

計畫編號：CCMP91-RD-015

行政院衛生署九十一年度科技研究發展計畫

大陸及其他國家或地區中醫醫療管理體制研究

委託研究報告

計畫委託機關：中國醫藥學院

計畫主持人：張永賢

研究人員：馬作鎡 吳金濱 陳建仲 陳普曼 周文雅

執行期間：91年7月31日至92年6月30日

** 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 **

行政院衛生署中醫藥委員會九十一年度
委託研究計畫成果報告

大陸及其他國家或地區中醫醫療管理體制研究

執行機構：中國醫藥學院

計畫主持人：張永賢

研究人員：馬作鎡 吳金濱 陳建仲 陳普曼 周文雅

執行期限：91年7月31日至92年6月30日

** 本研究報告僅供參考，不代表本會意見 **

目 次

壹、前言.....	1
一、研究問題.....	1
二、研究目的.....	3
貳、材料與方法.....	4
一、次級資料分析法.....	4
二、專家訪問法.....	4
三、策略管理分析.....	5
參、結果.....	9
一、國際性組織團體之概述.....	9
二、台灣中醫醫療體制現況.....	17
三、大陸中醫醫療體制現況.....	25
四、日本中醫醫療體制概況.....	35
五、韓國中醫醫療體制現況.....	40
六、香港中醫醫療體制概況.....	44
七、新加坡中醫醫療體制概況.....	51
肆、討論.....	56
一、優勢 (strengths)	56
二、劣勢 (weakness)	57
三、機會 (opportunities)	60
四、威脅 (threats)	61
伍、結論與建議.....	63
一、WT 策略(Min-Min).....	63
二、WO 策略(Min-Max).....	66
三、ST 策略(Max-Min).....	68
四、SO 策略(Min-Max).....	68

陸、參考文獻.....	70
一、中文文獻.....	70
二、英文文獻.....	76
柒、圖、表.....	77

圖 次

圖 2-1	研究流程架構圖.....	77
圖 2-2	策略管理程序流程.....	78
圖 2-3	Porter 之五力分析.....	78
圖 2-4	Porter 價值鏈.....	78
圖 2-5	SWOT 分析、資源基礎模式與競爭優勢環境模式之關係.....	79
圖 2-6	SWOT 分析之策略擬定.....	79
圖 3-1	中醫師資格取得途徑.....	81
圖 3-2	中醫藥委員會組織架構圖.....	82
圖 3-3	中華人民共和國中醫藥管理局組織圖.....	84
圖 3-4	香港中醫藥管理委員會組織架構.....	85

表 次

表 3-1	台灣中醫教育體系.....	80
表 3-2	台灣中醫系在學學生人數.....	80
表 3-3	台灣中醫考試人力現況.....	82
表 3-4	中醫師人力各縣市分布情形.....	83
表 3-5	日本醫學院修習漢方醫學.....	85
表 4-1	台灣中醫藥 SWOT 分析.....	86

大陸及其他國家或地區中醫醫療管理體制研究

張永賢

中國醫藥學院

摘要

為積極有效擬定我國加入 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更進一步瞭解，為此本研究之研究目的：乃探討大陸、韓國、日本、香港及新加坡等國家或地區，其中醫教育單位、中醫師認證與考試制度、中醫藥行政管理組織及中醫醫療服務提供之現況及法規，然後再將這些制度與法規和我國相關制度與法規進行比較分析。

本研究將採用比較研究之方式進行，各國之中醫藥管理體制將藉由文獻的探討、實地參訪並與各國主要關鍵人物（key person）進行焦點訪談而獲得，本研究於完成文獻收集及實地觀察後，將藉由專家座談的方式，進行各國中醫藥管理體制的 SWOT 分析。各國在中醫藥發展上各有所長，大陸在中醫高等教育上就已分科；受政府支持傳統醫學，其國家中醫藥管理局層級高且中西醫結合發展及研究多，而執業醫師法於 1999 年才開始施行，在法規部份較為不足。日本無正式東洋醫學教育，多數醫師雖使用漢方藥劑，但未深入了解中醫基礎理論，然而其在中醫藥研究上積極發展並應用於各領域，如：醫療行為及預防養生保健。韓國醫療為二元化體系，即中醫與西醫各自獨立發展，因此在教育整體規畫下中醫學院平均分佈於各縣市，在中醫藥發展積極且政府提倡，就如中醫住院也列健康保險給付範圍，在跨入 21 世紀，政府關切及支持中西醫結合研究及發展設為其醫療重大方向。香港與新加坡因受早期殖民地影響，重西醫而輕中醫下在中醫高等教育、中醫認證及註冊與專門的中醫藥管理單位設立均較晚於其他國家，因此

在中醫藥的法規亦落後，但目前均在急起直追中。反觀台灣，雖中醫教育制度修業期間長，中醫師訓練佳且醫療法規制度健全，但在中醫市場上特考背景出身中醫師占多數，且受醫療法規限制下雖雙執照醫師只能選一執業，同時對中醫師使用現代化醫療設備及儀器也設限，重大影響我國中西醫結合發展及研究。

為因應 WTO 對台灣中醫藥所產生巨大的衝擊與，在教（教育部）上：應加強中醫教育優秀師資陣容，並成立中醫教材編輯委員會，更新教材；在考（考選部）上：人力培養回歸正規高等教育體系，並停辦特考；在用（衛生署）上：建議將「中醫藥委員會」提昇為「中醫藥管理局」，推動中醫現代化，研發中醫診療療效評估，接受實證醫學的考驗（EBM），推動中醫藥臨床試驗(clinical trial)，並鼓勵中西醫學的結合，應以提倡預防醫學及建立中醫醫院評鑑為目標。在訓練部份：應建立中醫專科醫師制度，落實中醫師進修，公（學）會定期舉辦學術大會。此外，應多鼓勵參與國際性中醫藥針灸學術交流大會，並且要加強教、考、用之結合，以共同面臨未來環境變化之嚴峻挑戰。

關鍵詞：中醫藥、大陸、台灣、SWOT

The comparison of management mechanisms in traditional medicine between Taiwan and other countries

Yung-Hsien Chang

China Medical College

ABSTRACT

Objective: For effectively development for the strategies of traditional medicine in our country, we have to further realize the management mechanism of traditional medicine in the neighboring countries. The purpose of this study is to analyze the resources and environment different in Taiwan, China, Japan, Korea, Hong Kong, and Singapore from the perspectives traditional medicine education units, traditional medicine physician certification and license exam, the status of traditional medicine administration institution and laws.

Data sources: The information about the management mechanism of traditional medicine for different countries will be collected through literatures review and interview. SWOT technique will be utilized to analyze internal resources and external environment. Comparing to Mainland China and other countries, we identify strength, weakness, opportunity, and threat respectively. Appropriate strategies will be proposed based on Wehrich's model.

Principal finding:

From the perspective of **WT**(min-min) strategy, we suggest that:

1. The Committee on traditional medicine should be reorganized to have a level as high as The Department of Health,
2. The ability of teacher for traditional medicine should be enhanced,
3. The traditional medicine teaching material editorial board should be set up,
4. The evidence-based research of traditional medicine should be encouraged, and
5. The specialist system of traditional medicine should be established.

From the perspective of **WO**(min-max) strategy, we suggest that:

1. The manpower of Chinese medical physicians should be educated in regular educational system,
2. The regulations should be modified to promote the combination of Western medicine and traditional medicine,

3. Participation of international acupuncture academic exchanges conferences should be taken.

From the perspective of **ST**(max-min) strategy, we suggest that:

1. The traditional medicine and should be generalized in preventive medicine.
2. The criticism system for the hospital of traditional medicine should be established.

Conclusion: Hopefully, these suggestions from our study could be useful in formulating the strategies and regulations of Traditional medicine.

Keywords : Traditional Medicine, China, Taiwan, SWOT

壹、前言

一、研究問題

台灣歷經 12 年的努力，終於在 2002 年 1 月 1 日如願以償成為世界貿易組織（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 得經過各會員國認同，了解各國特色差異、民族特色及貿易自由化，必須互相降低關稅、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。它在 WTO 三個主要協議中都有規定（GATT 第 3 條、《服務貿易總協定》第 17 條、《與貿易有關的知識產權協議》第 3 條），三個協定（議）在處理原則方面上有部份差異。

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等考試。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，之後在1998年亦有長庚大學成立中醫學系。大陸因政治體制的關係，學校全為公立；台灣中國醫藥學院及長庚大學皆為私立。兩岸相對，要以只有二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。故本研究擬就大陸、台灣、日本、韓國、香港及新加坡等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管理體制之發展策略。

二、 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、日本、韓國、新加坡及香港特別行政區等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、醫療服務提供等，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。茲將本研究之目的整理如下：

- (一) 蒐集並比較大陸、日本、韓國、新加坡及香港等地的中醫教育單位及其管理制度與文獻。
- (二) 蒐集並比較大陸、日本、韓國、新加坡及香港等地的中醫認證考試制度及其管理制度與文獻。
- (三) 蒐集並比較大陸、日本、韓國、新加坡及香港等地的中醫行政管理組織及其管理制度與文獻。
- (四) 蒐集並比較大陸、日本、韓國、新加坡及香港等地的中醫醫療服務提供單位及其管理制度與文獻。
- (五) 依據文獻及專家意見，擬定台灣因應未來發展的策略(SWOT)分析，並提供適合中醫藥之策略與建議。

貳、材料與方法

在研究方法上，本研究採用質性研究的方式進行，其目的為發現問題、認識狀況，因加入世界貿易組織對中醫藥產生許多未知的變化，故以質性研究作一初步性的探討。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，在研究工具主要以晤談、觀察、訪問及書面文件等方式來進行。

本研究在文獻探討部份，是利用比較研究之方式進行，在各國資料收集上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藥界專家人士進行座談，詳細會議相關資料於附錄二。希望對研究之國家或地區中醫藥體制有更進一步的瞭解以輔助文獻資料之不足。

在各國之管理機制於本研究中分為四個觀點來討論，分別為：中醫藥養成教育機制、中醫師認證及考試制度、中醫藥行政管理機制、醫療服務提供的市場機制情形。本研究於完成文獻收集及專家與各國關鍵人物會晤的實地訪察後，再藉由專家座談的方式，對各國中醫藥管理機制進行 SWOT 分析。在實地參訪上，礙於時間及經費僅於計畫執行期間，會晤韓國慶熙大學暨附設醫院 (漢城) 及慶熙大學東西醫學研究所 (水原)，與日本富山醫科藥科大學暨附設醫院及日本北

里大學暨附設醫院國際傳統醫學研究專家、日本厚生勞動省醫療單位等，詳細資料於附錄三，藉以實際了解其國家目前中醫藥發展現況。

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，接著蒐集國際性組織（WTO 及 WHO）、各國（台灣、大陸、日本、韓國、香港及新加坡）地區之中醫業相關資料，並經由專家進行交流所獲取之資料加以歸納整理，推論出內外部環境之變化對我國中醫業所造成之衝擊，並提出 SWOT 分析，研擬出本國中醫業因應之策略，最後提出結論與建議，如圖 2-1。

三、策略管理分析

（一）策略管理程序

策略（Strategy）為「善用資源以打敗敵人的方法或計畫」。早在中國孫子兵法中提及『上兵伐謀、其次伐交、其次伐兵、其下攻城』，認為用兵的最上策略便是以“謀略取勝”。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。

而完整的策略管理程序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是前規劃及分析後，交付執行，再評估成果，形成一整體循環，如圖 2-2（周郁岷，2000）。

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。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。

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，根據 Michael Porter 所提出的產業五力分析模式（如圖 2-3），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（Porter，

1979)。

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 2-4）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（Porter，1985）。

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(Barney，1991)：

1982 年 Weihrich 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(如圖 2-6)：

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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 (Wehrich, 1982)。

(二) 管理機制

有關管理的機制有許多學者分別提出各種不同理論，例如：正式與非正式 (Martinez & Jarillo, 1989)；官僚與文化或社會化(Baliga & Jaeger, 1984 ; Roth, Schweiger & Morrison, 1991)；投入或行為與產出(Ouchi & Maguire, 1975 ; Ouchi, 1977)。除了上述正式化與社會化兩個構面外，還有學者提出第三類管理機制：中央集權(Bartlett & Ghoshal, 1989)。對於跨組織合作關係管理機制，Ouchi and Bolton(1988)提出市場機制及科層機制。

管理機制的定義：「管理機制為一種程序，包括計劃、監督、績效衡量與評估、回饋等活動，同時經由整會及協調所有組成份子的參與，而能正確執行策略，達成個別及全體共同的目標。」

一般可將組織的管理機制分成三種，即市場機制(market mechanism)、關係機制(relation mechanism)及科層機制(bureaucracy mechanism)，其意義分別為：

1. 市場機制：主要倚賴外部市場力量來管理，合作彼此間有其他的選擇替代方案，且存在一交易價格，並以此價格機能來傳達資訊、調整行為，以達成既定目標。

2. 關係機制：主要倚賴信任及共識來管理，合作雙方基於彼此長期建立的個人人際關係，或組織間長期的往來關係，來調整彼此的行為，以確保達成既定目標。
3. 科層機制：主要倚賴威權、法治規則或雙方制定的契約來管理，合作雙方有專責單位及人員負責彼此的監督及執行，且詳細訂定嚴密的規範及權利義務，以約束彼此的行為，並有具體的績效及評估，以便達成既定目標(彭朱如，民 87；蘇洺賢，民 90)。

參、結果

一、國際性組織團體之概述

(一) 世界貿易組織(WTO)的發展與影響

1. 關稅暨貿易總協定(GATT)之創建

第二次世界大戰至1945年9月結束，全球經濟陷入蕭條。因戰後美國鑒於第二次世界大戰之發生是由於錯誤的經濟政策及各國的經濟利益無法平衡所造成，為希望能重建及穩定國際經濟秩序，需有適當的援助行動與商品的自由貿易，促進各國經濟的快速復甦及國際間的長治久安。戰後同盟國之政治領袖認為應建立戰後經濟機構以管理經濟問題，以避免各國競相採取諸如進口配額之保護措施，導致國際貿易之停滯。

1945年聯合國成立後，其附屬「經濟社會理事會」組織在1946年通過決議要求草擬「國際貿易組織」(International Trade Organization, 簡稱ITO)憲章，並於同年10月為制定ITO之籌備會議，其後到1948年3月在古巴哈瓦納(Havana)由五十三國完成「國際貿易組織憲章」(Charter of an International Trade Organization, ITO)草簽，其希望藉由ITO來建立世界經濟之新秩序，使全球經貿更加速達到世界化(Globalization)之腳步。

最後至1950年底，由於該憲章草案牽涉範圍甚廣，而各成員經濟利益互異，致引起甚多爭論，終使ITO胎死腹中。嗣後，在美國強力主導下，從ITO規範中，將有關商業政策之部份單獨抽出，配合關稅減讓之規定，邀請各國協商，在1947年10月30日於日內瓦簽署「關稅暨貿易總協定(GATT)」，經我國、美、英、法等23個國家批准成立，從翌年開始運作。

GATT自1948年1月1日成立後，締約國由原來的23國增加至2000年7月21日的137國。其貿易量占世界貿易總值的90%以上，並促使全球平均關稅稅率降至5%水準。自生效日以來，主管國際貿易事務達40年之久，經過八次多邊談判，

有效遏止保護主義氣燄高漲與蔓延，建立國際貿易規範，降低各成員間的關稅與非關稅貿易障礙，有效解決了國際貿易爭端，並為企業提供一個穩定及可預測的國際貿易環境，促進對外貿易、創造就業機會、拓展貿易商機及增進世界經濟成長與發展。因此全球貿易額自1947年的570億美元增加到1995年的3兆5,000億美元，在不到50年的時間裡產生了10倍以上的成長量，而GATT的努力，其功不可沒。

2.世界貿易組織之成立與功能

世界貿易組織(World Trade Organization; WTO)是由GATT演變而來，是一個獨立於聯合國之外的永久性國際組織，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通過成立WTO。而WTO的宗旨為會員之間對於貿易及經濟方面的關係應以：

- (1)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。
- (2)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。
- (3)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。

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成員再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。

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。一旦規則被制定後，會員就要遵守該規則；如果爭端會員對規則持有異議，WTO將會對該規則繼續探討、修改，或是決定是否繼續沿用。

WTO 的主要功能為：

- (1) 管理貿易協定；
- (2) 做為貿易協商的論壇；
- (3) 解決貿易爭端；
- (4) 審閱會員的貿易政策；
- (5) 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；
- (6) 與其他國際組織合作。

WTO 五大基本規範為：

- (1) 不歧視原則（不歧視的貿易）：

對外關係須對所有會員國之貨品給予同等最優惠待遇之「最惠國待遇」(Most-Favored-Nation Treatment)；在對內關係，須對會員國進口之貨品給予與本國貨品同等之待遇「國民待遇」(National Treatment)。

- (2) 關稅與非關稅措施約束：

會員國原則上不能對貨品的進出口設置配額，且在進口農產品的非關稅限制，均應轉為關稅並分 6 年調降，對於國內農產品補貼及扶助，應受約束且逐年削減。

- (3) 漸進式開放市場（貿易自由化）：

透過談判方式將關稅調降，依據開放市場所作調降關稅之承諾，多數關稅應分 5 年調降。

- (4) 促進公平競爭：

公開、公平的貿易競爭體系，以確保公平機制下的貿易條件。

- (5) 鼓勵發展及經濟轉型：

WTO 會員國中有 3/4 的會員為開發中國家在烏拉圭合談判中，有超過 60 個開發中國家，由談判需要經濟轉型為貿易自由化之市場經濟。

加入 WTO 則可享有之十項益處：

- (1) 促進世界和平機制；
- (2) 透過建設性的方法來解決貿易爭端；
- (3) 建立規範，促使大小國家皆一體遵循；
- (4) 自由貿易將可使降低生活支出費用；
- (5) 提供多選擇性的產品及品質；
- (6) 提高貿易所得；
- (7) 刺激經濟成長及增加就業；
- (8) 更有效的貿易而降低成本；
- (9) 減低政府因利益團體而受之壓力；
- (10) 激勵政府組織，並著重談判與承諾（張永賢，2002）。

3.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，並給予合核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）。

（二）世界衛生組織(WHO)

1.世界衛生組織的創建

WHO(World Health Organization)可說是近 150 年前的國際衛生合作活動的結晶。在 1851 年第一屆國際衛生會議首次討論控制鼠疫向歐洲蔓延的措施。之後，各國共同合作與黃熱病、霍亂、天花和傷寒對人類的威脅進行抗戰。1902 年成立泛美衛生局，1907 年成立國際公共衛生辦事處(OIHP)，1919 年成立國際聯盟衛生組織，1945 年在巴西和中國提倡下建立國際衛生組織，接著於 1946 年“世界衛生組織組織法”正式通過，於 1948 年 4 月 7 日生效，正式在日內瓦成立（李綱，1997）。WHO 是聯合國組織系統下的一個專門機構，其宗旨為“透過內部與其他機構的合作，促進全世界人民的健康”。目前，WHO 已有 190 個成員國，而我國當初為聯合國五大理事會，亦是世界衛生組織創會國之一，但自 1971 年退出聯合國之後，即不再是世界衛生組織的會員。

2.世界衛生組織之功能

五十多年來 WHO 在制定各種衛生標準，透過與會員國的直接合作及促進與會員國之間的合作，實施各種項目改善各國的衛生狀況、預防與控制疾病、改善環境條件、開發衛生人力、促進衛生技術與訊息的傳遞及研究，制訂與落實衛生計畫，為人類健康事業的發展作出巨大的貢獻（劉宏等，2001；張永賢，2001）。該組織對健康的定義：指人們在心理、生理及社會理智性方面均保持良好且理性的狀態；已不在侷限於疾病或羸弱之消除，而是身體、精神與社會之完全健康狀態。

WHO 的主要職能與工作：

- (1) 指導國際衛生工作，在國際健康工作扮演權威協調者角色；
- (2) 與各國政府合作加強國際衛生規劃的計畫、管理和評價；
- (3) 發展並轉讓適宜的衛生技術援助、資訊和人類健康的標準；
- (4) 幫助各國政府提高有關健康方面的服務水平；
- (5) 在必要時，應各國政府要求提供緊急救助；
- (6) 促進傳染病、流行病的預防工作；
- (7) 與相關機構合作，改善居住、公共衛生、娛樂休閒、工作環境和其他環境的衛生狀況；
- (8) 促進生命健康學的研究工作；
- (9) 促進醫學、健康學和相關領域的教學和培訓水準；
- (10) 建立生物學、藥學及相關領域產品的國際標準；
- (11) 舉辦相關會議，與成員國制定協議、規則，給新發現的疾病和死亡原因命名，如：最近的“嚴重急性呼吸道症候群 (SARS)”。

WHO 是藉由世界衛生大會、執行委員會及秘書處三個機構履行其職責，其除了設於瑞士日內瓦的總部外，並於非洲、美洲、東地中海、歐洲、東南亞及西太平洋等六地區設立辦事處。WHO 與聯合國系統的其他組織保持密切的工作關係，並按以下方面進行合作：即國家、雙邊機構、政府間機構、非政府組織及各合作中心。

WHO 在全球衛生領域成績斐然，其中有：控制傳染病、提供衛生服務、降低死亡率、延長壽命、提倡基本藥物和建立衛生城市。WHO 當前所關注議題：① AIDS 的防治；② 消滅小兒麻痺；③ 全球性的緊急病症-結核病；④ 重視全球兒童衛生保健；⑤ 全球關注的環境與健康；⑥ 當前的熱門議題-吸煙與健康；⑦ 老年人口和腫瘤、心血管病的防治；⑧ 生產衛生與健康；⑨ 營養和食品；⑩ 日益受到重視的精神衛生。未來 WHO 目標即是實現人人享有衛生保健、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(李綱，1997；曉文，2000；陳錫騏，1995)。

(三)WHO 對中醫藥的影響

1. 應充分發揮中醫藥、針灸在老年衛生保健中的作用：

WHO 在 1983 年召開「實現公元 2000 年人人享有衛生醫療保健」，同時明確對針灸及草藥的傳播和推廣，寄以極大的期待（張永賢，2001）。人類老年化趨勢愈來愈明顯，老年人已成為世界衛生保健工作中必須給予極大關注的社會群體。中醫藥，特別是針灸對老年病治療和老年保健有良好效果，一些國家在沒有納入醫療保險下，有許多人寧願自費也要接受針灸治療。目前一些國家針對這一問題制定了新的衛生保健政策，如：日本已開展了老人的家庭奉侍醫療費用可以報銷；美國亦有商業保險亦可報銷 65 歲以上老人的針灸費用等等；德國亦將針灸治療列入醫療給付。因此，老年醫療保健的需求，為中醫藥特別是針灸提供了良好的發展前景。

2. 中醫藥、針灸將在治療疑難病症方面有所作為：

針刺麻醉和針灸鎮痛的作用已得世界公認，針灸對腫瘤患者提高免疫能力、緩解化療副作用的效果良好，因此針灸介入腫瘤患者的治療，特別是在作為輔助療法，減輕癌症晚期患者的痛苦，提高病患的生活品質，預期未來中醫藥或針灸可以在治療一些疑難疾病方面有所突破（麻穎，2000）。

3. 傳統醫藥在發展國家逐漸重視：

WHO 傳統醫學官員報告中的數據指出，多數發展中國家在衛生保健中主要依靠傳統醫藥，且這種依靠程度和範圍隨著時間的推移，逐漸上升和擴大，這說明中醫藥的重要性與日劇增（葉祖光，2001）。而已開發國家如美國在 1990 年人民尋求傳統醫學為 34%，在 1997 年上升為 42%（JAMA，1998）。

4. 建議各國應將傳統醫學納入醫療政策：

世界衛生組織在 1994 年【世界衛生】刊物，特別介紹針灸專刊，並建議針灸可治療 43 種疾病。1989 年公佈「國際標準針灸穴名方案」，為針灸醫學在國際推應用，以促進國際針灸學術共同語言，得以拓展針灸學術交流大會。1995 年又公佈「針灸治療研究方法規範」(Guidelines for clinical Research on Acupuncture) 培養針灸臨床研究方法學。世界生組織為發展傳統醫藥於去年 2002 年提出發展傳統醫學 2002-2005 年策略 (WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005)，促進世界各國發展及研究傳統醫藥 (張永賢，2001；WHO，2002；張永賢，2003)。

二、台灣中醫醫療體制現況

(一) 台灣醫療基本狀況及發展沿革

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；西醫診所所有 9,425 家，而中醫診所所有 2,544 家（行政院衛生署，2001）。

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 1,070 多人，但歷經日本統治，從 1899 至 1945 年日本政府在台約培養了 2,800 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多（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，短短幾年之內發展，到 1954 年時中醫師人數已達 1545 人（Chi，1996），於 1958 年教育部正式核准中醫師教育，為台灣中醫師培育注入新的曙光。

(二) 台灣中醫高等教育制度

教育部於 1958 年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、中西醫兼學且素質更高的中醫執業人員，且自 1996 年度起將修業年限延長為八年。中國醫藥學院在 1999 年接受考選部的委託，負起了中醫特考筆試及中醫師教育訓練的責任，而後中國醫藥學院也陸續成立中醫學系碩士班（1975 年）及博士班（1988 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。因中國傳統醫學與西方醫學的相互影響下，在醫學理論與臨床上，中西醫學結合已蔚然成為現代醫學的發展趨勢下，於 1999 年成立中西醫結合研究，合力達成中西醫學融合互用，建立新醫學體系。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，並於 2000 年成立傳統中國醫學研究所，共同為培育中醫人才而努力（張永賢，2003）。

台灣中醫師的養成方式有兩種途徑：

1. 經由考試院所舉辦的中醫特考及格之中醫師；
2. 經由正規養成教育所培育出之中醫師。

在特考方面，中醫師特考是行憲以前考試院最早舉辦，也是當時唯一的專門職業及技術人員特種考試。政府遷台以後，隨即於 1950 年恢復舉辦中醫師特考，至 1977 年以後，即以每年定期舉辦為常態，報名人數增加且錄取率穩定，其報考資格不受學歷限制，但於 1968 年開辦檢定考試，須先檢定考試合格後才可取得特種考試之應考資格，再經由特等考試筆試及格後，接受中國醫藥學院受臨床訓練課程通過後，才可取得中醫師資格。

在正規教育養成方面，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。醫學系之學制為七年制招收高中畢業生入學。牙醫系招生高中生入學，修

業六年。

我國中醫師的正規養成教育，又可分為中醫學系及學士後中醫學系。中醫學系與醫學系相同，分為七年制（自民國八十五年有八年制雙主修）「中醫學系」及五年制「學士後中醫學系」兩種制度。

1. 中醫學系

修業 7 年，課程為中醫、西醫兩者兼修，畢業後先考國家中醫師檢覈考試，及格後，才可以參加西醫檢覈考試。雖然部份中醫學系畢業生具有中西醫兩種執照，但同時間只能選擇其中一種執照登錄，不能同時使用兩種執照，而自 1996 年改為 8 年制雙主修。

2. 學士後中醫學系

修業 5 年，其中四年攻讀，一年實習，且不得參加西醫檢覈考試。但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，人格更為成熟較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。

中國醫藥學院同時設有這兩種學制：七年制或八年制中醫學系每年招收學生 120 人，自 1972 至 1999 年止，已有七年制畢業生 2,562 人，考試及格 1,991 人；五年制學士後中醫學系自 80 學年度起，人數方面增加了一班，原每年招收 50 人改每年招收學生 100 人，自 1989 至 1999 年止，已有畢業生 760 人，考試及格 596 人。長庚大學自民國 87 年起，設有八年制中醫學系，每年招收學生 50 名。未來慈濟大學亦將招收中醫學系學生，詳細情形如表 3-1、3-2。

另外，依據現行修正民國 91 年 1 月 16 日「醫師法第三條」規定，在正歸教育制度下，除了教育部認可中醫學系、學士後中醫學系學生外，於此法修正施行前修習過 45 個中醫必要學分的西醫並領有醫師證書者及醫學系選中醫學系雙主修畢業並領有醫師證書者，均可參加中醫師考試（中醫藥委員會-醫師法修正條文對照表，2002）。至 1999 年底，修畢中醫學分之醫學系畢業生有 313 人，其中

有 28 人已通過中醫師考試。另為拔擢國內對中醫藥學術有研習心得人士，考選部亦舉辦中醫師檢定考試與特種考試；至 1999 年止，中醫師檢定考試及格人數為 17,091 人，中醫師特種考試及格人數為 2,903 人（如圖 3-1）。

（三）台灣中醫考試制度

1. 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，而改為專門職業及技術人員高等執業資格之取得。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。

2. 中醫師檢定考試

中醫師檢定考試於 1968 年 3 月開辦第一次考試，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，預計將於 2008 年完全停止中醫師檢定考試。

3. 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%，相較之下及格率略為下降，但近幾年在「考選部提出中醫師特考改進措施」後及格率又有上升趨勢，未來中醫師特種考試也將於 2011 年完全廢止。

4. 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）。關於台灣考試現況詳細資料如表 3-3。

（四）台灣中醫行政管理組織

1. 政府機構

中醫藥的各項行政業務，原本由行政院衛生署醫政處、藥政處負責管理，行

行政院衛生署並設有中醫藥委員會以任務編組方式，由委員負責諮詢工作。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」，擬定「行政院衛生署中醫藥委員會組織條例」草案，於民國 76 年 11 月 21 日由行政院送請立法院審議，民國 83 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。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」。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。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，組織架構圖如圖 3-2（行政院衛生署中醫藥委員會網站，2002）。

2. 中醫藥組織

「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，會務曾停止運作，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。台灣中醫師公會組織規模共有 23 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（中華民國中醫師公會全國聯合會網站，2002）。

(五) 台灣醫療服務提供現況

1. 中醫藥人力現狀

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 3-4)，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）。

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，且應每 6 年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. 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，目前台灣全省醫院共有 44 家，其中公立醫院占 2 家；而私人醫院共有 42 家，中醫診所數為 2,544 家。

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；教育部和本署於八十七至八十九年度評鑑合格之 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；中醫醫療管理法規，2001）。

三、大陸中醫醫療體制現況

(一) 大陸醫療基本狀況及發展沿革

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，中西醫結合醫師有 1.2 萬人，從事醫療、預防、保健工作的各級各類醫師約有 150 餘萬人。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)。

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，司長則由衛生部的責任者擔當。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，從而建立數萬個診所。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及可參加。不過並沒有培養到預期的 50 萬名的目標及廢止。

在 1956 年到 1966 年間，中醫學院有 21 所，在校生數共有 10,155 人，十年間由這些學校畢業的學生高達 7,100 人。同時，西醫學醫師的中醫學研修生便有 2,046 人。這十年間，在歷史上可說是大陸中醫發展最光輝的時期，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，而中醫教育亦不例外，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，根據大陸憲法發揚中國傳統醫學之規定，成立「國家中醫管理局」，使中醫事業的管理成為獨立單位。1988 年改名成「中醫藥管理局」，不只管理中醫，同時也管理中藥。

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）。

(二) 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 51,260 人，每年招生 18,600 人左右；高等中醫藥學校共有 32 所（包括 4 所民族醫藥院校），在校學生人數有 41,336 人，每年招生 14,000 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：

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、中藥材中藥商品藥士、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。

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，而台澳港留學生多數也以5年制本科修讀為主，但自1991年北京、上海等新政中醫大學，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，有二至七年不等的學程（陳梅生，1997；賴俊雄，1994；雷允奇等，1990；孫茂峰，2002）。

（三）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8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」。
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，其學歷可以作為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，可以作為醫師資格考試報名的學歷依據。才可報考「執業師資格考試」。
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」。（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：

1. 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、中西醫結合兒科；(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%。

2. 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、中西醫結合兒科；(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：

1. 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。
2. 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）。

（四）大陸行政管理組織

1. 政府機構

大陸根據憲法於 1986 年中發展現代醫學與傳統醫學之規定，將中醫和西醫分開，成立「國家中醫管理局」，其與衛生部並行，同屬於國務院，使中醫事業的管理成為一個獨立的機關。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。此單位的責任範疇如下：

- (1) 依據國家衛生法規，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；並監督執行有關法律及法規。
- (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；並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（中華人民共和國國家中醫藥管理局網站，2002），行政組織架構圖如圖 3-3。

2.中醫藥團體

大陸的中醫學術團體很大，而較具規模的全國性組織有：中華全國中醫學會、中國中西醫結合研究會、中國欽灸學會、中華民族醫學會、中醫內科學會、中醫婦科學會、中醫兒科專業委員會、中醫外科學會、中醫肛腸科學會、中醫骨傷科學會、中醫眼科學會、醫古文研究會、醫學氣功科學研究會等等，而各會均在各省設有分會（雷允奇等，1990）。

（五）大陸醫療服務提供者現況

1.中醫藥人員現狀

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。

截止2001年，全國中醫藥衛生技術人員達到了498888人，其中中醫師334034人，中西醫結合高級醫師14938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兩法為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，大陸無醫師法的規定，大學畢業，即可以用文憑就業。

2. 醫療院所現況

截止 2001 年，全國有中醫醫院 2682 所，其中民族醫醫院 135 所，中西醫結合醫院 65 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。

四、日本中醫醫療體制概況

(一) 日本基本狀況及醫療發展沿革

日本土地為 37 萬平方公尺，人口達 12,600 萬人，平均國民收入為 25,901 美元，而醫療支出佔 GDP 的比率 8.1% (1999 年)。醫學院共有 80 所，其中公立占 51 所 (國立 43 所、公立 8 所)，私立 29 所，每年平均培養 8000 位醫師，現有 25 萬醫師(255,792 人)，醫師比約是 1:500，每萬人口西醫師數為 20.15，而東洋專門醫有 6,374 人。日本目前共有 9,266 所醫院，病床數為 1647,253，每萬人口病床數 28.22；西醫診所有 92,824 家 (2002 年國民衛生の動向，2003；世界衛生組織網站，2002)。

日本的傳統醫學叫漢方醫學，又稱東洋醫學，其所用之藥物稱為和漢藥，而漢方醫學可視為古代中國醫學傳入日本，而日本化之中醫學 (成肇智，1999)，其發展過程主要為以下五個時期：

1. 初期 (5-15 世紀)：中醫藥經由朝鮮傳入日本 (公元 6 世紀)，而日本派遣唐使到中國，中國醫學開始直接傳進日本。
2. 後世派 (16-19 世紀)：日本醫學宗法於中國金元時代，創始者為日人田代三喜從中國留學後回國，將李東垣、朱丹溪學說帶到日本，該學派的特點以滋養強壯為主，重陰陽五行之說，偏向於觀念醫學，被稱為“後世方”派。
3. 古方派 (17-19 世紀)：此學派排斥空泛的理論，崇尚實證醫學，此派後來超越後世派成為日本中醫之主流。
4. 日本明治維新之後(16-19 世紀)：隨著現代科學導入，日本醫學界全盤西化，造成日本漢方醫學受到壓抑而衰落。
5. 漢醫的復興 (20 世紀之後)：六〇年代，因中國大陸對針灸之研究與應用，引起日人對漢醫的重新關注，再加上漢方濃縮藥出現，增加使用便利性。且於 1976 年後，因部分漢方藥被納入日本的國家醫療保險制度用藥，目前

已給付 210 種方劑，對漢方產業發展注入新的活力（科技部國際合作司，2002；陳介甫，1988；張永賢，1989）。

日本的漢方醫學源於中國，是以“內經”、“難經”、“傷寒論”、“金匱要略”等中國學基礎上，而後湯本求真所著“皇漢醫學”、大冢敬節及矢數道明所著“漢方診療的實際”等醫學名著，為漢方醫學的繼承與發展及現代漢方之診療作出重大貢獻（伍銳敏，2002）。

目前臨床上有 80% 的西醫師在不同程度上使用漢方藥，且一些大學的附設醫院設有漢方門診，其中 95% 以上使用以顆粒劑為主的漢方制劑，臨床上日本醫師們一般只憑藥廠提供的處方解說手冊作為藥物使用指南（科技部國際合作司，2002）。

日本公眾在保健及醫療方面上，多數人對漢方醫藥持肯定態度。於 1991 年民意調查顯示，有 79.5% 的人認為漢方醫藥在治療慢性病有效；65.6% 的人認為可促進健康。在東京都衛生局的調查也顯示：東京有 29% 的人曾作過針灸的治療，且有 87.3% 的人表示今後因病需要治療的話，會可量用針灸治療。近年來由於漢方醫學的迅速發展，臨床使用權方藥日趨增加（中華中醫教育在線，2003）。

（二）日本漢方醫學教育制度

日本在漢方醫學的教育上，並無正式漢醫培育之制度，但文部省成立正式的針灸大學教育，並同意在西醫院內開設東洋醫學科，開始將漢方醫學納入國家教育行列。目前日本針灸教育體系大致可分為二個層面，其中一個層次是由厚生大臣認定的針灸專門學校，全國共有約 30 所，學制為三年，占針灸培育機構的多數；另一層次是由文部大臣認定的學校，包含：大學（以明治針灸大學為代表的全日制四年）、短期大學（關西針灸短大及筑波技術短期大學的全日制三年）及盲學校（共 70 所的高中部針灸師培養），另外明治大學設有碩士三年及博士三年課程教育。在完成其中任何層次的學習課程，取得畢業證書，即可參加開業針灸師資格考試。

目前在大學及研究所課程僅有明治針灸大學提供，其由 1925 年創立針灸學院，並於 1978 年改制短期大學，於 1991 年設立碩士班課程，1994 年設立博士班課程。每年招收約 100 名學生，在校生約 447 名(張永賢，1989)。

日本針灸教育是以西醫為綜合基礎，以針灸為治療手段的臨床應用，因此在課程設計上，西醫與針灸的課程比約為 1:1，除了基礎的西醫及針灸課程，亦有西醫實習和針灸實習，專業課程總計約 50 餘門 7 大類，共 138 個學分(李永芝，1996；金春蘭等，2002；劉曉燕等，2001；戴昭宇等，2001)。

此外，在大學中設立和漢診療所及研究所，並於 1990 年在國立富山醫科大學設立漢方教授之職，並 1993 年開設和漢診療學講座，這反應日本承認漢方醫學的學術價值與研究成果。日本在 1998 年實施漢方醫學教育的醫學院只有 24 所(30%)，近年來開設漢方醫學教育課程的醫學院正穩定持續地增加，在 2001 年由日本全國大學討論完成的“醫學教育核心課程”中，將藥物治療基本原理加入漢方醫學的內容，名為“和漢藥概說”。至 2002 年 2 月 15 日日本《漢方醫藥報》報導的統計，日本有 57 所(71%)醫學院，醫科大學設制漢方、東洋醫學課程，並獲得醫學生高度評價。自今年起 2003 年，日本全部醫學院將「東洋醫學」列為必修學分，而日本全國醫學院漢方課程修習詳情，如下表 3-4。2001 年《日經醫學》第 10 期對醫學院六年級學生進行有關漢方醫學課程的問卷調查情形，83% 的醫學生認為有意義，學生們認為東洋醫學針對不同的病患進行治療效果顯著，對於今後的醫療很有必要。此外，將漢方醫學加入教學大綱的大學不斷增加，教學時數也增加(張永賢，2003；梁偉雄，2002)。

日本修習漢方醫學最著名的醫學院為國立富山醫科藥科大學和漢藥研究所和北里大學北里研究所東洋醫學綜合研究所，而現在全日本有十幾所東洋醫學研究機關已經結成日本東洋醫學研究機關聯絡協議會，每年定期召開總會，彼此交換情報，互相促進研究事業的發展(戴昭宇等，2001；張永賢，2003)。

整體日本漢方教育，共有 44 所公立或私立的藥科大學或醫科大學的藥學部建立專門的生藥研究部門，有 20 多所綜合性大學設有漢方醫學研究組織。此外，已成立 1 所專門針灸大學，96 所針灸學校，167 所推拿按摩學校。日本沒有正式

的中醫藥大學，所以自然缺乏系統且高水平的漢方教育，事實上日本的傳統醫藥教育可解釋為現代醫學的補充教育（中華中醫教育在線，2003；戴昭宇等，2001）。

（三）日本針灸師考試制度

日本醫療制度，早期只有早西醫並無漢醫，僅設有針灸師，但其層次與按摩指壓師並為「施術員」，因此針灸師在日本被視為技術人員的一種，其執業行為稱為「醫業類似行為」，其與正式醫療行為是有差別的，且針灸師不行執行手術及處方給藥。

日本醫師考試是由厚生省辦理，層級如同我國衛生署，官方正式制度上無漢醫考試。而日本針灸師考試是由地方政府（都、道、府、縣）辦理，應考者必須有文部省或厚生省所認可機構之修習憑証。應考科目包含：解剖學、生理學、病理學、衛生學、診斷概論、臨床各論、經穴概論、漢方概論、針灸法、醫事法規及針灸實地考試等 11 項科目（陳介甫，1988）。從業者必須持有此資格証書才允許開業或從業，無資格者從業將視為違法。

（四）日本中醫行政管理組織

1. 政府機構

因日本自明治維新後，完全採取西方醫學政策，無漢醫制度，其自然也無漢醫行政管理機關或管理法令問題，惟有針灸師制度，仍保有部份東洋醫療存在。除了針灸外，以研究漢藥為主，對中醫學四診八綱及辨症論治理論則少涉及，以現代醫學知識及診斷後，再依病名給予漢藥治療（陳介甫，1988）。據 1996 年日本“衛生行政業務報告”統計，全日本針師、灸針分別約 69,000 人，按每年約 5,500 人的增長速度計算，到 1999 年底針師、灸師大約分別為 75,000，其足夠於分佈於全日本都道府縣的每一角落（高榮慧，2000）。

在漢方研究部份，日本國家醫療及醫學研究管理機構為厚生省及文部省，雖然針灸按摩作為一種醫療手段已經得到了日本政府的認可，但是日本厚生省對些管理，偏向探討針灸按摩從業人員考試定級辦法，其目的在規範醫療市場，展現

政府管理功能，對其治療機理並不進行研究。在漢方藥研究主要以中草藥研究及中藥方劑研究為主（黃海濤等，2002）。

2. 中醫藥團體

日本在以醫藥學研究為主的組織共有 71 個，以針灸、氣功等為主的學術團體共有 37 個，其中影響力最大為「日本東洋醫學會」，現有會員 1 萬餘人。各學會創辦的研究刊物已達 32 種，並有漢方醫籍出版，翻譯單位 21 處（中華中醫教育在線，2003 戴昭宇等，2001）。

（五）日本漢醫醫療服務提供暨東洋專門醫（專科醫師）現況

進入八〇年代後，日本漢方醫學快速發展，據統計資料顯示日本從事漢方醫學為主的人員約 1 萬 5 千人左右，從事漢方醫藥研究人員近 3 萬，東洋專門醫目前也有 6,374 人。而在漢方醫學專業研究機構約有 10 幾個。但日本東洋醫學會自 1987 年開始制定東洋專門醫制度，並於旗下成立專門醫制度委員會，參加審查資格醫師至少須先加入日本東洋醫學會滿五年資歷，認定學術教育審查及論文點數審查，而後經過筆試及口試，才可成為東洋專門醫師。目前已獲得東洋醫學專門醫有 6,374 人，而每年平均通過獲得此資格約有 30-40 人（中華中醫教育在線，2003；張永賢，2002）。

五、韓國中醫醫療體制現況

(一) 韓國基本狀況及醫療發展沿革

韓國土地為 9.9 萬平方公尺，人口達 4,706.8 萬人，平均國民收入為 15,218 美元，而醫療支出佔 GDP 的比率 6.0%。西醫師數為 72,503 人，醫師比約是 1：650，每萬人口西醫師數為 13.61；韓醫師數為 12,108 人，每萬人口韓醫師數約為 3.0。目前共有 43,677 所西醫醫院及診所，而韓醫院及韓醫診所約有 3,024 所，病床數為 287,401，每萬人口病床數約為 62.0；韓醫病床數 1,276 (National Statistical Office, Republic of Korea, 2002；世界衛生組織網站，2002)。

韓國傳統醫學源於中醫，原稱“東洋醫學”或“漢醫學”，於 1986 年修訂醫療法後，正式改稱為“韓醫學”。因地理位置的鄰近，中國文化在很早就傳入韓國，醫學也不例外，在中醫傳入韓國後，與韓國自身治療法相結合，發展成為獨立特色的韓醫學 (傅進軍等，2001)。

據文獻載，統一新羅 (公元 7 世紀中葉~935 年) 之前，朝鮮傳統醫學融合中醫醫學、印度醫學及佛教醫學，培育朝鮮醫學發展的基礎。高麗時代 (公元 918~1392 年)，日本古醫書“醫心方”中，引用韓國的醫書“百濟新修方”、“新羅法師方”，此乃朝鮮醫學中籍存在的最早記載；隨中國宋金元醫學的傳入，使朝鮮醫療教育、醫療制度逐漸充實。李朝時代 (公元 1392~1920 年) 的朝鮮醫學有進一步發展，民族醫學的獨自體系基本建立。此時期的成就於集中在“東醫寶鑑”及“醫方類聚”兩部書的編籍成功。

近代韓國的東洋醫藥協會創立於 1939 年，於大韓民國政府建立的前 1 年—1947 年組成東洋醫學會，同年設立“東洋大學館”。1952 年制定漢醫制度，確定了漢醫與西醫併存的合法地位，而最初的漢醫師國家考試及檢定考試制度開始實施，且“東洋大學館”升級為“漢城漢醫科大學”，其並於 1964 年併入慶熙大學，成為慶熙大學校中的漢醫科大學。目前韓國政府保健福祉部對傳統醫藥採取允許政策，在韓國的韓醫師具有廣泛的基礎，隨著經濟的發展，越來越多的人崇尚反迴自然，追求健康長壽，對傳統醫藥的需求也日益高漲 (梁永宣，1997；張海凌，1994)。

(二) 韓國中醫高等教育制度

韓國韓醫師的培育是由分布於韓國各地的 11 所醫學機構，其中 4 所為綜合性大學（慶熙大學校、園光大學校、東國大學校、東義大學校），由校內的韓醫大學承擔教育大責；另 7 所為專科大學（慶山大學、太田大學、尚志大學、全州又碩大學、景園大學、世明大學、東信韓醫大學），而大學校多數由個人或財團出資興建，國家投資興辦的公立學校較少，但無論公立或私立其各方面的待遇均是平等的。而所有的韓醫大學均只有韓醫學一個專業，每年培育約 700 名學生（梁永宣，1997；郝萬山等，1997）。

韓國大學入學考試於每年 11 月進行預考，根據預考成績志願，1 月正式高考，錄取後於 3 月份開學。韓醫學屬理科，在韓國非常熱門，錄取分數高，招收名額有限下競爭激烈，畢業後行醫收入可觀。韓國大學的學制為 6 年，預科 2 年，本科 4 年。在教學模式採三段式，即普通課、專業基礎課、臨床課及實習。管理上採學分制及學年制相結合的方式，完成相應學科課程的學分，才能畢業。韓醫科大學的基礎課與臨床課時比例為 2 比 1；傳統醫學課與西醫課課時比例為 1.5 比 1，完成六年大學學習要參與畢業考試，考試由各校自行取行，應考科目與國家韓醫師資格考試科目相同，通過考試取得學士學位。

除了本科教育外，韓國在 1968 年設置了大學研究院培養韓醫學碩士(2 年)，1974 年設置博士課程培養出韓醫學博士(3 年)，目前韓醫學教育在教學及研究方面已形成一個較完整的體系（袁寶權，1999；傅進軍等，2001）。

(三) 韓國中醫考試制度

該醫師資格考試採用試卷式，由國家考試院主管，每年一次，全國統一命題與考試；考題由國家考題銀行（即題庫）提供 5 倍於實際使用的考題由入圍教授擇題組卷；考試內容是以臨床、本草學及部份專業基礎課程為主的綜合式試卷，考核科目共有 16 門；以往考試由問答題與選擇題二部組成，1998 年後改為全部客觀性選擇題，以往的醫師資格考試幾乎所有的考生均可通過，考試合格率約在 90% 左右（袁寶權，1999；傅進軍等，2001）。

(四) 韓國中醫行政管理組織

1. 政府機構

韓國於 1979 年開始實施醫療保險制度，並於 10 年後醫療保險普及於全國，韓國於 1977 年對西醫實行健康保險；並於 10 年後 1987 年開始對韓醫學實行健康保險，醫療保險的對象是診察、住院、調劑、針灸、生藥單味提取制劑 68 種類、利用生藥單味提取制劑的 56 張處方，對中藥調劑醫療保險未有具體的內容，留有進一步改善的餘地，但在韓國韓醫學和西醫學並存，均受到相同的重視（崔彥等，1998；薛一濤，1998）。

韓醫在管理方面，政府保社部只負責對醫藥衛生事業做出宏觀規劃及政策、制度的制定，而具體事務性工作大部分由韓醫師學會負責（張海凌，1994）。

2. 中醫藥團體

韓醫師學會是由經政府註冊開業資格的韓醫師所組成，在醫師的資格審查及開業申報等，均需先經韓醫師學會考核准許，才能得到政府衛生行政機構的批准。學會負責醫師培訓工作，並每年舉行學術大會，交流經驗以提高醫師的素質與醫療水平（張海凌，1994）。

(五) 韓國醫療服務提供現況

1. 中醫藥人員現狀

因受醫療體系互為獨立影響下，僅有韓醫師及第三醫學（韓西醫結合醫學）醫師能運用韓醫學為病人進行治療，其承擔含診療、中藥調劑、針灸、物理療法等工作。

2. 醫療院所現況

韓國的醫學包含西醫、韓醫及第三醫學。韓方醫院的門診共有 1-5 科內科（以五臟分類），及韓方婦人科、小兒科、眼耳鼻咽喉科、神經精神科、針灸科、物理療法科、四象醫學診療室等診療科室，而每個科室設有特殊的診療所或研究室（薛一濤，1998）。

3. 中西醫結合研究

韓國把韓西醫結合醫學稱為“第三醫學”。針對韓醫、西醫嚴格分家的現狀，已逐漸重視發展第三醫學。如：慶熙大學的東西醫學研究所(Institute of East-West Medicine)是東西醫兩種醫療體系合作治療疾病的醫療機構，且因其設有西醫、韓醫、牙醫、藥學及附設醫院，故為東西醫學研究提供有力條件，且韓國教育部於1999年9月政策支持韓西醫結合，認為韓西醫結合是21世紀的新醫學潮流，而慶熙大學為配合此計畫成立東西醫學大學院(Graduate School of East-West Medicine Science(GSM); 東西醫學研究院)，開展東西醫學的給合成為21世紀新醫學的使命。目前東西醫結合研究所有2-3年碩士班(90名)及3-5年博士班(30名)，共有120名研究生，大量培育優秀中西醫結合人才，並有計畫送研究人才到國際高水準研究中心受訓。而規畫研究的主要項目：(1)中藥新研究與開發；(2)針灸機理研究；(3)大腦疾病的研究；(4)中醫診斷及治療儀器的研究；(5)中藥藥膳的開發；(6)中醫藥對癌症的治療。

而慶熙大學附設醫院並於2000年成立“東西醫協診中心”共有13科(內科、疼痛科、腦中風科、過敏科、老人科、腎病科、更年期科、東西醫營養科及東西醫體檢科等)，且每科有1位韓醫及1位西醫合診，目前全有健康保險所給付。而東西醫協診中心現有13個中心：(1)東西醫癌症中心；(2)東西醫關節炎中心；(3)東西醫腦中心風中心；(4)東西醫神經科學中心；(5)東西醫脊椎中心；(6)東西醫腎臟中心；(7)東西醫延遲衰老中心；(8)東西疼痛門診；(9)東西醫性科門診；(10)東西醫過敏性鼻炎門診；(11)東西醫口臭門診；(12)東西醫多汗症門診；(13)東西醫營養治療門診。另外，部份韓醫診所也邀請西醫師一起工作以方便檢查和開西醫處方，此也為臨開展東西醫結合治療提供較好的合作機制(傅進軍等，2001；張永賢，2002)。

六、香港中醫醫療體制概況

(一) 香港基本狀況及醫療發展歷史沿革

香港土地為 1,101 平方公尺，人口達 678.7 萬人，平均國民收入約為 25,168 美元。西醫師數為 9,298 人，醫師比約是 1：730，每萬人口西醫師數為 16.0；註冊中醫 2,382 人；表列中醫 7,707 人，每萬人口中醫師數為 11.58。香港共有 53 所醫院，而中醫院有 2 所，病床數為 34,596，每萬人口病床數 52.0（香港特別行政區政府資訊中心網站，2002；香港衛生署網站，2002）。

1898 年英國脅迫清朝政府簽訂「中英展拓香港界址專約」，租借深圳河以南之九龍半島界限及附近島嶼，至今已近百年，在此期間主要受英國殖民地統治，因英國政府不重視傳統醫療，而華人在香港用傳統醫術行醫，管理當局均不加以干預，且無任何法令管制，當時執業中醫無須向醫療衛生機關申請註冊，只須向稅務局辦理商業登記即可掛牌行醫，如此中醫資格無一定標準，任何人都可行醫情形下，庸醫充斥而使中醫地位受到貶損。

而香港第一家中醫醫院「東華醫院」成立於 1872 年為，其並於 1896 年成立西醫部門，在那時是香港中醫藥業的巔峰時期，香港民眾就醫以中醫為主。但因 1942 年日軍占領香港後，下令取消東華醫院中醫只留西醫，以致有數十年歷史的東華三院中醫部門，從此一蹶不振(謝永光，1997)。而後再加上英國政府對中醫採取放任政策，任其自生自滅。

因英國政府當局以西方醫學為主流，受此影響導致香港居民傾向以西醫藥防治疾病，但中醫藥在香港仍然受到歡迎，根據統計資料顯示約有 60% 的香港居民接受中醫藥的治療(鐘仁政，1997)；此外，在目前執業中醫提供醫療服務約佔香港總門診服務 22%（香港中醫藥管理委員會，2003），這數字表示在香港中醫藥仍有深厚的前景，然而由於歷史的因素，香港地區在中醫藥發展上十分緩慢。

但於 1997 年 7 月 1 日香港地區回歸於中華人民共和國成為一國兩制下的特別行政區，因受大陸對中醫藥的重視影響，目前在中醫藥發展上急起直追於其他

各國。

(二) 香港中醫教育制度

早期香港中醫多用學徒式傳授新人，但因資金及設備簡陋、教材貧乏，其並無法與大陸或台灣的中醫學院抗衡，因此中醫團體開始公開設立中醫藥講座，在香港發揚傳統中醫學。而香港中醫教育以私人中醫學院為多，學院主要為夜間兼讀課程，學制為3年至5年不等，大部份的以教授中醫課程為主，小部份專門講授針灸學、生草藥學、推拿及骨傷科學。戰後成立的中醫學院有許多間，包括：王道、現代、復旦、香港及各中醫師公會附設的學院等等，其中以香港中國國醫學院、菁華中醫學院兩家歷史最悠久，現行有12-15所中醫學院，每所中醫學院大概有100-200名左右的學生，合計學生數不會少於2000名，香港中醫師約有三成來自於這些私立中醫學校。因教授課程不統一，且所用教材不同，故教學效果有別（劉春光，1997；張水生，1994；許少珍等，1997）。

在高等中醫教育的發展，香港大學、浸會大學、中文大學相繼開辦兼讀制及全日制中醫學位教育。

1. 香港大學：早在1991年香港大學專業進修學院率先提供以中醫在職進修為主的證書課程，繼而開辦各類中醫基礎和臨床證書課程，而後1997年開辦兼讀制的中醫全科文憑及1998年的中醫全科學士課程。而香港大學中醫藥學院於1998年成立，目前已開辦多種中醫藥學士或碩士學位課程，包含：中醫全科學士（全日制及兼讀制）、中藥藥劑學士（兼讀制）、中醫學碩士（針灸學）等。學生人數由1991年的100多人擴充至約2500人左右（香港大學中醫藥學院網站，2003）。
2. 浸會大學：其為第一個由香港政府教育資助委員會(UGC)批准在1998年開辦“中醫學及生物醫學學士學位”課程，並於1999年10月成立中醫藥學院。目前全日制學生131人，其特色為學生畢業後除可從事中醫醫療工作外，還可從事生物醫學科學的研究工作。2000年浸會大學又開辦5年兼讀制“中醫學學士學位”課程（浸會大學中醫藥學院網站，2003）。今年有5年制中醫學學士畢業

生，使香港的中醫走上高等教育制度。

3. 中文大學：90年代初期，中文大學已與大陸成都中醫藥大學合作，教授各種中醫基礎及臨床證書課程。1998年於理學院下設立中醫學院，目前中醫學院開設學位課程有：中醫學學士學位、中醫學碩士學位、中醫進修文憑、醫療及護理專業、中醫進修證書、中醫學證書，並計畫開辦中醫藥學哲學碩士學位、中醫藥哲學博士學位、理學碩士（中醫學）課程。從1999年至今，中醫學學士學位課程共3屆已招收學生59人；2000年招收中醫學碩士研究生8人（林立佳等，2002；香港中文大學中醫學院網站，2003）。未來香港在中醫藥培訓工作將會出現一番嶄新的風貌。

（三）香港現行中醫規管及考試制度

香港為了確保中醫的專業水平及操守，並保障病患的健康和權益，及確立中醫的法定地位，實施以下規管制度包含：中醫註冊、執業資格試及中醫紀律等方面措施。在「中醫藥條例」全面實施後，所有在香港中醫執業的醫療人員都必須先註冊才可執業。任何人要成為註冊中醫，都必須參加中醫執業資格試，取得合格後，才可申請註冊。申請參加考試的人必須已修習香港中醫藥管理委員會中醫組所認可的中醫執業訓練本科學位課程，課程內容如下：

- (1) 不少於5年全日制中醫本科學位課程，其中包括不少於30週的畢業實習或等同課；
- (2) 該課程須包含十項必修科目：中醫基礎理論、中醫診斷學、中藥學、方劑學、中醫內科學、中醫外科學、中醫婦科學、中醫兒科學、中醫骨傷科學及中醫針灸學。

而考試範圍及形式：

中醫執業資格試包括筆試及臨床考試兩部份，筆試部目前全部採選擇題形式，而必須先筆試通過後，才可在參加臨床考試，考試通過後將可獲得中醫組所發出中醫執業資格合格證明書（香港中醫藥管理委員會，2002）。

針對在2000年1月3日前已在香港執業的中醫師，可依循過渡性安排成為「註

冊中醫」，其評審條件如下：

- (1) 必須於香港連續執業中醫達15年以上；
- (2) 中醫執業10-14年，並有認可中醫學歷資格。

而「表列中醫」評審標準如下：

- (1) 中醫執業10-14年，無認可中醫學歷資格。
- (2) 中醫執業少於10年，已取得認可中醫學歷，需面試。
- (3) 中醫執業少於10年，未取得認可中醫學歷，需面試及筆試（張永賢，2003）。

為了確保註冊中醫的專業水準，所有註冊中醫必須進行中醫組指定中醫持續進修訓練，以更新專業知識與時並進。

1. 執業資格試

香港中醫藥管理委員會制定的考核制度，於2002年9月公佈。根據港府目前「中醫藥條例」第61條的規定，符合下列資格即可參與執業資格試：

- (1) 已取得中醫組認可的中醫本科學位或同等學歷；
- (2) 已循中醫註冊的過渡性安排成為表列中醫，並在中醫組評核其學歷及執業經驗後，決定其須通過執業資格試。

2. 中醫註冊

根據「中醫藥條例」第67條的規定，以下人士可向中醫組申請成為註冊中醫：

- (1) 已在執業資格試考取合格的人；
- (2) 根據中醫註冊過渡性安排，獲中醫組決定有資格申請註冊的表列中醫。

3. 中醫紀律

根據「中醫藥條例」第98條，註冊中醫須遵守「註冊中醫專業守則」；而表列中醫亦遵守「表列中醫守則」，若涉嫌醫療不當行為或有任何監禁的罪行等，中醫藥管理委員會可作出適當的紀律處分，包括：除名、譴責及發出警告信等（香

港中醫藥管理委員會，2003)。

(四) 香港中醫行政管理組織

1. 政府機構

香港政府於 1995 年 4 月成立中醫藥發展籌備委員會，其建議香港政府當局設立法定組織，而衛生福利局於 1999 年 2 月向立法會提交中醫藥條例草案，而該草案於同年 7 月通過，依據此條例(香港法例第 549 章)在 1999 年 9 月 13 日成立「中醫藥管理委員會(簡稱：管委會)」，其成員包括執業中醫師、中藥業人士、教育界人士、業外人士和政府人員，其主要負責實施各項中醫藥的規管措施。規管中醫藥的目標是保障公眾健康和消費者權益，透過業界實踐「自我規管」，以確保中醫中藥行業的專業水平。而管委會的組織架構圖(如圖 3-4)如下：

中醫藥的規管措施：

(1)中醫方面：展開中醫註冊過渡性安排，並正式制定考試和紀律等方面的具體措施。

(2)中藥方面：在附屬法例制定後，分期實施中藥商的發牌和中醫成藥的註冊制度，以規管中藥的銷售和製造。而中醫成藥必須經安全、功效和品質審核，才可獲取註冊；且中醫草藥的配發、貯存和標籤亦會受到規管。

目前香港特區政府在推廣中醫藥措施如下：

(1)設立有名望的科研機構網絡，以進行研究和發展工作；

(2)開發新藥，加強中醫藥業的競爭力；

(3)設立研究基金，支持中醫藥業研究；

(4)目前已有 3 所香港的大學設有全日制中醫藥學士學位課程，就長期發展而言，本地教育機構將可培訓足夠的專業人才，以支持香港發展成為國際中醫藥中心；

(5)公共醫療院所會在適時推廣中醫藥使用，並透過臨床測試和研究，評估中藥產品的功能(香港中醫藥管理委員會網站，2003)。

2.中醫藥組織

香港有許多中醫師組織，而比較有影響力的有：新華中醫中藥促進會、九龍中醫師公會、僑港中醫師公會、港九中醫師公會、中華中醫師公會等，上述五個中醫團體於1990年聯合創辦了“全港中醫師公會聯合會”，其會員總數占全港中醫人數的50%以上（劉春光，1997）。香港東華三院在2001年11月28日與香港中文大學共同在廣華醫院成立香港第一家「中醫藥臨床教研中心」，之後在2002年10月接著與香港大學共同在東華醫院成立第二家教研中心（張永賢，2002）。

（五）香港醫療服務提供現況

1.中醫藥人員現狀

香港早期並無中醫師登記註冊，因此較無確切的統計資料，估計在1990年中醫藥人員約有13000名左右（劉春光，1997）。根據診療方法的不同，中醫人員可分為全科中醫師（60%）、跌打骨傷科醫師（21%）、針灸師（9%）、氣功師、推拿師、按摩師、指壓師等，這些從業人員中有45%的中醫自行開辦診所、19%的中醫受僱於藥材舖坐堂，其餘人員則分佈在醫館或受僱於社團（張水生，1994；周超凡等，1996；陳永光，1997）。在2000年時港府開始實施中醫師註冊，目前「表列中醫」有7,677人；「註冊中醫」有2,543人（張永賢，2003），而開業針灸師約1-2千人（陳漢平等，1997）。

2.醫療院所現狀

在醫療護理體制分：基層、中層及高層，其中包含急診及延續性醫療護理，基層包含家庭醫師、健康護士及藥劑師，中層是指較複雜和專門醫療護理，主要由醫院提供，其必須由基層醫師、護士轉介，高層是指需要高度複雜的治療和專門護理的少數病人。醫院部份管理上，公立醫院是由「醫院管理局」所掌管，其管理高層及中層醫療服務的主要提供者約90%；其餘私人機構則是由「衛生署」管轄的範圍，其提供基層醫療服務約70%。醫院管理局所屬42家公立醫院中，

其中 18 家醫院已在籌設中醫部門作示範(張永賢，2002)。但在香港的中醫院，絕大多數是私立，其規模、診療水平差異大(周超凡等，1996)。

七、新加坡中醫醫療體制概況

(一) 新加坡基本狀況及醫療發展歷史沿革

新加坡土地為 682.3 平方公尺，人口達 413.1 萬人，平均國民收入為 25,840 美元，而醫療支出佔 GDP 的比率 5.7%。西醫師數為 5,922 人，醫師比約是 1:700，每萬人口西醫師數為 14.0；中醫數約為 1,500 人，每萬人口中醫師數為 3.63。新加坡共有 28 所醫院，而中醫院有 17 所，病床數為 11,884，每萬人口病床數 28.8；中醫診所約有 1,000 家 (Ministry of Health, 2003；世界衛生組織網站，2002)。

新加坡位於馬來半島南部，包括新加坡島及周圍 54 個島嶼，面積約 600 方公里，人口約 300 萬，華裔約占 80%。中醫藥事業是由中國沿海各省南遷的華人定居而傳入，1867 年新加坡第一所較具規模的中醫醫院成立，其是由華人所創的同濟醫院。中醫藥有著獨特的發展軌跡，特別是近 20 年來，中醫藥已成為新加坡衛生保健事業不可或缺的部份(陳鴻能，1996；褚瑞明等，2002)。

雖然西醫是新加坡維護健康的主要手段，但傳統中醫藥仍相當受歡迎，不僅限於門診病人，估計每天門診病人約有 12% 接受中醫師的診治(蕭惠來，2001)。

(二) 新加坡中醫教育制度

新加坡中醫師公會為實踐系統性公開傳授中醫學，並培育中醫人才，於 1953 年創辦了“中醫專門學校”，其採“中醫為主，西醫為輔”之教學方式，當時採部份時間四年制，學習上理論及臨床實習並重。直到 1983 年將學制改為五年制，在學習課程上有七成時間用於臨床實習，而三成時間則用於中醫專修科目和臨床個案的探討，其目的在於豐富學生臨床醫療技術水平，並培養中醫藥專門人才和學院的專門師資。

於 1996 年按照“傳統中醫藥報告書”的建議，將學制由五年又提升為六年制(部份時間)。且於課程上，參考中國著名的中醫藥大專學府的課程編排，配合本地社會現況，增設新科目且重點加強某些科目的教學內容和課時，目前學院的

課程總學時為 3620 學時，其中理論課程共 2220 學時，臨床實習 1040 學時，在學員完成所有中醫課程及理論與臨床考試及格後，並經“畢業評審委員會”評定通過後，畢業可獲頒針灸與中醫專業文憑。新加坡中醫學院自創辦 46 年以來，已為新加坡培育 1345 名中醫師，未來其對新加坡醫療貢獻是指日可待的(新加坡中醫學院網站，2003)。

(三) 新加坡中醫考試制度

根據中醫師註用法令，從 2004 年 1 月 1 日起只有經註冊，並持有效執業證書的中醫師才能行醫。在所有申請註冊中醫師都必須通過中醫統一考試(Common TCM Qualifying Examination; CTQE)，但在過渡性安排下，為新加坡公民或永久居民，在 2001 年 12 月 8 日之前已從事中醫執業，並在指定時間內申請註冊，將可能獲得豁免參加中醫統一考試(醫藥-中醫藥專欄，2003)。過渡性安排分為三種情況：

1. 完全豁免：完全豁免者不必參加針灸統一考試即可直接獲得正式註冊；
2. 部分豁免：部分豁免者可於考核及格後獲得正式註冊；
3. 不被豁免：不被豁免者可於完成進修培訓課程後，再參加統一考試，及格者獲得正式註冊(褚瑞明等，2002)。

(四) 新加坡中醫行政管理組織

1. 政府機構

1994 年 7 月新加坡衛生部長任命一個委員會，該委員會以國家衛生和教育部資深部長為首，去評價傳統中醫的醫療質量，推荐保護病人利益和安全措施，以提高傳統中醫醫師的培訓水平。並且規定執業中醫師都必須是中醫師公會會員，並給予民間組織資格審查和行業自身管理的職能(蕭惠來，2001)。

1995 年 6 月，新加坡衛生部成立“新加坡中醫團體協調委員會”，進一步加強中醫藥的管理並正式成為政府行為，但目前針灸、中醫藥的診療費用，尚未納入醫療保險範圍，必須由患者自行支付。

1995年5月，衛生部在中醫師公會50週年慶上表示正在研討中醫師合格標準，而中醫團體協調委員會正在加緊進行中醫師、針灸師名冊的編訂工作，不久之後將開始為中醫人員註冊，中醫療法必將成為合法的醫療手段，納入醫療體系（中華中醫教育，2003）。

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（含針灸師在內）註冊制度等內容，該法案的通過代表著中醫師行醫的法律地位得到正式認可。中醫管理委員會職務包含：

- (1) 審定中醫、針灸培訓院校和批准培訓課程；
- (2) 主導及主辦全國性中醫、針灸考試；
- (3) 管理中醫師、針灸師的專業行為和道德；
- (4) 對中醫師、針灸師發出告誡、譴責及停業令、罰款及從註冊名冊中除名等(時珍國醫國藥，2000)。

按中醫註冊法令，2001年先進行針灸師的註冊工作，2002年將啟動中醫師的註冊工作，幾年後將再註冊中藥師(褚瑞明等，2002)。

註冊上採取是“新人新辦法，老人老辦法”，“新人新辦法”是針對申請者須符合學歷及其他要求，並通過資格考試，方准註冊；“老人老辦法”即給予在期限內已在新加坡行醫者過渡性安排，以個人的資歷及行醫時間為準，決定註冊資格以及是否必須參加統一考試。

在目前已施行的針灸師註冊上，新加坡政府要求所有針灸師必須在2002年1月1日前登記註冊，其中在目前1100名從業人員中，有300名被要求進行9個月的培訓課程，培訓是由新加坡中醫學校舉辦，主要是對人體經絡，引起各種疾病的原因和症狀進行講解（沈燕清，2001）。

2. 中醫藥團體

新加坡中醫師公會成立於1946年10月27日，現有會員1143名。其設立宗旨為：

- (1) 為中醫藥學術，培植中醫人才，闡揚中醫學原理，研究世界醫學以博取其

特長，並融會貫通。

(2) 為聯合同業，共同研究中醫藥學術，以促進中醫藥之療效。

依上述兩大宗旨，其前後設立了中華醫院、新加坡中醫學院、中醫醫藥研究所及中華針灸研究院，為新加坡中醫醫療制度現代化及邁向國際化作出貢獻。最期以發展學術研究，著手提升教育制度為這時期工作重點，包括主辦中醫藥學術大會與中國各中醫藥院校交流（新加坡中醫師公會，2003）。

新加坡目前的中醫藥組織主要有九家，其中包含：中醫師公會、中醫藥促進會、針灸協會、新醫協會、中醫中藥聯合會、中醫學院畢業醫師協會、新華醫藥協會、同濟醫院及中華醫學會，前八家被新加坡衛生部邀請組成中醫協調委員會（Medical-Chinese Medical Section，2003）。

（五）新加坡醫療服務提供現況

1. 中醫藥人員現狀

新加坡有醫師 5154 名，醫生與人口比例為 1 比 730，其中有 48% 為私人開業醫師，42% 為專科醫師（胡善聯等，2001）。中醫師約 1500 人，中藥店 1000 家左右，中醫接診病人數占全國門診總數的 12%（褚瑞明等，2002）。中醫師的專業水準逐年提高，受中醫高等教育的人數也增長，該國從事中醫臨床者既有專職中醫師，以中醫為業；亦有兼職中醫師，原為其他職業者，業餘施診；還有西醫師欲探求中西醫結合之路，潛心修習中醫及針灸術。

2. 醫療院所現狀

新加坡現有醫院 26 所，病床 11798 床，而每千人床位數為 3.7 床。其中公立醫院 8 所，專科中心 5 個，規模從 180 至 3110 床；私人醫院 13 所，規模較小，床數從 25 至 500 床，在門診治療部份共有 16 個聯合診所（polyclinics），1900 個私人診所（胡善聯等，2001）。於 1867 年新加坡設立最早的中醫醫院為同濟醫院，根據新加坡國立大學調查，到了 1983 年共有 17 間中醫醫院，民眾到中醫院求診人數占政府各門診病患的 25%；中醫診所與藥材店則約有 1000 家左右，其中診所和藥材店內附設診所者占 40%（沈燕清，2001）。

新加坡政府並不承認中醫療法為醫療手段，而將其視同商業行為，故各種中醫藥團體、醫療機構與中藥房多以公司或慈善機構登記註冊，其不歸屬於醫學或藥學團體，執業又必須遵行當地醫療管理法規，認為醫院及診所為社會福利範疇，為非營利組織管理，其不允許追求商業性厚利，因此在新加坡中醫師收入相當於一般職員(褚瑞明等，2002)。

肆、討論

本研究依據所蒐集到之次及相關資料，整理出產業內部的優勢、劣勢與產業外部的機會及威脅，作出符合台灣中醫藥產業之 SWOT 分析（如表 4-1）。

一、優勢（strengths）：

（一）中醫教育體制較完備

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。香港及新加坡亦是 5 年；而韓國為 6 年；甚至日本缺乏正式化的傳統醫學教育體制。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）醫師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

據研究資料顯示，在台灣目前會去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，部份病患的第一反應是會去找中醫。第二類是服用西藥會產生過敏的病患。第三類是在西醫治療成效較差的疾病，如：異位性皮膚炎。第四類是較相信中醫傳統治療比西醫佳，特別是傷科在中醫藥佔了 50-60%，尤其是扭傷、跌打損傷。第五類是虛寒體質的病患，此在中醫門診佔最大部份的病患。由此可知，在整體醫療市場中，中西醫是存在某種程度上的市場區隔（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較為不足，尤其在分科專精仍然尚待加強，且亦缺乏現代化的教學設備，導致中醫教育發展缺失。

(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尊重。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

國家衛生研究院召開我國醫事人力規劃與預測研討會上而中醫組建議，依據現行台灣執業醫師法規定，中醫、西醫不得同時登記執業，此除影響中西醫結合外，因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，接受中醫藥教育之中醫系學生在取得中醫師及西醫師執照後，大多數選擇西醫執業做西中醫結合，而非中西醫結合。而日本中西醫結合多側重於以西醫學來解釋中醫，凡中醫學解釋不清的內容便輕易地以尚未確定的西醫學理論取而代之，如此將不斷導致中醫學理論和臨床水平的萎靡，亦是西中醫結合的例子。反觀韓國將中西醫結合獨立出，政府政策支持並將其訂於 21 世紀的新醫學潮流積極規劃。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，多數法條限制中醫師及中醫醫療機構使用西醫現代化醫療設備，阻礙中醫現代化及中西醫結合治療的發展，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峰，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

依據楊志良等在 2000 年對中醫師人力統計資料顯示，台灣中醫師年齡主要集中在 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) 中醫藥研究要加強實證醫學佐證

中醫根據經驗，西醫要求有系統化、客觀且有數據的佐證，西醫要求科學驗證的基礎，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，但相較於韓國韓醫特考在 1970 年停辦或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

1997 年，大陸地區學歷檢覈及採認辦法草案已經研擬，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）日越重視傳統醫學，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，增加對中醫藥養生之需求

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藥市場擴大

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企機。

(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。

(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。

伍、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智慧與經驗的資產。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，利用Wehrich提出之SWOT相互配對，已研擬出我國中醫業之因應策略與相關之建議，將之歸納整理下：

一、WT策略(Min-Min)：

(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」，把「中西醫並重」訂為國家衛生工作的主要方針。我國政府應正視中醫藥的地位，提升中醫藥管理機構的層級設立「中醫藥管理局」或是「傳統醫學管理局」，落實中醫藥建全體制。如此以貫徹憲法增修條文第10條第5項之說明：「國家推廣全民健康保險，並促進和傳統醫藥之研究發展。」

尤其現今全世界各國對於傳統醫學的重視，世界衛生組織(WHO)所提出《2002-2005年傳統醫學的全球策略》，目的為促進傳統醫學的發展管理及現代化，在開發天然藥物市場自1990年全球為100億美元，至2000年已增至200億美元。因此需有最高醫療行政單位，培養中醫藥的教育、研發及醫療服務，在世界貿易組織(WTO)下促進國際交流。

(二) 加強中醫教育的師資陣容

醫學是實用科學，對於人類的健康及疾病的防治，在目前證據醫學(EBM)的

考驗，要培養優秀的教師作傳道、授業及解惑，並從事中醫醫療的研究。唯有良好的中醫教育師資陣容，才可能培養優秀的中醫師，發揮在臨床醫療服務及研究創新發展。

（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較久，故可能會造成學生學習上的困擾。故應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新版較佳。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，因中醫診所較少分科，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。目前大醫院有中醫分科制度，亦有中醫專科學會的成立，然而專科分工會產生專業醫療人才，從事專業醫療服務及研究，基於保障醫療服務品質，未來針對中醫專科制度推行應有其實施之必要性。

(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以落實訓練之責，而目前在中醫師公會已被要求定期舉辦學術大會。

(八) 中醫住院納入健保給付範圍

一般認為健保對中醫藥的給付範圍較於嚴苛，由支付費用比例而論，目前中醫藥支付額所佔總額比例不到十分之一，如 2002 年健保的總支出為 1,730 億，而中醫藥只有 108 億，約僅占百分之六。特別是費用較高的中醫住院給付，目前仍未依健保法附帶決議開始實施，僅有少數幾家醫院開放試辦，然而因中醫住院費

用必須由病人全額自費，如此缺乏住院制度的支持，進而會影響臨床研究上個案的來源，造成無法長期觀察臨床治療效果，亦對推動中醫藥實證醫學及臨床試驗造成嚴重阻礙。因此推行中醫住院制度是絕對必要的，唯有在控制下所得的統計資料結果才有意義，如此才能使西醫體會中醫藥之治病觀念及效果，確實比較許多西醫不及之處。

二、WO 策略(Min-Max)：

(一) 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，台灣中醫師人力已開始有過剩情形；目前台灣已走入高等的中醫師教育，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，政府應當機力斷早日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的高等教育體系，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) 鼓勵中西醫學的結合

「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創立契機。

（三）積極參加及舉辦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。

（四）政策制定以改善城鄉差異之中醫就醫可近性

受教育機構位址及人口分佈影響，造成中醫師人力分佈有很大差異，如此將嚴重影響民眾對中醫醫療利用率，為此中醫藥管理單位或是中醫師聯合公會應即早制定因應對策，如：限制中醫師人力過剩地區的中醫師執業，以避免過度競爭所造成醫療資源浪費；針對中醫人力不足地區，鼓勵醫師執業並給予於較高的支付點數以茲獎勵。

（五）中醫實施總額支付制度後發展

總額預算制度是指健保局每年撥補一定給付金額給醫師，不論全年患者數，健保局均給付此一固定金額，使醫界承擔健保財務責任，並有動力加強醫療品質，費用支付方式由相關醫療團體訂定支付標準，使醫界專業自主，費用分配合理化，與目前論量計酬制度迥異。而中醫總額支付制度於 2000 年開始實施，主要與健保局協商單位為中醫師全聯會中的「中保會」，因總額精神為自主管理，對支付點數及支付標準主導權掌握於中醫師團體，且藉由同儕制約將可提供中醫醫療品質，因此實施總額支付制度對中醫界而言，雖是一項重大衝擊但對未來中醫發展是一大發展契機。

三、ST 策略(Max-Min)：

(一) 提倡預防醫學，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，值得進一步發揚光大。

(二) 建立中醫醫院評鑑

衛生署預定在 2003 年起開始進行中醫教學機構（醫院）實地訪查計畫，並於 2003 年先訪查四十家，訪查項目包括：設施、人員、醫療業務、設備、品質保證、指定項目品質評估及教學訓練等，未來將做為建構中醫醫院評鑑機制，落實提昇中醫醫療水準之責。政府應實施建構中醫整體臨床教學體系計畫、建立中醫醫療照護模式計畫，據以提昇中醫醫療服務品質。

四、SO 策略(Max-Max)：

(一) 優勢中醫人力素質進軍大陸市場

隨著大陸經濟快速發展，及大陸加入 WTO 後所承受之市場開放和與國際經濟接軌，因此，各國對潛在未開發之大陸市場都有相當的憧憬，而台灣企業更隨著台商外移腳步加速，以及台灣加入 WTO 後來自各國的競爭壓力，對前往大陸發展之意願亦日益上升，目前也有許多醫療服務機構積極前往大陸開發新處女地。對於台灣醫療界登陸，在語言、文化、制度相較於其他國家之先天優勢，且有已走大陸投資之龐大台商之潛在客戶群的利基，具有相當的誘因及發展機會。而台灣中醫人才訓練時間長且培育素質較一致，未來放眼大陸醫療市場亦是有良好發展空間。

但大陸醫療體系畢竟不同於台灣醫療業者所熟悉之運作方式，加上兩岸特殊

的政治敏感性及大陸法規的不確定性與快速變化，因此，醫療體系進軍大陸亦將面臨相當的困難與風險，不過若能以數以萬計的台商數為進軍第一步，隨著大陸市場的漸近開放及改革變化而拓展當地市場，未來台灣中醫藥前往大陸發展仍是可期的。

陸、參考文獻

一、中文文獻：

1. 行政院衛生署統計資訊網，<http://www.doh.gov.tw/statistic/>，2001年。
2. 行政院衛生署中醫藥委員會，<http://www.ccmp.gov.tw/>，2002年。
3. 中華民國中醫師公會全國聯合會，<http://www.uncma.org.tw/>，2002年。
4. 劉春光，香港的中醫教育現狀與發展趨勢，中醫教育 ETCM，第16卷，第4期，1997年。
5. 鐘仁政，關於香港中醫藥工作問題的若干思考，湖南中醫藥導報，第3卷，第5期，1997年。
6. 香港中醫藥管理委員會-2003年中醫執業資格試考生手冊
<http://www.cmchk.org.hk/chinese/08.htm>，2002。
7. 香港中醫藥管理委員會，<http://www.cmchk.org.hk/chinese/08.htm>，2003。
8. 張永賢，國外中醫教育制度概覽—香港表列中醫與註冊中醫，2003。
9. 張永賢，國外中醫教育制度概覽—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，2002。
10. 陳漢平、黃雅各，香港針灸業的過去和現在，上海中醫藥雜誌，第6期，1997年。
11. 張水生，香港執業中醫師及中醫教育現狀，中醫教育，第二期，1994年。
12. 林立佳、蘇晶，香港中醫教育現狀與展望，中醫教育 ECM，第4期，2002年。
13. 周超凡、于智敏，試談設立香港中醫醫院之意義，前進論壇，1996年。
14. 陳永光，回歸前夕話香港中醫藥，廈門科技，第3期，1997。
15. 許少珍、黃雅各，香港大學推進（香港）中醫教育的回顧和遠瞻，上海中醫藥雜誌，第7期，1997年。
16. 秦達念，香港大學醫學院課程體系改革動態，汕頭大學醫學院學報，第11卷，1998年。

- 17.胡善聯、龔向光，新加坡醫院體制改革，衛生經濟研究，2001年。
- 18.蕭惠來，亞澳四國草藥管理狀況，中藥新藥與臨床藥理，第12卷，第6期，2001年。
- 19.褚瑞明、黃亞博，江蘇省中醫藥考察團赴新加坡、馬來西亞考察報告，第23卷，第6期，2002年。
- 20.沈燕清，新加坡中醫藥業的發展，東南亞，第1期，2001年。
- 21.陳鴻能，中國與亞細安區域的醫藥交流，中華醫史雜誌，第26卷，第1期，1996年。
- 22.新加坡出台中醫師註冊辦法，時珍國醫國藥，第11卷，第4期，2000年。
- 23.中華中醫教育在線，http://big5.itcmedu.com/yls/hwzyy_03.html，2003年。
- 24.新加坡中醫師公會，<http://www.singaporetcm.com/>，2003年。
- 25.新加坡中醫學院，<http://www.singaporetcm.com/college.html>，2003年。
- 26.醫藥—中醫藥專欄(Medical-Chinese Medical Section)，
<http://www.wto-chinamart.com/>，2003。
- 27.袁寶權，韓國傳統醫學教育概況與思考，中醫教育ECM，第18卷，第2期，1999年。
- 28.傅進軍、陳華德，韓國傳統醫學教育概況，浙江中醫學院學報，第25卷，第4期，2001年。
- 29.崔彥、黃信，漢城中央病院及韓國醫學體制簡介，國外醫學醫院管理分冊，第3期，1998年。
- 30.梁永宣，韓國的傳統醫學教育，第16卷，第5期，1997年。
- 31.郝萬山、姜名石，韓國的韓醫教育，第16卷，第1期，1997年。
- 32.薛一濤，韓國的傳統醫學，山東中醫藥大學學報，第22卷，第1期，1998年。
- 33.張海凌，韓國的傳統醫學，天津中醫，第1期，1994年。
- 34.李永芝，日本明治針灸大學簡介，中醫教育ETCM，第15卷，第5期，1996年。
- 35.科技部國際合作司，日本傳統醫藥現狀考察，世界科學技術—中醫現代化，第

- 4 卷，第 3 期，2002 年。
36. 梁偉雄，從漢方醫學在日本的現狀看 21 世紀中醫中藥的前景，廣州中醫藥大學學報，第 19 卷，第 1 期，2002 年。
37. 伍銳敏，我所看到的日本漢方醫學，北京中醫雜誌，第 21 卷，第 4 期，2002 年。
38. 黃海濤、李春日、曹銳、謝琪，近幾年日本國家資助中醫藥研究項目分析，遼寧中醫學院學報，第 4 卷，第 3 期，2002 年。
39. 成肇智，漢方醫藥研究的重要障地—日本富山醫科藥科大學，湖北中醫雜誌，第 10 期，1999 年。
40. 陳介甫，韓國、日本之中醫藥情況，醫院藥學，第 5 卷，第 2 期，1988 年。
41. 高榮慧，日本針灸“業”略況，中國針灸，第 10 期，2000 年。
42. 金春蘭、朱江，日本高等針灸教育課程設置與針灸課程簡介，中國針灸，第 22 卷，第 10 期，2002 年。
43. 劉曉燕、陶惠寧，日本針灸教育的現狀和存在的問題，中國針灸，第 21 卷，第 1 期，2001 年。
44. 張永賢，介紹日本明治鍼灸大學，中國醫藥學導報，第 114 期，1989 年。
45. 羅曉軍，WTO 中國大商機，靈活文化，台北市，2001。
46. 李明軒、陳雅慧、盧智芳，WTO 與兩岸競合，天下雜誌，台北市，2001。
47. 劉宏、張宜、尹義清，Internet 上的 WHO，醫學信息，第 14 卷，第 5 期，2001 年。
48. 曉文，世界衛生組織(WHO)，國際人才交流，第 4 期，2000 年。
49. 麻穎，WHO 榮譽總幹事 中島宏博士會見世界針聯官員預測 21 世紀中醫針灸將有較大發展，中國針灸，第 6 期，2000 年。
50. 葉祖光，WHO 天然藥物研討會隨筆，中國藥事，第 15 卷，第 3 期，2001 年。
51. 陳錫騏，廣東衛生防疫，第 21 卷，第 4 期，1995 年。
52. 李成國，中醫藥未來發展的方向與策略，核研季刊，第 31 期，1999 年。
53. 彭朱如、司徒達賢、于卓民，醫療產業跨組織合作方案與管理機制之關係，管

- 理學報，第十七卷，第二期，第 221-268 頁，民 89 年 6 月。
- 54.蘇洺賢，我國非營利組織之跨組織合作關係類型及管理機制探討，靜宜大學企業管理學所碩士論文，90 年。
- 55.林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣，「中醫師人力現況與規劃」，中醫醫藥學院雜誌，第十二卷，第四期，第 231-242 頁，民 90 年 11 月。
- 56.張永賢，世界衛生組織(WHO)針灸醫學之態度與工作，中國醫藥學院暨附設醫院，2001。
- 57.劉麗偉、陳俊明，台灣中醫師人力規劃的初探，台灣中醫醫學雜誌，第 86-92 頁，2003。
- 58.黃俊英 (1997)，「行銷研究概論」，華泰書局。
- 59.周郁岷 (2000)，「淺談策略管理程序—SWOT 分析」，紡織園地，第 32 期，第 26-28 頁。
- 60.陳梅生 (1996)，「大陸中醫藥教育」，中醫醫藥學院雜誌，第七卷，第三期，第 181-185 頁。
- 61.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。
- 62.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。
- 63.中華人民共和國國家中醫藥管理局，<http://www.satcm.gov.cn/>，2002。
- 64.台灣考選部全球資訊網，<http://www.moex.gov.tw>，2002。
- 65.107 藥道館，<http://www.taconet.com.tw/jus107/>。
- 66.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，第 22 卷，第 4 期，2002 年。
- 67.醫師法修正條文對照表，行政院衛生署中醫藥委員會，2002。
- 68.陳立德，台灣養成中醫師之學歷背景研究，中國醫藥學院中國醫學研究所博士論文，1998。
- 69.中華人民共和國執業醫師法，中國法制出版社，北京，2001 年。

- 70.孫茂峰，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，2002年。
- 71.大陸地區醫療制度相關法規，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，1993年。
- 72.2002年國民衛生の動向，日本厚生省，2003年。
- 73.世界衛生組織(WHO)網站，<http://www.who.int/country/>，2002年。
- 74.張永賢，參觀日本北里研究所東洋醫學綜合研究所，2002年。
- 75.戴昭宇、趙中振主編，2000日本傳統醫藥學現狀與趨勢，亞洲醫藥出版社，2001年。
- 76.香港特別行政區政府資訊中心網站，http://www.info.gov.hk/ctopic_f.htm，2002年。
- 77.香港衛生署網站，<http://www.info.gov.hk/dh/publicat/index-c.htm>，2002年。
- 78.香港大學中醫藥學院網站，http://www.hku.hk/chinmed/Web_frame/index.htm，2003年。
- 79.浸會大學中醫藥學院網站，<http://www.hkbu.edu.hk/~scmweb/chi/index.html>，2003年。
- 80.香港中文大學中醫學院網站，<http://www.cuhk.edu.hk/scm/scm.html>，2003年。
- 81.中醫醫療管理法規彙編，行政院衛生署中醫藥委員會，2001年。
- 82.賴俊雄，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，1994年。
- 83.雷允奇、陳介甫，中國大陸中醫藥現況，國立中國醫藥研究所叢書，1990年。
- 84.吳潤秋、何清湖，中西醫結合執業醫師執業助理醫師資格－考試指南，中醫古籍出版社，北京，1999年。
- 85.全國中醫執業助理醫師資格考試習題集，全國中醫執業助理醫師資格考試複習指導專家編寫組，中醫古籍出版社，2000年。
- 86.張英明、劉怡芬，我國中醫學系畢業生報考西醫執照之法理探討，醫事法學，第九卷，3期，第89-94頁，2001年。

- 87.徐明珠，迎戰 WTO 之衝擊-順勢開拓教育版圖，國家政策論壇，第 1 卷，第 9 期，第 152-154 頁，2001 年。
- 88.張永賢，中國醫藥大學中醫學院，2003 年。
- 89.我國醫事人力規劃政策建言書—總摘要，國家衛生研究院，2001 年。

二、英文文獻

1. Porter M. E., "How Competence Forces Shape Strategy." *Harvard Business Review*, March-April, 1979.
 2. Porter M. E., *Competitive Strategy*, New York: The Free Press. p.37,1985.
 3. Barney D. F., "The paths in the diffusion of Product Innovations." Macmillan, London. p.100.
 4. Weihrich H., "The TOWS Matrix-A Tool for Situational Analysis." *Long Range Planning*, Vol. 15, No. 2, p. 60,1982.
 5. Ouchi, W.G, and M.A. Maguire. *Organizational Control: Two Functions.* *Administrative Science Quarterly.* 20(December):559-569.1975.
 6. Ouchi, W.G. *The Relationship between Organizational Structure and Organizational Control.* *Administrative Science Quarterly.* 22(March):95-113.1977.
 7. Bartlett, C.A. and S. Ghoshal. *Managing across borders.* Cambridge, MA:HBS Press.1989.
 8. Martinez, J.I. and J.C. Jarillo. *The Evolution of Research on Coordination Mechanisms in Multinational Corporations.* *Journal of International Business Studies.* 20(fall):489-514.1989.
 9. Baliga, B.R. and A.M. Jaeger. *Multinational Corporations: Control Systems and Delegation Issues.* *Journal of International Business Studies.* 15(fall):25-40.1984.
 10. Roth, K., M.D. Schweiger, and A.J. Morrison. *Global Strategy Implementation at the Business Unit Level: Operational Capabilities and Administrative Mechanisms.* *Journal of International Business Studies.* 22(3):369-402.1991.
 11. 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.
 12. National Statistical Office, Republic of Korea, <http://www.nso.go.kr/eng/>,2002.
 13. Ministry of Health (MOH) , <http://app.moh.gov.sg/sta/>,2003.
- WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005, World Health Organization,2002.

柒、圖表

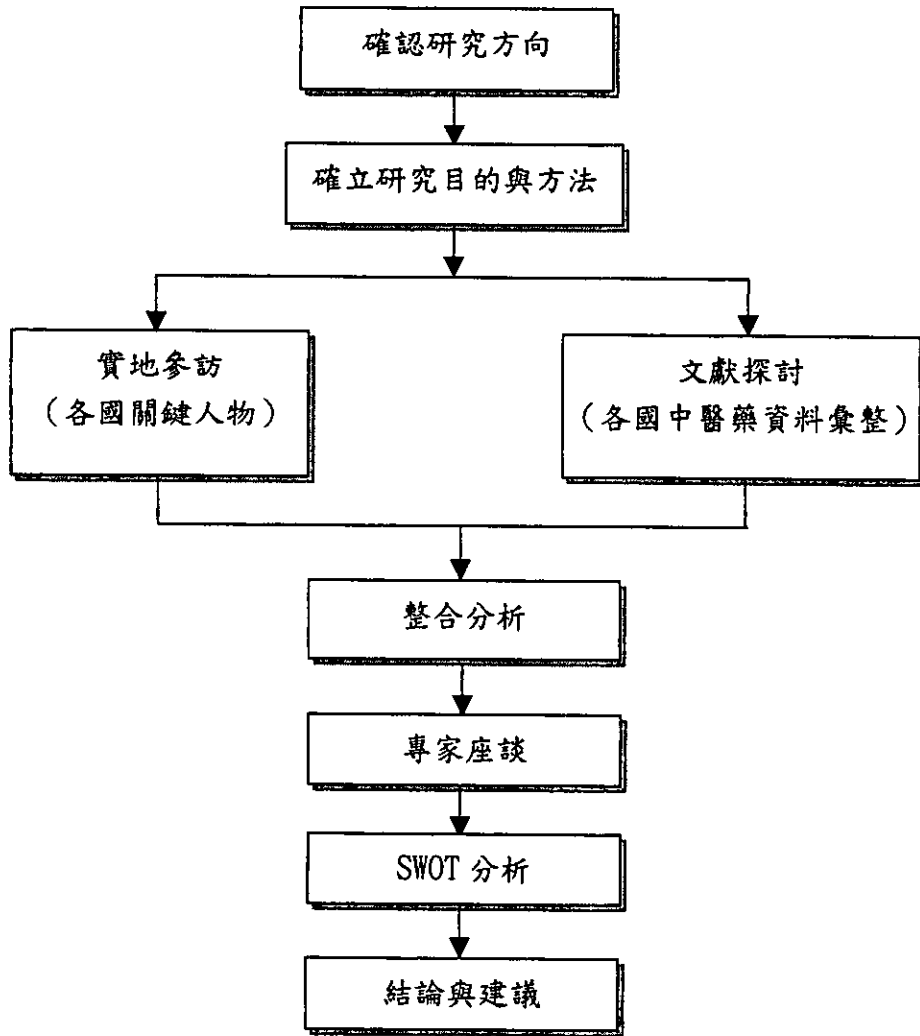


圖 2-1 研究流程架構圖

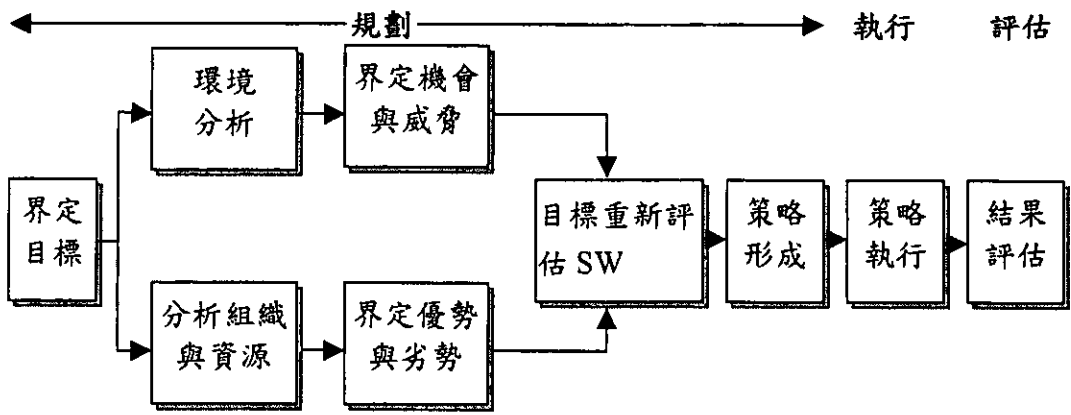


圖 2-2 策略管理程序流程

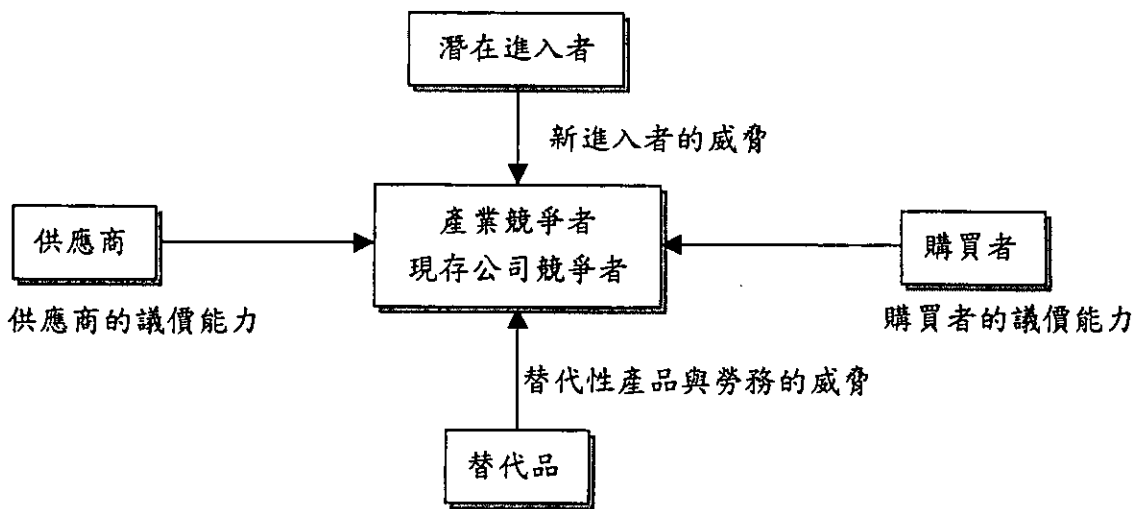


圖 2-3 Porter 之五力分析

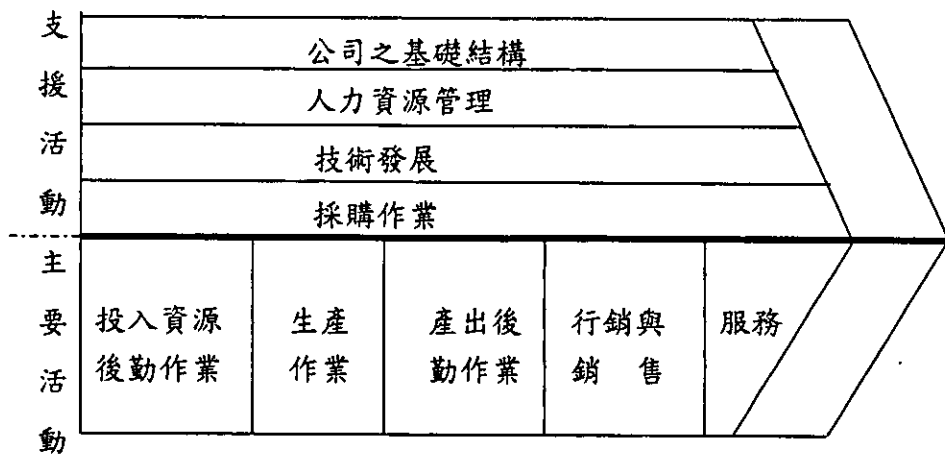


圖 2-4 Porter 價值鏈

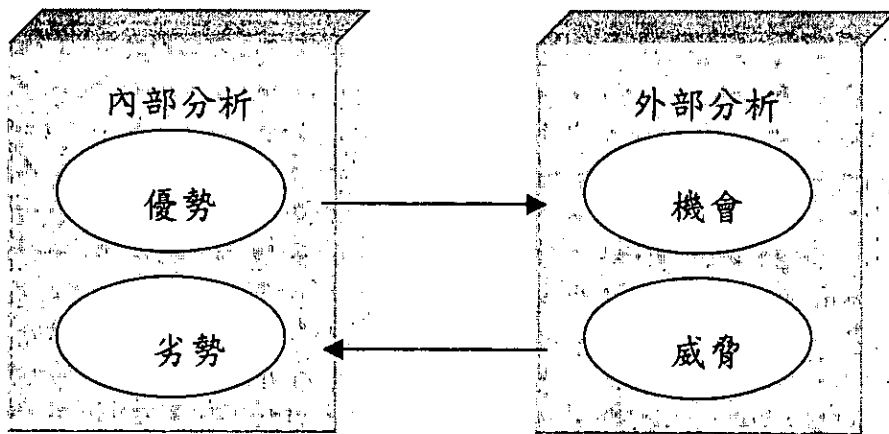


圖 2-5 SWOT 分析、資源基礎模式與競爭優勢環境模式之關係

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 2-6 SWOT 分析之策略擬定

表 3-1 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 3-2 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

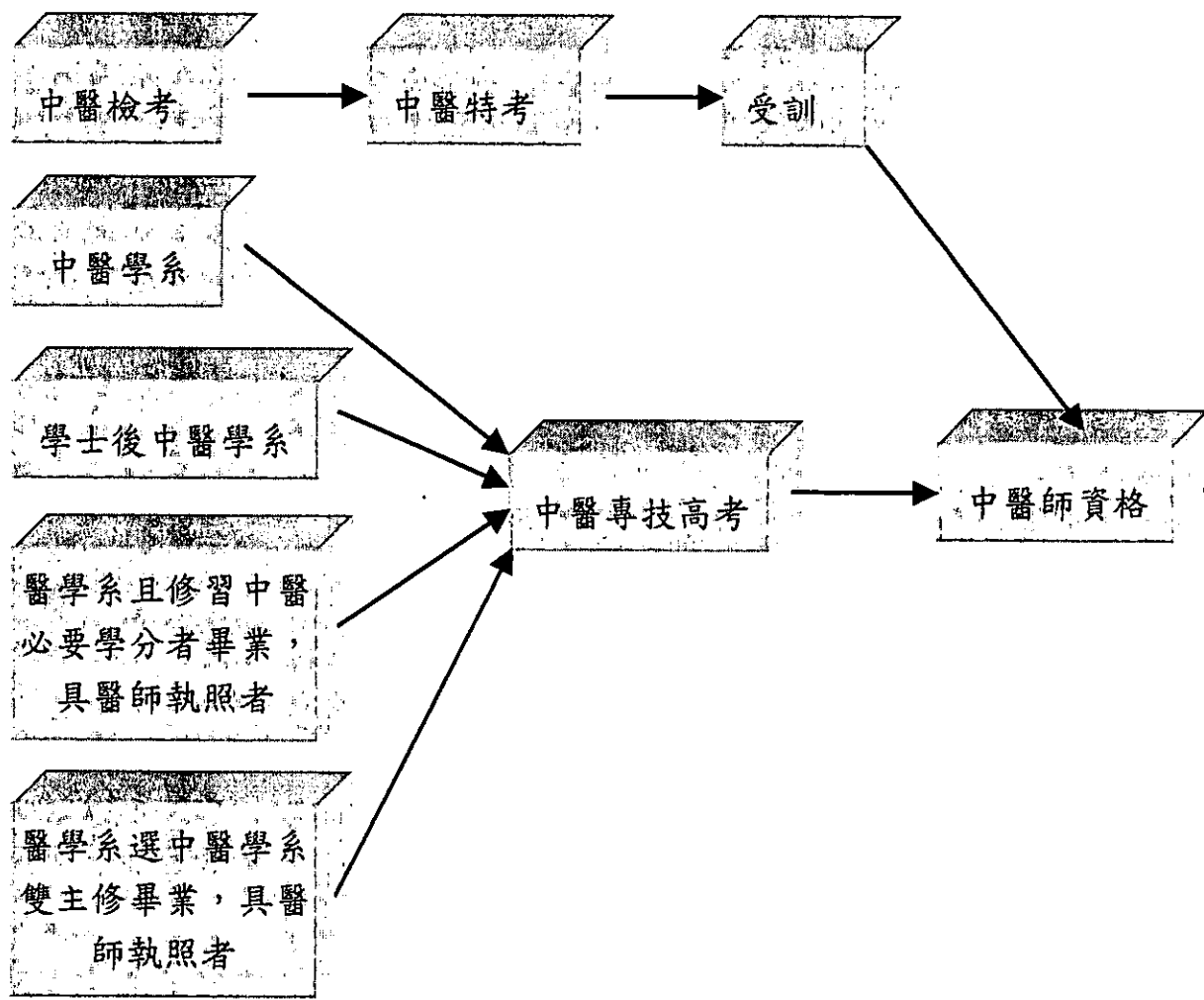


圖 3-1 中醫師資格取得途徑

表 3-3 台灣中醫考試人力現況 (至 2000 年為止)

各式考試資格	人數
● 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

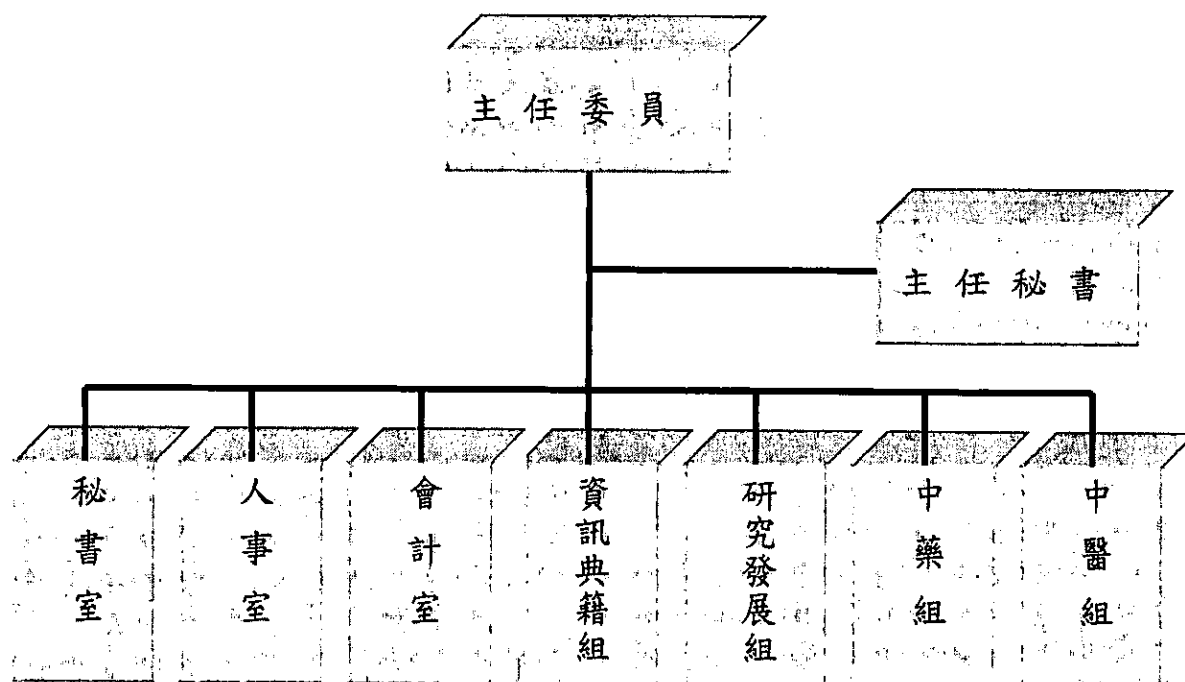


圖 3-2 中醫藥委員會組織架構圖

表 3-4 中醫師人力各縣市分布情形-2001 年底

執業地點	年底人口數	中醫師人數	每萬人口中醫師數
台北市	2,633,802	555	2.11
高雄市	1,494,457	263	1.76
台北縣	3,610,252	572	1.58
宜蘭縣	465,799	46	0.99
桃園縣	1,762,963	273	1.55
新竹縣	446,300	40	0.90
苗栗縣	560,640	73	1.30
台中縣	1,502,274	351	2.34
彰化縣	1,313,994	243	1.85
南投縣	541,818	92	1.70
雲林縣	743,562	85	1.14
嘉義縣	563,365	43	0.76
台南縣	1,107,397	130	1.17
高雄縣	1,236,958	166	1.34
屏東縣	909,364	121	1.33
台東縣	244,612	18	0.74
花蓮縣	353,139	40	1.13
澎湖縣	92,268	4	0.43
基隆市	390,966	53	1.36
新竹市	373,296	72	1.93
台中市	983,694	494	5.02
嘉義市	267,993	80	2.99
台南市	740,846	163	2.20
金門縣	56,958	2	0.35
連江縣	2,633,802	-	-
總計	22,405,568	3,979	1.78

資料來源：行政院衛生署網站，2002

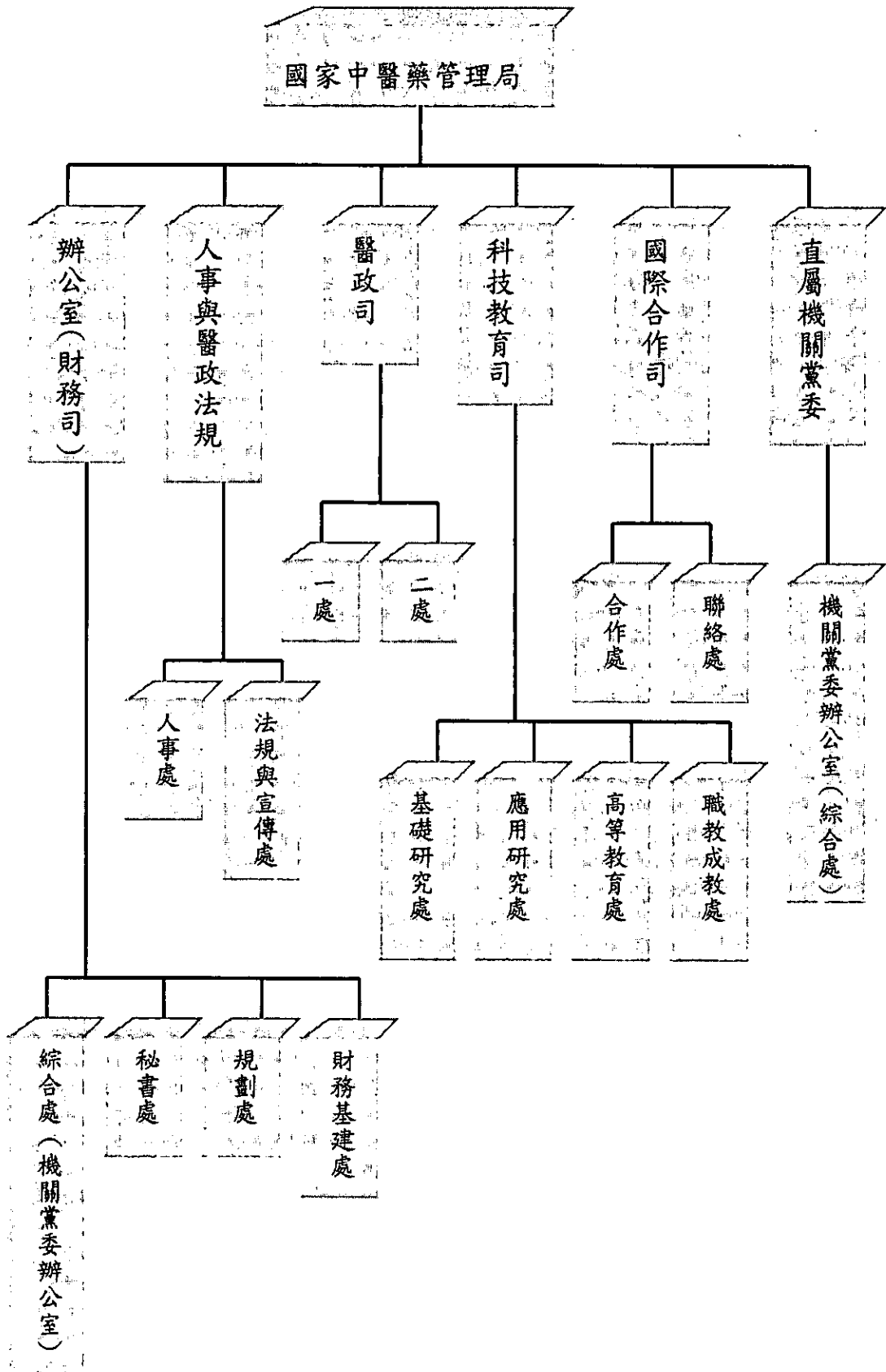


圖 3-3 中華人民共和國中醫藥管理局組織圖

表 3-5 日本醫學院修習漢方醫學

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%

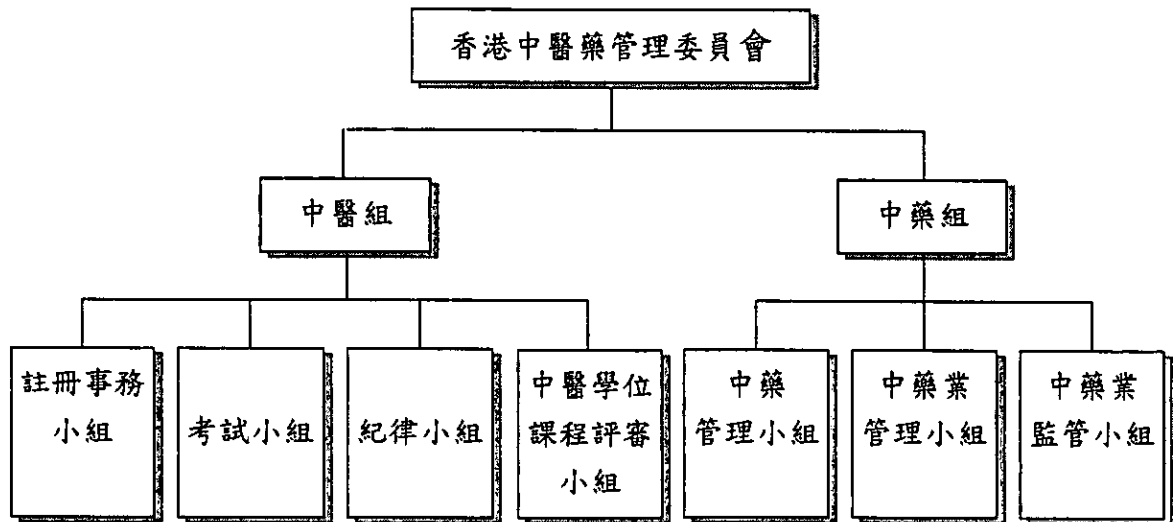


圖 3-4 香港中醫藥管理委員會組織架構

優勢	劣勢
<ul style="list-style-type: none"> ● 中醫教育體制完備 ● 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 ● 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 ● 消費者逐漸對中醫的認同 ● 與西醫有一定程度的市場區隔 ● 台灣醫學研究水平已具有國際水準 	<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 ● 中醫醫療院所尚未建立評鑑制度 ● 台灣中醫藥研究要加強實證醫學佐證 ● 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"> ● 中醫日趨受國際間各國重視 ● 加入 WTO 後，各國貿易障礙降低，有利中醫業向外發展 ● 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 ● 由於同文同種，相較於其他各國更有機會進軍大陸中醫市場 	<ul style="list-style-type: none"> ● 政府對中醫藥發展不夠積極 ● 兩岸關係的不確定性 ● 經濟成長逐漸趨緩 ● WTO 所產生更多競爭者的進入 ● 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

表 4-1 台灣中醫藥 SWOT 分析