

The Lessons that can be Learned and Application from Thailand's Medical Tourism on China's Integrated Medical Care and Nursing Pension-Model

Kirattaya Laotrakunchai; Yupharat Laotrakunchai¹; Kitiya Chuwicharoenkit

Thailand Research Center of Changzhou University, Changzhou University,
Changzhou, Jiangsu 213164 P.R. China

Email: tayaliew@163com

(received 3 September 2024)(revised 19 November 2024)(accepted 2 January 2025)

Abstract

With the continuous increase of social pressure on elderly care, the existing elderly care models can no longer meet the needs of the elderly. The innovative development of medical and elderly care combined with elderly care models is imperative. The integrated medical and elderly care model in China is currently in a stage of deepening development, and the supply of many systems and resources needs to be improved, as well as the implementation of supervision and services needs to be strengthened. To further promote the development of medical and elderly care integration, this article provides some insights for the problems faced by the medical and elderly care integration model through the experience of Thailand's medical tourism development, from strengthening government responsibilities and strengthening legislation; Strengthening the construction of talent teams. Establishing a network service platform to continuously improve service levels; Transforming traditional views on elderly care. Solving some problems in the current integrated medical and elderly care model by providing good product services and price positioning.

Keywords: Pension mode; China's integration of medical care and nursing; Thailand's Medical Tourism

¹ Corresponding Author

泰国的医疗旅游对中国医养结合养老模式的启示与应用

刘琪²、刘瑞³、苏桂芝⁴

中国 江苏省 常州市 常州大学 泰国研究中心 邮编 213264

邮箱: tayaliew@163.com

收稿日期 2024. 9. 3 修回日期 2024. 11. 19 接收日期 2025. 1. 2

摘要

随着社会养老压力的不断增加，现存的养老模式已不能满足老年人对养老的需求，医养结合养老模式的创新发展势在必行。中国医养结合养老模式正处于深化发展阶段，许多制度和资源的供给有待完善、监管和服务的落实有待加强。为促进医养结合更进一步发展，本文通过泰国医疗旅游相关发展的经验，为医养结合养老模式面临的问题提供一些启示，从强化政府职责、加强立法；加强人才队伍建设；建立网络服务平台不断提升服务水平；转变传统养老观点；做好产品的服务于价格定位等解决当前医养结合养老模式中的一些问题。

关键词：养老模式；中国医养结合；泰国医疗旅游

一、医养结合养老模式

1. 医养结合养老模式概念

“医养结合”从字面上分析，“医养结合”中“医”和“养”两个要素是一种将资源重新统筹，以“养”为主、实现“医”的可及性的一种新型照护养老方式，即医疗资源与养老资源相结合，实现社会资源利用的最大化。其中，“医”包括医疗康复保健服务，具体有医疗服务、健康咨询服务、健康检查服务、疾病诊治和护理服务、大病康复服务以及临终关怀服务等；“养”包括的生活照护服务、精神心理服务、文化活动服务。利用“医养一体化”的发展模式，集医疗、康复、养生、养老等为一体，把老年人健康医疗服务放在首要位置，将养老机构和医院的功能相结合，把生活照料和康复关怀融为一体的新型模式。

“医养结合”概念从服务的主体、对象、方式和内容4个方面进行分析。第一，医养服务供给的主体多样，其中包括政府、社区、家庭、养老和医疗组织。第二，服务对象层面，“医养结合”提供的服务面向所有老年人，其中包括健康能自理、基本健康部

² 刘琪（1979-），女，博士，从事泰中关系，国际中文教学等研究。

³ 刘瑞（1987-），女，硕士，从事泰中关系，国际中文教学等研究，邮箱：yupa_sui@hotmail.com

⁴ 苏桂芝（1977-），女，博士，从事国际中文教学等研究，邮箱：keaguizhi@gmail.com

分自理、身体状况差难以自理等所有层次。第三，医养服务的供给方式多样，既可嵌入养老中：在养老院或老年公寓中增设医疗设备和人员、在家庭中利用社区补给服务；也可融入医疗中：在卫生机构增加照料服务、在医院发展老年医学科；还可以不同性质机构进行合作。第四，服务内容层面，不同于传统方式提供单一服务，“医养结合”提供综合性服务，核心要素在于“养”、“医”、“合”。“养”包括起居照料、文化活动、生活陪伴等多形式全方位的照顾，“医”指常规检查、疾病咨询、疾病诊断、疾病治疗和疾病康复的全套服务，“合”指不同机构要将“养”和“医”深度整合，使老年人能够有病诊治、无病休养、医养结合。

2. 医养结合养老模式文献综述

最早提出“医养结合”的是 Guo, D. 等 (2005) 学者：“我国老龄化问题严峻，传统养老弊病甚多，应引入‘医养结合’”。之后学术界从多个角度对“医养结合”进行研究，比如 Wang, P. Q 等 (2018) 从多重博弈视角出发，Luan, W. J. (2018) 从府际合作视角阐述，Yang, J. Y. (2017) 和 Liu, Q. F. (2014) 进行嵌入性视角论述，Li, X. L. (2017) 进行需求视角分析，Dai, X. 等 (2019) 基于 SWOT 分析进行论述，Liao, S. W. (2019) 从互联网背景着手分析，Du, P. (2016)、Wang, H. T. (2019) 在“医养结合”人才队伍建设和监督评价等方面进行了分析探讨。目前，关于“医养结合”模式研究的总量在增加，保持一个高热度状态，对“医养结合”内容的学术研究主要集中在内涵解读、运行必要性、发展模式类型、现实困境和优化建议等方面，但在研究的内容上，整体偏碎片化，尚未形成完整体系；在研究方法上，侧重于定性研究，描述性理论分析多于实验性量化分析；在研究视角上，虽然有部分学者从博弈、需求等多角度进行分析，但是结合新时代积极老龄化背景的研究少。

3. 医养结合养老模式的必要性

1) 中国人口老龄化严峻形势

所谓人口老龄化，是指老年人在总人口中的相对比例上升，按国际通行的标准，60 岁以上的老年人口或 65 岁以上的老年人口在总人口中的比例超过 10% 和 7%，即可看作是达到了人口老龄化。中国是世界上人口最多的国家之一，随着老龄化水平的不断上升，中国也成为世界上老年人口最多的国家。中国自 1999 年底步入人口老龄化社会，根据中国国家统计局于 2023 年 1 月 18 日发布的《国民经济和社会发展统计公报(2022 年)》中提到：2022 年末，全国 60 岁及以上人口为 2.8 亿人，占全国人口的 19.8%，其中 65 岁及以上人口为 2.1 亿人，占全国人口的 14.9%。与 2021 年相比，60 岁及以上人口增加 0.13 万人，比重上升 0.9 个百分点；65 岁及以上人口增加 0.1 亿人，比重上升 0.7 个百分点。根据《中国发展报告 2020》预测，2025 年“十四五”规划完成时，65 岁及以上的老年人将超过 2.1 亿，占总人口数的约 15%；2035 年和 2050 年时，中国 65 岁及

以上的老年人将达到 3.1 亿和接近 3.8 亿，占总人口比例则分别达到 22.3%和 27.9%；到 2053 年，老年人口规模将达到峰值 4.87 亿，占比达到 34.9%。伴随着老龄时代的到来，将会衍生出系列老龄问题。如独居和空巢老龄群体数量增加，到 2020 年已增至 1.18 亿，接近老龄人口总数的一半；失能、半失能老龄群体总数也不断增加，从 2010 年的 3300 万到 2018 年的 4400 万，中国现有 17603 万 65 岁以上老年人中就有 6400 万失能和半失能的老人。

表一 2011-2022 年中国 60 岁及以上老年人口数量及比重

年份	老年人人数 (亿人)	总人口 (亿人)	比重 (%)
2011 年	1.85	12.288	13.7%
2012 年	1.94	12.714	14.3%
2013 年	2.02	13.161	14.9%
2014 年	2.12	13.755	15.5%
2015 年	2.22	13.746	16.1%
2016 年	2.31	13.827	16.7%
2017 年	2.41	16.901	17.3%
2018 年	2.49	13.954	17.9%
2019 年	2.5	14.001	18.1%
2020 年	25.6	14.118	18.2%
2021 年	2.67	14.126	18.9%
2022 年	2.8	14.118	19.8%

资料来源：国家统计局网站，<http://www.stats.gov.cn/>

2) 传统养老模式的局限性

家庭养老功能弱化

中国长期受儒家“孝”文化的影响，“养儿防老”、“送父母进养老院就是不孝顺的表现”等一些传统旧观念已经在人们思想中根深蒂固，所以相比而言，具有代际间相互补偿功能的家庭养老在我国仍然占相当大的比重，高达 70%左右，但是必须注意的是家庭养老的功能在弱化。一是早期独生子女生育政策影响了中国家庭的整体结构，家庭规模逐渐小型化。现代家庭结构加上中国未富先老的时代背景，夫妻 2 人需要同时承担赡养义务和抚养责任，生活成本也在增加，导致生活压力巨大。二是现代生活节奏增快，就业、生存压力增大，社会竞争激烈。使得年轻人更加注重自我价值的提升，许多人外出发展，学习和工作所耗费的时间和消耗的精力愈来愈多，对于父母的生活照料、陪伴和关怀愈来愈少，面对家中老龄成员需要越来越多的生活护理、医疗负担和临终关怀，更是让子女分身乏术、力不从心。三是家庭护理条件的缺失。中国的家庭养老仍是最普遍常见的方式，随着社会形势的变化，年轻人多外出就业，也很少与父母生活在一起，

形成大量空巢老人和独居老人，部分老龄人缺乏子女的照顾；部分老龄人即使有子女照顾生活，但是家庭天然也缺乏护理条件，大部分家庭不具有医疗设备、家庭成员不掌握护理知识，无法提供专业甚至是基础的护理服务。

机构养老发展乏力

机构养老，指的是老龄人在由政府或者社会组织、私人力量建立的，提供集中、专业服务的机构中养老。中国机构养老发展乏力，一方面存在数量不足、增长缓慢的问题，机构及设施的数量难以匹配我国庞大的老龄群体数量；另一方面，还存在功能结构性短缺的局限性，机构提供的服务比较单一，仅有基础的照料服务供给，缺乏专业的医疗服务和丰富的娱乐文化功能。

社区养老发展滞后

社区养老为世界各国所青睐，老龄人既可以在自己熟悉的环境生活，又可以得到细致、全面的照料，是许多老龄国家首选的养老方式。20世纪80年代，伴随着中国社区的开始发展，社区养老的理念也开始萌发，但是，中国家庭养老占比大、社区发展缓慢、社区功能繁杂、社区资源有限，社区养老一直未得到很好地践行。21世纪以来，中国在社区建设也存在操之过急的系列问题，比如大规模粗暴式拆迁、简单快速发展城镇化、房地产快速开发，土地资源紧缺，高楼林立，规划设计不合理，改变原有的社区邻里结构，不利于社区养老工作的践行落实。

3) 医疗机构服务的局限性

中国医疗机构主要包括医院、卫生室、诊所、社康中心等，主要供给专业的医疗救治工作，面对日益严重的人口老龄化问题，中国医疗服务也存在医疗资源紧缺：如卫生机构总量不足、医疗资源分配利用不合理等，而且中国医疗机构也存在“医养分离”局限，在医疗资源紧张现状和医养长期分离的背景下，中国医院一直都是以“医”为主，很少涉及养老服务领域，而且相对来说不够专业。中国医院的老年医学科普及进度十分缓慢，目前中国医院中设立老年医学科的很少，在三级医院中开设的都不足10%的比例，其他低级别的医院更是寥寥无几，供给难以满足老龄群体需求。

面对庞大的老年人口规模以及迅猛的老年人口增长速度，养老服务需求量迅速攀升，如何有效地满足不断上升的养老服务需求，是中国养老服务体系面临的严峻挑战。中国在积极应对老龄化的背景下，实现“医养结合”养老模式，实现社会医养资源合理配置，满足老龄群体全方位需求，补充中国养老服务体系，推动中国老龄问题解决。

二、医养结合养老模式的发展现状

中国“医养结合”养老模式从理念产生、概念提出到摸索试点，历经了发展的萌芽期和探索期，正处于在实践推广和不断深化的发展期。

1. 酝酿萌芽期（2000年—2012年）

中国“医养结合”初步酝酿和萌芽发展是在2000年至2012年，这段时期，关于“医养结合”的养老意识开始形成。学术界最初萌发“医养结合”的理念，郭东等学者最早（2005年）对“医养结合”模式对老年人养老的可行性和中国落实的必要性、紧迫性进行论述。之后，学术界对“医养结合”的认识仍然十分有限，如从知网论文查询中可以看到，时隔六年，继2005年首篇涉及“医养结合”论文之后的第二篇论文为2011年，而且2011年和2012年分别仅有2篇和4篇。

政府层面上，2011年，在对中国养老服务体系的“十二五”规划中，也提出鼓励有条件的养老机构增添康复器材设施和服务，鼓励内部设立医疗业务科室，提高处理老年人突发疾病的能力，转型发展养护型和医护型的养老机构。还有在《社区服务体系建设的“十二五”规划》中也提出发展社区的医疗卫生服务，提高基层服务水平，满足多群体的需求。这一阶段，虽然政府并未直接提出“医养结合”政策，但是在相关的政策文件中可以看到已经开始注重老年人的医疗需求，“养”和“医”融合的思想已经开始萌芽。

2. 起步探索期（2013年—2015年）

2013年，中国国务院文件中首次明确提出“医养融合发展”，标志着中国“医养结合”开始进入起步和探索时期。《加快发展养老服务业的若干意见》中将医养融合与养老设施、老龄市场、农村养老、机构和居家养老并列，作为下一步发展的6大模块任务，对于卫生管理机构、医疗和养老服务提供机构都做出了明确要求，还提出了需要健全医保制度，是中国“医养结合”发展的“里程碑文件”。2015年，“医养结合”这一概念被首次提出，原卫生计生委等9部门对中国“医养结合”的下一步发展目标、任务进行详细规划，对发展保障举措进行组织实施。除此之外，2013年到2015年，不仅仅只是国务院发文，民政部、原卫生计生委等相关部门也都陆陆续续颁布了系列相关文件，政策内容逐步细化和深化，医养政策的鼓励和完善也推动着医养实践的起步和探索。

3. 发展深化期（2016年至今）

2016年，中国先后在全国90个城市和地区进行“医养结合”的发展试点，各地扎实推进“医养结合”服务实践，进入发展的深化时期。2016年之后，各个部门在落实“医养结合”发展的政策法规、体制结构、任务分工、机构许可、行政审批、市场发展等都进行了规划和具体设计，内容越来越细化和专业化。与此同时，中国医疗卫生体制改革也在不断深化，在具体的改革举措中也将“医养结合”养老服务考虑其中，作为医改

的项目措施。

2020年已经是中国开展“医养结合”养老服务试点的第5个年头，试点的地区通过实践已经发展成各种经典的模式类型，形成自己的典型经验，试点地区的“医养结合”服务网点基本形成，也进入到一个深化发展的攻坚期，也正处于一个进一步规范完善和推广的阶段。

三、中国医疗养老模式面临的问题

1. 工作机制及法制不健全

医养结合相关职能分散在民政、卫生计生、人力资源社会保障、住房城乡建设、国土资源、消防等多个部门，不同部门之间的政策、标准不够统一，既存在“多头管理”现象，也有“多头不管”现象，管理过程中难以形成合力，从而导致相关举措难以落实。例如：普通的养老机构交由民政部门管理，卫生医疗方面由卫生部门管理，而医保的报销政策由社会保障部门管理。因为行业不同、制度差别、财务情况等因素，政府的民政、卫生以及社保部门都会参与到“医养结合”型养老机构中，政府各部门在参与的过程中对职能已经进行了划分，也避免不了职责的交叉，导致资源的浪费。同时，政府在财政补贴这一部分也是区别对待了，一般的养老机构转变为“医养结合”型养老机构是有机会获得政府的资金支持的，但医疗机构的转型却不能获得任何的补贴。这种政府“多头管理”、缺乏一致性管理规定的现象，导致难以使扶持政策真正的落到实处。此外，因没有网络性系统的全面覆盖，缺乏有效的养老服务标准、行业规范及评估督导机制，在医养结合机构的运营中易出现医疗监管盲点，对老年人生命安全风险、持续性医疗服务的约束不够健全。目前尚无健全的保障医养结合居家养老的法律法规，也使得多数老年人无力承担养老费用或会有较大心理负担。

2. 医疗资源紧缺、服务能力不足

首先，中国医疗资源紧缺，2019年中国各类医疗卫生机构的数量为101.4万个，其中村卫生室和门诊部占了88.8%，但是这两者能提供的医疗服务十分有限，只能提供一些基础的医疗问诊；医院和社区卫生服务中心的数量仅占比3.35%和3.45%，因此中国医疗资源存在总量和结构性紧缺问题，而且中国医疗卫生资源分配利用不合理，城市与农村分配不均，大型的医院都分布在城市，农村以卫生室、诊所为主，在医疗技术、人员、设备等各方面水平都普遍低于城市；发达和欠发达地区分配不均，50%的三级医院都分布在北京、上海、浙江等发达东部城市，中部和西部偏少。大型、公立的三级医院资源紧张，小型医院、民办医院和社区医院利用率低。病床的利用率最高是三级医院，达97.7%，但三级医院无法为老年人提供细致服务，而一些老年人就医结束之后，本应

出院康复，但不愿离开医院，“留院 押床”现象普遍，“侵占”医疗资源。

其次，基层卫生机构有资质的老年医学专科或全科医师较少，专业养老服务一线护理和管理人员亦十分短缺。老年人护理相对具有特殊性，尤其是对失能、半失能或患有慢性疾病老年人的护理，需要专业的医护团队提供服务。相当一部分医疗机构未设老年医学专科，养老机构无力提供医疗服务，在客观条件上医疗和养老难以有机结合。很多社区养老服务设施与社区医疗卫生服务结合不紧密，通常只能提供日间照料服务，不能满足高龄、失能老年人生活照料和医疗护理叠加的服务需求，难以做到为老年人提供有效的健康管理和上门护理服务。在机构养老中，一方面，公共资源配置效率不高，床位空置率居高不下；另一方面，养护型、医护型养老机构建设不足，护理床位比例低，养老机构由于基础设施不完善，对于老年人的护理仅能满足低层次日常需求，难以实现文体活动、疾病教育等更高层次的养老目标。另外，目前中国老年医疗服务大多仅重视急性期医疗服务，缺乏长期康复训练及心理护理的理念和实践经验，导致医疗与康复服务之间出现明显断层，不利于老年人综合生活质量的提高。同时，基层医护水平较低，医护人员的专业能力参差不齐，加上工资待遇低、职称评聘受限较多等原因，导致养老机构高端管理人才和医护人才匮乏，医疗服务能力难以满足入住老年人需求，而且这种医养结合效果难以保证的供需不匹配导致医养结合过程中专业服务难以延伸至社区。

3. 发展理念有偏差（医养结合形态意识淡，养老服务宣传程度低）

受传统观念的影响，“家庭养老、生病住院”的思想在许多人心中根深蒂固，尤其对于思想相对保守的老年人，“医”和“养”是截然分开的。通过文献调研发现，“家庭养老”是大部分老年人的首选养老方式，影响其选择养老机构的因素较多，其中老年人的学历、经济水平、家庭结构以及对养老机构的认知情况等因素占比较大。总体而言，学历高、经济收入高、家庭结构单薄、较深入了解医养结合理念的高龄老年人更倾向于选择入住养老机构，但这部分老年人占比极少，且大部分老年人“为服务消费”的理念不强，对医养结合机构支付意愿较低，而更热衷于义诊、免费健康咨询等医疗项目，一旦涉及养老服务的医疗收费，则认为“没必要”。

4. 监管不完善

由于监管机制不完善以及利益驱动给了不法分子可趁之机，扰乱了中国医疗市场秩序，阻碍中国“医疗养老”高质量发展，例如部分已过治疗期的老年人借医养结合政策，用医保基金支付常规的养老服务费用。某些已经被纳入基本医疗保险试点、开设养老服务的民办医疗机构，把“养老床位”变相为“医疗床位”，套用医保资金支付养老床位费；把老人一般的康复护理服务变相为“医疗诊治”服务，用医保基金报销产生的费用；用医保名义给老人开营养液等保健处方，变相套取医保基金。这些行为造成了医疗保险基金的损失、浪费，损害了其他参保人员的权益，也制约了医养结合产业快速发展。

5. 服务主体积极性不高

首先，建设康复院、护理院等医养结合养老机构成本较高，运营难度大。由卫生部印发的《诊所基本标准》中明确了医务室的建筑面积，要求建筑面积不低于 40 平方米且要有独立的治疗室、输液观察室等场所，带来养老机构成本提高。同时，机构还要保证医务室属于全天运营状态，并且配备两名医生和两名护士或者其他的工作人员，按照人均工资 2500 元来计算，一年就需要支出 12 万元的人员工资，对于盈利较少的养老机构来说，无疑是一个大的负担。三级医院一般会将重点放在盈利比较高的常规医疗项目上，自身的医疗资源就已经相对的紧张了，加上近几年来医患关系紧张，养老机构没有什么实际利润可言，导致三级医院并不愿意在院内设置养老机构。随着卫生行业的不断发展，医院提供的护理服务种类也是越来越多，而护理服务的收费标准仍然很低，对医院而言，护理服务就是不断在亏损。一些小的养老机构一般与社区的卫生院或者一级医院进行合作，一级医院的医疗设备简陋，并不能满足老年人对高质量的医疗服务的需求。

其次，由于养老机构并非专业医疗机构，受制于发展空间、职称晋升等因素，很难吸引到水平较高的医务人才。

最后，综合能力强的医院附设养老床位比较受欢迎，但由于自身医疗资源紧张，加之养老行业利润低等因素，特别是规模较大的养老机构与大型的医院合作，合作的内容不够详细，作业分工也不够细致，对于双方来说，监管和问责也会存在分歧，因此，大型医疗机构等服务主体举办养老机构的积极性不高。

然而，因为泰国“医疗旅游”质量的信赖度、治疗费用及生活成本与整个东南亚甚至东盟的竞争对手相比存在优势。此外，泰国医疗机构还有良好的标准和服务，且拥有近 50 家获美国国际医疗卫生机构联合认证委员会（JCI）认证的医院，而且由于政府政策的支持、医疗资源的优化配置、价格定位与服务质量社会资本的色彩等等，使得泰国成为成为世界高端医疗旅游服务国家。因此，泰国的医疗旅游对中国医养结合养老模式具有较大借鉴作用。

四、泰国“医疗旅游”模式分析

1. 泰国“医疗旅游”发展历程

“医疗旅游”是将旅游和健康（医疗、护理、康复、休养）服务结合起来的一种新型旅游形式，患者可以根据医生对自身病情的诊断及建议，在治疗的同时进行旅游，实现实时健康管理目的。

1997 年泰国正式开始提供医疗旅游服务。在世界性的经济危机波及泰国后，泰国经济下滑、出口锐减，泰国政府多个部门开始重视泰国医疗旅游行业的发展，有些私立医

院开始进行投资扩展新业务，解决病床使用率急剧减少的问题，私立医院还将一部分的床位提供给高端客户群使用。经济危机造成的经济发展缓慢，人们的收入受到影响，大部分人选择到花费较少的政府医院就医，去治疗费用相对较高的私立医院接受治疗的患者减少。因此，这些私立医院加强自我调整，增加外籍病患，以较低的医疗费用和专业的医护水平吸引日本、欧洲和中东这些高物价国家或地区的患者，有些医院还从国外引进管理团队以及可以照顾外国病患的专业医护人员，以度过金融危机的困难时期。而医院的调整便成为了泰国医疗旅游业的开端。

自 2004 年以来，泰国政府先后还出台了国家发展政策以支持泰国医疗旅游产业的发展：第一阶段发展战略（2004-2008）：2004 年计划在 5 年内将发展成为亚洲杰出的医疗中心，其中包括医院医疗服务业务、保健服务业务、保健药草产品业务，而这三方面业务的成功推行使得外国游客对来泰国接受医疗旅游的关注暴增，同时也给医疗旅游行业和相关其他行业创造了大量收入。第二阶段发展战略（2010-2014）：由泰国国家经济社会发展委员会办公室及卫生部计划来促进保健服务的持续发展的泰国国际保健中心发展计划，即使泰国成为拥有世界顶级医疗服务的国家并成为亚洲学术医疗中心。而在现阶段发展战略（2016-2025），泰国政府又制定了泰国世界保健中心的发展计划，这一阶段将着力开展医疗技术即医疗相关学术的研究，从而大力促进泰国传统药物及保健产品走向世界。

泰国政府希望通过上述政策加强泰国在保健服务方面的竞争力，以已达到国际水平，实现泰国医疗旅游业的腾飞。同时，政府还积极促进公立医院与私立医院共同发展，在不影响国家保健体制的前提下，让私立医院的服务更加具有特色。

2. 泰国“医疗旅游”发展现状

自 2004 年泰国政府推动医疗旅游发展战略计划以来，泰国医疗旅游产业迅猛发展，自从 2007 年便呈阶梯式发展态势。根据泰国卫生部数据显示，2010 年赴泰国接受健康医疗服务的外国游客人数达 160 万人次，2017 年赴泰国接受健康医疗服务的外国游客人数达 356 万人次，年均增长约 16%，每年医疗旅游服务为泰国带来将近 35.5 亿美元的创收。

表二 2010-2019 年赴泰国医疗旅游人数情况 (万)

年份	人数 (万人)	收入 (美元)
2010 年	159.36 万	18,706.03
2011 年	192.3 万	25,458.09
2012 年	223.54 万	31,657.93
2013 年	265.47 万	39,282.32
2014 年	248.1 万	36,108.32
2015 年	299.23 万	42,544.53
2016 年	325.3 万	46,274.72
2017 年	355.92 万	53,951.24
2018 年	381.78 万	58,066.76
2019 年	399.16 万	61,571.91

资料来源：泰国卫生部

泰国特色医疗旅游产品和保健服务丰富多样，许多医疗机构提供医疗和保健服务，涵盖了广泛的医学学科，除了整形手术、肾移植和心脏外科专业手术外，泰国传统草药、按摩理疗、水疗护理等也一直受到众多游客的青睐。

随着医疗旅游发展战略的实施，由泰国卫生部、国家旅游局及私立医院协会等共同推动的“医疗旅游产业”成为了社会资本投资医疗机构的亮点，医疗服务种类大量增加，社会资本的介入提高了获得 Joint Commission International --JCI (美国医疗机构评审联合会) 国际标准的医院数量和医生的医疗水平。最具国际声望的医疗机构主要有康民国际医院(Bumrungrad International Hospital)、三美泰医院(Samitivej Hospital)、泰国曼谷安全生殖中心 (SFC Fertility Center)、BNH 医院 (BNH Hospital)、曼谷医院 (Bangkok Hospital)、蓝康恒医院 (Ramkhamhaeng Hospital)、Yanhee 医院 (Yanhee Hospital) 等。其中康民国际医院、三美泰医院是最早通过美国医疗机构评审联合会审核获得资格证书的医院。而康民国际医院则是亚洲第一家被公认为全球医疗服务提供商 -JCI 认证的“黄金标准”的医院。截至 2022 年，泰国已有 59 家医院和诊所获得了 JCI 的证书 (位居全球国家第四、东盟国家第一)，并向外国游客开放。医疗旅游业主要集中于热门旅游城市普吉岛、曼谷、清迈、帕塔亚、苏梅岛、阿瑜陀耶 (大城) 等中大城

市，为游客的旅游、治病、度假、修养、购物等提供了一体化服务，以及医院现代化医学设备和技术、医生的专业知识技术、护理人员优质的服务、对医学相关各学科的前沿研究等成就了泰国成为世界高端医疗旅游服务国家。

3. 泰国“医疗旅游”发展成功的原因

高超技术、优质服务、特色产品、低廉价格、卓越品牌、异国情调、隐私保护抑菌剂充满魅力的旅游资源等是外国游客选择泰国进行医疗旅游的主要原因。

1) 政府支持、相关部门促进

泰国的医疗旅游就是以政府主导的发展模式，由卫生部牵头，外交部和旅游局等其他部门的配合支持，致力于将泰国打造为国际医疗旅游中心。

泰国卫生部除制定了相关战略规划，还鼓励和支持社会资本投资医疗机构的建设，卫生部颁发营业执照并监督指导医疗机构的运营。

为了使外国医疗旅游者在泰国接受治疗更为方便，泰国外交部出台了相关的政策：给予到泰国安度晚年的外国人签发养老签证；延长了医疗旅游者（海湾合作委员会的成员国的医疗旅游者）在泰国的停留时间，由原来的 30 天的签证延长为 90 天。不需要办理任何签证并可以在一年之内多次往返；对来自 CLMV 成员国家包括中国（不包含持香港、澳门护照）寻求医疗服务的游客实行最长 90 天的免签证政策，对于以治疗疾病为目的入境泰国的中国居民患者及陪同可获免签，包括患者在内的不超过 4 人（陪同分别是与患者同一国籍的父亲、母亲，子女或养子女），每次入境泰国不得超过 90 天，需要多次入境泰国的上述人员可以续签，时间总长不得超过一年。

泰国旅游局在医疗旅游市场建设上发挥了重大的作用，主要在扩张泰国旅游市场、推进医疗旅游政策实施、促进医疗保健品发展的过程中扮演着重要的角色。

泰国旅游与体育部门主要负责出台促进泰国医疗旅游发展的相关政策规划，规范医疗旅游产业管理。如选派代表参与国际旅游会议，了解当前最新的旅游形势概况，更好地满足游客的需求。

泰国健康服务促进厅规定了医疗机构在泰国进行医疗保健服务所需要的参照的服务标准，例如 SPA 水疗等行业都有其严格的从业资格，严格规范的标准使得医疗保健品呈现良好的发展势头。

交通部加强医疗旅游基础设施的建设以及加强公路、铁路、民航等配套基础设施建设。

泰国的政府部门和私营部门都在泰国医疗旅游的发展中发挥了作用，积极配合共同促进了泰国医疗旅游的发展。泰国卫生部负责医院及健康食品品质管控；外交部负责提供旅游签证；交通部负责交通运输问题；旅游局、国际贸易厅以及健康服务促进厅等负责对外宣传。而医院方面则提供的服务贯穿游客的旅行全过程，从机场迎接游客开始，

到帮助游客各类医疗服务方面，都紧密的联系着政府相关部门，协助有困难的游客办理各种流程。而泰国许多私立医院都具有酒店特色，能够为医疗旅游者提供酒店的全套服务，将休息区和治疗区分开，设置专门的部门进行专项服务，并且可以提供具有特色的住宿，使得泰国成为外国游客选择泰国进行医疗旅游的主要原因，同时也是泰国医疗旅游的重要特色和优势。

2) 医疗技术先进、设施一流、人才荟萃

泰国医院拥有符合国际标准、获得认可的医疗场所。近几年泰国获得 CJI 认证的医疗机构不断增加，从业人员的医疗技术也不断提高。大型医疗旅游机构均拥有世界一流的医疗硬件设施，各大医疗旅游机构都采用世界上最先进的进口仪器和设备，确保为游客提供国际水准的医疗设施。泰国多家医疗机构拥有专业的医疗人员和医护人员，具备专业的能力和优良的素质，目前，泰国共近 500 家医疗旅游机构的医疗专业人员普遍素质精良，大都拥有海外工作经历或海外深造经历，他们带回发达国家先进的医疗技术的同时，也提升了泰国的医疗技术水平。此外，泰国国内还积极培育护理人员，泰国的老年护理人才培养涵盖本科、硕士、博士多个层次。1979 年泰国护理司开设老年护理硕士专业，专门为促进老年人健康服务而培养高级护理人员。1984 年泰国玛希隆大学首先开设了公共卫生护理博士项目；1997 年泰国清迈大学开设首个护理博士教育项目；2003 泰国护理司设立了高级执业护士，其中包括了老年护理在内的 9 个领域。老年护理专业的硕士研究生毕业以后，可参加老年高级执业护士考试，通过考试并完成短期培训后，可获得老年高级执业护士资格证书。

3) 服务优质，配套完善

一进入泰国的私立医院，更像是进入到五星级的酒店，不仅装潢富丽堂皇，干净卫生，楼下还有各式各样的商店。国际化医院配备有多个国家语种的翻译，提供接机服务，在曼谷素万那普机场就有泰国多家医院的接待中心，就医时，从进医院大门开始，就有护士主动上前一对一服务。挂号、拿药、取报告单等都由护士陪同帮忙安排。

医疗旅游作为高端服务业，不仅需要提升服务品质，更需要相关配套服务的配合。泰国丰富的医疗资源更好地节省了游客患者的诊疗时间，从网上提前预约减少海外就诊人员等待时间，到为国际医疗游客提供接机、预约等相关配套服务，到提供翻译、保险机构提供医疗旅游的报销等都体现出泰国医疗旅游所提供的优质服务。医疗免签和完善的康复保健计划都致力于为医疗旅游者提供优质服务，帮助其尽快恢复。为了方便和吸引海外医疗旅游者，泰国实施“一卡通”，可在医院之间进行换场医疗，接受不同特色的医疗旅游项目。泰国国家旅游局在全国各地设置旅游服务专线电话 1155 热线，提供多种语言服务，随时准备着为需要的游客排忧解难。泰国国家警署专门组建一支旅游警察部队，派驻全国各大主要旅游区，随时为游客提供便利和保障安全。另外，泰国卫生

部门网站上详细标注相关医疗机构的服务信息和知名医院的特色服务，还与一些商业银行合作，向游客发行各种借记卡，提供相关的医疗和保险服务。此外，泰国有些商业保险机构也能为在泰国医疗旅游的医疗费用报销。

4) 价格低廉，积极合作

泰国的国际医院能够承担各类高端和低端的手术，而且价格相较欧美发达国家比较便宜，据泰国国家旅游局数据显示，在同等情况下泰国治疗、护理、整形美容等医疗费用通常比大多数西方国家和中东国家要便宜 40% ~ 70%。以较复杂的冠状动脉手术为例，美国收费为 41 000 美元，泰国仅为 4150 美元，而心脏搭桥手术则比美国很多医院便宜近 80%。此外，为了提高国际竞争力，泰国医疗机构还加强与海外医疗机构、与国外大学、研究院进行科研技术合作，与国际知名医疗科研院所建立联盟，深化合作关系，积极参与和举办国际医疗旅游会议，设立境外分支机构，加强交流与合作，以此提升医院的医疗技术和医疗经验，也提升了医院开展医疗旅游的可信度。

表三 2016 年各国医疗程序价格比较

医疗程序	美国	哥斯达黎加	印度	韩国	泰国	马来西亚	新加坡
心脏旁路 (Heart Bypass)	\$123,000	\$27,000	\$7,900	\$26,000	\$15,000	\$12,100	\$17,200
血管成形术 (Angioplasty)	\$28,200	\$13,800	\$5,700	\$17,700	\$4,200	\$8,000	\$13,200
心脏瓣膜 (Heart Valve)	\$170,000	\$30,000	\$9,500	\$39,900	\$17,200	\$13,500	\$16,900
髋(Hip)	\$40,364	\$13,600	\$7,200	\$21,000	\$17,000	\$8,000	\$13,900
膝(Knee)	\$35,000	\$12,500	\$6,600	\$17,500	\$14,000	\$7,700	\$16,000
脊柱融合 (Spinal Fusion)	\$110,000	\$15,700	\$10,300	\$16,900	\$9,500	\$6,000	\$12,800
牙移植 (Dental Implant)	\$2,500	\$800	\$900	\$1,350	\$1,720	\$1,500	\$2,700
乳房(Breast)	\$6,400	\$3,500	\$3,000	\$3,800	\$3,500	\$3,800	\$8,400
隆鼻(Rhinoplasty)	\$6,500	\$3,800	\$2,400	\$3,980	\$3,300	\$2,200	\$2,200
拉皮(Face Lift)	\$11,000	\$4,500	\$3,500	\$6,000	\$3,950	\$3,350	\$440
吸脂(Liposuction)	\$5,500	\$2,800	\$2,800	\$2,900	\$2,500	\$2,500	\$2,900
腹部除皱 (Tummy Tuck)	\$8,000	\$5,000	\$3,500	\$5,000	\$5,300	\$3,900	\$4,650
激光眼科(双眼) (Lasik both eye)	\$4,000	\$2,400	\$1,000	\$1,700	\$2,310	\$3,450	\$3,800
角膜(每眼) (Cornea per eye)	\$17,500	\$9,800	\$2,800	N/A	\$3,600	N/A	\$9,000
IVF 治疗 (IVF Treatment)	\$12,400	N/A	\$2,500	\$7,900	\$4,100	\$6,900	\$14,900

资料来源: MedicaITourism.com

5) 以传统疗法为特色，以旅游资源为依托，吸引海外医疗旅游者

泰国医疗旅游除了以器官移植、心脏以及骨科治疗、整容手术等享誉世界外，泰国

使用当地草药进行独特的泰式按摩、变性手术、SPA 水疗等也闻名于世。泰国自然旅游资源丰富多彩，人文旅游资源独具特色：具有悠久灿烂的历史文化、渊源流长的宗教传统、现代都市的繁华时尚以及民俗风情多姿多彩，如“泼水节”、“水灯节”等均是对海外游客具有强大的吸引力。

五、泰国“医疗旅游”对中国“医养结合”的启示与应用

美国旅行杂志《国际生活》发布的 2022 年度全球退休指数中，泰国被列为全球最适宜退休养老国家之一并排名亚洲第一。随着近年来泰国政策开放与慕名前来泰国养老的人群不断增加，特别是一些发达国家已经开始出现老龄化问题及其他因素，从而使得泰国成为全球医疗旅游的首选目的地，医疗旅游规模位居世界第一。本文试图通过分析并借鉴泰国“医疗旅游”的相关发展经验，如政府主导，多主体参与；注重提升医疗技术与服务水平；关注市场，加强品牌宣传等为中国的“医养结合”养老模式发展提供参考借鉴。

1. 加强政府职责，促进多部门协作

1) 推行医养结合的养老模式是进行养老服务的改革，在这个过程中政府需要发挥其职责和功能，如加强政府的监督管理，统筹各个部门的责任，制订责任明确、工作效率较高的机制等。具体措施可分为三个方面。第一，构架医养结合协调机制，医养结合养老服务体系的建立会涉及到多个政府部门，因此每个政府部门都要在明确自身责任的基础上加强体制改革，对实行医养结合养老模式的医疗机构或者养老机构提供政府的支持，必要的时候也要采取财政支持。第二，加强政府监管力度。推行医养结合养老需要政府提供所需要的公共服务，为相应的基础设施审批建设提供优惠政策，加强政府的监管力度，成立专业的监管机构从而统一管理医养结合养老设施的工作，制订较为完善的医养结合养老服务的管理规范和服务质量评估机制，有利于促进医养结合的可持续发展。第三，鼓励社会力量的参与，建立科学性和预见性较强的医养结合养老保障机制，注重发展公办民营、民办公补等多种优惠模式，政府要不断吸引社会力量的加入，引导社会力量在农村医养结合养老机构中的建设，在财政补贴和土地划拨方面，要给予民营企业大力支持，鼓励民间投资企业发展养老服务同时要加强对民营企业的监管。

2) 政府应明确各部门的责任，加强多部门协作，提升政策引导、服务监管等工作的系统性和协同性，促进行业融合发展。整合审批环节，明确并缩短审批时限，鼓励有条件的地方提供一站式便捷服务。规划、消防等部门要为社会力量举办医养结合机构提供便利。加快政府职能转变，创新服务供给和资金保障方式，激发各类服务主体潜力和活力，提高医养结合服务水平和效率。

2. 建立健全“医养结合”相关法规

制定相关的标准进行规范。第一，要促进“医养结合”型养老模式相关法律、法规的出台与修订。目前，中国“医养结合”型养老机构存在很多比较模糊的界定，有了法律法规的规范，“医养结合”型养老模式则会有更加规范的服务行为，也有了相应的准则供其参考。第二，民政部门要完善相关的养老服务制度，起到有利的监管作用，对损害老年人人身财产安全的行为进行严厉打击。工商部门要健全全国“医养结合”型养老机构的定价机制，将价格控制在政府规定的范围内。统计部门要完善全国“医养结合”型养老机构行业的统计制度，为研究“医养结合”的学者提供更加可靠详尽的数据。第三，鼓励当地的龙头企业制定相应的规章制度，起到一个带头的作用。这样有利于形成一个良好的行业规范，对提高“医养结合”型养老服务的质量和水平也起到了积极的作用。

3. 提升服务能力，建设信息化平台

1) 提高服务主体积极性以及完善服务方式。第一，鼓励一些小型医院以及卫生服务院进行转型，促进小型医院与养老机构进行合作，共同转型为“医养结合”型养老机构，这样可以有效地提供医疗和养老服务，同时也增加“医养结合”的服务方式。第二，对于一些规模大的养老服务中心，在资金等各方面条件都满足的情况下，可以向卫生部门进行申报，通过卫生部门的批准后，可自行在养老机构设立医疗机构。同时，养老机构也可以将自己的服务外包的方式让医院来管理医疗方面的服务，这样可以更有效地提供医养服务，让双方将自己的优势发挥到最高水平，从而更好地为老人提供服务。

2) 完善针对老年人需要的服务内容。第一，对老年人需要的服务内容进行划分，例如健康且生活能够自理的老人，可将其安排在社区养老院或者一般的养老院，社区养老院可以提供基本的卫生医疗服务。第二，对于身体有疾病的老人，可将其安排在二级以及以上的医院进行治疗，待病情缓解后，可将老人转入具备一定医疗条件的养老院里进行休养，也体现了医养结合的整体性。第三，对于患有恶性疾病、久治不愈或者绝症晚期的老人，对于专业医疗的服务要求高并且周期长的这样一个特点，“医养结合”的服务内容就要以医疗服务为主，生活照顾和娱乐这种常规性的养老服务要符合标准以外，将疾病的治疗、后续恢复以及临终关怀等服务作为重点服务内容。第四，养老机构在软件和硬件符合条件的情况下，可以在其内部设立更为详细的区域，例如生活区、护理区、康复区等详细的区域。由养老院对老人进行评估整合养老院内部资源，做到最优化、最有效、最系统地对老人进行医养服务。

3) 加强“医养结合”人才队伍建设。当前中国的“医养结合”服务人才培养，还是沿用过去的医疗护工培养办法。通过在专科学校培养医疗护士，进而分流到养老院和其他养老医疗机构中，这样的人才模式培养已经显露出它的短板，那就是护理人员知识

贮备不足，难以满足后期的职业生涯成长的需要。现如今的当务之急是要在大学生群体中培养合格的医疗看护者和养老执业医生，这就需要在高校中开设养老看护专业，鼓励在校大学生进修医疗与服务技能。目前全国大约只有 80 多所本科院校开设了“医养结合”相关专业，这在总共几千所大中院校中是远远不够的。另一方面也要加大“医养结合”行业财政资金拨款数额，切实提高从业人员的收入，提升就业人员工作的幸福感和满意度，从而吸引广大的本科毕业生愿意从事养老阳光产业中来。对已经在职的“医养结合”服务人员，应当定期开展技能培训，开展大医院一对一对面服务指导，培训他们的专业能力，提升老年人看护服务质量。

4) 建立网络服务平台提升服务水平。现如今网络技术发展迅速，“医养结合”服务机构也应加快技术升级步伐，依托养老保健网络服务平台，推进疾病预防，约门诊等服务。为失能与半失能老人、呼吸道和心脑血管等慢性病人，提供线上咨询问诊，上门诊疗看病服务，预约医生直达老人住所，健康便捷。本着“预防为先，诊疗在后”的原则，在养老社区医疗机构提供常见病康复指导，多级诊疗和护理。在一定周期内，结合大医院医生轮班换休的时间安排，分期不定时地组织专家会诊，走访区域内的养老居家社区，为老年人提供足不出户的医疗健康咨询服务。“医养结合”网络服务平台的信息，必须定期及时更新，以保证每一位老人都可以在第一时间享受到优质的医疗健康服务。

4. 转变农民的传统观念加强现代养老意识

目前，中国农村处于混合养老状态中，虽然有很多养老机构出现，但是农村中的养老大多数还是以家庭养老为主，而家庭养老势必会转变成社会养老，现实生活中，许多老年人无法转变自己的观念，不愿接受社会养老模式，这种情况在农村具有极强的代表性。因此，对于这种情况，需要基层政府和相关部门加大养老的宣传力度，利用电视、宣传栏等渠道，开展养老知识讲座，宣传现代养老观念。同时，也要让农村老人认识到不仅家庭对自身养老有责任，社会和国家一样也有义务和责任，让老人了解在农村实施医养结合养老的重要性，鼓励老人积极参与，推动医养结合养老模式的不断发展。

5. 吸纳社会力量参与发展“医养结合”，做好产品的服务和价格定位

中国市场上现存的“医养结合”机构大部分都是公共养老院或者公立医院转型升级而来，社会民办力量基本还未涉足这个行业，市场化程度低。要改变这种现状，充分发挥市场经济的资源配置作用，引入社会资金注入“医养结合”机构建设，支持民用资金通过公私共建、民办公助、给予一定的特许经营权等方式，引导民营企业从事开发市场急需的老年药品、保健品、日常看护产品等。同时政府部门也要针对“医养结合”行业开设专门的行政审批通道，切实做到精简流程，为社会力量进入“医养结合”领域提供适当的帮助，为民办公司开展业务提供指导性工作。

“医养结合”是一个新事物，要如何定位？提供哪些服务？怎么样提供服务？“医

“医养结合”机构不能只是凭着自己的猜想和估计，而必须深入到老年人群当中，了解他们的需求和承受能力。只有充分满足老年人的需求，并且定价在老年人的承受能力之内，“医养结合”行业才能够有持续性的发展。

“医养结合”型养老模式是一个全新的养老模式，新模式的发展必然会遇到一些问题，从泰国“医疗旅游”的相关发展经验，可为中国的“医养结合”养老模式发展提供一些启示，如：应该加强政府职责，促进多部门协作；建立健全并推动“医养结合”相关法规或完善相关法律法规；提升服务能力，建设信息化平台；吸纳社会力量参与发展“医养结合”，做好产品的服务和价格定位等等，实现中国“医养结合”行业的健康有序发展。

参考文献

- Bai, Y.Y., Cui, R.K., & Xu, G.H. (2019). Research on the current situation and development of medical care and pension mode in China's rural areas. *China Medical Herald*, 16 (11), 169-172.
- Chen, Y.P., Liu, Y., & Yang, B. (2018). Research on the current situation and problems of the mode of combination of medical care and maintenance in China. *Economic Research Guide*, 354(4), 40-41.
- Dai, X., & Liang, Y. (2009). Analysis on the necessity of standardization construction of integrated treatment and convalescence. *Soft Science of Health*, 33(4), 3-6.
- Du, P., & Wang, X.H. (2017). “Combination of medical and nursing care” and construction of health and old-age service system. *Lanzhou Academic Journal*, 11(7), 170-176.
- Feng, T. (2019). The New Progress in Japan's Aging Policy and Its Implications for China. *Population & Economics*, 235(4), 79-93.
- Guo, D., Li, H.Y., Li, X.X., & Guan, J.B. (2005). Discussion on the feasibility of combining medical and nursing services for the elderly. *International Medical and Health Review*, 21(2), 43-44.
- Investigation and Research Group Internal and Judicial Affairs Committee of the National People's Congress of China. (2017). Research report: Responding to population aging and developing strategies for elderly care. *Chinese Social Security Review*, 1 (1), 8-23.
- Li, C.L., & Fan, Y.C. (2017). The enlightenment of Thailand's medical insurance system for China. *Chinese Health Economics*, 410(4), 94-96.
- Li, L., & Qiao, A.N. (2012). The analysis of current situation and corresponding countermeasures about the aging of China's population. *Journal of Hebei Energy*

- Institute of Vocation and Technology*, 46(3), 24-26.
- Li, X.L. (2017). Research on the model of “combination of medical and health” in the perspective of demand – Taking Handan as an example [Master’s thesis]. Hebei Normal University.
- Liao, S.W., Zhu, H., & Tan, B.H. (2019). Challenges and countermeasures for the delivery of internet-based integrated medical and nursing care for community-dwelling elderly people with Chronic disease. *Chinese General Practice*, 22(7), 770-776.
- Liu, Q.F. (2014). A preliminary study on the medical-nursing combined care mode in the view of Embeddedness. *Northwest population*, 57(6), 94-97.
- Luan, W.J. (2018). An study on the departments collaboration in the context of intergovernmental cooperation governance. *Journal of Northwest University: Philosophy and Social Sciences edition*, 34(3), 64-73.
- Qin, X.H. (2014). Research on development strategy of healthcare tourism situation in Thailand. *Around Southeast Asia*, 272(6), 57-61.
- Wang, H.T. (2019). Take a holistic approach to promote the development of pension services integrating elderly care and medical services. *Macroeconomic Management*, 46(7), 34-38.
- Wang, P.Q., Lie, Y.R., & Lv, P.S. (2018). Analysis on the construction of the mechanism of the combination of medical care and old-age care beyond multi-game -- The dilemma and outlet of the combination of medical care and old-age care in China. *Journal of the National Academy of Governance*, 18(2), 40-51.
- Yang, J.Y. (2017). Structural embedment: The practical logic of combining medical care with nursing care in community home care. *Journal of Harbin Institute of Technology: Social Science Edition*, 17(5), 60-65.
- Zhang, Y.F. (2017). The current situation and suggestions of the mode of providing medical support for the aged in China. *Journal of Beijing Institute of Graphic Communication*, 25(5), 78-80.
- Zhou, Y.L. (2017). The international competition strategy of medical tourism industry in Thailand and its implications. *The Chinese Health Service Management*, 353(11), 805-809.