

立法院第 8 屆第 5 會期

社會福利及衛生環境委員會第 8 次全體委員會議

自由經濟示範區-  
國際醫療(健康)評估專案報告

衛生福利部



# 自由經濟示範區—國際醫療(健康)評估

## 一、前言

依據世界貿易組織(WTO)將服務部門分為12大類，醫療屬於第5類「健康與社會服務業」，包括醫院服務業、人體健康服務業及社會服務業，而臺灣的醫療服務及健保體系已屢獲國際高度肯定。2000年英國經濟學人雜誌「世界健康排行榜」臺灣名列全球第二；近三年來，國家地理頻道、紐約時報、時代雜誌及CNN等國際媒體均專題報導台灣醫療成就，去年The Richest更將台灣醫療照護評比為國際第一。在國內的醫療資源與就醫可近性已達一定程度後，應以更開放但謹慎的態度擴大與國際接軌，創新醫療服務模式，以保持醫療服務的持續進步與國際競爭力。

國際醫療的需求方興未艾，每年以15%~25%成長，因此許多國家莫不積極發展國際醫療與相關的健康產業，尤以亞洲國家為甚，起步比臺灣早十年以上。但政府始終堅持照顧好國人健康為首要的信念，將資源優先投資完成醫療網規劃，培育足夠的醫事人員及擴建醫院硬體建設，並於1995年全面實施全民健保，如今納保率已高達99.7%，讓國民能享有國際肯定之優質醫療後，此刻是我們發展國際健康產業的契機。

2013年合計接受醫療、健檢及美容醫學約231,000人次，比2008年成長3.4倍，醫療本身及帶動的相關產業(如：航空、觀光、旅宿、餐飲、百貨…等)總關聯產值約136億元，保守估計每一元的醫療收益可以帶動2~3元相關產業收益，國際上更推估有5倍以上的非醫療獲益，換言之，國際

醫療獲益最大的是相關產業及其從業人員，未來的發展可期，端視如何在政策上去鼓勵與推動。

WHO報告泰國、印度與新加坡三國佔亞洲國際醫療市場的九成，且日本、韓國、馬來西亞及中東的杜拜正急起直追，近年來發展的策略有以下的改變：

- (一) 由觀光醫療轉型為健康產業。
- (二) 由個別醫院轉型為專區及產業聚落。
- (三) 由國內機構轉型為結合國際優勢品牌。
- (四) 由輸入病人轉型為醫管及醫材輸出兼顧。

「國際健康」已納入自由經濟示範區的重點產業項目之一，本部配合自由經濟示範區特別條例「自由化」、「國際化」與「前瞻創新」之核心理念及立法期程，分階段推動國際醫療及更具前瞻性的國際健康產業園區。

## 二、推動目的

- (一) 突破現行法規框架，吸引國外先進醫療機構來臺與國內醫院及健康產業合作，為臺灣醫療服務增值，吸引人才、技術及資金，提升品質。
- (二) 透過產業聚落，為健康產業發展注入正面能量，由醫療業帶動健康相關產業發展。
- (三) 經由示範專區先行先試、限縮影響，強化管理，並針對潛在衝擊即時因應。

## 三、分階段推動原則

### (一) 第一階段（不須修法，特別條例通過前）：

1. 在不影響國人權益的前提下，吸引國際人士來臺接受健檢、美容醫學或常規性手術，且以中小型醫院為主。

2. 為加強服務，2013 年 12 月在松山、桃園、臺中、高雄國際機場設置國際醫療服務櫃檯，辦理臺灣整體醫療形象聯合行銷及提供洽接已預訂來臺之民眾諮詢服務等工作，目前已順利運作。

**(二) 第二階段（特別條例通過審查通過後）：**

示範區的重點是發展國際健康產業園區，由中央主導政策，地方規劃執行，以醫療為火車頭，帶動生技、製藥、醫材、資訊、復健及養生等產業發展，初期先就申請案中核准 1~2 處，未來則視成效、需求及對國內醫療的影響後，再決定是否逐步放寬。

**四、特別條例重點**

**(一) 法令鬆綁，促成醫院與國外優質醫院合作，吸引技術與人才。**

1. 第 49 條：鼓勵外國專業團隊與本國醫療機構結合共同設立醫療社團法人型態之國際醫療機構，放寬法人得為社員及外籍人士擔任董事及董事長之限制，但為減少營利化的疑慮，不得公司化。
2. 第 50 條：放寬示範區內國際醫療機構得聘僱外國醫事人員，以引進國外優秀醫療技術及人員。

**(二) 適當監控管理措施，避免排擠醫療資源。**

1. 第 51 條：限制示範區外本國醫師至示範區內兼職執業之時段數，保障民眾就醫權益。
2. 第 52 條：國際醫療機構不得為健保特約機構，不瓜分健保資源。
3. 嚴格限制示範區之區數及醫療機構家數。

**(三) 回饋弱勢：**

1. 國際醫療機構仍應依我國稅法繳納相關稅金。
2. 第 53 條：國際醫療機構每年應繳交經營特許費，建

立照顧偏遠地區、弱勢族群及促進醫療技術提升等公益事項之回饋機制。

## 五、對醫療及健保體系之潛在衝擊與評估

### (一) 對醫療的核心價值之影響評估：

醫療服務「濟世救人、以人為本」的核心價值不因推動國際醫療而改變，過去六年臺灣已經開始提供國際醫療服務，但整體醫療的核心價值並未因此改變，民眾整體對醫療服務的滿意度維持在八成左右。與台灣有相同健保體系、醫療實力與社會背景的日本、韓國及新加坡均也大力發展，這些國家亦無改變濟世救人的核心價值，只是服務及經營方式的改變。第二階段國際健康產業以生技、生醫、製藥為主，更不會影響醫療的核心價值。

### (二) 對於民眾就醫權益的疑慮：

為避免影響民眾就醫權益，已於特別條例明定限制條文：

1. 第 51 條：限制示範區外本國醫師至示範區內兼職執業之時段數，保障民眾就醫權益。國際醫療機構雖有可能吸引本國醫師前往，但因專區數有限，且並非所有醫師都願意前往示範區執業。因此，對示範區外的醫療資源影響甚小，將可能產生之影響降到最小。
2. 第 52 條：「國際醫療機構，不得為全民健康保險特約醫事服務機構」，因此，國際健康產業園區內的所有醫療服務都不能與健保簽約，本國人如果到區內就醫也不得使用健保，故完全不瓜分健保資源。
3. 國際醫療已推行 6 年有餘，對國內民眾健保就醫權益並無明顯影響，亦無明顯排擠效應。以 2013 年之國際醫療實際住院人次 4,293 位計算，僅佔全國使用健保住院人次 324 萬之千之一、國際醫療門診人次共 123,000 位，

僅佔全國使用健保門診人次 3 億 8000 萬之萬分之三，影響極微，且以健檢、醫美及非醫療急迫性之選擇性手術等不佔用健保床之疾病居多，國人選擇性手術或檢查的排程時間遠低於歐洲國家，國人每年平均就醫約 15 次，多年以來並未減少。非緊急手術之等候時間亦未延長，以下列手術為例：

- (1) 白內障手術：等候時間約 11 天（國外常是 4~8 個月）
- (2) 膝關節手術：等候時間約 17 天（國外常是半年以上）
- (3) 髖關節手術：等候時間約 12 天（國外常是半年以上）

3. 綜上，過去實施國際醫療對於國人的等候時間幾乎無影響。對臺灣醫事人力或醫療資源亦無明顯影響，但本部仍將持續監控。

### (三) 對於就醫「階級化」的疑慮：

推動國際健康不會產生就醫階級化，理由如下：

1. **醫療資源十分普及：**我國健保為單一保險制，建置全國醫療網，醫療資源已相當普及，偏鄉離島也持續改進中，與印度、泰國等國截然不同。台灣民眾享有相同醫療服務，且保險費率一致，不因社經地位而改變給付的項目，且弱勢族群由政府補助免保費及費用減免，更有效減少因病而貧或因貧而病的情形。
2. **「差異化」服務普遍存在，但不同於「階級化」**

健保涵蓋範圍不可能無上限，無法涵蓋之範圍透過自費差額給付予以補足需求，才不會讓經濟能力好的人佔用經濟能力不好的弱勢。自費醫療並非「階級化」，而是「差異化」，差異化的服務原來就存在於各行各業，過去數十年也已經存在於醫療服務（如病房差額、自費特材等），

但不影響醫療的核心價值。國際醫療與健保及自費機制並存 6 年多，由於對象不同且國外來台病人仍十分有限（多為健檢或醫美），並無階級化的問題。

### 3. 醫療費用受管制無法任意調整

台灣無論是公立醫院、財團法人或社團法人醫院之財報都需經主管機關審查，所有的健保或自費價格都需經過健保署或地方衛生主管機關審查，不同於營利事業可以自訂價格，國際醫療的收費亦比照辦理。另自費市場原即存在價量平衡，國內市場量遠大於示範區內，以量制價下，區內之高價格與區外相比畢竟是小眾，不足以影響區外的價格，更難以影響健保的價格，且健保或自費價格都需經健保署或地方衛生主管機關審查把關。又健保署近年來已經逐步將自費特材價格資訊透明化，供民眾就醫選擇參考。台灣醫療市場競爭激烈，資訊愈見透明，醫院想提高價格並不容易。

#### (四) 對於醫師人力造成排擠的疑慮：

1. 台灣目前執業醫師約有 42000 餘名，其中約五成是內、外、婦、兒、急五大科，多次評估均認為目前整體五大科醫師人力並不缺乏，祇是部份醫師不願投入辛苦且健保給付相對低的科。經過本部推出多項強化措施後，自 2013 年起情況已經逐漸改進，2014 年預期會更好，人力已明顯回流。
2. 另一方面過去六年實施國際醫療的經驗顯示，一半以上是健檢與美容醫學，住診與門診量都不大，且多為選擇性手術或治療，急診、產科及兒科等都不是國際醫療常見的科，並不影響急重難症醫事人力。

3. 第二階段國際健康專區是以發展產業為主，醫療為催化劑的角色，並不需要太多的醫院或醫師。初期擬設置 1~2 專區，每區約 200 床之專辦國際醫療機構計算，每區僅約需 100 名左右之醫師，佔我國目前 42000 多名執業醫師之千分之二，比例極低。
4. 限制示範區外台灣醫師至區內兼職時數，示範區內及區外支援之時數合併計算，仍受衛生局管控。

**(五) 對於「營利化」的疑慮：**

1. 由於外界對「醫療機構公司化」仍未有共識，本部採納各界意見後，刪除公司得設立國際醫療機構之條文，改以折衷方式，僅放寬醫療法中法人不得為醫療社團法人醫院之限制。
2. 歐盟國家醫療支出約佔 GDP 的 10%，我國僅以 6.5% 的 GDP 提供與其相同品質甚至更佳的醫療，手術等待時間遠低於歐盟國家，其原因是台灣醫院導入企業的管理效率，企業化並不等於營利化，是將有限資源做最有效與合理的分配，目的在追求效率，將其產生的利潤用於投資留住人才、技術並更新設備，醫院才能永續經營，也才能實現救人的社會責任。適當的發展國際醫療可使臺灣醫療機構與國際接軌，提升醫療與服務品質到更高的標準。

**(六) 擔心步泰國或印度國際醫療之後塵：**

我國完成全國醫療網規劃及培育足夠的醫事人員後，並優先於 1995 年實施全民健保，先照顧好國人的健康，並建構完善之基礎建設，使國人都享有舉世肯定的優質醫療，也就是先落實健保後才推動國際醫療，與泰國或印度不同，這些國家的反面，本部持續監控，避免步其後塵。

## 六、結語

醫療力即國力，台灣醫療須持續精進，自由化、國際化及前瞻創新，國際健康產業配合政府自由經濟示範區政策，由1~2個處試行，持續評估及風險管控，是政府負責任的方式。隨著世界潮流改變與有限的醫療資源，醫療經營管理、服務品質及對象必須與時俱進。

醫院不能只依靠每年成長有限的健保維持，推動國際健康產業不僅「作大原有的餅」，更是「創造新的餅」，我們將眼光放眼全亞洲，國際醫療是讓國外病人進入台灣，讓台灣醫療走向國際。本部在推動自由經濟示範區的同時將成立諮議會議，定期開會廣納各界雅言，期穩定中求進步。請各位委員鼎力支持。