

第一章 緒論

第一節 研究動機

台灣歷經多年的努力，在西元 2002（民國 91 年）年 1 月 1 日終於如願，成為世界貿易組織（WTO）的第 144 個會員。加入 WTO 後對國內經濟及產業帶來深遠的影響，由於我國加入 WTO 後必須降低關稅、減少非關稅障礙措施、開放服務業市場與政府採購市場，以及遵守智慧財產權規定等。因此許多市場包括醫療服務都必須大幅開放。

世界貿易組織有以下幾個規範：

- 一、最惠國待遇
- 二、視同國民待遇
- 三、貿易自由化
- 四、透明化及可預測性

根據世貿組織的國民待遇原則，國民待遇是最惠國待遇的有益補充。國民待遇要求給予進口產品和本國產品以平等待遇，至少是在外國產品進入市場之後，同樣的原則也應適用於外國和本國的服務以及外國和本國的商標、版權和專利。WTO 是以國際條約、協定的方式

規定其締約方之間彼此給予國民待遇的，為各國普遍認同和接受。從理論上講，它有利於使各國民間經貿方面的交往正常發展。

在實現所有世貿組織成員平等待遇基礎上，世貿組織成員的商品或服務進入另一成員領土後，也應該享受與該國的商品或服務相同的待遇。這正是世貿組織非歧視貿易原則的另一體現 - 國民待遇原則，嚴格講應是外國商品或服務與進口國國內商品或服務處於平等待遇的原則。

基於以上提到的國民待遇原則，未來大陸及其他外國中醫師也有可能來台執行中醫醫療行為或者建立中醫醫療機構，如此一來，便對本土的中醫生態產生嚴重衝擊。

此外，對於中醫醫療人員方面，我國現行醫師法第二條規定醫師資格，必須經過教育部所認可之醫學院修習醫學，並經實習成績優良，得有畢業證書，始能參加醫師專技高等考試，及格者才可請領醫師證書。目前教育部甄試規定僅認同美國、加拿大、歐洲、澳洲、紐西蘭、日本、香港、新加坡、南非等九大地區之學歷。對於在其他地區欲取得醫師資格，必須先視教育部是否承認其學歷，還要在參加考試院所舉辦的專技高考等考試。

在亞洲地區的國家中，日本並無正式中醫培育制度，而只有正式成立針灸大學教育。而韓國傳統醫學源於中醫，與韓國自身療法相

結合並且不斷發展而成韓國獨特的四象醫學，與我國中醫體制皆有較大的差距，故我國加入 WTO 後，對我國中醫藥可能產生最大的衝擊應來自大陸地區。目前台灣前往大陸修習中醫者已有數千名之多，未來一旦兩岸學歷認證，台灣中醫則將會面臨到更多國家考試競爭及職業競爭方面的問題。為及早因應此種狀況的發生，故我們必須未雨綢繆，知己知彼瞭解鄰近國家及台灣地區在中醫醫療管理體制方面的優勝劣敗，以研擬對策。

大陸與台灣，兩岸開始中醫藥高等教育的時間相近。大陸於 1956 年，開始設立北京、廣州、上海、成都四所中醫藥學院；台灣亦於 1958 年核准設立中國醫藥學院。大陸因政治體制的關係，學校全為公立；台灣中國醫藥學院則為私立。兩岸相對，要以只有一所的私立性質的學校，與大陸眾多的公立性質學校相抗衡，自有其難能可貴之處。加上大陸中醫事業，歷史悠久，老中醫人數眾多，要舉辦行政及學術方面的研討工作，並不困難。而台灣因受日本統治五十餘年（1895-1945 年），期間中醫藥人才的培育工作，停頓甚久，老中醫的人數不多，且逐年凋零。故本研究擬就台灣、大陸地區中醫醫療管理制度以四個層面（教育、考試、中醫行政管理及醫療服務提供）就我國中醫管理體制內部資源之強弱及外部環境之機會，以找出適合台灣中醫體制之發展策略。

第二節 研究目的

為了有效擬定加入 WTO 後中醫藥發展的策略，必須對鄰近國家在中醫藥的管理機制上有進一步的瞭解，因此本研究擬就針對我國加入世界貿易組織（WTO）後，對本土中醫業所帶來之衝擊及如何因應來進行研究，並對台灣、大陸地區之中醫師執業及中醫醫療機構管理制度，以教育、考試、行政管理、醫療服務提供這四個層面來進行討論。希望能研擬出因應的對策，讓我國加入世界貿易組織(WTO)對本土中醫業的負面衝擊降至最小，正面效益達到最大，以維持我國中醫業的競爭力。故本研究之研究目的如下：

- 一、蒐集並比較台灣與大陸地區的中醫教育單位及其管理制度與文獻。
- 二、蒐集並比較台灣與大陸地區的中醫認證考試制度及其管理制度與文獻。
- 三、蒐集並比較台灣與大陸地區的中醫行政管理組織及其管理制度與文獻。
- 四、蒐集並比較台灣與大陸地區的中醫醫療服務提供單位及其管理制度與文獻。
- 五、經由文獻整理及專家意見，以 SWOT 分析為基準擬定台灣因應未來發展的策略，並提供適合中醫藥之策略與建議。

第二章 文獻探討

第一節 策略管理相關文獻

一、 策略的定義

策略 (Strategy) 的觀念最早起源於軍事用語，古希臘字“Strategos”，其意思為「善用資源以打敗敵人的方法或計畫」。早在距今兩千五百年前的中國軍事鉅著 - 「孫子兵法」中便已提到：『上兵伐謀、其次伐交、其次伐兵、其下攻城』，認為戰爭用兵的最上策便是以謀略取勝。在韋氏字典中則將策略定義為「規劃並指導大規模軍事行動的科學」。直到1947年 Von Neumann & Morgenstern發表「競局理論」(Theory of Games)，才使得策略一詞逐漸廣為應用在企業活動上。

對於策略一詞，中外學者都曾提出一些不同的看法，茲依據年代之先後整理如表 2-1：

表 2-1 策略定義彙總表

學者	年代	定義
Von Neumann & Morgenstern	1947	廠商為因應某些特殊情勢，所採取一系列的活動。
Ducker	1954	策略是分析目前情勢，如有必要，則將情勢加以改變，並包括探詢企業現有的資源或應有的資源。

Chandler	1962	策略為企業的長期目標，及為了達到此目標所採行之行動方案與資源配置標準。
Tiller	1963	策略是一個組織的目標和主要政策的配合。
Ansoff	1965	將策略視企業和環境共有的引線，且此引線是由產品/市場範圍、成長向量、競爭優勢、綜效等四個要素所組成。
Kotler	1967	策略說明了如何達到組織目標，並擬訂計畫方案。
Cannon	1968	策略為公司整體或任何經營功能範圍內具有方向性的決策。
Andrews	1969	策略是達成目標的政策或計畫。
Vancil	1970	策略是組織領導人明示或暗示的一種想像力，涉及組織的長期目標。
Newman & Logan	1976	策略是公司未來目標的表徵，包括公司未來的任務及如何去做。
Rogers	1977	策略是分配有限資源的規劃行動。
McNichols	1977	策略由一系列的決策構成，存在於政策制定程序中，利用技術與資源來達成企業基本目標的科學與藝術。
Mintzberg	1978	策略是一系列的決策或行動的型式。
Galbraith & Nathanson	1978	策略是企業基本目標的與目標，以及為了達成目標所取的特定行動方案。
Hofer & Shendel	1979	策略是使組織達成與環境配合之根本手段。
Quinn	1980	將組織的主要目標、政策及行動，順序地整合為一個整體型態或計劃。
Glueck	1980	策略是為了達到組織的基本目標而設計的一套統一的、全面的及整合的計畫。
許士軍	1981	策略為達成某一特定目的所採用的手段，表現出對重要資源的調配方式。
大前研一	1984	企業家利用策略以使自己從眾多競爭者中脫穎而出。
Cool	1985	一組活動及應用資源在此活動上也便使企業達到競爭優惠及其目標。
Steiss	1985	管理者採取的特殊行動，來抵銷現有或在競爭者的行動；亦即要達成企業的主要目標。
Rue & Holland	1986	組織實現目標的方法；在環境的機會、威脅下，分配組織的資源與能力。

Fred 司徒達賢	1989	達成長期目標的方法
	1994	是指企業的形貌（包括經營範圍與競爭優勢等），以及在不同時間點，這些形貌改變的軌跡（形貌意指策略型態）。
Hill	1995	策略的主要目標是達成公司的競爭優勢。
Porter	1996	企業的競爭政策是企業為了取得產業中較佳之地位所採取的攻擊或防禦活動。
吳思華	2000	策略可以評估並界定企業的生存利基、建立並維持企業不敗的競爭優勢、達成企業目標的系列重大活動、形成內部資源分配過程的指導原則。

資料來源：許正昇（1999）、本研究整理

二、策略管理程序

就學理而言，一套完整的策略管理程序有 9 項步驟，其包括前置作業期間之策略規劃、作業期間之策略執行及作業完成之評估。其中策略規劃的程序含有 7 項步驟，在策略管理程序中佔有極高的比例，充分的說明一項方案須經過縝密的事前規劃及分析之後，交付執行，在評估成果，形成一整體循環，如圖 2-1（周郁崑，2000）。

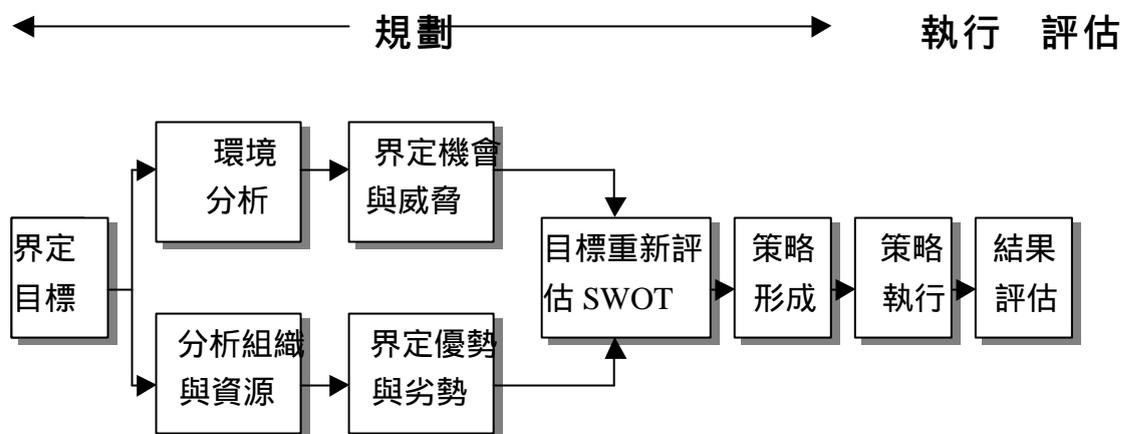


圖 2-1 策略管理程序流程

在內外環境分析方面，人類的行為或文化是所處環境的產物，不同環境會塑造不同的人類行為或社會文化。對企業組織而言，所面對的是難以抗衡的總體環境，以及各事業體的產業環境，組織必須了解所處的大環境以及分析評估產業環境的機會與威脅，以進一步的掌握最有利的機會和防範最可能的嚴重威脅。

（一）外部環境分析

產業環境包括企業外部所有決定產業競爭特質及強度的產業因素。一家公司其競爭策略的目標是在為產業內尋找一個有利之地位，以有效對抗或影響這些競爭力，形成對公司有利的形勢。公司要擬定策略，應當分析每一影響因素的來源，瞭解公司本身主要的競爭優勢與劣勢，幫助公司在產業內重新定位，瞭解產業變動所帶來的機會與威脅。根據 Michael Porter 所提出的產業五力分析模式（如圖 2-2），一個廠商所面臨的競爭力量有五個來源，主要由產業內競爭者、潛在競爭者、替代品、供應商及顧客所構成，這五種要素在競爭深度及產業獲利能力兩方面都扮演著重要的角色，因為它們影響產品價格、成本、與必要的投資，這些都是影響投資報酬的因素。每一種競爭力的強弱，決定於產業的結構或經濟與技術等特質，茲分別分析如下：

1. 產業內競爭者

在不同產業中，會有不同的競爭程度。激烈的競爭繼影響產品價

格，也會牽動廠房設施、產品研發、廣告和銷售方面的競爭成本。

2.潛在競爭者

潛在的新進入者不但限制了產品的價格，並造成原廠商為阻斷新競爭者而必須增加投資。潛在競爭者進入該產業的威脅，主要是進入障礙的高低而定。

3.替代品的威脅

替代品的威脅會影響廠商能夠要求的產品價格。

4.供應商的議價能力

供應商的議價能力關係到原料和元件的成本。

5.顧客的議價能力

顧客的議價能力會影響廠商能夠要求的產品價格，同時也會影響企業的成本與投資-當顧客強勢時，往往要求較高成本的服務。

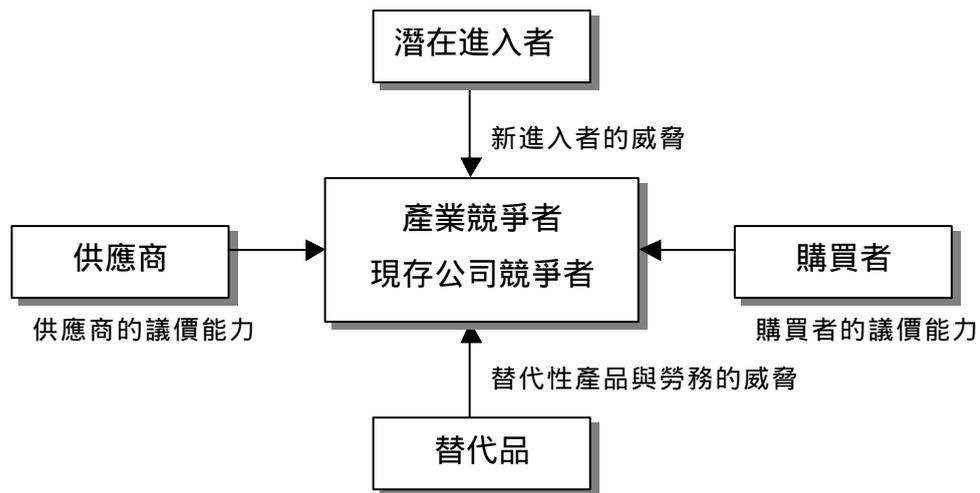


圖 2-2 Porter 之五力分析

資料來源：Michael E. Porter. (1979) , "How Competence Forces Shape Strategy" . Harvard Business Review, March- April.

(二) 內部環境分析

企業資源與實力的評估，最主要是分析探討組織本身所擁有並且能加以控制的內部資源優勢與劣勢因素，諸如組織使命、財務資源、技術資源、研究發展能力、組織文化、人力資源、產品特色、行銷資源等。根據 Michael E Porter 所提出的價值鏈分析（如圖 2-3）指出企業的經營活動可分為幾個階段，而每個階段對最後產品都有些許貢獻，及理論中所稱的「價值鏈」。而企業和外部的組織機構，則構成一更大的價值鏈，企業端賴這些價值的創造而賴以生存。

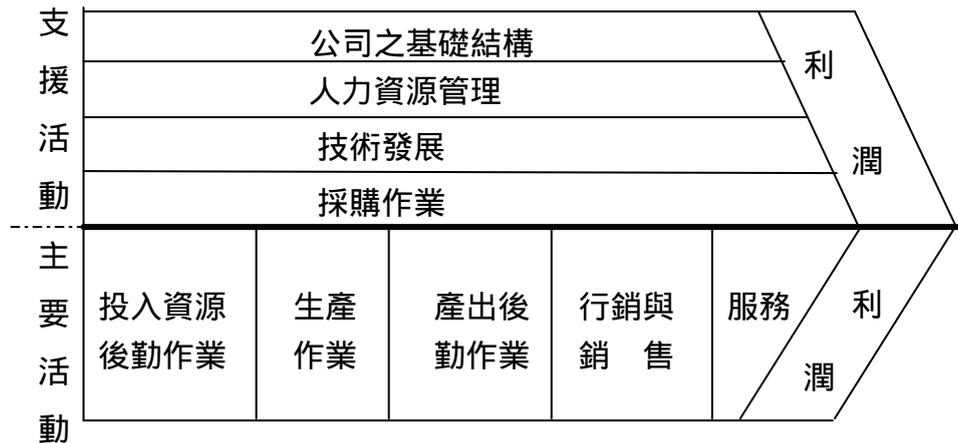


圖 2-3 Porter 價值鏈

資料來源：Porter, M. E.(1985),Competitive Strategy, New York: The Free Press. p.37

1.主要活動（ Primary Activities ）：

（ 1 ）投入資源之後勤作業

有關採購、倉儲、物料運送、存貨控制、交通運輸排程及退貨等活動。

（ 2 ）生產作業

有關將投入轉換成最終產品型式活動，如加工、包裝、裝配、設備維護、測試、印刷及設備運作等。

（ 3 ）產品後勤作業

有關儲存及對買者之實體產品的分配，如製成品之倉儲、物料運送、運送作業、訂單處理及排程等活動。

（ 4 ）行銷和銷售

有關提供買者能採購與誘發購買之意念，如廣告、促銷、銷售力

運用、報價、通路選擇、通路關係、定價策略等活動。

(5) 服務

有關提供增強或維護產品價值之活動，如分期付款、維修、訓練、零件供應、及產品改良等。

2. 支援活動 (Support Activities)

(1) 採購活動

指有關企業所需之各種投入因素的活動，如包括和供應廠商之議價、辦公設備、原料之採購、相關資訊蒐集及尋找各種投入因素之來源等活動。

(2) 技術發展

泛指具體化之技術，包括訣竅、程序、產品與設備製程的發展和改良等。

(3) 人力資源管理

包括所有人士類型之招募、雇用、訓練、發展和薪酬等活動。

(4) 企業之基礎作業

包括一般管理、規劃、財務、會計、法律、政府事務、品質管理等各種活動。

(三) SWOT 分析

Ansoff 於1965 年提出SWOT 分析，認為在策略管理的程序中，企業必須做優勢(strengths)、劣勢(weakness)、機會(opportunities)、威脅(threats)的比較，進而擬定一系列的策略方案。SWOT 分析的主要目的在於尋找能夠使公司資源與潛能可以和所處市場環境相配合的策略，換句話說，由SWOT 分析而產生的策略方案，應該是建立在公司的優勢之上，目的以利用機會、對抗威脅，並且能夠克服公司的劣勢。

學者Aaker 認為企業在進行策略規劃時的SWOT 分析包含了五大分析類別，亦即外在「總體環境分析」、「產業分析」、「消費者分析」、「競爭者分析」及「自我分析」。

Barney進一步將SWOT 分析歸納為兩個思想主流：一是強調外在環境的分析，以競爭策略獲得優勢，稱之為「競爭優勢環境模式」，例如Michael E. Porter 提出五力分析架構，用以解釋企業所面對的產業環境狀況，已獲得相當的認同及採用，而成為近年來策略管理學說發展的主流；另一是對企業內部優劣勢的分析，強調組織能力的培養與強化，稱之為「資源基礎模式」，此方面觀點係基於外界環境的詭譎多變，企業對環境相關變因難以掌控，要進行外在分析並不容易，因此認為對企業內部資源與能力的分析，更適合做為企業定位

與發展的基礎。

若以策略思考的程序邏輯來區別，「競爭優勢環境模式」的觀點為由外而內型，而「資源基礎模式」的觀點為由內而外型。Barney 提出以下的概念模式可作說明：

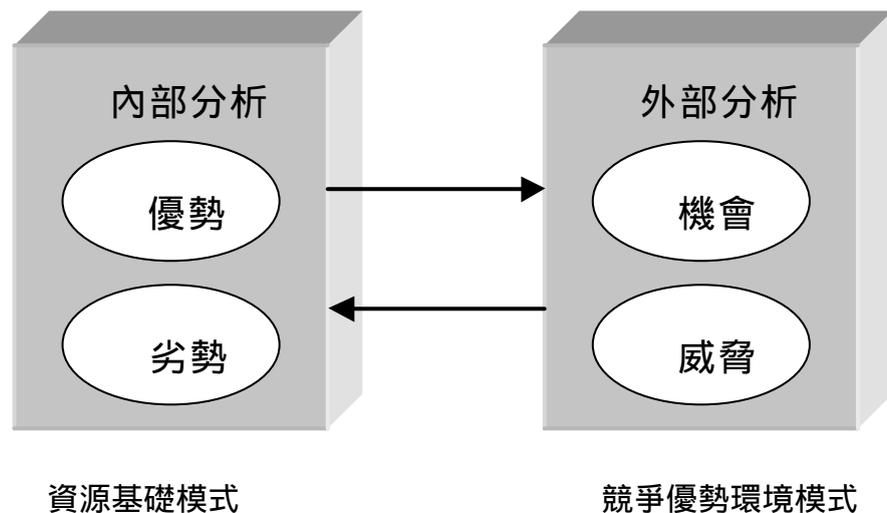


圖2-4 SWOT分析、資源基礎模式與競爭優勢環境模式之關係

資料來源：Barney. D.F. (1991) , "Tine paths in the diffusion of Product Innovations" . Macmillan, London. P.100

1982年 Wehrich曾提出,將內部之優勢(strengths) 劣勢(weakness) 與外部之機會(opportunities)及威脅(threats)等相互配對,利用最大之優勢和機會及最小之劣勢與威脅,以界定出所在之位置,進而研擬出適當的因應對策,分成四種策略：

(一) SO 策略,即依優勢最大化與機會最大化(Max-Max)之原則來強化優勢、利用機會。

(二) ST 策略，即依優勢最大化與威脅最小化(Max- Min)之原則來強化優勢、避免威脅。

(三) WO 策略，即依劣勢最小化與機會最大化(Min- Max)之原則來減少劣勢、利用機會。

(四) WT 策略，即依威脅最小化與劣勢最小化(Min- Min)之原則降低威脅、減少劣勢。

外部因素 / 內部因素	優勢(S)	劣勢(W)
機會(O)	SO 策略之對策方案 (Max-Max)	WO 策略之對策方案 (Min-Max)
威脅(T)	ST 策略之對策方案 (Max-Min)	WT 策略之對策方案 (Min-Min)

圖2-5 SWOT 分析之策略擬定

資料來源：Wehrich H. (1982) , "The TOWS Matrix-A Tool for Situational Analysis". Long Range Planning , Vol.15,No.2, p.60

三、 競爭策略理論

有關競爭策略理論的文獻相當多，許多學者均有不同之主張與見解，目前廣受學界所應用的理論有（一）Ansoff (1965)的經營策略；

(二) Miles & Snow (1978, 1984)的適應性模式策略;(三) Porter (1980)的競爭優勢策略;(四) 大前研一(1984)的基本競爭策略;(五) Miller (1986)的競爭策略。茲分述如下：

(一) Ansoff (1965)的經營策略

1.市場滲透策略

屬於在現行產品市場採用的成長策略，可藉由增加市場佔有率、產品使用率、產品的使用次數等，來進行市場滲透。

2.市場發展策略

採用地理性的擴張，或以新的市場區隔為目標的策略作法。

3.產品發展策略

藉由增加產品特性與產品改良、發展新一代的產品或為現有市場開發新產品，在產業中取得新的競爭優勢。

4.多角化策略

此策略是指新產品新市場的多角化，可以針對與本業具有相關性或不具相關性的產業進行投資。

表2-2 Ansoff的策略矩陣表

市場別 產品別	現有產品	新產品
現有市場	市場滲透策略	產品發展策略
新市場	市場發展策略	多角化策略

資料來源：Ansoff, I. H. (1988) , The New Corporate Strategy, 3rd ed.,
New York NJohn Wiley & Sons, Inc., p.83

(二) Miles & Snow (1978、1984)的適應性模式策略

適應性模型強調策略管理者應著重在組織活動與其所處環境之緊密契合，因此在制定事業策略時要考慮到環境、事業問題、技術問題與管理問題。Miles & Snow 便根據企業解決策略問題的方式，將事業策略分為四種類型1.防禦者策略(Defenders)；2.前瞻者策略(Prospectors)；3.分析者策略(Analyzers)；4.反應者策略(Reactors)。

1.防禦者策略(defenders)

採取此策略之組織只專注於單一、有限的產品或市場，採取保守的成本控制、提高專業領域效能以防禦其市場地位，較少從事新產品之發展、新市場之開拓。

2.前瞻者策略(prospectors)

此型策略之組織採取積極性的新產品、市場開發，也就是隨時尋找新市場機會與新產品發展，不斷開拓較寬廣的市場範圍，而成為同業中新產品進入市場或新技術之先鋒。

3.分析者策略(analyzers)

採取此策略之組織其產品一在穩定市場，一在變動的市場，因此，結合上述二者策略，以確保核心市場為目的，並同時經由產品發展來尋求新市場定位。

4.反應者策略(reactor)

採取此策略之組織面對環境改變時，很難迅速的去適應或因應，無一定之策略可言，是一種毫無競爭優勢的策略類型。

(三) Porter (1980)的競爭優勢策略

Porter 發展極具代表性之一般化事業策略，即全面成本領導、差異化及集中化三種策略模型，並認為此三種事業策略之任一種皆可帶來廠商之競爭優勢。

1.差異化策略(Differentiation)

此策略重點在利用品牌形象、產品、服務等特性，讓顧客認知到其產品的獨特性，以使產品的價值更為提昇，但並非忽視成本，只是成本不是其主要的策略目標，因此在此策略下，企業會大量的研發、廣告及促銷費用，加強對通路的掌控、密集之顧客服務，以持續創造

產品品質差異化的特性。

2.成本領導策略(Cost Leadership)

通常只有市場佔有率最高的廠商才會採行此策略，且會因產品的同質性相當高，使得顧客在選購該項產品時，將售價視為一重大的考量因素，因此，企業可在不忽略其他功能情況下，經由提供產業中最低的成本，取得競爭優勢，其中包括積極從事規模設備的設立、自經驗中追求成本的下降、嚴格控制成本、提高產能利用率、建立有效率的採購性系統、較有利的原料獲取方式、生產流程與分銷系統等，並儘量降低研發的投資及銷管費用，一切用意皆在達成比競爭者更低、更具競爭力的生產成本。

3.集中策略

集中策略可分為成本集中策略與差異化集中策略，其出發點在針對特定目標、產品類型或地理區域，選擇上述二種策略之一來滿足此特定顧客群的需求，以獲取競爭優勢。此策略是將焦點集中在一特別的購買團體、產品線或地理區域，低成本和差異化策略是將注意力放在整個產業上，而集中化策略是將焦點放在某特定市場，並認為如果針對狹窄的策略目標全力服務，將可以比目標廣泛的競爭者更有效用或效率。

		競爭優勢			
		低成本	差異化		
競爭範圍	廣	成本領導	差異化	窄	
	窄	成本集中	差異集中		

圖2-6 Porter之競爭優勢

資料來源：Porter, M. E. (1985), *Competitive Strategy*, New York: The Free Press. p.39

(四) 大前研一(1984)的基本競爭策略

日本著名的策略大師大前研一，以「正面競爭」與否、「產品創新」與否為兩構面，區分出四種基本的競爭策略：

1. 關鍵成功因素策略

企業若能辨明關心成功因素所在，例如競爭技術或資產等，而將資源儘可能有效集中的投入這些關鍵因素上，便可取得企業的成功。

2. 相對優勢策略

找出與競爭對手之間的差異所在，例如產品技術、銷售方式等，並且充分利用這些差異，來造成相對的競爭優勢。

3. 主動攻擊策略

當產業成長緩慢或停滯時，並且公司主要的競爭對手在此產業中已有穩固的基礎時，應採取主動攻擊，設法改變現有的競爭規則，以

創新或不同的方法來創造自己的競爭優勢。

4.策略自由度策略

在競爭激烈的產業中，企業以創新的方式。例如開發新產品或新市場，避免與對手作正面的競爭，來取得競爭優勢，即是一種策略自由度的發揮。

正面 攻擊	關鍵成功因素策略	主動攻擊策略
	相對優勢策略	策略自由度策略
避免 正面 攻擊		
	現有產品	創新產品

圖2-7 大前研一的四種基本競爭策略

資料來源：大前研一 著（1984），「策略家的智慧」，長河出版社。

（五）Miller (1986)的競爭策略

自Porter 發展出一般化的競爭策略後，許多學者紛紛投入競爭策略的研究，其中便以Miller (1986)的分類較具代表性，其將競爭策略分成下列四類：

1.產品創新(Product Innovation)策略

此策略在於了解與管理更多的產品、顧客類型、技術及市場。

2.市場差異化(Market Differentiation)策略

此策略在於了解消費者的偏好，提供差異化的產品或服務。

3.市場廣度(Market Scope)策略

此策略在於選擇正確的產品範圍及服務的區間。

4.成本控制(Cost Control)策略

此策略在於以有效率的方式生產標準化的產品，以降低其生產成本。

第二節 世界貿易組織之概述

一、世界貿易組織之成立及主要功能

WTO 是由GATT 轉變而來，是一個獨立於聯合國之外的永久性國際組織，總部設在瑞士日內瓦，正式成立於1995年1月1日，負責管理世界經濟與貿易秩序，在大陸和台灣加入後，現在總計有144個成員，約佔全球貿易總額的95%。

由於GATT 運作46年之後，各參盟會員感受到GATT 非正式組織方式運作之困難，在烏拉圭回合談判(Uruguay Round , 1986-1994) 期間，由加拿大和歐盟提議成立，最後117國代表於1994年4月15日共同在摩洛哥馬拉喀什(Marrakeh) 簽訂烏拉圭談判最終協定，亦即世界貿易協定，附帶通過1995年1月1日成立WTO。

根據馬拉喀什「設立WTO協定」，WTO的宗旨是會員之間對於貿

易及經濟方面的關係應以：

- (一) 提升生活水準、確保充分就業的前提下，擴大並穩定的提高實質所得和有效需求的成長，並擴大商品與服務貿易之產出。
- (二) 在永續發展的目標下，達成全球資源的最佳利用、保護和維護環境。並兼顧各會員國不同經濟發展水準下之需要和關切，加強採取各種相應的積極措施。
- (三) 積極努力以確保開發中國家，尤其是低度開發國家，在國際貿易中獲得與其經濟發展水準相當的利益。

表2-3 世界貿易組織成立簡表

第一階段	醞釀期	1945年	二次大戰末期美國認為保護主義為釀成經濟大恐慌之主因，構想成立一國際貿易組織（ITO），推動自由貿易。
第二階段	提議期	1945年8月	美、英兩國於倫敦會商戰時財務問題時提出。
第三階段	討論期	1946年	聯合國貿易暨就業會議在古巴首都哈瓦那舉行時討論。
第四階段	草簽期	1947年3月	ITO憲章與各國折衷協商修正後完成草簽。
第五階段	停擺及GATT之成立	1947年10月31日	由於提議國美國國會未能通過ITO憲章，而暫時以GATT取代。
第六階段	成立期	1995年1月1日	117會員國代表於1994年4月5日，在摩洛哥馬拉喀什共同簽訂烏拉圭回合談判最終協定，亦即世界貿易組織。

資料來源：「加入世界貿易組織暨其對我國主要產業之影響」，調查資

料第 405 期，第 35 頁。

WTO是一個建立在會員之間相互信任基礎上的國際經貿組織，信任是WTO各項協定的重要保證與維繫。WTO的成員一致同意：共同遵守合作規則，促進世界貿易的健康發展，和維護世界的和平。萬一各會員間有貿易糾紛，會員的期望是：採取建設性的方法，來解決彼此間的分歧。因此，WTO成員在發生與他國貿易爭端後，不會單方面採取行動，而是會將爭端交由世界貿易組織來解決，因此，世界貿易組織創造了一個健全而穩定的國際經貿發展架構，重要性與日俱增。

世界貿易組織會以一致同意的貿易規則，作為解決會員間貿易糾紛的依據。一旦某項規則被制定後，會員就要遵守該規則；如果爭端會員對某項規則持有異議，WTO 將會對該規則繼續探討、修改，或是決定繼續沿用。綜言之，WTO 的主要功能為：

- (一) 管理貿易協定。
- (二) 做為貿易協商的論壇。
- (三) 解決貿易爭端。
- (四) 審閱會員的貿易政策。
- (五) 經由技術支援及訓練計畫來協助開發中國家制定貿易政策。
- (六) 與其他國際組織合作。

二、世界貿易組織之基本原則

世界貿易組織的主要協議有：關稅與貿易總協定，服務貿易總協定，與貿易有關的投資措施協議，與貿易有關的知識產權協議等。這些協議主要體現了以下基本原則：

（一）非歧視原則

非歧視原則是 WTO 的基石，由無條件最惠國待遇和國民待遇原則組成。“最惠國待遇”是指在貨物貿易的關稅、費用等方面，一締約方給予其他任一締約方的優惠和好處，都須立即無條件地給予所有成員。而“國民待遇”是指，一締約方從另一締約方進口的產品，在國內稅收和法令規章方面享受其國內同類產品同等的待遇，不得歧視。

（二）互惠原則

指一締約方予以對方對等的補償，以換取其所實施的某項優惠待遇的互惠。該原則與最惠國待遇原則的結合實施，以避免締約方由雙邊互惠而導致的差別待遇。

（三）透明度原則

為 WTO 三個主要目標（貿易自由化、透明度和穩定性）之一。要求締約方迅速公布一切涉及外貿的法令、條例和行政決定，使各國政府和貿易商熟悉其有關進出口貨物規定。應未經正式公布，不得實

施。以防止締約方之間進行不公開的貿易，從而造成歧視性的存在。

（四）關稅減讓原則

該原則作為非歧視、互惠及透明度諸原則的實際執行載體。關稅減讓以互惠為原則，通過多邊關稅減讓談判來降低進出口關稅的總體水平，尤其是降低阻礙商品進口的高關稅，由此促進國際貿易的發展

（五）權利與義務平衡的原則

權利與義務的平衡是 WTO 的最大特點。WTO 成員也享受一繫列 WTO 賦予的權利，如參與制定多邊貿易規則等，同時也要履行 WTO 的義務，如遵守 WTO 的基本規則，履行承諾的減讓義務，以確保貿易政策法規統一性和透明度。在貿易伙伴不履行 WTO 義務，對本國（或地區）產業造成損失時，成員國可提出磋商或訴諸 WTO 貿易爭端解決機制，或在其他貿易領域獲得相應補償。此外，WTO 成員在特殊情況下確實無法履行 WTO 義務時，可以向 WTO 申明理由，提出暫停或延期履行相關義務。

三、我國加入 WTO 之主要利益

從經濟理論及實務運作分析，加入 WTO 雖不免對國內產業有短期衝擊，但我國因此可分享世界貿易成長之利益，並提升資源配置效率，其正面利益遠超過負面影響。此外，WTO 所持續推動之服務業市場開放措施，對我國發展成為亞太營運中心均有助益。我國加入

WTO 之主要利益如下：

(一)有效預測國際經貿走向

世界貿易組織會員國已達 144 個，WTO 所轄各項協定為所有會員國應共同接受的多邊國際經貿規範，因此創造了一個健全而穩定的國際經貿發展架構。我國入會之後，業者將可在一個更可預測的環境中，確實有效地掌握國際經貿規範及趨勢，進行各項貿易及投資活動。

(二)在 WTO 規範基礎下與各國進行經貿活動

WTO 在推動貿易自由化之同時，亦致力建立一個更為公平、合理之多邊貿易規則，亦即是「以規範為基礎」(rule-based)之法制架構。將來隨著 WTO 各項新議題，諸如投資、競爭、環保及勞工等項議題之不斷擴大，各會員國無論是政府部門之政策，抑或民間企業之貿易及投資等經貿活動，均應在此等多邊規範之架構下進行。我國亦可透過積極之參與，爭取對我國最有利之立場。

(三)確保我國在國際經貿體系之平等地位

在 WTO 之架構下，基於平等之地位，會員都必須遵循最惠國待遇及國民待遇原則，對於參與世貿組織多邊體系運作的各會員均享有平等的地位。我國由於國際情勢特殊，有時無法與貿易對手國充分對話，入會後我國可與各貿易對手國共同推動經貿自由化及進行多邊或雙邊貿易諮商談判，以確保我國之經貿利益。

(四)妥善運用 WTO 爭端處理機制

雖然 WTO 為一官方組織，但是 WTO 會員國對多邊貿易規範和市場開放的諮商無非是反映各國的企業利益。因此，我國加入 WTO 後，也應思考如何透過各級工商團體力量，整合業界之資源，協助中小企業收集國際經貿資訊，並掌握及運用 WTO 貿易自由化所創造之商機，藉著 WTO 爭端處理機制，反應我企業利益，排除我與其他會員體經貿往來所遭遇之困難，在公平客觀之國際爭端解決機制之下，依據各國共同適用之國際規範，解決貿易糾紛，維護及拓展我國經貿利益。

(五)透過 WTO 來參與其他經貿組織及活動

WTO 目前正加強與其他國際組織之合作及聯繫，以促進全球經貿政策之一致性。我國成為 WTO 之會員國後，可透過各國際組織與 WTO 之合作管道，取得相關資料，並出席其他國際組織與 WTO 合辦之會議或參加其他國際組織舉辦之研討會，有助於我與世界各國之經貿交流，對擴大我國經貿發展空間，具有極為廣泛而深遠之影響。

世界已邁入二十一世紀，全球經貿在 WTO 的引領下，更將朝向自由化、多邊化方向發展，而我國一向以經貿為經濟導向及生存依賴重心，未來除非我國打算閉關自守，否則若想要繼續發展對外經貿關係並立足於國際政治舞台上，提升全民生活水準，不論是否已成為

WTO 之會員，均將無法逃避且必須主動或被迫地遵守 WTO 已經建立的全世界一致性的國際規範，因此，我國決不能排除於國際經貿社會之外，必須積極爭取加入國際性之經貿組織，以加強與國際間之經濟互助關係，取得國際上應有的地位，確保我國經貿永續的發展。

四、WTO 對醫療產業的影響

就整體醫療界來看，加入 WTO 之後，由於進口關稅的下降，將使醫療器械與藥品的價格下降，藥品亦會面臨專利保護問題。從病患的角度來看，人們用於醫療支出的費用會越來越便宜。

在中醫醫療人員部份，因加入 WTO 對於其他會員國的中醫醫療人員，依視同國民遇待的規範，基本上只是符合該國國家教育單位所認同學歷，並再參與國家中醫師專技高等考試，則應可取得該國中醫師資格。以目前台灣教育部只認可九大地區文憑資格，包含：歐洲、美國、加拿大、日本、南非、澳洲、紐西蘭、香港及新加坡，但面臨多數人前往大陸學習中醫情形，未來一旦兩岸學歷認證通過後，其對國家考試及未來執業競爭勢必造成巨大衝擊。

在中藥的影響部份，在台灣輸入中藥必須以藥品報關，相較於其他國家則是將中藥材視為農產品，所以並不限中藥商才可輸入，為了有效管理藥材，以保障國民健康，須完成中藥典對策，訂出質量標準

管理規格，並給予合格中藥藥材核發許可證，並積極開發台灣本土中藥材。在中藥製劑應加強檢驗，推動臨床療效評估，且時亦要求國外製劑也要遵循，並開發新製劑，推動新技術與自創品牌。而政府及公會應扮演輔助中藥產業角色，推動 cGMP，創新研究新藥並申請專利，掌握國際商情資訊及行銷市場（張永賢，2002；羅曉軍，2001；李明軒，2001）。

第三節 中醫發展概況介紹

一、台灣醫療發展歷史沿革

自十六世紀中國移民逐漸渡海來到台灣定居開始，台灣的醫療方式就更為多元化，因為民間傳統的中醫師並沒有經過官方正規的教育訓練。在 1860 年代西方教會抵達台灣之前，傳統中醫一直是台灣醫療體系的主流。在西元 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 來到台灣，分別在台灣台南及淡水兩地設立西醫診所之後，台灣接受西醫訓練的人才開始增加。

1895 年中日戰爭，中國戰敗，將台灣割讓給日本，日本政府將西醫建設為台灣醫學之主流，並以教育作為台灣現代化及皇名化的手段之一，從此中醫在台灣的發展開始逐漸式微，在 1897 年的調查，台灣的中醫師人數約有 1070 人，但歷經日本統治，從 1899 年至 1945

年，日本政府在台約培養了 2800 名西醫師，直到 1945 年日本戰敗，台灣有執照的中醫師卻僅存不到 20 名（陳永興，1997）。

1945 年台灣光復之後，採取中西醫並存的政策，對中醫師執照的取得，採取放鬆政策及中醫特考，只要經過自學或學徒出生者均可報考中醫師執照而沒有任何的學歷限制，此一放鬆的中醫政策加上中醫師移入台灣，短短幾年之內，使得台灣原本在 1945 年時不到 20 人的中醫師人數，至 1954 年時中醫師人數變成高達 1545 人（Chi, 1996）。

1958 年教育部核准成立中國醫藥學院，開始將中國傳統醫學納入正規醫學教育體制內，醫學院之中醫人才養成教育正式開始，1966 年成立中醫學系，為七年制，其目的乃在培養更現代化、中西醫兼學、素質更高的中醫執業人員。且自 1966 年度起將修業年限延長為八年。1984 年又成立了五年制的學士後中醫學系，招收大學畢業具有學士學位以上資格，對中醫有興趣者。1988 年中國醫藥學院更接受考選部的委託，負起了中醫特考筆試及中醫師教育訓練的責任，希望能充份利用中國醫藥學院的師資、設備及經驗來培育更優秀的中醫人才，而後中國醫藥學院也陸續成立中醫學系碩士班及博士班。教育部於 1991 年核准國立陽明大學成立傳統醫學研究所碩士班，1998 年亦核准設立博士班。1998 年長庚大學也設立了中醫學系，共同為培育中醫人才而努力。民間團體亦相繼開辦針灸、內科等研習課程，以輔

導民眾加入中醫師的行列。

二、大陸醫療發展歷史沿革

大陸在 50 年代初期，政府打出「團結中西醫」方針，將中醫藥學的發展導入正確的途徑。在行政體系上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。1955 年，發展成中醫學術研究委員會，並切集合了零散的中醫師，從而建立數萬所聯合診所。創立許多中醫診所及中醫醫院，也在綜合醫院設立中醫科。

1956 年，在北京、上海、廣州、成都四大都市，在黨中央、國務院的指示下成立了四所中醫學院，至此，中醫學教育才正式成為大學教育的一環，堂堂邁入大學教育之途。此為大陸中醫高等教育之始。但由於大陸人口眾多，對衛生人力的需求高，故亦同時開辦「中醫帶徒工作」希望在 56 年至 62 年之中，培養 50 萬名新中醫，除了在一般中醫教育機構培訓外，一般中醫師都可以做師父帶徒弟，而招募的對象，只要初中畢業，或高小畢業語文程度較佳者即可參加。不過並沒有培養到預期的 50 萬名的目標即廢止。

在 1956 年到 1966 年間，中醫學院有 21 所，在校生數有 10155 人。十年間從這些學校畢業的學生高達 7100 人。同時，西醫學醫師

的中醫學研修生便有 2046 人。這十年間，在歷史上而言是中國傳統醫學最為光輝的時期，其原因就是大陸的中醫政策與「團結中西醫」的方針所致（錢信忠，1995）。

大陸在 1966 年至 1976 年 - 文化大革命這十年間被稱為「動亂的十年」，學生成為紅衛兵罷課、學校也停課，整個教育為之斷層，中醫教育亦不例外，遭受到嚴重的摧殘。許多年老的中醫師受到迫害，中醫師人數在這段期間急遽減少。大量貴重的中醫學古老文獻被破壞，中醫學的醫院設施，教育研究設施也被解散或合併，其他包括房屋、財產、儀器、設備、圖書、資料等都遭到嚴重的破壞，中醫基礎理論研究被取消，中醫學術討論被制止，原本中醫醫院有 300 多所，此時只剩下 129 所，全國中醫人數也減少為原來的三分之一，整個中醫事業大為衰弱，嚴重的影響中醫學的後繼者及未來發展（陳梅生，1997）。

1978 年秋，文革結束，學校復課，中醫藥教育亦逐漸復甦，衛生部召回大批中醫藥人員，重新安排工作，並且恢復過去被拆除的中醫機構，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的地位，有了一定的位置。並從民間老醫師中，選拔了一萬名優秀人員，派往全國各中醫機構服務，出版大量的中醫藥書籍雜誌，經過如此的努力，數年後，中醫藥關係者便由 23 萬人增加到

30 萬人次。中醫學院得以修復、調整，增加了 23 所，募集學生數從一萬餘人增加到二萬多人（1975~1980 年之間）。在這但期間，中醫專門醫院以及中醫診療所由 117 增加到將近 1000 所的程度(錢信忠, 1995)。

1986 年，根據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「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；建立中醫藥關係者的職務等級；制定採用基準與管理方法；促進中醫藥學得國際學術交流及展開技術協助等工作。

大陸在國家中醫藥管理局的領導下，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，要增加中醫師、士 25 萬人；中藥師、士 10 萬人。平均每千人口擁有中醫師、士 0.42 人；中藥師、士 0.14 人。到 2000 年，中醫師、士人數達到 702000 人。此外增加中醫護士 126000 人，培養中醫藥研究生 4000 至 5000 人，西學中醫

人員 4000 至 5000 人，留學生 500 至 600 人。（陳梅生，1997）。

三、中西醫學基本之差異

中醫與西醫使兩種不同的醫療體系，各有其診治疾病的特色。中醫是辨證論治，西醫則是對病下藥。中醫的最大的優點，在於整體地考察問題，但這同時也正是它最大的弱點，即缺乏深入。中醫以宏觀的綜合與分析方法，乃是千百年來中醫思維邏輯的核心。它是一種缺少具體定量的抽象定性過程。儘管它具有明顯的全面和系統考察事物的趨勢，但是卻缺少實驗分析手段的支持，因此在理論上帶有假說的性質。

中醫發展歷史由於沒有與近代科學技術相結合，缺乏先進的科學檢驗手段，因此只能用四診的方式從整體上進行宏觀的辨「證」，而不能辨「病」。雖然中醫也有「病」的論述，但多是以「證」或「症」代「病」，如咳嗽、胃痛、泄瀉、水腫、中風等。每一種中醫的「病」都包含著諸多西醫的疾病在內，而且彼此界限含混，缺乏準確而細緻的鑑別方法。且受歷史條件的限制的緣故，中醫不能準確辨「病」，是其短處和不足。

西方人講究剖析，而且唯恐剖析不夠，越細越好，越深入越好。對於那些抽象的、綜合的、概括的、含蓄的東西，總是覺得很難接受。

這反映在醫學領域內就是現代醫學中實驗分析學科的高度發達。西醫診治疾病首先必須確定診斷，即疾病定性診斷。由於西醫的發展始終與現代科技的進步相結合，所以西醫診斷技術不斷地深化。由於西醫利用多種現代科學技術的知識為自己發展服務，如心電圖、腦電圖、心向量圖、心肺功能、內窺鏡檢查、超聲波檢查，以及 CT、磁共振等。所以能夠較準確的確定疾病的性質、部位和程度，即疾病的實質，如肺結核、肺癌、潰瘍病等。但是，它的這一最大優點，同中醫一樣，也是它最大弱點之所在。也就是說，這種目無全牛的分析方法，必然帶有形而上學的傾向性，從而使人們忽視了全面和系統考察事物的必要性。

中醫強調把每個人看做一個不可分割的整體，把人與自然界看作一個不可分割的整體，從而強調普遍性和共性；而西醫則強調個體的無窮分解，強調每個局部的限性條件，從而強調特殊性和個性的局面。但是，反映在疾病治療方面，卻又出現了中醫強調特殊性和個性，即強調針對每個人的具體情況，因人、因地、因時制宜；而西醫強調普遍性和共性，即強調某種藥物對某類疾病的普遍有效這樣一種完全相反的局面，此為中西醫觀點上基本之差異。

故中醫強調以宏觀角度來治病，而西醫則以較微觀的角度來分析病因，若能將兩者之優點相結合，則為人類疾病治療之一大福音。

第三章 研究方法

在研究方法上，本研究採用質性研究的方式，而其作用則為發現問題、認識狀況，由於加入世界貿易組織會有許多未知的變化，故以質性研究作一初步的探討。

質性研究是指任何不須經由統計程序或其他量化手續而產生研究結果的方法，在研究方法上主要以晤談、觀察、訪問及書面文件等方式來進行。

本研究以文獻探討為主，並利用比較研究之方式進行，台灣及大陸地區中醫方面之資料將藉由以下列兩種方式獲得：

一、次級資料分析法（Secondary Analysis Approach）

次級資料的來源包括政府機關的措施、衛生統計資料及委託研究之報告、學術研究單位所保有的書籍、論文、期刊、雜誌及相關網站，或是產業組織對外發表之文章等等（黃俊英，1997），將這些文獻加以研讀、分析、整理、比較，進而歸納出不同之推論，以作為實務及研究之參考。

二、專家訪問法（Expert interview）

本研究除了蒐集相關的文獻資料外，還經由專家座談的方式，邀請對本研究主題有相當了解的中醫界人士進行座談，希望對兩岸中醫體制有更進一步的瞭解以輔助文獻資料之不足。

各國之管理機制於本研究中分為四個觀點來討論，分別為：中醫養成教育機制、中醫師認證及考試制度、中醫行政管理機制、醫療服務院所之情形。

本研究於完成文獻蒐集及專家實地觀察後，將藉由專家座談的方式，對台灣及大陸地區中醫藥管理機制進行 SWOT 分析，進而研擬出因應策略。

本研究之研究流程，首先為確認研究方向，並確立研究目的及研究方法，接著蒐集世界貿易組織及台灣、大陸地區中醫藥方面相關之資料，並經由兩岸專家進行交流所獲取之資料加以歸納整理，推論出加入世界貿易組織後對我國中醫藥所造成之衝擊，並提出 SWOT 分析，研擬出本國中醫藥因應之策略，最後提出結論與建議，如圖 3-1。

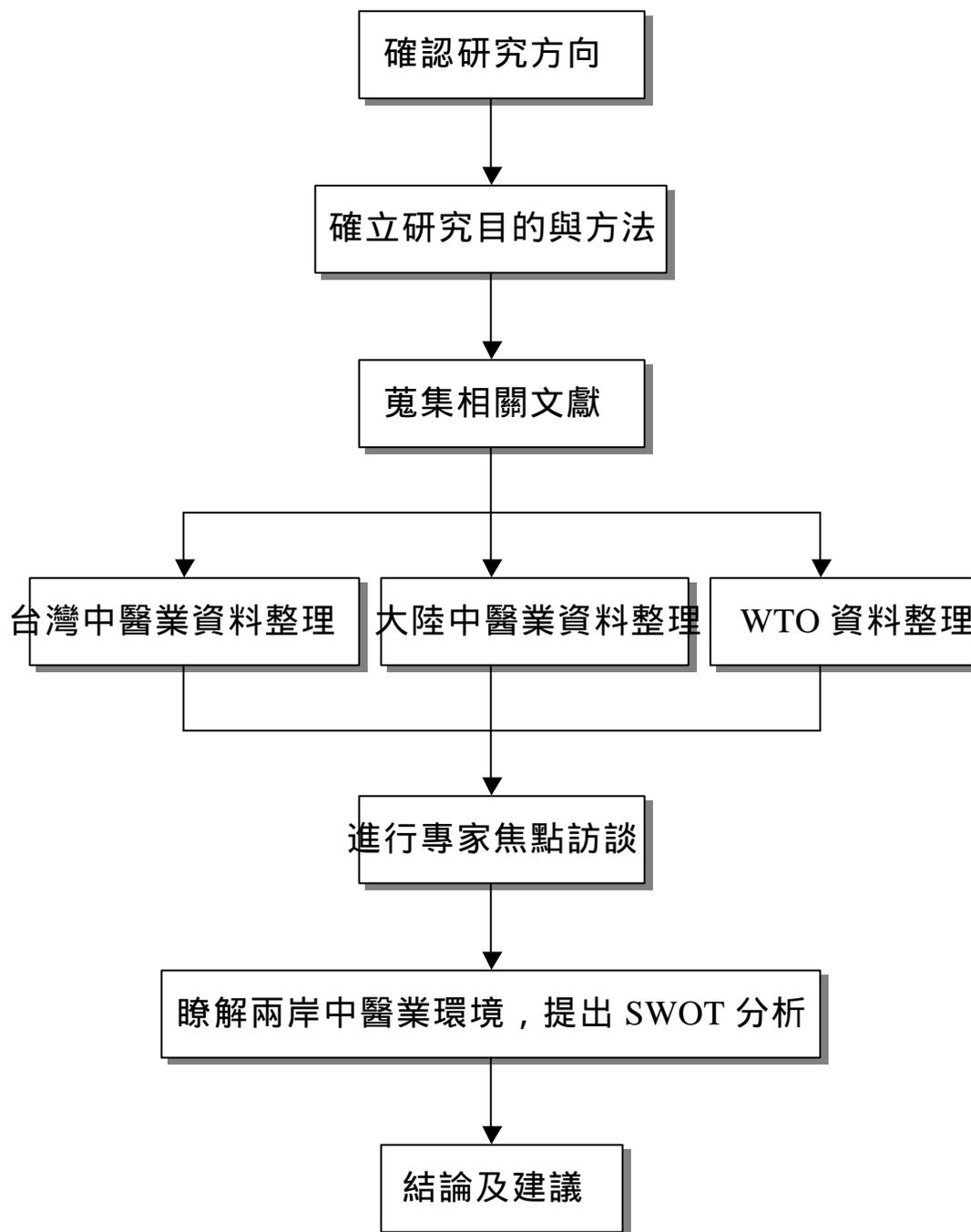


圖 3-1 研究流程

第四章 產業環境分析

第一節 台灣中醫藥外部環境分析

一、各國中醫概況

(一)日本

日本土地 37 萬平方公尺，人口 1 億 2 千 6 百萬人，醫學院有 80 所，其中公立大學醫學院有 51 所（國立 43 所，公立 8 所），私立大學醫學院有 29 所，進入 80 年代後，漢方醫學發展迅速。據統計，目前日本從事漢方醫學為主的人員有 15000 人左右，從事針灸推拿的醫務人員約 10 萬，從事漢方醫藥研究人員近 3 萬。有漢方醫學專業研究機構 10 多個，而有 44 所公立或私立的藥科大學或醫科大學的藥學部也都建立了專門的生藥研究部門，還有 20 餘所綜合性大學設有漢方醫學研究組織。此外，還建立了一所針灸大學（明治針灸大學為 4 年制），96 所針灸學校（多屬於 3 年制專科學制）167 所推拿按摩學校。還有漢方研究學術組織及團體近百個，其中影響最大的日本東洋醫學會現有會員 1 萬餘人。

日本國家醫療保險制度自 1976 年開始日本醫師使用漢方濃縮顆粒劑，當時醫師公會全聯會理事長五見太郎等藉著影響力，從 40 個漢方方劑逐漸開放至 210 個漢方方劑，其中 147 種常用漢方顆粒劑列入國家醫療保險給付，日本大部份醫師近乎 70% 使用過漢方顆粒製劑

給病患，甚至西醫加中醫合併使用。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。

隨著漢方醫學的不斷發展與再認識的浪潮聲中，日本官方對漢方醫學的應用和研究充給予了愈來愈多的支援和關注。漢方醫學不但獲得了政府的積極支援，也獲得了現代醫學界的積極支援和密切協作，在許多方面取得了學術、行動和組織上的統一，取得了極大的國際聲譽，學術水平有顯著的進展和提高，在漢方醫學客觀化和現代化研究方面，尤其是在漢方藥制劑技術及藥理研究方面取得了某些突破性成果，在世界上處於領先地位。因此，實現創立第三醫學的宏偉目標，對日本而言，是極有可能達成的。

（二）韓國

韓國對於傳統醫學有相當大的企圖心，目前南韓人口為台灣的二倍，但是韓醫科大學有十一家：慶熙大學、圓光大學、東國大學、大邱大學、大田大學、東義大學、又名大學、尚志大學、暎園大學、世明大學及東新大學。課程為六年大學學制，西醫也是六年制，畢業後要參加國家考試，才可獲得韓醫師執照。

韓醫醫院有 125 家，韓國實施全民健保比我們早，在全民健保費用中，15%用於韓醫（在台灣，全民健保費用只有 4.2%用於中醫），韓國於 1993 年 6 月成立韓醫處，1996 年 11 月擴展為韓醫局（我們

是在 1995 年 11 月 1 日成立中醫藥委員會)，1994 年 8 月由韓國政府成立國立韓醫研究所，探討藥物的臨床驗證、療效驗證、療效觀察、安全性評估與質量探制，韓國自 1998 年至 2010 年投入 1.6 億美元專用於中藥的研究與開發。

(三) 新加坡

新加坡是位於馬來半島南段端的一個城市型島國，由一個本島和 60 個小島組成，本島陸地總面積為 640 平方公里，人口約 310 萬，是東南亞地區面積最小，人口密度最大的國家。新加坡目前的中醫藥組織主要的有九家。其中包括了新加坡中醫師公會，新加坡中醫藥促進會，新加坡針灸協會，新加坡新醫協會，新加坡中醫中藥聯合會，新加坡中醫學院畢業醫師協會，新加坡新華醫藥協會，同濟醫院以及新加坡中華醫學會。前八家中醫團體由於成立較早，被衛生部邀請組成中醫協調委員會。新加坡政府 1997 年在衛生部內設立了中醫藥管理局，專司中醫藥有關事務。

目前，受新加坡衛生部委託的教學單位只有新加坡中醫師公會屬下的中醫學院和新加坡中醫藥促進會屬下的中醫學研究院。新加坡衛生部為了進一步提高與加強中醫藥管理，在 1995 年正式邀請中國中醫學研究院院長傅世垣教授為顧問，主要的任務是針對中醫藥的教學計劃、課程安排以及門診病歷等多方面提出改進意見。新加坡中醫師公

會與中醫藥促進會屬下的中醫學院的中醫課程也順應建議，正式由五年制改？六年制。

新加坡中醫師公會屬下民辦綜合性中醫院共有三家，屬慈善性機構。收費較？便宜，求診者一般以老年華人和經濟收入較差以及西醫已無法診治的病人（如一些癌症、高血壓患者）？主。另外私人中醫診所 500 余家，私立綜合性中醫院兩家，收費較貴。消費中藥主要用於治療傷風感冒、風濕，也用於清熱解暑和滋補等用途。

2000 年 11 月 14 日，新加坡國會三讀通過了中醫師法案，其內容包括成立中醫管理委員會，建立中醫師（包括針灸師在內）註冊制度等內容。該法案的通過，標誌著中醫師行醫的法定地位得到正式認可，也說明新政府進一步提高了對中醫中藥的重視，以及致力於提升中醫專業水平和保護病人利益與安全的決心。此外，新政府已經前後兩次投入共計約 12 億美元的鉅額資金，用於包括中成藥在內的生物工程的研究開發。？保障公？的衛生保健和提升中醫專業形象，新加坡衛生部於 2001 年 12 月完成全部針灸師的考核工作，規定從 2002 年 1 月 1 日起持有針灸師執業證書的針灸師才能開業或擔任針灸工作。

二、消費者需求趨勢

台灣自光復以來，政府當局對中醫藥的發展不夠積極，中醫一直被認為較西醫遜色，是由於缺乏科研實據、法律監管及品質保證。長久以來的「扶西抑中」的心態，導致我國中醫藥的發展停滯不前，人才的不斷流失，中醫藥的留存全倚賴社會大眾對中醫藥的偏愛。

近年來，由於世界人口老化，醫療保健有回歸自然的趨勢，人民對醫療品質的要求提高，也使得世界醫學的發展由「治療疾病」，逐漸向「健康促進」邁進，人們對生活飲食方式轉為崇尚回歸自然，不但國內對中醫藥的需求與日俱增，由於西藥常年使用後發現了各種副作用更助長了人們對於藥性較溫和之中草藥及天然物的需求。而中醫在「養生保健」及「兼顧治病與身體調養」，以及「減少藥害」等方面，皆符合此一潮流。

陳春發（2000）研究指出，民眾在求醫行為上對中醫療法的需求有與日遽增的趨勢。根據邱清華之研究發現，中醫在納入全民健康保險之後，本來採用西醫療法之民眾，有30.5%（包括：骨折28.6%、慢性病27.0%、內臟疾病30.2%、神經疼痛31.8%、癌症31.8%）的民眾會轉看中醫，顯示中醫對西醫有相當程度的替代性。

而且中醫藥也逐漸成為國際生物科技發展的新方向，至民國九十年底，台灣地區已有中醫醫院44家、中醫診所2544家，西醫醫院亦有

59家附設中醫部門，執業中醫師已接近4000人，大多數民眾都曾接受過中醫診治或服用過中藥，其可近性及利用率甚高。

中醫為我國國粹，先賢們在數千年和疾病戰鬥中累積的經驗，創立了中醫獨特的療法，有其不可否認的有效及安全性，且中藥是使用天然物作為藥材，符合民眾“回歸自然”的原則，因此備受世人重視。且因我國中醫具有獨特之理論體系、悠久之歷史背景、豐富的藥材資源及廣為認同的療效，因而備受世人喜愛，故為我傳統醫藥發揚光大之最佳契機。

三、加入 WTO 之衝擊

(一)對教育之衝擊

在 WTO 談判協議簽署文件中，我國已簽署了《服務業貿易總協定》(GATS)。按照我國談判協議規定，我國在入會初期，國內教育市場開放的範圍包括以下四項（教育部國際文教處，2002）：

1、開放外國人設立高中、高職及其以上之學校與教學機構

同意外國人得依據我國「私立學校法」之相關規定，來台設立高中以上之學校，但 1.校長及董事長必須為中華民國國籍人士；2.外籍人士擔任董事者不得超過董事總額三分之一。

2、遠距教學

同意外國學校可針對國內高中以上學校學生之需求，提供來自國

外之跨國服務,例如函授學校及遠距教學;惟其學分之承認應依據「國外學歷查證認定作業要點」及「專科以上學校遠距教學作業規範」,其修習遠距教學學分數,不得超過其畢業學分數三分之一。

3、設立短期補習班

同意外國人可依據我國之「補習及進修教育法」,來台設立短期補習班;其短期補習班之設立、變更或停辦等相關管理規則,由直轄市、縣市主管教育行政機關定之。

4、留學服務業

開放外國人依經濟部公司法規定來華設立留學服務業公司,仲介我國高中以上學生赴國外留學,惟應接受以下二點規範:1.不得在台收取學生學雜費用(可收取手續及代辦相關費用);2.不得在台開班授課。同時,為避免留學服務業者不法情事,特訂定「學生海外研修定型化契約書範本」以保障學生權益;並配合實際需要,將「留學服務業」之營業內容修正為「從事海外進修學位之留學、短期學分課程研修等入學諮詢、安排或代辦申請手續等之業務」。

加入 WTO 後,高等教育是各級教育中最先受到衝擊的。高等教育面臨市場化、全球化和現代化的挑戰,其在教育市場、教育觀念、教育體制、教育結構、人才培養模式、教學內容和方法等方面,均會產生相當的影響。其影響包括:

1、外國教育機構來台設校及招生的衝擊

根據 GATS 的規定，根據平等互惠原則，所有 WTO 成員國都有權參與教育服務的競爭中，也就是說，WTO 鼓勵所有成員國到海外辦學，允許外國教育機構（企業的培訓機構）在東道國頒發學歷證書或學歷證明，鼓勵成員國之間相互承認學歷，支持人才流動、增加留學配額 取消政府對教育市場的壟斷等。因此，在高等教育的市場上，必須面臨與其他國家共同分享市場的挑戰。尤其，加入 WTO 後，其他國家以商業存在方式介入國內教育產業，是主要的影響方式。國外可以與國內的大學聯合辦學，通過引進外國教育資源，並授予外國學位的形式進入；還可能與國內的其他機構合作辦學，通過資本的形式介入。當世界知名的大學陸續登台之後，對學生必然會產生極大的吸引作用，國內大學不僅將流失許多優秀的學生，甚至可能面臨嚴重招生不足的問題。

此外，按照 GATS 市場准入的有關規定，這些外國教育機構可要求按照“國民待遇原則”和 WTO 通行的教育服務的國際慣例，要求我政府下放辦學權利，在招生規模、聘請教師、收費標準和頒發文憑等方面仿效西方國家，讓學校實施自我管理、自我約束、自負盈虧的企業化管理模式，由市場決定學校生源、質量與聲譽。允許外國機構來台設校辦學及招生，勢必嚴重衝擊我國教育的主權和現行高教管理的

體制，故我國應調整相關的教育法規，以應對外國機構來台設校辦學的新局面。

2、大陸大學對台擴招及學歷採認的問題

加入 WTO 後，國內教育界勢必面臨來自同文同種兩岸教育資源的競爭。大陸近年來配合改革開放後的經濟快速發展，各類人才需求甚切，為執行「科教興國」政策，已開始各項高教改革措施，培養重點大學，並鼓勵與外國學校合作，放寬國外大學在大陸辦學與頒發學位的限制。大陸教育政策的鬆綁，將可能吸引更多台灣學生西進，造成台灣本身學生人口進一步減少，教育資源持續不足或流失的危機（世界日報，民 90）。

目前政府尚未正式承認大陸學歷之際，前往大陸就學的學生已不絕於途。據統計，目前在大陸地區求學的台生人數約有 4 千到 1 萬 2 千人，預期未來人數還會增加（徐明珠，民 90）。2002 年台灣學生報考大陸大學研究所港澳台招生考試已較前一年成長一倍，達 1,369 名，甚至有明星高中畢業生捨棄國內大學而去北京大學就讀，顯示赴大陸地區求學，已由早期未在台灣考取理想學校不得已的選擇，到現在成為優秀學生的優先選擇，同時從原來選讀研究所提早到大學階段（吳崇德，民 90），其間變化值得注意。根據衛生署中醫藥委員會的粗估（2001）國人到大陸就讀中醫學系的人數高達 5000 多人，其結

果將遠超過國外大學來台設校的衝擊。

在加入 WTO 之後，本著會員體間平等互惠的原則，大陸學歷勢必會在「對等承認」、「學術認定」的原則下採認；大陸的重點大學有一定的學術水準，且學費不高，加上沒有語言的障礙及生活適應的困難，如果政府不能有預應的策略，學生對赴大陸求學將趨之若鶩，其結果將遠超過國外大學來台設校招生的衝擊。

(二)對人力之衝擊

根據林昭庚 等(2001)研究指出，若以衛生署規劃之每十萬人口 22 名中醫師人數為目標，則從過去 12 年來台灣地區人口數與中醫師人數現況資料資料中顯示出我國中醫師人數與衛生署規劃中醫師數差距正逐漸縮小，且縮小速度也有逐漸加快的趨勢。另外，根據衛生署於 1992 年委託賴俊雄等從事「中醫醫療需求與供給之整合研究」、2000 年李采娟從事「民眾對中醫醫療需求與中醫師人力供給之規劃研究」、郭乃文等從事「我國中醫師人力需求推估之研究」，皆顯示出台灣中醫師已有過剩之現象，不宜在增加任何中醫供給的管道。(劉麗偉 等，2003)。

但台灣加入 WTO 後，必須開放醫療服務業跨國提供服務及國外消費，但外國醫師來台服務，前提是必須取得我國執照。就現況來看，

兩岸醫師對彼此的市場都有興趣，台灣已有近萬人跨海到對岸學中醫，不少醫師早就進軍對岸，瞄準台商醫療市場。台灣與大陸語言相通，一旦大陸學歷獲認證，大陸醫師可參加我國醫師考試，有意來台的大陸醫師恐怕不在少數。兩岸醫師人力如何流動，端視教育部是否承認大陸學歷及開放的範圍有多大。

第二節 台灣中醫業內部環境分析

台灣土地為 3.6 萬平方公尺，人口達 2,250 萬人，平均國民收入為 16,100 美元，而醫療支出佔 GDP 的比率 5.3%。高等醫學教育單位共有 11 所（國立 4 所；私立 7 所），其中僅有兩所大學（中國醫藥學院及長庚大學）設有中醫學系。西醫師數為 30,562 人，醫師比（Doctor to Population Ratio）約是 1：750，每萬人口西醫師數為 13.64；中醫數為 3,979 人，每萬人口中醫師數為 1.78。台灣共有 593 所醫院，而中醫院有 44 所，病床數為 127,676，每萬人口病床數 57；西醫診所 9,425 家，而中醫診所 2,544 家（行政院衛生署，2001）。

一、台灣中醫教育制度

台灣的醫師依據「醫師法」共分為醫師、中醫師、牙醫師三類。醫師及牙醫師均由大學醫學系及牙醫系正規教育培養，並經國家考試

及格。醫學系之學制有七年制及五年至兩種：七年制招收高中畢業生入學，五年制稱為「學士後醫學系」招收大學畢業生入學。牙醫系招生高中生入學，修業六年。

在我國中醫人才的培育有下列三種方式：(一)中醫學系；(二)學士後中醫學系；(三)中醫師特考，茲分述如下：

(一)中醫學系

教育部於民國 47 年成立中國醫藥學院，正式將我國傳統醫學納入正式醫學教育體制，並於民國 55 年正式成立中醫學系，修業七年，至民國 85 年因為中西醫雙主修，修業年限延長為八年。八年制雙主修畢業學分為 385 學分，包括修業六年，西醫實習一年，中醫實習一年。在課程的安排上以中西醫雙修並重為主，要求必須修完醫學系所有必要求必須修完醫學系所有必修課程及中醫課程。

畢業後先考國家中醫師檢覈考試，及格後，才可以考西醫檢覈考試。故雖然部份中醫學系畢業生具有中西醫兩種執照，但因行政法規所限，同時只能選擇其中一種執照登錄，不能同時使用兩種執照。

除了中國醫藥學院之外，長庚大學於民國 87 年也加入培育中醫人才的行列，每年招收學生 50 名，學制為八年，畢業學分為 392 學分，其中五年多的時間用於課堂教學，近一年的時間用於中西醫臨床見習，一年西醫臨床畢業實習，一年中醫臨床畢業實習。預計民國

94 年 6 月將有第一屆畢業生投入醫療市場的行列，未來慈濟大學也將招收中醫學系學生，為發揚我傳統醫學一起努力。

(二)學士後中醫學系

中國醫藥學院於民國 73 年成立學士後中醫學系，招收大學畢業對中醫有興趣之學生，成立之初每年招收 50 名，至民國 81 年開始招收 100 名學生，修業五年，其中四年攻讀，一年實習，且不得參加西醫檢覈考試。課程安排上以中醫為主，西醫為輔。至少應修習 200 學分，第三學年暑假、第四學年寒假中醫見習，第五學年中醫臨床實習一年，畢業後授予醫學士學位。

五年制所招收之學生，均已大學畢業，且男生以服完兩年兵役，所以學生的年齡較大，人格更為成熟，更懂得自己的方向目標，故對學業亦較為專心，故迄今歷年參加國家考試，近乎為 100 % 錄取，就業也幾乎 100 %，故深得社會大眾及政府的肯定。

表 4-1 台灣中醫教育體系

學校名稱	科系名稱	設立時間	修業年數	每年招生人數
中國醫藥學院	中醫學系	1966~1995	7 年	120 人
		1996~迄今	8 年	120 人
中國醫藥學院	學士後中醫 學系	1984~1991	5 年	50 人
		1992~迄今		100 人
長庚大學	中醫學系	1998~迄今	8 年	50 人

資料來源：本研究整理

表 4-2 台灣中醫系在學學生人數(91 學年度)

學校名稱	科系名稱	一年級	二年級	三年級	四年級	五年級	六年級	七年級	總人數
中國醫藥學院	中醫學系	102	108	97	98	97	120	108	730
中國醫藥學院	學士後中醫學系	100	98	99	102	93	-	-	492
長庚大學	中醫學系 (87 年招收)	47	46	47	47	38	-	-	225

資料來源：本研究整理

另外，依據現行修正民國 91 年 1 月 16 日「醫師法第二條」規定：『公立或立案之私立中醫專科以上學校或經教育部承認之國外大學，獨立學院中醫學系畢業，或醫學系、科畢業，並修習中醫必要學科者。』得應試中醫師檢覈考試。此「必要」中醫學課程，民國 82 年考試院、行政院會同頒訂只要西醫修 45 個中醫學分者即可。故中醫師檢覈考試應考資格除了依規定的中醫學系及學士後中醫學系，還包括修習過 45 個中醫必要學分的大學一般醫科學生。

(三)中醫師特考

台灣在1950年開始辦理中醫師特種考試，其報考資格不受學歷限制，只要對中國傳統醫學有興趣者，可透過自學的方式參加，報考者必須先通過中醫師檢定考試合格者才可報考，通過特考者在經過訓

練一年六個月，（包括必須先接受八個月的基礎醫學訓練及十個月的臨床診療訓練），期滿成績及格，由考選部報請考試院發給考試及格證書，並函行政院衛生署查照，即可取得中醫師資格成為合格中醫師，並不須受到學歷的限制。

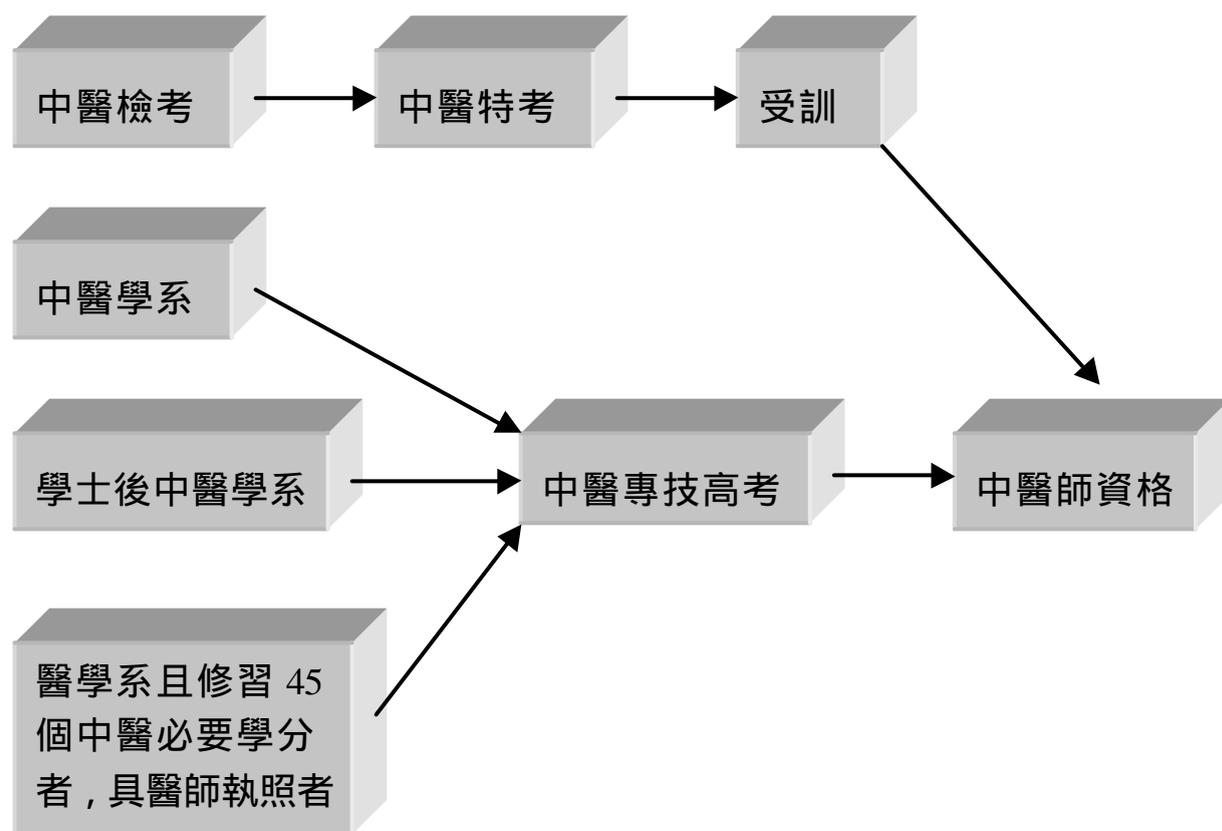


圖 4-1 中醫師資格取得途徑

資料來源：本研究整理

二、台灣中醫考試制度

(一) 中醫師檢覈考試

應考資格為教育部認可中醫學系畢業或醫學系修習中醫必要學科者；或曾在中央衛生主管機關或省（市）政府領有合格證書或行醫執照者；為華僑曾在僑居地執行中醫業務 5 年以上，卓著聲望者，則可應中醫師檢覈。應考科目有藥物學、方劑學、內科學、診斷學、針灸學及選試科目（傷科學及眼科學、婦科學及兒科學、外科學）三科任選一科，命題方式為申論題及測驗題兩種型式。在 2001 年的新修正施行的《專門職業及技術人員考試法》中，目前已取消檢覈，但將原檢覈精神融入考試；即規定應考人僅具學歷條件者，應全部科目考試，學歷條件外另具有相當資歷者，視其條件之不同，減免部分應試科目，使得專門職業及技術人員執業資格之取得，能在同一命題、閱卷標準之下完成，以齊一專技人員之素質。另在檢覈制度廢除後，為保障原申請檢覈經核定予以筆試者之權益，訂定 5 年之過渡條款，原申請檢覈經核定予以筆試者，得於期限內就原核定筆試科目繼續應試。

（二）中醫師檢定考試

應考資格只要為中華民國國民，不限學歷，年滿 22 歲即可報考。考試科目包含國文（論文、翻譯、閱讀測驗）、診斷學、生物學、生理學、藥物學、方劑學及內科學等共七科，除國文及診斷學為申論式試題；其餘皆為測驗式試題，及格分數為 60 分，未及格科目得於 3 年

內補考完成，平均及格率為11.04%（1968-2001年）。自2001年起，5年內繼續辦理5次檢定考試後，將停止辦理，而部分科目不及格者，准予3年內繼續補考3次，因此於2008年即將完全停止中醫師檢定考試。

（三）中醫師特種考試

應考者必須先通過中醫檢定考試，取得特種考試中醫師考試之應考資格後，才可報考之中醫師特種考試；或者是教育部承認中醫學系畢業或醫學系修習中醫必要學科者，可報名此項考試。而在應試科目上有共同科目（國文、中華民國憲法、生理學、藥物學、方劑學、診斷學、內科學及針灸學）及選試科目（傷科學及眼科學、婦科學及兒科學、外科學）三科任選一科應考，考試以總成績60分為及格。此外，中醫師特種考試第七條規定通過特考筆試者，需接受臨床診療（含一般訓練及分科訓練）訓練，以修習基礎醫學（含生理學、病理學、各種檢驗報告之判讀、中醫之基礎課程等）、公共衛生及有關醫療法規之知識，在受訓期間為一年至一年六個月，於期滿後才能取得中醫師執業的執照。特考平均及格率為5.7%（1950-1998；共29次），於1997年及格率為1.51%；1998年及格率為2.06%，相較之下近幾年及格率有下降趨勢，而未來中醫師特種考試也將於2011年完全廢止。

（四）專門技術人員高等考試

應考資格中醫學系及學士後中醫學系畢業者得應考(包含教育部承認之國外中醫系)；於2002年1月17日前醫學系畢業並修習中醫必要45學分以上，且經醫師考試及格，領有醫師證書者；醫學系選中醫學系雙主修畢業，且經醫師考試及格，領有醫師證書者。應考科目有普通科目(國文及中華民國憲法)及專業科目(診斷學、藥物學、方劑學、內科學、針灸學及傷科學與眼科學、婦科學與兒科學、外科學，三科任選一科)，以總平均成績滿60分及格，最新2003年中醫師高考平均及格率為23.29%(考選部全球資訊網，2002；107藥道館，2003；林昭庚等，2001)

表 4-3 台灣中醫考試人力現況 (至 2000 年為止)

● 中國醫藥學院【七年制】中醫學系畢業生	2682
考試及格(中醫師)	2187
考試及格(中醫師&西醫師雙重資格)	2108
● 中國醫藥學院【五年制】學士後中醫學系畢業生	857
考試及格(中醫師)	720
● 西醫師修畢 45 學分者	281
考試及格(中醫師)	61
● 中醫師檢定考試及格人數	17576
● 中醫師特種考試及格人數	3032
● 中醫師領證總人數	8904
● 中醫師執業總人數	3733

資料來源：中醫藥委員會網站

二、台灣中醫行政管理組織

(一) 政府機關

政府遷臺後於內政部衛生司下設中醫藥委員會之諮詢單位，向衛生主管建議中醫藥發展事宜；由於社會各界對中醫藥管理之要求急劇增加，行政院衛生署依據民國76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」，經過將近一年籌備，於民國84年11月1日正式成立「行政院衛生署中醫藥委員會」專職於管理台灣中醫藥行政工作之機構。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。

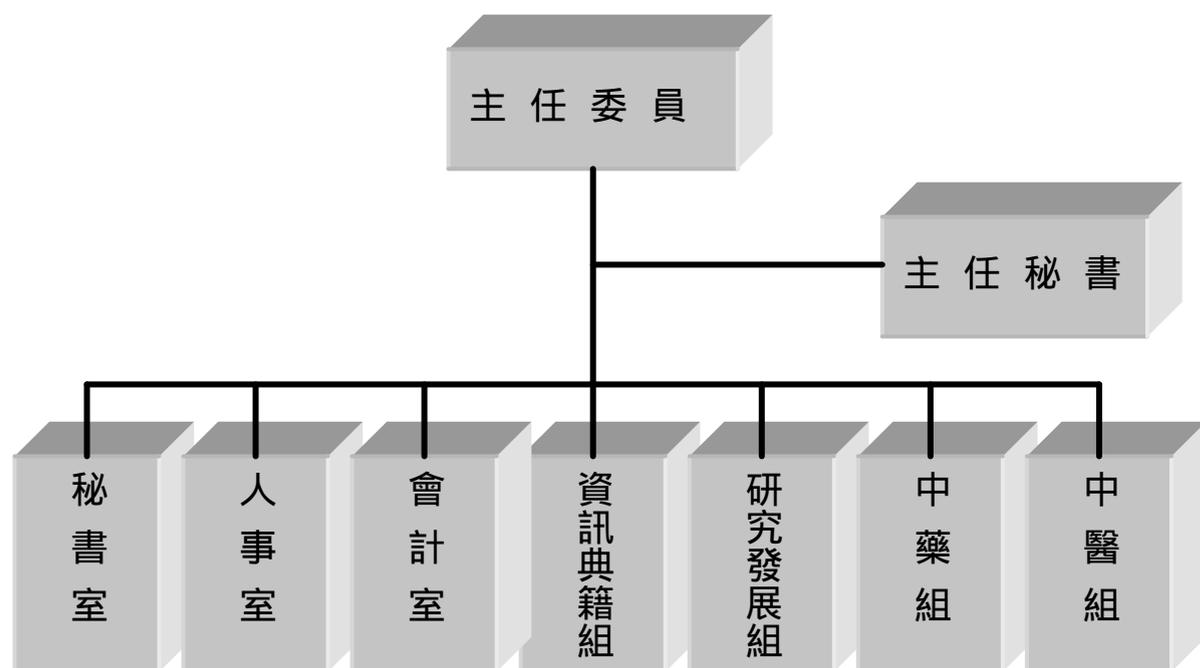


圖4-2 中醫藥委員會組織圖

各組工作重點如下：

組別	工作重點
中醫組	<ol style="list-style-type: none">1.研（修）訂中醫政策方案。2.檢討中醫醫政管理法規。3.加強中醫醫政管理。4.提昇中醫師執業素質。5.促進中醫醫療事業健全發展。6.督導中醫醫事及相關團體目的事業。7.推動中醫現代化及中西醫學整合。<ol style="list-style-type: none">1.辦理中藥藥品查驗登記、變更、展延許可證等工作。2.推動中藥廠全面實施藥品優良製造標準（GMP）制度。3.訂定中藥基準方。（共 337 方,已公告 200 方）4.召開中藥臨床小組、中藥諮詢小組、中藥製劑審議小組會議。5.辦理可供膳食用中藥及食品之區別等行政事務。6.辦理違規廣告及不法中藥之查處7.加強保育動植物政策。8.推動兩岸中藥學術交流。9.修訂中藥相關法令規章。
中藥組	

10. 建立中藥臨床實驗週邊措施，以推動臨床療效評估。
11. 繼續開發中藥標準品，落實中藥 HPLC 定量檢測。
12. 建立中藥不良反應通報系統。
13. 從考量用藥安全及療效問題，繼續評估現有處方藥可歸類為成藥之可行性。
14. 中藥材重金屬及農藥殘留之背景值調查。
15. 推動中藥材飲片包裝管理。
16. 辦理藥事法第 103 條第二項中藥從業人員之列冊登記

研究發展組

1. 研究計畫之規劃及管理。
2. 國內外學術及兩岸中醫藥交流。

資訊典籍組

1. 建立中醫藥典籍電腦檔案，落實中醫藥典籍資料資訊化業務。進行中醫藥新字統一造字工作。
2. 配合網際網路建置中醫藥資訊網路，已於民國八十五年八月二十日啟用，以達到為民服務之目的。
3. 每年彙編出版「中醫藥年報」，分送各界參考。
4. 辦理全會同仁電腦教育訓練課程。
5. 推動辦公室自動化，委外開發公文管理、查驗登記管理、許可證管理及委辦管考等系統，使中醫藥行政管理資訊系統日趨完善。

資料來源：行政院衛生署中醫藥委員會網站

(二) 公、學會團體

「中華民國中醫師公會全國聯合會」於民國34年10月25日在四川省重慶市成立，民國38年，國民政府播遷來台，會務停止運作，迨民國56年，台北市改制為院轄市後，全聯會於民國64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，擴大服務病患。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設立、北高兩市設立中醫醫院，以上確實提昇我中醫形象及地位。台灣中醫師公會組織共有23會（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）；而全國中醫專科醫學會共有6會（包括：中華民國中醫傷科醫學會、中華針灸醫學會、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、中華民國中西整合醫學會）。

三、 台灣醫療服務提供現況

(一) 中醫藥人員現況

根據衛生署之統計資料，台灣地區平均每萬人口之中醫師人數為 1.78，全省執業中醫師共有 3,979 人。以分布地區來區分的話(表 4-4)，在台中縣市、嘉義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的每萬人口中醫師數最低(行政院衛生署，2002)。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(劉麗偉等，2003；林昭庚等，2001)。

表 4-4 中醫師人力各縣市分布情形

執業地點	年底人口數	中醫師人數	每十萬人口中醫師數
台北市	2,633,802	555	21.1
高雄市	1,494,457	263	17.6
台北縣	3,610,252	572	15.8
宜蘭縣	465,799	46	9.9
桃園縣	1,762,963	273	15.5
新竹縣	446,300	40	9.0
苗栗縣	560,640	73	13.0
台中縣	1,502,274	351	23.4
彰化縣	1,313,994	243	18.5
南投縣	541,818	92	17.0
雲林縣	743,562	85	11.4
嘉義縣	563,365	43	7.6
台南縣	1,107,397	130	11.7

高雄縣	1,236,958	166	13.4
屏東縣	909,364	121	13.3
台東縣	244,612	18	7.4
花蓮縣	353,139	40	11.3
澎湖縣	92,268	4	4.3
基隆市	390,966	53	13.6
新竹市	373,296	72	19.3
台中市	983,694	494	50.2
嘉義市	267,993	80	29.9
台南市	740,846	163	22.0
金門縣	56,958	2	3.5
連江縣	2,633,802	-	-
總計	22,405,568	3,979	17.8

資料來源：行政院衛生署網站（至西元 2001 年底）

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。

（二）醫療院所現況

根據民國九十年「行政院衛生署衛生統計資料網」對醫療機構現況摘要顯示，目前台灣全省中醫醫院共有 44 家，其中公立醫院占 2 家；而私立醫院共有 42 家，中醫診所數為 2544 家，全省執業中醫師

共有 3,979 人。

為使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；教育部和衛生署於民國87至89年度評鑑合格之127家教學醫院中，已有28家附設中醫部（科）；其中醫學中心3家，準醫學中心1家，區域醫院15家，準區域醫院2家，地區教學醫院6家，特殊功能教學醫院1家。

而台灣有專屬的中醫醫院，但仍有許多大型醫院將中醫附屬在醫院中醫部門中，並未獨立出。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。（行政院衛生署，2002）。

第三節 大陸中醫業概況

大陸土地為 960 萬平方公尺，人口達 12.9 億人，平均國民收入為 3,852 美元，而醫療支出佔 GDP 的比率 2.5%。高等醫學教育學校共有 32 所(含 4 所民族醫藥學院)均為公立學校，且平均分布於各省 1

所。西醫師數為 337.7 萬人，醫師比約是 1：380，每萬人口西醫師數為 13.2，中醫數為 33.4 萬人。大陸共有 14,164 所醫院，而中醫院有 2,682 所，病床數為 720,795 床，中醫病床數為 279,622 床，每萬人口病床數 23.9 (WHO, 2002；中華人民共和國國家中醫藥管理局，2002)。

一、大陸中醫教育制度

大陸目前學校文憑分為兩級，(1) 為中學程度，中學畢業者稱為中醫士、藥士。(2) 大學程度，大學畢業者稱為醫師、藥師。目前中等中醫藥學校 51 所 (國家級重點 2 所、局級重點 8 所)，在校生人數 51260 人，每年招生 18600 人左右；高等中醫藥學校共有 30 所 (包括 3 所民族醫藥院校)，在校學生人數有 41336 人，每年招生 14000 人。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) 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：

(1) 中等中醫藥學校

大陸在未設中醫高等學府之前，原已設中醫藥中等學校，目的為適應全國不同地區實際需要，尤其是服務在廣大農村及偏遠地區，此

等人力、實際有其需要。目前在學人數不多，但學校規模較小、數量卻較多。中醫、中藥學校兩者大都合設在一起或單獨設置者，亦有與其他專業如護士學校合設者，在設系方面，大陸不稱為「學系」，而稱之為「專業」，專業名稱繁多，按其實際受訓時間需要訂定修業年限，故修業年限不一，但中醫藥本科規定為四年，實際以三年為多。

中醫的專業教育有：中醫士、中西醫學士、針灸醫士、推拿醫士、按摩醫士、五官醫士、蒙藏傳統醫學校有蒙醫士、藏醫士等。中藥學校的專業有：中藥製藥藥士、中藥材中業商品藥士、中藥分析藥士、中藥分析檢定藥士等，修業年限為二至四年不等。全國在學學生總數約兩萬餘人。

中醫中藥中等學校，設立時立案的核准權，只要省級行政單位核准即可。但中央訂有中醫士、中藥士兩種設立標準。此種所謂標準，類似我們台灣之中等學校法專科學校法，兩個標準極為類似，各地有單獨專設者，亦有混合設置者，如廣東省湛江中醫學校，為單純的中醫學校，設有骨傷醫士、五官醫士、中醫護士、中醫士四專業，四川省中醫藥學校為純粹之藥學校，設有中藥商品、中藥製藥兩專業，但分與三年四年制兩類，江蘇省連雲港中藥學校，為混合設置學校，設藥劑士、護士、醫士三專業。

學校的規模，每班定員 40 人，在校學生以 160 人為基準，不到 160 人的，按 160 人規模計算，超過 160 人的按比例增加教學課程。除普通課程外，設西醫教研室，教授西醫基礎醫學概論，及專門性中醫課程。中醫與西醫課程之組合比例，約為六比四。並且非常重視臨床教學課程。每校均規定設有 60 張以上病床的設附醫院或門診部，或選定一至二所技術力量較強，分科較齊全、設備較好之縣立以上醫院，作為臨床教學固定基地。

師資及設備方面，亦有規定，不過資師只有「數量夠、品德高、業務精良，善於教書」等字樣的籠統規定，但規定中醫學校專業教師不得少於 12 人，且專科學校以上畢業人員不得少於 70%。中醫教師必須是中醫師，每學年參加臨床實踐，不得少於三分之一的時間，剛畢業的學生一定要有一年以上的臨床經驗，才得任教。中藥學校對專業教師不必 12 人，只要 3 人便可。

表 4-5 中醫士分科（專業）及修業年限表

專業	學制
中醫士	2、3、4
中西醫士	2.5
針灸醫士	3、4
針推醫士	3、4
推拿醫士	3
骨傷醫士	3、4
按摩醫士	3、4
盲人按摩醫士	4
蒙醫士	3
藏醫士	4
民族醫士	3、4
五官醫士	3
中醫護士	3

資料來源：陳梅生（1997），「大陸中醫藥教育概況」，教育研究資訊，第五卷，第四期，第 72-88 頁。

表 4-6 中藥士分科（專業）修業年限表

專業	學制
中藥士	3、4
藥劑士	3
中藥製藥	3、4
中藥材	3、4
中藥商品	2、3、4
中藥分析	4
中藥分析與檢定	3、4
製藥工程	3、4
中藥調劑	4
中藥調劑士	3

資料來源：陳梅生（1997），「大陸中醫藥教育概況」，教育研究資訊，第五卷，第四期，第 72-88 頁。

（2）中醫大學及學院

大陸設置中醫高等學府，時間與台灣不相上下，1956 年，首先成了四所中醫學院：北京、上海、廣州、成都，其中北京、廣州兩所為國立，由中央衛生部支應預算，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，則於 1958 年創立，與我們台灣的中國醫藥學院同年。不過他們的學院都是公立，我們台灣則屬私立。而且他們這五所最早成立的學院，已經陸續改制為大學。現全國 32 所校院，分佈在各省，大致每省均有一所。另有藏醫學院 2 所、蒙醫學院 1 所、新疆維吾爾醫學專科學校 1 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。藥學性質者更多，如瀋陽藥科大學、南京中國藥科大學，內均設有中藥學院。現附設的中醫中藥學系共 12 所，學生二千七百餘人。

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、上海等新改中醫大學，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）。說是根據前項「1988 至 2000 年戰略規畫」辦理，希望將中醫師提高為碩士生程度。大陸的中醫高等學校，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。（陳梅生，1997；賴俊雄，1994；雷允奇等，1990；孫茂峰，2002）。

故台灣及大陸地區在中醫教育制度上，可以發現台灣的中醫學制較為簡單一致；而大陸則因專業之不同而有許多不同的修業年限。而

在中醫教材的編輯上，台灣目前所使用的教材大都為早期編輯，包括學校統編、古籍考試用書和自編講義；大陸方面各級學校的教材編輯多由各級主管教育機關來領導編寫，中醫教材的編寫則由國家中醫藥管理局來負責，選拔各學科的編寫委員集體來編輯，並時常修訂其中醫教材。在師資方面，大陸教育機構用人編制非常龐大，可說是分工精細，而台灣方面則較為精簡，由於大陸因歷史久，地方大，故老中醫人數較多，台灣具有中醫科系的學校並不多，且老中醫較少，故相對的師資方面也不如大陸方面豐富。在中醫課程設置上，台灣因為培養目標為中西醫雙學位，故學生學業負擔較重，常常沒有寒暑假。在實習方面，學生常受到實習場所不足的限制，大陸在中醫學院的實習場所則不成問題，他們的每所大學學院都附設有大型的中醫教學醫院。

二、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：

(一) 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」。

(二) 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」。

(三) 取得中醫學臨床碩士生和八年制畢業生

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」。

(四) 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」。

(五) 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」。

(六) 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文件規定外，尚須合乎以下規定：

(1) 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。

(2) 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？醫師資格考試報名的學歷依據。

(3) 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？醫師資格考試報名的學歷依據，才可報考「執業師資格考試」。

(七) 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」。（國家中醫藥管理局，2002；中華人民共和國執業醫師法，2001；大陸地區醫療制度

相關法規，1993)。

在「中西醫結合醫師資格考試」考試內容及方法如下：

(一) 執業醫師

- (1) 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。
- (2) 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、中西結合兒科。
- (3) 其他：衛生法規。採用選擇題題型進行，試題量共450-600題，其中基礎占15-25%；臨床占65-75%，其它約5%。

(二) 執業助理醫師

- (1) 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。
- (2) 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、中西結合兒科。
- (3) 其他：衛生法規。採用選擇題題型進行，試題量共300-450題，其中基礎占15-25%；臨床占65-75%，其它約5% (吳潤秋等，1999)。

在「中醫師資格考試」考試內容及方法如下：

(一) 執業醫師

- (1) 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。
- (2) 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；(3) 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。

(二) 執業助理醫師

- (1) 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。
- (2) 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（全國中醫執業助理醫師資格考試複習指導專家編寫組，2000）。

在台灣及大陸地區的考試制度方面，台灣中醫特考將於 2011 年完全廢止，未來台灣的中醫師素質可提高為參加專技高考合格的中醫正規教育所培育出之優秀人才。而大陸則於近幾年也開始注重中醫師的執業考試，並於 1999 年開始實施「執業醫師法」，來提高醫療品質，保障人民健康。

三、大陸中醫行政管理組織

(一) 政府機關

大陸在 50 年代初期，即已有「團結中西醫，正確發揮中醫的力量為人民的健康服務」的方針，但事實上此項方針並未切實實行。要到 1954 年以後，整個中醫事業才有較明顯的進展。不過他們在確立各級政府的中醫行政地位一事上，卻做得很早。首先在中央衛生部成立中醫司，並建立中醫研究院，隨後並逐漸推至地方政府衛生行政系統。1956 至 58 年間，先後成立了北京、上海、廣州、成都中醫院。

1986 年，根據大陸憲法發展現代醫學和傳統醫藥的規定，將中醫和西醫分開，在國務院下設置「國家中醫管理局」，與衛生部並行，即將中醫置於與西醫同等重要之地位。並於 1988 年改名成「中醫藥管理局」，不僅管理中醫，亦也作中藥管理。自此中醫藥事業獲得更大的支持。

中醫藥管理局其主要職責如下(中華人民共和國中醫藥管理局網站)：

1. 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。
2. 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。

3. 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；擬定各類中醫醫療、保健等機構管理規範和技術標準並監督執行。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
- 9.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質量。
 - 10.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。
 - 11.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。
 - 12.承辦國務院及衛生部交辦的其他事項。

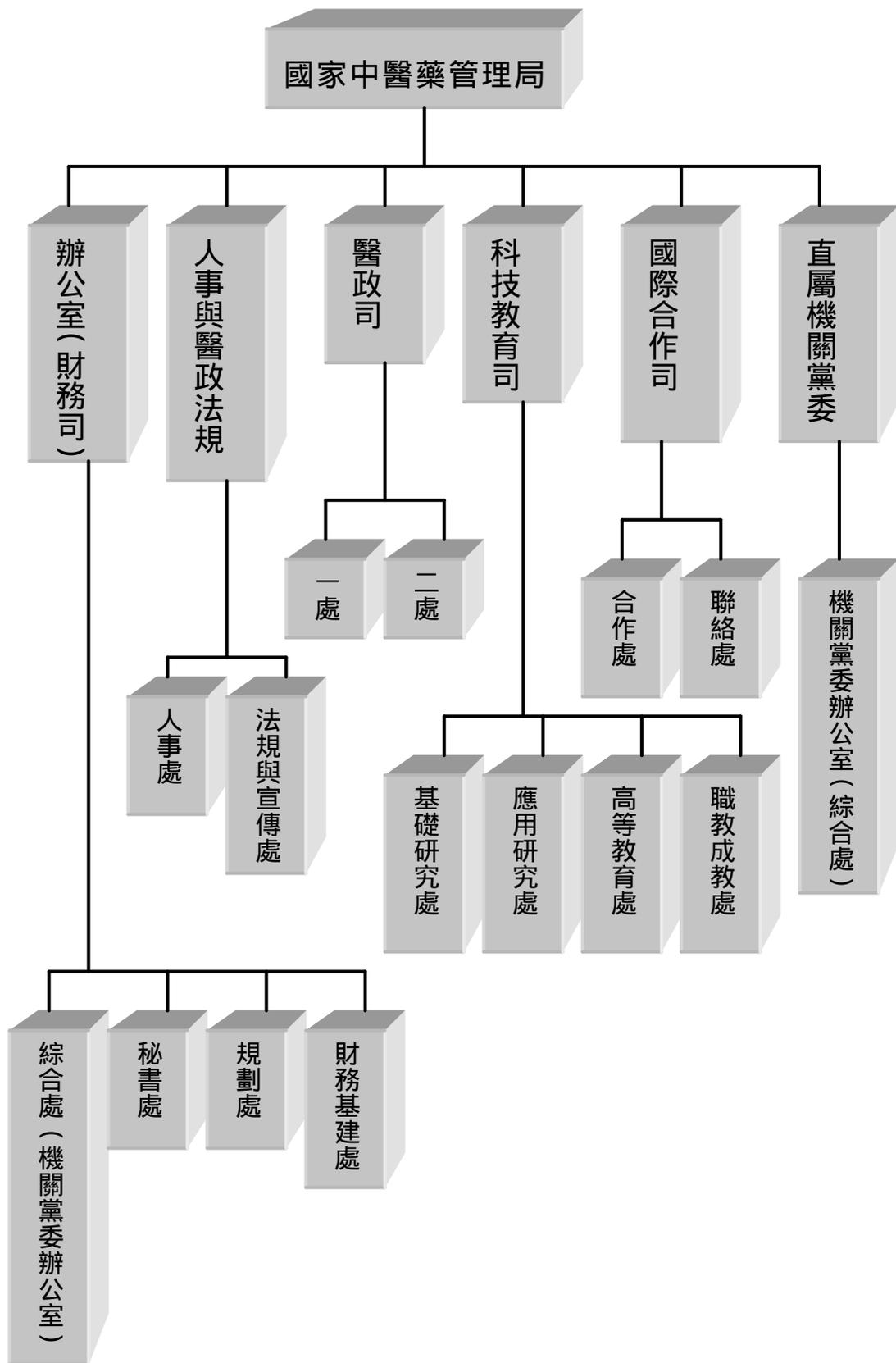


圖 4-3 中華人民共和國中醫藥管理局組織圖

（二）公、學會團體

大陸的中醫學術團體很多，目前與中醫藥行業有關的全國性社團共有12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。其中前3個的業務主管部門？中國科協，其他社團的業務主管部門？國家中醫藥管理局。

故在中醫行政管理組織方面，大陸的中醫藥管理局與其衛生部處於同等級的地位，而台灣的中醫藥委員會則處於衛生署下之一機關，故可看出大陸對中醫藥的重視程度，且其中醫藥管理局的可利用資源勢必也較為豐富，相對於大陸對中醫藥的重視，台灣在這方面則稍嫌不足。

四、大陸醫療服務提供現況

（一）中醫藥人員現況

改革開放以來，大陸中醫醫療事業取得了很大發展空間，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。

至 2001 年為止，大陸中醫技術人員達到了 498888 人，其中中醫師 334034 人，中西醫結合醫師 14938 人。（中華人民共和國中醫藥管理局網站）

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兩法？農村居民提供基本醫療服務。隨著農村衛生工作的不斷深入，農村中醫藥適宜技術得到進一步推廣，中醫藥在農村三級醫療服務網路中發揮著越來越重要的作用。

另外，醫護相連，西醫有護理，中醫亦有護理，大陸設有「中醫護理組」，據謂中醫護理除修讀一定中醫基礎課程外，更有二十餘項中醫特獨的專門技術，亦必須修讀。設立的學校為北京、上海兩所中醫大學，大陸在 1999 年以前，原無醫師法的規定，大學畢業，即可以用文憑就業。

（二）醫療院所現況

大陸地區迄 2001 年，全國共有中醫醫院 2682 所，其中中西醫結合醫院 65 所，民族醫醫院 135 所，共設置床位 279622 張。全國中醫醫院 2001 年提供門、急診量共 1.9 億人次，接收入院 422 萬人。

在醫療服務提供方面，台灣中醫人力及醫療院所分布不均的現象，多集中都會區，造成偏遠地區民眾就醫的不便，在大陸方面在廣大農村地區，由於大部分鄉鎮衛生院能提供中醫藥服務，且村衛生室中有近半數人員能以中醫或中西醫兩法為農村居民提供基本醫療服務，故大陸較偏遠地區對中醫的需求較易獲得滿足。

第四節 台灣中醫藥 SWOT 分析

本研究依據所蒐集到之次級相關資料，經由 SWOT 分析，整理出台灣中醫藥產業之產業內部的優勢、劣勢與產業外部的機會及威脅，見表 4-7。

一、優勢（strengths）：

（一）台灣中醫藥水平整體而言較一致

大陸高等中醫藥教育的修業年限大多為5年（亦有3年或4年），且因由於各種專業不同，故修業年限不一。但台灣中醫學系則至少須修習7年，甚至於1996年起因中西醫雙主修的關係而將修業年限延長至8年，而學士後中醫學系為畢業於4年相關大學高等教育，然後再接受5年的中醫高等教育，如此台灣教育所修的學分數較其他國家中醫院校相對為多，雖然大陸地區中醫高等教育人才培育方向及趨勢，由5年制本科生逐漸轉為7年制為主，但在醫學教育上台灣能期望培育出

更優秀之中醫人才。

(二) 台灣醫師之認證及考試制度較完善

在民國 60 年代之後，台灣的醫師資格，均提高為大學畢業以上的程度，而且實施醫師的證照制度，要經過國家考試及格，並且經過一套醫師的訓練過程，要從住院醫師做 1~3 年，在升為總醫師至主治醫師，這通常要接受至少 2 年的中醫臨床訓練（實習 1 年不算入），才得獨立執業。而大陸的醫師資格，早期只要有學校畢業文憑即可執業，自 1999 年 5 月 1 日開始實施執業醫師法後，已大幅改善認證制度，但在醫師在醫療院所訓練及專科醫師制度，目前並未有具體成效

(三) 中醫醫療特質

根據研究資料指出目前會去看中醫門診的病人有五類 第一類是癌症病人，看中醫是為了解除病痛、延長壽命，因此只要西醫診斷出是癌症後，這些病人第一反應是去找中醫。第二類是吃西藥會過敏的病人。第三類是在西方醫學療法較差的，如異位性皮膚炎。第四類是受傳統觀念影響的人，認為扭傷由中醫來治療比較好，所以傷科在中醫藥佔了 50 60%，尤其是扭傷、跌打損傷。第五類是虛寒性的病人，在中醫門診中佔最大部份的病人。由此可知，在醫療市場中，中西醫還是有某種程度的市場區隔。（張成國，1999）

二、劣勢 (weakness) :

(一) 師資質量不足

目前國內的中醫教育面臨的一個問題就是在師資方面的較為不足，尤其在分科專精仍然尚待加強，且缺乏現代化的教學設備，導致中醫教育發展的缺失。

(二) 中醫課程教材及考試科目偏重傳統教材

現行台灣中醫教育及中醫師證照考試有部份中醫專業科目及課程沿用傳統之古籍醫學教材，重視記憶，較少臨場之靈活應用，應配合現代醫學做為臨床醫學。

(三) 中醫教育課時多，學生壓力大

中醫師養成教育上，必須以短短七八年間修足近四百學分，中西醫課程全要修習，除了傳統醫學，又要接受醫學新知，台灣病患接受現代醫學的知識及檢驗報告資訊，以致現代中醫師的養成教育不為容易。

(四) 臨床教學醫院明顯不足，只有門診，未開放中醫住院

目前具有臨床見習 實習之臨床教學功能之中醫教學醫院較顯不足。在中醫住院部份，目前雖有中國醫藥學院附設醫院及長庚醫院在

試辦實施中，但相較於其他國家中醫臨床訓練發展上，尚有改進空間。中醫師培育若無良好之實習訓練場所，將嚴重影響我國之中醫師品質。在台灣中醫門診部份，雖然許多醫學中心陸續開設中醫科門診，但仍然不足；而中醫住院部份，雖然立法院實議通過項條法時，有 7 項附帶決議，而第一項附帶決議為「中醫住院」納入健保給付，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亦受到專重。但礙於目前國內中醫住院制度並不普遍，為避色失序發展，或形成醫療浪費，主管官署及中央健保局宜妥善規劃，建立健全中醫住院制度，選擇合理項目及依「保險標準」擬定給付。但至今尚未執行或試辦。

(五) 限制中西醫擇一執業，影響中西醫結合

依據現行台灣執業醫師法之規定，中醫、西醫不可同時登錄執業，只能擇一登錄，除了影響中西醫的結合之外，再加上中醫執業環境限制較多行政法令限制中醫師不得使用醫療器材，接受正規中醫教育之中醫學系學生在畢業後，若取得中、西醫兩種執照，大多數選擇西醫執業做西中醫結合，而非中西醫結合。而大陸因於憲法中明文規定重視中醫藥，並將「中西醫並重」訂為國家衛生方針，因此在中西醫結合上優於台灣，未來台灣在中西醫結合上應更急起直追。

(六) 醫政法規嚴格限制中醫師使用現代化醫療設備

在現行的醫政單位、行政命令、解釋函或醫療機構設置標等，均嚴格限制中醫師及中醫醫療機構使用現代化醫療設備，阻礙了中醫現代化的發展。在大陸認為現代化醫療設備並非西醫發明，醫療設備為現代科技結合，只要是合格且受過醫師訓練，即可使用。

(七) 中醫師人力地理分布不均

因為提供中醫師養成教育之學校所在地，以及具有教學訓練能力之中醫院所在地，均會影響中醫師執業選擇。而民眾在中醫需求方面有逐年增加之趨勢，但中醫人數卻與西醫人數相差甚多，且中醫師在各地分布不均，中醫醫療院所多集中都會區，此造成有些地區民眾就醫可近性較差。再加上中醫門診總額支付制度之實施，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，對原本高利率地區將有較大的衝擊，且部份地區中醫醫療競爭激烈且產生醫療資源浪費情形（國家衛生研究院，2001）。

(八) 中醫師年齡分布有斷層現象

依據統計(楊志良等，2000)，由於受到特考舉辦次數及錄取人數的不穩定以及近年來陸續有檢覈考及格的生力軍，我國中醫師年齡分布集中在 35~40 歲及 70~80 歲兩個高峰，若中醫養成制度不改善，這

群經驗豐富的老中醫師將隨歲月老去，將是我國中醫界的一大損失。

(九) 中醫較缺乏實證依據

中醫根據經驗，西醫要求有系統化、客觀且有數據的佐證，故西醫有科學驗證的基礎，可信度較高，所以能夠在很短的時間內，發展相當快速。中醫需要從經驗醫學走向實證醫學，接受證據的考驗，這是無論中西醫學都要接受考驗的。

(十) 中醫師特種考試制度問題

根據陳立德對「台灣養成中醫師之學歷背景研究」中指出，截至1997年8月底為止，台灣養成之執業中醫師已有過剩現象，且就目前執業中醫師情形，仍是以中醫特考及格背景者為主，而特考與學士後中醫教育互補性高，應併入正規學士後中醫學制以利多元化發展（陳立德，1998）。

中醫師特考評分方式於民國八十六年改變，及格率於不同評分方式有很有差異。民國八十四及八十五年時為7.5%與4.5%，而民國八十六年及八十七年時為1.5%及2.1%。由民國三十九年至民國八十九年間三十一屆中醫師特考之人數及所計算之平均及格率5.81%來預估，此管道每年約養成中醫師數為98人（張英明等，2001；林昭庚等，2001），未來特考也將於2011年完全廢除，但相較於大陸自學考

試的停辦，政府在決策實行緩衝時間長，相對地台灣政府其在政策之科層機制較弱。

(十一) 台灣學生赴大陸就讀中醫所造成學歷認證問題

大陸地區在 1997 年已經研擬學歷檢覈及採認辦法草案，在醫藥類認可大陸北京、上海、廣州等三所中醫藥大學，其將可能造成中醫界生存空間及權益影響，因此引起台灣中醫界的震撼。此外，在教育制度上於大陸就讀台灣留學生多僅能選讀 5 年制或科研究方向之研究生部，如此與台灣教育素質上應有落差。未來如何開放大陸學歷認證與保障台灣中醫人士及學生權益找尋平衡量，且不造成台灣中醫界長期發展的生機，是政府管理機構須費心考慮的課題（孫茂峰，2002）。

(十二) 學校健康教育只有西醫無中醫

以教育來看，台灣民眾在接受學校基礎的健康教育課程，目前也只有西醫並無中醫，可見政府對中醫藥的認識與對西醫的認識尚有很大的距離。

三、機會（opportunities）：

(一) 中醫已愈來愈受國際重視

世界衛生組織（WHO）也重視傳統醫學，特別是針灸學，甚至發表世界衛生對傳統醫學之策略。因此中醫藥的地位在國際上地位提昇，未來中醫師的發展將大有可為。

（二）國人逐漸重視養生之道，增加對中醫養生之需求

由於世界人口老化，崇尚以自然方式獲得健康養生及追求青春美麗。不但國內對中醫藥的需求與日俱增，而且中醫藥也逐漸成為國際生物科技發展的新方向；而大多數民眾都曾接受過中醫診治或服用過中藥，其可近性及利用率甚高，一般民眾心理認為中醫藥具有預防、治療、養生、延年及益壽的效果，因此未來中醫藥受重視的前景是指日可待的。

（三）中西醫合併的風潮使中醫市場擴大

中西醫結合發展已是未來發展的風潮，如此將能大大改善以往較重西醫輕中醫情勢，因此對中醫藥市場是有逐漸擴充的契機。

（四）加入 WTO 後，各國貿易障礙降低，有利中醫業向外發展

在入會 WTO 後，依其規範的最惠國待遇及平等原則基礎上，世貿組織成員的商品或服務進入另一成員領土後，也應該享受與該國的商品或服務相同的待遇。因在各國貿易障礙將降至最低，如此有利台灣於中醫藥界向外發展的步法。

(五) 比日本、歐美等國更有進軍大陸中醫市場的優勢

加入 WTO 後，相較於其他國家下，台灣與大陸因來自同文同種文化，因此相較於其他各國進軍大陸中醫藥市場，這一個未來待開發之處女地在競爭上有其先天上的優勢。且近年來大陸配合改革開放後的經濟快速發展，對各類領域需求孔殷，因此未來台灣中醫藥市場將是一大助益。

四、威脅 (threats) :

(一) 政府對中醫藥發展不夠積極

政府機構負責管理中醫藥事務單位為中醫藥委員會，其是由行政院衛生署下的醫政處、藥政處及食品處有關中醫藥工作部份結合獨立出之機構，其仍隸屬於衛生署之下。反觀大陸成立國家中醫藥管理局與衛生部平行，而直屬國務院，其因受其憲法保障下，其組織層級與衛生主管機關相同，可見大陸對發揚我國固有傳統醫學的重視。

目前中國大陸的醫療制度主要分為中醫、西醫及中西醫結合三類，中醫可用部分西藥及西醫之醫療儀器，西醫可用中藥。大陸十分重視中醫藥事業的發展，制訂一系列保護和扶植中醫藥的方針與政策，並在其憲法中明確規定「發展現代化醫藥和我國傳統醫藥」，把

「中西醫並生」訂為國家衛生工作方針。因大陸有政府全力支持與推動中西醫結合，使得大陸目前中西醫結合發展的制度受到國際肯定，反觀台灣，目前要推動中西醫學整合工作仍受到許多相關法規限制，如：兼具中西醫師雙重資格之中醫學系畢業生僅得選擇中醫或西醫一種資格登記執業。若彼等選擇中醫，如執業於西醫醫院附設中醫部門，得從事開具檢驗項目檢驗單、光會檢單及判讀檢驗報告、光檢查報告、開立西藥處方等項業務；惟倘於中醫醫院執業，則前述業務即不得執行等，同時彼等不論執業於中醫醫院或西醫醫院附設中醫部門，均不得使用醫療儀器。由於上述限制造成台灣中西醫結合窒礙難行，有鑑於要完成中西醫結合之任務，需從中西醫師的教、考、訓、用四方面同時著手努力。

（二）國人就醫習慣較偏向西醫

許多研究顯示，台灣民眾會依據疾病的性質，對病因的解釋與疾病的過程，採取不同的就醫方式，在症狀明顯或嚴重時，大部分以西醫治療為優先，在西醫治療無效後，會改採中醫治療或民俗療法（邱清華，1990；李金鳳，1990；劉素英等，1989；蔡淑芬，1983）。歸納國內研究報告指出，對慢性病約有 20% ~30% 以上的病患會求診於中醫，但對於一般疾病僅有約 5% ~10% 的病患會利用中醫，故中

醫醫療在我國醫療體系中雖扮演極重要的角色，但仍偏向次要選擇。

（三）醫療資源之分配亦偏向西醫

在台灣的醫療保險發展上，從最早的勞保、公保至現在的健保，在醫療給付上均是以先有西醫再有中醫，而目前健保中醫也只有門診有給付，在中醫住院部份仍無。以致健保上對於中醫藥發展應給於更多發展空間。

（四）加入 WTO 所產生更多外國中醫業競爭者的進入

台灣國民前往中國大陸就讀中醫系之情形嚴重，據統計目前在大陸地區求學的台生人數約有 4,000 至 12,000 人不等，預期未來人數還會增加（徐明珠，2001）。2002 年台灣學生報考大陸大學研究所港澳台招生考試已較前一年成長一倍，達 1,369 名，未來一旦兩岸學歷認證，則其將面臨國家認證及考試之難題。日本雖無正式的中醫教育訓練，但日本將漢方醫學的觸角延伸於各領域之中，諸如：休閒事業設備開發（水療：以中醫經絡學原理應用）、健康食品業.....等，未來入會後台灣將面臨各國進軍的衝擊。

（五）實施總額給付對中醫藥的衝擊

台灣在中醫總額後在 92-97 年健保支付成長率只有不足 2%，但中醫成長率由 87、88 及 89 年來看分別為 4.3%、5.82% 及 7%，如此現象

將造成「僧多粥少」情形，此乃未來中醫成長的一大隱憂。

表 4-7 台灣中醫業 SWOT 分析彙總

優勢	劣勢
<ul style="list-style-type: none"> ● 中醫藥為我國國粹，由先賢智慧經驗累積而成，有其有效性及安全性 ● 國內中醫師水平整體而言較一致 ● 中醫師之認證及考試制度較為完善 ● 與西醫有一定程度的市場區隔 	<ul style="list-style-type: none"> ● 師資質量較不足 ● 中醫課程教材及考試科目偏重傳統教材 ● 中醫教育課時多，學生壓力大 ● 臨床教學醫院明顯不足，只有門診，未開放中醫住院 ● 限制中西醫擇一執業，影響中西醫結合 ● 醫政法規限制中醫師使用西醫醫療設備 ● 中醫師人力地理分配不均 ● 中醫師年齡分布有斷層現象 ● 中醫較缺乏實證依據 ● 台灣學生赴大陸就讀中醫所造成學歷認證問題 ● 學校健康教育只有西醫無中醫
機會	威脅
<ul style="list-style-type: none"> ● 中醫已愈來愈受國際重視 ● 國人逐漸重視預防養生之道，增加對中醫養生之需求 ● 中西醫合併的風潮使中醫市場擴大 ● 加入 WTO 後，各國貿易障礙降低，有利中醫業向外發展 ● 比日本、歐美等國更有進軍大陸中醫市場的優勢 	<ul style="list-style-type: none"> ● 政府對中醫藥發展不夠積極 ● 國人就醫習慣仍偏向以西醫為主 ● 醫療資源之分配亦偏向西醫 ● 加入 WTO 所產生更多外國中醫業競爭者的進入

資料來源：本研究整理

第五章 結論與建議

中國傳統醫藥學至今已有數千年之歷史，是我國先人所遺留之豐富資產。在加入世界貿易組織（WTO）之後，對我國的農業、工業、金融、貿易、服務業等各行各業都將產生巨大的衝擊與嚴峻的挑戰，我國中醫行業未來也將無可避免受到影響，尤其是面對同文同種的中國大陸之威脅，面對這種局勢，我國中醫業不能只是靜觀其變、消極的適應，而應該主動出擊，尋求可行的應對策略。下列僅就本研究之 SWOT 分析，依 Weihrich 學者所提出之 SWOT 分析之策略擬定方法，研擬出我國中醫業之因應策略並將其歸納整理如下：

一、在 WT 策略方面

（一）將衛生署下的「中醫藥委員會」提昇為「中醫藥管理局」

大陸十分重視中醫藥事業的發展，制訂一系列保護和扶植中醫藥的方針與政策，並在其憲法中明確規定「發展現代化醫藥和我國傳統醫藥」，將中醫與西醫分開，並設置「國家中醫管理局」與「衛生部」並行，把「中西醫並重」訂為國家衛生工作方針。故建議台灣政府應更正視中醫藥的地位，提升中醫藥管理機構的層級設立「中醫藥管理局」，以使中醫單位擁有更多資源，落實中醫藥建全體制。

（二）加強中醫教育的師資陣容

中醫系學生未來肩負起國人健康保健之責任，故優良的師資陣容是很重要的。因醫學是實用科學要有臨床授訓的經驗，除了上課、研究之外，還需到醫院臨床教學，尤其要負責見習、實習醫師教學，並且對學生的病歷寫作、辨證能力及其他基本處方能力予以考核。如此一來，一方面可使教師不脫離臨床實務經驗，另一方面又能使課堂教學達到一致性與連貫性的效果。

（三）成立中醫教材編輯委員會

我國目前所使用之中醫教材有學校統編、古籍考試用書和自編講義等，由於教材較無統一性、系統性，且統編教材編輯年代已久，故可能會造成學生學習上的困擾。故應可以成立中醫教材編輯委員會之類的單位，負責推動新版本之統編教材，並注意所編教材的系統性，。這樣教學上才能有一致性，且教材應每二年更新版本較佳。每一門課程上課有一大致的順序，學習才能有連貫性，學生之學習效果也會較好。

（四）推動中醫現代化，研發中醫診療療效評估

中醫藥為一經驗累積而成的經驗醫學，應提出足夠的證據來證明其有效性。對於中醫診療可以與科學工程結合，發展望、聞、問、切

診斷儀器，使得豐富經驗外，再加上數據及客觀。而治療儀器，如：雷射針灸儀、傷科治療儀可研發，而中醫藥執行臨床療效評估，已是刻不容緩的工作。期望建立具有中醫特色的臨床療效評估方法，針對已在應用的方藥，證明其真正具有的療效與適應症，同時進行新醫療效能的開發及新藥研發工作，對於現有常用的方劑去蕪存菁，當足以發揚傳統醫藥。

（五）建立中醫專科醫師制度

衛生署依據「醫師法」第七條之一規定，於 1988 年 6 月 29 日訂定「專科醫師分科及甄審辦法」，建立專科醫師制度之目的，為鼓勵醫師接受完整臨床專業訓練，促使其不斷吸收醫學新知，以提升醫療服務品質，照顧國民健康。因此之後，便積極委託各專科醫學會辦理各科專科醫師甄審工作。此制度開辦迄今，成效斐然，對醫療品質的提升，具有相當重要的貢獻。但此目前只限於西醫部份，因中醫診所皆不分科，故現今中醫診所所有健保給付者，門診業務範圍中每位醫師都涵蓋了內科、婦科、兒科、針灸科及傷科。但亦有一些中醫師於門診中只看專科的，如只看內科 只看針灸或傷科者。相較於中醫醫院，由於業務量及醫師人數較多之關係，多半將中醫分為內科（含婦、兒科）及針傷科兩大部分，以應付門診之需求。但基於保障醫療服務品質，未來中醫專科制度也有其必要性。

(六) 推動中醫藥臨床試驗(clinical trial)

行政院衛生署中醫藥委員會 2002 年進行二項有關中藥臨床試驗的研究計畫，其一為醫學中心成立中藥臨床試驗中心，衛生署中醫藥委員會支持 8 家醫學中心成立「中醫藥臨床試驗中心」，以利中醫、中藥的發展；另一為中藥臨床試驗教育訓練，分北、中、南三區舉辦系列教育課程，配合衛生署積極推動臨床試驗研究相關訓練課程，包括科學研究方法、醫學倫理、保護受試者權益、不良反應處理等。未來將要求中西藥臨床試驗研究計畫主持人，均須接受此類教育訓練課程。

(七) 落實中醫師進修，定期舉辦學術大會

目前醫師法第八條規定醫師執業應接受繼續教育進修，且必須每六年提出完成繼續教育證明文件，才可辦理執業執照更新。為此中醫藥醫療相關團體則有義務提供新知落實訓練之責，而目前在中醫師公會會有被要求定期舉辦學術大會。

二、在 WO 策略方面

(一) 將中醫師人力培養回歸正規教育體系

就目前中醫師人力資料顯示，台灣中醫師人力有過剩情形；目前台灣已有高等的中醫師教育，而現行中醫師結構中有 70% 為特考背景

所產生之醫師；且實施中醫總額後若過多的中醫師提供醫療服務，而相對於健保點數亦下降，過多的醫療服務供給易造成市場機制的失衡、惡性競爭及醫療資源的浪費，為防止情形發生政府應當機力斷停止中醫師特考制度以確保市場之平衡機制。將中醫師人力培養回歸正規教育體系，加強教（教育部）、考（考選部）、用（衛生署）單位之結合，建立良好之關係機制以共同規劃人力。

（二）修法推動中西醫學的結合

「中西醫並重」訂為大陸衛生工作方針之一，因大陸有政府全力支持與推動中西醫結合，使得大陸目前中西醫結合發展的制度受到國際肯定，反觀台灣，目前要推動中西醫學整合工作仍受到許多相關法規限制，造成台灣中西醫結合窒礙難行，有鑑於要完成中西醫結合之任務，需從中西醫師的教、考、經由臨床療效評估，確定以中醫藥治療較有效果的疾病，結合西方醫學之診斷優勢，互相擷長補短。針對具有中西醫師雙重資格者，應准予雙重登錄執業，發展中西醫結合，並應提供適當、優良的執業環境，使中西醫療方式得以結合，建立本土醫學之特色。另由加強中西醫療結合教育之推廣著手，使中西醫學之從業人員能互相溝通攜手合作，期能早日突破現代醫藥衛生體系之瓶頸，為人類疾病治療的效果再創契機。

(三) 參加國際中醫藥針灸學術大會

近年來世界各國對傳統醫藥興趣日濃，均投入大量金錢與人力，從事研究工作，欲促進中醫、中藥暨中西醫結合之發展，須增進國際學術交流、參觀訪問及技術合作，並且應將研究具體發表於期刊或提出論文。顯示台灣中醫藥在研究成果並相互學術交流。

三、在 SO 策略方面

(一) 將中醫與預防醫學相結合，以防患未然

世界各國人口平均餘命上升，國民所得增加，相對於健康的要求日益增高，中醫藥除了治病之外，在養生保健、疾病預防、及增進人類福壽上，都有其無法取代的地位，故可將中醫在預防醫學上作進一步的結合，如此一來，除了可保障國人的健康，還可增加中醫的優勢提升中醫的競爭力。

由於本研究僅就台灣及大陸地區的教育、考試制度、中醫行政管理單位、醫療服務提供四個層面來探討，故仍有許多未盡完美之處，有許多主題值得深入的探討。最後，希望本研究能對我國在加入 WTO 後，在面臨中國大陸的衝擊下，在中醫藥策略的擬定方面有些許幫助。

參考文獻

一、英文部分

1. Chi C., JL Lee, JS. Lai, CY Chen, SK Chang, SC Hen. (1996) , "The practice of Chinese medicine in Taiwan". *Social Science & Medicine* , Vol.43,No.9, p.1329-1348
2. Porter, M. E. (1979) , "How Competence Forces Shape Strategy" . *Harvard Business Review*, March- April.
3. Porter, M. E.(1985),*Competitive Strategy*, New York: The Free Press.
4. Barney. D.F. (1991) , "Tine paths in the diffusion of Product Innovations" . Macmillan, London. p.100
5. Weihrich H. (1982) , "The TOWS Matrix-A Tool for Situational Analysis" . *Long Range Planning* , Vol. 15,No.2, p.60
6. Ansoff. I. H. (1988) , *The New Corporate Strategy*,3rd ed., New York NJohn Wiley & Sons, Inc., p.83
7. Chi C., JL Lee, JS. Lai, CY Chen, SK Chang, SC Hen. (1996) , "The practice of Chinese medicine in Taiwan". *Social Science & Medicine* , Vol.43,No.9, p.1329-1348
8. Hesketh, T., WX. Zhu, JE. Ultmann. (1997) "Health in China. Traditional Chinese medicine : One country, two systems". *BMJ* ,Vol.315,No .7100, p.115-117
9. Ken C.(1995) "The Role of Tradition Medicine and WHO' S Program

on Traditional Medicine" .The 8th INT' L Congress of Oriental
Medicine, p.27-39

二、中文部份

1. 吳芝儀、李奉儒 譯，Michael Quinn Patton 著（1995），「質的評鑑與研究」，桂冠圖書公司。
2. 徐宗國 譯，Anselm Strauss & Juliet Corbin 著（1997），「質性研究概論」，巨流圖書公司。
3. 李茂興 譯，George Luffman & Edward Lea & Stuart Stuart Sanderswon & Brian Kenny 著（2001），「策略管理」，弘智文化事業有限公司。
4. 黃營杉 譯，Charles W.L. Hill & Gareth R. Jones 著（1996），「策略管理」，華泰書局。
5. 司徒達賢（1993），「策略管理」，遠流出版公司。
6. 司徒達賢（2001），「策略管理新論 - 觀念架構與分析方法」，智勝文化事業有限公司。
7. 榮泰生（1997），「策略管理學」，華泰書局。
8. 黃宏義 譯，大前研一 著（1984），「策略家的智慧」，長河出版社。
9. 黃俊英（1997），「行銷研究概論」，華泰書局。
10. 林財丁 譯，Leslie W. Rue & Lloyd L. Byars 著（2000），「管理學

- 技巧與應用」, 滄海書局。

11. 「加入世界貿易組織暨其對我國主要產業之影響」, 調查資料第 405 期, 第 35 頁。
12. 陳永興 (1997), 台灣醫療發展史, 月旦出版社。
13. 錢信忠 著, 日本中醫振興協會 譯 (1995), 「中國傳統醫藥學發展與現況」, 青春出版社。
14. 何正治 (1987), 「中醫國際化的挑戰」, 中西結合雜誌, 第 7 卷, 第 3 期。
15. 周郁崑 (2000), 「談策略管理程序 - SWOT 分析」, 紡織園地, 第 32 期, 第 26-28 頁。
16. 陳梅生、謝明村、林昭庚 (1995), 「台灣地區中醫藥教育」, 中醫醫藥學院雜誌, 第 6 卷, 第 2 期, 第 75-91 頁。
17. 陳梅生 (1995), 「台灣中醫教育」, 台灣教育, 第 540 期, 第 37-39 頁。
18. 郝萬山 (2001), 「台灣的中醫教育」, 中醫教育 ECM, 第 20 卷, 第 6 期, 第 56-57 頁。
19. 陳春發 (2001), 「中醫在台灣醫療體系的角色 - 以台北市立中醫醫院為例」, 北市中醫, 第 7 卷, 第 2 期, 第 75-83 頁。
20. 林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣 (2001), 「中醫師人力現況與

- 規劃」, 中醫醫藥學院雜誌, 第 12 卷, 第 4 期, 第 231-242 頁。
21. 劉麗偉、陳俊明 (2003), 「台灣中醫師人力規劃的初探」, 第 86-92 頁。
 22. 楊志良、張成國、李淑宜 (1990), 「中醫醫療體系及經營管理之初步探討」, 醫療制度, 第 26 卷, 第 3 期, 第 153-160 頁。
 23. 陳立德、陳榮洲、賴俊雄 (1997), 「台灣中醫教育 - 學士後中醫學系學生學歷背景之探討」, 中國醫藥學院雜誌, 第 6 卷, 第 3 期, 第 179-186 頁。
 24. 張永賢 (1995), 「台灣地區中醫醫院之現況」, 明通醫藥, 第 225 期, 第 8-12 頁。
 25. 陳太羲、李卓倫、賴俊雄、游隆權、張永勳、官錦鳳 (1990), 「台灣地區中醫醫院之現況」, 中國醫藥, 第 1 卷, 第 1 期, 第 58-66 頁。
 26. 陳太羲、李卓倫、賴俊雄、游隆權、張永勳、官錦鳳 (1990), 「台灣地區中醫診所之現況分析」, 公共衛生, 第 17 卷, 第 2 期, 第 136-142 頁。
 27. 沈建忠、張瑛玲、許權維 (2002), 「台灣中醫教育現況與建議」, 中醫教育 ECM, 第 21 卷, 第 1 期, 第 41-42 頁。
 28. 童思雄 (2002), 「入世對中醫藥高等教育的影響及應對策略」, 中

- 醫教育 ECM, 第 21 卷, 第 5 期, 第 27-30 頁。
29. 陳志勇、李健明 (2002), 「應對加入 WTO 的高等中醫藥教育政策」, 中醫教育 ECM, 第 21 卷, 第 2 期, 第 58-59 頁。
30. 嚴世芸、周敦華 (2002), 「加入世貿組織背景下的高等中醫藥教育改革與發展」, 中醫教育 ECM, 第 21 卷, 第 3 期, 第 9-12 頁。
31. 陳梅生 (1997), 「大陸中醫藥教育概況」, 教育研究資訊, 第 5 卷, 第 4 期, 第 72-88 頁。
32. 陳梅生 (1996), 「大陸中醫藥教育」, 中醫醫藥學院雜誌, 第 7 卷, 第 3 期, 第 181-185 頁。
33. 孫茂峰 (2002), 「大陸地區中醫學歷採認相關研究 (一) - 大陸地區中醫高等教育之研究」, 行政院衛生署中醫藥委員會九十一年委託計畫。
34. 賴俊雄 (1994), 「推動兩岸中醫學術文流工作 - 中國大陸中醫藥教育體系」, 行政院衛生署中醫藥委員會委託計畫。
35. 雷允奇、陳介甫 (1990), 中國大陸中醫藥現況, 國立中國醫藥研究所叢書。
36. 「中華人民共和國執業醫師法」(2001), 中國法制出版社, 北京。
37. 「大陸地區醫療制度相關法規」(1993), 行政院衛生署委託中華民國醫師公會全國聯合會研究編印。

38. 全國中醫執業助理醫師資格考試複習指導專家編寫組(2000), 「全國中醫執業助理醫師資格考試習題集」, 中醫古籍出版社。
39. 張永賢 (2002), 「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, 第 22 卷, 第 4 期。
40. 張永賢 (1989), 「介紹日本明治鍼灸大學」, 中國醫藥學導報, 第 114 期。
41. 郝萬山、姜名石 (1997), 「韓國的韓醫教育」, 第 16 卷, 第 1 期。
42. 羅曉軍 (2001), 「WTO 中國大商機」, 靈活文化, 台北市。
43. 李明軒、陳雅慧、盧智芳 (2001), 「WTO 與兩岸競合」, 天下雜誌, 台北市。
44. 林宜信 (2002), 「展望 21 世紀中醫藥研究發展」, 北市中醫會刊雜誌, 第 16 卷, 第 1 期, 第 7-10 頁。
45. 計榮海 (2001), 「當代中醫面臨的挑戰與展望」, 北市中醫會刊雜誌, 第 7 卷, 第 2 期, 第 68-74 頁。
46. 張嘉雯 (2000), 「競爭策略、組織間關係策略、組織間關係管理型態與競爭優勢關係」, 逢甲大學企業管理研究所碩士論文。
47. 許正昇 (1999), 「我國製藥業經營策略之研究」, 國立成功大學企業管理研究所碩士論文。
48. 歐陽瑾儒 (2002), 「我國加入世界貿易組織對本國製藥業之衝擊

- 與因應策略之研擬」，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
49. 闕巧婷 (1999), 「台灣中西醫養成制度之研究」, 中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
50. 翁瑞宏 (1999), 「全民健康保險中醫門診醫療利用之研究」, 中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
51. 世界貿易組織網站, <http://www.trade.gov.tw/>。
52. 行政院衛生署統計資訊網, <http://www.doh.gov.tw/statistic/>。
53. 中華民國中醫師公會全國聯合會網站, <http://www.uncma.org.tw/>。
54. 行政院衛生署中醫藥委員會網站, <http://www.ccmp.gov.tw/>。
55. 中華人民共和國中醫藥管理局網站, <http://www.satcm.gov.cn/>。
56. 中華中醫教育在線, http://big5.itcmedu.com/yls/hwzyy_03.html/。
57. 台灣考選部全球資訊網, <http://www.moex.gov.tw/>。
58. 107 藥道館, <http://www.taconet.com.tw/jus107/>。