

東海大學高階經營管理碩士在職專班(研究所)
碩士學位論文

台灣私人中小型牙醫診所創新經營模式之探討
—以 E 公司為例

**A study on Business Innovation Models for the Small and
Medium-sized Private Dental Clinic in Taiwan
: The case of E dental clinic**

指導教授：謝登隆 博士
研 究 生：段奇秀 撰

中華民國 102 年 06 月

誌 謝

我於民國 92 年進入東海大學 EMBA 就讀。系上紮實的課程讓工作忙碌的我多次想要放棄學業。讀完第一年的基礎課程，休學兩年；但深覺得第二年的課程更貼近實務學習，放棄可惜；於是第四年在新竹與台中往返之間，完成了二年級的課程。之後經歷了結婚與懷孕，因此辦理了育嬰假三年，畢業論文遲遲沒有開始。

感謝我的指導教授謝登隆博士多年鼓勵我不要放棄，堅持到底；呂曉鳴院長及諸位醫師提供的寶貴資料讓我的研究更加完整；江庭璋、陳威宇博士讀書會的成立，促進我提筆開始撰寫論文；研究生張郁婕同學的協助，我對參考文獻的方向更加瞭解；感謝我的家人無論在精神及實質上給予我滿滿的祝福和包容。最後，我要將此篇論文獻給我的媽媽，因為十年的時間不算短，唯有媽媽單單深信，女兒一定會畢業。

段奇秀 謹誌
中華民國一〇二年七月

論文名稱：台灣私人中小型牙醫診所創新經營模式之探討—以 E 公司為例

校所名稱：東海大學高階經營管理碩士在職專班 (研究所)

畢業時間：2013 年 06 月

研究生：段奇秀

指導教授：謝登隆 教授

論文摘要：

本研究以創新與核心能力相關之理論，探討台灣牙醫產業的市場概況，並歸納出台灣中小型牙醫產業的創新經營模式。以 E 公司為例，探討其創新經營模式是否能擊敗眾多同業競爭者，為診所帶來利益。研究結果如下：

1. 科技快速的進步，健保制度實施後，牙醫診所的植牙和美白等自費療程具更高的利潤，牙醫系的排名直逼醫學系。大型醫院注重教學研究，但過多限制與較低的薪資，使牙醫師轉往中小型私人牙醫診所執業。
2. 比起大醫院，中小型牙醫診所的核心競爭力及創新經營模式為：
 - (1) 醫療服務：醫師以耐心、親切的態度詳細講解療程並正確解決病患問題，消除病患內心的恐懼，提高忠誠度。
 - (2) 完整的預約與追蹤制度：提醒病患準時就診，定期追蹤狀況，把握病患固定回診，有助於長久關係發展。
 - (3) 環境舒適：寬敞的空間得以讓病患放鬆緊張的心情。如：五星級大廳與大型候診室。
3. 中小型私人診所經營的種類分為單打獨鬥、醫師聯盟、家族合辦與企業主導，其中以醫師聯盟與企業主導最具競爭優勢。
4. E 公司以私人企業投資的模式經營並符合上述能力，故獲得衛生署優良評鑑並頒發獎狀，證明此創新經營模式可以被該領域的專業人士及社會大眾接受，可繼續以此方式提昇更好的服務與技術回饋社會。

關鍵詞：核心競爭力、核心活動、核心資產、破壞式創新、資訊不對稱

Title of Thesis : A study on Business Innovation Models for the Small and
Medium-sized Private Dental Clinic in Taiwan: The case of E dental
clinic

Name of Institute : Tunghai University
Executive Master of Business Administration

Graduation Time : 06/ 2013

Student Name : Chi-Hsiu Tuan

Advisor Name : Teng-Lung Hsieh

Abstract :

This study used the theory of innovation and core competence to probe into the general situation of the recent dental business in Taiwan. The study of E dental clinic would exam the success of innovative business models for the new dental industry.

1. After national health insurance was operating in Taiwan, the private dental clinic has also developed more medical services that patients need to pay at their own expense to the clinic. Due to the excess profit has been seemed from the dental industry, more dentists decided to leave the general hospital and work for the private clinic.
2. The new business innovation models for the small and medium-sized private dental clinic is as follow:
 - a. Medical service : The dentist should stay humble with more patient, intimate and detail-oriented attitude facing the patient. The patient's loyalty degree will be improved.
 - b. Good reservation and follow up system : It's good for extended relationship between the clinic and the patient.
 - c. Environmental atmosphere : It's important providing qualified environment to the patient, so the patient feels relaxing and not nervous while they are waiting.
3. The small and medium-sized private dental clinic has divided into four different types : Ownership, Strategic alliance, Family business, Corporate venture.
4. The study of E dental clinic has met the search result. It concludes the innovative business model is workable and presentable for the new dental industry.

Key words: core competence, core activities, core assets, disruptive innovation, asymmetric information

目次

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	3
第三節 研究架構	4
第二章 文獻探討	5
第一節 核心競爭力之相關文獻	5
第二節 創新相關之文獻	10
第三章 台灣私人牙醫診所市場概況分析	20
第一節 勞保到健保制度的變遷與牙醫師流動趨勢之探討	20
第二節 牙醫診所之科別與自費的興起	26
第三節 資訊不對稱下，消費者對牙醫診所偏好之探討	31
第四章 台灣中小型私人牙醫診所創新經營模式分析	34
第一節 消費者對牙醫的心理需求	34
第二節 台灣中小型私人牙醫診所經營之種類	35
第三節 台灣中小型私人牙醫診所核心競爭力之探討	38
第五章 牙醫診所的經營創新策略—以 E 公司為例	42
第一節 E 公司背景	42
第二節 E 公司經營策略及模式	44
第三節 E 公司創新經營模式之績效探討	49
第六章 結論與建議	59
第一節 研究結果	59
第二節 研究建議	61
參考文獻	62

表 次

表 1-1 民國 85 年與 100 年第三類組科系排名比較表	1
表 2-1 核心競爭力分類表	8
表 2-2 競爭動態分析架構	9
表 2-3 提出的創新之種類	14
表 3-1 浮動每點金額支付表	22
表 3-2 牙醫就診科別之健保給付與自費項目分類表	27
表 3-3 牙齒矯正費用表	28
表 3-4 瓷牙材料相關費用	29
表 3-5 瓷牙材料相關費用 2—全瓷冠	29
表 4-1 台灣牙醫診所數量	35
表 4-2 牙科診所經營種類	37
表 4-3 Hamel 核心競爭力與中小型私人診所核心競爭力對照表	39
表 4-4 產業變革的軌跡	40
表 5-1 E 公司標準看診服務內容	47
表 5-2 E 公司患者接受診斷治療與診所服務後之回應文	55
表 5-3 E 公司之病患回診率	57

圖 次

圖 1-1 研究架構與流程圖	4
圖 2-1 波特的五力分析圖	5
圖 2-2 動態競爭優勢觀點	10
圖 2-3 創新的來源	12
圖 2-4 從原料到顧客端的價值鏈	12
圖 2-5 創新：經濟與組織之關聯性	13
圖 2-6 破壞性創新模型	18
圖 2-7 創新者的應變	19
圖 3-1 民國 100 年醫學系分數排名	30
圖 5-1 優良診所證書影本	48
圖 5-2 室內裝潢與周邊設施	52
圖 5-3 中小型牙醫診所之儀器設備	54
圖 5-4 E 公司整體營收比例	56

第一章 緒論

本章分為三節，於第一節中說明研究動機與背景；其次，第二節中說明研究目的；最後於第三節說明本研究的流程。

第一節 研究背景與動機

近年來，每到大學指考放榜之時，報章雜誌皆大幅報導牙醫系與醫學系分數排名之變化。比起傳統的醫學系，現在的學生更偏好於牙醫系，顯示出現在牙醫的熱門程度。然而，牙醫系之所以會成為熱門科系，其原因根據推論是在於健保制度成立後，因為醫院的種種限制及消費者需求的變化，使看診科目中牙醫「自費」項目增加，例如：齒顎矯正、牙齒美白、人工植牙、假牙製作等美容及整型大部份皆為自費範圍，且費用較健保給付高出許多。其價位多以診所自主擬訂，依醫師學經歷、牙科醫療設備等級的高低而有不同的收費標準。

表 1-1 民國 85 年與 100 年第三類組科系排名比較表

三類組科系前十名排行榜		
排名	民國 100 年	民國 85 年
1	台大醫學系	台大醫學系
2	陽明醫學系	陽明醫學系
3	成大醫學系	成大醫學系
4	台大牙醫系	長庚醫學系
5	長庚醫學系	台北醫學系
6	北醫醫學系	高雄醫學系
7	陽明牙醫系	中國醫學系
8	馬偕醫學系	中山醫學系
9	高醫醫學系	慈濟醫學系
10	北醫牙醫系	台大牙醫系
		陽明牙醫系

		台大動物生物(獸醫)
		台北牙醫系
		高雄牙醫系

資料來源：國立中山大學網路公佈欄

大醫院同時具有實習與自行負擔經營虧損之責任，故在牙醫的薪資給付方面較為低廉；反之，地方診所自己開設，健保與自費項目的收入歸醫師，植牙一顆七至八萬、矯正一次十幾萬、假牙一顆二至三萬，自費項目呈現高單價。牙醫師注意到自費的高額利潤，紛紛從大醫院「出走」，投入地方診所進行健保與自費項目之經營，於是牙醫診所開始如雨後春筍般地從大都市擴散至鄉村，牙醫至此邁入新時代。

然而，隨著牙醫產出量與診所的不斷增加，牙醫診所的競爭越來越激烈。加上健保對於牙醫看診的給付方式為「總額制」，表示以固定給出之總額，平均分配於健保的每個點數上。即意味著若每年牙科健保的預算為 300 億(等於 300 億點數)，全台牙醫若一年總共做了 150 億點，代表一點就有申請到 2 元的價值；總共做到 300 億點，則一點只剩 1 元的價值。牙醫人數越多，則總利潤被稀釋的越嚴重。近年來牙醫師人數的增加、物價及薪資的上漲，使得平均每位牙醫師之總利潤成現負成長的現象。

治療牙齒的儀器設備費用極高，品質較好的進口數位 X 光機一台就要一百至兩百萬不等、手機消毒器則介於三十至四十萬之間、醫療用大型空氣清淨機也要六至七萬，除了上述之儀器設備外，還有許多的儀器未在此點出，這些昂貴的儀器並非單打獨鬥的傳統診所能負擔得起。為了節省成本，醫師合夥、家族企業合辦甚至由企業界主導的中小型牙醫診所紛紛崛起。

劉德明、陳操斐(2009)之研究結論說明健保總額制使牙醫產業結構出現變化，牙醫診所紛紛連鎖化並開發自費項目來突破健保的限制。

曾煥井(2009)之研究結果在於透過競爭策略與 SWOT 分析牙醫產業的內外部

環境。D 牙醫集團以通路概念進行結盟，診所散布各個區域以強化民眾對集團的印象。

大多數研究的焦點多集中於探討如何行銷該公司或集團，並針對經營種類的不同分析其績效。有關台灣中小型牙醫診所的創新經營模式，其研究著墨不多，故本研究延伸劉德明、陳操斐(2009)之結論，實際訪問多位著名牙醫師，包含臺大醫院醫師、南加大牙醫學系教授及前牙醫師公會理事長等，了解健保制度實施後，醫師開始流向診所並聚焦於自費項目，以此探討中小型診所如何在愈來愈競爭的牙醫產業中開創新的經營模式，提升核心競爭力以期企業得以永續生存。

第二節 研究目的

牙醫是資訊不對稱嚴重的產業，在對診所不了解的情況下，除非有名醫駐診作為口碑行銷，否則病患(即客戶)是如何評估一間牙醫診所的好壞？本研究欲以 E 診所做為探討對象，分析其創新的經營模式是否能擊敗眾多同業競爭者，成為客戶心中理想的牙醫診所，並以此為診所帶來龐大的利益。故本研究之目的為以下四點：

- 一、 探討健保制度的改變產生的牙醫人才流動之變化為何。
- 二、 探討中小型私人牙醫診所的核心競爭力為何。
- 三、 探討中小型私人牙醫診所成功的創新經營模式為何。
- 四、 以 E 公司為例，進行策略分析與績效探討。

第三節 研究架構

本研究共分成六個章節，第一章介紹本研究的研究背景與動機、研究目的以及研究架構。第二章為文獻探討，探討過去對核心競爭力以及創新相關之定義及分類。第三章就台灣牙醫診所目前的市場狀況做簡要的陳述。第四章則為台灣中小型牙醫診所經營創新模式的分析，分別討論名醫、服務品質與儀器設備對牙醫診所經營的影響力。第五章說明 E 公司使用第四章之經營模式經營該公司後，其績效之評估。最後為本研究之結論彙整，並對其不足的部分提出建議。本研究流程繪圖如下：

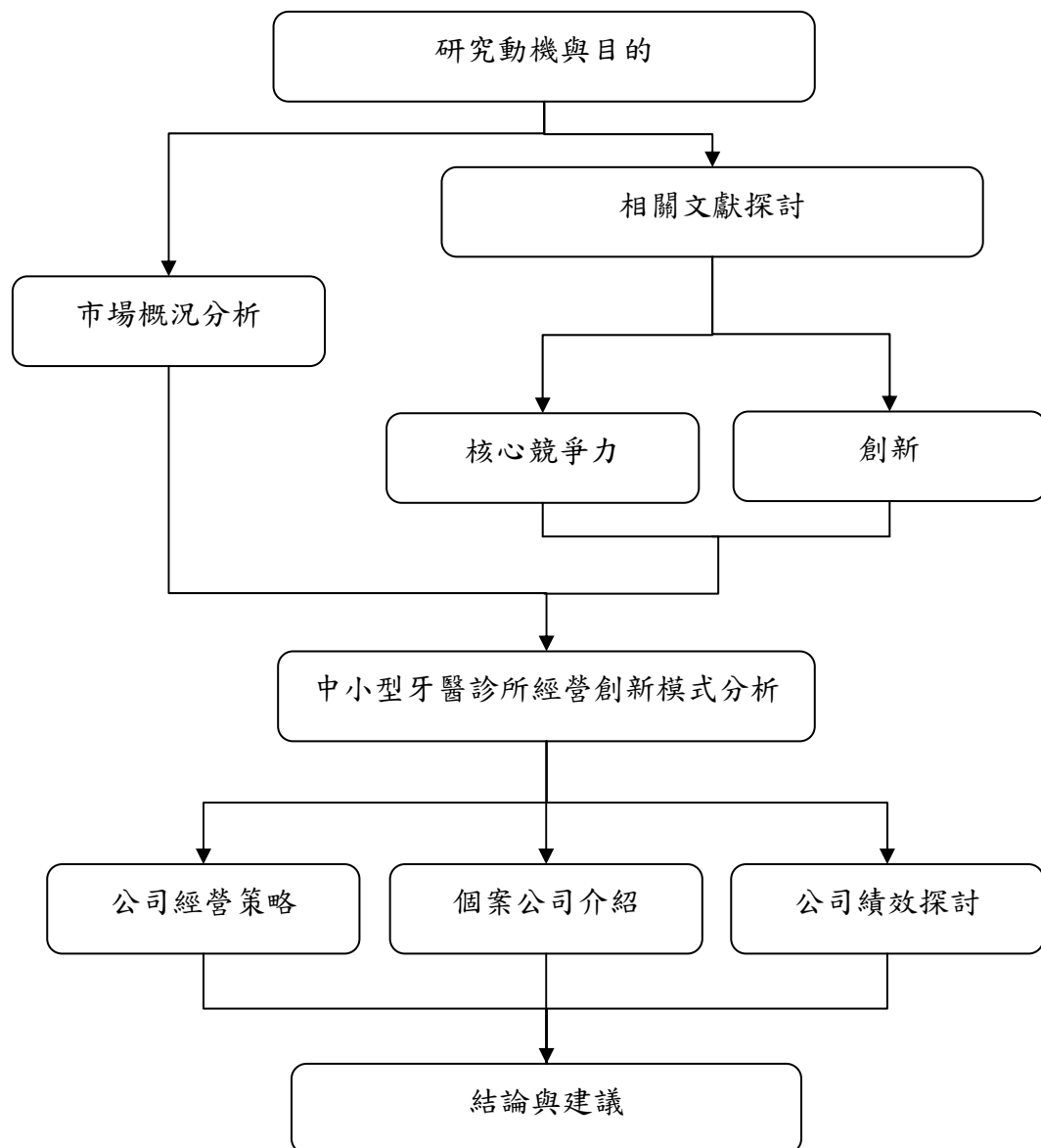


圖 1-1 研究架構與流程圖

第二章 文獻探討

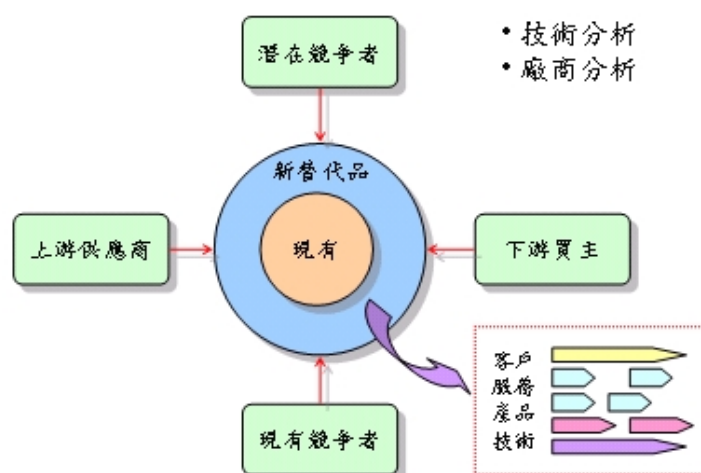
本章換整過去學者所提出的理論，藉由學者們所發表之見解，進一步詮釋本研究探討之主題。本章分為三節，探討與本研究相關議題之文獻。第一節為核心競爭力之相關文獻探討，第二節為創新之相關文獻探討。

第一節 核心競爭力之相關文獻

核心競爭力一說最早起源於 1957 年 Selznick 提出的「獨特能力」，說明企業想要提升組織效率與利益，必須要有某種特殊的能力。故 Porter(1979)提出企業獲利所需的五種競爭力，即有名的「五力分析」，很快的成為當時主要的策略分析工具。Porter 提出的五種競爭力分別如下：

1. 供應商議價能力 (Bargaining Power of Suppliers)
2. 購買者議價能力 (Bargaining Power of Buyers)
3. 競爭者的威脅 (Threat of New Entrants)
4. 替代品取代的威脅 (Substitutes)
5. 現有競爭者之間的對抗(Rivalry)

波特五力分析



Source: STPI, 2005/12

圖 2-1 波特的五力分析圖

但企業界一直有不同聲音對五力分析，競爭策略有意見，覺得雖然架構穩當，但實際執行起來卻複雜不容易。因為首先這是思考理論，其次，分析者需要透徹了解該產業結構，同時競爭者可能彼此競爭但也是夥伴關係(三星、蘋果)，因此許多界限本身就很模糊，難下定義。

一、核心競爭力之定義

Pralahad and Hamel (1990)提出全新的看法，駁斥了傳統的組合概念並在此提出核心競爭力(core competence)這個名詞與概念。Pralahad and Hamel 將核心競爭力定義為企業的獨特技能或技術，能為客戶帶來最大利益，並且保持競爭優勢，歷久不衰，他不一定是「低成本」，但一定是企業內部最為擅長與最具競爭的謀生能力。企業的成功與否與核心競爭力有著極大的相互關係。Hamel 亦提到核心競爭能力是指潛藏在企業內部的獨特技能、技術和知識的綜合。

Chandler(1990)提出核心競爭力應具有兩種能力：功能性能力(如生產、行銷、財務、研發等)和策略能力(如垂直整合、多角化、國際化等)，並擴大範圍，將重點轉移到無形資產與整合能力。另外，Tecc(1990)也認為核心競爭力為公司較競爭者做的較好的行為，它除了是市場所需，也是互補之資產與規則的組合，且為事業單位的競爭優勢和競爭力量的來源。

Barney(1991)則指出擁有特殊組織文化的企業較競爭者更具競爭優勢。而Walsh(1991)也說明有組織記憶的單位將比欠缺組織記憶的單位具較佳決策品質，因此組織記憶有助於公司決策，為企業應重視的無形資產。

Schormmaker (1992)則也認為核心競爭力是將組織內的事業不僅僅地環繞在一起，並不斷交互作用所產生的結果。Barton(1992)又將核心競爭力定義為：單一獨特且不易模仿，並優於競爭者的資源運用與技能。

二、核心能力的特性與種類

每個企業都有其核心競爭能力，在相同條件下，如何將所擁有的資源發揮到最大，產生比同業更好的效率是企業必須尋找的。Hill(1999)指出企業維持競爭優勢的識別標準有四個，分別為：

1. 價值性：可幫助企業對外部的機會與威脅加以開發或化解的能力，意即有效提升企業價值的能力。
2. 稀少性：為現有對手和潛在競爭對手所不具備的能力，只屬於企業獨有的能力。正是此一能力將企業間彼此差異化，是建立與維持競爭優勢的重要因素。
3. 難以模仿：此能力需經由長期的累積才可形成，非短時間內能被他廠商和競爭對手輕易複製與建立的能力。
4. 不可替代：核心競爭力非組織所擁有的單一要素，而是將多種要素整合起來形成的一種系統能力。像是廠商能力的稀少與難以模仿，使得廠商在執行某種特定策略時，讓對手無法輕易取代該廠商。

Hayes and Pisano(1996)也認為核心競爭力是藉由組織內部發展出特有的能力，且是不易被模仿、移轉或取代。Hill et al(1999)則指出只要符合有價值、不易模仿、具稀少性和不可替代性的能力，即代表具核心競爭力。

Khalil(2000)認為組織的核心競爭力有四個特徵：(1)提供進入多樣市場的有效方法 (2)競爭者難以模仿 (3)提供企業獨特的競爭優勢 (4)對企業的產品有重要貢獻。

Foster and Bolt-Lee(2002)則又將核心競爭力分為三類型：

1. 個人特質能力(personal competencies)：個人能力和行為態度有關，提升該能力有助於提升專業，並促進個人學習改善。
2. 企業觀念化能力(broad business perspective competencies)：熟悉產業環境，並了解整體影響。
3. 專業技術能力(functional competencies)：透過專業能力與技術能力互相配合，進而創造公司價值。

Hofer and Schendel(1978)則將核心競爭力分成五類：財務、實體、人力資源、科技與組織。Barney(1991)認為核心競爭力種類可以分成三類：

1. 實體資源：如廠房、設備、資產等。
2. 人力資源：如人力、管理團隊、經驗等。

3. 組織資源：如組織理念、組織文化等。

另 Schoemaker(1992)則從企業的屬性，把核心競爭力分為四種類型：

1. 洋蔥型：各功能部門組成外圍，再決定企業的核心能力。
2. 樹狀型：樹根為核心能力，主幹為核心產品，枝葉與果實則為最終產品。
3. 策略資產型：經由長期投資與人力資本的資訊交換而得，無法藉由購買取得。
4. 關鍵成功因素型：核心能力必來自於企業關鍵成功因素。

Long and Koch(1994)則指將核心競爭力分為兩種型態：門檻能力和核心能力。門檻能力指支持內部客戶與競爭者相同的技巧與技術之基本能力，且也是成為競爭者的基本能力；核心能力是事業藉以維持競爭優勢的能力，又細分為提供今日競爭優勢的關鍵性能力和提供未來競爭優勢的切入能力。

而 Prahalad and Hamel(1994)認為核心能力可以分成三類：

1. 接近市場能力(market access)：品牌發展、銷售與配銷、技術支援等親近客戶的能力。
2. 產品整合能力(product-integration)：使企業較競爭者更快、更靈活且可靠。
3. 獨特功能相關能力(functionality)：使勞務或產品有別於競爭者的特殊機能與顧客滿意的能力。

關於核心競爭力的種類，眾說紛紜。故將各學者所提出之論點匯整成下表：

表 2-1 核心競爭力分類表

學者	年代	核心競爭力分類
Hofer and Schendel	1978	財務、實體、人力資源、科技與組織
Barney	1991	實體資源、人力資源、組織資源
Schoormaker	1992	核心技術能力、策略資產能力、成功關鍵能力
Long and Koch	1994	門檻能力、核心能力
Prahalad and Hamel	1994	接近市場能力、產品整合能力、獨特功能性能力

Lado and Wilson	1994	管理能力、投入基礎能力、轉換能力、產出基礎能力
Petts	1997	技能辨識、學習、知識嵌入、快速佈署、再構築及創新

核心競爭力並非公司營業額的呈現，乃是指企業整體運作的能力，深入產業，找出獨特的競爭優勢。Prahalad and Hamel 在爾後繼續合作的著作《Competing for the Future》中仍強調，企業規模不在於大或眾多分佈；應要集中資源發展企業本身善常且專業的領域。Hamel 的著作《管理大未來》再度提及只要擁有核心能力，就能造成其它同業難以仿效，形成競爭優勢。

三、競爭動態分析

策略管理學說最重要的三大主軸分別為 1980 年代的 Poter 大師，1990 年代 Prahalad and Hamel 與近代維吉尼亞大學陳明哲教授所提出的動態競爭理論 (Competitive Dynamics)，而此理論已成為策略管理學中重要的一環，幫助企業分析並掌握企業對手，進而快速回應可採取的行動。

表 2-2 競爭動態分析架構

競爭對手的分析	競爭行為的驅力	企業間的競爭：採取的競爭活動或對手的反應	結果
市場共通性，資源相似性	認知 動機 能力	可能性 速度 類型 幅度與範圍 場所	市場地位 財務 績效
回饋			

資料來源：哈佛商業評論(2008)

動態競爭的研究較對準個體企業，研究企業之間的對抗行為及回應方式，並且進而預測對方的策略，塑造自己有利的位置。

George and David(2005)認為優勢快速改變的環境是一把雙面刃，因其可為企業創造無數機會，甚至創力新優勢，但同時也使其遭到攻擊。每一種狀況絕不可能只帶來好處，因高獲利將會吸引競爭者加入，可能使競爭者迎頭趕上、抵銷領導者之優勢。

陳明哲(2008)提出，在快速週期市場中競爭的企業明白速度的重要性，如同時間、金錢和人力都是企業重要資源，延遲和失誤的代價，如同執行超過預算或財測失誤般，皆極度危險。因此企業唯有不斷推出各種行動，在既存的競爭優勢消失之前，創造下一個優勢，以每一短暫優勢摧毀競爭對手的競爭優勢。

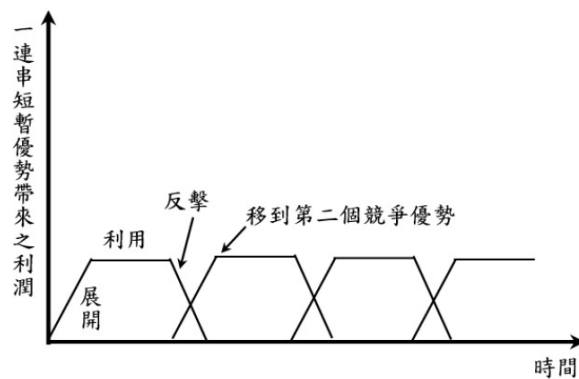


圖 2-2 動態競爭優勢觀點

第二節 創新相關之文獻

創新一詞出現很早，例如《魏書》有“革弊創新”，《周書》中有“創新改舊”。而創新的英文「Innovation」一詞則源自於拉丁語 nova。創新有兩種意味，一種是創造新的東西；另一種意味是將本來存在一個事物改造或用一個新事物來代替它。創新是社會進步的動力，為了滿足自身需要，人類不斷的對事物的整體或其中的某些部分進行變革。在這資訊爆炸的時代，公司必須懂得不斷的調整與創新才能在競爭激烈的環境中生存。

一、 創新的來源

1912年美籍政治經濟學家 Schumpeter 的《經濟發展概論》中認為創新就是建立一種新的生產函數，即把新的生產要素和生產條件引進新的產品、技術、市場、和獲得原料或半成品的一種新的供應來源而產生新的結合，並且其強調企業透過創新，能夠使組織投資的資產再創新價值，以創新的生產方式來滿足市場的需要，成為經濟成長的原動力。

Schilling(2008)認為，創新來自於多方面，其一可能來自於個體，例如生活中的個人所需，進而為了便利自行開發出來的設計。其二可能來自於組織，如各研究單位、政府單位或其它非營利組織等：

(一) 個人的創造力：

個人的創造力是根據他(她)的智力、知識、思考模式、個人特質、動機及環境而來(Sternberg & Lubart 1999)。

(二) 組織的創造力：

組織的創造力是根據組織內具有創造力的人，以及各式各樣的社會流程、各種連結因子，經由人與人之間的互動及表現而形成的(Woodman, Sawyer & Griffin 1993)。

但學者後來發現創新的來源更有可能來自於廠商，因為廠商通常擁有生產及互補性的資產，和完整的管理系統來組織這些資源以達成廠商的目的；而且比起小型企業，大型企業擁有較好的資金獲取能力，並利用規模經濟進行研發；相較於學術單位、政府單位和其它非營利組織更有動機於創新。Schilling(2008)將創新來源的關係圖表示如下：

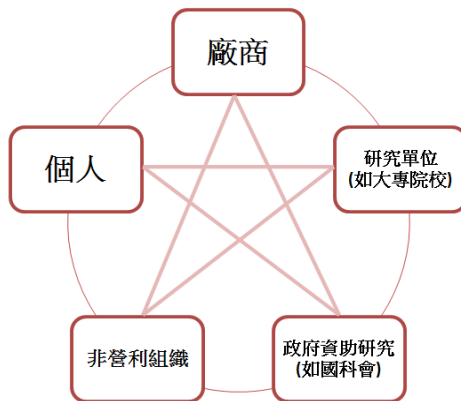


圖 2-3 創新的來源

資料來源：Schilling(2008)

二、 創新的定義

Afuah(1998)認為創新是利用新的知識以滿足消費者需求的產品或服務，如圖 2-4 所示。新知識來自於技術或市場上相關的知識。技術上的知識就是與產品或服務有關的零組件、方法、過程及技術的連結。市場的知識由銷售通路管道、產品應用、顧客期望和偏好、需求等多成分所組成。Afuah(2002)利用組織及經濟間的關連性將創新以圖 2-5 表示如下。



圖 2-4 從原料到顧客端的價值鏈

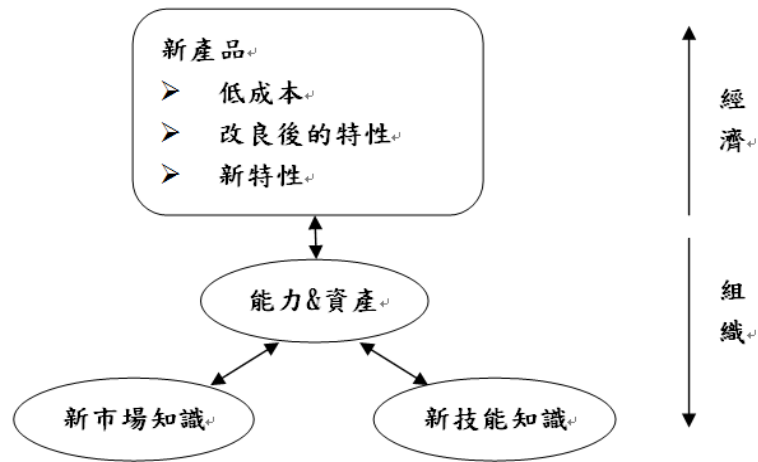


圖 2-5 創新：經濟與組織之關聯性

資料來源：Afuah(2002)

Schilling(2008)認為創新是將想法或概念，實際轉換成行動，讓虛擬的想法實現成為一個新的實體設備或流程。Drucker(1985)將創新定義為，各種新穎有用且能提高生活品質的產品或服務，其範圍廣泛，包含新產品、新服務、新製程、新技術、新原料及新的經營模式等。

Roger and Shoemaker(1971)認為創新是指當某觀念或物品被個體視為前所未見，不論個體於何時發現或開始使用該觀念或物品，只要該觀念或物品被個體認為是一種新的認知或體驗即為創新。Tushman and Nadler(1986)則認為創新對任何組織或單位而言，是創造出新的產品、服務或製造過程。

經濟成長主要由企業來促使，而為了滿足市場的廣大需求，企業需不斷研發新方法來改變既有的生產方式，並更有效率地以現有資源來達成此一目標，這就是創新(王怡茵，2007)。

吳思華(1998)則認為創新是指對營利組織有具體影響的作為，其創新的模式可分為製程創新、產品創新、組織創新及策略創新四種。當業界的競爭情勢白熱化，企業如何培養及管理創新的能力(組織或技能)，將影響企業於產業的未來競爭優勢。

三、 創新的種類

Afuah(1998)將創新概分為「技術創新」與「經營創新」兩大類。「技術創新」指在產品、服務、程序上的改良或創新；「經營創新」則指組織、管理或策略上之創新。兩者可互相搭配，亦可單一進行。可見創新乃是指使用新技術及知識，提供顧客新的產品及服務。

Chacke(1988)則認為創新是修正一項發明使符合現在或是潛在的需求，因而將創新分為「產品創新」、「製程創新」與「組織創新」三大類。「產品創新」意指新的工業產品；「製程創新」指的是新的生產方式；而「組織創新」則指新的組織架構型態、新的管理技術。此三種創新往往具有密切的關聯性，採用一項產品創新往往意謂著採取一種新的生產程序，而又造成公司組織結構的改變。

Damanpour(1991)認為產品創新是以創造新的產品或服務等來符合顧客的需求，而製程創新是在一組織的產品或服務的運作過程中加入一新元素，如投入新原料、新運作模式、和設備等。而產品創新則代表組織的產出，其可能是產品或服務。製程創新通常致力於改善生產的效率或效能，像是減少產出的不良率或增加產量。

而依據不同學者之想法，創新也有多種分類方式。首先，根據 Henderson and Clark (1990)提出以零件的連結與組成來劃分，得到下列模型：

表 2-3 提出的創新之種類

零件的連結

	增加(Enhanced)	破壞(Destroyed)
增加	漸進式創新 (Incremental)	零件連結創新 (Architectural)
破壞	構成要素創新 (Modular)	突破式創新 (Radical)

資料來源：Henderson and Clark (1990)

零件的組成與連結均增加時，屬於漸進式創新；零件的組成與連結均破壞則屬於突破式創新；如果零件的組成增加，零件的連結破壞，則屬於零件連結式創新；最後，零件的組成破壞，零件的連結增加，則是構成要素創新。

漸進式創新與突破式創新是相反的兩面，突破式創新是由產品的新穎或差異化程度來衡量，當一個產品或技術對全世界來說是新的突破，即為突破式創新。而所謂漸進式創新，則是將公司或組織早已知曉但不完美之事物加以改進修正。

Abernathy and Clark(1985)以企業及市場的觀點，提出二種創新類型：

(一) 製造/技術創新：針對產品設計、生產系統、技術或知識、材料或設備等所作的創新。

(二) 市場/顧客創新：針對顧客導向及應用、配銷或服務的通路、與顧客交流模式等所作的創新。

此外，Rochford and Linda(1991)提出三種觀點來定義新產品：(1)市場者觀點：創新的產品要具備目前市面產品所沒有之功能。(2)企業觀點：新產品引起的新市場、技術、或製造方式。(3)消費者觀點：新產品是否能滿足消費者需求，此需求依各消費者的認知而不同。

Schumann et.(1994)則提出了「創新的矩陣」(innovation map)的概念，認為創新可依創新本質(nature)及創新類別(class)分成六大類：

(一) 產品創新(Product Innovation)：將新型態技術的產品引入市場，提供顧客完整功能的產品或服務，例如生產機械、新產品擁有等。

(二) 製程創新(Process Innovation)：將新的製程引入市場，提供一套新的產品製造的方法或程序，例如產品的生產流程、營銷系統等。

(三) 程序創新(Procedure Innovation)：將產品或製程，融入組織運作的方法，例如行銷技巧、管理訓練等。

(四) 突破性創新(Radical Innovation)：具技術或方法上的根本差異，使顯現的價值明顯地優於傳統功能，甚至完全取代。

(五) 漸進式創新(Incremental Innovation)：現有產品、製程或方法上所作的循序式改善，使得現有產品或功能可進步的改善。

(六) 獨特性創新(Distinctive Innovation)：對現有產品、製程或方法所做的顯著性的改善。

此外，Clayton M. Christensen (2003) 提出三種創新的分類：

1. 維持性創新：將性能更好的產品帶到市場上。
2. 低階市場破壞性創新：以低成本的模式吸引被過度服務的客戶。
3. 新市場破壞性創新：積極爭取新市場中尚未消費之顧客。

由以上三點可以看出，市場的新進入者若要掙脫先入者優勢的束縛，以破壞式創新做為攻擊方法最為適合，甚至有能力的改變產業中的遊戲規則。

雖然，學者對於創新的分類有各自不同的解釋與見解，但就廠商而言，不論採取何種創新模式，最終目的都是要在業界取得競爭的優勢，更甚為公司獲取長期利益，如 Leonard and Sensiper(1998)提到，創新對多數企業來說是一種維持競爭優勢的動力。

三、創新的效益

Foster (1986)發表了 S 曲線圖(S-curve)，其內容為：在早期階段，企業大量投資金錢和資源來擴展技術，卻只能得到些許回報；之後隨著技術的知識與經驗逐漸累積，技術障礙會被克服，績效開始成長；最後，當寄數達到物理上限時，想要再繼續以研發投入來提升績效將會非常困難。因此，當技術不連續時，漸進式創新的時代就結束了，此時若能出現突破式創新，其市場利潤將非常可觀。由此可知，在出現技術停滯的情況下，依舊有廠商能獲利。Teece (1997)認為有兩種因素影響著誰能從創新中獲利，一為互補性資產，如：通路、品牌等與核心競爭力有關之活動；二為可模仿性，若廠商擁有專利權、複雜的內部日常程序等難以模仿之技術與過程，則該廠商及有能力在技術部連續的時代中獲得極大的利益。

Vracking(1990)則認為創新的利益主要在於提昇企業投資報酬率與增進員工的

獲利能力，因此適時地改革可協助推動企業持續的成長。而對企業而言，有效的創新可為企業帶來下列七項利益：

1. 提高競爭力：提升市場佔有率，獲得新顧客，在市場上獲得更大的肯定。
2. 獲取顧客忠誠：增進顧客之信賴，並進而加強彼此的連結性。
3. 明確的發展方向：確實公司願景，以及明確的市場定位。
4. 贏得潛在投資者的信心：可靠、進取及有價值之公司，可增強投資意願。
5. 提升決策品質：健全的知識管理、問題解決、風險評估及資訊蒐集等決策。
6. 效率經營：採用新技術以提升企業整體之效能，有效於營運控制及改善。
7. 提升員工效能：吸引、培育及留住優秀員工，為企業策略與願景服務。

四、破壞性創新

若以破壞式創新大師 Clayton Christensen 在《創新者的修練》中所提創新策略來分析手機產業中消費群需求與供給的落差，則可將手機產業的進程分成兩部分。一為破壞式創新，破壞性創新為非連續創新，也就是說所創造的產業或市場將造成整體產業的大變格，其差異化程度也很大，會與目前預期的產品或程序形成很大的差異，如智慧型手機初問世。二是維持性創新，維持性創新就是漸進式或稱為連續性創新，其可能不是完全新的物品或預期外的事物，而有可能是公司或組織早就知道，且對目前所存在的方法或事物做稍微的改變，目前各智慧型手機廠商正以此做為主要策略。雖然這些創新方法有所不同，但是其目的相同，希望藉著維持產業的持續成長，提高產品市場佔有率與廠商的獲利程度。

2011 年的一場會議上，台積電董事長張忠謀先生說，晶圓代工的商業模式之所以會成功，其中重要的因素就是「破壞性創新」完全改變了半導體市場的遊戲規則。唯有激發創意去破壞既有規則，而不是等著被破壞，如此才有成功的機會。

近年來，在許多企業與技術上皆有創新表現，都是破壞既有的概念，進入全新的領域。蘋果公司靠著軟體及設計創新甚至改變了這一世代的生活模式，從數位音樂，手機到 平板電腦，在過去的十年創造了無數驚奇和購買力的提升。iPhone

的推出更打敗號稱手機業龍頭的 Nokia。而其他像是 Google, Skype, Facebook 的出現，總是造成轟動，許多創新對於使用族群來說甚至不用花到一毛錢，也讓消費者佔盡便宜，使用率更加提高。

彼得·杜拉克說：「不創新就等死 (innovate or die)」，創新在每個公司都是被看重的概念，而破壞性創新(Disruptive Innovation) 這個名詞，最早是由 Christensen (1997) 於其著作《創新的兩難 The Innovator's Dilemma》所提出。並表示破壞性創新的兩大特色為 (1)比原有產品更便宜，更方便使用。(2)產品的某些優勢吸引了目標外的顧客群。這個理論讓企業界和學者們對創新的定義產生了不同的見解。以下為破壞性創新模型圖：

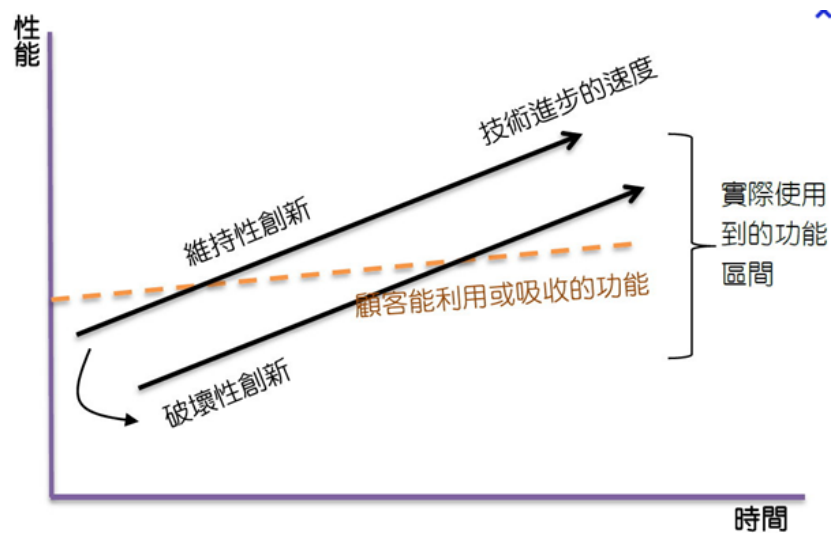


圖 2-6 破壞性創新模型

資料來源: Christensen (1997) 《創新的兩難》一書

Christensen (1997)認為已存在市場上的廠商，善於改善現有產品，延續其本身產品的優勢繼續銷售，視為延續性創新（較為針對高階客戶）。但新進入市場的廠商，則可以採用低價且性能較落後的產品，爭取低階客戶，待技術純熟，產品性能逐漸提高，則以低價優勢，跨足高階市場，進而取代舊產品。

一個明顯的例子，80年代全祿公司的高速影印機事業曾試圖被 IBM 與柯達軟片搶攻都未成功，但最後佳能公司擊敗全祿，推出畫質一般，效能普通但價格低

廉又方便好用的桌上型影印機。

而現有社會如同一條馬路上，消費低廉的民宿鎖定不同客層取代氣派且消費高昂的大飯店。廉價航空的同一飛航行程機票價錢是其他業者的 1/3，但所提供的服務大大減少。破壞者需要找到社會目前需要什麼？如何用便宜方便的方式吸引他們。準確判斷核心業務所帶來的優勢。

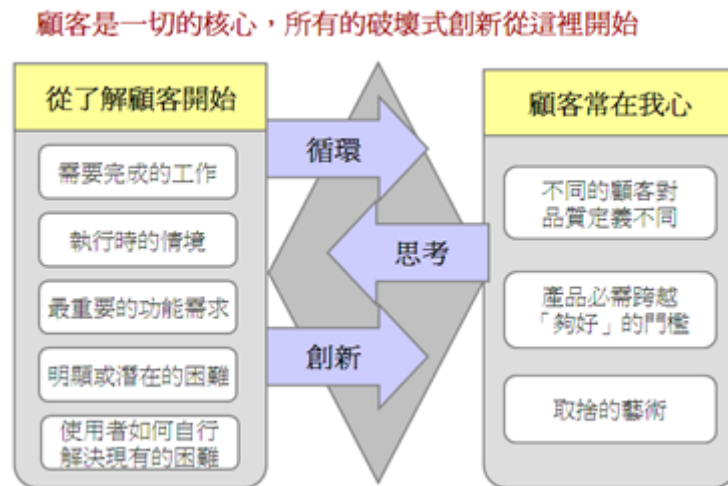


圖 2-7 創新者的應變

資料來源:天下雜誌

每個企業其實都必須維持現有產業，但也要隨時為「破壞」做準備，這就是創新大師克里斯汀所說的「創新的兩難」。破壞不一定能成功，但對企業有一定的幫助。此書曾提到：破壞性策略可使創新事業的成功率從 6% 提升至 37%。

然而企業不是只有注意「破壞」，同時也要檢討現有產業的狀況，因為未來更長的時間裡，這些產業仍可能可以繼續賺錢。例如雖然有了許多替代電影院的觀看方式，可是票房的收入仍是電影業者收入的重要來源。但仍可以確定的是，在當今追求獲利的時代，新進者採用破壞性策略，在大環境中仍是非常有利的賽局。

綜合所述，維持性創新的贏家多為現有市場在位者，他們會努力保持已達到的地位，而且本身的資源也非常充足。破壞性創新則並不是生產更好的產品給相同客戶，而是去破壞既有市場，推出便利、便宜的產品給低要求的新客戶。

第三章 台灣私人牙醫診所市場概況分析

無論大型醫院的牙科或小型牙醫診所現在經營的模式和早期完全不同。從以前到現在，無論大型或小型，因彼此是互相牽制有所關聯，所以連帶會影響到彼此的經營模式。本章分為三小節，分別針對牙醫制度改變的流程做介紹，第一節講述早期的勞保制度到現在健保制度的轉變，對牙醫產業產生之變化。第二節探討牙醫診療科目出現自費制度後的第二波產業變化。第三節則針對自費制度出現後，消費者對牙醫的偏好產生之變化進行探討。

第一節 勞保到健保制度的變遷與牙醫師流動趨勢之探討

1980 年代中期以前，台灣處於戒嚴體制和軍事情治系統下，政府控制著整個社會，有效地剝奪了各種專業組織的集體權力，其中亦包含醫療組織。由於醫療專業集體權力的欠缺，所以政府能夠在醫療決策領域，獨斷性地追求其政策偏好，而不必與醫療專業團體建立例常性的協商關係，國家權力獨斷決定醫療保險體系的報酬條件與服務規則。

1958 年，當勞保體制開始提供住院給付時，醫療費用支付是以省立醫院的收費標準為依據，只有兩家大型公立醫院—台大與榮總。1960 年，勞保局自行訂定醫療費用支付標準表。台大、榮總與省立醫院抱怨費用支付標準所定的價格遠低於實際成本，因此，這些大型的公立醫院均以個別洽定的方式與勞保局協商費用支付數額。於是一套雙元體系的醫療費用支付結構由此建立。從 1960 到 1990 年代，政府制訂的「勞工保險診療費用支付標準表」適用於中小型醫療院所；大型醫院則採個別洽定的方式，與勞保局協商費用支付。

一、勞保給付

在民國 84 年健保制度開始之前只有勞工保險、農民保險、公務人員保險等醫療保險。當時的政府國家權力獨斷能力強盛，限制著醫院開業的家數，亦不允許營利法人經營醫院，投資者無法參與醫療院所的經營並獲取利潤，1970 年代晚期，由於持續的經濟成長的支持，醫療體系中的醫院部門開始大幅擴充。不但各

公立醫院系統的整建、擴建與新建計畫紛紛展開，大型財團如台塑和國泰集團等，也開始跨足有利可圖的醫療產業。憑藉雄厚的資本，這些新建的私人大型醫院，招募名醫，引進新進昂貴的醫療設備，並吸引愈來愈多的病患。由於大型私人醫院對病患的吸引力，政府不得不在公共保險體系中吸納這些私人的市場力量。於是，從 1978 年開始，勞保局決定說服這些大型私人醫院參加勞保特約。但由於勞保局偏低的費用支付政策，這些大型私立醫院，雖然預期保險病患市場的擴張，卻不願意參加勞保特約。

為了要容納大型的私人醫院，也為了減低醫療院所對費用支付標準的抱怨，勞保局在 1970 年代後期建立了一項深具爭議性的費用支付政策：凡是所有評鑑合格的教學醫院，均可和勞保局個別洽定醫療費用支付數額。反之，政府對小型診所所有著諸多限制，例如：方圓 500 公尺之內不能有第二家勞保診所出現。大部分無法加入勞保特約的私人診所被迫必須做自費治療，造成病患集中在故定少數的勞保診所及有勞保制度的大醫院看診。病患若要自費，其實就診意願就下降。

大型醫院有勞保、公保等完整制度加持，不必擔心病人數量問題。在此情況下，大部分牙醫師都想前往大醫院就業，因此大醫院不需要特別考慮醫師福利、教學內容升級或醫療器材更新等問題，即使這些投資在當下沒有追加，仍有許多醫生想進入大醫院服務。但自從改成健保制度後，情況就慢慢反了過來。雖然大醫院提供的設備、研究、教學是大部分診所無法提供的，但診所的優勢是薪水會比醫院高，有時甚至高到兩倍三倍，這就是醫師願意待診所的原因，因為大醫院的心態是提供底薪，重點是教學，薪水為其次。

二、健保給付

勞保與健保的差別在於，勞保以張來計價，健保則是以點計價。例如：勞保單一張面額 100 元，洗牙 600 元，病人就要給醫院六張勞保單，補牙 500 元，病人要給醫院五張勞保單。醫院則根據勞保單張數在月底向勞保局請款；而健保針對所有診療項目先訂定其點數，不同區域之點數計費有所不同。如洗牙可申請 600 點，在大城市的醫院，每點大約介於 0.8 至 1 元，洗牙一次只能申請 480 到 600 元。

但在苗栗、澎湖、金門等較為偏僻或外島地區，每點換算金額浮動較大，最高可至 1.2 元，因此洗牙一次甚至可申請 720 元。表 3-1 顯示總額限定給付下，每位牙醫師在不同區域，做相同工作，可分配到的每點浮動金額表。

表 3-1 浮動每點金額支付表

項目	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全國
87年7-9月每點支付金額	0.9735	1.0263	0.9445	0.9665	0.9662	0.9625	0.9714
87年10-12月每點支付金額	1.0362	0.9734	0.9447	0.9927	0.9733	1.0064	0.9925
88年1-3月每點支付金額	1.0196	1.0068	0.9212	0.9741	0.9743	0.9725	0.9823
88年4-6月每點支付金額	1.0050	1.0451	1.0044	1.0056	1.0814	1.0416	1.0207
88年7-9月每點支付金額	1.0248	1.1205	1.0019	1.0236	0.9755	1.0222	1.0223
88年10-12月每點支付金額	1.0263	0.9904	0.9410	1.0007	1.0282	1.0325	0.9996
89年1-3月每點支付金額	0.9819	1.0453	0.9352	1.0176	0.9547	1.0697	0.9801
89年4-6月每點支付金額	1.1071	1.0729	1.0171	1.0103	1.0374	1.1419	1.0597
89年7-9月每點支付金額	0.9962	1.0238	0.8913	0.9901	1.0749	1.1290	0.9862
89年10-12月每點支付金額	0.9850	1.0114	0.9547	0.9727	1.0905	1.1551	0.9966
90年1-3月每點支付金額	0.8842	0.9647	0.8849	0.9430	0.8491	1.0847	0.8984
90年4-6月每點支付金額	0.9171	1.1244	0.9656	1.0170	0.9456	1.2639	0.9724
90年7-9月每點支付金額	0.9400	1.0641	0.9379	1.0585	1.0549	1.2545	0.9898
90年10-12月每點支付金額	0.9141	1.0952	0.9101	1.0035	0.9961	1.1356	0.9598
91年1-3月每點支付金額	0.9031	1.0468	0.9473	0.9594	1.0455	1.1671	0.9613
91年4-6月每點支付金額	0.9231	1.1358	0.9748	1.0459	1.0234	1.2266	0.9933
91年7-9月每點支付金額	0.9619	1.1412	0.9691	1.0608	1.0547	1.0539	1.0114
91年10-12月每點支付金額	0.9357	1.1161	0.9588	1.0652	1.0332	1.0458	0.9933
92年1-3月每點支付金額	0.9172	1.0650	0.9054	0.9768	0.9910	1.1779	0.9603
92年4-6月每點支付金額	1.0000	1.1358	1.0000	1.0459	1.0234	1.2266	1.0816
92年7-9月每點支付金額	0.9304	1.1580	0.9545	1.0458	1.0828	1.3051	1.0098
92年10-12月每點支付金額	0.9536	1.1929	0.9869	1.0970	1.1118	1.2926	1.0361
93年1-3月每點支付金額	0.9003	1.0636	0.8996	0.9812	0.9795	1.0651	0.9452
93年4-6月每點支付金額	0.9084	1.0742	0.9217	0.9977	0.9986	1.0995	0.9595
93年7-9月每點支付金額	0.9476	1.1476	0.9510	1.0309	1.0263	1.1200	0.9926
93年10-12月每點支付金額	0.8889	1.0323	0.9291	0.9864	0.9887	1.0262	0.9535
94年1-3月每點支付金額	0.8898	1.1363	0.8945	1.0438	0.9948	1.1040	0.9555
94年4-6月每點支付金額	0.9009	1.1259	0.9374	1.0767	1.0144	1.1646	0.9763
94年7-9月每點支付金額	0.9551	1.1587	0.9893	1.1169	1.0708	1.1512	1.0204
94年10-12月每點支付金額	0.9267	1.1141	0.9978	1.1112	1.0470	1.1735	1.0127
95年1-3月每點支付金額	0.8655	1.1110	0.9031	1.0554	0.9921	1.1756	0.9599
95年4-6月每點支付金額	0.9173	1.1419	0.9526	1.1072	1.0349	1.2320	0.9923
95年7-9月每點支付金額	0.9272	1.1543	0.9691	1.1149	1.0667	1.1535	1.0106
95年10-12月每點支付金額	0.9216	1.0896	0.9800	1.1054	1.0209	1.0626	0.9983

資料來源：中華民國牙醫師公會全國聯合會(民國 87 年至民國 95 年)

目前平均仍是一點可申請將近 1 元。若一位牙醫師每月健保可執行上限為 40 萬點，那達到業績，就可申請近 40 萬元。但牙醫師還會花一些時間處理自費的需求，因此普變來說，牙醫師每個月在健保與自費會朝 1:1 的狀態進行，也就是做 20 萬的健保同時，會做 20 萬的自費。同時照顧不同需求的病患，也建立更多元化的治療項目。

勞保時代牙科是所有醫院裡面投資最少的一科。其原因在於醫院請一位內科醫師，有一個廳診器，醫師就可以開始看病了。而請一位牙科醫師，治療椅就是基本配備，且所費不貲。內科醫師一天可以看 100 個病人，而牙醫只能看 10 個。如此累積下來，牙科在醫院都是敬陪末座，屬於不賺錢的科目。而健保制度的改善，使得牙醫同樣做一項治療，卻出現了城鄉之間的價差。

首先，在偏遠地區不需要投資太多金額在硬體上，點數申請的金額領得多，但在台北等大都市，租金高、店面貴，裝潢要講究，點數申請的金額卻比較少。其次是醫院與診所的落差，拿著博士學位，在醫院當主治醫生的牙醫與剛畢業在私人診所工作的牙醫，洗牙一次所獲得之費用同為 600 元。表示醫生學經歷背景不同，本質、專精不同，但健保給付都是同樣的比例。此現象容易使醫師不想去大都市、大醫院執業，因為在大醫院工作還要兼副行政工作，比起診所更為勞累。有鑑於此，勞保與健保的差異立即凸顯出來，牙醫也開始往較為偏遠的鄉村分散，形成今日各個大小城鎮都能看到牙醫的局面。

至今，台灣的全民健保，仍是全世界擁有最好建保制度的地區，開放所有的醫院都可以看健保，也提昇了民眾的就診意願。除了上述健保給付的狀況之外，亦有其它因素改變著牙醫的流動：

1. 每年開始實施各大醫院醫療評鑑，醫師要花費很多時間去整理資料，蒐集數據，撰寫報表來應付 2-3 個月準備期的評鑑，佔去許多看診時間。而且醫院會要求醫師參與醫學研究等名目，又再度佔去看診時間。
2. 同時醫院採分科制度，讀矯正的醫師只能看矯正，讀牙周病的醫師只能看牙周病，不向自己私人開業，什麼都可以學，可以看。

3. 衛生署認定醫院裡只有矯正科與口腔外科的牙醫師屬於專科醫師。因為要在醫學中心受訓滿五年，經過筆試與口試通過，才可任職醫院，進入門檻高。其他擁有再高學歷的牙醫師，再如何求進步，仍定義為一般牙科牙醫。在醫院也要兼副行政工作，時間長，薪水低，沒名沒利，比起外面診所，可以看自費，賺自己的薪水，工作時間短，薪資福利好，醫師當然紛紛求去。
4. 因健保制度不夠完善，民眾也許一年健保費才 3600，但做一次根管治療就花了健保 3000 元。因此健保就會去壓榨醫師，或選用較為低廉費用的藥品，導致惡性循環。尤其在 2002 年開始實施醫院總額預算制度，導致醫療院所獲利更為受限，設立於大型醫院的牙科甚至轉為外包，付租金給醫院，其他自理。

以往醫院並未投入很多資金在牙科，現在卻因為外在競爭激烈，而要投資更多錢在軟硬體上。醫生助理比例也有要求，需要更多的掛號室、病歷室、X 光區，且許多醫師是從國外聘請來的高學歷，要付的薪水也很高。大醫院評估下發現這些人力開銷、物力需求及薪水支付，對應其效率和水準可能跟外面診所差距不大，甚至私人診所的環境與服務品質可能更為優渥。相比大醫院經營所需負擔的沉重經費，將牙科外包給私立醫院，每月只固定付給一定金額，似乎更符合經濟效益。牙醫的經營型態至此從教學研究轉變成醫務業務導向。也因為外包現象，大醫院的人事資源縮減，醫師助理的比例大幅下降，牙醫師的薪資缺乏保障，加上外包牙醫廠商的選擇使用招標方式，許多醫師見此現況，且個人與醫院雙方行醫理念的不同，使得許多牙醫重新擬定生涯規劃，開立屬於自己的診所或進入小型私人診所行醫。

許多名醫離開大醫院導致民間的牙醫診所開業產生很大的改變。這些富有聲望的醫師，技術與學經歷都非常完整，亦希望有環境設備更優質的診所來聘請或自行開業。然而，若要自行創業，資金、設備成本是最重要的考量。牙醫設備價格昂貴，無外資的注入之情況下，設備成本是自行創業的一大障礙。

民國 84 年(1995 年)，健保剛推出時金額申報並無限制，牙醫師每月獲利 80

至 100 萬都有可能，但後來開始有利潤上的限制，例如台中市西屯區，就限制在每個月每位醫師只能在 45 萬點以下，同時亦增加些就診限制，如補牙的重補率在 2-3 年。健保雖然一直在改善，但對醫師的限制也越來越多，且可使用點數依區域性及醫師的看診量來做區分，例如北區可能可使用點數就更少一些。

健保是由政府來支付點數，因此病人就比較不會過問醫師的治療內容。缺點可能就是病人也無法確認醫師到底做了什麼治療，有可能造成浮濫的申報。同時病人若不過問，醫療品質會降低，這也是健保的缺點。

以上敘述就是勞保時代進入健保時代後，造成大型醫院牙科與小型牙醫診所經營型態改變的分歧；病人以前往大醫院跑，醫生處於主控狀態，用較短的時間（約 10-20 分鐘）就完成一個病人的看診，無須多做病情解釋。現在，私人診所競爭激烈，病人開始進入診所看診。小型診所以服務為導向，同時病人知的意識抬頭，病人與醫師地位漸漸互換。

以前大醫院醫師說甚麼就是甚麼，現在，私人診所的醫師將病人視為客戶，因為照顧的病人是客戶，因此花更多的時間來解釋病情，而且為了留住病人，也需要呈現此家診所的優勢性與必要性，而連帶介紹該診所的醫師助理陣容，使用何種器具、機器、材料來照護病人。而病人會發現私人診所的醫師解釋詳細，助理服務貼心，經營更加多元化，因此病人紛紛走出醫院，進入私人診所就診。這樣的模式其實也同時繼續推動私人診所的進步。

結論一

牙醫師從大醫院流入診所之主要原因經歸納整理後為以下幾點：

1. 自從改成健保制度後，大型醫院著重在設備、研究與教學，但薪資低；中小型診所無需負擔研究教學費用，薪資比大型醫院高二至三倍，但中小型診所無法提升醫師的技術。
2. 牙醫同樣做一項治療，城市與鄉村之間存在價差。偏遠地區不需要投入太多成本在硬體上，每一點點數申請之金額卻比都市多，而都市的租金高，裝潢

要講究，點數申請之金額卻相對較少。

3. 醫生的學經歷不同，但健保給付都是同樣的比例，且在大型醫院工作還要兼負行政工作，比起中小型診所更為勞累。
4. 大醫院為縮減人事成本，將牙醫以招標方式外包，許多牙醫見工作缺乏保障，加上個人與醫院雙方行醫理念不同，使許多牙醫最後決定開立屬於自己的診所或進入小型私人診所行醫。
5. 中小型私人診所的醫師為了留住病人，會花更多的時間來解釋病情，服務貼心，經營更加多元化，病人續診的比例大幅提高，大型醫院的病人亦轉往中小型私人診所就診。

第二節 牙醫診所之科別與自費的興起

科技的進步打破了牙醫的傳統營運模式。過去，民眾進入牙醫診所就診的科目多集中在「必要性」之項目上，如：牙周病、補牙、拔牙、根管治療等。近年來，科技的進步使牙醫產業有了新的技術，同時，經濟的發展提升民眾的消費能力，使得消費者產生了「非必要性」的新需求，如：矯正、植牙、假牙、美白等。

一般牙科治療多有健保補助，除掛號費，民眾都無需再付額外費用，但是有時效上的限制，例如每半年健保給付洗牙一次，若在期限內追加，則需自行付費。然而現代人因為生活富裕與愛美天性所產生之「新需求」，並非為求生存所必須做的治療，故在此方面健保不予給付，於是「自費」療程興起。

另外，自民國 84 年健保開辦後，87 年牙科率先實行總額制。所謂總額制，是以固定給出之總額，平均分配於健保的每個點數上。若每年牙科健保的預算為 300 億，全台牙醫總共做了 150 億點，代表一點有 2 元的價值；總共做到 300 億點，則一點只剩 1 元的價值。表示牙醫人數越多，則總利潤被稀釋的越嚴重。近年來牙醫師人數的增加（牙醫師增加的速度約一年 400 位）與物價、薪資的上漲，使得平均每位牙醫師的總利潤成現負成長。因為政府的財政困難，總額幾乎沒有成長，

但牙醫師越來越多，現在分到的大餅是負成長。雖然希望保障每年有 7% 成長率，但至 2010 年止卻只有 1% 多的成長率，這也是牙醫必須開發自費的原因之一。

牙科有許多自費項目，美容及整型大部份皆為自費範圍，且費用較健保給付高，其價位多以診所自主擬訂，依醫師學經歷、牙科醫療設備等級的高低而有不同的收費標準。以下為牙醫就診科別之健保給付與自費項目分類表：

表 3-2 牙醫就診科別之健保給付與自費項目分類表

服務項目		內容
健保給付	牙體復形	齲齒填補
	根管治療	抽神經
	牙周病	全口牙周病防治，增進口腔健康，美觀及功能重建
	兒童牙科	兒童口腔保健
	口腔外科	拔牙手術，口腔癌，顱骨骨折
	顏面部外傷處理	美觀與功能重建
	家庭牙醫學科	預防保健深入社區
	顳顎關節治療	協助排除以下狀況：關節腔障礙，肌肉性問題，下顎活動障礙
自費	齒顎矯正	藉由人工裝置來改正牙齒排列，恢復正常咬合並達到美觀
	牙齒美白	美容外觀
	人工植牙	局部及全口牙齒重建
	口腔贖復	假牙製作

資料來源：台中國軍總醫院，中國醫藥學院牙科部

台灣民眾對牙齒保健的專業知識落後歐美 10 至 20 年之久，故目前台灣較為普遍的牙齒美容項目是植牙，而在美國需要植牙的族群，屬於老年化年的齡層。美國最夯的牙齒美容項目是矯正，因為他們對於口腔衛生的重視比我們還早，很

小的時候就開始保健牙齒，蛀牙率很低。按時塗氟，清潔牙齒，牙齒健康的情況下，相對美學要求就會提高，認為整齊的牙齒是門面的需求，因此在美國小學內，一半以上的小朋友都會帶矯正器。而台灣就是目前在這個觀念上有所崛起，年輕人越來越重視牙齒的美觀與整齊。因此已開發國家與開發中國家在認知上漸漸的在縮小距離。

什麼是最夯，需求就最大，而目前台灣由植牙與全瓷冠為主。因為目前台灣的中年人口，小時候沒顧好牙齒，現在則有足夠的財力來照顧牙齒，同時也想將孩子的牙齒顧好、矯正好，而整齊的牙齒，蛀牙率低，也就朝著已開發國家的路線前進。

台灣美學意識崛起，也重視基本照顧，植牙至今共 17 年，往年植牙取代假牙。未來植牙需求會降低，因為植牙是用在牙齒缺損的時候，而現在年輕人牙齒都很好，植牙的需求會慢慢下降，矯正的需求會慢慢上升，取代植牙成為台灣牙齒美容下一個最夯的需求。

健保實施後，牙科的自費項目增加，隨便動輒一顆牙十幾萬（植牙一顆 7 至 8 萬，矯正一次十幾萬，假牙一顆二至三萬），自費項目呈現高單價，牙醫師看準自費的高額利潤，許多診所也紛紛投入高單價項目之經營，牙科開始邁入新時代。反之，內科相對的沒什麼自費項目，看準了自費的高毛利，優秀的人才轉而往牙醫的方向靠攏。

表 3-3 牙齒矯正費用表

矯正種類	矯正費用
傳統矯正 (外觀明顯)	12 – 15 萬元
透明矯正 (不易察覺)	15 – 18 萬元
舌側矯正 (齒內矯正, 技術高)	25 – 30 萬元
隱形矯正 (美觀, 不磨損口腔, 可取下)	25 – 30 萬元

表 3-4 瓷牙材料相關費用

材質	說明	含金量	每顆價目(NT)
貴金屬	含大量黃金、白金	87%	19000
貴金屬	與牙齒密度好	52%	15000
貴金屬	若與陶瓷結合，較美觀	2%	13000
汰合金	針對普通金屬加以改進	0%	8000
普通金屬	鎳、鉻為主	0%	6000

表 3-5 瓷牙材料相關費用 2—全瓷冠

材質/品牌	每顆價目(NT)
3M Lava	25000
Cercon	20000
全瓷鑄心	3000~5000 元

自費產生的最明顯的現象即為醫學院校型態的改變。早期的醫學院，大學指考分數中牙醫排在醫學系後面，醫學系填完才填牙醫系。近年來則有了反向的趨勢，許多醫學院校之牙醫排名竄升至醫科的前面。台大牙醫系之指考分數已高於陽明醫學系之指考分數，台北醫學大學及高雄醫學大學的醫學系分數都排在台大、陽明牙科的後面。加上各醫學院校動作頻繁，如中山醫學院設立口腔醫學中心、秀傳醫院設立牙科植牙中心，由院長親自前往致詞、剪彩，其原因正是由於牙醫突然夯了起來。如圖 3-1 為民國 100 年第三類組分數排名前 10 名。

三類組科系 前十名排行榜	
學校科系	分數
台大醫學系	510.35
陽明醫學系	502.15
成大醫學系	497.56
台大牙醫系	495.02
長庚醫學系	556.15(加權) 494.36(僅估原始分數)
北醫醫學系	490.02
陽明牙醫系	527.73(加權) 487.14(僅估原始分數)
馬偕醫學系	485.39
高醫醫學系	479.43
北醫牙醫系	477.37

資料來源/得勝者文教機構
製表/嚴文廷

圖 3-1 民國 100 年醫學系分數排名

牙醫的自費項目這十年逐漸成為所有醫院的冠軍。因為經濟主導了大家的意願，且新聞媒體表示從前位居薪資所得之冠的醫生，如今已退居末位，其平均所得低於飛行員。目前排名為會計師，律師，航空器駕駛員，最後才是醫師。

在醫師這個職業中，最賺錢的是整形外科，其次是皮膚科，再來則是牙科。這三個都是以自費醫療為主。因此健保實施後，許多牙科診所建立起來，並在自費方面有很大的獲利。

結論二

科技的進步與經濟的發展打破了牙醫的傳統營運模式，民眾消費能力的提升，使得消費者對牙齒產生了「非必要性」的新需求，如：矯正、植牙、假牙、美白等。這些健保不給付的自費項目呈現高單價，看準自費的高額利潤，優秀的人才轉而往牙醫的方向靠攏，許多診所亦紛紛投入，牙科開始邁入新時代。

第三節 資訊不對稱下，消費者對牙醫診所偏好之探討

健保是由政府來支付點數，因此病人比較不會過問醫師的治療內容。其缺點就是病人也無法確認醫師到底做了什麼治療，有可能造成牙醫師浮濫的申報。同時病人若不過問，醫療品質亦會降低。

牙醫非常專業，加上科別與種類繁多，一般民眾看牙醫時，常常無法了解自己真正的需求是什麼？究竟應該挑選哪個科別進行就診？若此時院方與診所之醫生借此機會矇騙病人，以獲取高收益，病患可能依然毫無所覺。例如：病人之病情並無嚴重到需要牙齒矯正之程度，但由於健保不給付，使得矯正對牙醫而言成為了「高收益」項目。為了獲得更多的收入，牙醫向病人表示需要進行牙齒矯正，病人由於對牙醫專業知識的匱乏而上當受騙，花費大筆金錢進行不需要的治療而不自知，此時便能明顯感受到資訊不對稱所產生的問題。

過去在勞保給付的時代，民眾遇到牙齒上的問題時，偏好到大醫院求助專業的醫生，對於當時的診所，除了費用問題之外，民眾亦不信賴診所的醫生。健保啟用後，不少大醫院的醫生們紛紛離開都市，走入鄉間，因而出現了地方診所。某大醫院名醫看診之資訊，民眾開始願意進入地方診所，時至今日，病人有任何牙齒上的問題，會偏好到地方診所就醫。

與牙齒治療有關的知識多屬專業，需要長久的時間培養，學習曲線極長。民眾遇到牙齒上的問題時，只能依靠牙醫，無法自行解決，故牙醫的專業技術與職業道德非常重要。若專業能力不足，則會出現極大的品質差異；若牙醫缺乏職業道德，則可能有嚴重的資訊不對稱問題產生。在資訊不對稱情況下，患者對名醫的認知，來自於哪所醫院「訓練」出來的，而非哪所醫學院「畢業」，故畢業院校與牙醫是否值得信任對消費者而言並無直接關連，重點是培養技術的醫院是哪家。若出國深造，進行短期或中長期的專科訓練(非研究所)則是更全方位的學習。

剛畢業的牙醫要經過考試爭取實習的機會，拿到執照後也需繼續通過考試才能留在醫院，例如醫院徵住院醫師等。醫師本身的觀念也很重要，對於自己未來

的規劃要有計畫，從申請醫院職缺到累積臨床經驗。事實上，在教學醫院待過比在一般診所更好，如長庚、榮總、台大、中山、中國醫藥學院等提供紮實學習的教學醫院。但私人醫院，如中山、中國醫藥學院等則稍有隱憂，即醫院可能多收自己醫院畢業的學生，在知識上的認知交流會較封閉；長庚、榮總則較開放，屬綜合型知識交流，且能申請進入的醫師都是佼佼者，從住院醫師到主治醫師，技術訓練會非常紮實，因此從這些醫院出來自行開診所的醫師就更具保證性。大學剛畢業的學生若能在醫院學習，會是奠定基礎更好的利基。然而，許多牙醫系學生讀完牙醫就想立刻開業賺錢，開了業又需要有名醫做為號召，偏偏所為名醫，是具備大醫院背景的醫師，呈現互相矛盾的現象。

過去，有資歷的名醫具有號召力，但現在診所轉型後，隨著器材的進步，更需要的是會操作儀器的醫師及純熟的技術。病人也越來越仰賴先進的器材，因此企業投資或合夥投資也更傾向於雇用熟練這些器材操作及技術純熟的人，即使這些能夠純熟操作儀器的牙醫只是剛畢業的菜鳥醫生。

許多名醫不懂得如何行銷或包裝自己。有些懂得經營的醫師會靠宣傳、網路及廣告來行銷自己，打開診所知名度。例如：標榜台大研究所畢業的矯正醫師來駐診或強調全國唯一擁有快速矯正機器，在外矯正兩年，在此矯正一年就完成。然而會操作這個儀器醫師可能才只是剛畢業的醫師，但投資者寧願選擇懂得操作的醫師，而放棄經驗老道的名醫，使得許多大型醫院的醫師在這種情況下反而失去了優勢。

雖然隨著病人對牙醫的營運開始有些許認知以及健保制度的改善，少數醫師漸漸也會向患者詳細解釋治療的內容，並公開扣了多少點數，但絕大多數民眾對這方面的資訊還是所知甚少。除了有名醫坐鎮的診所之外，民眾在資訊不對稱的情況下，如何挑選心中理想的牙醫診所？私人診所以病人為尊，用客戶的角度來對待病患，因此除了具備一般服務業的基本特性外，助理、客戶服務、環境、裝潢與儀器設備也漸漸成為民眾對該私人診所是否加分的評估內容。

結論三

1. 牙齒治療需要複雜、高深的醫學知識，一般民眾無法了解，學習曲線極長，是一個資訊不對稱的產業，因此牙醫的專業技術與職業道德非常重要。
2. 在資訊不對稱情況下，比起學歷，病患更重視牙醫師的經驗與歷練。

第四章 台灣中小型私人牙醫診所創新經營模式分析

本章主要在探討台灣中小型私人診所的核心競爭力，並分析其創新經營模式。本章共分為四節，第一節探討消費者對牙醫的心理需求，第二節探討台灣私人牙醫診所經營的種類，第三節則在探討中小型私人牙醫診所核心競爭力。

第一節 消費者對牙醫的心理需求

Christensen (1997)提出破壞性創新的兩大特色：(1)比原有產品更便宜，更方便使用；(2)產品的某些優勢吸引了目標外的顧客群。

Drucker(1985)將創新定義為，各種新穎有用且能提高生活品質的產品或服務，其範圍廣泛，包含新產品、新服務、新製程、新技術、新原料及新的經營模式。

Damanpour(1991)認為產品創新是以創造新的產品或服務等來符合顧客的需求，由此可知，創新的目的在於解決消費者的需求。Afuah (1998)認為創新是利用新的知識以滿足消費者需求的產品或服務。

Schilling (2008)認為，創新來自於多方面，其一可能來自於個體，例如生活中的個人所需，進而為了便利自行開發出來的設計。

牙齒的治療屬於侵入性治療且容易感到疼痛，因此民眾會對治療產生心理壓力，感到恐懼。然而牙醫是複雜的專業，一般民眾無法理解，故非常在意牙醫治療的品質，在資訊不對稱的情況下，如果對牙醫師的經驗值不了解，信賴度亦不夠，此時病患會更加恐懼。偏偏牙齒的病狀種類很多，如何找對醫生、找出病因對症下藥？例如：病患植牙要用何種材質？材料的優缺點與建議又為何？究竟病患需要的究竟是植牙還是做假牙？這是一個值得探討的問題。

有時候，醫院看病時預約的回診日可能是一兩個月之後的事，因此民眾經常會因為工作繁忙等原因而錯過甚至忘記預約回診的時間，而醫院方面也是抱持著「錯過就錯過，自己來現場掛號」的想法，並不會幫病患留意預約時段。

另外，許多中小型診所為了節省成本，其空間大多較為狹小，制式化的環境、窄小的候診室、吵雜的人聲、醫療儀器發出尖銳且讓人不舒服的聲音，這些都讓本就緊張的病患更加的害怕。為了在競爭激烈的牙醫產業中更有競爭力，中小型診所享盡方法要解決病患的問題，於是中小型私人診所的核心競爭力與經營模式開始出現了創新與變化。

第二節 台灣中小型私人牙醫診所經營之種類

截至民國 102 年度底，全台牙醫人數超過 1500 人，牙醫診所六千家以上。在第三章時曾提及：因政府財政困難，健保的總額預算沒有上漲，但是牙醫師卻越來越多，雖然政府希望每年牙醫診所有 7% 的成長率，但至今仍在 1% 上下打轉。也就是說，若不創新經營，將仍敵不過大環境的高度競爭市場。

表 4-1 台灣牙醫診所數量

年度	牙醫診所數(家)	牙醫師(人)
87 年度	5280	7900
88 年度	5375	8240
89 年度	5550	8597
90 年度	5659	8944
91 年度	5730	9206
92 年度	5889	9551
93 年度	5979	9868
94 年度	6029	10141
95 年度	6065	10412
102 年度	6400	15250

資料來源：證券櫃檯，NO.139

如表 4-1，民國 87 年到 95 年的七年間，增加診所 785 家，成長率為 15%，平均一年成長率為 1.7%。醫師增加 2512 人，成長率 31.8%。

民國 95 年到 102 年的七年間，增加診所 335 家，平均一年成長率已不到 1%。醫師增加 4838 人，成長率超過 46%。資料顯示醫師人數仍持續上揚，但診所速度趨緩。

過去一條街上可能好幾家牙科診所，先生是牙醫師，太太或兄弟姐妹是助理，就可以開牙醫診所。若某日對街開了一家更大的診所，請了名醫，擺了十張治療椅看診，原來一條街的幾家診所就會思考自己未來的出路。是要照傳統方式繼續下去，還是也要開始擴張？但需求想要擴大時，問題也就出現。一個醫師的能力該如何擴張？應該機會不大。以前跟鄰里牙科是競爭狀態並存，互相競爭病人數量，可是現在有共同需面對的競爭者出現，必須試著攜手合作。對方挾著名醫與 10 張治療椅，我方則須團結合作，共同擴張，美化裝潢，增加治療椅。

可能結合初期，會勢均力敵。因為是醫師與醫師間能力的競爭，但逐漸發現，力量還是不足，對方十張治療椅，但傳統診所再怎麼結合也只有五張治療椅的量。於是傳統診所也許有親朋好友的資金介入得以繼續擴張。也因為私人牙科診所確實有利可圖，就有醫師引發了大型性的想法，做個人主導。

目前地方上的私人中小型牙醫診所是提供民眾牙科醫療服務的主力。占總體牙醫醫療院所九成以上。而私人牙醫診所的型態又簡單分為醫師個人傳統經營、醫師合夥、家族事業或企業主導並由醫師經營等模式。面對二代健保，同業競爭等壓力，如何提升診所的經營管理也變的十分重要。因此牙科診所漸漸分成四種型態：

表 4-2 牙科診所經營種類

診所型態	說明
單打獨鬥	由於沒有金錢、能力，也不想合夥，僅靠著過去培養出來的關係，為老客戶看診。每天看二至三個病人，部分傳統仍有生存空間。
醫師合夥	即為醫師聯盟。目前台北最有名的是 Dr. Well 以及國維聯盟；中部地區則是常春藤與長青聯盟；在南部是 ABC 聯盟。完全是牙科醫師自己聯盟，召集大家就近投靠。台中就是收集大雅、清水等周圍診所。只要加入聯盟，器材統一購買，連裝潢、器械擺設都有統一規格。人員也互相調配，可降低固定成本與人事成本。剛開始只有兩三個聯盟，慢慢的聲勢越做越大。這些醫師排斥企業界，認為企業界以利益為前提，聯盟者可以自己賺自己的辛苦錢，不讓企業界抽取利益和佣金。
家族企業 合辦	大部分是家族企業，因為需以彼此互信為前提。從國外讀完書回國後由家庭資助開業。不需要聯盟或分店，屬個人式的投資。只此一家，別無分號，裝潢美觀且氣派。台北曾出現出資兩億開的牙科診所；中南部也有數家上億裝潢的診所，有如個人特色展現的 show room。
由企業界 主導	企業出資，醫師經營。只讓出非常少的資金比例給醫師入股。本研究所要討論的個案研究，就是以此模式經營。

結論四

由於牙醫的儀器設備成本極高，競爭激烈，為了提升競爭力，裝潢、儀器都講究豪華高品質，這些成本支出非一己之力所能負擔，故醫師聯盟與擁有龐大資金的企業界進駐牙醫產業逐漸成為趨勢。

第三節 台灣中小型私人牙醫診所核心競爭力之探討

創新的目的在於解決消費者的需求。為了解決病患的心理需求，中小型私人牙醫診所有了新的經營模式。首先，牙醫屬於侵入性治療，為了消除病患的心理壓力和恐懼感，中小型牙醫診所的醫師用耐心、親切的態度與易懂的語言來對病患說明治療過程，消除病患對疼痛的預期心理及其恐懼。

其次，牙醫產業的資訊不對稱讓患者對醫師的經驗值抱持著疑慮，信賴程度低。在此情況下，中小型診所請來大醫院的名醫到診所駐診，通過建立口碑來提高診所知名度。但是只在最初時建立口碑是不夠的，之後更要有能對症下藥的好醫師來解決病患的問題，讓病患產生極高的忠誠度，依但忠誠度建立起來，病人就不太會更換醫生。

第三，由於民眾生活繁忙，經常過了預約日才想起自己曾經做過預約。大醫院對這方面的服務並不注重，中小型私人診所便以此做為優勢，打造服務親切的預約制度，在預約日前一天提醒病患記得回診，如此，不但使病患覺得貼心，亦使病患不會因為錯過回診而乾脆選擇到別家醫院或診所看診，進而損失客源。

另外，壓抑的空間與治療儀器的尖銳聲音同樣也容易使病患在等候時變得更為緊張。為了解決這個問題，中小型私人診所開始改造看診環境，重金打造五星級大廳和寬敞舒適的候診室，播放柔和優美的輕音樂、提供讓人翻閱的雜誌等，塑造出豪華悠閒的氣氛，讓病患得以放鬆心情，愉快的等候看診。

根據文獻，Pralahad & Hamel(1990)將核心競爭力定義為企業的独特技能或技術，能為客戶帶來最大利益，並且保持競爭優勢，歷久不衰，他不一定是「低成本」，但一定是企業內部最為擅長與最具競爭的謀生能力。企業的成功與否與核心競爭力有著極大的相互關係。Hamel 亦提到核心競爭能力是指潛藏在企業內部的獨特技能、技術和知識的綜合。綜合上述，Hamel(1994)將核心能力分為：接近市場能力、產品整合(提升附加價值)能力、獨特功能性(差異化)能力三種。

為了解決消費者的需求，牙醫產業的核心競爭力產生了變化，對照 Hamel 的三種核心競爭力，整理歸納為下表：

表 4-3 Hamel 核心競爭力與中小型私人診所核心競爭力對照表

Hamel 的核心競爭力	中小型私人診所的核心競爭力
差異化的能力	空間與環境的塑造，打造五星級大廳與寬敞的候診室，沙發、地毯將診所裝潢的美輪美奐。(大醫院空間較為狹隘，環境差，隔音效果差。)
提升附加價值的能力	醫師態度誠懇，對病患耐心且詳細解說療程、疼痛程度與副作用，讓病患安心。(大醫院醫師時間有限，無法一一詢問病情。)
接近消費者的能力	貼心的預約制度，提醒病患到院治療，感與病患安心的感覺。(以往大醫院若病患忘記回診，取消網路預約。)

McGahan (2004) 提出創新的軌跡，用以分辨本身所屬的產業究竟正在進行何種變革。在此必須考慮本身的產業核心業務活動以及產業的核心資產是否已遭到威脅。其中的核心活動定義為公司藉以吸引並留住供應商與買主的經常性行動；核心資產則是耐久性資源，包含無形資產(如:知識、品牌資本、專利等)，而能使公司在執行核心業務活動時更具效率。

表 4-4 產業變革的軌跡

		核心活動	
		遭到威脅	未受威脅
核心資產	遭到威脅	徹底型變革 所有事務均浮上檯面	創造型變革 整個產業常重新開發資產與資源
	未受威脅	中間型變革 業務關係趨於脆弱	漸進型變革 企業日積月累的進行實驗，並藉由回饋而不斷進行調適

資料來源：哈佛商業評論(2004)

以下概述上表中四種變革軌跡之定義：

1. 徹底型變革：發生於產業的核心業務活動與核心資產均遭淘汰的威脅之際。常發生於新科技被大量引入、法令規章有所改變或單純因為消費者口味改變之時。
2. 創造型變革：處於此軌跡上的產業與顧客及供應商間的關係仍屬穩定，但資產會持續地進出。
3. 中間型變革：核心業務活動遭到威脅，但若能把握住知識、品牌資本、專利等核心資產，仍能保有大部分價值。當產業在處理下游市場的業務活動方面同時遭到威脅時，產業便已處於此變革的軌跡上。
4. 漸進型變革：由於業的核心業務活動與核心資產均未受到威脅，因此在產業變革的軌跡上比創造型變革更為穩定，變革的程度亦相當輕微，但假以時日，累積的變革將帶來重大的進步，並產生重大的變革。

對中小型牙醫診所而言，其核心產業活動是五星級大廳、寬敞舒適的候診空間以及貼心的預約制度；而核心資產則是能提高忠誠度的服務，如：牙醫用既耐心又親切的態度說明治療過程，消除病患心中恐懼，並且能針對病患的問題對症

下藥，建立起口碑。這些能力大型醫院未曾擁有，隨著大醫院牙醫的沒落與中小型私人診所的興起，以上這些能力對大型醫院的核心業務活動與核心資產皆具有威脅，因此中小型私人診所對大型醫院而言，屬於「徹底型變革」。

結論五

1. 經過分析，中小型牙醫的核心競爭力為以下四點：

- (1) 牙醫屬於侵入性治療，為了消除病患的心理壓力及恐懼感，中小型牙醫診所的醫師用親切的態度與易懂的語言來對病患說明療程，消除病患對疼痛的恐懼。
- (2) 資訊不對稱下，病患對醫師的經驗值抱持疑慮，信賴程度低。因此中小型牙醫診所請來名醫看診，以建立口碑。之後更要對症下藥，解決病患問題，讓病患產生高度忠誠。
- (3) 民眾生活繁忙，經常錯過預約。中小型牙醫診所的預約制度會提醒病患記得回診，讓病患安心。
- (4) 寬敞的候診空間與華美的裝潢，讓病患得以放鬆心情，愉快的等候看診。

2. 中小型私人診對大型醫院而言屬於徹底型變革。

3. 過去，醫生少(屬寡占市場)，病患只能被動聽從；現在由於醫生多，競爭激烈，忠誠度成為牙醫產業的主要目標。

第五章 牙醫診所的經營創新策略—以 E 公司為例

本章將以 E 公司為個案探討的主軸，以核心競爭力與創新為理論基礎，檢視並驗證實際案例。探討中小型牙醫診所的經營策略給與建議。本章共分為節，第一節為 E 公司的背景與沿革，第二節為 E 公司之經營策略及模式，第三節則為 E 公司創新經營模式之績效探討。

第一節 E 公司背景

E 公司在 2002 年於台灣中部地區成立之初，確實為全中部最豪華又漂亮的診所，異業結合，設立於台中市五星級的飯店之內。該牙醫診所院長分享，若只是標榜診所裝潢美觀，設備豪華，其實沒有意義。因為很快就可以被超越。現在花 3000 萬，5000 萬投資，馬上就有上億的投資出現。這 10 年確實美侖美奐，高雅精緻的診所如雨後春筍般的出現全台灣各處。

院長表示診所必須要像企業一樣，有一種能力能夠去保有一項別人永遠無法超越或完全仿效的特質。而以此特質為中心，要讓這家診所擁有活躍的生命力，能夠源源不斷的永遠維持下去，就需要得到員工的認同與全體的投注，因此如何建立讓大家認同、讓診所永續經營下去的生命力是非常重要的，這就是企業所說的「核心競爭力」。

1. 成立前言

基於牙醫診所之經營型態，已經逐漸由過去單打獨鬥的方式，轉變成現在講求企業化經營的聯合門診模式，故與企業集團合作，成立專業的牙科醫療團隊，並更進一步建立完備的家庭牙醫制度。

2. 成立地點

設於企業大樓內

3. 使用面積

近 300 坪

4. 人員安排

院長 1 名 / 專任主治醫師 3 名 / 兼任主治醫師 4 名

櫃檯 2 名 / 管理幹部 3 名 / 臨床助理 6 名 /

會計出納 1 名 / 清潔人員 1 名

5. 初期設立成本

包含場地裝潢、空間坪數、辦公室器具、醫療設備、人事行政、形象建立，初期設立之成本比一般中小型私人牙醫診所高三倍。

6. 合作方式與盈餘分配

全部費用由企業集團出資，開放固定比例給醫師入股，年終盈餘由企業集團與本企劃提案人共同討論，按固定比率分配

7. 病患來源

醫師群已建立之病患，固定合作轉診病患，固定宗教團體及學校合作，該企業員工與客戶群。

8. 形象建立

a. 配合現代醫療生態，除健保項目，同時以牙周病，植牙，矯正，雷射，美白，齒雕等自費項目為訴求

b. 與牙醫師公會合作，提供場地辦理醫師在職教育課程，以學術活動支援醫療業，增加合作診所數量

c. 透過民間團體，如宗教，公務機關，學校等，發佈刊載牙齒保健專文，參與義診活動。

d. 專任醫師皆曾任教醫學院或服務於大型醫院，同學與學生遍及全省國內外，可定期進行相關合作。

e. 診所開幕前，建立完整診所網站，並與各大搜尋網如 yahoo，google 等進行網路連結。

f. 透過該投資企業公關單位，安排媒體專訪及介紹，宣揚理念及創新經營模

式。並至受邀單位，如科技業，婦女團體，美容機構等進行演講，可簽訂合約成為特約醫療機構，提供牙醫服務。

g. 回饋所有員工及該企業員工，定期安排口腔健檢及優惠服務。

9. 環境介紹

- a. 大型候診室 (溫暖的地毯及柔和的燈光，降低患者恐懼感)
- b. 小朋友圖書遊戲室 (提供小朋友等候區，不至於在診間嘻鬧跑跳)
- c. 櫃檯服務區 (如飯店式 check in 服務區，拉近服務人員與患者的距離)
- d. VIP 沙發室 (提供特別參訪或學術交流等對象談話空間)
- e. VIP 診療室 (服務要求隱密性高的病患，如藝人，公眾人物等等。)
- f. 診療室 (醫師病患的專業看診區，有完整治療椅及器材配備)
- g. 手術室 (消毒，殺菌的空間，提供高氧量)
- h. X光室 (全口 X 光機，病患可以透過 X 光片了解自己的狀況)
- i. 技工室 (製作假牙及其他技術性執行的工作)
- j. 說明室 (醫師針對較大型或私密治療的談話空間，如美容等)
- k. 醫師休息室 (提供醫師用餐及午休處)
- l. 行政人員辦公室 (提供行政人員如會計，管理階層工作區域)
- m. 院長室 (牙醫診所負責人個人辦公室)
- n. 茶水間 (提供茶水，及小型廚房)
- o. 洗手間 (分工作人員，及病患分開使用，男女生不同區域。)

10. 服務至上

第二節 E 公司經營策略及模式

牙醫與一般醫科較明顯的不同在於，一般醫科多以醫學中心為主要發展方向，而牙科是以診所經營為主。牙科許多科目治療時間長，診所的醫師與病人可建立起良好長期的醫病關係，增加病人忠誠度。就第三、四章的探討，可以看出，

醫療單位其實也慢慢朝企業化經營的方向前進，中小型私人牙醫診所也可算是服務業的企業拓展。以企業角度來看，除投資主外，牙醫可視為高階經理人，行政人員及助理為主管與雇員，而病患則是該企業的主要客戶群。故牙醫除了專業技能外，也要有足夠的管理能力以及滿足病患的服務水準，以因應市場需求。

E 公司在 10 年前創立之初，牙醫產業競爭程度逐漸明朗化，因此如何創造診所最好收益及市場反應，需要專注於幾項策略的訂定：

1. 降低營業成本

E 公司既希望降低營業成本，又想要提供病患優質的服務，在兩相考量下，較不傾向於從現有的環境設施或人力資源去做緊縮(包含看診醫師領取的高額利潤)；所以 E 公司除了牙醫診所本身的業務外，另外設立醫療公司，營業項目包含醫療顧問、器械租賃、材料批發等，可藉由多元化的業務來彌補診所的開銷和減稅。

2. 開發自費項目 (非健保可給付範圍)

E 公司希望在不受健保多方條件限制下，提供病患更好的服務。自費已成為牙醫診所的主要趨勢，而牙醫診所對自費的經營策略還包括了定價策略、銷售方法、市場區隔，E 公司也針對不同族群提供如矯正、植牙、假牙、美容等多元化的醫療內容。

3. 服務與設備品質的提高

E 公司認為醫療事業是對社會貢獻的重要一環，面對眾多的競爭者，診所在心態上要更積極面對強勁對手，需要有使命感(醫師素養)，吸引力(裝潢設備)及競爭力(高品質與貼心的服務)來創造最高效益。同時致力於自我形象建構，建立 CIS 企業識別系統(Corporate Identity System)，其中包含企業文化、理念、標語等，以客為尊，贏得病患信賴。E 公司亦聘請國外如南加大牙醫學系矯正教授或國內醫院知名植牙專家等長期駐診，提供病患更安心的就診環境。

現代的牙醫診所講究的是精緻醫療，當台灣已經處處走向服務為主的企業理念，牙醫診所也應該更加注重患者的感受、要求與回饋。而這些要注重的地方，應該由患者第一步踏入診所就開始做起，包含掛號、候診與進入診療室。

E公司在醫師品質整齊的前提下，參考了硬體的優勢如裝潢、器材、地點等，或軟體的強項如媒體造勢、行銷廣告等，但最後著重在經營理念與價值上，選擇了最簡單卻貼心的「服務導向」為出發點。現在的醫療應該走出一條以服務為中心的路。E公司標榜：「視病猶親」的精神。

若以服務為出發點來面對病患，相信可以走出一條自己的路。雖然一開始很多人無法苟同，尤其經驗資深，社會地位高的醫生及投資人；因為大眾普遍認為醫師就應該高高在上，所講的話不容質疑，且無須向病人多做解釋；反之，助理親切待人則是應該的。

但E公司堅持醫師亦須關切病患，並希望服務的理念能深植於心，包含病患後診時段的招呼、診療過程醫師對病情的詳細解說、回診前助理的電話提醒及追蹤以及病人離去後的定期電訪詢問。另外，E公司建立完整的轉診模式。協助病患因住家地點及病狀給予建議，介紹病患應去鄰近哪家醫院就診？找哪位醫師？並與該醫師取得聯繫，預先告知醫師病人的病情等，使轉診行為成為貼心服務，病人不會在離開該診所後感到恐懼及徬徨，因為下一位醫師已對你的病情有所了解並安排看診時間。以往認為轉診必須花費大量時間，並且只通知你去哪家醫院。E公司的貼心表現，使得回診率及口耳相傳的初診率同時大幅提高。

以「服務導向」為基礎之前提是建立於牙醫師及助理皆具有專業及職業水準下，方可提出之核心競爭力且為完全從病人角度為出發點的服務機制。

E公司以服務為導向的內容：

表 5-1 E 公司標準看診服務內容

服務項目	地點	負責人員	備註
預約看診	電話服務	櫃檯客服	預約看診，讓回診患者不用久候，在特定時間抵達，減少時間浪費。
回診通知	電話服務	櫃檯客服	去電提醒患者預約看診時間，以免對方忘記，延誤就診時間。
免費停車	診所停車場	停車場管理員	提供免費大型停車場，患者無須為找車位傷腦筋
候診室接待	接待區	櫃檯客服	提供茶水、咖啡、飲品等，燈光溫和，設有書報區並播放輕音樂
兒童代照顧	圖書遊戲區	櫃檯客服	提供兒童遊戲區，避免打擾患者與等候者
櫃檯掛號	櫃檯服務區	櫃檯客服	提供飯店式坐椅面對面掛號，櫃檯客服人員需保持微笑和禮貌
臨床助理接待	前往診間	臨床助理	於候診區接待患者，並提醒走路須當心，上診療台前會進行預備工作解說
醫師診療	診療室	醫師 臨床助理	醫師會先詳細說明今天治療內容與注意事項
診療結束	診療室	臨床助理	助理為病人提供擦拭用的面紙以及乾淨紙杯漱口
預約回診	櫃檯服務區	櫃檯客服	為病人預約回診時間，並填寫隨身攜帶提醒卡
去電詢問	電話服務	櫃檯客服	病人離去後 24 小時內，去電詢問牙齒否有不適感？或貼心叮嚀注意事項
初診醫師	診療室	醫師 臨床助理	每日有固定看初診的醫師，讓初診病人也不用久候

民國 96 年，台灣舉行第一次全國的診所評鑑，由於條件非常苛刻，當時尚無診所敢接受評鑑。牙醫師公會在中部地區指派了幾家代表性診所參與評鑑。其中，E 公司成為衛生署醫療評鑑委員會評鑑之台中最優良診所。



圖 5-1 優良診所證書影本

當初接受表揚時，台中榮總的院長於演說中提及台灣醫療界從古至今欠缺的就是「服務」。醫師的姿態一直都是在病人之上，而他覺得一個服務理念的改變是醫療界現在要努力的目標；然而請醫師服務病患常常都是緣木求魚，因為醫師說起話來經常不帶感情。只是語調平板的說謝謝、不客氣，病人並不會有「被服務到」的感覺及感動，這樣的服務有時候比不服務更糟糕。院長深刻體會到在服務之前要先加上「謙卑」兩字，服務的貫徹就是心存謙卑。所以 E 公司在服務導向的執行上就是把真正的謙卑表現出來，在訓練醫師及助理時，就讓他們了解到醫師穿上白袍之意義並不是高高在上，病人給予醫師累積經驗的機會，讓醫師得以驗證課堂上所學理論與知識的成果。所以應該把病人當成自己的老師，不該以「你聽我的就對了」的觀念來對待病患。院長希望能將這樣的服務理念慢慢的植入牙

醫師心裡。當越來越多的醫師能以謙卑的態度帶出服務理念，這比再昂貴的儀器或再多的聯盟都來得更更有價值。

E 公司在 2012 年經營滿十週年後，仍堅稱除開幕時期的形象建立外，不走媒體行銷，不打廣告。E 公司院長提及，媒體行銷就像麻藥，容易上癮，但隨之而來的是將生死大權交給別人宣傳，要藉由形象公司來宣傳診所，這失去了視病猶親的意義。

醫師應該要用他本質專業的學習及服務理念來引起病人的信任並建立口碑。口耳相傳是最直接的行銷方式，雖然靠這樣的經營理念一切都得慢慢來，但說服力是最強的，後續效應能無限延伸。E 公司已從這十年的經營中看見成效，可惜現代人都無法等待，視野較為狹隘與看重短利，沒有時間等待投資報酬率，希望立竿見影，馬上看到效果。

第三節 E 公司創新經營模式之績效探討

民國 84 年開辦健保前，台灣醫療產業屬於獲利好且較為封閉的產業。全民健保改變了傳統的經營模式，也讓醫療院所無法再以封閉的態度製作財務報表，而須以公正公開透明的方式實報實銷，診所因而被迫轉型以因應市場的新型態。由於科技發達，消費者意識抬頭，經濟起飛，患者也由以往只需治療牙痛(補牙)到功能提升(矯正)，之後因注重美觀需求(植牙、美容)而進入到客製化的時代。

在第二節提出 E 公司採用的創新經營模式，從降低成本、開發自費項目到品質管制，我們都可以看出與傳統經營的大不相同，E 公司也從中受惠。傳統經營未受限於全民健保之限制，因此成本控制的考量低。過去受限於技術能力，因此矯正、植牙並不普遍，在當時醫師為大的年代，對患者提供的品質與服務並未受到重視。

因此當進入到創新的經營模式，就可以看出明顯效果和落差。E 公司藉由新的經營模式，從以下績效創造更多額外的營收及診所附加價值：

1. 醫師掌握市場動向及最新技術

過去牙醫供不應求，不需要特別進修，就有看不完的病患等著就醫；現在牙醫師過盛，醫師若無本事，無法照顧好自己的病人，病人就會流失。隨著社會與教育制度的進步，相對牙醫師的自我要求也會一併提高。

E 公司要求牙醫師皆要定時參與進修及學術交流。約 10 多年前醫療相關單位開始規定，牙醫師一年要有至少上課 30 小時，6 年 180 小時才能符合執業標準，醫院、診所、學校、協會及工會都有開課，醫師為了要學習更多新的東西，一年都會超過 30 小時。目前最普遍的課程就是植牙，由於學校在植牙領域教的不多，故可從此課程中學習。此外，除了專業技術的提升，經營管理也必須學習。

現在市場上大型聯合診所與連鎖的診所有如雨後春筍，各處都是，許多牙醫師擔心中小型私人牙醫診所是否能經營下去。E 公司相信雖然市場上同儕的競爭程度與日俱增，但此類型的診所仍有許多優勢可以克服外在環境的競爭，繼續經營下去。藉由醫師不斷的進修與交流，隨時掌握市場最新技術回饋給病患(消費群)。此外，牙科診所逐漸走向中小型企业經營化，牙醫師等同診所的高階管理者，除醫療技術外，也必須進修管理能力，為其企業—「牙醫診所」設定未來發展規劃，不斷求進步。

2. 強化醫病關係及創造顧客價值

E 公司發現，牙醫的主要工作就是要治療病患，只要醫師的自我要求高、不吝於學習新知並提供好的品質，就診病患不易流失，診所亦可維持穩定的收入來源。若中小型私人牙醫診所還能聘請到社會上高知名度之牙醫師前輩進駐更好。

E 公司長期有台灣大型醫院牙科主任權威及國外著名牙醫學系教授專職

於診所，病人更為安心的同時亦會選擇長期跟隨固定醫師，因此 E 公司在市場接近飽和的情況下，仍擁有競爭力。

這些醫師與病人間的互動貼心、細心、有耐心，不會因為自己的社會地位或專業知識而抬高自己的態度。病人在詳細了解自己的狀況，知道接下來的處理步驟後會更安心地接受治療，消除大部份恐懼感。也藉由和醫師的對談和成果，建構對醫師的信心，培養忠誠度。同時因為治療過程透明、順利、相對也提升病患滿意度，創造顧客價值。

3. 提升環境空間及營造舒適氛圍

牙醫診所飽和的問題是牙醫產業的一大隱憂。在郊區，可能只有一家牙醫診所，沒有競爭無須裝潢。但市區因為診所數量多，病患可「貨比三家」，故診所投注更多資金在環境的設計上。E 公司最初決定開業就要提供完善的環境給患者，原因在於初診病人若不曉得醫師的學經歷，通常會選擇乾淨、明亮、漂亮的診所。外觀老舊的診所就會被逐漸淘汰或被迫重新裝潢。這也是中小型私人牙醫診所無形的壓力，且由於此趨勢已成為必然，即使裝潢的花費可觀，幾乎新開的診所依舊花錢進行裝潢。

E 公司的優勢除了裝潢優雅外，空間更是一大強項。寬敞的空間一覽無疑，除診療區外，全部鋪地毯。後診區的服務櫃檯沒有一般診所冰冷狹小的感覺，取而代之的是如飯店式的管理，用就座式面對面的服務，消除看診的壓力。同時櫃檯後方的後診區皆為沙發式，此區播放輕音樂，提供茶飲，書報雜誌，無線上網等，讓病人在等候時能降低恐懼的心情，放鬆全身。此方式深獲好評，也是一進入診所就被看見的附加價值。



圖 5-2 室內裝潢與周邊設施

4. 使用先進設備及建立醫療通路

隨著科技日新月異，儀器比過去更為先進，加上電腦化、數位化，器材不可同日而語。同時，價格也高，如 X 光機，一台儀器動輒甚至上千萬，就連大型醫院也不見得有。中小型私人牙醫診所除非資金足夠，利潤夠多，才會考慮去購買這種高價位的儀器，也再次凸顯其無形的壓力。

E 公司因有企業投資，金額調度較靈活，初開業時就可購買新穎的器械器材，也因企業投資者本身即為建築出身，故可用更低廉的價格創造出既舒適又美輪美奐的環境。同時建構網路服務，讓病人有更多管道對 E 公司進行比較與評比，也提供給醫師與病患一個多元化醫療互動的平台。

事實證明，E 公司的許多病患除了肯定醫師的專業技術外，也因為喜愛此種環境或了解設備品質而成為回診患者。如此條件幫診所本身加分許多，但 E 公司也擔心入行的醫師更加重視外在表象或昂貴器材的使用，而忽略其本身技術及醫療專業的追求。

現代年輕醫師與上一輩醫師的想法有差距。過去的醫師在畢業後會繼續學習，穩扎穩打的累積經驗是基本共識；現在許多新進醫師考量開銷與利潤，開業之初就想從植牙等高難度治療做起，且過去診所只需要有治療椅、簡單的隔間、基本設備與衛生安全就好；而現在由於趨勢考量與同業競爭壓力，更為注重門面，因此裝潢與先進的器材成為開業的主要訴求之一。

這是大環境的影響，當 15 年前，台中開立了第一家裝潢設備高檔的中小型牙醫診所後，此趨勢便一發不可收拾，到現在已經擴及全台。原因在於診所沒門面就吸引不到初診病患前來就診，因此就投入大量資金在裝潢與設備上，為了回收裝潢以儀器的成本，自費項目就成為中小型診所經營的重要考量因素。

儀器設備	
數位 3D 電腦斷層 X 光	
牙齒美白儀	
頂級口內攝影機	
比色機	
雷射治療儀	
德國原裝進口頂級西門子 Sirona 治療椅	

圖 5-3 中小型牙醫診所之儀器設備

5. 高品質貼心服務獲得口碑與支持

一家牙醫診所的創立，牙醫師是「質」，裝潢設備是「硬體」，病人來診是「量」而服務是「軟體」。軟體出錯會造成當機，所以 E 公司高度重視服務，加強硬體維護。「軟體升級」亦即所謂的品管措施，提高品質的保證。品管對全診所的工作人員都非常的重要。是以品質為中心，透過病患(客戶)滿意度來帶動績效。這部份是需要長期用心經營才能得到的成果，且須隨時改善品管過程，創造口碑效益，以滿足企業本身與合作夥伴，當然還是有最重要的客戶。

在本章表 5-1 已介紹過 E 公司服務導向的內容多元，所以舉凡候診區的服務人員，醫師助理的引導及醫師本身的態度都是服務的基礎面，而貼心的設計，如預約提醒，診後追蹤甚至停車場提供等等都是加分服務，用以提高病患回診意願與積極度。

表 5-2 E 公司患者接受診斷治療與診所服務後之回應文

患者	年齡	身分	狀況	回應	是否回診
劉先生	45	上班族	牙周病	我是長期需要治療的病患，這裡的服務態度及術後的問候和照顧，讓我感到安心。尤其每次醫師不厭其煩的講解，我可詳細知道自己恢復的進度。不再像以前，傻傻不曉得口腔發生了什麼事?之前我台北出差數月，診所還貼心幫我轉診台北牙醫。現在我又回台中了。	長期固定預約回診病患

王小姐	26	業務	定期保養	我牙齒健康，每半年洗牙一次，這邊有專有停車場，看病不收停車費。節省時間又省錢。診所環境很舒服，等候時還可以聽音樂喝杯茶，很享受。提前預約，在預約時段內來，都不用等太久，幾乎都不會影響我工作。所以我都固定來這做口腔保健。	只要保健時間到，經診所電話通知，都會固定回診
許太太	58	家庭主婦	假牙、植牙、美白	我牙齒問題不大，但小問題也多，多是蛀牙問題，要裝假牙。這邊還有小朋友遊戲間，我帶孫子來，有助理人員幫忙看著，我可以安心看牙。還有其他自費服務。醫師都會詳細解說，讓我了解並選擇自己想要的科目。診所什麼都看，所以不用因為特定項目要到別家診所去處理，我覺得很方便。	長期主動預約看診病患

E 公司目前病患為 19910 人，接近兩萬。成立至今共 10 年，每年病人新增約 2000 人。營收穩定，並無逐年大幅成長，需視當年度自費需求與大環境經濟變動而有所改變。同時病患雖然逐年增加，但治療過程結束後的病患回診率降低，因此看診數量的成長幅度小。

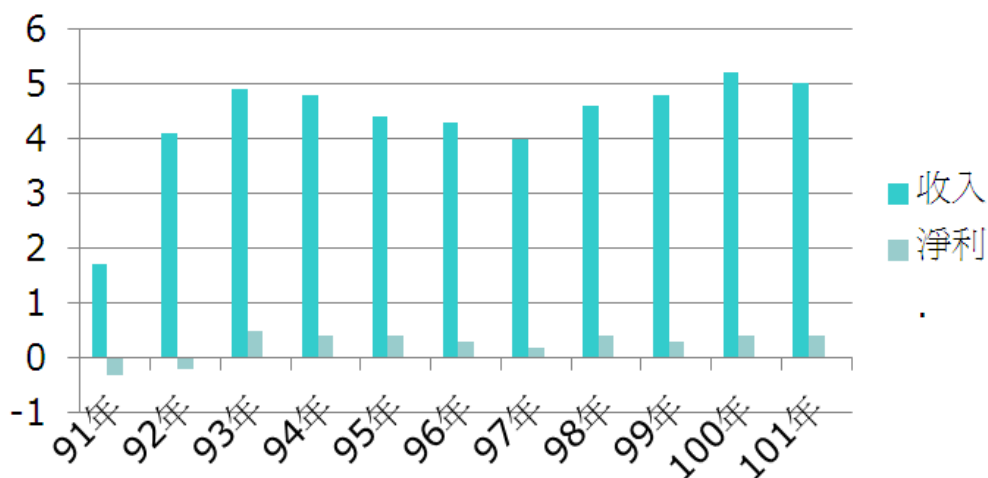


圖 5-4 E 公司整體營收比例

因為大環境競爭壓力大，同業間也不乏經營不善，結束營業，因此 E 公司能夠在經歷 97- 98 年金融海嘯後，診所的營收仍成穩定的比例與正向，表示診所整體的架構和財務狀況是很結實的，仍屬持續進步的成功案例。

表 5-3 也可看出，因為創新的經營模式，帶給病患更高的滿意度，因此回診率是相對提昇的。因為牙齒的治療，幾乎無法一次看診就能完成，須要一次以上，甚至數十次的追蹤治療，這時就要藉由診所的優勢來創造病患高度配合的回診率，相對也提昇營收。

表 5-3 E 公司之病患回診率

患者種類	回診率(療程內)	療程次數	期間
一般病患(健保)	98%	2-3 次	一般保養每年 2 次
補牙(健保)	95%	2-3 次	一個月內
牙週病(健保)	88%	3-4 次(輕微)/ 10 次以上(嚴重)	一年內
根管治療(健保)	95%	3-4 次	一至兩個月
假牙(自費)	95%	3-4 次	一個月內
植牙(自費)	93%	平均 10 次	半年以上
矯正(自費)	90%	30-40 次	兩年至三年
美白(自費)	98%	2-3 次	一週內

綜合以上績效，確實為 E 公司帶來額外的收益，E 公司亦成為衛生署醫療評鑑委員會評鑑之台中最優良診所。但 E 公司負責人認為，醫界朝向業務化服務為牙醫產業之隱憂。醫療並不比買賣，商品不同，商品有品管，服務也有一定的標準。醫師面對的病患是人，是一個生命體，故治療之時不容疏忽。醫療的不確定性非常多，很難設定一個標準的 SOP 模式來處理。因此對於病人的服務應該客制

化，而非標準化。

E 公司的特色是讓病人一踏進診所便覺得溫馨、寬敞。但也是有缺點的。中小型診所相當關注診所的進帳、投資、賺錢與否，成本回收週期多長等問題。以 EMBA 的角度來看，企業必須有收益或利潤；以投資者的角度來評斷，一家成功的診所在 3 至 5 年間即可回本。因此營收低、口碑好的診所對企業而言並不是一家值得投資的公司。

為了增加營收，是否牙科都要開發自費項目來維持健保給付的平衡？E 公司負責人認為以中小型私人牙醫診所來講是必須的。因為健保限制太多，讓牙醫師做的很辛苦，因此被迫開發自費成為另一個訴求。促使營收業績可以衝高，這是最直接的好處，不受健保局的限制。一般診所自費與健保營收比例多為 1：1，以台中市北區為例，平均一個醫師一個月健保的點數可以申報到 40 萬點，通常醫師會做 20 萬業績，另外 20 萬以上為自費。但是自費醫師，如專做矯正、植牙的醫師，月收入自費項目上百萬的都有。而 E 公司自費與健保營收比例則為 2：1，自費比例明顯較高，其原因在於當病人決定自費看診時，也希望選擇醫師強、質感好的醫療環境，以符合病患心中對自費水準的期望。

第六章 結論與建議

第一節 研究結果

中小型私人牙醫診所創新的經營模式是經過牙醫產業歷史演變暨健保發展的過程而造成的。1970 年代以前病患只為看牙補牙，1990 年因為經濟發展進入假牙時代，到 2000 年後對由於經濟的發展與科技的進步，民眾對牙齒的功能及美觀產生需求，帶動出矯正、植牙、美容的發展。另外，由於健保成立後對牙醫業務的種種限制，迫使自費療程的產生，亦協助了牙科額外的營收並提供病患更多元的服務。

由於自費項目的增加，醫師抽成比例高，年輕學子開始往牙醫靠攏，可從近年來台大牙醫系指考成績高於陽明醫學系發現其趨勢，且全台各牙醫系至今每年牙醫總產量近 600 位。

大型醫院著重在設備、研究與教學且薪資低；中小型診所無需負擔研究教學費用，薪資比大型醫院高二至三倍，且在大型醫院工作還要兼負行政工作，比起中小型診所更為勞累。以上種種因素促使三分之二以上的年輕牙醫決定開立屬於自己的診所或進入小型私人診所行醫，而形成如今中小型私人牙醫診所遍及全台的情況。

中小型牙醫診所的經營已經愈來愈激烈，進入到白熱化的階段。中小型牙醫診所如何另闢蹊徑生存下去，從核心競爭力探討 E 公司之創新經營模式，歸納為以下幾點：

1. 醫療服務：牙齒治療為侵入性治療，醫師以耐心、親切的態度詳細講解療程，消除病患內心的恐懼，且在資訊不對稱下，病患對醫師的經驗值抱持疑慮，信賴程度低。因此中小型牙醫診所請來名醫看診，以建立口碑。之後更要對症下藥，解決病患問題，讓病患產生高度忠誠。
2. 完整的預約與追蹤制度：病患容易因忙碌而忘記在預約日回診，E 公司會於回

診前一日提醒病患準時就診，並定期追蹤狀況，把握病患固定回診，此舉有助於長久關係發展。

3. 環境舒適：一般中小型診所候診室較為狹小，治療儀器發出的尖銳聲帶給患者無形的壓力，造成等候時的不舒適感。E 公司採用寬敞的空間、五星級大廳、大型候診室、雜誌書報區、無線上網服務讓病患放鬆緊張的心情，甚至播放輕音樂為患者舒緩情緒。

綜合以上，創新經營的核心競爭力分為服務與技術，技術裡又分為醫師專業與設備，而設備又再分為診療機器設備與診所環境，這些都是環環相扣組成的條件。從各章節的探討及 E 公司的案例可認定牙醫診所的經營管理能力也是不容忽視的重要課題。我們了解到一般大眾選擇牙醫診療常取決於：醫師聲望、服務態度、環境地點、停車便利性、定價與設備等，基於這些原因，牙科需要轉型與創新以符合市場需求。好的牙醫現在不只是醫術高明，還要學習經營牙科的許多細節；從成本、財務及品質管制去創造診所的最大利益。明確傳達診所理念，也要不斷進步，設定新的目標，讓中小型私人牙醫診所邁向企業化發展。

第二節 研究建議

許多診所致力於強化硬體設備與周邊服務，容易忽略醫療本質。現在一般的診療還是需要靠醫師問診的方式，而不能靠電腦來回覆，因此個案中的 E 公司是非常重視醫師與病患之間關係的建立。但健保局、衛生局或相關主管機關，目前只要求雙方關係良好，醫師與病人之間不要出狀況即可的態度。因此變成醫界漸漸更注重表面功夫，診所漂亮，加強助理態度和藹親切，而忽略醫療品質與追蹤狀況，針對上述情況及 E 公司的案例探討，做以下建議：

1. 對於 E 公司，可強化醫師的本質訓練，加強自費項目的技能發展和研習，並繼續提昇設備，創造高科技設備的使用率，增加營收。
2. 對於中小型私人牙醫診所來說，提高診間看診率是絕對提升收益的方法之一。尤其專診於自費診療的醫師可為診所帶來更高的營收。故診所於創立之初，須審慎評估醫師的質與量所能帶來之效益。
3. 由於市場供過於求，降低了醫師素質、涵養與道德，對病患而言是一種風險，因此台灣開始參考國外型之有年的 PGY 政策，規定開業前必須接受兩年醫學訓練課程，期許能提升醫師的水準，降低畢業即開業之熱潮。
4. 除了整體醫療環境的提昇，大醫院也應提昇醫師的薪資和福利，為醫護人員爭取更好的工作環境，留住優秀人才，改善牙科現狀。
5. 由於健保規範對牙醫與病患的種種限制：如醫師補牙次數有上限，超過上限無法申報，轉而介紹自費項目或虛報健保。因此醫師與診所需有高度道德操守來申報給付，病患亦對醫療開銷較無節制，造成醫療資源浪費。健保應正視此缺口，進行截短補強的措施。

參考文獻

一、中文部分

1. 王怡茵，2007，「建構服務創新衡量模式之研究—以台灣國際觀光旅館業為例」，長榮大學經營管理研究所碩士論文。
2. 吳思華(1998)，「知識流通對產業創新的影響」，第七屆產業管理研討會論文集。
3. 陳明哲(2008)。動態競爭策略探微-理論、實證與應用：智勝文化事業有限公司。
4. 曾煥井，2009，「牙醫醫療產業加盟連鎖營運之競爭策略研究—以 D 牙醫集團為例」，輔仁大學管理學研究所碩士論文。
5. 劉德明、陳操斐，2009，「牙醫產業連鎖化經營策略之研究—兼論德邑與國維的營運模式」，證券櫃檯，NO.139

二、英文部分

1. Abernathy, W. J. and Clark, K. B. (1985). Innovation: Mapping the winds of creative destruction. *Research Policy*, 14(1), 3-22.
2. Afuah, A. (1998). *Innovation Management: Strategies, Implementation, and Profits*. NY: Oxford University Press.
3. Barney, J. B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, *Management Science*, 17, 99-120.
4. Barton (1992). Core capabilities and core rigidities: A paradox in managing new product development. *Strategic management journal*, 13, 111-125.
5. Chacke, G. K. (1988). *Technology Management – Application to Corporate Markets and Military Missions*. NY: Praeger.
6. Chandler, A. D.(1990). Scale and scope: The dynamics of industrial capitalism.

- Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press, Inc.
7. Christensen (1997). *The Innovator's Dilemma*. NY: Harvard Business School Press.
 8. Damanpour, F (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, 34, 355-590.
 9. Drucker, P. (1985). *Innovation and Entrepreneurship: Practice and Principles*. New York: East West Press.
 10. Foster, R. N. (1986). *Timing Technological Transition in M. Horwitch* (ed). Technology in the Modern Corporation. NY: Permagon Press.
 11. Foster, S. and Bolt-Lee, C. (2002). New competencies for accounting students. *The CPA Journal*, 72(1), 68-71.
 12. Hayes and Pisano (1996). Manufacturing strategy: At the Intersection of Two Paradigm Shifts. *Production and Operations Management*, 5, 25-41.
 13. Henderson R. and Clark K. (1990). Architectural Innovation: The Reconfiguration of Existing Product Technologies and the Failure of Established Firms. *Administrative Science Quarterly*, 35, 9-30.
 14. Hill et,(1999). CEO Tenure as a Determinant of CEO Pay. *Academy of Management Journal*, 12(4), 653-658.
 15. Hofer and Schendel(1978). *Strategy Formulation: Analytical Concepts*. NY: West Publishing Company.
 16. Leonard, Dorothy and Sensiper, S. (1998). The Role of Tacit Knowledge in Group Innovation. *California Management Review*, 40, 112-132.
 17. Long, C. and Vickers-Koch M. (1995). Using Core Capabilities to Create Competitive Advantage. *Organizational Dynamics*.
 18. McGahan (2004) How Industries Change. *Harvard Business Review*, 81-91.
 19. Prahalad C. K. and Hamel (1990). The Core Competence of the Corporation.

- Harvard Business Review*, 78-90.
20. Rochford and Linda(1991). Generating and Screening New Product Ideas. *Industrial Marketing Management*, 20, 287-296.
 21. Roger, E. M. and Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of innovation: A cross-culture approach*, New York: Free Press.
 22. Schilling, M. A. (2008). *Strategic Management of Technological Innovation* (2ed). New York University.
 23. Schormmaker, P. J. H. (1992). How to link strategic vision to core capabilities. *Sloan Management Review*, 34, 67-81.
 24. Schumann, P. A. (1994). *Innovate: Straight path to quality, customer delight and competitive advantage*, McGraw Hill.
 25. Sternberg & Lubart (1999). *The concept of creativity: Prospects and paradigms*. Cambridge, NY: University Press.
 26. Teece, D. J., Pisano, G., and Shuen (1997). Dynamic Capabilities and Strategic Management. *Strategic Management Journal*, 18, 509-533.
 27. Vrakking, W. J. (1990). The innovative organization. *Long Range Planning*, 23(2), 94-102.
 28. Walsh, J. P. and Ungson, G. R.(1991). Organizational memory. *Academy of Management Review*, 16, 57-91.
 29. Woodman, R. W., Sawyer, J. E., Griffin, R. W. (1993). Toward a Theory of Organizational Creativity. *Academy of Management Review*, 18, 293-321.

三、網路部分

1. 台灣牙醫網。〈病患常見 Q&A〉。
<http://tw-dentist.com/front/bin/cglist.phtml?Category=421169>
2. 聯合新聞網。〈國維衝牙科診所一哥〉。

http://pro.udnjob.com/mag2/enter/storypage.jsp?f_ART_ID=47994 (檢索時間
2009/03/31)

3. 新浪網。〈陳明哲：動態競爭是把利器〉。

<http://magazine.sina.com/bg/executive/200712/20071211/10299636.html> (檢索時
間 2007/12/11)

4. 商業週刊。〈動態競爭大師教你搞懂對手〉。

<http://www.businessweekly.com.tw/article.php?id=42279> (檢索時間 2011/01/10)