展。

除了實體的經營模式規劃，楊雅婷（2010）相較前述研究則是特別提出了運

---

<sup>25</sup> 王秀媛對於知覺價值的定義為：「一個潛在消費者的整體價值認知，這種認知是消費者看待醫療觀光產品和服務時，立基於利（benefit）弊（sacrifice）比較權衡而形成（Wang 2012: 471）」。

<sup>26</sup> 其樣本選取來自中國大陸某直銷公司至台參加頒獎典禮的高所得成員。詳細樣本選取原因可參見 Wang（2012: 475-476）。

<sup>27</sup> 產業界為私協與相關業者；政府單位為計畫主責單位；學界則係與觀光、餐旅和遊憩相關之教授（金燕吟 2011：50）。

<sup>28</sup> 依其總結之十項排序前五名，台灣相關發展專家認為優先順序如下：1.台灣醫療品牌認同度、2.客製化的醫療產品服務、3.跨科別醫療技術之合作、4.結合旅遊品質與醫療服務品質、5.醫護人員具專業知識與技術；而大陸觀光客認為的優先順序如下：1.提供病人就醫之隱私、2.醫護人員具有專業知識與技術、3.醫護人員具有相關醫療證照、4.醫院具較佳醫療品質、5.醫護人員與行政人員具有良好的素質與態度（金燕吟 2011：94）。

<sup>29</sup> 依照「醫療服務國際化推動計畫」，此計畫以三年為一個階段。初期以客戶端考量：第一階段鎖定全球華人及大陸人士；第二階段為東南亞地區的非華人和日本人；第三階段則是歐美地區的非華人（蔡素玲、邱文達、吳明彥 2008：56-57）。

用虛擬網路平台的重要性。其以台北醫學大學體系、敏盛醫療體系以及彰濱秀傳體系為個案，提出整合虛擬與實體的虛實整合經營模式，是具有重要性且值得推廣的。另外，其不若前述單就觀光醫療或醫療服務國際化做為討論對象，楊雅婷（2010）將國際醫療服務的定義擴大，以營利／非營利、境內／境外作為分類指標，由此組合而成的四種類別，而觀光醫療或醫療服務國際化則為國際醫療服務的一個子項目（楊雅婷 2010：18）。換言之，該文針對國際醫療服務這一層次的虛實整合經營模式探討，似乎隱含著，無論是營利或非營利，在存著國境分野的事實之下，若要建立不同國籍之醫療提供者與醫療服務接受者之間的資訊交流或信任關係，除了著重實體經營以外，可能更要關注虛擬網路平台的經營。

## （二）提醒發展此市場對於在地醫療可能招致的潛在衝擊與考驗

劉宜君（2008）則有鑑於發展伊始對國際醫療觀光此一新興產業之歌頌多於其可能帶來的衝擊（劉宜君 2008：113），始借鏡印度相關發展，以永續觀光與永續醫療兩個永續發展構面來加以探討，期許台灣政府能以永續發展的視野來發展該產業。自身即任職於台大醫院的湯月碧（2011）不僅提點了潛在顧客所注重的面向與接受服務之動機，亦宏觀地兼顧醫療產品或服務的特性與概述當前台灣醫療環境所面臨的困境，乃至於發展國際醫療所引發的在地爭議等，在在提醒相關政府部門積極解決既有在地問題，始有發展醫療服務國際化之穩固基礎。杜芸珮（2010）亦從與醫療旅遊產業相關法規著手探究，認為醫療服務作為商品，有別於一般商品，因此相關法規的修訂除了須符合醫療「固有的價值」外，也應考量並研擬醫療資源分配具體方案。黃純真（2011）則從所限縮的非治療性醫學美容產業<sup>30</sup>來看，關於醫療服務究竟應被視為非營利屬性，或是可商品化和產業化屬性，概可依治療性／非治療性的劃分，或是以指涉疾病治療的傳統醫療與非治療性的醫學美容產業兩個類別分別檢視。由此處著眼，黃純真總結，（指涉疾病治療的）傳統醫療和（非治療性的）醫療產業兩者是不衝突的，並認為國內醫療體系既有問題與推動醫療產業之間的關聯性不大：前者的問題既不為後者所解決，而後者也不會惡化前者（黃純真 2011：123）。重要的是政府應該引發相關辯論，「讓人民徹底了解傳統醫療與醫療產業劃分的界線，在既有的健保範疇內享有照

<sup>30</sup> 關於黃純真對「非治療性醫學美容」之定義，可見黃純真（2011：16-18）。

護身體健康的醫療，但在健保範疇之外的醫療產業，能夠用來創造更大的經濟產值（黃純真 2011：123）」。

### （三）評估與檢討既有發展策略

相較於發展初期的研究多以SWOT分析作為呼籲台灣具有發展利基的討論，隨著時間進程，雖仍持續有相關策略擬定的研究取向，但已逐漸出現評估與檢討的研究進路。蔡語宸（2010）即針對此發展政策進行政策評估，發現在總體目標方面因無客觀認定標準且缺乏實際數據，因此無法做判斷；然而就短期效益而言則不如預期；相較其他文獻特別的是，蔡語宸（2010：141）指出當初政策一開始在醫療產品的選定，係由少數幾家公立醫院、企業財團型醫院、衛生署及專家學者共同決策；由公立醫院和財團型醫院決定發展「特殊醫療」項目所導致的偏誤，是政策執行結果不如預期的要因之一。本身即於醫院服務的葉步順（2011）則是羅列台灣政府提出的一系列計畫，如2003年推動「保健旅遊」計畫、2007年底成立醫療服務國際化專案管理中心<sup>31</sup>，至2010年由行政院經濟建設委員會<sup>32</sup>提出之「台灣醫療服務國際化行動計畫」等政策與計畫目標，及台灣醫療旅遊相關協會／中心之發展（葉步順 2011：35-40），並透過產官學<sup>33</sup>三方的訪談，依照波特鑽石模型整理出台灣發展至2010年之成效未如預期的原因，反省到台灣實際上在國際競爭中並不具價格優勢、台灣政府部門間的協調與合作亦不足，且台灣的醫療院所實際上沒有強烈需要發展國際醫療旅遊動機（葉步順 2011：102-103）；然而，推動醫療服務國際化，仍是一個不可不為的必要之事（葉步順 2011：98）。劉宜君（2012）將醫療服務視為一種不易改變的社會建構或社會制度，提點醫療服務提供國對於文化能力的培養，在爭取醫療觀光客上扮演要角；換言之，台灣醫療院所作為醫療服務提供者，需增強文化意識與語言能力，以提升醫療照護的品質、減少不正確的治療結果，及降低醫師對於其他種族或民族病患的偏見。林秀靜（2012）亦以政策評估角度訪問官方人士、醫界與觀光業者，

<sup>31</sup> 即後來的行政院衛生署國際醫療管理工作小組。

<sup>32</sup> 簡稱經建會，已於2014年1月22日改制為國家發展委員會（簡稱國發會），後文將依當時脈絡稱經建會或國發會。

<sup>33</sup> 產業界代表為醫院健康管理中心主管、醫院醫師、醫院國際醫療中心主管、旅行社總經理；官方代表為統一窗口的中心管理階層與衛生署研擬六大新興產業之醫療服務角色與執行策略方針的主管層級人員；學術界代表為大學醫務管理學系教授（葉步順 2011：30）。

特別證實了台灣向中國大陸開放健檢、醫美簽證後產生了「以醫療之名行觀光之實」的現象：一方面，大陸方面未將至台健檢、醫美納為合法簽證事由；另一方面，健檢、醫美簽證亦因此「淪為旅行社操控團體的工具（林秀靜 2012：65）」，導致由旅行社引介而來的實是希望來台觀光、但屬於尚未開放自由行之省分或未開放之身分的顧客為主。其研究建議政府須有嚴謹的配套措施、調整行銷策略以觸及到真正的潛在使用者，以及業者須調整心態，如醫界與旅行社共同至第一線行銷、摒棄削價競爭的觀念、醫療院所從被動角色轉為主導角色幫助政府把關等（林秀靜 2012：96-101）。從林秀靜的論述來看，其自身似乎具有「此發展應須以醫療部門作為主導者」的潛在主張。劉宜君（Liu）（2010，2012）亦以政策網絡（policy network）的概念，探討政府部門與參與計畫之醫院等政策利害關係人，在關於該項發展政策的投入與結果、以及對於彼此在當中所扮演的角色期待上，持著不同的立場與意見。例如該研究所訪談到的相關政府部門認為，醫療旅遊服務是一個醫療院所自行選擇發展的額外服務項目。亦言之，「政府部門並不很深的涉入在該項政策當中，並且認為醫療院所之主要職責還是在於維護台灣民眾健康（Liu 2012: 461）」。然而，該研究受訪的私立醫院（private hospitals）則是將醫療旅遊服務視為其藍海策略；如此一來，前述政府部門的立場顯然與欲發展該項服務的私立醫院立場相違，使得在私立醫院眼中，政府部門必須仿效他國經驗提供更多資源並肩負起政策規劃之責（Liu 2012: 461）。除了政府部門與醫院之間存在認知落差以外，各醫院亦因其層級與性質而擁有不同的發展資源，進而展現出他們對該項政策所能提供之資源的不同看法與期待（Liu 2012: 462）。綜言之，以政策網絡觀點而言，劉宜君（Liu 2012：463）建議作為網絡管理者（network manager）的行政院衛生署國際醫療管理工作小組（管理工作小組）必須扮演更為積極的溝通角色，以協調各個政策利害關係人之間的合作與互動。

相較於發展早期之策略研究多以「成為藍海」作為探究台灣國際醫療服務發展的預設，曾任職於管理工作小組、由長庚大學醫務管理系助理教授白裕彬指導的廖哲沂（2013）則是具體指出台灣至 2013 年左右的發展仍處「孤芳自賞」、「雷聲大雨點小」的發展情況，進而對醫療機構與休閒旅遊業的主管進行訪談並反省出如過往研究中雷同的原因，如強調「政府的產業整合能力、國際行銷資源投入、產業間異業結盟、法規開放與個別醫院特色展現程度等不盡理想（廖哲沂 2013：

v)」，並呼籲政府首要之務在於整體產業投資環境營造與海外行銷。

總體而言，若以台灣發展醫療服務國際化為著眼點，則在 2006 至 2013 年此不算長的時序裡，本國探討醫療服務國際化之既有文獻多從管理角度論述，並偏重以「此發展是必然的」作為研究前提，繼而展開發展策略等占多數的研究取徑，以及少數論及須注意可能造成之潛在衝擊與考驗的取徑。研究者隨著發展進程而關切不同的主題：在發展早期（2006 年始），多從醫療院所角度為起點，探究受限於全民健康保險總額支付制度限制的醫療院所如何藉此藍海增加醫療院所收入，同時帶動整體產值提升；探究途徑主要以刻劃他國相關發展所帶來的正面效益作為借鏡、並以呼籲口吻建議台灣政府與相關業者並肩投入；至 2010 年前後，始有相關的政策評估、或著重醫療服務作為一種特殊商品，牽涉著醫療價值與資源分配正義等倫理問題；時至當前（如 2013 年前後），則著重反省成效不如預期的原因，並仍在視此發展為必要的前提下著重呼籲政府應有更積極的相關作為。

其中，不乏看到該碩士論文的生產本身，其論文的作者、指導者、乃至該系所所屬學校，即（至少）在廣泛意義下牽涉於國際醫療服務的發展當中，例如論文作者本身即為醫師身分或在醫院服務、任職於相關機構之職員等，而論文指導者即是相關政府智庫之一員、或是該論文產出之學校即有附設醫院並發展國際醫療服務等等背景。這些研究論述本身亦不斷為後續取徑相似的研究所引用，或為政府相關部門進行論述時所使用。<sup>34</sup>此現象一如蘇國賢（2004）藉由勾勒引文網絡來分析台灣社會學領域知識的社會生產時所指出的：

---

<sup>34</sup> 一個足以見微知著的線索是，若從台灣博碩士論文知識加值系統中查詢最早關注相關主題之學位論文（本研究上網查詢日期為 2014 年 5 月 3 日），亦即查詢由時任中經院董事長的柯承恩指導張紫薇（2006）撰寫的《台灣觀光醫療產業策略評估－以價值創新為基礎－》（以下簡稱張文），以及由黃月芬（2006）撰寫的《台灣發展醫療觀光之可行性研究》（以下簡稱黃文）被引用次數，則可見前者被引用次數達至 40 次（被引次數僅次於黃文），後者則達至 45 次（居被引次數之冠）；兩者最早被相關主題研究引用的時間皆為 2007 年；張文與黃文最近被引用的時間則分別是 2013 年由黃閔暄於雲林科技大學工業工程與管理系所撰寫的碩士學位論文《設立醫療專區競爭之策略》，以及同年由郭皖婷於中原大學國際經營與貿易研究所撰寫的碩士學位論文《以 VRIO 架構探討美醫中心經營陸客來台從事醫療觀光之優勢》。除此之外，張文亦為經建會於 2006 年推出產業發展套案時所發布的新聞稿〈掌握全球觀光醫療服務產業新商機〉所引用；規劃醫療服務國際化旗艦計畫之衛生署參事蔡素玲（2007）亦於經建會發行刊物《台灣經濟論衡》撰寫的文章中引用張文與黃文。

文獻不但可以作為一種知識的溝通工具，也是學者之間從事社會交換的一個重要媒體。透過文獻的引用，不同學者的知識活動才能產生關連與累積。文獻引用也反映一個學術社群內部的科層結構，使得聲譽市場的運作變得可能。從被引用的角度來看，文章被其他學者引用及閱讀，更是從事知識工作中最重要的內在報酬。（蘇國賢 2004：139）

文獻不僅是做為溝通知識的媒體；透過文獻的引用，也讓引用／被引者之間得以從事社會交換，借用 Bourdieu 的理論語言，即是藉此有了建立與累積場域中行動者的象徵資本（聲譽）與文化資本（正當性知識）——此等衡量行動者於場域中所具有之競逐力量——的可能，<sup>35</sup>而似乎浮現著 Bourdieu 所稱之再生產邏輯：以論文（作為一種學院知識）形式所作出之關於台灣發展醫療服務國際化或醫療旅遊此議題的相關論述，實則重新回過頭來支持／再生產了那些本身既有背景即與此發展有所關聯、持著「此發展為必然」之立場、從而指導／引導自身論文寫作之指導者、寫作者以及被引者的論述正當性。<sup>36</sup>

#### 第四節 作為論述之台灣在地既有相關文獻與國際相關研究結果的比較

就本研究旨趣而言，若將台灣該等研究視為在地論述的一部分，並進一步依循 Mainil 等人（2011）的論述分類，則可發現，整體而言，醫療旅遊或醫療服務國際化之主題在台灣脈絡中，呈現出以市場論述為主、佐以相較少數的倫理論述形貌；且就倫理論述方面來看，亦多集中於提點台灣本地居民因該項發展而可

---

<sup>35</sup> 在此層次上，本研究以為，不論引用者是支持、反對或修正被引者論述，「引用」本身即體現了被引者的論述對引用者而言具有一定程度的「存在正當性」，因此才會有與之對話的空間：支持性的引用能夠彰顯被引者為引用者所承認為具有正當性；反對性或修正性等非支持性的引用則能夠彰顯被引者被引用者承認為「另一種選擇可能」，因而引用者需要與被引者角逐論述正當性。

<sup>36</sup> 就學術領域方面，吳彥莉、鄭雅文晚至 2013 年發表於該年 8 月出刊之《台灣衛誌》中「公衛論壇」文章〈醫療旅遊對醫療體系的潛在衝擊〉，是僅有較直接表述醫療旅遊帶來之負面衝擊的論點。其中，鄭雅文本身亦具有民間監督健保聯盟成員之身分，並曾在經建會、衛生署於 2013 年 7 月 10 日合辦之「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會上以該聯盟身分參與發言。就此而言，作為一種學院知識形式所作出之關於台灣發展醫療服務國際化或醫療旅遊此議題的相關論述，亦具有重新回過頭來支持／再生產了那些本身既有背景即與此發展有所關聯、持著「此發展並非必然」之立場、從而指導／引導自身論文寫作之指導者與寫作者的論述正當性作用。

能招致的就醫權益問題——此形貌大抵如同 Mainil 等人（2011）發現到 2001、2002 年以後的新加坡、馬來西亞、印度和泰國等地方性報紙的論述傾向。然相較略微不同的是，上述大抵以制定發展策略作為研究旨趣的台灣在地文獻中，少有從前來接受服務之外國病人立場出發，討論病人可能涉及的醫療糾紛或其他醫療品質問題；亦言之，不若 Mainil 等人（2011）發現的「倫理論述被化約成一個指涉醫療論述、著重於病人的論述（Mainil et al. 2011: 36）」，台灣既有研究仍大抵從台灣自身如何擠進此國際市場或產業發展角度做為出發點，進而將醫療服務接受者視為「一個需要感覺更舒適的消費者（Mainil et al. 2011: 33）」，始論及當中關於病人就醫時牽涉的醫療技術與服務等品質問題。

另外，有別於 Imison 及 Schweinsberg（2013）從澳洲作為病人輸出國的立場，發現其當地媒體多以病人角度出發論及澳洲病人在海外進行醫療時可能涉及的利弊得失，作為醫療服務提供國的台灣如同泰國、馬來西亞、印度和新加坡等國之發展立場，醫療論述與病人論述並未浮現於台灣當前以管理類科研究為大宗的研究取向當中；或精確言之，那些涉及「追求精湛技術之醫療人員作為幫助病人或救助生命者」、「醫療旅遊作為提升病人對於自身健康的決策權或提升其健康知能的展現」等醫療與病人論述，似皆在「以發展市場／產業化為目的」的前提下成為市場論述的附屬品；亦言之，實際從病人立場與醫療專業立場為出發點的論述，似乎尚未浮現於台灣做為醫療服務提供國的研究取向中。

##### 第五節 小結：本研究與台灣既有研究在預設立場上之差異

基於以上對台灣既有研究傾向的整理，以及發現當中部分研究者背景可能具有支持與強化醫療服務國際化與產業化發展之正當性的特性，本研究即將台灣在地論述戰場之輪廓界定為以台灣醫療服務市場化及產業化之議題為主；就 Bourdieu 的理論語言觀之，即是指涉：經由台灣進行醫療服務國際化與發展醫療旅遊之作為所激發出一處意見場域，是關於醫療服務市場化與產業化的正當性論述競逐。其中，若就台灣既有研究傾向作為一種論述立場來看，則佔多數的論述傾向即是那些「視醫療服務得產業化且此為必然趨勢」之行動者論述。然而，除了吳彥莉、鄭雅文晚至 2013 年發表於《台灣衛誌》之「公衛論壇」<sup>37</sup>文章〈醫

---

<sup>37</sup> 依據台灣公共衛生雜誌投稿簡則，發表於公衛論壇（public health forum）之論文，係「針對

療旅遊對醫療體系的潛在衝擊)以外,那些基本上「視醫療服務不得產業化」且實際存在的行動者立場幾乎未浮現於既有研究論述中——具體言之,這些「不認為醫療服務產業化為必然趨勢」的行動者並非台灣既有商管類研究的研究(受訪)對象,從而這些行動者的論述立場似乎也成為既有以市場或產業發展為目的之市場論述的附屬品。

為了避免因存上述預設立場而歌頌／譴責相關發展,或是仍然存在此發展為必然／不必然之研究預設立場而去脈絡地平行羅列發展帶來的利與弊,本研究即希望透過 Bourdieu 意見場域的概念,跳脫上述研究預設立場,試圖將行動者論述的時空脈絡一併考量,以召回過往依不同研究預設立場而受隱沒的行動者論述,重新檢視:關於此自 2006 年開始的「醫療服務國際化」舉措,個別行動者在不同的論述平台或時空脈絡中,如何論述自身對於醫療服務國際化與產業化之看法的正當性。本研究將通過探討各方如何經由論述上的攻防而對異己意見進行收服或將之否定排除等正當化自身意見的工作,進而反映與刻劃出各方對於各自定義的俗見場域和意見場域分界所進行的論述競逐。

### 第三章 研究方法與研究設計

#### 第一節 研究方法與資料蒐集

如前述，本研究希冀以 Bourdieu 意見場域作為理論背景，通過考察台灣在地的相關行動者如何論述醫療旅遊／台灣醫療服務國際化此主題，以了解其如何對俗見場域和意見場域進行劃界的工作，進而呈現出這樣一處論述戰場的形貌。探究行動者的論述策略，亦相當於理解各個行動者正當化自身的策略；通過對此面向的探究，得進而呈現該等行動者如何在此意見場域中進行正當性的爭奪與競逐。

本研究主要研究方法有針對次級資料的論述分析與深度訪談兩者。次級資料係由前人研究或機構所蒐集或記錄的資料，例如會議紀錄、書報雜誌、公告、演講稿等。使用次級資料之原因有二。其一，由於本研究旨趣在於了解行動者如何論述自身對台灣發展醫療旅遊或國際醫療服務之看法及其流變／不變，因此針對次級資料的蒐集較能夠執行此種縱貫比較的研究視角，也能據以了解立場相異的各行動者之間交相論辯的論述策略；其二，在於樣本蒐集上的便利性：本研究涉及的行動者範圍廣而不易接近，受限於研究時間與資源，即使用較易取得的公開次級資料。因此，分析行動者於次級資料中進行的論述是本研究主要方法。在深度訪談方面則透過立意抽樣和滾雪球抽樣方式盡可能接觸相關行動者。以下將進一步分述次級資料分析方法與選取依據，和深度訪談對象與訪談內容概況。

#### 一、次級資料分析與選取

本研究從行動者立場的視角所進行的論述分析方法，係參考倪炎元（2003）對論述分析取徑的應用方式，<sup>38</sup>探究個別行動者以第一人稱發表的文本當中所呈

---

<sup>38</sup> 針對論述分析本身所具有的多重分析取徑回顧可參見倪炎元（2003）。本研究在此係參考倪炎元（2003）在〈從「山胞」到「原住民」：台灣原住民「正名運動」媒體再現的論述分析〉中「整合兩種對論述（discourse）理論的觀點（倪炎元 2003：120）」此作法。由於該研究標的之媒體為主流報紙，因此其一是針對主流報紙當中，與「原住民正名運動」相關的新聞進行該等新聞的語言文本分析，包含「敘事結構、文字語法、新聞風格、乃至修辭操作等（倪炎元 2003：120）」；其二則是「借用後結構主義對『論述形構』（discursive formation）的觀點，探討不同部門的精英，如何透過新聞語言的建構，對議題、信念、乃至行動進行界定和召喚，並對其實踐賦予正當性（包含否定異己論述的正當性）（倪炎元 2003：120）」。

現的敘事結構、修辭操作等文本內涵，同時據以刻劃這些行動者如何「對議題、信念、乃至行動進行界定和召喚（倪炎元 2003：120）」，正當化自身（同時說服／否定異己論述之正當性）關於台灣發展醫療服務國際化之立場與實踐。

在次級資料來源的選取上，本研究廣泛採取個別行動者於可蒐集到之不同論述平台上發表的文章或演講，以做為三角檢定個別行動者正當化自身意見的策略。值得一提的是，本研究不預設所使用的資料已窮盡所有行動者及所有可能論述（這亦是本研究之限制），因此此處並不執著於所蒐集到之樣本中出現的每個行動者在不同時間作出的論述為何。然而，正因所選取之樣本來源係以大眾可及的公開傳播管道為原則，得透過此些傳播管道發聲的各論述者間在某程度上概具有同樣的發聲位置，因此本研究主要將那些得決定論述者於場域中所處位置的各種資本存而不論，而聚焦於所探看之論述者的論述策略本身。本研究採取的論述平台涵蓋政府官方出版品、報紙此大眾傳播媒體、公聽會與聽證會、相關論壇等。以下分述本研究採取上述論述平台之依據。

#### （一）政府官方出版品：《台灣經濟論衡》

由於醫療服務國際化之發展是由政府相關單位（衛生署與經建會）作為產業政策主責推動，由此二部會「提撥 3 年 4400 萬元預算，由台灣私立醫療院所協會、中華經濟研究院、外貿協會、以及 20 家醫院<sup>39</sup>，成立『醫療服務國際化推動計畫專案管理中心』，協同產官學進行研究（蔡素玲 2008：56）」。因此本研究亦將從行動者立場探看其在如經建會用以傳遞經建資訊與宣傳政策的出版刊物——《台灣經濟論衡》<sup>40</sup>——發表的相關文章當中如何去論述此發展。經查詢現國發會網站中該月刊文章後，查得推動計畫當年的 2007 年 10 月由以下四位

---

<sup>39</sup> 20 家醫院分別為臺大醫院、台北醫學大學、萬芳醫院、國泰醫院、新光醫院、台北馬偕醫院、台安醫院、北醫附醫、長庚醫院、敏盛醫院、壠新醫院、中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫院、童綜合醫院、彰濱秀傳醫院、成大醫院、高雄附醫、義大醫院、阮綜合醫院、花蓮慈濟醫院、羅東博愛醫院。資料來源：KingNet 網路醫院 KingNet 醫師部落格。

<http://newstart.kingnet.com.tw/bloghealth.html?cid=20210>。取用日期：2014 年 4 月 1 日。

<sup>40</sup> 依據國發會網站對此月刊的內容描述：「自民國 96 年 7 月第 5 卷第 7 期起全新改版，新版保留經建專論，另新增政策焦點、政策快遞、特別報導及新聞線上等單元，針對重大經建議題進行專題分析，報導政府重大政策與經濟動態，以饗讀者。」資料來源：國家發展委員會網站 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000198&page=%201>。取用日期：2014 年 3 月 21 日。

相關行動者撰文／受訪，分別為：負責規劃醫療服務國際化旗艦計畫的衛生署參事蔡素玲、負責分析國內外醫療產業的中經院當時董事長柯承恩、整合與協調參與醫院之管理工作小組執行長及私協秘書長吳明彥，與經建會都市及住宅發展處技正黃美純等人。

出自此類刊物的行動者論述不僅展現了官方部會形塑、界定討論對象等政策宣傳方式，亦展現該等部會如何形塑與正當化自身在相關發展當中企圖扮演的角色形象。值得一提的是，不論從時間上或者論述者本人在促成此醫療服務國際化旗艦計畫的角色來看，其中由蔡素玲、吳明彥和柯承恩等作為政府或投入該項計畫之相關部會人士於發展伊始所做出的論述內涵，實可看作是後續發展過程中各方行動者討論的基礎。一個可略窺上述出自此份官方出版品的行動者論述具有探究重要性的指標是，本研究經由台灣博碩士論文知識加值系統，以「國際醫療服務」、「國際醫療」、「醫療服務國際化」、「醫療旅遊」、「觀光醫療」、「醫療觀光」、「保健旅遊」等七個關鍵詞搜尋 2014 年 4 月 2 日（樣本蒐集期間）以前，與本研究同樣從「外國民眾至台進行醫療旅遊」主題出發研究之相關論文，發現所查得的 125 篇論文中，扣掉 8 篇於 2007 年 10 月以前完成的論文後，即在此 117 篇中有將近半數（54 篇）引用上述 4 篇當中至少 1 篇文章。如果將文章被引用次數視為是一種累積被引者之象徵與文化資本的方式或體現，則以上數據一定程度反映了此些行動者的論辯力量。

## （二）大眾傳播媒體：報紙

本研究採集報紙的主要用意在於廣泛蒐集相關行動者以第一人稱立場進行的論述內容，並起到三角檢定多方資料的作用。如文獻回顧所述，報紙媒體所編織的醫療旅遊形象，係由實際參與其中的實作者與決策者所形塑，進而傳遞給潛在的健康使用者或一般大眾（Mainil et al. 2011: 40）。在此意義上，行動者於報紙所傳遞的訊息具有形塑、界定討論對象並正當化自身立場與實踐（同時說服／否定異己論述之正當性）之效。因此將可蒐集到之個別行動者於此類論述平台上發表的文章作為研究樣本。

經過對台灣既有相關文章與研究文獻的回顧後發現，常被用以指涉「醫療旅遊」此項被視為待發展之產業的名詞具有多樣面貌，且這些名詞能一定程度反映

論述者心中所設想的醫療旅遊面貌為何。例如在政府與相關組織人士蔡素玲、邱文達、吳明彥的論述中，「觀光醫療」涉及的醫療服務項目係屬無須住院、較能夠和觀光旅遊結合的醫美、健檢項目，另外，亦由於政府所發展的醫療服務國際化計畫本身原以須住院治療之重症或特殊醫療服務項目為主，如活體肝臟移植、顱顏整形、心血管處置、關節置換及人工生殖等五大項(蔡素玲等人 2008:57-58)，因而有時將「國際醫療服務」直接指涉為此等重症／特殊醫療服務項目。據此，為求盡可能完整涵蓋，本研究即以七個關鍵詞「國際醫療服務」、「國際醫療」<sup>41</sup>、「醫療服務國際化」、「醫療旅遊」、「觀光醫療」、「醫療觀光」、「保健旅遊」，搜尋 2014 年 4 月 2 日(樣本蒐集期間)之前的慧科大中華新聞網、聯合知識庫與知識贏家三處資料庫，蒐集行動者<sup>42</sup>於自由時報<sup>43</sup>、台灣蘋果日報<sup>44</sup>、聯合報(含經濟日報)<sup>45</sup>、與中國時報(含工商時報)<sup>46</sup>等四大報中從相關主題出發<sup>47</sup>而做出的論述。<sup>48</sup>本研究因此蒐集到之篇數為 49 篇；論述時間自 2008 年 4 月 22 日至 2014 年 4 月 2 日(資料基本描述參見附錄 1)。

<sup>41</sup> 「國際醫療」一詞原來僅較指涉對外進行的國際醫療援助。然而在醫療服務國際化發展下，國際醫療一詞亦用為指涉醫療旅遊／醫療觀光此等「讓非本國民眾至台接受醫療服務」業務。本研究基於研究旨趣，在使用「國際醫療」一詞時即指涉上述業務而非國際醫療援助。

<sup>42</sup> 在所蒐集到的報紙文章中，選取那些較具發聲力量者；此判準主要參考 2013 年 7 月 10 日由經建會與衛生署共同舉辦的「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會中邀請的利害關係人名單，如公私立醫療機構、政府單位、學者專家、各種公協會、法人團體及民眾代表。其次則參考曾出席立法院社會福利及衛生環境委員會於 2010 年 3 月 25 日舉行的「醫療服務國際化發展策略」公聽會之人士。

<sup>43</sup> 如「自由廣場」專欄。

<sup>44</sup> 如「論壇」專欄。

<sup>45</sup> 如「民意論壇」、「(健康)名人堂」、「名家觀點」等專欄。

<sup>46</sup> 如「時論廣場」、「專家傳真」、「觀念平台」等專欄。

<sup>47</sup> 以上述關鍵詞搜尋後，剔除那些非(直接)關於此議題的文章，如國際醫療人道援助、台灣民眾出外觀光旅遊時應注意自身身體健康、在某傳染病於全球盛行期間關於國際旅客來台之疑慮等。另外，為了限縮研究範圍，本研究在此次級資料蒐集上亦剔除與此議題有些關聯、但非從本研究著重探討之「國外人士來台接受醫療服務」此醫療服務國際化範疇出發的文章論述，例如討論新竹生醫園區、自由經濟示範區當中所涉及的醫院管理服務輸出、生醫產業與醫藥產業之串聯，及兩岸簽署服務貿易協定等複雜議題。但並非等同忽略這些議題之間「被關聯起來」或「存在關聯」的現象。

<sup>48</sup> 其中由於慧科大中華知識網資料庫中沒有完整收錄自由時報和台灣蘋果日報自創報以來的報導，為避免疏漏，本研究另外自有完整收錄的「自由電子報」與「台灣蘋果日報網站」採集研究樣本。

初步歸納彙整後發現其中有重複出現的行動者，並存在彼此透過投書報紙以針對某行動者論述進行一來一往的隔空辯論，而如同公聽會與聽證會中呈現各論述爭辯的動態關係；重複出現之行動者論述與論辯使本研究能有機會藉此探究其是否／如何在時序進程上發生變化，彼此之間又存在何種回應策略。

實則若遵循 Mainil 等人（2011）的研究取徑直接探看本研究採集之上述台灣在地報紙對相關主題的論述傾向，即可歸納出，在本研究的研究期間內，台灣在地情況與 Mainil 等人的發現一致：同樣作為醫療服務提供國，台灣一如 2002 年之後的新加坡、馬來西亞、印度和泰國，相較於涉及供給國之本地民眾就醫權益等倫理論述，那些以正面刻畫醫療旅遊做為具發展潛力的市場論述仍佔大宗。因此而顯現的台灣媒體論述面貌，不如 Mainil 等人在更廣泛的時間下採取涵蓋著醫療旅遊病人輸出國與醫療服務提供國的報紙類別作為研究對象下所看到的論述形貌和流變來的多元。然而若聚焦於行動者立場，則我們更能細緻刻劃行動者據以正當化自身／排斥異己之正當性的論述技巧，以豐富化那些雖然皆可歸類為市場論述／倫理論述立場，但在策略上可能具有多元樣貌的論述內涵。

### （三）公聽會與聽證會

有鑒於此議題爭議不斷，甚至涉及醫療制度與法規等重大變革，政府機關即藉由舉行公聽會與聽證會邀集公私立醫療機構、政府單位、學者專家、各種公協會、法人團體及民眾代表等利害關係人，廣泛從不同觀點表達意見，或是針對會議設定之特定議題進行討論。相較於前述由個別行動者完成的論述，此類會議對於「橫向地」揭示各行動者交會時呈現的抗辯或合作關係無疑具有價值，因此本研究亦將此類會議之會議紀錄納為研究樣本。本研究於樣本蒐集期間內（2014 年 4 月 2 日止）可取得完整會議紀錄（暨影像資料）之公聽會與聽證會有三：其一為由負責審查衛生署掌理事項之議案與預算案的立法院社會福利及衛生環境委員會於 2010 年 3 月 25 日舉行的「醫療服務國際化發展策略」公聽會<sup>49</sup>；其二係基於「國際醫療」被列為經建會所提之「自由經濟示範區（自經區）」當中 4 項優先示範產業之一的脈絡下，在 2013 年 7 月 10 日由經建會與衛生署共同舉辦

---

<sup>49</sup> 會議紀錄資料來源：立法院公報第 99 卷第 21 期委員會紀錄。取用日期：2014 年 3 月 21 日。

的「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會。<sup>50</sup> 其三為經濟委員會於 2014 年 4 月 2 日主審的「立法院第 8 屆第 5 會期經濟、財政、內政三委員會『自由經濟示範區特別條例草案』第 2 次公聽會」，關於自經區裡已更名為「國際健康產業園區」之中，「開放設立國際醫療機構，對於我國醫療體制及健保體系之衝擊評估」。<sup>51</sup>

選取此三會議除了因其具有完整可得之會議紀錄以外，另一原因在於，綜觀醫療服務國際化之相關討論，此三會議彰顯了本研究所探看之時間範疇中，關於發展醫療服務國際化的主要議題轉折：首先為相較早期對於醫療服務國際化整體而言如何發展的討論；其次為國際醫療被納入自由經濟示範區後特別牽涉到的「專區化」、「公司化」、「開放外資投資與外籍醫事人員執業」等更大變革的討論；再則，自經區中的國際健康產業園區指涉「於區內設立國際醫療專辦機構及生技研發機構，帶動醫療（含重症治療）、生技、藥品、復健、養生等健康產業發展」<sup>52</sup>，換言之，「國際醫療」至當前已被視為或涵納進此一連動更多相關產業之國際健康產業園區整體規劃的一部分。以下分別介紹三會議之召開目的。

#### 1. 2010 年 3 月 25 日舉辦之「醫療服務國際化發展策略」公聽會目的

依據該份會議紀錄內容中主持人楊麗環立委的講述，其主要目的在於廣泛蒐集「已經在執行醫療服務國際化的醫療單位、研究的專家學者，以及負責推動的政府部門」等三方與會者對推動醫療服務國際化之於台灣的影響等看法，以為未來的政策提供比較具體、有效的建議：

推動醫療服務國際化對於國內的醫療品質是不是會有所衝擊、影響？甚至會不會有好的提升作用？推動國際化的服務對於國內的就業市場究竟是有幫助，還是會有損害？推動這項產業對於我們的 GDP 產值、稅收方面會有所增加，或者會產生相反的結果？我們希望專家學者或醫療

---

<sup>50</sup> 會議紀錄資料來源：國家發展委員會網站 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0020380>。取用日期：2014 年 3 月 21 日。

<sup>51</sup> 會議紀錄資料來源：立法院經濟委員會「自由經濟示範區特別條例草案」第 2 次公聽會報告。取用日期：2014 年 6 月 9 日。

<sup>52</sup> 轉引自國發會自由經濟示範區官方網站：<http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020290>。取用日期：2014 年 4 月 1 日。

體系能夠告訴我們，目前世界各國發展、推動國際醫療專區的狀況如何？如果要推動國際醫療服務，政府各部門應如何整合相關的資源？推動醫療專區到底要採公司化、個別打擊，或者統一口徑一致？利弊得失如何？我們今天邀請了已經在執行醫療服務國際化的醫療單位、研究的專家學者，以及負責推動的政府部門。希望藉由各位的意見，能夠為未來的政策提供比較具體、有效的建議。(立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄)

## 2. 2013 年 7 月 10 日舉辦之「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會目的

依據其公告，此聽證會有五項聽證議題，分別為：(1) 開放專營國際醫療之效益及潛在衝擊；(2) 國際醫療機構如有綜效，未來開放以公司型態經營之效益及影響；(3) 未來開放外資投資國際醫療機構及外籍醫事人員執業之合理規範；(4) 國際醫療機構除限制不使用健保資源、國籍醫生看診時間外，其他可保障國人醫療權益之措施；(5) 國際醫療機構之盈餘除挹注健保、辦理醫療慈善活動外，其他可回饋國人之方式。雖然有以上特定之聽證議題，但依據其紀錄內容中兩位主持人經建會陳建良副主委和衛生署林奏延副署長的講述，該會議係「應立法委員的要求舉辦」，因而主要以「聽證會的精神」讓與會者陳述不同意見以做政策參考：

我們今天的會議主要是應立法委員的要求舉辦，今天是聽證會，雖然聽證會照行政程序法是有一定的程序，不過，我們今天沒有當事人，所以我們是用聽證會的精神，讓大家來發言、陳述不同的意見，要批評也可以，要嚴厲的批評也可以，我們都可以當作政策參考的意見。(「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會會議紀錄)

## 3. 2014 年 4 月 2 日舉辦之「自由經濟示範區特別條例草案」第 2 次公聽會目的

此會議之召集立委為黃昭順，事由為「開放設立國際醫療機構，對於我國醫療體制及健保體系之衝擊評估」。<sup>53</sup>依據該份會議紀錄，會議討論提綱有以下幾個面向：（1）自由經濟示範區國際健康產業的規劃為何？有鬆綁那些法令？配套為何？（2）於自由經濟示範區內設置國際健康產業園區，可為我國醫療與健康產業之發展帶來哪些效益及創造多少產值？（3）於國際健康產業園區設置一專辦國際醫療機構，對我國醫療體系之效益與潛在衝擊？（4）於國際健康產業園區設置一專辦國際醫療機構，放寬少數外籍優秀醫事人員至區內執業，目的為何？有何影響？（5）區內專辦國際醫療機構除限制不使用健保資源及本國籍醫師看診時間外，是否還有其他可保障國人就醫權益之措施？（6）我國推動國際醫療，是否會造成醫療人力快速流失？（7）我國推動國際醫療，是否會造成公共醫療與健保體系瓦解？（8）我國推動國際醫療，是否會影響國內民眾就醫權益？（9）於國際健康產業園區設置一專辦國際醫療機構，提供自費醫療服務，是否會造成醫療階級化？

#### （四）論壇演講

在論壇演講方面，本研究採研究者以「參與觀察」的方式親自至該論壇中聆聽相關行動者發表演講的兩個場次。其一為 2014 年 1 月 15-17 日，由衛福部、國家生技醫療產業策進會，以及生技醫療科技政策研究中心共同舉辦的「2014 醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇」。該論壇旨在探討台灣醫療服務如何「具體商業化，並結合周邊供應體系的運作，透過 Total Service Solution 整案輸出的策略」，<sup>54</sup>以創造機會「連動醫療資訊垂直整合系統、醫材設備／檢測儀器、藥品採購通路及醫院後勤委外服務等輸出國際」<sup>55</sup>；綜言之，其目的是「集結跨領域專家，共思一可對國際輸出且帶動全產業鏈、並能將核心價值根留台灣之產業

<sup>53</sup> 資料轉引自立法院議案整合暨綜合查詢系統：

<http://misq.ly.gov.tw/MISQ/IQuery/misq5200QueryMeetingDetail.action>。取用日期：2014 年 6 月 9 日。

<sup>54</sup> 轉引自國家生技醫療產業策進會網站，「2014 醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇」簡介。<http://www.ibmi.org.tw/client/ActivityDetail.php?REFDOCID=0mye74t4b7dpikbn>。取用日期：2014 年 9 月 26 日。

<sup>55</sup> 同上引。

發展策略」。<sup>56</sup>其中與會者多為醫院組織成員、民間醫管團體、任職於政府單位者、學者、各相關業界人士等。

由於在 2013 年 6 月 27 日，政府將國際醫療服務計畫自原先所屬的「醫療照護產業」架構轉納至「台灣生技產業起飛行動方案」當中；並且如前述，包含在國際健康產業園區當中除了國際醫療服務以外，尚牽涉生技、藥品等更廣的產業範圍。因此如該論壇名稱所述，其中除了原先涉及的「吸引外國人士至台接受醫療服務」的國際醫療服務層面外，尚包含如醫院管理服務輸出、生醫產業與醫藥產業之串聯等。而本研究基於研究旨趣，將不將「吸引外國人士至台接受醫療服務」層面以外的部分納入探究，雖然並不忽略國際醫療服務所含涉或關聯的範圍有擴大的現象。

本研究因此挑選之行動者論述出自以下幾位於論壇中談及本研究著眼的國際醫療服務者：參與醫療服務國際化之醫院的高雄長庚紀念醫院院長陳肇隆、林口長庚紀念醫院教授魏福全；協助向外行銷台灣醫療服務的外貿協會首席副秘書長葉明水；協助分析國內外醫療產業的中經院第三所研究員兼副院長王健全；政府人士如衛福部政務次長林奏延、衛福部綜合規劃司司長石崇良；具學界身分人士如國立陽明大學衛生福利研究所教授黃文鴻、臺北醫學大學健康政策講座教授張珩等 8 位行動者。

其二為 2014 年 6 月 12 日由國立政治大學台灣研究中心舉辦的「台灣公共政策論壇——自經區下的國際醫療」，針對自經區中成立國際醫療專區議題，邀集產官學界、或言不同程度上持正反意見的 6 位行動者發表演講，目的在於讓產官學各界對此政策的利與弊充分表達。由於 6 位演講者皆為相關利害關係人或團體，因此全數納為本研究探看對象：亞洲大學楊志良講座教授、陽明大學公共衛生研究所黃嵩立教授、衛福部醫事司李偉強司長、台灣醫療改革基金會董事長劉梅君教授、新光健康管理公司洪子仁總經理、公醫時代發言人黃致翰醫師。

## 二、深度訪談對象與訪談內容概況

在深度訪談方面，雖然相關行動者不易接近，本研究仍透過立意抽樣和滾雪

---

<sup>56</sup> 同上引。

球取樣方式與相關行動者取得聯繫。<sup>57</sup>本研究訪談 7 位相關參與者，包含三家層級為區域醫院以上之醫院組織成員各一名(以字母 H 編碼，表示 Hospital，醫院)、兩位中央政府單位負責相關事務之成員（以字母 G 編碼，表示 Government，政府）、一位具附設醫院之大學教授（以字母 S 編碼，表示 School，學校），以及一位民間醫療改革相關團體成員（以字母 P 編碼，表示 People，民眾）；平均訪談時間為半小時至一小時不等。其中，面訪地點皆為受訪者辦公處。電訪時間則為受訪者下班之後。受訪者名單依訪談時間排序如表 1：

表 1 受訪者名單

訪談時間	受訪者受訪時背景	編號
2013/1/3（面訪）	醫院組織醫務管理室人員	H1
2013/5/2（面訪）	中央政府單位相關專案管理工作小組高階主管	G1
2013/5/2（面訪）	中央政府單位相關專案管理工作小組中階主管	G2
2013/8/30（電訪）	醫院組織國際醫療相關事務顧問	H2
2014/2/13（面訪）	大學公共衛生學系教授	S1
2014/5/8（電訪）	醫院組織醫療單位高階主管	H3
2014/6/17（面訪）	民間醫療改革組織重要成員	P1

<sup>57</sup> 除了 P1 受訪者外，餘者由研究者家庭成員轉介相關可訪談者，再由此受訪者轉介其他可訪談者，直到無法轉介為止。其中，所有訪談時間橫跨一年之久。

訪談以上人員之原因各異，並採開放式提問方式：針對 H1，主要在了解所任職的醫院發展國際醫療服務之當時狀況，例如該院發展原因與意願、發展措施、當時已服務之對象來源與服務項目、推動時遇到的困難，以及對台灣整體相關發展的看法。針對 G1 與 G2，主要在了解該小組作為統籌單位在此政府計畫中所扮演的角色以及遇到的困難。同時，由於擔任該組織高階主管的 G1 本身即是促成此項政府計畫成型的主要人物，因此亦針對此部分了解當初發展該項計畫之成因與構想。H2 在受訪時為所任職之醫院的國際醫療相關事務顧問（現為中國大陸某新設台資醫院院長），主要職責為協助中國大陸醫院通過 JCI（Joint Commission International）國際醫院認證，亦即主要在該醫院中從事醫院管理服務輸出之事項，然因 H2 曾於台灣公立、財團法人等不同屬性醫院擔任院長和副院長，亦具在中國大陸台資醫院擔任院長之經歷，熟稔兩岸醫療環境且具有豐富經驗，因此本研究亦透過電話訪問了解 H2 對其任職醫院發展醫療旅遊及對台灣整體發展醫療服務國際化之看法與觀察。在 S1 方面，由於該學校附設醫院及其相關醫院皆參與在國際醫療服務當中；在該醫療體系於 2010 年中舉辦的相關人才培訓課程中，S1 亦是講者之一。S1 過去長期投入國際衛生領域當中，對於國外醫療環境亦有相當的了解，因此本研究亦據此請教 S1 在對比於國外醫療環境下，對台灣發展醫療服務國際化之看法。H3 為任職醫院的醫療單位高階主管，了解該醫院現況；據此，本研究請教 H3 對於該醫院在既有現況下發展國際醫療服務的看法。P1 為民間某醫療改革相關團體的重要成員，該團體在此議題上有長期的關注，並亦曾做為利害關係人受邀至公聽會、聽證會發表意見。因此請教 P1 的相關看法，同時亦據以回顧和比較該團體自往至今之論述一致性。

## 第二節 研究設計與分析策略

針對次級資料進行蒐集與分析，以及經由深度訪談所得到的資料略具不同的研究意圖與探問層次：前者主要以論述分析探究行動者論述內涵和策略，後者則是經由研究者依受訪者背景而觸發特定問題所引起的討論。然而兩者涉及之內涵本身並非完全不相關；因此在研究設計上主要將兩者分別論之，但仍會視情況將出自兩方的資訊作相互補充與參照。

就次級資料的分析策略方面，有鑑於那些具有反映與形構等雙重作用、於不同時空出現的論述，總是有與之對應的既定社會實踐，據此，後續在分析各個行動者論述時，亦將同時了解此作為產業發展的醫療旅遊在不同時序中的發展形貌與過程。由於醫療服務國際化是作為政策由政府帶頭發展，因此，後續將首先以本研究選取之 4 篇於 2007 年推展醫療服務國際化旗艦計畫脈絡下所出現的《台灣經濟論衡》文章作為探究的起始點，了解相關推動者如何論述其推動正當性，與此同時回溯與該論述對應之既定社會實踐內涵。後續的發展形貌與過程，亦將在本研究接下來依時序探究那些於報紙媒體所蒐集的文本、三份會議紀錄、論壇演講等次級資料時做一併的處理與呈現，以達本研究在探查該等相關行動者之論述及其流變／不變時，同時了解台灣醫療旅遊在不同時序中的發展形貌與過程此目的。在深度訪談方面，後續分析策略著重探看這些背景各異之受訪者對於台灣發展醫療服務國際化的看法；同時，本研究亦將嘗試透過受訪者的陳述，分析受訪者表達其看法時所具有之某些被其視為理所當然的預設。

以下為本研究針對蒐集的次級資料中每篇文章、演講／講話之論述結構的分析策略：

- (1) 論述者是誰，其身分為何？
- (2) 論述者為何要寫這篇文章／發表這個演講（講話）？
  - ①他的主要訴求是甚麼（標題）？
  - ②他如何開頭，亦即，他將自身論述放置／關聯到甚麼樣的情境中？
- (3) 論述者如何呈現他的訴求？
  - ①他認為該訴求所對應的問題是甚麼，亦即，他認為有哪些問題必須被解決？
  - ②為什麼他認為這個問題是重要的（或是，若他是為了要回應另一人的論述，則他何以認為做這樣的回應是重要的），這個問題關乎到甚麼層面的旨趣？例如從國家整體層次考量（向外的國與國態勢〔如競爭、合作、外交、援助、國家形象等〕、向內的國民之間旨趣的連結〔如與全民健保制度的雙贏或排擠等關係、人才與就業問題〕；從個別業者（如醫院、旅行業者等）和／或個別病人（醫療使用者或醫療消費者）利弊考量；從醫療行為本身考量（如其非營利的本質或／和

仍有可營利的成分)；其他面向。

③若同時講述多重層面，則各層面在其論述中的次序與輕重緩急為何？例如，哪些層面置於開頭、哪些層面置於結尾；哪些層面的主張透過如「必然」、「必須」、「必要」、「更」、「應該要」、「簡直」、「極少」、「一直」、「從未」等、「驚嘆號」或「反詰語氣」的添入而被加強、哪些層面的主張透過如「似乎」、「應該不會」、「應該能」等委婉語氣的添入而表現得較有可議空間？

#### (4) 論述如何做結

①如果有提出解決問題的方案，則論述者的解決方案內容為何？若無提出解決問題的方案，則論述者如何再次重申所提問題的重要性？

②是否有呼籲的對象，若有，則他向誰呼籲（被呼籲的對象屬性為何，是否有精確的對象或是模糊指涉）？他是否引用了其他資料來源來做為借鏡（增加他提出該解決方案的正當性），若是，則其資料來源及其屬性為何（引用某國／某組織提供的數據、引用某人的話、未具體指出引用出處等）？

經過上述架構分析了每篇文章、演講／講話的論述結構後，接下來探查那些重複出現之行動者的論述結構，是否隨著時間進程和論述平台屬性之不同而變化或不變。

除了探查同一人的論述結構變化外，本研究亦將比較，當不同行動者之間實際發生相互辯駁的情境時，他們相互論辯的內涵為何，在論述結構上存在何種異同。此外，此種論辯的論述結構中亦包含了標的辯論對象的成分，因此亦將探查他們如何重新詮釋對方的訴求、指出對方訴求如何與自己主張存在異同，甚至指出對方主張具有何種偏誤或錯誤，與此同時重申／堅持己見、對己主張進行重新詮釋，或是增加自己主張的寬鬆性。

探究了上述論述層面後，為回應本研究於文獻回顧已大抵了解台灣既有研究傾向以及部分研究者身分之於國際醫療服務發展的關連，本研究希望進一步在可行範圍內探究當中各個研究者之間的引用概況，以此反映台灣學術領域生產醫療服務國際化之相關知識論述的結構面貌，同時藉此抽取分析次級資料的面向。如同蘇國賢（2004：140）所言：「由於實際的文獻引用模式同時展現了文獻在知

識生產過程中所扮演的不同角色，因此分析參考文獻不但可以看出學門領域中各個研究在知識上的相關性，也可以同時看出該領域中知識生產體系的互動及權力與聲譽結構」。亦言之，通過勾勒與本研究主題相關之既有學術論文的引用概況，有助於本研究扣連 Bourdieu 的理論視野，彰顯與此主題相關的知識生產結構以及其中的權力與聲譽結構，藉此一定程度衡量場域中行動者所擁有的象徵資本與文化資本。

本研究於此所分析的樣本蒐集即是限縮於由「國際醫療服務」、「國際醫療」、「醫療服務國際化」、「醫療旅遊」、「觀光醫療」、「醫療觀光」、「保健旅遊」等七個關鍵詞，於台灣博碩士論文知識加值系統與台灣期刊論文索引系統<sup>58</sup>搜尋 2014 年 4 月 2 日（樣本蒐集期間）以前，與本研究同樣從「外國民眾至台進行醫療旅遊」主題出發研究之相關論文；如文獻回顧所述，學位論文方面查得 125 篇、學術性期刊論文則查得 53 筆<sup>59</sup>。後續分析將以此 178 筆作為研究樣本以勾勒此主題之引文網絡。其中需特別一提的是，僅在探討「台灣民眾於台灣境內進行醫療觀光」之文獻將不被納為本研究搜尋範圍；然而，該研究目的若是說「以發展國際旅遊為研究前提，然而在台灣相關業者開展之初，為維持一定的服務規模，因此該論文首先著重台灣本地民眾於台進行醫療觀光的探討」，則此即屬本研究搜尋範圍。

本研究旨趣不在推論至整體台灣學術界討論此議題之情況，而是針對所蒐集到之樣本進行勾勒與描述。換言之，在行動者廣泛的情況下，本研究的作法係透過關鍵詞蒐集以上兩系統中有在探討相關主題之文獻，據以建立論述者名單，再從此名單中了解彼此之間的引文關係。針對上述研究樣本所盡可能探看的面向有以下幾點（參考自蘇國賢 2004：143）：（1）作者撰寫此主題之文章篇數；（2）

---

<sup>58</sup> 本研究之所以採用此系統，係由於此系統所收之期刊論文「以研究論文為主，其他如文藝作品、通訊消息、會計報告、人事動態、定期統計資料、產品介紹、隨筆漫談等均不錄列」。另外，本研究所採取的文獻為學術性文獻，而排除一般性文獻。該系統中所定義的學術性屬性之文獻包含以下：（1）凡有確切的出處及完整的格式，包括篇名、作者、摘要、關鍵詞、參考文獻以及提供註腳和章節附註者屬之。（2）研究報告、綜合評述等，雖不具完整論文格式的專業性論著，仍歸類為學術性文獻。而一般性文獻包含以下：文獻之內容為文件、報導、講話、心得、知識等，僅作為學術研究的參考資料而非論著本身者，則歸屬於一般性文獻。

<sup>59</sup> 在此 53 篇文章當中，由於經蒐查後發現有 10 篇無法取得該文參考書目而致無法了解其引文狀況，因此針對此 10 篇即僅能了解其被引用之狀況與作者屬性。

論文指導者指導該主題之學位論文次數；(3) 該文引用它文次數；(4) 該文被引次數；(5) 自引 (self-citation) 次數；(6) 學位論文所屬學校系所；(7) 期刊論文作者現職單位。可以預見的是，越早完成之文章被引用可能性越高；越是長期投入此領域者，其撰寫篇數、自引次數，或指導論文寫作次數之可能性亦越大。<sup>60</sup>就本研究旨趣而言，探究上述面向得了解各篇論述之間的引用關係，從而發現相關知識再生產體系以及隱含於其中的權力與聲譽結構，藉此一定程度衡量場域中行動者所擁有的象徵資本與文化資本，以彰顯行動者論述正當性之依據。

分析結果發現，被引用次數最多的兩篇論文，即為由時任中經院董事長的柯承恩指導張紫薇 (2006) 就讀台大管理學院碩士在職專班高階公共管理組碩士班時所撰寫的《台灣觀光醫療產業策略評估—以價值創新為基礎—》(被本研究探看之行動者中的 49 位直接引用)，以及長期任職於政府部門的黃月芬<sup>61</sup> (2006) 於中國文化大學觀光事業研究所撰寫之碩士學位論文《台灣發展醫療觀光之可行性研究》(被本研究探看之行動者中的 56 位直接引用)。如文獻回顧所述，張紫薇 (2006) 與黃月芬 (2006) 皆將醫療觀光／觀光醫療視為具有市場發展潛力之事業，與政府 2006 年提出之產業發展套案同年，完成對政策決策者、醫療院所經營者、觀光業及一般消費者等進行初步了解以訂定發展策略。這兩篇論文亦曾為政府部門所引用。在經建會於 2006 年推出產業發展套案時所發布的新聞稿〈掌握全球觀光醫療服務產業新商機〉當中，即引用張文關於「台灣與亞洲主要國家發展觀光醫療之相對優勢」，以作為支持該新聞稿中談及「台灣發展觀光醫療服務前景樂觀可期」的證據。規劃醫療服務國際化旗艦計畫之衛生署參事蔡素玲 (2007) 亦於經建會發行刊物《台灣經濟論衡》撰寫的文章〈讓顧客走進來 醫療走出去〉中引用兩者論文。其中，蔡素玲在比較台大醫院和外國醫院之國際醫療價格時，即明確引用黃月芬文中蒐集的數據，據以呼籲發展不同的醫療項目需搭配不同的業者異業結盟，以和各國競爭客源。

---

<sup>60</sup> 但亦存在其他如取得該文章的難易度 (是否於網路公開全文) 等可能影響引用概況的因素。

<sup>61</sup> 黃月芬現為醒吾科技大學旅運管理系兼任教師，曾具有「行政院文化建設委員會、交通部觀光局、台北市政府等機關 20 多年行政經驗」。資料來源：醒吾科技大學網站。

<http://c008.hwu.edu.tw/files/13-1058-1116.php?Lang=zh-tw>。取用日期：2014 年 5 月 4 日。

綜觀引用兩文之論文主題可發現本研究於文獻回顧所觀察的，多以此發展為必然的前提，進而了解各業者投入情況、潛在消費者的需求情況等面向，作為建立經營模式之參考並提出尚需更多資源投入等建議。唯一在研究立場上有鮮明對比的吳彥莉、鄭雅文（2013）則完全未引用上述研究預設立場之國內文獻，或如其文所言是著重在「整理國際文獻（吳彥莉、鄭雅文 2013：305）」。其中，唯一被引用的一篇中文論文出自北京學者高靜、劉春濟（2010）發表於《旅遊學刊》的文章〈國際醫療旅遊產業發展及其對我國的啟示〉。有趣的是，高靜、劉春濟之文章主旨乃是廣泛談論了國際醫療相關議題後，提出中國大陸必須促進該項產業之發展：

本文在分析相關文獻的基礎上，結合國際醫療旅遊產業發展，從國際醫療旅遊基本理論架構、國際醫療旅遊客源、國際醫療旅遊對利益相關者的貢獻及其參與度、國際醫療旅遊對社會資源的依賴與發展爭議 4 個方面梳理了國際醫療旅遊產業的發展狀況，認為醫療旅遊具有自身獨特的發展優勢，但我國目前的醫療旅遊產業發展非常初級，還沒有觸及該產業的核心。最後，文章結合國際發展經驗，提出了我國發展醫療旅遊的若干措施。（高靜、劉春濟 2010：88）

從該文如此鮮明的發展立場可以發現其與吳彥莉、鄭雅文之立場是十分不同的。在吳彥莉與鄭雅文的引用中，顯然只取高靜、劉春濟文章中講述發展醫療旅遊所帶來的負面衝擊部分，綜合另一篇由 Shetty（2010）發表於 *The Lancet*，針對印度醫療旅遊發展對於印度的衝擊，而提出台灣發展醫療旅遊此政策將可能帶來類似的負面衝擊，認為政府部門必須釋疑並規劃配套措施以因應此負面影響：

但一些研究指出，表面上弱勢民眾的醫療照顧獲得了額外的財源挹注，但是一般醫院受到壓縮，不僅數量有限，相較於以國際客源為主要服務對象的國際醫療機構，公立醫院或以本國民眾為服務對象的私人院所之醫療品質與設備較差，導致醫療照顧體系的階層化。部分政府（如印度）要求私人醫療院所必須提供貧窮病患醫療服務並給予費用減免，但有研究指出，大多數私人醫療機構並未落實此規範；在印度，仍有超過 40%

的病患需要借錢或出售資產，超過 25% 的農民家庭更因為家人就醫而陷入貧窮[17<sup>62</sup>,18<sup>63</sup>]。(吳彥莉、鄭雅文 2013：306)

在上述的概略探看可發現，若先不就文章發表時間對於引用／被引關係所造成的影響，而僅就引文情況來看本國學界對於醫療旅遊的相關討論，則此些基本立場不同的研究者之間不僅沒有交集，甚而可能形成「僅擷取與自身立場相符」的研究片段作為增加自身立場的論述正當性。雖然吳彥莉與鄭雅文的文中平行羅列了此項發展帶來的正負影響，但這些認為具正面影響之資料來源並非出自台灣學術論文之論述，而是直接取自政府計畫的表述，或是政府官員於報紙中的論述（參見吳彥莉、鄭雅文 2013：305）。然若從另一角度而言，即台灣既有視此發展為必然趨勢的論文論述，若皆作為同意／支持政府計畫之表述而形成承認發展之正面效應並作為支持發展的一方，那麼，亦可說此兩種基本預設立場相異的研究者之間是「間接地」在此場域中進行論述的競逐。若由吳彥莉、鄭雅文的文章論述來看其論述結構，則他們首先定義了將要討論的醫療旅遊所為何指；再者，中性地羅列台灣相關發展的政策措施；接著藉由政府計畫陳述和政府官員於報紙中論述正面效應後，轉而從國際經驗（藉由引用國外文獻）論述該項發展對於「病人輸入國」之醫療體系帶來的潛在負面影響。雖然該文藉由表格平衡羅列了正負面影響，然而，從其先簡短地以兩個段落的篇幅論述正面效應、後以一整個章節的篇幅討論國際負面經驗，加上前述提及之「僅擷取與自身立場相符」的研究片段等論述策略，即可推論（或至少略窺）該文立場與「持必然趨勢立場」之論文的預設差異。進一步細究可以發現，該文除了以「可能」、「可以預見的是」等語氣推論台灣發展之後「將可能」存在「醫療人力將流入利潤較高的商業醫療部門，惡化醫療人力的分佈不均」、「擴大醫療服務體系的階層化」、「加速醫療費用的上漲」等情況，該文更在「醫療服務商業化對於整體醫療倫理與醫病關係的負面影響」方面，以「必然」的語詞強調醫療旅遊此種將「醫療服務與追求利潤緊密結合」的行為，對於「醫療服務的公益性與非營利本質」所產生的「莫大衝擊」（參見吳彥莉、鄭雅文 2013：305-306）。

<sup>62</sup> 即為高靜、劉春濟（2010）之文〈國際醫療旅遊產業發展及其對我國的啟示〉。

<sup>63</sup> 即為 Shetty（2010）之文“Medical tourism booms in India, but at what cost?”。

從上述引用／被引關係的概略觀察，有助於本研究後續藉由探究次級資料所要觀察的論述戰場形貌：在意見場域中的行動者如何透過其細緻的論述策略，來對其他行動者進行召喚、連結、排斥等工作，進而呈現出本研究所主張之「仍然載浮載沉於論述中」的台灣醫療旅遊面貌。



## 第四章 研究分析

本章將以意見場域為理論背景，探看台灣發展醫療旅遊／國際醫療服務的過程中，相關行動者如何正當化自身持具之立場，在其正當化自身立場的同時又反映了何種為其視為當然之預設。本章依照有關國際醫療服務的政府主要推動計畫時程和論辯的主要議題兩者，將所探看的發展時間分為三時期，分別為：(1) 關於醫療服務國際化是否應該發展以及如何發展的討論；(2) 行政院核定以公司化、專區化作為主要發展方向所引發的論辯；(3) 國際醫療納入自由經濟示範區之後的實體專區發展模式所引發的論述競逐。

以下所揭示的將不同於台灣多數既有研究傾向在預設立場下歌頌／譴責相關發展、或是在存有此發展為必然／不必然之預設立場而去脈絡地平行羅列發展帶來的利與弊；而是著眼於行動者據以保證或改善他們在意見場域中所處位置的論述策略類型。在 Bourdieu 的重新定義下，策略所體現的將不僅指涉行動者有意識的行動，更同時強調行動者所坐落的場域本身對於行動者認知的形塑；從另一角度言之，著眼於策略類型得在了解行動者如何正當化自身立場的同時了解那些為之視為當然的預設。本章將在兼顧時間進程的原則上指出，不僅在各時期之間呈現著異中有同、同中有異的行動者論述策略，在各時期裡亦存在各方論述者之間或同或異的預設基礎。藉著刻劃整體發展過程中的各式策略及其變化，本章將據此探索各論述者之間如何召喚、排除彼此，以尋求各方未來溝通的基準。

### 第一節 發展或不發展？國際醫療服務的發展定位與意義競逐

本節所探究的時間為自 2007 年 7 月 11 日行政院通過「醫療服務國際化旗艦計畫」開始至行政院通過「醫療服務國際化行動計畫」的 2010 年 6 月 18 日；於此時期，論辯議題主要聚焦於國際醫療服務是否發展的正當性；在所整理及分析的 11 種論述競逐策略中，將可看見持具各種立場的各個行動者如何藉由各種分類的自然化來詮釋「國際醫療」的發展意義與定位；分類的提出本身亦同時彰顯出那些為行動者視為理所當然的基本預設。藉由此基本預設的探看，本節將揭示，那些看似傾向支持發展者之間如何存在差異，以及看似傾向反對發展者之間又如何存在差異，更進一步的，那些看似屬於正反兩方的行動者之間又如何存在共同持具的預設。

## 一、策略一：自然化醫療服務之國際與產業屬性——必然的世界潮流作為前提

有別於過往服務對象同樣為國際病患的國際醫療援助或是零星個案的國際人士醫療服務，在 2007 年由產官學界共同擘劃、旨在發展為一新興產業的「醫療服務國際化」，必須在以下三個相互關聯的面向作出正當化此發展的論述，分別為：醫療服務本身如何具有「產業化」和「國際化」的屬性與隨之而來的推動內涵說明、推動部會／單位的角色定位，以及推動的時間點。

可以發現，如同既有多數研究將「醫療旅遊產業」視為必然發生而具普遍性的「必然趨勢」與「世界趨勢」，是分別作為產官學界代表的吳明彥、蔡素玲、黃美純及柯承恩等人合理化台灣發展此項產業的共同特徵。其中，蔡素玲和柯承恩進一步透過將所要發展之「吸引外國人來台就醫」的醫療服務類型融入到既有類屬當中，據以正當化醫療服務的「產業化」和「國際化」屬性。

首先，行動者強調醫療服務在產業結構中係屬服務業分類項目，在服務業已是當前台灣經濟發展主流的時刻、且相比於美國，發現台灣醫療產業還有很大的發展空間等脈絡下，提出台灣醫療服務具有增加產值的潛能（蔡素玲 2007：17；柯承恩 2007：39）。延續此論述脈絡，時任衛生署參事的蔡素玲（2007：18）進一步逕以「產業生命週期理論」和「供給」、「需求」等語彙，一方面凸顯台灣醫療服務「理所當然地」可被視為產業，另一方面以此理論為根基，強化「台灣醫療服務產業尋找創新經營模式」在當前時刻的正面意義和必要性：

套用產業生命週期理論，台灣醫療服務產業處於成熟階段，具有成本效率之高品質服務，雖供應面尚有餘裕，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，更需要在差異化中於功能、品牌形象、通路、搭售方式等方面尋找新的獨特途徑，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。（蔡素玲 2007：18）

相較於蔡素玲持續從產業相關的經濟理論論證醫療服務國際化具有產業創

新之意義，柯承恩則是在強調此發展屬於服務業之後，進一步將此發展類比於收費雖高、但仍受學界推崇的哈佛大學教育事業，認為當中還蘊含著與經營一般產業迥異的社會意涵，而不只是作為一門生意在經營：

而讓國際病人來台灣看病，是創造一種生命關懷與價值，跟經營一般產業，有很不同的社會意涵，就像教育，以國際有名的哈佛為例來說，因具有無法取代的知識學習價值，雖然學費很高，還是備受學界推崇，就不會只被視為一門生意，國際醫療也是一樣，必須有其核心技術跟理念，才能讓國際病人感受到與眾不同的優質服務與口碑。(柯承恩 2007:41)

換言之，柯承恩不僅將國際醫療服務融入到既有的「產業」類屬當中，亦透過將之類比於早已向全球招生、具有「國際化」先例的教育事業，使得其在強調了醫療服務的產業化屬性後，仍保留了醫療服務產業不同於一般產業的正面社會價值。而就醫療服務的「國際化」屬性此面向而言，蔡素玲（2007：20）則是將「醫療服務國際化」定位為屬於「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」等早已具有國際交流屬性之「醫療國際化」的一環，勾勒台灣醫療服務早已具有朝國際化發展的屬性或潛力。如此一來，醫療服務國際化所蘊含的醫療服務「產業化」和「國際化」屬性即藉由行動者論述而「成為」既有類別之一環，使得發展舉措變得是「理所當然」或是屬於一種「自然」的發展方向。

雖然如此，醫療服務國際化當中蘊含著「從產業觀點構思醫療服務」的意義，對於台灣醫療服務領域的主管機關而言仍是個從未出現於腦海中的新構想：

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！（蔡素玲 2007：16）

此發展對主管機關所帶來的思維衝突(社會主義的醫療體制面貌 vs. 刺激醫療服務產值提升),亦展現在受訪者 G1 回憶當時開始發展醫療服務國際化之初,主管機關是如何對於醫療旅遊一詞感到陌生甚至驚恐;這也部分解釋了此計畫由產官學界共同規劃的原因:

[之所以發展醫療服務國際化的原因]一個是台灣GDP都已經完蛋啦,只能靠服務業,那服務業裡面就是醫療最有競爭力啊。再來是看到新加坡跟那個...那時候是蔡英文當副院長的時候,看到新加坡...印度成功啊,那下一個條子給衛生署,那衛生署嚇死了,衛生署說我從來沒聽過medical travel(醫療旅遊)這個名稱,後來找到我,因為我已經有研究兩年了。我才給 proposal 的。那時候才半[年],叫我六個月寫一個feasibility study(可行性研究)給政府。後來才成立這個專案一直推動這樣。(受訪者 G1 2013/5/2)

衛生署之所以對醫療旅遊感到陌生甚至驚恐,係由於其從來是以維護全體國民健康為主要任務<sup>64</sup>。因此當部會討論之後,認為「醫療由衛生署主管,所以就由衛生署來擔任主要執行單位(受訪者 G2 2013/5/2)」時,可以看到醫療旅遊所蘊含的醫療服務產業化思維以及服務對象擴及至非本國人士此兩面向,似乎與衛生署過往扮演的角色產生矛盾。如此一來,身為衛生署官員,蔡素玲又如何論述其所屬單位在這當中的角色定位?

## 二、策略二：在促進經濟為目的下進行角色定位——「與照顧國人健康之關係」作為定位依據

通過蔡素玲的論述可看到,為了顯示衛生署同時擔負本國國民健康責無旁貸的使命與醫療服務國際化的發展使命,在這篇主要介紹醫療服務國際化的文章中,蔡素玲係站在「台灣整體醫療產業增加產值」來著眼,並循此而將醫療服務國際化視為一種「醫療服務產業升級創新策略(蔡素玲 2007:18)」,以 W. Chan Kim

<sup>64</sup> 參見衛福部網站簡介使命與願景。

[http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=5&fod\\_list\\_no=0&doc\\_no=510](http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM1_P.aspx?f_list_no=5&fod_list_no=0&doc_no=510)。取用日期:2014年7月2日。

和 Renee Mauborgne 提出的「藍海策略」作為思維邏輯，一方面以「創新」此種具正面意涵的詞彙來看待國際醫療服務，另一方面藉由藍海策略當中所分梳的顧客類型來交代本國國民如何首先為衛生署所考量，以化解衛生署在當中面臨的角色衝突：

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。（蔡素玲 2007：19）

「維護本國國民健康權益」不僅是主管機關衛生署在化解其矛盾角色時所必須交代的面向；在柯承恩和吳明彥的論述策略中，即便兩者首先述及的發展目的皆與個別醫院／醫師或醫界經濟利益有關，但仍未忽略將「照顧國人健康」納進發展國際醫療服務的目的或意義之中：

站在學者的立場，我覺得發展醫療服務國際化，最重要是要了解我們的目的是什麼？醫療在國內，長期被當作社會福利，健保制度在照顧全民健康的前提下，相對比較起來，保險的廣度，以及保費在全世界都是非常便宜的，但對於醫院與醫師，收入不像以前那麼好，長遠來看，並不利於醫界的發展。

這幾年有愈來愈多民間的私立醫院像長庚、秀傳、義大等，都加入醫療服務的行列，但在保費增加有限的限制下，健保的財務沒有辦法支撐，使得每家醫院可以拿到的給付是緊縮的，若只將醫療服務範圍侷限在國內，並無法解決醫院所要面對的經營困境。

我們評估過國內醫療資源的供應，是有剩餘產能的，若能夠往產業發展，利用市場的機制，吸收國外的自費醫療市場，醫療體系可以得到合理的利潤及獲利，繼續經營下去，也才有能力存活來照顧一般的百姓，這就

像是電子業，明明有產能可以供應給全世界，就應該積極開發國際市場。  
(柯承恩 2007：40)

近年來，由於健保給付的持續緊縮，國內各大醫療院所，的確面臨到一些永續經營上的難題，對於醫院的管理者來說，也是項相當艱鉅的挑戰，而在醫界大家都有一個共識，為了持續照顧國人的健康，全民健保絕對不能倒，否則，國人保健、國內醫院的生存，也會出現很大的危機。

隨著世界的醫療旅行服務的轉變，我們也逐漸觀察到許多亞洲國家，包括泰國、新加坡、印度，逐漸在全球的旅遊醫療產業占有一席之地，這個新的發現，也讓國內困頓的醫院經營出現一線曙光，從競爭激烈的紅海中，看到另一片全新的市場，而發展醫療服務國際化，也成為爭取醫院生存空間，相當重要的藍海策略。(吳明彥 2007：44)

柯承恩與吳明彥的論述策略在此是相較一致的：兩人首先皆提及現行的全民健保制度對於國內醫界整體所帶來的經營困境，以彰顯該項發展並非醫界單純追求利潤為目的的舉措，而更是一種藉由得到「合理」利潤來解決既存經營困境、同時造福全民健康權益的發展；發展國際醫療服務不僅具有緩解問題的「即時性」、甚至成為照顧全民健康的必要條件。其中，柯承恩並進一步類比於電子業，認為有產能可供全世界，就「應該」積極發展國際市場。

至此可以發現，前述蔡素玲「將本國國民健康先做交代後始論及發展國際醫療服務」的論述策略，實則將國際醫療服務的發展和本國國民健康兩者做了切割，亦即將所論述的對象二分為兩類，而不是如何承恩和吳明彥以「醫療體系的存活是照顧台灣民眾的必要條件」來將國際醫療服務的發展和本國國民健康做一體性的同向關聯論述。另外，同時參照經建會黃美純（2007）的文章亦可發現，雖與蔡素玲同為政府官員，隸屬經建會的黃美純則完全未就「維護全民健康或利益」進行論述，而是純粹探討此種新的「休閒旅遊及保健醫療綜合性產業」發展策略規劃。

### 三、策略三：與失敗案例切割——供給者、標的客源與主打項目的轉換

不過，雖然這些支持發展的行動者透過上述論述策略來護航 2007 年推出的醫療服務國際化旗艦計畫所蘊含的正向意義及必要性，實則早在 2005 年甚至 2003 年，即有類似此種吸引外國人來台進行醫療服務之政策(蔡素玲 2007:25)。由衛生署於 2005 年補助署立屏東醫院恆春分院所推動的墾丁保健旅遊計畫即是其一。該計畫一方面標示著當時受到 2003 年嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) 而使亞洲觀光人數銳減之打擊後，政府重新啟動自 2002 年開展的「觀光客倍增計畫」(簡筱蓉 2006: 1)；另一方面，受到亞洲各國如新加坡、泰國、韓國等行之有年的醫療觀光產業所帶來的光明面鼓舞，衛生署官員認為台灣亦有潛能發展相似產業：

衛生署官員曾多次指出，亞洲各國行銷醫療已成潮流。新加坡近年來積極在各國製作醫療置入性行銷，兩年前因分割伊朗的連頭姊妹花而名噪一時；泰國因美艷人妖盛名而成為變性手術勝地；韓國因韓劇橫掃各國，連帶「人工美女」風靡老少，成為最熱門的整形國家。

官員認為，台灣醫療水準理應不輸上述國家，在行政院指示下，許多醫院躍躍欲試，目前運作最成熟的是墾丁觀光區和當地醫院。<sup>65</sup>

在此脈絡下，由衛生署連同交通部與觀光業者推出、於墾丁試辦的「觀光為主、醫療為輔」保健旅遊計畫就此展開，由屏東署立醫院恆春分院、高雄醫學大學附設醫院和義守大學附設醫院、威盛生物科技等，共同推出近視雷射、美容醫療、健檢、心靈減壓、spa 等服務項目；在標的的服務對象上則是基於歷年至台觀光旅客以日本為大宗，因此以日本觀光客為主。然而從簡筱蓉 (2006) 對此項政策的評估研究顯示，此台灣首例以公部門主導、在墾丁福華飯店開幕之「恆醫威盛診所」，整體而言是經營失敗的。因此，如上述報導所示的借鏡他國行銷醫療有成的「世界趨勢／潮流」論述，已不足以將「醫療服務國際化計畫」自過往失敗的墾丁保健旅遊計畫切割出來、亦不足以建立醫療服務國際化的藍海形象。

<sup>65</sup> 張(王黎)，2005，〈墾丁觀光 打美容醫療牌〉。中國時報，A5，6月21日。

那麼，支持推動台灣醫療服務國際化的相關行動者究竟要如何處理這樣一個鮮明失敗的前例？

發表於《台灣經濟論衡》的文章當中，僅有蔡素玲簡短述及此過往失敗案例並立即點出台灣在市場上仍有立基，繼而以應然的口吻呼籲需要克服不足，以及具備整體規劃之思維，才能有具規模與秩序的產業發展：

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。（蔡素玲 2007：25）

在這短短一句話中，蔡素玲將墾丁保健旅遊計畫詮釋為「曇花一現」此種「美好但快速消逝」的面貌，並以「標的對象」與「主打的醫療服務項目」兩方面的劃分來切割兩個計畫的區別：其一，這一失敗前例，被視為沒有將目標市場瞄準「國際顧客」（然而，當初其實是以「日本觀光客」作為標的顧客）；而將要發展的醫療服務國際化則是以「國際顧客」為轉向的客源標的——既非日本人，亦非觀光客，而是「華人」與「非華人」的客群別——其中，主要的市場標的為華人，包含大陸地區人士與非大陸地區人士之海外華人（主要旅居北美）；次要標的為非華人，包含越南、蒙古、日本、與歐美客群（蔡素玲 2007：26-27）。

其二，墾丁的保健旅遊計畫，是以「觀光為主，保健醫療為輔」。之所以將計畫實施地點設在墾丁，即是因為墾丁是一個台灣著名的觀光景點。然而，其並非具國際知名度的觀光景點（簡筱蓉 2006：32）。此亦與醫療服務國際化的重點發展醫療服務項目有所區別：在醫療服務國際化的架構底下，其實上已從過去以觀光為主，保健醫療為輔的目標，轉變並擴大為「凡非台灣籍人士至台灣接受醫療服務者，即可被納為實現台灣醫療服務國際化的國際消費者」。同時，當中的觀光性質並非與醫療服務性質具有同等地位；反之，在此初始架構下，雖然觀光仍是一個參與在其中的產業面向，但主角已變為醫療服務而非觀光；並且進一步將可作為國際醫療服務項目發展的醫療服務自從前近視雷射、美容醫療、健檢、心靈減壓、spa 等項目，擴大並區分為包含住院行程的「特殊醫療」以及較能與觀光旅遊結合的「旅遊保健」。甚至在醫療服務國際化計畫開展之初，行政院有

鑑於保健醫療類別當中的健檢與美容「技術性少，服務項目多又人力集中，更要結合觀光旅遊行程，對此台灣〔相對於其他發展醫療旅遊之國家〕沒有特別的價格優勢（蔡素玲、邱文達、吳明彥 2008：57）」；因此經過行政院多次會議，挑選出「既能彰顯台灣醫療的高科技、在國際間有一定學術地位且傑出（蔡素玲、邱文達、吳明彥 2008：57）」的 5 項相對非急迫性、可選擇性的手術（elective surgery），即「活體肝臟移植」、「顱顏整型」、「心血管處置」、「關節置換」及「人工生殖」等特殊醫療項目。

此種亟欲與過往失敗案例作切割的心態，亦展現在受訪者 G1 的陳述中；相較略為不同的是，G1 將失敗原因首先歸咎於當時主責發展的醫療機構不夠好；另外，G1 也提到，由於醫療服務國際化所主打的醫療項目已轉為住院治療型，因此牽涉更為複雜的產業價值鏈設計；由此可見，醫療服務國際化雖然相對於墾丁保健旅遊計畫是一個更周詳的計畫，但仍有相當大的困難必須克服：

那個〔墾丁保健旅遊計畫〕是失敗的。第一個是他找的醫院不對。醫院不夠好。因為國際醫療不是阿貓阿狗可以做的。就是當初我為什麼會說有一個價值鏈。所謂價值鏈就是，第一個，病人還沒進來之前，再來，甚至說包括行銷那個階段，因為國際病人進來，要問很多的問題。你不像說單單一個買東西就是在網站上一點就可以買。因為生命只有一條，他一定很在意。而且他付的費用，基本上，國際醫療的價錢就是……國際醫療算是一個比較賺錢的行業，就是利潤比較好，所以他當然有權利問很多問題。這也就是為什麼我們不能用健保價錢做國際醫療，因為事實上花很多時間在 communicating（溝通）這一塊。價值鏈還包括〔病人〕到醫院的時候，你要服務、要幫病人做開刀前的解釋，還有開刀怎麼介紹，還有病人 follow up（術後追蹤）這最大的問題。這是一個相當困難的工作。（受訪者 G1 2013/5/2）

正是由於醫療服務國際化相較於過往的墾丁保健旅遊計畫而言是一個更為複雜的產業規劃，不但牽涉到國家整體形象，亦涉及簽證等事宜，個別醫院很難完成（柯承恩 2007：42；受訪者 G2 2013/5/2），支持者無不認為必須具有整體

規劃的思維(蔡素玲 2007:26),並作為國家重點產業來予以發展(柯承恩 2007:42);另外亦須透過評鑑的監督機制建立產業秩序與維護醫療品質,以避免落入惡性削價競爭(柯承恩 2007:43;吳明彥 2007:47)。

#### 四、策略四：與全民健保問題掛鉤／脫鉤——促進經濟為唯一目的之預設

然而,這一自民進黨執政時期即開始拓展的醫療旅遊系列計畫,對於和信治癌中心醫院院長黃達夫而言,似乎是自2008年開始由國民黨執政始推出的政策。在以「醫療拚經濟 新政府別只想搶錢」為題的報紙投書中,黃達夫針對新政府醫療政策當中述及的觀光醫療發展提出質疑,認為台灣醫藥衛生體系處於「百廢待舉」之際,距改善全民健康的目標「還很遙遠」,進而呼籲新政府「千萬不要想錢想昏了頭,照顧好兩千三百萬人民的健康,才是當務之急。用醫療拚經濟不是好主意!」<sup>66</sup>可以發現,在這樣的論述策略中,「照顧好全民健康」與「鼓吹醫療觀光拚經濟」是一種非此即彼的對立互斥關係,並且存在優先順序性;甚且,雖然前者具有行動上相較於後者的優先性,但後者似乎沒有被看成是次要的順序,而是被認為「不要」進行的事項——有別蔡素玲在之前藉由並陳衛生署因應照顧本國國民的政策舉措和醫療服務國際化的產值意義所顯現出兩者「雖非交集但亦非互斥」的關係。另外,在黃達夫的認知中,醫療觀光的發展意義與目的是限縮於「拚經濟」的單一面向,而不若先前如柯承恩、吳明彥藉由一體性論述來闡明「醫院可藉此獲得合理利潤以使全民健康得到保障」的發展意義,或是柯承恩(2007:41)所認為該項發展對於國家形象提升的助益意涵。

果然,兩天後即有台灣觀光醫療發展協會祕書長李昆侖以〈拚經濟 最卑微的要求〉一文<sup>67</sup>回應黃達夫兩天前的言論,明指醫療旅遊系列計畫係「2006年謝長廷擔任行政院長時由當時副院長蔡英文大力推動」的前朝政府政策,並指出所發展的項目多為非健保給付,如「健檢、牙科、整形美容、雷射近視矯正、中醫」等「高單價消費且可結合旅遊觀光發展,與醫療品質降低及健保面臨破產並無任何關係」的項目,據以切斷全民健保問題與發展觀光醫療的關係;並認為該項發展具有「推動台灣經濟高階服務產業」之意義,而不若黃達夫所謂「新政府藉此

<sup>66</sup> 黃達夫,2008,〈醫療拚經濟 新政府別只想搶錢〉。聯合報,A19,4月22日。

<sup>67</sup> 李昆侖,2008,〈拚經濟 最卑微的要求〉。聯合報,A19,4月24日。

搶錢」的意義。可以看到，李昆侖所羅列的 5 項發展項目實則有別於前面提到的 5 種選擇性手術項目；甚至，李昆侖似乎還停留在保健旅遊策略的思維，而非醫療服務國際化計畫架構所主打的項目。

隨著 2009 年行政院持續將醫療照護作為六大新興產業之一，報載總統至高雄義大醫院視察其國際醫療業務時述及推展國際醫療業務之規劃，「三年內將在台灣的卅家醫院成立醫療國際中心」。<sup>68</sup>這樣的消息不禁讓黃達夫「一時間悲從中來」<sup>69</sup>。黃達夫首先提及美國總統奧巴馬健保改革的決心，相比之下，認為馬英九總統面對千瘡百孔的全民健保沒有定見；除了再次將「全民健康」與發展國際醫療服務所達致的 180 億「產值」對立起來，又加上了將此時「花錢招攬外人來台就醫」視為「把家醜外揚，貽笑國際」的敘事角度——相比於柯承恩正面地述及提升國家形象意涵，黃達夫則是將此負面地視為一種主動向外毀壞國家形象的行為。

同樣關於未來在台灣的卅家醫院成立醫療國際中心的消息，看在不同行動者眼裡即有不同的意涵。時任台大醫學院教授、國科會國際醫療產業研究計畫總主持人許世明便完全未與全民健保或全民健康做掛鉤，而是聚焦討論國際醫療產業如何為台灣成功創造巨大產值與就業機會的問題。<sup>70</sup>許世明參照杜拜醫療城等國際案例，認為「百花爭放」的發展方式無法成功發展國際醫療產業：「成功的國際醫療產業需具備國際品牌、為『寡佔型』民間企業、也只有極少數『聚落』能成功」；從「國營公立醫院或者以財團法人健保醫院」的體系來做規劃，亦非世界主流做法：「目前，只有北韓以國營企業來經營服務型產業」。就其敘事方式來看，許世明將財團法人醫院冠以「健保」二字，似乎透露著財團法人醫院同公立醫院才是討論健保制度時的掛鉤對象；與此同時也表露出，發展國際醫療產業無涉全民健保的問題，而是以「創新科技服務型產業」突破台灣經濟瓶頸；以聚落發展的形式亦無涉壟斷、圖利少數業者的問題，而是為了台灣整體經濟和民生利益（如產值與就業機會的創造）著想。

---

<sup>68</sup> 邱順斌、張立勳、朱芳瑤，2009，〈年產值 180 億 馬英九推廣國際醫療〉。中國時報，A6，4 月 6 日。

<sup>69</sup> 黃達夫，2009，〈馬醫療政策 本末倒置〉。台灣蘋果日報，A17，4 月 9 日。

<sup>70</sup> 許世明，2009，〈啟動生醫園區 帶領醫療產業〉。聯合報，A15，4 月 10 日。

針對許世明這樣的提議，黃達夫在次日即予以回應。<sup>71</sup>雖其仍撻伐「台灣決策當局或官僚」不論是教育或醫療皆循「到國外招攬大學生、病人來填補過剩的大學名額與醫院病床」此種向外招攬模式，但這次的焦點不再是將全民健保問題與國際醫療產業發展視為相互對立的零和關係，亦非就許世明以聚落型態發展國際醫療產業之觀點進行論辯，而是從外國人來台接受醫療服務的意願論之：「世界上果真有這麼多凱子自願上鉤為台灣創造商機嗎？」；並述及自己一直以來所關注的人才培育之「根本」問題未受許世明及政府重視：「如果當初做了，那麼許教授的計畫就能作為銜接，但是，我們並沒有培育人才」。換言之，黃達夫自2008年認知發展醫療觀光是為「拚經濟」、「新政府搶錢」等賺取經濟利益之單一意義、同時強調全民健保亟需改革，而將兩者視為二選一的敘事方式，至此時所表達的「人才培育是計畫發展之根本」，似乎顯示出黃達夫正逐漸從寬看待發展國際醫療服務所蘊含的意義。

##### 五、策略五：展演醫界經濟人文化的存在——兩種文化的預設

前述許世明以少數獨立區域發展國際醫療服務的規畫主張，與時任中經院董事長朱敬一的理念不謀而合。不過從朱敬一的話語中，此作法不僅是為了醫療服務產業的發展，更是為了與不易改變的「國內醫療文化」做切割：

國際醫療與國內醫療是兩個截然不同的體系與市場，甚至兩者之間連「文化」都不太一樣。一般而言，我們不會希望因為可能的國外少數病患，而去改變國內的醫療法規與文化。讀者可以想像，如果台大榮總等各知名醫院內都是國內外醫師護士雜處、東牆打廣告、西廂禁張貼，那不天下大亂才怪。<sup>72</sup>

換言之，此處朱敬一不若許世明僅著重關注產業面的規畫；相反地，正是在「設特區以區隔兩種文化」的建議中，透露出朱敬一不僅承認兩種文化的存在，也承認這兩種文化之間彼此存在衝突，因而認為最好且具體可行的辦法是以實際的空間區域來做實際的區隔。

<sup>71</sup> 黃達夫，2009，〈推動生醫 拿外國病患當凱子？〉。聯合報，A17，4月11日。

<sup>72</sup> 朱敬一，2009，〈推動國際醫療 最好能「一國兩制」〉。聯合報，A4，4月20日。

不過自 2007 年的計畫開展了將近兩年時間，在朱敬一看來，「國際醫療的業績並不很好」。<sup>73</sup>何以「台灣醫療水準頗高、費用相對於歐美也很便宜」等普遍為支持者所提及的優勢下，仍然成績不盡理想？

身為經濟學者，朱敬一認為醫療服務產業要成功，必須有一個如其他成功產業所具有的條件，亦即業者追求利潤的動機——如此看來，國際醫療業績不理想的關鍵原因，在於現有醫院開展國際醫療業務的誘因沒有被激發出來：

我認為，所有的產業要能發展成功，一定要讓業者（而非政府）帶頭往前衝。只要把醫療業者追求利潤的動機給帶起來，則他們在市場自然就會拚命行銷、努力接洽保險公司、大力拓展業務。<sup>74</sup>

上述所呈現的經濟學思維邏輯一覽無遺——「每個行動個體都是追求利潤極大化的經濟個體」是主流經濟學分析市場經濟運作模型的先驗條件之一（cf. 張清溪、許嘉棟、劉鶯釧及吳聰敏 2004：169）。有趣的是，即便朱敬一早已藉由醫療服務所針對的服務對象國籍做出兩種「文化」皆理所當然存在的論述，連經濟學者本身也意識到，這個在經濟學領域中被視為理所當然的先驗條件，套用到醫療領域後，反而變成一個需要「被帶起來」的條件；換言之，國際醫療服務市場的形成，需要由行動者「展演」（perform）為「經濟人」（homo economicus）這一使市場成立的必要條件；而要將醫療業者激發成為經濟人的動力來源，正是政府主管機關：

目前台灣的大型醫院志不在此；台大多志在教學研究；而財團支持的大醫院對開拓風險性業務又興趣缺缺。但另一方面，小醫院卻又缺少國際級的聲譽與行銷。主管機關當務之急，就是設法對醫界激勵其開拓國外市場的誘因、協助其分散風險、促成大小醫院之間的結盟組合。例如，由台大、榮總或國外知名醫院出面管理整合，中小醫院加盟參與、衛生署以配合款方式向國際打廣告。<sup>75</sup>

<sup>73</sup> 朱敬一，2009，〈台灣推國際醫療 要如何克服障礙？〉。聯合報，A4，5月4日。

<sup>74</sup> 同上引。

<sup>75</sup> 同上引。

可以發現，此時朱敬一並沒有清楚地延續他之前主張的「一國兩制」發展形式，反而還要激起整體醫界追求利潤的誘因、甚而要由國內知名的公立醫院來出面管理整合，似乎一反其之前不贊成將現有醫院將健保和國際醫療混在一起做的講法。

## 六、策略六：應然化發展策略與目的——提升品質 vs. 增加收益

隨著逐步而來的放寬舉措，如開放外國及中國大陸人士以醫療作為入境事由等簽證事項<sup>76</sup>、發布「醫院設立或擴充許可辦法」，說明各醫療機構規劃國際醫療病床的允許設置範圍<sup>77</sup>，及放寬醫療廣告之限制<sup>78</sup>，將醫界形塑為經濟人此構想的真正體現，在於 2010 年 2 月 5 日由行政院通過之「放寬專辦國際醫療的私立醫療機構得以公司型態設立」此醫療法修正草案舉措當中。<sup>79</sup>

在行政院於同年 3 月 4 日報請立法院審查列為優先推動法案的當日，馬上有

---

<sup>76</sup> 2009 年 6 月 8 日，內政部移民署發布「大陸人民進入台灣許可辦法」增列「就醫」為理由之一。同年修改大陸人士申請來台就醫項目，從原來的 5 項（活體肝臟移植手術、顱顏重建手術、心血管侵入性治療及外科手術、人工生殖技術、關節置換手術）放寬至中央衛生署管機關公告之 28 大項，親屬陪同也由 1 人放寬至 2 人，且不需提供財力證明與病歷紀錄。外交部亦於同年簡化醫療簽證申請程序，開放 M（醫療）簽證提供外籍人士（不包括大陸及港澳地區人民）申請來台短期接受醫療服務，惟須檢具當地醫院醫療診斷證明與轉診推薦、說明書及財力證明。

<sup>77</sup> 「醫院設立或擴充許可辦法」之第 11 條之規定：醫院得向中央主管機關申請特許設置國際醫療病床，其設置床數不得逾急性一般病床之十分之一，並應與其他病床區隔之。前項病床之醫事人力應另行設置，該病床不得為非屬國際醫療之用途。但中央主管機關認有重大事件時，得令其一部分或全部供作緊急醫療之用。前項國際醫療用途僅得收治不具本國籍之人，且不申報健保給付者。醫院為辦理國際醫療，不得挪用配置於非屬國際醫療病床之醫事人力，亦不得有任何減損我國人民就醫權益之情事。此法後於 2013 年 7 月 1 日修正當中部分文字。

<sup>78</sup> 2010 年 1 月 11 日，開始可登載醫療或播放的醫療廣告項目（須經主管機關同意）；項目內容可包含疾病名稱、診療項目、檢查及檢驗項目、醫療儀器及經完成人體試驗之醫療技術、醫療費用等（依據醫療廣告第 85 條第 1 項第 6 款）。另亦通過醫療機構可就國際醫療服務有關事項，以非本國語文登載或播放特定內容；內容包括（1）分項醫療服務或組合式醫療服務項目、費用及其優惠措施之說明；（2）結合相關業者共同提供之服務項目、費用及其優惠措施之說明；（3）其他有關服務特色之說明（依據醫療法第 85 條第 2 項）。

<sup>79</sup> 此醫療法修正草案內含如下：「放寬專辦國際醫療醫院得以公司設立，本署（按：衛生署）得限制專辦國際醫療之私立醫療機構於指定區域設立，並得專案核定其設置之病床數」，並經行政院 2010 年 2 月 5 日第 3184 次會議通過。

和信治癌中心醫院放射腫瘤科主任鄭鴻鈞撻伐衛生署將醫院公司化的文章，認為政府此舉分明是把良心事業當生意做，以病人作為營利的手段達到賺錢的主要目的；換言之，在鄭鴻鈞看來，醫院公司化即是將醫界形塑為追求利潤的經濟人，此舉有違其認知醫療作為良心事業的「本質」：

如果醫院可以成立公司，那麼病人就成為營利的目標，賺錢是主要目的。董事長、執行長、醫師、股東的利益最重要，病人的利益成為次要的考量。行政院通過修改《醫療法》，醫院可在醫療專區設立公司，專門醫治外國人及自費病人。修法的目的是看準台灣醫療觀光前景，開放醫療院所以公司名義設立醫療公司，可以投資，可以分紅，也可以作醫療廣告。政府明明是把良心事業當生意做，卻掩耳盜鈴地說成可以提升醫療品質。<sup>80</sup>

在「是否為病人身分」的單一區分標準下，鄭鴻鈞形塑出公司化後將形成的兩大團體——「病人」以及「非病人」的醫院組織相關人士——似乎刻劃著醫院組織的相關人士之間是沒有利益衝突的聯合體（利益優先），並與病人的利益相互衝突（利益次要）；另外，在其論述中，似乎存在著一種預設，亦即「理所當然」地認為醫院公司化後「必然產生」醫院會因病人的身分地位和貧富差距不同而給予不同的治療。就此而言，不同於朱敬一認為一國兩制、互不犯井水是可能的；鄭鴻鈞則認為這兩類「自相矛盾」的事不可能並行而不互相影響，必然會造成差別化待遇，並且將樹立一個以「是否自費」來評判醫療品質較好和較不好的判準：

醫療品質的核心價值在把病人的權益放在最重要的位置，不會因為病人的身分地位與貧富差異而有不同的對待。醫療品質的基本原則在提供公平（equity）的醫療。放棄這個基本原則，就沒有醫療品質可言。未來大學醫院或教學醫院，將拿什麼言教、身教去教導醫學生不能對病人有貧富的差別待遇呢？<sup>81</sup>

<sup>80</sup> 鄭鴻鈞，2010，〈衛生署到底怎麼了〉。台灣蘋果日報，A21，3月4日。

<sup>81</sup> 同上引。

不過確切言之，其所抨擊的並非國際醫療本身，而是其中的發展方式或將之視為一種商業行為的心態——不應透過公司化以及隨之產生的病人差別待遇予以發展，而是應致力提升「以公平性為基本原則」的國內醫療品質，讓國際病人「自然而然」來台接受醫療服務：

哈佛大學的教學醫院沒有把醫院公司化，德州安德森癌症中心、梅約醫學中心也沒把醫院商業化。但他們卻有很多國際病人，為什麼？人家是以卓越的醫療吸引人，這才是真正發展國際醫療的根本道理。台灣醫療應該追求的是品質的提升，而不是商業化。如果我們的醫療果真是先進且卓越，國際病人自然而然會到台灣尋求醫療服務，就像不少國際病人到美國一樣。我想不通公司化、商業化與吸引國際與自費病人之間的邏輯。難道，馬政府認為國際與自費病人期待醫療變成商業交易，希望自己被當做「商品」來看待嗎？這樣的道理可真奇特。<sup>82</sup>

可以看到，雖然其強調醫療以追求品質而非營利為目標，但此種「自然而然」的思維邏輯與主流經濟學當中將市場均衡視為由「一隻看不見的手」——亦即由價格調節機制所達致的想法不謀而合。換言之，相較於經濟學者架構出市場中的行動者以利潤極大化作為目的，此處對從事醫療行為者而言則是追求醫療品質極佳化，並以公平性為基本原則；如此一來，台灣醫療機構的需求量即會自然而然地上升，成為如哈佛大學教學醫院等國際知名的醫療機構。

綜觀來看，雖然鄭鴻鈞與政府都強調了醫療品質的提升，然而鄭鴻鈞對於政府的說詞視為「掩耳盜鈴」的做法——此處，其對於政府說法的不信任一覽無遺。進一步言之，鄭鴻鈞解讀兩方在關於「發展國際醫療」的「目的」不同：在鄭鴻鈞的論述中，是將提升醫療品質為醫療最終目的，而國際醫療是以提升醫療品質為終目的的前提下，自然而然被發展帶動起來的；但鄭鴻鈞口中「想錢想到精神錯亂」的政府則是將提升醫療品質作為發展國際醫療附帶的好處，而發展國際醫療的目的是為作生意賺錢。由此看來，提升品質和增加收益兩者之間的對立互斥

---

<sup>82</sup> 同上引。

關係，是鄭鴻鈞應然化發展策略與目的時所持具之更為基本的預設。

## 七、策略七：論增加收益為目的下的病人處境——從國籍到階級的對立關係

除了應然化發展目的並將提升品質和增加收益兩者視為對立關係，凸顯「國際富有的自費」病人和「健保」病人之間將可能因公司化而受到的待遇落差亦出現於鄭鴻鈞的敘事結構當中：

如今台灣的醫療還在一個門診看超過百位病人的階段，有些病人還要半夜起來排隊掛號。這種醫療品質會對國際病人具吸引力嗎？如果未來公司化的自費醫院為富人看診時，打算給予半小時或一小時的一流服務，而參與全民健保的台灣民眾看診卻在一、兩分鐘內就被打發掉，請問衛生署官員，在這樣的差別待遇下，台灣民眾淪為什麼「咖」？獲得的是第幾流的服務？<sup>83</sup>

仔細檢視可發現，附加在「病人」前面的形容詞是具變化性的：其中被論述為存在對立關係的病人身分，首先是藉由國內門診病人與國際病人之間就醫品質的對照而凸顯；再者則換為對立「自費富人」與「參與全民健保的台灣民眾」兩者在看診時間長短上的差別待遇——似乎呈現著一種從「國籍」到「階級」的對立關係轉變。

有趣的是，正因為鄭鴻鈞將醫院追求品質提升視為發展國際醫療的必要條件、不以營利為目的為發展國際醫療的充分條件、相較不「直接」反對國際醫療，反而映照出，鄭鴻鈞某程度上視發展國際醫療和提升醫療品質、改善台灣醫療體質兩者為雙贏的關係；也因此，不同於黃達夫先前直接將全民健保和發展醫療觀光兩者視為零和關係、並認為醫療觀光是種「以醫療拼經濟、不是好主意」的說法，鄭鴻鈞實則可謂著重自費（代表富有）病人和健保病人兩者因為醫院公司化而可能導致存在差別待遇的對立關係。

---

<sup>83</sup> 同上引。

## 八、策略八：論增加收益為目的下的服務項目選擇——產值計算方式的影響

至此可以看到，國際醫療服務所指為何、是否具有發展正當性以及如何發展等相互關聯的面向，是行動者爭相論辯的焦點。此在立法院社會福利及衛生環境委員會於 2010 年 3 月 25 日舉行的「醫療服務國際化發展策略」公聽會上，更是顯得眾說紛紜——行動者無不以各自持據之基本預設論述其立場的正當性。高雄市醫學美療觀光推展協會理事長曹賜斌即在醫療可作為營利手段之前提下，認為政府將重點發展項目擺在以手術醫療為主的服務，以及專區化、公司化等發展方向必須修正，改以發展可結合觀光、「相較純粹觀光帶來之產值更高」的輕症型治療為主：

我希望能策略轉型，不是醫療服務國際化，而是醫療服務觀光化與華人化，也就是以華人為中心。我們推展醫療服務國際化已經很多年了，可是在亞洲國家一直敬陪末座，我們還要再繼續推展下去嗎？而且現在變成專區化、公司化，我認為這樣會越輸越遠。

醫療觀光與國際醫療是兩回事，大家都不知道，國際醫療不是在做觀光，只是做外國病人的醫療，叫做 medical traveling。也就是，把外國病人帶到台灣來旅行，但是不觀光，因為他是住在醫院裡面，無法向他們推動觀光的，如果要推動觀光，就不要讓他住在醫院，而且做完以後可以馬上去玩的，這個只有輕症型的治療。換言之，美容性的醫療包括皮膚科、整型外科、牙科、中醫與眼科等輕症與非侵入性的，不要占床位，又是自費醫療，所以不會排擠健保資源，另一方面又可以推展觀光。（立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄）

顯然，曹賜斌在國際醫療與醫療觀光兩名詞之間以項目屬性做出了明確的區分，並且解讀到政府相關部會係以前者為重點發展項目。然而，管理工作小組執行長吳明彥則認為這是個別醫院本身定位的問題，而未如曹賜斌所言是只著重在其中一塊；進一步而言，涉及發展資源分配的產值計算判準本身，也成為一個行動者爭相定義的面向：吳明彥即在談及公司化議題時，從醫療項目本身帶來的收入作為產值計算判準，駁斥曹賜斌所謂輕症型治療項目帶來高產值的說法：

目前我們所負責推動的觀光醫療專案計畫，總共分成兩個區塊，一是有關輕症的部分，也就是指健檢美容的部分，一是有關重症的部分，也就是針對醫療的部分，所以，並非像曹理事長所說的都集中在重症這個區塊。而且，現有 33 家醫院自行選擇，就像新光醫院只能選擇做健檢，長庚醫院則是專注於重症的醫療；另外，今年也有兩家基層診所參加這項專案計畫，他們都是看眼科的診所，由此可以看出，在輕症的部分我們已有所突破。

至於要不要公司化的部分，我們認為這牽涉到國際間的競賽，不論印度、杜拜、馬來西亞、泰國、新加坡及韓國現在都已經設立專區，特別是新加坡已投資 6 億美金設立重症醫院，預定 2011 年開幕，提供 300 個病床專供癌症與心臟病病患的醫療，因為他們看到重症的產值較高，這與曹理事長的想法不同。(立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄)

## 九、策略九：論經濟部或衛生署作為主管機關的適切性——營利與非營利的明確分界

除了發展項目類型受到討論外，主責的主管機關亦備受質疑。曹賜斌和時任立委黃淑英皆談及，作為經濟發展的國際醫療業務，其主管機關應由衛生署改為經濟部或經建會：

我〔曹賜斌〕認為醫療觀光產業應該放在經建會或經濟部，不是放在衛生署，因為組織架構錯了，衛生署在推動就很困難。過去都是醫療和觀光分開處理，醫療是衛生署主管，觀光是交通部觀光局管轄，地方政府也是這樣子。我們成立 2 年來遭受很多困難，就是在架構上出問題，互推皮球，2 個都不想做，結果後來擠到衛生署來做，造成衛生署的困擾。為什麼我們不另開門戶呢？其實，它是促進經濟發展的，應該由經建會或經濟部掌管才對，因為那是國家經濟很大的營收，而且可以提高我們的 GDP，降低失業率。(立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄)

〔黃淑英發言〕衛生署的角色是在保障醫療品質與健康，而不是一個發展經濟的部門，今天要發展國際醫療，這絕對是經建會的事，輪不到衛生署來做，不要老是搞錯自己的地位與角色。(立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄)

除此之外，受訪者 S1 在闡述自身看到的國外發展狀況時，亦對主管機關為衛生署的決議產生疑惑，並指出醫療領域存在著相較其他如電腦產業所沒有的備受議論特性：

我 2007 年在比利時，就發現比利時也在做國際醫療。因為歐洲整合之後，病人就可以跑來跑去，他們就是跨國的醫療；所以大家是公開整個歐洲市場去搶。那麼英國的病人，英國的醫療費用很貴，然後排隊又久，所以他們就會跨海到歐洲來。荷蘭吃最多；比利時就受到這壓力，所以就招商中東的，還有北非的有錢人、利比亞、摩洛哥。這當然有歷史原因，因為他們以前有些人在那邊移民。所以比利時有七個國立醫院，就變成一個聯盟。那誰出錢？就是經濟部出錢，就是類似我們的外貿，經濟部的國貿局之類的，就出錢讓他們去整合成一個對外行銷的聯盟。不是衛生部出錢。我那時候就覺得怎麼會這樣呢？因為這就是我們在做觀光醫療碰到的問題就是這樣。你想要做對外國的醫療服務，這邊很多人就講說，那你國內的人都沒有照顧好。所以對衛生部他就會兩難：我還是要照顧國內，當然啦；可是那邊是生意。所以你一個人同時要做兩邊的角色很難。經濟部賺錢應該的；所以經濟部在比利時全部進來。所以醫院裡就有兩個系統，一個是做國內醫療的人，一個是做國外醫療，這就像賣東西一樣，就是外國的廠商來跟我談、去接受外國的病人等等。他們就是弄個聯盟。所以這樣就可以處理所謂政治和行政裡就是說你不照顧國內人。你可以講說那很多工廠生產的，我把很多生產的東西都賣國外，那為何電腦你賣我們這麼貴，你可以問華碩、acer，說你大部份電腦生產都是賣國外，那我們國內很多人還是沒電腦阿。沒有人這樣 argue 嘛！沒有人會去 argue 華碩說你怎麼電腦賣這麼貴嘛！因為本來就知道，華碩要賺錢，華碩要賺錢是好事阿！國內廠商嘛。所以沒有人

argue 說華碩你要不要拿些錢出來送給大家免費電腦。可是我們一到醫療就是一大堆這個問題。(受訪者 S1 2014/2/13)

顯然，之所以引發主管機關適當性的討論，主要仍與行動者視國際醫療之目的為促進經濟有關。以促進經濟發展為目的的國際醫療，即被認為應由經濟相關部門主責、且發展方式應以「更能營造產業環境之方向」傾斜；如此主張的同時，亦凸顯論述者認知衛生署的角色主要是照顧國人健康——反映的是行動者認為，並存於醫療的營利和非營利屬性，必須且能夠藉由主管機關來加以劃分——更進一步言之，是認為營利與非營利兩概念之間必須有互不侵犯的明確界線；若不如此，兩者皆將無法具有良好運作和發揮的空間。

#### 十、策略十：論營利與非營利的分界可能性——市場與道德的線性關聯

雖然，行政院提請修改醫療法可謂一定程度將國際醫療服務發展的相關討論「正式」由「是否發展」進一步聚焦到「如何發展」，然而，國際醫療服務背後隱含的「醫療談營利」此一構想——更確切言之，是關於商品化、市場化等營利行為，與品德或道德之間的關係——仍然是一個在聚集了各方論者之公聽會上必須被正當化或釋明的層面。2010 年的「醫療服務國際化發展策略」公聽會首位發言人台灣醫務管理學會理事長石曜堂即就此層面明確點出，雖然醫療談營利不太妥當，但實則營利與品德是相互關聯、環環相扣的：

以往的傳統觀念常常用非營利的角度看待醫療，一直有很多框架，一談到醫療服務國際化產業化，好像很難適應。我們今天的課題是探討醫療如何走向產業化，如果要產業化，規模就要大，目的就要營利，不過醫療談營利不太妥當，但是任何的企業、產業，包括醫療，第一個就是要賺錢，非賺錢不可；賺錢非成長不可；成長非人才不可；人才非創新不可；創新非品德不可，這是很重要的。假定有一家醫院的國際醫療很好，病人很多，可能會排擠健保，這種醫院長期是沒有辦法經營的。談到品德有兩件事情，就是企業社會責任及企業道德目的，所以我認為醫療服務國際化的健全發展不應該影響民眾健保就醫的權益。假定有那樣的行為，這家醫院根本不會存在，長遠來看也不會好。所以我認為醫療服務

國際化會讓國家更進步，整個醫療產業獲得提升，達到國際水準。(立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄)

不過民間監督健保聯盟(督保盟)代表發言人蔡宛芬秘書長則是對醫療商品化的舉措感到擔憂，認為台灣的全民健保制度最大目的是希望「台灣人民不會因為他社經地位的不同，而有差別的醫療待遇」，然而國際醫療服務的發展，將導致台灣人民的醫療產生階級化現象：

方才大家有提到醫療國際化最大的擔憂，那也就是督保聯盟最大的隱憂，即民眾就醫的權利是否會受到保障。方才有學者提到，從供給面來說，醫生的量足夠，病床數也足夠，但我們要問的是，在足夠的情況下是誰會來幫那些遠渡重洋、重金來台的病人看病？我們可想而知是那些最有經驗、口碑最好的醫生，來幫這些外國病人看病，如此一來我們台灣民眾的醫療權利會沒有受損？當所有的醫院都在喊著我們的護理人員、藥事人員等人手不足的情況下，我們還要在醫院為那些國際醫療病人做醫療照護，難道不會排擠到在醫院住院的一般病患的權利嗎？這是我們擔憂的。(立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄)

此處可以看到，蔡宛芬一如前述鄭鴻鈞的敘事結構，將全民健保病人與國際醫療病人視為相互衝突的零和關係。然而，上述隱含的「市場與道德之間必然屬於反向變動關係」思維，以及將國際醫療的發展視為「以營利為純粹目的」的認知，讓蔡宛芬並非如鄭鴻鈞將手段與目的的劃分，來看到國際醫療「不以公司化發展、而是以提升品質為目的」的前提所帶來的可能正面意義，而是認為，醫療產生階級化的現象，是從發展國際醫療「開始」即會出現，而公司化、專區化等「激發醫生做為經濟人」的舉措之後則將惡化階級化的現象，甚至使全民健保制度走向瓦解：

最近行政院又拋出一個國際專區的想法時，更讓我們擔憂這件事；甚至方才吳明彥執行長還提到要發行股票上市。我想請問一下，國際專區中的醫生，會是什麼樣的醫生？我想醫生也是人，當有一個這麼好的福利

時，就是他們想要請到什麼樣的醫生，就可以請到什麼樣的醫生，結果這會使台灣的醫療體制變得一國三制，也就是我們最有經驗的、最有口碑的醫護人員，會在國際專區為外國人看病；次好的醫護人員，在台灣看自費的病人；一般民眾能看到的則是那些還需要很多技術磨練的醫生，這樣的醫療資源分配，是我們督保聯盟最擔憂的。一旦這樣的情況形成時，我們還需要全民健保做什麼？民眾都會覺得，不用繳健保費了，大家自求多福，或者努力賺錢去自費看病，而有門路的還可以在國際專區看最好的醫生。過去我們認為健康是基本人權，醫療應該是具有一個非營利化的精神和價值觀，但在這樣的情況下，這些觀念完全不見了，這是我們非常非常擔憂的。我們會認為，國家不應該用人民的納稅錢、用國家這麼大的資源，包括用國家資源所培育出的最好醫生去看國外這些遠渡重洋而來的病人，這不是我們應該發展的策略，所以我們認為國家不應該帶頭去做這樣的醫療產業。（立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄）

如此一來，前述所謂營利和非營利兩概念之間必須存在的明確分界本身，其存在的可能性究竟有多少？通過石曜堂和蔡宛芬的說法可以發現，營利和非營利兩者之間分界的存在可能性，關乎行動者如何看待市場與道德之間的關係。有趣的是，不論是支持發展的石曜堂或是反對發展的蔡宛芬，兩人皆視市場與道德為線性關聯。惟不同的是，由於石曜堂視兩者為正向線性關聯，因而認為兩者可兼顧且互利共生；蔡宛芬則視兩者為反向線性關聯——對於台灣健保制度而言，國際醫療是一種寄生其上的有害物，因而兩者僅能擇一——以蔡宛芬立場而言，被撻伐與被否定的當是體現不具道德的營利概念，亦即國際醫療市場的發展。然而，正因為兩人皆存有視市場與道德為線性關聯的思維，反而反映出兩人關於營利與非營利界線存在可能性的共同立場：對持具上述線性思維者而言，營利與非營利之間界線的存在可能性低。

另外值得一提的是，相較於前述朱敬一認為國際醫療服務市場的形成需要由醫生展演為「經濟人」此一觀點所反映的「醫生本非經濟人」預設，從蔡宛芬所調「醫生也是人，當有一個這麼好的福利時，就是他們想要請到什麼樣的醫生，

就可以請到什麼樣的醫生」的說法，似乎反而凸顯出蔡宛芬承認「做為『人』的醫生本即經濟人」此如同經濟學的預設立場。因此朱敬一所欲啟動的「醫界經濟人」展演過程，在蔡宛芬看來則是一種還原到本質狀態的過程；此種使市場形成的前提條件正是與應被把持的醫療非營利精神等道德訴求相牴觸，因此應該被避免。

同為民間團體的財團法人台灣醫療改革基金會（醫改會）代表發言人李怡嫻研究員，雖然同樣首先強調醫療應該「回歸非營利與公益的性質」，並以照顧國人健康為優先，但整體而言，相較督保盟的立場，醫改會於該公聽會上一定程度地承認或妥協醫療含有營利的可能性；亦因此，其中也包含了更多從制度上將營利醫療與非營利醫療做清楚劃分的具體建議事項，例如反對國際醫療專區內的醫療公司享有免稅優惠；要求醫療院所提撥一定比例的盈餘用於醫療救助或挹注健保；政府應提出篩選醫院之機制，以杜絕或防止那些「在基本的醫療服務上經常有違規行為〔按：如人力不足或調派問題、不符合健保床比例之規定等〕」、「連國人基本的醫療照顧都沒有做好」的醫療機構去發展國際醫療；政府應公告個別醫院的品質監測指標，以釋疑政府常以整體平均值正當化「以餘裕發展國際醫療」的說法，和「聽到許多民眾抱怨等候病床時間久、病床爆滿」兩者之間的落差；以及讓公立醫院回歸其「照顧一般國內民眾醫療權益」的本色，而非如私立醫院以發展國際醫療服務為目標。

上述從醫院屬性和病人國籍而劃分出營利／非營利醫療兩類屬性，雖然讓醫改會得以強調台灣民眾就醫權益為先的立場，但也因此同時讓國際醫療服務的發展正當性得到強化。換言之，上述敘事結構所透露出的行動者立場可謂如同朱敬一早已持具的「一國兩制」立場；就此來看，雖然醫改會與朱敬一兩方關注焦點看似相左，實則就敘事結構所反映的行動者思維邏輯而言，兩方概相去不遠。

#### 十一、策略十一：質疑配套一次到位的可能性——監測多於防患未然的管理方式

然而，針對發展國際醫療服務對國人就醫權利排擠的「疑慮」以及設置配套措施之呼籲，雄獅旅遊醫療事業服務部顏子欽顧問認為，將所有配套全部完善地一次到位，應是一個困難的工作：

我覺得現在我們思考的很多可能化的問題，都是可以被用法條規定，或

以內部的管理機制來改變的。重點是，現在是國際醫療的元年，我們真的  
有辦法在現在就把未來要發展的所有需要配套全部都定下來嗎？其  
實很難。（立法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄）

另外，從吳明彥的說法亦可了解，在當前（2010 年）國際醫療門診佔全國  
門診總量不到 0.3%的情況下，尚不致影響國人就醫，亦因此尚未完善擬訂管理  
辦法，足見支持者在此初步發展階段所持具的管理思維是「監測」多於「防患未  
然」；其中，為顯示對國人就醫權益的考量，專區化的設置亦被論述具有「避免  
影響國人就醫」之效：

根據我們所做的統計，目前〔按：2010 年 3 月 25 日以前〕觀光醫療的  
門診量占國人健保的量都還不到 0.3%，顯見觀光醫療還在初步發展階  
段，絕對還沒到可以影響國人就醫的程度，也許以後或多或少都會有影  
響，到時候衛生署與本會管理中心將會擬訂管理辦法，以避免對國人就  
醫造成影響。中經院考慮及此，他們認為，為提高台灣醫療服務的競爭  
力，並避免對國人就醫造成影響起見，唯有設置專區方可根本解決問題，  
在專區設置之後，無論就醫的流程或是管理上都會比現在好很多。（立  
法院公報 第 99 卷 第 21 期 委員會紀錄）

上述可以看到，在此時主要以監測為主的管理方式反映的是服務量仍未達一  
定水準；可想而知，致力促成該項產業的行政團隊將持續推動相關方案協助發展。  
2010 年 6 月 18 日，行政院核定了計劃期間至 2013 年的「台灣醫療服務國際化  
行動計畫」，目標有二：（1）結合台灣優質醫療、高科技與親善服務，連結觀光  
旅遊業，開拓醫療產業發展新利基，同時驅動我國高價值的科技型服務業之發展；  
（2）整體行銷我國醫療服務品牌，促進國家整體形象發揚，使「台灣服務」成  
為台灣經濟的新標誌，提升台灣之國際能見度，其推動策略係「藉由結合台灣的  
優質醫療、高科技與親善服務，整體行銷規劃『國際及兩岸醫療』，促進國家整

體形象發展與帶動相關產業進步」。<sup>84</sup>此計畫的推出一定程度標示了政府與主事者推動的決心，而實體專區化及公司化做為持續推動的方向亦引來更多論述者投入此意見場域進行論述競逐——關於醫療服務國際化的討論，正在由一開始是否發展的正當性論辯，逐步邁入是否「以公司化、實體專區化予以發展」的論辯時期。

## 第二節 發展的輕重緩急：國際醫療服務的專區化與公司化爭議

自行政院通過「醫療服務國際化行動計畫」的 2010 年 6 月 18 日至 2013 年 4 月 29 日自經區核定含國際醫療的期間，雖然仍存在是否發展的爭議，但已逐漸朝著國際醫療服務是否以專區化和公司化發展之議題轉移。此時期的競逐策略不僅如以往存在著各種行動者以自身所持具的預設交相辯論，亦得反映出過往各方競逐者更為基本的預設一致性。除此之外，此時的論述策略內涵雖與過往有部分重疊，卻仍保有些許的觀看視角差異性。以下分別就 7 種競逐策略論之。

### 一、策略十二：以醫生輸出作為病人不輸入的必然後果——解放「供給固定」預設

以實體專區和公司型態發展國際醫療，可謂標示著逐步「專門化」與「專責化」的發展模式。這樣的發展模式思維，亦體現在新光健康管理公司總經理洪子仁向政府提出的各方面建言當中，例如成立跨部會專責單位並提升為直接隸屬行政院之層級；設置專責處理簽證事宜之單位；設置相關科系培育產業人才；成立專門行銷公司行銷「台灣醫療」品牌並鼓勵民間成立「醫療經紀公司」等。<sup>85</sup>此外，在這篇「業界建言」文章中，洪子仁亦不忘分述「國家、產業、民眾」三者如何因此得利，如「有助國家競爭力與國際能見度提升，並創造外匯的收入與相關稅收」、協助開展「企業進行國際化與多角化的經營策略」，以及「增加民眾就業機會」等，將此項發展之受益者形塑為台灣整體層次。

此時，為了推動醫療法修法，朱敬一亦將發展緩慢的成因從過去的「追求利

---

<sup>84</sup> 轉引自「台灣醫療服務國際化行動計畫（核定本）」文件。資料來源：國發會網站，<http://www.ndc.gov.tw/ml.aspx?sNo=0013992&ex=2&ic=0000153#.U9texPmSzg8>。取用日期：2013 年 12 月 30 日。

<sup>85</sup> 洪子仁，2010，〈推動國際兩岸醫療發展 業界建言〉。經濟日報，C11，11 月 3 日。

潤之誘因不足」轉變為「欠缺法源」。在〈國際醫療修法，應列第一優先〉一文中，除了重申其一國兩制的主張，朱敬一進一步加進了「台灣不讓病人『輸入』，則本地的醫院醫生就會『輸出』」此一從前未見的「人才流失」論述面向——此一新興加入的論述面向反映的是，過往不論是從發展立場或是從國人就醫權益立場出發的論述視角，實則皆隱含了相同的預設立場，亦即，皆是在「給定(given)醫生或醫界人員總量與質量」的前提下進行關於「需求量增加之後果」的論述競逐：從發展立場出發論辯之行動者即以「餘裕的資源」來為發展不影響國人就醫做辯護；從國人就醫權益立場出發論辯之行動者則以擔憂本國民眾就醫權益因此而遭到「排擠」來質疑此項發展。在朱敬一的敘事結構中，此種人才流失的說法在其引用著名經濟學理論後，更加彰顯這是被其視為理所當然將發生的後果：

國內有些腦袋不清楚的人，常以「台灣優秀醫生為什麼不幫台灣人看病、而要幫外國人看病」這樣的愚蠢問題，來質疑國際醫療。這種偏狹的本土觀，看似台灣優先，但其實卻是害台灣、斲傷我們的競爭力。以左鄰中國大陸為例，他們國內醫療水準不佳，數以百萬計的有錢人都有極大的醫療需求。台灣若是不辦國際醫療、不接受這批國外病人，那麼這批有錢病人就會有誘因吸引台灣醫生與醫院去該地開張看診。簡單地說，台灣不讓病人「輸入」，則本地的醫院醫生就會「輸出」。這可不是什麼新鮮理論，而是歐元之父孟岱爾在商品貿易與跨境投資方面的著名學理。如果台灣的優秀醫生與醫院真的因境外富有地區招手而外移，這就是標準的掏空台灣。如前所述，那些愚昧狹隘的本土論者以為不准台灣醫生看外國病人，是維護台灣病患的權益，殊不知結果剛好相反：越是在服務客體上自我閉鎖，則服務主體的流失就越嚴重。<sup>86</sup>

在預設了主要標的對象的中國大陸醫療水準不佳而當地有錢人具有極大需求，加上將台灣醫生與醫院化約為追求單一經濟利潤的經濟人兩個前提，所造成的人才流失後果，是戕害整個台灣的整體競爭力和台灣病患權益。不僅如此，在「國際醫療的發展屬於跨國競爭」的視角引領下，朱敬一亦加入了「時間性」的

---

<sup>86</sup> 朱敬一，2010，〈國際醫療修法 應列第一優先〉。中國時報，A18，11月22日。

敘事方式，以強化當前發展的迫切性和時效性：

經過以上的闡述，相信大多數讀者都已了然推動國際醫療的重要性。但我要強調的是：國際醫療不僅要推，更要更快地推。台灣的健康醫療排名全世界第二，但周邊國家急起直追者眾。看看彼此的佈局態勢，台灣的領先優勢大概只能勉強維持五年。就算今年立法通過，大概還要一年時間在特區公告條件與開放招標，經核定後也要一年時間興建設備、打廣告、招客戶，真正能開展國際醫療業務最少也是三年多以後的事了。面對外界如此嚴峻的競爭壓力，台灣政府若不努力快速通過國際醫療法源，大約兩年之後就時不我予了。<sup>87</sup>

以修改醫療法來協助推動國際醫療的迫切性，甚至要優先於二代健保修法。此種以健保改革作為比較對象的優先性強調，係建基在朱敬一認知健保為經濟虧損的單一問題上；據此，若此一「關乎整個台灣醫療前景」的國際醫療如同新加坡、泰國一樣帶來可觀的經濟收入，亦可回來溢注健保以解決其虧損問題：

讀者或立委如果問我二代健保法與國際醫療專章，哪一個法案比較重要？我會明明白白的說：醫療專章修法更重要。健保費調整只牽涉每年數十億的醫療預算缺口，但國際醫療卻關乎整個台灣醫療前景的發展。新加坡、泰國每年自國際醫療皆收入約四百億台幣。若台灣也能做到這個水準，則只要其中一成納為境外醫療稅而用於溢注健保，就幾乎解決了國內健保的虧損問題。<sup>88</sup>

## 二、策略十三：區分發展手段與目的——解放「促進經濟為唯一目的」預設

朱敬一如此以人才流失之說做為支持專區化的修法行動，引來黃達夫連兩日於報紙為文反駁以表達其反對修法的主張。相較黃達夫一開始僅將此發展目的單一論述為具負面意涵的「拚經濟」，此時則舉例國內健檢、醫美等項目皆未因其

---

<sup>87</sup> 同上引。

<sup>88</sup> 同上引。

自費性質而劃為專區進行，以此正當化其反對專區設置的主張；甚而引用時任衛生署署長楊志良的說法，認為就完全自費之有錢及非本國籍病人之部分，醫院得順應市場機制自行訂定價格：

事實上，國內醫療院所執行自費健檢，醫學美容等業務已有 20 年歷史，健保開辦後，不曾與健保發生任何混淆，也沒有引起任何紛爭，與現在的《醫療法》也沒有牴觸。甚至，有些醫院已經把健檢作業推廣至對岸，衛生署也沒反對醫院至對岸廣告、宣傳。顯然，要提供自費醫療根本沒必要設立特區。

署長說有錢人（包括外國人）和藝人基於隱私、方便等理由，有權選擇自費醫療，但必須與健保完全脫鉤。至於全部自費醫療的病人，健保局沒有理由去干涉其費用的制定，自然而然，醫療院所可順應市場機制，自訂價格。在健保支付制度不合理，醫院盈餘有限的情況下，如果醫療院所能以高超的醫術、周到的服務吸引國際病人來就醫，增加醫院的收入，而使得這些醫療院所能以此額外的收入來更新設備、充實人力或提高員工的薪資，來提升醫療品質，則這些醫療院所的健保病人，也將因而受惠。<sup>89</sup>

可以看到，此時黃達夫的敘事方式如同朱敬一，不再以「台灣醫界的質與量為固定而不可變動」作為預設；然相較朱敬一不以「醫界營利」為恥，黃達夫此時更接近柯承恩之立場，即將此發展視為醫院在「不合理」的健保制度下得到合理收入、同時嘉惠國內健保病人的舉措；重要的是，此種提升醫療軟硬體品質的「手段」對黃達夫而言，是以「於既有醫院內（而非在專區中）即實行國際醫療服務」為前提方有可能達致。顯然，黃達夫至此時已「明確表明不反對」國際醫療，但仍不忘重申醫療志業的非營利本質，以及建議「政府應以鼓吹國際醫療為手段」、並以提升品質而非求經濟利潤為目的：

個人認為政府應以鼓吹國際醫療為手段，藉著醫療院所間良性的競爭，

---

<sup>89</sup> 黃達夫，2010，〈請朱敬一院士慎思〉。台灣蘋果日報，A21，11月24日。

來促進國內醫療品質的提升，以達到醫療院所收入增加與國內病人接受良好照護的雙贏局面。而不是將醫療商業化，以至於在一切向錢看的錯誤價值觀下，喪失了醫療志業的本質。<sup>90</sup>

個人並不反對國際醫療，但是要發展國際醫療應該靠本事而不是靠利誘。有心發展國際醫療的醫療院所，必須投資於充足的醫護人力、改善設備、提升專業，以便提供給國際病人安全、舒適的就醫環境。並以高超的醫術與周到的服務吸引國際病人。如果醫療院所為了吸引國際病人而提升了整個就醫環境的水準，則可以同時讓在該院就醫的國內病人受惠，可謂一舉兩得。<sup>91</sup>

### 三、策略十四：再論與全民健保的關係——對健保問題的認知差異

相較如黃達夫此種逐漸放寬發展國際醫療的意義而予以接納的行動者立場，全然對國際醫療的發展抱以反對立場者仍不在少數。身為台大醫院醫師的劉介修即認為，所謂發展國際醫療得「提升台灣醫療競爭力，也解決國內健保的虧損問題」的說法，是令人質疑的——國際醫療「不可能解決健保的財務危機，卻可能成為扭曲台灣健康照護體系的潛在威脅」<sup>92</sup>；特別的是，不同於黃達夫先前從「國家面子」認為台灣將因此貽笑國際，劉介修在此加以從國際病人權益立場出發論及關乎普世人權的醫學倫理問題——此種主要從國際病人權益角度出發的病人論述，有別於那些在討論市場發展時始延伸的消費者權益問題等市場論述類型；而劉介修之所以如此伸張，亦與其認知到的國際醫療服務項目有關：

值得注意的，國際醫療不只威脅台灣的健康照護品質，也可能違反了醫學倫理，這超越了國境與種族的問題，而是普世的人權價值。「不傷害」是最基本的醫療倫理原則，然而在「醫療觀光」的市場交易中，「消費者至上」成為最高原則。許多「點餐式」的高貴檢查和治療，實際上缺乏足夠的科學證據，甚至有造成醫源性傷害的風險，這些資訊將可能在

---

<sup>90</sup> 同上引。

<sup>91</sup> 黃達夫，2010，〈發展國際醫療要靠真本事〉。中國時報，A22，11月25日。

<sup>92</sup> 劉介修，2010，〈當醫療變成一門跨國好生意〉。中國時報，A14，12月1日。

營利的大旗下被掩蔽。同時，高科技的治療與檢查，都需要後續的定期追蹤，這有賴持續而相互信任的醫病關係。

「醫療觀光」偏重的是專科化、一次性的治療與預防服務，扭曲了健康照護的持續性與整體性全人照顧理念，造成醫療品質和醫病關係的強大隱憂，屆時很有可能台灣醫界成天都有應接不暇的國際醫療糾紛。<sup>93</sup>

此外，不同於朱敬一認知全民健保問題為單一的財務危機，劉介修特此主張其中牽涉的是更多如公平性的問題：

更重要的是，全民健保的財務危機，不只是拿東牆補西牆的算術問題，它牽涉了社會保險費率的公平性問題，以及健康照護體系輸送、組織和管制的方式。如果我們奢望「國際醫療特區」能夠挹注健保，解決健保的財務危機，而忽略了更為根本的健康照護體系改革，無疑是本末倒置了。<sup>94</sup>

相較朱敬一以國際醫療作為挹注甚至解決全民健保問題的稅收來源，以及劉介修對此說法有所質疑等思維，在 2011 年初通過二代健保後，中經院副院長王健全則順此將專區化和公司化發展的國際醫療視為「讓醫院降低對健保的依賴」（而非以稅收挹注健保）、「為健保紓困」（而非解決健保問題）來論述此發展作為健保的開源措施之一：

如何為健保籌設財源？關鍵因素之一在於加速推動醫療的國際化，使醫院可以藉由服務國際病患取得較高的營業收入，以降低對全民健保的依賴。<sup>95</sup>

---

<sup>93</sup> 同上引。

<sup>94</sup> 同上引。

<sup>95</sup> 王健全，2011，〈推動醫療國際化 為健保紓困〉。經濟日報，A4，1月14日。

#### 四、策略十五：論專區化與公司化設置的正當性——效率與公平的較量

與公司化和專區化相關的法條修訂由行政院於 2010 年 3 月初報請立法院審議後，立法院衛環委員會排定審議、接受立委質詢的時間則是整整一年之後；隨此而來的便是密集於報紙上公開投書的相關行動者論辯有關設置專區的妥當性及其意義。可以發現，除了那些既有反對以專區發展者仍堅持其一貫論述外，基本上贊同發展國際醫療專區者雖有此一致的支持立場，但針對政府所謂「限制專辦國際醫療之私立醫療機構於指定區域設立」一項，卻有不同的思維及立論基礎。洪子仁即以立基於成本效益衡量成功機會之敘事方式回應政府將實體專區設置於桃園航空城的構想：

至於如何創造醫療國際專區及國際醫院成功的條件，除現有衛生署提出的實體專區概念在桃園航空城，但令人憂心的是若是在航空城內設立 200 床國際醫院，附近若無大型醫院的儀器設備及醫護人員支援，國際病人很難有高品質的醫療服務；因為就醫院經營觀點 200 床左右醫院要購置昂貴醫療診斷及治療設備不符成本，但既然名為「國際醫院」，卻無法擁有最先進的儀器設備及醫護團隊，恐怕很難吸引國際病患。<sup>96</sup>

據此，洪子仁主張「國際醫療專區及醫院設立上應鼓勵新設立在都會區中臨近大型醫學中心醫院的國際醫院」——此用意不僅是希望與既有醫學中心醫院共用大型檢查儀器設備以符合成本，亦希望共用部分高品質醫療人員作為吸引力：

國際醫院需以高醫療技術號召，醫療人員共用才能吸引國際及大陸人士，而國際醫院主要配置單人床，讓國際病患及放棄住健保醫院的國人入住收費較貴的國際醫院，也可解決臨近大型醫學中心醫院一床難求的健保現況，一舉兩得。<sup>97</sup>

除了如洪子仁主張另設國際醫療醫院於既有醫學中心層級之醫院旁，亦有同

<sup>96</sup> 洪子仁，2011，〈讓台灣醫療名揚國際〉。工商時報，A5，3月31日。

<sup>97</sup> 同上引。

樣基於成本效率考量者甚至認為僅需「在各大醫學中心擇優試辦『國際醫療部』」<sup>98</sup>，或是「附設在既有即非屬健保的各醫院健檢部門」<sup>99</sup>即可——此種主要出自組織管理者從成本效益來考量，而未將國內病患和國際病人就醫資源分開的專區規劃型態，不僅與朱敬一的「一國兩制論」大相逕庭，且在敘事方式上反而更近似於同樣反對設置專區的黃達夫所謂「國人品質因此同時提升」的論調。

曾任衛生署署長、現任教於慈濟大學公衛系的葉金川亦為文認為設置國際醫療「專區」即等同於「政府帶頭將醫療階級化的開始」，而國際醫療不設置專區反較具有可行性：

國際醫療實質上就是「貴族醫療」，台灣其實也有貴族醫療，但都是偷偷做，不敢明目張膽，但國際醫療專區一旦成立，就等於是政府帶頭做一個讓外國人和有錢人才可以來看病的專區，這是「醫療階級化」的開始，富人與窮人的戰爭又將再次被挑起，對於辛苦中下階層以及普羅大眾來說，他們的心裡又會怎麼想呢？

本文並不是說國際醫療一定不能發展，或許不要設專區反而比較可行，新、印、泰也非專區，在一般醫院外國人愛來就來，簽證及軟體方便就可，而中國大陸只要有百分之零點一的人口想來台灣就醫，就是一個難以想像的龐大市場，對於經濟方面當然會有莫大的助益。<sup>100</sup>

換言之，葉金川不諱言醫療服務國際化所帶來的經濟收益及其市場意涵，惟其認為專區的設置反而證成「貴族醫療」的存在正當性。針對葉金川如此的言論，已接任行政院院務委員的朱敬一立即於隔日予以回應，認為葉金川一反過往支持專區的立場，實多是由於憂心政府配套措施不足帶來的負面影響；然朱敬一解讀自身作為經濟學家，持具的是「比較利益」的思維邏輯：

葉前署長的擔心，強調的是「做了」，會如何、如何。但我的社會科學背景，卻強調「比較」多種取捨，可能會造成的影響。國際醫療，我更

<sup>98</sup> 劉競明，2011，〈醫療專區切勿變成「蚊子館」〉。台灣蘋果日報，A18，4月6日。

<sup>99</sup> 蘇益仁，2011，〈別步竹北生醫園後塵...〉。聯合報，A15，4月10日。

<sup>100</sup> 葉金川，2011，〈國際醫療 不設專區較可行〉。聯合報，A15，4月7日。

看重的是「不做」，台灣即將面臨的危機。<sup>101</sup>

這是甚麼樣的危機呢？即是朱敬一最先認為的中國大陸磁吸台灣醫療人才、將台灣人才掏空的危機；而專區的設置正是「對台灣醫界倫理觀念，衝擊最小的小門。專區也是最容易管理，最不會排擠國人醫療資源的方法」。<sup>102</sup>至此，發展國際醫療對於台灣的意義與「中國大陸崛起」網綁在一起而擴展至國際「戰略」層次，是一個如同「全球化」般「必然面對」的問題：

大陸三月正式核定的十二五計畫，將醫療列為「重點中的重點」項目，台資醫院正是其積極拉攏對象。中共衛生部二月底就來台灣招商，五月將在對岸辦大型招商會。換言之，台灣如果不做，不讓病人輸入，這些醫院、醫生就會輸出到大陸，屆時台灣名醫整批、整批到大陸定居，幫大陸有錢人看病。台灣醫生還得飛到大陸，去學技術；台灣病患得飛到大陸，掏腰包看醫生。面對大陸磁吸效應，如果政府毫不作為，放任彼岸這般掏空台灣醫界人才，才是對國人不起。對台灣而言，它不僅是一個產業，恐怕更有戰略意義。

面對大陸的崛起，國際醫療已變成如全球化般，不論你喜不喜歡都得面對的議題。全球化造成 M 型社會之弊，不面對更糟，與其鎖國，還不如積極面對，思索如何安排配套。<sup>103</sup>

此種「病人若不輸入台灣，台灣人才便會輸出」的支持設置專區論點雖然於半年前即在朱敬一的為文中論及，然至此時作為由衛生署公布的一種說帖後，便立即遭到黃達夫的正面批評：

作為主管台灣醫療體系的衛生署官員，居然不能正確判斷醫護人才產生出走念頭的根本原因。進而，以最積極的態度致力推動健保制度的改革，

---

<sup>101</sup> 朱敬一，2011，〈不積極 醫界人才將被掏空〉。聯合報，A19，4月8日。

<sup>102</sup> 同上引。

<sup>103</sup> 同上引。

改善醫療執業環境，來防止人才的外流，卻開出設立專區將醫療商業化的偏方。

顯然，在衛生署的關愛下，專區的醫護人員將在優於健保制度下的環境工作，享受優厚的待遇。相形之下，在健保體制下服務的醫護人員不就更會有被自己的政府踐踏的感受嗎？豈不反而會加劇醫護人才因對主政者絕望，而導致大舉出走的後果！<sup>104</sup>

「人才出走」原來僅是作為一種支持專區設置的論點，然而從黃達夫所謂「開出設立專區將醫療商業化的偏方」可以發現，其似乎解讀衛生署懷有設立專區是「為了解決」人才出走而設置的思維，並且較過往多著重於由病人身分所引發的不公平待遇更進一步對立起專區和非專區的醫護人員之間將遭致的不公平待遇，試圖以「將產生同樣的人才出走」後果來說服主政者勿設專區。

#### 五、策略十六：區分照顧國人的健保醫師與拚經濟的專區醫師——醫師類型化的可能性

前述從醫事人員角度論述專區設置的後果，至此漸漸顯見於相關行動者的敘事當中，例如長庚醫院婦產部醫師劉競明和台北醫學大學附設醫院專任顧問醫師高克培皆由此加以論述：

如果將來國際醫療專區的支援「名醫」，在同時負責醫學中心的臨床、研究與教學，卻還要分身去「服侍」來自全球各地的富翁，恐怕是「心有餘而力不足」吧！

這些大牌名醫除了照顧國內健保病患之餘，還要分心到國際醫療專區上班執業，除非有重金禮聘，否則誰願意犧牲自己休閒的時間去「額外加班」或「半夜手術」呢？<sup>105</sup>

<sup>104</sup> 黃達夫，2011，〈衛生署診斷錯誤 開錯處方〉。台灣蘋果日報，A21，4月9日。

<sup>105</sup> 劉競明，2011，〈先有病患口碑 才有國際醫療〉。聯合報，A17，4月9日。

「大醫院」之所以大就是因為已經有眾多本國的病患需要他們的服務，然而任何醫師都不是無敵鐵金剛，他們的時間、精神、體力、乃至於愛心都有一定的極限，任何醫院的空間、人力和資源，包括檢查的儀器亦復如此；許多大型醫院早設有 VIP 門診，民眾只要付較高的掛號費，就享有免排隊、專人看診的特殊待遇，這已經壓縮了那些沒有錢付較高掛號費的患者，「讓衛生署非常難處理來自民眾的抱怨」。未來各大醫院附設國際醫療後，普羅大眾更進一步地被帶著外幣、較富有的外國人所排擠，特別是偏遠地區患者將更得不到那些名醫們的關愛、也更無緣享用那些高貴的醫療設施了！<sup>106</sup>

有趣的是，上述兩人雖皆述及醫師在精神與時間上的限制，然對於醫師至專區服務的看法卻是持相反立場：前者認為名醫在一般條件下將不會有「餘力」特至專區做「額外」的服務；後者則認為，現有大醫院的醫師已須面對眾多國內病患，在此環境下，為避免國內病患受排擠，應另設專區發展國際醫療拚經濟：

為創造國際醫療產值以改進台灣經濟，我們是有必要發展國際醫療，筆者建議我們應仿照其他大部分發展國際醫療的國家，以「國際醫療專區」和「公司化」型態經營，讓健保醫師盡心盡力照顧國人，讓有志國際醫療的醫師專職、專心於「國際醫療專區」拚經濟去吧！<sup>107</sup>

可以看到，隱含在上述高克培論述中的思維實則與朱敬一的一國兩制論同樣承認與認同存在兩類醫師類型（照顧國人的健保醫師／拚經濟的國際醫療專區醫師），且這兩類醫師能夠透過實體專區而完全區隔開來，而未如劉競明認知到「同一位名醫」可能因此面對「在兩類病人中做出二擇一」的情境。不過此種二分法的思維亦遭馬偕醫院副院長施壽全的指謫，認為「醫師將因設立專區而必然爭相湧入循利」此種預設，是需要質疑的，亦即，其中隱含之非此即彼的二分法必須被瓦解：

<sup>106</sup> 高克培，2011，〈一院兩制 沒錢病患恐遭排擠〉。聯合報，A15，4月11日。

<sup>107</sup> 同上引。

事實上，國內大部分醫療機構與人員，對於國際醫療專區是否設立並不太在乎；但如今八字還沒一撇，就有人認為一旦有了國際醫療專區，則醫療從業人員就會置國民健康於不顧，爭相湧進專區內去享受高級待遇，類似這種看法，要叫絕大多數堅守崗位、兢兢業業的醫療同仁，情何以堪呢？！不過，其所以如此，顯然是「二分法」的觀念使然：「全民健康保險」若是唯一「真理」，則「國際醫療專區」就什麼都不是了！

醫療是服務業，所以在正統醫院管理的課程中，也有「商業模式」的討論。所以，如果把應用商業理念來管理醫療的現象逕自認定是把醫療「商品化」，未免太輕視醫界與杏壇專家的智慧了。<sup>108</sup>

施壽全不僅主張非此即彼的二分法必須避免，甚而以學校教育課程作為正統的表徵來強化商業模式應用於醫院的正當性，同時據此區分出商業模式管理和醫療商品化之間的差異性；然而究竟此兩者之間的具體差異如何表現，施壽全並無進一步說明。相反的，黃達夫則指出，台灣醫院管理階層「向錢看」的價值觀偏差，早已導致「沒有錢付較高掛號費」的患者權益遭排擠；換言之，以「避免前述患者權益受排擠」作為支持「一國兩制」而反對「一院兩制」的論據，在黃達夫眼中是站不住腳的；甚而，「一院兩制」本身即是不應存在的現象：

美國的醫院並沒有「一院兩制」的問題，美國的醫師都會在相同環境，以相同的態度及相同的方法照顧本國或國際病人。所以，在人權意識堅強的美國，病人或人權團體從來不認為國際醫療影響了美國病人權益。那麼為什麼在台灣就會有「一院兩制」問題存在呢？主要就是醫療價值觀的偏差，因為醫院的管理階層「向錢看」，而在制度上給予病人差別待遇，健保病人就醫環境像難民營，只給兩分鐘，匆促打發病人。自費病人的就醫環境則媲美五星級飯店，且可以從容看診，而不是對所有病人一律提供合乎病人需求的醫療。

「沒錢病人被排擠」的現象早已存在，不可能因設立醫療專區而獲得解

---

<sup>108</sup> 施壽全，2011，〈真理只有一個嗎〉。台灣蘋果日報，A17，4月26日。

決。「一院兩制」的問題之所以會發生在台灣，根源在於台灣醫院管理思维的偏差，及醫學教育沒有真正落實對病人一視同仁，提供負責任的醫療的觀念。<sup>109</sup>

至此，黃達夫似乎因反對設置專區而開始以既有「沒錢病人被排擠」此現象「早已存在」，而此負面現象「並非肇因於國際醫療」來為「國際醫療」辯護；不過其所支持的國際醫療立基在幾個前提之上：要達致的目標是提升醫療品質而絕非產值、給予病患的照護絕不受付費多寡而影響。不過，究竟如何測量具付費差異之病患間的照護品質真的存在差異？上述論點似隱含著黃達夫是以「見微知著」的問診時間作為判準；然當問診時間一致時，卻可能威脅以此作為衡量品質的客觀性，而使「付費差異」得到合理化；如下述被前衛生署署長、現任新光醫院院長侯勝茂所述的「乘機旅客」比喻：

這就像是國際航班都有商務艙與經濟艙，不管是搭乘商務艙還是經濟艙，都是同時到達目的地，乘客抵達的時間，不會因為艙等不同而受到的影響。<sup>110</sup>

## 六、策略十七：論專區的普及範圍——區內與區外醫院的競爭關係

除了從「國際／國內病人之關係」以及「醫師與病人之關係」等角度進行論述競逐外，專區的設置亦產生「專區內／外醫院之間競爭關係」的討論——早在2010年3月25日的公聽會上，黃淑英立委即談及當中存在著「壟斷問題」而反對設置專區。秀傳醫療體系營運中心李彥俊副營運長則是加以融合時效性與效率等面向，以此正當化其「全台皆是專區」的構想：

發展全台都是國際醫療專區，遠比在一個地方設立一個專區更有時效性和效率，而且也不會落下政府圖利財團的惡名，更排除專區內各醫療事

<sup>109</sup> 黃達夫，2011，〈問題不在國際醫療 醫院向錢看 窮病人早受排擠〉。聯合報，A15，4月12日。

<sup>110</sup> 侯勝茂，2011，〈推國際醫療 法令要先鬆綁〉。工商時報，A5，4月21日。

業整合困難的問題，也不會浪費醫療資源。<sup>111</sup>

另外，長庚大學醫務管理學系助理教授白裕彬亦為文詮釋行政院於特定區域設置專區的規劃是一種與民爭利、刻意漠視台灣區域均衡發展的「威權侍從經濟模式」——其中不僅隱含著政府具有壟斷的主控權，亦隱含存在「受壓制」的同行業者：

國際醫療服務是否只能限制在行政院規劃的桃園青埔「專區」進行，有再三斟酌之必要。事實上，國內各醫療院所有意從事國際醫療服務者頗眾，只是缺乏相關法令鬆綁與政府政策的支持配合。如今行政院卻打算用「專區」名義壟斷國際醫療服務事業發展的主控權，扼殺全台各地民間自主發展國際醫療服務事業的可能，並準備延續過去行之有年的威權侍從經濟模式，以發展產業為名，對特定集團放權讓利，卻不思因此而加大南北差距。政府刻意漠視區域平衡發展，與民爭利，莫此為甚！<sup>112</sup>

## 七、策略十八：論開放程度的輕重緩急——比較基準的差異

在如此眾說紛紜的氛圍之中，立法院衛環委員會於 2011 年 5 月 16 日便審議醫療法中關於國際醫療專區化、公司化之條文保留，擇期再審。雖然如此，衛生署與相關部會仍持續推動簡化簽證流程和放寬入台接受醫療服務者之資格等措施，企圖藉由效率的提升和資格限制的放寬等方向營造相較友善的產業環境。例如在 2012 年初，衛生署即公布核可台灣 39 家醫院可直接以「健檢醫美」名義，向移民署代申請大陸地區人民來台健檢醫美；爾後，管理工作小組至海外舉辦推廣台灣醫療服務之巡迴講座時，發現柬埔寨、緬甸及寮國由於與台灣的外交關係上被列為「非友善」國家，使得當地居民或我國僑胞至台就醫受限較大——「一定要是重大疾病它〔按：外交部〕才會允許有醫療簽證」（受訪者 G1 2013/5/2；受訪者 G2 2013/5/2）——有鑑於此，管理工作小組即偕同外交部與移民署開辦

<sup>111</sup> 李彥俊，2011，〈推動國際醫療設專區緩不濟急〉。經濟日報，B1，4 月 16 日。

<sup>112</sup> 白裕彬，2011，〈從產業發展面看國際醫療〉。台灣蘋果日報，A17，4 月 19 日。

「開放柬埔寨、緬甸、寮國等特定國家僑民來台參訪醫療照護產業發展案（簡稱僑安專案）」，放寬三國人民至台進行之醫療項目，如納入健檢、醫美兩項、在醫療類別部分則比照「大陸地區人民得於台灣地區接受醫療服務之疾病」，以建立「利於僑胞來台灣做一些醫療服務的便利管道（受訪者 G2 2013/5/2）」；自 2012 年 5 月開辦經過一年後，服務人次「已有 800 多人（受訪者 G2 2013/5/2）」。

有趣的是，此舉措的開放性，看在不同屬性的行動者眼裡具有不同的程度解讀。以僑安專案為例，致力推動台灣國際醫療產業的受訪者 G1 和 G2 皆述及這樣的放寬度與速度相較泰國、新加坡、馬來西亞等國所制定的醫療簽證資格而言仍然不足；G1 亦進一步刻劃了管理工作小組與外交部對於此開放性的認知差異：

簽證開放的速度……有進步，但是相對其他國家還是不夠快。再來我們有外交的處境。比如說，我們對緬甸、柬埔寨這些在外交被列為非友善國家，進來就很麻煩。那新加坡沒有這個顧忌阿。新加坡 24 小時就給簽證阿。我們還叫人家，除了申請很麻煩以外，還叫人家緬甸的飛到泰國的辦事處去面談，才給人家醫療簽證。那你就輸了！我生病還要飛到你那邊給你面談才決定，那我不如乾脆就去新加坡就好啦。或者去泰國阿。也許新加坡比較貴。最有錢的人就飛到新加坡去。沒錢的就飛到泰國，因為泰國的價錢跟台灣差不多。只是說泰國的醫療技術沒有台灣好。那些華僑就覺得很嘔阿。他說，我錢要給你台灣的醫院台灣的政府賺，你竟然不讓我來！那這個又是很大的問題。那這牽涉外交部的問題阿。但外交部就說，我已經不錯啦，我已經有醫療簽證啦，以前都沒有阿！以前連來都不能來，我現在已經給你，只是要叫你飛到曼谷辦事處去面談啊！（受訪者 G1 2013/5/2）

不同屬性之行動者之所以存在認知差異，起因於各行動者之間衡量事物之比較對象的差異。不論在報紙投書、公聽會發言或受訪情境皆強調國際醫療是「國際競爭」而致力發展台灣國際醫療服務產業的 G1，比較對象為發展國際醫療行之有年的泰國和新加坡；因此，「存在外交處境」的台灣在此方面即落於人後，

失去賺取經濟利潤的機會——此立場與從外交關係衡量的外交部立場所認知到的開放性落差於焉而生。

雖然此種「有條件的」開放方向具有一定程度的客源篩選機制，然在開放初期仍存在不少「只是來抽個血（受訪者 H3 2014/5/8）」此類「以醫療之名行觀光之實」的旅客，且存在此現象者常以大陸旅客為多（林秀靜 2012；受訪者 H3 2014/5/8）；後續亦引發醫改會於 2012 年 5 月 10 日召開「觀光醫療迎貴客，健保病患靠邊站」記者會，呼籲衛生署回歸捍衛國民健康之正業、嚴禁健保醫院從事國際觀光醫療：

醫改會 10 日召開「觀光醫療迎貴客，健保病患靠邊站」記者會，抨擊衛生署不務正業，坐視血汗醫護荒、醫院關閉健保床、民眾一床難求等亂象，卻反當起「國際醫療仲介署」，大動作幫健保醫院招商，輸送吃緊醫護人力去包攬陸客美容健檢的生意，加速內外婦兒急各科「五大皆空」崩盤危機，根本是拿國人就醫權益作賭注！

醫改會並公布 39 家衛生署掛保證隆重推出的觀光醫院血汗人力現況、急診塞爆等數據，呼籲馬總統讓衛生署回歸捍衛國民健康正業、健保醫院回歸救人責任，嚴禁健保醫院從事國際觀光醫療。千萬別讓馬團隊誇口的「六大新興產業」、「生技鑽石行動方案」，淪為壓榨醫護血汗及犧牲國人救命治病資源的「血鑽石」方案。<sup>113</sup>

---

<sup>113</sup> 轉引自醫改會網站，[http://www.thrf.org.tw/NewsLetter\\_Show.asp?NewsLetter\\_ID=174#F](http://www.thrf.org.tw/NewsLetter_Show.asp?NewsLetter_ID=174#F)。取用日期：2014 年 7 月 6 日。



圖 2 2012 年醫改會「觀光醫療迎貴客，健保病患靠邊站」記者會諷刺漫畫

資料來源：醫改會網站，

[http://www.thrf.org.tw/NewsLetter\\_Show.asp?NewsLetter\\_ID=174#F](http://www.thrf.org.tw/NewsLetter_Show.asp?NewsLetter_ID=174#F)。取用日期：2014 年 7 月 6 日。

在圖 2 中，代表衛生署的巨型人物拿著「推廣國際醫療歡迎陸客光臨」標語的旗幟，蠻橫地擋在一長列等候看病者之前，威脅似地要求健保特約醫院醫護人員迎接「陸客團」；一列穿著華麗的貴婦則受到經建會、外貿協會與僑委會列隊歡迎；被擠至畫面左下方的則代表本國健保住院病患，著實完整體現了如醫改會之反對者如何看待國際醫療由衛生署帶頭發展的意義及其論述策略：以醫療的「服務對象」為論述標的，凸顯或樹立起服務對象之間的「國家界線」，以及差異化服務對象的身分(貴客 vs. 病患)——在樹立界線與差異的同時亦區分了正統與異端，其中隱含某種「本質」的「回歸」即反映著行動者認為正統的一方。換言之，醫改會透過「服務對象之國家身分層次」以及「視對象為消費者或病患」兩種劃界依據，區分出「具健保身分的國內病患」與「不具健保身分的中國大陸顧客」兩種對象類型；進一步指出，在既有健保醫院組織本身扭曲而導致資源稀少的情況下，兩者將形成資源競爭的關係：「原來應該擁有卻無法擁有」的國內具健保身分病患必然「受到排擠」。

如果說醫改會是「將預測的未來以現在進行式做論述」，那麼，其論辯對手

則可謂「以現在進行式來回應被預測的未來」：針對醫改會此種指控，吳明彥再次投書強調此項以「餘裕資源」發展的國際醫療既非健保問題的肇因，兩者之間亦無關連，而是一種國際競爭的比賽；甚至衛生署之所以作為主管機關，即是考量到此發展對國人就醫權益的潛在影響才如此安排，絕非一種「不務正業」的表現；進一步的，吳明彥再次強調在當前發展國際醫療「刻不容緩」：

而在新興產業發展初期、各界需求下，政府始輔導業界，且為避免醫院發展產業壓縮國人就醫權益，由衛生署擔下主責，除輔導各院發展，更持續監控各院醫療統計數據。據衛生署國際醫療管理工作小組統計的數據，100 年次國際觀光醫療產值占健保總額五千億不到 1%，觀光醫療住院人次更是健保住院人次的 0.27%，目前絕對沒有產生任何衝擊。而健檢、醫美屬自費市場，本來就沒有排擠之論。且台灣的醫護人力較新加坡、泰國與印度皆高，證明台灣是具有資格來發展國際醫療。

台灣醫界現存的種種制度產生的問題，並非短期能迅速改善，而國際醫療發展時機錯過，也將失去我國的競爭優勢。<sup>114</sup>

另外，G1 亦於受訪時回應醫改會之批評較從社會公平角度論述，又太早去做出預測；換言之，對於 G1 而言，醫改會等團體所擔憂的問題並非必然不會發生，而是尚未到達其所謂可控管的「七三比」此臨界點：

我覺得醫改會批評太早了。其實韓國還有幾個國家〔也〕面臨到我們這樣的問題，但其實這個就是你從甚麼角度；那我是覺得臨界點還沒到。像長庚這樣子才佔 1%，你說怎麼會影響到國人就醫？通常醫改會比較站在社會公平的角度，那又很早去預測這個問題。也許有這樣的問題，那我覺得是在「七三比」才會發生。所謂七三比是，10 個病人裡面，7 個國人，3 個外國人，這大概是這個社會可以接受的容忍度。這個上限是將來可以管理，甚至可以訂的。那你會說，七三比我將來怎麼知道，我跟你講，如果一個好的醫師，連這個醫院的員工或親戚都排不進去，

---

<sup>114</sup> 吳明彥，2012，〈醫事爭議肇因 健保非國際醫療〉。經濟日報，A12，5 月 26 日。

他自然就投書，以台灣媒體這麼發達，這些員工就投書了啦！對不對？  
不用你政府去監督啦！（受訪者 G1 2013/5/2）

除了藉著「發生時間早晚」此面向戮力爭奪論述正當性外，主管機關為避免前述常發生於透過健檢醫美簽證而來的「假醫療真旅遊」現象持續存在，以「建立品牌、避免醫院之間削價競爭淪於廉價、維持品質（受訪者 H1 2013/1/3）」，亦逐步在健檢價格方面訂定下限<sup>115</sup>和提高入台接受醫療服務者之資格門檻<sup>116</sup>——這些舉措亦展現了台灣在健檢醫美項目標的之客群輪廓——依據洪子仁的觀察，係屬「家庭為主、社經地位及財務能力較佳者」：

新政策的宣佈，回應了醫療機構需求，採取更務實的作法，讓以家族為主的健檢醫美自由行有更多人可以一同前來，而在申請門檻上增列財力證明則強化了健檢醫美申請的管理機制，讓屬於社經地位及財務能力較佳的居民來台，才是觀光醫療健檢醫美的主要客層。<sup>117</sup>

除了藉由價格低限的訂定與提高入台資格等法規維持品質以外，此時亦發布了主管機關得隨時派員訪視或查核各醫療機構的相關辦理情形之規定<sup>118</sup>。有趣的是，該等規定皆僅適用於針對持健檢醫美簽證的中國大陸人士，而非針對如受訪者 H1 所謂「真正需要醫療」的重症或疾病治療之病患。針對如此規定，H1 表示，由於進行健檢醫美等「健康人士」有較高的偷跑機率，而藉此管道「偷跑不

<sup>115</sup> 2012 年 8 月 22 日，衛生署發布：針對大陸地區人民、柬緬寮之僑民以健檢醫美為事由入臺者，衛署醫字第 1010266328 號函規定，自 2012 年 10 月 1 日起申請之案件，醫療機構提供之健檢醫美服務，醫學中心收費不得低於新臺幣 15,000 元整，非醫學中心收費不得低於新臺幣 10,000 元整。

<sup>116</sup> 2012 年 12 月 28 日，內政部移民署發布，依據「大陸人民進入台灣許可辦法」第 17 條之 2：「大陸地區人民年滿二十歲，且有相當新臺幣二十萬元以上存款或持有銀行核發金卡或年工資所得相當新臺幣五十萬元以上者，得申請進入台灣地區，於經中央衛生主管機關公告之醫療機構接受健康檢查或醫學美容。其直系血親及配偶得隨同來臺接受健康檢查或醫學美容。」

<sup>117</sup> 洪子仁，2013，〈台灣觀光醫療發展最後一哩〉。工商時報，A6，1 月 15 日。

<sup>118</sup> 2012 年 12 月 28 日，內政部移民署發布「主管機關或中央衛生主管機關得會同相關機關，隨時派員訪視或查核醫療機構辦理大陸地區人民進入台灣地區接受健康檢查或醫學美容服務之情形」。

回大陸」的相關事例亦曾發生，因此訂定此規定（受訪者 H1 2013/1/3）。此處，「區分健康與醫療」的思維實已隱約醞釀在「進行健檢醫美者不若疾病治療是真正需要醫療的病患」此種敘事當中。

不過這樣的法規訂定，對於致力推動發展之行動者而言仍屬不足；具體而言，上述法規對於發展整體產業而言，相較非積極作為。洪子仁即進一步與「晚台灣兩年才發展、但透過政府大力支持、民間單位積極配合等作為下已有長足進步」的韓國作為比較對象，認為台灣「由於法令配套不足，經費有限及民眾的認知等因素，讓台灣觀光醫療發展不斷在做與不做之間擺盪而且充滿了矛盾，無法全力發展」，<sup>119</sup>因而再次呼籲政府建立專責推動組織及增加經費建構「台灣醫療」品牌，尤以品牌建構為要：

面對強大的競爭對手環伺在側，我們應該借鏡鄰國的經驗，在設立專責推動組織及增加經費建構「台灣醫療」品牌上努力，這其中尤以建構「台灣醫療」為首要，因為有品牌才有價值（VAULE），有價值才不會流於價格（PRICE）競爭，政府在行銷策略上應增加經費及資源聚焦「目標市場」發展，以「台灣醫療」為品牌，提昇目標市場民眾對台灣醫療的品牌形象，以增加目標市場的需求，以目前現況觀察，大陸居民入境台灣接受健檢或醫美者，近 80%與大陸台商相關，像是台商的合作客戶或是員工獎勵旅遊等，這顯示透過台商對台灣醫療的高度信任轉移到台商的人脈上，卻也暴露出「台灣醫療」的品牌建構還有很大努力的空間。

120

依照洪子仁所言，台灣品牌是否已經建構，與顧客前來之管道息息相關。如其所述，就中國大陸而言，該地居民入台進行健檢醫美者，高比例與大陸台商相關；換言之，此時從大陸來的客源必須以台商對於台灣醫療的信任為前提，而非大陸居民自身對於台灣醫療的信任。然而受訪者 G2 認為，吸引境外需求者前來台灣進行醫療的管道本身是否真正發揮作用，還是與醫療項目本身息息相關——

<sup>119</sup> 洪子仁，2013，〈台灣觀光醫療發展最後一哩〉。工商時報，A6，1月15日。

<sup>120</sup> 同上引。

相較而言，健檢醫美項目可能可透過廣告宣傳，然如同 H1 表示其院接受住院治療的國際病人多是語言相通、透過「口耳相傳」而來的東南亞華僑親友（受訪者 H1 2013/1/3）顯示，疾病治療的住院患者仍多以口碑相傳居多：

我們之前有做過一陣子顧客的問卷：其實大部分來台管道、接觸到這個訊息的就真的都是親友，佔大概一半以上。這個資料是去年和前年都有在做，但是是不公開的資料，只是我們內部在做市場分析的時候。因為醫療這塊就真的是關乎到人的生命；大家也不是說這樣單單看廣告就會去。你可能醫美或健檢還會看廣告說好像不錯就去試試看；但是你真的要開刀甚麼的，還是親友居多。健檢當然也有，多多少少；但就疾病治療的部分大部分就是口碑相傳。（受訪者 G2 2013/5/2）

整體而言，台灣國際醫療可謂仍處於「持續摸索中」的發展階段（受訪者 G1 2013/5/2）。由於國際醫療的主責單位無法如相關推動者所願（如 G1、G2、洪子仁等），將層級提高為直接隸屬於行政院，而是仍隸屬衛生署；因此主責為維護國民就醫權益的衛生署在推動時即易受到立委及民間團體質疑，連帶影響相關預算之編列。例如 G1 在說明行銷預算被刪減之原因時即表明了行政單位在當中的矛盾處境，並將之歸因於「台灣政府官員怕被罵的通病」，此也一定程度地體現了論述戰場中的競逐態勢：

行銷費用被砍掉是一方面衛生署預算也少，一方面就是立法委員有疑慮，社會醫改會講得很大聲，衛生署都不敢列很大的預算。那這個〔按：推動國際醫療〕是我覺得行政團隊認為說很重要，但是他並沒有很大經費去……他又想做又怕被罵。這是台灣所有政府官員的一個通病，他怕被罵。（受訪者 G1 2013/5/2）

除了政府各部會因此尚未完全整合，台灣各參與醫院之間亦僅透過經驗分享來摸索推動方式（受訪者 G1 2013/5/2）。其中，台灣未成立實體專責醫院及行銷非各醫院所長，是 G1 認為最大的兩個推動困難點（受訪者 G1 2013/5/2）；受訪者 S1 則提及台灣醫界不擅行銷的原因其來有自：「我們醫療人員不習慣〔出去做行

銷〕。我們做醫療的人大部分就是很古板，要嘛就很高傲。都是你來求我啊，怎麼我去求你呢。所以這個心態很難〔做行銷〕（受訪者H1 2014/2/13）」。

具體而言，台灣尚未如泰國具有實體專責醫院，而仍處於各醫院「兼著做」的「虛擬專區」方式在發展。此種「兼著做」的方式即無法達到規模經濟，連帶影響醫院為此聘僱翻譯人才以吸引更多國際病人等積極作為的意願不高，而失去與他國競爭之優勢：

台灣醫院是每間醫院「兼著做」，這樣做就死。這樣做就是量不大，量不大就不可能去請這些翻譯人才。我們台灣哪一間醫院可以像泰國康民醫院這種專責醫院有38種翻譯人才！這樣連長庚這麼大的體系，這麼大的資源，它的〔按：國際醫療〕收入也才不過佔它所有收入的1%。跟其他新加坡Parkway醫院或泰國康民醫院或看到最好的醫院，都佔到四成到五成。根本就是沒辦法比嘛！（受訪者G1 2013/5/2）

然而G1自身亦提到，成立專責醫院是一件高風險的行為，在競爭激烈的台灣醫療環境之下有被淘汰的風險；就此而言，各醫院以兼著做而非專責的方式進行，雖是造成無法達致規模經濟的成因，然而同時，正是因為專責醫院在現行「不得公司化且客源量未達一定規模」等條件下必須背負極大的風險，因而亦使得各醫院興趣缺缺，仍以兼著做的方式進行：

〔各醫院朝向專責醫院發展的限制〕太大了，因為專責醫院，第一個你沒有公司化就沒有人有興趣嘛！公司化又是一個很大的問題。因為專責化這個醫院基本上只做外國人。或者像新加坡這個，50%是靠外國人，50%靠本國有錢人。基本上，這個醫院就不能跟健保特約嘛！所以，基本上你沒有量大到那種地步，或者規模那麼大，台灣的專責醫院事實上，或者沒有公司誘因，稅制誘因，沒有大到那種地步沒有人敢去投資阿。而且台灣本身醫療也是很競爭阿。憑良心講也很競爭。台灣今天醫療技術會這麼進步，或者說水準，就是醫療費用這麼低，就是競爭的關係阿！（受訪者G1 2013/5/2）

儘管對於推動者而言，國際醫療的發展受到層層阻礙，於2013年4月29日由行政院核定的自由經濟示範區（自經區）規劃方案當中，國際醫療仍因符合自經區「自由化、國際化、前瞻性」等三大主要理念，而與「智慧運籌」和「農業加值」等經濟活動一同被納做示範重點。在以「高附加價值的高端服務業為主，促進服務業發展的製造業為輔」的自經區規劃當中，國際醫療具有以下利基：技術達國際水準（如關節置換、心血管手術等特殊醫療項目）、價格相較先進國家合理，以及來台旅客人潮漸增（尤其中國大陸）而有助觀光醫療等；在此等利基下，希冀以下列模式營運：（1）在不影響國人權益的前提下，吸引國際（含陸籍）人士來臺接受重症治療、健檢與醫美。第一階段開放區內得以社團法人成立國際醫療機構，在不對國內醫療環境造成負面影響下，於第二階段試辦公司型態之國際醫療機構，並開放20%外籍醫事人員於區內執業等，以創造競爭優勢；（2）國際醫療除提供美容醫學、健康檢查、重症治療等服務外，亦可併同養生療法、SPA、健康產品等相關產業共同進駐，連帶促進觀光（美食養生、溫泉療養）、生技醫材、保險法務等產業發展。<sup>121</sup>

由此可見，國際醫療自此後的發展，相關討論將不再僅停留於過往「是否以公司化、實體專區化予以發展」的論辯層次；在與自經區合為一體後，設立專區並於其中成立專責醫療機構似乎是一定的發展方向，而公司化的構想則因修法未過而退位至待自經區特別條例通過後實施的所謂「第二階段」，在此之前，則以現行允許的「社團法人」型態於特定區域內成立專責機構。

另外，由於行政院在「2012年生技產業策略諮議委員會會議（BTC）」當中做出決議，將原先包含醫療服務國際化發展的「健康照護白金方案」與2013年6月27日核定之「台灣生技產業起飛行動方案」做合併，國際醫療服務亦因此被納入「醫療管理服務產業」主軸中繼續推動；自一開始所使用的「醫療服務國際化」一詞，至此則轉變為「健康產業國際化」的子項，稱之「重症及觀光醫療」。<sup>122</sup>

<sup>121</sup> 轉引自 2013 年 4 月 29 日「自由經濟示範區規劃方案（核定本）」文件。資料來源：國發會網站，[www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382](http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382)。取用日期：2014 年 7 月 28 日。

<sup>122</sup> 參見「台灣生技產業起飛行動方案」文件。資料來源：行政院網站，[http://www.ey.gov.tw/News\\_Content.aspx?n=7084F4E88F1E9A4F&s=BC3C2C745A191A6B](http://www.ey.gov.tw/News_Content.aspx?n=7084F4E88F1E9A4F&s=BC3C2C745A191A6B)。取用日期：2014 年 2 月 10 日。

不論是「國際醫療」納入自經區所預期達至的整體效益為「引入投資」、「增加產值」、「創造就業」、「促進繁榮」及「接軌國際」<sup>123</sup>、或是「重症及觀光醫療」納為生技產業相關方案之一環所預期達至的目標為「醫療管理服務輸出，帶動相關產業共造產值」、「台灣品牌行銷國際」、「建構醫療服務國際化的經營模式」<sup>124</sup>，皆顯示政府將之視為一種可與其他相關產業串連的經濟活動——可以預期的是，如此富含「將醫療做為增加產值之手段」此主要思維的發展方式，將一方面引致更多持「醫療不可產業化」此絕對立場的行動者論辯、另一方面亦引發自經區內與區外如何發展國際醫療以及其他相關之具體問題。

### 第三節 良藥與毒藥之間：從虛擬到實體國際醫療專區的爭議

隨著 2013 年 4 月 29 日國際醫療一項納入自經區後，2013 年 8 月 16 日正式啟動自經區第一階段推動計畫。除了持續簡化入台手續，放寬外（陸）籍人士入臺簽（許可）證申辦手續及對象，並結合政府部門多元行銷管道（電視、網路、廣告等）強化品牌外，亦於同年底在台灣台北松山、桃園第一航廈和第二航廈、台中清泉崗、高雄小港等機場入境處設置國際醫療服務中心，提供已事前預約之國際人士就醫諮詢、醫院聯繫及聯合行銷等服務；另鼓勵國內醫療、旅行社等業者與商務中心合作。<sup>125</sup>隨後，因應公司化之變革過於具有爭議，在 2014 年 1 月 29 日核定的自經區推動方案修正版中，將第一階段與第二階段作如下調整：在第一階段方面，維持簡化來台手續與設置國際醫療服務中心兩項，惟刪除「以社團法人型態於特定區域內成立專責機構」一項；第二階段則將原先的公司化推動方向刪除，改以（1）成立「國際健康產業園區」，園區內鼓勵設置生技醫療研發機構，帶動周邊健康產業發展；（2）放寬投資經營限制，引進國外先進技術：區內得以醫療社團法人成立專辦國際醫療機構，並引入外籍醫事人力，在不對國內醫療環境造成負面影響下，於第二階段適度鬆綁該法人得不受現行醫療法規部分

<sup>123</sup> 轉引自 2013 年 4 月 29 日「自由經濟示範區規劃方案（核定本）」文件。資料來源：國發會網站，[www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382](http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382)。取用日期：2014 年 7 月 28 日。

<sup>124</sup> 轉引自「台灣生技產業起飛行動方案」文件。資料來源：行政院網站，[http://www.ey.gov.tw/News\\_Content.aspx?n=7084F4E88F1E9A4F&s=BC3C2C745A191A6B](http://www.ey.gov.tw/News_Content.aspx?n=7084F4E88F1E9A4F&s=BC3C2C745A191A6B)。取用日期：2014 年 2 月 10 日。

<sup>125</sup> 轉引自 2013 年 4 月 29 日「自由經濟示範區規劃方案（核定本）」文件。資料來源：國發會網站，[www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382](http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382)。取用日期：2014 年 7 月 28 日。

限制，適度鬆綁社員資格、董事長資格及董事組成等規定；(3) 完善配套措施保障國人權益：國際醫療機構應訂定回饋計畫，挹注偏鄉或弱勢族群、繳納經營許可費（特許費）以挹注健保、不得為健保特約機構，惟允許國內民眾自費就醫及合理規範國內醫師於示範區內國際醫療機構看診時數等。<sup>126</sup>

綜觀此時的論述者辯論焦點可謂與前述大抵一致，亦即關於設置專區與公司化的優缺點、發展國際醫療對於國人就醫權益的影響等問題；其中所牽涉的面向亦可謂與前述大抵重疊，即是從醫療的營利與非營利性及其他意義、人才外流（包含外部流失至國外和醫療科別之間的內部流失問題）、國人權益因此受損或共同得利等面向進行論辯。綜而言之，具堅持反對國際醫療立場者的論述策略在此時仍呈現堅守醫療非營利本質的立場，而支持者此時則出現了過往未曾見到的應對策略。因此在以下整理的5種競逐策略中，將主要從支持者方了解其如何做論辯，並以此同時反映作為反方的論述如何與以往大抵一致。5種競逐策略包含：以極化的預想思維做對質、有關主打項目之選擇及其意義爭論、以台灣先發展全民健保後始發展國際醫療來回應外國發展國際醫療之後的負面影響、以病人差異化來回應病人階級化，以及以健康產業代替醫療產業一詞等。

### 一、策略十九：以預想的未來做對質——極化的預想思維

針對國際醫療一項納入自經區，前衛生署署長楊志良即為文表示贊同。楊志良認為「國際醫療不可能是解決醫療體系所有困境的良藥，因為醫療體系需與時增進，不斷改革，但也絕不是毒藥」；<sup>127</sup>台灣資金、人才皆足，且品質、價格皆占優勢，在此環境下若放棄發展，讓韓國、泰國、新加坡等「不斷大發國際醫療財」，實屬「不智」的行為——據此，楊志良認為，在「機會稍縱即逝」的全球競賽中，台灣應立即有所作為。有趣的是，此處楊志良雖同朱敬一一樣提及台灣人才外流作為不發展的後果，然而相較朱敬一以需求面作為拉力，認為不發展的後果是「(中國大陸的)有錢病人會有誘因吸引台灣醫生與醫院去該地開張看診」的論述方式，楊志良則是以供給面作為推力，認為台灣供過於求所導致的薪資無法提升問題，「必將」使得人才出國發展：

<sup>126</sup> 轉引自 2014 年 1 月 29 日「自由經濟示範區規劃方案（修正案）核定本」。資料來源：國發會網站，<http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020281>。取用日期：2014 年 7 月 28 日。

<sup>127</sup> 楊志良，2013，〈國際醫療 該不該發展？〉。聯合報，D2，5 月 7 日。

在人才方面，台灣目前執業醫師已有 5 萬人，每年持續增加 1 千 3 百人以上；其餘牙、藥、中醫、放射師、醫檢師、復健師、職能治療師等，10 多年來每年增加率均大於人口成長率甚多；護理人員方面，領照有 23 萬多人，實際執業的只有 13 萬多人，每年新增則有 1 萬多人。這些專業人員都是長期用功苦讀，通過國家嚴格考照的人才，卻因為供過於求，已有就業困難的情形，導致專業未能發揮，薪資一直無法提升。若情況沒有改善，他們未來必將遠赴鄰近國家尋求發展，特別是中國大陸，反而弱化了台灣的實力。<sup>128</sup>

然而針對楊志良此種「人才充足、供過於求」的表述，醫改會即如過往黃達夫論述立場一致，認為衛福部並無釐清「人力足，但執業者有限」此種不投入的原因；並且提出「國際醫療一定具吸引力使其投入？還是會搶走目前仍在崗位之人力？」等質疑。<sup>129</sup>

實則與人才應用問題息息相關的即是國際醫療病人需求的醫療服務項目取向。就此而言，楊志良分析國際醫療項目應屬可排程的醫療（elective surgery）為主，另有美容、健檢等；藉由所需服務項目的區分，楊志良認為，以此些項目為主要需求的國際病人，和台灣本地民眾所需要的基層醫療之間並不會有「重大的排擠」；然若日後國際醫療需求增加，亦可增設醫學院培育醫師人才：

什麼樣的病人會出國尋求更佳的醫療？首先當然是有錢人，但更重要的是生了什麼病。傷風、感冒、拉肚子，大概沒有人會出國就醫；也不會是傳染病，因為根本不會獲准入境。所以必然多數是外科系及相關重症，例如人工關節、心導管支架、癌症、白內障摘除水晶體置換等，可以排程的醫療（elective surgery）；另外則為美容及健檢等。因此只要有良好的規範，對多數民眾普遍需要的基層醫療，並不會產生重大的排擠。

剛開始業務不多，對台灣醫師人力衝擊有限，一旦發展，人才需求增加，

---

<sup>128</sup> 同上引。

<sup>129</sup> 參見 2014 年 6 月 12 日國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國際醫療」論壇。

則可擴增醫學系（目前嚴格限制入學人數），以國人高度偏好念醫學系的情況，不怕缺乏優秀年輕人報考，其他醫事人員則無不足的問題。<sup>130</sup>

不過，楊志良雖贊同在自經區內設立可公司化的專責國際醫療醫院，卻不贊同現行允許區外各「公共醫院」執行容額 10% 為限的國際醫療業務規定。因其認為，公立及財團法人醫院「應以照顧國人為主（急診基於人道考量是例外），否則必然產生對病患『大小眼』的問題」。<sup>131</sup>換言之，不同於過往在認為區內外可同時並行的前提下進行相關論述之行動者立場、亦不同於反對另設專區發展的行動者立場，楊志良可謂與朱敬一「一國兩制」立場一致，逕將國際醫療視為「以賺取經濟利益為目的」，又較朱敬一進一步明確反對既有允許國內公立和財團法人醫院發展國際醫療之規定，以鞏固「公共醫院」照顧國人的責任和角色定位；另外，不同於過往僅就設想的層次論述醫師可能因專區設置後面臨「照顧國人或拚經濟」的角色問題，楊志良則是從實際法規著手，認為可比照現行的報備制度，讓國內名醫「每周可報備二、三時段，前往國際醫院行醫」，或是如同自經區規劃方案所述，「引進外籍醫師」以減少對國人就醫的衝擊。<sup>132</sup>

為凸顯發展國際醫療對台灣整體帶來的利益，楊志良進一步從增加的人力設備作為台灣遇重大災難時的動員力量著手論述，並從醫療的專業人力密集屬性，認為發展該項產業具有降低失業率、提高薪資等好處：

國際醫療增加的人力設備，在國家有重大災難時，可以加以動員，停止招治國外人士，以國人優先，有利國家對災難救援的能力。且醫療是專業人力密集的產業，每一床平均需僱用 3 人以上，醫院支出半數以上是薪資，發展國際醫療對專技人員就業、減少失業率及提高薪資大有助益。

133

---

<sup>130</sup> 楊志良，2013，〈國際醫療 該不該發展？〉。聯合報，D2，5月7日。

<sup>131</sup> 同上引。

<sup>132</sup> 同上引。

<sup>133</sup> 同上引。

同樣的，醫改會就此部分以一貫的「質疑」方式提問：「誰能保證發展國際醫療，就一定能改善現有（特別是醫師之外的其他）醫事人員勞動條件，從而能吸引專業人員投入？」<sup>134</sup>上述所呈現一來一往的辯論可以發現，做為反對發展者多以「疑問句」的方式質疑支持發展者所預測的皆是「最佳狀態」；陽明大學公衛所教授黃嵩立亦認為政府等支持者總是述說一種「最理想的結果」，而沒有考慮周全的評估：

我們在自經區的審查的時候，看到衛福部的評估報告，就看到說他們呈現的是 best case scenario。就是說如果一切都按照理想來進行的話，那錢會賺到、沒有人的健康受到影響，皆大歡喜。那這當然有個前提，就是說，這個人力和資源要不產生排擠，或是有排擠、但這是完全可替代的；有一組人去做心導管、那現在人缺，我馬上去訓練新的心導管。所以供給是不受限的，需求增加，供給也增加，達到一個新的平衡。但是可能不是這樣。我們在做評估時，我的 argument 是說，不見得是 best case。有時候稍微差一點，但不是 worst。但是是 worse-case scenario。就是說有賺到錢，但是人力分布會改變。醫學專業行為可能會改變。那五大皆空、血汗醫院這些問題說不定會惡化。那會不會惡化？當然現在不曉得。但是我覺得是需要去考慮的。<sup>135</sup>

我要講，因為它的影響可能是巨大的，所以我們應該採取預警原則 precautionary principle；就是說，舉證責任是在倡議那一邊，不在反對這一邊。我們沒有必要去證明它有可能會出問題，因為它真的會出問題，但是說它沒有可能出問題的人要證明，為什麼不會有問題。絕對不是因為我們的醫療制度比較好，所以就不會出問題，我跟大家講，就是因為我們的醫療制度比較好，所以它會出問題！<sup>136</sup>

可以發現，雖然黃嵩立在上述言論中似乎不以「最差的預測」作為預設，但從其

---

<sup>134</sup> 參見 2014 年 6 月 12 日國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國際醫療」論壇。

<sup>135</sup> 同上引。

<sup>136</sup> 參見自經區特別條例第二次公聽會會議紀錄。

所提出的「真的會出問題」此質疑亦可發現，其中所謂「更差」的走向亦隱含著督保盟成員滕西華曾提到的比喻「打開潘朵拉的盒子」一般<sup>137</sup>，是一種「終將」走向最差的方向。總的來看，不論是支持者或反對者，皆是以「對未知的未來做預想」來爭取自身立場的正當性：支持者即如反對者所言，持續以所預測的最理想狀態下來論述發展帶來的好處，且預設著制度管理的有效性；而反對者實則亦如其所抨擊的對象一樣，持續以所預測的「不理想狀態」來論述發展導致的負面影響，且預設著依靠制度管理的危險性。

## 二、策略廿：再論項目選定及其意義——營利性醫療範疇的邊界定

2013年7月1日，經建會將「自由經濟示範區第一階段推動計畫」陳報行政院，展現出行政團隊的推動決心。然而受到此時由「兩岸服務貿易協議爭議」所引發之社會爭議氛圍影響，經建會即在立法院指示下，於11日與衛生署共同舉辦「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會，針對特別條例通過後的第二階段所要進行的公司化及開放外籍醫事人員至區內執業等事項進行討論，希冀藉此增加與各界的溝通。<sup>138</sup>雖然該會議主持人之一衛生署副署長林奏延於會中表示，此聽證會上之意見將納入政策參考，顯示此時的版本並非無法修改的最終決議，但對於堅持反對專區化和公司化的行動者而言，此舉仍是一種無法挽回的發展態勢。例如黃達夫即在舉辦前日投書表達其收到聽證會公告時所感受到之「大勢已去的挫折感」，認為自身過去的論辯徒勞無功——此亦反映論述戰場中個別行動者對於自身論述力量的衡量基準：

幾天前接到行政院經建會及衛生署舉行「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證的公告時，難免有大勢已去的挫折感。因為對於這個議題，我已經從兩年半前就以各種不同的方式，包括參加立法院的公聽會清楚地表達了我的意見。然而，根據過去的經驗去參加聽證會議，只不過是在政策實施前，幫忙政府走完必要的程序而已。顯然，兩年半的努力又回到原點，怎不令人氣餒。我從頭開始就主張在全球化的今天，病人有選擇至不同國度就醫的自由，所以，國際醫療的發展是自然的趨

<sup>137</sup> 參見「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會會議紀錄。國家發展委員會網站 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0020380>。取用日期：2014年7月30日。

<sup>138</sup> 同上引。

勢。政府既然主張自由經濟，唯一該做的是方便簽證。沒必要大張旗鼓設立專區，還要修改《醫療法》，其不透明的動機，不免令人質疑。<sup>139</sup>

對於如黃達夫立場者而言（如前述提到的鄭鴻鈞），專區化和公司化所隱含的醫療營利屬性，是其絕對無法妥協的發展走向；雖然黃達夫與政府相關推動者同樣認為國際醫療發展是「自然形成的趨勢」，但黃達夫係從其所認同的「病人有選擇就醫地的自由」此需求者方的選擇來做論述起點、而政府相關推動者係以所認同的「醫院得有機會以餘裕供給更大的需求範圍」此供給者方的選擇來做論述起點，因此造成雙方雖看似具同樣預設，卻主張不同的發展方式。

在此聽證會上，議題一如往常地環繞在專區化與公司化所帶來的意見分歧，以及國際醫療的發展對於國人就醫權益的影響。其中一點較過往不同的是，在發展項目的選擇上有進一步的討論。雖然此時如同 2010 年「醫療服務國際化發展策略公聽會」上曹賜斌與吳明彥係就所帶來的產值效益來對所發展的主打項目進行辯論，但此時除了產值效益的標準外，也從道德問題、降低糾紛風險等面向加以考量所要主打的發展項目。衛生署即於會中報告將要發展之項目如前面楊志良所述，係屬「高需求量且低風險與非急迫性」的服務，如「眼科手術、人工電子耳、牙科手術、人工生殖、高階健檢」等，而較不希望於此初步階段進行如器官移植等涉及道德和生命性問題的「非常難重症」項目。<sup>140</sup>

顯然，從衛生署的考量可以發現，「重症」因與道德和生命性問題有較大的關聯而被排除在所發展的「選擇性手術」項目之外；然而，究竟如何判斷哪些醫療項目屬於涉及道德和生命性問題的難重症、哪些屬於選擇性手術？而「重症」和「選擇性手術」等概念又如何界定？可以發現，於 2007 年一開始所主打的「活體肝臟移植」、「顱顏整型」、「心血管處置」、「關節置換」及「人工生殖」等特殊醫療項目皆因被認為屬選擇性手術項目而成為主打強項、且此些項目在當時亦被稱為「重症」項目；然至 2013 年中，又將「器官移植」排除在選擇性手術之外——

<sup>139</sup> 黃達夫，2013，〈帶頭醫療商業化 政府精神分裂〉。台灣蘋果日報，A18，7月9日。

<sup>140</sup> 參見「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會會議紀錄。國家發展委員會網站 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0020380>。取用日期：2014年7月30日。

顯示究竟何者為「選擇性手術」、何者屬「重症項目」，皆無一定的判斷依據，而端看比較對象而定。受訪者 S1 亦提及所謂「重症」應是一個比較性的概念：

重症相對就是輕症：輕症就是好處理，重症就是不好處理。重跟輕也相對於病人所在的環境：在美國恐怕沒有叫重症，甚麼病都可以治療阿！可是你到花東，說不定很多重症都沒辦法處理。所以輕重其實依據病人所在的環境。還有一個問題是，他付不付得起，社會負不負得起給他醫療照護。一個重症病人是說，在當地不太好處理，不太好處理可能是所謂沒有這種技術、可能是沒有這個錢（包含有沒有人支持他或他自己付不付得起）。輕重其實有差。但是你要到跨國，他一定要相當重。有時候不要講跨國，因為有時候那個國界很難講：例如柬埔寨到越南，越南醫療都不是很強了，可是柬埔寨更弱，所以柬埔寨就跑到越南來做醫療。那越南旁邊就會跑到新加坡、泰國。從鄉下到都市／都會比較好的醫院，這也叫做 migrant、移動。你不是在平常生活範圍內去接受醫療照護。像新北市的就會跨到台北市的，新北市比較少醫學中心。那新北市的也有重症，必須到台北市治療。所以輕重其實相當沒有輕易的定義。不過如果講跨國，因為它成本和程序比較複雜，那就會篩選掉所謂不是那麼重的重症。〔例如〕唇顎裂雖然不會死人，不過卻會影響到一個人的生命非常非常嚴重，從小如果兔唇很嚴重，根本找不到朋友，同學嘲笑你，念書也念不好，工作也找不到。最後他就變成一個沒辦法健康的人。所以它〔按：唇顎裂〕不是很重，但是相對很重，因為它技術比較稍微要難一點。（受訪者 S1 2014/2/13）

可以看到，重症不僅是相對於輕症稱之、還與病人所處的醫療技術環境和病人是否負擔得起醫療費用有關。不論如何，在此聽證會上，行動者仍從台灣作為國際醫療服務發展國的立場加以論述。楊志良即進一步主張醫美、健檢「絕對不該是國際醫療的重點」<sup>141</sup>；而應以其所謂附加價值高的選擇性手術（elective surgery，即可排程手術）為主。另外，吳明彥亦表明項目應該往「次重症」發展，

---

<sup>141</sup> 同上引。

並同時將健檢、醫美視為「低階」、「不賺白不賺」的項目：

基本上，國際醫療已經競爭到次重症，這是全世界看到的，你看看人家已經作到 medical city、作到 hub、作到群聚效果，這是已經避免不掉了，只是說在裡面該如何管理，甚至我覺得肝臟移植這部分都要開放，因為肝臟移植我們開放是五等親，只要對方病人家屬帶肝來，那有何不可以？事實上現在就有這個 case，我們沒有理由反對阿！這是一個台灣有競爭力的項目，那你為什麼不開放呢？事實上現在就在做了，將來國際醫療本來就應該開放這個。Parkway 的 CEO 說在他們發展過程裡，根本看不起健檢美容這種 low class 的項目，對他們來說不是營業重點，所以我們不應該再以健檢美容為主，除了對大陸人而言，因為語言通、方便等，不賺白不賺，但那並不是現在台灣最有競爭力的項目。台灣最具競爭力的項目，你可以去看我們價格還有提供的品質，學理上有一個性價比，就知道台灣的競爭項目在哪邊。大家有機會去看 MD Anderson 在休士頓的 medical city，我們要的是台灣將來有這種 medical city 的 hub，這才是我們要的。<sup>142</sup>

此種視健檢、醫美為「低階項目」的貶抑，亦反映在受訪者 H2 對國際醫療的定義上。就 H2 而言，目前（2013/8/30）以健檢醫美為大宗的服務「不算所謂做很了不起手術的國際醫療」：

台灣目前所謂的國際醫療就是說的比唱得好聽啦！就是宣傳的很厲害但是沒有所謂的國際醫療。就是說你所謂的國際醫療定義是甚麼？那現在我們看到的所謂國際醫療就是在為陸客做一些體檢啦，作一些很初階的那種美容阿，就是像那種光波的、打斑阿那些。就沒有你想像的那種開很大的刀阿，或者是做甚麼很了不起的手術。（受訪者 H2 2013/8/30）

除了吳明彥站在營利立場主張發展重症類別，實則對於實際處理國際病人重難症

---

<sup>142</sup> 同上引。

的醫師而言，關於重症項目的發展應屬「宣揚國威」或是具「國際人道援助色彩」的發展目的——曾協助香港女子易小玲成功重建下顎缺損<sup>143</sup>的林口長庚醫院魏福全醫師，即認為此類類別「應屬宣揚國威，而非作為產業發展」之醫療服務的立場；<sup>144</sup>堪稱肝臟移植權威的高雄長庚紀念醫院陳肇隆醫師亦強調其自身的「國際社會責任」，認為「醫療是救人的學問，不應該有藏私的觀念。台灣的醫療能有今天，也是因為過去我們有機會到美國、歐洲、日本去學習，今天我們有可以讓別人來學習的，就更應該毫無保留地回饋國際社會」<sup>145</sup>——如此的主張雖使該項目的營利色彩降低，卻亦呈現出「必須予以發展」的行動者立場；同時，正因為這些難重症較能彰顯台灣醫療技術相較他國的精湛優勢，因此亦成為外貿協會近年進行海外行銷的主打服務項目。<sup>146</sup>

針對上述將健檢醫美貶為「低階」的說法，主要發展健檢項目的新光健康管理公司總經理洪子仁即表示健檢醫美項目是當初考量不影響國人就醫權益下的折衷辦法：

我們中華民國是從 2007 年開始推展所謂的醫療服務國際化，其實一開始也是提出以五大重症科別來作為主要的發展方向。大家如果印象沒有錯的話，2007 年我們提出來的時候，馬上有人提出，如果是發展以急難重症為主的話，絕對會排擠本國人的醫療資源，以後大家只看外國人跟有錢人，只看大陸人不看本國人，我想這在報章媒體都還有很清楚的陳列；所以 07 年發展國際醫療過程中，我們衛生署下的國際醫療專案辦公室才會一開始想說：『那不要以排擠本國人的醫療資源、比較少影

<sup>143</sup> 2013 年 12 月下旬，香港女子易小玲來台動手術，她在菲律賓旅遊遭挾持受到槍擊，3 年多（於香港）歷經 30 多次手術，仍終日口罩遮面，在林口長庚醫院醫生魏福全領軍，成功重建下顎缺損。轉引自中央通訊社，2014/01/20，〈國際醫療生意經 社會公平疑慮〉報導，<http://www.cna.com.tw/news/ahel/201401200249-1.aspx>。取用日期：2014 年 1 月 30 日。

<sup>144</sup> 參見 2014 年 1 月 15-17 日，由衛福部、國家生技醫療產業策進會，以及生技醫療科技政策研究中心共同舉辦的「2014 醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇」。

<sup>145</sup> 同上引。

<sup>146</sup> 根據外貿協會首席副秘書長葉明水在論壇的講演，最近一兩年外貿協會「特別以罕見、重症疾病作為行銷的重點」；另外經過協助召開記者會表彰前述魏福全教授所率領的團隊成功完成香港女子易曉玲的下顎重建手術後，在《亞洲週刊》即報導了「台灣的醫療服務醫療技術勝香港」的形象。參見 2014 年 1 月 15-17 日，由衛福部、國家生技醫療產業策進會，以及生技醫療科技政策研究中心共同舉辦的「2014 醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇」。

響病床的，那就是健檢與醫美。」因此我剛在這邊聽到許多先進說：『怎麼會玩健檢、醫美這種在國際醫療發展中 priority 上比較後面的這種。』我是很驚訝啦！其實是因為我們本國比較特殊的醫療環境與政治環境，所以讓我們前進不對，退回來人家又說你們怎麼不前進，讓我們進退維谷，這就是我們目前現況就是在這個地方。<sup>147</sup>

從發展項目的討論來看，不但長期推動之行動者之間存在分歧意見，堅持反對發展國際醫療者如督保盟代表（同為台大公衛所教授）鄭雅文亦以此質疑政府所謂「發展國際醫療所擴充之人力可做為國家遇重大災難時的醫療資源」：

有些推動者認為說醫療旅遊的醫事人力在急難事件時候，可調度成為緊急的醫療資源，我覺得這樣是非常缺乏說服力，不管是醫美、健檢或是關節移植，這個如何轉換成緊急醫療資源我覺得是非常有疑問的。<sup>148</sup>

另外，國立陽明大學衛生福利研究所教授黃文鴻亦於論壇中述及，在醫療作為一個「非營利本質」的範疇中「切一塊所謂營利導向的服務」，應是一個困難而需要整個社會共同討論的工作；進而站在醫療機構立場，持著如過往至今從本國病人立場反對發展者一致的主張，認為應該先要思考讓醫院擺脫完全仰賴健保費存活的運作方式，但並非以營利導向的醫療旅遊作為解決之道：

我覺得以一個超過五千多億為本質的醫療服務，那是一個非營利的本體，我不知道在這裡面你怎麼去開拓不管叫做國際觀光醫療等等，你怎麼去切一塊所謂營利導向的服務？這其實是一個基本價值觀大家先要、整個社會要好好做討論的。我反而覺得說，政府應該在整體的社會資源裡面不是完全仰賴健保保費的收入，應該要先改善目前台灣醫療機構在健保資源壓縮下，讓它有增加公共跟社會資源的投入，而不是完全只仰賴保費。先改善醫療機構在目前健保體制下的運作的空間，而不是呢，好像

---

<sup>147</sup> 參見「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會會議紀錄。國家發展委員會網站 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0020380>。取用日期：2014年7月30日。

<sup>148</sup> 同上引。

這邊已經心裡想說困難，那我們都鼓勵營利導向的醫療服務國際觀光或是到對岸去發展。<sup>149</sup>

就此來看，做為主打的醫療項目不但須有發展前景性、亦必須兼顧如何不排擠國人就醫權益以及如何對國人有利等特性。然而個別行動者對於可用做營利的醫療範圍各有不同的認知：從楊志良的論述可發現其是以「基層醫療」為度；洪子仁則是以健檢醫美為度；吳明彥則似乎傾向「沒有界線」的主張，反而與不以營利看待重症發展的行動者立場一致；黃文鴻則是質疑從醫療項目中切割出營利導向此類別的可能性。但正因為發展項目與人才培育方向息息相關，如此紊亂的多頭主張亦使得如鄭雅文等堅決反對者更加無法信任政府等支持者對國際醫療的辯護。

### 三、策略廿一：以「非國民優先」做為國外負面影響之源——照顧國人為先的基本原則

實則，鄭雅文亦於此時（2013 年中）發表〈醫療旅遊對醫療體系的潛在衝擊〉一文，從國外既有發展經驗論述發展國際醫療所帶來的潛在負面衝擊。由此反映出，過往引介國外發展狀況的支持者多僅論及發展所帶來的產值效益等光明面，對於帶來的負面影響多略而不提。儘管醫改會在 2010 年的「醫療服務國際化發展策略公聽會」上即談及政府等支持者「不能只看到好的一面」<sup>150</sup>，然而真正將此負面資訊公開於公聽會或聽證會上並引發政府單位公開回應的時間，可謂遲至 2013 年的聽證會上才出現。在當中，時任衛生署醫事處處長李偉強即針對此回應，認為台灣是先做全民健保才發展國際醫療，這與造成負面影響的國外背景是相反的：

剛有人擔心說會不會造成影響就醫權益等等，首先特別提到，我過去也看過相關的一些分析，也做了一些功課。國外不同的國家在做國際醫療的時候，它產生的正面跟負面衝擊確實是不一樣。可我簡單分成兩大類，

<sup>149</sup> 參見 2014 年 1 月 15-17 日，由衛福部、國家生技醫療產業策進會，以及生技醫療科技政策研究中心共同舉辦的「2014 醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇」。

<sup>150</sup> 參見立法院公報第 99 卷第 21 期委員會紀錄。

剛鄭〔雅文〕教授好像有提到，一類是它其實是本身醫療體系還不夠完善，甚至還有滿多民眾沒有得到醫療，可是因為它可能急於想要獲得一些額外的利益，所以優先發展國際醫療。

我記得在六年前〔按：2007年〕的時候，有泰國記者來問過我這個問題，他說：『你們台灣有在做國際醫療？』那時候我還在醫院服務，我跟泰國記者說：『我們台灣在1995年的時候，實施了全民健保，政府把主要的資金跟主要的人力，全部投入到照顧台灣民眾』，那時候我用citizen first 這個名詞進去。可是同樣差不多時間的時候，在泰國它不是這樣做，所以產生一些公立醫院的醫生跑到私人醫院或是跑到這個專區來。

台灣現在的情況反而跟新加坡、韓國或日本相似，這些國家都已經先照顧好本國民眾（當然照顧的好、壞，可能大家有不同的意見），行有餘力，才想說是不是能把這個有競爭力的產業推向國際，所以順序不太一樣。<sup>151</sup>

同樣的論述策略亦顯見於隔年（2014年）4月2日舉辦的「自經區特別條例草案第二次公聽會」上王健全所做的論述，以及洪子仁於報紙上的投書：

〔王健全於公聽會上發言〕為什麼泰國與馬來西亞的醫療都有階級化？因為他們沒有全民健保，他們是先發展國際醫療，所以沒有錢的人只能去比較差的醫院，而有錢人則去私立醫院、國家醫院，而台灣從1997年開辦全民健保，現在才開始要進行國際醫療，因為我們面臨到一些虧損問題，所以我們絕對沒有階級化的問題，如果想看名醫，只要願意花時間，什麼名醫都能看到，所以台灣的醫療是最沒有階級化的問題。<sup>152</sup>

<sup>151</sup> 參見「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會會議紀錄。國家發展委員會網站 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0020380>。取用日期：2014年7月30日。

<sup>152</sup> 參見「自經區特別條例第二次公聽會」會議紀錄。

〔洪子仁於報紙的投書〕在 2011 年發表的國際醫療發展論文中提到 5 個國家，包括菲律賓、印尼、泰國等因為發展國際醫療之後，產生醫事人力短缺及爭相到國際醫院服務造成民眾醫療權益受影響等，乍看之下似有道理，實情是，文章中所提的國家例如印度與泰國都是先做國際醫療，再來做健保，且這些國家本身醫療體系本並不健全，在醫療人力資源缺乏及相關健保制度不完善之下，卻轉向先發展國際醫療，當然容易出現排擠國內病患就醫問題，但台灣是全民健保穩固之後，再來發展國際醫療，情況完全不同。<sup>153</sup>

「國人優先」不僅是作為上述論述者回應反對者的論述策略，亦可謂各方共有的基本原則。然而因為比較對象的不同，使得即使在同樣的基準上仍存在不同的立論立場：將國際醫療的發展視為國際競爭的立論者，其比較對象係屬國際層次的他國國民情況；然而從國人就醫權益立場出發的立論者，其比較對象則是關於國境內不同身分別的病人之間所存在的差異。

#### 四、策略廿二：以差異化替代階級化——病人差別待遇來源的分歧判準

究竟發展國際醫療後，病人之間將存在甚麼樣的處置差異？一如既往，反對者聚焦於發展所導致的病人階級化現象；針對此抨擊，支持者此時提出了一個「替換性」的詞彙：差異化。具體而言，認為病人得到之待遇是差異化而非階級化者的思維邏輯可謂與過往侯勝茂所做的搭乘飛機比喻一致：機艙中雖然分有頭等艙、商務艙和經濟艙而向顧客收取不同的費用，但不論是哪一等級的機艙，同一架飛機到達目的地的時間是一致的，並不會因所付費用不同而有不同；換言之，對這些論述者而言，病人之間之所以存在「差異待遇」，當中涉及的僅是「個體選擇的多樣化」，而非「由階級導致的選擇差異化」。例如吳明彥在 2014 年的「自經區特別條例第二次公聽會」上即說明：

還有些專家學者說，發展國際醫療會不會形成階級化？我覺得根本不會，因為以台灣而言，我們的全民健保已經做得這麼好，我寧願用「差異化」

<sup>153</sup> 洪子仁，2014，〈打響「台灣醫療」金字招牌〉。工商時報，A6，4月2日。

這兩三個字來說明。我們的醫療本來就允許差異化，譬如病房有單床、雙床、多床，全民健保提供的是多床，病人可以選擇病房費差額負擔，這就是一個差異化的表現。我們不可能做到共產黨那種方式，基本上，台灣還是資本主義，只是全民健保這方面稍微往社會化一點。我們的醫療永遠存在差異化，包括藥品、材料，在某種程度都允許使用好一點的材料。<sup>154</sup>

同樣在公聽會上發表意見的高雄醫學大學鄭丞傑醫師亦以台灣「既存的貴族醫療」正當化國際醫療所具有的「醫療差異化」屬性：

也有人質疑，這樣會不會醫療階級化？目前台灣各大醫院都有自費門診，台大醫院也有景福門診。各位在場的、讓我尊敬的立法委員—為什麼我會說讓我尊敬呢？因為他們花這麼多時間在這裡，比很多懶惰的立委或因其他事情忙碌的立委，在場立委顯然讓我尊敬很多，或許你們享受過景福門診，我要請問，它是不是讓你們覺得比較高級，也比較階級化呢？自費病房的差額，包括頭等房、特等房，還有我最近查了一下少數反對大老的醫院，發現他們還甚至收取隔離病房的錢，恐怕衛福部都沒有在查。這部分可能是衛生局的責任，不是衛福部。就是說，實際上這些事情都存在。還有自費的醫材呢？是不是也階級化了？台北市這些貴族醫院存在 40 年了，是否也是醫療階級化？有沒有？再說，有很多診所也不看健保，收費更高，這是不是醫療階級化？我們有這麼多不同的醫院、診所，是階級化嗎？我認為這只是差異化，不見得叫做階級化。<sup>155</sup>

有趣的是，上述將「貴族醫療」此一受撻伐的對象視為一種「早已存在於台灣的現象」而據此反駁「國際醫療造成階級化」的論述方式，與撻伐「醫院向錢看」的黃達夫先前以「沒錢病人排擠的現象早已存在，問題不在國際醫療」<sup>156</sup>的

<sup>154</sup> 參見「自經區特別條例第二次公聽會」會議紀錄。

<sup>155</sup> 同上引。

<sup>156</sup> 黃達夫，2011，〈問題不在國際醫療 醫院向錢看 窮病人早受排擠〉。聯合報，A15，4月12

方式一致——皆是將國際醫療可能涉及的負面現象視為一種「既有存在」的現象，據此作為讓國際醫療「脫罪」的論述方式。

不過，無論是稱「階級化」或是「差異化」，反對者根本反對之對象仍是發展國際醫療所隱含的醫療商品化思維；具體言之，在此類反對者的認知中，賺取經濟利益是發展國際醫療的唯一目的，因此完全無法設想國際醫療發展後對其他面向之潛在效益；同時，亦視支持者為僅追求利潤極大化的經濟人，因此亦預設必然走向階級間日趨對立的發展趨勢；公醫時代團體代表發言人黃致翰醫師即表示，差異化代表的正是一種「資本主義市場中的一項差異化產品」，並預示醫療商品化的後果亦將形成嚴重的階級對立、毀壞台灣醫療體制：

自經區裡納入國際醫療最根本的中心思想，不管你願不願意承認，就是要把我們這個醫療放到資本主義市場裡面變成一個差異化的產品。

如果我們真的醫療商品化，就會像這個圖一樣：營利化、商品化的結果就是要遵循資本主義的邏輯。去榨取剩餘價值，形成資本累積的動作，可是資本累積會落入到台灣人民的手裡嗎？完全不會。會落入到資本家的手裡。這樣的情況只會惡化台灣目前非常恐怖的貧富差距的狀況。這絕對不是任何一個台灣人想要的未來。不管是有錢人還是窮人，都不希望，就算有錢人也好，也不希望出門就被大家仇視，被其他條件沒那麼好的仇視。而且這樣商品化的過程除了會讓醫師和護理人員勞動條件差以外，還會讓整個專業被踐踏。<sup>157</sup>

醫療作為非營利的行動者立場，是醫改團體一貫的主張（受訪者 P1 2014/6/17）。醫改會董事長劉梅君亦在論壇上重申其醫療作為非營利本質的立場，呼籲「醫療作為一種手段，是為了人／生命而存在，不是為了錢／利潤而存在，其終極目的是為了使人更健康與提升生命品質，不是為了滿足少數人的物質慾望

---

日。

<sup>157</sup> 參見 2014 年 6 月 12 日國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國際醫療」論壇。

與牟利貪念」。<sup>158</sup>圖 3 即為劉梅君於論壇上所使用的諷刺漫畫：



圖 3 2014 年醫改會於相關論壇使用之諷刺漫畫

資料來源：醫改會於 2014 年 6 月 12 日國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國際醫療」論壇所使用之簡報

相比於 2012 年使用於「觀光醫療迎貴客，健保病患靠邊站」記者會上的諷刺漫畫（圖 2），在圖 3 中，代表衛生署的人物雖然與外貿協會、經建會和僑委會等身，卻仍屬於「帶頭」的地位；在「把握商機」的中心思想帶領下，主要接受健檢醫美服務的陸客群仍以貴婦人為代表，穩坐於以醫護過勞的血汗醫院為基礎、中間則由健保病患堆疊而起的頂峰；其中，雖然仍透過「服務對象之國家身分層次」以及「視對象為消費者或病患」兩種劃界依據，區分出「具健保身分的國內病患」與「不具健保身分的中國大陸顧客」兩種對象類型，但過往呈現的衛生署

<sup>158</sup> 同上引。

帶頭替自費顧客插隊於健保病患之前的圖像已不復見；取而代之的是「基礎不穩的恐怖平衡」；換言之，圖 3 著實呈現了「目前健檢醫美顧客量雖尚未達致足以壓垮健保的水準，但若以此不健全的基礎不斷地招攬顧客，總有一天將使整個醫療體系瓦解」的主張。

### 五、策略廿三：以健康產業替代醫療產業——營利與非營利分界的存在必然性

從 2013 年 6 月 27 日核定之「台灣生技產業起飛行動方案」當中將原屬於「醫療服務國際化」下的「重症與觀光醫療」列為「健康產業國際化」之子項，以及 2014 年 1 月 29 日核定的自經區推動方案修正版當中將原先的「國際醫療」轉稱為「國際健康產業園區」的設置，在在顯示了「醫療」和「健康」兩者對於行動者而言具有不同的發展意涵；或從另一角度而言，行動者可謂藉此名稱的轉變做為增加其論述正當性的手段。具體言之，醫療與健康的分野不僅是支持推動之行動者藉此增加其「不排擠國人就醫權益」的有效性依據，亦是該等行動者立論「產業化如何可能」的有效性來源。秀傳醫院創辦人、同時亦擔任總統府國策顧問的黃明和即在「治病的醫療」和「健康促進」的分梳下，認為後者才是發展利基且亦不致排擠國人醫療資源：

民眾認為國際醫療中心會排擠國內醫療資源，其實是多慮了！國外因疾病來醫療的量畢竟不多，重要的是未生病前的健康促進市場，才是值得努力。俗話說：下醫治病，上醫防患未然。台灣要發展「上醫」產業，照顧亞健康民眾更健康才是良策。<sup>159</sup>

衛福部政務次長林奏延亦於論壇上表示其「醫療不可產業化、但健康可以產業化」的立場，除得藉此重申衛福部照顧國人之責，亦進一步鞏固了醫療作為非營利的志業與公益性質：「我個人的理念是這樣：醫療是一個志業性質、公益性質的事業，所以不能當作產業；但是健康可以當作產業，所以我們可以談論這個健康產業。」<sup>160</sup>

<sup>159</sup> 黃明和，2013，〈瞄準上醫產業 國內外醫療兼顧〉。聯合報，A15，12 月 30 日。

<sup>160</sup> 參見 2014 年 1 月 15-17 日，由衛福部、國家生技醫療產業策進會，以及生技醫療科技政策研究中心共同舉辦的「2014 醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇」。

健康產業究竟何指？依據衛福部醫事司李偉強司長的說明，將要規劃的國際健康產業園區，實則是因應國際醫療幾個發展趨勢而來，亦即：(1) 由觀光醫療轉型為健康產業；(2) 由個別醫院轉型為專區及產業聚落；(3) 由國內機構轉型為結合國際優勢品牌；(4) 由輸入病人轉型為醫管輸出兼顧。在此等背景下所提出的國際健康產業園區，即是以一家核心醫院為中心，串聯起生技、醫材、製藥、資訊、醫美、健檢、養生、復健、訓練及會議等領域——綜言之，即是以「產業為主、醫療為輔」的跨域整合模式：

我們現在做的國際健康產業其實參考不管日本、韓國、馬來西亞、新加坡，甚至杜拜，現在健康產業是 cluster，一個產業聚落。產業聚落至少包含兩部分。一個叫做醫學，一個叫做健康生技。為什麼叫國際健康？醫療太小了，醫療是生病才叫醫療。可是健康很多。各位買維骨力、維他命 A、B、C、D，這些都叫健康。健康裡面包含銀髮產業、養生產業、包括復健還有訓練。

以心導管支架為例，我們技術很好，可醫材都是外國的。所以我們現在很多技術，我們某種程度是替這些國外所謂高階儀器廠商的代工而已。這是可惜的事情，可是台灣是有能力把它發展出來。可是發展出來是要結合醫療的這東西來做。我去看韓國三星醫院。三星不只有手機，我去是三年前的時候。我一進去，他們發展一個叫做 s health，你一進去之後你的院內導航系統，例如你現在在這邊，你要去看腸胃科，你往左轉右轉就像 GPS。女孩子 MC（生理期），他會提醒你甚麼時候看病、甚麼時候衛教，他都給你提醒。一切都在手機裡。測試版去年出來了；apple 出來關於健康的，大家都往健康走。這些都是跟醫院合作創造出來的產值。這個是我們將來要做的，叫群聚效益。<sup>161</sup>

綜言之，「醫療」和「健康」的分界可謂隱含著行動者對醫療非營利性的想像——此種經由服務項目作為劃分營利與非營利的方式有別於過往體現在主管

---

<sup>161</sup> 參見 2014 年 6 月 12 日國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國際醫療」論壇。

機關究竟應為衛生署或經濟部的爭論，亦有別於過往體現在國際醫療（專區）的發展目的和意義的相關爭辯。「作為與醫療概念切割」的「健康」概念的出現，其所反映的是，相較那些於第一時期即出現、視市場與道德為線性關聯的行動者立場所彰顯的醫療營利與非營利分界的低度可能性，此種「以健康產業替代醫療產業」的行動者論述策略，一方面是通過「健康」概念凸顯營利與非營利分界本身存在的必要或必然性，另一方面也因此同時保留了「必然作為非營利」之「醫療」概念的完整性。如此一來，「醫療必然屬非營利」的想像更加得到鞏固——這樣的「醫療必然屬非營利」想像或預設，不僅存在於反對發展者的思維當中、亦為支持推動者所同意或支持，甚至進一步讓支持推動者得藉由「健康」概念加強產業的藍海形象。

有趣的是，推動者在主張這樣的分類下所進行的論述，並未遭持反對立場者直接以「常與台灣醫療市場化相連」的「醫療化」(medicalization) 概念 (cf. 陳美霞 2011) 予以撻伐及否定，反而從推動者所設想的「預期效益」做質疑——從論壇論辯者之一黃嵩立的論述即可見一斑：

在自經區健康產業園區，為何一定要配小小的醫院？因為我們整個醫院，剛剛講健保是 6000 億的事業，不知為何一定要把這幾百床的醫院放在和生技園區在一起。這中間的連結是有點虛弱的。我覺得如果要發展生物科技和其他健康產業，跟我們現在照顧國人的醫院來結合，不是更美好嗎？<sup>162</sup>

#### 第四節 小結：潛藏於各方論述策略的基本邏輯與共同預設

通過以上分析可以發現，在整體發展過程中，存在至少兩大群行動者，一為堅持反對發展的行動者群，另一為不同程度上支持發展的行動者群。就堅持反對者而言，其論述策略建基在四個基本預設之上而開展：(1) 醫療志業應全然屬非營利本質；(2) 全民健康照護具有優先考量的重要性；(3) 認知發展國際醫療的唯一目的是（政府）讓醫院賺取經濟利益的營利心態；(4) 台灣醫療體系尚需改

---

<sup>162</sup> 同上引。

革。在此四個基本預設上，反對者即認為，作為營利目的發展的國際醫療將使得醫師及其他醫事人員流至營利性的部門、亦因此優先看外國自費病人，對內是排擠本國國民就醫權益、造成階級化現象，失去公平性醫療，惡化甚至瓦解全民健保制度；對外則是「家醜外揚、貽笑國際」，引致醫療糾紛等現象。

而對於不同程度上支持發展者而言，其論述策略亦建基在四個共同存在的基本預設上而展開：(1) 醫療志業應具有非營利本質；(2) 全民健康照護具有優先考量的重要性；(3) 發展國際醫療是世界必然趨勢；(4) 台灣具有發展實力。可以看到，此群行動者與反對者在前兩點的預設是近乎相似的。不同的是，此群行動者是賦予發展目的較多元的意義——除了為個別醫院或醫師增加收入，並因此讓醫院降低對健保的依賴，使健保永續經營，也讓醫院得藉由合理利潤的賺取而存活，進一步照顧台灣民眾以外，對台灣整體而言，對內還具有促進台灣整體經濟成長的產值增長、提供就業機會以降低失業率、留住並培育人才、在提升品質為目的、發展為手段的心態下讓國內病患同時受惠；對外則能提升我國醫療在國際社會的能見度、宣揚國威等正面意義——由此來看，此群行動者不認為發展國際醫療僅存在追求營利的單一目的；雖然醫療應具有非營利本質，此群行動者亦承認醫療得具營利性質——確切言之，營利與非營利分界的必然存在性，得藉由「健康」和「醫療」等項目劃分而得到確認；亦因此，呈現出該項發展不必然與道德牴觸，甚或與道德存在著正向關聯。

同樣秉持著全民健康照護的優先性，支持者雖然承認會有排擠風險，但在目前服務量未達排擠現象的情況下，他們認為是以餘裕資源做發展，且是先做了全民健保，鞏固本國人的就醫權益後才發展國際醫療；在發展項目的選擇上，雖然此群中不同行動者依據比較對象的不同而有不同的立場，但大抵同時考量了產值效益和較不產生排擠效應兩面向來論述自身立場；各種醫療項目亦依據其是否本身即屬自費項目而正當化了醫療營利屬性的存在。在發展模式的選擇上，各行動者的主張亦因其對發展目的的認知及對營利性醫療的邊界範圍的認定而變化。

綜言之，不論是反對者或不同程度的支持者，皆多以「極化」的線性思維，在社會整體層次（全體人民因此得利或受害）與國家分界（我國／非我國）的基礎上對台灣未來走向做預言而交相論辯：對於反對者而言，國際醫療與全民健保

兩者必然是互相對立、非此即彼的關係；國際醫療的發展必然使全民健保走向瓦解。對於支持者而言，此時若不發展則將錯失良機，人才必然向國外流動、使台灣失去國際競爭力。表 2 進一步從「是否發展」、「發展目的」和「如何發展（發展模式、項目、主管機關）」等討論循序出發，羅列各種正當化行動者主張的論述策略，以及這些論述又激起何種與之對抗的論述策略。



表 2 各主張所激起的抗辯態勢

論述者基本持 具之主張	正當化的論述策略	正當化論述的論述者	對抗性的論述策略	對抗性論 述的論述 者
是 否 於 當 前 發 展  否定 / 不支持	認為「醫院賺取經濟利益」是該項發展「唯一」目的(1,2,3)；醫療志業應屬非營利本質(1,2,3)；醫療營利是不道德的(1,2,3)；政府不應帶頭讓醫療營利化(1,2,3)；從整體平均來看雖似有餘裕醫療資源，但實則不患寡而患不均(1,2,3)；全民健康照護未完善的情況下，遑論發展國際醫療(1,2,3)；將造成病人階級化與	蔡宛芬、滕西華、鄭雅文（督保盟）、黃淑英 <sup>163</sup> 、黃致翰 <sup>164</sup> （公醫時代）、陳亮甫（醫師勞動條件改革小組）、李怡嫻、劉梅君（醫改會） <sup>165</sup> 、黃嵩立、劉介修、黃達夫(1)、黃文	與全民健保問題無關(1,2,3)；對健保有正面影響(1,2,3)；醫療營利不等於不道德(1)；醫療營利與道德是正向關聯的(1)；將使醫師人才外流，掏空台灣(2)；病人之間的不同待遇是差異化而非階級化(3)，亦參見肯定立場的正當化論述策略	參見肯定 立場之正 當化論述 的論述者

<sup>163</sup> 黃淑英在 2010 年的「醫療服務國際化發展策略」公聽會上以立法委員的身分所質疑的是醫院公司化、專區化的設置，認為此舉是「圖利某些廠商而量身定做去修法，扭曲社會的價值」，同時也述及醫療階級化的疑慮，以及認為此種「醫療商品化」應經過社會大眾討論得到共識方有執行的正當性；整體來看，與其說其是否否定該項發展，不如說是更關注如何發展的問題。另外，黃淑英亦在 2014 年自經區特別條例草案第二次公聽會上以「台灣女人連線」理事長的身分述及自己曾向衛福部次長和司長表達對此議題的關切，並請衛福部提供相關計畫的說明（依據該公聽會會議紀錄，黃淑英自道：「因為我也願意去說服與我一樣對此議題有疑慮及反對的人士」），但認為衛福部的計畫未定且內容不明，且衛福部於該場公聽會所發放的資料只講發展帶來的好處，後以退席抗議該場公聽會的舉行。就本研究蒐集之資料而言，黃淑英並不完全反對醫療服務國際化；但仍較強調國際醫療以專區化、公司化的發展方式將加劇醫療營利的惡果，而未公開肯定這項發展。因此仍將黃淑英立場歸為否定／不支持當前發展一類。

<sup>164</sup> 黃致翰雖然在 2014 年 6 月 12 日國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國際醫療」論壇上曾簡短地表示自己是「某種程度是支持有條件的開放國際醫療」，但是主要訴求仍在於醫療營利的惡性結果以及當前台灣醫療體制尚須改革等面向，因此仍將之納為此類。

<sup>165</sup> 醫改會在 2010 年的「醫療服務國際化發展策略」公聽會上並未直接予以否定，而是認為應加強並維護本國人就醫權益為首要任務，另從醫院屬性和病人國籍劃分營利／非營利醫療兩類屬性。顯見其雖然不支持醫療服務國際化的發展，卻也一定程度承認或妥協醫療服務國際化的發展可能。然而從 2012 年 5 月 10 日召開的「觀光醫療迎貴客，健保病患靠邊站」記者會、後續 2013 年「自由經濟示範區開放設立專營國際醫療機構」聽證會，以及 2014 年國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國際醫療」論壇上，從民眾權益出發的醫改會主要強調的是現今台灣醫療體制尚須改革的面向與質疑醫療談營利的適當性，因此仍將醫改會歸於此類。

	排擠現象(1,2,3);醫師人才流到營利的部門去(1,2,3);惡化全民健保問題甚至瓦解全民健保制度(1,2,3);把家醜外揚,貽笑國際(1);質疑人才在緊急危難時的用處(3)	鴻		
肯定 / 不否定	世界必然趨勢(1,2,3);藍綠政黨皆認同的政策(1);國際醫療的發展元年,若不積極發展則將失去國際競爭優勢(1,2,3);增加產值(1,2,3);與失敗案例切割(1);不與道德牴觸(1,3);是以有餘裕的資源發展(1,2,3);提升品質(1,2,3);好的服務應該提供給全世界,提升國際形象,宣揚國威(1,3);降低失業率(1,2,3);留住、培育人才(2,3);發展健康產業而非醫療產業(3)	蔡素玲、吳明彥、黃美純、柯承恩、李昆侖、許世明、朱敬一、顏子欽、黃達夫(2,3)、王健全、施壽全、楊志良、李彥俊、蘇益仁、高克培、白裕彬、洪子仁、侯勝茂、李偉強、曹賜斌、葉明水等	如要發展健康產業,與照顧國人的醫院結合優於另劃園區規劃(3);亦參見否定立場的正當化論述策略	參見否定立場之正當化論述的論述者
增加醫療服務產值、發展產業	創新的藍海(1,2,3);促進台灣整體經濟成長(1,2,3);提供就業機會以降低失業率(1,2,3);提升我國醫療在國際社會的能見度(1,2,3)	蔡素玲、吳明彥、黃美純、柯承恩、李昆侖、許世明、王健全、楊志良、洪子仁、李偉強、曹賜斌等	醫療不可視為營利產業(1,2,3)	黃達夫、鄭鴻鈞
提升品質	以提升品質為目的,發展為手段,國內病患同時受惠(1,2,3)	黃達夫、鄭鴻鈞	--	--

<p>提高醫師與醫院收入，醫院永續經營</p>	<p>創新的藍海，讓醫院賺取合理的利潤，也才有能力存活來照顧一般的百姓(1,2,3)；降低醫院對全民健保的依賴，使健保永續經營，持續照顧國人的健康(1,2,3)</p>	<p>柯承恩、吳明彥、王健全、黃達夫(2)</p>	<p>--</p>	<p>--</p>
<p>虛擬專區，各現有醫院內兼著做</p>	<p>不會落入壟斷的惡名(1,2)；等同於不承認醫院公司化後所具有的營利屬性(2,3)；國內民眾可同時受惠發展所帶來的品質提升(2,3)</p>	<p>白裕彬、李彥俊、葉金川、黃達夫(2,3)、劉競明、蘇益仁</p>	<p>無法與健保資源做區分(3)</p>	<p>楊志良、高克培</p>
<p>發展模式 專責公司，全台灣僅限定幾個實體專區</p>	<p>根據國際經驗，以聚落形式發展較能且較快成功(1,2,3)；與國內醫療文化切割，對台灣醫界倫理觀念衝擊小，且專區容易管理，不會排擠國人醫療資源(1,2,3)；能激起醫界追求經濟的誘因(1,2,3)</p>	<p>許世明、朱敬一、吳明彥、楊志良、高克培</p>	<p>有違醫療作為良心事業的「本質」，反對政府擺明允許醫療營利(1,2,3)；必然產生醫院會因病人的身分地位和貧富差距不同而給予不同的治療、喪失品質(1)；應致力提升「以公平性為基本原則」的國內醫療品質，讓國際病人「自然而然」來台接受醫療服務(1)；將產生壟斷問題、政府與民爭利(1,2,3)；專區內醫生待遇優於健保醫師的不公平現象，也會加劇人才外流(1)；設專區緩不濟急(2)</p>	<p>鄭鴻鈞、黃達夫、李彥俊、白裕彬、葉金川</p>

實體專責公司，但設在現有醫院旁	降低營運成本，與旁邊現有醫院共用醫療資源(2)	侯勝茂、洪子仁	--	--
專責社團法人，全台僅限定幾個實體專區	公司化的爭議過大，改採現行的社團法人專責醫院發展模式(3)	行政單位目前的最終決議	--	--
發展項目	輕症型 可結合觀光，相較純粹觀光帶來的產值更高(1,3)；本來即是屬於自費項目，不佔用健保資源，避免國人就醫權益受排擠(1,2,3)	李昆侖、曹賜斌、洪子仁	不具高產值效益(1,2)；扭曲健康照護的持續性與整體性全人照顧理念(2)；無法與國際競爭(3)	吳明彥、劉介修
	選擇性手術 可結合觀光，具高產值效益(1,2,3)；不佔用健保資源，避免國人就醫權益受排擠(3)；因此而增加的受訓人才可在緊急危難時為國家所使用(3)	楊志良、李偉強	質疑人才於緊急危難時的可用處(3)	鄭雅文
	難重症 從國際經驗看此項目具高產值效益(1,2)；與國際競爭(1,2,3)；宣揚國威(3)	吳明彥、魏福全、陳肇隆	排擠國人就醫權益(1,3)；牽涉道德與生命性問題(3)	李偉強、曹賜斌

主管機關	衛生署 (衛福部)	照顧好國人為先，始以餘裕資源發展(1)；創新的藍海(1)；考量健保資源受排擠，醫療由衛生署管轄並持續監管當中(1,2)；發展的是健康產業而非醫療產業(3)	蔡素玲、吳明彥、李偉強、 林奏延、黃明和	衛生署當以國人照護為首要任務，不是作為發展經濟的部門，發展因此受阻(1)	曹賜斌、 黃淑英
	經濟部	醫療旅遊屬於發展經濟、能促進就業的產業，避免落入如衛生署角色的質疑(1)	曹賜斌、黃淑英	--	--

註 1：由於不贊成發展者的基本立場已對該項發展全然否定，因此在牽涉如何發展的目的、模式、項目、主管機關等方面，除非有針對特定論述的抗辯，餘者將省略持否定立場者之意見，而一併於「否定」一系列的「正當化論述」項中呈現。

註 2：各論述旁所括號的數字指在本研究所探看的樣本中，該論述出現於研究所劃分的各時期。1 代表本研究所劃分的第一時期；2 代表本研究所劃分的第二時期；3 代表本研究所劃分的第三時期。

註 3：此表並不預設各論述者立場的必然性或不可變動性。換言之，上述對各論述者的分類僅是一種依照至目前為止的現況而產生的暫時性歸類。

## 第五章 討論與結論

本章首先依據研究分析，從各論述策略在整體發展過程中的存續和消失提出以下幾點命題：其一，持續存在的策略內涵具有「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩者，彰顯出此二者作為行動者在意見場域中爭奪正統地位時所必須依附且不斷述說的原則；其二，隨時間進程而消失的論述策略彰顯出從意見推進至俗見字域的面向，分有「失敗案例不具評判國際醫療成效之效力」與「配套一次到位的不可能及其必要性」兩點。最後回顧本研究主要關懷與分析流程，並提出研究結論與主張。

### 第一節 存續的策略：爭奪正統地位的原則及其表現趨勢

如前小結所述，「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩者，可謂各立場之行動者論述策略的共同預設。不論是在針對整個國際醫療服務的發展定位和意義此面向進行爭論的第一時期、關於發展模式而進行辯論的第二時期，抑或在關於從虛擬到實體國際醫療專區爭議的第三時期，皆可看到各個行動者對「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩者的強調。就此而言，其凸顯的是行動者據以爭奪正統地位的論述原則和前提，即是通過論述策略以表現行動者自身對於「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩者的認同。

綜觀整體發展可發現，反映行動者認同上述兩原則的論述策略存在一種變化的趨勢：隨著時間的進程，兩原則通過趨向多元的劃界工作而呈現出多元的轉變，且在反對發展者和不同程度上支持發展者之間具有不同的論述層次面貌。從反對發展者的論述策略可發現，其始終將國際醫療視為醫療營利事業概念的具體化，因而從整體上撻伐國際醫療如何違反醫療非營利本質且排擠全民就醫權益。然而從在不同程度上支持發展者的論述策略可發現，其逐漸拆解國際醫療此一概念——不斷詮釋國際醫療的多元發展意義，並通過主管機關的分野、實體空間的區隔、乃至定義營利性服務項目邊界和以「健康」概念區別「醫療」概念等等從第一時期到第三時期的多元劃界工作——以試圖展現支持者對醫療非營利本質和全民照護優先兩者的認同；如此看來，雖然隨著時間進程，國際醫療被納入自經區等相關舉措日益顯得其是作為經濟活動在發展，實則，為了在論述中呈現自身在立場上仍維護「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩個正統，支持

者反而讓所論述的「國際醫療」形貌逐步從「全然為醫療營利事業概念的具體化」中解放。然而從另一角度言之，正因為反對者總是從整體上撻伐國際醫療作為一種醫療營利的存在，其論述策略雖看來相較單一，卻呈現出反對者之間信念一致性和緊密的行動團結度；相比之下，對於不同程度支持者而言，正是在其為了呈現對上述兩原則的認同而使論述策略趨向多元化的同時，暴露出其中的信念不一致性和鬆散的行動團結度。

## 第二節 消失的策略：從意見推進為俗見

### 一、失敗案例不具評判國際醫療成效之效力

可以發現，除了蔡素玲在「醫療服務國際化旗艦計畫」核定的 2007 年，亦即本研究所劃分的第一時期中，曾在《台灣經濟論衡》上論及過往相關規劃方案的「曇花一現」、「醫療服務國際化旗艦計畫」如何在主打服務項目、標的客源等計畫內涵上與過去不同以與過往失敗案例做切割，在後續的論辯中，不論是藉著不同規劃內涵而與國際醫療切割，或是藉此「唱衰」台灣醫療旅遊的發展，再無人論及這些案例的「失敗」結果。<sup>166</sup>精確言之，過往的規劃方案並未作為失敗案例而被論及，而是轉而作為「藍綠政黨皆認同、具有政策連貫性」面貌被表述。例如台灣觀光醫療發展協會秘書長李昆侖即在認知將要發展者為「高單價消費且可結合旅遊觀光發展」<sup>167</sup>的觀光醫療，並以此作為「2006 年謝長廷擔任行政院長時由當時副院長蔡英文大力推動」<sup>168</sup>的前朝政府政策來回應黃達夫所謂藉由醫療拚經濟的「搶錢的新政府（國民黨執政）」說法<sup>169</sup>；爾後在「醫療服務國際化發展策略公聽會」上，李昆侖亦藉由回顧過往規畫來表達醫療服務國際化實際上具有「政策一貫性」而具有發展的正當性。<sup>170</sup>更有甚者，過往失敗案例所要發展的觀光醫療類型因產值較「純粹觀光」為高，而被高雄市醫學美療觀光推展協會理事長曹賜斌進一步認為應該將以重症、選擇性手術為主、國際旅客為標的客群

<sup>166</sup> 此係針對次級資料而言。雖然受訪者曾論及過往案例的失敗結果，但係由研究者在訪談時主動提問，受訪者們才提出「那是個失敗的例子」或是「不曉得有這些前例」等說法，並非由受訪者主動提及，因此下此結論。

<sup>167</sup> 李昆侖，2008，〈拚經濟 最卑微的要求〉。聯合報，A19，4 月 24 日。

<sup>168</sup> 同上引。

<sup>169</sup> 黃達夫，2008，〈醫療拚經濟 新政府別只想搶錢〉。聯合報，A19，4 月 22 日。

<sup>170</sup> 參見立法院公報第 99 卷第 21 期委員會紀錄。

的「醫療服務國際化」轉型為可結合觀光的輕症型治療、華人為標的客群的「醫療服務觀光化與華人化」。<sup>171</sup>另外，在多視國際醫療服務為「台灣醫界新藍海」的台灣既有商管類科研究文獻中，若非隻字未提過往相關規畫或同蔡素玲的「曇花一現」說法（如葉步順 2011：35），即是僅條列陳述該相關規畫名稱而未進一步述及其失敗結果（如劉馥瑤 2009：3）。

綜言之，切割失敗案例以正當化「國際醫療服務作為台灣醫界新藍海」的論述策略在後續發展中已不復見：對於過往失敗案例本身而言，其已轉為「藍綠政黨皆認同、具有政策一貫性」此試圖使異黨人士結盟並認同國際醫療服務之作用而被表述、亦已轉做「較純粹觀光帶來的產值更高而應發展」此關注醫療「產值效果」、龔固「醫療可談產業且具前景」的作用而呈現。換言之，「過往的失敗案例」，被加強的是「過往」此具有延續意涵的時間面向，而非「失敗」此可能具有切斷國際醫療前景的成效面向。進一步從另一角度言之，行動者在場域中可能通過延長或縮短所探看的時間來排除異己或將之納為盟友，據以促進自身立場之正當性，甚而將自身意見朝正統推進；而消失在論述中的「失敗」意涵，則意味著發展國際醫療服務毋須藉由和過往失敗案例切割、失敗案例亦非關或無礙於國際醫療服務的發展前景和潛力——「失敗案例不具評判國際醫療成效的效力」，已成為俗見。

## 二、配套一次到位的不可能及其必要性

在 2010 年「醫療服務國際化發展策略」公聽會上，雄獅旅遊醫療事業服務部顏子欽顧問對配套一次到位的可能性質疑，於後續第二和第三時期當中亦不復見。具體而言，消失的是支持發展者通過對「一次到位」的懷疑態度來舒緩當時尚未建立配套設置下所存在的反對聲浪；然而隨著國際醫療趨向專門化與專責化的形式發展，有了更多如「示範區內國際醫療機構不得與健保特約」、「限制本國醫師至示範區內國際醫療機構看診時時數」、「國際醫療機構應訂定回饋計畫」、「挹注偏鄉或弱勢族群、繳納經營許可費（特許費）以挹注健保」等規定舉措的要求後，取而代之的是關於配套措施「是否有效」的討論。就此而言，若「質疑配套不可能一次到位」反映的是行動者將國際醫療定位為一種「循序漸進的發展

---

<sup>171</sup> 參見立法院公報第 99 卷第 21 期委員會紀錄和「自經區特別條例第二次公聽會」會議紀錄。

步調」，並據此回應其對立方所要求的「全然不會影響國人就醫權益」，那麼，「質疑配套有效性」即可謂反映此時的國際醫療被定位為一種「需要一次解決所有關於影響國人就醫權益的疑慮」，因此有了上述種種相關規定。如此一來，呈現出的是一種弔詭的面貌：一方面，眾所周知的俗見是配套一次到位的不可能性，然而另一方面，正因為配套一次到位是不可能的，因此讓上述種種欲使相關疑慮一次得到解決之配套措施的存在有其必要，而配套的「有效性」則駐足於受人爭議的意見場域當中。

### 第三節 結論：收斂或發散的意見場域？凝固的反方論述策略與多元化的正方論述策略

本研究主要以意見場域概念為基礎，探看台灣發展醫療旅遊／國際醫療服務的過程中，相關行動者以何種論述策略正當化自身持具之立場，而此些論述策略又反映了何種為個別行動者視為當然之預設。不同於台灣多數既有研究傾向在預設立場下歌頌／譴責相關發展、或是在存有此發展為必然／不必然之預設立場下去脈絡地平行羅列發展帶來的利與弊，本研究主要關懷有二：其一，台灣社會在面對具爭議性之議題時，持具各種立場之行動者之間的溝通可能性如何產生或無法產生；其二，面對這樣具爭議性的議題，各方的論述策略又反映了甚麼樣的（部分）台灣社會價值面貌及其流變。

為回應以上關懷，本研究即以論述分析作為方法，在兼顧資料蒐集來源之多元性與發展的時間縱向等基礎上，歸納並分析以第一人稱發表於政府官方刊物、報紙、論壇演講、公聽會與聽證會之次級資料，以及深度訪談相關行動者之看法。在具體分析方面，本研究依照「與國際醫療服務有關的政府主要推動計畫時程」和「論辯的主要議題」兩者，將所探看的發展時間分為三時期，分別為：（1）關於醫療服務國際化是否應該發展以及如何發展的討論；（2）行政院核定以公司化、專區化作為主要發展方向所引發的論辯；（3）國際醫療納入自由經濟示範區之後的實體專區發展模式所引發的論述競逐；進而歸納出共 23 種論述競逐策略。

綜觀整體發展過程可以發現，國際醫療服務似乎仍深陷論述的泥淖中；雖然蘊含著各式各樣的論述競逐策略，但其中最為各方行動者所關注的，仍是關於「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩者。換言之，不論是支持發展者或反

對發展者，「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩面向似乎皆成為論述策略當中必要存在之元素——各種策略即在此兩面向上得到發展與延續，而針對此兩面向的論述亦成為各方競逐正統的正當性來源。

然而，正因為反方傾向將「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩面向視為必然維護的正統，使得其論述策略似乎總是以此兩面向作為「追隨在正方論述後面而來」的詰問依歸，而呈現著僵固或未變化的表現——退一步言之，其論述的「策略性」似乎不如支持發展者要多元；反過來看，正因為「上述兩面向必須被闡釋」的場域規則是如此地為人知曉，支持發展者反而能有更多的策略來為己身立場開創更多論述可能方向，使其能夠在「不毀壞或同意反對者所持具之正統」的前提下正當化己身行動，而呈現了視國際醫療服務為致命毒藥和苦口良藥的各方論述雖有共同的論辯原則（即存在非營利本質的醫療和全民照護優先），但仍存在不可達致共識的鴻溝。

這樣的態勢究竟將走向收斂或發散，值得持續觀察：對於反對發展者而言，各行動者之間所呈現的信念一致性和緊密的行動團結度，可能作為具有更加團結一致的力量與穩固的基本立場而不易受到動搖；亦可能因此對其對立方而言反較容易針對問題擬定相關策略而將反對者收編。對於不同程度的支持者而言，各行動者之間所呈現的信念不一致性和鬆散的行動團結度，可能作為鬆散的凝聚力和不安穩的立場，使其對立方不易針對問題擬定相關策略而將支持者收編；亦可能正因此反較容易遭到各個擊破而潰不成軍。最終，或許正如醫事司司長李偉強在聚集著各方立場的論壇中所言，此意見場域所呈現的是一種「亂中有序」的態勢；而持著「有自己的想法並尊重他人想法，同時適度修正自己的想法」此心態，當是在這「亂中有序」的態勢中達致溝通的有效前提：

我很高興是說，台灣事實上是一個平衡的力量。你做甚麼事，政府你也不要太高興也不要太難過，當你很高興時我會把你去踩個剎車，當你難過時沒關係我在這邊給你支持。很多時候台灣就是一個 balance。台灣是有秩序的混亂，亂中有序。呼籲在座有自己的想法。要尊重別人的想法，慢慢適度修正自己的想法，因為自己不會完全對。<sup>172</sup>

---

<sup>172</sup> 參見 2014 年 6 月 12 日國立政治大學台灣研究中心舉辦之「台灣公共政策論壇-自經區下的國

## 第六章 研究貢獻、限制與建議

### 第一節 研究貢獻

本小節將分別從學理和實務兩方面進行闡述。在學理方面，將從論述層次比較本研究分析結果與既有國際和國內文獻。在與國際文獻比較的部分，其一，針對 Mainil 等人（2011）的研究，本節將回應的是該文在研究設計甚可謂研究預設上所導致的框架限制；其二，針對 Imison 及 Schweinsberg（2013）的研究，則是聚焦台灣做為醫療旅遊服務提供國與澳洲作為病人輸出國的論述差異；在與國內文獻比較的部分，本研究則是作為兩層意義而與之對照：一則是從研究分析結果再次反映本研究如何與該等既有文獻存在預設立場（及隨之而來的研究框架和方法）上的差異，二則是將本研究自身作為一種關於台灣醫療旅遊的論述，並在與既有學院知識論述的對照中反映研究者基於不同預設而形構的台灣醫療旅遊面貌差異。在實務方面則提出建議從行動者反思的角度作為未來政策制定更加具有說服力的穩固基礎。

#### 一、挑戰醫療、市場、倫理、病人論述的分類可能性

回憶 Mainil 等人（2011）的研究，係針對國際性／全球性與地方性等 8 份報紙，探究（最早）自 1993 至 2009 年的報紙媒體中與醫療旅遊相關的論述及其流變。在該文對所分析的媒體論述內涵分為醫療、市場、倫理及病人等四類論述的框架下，發現到在 2001 年左右有一個論述斷裂或轉向（rupture），即論述「由過往普遍在道德上抵制享樂主義式的醫療旅遊，轉變為將此醫療旅遊市場視作具有高度發展潛能，而著重於此發展可能面臨的挑戰（Mainil et al. 2011: 36）」，也就是一種由倫理轉為市場論述的變化。然而細究該文在研究設計上可發現其未進一步解釋分類依據、亦未於文中解釋，當一篇報導中同時包含這四類時，該文如何歸類；如此一來，對照本研究分析結果即可發現，被 Mainil 等人區分為所謂的醫療、市場、倫理和病人等四類論述在論述「策略」的視野下常變得混為一談而難以歸類。例如在立場上主張發展醫療旅遊的柯承恩與吳明彥即是將被 Mainil 等人分類為市場論述的「發展此藍海市場」與被 Mainil 等人分類為倫理論述的「有助全民利益」兩者作一體性的論述——亦言之，四類論述的分界將變得

---

際醫療」論壇。

模糊，而該文所謂論述斷裂或轉向的發現亦將遭到挑戰。

從另一角度言之，將論述分為醫療、市場、倫理和病人等四類也反映了 Mainil 等人的研究預設，是將這四類視為彼此互斥且彼此在論述戰場上相互競爭的關係（cf. Mainil et al. 2011: 35）。如此一來也使得 Mainil 等人將此分類視為當然而忽略這四類分界存在的模糊性——以 Bourdieu 的意見場域來看，可謂這樣的分類體系對 Mainil 等人而言係屬「毋須正當化過程」的俗見字域；本研究則是通過論述策略的研究視野，意圖問題化並挑戰該類研究在「誤認」下對該分類體系所承認的絕對正當性。

## 二、服務提供國的論述形貌：強調發展帶來的社會整體損益

回憶 Imison 及 Schweinsberg（2013）之研究，係分別探看澳洲電視和報紙媒體中主要提及的醫療旅遊目的地國家地理分布、主要供給的醫療服務種類、在這些媒體當中做出論述的行動者類別，以及這些媒體論述如何就吸引力（appeals）、可信度（credibility）和可能涉及的風險（risks）等三方面去刻劃被提及國提供的醫療旅遊服務。其總結中提到，在所分析的澳洲媒體中，「醫療旅遊」被刻劃為一種關乎「個人」層次、在經濟上理性的（economically-rational）消費者選擇——這也部分解釋了以上吸引力、可信度和風險等三方面的表現模式（Imison and Schweinsberg 2013: 8），而並未注意健康商品化的後果、或更廣泛的政治、醫療和倫理層面的考量。如從病人輸出國的角度來看，「若僅將醫療旅遊展現為是富人追求健康的另一種選擇，那麼將可能限制該國適當的政策發展；例如，當向海外尋求醫療的醫療旅遊者數量變多，可能會降低該國政府去擴展其國內健康照護勞動力的誘因（Imison and Schweinsberg 2013: 10）」。

如果病人輸出國的媒體論述著重將醫療旅遊刻劃為個體層次上的一種經濟理性消費者選擇，那麼，作為服務提供國的台灣相關論述則可謂著重將醫療旅遊的發展刻劃為關乎社會整體利益的層次，並且從不同立場解讀醫療旅遊的發展目的與意義，以灌輸關於醫療是否得市場化和產業化、醫師是否得具有營利思維、醫療營利與非營利之間是否必然屬對立且非此即彼的關係等等應然信念。進一步言之，以社會整體利益層次做論述一定程度反映出「醫療」對於台灣社會連帶（social solidarity）的意涵：如前所述，對於反對和在不同程度上支持台灣發展

醫療旅遊的行動者而言，「醫療的非營利本質」以及「全民照護優先」兩面向似乎皆成為論述策略當中必要存在之元素，亦即論述正當性之來源；此可謂反映出，關於醫療屬性的在地討論應可作為檢視台灣社會連帶屬性與其存續方式的重要指標。

### 三、瓦解並重構各方論述者之間既有的結盟與敵對關係

如本研究在文獻回顧所發現到的，既有在地文獻多帶有醫療旅遊是否發展的應然預設現象——除了吳彥莉、鄭雅文晚至 2013 年發表〈醫療旅遊對醫療體系的潛在衝擊〉一文所顯現的反對發展立場外，多數研究傾向視醫療服務得產業化且為必然趨勢，致力使「台灣醫界新藍海」的信念成為現實——因而使得此些基本立場不同的研究者之間不僅沒有交集，甚而可能形成「僅擷取與自身立場相符」的研究片段作為增加自身立場的論述正當性。有鑑於此，本研究在意見場域的理論視角幫助下，將行動者論述的時空脈絡一併考量，以召回過往依不同研究預設立場而受隱沒的行動者論述，發現行動者論述策略的多樣性，並剖析表面上持不同（／相同）的發展立場、實則在思維邏輯上仍具（／不具）相似性的行動者預設，試圖藉此尋求瓦解並重構各方論述者間既有之結盟與敵對關係的可能性。

### 四、行動者的反思：成就他人或另闢戰場？

在實務上，本研究應有助於提點未來相關政策擬定時得更加注意的面向，並作為政策利害關係人進行彼此溝通之參考：一方面，推動發展的政策制定者得藉此回顧自身曾運用了何種正當化自身立場的論述策略，這樣的策略是否以及如何為其他論述者所接受或否定；從另一角度而言，即是關於這些論述策略如何形塑了台灣發展醫療旅遊此議題的面貌、灌注了何種行動者信念和預設，這樣的策略又召喚或排除了哪些信念和預設的行動者，以致成為影響政策實行成效的潛在原因。另一方面，作為政策利害關係人的每個台灣國民亦可藉此了解己身在此意見場域中的處境，衡量己身究竟是作為哪一方論述的助力或阻力，評估投身爭奪論述支配權的重要性與可能性——不再僅僅作為「成就」既有論述者試圖捍衛之分類體系下的一份子，而是嘗試在場域當中建立新的遊戲規則，發展不同過往的論述策略，以作為未來政策制定更加具有說服力的穩固基礎。

## 第二節 研究限制與未來研究建議

由於本研究主要以意見場域作為理論背景，論述分析為方法，歸納並分析以第一人稱發表於政府官方刊物、報紙、論壇演講、公聽會與聽證會之次級資料為主，深度訪談相關行動者之看法為輔；因此，除了研究範疇、時間、資源與能力外，因研究者自身預設立場、理論視角、研究方法、資料蒐集方向與研究樣本性質等面向而導致的研究限制自不待言。然此些限制對未來相關研究而言亦可謂其開展研究方向之基礎，而本研究亦可作為未來研究之比較對象。因此，以下將在提點本研究限制的同時，對未來研究方向予以八項建議：

(1) 本研究樣本主要限縮在採集自報紙、官方刊物與公聽會及聽證會等第一人稱論述的情境，並未涉及如醫院網站、社群網站、廣播電視等其他媒介或如報導內容、相關廣告文宣等其他文類；了解其他媒介與文類中的論述策略並與本研究進行比較，同時檢視策略內涵是否與其所通過之傳播媒介形式有關（例如行動者在大眾較易接觸到的公共傳播媒介中，較傾向訴諸社會整體利益層次），是未來的研究方向之一。

(2) 本研究在大眾媒體方面所採集的樣本來自報紙中以第一人稱論述的情境為限，較未以新聞報導內容作為主要分析對象。實則，若將媒體視為一處鬥爭場域，探究當中與台灣發展醫療旅遊之議題相關的新聞報導，並經由深度訪談相關的新聞工作者而探究這樣的報導呈現是否與新聞工作者本身所持具之立場一致，亦將有助於了解這些可能形塑閱聽人對相關議題之認知的報導，是如何經由既有的權力結構而生產等新聞產製過程。

(3) 受到樣本選擇方式之影響，本研究所探看的行動者及所歸納的論述競逐策略並未具有全面性與周延性。因此，發掘更多相關行動者（如本研究較缺乏探看到的觀光業者與學者、國際已接受台灣醫療服務之患者〔及伴醫者〕、實際面對面接洽國際病人者、潛在的國際醫療需求者、需要經過醫療簽證始得入台觀光者等等）以了解其論述競逐策略，並與本研究相互比較，亦是可行的未來研究方向。

(4) 由於本研究主要著眼的行動者論述策略及其流變，係藉由選定「在公開管道中論述」此類樣本而將行動者的論述資本作為給定條件，並將衡量論述者於意見場域中所處位置的其他資本含量差異存而不論，致使本研究無法進一步周延考

量各論述者在場域中的所處位置。未來研究方向可嘗試開發各種衡量資本多寡之操作化指標，例如綜合考量行動者參與各種如學術會議、論壇、公聽會和聽證會等公開場合之次數、各場合的重要性等等，以進一步定位各論述者於意見場域中的權力位置。

(5) 可以發現，關於醫療營利化的爭議可謂與文化社會學者 Zelizer 有共同關於「道德與市場之關係」的關懷 (cf. Zelizer 1979 [1983], 2007、姚偉、劉永強譯 2009)，此議題亦為市場社會學的重要議題之一 (cf. Fourcade and Healy 2007)。雖然本研究的探究時間點坐落在目前仍主要處於行動者交相論辯的層次，將來國際健康產業若以更多具體作為持續發展，未來研究將可以本研究為基礎，進一步探討台灣的國際健康產業形貌如何為社會道德價值所形塑、而台灣社會道德價值又如何為該項產業的發展所形塑，以與 Zelizer 等相關研究相互對話。

(6) 由於國際醫療服務或謂國際健康產業仍持續發展，追蹤後續發展態勢並分析比較其論述策略之流變，將有助於了解台灣社會對此議題的認知，以及由此反映台灣社會討論相關具爭議議題的策略或取向——更為具有意義的是藉此更加認識台灣社會普遍存在何種基本價值預設及其轉變態勢，並從中凸顯台灣在全球當中所坐落的位置與角色，乃至從此位置上對「全球化」概念進行反思與重新認識。

(7) 本研究僅將探看範圍限縮在醫療旅遊業務本身，實則，此議題不僅與台灣醫療體制的其他相關改革議題有關，亦直接或間接牽涉其他層面更廣泛亦更複雜的爭議性話題，例如自由經濟示範區的整體規劃和兩岸服務貿易協議等；探究針對其他相關議題的論辯策略及其流變，如何影響國際醫療服務或國際健康的討論與發展、後者的討論與發展又如何影響前者，亦可作為未來的研究方向。

(8) 由於此種吸引海外病人至本國接受醫療服務的業務正在全球興起，了解其他行之有年和初步發展的醫療服務提供國或需求國當地相關論述及其流變，並與作為初步發展提供國的台灣情況進行跨國比較，不但有助於了解其他國家普遍存在的基本價值預設及其轉變態勢，亦得讓台灣社會引為前車之鑑或作為全球醫療旅遊「市場調查」，以加強各方論述與溝通的實證基礎。

## 附錄 1 報紙類資料描述

對話關係	年	月	日	作者	標題	報系
存在對話關係	2008	4	22	黃達夫	醫療拚經濟 新政府別只想搶錢	聯合報
	2008	4	24	李昆侖	拚經濟 最卑微的要求	聯合報
存在對話關係	2009	4	9	黃達夫	馬醫療政策 本末倒置	台灣蘋果日報
	2009	4	10	許世明	啟動生醫園區 帶領醫療產業	聯合報
	2009	4	11	黃達夫	推動生醫 拿外國病患當凱子？	聯合報
	2009	4	20	朱敬一	《名人堂》推動國際醫療 最好能「一國兩制」	聯合報
	2009	5	4	朱敬一	《名人堂》台灣推國際醫療 要如何克服障礙？	聯合報
	2010	3	4	鄭鴻鈞	衛生署到底怎麼了	台灣蘋果日報
	2010	11	3	洪子仁	推動國際兩岸醫療發展 業界建言	經濟日報
存在對話關係	2010	11	22	朱敬一	《安得廣廈千萬間》國際醫療修法，應列第一優先	中國時報
	2010	11	24	黃達夫	請朱敬一院士慎思	台灣蘋果日報
	2010	11	25	黃達夫	《回響》發展國際醫療要靠真本事	中國時報
	2010	12	1	劉介修	當醫療變成一門跨國好生意	中國時報
	2010	12	24	洪子仁	《觀念平台》開放觀光醫療 不能吊車尾	工商時報
	2011	1	14	王健全	《名家觀點》推動醫療國際化為健保紓困	經濟日報
	2011	3	29	滕西華	都是醫療商品化的惡果	台灣蘋果日報
	2011	3	31	洪子仁	《觀念平台》讓台灣醫療名揚國際	工商時報
	2011	4	6	劉競明	醫療專區切勿變成「蚊子館」	台灣蘋果日報

存在對話關係	2011	4	7	葉金川	國際醫療 不設專區較可行	聯合報
	2011	4	8	朱敬一	不積極 醫界人才將被掏空	聯合報
	2011	4	9	劉競明	先有病患口碑 才有國際醫療	聯合報
存在對話關係	2011	4	9	黃達夫	衛生署診斷錯誤 開錯處方	台灣蘋果日報
	2011	4	10	蘇益仁	別步竹北生醫園後塵...	聯合報
	2011	4	11	高克培	一院兩制 沒錢病患恐遭排擠	聯合報
	2011	4	12	黃達夫	問題不在國際醫療 醫院向錢看 窮病人早受排擠	聯合報
	2011	4	13	朱敬一	回應若干誤解 沒有專區 國際醫療原地踏步	聯合報
	2011	4	14	黃達夫	予豈好辯哉	台灣蘋果日報
	2011	4	15	劉競明	國際醫療醫院真能夠賺錢嗎	台灣蘋果日報
	2011	4	16	李彥俊	推動國際醫療 設專區緩不濟急	經濟日報
與 2011/4/7 葉金川和 2011/4/8 朱敬一論述存 在對話關係	2011	4	19	白裕彬	從產業發展面看國際醫療	台灣蘋果日報
	2011	4	21	侯勝茂	《觀念平台》推國際醫療 法令要先鬆綁	工商時報
	2011	4	26	施壽全	真理只有一個嗎	台灣蘋果日報
	2011	4	26	黃達夫	衛生署搞錯了優先順序	台灣蘋果日報
	2012	5	26	吳明彥	醫事爭議 肇因健保非國際醫療	經濟日報
	2013	1	15	洪子仁	《觀念平台》台灣觀光醫療發展最後一哩	工商時報
	2013	5	7	楊志良	《健康名人堂》國際醫療 該不該發展？	聯合報
	2013	5	27	杜震華	自由經濟示範區好好捧著	台灣蘋果日報
	2013	7	9	黃達夫	帶頭醫療商業化 政府精神分裂	台灣蘋果日報

	2013	7	19	洪子仁	《觀念平台》改變與創新—論自經區開放專營國際醫療醫院	工商時報
	2013	8	8	洪子仁	《名家觀點》示範區強打醫療 品牌是關鍵	經濟日報
	2013	8	17	黃達夫	國際醫療專區勿特權化	台灣蘋果日報
	2013	10	9	邊立中	國際醫療專區 恐非全民利益	自由時報
	2013	12	11	謝瀛華、張光華	《我有話說》觀光醫療起飛 準備好了嗎	中國時報
	2013	12	30	黃明和	瞄準上醫產業 國內外醫療兼顧	聯合報
	2014	1	6	許世明	台灣要如何發國際醫療財？	中國時報
	2014	1	15	鄭丞傑	推動國際醫療留住人才	台灣蘋果日報
	2014	2	1	許世明	《新春新頭腦》國際醫療 前店後廠	中國時報
	2014	3	31	王健全、吳明彥	國際健康專區 利大於弊	聯合報
	2014	4	2	洪子仁	《觀念平台》打響「台灣醫療」金字招牌	工商時報

## 參考書目

### 中文部分

- 王大明、王怡雯、簡意珊、呂昀芽，2009，〈從旅行社業者觀點探討台灣發展醫療觀光之研究〉，《觀光旅遊研究學刊》4(2): 43-54。
- 江國揚，2006，《我國健康觀光發展策略之研究—模糊理論之運用》。台北：國立台北護理學院旅遊健康研究所碩士學位論文。
- 吳彥莉、鄭雅文，2013，〈醫療旅遊對醫療體系的潛在衝擊〉。《台灣衛誌》32(4): 303-308。
- 吳致芄、陳建和，2013，〈醫療旅遊經營模式建構--以醫美診所為例〉。《美容科技學刊》10(2): 23-42。
- 吳彬安，2008，《我國發展健康保健旅遊可行性模式之探討》。台北：國立台灣大學管理學院碩士在職專班高階公共管理組學位論文。
- 李佩珊、陳建和，2013，〈從商業生態系統觀點探討醫療觀光健檢產業〉。《旅遊健康學刊》2(1): 17-36。
- 杜芸珮，2010，《論我國發展醫療旅遊產業的法律與政策問題》。台北：國立陽明大學公共衛生研究所碩士學位論文。
- 周珍玉，2009，《醫療新聞對民眾就醫行為之影響》。高雄：國立中山大學傳播管理研究所碩士學位論文。
- 林秀靜，2012，《台灣開放大陸人士來台健檢與醫學美容政策評估》。台北：世新大學觀光學研究所碩士在職專班學位論文。
- 林政維，2007，《國內醫療院所發展醫療觀光策略之預應程度探討》。台中：亞洲大學經營管理學系碩士學位論文。
- 金燕吟，2011，《探討台灣醫療觀光產業分析之策略研究—以大陸觀光客為例》。台中：東海大學餐旅管理學系碩士學位論文。
- 洪淑君，2010，《醫療觀光創新商業模式之探討—從消費者決策觀點》。台北：國立台灣師範大學餐旅管理與教育研究所碩士學位論文。
- 倪炎元，2003，《再現的政治：台灣報紙媒體對他者建構的論述分析》。台北：韋伯文化。
- 高靜、劉春濟，2010，〈國際醫療旅遊產業發展及其對我國的啟示〉。《旅遊學刊》

25(7): 88-94。

張清溪、許嘉棟、劉鶯釧、吳聰敏，2004，《經濟學：理論與實際》。台北：張清溪發行，翰蘆圖書總經銷。

張紫薇，2006，《台灣觀光醫療產業策略評估—以價值創新為基礎—》。台北：國立台灣大學管理學院碩士在職專班高階公共管理組學位論文。

許博欽，2009，《發展國際醫療的策略導入分析》。台北：國立台灣大學管理學院碩士在職專班會計與管理決策組學位論文。

郭皖婷，2013，《以 VRIO 架構探討美醫中心經營陸客來台從事醫療觀光之優勢》。桃園：中原大學國際經營與貿易研究所碩士學位論文。

陳千蕙，2012，《做為健康新聞的美國進口牛肉報導——Pierre Bourdieu 場域理論的觀點》。花蓮：慈濟大學傳播學系碩士學位論文。

陳怡貞，2010，《台灣醫療觀光產業行銷策略之研究》。台南：國立成功大學高階管理碩士在職專班學位論文。

陳建和、王唯蓁，2009，〈台灣保健旅遊經營模式建構之研究——以健檢旅遊為例〉。《旅遊健康學刊》8(1): 1-20。

陳建和、江國揚、吳世光，2008，〈保健旅遊發展現況與發展方向之探討〉。《旅遊健康學刊》7(1): 43-62。

陳建和、游雅涵，2009，〈保健旅遊產品屬性偏好之研究：以來台外國旅客健檢旅遊為例〉。《觀光休閒學報》15(3): 267-288。

陳建和、鄭成祥、薛茜容、鍾涓涓、黃心怡、江國揚，2006，〈台灣保健旅遊市場現狀探討〉。《旅遊健康學刊》5(1): 1-15。

陳美霞，2011，〈台灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析〉。《台灣社會研究季刊》81: 3-78。

陳錫銘，2008，《台灣醫療旅遊產業創新服務之策略研究》。新竹：國立交通大學高階主管管理碩士學程學位論文。

湯月碧，2011，《建構國際醫療體系之研究》。台北：國立台灣大學管理學院財務金融組碩士學位論文。

黃如伶，1995，《閱聽人愛滋病知識、先前態度、傳播行為與愛滋病防治政策態度之關聯性分析》。台北：中國文化大學新聞學研究碩士學位論文。

黃純真，2011，《台灣非治療性醫學美容產業與相關政策之分析評估》。台北：國

- 立台灣大學政治學研究所碩士在職專班學位論文。
- 黃閔暄，2013，《設立醫療專區競爭之策略》。雲林：雲林科技大學工業工程與管理系碩士學位論文。
- 楊美惠，2008，《台灣發展觀光醫療產業之行銷策略研究》。台北：國立台灣大學商學研究所碩士學位論文。
- 楊雅婷，2010，《國際醫療虛實整合經營模式分析》。台北：臺北醫學大學醫務管理學研究所碩士學位論文。
- 葉步順，2011，《台灣發展醫療旅遊競爭優勢之探討－以 Porter 鑽石體系分析》。台北：國立臺北大學公共行政暨政策學系碩士在職專班學位論文。
- 廖哲沂，2013，《我國醫療與觀光產業對推動國際觀光醫療現況之看法與評析》。桃園：長庚大學醫務管理學系碩士學位論文。
- 齊龍駒，2009，《台灣國際醫療旅遊發展策略初探》。台北：國立台灣大學高階公共管理組碩士學位論文。
- 劉宜君，2008，〈醫療觀光發展之探討：論印度經驗〉。《中國行政評論》16(2): 111-151。
- ，2010，《網絡管理的理論與實務之研究：以台灣醫療觀光政策為例》。台北：商鼎數位出版。
- ，2012，〈醫療觀光產業的醫療與文化關係之探討－醫療服務供給面的觀察〉。《產業與管理論壇》14(4): 26-49。
- 劉馥瑤，2009，《台灣發展國際醫療競爭力與策略評估之研究》。台南：真理大學休閒遊憩事業學系碩士學位論文。
- 蔡素玲（廖慧娟記者採訪並撰稿），2008，〈國際醫療服務發展趨勢〉。《醫療品質雜誌》2(1): 26-30。
- 蔡素玲、邱文達、吳明彥，2008，〈國際醫療未來展望〉。《醫療品質雜誌》2(1): 55-61。
- 蔡語宸，2010，《發展醫療觀光產業政策之評估研究》。花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士學位論文。
- 賴詩琪，2010，《國際醫療旅遊仲介者角色與功能初探》。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士在職專班學位論文。
- 簡筱蓉，2006，《台灣墾丁保健旅遊政策研究》。高雄：國立高雄餐旅學院餐旅

管理研究所碩士學位論文。

蘇國賢，2004，〈社會學知識的社會生產：台灣社會學者的隱形學群〉。《台灣社會學》(8): 133-192。

Bourdieu, Pierre 著、宋偉航譯，2009，《實作理論綱要》。台北：麥田，城邦。

(Bourdieu, Pierre, 2000, *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de trois études d'ethnologie Kabyle*. Paris: edition du seuil.)

Bourdieu, Pierre 及 Loïc J. D. Wacquant 著、李猛、李康譯，2004，《實踐與反思—反思社會學導引》。北京：中央編譯出版社。(Bourdieu, Pierre and Loïc J. D. Wacquant, 1992, *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago.)

Ritzer, George 及 Douglas Goodman 著、柯朝欽、鄭祖邦、陳巨擘譯，2007，《社會學理論（下）》。台北：巨流。(Ritzer, George and Douglas Goodman, 2004, *Sociological Theory, 6/e*. Boston, MA: McGraw-Hill.)

Zelizer, Viviana A. 著、姚偉、劉永強譯，2009，《親密關係的購買》。上海：上海人民出版社。(Zelizer, Viviana A., 2007, *The Purchase of Intimacy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.)

#### 英文部分

Bourdieu, Pierre and Loïc J. D. Wacquant, 1992, *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago.

Cohen, E., 2008, "Medical Tourism in Thailand." *AU-GSB e-Journal* 1(1): 24-37.

Coleman, James S., 1986, "Social Theory, Social Research, and a Theory of Action." *American Journal of Sociology* 91(6): 1309-1335.

Fourcade, Marion and Kieran Healy, 2007, "Moral Views of Market Society." *Annual Review of Sociology*. 33: 285-311.

Imison, Michelle and Stephen Schweinsberg, 2013, "Australian news media framing of medical tourism in low- and middle-income countries: a content review." *BMC Public Health* 13(109): 1-12.

Kuo, Ting-Ya (郭亭亞), 2011, "Challenges of Developing the Medical Tourism Industry in Taiwan (醫療觀光產業發展的挑戰——以台灣為例)." *Journal of Commercial Modernization* 6(1): 13-30.

Liu, I.-C. (劉宜君), 2012, "The Research of Medical Tourism Policy Network in

- Taiwan.” *Sociological Mind* 2(4): 458-464.
- Mainil, Tomas, Platenkamp, Vincent and Herman Meulemans, 2011, “The discourse of medical tourism in the media.” *Tourism Review* 66(1/2): 31-44.
- Shetty, P., 2010, “Medical tourism booms in India, but at what cost?” *The Lancet* 376: 671-672.
- Wacquant, Loïc J. D., 1992, “Toward a Sociology Praxeology: The Structure and Logic of Bourdieu’s Sociology.” Pp. 2-59 in *An Invitation to Reflexive Sociology*, edited by Pierre Bourdieu and Loïc J. D. Wacquant. Chicago: University of Chicago.
- Wang, Hsiu-Yuan (王秀媛), 2012, “Value as a medical tourism driver.” *Managing Service Quality* 22(5): 465-491.
- Zelizer, Viviana A., 1979 [1983], *Morals and Markets: The Development of Life Insurance in the United States*. New Brunswick, NJ: Transaction.

#### 其他

- 2014 醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇，2014。舉辦於台北：衛生福利部、社團法人國家生技醫療產業策進會、財團法人生技醫療科技政策研究中心，2014年1月15-17日。
- 中央通訊社，2014，〈國際醫療生意經 社會公平疑慮〉。  
<http://www.cna.com.tw/news/ahel/201401200249-1.aspx>。取用日期：2014年1月30日。
- 王健全，2011，〈推動醫療國際化 為健保紓困〉。經濟日報，A4，1月14日。
- 白裕彬，2011，〈從產業發展面看國際醫療〉。台灣蘋果日報，A17，4月19日。
- 立法院，2010，立法院公報第99卷第21期委員會紀錄。取用日期：2014年3月21日。
- ，2014，經濟委員會「自由經濟示範區特別條例草案」第2次公聽會報告。取用日期：2014年6月9日。
- ，議案整合暨綜合查詢系統。  
<http://misq.ly.gov.tw/MISQ/IQuery/misq5200QueryMeetingDetail.action>。取用日期：2014年6月9日。
- 台灣公共政策論壇－自經區下的國際醫療論壇，2014。舉辦於台北：國立政治大學台灣研究中心，2014年6月12日。

台灣觀光醫療發展協會，2007，協會緣起。

<http://www.tmta.org/index.php/content/view/14/28/>。取用日期：2014年5月5日。

朱敬一，2009，〈台灣推國際醫療 要如何克服障礙？〉。聯合報，A4，5月4日。

——，2009，〈推動國際醫療 最好能「一國兩制」〉。聯合報，A4，4月20日。

——，2010，〈國際醫療修法 應列第一優先〉。中國時報，A18，11月22日。

——，2011，〈不積極 醫界人才將被掏空〉。聯合報，A19，4月8日。

行政院，2013，「台灣生技產業起飛行動方案」文件。

[http://www.ey.gov.tw/News\\_Content.aspx?n=7084F4E88F1E9A4F&s=BC3C2C745A191A6B](http://www.ey.gov.tw/News_Content.aspx?n=7084F4E88F1E9A4F&s=BC3C2C745A191A6B)。取用日期：2014年2月10日。

行政院經濟建設委員會綜合計畫處，2006，〈掌握全球觀光醫療服務產業新商機〉。<http://www.cepd.gov.tw/index2.jsp>，取用日期：2013年1月10日。

吳明彥（黃秀美採訪並撰文），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): 44-47。

——，2012，〈醫事爭議肇因 健保非國際醫療〉。經濟日報，A12，5月26日。

李昆侖，2008，〈拚經濟 最卑微的要求〉。聯合報，A19，4月24日。

李彥俊，2011，〈推動國際醫療設專區緩不濟急〉。經濟日報，B1，4月16日。

邱順斌、張立勳、朱芳瑤，2009，〈年產值 180 億 馬英九推廣國際醫療〉。中國時報，A6，4月6日。

侯勝茂，2011，〈推國際醫療 法令要先鬆綁〉。工商時報，A5，4月21日。

政治中心，2013，〈馬總統：國際醫療產值成長 6 倍 將持續開放市場鬆綁法規〉。

今日新聞網，<http://www.nownews.com/n/2013/12/28/1071298>。取用日期：2014年2月18日。

施壽全，2011，〈真理只有一個嗎〉。台灣蘋果日報，A17，4月26日。

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。

洪子仁，2010，〈推動國際兩岸醫療發展 業界建言〉。經濟日報，C11，11月3日。

——，2011，〈讓台灣醫療名揚國際〉。工商時報，A5，3月31日。

——，2013，〈台灣觀光醫療發展最後一哩〉。工商時報，A6，1月15日。

——，2014，〈打響「台灣醫療」金字招牌〉。工商時報，A6，4月2日。

財團法人醫療改革基金會，2012，「觀光醫療迎貴客，健保病患靠邊站」記者會。

[http://www.thrf.org.tw/NewsLetter\\_Show.asp?NewsLetter\\_ID=174#F](http://www.thrf.org.tw/NewsLetter_Show.asp?NewsLetter_ID=174#F)。取用日期：  
2014年7月6日。

高克培，2011，〈一院兩制 沒錢病患恐遭排擠〉。聯合報，A15，4月11日。

國家生技醫療產業策進會，2014醫管服務暨醫藥生技產業發展系列論壇簡介。

<http://www.ibmi.org.tw/client/ActivityDetail.php?REFDOCID=0mye74t4b7dpikbn>。取用日期：2014年9月26日。

國家發展委員會，2007，《台灣經濟論衡》內容簡介。

<http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000198&page=%201>。取用日期：2014  
年3月21日。

——，2010，「台灣醫療服務國際化行動計畫（核定本）」文件。

<http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0013992&ex=2&ic=0000153#.U9texPmSzg8>。取用日期：2013年12月30日。

——，2013，自由經濟示範區國際健康產業園區簡介。

<http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020290>。取用日期：2014年4月9日。

——，2013，102年7月10日國際醫療聽證會。

<http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0020380>。取用日期：2014年3月21日。

——，2013，「自由經濟示範區規劃方案（核定本）」文件。

[www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382](http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020382)。取用日期：2014年7月28日。

——，2014，「自由經濟示範區規劃方案（修正案）核定本」文件。

<http://www.fepz.org.tw/m1.aspx?sNo=0020281>。取用日期：2014年7月28日。

張(王黎)，2005，〈墾丁觀光 打美容醫療牌〉。中國時報，A5，6月21日。

許世明，2009，〈啟動生醫園區 帶領醫療產業〉。聯合報，A15，4月10日。

許純鳳，2012，〈國際醫療 國內病患恐成犧牲品〉。台灣立報，

<http://www.lihpao.com/?action-viewnews-itemid-117995>，5月10日。取用日期：  
2012年7月5日。

黃明和，2013，〈瞄準上醫產業 國內外醫療兼顧〉。聯合報，A15，12月30日。

黃美純，2007，〈整合休閒旅遊及養生醫療產業發展及區域規劃〉。《台灣經濟  
論衡》5(10): 64-81。

黃達夫，2008，〈醫療拚經濟 新政府別只想搶錢〉。聯合報，A19，4月22日。

- ，2009，〈馬醫療政策 本末倒置〉。台灣蘋果日報，A17，4月9日。
- ，2009，〈推動生醫 拿外國病患當凱子？〉。聯合報，A17，4月11日。
- ，2010，〈請朱敬一院士慎思〉。台灣蘋果日報，A21，11月24日。
- ，2010，〈發展國際醫療要靠真本事〉。中國時報，A22，11月25日。
- ，2011，〈衛生署診斷錯誤 開錯處方〉。台灣蘋果日報，A21，4月9日。
- ，2011，〈問題不在國際醫療 醫院向錢看 窮病人早受排擠〉。聯合報，A15，4月12日。
- ，2011，〈衛生署搞錯了優先順序〉。台灣蘋果日報，A17，4月26日。
- ，2013，〈帶頭醫療商業化 政府精神分裂〉。台灣蘋果日報，A18，7月9日。
- 楊志良，2013，〈國際醫療 該不該發展？〉。聯合報，D2，5月7日。
- 葉金川，2011，〈國際醫療 不設專區較可行〉。聯合報，A15，4月7日。
- 劉介修，2010，〈當醫療變成一門跨國好生意〉。中國時報，A14，12月1日。
- 劉競明，2011，〈先有病患口碑 才有國際醫療〉。聯合報，A17，4月9日。
- ，2011，〈醫療專區切勿變成「蚊子館」〉。台灣蘋果日報，A18，4月6日。
- 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。
- 衛生福利部，使命與願景簡介。
- [http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=5&fod\\_list\\_no=0&doc\\_no=510](http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM1_P.aspx?f_list_no=5&fod_list_no=0&doc_no=510)。取用日期：2014年7月2日。
- 鄭鴻鈞，2010，〈衛生署到底怎麼了〉。台灣蘋果日報，A21，3月4日。
- 醒吾科技大學，黃月芬講師基本資料。
- <http://c008.hwu.edu.tw/files/13-1058-1116.php?Lang=zh-tw>。取用日期：2014年5月4日。
- 蘇益仁，2011，〈別步竹北生醫園後塵...〉。聯合報，A15，4月10日。
- KingNet網路醫院 KingNet醫師部落格，台灣觀光醫療產業-麥克波特 五力分析。
- <http://newstart.kingnet.com.tw/bloghealth.html?cid=20210>。取用日期：2014年4月1日。
- United Nations Economic Commission for Latin American and the Caribbean, 2010, “Medical tourism: a survey.” [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/39397/Medical\\_Tourism\\_A\\_Survey\\_L111\\_final.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/39397/Medical_Tourism_A_Survey_L111_final.pdf) (Date visited: August 31, 2012).