

編號：CCMP93-RD-068

行政院衛生署中醫藥委員會九十三年度  
研究計畫成果報告

衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造  
之探討

**Exploring the organization orientation and  
restructure of the committee on Chinese  
Medicine and Pharmacy (CCMP)**

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：張永賢

協同主持人：蔡文正

研究人員：林柏巖

執行期限：93年6月11日至93年12月31日

\*\* 本研究報告僅供參考，不代表本會意見 \*\*

## 目 次

壹、 前言-----	1
一、 研究背景-----	1
二、 研究目的-----	3
貳、 材料與方法-----	4
一、 資料彙整與研究對象-----	4
二、 專家座談-----	4
三、 問卷設計-----	4
四、 問卷效度與信度-----	5
五、 資料分析-----	5
參、 結果-----	6
一、 臺灣中醫藥行政管理專責機關 — 行政院衛生署中醫藥委員會--	6
二、 臺灣中醫藥發展與現況 -----	16
三、 世界衛生組織 (WHO) 2002-2005 年傳統醫學全球策略 -----	31
四、 WHO 西太平洋區域傳統醫學面臨的問題與 2001 至 2010 年傳統 醫學策略目標 -----	41
五、 世界衛生組織 (WHO) 對針灸醫學的態度及工作-----	49
六、 世界各國中醫藥針灸發展現況-----	57
(一) 中華人民共和國 (China) 中醫藥發展現況 -----	57
(二) 香港特別行政區 (Hong Kong) 中醫藥針灸發展現況 -----	75
(三) 澳門特別行政區 (Macau) 中醫藥發展現況 -----	80
(四) 日本 (Japan) 針灸中醫藥發展現況 -----	84
(五) 大韓民國 (Korea) 針灸中醫藥發展現況 -----	90
(六) 新加坡 (Singapo) 中醫藥針灸發展現況 -----	98
(七) 越南 (Vietnam) 中醫藥針灸發展現況 -----	103
(八) 美國 (USA) 中醫藥針灸發展現況 -----	106
(九) 加拿大 (Canada) 中醫藥針灸發展現況-----	124
(十) 德國 (Germany) 針灸中醫藥發展現況-----	127
(十一) 英國 (United Kingdom) 針灸中醫藥發展現況 -----	137
(十二) 法國 (France) 針灸中醫藥發展現況 -----	142

(十三) 澳大利亞 (Australia) 中醫藥針灸發展現況 -----	148
七、 專家座談意見與建議-----	154
八、 回應世界衛生組織傳統醫學策略與提昇中醫藥委員會位階及功能 分析-----	156
肆、 討論-----	161
一、 我國政府組織改造原則與現況 -----	162
二、 中醫藥專責管理機構-----	164
三、 中醫藥專業人才高等教育與培訓-----	166
四、 中醫藥之國家級研究機構-----	167
五、 中西醫結合之發展-----	171
六、 政府改造後中醫藥委員會之可能情況-----	173
七、 我國傳統醫藥發展之 SWOT 分析 -----	176
八、 中醫藥委員會位階問卷調查分析結果 -----	180
伍、 結論與建議 -----	181
陸、 參考文獻 -----	184
一、 中文部份-----	184
二、 英文部份-----	189
三、 相關網站-----	190
柒、 圖表 -----	194

## 圖 次

圖一 衛生署組織現況圖-----	194
圖二 中醫藥委員會組織架構-----	194
圖三 政府組織改造後政府機關命名原則-----	195
圖四 大陸衛生部與國家中醫藥管理局關係圖-----	195
圖五 大陸國家中醫藥管理局組織架構圖-----	196
圖六 韓國保健福祉部與韓醫局關係圖-----	196
圖七 越南衛生部與傳統醫學局關係圖-----	197
圖八 政府組織改造後中醫藥委員會之可能情況-----	197

## 表 次

表一 問卷樣本特性分析-----	198
表二 樣本對各問題之意見分佈-----	199
表三 樣本對「中醫藥委員會位階提升」之意見分佈-----	201
表四 行政院組織法修正案通過後各部會名稱及功能-----	202

## 附 錄

附錄一 專家座談出席人員名單與會議紀錄

附錄二 「衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造之探討」諮詢問卷

# 衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造 之 探 討

張永賢

中國醫藥大學

## 摘 要

2004年9月15日我國行政院會議通過「行政院組織法」修正草案，行政院未來組織架構為十三部、四委員會和五獨立機關。衛生署及所屬機關將歸入新成立的「衛生及社會安全部」。中醫藥委員會之現況正處於世界衛生組織及國際積極發展傳統暨補充另類醫學、中醫藥生物科技蓬勃發展及為國人使用中草藥安全把關之際，值得深入探討「衛生署中醫藥委員會」組織定位及組織改造。

本研究先進行世界各國中醫藥發展現況、世界衛生組織（WHO）傳統醫學策略報告與我國中醫藥發展現況與管理之相關文獻彙整與討論，舉行專家座談，彙整專家座談意見建議及相關資料進行問卷設計。問卷調查以中醫師、西醫師及對中醫藥之相關臨床專家與其他領域人員為研究對象，以立意取樣方式選取問卷樣本，問卷資料分析以描述性分析之次數（百分比）分佈為主。本研究發放問卷650份，回收有效問卷316份，回收率48.62%。

WHO估計，全球傳統醫藥每年使用達六百億美元，且仍不斷增長中。據統計指出，已開發國家中：70%加拿大人、49%法國人、48%澳洲人、42%美國人和31%比利時人接受過傳統醫學的治療。開發中國家則大部份依賴傳統醫藥照顧國民健康。

2002年，WHO首度發表攸關全球傳統醫學發展專業報告—2002至2005年傳統醫藥全球策略（WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005），就傳統暨補充另類醫學的國家政策、安全有效性與品質、可近性與合理使用四方面提出建議，並建請全球所有國家調整、採行及實施WHO的傳統醫藥策略。WHO對全球使用傳統暨補充另類醫學的國家進行分類：整合型、包含型及默認型。歸類到整合型國家有中國大陸、韓國與越南。中國大陸成立「中醫藥管理局」且局長兼任衛生部副部長；韓國成立「東方醫學局」（又稱韓醫局）；

越南設「傳統醫學局」。美國雖屬包含型國家，但美國政府對於傳統暨補充另類醫學的研發積極，1992年成立另類醫學辦公室(OAM)，1998年提升為國家補充與另類醫學中心(NCCAM)，此外，2000年成立白宮「補充與另類醫學政策委員會」(White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy)。

在政府長期推動下，臺灣中醫藥的教、考、用、研、法、管、保等制度完備，我國憲法增修條文第十條第五項也明確表示：「國家應推行全民健康保險，並促進傳統醫藥之研究發展」。我國雖非WHO會員國但依實質應可歸屬於世界衛生組織認定之整合型國家。專家座談中一致認為：維持或提昇中醫藥委員會位階，有利於臺灣中醫藥發展，可加速國內外資源整合，促進中醫藥現代化、國際化發展。針對提升中醫藥委員會位階，樣本中回答非常同意與同意者佔86.08%，回答不同意與非常不同意者僅佔0.02%。

目前，全球植物藥及中草藥市場興盛，預估2006年將突破350億美元。我國行政院在「挑戰2008：國家發展重點計畫」及「兩兆雙星計畫」中，已將生物科技列為重點發展項目之一，其中，中草藥生物科技極受重視。為臺灣中醫藥的永續發展及迎合世界趨勢，本研究建議：維持或提昇「衛生署中醫藥委員會」為「中醫藥管理局」或「傳統醫藥管理局」。

關鍵詞：世界衛生組織(WHO)，傳統醫藥，中醫藥管理局



**Exploring the organization orientation and restructure of the committee on Chinese Medicine and Pharmacy (CCMP)**

**Yung-Hsien Chang**

**China Medical University**

**Abstract**

The meeting of the Executive Yuan of ROC pass "the organization rule in Executive Yuan of ROC " correction drafted plan on September 15th, 2004. The Executive Yuan will adjust the organization frame to 13 ministries, 4 committees and 5 independent units in the future. Department of Health will merge into 「The Ministry of Health and Social safety」. The committee on Chinese Medicine and Pharmacy (CCMP) are facing with WHO and international aggressive development the traditional medicine (TM) and the complementary-alternative medicine (CAM), the Chinese herbal medicine biotechnology development and the Chinese herbal medicine safety issue. We must explore the organization orientation and restructure of the 「committee on Chinese Medicine and Pharmacy (CCMP)」.

First, we realize the international Chinese medicine development situation recently, WHO traditional medicine strategy, and Taiwan Chinese medicine development situation and management. Then we holding the seminar of expert, collecting the opinion and suggestion of expert and other correlation data to design questionnaire. The survey objects include the traditional Chinese medicine doctor, physician and other clinical expert with interest to the traditional Chinese medicine, and decides the sample way selection to purposive sampling. The description analysis use number of times (percentage) distributes in chief. We send out 650 questionnaires, 316 questionnaires recycled, and returns-ratio 48.62%.

The WHO estimated global TM market value will up to 600 hundred million US dollars every year, and continue growing. According statistical information pointed out in developed country: 70% Canadian, 49% French, 48% Australian, 42% American and 31% Belgian have accepted the TM treatment. The most developing country depended on TM care people healthy.

In 2002, the WHO first announced the 「WHO Traditional Medicine Strategy

2002-2005」, about TM/CAM national policy, safety, efficiency and quality, access, and reason use so on. WHO suggested set up TM strategy to national medicine policy of all WHO states. WHO classified state type by use TM/CAM : Integrative System, Inclusive System and Tolerant System. In the world, only China, Korea and Vietnam belong to Integrative System. The China is " State Administration of Traditional Chinese Medicine " and the major leader is the vice minister of health ministry, too; Korea is " Oriental Medicine Bureau " ; Vietnam is " Department of Traditional Medicine ". The United States belong to inclusive system, and develop TM/CAM study is active. In 1992, USA established 「 the Office of Alternative Medicine ( OAM ) 」 . In 1998, the OAM was promoted to 「 National Center of Complementary and Alternative Medicine ( NCCAM ) 」 . In 2000, White House established 「 White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy 」 .

Taiwan traditional Chinese medicine developed great at education, exam, use, study, regulation, management and insurance. Our constitution increases to fix the ruling a Clause 5 to indicate definitely : We should promote the national health insurance, and the study and development of the traditional medicine . We aren't the WHO states, but should belong to WHO integrative system. The seminar of expert suggest maintaining or promoting the CCMP level. It would beneficial to Taiwan Chinese medicine development, speeding the integration of all resource, and promoting the Chinese medicine modernization and globalization. For promoting the CCMP level issue, answer agree and very agree 86.08% ,answer disagree and very disagree only 0.02%.

Estimating to 2006, the global herbal medicine market would break USD 350 billion. Biotechnology is included in 「 Challenge 2008 : The nation development emphasis project 」 and 「 2 million million binary stars project 」 by the Executive Yuan , the herbal medicine biotechnology is respected, too. To Taiwan Chinese medicine forever developing and matching world trend, we suggest maintaining or promoting 「 The committee on Chinese Medicine and Pharmacy ( CCMP ) 」 to 「 The Administration of Chinese Medicine and Pharmacy 」 or 「 The Administration of Traditional Medicine 」 .

Keyword: World Health Organization (WHO), Traditional Medicine ( TM ) ,  
Administration of Chinese Medicine and Pharmacy

## 壹、前言

### 一、研究背景

全球化現象，對於傳統政府的組織型態與業務執行，造成強大衝擊，引發各國積極進行政府組織改造工程，臺灣也不例外。政府面臨結構性變革之挑戰，重新審視組織架構與運作上的問題，提出有效因應之策。唯有政府體制具備靈活、機動、迅速調整的能力，才能配合國內外情勢的變化，發揮統合的效能，從而政府組織及員額的彈性重整乃成為推動政府組織再造之必要條件。為創造國家競爭優勢，我國政府組織改造於 1999 年正式啟動。

2004 年 6 月 11 日，我國立法院三讀通過「中央行政機關組織基準法」，並在 2004 年 6 月 23 日經總統公布實施，該法案的施行將有助於政府機關組織的職能合理化、架構明確化、組織精簡化及調整彈性化。在「中央行政機關組織基準法」中明文規定，行政院得設立十三個部、四個委員會及五個相當二級的獨立機關。在 2004 年 9 月 15 日行政院會通過「行政院組織法修正草案」，大幅度的縮減、合併現行的三十六個部會為十三個部、四個委員會和五個獨立機關。十三部中將成立新的部會—衛生及社會安全部，將現有的衛生署及內政部與所屬相關單位一併納入，並進行單位業務檢討與合併，此舉將對衛生署中醫藥委員會之存在與否形成莫大衝擊，而中醫藥委員會之存在、併入或提升也將牽動臺灣中醫藥現代化與國際化發展的成功與否。

2002 年，世界衛生組織（WHO）在第 55 屆世界衛生大會於日內瓦舉行之時提出了發展傳統醫學全球策略。據瞭解，這是 WHO 首次專門針對傳統醫學提出的全球發展策略。WHO 的意圖很明顯，是想要讓從來沒有過傳統醫學學習慣的西方主流社會接受傳統醫學。WHO 擬定的策略目標如下：

1. 為傳統醫學制定國家政策。
2. 提高公眾對傳統醫學的認識和瞭解。
3. 評估傳統醫學的潛在經濟。
4. 建立適當的傳統醫學標準。

5. 鼓勵和加強傳統醫學基礎科學的研究。
6. 尊重傳統醫學文化的整體性。
7. 制定保護和保存健康資源的政策。

WHO 對傳統醫學的公開支持，無疑是傳統醫藥復興的開始。WHO 今時今日的舉措是順應發展潮流的需要。根據國際醫學統計年報統計，1997 年全球中草藥約有 169 億美元的產值，2002 年全球植物藥及草藥製劑市場達 224 億美元，2003 年市場達 230 億美元，並以每年 10 至 12% 的速度成長。預計 2006 年全球植物性藥物市場產值更將突破 350 億美元。中國大陸、日本、韓國、德國及美國是目前全球中草藥市場最大、最蓬勃的地區，其中，亞洲和美洲地區是目前全球中草藥市場成長速度最快的地方。據統計，目前全球有 130 個國家使用中醫藥，124 個國家建立中醫藥機構。

根據醫學人類學的研究指出：傳統醫學是整體文化體系的一部分，它會引導文化中的個體利用他認為最合理、最易接受的方式來維持自己身體的健康。我國醫療體系本以中醫為主導，在西醫的引進與競爭下，國家衛生政策已經以西醫為主要，但中醫藥仍在民眾的依賴和信任下繼續生存延續，目前，世界衛生組織、歐美與亞洲各國都非常重視與積極發展傳統醫學，傳統醫藥是各民族的重要寶藏，更是各國的重要資源，我國衛生政策單位應接受並承認此一世界潮流與趨勢。

## 二、研究目的

本研究將針對我國政府組織改造現況、世界各國與臺灣中醫藥發展現況、衛生署中醫藥委員會的組織定位與架構及中醫藥與全民健康保險間等相關重要議題進行探討。

1. 瞭解我國政府組織改造現況與進程。
2. 瞭解衛生署中醫藥委員會之沿革、現況與重大政策之推動。
3. 探討世界各國（亞洲、北美洲與歐洲等）之中醫藥發展現況及對中醫藥管理制度與展望，與我國中醫藥之發展加以比較。
4. 探討世界衛生組織（WHO）「2002-2005年傳統醫學全球策略(WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005)」專業報告，對於內容加以整理分析，重新確認中醫藥委員會的組織位階，使其符合世界潮流及趨勢。
5. 以SWOT分析、專家座談及問卷調查擬定我國未來中醫藥發展方向與建議。
6. 探討衛生署中醫藥委員會之組織定位與位階，使其對發展我國特有中醫藥產業有所助益。

## 貳、材料與方法

### 一、資料彙整與研究對象

本研究資料來源在彙整世界衛生組織（WHO）、中醫藥委員會與國內外傳統醫藥或中醫藥相關期刊、論文之外，尚包括國內外傳統醫藥或中醫藥相關網站資料，此外，專家座談時專家學者的意見建議及問卷調查皆是本研究的資料來源。

本研究以中醫師、西醫師及對中醫藥有興趣之相關臨床專家學者與其他領域人員為研究對象。本研究是以立意取樣（purposive sampling）方式選取問卷樣本。針對中醫師公會全聯會、各縣市中醫師公會之重要幹部或相關人員，與 2004 年 9 月至 11 月中醫藥或傳統醫學相關研討會與會之中醫師、西醫師、中西醫師及護理師、藥劑師等相關人員為樣本對象。本研究共發放問卷 650 份，回收有效問卷 316 份，回收率 48.62%。

### 二、專家座談（Expert panel）

專家座談會乃應用與決策時，以數位專家作為諮商者，尋求團體判斷與共識的一種方法。此次專家座談之目的為集合眾位專家學者之意見，對於中醫藥委員會組織定位與組織改造之議題有明確的建議，對未來我國中醫藥發展方向及提昇中醫藥委員會層級，有正向的效果與助益。

專家座談會於 2004 年 8 月 12 日，在中醫師公會全國聯合會舉行。應邀出席的專家學者兼顧其專業性與代表性，有中醫藥委員會研究發展組謝伯舟組長、國立中國醫藥研究所吳天賞所長、國立陽明大學傳統醫藥研究所黃怡超教授等十二名國內中醫藥領域專家學者，針對相關議題提出建議與看法（如附件）。

### 三、問卷設計

本研究採取問卷調查方式收集資料，首先參考世界各國中醫藥發展之相關研究、世界衛生組織傳統醫藥相關研究與我國中醫藥發展現況，再參

照專家座談之意見與建議，匯集多方面之意見與建議，作為問卷內容設計之重要參考依據。

問卷內容設計共分五大構面：世界衛生組織傳統醫學策略與我國中醫藥發展、中草藥科技島與中藥用藥安全、中醫藥現代化與國際化發展、二十一世紀中醫藥發展趨勢及中醫藥委員會組織位階提升。

#### 四、問卷效度與信度

##### (一) 問卷效度

本研究問卷之內容效度採專家效度，在擬定問卷初期，請教國內相關學者、專家，協助評定問卷內容之適切性。再依據專家學者所提供的意見與建議，經多次修改問卷內容後，得到最後本研究之問卷，因此，問卷內容有其效度。

##### (二) 問卷信度

所謂信度是指衡量工具的精確性或正確性，一般而言包括衡量結果的穩定性與一致性。本研究為確定問卷內容是否達到內部一致性之要求，以統計方法 Cronbach's Alpha 係數衡量其信度，係數值愈大，表示內部一致性愈高。

本研究的問卷設計，在世界衛生組織傳統醫學策略與我國中醫藥發展部份 Cronbach's Alpha 值為 0.91，在中草藥科技島與中藥用藥安全部份 Cronbach's Alpha 值為 0.92，在中醫藥現代化與國際化發展部份 Cronbach's Alpha 值為 0.92，在二十一世紀中醫藥發展趨勢部份 Cronbach's Alpha 值為 0.91，在中醫藥委員會組織位階提升部份 Cronbach's Alpha 值為 0.92，五大構面皆具有一致性。從統計分析結果顯示，本研究問卷內容一致性頗高，內容有其信度。

#### 五、資料分析

資料分析以描述性分析的次數（百分比）分佈為主，說明社會人口統計變項基本特性、樣本對問卷內容五大構面各問項之意見分佈與對提升中醫藥委員會組織位階之意見分佈。

## 參、結果

### 一、臺灣中醫藥行政管理專責機關—行政院衛生署中醫藥委員會

#### (一) 中醫藥委員會沿革

自1912年至今，衛生行政體制曾多次隨著政府組織改變而變動。政府遷臺後，內政部下設立衛生司掌理全國衛生事務，同時為保有大陸前衛生部設「中醫藥委員會」掌理中醫藥事務之精神，1949年，在內政部衛生司下設「中醫藥委員會」，為「諮詢單位」角色，向衛生主管建議中醫藥發展事宜；1971年內政部衛生司改隸屬於行政院，成立行政院衛生署，亦秉承前衛生司精神，保有中醫藥委員會諮詢單位，負責對臺灣中醫藥發展工作之建言。

中醫藥的各項行政業務原本由行政院衛生署醫政處與藥政處負責管理，當時中醫藥委員會只是行政院衛生署中醫藥發展之諮詢單位，僅具有中醫藥發展事宜的建議權；由於社會各界對中醫藥管理之要求急劇增加，行政院衛生署於是依據1987年7月29日修正公布的「行政院衛生署組織法」第17條之規定：「本署設中醫藥委員會，掌理中醫中藥各項行政業務及研究發展工作；其組織另以法律定之」，1991年11月18日在立法院內政法制委員會聯席會議中一讀通過「行政院衛生署中醫藥委員會組織條例」，並在1994年12月15日經立法院三讀通過，並於同年12月30日由總統公布實施。1995年11月1日正式成立「行政院衛生署中醫藥委員會」，專職管理臺灣中醫藥行政管理等工作。至此，中醫藥委員會已由最早的中醫藥發展「諮詢功能」轉變為具有「執行」中醫藥行政管理功能的獨立機關。而中醫藥委員會成立宗旨為「中醫現代化、中藥科學化、中西醫一元化及中醫藥國際化」，目的乃在於促進中醫藥現代化與科學化，融合傳統的醫學，期使國人更健康、更幸福。



## (二) 中醫藥委員會工作職掌

衛生署中醫藥委員會為臺灣中醫藥最高行政管理機關，下設有中醫組、中藥組、研究發展組、資訊典籍組與科技研發小組，另有獨立的人事與會計權，現將中醫藥委員會各組業務概況與工作職掌敘述如下：

### (1) 中醫組

提昇中醫師素質，加速中醫醫療機構發展，建立疾病分類、診斷基準、治療指引及療效評估制度，加強宣導民眾正確就醫觀念，加速中醫現代化，輔導中醫醫院、診所電腦化，推動傳統醫學與現代醫學的整合，訂定中醫醫院評鑑標準，健全中醫醫療管理制度。

- 關於中醫政策方案之研擬、策劃與指導事項。
- 關於中醫師執業之管理及監督事項。
- 關於中醫師執業之輔導及獎勵事項。
- 關於中醫醫療事業之規劃、輔導、獎勵及各項標準之擬訂事項。
- 關於中醫醫事人員之臨床進修及其他進修事項。
- 關於中醫醫事及中醫團體目的事業之督導事項。
- 關於中醫醫療廣告管理事項。
- 其他有關中醫行政及技術事項。

### (2) 中藥組

全面推動傳統中藥廠，實施優良藥品製造標準（GMP），以提昇中藥製劑之品質，建立中藥材管理制度，以確保藥品安全性，研訂中藥臨床試驗辦法，以進行新藥研發及固有成方等相關藥品之療效再評估；並督導地方衛生機關對市售品提驗做為工作重點以確保民眾用藥安全，現更積極規劃成立中藥藥品品質管制中心，著重於對中藥材基添鑑定產銷許可、指標成分、活性成分及中藥材檢驗規範訂定，以促使中藥早日符合台灣為亞太營運中心的需求-中藥科學化，而邁進國際市場。

- 關於中藥政策方案之研擬、策劃、修正與指導事項。

- 關於中藥商之輔導、獎勵及國家標準審查事項。
- 關於中藥藥品製造、品管之指導事項。
- 關於中藥藥材品管安全之管制事項。
- 關於中藥從業人員在職進修之輔導事項。
- 關於中藥廣告管理事項。
- 其他有關中藥行政事項。

### (3) 研究發展組

建立研究計畫審查及管考作業程序，訂定研究發展計畫審查程序及相關書表，研訂本會中醫藥研究發展重點；辦理委辦計畫之徵求，調查委辦研究計畫成果報告應用情形，出版中醫藥專業參考性研究成果叢書，推動兩岸中醫中藥學術交流，將治療臨床疾病較優勢的中藥加以發揚光大。

- 關於中醫診斷、中醫藥臨床評估及其研究發展事項。
- 關於針灸、經穴之臨床療效評估及其研究發展事項。
- 關於中藥製劑及劑型之研究改進事項。
- 關於中藥材基原、品質、性味、歸經及主治之研究事項。
- 關於國內外中醫藥學術交流之推動事項。
- 其他有關中醫藥研究發展事項。

### (4) 資訊典籍組

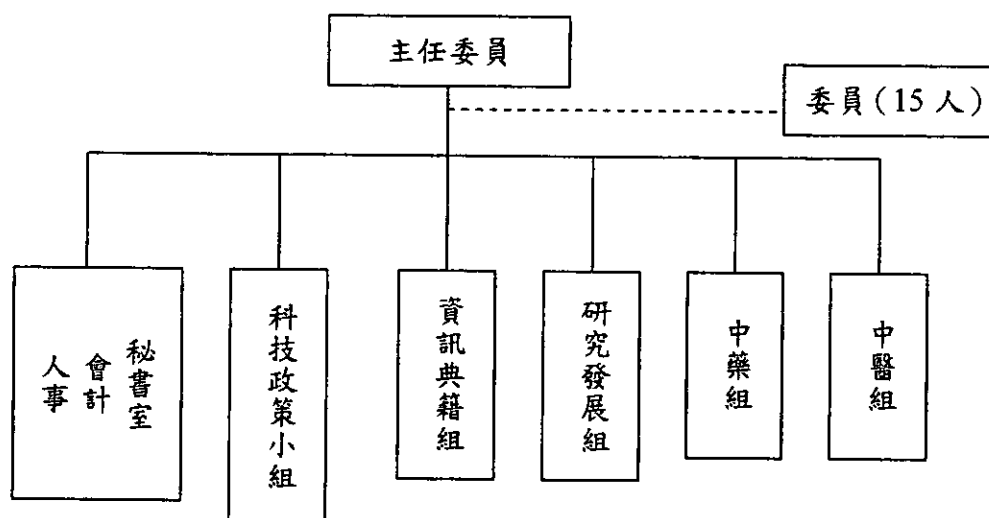
建立中醫藥典籍電腦檔案，落實中醫藥典籍資訊化業務，建置中醫藥資訊網路，達到為民服務之目的，彙編出版「中醫藥年報」，推動辦公室自動化，繼續加強中醫藥行政管理資訊系統，充實中醫藥資訊網路內容與功能，研究發展醫療診斷相關資訊計畫及蒐集珍藏中醫藥典籍資料。

- 關於中醫藥資訊之發展事項。
- 關於中醫藥典籍之整理、編纂及中醫藥年報之編印事項。
- 其他有關中醫藥資訊、典籍及技術等事項。

### (5) 科技政策小組

科技業務之統合管理、臨床試驗環境及法規建置、建立 GCP 查核制度等，另為因應世界衛生組織「2002 年-2005 年傳統醫藥全球策略」之發表，政策規劃、國際事務聯絡與接待外賓等相關事宜。

- 輔導教學醫院成立中藥臨床試驗中心。
- 持續辦理中醫藥臨床試驗相關訓練課程，提昇臨床研究人員之臨床研究水準及建立正確的受試者保護觀念。
- 輔導成立中醫藥聯合人體試驗醫學倫理委員會，提昇國內中醫藥臨床試驗計畫的審查品質及審查效率，並保障受試者之權益。
- 建立全國中草藥不良反應通報系統，加強用藥安全管理。
- 推動臨床療效評估（GCP）查核制度，確保臨床試驗之品質。
- 健全中藥新藥法規環境，鼓勵新藥研發並加速產業升級。



行政院衛生署中醫藥委員會組織架構

### (三) 中醫藥委員會重要施政成果與展望

#### 1、「中醫臨床教學中心」的成立，建置中醫醫事人員整體教學環境

推動「中醫臨床教學試辦計劃」，組織中醫醫學教育委員會，訂定完整中醫醫療照護模式（含中醫診療、中藥藥事服務及中醫護理照護）與中

醫臨床教學訓練（含中醫見實習醫師、住院醫師、藥事人員及護理人員訓練）大綱，以健全中醫醫事人員臨床教學訓練基礎環境，全面提昇中醫臨床教學、研究及訓練環境，全面提升中醫醫事人員執業素質及中醫醫療服務品質。目前已成立 7 家中醫臨床教學中心。

## 2、建立中醫醫院訪查制度，確保民眾就醫安全

推行「中醫醫院暨醫院附設中醫部門訪查計畫」，確保中醫醫療服務品質。完成 33 家中醫醫院暨醫院附設中醫部門訪查工作，有 23 家醫院訪查合格。

## 3、提昇中醫師及中醫護理人員執業素質

進行「中醫師繼續教育計畫」，中醫藥委員會積極輔導各級中醫師公會、中醫專科醫學會、醫學院校及醫院等相關團體、機構辦理中西醫學術研討會及中醫藥學術臨床病例討論會等繼續教育活動；並舉辦「資深中醫師經驗傳承研習會」25 場，傳承資深中醫師的診療心得及寶貴經驗，促進薪火相傳，維護中醫師執業素質，確保中醫醫療服務品質。

推動中醫綜合醫院請設置產後護理、護理之家服務部門，使需要長期照護的民眾，亦能接受中醫護理照護服務，獲致中醫藥的調理效果。為配合中醫醫院、診所護理業務之實際需要，中醫藥委員會陸續訂定「中醫護理訓練」選修課程大綱，推動訓練計劃。建立中醫疾病分類、診斷基準及治療指引，推動中醫現代化。訂定「中醫學概論」課程大綱，公告醫師、牙醫師執行針灸業務規定，將現代醫學課程納入中醫師繼續教育內容，逐步促進中西醫學整合。

## 4、落實中醫醫政及中藥藥政管理，建構中藥安全環境

規劃完成「建構中藥用藥安全五年計畫（2004-2008）」並於 2004 年 1 月開始執行，期能確實維護臺灣每年數百萬中草藥消費者之切身權益與用藥安全，並達成將臺灣建設成中草藥科技島，把中草藥發展成高產值之主流產業；2004 年 3 月編纂完成我國第一部「中華中藥典」（2004.03.09 署

授藥字第 0930000936 號)，2004 年 5 月 1 日公告實施，奠定中藥品項法定範圍及建立品質管控之國家標準。

## **5、中醫藥管理與服務資訊化，落實 E 化政府**

為提供民眾安全就醫及用藥環境，加強取締不實之藥物廣告，創新建置「中藥藥物廣告查詢系統」，提供違規廣告查處時更大的便利性，縮短違規廣告查處時間；開發「中藥違規案件記錄系統」，落實中藥藥政管理，杜絕非法藥物流通，達成淨化廣告目的；建置「許可證及廣告案件申請進度上網查詢系統」，具體推動民眾申辦案件電子化網路單一窗口措施；建立全國中醫師資訊系統，確實掌握中醫師執業動態進行管理。

## **6、整合中西醫學，強化中醫藥照護民眾健康**

為使中醫藥照護民眾，能透過中西醫學整合的方式，獲得完善的中醫藥照護服務，並透過住院病人使用中藥療效評估計劃的實施，確認中醫治療效果，進而提升中醫照護品質，鼓勵各教學醫院普遍附設中醫部門，並將中醫部(科)納入正式編制。在公立醫院方面，為滿足民眾對中醫藥照護服務需求，高雄市於 1983 年 7 月設市立中醫醫院；台北市亦於 1997 年 12 月，將市立和平醫院中醫部獨立為市立中醫醫院。另外，衛生署基隆、台北、竹東、豐原、南投、嘉義、雲林、新營、花蓮醫院，台北市立仁愛、中興、忠孝、陽明、婦幼、和平、萬芳醫院及台南市立醫院均設有中醫部(科)。

## **7、中醫藥產業優質化，促進產值倍增**

為推動中藥產業發展，酌量分期公告「開放可同時提供食用之中藥材品項」，以逐步釐清具有療效與民間習慣以食品使用之中藥材品項，共計已開放 21 種可同時提供食用之中藥材品項；另再徵得中醫師與中藥商公會團體同意之下，於 2003 年 12 月 24 日公告 161 種「不以中藥材管理」之品項藥材，可大幅提昇中醫藥產業發展。

## **8、藥事法第 103 條修正案**

依據藥事法第 103 條修正條文，公告該條文第二項中藥從業人員繼續經營

中藥販賣業務登記換照作業事宜。目前，總申請人數 6,296 人，已核准 5,310 人。

## 9、「全民健保中醫門診總額支付制度」之實施

2000 年 7 月起，推動「全民健康保險中醫門診總額支付制度」及其品質確保方案，合理控制醫療費用，增加中醫專業自主，確保中醫照護品質，共創全民健康保險醫療服務提供者、接受者與付費者三贏局面之產生，促進永續經營。

## 10、健全中藥臨床試驗環境

自 2001 年起，中醫藥委員會先後輔導國內九家優良教學醫院成立「中藥臨床試驗中心」（台灣大學醫學院附設醫院、三軍總醫院、長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、台北暨台中榮民總醫院、成功大學醫學院附設醫院、台南奇美醫院、彰化秀傳紀念醫院），完成臨床試驗中心軟硬體設施、人員配置，以及臨床試驗標準作業流程之制定。各中藥臨床試驗中心已可接受業界之委託，進行中藥新藥的臨床試驗，並輔助中藥固有方劑臨床療效評估之進行。中醫藥委員會規劃修訂相關配套法規，出版「臺灣中草藥臨床試驗與實驗法規」一書，加強對國內外業界之宣傳推廣。

鼓勵廠商提出中藥新藥之申請，建立高品質及可信賴之中醫藥臨床試驗環境。建立執行中藥藥品研發階段臨床試驗之標準作業程序，並建立「藥品優良臨床試驗規範」（Good Clinical Practice, GCP）查核制度，嚴格管理臨床試驗之品質，持續推動「中醫藥臨床試驗教育訓練」，以長期規劃為目標，培訓中醫藥臨床試驗之人才，進而提升我國中醫藥之全球競爭力。建立臺灣為亞太地區中草藥研究中心。

建置與強化全國中藥不良反應通報，成立全國通報中心及北、中、南、東四區通報中心；建立中藥不良反應通報原則、個案醫療專家審查流程及成立專家顧問群；受理中草藥不良反應之通報，包括誤用或亂服民間藥產生不良反應之個案收集，並彙整藥物不良反應之個案，進行評估分析，建立查詢資料庫。此外，透過媒體與研討會的舉辦，對民眾及相關醫療人員

進行用藥安全宣導教育，減少藥物不良事件之發生，確保國民的健康。

輔導成立「中醫藥聯合人體試驗醫學倫理委員會」(Joint Institutional Review Board for Traditional Chinese Medicine, JIRB)，並取得國內十二家教學醫院(台灣大學醫學院附設醫院、三軍總醫院、長庚紀念醫院、馬偕醫院、國泰醫院、中國醫藥大學附設醫院、台中榮民總醫院、成功大學醫學院附設醫院、台南奇美醫院、彰化基督教醫院、彰化秀傳醫院、花蓮慈濟醫院)原則同意授權，受理人體試驗案件之審查。希望能在顧及人體試驗安全性的前提下，縮短核准通過的時間，避免重複審核及鼓勵中藥臨床試驗在臺進行。將臺灣的中醫藥推向國際舞台，促使台灣中醫藥人體試驗在國際上的競爭力而取得領先地位。

## 11、推動中醫藥研究發展與生物科技，提昇中醫藥品質水準

生物科技和製藥工業公認為 21 世紀最有發展潛力的產業具有市場潛力大、附加價值高、技術層級高、污染程度低的特性，極為適合臺灣發展。依據行政院 1995 年頒訂「加強生物技術產業推動方案」中，中草藥列為重點項目之一，及行政院核定經濟部在 2000 年 5 月第四次生物技術產業策略(SRB)會議所提之「中草藥產業技術發展五年計畫」，行政院衛生署中醫藥委員會所扮演之分工角色為「中草藥臨床試驗環境與相關法規的建立」，即建立中醫藥臨床試驗體系與機制，並經由有效的運作，透過臨床科學性驗證，使臺灣所發展之新的中草藥產品得以有良好的競爭力，以進軍國際市場。

中醫藥委員會擬定「中醫藥現代化與國際化整合型計畫」，並自 2001 年至 2006 年執行，使民眾享有優質化之中醫藥環境，內容包括：提昇中藥品質水準、健全中藥臨床試驗環境、推動中醫藥研究及提昇中醫醫療品質。經由中醫藥實證醫學(EBM)發展，建立國際標準化中藥材供應基地、亞太(非)臨床試驗基地之基礎。優先發展下列項目：

- (1) 提升中藥製劑水準：加強臺灣本土藥用植物開發，並以科學化試驗數據建立藥材及方劑規格，使中藥藥劑具有製程精確、標示明確、品質

穩定、國家認證等特點，全面提升中藥品質，加速我國中藥製劑邁入國際化。

- (2) 建立的中藥臨床試驗環境：將建立符合 GCP 規範之中藥臨床試驗環境健全的中藥新藥的 IND 及 NDA 審核制度，配合中藥在全球市場之快速成長及發展潛力，使台灣未來成為中藥新藥的開發中心。
- (3) 創造中藥研發環境，鼓勵進行臨床試驗：尋找療效佳、副作用少、價格不昂貴之治療（或輔助治療）B 型肝炎、糖尿病、骨質疏鬆症、癌症等重要疾病之中藥，建立科學化中醫藥臨床療效評估研究模式，以發揮中醫藥輔助藥功能，改善病人生活品質，並節省醫療資源。此外，配合建立中醫診斷、臨床治療之共識及證型資料庫，以促進中醫診治及臨床療效評估指標客觀及數據化，達成台灣中醫藥現代化的目標。
- (4) 提升中醫醫療服務品質，使民眾可以得到更好的中醫藥服務：配合全民健保中醫門診總額支付制度醫療服務品質需要，建立中醫醫療服務品質管理規範、中醫醫療服務品質管理規範、中醫專科醫師制度、中醫醫院評鑑等，健全未來國內中醫發展環境。

落實「挑戰 2008：國家發展重點計畫」之「基因體醫學國家型科技計畫—中醫藥基因體相關研究計畫」，推動中醫藥對重要疾病之臨床療效評估與研擬中藥品質管制基準；進行中醫藥與基因體學相關基因表現研究與保育類中藥材基因資料庫之建立。

中藥由於成份複雜，藥材的變異性大，品質的一致性較難掌控，提升中藥產品的品質、鼓勵藥廠投入新藥開發及建立中藥臨床試驗環境，實為刻不容緩。中醫藥委員會已陸續完成的工作項目：

- (1) 中藥產品現核發中藥製劑許可證約16,000餘張，包括傳統劑型與濃縮劑型；中藥廠已有76家實施優良製造規範（GMP），另有161家預計於2005年3月全面實施GMP。
- (2) 鼓勵藥廠投入新藥開發（新藥定義為：新療效、新使用途徑、他國核准藥品、新藥材藥材新藥用部位、新複方），已有14種新藥，申請新藥臨床試驗（IND），已核准五件准予進行研發。此外，建立中藥臨床



試驗環境，在10家醫學中心成立臨床試驗中心，進行試驗，並成立不良反應通報（ADR）中心。

- (3) 建立研發方劑選擇機制，以罹患率高、中醫藥療效較優勢的疾病、費用較西藥經濟及生物科技新藥等方面來考量。

## 12、推動中醫藥國際外交，達成加入世界衛生組織（WHO）之目標

為增進海外華僑與國內外中醫、中藥團體之學術交流，中醫藥委員會與2002年至2003年共舉辦六場國際中醫藥學術研討會，加強我國中醫藥表現在國際間的能見度。如2003年11月6日至9日假臺北榮民總醫院介壽堂舉辦「第12屆國際東洋醫學研討會」，共1,450位國內外專家學者與會，國際東洋醫學會（International Congress of Oriental Medicine, ICOM）屬世界衛生組織（WHO）所認可並獲得支持之國際傳統醫學團體，且為我國在國際上唯一具有常任理事席位之國際中醫藥組織，我國具有五席理事席位，其中一位並被聘為該會副會長，舉辦此種國際性中醫藥學術研討會，不僅可藉以發揚中醫藥傳統文化，並可敦睦邦誼與發展國民外交，實有助於提昇我國中醫藥在國際學術之能見度與領導地位。

## 13、中醫藥防治「嚴重急性呼吸道症候群（SARS）」相關工作

在SARS疫情發作期間無任何一家中醫醫院或中醫診所被管制；中醫藥委員會出版「中醫藥對SARS防治參考手冊」，提供全國中醫師參考使用；在SARS專案研究計畫中增設「中醫藥學組」，讓中醫藥扮演更積極穩定的繳色以發揮中醫藥專業特色；並在全國舉行數十場次的中醫、中藥及中醫護理、醫事相關從業人員防治SARS教育防治訓練研討會。

## 二、臺灣中醫藥發展與現況

### (一) 臺灣現代醫療與中醫醫療發展歷史沿革

自十六世紀中國移民逐漸渡海來到臺灣定居開始，臺灣的醫療方式朝向多元化發展。在1860年代西方教會抵達臺灣之前，傳統中醫一直是臺灣醫療體系的主流。在1865年英國長老教會傳教士Maxwell及1872年加拿大長老教會傳教士 Makay來到臺灣，分別在臺灣台南及淡水兩地設立西醫診所之後，臺灣接受西醫訓練的人數才開始逐漸增加。

西方醫學隨著傳教士進入臺灣，自1865年開始，有英國及加拿大長老教會的傳道士進入臺灣傳道。在臺灣醫學發展史，稱為「教會醫學時期」。馬雅各醫師(Dr. James L. Maxwell) 於1865年(清同治4年)5月28日抵達台南，在看西街從事醫療傳道，遭受民眾反對，乃遷移至高雄旗後，1866年在高雄旗後創設一所可容納8名病患的「打狗醫院」，是台灣第一家西醫診所，1868年在台南城南二老口街設立「舊樓醫院」(1900年建立新樓醫院)。

馬偕牧師(Rev George L. Mackey) 於1872年(清同治11年)3月9日自加拿大抵達淡水傳道，並於自家為貧民診療，馬偕牧師不是醫師，但很會為牙痛病人拔牙。他於1873年設立「滬尾醫館」，邀請英國在臺洋行的醫師來協助醫療。1880年開設「馬偕醫館」，是當時臺灣北部第一家西醫院，後來遷到台北，改名為馬偕紀念醫院。蘭大衛醫師(Dr. David Landsborough)於1895年到達臺灣，1896年創立「彰化醫館」，即彰化基督教醫院的前身。雖然只是一所克難簡陋的小診所，卻是中臺灣唯一的西醫診所。

1895年(清光緒21年)滿清政府與日本爆發中日甲午戰爭，滿清政府戰敗，依中日馬關條約將臺灣割讓給日本，日本統治臺灣51年(1895至1945年)。在日本佔領、統治臺灣的這段時間，日本將西醫建設為臺灣醫學的主流，並以教育作為臺灣現代化及皇名化的手段之一，至此中醫在臺灣的發展開始式微。1896年(明治29年)日本政府訂立「臺灣醫業規則」，規定凡執業中醫者應先申請登記，方得准許為醫生，但不稱為醫師，因為醫師之名專屬西醫師。而且這規則以申請醫業為登記制，大刀闊斧地將所有行

醫者，尤其國醫，納入政府公權力管理之下。1901年和1925年公佈「取締國醫規則」，明定國醫觸犯有關醫師規則或有不當行為時，得停止或禁止其營業；其醫術應受當地公醫之監督。無照行醫者，即為密醫，警察得依法取締之。1897年的調查，臺灣的中醫師人數約有1,070人，但歷經日本統治之後，從1899年至1945年，日本政府在臺灣約培養了2,800名西醫師，直到1945年二次世界大戰日本戰敗，臺灣有執照的中醫師卻僅存不到20名。

臺灣在1954年光復後，國民政府接受日本統治時期的衛生管理方式，仍以取締、消滅中醫為最終目的，甚至以不承認中醫教育，來斷絕中醫之生存途徑，臺灣國醫藥改進社社長蘇錦全等二十八人，為了要能切實改變中醫藥學在日本殖民統治時將要被消滅的狀況，於1946年在台北召開「台灣省中醫師聯席大會」，提出檢核中醫師之建議書，組織臺灣省中醫師考詢委員會與中醫師訓練所以甄選中醫師資格，並提出具體章程草案，呈請民政處衛生局批覆，終於在1950年開始實施「中醫師檢核考試制度」，將檢核考試分為檢考（中醫師檢定考試）與特考（中醫師特種考試），並按衛生主管部門規定，檢考及格人員可取得在臺行醫執照，只有通過特考才能取得中醫師執業的執照。1988年，考試院通過《中醫師檢核辦法草案》，對應試人員的資格、學分等作了更嚴格的規定，從歷次考試情況之統計來看，報考人數不斷增加，而及格率卻呈現下降趨勢，說明社會大眾對中醫之信賴且尋求中醫為職業者也增加中，但也經由各科必修學分之提高、考試要求增高與難度加大的措施，進而確保了中醫師整體的素質與學術的品質。

## （二）臺灣中醫藥高等教育與培訓

1945年臺灣光復後，當時全臺有執照的中醫師尚不足20人。由於大陸中醫師遷移來台，或台灣前往大陸留學進修中醫，或自學進修參加中醫師特考，到了1954年中醫師即增加至1,545人。醫學院大學中醫教育養成直到1957年私立中國醫藥學院成立才開始，但負責培育7年制中醫師則到1966年中國醫藥學院成立中醫學系方才開始，而在1984年成立5年制學士後中醫學系，分別在1972年及1989年才開始有畢業生。至於中醫師特考自1988年起委託中國醫藥學院舉辦中醫師筆試及格人員訓練1年6個月的再教育及臨床

實習。1994年全民健保開始上路，由於中醫醫療納入健康保險體系，中醫醫院得以迅速發展，醫療品質及醫療設施皆得以提升。

臺灣目前高等醫學教育單位共有11所（國立的4所；私立的7所），其中，中國醫藥大學設有中醫學系與學士後中醫學系，長庚大學僅設有中醫學系。西醫師數為31,511人，醫師比（Doctor to Population Ratio）約是1：715，每萬人口西醫師數為13.99；中醫師數為4,040人，每萬人口中醫師數為1.79。台灣共有574家醫院，而中醫院有36家，病床數為119,847床，每萬人口病床數為59床；西醫診所所有9,287家，而中醫診所所有2,601家。

臺灣中醫師養成教育，分為七年制（自1996年起改為八年制）中醫學系與五年制學士後中醫學系兩種制度。中國醫藥大學以上兩種學制兼而有之：七年制或八年制中醫學系每年招收學生120名，從1970年到2002年止，已經有七年制畢業生 2,799人，通過中醫師國考者2,341人；五年制學士後中醫學系每年招收學生100名，自1989年至2002年止，已經有畢業生1,052人，通過中醫師國考者816人。長庚大學1998年開始設立八年制中醫學系，每年招收學生50名（如下表）。

此外，醫學系畢業生修習45個中醫必要學分，亦得參加中醫師檢覆考試取得中醫師執照，到2002年底，有醫學系畢業生439人修畢是項中醫學分，已有76人通過中醫師檢覆考試。1948年時臺灣中醫師數呈現不足情況，為使對中醫藥研習有心得之人士得以得償素願，故考試院舉辦中醫師檢定考試與特種考試，拔擢民間優秀人才擔任中醫師。至2002年止，通過中醫師檢定考試者共19,142人，通過中醫師特種考試者3,214人。為使中醫高等教育回歸醫學院正規養成教育體制內，中醫檢定考試將於2008年停辦且中醫師特種考試亦將於2011年停止辦理。

學校	系名	修業年限	設立時間	每年招收人數	累計畢業人數	國考及格人數
中國醫藥大學	中醫學系	七年	1966-1995	120	2,799	2,341
		八年	1996	120	—	—
長庚大學	中醫學系	八年	1998	50	—	—
中國醫藥大學	學士後中醫學系	五年	1984	100	1,052	816

### 中醫師人才培訓

#### 1、中國醫藥大學中醫學院

中國醫藥大學於1958年成立，至今已有46年，並在2003年由中國醫藥學院升格為中國醫藥大學，目前有4個學院：醫學院、中醫學院、藥學院及公衛學院，共計有醫學系、中醫學系、學士後中醫學系、牙醫學系、藥學系、護理學系、公共衛生學系等21個學系，及醫學研究所、中國醫學研究所、中西醫結合研究所、中國藥學研究所等10個研究所，學校附設醫院二所一台中與北港附設醫院，為臺灣地區培育中醫藥人才最高學府。

中醫學院在中國醫藥大學2003年8月改制後成立，由中醫學系、學士後中醫學系、中國醫學研究所碩士班與博士班及中西醫結合研究所碩士班組成。中醫學系成立於1966年，本為6年制，1967年改為7年制，至1996年又改為七年制單主修中醫與八年制雙主修中西醫，至2003年6月已有畢業生2,794人；學士後中醫學系成立於1984年，修業年限為五年，已有畢業生1,052人，中醫所碩士班成立於1975年，已培養中醫碩士257人，博士班成立於1988年，已培養中醫博士44人；中西所碩士班成立於1999年，已培養中西醫結合碩士31人。為國家培育出4,178位高等中醫中醫師資及高階研究人才。另有藥學院藥學系、中藥所碩、博士班等系所培育高階中藥人才（如下表）。

學系	成立時間	授予學位	畢業人數
中醫學系	1966年	醫學士	2,906人
學士後中醫學系	1984年	醫學士	1,153人
中國醫學研究所	1975年	醫學碩士	273人
中國醫學研究所	1988年	醫學博士	45人
中西醫結合研究所	1999年	醫學碩士	41人
合 計			4,418人

中國醫藥大學中醫學院畢業生（至2004年）

學系	成立時間	授予學位	在校人數
中醫學系	1966年	學生	827人
學士後中醫學系	1984年	學生	498人
中國醫學研究所	1975年	碩士生	39人
中國醫學研究所	1988年	博士生	45人
中西醫結合研究所	1999年	碩士生	26人
合 計			1,435人

中國醫藥大學中醫學院在校生（2004年）

## 2、長庚大學中醫學系與傳統中國醫學研究所

長庚大學中醫學系於1997年經教育部核准籌設，1988年正式招收學生，每年招收新生50人，採行八年制中西醫雙主修，2006年將有首屆畢業生。傳統中國醫學研究所碩士班於2000年成立，2001年開始招收中醫碩士新生（如下表）。

學系	成立時間	授予學位
醫學系	1987年	學生
中醫學系	1998年	學生
傳統中國醫學研究所	2000年	碩士生

### 3、陽明大學傳統醫藥學研究所

陽明傳醫所為我國國立醫學院中專門從事傳統中醫藥教育研究工作的第一所，也是目前唯一的一所，於1991年成立碩士班，至今已招收14屆學生，每屆招收10至11名，其中第一至第十二屆約100位已先後於1993年至2004年6月畢業，獲得碩士學位；1998年成立博士班，博士班每屆招收四名，從2002年至今已有7位博士班學生畢業。（如下表）。

學系	成立時間	授予學位	畢業人數
傳統醫藥學研究所	1991年	碩士	97人
傳統醫藥學研究所	1998年	博士	7人

### 4、中國醫藥大學推廣教育中心

自1972年起中國醫藥大學推廣中心為推廣中醫藥，成立中醫藥的各種研習班，招收合格之中西醫師，培養其互相溝通中西醫學術的能力，計有：

- 針灸研習班（1972年開辦）。
- 中醫師現代醫學進修班（1977年開辦）。
- 藥師補修中藥課程班（1983年開辦）。
- 西醫師補修中醫課程班。
- 在職中醫師進修班。
- 中醫護理人員進修班（1991年2月開辦）。

### 5、中醫師考試制度

#### (1) 中醫師檢定考試與特種考試

臺灣中醫師考試源於1950年所舉辦的中醫師考試，由於當時中醫教育只有私立中國醫藥學院，所培養的中醫系學生有限且畢業後又大多走向西醫，以致中醫人才增加緩慢，於是出現了另一條途徑—中醫師特考，經過考試取得中醫師資格，彌補當時中醫人力的不足，也滿足了社會對中醫師與中醫醫療的需

求。不過，為了使中醫人才培育回歸正常學校制度，中醫師特種考試將於2011年（民國100年）後停辦，中醫師考試納入專技人員高等考試之中。

考試院考選部有鑒於歷屆中醫師特種考試及格之中醫師，大部份皆是個人自修中醫藥書籍而成，程度參差不齊，每每為社會大眾所詬病，乃於1990年起，委託中國醫藥學院辦理「中醫師特種考試筆試及格人員訓練班」，為期一年半，先在校內修習中西基礎課程六個月，然後再分發至衛生署委託之優良中醫醫院臨床實習一年，結業後發給正式考試及格證書，實行至今績效良好。

## （2）中醫師檢覈考試

早期中醫系、學士後中醫系、西醫修習中醫規定學分（45學分）或華僑要回國執業者為取得中醫師執業資格皆必須經過中醫師檢覈考試的測驗，因為1999年12月29日考試院公佈實行「專門職業及技術人員考試法」，所以於2001年1月1日起不再受理各類檢覈，所有醫學院各系（科）畢業生為取得執業資格一律參加專門職業及技術人員高等暨普通考試。但是於2000年12月31日已經申請檢覈者准予參加筆試至2005年12月31日止，有五年的過渡條款，而於2001年以後畢業者則一律參加專門職業及技術人員高等暨普通考試。

## （3）中醫師專技高等考試

為健全專技人員考試制度並使社會大眾的生命財產安全得到更好的保障與照護，考試院於1994年6月通過「專門職業及技術人員考試法」修正草案，並於當年年底送交立法院審議，歷經五年時間，於2001年1月1日經考試院公佈實施，同時停辦中醫師檢特考與中醫師檢覈考，但在新規定實施後五年內仍將續辦五次中醫師檢定考試（2005年接受最後一次新生報名，2008年檢考最後一個循環考完後將永遠停辦中醫師檢定考試），且中醫師檢覈考試也有五年的過渡條款至2005年12月31日止。



2003年8月2日至8月3日舉辦第二次專門職業及技術人員高等考試中醫師考試，報考239人，到考184人，及格96人，及格率52.17%。總計歷年報考1,029人，到考855人，及格542人，平均及格率63.39%

### (三) 臺灣中醫藥公會學會組織與科研機構

#### 1、中醫藥公會、學會團體

「中華民國中醫師公會全國聯合會」於1945年10月25日在四川省重慶市成立；1949年，隨國民政府播遷來台。一直到1967年，台北市改制為院轄市後，全聯會於1975年在台北市召開會員代表大會，從新開始全聯會之功能，諸如中醫師檢特考試，修改大學法將中醫學系納入醫學教育體系，中醫納入公、勞保及全民健康保險體系等。積極推動國立中國醫藥研究所之設立、行政院衛生署中醫藥委員會組織條例之設立、北高兩市設立公立中醫醫院等皆確實提昇我中醫形象及地位。

臺灣中醫師公會組織共有23個（包括：全聯會、台北市、高雄市、基隆市、台北縣、桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣、台中市、台中縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市、台南縣、高雄縣、屏東縣、宜蘭縣、花蓮縣、台東縣等中醫師公會）；中醫專科醫學會共有16個（包括：中華民國中醫藥學會、中華民國傳統醫學會、中華針灸醫學會、中華中醫典籍學會、中國中醫臨床醫學會、中華民國中醫傷科醫學會、中華民國中醫內科醫學會、中華民國中醫婦科醫學會、中華民國中醫兒科醫學會、中華民國中醫肝病醫學會、中華民國中醫癌症醫學會、中華民國中醫抗衰老醫學會、中華民國女中醫師協會、財團法人中國醫藥研究發展基金會、財團法人中醫藥發展基金會、中華民國中西整合醫學會）；相關中藥公會與學會有中華民國中藥商業同業公會全聯會、臺灣省中藥師公會、台北市中藥師公會、高雄市中藥師公會、中華民國製藥業同業公會、中華民國中國藥用植物學會、中華民國天然藥物學會、中華民國藥用植物研究會與中華民國中藥材資源開發協會等等。

## 2、國家衛生研究院 (National Health Research Institutes, NHRI)

國家衛生研究院 (NHRI) 是我國最高的醫學及衛生研究機構，以任務為導向，以公設財團法人的方式成立，經費來源為政府設立基金並每年編列預算支付，主管機關為行政院衛生署。國衛院自1996年1月正式成立至今，以全力協助推動國內醫藥衛生科技發展，延攬國內外傑出醫藥衛生人才，致力發展任務導向的醫藥衛生研究，期盼以國衛院創造之研究環境與頂尖的研究人才，提昇我國的醫藥衛生研究水準、拓展國家生物科技實力，為新世紀的生命科學時代，開創臺灣的競爭利基。

目前，國衛院依任務性質分為研究單位、業務單位與行政單位。其中，研究單位包含十個研究組，分別進行醫療保健政策研究、臨床研究、老人醫學研究、癌症研究、分子與基因醫學研究、環境衛生與職業醫學研究、精神醫學與藥物濫用研究、生物技術與藥物研究、醫學工程研究及生物統計與生物資訊研究等。在這十個研究組中與臺灣中醫藥發展有相關連的主要是臨床研究組與醫療保健政策研究組。

臨床研究組的任務在深入瞭解臺灣本土醫療問題，以增進臺灣民眾的健康福祉。目前臨床研究組的研究內容中，有一項即是推行中國傳統醫藥之臨床試驗，中醫藥的確切療效一直被存疑的一項因素就在於未被「隨機控制臨床試驗 (Randomized Controlled Clinical Trials, RCCT)」測試確定過。未經過 RCCT 所驗證過的處方是不會被西方醫學所接受的，因此，原則上 RCCT 亦可以應用在中醫藥界。若能以有系統的 RCCT 來測試中醫藥的基本治療原理，將傳統醫學過去的經驗醫療轉變成實驗醫療，即是以過去傳統醫學的知識與信條，以 RCCT 方法建立成一個以實驗驗證過的醫學科學。臨床研究組已經進行過「以雙盲臨床試驗評估四物湯膠囊治療年輕女大學生經痛的療效」的中醫藥臨床試驗。

醫療保健政策研究組以執行與整合臺灣醫療衛生政策研究，提升國內衛生服務學術研究水準，成為國家醫療衛生政策之智庫為宗旨。除進行具前瞻及高品質的健康體系政策研究，以實證的研究成果提供改善國民健康

及健康體系問題之可行方案，並發展具國際水準之研究實力。醫療保健政策研究組的研究內容極為廣泛，在健康及醫療衛生政策評估方面有以實證為基礎之醫學研究、健康體系政策研究國際合作網絡計畫、臺灣未來醫師人力需求之推估及加入 WTO 後對醫師人力之衝擊、全民健保實施論病例計酬支付制度之影響評估與評估菸品健康福利捐政策之效果；在疾病預防與健康促進方面有國民健康訪視調查、建立全國健康資料中心、預防研究中心的設立、出版以實證為基礎之菸害白皮書、預防保健與幼兒健康之研究與兒童及青少年行為的長期評量；在提升國內衛生服務研究水準及其價值方面有組織發展暨提升國內衛生服務學術水準計畫與生物醫學倫理研究群計畫。醫療保健政策研究組的研究內容與中醫藥有相關的僅臺灣未來醫師人力需求之推估及加入 WTO 後對醫師人力之衝擊的我國中醫師人力需求推估。

### 3、國立中國醫藥研究所

1956年3月，我國立法院第11次院會通過中醫教育法案：設置中醫學校及成立研究機構；1957年，中國醫藥研究所籌備處於台北市成立；1963年正式成立「國立中國醫藥研究所」。

國立中國醫藥研究所隸屬於教育部，從事中醫藥相關之研究、實驗與發展等事宜。近年來，展現可觀的中醫藥研究成果，並積極辦理學術會議，促進國內外中醫藥學術交流。目前中國醫藥研究所內設立四個研究小組：中醫基礎醫學、中藥及天然物、藥物化學與中醫藥臨床醫學等。

中國醫藥研究所成立至今研究項目幾乎以中藥為主，有關中醫臨床與現代化的部份較少著墨。所以，中國醫藥研究所在自述需強化的部份有設立中醫臨床以補臨床研究之不足、改進研究環境以提升研究風氣及水準、擴充資訊服務以協助研究和發揮教育功能，及落實國內外學術研究機構之合作以匯增研究與教學能量等方面。中醫藥研究所亦期盼未來將朝向醫療、研究和教育全方位的發展，進而提升為「國立中國醫藥研究院」。

#### 4、經濟部中草藥產業技術發展推動專案計畫辦公室

由於中草藥近年來逐漸在歐美各國風行，且歐美各國對於「替代醫學（alternative medicine）」的態度也漸趨開放，各國法令也逐漸明確，使全球草藥市場大幅成長，中草藥研發與市場開拓成為風潮。目前全球新興的草藥市場約有200億美元，且持續以每年10%至20%之速率成長。其中，又以中國、日本、韓國、德國及美國分別是亞洲、歐洲及美洲三個地區發展中草藥的代表，全球中草藥也以這三個地區為主。做為中草藥發源地的我國，藉由長期使用中草藥之經驗，發展現代化中草藥產業，將有助於我國於國際藥業市場上佔有一席之地。

政府將推動中草藥生物科技，列為國家重要政策之一，投入大量人力及物力，在1995年8月行政院第2443次院會通過「加強生物技術產業推動方案」，列舉優先發展產業中包含「科學化中草藥」；1997年4月行政院「生物技術產業策略」（Strategic Review Board, SRB）第一次會議即選定中草藥為具有發展潛力之優先課題；1997年8月經濟部訂定「加強生物技術產業推動發展策略」，明定中草藥科學化為24項重點發展項目之一；1998年6月第二次SRB會議提議將中草藥產業列為國家發展項目；1999年5月第三次SRB會議確立中草藥研究發展開發計畫。2000年5月第四次SRB會議中，經濟部技術處提出「中草藥產業技術發展五年計畫」；2001年5月第五次SRB會議規劃，利用國內各部會及上下游資源與人力，進行整合性開發，預計5年內投資新台幣35億元，發展中草藥產品與技術，以推動中草藥產業之發展，並責成經濟部負責整合各部會職責。

藉由技術推廣、技術引進、法人科專、業界科專、及學界科專等計畫方式，經濟部積極推動行政院「中草藥產業技術發展五年計畫」，協助中草藥產業應用現代化新興科技技術，進行中草藥新藥開發，以促進中草藥產業升級與轉型以及建立新興中草藥產業。經濟部特別成立「中草藥產業技術發展推動專案計畫辦公室」以落實「中草藥產業技術發展五年計畫」，並有效整合各部會職掌分工。所以衛生署負責政策法規制定與執行、臨床實驗、公共衛生與醫藥審查等項目。

中草藥產業技術發展推動專案計畫辦公室的主要任務：

- (1) 協助召開「中草藥產業諮議委員會」及建立跨部會分工協調溝通機制並負責所有相關行政支援作業。
- (2) 推動國內中草藥產業發展與科專計畫。
- (3) superlink E 化中草藥產業訊息（包括協助公司成立、募資、申請政府資源、臨床前/臨床試驗之研發、法規及專利智財及國際草藥市場現況等資訊之諮詢服務）。
- (4) 推動我國中草藥國際合作。

#### (四) 臺灣中醫醫療服務提供現況

##### 1、中醫藥執業人員

根據衛生署2002年底之統計資料，臺灣地區平均每萬人口之執業中醫師人數為1.93，全國領照中醫師數為9,849人，執業中醫師4,101人。以分布地區來區分的話，在台中縣市、嘉義市與台南市之每萬人口中醫師數超過衛生署所規劃之2.2的理想目標；以台東縣和其他離島地區（澎湖縣、金門縣）的每萬人口中醫師數最低。近年來實際中醫師人數迅速增加，依據中醫師人力研究結果顯示，中醫師成長已比預期時間超前。而中醫於2000年7月1日總額支付後，若中醫師人力過剩，將對健保總額支付費用產生稀釋作用。依2003年底衛生署統計資料顯示，臺灣執業中醫師數4,247人，每萬人口執業中醫師數為1.88，平均每一名中醫師服務民眾數5,299人。

另外，在中醫師的繼續教育部份，目前衛生署已研訂「醫師執業登記及繼續教育辦法」草案，未來醫師執業執照有效期間為6年，且每6年應接受繼續教育之課程達180點積分以上，課程內容包含：醫學課程、醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質，而醫師繼續教育方式，包含：參加教育課程、學術團體舉辦之年會、學術研究會、臨床討論或演講、網路繼續教育課程、進修、刊物發表或講授醫學專業或衛生推廣課程等等，以期未來在醫療服務品質提升。

## 2、中醫醫療院所

根據聯合國世界衛生組織（WHO）醫療照護組織專家委員會的建議，一般醫院應具備以下功能：服務病人使恢復健康、預防及保健服務、教育訓練與研究。根據我國醫療法第十一條：「醫療機構設有病房收治病者為醫院；僅應門診者，為診所。」標準中明定中醫醫院分為中醫綜合醫院及中醫醫院二級。中醫綜合醫院應設 40 張床以上；中醫醫院應設 10 張病床以上。醫療法第六條：「本法所稱教學醫院，係指其教學，研究，訓練設施，經依法評鑑可供醫師或其他醫事人員接受訓練及醫學院校學生臨床見習、實習之醫療機構。」。

臺灣地區醫療機構至 2002 年底共有 18,228 家，其中醫院 610 家（西醫 574 家及中醫 36 家），診所 17,618 家（西醫 9,287 家，中醫 2,601 家，牙醫 5,730 家）。西醫師 31,532 人，中醫師 4,101 人，牙醫師 9,206 人，藥師 25,355 人。按人口計算，每萬人口有 3.15 名西醫師，0.41 名中醫師，及 0.92 名牙醫師。

根據 2003 年底的「行政院衛生署衛生統計資料網」對醫療機構現況摘要顯示，目前中醫醫院共有 36 家，其中公立中醫醫院 2 家（病床數 27 張）、私立中醫醫院 34 家（病床數 372 張）；私立中醫診所 2,729 家；西醫醫院附設中醫部門為 68 家，全國中醫醫療機構合計為 2,833 家，全省執業中醫師共有 4,247 人。2 家公立中醫醫院平均每日門診人次 1,388 人次，34 家私立中醫醫院平均每日門診人次 8,130 人次。

為使全國各地方想要接受中醫藥照護的民眾，能透過中西醫學整合的方式，獲得完善的醫療服務，並透過中藥臨床療效評估制度的實施，確認中醫治療效果，進而提升中醫照護品質，鼓勵各教學醫院附設中醫部門，並將中醫部（科）納入正式編制；教育部和衛生署於 2000 至 2002 年度評鑑合格之 120 家教學醫院中，已有 52 家附設中醫部（科）；其中醫學中心 8 家，區域教學醫院 28 家，地區教學醫院 16 家。目前中醫醫院分科情形上，依據「中醫醫院設置標準表」中規定，中醫醫院主要分八科為內科、外科、眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科及痔科，且床數應設為十床以上；中醫

綜合醫院設置則應有內科、外科、傷科及婦科等四科以上，且床數應設為四十床以上（如下表）。

	中醫醫院	中醫診所 (含中醫聯合診所)	西醫醫院附 設中醫部門	合計
臺灣省	25	2,182	53	2,260
台北市	6	342	14	362
高雄市	5	202	1	208
金馬地區	0	3	0	3
臺灣地區	36	2,729	68	2,833

中醫醫療機構家數（至 2003 年底止）

### 3、中醫醫療保險

臺灣醫療保險制度在全民健保開辦前主要為勞工保險與公務人員保險。西醫醫療保險中的勞工保險自 1950 年開始；公務人員醫療保險則自 1958 年開始，而中醫醫療納入醫療保險是自 1978 年開始勞工保險；公務人員醫療保險則自 1989 年開始，當時先行試辦，而且最先由西醫醫院附設中醫部或中醫醫院開始承辦醫療保險業務，致此為中醫醫院成長期，在 1989 年有 86 家中醫醫院承辦公勞保醫療業務，以後醫療保險業務也在中醫診所開放。至 1995 年 3 月 1 日正式實施全民健康保險，中醫醫療也納入給付範圍，中藥給付依「臨床常用中醫方劑標準方」以濃縮中藥複方製劑為主，而中醫住院給付也規劃在內，但尚未實施，致使中藥飲片及中醫住院現尚處於民眾自費階段，更於 2000 年 7 月開始實施中醫門診總額支付制度，控制醫療費用的成長。

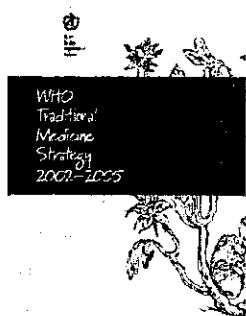
從 2000 年到 2002 年連續三年的中醫門診醫療費用申報狀況之資料來看，中醫的門診醫療費用之申報由 2000 年的 5.96% 一直增加到 2002 年的 6.04%，中醫門診的醫療費用申報金額也由 2000 年的 117.92 億元增加到 2002 年的 135.51 億元，可看出民眾對中醫的醫療利用有逐漸增加的趨勢，且健保中醫的醫療費用支出也有往上攀升的情況。

2003 年我國醫療保健支出(NHE)占國內生產毛額(GDP)比率為 6.26 %，與 OCED 會員國比較，為亞洲之日本十年前的水準。各國 NHE/GDP 高低，主要係受該國人口結構老化速率及經濟成長率大小，醫療科技及醫療制度之影響。2003 年我國平均每人每年國民醫療保健支出為 795 美元。2003 年全民健保最終醫療保健支出以西醫費用為大宗占 84.9%；其次為牙醫的 7.1%及中醫的 3.9%。

我國擁有架構完整的中醫醫療保險制度，實可供世界各國及世界衛生組織（WHO）參考。



### 三、世界衛生組織 (WHO) 2002-2005 年傳統醫學全球策略 (WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005)



世界衛生組織「2002-2005年傳統醫學全球發展策略」是由世界衛生組織(WHO)總部及各區域辦事處負責醫藥政策的人員在廣徵各會員國、廣泛的聯合國系統、非政府組織及其它國際組織、世界衛生組織傳統醫學合作中心及世界衛生組織專家委員會的意見基礎之上，制定了這第一份全球性的傳統醫學發展策略。

根據WHO的定義，傳統醫學(Traditional Medicine, TM)是指單獨或綜合應用以植物、動物和礦物為主的藥物、精神療法、手法治療及經驗，維持健康或治療、診斷或預防疾病的多種健康實踐、方法、知識和信仰。而補充另類醫學(Complementary and Alternative Medicine, CAM)有時也稱作非正統醫學或另類醫學 (Alternative Medicine)，是指非一個國家所固有、或沒有進入國家主要衛生保健體系的範圍很廣的健康實踐。傳統醫學 (TM) 一般是在談及西太平洋、東南亞、拉丁美洲或非洲等地區時使用；補充另類醫學 (CAM) 一般是在談及歐洲、北美及澳大利亞等地區時使用；廣泛而談時，則用傳統醫學和補充另類醫學(TM/CAM) (如下表)。

	草藥	針刺療法/ 穴位指壓	手法治療	精神療法	運動
中國傳統醫學	●	●	推拿	●	氣功
印度醫學	●		●	●	瑜珈
阿拉伯醫學	●		●	●	
自然療法	●		◆	●	放鬆
整骨療法	■	■	●		
順勢療法	●				
脊椎指壓療法			●		
其它	●	■	指壓	催眠、康復、意念	

常用的傳統醫學 (TM) 及補充另類醫學 (CAM) 療法與治療技術

資料來源：1999年，英國醫學雜誌—補充和另類醫學叢刊

- 經常使用此療法/治療技術    ■ 有時使用此療法/治療技術    ◆ 使用觸摸治療

世界衛生組織(WHO)依據世界各國對傳統醫學和補充另類醫學(TM/CAM)之醫藥政策、從業者的註冊及規範、診所及醫院的使用、健康保險中的比例、研究及教育情況，將世界各國的醫藥衛生保健體系分為三種類型：整合型(Integrative System)、包含型(Inclusive System)和默認型(Tolerant System)。

在整合型(Integrative System)的國家中只有中國大陸、韓國和越南，它們滿足以上的所有指標，即法律承認傳統醫學的地位，有傳統醫學高等教育、專門的傳統醫學管理部門、有明確的傳統醫藥產業和法規，健康保險包括傳統醫學的治療和藥品，並有專門的傳統醫學醫院、研究所及大學(如下表)。因此，我國在世界衛生組織的傳統醫學與補充另類醫學國家分類標準中應該歸類於整合型國家，與世界衛生組織所分類的整合型國家各類指標相比較，我國不論在教、考、訓、用、管、保、法規與科研等方面都齊具完備，足以和世界上任何一個整合型國家相比而毫不遜色。

	國家的傳統醫學與補充另類醫學之醫學政策	衛生部門內的傳統醫學與補充和另類醫學的部門	草藥產品與草藥產業之法規	傳統醫學的人力資源
中國	1949年，憲法中即包含有傳統醫學政策	國家中醫藥管理局	法規—有 藥典中包括草藥 基本必備的藥物 目錄中包括草藥 生產廠商數—600 種植草藥農民數—340,000	中醫師數—525,000 中西醫學結合醫師數—10,000 中藥師數—83,000 中醫士數—72,000 西藥師數—55,000
韓國	1969年，訂立國家傳統醫學政策	韓醫學局	法規—有 藥典中包括草藥	韓醫師數—9,914 針灸醫師數—4,500
越南	1955年，訂立國家傳統醫學政策	傳統醫學局	法規—有 基本必備的藥物 目錄中包括草藥 國有生產廠商數—2	傳統醫學醫師數—25,500 針灸醫師數—20,000 傳統醫藥從業者數—5,000

傳統醫學(TM)及補充另類醫學(CAM) — 整合型國家舉例

	包括公立醫院在內的各級機構之情況 (如公立醫院中存在傳統醫學與補充另類醫學，則表示其已經整合進入國家醫藥衛生系統中)	醫療保險對於傳統醫學與補充另類醫學的治療與產品之包含	傳統醫學與補充另類醫學的國家級研究機構	具有大學水準的專業教育，針對所有傳統醫學與西方醫學的醫師、藥劑師和護理人員
中國	中醫醫院數—2,500 中西醫結合醫院數—39 總床位數—35,000 少數民族傳統醫學醫院數—127	全部包含	170 家國家級與省籍的研究機構	30 家中醫學院 (含 7 家中醫藥大學) 3 家少數民族傳統醫學學院 51 家中醫專科學校
韓國	107 家韓醫醫院 6,590 家地區的韓醫診所	全部包含	1 家國家級研究機構	11 家韓醫學大學
越南	48 家醫院有傳統醫學部科	全部包含	3 家國家級研究機構	3 家醫學院設有傳統醫學系 2 家傳統醫學技術學校

傳統醫學 (TM) 及補充另類醫學 (CAM) — 整合型國家舉例 (續)

在包含型 (Inclusive System) 國家中統計有美國、加拿大、德國、英國、挪威、日本、印度、澳大利亞、阿拉伯國家、印尼、斯里蘭卡、加納、尼日等等。這類型的國家只滿足部分指標，例如加拿大有管理 TM/CAM 的法規，健康保險包含部分 TM/CAM 的治療和藥物，但是沒有官方的 TM/CAM 大學教育；澳大利亞有官方的 TM/CAM 大學教育，但沒有管理 TM/CAM 的法規；印度則是有管理 TM/CAM 的法規和官方 TM/CAM 的大學教育，但健康保險卻不包含 TM/CAM 的治療和藥物 (如下表)。

	國家的傳統醫學與補充另類醫學之醫學政策	衛生部門內的傳統醫學與補充另類醫學的部門	傳統醫學和/或草藥製品之法規	傳統醫學與補充另類醫學在包括公立醫院在內的各級機構中是否存在（如公立醫院中存在傳統醫學與補充另類醫學，則表示其已經整合進入國家醫藥衛生系統中）
美國	否	否	兩者皆有	是，在一些州立醫院
加拿大	是	是	兩者皆有	是，在一些公立醫院
德國	否	否	兩者皆有	是，在一些公立醫院
英國	是	否	兩者皆有	是，在一些公立醫院
挪威	是	專人負責	兩者皆有	是，在一些公立醫院
日本	否	否	兩者皆有	是，在一些公立醫院
澳大利亞	否	是，在某些省	草藥製品	是，在一些公立醫院
印度	是	是	兩者皆有	是，在一些醫院
斯里蘭卡	是	是	兩者皆有	否
印尼	是	是	兩者皆有	是，在一些公立醫院
阿拉伯聯合大公國	否	否	兩者皆有	是，在一些公立醫院
加納	是	是	兩者皆有	否
尼日	是	是	兩者皆有	是

傳統醫學 (TM) 及互補和另類醫學 (CAM) — 包含型國家舉例

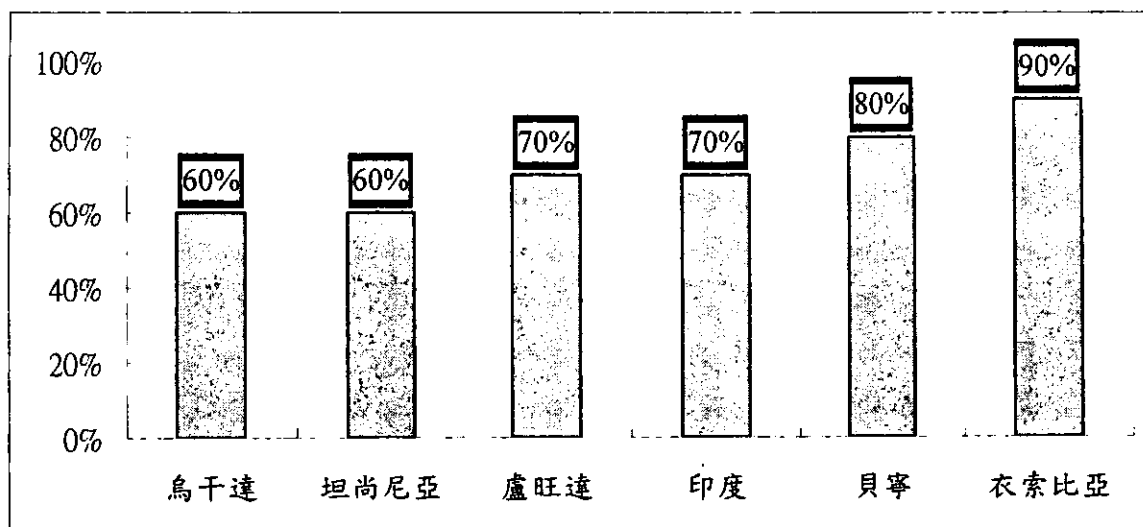
	醫療保險對於傳統醫學與補充另類醫學的治療與產品之包含	國家級或大學水準的傳統醫學與補充另類醫學研究機構	具有大學水準的專業教育，針對所有傳統醫學與西方醫學的醫師、藥劑師和護理人員
美國	部分	是，國家補充和另類醫學中心與一些州立大學	否
加拿大	部分	是，在一些公立大學	否
德國	部分	是	否
英國	部分	否	否，尚在籌備中
挪威	部分	是，在一家公立大學	否
日本	是	是，在一些地區	否
澳大利亞	部分	否	是
印度	否	是	是
斯里蘭卡	否	否	否
印尼	否	是	否
阿拉伯聯合大公國	否	是	否
加納	否	是	否
尼日	否	是	否

傳統醫學 (TM) 及互補和另類醫學 (CAM) — 包含型國家舉例 (續)

默認型 (Tolerant System) 國家的醫藥衛生保健體系主要依賴對抗醫學，即西方主流醫學，但是這些國家的法律卻可默認有TM/CAM從業者的存在，如義大利。

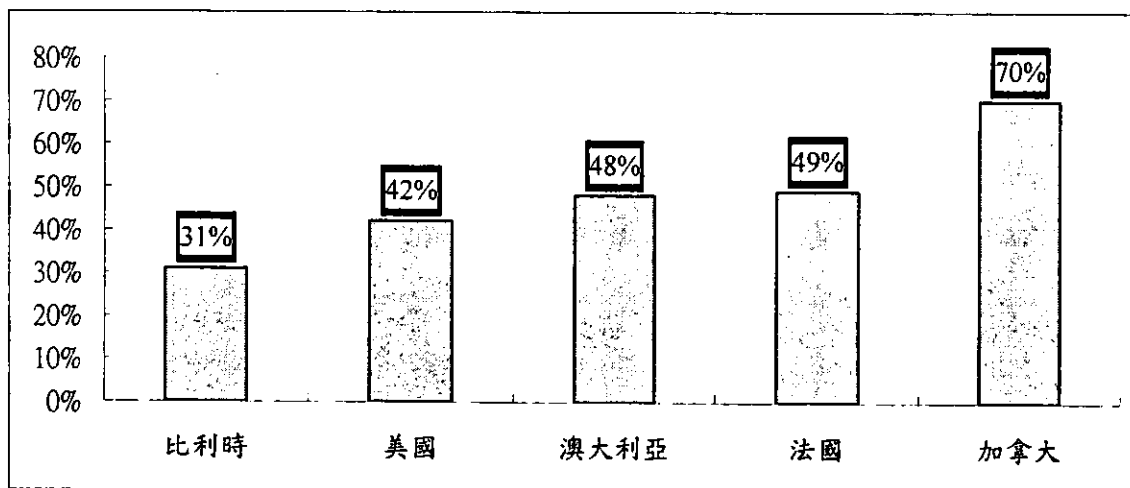
世界各國醫藥衛生保健體制及改革越來越重視傳統醫學和補充另類醫學(TM/CAM)，許多因素導致TM/CAM被廣泛的應用。對於一些開發中國家的貧困人民而言，傳統醫藥除了具有傳統使用的優勢外，有時甚至還是唯一可以得到的治療，病人支付不起西方醫學的化學藥物費用，但傳統藥物不僅相對較便宜，而且有時可以用物品來支付費用。因此，許多非洲及亞洲國家皆積極鼓勵發展傳統醫藥，其中一些開發中國家的傳統醫學醫師人數比西方醫學醫師人數還多，傳統醫學比西方醫學的醫療的應用更加廣泛(如下圖)。如馬來西亞的TM/CAM支出為5億美元，而其對西方醫學的醫療支出僅3億美元；非洲國家如坦桑尼亞、烏干達和尚比亞的傳統醫藥從業者與人口之比為

1：200至1：400，而西方醫學的從業人數與人口比則低於1：20000。



開發中國家 (Developing Countries) 傳統醫學在基層衛生保健中的應用

對於已開發國家而言，傳統和價格並不是補充另類醫學(CAM)盛行的主要原因。但由於老年人口增加、慢性疾病與疑難雜症增加，人們對西方醫學的化學藥物副作用、長期使用藥效降低且副作用加強等問題及其對老年及慢性疾病的療效無法滿足後，開始將注意力轉向崇尚自然、天然藥物的CAM。在西方文化下產生的西方醫學強調科學的方法，而傳統醫學強調思想、疾病、人體與環境的一致。傳統醫學認為個體的組織和所處的環境不同，那麼患病原因和治療方式也就不同，即使病患罹患相同的病，醫師也應針對個體採取不同治療方式。已開發國家越來越多的患者使用傳統醫藥或補充另類醫藥（如下圖）。如美國使用CAM的人口比例從1992年的36%上升至1998年的42%；英國CAM的年支出達到23億美元；挪威開始加強與促進CAM 與健康體系的相互結合；英國加強CAM從業人員的培訓與教育；美國近75%醫學院開設CAM的選修課程，如加州大學洛杉磯分校（UCLA）在學士後醫學系四年級（醫四）將中西醫結合列入選修課程，培訓中醫實用基礎，學習30個基本針灸穴道、20個常用方劑及每天練半小時太極拳；英國及美國還建立了CAM的專門研究所；日本自1976年後開放醫師使用漢方製劑，有60%至70%的西醫師會為患者開立漢方製劑的處方，2003年日本80所醫學院醫學生全部必須要修讀「東洋醫學」學分並列入日本國家醫師執照考試的考題之內等等。



已開發國家 (Developed Countries) 使用過補充和替代醫學的人口比例

隨著傳統醫學及補充另類醫學(TM/CAM)越來越受到重視，但它也面臨一些問題及挑戰，而且有些問題是區域性的。例如，中國大陸和印度關心如何利用傳統醫學加強偏遠地區的基層醫療衛生保健；非洲國家尋求如何更有效地利用當地傳統醫藥資源並融入醫療衛生保健體系中，解決瘧疾和愛滋病 (AIDS) 等傳染性疾病。歐美等國則關心TM/CAM的安全性、有效性和質量、行醫者資格和培訓標準及研究方法和優先領域等問題。綜合來說，世界衛生組織認為TM/CAM的 (1) 國家政策及法規 (2) 安全性、有效性及質量 (3) 可近性 (4) 合理使用等四個問題是目前所急需解決的課題。

雖然傳統醫學及補充另類醫學(TM/CAM)在疾病的預防、診斷及治療中廣泛使用，但是WHO的191個會員國中目前只有25個制定有國家的TM/CAM政策。目前多數的國家普遍面臨TM/CAM及其行醫者缺乏官方承認、沒有融入國家醫藥衛生保健體系、缺乏法規和法律機制、醫藥傳統知識和產品發展不平衡以及傳統醫學的發展和建設的資源分配不合理等問題。

目前世界各國都對傳統醫藥的安全性、有效性和質量，缺乏適合或能被接受的評估方式，具體表現在缺乏研究方法、個案評估方法、國家及國際間的標準與對植物藥的適用法規、行醫者的註冊等問題。全球間缺乏傳統醫藥的訊息交流、無法共享治療常見疾病的研究成果與沒有安全性及有效性的個案資料庫。

在開發中國家，傳統醫藥的價格相對比較便宜，即使官方不承認傳統醫學的地位，人們也較為接受和尊敬傳統醫學的醫生。為提高開發中國家的健康水準，大力推廣傳統醫學，必須解決某些現存問題：

- (1) 未建立可靠的標準指標，從經濟和地域方面來評價傳統醫學和補充另類醫學 (TM/CAM) 的推廣效果。
- (2) 未確認安全有效的傳統治療—特別是對窮困人口常見疾病安全有效的治療方法—作為推廣的主要內容，且沒有重視傳統醫藥所依賴的資源，如藥用植物和動物。
- (3) 知識產權問題是推廣傳統醫學的另一個障礙。一些已開發國家的科學家和大公司將傳統醫學的研究成果納入自己名下，絲毫不顧及該傳統地區的利益。
- (4) 只有合理的使用傳統醫藥，才能取得良好效果，並減少傳統醫藥可能產生的副作用。由於許多國家沒有傳統藥品的相關管理法規，許多傳統藥品是以食品補充品 (Dietary Supplement) 的形式存在，沒有合適的資訊指導消費者正確使用，消費者本身也意識不到其潛在的副作用。

WHO將在2002至2005年期間，針對以上四個問題分別展開行動，並為每項行動制定明確的評價指標，以強化WHO在各個領域的工作。

### 1.政策 (Policy)

為加強各國的傳統醫藥政策和法規，WHO將通過鼓勵各國政府認識傳統醫藥對改善和維護健康水準的重要作用，並在醫藥衛生保健系統內加入傳統醫藥；同時還通過促進國際組織和各國之間的傳統醫藥資訊的共用，保護和保存傳統醫藥知識。目標是2005年擁有傳統醫藥政策的國家上升到1999年的2倍，約達到50個左右。

策略目標	所佔比率	1999年現況	2005年目標
具有國家傳統醫學政策的WHO會員國	25/191	13% (25)	25% (50)



## 2. 安全性、有效性和質量 (Safety, efficacy and quality)

為提高傳統醫藥的安全性、有效性和質量，WHO將會加強全球的傳統醫藥專家網路，與各成員國一起完備各項技術指南，加強已證明安全有效的個案的資料庫建設，支援傳統醫藥安全有效性的臨床研究。此項工作的指標是到2005年將擁有植物藥法規的成員國從1999年的65個提高到76個。

策略目標	所佔比率	1999年現況	2005年目標
具有草藥法規的WHO會員國	65/191	34% (65)	40% (76)

## 3. 可近性 (Access)

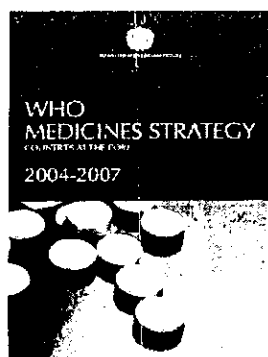
為了在廣大貧困地區推廣傳統醫藥，WHO將強調開發針對瘧疾、愛滋病等傳染病的傳統藥物，提高傳統醫藥在國家醫藥衛生保健體系中的比例，同時鼓勵各國政府重視藥用植物的可持續利用和種植，鼓勵傳統醫學醫生和西方醫學醫生的交流。此項工作的指標是至2005年將非洲承認傳統醫藥師的國家從1999年的21個增加到28個左右。

策略目標	所佔比率	1999年現況	2005年目標
專業上承認傳統醫學醫師的WHO非洲會員國	21/46	45% (21)	60% (28)

## 4. 合理使用 (Rational use)

為促進傳統醫藥的合理使用，WHO鼓勵各國一方面為西醫師提供傳統醫藥知識的培訓，另一方面也為傳統醫學醫師提供基礎的衛生保健培訓；同時，還要為傳統醫藥消費者提供正確使用的可靠資訊，加強醫師與消費者間的交流。此項工作的指標是在2005年將擁有國家級傳統醫藥研究機構的國家從1999年的19個增加到35個左右。

策略目標	所佔比率	1999年現況	2005年目標
具有國家級傳統醫學及補充另類醫學研究所的WHO會員國	19/191	10% (19)	18% (35)



世界衛生組織於「WHO 醫學策略 2004-2007」(WHO Medicine Strategy 2004-2007) 報告中針對傳統醫學的國家政策方面有制訂新的目標與內容期望達成。WHO 對於發展傳統暨補充另類醫學 (TM/CAM) 的國家在安全性、有效性、品質和合理使用等以下四個方面充分支援：

- (1) TM/CAM 適當的整合進入國家健康照護體系中。
- (2) 提高 TM/CAM 的安全性、有效性與品質。
- (3) 提高 TM/CAM 的可進性和支付能力。
- (4) 由 TM/CAM 提供者和消費者提升 TM/CAM 的合理使用。

WHO 2004-2007 目的指標	2003 年		2007 年
	數目	比率	目標
具有國家傳統醫學政策的 WHO 會員國	39/127	31%	37%
具有草藥法規的 WHO 會員國	82/127	65%	75%
對於傳統醫學的知識與資源提供智慧財產權與進行清查的 WHO 會員國	9/39	23%	33%
具有國家級傳統醫學及補充另類醫學研究構的 WHO 會員國	56/127	44%	51%

#### **四、WHO 西太平洋區域傳統醫學面臨的問題與 2001 至 2010 年傳統醫學策略目標 (WHO Western Pacific Region faced problemes and strategic objectives 2001-2010 of Traditional Medicine)**

世界衛生組織西太平洋區域一直擁有豐富的傳統醫學資產，且此區域的各國人民也都一直積極使用及研究發展各國所擁有的傳統醫學。在二十世紀後隨著西方醫學的大舉進入各國的醫藥衛生體系中之後，各國傳統醫學日漸式微，甚至遭到毀滅。但也隨著二十一世紀西方國家人民對西方醫學的藥物與療效產生質疑、老人與慢性疾患不斷增加、世界各國醫療費用支出不斷攀升之際，傳統醫學與補充及另類醫學在預防疾病與養生保健的成效與特點終於引起歐美各國政府與研究機構的注意與重視，開始積極的介入與研究，以求在西方現代醫學之外找出另一個可以促進全人類健康與幸福的醫療照護方式。所以在 1997 年及 1999 年兩屆的西太平洋區域衛生部長會議中，各國與會者皆不斷重申對傳統醫學的全力支持態度，表示應該更加廣泛地應用傳統醫學、發展傳統醫學，進而改善西太平洋區域中各國人民的健康狀況。

世界衛生組織西太平洋地區辦公室不僅支援各會員國制定傳統醫學政策法規，還積極促使區域中各會員國將傳統醫學納入國家保健體系，如：菲律賓傳統與另類醫學保健研究院法案（該法案已於 1997 年 12 月 8 日正式簽署）；2000 年新加坡議會通過了「傳統中醫師法案」，該法案採納了 WHO 西太平洋地區辦公室有關開業醫法規的多項建議。此外，西太平洋地區辦公室於 1997 年制定「正確使用草藥指南」，以促進各會員國正確、適當的使用草藥，該指南並可協助各會員國制定國家植物藥政策、開展植物藥研究項目等等。

世界衛生組織的西太平洋區域包括亞洲與西太平洋的部份國家與地區，共有 37 個會員國，包括中國大陸、韓國、日本、越南、澳大利亞等與我國有非正式外交關係的國家，這個區域中的國家對傳統醫學的發展與使用則因國情不同而有程度上的差異。雖然目前我國不是世界衛生組織的會員國，但仍是這個區域中的一份子，所以應該積極的瞭解目前該區域各

國傳統醫學的發展情況與動向，以作為我國中醫藥積極發展的策略制訂方向與參考依據。

## **(一) WHO 西太平洋區域傳統醫學面臨的問題 (WHO Western Pacific Region faced problems of Traditional Medicine)**

### **1、需要政府明確的政策與規章**

各國對傳統醫學的認識和將傳統醫學納入主流醫學的程度各有不同，大多數的國家和地區可分為以下四類：接納 (Admit)、支持 (Support)、認同 (Approve) 和忽視 (Ignore)。在西太平洋區域中有十四個國家和地區已正式發文承認傳統醫學及其療法，而在此之前，只有四個國家 (中國、日本、韓國和越南) 的官方認可傳統醫學在其健康保健系統中的角色。

政府制定明確的政策、政府的態度明確與建立或完善有關傳統醫學的規章制度是勢在必行的。要認同傳統醫學的價值就必須將強而有力的政治、法律和資金的支持三者緊密的結合在一起。

### **2、必須為傳統醫學制定適當的標準化**

傳統醫學療法與產品面臨標準化的多重挑戰。例如，草藥在許多重要方面有別於化學合成藥物。草藥通常包含大量的化合物，而非一種單獨活性成分；一般並非所有的草藥的活性成分都被分隔、描述和量化；一種或幾種草藥混合的效果取決於一種草藥或幾種草藥混合後的藥理活動；甚至一種植物也不是一個純粹單一的化合物；常規的控制單體成分的技術可能不適用於複雜的草藥。這就需要對現有的規章制度進行一些調整，需要本地區國家間相互合作，使得對草藥的標準化控制達到協調一致。優良藥品製造標準 (GMP) 的職責是保證產品持續生產，控制質量，並依據市場需求來生產。世界衛生組織建議所有的草藥製品生產過程都應與 GMP 所要求的一致。

### **3、需要有科學數據為依歸**

很多人堅持如要讓他們相信傳統醫學的安全性和有效性，就需要科學的依據。很遺憾，傳統和現代醫學的不同哲學背景很難讓一種體系來判斷

另一種體系的優劣。自從現代醫學進入西太平洋區域以來，傳統醫學和現代醫學之間就產生了隔閡。傳統醫學被許多現代醫學院培訓出來的醫師所拒絕，因為它們被認為沒有科學依據。

有科學數據就可成為傳統醫學與現代醫學和睦共處的重要一步。傳統醫學的豐富臨床經驗和知識應該得到認同，並結合傳統療法的深度和廣度進行系統性的研究。病人、政府、傳統醫學醫師和現代醫學醫師都可以從傳統醫學的可靠數據中獲益。若要把傳統醫學納入主流健康保健系統中，科學的數據和現代醫學醫師的支持是必要的。

#### 4、需要保護和保存原有的健康資源

傳統知識和傳統知識系統為人類做出的獨特貢獻在國際上已被多次提出，然而，最新的知識產權並無法保護傳統知識的被濫用和得到專利申請。這對國際健康照護來說是一個很嚴重的問題。因為大部分的世界人口仍然處在需要初級健康照護的範圍中，如果傳統醫藥產品被大財團、大藥廠或有心人士註冊專利並成為私有，這些人們將面臨無醫療照護可用的危機中，他們唯一可以獲得且負擔得起的醫藥將失去。另外一種危機就是原物料被過度開發，物種瀕臨滅絕和環境被過度破壞。世界衛生組織認為要有效地保護傳統知識與原物料的來源，必須敦促各國積極行動，如通過建立檔案和國家立法等等。

### **(二) WHO 西太平洋區域傳統醫學 2001 至 2010 年傳統醫學策略目標 (WHO Western Pacific Region strategic objectives 2001-2010 of Traditional Medicine)**

#### 1、為傳統醫學制定國家政策

傳統醫學的政策可以有多種形式，如衛生主管機關的聲明、國家政策或法規制訂等等。安全有效應是在制定政策或法規時的指導準則。

為傳統醫學制定國家政策有一定的困難。與其他方面相比，制定公眾健康政策通常是依據政府的政治環境和政治意願。政府為傳統醫學做出的

政策通常會受到某些因素的干擾，如媒體的負面報導及金融界的不確定暗示等；傳統醫學各方面相互之間缺乏可靠的溝通管道；傳統醫學價值的被認可並非總是與強大的政治支持、法律和物資上的支援，以及國家和地區展開的各項方案有關。

所以，我們應該制定日程，系統性的審視傳統醫學在本國的現狀；準備資料使政府能夠審慎的評估傳統醫學的重要性，同時提高社會大眾對制定傳統醫學政策必要性的瞭解；利用社會各方面手段來宣傳傳統醫學；應通過政府對傳統醫學的政策使傳統醫學療法得到官方的承認，這一點是很重要的；制定和實施政策；任命由官員組成的機構作為政府的執行機構，負責與傳統醫學有關的事務，其職責為：（1）加強政府官員、民眾、專家學者、企業和媒體對傳統醫學的瞭解（2）為與傳統醫學有關的各方面提供正式的溝通管道（3）提高傳統醫學醫師間的凝聚力與向心力（4）制定政策實施計畫（5）為計畫的實施募集資金（6）如有必要，修改政策等。

## 2、提高社會大眾對傳統醫學的認識和瞭解

先進的網路科技和全球化的資訊溝通為提高人們對傳統醫學的瞭解建構了良好的平台。在開發中國家，以社區為基礎的資訊傳遞系統也為傳統醫學的傳播提供了另一個方式。我們應為民眾提供廣泛的傳統醫學知識；政府與相關民間組織應宣傳傳統醫學是安全、有效的；鼓勵經由傳統醫學的治療而痊癒的民眾與其他人分享他們的治療經驗和經歷；讓人們更容易地接觸到傳統醫學；鼓勵傳統醫學醫師和現代醫學醫師之間的相互瞭解與對話。

提高民眾對傳統醫學的認識和瞭解會遇到來自各方面的阻礙，如不同語言、術語和哲學觀念會防礙傳統醫學與現代醫學之間的相互瞭解；傳統醫學醫師希望保守他們的知識秘密；傳統醫學有時會對想要取得傳統醫學知識者有嚴格的要求；在很多國家，有效的通訊技術有限；資金的缺乏，降低了傳統醫學的曝光率。

為打破傳統醫學的封閉狀態，可運用以下策略：

- （1）組成公會、協會或學會，為傳統醫學醫師們提供公開或私人的活動場所。

- (2) 舉行傳統醫學醫師和現代醫學醫師之間的活動和對話，由此建立相互之間的尊重和利益共享。
- (3) 組織以社區為基礎的活動，建立資訊資源中心並建立醫師和治療方法的檔案，收集資料並進行研究，如利用本區域中的大學、學院中大量的有關傳統醫學的出版刊物進行研究。
- (4) 為現代醫學的醫事人員提供傳統醫學的培訓課程，在醫學院教育與醫事人員繼續教育中加入傳統醫學的內容與訓練。

### 3、評估傳統醫學的潛在經濟效用

評估傳統醫學的潛在經濟效用目前面臨一些困難，如一些成員國可能缺少關於健康需求、傳統醫學的使用和傳統醫學現存狀況等方面的基本資料；由於資金和人力的原因，一些國家缺乏這方面的經濟評估專家；評估可能會引發保險業對傳統醫學的爭論等。

但還是可以利用原有的經濟分析方式，如成本效率和成本效益來證明傳統醫學的潛在經濟價值，或者用影響評估工具（RIA）來評估傳統醫學醫師和傳統醫學。我們還可以選擇在已有傳統醫學規定的國家，採行適用於當地的簡單可行的方法進行經濟評估研究。同時，我們應努力發掘將傳統醫學與國家和社會的經濟發展計畫連在一起的可行性評估。對於許多開發中國家而言，使用當地擁有的草藥可以減輕他們在進口藥品上的沉重的經濟負擔。

### 4、建立適當的傳統醫學標準

區域內的許多國家如中國大陸、韓國和新加坡制定的監測傳統醫學的標準已較具規範性。但是，在一些國家，由於政府不介入這一類標準的制定，只是通過傳統醫學的民間組織自行訂定標準，導致這些國家的傳統醫學標準不具有規範性；在一些國家，傳統醫學醫師、藥劑師、標準制定者和決策者對建立適當的傳統醫學標準的必要性和規範缺乏瞭解，也導致了資訊的缺乏和投資的短缺；傳統醫學醫師們各自採用的不同的療法和藥物

使得傳統醫學標準化難以建立；在建立傳統醫學標準的過程中，總有部分護理提供者和醫師反對傳統醫學標準化的制定。

從各方面鼓勵傳統醫學建立適當的標準化：

- (1) 應從大學、醫學院等提供有關傳統醫學的培訓與教育的相關教育機構中，確定傳統醫學醫師實習和培訓的範圍。醫師、藥劑師和制定標準的人都應進行很好的培訓。培訓和建立教育標準的責任是落在醫師自己、教育機構和政府各級部門。
- (2) 傳統醫學藥材原料標準化範圍應確定（WHO 西太平洋區域辦事處已出版有關於標準化和評估草藥的指南—「草藥安全有效的評估研究指南」與「適當使用草藥指南」）。
- (3) 傳統醫學產品應制定相對應的質量標準。
- (4) 收集完整的現有傳統醫學的使用方法和治療方法，以利於標準化的制定。
- (5) 整理完整傳統醫學醫師名冊，詳細規定病歷記載方式，以作為規範化的第一步。
- (6) 利用第三者模式，如社區成員、公會或學會代表、傳統醫學醫師和企業等，在政府和傳統醫學醫師間建立溝通管道。
- (7) 建立或加強國家傳統醫學標準化設置能力。
- (8) 在制定國家傳統醫學標準上採行全球合作模式。

## 5、鼓勵和加強傳統醫學的基礎科學研究

有些國家已對相關傳統醫學的科學根據展開大量研究，如中國大陸、日本和韓國。但是，這些研究時常會遇到某些困難，如很少有人對傳統醫學的研究加以實踐；傳統醫學的非標準化可能會使標準化研究方法受阻；對傳統醫學的研究需要科學界和傳統醫學醫師的合作，也需要政府、企業和藥商的介入；不同的研究需要不同的研究設備，而複雜的臨床試驗和實驗室研究則需要專門的設備、訓練有素的人員和大量資金；現代科學與傳統醫學的文化背景差異可能導致對傳統醫學研究的不積極；大部分有關傳統醫學的論文不是用英文撰寫的，很難在國際性期刊上被發表等。



所以，傳統醫學的基礎科學研究要與臨床、社會、政治和經濟結合起來：

- (1) 建立和加強國家級傳統醫學研究機構，鼓勵傳統醫學醫師、現代醫學醫師和科學家投入到傳統醫學的基礎研究中。
- (2) 鼓勵學科和部門之間的合作和培訓，推廣國際之間的學術合作和研究。
- (3) 開始或加強在醫學院的傳統醫學研究計畫，目前應推行的研究計畫應圍繞在社區民眾的健康與用藥安全、治療品質和治癒率的提升。
- (4) 從政府、科研機構和民間企業尋找資金，以支持有益於傳統醫學發展的研究。
- (5) 科研人員及傳統醫學醫師，應將研究發現的結果整理，發表，讓政策制定者和傳統醫學醫師知道，以便他們思考和使用。
- (6) 把研究的發現用民眾方便理解的語言表達出來，並應用到公眾教育計畫中，把研究發現利用政府的政策表現出來等。

## 6、尊重傳統醫學文化的整體性

傳統醫學是人們長久以來對健康與疾病的觀察和治療經驗的總結，是一代一代傳承下來的。記載這些經驗的書籍如中國大陸、日本和韓國的傳統醫學書籍，其大部分知識都是通過一種哲學的，甚至是精神的方式表現。在發展傳統醫學現代化的道路上，保存傳統醫學的基本精神，又不失去傳統醫學的基本特性是相當需要智慧又極其重要的。

在一些國家，政府雖然也認可傳統醫學，但總體說來，仍是傾向於現代醫學。另外，一些傳統醫學醫師的信仰和行為阻礙著傳統醫學文化得到有效的保護和傳承。如在斐濟，人們相信如果醫師把治病的方法告訴別人，他的治病能力就會受到損失。這種觀念在很多傳統醫學體系中都存在。同樣，一些草藥師也出於哲學的和經濟的原因，對自己的配方秘而不傳。對於那些年輕的傳統醫學學習者來說，傳統上他們只有通過拜師學藝才能獲得這些秘訣，而如今他們已不再對這種方式感到興趣，而轉向那些較容易且更具吸引力的職業。

我們應鼓勵政府保護傳統醫學文化，推廣政府對傳統醫學文化價值的認識；將支撐著傳統醫學的哲學融入研究、教育和健康項目中，傳統醫學醫師應被授權為同等級的合作者參與這些計畫；鼓勵從事主流醫學的醫師們將傳統醫學體系中的與健康有關的文化觀念在他們所服務的社區裏加以利用、傳播；可以設立傳統醫學日，以利於傳統醫學文化的推廣。

## 7、制定保護和保存健康資源的政策

當前，自然資源所提供的中草藥原物料和其它天然健康產品為現代醫學和經濟所帶來的潛在經濟價值已被越來越多的人瞭解與認識，這些自然資源目前已面臨被過度開發的危險。同時，化學污染也越來越影響到中草藥原物料的品質。人們也已經開始意識到，如果這些自然資源得不到有效的保護，很快就會枯竭或失去其應有的價值。另外，對傳統醫學知識的保護也可能引發知識產權的爭論。

所以，應對現存自然健康資源進行最基本的評估，然後在民眾、學界和商界相互瞭解的基礎上，成立專門的委員會，制定保護和保存自然健康資源的政策，開始保護自然健康資源的計畫，並鼓勵民眾監督和執行這些保護政策和保護計畫。同時，制定合法、可行的工作綱要，使得傳統醫學知識可以有計畫、有系統的傳承與學習。政府應讓傳統醫學醫師瞭解有關知識產權的相關事宜，並對他們進行健康資源保護和保存的教育工作。

## 五、世界衛生組織（WHO）對針灸醫學的態度及工作

### （一）世界衛生組織（WHO）

世界衛生組織（World Health Organization，WHO）是聯合國的一個專門機構。1948年4月7日正式成立，我國是創始會員國之一。成立宗旨是促進全世界人類的健康，使全世界人類獲得最高水準的健康。主要任務是指導國際衛生工作、制定國際衛生標準與各國合作加強國際衛生規劃，開發並傳授適宜衛生技術、衛生信息和人類健康標準。世界衛生組織對「健康」（Health）的定義是：「不僅是沒有疾病，而且是完全的身心健康和享有健全社會福利」（A state of complete physical, mental, and social wellbeing, and not merely the absence of disease and infirmity.）。

世界衛生組織總部設在瑞士日內瓦，下設三個主要機構：(1)世界衛生大會；(2)執行委員會及(3)秘書處。它的工作範圍是：(1)設置世界衛生資訊及研究中心：秘書處有疫苗使用、腫瘤研究情形、營養品新發現、麻醉品控制及危害健康的輻射現象等最新資訊通報各會員國；(2)發起、推廣各種防治傳染病及地方病的措施：如開展大規模防病運動，包括全國性種痘、傳授使用抗生素和殺蟲劑的方法、改進實驗及臨床設備，以利於早期診斷及疾病預防、協助各會員國在供應潔淨用水及衛生設備方面取得進展、對農村居民進行衛生教育；(3)鼓勵各會員加強並擴大其公共衛生行政機構。經會員國邀請，世界衛生組織可以對各國政府提供技術諮詢，協助制訂長期衛生計劃，派出國際專家小組指導實地調查和示範項目，幫助建立地區衛生中心，並對各國發展醫護人員教育給予幫助。它也提供教學的師資人員，對醫師、公共衛生行政人員、護士、衛生視察人員及實驗技術人員提供出國進修獎學金。

世界衛生組織設有六個地區辦事室：(1)非洲地區；(2)美洲地區；(3)東地中海地區；(4)歐洲地區；(5)東南亞地區；(6)西太平洋地區。世界衛生組織自創建以來，雖然人類健康作出輝煌成就，但面臨的任務很艱鉅，如實現人人享有衛生保健（Health for All），控制新老傳染病，實現人人享有生

育健康，建立衛生合作關係，促進健康的生活方式和健康的環境等方面面臨挑戰。

## （二）WHO 對針灸醫學的態度及工作

世界衛生組織（WHO）在 1983 年表示要以實現「公元 2000 年人人享有醫療保健」為目標，為達成此目標，認為更需要傳統醫學協助，因此世界衛生組織順應潮流，積極有遠見地支持和推動傳統醫學。在 1977 年世界衛生組織第 30 屆大會通過「促進和發展各國傳統醫學的訓練和研究工作」的決議並設置傳統醫學專家委員會，召開國際會議及學術交流，同年十一月在日內瓦召開「促進和發展傳統醫學」會議，肯定「傳統醫學」，特別建議草藥和針灸可以融入各國醫藥保健政策之中，要求各國培訓、研究和發展。

1979 年世界衛生組織刊物《世界衛生》，特別出版專刊介紹針灸，刊發論文 7 篇，照片 30 幅，宣傳介紹針灸，並建議針灸可用來治療 43 種疾病。1986 年《世界衛生組織紀事》發表「針灸在現代保健中的應用」之社論，建議各國積極發展針灸工作。世界衛生組織西太平洋區域為了發展針灸醫學，促進國際針灸學術交流和國際針灸教育的發展，提出「針灸穴名需要國際化和標準化」，並指出針灸穴名的統一有利於針灸工作在書刊和語言交流相互了解，並更精確論述和確定穴位，特別召開制定國際所接受的標準針灸穴名方案。自 1982 年在馬尼拉，1984 年在東京，1985 年在香港及 1987 年在漢城，召開四次國際針灸穴名標準化工作會議，制定 361 個標準經穴名，十四經穴名簡釋，48 個標準經外穴名，14 個標準頭針穴名，79 個標準耳穴名和標準奇經八脈名。1989 年世界衛生組織總部在瑞士日內瓦召開全球性國際標準穴名科學組織會議，審議和採納亞太區推薦的標準針灸穴名為《國際標準針灸穴名方案》，將針灸醫學在國際推廣應用，促進國際針灸學術共同語言拓展交流大道。

世界衛生組織於 1995 年 2 月發表《針灸臨床研究規範》（Guidelines for Clinical Research on Acupuncture），這規範是在 1994 年 6 月於日本青森召開的針灸臨床研究方法學工作組會議上提出來的，以呼應 1989 年 WHO 科

學組在日內瓦提出，為確保研究確實結果高誠品質，應制定研究方法規範以發揮指導作用。針灸人員要對現代科學的基本原則和方法學，如設計、實施、統計分析、解釋和報告等正確理解，以致規範共分 6 個部份：(1)背景介紹；(2)名詞術語解釋；(3)目標與目的；(4)概論；(5)研究的方法學；(6)規範的使用。

世界衛生組織對針灸醫學的重視，認為應制定一套規範，以保障針灸治療的品質及大眾安全，世界衛生組織於 1999 年發表《針灸基本訓練及安全規範》(Guidelines on basic training and safety in Acupuncture)。《針灸基本訓練及安全規範》是用以協助國家衛生相關當局建立制度，對於從事針灸醫療所須具備的條件，並減少不必要針灸所引起的風險，使針灸醫學的教育訓練有所規範。在規範中，第一部分為基本針灸訓練 (Basic training in Acupuncture)，第二部分為針灸安全 (Safety in Acupuncture)。在第一部分基本針灸訓練，將訓練對象分為四級，分別給予不同需求的訓練課程時數，醫師接受完整的針灸訓練，則需要 1,500 小時的針灸訓練；醫師只在診所從事針灸醫療，則至少須接受 200 小時針灸訓練。我國行政院衛生署 1998 年函「醫師、牙醫師執行針灸業務應接受針灸訓練之課程名稱及時數」公告，應接受針灸訓練時數總計 192 小時，顯然尚不足，所以中華針灸學會經常舉辦學術活動作為加強。而對於傳統十四經脈上的 361 穴道，加上常用之經外奇穴 48 穴，先選取 201 個穴位作為基本訓練中常用的穴道。

在《針灸基本訓練及安全規範》中，首先強調針灸為侵入性的醫療，以致無菌環境與無菌操作相當重要，應避免疾病的傳染，並對針灸常遇到的併發症及意外列出。輕者，如暈針、斷針及灸燙傷等。重者，如刺傷重要器官。說明預防方法及補救措施，並指出針灸的禁忌及電針、雷射針灸的安全使用方法。

目前世界上除了西方現代醫學之外，補充另類療法 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 也受到越來越多的關注，其中，中草藥和針灸無疑是個中翹楚。然而，現代醫學的療效有實證基礎 (Evidence-Based) 背書，補充另類療法卻常以經驗談取得存在肯定。有鑑於「傳統醫學的臨床

研究該怎麼做？」世界衛生組織（WHO）在2000年發表了《傳統醫學臨床指引》（General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine），讓有心參與臨床研究者，有一些可遵循的軌範。

世界衛生組織（WHO）在《傳統醫學臨床指引》中提到，雖然傳統醫學有越來越流行的趨勢，但是許多國家仍未給予官方認可，也因此使得相關教育和訓練也尚未能獲得一致的支持和重視。原因之一在於一直缺乏適當的研究方法（research methodology）來評估，縱然各國也有很多未出版的資料，但是研究的品質恐有待商榷。因此，適當的研究方法應符合下列兩項基本原則，第一，要能保證傳統草藥和處置的安全性和療效；第二，不能成為阻礙傳統醫學應用與發展的絆腳石。在臨床指引中將分草藥和操作型療法兩個部分來討論。事實上成功的治療，常需借重前述兩種方式，使得傳統醫學的療效評估，往往是出於一種整合的形式，而與正統醫學有所不同，亦即用正統醫學的評估方式可能不盡適合。所以，世界衛生組織編寫出版《傳統醫學臨床指引》的最終目的是：（1）統合重要的傳統醫學用語；（2）歸納一些關鍵性評估傳統醫學方法的課題；（3）提升傳統醫學研究的品質和意義；（4）提供適當的方法來協助傳統醫藥的登記和規範。

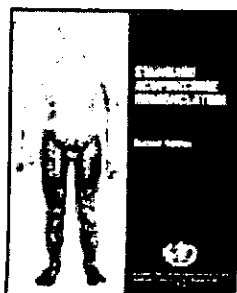
世界衛生組織（WHO）2002年發表《針灸：臨床試驗的回顧與分析報告》（Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trial），對於關於研究針灸的文獻進行回顧，希望提供有關於針灸治療的有效性的資訊，進而希望各國衛生政策制訂者將針灸可治療的疾病、症狀與情況加以推廣與納入醫療體系中。之後，世界衛生組織在2002年的第55屆世界衛生大會上發表《2002-2005年世界衛生組織傳統醫學策略》（WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005），策略報告中指出，從2002到2005年之間，WHO將協助各國在傳統醫學上：發展出各國自己的傳統醫學並整合到各國自己的醫療體系當中；確保傳統醫學被適當、安全且有效地使用，以及提供會員國能更方便地取得傳統醫學的相關資訊。WHO將透過提供相關傳統醫學技術指南來協助各國建立並健全法規，確保民眾都能夠安全有效地使用這些傳統醫學療法。

針灸臨床試驗規範概論仍積極鼓勵進行針灸研究，而研究既要周密計劃準備和過程，實驗組須具有針灸傳統知識和經驗。臨床研究應對傳統醫學與現代醫學知識瞭解並結合，同時運用傳統醫學和現代醫學的診斷標準。制定規範的目的仍是加強針灸臨床研究，促進針灸的明確使用。通過討論提出基本原則和周密可行的標準，以使研究人員和針灸醫師共同進行針灸療效的臨床評估，提出基本的標準，將研究計劃及研究結果由專家評議和監督，促進研究經驗和資料的交流。將確實針灸有效可靠的資料匯集，為有關決策者提供決策依據。

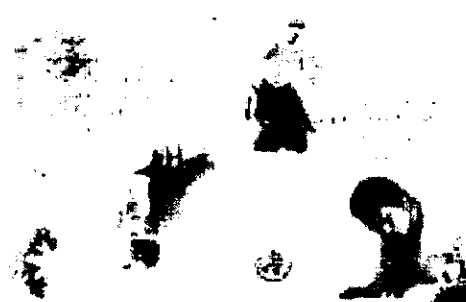
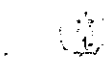
針灸醫學為安全有效的物理療法，但仍然需要嚴守醫療規範，熟記經穴，嫻習手法，不得粗心大意不守針灸規範，進而從事基礎與臨床研究，將針灸醫學發揚光大，造福人群。

### 世界衛生組織 (WHO) 對針灸醫學的工作

年 份	工 作
1948 年	世界衛生組織成立
1979 年	《世界衛生》刊物，介紹針灸，建議治療 43 種疾病
1986 年	《世界衛生組織紀事》社論發表「針灸在現代保健中的應用」
1989 年	公佈《國際標準針灸穴名方案》
1995 年	發表《針灸臨床研究規範》
1999 年	發表《針灸基本訓練及安全規範》
2000 年	發表《傳統醫學臨床指引》
2002 年	發表《針灸：臨床試驗的回顧與分析報告》
2002 年	發表《2002-2005 年世界衛生組織傳統醫學策略》



Guidelines  
on basic training  
and safety in  
acupuncture



## 世界衛生組織 (WHO) 推薦針灸臨床主治的 43 種病症

<p><u>1、上呼吸道疾病</u></p> <p>01 急性鼻竇炎</p> <p>02 急性鼻炎</p> <p>03 感冒</p> <p>04 急性扁桃腺炎</p>	<p>22 急、慢性結腸炎</p> <p>23 急性菌痢</p> <p>24 便秘</p> <p>25 腹瀉</p> <p>26 腸麻痺</p>
<p><u>2、呼吸系統疾病</u></p> <p>05 急性氣管炎</p> <p>06 支氣管哮喘 (對兒童和單純性患者效果最佳)</p>	<p><u>6、神經系統疾病</u></p> <p>27 頭痛</p> <p>28 偏頭痛</p> <p>29 三叉神經痛</p> <p>30 面神經麻痺 (早期三個月至六個月之內者)</p>
<p><u>3、眼科疾病</u></p> <p>07 急性結膜炎</p> <p>08 中心性視網膜炎</p> <p>09 近視 (兒童)</p> <p>10 單純性白內障</p>	<p>31 中風後的輕度癱瘓</p> <p>32 周圍神經疾患</p> <p>33 小兒脊髓灰白質炎後遺病 (早期，六個月之內)</p> <p>34 美尼爾氏綜合症</p> <p>35 神經性膀胱功能失調</p>
<p><u>4、口腔疾病</u></p> <p>11 牙痛</p> <p>12 拔牙後疼痛</p> <p>13 牙齦炎</p> <p>14 急、慢性咽炎</p>	<p>36 遺尿</p> <p>37 肋間神經痛</p> <p>38 頸臂綜合症</p> <p>39 坐骨神經痛</p>
<p><u>5、胃腸系統疾病</u></p> <p>15 食道、賁門痙攣</p> <p>16 呃逆</p> <p>17 胃下垂</p> <p>18 急、慢性胃炎</p> <p>19 胃酸過多</p> <p>20 慢性十二指腸潰瘍 (疼痛緩解)</p> <p>21 單純性急性十二指腸潰瘍</p>	<p><u>7、肌肉、骨關節疾病</u></p> <p>40 網球肘</p> <p>41 肩凝症</p> <p>42 腰痛</p> <p>43 關節炎</p>

資料來源：《世界衛生雜誌》針灸專刊。世界衛生組織 (WHO) 出版，1980 年 2 月。



## 世界衛生組織 (WHO) 傳統醫學合作中心

### 亞洲

#### 1、中國—傳統醫學合作中心

- (1) 中國中醫研究院—針灸研究所 (鄧良月教授)
- (2) 中國中醫研究院—中醫藥信息所 (傅世垣教授)
- (3) 中國中醫研究院—中藥研究所 (姜廷良教授)
- (4) 中國醫學科學院藥用植物資源開發研究所— (蕭培根教授)
- (5) 上海中醫藥大學— (施杞教授)
- (6) 上海醫科大學—針刺原理研究所 (曹小定教授)
- (7) 南京中醫藥大學— (項平教授)

#### 2、日本—傳統醫學合作中心

- (1) 北里研究所附屬東洋醫學總合研究所— (大塚恭男教授)
- (2) 富山醫科大學和漢藥研究所— (寺澤捷年教授)

#### 3、韓國—傳統醫學合作中心

- (1) 漢城大學生藥研究所— (Chi Hyung-Joon 教授)
- (2) 慶熙大學東西醫學研究所— (Ham Byung-Hoon 教授)

#### 4、北韓—傳統醫學合作中心

朝鮮傳統醫學研究院— (Li Do Gon 教授)

#### 5、印度—傳統醫學合作中心

- (1) 印度阿育佛陀大學— (M.S.斯特雷教授)
- (2) 巴納拉斯印度教大學阿育佛陀大學— (R.H.辛格教授)

#### 6、越南—傳統醫學合作中心

越南傳統醫學研究所— (Hoang Bao Chou 教授)

## 歐洲

### 1、義大利—傳統醫學合作中心

義大利非洲研究所—（G.B.馬里尼—倍特羅教授）

### 2、羅馬尼亞—傳統醫學合作中心

羅馬尼亞國家藥物研究及藥品檢定所—（O.E.康茲教授）

### 3、比利時—傳統醫學合作中心

安特惠普大學—（A.J.弗立廷克教授）

## 美洲

### 1、美國—傳統醫學合作中心

(1)依利諾斯大學—（N.R.范斯沃司教授）

(2)霍夫斯特拉大學—（高逢田教授）

### 2、墨西哥—傳統醫學合作中心

墨西哥發展傳統醫學研究所—（X.洛佐亞教授）

## 非洲

### 1、加納—傳統醫學合作中心

加納植物藥研究中心—（G.L.鮑耶教授）

### 2、馬達加斯加—傳統醫學合作中心

馬達加斯加國家藥物研究中心—（M.R.安特烈斯福拉納教授）

### 3、尼日利亞—傳統醫學合作中心

(1)拉各斯大學藥學系—（A.泰拉教授）

(2)奧巴非米，阿沃羅沃大學—（A.紹夫瓦拉教授）

### 4、蘇丹—傳統醫學合作中心

蘇丹醫學研究委員會傳統醫學研究所—（S.A.卡立特教授）

### 5、馬里—傳統醫學合作中心

馬里國家藥物研究所—（K.阿隆那教授）

## 六、世界各國中醫藥針灸發展現況

### (一) 中華人民共和國 (China) 中醫藥發展現況

#### 1、中醫藥發展背景

中華人民共和國（以下簡稱中國大陸或大陸）面積960萬平方公里，行政區域分為23個省、5個自治區、4個直轄市（北京、天津、上海、重慶）與2個特別行政區（香港、澳門）。人口達13億，共有56種民族。1949年中華人民共和國成立以後，採取了保護和發展中醫藥的政策，形成中國大陸今日「中西醫並重」的局面，從而也為整個傳統醫學、民族醫學的生存發展提供了基本的政策保證。

中國大陸是現代醫學與傳統醫學並存，傳統醫學包括中醫學和其他各民族醫學。大陸中醫藥的發展受到「中華人民共和國憲法」第二十一條「發揚我國傳統醫藥」的保障與重視。大陸把中醫和西醫擺在同等重要的地位。50年代初期，中國大陸提出「團結中西醫」方針，將中醫藥的發展導入正常途徑。在醫藥衛生行政體系中設立中醫藥事業管理單位，在衛生部內設立中醫司。在省市縣各級行政體制亦予以設置。

由於大陸人口眾多，對醫藥衛生人力的需求也較高，所以同時開辦「中醫師帶徒工作」，希望在1956年至1962年之中，培養50萬名新中醫。在1956年到1966年間，中醫學院有21所，在校生數有10,155人，畢業學生高達7,100人。同時，西學中的西醫師便有2,046人。這十年可說是中國傳統醫學最為光輝的時期，原因在於大陸的中醫政策與「團結中西醫」的方針所導致。目前有34所中醫學院，其中7所已經升格為中醫藥大學。

1978年秋，大陸文革結束，學校復課，中醫藥教育亦逐漸復甦，大陸衛生部召回大批中醫藥人員，重新為其安排工作，並且恢復過去被毀損、破壞的中醫醫療及教學研究機構，將從前未定職稱的中醫工作人員確定技術職稱，從此中醫藥人員在社會上建立起一定的地位，並從民間老中醫師中，選拔一萬名優秀人員，派往全國各中醫機構服務；出版大量的中醫藥

書籍雜誌，經過如此的積極努力，數年後，中醫藥相關人員便由23萬人增加到30萬人次。中醫學院在修復、調整後，增加23所；1975至1980年之間，中醫學院學生數也從一萬餘人增加到二萬多人；在這段期間，中醫專科醫院以及中醫診所由117家增加到將近1,000家。

中國大陸於1986年7月正式成立「國家中醫管理局」，現更名為「國家中醫藥管理局」，與衛生部直接隸屬國務院，與衛生部地位平行，在各省分設省級中醫藥管理局負責中醫藥行政管理。其體系使中醫藥工作獲有相當獨立自主的發展地位，相對地提高了中醫藥高等教育事業的開展、研究機構與醫療單位的發展與振興、訂立大陸中醫藥發展有利且完善之政策，奠定今日中國大陸在世界中醫藥的重要地位。

## 2、中醫藥管理情況

1986年，根據中國大陸憲法發展現代醫學與傳統醫學的規定，將中醫和西醫分開，成立「國家中醫管理局」，與衛生部並行，同屬於國務院，使中醫事業的管理成為一個獨立的機關。1988年改名成「國家中醫藥管理局」，不只管理中醫，同時也管理中藥。此單位的責任範圍包括：管理中醫藥事業；培育中醫人才；使中醫藥學的繼承與向上更加發展制定中醫的各項規則、法規；制定中醫藥事業的發展計畫；決定實業經費與建設投資預算；管理中醫、中西醫結合業務指導；建立中醫藥相關者的職務等級；制定採用基準與管理方法及促進中醫藥學國際學術交流及展開技術協助等工作。

### 2-1 中醫藥行政管理政府機構—國家中醫藥管理局

國家中醫藥管理局設局長一名並兼任衛生部副部長，副局長二名，內部設有辦公室（財務司）、人事與政策法規司（人事司）、醫政司、科技教育司、國際合作司等單位（如下圖）。

#### （1）國家中醫藥管理局主要職責

- 依據國家衛生、藥品的有關政策和法律法規，研究擬定中醫、中醫中藥結合、中西醫結合以及民族醫療醫藥的方針、政策和發展戰略；組織起草

有關法律、法規並監督執行。

- 根據各類衛生技術準則和中醫藥自身特點，擬定中醫醫療、保健、中藥、護理等有關人員的技術職務評定標準和醫療、保健、護理等人員執業資格標準並監督實施；參加制訂國家基本藥物目錄和執業中藥師資格標準。
- 規劃、指導和協調中醫醫療、科研、教學機構的結構佈局及其運行機制的改革；制定各類中醫醫療、保健等機構管理規範和技術標準並監督執行。
- 對中醫醫療、預防、保健、康復、護理及臨床用藥等進行監督和業務指導；依據有關規定在中醫行業推行醫藥人員執業資格制度。
- 研究和指導中西醫結合工作，擬定有關管理規範和技術標準；監督和協調管理中西醫結合的醫療、研究機構。
- 研究和指導藏醫、蒙醫、維醫等各民族醫療醫藥工作；組織各民族醫療醫藥的理論、醫術、藥物的發掘、整理、總結和提高；擬定和逐步完善相關的制度規範和技術標準；監督和協調管理各民族醫療、醫藥機構。
- 擬定和組織實施中醫藥科學研究、技術開發規劃，加強重點實驗室建設；管理國家重大中醫藥科研專案，組織重大中醫藥科技成果的獎勵、推廣和保密工作。
- 在國家教育方針指導下，組織擬定和實施中醫藥教育發展規劃，加強中醫藥人才培養，注重中醫藥師承教育；對中醫藥教育質量進行監督和業務指導並在教育及實踐中提高人才素質和專業水平。
- 組織擬定中醫藥人員職業道德規範，倡導並監督醫德醫風建設，加強敬業愛崗宣傳，提高中醫行業人員思想道德素質和醫療保健服務品質。
- 指導與協調中醫藥對外及香港特別行政區和澳門、臺灣地區的學術交流、人才培養和技術合作，推進中醫藥科學的國際傳播。
- 按規定許可權負責局機關及直屬單位的有關辦公事務、人事管理和黨群工作；聯繫相關中醫藥社會團體。
- 承辦國務院及衛生部交辦的其他事項。

## (2) 國家中醫藥管理局內設單位與職責

單位	主要職責
辦公室（財務司）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究提出中醫行業發展策略和政策。</li> <li>2. 規劃、指導和協調中醫機構結構佈局。</li> <li>3. 組織中醫藥重大理論或實際問題的調查研究和資訊服務。</li> <li>4. 承辦國家扶持中醫專項資金的劃撥事宜。</li> <li>5. 聯繫中醫藥行業社會團體。</li> <li>6. 負責管理局直屬單位財務、基建和國有資產等。</li> <li>7. 協助局領導組織協調局機關日常政務，協調、督促機關各部門的業務工作。</li> <li>8. 負責會議、秘書、文電、檔案、保密、信訪等日常事務。</li> <li>9. 負責局機關財務、保衛、後勤等行政工作。</li> </ol>
人事與政策法規司 （人事司）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 負責承辦局機關公務員和局直屬單位局管幹部的考核、晉升、任免、調配、考試錄用和獎懲工作。</li> <li>2. 管理局機關及直屬單位的機構設置和人員編制。</li> <li>3. 負責局機關及直屬單位的勞動工資管理工作。</li> <li>4. 擬訂與完善中醫藥行業專業技術人員專業技術職務評定標準；參與制訂中醫藥行業專業技術人員執業資格標準。</li> <li>5. 編制中醫藥行業立法規劃、計畫，督促、指導有關部門實施。</li> <li>6. 組織起草中醫法律、行政法規草案；審查修改各司、辦報送局審議的部門規章草案。</li> <li>7. 組織開展有關衛生改革、醫德醫風建設等宣傳工作，協調、指導中醫藥行業的報刊、出版工作。</li> <li>8. 管理和組織編輯局重點宣傳材料。</li> <li>9. 負責局機關離退休幹部服務工作。</li> </ol>
醫政司	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究並組織實施在國家醫療保障制度改革、區域衛生規劃、社區衛生服務、農村合作醫療、初級衛生保健規劃等總體部署中中醫行業應該承擔的任務。</li> <li>2. 擬訂中醫醫療機構的發展規劃和中醫藥防治重大疾病規劃。組織制訂和實施中醫、中西醫結合、民族醫醫療、預防、保健、康復、護理及臨床用藥等的管理規範和技術標準。</li> <li>3. 研究指導中醫、中西醫結合、民族醫療機構改革及醫德醫風建設工作。</li> <li>4. 監督和協調管理各類中醫、中西醫結合、民族醫療機構，對其他醫療機構的中醫業務進行指導。</li> <li>5. 監督管理中醫、中西醫結合、民族醫的社會辦醫和個人辦醫。</li> <li>6. 指導基層中醫藥工作。</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>7.研究和指導藏、蒙、維等各民族醫療、醫藥工作。</li> <li>8.依據「執業醫師法」，負責中醫醫師資格認定工作，擬定中醫、中西醫結合、民族醫醫療、護理等人員的執業標準，組織中醫醫師、護理人員執業註冊，推行中醫藥人員執業資格制度。</li> <li>9.參加制定國家基本藥物目錄。</li> <li>10.監督管理中醫、中西醫結合、民族醫療機構內部藥事工作，指導開展臨床藥學研究，協調藥品在臨床應用的相關事宜。</li> <li>11.監督管理按照中醫理論研製的藥膳及保健品。</li> </ol>
<p style="text-align: center;">科技教育司</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.研究中醫、中藥科技教育的發展戰略。擬定和組織實施全國中醫、中藥、中西醫結合、民族醫藥科技教育發展的中、長期計畫與總體規劃。</li> <li>2.組織、協調、管理國家和行業的中醫藥重大科學研究、技術創新和開發專案。</li> <li>3.規劃和指導中醫藥重點學科、重點實驗室、科技資訊和醫學實驗動物等科研條件的建設。</li> <li>4.負責中醫、中藥重大科技教育成果的獎勵和推廣，組織重大科技成果的鑒定。</li> <li>5.指導全國中醫藥知識產權保護、科技保密、學術交流和科技合作。</li> <li>6.指導中醫、中西醫結合專業學位建設，高、中等中醫藥教育教學工作和成人中醫藥教育工作。</li> <li>7.組織制訂並負責監督中醫藥教育質量標準。</li> <li>8.指導中醫藥對外教育工作。</li> <li>9.指導國內外中醫藥專業技術人員的水準與資格考試。</li> </ol>
<p style="text-align: center;">國際合作司</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.貫徹執行國家外交和衛生工作及中醫藥工作方針、政策及有關規定，開展中醫藥領域有關國際合作和涉外活動的調查研究，制訂有關的管理辦法和規定，並監督實施。</li> <li>2.擬訂、組織、實施中醫藥對外交流與合作的總體規劃；宏觀管理中醫藥行業的對外交流與合作工作。負責管理多邊、雙邊中醫藥國際交流與合作專案。</li> <li>3.負責國外對傳統醫藥政策的調查研究，並彙集有關國際交流方面的資訊。負責中醫藥的對外宣傳聯絡工作。</li> <li>4.組織協調中醫藥對外技術交流與合作，並負責引進技術、智力、資金等專案。</li> <li>5.負責配合各部、委執行外國政府及世界衛生組織等國際組織簽定的政府協定中有關中醫藥合作專案的管理工作。</li> <li>6.負責駐華使團、國際組織在華常駐機構、新聞機構與我局的聯絡、拜會的安排及辦理有關外事文電。</li> </ol>

- |  |  |
|--|--|
|  | <p>7.負責中醫藥在國（境）外辦醫、辦學及來華留學生的宏觀管理工作。負責中醫藥國內國際專業會議及中醫藥跨地區、跨部門對外交流及成果轉讓、技術合作事宜的審批工作。</p> <p>8.負責與台港澳地區的中醫藥合作交流工作，對在內地學習的台港澳學生管理的組織協調工作。</p> <p>9.負責局機關及直屬單位對外交流與合作及人員往來的審批、協調及對駐外使領館的聯絡工作。負責辦理局機關及直屬單位出國人員的護照、簽證。</p> <p>10.負責中國傳統醫藥國際交流中心、台港澳交流合作中心及總部設在中國的世界中醫藥國際組織的業務管理工作，並負責聯繫總部設在中國的世界中醫藥社團組織。</p> |
|--|--|

### (3) 國家中醫藥管理局直屬單位

國家中醫藥管理局有19個直屬單位：中國中醫研究院、中國中醫藥報、中國中醫藥出版社、中國中醫藥學會、國家中醫藥管理局對台港澳中醫藥交流合作中心、中國中醫藥科技開發交流中心、中國傳統醫藥國際交流中心、國家中醫藥管理局中醫師資格認證中心、機關服務中心。每個單位的特性與特色皆不同，每個直屬單位之下分別有自己的分支機構與事業單位，所以國家中醫藥管理局的組織編制與人員編制皆是非常的龐大。

#### 2-2 中醫藥公會、學會團體

大陸的中醫學術團體非常多，目前與中醫藥有關的全國性社團共有14個，包括：中國中醫藥學會、中國中西醫結合學會、中國針灸學會、中國保健食品協會、中國民族醫藥學會、中國中醫藥促進會、中國醫學氣功學會、世界醫學氣功學會、世界針灸學會聯合會、中國藥膳研究會、中國中藥協會、中國中醫藥資訊研究會、中國衛生經濟學會中醫藥分會、世界中醫藥學會聯合會。其中前3個的業務主管部門是中國科協，其他社團的業務主管部門則是國家中醫藥管理局。總部設在北京的世界針灸學會聯合會現有43個國家和地區的77個中醫藥團體會員；世界中醫藥學會聯合會現有48個國家和地區的138個中醫藥團體會員。



## 2-3 中醫藥條例

「中華人民共和國中醫藥條例」（以下簡稱中醫藥條例）是中國大陸第一部中醫藥行政法規，在2003年4月2日經中國國務院第三次常務會議通過，經中國大陸總理溫家寶4月7日公佈，於2003年10月1日起正式實施。

「中醫藥條例」的基本精神，一是採取積極作為提升中醫藥的發展，二是加強對中醫藥的法制化管理。「中醫藥條例」確立相對應的保障措施，明確大陸各級政府在發展中醫藥方面的職責，以及各級中醫藥行政管理部門的管理責任；規範了中醫醫療、教育、科研和對外交流與合作等方面的行為。「中醫藥條例」從國家立法層面規定了中醫藥事業發展、加強法制化管理的原則、方向、目標和要求。「中醫藥條例」的實施為大陸中醫醫療機構管理、人員管理及技術導入等方面工作展現契機，可加快大陸中醫藥法制化的進程，使大陸中醫藥發展的各項工作有標準可遵循。

「中醫藥條例」主要內容是：堅持「中西醫並重」的方向，保護、扶持、發展大陸中醫藥事業；保持和發揚中醫藥的特色和優勢，持續提高中醫學術水準和臨床療效；中西醫相互學習，相互輔助，促進中西醫結合；堅持繼承與創新相結合，推動大陸中醫藥現代化。「中醫藥條例」的頒佈，全面包括了中國大陸的中醫藥發展政策，從國家立法的層面，進一步明確大陸發展中醫藥事業的基本方針、政策、目標和思想，「中醫藥條例」是大陸推廣中醫藥健康事業持續發展的最有力保證。

## 3、中醫藥專業教育與培訓

家傳與師傳是中國大陸過去中醫藥教育主要的培養模式，今日以現代化教育成為中醫藥專業人才系統性、規模化培養的主要模式。自從1956年開設北、中、西、南四家中醫學院，將中醫藥納入正規教育以來（北京中醫學院、上海中醫學院、成都中醫學院與廣州中醫學院），已經先後成立31所中醫學院分佈各省、自治區及直轄市。中醫學院有中醫學系、針灸學系、推拿骨傷學系、中藥學系、中醫護理學系等。其中中醫學系及針灸學

系皆與一般醫學系同為五年學制。全國共同編用一套中醫藥教學體系的教材。一年畢業生約8千人。

中國大陸在國家中醫藥管理局的規劃下，召集全國中醫科際研究，及中醫藥專家與行政人員集會，訂定了「1988年至2000年中醫教育事業發展戰略規劃」，設立了具體的目標：增加中醫師、中醫士25萬人；中藥師、中藥士10萬人。平均每千人口擁有中醫師、中醫士0.42人；中藥師、中藥士0.14人。到2000年，中醫師、中醫士人數達到702,000人，另外增加中醫護士126,000人，培養中醫藥研究生4,000至5,000人，西學中西醫人員4,000至5,000人，留學生500至600人。

大陸中醫藥教育的發展領先世界各國，且其中醫學歷亦為許多國家所認可。目前，中國大陸有高等中醫藥院校34所，中等中醫藥專科學校64所，中醫藥院校在校學生27萬。全國有119所高等醫學院校和綜合性院校設置中醫藥院、系或專業，184所衛生學校開設中醫藥專業。中醫藥管理局重新組織編寫的新世紀中醫藥本科教材已出版46個專業項目。為推動中醫藥繼續教育工作，以繼承名老中醫的學術思想、臨床經驗為目標，中醫藥管理局先後共確定老中醫藥專家1,607人，培養繼承人2,285人，並進行「優秀中醫臨床人才研修專案」，第一批遴選了215名臨床學術種子學員進行培訓。因其正規學校教育，無法供應全部所需人力，故另更有各省為適應人才需要所舉辦的中醫自學考試，考試及格亦得進入中醫藥行業。

中國大陸目前中醫院校文憑分為兩級，一為中學程度，中學畢業者稱為中醫士、中藥士；一為大學程度，大學畢業者稱為中醫師、中藥師。學校設立的程序則是學院以上需經過國務院國家教育委員會（教委會）相當於我國的教育部批准始可成立，而中等醫藥學校的部分，則須經過各省市政府批准即可。茲將各級各類大陸中醫教育機構介紹如下：

### 3-1 中醫藥大學與學院

大陸設置中醫藥高等學府，時間與台灣不相上下，1956年，首先成立四所中醫學院：北京、上海、廣州、成都，其中北京、廣州兩所為國立，由中

央衛生部支應，上海自願保留市立身份，成都由四川省政府支應。南京中醫學院於1958年成立，與我國中國醫藥學院同年。目前這四所最早成立的學院，皆已經改制為中醫藥大學。現全國32所中醫藥校院，分佈在大陸各省，大致上每省均有一所。除獨立專設校院外，尚有西醫西藥學校附設中醫部(院或系)，如北京聯合大學的中醫藥學院。而藥學性質校院設立中醫藥專業者更多，如瀋陽藥科大學、南京中國藥科大學等均設有中藥學院。

另有民族醫藥的高等教育院校，藏醫學院2所（西藏藏醫學院、青海藏醫學院）、蒙醫學院1所（內蒙古蒙醫學院）、新疆維吾爾醫學專科學校1所，並在甘肅中醫學院、成都中醫藥大學、雲南中醫學院內設立了藏醫專業，廣西中醫學院設立了壯醫專業，北京中央民族大學也於2002年設立了藏醫系。

在設系方面，大陸不稱為「學系」，而稱之為「專業」。以專業班招生，如中醫本科針灸、五官醫學、推拿、骨傷科等，有二年至七年不等。一般本科中醫教育為五年，但自1991年北京、上海等新改制中醫藥大學後，則將學士、碩士聯讀的中醫本科延長為七年制教育（目前有5所）。是根據前項「1988至2000年戰略規畫」辦理，希望將中醫師提高為碩士生程度。大陸的中醫藥高等校院，各學系、各專業的修業年限不同，亦得附設專科，故同一大學之中，有五至七年不等的學程。

### 3-2 中西結合醫師

中醫和西醫是兩種不同的醫學體系，對人體的結構與功能、對疾病發生和發展規律的認識、以及對疾病的診斷、預防、治療和康復的方法都有很多不同之處，如能互相影響、互相增補，必可有利於醫療事業、提高病患福祉。大陸於自1955年起，開辦「中學西」和「西學中」班，規定凡在西醫工作兩年，再入中醫學系進修三年，便可成為中西醫師。自1978年，大陸建立研究生制度，培養高層次中西醫學結合人才，設基礎、臨床兩個組別，現有87個碩士授權單位，28個博士授權單位，並從1995年開始設立博士後研究站3個。另外，並辦理「雙學位制」、「西學中」（西醫學中醫）專案，可授予第二醫學士學位，但享受碩士級待遇。中西結合醫師，

因具有現代醫藥學知識和臨床、科研能力，又系統掌握中醫藥學理論知識和臨床技術，頗受社會重視。

1992年起，北京、上海和廣州中醫藥大學開辦雙學位西學中班；1998年，南京、廣州、成都中醫藥大學也開辦了7年制中醫學專業（為中西醫結合方向）；還有部分醫學院校設立5至7年制的中西醫臨床醫學專業或中西醫結合系。截至1998年底，全大陸共培養了近6萬多名中西醫結合人員。其中，具備中西醫結合高級專業技術職務者11,077名，中西醫結合碩士和博士研究生1,200多名。

2001年3月，中國大陸在第九屆第四次人民代表大會中通過了「中華人民共和國國民經濟和社會發展第十個五年計劃綱要」（簡稱十五計畫）第十九章第三節中提出：「大力發展中醫藥，促進中西醫結合」，促使大陸中西醫結合今日的蓬勃發展。

### 3-3 研究生教育

中國大陸自1978年恢復研究所教育制度，中醫研究所也恢復碩士與博士教育，培養高品質中醫藥科研人才，對發展中醫藥相當重要。現約有1,600餘名中醫博士與碩士人才。北京、廣州、上海、南京、成都、黑龍江、山東中醫藥大學和天津、遼寧、湖北、湖南、浙江、福建中醫學院及中國中醫研究院等13所高等院校和1所研究院所為博士學位授權單位，目前共有碩博士學位授權單位93個（碩士69個，博士24個）。北京、廣州、上海、南京、成都、黑龍江、山東中醫藥大學、天津中醫學院8所高等院校及中國中醫研究院建立15個博士後流動站。

大陸中醫研究生教育，有一特點是除了學校可設置之外，具有規模之中醫研究機構，亦得開班招生，將以培育，其中以北京中國中醫研究院最大，創立有35年歷史。職工即有4,275人。科研人員3,189人，包括有中醫人員、中西醫結合專業人員，中藥人員及西醫藥人員。其中又分研究員、副研究員、助理研究員與研究實習員。而中國中醫研究院又分別設有中藥研究所、基礎理論研究所、針灸研究所、骨傷科研究所、圖書情報研究

院、中國醫史文獻研究所、第一臨床研究所及第二臨床研究所等。研究院中尚有兩家大附屬醫院即廣安門醫院及西苑醫院。

### 3-4 中醫藥繼續教育

國際培育中心可分為兩類，一為接受外國留學生，學生必須先進修中文一年，並須經國家教育委員會核可始得入學，全國各重點中醫藥大學、中醫學院均可招收此類學生。2003年的統計資料顯示，全中國高等中醫藥院校在校的外國留學生有3,221名，位居自然科學類學科中留學生人數的第一位，目前正在攻讀中醫藥專業碩博士的就有118位；另一為與世界衛生組織(WHO)合設之國際針灸培育中心，全中國現設有上海、北京、廣州、南京、成都中醫藥大學五個中心，二十餘年來為世界一百餘國訓練了2,000餘名針灸醫師。此外，中國大陸與世界衛生組織合作建立7個傳統醫學合作中心。

### 3-5 大陸中醫師認證考試制度

大陸為了提高醫師執業道德和醫療品質，保障醫師的合法權益及人民健康，在1998年制定執業醫師法，並於1999年5月1日開始實施。現行醫師資格考試報名須符合：「中華人民共和國執業醫師法」、「醫師資格考試暫行辦法」（衛生部令第4號）及「傳統醫學師承和專長人員醫師資格考核考試暫行辦法」（衛生部令第6號）的規定。在中醫類別（含：中醫、民族醫、中西醫結合）專業的畢業生不得報考臨床（西醫）、牙科、公共衛生類別的醫師資格。應考資格及申請執業考試類別：

#### （1）臨床執業醫師資格者：

其取得省級以上教育行政部門認可的中醫專業學歷；兩年以上系統學習中醫藥專業知識；參加過省級中醫（藥）行政部門批准舉辦的西醫學習中醫培訓班，且學習中醫藥基礎和中醫臨床主要課程，可申請參加「中西醫結合執業醫師資格考試」。

#### （2）臨床執業助理醫師資格者：

其取得省級以上教育行政部門認可的中醫專業學歷；兩年以上系統學習中醫藥專業知識；參加過省級中醫（藥）行政部門批准舉辦的西醫學習

中醫培訓班，且學習中醫藥基礎和中醫臨床主要課程，可申請參加「中西醫結合執業助理醫師資格考試」。

(3) 取得中醫學臨床碩士生和八年制畢業生者：

在學習期間有相當於大學本科的1年實習和1年以上臨床訓練，可在畢業當年直接參加「執業醫師資格考試」。

(4) 取得高等學校醫學專業學歷者：

可連續工作2年以上並經考核後，報考「執業醫師資格考試」。

(5) 取得中等學校醫學專業學歷者：

可憑醫士職務任職資格和所在醫療、預防、保健機構連續從事醫士業務工作5年以上；醫士從事時間和取得執業理醫師執業證書後執業時間累計滿五年的證明申請報考「執業師資格考試」。

(6) 通過自學考試和廣播電視大學獲得醫學專業學歷者：

除應符合醫師法及相關檔規定外，尚須合乎以下規定：

- 1998年6月30日前報名參加醫學自學考試，其後取得醫學專業學歷的人員，其學歷可作為醫師資格考試的學歷依據。
- 2003年12月31日前前廣播電視大學畢業並取得醫學專業學歷的人員，其學歷可以作為醫師資格考試報名的學歷依據。
- 具有醫師資格的在職衛生技術人員經自學考試或廣播電視大學畢業取得的醫學專業學歷，可以作為醫師資格考試報名的學歷依據，才可報考「執業醫師資格考試」。

(7) 傳統醫學（中醫學和少數民族學）師承和確有專長者：

須符合《傳統醫學師承和確有專長人員醫師資格考核考試暫行辦法》中有關規定，須先經執業醫師資格考試合格及推薦或者取得執業助理醫師執業證書後，在執業醫師指導下，在醫療機構工作滿5年的傳統醫學師承或確有專長人員，可申請報考中醫類別執業醫師資格考試；經執業助理醫師資格考合格及推薦的傳統醫學師承或確有專長人員，可以申請中醫類別「執業助理醫師資格考試」。

### 3-6 「中西醫結合醫師資格考試」考試內容及方法

(1) 執業醫師：

- 基礎部份：中醫基礎理論、中醫診斷學、中藥學、方劑學、西醫生理學、病理學、藥理學。
- 臨床部份：中西醫結合內科、中西醫結合外科、中西醫結合婦科、中西醫結合兒科。
- 其他：衛生法規。採用選擇題題型進行，試題量共450至600題，其中基礎占15至25%；臨床占65至75%，其他約5%。

(2) 執業助理醫師：

- 基礎部份：中醫基礎學、中醫診斷學、中藥學、方劑學、西醫解剖學、生理學。
- 臨床部份：中西醫結合內科、中西醫結合外科、中西醫結合婦科、中西醫結合兒科。
- 其他：衛生法規。採用選擇題題型進行，試題量共300至450題，其中基礎占15至25%；臨床占65至75%，其他約5%。

### 3-7 「中醫師資格考試」考試內容及方法

(1) 執業醫師：

- 中醫（民族醫）學基礎：中醫基礎理論、中醫診斷學、中藥學、方劑學。
- 臨床醫學：中醫內科學、針灸學、中醫外科學、中醫婦科學、中醫兒科學。
- 西醫及綜合：西醫診斷學基礎、西醫內科學、藥理學、病理學、衛生法規，共14科。採用選擇題及配合題型進行。

(2) 執業助理醫師：

- 基礎醫學及綜合：中醫基礎理論、中藥學、方劑學、正常人體解剖學、衛生法規。
- 臨床醫學：中醫內科學、針灸學、中醫婦科學、西醫診斷學基礎、西醫內科學，共10科。採用選擇題及配合題型進行。

### 3-8 中國中醫研究院

北京中國中醫研究院成立於1955年12月(原名中醫研究院，1985年更名)，國家中醫藥管理局直屬的集科研、醫療、教學為一體的綜合性研究機

構。現有人員4,283人，其中專業技術人員3,593名。

中國中醫研究院下設11個研究所：第一臨床研究所、第二臨床研究所、臨床藥理研究所、老年病研究所、眼科研究所、骨傷科研究所、中藥研究所、針灸研究所、中醫基礎理論研究所、中醫藥資訊研究所、中國醫史文獻研究所；5家醫院：西苑醫院、廣安門醫院、望京醫院、眼科醫院、長城醫院；以及研究生部、醫學實驗動物中心、中醫古籍出版社、中醫雜誌社、中研國際醫藥公司、實驗藥廠、北京華神製藥有限公司(合資企業)等單位；與世界衛生組織（WHO）共同建立臨床與情報、針灸、中藥三個傳統醫學合作中心；附屬單位：世界針灸學會聯合會、中國中西醫結合學會、中國針灸學會。中國中醫研究院現有病床1,718張，每年門診量113萬人次。所屬西苑醫院、廣安門醫院是中國大陸三級甲等（與我國醫學中心同等級）中醫醫院及全國示範中醫醫院，是中國大陸中藥臨床藥理基地。

中國中醫研究院是大陸培養中醫藥人才的重要基地。1996年，中國中醫研究院與北京針灸骨傷學院實行統一管理，進一步促進了科研、醫療、教育的緊密結合。全院現有中醫學、中西醫結合、中藥學3個一級學科，12個專業面向國內外招收研究生；有博士、碩士導師300多人；有10個博士學位授權專業、13個碩士學位授權專業。截止1998年底，共培養研究生700多人。北京針灸骨傷學院以培養大學本科生為主，現設有針灸專業和中醫專業。學院附設中醫藥學校，培養護理、醫技專業的中醫專業學生。

中國中醫研究院還是大陸國家衛生部和國家中醫藥管理局批准的進修教育基地，透過舉辦各種類型的培訓班，如中醫研究班、中醫藥文獻研究班、中國醫學史班、西醫學習中醫班、國際針灸學習班等，為大陸與國際培訓了大批高級中醫藥專業人才。1995年，中國中醫研究院設立博士後科研流動站。發行中醫藥專業期刊15種，並與世界上20多個國家的40多個研究機構、高等院校和企業建立學術聯繫和合作關係。



## 4、中醫藥相關統計

中國的傳統醫學是中華民族在歷史上創造和沿用的醫藥文化的總稱，它由中醫學、民族醫學和民間草醫三部分構成，中醫學則是中國傳統醫學的代表，所以統計數據也以多元方式呈現。

### 4-1中醫藥執業人員

中國大陸自改革開放以來，中醫醫療事業獲得很大的發展空間，中醫醫療服務體系基本形成，中醫藥人員隊伍日益壯大，中醫醫療改革逐步推進，醫療素質不斷提高，正在適應人們日益增長的醫療保健需求。據統計，中國大陸中醫師數 1949 年 27.6 萬人，到 2002 年還是 27 萬餘人，53 年來人數沒有明顯變化；但西醫師數 1949 年為 8.7 萬，2002 年已經增加到 157 萬人，成長 17 倍之多；中西醫醫師比例由原本的 3.2 比 1，一下改變為 1 比 5.8。

2003 年中國大陸衛生機構技術人員 3,858,277 人，其中，中醫藥執業人員數 226,046 人，在中醫藥執業人員中，中醫執業醫師 174,387 人；中醫執業助理醫師 32,571 人；執業中藥師 19,088 人。2003 年中國大陸中醫醫療機構（含中醫醫院、中西醫結合醫院、民族醫院、中醫門診部、中西醫結合門診部及民族醫門診部）衛生技術人員 357,416 人，執業醫師 132,940 人，其中，中醫執業醫師 66,373 人，中醫執業助理醫師 6,259 人；執業中藥師 5,197 人。

中醫具有豐富的實踐經驗和顯著的臨床療效，在治療心腦血管病、腫瘤、免疫性疾病、骨折、肛腸疾病、婦兒科疾病等方面取得了較大的進展，推拿、針灸、食療、藥浴等中醫特色療法也在繼承中創新，目前全國有 160 個重點中醫專科（專病）專案建設正在順利實施。在廣大農村地區，大部分鄉鎮衛生院能提供中醫藥服務，村衛生室中有近半數人員能以中醫或中西醫結合的方式為農村居民提供基本醫療服務。

### 4-2中醫醫療院所

目前，全大陸有中醫醫療機構 3,588 家，包含中醫醫院、中西醫結合醫院與民族醫院 2,868 家；中醫門診部、中西醫結合門診部及民族醫門診部

720 個，中醫類醫院床位 287,364 張（2003 年全中國大陸醫院、婦幼保健院中醫科實際床位為 296,713 張）。中醫執業醫師（含助理醫師）27 萬餘人；大部分綜合醫院設立了中醫科；2003 年全大陸中醫醫院門診人次達 2.06 億人次，綜合醫院中醫科門診人次達 5,636 萬人次。在社區，有 89% 的社區衛生服務中心和 50% 的社區衛生服務站提供中醫藥服務。為發揮中醫藥特色優勢，目前全大陸建設了 137 所示範中醫醫院，161 個重點專科（專病）。在大陸農村地區，約 70% 的縣建有中醫院，70% 的鄉鎮衛生院設有中醫科，40% 的鄉村醫師採用中醫或中西醫的方法為患者治病。

目前，中國大陸有中西醫結合醫院 193 所，中西醫結合人員 3 萬餘人。多數綜合醫院也開始中西醫結合工作。為了探索最佳結合點和結合方式，大陸重點建設了 27 個中西醫結合專科和 10 所中西醫結合醫院。在北京、上海、廣州等 7 所中醫藥大學，進行 7 年制中醫專業（中西醫結合方向）的培養試點工作。

中國大陸現有民族醫醫院 159 所，共計床位 6,485 張，民族醫藥專業人員約 13,000 人，其中屬於國家編制的 7,305 人（衛生技術人員 6,999 人，其他技術人員 306 人）。其中藏醫醫院 57 所，蒙醫醫院 43 所，維吾爾醫醫院 37 所，傣醫醫院 1 所，瑤醫醫院 2 所，哈薩克醫醫院 1 所，壯醫醫院 1 所，其他民族醫醫院 17 所。2003 年在北京成立了綜合性的北京民族醫院，在一些綜合醫院和鄉鎮衛生院也設有民族醫科。14 個民族醫專科（專病）被列為重點發展單位。部分民族醫藥品項已成為大陸國家基本醫療保險支付項目。

據「中國衛生統計年報」統計，2001 年全大陸私人開業衛生機構為 136,853 家，床位 10,455 張，從業人員 205,698 人。其中，私人開業的診所、衛生所、醫務室有 136,561 家。全年全國在開業醫衛生機構就診的將近 2 億人次。在開業醫從業人員中，中醫中藥人員共有 51,132 人。在開業醫診所的總診療人次中，中醫和中西醫混合診療人次占 61.52%；藥品收入中，中藥收入占 73.49%，私人開業診所的服務內容絕大部分是中醫藥，農村的中醫藥服務高於城市。中醫開業醫的存在給大陸民眾提供了就醫選擇的新機會，有效的填補公立醫療機構醫療服務可近性不足的問題，特別是在大陸的農村和社區。

### 4-3 中醫藥科研

據統計，中國大陸現有獨立的中醫藥科研機構100餘所，科研專業技術人員11,160人，形成了以大陸中央、省市級的科研院所、醫療機構及高等院校為主體的科研體系。目前大陸有國家級中醫藥藥品非臨床研究品質管制規範中心2個，藥品臨床試驗管理規範中心7個，中藥工程技術研究中心8個，國家中醫藥管理局中醫藥科研三級實驗室138個和規範化藥理實驗室3個。

中國大陸已經初步建立全中國中醫藥科學資料資源共用平臺。在文獻和基礎研究方面，大陸已整理、出版中醫古籍600餘種，近年來大陸從國外影印回200多種善本中醫古籍；並出版「中華本草」，對8,980種中藥進行了全面性、系統性的整理、研究；大陸國家重點基礎研究發展計畫「方劑關鍵科學問題的基礎研究」，對中藥複方藥效學物質基礎及作用機轉進行深入研究；中國大陸制定的「針灸經穴標準」得到世界各國的認可。

中國大陸有56個民族，73種語言，30個有文字的民族共有55種現行文字，其中正在使用的有26種，除了漢族以外，還有55個少數民族，20萬以上人口的少數民族有30個。中國大陸有豐富的民族醫藥資源。在12,807種藥物資源中，75%屬於民族醫藥（以明朝李時珍的「本草綱目」1,892種加清朝趙學敏的「本草綱目拾遺」900餘種及地方用藥計3,200種屬於中藥來計算），在臨床上顯示療效、藥物上得到開發與重視的民族醫學有10多個，如藏醫學、蒙醫學、維吾爾醫學、傣醫學、壯醫學、苗醫學、瑤醫學、侗醫學、彝醫學、土家族醫學等等。西藏、新疆、內蒙、青海、四川、貴州、雲南、湖南、吉林、遼寧等省區都建立了民族醫藥研究所，進行民族醫藥社會調查、文獻整理、臨床觀察和藥物研究。

### 4-4 中醫藥高等教育

目前，中國大陸有高等中醫藥院校34所，高等西醫藥院校設有中醫藥專業的院校52所，高等非醫藥院校設有中醫藥專業的院校67所，中等中醫藥學校64所，中等西醫藥學校設置中醫藥專業的學校278所，中等非醫藥學校設置中醫藥專業的學校194所，中醫藥院校在校學生27萬。全國有119所

高等醫學院校和綜合性院校設置中醫藥院、系或專業，184所衛生學校開設中醫藥專業。招收並授予中醫藥專業碩博士學位的高等中醫藥院校36所，高等西醫藥院校設有中醫藥專業的院校25所，高等非醫藥院校設有中醫藥專業的院校32所。

2003年統計資料顯示，2003年中國大陸高等中醫藥院校碩博士研究生、中醫藥本科與專科畢業人數合計16,745人，尚在校學生數有157,446人；高等西醫藥院校中醫藥專業碩博士研究生、本科與專科畢業生合計2,933人，在校學生數20,096人；高等非醫藥院校中醫藥專業碩博士研究生、本科與專科畢業生合計1,634人，在校學生數14,683人。2002年時，高等中醫藥院校中，中醫藥專業成人本科與專科招生院校數為25所，共計畢業生數58,346人，在校學生數441,477人；高等西醫藥院校中，中醫藥專業成人本科與專科招生院校數為22所，共計畢業生數1,016人，在校學生數14,145人；高等非醫藥院校中，中醫藥專業成人本科與專科招生院校數為35所，共計畢業生數956人，在校學生數6,487人。

## 5、醫療保險給付範圍

自1997年1月15日「中共中央國務院關於衛生改革與發展的決定」明確要建立城鎮職工基本醫療保險制度以來，確定由勞動和社會保障部為主導單位，負責城鎮員工基本醫療保險制度的相關制定和監督管理工作，目前已公佈了「城鎮職工基本醫療保險藥品目錄」。從2001年起，各地皆以統籌地區為單位，正式推行城鎮職工基本醫療保險制度，並且統籌地區勞動和社會保障部門，負責基本醫療保險定點藥店、定點醫療機構的資格審查，並頒發有關定點標誌。

「城鎮職工基本醫療保險用藥範圍管理暫行辦法」於1999年5月12日公佈實施，辦法中確定了「基本醫療保險藥品目錄」（以下簡稱藥品目錄）中藥品品項時要考慮臨床治療的基本需要，也要考慮地區間的經濟差異和用藥習慣，中西藥並重。「藥品目錄」所列藥品包括西藥、中成藥（含民族藥）、中藥飲片（含民族藥）。西藥和中成藥列基本醫療保險基金准予

支付的藥品目錄，藥品名稱採用通用名，並標明劑型。中藥飲片列基本醫療保險基金不予以支付的藥品目錄，藥品名稱採用「中華人民共和國藥典」。並分「甲類目錄」和「乙類目錄」。基本醫療保險參加人員使用「藥品目錄」中的藥品，所發生的費用按規定原則支付。

為了落實執行「國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定」，勞動保障部、衛生部、中醫藥管理局制定了「城鎮職工基本醫療保險定點醫療機構管理暫行辦法」，已於1999年5月11日公告實施，該辦法對定點醫療機構審查和確定的原則是：方便加保人員就醫並便於管理；兼顧專科與綜合、中醫與西醫，注重發揮社區衛生服務機構的作用；促進醫療衛生資源的最佳化配置，提高醫療衛生資源的利用效率，合理控制醫療服務成本和提高醫療服務質量。加保人員應在選定的定點醫療機構就醫，並可自主決定在定點醫療機構購藥或持處方到特定零售藥店購藥。除急診和急救外，加保人員在非選定的定點醫療機構就醫發生的費用，不得由基本醫療保險基金支付。加保人員在不同等級的定點醫療機構就醫，個人負擔醫療費用的比例可有所差別，以鼓勵加保人員到基層定點醫療機構就醫。加保人員在不同等級定點醫療機構就醫時個人負擔醫療費用的具體比例和加保人員轉診、轉院管理辦法，由統籌地區的勞動保障行政部門制定。

## （二）香港特別行政區（Hong Kong）中醫藥針灸發展現況

### 1、中醫藥發展背景

1997年7月1日英國將香港歸還中華人民共和國（以下簡稱中國大陸），中國大陸對香港恢復行使主權。在歸還之前的香港中醫藥發展是辛苦的，香港醫務委員會只是為註冊西醫而設，對中醫採取不理、不問、不重視的態度，官方對中醫認定的職稱是「生草藥販賣者」（Herbalist），這種職稱並未被承認屬於醫務人員的範疇，沒有社會地位，禁止使用現代醫療儀器，法律還規定註冊西醫不能與中醫共同使用一個診所，對中醫設下重重障礙，教育部門也不接受中醫學院申請備案，對中醫學科不予承認。

八十年代末期，香港政府對中醫藥的態度漸趨積極。1989 年委任「中醫藥工作小組」，對香港中醫藥的使用和中醫執業情形進行研究；1995 年成立「香港中醫藥發展籌備委員會」，對如何促進香港中醫藥發展和制定中醫藥業的管理規範開始準備工作；1997 年發表公眾對中醫藥態度的諮詢文件。1997 年香港回歸中國大陸，香港特區政府成立，為中醫藥的發展帶來契機。「香港特區基本法」第 138 條明定，「香港特別行政區政府自行制定發展中西醫藥和促進醫療衛生服務政策」。

香港特區行政長官董建華在 1997 年度施政報告，首次施政即宣稱政府要推動中醫藥發展，要使香港成為國際中醫藥中心（國際中醫藥港）。重點提出有關中醫藥發展方向，要成功推行這政策，必須建立堅實的中醫藥科研基礎和培養中醫藥優秀人才。1999 年 7 月 14 日立法會通過「中醫藥條例」，奠定中醫藥在香港發展的基礎，使香港的中醫專業和中藥產業首次獲得法律的保障和規範管理。1999 年 9 月成立「中醫藥管理委員會」（類似我國的衛生署中醫藥委員會），開始籌備公元 2000 年初開始中醫註冊程序和中醫藥業的監管細則。目的是要使中醫藥業能取得法定的專業地位，同時為積極發展中醫藥提供發展中醫藥專業和中藥產業的基礎架構和政策，如中醫藥專業人才的培訓、中醫在公共衛生體系中的定位和公立的中藥檢定設施等。香港特區政府創造有利的中醫藥投資動機及發展這項新專業和新工業提供實質的協助。與中醫藥發展有關的兩個執行部門，即香港衛生署和工業署，而教育及人力統籌局也積極參與。香港正全方位努力，透過立法、專業註冊、執業登記、中醫藥專業在公共衛生架構中定位、中藥產業的發展藍圖和人才培訓、科技創新等政策來推動（香港中醫藥管理委員會）。

## 2、中醫藥相關統計

香港由於所處地理位置極佳，所以從六十至七十年代，隨著世界經濟的起飛，成為東西方海空交通的重要據點、世界貿易自由港、購物天堂、美食世界，擁有東方明珠、亞洲四小龍的稱號，更是世界第三大金融中心。香港也是大陸對外貿易的主要窗口之一、大陸中藥材的最大輸出地。

香港市場上現有中藥材2,000種，其中80%~ 90%是由中國大陸輸入。中成藥約3,300種，中國大陸輸入約佔85%，香港本地製造的約500種。香港的中藥材加工廠及中成藥製造廠數目少，中成藥的製成品多以外銷為主。此外，香港也是中國大陸主要的中成藥轉口中心。經香港轉口的中藥材、中成藥貿易總額，約中國大陸藥品總貿易額的30%。香港有近千名執業中醫師，執業達10年以上的有4,696人，經由祖傳或師傅傳授的有3,385人。中藥經營機構包括中藥製造商、進出口商及批發商，共有519家，香港約有1,270間中藥零售店（郭素華、張暉，2002）。

1994年香港中醫藥工作小組報告，香港中醫約4千至1萬人。1997年香港中醫藥發展籌備委員報告，香港執業中醫有6,890名。至2004年2月25日的統計，香港現有「註冊中醫」4,759人，而「表列中醫」尚有3,203人。

### 3、中醫藥管理情況

#### 3-1 香港中醫藥管理委員會（Chinese Medicine Council）

（類似我國衛生署中醫藥委員會）

「香港特區基本法」第 138 條明定，「香港特別行政區政府自行制定發展中西醫藥和促進醫療衛生服務政策」；1999 年 7 月 14 日香港特區政府立法會通過「中醫藥條例」，「中醫藥條例」條文主要內容包括：設立「香港中醫藥管理委員會」及「中醫的執業及中藥的使用、買賣和製造的規管制度。」；1999 年 9 月成立「香港中醫藥管理委員會」，負責實施各項中醫藥的規管措施。

「香港中醫藥管理委員會」是一個獨立的法定組織，負責執行各項中醫藥規管措施。管委會的成員主要包括各中醫藥界人士，其他成員包括政府人員，香港教育或科研機構的人士及業外人士。主任委員為謝志偉博士。（原是香港浸會大學校長，現為澳門大學校董會主席）。管委會分中醫組（Chinese Medicine Practitioners）及中藥組（Chinese Medicine Board）。中醫組又分「註冊事務小組」、「考試小組」及「紀律小組」。中藥組分「中藥管理小組」、「中藥業管理小組」及「中藥業監管小組」。

「中醫藥條例」頒佈後，在中醫方面的規管：(1)實施中醫註冊制定；(2)規定註冊中醫進行持續專業進修；(3)規定註冊中醫遵守香港中醫藥管理委員會訂定的專業守則；(4)對違反專業守則的事宜進行調查，並在需要時執行適當的紀律處分；(5)由 2000 年開始實施中醫的註冊和過渡安排。在中藥方面的規管：(1)實施中藥商的發牌制度；(2)實施中成藥的註冊制度；(3)可吊銷違反「中醫藥條例」規定的中藥經營商的牌照；(4)由 2001 年開始分階段執行中藥的規管及過渡安排。

### 3-2 「表列中醫」到「註冊中醫」(Registered Chinese Medicine Practitioner)

香港中醫藥管理委員會規定：在 2000 年 1 月 3 日前具有中醫資格執業的人士，可在指定的期限內向中醫組提出註冊申請。在 12 月接獲 8,051 份申請成為「表列中醫」。在 2002 年 9 月 5 日，公佈對表列中醫資格評審結果。中醫組根據申請人的經驗、知識和技能，考慮其是否可直接申請為「註冊中醫」或需要通過註冊審核或執業資格考試，才可能成為「註冊中醫」。

2002 年 11 月 29 日，通過為「註冊中醫」者有 2,543 人（必須至少在香港執業中醫連續 15 年以上者），在 2002 年 6 月 26 日，2,286 名「表列中醫」申請為「註冊中醫」經過審核及面試（通常有中醫專業 5 年以上，或在香港連續中醫執業 10 年以上者），通過有 1,840 人（合格率 83%）。2003 年 10 月 28 日，第 3 次申請資格筆試者 1,442 人，筆試通過者 661 人（合格率 46%），11 月 3 日通過臨床口試者 550 人（合格率 80%），香港浸會大學首屆五年制中醫學系畢業生（具中醫學學士及生物醫學理學士雙學士學位）31 名全部通過香港「註冊中醫」資格考試（筆試與口試分二天完成），香港首度有自行培養的中醫高等教育畢業生。

「註冊中醫」的筆試分 2 個部分，每部份 150 題單選選擇題，合計 300 題，每部份作答時間 3 小時，故平均每題作答時間為 1.2 分鐘。凡答對 180 題以上者，才算及格（即答對 60%的題目）。中醫執業資格考試的範圍包括 20 科，考試題目如下：

(1) 中醫基礎學科、經典理論學科（共 150 題）：



中醫基礎理論，中醫診斷學，中藥學，方劑學，內經，傷寒論，金匱要略，溫病學，中國醫學史及各家學說，醫古文，中醫養生學，中醫五官學科，西醫醫學及中醫規管與執業守則。

(2) 中醫臨床主要學科 (共 150 題)：

中醫內科科學，中醫外科科學，中醫婦科學，中醫兒科科學，中醫針灸科學及中醫骨傷科學。

先通過中醫執業資格考試第一部分筆試取得合格成績，才有資格報考參加第二部分臨床考試 (口試)。通過第一部分筆試及第二部分臨床考試的考生，才能獲得管委會中醫組發出的中醫執業資格考試合格證明書，成為「註冊中醫」。

根據「中醫藥條例」第 107 條的規定：「任何人藉作出或交出、或藉導致作出或導致交出口頭或書面的任何虛假或有欺詐成分的申述或聲明而欺詐地促致或企圖促致其本人或任何其他人士，獲得註冊為註冊中醫，即屬犯罪，一經循公訴程序定罪，可處監禁 3 年」。

#### 4、中醫藥專業教育和培訓

香港有 600 萬人口，共有八所大學，現有浸會大學、中文大學及香港大學開設有中醫學系，積極培養中醫藥高等教育、科研及專業優秀人才，提供中醫藥大樓場所，從事堅實中醫藥科研環境。

##### 4-1 香港浸會大學 (Hong Kong Baptist University)

創校於 1956 年，雖然無醫學院，但以理學院為基礎，在 1998 年秋季開辦全港第一個全日制的中醫學學位課程，五年制中醫學系 (四年學習，第五年為臨床實習)，這是香港有史以來首次獲大學資助委員會批准開辦的大學中醫課程，每年招收學生三十名，校長為謝志偉教授，兼任中醫藥學院院長，也為港府中醫藥管理委員會主席，相當支持中醫藥，開始建教學、公眾教育及研究發展的中醫藥學院大樓，投資建築費用港幣一億五百

萬（六億台幣），預期 2001 年 4 月落成，為香港中醫藥高等教育、科技及專業人才培訓基地，也是香港中醫藥發展重心。

浸會大學五年制中醫學學士在 2003 年有 31 位首屆畢業生，全部通過香港中醫藥管理委員會中醫組「註冊中醫」資格考試。

#### **4-2 香港中文大學 (The Chinese University of Hong Kong)**

中醫學院由醫學院及理學院大力支持成立，設計中醫學課程，在 1999 年秋季開辦全日制中醫學士學位課程，首度招生十五名學生，為五年制中醫學系，前三年修讀 114 學分，文史、通識、中醫、中藥、西醫、生命科學等課程，後二年為臨床實習。也設置中醫學碩士及中醫學理學碩士課程。香港中文大學對中藥研究已有二十多年經驗，設有中藥研究中心。2004 年中醫學系將有首屆畢業生。

#### **4-3 香港大學 (The University of Hong Kong)**

香港最早成立的大學，醫學院也是最早，於 1910 年成立，有近百年歷史。國父孫中山先生在 1892 年為香港西醫學院第一屆畢業生，這所學院後來併入香港大學醫學院。最近成立中醫藥學院，但是最早在 1991 年首先在專業進修學院設立中醫藥學部，開辦中醫藥學與針灸學課程。目前更提供多元化中醫藥課程，包括中醫學、中藥學、針灸學、中醫骨傷科學及中藥營養學等。除教學中心，也設立「中醫臨床中心」，有內科、針灸、骨傷科專科門診及康復專科門診。2005 年中醫學系將有首屆畢業生。

### **(三) 澳門特別行政區 (Macau) 中醫藥發展現況**

#### **1、中醫藥發展背景**

澳門特別行政區（以下簡稱澳門）位於大陸東南海岸，廣東省珠江入南海的出海口處，由澳門半島、仔島、路環島組成，總面積有 18.98 平方公里，約為香港的 1/5 大小。澳門總人口數約為 50 萬人，其中 96% 為華人，葡萄牙人及當地出生葡人約一萬多人，官方語言曾是葡萄牙語，在回歸中

國大陸後變更為華語及葡語，但民眾日常生活以廣東語為主。

歷史曾有記載：1553 年（明朝世宗時期）澳門為葡萄牙殖民者強租，但鴉片戰爭後即中斷租金交付，葡萄牙人並於 1887 年（清朝光緒 13 年）強佔澳門為殖民地。日後澳門成為葡萄牙人亞洲貿易的重要據點，也是耶穌會傳播基督教的一個主要根據地，19 世紀中葉之後，澳門轉口貿易的角色才被香港取代。澳門在 1999 年回歸中國大陸，現與香港同為中華人民共和國特別行政區。

## 2、中醫藥相關統計

在澳門，97%的華人治療疾病和養生保健有使用中醫中藥的習慣，統計數據顯示，約 85%的病人向私人執業的醫師或中醫師門診求診，90%的病人到公立醫院接受住院治療，因此澳門居民對中醫藥有很大的需求。目前，澳門現有註冊中醫師（生）250 多人，註冊中藥房 100 多家，中藥技術員（中藥士）90 多人。

在澳門公立的仁伯爵綜合醫院（亦稱山頂醫院）目前尚無中醫門診；鏡湖醫院（國父孫中山先生在 1890 年前後在此行醫）僅設有針灸門診，沒有設立中藥藥局。近些年，在澳門中醫藥界人士的極力催生下，澳門特區政府出資創辦首家公立的中醫門診部，部分滿足了澳門民眾對中醫醫療服務的期待與需求。

## 3、中醫藥管理情況

澳門的中醫藥積極發展是從 2002 年之後才開始的。澳門的中醫藥行政隸屬於澳門特區政府的衛生及社會事務政務司。中醫醫師執業要在該司辦理登記手續，中藥藥房也歸該司管理和監督。澳門的中醫藥團體很多，有中醫學會、中醫藥學會和中藥業公會，負責加強與海內外中醫藥組織機構的學術交流。

為維護澳門公眾健康，提高中藥的質量、有效性和安全性。1994 年 11 月 14 日澳門衛生局頒布藥品法規第 53/94M 號，法令以二種官方語言（中

文和葡文)頒布實施，其目的在於：

- 加強中藥的管理：確保澳門民眾使用到安全、有效、高質量的傳統藥物，提高使用傳統藥物的合理性。
- 對中成藥進口、出口、批發、分銷及中藥房業務進行監管。
- 評審中藥房技術主管的專業資格。

依據法規，澳門政府批准 456 種中藥材在中藥房銷售。名單包括兩大類：毒性中藥材名單與常用的治療中藥材。中藥房必須要有一名具有下列資格之一的技術負責人：中藥房技術員；中醫師或中醫生；或具有 5 年傳統中藥配制及調劑經驗的職員，其專業資格必須由他們自己的聲明以及他們獲得經驗期間所在的中藥房或中藥業公會予以證明。

目前，澳門特區政府還實施新的簡便有效的進口中醫藥產品的註冊程序，稱之為「另類醫學註冊體系」。該法規規定，必須是已在中國大陸註冊的中醫藥產品才能向澳門申請進口，但是目前對香港、新加坡以及其它國家尚沒有中醫藥註冊制度，向澳門申請進口時須提交相關實驗分析資料。另類醫學註冊體系還規定藥品進口商必須在藥品進口前三天呈交下列文件：

- 產品來源國或出口國行政機構簽發的註冊證書或實驗室簽發的證書。
- 由行政機構簽發的製造商執照及產品生產執照。
- 主成分、配方、外包裝及說明書等資料。
- 其它。

#### 4、中醫藥專業教育和培訓

澳門的中醫師大部份服務於基層醫療，其學術淵源大都來自祖傳或師徒相傳，亦或是在中國大陸中醫藥院校學習、進修和培訓等，正規中醫院校的畢業生較少，但在澳門衛生司都能夠得到資格認可，領取到開業執照。近年來由中國大陸遷往澳門的移民人數增多，中醫師數也相對增加。

澳門衛生司及澳門中醫藥學會為提高澳門中醫藥從業人員的執業素質和能力，與中國國家中醫藥管理局合作，分別於 1996 和 1997 年先後舉辦

過兩期的「澳門中醫藥進修班培訓課程」，每期培訓時間為一年，課程項目有中醫內科、中醫外科、針灸、推拿、按摩等十個科目。

#### 4-1 澳門大學及中華醫藥研究所

澳門的公立大學只有澳門大學，原創立於 1981 年為私立三年制英式大學，當時名稱為東亞大學，1988 年改制為公立東亞大學，1991 年再改為公立澳門大學並改為四年制本科大學，為澳門最具規模的高等學府。有五個學院：工商管理學院、教育學院、法學院、社會及人文科學學院和科技學院。總共有博士專業 25 個，碩士專業 30 個，學士專業 33 個及高等專科專業 3 個。主要教學語言為英文。師資為國際化師資，公開向國際招聘師資，教師總數為 279 人，學生共 5,161 人，85% 為當地學生，12% 來自中國大陸。由於澳門是國際都會，澳門大學與 52 所歐美大學及 7 所亞洲大學進行交換學生。

由於澳門人口少，故澳門大學並未自行培養中醫學系學生，而是以研究所高階研發為主要。澳門大學在 2002 年創設「中華醫藥研究所」，發展目標是開展研究生教育，培養醫藥管理專業人才和中醫藥科技人才。研究中藥藥效物質基礎和中藥的質量控制標準，開發中藥創新產品，與國際學術機構開展合作和研究，發展澳門大學醫藥教育，逐步將澳門建成中華醫藥國際學術交流和科技合作的重要平台，及發展中藥創新產業，推動中醫藥國際化。目前有二個專業：中藥學專業與醫藥管理專業。

自 2002 至 2004 年中華醫藥研究所共招收 68 名碩士研究生，其中中藥學專業 26 名，醫藥管理專業 42 名。2004 年 6 月將有首屆畢業生。修讀科目有品質控制、藥理與安全性評價、新藥與健康產品開發、中藥研究導論、製劑技術、生物技術、醫藥資訊技術、醫藥科技管理、國際醫藥商務與法學、社會醫藥及醫藥管理研究導論等。中藥學專業研究之重點在開展藥材基原評價、中藥提取分離關鍵技術、中藥質量控制關鍵技術、中藥國際化質量標準研究及中藥國際化健康產品研發等。醫藥管理專業研究之重點在開展衛生醫藥事業發展與衛生醫藥法規研究、藥品監管與醫藥產業發展研究、食品監管與健康食品產業發展及中醫藥國際發展策略與中藥質量評價研究等。

澳門大學在 2002 年成立「中華醫藥研究所」後，已經舉辦不少學術會議，如 2002 年 6 月舉辦「中藥國際化暨醫藥管理研討會」、11 月舉辦「中藥科技產業發展研討會」；2003 年 11 月「中醫藥學術研討會」、12 月「中華醫藥論壇」與 2004 年「國際中醫藥學會」等。

## 4-2 澳門科技大學

私立澳門科技大學於 2001 年成立，目前有 4 個學院：資訊科技學院、行政與管理學院、法學院和中醫學院。為澳門首間中醫藥學院，一半的師資來自中國大陸清華大學、北京大學、南京中醫藥大學、復旦大學與南京大學等名校。除大學學士外，有八個專業碩士及五個專任博士生。中醫學院有五年制中醫學士、二年半制中醫學碩士、三年制中醫學博士及二年半制中藥學碩士。目前中醫學院學生有 300 多位。目前正規劃七年制中醫學系學士暨碩士之連續課程。

五年制中醫學系修讀 180 學分，再進行 50 周的實習（實習主要安排在南京中醫藥大學附設醫院），並撰寫論文通過考核後，才可獲得中醫學學士資格。中醫學碩士要修讀 34 個學分，並在導師指導下撰寫畢業論文，進行臨床技能考核和學位論文答辯。並有中西醫結合臨床碩士學位，及中醫學博士學位課程。

### （四）日本（Japan）針灸中醫藥發展現況

#### 1、中醫藥發展背景

80 年代後，中醫學迅速發展。日本政府對中醫學的應用和研究充分給予支援和關注。首先在醫療政策方面，日本的厚生勞動省除規定大部分漢方製劑可以享受醫療保險外，還規定針灸費可部分從醫療保險中支付。同時還同意在西醫院內開設東洋醫學科。在中醫學教育方面，日本文部省正式行文成立世界第一所正規的針灸大學—明治鍼灸大學，使日本中醫學納入日本的國家教育之列。此外，還在大學中設立漢方研究所及診療所，反映出日本政府承認中醫學的學術價值與研究成果。

## 2、漢方醫藥相關統計

據統計，日本從事中醫學為主的人員有 15,000 人左右，從事針灸、推拿（指壓按摩）的人數約 10 萬左右，從事中醫藥研究人員約 3 萬。中醫學專業研究機構 10 數個；44 所公立或私立的藥科大學或醫科大學的藥學部設有專門的生藥研究部門；20 餘所綜合性大學設有漢方醫學研究組織。此外，設立有一所針灸大學（日本明治鍼灸大學為 4 年制教育），96 所針灸學校（多屬於 3 年制的專科學制教育）、167 所推拿學校。另有中醫藥研究學術組織及團體近百個，其中影響最大的是日本東洋醫學會，會員將近 10,500 人，會員中漢方專門醫（專科醫師）有 6,374 人。漢方藥廠 200 家左右，4 萬多家藥房經營漢方藥，有中成藥製劑品種約兩萬多種，處方用漢方藥每年以 15% 的速度增長，年銷售額達 15 億美元。

日本是全世界針灸師人數最多的國家之一，估計已經超過 10 萬人，每 10 萬人中就有 86.7 名針灸師。日本厚生勞動省 2001 年統計資料顯示，日本目前針灸從業人數中：針師 71,551 人；灸師 70,146 人；推拿（指壓按摩）師 96,788 人；柔道整復師 30,830 人，2002 年針對針灸師所做的現況調查指出，每人每日看診 8.5 人；每日針和灸的自費診療費用平均大約 3,800 至 4,000 日圓（約合新台幣 760 至 800 元上下）。日本針灸醫療費用支出 5,000 億日圓中保險僅覆蓋 66 億日圓，保險負擔比例偏低，具有極大的市場成長空間。

日本民眾在醫療保健方面，對中醫藥抱持信任態度的佔大多數。1991 年的一項民意調查中顯示，79.5% 的人認為中醫藥治療慢性病有效；65.6% 的人則認為中醫藥能夠促進健康長壽。據東京都衛生局在東京所作的另一項民調中：東京有 29% 的人曾接受過針或灸的治療；有 73% 的人表示今後若有需要的話，願意接受針灸治療。在日本有 71.2% 的醫院提供東方醫學的服務(Orient Medicine Service)。

## 3、中醫藥管理情況

在日本並沒有為中醫藥設立專門管理的政府機構，可是事實上日本卻是世界上使用中醫藥最多的國家之一。目前日本管理中醫藥行政的最高政

府機構為厚生勞動省。

### 3-1 中醫醫政管理方面

日本的「醫師法」中沒有獨立的中醫師資格條文，中醫機構需設在西醫機構之中。日本醫師法規定醫師、藥劑師都必須是日本醫科、藥科大學或綜合大學醫學部畢業，經兩年左右臨床實習並經過日本國家醫師資格考試合格，取得醫師資格證書後，由厚生勞動省發給醫療許可證，成為正式的中醫師才能行醫，否則視為非法。

日本東洋醫學會創立於昭和 25 年 3 月 12 日，歷史最久，會員數目最多。1991 年日本東洋醫學會加入日本醫學會，即日本醫學會接受東洋醫學為其醫學會的一支。日本東洋醫學會也與韓國、臺灣等共同成立國際東洋醫學會（International Congress of Oriental Medicine）（ICOM），第七屆與第十二屆由我國中國醫藥大學及國立中國醫藥研究所主辦，國際東洋醫學會也是世界衛生組織（WHO）所支持的國際性傳統醫學組織的其中之一。

1989 年日本東洋醫學會有鑑於漢方醫學的興起，於是設立了專門醫制度委員會，審查漢方專科醫師資格，根據委員會的規定，凡申請漢方專科醫師資格審查者，需具備下列條件：參加審查資格醫師至少須參加日本東洋醫學會五年資歷、認定學術教育審查、論文點數審查，然後經過筆試及口試。目前通過獲得東洋醫學專門醫（專科醫師）有 6,374 人，目前每年通過獲得專科醫師約 30 至 40 人。日本東洋醫學會於 1950 年創立會刊「日本東洋醫學雜誌」，主要收錄有關東洋醫學的研究論文及治驗案例。

漢方專科醫師資格審查每年舉行一次，有效期間為 5 年，5 年內如被吊銷醫師或會員資格或到期不辦更新手續，則已評定的專科醫師資格將自動失效。但由於日本至今尚無專門培養漢方醫師的大學，因此，漢方醫學專科醫師實際上均為西學中的醫師，這些醫師多在綜合醫院的漢方診療部科工作或自行開業。



### 3-2 中藥藥政管理方面

日本的漢方藥（含植物藥、草藥）的藥政管理與西藥品的藥政管理原則上是一樣的。所有藥品管理法規，漢方藥亦被要求實施。但由於漢方藥有其自身的特點，必須針對這些特點制定一些與之相關的法規以利於管理。如「關於如何對待醫療用漢方浸膏製劑的問題」、「醫療用漢方製劑管理的通知」、「漢方浸膏製劑的生產管理和品質管制的自定標準（草案）」等等。日本政府將藥品分為醫療用藥品(PD)和一般用醫藥品(OTC)，所以漢方製劑也相同的分為醫療用漢方製劑和一般用漢方製劑。

日本對漢方藥的管理重視規範化與國家標準，分別制訂了「日本藥典」(JPA)與「天然藥物標準」(NDS)。這兩項法規中共收錄了589種天然藥物，並對所收錄的天然藥物制訂了相關國家標準，標準中包含基原及名稱、成分鑑定、性狀、純度、提取物含量、乾燥失重等十個檢查項目。

### 3-3 針灸、推拿管理

目前日本針灸師與推拿師無法享受與醫師相同待遇，只被認定為醫療類似行為。多年來日本針灸界一直強烈要求給針灸師、推拿師醫師資格，但厚生勞動省一直持審慎態度。由於針灸師、推拿師沒有醫師的許可證，故只能施行針灸、推拿，而沒有診斷和使用各種中西藥物的資格，只能享有部份的醫療保險。自1991年1月起針灸費可部份從醫療保險中給付。

日本培養針灸師、推拿師的學校很多，目前有80所針灸學校，大部份為3年制專科，有4所為4年制針灸大學，其中明治針灸大學設有碩士(1991年成立)及博士(1994年成立)研究所，針灸學校畢業後可參加國家舉辦的執照資格考試，領取針灸或推拿的許可證。他們與醫師同樣具有獨立開業的資格。亦可進入綜合醫院的漢方診療部科服務，在醫師的指導下工作或依照病人需要獨立進行針灸推拿治療。

在日本，針和灸是兩門完全不同的醫術，在取得行醫執照的考試時，針和灸是分別以兩門不同的專業來考試。如要作為針灸醫生，必須分別取

得針和灸的行醫執照才行。如果只通過針或灸，就只能用針或灸醫治疾病，針醫使用灸法或灸醫採用針法都會被視為違法。

#### 4、中醫藥專業教育和培訓

日本大部份醫科大學皆設有中醫學臨床研究部門。大學教育中增設中醫學教育課程的醫科大學、齒科大學、藥科大學也明顯增多。而三者所佔的比例由大到小依次為:藥科大學、齒科大學、醫科大學。

##### 4-1 藥科大學

日本有半數以上的藥科大學、藥學部以不同形式開設了傳統醫藥學講座。少數學校是屬必修課程，如北海道藥科大學。但大多數是作為選修課程而設立。比較早的有東邦大學藥學部、日本大學藥學部、昭和大學藥學部、岐阜大學藥學部、九州大學藥學部、熊本大學藥學部、富山醫科藥科大學藥學部、北陸大學藥學部、北海道藥科大學、近畿大學藥學部等。

藥科大學的傳統醫學教育內容與醫科大學有所不同。日本的法律規定藥劑師不能直接觸摸病人。所以藥科大學的傳統醫學教育對診斷、針灸等內容講的相對較少，對處方的臨床應用、漢方藥學和生藥的特性、生藥的炮製、藥性及藥味講授得比較多。

##### 4-2 齒科大學

齒科大學對傳統醫藥學的教學時間不是很多，教材也大多是醫科大學所使用的內容。其教學內容著重於針刺鎮痛、針刺麻醉的理論與實踐。

##### 4-3 醫科大學

醫科大學和大學的醫學部中，有系統的實施傳統醫藥學教育的只有東京女子醫科大學和富山醫科藥科大學。在這二所大學中，漢方醫學教育作為必修課程被納入教學大綱中。由於日本醫科大學的學生是以學習現代西方醫學為主，所以對傳統醫藥學教育的學習是有限的。一般六年制醫學教育中漢方教育只佔 30 到 50 小時。

東京女子醫科大學正式的传统醫藥學教育開始於 1992 年。傳統醫學理論部分的課程安排在入學的第三年和第四年，屬於必修課程，醫院臨床實習安排在第五年和第六年，屬於選修課程。富山醫科藥科大學的传统醫學教育開始於 1993 年，校內設有獨立的漢方診療講座。傳統醫學教育課程安排在第五年，一次 3 個小時，共 10 次，屬於必修課程。並排定有醫院實習。

另外，有一部分醫科大學、大學醫學部以選修課程的形式實施傳統醫學教育，如三重大學醫學部、山梨大學醫學部、昭和大學醫學部、東京大學醫學部等。教育內容多以漢方醫學的基礎理論和漢方臨床為主，中醫診斷、針灸理論和操作技術也是教學課程的一部分。

時間	醫學院	修習漢方醫學百分比
1998 年	24 所	30.00%
2000 年	57 所	71.25%
2001 年	68 所	85.00%
2003 年	80 所	100.00%

日本醫學院修習漢方醫學（日本有 80 所醫學院）

日本的醫學院為六年制，對於「東洋醫學」的課程本來皆是選修課程，自 2003 年起全日本的醫學院，將「東洋醫學」列為必修學分，之後的日本國家醫師考試，也會將「東洋醫學」課目列入考題中。

#### 4-4 日本明治鍼灸大學

明治鍼灸大學創立於 1978 年 4 月，1983 年 4 月升格改制為四年鍼灸大學，是日本最大的鍼灸大學，招收高中畢業生的四年制大學教育，專門培育針灸師，及格畢業者，授予「針灸學士」，然後參加國家「針灸師」執照考試，待通過考試後，才能取得「針灸師」資格。在日本除醫師外，尚有針灸師可從事針灸醫療工作，在日本，針灸師通常只需三年制的短期大學教育（即專科三年制教育），即使是明治鍼灸大學的前身，也仍然是針灸短期大學。每年招收一百名學生，畢業校友中，在舊制短期大學時期畢

業者 569 名，鍼灸大學時期取得針灸學士的畢業生有 304 人。1991 年設立碩士課程及 1994 年設立博士課程，碩士已有 102 人畢業，博士也有 34 人畢業。課程安排上，學生需修習現代基礎醫學（包括解剖學、生理學、病理學和生化學等）及臨床診斷學等，以培養醫院所需要的針灸治療人員及培育兼具傳統與現代醫學知識的現代針灸師。

## 5、保險給付範圍

日本國家醫療保險制度自 1976 年開始，厚生勞動省正式通過將漢方濃縮中藥製劑和針灸列入保險給付，從原先的 40 個漢方方劑逐漸開放至 210 個漢方方劑，其中 147 種常用漢方顆粒製劑列入國家醫療保險給付，1981 年增加至 613 種。日本大部份醫師近乎 70% 使用過漢方顆粒製劑給病患，甚至西藥加中藥合併使用。日本國家醫療保險只要是醫師處方，即提供給付，給醫師有很高的自主權。納入保險的漢方製劑，僅限於日本廠商的產品。從國外進口的中成藥屬一般用藥類，藥品可以販售但民眾購買時需要自費。

在日本，針灸師可自行開業，不必依附在西醫師的指導下經營，但是醫療保險給付只給由西醫師執行針灸醫療行為或由西醫師診斷處方、針灸師執行針灸治療的醫院或是診所。日本針灸師自 1991 年 1 月起針灸費用可部分地從醫療保險中支付，但條件嚴格，如必須有主治醫師的診斷書、實施針灸治療的同意書等等，給付的疾病項目亦限制在神經痛、風濕病、頸痛、五十肩、腰痛及關節炎等病症。

## （五）大韓民國（Korea）針灸中醫藥發展現況

### 1、韓醫學發展背景

韓國係位於亞洲東方的半島，為我國最接近的鄰邦，自古以來，即與我們有極密切的關係，無論歷史上，政治上與文化上，雖然他們也自稱擁有五千的歷史，但韓國漢醫學可說是由我國傳入，受到我們影響相當大，他們使用中醫學的經典如黃帝內經、傷寒論、神農本草經、針灸大成等，在 15 世紀李氏王朝世宗大王時集中開發研究，在 17 世紀初由醫學家許浚（1540 年至

1615 年)所撰「東醫寶鑑」收錄的臨床漢醫學，可謂集大成的著作共有廿三卷，原文在 1613 年刊行，正是我國明朝萬曆 41 年。此書有中文及日文版，流傳很廣，在韓國漢醫學界佔有相當崇高的地位。十九世紀末由醫學家李濟馬創立體質醫學理論體系，稱為「四象醫學」，對於漢醫學加以發揚闡述。

19 世紀末，西方醫學傳入朝鮮，但由於朝鮮政府採取東、西醫兩種醫學並存的政策，因此，東、西兩種醫學體系各自獨立發展，形成了東醫學、西醫學兩大系統並立的情況。第二次世界大戰後，朝鮮半島分為南北兩個國家，南部為大韓民國（即南韓），北部為朝鮮人民共和國（即北韓）。1951 年 10 月大韓民國（以下簡稱韓國）政府頒佈「國民醫藥法令」，該法令明確規定韓國東醫和西醫的地位相同，享受相同待遇。

1986 年 10 月韓國國民基於民族意識，經過韓醫界及大學師生反應，更換「漢醫學」名詞為「韓醫學」，同時經由國會立法通過，從此我國傳統醫學在韓國易名為「韓醫學」。雖然英文譯名存留的是東方醫學（Oriental Medicine），但是大學稱為「韓醫科大學」，醫師稱為「韓醫師」，博士從漢醫博士成為「韓醫學博士」。以致在課程方面，雖然大部份仍採用我國傳統醫學書籍如黃帝內經、難經、傷寒論、金匱要略、針灸甲乙經、千金方、針灸大成等等外，另附加韓國的東醫寶鑑、四象醫學、舍嚴鍼醫學、高麗手鍼學等，確立「韓醫學」的課程，韓國人提倡民族自尊，特別重視「民族醫學」。

## 2、韓醫學相關統計

據統計，1980 年韓國領取執照的韓醫學醫師有 3,015 人，1985 年增加到 3,789 人，目前已有 5,000 餘人。韓醫醫院也由 1986 年的 5 所增加到 11 所，韓醫醫院和韓醫診所在全韓國約有 3,600 多家，其中設備較好的韓醫醫院有 24 所，如慶熙大學校韓醫科大學在漢城設立的附屬韓醫醫院。

韓國保健福祉部於 1999 年發布的韓國 1998 年「健康與福利統計年報」中指出，韓國擁有韓醫師 9,914 名；韓醫醫院 107 家，地區性的韓醫診所 6,590 家，合計韓醫醫療機構 6,697 家。至 1999 年韓國全國韓醫醫院已增加至 128 家，擁有韓醫住院病床數 7,499 張病床。

### 3、韓醫學管理情況

#### 3-1 醫政管理

韓國政府在醫療衛生管理方面一直採用西方醫學和韓醫學並存的政策。1951年10月韓國政府頒佈「國民醫藥法令」。該法令規定了韓醫的合法權力和地位，其中包括1914年就開始執業行醫的草藥醫生，法令承認其為韓醫師。特別是法令規定在韓國韓醫師和西醫師的地位是相同的，享受同等待遇。

1952年9月韓國政府又制定和頒佈「全國醫療保健法」。該法規定，韓醫師必須是高中畢業，經六年韓醫學的學習後，通過全國韓醫師資格考試後，再由衛生社會事務部發給韓醫師執照。韓國政府為符合韓國民眾對韓醫學的需求與國際社會重視傳統醫學的潮流，1996年11月成立韓醫局隸屬於保健福祉部，專責韓醫學短期及長期發展的政策規劃、建立韓醫學的系統性研究與韓醫學發展和改善之管理。此外，保健福祉部下設醫政局、藥政局，只全國醫藥衛生事業做宏觀規劃及對政策、制度方面進行管理。有關韓醫師管理則委託大韓韓醫師學會管理，如開業申報、業務進修、資格審查均需經過大韓韓醫師學會准許後，才能得到政府衛生行政部門的批准。該學會有權停止個別執業醫生的行醫活動。

在韓國有西醫學院及西醫醫院，有西醫師用現代醫藥為民眾防治疾病；也有韓醫學院及韓醫醫院，有韓醫師運用韓醫方藥為病人服務，但二者不能兼通，即西醫師不能使用韓醫藥方或針灸治病，韓醫師不能用西醫及西醫診療模式，當然如果取得雙學位的醫師則除外。雖然韓醫為法律所承認，但其實際活動及地位仍受限制。在公立醫療機構中的工作者主要是西醫師，韓醫師只在非政府醫療機構或私人診所任職。韓醫師必須經過考試才能擔任衛生管理工作，而西醫師則只需經協商即可擔任中級衛生官員。

#### 3-2 藥政管理

韓國很重視韓醫的規範化和國家標準。對中藥標準，韓國分別有「韓國藥典」（KPA）及「天然藥物標準」（NDS）。韓國保健福祉部還規定了十一種古典醫書裏的處方，無須做臨床等各種試驗，即可由藥廠生產。

1996年11月韓醫局成立後對於韓醫學所使用的藥材、藥物與製劑進行嚴格、科學化的品質與產銷管控，制訂韓醫使用原藥材時生產和配銷的高品質標準作業流程與監督指標，嚴格控管原藥材中的重金屬與農藥殘留等等。

韓國政府為了使中藥材商品更加規範化，頒佈法令：從1996年7月1日起，海關將對藥材進口採取更嚴格的檢查措施，主要是提高藥品檢測指標，增加抽查比例。同時從7月1日起，36種中藥材必須按規定包裝，法令規定必須由有資格的韓國製藥公司對中藥材進行包裝，包裝上要標明藥名、產地、重量、製藥廠名稱等才可上市銷售。

### 3-3 韓醫師專科醫師制度

專科醫師制度初次被引入韓國是在1952年。韓國的專科醫師制度主要是沿襲美式的制度。1952年僅為0.12%的專科醫師比率，到1980年為45.16%，1990年為58.16%，到1997年增加到67.13%。

韓醫學界討論韓醫師專科醫師制度是從1988年大韓韓醫師協會定期召開的會議上以提案形式開始的。對韓醫師專科醫師制度的施行抱持積極姿態的則是韓國政府衛生主管部門。1997年保健福祉部聽取了韓醫學界對施行韓醫師專科醫師制度的意見。1998年保健社會部再次提出早日施行韓醫師專科醫師制度，並要求2000年開始施行韓醫師專科醫師制度。在韓醫學中引入專科醫師制度是以此加強韓醫師的進修體系，以促進知識的標準化，由此可評估韓醫學專科化、現代化的過程與成效評估。

## 4、韓醫學專業教育和培訓

韓醫學的大學教育起步於二十世紀40年代。六年制教育的韓醫學醫科大學在70年代有二所（慶熙大學校、園光大學校）；80年代前後期合計有六所（東國大學校、大邱大學、大田大學、東義大學校、尚志大學、又石大學）；90年代繼續增設了三所（暎園大學、世明大學、東新韓醫大學），至2000年，經韓國國家教育部註冊的正規全日制韓醫學大學計有11所。這些韓醫科大學歷年來為韓國培養了大批的韓醫學專業人才，每年畢業的合格畢業生約為

700名。從1968年起，慶熙大學校韓醫科大學設置了碩士課程後，現在9所韓醫科大學都開設了碩士課程。1974年，在慶熙大學校韓醫科大學首次開設博士課程以來，現已有7所韓醫科大學開設了博士課程。現在韓醫科大學除了2所建校較晚的沒有本科生畢業，尚未開始研究生教育外，其他大學都已開設了研究生教育。至1998年，已培養韓醫學碩士2,396人與博士771人。

#### 4-1 韓國韓醫科大學教育制度

韓國韓醫科大學是採6年制，即預科2年，本科4年，與西醫醫科大學相同均採六年制培養方式。在韓醫學系六年課程中包括二年基礎醫學、四年臨床韓醫學（包括見習），並採用學分制與學年制相結合的管理方法，即用學分來計算學習成績，用學年來計算學習經歷。畢業後即獲得韓醫學士學位，經參加韓國國立保健院之國家考試及格，獲取韓醫師資格，每年畢業生約五百餘名。自1972年起，韓國即無相當於我國之中醫特考，韓國現行韓醫師資格取得，惟有經過正式醫學教育一途。取得韓醫師資格後施以一年全科實習醫師訓練及二年專科訓練（分為內科、針灸科、小兒科、婦科、耳鼻咽喉科、神經精神科及韓方物理療法科等）。

韓國韓醫科大學學生均係高中畢業後經聯招考試錄取，依填寫志願依分數分發。韓國1989年實施全民健康保險，而西醫已有30所大學，畢業生相當多，除非能獲得在大醫院工作，否則私人開業醫師已經過剩。而韓醫師目前畢業人口仍然不足，而且韓國人民傳統偏好韓醫藥，以致韓醫科大學錄取成績皆較西醫醫科大學成績高，為熱門科系。

#### 4-2 韓醫學碩士教育制度

韓國慶熙大學自1966年即設立韓醫學碩士課程。碩士班分十四組(1)醫史組(2)韓醫生理組(3)韓醫病理組(4)本草組(5)針灸組(6)經穴學組(7)韓醫內科學組(8)韓醫婦人科學組(9)韓醫小兒科學組(10)韓醫預防醫學組(11)體質醫學組（四象醫學組）(12)韓醫神經精神組(13)韓醫物理療法學組(14)韓醫外官科學組。碩士班年限至少兩年。每學期9學分，3學期共修27學分即可先參加資格考試，在第二年即做實驗研究并寫論文，經論文考試通過後



，即授予「韓醫學碩士」學位。目前具有碩士班研究所共有五間：慶熙大學、圓光大學、東國大學、大邱大學與大田大學。

### 4-3 韓醫學博士教育制度

韓國韓醫學博士班於 1974 年由慶熙大學首先設立。博士班至少修讀 3 年。每學期 9 學分，2 年共修 36 學分即可先參加資格考試，第 3 年為實驗研究及撰寫論文。當論文考試及格後，即授予「韓醫學博士」。目前具有博士班研究所有四間：慶熙大學、圓光大學、東國大學與大邱大學。

在大學，教師制度分為教授、副教授、助教授、講師與助教共五級。由於博士人數愈來愈多，以致獲取博士學位者，任教先由助教授開始。目前韓醫科大學附設醫院的主任與主治醫師也都具備韓醫學博士，鼓勵教學醫院同仁前往研究所修讀碩士、博士學位，以提高同仁學識與資歷，發揚教學醫院的功能。

### 4-4 韓國慶熙大學校

慶熙大學校位於韓國首都漢城，是個綜合大學，有 11 個學院：醫學院、韓醫學院、牙醫學院與藥學院等，其中韓醫學院（韓醫科大學）歷史悠久，成立於 1948 年，頗具規模，培養人才最多，居韓國韓醫科大學教育及研究之領導地位，韓國其他 10 所韓醫科大學科研教授或負責人大部份出身於慶熙大學，可見慶熙大學在韓醫界的影響力。

慶熙大學有漢城校園和水原校園，以大規模、高質量、高效益、現代化、國際知名及國內先進發展目標邁進。其中，水原校園特別成立東西醫學大學院（中西結合研究所）碩士班及博士班，分韓藥理學組、針灸經絡學組、東西神經科學組、東西腫瘤學組、東西老化免疫學組、藥學工學組及臨床營養學組等七個專業組。

#### （1）韓醫科大學（College of Oriental Medicine）

慶熙大學校韓醫科大學課程分為韓醫預科及韓醫學科，為六年制，畢業後在醫院實習一年，並在醫院接受二年住院醫師的訓練。研究所部份成立有韓醫學研究所(Institute of Oriental Medicine)、東西醫學研究所(Institute

of East-West Medicine) 及東西醫學大學院 (Graduate School of East-West Medicine Science) (GSM) (東西醫學研究院)；韓醫學研究所成立於 1994 年 10 月，東西醫學研究所成立於 1988 年 4 月，東西醫學大學院成立於 1999 年。研究所分基礎研究組及臨床研究組。

慶熙大學校韓醫科大學畢業生自 1950 年至 2001 年共有 4,045 人，碩士研究生畢業生自 1967 年至 2001 年共有 1,168 人，而博士研究生畢業生自 1976 年至 2110 年則有 571 人。

## **(2) 東西醫學大學院 (中西醫結合研究院) (Graduate School of East-West Medical Science) (GSM)**

在 1999 年 9 月韓國教育部政策支持「中西醫結合」，認為中西醫結合是 21 世紀的新醫學潮流，首先在慶熙大學校及圓光大學校推動開設「中西醫結合研究院」，目前給予慶熙大學校每年十億韓幣，學校自籌十億韓幣，共每年二十億韓幣 (約 5 千 7 百萬台幣) 發展「中西醫結合」，追求卓越中西醫結合為韓國國家政策共提供五年經費，2004 年後需由慶熙大學校及附屬醫院自己接辦。

慶熙大學校中西醫結合研究院，目前有 2-3 年碩士班及 3-5 年博士班，碩士生有 90 位，博士生有 30 名，總共有 120 位研究生，大量培養優秀中西醫結合人才，並且有計劃送優秀人才到國際高水準研究中心訓練。

中西醫結合研究院研究目前規劃主要項目：

- 中藥新藥研究與開發 (金護哲教授負責)：中藥標準化及開發；中藥新藥的基礎研發；中藥新藥臨床研究。
- 針灸機理研究 (李惠貞教授負責)：探討經絡學、針灸的作用機轉及療效；開發水針及探討療效、研發電針儀器、經絡及穴道檢查及治療儀。
- 大腦疾病的研究 (孫洛源教授負責)：中藥對腦受損治療及藥理研究；中藥對腦血流及代謝疾病治療及藥理研究；中藥對腦缺血及細胞凋亡治療及藥理研究。
- 中醫診斷及治療儀器的研發 (中醫醫工學)：脈波診斷儀、紅外線熱像

儀、經絡檢查儀、探穴儀、中醫診斷及治療儀之研發。

- 中藥藥膳的開發：中藥藥膳營養與治療學發展；中藥藥膳臨床療效評估；中藥藥膳對於疾病相關基因的調節。
- 中醫藥對癌症的治療：探討中醫藥對癌症的辨證分型、立法、選方、用藥治療及療效評估；探討中醫藥治療腫瘤病患對放射及化療反應，減輕西醫藥療法的副作用。

### (3) 慶熙大學校附屬醫院（醫學中心）

慶熙大學校附屬醫院有韓醫醫院、西醫醫院及齒科醫院，在 1971 年首先開設內科、婦科、小兒科及針灸科四大科共 100 床；1973 年增加病床至 420 張（其中韓醫院 50 張病床）；1977 年韓醫醫院擴張至 200 床；1979 年韓方藥調製室採用現代化、自動化調製；1987 年 2 月 1 日韓國實施全民保險醫療制度；1988 年韓醫醫院新醫療大樓完成；1993 年韓醫藥標準化、規格化，實施 GMP；1997 年韓醫醫院舉辦成立二十六週年慶。慶熙大學校附屬醫院現有 1,490 個病床，西醫醫院 1,070 床，牙科醫院 20 床及韓醫醫院 400 床，每年住院患者 44 萬人，門診病人數有 140 萬。

慶熙大學附屬韓醫醫院為韓國發展韓醫學之先驅，現在有 400 張病床，12 個專門科目及韓方藥調製室及濃縮中藥工廠，專門韓醫師 50 名，大部分為教授級醫師，研修韓醫師 90 名，護士 70 名，其他人員 400 餘名，一年門診人數有 40 萬人，住院門診有 12 萬人，目前共培養專門韓醫師 300 名，診療部分內科（內科又分肝系、心系、脾系、肺系、腎系）、針灸科、婦科、小兒科、神經精神科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、物理治療科、四象體質科、東西醫協診中心（中西醫結合科）、氣功治療室、診斷室及救急室，住院病患大部分為中風科。

## 5、保險給付範圍

韓國保險制度在 1981 年開辦時就已經開放西醫加入，而 1987 年 2 月韓醫保險制度建立，有針灸科、內科、物理治療科及婦科，投保病人可自由選擇西醫或韓醫醫療。韓國全民保險已經於 1987 年開始（我國全民健保

1994年開始上路)，韓國在1987年全民保險開辦時就已經全面開放韓醫門診與韓醫住院的保險給付。

大 學	道(省)(市)	創校時間
1.慶熙大學	漢 城 市	1948 年
2.圓光大學	全羅北道	1972 年
3.東國大學	慶尚南道	1978 年
4.大邱大學	慶尚北道	1979 年
5.大田大學	大 田	1980 年
6.東義大學	釜 山 市	1987 年
7.又石大學	全羅北道	1988 年
8.尚志大學	江 原 道	1988 年
9.暎園大學	京 畿 道	1989 年
10.世明大學	忠清北道	1992 年
11.東新大學	全羅南道	1992 年

大韓民國韓醫科大學成立時間與所在

## (六) 新加坡 (Singapore) 中醫藥針灸發展現況

### 1、中醫藥發展背景

新加坡位於馬來半島南部，包括新加坡島與周圍的54個島嶼。面積約600平方公里，人口270萬，華裔占80%，地處太平洋與印度洋的航運要衝麻六甲海峽的出入口。19世紀淪為英國殖民地，1965年退出馬來西亞，成立新加坡共和國。中國傳統醫學隨著華人定居而傳入，成為當地的重要醫療體系，有著獨特的發展軌跡。

### 2、中醫藥相關統計

70、80年代，新加坡中醫藥業發展較快，中醫藥日益成為新加坡人生活的一部分。從新加坡1965年獨立到1983年，新加坡中醫慈善醫院就成立了17間。國立新加坡大學社會醫學與公共衛生系的一份調查顯示，中醫師

1,500人以上，1978年到中醫院門診人數占全國門診總數的26%，而私人職業中醫診所與藥材店到1983年達到1,000家左右，其中診所和藥材店內附設診所者共占40%。據新加坡衛生部1994年9月調查顯示，45%的新加坡人曾向傳統中醫求診，而同年有19%的人曾找過中醫中醫診治。

### 3、中醫藥管理情況

新加坡政府無法忽視中醫藥的存在和廣大的社會需求，在1947年就規定執業中醫師必須是新加坡中醫師公會會員，也給這一民間組織賦予中醫師資格審查和行業自身管理的職能。1995年6月，新加坡衛生部成立了「新加坡中醫團體協調委員會」，進一步加強了對中醫藥的管理，而且正式提升為政府管理層級。

#### 3-1 中醫醫政管理

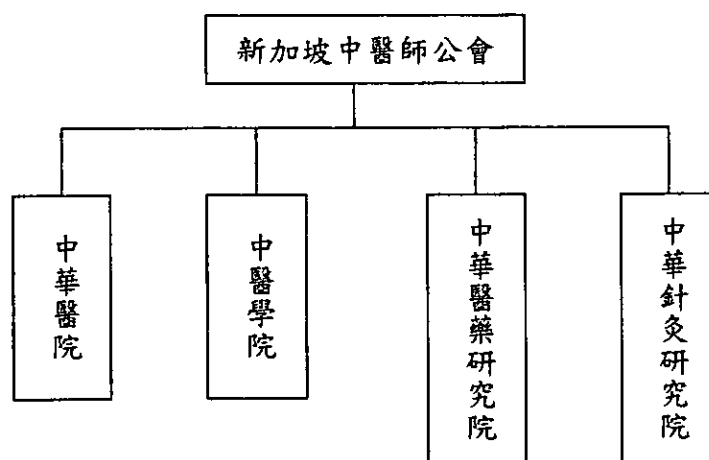
2000年11月14日新加坡國會通過「中醫師法案」，新加坡衛生部一方面執行中醫師和針灸師的註冊，確定中醫師和針灸師的法定地位；另一方面指定新加坡中醫學院與中醫藥研究院為新加坡政府承認的中醫培訓機構，只有這兩所機構的畢業生才可獲准參加中醫考試委員會的「中醫師統一考試」，考試及格者才有資格申請註冊為中醫師，以中醫藥和針灸為民眾治病。

中醫師法案中規定成立「新加坡中醫管理委員會」，負責管理中醫師(包括針灸師)的工作，中醫管理委員會所扮演的角色，類似新加坡衛生部管理西醫的「新加坡醫藥理事會」。新加坡中醫管理委員會除了負責中醫師(包括針灸師)的註冊工作、統一教學大綱和標準化的中醫培訓課程及審核培訓院校的素質外，也負責管理與審核中醫師的行為與操守。它有權力對違例中醫師發出警告、停業令，罰款及撤消其專業註冊資格。

根據「中醫師法案」，從2002年1月1日起，新加坡只有已註冊並持有效執業證書的針灸師才能執業，沒有達到註冊標準的針灸師，必須接受進一步的培訓並通過針灸統一考試。2004年1月1日起，沒有中醫執照者不得針灸與開中醫藥方給與病人，違反者將受法律制裁。

新加坡衛生部並依據完全豁免考試、部分豁免和不被豁免三大準則作為針灸師註冊大綱：

- (1) 完全豁免考試的針灸師可以直接註冊。
- (2) 部分豁免的針灸師可以參加針灸考核(Acupuncture Appraisal)，如果不及格就得參加針灸統一考試(Common Acupuncture Qualifying Examination，簡稱CAQE)。
- (3) 不被豁免的針灸師得參加針灸統一考試。



新加坡中醫師公會組織圖

### 3-2 中藥藥政管理

新加坡衛生部藥物行政處和藥品部管理藥品的產銷經營。1975 年頒佈中醫藥法令，內有條目分明的管理細則。1992 年又頒佈一套傳統藥物管理方案，其中包括中草藥、日本漢方藥、印度傳統藥、阿拉伯藥品，均應按要求的辦理藥學檢驗、申請登記註冊手續。中藥飲片不必進行藥物核對總和臨床實驗，而注重傳統應用資料和藥典記錄。

### 4、中醫藥專業教育和培訓

古代中醫教育以家傳、師承或私塾的形式為主，新加坡亦如此。50 年代，新加坡開始現代的學校中醫教育。1953 年新加坡中醫師公會成立中醫專門學校，1976 年更名為新加坡中醫學院。隨後又成立 10 所中醫藥院校，多屬民辦，唯新加坡中醫學院現已由新加坡教育部批准註冊，其教育形式有正規的學校教育，也有在職進修。

## 4-1 新加坡中醫學院

新加坡中醫學院是由新加坡中醫師公會於 1953 年創辦的中醫教育機構。原名新加坡中醫專門學校，1976 年起用現名，提出「中醫為主，西醫為輔」的辦學方針，弘揚中醫藥學術，培養中醫人才，解決新加坡中醫界人才缺乏的實際問題。所授科目有：中醫學基礎、中藥學、中醫內科學、外科學、兒科學、溫病學、傷寒論、針灸學、現代生理學和病理學等。

新加坡中醫學院自 1953 年成立至今，已有 51 年的歷史，培育出 1,500 多名中醫師。現今的新加坡的中醫師和中醫藥團體的負責人 90% 以上都是該學院培養出來的畢業生。現任新加坡中醫師公會會長為梁世海醫師，副會長為陳必廉醫師與黃懷保醫師，中醫學院院長是趙英杰教授，中華醫藥研究院院長是謝齊培教授，中華針灸研究院院長為陳楷華教授，中華醫院院長為洪兩醫師。

### (1) 入學資格

自 1980 年起，凡有志學習中醫者必須具有新加坡政府統一考試合格高中或以上程度，已獲取各種專業大專以上學歷而有志於中醫事業者，可免試入學，也有先入預科先修班，學習一年中醫基礎知識和文化課，經考核合格後轉為正式學員。如若考試不及格，可以重修或退學，對中醫專業不適應者，也可中途退學。

### (2) 學制與課程安排

開辦之初學制為四年，授課時間多利用晚上。自 1983 年起改為五年制，課程安排 70% 為臨床實習、30% 專注於中醫專修科目和臨床案例探討。1994 年新加坡衛生部傳統中醫藥委員會的「傳統中醫中藥」報告中建議提昇中醫培訓課程，將時間改為三年全日制或六年部份時間制課程，所以，1996 年起又改為六年部份時間制，學習內容增加了醫古文、內經、解剖學、免疫學、微生物學、西醫診斷學、醫用統計學等專門學科，提升畢業學員中醫基礎理論與現代醫學知識。並於 2000 年設置校外進修部，2001 年改名為延續教育中心，開展雙語中醫藥講座，讓其他英語系的公眾也有機會正確認識中醫藥。

目前新加坡中醫學院與中國南京中醫藥大學合作，於2001年聯辦三年全日制中醫專業文憑課程與五年全日制學士學位課程。三年全日制中醫專業文憑課程已經獲得新加坡政府中醫團體協調委員會與新加坡中醫管理委員會的認可。取得南京中醫藥大學學籍的三年全日制畢業學員可獲得新加坡中醫學院與南京中醫藥大學所頒發的中醫專業文憑；五年全日制畢業學員可獲得南京中醫藥大學所頒發的中醫學士學位證書。

教學模式與課程規劃安排多與中國大陸類似。開創時期曾自編部分教材，1962年部份使用中國大陸國中醫院校統一編排教材，課程設置遵守中西醫比例7:3的原則。1976年全面採用上海中醫學院新編教材；1996年以後改用中國中醫院校所使用的第六版教材。第一、二學年開設中醫基礎理論課程和部分西醫基礎，第三四學年講授臨床各科，突顯中醫辨證施治的特色，兼授中西醫結合內科，解決常見病診療和急診處理問題。

新加坡中醫學院與中國上海中醫藥大學於1994年聯辦「碩士學位研究生班」，第一學年在新加坡中醫學院，第二、三學年在上海中醫藥大學，首屆招收31名研究生。於2003年與中國南京中醫藥大學聯辦碩士研究生課程，經新加坡中醫學院初試與南京中醫藥大學複試後，首屆錄取19名研究生。

### (3) 臨床教學

學生於第二學年開始安排臨床見習，一直延續到第五學年畢業實習。臨床教學多由兼職臨床導師具體指導，其過程分為五個階段：

- 見習期，學生觀察導師診斷治療病人的經過。
- 待診期，在門診或病房進行，學生傾聽導師分析病證。
- 試診期，學生於三年級開始接觸病人，實際操作望聞問切，運用理法方藥等中醫法則，一般從病因病機、辨證分析到立法處方用藥，環環緊扣，學習中醫的臨床思維模式，並寫入試診本（實習表）。
- 應診期，四年級學生開始以見習醫師資格獨立應診，導師僅作必要的指導或提示。此期進一步學習熟練四診、八綱辨證、治法、方藥的應用能力。



- 畢業實習期，學生在第五學年全日在醫院作實習醫師，獨立處理病人，但無處方權。一年實習期滿後，提交臨床報告作為畢業論文，經考試委員會評審合格者准予畢業，簽發畢業證書。

## 4-2 同濟醫藥研究學院

1983年4月正式創辦於同濟醫院。該院提出「七成中醫，三成西醫，中西合璧」的辦學方針。每年召生50人左右，學制三年。主要課程包括中醫基礎理論與臨床學科，西醫有解剖、生理、病理和相關臨床各科。該院中西醫師資兼備，多來自中國大陸或香港、臺灣、日本的學者。1984年成立了針灸、古籍等研究組，以提高科研水平。臺灣曹成章教授曾擔任同濟醫藥研究學院院長一職，當時臺灣中國醫藥學院許多老師前往擔任教授。

同濟醫藥研究學院還發展海外中醫教育，為東南亞國家培養中醫人才，每年招生均保留10%的外籍學員名額。

## 5、保險給付範圍

新加坡的針灸、中醫藥的診療費用，尚未納入醫療保險範疇，多由患者自付。

### (七) 越南 (Vietnam) 中醫藥針灸發展現況

#### 1、中醫藥發展背景

越南的傳統醫學主要來源於中醫學，並結合本身民族醫學的特點發展成為東醫。20世紀初，大批華人移居越南，不少華僑中醫師在越南行醫或開藥店銷售中藥，使中醫藥在越南得以進一步發展，並在華僑人數較多的地方創辦了許多醫院，如壽康醫院、廣肇醫院、大邑醫院等等。這些醫院，都設有中醫部，用中醫藥治療疾病。

日、法佔領期間，傳統醫學被排斥在官方組織之外，傳統醫學學校被迫關閉，使越南的中醫藥發展處於停止狀態。越南獨立後，政府部門在衛生保健問題上採取傳統醫學和現代醫學相結合的政策，對傳統醫學進行鑒定和試驗工作。1955年2月，胡志明在全國衛生幹部會議中，提出醫學必

須建立在科學、民族、大眾三個原則的基礎上，把中醫和西醫結合起來。1960年9月，越南勞動黨提出：在防病治病、藥材生產，培養幹部、科學研究等一切工作中，必須實行中西醫結合，把中醫中藥與現代醫學密切地結合起來。1961年3月，越南政府進行在科學基礎上，繼承發展中醫經驗，把中西醫結合起來。同年，越南憲法把發展傳統醫學、現代醫學和兩者結合醫學的條文列入。為了貫徹這些方針，先後建立了中醫研究機構（中醫研究院）和中醫協會。

目前世界衛生組織（WHO）認為傳統醫學與現代醫學並存的國家主要有中國、韓國及越南。

## 2、中醫藥相關統計

70年代末期，越南全國經衛生部門承認的中醫師數幾乎占全部醫師數的一半，約2萬人左右。越南醫師數占越南總人口的0.3%，中醫師數佔全國醫師數的30%；越南民眾對傳統醫學的使用率佔越南全國醫療利用率的30%左右。

據世界衛生組織（WHO）資料顯示，越南傳統醫學醫師數有25,500名，針灸醫師數有20,000名，從事傳統醫藥相關業者則有5,000名。在全國的醫療院所中包含公立醫院在內有48家醫院設有傳統醫學部科，此外，有3家國家級的傳統醫學研究機構，故被世界衛生組織歸類為傳統醫學暨補充與另類醫學的整合型國家。

越南老年人口數佔全越南總人口數（約9千萬人）約7%，所以越南政府未來的醫療規劃應該會以老人醫學與長期照護為主要發展目標。越南有98%的中成藥及原料來自中國大陸。銷往越南的中國大陸藥材有兩個去處，一是越南本身國內消耗；二是經加工、處理後，再轉銷東南亞及香港、臺灣等地。

## 3、中醫藥管理情況

越南政府衛生部中設有傳統醫學局，主管越南中醫藥的發展、法規與管理，在傳統醫學局之下另設立針灸研究院、傳統醫學研究院與傳統醫學

學會，皆屬越南官方機構。

越南每個省市都有專門的中醫醫院，此外，也有獨立的針灸醫院，但許多醫院都設有中醫部，在現代化的醫院裏都設有一定比例的床位供傳統醫療使用。此外，在中醫研究院內也設有病床為患者服務。中醫研究機構有河內民族醫藥研究院，該院是中西醫結合的研究和指導中心，1988年2月，世界衛生組織（WHO）認定為世界上第22個傳統醫學合作中心。此外還有越南針灸研究院，胡志明民族醫藥研究所及針灸研究所等。

#### 4、中醫藥專業教育和培訓

越南現有醫學院校15家，其中胡志明醫科大學與河內醫科大學設有中醫學系，越南唯一的一家中醫院校為國立慧靜古傳醫學院，於1971年在越南衛生部支持下成立，預計2004年底升格為越南第一家中醫藥大學，且該校附設中醫醫院亦於2004年底開始運作。學生在校學習安排為4年學習中醫，2年學習西醫，學制為六年制，強調中西醫結合的教學模式。越南的醫學教育除了在以上幾所醫學院校中進行外，還有一些國立和省立的機構提供長期的東醫學課程。

越南國立慧靜古傳醫學院（Tue Tinh Traditional Medicine College）校長張越平教授（Prof. Truong Viet Binh）於2004年10月22日率團，副校長兼中醫學系系主任喬春勇教授、醫學院附設醫院院長何代燕教授及中文教師兼翻譯阮氏琇小姐一行四人前往中華民國中國醫藥大學訪問並進行學術交流。

越南的中醫學專科大學本科為六年制，其中4年學習現代醫學，2年學習傳統醫學。醫學課程主要有：民族傳統醫學史；傳統醫學理論包括東方哲學、人體結構和生理現象（陰陽經絡）、病因學、診斷（四診、八綱辨證）、治則治法、藥物、處方基礎、各科治療等；針灸；病理。目前，越南已培養了各級傳統醫學技術人員（包括研究生、醫師、醫師助理、藥劑師）近10,000餘名。

#### 5、保險給付範圍

越南的醫療保險對於中醫治療與中藥藥品及相關產品皆有包含在給付範圍內。

## (八) 美國 (USA) 中醫藥針灸發展現況

### 1、中醫藥針灸發展背景

中醫藥比較系統性的傳入美國，是從 19 世紀 40 年代末期開始，隨著大批華人的移居美國而出現。中醫藥雖然傳入美國已有 100 多年歷史，但並沒有被美國公眾所完全接受，長期以來中醫藥的使用者，仍然只限於旅美的華人。

中醫藥在美國的處境真正改變並使其得到發展，是 1972 年美國總統尼克森訪問中國大陸及訪問團參觀針灸麻醉手術之後，美中雙方關係恢復正常化，美國掀起「中國熱」的風潮。

如今全美的針灸師已經超過一萬人，每年有 100 多萬美國人接受針灸療法。1977 年 12 月，美國國家衛生研究院 (NIH) 首次肯定針灸這一古老的療法，而且從 1996 年起，美國食品藥品管理局 (FDA) 解除對針灸療法的限制之後，越來越多的保險公司接受針灸治療的費用給付。

### 2、中醫藥針灸相關統計

隨著針灸在美國逐步合法化，據統計，1987 年全美已有 2,500 餘名有執照的針灸師，從事針灸醫療工作的達萬餘人。1989 年全美與針灸相關從業人數增至 2 萬人，目前美國有執照的針灸師已達 5 萬多人。現僅加州有執照針灸師已達 8,600 人(64%是中國大陸中醫本科的大學畢業生)，診所 800 多家。目前全美有 20 多個針灸醫療中心，從事針灸研究和治療。

1993 年美國醫學協會曾對 1992 年非常規醫學在美國到底有多大市場，作了一番調查。它涉及的層面很廣，包括針灸、中草藥、按摩、音樂治療等。調查結果，美國人在非常規醫學方面的費用支出約 140 億美元，與美國總醫療費用支出(1992 年 7,000 億美元)相比差的很遠，大約只占 2%左右。

隨著中醫、針灸在美國的發展，中藥也受到美國人的青睞。據統計，美國人每年要花費 60 億美元用於營養保健品，美國中草藥市場的銷售量 1985 年為 4.8 億美元，1992 年為 9.9 億美元，1995 年為 30.2 億美元，1998 年為 42.8 億美元，市場以每年增長 20%的速度發展。美國約有 5%的患者

服用天然藥物，其中 80%的人是在治療過程中服用中藥。全美有各種中草藥店和含中草藥的保健食品店 12,000 多家，年銷售額達 20 多億美元。

依據美國國家補充及另類醫學中心（NCCAM）與美國國家健康統計中心（NHIS）在 2004 年 5 月所公佈的針對全美超過 18 歲以上的成年人 31,044 名所做的有關補充及另類醫學（CAM）在美國的使用情形的大規模隨機抽樣調查，茲將調查結果敘述如下（美國國家補充及另類醫學中心）：

- （1）美國民眾使用互補及另類醫學（CAM）的五大範疇：另類醫藥（Alternative medicine systems）、生物療法（Biologically based therapies）、能量療法（Energy therapies）、整脊療法（Manipulative and body-based methods）與心身醫學（Mind-body medicine）。
- （2）美國有 36%的成年人使用過 CAM，若把大劑量維生素療法及自費的特定醫療項目加入，成年人使用過 CAM 比率將提高到 62%。
- （3）美國成年女性使用 CAM 的比率高於男性；擁有較高學歷的成年人尋求 CAM 的比率較高。
- （4）美國民眾最常使用的 CAM 療法是心身醫學（Mind-body medicine），若將自費民眾排除，則生物療法（Biologically based therapies）是比較被一般大眾所使用的。
- （5）調查中顯示，在需要 CAM 治療時，僅有 12%的受訪者會去尋找具有 CAM 執照的從業人員接受治療。
- （6）有 19%的受訪者會使用天然營養補充品。
- （7）美國民眾會因為背、頸、頭、關節或其他部位的疼痛、感冒、焦慮或憂愁、腸胃不適或睡眠疾患等問題，尋求 CAM 的幫助。
- （8）美國民眾使用 CAM 的五大理由：CAM 與現代醫學結合治療可更加促進健康狀態（55%）；想要嘗試一下有興趣的 CAM（50%）；現代醫學的治療已經沒有幫助（28%）；經由現代醫學的醫師建議使用 CAM（26%）；現代醫學的治療費用太昂貴（13%）。
- （9）針對美國 CAM 的費用支出，根據 1997 年的資料顯示：

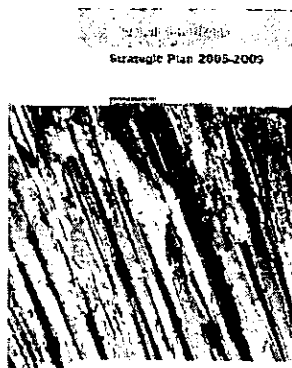
- 美國民眾花費在 CAM 的支出預估在 36 億至 47 億美元之間。
- 美國民眾自費接受專業的 CAM 健康照護支出在 12 億至 20 億美元之間。
- 這些民眾的 CAM 自費支出高於當年的自費住院支出，且接近於當年自費接受現代醫學醫師服務支出的一半。
- 自費購買草藥產品的金額支出約有 5 億美元。

### 3、中醫藥針灸管理情況

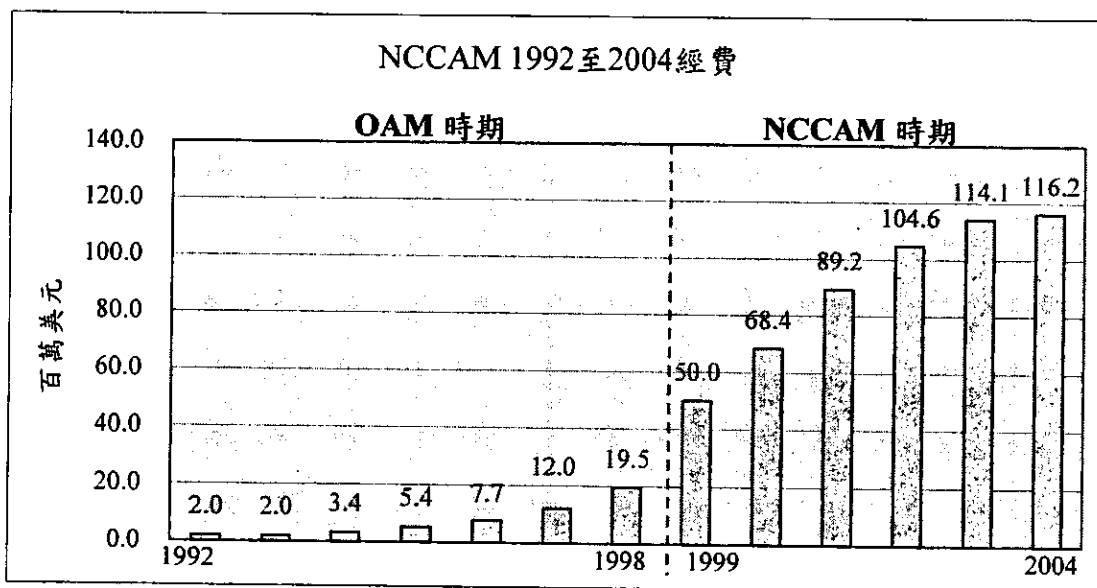
#### 3-1 美國國家衛生研究院 (NIH) 與國家補充與另類醫學中心 (NCCAM)

有鑑於補充與另類醫藥 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 在美國社會引起極大的迴響，並為美國民眾大量接受與使用，美國參議院在1991年10月立法通過在國家衛生研究院 (NIH) 內設立補充與另類醫學研究機構，於是在1992年成立「另類醫學辦公室」(Office of Alternative Medicine, OAM)，這是美國第一個由政府部門設立的專門管理中醫藥及其他傳統醫學事務的機構。1997年11月3、4、5日在美國國家衛生研究院召開針灸聽證會 (NIH Consensus Development Conference on Acupuncture)，對針灸臨床應用的有效性進行論證，針灸療法已經在西方國家醫學界引起重視。聽證會議設12人委員會，來自不同領域，有針灸、疼痛、心理學、精神病、理療和康復、藥物成癮、家庭醫療、內科、保健政策、流行病學、統計學、生理學、生物物理學和公眾代表，共23名專家向聽證委員會和1,200位聽眾報告有關針灸醫學資料。1998年10月美國柯林頓總統由國會通過的撥款法案，成立「國家補充與另類醫學中心」(National Center of Complementary and Alternative Medicine, NCCAM)，其主要任務是促進對補充與另類醫療方式的評估，主要工作為與NIH下的其他研究中心合作，推廣研究活動、支援和規劃新的研究計畫，並追蹤、總結與鼓勵有關補充與另類醫藥的相關研究，NCCAM的使命是主導及支援補充與另類醫藥的基礎及應用性研究與訓練，並公佈相關補充與另類醫學資料給美國社會大眾與相關領域業者，且定期和美國食品藥物管理局 (FDA) 舉行會議，評估及鑑定美國政府對補充與另類醫學的現行政策及相關標準，同時，NCCAM並資助多所大學院校成立CAM專題研究中心，進行認證及評估針對某些專科

的各種補充與另類醫學方式，此外，亦提供100萬美元以內的研究經費支持具探索性的先驅計畫，期盼發現可行性更高的補充與另類醫學新療法。



美國政府對於補充與另類醫學的經費支出逐年攀升，由 1992、1993 年的 200 萬美元、1994 年的 340 萬美元（費用增加比率達 75%），到 2003 年的 11,410 萬美元、2004 年的趨近 11,780 萬美元，每年的經費成長率均維持在 40%至 75%之間。在 NCCAM「健康照護領域策略計畫 2005-2009」（Expanding Horizons of Health Care Strategic Plan 2005-2009）報告中更表示美國國家衛生研究院（NIH）在 2004 年對相關 CAM 研究的經費預估將會增加至 3 億 5 百萬美元。由此可見，美國官方對於包括中醫藥在內的世界各國傳統醫學暨補充與另類醫學的研究發展之重視與注意。



NCCAM 並在一些著名的大學院校成立 CAM 研究中心，目前已分別在哈佛大學、史丹福大學、加州大學、哥倫比亞大學等成立了數個補充與另類醫學專題研究中心。這些個 CAM 研究中心主要任務是評估 CAM 療法對於以下疾病的療效：癌症、藥物依賴、哮喘、過敏及免疫系統疾病、心血管病、小兒疾病、婦科病、內科病、老年病、中風及神經系統疾病,以及不同原因引起的痛症。這些 CAM 研究中心將有效地評估一些可行性極高的 CAM 療法，每個中心第一年的主要目標為設立機構和試驗方案，第二、三

年則集中在實施與評估項目。每個中心將分析、評估他們各自專長的專科領域研究項目，並提出較好的研究課題。這些中心還允許相關 CAM 從業者與他們進行特定的合作研究並將研究結果公佈於社會大眾知道。現將以上所示的 CAM 研究中心與研究主題敘述如下：

1. 哈佛大學醫學院，整體醫學狀況。
2. 史丹福大學，老化問題。
3. 哥倫比亞大學，老化研究及婦女健康。
4. 巴斯圖大學，後天免疫不全症候群（愛滋病，AIDS）。
5. 明尼蘇達醫學院，藥物成癮。
6. 新澤西醫科及牙醫大學，中風及神經性疾病。
7. 加州大學戴維斯分校，哮喘、過敏及免疫系統疾病。
8. 加州大學洛杉磯分校—食品添加劑研究中心，植物製品的安全性、有效性與生物作用機制等方面。
9. 伊利諾大學芝加哥分校—食品添加劑研究中心，研究 10 種草藥補充劑對健康的影響。
10. 加州大學舊金山分校，草藥治療 AIDS 病毒引起的竇炎。
11. 馬里蘭大學醫學院，關節炎與疼痛症狀。
12. 德州大學休士頓醫學中心，癌症。
13. 維多尼亞大學護理學院，疼痛症狀。
14. 愛荷華大學，脊椎按摩與推拿。
15. 密西根大學亞伯分校，心血管疾病。
16. 亞利桑納大學土桑分校，兒科疾病。
17. 明理約亞普勒斯醫學研究中心，藥物戒癮。
18. 馬哈里斯管理大學，黑人心血管疾病與老化問題。
19. 奧勒岡健康科學大學，神經性疾病。
20. 奧勒岡州波特蘭市開斯勒基金醫院，顱面疾病。

除了以上各個大學所獨自進行的 CAM 專題研究之外，尚有由 NCCAM 所主導的跨院校的大型臨床研究，如匹茲堡大學醫學院統籌的銀杏治療老



人失智症的臨床研究，參與的有美國老年癡呆症研究中心、約翰霍普金斯大學醫學院、加州大學戴維斯分校及偉克森林大學等五所機構與院校；猶他大學統籌的 Glucosamine 與軟骨素在治療膝關節炎方面的功效的大型臨床研究，共有九個研究中心一同參與。此外，1994 年美國發行「另類醫學及補充醫學雜誌」（The Journal of Alternative and Complementary Medicine）為雙月刊，一期厚達 250 頁，邀請 40 位專家擔任編輯出版，很有水準的醫學刊物。美國另出版「美洲針灸雜誌」（American Journal of Acupuncture）及「美洲中醫藥雜誌」（American Journal of Chinese Medicine）。



NCCAM 目前已發表「拓展健康照護領域策略計畫 2001-2005」(Expanding Horizons of Health Care Five-Year Strategic Plan 2001-2005) 與「拓展健康照護領域策略計畫 2005-2009」(Expanding Horizons of Health Care Strategic Plan 2005-2009) 兩份計畫，該計畫是 NCCAM 針對美國境內補充另類醫學的發展綱要和行動指南。計畫中明確說明 NCCAM 的成立宗旨、願景、優先權的設定、目標與管理原則等等方面。

NCCAM 由於有先前「2001-2005 策略計畫」執行的基礎，因此在「2005-2009 策略計畫」中持需規劃了四個策略區域：研究方面的投資、CAM 研究者的培訓、拓展服務範圍及組織提升等，茲將四個策略區域的目標簡述如下：

(1) 研究方面的投資 (Investing in Research)：

分別在身心醫學 (Mind-Body Medicine)、生物回饋 (Biologically Based Practices)、推拿 (Manipulative and Body-Based Practices)、能量醫學 (Energy Medicine)、整個醫學體系 (Whole Medical Systems)、國際健康研究 (International Health Research)、健康服務研究 (Health Services Research) 及研究 CAM 的道德、規範與社會議題和整合醫學 (Ethical, Legal, and Social Implications of CAM Research and Integrated Medicine) 等方面。

(2) CAM研究者的培訓 (Training CAM Investigators) :

- 修改研究訓練計劃程序，以反應研究中加入CAM的需要性。
- 持續促進CAM與西方醫學的研究文化和必要資源的相互成功的結合。

(3) 拓展服務範圍 (Expanding Outreach) :

- 幫助公共衛生與健康照護專家制訂有關在健康照護上的政策。
- 豐富CAM研究的領域與範圍。

(4) 組織提升 (Advancing Our Organization) :

- 促進組織成長。
- 鼓勵與授權於NCCAM成員。
- 對於公眾投資參與的CAM研究給予適當、有效的管理。

### 3-2 美國食品藥品管理局(FDA)

美國聯邦政府授權隸屬於美國衛生與人類健康服務部的美國食品藥品管理局(FDA)負責進口食品、藥品、保健品、化妝品與醫療器械的管理和監察，其嚴格的管理模式和方法成為世界各國藥物管理的參考規範。1994年底，柯林頓總統簽發了由美國國會通過的「膳食補償劑法」(DSHEA)，為天然植物藥製品進入美國市場打開了方便之門。FDA的執法不僅在美國國內有重要影響，在國際上也因其工作嚴格認真而久負盛名。

美國食品藥品管理局(FDA)的態度，在1994年10月25日美國國會正式通過食物補充品法令(Dietary Supplement)經總統柯林頓簽署正式成為新法。中草藥可以營養補充品申請，同時由於人類回歸自然，以天然藥物替代一些化學藥品而成為國際趨勢和現實，中藥走向國際市場為帶來機遇，使中藥進入美國市場提供法律依據，中藥市場發展進入一個新的里程。當然要合乎質量控制及GMP的管理，及進行高水準的學術交流。

### 3-3 美國與中醫(草)藥相關的法規

- 1906年，控制假藥聯邦藥品法。
- 1938年，食品與藥物化妝品法。
- 1966年，恰當包裝與標示法。

- 1987 年，處方藥品上市法。
- 1990 年，營養標籤與教育法 (NLEA)，要求所有食品必須有營養標示。但對草藥的使用提出了與普通食品不同的要求，FDA 放寬了將草藥作為健康保健作用的證明標準。
- 1994 年，美國國家針灸法。
- 1994 年 10 月 25 日，營養補充劑健康與教育法 (即營養補充劑法，DSHEA)，認為食品添加劑對預防慢性疾病和減少長期保健費用有關，草藥、維生素、礦物質可標示為食品添加劑，用於錠劑、膠囊、液體等劑型中，無需在上市前申請獲得 FDA 的批准，確定了中草藥的合法地位。
- 1996 年 4 月，FDA 批准並正式承認針灸為治療方法。
- 1997 年，FDA 公佈「植物性產品規範 (Guidance on Botanical Drug Products)」草案。
- 1999 年 3 月底，FDA 正式將針灸用針列入第二類醫療器械管理，保險公司就有可能把針灸列入醫療保險給付範圍。
- 2000 年，「美國藥典」收載了包括植物萃取物、植物油、芳香精油等四十五種草藥。
- 2000 年 8 月，FDA 公告「植物性藥品規範草案 (FDA Draft Guidance on Botanical Drug Products for Industry)」，容許有安全使用歷史的草藥，可以直接進入第二期或第三期臨床試驗。
- 2003 年，美國政府提出「徹底改革美國衛生保健制度計畫」，考慮將中醫藥納入美國現行衛生保健系統中，目前美國政府審慎評估中。
- 2004 年 6 月，FDA 公告「企業植物性藥品產品規範 (Guidance for Industry Botanical Drug Products)」。

### 3-4 美國政府允許的非官方中醫管理機構

目前，美國 50 個州與 1 個特區之中已經有 39 個立法承認針灸的合法性，准許發給針灸師執照或針灸師註冊。在美國儘管各州對針灸立法不盡相同，但針灸已逐漸為美國衛生行政部門所接受，並批准為公眾的合法醫療保健手段。以下的三個美國中醫管理機構均為非正式的政府機構，但都

是在美國政府有關部門的允許之下，對美國境內的中醫實施考試、發證、評鑑與鑑定的工作。這不但是美國中醫管理的大事，也是中醫進入美國，前進世界的重要步驟：

### (1) 美國針灸／中藥考試及頒證委員會(NCCAOM)

在美國，中醫尚未被列入正規的醫學教育和醫療體系之中。二十世紀 70 年代後期，隨著全世界的針灸熱和中醫熱，中醫逐漸進入美國的主流社會。美國聯邦政府也開始關注中醫人員的考核和立法問題。到 80 年代中期，先在民間成立針灸考試及頒證機構(NATIONAL CERTIFICATION OF ACUPUNCTURE, NCCA)。由於參加考試和領證的人越來越多，NCCA 的影響也隨之增大。美國教育部經過審慎評估後，同意 NCCA 作為美國針灸人員的考核與頒證的正式機構。後來，不僅針灸，中醫的各類學科如中藥、方劑、推拿、食療等等皆進入美國。所以，NCCA 又增加了中藥的考試和頒證。除中醫、漢方醫學外，韓醫等也進入美國。三者合稱“東方醫學”(ORIENTAL MEDICINE)。NCCA 因此名稱也就改為 NCCAOM (NATIONAL CERTIFICATION COMMISSION OF ACUPUNCTURE AND ORIENTAL MEDICINE)。

NCCAOM 在美國各地設若干考場。一般都在交通方便，人口集中的大城市如紐約、舊金山等。正常規定是每年考試二次，春季和秋季各舉辦一次。

考試區分針灸和中藥二類，可以使用不同語言的考題進行。現在設有英文、中文、日文等。針灸考試已經有 10 多年的歷史，比較成熟。剛開始美國對中醫不是很瞭解，只知道針灸，因此大多數的美國人認為針灸就是中醫，或是中醫的主要內容。所以，如果在美國取得針灸執照，就可以在美國工作和開業，不但可以進行針灸治療，還可進行推拿、開中藥、教氣功等。而新設的中藥考試(通過後可取得中藥執照)，從中醫師就業而言，是不太必要的。但因在美國有的州如果從事中藥、中醫方劑等教學，或在中藥公司工作，需要中藥執照，所以現在陸續有人去考中藥執照。針灸考試的內容有以下三個部份：

- 中醫和針灸理論及臨床題筆試：一般為多選題，共 200 道，答對 70%算過關。

- 針灸穴位點穴：點 15 至 20 個穴位。在人體或模型上，點對 70%算過關。
- 針灸消毒觀念：有專門的手冊可供研讀，讀熟就可以了。

## (2) 美國針灸／中醫學院評鑑委員會(CCAOM)

隨著中醫在美國的發展，對中醫人員的需求也日益增加，中醫學院在美國便應運而生。初期大多稱「針灸學院」。90 年代中期，中成藥、中藥飲片、中藥保健品以及中醫食療、中醫外治、推拿、氣功等大量中醫內容出現在美國市場。美國民眾這時才感受到中醫原來除針灸之外，還包含了許多的內容。於是針灸學院紛紛增加中醫的授課內容，並陸續改名為中醫學院或東方醫學院。

CCAOM 是非政府機構，為一民間組織，獲得美國政府部門的認可。它的主要職責是檢查中醫學院的各種軟、硬體設施是否符合該委員會所制定的標準。如：學院的校舍、教室、圖書館、附設門診部以及師資(教師人數、教學水準及教師資格)、課程安排及上課時數等。一般有要求評審的中醫學院提出申請，由委員會委派二或三名委員到該學院評鑑，並向委員會報告。委員會召開會議進行審查，會邀請該申請評鑑的中醫學院代表列席，並回答審查時提出的問題。然後由委員會投票決定。委員會要對該學院的不足之處提出改進意見，限期改進。直到問題全部改進，經委員會多數委員同意，才算正式通過。

申請評鑑是要費用的，除支付委員會的審查費用外，來院評鑑人員的一切費用(如差旅費、食宿費等)均由申請的學院負擔。問題愈多，反覆審查次數愈多，費用也就愈高。目前，美國數以百計的中醫學院經 CCAOM 評審通過的僅有 47 所。這 47 所大多數是設立時間較長、教學質與量方面比較好的。

只要能夠通過 CCAOM 評鑑的中醫學院，就可以享有許多優惠條件，如該學院學生在校期間可以享有助學金待遇，且畢業後可授予中醫碩士學位。美國的中醫學院入學前需修完 60 學分的西醫基礎課程，入學後中醫專業課程(包括課堂教學和臨床實習)，共須完成 2400 到 2800 個學習時數。

### (3) 針灸／中醫鑑定委員會(ACAOM)

ACAOM 是對 CCAOM 評鑑通過後的中醫學院，持續性地鑑定和檢查學院的教學計畫實施情況和各項教學質與量的機構。所以該組織的工作是長期監督性的。它要求檢查的內容多且細，如每一個學生真正的上課時數，每門課程的成績，每一個學生的臨床實習時數，每一個學生接觸／診治的患者人數、初診人數、複診人數、獨立治療的患者人數、跟隨老師的診病人數、使用針灸治療的患者人數、使用中藥治療的患者人數等等。因此美國中醫學院的每位老師和學生都要按時記錄上課、看病、使用針灸及中藥等詳細資料，每學期小結一次，畢業時再全部匯總。ACAOM 按這些資料鑑定學院的業績和水準，長期監測美國中醫學院的質與量。目前，在美國通過 CCAOM 評鑑，又經 ACAOM 鑑定的中醫學院，有少數已經可以培養出中醫博士。

#### 3-5 美國的中醫（針灸）考核制度

美國的中醫（針灸）考試制度有兩種：一是加州針灸執照考試。考試合格者，可以得到加州衛生局及執照頒發管理局頒發的加州針灸師執照。行醫範圍只在加州內。另一種是由國家針灸師資格考試委員會(NCCA)舉辦的針灸師考試。NCCA 考試合格證書系專業水平證書。持有 NCCA 考試合格證書者，要想取得行醫權利，必須向執業所在州政府衛生局及執照頒發管理局提出申請，取得針灸執照方能註冊行醫。針灸師資格考試合格證書每兩年更換一次，更換時必須有每年 30 小時的繼續教育學分。

凡參加針灸師資格考試的應考者，必須在美國受過三年以上的中醫教育達到要求學分後，方可參加考試。從其他國家去美的針灸師以同等學歷的身份也可參加考試。1991 年 1 月起，加州修改了本州針灸專門人才的考試制度。修改這一制度的是「醫療品質管制委員會」，此機構是審定醫務人員行醫資格的單位。修改後的制度規定要具備中醫碩士學位者或具備同等學歷者方能參加考試。今後美國的針灸師考試將會越趨嚴格。

#### 4、中醫藥針灸專業教育和培訓

90 年代，在中醫學院全面發展的基礎上，中醫教育開始走進了著名醫學院的課堂，走進了西醫醫院和大的醫療中心，並且越來越多地被列入西醫師繼續教育的課程。美國國立衛生研究院(NIH)於 1992 年 7 月設立了非常規醫學辦公室(OAM)，負責對各種傳統醫學(包括針灸、中藥、推拿、氣功)進行科學評估，逐步確立非常規醫學在美國的合法地位。1996 年，美國國家衛生研究院 (NIH) 在全國的替代醫學研究中心設立了中醫博士後項目。由此美國的中醫教育形成了目前的如下四種形式： 1. 醫學院裏的中醫教育；2. 西醫師的中醫繼續教育課程；3. NIH 中醫博士後專案；4. 中醫學院。

### (1) 美國大學醫學院的中醫藥教育

從上世紀 90 年代開始，美國的著名大學如哈佛大學、耶魯大學、史丹福大學、康奈爾大學、加州大學等的醫學院相繼開設了中醫課程，中醫教育迅速走進全美的醫學院課堂。哈佛大學醫學院於 1993 年開設另類醫學課程，剛開始作為選修課，隨後改為必修課，並且也對氣功進行深入的研究。1997 年，美國公共衛生協會 (APHA) 和美國醫學院協會 (AAMC) 相繼專門成立了另類醫學特別工作小組，鼓勵所有醫學院的學生瞭解並學習替代醫學知識。此外，加州大學洛杉磯分校(UCLA)，建立針灸研究科目；舊金山州立大學內也設立中醫研究所，以氣功作為研究的重點等。

根據哈佛大學醫學院替代醫學研究中心 1998 年對美國 125 所醫學院中的 117 所作的調查，117 所醫學院中的 75 所 (占 64%) 有提供必修課或選修課的替代醫學課程。其中 31% 的課程由家庭醫學系提供，14% 的課程由醫學系或內科學系提供。教學課程主要包括中醫的針灸和中藥療法、以及西方的替代醫學如脊椎按摩 (chiropractic) 和同類療法 (homeopathy) 等。教學的形式主要有講座、從業者示範及病人現場診治等。中醫課程在醫學院裏的開設為中醫在美國主流社會的普及和讓美國的西醫醫生瞭解中醫發揮了重要作用，避免了西醫對中醫的排斥，從而幫助美國中醫的發展。

美國醫學院已有 75 所開設 Alternative Medicine 的選修課程，其中以加州大學洛杉磯分校 (UCLA) 最為積極，在 1994 年批准將中西醫結合正式

列入醫四醫學生選修課程，2週80小時短期積極培訓，以實用基礎教學，學會30個基本針灸穴道，20個常用方劑及每天半小時太極拳等，茲將80小時中西醫結合教學安排摘要如下：

第一週 中西醫結合教學：

第一天 中西醫結合教學：

1、中西醫結合概論（1小時）

(1)何謂中醫；(2)中醫與西醫的異同（長短處）；(3)何種情況選用中醫藥或西醫藥；(4)中西醫結合的成果；(5)現代醫學對中醫的研究認識。

第一堂課引起學習的興趣，明確學習的目的，突顯中西醫結合的意義和重要性，中西醫結合是未來醫學的方向。

2、氣功和太極拳（1小時）

(1)何謂氣和氣功；(2)示範簡易太極拳的動作。

每日晨間學習簡易太極拳半小時，從實踐中體會合氣的意義及對人體的作用。

3、中醫診斷學概論（1小時）

(1)中醫診斷術語；(2)望、聞、問、切四診；(3)舌診與脈診。

由中醫師示範中醫診治疾病全程，說明中西醫看病的異同。

4、氣血津液（1小時）

(1)氣血津液的定義；(2)氣血津液的功能；(3)氣血津液的變化。

強調氣血的生理功能和病理變化

5、陰陽理論（1小時）

(1)陰陽的定義；(2)陰陽相互關係；(3)陰陽在醫學中的應用。

6、臟腑功能和五行學說（1小時）

(1)五臟六腑的功能及相互關係；(2)中西醫同名臟腑異同功能；(3)五行學說相生相剋。

7、病因學（1小時）

(1)病因—內因、外因、不內外因；(2)飲食、環境（六淫）心理（七情）。

第二天 中西醫結合教學：

1、中醫四診（2小時）

(1)常見12種舌象（舌質、舌苔、舌態）；(2)常見8種脈象。



## 2、八綱辨證（2 小時）

(1)闡述八綱：陰陽、表裏、寒熱、虛實；(2)辨證。

## 3、臟腑辨證（2 小時）

(1)臟腑病理；(2)介紹脾氣虛，肝火上炎，腎陽虛等 3 個病例。

## 4、氣血津液辨證（1 小時）

(1)臟腑之氣血津液；(2)氣滯，血瘀病機及證型。

## 5、中醫治療原則（2 小時）

(1)中醫治療原則（理法方藥）；(2)中西醫治則的優缺點。

第三天 中西醫結合教學：

### 1、針灸概論（1 小時）

(1)何謂針灸；(2)針灸可治療何種病；(3)針灸鎮痛現代研究機理。

### 2、五個針灸腧穴（1 小時）

足三里、內關、合谷、太衝、三陰交位置及功能。

### 3、針灸實習（1 小時）

(1)針刺常用手法；(2)針刺注意事項；(3)練習五個腧穴針刺手法。

### 4、推拿概論（1 小時）

(1)推拿的功用；(2)5 種常用推拿手法；(3)練習推拿手法。

### 5、穴位和痛點的應用（1 小時）

(1)穴位和痛點的診療和治療；(2)咳嗽、哮喘、眩暈的穴位和痛點之應用。

### 6、頭痛治療示範（2 小時）

(1)頭痛常見的痛點；(2)檢查方法與功能；(3)找出穴位與痛點。

第四天 中西醫結合教學：

### 1、常見胃腸系統疾病的診療（2 小時）

(1)急躁大腸症候群的病史及症狀；(2)穴位和壓痛點；(3)自我按摩經穴；(4)胃腸系統常用穴道定位與功能：四關穴、公孫、三陰穴、天樞、中脘、足三里、豐隆、內關。

### 2、常見婦科痛症的診療（2 小時）

(1)子宮內膜異位症狀及體徵；(2)穴位及壓痛點；(3)常用穴位定位與功能：四關穴、三陰交、足三里、血海、關元、氣海、太谿。

### 3、全身肌肉疼痛症候群（2 小時）

(1)病史、症狀、病情；(2)痛點、壓痛點、穴位、經絡；(3)中西醫分析和認識；(4)中西醫結合診療方法和要點。

### 4、常見症狀針刺治療（1 小時）

眩暈、咳嗽、胸悶、心悸、噁心、嘔吐針刺穴位和功用。

### 5、中醫藥學在美國的現狀（1 小時）

中醫藥、針灸在美國的地位、法規、應用、發展概況和方向。

## 第五天 中西醫結合教學：

### 1、中藥概論（1 小時）

(1)中藥學應用歷史和經驗；(2)四氣五味；(3)分類和毒性，副作用；(4)中西藥合用的利弊；(5)中醫診療法別辨證用藥。

### 2、介紹 20 味常用中藥（2 小時）

(1)中藥性味、功能；(2)臨床應用和現代藥理學研究進展；(3)辨證和品嚐中藥。

### 3、血瘀證及治療方劑（1 小時）

(1)血瘀證的概念；(2)血瘀生理病理；(3)血瘀現代研究；(4)活血化瘀治則；(5)血府逐瘀湯的應用和研究。

### 4、補益藥及其方劑（2 小時）

(1)補法在臨床應用和研究；(2)現代臨床藥理學；(3)六味地黃丸、腎氣丸、補中益氣湯、四君子湯、八珍湯的功效主治。

### 5、常見精神疾病的中醫辨證和方劑（2 小時）

(1)中醫針灸診治方法；(2)中西醫結合診治和療效分析；(3)緊張綜合症候群、焦慮症、憂鬱症；(4)逍遙丸、溫膽湯、酸棗仁湯、龍膽瀉肝湯。

## 第二週 中西醫結合教學：

### 第一天 中西醫結合教學：

撰寫病歷：每 3 位學生為一組，診查一位患者，根據中西醫作病史、檢查，作中西醫結合病歷。

### 第二、三天 中西醫結合教學：

臨床實習：師生診療病患，根據西醫診病、中醫辨證的原則，安排五類疾病：(1)痛症—頭痛、腰痛、肩痛；(2)婦科和男科—經前緊張症候群、痛經

、閉經、盆腔炎、攝護腺炎；(3)心肺疾病—高血壓、心律不整、哮喘；(4)神經精神病—緊張、焦慮、憂鬱、失眠；(5)其他—癌症、皮膚病、減肥、戒煙、戒酒、戒毒。

第四天 中西醫結合教學：準備病例分析報告、圖書館查找資料

第五天 中西醫結合教學：考試總結、學習體會、講評與教師進行講評、指導和解答疑問。

## (2) 美國西醫師繼續教育的中醫藥課程

90年代開始，中醫課程被越來越多地納入美國各地主辦的西醫繼續教育課程，並幾乎成為其中必不可少的一部分和搶手的熱門課程。近幾年來，哈佛大學醫學院替代醫學中心舉辦的包括針灸、中藥、推拿，以及同類療法、脊椎按摩等的替代醫學繼續教育課程已在美國產生巨大的影響力。這個課程每期一般4~5天，學費大約800美元。每期都吸引全美各地大量的西醫師前來參加。近年來，美國的一些知名大學如哈佛大學和加州大學專為西醫師開設醫療針灸課程 (Medical Acupuncture Course for Physicians)。一般每期為6~9個月，上課時間為300小時，學生畢業後可在其臨床上使用針灸療法。

## (3) 美國國家衛生研究院 (NIH) 的中醫藥博士後研究項目

1996年，美國國立衛生研究院 (NIH) 設立了替代醫學博士後項目，鼓勵美國醫生進行高水準的替代醫學研究。針灸和中草藥在這些項目中占很大比重。這些項目的主要執行機構集中在NCCAOM的國家替代醫學研究中心，參與者絕大部分是持有美國西醫執照的醫生。哈佛大學醫學院替代醫學中心每年招收2~3名替代醫學博士後，進行中醫及其他替代醫學研究，在美國產生很大的影響。

## (4) 美國的針灸學院與中醫學院

80年代初開始出現小規模的中醫學院後，美國的中醫學院迅速地發展起來，目前已成為培養美國中醫、針灸師的主要途徑。據不完全統計，從

80年代至今短短的20多年裏，美國已有80所中醫學院，而且其數量還在增加。這些中醫學院的名稱各不相同，有的叫college或institute，有的叫school，有的稱為中醫學院或針灸學院，有的稱為東方醫學院。這些中醫學院總共每年有大約2000名畢業生。學院的規模大小不一，較大者如新英格蘭針灸學院(New England School of Acupuncture)、太平洋中醫學院(Pacific Institute of Chinese Medicine)、美洲中醫學院(American College of Traditional Chinese Medicine)等。

一般中醫學院的學制為3年，3年中要修完2,000至3,000個學時的理論課程(包括中醫和現代醫學)和完成500至800個學時的臨床實踐。一般中醫學院均有供學生臨床訓練的基地，部分學院還可安排學生到中國的中醫院作短期的臨床實習以接觸更多的病例。3年下來，平均費用大約需25,000美元。中醫部分的教材大都是由中國大陸高等中醫院校統編教材翻譯過來的。近年美國也開始出現一些較好的英文教材可供選用。現代醫學部分的教材則選用美國醫學院所用的教材。中醫針灸的師資有來自中國、日本、韓國、香港、台灣等，也有美國針灸學院及中醫學院畢業生師資。西方醫學的師資就來至美國醫學院教師或醫院醫師。上課時間相當靈活，有全日班、晚上或週末班上課，但要求修滿學分並通過考試，才可畢業。

中醫學院開設的課程主要有：中醫基礎理論、中醫診斷學、中醫經絡學、腧穴學、針灸治療學、針刺技術、中醫推拿、中藥學、方劑學、氣功、太極等以及現代醫學的解剖、生理、生化、病理、藥理、體格檢查、實驗室檢查、心電圖、超聲技術、放射學等。這些課程有的設為必修課，有的設為選修課。

中醫學院學生的入學資格的一般要求是有2年的大學學歷，或高中畢業並已修完一定學分的現代醫學課程，託福考試成績在500分以上。學生入學前的情況各不相同，大部分是以前從事其他行業而後又學中醫，並非人人都有醫學背景。從學習的動機來說，有的學生是為了從事中醫行業，有的則純粹是出於興趣。除了期末考試外，中醫學院還舉行一次畢業考試，畢業考試包括基礎理論和臨床操作兩部分，有的學院允許學生撰寫畢業論文代替畢業考試。學生畢業後必須通過全國針灸和東方醫學委員會(NCCAOM)的資

格鑒定考試或州針灸師資格考試後，才可向所在州申請執照、開業行醫。但是，並非所有中醫學院的畢業生都有資格參加 NCCAOM 的執照考試。

目前美國有一個全國性的評估組織，負責評估美國中醫學院的中醫教學質量，該組織叫「全國針灸及中醫院校資格鑒定委員會」，它按照 14 項基本要求評定各中醫學院頒發的中醫文憑。到目前為止，該組織還只承認全美約 80 所大大小小的中醫學院中的 30 所中醫學院頒發的中醫文憑，亦即只有這 30 所中醫學院的畢業生有資格參加 NCCAOM 的執照考試。

這些遍佈美國各州的中醫學院，在美國傳播和發展中醫的過程中發揮了重要作用，它們已成為美國中醫、針灸師的最主要來源。

## 5、保險給付範圍

1988 年加州地方政府通過 SB840 法案，使加州針灸師和其他西醫一樣，在對勞工醫療工作中同列為「醫師」身份，有權為勞工傷患者進行獨立的診斷和治療，迫使保險公司有條件地支付針灸治療費用。

1993 年美國總統柯林頓在向國會提交的徹底改革美國醫療保健體制的計畫中，將非常規醫療，諸如針灸、推拿等療法列入了正規醫療體系。為中醫藥進入美國國家醫療保險開啟了大門。1995 年美國聯邦政府計畫在包括加州在內的五大州，將中醫藥納入聯邦保健計畫中。

美國舊金山市已通過決議，將中國針灸和中草藥納入市府員工醫療保健計畫中。據「美國針灸雜誌」報導，加州專門從事健康保險專案的 DCB 保險公司，為接受針灸治療的患者提供保險；奧馬哈相互保險公司、萬全人壽保險公司等 16 家保險公司已開始支付針灸、按摩療法的費用。還有一些州制定了「任何自願提供者法」，允許有合法執照的醫療保健提供者參加由政府辦理的醫療保險。

## (九) 加拿大 (Canada) 中醫藥針灸發展現況

### 1、加拿大針灸立法情形

九十年代，加拿大中醫藥針灸事業的發展最顯著的轉變就是邁向立法之路。由於加拿大為聯邦制國家，中央與各省根據憲法規定各擁有一定許可權。因此，在加拿大中醫針灸立法權限由各省自行訂定。目前，魁北克省、維多利亞（卑詩）省、阿爾比省及溫哥華市已經立法，承認中醫針灸的合法地位。中醫針灸師可以依據該省所訂的法律自行開業。開業者可以使用「醫師」的頭銜，但不能使民眾錯認開業者就是西醫師，而其他如哥倫比亞省、安大略省都在爭取中醫藥針灸立法中。

加拿大中醫針灸醫療，主要是以私人診所形式開展的，近些年來發展較快。目前，全加拿大約有中醫針灸從業者 2,000 餘名，中醫針灸診所遍及加拿大全國各省份。這些診所大多為旅加的華僑開辦的，且都附設中藥店。

### 2、針灸中醫師在加拿大證照情況

依照加拿大聯邦政府和地方政府的權責與分工，藥物管理歸聯邦，醫療管理歸地方。加拿大的傳統醫藥主要包括傳統草藥、傳統中醫藥、印度草藥和傳統印第安人草藥，分別在各自的族群中使用。

中醫療法在加拿大除了卑詩（BC）省、魁北克省和阿爾伯塔省之外，其它各省和地區針對中醫藥並未立法。BC 省從 1996 年開始允許針灸師執業，同時成立中醫針灸管理局。1999 年底，BC 省中醫針灸管理局開始核發註冊針灸師牌照。2000 年 12 月通過了一中醫執業和針灸法規，並於 2003 年 4 月生效。該法規規定，傳統中醫執業人士依照中醫服務種類和學歷之高低，申請獲得註冊針灸師、註冊中藥師、註冊中醫師和高級中醫師四種執業證書。據估計 2003 年 BC 省將有 300 餘人可以獲得註冊中藥師、註冊中醫師和高級中醫師的證照。BC 省將成為北美洲唯一頒發除註冊針灸師之外的其他合格中醫證照的地區。加拿大卑詩省除了是北美洲首先將中醫立法的地方，此外該省中醫針灸管理局更是首開西方國家之先河，通過考試批准註冊高級中醫師並冠以“Doctor”稱號。

### 3、中草藥法規

根據加拿大「食品和藥品法」，包括中藥在內的自然健康產品的管理問題，從法律的角度來看，這些產品不是食品就應該屬於藥品，而針對這兩個不同類別的管理是不同的。

作為自然健康產品重要組成部分的中藥在加拿大始終處於一種模糊的地帶。按規定，中藥應該受「食品和藥品法」的管制。一般來說，中草藥歸屬食品類管理，而中成藥歸屬藥品類管理。由於中藥的藥理、用藥方式和藥品成分等方面皆與西藥有顯著差異，「食品和藥品法」根本不具備中藥的針對性，加拿大衛生部發現很難用西藥的標準來檢測和衡量中藥。因此，長期以來，中藥由於無法取得註冊而不能以藥品的名義進口及在加拿大市場中販售。

1997年10月加拿大聯邦衛生部長請眾議院衛生常設委員會對自然健康產品做全面性的討論，1998年11月該委員會完成審議，提出建議。建議的宗旨是在「食品和藥品法」的管轄下，採納「自然產品法規」（與「食品和藥品法」等並行），涵蓋對自然產品加工、包裝、標籤、儲存、進口、分裝及銷售等一系列的要求，對自然健康產品實行規範化管理。1999年3月，加拿大衛生部宣佈接受該委員會提出的建議，決定包括傳統草藥、中成藥、維他命和礦物質等在內的產品列為「自然健康產品」，建立起一套獨立的管理自然健康產品的法規，成立「天然健康產品辦公室（ONHP）」。

天然健康產品辦公室（ONHP）從2000年6月起在加拿大全國就天然健康產品（NHP）的立法進行開放式諮詢，並於2001年3月底公佈天然健康產品管理草案。在經過近一年的民眾徵詢以後，2003年6月18日加拿大衛生部正式宣佈對天然健康產品立法並採納了NHP規則—「Natural Health Products Regulations, NHP Regulations」。該規則將於2004年1月1日正式生效，並有2年（Site License，場所許可）到6年（取得許可執照的產品，已經頒佈藥品鑒定號的產品）的過渡期。

天然健康產品（NHP）規則將對於從事天然保健品的製造、包裝、標籤、進口和批發的團體利益、規範OTC產品使用的安全性發揮積極的作用。

納入立法的天然健康產品包括維生素、礦物質、草藥增補劑、順勢藥品 (homeopathic medicine)、傳統藥品(如中藥) 以及其他像氨基酸的產品和基本的脂肪酸等。所有的NHP在銷售之前，必須將包括產品的藥用組成、來源、作用、非藥用組成和推薦使用等詳細資料送交加拿大衛生部，獲得許可證後方可准予銷售。消費者將從產品標示中得到更多的產品訊息，同時，天然健康產品通過立法管理後將增加消費者對於NHP安全性與有效性的信任，天然健康產品的上市前審查將保證包裝標示與產品內容的一致性。通過立法將消除以前NHP管理法規的混亂情況，並增加消費者對經過政府認可的安全、有效NHP產品的使用信心。

#### 4、中醫藥針灸專業教育和培訓

加拿大的中醫藥教育起步較晚。加拿大的中醫針灸界，為了使中醫針灸教育在加拿大取得承認，多次促請國立大學部門設立中醫針灸科，目前國立阿爾伯特大學 (Alberta University) 是北美第一所提供中醫課程的大學，該大學推廣教育中心 (Faculty of Extension) 課程得到加拿大官方認可，具大學程度。國立阿爾伯特大學 (Alberta University) 推廣教育中心 (Faculty of Extension) 積極對於針灸教學認真投入，利用週末上課，大約為期一年，至少修讀 300 小時針灸課程及臨床，然後舉辦結束執照考試。

在多倫多市的社會自然科學大學的醫學院設有中醫專業，培養中醫針灸師，目前在校學生約 100 多人。多倫多米奇倫學院 (Michener) 針灸中心是加拿大第一家針灸中心。該學院設立針灸系，由具有中國中醫大學學位、行醫經驗和取得了北美醫學學位的華人教師主導教學，把中國的針灸列為全日制課程，先後招收兩屆學生。該中心現有學員 38 人，其中華裔學員只有 7 人，其餘都是非華裔加拿大人。這是加拿大第一個集教學、科研和臨床於一體的針灸中心。

#### 5、保險給付範圍

中醫藥療法、針灸療法在加拿大尚無法享受醫療保險，病人需要自行支付醫療費用。儘管如此，仍然有不少患者前去中醫那裏自費看病。



## (十) 德國 (Germany) 針灸中醫藥發展現況

### 1、中醫藥針灸發展背景

中醫藥在德國有將近 200 年的歷史。17 世紀後半期，中醫藥經過荷蘭、印尼、日本等國再傳入德國。20 世紀 30 年代開始，德國受到法國中醫藥研究的影響，以針灸為主要，至此，德國的中醫藥發展日漸擴大與積極。

1971 年，美國總統尼克森訪問中國大陸，隨行記者 James Reston 在「紐約時代」(New York Times) 上詳實生動地報導他在中國北京治病與觀摩針灸麻醉的親身體驗之後，針灸麻醉快速傳入德國並迅速傳播開來，直到 1971 年以前，德國人多以為針灸就是中醫的全部。80 年代，德國民眾對中醫針灸越來越知道，民間與政府多抱持肯定態度，認為中醫針灸是現代醫學的一種補充或另類療法，尤其是在治療疼痛性疾病方面極具效果。此時民間團體、學術單位或政府購的研究方向也不再侷限於針灸，而是擴展到對中醫藥整體性綜合治療的應用和評估。

對於傳統醫學與補充另類醫學 (TM/CAM) 不只是病患的需求，另一方面醫療人員對於 TM/CAM 的興趣日益濃厚，以致德國在 1985 年及 1990 年國會通過要求政府有目的的支持 TM/CAM 的科學研究、評估及未來的發展，由德國國科會 (BMFA) (Federal Ministry for Research & Technology) 負責，指定獨立專家委員會來作研究項目規範，主要由 Witten/Herdecke 大學組成專門機構，對於 TM/CAM 進行研究；慕尼黑大學醫學院把中醫列為選修課，同時設置研究所，從事 TM/CAM 與西醫相結合，有如中西醫結合研究所。德國國科會及衛生部撥款來驗證針灸的療效。1992 年德國國科會贊助在草藥療法、針灸療法及順勢療法等臨床醫學研究。重點支持研究機構間的合作及針對 TM/CAM 和西方醫學作比較，期望 TM/CAM 獲得更多支持及更大研究發展。

德國的中草藥市場在歐洲共同體 (EEC) 國家中是最先進的，它也是植物藥與化學合成藥激烈競爭的唯一國家，不論在處方藥還是非處方藥物 (OTC) 方面皆如此。

## 2、中醫（草）藥針灸相關統計

1991年2月德國「醫師之頁」週刊發表的調查結果是：90%的人認為針灸可作為臨床治療的一種方法；39.3%接受過針灸治療；70.4%願意試用針灸療法。應用針灸麻醉的手術已達3萬例，不少大醫院如慕尼黑心臟中心、慕尼黑馬克西米蘭大學外科醫院、杜塞爾多夫大學頷面外科門診部、海得堡大學醫院、吉斯的尤斯圖斯醫院、萊比錫大學外科中心等均展開針灸麻醉的臨床和基礎研究工作。專家估計，90年代初期，全德使用中醫綜合療法治療病患的醫師約16,000人(指正規醫師, Arzt)，中醫診療量每年2,000萬人次以上。

根據1992年的一項民意調查，20%到30%的德國民眾接觸過TM/CAM，近一年內有5%到12%的人使用過。TM/CAM療法受德國女性歡迎的程度高於男性。大多數求診病人年齡在18至65歲之間，教育程度相對較高。大部份情況下，病患都是先尋求現代醫學治療之後，再轉而尋求TM/CAM療法。各種的TM/CAM療法中，使用次數最頻繁的依次為：順勢療法(Homeopathic)、針灸療法(Acupuncture)、整脊療法(Chiropractic)、臭氧療法(O<sub>3</sub>)、草藥療法(Herbal)及按摩療法(Massage)等。

1994年有10,000至13,000名TM/CAM從業人員。德國目前從事中醫針灸醫療的人數約30,000至40,000人。德國聯邦醫師管理局有意將針灸設立為一個醫學專科。德國有近3/4的西醫師使用過TM/CAM，並有77%的疼痛專科診所提供針灸治療。

德國是全世界最大的植物藥市場，每年草藥銷售額均達到15億美元之上，佔歐洲草藥市場的70%至80%。據估計，1989年德國草藥市場總價值8.55億英鎊，零售市場金額估計有11.4億英鎊。按德國人口6,110萬計算，每人平均草藥消費額14.6英鎊，在歐洲經濟共同體(EEC)各國中居首位。在1984到1989年之間，草藥市場每年成長7.5%。據估計，1990年市場成長約8.5%。1989年非處方(OTC)藥物在草藥總銷售額中已經佔8.65億英鎊。根據德國市場調查，天然藥物的需求量年成長率高達30至40%。

根據統計，70%德國人使用草藥(天然藥物)，有52%相信草藥的作

用，有 50% 年齡在 20 至 30 歲的人曾接受醫師推薦而使用過草藥。德國草藥市場在 1995 年銷售量達 3,018 億美元，佔整個歐洲草藥市場的 79.2%。根據德國製藥公會 (BAH) (National Association of Drug Manufactures) 的資料，草藥處方在德國藥品市場佔 20 至 30%，德國草藥處方最常用為銀杏。德國有機食品商店 (Reformhause) 林立，出售植物茶及有機食品。德國的藥店 70,000 家、有機食品店 2,750 家，居歐洲經濟共同體各國之冠。在歐洲，草藥銷售額在 500 萬英鎊以上的公司約有 32 家，其中有 11 家是德國的草藥公司。德國的草藥廣告主要刊登在婦女雜誌。

### 3、中醫藥針灸管理情況

在德國，只有從事西方現代醫學的人才稱「醫師」，而從事非西方現代醫學的人則稱為治療師。在德國，除了西醫之外，都不能視為常規醫學或正規醫學，而命名為非常規醫學、傳統醫學、另類醫學、自然醫學或補充醫學，視為正規醫學的補充替代方法。西醫師的最高管理機構是設於科隆的「聯邦醫生同業協會」。

#### 3-1 中醫針灸管理

在德國，西方現代醫學（以下簡稱西醫）居主導地位，只有從事西醫臨床工作的人才能稱為醫師 (Arzt)。按照德國聯邦「醫師開業許可條例」的規定，西醫師必須在醫學院讀完 6 年，其中最後 48 週在醫院實習，直接接觸和參與處理各種情況的病人，然後在私人診所當醫生 18 個月，再加上急救訓練、護理工作（多為 2 個月），還有 4 個月在大型醫院擔任醫師助理工作，最後還要通過州考試局的口試與筆試，各項合格者，發給醫師憑證，准許開業並具有處方權，也就是說他的處方被醫療保險公司認可。按照德國內政部的法令，凡是單獨開業的西醫師均可無限制地應用中醫、針灸等傳統療法為病患治療，包括開立任何中藥處方，但醫療保險要求醫師必須接受針灸訓練課程，才給予針灸治療給付。

德國政府的傳統醫藥政策制訂採開明態度。醫師在開業之前，一般都透過參加由當地中國針灸醫師執教的培訓班學習或到中國大陸進修，經有關

部門考試合格後，發給相應的結業證書。德國的針灸醫師大多數為高等醫學院畢業的西醫師，經過一定的西醫臨床訓練後改為學習中醫針灸。他們出於兩種情況，一是熱衷於東方的中醫針灸醫術，對它們的神秘療效懷有崇敬感；一是由於德國醫師的競爭激烈，為生活打算，被迫改為學習中醫針灸的，但前者遠高於後者。在臨床醫療中，德國醫師把針灸作為臨床治療的一種方法或手段，診治病人既用西醫療法，也用中藥和針灸，以爭取治療更多的病人。在德國，針灸療法涉及內、外、婦、兒等學科，除必須進行急救手術之外的，大部份疾病都可以採用針灸治療。

### 3-2 中草藥管理

德國藥品管理機構為德國聯邦藥品管理局(BfArM)。早在1961年，德國通過第一部「藥品法」時就在第29至31條中列入允許藥品市場中存在草藥藥品。1976年通過的第二部「藥品法」中，要求所有的藥品，包括傳統藥品、藥材和草藥，都要通過特定的專家委員會評審。德國衛生部於1978年成立一系列的委員會，其中包括專門負責審查草藥和藥用植物的第五委員會。德國植物藥的審核批准如同一般化學合成藥的審批程序一樣，對藥物的安全性、療效以及質量都有相對的要求，但與歐洲植物藥與化學藥的註冊相比所需費用和時間較少。在歐洲植物藥分為三類：(1)處方藥，用於治療急重症的植物藥針劑也包括在這一類中；(2)非處方(OTC)植物藥，即在藥房銷售的，不一定要處方的製劑；(3)健康食品，通常它們沒有經過任何臨床試驗研究，但經過長期應用沒有出現對人體有害現象而被認為是安全的，這類製劑通常可以在健康食品商店買到。

#### (1) 德國與草藥管理的相關機構

1. 聯邦衛生局(B.G.A.)：負責對所有藥品的質量、安全和功效進行鑑定，即負責新藥註冊及老藥覆查。在德國所有上市的醫藥都必須由B.G.A.註冊。
2. 覆查委員會：覆查決定是以對質量、安全和功效的要求為基礎的。為了詳細制定最重要的評估標準，根據德國「藥品法」第25章第17節，聯邦衛生局(B.G.A.)設立了專家特別委員會，這些委員會被授權制定藥物安全與功效的最後評估標準。由於對各種適應症的治療原則不盡相同，有15個

不同的覆查委員會負責對社會大眾所熟悉的藥物進行評估。與天然藥物有關的是成立於 1978 年的第五專家委員會即草藥藥物專家委員會，是聯邦衛生局有關草藥註冊評估的諮詢機構。委員會成員是由各衛生專家委員會（如醫師、藥劑師、傳統醫學醫師、藥理學與毒理學專家委員會）及製藥工業的代表們相互推薦產生。為保證委員會的獨立性以及意見的科學性，委員會所進行的科學評估不受聯邦衛生局的影響。目前，草藥藥物專家委員會已對 300 多種醫用植物藥物進行評估，大多是德國市場上具有重要經濟意義的藥物產品。到 1993 年 2 月，已在聯邦公報上正式公佈的草藥藥物委員會專論有 273 篇。

3. **植物藥劑協會**：是草藥製造商為幫助草藥藥物專家委員會工作而成立的。實際上是由他們出資讓歐洲的科學家們撰寫有關草物的專論，作為相關機構評估草藥的安全性和功效的通用標準和重要參考。

## (2) 德國「藥品法」對應用草藥的規定

德國於 1976 年 8 月頒佈的第二部「藥品法」中明確規定，應用草藥藥物的法規要求與應用其他藥物的法規完全相同。1990 年 4 月對該法作了第 4 次修正，但對應用草藥藥物的法規要求並沒有作變動。根據「藥品法」的規定，植物、植物的某些部位及其製劑，無論是否進行過加工或還是處於生藥狀態，只要用於治療、緩解或預防疾病、身體不適、機能損傷、各種症狀以及那些影響身體機能、狀態、功能或精神健康的物質，均稱為藥物。「藥品法」還規定，儘管一種草藥製劑實際上是由多種不同的化學成分所組成，但仍被認為只具有一種活性成分。而那些從原草藥分離出來的成分如桉油醇等均不被認為是草藥製劑。草藥製劑如主要不用於醫療目的，而是用作如食品、化妝品等目的者，則不受「藥品法」的規範與限制。

如果某草藥藥品準備在製作後加以包裝並在市場銷售，就必須取得聯邦衛生局(B.G.A.)簽發的市場銷售許可。如果只是為了個別患者所製作、應付特殊病情需要而製作的非藥典規定藥物，則不需要得到市場銷售許可，因為這些製劑並非成品藥物。此外，按照藥店中常用處方（一天內銷售不超過 100 包）製作的藥品也不需要市場銷售許可，這種藥品一般僅限於在

該藥店中出售。為了避免濫用這種規定，「藥品法」規定該藥店必須遵循生產藥品的基本程序進行藥品製作。

### (3) 申請草藥藥品銷售許可證的規定

在德國草藥和天然藥物製品同屬於藥品範疇，註冊手續與化學合稱藥相同。1978年1月1日生效的德國第二部「藥品法」，制定了取得銷售許可證的新標準。草藥製品也必須符合與其他西藥成品完全相同的質量、安全性和功效標準。考慮草藥藥物功效評價標準時，德國「藥品法」規定，必須重視使用這些複雜的混合物的治療經驗和治療方法的特殊性。

德國有關標準化銷售許可的規定是對人體或動物健康不存在直接或間接危害的藥物或藥物組可免除個別市場銷售認可審查。為了確保這類藥品的質量、安全性和功效，所有屬於該程序審查的藥品都必須完全符合德國聯邦衛生局公佈的標準市場銷售認可專論中對產品的標籤、包裝上的說明及分析檢測的要求。標準市場銷售認可的專論尤其適用於草藥藥品，如藥店或健康食品店出售的草藥飲劑等。由於德國市場上有大量的此類產品(1978年後註冊的草藥藥品中約有65%屬於此類產品)，因此標準市場銷售認可程序確實減輕了聯邦衛生局的壓力。如果申請者提交出標準市場銷售認可專論，他就不必再向聯邦衛生局提交任何證明文件。如果其藥品僅在藥店中出售，那麼申請者只需通知聯邦衛生局他提交了標準市場銷售認可專論即可。

## 4、中醫藥針灸專業教育和培訓

德國的醫學院大多屬於國立大學，以教授西醫為主要，但由於中醫藥已經融入德國醫療保健體系中，所以在德國除了正規的醫學教育外，也有專門為西醫專門開設的中醫藥針灸班，學習簡單的針灸穴位和手法與一些中藥。80年代以來，德國有不少醫學院校開設針灸課程，90年代中期，有38家醫學院開設中醫針灸課程，另有10家醫學院再增設「中國醫學」講座。

在德國，慕尼黑大學是最重視中醫且歷史最久的學校。1977年，該校舉辦首次針灸巡迴教學講座。1982年，該校學生們向州議會提出建議，促

成 1983 年建立「經驗醫學研究所」。據統計，1982 至 1989 年，慕尼黑大學在總共 715 個傳統醫學學時中，針灸占第一位為 161 個小時；而在總共 301 個研習班學時中，針灸也是第一位為 166 個學時，中醫也占有 24 個學時。慕尼黑大學得到基金會的資助，設立「研究與教授自然療法」的長期專案，從 1982 年到 1992 年 10 月間進行大量的推廣工作，開辦各種研習班，直接參與活動的學生數從最初的 20 人增加到 220 人，提高了 11 倍。該項目的工作已被納入全德 38 個醫學系的教學內容之中。慕尼黑大學的中醫藥針灸教學主要在醫學史研究所進行。

#### 4-1 德國的傳統暨補充另類醫學 (TM/CAM)

德國雖然擁有一流西醫醫學、現代醫療科技和高度發展的化學製藥工業，但是仍然有其特殊傳統醫學的存在，也有應用草藥治療疾病的悠久歷史。尤其順勢療法 (Homeopathy) 為 TM/CAM 的一大支流，由德國醫師哈尼曼 (Dr. Samuel Hahnemann, 1755 至 1843 年) 於西元 1796 年所創。順勢療法是用少量植物、動物、礦物等天然物質激發人體反應性和免疫力，從而達到生理平衡或卻病延年的目的。順勢藥物有 24,000 種，銷售額佔德國藥劑總額 2.6%，幾乎德國所有的藥房 (98%) 均能提供，順勢療法醫師約 16,000 人左右。

在德國，順勢療法 (Homeopathic) 醫師受法律保護。3 年的培訓課程結束後，由順勢療法醫學會授予順勢療法醫師資格。正式的順勢療法教學在柏林、杜塞爾多夫、漢諾威、海德堡和福來堡等地的醫學院都有。擁有經地方檢定合格學校授予學位的整脊治療者可以使用「整脊療法醫師」的稱謂。

在德國，順勢療法學派已經有 200 多年的歷史。現在德國人對於太極拳、氣功、柔道、瑜珈等也很受歡迎。物理治療在德國也是發源於自然醫學，治療使用熱水、冷水進行沐浴、運動療法、身體鍛練，黑森林浴、登山或海邊、按摩、體操、日光療法等。在 19 世紀化學藥物尚未誕生時，由德國神父 Sebastian Kneipp (1821 至 1897 年) 創立 Kneipp 療法，包括 5 種治療方法：(1) 水療法；(2) 鍛練法；(3) 草藥療法；(4) 飲食療法；(5) 調整療法。在德國目前尚有不少療養所尚在使用這些療法。至於物理治療目前已經與現代醫學結合融入。

## 4-2 德國首家中醫醫院—魁茨汀中醫醫院 (Koetzting)

1991年3月德國企業家施道丁爾先生與中國大陸北京中醫藥大學合作，成立德國第一家私立中醫醫院。這家中醫醫院經過德國巴伐利亞州州政府批准成立的，根據德國聯邦社會保險法中法律規定，即醫療保險公司可參與促進試行急慢性病的其他治療措施。現病床共有76張，首次開始對中醫藥治療疾病過程和結果進行全面系統的觀察與研究，要住在這家醫院要通過醫師的轉診，並將各項檢查化驗等及病人病情送到所屬保險公司審核，經審核確認同意承擔住院治療費用後，再轉交這家中醫醫院的醫師覆核病歷，確定該病患是否合適接受中醫住院治療，同時須長時間等候安排才能住進來。

北京中醫藥大學派駐醫師與德國醫師合作共同診療，主要病患為各種慢性疼痛性疾病為主佔70.98%，平均病程有12.1年，女性病患佔72.2%，平均年齡為 $52.6 \pm 14$ 歲。在住院期間採用中西醫診斷、中藥、針灸、推拿、食療及氣功等中醫綜合治療，平均住院為 $27.1 \pm 5.4$ 天，由於有顯著療效獲得肯定。六年來平均總有效率為87.38%，顯效率為54.20%，有效33.18%，無效12.62%。出院後一年再追蹤，無效者增加4.8%，但顯效者增加3.5%，其結果說明中醫的療效不是暫時的，有些病患出院後，病情還會好轉進步。由於這家醫院的成功經驗，表明中醫藥在西方國家對於許多常見而難治的病症，仍可取得療效。魁茨汀中醫醫院在1992年附設一所中醫學校，定期開辦西醫學習中醫研習班，目前已培養100多名西學中的德國醫師，重點學習中醫基礎理論及常見疾病的辨證論治。

## 4-3 德國重要的中醫藥研究機構與學術組織

- (1) 德國中醫研究所：1974年，由C. Schnorrenberger教授在德國南部福萊堡市成立。這是德國第一家中醫研究機構。
- (2) 德國針灸學會：1951年由巴赫曼(G. Bachmann)醫師、施密特(H. Schmidt)醫師創辦，受到法國國際針灸學會的直接支援。成立時，會員僅15名。後改為「德國針灸醫師學會」，會刊為「德國針灸雜誌」，1952至1969年間定期出版。到1973年已有千餘名會員，成為德國境內最大的針灸組織。



- (3) 德國醫師針灸學會：成立於 1971 年，由羅爾夫·馮萊特任主席。1974 年「德國醫師針灸學會」出版會刊「針灸理論與實踐」雜誌。到 1985 年前後擁有會員 700 人。該組織是世界針灸學會聯合會(簡稱世界針聯，1987 年於北京成立)的會員之一。
- (4) 德國中醫學會：1978 年由 Manfred Porkert 教授在慕尼黑成立。成立宗旨為進行中醫理論研究，並與西醫師合作設立「研究中心」，開辦多種研習班、讀書會、專題研討會。1980 年，出版會刊「中醫雜誌」。

## 5、保險給付範圍

德國是世界上第一個建立醫療保險制度的國家，至今已有 110 多年的歷史，參加各類醫療保險的人員已達德國總人口(約 8000 多萬)的 93%以上，德國有使用傳統醫學治療方式的傳統，德國政府允許每個公民自由選擇疾病治療方法。德國現行醫療保險法中也已將中醫藥列入傳統療法範疇，這為中醫藥在德國的發展提供極為有利的條件。

### 5-1 德國醫療保險體制

德國是世界上第一個建立醫療保險制度的國家。在 1883 年 6 月 15 日政府頒布「醫療保險法」，至今已有 110 多年歷史，這是德國鐵血宰相俾斯麥(Bismarck, 1862 至 1890 年)開始創建全民健康保險制度。多年來經過數次修改，逐漸形成一套合乎時代背景的社會醫療保障體系，以法律形式規定及強制性的社會醫療保險，幾乎每個人要參加醫療保險，生病時由保險公司支付醫療保險費用。在一定收入範圍的德國公民必須參加醫療保險，而超出規定範圍收入的公民可選擇加入私人醫療保險公司保險。在各類社會醫療保險公司與醫院和開業醫師作協議，就醫療保險的範圍、項目、收費標準和付費方法等達成共識與簽訂契約。投保人到保險公司簽約的醫院或診所就醫，除負責少量藥費外，不直接付費，由法定醫療保險公司與醫院或診所醫師結算。整個醫療保險制度由醫療保險公司、醫師公會、醫院、診所醫師及投保人四方面的關係相互制約。德國 1996 年宣佈「衛生體制改革法」，參加法定社會保險的投保人有權

自行選擇醫療保險公司，因而形成醫療保險公司之間的競爭及提升服務。德國保險公司支付每人每天住院費用為 450 馬克，以致每個人都要參加醫療保險。

## 5-2 德國醫療保險對於針灸中醫藥的態度

德國醫療保險對於針灸療法，認為很少使用儀器，費用低、療效好，經濟上對醫療保險公司是有利的。德國社會醫療保險法，對於傳統療法費用報銷方面，保險公司自主性強，而且竭誠為投保人服務，可吸引更多的保險者參與，增加公司效益。而私人保險公司彈性更大，當然治療方法要其有效性與現代醫學採用方法的療效相同，而且不增加費用支出，德國面臨的也是醫療費用大幅度地成長。德國各大醫療保險公司相繼承認針灸是醫療手段，可以全部或部份申請保險給付。

德國保險條例中，有所謂「科學性附加條款」，即只負擔科學承認的治療費用，這是指西醫療法，而中醫、針灸等傳統療法則被視為不靠科學而僅憑經驗的療法，保險公司往往拒付有關費用，需要病人自費，但因政界與公眾輿論的推動，自 1986 年起，已有不少保險公司承擔一定金額的針灸費用，條件是針灸要在政府衛生部門認可的醫療院所施行。德國醫政管理部門公佈「疼痛治療單位名單」，計有 139 個醫療單位獲准開設疼痛門診。在德國 27 所大學的門診部中，有 19 個開設了針灸止痛門診。在這種特定的針灸治療單位治療的費用一般都能報銷，由有關醫療保險公司支付。

1991 年 3 月開業的魁茨汀中醫醫院獲得特殊優惠，在開診半年後依據保險公司派出的專家跟蹤調查分析結果，保險公司同意支付住院費用和出院一年的中醫藥費用，到 1992 年已有 8 家保險機構同意付費，表明他們承認這是一家值得信賴的醫療單位。具體規定是：(1) 支付住院前檢查費，以便判定是否需要住院。(2) 報銷住院費用，每日暫定 270 馬克左右。用於一切醫療服務項目和雙人房的住宿，若單人房則所加費用 135 馬克自付。(3) 支付出院後一年的門診費，為鞏固療效，防止復發，政府還在註冊醫師方面給予優惠，中國醫師凡有正規醫科學歷(如中國的醫學院、中醫學院畢業證書)者均被德國承認為正式醫師(Arzt)，可加入德國醫師公會，具有註冊醫師的處方權，甚至也可通過有關協會向銀行貸款。

## (十一) 英國 (United Kingdom) 針灸中醫藥發展現況

### 1、中醫藥發展背景

英國是歐洲文藝復興的中心，也是西方現代醫學發源地之一，具有較高的現代文明和科學技術水準，對於引進外來文化與科技比較慎重。然而隨著人類回歸自然的風潮影響，近十年來，中醫藥在英國的發展甚為迅速，英國成為歐洲共同體國家的第三大中草藥市場，所以對於中醫藥有較高的接受度，也對中醫藥在英國的發展提供了客觀且有利的發展環境。

英國是歐盟中唯一一個公立醫院中可使用傳統醫藥與補充另類醫藥 (TM/CAM) 療法的國家，只要病人需要就可以使用 TM/CAM。補充與另類醫藥 (CAM)、順勢療法 (Homeopathic) 產品和其他天然藥物正越來越受到英國民眾歡迎，目前在保健品商店和藥店皆很容易買到。基於對民眾使用補充與另類醫藥 (CAM) 日益增長的趨勢和對其有效性、安全性的疑慮，1982 年英國政府成立「英國補充醫藥研究委員會」。此外，該委員會也注意到傳統暨補充與另類醫藥 (CAM) 有助於減少英國醫藥衛生費用支出的情況。在英國，中醫藥也受到英國皇室的信賴與使用，因此在英國皇室的默許下，使中草藥、針灸等各種中西醫結合療法在英國蓬勃發展。

### 2、中醫藥相關統計

1987 年時候約有 2,000 名傳統暨補充與另類醫藥 (TM/CAM) 從業人員。1999 年有 50,000 名 TM/CAM 從業人員。其中約 10,000 人為官方註冊的專業人員。1998 年多達 500 萬病人接受 TM/CAM 從業人員治療。英國每年花費在 TM/CAM 的費用約 23 億美元。

據統計，英國每年大約有 250 萬人採用針灸、中草藥、順勢、按摩、整脊等療法，支付的醫藥費用高達 9,000 萬英鎊。英國現有中藥店 350 餘家，英國每年進口藥材品達 1,200 餘種，其中 60% 是從中國大陸進口，英國每年進口中藥達 8,000 萬美元，在歐洲各國名列前茅。從 1995 年進口中藥材的情況來看，英國全年進口中藥 1,043 萬美元，其中中藥材 9,893 噸，計 1,012

萬美元，中成藥約 31 萬美元，英國中草藥市場尚有很大的潛力等待開發。

英國有 1/8 的人使用過 TM/CAM，其中 90% 的人準備再次使用。TM/CAM 在中年中產階級婦女中最受青睞。最常用的傳統暨補充與另類療法是針灸療法、中草藥、整脊療法、順勢療法、催眠療法和精神療法，多數 TM/CAM 中心治療慢性病為主。接受 TM/CAM 治療的大多數病人同時也是接受西方醫學治療的病人。70% 的英國民眾希望在國家衛生體系中能獲得如針灸療法、整骨療法、順勢療法等療法的治療模式。

### 3、中醫藥管理情況

目前英國中醫藥針灸管理的政府機構為英國衛生部的醫藥管理局（MCA）（現改名為 Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, MHRA），目前，英國醫藥管理局主要工作目標為：加強中草藥市場的管理、控制進口中藥的質量、審核醫療從業人員的資格與建立相關的定期進修制度，另外英國衛生部內設有兩個工作小組：針灸管理工作小組及草藥管理工作小組。

目前英國正在為傳統醫藥立法管理進行準備工作，是中醫獨立立法與註冊，或是納入補充另類醫學註冊，或是分列在針灸與草藥註冊，尚有很大的論壇空間。預計 2005 年英國議會決議通過後，由英國女皇簽署後實施。

#### 3-1 中醫（針灸）管理

英國衛生部門目前採取將中醫師與中藥師分開註冊管理模式，將中藥師的管理與西方草藥師歸於一起管理，但是以西方草藥為主要。西醫師將病人委託給中醫師或其他補充另類醫學從業人員進行治療，西醫師保留其對病人的臨床照護責任。1983 年通過的醫療條例中沒有規定哪種形式的治療可由西醫生實施。因此，如果已註冊的西醫師具備必須的技術和（或）資格，其使用 TM/CAM 不受限制。此外，1990 年 4 月 1 日西醫師和「家庭衛生服務當局」之間達成的協議對可以與西醫師一起工作的醫務人員沒有定義。因此，醫師的配合人員中可以包括針灸師、物理治療師、整脊師和營養師等。

英國政府正積極進行針灸與傳統醫藥立法的工作。針灸與草藥、整脊療法、順勢療法等同列CAM第一類療法，把傳統中醫列為第三類療法。

### 3-2 中草藥管理

英國政府對中草藥的態度是在保障民眾健康的前提下，尊重消費者的選擇。目前英國正在積極地考慮，建立更有效的中草藥管理制度，以針對西方及非西方的傳統醫學對草藥的應用。一種草藥製品是否能在英國歸屬於藥物，由醫藥管理局根據歐盟規定考察確定。

對於屬於藥物的草藥製品，在英國有二種現行的管理方法：

- (1) 批准上市：必須達到歐盟制訂的有關安全、品質和療效的嚴格標準。
- (2) 無需取得執照的治療草藥：對於這些草藥沒有專門的安全和品質標準，也不需要文字說明。

在英國任何全部或部份用於醫藥目的的產品必須根據藥物法獲得許可証。所有在英國生產的藥品公司，包括草藥製造商，要求必須持有生產許可証。根據歐洲共同體65/65和75/319指令，所有特種醫藥產品(包括草藥)，必須在1990年5月前符合安全，品質和功能達到可以接受的標準。1972年公布的法規，更要求所有上市的藥品進行註冊。

在英國市場上的草藥產品可分為三類：

- (1) 有藥物銷售許可証的草藥：這類草藥可標明藥效、功效，大多透過健康食品店銷售，少量透過藥店銷售，稱為GSL產品，是指它包含的成分在總銷售目錄上有，因而無需藥劑監察即可銷售。
- (2) 免除許可證的草藥：免除許可証的產品，只限於少數草藥，根據藥物法12條可豁免許可証，即由乾燥、壓碎，或製成粉狀的植物材料所組成的草藥，並且在標籤上只簡單對其內容物進行描述，如乾燥中藥飲片，而沒有對其用途進行推薦。
- (3) 以食品補充劑銷售的草藥：這類草藥製品，不能標明醫藥用途，因而是在食品法的管理之下，並在英國農業與食品部的管轄範圍之內。

根據英國藥物法規定：當草藥被分類作為一種藥物產品時，則必須明確確定具有下列任一種用途；治療或預防疾病、診斷疾病、避孕、麻醉、預防或干涉一些生理功能的正常運行。任何草藥在其標籤、包裝或其它促銷方式上標明醫藥功效的將被認為是一種醫藥產品，必須持有產品許可証。

#### 4、中醫藥專業教育和培訓

英國醫學學會建議將 TM/CAM 合併到醫學院校的大學課程中並可取得合格的研究生培訓。雖然大多數西醫師訓練有素，但 TM/CAM 課程的培訓內容與教學品質卻存在差異。由於中醫藥針灸療法日漸為英國社會大眾重視，倫敦 Westminstet 大學於 1996 年開設三年制中醫藥專業課程。1997 年，倫敦中薩大學 (Middlesex University) 健康教育學院與北京中醫藥大學聯合主辦，在歐州開設第一個五年制中醫藥專業學位課程。此外，北威爾斯大學 (NEWI) 及索菲爾德大學 (Salford University) 目前也都設有中醫學系。

##### 4-1 國立中薩大學中醫學系 (Middlesex University)

英國國立中薩大學有五個學區，有五千名來自 100 個國家的外國學生。1995 年中薩大學新設「西方草藥學系」(Herbal medicine) 為 4 年制學位課程，英國大學通常為 3 年制，所以高中期間，即要先修大學的先修專業課程，大學 3 年即進入專業課程。

1996 年該校成立考察團訪問大陸中醫藥大學及附設醫院，最後選定北京中醫藥大學作為合作教學的伙伴，聘請多位高等講師，經過 2 年的籌備，於 1997 年 5 月，成立 5 年制中醫學系學士學位專業課程，而且通過學校專家評審團的鑒定，這是英國甚至歐洲大陸第一個國立大學針灸中醫學位的課程，這學位課程同時也爭取到國家認可的教育津貼，即只要是英國本土或歐盟的學生，當申請進入中醫學系，可以免學費入學。(1999 年以後，英國政府的高等教育政策改變，每個大學學生每年需繳 1,000 英鎊學費，外國學生 5,000 英鎊學費)。於 1997 年 9 月第一批 25 名學生正式入學，至 2004 年已有三屆畢業生。

中薩大學 5 年制中醫學系課程，原則上與大陸中醫藥大學中醫學系課程相似，而且與北京中醫藥大學合作，專業課程主要分基礎與臨床課程，中西醫學並重。第一學年，主要學習中醫及西醫基礎理課，並給予漢語及中國文化教學。第二年，主要開設中醫診斷學、經絡學、中草藥學和西醫的生理學與病理學。並安排學生去醫院病房見習、認識病患及醫院診療作業。第三學年，開設有中醫經典介紹、針灸學、方劑學、西醫診斷學及藥理學。第四年，開設中醫針灸臨床內外婦兒各科教學。第三學年起，學生便開始每教學週有兩天臨床見習工作，第五年學生前往北京中醫藥大學教學醫院臨床實習六個月，並在英國中醫教學門診實習。學生完成並通過所有教學課程和實習後要交一份 5,000 字的畢業論文，待論文通過後，將授予英國科學學士 (Bachelor of Science) 及中國醫學學士 (Bachelor of Medicine)。第一批 25 個學生，淘汰 12 名，其中 10 名學生前往北京中醫藥大學附設醫院實習，可獲得中英雙學位，而未前往中國大陸實習 3 名學生，則僅獲得英國科學學士學位。

## 5、保險給付範圍

英國實行醫療保險制度，對無工作者、兒童、65 歲以上的老人及一些慢性疾病治療均免費。對有工作的人只付藥費，免繳治療費、住院費等。每個英國人均有自己的家庭醫師 (GP)，除急診外，任何疾病均需提前預約看家庭醫師。一旦家庭醫師處理不了，才轉給專科醫生 (Specialist)，要得到專科醫師的治療也許要等待數周或數個月，如還需要檢查或手術就要等更長的時間，有的甚至要等上一年之久。加上英國醫藥分業，自己想到藥房購買藥品是不可以的，必須要醫師的處方。許多病患者無法忍耐病痛和長時間的等待，就到私人診所和中醫診所求醫。英國政府體認到，中醫診所在英國確實幫他們解決了一些醫療保健上的實際問題。首先，一部分患者轉向中醫診所，減輕家庭醫師和專科醫師的工作量，使患者分流，提升醫療品質；其次，開中醫診所的中醫師，又都成為英國的納稅人，使英國的財政得到收入；再次，中醫確實為英國人減輕了病痛，並提高英國人的身體健康狀態。雖然英國政府對中醫治療疾病的立法工作尚未立法完

成，但英國醫師協會發佈一個公告，提出針灸、整脊、中醫等十七種非現代醫學療法可由經過正規訓練的合格人士，在正規的家庭醫師（GP）的協助下實施。據估計有2%至15%的家庭醫師應用中醫藥等非現代醫學療法；有75%的家庭醫師介紹病患接受中醫藥等非現代醫學療法；而約80%的在校醫學生希望接受一種或更多的如中醫藥等非現代醫學療法。

英國醫學會（BMA）認可針灸的價值，建議英國衛生部將針灸納入國民保健計畫（National Health Service, NHS）之中。2001年底，英國衛生部根據英國民眾的反應，已將中藥、針灸和瑜珈列入國民保健計畫（NHS），承認中醫藥針灸的法定地位。

## （十二）法國（France）針灸中醫藥發展現況

### 1、中醫藥發展背景

在歐洲各國中，法國是最重視中醫藥且中醫藥的發展歷史最悠久的國家。十六世紀末中國針灸傳到歐洲，法國首先接受了中國針灸醫學，在1671年就有記載中醫學的書籍「中醫秘典」出版；1863年，法國駐中國領事 Dabry 著有「中國醫學大全」，其中節譯了中國明代醫家楊繼洲的「針灸大成」部份內容；法國駐華外交官 Soulie DeMorant 在中國學習針灸後，於1934年出版了「真正的中國針刺術」一書，對法國和歐洲醫學界產生相當的影響，他另在1929年出版「中國針刺術與近代反射療法」、1930年出版「中國的針灸」等書，對於中國針灸在法國，乃至全歐洲的傳播發揮了重要作用。

1945年之後，法國針灸協會、法國針灸中心學院和國際針灸協會相繼成立，對於推動針灸醫學的國際交流和普及化更加產生了推波助瀾的重要貢獻。二十世紀50年代初期，針灸受到法國醫學科學院的重視，而將其納入一般醫療活動之中。70年代在世界性中醫藥熱潮中，法國的中醫藥（針灸）研究、教育和醫療服務均快速發展中。各種傳統醫學與補充另類醫學（TM/CAM）方式非常受法國民眾歡迎，如針灸療法（Acupuncture



medicine)、草藥療法(Herbal medicine)、順勢療法(Homeopathic medicine)、整脊療法(Chiropractic)和虹膜學等等。

## 2、中醫藥相關統計

在 1987 年的一項調查中發現，36%的西醫師（主要是家庭醫師）在行醫過程中至少採用過一項 TM/CAM 技術。在採用 TM/CAM 的西醫師中，有 5.4%的醫師專門使用；20.7%常常使用；72.8%偶爾使用。法國社會保險體系對應用 TM/CAM 的西醫師稱為「特殊類型醫師」(MEP)。1993 年，註冊為特殊類型醫師數佔法國總醫師數的 6.2%。30%的特殊類型醫師採用針灸療法，20%的使用順勢療法。在法國，目前從事針灸醫學的人數約 12,000 人，中醫診所約 2,800 家，提供針灸、中藥和推拿，45 個中醫藥協會、民間團體，每年使用中草藥重量達 35,000 噸左右。

另一項調查顯示，49%受訪者（女性占 53%，男性占 44%）至少接受過一次 TM/CAM 療法，其中 16%是在近一年內接受治療。TM/CAM 在 35 至 45 歲的人之中最受歡迎。在這個年齡組中，59%的人會告知其他人使用過 TM/CAM 療法，68%的企業高階管理人員和學者曾使用過 TM/CAM；他們會採用 TM/CAM 來治療輕病（49%）、慢性病（54%）、重病（3%）和預防疾病及促進健康生活方式（17%）。

法國是歐洲共同體第二大草藥市場，據估計，1990 年法國草藥市場價值超過 8,700 萬英鎊，以年成長率 10%持續成長中。以法國 5,580 萬人口計算，每人平均草藥銷售額為 1.56 英鎊。法國目前有 23,000 家藥店，2,000 家健康食品店。

## 3、中醫藥針灸管理情況

由於法國接觸針灸較早，對於同屬中醫範疇的藥物、推拿等方面接觸較晚，所以對中醫整體有認知的偏差，故在管理的認定上有偏向針灸即代表全體中醫的傾向。

### 3-1 中醫（針灸）管理

1952年，法國醫學科學院在答覆法國衛生部時指出「針灸是包括診斷與治療的整體性醫療行為，只有醫師才擁有刺灸療法的法定權利」。也就是說，針灸是一種醫療方法，不應由非醫療人員使用。1985年，法國衛生部成立針灸管理機構—「針灸專門委員會」，根據法國公共衛生法規 L372 至 L376 條，規定只有取得行醫執照的並擁有國家證書的正式醫師並在醫師職業協會註冊，才可以為病人進行針灸（中醫藥）治療，

1987年，實施針灸資格考試證書制度，具體規定針灸從業人員要經過系統性的中醫學的教育或培訓，法國醫學界表示贊同針灸與其管理措施。1989年，法國政府批准在公立醫科大學開設針灸課程，巴黎、馬賽、里昂、尼斯、斯特拉斯堡、波爾多、蒙彼利埃、尼姆等地的9所醫科大學開設了針灸選修課。隨後，法國衛生部進一步研究制定「針灸醫師資格的條件規定」。

關於中醫從業人員也有管理規定。在法國，持有法國醫學院校畢業文憑並經過國家考試者才能應聘到公立或私立醫院或診所從事醫療活動。法國衛生部門不承認國外的醫學文憑，即使是美國、英國、中國大陸、日本等國也不能例外，不然則視為非法行醫，要受到法律制裁，處以罰款或監禁。中醫師也要像針灸師一樣，經過法國針灸資格考試，取得資格證書，再經登記註冊機構辦理手續，完備後才能執行診療業務。

### 3-2 中草藥管理

中草藥的管理按法國植物藥法現執行，納入醫藥管理範疇，管理機構為法國藥典委員會(French Pharmacopoeia Committee)與法國許可證頒發委員會(French Licensing Committee)。在法國，得到法國許可證頒發委員會的特許和法國藥典委員會的批准，傳統醫藥產品在產品標籤上註明傳統用途即可銷售

從1980年起，法國藥典委員會與法國許可證頒發委員會進行了大量研究和篩選工作，確定了較為恰當的審核標準。認為醫用草藥可作為醫藥(草藥製品)、食品(調味品、保健飲料、食品補充劑)、化妝品而適用不同的管理規定。法國也同意歐洲經濟共同體(EEC)準則中關於草藥藥品、植物藥的

定義，即「草藥藥品是含有活性成分的藥物產品，植物原料和(或)植物藥製劑除外」，如紫杉醇、青蒿素。植物藥是用於醫療目的的植物原料，往往將一種植物藥看作一種活性成分，可做成單一或複方植物藥製劑，如山楂葉製劑、銀杏葉製劑等。

1994年歐洲經濟共同體(EEC)通過一項法案，規定自1995年1月1日起，所有藥物包括中草藥必須領取產銷執照後才能上市，因為審核執照的條件嚴苛，對於中草藥銷售的打擊甚大。法國雖屬於歐洲共同體國家，也同意歐洲共同體的有關規定，但對上述法案並未執行，而採用較溫和的規定。法國許可證頒發委員會認為，在草藥藥品領域必須重視傳統醫學的觀點。關於草藥製品，法國分為兩類：

- (1) 註冊藥物(Registered Medicines)：有的草藥作為處方藥，在藥房出售納入法定醫療保險範疇；有的則註冊為非處方藥(Over-the-counter Drugs, OTC)，常通過認可的臨床有效證據而得到批准，在藥品療效說明時應註明「傳統用於...」的字樣。
- (2) 作為保健品、食品補充劑(Food Supplement)：不准許宣傳療效，一般在草藥店、食品店、百貨公司等大眾市場銷售，因為不進入藥品市場，可以不必按國際藥典的標準審核批准。

法國藥政機構將歐洲已經註冊並通用的360種藥用植物(草藥)列成清單公諸社會大眾，註明植物名稱、藥用部分、功效、用法與適應症。有的藥用植物品種已納入處方藥品，有的則屬於非處方藥(OTC)，在使用中有非處方藥轉化為處方藥時適用化學藥品的一些流通規定。中草藥大多尚未獲准進入法國，往往在轉口入關後只能在中草藥店或商店銷售。

#### 4、中醫藥專業教育和培訓

目前，法國對於中醫藥的整體性認知仍以針灸為主，針灸術已成為法國醫師在醫療服務中的必備技能。法國自18世紀後期，中國醫學的「黃帝內經」、「傷寒論」等古籍中的基本思想就融入許多西醫醫學院校的治療學課程中。1986年，法國總統密特朗曾下令對天然藥物及其替代品進行深

入研究，建議成立研究草藥的基金會(1986年12月成立)，以便支持植物藥(包括中草藥)研究開發與推廣。為因應世界傳統醫藥興起的熱潮與法國民眾對中醫藥的需求，法國政府決定將中醫學教育納入高等醫學院校課程。

1990年，法國巴黎大學醫學院正式成立「中醫學」專業，開設中醫學作為選修課，進行中醫教育，講授中醫基本理論、針灸以及中藥方劑，約有1,500名以上的學生改讀中醫。此外，還有學制3年左右的針灸專科學校10所，學生人數達5,000人以上。還有6所大學聯合開辦針灸課程，分別是：波爾多大學、里昂大學、馬賽第二大學、蒙彼利埃依尼姆大學、尼斯大學和巴黎北大學，這六所大學設立校際針灸文憑，文憑經加蓋六校校印後方可發出。教學活動分三年進行，第一學年是中醫基礎課程教學，包括125小時的中醫基礎理論和25小時的指導教學。第二學年為針灸學和疾病分類學，包括75小時的理論教學，50小時的實習教學以及25小時的指導教學。第三學年是臨床和治療，包括90小時理論教學和7.5學時的實習。最後，學員必須撰寫一篇論文，經審核合格後方可取得文憑。1990年，法國政府為針灸和整脊療法設立「自然醫學大學文憑」(通過培訓即可獲得「法國國家醫師規程」承認的大學內部證書)。

目前，新成立的歐洲跨國中醫大學，是值得注意的新型態中醫藥教育形式。學校總部設在法國，但在歐洲各國設立教學分校，學制五年，前二年系統性學習中醫基礎理論，後三年為中醫臨床課程與實習。現有教師20名，學生總數接近1,000名，採用現代化教學方式，其發展值得觀察與期待。

1996年，在法國與中國大陸兩國衛生部的提議下，由歐洲共同體、聯合國教科文組織與世界衛生組織(WHO)的協助下在巴黎開設第一家中醫醫院—「歐洲第一醫院」。醫院有20張病床，是一所集醫療服務、中醫藥教學與科研為一體的中醫藥中心，將以針灸、按摩、藥物、氣功及食療學為主要內容為病人進行治療與中醫藥研究。在法國，法國醫學會認為中醫藥是屬於現代醫學的一部份。患者來「歐洲第一醫院」後，首先接待他的是一位護士，護士將向患者介紹傳統中醫的基本原理，然後病人再接受醫

師診斷，醫師確診後會建議他採用何種療法。醫院將為每位患者建立病歷檔案，作為衡量評估治療效果的依據。

目前，法國國內有 18 所中醫藥研究機構，出版了「法國針灸雜誌」、「針灸」、「針灸醫師月刊」、「國際針灸學會雜誌」、「經絡」等 10 多種中醫刊物。全國性的學術組織有：法國針灸學會、法國針灸醫學科學協會、法國針灸醫師協會、全國針灸醫學協會聯盟、法國針灸研究與發展組織、法國麥茲中藥與針灸教育協會等。設在法國的國際性針灸組織有：國際針灸學會、世界針灸醫師與針灸學會科學聯盟、國際耳針協會、地中海針灸學會，及與日本等國共同創建的「世界針灸大會」等。

## 5、保險給付範圍

法國醫療體系以現代醫學為主要，全民享受醫療保險。全法國 12 萬醫師，其中 8% 兼施行針灸、中醫或傳統醫學療法。據 1990 年統計，法國公立醫院 1,077 所，363,115 張床位；私立醫院 2,753 所，擁有 195,678 張床位，藥房 22,231 家，每年零售額 10.8 億法郎。全法國每年醫療費總額 5380.88 億法郎，每人平均醫療費支出 9,537 法郎，其中藥費 20% 左右，年成長率 7% 至 10%。因此，法國政府為高額的醫療支出所困擾，正設法減少醫療費用，以降低醫療保險赤字。法國政府順應民眾崇尚自然之風，向傳統醫學尋求出路，對針灸、中醫療法逐漸重視。

法國具有完善的社會醫療保險制度與保險體系，全國享有醫療保險的人數占全國公民總數的 99% 以上。每人按月繳納一定金額的保險費。被保險人到指定醫療院所就診不需再額外付費，由保險公司結算，針灸治療費用已納入醫療保險範圍內，由保險公司付費。據估算，1990 年出生嬰兒的預期壽命：男性為 72.7 歲，女性為 80.9 歲。在法國，只要西醫師提供某種形式的中醫藥或補充與另類醫學服務，社會保險和私人保險公司就給予給付。

## （十三）澳大利亞（Australia）中醫藥針灸發展現況

### 1、中醫藥發展背景

中國傳統醫學（包括針灸和中草藥）在澳大利亞（以下簡稱澳洲）歷史悠久，但直到80年代的“淘金熱”，隨著華人移民的大量進入後，中醫藥才得以迅速發展，其應用範圍也越來越廣泛。

澳洲政府很重視中醫藥的發展，他們把包括中醫在內的補充與替代醫學看作醫療保健的重要組成部分。澳洲是西方國家中第一個正式宣佈對中醫進行立法的國家，也是西方第一個正規大學中設立中醫科系的國家。澳洲中醫立法管理法案已經在2000年全面實施。

2000年5月3日澳洲維多利亞省下議會三讀通過，5月9日上議會三讀確認，正式為中醫立法，成立維多利亞省中醫管理局，使中醫在維多利亞省法律上與西醫享有同等的法律地位，奠定中醫的法定地位。目前澳洲全國有四所公立綜合性大學，開設針灸本科及本科以上的課程，由於中醫立法關係，各大學均改稱為中醫學系（含針灸）。

### 2、中醫藥相關統計

澳洲的衛生保健系統以西醫為主，但越來越多的西醫保健工作人員正在把針灸技術視為一種輔助療法。據統計，有近3,000個西醫診所設有針灸治療項目，可見針灸在澳洲已經相當普及。另一項調查顯示：60年代以前，西醫師僅有6%使用和推薦針灸，到80年代西醫生已有94%使用或推薦針灸。澳洲的西醫醫學教育是5年制，有10所醫學院，西醫總人數約3萬人。目前西醫執行針灸業務者，通常為家庭醫學科醫師，約25%西醫師執行針灸業務。

從1996年年初開始，到1996年10月結束，由澳洲維多利亞省人類服務部(Victorian Department of Human Services)撰寫的對維多利亞省的中醫執業狀況的一項研究報告指出：「從十九世紀的淘金熱時，華人移民來到澳洲開始，中醫就在澳洲逐漸發展起來」。到1911年，澳洲市面上就能買到附有英文標籤說明書的中草藥製成的成藥。到目前為止，中醫在澳洲的醫

療保健服務中，佔有越來越大的比重。據估計，在澳洲每年至少有280萬人看中醫。也就是說，在醫療保健中，中醫占了至少每年8,400萬澳元的營業額。從1992年到1996年10月，已經增長了4倍。目前在澳洲大約有1,500人以上以中醫為主的從業人員(即中醫是他們的主要醫療職業)；大約有3,000人以中醫為輔助醫療職業的從業人員(這些人的主要醫療職業是西醫、護理以及其它醫療等)。目前維多利亞省登記中醫師有700位。

在澳洲，約有55%的醫療從業人員只使用針灸，3%的人只使用中藥，28%的醫療從業人員針灸和中藥並用。澳洲每年接受中醫藥診治的病人超過10萬人次，每年接受針灸治療的超過35萬人次。澳洲有23個與中醫藥有關的學術團體，大部分是在1985年以後建立的。

澳洲政府也支持民眾自由選擇各自願意使用的有效治療方法。在澳洲接受中醫治療的病人中，有2/3是婦女，約有50%的人受過高等教育，80%以上的人是以英語為母語。每人每次就醫的門診費用為30澳元，有包括中藥在內的整個療程的醫療費用為670澳元。

### 3、中醫藥管理情況

澳洲對於中醫藥的管理(如審核、進口、註冊等)均有嚴格的法規。澳洲政府和各省之間對中醫藥管理有不同的責任分工，中醫從業人員及其醫療方式需符合各州的法律，同時包括中草藥在內的治療性藥品也需符合聯邦和省的規定。因此中醫從業人員應遵守有關衛生醫療的法規、有關治療性藥品及毒品管理法規與針灸治療的法規和指南。

澳洲藥物管理局(TGA)是中草藥申請註冊登記的主管部門。該局把中成藥及其他保健用品、製品均歸入藥品及醫療用品管理範圍。1995年藥物管理局頒布的新版申請指南，對包括中草藥在內的所有藥品的申請以及對商標、說明書的要求均有極詳細的規範、說明。有關澳洲中草藥管理法規敘述如下：

#### (1) 聯邦治療性藥物法令 1989：

全國性的法令，是對在澳洲使用和（或）從澳洲出口的當地生產的或進口的治療性藥物的質量、安全性、功效及使用期限進行管理的法令。是澳洲與其他國家或聯邦內各省、地區間進行商業貿易的依據。

#### (2) 治療性藥品管理規定：

行政性規定，被視為管理性法規。包括中草藥在內的治療性藥品和毒性藥品的生產、供應及分發均受此法規控制。但中藥材不受此條規管理。各省依照聯邦政府的法規條款重新制定各省的“治療性藥品法規”並加上各省自己的管理規定。

### 4、中醫藥專業教育和培訓

在大英國協的國家，包括英國，對於中醫藥針灸全部採取放任政策，並未給予立法承認，但是近年來已經逐漸改變，其中以澳洲的腳步最快。目前澳洲大學有 48 所，幾乎全部為公立大學（醫學院有 10 家），只有 2 所私立大學，目前有四所國立科技大學成立中醫（含針灸）學系培養中醫專業人才。第一所在 1991 年由維多利亞科技大學（Victoria University of Technology）成立 4 年制針灸學系（Bachelor of Health Science-Acupuncture），課程設有中西醫基礎的醫學、針灸臨床醫學、見實及實習，第四年要寫畢業論文及作特別演講。畢業後給予健康科學學士（Bachelor of Health Science），與中國醫藥大學為姊妹學校，以致已經二年送四年級學生來見實習，也已經成立碩士班。第二所為雪梨科技大學，在 1994 年設立四年制針灸學系，而在 1997 年設立四年制中藥學系；雪梨科技大學並在 1998 年設立修讀二年的中藥研究所課程(master of science in TCM)。第三所為皇家墨爾本科技大學，1995 年首先設立修讀三年中醫碩士班課程培養師資，申請者必須先有衛生保健專業之學士學位。由於與南京中醫藥大學合作，在 1996 年模仿大陸醫學制再成立五年制中醫學系，畢業後授予雙學位。目前澳洲尚無針灸師執照考試。第四所為西雪梨大學，在 1999 年成立四年制健康科學學士（Bachelor of Health Science），2002 年設立中醫碩士及博士研究所課程。



茲將澳洲目前主要的中醫院校敘述如下：

(1) 皇家墨爾本科技大學 (RMIT) 中醫學系：

皇家墨爾本科技大學建於 1887 年，是澳洲一所條件、設備及教學水準較高的公立理工大學名校之一。皇家墨爾本科技大學是一所曾出過獲諾貝爾醫學獎學者的世界一流的綜合性大學，它培養的醫學博士在澳洲有很高的聲譽。1991 年，皇家墨爾本科技大學成立了中醫教育課程發展委員會，並決定在生命科學院成立中醫學系，開設正規中醫學士和碩士教育課程。1995 年首先設立修讀 3 年中醫碩士研究所培養師資，接著 1996 年成立 5 年制中醫學系，畢業後授予雙學位（人類生物學學士及中醫醫學士）（中國醫藥大學中醫學系修讀 8 年，但只獲得一個學士）。

皇家墨爾本科技大學有 7 個學院，28 個學系，5 個校區，教師有 3,000 名，中醫學系的規模設備周全，師資陣容堅強。皇家墨爾本科技大學中醫學系是與中國南京中醫藥大學合作辦學，五年制的教學大綱完全採用南京中醫藥大學的教學大綱。在課程規劃基礎醫學佔 60%（其中 30% 為西醫基礎醫學及 30% 中醫基礎醫學），臨床醫學佔 40%（其中 30% 為西醫臨床醫學，70% 為中醫臨床醫學）。4 年在皇家墨爾本科技大學就讀，最後一年實習全部在南京中醫藥大學附設醫院實習。每年一班收學生 30 人，海外學生每年學費為 18,500 澳元。針灸碩士研究所碩士班要求 1,800 小時的課程。目前世界衛生組織 (WHO) 要求西醫學習針灸至少要 1,500 小時以上的課程(1999 年 WHO 發佈的 Guidelines on basic training and safety in Acupuncture 明確記載)。碩士生教學大綱及有關材料由南京中醫藥大學提供，主要指導師資亦由南京中醫藥大學提供。

(2) 悉尼科技大學針灸系：

悉尼科技大學針灸系是 1994 年由私立針灸學校形式轉入該大學進行正規教育的，經澳洲教育部評估，承認可授學士學位。每年招生 50 名，學生來源 70% 是澳洲人，30% 是華人及越南人。該系目前辦學條件尚不十分完備，學制四年，課程設有解剖、生理、微生物、藥理、臨床技能、經絡、

疾病的臨床特徵、按摩等。悉尼科技大學與中國廣州中醫藥大學結成姊妹校，學生在校最後一年，可書面申請到中國廣州中醫藥大學或北京中醫藥大學進行實習。該系實施學分制，畢業頒發給學生畢業證書。

### (3) 澳大利亞針灸學院：

1969 年，澳大利亞針灸學院創立於新南威爾斯州悉尼市，是澳大利亞醫學史上第一所針灸學院。主要用英文教授中醫傳統的針灸學基礎知識及臨床實習等。學制開始為二年，1976 年後改為三年，1980 年後又改為四年。目前其課程設置包括傳統針灸理論基礎與臨床實踐，也傳授部分西醫基礎醫學。該學院得到了國際針灸學會、世界針灸學會和國際傳統中醫藥協會的承認。

1973 至 1974 年，澳大利亞針灸學院在墨爾本市、布里斯班市、南澳大利亞和阿德雷市等相繼建立分院，其目的是廣泛地發展針灸教育事業，培養針灸醫師，促進傳統針灸在澳大利亞的發展。1983 年，該學院與中國廣州中醫藥大學建教合作，規定該院畢業生可到廣州中醫藥大學進行臨床再實習，為期 1 至 3 個月。1989 年，新南威爾斯教育部門批准了澳大利亞針灸學院的 2,000 小時的傳統針灸教育課程，在課程完成後並通過考試合格者，可授予應用科學（針灸）畢業文憑。畢業生有資格入選澳大利亞針灸師院和職業針灸組織及協會成員。該校還有為期 2 年的碩士生教育。

### (4) 澳大利亞自然療法學院：

1978 年 2 月，澳大利亞自然療法學院增設東方醫學課程，內容包括針灸學、簡單的中草藥知識、太極拳、氣功及推拿按摩等。1980 年改為四年制的中醫專業，使中醫學首次在澳洲較系統的傳授。澳大利亞自然療法學院的課程設置比較系統，有中醫基礎學、針灸學、中醫藥學、方劑學、太極拳、氣功、推拿、按摩、現代解剖學、現代醫學術語等。學生學習三年半後，可安排到中國浙江省杭州市紅十字會醫院或浙江省中醫藥研究所臨床實習 3 個月。四年制的學習時間為每週 24 小時左右，總學習時數約為 3,000 小時。

#### (5) 新南威爾斯州理療學院：

新南威爾斯州理療學院為規模較大的傳統醫學學院。其前身是 1959 年建立的骨科學院，1968 年改稱新南威爾斯州理療科學學院，1980 年改為現名。由東方醫學、理療、草藥醫學、針灸、正骨、植物療法、順勢療法等 8 所學校組成。在該學院學習 3 至 5 年可畢業，如理療學制三年，東方醫學學制四年。東方醫學的主要課程為中醫藥，包括針灸學、中藥學（傳統中藥及方劑）、營養學、按摩、保健體操（包括太極拳及瑜伽）。據稱新南威爾斯州理療學院的針灸教學水準在西方國家中是較高的。

#### 5、保險給付範圍

在澳洲，接受針灸治療每次診療費為 40 至 50 澳幣（約合 1,000 台幣），澳洲的私人保險公司可給付。

## 七、專家座談意見與建議

專家座談中專家學者的意見與建議可分為三大主軸：世界傳統醫藥興起，我國中醫藥政策之調整與因應、我國中醫藥發展之整合與前瞻與衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造等。

有鑑於世界衛生組織對傳統醫學提出全球發展的前瞻與規劃，在此世界潮流趨勢下，臺灣中醫藥界應該多多參與國際性研討會與國際活動，讓政府對中醫藥的政策推動方向與世界潮流接軌，擴大國際化，讓世界各國瞭解到臺灣中醫藥發展的卓越表現，順著世界潮流的趨勢，積極與世界各國展開良好互動，使國際進而支持我國進入 WHO。並透過中醫藥典籍、雜誌、期刊論文與訊息等資訊網路化、中英文雙語化，讓國人及中醫藥界廣泛接觸中醫藥資訊，更可以讓世界各國瞭解到臺灣中醫藥的發展與進步情形，如此方能和世界各國間進行跨國性學術交流與合作。

全球中草藥市場產值據統計數據顯示，在 1997 年達到 169 億美元，2002 年已經突破 200 億美元，預估 2006 年將突破 350 億美元，顯示中草藥越來越受到世界各國的重視與研究開發，近年來，西方國家也發現西藥長期使用具有各種不同程度的副作用產生，一些重大疾病（如癌症、愛滋病、B 型肝炎等）的治療，亦遭遇到瓶頸，使得世界各國開始重新思考傳統醫藥養生與預防醫學，回歸自然療法是趨勢也是潮流。可以預見，中草藥生物科技與中草藥新藥研發將會是臺灣生物科技發展方面，最有希望的領域之一。專家座談中專家學者一致認為衛生署中醫藥委員會所扮演的積極角色令人關注。

中醫藥立法為全球熱門話題，專家學者認為中醫藥委員會應密切關注國際各國補充另類醫學（CAM）之發展並推動國際交流與合作。而對於中西醫雙執照的醫師執業問題，專家學者認為應該要重視並尋求解套，讓醫療法鬆綁，對臺灣的中西醫整合有正面且積極的意義與效果。並且針對民眾使用中醫藥的情況進行定期、完整的調查、分析與公佈，讓社會大眾知道，使民眾對於中醫藥更為信任與依賴，增加民眾使用中醫藥的比率，提

供政府制訂中醫藥發展政策。

中西醫結合與證據醫學（EBM）皆是二十一世紀的世界潮流，應充分運用國家醫療資源，加速中西醫結合的發展，並積極朝向證據醫學的領域邁進，此外，臺灣中醫藥的發展要結合本土特性並藉助現代科技技術，將中醫藥的科技研發現代化、資訊化，積極走向國際社會，專家學者不約而同認為衛生署中醫藥委員會居重要的整合與協調位置，並提出以下短中期意見與建議：

**短期：**衛生署中醫藥委員會之組織位階與架構應維持現狀，在政府組織改造後應提升為中醫藥管理局或傳統醫藥管理局。臺灣中醫藥發展的未來整體規劃及相關資源的協調整合，衛生署中醫藥委員會責任重大，各中醫藥相關醫學會的全力支持與配合更是佔有舉足輕重的角色。

**中期：**與世界衛生組織（WHO）及發展傳統醫學與補充另類醫學的世界各國產官學研的正式或非正式交流與合作是很重要的，如此方能將臺灣中醫藥這多年來的發展成果積極行銷到世界各國，讓國際上知道臺灣中醫藥的發展不論是質或量皆是非常優秀的，並可與世界各國共同研究與開發對健康維護、養生保健有助益的中草藥產品及製劑，把臺灣建設成中草藥科技島與國際中藥新藥開發中心的目標才能迅速達成。

**長期：**臺灣中醫藥在教、考、訓、用、科技研發、管理及法規等方面完備之後，利用國際行銷的方式主動出擊，把臺灣中醫藥現代化及中西醫整合的成功模式讓世界各國知道，積極推動國際中醫藥外交，使臺灣重回世界衛生組織或其他國際組織。

## 八、「回應世界衛生組織傳統醫學策略與提昇中醫藥委員會位階及功能」 問卷結果

### (一) 問卷樣本基本特性分析

本研究在樣本的性別方面，男性 185 人 (58.5%) 為最多，女性 131 人 (41.5%)；平均年齡 38.5 歲，年齡最大 70 歲，最小為 20 歲；年齡分佈方面，以 30 至 39 歲 109 人 (34.5%) 最多，40 及 49 歲 104 人 (32.9%) 次之，20 至 29 歲 39 人 (12.3%)，50 及 59 歲 40 人 (12.7%)，60 歲及 60 歲以上有 10 人 (3.2%)；身份類別方面，以中醫師 107 人 (33.9%) 最多，其次為護理師 50 人 (15.8%)，藥劑師 49 人 (15.5%)，西醫師 46 人 (14.6%)，中西醫雙執照醫師 36 人 (11.4%)，醫事相關人員 14 人 (4.4%)，衛生主管單位人員 11 人 (3.5%) 及教育界人士 3 人 (0.9%)；在最高學歷部份，大學有 192 人 (60.8%) 比例最高，研究所為 98 人 (31%)，專科者 26 人 (8.2%)；臨床服務年資方面，少於五年的 78 人 (24.7%) 與五至十年的 78 人 (24.7%) 是最多的，其次為十六至二十年的 55 人 (17.4%) 與超過 20 年者 55 人 (17.4%)，十一至十五年的有 50 人 (15.8%)；在目前有擔任行政工作方面，以答「無」者 197 人 (62.3%) 最多，其他依序為部科主任 37 人 (11.7%)，公會、學會理監事 34 人 (10.8%)，院長/副院長 19 人 (6%) 及公會、學會理事長 13 人 (4.1%)，其他者也有 16 人 (5.1%)，職稱多為護理長 (如表一)。

### (二) 樣本對各構面問項之意見分佈

#### 1. 世界衛生組織 (WHO) 傳統醫學策略與我國中醫藥發展

對 WHO 發表的 2002-2005 傳統醫藥全球策略，認為是傳統醫學的發展新契機，回答非常同意或同意 299 人 (94.6%)，沒有意見 16 人 (5.1%)，非常不同意或不同意只有 1 人 (0.3%)；對於此刻正是臺灣重回國際舞台好時機，回答非常同意或同意 286 人 (90.5%)，沒有意見 26 人 (8.2%)，非常不同意或不同意 4 人 (1.3%)；藉由與國際間的交流合作可提升臺灣的國際影響力，回答非常同意或同意 300 人 (94.9%)，沒有意見 14 人 (4.4%)。

%)，非常不同意或不同意僅 2 人 (0.6%)；跟隨國際主流趨勢，強化中醫藥委員會定位與層級，回答非常同意或同意 292 人 (92.4%)，沒有意見 20 人 (6.3%)，非常不同意或不同意 4 人 (1.2%)；對臺灣優良藥品製造規範 (GMP) 之推行居世界領先，回答非常同意或同意 273 人 (86.4%)，沒有意見 37 人 (11.7%)，非常不同意或不同意 2 人 (0.6%)；臺灣全民健保將中醫藥納入世界領先回答，非常同意或同意 264 人 (83.6%)，沒有意見 46 人 (14.6%)，非常不同意或不同意 6 人 (1.9%) (如表二)。

## 2. 中草藥科技島與中藥用藥安全

臺灣有成為世界級中草藥研發基地的實力，回答非常同意或同意 277 人 (87.7%)，沒有意見 33 人 (10.4%)，非常不同意或不同意 6 人 (1.8%)；中醫藥委員會在中草藥產業發展居重要地位，回答非常同意或同意 298 人 (88.0%)，沒有意見 35 人 (11.1%)，非常不同意或不同意 3 人 (0.9%)；臺灣有成為亞太中藥新藥臨床試驗中心的實力，回答非常同意或同意 288 人 (91.1%)，沒有意見 28 人 (8.9%)，非常不同意或不同意無人勾選；對中醫藥委員會建立全國中藥不良反應中心功不可沒，回答非常同意或同意 300 人 (94.9%)，沒有意見 28 人 (5.1%)，非常不同意或不同意則無人勾選；中藥材的原物料品質管制非常重要，回答非常同意或同意 300 人 (95.0%)，沒有意見 15 人 (4.7%)，非常不同意或不同意僅 1 人 (0.3%)；對臺灣中草藥製品具國際水準值得信任，回答非常同意或同意 294 人 (93.1%)，沒有意見 22 人 (7.0%)，非常不同意或不同意無人勾選；臺灣傳統中藥產業要現代化，應先從教育及培訓人才著手，回答非常同意或同意 288 人 (91.1%)，沒有意見 27 人 (8.5%)，非常不同意或不同意僅 1 人 (0.3%) (如表二)。

## 3. 中醫藥現代化與國際化發展

推動中醫臨床教學整體計畫 (2002-2006) 很重要，回答非常同意或同意 289 人 (91.4%)，沒有意見 25 人 (7.9%)，非常不同意或不同意 2 人 (0.6%)；推動中藥用藥安全環境五年計畫 (2004-2008) 很重要，回答非常同意或同意 295 人 (93.4%)，沒有意見 20 人 (6.3%)，非常不同意或

不同意僅有 1 人 (0.3%)；推動中醫醫院評鑑，提昇中醫醫療品質，回答非常同意或同意 291 人 (92.1%)，沒有意見 21 人 (6.6%)，非常不同意或不同意有 4 人 (1.2%)；推動中醫住院、中醫護理、中醫專科醫師及中醫師持續教育等制度，回答非常同意或同意 272 人 (86.1%)，沒有意見 35 人 (11.1%)，非常不同意或不同意有 9 人 (2.8%)；加強中醫護理人員專業照護能力與培訓，回答非常同意或同意 276 人 (87.3%)，沒有意見 38 人 (12.0%)，非常不同意或不同意有 2 人 (0.6%)；中醫藥委員會應加強輔導與管理民俗療法業者，回答非常同意或同意 296 人 (93.6%)，沒有意見 20 人 (6.3%)，非常不同意或不同意是無人勾選的 (如表二)。

#### 4. 二十一世紀中醫藥發展趨勢

中醫藥要發展就必須走向證據醫學 (EBM)，回答非常同意或同意 283 人 (89.5%)，沒有意見 32 人 (10.1%)，非常不同意或不同意僅有 1 人 (0.3%)；中西醫整合是潮流也是趨勢，回答非常同意或同意 272 人 (86.1%)，沒有意見 34 人 (10.8%)，非常不同意或不同意有 10 人 (3.2%)；對於老年人健康照護中醫藥有優勢，回答非常同意或同意 279 人 (88.3%)，沒有意見 30 人 (9.5%)，非常不同意或不同意有 7 人 (2.2%)；中醫藥使用在養生及預防保健是世界潮流，回答非常同意或同意 284 人 (89.9%)，沒有意見 27 人 (8.5%)，非常不同意或不同意 5 人 (1.6%)；加強海峽兩岸中醫藥交流與合作，回答非常同意或同意 284 人 (89.9%)，沒有意見 27 人 (8.5%)，非常不同意或不同意有 5 人 (1.5%)；注意國際補充另類醫學 (CAM) 與生物科技發展，推動國際交流與合作，回答非常同意或同意 293 人 (92.7%)，沒有意見 21 人 (6.6%)，非常不同意或不同意有 2 人 (0.6%)；利用網際網路行銷臺灣中醫藥發展，回答非常同意或同意 295 人 (93.3%)，沒有意見 21 人 (6.6%)，非常不同意或不同意是無人勾選的 (如表二)。



## 5. 維持或提升中醫藥委員會組織位階

中國大陸中醫藥管理局組織層級與架構具有指標性參考意義，回答非常同意或同意 257 人 (81.3%)，沒有意見 44 人 (13.9%)，非常不同意或不同意有 15 人 (4.7%)；要組織改造就必須借重中醫藥行政管理專才，回答非常同意或同意 285 人 (90.2%)，沒有意見 28 人 (8.9%)，非常不同意或不同意有 3 人 (0.9%)；順應國際情勢，應提昇中醫藥委員會位階，回答非常同意或同意 268 人 (84.8%)，沒有意見 43 人 (13.6%)，非常不同意或不同意有 5 人 (1.6%)；為臺灣中醫藥永續發展，應提昇中醫藥委員會位階，回答非常同意或同意 272 人 (86.0%)，沒有意見 39 人 (12.3%)，非常不同意或不同意有 5 人 (1.5%) (如表二)。

### (三) 樣本對維持或提升中醫藥委員會組織位階之意見分佈

在性別方面，男性回答非常同意或同意 162 人 (87.5%) 最多，沒有意見 20 人 (10.8%)，非常不同意或不同意僅有 3 人 (1.6%)；女性回答非常同意與同意 110 人 (84.0%) 最多，沒有意見 19 人 (14.5%)，非常不同意或不同意只有 2 人 (1.6%) (如表三)。

在年齡分佈方面，20-29 歲回答非常同意或同意 33 人 (84.7%)，沒有意見 4 人 (10.3%)，非常不同意或不同意只有 2 人 (5.2%)；30 至 39 歲回答非常同意或同意 92 人 (84.4%)，沒有意見 16 人 (14.7%)，非常不同意或不同意僅有 1 人 (0.9%)；40 至 49 歲回答非常同意或同意 87 人 (83.6%)，沒有意見 16 人 (15.4%)，非常不同意或不同意也只有 1 人 (1.0%)；50 至 59 歲回答非常同意或同意 38 人 (95.0%)，沒有意見 1 人 (2.5%)，非常不同意或不同意僅 1 人 (2.5%)；60 歲以上回答非常同意或同意 10 人 (100%)，沒有意見與非常不同意或不同意皆沒有人勾選；未填寫年齡者回答非常同意或同意 12 人 (85.7%)，沒有意見 2 人 (14.3%)。回答非常同意或同意人數集中在 30 至 39 歲與 40 至 49 歲，共有 179 人 (如表三)。

在身份別部份，中醫師回答非常同意或同意 103 人 (96.3%)，沒有意見 4 人 (3.7%)，非常不同意或不同意則沒有中醫師勾選；西醫師回答非常同意或同意有 31 人 (67.4%)，沒有意見 13 人 (28.3%)，非常不同意或不同意僅有 2 人 (4.4%)；中西醫雙執照醫師回答非常同意或同意 31 人 (86.1%)，沒有意見 4 人 (11.1%)，非常不同意或不同意只有 1 人 (2.8%)；護理師回答非常同意或同意 44 人 (88.0%)，沒有意見 6 人 (12.0%)，非常不同意或不同意則沒有護理師勾選；藥劑師回答非常同意或同意 44 人 (89.8%)，沒有意見 5 人 (10.2%)，非常不同意或不同意則沒有藥劑師勾選；醫事相關人員回答非常同意或同意 11 人 (78.6%)，沒有意見 3 人 (21.4%)，非常不同意或不同意則與中醫師、護理師與藥劑師相同，沒有醫事相關人員勾選；在衛生主管單位人員回答非常同意或同意 6 人 (54.6%)，沒有意見 4 人 (36.4%)，非常不同意或不同意僅 1 人 (9.1%)；教育界人士回答非常同意或同意 2 人 (66.7%)，非常不同意或不同意有 1 人 (33.3%) (如表三)。

在臨床服務年資部份，服務年資少於 5 年回答非常同意或同意 67 人 (85.9%)，沒有意見 9 人 (11.5%)，非常不同意或不同意 2 人 (2.6%)；5 至 10 年回答非常同意或同意 66 人 (84.7%)，沒有意見 12 人 (15.4%)，非常不同意或不同意則無人勾選；11 至 15 年回答非常同意或同意 43 人 (86.0%)，沒有意見 6 人 (12.0%)，非常不同意或不同意有 1 人 (2.0%)；16 至 20 年回答非常同意或同意 46 人 (83.7%)，沒有意見 8 人 (14.5%)，非常不同意或不同意有 1 人 (1.8%)；年資大於 20 年回答非常同意或同意 50 人 (90.9%)，沒有意見 4 人 (7.3%)，非常不同意或不同意則有 1 人 (1.8%) (如表三)。

在最高學歷方面，專科學歷者回答非常同意或同意 21 人 (80.8%)，沒有意見 5 人 (19.2%)，非常不同意或不同意無人勾選；大學者回答非常同意或同意 167 人 (86.9%)，沒有意見 23 人 (12.0%)，非常不同意或不同意 2 人 (1.0%)；學歷為研究所者回答非常同意或同意 84 人 (85.8%)，沒有意見 11 人 (11.2%)，非常不同意或不同意 3 人 (3.0%) (如表三)。

## 肆、討論

本研究經過先前相關文獻資料的收集、整理及分析、專家座談會專家學者的意見與建議及相關領域人員的問卷調查分析後進行以下的討論。

我國政府組織改造從 1999 年開始至今，中央政府機關未來將分四層級，行政院組織架構會有十三部、四委員會與五獨立機關，現在行政院所屬部會機關將大幅度合併與縮減，預計 2006 年新的政府組織架構將開始運作。

世界衛生組織（WHO）在 2002 年發表「2002 至 2005 年世界衛生組織傳統醫藥全球策略（WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005）」專業報告，建請全球 180 餘個國家將傳統醫學發展納入現有醫療政策中。根據國際醫學統計年報統計，2002 年全球植物藥及中草藥製劑市場達 224 億美元，2003 年市場達 230 億美元，並以每年 10 至 12% 的速度成長。估計 2006 年全球植物性藥物市場產值更將突破 350 億美元。

WHO 估計全球傳統醫藥每年使用達六百億美元，且仍不斷增長中。據統計指出，已開發國家中：70% 加拿大人、49% 法國人、48% 澳洲人、42% 美國人和 31% 比利時人接受過傳統醫學的治療。開發中國家如衣索比亞、貝寧、印度、盧旺達等國則大部份依賴傳統醫藥照顧國民健康。

目前全球有 130 個國家應用中醫藥，124 個國家建立中醫藥機構。由全球中草藥市場的版圖來看，歐洲（包含東歐和西歐）是最大的中草藥市場，也是全球草藥最發達的地區，約佔全球市場的 35%，市場規模約為 233 億美金。若以國家來看，中國大陸、日本、韓國、德國及美國可以說是目前全球中草藥市場最大、最蓬勃的地區。但值得注意的是，亞洲和美洲地區是目前全球中草藥市場成長速度最快的地方，尤其美國市場的成長率達到 10% 到 16%。

由於政府組織改造的成形與全球對於包含中醫藥在內的傳統與補充另類醫藥興起風潮，此時正是我國中醫藥發展與否的關鍵時機，因此，將針對世界各國中醫藥專責管理機構與教育、國內專家座談之意見與建議、提升中醫藥委員會位階問卷調查分析之結果與政府組織改造原則與現況加以討論。

## 一、我國政府組織改造原則與現況

### (一) 政府組織改造的四化

行政院組織改造的推動必須重新建立整體政府形貌，在處理中央行政機關組織調整之前，應該先檢討其職能業務，再配合調整組織架構，亦即先透過「去任務化」、「地方化」、「行政法人化」及「委外化」等四化進行檢討，也就是政府先進行「塑身」後，才會清楚仍要由中央政府辦理的業務有哪些，然後才有中央機關應如何合理分配組織、業務的問題。

#### 1、去任務化

也就是「解除管制」，即重新從人權以及資源效率的觀點來檢討國家的任務，對於有侵害人權之嫌的業務，即不再辦理，或者該業務由政府辦理是沒有效率的，就由民間辦理。因此，去任務化亦可視為是一個將國家任務去蕪存菁的過程。

#### 2、地方化

就是將現行中央機關辦理的業務，改由地方機關辦理，也就是「業務下放」，主要是從業務的地域性和親近性需求出發，決定業務該由哪個層級負責。

#### 3、行政法人化

國家任務有下列情形之一者，適宜設立公法性質的行政法人來實施：

- (1) 國家之公共任務不具強制性、適合積極採行企業化管理經營措施，而無由國家親自執行之必要者。
- (2) 國家之公共任務有去政治化之強烈需求，不宜由國家親自執行者。
- (3) 國家之公共任務基於兩岸或外交關係之特別考量，不適合民營化者。
- (4) 國家之公共任務適合民營化，但因無法自給自足或其他因素，基於過渡階段之考量者。至於沒有繼續列為國家任務的必要，而交由民法性質的法人辦理者，則屬於去任務化的範疇。

#### 4、委外辦理

委外辦理就是將業務委託民間辦理，依其委託辦理的內容又可分成「機關委外」及「業務項目委外」兩類。機關委外是指機關整體業務委託民間

辦理而言，而業務項目委外則是指機關職能中，部分業務委託民間辦理。

經過以上的機關業務檢討後，如某項業務皆不適宜依前面的方式處理，方得依目前運作，由機關自行辦理。至於是否應依新的組織架構進行調整，則另由中央行政機關功能調整小組檢討。

## （二）政府組織改造之法源

立法院於 2004 年 6 月 11 日三讀通過「中央行政機關組織基準法」，並在 2004 年 6 月 23 日經總統公布實施，該法案的施行將有助於政府機關組織的職能合理化、架構明確化、組織精簡化及調整彈性化。在「中央行政機關組織基準法」中明文規定，行政院得最多設立十三個部、四個委員會及五個相當二級的獨立機關。於是行政院會在 2004 年 9 月 15 日通過「行政院組織法修正草案」，合併現行的三十六個部會為十三個部、四個委員會和五個獨立機關（見表四）。

為因應「中央行政機關組織基準法」施行後，行政院只能設置十三個部、四個委員會及五個獨立機關，行政院根據國家未來發展與提升國家競爭力的需求，明確訂定行政院組織改造四大方向與「行政院院本部」、「部」及「委員會」間分工合作的設計原則。茲將行政院組織改造四大方向敘述如下：

1. 整合增強傳統八部的核心職能：傳統內政等八個部是世界各國政府核心職能且普遍設置的組織，將透過組織整併以提供民眾整合服務。
2. 新興五部因應新增政務需求：新興衛生及社會安全等五個部，係因應世界潮流且符合我國轉型需要而須處理新增前瞻議題所設的部。
3. 統合四會綜合協調個別政策：藉以強化國家發展策略管理機制，尊重族群及文化多元發展，並邁向海洋國家。
4. 提高院本部決策規劃層級：提升行政院決策品質與效率，強化行政管理機制。

另就「行政院及所屬各級機關組織調整作業原則」中對中央三級機關的調整原則敘述如下（此層級相同中醫藥委員會現在所處的位階）：

1. 凡經本院組改會決議朝四化調整之個案，各部會不得再以一般行政機關之組織型態規劃。

2. 三級機關以具有公權力屬性、直接服務民眾且為處理技術性或專門性業務需要所成立之專責機關為主。該機關應具有一定預算及人力規模，其業務以機關自行執行為而無須委託，並以執行功能為主體。
3. 各部所屬署、局總數，原則上以各部會現有所屬機關數（不含附屬機構）及各部會於 2002 年提報組織調整規劃報告初稿內擬設之所屬機關數為基準向下減列。行政院各部所屬署、局總數不超過 50 個以符合基準法相關條文規定。
4. 為強化署、局之業務單位政策領導力，各業務單位組、科之設置，應考慮將業務儘量納入各科，而以科上下限之高限方式設計，俟達到高限後納入同一組，再設計各業務組，但不必達到組上下限之高限；輔助單位室、科均應朝低限設置，更宜積極考量運用整合模式併入同一單位辦理，或將室數量降至低限以下。
5. 各科人數建議朝較現有科內員額數增加之方向研議。

## 二、中醫藥專責管理機構

### （一）亞洲國家

亞洲國家使用中醫藥的歷史久遠，即使有些國家對傳統醫學稱謂不同，如韓國的韓醫學、日本的漢方醫學，但都深受中國傳統醫學影響。中國大陸、韓國與越南被世界衛生組織歸為整合型（Integrative System）國家，不僅在國家憲法中有明確的條文保障傳統醫學的發展，更具有傳統醫學的高等教育、專門的傳統醫學管理部門、明確的傳統醫藥產業和法規及包括傳統醫學的治療和藥品在內健康保險給付。

中國大陸在其憲法第 21 條中明確說明：「發揚我國傳統醫藥」，保障與重視中醫藥的發展，把中醫和西醫擺在同等重要的地位。1986 年大陸國家中醫藥管理局成立，與衛生部直接隸屬國務院，與衛生部地位平行，在各省分設省級中醫藥管理局負責中醫藥行政管理。其中醫藥管理體系使大陸中醫藥有相當獨立自主的發展地位，相對地提高大陸中醫藥高等教育、研究機構與醫療機構的發展，訂立大陸中醫藥發展有利且完善之政策，2003

年正式實施中醫藥行政法規—中華人民共和國中醫藥條例，奠定今日中國大陸在世界中醫藥的重要地位。

韓國政府 1951 年頒佈「國民醫藥法令」，該法令明確規定韓國韓醫和西醫的地位相同，享受相同待遇。韓國政府為符合韓國民眾對韓醫學的需求與國際社會重視傳統醫學的潮流，1996 年 11 月成立韓醫學局隸屬於保健福祉部，專責韓醫學短期及長期發展的政策規劃、建立韓醫學的系統性研究與韓醫學發展和改善之管理，韓醫師管理則委託大韓韓醫師學會管理。

越南政府 1961 年在憲法中列入發展傳統醫學、現代醫學和兩者結合醫學的條文。衛生部中設有傳統醫學局，主管越南中醫藥的發展、法規與管理，在傳統醫學局之下另設立針灸研究院、傳統醫學研究院與傳統醫學學會，皆屬越南官方機構。

## （二）歐美國家

歐美國家則將西方現代醫學以外的各國民族醫學稱作傳統醫學或補充另類醫學（TM 或 CAM），隨著老年人口增加、慢性疾病與疑難雜症的增加，人們對西方醫學的化學藥物副作用、長期使用藥效降低且副作用加強等問題及其對老年及慢性疾病的療效無法滿足後，開始將注意力轉向崇尚自然、天然藥物的 CAM，因而補充另類醫藥便在歐美國家興起，由於對某些疾病症狀有不錯的療效與效果，故西方國家民眾使用的人數有向上攀升的趨勢，歐美各國政府因此紛紛對 CAM 展開研究、管理與立法等工作，並嘗試將西方醫學與補充另類醫學相互結合使用，這將會是二十一世紀醫學新趨勢與潮流。

美國在世界衛生組織歸為包含型（Inclusive System）國家，但美國政府對於傳統暨補充另類醫學的研究發展非常積極，1992 年在美國國衛生研究院（NIH）中成立另類醫學辦公室（OAM），1998 年提升為國家補充與另類醫學中心（NCCAM），主導及支援補充另類醫藥的基礎及應用性研究與訓練，並公佈相關補充與另類醫學資料給美國社會大眾與相關領域業者，評估及鑑定美國政府對補充與另類醫學的現行政策及相關標準，2000 年美

國總統府白宮另成立「補充與另類醫學政策委員會」，主要為 CAM 醫療和產品的研究、實施並讓民眾使用 CAM 服務、向衛生保健人員和民眾傳播可靠的 CAM 資訊及為 CAM 從業人員頒發執業執照，並提供教育和培訓。

我國雖不是世界衛生組織的會員國，但在中醫藥發展的成績卻為世界各國有目共睹，我國不論在教、考、訓、用、管、保、法規與科研等方面皆齊具完備，足以和 WHO 所認定的世界上任何一個整合型國家相比較而毫不遜色，這是我國足以自豪的地方。

### 三、中醫藥專業人才高等教育與培訓

一個國家要發展進步，人才的培育是非常重要的，現代醫學如此，傳統醫學更是如此。中國大陸有 34 所中醫藥高等院校，其中 7 所為中醫藥大學，中等中醫藥專科學校 64 所，中醫藥院校在校學生 27 萬。全國有 119 所高等醫學院校和綜合性院校設置中醫藥院、系或專業，184 所衛生學校開設中醫藥專業，碩博士學位授權單位 93 個，15 個博士後流動站；韓國有 11 所韓醫藥高等院校，9 所韓醫科大學開設碩士課程，7 所開設博士課程，1999 年韓國教育部政策支持「中西醫結合」，認為中西醫結合是 21 世紀的新醫學潮流，首先在慶熙大學校及圓光大學校推動開設「中西醫結合研究院」；日本 80 所醫學院自 2003 年起將「東洋醫學」列為必修學分，日本國家醫師考試，也將「東洋醫學」課目列入國家醫師考題中。越南現有醫學院校 15 家，其中胡志明醫科大學與河內醫科大學設有中醫學系，在 2004 年底越南將成立一所國立中醫藥大學。

歐美國家的大學教育也將補充另類醫學加入醫學院的課程中。如美國近 75% 醫學院開設 CAM 的選修課程，加州大學洛杉磯分校 (UCLA) 在學士後醫學系四年級 (醫四) 將中西醫結合列入選修課程，培訓中醫實用基礎，學習 30 個基本針灸穴道、20 個常用方劑及每天練半小時太極拳；加拿大國立阿爾伯特大學 (Alberta University) 是北美第一所提供中醫課程的大學；德國有中醫研究所及與我國中國醫藥大學簽約建教合作的國際立夫中醫學院，提供以臨床醫師及研究人員為對象之中醫藥針灸教育及訓練；英



國國立中薩大學成立 5 年制中醫學系；澳洲目前有四所國立科技大學成立中醫（含針灸）學系培養中醫專業人才。

我國目前有中國醫藥大學中醫系、學士後中醫學系及長庚大學中醫學系，中國醫藥大學中醫所、中西醫結合所、中藥所、長庚大學傳醫所與陽明大學傳醫所等等高等院校培育中醫藥專業人才，在中醫藥人才培育方面與國際相比可說是成績斐然。

#### 四、中醫藥之國家級研究機構

隨著世界衛生組織發佈「2002 至 2005 年傳統醫學全球發展策略」報告書，針對世界各國傳統醫學及補充另類醫學 (Tradition Medicine /Complementary and Alternative medicine, TM/CAM) 的國家政策及法規、安全有效性及質量、可近性與合理使用等四個問題提出意見與論述；近年來，全球在面對新興傳染病與重大疾病（如 SARS、禽流感、AIDS 等等）時的無力感及歐美地區的回歸自然、的風潮持續發酵等等因素，終使世界各國的醫藥衛生保健體系開始注意與重視傳統醫學和補充另類醫學(TM/CAM)，也導致越來越多國家的醫藥衛生研究機構開始對於 TM/CAM 的應用進行廣泛且深入的研究與探討。其中，又以中醫藥最受世界各國醫藥衛生研究組織的重視與青睞。

中國大陸，1978 年文革結束後開始整頓與發展中醫藥。1986 年 7 月正式成立「國家中醫藥管理局」，與衛生部直接隸屬國務院，與衛生部地位平行，在各省分設省級中醫藥管理局負責中醫藥行政管理，該部門的成立使得大陸中醫藥獲有獨立自主的發展地位，相對也提高大陸中醫藥高等教育的發展、研究機構與中醫醫療院所的發展與振興，奠定了今日中國大陸在世界中醫藥發展的重要地位。國家中醫藥管理局有 19 個直屬單位，如中國中醫研究院、中國中醫藥學會、國家中醫藥管理局對台港澳中醫藥交流合作中心、中國中醫藥科技開發交流中心、中國傳統醫藥國際交流中心等。每個單位的特性與特色皆不同，每個直屬單位之下分別有自己的分支機構與事業單位，所以國家中醫藥管理局的組織編制與人員編制皆是非常

的龐大。其中，以中國中醫研究院在大陸中醫藥的研發方面佔有非常重要的地位。

中國中醫研究院成立於 1955 年 12 月，是中國大陸境內最大的中醫藥科研與臨床基地，直接隸屬於國家中醫藥管理局管轄，為一所集科研、醫療、教學為一體的綜合性研究機構。現有人員 4,283 人，其中專業技術人員 3,593 名。中國中醫研究院下設 11 個研究所、5 家醫院（西苑醫院、廣安門醫院、望京醫院、眼科醫院、長城醫院）及中醫古籍出版社、中醫雜誌社、中研國際醫藥公司等單位，並與世界衛生組織（WHO）共同建立臨床與情報、針灸、中藥三個傳統醫學合作中心。中國中醫研究院現有病床 1,718 張，每年門診量 113 萬人次。所屬西苑醫院、廣安門醫院是中國大陸三級甲等（與我國醫學中心同等級）中醫醫院及全國示範中醫醫院，是中國大陸中藥臨床藥理基地，此外，發行中醫藥專業期刊 15 種，與世界 100 多個國家和地區的醫藥界、高等教育院校、企業及民間團體建立各種形式的合作關係。中國中醫研究院運用傳統方法和現代科技，在中醫藥各學科領域，如中醫基礎理論、中藥藥理、中藥新藥開發、中醫臨床各科疾病、針灸麻醉、經絡理論、中醫歷史文獻及資訊等方面進行深入研究和探討。

有鑑於補充與另類醫藥（Complementary and Alternative Medicine，CAM）在美國社會引起極大的迴響，並為美國民眾大量接受與使用，美國參議院在 1991 年 10 月立法通過在美國國家衛生研究院（NIH）內設立補充與另類醫學研究機構，於是在 1992 年成立「另類醫學辦公室」（Office of Alternative Medicine，OAM），這是美國第一個由政府部門設立的專門管理中醫藥及其他傳統醫學事務的機構。1998 年 10 月美國柯林頓總統由國會通過的撥款法案，成立「國家補充與另類醫學中心」（National Center of Complementary and Alternative Medicine，NCCAM），其主要任務是促進對補充與另類醫療方式的評估，主要工作為與 NIH 下的其他研究中心合作，推廣研究活動、支援和規劃新的研究計畫，並追蹤、總結與鼓勵有關補充與另類醫藥的相關研究，NCCAM 的使命是主導及支援補充與另類醫藥的基礎及應用性研究與訓練，並公佈相關補充與另類醫學資料給美國社會大

眾與相關領域業者，且定期和美國食品藥物管理局（FDA）舉行會議，評估及鑑定美國政府對補充與另類醫學的現行政策及相關標準，同時，NCCAM 並資助多所大學院校成立 CAM 專題研究中心，進行認證及評估針對某些專科各種補充與另類醫學方式，此外，亦提供 100 萬美元以內的研究經費支持具探索性的先驅計畫，期盼發現可行性更高的補充與另類醫學新療法。

美國政府對於補充與另類醫學的經費支出逐年攀升，由 1992、1993 年的 200 萬美元、1994 年的 340 萬美元（費用增加比率達 75%），到 2003 年的 11,410 萬美元、2004 年的 11,620 萬美元，每年的經費成長率均維持在 40% 至 75% 之間，由此可見，美國官方對於包括中醫藥在內的世界各國傳統醫學暨補充與另類醫學的重視與注意。NCCAM 並在一些著名的大學院校成立 CAM 研究中心，目前已分別在哈佛大學、史丹福大學、加州大學、哥倫比亞大學等成立了數個補充與另類醫學專題研究中心。這些個 CAM 研究中心主要任務是評估 CAM 療法對於以下疾病的療效：癌症、藥物依賴、哮喘、過敏及免疫系統疾病、心血管病、小兒疾病、婦科病、內科病、老年病、中風及神經系統疾病，以及不同原因引起的痛症。若有必要，NCCAM 也會整合數個 CAM 研究中心一同進行大規模的 CAM 研究計劃。

臺灣在中醫藥委員會的擬定與推動之下，將於 2001 年至 2006 年進行「中醫藥現代化與國際化整合型計畫」，使民眾享有優質化之中醫藥環境，內容包括：提昇中藥品質水準、健全中藥臨床試驗環境、推動中醫藥研究及提昇中醫醫療品質。經由中醫藥實證醫學（EBM）發展，建立國際標準化中藥材供應基地、亞太（非）臨床試驗基地。另有經濟部出面主導之跨部會合作的「中草藥產業技術發展五年計畫」，中醫藥委員會負責「中草藥臨床試驗環境與相關法規的建立」，即建立中醫藥臨床試驗體系與機制，並經由有效的運作，透過臨床科學性驗證，使臺灣所發展之新的中草藥產品得以有良好的競爭力，以進軍國際市場。此外，國內尚有國家衛生研究院臨床研究組、醫療保健政策研究組與國立中醫藥研究所等大型學術研究機構進行中醫藥的研究與開發。

國家衛生研究院（NHRI）是我國最高層級的醫學及衛生研究機構，以任務為導向，以公設財團法人的方式成立，經費來源為政府設立基金並每年編列預算支付，主管機關為行政院衛生署。國衛院自 1996 年 1 月正式成立至今，以全力協助推動國內醫藥衛生科技發展，延攬國內外傑出醫藥衛生人才，致力發展任務導向的醫藥衛生研究。國衛院臨床研究組現今研究主題中其中一項即是「推行中國傳統醫藥之臨床試驗」，利用「隨機控制臨床試驗(Randomized Controlled Clinical Trials, RCCT)」之方式測試特定中草藥，評估其確切的療效，使西方醫學界認同並加以運用。目前所知，臨床組研究僅選定「以雙盲臨床試驗評估四物湯膠囊治療年輕女大學生經痛的療效」為研究主題。醫療保健政策研究組以執行與整合臺灣醫療衛生政策研究，提升國內衛生服務學術研究水準，成為國家醫療衛生政策之智庫為宗旨。醫療保健政策研究組與中醫藥相關的研究課題，目前僅「臺灣未來醫師人力需求之推估及加入 WTO 後對醫師人力之衝擊的我國中醫師人力需求推估」一項。

國立中國醫藥研究所隸屬於教育部，1963 年正式成立，主要從事中醫藥相關之研究、實驗與發展等事宜。目前中國醫藥研究所內設立四個研究小組：中醫基礎醫學、中藥及天然物、藥物化學與中醫藥臨床醫學等。中國醫藥研究所成立至今研究項目幾乎以中藥為主，有關中醫臨床與現代化的部份較少著墨。

我國的國家級研究機構（國家衛生研究院與國立中國醫藥研究所）在中醫藥相關議題的研究上，不論在人力、財力、時間與設備的投入上均不及中國大陸與美國的規模，但在現今世界中草藥生物科技潮流與國內中草藥生物科技發展情勢的交互影響下，我國實具備向上發展的空間與實力，只要政府主管機關能在衡量國際情勢發展與國計民生需求後整合國內外相關研究資源，積極加強中醫藥研究與開發，我國就有可能迎頭趕上中國大陸與歐美等國，如此臺灣才能以中醫藥發源地與積極使用國而自豪，立於世界中醫藥研發的領導地位。

## 五、中西醫結合之發展

近年來，中醫藥在世界各地的發展均呈現成長的趨勢。隨著幾次大規模傳染性疾病（如 SARS、禽流感等）爆發，「預防勝於治療」的概念已深植世人的心中，中醫在全世界的認同性不斷提高，加上化學藥品治療的副作用漸趨明顯、及自然療法的潮流方興未艾，都給中醫藥的發展提供了不錯的外部發展條件。世界各國有許多關心全球醫療趨勢、公共衛生發展之有識之士均期盼能從重視固本培元之中醫藥中找到更好的養生保健方法。而全球疾病趨勢的改變則給中醫藥發展提供了良好的內部條件，因為疾病趨勢的新變化，使得癒後復健治療受到更多的重視，而中醫在癒後復健及慢性病的防治上都可以發揮作用，故中醫藥的認同性將日益提高。而從中西醫的發展看，從臨床上的相互結合是關鍵，但中西醫要做到在基礎理論上相互融合仍將需要一段時間，如中醫理論中陰陽五行觀點、臟腑理論、經絡理論等。

中醫藥已有數千年的發展歷史，其重視固本培元的優點確實值得肯定與推崇。但是以現代人快速的生活節奏來說，要完全接受中醫藥是一件具有相當難度的事情，但中西醫結合已是未來醫療發展的趨勢。例如：針對中風病患，若處於中風急性期，應先使用西醫治療，待病情穩定後，再運用針灸、按摩、中藥和運動，以協助病患進行復健；對癌症病人而言，放射線治療或化學治療對病患的副作用是很大的，而中藥裡面的滋陰藥的正好可以調整與保護患者的免疫力不會下降，且減少病患在放療或化療後的不舒適感，提升癌症病患的生活品質與癒後。

要使中西醫結合能發展成功，前提必須是加強中醫的基礎建設。其中，中醫醫院的設立甚為重要，而中醫醫院設有住院服務，將可收治複雜的病症，有助中醫藥研究工作的發展。目前中醫醫院共有 36 家，其中公立中醫醫院 2 家；私立中醫診所 2,729 家；西醫醫院附設中醫部門則有 68 家，全國中醫醫療機構合計為 2,833 家。為使全國各地想要接受中醫藥照護的民眾，能透過中西醫學整合的方式，獲得完善的醫療服務，並透過中藥臨床療效評估制度的實施，確認中醫治療效果，進而提升中醫醫療照護品質，

鼓勵各教學醫院附設中醫部門，並將中醫部（科）納入正式編制；教育部和衛生署於 2000 至 2002 年度評鑑合格之 120 家教學醫院中，已有 52 家附設中醫部（科）；其中醫學中心 8 家，區域教學醫院 28 家，地區教學醫院 16 家。目前臺灣中醫醫院的病床數不多，以致住院服務量不大，且住院費用並未納入全民健保給付中，故對臺灣中醫藥發展形成障礙。

我國中醫藥委員會為建立中醫醫事人員臨床教學訓練基礎環境，全面提升中醫臨床教學、研究及訓練環境，及全面提升中醫醫事人員執業素質及中醫醫療服務品質，積極推動「中醫臨床教學試辦計劃」，組織中醫醫學教育委員會，訂定完整中醫醫療照護模式（含中醫診療、中藥藥事服務及中醫護理照護）與中醫臨床教學訓練（含中醫見實習醫師、住院醫師、藥事人員及護理人員訓練）大綱，。目前已成立 7 家中醫臨床教學中心。中西醫能否真正結合，關鍵繫於大家能否摒除對中醫的成見，特別是主流的西醫，必須加強自身對中醫藥的認識，且進一步的學習和應用中醫療法。目前臺灣高等醫學教育單位共有 11 所（國立的 4 所；私立的 7 所），其中，中國醫藥大學設有中醫學系（七年制與八年制）與學士後中醫學系（五年制），長庚大學僅設有中醫學系（八年制），培育出來的醫學生皆精通中西醫理論，對臺灣發展中西醫結合非常重要。不知是否由於西醫對中醫仍存歧見，亦或是其他因素，在其它醫學院校醫學系的課程中，卻並未排入中醫藥的課程。

在中西醫結合的發展上，中、西醫仍處於磨合期，因為中西醫學是截然不同的醫學體系。中醫是經驗醫學，其核心是整體觀及辨證論治；而西醫則是以人為實體的實驗醫學。在中西醫結合上，西醫應借重中醫的全人整體治療觀；而中醫則應吸收西醫現代科學的研究成果。在診斷的過程中，中西醫理論便能同時應用，除使用西醫常規檢查外，還可應用中醫辨證論治的方法對患者的病情進行分析，如八綱辨證、臟腑辨證等。中西醫學應相互瞭解、溝通與合作，發展中西醫結合療法，目的則是為病患提供最佳的治療模式與獲得最佳的治療效果，如此，中西醫結合將可對人類健康促進發揮最大的效用與貢獻。

## 六、政府改造後中醫藥委員會之可能情況

2004年9月15日我國行政院會議通過「行政院組織法」修正草案，行政院未來組織架構為十三部、四委員會和五獨立機關，衛生署及所屬機關將歸入新成立的「衛生及社會安全部」。中醫藥委員會之現況正處於國際積極發展傳統暨補充另類醫學、中醫藥生物科技蓬勃發展及為國人使用中草藥安全把關之際，因此，政府改造完成後的中醫藥委員會的組織定位與位階將對兩岸的中醫藥產業生態之發展產生巨大影響。

本研究對中醫藥委員會在政府組織改造之後的未來定位與位階有以下四個方向的推論：

### (一) 中醫藥管理局 (或傳統醫藥管理局)

在政府組織改造中對於政府機關名稱的命名有四項原則：一級機關稱為「院」；二級機關稱為「部、委員會」或獨立機關稱為「委員會」；三級機關稱為「署、局」；四級機關稱為「分署、分局」，倘若機關因性質特殊得另定名稱。目前中醫藥委員會所屬位階與正好與三級機關的「署、局」位於相同層級。從臺灣中醫藥現代化、國際化之推動、強化臺灣中醫藥外交之實質成效發揮（輔助推動臺灣進入世界衛生組織成為一員）與開創臺灣中醫藥產業新紀元等整體觀點與發展來看，維持或提升中醫藥委員會位階為中醫藥管理局或傳統醫藥管理局會是一個促進臺灣中醫藥產業健全發展與提升臺灣中醫藥全球化的最佳方案。

### (二) 維持原狀加強功能

中醫藥委員會在政府改造後由於業務性質特殊具獨特性，建議維持委員會型態，依然具有獨立執行中醫藥發展相關業務之能力。組織型態、組織架構與人力配置可進行適當調整與合併，進用具現代管理知識技能之中醫藥行政管理專才、完善臺灣中醫醫療環境、加強中醫醫療品質與人才培訓、積極中藥用藥安全相關措施之推動等等計畫，改變社會大眾對傳統中醫藥的消極、不良的觀念，將中醫藥現代化、科學化與積極正面的形象深

植人心，配合世界衛生組織推動全球傳統醫學發展策略與全球補充另類醫學興起之趨勢，讓國際正視臺灣中醫藥發展的突出表現，推動兩岸中醫藥產業學術研究之交流與合作，將可間接達成中醫藥委員會位階提升之最終目標，使中醫藥產業發展成為繼光電高科技產業後又一高產值產業。

### （三）政府改造後業務合併

我國政府組織改造從 1999 年開始至今，中央政府機關未來將分四層級，行政院組織架構會有十三部、四委員會與五獨立機關，現在行政院所屬三十六個部會機關將大幅度合併與縮減。十三部中將成立新部會—「衛生及社會安全部」，衛生及社會安全部會將現有的衛生署及內政部與所屬相關單位統一納入，進行相關單位的業務檢討與合併，倘若將中醫藥委員會之現行中醫管理、中藥管理、研究發展與中醫資訊典籍等單位之業務檢討後，合併至其他業務範圍相類似但並不能相輔相成的單位，而無法維持中醫藥專責機構—「中醫藥委員會」的獨立存在，將對臺灣中醫藥產業發展造成極大影響與衝擊，也將對 2,300 萬臺灣人民的醫療選擇權與健康維護投下不可預測的變數，也將讓臺灣在世界各國積極發展傳統暨補充另類醫學的全球趨勢中被淘汰，臺灣在世界中醫藥的領先地位將永遠被海峽對岸的中國大陸所超越。

### （四）消失無蹤

近百年來，西方國家由於工業革命的成功，使得西方科學迅速發展，也相對帶動了醫學的發展。西方醫學的主要成就表現在它的基礎理論和診斷上的日新月異，但在臨床治療上卻有相對的不足。西方醫學專長於身體各器官、各系統微觀的治療，在面對複雜的多因素、多系統的疾病巨觀臨床治療上卻力有未逮，這個部分卻是中醫藥的專長。中醫藥從整體觀念為出發點，辨證施治，達到由多系統、多層次、多環節等方面防治疾病的目的。中醫在治療老年疾病、婦女疾病、內分泌和免疫疾病、慢性疾病（如高血壓、糖尿病等）、皮膚疾病、心血管疾病及腫瘤等病症皆有相當良好的效果。



近年來，隨著化學藥品毒性副作用逐漸被人們所認識、瞭解，某些對生命健康危害的慢性疾病、遺傳性疾病、重大疾病至今都尚未找出療效顯著的治療藥物，於是一個「回歸自然」和「重視天然藥物」的熱潮正方興未艾。全球的天然藥物風潮給中醫藥的研究提供了新的機緣和挑戰，也為中醫藥的研究與開發提供了廣大的國際市場。從 2000 年開始，中藥在澳洲、新加坡、加拿大、德國等地相繼取得合法地位，或者被納入其醫療保險的認可範圍之內。2004 年 5 月，歐盟在其官方網站公佈「歐洲傳統植物藥註冊程序指令」，大幅度降低植物藥市場進入條件，顯示出歐盟對中（草）藥進口的政策出現重大改變，首度承認符合條件的中藥將可獲得藥品的「合法身份」。英國也計劃在 2005 年對中藥使用的合法性進行立法；美國食品藥物管理局（FDA）已完成並通過「天然藥物法規指南」，明確表示只要天然藥物確實具有療效，就可通過 FDA 驗證，這將使中草藥從「營養食品」等級轉變為「藥品」層級。

從世界醫學發展的歷史演進來看，不論國內亦或國外，都是從黑暗中不斷的摸索、試驗、改良，最後得到肯定。中醫學是如此西醫學亦是如此，中醫藥的療效歷經數千年的臨床人體試驗，發展至今，依然被世人所接受且廣泛使用，就可證明中醫藥是經得起時間的考驗。我國身為中醫藥的發源地與長期積極使用國，卻因為某些不可知的因素或人為的操弄而被漠視、忽略，甚至被消滅，這將會迫使我國傳統醫藥的特色消失殆盡，這將對我國傳統醫藥文化的發展與傳承造成極大的傷害，我國在世界中醫藥的領先地位將蕩然無存，臺灣的國際地位也將再一次被傷害，臺灣人民的醫療選擇與健康維護將被犧牲。

## 七、我國傳統醫藥發展之 SWOT 分析

近年來，歐美各國對於補充另類醫學（Complementary and Alternative medicine, CAM）態度漸趨開放，連帶中草藥也在歐美各國風行，世界各國有關中草藥法令也漸趨明確，使全球中草藥市場產值大幅成長。我國做為中草藥的發源地與使用國，且長期在教、考、訓、用、管、法、保及研發等方面的優異成就與豐富經驗，積極發展新興中草藥產業，有助於我國中草藥製劑在國際中草藥市場佔有一席之地。

### （一）優勢（Strength）

1. 我國具有悠久的中醫藥理論體系、個人化醫療，自然的調整與促進人體健康。
2. 我國憲法增修條文第十條第五項明確說明：國家應推行全民健康保險，並促進傳統醫藥之研究發展，是積極推動我國中醫藥發展的最佳法源依據。
3. 我國中醫藥高等教育體制完備。八年制中醫學系（中國醫藥大學、長庚大學）及五年制學士後中醫學系（中國醫藥大學），也擁有中醫藥相關研究所碩、博士班（中國醫藥大學、長庚大學、陽明大學、台北醫學大學等校）。
4. 我國中醫師的考試制度（中醫師專技高考與中醫師特考）與認證管理（醫療法、醫師法等）較世界各國完善。
5. 中醫藥為我國國粹且融入國民日常生活中，有效性與安全性是長期的臨床經驗累積而成。
6. 民眾對中醫藥的使用與認同與日遽增。
7. 我國中醫藥基礎與臨床研究技術具有國際水準。
8. 我國具有高品質的醫療服務與醫藥品市場。
9. 全球中草藥市場的產值逐年攀升，政府政策對中草藥生物科技的發展積極支持。1998 年行政院召開生物技術產業策略（SRB）會議，達成共識，以國家型計畫來發展中草藥產業。2001 年經濟部提出「中草藥產業技術發展五年計畫」並於 2002 年成立「中草藥產業技術發展推動專案計畫辦公室」。
10. 我國中醫藥高等教育相關科系人才充分且優秀，對臺灣成為中草藥科技島與中藥新藥開發基地有加分作用。

- 11.我國對於中草藥新藥開發的相關法規（中草藥新藥臨床試驗 IND 申請須知與中草藥新藥查驗登記 NDA 申請須知）已陸續制定完成。
- 12.植物藥國際市場較容易進入，且本就是中醫藥傳統療法，容易掌握開發精要所在。
- 13.臺灣有深厚的製藥工業基礎、23 年的中藥廠 GMP（優良製造規範）實施經驗與紮實的中醫藥理論基礎。目前 GMP 中藥廠有 80 家。
- 14.我國已建立全國中藥不良反應中心（ADR），減少藥物不良事件之發生。
- 15.我國已在十家教學醫院成立中醫藥臨床試驗中心，國內臨床試驗環境已經建構完整，大部份皆在醫學中心。
- 16.我國為建構中藥用藥的安全環境訂定五年計畫，目前已經建構完成中藥境外認證暨境內管制中心。

## （二）劣勢（Weakness）

1. 我國中醫師養成時間漫長，課程時數多，學生壓力大。
2. 我國中醫系學生畢業僅授與學士學位，與國際情況有出入（大部份國家接受予碩士與學士雙學位）。
3. 我國中醫臨床教學醫院不足，較少有中醫師在教學醫院接受住院醫師訓練，也沒有像西醫推展畢業後一般訓練（PGY）計畫，訓練住院醫師。
4. 目前全民健保只有給付中醫門診，中醫住院在全民健保法之中有七項附帶決議，而第一項即是有關「中醫住院納入健保，使得傳統醫學的發展進一步受到鼓勵，同時醫療消費者之選擇權益也受到尊重」。至今十年，目前全民健保的中醫住院制度仍在評估中，影響中醫現代化與中西醫結合的發展。
5. 大部份醫學院尚未開設中醫藥課程，限制中西醫結合的發展與進行。
6. 醫療法規限制中西醫雙執照醫師只能擇一執業，影響中西醫結合之發展與進行。
7. 醫療法規限制中醫師使用西醫醫療設備與開立檢驗單，影響中醫現代化與中西醫結合。
8. 中醫師人力的地理分配不平均。
9. 中醫醫療院所評鑑制度尚未落實實施。
- 10.我國中醫藥研究在實證醫學（EBM）的佐證部分需要加強。

- 11.目前國內中草藥研究尚缺乏有力的臨床試驗證實其療效。
- 12.臺灣學生赴中國大陸接受中醫藥高等教育的比例有升高趨勢，造成日後兩岸學歷認證問題。
- 13.民俗療法的良莠不齊，對正統中醫藥的發展恐有負面的效果產生。
- 14.臺灣生物科技產品的內需市場小，生物技術研究發展創新的競爭力不足。
- 15.中草藥新藥開發時程長、風險高，並不符合國內投資習慣。
- 16.我國中藥材仰賴中國大陸進口，90%中草藥自中國大陸進口，原物料品質無法妥善掌握。
- 17.我國植物藥產品開發的上中下游資源未整合完成。
- 18.我國政府中醫藥政策缺乏積極的國際交流與合作。
- 19.臺灣中草藥產品的國際化尚待突破。

### (三) 機會 (Opportunity)

1. 世界各國醫療保險費用支出與日遽增，藉助傳統醫學與補充另類醫學有助於降低國家財政負擔。
2. 世界衛生組織 (WHO) 公布傳統醫藥全球策略，有助於中醫藥、傳統醫藥或補充另類醫學在全世界的興起與發展。
3. 我國已是世界貿易組織 (WTO) 的一員，進入各會員國的貿易障礙降低，有利於我國中醫藥業向國際發展。
4. 全球運用傳統醫藥養生保健蔚為風潮，積極尋找補充另類療法，此股風潮也將增加國人對中醫藥的需求與使用。
5. 中西醫結合的世界趨勢將促使中醫藥發展推向國際。
6. 有鑑於海峽兩岸的同文同種關係，有助於海峽兩岸競合情勢的發展與整合，將臺灣中醫藥發展成果推向國際。
7. 高齡化社會的逐漸形成，中醫藥預防保健及養生風潮興起。
8. 亞太地區經濟迅速發展，適合推動區域性中草藥生物科技醫藥產品，如冬蟲夏草製劑。
9. 我國產官學研各界對開發高品質之中草藥產品已有相當共識，培育具高經濟價值之臺灣特有種中草藥。

10. 世界各國對於中草藥產品開發法規已經逐漸建立，如美國食品藥物管理局（FDA）公告「植物性藥品規範」，指出中草藥新藥開發可直接進入臨床試驗第二期，大幅降低中草藥新藥開發的時間與成本。
11. 全球中草藥或植物性產品的銷售量持續快速長，全世界中草藥市場產值 2000 年已高達 200 億美元，目前以每年 15% 至 20% 的成長率持續成長中，估計 2006 年將超過 350 億美元。

#### **（四）威脅（Threat）**

1. 政府對中醫藥發展的態度積極性不足，且面臨政府組織改造大幅縮減政府機構、員額與裁併業務。
2. 目前中醫藥衛生行政主管機關的位階不足，對於需要跨部會之政策的推行及整合，積極性與開創性不足。
3. 海峽兩岸政經關係與國家政策不明，造成社會普遍不安與民眾痛苦指數升高，影響國家經濟發展及國家安定。
4. 目前臺灣中藥材原料多半來自中國大陸，中國大陸掌握藥材資源優勢。
5. 加入世界貿易組織（WTO）之後，更多的競爭者出現。
6. 國人的就醫習慣及健康教育仍然以西醫為主要。
7. 國家醫療資源的分配仍然以西醫佔大多數。
8. 全民健保中醫成長率普遍低於西醫與牙醫，對中醫現代化的發展將形成障礙。
9. 日本產業投注多年研發漢方製劑與產品，漢方科學化已具有相當基礎，且日本天然藥物佔全球 70% 的產量。

## 五、中醫藥委員會位階問卷調查分析結果及討論

問卷內容分做五個構面：世界衛生組織傳統醫學策略與我國中醫藥發展、中草藥科技島與中藥用藥安全、中醫藥現代化與國際化發展、二十一世紀中醫藥發展趨勢及中醫藥委員會組織位階提升。樣本針對每個構面中題項回答非常滿意或滿意的百分比皆趨近90%，甚至有的構面超過90%(見表二)。

針對「提昇中醫藥委員會位階」的樣本意見分佈，回答非常同意或同意者達272人，佔所有樣本數的86%，回答非常不同意或不同意者僅5人，佔所有樣本數的1.5%，由此可知，提昇中醫藥委員會位階是大多數人同意且樂見其成的。在年齡分佈中，回答非常同意或同意主要集中在30至39歲最多，有92人，佔所有樣本數的84.4%，其次是40至49歲，有87人，佔83.6%，但在回答非常同意或同意的百分比方面，最高的是60歲及以上，100%的回答非常同意或同意，有10人，次高的是50至59歲，95%表達非常同意或同意，有38人，可發現年齡越高的樣本越同意提昇中醫藥委員會位階，而中壯年族群的意見可顯示出提昇中醫藥委員會位階是獲得大多數人贊同的。

在本研究中，對於樣本中醫師、西醫師與中西醫師回答非常同意或同意的百分比是值得關切的，中醫師回答非常同意或同意的人數最多103人，百分比最高96.3%，中西醫師與西醫師人數相同皆為31人，百分比分別為86.1%與67.4%，其他醫療相關領域人員如藥劑師回答非常同意或同意為44人(89.8%)、護理人員44人(88.0%)，可發現中醫師對中醫藥委員會位階提升這個議題最為關切，西醫師雖然屬於另一個體系，但就促進醫學發展的立場也多表示贊同，中西醫師擁有中西醫雙執照橫跨兩大醫學領域，就中西醫結合的世界發展趨勢自然也有頗高的贊成率。至於在服務年資的部份，不論少於五年或服務16至20年回答回答非常同意或同意皆在83%以上，但在服務超過20年的樣本中，回答回答非常同意或同意的百分比是90.9%。在最高學歷方面，大學回答回答非常同意或同意的人數最多167人，佔所有樣本數的86.9%，研究所則有84人，佔85.8%，由此可見，高學歷族群認為提昇中醫藥委員會位階是值得同意，也必須要做的事情。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

2004年9月15日行政院會通過「行政院組織法」修正草案，未來行政院組織架構將由目前的37個部會大幅縮減為22個部會（13部、4委員會及5獨立機關），縮減幅度達44%，衛生署將歸入行政院新組織架構中的「衛生及社會安全部」，其中，中醫藥發展仍為業務職掌之一。

世界衛生組織（WHO）於2002年5月16日發表「2002-2005年傳統及補充另類醫藥全球策略」，建請各國政府將傳統醫學發展納入現有醫療政策，並設立專責機構辦理。目前，全球已有130多個國家建立各類的中醫藥機構，透過WHO所發表之上述策略的推動及全球化的趨勢之下，可預見在未來的數年裡，世界上還將有更多的國家通過中醫藥立法。我國於1995年即已成立衛生署中醫藥委員會作為專責機關，足見我國政府在推動傳統醫學之發展，具有前瞻遠見並已具相當成效，亦符合世界衛生組織對世界各國之呼籲。

臺灣的中醫藥發展不論在教、考、用、研、法、管、保等方面皆有完備、先進的制度與措施，應歸屬於WHO所認定對於傳統醫學積極發展與應用之整合型國家。我國中醫藥高等教育人才濟濟，且以最長的大學高等教育（中醫學系八年制及學士後中醫學系五年制）及研究所教育（碩士與博士）。我國憲法增修條文第十條第五項明確說明：「國家應推行全民健康保險，並促進傳統醫藥之研究發展」，是為推動我國中醫藥發展的最佳依據。目前，臺灣中醫師4,200名，中醫在全民健保門診總額支付僅佔4%左右，而服務了全民健保總投保人數的30%，再就中醫師全聯會所承接的無醫療鄉巡迴醫療，全年門診人數近5,000人，推行至今，門診總人次已超過十萬人次，可說是在最有限的健保資源下照顧了最大比例的民眾，而且發揮我國醫學的特色。

綜觀全球中草藥發展，據國際醫學統計年報統計，2002年全球植物藥及草藥製劑市場達224億美元，並以每年10至12%的速度成長，預計在

2006 年全球植物性藥物市場產值更將突破 350 億美元；而歐美國家為發展傳統暨補充另類醫學皆設立專責機構，其中以美國白宮設立的「補充與另類醫學政策委員會」與美國國家衛生研究院（NIH）成立「國家補充與另類醫學中心（NCCAM）」最為積極。就國內而言，行政院在「挑戰 2008：國家發展重點計畫」及「兩兆雙星計畫」中將生物技術產業列為的重點推動項目之一，其中，中草藥生物科技備受矚目。中醫藥委員會將打造臺灣成為「中草藥科技島」、「亞太中藥新藥臨床試驗中心」、「全球中草藥重要研發基地」與推動「中醫藥國際外交」，為完成上述之目標，中醫藥委員會訂下三大發展方案：「建構中醫整體臨床教學體系計畫（2002-2006）」、「建構中藥用藥安全環境五年計畫（2004-2008）」與「中醫藥現代化國際化整合型計畫（2003-2006）暨中醫藥基因體相關研究計畫（挑戰 2008）」。

目前，中醫藥委員會已在 12 家教學醫院成立中藥臨床試驗中心、建立全國中藥不良反應中心（ADR）、成立 7 家中醫臨床教學中心、舉辦第十二屆國際東洋醫學大會、編纂中華中藥典等等的重大施政成果，中醫藥委員會在有限的人力、財力、物力之下完成許多重大的任務。

中醫藥為我國特有之傳統醫藥，為全體國民所共有、共享，在臺灣中醫藥永續發展與國民健康維護前提下，我國中醫藥管理專責機構—衛生署中醫藥委員會有其存在的歷史意義與價值。中醫藥委員會由 1949 年內政部衛生司成立時的「諮詢功能」提升至 1995 年衛生署內獨立行政機構的「執行功能」，這近 50 年的時間，「諮詢功能」的中醫藥委員會對臺灣中醫藥的發展不易發揮功能，但近十年的時間，「執行功能」的中醫藥委員會積極發展中醫藥的現代化與國際化及推動中醫藥國際外交。然面對國際社會朝向全球化發展，也將使我國面臨更嚴峻的國際競爭，尤其是來自海峽對岸，更是我國中醫藥發展的重大挑戰。在此時刻，衛生署中醫藥委員會的定位要更為明確且符合目前國家推動之中醫藥政策，並與世界各國發展傳統醫學與補充另類醫學的方向一致，更有助於將臺灣中醫藥多年來的發展成果行銷到世界各國，並可與世界各國共同研究與開發對健康維護、養生預防保健有助益的中草藥產品及製劑，加速完成建設中草藥科技島與國際



中藥新藥開發中心之目標。妥適強化組織，使其進一步發揮專責機關之樞紐角色，將是臺灣能否保持領先優勢，進一步創造價值之關鍵。面對 WHO 與世界各國對傳統醫藥的重視與積極研究發展，我國身為中醫藥的發源地與積極使用者，為符合世界潮流與國際趨勢，中醫藥委員會的定位與位階維持或提昇都將具有劃時代的意義。

## 二、建議

世界衛生組織 (WHO) 在《迎接二十一世紀的挑戰》報告：「二十一世紀的醫學，不只以疾病為主要研究領域，應以人類的健康為醫學的主要研究方向」。世界醫學的發展已由「治療疾病」逐步邁向「健康促進」，中醫藥是我國固有傳統醫療文化之精髓，為我國具有獨特性之醫療資產。二十一世紀中草藥生物科技的蓬勃發展，將促使我國對全人類的健康促進與維護有更大的貢獻，為使臺灣中醫藥永續發展及全球化 (gloablization)，本研究建議中醫藥專責機構在政府組織改造後新成立的「衛生及社會安全部」中應繼續發揮功能，並將現有「中醫藥委員會」位階維持或提昇為「中醫藥管理局」或「傳統醫藥管理局」，並建議我國家衛生研究院 (NHRI) 仿美國國家衛生研究院 (NIH) 成立「國家補充與另類醫學中心」(NCCAM)，投入大量人力及經費研究中醫藥現代化及中西醫結合。

我們應以宏觀的前瞻與視野，對內不斷積極的創新改革，對外則增強國際競爭力，並整合內外部資源，積極推動傳統醫藥與現代科技之結合、促進補充另類醫學 (CAM) 國際化與促成傳統醫學與現代醫學之融合，創造有特色的本土醫學，開創臺灣中西醫結合醫療的新組合模式，展現二十一世紀臺灣中醫藥產業發展的新生命、新活力。

## 陸、參考文獻

### (一) 中文部份

1. 行政院衛生署：中華民國九十三年版公共衛生年報。台北：行政院衛生署 2004。
2. 行政院衛生署中醫藥委員會：臺灣中醫藥整合與前瞻。台北：行政院衛生署中醫藥委員會，2003。
3. 行政院衛生署中醫藥委員會：中醫醫療管理法規彙編。台北：行政院衛生署中醫藥委員會，2003。
4. 行政院衛生署中醫藥委員會：臺灣中草藥臨床試驗環境與試驗法規。台北：行政院衛生署中醫藥委員會，2003。
5. 行政院衛生署中醫藥委員會：中醫行政要覽。台北：行政院衛生署中醫藥委員會，2003。
6. 行政院衛生署中醫藥委員會：臺灣中醫藥願景。台北：行政院衛生署中醫藥委員會，2004。
7. 行政院研究發展考核委員會：政府改造。台北：行政院研究發展考核委員會 2003。
8. 行政院研究發展考核委員會：中華民國政府組織與工作。台北：行政院研究發展考核委員會 2002。
9. 行政院經濟部工業局：2004 生技產業白皮書。台北：行政院經濟部工業局，2004。
10. 行政院經濟部技術處：2003 年產業技術白皮書。台北：行政院經濟部技術處，2003。
11. 行政院經濟部生物技術與醫藥工業發展推動小組：中華民國生物技術與醫藥工業簡介。台北：行政院經濟部生物技術與醫藥工業發展推動小組，2004。
12. 中華民國中醫師公會全國聯合會：台灣中醫發展史。台北：中華民國中醫師公會全國聯合會，2004。
13. 中華民國傳統醫學會：台灣中醫口述歷史專輯。台北：中華民國傳統醫學會，2003。
14. 行政院衛生署中醫藥委員會：中藥產業未來趨勢實務研討會。台中：行政院衛生署中醫藥委員會，2004 年 11 月。
15. 行政院衛生署中醫藥委員會：台灣中醫藥資訊典籍學術研討會。台中：行政院衛生署中醫藥委員會，2004 年 9 月。
16. 中華發展基金管理委員會：兩岸中西醫合併治療研討會。台中：中華發展基金管理委員會，2004 年 9 月。
17. 中華醫藥促進基金會：傳統醫學與現代醫學對話的啟動與機制研討會。台北：中華醫藥促進基金會，2004 年 9 月。
18. 中華醫藥促進基金會：中醫與西醫對話困難的排除研討會。台中：中華醫藥促進基金會，2004 年 10 月。
19. 中國中醫藥資訊研究會：歐美中醫藥市場研討會。中國北京：中國中醫藥資訊研究會，2001 年 6 月。
20. 新加坡中醫學院：新加坡中醫學院 50 週年紀念特刊（1953-2003 年）。新加坡：新加坡中醫學院，2004 年。

21. 臺灣護理學會：兩岸三地中醫護理研討會。台中：臺灣護理學會，2004年8月。
22. 世界衛生組織：傳統醫學—不斷增長的需求。世界衛生組織藥物政策 2002；5：1-6。
23. 王介明、李宏建：美國補充和替代醫學的近代史、現狀與展望。國外醫學中醫中藥分冊 2003；25（4）：200-2。
24. 王介明、李宏建：美國補充和替代醫學的近代史、現狀與展望（續）。國外醫學中醫中藥分冊 2003；25（5）：262-5。
25. 王笑頻、沈志祥：西太區傳統醫學發展戰略的形成與思考。中國醫藥學報 2002；17（1）：57-8。
26. 王衛、徐立：中醫藥在英國。天津中醫學院學報 2002；21（2）：38-9。
27. 王發渭、陳利平：德國中醫藥研究現狀與展望。軍醫進修學院學報 2001；22（1）：77-80。
28. 王聰、吳青、楊蘇、杜文靜、童興紅、葉若舟：中醫藥在英國的發展概況。中醫教育 ECM 2004；23（3）：68-71。
29. 左言富：世界衛生組織 2002-2005 年傳統醫學戰略評析。南京中醫藥大學學報 2004；20（5）：257-60。
30. 申舜植、李炫知：韓國韓醫學知識標準化的道路。中國中醫基礎醫學雜誌 2002；8（4）：79-80。
31. 江一：中醫藥在德國。中華養生保健 2004；8：51。
32. 朱佳卿、王笑頻：國外中醫藥（針灸）的管理與立法現狀分析。中國中醫藥信息雜誌 2003；10（12）：81-3。
33. 呂玉波：大陸中醫藥的管理機構與法規。明通醫藥 2001；8：35-6。
34. 李丞華、周穎政、陳龍生、張鴻仁：全民健保中醫門診利用率及其影響因素。台灣衛誌 2004；23（2）：100-7。
35. 吳伯平：美國中醫管理機構。國外醫學中醫中藥分冊 2004；26（1）：63-4。
36. 吳伯平：中醫藥在德國。國外醫學中醫中藥分冊 2003；25（4）：225-6。
37. 吳伯平：美國中醫藥縱橫談。國外醫學中醫中藥分冊 2003；25（1）：9-13。
38. 李思成、馮燕麗：國外主要草藥市場現狀與相關管理準則的研究。成都中醫藥大學學報 2003；26（2）：58-61。
39. 李思成、馮燕麗：對歐美各國草藥註冊法規的研究。成都中醫藥大學學報 2003；26（3）：51-6。
40. 李思成、馮燕麗：對日本澳大利亞等國草藥管理法規及國外草藥註冊技術要求的研究。成都中醫藥大學學報 2003；26（4）：47-52。
41. 李炫知：韓國韓醫學的專門化進程，2001。http://www.confucius2000.com/outside/asianthoughts/hanyi.htm.

42. 李麗君：傳統醫學的傳播與需求。中國中醫藥信息雜誌 2003；10（1）：4。
43. 沈燕清：新加坡中醫藥業的發展。東南亞研究資料 2001；1：29-33。
44. 林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣：中醫師人力現況與規劃，中國醫藥學院雜誌 2001；12（4）：231-42。
45. 林宜信：建立創新中藥品質管制—環保產業。生物產業 2004；15（2）：67-8。
46. 林宜信：2003 中醫藥行動施政目標。明通醫藥 2003；3：5。
47. 林宜信：展望 21 世紀中醫藥研究發展。明通醫藥 2002；4：9-11。
48. 林宜信：我對推動行政院衛生署中醫藥委員會業務「整合與前瞻」之看法。明通醫藥 2002；5：5-7。
49. 林端宜、林曉風：台灣中醫醫政管理近況。中國中醫藥信息雜誌 2004；11（1）：90-1。
50. 林端宜、林曉風：台灣中藥藥政管理。中國中醫藥信息雜誌 2004；11（4）：375-6。
51. 林榮津：中醫在美國的現況。中華針灸醫學會雜誌 1999；85-7。
52. 周穎：世界衛生大會通過傳統醫學決議。中華實用中西醫雜誌 2003；3（16）。
53. 胡發明：替代醫學在美國的應用、款項補償及費用。國外醫學-醫院管理分冊 2000；3：112-5。
54. 段黎萍：世界衛生組織傳統醫學 2002-2005 年發展策略。中國中醫藥信息雜誌 2003；10（12）：84-5。
55. 郭素華、張暉：香港中醫藥的現狀與發展趨勢。福建中醫學院學報 2002；12（1）：64-5。
56. 袁本立：越南傳統醫學概況。中國中醫藥信息雜誌 1995；2（1）：36-8。
57. 孫茂峰、黃國慶、林昭庚：臺灣學生至大陸高等院校修習中醫學位（含針灸）現象之初步探討。中華針灸醫學會雜誌 2003；87-108。
58. 孫茂峰、黃國慶、林昭庚：大陸中醫藥高等院校現況。中華針灸醫學會雜誌 2003；151。
59. 陳方佩：由「WHO 傳統醫學臨床指引」看針灸未來的發展。中華針灸醫學會雜誌 2003；19-26。
60. 陳甘霖：美國替代醫學國際中草藥研究中心。藥劑通訊 2004；79：15-6。
61. 陳梅生：大陸中醫藥教育概況。教育研究資訊 1997；7：72-88。
62. 陳梅生：臺灣地區中醫藥教育。中醫藥雜誌 1995；6：75-91。
63. 陳淑紅：醫療經濟與針灸。國外醫學中醫中藥分冊 2004；26（3）：158-9；188。
64. 張永賢：韓國慶熙大學中西醫結合發展之現況。中國中西醫結合雜誌 2002；22（4）。
65. 張永賢、馬作鑑、吳金濱、陳建仲：大陸及其他國家或地區中醫醫療管理體制研究—我國進入 WTO 中醫醫療的衝擊與策略。台北：行政院衛生署委託研究報告 2003。

66. 張永賢：香港中醫委員會與註冊中醫制度。中國醫藥大學導報 2004；第 174 期。
67. 張永賢：澳門發展中醫藥的現況。中國醫藥大學導報 2004；第 174 期。
68. 張永賢：參觀日本北里研究所東洋醫學綜合研究所。中華針灸醫學會雜誌 2003；125-30。
69. 張永賢：參觀日本國立富山醫科藥科大學暨附設醫院。中華針灸醫學會雜誌 2003；131-36。
70. 張永賢：應邀參加 2003 年澳洲雪梨舉辦國際醫學工程學術大會。中華針灸醫學會雜誌 2003；137-42。
71. 張永賢：參觀訪問澳洲皇家墨爾本科技大學中醫學系（RMIT）。中華針灸醫學會雜誌 2003；143-46。
72. 張永賢：世界衛生組織（WHO）公佈針灸基本訓練及安全規範。中華針灸醫學會雜誌 2003；149。
73. 張永賢：大陸第一屆中西醫結合西醫學習中醫研究班回顧。中華針灸醫學會雜誌 2002；80-2。
74. 張永賢：參加北京舉辦第二屆世界中西醫結合大會感言。中華針灸醫學會雜誌 2002；83-86。
75. 張永賢：應邀參加第三屆東華三院暨香港中文大學中西醫藥治療研討會。中華針灸醫學會雜誌 2002；87-90。
76. 張永賢：針灸醫學與證據醫學。中華針灸醫學會雜誌 2002；93。
77. 張永賢：應邀參加香港浸會大學舉辦「中醫藥前瞻國際會議」。中華針灸醫學會雜誌 2001；78-81。
78. 張永賢：韓國慶熙大學中西醫結合發展之現況。中華針灸醫學會雜誌 2001；82-7。
79. 張永賢：世界衛生組織（WHO）制定「針灸臨床研究規範」。中華針灸醫學會雜誌 2000；5。
80. 張永賢：應邀參加香港舉辦「中醫藥國際學術會議」感想。中華針灸醫學會雜誌 2000；99-102。
81. 張永賢：參加瑞士巴塞爾立夫國際中醫學院首屆畢業考試及典禮感想。中華針灸醫學會雜誌 2000；103-7。
82. 張永賢：中醫門診總額支付制度之探討。中華針灸醫學會雜誌 1999；13。
83. 張永賢：應邀擔任加拿大阿爾伯特大學醫師針灸考試委員心得。中華針灸醫學會雜誌 1999；88-91。
84. 張永賢：德國立夫國際中醫學院擔任客座教授之行。中華針灸醫學會雜誌 1999；92-5。
85. 張永賢：中日針灸教育與臨床的異同。中華針灸醫學會雜誌 1998；2。
86. 張永賢：德國首家中醫醫院—魁茨汀中醫醫院。中華針灸醫學會雜誌 1998；102-6。
87. 張永賢：世界衛生組織（WHO）及美國對傳統醫學的態度及工作。中華針灸醫學會雜誌 1998；107-13。

88. 張永賢：中醫資訊網際網路。中華針灸醫學會雜誌 1998；114-5。
89. 張永賢：世界衛生組織在針灸醫學的態度及工作。明通醫藥 1998；6：46。
90. 張永賢：介紹日本明治鍼灸大學。中國醫藥學院導報 1989；第 114 期。
91. 陳永興：台灣醫療發展史。台北：月旦出版社，1997。
92. 張成國：中草藥之國際化與台灣優勢（上）。鄉間小路 2004，30（1）：16-9。
93. 張成國：中草藥之國際化與台灣優勢（下）。鄉間小路 2004，30（2）：14-7。
94. 張奇文：澳洲中醫見聞。山東中醫雜誌 1998，17（2）：84-5。
95. 張群豪：當前美國 12 個國家互補替代醫學研究中心簡介。中國中西醫結合雜誌 2000；20（9）：710-1。
96. 彭彥屏：加入世界貿易組織我國中醫藥面對大陸衝擊及因應策略之研究。台中：中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2003。
97. 詹長權、賴榮年：臺灣加入 WTO 對中醫界之衝擊評估。台北：行政院衛生署委託研究報告 2003。
98. 梁永宣：日本的漢方醫學史研究。中華醫史雜誌 1998；3（3）。
99. 賀雪梅、左常波：越南的傳統醫療—東醫和南藥。國外醫學中醫中藥分冊 1998；20（3）：21-4。
100. 褚文杰：台灣地區中醫管理制度與現況。明通醫藥 2001；8：32-4。
101. 翁瑞宏：全民健康保險中醫門診醫療利用之研究。台中：中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1999。
102. 趙利斌、賈偉、高文遠、郭治昕：加拿大天然保健品立法取得新進展。中國中藥雜誌 2004；29（1）：96。
103. 廖家楨：中醫藥在德國的現狀。中國中西醫結合雜誌 1997；17（11）：698-700。
104. 廖美智：中草藥產業現況與展望。生物產業 2004；15（2）：29-38。
105. 廖美智：全球中草藥發展策略分析。台北：財團法人生物技術開發中心，2003。
106. 管遵惠：國際針灸醫學發展的回顧與展望。雲南中醫中藥雜誌 2003；24（5）：1-3。
107. 熊永文：日本漢方藥政管理漢方醫政管理。四川泰和泰律師事務所。
108. 蔡文正、龔佩珍：中醫醫療利用成長與醫師數增加之關係。台灣衛誌 2001；20（6）：463-74。
109. 樊紅兩：新加坡中藥監管體系簡介。國外醫學中醫中藥分冊 2004；26（3）：131-4。
110. 諸國本：中國傳統醫學與西方替代醫學的選擇。世界科學技術 2001；3（5）：58-62。
111. 繁星：中醫藥在法國。中華養生保健 2004；6：39。

112. 闕巧婷：台灣中西醫養成制度之研究。台中：中國醫藥學院醫務管理研究所 碩士論文，1999。
113. 謝伯舟：二十一世紀中醫藥研究未來發展之我見。明通醫藥 2000；4：9-11。
114. 蘇遠志：生物技術產業發展的策略。國家政策季刊 2004；3（3）：3-23。

## （二）英文部份

1. Bernstein JH. Nonconventional Medicine in Israel: Consultation of the Israeli Population and Attitude of Primary Care Physicians. *Social Science & Medicine* 1997;44 (9) :1341-48.
2. Carol MB, Kathi L, Kendall K, et al. A profile of military veterans in the southwestern United States who use complementary and alternative medicine. *Arch intern med* 2002;162:1697-704.
3. Eisenberg DM, Kessler RC, Rompay MV, et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Annals of Internal Medicine* 2001 ; 135 (5) :344-51.
4. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 1998;280 (18) :1569-75.
5. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al. Unconventional medicine in the United States-prevalence, costs, and patterns of use. *The New England Journal of Medicine* 1993;328:246-52.
6. Hesketh T, Zhu WX, Ulmann JE. Health in China, Traditional Chinese Medicine : one country, two systems. *BMJ* 1997;315 (7100) :115-17.
7. Joans WB. Alternative medicine-from the past, examining the present, advancing to the future. *JAMA* 1998;280 (18) :1616-18.
8. Kessler RC, Davis RB, Foster DF, et al. Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Annals of Internal Medicine* 2001;135 (4) :262-8.
9. Kelner M, Wellman B. Health Care and Consumer Choice: Medical and Alternative Therapies. *Social Science and Medicine* 1997;45 (2) :203-12.
10. Ken C. The Role of Tradition Medicine and WHO'S Program on Traditional Medicine. *The 8th INT'L Congress of Oriental Medicine* 1995:27-39.
11. Lehnert M, Mross K, Schueller J et al. Herbal medicine take root in Germany. *CMAJ* 1998;158 (5) :637-9.
12. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Expanding Horizons of Healthcare: Five-Year Strategic Plan, 2001-2005. Available from: URL: <http://nccam.nih.gov/about/plans/fiveyear/index.htm>.

13. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) . The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States . Available from:URL: [http://nccam.nih.gov/news/camsurvey\\_fs1.htm](http://nccam.nih.gov/news/camsurvey_fs1.htm) .
14. Paramore LC. Use of Alternative Therapies:Estimates from The 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. Journal of Pain and Symptom Management 1997;13 (2) :83-9.
15. Rauber C. Open to Alternatives. Modern Healthcare 1998;28 (36) :50-7.
16. Tang JL, Zhan SY, Ernst E. Review of randomised controlled trials of traditional Chinese medicine. British Medical Journal 1999;319 (7203) :160-1.
17. Worton JC, Jonas WB, Lovin JH. Essentials of complementary and alternative medicine. Williams & Willkins Inc. , Baltimore 1997;26-39 .
18. WHO. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Available from:URL: [www.who.int/medicines/library/trm/trm\\_strat\\_eng.pdf](http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_eng.pdf) .
19. WHO.WHO Medicines Strategy 2004–2007: Countries at the Core (full version). Available from:URL: [http://www.who.int/medicines/strategy/strategy2004\\_2007.shtml](http://www.who.int/medicines/strategy/strategy2004_2007.shtml).

## 相關網站

### (一) 國內網站

#### 政府行政機構

1. 中華民國政府改造工程，<http://www.reform.nat.gov.tw/index.jsp>。
2. 中華民國政府出版品網，<http://gpnet.nat.gov.tw/>。
3. 中央健康保險局—中醫門診總額支付制度，<http://www.nhi.gov.tw/>。
4. 行政院全球資訊網，<http://www.ey.gov.tw/>。
5. 行政院研究發展考核委員會，<http://www.rdec.gov.tw/>。
6. 行政院衛生署統計資訊網，<http://www.doh.gov.tw/statistic/>。
7. 行政院衛生署中醫藥委員會中醫藥資訊網，<http://www.ccmp.gov.tw/>。
8. 行政院經濟部全球資訊網，<http://www.moea.gov.tw/>。
9. 行政院經濟部技術處，<http://doit.moea.gov.tw/>。
10. 經濟部中草藥產業技術發展資訊服務網。<http://www.herbal-med.org.tw/home.asp>。
11. 我的E政府—電子化政府入口網，<http://www.gov.tw/>。



12. ITIS 產業資訊服務網，<http://www.itis.org.tw/>。

13. OPEN 政府出版資料回應網，<http://open.nat.gov.tw/>。

#### 學術及研究機構

14. 國立中國醫藥研究所，<http://www.nricm.edu.tw/>。

15. 財團法人工業技術研究院，<http://www.itri.org.tw/chi/index.jsp>。

16. 工業技術研究院生醫工程中心，<http://www.bmec.itri.org.tw/>。

17. 財團法人生物技術開發中心，<http://www.dcb.org.tw/>。

18. 財團法人製藥工業技術發展中心。<http://www.pitdc.org.tw/>。

19. 行政院國家科學委員會，<http://web.nsc.gov.tw/>。

20. 生物技術資訊網，<http://www.stic.gov.tw/stic/infowww/biotech/index.html>。

21. 生技製藥國家型科技計畫，<http://www.mc.ntu.edu.tw/~npbp/>。

22. 國家衛生研究院，<http://www.nhri.org.tw/index/cindex.php3>。

23. 國家衛生研究院醫藥衛生研究資訊網，<http://www.hint.org.tw/Welcome.html>。

24. 財團法人中衛發展中心，<http://www.csd.org.tw/7>。

25. 國家網路醫院—中醫天地，[http://www.webhospital.org.tw/chinese\\_medicine/](http://www.webhospital.org.tw/chinese_medicine/)。

#### 其他機關團體

26. 中華民國中醫師公會全國聯合會，<http://www.uncma.org.tw/>。

27. 台北市中醫師公會，<http://www.tpcma.org.tw/>。

28. 中國醫學網，<http://www.sino-medicine.com.tw/>。

29. 中國醫學網—中華針灸醫學會，<http://www.sino-medicine.com.tw/>。

30. 中醫導航資訊網，<http://www.tcmguide.com/modules/mylinks/>。

31. 華文生技網，<http://www.bioweb.com.tw/>。

32. 亞太中醫藥網，<http://www.aptcn.com/>。

33. 順天堂藥廠—新醫藥週刊，<http://www.sunten.com.tw/>。

34. 聯合知識庫，<http://www.udndata.com/>。

35. 全球中醫求學資訊網，<http://www.tcmguide.com/istudy/>。

36. 藥王中醫藥資訊網，<http://www.yowa.com.tw/default.asp>。

## (二) 國外網站

### 政府行政機構

37. 中華人民共和國衛生部，<http://www.moh.gov.cn/>。

38. 中華人民共和國中醫藥管理局，<http://www.satcm.gov.cn/>。

39. 中華人民共和國中醫藥管理局—2003年《全國中醫藥統計摘編》，  
[http://www.satcm.gov.cn/lanmu/zonghe\\_xinxi/2003excel.htm](http://www.satcm.gov.cn/lanmu/zonghe_xinxi/2003excel.htm)。

40. 中華人民共和國外交部（繁體版），  
<http://big5.fmprc.gov.cn/gate/big5/www1.fmprc.gov.cn/chn/default.htm>。

41. 中華人民共和國國家藥品監督管理局，<http://www.sda.gov.cn/>。

42. 中華人民共和國衛生部直屬單位—健康報，<http://www.jkb.com.cn/>。

43. 中華人民共和國衛生部直屬單位—人民衛生出版社，<http://www.pmph.com/default.asp>。

44. 香港中醫藥管理委員會，<http://www.cmchk.org.hk/>。

45. 香港衛生署醫管局，<http://www.ha.org.hk/>。

46. 韓國保健福祉部，<http://english.mohw.go.kr/index.jsp>。

47. 韓國保健福祉部—東方醫學局，<http://english.mohw.go.kr/index.jsp>。

48. 越南衛生部，<http://www.moh.gov.vn/>。

49. 新加坡衛生部，<http://www.moh.gov.sg/corp/index.do>。

50. 新加坡衛生部傳統中醫藥政策，<http://www.moh.gov.sg/corp/systems/traditional/intro.do>。

51. 世界衛生組織 World Health Organization (WHO) : Traditional Medicine (TRM),  
<http://www.who.int/medicines/organization/trm/orgtrmmain1.shtml> .

52. 美國國家補充與另類醫學研究中心 National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), <http://nccam.nih.gov/> .

53. 中國中醫藥管理局傳統醫藥國際交流中心，<http://www.no1tcm.com/html/cindex.html>。

54. 澳大利亞維多利亞省中醫管理局網站，<http://www.cmrb.vic.gov.au/>。

### 學術及研究機構

55. 中國中醫研究院，<http://www.catcm.ac.cn/>。

56. 北京中醫藥大學遠程教育學院-閱覽室-海外中醫藥（繁體版），  
[http://big5.ibucm.com/yys/mzyy\\_wwez.html](http://big5.ibucm.com/yys/mzyy_wwez.html)。

#### 其他機關團體

57. 大眾醫藥網—中藥天地，<http://www.windrug.com/>。

58. 中華中醫藥教育在線，[http://big5.itcmedu.com/yys/hwzyy\\_03.html/](http://big5.itcmedu.com/yys/hwzyy_03.html/)。

59. 中國中醫藥信息網，<http://www.cintcm.ac.cn/>。

60. 中國期刊網，<http://www.cnki.net/>。

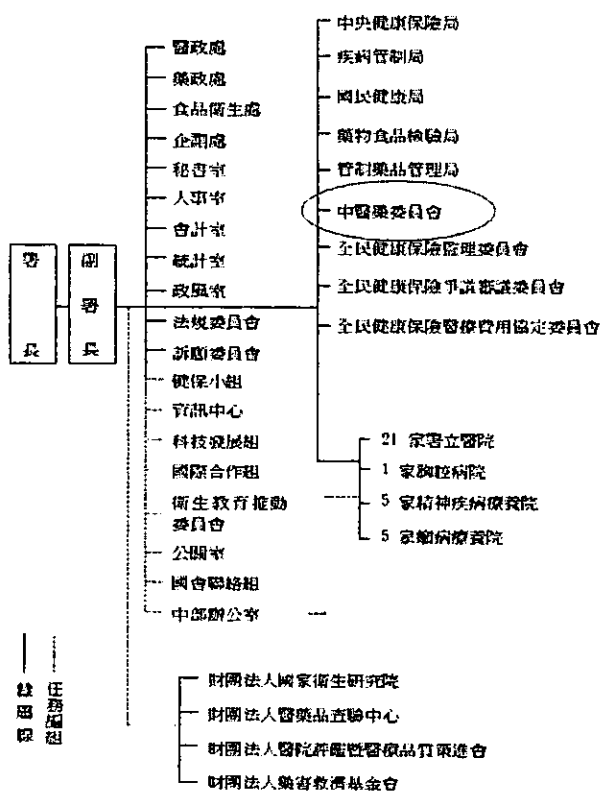
61. 中醫藥在線—中醫藥在世界各地，[http://www.cintcm.com/lanmu/zhongyi\\_gedi/index.htm](http://www.cintcm.com/lanmu/zhongyi_gedi/index.htm)。

62. 康易健康醫學醫藥網，<http://www.511511.com/>。

63. 唐漢中醫藥商務網—環球中醫，<http://www.chinesemedicines.net/hqzyy/zixun.asp>。

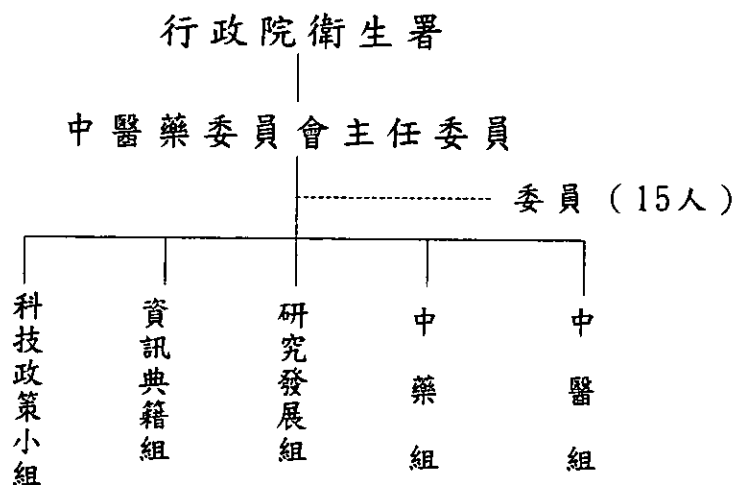
64. Hello China! 學遊中國，<http://www.hellochina.com.tw/>。

## 柒、圖表



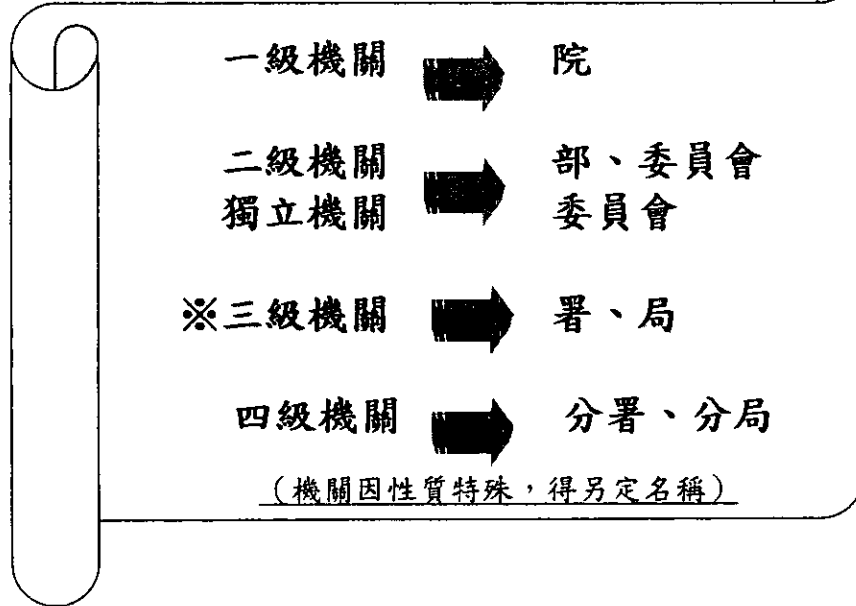
圖一 衛生署組織現況圖

## 中醫藥委員會組織架構



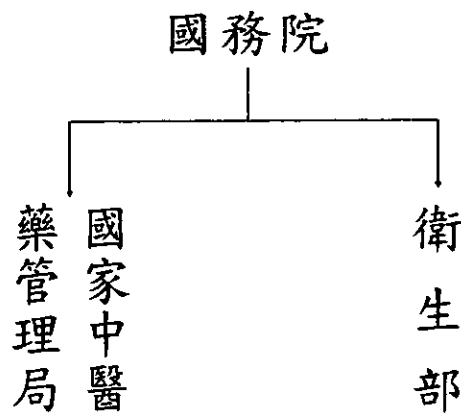
圖二 中醫藥委員會組織架構

# 政府機關名稱命名原則



圖三 政府組織改造後政府機關命名原則

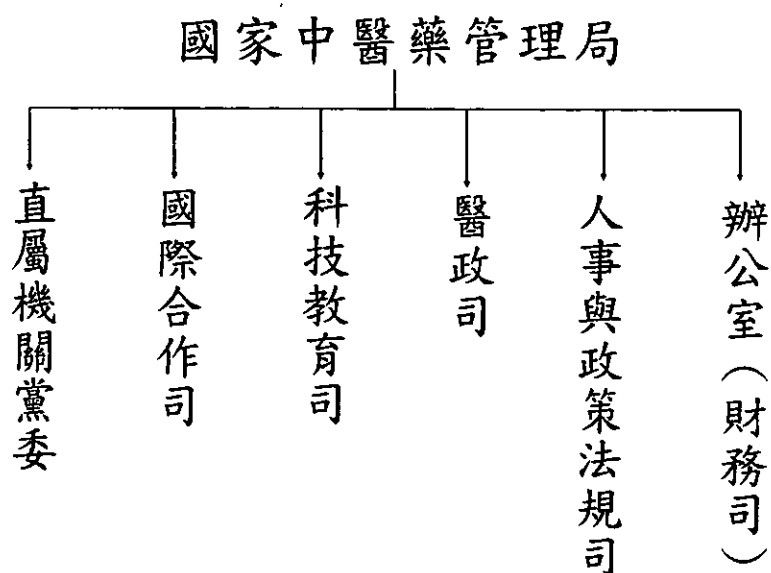
## 中國大陸國務院 衛生部與國家中醫藥管理局



※國家中醫藥管理局局長兼任衛生部副部長。

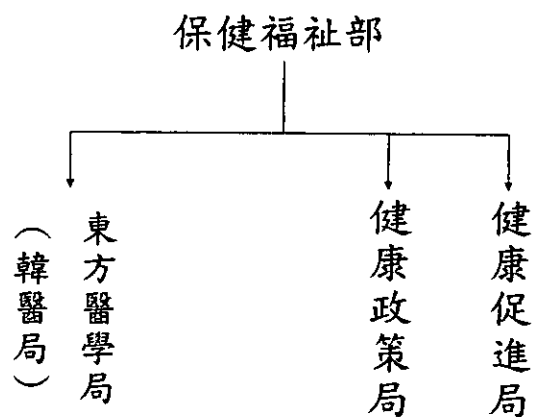
圖四 大陸衛生部與國家中醫藥管理局關係圖

# 國家國家中醫藥管理局組織架構



圖五 大陸國家中醫藥管理局組織架構圖

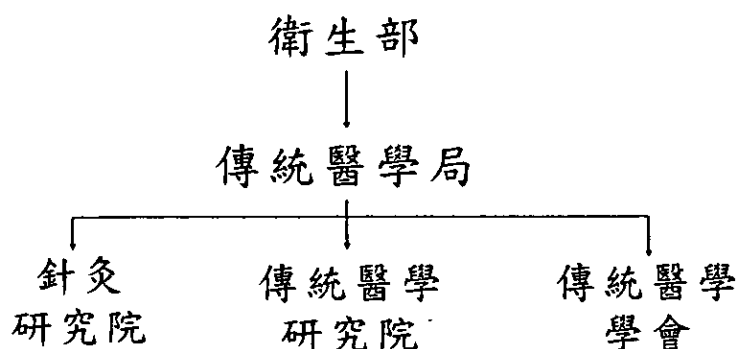
# 韓國保健福祉部與東方醫學（韓醫）局



※韓國東方醫學（韓醫）局成立於1996年11月。

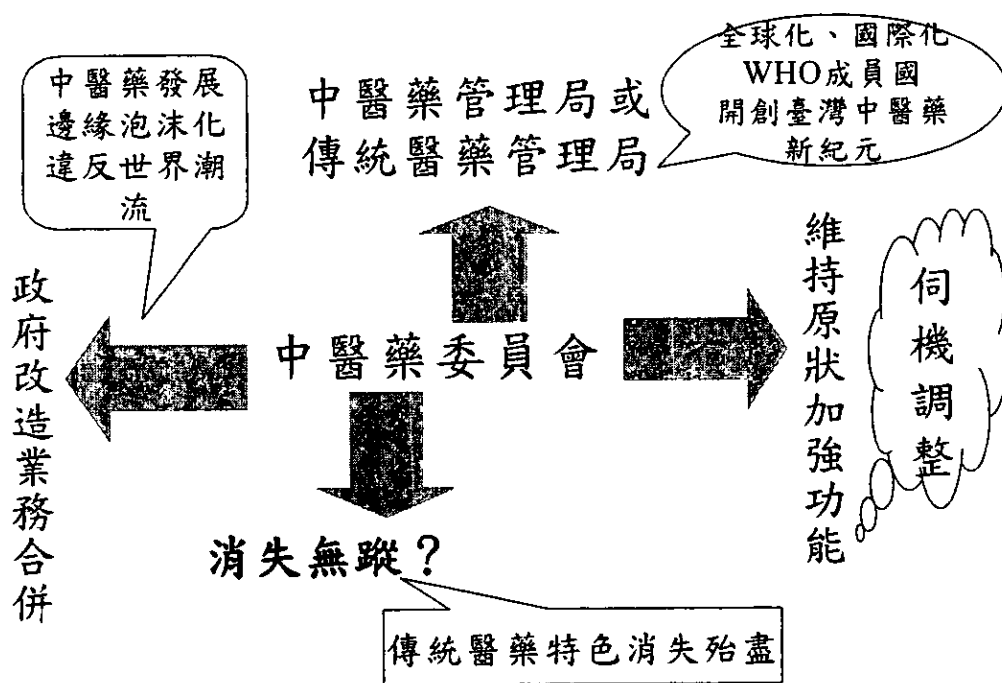
圖六 韓國保健福祉部與韓醫局關係圖

# 越南衛生部與傳統醫學局



※1961年越南政府把發展傳統醫學、現代醫學和兩者結合醫學的條文列入憲法中。

圖七 越南衛生部與傳統醫學局關係圖



圖八 政府組織改造後中醫藥委員會之可能情況

表一 問卷樣本特性分析

變項名稱	人數(%)	變項名稱	人數(%)
性別		服務年資	
男	185 (58.5)	少於 5 年	78 (24.7)
女	131 (41.5)	5-10 年	78 (24.7)
年齡		11-15 年	50 (15.8)
20-29 歲	39 (12.3)	16-20 年	55 (17.4)
30-39 歲	109 (34.5)	大於 20 年	55 (17.4)
40-49 歲	104 (32.9)	最高學歷	
50-59 歲	40 (12.7)	專科	26 (8.2)
60 歲以上	10 (3.2)	大學	192 (60.8)
未填答	14 (4.4)	研究所(含以上)	98 (31.0)
身份別		目前所擔任行政職	
中醫師	107 (33.9)	理事長	13 (4.1)
西醫師	46 (14.6)	理監事	34 (10.8)
中西醫師	36 (11.4)	院長/副院長	19 (6.0)
護理師	50 (15.8)	部科主任	37 (11.7)
藥劑師	49 (15.5)	系所主任	0 (0.0)
醫事相關	14 (4.4)	無	197 (62.3)
衛生主管	11 (3.5)	其他	16 (5.1)
教育單位	3 (0.9)		



表二 樣本對各問題之意見分佈

變項名稱	非常同意或同意 人數(%)	沒有意見 人數(%)	非常不同意或不同意 人數(%)
<b>WHO 與臺灣中醫藥發展</b>			
WHO2002-2005 傳統醫藥策略，傳統醫藥發展契機	299 (94.6)	16 (5.1)	1 (0.3)
臺灣重回國際新契機	286 (90.5)	26 (8.2)	4 (1.3)
臺灣與國際交流合作，可拓展國際影響力	300 (94.9)	14 (4.4)	2 (0.6)
強化中醫藥委員會定位與層級，跟隨國際主流趨勢	292 (92.4)	20 (6.3)	4 (1.2)
臺灣 GMP 推行居世界領先	273 (86.4)	37 (11.7)	2 (0.6)
臺灣中醫藥全民健保給付世界領先	264 (83.6)	46 (14.6)	6 (1.9)
<b>中草藥科技島與中藥用藥安全</b>			
臺灣有成為世界級中草藥研發基地實力	277 (87.7)	33 (10.4)	6 (1.8)
中草藥產業發展，中醫藥委員會居重要地位	298 (88.0)	35 (11.1)	3 (0.9)
臺灣有成為亞太中藥新藥臨床試驗中心實力	288 (91.1)	28 (8.9)	0
中醫藥委員會建立全國中藥不良反應中心，功不可沒	300 (94.9)	28 (5.1)	0
中藥材品質管制非常重要	300 (95.0)	15 (4.7)	1 (0.3)
臺灣中草藥制劑產品具有國際水準值得信賴	294 (93.1)	22 (7.0)	0
中藥產業要現代化，應積極進行人才教育與培訓	288 (91.1)	27 (8.5)	1 (0.3)
<b>中醫藥現代化與國際化發展</b>			
推動中醫臨床教學整體計畫 (2002-2006) 是重要的	289 (91.4)	25 (7.9)	2 (0.6)
推動中藥用藥安全環境計畫 (2004-2008) 是重要的	290 (91.8)	26 (8.2)	0
推動中醫藥整合型計畫 (2003-206) 是重要的	295 (93.4)	20 (6.3)	1 (0.3)

表二 樣本對各問題之意見分佈 (續)

變項名稱	非常同意或同意 人數(%)	沒有意見 人數(%)	非常不同意或不同意 人數(%)
<b>中醫藥現代化與國際化發展</b>			
推動中醫醫院評鑑，提昇中醫醫療品質	291 (92.1)	21 (6.6)	4 (1.2)
推動中醫住院、中醫護理與中醫專科醫師等制度	272 (86.1)	35 (11.1)	9 (2.8)
加強中醫護理人員專業照護能力與培訓	276 (87.3)	38 (12.0)	2 (0.6)
民俗療法良莠不齊，中醫藥委員會應加強輔導與管理	296 (93.6)	20 (6.3)	0
<b>21 世紀中醫藥發展趨勢</b>			
中醫藥必須走向證據醫學	283 (89.5)	32 (10.1)	1 (0.3)
中西醫結合是世界趨勢也是必要的發展走向	272 (86.1)	34 (10.8)	10 (3.2)
中醫藥對加強老年人健康照護的效果有優勢	279 (88.3)	30 (9.5)	7 (2.2)
中醫藥使用在養生及預防保健是世界潮流	284 (89.9)	27 (8.5)	5 (1.6)
重視大陸中醫藥發展，加強兩岸交流與合作	284 (89.9)	27 (8.5)	5 (1.5)
注意國際 CAM 及生技發展，推動國際交流與合作	293 (92.7)	21 (6.6)	2 (0.6)
善用網際網路，行銷臺灣中醫藥發展經驗	295 (93.3)	21 (6.6)	0
<b>中醫藥委員會組織位階提升</b>			
大陸中醫藥管理局組織架構與層級極具參考價值	257 (81.3)	44 (13.9)	15 (4.7)
組織改造必須借重中醫藥行政管理專才	285 (90.2)	28 (8.9)	3 (0.9)
順應國際情勢，應提升中醫藥委員會位階	268 (84.8)	43 (13.6)	5 (1.6)
為臺灣中醫藥永續發展，應提升中醫藥委員會位階	272 (86.0)	39 (12.3)	5 (1.5)

表三 樣本對「中醫藥委員會位階提升」之意見分佈

變項名稱	非常同意或同意 人數(%)	沒有意見 人數(%)	非常不同意或不同意 人數(%)
<b>性別</b>			
男	162 (87.5)	20 (10.8)	3 (1.6)
女	110 (84.0)	19 (14.5)	2 (1.6)
<b>年齡</b>			
20-29 歲	33 (84.7)	4 (10.3)	2 (5.2)
30-39 歲	92 (84.4)	16 (14.7)	1 (0.9)
40-49 歲	87 (83.6)	16 (15.4)	1 (1.0)
50-59 歲	38 (95.0)	1 (2.5)	1 (2.5)
60 歲以上	10 (100.0)	0 (0)	0 (0)
未填答	12 (85.7)	2 (14.3)	0 (0)
<b>身份別</b>			
中醫師	103 (96.3)	4 (3.7)	0 (0)
西醫師	31 (67.4)	13 (28.3)	2 (4.4)
中西醫師	31 (86.1)	4 (11.1)	1 (2.8)
護理師	44 (88.0)	6 (12.0)	0 (0)
藥劑師	44 (89.8)	5 (10.2)	0 (0)
醫事相關	11 (78.6)	3 (21.4)	0 (0)
衛生主管	6 (54.6)	4 (36.4)	1 (9.1)
教育單位	2 (66.7)	0 (0)	1 (33.3)
<b>服務年資</b>			
少於 5 年	67 (85.9)	9 (11.5)	2 (2.6)
5-10 年	66 (84.7)	12 (15.4)	0 (0)
11-15 年	43 (86.0)	6 (12.0)	1 (2.0)
16-20 年	46 (83.7)	8 (14.5)	1 (1.8)
大於 20 年	50 (90.9)	4 (7.3)	1 (1.8)
<b>最高學歷</b>			
專科	21 (80.8)	5 (19.2)	0 (0)
大學	167 (86.9)	23 (12.0)	2 (1.0)
研究所(含以上)	84 (85.8)	11 (11.2)	3 (3.0)

表四 行政院組織法修正案通過後各部會名稱及功能

傳統八部	職 掌
內政及國土安全部	民政、戶政、役政、入出國及移民、警政、消防、海巡、空中勤務。
外交及僑務部	外交、條約、國際組織、外賓接待、國際新聞傳播、僑社及僑民服務。
國防及退伍軍人部	國防政策、軍政、國防教育及退伍軍人輔導、救助、權益照護。
財政部	國庫、賦稅、國有財產、新生地管理、國家資產、金融政策、促進民間參與公共建設、政府採購。
教育及體育部	各級各類教育、學術審議、社會教育、國際教育事務、全民運動及競技運動。
法務部	法律研修、檢察行政、犯罪矯正、更生保護、政風業務、行政執行。
經濟貿易部	工業、商業、貿易、投資、智慧財產權、標準及檢驗、能源、中小企業、科學工業園區、青年創業輔導。
交通及建設部	各類交通政策和產業、營建產業、公共工程技術規範、基礎建設。
新興五部	職 掌
衛生及社會安全部	醫療健康資源及服務、全民健保、疾病防治、藥物管理、中醫藥發展、社會扶助、家庭及婦幼、國民年金、老人照護、社會保險。
農業部	農業、漁業、畜牧、農業推廣、農業金融、農業生物科技。
文化及觀光部	文化資產、文化設施、國際文化交流、藝術創作、文化機構、出版、電影管理、觀光、蒙藏文化。
勞動及人力資源部	勞資關係、勞動條件、勞工福利、勞工保險、勞工安全衛生、勞工檢查、青年就業及職業訓練。
環境資源部	空氣品質、水質保護、噪音管制、廢棄物、環境衛生與毒物、環境監測、水利、礦業、地質、地政、國土規劃、國家公園、國家風景區、氣象、林務、水土保持、生物保育、核能管制。
統合四會	職 掌
國家發展及科技委員會	科技發展、經濟發展、社會建設與性別平等政策之規劃、協調、資源分配與績效評估。
海洋委員會	總體海洋政策、海洋國際事務、海洋科技、海洋人才培育、海洋管理政策之規劃、推動與協調。
原住民族委員會	原住民教育文化、衛生福利、經濟及公共建設、土地管理等政策之規劃、推動及協調。
客家委員會	客家語言、文化、教育之保存與推廣、客家傳播媒體之推廣、海外客家事務合作及交流等政策之規劃、推動與協調。

資料來源：93.09.16，中國時報，A13 政治新聞

附錄一 衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造之探討

專家座談會 會議記錄

會議主持人：張永賢 教授

協同主持人：蔡文正 副教授

紀錄與整理：林柏巖

會議地點：中醫師公會全國聯合會（台北市廣州街 32 號 8 樓）

會議時間：93 年 8 月 12 日（星期四）上午 10：00 至 12：00

出席人員：

國立中國醫藥研究所 吳天賞 所長

國立陽明大學傳統醫藥研究所 黃怡超 教授

衛生署中醫藥委員會研究發展組 謝伯舟 組長

長庚大學傳統醫學研究所 張恒鴻 教授

長庚大學中醫學系 沈建忠 主任

台北市中醫師公會名譽理事長 陳俊明 理事長

台北市中醫師公會 施純全 理事長

桃園縣中醫師公會 孫茂峰 理事長

中國中醫臨床醫學會 陳潮宗 理事長

台北市立中醫醫院 鄭振鴻 副院長

台北市立陽明醫院中醫科 賴榮年 主任

中醫護理學會 張曼玲 理事長

## 會議內容整理：

### ➤ 世界傳統醫藥興起，我國中醫藥政策之調整與因應

1. 針對世界衛生組織（WHO）提出『2002-2005 年傳統醫藥全球策略』的前瞻與規劃，在此世界潮流趨勢下，臺灣中醫藥界應該多多參與國際性研討會與國際活動，讓政府對中醫藥的政策推動方向與世界潮流接軌，擴大國際化，讓世界各國瞭解到臺灣中醫藥發展的卓越表現，順著世界潮流的趨勢，積極與世界各國展開良好互動，使國際進而支持我國進入 WHO。
2. 面對全世界興起的傳統醫學/補充另類醫學的風潮，中醫藥委員會可藉由與相關國家合作與交流，將我國發展多年之中醫、中藥、針灸、養生保健等經驗與其卓越之成就與世界各國分享，建立並鞏固我國在傳統醫學/補充另類醫學領域中的世界領先地位。
3. 衛生署中醫藥委員會將中醫藥典籍、雜誌、期刊論文與訊息等資訊網路化、中英文雙語化，讓國人及中醫藥界廣泛接觸中醫藥資訊，更可讓世界各國瞭解到臺灣中醫藥的發展與進步情形，如此方能和世界各國間進行跨國性學術交流與合作。
4. 全球中草藥市場產值據統計數據顯示，在 1997 年達到 169 億美元，2002 年已經突破 200 億美元，預估 2006 年將增加至 369 億美元，顯示中草藥越來越受到世界各國的重視與研究開發，如德國，是歐盟國家裡中草藥市場最先進且消費量最大的國家；有 65% 的德國人使用過草藥，每人使用草藥約 40 億美元；目前德國中草藥市場上銷售量最大的是銀杏製劑。
5. 近年來，西方國家也發現西藥長期使用具有各種不同程度的副作用產生，一些重大疾病（如癌症、愛滋病、B 型肝炎等）的治療，亦遭遇到瓶頸，使得世界各國開始重新思考傳統醫藥養生與預防醫學，回歸自然療法。可以預見，中草藥研發將會是臺灣生物科技發展方面，最有希望的領域之一。衛生署中醫藥委員會所扮演的積極角色令人關注。
6. 臺灣有深厚的製藥工業基礎、23 年的中藥廠實施 GMP（優良製造規範）經驗與紮實的中醫藥理論基礎，且衛生署中醫藥委員會已建立全國中藥不良反應中心並在十家教學醫院成立中醫藥臨床試驗中心等，未來可針

對此部分之經驗、優勢與世界各國進行交流、合作，進而提昇我國在全世界醫藥發展的領先地位。

#### ➤ 我國中醫藥發展之整合與前瞻

7. 由於近幾年來，民俗療法造成多起醫療事故，引起民眾對中醫藥安全性與療效的疑慮，衛生署中醫藥委員會加強輔導與管理機制，並教導民眾辨別正統中醫與民俗療法之間的差異。
8. 為健全中醫護理制度，目前已成立中醫護理學會，推動中醫護理人才的培訓，鼓勵中醫醫療團隊朝向全人化的照護，提供完整的中醫醫療服務，使中醫藥的發展更趨完善。
9. 中醫藥立法為全球熱門話題，衛生署中醫藥委員會密切關注國際各國補充另類醫學（CAM）之發展並推動國際交流與合作。對於中西醫雙執照的醫師執業問題應該要重視並尋求解套的，讓醫療法鬆綁，對台灣的中西醫整合有正面且積極的意義與效果。
10. 中醫現代化可與我國電腦資訊科技的發展優勢相結合，如中醫四診（望、聞、問、切）的電腦化診斷儀器、電針儀器及雷射針灸的開發與使用等，中醫藥現代化的腳步對中醫藥未來的發展有極重要的地位，中醫藥委員會正是扮演推動與整合的角色。
11. 推動中醫醫院評鑑，提升中醫醫療之品質與中醫醫療的現代化，並積極推動中醫藥執業人員的持續教育、中醫專科醫師、中醫護理與中醫住院等制度，加速台灣中醫藥現代化的發展。並且針對民眾使用中醫藥的情況進行定期、完整的調查、分析與公佈，讓社會大眾知道，使民眾對於中醫藥更為信任與依賴，增加民眾使用中醫藥的比率，提供政府在醫療政策制訂上的參考。
12. 生物科技發展至今已超過三十年，生物科技並非單一技術，而是一系列關鍵技術的整合，且應用範圍廣泛。我國生技業涵蓋新藥開發、中草藥/健康食品及生醫材料等領域，未來中醫藥委員會利用自身的優勢，積極參與中草藥的生物科技法規管理與品質監控，並提供相關訊息以作為政府制訂中醫藥相關政策法規之參考依據。

## ➤ 衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造

13. 中西醫結合與證據醫學（EBM）皆是二十一世紀的世界潮流，應充分運用國家醫療資源，加速中西醫結合的發展，並積極朝向證據醫學的領域邁進；未來中醫藥委員會進行內部調整將現有組織架構進行檢討與改造，並整合內外相關資源、加強政策制訂與推行、完善中醫藥法規與管理，以符合世界潮流。
14. 中國大陸的中醫藥實力與對世界中醫藥的影響是不可忽視的，且其中醫藥管理局的組織定位與架構具參考意義，未來推動海峽兩岸四地中醫藥學術團體之交流與觀摩，衛生署中醫藥委員會扮演重要的角色。
15. 衛生署中醫藥委員會建立中醫藥智庫，與產、官、學界建立起良好且順暢的溝通平台，使智庫對中醫藥的教、考、訓、用、管等各方面提出建言，加強中醫藥現代化發展，提昇我國中醫藥水準。
16. 臺灣中醫藥的發展要結合本土特性並藉助現代科技技術，將中醫藥的科技研發現代化、資訊化，積極走向國際社會，衛生署中醫藥委員會居重要的整合與協調位置。

### 總結：

1. 短期：衛生署中醫藥委員會之組織位階與架構維持現狀，但中醫藥委員會的定位一定要明確且符合目前國家推動之中醫藥政策，並與世界各國發展傳統醫學/補充與替代醫學的方向一致。臺灣中醫藥現代化與中西醫整合的推動必須加快，中醫藥委員會既然為臺灣中醫藥衛生行政的最高管理機關，台灣中醫藥未來的走向與發展的整體規劃及相關資源的協調整合之重任，衛生署中醫藥委員會責無旁貸，各中醫藥相關醫學會的全力支持與配合更是佔有舉足輕重的角色。
2. 中期：與世界衛生組織（WHO）及發展傳統醫學/補充與替代醫學的世界各國產官學界的正式或非正式交流與合作是很重要的，如此方能將臺灣中醫藥這多年來的發展成果積極行銷到世界各國，讓國際上知道臺灣中醫藥的發展不論是質或量皆是非常優秀的，並可與世界各國共同研究與開發對健康維護、養生保健有助益的中草藥產品及製劑，把臺灣建設成中草藥科技島與國際中藥新藥開發中心的目標才



能迅速達成。衛生署中醫藥委員會在此階段應該位階提升與組織調整，將有助於中期目標的推動、整合與執行。

- 3.長期：臺灣中醫藥在教、考、訓、用、科技研發、管理及法規等方面完備之後，利用國際行銷的方式主動出擊，把臺灣中醫藥現代化及中西醫整合的成功模式展現在世界各國面前，讓世界各國對臺灣中醫藥的發展刮目相看，並促成與世界衛生組織及海峽兩岸的中醫藥積極交流與合作，使臺灣重回世界衛生組織或其他國際組織。

附錄二 「衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造之探討」 諮詢問卷

各位先進、前輩，您好：

為因應行政院進行組織再造、積極參與 WHO 及 WTO 中醫藥事業活動及交流與回應世界各國全力發展傳統醫學與中草藥生物科技，為積極推動台灣中醫藥之整合與前瞻，必須進行中醫藥委員會的組織定位與組織位階的重新思考與調整。

希望藉由這份諮詢問卷，能瞭解您的寶貴看法與意見，以做為日後中醫藥委員會在進行組織定位與組織改造之探討時的重要參考依據。敬請您撥冗填答以下問卷，請在下列適當的□內打勾。

感謝諸位先進與前輩的支持，敬祝您 身體健康，萬事如意！

中國醫藥大學 中西醫結合研究所 張永賢 教授  
醫務管理研究所 蔡文正 副教授 敬上

聯絡人 林柏巖 0919-311263

傳真：04-22028895

您對中醫藥委員會組織功能與位階及回應世界衛生組織 (WHO) 傳統醫學策略的看法/意見	非常同意	同意	沒有意見	不同意	非常不同意
1.世界衛生組織 (WHO) 發表 2002-2005 傳統醫學全球策略：鼓勵各國政府展開傳統/補充另類醫藥的規範化管理並納入國家衛生保健系統；促進傳統/補充另類醫藥的安全性、有效性與質量標準研究；保證民眾對傳統/補充另類醫藥的可獲得性與費用的可承受性；促進傳統/補充另類醫藥的合理使用，正是傳統/補充另類醫藥走向全世界的良好時機。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.世界衛生組織 (WHO) 發表 2002-2005 傳統醫學全球策略，是臺灣中醫藥發展與臺灣重回國際舞台的新契機。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.臺灣應積極爭取 WHO 與世界上其他發展傳統/補充另類醫藥國家的交流與合作，拓展台灣中醫藥在國際發展的舞台。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.中醫藥委員會應善加運用世界貿易組織 (WTO) 與世界衛生組織 (WHO) 之平台，整合國內外資源，強化組織定位與層級，發揮中醫藥專責機關之樞紐角色，創造主流價值。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.臺灣在民國 71 年即開始實行中藥廠 GMP (優良製造規範)，迄今已累積 23 年的品管經驗，居世界領先地位。中醫藥委員會應將此成果向國際宣揚，吸引國際焦點。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>您對中醫藥委員會組織功能與位階及世界衛生組織（WHO） 傳統醫學策略的看法/意見</p>	非常 同意	同 意	沒 有 意 見	不 同 意	非 常 不 同 意
6. 臺灣在民國 84 年開辦全民健保，中醫藥納入全民健保，居世界領先地位。中醫藥委員會應將此成果向國際宣揚，吸引國際焦點。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 全球天然植物藥興起，提供中藥巨大市場，預估 2005 年銷售額將達 338 億美元，臺灣有深厚的製藥工業基礎、23 年的 GMP（優良製造規範）實施經驗與紮實的中醫藥理論基礎，臺灣有成為世界級中草藥研發基地的實力。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 為回應美國食品藥物管理局（FDA）提出的企業植物藥產品規範，經濟部 2001 年提出「中草藥產業技術發展五年計畫」，整合相關部會，中醫藥委員會佔有重要角色。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 建設臺灣成為中藥新藥開發中心與中草藥科技島，需建立符合 GCP（中草藥臨床療效評估）之中藥臨床試驗環境，中醫藥委員會已在十家教學醫院成立中醫藥臨床試驗中心，鼓勵中藥開發，應配合全球市場快速成長及發展潛力。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 中醫藥委員會建立全國中藥不良反應中心，對民眾與相關醫療人員進行用藥安全宣導，為臺灣民眾使用中醫藥的安全把關，應繼續及加強把關。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 中藥必須注重藥材之基源鑑定、重金屬及農藥殘留檢驗與安全性的認定等品質管制的具體工作，中醫藥委員會應積極參與相關事務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 中醫藥委員會應積極鼓勵國內已通過臨床試驗安全有效的中草藥產品推向國際，使國際都知道台灣的中草藥產品具國際水準且值得信賴。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 臺灣現有藥師及中藥商兩萬餘人，為符合時代潮流，中醫藥委員會應積極輔導及管理對於藥師執行中藥及中藥商的人才的繼續教育與中藥藥材品質鑑定及保存。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 中醫藥委員會推動「中醫臨床教學整體計畫（2002-2006）」，提升臺灣的中醫藥現代化與國際接軌，應要積極發展。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 中醫藥委員會推動「中藥用藥安全環境五年計畫（2004-2008）」，提升臺灣的中醫藥安全性與品質管制，應要積極發展。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>您對中醫藥委員會組織功能與位階及世界衛生組織 (WHO) 傳統醫學策略的看法/意見</p>	非常同意	同意	沒有意見	不同意	非常不同意
16.中醫藥委員會推動「中醫藥現代化與國際化之整合型計畫(2003-2006)」,提升臺灣的中醫藥現代化與國際接軌,應要積極發展。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.中醫藥委員會推動中醫醫院評鑑,提升中醫醫療之品質與中醫醫療的現代化。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.中醫藥委員會應積極推動中醫藥執業人員的持續教育、中醫專科醫師、中醫護理與中醫住院等制度。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.為健全中醫護理制度,目前已成立中醫護理學會,中醫藥委員會應加強中醫護理人才的培訓及服務於醫療院所。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.民俗療法造成多起醫療事故,引起民眾對中醫藥安全性與療效的疑慮,中醫藥委員會應加強輔導與管理機制,並教導民眾辨別正統中醫與民俗療法之間的差異。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.證據醫學 (EBM) 是世界潮流,中醫藥也應該積極朝向證據醫學的領域邁進,中醫藥委員會為中醫藥最高衛生行政機關應加強推動證據醫學相關事務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.中西醫結合是二十一世紀的世界潮流,臺灣應該積極推動與發展擁有中西醫雙執照的醫師執行中西醫療業務,充分運用國家醫療資源,加速中西醫結合的發展。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.經建會統計,台灣 65 歲以上老人將急速增加,對政府、社會及家庭財政造成壓力,尤其是醫療照護問題,中醫藥委員會應運用中醫藥之優勢積極參與。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.二十一世紀是預防醫學是主流,提到預防醫學就不能忽略中醫藥的存在,中醫藥委員會應積極運用中醫藥的長處與優勢讓民眾瞭解運用中醫藥保健養生,並將推行中醫藥養生保健的經驗與國際分享。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.中國大陸的中醫藥實力與對世界中醫藥的影響是不可忽視的,應加強兩岸中醫藥學術團體之交流與觀摩,中醫藥委員會應扮演積極的角色。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.中醫藥立法為全球熱門話題,中醫藥委員會應密切關注國際各國補充另類醫學 (CAM) 及生物科技之發展並推動國際交流與合作。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您對中醫藥委員會組織功能與位階及世界衛生組織 (WHO) 傳統醫學策略的看法/意見	非常同意	同意	沒有意見	不同意	非常不同意
27.二十一世紀是資訊爆炸、網際網路盛行的時代，中醫藥委員會應加強中醫藥典籍、雜誌、期刊論文與訊息等資訊網路化、中英文雙語化，讓國人及中醫藥界廣泛接觸中醫藥資訊，且世界各國可瞭解臺灣中醫藥的發展與進步情形及學術交流。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.中國大陸中醫藥管理局的組織定位與架構具參考意義，中醫藥委員會的組織層級應做適度的調整，成為中醫藥管理局，以發揮對中醫藥之完整管理功能。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.中醫藥委員會進行組織改造應加強中醫藥行政管理專才的培養。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.面臨國際上對於傳統/補充另類醫藥的重視，應提升中醫藥委員會位階。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.為永續推動中醫現代化及國際化、發展中草藥成為高產值主流產業與建造臺灣為中草藥科技島，應提升中醫藥委員會位階。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

基本資料：

21. 性別：1.  男 2.  女

22. 年齡：\_\_\_\_\_歲

23. 身份別：(可複選)

1.  中醫師 2.  西醫師 3.  中西醫師 4.  護理人員 5.  藥師

6.  醫事相關人員 7.  衛生主管單位人員 8.  教育單位人員

9.  其他\_\_\_\_\_

24. 臨床服務年資：

1.  少於5年 2.  5至10年 3.  11至15年

4.  16至20年 5.  大於20年

25. 最高學歷：

1.  專科 2.  大學 3.  研究所(含以上) 4.  其他\_\_\_\_\_

26. 目前所擔任的行政工作職銜：(可複選)

1.  理事長 2.  理監事 3.  院長/副院長

4.  部/科主任 5.  系/所主任 6.  無

7.  其他\_\_\_\_\_

**※若各位有其他寶貴的意見或看法，敬請以傳真、信件或電子郵件 (E-MAIL：  
a264001@apple.cmu.edu.tw) 聯繫，謝謝！**