

計畫編號：DOH95-TD-O-113-102

行政院衛生署九十五年度科技研究計畫

衛生署中醫醫療體系科技計畫評估

研究報告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：李卓倫

研究人員：洪錦墩、梁亞文

執行期間：95年6月1日至95年12月31日

* 本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：

如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意*

目 錄

第一章 序論	1
一、研究背景	1
二、研究目的	5
三、研究流程	7
四、研究方法摘要	8
第二章 中醫醫療體系研究之成效評估指標	16
一、中醫療體系研究成效評估之學術指標	17
二、中醫醫療體系研究成效評估之實務指標	25
第三章 中醫醫療體系科技計劃及相關研究	27
一、1980 年代初期中醫醫療體系研究摘要	27
二、保險明顯介入後的中醫醫療研究摘要	28
三、經建會全民健保規劃時期中醫醫療體系研究摘要	29
四、衛生署全民健保規劃時期中醫醫療體系研究摘要	31
五、全民健保實施後中醫人力供需研究摘要	35
六、全民健保實施後中醫醫療體系供給面研究摘要	42
七、全民健保實施後中醫醫療體系需求面研究摘要	49
八、中醫醫療體系研究政策建議摘要	52
第四章 中醫醫療體系研究與政策綜合分析	56
一、中醫醫療體系研究內部有效性分析	56
二、中醫醫療體系研究外部有效性分析	68
第五章 未來中醫醫療體系規劃之方向	82
一、中醫總額與基層醫療體系的整合規劃	82

二、提供以病人為中心的醫療服務	86
三、另類醫療人力	89
四、以研究為工具進行中西醫療整合	93
五、傳統醫療的政策管理	103
第六章 結論與建議	109
一、總體結論與建議	109
二、個體結論與建議	110
參考資料	111

第一章 序論

第一章序論將區分為四個小節加以陳述，分別為：研究背景、研究目的、研究流程、和研究方法摘要。其中研究背景的內容包括研究問題與研究重要性，區分科學研究中常用的 evidence-based 與 evidence-informed 兩者作為決策基礎的差異，並描述 1949-1990 台灣中醫醫療政策，尤其是中醫人力政策的演變。

一、研究背景

研究背景將首先界定研究問題與問題的重要性，其次針對 evidence-based 與 evidence-informed 決策的差異進行說明，最後簡單摘要 1949-1990 台灣中醫人力政策演變。

(一) 問題界定與研究重要性

本研究的主要背景，是為了將系統性、實證科學為基礎的方式落實於衛生政策之擬定，建立衛生署以「實證(evidence-based)科學為基礎」來進行政策擬定，與推動的科技發展組織文化，因此進行衛生署歷年科技研究計畫執行成效評估暨指標研訂。這樣的工作在中醫醫療體系的規劃上尤其重要，並擬針對國內外非衛生署為托的其他中醫醫療體系研究進行回顧評估。

衛生署歷年來均委託學術機構進行科技發展計畫，計畫重點由衛生署擬定以配合政策需求，因此科技計畫的主要目的在配合衛生政策發展上的需求，而不僅僅在純粹的科學研究。基於這樣的背景，科技發展計畫的報告內容是否具有效度和建議是否確實可行，以及這些確實可行的結果是否透過行政部門轉變為政策內容據以執行，便成為值得評估的議題。

除此之外，由於這些研究報告均花費大量研究經費才完成，為了使研究經費獲得最大的效益，重新評估這些研究內容是否仍然有值得政府部門採納的建議，

或依據當時的研究結果配合政策現狀之後，有無值得修改後再提出針對未來的政策建議或研究方向建議，都是極具價值與符合成本效益的研究內容。

(二) evidence-based 與 evidence-informed 決策的差異

雖然研究背景中強調實證科學的重要性，但實證資料至少可以區分為 evidence-based 與 evidence-informed 兩類，而醫療體系與醫療政策的研究多屬後者(Harrison 2003)，因此有必要在研究中略加討論。Evidence-based 的決策是希望每一個介入措施都能獲的實證證據的支持，以盡量保證其有效性，因此 evidence-based 的政策必須使用與該政策相關的概念，包括以實驗方法檢驗特定介入措施的效果。如果只是應用實證資料，包括例如社會經濟條件，以及社會經濟條件對健康的影響等等資料，來幫助決策者進行較複雜的決策，則可以稱之為 evidence-informed 決策過程。

由這樣的定義可以說明，evidence-based 決策的進行，目的在於希望針對決策的結果進行清楚的預測，要這樣做必須先存在能夠對決策結果進行測量的方法，以及能夠將介入措施與其他可能影響結果的變數清楚切割的研究設計，甚至最好可以建立劑量反應(dose-response)關係。這樣的條件對醫療體系或衛生政策的研究而言往往有困難，首先衛生政策的設計，經常必須著眼於政策對健康影響的長期性效果，因此研究者往往無法在短期內，評估政策的有效性。此外，政策的效果往往受到整體環境的限制，因而影響其外推性，對某一國家或社區有效的政策，往往不一定適用於另一個國家或地區。因此許多有益於人民健康的措施往往無法符合上述 evidence-based 的標準，公共衛生政策的研究也因此會以多種方式來呈現，包括後設分析(Meta-analysis)、隨機分派實驗、觀察研究、態度調查、個案研究等等。對於醫療體系而言，政策措施的效果當然無法脫離整體環境進行獨立討論，因此研究的重點可以稍作轉移，著眼於討論為什麼一個政策會有效，或為什麼無效。

這樣的討論將作為本研究的基礎，來評估以下中醫醫療體系研究證據的等

級，以下則針對歷年中醫醫療體系相關研究進行基本的摘要。

(三) 1949-1990 台灣中醫人力政策演變摘要

傳統醫學在世界各國一直是近代西醫體系以外的另一種相當重要的醫療照護來源，此一現象可以由東亞的一些國家，如台灣、中國、香港、新加坡和馬來西亞等地區的中醫醫療情況看出。除之針灸療法也同時在日本、英國、加拿大、美國等工業國家中被認可與允許執行。在馬來西亞、新加坡和台灣，中藥店的數量更超過中醫師數量(Lee 1973, Unschuld 1976, Ooi 1982)。

1960 年代之前，台灣的所有中醫師均以學徒、自學或兩者兼用的方式來獲得傳統醫學的知識與技術，而這也是中國傳統醫學數千年來的主要教育方式(Chi et al 1996)。在西方教會於 1860 年代來到台灣之前，傳統中醫一直是台灣醫療體系的主流，蘇格蘭長老會傳教士 Barclay 和加拿大長老教會傳教士 McKay 分別於 1866 年和 1872 年到達台灣並建立西醫診所之後，台灣接受西醫訓練的人才開始增加。1895 年中日戰爭割讓台灣，日本政府及以西醫作為建設台灣醫療體系的主流，並以教育作為台灣現代化與皇民化的手段之一(李卓倫等 1994)。

在日本政府統治台灣之前，台灣並沒有任何訓練中醫師或西醫師的正式學校，1899 年台灣建立第一所西醫學校，即總督府醫學校，除了訓練西醫師的養成外，1907 年之後也負責中醫師的訓練。當時的中醫師執照被歸類為 C 級人員，而西醫為 A 級人員，因此日本政府乃以西醫逐漸取代中醫(Tsurume 1984, Kerr 1974)。從 1899 年至 1945 年，日本政府在台灣大約培養 2800 名西醫師(江東亮 1988)，但在 1945 年日本政府戰敗時，台灣有執照的中醫師尚不足 20 人(Croizier 1968)。

1945 年之後，中醫醫療政策採取中西醫並存的政策。中國政府放鬆原本日本政府在台灣的嚴格中醫政策，但也只提供非常有限的資源來支持中醫現代化的發展。放鬆後的政策使得只要經過自學或學徒出身者及可報考中醫師執照而沒有任何學歷上的限制。此一寬鬆的政策在加上 1949 年大量的中國難民移入台灣的

結果，使得台灣在 1945 年不到 20 人的中醫師數，到 1954 年時已經大量成長為 1545 人(衛生署 1989)。此一門戶大開的考照制度使得中醫師的社會地位與社會形象大受影響。此一中醫師數目一直到 1980 年仍維持在 1600 人左右(李卓倫等 1990)。

台灣的中醫師執照考試主要有兩個平行的管道，即中醫師特種考試與中醫師檢覈考試，其中檢核考試主要由得有中醫學士學位者報考。台灣唯一培育大學部中醫師的中國醫藥學院成立於 1958 年，而其中中醫學系餘 1965 年成立，並於 1984 年成立學士後中醫學系。

學士後中醫學系限制畢業生只能報考中醫師，但中醫學系由於在校同時修習所有醫學系課程，因此可以在通過中醫師考試之後，再報考西醫師執照，而且法令的限制又強迫擁有兩張執照者必須就中醫與西醫之間做一選擇而不得同時執行兩種業務，許多中醫系畢業生於是選擇執業西醫。中醫系畢業生選擇執業西醫的原因可能來自多方面(賴俊雄 李卓倫 1991)，除了一些結構面和過程面的因素之外，兩者在所得上的差距可能也是原因之一。1990 年左右的調查顯示，自行開業中醫師的每月收入大約為 84,000 元(賴俊雄 1992, 李卓倫等 1994)，而自行開業的西醫師所得每月至少為 160,000 元(蕭慶倫等 1989)。其次，西醫師比中醫師的社會聲譽要高則可能是另一個因素。

中醫師特種考試的報考只要通過中醫師檢定考試即可，並無任何學歷的限制。不過特種考試及格者的中醫師證書和大學中醫系畢業檢覈考試及格取得的中醫師證書並無不同，其執業內容與範圍也完全一致。此一雙軌並行的執照考試制度可能影響中醫師的民間聲望和醫療品質。1989 年的問卷調查顯示(陳太義等 1990, 游隆權等 1990)，在所有的執業中醫師中，僅 2%曾經受過醫學相關教育的訓練。同年的衛生署中醫師中，104 位(6.1%)受過醫學相關教育訓練。

對於大學中醫系教育究竟培育多少位中醫師的問題至今一直都無法明確的回答，台灣的文獻中則有四個研究曾經嘗試估算其比率。第一個研究為 1986 年衛生署醫政處的報告(衛生署醫政處 1986)，報告中分析 1950 年至 1984 年頒證

中醫師的頒證種類、頒證年別、學歷、性別、年齡等，1984 年時執業中醫師的地理分佈，中國醫藥大學中醫系畢業生執業情況，以及中醫系畢業生與在校生對中醫教育和考試的意見等。此份報告顯示中醫系畢業學生執業中醫的人數只占畢業生頒證的 3.3%和畢業生開業者的 4.4%。這份報告由於時間距今已有二十年的時間而必須重做估計。

自 1972 年至 1996 年，中國醫藥學院的中醫系畢業生人數共有 2133 人，自從 1989 年中國醫藥學院學士後中醫系第一屆畢業生有 39 人，至 1996 年共有 8 屆畢業生共 373 人，合計中國醫藥學院在 1965 年至 1996 年的 32 年之間，共培養了 2506 位中醫學士(中醫系畢業係頒給學士學位而非醫學士學位)。另外中國醫藥學院接受衛生署委託辦理中醫師特考及格者訓練，自 1989 年開始共訓練 716 人。總計至 1996 年中國醫藥學院中醫系和學士後中醫系畢業生共有 2506 人中，只有 14.6%士執業中醫，顯見部大部份的中醫系畢業生是執業西醫。而執業中醫者中的執業狀態，有 42.9%士自行開業 57.1 是受聘於醫院或診所中執業(李卓倫等 1994)。

從 1949 年到 1990 年代，中醫在台灣醫療體系的次要或附屬地位主要表現在三方面：(一)中醫師執照取得的多重途徑；(二)極少數有中醫師參與公共衛生的決策計畫；(三)只有少部分的資源用於中醫的訓練、研究和臨床治療。台灣中醫體系的相關研究便是建立在這樣的歷史背景之上。

二、研究目的

本研究的主要目標，在於將研究結果提供衛生署未來衛生科技研究主題訂定、相關資源配置、政策發展與評估之參考。詳細的主題則於本研究中聚焦於中醫醫療體系規劃研究上，如此聚焦主要的考量，在於台灣近十年來並未針對中醫醫療體系進行系統性的規劃研究，尤其是當政府面對整體醫療體系產生問題時，勢必有所因應。面對十年內可能推動的論人計酬家庭醫師制度，中醫醫療體系如

何與此制度相容等等問題，有必要針對中醫醫療體系與西醫醫療體系文獻的系統性回顧，對未來提出建議。

基於上述主軸，本研究的第一項目標為針對中醫醫療體系科技計畫領域，提出「妥適的成效評估指標」建議，此一指標將分為實務指標與學術指標兩個部份。

實務指標主要在針對研究內容本身進行「內部有效性審查」和「外部有效性審查」。「內部有效性審查」的評估依據包括對中醫醫療體系研究進行比較廣泛性的方法論探討，藉此提供本研究充足的立論基礎，並一併回顧台灣其他政府或學術機構，所委託或自行研究的中醫醫療體系相關報告。「外部有效性審查」其內容主要是依據中醫醫療體系報告內容所建議之政策項目，以及歷年來衛生署所已經執行和尚未執行之中醫醫療體系政策內容，對將來的研究方向與政策方向提出具體建議。

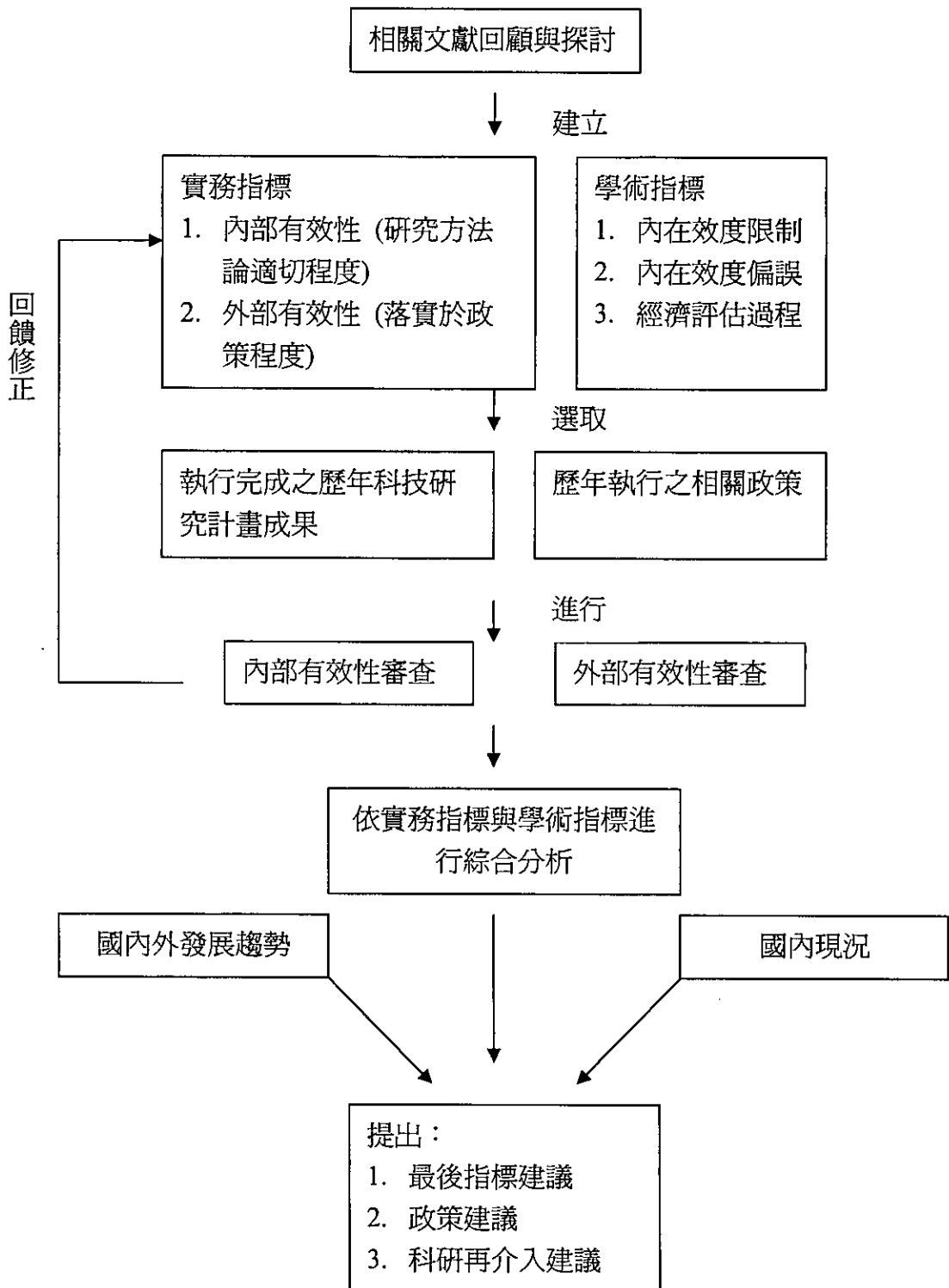
學術指標則為比較嚴謹的科學方法論的討論，也可以說是上述「內部有效性審查」的擴大版本，其內容將包括下列三大類別的討論，這三大類別在方法學上均與醫療體系和衛生政策的研究有密切的相關。第一個類別討論一般科學研究所會產生內在效度的限制，第二個類別討論流行病學方法論中內在效度偏誤的產生情境，第三個類別討論進行經濟評估研究過程所應該注意的細節。

上述指標訂定完成之後，即可以分別由以下幾個方向來進行「內部有效性審查」和「外部有效性審查」，這些方向包括：(1)執行完成之歷年科技研究計畫成果、(2)執行完成之歷年中醫醫療體系政策、(3)已發表或已出版之中醫醫療體系文獻回顧。

本研究的第二項目標為針對中醫醫療體系科技計畫領域，提出「未來規劃與研究方向」建議，做法主要針對其他國家傳統醫療體系政策發展趨勢，以及配合台灣未來基層醫療體系發展與家庭醫師制度規劃，提出對未來相關衛生政策之建議及需要再介入之科技研究項目。

三、研究流程

本計畫研究流程如下圖：



四、研究方法摘要

本研究分析方法包含：內部有效性評估指標、外部有效性評估指標、未來的政策與研究規劃建議，分別陳述如下。

(一) 中醫醫療體系研究之內部有效性評估指標

在文獻評估部分，有許多標準可用來評估研究報告內容。如果是描述型研究，可以探討其所欲測量之事物為何、研究設計變相定義及有效測量、影響因素界定、研究對象、抽樣方法是否具代表性、是否為隨機取樣、回應率、回應者與未回應者之差異、分析方法及其他適當性，結果可能的高估或低估，結果是否回答研究問題，有無新發現或提出政策建議等等。這些標準內容也許可以作表顯示，但文字的詳細說明不可或缺。

如果是因果型研究，則必須再界定因果為何，干擾因素是否去除，暴露及非暴露組的選入方式，干擾的可能方向等等(王榮德 1991)。由於因果型研究首先注重內在效度的周延，因此傳統上檢驗內在效度的標準也可以一併討論，包括由Campbell & Stanley (1963)所原創的，針對實驗設、類實驗設計、與非實驗設計所做的內在效度討論，這些干擾內在效度的因素包括歷史、成熟、檢測、工具、迴歸、選擇、亡失、以及上述一些個別因素的交互影響等等。此外針對衛生系統領域之研究方法也可以列入討論範圍，包括與內在效度相關的內容效度、效標效度、建構效度等等均應列入討論範圍(Aday 1996)。

由科學論文的角度出發，評估實證研究的標準，在前言部分應注意研究題目的合理化即有清楚的研究問題與假設。在方法部分應區分周延性、主題、設計、測量、誤差、自變數等項目中的各個標準逐一檢驗(Cone & Foster, 1993)。在結果方面，可以考慮資料符合統計假設的程度，統計結果的呈現形式，有無相關分析及另一類統計誤差的調整問題，信賴區間的陳述方式，樣本數及變項數的比例等等。在研究討論部分，則檢視結果的討論是否及於統計檢定顯著及不顯著的部

分，對資料有無過度解釋，作者是否考慮研究發現的其他解釋，是否論真正的研究限制等等。

除此之外，由於政策成本效益分析也經常出現在醫療服務體系的研究行列中，部分經濟評估的研究報告也可以參考另外的標準來進行評估(Drummond et al, 2005)，分別為：(1)研究所要回答的問題為何及是否明確；(2)是否明確陳述替選方案；(3)計畫預期效果為何；(4)替選方案的可能結果是否陳述清楚；(5)測量的準確性；(6)成本與效果測量的基礎；(7)是否考慮不同的時間分別陳述；(8)是否在不同方案做比較分析；(9)是否考量預測的不確定性；(10)結果與討論是否完整回答相關的政策議題。

另一種比較簡單的方式是依據證據的說服力將研究分為幾個不同的等級，例如部分研究者(Drummond et al 2005)分為以下五個等級：(1)大型隨機分派臨床試驗且結果明確，(2) 小型隨機分派臨床試驗且結果不明確，(3)具有非隨機對照組之比較分析，(4)沒有隨機對照組但以自身過去的歷史作為對照，(5)沒有對照組的個案報告。部分傳統醫療的研究者(Sharma 1992)以及衛生政策研究者(Harrison 2003)則把證據力的等級區分為：(1)具有超越分析(Meta-analysis)的隨機分派試驗證據，(2)至少具有一個隨機分派實驗證據，(3) 至少具有一個非隨機對照組的比較分析證據，(4) 至少具有一個類實驗性設計的研究報告證據，(5)非實驗性設計的描述性研究證據，(6)專家意見、專家會議報告、權威研究者的臨床經驗。這些分類雖然較簡單，但比較不適用於醫療體系研究，不過類似的分類構想，或依據證據力予以分類排序的構想，則非常值得列入本研究的範圍之中。

本計劃主持人在進行 2004 年衛生署委託「衛生署醫事人力相關科技研究計劃評估, 1990-2004」計劃時，由於研究的內在有效性牽涉到研究本身的總體內在效度，也牽涉到研究結果與研究建議的關聯性，依據這兩個標準，該計畫的內在有效性分析將這些研究作以下的分類。第一類為總體內在效度嚴謹，研究建議與研究結果密切關聯。第二類為總體內在效度嚴謹，但研究建議與研究結果僅有間接的關聯。第三類為總體內在效度不夠嚴謹，因此研究建議與研究結果是否有關

聯相對不再重要。第四類為研究內容與研究題目不相符合，造成總體內在效度，以及研究建議與研究結果是否有關聯，兩者均相對不再重要。在研究的內在效度以外在加上研究結果與研究建議的關聯性，主要考慮衛生署科技報告一般屬於應用性質的研究，因此無論研究內容是否牽涉到比較基礎性的學理，研究者對研究結果進行政策性的詮釋，或依據研究結果提出若干政策建議，對科技計畫而言具有一定程度的正當性。過去的經驗發現部分研究並未在報告中提出政策建議的寫法，在本研究中應該有值得進一步討論的空間。

以上諸多標準將經過主持人與協同主持人整理，並邀集其他研究人員商討形成共識之後，再據以作為研究評估工具。除了部份評估結果可以列表比較之外，主要仍舊要依據精確的文字敘述來加以呈現。由於這部分屬於一般科學報告的評估內容，其他部分則與下一節所陳述的中醫醫療體系研究方法論有相關，因此評估方向可以考慮分成兩部分來進行。

除此之外，由於本回顧研究仍舊以學理及方法論作為文獻評判的主要依據，因此理應對未來衛生署科技計畫，或其他相關政府機構如國家衛生研究院及國家科學委員會等，提出比較具體的研究或規劃的方向。為了完成此一任務，研究小組所回顧的文獻，顯然必須及於衛生署本身的若干重要但未曾發表的醫事人力規劃方案、衛生署以外的機構所委託或自行研究的報告，以及全世界與人力規劃相關的學理和方法論上的探討。上述內容將依據其所屬類別在研究報告中分章分節作系統性的比較。

(二) 中醫醫療體系研究之外部有效性評估指標

不過醫療體系的研究畢竟不是純科學性或學術性的研究，其有另一部分的功能在解決實務上的政策問題，因此除了上述的指標之外，有必要針對中醫醫療體系的特性，尋求政策面與實務面的其他指標。

針對中醫醫療體系或其他形式的傳統醫療而言，其所面臨的政策實務問題來自體系內部與體系外部(Stone & Matthews 1996)。體系內部的問題至少可以分為

五點：(1)醫療品質或治療內容的廣泛差異；(2)與正統醫學相比較缺乏政府組織上的政策支援；(3)缺乏標準化的專業治療程序；(4)缺乏正式的訓練管道；(5)病患無法在專業與非專業的人員或技術之間加以辨識。體系外部的問題則至少包括四點：(1)正統醫學訓練醫師因為不瞭解或不信任傳統醫學所產生的抗拒，(2)正統醫學訓練的醫師，基於上述相同的理由無法建議適當的傳統醫學人員給病患，(3)傳統醫療人員由於訓練內容，與正統醫學人員之間的溝通有問題，(4)傳統醫學與正統醫學之間病患轉介的責任歸屬問題。

對於中醫醫療體系而言，政策實務的外部有效性分析因此包括兩個層面。第一是研究所提政策建議的落實程度，第二則是研究所提政策建議有助於解決上述中醫醫療內在問題與外在問題的程度。本研究將於政策外部有效性分析的章節中，集中討論研究所提政策建議的落實程度，再於針對未來研究規劃的章節中，討論研究所提政策建議有助於解決上述中醫醫療內在問題與外在問題的程度。

研究小組將透過深入訪談中醫政策當事人，獨立收集與文獻回顧相同期間的中醫醫療體系政策的所有內容，並同時與原來科技計畫報告或其他研究報告中的政策建議，以及經過研究小組綜合評估之後的修改建議，三者同時並列作一比較。

在這些比較之中，有部分是政策建議已經被採納而且已經在執行或已經執行完畢，有些政策建議至今仍舊有效但也許尚未列入政策考量的範圍，有些政策建議也許已經失去時效而應該加以事實的修改。研究小組將基於個別的狀況來加以分類描述，並對中醫醫療體系政策的內容盡可能作明確的建議。

在進行文獻內容與政策內容的比較之前，有必要先詳細描述相同研究期間的中醫醫療體系政策內容，並同時評估科技研究計畫之政策「執行成果」對於國內利益相關人，如媒體、相關民眾、民意機關、產業界等之影響。評估的方法主要有三個方向，第一個方向是這些影響有些可以藉由政策的明顯成果來加以描述，因此可以依據政府的例行性統計資料來加以陳述舉證；第二個方向是有些政策影響仍必須訴諸其他評估性的文獻，因此必要時仍應將文獻收集的範圍依據其功能加以擴大；第三個方向為訪談相關人員針對政策內容與影響的瞭解，訪談對象則

依據個別議題再行訂定，並於必要時以滾雪球方式選擇訪談對象。

研究小組將獨立收集與文獻回顧相同期間的中醫醫療體系政策的所有內容，並同時與原來科技計畫報告中的政策建議，以及經過研究小組綜合評估之後的修改建議，三者同時並列作一比較。

在這些比較之中，有部分是政策建議已經被採納而且已經在執行或已經執行完畢，有些政策建議至今仍舊有效但也許尚未列入政策考量的範圍，有些政策建議也許已經失去時效而應該加以事實的修改。研究小組將基於個別的狀況來加以分類描述，並對衛生人力政策的內容盡可能作明確的建議。

(三) 未來的政策與研究規劃建議

對於未來的中醫醫療體系規劃方向上，除了上述所列舉的中醫醫療體系內部與體系外部的問題必須一一列舉建議之外，研究的重點將擺在中醫醫療如何與基層醫療改革整合的議題上。因此本研究針對未來中醫醫療體系的政策與規劃建議，主要基於兩個方向。第一個方向是基於世界各國傳統醫療體系文獻回顧，所衍生的傳統醫療的內在與外在問題提出政策與研究規劃建議；第二個方向是針對中醫醫療如何與基層醫療改革整合的議題提出政策與研究規劃。以下將就第二個議題再作若干描述。

台灣與其他工業化國家一樣均面臨嚴重的醫療費用上漲問題，設定國家醫療費用總額可以短時間解決此一問題，但恐非長久之計，率先實施總額制度的德國與加拿大即面臨人民與醫療供給者對醫療體系滿意度的下降問題。依據 1989 年與 1994 年實際的調查，德國人民的滿意度由 41% 降為 30%，加拿大人民的滿意度由 56% 降為 29% (Blendon et al 1990, 1991, 1995)，而其可能的原因就是這兩個國家均進行比較強烈的醫療費用控制措施(McPake et al 2002)。

德國在 1975 至 1977 年期間開始自願式的門診預算控制制度，由各別的疾病基金與醫師團體自行協商設定總額。1977 年德國通過健康保險費用控制法案實施單一支付點數表(Henke, Murray, Ade, 1994)，透過相對基準值的調整來降低過

度利用的醫療項目，或鼓勵低度利用的醫療項目，並透過相對基準值的調整來對新的醫療科技提供誘因 (Busse & Howorth 1999)。德國由 1977 年起在門診部分搭配單一支付點數表實施自願式的總額預算，其結果是將門診醫療費用在 20 年之間控制在國內生產毛額(GDP)的 1.2%左右(Schwartz & Busse, 1996)。1988 年德國通過健康服務改革法案並於 1989 年實施，使得自從 1975 年起所實施的自願式總額預算變成強制式總額預算，雖然預算總額仍然是由疾病基金與醫師團體之間協商而訂定，但協商的動作本身確是強制性的，而其最大的優點即是穩定健保費率。

上述門診總額實施的結果，門診服務的總量仍呈現相當程度的增加。門診服務在 1988 至 1992 的四年之間增加 32%，在 1992 至 1995 的三年之間增加 26%，而在相同期間醫師數量的增加只能解釋不到一半的門診服務量的增加，另外一半最可能的解釋則為賽局理論中的「囚犯的兩難」。亦即無論其他醫師的行為是什麼，各別醫師的行為決策就是透過擴大服務量來增加本身在總額之中的佔率。這樣做雖然符合各別行為的理性，但卻不符合集體行為的理性，因為在集體理性中每位醫師應該控制其各別的服務量，以保障單位服務量所支付的收益價格。德國在 1992 至 1995 年之間的單位門診服務價格下降 10%，而相同期間每位醫師服務量的增加剛好略低於 10%，造成每醫師的收入減少 1%，這種現象當然造成診所醫師的不滿 (Busse & Howorth 1999)。

由於醫療費用上漲的同時通常也一併伴隨健保保費調整的困難，這一點台灣與其他國家均面臨類似的問題(Roberts et al 2004)；另一方面台灣原本寄望國家醫療費用總額預算的實施，能夠提供足夠的誘因來抑制醫療費用的上漲趨勢，但是國家總額搭配論量計酬的結果，提供充分的誘因鼓勵醫療院所基於個別理性而非集體理性來相互背叛，造成點數持續增加點值下滑的結果。可見問題極可能在於制度設計本身的缺失，而不在總額執行層次的瑕疵。部分研究(李卓倫 2004)因此建議以家庭醫師制度中的專科醫療守門員功能，作為控制醫療費用的長期策略，而非現行的以總額預算搭配論量計酬作為長期策略。這樣建議的原因，在於

期望透過家庭醫師的守門員功能，來增加基層醫療服務，並降低專科服務中的手術率和住院率，這也是部份學者在評估日本醫療體系可以維持較低醫療費用時，所認可的可能原因之一(Hsiao 1996)。

另一方面，醫療費用的主要組成為數量與單價，如果門診醫療費用或總點數上漲的主因在於單價的上升，則應該考慮比論量計酬更具誘因的支付基準來抑制醫療費用。1997至2003年台灣門診醫療費用總點數上漲的年成長率為6.2%，其中有1.2%來自門診件數或所謂「數量」的增加，但有5.0%來自每件申請費用或所謂「單價」的增加。論人計酬由於可以提供充分的誘因而降低門診的單價，因此對社會總醫療門診成本的控制將具有實質上的作用。基層醫療體系或家庭醫師制度的建立，不僅與分級醫療有密切關係，它同時也是國家控制總體醫療費用政策中不可或缺的長期策略。

為了使基層醫療更具有效率與公平性，近年來歐洲國家對基層醫師的管理內容主要有以下五項 (Groenewegen et al 2002, Starfield 1996, Boerma and Fleming 1998)：1. 鼓勵基層醫師赴低度服務地區：增進基層醫師與設施在地理分布上的公平性；2. 病患登記家庭醫師後每位家庭醫師的病患登記名單：鼓勵基層醫師針對特定登記人口群的健康負起責任；3. 以論人計酬作為基層醫師服務的支付單位：鼓勵基層醫師提供更具有成本效果(cost-effective)的資源管理和更具連續性的服務內容；4. 守門人角色：守門人的定義為必須經過基層醫師的轉診病人才能接受專科醫師服務，此舉可以鼓勵提供更是當的專科服務，並避免不必要的專科服務；5. 建立同儕專業審查機制：針對基層醫療品質進行有效的外部監控和內部監控(monitoring)。對於上述的五個組成，不同國家介入的方向與介入的角度均有不同，此種差異主要來自各國之間不同的文化、歷史、和經濟狀況，尤其主要歐洲國家在登記病患名單、論人計酬、和守門人角色三個組成上所採用的策略均有不同。

當基層醫療體系依據上述方向進行改革時，對中醫醫療體系短期內最大的衝擊，可能來自政府為了鼓勵民眾至基層醫療就醫所釋出的誘因，例如減免部分負

擔等等，此舉的主要正面效果是吸引並患至基層診所就醫，主要負面效果極可能是吸引中醫診所病患轉而至西醫診所就醫。因此中醫醫療有必要與此一基層醫療制度整合，未來牙醫醫療體系也存在類似的問題，但急迫性略低於中醫醫療體系。比較理想的作法之一，是讓中醫加入基層醫療論人計酬的醫療群之中，但可以維持原本的中醫費用總額，讓中醫醫療成為主流政策制度中的一環，而基層醫療群也可以因為中醫診所的加入增加醫療群的特色。

但是中醫醫療與基層醫療體系的整合會有三個層面必須深入探討，本研究將適度討論並提出初步建議，這三個層面分別為：第一，中西醫診所如何在供給面進行轉診與組織整合？第二，中西醫診所如何在需求面按照民眾健康需要進行有效率的整合？第三，中西醫診所如何在財務面進行整合？尤其是如何在保有中醫總額的前提下，讓加入醫療群的中醫診所同享論人計酬財務的優勢？這三個層面的議題將作為本研究的主要討論重點。

第二章 中醫醫療體系研究之成效評估指標

本研究的第一項目標為針對中醫醫療體系科技計畫領域，提出「妥適的成效評估指標」建議，此一指標將分為實務指標與學術指標兩個部份。

實務指標主要在針對研究內容本身進行「內部有效性審查」和「外部有效性審查」。「內部有效性審查」的評估依據包括對中醫醫療體系研究進行比較廣泛性的方法論探討，藉此提供本研究充足的立論基礎，並一併回顧台灣其他政府或學術機構，所委託或自行研究的中醫醫療體系相關報告。「外部有效性審查」其內容主要是依據中醫醫療體系報告內容所建議之政策項目，以及歷年來衛生署所已經執行和尚未執行之中醫醫療體系政策內容，對將來的研究方向與政策方向提出具體建議。

學術指標則為比較嚴謹的科學方法論的討論，也可以說是上述「內部有效性審查」的擴大版本，其內容將包括下列三大類別的討論，這三大類別在方法學上均與醫療體系和衛生政策的研究有密切的相關。第一個類別討論一般科學研究所會產生內在效度的限制，第二個類別討論流行病學方法論中內在效度偏誤的產生情境，第三個類別討論進行經濟評估研究過程所應該注意的細節。以上的陳述可以整理如表 2-1，由於在研究方法的討論上，有關於學術指標的內容較多也較完整，而且實務指標的討論比較接近本研究以下各章節的實際應用，因此以下將先討論學術指標之後，在說明實務指標的應用。

表 2-1：中醫醫療體系研究之成效評估指標

指標種類	討論內容
學術指標	一般科學研究的內在效度 流行病學的內在效度偏誤 經濟評估過程的內在效度
實務指標	內部有效性審查 外部有效性審查

一、中醫醫療體系研究成效評估之學術指標

本節的討論分為四個小節，第一個小節討論一般科學研究所會產生內在效度的限制，第二個小節討論測驗工具的內在效度與信度，第三個小節討論流行病學方法論中內在效度偏誤的產生情境，第四個小節討論進行經濟評估研究過程所應該注意的細節。

由於不同的研究種類重點不同，其所需要的評估標準也自然不同，無法以單一表格或陳述涵蓋所有的評估內容，因此以下的陳述將依據同的研究種類或重點加以分別陳述。

(一) 一般科學研究的內在效度

由科學論文的角度出發，評估實證研究的標準，在前言部分最重要的應該注意研究題目的合理化，亦即有清楚的研究問題與假設。在方法部分應注意：(1)方法的描述是否周延，(2)研究方法是否符合主題，(3)研究設計是否恰當，(4)測量的信效度考量，(5)研究方法可能造成的誤差，(6)自變數的選擇是否恰當等項目中的各個標準逐一檢驗。在結果方面，可以考慮：(1)資料符合統計假設的程度，(2)統計結果的呈現形式，(3)有無相關分析，(4)統計誤差的調整問題，(5)信賴區間的陳述方式，(5)樣本數及變項數之間的比例等等。在研究討論部分，則應該檢視：(1)結果的討論是否及於統計檢定顯著及不顯著的部分，(2)對資料有無過度解釋，(3)作者是否考慮研究發現的其他解釋，(4)是否討論真正的研究限制等等。

純粹理論探討的思考性或推論性研究，一般而言並不需要特定的研究設計。不過由於公共衛生或醫療體系多半屬於實證性研究，也因此需要討論研究設計本身的內在效度問題。以研究的目標與設計來說，實證性的研究一般可以分為描述性研究和因果型研究。

如果是描述型研究，可以探討的標準有以下各項：(1)是否清楚描述研究目

的，(2)是否清楚描述研究設計，(3)是否清楚描述所欲測量之事物為何，亦即依變項或被解釋變項的指定是否清楚，(4)是否清楚描述影響因素或解釋變數，(5)是否清楚描述所有變項定義或有效的操作性測量，(6)是否清楚描述研究對象和抽樣方法，(7)抽樣方法是否為隨機取樣和是否具代表性，(8)測量結果回應率，(9)回應者與未回應者之差異，(10)分析方法之適當性，(11)結果可能的高估或低估的討論，(12)結果是否回答研究問題，(13)有無新發現或提出政策建議等等。這些標準內容也許可以作表顯示，但文字的詳細說明不可或缺。

如果是因果型研究，則必須再界定因果為何，干擾因素是否去除，暴露及非暴露組的選入方式，干擾的可能方向等等(王榮德 1991)，這部份的內容將留待下一小節流行病學的內在效度偏誤再做討論。

由於因果型研究首先注重內在效度的周延，因此傳統上檢驗內在效度的標準也可以一併討論，包括由 Campbell & Stanley (1963)所原創的，針對實驗設、類實驗設計、與非實驗設計所做的內在效度討論，這些干擾內在效度的因素包括歷史、成熟、檢測、工具、迴歸、選擇、亡失、以及上述一些個別因素的交互影響等等。

歷史(history)指研究期間因為研究對象的經歷或事件而干擾到研究結果，成熟(maturation)指研究期間研究對象本身的身心變化，檢驗(testing)指前測本身對後測所產生的影響，工具(instrumentation)指不同時間或不同對象測量工具的一致性問題，迴歸(regression)指研究對象在多次受測的過程中可能有逐漸向團體平均數趨近的傾向，選擇(selection)指不同組別研究者在各項特質上一致的程度，亡失(mortality)指研究樣本在研究期間的流失。

另一種比較簡單的方式是依據證據的說服力將研究分為幾個不同的等級，例如部分研究者(Drummond et al 2005)分為以下五個等級：(1)大型隨機分派臨床試驗且結果明確，(2) 小型隨機分派臨床試驗且結果不明確，(3)具有非隨機對照組之比較分析，(4)沒有隨機對照組但以自身過去的歷史作為對照，(5)沒有對照組的個案報告。部分傳統醫療的研究者(Sharma 1992)以及衛生政策研究者(Harrison

2003)則把證據力的等級區分為：(1)具有超越分析(Meta-analysis)的隨機分派試驗證據，(2)至少具有一個隨機分派實驗證據，(3)至少具有一個非隨機對照組的比較分析證據，(4)至少具有一個類實驗性設計的研究報告證據，(5)非實驗性設計的描述性研究證據，(6)專家意見、專家會議報告、權威研究者的臨床經驗。這些分類雖然較簡單，但比較不適用於醫療體系研究，不過類似的分類構想，或依據證據力予以分類排序的構想，則非常值得列入本研究的範圍之中。

(二) 測驗工具的內在效度與信度

此外針對衛生系統領域之研究方法也可以列入討論範圍，包括與內在效度相關的內容效度、效標效度、建構效度等等均應列入討論範圍(Aday 1996)。如果以測驗本身的信效度考驗作為例子最明顯。許多量表使用數個多題目的構面測量，再加總各題目的分數，這種總和評等法的優點是簡單、信度高、使用的計分法不需要加權或額外的判斷步驟。但是，這是基於幾個假設而成立的(Likert, 1932)，第一，各所屬群組的題目對於欲測概念應包含幾近相同比例的資訊；第二，題目間的變異應大約一致，才能對總分有相同的貢獻；第三，構面下的總分與各題應呈線性關係。除了考驗這些傳統的Likert構面標準之外，題目與其他構面間的關係也應依多特質多方法(multitrait-multimethod)的邏輯來檢查。

這些假設決定了在特定構面中題目的適當性及是否適用題目分數加總來估計構面分數，一旦構面下總和評等法的假設成立，構面分數就可以加總，且相信分數將達預期的屬性。

1. 題目層級的描述性統計

首先考驗題目層級的特徵(資料的遺漏情形、分佈的情形、平均值、標準差)。資料的品質反應出受訪者對問卷的瞭解與接受程度，整體而言，如果遺漏值太高，就較沒有信心用總和評等法來計算分數，若某一題有太多遺漏值，暗示可能與題目選項的措辭有關，也有可能是回答者不知道如何完成問卷的這部分。

分數的分佈情形會隨族群的不同而有所差異，可反應出量表在特殊群組應用

上的適合度。檢查個別題目的分佈情形，是否所有的選項都有使用到，是否每個構面都差不多，如果受訪者沒有使用所有的選項，可能是選項或相關題目的翻譯有問題。除了檢查是否用到所有的選項之外，還要檢查這些選項的分佈情形，好的題目要有變化性，而且選項要粗略成對稱分佈(Ware & Gandek, 1998)。

題目的平均值也要考驗，在傳統 Likert 構面標準下，同一構面內的題目平均值應大約相等，然而因為測量的關係，題目的平均值可能不會一樣，如果測量的範圍包含較廣的健康狀況時，題目平均值的不一致性就會比較明顯。

2. 多特質/多題目相關矩陣 (multitrait/multi-item correlation matrix)

多特質/多題目相關矩陣是用以考驗各個題目與其所屬構面間的關係，以及題目與其他構面的關係。重疊(overlap)意謂著題目分數亦在構面分數的計算之中，為避免誇大題目與構面間的相關情形，題目和其所屬構面間的相關估計對於欲考驗的題目並不列入構面總分的計算中(也就是重疊校正後的正確相關) (Ware et al., 1993; Ware & Gandek, 1998)。多特質/多題目相關矩陣允許同時考驗數個假設，包括：

(1) 題目與構面之相關強度 (item internal consistency)

題目與構面總分間是線性關係的假設 (考驗題目的輻合效度)，藉由檢查每個題目和其所屬構面的相關來評估。當構面中的題目相對較少時，這個考驗就非常重要，因此採用較高的標準 (相關需高於 0.40) (Ware et al., 1998)。然而有些情況下題目與構面間的相關可能會小於 0.4，包含範圍極端的題目就容易有偏態，就是這個考驗有時會失敗的例子；另外測量與其他題目有關卻又不同概念的題目，或是不同於所屬構面中其他題目的方向也有可能會失敗。

(2) 題目與構面間相關強度的一致性 (equality of item-scale correlations)

在同一構面中的題目對於構面總分應有相同比例的貢獻，檢驗的方法就是看題目與所屬構面的相關強度是否一致，題目如果沒有貢獻足夠的訊息就應被排除，而這些提供足夠訊息的題目則將會有相同的權重，當所有的題目明顯對總分有所貢獻時，即使題目與構面間的相關並不相同 (例如，同一構面下各題目的相

關分別從 0.40 至 0.70)，仍能滿足這項標準。

(3) 題目的鑑別效度 (item discriminant validity)

鑑別效度考驗假設題目群組的完整性，採用多題目多特質的相關矩陣來比較題目與其所屬構面間的相關程度，以及同一題目與矩陣內其他構面間的相關情形。當題目與其所屬構面間的相關明顯大於題目與其他構面間的相關時，題目的鑑別效度就成立，而相關比較的判斷標準是兩個標準誤 (McHorney et al., 1994)，其中相關係數的標準誤近似於樣本數平方根的倒數。

如果一個題目在這項考驗中因為內在一致性較低而失敗的話，表示若構面包含了這個題目將會較沒有效率；如果考驗是因為同時與兩個以上的構面有相關而失敗，表示若構面包含這個題目將會混淆量表、造成解釋上的複雜而使問卷沒有效率；若題目與其所屬構面的相關高於其他構面但未達統計上的差異，則應在考慮樣本數及構面題數後重新考驗題目與構面間的關係 (Ware & Gandek, 1998)。

3. 構面層級的描述性統計

在題目層級的分析建立後，接著開始量表的計分及構面屬性的考驗，這項工作著重在構面平均值、標準差、最高分 (天花板效應 ceiling effect) 和最低分 (地板效應 floor effect) 的比例。

量表的構面平均值預期在一般民眾樣本中會有相同的形式，幾個測量的構面會有較高的構面平均分數，而較低的構面平均分數則出現在其他幾個構面；平均構面分數在各國間若發現有明顯差異，應進一步評估差異是否由於翻譯或者是國家特殊的健康問題所引起。另外最高和最低可能分數也應注意，因為回答者在最高分或最低分的比例會限制工具發現因時間而變化的能力 (Ware, Gandek 1998)。

4. 信度

測量的信度是指測驗結果之一致性 (consistency)、可靠性 (trustworthiness) 或穩定性 (stability) (姚開屏, 1988)，因為測量的誤差可能削弱變數間的關係而使精確度降低，甚至當信度較低時，型二誤差 (Type II error) 的比例、樣本數的需求及資料收集的成本都會變大。信度藉由不同的測量設計去評估相同的變數來

檢查結果的一致性，包括再測法、複本信度和內在一致性信度，雖然三種方法的估計都有發表過，但在許多計畫中構面分數的信度估計是使用內在一致性（Cronbach's alpha coefficient）及再測法（Ware & Gandek, 1998）。比較個體之間需要較高的信度（其值大於 0.90）；若是群組的比較就不需要那麼高的信度（其值為 0.50 或 0.70 或更高可以接受）（Helmstadter, 1964；Nunnally, 1978）。

5. 構面間的相關

為瞭解構面與其他構面的差異情形，故計算所有構面間的相關並與信度估計值作比較，信度係數可視為構面與自己的相關情形，檢查與其他構面的相關是否小於信度係數，可以證明各個構面是否測到了唯一的可靠變異；如果兩個構面間的相關等於信度係數，則構面就需做對同一概念作複本測量，且無法證明有唯一的變異，因此，構面內的相關評估幫助決定是否各個構面測量了清楚明確的概念（Ware & Gandek, 1998）。

(三) 流行病學的內在效度與偏誤

流行病學方法論的對象主要為疾病，但其方法論中針對研究內在效度的兩個討論主軸，亦即偏誤(bias)與干擾因素(confounding factors)的討論卻適用於所有類型的研究，包括醫療體系在內。尤其在統計分析的顯著性已經確定之後，研究者仍有必要確定這樣的研究結果並非因為偏誤與干擾因素所促成的。

偏誤又稱為系統性偏差(systematic error)，其來源為群組間許多特性的不同並非只是起因於機會，偏誤會影響原本存在於主要解釋變項和主要結果變項之間的相關程度，而其影響方向可能是低估或高估原本的相關程度。以下的說明可以摘要偏誤的種類與其存在的原因(Grimes, Schulz, 2002)，流行病學所討論的偏誤一般分為選擇性偏誤(selection bias)與訊息偏誤(information bias)兩大類。

1. 選擇性偏誤(selection bias)

當研究群組的分類或群組之間不具可比較性時，會產生選擇性偏誤(selection bias)。以流行病學世代研究(cohort study)的觀點來說，當暴露組與非暴露組在重

要的因素上有所不同時，即會產生選擇性偏誤，而其中的例子之一稱為成員偏誤 (membership bias)，其來源為研究對象選擇成為某分組中的一個成員時(例如慢跑者或非慢跑者)，所造成的偏誤，因為自行選擇成為某分組中成員的研究對象，可能具有某些特質，與未自行選擇成為某分組中成員的研究對象有所不同。例如部分研究顯示慢跑可以預防心肌梗塞復發，但如果考慮自行選擇成為慢跑者也許具有某些特質不同於非慢跑者，慢跑可以預防心肌梗塞復發的現象也許不存在。

以流行病學個案對照研究(case-control study)的觀點來說，當個案組與對照組在重要的因素上有所不同時，即會產生選擇性偏誤，其中有兩種偏誤最常討論：Berkson 偏誤與 Neyman 偏誤。Berkson 偏誤發生在個案組與對照組住院率或就醫率不同的時候，例如個案組與對照組因為非研究本身的其他疾病而產生住院率或就醫率不同，或研究對象因為暴露知識或疾病知識增加而造成住院率或就醫率不同。Neyman 偏誤則是因為發生率與盛行率不同所導致偏誤(incidence-prevalence bias)，由於某些疾病比較容易迅速死亡、只出現一段極短時間、或迅速轉為非臨床狀況而離開醫療機構，以至於個案組的病患無法代表社區病患的真實狀況，例如在劇雪與心肌梗塞的研究中，因為劇雪而死於心肌梗塞的個案由於迅速死亡，研究者可能容易低估兩者的相關性。

2. 訊息偏誤(information bias)

訊息偏誤(information bias)則起因於觀察、分類、或測量偏誤造成暴露與結果間關係的錯誤判斷。在世代研究與隨機分派研究中，結果訊息的搜集方式，在暴露組與非暴露組之間應該一致，否則就容易產生訊息偏誤。在個案對照研究中，結果訊息的搜集方式，在個案組與對照組之間應該一致，否則就容易產生訊息偏誤。訊息偏誤的例子很多，在世代研究中，研究者可能對具有暴露史的研究對象特別仔細加以檢查，例如特別針對毒癮者檢驗 HIV-1 病毒。另一個例子是家族史偏誤(family history bias)，家族疾病史的紀錄促使觀察者特別留意或追蹤這一群人的疾病狀況。在個案對照研究中，研究者可能對個案組面對面直接觀察，但對社區對照組採用電話訪視。研究者也可能針對發病者特別仔細的回顧其暴露

史。另一個最常見的的是回憶偏誤(recall bias)，個案組傾向於努力回憶所有的暴露相關訊息，但健康的對照組比較沒有這樣的回憶動機。

3. 干擾因素(confounding factors)

所謂干擾變項(confounding factor)的成立必須符合三個要件(Rothman 1986, Rothman and Greenland 1998)：(1)干擾變項必須是依變項的危險因素；(2)干擾變項必須與自變項有相關；(3)干擾變項必須不是自變項與依變項之間因果路徑中的中介步驟，亦即不可以是中介變項。干擾因素的存在可能使自變項與依變項的關係高估、低估、或甚至呈現相反的關係，他可能使原本存在的關係消失，也可能使原本不存在的關係出現(Hennekens, Buring 1987)，其原因在於當研究者原本想檢驗自變項與依變項的關係時，卻檢驗到另一個變項與依變項的關係，這個變項就是干擾變項(Grimes, Schulz 2002)。

(四) 經濟評估過程的內在效度

除此之外，由於政策成本效益分析也經常出現在醫療服務體系的研究行列中，部分經濟評估的研究報告也可以參考另外的標準來進行評估(Drummond et al, 2005)，分別為：

1. 研究所要回答的問題為何及是否明確：包括(1)研究是否同時考慮成本面與效果面？(2)研究有沒有考慮不同的替選方案？(3)分析的觀點或所處的政策情境是否陳述清楚？

2. 是否明確陳述替選方案：包括(1)有無被忽略的相關替選方案？(2)需不需要考慮什麼事都不做這個替選方案？

3. 計畫預期效果是否已經建立：包括(1)計畫效果是否經過隨機分派臨床試驗或明確指出實際效果？(2)是否系統性的回顧效果資料？(3)計畫效果是否經過透過觀察型研究獲得並指出可能的偏誤方向？

4. 所有替選方案可能的成本與結果是否均陳述清楚：包括(1)成本與結果的範圍是否足以涵蓋所要回答的問題？(2)成本與結果計算方式能否涵蓋所有的觀

點？例如總體社會觀點、病患、健保當局等等。(3)資本面與運作面的成本是否均一併列入？

5. 成本與結果測量的準確性與測量單位的適當性：包括(1)資源耗用的來源分類是否詳盡描述？(2)實際施測時上述項目是否有任何遺漏？(3)某些不容易測量的特殊狀況是否加以妥善處理？

6. 成本與效果測量的可性度：包括(1)所有價值的來源是否均清楚陳述？(2)資源的獲得與耗損是否以市場價格計算？(3)在市場價格不存在或無法反映真實價值時，是否運用調整後的測量來趨近其真實價值？(4)結果的測量是否適度回應所要回答的問題？

7. 成本與結果的計算是否對不同的時間進行調整：包括(1)未來的成本與結果是否折算為現值？(2)折算現值所代的利率值是否合理？

8. 是否在不同方案做差異的比較分析：針對某一方案比其他方案所增減的成本與增減的結果進行分析，而非僅以個別方案的成本與結果進行比較。

9. 成本與結果的計算是否考量預測的不確定性：包括(1)如果資料來自個別病患的成本與結果，是否進行適當的統計分析？(2)如果進行敏感度分析，重要變數的範圍以及敏感度分析的形式是否合理？(3)研究結果會不會對不確定性非常敏感？(4)(5)

10. 結果與討論的陳述是否完整回答相關的政策議題：包括(1)當研究結果僅以單一的成本效果比例值呈現時，此一比例是否有周延的詮釋？(2)研究結果是否與他人類似的研究進行比較？(3)研究是否討論其外推性或適用於其他部門的情況？(4)研究是否考慮各替選方案的其他重要相關因素，例如分布公平性或倫理的議題？(5)研究是否討論方案的可行性？

二、中醫醫療體系研究成效評估之實務指標

實務指標主要在針對研究內容本身進行「內部有效性審查」和「外部有效性

審查」。「內部有效性審查」的評估依據包括對中醫醫療體系研究進行比較廣泛性的方法論探討，藉此提供本研究充足的立論基礎，並一併回顧台灣其他政府或學術機構，所委託或自行研究的中醫醫療體系相關報告。「外部有效性審查」其內容主要是依據中醫醫療體系報告內容所建議之政策項目，以及歷年來衛生署所已經執行和尚未執行之中醫醫療體系政策內容，對將來的研究方向與政策方向提出具體建議。

在衛生署「衛生署醫事人力相關科技研究計劃評估, 1990-2004」計劃中，由於研究的內在有效性牽涉到研究本身的總體內在效度，也牽涉到研究結果與研究建議的關聯性，依據這兩個標準，該計畫的內在有效性分析將這些研究作以下的分類。

第一類為總體內在效度嚴謹，研究建議與研究結果密切關聯。第二類為總體內在效度嚴謹，但研究建議與研究結果僅有間接的關聯。第三類為總體內在效度不夠嚴謹，因此研究建議與研究結果是否有關聯相對不再重要。第四類為研究內容與研究題目不相符合，造成總體內在效度，以及研究建議與研究結果是否有關聯，兩者均相對不再重要。

在研究的內在效度以外再加上研究結果與研究建議的關聯性，主要考慮衛生署科技報告或中醫醫療體系報告一般屬於應用性質的研究，因此無論研究內容是否牽涉到比較基礎性的學理，研究者對研究結果進行政策性的詮釋，或依據研究結果提出若干政策建議，對科技計畫而言具有一定程度的正當性。過去的經驗發現部分研究並未在報告中提出政策建議的寫法，在本研究中應該有值得進一步討論的空間。

第三章 中醫醫療體系科技計劃及相關研究

1980年至2005年間相關各類中醫醫療體系研究報告中，研究主題對象包括甚廣，以下針對歷年「中醫醫療體系」相關科技研究計劃，以及衛生署科技計劃以外的報告，依其研究背景、分析方法、研究對象及其建議做一簡單描述。其中1995-2005年有關中醫醫療體系研究之內容摘要如表3-1至3-3所示。針對這些研究所作的內在有效性與外在有效性分析，將於第四章中一併陳述。

本章的陳述分為六節。第一節陳述1980年代初期中醫醫療體系研究摘要，時間大約為1980-1983；第二節陳述保險明顯介入後的中醫醫療體系研究摘要，時間大約為1984-1987；第三節陳述經建會全民健保規劃時期中醫醫療體系研究摘要，時間大約為1988-1989；第四節陳述衛生署全民健保規劃時期中醫醫療體系研究摘要，時間大約為1990-1994；第五節陳述全民健保實施後中醫人力供需研究摘要，時間大約為1995-2005；第六節陳述全民健保實施後中醫醫療體系供給面研究摘要，時間大約為1995-2005；第七節陳述全民健保實施後中醫醫療體系需求面研究摘要，時間大約為1995-2005。

一、1980年代初期中醫醫療體系研究摘要

在1980年代的報告中，吳就君(1981)針對全台灣地區的立意樣本發現在西醫、中醫、民俗療法三種方式中，僅採用唯一的方法的家庭在都市與鄉鎮分別為8.2%和9.2%，其中僅採用中醫者為0.4%和2.1%，僅採用西醫者為7.6%和6.8%，視情況三者均採用的家庭都是佔63.6%，鄉鎮48.9%。次年吳淑瓊(1982)等發現台灣地區10個立意取樣縣市之民眾一年間12週醫療行為的分佈，11.0%的行為系用中醫或中藥房，56.7%採用西醫，16.3%為西藥房；若以單複項求醫行為來看，僅採用西醫藥者佔82.7%，僅採用中醫藥佔5.2%，複向求醫者21.9%。蔡淑芬(1983)針對布袋、學甲民眾作伴年期間醫療需求的分佈，在所有的求醫行為4.52%，7.62%為中藥店，但若進一步區分疾病種類，一般傷病有13.42%的複向求醫行為，慢性疾病有20%複向求醫。1983年時針對全台灣地區民眾的隨機樣

本調查顯示(許子秋等 1984)，一年間總就醫人次的 6.8%為中醫，3.7%為中藥房，而就診西醫佔 66.0%，西藥房 17.5%。

醫療需求經常是醫療體系的研究者或執政者首先注意到的現象，但欲以這些報告作為政策依據，則還有幾個必須考慮的條件。第一是全國性的政策理應以全國性的代表樣本來進行研究比較恰當。第二是需求的計算應該有明確的時間期限。第三，求醫傾向與態度應該區分疾病類型與中西醫求醫傾向的關係。第四，求醫傾向代表的是較主觀的喜好條件，而實際行為的發生還需要考慮客觀條件的限制。(Andersen 1968, Varian 1983)。第五，研究結果經常只呈現利用次數的描述，尤其是不同型態醫療利用之間的關係。

在中醫供給面的研究中，1982 年藍忠孚等人指出，中醫師存在地理分佈不均的問題。當時的院轄式擁有 19.4%的人口和 38.84%的中醫師，鄉擁有 33.49%的人口和 11.83%的中醫師，其中山地鄉完全沒有中醫師，全台灣地區沒有中醫師的鄉鎮共有 127 個。

二、保險明顯介入後的中醫醫療體系研究摘要

1983 年以後，保險開始大規模介入中醫市場。勞保於 1978 年起曾試辦中醫傷科一年，給付範圍限單純骨折與脫臼，1981 年恢復試辦並增加打撲、捻挫傷等中醫傷科給付。1983 年起開辦勞保中醫業務，給付內容涵蓋內科、婦科，針灸科，1985 年增加特約醫院，並增加中醫傷科給付。至 1978 年勞保共特約中醫醫院 20 家，傷科診所 8 家，1988 年勞保特約的中醫醫院 41 家。1989 年中醫醫院 86 家，傷科診所 5 家(彭建章等 1989)。公保則於 1988 年起開辦公保中醫業務，但須經公保聯合門診中心轉診，1989 年起取消轉診規定並逐步擴大特約醫療院所。

保險的介入促使行政機關必須正視中醫體系的規劃。1986 年衛生署醫政處出版對中醫師人力教考用的報告(楊漢泉等 1986)，顯示 1950 至 1984 年共核發

4,322 張中醫師證書，但在 1984 年正式出版的衛生統計中僅有 1,799 為有執業，執業率 41.6%。領證中醫師中的 47.4% 年齡在 65 歲以上，67.3% 學歷不明，22.6% 有大專以上學歷，1984 年中醫師特考及格人員具有大專以上學歷者其中的 19.5% 所修科系與醫學相關。領證中醫師中有 2,565 人係於 1950 年以後才參加考選部舉辦的檢覈考試者 909 人佔 35.4%，特考及格 1956 年佔 64.6%，而通過檢覈者中的 559 人(61.5%)為正規中醫院校畢業，其餘 358 人為國外針灸學校畢業即華僑在僑居地執業中醫五年以上者。在考試及格年份上，1950 年至 1972 年平均每年 8.6 人檢覈考及格，但中國醫藥大學中醫系畢業生加入後，1973 年至 1983 年平均每年有 59.3 人檢覈及格(其中 45.1 人為中國中醫系畢業)。特考方面 1950 年至 1984 年平均每人僅 20.8 人特考及格，1977 至 1984 年平均每年 136.9 特考及格。可見特考及格人數 1977 年以後才快速上升，且增加速度為受國內正規中醫教育檢覈及格者的三倍。不過，報告也指出中國醫藥大學中醫系畢業生執業中醫者只佔畢業生領證者的 3.3% 和畢業生開業者的 4.4%。1986 年的另一份官方報告(衛生署 1986)則以較簡單的醫師人口比為依據，推估中醫師人力的供需將有逐年過剩的狀況，其中 1966 年過剩 208 人，2000 年則會過剩 537 人。

勞保自 1983 年開始擴大試辦中醫門診業務滿五年後出版了成效檢討報告，顯示自 1983 年至 1988 年，勞保中醫門診人次增加 1.75 倍，給付金額增加 1.79 倍，每件平均金額維持在 200 元以內。1988 年的勞保中醫門診人次佔總勞保門診人次 6.73%，門診費用佔 4.90%。就診人中年齡 21 至 40 歲者佔 60.42%。醫療院所方面則顯示中醫病例記載與管理並未上軌道，療效追蹤管理不善，支援兼任醫師眾多等。

三、經建會全民健保規劃時期中醫醫療體系研究摘要

1988 年經建會成立全民健保規劃小組後委託邱清華(1990)與陳太義(1990)分別對中醫的需求面與供給面進行研究，後者的研究結果並經部分修正後陸續發表

於國內不同的刊物中(李卓倫等 1990, 陳太義等 1990a, 1990b, 游隆權等 1990, 李卓倫等 1991)。邱清華的研究以各縣市勞保特約中醫院所數分層並立意選擇 10 個縣市的 22 個鄉鎮民眾，探討(1)民眾尋求中醫傾向；(2)中醫市場區隔；(3)以情境問題測試中西醫之替代性。邱清華的報告詳細描述了中醫的需求量做進一步的推估，也未對不同醫療型態的求醫行為做相關分析，這部分可由同年江東亮等人(1990)與次年林瑞雄等人(1991)的報告獲得一些補充。

江東亮(1990)調查顯示有健康保險的農民自服中藥的勝算比為沒有健康保險農民的 1.59 倍，有健康保險農民自服中藥天數較沒有健康保險農民增加 38.0%。中醫門診次數與健康保險變項之間並無顯著相關，西醫門診門診次數與中醫門診次數或自服中藥天數之間也無顯著相關性。林瑞雄(1991)等調查發現每人每月看診中西醫門診的次數分別為 0.2 是與 0.68 次，利用次數比為 1.0 比 3.5。同年衛生署(1991)的另一份調查發現台灣地區 18 歲以上人口每人每月的中西醫門診利用次數分別為 0.14 次和 0.41 次，利用數比為 1.0 比 2.9。

經建會委託陳太義等人(1990)所做的供給面報告顯示中醫師年齡成雙高峰分佈，集中於 30 致 44 歲(51%)和 70 歲以上(25%)，47%的 1982 至 1989 年特考及格中醫師學歷為高中或高中以下，中醫師及中醫醫療院所均存在嚴重的地理分佈不均。陳太義報告週延地提出提出各從層面問題，這些問題包括：(1)中醫保險的給付範圍如何界定？是依據住院門診別、疾病別、科別或藥材別來區分？(2)醫療費用支付標準如何訂定？(3)保險藥材種類及方劑種類是否限制如何訂定？(4)是否實施中醫中藥分業？(5)如何提升中醫師、中醫護理、中藥調劑人員的水準進而提升整體中醫醫療品質？陳太義的報告與建議內容稍後也充分反應在經建會規劃報告中(吳凱勳等 1990)。

考選部(1990)的報告所調查 59 位中醫系畢業生中僅 3 位執業中醫，佔 5.08%。選擇執業西醫的理由主要是可以進行檢驗(22.97%)和研究機會較多(21.62%)。贊成立即停辦或限期停辦中醫師特考的比率在西醫師中分佔 52.26% 和 14.93%，中醫系在校生佔 24.37%和 48.18%，中醫系畢業生佔 42.37%和

37.29%，而中醫師只佔 1.51%和 5.66%。賴俊雄等(1991)的研究顯示中醫系畢業生有 15.6%執行中醫業務，決定執業中西醫的時間多在六、七年級或服役期間，影響執業種類的影響因素是否經常與中醫老師討論功課、實習中醫場所的等級、學生性別、家庭社經地位等。

四、衛生署全民健保規劃時期中醫醫療體系研究摘要

1991 年至 1992 年有三篇較重要的中醫需求論文，分別為林芸芸(1992)、羅紀琮(1991)與賴俊雄等(1992)的報告。林芸芸(1992)的報告以來自 32 個樣本的迴歸分析來嘗試推論中西醫療的關係，且模式中未包括其他控制變項與中西醫療價格變項，無法推斷中西醫間的替代或互補性。

羅紀琮(1991)的報告則以 1988 和 1989 兩年的勞保資料進行分析，發現兩年間不分性別中醫利用皆顯著增加，而西醫醫療利用減少的差異並不明顯，羅依此推測中西間並無明顯的替代關係。迴歸模式分析則顯示西醫就診率與中醫就診率並無顯著相關；而在經過樣本偏誤的調整後，西醫就診次數與中醫就診次數成現正相關，即互補關係。羅氏進行分析的主要限制來自二手資料中缺乏某些必要的資料，包括：資料中缺乏病患就診時的自付金額與實際收入，無法估算其所得彈性、價格彈性與交叉彈性；健康狀況是可能同時影響中西醫療利用而必須予以控制的重要干擾變項。

衛生署第二期全民健保小組委託賴俊雄等(1992)的研究，結果顯示全台灣地區民眾於 1992 年、1996 年和 2000 年時平均每人每月看診中醫師的次數分別為 0.085 次、0.100 次和 0.102 次，亦即 1992 年時台灣地區每人每年約看診中醫 1 次而看診西醫 4 次，其使用次數與 1991 年衛生署(1991)的資料相近，中西醫使用比例則與林瑞雄等(1991)的報告相近。而 1992 年、1996 年和 2000 年時平均每位中醫師每週看診人次分別為 195 人、333 人和 350 人，因此每年需求的中醫師量分別為 2069 人、1476 人和 1480 人，而中醫師供給量則依據全民健保第一期

規劃的推估略作修正後計算得 2010 人、2319 人和 2647 人。研究也發現在控制傾向因素、能力因素與需要因素的前提下，西醫門診次數與是否使用中醫和中醫門診次數均呈負相關，且中醫門診利用的價格彈性係數小於 0.1 而可視為無彈性。不過，此時期的需求報告幾乎同樣面臨民眾完訪回收率只有 50% 的困擾而影響外推性 (林瑞雄等 1991, 賴俊雄等 1992, 邱清華等 1990, 江東亮等 1990, 林芸芸 1992) 並進一步造成計算中西醫療彈性係數的困難。

1993 年賴氏再發表勞保中醫門診制度的改進研究。其中針對 5 家中醫醫院門診病人的調查發現，中醫門診的所得彈性、價格彈性和對西醫門診的交叉彈性均小於 0.1，顯示欲以高額部份負擔限制中醫門診的效果值得再深入探討，研究也未發現中西醫門診間存在互補性或替代性的證據。報告中並建議醫療品質可能是同時影響價格與中醫利用的干擾變項，而過去需求面的研究極少考慮到納入供給面的品質變項，部分研究即指出 (Feldstein 1974)，假設價格與品質呈正相關，則所估計的價格彈性會低估。賴報告的第二個重點是分析 1991 年 3 月中醫勞保單資料後詳列其就醫疾病的國際疾病分類，但其中藥處方因需進一步做資料處理而暫未發表。賴報告的第三個重點是建議進行中醫師診療行為所投入資源相對值的研究來作為支付制度改進的基礎數據，此一探討乃保留於研究階段而非行政上的實用階段，但因研究期間的關係此報告只引用美國所做相同研究的第一期報告 (Hsiao 1988)，後續研究可以參考同一研究的第三期報告 (Braun et al 1992)。

表 3-1、1995-2005 中醫人力供需研究摘要

年代	研究主題	研究人員	研究背景	研究方法	研究建議
1998	我國中醫師人力供需推估之研究	郭乃文 湯潔薰 林宜柏	在全民健康保險開辦後至今已近三年，隨著全民健康保險對中醫醫療給付範圍的即將擴大，民眾對中醫醫療之需求亦應有所增加；此外，政府大陸政策變動，國內即將承認部份大陸中醫學校之學歷，必然會對國內中醫師市場供給面造成衝擊。實有必要對中醫醫事人力需求問題重做評估。	研究母群體為 3,191 位之台灣地區執業中醫師為研究母群體。主要以問卷面訪方式收集中醫師生產力相關之初級資料；另輔以行政院衛生署「執業中醫師人員檔」、內政部台閩地區人口統計、中華民國醫師公會全國聯合會會員名冊等之次級資料。	1. 中醫師人力之供給過剩，所以主管官署之規劃應特別注意。 2. 承認大陸中醫院校學歷應加審慎處理，尤其如何從嚴擇優考選才是重點。 3. 同時兼具中西醫師執照之醫師，法令修正可同時執行中西醫師業務。 4. 「中醫實施總額預算制度」或是「中醫住院納入健保給付」對中醫醫療需求之影響是往後可加強研究之方向。
1998	中醫學生社會推展與未來需求推估	曾淑芬、 曾以仁、 梁亞文、 薛宏昇	隨著全民健康保險的開辦，中醫醫療需求明顯增加。正統中醫教育培育出之畢業生僅極少數選擇中醫執業。此外健保給付的限制及中醫缺乏教學及研究環境。其他因素如社會偏好、現實醫療機構內的管理方法及相關專業的分工、市場需求等，都可能使學生畢業後的職業生涯產生適應困難的現象，為讓學生對其專業生涯有所規劃，進而提高醫事人力	分析歷年中醫師證照人數、中醫師執業人數、及特考及格中醫師人數等相關資料，並計算近年中醫特考平均及格率、中醫系及後中醫系畢業生執業中醫比率。針對現今在學之大學中醫系學生 151 人，學士後中醫系 88 人進行問卷調查。並針對近五年中醫系畢業之醫師郵寄問卷。歷年來特考	1. 中醫課程應酌量使用白話文教材並落實中醫見實習制度。 2. 鼓勵或獎勵教學醫院增開中醫住院與門診服務。 3. 開放中西醫雙執業。 4. 開放中醫師可以開立、判讀檢驗單。 5. 開放後中醫之畢業生可以同時使用其他執照。 6. 鼓勵醫學中心或其他研究機構進行中醫藥研究。 7. 廢除中醫特考。

			<p>的有效運用，提升醫療專業服務品質。</p>	<p>及格中醫師執業比率、學士後中醫師畢業生執業比率、及大學中醫系及職業畢業後執業中醫及職業流動比率，預估近年內中醫醫師增加的可能人數。</p>	<p>8.全民健保中西醫給付公平化。 9.全民健保開辦中醫住院給付。 10.提高中醫系畢業生執業中醫的意願。 11.應對中醫師數量不足之地區優先進行補助其地區醫院開中醫門診或各類中醫醫療服務，並應優先在中醫師數量不足之地區開辦中醫住院給付。</p>
1999	<p>民眾中醫師人力需求供給與中醫師研究-以數學方程式之電腦模擬模式為規劃工具</p>	<p>李采娟 賴俊雄 梁文敏 李卓倫 紀駿輝 詹偉宜</p>	<p>台灣在全民健保前後的中醫醫療需求改變並不大，在需求增加有限但中醫師人力大量增加的情況下，最直接的影響為中醫師平均生產力的下降。</p>	<p>供給：抽樣全省執業中醫師以結構性問卷為研究工具。 需求：台灣地區居民，採三階段等機率隨機原則。需求供給：以分立事件之電腦模擬評估人口與中醫師成長率。</p>	<p>1.中醫師供給大於需求因此有必要減少中醫師人力。 2.審慎評估開放大陸學歷認證。 3.審慎評估中醫系畢業生回流執業中醫。 4.審慎評估學士後中醫系增班。 5.審慎評估西醫師執業中醫。</p>
2002	<p>中醫師生產力及人力需求之評估</p>	<p>賴俊雄 李卓倫 林霖</p>	<p>除了現代西方醫療之外的替代性選擇，傳統醫學一直活躍在世界不同的國家中，且是相當重要的醫療服務提供者，中醫醫療中的某些處置治療，也在許多工業化國家中普遍存在。</p>	<p>依據執業地點的區域按北中南東予以排序，採階段等機率抽樣，以系統抽樣抽出 500 位中醫師為受訪對象。</p>	<p>1.中醫師人數年成長率維持在 1.7% 和 3.8% 之間。 2.考量中醫師人數控制或縮減的相關可能政策內容。 3.增設中醫科系或增加人數的教育政策必須與其他縮減人數的措施一併考量。</p>

五、全民健保實施後中醫人力供需研究摘要

全民健保於 1995 實施，因此本節開始回顧 1995 年迄今的中醫醫療體系研究。由於對中醫政策研究或中醫醫療體系研究的影響可以大約區分為供給和需求兩方面做描述，但人力的研究往往在供給與需求兩方面合併進行，本節因此先就中醫人力供給與需求部分進行描述。不過在全民健保實施初期，有關中醫醫療體系的研究大約中斷四至五年，其中中醫人力供需研究從 1998 年才又開始，供給面的研究從 2000 年才又開始進行，而中醫需求面的研究也從 2000 年才又繼續。

基於國內過去對中醫需求面之研究已有一段時間，且以往研究多為全民健康保險開辦前之研究，此外隨著全民健康保險對中醫醫療給付範圍的即將擴大，民眾對中醫醫療之需求亦應有所增加，另外政府大陸政策變動，國內即將承認部份大陸中醫學校之學歷，如此必然會對國內中醫師市場供給面造成衝擊。有鑑於上述環境之變化，郭乃文、湯澡薰、林宜柏（1998）遂針對我國中醫師人力供需推估之進行研究計畫，以應對未來中醫醫療之需求量進行研究，期能正確推估出我國中醫師未來之需求及供給量，以提供政府衛生教育主管機關擬訂政策之參考。

該研究之目的在探討台灣地區民眾對中醫醫療之需求頻率及影響因素，及估計台灣地區中醫師之生產力函數，並推估承認大陸中醫學歷對台灣地區中醫師之生產力函數，以推估未來台灣地區中醫師之人力需求及供給量，進而提出具體建議給政府教育及衛生主管機關之參考。推估中醫師生產力的研究母群體是用民國 87 年 11 月行政院衛生署所提供之「執業中醫師人員檔」電腦檔案中，共計 3,191 位之台灣地區執業中醫師，主要以問卷面訪方式收集中醫師生產力相關之初級資料；另輔以行政院衛生署「執業中醫師人員檔」、內政部台閩地區人口統計、中華民國醫師公會全國聯合會會員名冊等之次級資料。推估中醫需求的研究對象是使用行政院衛生署於民國 85 年執行之「台灣地區全民健康保險滿意度調查」之個人樣本資料，此個人樣本資料是以所有居住在全台灣地區住戶中之個人抽樣母體，採用四階段之分層抽樣方法，於每一樣本家戶中隨機圈選出樣本個案進行問卷訪問，結果實際完訪 5,284 本個人問卷，佔應抽訪人數 85.5%，經剔除掉變數的遺漏值，共得 4,990 個有效樣本以作為本研究對象。利用統計迴歸模式進行中醫師的生產力推估，而在推估中醫之需求方面，以描述性統計分析中醫門診需求的樣本數，並利用波氏分配模型求出中醫門診需求之迴歸結果。

研究結果發現，若暫不考慮承認大陸中醫院校之相關問題時，估計台灣地區中醫師人力供給在 2006 年及 2010 年時將分別為 4,004 人與 4,606 人；若在最保守的情況下，僅承認三所大陸中醫學校（北京、上海、廣州三所中醫藥大學），估計在 2006 年及 2010 年時，台灣地區中醫人力將分別達到 4,524 人與 5,486 人。不論是否承認大陸中醫學校學歷，在公元 2006 年與公元 2010 年時，台灣地區中醫師之門診服務總量將遠高於台灣地區民眾對中醫門診需求量，換言之，台灣地區之中醫師將有過剩之虞。基於上述結果，該研究提出四點建議：1. 研究顯示中醫師人力之供給已有過剩之虞，所以主管官署在有關中醫教育、養成管道等方面之規劃應特別注意，以免造成中醫師供過於求的現象。2. 既然中醫師人力已有過剩之跡象，在承認大陸中醫院校學歷應加審慎處理，尤其如何從嚴擇優考選才是重點。3. 同時兼具中西醫師執照之醫師只可擇一登錄執業，在法令修正可同時執行中西醫師業務後，是否對中醫醫療需求會有所衝擊，則有待觀察及評估。4. 全民健康保險之走向勢必對中醫醫療需求會有所衝擊，所以如「中醫實施總額預算制度」或是「中醫住院納入健保給付」對中醫醫療需求之影響是往後可加強研究之方向。

曾淑芬等人（1998）基於政府醫療政策與措施多以西醫為主，但中醫藥一直是台灣民眾的醫療保健重要方式之一。隨著全民健康保險的開辦，中醫醫療需求有明顯增加的趨勢。正統中醫教育培育出之畢業生僅極少數選擇中醫執業，衛生署鼓勵省、市立醫院設置中醫部，增加中醫師執業人數等，加速中西醫療合一。但在健保給付方面卻只給付中醫門診部份，尚未開放中醫住院給付，導致求診中醫之民眾先行至西醫部住院，再請求中醫會診以獲中醫診療與住院給付。中醫醫院多為聯合門診經營形態，與中醫診所區別不大，造成有病床無病人或疾病治療無法住院追蹤等問題，致使中醫缺乏教學及研究環境。受社會偏好、現實醫療機構內的管理方法及相關專業的分工、市場需求等，都可能使學生畢業後的職業生涯產生適應困難的現象。曾淑芬等人（1998）因此對中醫系學生涯發展與未來社會供需推估進行研究計畫。

該研究蒐集、分析歷年中醫師證照人數、中醫師執業人數、及特考及格中醫師人數等相關資料，進而計算近年中醫特考平均及格率、中醫系及後中醫系畢業生執業中醫比率，再針對中醫系畢業執業醫師及中醫學系教授共五位進行深度訪談，並對現今在學之大學中醫系四、五年級學生共 151 人，學士後中醫系四、五

年級共 88 人進行問卷調查訪問，另外針對近五年中醫系畢業之醫師(第 21 至 25 屆)郵寄問卷。此外，針對歷年來特考及格中醫師執業比率、學士後中醫系畢業生執業比率、及大學中醫系學生畢業後執業中醫及職業流動比率，預估近年內中醫師增加的可能人數。

由研究結果得知，中醫系學生就讀中醫系的動機主要是因為聯考分數落點以及中醫系將來有機會可以執業西醫，而學士後中醫系學生的入學動機則主要是因為對中醫感到興趣，另外有意轉換執業的在執畢業生中，則有高達九成以上的人會希望從西醫轉執中醫，而目前中醫系在學學生中，主要都集中在一般科及內科，學生執業傷科及針灸科的意願普遍偏低。根據衛生署規劃的台灣地區每十萬名人口 22 位中醫師的理想數字，配合現有中醫人材養成管道之推估，每年增加 206 位中醫師，預計在民國 96 年才能達成此目標。中醫師人力在地理分布上主要集中於台中縣市、彰化縣以及南投縣，而調查目前中醫在學學生未來執業區域亦發現類似的分布，因此未來中醫師區域分布不均的問題仍有待解決。目前中醫師以特考醫師居多素質良莠不齊，則是中醫發展的另一項主要障礙。

經研究結果提出四點建議：1. 中醫課程應酌量使用白話文教材並落實中醫見實習制度。2. 醫療政策：鼓勵或獎勵教學醫院增開中醫住院與門診服務；開放中西醫雙執業；開放中醫師可以開立、判讀檢驗單；開放後中醫之畢業生可以同時使用其他執照；鼓勵醫學中心或其他研究機構進行中醫藥研究；廢除中醫特考。3. 健保政策：全民健保中西醫給付公平化；全民健保開辦中醫住院給付。4. 中醫人力資源與分配：提高中醫系畢業生執業中醫的意願；應對中醫師數量不足之地區優先進行補助其地區醫院加開中醫門診或各類中醫醫療服務，並應優先在中醫師數量不足之地區開辦中醫住院給付，增加中醫師至偏遠地區執業之誘因。

全民健康保險的實施對民眾的醫療行為將有所影響，然而民眾中醫利用的需求及供給問題，在全民健保實施後尚未曾被討論，因此李采娟(1999)指出，台灣在全民健保前後的中醫醫療需求改變並不大，在需求增加有限但中醫師人力大量增加的情況下，最直接的影響為中醫師平均生產力的下降。而有關中醫師人力供給面，其結果顯示中醫師生產力與其年齡、執業場所、執業場所是否加入健保特約、其實際診療時數、護理、調劑、其他及所有輔助人員之診療時數有達顯著相關；中醫師生產力與年齡及輔助人員診療時數均成負相關，而與其實際診療時

數、護理、調劑及其他人員診療時數則成正相關，此外，在醫院執業之中醫師其生產力較執業於診所或聯合診所者低。在中醫醫療需求與供給之推估方面，顯示人口每年成長率為 0.987%，而中醫師每年之成長率則為 4.099%，當時每十萬人口中醫師數為 14.0 人，若未來五年人口數及中醫師數依此成長率成長，則其每十萬人口中醫師數將自 1999 年的 14.43 人升至 2003 年的 16.31 人；1998 年、2000 年及 2003 年時，平均每人每月看診中醫門診次數之推估值分別為 0.0991、0.1039 及 0.1116 人次，供給面將大於需求面。因此衛生政策制定者應選擇開放對中醫發展有利與民眾中醫醫療照護品質高之養成過程的政策，此一建議隱含必須限制中醫醫師人數，並同時提高中醫醫師素質。

賴俊雄等(2002)為檢驗全民健康保險實施之後的中醫師生產力是否明顯低於預估的潛在生產力，以及生產力是否逐年遞減，建構新的中醫師生產力函數，結果顯示與 1992 年時中醫師相比較，2002 年時整體中醫師人力在兩性平衡、年輕化、教育程度及專業訓練提升等方面均有長足進步。健保特約率及受聘率大幅上升，自行開業者大幅下降，平均執業年資下降 3 年，特考及格者大幅下降，檢覆考及格者大幅上升。在勞動投入方面，與 1992 年相比較，中醫師每週在診療場所的時間減少 10 小時，但實際診療病人的時間增加 3 小時，其他診療相關時間增加 2 小時。在門診人次方面比 1992 年增加 30%，平均毛收入為 49 萬元。與 1992 年的中醫院所的規模相比較，2002 年中醫院所的規模約為十年前的兩倍。在中醫師的輔助人員勞動投入方面，與 1992 年的研究結果比較，護理技術人員及其他人員增加，但調劑人員減少。總計一位中醫師約配合 3 位輔助人員，為 1992 年的兩倍。資本投入方面，經常性開支為 27.5 萬元，占毛收入的 56%，因此推算中醫師的每月淨收入約為 21 萬元。中醫師時間投入對門診人次的彈性為 0.43，輔助人員為 0.39，院所規模為 0.12，其餘影響門診人次的變項包括中醫師的年齡、保險病人比率、診療場所房價等。以 1992 年的生產力模型及 1992 年及 2002 年的變項平均值來預測生產潛能的結果，中醫師的生產力在 10 年之間增加 30%，但仍低於其生產潛能 40%。賴俊雄建議未來中醫師人數年成長率維持在 1.7%-3.8% 間，亦即年長率下限比照中醫門診人次年成長率 1.7%，年成長率上限比照西醫師人數年成長率 3.8%，但兩者均小於目前的年成長率 4.6%。主管機關可以開始考量中醫醫師人數控制或縮減的相關可能政策內容。

表 3-2、1995-2005 中醫醫療體系研究摘要--供給面

年代	研究主題	研究人員	研究背景	研究方法	研究建議
2000	台灣地區中醫護理機構附設長期照顧之探討	劉景昇	考慮現階段的疾病型態、醫療需求趨勢、掌握治療重點，訂定中醫住院院的前瞻性政策，於中醫醫療機構設置長期照護。	以半結構式問卷實地訪談台灣地區北中南東四區立案的 12 所長期照顧機構之實務工作者及中醫醫療院所 60 位中醫師與中醫相關工作人員。	1. 爭取修法，促成中醫醫院得設置護理之家之修例。 2. 中醫長期照顧護理人員培訓計畫。 3. 建立中西醫整合醫療模式。 4. 建立院際醫療資訊網絡。
2002	台灣中部地區中西藥物併用之概況調查	李珮端	由於台灣中西醫療體系雙軌並行，民眾極可能在非醫囑之情形下，同時使用中藥及西藥治療疾病，導致交互作用發生，從而造成療效降低或產生中毒現象。	以結構式問卷探討台灣中部地區民眾使用中西藥物之習慣、中西藥物併用之現況、發生機率、併用方式、中西藥物之來源及是否因不當併用而產生之不銀反應等。	1. 針對較易發生中西藥物併用問題之疾病建立用藥安全資訊。 2. 針對國人較常使用之中西保健用品釐清使用之安全性及藥效。
2003	加入世界中醫藥貿易組織對大陸衝擊及因應策略之研究	彭彥屏	我國加入 WTO 後，對我國中醫藥產生最大的衝擊來自大陸地區，未來一旦兩岸學歷認證，台灣中醫將面臨更多考試及競爭問題。	以文獻探討為主，利用比較研究之方式進行。	1. 將衛生署下的「中醫藥委員會」提昇為「中醫藥管理局」。 2. 成立中醫教材編輯委員會。 3. 研發中醫診療療效評估。 4. 建立中醫專科醫師制度訂定「專科醫師分科及甄審辦法」。 5. 落實中醫師進修，定期舉辦學術大會。 6. 修法推動中西醫學的結合。
2003	台北市特考與非特考之健保特約中醫	曾郁雯	台灣地區中醫師執照須授以特考及格及檢覆考兩種管	以中市醫師公會會員資料及 1999 年全民健保	1. 衛生當局應積極設立中醫教學醫院，並朝住院醫師制及專科化之

	師門診量及健保申報費用之比較-以1999年為例		道，將此兩種培育制度之中醫師作中醫師門診臨床之相關比較研究。	學術研究資料庫為樣本特考與非特考之健保特約中醫師門診量與健保相關醫療費用之比較。	目標前進。 2. 中醫政策壓抑針灸之發展，應將推拿師問題提出合理之解決方案（如：證照制或成立相關科系）。
2003	台灣地區中醫師人力空間分布之研究	楊美玲	台灣地區中醫師數量不斷增加，但從地理分布上仍發現明顯分布不均的現象，嚴重影響不同地區民眾就醫的機會與獲的醫療服務的品質。	問卷調查分為「個人背景資料」、「習醫過程與經驗」、「執業現況」、「選擇執業地點的考量因素」。	1. 鼓勵中醫師前往偏遠地區或山地地區實習並提供實習機會。 2. 各醫學院規劃中醫學系的增設，減低中部中醫師人力密集現象。
2004	中西醫整合理念之實踐以法制與課程為探討核心	汪德欣	中西醫整合可節省醫療支出、增進醫學進步、提供更好的醫療服務，從法規及學制上做出相當程度的調整，養成政規嚴格訓練的中西醫整合醫師群。	質性研究，就法理和學制上的障礙予以調整及排除。	1. 將中西整合醫師納入醫師法管理，視為專科醫師。 2. 法規允許雙執照醫師使用中西醫療工具及藥物。 3. 將中學西與西學中均納入醫療法規管理。 4. 將西醫學制納入中醫課程或中西整合課程。 5. 推動西醫教學醫院附設中醫部門。 6. 成立中西醫整合示範醫院。 7. 統一中西醫病歷格式。
2004	中西結合醫師對其角色期望看法之探討	陳尚武	台灣民眾複向求醫模式的文特色，使得醫師在執業生涯的歷程中，改變了醫療模式的「中西醫結合」的醫療，成為一位中西結合醫師的角色。	橫斷式量化設計，包含「中西醫潔合認知」、「角色期望」、「基本資料」等三部份進行施測。	1. 中西醫師雙重資格同時執業。 2. 加強中西結合醫師的人才養成。 3. 建立診療模式的共識。 4. 增設中西醫結合部門。 5. 促進兩岸中西醫學術交流。
2004	台灣加入WTO對中	詹長權	在WTO規則的約束和保護	採專家決策法，透過深度	由中醫同儕來檢閱的SCI科學索引

2005	醫界之衝擊評估 中醫傷科專科醫師制度之建立與展望	楊哲彥、羅明江、郭豐演、黃蕙茶、吳勝賢	下，外國對中醫中藥的種種歧視政策會有所改變或取消，台灣中醫面臨空前的挑戰及機遇。 中醫學基本理論形成有基本理論而且論及骨傷科診斷與治療，台灣卻沒有中醫骨傷科專科醫師制度。	訪談國內專家團體，參訪考察國外WTO、WHO、中國大陸及搜集相關資料兩部分來進行。 研究以問卷調查與專家座談的方式進行。對象為執業中醫師。研究內容包括「中醫傷科專科醫師甄審原則」、「中醫傷科專科醫師訓練醫院認定標準」及「傷科專科醫師訓練課程綱要」。	期刊，以提倡高品質的中醫教育、研究與醫療服務，藉由整合中醫與實證的現代醫學，建立台灣國際品牌。 1.推動中醫住院之健保給付。 2.檢驗及檢查應開放與中醫專科醫師使用。 3.中醫傷科醫師相關科別之訓練。
2005	中醫門診總額支付制度之意度調查	陳立德	中醫門診總額支付制度實施後，中醫師的收入明顯減少，其對中醫門診總額支付制度的滿意度看為何，醫病關係、醫療品質或執業生態是否有所改變。	以全國六區與健保特約中醫師為研究主題，探討中醫師對該制度相關辦法之認知，及對運作機制、審查制度、支付標準及整體評估等構面的看法。	1.打破總額分區分配。 2.在總額預算中，每年設定一定比率之管控績效額度。
2005	落實WHO傳統醫藥與現代醫藥整合人照護理模式之探究	呂鴻基	整合中西醫界間的認知鴻溝與看法差異，依全人或整體的觀念照顧病人，建構整體醫學的基礎。	探討有效落實「2002-2005年世界衛生組織傳統醫藥及替代醫藥全球策略」的目的，運用專家諮詢、論證與問卷方式。	統一傳統中醫與現代醫學之理論與用語。
2005	衛生署中醫藥委員	張永賢	傳統政府的組織型態與業務	各國中醫藥發展現況、世界	成立「國家補充與另類醫學中心」。

	<p>會組織定位與組織改造之探討</p>		<p>執行，造成強大衝擊，引發各國積極進行政府組織改造工程。</p>	<p>界衛生組織與我之相關座談專家 傳統中醫藥發展現況之相關文獻彙整，舉行座談及問卷調查。</p>	
--	----------------------	--	------------------------------------	---	--

六、全民健保實施後中醫醫療體系供給面研究摘要

劉景昇(2000)針對台灣老人健康照護調查發現台灣社區老人有 75.8%自述罹患一種以上的慢性病，有 47.3%有二種以上的慢性病，養護中心的老人則有 60%有二種以上的慢性病，因此慢性病的防治與照顧將是主導未來的醫療方向，設置長期醫療照護機構是降低慢性病人佔用急性病床之可行方法，也可使病人能獲得持續性的照護。劉景昇的研究結果指出，整體而言，長期照護機構提供中醫醫療服務是受肯定的，中醫醫院附設近期照護機構之可行性，現階段必須克服的是中醫師執行住院醫療之法規與給付問題及中醫護理人員的教育訓練，須同時建立中西醫與緊急醫療的轉診網絡，中醫醫療除可運用於長期照護例行性的照顧外，在連續性照護體系中，急性醫療到慢性照護的過渡階段是中醫相當具發展潛力之處，也是中西醫療合作上，中醫最可著墨之處。

由於台灣中西醫醫療體系雙軌並行，民眾極可能在非醫囑之情形下，同時使用中藥及西藥治療疾病，因此中西藥物併用導致交互作用發生，造成療效降低甚至產生中毒現象之可能性極高，此為一用藥安全上極需注意的焦點。李珮端(2001)指出年齡每增加一歲，中西藥物併用的機率增加 1.8%；健保卡使用 G 卡以上者，發生併用機率為 G 卡以下者的 4.3 倍；23.3%就診於西醫門診，40.3%中醫門診，48.2%中西合診之受訪者，曾有同一天併服中西藥的經驗。李珮端建議應針對較易發生中、西藥物併用問題之疾病，如慢性腎臟炎，所經常使用之西藥與中藥方劑，進行中西藥物交互作用風險之相關研究，以提出相關用藥安全資訊，避免產生不良反應，危害國人之健康；應對國人較常使用之中西保健品，如維他命、鈣片、四物湯、雞精等進行藥物交互作用相關之研究，釐清使用之安全性及藥效，以保障國人藥物使用之安全性及有效性。

2002 年 1 月 1 日我國加入世界貿易組織 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，台灣中醫將面臨更多國家考試競爭及職業競爭的問題。我國中醫業不能只是靜觀其變、消極的適應，應該主動出擊，尋求可行的應對策略，彭彥屏(2003)研擬出我國中醫藥之因應策略為：(1) 將衛生署下的「中醫藥委員會」提昇為「中醫藥管理局」；以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，落實中醫藥健全體

制。(2) 成立中醫教材編輯委員會：負責推動新版本之統編教材，並注意所編教材的系統性，教學才能有一致性，且教材應每二年更新版本，每一門課程上課有一系統順序，學習才能有連貫性，學生之學習效果也會較好。(3) 研發中醫診療療效評估：期望建立具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。(4) 建立中醫專科醫師制度訂定「專科醫師分科及甄審辦法」：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。(5) 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有被要求定期舉辦學術大會。(6) 修法推動中西醫學的結合：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。

中醫特考將於民國一百年廢止，鮮少有將特考與非特考之中醫師作中醫門診臨床之相關比較研究，曾郁雯(2003)的研究發現中醫醫院之慢性病案件較診所多，然而中醫醫院之數目卻相當少，衛生當局應積極設立中醫教學醫院，不但有助於中醫發揮其專長，也解決中醫醫院不足問題，並可提升中醫師素質朝住院醫師制及專科化之目標前進。民眾行為意向方面最傾向中醫之醫療為「肌肉扭傷關節脫臼」與「肌肉關節酸痛及關節炎」，但健保局不斷以推拿師素質問題及中醫師未能親自執行傷科療程為由限制中醫針傷人次，訂定越來越嚴苛之合理門診量卻開放國術館等所謂民俗療法從事中醫業務重疊之行為，而針灸推拿本是中國醫學之特色，甚至 WHO 亦承認針灸具有療效，但衛生當局之中醫政策卻壓抑針傷之發展，反觀西醫復健醫師卻可在復健師之協助下執行診療，吾人建議衛生當局應儘快在兼顧中醫醫療現實需求下將推拿師問題提出合理之解決方案。

在中醫師地理分布方面（楊美玲，2003），「中部醫療區」一直是中醫醫療資

源最豐、中醫師人力最集中的區域。一直到 2001 年為止，「台中醫療區」中醫師分布，每萬人口有 3.40 名中醫師，而相較之下「台北醫療區」的中醫師比例約僅及其半數，而西醫師比例最低的「雲林醫療區」每萬人口中醫數不僅高於台東，也比基隆和屏東地區多，可見在「中部醫療區」集結了較豐富的中醫醫療資源。相對的，中醫醫療資源較貧乏的地區在「澎湖醫療區」每萬人口中醫師數只有 0.43，兩地的中醫醫療資源就相差了數倍，因此對民眾來說，中醫醫療服務仍存在著資源分配不均的問題。故楊美玲表示，中醫師在執業地點選擇上往往會受到之前實習區域的影響，因此建議在實習制度上可以作適度調整，鼓勵前往偏遠地區或山地地區實習並提供實習機會。另外，中國醫藥大學目前仍是台灣培育正規中醫師的搖籃，由於其位置正位於台中市，所以對中醫醫療集中中部的情況有可當程度的影響，因此建議各醫學院可以規劃中醫學系的增設，一方面提高目前台灣地區中醫師人力素質，又可減低中國醫藥學院對中部醫療區中醫師人力密集現象的影響性。

綜觀中西醫結合醫療之優勢：(1) 提高診斷的水準；(2) 提高治療效果；(3) 藥物應用上的優勢（藥源增加，中藥副作用小）；(4) 預防保健；(5) 未來發展之必然性。及中西醫整合醫療之劣勢：(1) 法令限制；(2) 政策不明確；(3) 缺乏中西醫共訓之環境；(4) 缺乏中西醫整合醫學教學之規劃；(5) 缺乏中西醫實際臨床經驗之師資；(6) 中西醫學間缺乏共通語言；(7) 中醫藥療效尚待評估。提出優先改善西學中醫師醫療執業環境之建議：(1) 衛生署應考慮修法，將中西(整合)醫師納入醫師法；(2) 法規鬆綁，取消雙執照之醫師同時使用中西醫療工具及藥物的限制；(3) 將台灣四大醫療體系納入醫療法規，並將科學、超科學；各療法之安全性、有效性、加以分類、分層級管理；(4) 將西醫學制納入中醫或中西醫整合課程，更有助於中醫科學化及中西醫整合之遂行；(5) 醫學應無中西醫之分，推動西醫教學醫院附設中醫部門「以病人為中心」，互相可以會診治療，雙執照醫師可以同時處方，並獲得健保給付，以達便民及「全人醫療」之境界；(6) 先設立一所中西整合醫院並建立「品質指標」；(7) 研訂統一之中西醫療歷格式；(8) 未來的西醫體制，將「西學中」的中西整合專科納入專科醫師；(9) 中西醫整合應採「中學西」（目前的中醫體系八年學制為骨幹）、「西學中」（未來西醫的新學制）雙向整合模式（汪德欣，2004）。

台灣民眾的就醫行為表現出複向求醫模式的文化特色，使得醫師在執業生涯

的歷程中，改變了醫療模式「中西醫結合」的醫療，成為一位中西結合醫師的角色。為了符合「中西醫結合」的潮流，陳尚武指出在政策上，呼籲衛生署應儘速開放具有醫師、中醫師雙重資格者同時登錄執業，消除中西醫結合發展上的最大阻礙，符合教、考、用政策。在教育方面，中西結合醫師的人才養成，首要加強實習及臨床病例討論會。並應儘速在醫學院列入中西醫結合通識課程，及對臨床醫師加強中西醫結合之繼續教育，以符合世界衛生組織所呼籲的現代醫學與傳統醫學結合(中西醫結合)將為世界潮流。在臨床上，要儘速建立診療模式的共識，以做為統一病名及病歷的格式參考，便於追蹤、統計臨床療效評估工作，使實證醫學有所憑據。在醫療機構發展上，各醫院應儘速增設中西醫結合部門，以提高醫療服務品質。在推廣方面，應促進兩岸中西醫結合學術交流工作，並蒐集大陸中西醫結合之相關資料，以作為台灣中西醫結合發展之參考(陳尚武，2004)。

詹長權(2004)欲了解台灣加入WTO後，對我國貿易中醫療服務中醫部分的衝擊，進而全盤了解我國中醫界及政府部門因應全球化之道，經研究後發現在WTO架構下，對台灣中醫服務業的衝擊仍屬有限，現階段對我國衝擊最大的國家為中國大陸，彼岸在傳統中醫教育上吸引許多台灣學生，因而產生跟國教育消費上的衝擊。台灣的中醫教育在世界上具有最長年限與最高花費的特色，且在健保的給付上也是全球最高的。因此，台灣中醫走向國際化的內容，是以英文來詮釋實證醫學、中醫教育、研究與醫療服務，這在全球醫學中是比較少的其中一項。相對的，大陸的中醫學者專家已為WHO及WTO建立了全球化的標準與架構，在此種競爭國際情勢下，我們認為台灣中醫界唯有建立品質才是未來首要的目標。台灣的中醫界應該建立一個由中醫同儕來檢閱的SCI科學索引期刊，以提倡高品質的台灣中醫教育、研究與醫療服務。藉由整合中醫與實證的現代醫學，台灣才有可能在國際競爭的中醫教育與醫療服務市場中，鞏固國際間的先驅地位。

楊哲彥等人(2005)經過事前專家會議審慎的修訂相關草案做成問卷後，回收問卷中，專家學者對「中醫傷科專科醫師制度」的推動有80%以上是贊同的，其他相關專科醫師訓練亦是如此，然而需要政府的中醫住院健保制度配合及相關法令修訂，且應該開放中醫師的專科醫師使用現代發展之檢查處置及檢驗，才能使得專科醫師制度在施行上更具有可行性。相關的細則，更需要在實施專科醫師制度後逐年修訂檢討(楊哲彥等，2005)。

以全國六區與健保特約中醫師為研究主題，探討中醫師對該制度相關辦法之

認知，及對運作機制、審查制度、支付標準及整體評估等構面的看法。研究結果發現中醫總額支付制度已實施逾四年，中醫師對其滿意度隨實施時間漸久而有下滑的趨勢，值得相關單位加以重視；中醫師對本制度最不滿意的主要指標，並未隨研究對象之範圍與樣本數的擴大而有大幅改變，還是集中在相關審查制度與各項支付標準方面；但該研究所呈現出對中醫總額各區分配依據的最不滿意表現，應是各區分配點值逐年下降後，喚起中醫師對本制度原始設計進一步探知後的反應，最後陳立德建議應打破額分區分配，以固定之人品與費用佔率的方式進行全區統籌分配；因為各區既已執業之中醫師傾向於不轉至他區，原設計希望能分散醫師的目標，似乎無法於原預其的年間達成，但為繼續達成醫師在增鄉平衡分布之目標，可將各區新增醫師數在前瞻調控分配的架構下，最為管控績效額度之共同控管指標之一。在總額預算中，每年設定一定比率之管控績效額度，以確保中醫所提供之醫療照護品質，而此一費用則以分區評比結果，採優劣、多少之方式配給，甚至可考慮評比最差之分區不得參與此一款項費用之分配（陳立德，2005）。

呂鴻基(2005)為探討有效落實「2002-2005 年世界衛生組織傳統醫藥及替代醫藥全球策略」的目的，運用專家諮詢、論證與問卷方式，研究結果指出傳統中醫與現代醫學之理論與用語相異，向來不易溝通，幸經三次的論壇，已啟動對話機制。相信有助於「西醫學中醫」、「中醫現代化」及「中醫科學化」，此對話可能還要進行兩年，甚至五年，必定有助於提昇國人健康水平，甚至我國國際醫學界之地位。

張永賢(2005)進行世界各國中醫藥發展現況、世界衛生組織傳統醫學策略報告與我國中醫藥發展現況與管理之相關文獻彙整與討論，舉行專家座談及問卷調查發現維持或提昇中醫藥委員會位階，有利於臺灣中醫藥發展，可加速國內外資源整合，促進中醫藥現代化、國際化發展，針對提升中醫藥委員會位階，樣本中回答非常同意與同意者佔 86.08%，回答不同意與非常不同意者僅佔 0.02%。目前，全球植物藥及中草藥市場興盛，預估 2006 年將突破 350 億美元。我國行政院在「排戰 2008：國家發展重點計畫」及「兩兆雙星計畫」中，已將生物科技列為重點發展項目之一，其中，中草藥生物科技極受重視。為臺灣中醫藥的永續發展及迎合世界趨勢，張永賢建議：維持或提昇「衛生署中醫藥委員會」為「中醫藥管理局」或「傳統醫藥管理局」。

表 3-3、1995-2005 中醫醫療體系研究摘要--需求面

年代	研究主題	研究人員	研究背景	研究方法	研究建議
2000	全民健康保險中醫診醫療利用之研究	翁瑞宏	中醫在全民健保制度下，其業務量呈現快速成長的趨勢，必須先瞭解全民健康保險制度下中醫診醫療利用情形，才能對此趨勢作有效控制。	以 Aday & Andersen 之醫療服務利用行為模式，加上中醫門診申報案件之檔案分析，針對各項因素對是否利用中醫門診、中醫門診利用次數、中醫門診醫療費用及是否高度利用中醫門診等進行探討。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立中醫疾病分類系統。 2. 評估中醫醫院或附設醫院中醫部設立長期照護機構的可行性。 3. 依影響中醫門診利用的因素，調整各區域之中醫門診總額預算。 4. 促進中西結合醫療發展，尋找具成本效益之治療模式。
2001	全民健保中醫門診總額支付制度實施前，以病人滿意度為評量方法	林美珠	中醫門診總額支付制度實施前，病患對中醫門診醫療服務品質及收費合理性滿意度之現況及相關影響因素，為整體醫療服務品質中重要的一環。	採橫斷式電話抽樣調查，以「中醫門診病人就醫滿意度調查」之問卷，探討中醫門診總額支付制度實施前，民眾就醫可近性、醫療服務品質及民眾就醫中醫療服務品質及民眾就醫中醫療服務費用負擔合理性狀況。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保局應確實執行中醫品質保障方案中醫療服務利用及品質指標監測。 2. 定期進行全國性的病患滿意度調查及出版健康照護報告卡。 3. 重視溝通品質，主動提供病患醫療資訊相關需求。 4. 傷科處置及針灸治療由中醫師親自執行。 5. 增加給藥天數，減少民眾不必要看診次數。 6. 重視院內管理，不要向病人額外收費。
2002	全民健保中醫門診利用因素分析	李丞華、周穎政	中醫醫療的利用率分析中，在全國代表性、疾病型態，及實際利用率等尚待補	描述性研究運用全國性健保醫療申報資料，個人歸戶描述全國中醫門診利用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實依健保局六個分局劃分區總額，除年齡、性別外，需加入中醫師人力等因素。

			強，另外對究竟中醫醫療資源及其他種因性足以影響民眾對中醫醫療政策中率，為規劃中醫醫療政策中不可或缺的實證研究。	率、中醫分類服務利用率及年齡性別分層時間趨勢。分析性研究：探討中醫醫療資源地區特性、人口特質及疾病狀態對民眾中醫醫療利用率的影響。	2.減少中醫醫療可近性之地域性差異。
2002	民眾對中醫藥之認知態度及消費行為之研究	郝宏恕 鄧振華	了解民眾對中醫之認知及消費行為，藉以達到有效的利用及整合醫療資源，使其合理化。探討中醫在臺灣地區民眾在使用中醫醫療服務利用時民眾的特質與心理過程因素。	結合 Aday & Andersen 和 John Dewey 二種模式，分析民眾個人特質與中醫醫療服務利用的關係，心理過程因素與中醫醫療服務利用的關係和環境醫療資源與中醫醫療服務利用的關係。	1.將中醫療效以現代醫療儀器及數據顯現。 2.加強中醫醫療社會行銷。 3.將正確之中醫藥知識及信念列入正規教育及社會教育。 4.建立國立中醫醫學中心及廣設公立中醫醫院或在現有公立醫院設立中醫部門。
2003	以存活分析方法探討中醫醫療利用率	李卓倫 陳雅惠	人口老化，慢性病患增多，中醫門診納入給付範圍，使得中醫醫療利用快速增加，了解民眾醫療利用情況及影響因素實為重要。	以結構式問卷調查，研究母群體為戶籍資料登記之18歲以上民眾，採機率比例抽樣設計，分為三階段等機率抽樣原則。	1.謹慎規劃中醫醫療資源成長的速度。 2.針對有利用中醫之民眾進行適當之個案管理。

七、全民健保實施後中醫醫療體系需求面研究摘要

隨著全民健康保險財務日益緊縮及民眾醫療利用型態的轉變，中醫醫療在全民健康保險制度下，其所著重於中醫利用情形、中西醫整合療效及中醫療效等議題，然於 2000 年 7 月推行中醫門診總額預算制度後，其業務量呈現快速成長的趨勢，而研究發現女性、65 歲以上投保身份為受雇者、免部分負擔等保險對象，其中醫門診利用較高，未來健保局在訂定中醫門診總額時，應將性別、年齡、投保身分，是否部分負擔等因素納入風險校正考量；而在每萬人口中醫師數方面，中醫師資源充足區（每萬人口中醫師數 1.51 名以上）之中醫門診利用情形高於中醫師資源缺乏區（每萬人口中醫師數 1.00 名以下）因此建議未來地區總額預算分配時，可學習加拿大之總額支付制度將各地區之醫師人力因素亦納入風險校正的考量因素，以合理分配各地區的預算；而門診總額預算的實施，各地區中醫師公會將負起案件審查工作，若依中醫現行疾病分類制度，將造成案件審查時的困擾，因此建議衛生主管機關早日建立適合我國中醫醫療的中醫疾病分類系統，以充分顯現中醫門診之疾病分佈情形及強化中醫門診案件審查效益（翁瑞宏，2000）。

林美珠在探討中醫門診總額支付制度實施前，民眾就醫可近性、醫病溝通、人際互動等醫療服務品質及民眾就診中醫之費用負擔合理性狀況，研究結果發現醫師主動提供越多資訊，病人滿意度越高。鑒於國內目前尚無針對民眾提供選擇就醫之相關資訊，易造成民眾不適當就醫及醫療資源的浪費，建議衛生主管機關應適時介入，仿照美國醫療政策及研究機構（Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR）定期委託知名學術研究單位進行全國性的病患滿意度調查，將病人口碑作為醫療品質評鑑的重要參考指標標準之一，也可成立資料庫；為避免總額實施後，醫療服務提供者減少必要之醫療服務及縮減醫療服務品質，健保局應確實執行中醫品質確保方案中之醫療服務利用及品質指標監測。包括中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付額，全面提昇針灸治療及傷科處置品質（嚴格規範由中醫師親自執行）、逐步引導中醫建立各科專業臨床治療指引等，並於合約明訂相關規定及獎懲辦法，以鼓勵中醫界提昇及確保中醫門診醫療品質。且研究結果得知，有半數（53.7%）病人希望醫生改進的項目包括能詳細地解說病情，其次希望醫生能加強醫術或增長看診時間，因此，醫院管理者或臨床醫師應經由

醫療服務的過程改善病患滿意度，故建議醫院管理者或臨床中醫醫療照護提供者平常看診能主動提供醫療相關指導外，另可結合社區資源，多舉辦預防或疾病照護的衛教，主動提供病人保健服務相關訊息，如此不但有助於醫病關係的建立，也可藉機教育病人，糾正病人不正確觀念、改變扭曲的醫療行為，更可達到總額費用控制之目的。在給藥天數方面，結果顯示給藥 4-7 天者較給藥 3 天者滿意，可能因中醫之科學中藥較溫和，一般民眾覺得給 4-7 天之藥對照護結果較好，故建議總額實施後中醫師應視病人病情需要，給予較長天數的藥，以減少民眾不必要看診次數。有 15% 的民眾表示除掛號費及部分負擔外，有被額外收費者以補中藥給付差額及傷科推拿居多，另由滿意度調查顯示，受訪民眾對於自行負擔費用高低之滿意度（含非常滿意及滿意）只有五成（54.4%）左右，各構面滿意度亦以收費合理性滿意度之平均分數 71.09 分最低，進一步分析顯示：有被差額收費者較沒有被差額收費者之整體醫療品質滿意度及收費合理性滿意度低，故建議中醫團體透過總額支付制度之設計，加強中醫師在職教育訓練，透過同儕要求不要巧立名目向病患額外收費，以免引起病患不滿（林美珠，2001）。

李丞華等人(2002)「全民健保中醫門診利用率及其影響因素分析」的研究中顯示中醫門診利用率的年齡性別分布與西醫門診利用大不同，顯現民眾對中西醫療的需求背後反應不同的疾病或健康狀態，究竟兩種需求的相互關係與所照護之疾病狀態之差異值得衛生署中醫藥委員會投入經費進行後續研究；全民健保實施中醫總額預算，未來欲落實依健保局六個分局劃分分區總額，由於六個分局間的中醫門診利用率及費用有極大的差距，即使調整過年齡性別後，仍存在明顯差異，且在中醫師資源較豐同的中部地區，民眾的中醫門診利用率較高，因此未來進行分區總額之計算公式，除年齡、性別外，也需加入中醫師人力等因素；研究結果亦發現在不同醫療區、不同醫療次區及不同鄉鎮間，民眾的中醫門診利用率存在極大差距，顯現民眾對中醫醫療可近性之地域性差異，值得衛生署中醫藥委員會未來規畫中醫醫療資源均衡分布之重要參考（李丞華等，2002）。

鄧振華(2002)以 Aday and Andersen 和 John Deway 二種模式，分析民眾個人特質與中醫醫療服務利用的關係，心理過程因素與中醫醫療服務利用的關係和環境醫療資源與中醫醫療服務利用的關係。結果建議應提昇民眾對中醫醫療的知識與信念，中醫應對患者做詳盡的詳療及病情解說，寓教於診療過程，以此增加民眾對中醫醫療的認識與信心及對中醫師與中醫院所的忠誠與信賴；將中醫病症用

辭與西方醫學對照解說，並將中醫療效以現代醫療儀器及數據顯現，使中醫走向証據醫學，讓中醫學能更為民眾接受與瞭解；心理過程因素對民眾使用中醫與否具有極高的影響力，在進行醫療行銷時，應對民眾使用中醫的心理過程因素深入研究；政府及中醫團體均應加強中醫醫療社會行銷，政府單位應將正確之中醫藥知識及信念列入正規教育及社會教育之中，如大學生物學應包括中醫藥內容，以使民眾能獲得正確中醫藥知識；增設公立中醫醫院或在現有公立醫醫院設立中醫部，以增加民眾對中醫的可近性。

以往有關中醫醫療利用率的研究主要有兩個限制：一是多為區域性的研究，二是近年來多為分析現有醫療利用申報檔。陳雅惠在考慮時間期限、起點與多次重複就醫的前提下，以生物統計學內存活分析 (survival analysis) 分析利用中醫醫療之影響因素，估計台灣地區民眾之中醫醫療利用率，結果顯示與過去的研究做結合的比較下，台灣地區民眾利用中醫醫療的情況沒有明顯增加，利用率在相當長的一段時間中均維持在 20% 至 30% 之間，該研究在加入時間的考量下，發現民眾累積利用率雖然會在短時間內成長較快，但累積利用率會隨著時間增加而減緩增加趨勢，基於研究結果對中醫需求相對穩定的發現，相關政府部門可以考慮謹慎規劃中醫醫療資源成長的速度。民眾中醫利用之影響效果主要來自利用者 (user) 使用次數方面，可見一般民眾對於醫療服務型態，已經有一定之偏好，過去不會利用中醫的民眾傾向於將來也不會利用。因此，建議相關單位針對傾向利用中醫之民眾開始考慮規劃個案管理之相關措施，以提升適當使用中醫醫療資源之比率。至於有利用中醫者，則針對年齡越大者、全家平均收入介於一萬至三萬間 (負相關)、工作型態為第一級及第二級、有慢性病民眾之特性，持續吸引民眾繼續利用中醫醫療服務，例如：推展中草藥市場、針灸推拿等。中醫醫療院所應加入更多服務項目，使民眾在就醫時，能一次購足，減少就醫交通時間，增加民眾就醫意願。另外也須注意就醫環境舒適性，例如，民眾在看診或等待時，可以提供電視與座椅，順便機會教育民眾中醫藥之知識與信念。中醫醫療資源每增加一單位數，利用中醫危險率增加 1 倍左右，也就是說，民眾需求會隨著中醫資源可用性而增加，西醫醫療資源則呈反向關係，因此，中醫醫療院所可考慮在中醫資源密集區外尋找另一執業場所，不會引起醫療院所間的惡性競爭，新市場潛力也較大，可開發新客源，且中醫總之下，健保給付也較多 (陳雅惠，2003)。

郝宏恕以 Deway 消費者行為模型結合 Aday 和 Andersen 模式，探討民眾對中醫之認知態度及消費行為發現在一年內使用中醫醫療利用次數 5 次以上，僅佔有利用中醫者的 32.7%，此應再加以追蹤探討，是否因中醫療效不顯著或其它因素所致。在對中醫偏好之信念方面、對中醫生理學的認知方面、罹患慢性病患者相較未罹患慢性病患者、有加入全民健康保險的人相較於沒有加入者，每增加一單位其勝算比均增加，表示均會影響使用中醫。在選擇中醫就診方面，以體質調理最高，其次分別為咳嗽、肌肉扭挫傷、肌肉骨骼疾病、感冒、關節脫臼、腸胃炎、精神倦怠，由此分析可得知屬中醫診療的特長，且長期為民眾信賴和使用的診療科別。在「是否主動收集就醫資訊習慣」的心理決策上，有 64.9% 的樣本數並不具主動收集就醫資訊的習慣，而「從何處收集就醫資訊」的心理層面上，以報章雜誌、醫療院所及醫護專業人員提供為主要來源。對中醫生理認知和中醫信念偏好越高者，使用中醫的勝算比也就越高，此顯示中醫界應積極將中醫藥相關知識及其療效正確告知民眾，使民眾能獲得更多正確的中醫藥知識，以是高對中醫醫療服務使用率。由心理過程結果分析，絕大多數民眾生病時仍以優先選擇就診西醫，此實值得中醫界及醫療主管單位正視此現象（郝宏恕，2004）。

八、中醫醫療體系研究政策建議摘要

上述研究的結果與建議摘要於表 3-1 至 3-3 中，為了方便於後面的章節進行政策實務分析，因此進一步將這些政策建議內容，依據不同屬性的人力政策與以分類之後，重行歸類摘要於表 3-4 至 3-6 中。其中表 3-4 中醫人力供需各項政策分類與建議摘要，表 3-5 中醫醫療體系供給面各項政策分類與建議摘要，表 3-6 中醫醫療體系需求面各項政策分類與建議摘要。

表 3-4 至 3-6 的摘要有兩點值得注意，第一點是有部份中醫醫療體系科技計畫的結案報告或其他研究，傾向於屬於基礎性的研究內容，而且並未嘗試依據結果提出政策建議，這樣的結案報告是否符合衛生署科技計畫委統的原始用意似乎有討論的空間。第二點是有部分結案報告畫研究的內容不但無法提出政策建議，而且報告內容與題目本身所預期的差距過大，這樣的報告應該可以由研究計畫書的研究方法中看出，亦即衛生署有機會在審查計畫書時就發現這樣的缺失，應該有能力避免這樣的情形出現。

表 3-4 中醫人力供需各項政策分類與建議摘要

政策分類	重要政策建議內容
中醫師 人力供需 (郭乃文) (1998)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 透過教考用管道避免中醫師過剩現象惡化 2. 審慎處理大陸中醫院校學歷認證政策 3. 審慎處理兼具中西醫師執照醫師可同時執業中西醫業務之修法 4. 注意中醫實施總額支付制度之制度衝擊 5. 注意中醫住院納入健保給付之制度衝擊
中醫系 人力教育	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫課程應酌量使用白話文教材並落實中醫見實習制度 2. 鼓勵或獎勵教學醫院增開中醫住院與門診服務 3. 開放中西醫雙執業 4. 開放中醫師可以開立、判讀檢驗單 5. 開放後中醫之畢業生可以同時使用其他執照 6. 鼓勵醫學中心或其他研究機構進行中醫藥研究 7. 廢除中醫特考 8. 全民健保中西醫支付標準公平化 9. 全民健保開辦中醫住院給付 10. 提高中醫系畢業生執業中醫的意願 11. 對中醫師不足地區優先進行補助醫院加開中醫門診 12. 優先在中醫師數量不足之地區開辦中醫住院給付
中醫師 人力供需 (李采娟) (1999)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫師供給大於需求因此有必要減少中醫師人力 2. 審慎評估開放大陸學歷認證 3. 審慎評估中醫系畢業生回流執業中醫 4. 審慎評估學士後中醫系增班 5. 審慎評估西醫師執業中醫
中醫師生 產力及人 力需求之 評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫師人數年成長率維持在 1.7%和 3.8%之間。 2. 考量中醫師人數控制或縮減的相關可能政策內容。 3. 增設中醫科系或增加人數的教育政策必須與其他縮減人數的措施一併考量。

表 3-5 中醫醫療體系供給面各項政策分類與建議摘要

政策分類	重要政策建議內容
中醫醫院 附設長期 照護機構	<ol style="list-style-type: none"> 1. 爭取修法，促成中醫醫院得設置護理之家之修例。 2. 中醫長期照護護理人員培訓計畫。 3. 建立中西醫整合醫療模式。 4. 建立院際醫療資訊網絡。
中西藥物 併用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針對較易發生中西藥物併用問題之疾病建立用藥安全資訊。 2. 針對國人較常使用之中西保健用品釐清使用之安全性及藥效。
加入世界 貿易組織 因應策略 (彭彥屏)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將衛生署下的「中醫藥委員會」提昇為「中醫藥管理局」。 2. 成立中醫教材編輯委員會。 3. 研發中醫診療療效評估。 4. 建立中醫專科醫師制度訂定「專科醫師分科及甄審辦法」。 5. 落實中醫師進修，定期舉辦學術大會。 6. 修法推動中西醫學的結合。
(詹長權)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由中醫同儕來檢閱的 SCI 科學索引期刊。 2. 提倡高品質的中醫教育、研究與醫療服務。 3. 藉由整合中醫與實證的現代醫學建立台灣的國際品牌。
健保特約 門診費用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 積極設立中醫教學醫院，朝住院醫師制及專科化之目標前進。 2. 中醫政策應將推拿師問題提出證照制或成立相關科系。
中醫師空 間分布	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵中醫師前往偏遠地區或山地地區實習並提供實習機會。 2. 各醫學院規劃中醫學系的增設，減低中部中醫師人力密集現象。
中西醫整 合理念之 實踐(汪 德欣)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 成立中西醫整合示範醫院。 2. 法規上予以鬆綁。 3. 西醫學納入中醫課程。 4. 研擬七年制中西醫整合教育課程畢業後經國家考試取得雙執照。
中西醫整 合理念之 實踐(陳 尚武)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中西醫師雙重資格同時執業。 2. 加強中西結合醫師的人才養成。 3. 建立診療模式的共識。 4. 增設中西醫結合部門。 5. 促進兩岸中西醫學術交流。
中醫傷科 專科醫師 制度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 推動中醫住院之健保給付。 2. 檢驗及檢查應開放與中醫專科醫師使用。 3. 中醫傷科醫師相關科別之訓練。
中醫門診 總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 打破總額分區分配。 2. 在總額預算中，每年設定一定比率之管控績效額度。
全球策略	統一傳統中醫與現代醫學之理論與用語。
組織改造	成立「國家補充與另類醫學中心」。

表 3-6 中醫醫療體系需求面各項政策分類與建議摘要

政策分類	重要政策建議內容
中醫門診 醫療利用 (翁瑞宏)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立中醫疾病分類系統。 2. 評估中醫醫院或附設醫院中醫部設立長期照護機構的可行性。 3. 依影響中醫門診利用的因素，調整各區域之中醫門診總額預算。 4. 促進中西結合醫療發展，尋找具成本效益之治療模式。
中醫門診 醫療利用 (李丞華 周穎政)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實依健保局六個分局劃分分區總額，除年齡、性別外，需加入中醫師人力等因素。 2. 減少中醫醫療可近性之地域性差異。
中醫門診 醫療利用 (鄧振華)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將中醫療效以現代醫療儀器及數據顯現。 2. 加強中醫醫療社會行銷。 3. 將正確之中醫藥知識及信念列入正規教育及社會教育。 4. 建立國立中醫醫學中心及廣設公立中醫醫院或在現有公立醫院設立中醫部門。
中醫門診 醫療利用 (李卓倫 陳雅惠)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 謹慎規劃中醫醫療資源成長的速度。 2. 針對有利用中醫之民眾進行適當之個案管理。
醫療品質	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保局應確實執行中醫品質確保方案中醫服務利用及品質指標監測。 2. 定期進行全國性的病患滿意度調查及出版健康照護報告卡。 3. 重視溝通品質，主動提供病患醫療資訊相關需求。 4. 傷科處置及針灸治療由中醫師親自執行。 5. 增加給藥天數，減少民眾不必要看診次數。 6. 重視院內管理，不要向病人額外收費。
認知態度 及行為	<p>政府醫療當局應重視中醫在醫療上的必需性、實用性和可利用性，應以積極的態度來推動中醫與中西醫結合之證據醫學臨床研究。</p>

第四章 中醫醫療體系研究與政策綜合分析

中醫醫療體系的研究範圍極廣，時間也延續達將近 30 年的時間，基於本研究討論之中醫療體系研究重點仍然集中於 1995 年全民健保實施之後的研究內容，因此以下的政策陳述與科技計畫或其他研究的綜合分析仍以 1995 年以後的研究為主，再將其區分為人力供需分析、體系供給面、體系需求面等三個重點分別描述。

在進行中醫醫療體系科技計畫與其他研究報告的建議陳述是否為衛生行政機關所採納，也就是研究的外在有效性分析之前，有必要先簡單分析研究的內在有效性。因為如果研究計畫本身所提出的建議，並非基於研究結果所得到的嚴謹推論，而是基於研究者主觀的偏好，或者甚至與研究結果完全無關，則此種政策建議是否被採納的議題便顯得沒有意義。

一、中醫醫療體系研究內部有效性分析

研究的內在有效性牽涉到研究本身的總體內在效度，也牽涉到研究結果與研究建議的關聯性，依據這兩個標準，本節的內在有效性分析將這些研究作以下的分類。第一類為總體內在效度嚴謹，研究建議與研究結果密切關聯。第二類為總體內在效度嚴謹，但研究建議與研究結果僅有間接的關聯。第三類為總體內在效度不夠嚴謹，因此研究建議與研究結果是否有關聯相對不再重要。第四類為研究內容與研究題目不相符合，造成總體內在效度，以及研究建議與研究結果是否有關聯，兩者均相對不再重要。

除此之外，由於衛生署科技報告或其他中醫醫療體系研究一般屬於應用性質的研究，因此無論研究內容是否牽涉到比較基礎性的學理，對研究結果進行政策性的詮釋，或依據研究結果提出若干政策建議，對此類計畫而言具有一定程度的正當性。部分研究如果未在報告中提出政策建議，應該有值得進一步討論的空間。

表 4-1 中醫人力供需研究結果與政策建議之內部有效性分析

政策分類	重要政策建議內容	內部有效性分析
中醫師	1. 透過教考用管道避免中醫師過剩現象惡化	1. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。
人力供需	2. 審慎處理大陸中醫院校學歷認證政策	2. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。
(郭乃文)	3. 審慎處理兼具中西醫師執照醫師可同時執業中西醫業務之修法	3. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。
(1998)	4. 注意中醫實施總額支付制度之制度衝擊	4. 為因應中醫師可能過剩之衍生性間接政策建議。
	5. 注意中醫住院納入健保給付之制度衝擊	5. 為因應中醫師可能過剩之衍生性間接政策建議。
中醫系	1. 中醫課程應酌量使用白話文教材並落實中醫見實習制度	1. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
人力教育	2. 鼓勵或獎勵教學醫院增開中醫住院與門診服務	2. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	3. 開放中西醫雙執業	3. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	4. 開放中醫師可以開立、判讀檢驗單	4. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	5. 開放後中醫之畢業生可以同時使用其他執照	5. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	6. 鼓勵醫學中心或其他研究機構進行中醫藥研究	6. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	7. 廢除中醫特考	7. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	8. 全民健保中西醫支付標準公平化	8. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	9. 全民健保開辦中醫住院給付	9. 依據學生問卷調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
	10. 提高中醫系畢業生執業中醫的意願	10. 依據實際執業數據所作的間接性政策建議。
	11. 對中醫師不足地區優先進行補助醫院加開中醫門診	11. 依據實際執業數據所作的間接性政策建議。
	12. 優先在中醫師數量不足之地區開辦中醫住院給付	12. 依據實際執業數據所作的間接性政策建議。

表 4-1(續) 中醫人力供需研究結果與政策建議之內部有效性分析

政策分類	重要政策建議內容	內部有效性分析
中醫師 人力供需 (李采娟 (1999)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫師供給大於需求因此有必要減少中醫師人力 2. 審慎評估開放大陸學歷認證 3. 審慎評估中醫系畢業生回流執業中醫 4. 審慎評估學士後中醫系增班 5. 審慎評估西醫師執業中醫 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。 2. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。 3. 為因應中醫師可能過剩之衍生性間接政策建議。 4. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。 5. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。
中醫師生 產力及人 力需求之 評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫師人數年成長率維持在 1.7%和 3.8%之間。 2. 考量中醫師人數控制或縮減的相關可能政策內容。 3. 增設中醫科系或增加人數的教育政策必須與其他縮減人數的措施一併考量。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。 2. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。 3. 為因應中醫師可能過剩之有效政策建議。

(一) 全民健保實施後中醫醫療體系研究整體評估

對於整體而言，各類政策項目下所完成的計畫具有以下幾點特色。第一是中醫醫療體系所涵蓋的政策項目並不周延，其原因可能是科技計畫或中醫藥委員會所委託的計畫只被用來作為其他政策規劃的互補性或補充性計畫，而非政策規劃的重點，這樣的定位多少減損了政府委託計畫在中醫醫療體系政策上的重要性。第二個特色是即使在各政策項目之下，其所執行的計畫數量不多，而且各計畫之間彼此缺乏連貫，顯示政府委託計畫的重點可能在設定之初即顯示出這樣的現象。第三個特色是各個研究計畫的內在有效性參差不齊，部分報告總體內在效度完整，而且政策建議與研究結果結合緊密，部分報告則研究題目與研究內容關聯不大，造成內在有效性的評估相對不再重要，而絕大部分的政策建議則與研究結果僅有間接的關聯性，這些參差不齊的現象也顯示衛生署對於中醫醫療體系計畫研究品質的控管能力，從計畫申請與審核開始，到計畫報告審查的能力均有加強的空間。以上這些特色，均可能嚴重影響這些政策建議在實務上執行的能力，也就是影響其外在有效性。

彌補此一弱點的制度性做法，是衛生署可以考慮放棄所有政策計畫都用公開照標的方式，改為在重點政策項目之中，就單一議題組織專家學者群，於短期內作成單一議題的技術報告(technical report)，然後由同一群專家學者就技術報告內容寫成政策綠皮書(green paper)，綠皮書為規劃單位對決策單位正式的建議，但是還未成為政府決策。然後再由政策單位就綠皮書內容，考量政府實際狀況與施政優先順序，寫成政策白皮書(white paper)，白皮書為政府未來施政的正式政策。

(二) 全民健保實施後中醫人力供需研究內部有效性評估

中醫師人力的供需推估各政策項目的個別評估如表 4-1 所示。比較有趣的是 1998 年衛生署同時委託兩個研究，進行中醫師人力的供需推估，兩者應用相類似的推估方法，也得到相同的結果，就是中醫師人力在將來可能過剩。兩份研究的直接政策建議包括：透過教考用管道避免中醫師過剩現象惡化、有必要減少中

醫師人力、審慎處理大陸中醫院校學歷認證政策、審慎處理兼具中西醫師執照醫師可同時執業中西醫業務之修法等，與研究結果比較間接相關的政策建議則包括：注意中醫實施總額支付制度之制度衝擊、注意中醫住院納入健保給付之制度衝擊、審慎評估中醫系畢業生回流執業中醫等。均值得衛生署參考。

另一份中醫人力教育的報告，研究設計主要針對中醫系和學士後中醫系之在校與畢業生進行問卷訪視，並主要依據學生問卷調查進行政策建議，由於學生所回答的內容理所當然偏向於未來對自己有利的方向，因此這樣的政策建議僅具有中等程度的內部有效性。其他建議雖然有部分為依據中醫師執業的事實數據所作成，但邏輯關係比較間接。

比較值得一提的是賴俊雄等(2002)針對中醫師生產力所作的十年間比較，此一研究團隊於 1992 年為全民健保所進行的中醫醫療供需研究(賴俊雄等 1992)架構，其實就是其他後續研究團隊(郭乃文等 1998，李采娟等 1999)沿用的架構，因此其研究架構的原創性和政策建議的重要性值得特別注意。此份研究建構新的中醫師生產力函數，結果顯示與 1992 年時中醫師相比較，2002 年時整體中醫師人力逐漸達成兩性平衡、年輕化、教育程度及專業訓練提升。中醫師每週在診療場所的時間減少 10 小時，但實際診療病人的時間增加 3 小時，門診人次比 1992 年增加 30%，平均每月毛收入為 49 萬元，淨收入約為 21 萬元。建議未來中醫師人數年成長率維持在 1.7%-3.8% 間，亦即年長率下限比照中醫門診人次年成長率 1.7%，年成長率上限比照西醫師人數年成長率 3.8%，但兩者均小於目前的年成長率 4.6%。此份報告即可能對中醫人力的較考用產生深遠的影響，尤其在限制中醫師人數方面。

表 4-2 中醫醫療體系供給面研究結果與政策建議之內部有效性分析

重要政策建議內容		內部有效性分析
政策分類		
中西醫整合理念之實踐 (汪德欣)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將中西整合醫師納入醫師法管理，視為專科醫師。 2. 法規允許雙執照醫師使用中西醫療工具及藥物。 3. 將中學西學與西學中均納入醫療法規管理。 4. 將西醫學制納入中醫課程或中西整合課程。 5. 推動西醫教學醫院附設中醫部門，成立中西整合示範醫院。 6. 統一中西醫病歷格式。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 2. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 3. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 4. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 5. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 6. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。
中西醫整合理念之實踐 (陳尚武)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中西醫師雙重資格同時執業。 2. 加強中西結合醫師的人才養成。 3. 建立診療模式的共識。 4. 增設中西醫結合部門。 5. 促進兩岸中西醫學術交流。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。 2. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。 3. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。 4. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。 5. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
世界貿易組織因應策略 (彭彥屏)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將衛生署下的「中醫藥委員會」提昇為「中醫藥管理局」。 2. 成立中醫教材編輯委員會。 3. 研發中醫診療療效評估。 4. 建立中醫專科醫師制度訂定「專科醫師分科及甄審辦法」。 5. 落實中醫師進修，定期舉辦學術大會。 6. 修法推動中西醫學的結合。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 2. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 3. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 4. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 5. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。 6. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果間接相關。
世界貿易組織因應策略 (詹長權)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由中醫同儕來檢閱的 SCI 科學索引期刊。 2. 提倡高品質的中醫教育、研究與醫療服務。 3. 藉由整合中醫與實證的現代醫學建立台灣的國際品牌。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中等程度內部有效性，政策建議與研究結果間接相關。 2. 中等程度內部有效性，政策建議與研究結果間接相關。 3. 中等程度內部有效性，政策建議與研究結果間接相關。
組織改造	成立「國家補充與另類醫學中心」。	具有研究內在效度，政策建議與研究結果密切相關。

表 4-2(續) 中醫醫療體系供給面研究結果與政策建議之內部有效性分析

政策分類	重要政策建議內容	內部有效性分析
中醫師空間分布	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵中醫師前往偏遠地區或山地地區實習並提供實習機會。 2. 各醫學院規劃中醫學系的增設，減低中部中醫師人力密集現象。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 缺乏複迴歸僅具中等程度有效性，建議與結果密切相關。 2. 缺乏研究內在效度，且政策建議未考量更廣泛的政策衝擊。
健保特約門診費用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 積極設立中醫教學醫院，朝住院醫師制及專科化之目標前進。 2. 中醫政策應將推拿師問題提出證照制或成立相關科系。 3. 台灣不應該再開放中醫師養成管道。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究具有內在有效性，但政策建議與研究內容無關。 2. 研究具有內在有效性，但政策建議與研究內容無關。 3. 研究具有內在有效性，但政策建議與研究內容無關。
中醫門診總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 打破總額分區分配。 2. 在總額預算中，每年設定一定比率之管控績效額度。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。 2. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。
中醫醫院附設長期照護機構	<ol style="list-style-type: none"> 1. 爭取修法，促成中醫醫院得設置護理之家之修例。 2. 中醫長期照護護理人員培訓計畫。 3. 建立中西醫整合醫療模式。 4. 建立院際醫療資訊網絡。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據醫療提供者態度問卷進行政策建議，僅具中度有效性。 2. 與研究內容無直接相關之衍生性間接政策建議。 3. 與研究內容無直接相關之衍生性間接政策建議。 4. 與研究內容無直接相關之衍生性間接政策建議。
中醫傷科專科醫師制度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 推動中醫住院之健保給付。 2. 檢驗及檢查應開放與中醫專科醫師使用。 3. 中醫傷科醫師相關科別之訓練。 4. 訂定並建議相關法規與課程 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據供給者意見調查進行政策建議，僅具中度內部有效性。 2. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果密切相關。 3. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果密切相關。 4. 具有研究內在效度，政策建議與研究結果密切相關。
中西藥物併用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針對較易發生中西藥物併用問題之疾病建立用藥安全資訊。 2. 針對國人較常使用之中西保健用品釐清使用之安全性及藥效。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有研究內在效度，且政策建議與研究結果密切相關。 2. 具有研究內在效度，且政策建議與研究結果密切相關。

(三) 全民健保實施後中醫醫療體系供給面內部有效性評估

首先在中西醫整合部分，汪德欣(2004)的研究以法律上的判例來討論中西醫交界處如何整合的問題，佔其論文絕大部份之篇幅，再輔以部份中西醫學整合的理論與實務，針對法制面與課程面提出政策建議，為一標準的質性研究。也由於其所有的建議均與中西醫整合有相關，因此具有良好之內在有效性，但受限於質性分析方法本身的限制，政策建議部分僅與研究內容有間接相關。陳尚武(2004)的研究則著眼於角色認知層次，調查中西醫結合研究所碩士班畢業生、西醫師中醫學分班結業生考取中醫師執照者、以及中西醫臨床經驗醫師等，調查其對中西醫結合的認知看法(包括工作動機、角色定位、合作關係、醫療服務、學習經驗)、對角色期望的看法(包括醫療服務、教學指導、學術研究)、以及對中西醫結合診療模式和看病部門的意見。雖然報告中針對以上調查進行多項列聯表分析，但政策建議僅以醫療供給者的意見調查作為依據，整個研究建議僅具有中等程度的內部有效性，可以作為政策依據的說服力並不足夠。

在有關台灣加入世界貿易組織之後中醫藥的因應策略方面有兩份報告。其中彭彥屏(2003)的報告著眼於比較台灣與中國在中醫教育制度、中醫考試制度、中醫行政管理組織、中醫醫療服務提供制度四方面的差異，最後依據這幾個方面的SWAT分析與專家訪談結果來提出政策建議。此份報告的定位為管理策略的研究，因此與一般的調查統計分析不同，但報告內容均充份針對上述四個方面，以次級資料進行深入的質性陳述。因此以管理策略研究的角度來說，其研究內在效度或有效性已經達到一定的水準，但以一般科學論文所強調的evidence-based或evidence-informed的標準而言，其所提的政策建議均只能算是與研究結果比較間接的推論。

詹長權(2004)的主要內容類似於前一份報告，探討的內容比前一份報告更廣但卻比較缺乏非常完整的研究架構，無法定位為標準的管理策略研究型態，而比較接近於文獻探討，加上專家會議，再加上出國考察的綜合性報告。因此可以說其研究結果僅具中等程度的內部有效性，相同的所提的政策建議也尚未達到一般科學論文所強調的evidence-based或evidence-informed的標準，因此其所提的政策建議均只能算是與研究結果比較間接的推論。

在組織制度面研究中最特別的議題屬於中醫藥委員會組織定位與組織改造

的研究，該研究以專家會議、問卷調查、SWOT 分析、中國及其他各國制度組織探討、世界衛生組織對傳統醫療策略探討的方式進行，最後建議提升中醫藥委員會層級，改為「中醫藥管理局」或「傳統醫藥管理局」，或是維持原位階但加強其功能，研究並另行建議國家衛生研究院成立「補充與另類醫學(complementary and alternative medicine, CAM)中心」，成為國家級的研究中心。該研究資料豐富，研究內部有效性完整，政策建議與研究內容密切相關。

中醫師人力空間分布的研究具有完整的理論架構，但總共列入分析的問卷數僅 138 人，而且個體層級的統計方法僅以列聯標分析的方式來呈現，沒有複迴歸分析，因此在個體層級的研究結果僅具中等程度的內部有效性。尤其是個體層級列連表分析的結果顯示，中醫師的執業地點與其本人和配偶成長地點、中醫師實習地點均有相關，但政策建議中僅以實習地點作為建議內容。此研究的主要內容來自次級資料的統計分析，且總體層級的資料分析中包括複迴歸分析，但政策建議中希望各醫學院規劃中醫學系的增設，以減低中部中醫師人力密集現象，不但缺乏實證資料支持，而且沒有考慮到因此所導致中醫師人數增加的問題，也與之前 10 年來諸多研究建議應該節制中醫師人力的背景相衝突。

在健保特約門診費用的研究中，主要的比較基礎為特考與非特考中醫師的門診量，與這兩類醫師病患和醫師特質的差異。研究方法以複迴歸分析詳細比較特考與非特考中醫師在各類臨床服務上的差異，屬於研究內在效度良好的報告。不過研究最後卻並未對於特考制度提出任何建議，而研究所提的三個明確的建議卻與研究結果無關。

中醫供給面研究中另一個與健保相關的中醫總額研究，重點在調查中醫師對中醫總額實施的滿意度，該研究以全台灣中醫師為樣本郵寄問卷，調查中醫師對中醫門診總額支付制度的認知、總額對執業行為的影響、對中醫總額的滿意度，而其結果是得到一個理所當然的結果，中醫師對總額支付制度不滿意，而且傾向於不願意依據總額調控移轉至其他地區執業。可惜政策內容無法單獨僅以中醫師的意見作為依據，研究所建議的政策因此僅具有中等程度的內部有效性。

在中醫醫院附設長期照護機構的政策主題上，該研究訪視 12 家醫院附設護理之家，以及 24 家中醫醫療院所的 60 位醫療人員，調查其對長期照護機構提供中醫醫療服務的態度、長期照護機構可以提供的中醫醫療服務項目、中醫在長期照護機構適宜的組織模式，包括醫療型態和支付方式兩項，並據此進行討論與作

成建議。由於中醫醫療提供者所回答的內容理所當然偏向於未來對自己有利的方向，因此這樣的政策建議僅具有中等程度的內部有效性。其他建議則是建立在長期照護機構可以也應該提供中醫醫療服務的前提下，所進行的衍生性間接政策建議，其邏輯關係與研究內容比較間接。

在建立中醫傷科專科醫師制度方面，研究以問卷調查和專家會議方式進行，訂定「中醫傷科訓練醫院認定標準」與「中醫傷科訓練課程綱要」，並修訂「中醫傷科專科醫師偵審辦法草案」，因此上述政策建議均屬建立中醫傷科醫師制度過程中具有內在有效性之內容，唯一必須討論的是要不要推動中醫住院服務作為健保給付項目，牽涉到社會總體成本與總體效益的考量，此一價值判斷比較無法以意見調查方式作成結論，需要以其他政策分析的方式來加以評估。

中西藥物併用的政策建議則依據 2,000 位民眾的問卷訪視結果，以 Logistic regression 分析是否會在同一天中同時使用中藥與西藥，以及是否同時看中醫與西醫，是屬於研究結果具有良好內在效度的研究設計，但外在效度部分受限於樣本來源並非隨機樣本，而且所提政策建議則與研究結果密切相關。

表 4-3 中醫醫療體系需求面研究結果與政策建議之內部有效性分析

政策分類	重要政策建議內容	內部有效性分析
中醫利用 (翁瑞宏)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立中醫疾病分類系統。 2. 評估中醫醫院或附設醫院中醫部設立長期照護機構的可行性。 3. 依影響中醫門診利用的因素，調整各區域之中醫門診總額預算。 4. 促進中西結合醫療發展，尋找具成本效益之治療模式。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中等程度內部有效性，政策建議與研究結果僅間接相關。 2. 中等程度內部有效性，政策建議與研究結果僅間接相關。 3. 中等程度內部有效性，政策建議與研究結果僅間接相關。 4. 中等程度內部有效性，政策建議與研究結果僅間接相關。
中醫利用 (李丞華)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實劃分分區總額，除年齡、性別外，需加入中醫師人力等因素。 2. 減少中醫醫療可近性之地域性差異。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 內部有效性清晰明確，政策建議與研究結果密切相關。 2. 內部有效性清晰明確，政策建議與研究結果密切相關。
中醫利用 (郝宏恕) (鄧振華)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將中醫療效以現代醫療儀器及數據顯現。 2. 加強中醫醫療社會行銷。 3. 將正確之中醫藥知識及信念列入正規教育及社會教育。 4. 建立中醫醫學中心及公立中醫醫院或在公立醫院設立中醫部門。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究具有內部有效性，但政策建議僅與研究結果間接相關。 2. 研究具有內部有效性，但政策建議僅與研究結果間接相關。 3. 研究具有內部有效性，但政策建議僅與研究結果間接相關。 4. 研究具有內部有效性，但政策建議僅與研究結果間接相關。
中醫利用 (李卓倫)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 謹慎規劃中醫醫療資源成長的速度。 2. 針對有利利用中醫之民眾進行適當之個案管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究具有內部有效性，政策建議與研究結果直接相關。 2. 研究具有內部有效性，政策建議與研究結果直接相關。
醫療品質	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保局執行中醫品質確保方案中醫服務利用及品質指標監測。 2. 定期進行全國性的病患滿意度調查及出版健康照護報告卡。 3. 重視溝通品質，主動提供病患醫療資訊相關需求。 4. 傷科處置及針灸治療由中醫師親自執行。 5. 增加給藥天數，減少民眾不必要看診次數。 6. 重視院內管理，不要向病人額外收費。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有內部有效性，本項政策建議與研究結果間接相關。 2. 研究具有內部有效性，本項政策建議與研究結果直接相關。 3. 研究具有內部有效性，本項政策建議與研究結果直接相關。 4. 研究具有內部有效性，本項政策建議與研究結果直接相關。 5. 研究具有內部有效性，本項政策建議與研究結果直接相關。 6. 研究具有內部有效性，本項政策建議與研究結果直接相關。

(四) 全民健保實施後中醫醫療體系需求面內部有效性評估

中醫醫療需求面的研究除了作為純粹的增加知識目的之外，部分政策議題也可以經由需求的研究獲得政策制定所需資料，但其政策應用效果取決於研究者所選取的變項而定。1995 年之後台灣有多篇中醫醫療需求的研究，其政策應用效果不一。翁瑞宏(2000)的研究以健保申報檔案為依據，獲得周延且數量龐大的資料庫，包括中醫門診次數和中醫醫療費用，可用的自變項則受限於申報檔案所能串檔整合的範圍，包括性別、年齡、投保地區與金額、保險身份、投保類別、是否需要部分負擔、是否為重大傷病、是否有慢性病等。在自變項受限的前提下，研究者雖然將是否使用中醫醫療的 Logit 模型與使用者門診次數與醫療費用的複回規模型分別處理，但單一自變項對依變項的關係卻沒有應用醫療利用研究的兩部分模型(two-part model)合併計算，造成研究結果的重大瑕疵與政策應用的重大限制。其研究因此僅具中等程度的內部有效性，政策建議也僅與研究結果有堅接的相關性，政策建議說服力並不充分。

李丞華與周穎政(2002)的研究同樣應用健保資料庫，但其描述性分析以總體資料為主，包括醫療區域與次區域的利用描述，並依據各區域之性別年齡別調整醫療費用，資料呈現的方式政策導向非常明顯。在複迴歸分析分析中則應用正統的兩部分模型(two-part model)整合 Logit 分析與複迴歸分析的迴歸係數，估計單一自變項對依變項的整體效果，內部有效性清晰。

郝宏恕(2002)與鄧振華(2002)的研究以問卷調查為主，以管理學模型中的心理過程因素，加上醫療社會學模型中的因素作為理論依據，研究分析與統計模型具有良好的內在效度，但因為該研究的目的在於針對民眾的行為面進行較深度的分析，因此所能建議的政策內容傾向於比較間接。

李卓倫(2003)與陳雅惠(2003)的研究則致力於導入時間因素來分析中醫醫療利用率，因為利用率的高低受到觀察時間長短的影響極大，而這是過去台灣的中醫利用研究所忽略的，其統計模型因此以存活分析中的 Cox 模型作為工具，並同時輔以兩部分模型作為分析工具，因此研究具有良好之內部有效性。但與上述需求面的研究依樣，其所能提出的政策建議比較受限，但少數的兩點建議均與研究結果有密切的關聯。

在中醫醫療品質的研究方面，林美珠(2001)的研究以病人滿意度作為主要測

量指標，以問卷調查和統計分析為主要工具，內部有效性佳，絕大部分的政策建議內容也均與研究結果有直接相關。

二、中醫醫療體系研究外部有效性分析

為檢視中醫醫療體系研究之政策有效性或外部有效性，以下嘗試針對 1995 年以來有關中醫醫療體系研究之報告進行政策追蹤(見表 4-5 至 4-6)。在此之前，可以將衛生署各年有關中醫藥的發展重點條列於表 4-4 中。

(以下文字待補充)

表 4-4 行政院衛生署 2001-2006 年度施政計畫目標與重點

年度	施政計畫目標與重點
2001	<p><u>促進中醫藥發展及中西醫學整合</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提升中醫師執業素質及執業環境 2.健全中醫醫療機構之發展 3.促進中醫現代化 4.加強中藥藥政管理 5.落實中藥研發管制 6.輔導中藥科技產業，促進中藥科學化，開拓國際市場 7.推動中醫藥對國人重要疾病臨床療效評估研究 8.進行中醫藥典籍資訊化工作。
2002	<p><u>促進中醫藥發展及提升中醫醫療水準</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.健全中醫醫療機構發展 2.提升中醫師執業素質及執業環境 3.促進中醫現代化 4.加強中藥藥政管理 5.落實中藥研發管制 6.輔導中藥科技產業，促進中藥科學化，開拓國際市場 7.推動中醫藥對國人重要疾病臨床療效評估研究 8.進行中醫藥典籍資訊化工作。
2003	<p><u>促進中醫藥發展及提升中醫醫療水準</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立中醫診斷基準 2.提升中醫師服務品質 3.促進中西醫學整合，提升中醫醫療水準 4.推動中藥新藥之開發，健全中藥臨床試驗環境 5.創造中藥研發環境，開拓國際市場 6.鼓勵推動中醫藥對國人重要疾病臨床試驗 7.進行中醫藥典籍資訊化工作。 <p><u>中醫規劃及管理</u>工作</p> <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.落實中醫醫政管理。 4.提升中醫醫事人員執業素質。 5.促進中醫醫療事業之健全發展。

6.督導中醫醫事及相關團體目的事業。

7.推動中西醫學整合。

中藥規劃及管理工作

1.加強中藥藥政管理。

2.辦理中藥查驗登記及展延變更。

3.建立藥品用藥之安全。

4.推動與輔導藥品優良製造規範。

5.中藥研發管制規劃。

6.辦理生物多樣性作業。

中醫藥研究發展工作

1.訂定並適時修訂中醫藥科技研究中程發展綱要計畫。

2.擬定年度研究發展重點，以促進中醫藥研究品質。

3.推動兩岸中醫藥學術交流，參加國內外中醫藥學術交流會議，推動中醫藥國際化。

中醫藥資訊典籍規劃及管理工作

1.建立中醫藥典籍資訊化作業。

2.進行中醫藥典籍之整理、編纂。

3.中醫藥年報之編輯、出版。

4.充實中醫藥資訊網。

中醫藥綜合性規劃工作

1.召開委員會，提供中醫藥行政事務及研究發展規劃方向之諮詢與建議。

2.積極參與中醫藥相關會議，訂閱相關圖書、期刊，並蒐集相關文獻資料。

中醫藥科技研究發展

1.針對提升中藥品質、健全中藥臨床試驗環境、推動中醫藥研究及提升中醫藥品質等主題，進行研究。

2.延聘高科技人才，建立臨床療效評估模式及標準。

3.獎勵醫學中心成立中醫臨床試驗中心。

4.建立中藥 GCP 查核制度之研究。

5.進行中藥複方製劑臨床療效評估之研究。

2004

建立藥物食品安全管理體系

1.建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合，提升中醫醫療水準。

2.推動中藥新藥之開發，健全中藥審查及臨床試驗環境，創造中藥研發環境，開拓國際市場

3.鼓勵推動中醫藥對國人重要疾病臨床試驗。

4.建置中醫藥資訊系統安全運作環境，提供全方位中醫藥資訊服務。

中醫藥科技研究發展

1.推動中藥基因體相關研究。

2.辦理中藥品質管制基準製劑安定性試驗及貯存等研究提升中藥品質水準。

3.辦理中醫藥對重要疾病臨床療效評估。

4.辦理中醫醫療服務品質指標及管理規範等中醫政策研究提升中醫醫療品質。

中醫規劃及管理工作

1.研(修)訂中醫醫療管理政策及法規。

2.落實中醫醫政管理，加強違法醫療廣告、行為查處及密醫取締。

3.提升中醫醫事人員執業素質，並辦理相關專業人員專科制度及訓練。

4.促進中醫醫療事業之健全發展，以提升中醫醫療機構服務品質。

5.督導中醫醫事及相關團體目的事業。

6.建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合。

中藥規劃及管理工作

1.加強中藥藥政管理，並辦理相關研討會，加強取締藥物不實廣告。

-
2. 辦理中藥查驗登記及展延變更。
 3. 推動與輔導藥品優良製造規範。
 4. 建構中藥用藥安全環境。

中醫藥資訊典籍規劃及管理

1. 辦理中醫藥典籍資訊化研討及委辦計畫。
2. 中醫藥年報之編輯、出版。
3. 強化中醫藥資訊安全基礎建設計畫。

中醫藥臨床試驗規劃及管理

1. 補助教學醫院成立中藥臨床試驗中心，建立符合規範之中藥研發階段臨床試驗環境及標準作業程序，健全中藥臨床試驗環境及周邊系。
2. 辦理中醫藥臨床試驗相關研究及培訓人才，協助推動中藥臨床試驗。
3. 研訂中藥(含新藥)等臨床試驗相關法規及重要疾病之中藥臨床試驗基準

2005

強化藥物食品管理，保障民眾安全

1. 配合行政院組織法之修訂，規劃成立「藥物食品管理局」，促使管理、檢驗及研究一元化。
2. 健全藥物食品流通管理體系，落實不法藥物、食品、化粧品與違規廣告之稽查與管理，推廣全民藥學教育，建立合理用藥觀念。
3. 積極推動藥物、醫療器材優良製造規範與國際相互認證。
4. 建立風險評估之食品衛生管理制度，並推動國內業者衛生安全監視計畫，確保食品衛生安全。
5. 建立營養監測工作，推動國人飲食及營養攝取調查，確保民眾飲食之健康。
6. 強化藥物食品、化粧品抽驗，提高檢驗品質，確保消費者安全。
7. 健全管制藥品管理制度，加強新興濫用藥物防制工作杜絕不法藥物之濫用。
8. 積極推動中醫藥現代化與國際化，全面提升中醫藥產業水準。

改造全民健康照護體系，提昇照護品質

1. 健全長期健康照護制度，提升長期健康照護服務品質。
2. 建構病人安全醫療環境，發展社區醫療衛生體系，加強基層醫療保健服務，落實全人健康照護。
3. 健全緊急醫療救護體系，加強精神疾病防治與心理衛生工作，強化自殺防治工作，全面提升醫事機構照護品質。
4. 推動公立醫院多元化經營，提升營運成效。
5. 廣續推動全民納保政策及各項便民服務方案，強化弱勢群族健康照護，保障就醫權益。
6. 推動負擔公平、行政簡便之新健保財務制度，加強全民參與健保機制。
7. 加速推動組織再造，提升衛生行政效能。

2006

發展醫藥科技，推動生技與健康資訊產業

1. 針對國人重大疾病問題進行基礎及臨床研究，並提供醫療保健政策建議及研究。
2. 建構醫藥生技產品管理之基礎環境，進行生物科技技術研究。
3. 推動國家型科技計畫，有效整合產官學研究能量，促進國家經濟發展。
4. 培養醫藥衛生研究人才，促進學術合作。
5. 發展國家健康資訊基礎架構研發計畫，規劃建立衛生醫療資料倉儲共通平台。
6. 健全中藥審查法規及臨床試驗環境，輔導教學醫院成立中藥臨床試驗中心，鼓勵投入新藥研究。

建構中藥用藥安全環境五年計畫

1. 落實兩岸實驗室及炮製工廠認證作業程序。
 2. 品質落地追蹤檢查。
 3. 辦理量產標準品 100 種。
 4. 建立產業科技人才技術認證制度。
-

5. 架設網站連接相關資料庫及協力網站。

6. 編修中華中藥典。

中醫臨床教學訓練計畫

1. 辦理中醫臨床教學訓練計畫，落實中醫門診教學、會診教學及住診教學訓練工作，改善中醫臨床教學訓練環境。

2. 督導附設中醫部門之區域醫院級以上醫院或公立中醫醫院辦理中西醫學術研討會，增進醫師中西醫學整合能力。

3. 建立常見疾病中醫診斷基準及各科臨床診療指引，提供中藥臨床療效評估及全民健保醫療費用申報、審查基礎。

4. 推動住院病人使用中醫中藥療效評估工作，針對同一種疾病同時進行中醫、西醫、中西醫整合三種治療方法的療效評估，尋找最佳的醫療照護模式。

表 3-4 中醫人力供需各項政策分類與建議摘要

政策分類	重要政策建議內容	歷年執行政策重點
中醫師人力供需(郭乃文)(1998)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 透過教考用管道避免中醫師校學經歷認證政策 2. 審慎處理大陸中醫師執照醫師可同時執業中西醫業務之修法 3. 審慎處理兼具中西醫執照醫師之制度衝擊 4. 注意中醫實施總額支付制度之制度衝擊 5. 注意中醫住院納入健保給付之制度衝擊 	<p><u>修正專技人員考試法(1999)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫師特考將於民國 100 年後停辦 <p><u>衛生署(2003)中醫規劃及管理工</u></p> <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. 落實中醫醫政管理；4. 提升中醫醫事人員執業素質；5. 促進中醫醫療事業之健全發展；6. 督導中醫相關團體目的事業；7. 推動中西醫學整合。 <p><u>衛生署(2004)中醫規劃及管理工</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 研(修)訂中醫醫療管理政策及法規；2. 落實中醫醫政管理，加強違法廣告、行為查處及密醫取締；3. 提升中醫人員素質，並辦理專業人員專科制度及訓練；4. 促進中醫醫療事業健全發展，提升中醫機構服務品質；5. 督導中醫醫事及相關團體目的事業；6. 建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合。
中醫系人力教育	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫課程應酌量使用白話文教材並落實中醫見實習制度 2. 鼓勵或獎勵教學醫院增開中醫住院與門診服務 3. 開放中西醫雙執業 4. 開放中醫師可以開立、判讀檢驗單 5. 開放後中醫之畢業生可以同時使用其他執照 6. 鼓勵醫學中心或其他研究機構進行中醫藥研究 7. 廢除中醫特考 8. 全民健保中西醫支付標準公平化 9. 全民健保開辦中醫住院給付 10. 提高中醫系畢業生執業中醫的意願 11. 對中醫系不足地區優先進行補助醫院加開中醫門診 12. 優先在中醫師數量不足之地區開辦中醫住院給付 	<p><u>修正專技人員考試法(1999)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫師特考將於民國 100 年後停辦 <p><u>中醫藥委員會(2001)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 補助七家醫學中心成立『中藥臨床試驗中心』 <p><u>衛生署(2003)中醫規劃及管理工</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動中西醫學整合。 <p><u>衛生署(2004)中醫規劃及管理工</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合。 <p><u>衛生署(2004)-中醫藥臨床試驗規劃及管理工</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 補助教學醫院成立中藥臨床試驗中心，建立符合規範之中藥研發階段臨床試驗環境及標準作業程序，健全中藥臨床試驗環境及周邊系。中央健保局費協會(2002) 1. 中醫門診總額支付制度，無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫 中央健保局費協會(2006)-中西醫合併共診試辦計畫

- 2. 腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫
- 3. 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫
- 4. 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

中醫師人力

- 1. 中醫師供給大於需求因此有必要減少中醫師人力
- 2. 審慎評估開放大陸學歷認證
- 3. 審慎評估中醫系畢業生回流執業中醫
- 4. 審慎評估學士後中醫系增班
- 5. 審慎評估西醫師執業中醫

修正專技人員考試法 (1999)

- 1. 中醫師特考將於民國 100 年後停辦
- 衛生署(2002)促進中醫藥發展及提升中醫醫療水準
 - 1.健全中醫機構發展，提升中醫師執業素質及環境，促進中醫現代化
 - 2.加強中藥藥政管理，落實中藥研發管制，輔導中藥科技產業，促進中藥科學化，開拓國際市場；
 - 3.推動中醫藥對國人重要疾病臨床療效評估研究；
 - 4.進行中醫藥典籍資訊化工作。

衛生署(2003)促進中醫藥發展及提升中醫醫療水準

- 1.建立中醫診斷基準，提升中醫師服務品質，促進中西醫學整合，提升中醫醫療水準；
- 2.推動中藥新藥之開發，健全中藥臨床試驗環境，創造中藥研發環境，開拓國際市場；
- 3.推動中醫藥對國人重要疾病臨床試驗；進行中醫藥典籍資訊化。

修正專技人員考試法 (1999)

- 1. 中醫師特考將於民國 100 年後停辦

- 1. 中醫師人數年成長率維持在 1.7%和 3.8%之間。
- 2. 考量中醫師人數控制或縮減的相關可能政策內容。
- 3. 增設中醫科系或增加人數的教育政策必須與其他縮減人數的措施一併考量。

(一) 全民健保實施後中醫人力供需研究外部有效性評估

中醫醫療人力在中醫醫療體系報告中初期引起較多的注意，投入的資源也較多，時間點集中於 1998 年和 1999 年。在中醫師教育體系方面，台灣於 1999 年修正「專技人員考試法」時，明訂於 2011 年後停辦中醫師特考，算是回應多年來包括科技計畫與非科技計畫諸多研究報告的建議。不過這樣的回應並非沒有政治妥協，因為停辦的時間仍舊很遙遠。2003 年「中醫規劃及管理」計畫中，提出推動中西醫學整合，但是這樣的口號已經喊了數十年，中西醫學整合工作需要的是實質的政策白皮書，將具體的策略清楚陳述。2004 年的「中醫規劃及管理」則比較明確的將中西醫學整合定位在教育體系之中，提出「建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合」。問題在於這樣定義是否足以代表中西醫學整合，後續政策規劃預期還會有不斷的討論。

在中醫師人力供需的議題上，科技計畫與非科技計畫的不同研究結果均一致顯示，中醫師人力在未來有過剩的趨勢，成為共同的結論並達成某種政策上的共識。衛生署在中醫師人力政策上，2002 年提出「促進中醫藥發展及提升中醫醫療水準」計畫，2003 年提出「促進中醫藥發展及提升中醫醫療水準」計畫，以及每年例行的「中醫規劃及管理」，其中與中醫師人力有關的包括「提升中醫醫事人員素質」、「辦理專業人員專科制度及訓練」、「建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合」、「建立中醫診斷基準，提升中醫師服務品質」等工作，不過嚴格說來這些策略並非重大政策內容，而且其成效仍有待評估。

有一項中醫師人力管制的政策雖然未以文字陳述，但政府已經開始有實際行為的，就是衛生署與教育部對於大學院校新設中醫系所已經採取比較謹慎和保守的態度，因此在長庚大學設立中醫系之後，其他大學院校設立中醫系的措施均已經停止，不過目前並未如醫學系招生過程中總量管制的制度。以數據來分析，1995 年至 2001 年台灣西醫師人數的年成長率為 3.8%，但同時期台灣中醫師人數的年成長率為 4.6%，顯示中醫師人力數量有必要採取更為嚴格的管制政策。

(以下文字有待補充)

表 3-5 中醫醫療體系供給面各項政策分類與建議摘要

重要政策建議內容		歷年執行政策重點
政策分類		
中醫醫院 附設長期 照護機構	<ol style="list-style-type: none"> 1. 爭取修法，促成中醫醫院得設置護理之家之修例。 2. 中醫長期照護護理人員培訓計畫。 3. 建立中西醫整合醫療模式。 4. 建立院際醫療資訊網絡。 	<p><u>衛生署 (2004) - 建立藥物食品安全管理體系</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合，提升中醫醫療水準。 2. 建置中醫藥資訊系統安全運作環境，提供全方位中醫藥資訊服務。 <p><u>衛生署 (2006) - 發展醫藥科技、推動生技與健康資訊產業</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 發展國家健康資訊基礎架構研發計畫，規劃建立衛生醫療資料倉儲共通平台。 <p><u>衛生署 (2006) - 建構中藥用藥安全環境五年計畫</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 架設網站連接相關資料庫及協力網站。 <p><u>中央健保局費協會 (2006) - 中西醫合併共診試辦計畫</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 2. 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫 3. 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫
中西藥物 併用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針對較易發生中西藥物併用問題之疾病建立用藥安全性資訊。 2. 針對國人較常使用之中西保健用品釐清使用之安全性及藥效。 	<p><u>衛生署 (2004) - 建立藥物食品安全管理體系</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動中藥新藥之開發，健全中藥審查及臨床試驗環境，創造中藥研發環境，開拓國際市場；鼓勵推動中醫藥對國人重要疾病臨床試驗。
加入世界 貿易組織 因應策略 (彭彥屏)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將衛生署下的「中醫藥委員會」提昇為「中醫藥管理局」。 2. 成立中醫教材編輯委員會。 3. 研發中醫診療療效評估。 4. 建立中醫專科醫師制度訂定「專科醫師分科及甄審辦法」。 5. 落實中醫師進修，定期舉辦學術大會。 6. 修法推動中西醫學的結合。 	<p><u>衛生署 (2001) - 促進中醫藥發展及中西醫學整合</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動中醫藥對國人重要疾病臨床療效評估研究 <p><u>衛生署 (2006) - 中醫臨床教學訓練計畫</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 督導附設中醫部門之區域醫院級以上醫院或公立中醫醫院辦理中西醫學學術研討會，增進醫師中西醫學整合能力。
(詹長權)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由中醫同儕來檢閱的 SCI 科學索引期刊。 2. 提倡高品質的中醫教育、研究與醫療服務。 3. 藉由整合中醫與實證的現代醫學建立台灣的國際品牌。 	<p><u>衛生署 (2003) - 中醫藥綜合性規劃工作</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 召開委員會，提供中醫藥行政事務及研究發展規劃方向之諮詢與建議。 2. 積極參與中醫藥相關會議，訂閱相關圖書、期刊，並蒐集相關文獻

資料。

衛生署 (2003) - 中醫藥科技研究發展

1. 針對提升中醫藥品質、健全中藥臨床試驗環境、推動中醫藥研究及提升中醫醫療品質等主題，進行研究。

衛生署 (2004) - 中醫藥科技研究發展

1. 辦理中醫醫療服務品質指標及管理規範等中醫政策研究提升中醫醫療品質。

衛生署 (2004) - 中醫規劃及管理工作

1. 建構中醫整體臨床教學體系，促進中西醫學整合。

衛生署 (2006) - 中醫臨床教學訓練計畫

1. 辦理中醫臨床教學訓練計畫，落實中醫門診教學、會診教學及住診教學訓練工作，改善中醫臨床教學訓練環境。

2. 督導附設中醫部門之區域醫院級以上醫院或公立中醫醫院辦理中西醫學術研討會，增進醫師中西醫學整合能力。

中央健保局費協會 (2002)

1. 中醫門診總額支付制度，無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫。

健保特約 1. 積極設立中醫教學醫院，朝住院醫師制及專科化之目標前進。

門診費用 2. 中醫政策應將推拿師問題提出證照或成立相關科系。

中醫師空 1. 鼓勵中醫師前往偏遠地區或山地地區實習並提供實習機會。

問分布 2. 各醫學院規劃中醫學系的增設，減低中部中醫師人力密集現象。

中西醫整 1. 成立中西醫整合示範醫院。

合理念之 2. 法規上予以鬆綁。

實踐(汪德 3. 西醫學納入中醫課程。

欣) 4. 研擬七年制中西醫整合教育課程畢業後經國家考試取得雙執照。

中西醫整 1. 中西醫師雙重資格同時執業。

合理念之 2. 加強中西結合醫師的人才養成。

實踐(陳尚 3. 建立診療模式的共識。

武) 4. 增設中西醫結合部門。

5. 促進兩岸中西醫學術交流。

衛生署 (2003) - 中醫藥研究發展工作

1. 推動兩岸中醫藥學術交流，參加國內外中醫藥學術交流會議，推動中醫藥國際化。

衛生署 (2006) - 中醫臨床教學訓練計畫

1. 辦理中醫臨床教學訓練計畫，落實中醫門診教學、會診教學及住診教學訓練工作，改善中醫臨床教學訓練環境。

2. 推動住院病人使用中醫中藥療效評估工作，針對同一種疾病同時進行中醫、西醫、中西醫整合三種治療方法的療效評估，尋找最佳的醫療照護模式。

中央健保局費協會(2006)-中西醫合併共診試辦計畫

- 1.腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫
- 2.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫
- 3.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

中央健保局費協會(2006)-中西醫合併共診試辦計畫

- 1.腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫
- 2.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫
- 3.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

中醫傷科 1.推動中醫住院之健保給付。

專科醫師 2.檢驗及檢查應開放與中醫專科醫師使用。

制度 3.中醫傷科醫師相關科別之訓練。

中醫門診 1.打破總額分區分配。

總額 2.在總額預算中，每年設定一定比率之管控績效額度。

全球策略 統一傳統中醫與現代醫學之理論與用語。

衛生署(2005)-強化藥物食品管理，保障民眾安全

- 1.積極推動中醫藥現代化與國際化，全面提升中醫藥產業水準。

衛生署(2006)-建構中藥用藥安全環境五年計畫

- 1.編修中華中藥典。

組織改造 成立「國家補充與另類醫學中心」。

(二) 全民健保實施後中醫醫療體系供給面外部有效性評估

(以下文字有待補充)

表 3-6 中醫醫療體系需求面各項政策分類與建議摘要

政策分類	重要政策建議內容	歷年執行政策重點
中醫門診醫療利用 (翁瑞宏)	<p>1. 建立中醫疾病分類系統。</p> <p>2. 評估中醫醫院或附設醫院中醫部設立長期照護機構的可行性。</p> <p>3. 依影響中醫門診利用的因素，調整各區域之中醫門診總額預算。</p> <p>4. 促進中西結合醫療發展，尋找具成本效益之治療模式。</p>	<p><u>衛生署 (2001) - 促進中醫藥發展及中西醫學整合</u></p> <p><u>衛生署 (2003) - 促進中醫藥發展及提升中醫醫療水準</u></p> <p>1. 促進中西醫學整合，提升中醫醫療水準</p> <p>2. 建立中醫診斷基準</p> <p><u>衛生署 (2006) - 中醫臨床教學訓練計畫</u></p> <p>1. 建立常見疾病中醫診斷基準及各科臨床診療指引，提供中藥臨床療效評估及全民健保醫療費用申報、審查基礎。</p> <p><u>中央健保局費協會 (2006) - 中西醫合併共診試辦計畫</u></p> <p>1. 腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫</p> <p>2. 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫</p> <p>3. 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫</p>
中醫門診醫療利用 (李丞華周穎政)	<p>1. 落實依健保局六個分局劃分區總額，除年齡、性別外，需加入中醫師人力等因素。</p> <p>2. 減少中醫醫療可近性之地域性差異。</p>	<p><u>中央健保局費協會 (2002)</u></p> <p>1. 中醫門診總額支付制度，無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫</p>
中醫門診醫療利用 (鄧振華)	<p>1. 將中醫療效以現代醫療儀器及數據顯現。</p> <p>2. 加強中醫醫療社會行銷。</p> <p>3. 將正確之中醫藥知識及信念列入正規教育及社會教育。</p> <p>4. 建立國立中醫醫學中心及廣設公立中醫醫院或在現有公立醫院設立中醫部門。</p>	<p><u>衛生署 (2004) - 中醫藥科技研究發展</u></p> <p>1. 辦理中醫藥對重要疾病臨床療效評估。</p>
中醫門診醫療利用 (李卓倫陳雅惠)	<p>1. 謹慎規劃中醫醫療資源成長的速度。</p> <p>2. 針對有利用中醫之民眾進行適當之個案管理。</p>	
醫療品質	<p>1. 健保局應確實執行中醫品質確保方案中醫服務利用及品質指</p>	<p><u>衛生署 (2004) - 中醫藥科技研究發展</u></p>

1. 辦理中醫醫療服務品質指標及管理規範等中醫政策研究提升

標監測。

2. 定期進行全國性的病患滿意度調查及出版健康照護報告卡。
3. 重視溝通品質，主動提供病患醫療資訊相關需求。
4. 傷科處置及針灸治療由中醫師親自執行。
5. 增加給藥天數，減少民眾不必要看診次數。
6. 重視院內管理，不要向病人額外收費。

認知態度 政府醫療當局應重視中醫在醫療上的必需性、實用性和可利用
及行為 性，應以積極的態度來推動中醫與中西醫結合之證據醫學臨床研
究。

(三) 全民健保實施後中醫醫療體系需求面外部有效性評估

(以下文字有待補充)

第五章 未來中醫醫療體系規劃之方向

本章的內容，主要在透過歐美國家替代醫療體系的文獻探討，以及台灣近年來基層醫療改革的趨勢，期望對未來台灣中醫醫療體系的研究規劃指引方向。由於本土的基層醫療改革方向對於下一階段的中醫醫療體系衝擊較大，因此在本章中先行討論，然後再討論歐美國家近年來與中醫醫療體系改革相關的議題。不過無論如何，本章的討論內容永遠不可能完全周延，僅能就研究團隊於研究期間所收集的資料做盡量完整的呈現。

一、中醫總額與基層醫療體系的整合規劃

為了使基層醫療更有效率與公平性，近年來歐洲國家對基層醫師的管理內容主要有以下五項 (Groenewegen et al 2002, Starfield 1996, Boerma and Fleming 1998)：1. 鼓勵基層醫師赴低度服務地區：增進基層醫師與設施在地理分布上的公平性；2. 病患登記家庭醫師後每位家庭醫師的病患登記名單：鼓勵基層醫師針對特定登記人口群的健康負起責任；3. 以論人計酬作為基層醫師服務的支付單位：鼓勵基層醫師提供更具有成本效果(cost-effective)的資源管理和更具連續性的服務內容；4. 守門人角色：守門人的定義為必須經過基層醫師的轉診病人才能接受專科醫師服務，此舉可以鼓勵提供更適當的專科服務，並避免不必要的專科服務；5. 建立同儕專業審查機制：針對基層醫療品質進行有效的外部監控和內部監控(monitoring)。對於上述的五個組成，不同國家介入的方向與介入的角度均有不同，此種差異主要來自各國之間不同的文化、歷史、和經濟狀況，尤其主要歐洲國家在登記病患名單、論人計酬、和守門人角色三個組成上所採用的策略均有不同。

當基層醫療體系依據上述方向進行改革時，對中醫醫療體系短期內最大的衝擊，可能來自政府為了鼓勵民眾至基層醫療就醫所釋出的誘因，例如減免部分負擔等等，此舉的主要正面效果是吸引病患至基層診所就醫，主要負面效果極可能是吸引中醫診所病患轉而至西醫診所就醫。因此中醫醫療有必要與此一基層醫療制度整合，未來牙醫醫療體系也存在類似的問題，但急迫性略低於中醫醫療體系。比較理想的作法之一，是讓中醫加入基層醫療論人計酬的醫療群之中，但可

以維持原本的中醫費用總額，讓中醫醫療成為主流政策制度中的一環，而基層醫療群也可以因為中醫診所的加入增加醫療群的特色。

但是中醫醫療與基層醫療體系的整合會有三個層面必須深入探討，未來的研究將適度討論並提出初步建議，這三個層面分別為：第一，中西醫診所如何在供給面進行轉診與組織整合？第二，中西醫診所如何在需求面按照民眾健康需要進行有效率的整合？第三，中西醫診所如何在財務面進行整合？尤其是如何在保有中醫總額的前提下，讓加入醫療群的中醫診所共享論人計酬財務的優勢？這三個層面的議題應該作為未來研究的主要討論重點。

針對上述三個整合層面，未來研究可以專家座談和問卷調查一併進行，問卷調查的對象包括執業中醫師、開業醫師尤其是基層醫療群的醫師、和一般民眾，其中執業中醫師和開業醫師問卷主要探討供給面整合的議題，一般民眾問卷主要探討需求面整合議題，其中最好於研究進行期間盡可能增加中醫師和醫療群的完訪問卷數量。至於專家會議的目的主要在探討財務面整合的議題，可以由未來的研究小組先行提出可能的數個議案，再交由專家會議討論。

在中醫師與家庭醫師問卷的供給面整合上，未來的研究可以詢問執業中醫師與醫療群醫師可以接受的整合方式，包括中醫總額單獨實施論人計酬的可行性，中醫總額與家庭醫師制度合併實施論人計酬的可行性，中醫總額與論人計酬如何在個體層級與總體層級合併計算，中醫師參加現有家庭醫師醫療群的意願，或家庭醫師醫療群整合中醫診所的意願，中醫師與家庭醫師之間雙向平行轉診問題，中醫師與家庭醫師之間家庭檔案建檔的共享問題等等。

在一般民眾問卷的需求面整合上，未來的研究可以詢問一般民眾對中醫醫療的門診需求，對由家庭醫師轉診中醫門診的需求，對參加家庭醫師醫療群的付費意願，對中醫醫療加入家庭醫師醫療群的付費意願，因為未來的研究可以透過付費意願的測量來計算中醫醫療整合家庭醫師醫療群的總體社會效益。

表 5-1 列舉台灣全民健保基層醫療體系改革可能進程，未來的研究可以依循所有步驟探討中醫醫療可能面臨的實務與學理問題，並嘗試提出未來規劃與研究的方向。

表 5-1 台灣全民健保基層醫療體系改革可能進程

一、試辦銜接		二、登記及組織家庭醫師基金(近程)	
階段	現有健保試辦計畫	民眾登記家庭醫師	組織開業醫師聯盟
組成	現有健保試辦計畫	民眾登記家庭醫師	組織開業醫師聯盟
待解決學理問題	<p>健保有試辦計畫之理論及實務評估</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 山地離島整合性醫療服務體系(IDS) 2. 五大疾病給付方案 3. 醫師品質責任制度(PQRS) 4. 論人計酬試辦計畫 	無	<ol style="list-style-type: none"> 1. 開業醫師水平整合的學理及實務分析 2. 醫療體系的反托拉斯結構分析
待解決實務問題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 決定登記醫師種類與資格並徵求參與登記之醫師 2. 決定醫院門診部門是否可以獨立或參加聯盟 3. 依據醫療資源多少劃分區域再依區域列出開業醫師清單 4. 民眾登記開業醫師之設計 5. 提供開業醫師的品質或聲望訊息供民眾選擇之參考 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 決定登記醫師種類與資格並徵求參與登記之醫師 2. 決定醫院門診部門是否可以獨立或參加聯盟 3. 依據醫療資源多少劃分區域再依區域列出開業醫師清單 4. 民眾登記開業醫師之設計 5. 提供開業醫師的品質或聲望訊息供民眾選擇之參考 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 如何預防歧視 2. 研擬危機調整論人計酬公式 3. 在論人計酬之外列入管理成本 4. 設計論人計酬以外的補償機制 5. 藥費、檢驗費是否獨立 6. 民眾自由就醫下聯盟問拆帳方式 7. 聯盟內部財務控管方案 8. 評估民眾等候時間
預期結果	評估報告及制度銜接方案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 開業醫師開始以提昇品質為手段競爭病人 2. 民眾開始意識到家庭醫師是誰 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 開業醫師開始產生分工整合機制並進行部份市場區隔 2. 產生聯盟內部監控及自我管理機制 3. 管理專業人員進入聯盟 4. 透過資訊系統開始形成虛擬整合 5. 醫院部分醫師可能進入基層
			實施論人計酬制度
			<ol style="list-style-type: none"> 1. 研擬危機調整論人計酬公式 2. 如何預防歧視病人的學理面與實務面探討 3. 各國論人計酬及開業醫師基金之文獻回顧探討 4. 論量計酬及論人計酬雙軌並行的相關問題探討
			<ol style="list-style-type: none"> 1. 民眾逐漸習慣自己有家庭醫師 2. 部分維持論量計酬的雙軌制 3. 部分開業醫師是否反彈 4. 參與聯盟者的特質是否為負面 5. 民眾等候時間是否延長

表 5-1(續) 台灣全民健保基層醫療體系改革可能進程

階段	三、落實轉診制度(中程)	四、落實分級醫療(中程)	五、落實基層醫療保健(遠程)
組成	部分住院費用轉由基層支付醫院	限制民眾逕赴醫院就醫	限制民眾在同一聯盟內看診
待解決學理問題	<ol style="list-style-type: none"> 1.以代理人理論進行醫療體系改革的優缺點探討 2.以總體資料進行疾病別或病例組合別的財務分析 	無	<ol style="list-style-type: none"> 1.世界衛生組織實施基層醫療保健之原理與實務探討 2.各國實施基層醫療保健制度之內容比較
待解決實務問題	<ol style="list-style-type: none"> 1.選擇醫院總額轉給基層總額的角度，例如疾病別或病例組合 2.開業醫對醫院的付費方式與計價單位 3.對於無合約醫院品質及聲望指標供開業醫與民眾選擇醫院 4.提供醫院品質及聲望指標供開業醫與民眾選擇醫院 	<ol style="list-style-type: none"> 1.教育宣導 2.設計民眾財務誘因 3.設計急診除外規定的明確定義與範圍 4.製作標準作業處理逕赴醫院之非急診病患 5.醫院內部財務與組織的重整 	<ol style="list-style-type: none"> 1.規劃護理訪員制度 2.預防保健功能與家庭醫師整合架構設計 3.醫療與社會服務在社區層級的整合 4.衛生政策分權理念的設計與落實
預期結果	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院開始以提昇醫療品質及行政效率並降低醫療費用為手段競爭轉診合約的力量 2.開業醫考慮後送醫院內容吸引病人的力量 3.形成轉診合約並落實轉診制度 	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實家庭醫師制度 2.會牽制家庭醫師所屬後送醫院產生日質及價格競爭 	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實基層醫療保健 2.對部分基層衛生機構進行組織重整 3.擴大家庭醫師聯盟的功能

二、提供以病人為中心的醫療服務

首先，中醫醫療體系的規劃可以是以病患為中心醫療體系的一環。因為以病患為中心的醫療體系強調四個方面的概念：1. 提升民眾健康狀態，2. 提供高可近性的醫療服務，3. 整合各層面的醫療照護，4. 強化病患的醫療參與權。而中醫醫療體系的規劃與上述「提供高可近性的醫療服務」和「整合各層面的醫療照護」均有密切相關。

(一) 提升民眾健康狀態

我國的醫療照護系統，長久以來均將重心放在疾病的管理甚於預防保健上。由於一個疾病的產生有許多複雜的因素，包含病患本身的經濟與社會狀態、家庭情況、種族與宗教的情況等等因素，不只是單純由病毒或病菌所引起，故全面性的探討一個疾病的產生，以利預防保健的施行，是公共衛生層面所著重的重點，如果我們一直忽略預防保健的措施，數年後，六十五歲以上的老年人口花費在維持健康的醫療保健花費，將會與現在是否有從事風險因子的規避有極大的關係。

在追求提升民眾健康的同時，醫療專業人員所扮演的角色面臨了一個難題，那就是醫療專業人員對於其工作地理區域，所居住的社區人口之健康狀態缺乏明確的專屬責任感。縱使不同的醫療服務之間是有相互依存的关系，然而整個醫療體系對於維持大眾健康的健康教育及社會服務提供的誘因幾乎是微乎其微，醫療系統與社區的結合不夠緊密，導致對大眾健康的促進只能發揮些微的功效，即使醫療的專業人員與社區產生緊密的結合，仍會衍生出另一個難題，就是如何使傳統的醫療照護模式完全轉換成以公共衛生為主的全方位醫療保健服務體系，而基層醫師宣導公共衛生教育功能的技巧與能力亦是急需強化的部分。

(二) 提供高可近性的醫療服務

提供適時又方便的高可近性醫療服務管道，是邁向健康提升的便道，而其中又以就醫等待時間的改善最為棘手，例如民眾掛號的等待、看診的等待以及診察或檢驗的等待等，所以解決等待時間的問題應是提升醫療品質的主要目標之一。

然而在解決等待問題之後，民眾進一步會期待獲得更方便的醫療專業服務。一般病患普遍想要在他們工作以外的時間獲得與醫師接觸的機會，同時並能做一些就醫的規劃，例如可以在某個假日進行手術等，因此醫療人力的調整是極為重要的。

但是醫療人力的調整與醫療人力專業角色的變化有密切關係，以基層照護方面為例，護理人員的角色應被視為醫療服務的第一個窗口，而醫生將不再是醫療服務裡的唯一的守門人（gatekeeper），因此在這同時護士的角色已逐漸與醫生並駕齊驅。很明顯地，在基層的醫療體系當中，護士的角色比起二級醫療體系中較專業的護理人員，相對有更全面性、直接性與重要性的任務。

在醫師人力的調整方面，主要的改革方向，應是將一些原本在醫院裡進行的診斷、較輕微的手術、或越級就醫門診病人，甚至一些例行性檢查都交由基層醫師來處理，例如內視鏡檢查等。藉由這樣的變革，病人的等待時間便能明顯減少，同時亦可以幫助基層醫師發展他們自己有興趣的專科，進而解決中小型醫院專科醫師人手不足的問題。

不過，在一般化與專業化的護理人員與基層醫師混合的架構之下可能會衍生出一些潛在問題。首先是訓練、工作職稱和待遇的問題，這些問題需要透過在相同標準之下的專科化程度來協商衡量，例如一個較資深的護士除了是醫療照護的守門人以外，也應擁有和基層專科醫師一樣的初步診察能力，及開立處方的能力，所以現有認證的規定以及報酬制度必須加以修正。

另一個可能的問題是一般科與專科界線的轉換，這一條界線似乎並不是很明確，因為在此混合架構之下所提供的醫療服務，比起基層診所或醫院更能跨越不同層級的網絡醫療。

到目前為止，我們所討論的醫療照護的管道著重在面對面的診斷照護。但近年來，隨著科技的進步，電子溝通器材的發達，有些症狀例如慢性疾病的診斷，面對面的診斷是否真的是唯一的看診方式，已經開始被質疑。

其次，病人通常希望可以減輕生理上或心理上的痛苦與不確定感，會想要知道有哪些事情是不能做，哪些事情是可以做，藉以增加自己對自己身體的保護或保

養，因此，病患需要的不是增加就醫的次數，而是藉由更方便的方式跟其他病患與醫師的溝通所得到的效益。

科技的進步可以使患者能夠更快速更方便的獲取部分的醫療服務，但科技的進步程度尚未到能取代醫師平常的繁瑣工作的階段，所以科技設備只是輔佐的工具，讓部分疾病的患者可以快速的找到妥善處理的方式，並非所有的疾病都適用此一方式。

(三) 整合各層面的醫療照護

Kendall (2001) 的研究指出醫療服務缺乏整合性是病人就醫研究經驗中最常出現的一項因素 (Kendall, 2001)。在一項研究調查指出有百分之三十七的英國病患認為他們醫療照護缺乏組織性，瑞士是百分之十八，德國是百分之二十，美國則是百分之二十六。而且有一定比率的民眾認為醫療人員給他們的訊息是矛盾的，讓他們無所適從 (Coulter and Cleary, 2001)。因此民眾需要的是一個有組織與整合性的醫療服務，他們可取得各方面整合過且有效率的完整資訊，而非片段有矛盾的資訊。

醫療服務的整合有其必要性，在不同的醫療院所或同一個機構中的不同的醫事服務人員如果缺乏整合，則會產生專業工作間的困難度，例如語言、文化、價值觀以及歷史的差異會造成無效率的溝通與了解，這種情況近幾年來可能會日益嚴重，因為醫療照護體系的專科化日益增加，在這樣的趨勢之下，各醫療機構或醫療機構內部的整合更顯得重要。因此，近年來的整合趨勢就是尋求發展新型態的醫療團隊，此團隊的成員所擁有的技巧與能力是全面的，並對即將進入醫療服務的學生進行密集的訓練，這種意識到以病人為重點的照護團隊特色，就是將醫療資源與設備，從以病人為考量的情況下打散再重組，組成一個更適合病人的醫療服務團隊，以便提供一個較完整且較細密的照護。

(四) 強化病患的醫療參與權

在醫病關係當中，醫生對病人情況的告知愈來愈重要，病人希望的不再是以以前那種消極的接受治療的角色，而是他們希望他們能夠參與整個治療的過程。美國

哈佛大學設計出一套病患回饋的計畫想要得到兩個答案，一個是病患接受醫療服務時所重視的感受是什麼？另一個是他們認為無法接受的是什麼？因此，很多採取此方法論的研究與問卷已經在國際上被大量的用來測量以病人為中心的照護程度。

在全部被研究的國家中，共同關心的一個問題就是臨床議題的溝通。病人抱怨他們的治療沒有足夠的說明、在急診室裡沒有充分的資訊、對於檢查結果沒有適度的解說、以及沒有充分被告知治療之後的效果等。病人想從消極的被治療角色中跳脫變成治療團隊中的一員。因此，醫療團隊與病患之間的溝通更顯得重要，病患有被詳細告知情況的權力。

有些人認為對病人做些基本的醫學常識的教育，遠比訓練病患自我管理來的重要，而這些醫學知識如果可以從網路上或方便的管道取得，更能幫助病患預防疾病的威脅。然而有些人認為如果真的變成這樣的情況，那專業人員的地位將會受到威脅。但總而言之，有許多具體證據顯示，強調病患自我效能的教育介入，的確可以減少醫療服務的使用，進一步達到成本節省的效果(Crow et al.,1999)。

以上所陳述的四個重點是以病人為中心出發的醫療服務，在此一架構之下，醫事服務人員需要了解疾病發生的基本原因，以及病患個別與整個社區需求之間的關係。同時醫事服務人員也需要進一步合作，在不同的專科別之間行成強力的連結，以便有效且快速的滿足病患的需求。他們也需要對日新月異的科技熟練，能夠使用新的科技設備並且跟病患溝通治療過程或結果所帶來的風險與利弊，讓病患能夠參與治療過程的決策，如此一來要達到以病患為中心的目標是指日可待的。

三、另類醫療人力

近二十年來，現代及傳統兩者在醫藥專業上有大幅度的成長，這反映在現今治療模式的分歧 (Rankin-Box, 2001)。要知道有多少另類醫療執業者是幾乎不可能的，因為大部份的工作來自私人、健康醫療中心、診所、SPA、桑拿。Budd and Mills (2000) 估計在英國約有 56000 位的另類醫療執業者，但實際上這個估計也許低估

的當下開業的人數。

1997 年整合醫療基金會 (The Foundation for Integrated Medicine) 出版一另類醫療執業者進入健康照護系統各種議題的大綱報告。其中四個主要議題是：研究及發展、教育及訓練、管理或法規、結構系統 (Foundation for Integrated Medicine, 1997)。Budd and Mills (2000) 則探討另類醫療執業者治療的狀況及專業的領域，他們的調查探討另類醫療執業者專業組織的活動及特徵，這份報告基於達到自動調節及建立國家職業治療法律標準的階段，把各種另類醫療執業者治療分成三部份。

第一部分由比較嚴格的治療組織所組成，如針灸、chiropractic、homeopathy、osteopathy 和藥草 (即所謂的 big five)；第二部份則是治療效能具有實證基礎，但診斷和治療過程無法申請健保支付，不過團體內部已經開始有些自我規範出現；第三部份是對於健康及疾病上的信念完全無法與現代醫療進行整合的內容。

另類醫療執業者已在 21 世紀聚積為一股衝力，最近的趨勢則是為每個療法建立個別的領導組織 (Housse of Lords Select Committee Report on Science and Technology, 2000；Department of Health, 2001a)。近期英國打破另類醫療執業者的管理而走向獨立的專業組織，一般說來，他們的角色是提升最低要求、編輯國家或地方正式認可開業醫的資料、建立執業倫理、關切投訴及注重學術步驟等。這些專業組織以專業前或半專業層次的方式運作，不令人訝異的是這些另類醫療將在何時、如何和以什麼的形式整合至國民保健服務。

很多另類醫療的專業組織在發展核心課程、建立正式認可機構、及訓練程序等的早期階段。然而，近幾年來，一些專業組織遽增，會員從幾百到幾千人不等 (Budd and Mills, 2000)；有些則以另一種形式出現。因此，專業組織會員的情況常惡名昭彰且讓人難以辨識其優劣。

我們不應只是以一個外部的旁觀者來批評此一情況，相反地，這應是一個基於不同背景及經驗的另類醫療學術性社會學家及開業醫或使用者應當關切的內部事件。在另類醫療中，兼具學術性及實驗興趣的社會學家，主要目的是討論一些關鍵事務，如果另類醫療執業者能整合至國家的國民保健服務終將是個成功的「醫療聯

姻(medical marriage)」,而不是蘊含著秘密和風險的事務(Featherstone and Forsyth, 1997)。這些關鍵事物為另類醫療執業者的教育訓練、以研究基礎實證的另類醫療效能、專業範圍的範圍設定和範圍維持及專業倫理。

(一) 另類醫療執業者的教育訓練

另類醫療執業者的教育訓練變化性極大且蘊藏著玄機。需求甚高,但其品質及課程在深度、寬度與內容上卻都有極大的不同,因此也一直為人所質疑。此外,不僅是私人擁有的學校、社區學院、函授課程,甚至是如擴充教育學院(College of Further Education, FE)與高等教育機構(Higher Education Institution, HE)等的公立學校,亦都難以對於其教育訓練課程有一明確的概念。Rankin-Box (2001)指出再英國就有超過二十所的大學提供另類醫療的課程;Stuttard and Walker (2000)認為種整合另類醫療至現存醫療照護專業的課程將是一種趨勢,尤其是提供給無護士執照的人上的課(pre-registration course),及具有護士執照的人上的課(post-registration course)。

整體而言,高等教育部門教育訓練的發展重心傾向在於「big five」中,但卻只佔另類醫療執業者可獲得教育訓練機會中的一小部份。在鼓勵所有另類醫療發展個別的領導組織時,政府或許最終將促進和監督教育訓練的標準。然而,因關於治療或特殊科技及治療意識形態的不同,源自於不同組織間的政治口角使得鼓勵另類醫療發展個別的領導組織此一目標更顯得遙不可及。因此,很多另類醫療試圖整合教育訓練的發展,面臨重大的問題,並不令人意外。

(二) 療效的實證基礎

另類醫療的另一個主要的阻礙是有關治療效能(efficacy of treatments)。一些另類醫療執行者宣稱他們是反科學甚至宣稱他們代表一種醫療模式典範轉換的先趨。McGourty (1993)指出當下另類醫療執業者的問題在於另類醫療執業者聲稱他們的療法即使依據科學方法構也自成一完備且一致的整體。這是因為他們是基於長期的觀察;他們已經厭倦、測試及再精進;他們有其連貫且一致的理論架構且在那架構下的結果是可預期的(McGourty, 1993)。

然而，關於另類醫療研究有效性的爭論始終是存在的（Power, 1994；Burton, Sykes and Bennett, 1994: 8）。就某種程度而言，隨機控制的研究仍是保持研究的黃金標準；同時，也提供作為一些治療方法的研究模式。無疑地，隨機控制的實驗對另類醫療的治療效能是重要的，但成本效果分析、病例研究、健康狀態的測量、觀察研究和考量醫病關係的量化性方法對解答另類醫療療法使用都是必要的（British Medical Association, 2000：22）。

即便研究的需要被廣泛的接受，仍然有訓練組織架構的問題。另類醫療不能被用來當作提供支援研究的組織且缺乏使他們從事生物醫學研究的可信度；在另類醫療教育訓練的課程中缺乏基本研究方法的訓練。因此說明療效的議題仍處於議論紛紛的階段，不只存在於另類醫療和正統的生物醫學，而且也發生在另類醫療彼此之間。因此，另類醫療非正式地轉移至那些當下未能經由傳統方法獲得病痛緩和、減輕、解除的病患。對實證基礎另類醫療需求的日益增加，也許可以改善傳統另類醫療執行方式的繼續。

（三）專業範圍的設定與維持

相較於上述兩個議題，另類醫療專業範圍此一議題較少受到批評與關注（Cant and Sharma, 1999；Fournier, 2001）。許多另類醫療的治療關係強調的是合作的和非階級組織的，醫師和病患一起努力實現最大的利益（Budd and Sharma, 1994）。因此，這樣的治療關係就形成一種近似同等（near-equals）的關係，雙方共享此一治療的過程，至少雙方擁有共同的目標。儘管如此，清楚和適當專業範圍的訂定和維持仍是很重要的議題（Malin, 2000；Dent and Whitehead, 2002）。多數傳統醫療照護其範圍的設定是以病人和工作人員間的「專業距離」（professional distance）為形式。然而，此一方式在另類醫療專業範圍的訂定上，因醫病關係性質的不同，因此相對顯得模糊及混亂（Oerton and Phoenix, 2001）。

（四）專業倫理

在正式的醫療照護，倫理的考量對訓練和醫療工作是極為重要的。病患如消費者（patient-as-consumer）和專業病患（expert patient）的出現（Stone, 2002: 33;

Department of Health 2001b)，也指出政策往病患共同參與此一方向轉移。在治療關係中出現這樣的改變對另類醫療執業者以病患為中心的照護是有利的。我們主張任何與 NHS 的整合必須發展涵蓋另類醫療中倫理的覺醒及訓練，也必須承認一些當下的另類醫療工作在傳統醫療照護環境下是無法被接受的。

傳統上，另類醫療在倫理觀上的看法有兩個和國家醫療體系不同的假設。第一個假設是另類醫療醫師對其產品範圍的看法：另類醫療提供一個病人選擇願意去支付他們所極需的服務。因此，此一假設是另類醫療的顧客在治療關係上有較多的權利，因為他們是付錢的人。第二個假設是另類醫療醫師的照護即相當於倫理 (Lee-Treweek, 2002: 61)。具愛心的醫師會自動自發地為病人謀求最大的福利，並且會公平的治療病患使其獲得健康。然而，這些假設並沒有經過仔細的檢視，因此，即使我們相信另類醫療醫師具有良好的企圖心，但此並不意謂他們對如”告知後同意”(informed consent)、病患隱私權的議題，具有清楚的瞭解。

有四個倫理問題必清楚的討論，包括：(1) 另類醫療醫師如何做到和證實其具有倫理的專業性；(2) 傳播及執行倫理的不同標準；(3) 所有另類醫療執業者的市場策略有逐漸成長的趨勢，和治療方法是以合併的形式為基礎；(4) 整合至 NHS 時將需要有關不同科別間轉診及專業範圍管理的新倫理與參考考量。在 NHS 的範疇中，轉診的倫理議題是個很好的研究主題 (O'Donnell, 2000)；但在另類醫療中，轉診不僅很少被研究，即使在教育訓練的課程中也很少被談及。

隨著社會大眾對另類醫療興趣的增加，來自代表另類醫療專業組織的高度倫理規範是被期盼的。在另類醫療的教育訓練中，倫理議題更需要被重視。如此，另類醫療和正式醫療照護中「倫理的延遲」(ethical lag)才會漸漸縮小。

四、以研究為工具進行中西醫療整合

為什麼我們需要了解民眾接觸傳統醫療和接觸後的結果？衛生政策制定者、傳統醫療執業者和醫師如何面對這兩種需求？我們可以運用我們的認識去影響現在

醫療體系改革，也可以設計適合給有需求的民眾，是追求上述問題答案的重要理由。

英國、美國和加拿大正處於醫療體系重大變化的進程之中，這些變化主要受兩種力量所牽引。第一個影響較廣大的力量是追求更有效果和符合成本效益的醫療體系。加拿大的國家衛生論壇(Canada's National Forum on Health 1997)歸納結論，國家健康保險的核心價值大致未曾改變，但是將來會加入更多實證性的決策內容，更具有持續性的醫療照護，和更多以病人為中心的照護，並且將更多重心放在預防和整合式的醫療服務上。英國的國民保健服務政策白皮書 (The New NHS: Modern, Dependable) (Department of Health, 1997) 近來也有很多上述類似的論述。美國的商業醫療保險，愈來愈要求醫療服務提供的效率與醫療體系的改革，因此也愈來愈能接受實證醫學和預防措施。

第二個影響的力量比較特殊，是各國人民對傳統醫學或替代療法需求的升高。英國的威爾斯王子整合醫學促進機構 (The Prince of Wales's Initiative in Integrated Medicine 1997) 提供一個清楚的分析架構來描述以上兩種力量如何結合。美國柯林頓總統指派一個委員會處理傳統醫學或替代療法的研究，追蹤成立一個由國會組成的傳統醫學或替代療法中心。加拿大成立一個管理自然健康產品的部門(Office of Natural Health Products)，在此成立一個顧問委員會提供經費進行深入的研究。

這一節的內容主要來自 Best & Glik (2003)的研究，主要討論如何藉由醫療體系改革，來滿足逐漸成長的傳統醫學或替代療法需求，為了整合這兩種目標，可以在概念上將傳統醫學或替代療法研究視為健康服務研究的一環，以幫助我們同時滿足上述兩個目標。這個議題必須處理類似傳統醫學或替代療法的利用、什麼樣的條件下傳統醫學或替代療法才會有成本效益、何時是實證基礎、和哪些是屬預防性等的問題。著眼於實證、成本效益、使用和預防這些方面，可以一步一步促進傳統醫學或替代療法整合進入醫療系統，不論型式為何。

當然，研究是醫療體制改革唯一的因素，對於區分整合性醫療服務和整合性醫療改革非常重要，同時整合性傳統醫學或替代療法研究或許可以促進更好更快速的醫療服務改革。

(一) 整合性醫療服務的運作模型

整合的目的是為了每個人能容易接近全面且合併的醫療服務，以減少生病和增加生活的健康品質和壽命。從醫療服務觀點，這個目的需要不只公平的可近性，且醫療服務系統可以支持尋求最佳健康。O'Dnnell(1989)定義最適健康(optimal health)為一個生理、心理、社會精神和智能健康的平衡，從此書的研究報告中清楚得知傳統醫學或替代療法使用者有一個明顯相似的觀點。然而，關於健康的定義和最好的測量方法有重要的理論爭論(Frankish et al., 1999)。所以，我們著重在釐清觀念和設計測量方法的需求上。

表 5-2 為整合性醫療服務的運作模型。它顯示分析層級、提供整合服務階段和混合不同的醫療服務理論之間的複雜度，目的在於釐清意義和描述提供醫療服務的整合方法。整合(integration)此字的在下列三個層級有不同的意義：醫療系統、提供服務和個人健康，列於表 5-2 的最左邊一欄。

表 5-2 整合性醫療服務的運作模型：層級、策略、哲學*

層級	策略			
	治療	學習	研究	結構
醫療系統	整合性衛生改革	發展新的政策	醫療服務	資源公平分配
提供服務	整合性照護模式	專業人員發展	服務結果	醫療專業間的平等
個人健康	最適健康	自我控制	改變典範與行為	接近醫療照護

* 本表可加入哲學面向形成三度空間的運作模型

在表 5-2 中，整合醫療服務系統的目標需要至少四個策略：第一，安全、有效、且有效率的臨床/「治療」策略發展；第二，可信、可近性、有效的資訊和「學習」策略發展；第三，一個協調、實際、研究發展普及的相互調和議程去測試特殊的方法和提供必須的資料給醫療改革決策；第四，醫療結構重新組合確保公平的可近性。上述的策略並非全部，例如有關於調控(regulation)的議題或許可以加入當第五項，在此暫不討論。表 5-2 還有第三個面向無法列出，那就是哲學觀，包括傳統醫療哲學、替代醫療哲學、行為科學哲學、健康促進哲學四種，將於本節後面再討論。

(二) 層級和策略面向之間的交互作用：醫療系統

首先討論第一個層級，就是醫療系統層級。醫療系統中的「治療」策略包含正式和非正式（傳統醫學或替代療法）的醫療系統，使用治療(healing)而不用臨床(clinical)是因為某些重要的「治療」元素可能來自臨床以外的架構。例如緩和醫療重視病患的社會心理層面，認為家庭和社區有助於增加生活品質、減少成本和或許延長壽命。另一個例子如健康促進傳統視個人、個人健康管理或是自我照護為最佳健康策略。這些例子強調透過整合概念來跨越醫療照護的正常範圍，整合不同層面的醫療系統可以促成一個更有效果與效率的系統。於是，醫療系統中的「治療」策略可以視為醫療改革過程的一部份，整合的程度取決於有多少民眾的需要被滿足，但整合程度的策量必須考慮所有相關的基礎建設，例如訓練、支付制度、和可近性等等，因為這些因素的交互作用會決定效果和效率。

醫療體系層級的「學習」策略重視與整合有關的政策議題，主要的議題在於公眾、醫療專業人員和政策制定者如何個別「學習」扮演各自的角色，以達到最適健康的目標。目前的公眾、醫療專業人員和政策制定者對於傳統醫學或替代療法已經有很多的資訊需求，這些人對傳統醫學顯然已經具備興趣和動機，然而要有效的轉變為政策仍舊需要公眾教育和健康促進，並且需要在資源和基礎建設上進行投資。政策改變在這裡才是重點，例如加拿大和英國的醫療公共政策，付出許多努力促成民眾對健康和醫療系統的認知，美國的管理式醫療照護也經歷相同的經驗。比較大型的系統整合將會有需要重新思考「治療」和「學習」兩個觀點，及他們在決定健康上的相互角色。在加拿大和英國，在此一層級測量整合程度的方法，就是評估公共政策在治療-學習-研究三者之間的平衡。相反的，測量美國醫療系統整合的方法可能評估是保險者所提供服務的涵蓋範圍，可以平衡「治療」和「學習」的程度。

醫療系統的「研究」重點放在醫療服務研究。醫療服務層級的「治療」和「學習」策略的意義和方法已經在先前討論過，但其測量可能有些不準確和武斷。整合的測量之所以複雜，是因為治療和學習兩個策略均會影響健康結果。例如公眾/專業教育和地方醫療資金必須在政策上相互調節，以達成最大效率和結果。為了決定

是否有效率，制式的結果測量方法像總罹病率或是整體醫療利用，必須拿來與「治療」和「學習」的合併成本相比較。在典型的醫療系統研究領域中，開發新的研究議題必須要先致力於主要用詞的定義、研究方法學、和發展測量方法。

醫療體系內的「結構」是關於服務如何分配給個人、組織和大眾。在整合系統內，服務的提供將不再強調富裕者，而是要公平的分佈於各個社會經濟階層。

總體來說，透過上述四個醫療系統的策略來認識整合概念需要相當的挑戰，有需要去釐清每種策略的意義和測量方法。如果想要達成更好的整合，必須先整合不同的傳統概念來發展一種共通語言。

上述議題和概念發展在現行醫療政策和改革環境中特別重要，例如加拿大逐漸以病人為主的政策導向中，認知到對整合傳統醫學或替代療法的需求，大力推動增加醫療資訊服務，增加經費來改善醫療研究和以實證為基礎的決策，如同重視自我照護和預防。這些趨勢造成政策環境支持更為多元的決策系統，但缺少經由使用此模式、意志和一致的多方努力後的謹慎思考，將不會有此轉變。這個思考必須從下到上，從醫療團隊層級開始，但是也須從上到下，對健康議題不斷的探索認識，例如，人口健康、臨床和其他醫療相關之間的關係，及醫療的持續性和服務的整合。

(三) 層級和策略面向之間的交互作用：提供服務

醫療服務的傳遞主要是這些專業團隊的合作。「團隊」顯然意義不夠精確，因為通常對於什麼為否較精確，且這是整合的一大挑戰。以「治療」此策略來看，團隊最少會包含顧客（應該指醫療需求者）和他們全部的醫療提供者，然而，此團隊辭意也可能包含家庭、醫療產物提供者例如藥商和中醫師(or 草藥醫學者)等。測量方法可能效率、風險和副作用最低性、家庭負擔和顧客滿意度。

「學習」在團對此層級主要在於專業知識和技能，可以執行他們的角色，包含合作或是團隊成員其努力的整合，以至於達到團隊管理治療結果的效益最大化。「研究」在團對此層級主要在於結果面的評量設計，和持續改善特殊健康問題的安全、效益和整合照護模型的效率。

最後，結構面向在此是指專業之間的合作能讓不同醫療專業有自主性此一挑

戰，特別的是在整合系統中(可能是理想化)，傳統的醫師將不再比 CAM 擁有更高的地位。

(四) 層級和策略面向之間的交互作用：個人健康

個人尋求整合照護服務通常會結合「治療」和「學習」策略，以達成更好的健康和疾病管控。如此書所闡述，他們確認傳統醫療的限制和加入其他觀點到他們的個人健康決策。他們「治療」的目標是更好的健康，和可以用客觀和主觀的健康狀態和相關生活品質的評估，他們通常想獲得更多的健康控管，和尋求「學習」策略可以增加他們的知識、決策、和他們個人健康管理能力（第八章），上述學習包含學習關於環境危險和如何解決這些危險。「研究」可能在此則是專注在過程面的研究，包含個人提升健康所做的生活方式改變和健康行為，或如何將健康和疾病概念化的實際改變程度。結構面則是在於可近性，照護品質是個人和特殊族群，即可能有特殊的需求或獲得設當醫療困難的次族群，兩者都能獲得。

(五) 醫療體系哲學

接下來我們將轉到表 5-2 的第三個面向，描述不同學理對醫療體義和健康促進的影響。四個學理—先天、選擇性、行為醫學、和健康促進。這四個學理不全然互斥或是定義完整，但說明了醫療體系學理的分散度和考慮了有原則的整合其重要性。

成功的學理整合需要有一個全面和一致性的努力，提供醫療需求者和供給者一個實際和完整的選項目錄，讓他們有安全和有效的「治療」和「學習」策略，不論他們學理從哪來。美國醫療商業保險市場就是受此驅使；加拿大則是消費者導向，如同需求者搜尋更好的「治療」策略和個體對健康的控制。不管哪一個，測量方法都是更有效率和滿意，不論評量醫療團隊或個人健康層級。基本上，這些問題是屬經驗上的，也可以利用不同種方法和原則來測量，困難是這些批評總是有慣例的組成，於是此書中的學理爭論或與可以概念化他們不同的評量標準。

一個更具挑戰的方式是察看這些學理相關的理論基礎，先天的差異通常一開始就大。漸漸的，我們可能克服假設、文字和價值的差異，但這種整合一定花比策略

的實際整合更久的時間。最後需要考慮的是在層級和之間結構上的差異，及一個真正的整合系統如何開始改善可近性和地位的不公平，困擾了現代醫療 50 年。從現在開始，認知先天的概念整合很重要，無法經的起已知的方法考驗，但我們可以朝向不需要概念整合的實際整合。這不是說實際上的整合可以簡單實現—例如，一些概念整合的程度，即使達成嚴苛和適當測量主要結果間平衡的協議，如生活品質。

總合來說，這個運作模式著重在文字和整合的方法，依不同的層級、策略漢學裡面向。目前研究者、醫師和政策制定者爭論文字用語，以改善我們的醫療照護體系。這裡建議整合醫療服務是一個可以幫助合作，而非是個衝突的概念，他開了一扇給 CAM 研究者和醫師的窗口。

然而，假設整合這個名詞有效改善，促使合作，它必須有更好的定義和測量方法。不同學理和參與者必須同意共同的語言和指標，共同探索更多以人為中心、實證基礎、成本效益和更多公平分佈的服務。

(六) 測量整合

測量方法的金字塔是基由理論和實際經驗基礎，在傳統醫學與替代療法使用上的研究很重要，有兩個促進關於整合的思考和的先決條件。研究者、醫師和政策制定者需要一個概念圖示，來組織這些不同的結構，以了解需橫跨不同的主義和觀點。

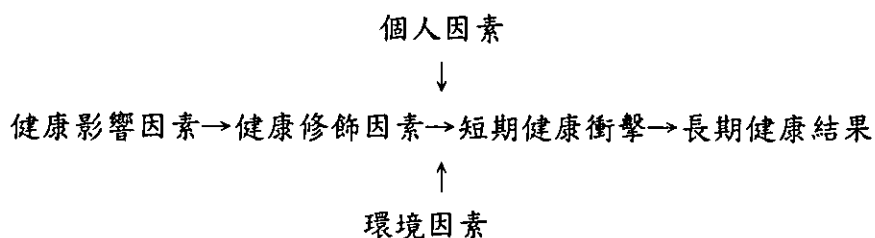


圖 5-1 照護選擇與健康結果的決定因素

圖 5-1 描繪一條路徑 (從左到右)，一開始是末端因素：影響健康選擇和結果，如需求、事先和使能因素、人口學、個人特質和發展階段。然後到個人部份，如知

識、信念、動機和改變的敏捷度；環境方面如醫師和病人之間的關係、社會支持、結構整理，可以建議短期和長期的效益。（自我照護、醫療使用和健康狀態）原則上，非正式的研究模型方法可能確切點出什麼因為是整合醫療系統中，最重要研究傳統醫學或替代療法的因素，和這些因素如何彼此連結，但這個圖示可以讓我們去組織一些這本書所討論的因素。

圖 5-1 的困難處是它讓整合看起來簡單。至少有兩個基本的問題，首先，在實證哲學上，我們可以排序一群影響醫療利用和結果的變相，其暫時和相互影響的關係。事實是其太複雜和太少時間去思考不久會發生。再者，效益和醫療利用研究之間的僵持。一些研究者對於人們如何使用傳統醫學或替代療法和他們接受何種的服務的過程面較感興趣，這樣的研究偏向親賴描述性方法；另一派著重在安全和效益的結果面，和傾向著重在實驗設計。圖 5-1 可以建議這兩派依據研究問題，或許可以在看看，假如這兩種混雜在一起。

圖 5-1 和此本書提到的相關因素，受肯定的一些觀察結果：因子不是完全符合此圖示，必須要一個較貼近的檢驗，去驗證其架構的意義和理論基礎。

我們的專屬用語是一大挑戰，這個結構沒有可以通用的專業用語，顯然的許多用語沒有重疊的部分，但直到我們重新審是重要的理論，我們才能達到將不同觀點組合成更能凝聚健康照護研究內容的共識。

缺乏共同語言，共通的測量是不可能。然而，假如我們快速地推動強制整合醫療服務（和我們必須給予醫療改革的目前進展速度），我們的可信度將會決定於規範良好且通俗的測量方法。

(七) 研究順序

什麼是整合健康照護服務的研究優先順序？概念化、研究設計，分析和應用。

第一是概念化。想要知道改變如何發生和圖 5-1 的各個階段中什麼是可以推動的，就需要研究。此書不同的章節中傾向放在各個階段與其他階段的差異，和能充分了解其中的複雜度。未來的步驟是要清楚解釋這三個順序：理論、研究和應用。

傳統醫學或替代醫療研究表現在社經政治環境上，不論是否將它和醫療服務和

改革內容聯想在一起。這樣的背景脈絡決定我們的研究問題和方法，但是傳統醫學的研究方法必須與一般科學研究的方法一致。美國醫學會雜誌(JAMA)的一個特殊議題將會在實證醫學的進程上成為指標，使得傳統正義的盲目，變成實際的治療和以安全、效益和治療的效率評估。

最後，在概念階段上，研究進到為何人們使用傳統醫學或替代醫療，去區別服務系統內治療的內容。當我們反映不同影響在傳統醫學或替代醫療的使用上，有時候影響因素在治療上是天生的，有時候不是特別的對某個特定治療，但是較是醫療體系學理的本質或是它的結構，有時候它的關係或設定是醫療給予的。就是這樣的複雜，假如我們想要變的更好、更整合的系統，我們需要去解開和了解。換句話說，傳統醫學或替代醫療需求的研究用以區別（1）幫助尋找行為模式（2）醫療系統的特質（3）治療的特質（內容，頻率和強度）

第二是研究設計。現在沒有太多關於整合型健康照護執行和結果的研究，確有很多衛生領域相關的研究設計。其中一個最重要的研究設計是時間縱斷面研究，傳統醫學或替代醫療認為這個研究設計較能有所區別。通常見於生物醫學中，稱為『科學方法』，傳統醫學或替代醫療在被認定為合格的醫學方法前，上述的方法能建立安全和有效性的重要性。我們較少提及的問題，我們會選擇修飾我們發現的答案。我們提出的問題和我們選擇的方法，通常都是我們偏好的方式，這項基本的實情我們較少嚴肅認真的討論。

兩個最常被比較的方法，化約/實證主義和整體/社會建構主義。病人通常使用後者，當他們談論到關於希望以全人被看待而不是生病的症狀或器官。他們正在挑戰著研究者和醫師，使得他們在方法選擇上，使用一個新的且開放的觀點。

化約、隨機、雙盲、安慰劑臨床試驗的邏輯和工具不是『唯一的』科學方法，但只是其中一個。我們的科學傳統不像天文學和人類學，不會使用這個方法。逐漸地，研究醫學的基礎方法如生理學和生物學正在使用一個全新的化約主義和整體主義的合作觀點。

(八) 分析和運用

傳統醫學或替代醫療的利用模式和選擇他的理由必須必須且可用，這會更具挑戰性，但是也很重要，決定衛生改革開端的優先順序～有很多從彼此的成功和失敗需被學習。

結果研究的主要挑戰是協商什麼是重要，及健康和系統表現如何應該被評估。生活品質逐漸被認同與生物測量健康狀態一樣重要，效率也是改革的關鍵，但是較好的可近性和抉擇如何？服務更好的協調和分佈？他們在改革中有實際被評估？我們如何可能影響醫師實際運作和政策決策？

(九) 對整合研究的建議

整合性研究的需求是必須去行動。科學家和醫師通常攝於醫療改革的混亂境地，研究製造者和消費者之間合作的重校性不被看好。更精確的來說，當研究者將結果發現刊在期刊上，他們通常認為工作已做完。依據我們所知道製造一個實行和研究的環境的政策角色，假如證據是我們要，醫療改革的決策者可獲得的，更可以被預期。下列有些促進整合性研究的建議：

第一是一般常見的因子和測量。主要因子決定研究優先順序，贊助研究的人必須支持研究方式是需要且可信的，平衡嚴苛的考量和醫療的研究者與 CAM 的研究者的關係。要成為完全的整合型，醫者和被醫者對於健康和照護的觀點，和什麼能成功、什麼不能，都要被納入發展方法的過程中。發展方法的過程中，給我們一個好的地方，可以學習將不同原則方法和觀點合在一起，嘗試越過他們意識型態的不同。質性和量性研究需要一個良好完整的研究議題和一個均衡的測量方法。我們需要納入如 psychoneuroimmunology 和社會評估如此分散不同的領域中最好的。

第二是分享資料。這個領域的言就是豐富且複雜的，這裡的資訊多到無法完全開發，尤其是當我們開始一些常見的測量，將有比較好的資料分享。全面的資料分析會刺激資料利用和影響醫療系統改革。

第三是研究社群。此項工作的高政策關係，和急需以適時的研究告知該是醫療改革的時候，建立一個可以讓更多國際合作的環境。現在很多研究者透過電子郵件和網際網路合作。

第四是整合照護模型。分辨治療和學習是多麼基本，醫療服務不僅著重在臨床也在社區，它是健康和治療發生的地方。社會科學提供強烈的證據，品質資訊是一個必須但不是健康行為改變和自我照護的充分條件。資訊在提供知識和瞭解之前需處理，依據大眾可以做個人健康相關決定和行為。藉由常接觸整合醫療照護系統，高技術能力必須被補充，在大眾有必備能力去負責他們的健康前，需要發展價值、學習和自我管理技能、和支持系統。假如資訊年代是去瞭解它使個人有能力，我們需要給大眾工具和系統去使用在發展他們的能力上。我們需要支持現存醫療專業的方法，去學習關於傳統醫學或替代醫療和他們如何可以鼓勵合作，就如同我們幫助傳統醫學或替代醫療與他們一般醫療工作時，工作更有效益。

第五是研究製造者和消費者的合作關係。醫師和研究者都有重要的角色需扮演，我們需要結果研究去評估新和創造力的方式給多重方法的團對去合作。從這類方法而來的資料相提供重要的假設衍生研究，研究者可以更系統化評估。

五、傳統醫療的政策管理

本節藉由英國經驗，於前半節討論傳統醫學與替代醫療的成長，後半節討論此一成長所帶動的政策管理問題。

(一) 英國私部門醫療市場的傳統醫學或替代醫療成長

在英國的私部門醫療市場中，傳統醫學或替代醫療廣為人知受歡迎的原因：媒體報導，舉凡報章雜誌、電視廣播皆有。販售天然健康食品的商店林立，和當地政府開始舉辦一些夜間課程，如太極拳。

曾經使用傳統醫學或替代醫療的人數逐年增加，根據消費者協會 1991 年調查顯示，約 1/4 人使用非正統醫療。從事傳統醫學或替代醫療的醫療人員也逐年增加，從 1980 中期開始，每年 10% 增加。

雖然資料準確度不是完全可信，可以粗略看出使用補充及替代療法的族群，中年及中產階層是使用比率最高的，另外婦女使用率也高於男性。

幾乎全部的傳統醫學或替代醫療的醫療人員都是私人執業，所以他們的收入幾乎都是病人自掏腰包。1989 MORI 調查顯示在 1826 個成人中，74% 的人希望 NHS 能將傳統醫學或替代醫療納入。

上述發現，女性是對正統醫療最不满意的族群，女性大量使用非正統醫療或自助性的治療方式，表現出對於長期以來，男性主導關於女性疾病的正統醫療不滿。且從事傳統醫學或替代醫療的醫療人員和消費者高比例皆是女性看來，這項議題極為重要。

1986 一份調查何種傳統醫學或替代醫療最受歡迎，整骨療法 (osteopathy)、草藥療法 (herbalism)、針灸 (acupuncture)、脊椎按摩 (chiropractic) 和順勢療法 (homoeopathy)。英國醫學會雜誌(BMJ)上的一篇研究(Thomas 1991)顯示 64% 尋求非正統醫療的病人，先前都有接受過正統醫療，有 24% 的病人同時接受兩種治療。另一個研究，英國刺絡針雜誌(The Lancet)的一篇研究(Fulder & Munro 1985) 調查則是 33.4% 同時接受過正統和非正統兩種療法。根據他兩人檢視澳洲政府委託的調查發現，年輕人、女性和有健康自覺的病人會先尋求非正統醫療，67% 的民眾會同時尋求兩種。以上列結果顯示，民眾尋求非正統醫療不是為了替代正統，而是補助。

傳統醫學或替代醫療最常被質疑的就是安全性，正統醫師無法直指傳統醫學或替代醫療是否有害，所以忽略提醒病人，可能導致看起來無害的治療可能會有害，假如病人不再尋求其他更適合的方法。另一個問題是，傳統醫學或替代醫療的醫療人員需面對與處理病人通常不願意將他接受過非正統醫療的事情與他的家庭醫師討論。在 Sharma 的調查，只有 30% 受訪者告訴過他們的家庭醫師。

我們認為缺乏溝通沒有助於病人安全的高標準，但是有責任去改善那些需要保證 (commitment) 和醫療專業的正向支持。另一個關於使用模式的問題是假如病人為了某種醫療問題使用傳統醫學或替代醫療，Fulder 推論病人多半在下列種情況下，去尋求傳統醫學或替代醫療，肌肉-骨骼問題，慢性病和壓力相關問題。

在英國整體醫療學會(British Holistic Medical Association)回答 1986 年英國醫學會選擇性的治療報告說：的確，醫學科學帶來很多好處，然而，我們現在面臨到的

情況是醫學科學被挑戰和被發現不足。慢性病、氣喘、糖尿病、壓力疾病、心理疾病和關節炎這些疾病，正統醫療無法根治或有良好治療。藥物治療的過度處方，醫源病，病人的疏離感，和窮人醫療可近性的失敗都是正統醫療的現存的限制。

病人使用傳統醫學或替代醫療去處理正統醫療不在行的部分，是很符合邏輯的。在明確的結論出現之前，需要做許多研究，但是一個正在成形的模式，無疑的是一個逐漸多元化的醫療方法。

自助型醫療的方式增加也可以被認為是民間醫療的一部分，holistic 觀點對於健康是著重在「自我責任」。首先增加自我照護技能，如瑜珈、放鬆、太極拳和穴道按摩課程，再來是天然健康食品、產品和居家治療等等。

傳統醫學或替代醫療和自助型不是唯一民眾考慮獲得健康的表現，他們也改變對正統醫療的期待。受歡迎的健康活動被解釋為傳統以疾病為導向方式的重新安排，更著重在正向健康、參與感、和以「全人」為導向的方法。雖然瑜珈和放鬆治療贏得醫療專業的尊重，但是大部分醫師還是極少瞭解傳統醫學或替代醫療。一些不願意的醫師與病人討論傳統醫學或替代醫療充滿懷疑、不在乎和敵意，可能是因為非正統醫療，其合法的不確定性。

(二) 英國公部門國民保健服務(NHS)的傳統醫學或替代醫療成長

調查顯示家庭醫師中已經開始對傳統醫學或替代醫療有興趣者增加，1986 年的調查中，38%受訪者接受一些非正統醫療的訓練，和 15%表是未來可能從事。英國整體醫療學會(British Holistic Medical Association)1983 年成立，服務醫師以全人觀點出發的治療方式。另一個機構 Marylebone 健康中心 1987 年成立，提供非正統醫療服務，此外，助重要的是他提供教育課程，如瑜珈、到放鬆和音樂治療。套 Pietroni 說過的一句，「使病人能掌控自己的健康」。

以「醫療」一詞定義來看，就阻絕了非正統醫療，再者 1949 衛生部下了一個絕對保證說，只要有需求，NHS 將會提供順勢醫療，然而，正統醫療的排他本質，除了順勢醫療外，直到最近 NHS 才有其他非正統醫療。NHS 將會把一些治療模式整合起來，且這是非正統醫療最常被提出來討論的部分，然而，NHS 內有越多的

非正統醫療，「整合」此項議題越可能影響其法規制訂。現在許多緩者要求將非正統醫療納入 NHS，因為他們無法負擔其費用。

但將非正統醫療納入 NHS 有幾個阻礙：首先，缺少治療效益的科學證明，如果真的有評估標準，那麼許多非正統醫療會無法進入 NHS。建立成本效益便是一個問題，如果不能證明他是具有成本效益的，他始終會被懷疑。護士們也提出其他方面也是需要考量，如安寧照護和疼痛控制，需要更多的主觀評估，這些足以取信 NHS。第二是缺乏足以信任且受過良好訓練的治療者，且這些治療者分佈不均，也會造成對於整個國家提供服務的障礙。再者，當 NHS 非正統醫療執業者越多，會出現合法和道德倫理問題出現，無可避免的，會造成法規的爭論。

(三) 英國與全球的本土傳統醫學

移民社區的傳統醫療，多是移民從本國帶到英國，且許多移民社區偏好傳統醫療，因為他們自身的民族和文化背景關係。但傳統醫療衍生了幾個問題，一、未核准的進口亞洲藥物：含重金屬或可能有效的有害植物。因為政府缺乏對於不同文化的醫療認知，為了尊重不干擾各個文化差異，讓他們可以自己決定選醫療方式。二、醫療人員訓練問題：因語言隔閡，這些醫療人員通常在亞洲地區需經過很多年的訓練，加上因為語言關係，對許多英國人來說，可近性低。且其他國家有專責機構管理，並列入醫療保險，英國不僅訓練時間短，也無像日本一樣的機構可以管理。最後，各國家移民的醫療文化可能引起敏感的政治議題。以上所討論的現象在權勢接其他國家中均有類似的情況，亦即其他西方已開發國家也流行傳統醫學或替代醫療。

(三) 面對成長在傳統醫學或替代醫療內部的政策議題

傳統醫學或替代醫療缺乏組織，他們治療的差異性大，缺乏統一和組織，這應該是全世界的趨勢，但因為這些都是私人機構基於利益導向的理由，覺得統整和政治行動，且覺得統一訓練標準需花費很多，通常覺得這件工作不值得。他們認為能存活下來的原因就是各家的理論不同，所以在這方面要統一實在困難。

很難建立非正統治療的準確可信度，他們通常有幾個正當的部分，提出說他們

有自己的執照和標準訓練上有很大的差異。例如，針灸，英國針灸公會提供不足的課程，且通常臨床上的經驗也缺乏。

這導致了大眾無法分辨這些醫療人員是否符合資格，如何分辨同領域中誰好誰壞？如何分辨他們的治療方式是否準確？

(四) 面對成長在正統西方醫學內部的政策議題

在一般性的議題方面，例如整骨和脊椎按摩治療遭遇到，家庭醫師不喜歡建議病人可以去接受這樣的治療，即使在法規上有改革，也不能改變他們的態度。因為醫師和民眾一樣，對於誰才是合格者一樣不知，所以這對病人和一般醫師都是個重要的問題。然而，這可能是溝通問題中的一種，這些非正統醫療者對於基礎醫學的訓練和瞭解不足，所以不被正統醫療認可。但反過來一般醫師對於非正統醫療的瞭解也甚少。一般醫師希望非正統醫療可以經過訓練，取得合格證明，但這並不是一個解決的好方法，因為只有幾個星期的基礎醫學訓練，是無法和三年全職的醫療訓練相比。1993年BMA報告，General Medical Council建議的準則認為嚴重醫療不當可能由一個醫師執行非經過監督核可的醫療行為，沒有足夠的知識和技能去執行這些醫療行為所引起。所以BMA建議：醫療合格的醫師執行任何一種非正統醫療，先前應該接受法規認定的機構下認可的訓練。

第二個議題是這樣的合作整合算是轉診(referral)還是委託授權(delegation)？英國衛生部長1991年發表一個聲明：醫師委託非正統醫療治療病人，醫師需負臨床上醫療責任，然而這對醫師具有壓力。上述聲明是依據GMC's Professional Conduct and Discipline: Fitness and Practise第42-43段。1976年GMC準則，醫師不當委託沒有經過合格認可的醫師或醫療知識或技術不足者，醫師需負此過程的責任。後來1977年更正了內容，承認且歡迎逐漸有許多醫療行為是由護士執行和其他特殊專業人員，但是醫師委託的人必須有能力執行，醫師同樣有責任，因為他接受過訓練去承擔這樣責任。根據上列的聲明，一般醫師即使願意委託，他們也會顧忌。在轉診系統中，醫師清楚他們所要轉介的人的專業能力。但在委託系統中，於是，醫師雇用的護士，假如護士傷到病患，醫師可能要負代理責任，但是不是說護士不需要

負責任和免罰。很難看委託如何合理，即使醫師雇用非正統醫療者，仍是屬於轉診，非委託。政策面來說，這樣的解釋會讓非正統醫療與一位專科醫師同地位。另一個問題是醫師如何決定誰才是合格的非正統醫療者，即使法規可能移除是否符合的問題，GMC 沒有指示他們建議可以轉診至法規允許的非正統醫療專業。

第三個議題是這樣的成長超出現有體系的結構。雖然傳統醫學與替代療法有組織整合上的弱點，但是這些弱點可能在政治面的影響比合法性大。組織架構上快速的成長，需要去改革滿足需求，以保護消費者來說，這些治療缺乏有效率、可見性、獨立和可以歸咎的責任和控訴過程，這些將會他們增加被批評和壓力。

(以下文字仍有待補充)

第六章 結論與建議

第六章的內容，主要在針對前幾章的分析進行綜合與摘要，以方便讀者或政府部門，能夠於短時間之內掌握本研究的重點內容，以提高研究報告的可閱讀性。

一、總體結論與建議

對於整體而言，各類政策項目下所完成的計畫具有以下幾點特色。

第一是中醫醫療體系所涵蓋的政策項目並不周延，其原因可能是科技計畫或中醫藥委員會所委託的計畫只被用來作為其他政策規劃的互補性或補充性計畫，而非政策規劃的重點，這樣的定位多少減損了政府委託計畫在中醫醫療體系政策上的重要性。即使在各政策項目之下，其所執行的計畫數量不多，而且各計畫之間彼此缺乏連貫，顯示政府委託計畫的重點可能在設定之初即顯示出這樣的現象。

第二個特色是各個研究計畫的內在有效性參差不齊，部分報告總體內在效度完整，而且政策建議與研究結果結合緊密，部分報告則研究題目與研究內容關聯不大，造成內在有效性的評估相對不再重要，而絕大部分的政策建議則與研究結果僅有間接的關聯性，這些參差不齊的現象也顯示衛生署對於中醫醫療體系計畫研究品質的控管能力，從計畫申請與審核開始，到計畫報告審查的能力均有加強的空間。以上這些特色，均可能嚴重影響這些政策建議在實務上執行的能力，也就是影響其外在有效性。

第三，衛生署可以考慮加強中程綱要科技計畫的功能，除了讓計畫重點更符合國家重要政策問題優先順序的設定之外，並強調計畫品質管控的流程。此外應該同時考慮對於政策性議題給予較大的空間優先補助，例如在公告歷年科技計畫重點時，可以在各大分類之下用「其他政策研究」作為重點項目，以廣徵民間智庫對於政策重點之構想，並在招標技術上以複數決標方式辦理。

第四，衛生署可以考慮放棄所有政策計畫都用公開照標的方式，改為在重點政策項目之中，就單一議題組織專家學者群，於短期內作成單一議題的技術報告(technical report)，然後由同一群專家學者就技術報告內容寫成政策綠皮書(green paper)，綠皮書為規劃單位對決策單位正式的建議，但是還未成為政府決策。然後再由政策單位就綠皮書內容，考量政府實際狀況與施政優先順序，寫成政策白皮書(white paper)，白皮書為政府未來施政的正式政策。

(以下有待文字補充)

二、個體結論與建議

(以下有待文字補充)

參考資料

- 中央健康保險局(2005)：2003 全民健康保險統計動向。2005。
- 中央健康保險局(2005)：94 年第 4 季中醫總額專業醫療服務品質報告。中醫總額專業醫療服務品質報告 2005：1-13。
- 中央健康保險局(2005)：94 年第 3 季中醫總額專業醫療服務品質報告。中醫總額專業醫療服務品質報告 2005：1-12。
- 中央健康保險局(2005)：94 年第 2 季中醫總額專業醫療服務品質報告。中醫總額專業醫療服務品質報告 2005：1-12。
- 中央健康保險局(2005)：94 年第 1 季中醫總額專業醫療服務品質報告。中醫總額專業醫療服務品質報告 2005：1-9。
- 王榮德(1991). 流行病學方法論：猜測與否證的研究. 台北：台灣大學出版社。
- 台灣省文獻委員會，台灣省通誌，卷三：政事志-衛生篇。南投：台灣省文獻委員會，1952。
- 文羽苹(2005)：總額支付制度對中醫醫療市場競爭之影響。中醫藥年報 2005；23(3)：363-406。
- 江東亮(1995)台灣地區的醫師人力政策:1945-1994。中華衛誌，14(5)，383-391。
- 江東亮(1999). 醫療保健政策：台灣經驗. 台北：巨流。
- 江東亮(1988)，台灣地區醫療照護的發展與問題，中華衛誌，1988；8：75-90。
- 江東亮、李彩萍(1990)：中醫師人力供給。全民健康保險制度規劃技術報告，第 15 章，行政院經濟建設委員會，第 474-488 頁，民 79 年。
- 江東亮、蘇春蘭(1990)：農民健康保險對農民醫療消費行為的影響，中華衛誌，第 10 卷第 2 期，第 79-88 頁，民 79 年。
- 江東亮(1988)：健康與公共衛生的歷史，陳拱北預防醫學基金會主編.公共衛生學. pp. 9-35, 1988.
- 考試院(1990)，中醫師國家考試研究報告，民 79 年。
- 行政院衛生署(1986)中醫師人力與醫療服務使用情況調查研究，衛生署醫政處，1986。
- 行政院衛生署(1989)，衛生統計，行政院衛生署，1989。
- 行政院衛生署(1991)，台灣地區民眾健康狀況及就醫行為調查，民 80 年。
- 行政院衛生署(2001)：公共衛生年報。公共衛生年報 2001。
- 行政院衛生署(2002)：公共衛生年報。公共衛生年報 2002。
- 行政院衛生署(2003)：公共衛生年報。公共衛生年報 2003。
- 行政院衛生署(2004)：公共衛生年報。公共衛生年報 2004。
- 行政院衛生署(2005)：公共衛生年報。公共衛生年報 2005。
- 吳淑瓊、楊志良、吳新英(1982)：影響傷病發生與醫療行為之多變分析研究，中華衛誌第 1 卷，第 35-45 頁，民 71 年。

- 吳凱勳、李卓倫(1990)：中醫醫療，全民健康保險制度規劃技術報告，第 19 章，行政院經濟建設委員會，第 559-570 頁，民 79 年。
- 吳就君(1981)：台灣地區居民社會醫療行為研究，公共衛生 8(1): 25-49。
- 汪德欣(2004)：中西醫整合理念之實踐以法制與課程為探討核心。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2004。
- 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄(1994)：1981-1994 年中醫政策研究之回顧。公共衛生 21(2):97-107,1994。
- 李卓倫、賴俊雄、陳太義、張永勳、溫碧輝、游隆權(1991)：不同團體對中醫藥納入全民健康保險之意見，公共衛生，第 17 卷第 4 期，第 319-325 頁，民 80 年。
- 李卓倫、賴俊雄、陳太義、游隆權、詹清旭(1990)：中醫師人力及中醫醫療機構現況，中華衛誌第 10 卷第 3 期，第 136-142 頁，民 79 年。
- 李卓倫、賴俊雄、陳世堅、陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝(1994)：台灣地區中醫師生產力函數推估，中醫衛誌，第 13 期第 2 卷，第 156-167 頁。民 83 年。
- 李卓倫 (2002) 中醫醫療利用率及其影響因素探討。行政院衛生署 91 年度委託研究計畫
- 李卓倫 (2004) 如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究，衛生署全民健保醫療費協定委員會。
- 李采娟(1999)，民眾中醫醫療需求與中醫師人力供給之規劃研究—以數學方程式之電腦模擬模式為規劃工具，行政院衛生署八十八年委託研究計畫，1999。
- 李丞華、周穎政(2002)：全民健保中醫門診利用率及其影響因素分析。中醫藥年報 2002：1-66。
- 李珮端(2002)：台灣中部地區中西藥物併用之概況調查。中醫藥年報 2002：413-459。
- 杜聰明(1972)，台灣醫學教育之發展，台灣醫藥衛生總覽，醫藥新聞社，1972。
- 呂鴻基(2005)：落實 WHO 傳統醫藥與現代醫藥全球策略-中西醫整合全人照護模式之探索研究(2-1)。中醫藥年報 2005；23(1)：229-250。
- 林芸芸(1992)：中西醫療利用型態的文獻回顧與實證研析，中華家醫誌，第 2 卷第 1 期，第 1-13 頁，民 81 年。
- 林宮美(1992)：西醫門診糖尿病人求醫行為的質性研究，台灣大學公共衛生碩士論文，民 81 年。
- 林瑞雄、江東亮、洪永泰、張明正(1991)：國民健康調查之規劃與試驗，行政院衛生署，民 80 年。
- 林美珠(2001)：全民健保中醫門診總額支付制度實施前醫療品質之研究-以病人滿意度為評量方法。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2001。
- 林洸民(2001)：新制度主義的迷思：我國全民健康保險制度之分析。東海大學政治學系碩士論文，2001。

- 邱清華、陳金生(1990)：台灣地區中醫醫療狀況及需求之研究，行政院經濟建設委員會，民 79 年。
- 姚開屏 (1988)。淺談信度與效度。職能治療學會雜誌，6，頁 51-54。
- 郝宏恕(2002)：民眾對中醫藥之認知態度及消費行為特質之研究。中醫藥年報 2002：1-74。
- 張嘯世(1984)，中華民國醫事人員考試制度，正中書局，1984。
- 張永賢(2005)：衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造之探討。中醫藥年報 2005；23(1)：251-246。
- 張永賢(2004)：大陸及其他國家或地區中醫醫療管理體制研究。中醫藥年報 2004；22(1)：125-196。
- 翁瑞宏(2000)：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，2000。
- 教育部醫學教育委員會(1974)，1977 年及 1982 年全國醫事人員供應與需求之推計，1974。
- 許子秋、莊國實、吳新英(1984)：台灣地區民眾健康狀況及醫療需求之調查研究，行政院衛生署，民 73 年。
- 郭乃文、湯澡薰(1999)，我國中醫師人力供需推估之研究，行政院衛生署八十八年委託研究計畫，1999。
- 郭靜燕(1992)：中醫求醫行為的決定因素，台灣大學公共衛生碩士論文，民 81 年。
- 陳太義、李卓倫、賴俊雄、張永勳、溫碧輝、游隆權(1990)：中醫藥界對中醫藥納入全民健康保險之意見，中國醫藥學院研究年報，第 16 卷，第 499-510 頁，民 79 年。
- 陳太義、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，中醫藥雜誌，第 1 卷第 1 期，第 58-66 頁，民 79 年。
- 陳太義、賴俊雄(1990)：中醫藥納入全民健康保險之可行方案研究，行政院衛生署經濟建設委員會，民 79 年。
- 陳太義、賴俊雄(1990)中醫藥納入全民健康保險之可行方案，行政院經濟建設委員會，1990。
- 陳立德(2005)：中醫師對中醫門診總額支付制度之滿意度調查。中醫藥年報 2005；23(3)：513-544。
- 陳尚武(2004)：中西結合醫師對中西醫結合認知及其角色期望看法之探討。中國醫藥學院中西醫結合研究所碩士論文，2004。
- 陳雅惠：以存活分析方法探討中醫醫療利用率及其相關影響因素。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2003。
- 彭建章、吳錦才、朱開武、柯木興(1989)：勞工保險試辦中醫門診業務成效檢討之研究。台閩地區勞工保險局，民 78 年。

- 彭彥屏：加入世界貿易組織我國中醫藥面對大陸衝擊及因應策略之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2003。
- 曾淑芬(1999)，中醫系學生生涯發展與未來社會供需推估，行政院衛生署八十八年委託研究計畫，1999。
- 曾郁雯(2003)：台中市特考與非特考之健保特約中醫師門診量及健保申報費用之比較-以1999年為例。中國醫藥學院中國醫學研究所碩士論文，2003。
- 游隆權、陳太義、賴俊雄、張永勳、官錦鳳、李卓倫(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，民79年。
- 游隆權.張永勳.陳太義.賴俊雄.李卓倫(1990).台灣地區中醫診所之現況分析. 公共衛生 17：136, 1990.
- 彭彥屏(2003)：加入世界貿易組織我國中醫藥面對大陸衝擊及因應策略之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2003。
- 楊漢泉、葉金川(1986)：中醫師人力與醫療服務使用情形調查研究，行政院衛生署醫政處，民75年。
- 楊哲彥、羅明江、郭豐演、黃蕙茶、吳勝賢(2005)：中醫傷科專科醫師制度之建立與展望。中醫藥年報 2005；23(3)：1-8。
- 楊美玲(2003)：台灣地區中醫師人力空間分布之研究。彰化師範大學地理學系，2003。
- 詹長權(2004)：台灣加入WTO對中醫界之衝擊評估。中醫藥年報 2004；22(1)：1-124。
- 趙偉翔(2002)：新制部分負擔對中醫門診利用影響。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2002。
- 鄧振華(2002)：台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務利用之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2002。
- 蔡淑芬(1983)：烏腳病地區居民醫療行為之研究，中華衛誌第2卷，第95-113頁，民72年。
- 蔡文正、鞏佩珍(2001)：中醫醫療利用成長與醫師數增加之關係。台灣公共衛生雜誌 2001；20(6)：463-474。
- 劉景昇(2000)：台灣地區中醫醫院附設長期照護機構可行性之探討。行政院衛生署89年度科技研究發展計畫 2000：1-36。
- 蕭慶倫、楊志良、盧瑞芬(1989)：從全民健保看我國醫療保健體系。全民健康保險國際研討會。台灣，1989。
- 賴俊雄、李卓倫、陳世堅、紀駿輝(1992)：中醫醫療需求與供給之整合研究。行政院衛生署。1992。
- 賴俊雄、李卓倫(1991)：中醫師養成教育之評估研究。行政院衛生署。1991。
- 賴俊雄、李卓倫、紀駿輝(1993)：勞保中醫門診制度現階段重要議題之改進研究，台灣地區勞工保險局，民82年。

- 賴俊雄、李卓倫、陳世堅、紀駿輝(1992)：中醫醫療需求與供給之整合研究，行政院衛生署，民 81 年。
- 賴俊雄、李卓倫(1991)：中醫師養成教育之評估，行政院衛生署，民 80 年。
- 賴俊雄等(1993)：推動兩岸中醫藥學術交流工作：中國大陸中醫藥法令體系，行政院衛生署，民 82 年。
- 賴俊雄、李卓倫、林霖(2002)：中醫師生產力及人力需求之評估。行政院衛生署 91 年度委託研究計畫 2002：1-55。
- 藍忠孚(1997)：全民健保後醫師人力供需現況與未來推估之研究。行政院衛生署委託研究計畫。
- 藍忠孚、李玉春(1982)：台灣地區未來二十年醫師、牙醫師人力需求之規劃研究，行政院經濟建設委員會，民 71 年。
- 醫療保健計畫：建立全國醫療網第二期計畫，行政院衛生署，民 79 年。
- 羅紀琮(1991)：勞保中醫利用，行政院衛生署，民 80 年。
- 羅紀琮(1993)：勞保被保險人中醫利用之研究，全民健康保險相關問題研討會會論文級，中央研究院經濟研究所，民 82 年。

Aday LA. (1996) *Designing and Conducting Health Surveys*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Andersen R (1968) : *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*. University of Chicago, 1968.

Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. (1990) Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs* 9(2): 185-192, Summer.

Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellise L, Lombardia EC. (1991) Spain's citizens assess their health care system. *Health Affairs*, Fall.

Blendon RJ, Benson J, Donelan K, Leitman DR, Taylor H, Koeck C, Gitterman D. (1995) Who has the best health care system? A second look. *Health Affairs* 14(4): 220-230.

Boerma WGW, Fleming DM. (1998) *The Role of General Practice in Primary Health Care*. London: The Stationery Office.

Braun P, et al (1992) : Resource-based relative value scale : its future development and reform of physician payment, *Medical Care* 30(11), Supplement, 1992.

British Medical Association (2000). *Acupuncture : efficacy, safety and practice*. London : British Medical Association 2000.

British Medical Association (1986). *Alternative therapy : report of the board of science and education*. London : British Medical Association 1986.

Budd S. and Mills S. (2000) *Professional organization of complementary and alternative medicine in the UK 2000 : a second report to the department of health*. Exeter : University of Exeter 2000.

- Budd S. and Sharma U. (1994) *The healing bond : the patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility*. London : Routledge 1994.
- Busse R, Howorth C. (1999) Cost containment in Germany: twenty years experience. In: Mossialos E, Le Grand J. (eds.) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate. pp. 303-335.
- Campbell DT, Stanley JC. (1963) *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Cant S. and Sharma U. (1999) *A new medical pluralism ? alternative medicine, doctors and the state*. London : UCL Press 1999.
- Cheng TM. Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far. *Health affairs* 2003; 22(3): 61-76.
- Chi C, Lee JL, Lai JS, Chen CY, Chang SK, Chen SC. (1996) The practice of Chinese medicine in Taiwan. *Soc. Sci. Med.* 1996.
- Chi C, Lee JL, Lai JS. et al : The demand and supply of Chinese medicine in modern health care system. American Public Health Association 119th Annual Meeting, Asia American Scientific Sessions, Wasions, Washington DC, November 8-12, 1992.
- Chi C (1994) : Integrating traditional medicine into modern health care system : examine the role of Chinese medicine in Taiwan, *Soc Sci & Med* 39.3, 307-321, 1994.
- Chiang TL. Taiwan's 1995 health care reform. *Health Policy* 1997;39:225-239.
- Croizier RC (1968) : *Traditional Medicine in Modern China : Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change*. MA : Harvard University Press, 1968.
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (2005) *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Evans RG (1984) : *Strained Mercy*. Toronto : Butterworth, 1984.
- Featherstone C. and Forsyth L. (1997) *Medical marriage: the new partnership between orthodox and complementary therapies*. Scotland : Findhorn Press 1997.
- Feldstein M (1974) : *Econometric studies of health economics*. From : *Frontiers of Quantitative Economics*, Vol II, ed. MD Intriligotor & DA Kendrick, North-Holland Pub Co. 1974, 377-442.
- Grimes DA, Schulz KF. (2002) Bias and causal associations in observational research. *The Lancet* 359: 249-252.
- Groenewegen PP, Dixon J, Boerma WGW. (2002) The regulatory environment of general practice: an international perspective. In Saltman RB, Busse R, Mossialos E. eds. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.

- Harrison T. (2003) Evidence-based multidisciplinary public health. In Orme J, Powell J, Taylor P, Harrison T, Grey M. eds. *Public Health for the 21st Century: New Perspectives on Policy, Participation and Practice*. Buckingham: Open University Press.
- Helmstadter G.C. (1964). *Principles of psychological measurement*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Henke K-D, Murray MA, Ade C. (1994) Global budgeting in Germany: lessons for the United States. *Health Affairs* 13(4): 7-21.
- Hennekens C, Buring J. (1987) *Epidemiology in Medicine*. Boston: Little, Brown.
- Hesketh T, Wei XZ. Health in China: tradition Chinese medicine: one country, two systems. *BMJ* 1997; 315:115-117.
- Hesketh T, Wei XZ. Health in China: from Mao to market reform. *BMJ* 1997; 314: 1543.
- House of Lords Select Committee Report on Science and Technology. (2000) *Complementary and alternative medicine*. London : The Stationery Office, HL Paper 123. 2000
- Hsiao WC. (1996) Afterword: Cost—The Macro Perspective. In Ikegami N, Campbell JC. eds. *Containing Health Care Costs in Japan*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Hsiao WC, et al (1988) : Resource-based relative value, *JAMA* 260(16) : 2347-2446, 1988.
- Hsu TC, (1965) Ten year health plan for Taiwan. *J Formosan Med Assoc*, 1965 ; 64 : 183-211.
- Kerr GH. (1974) *Formosa: Licensed Revolution and the Home Rule Movement 1895-1945*, pp. 84-85. The University Press of Hawaii, Honolulu, 1974.
- Lee RPL, (1973) Population, housing and the availability of medical and health services in an industrializing Chinese community. *J Chin Univ. Hong Kong* 1:191, 1973.
- Lee-Treweek G. (2002) Trust in complementary medicine : the case of cranial osteopathy. *Sociological Review* 50 (1) : 48-68.
- Likert R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 5-55.
- Lu JFR, Hsiao WC. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health affairs* 2003; 22(3): 77-88.
- McHorney C.A., Kosinski M., Ware J.E. (1994). Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: results from a nation survey. *Medical Care*, 32(6), 551-567.

- McHorney C.A., Ware J.E., Lu J.F.R., Sherbourne C.D. (1994). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(4), 40-66.
- McPake B, Kumaranayake L, Normand C. (2002) *Health Economics: An International Perspective*.
- Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS (1987) : Health insurance and the demand for medical care : evidence from a randomized experiment, *The American Economic Review* 77.3, 251-277, 1987.
- Nunnally J.C. (1978). *Psychometric Theory*. (2nd ed). New York, NY : McGraw-Hill.
- Ooi GL. (1982) *Conservation-dissolution: a case-study of Chinese medicine in Peninsular Malaysia*. Doctoral dissertation, Department of Human Geography. Australian National University, Canberra, 1982.
- Rankin-Box D. (2001) *The nurse's handbook of complementary therapies*. Edinburgh : Bailliere Tindall, published in association with the Royal College of Nursing 2001.
- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. (2004) *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Rothman KJ. (1986) *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown and Co.
- Rothman KJ, Greenland S. (1998) *Modern Epidemiology*. 2nd ed. London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schwartz FW, Busse R. (1996) Fixed budgets in the German ambulatory care sector. In: Schwartz FW, Glennerster H, Saltman RB (eds.) *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. Chichester: Wiley & Sons. pp. 93-108.
- Sharma U. (1992) *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. London: Tavistock/Routledge.
- Starfield B. (1996) Is strong primary care good for health outcomes? In Griffin J. ed. *The Future of Primary Health Care*. London: Office of Health Economics.
- Stone J, Matthews J. (1996) *Complementary Medicine and The Law*. Oxford: Oxford University Press.
- Tsurumi EP (1984) : Colonial educating in Korea and Taiwan. In Myers RH and Peattie in Korea and Japanese Colonial Empire 1895-1945, NJ : Princeton Univ. Press, 1984.
- Unschuld Pu. (1976) The social organization and ecology of medical practice in Taiwan. In *Asian Medical System* (Edited by Leslie C), pp.300-316. University of California Press, Berkeley CA, 1976.
- Varian HR (1993) : *Intermediate Microeconomics : A Modern Approach*, 3rd ed, New York : W. W. Norton & Company, 1993.

- Ware J.E., Gandek B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: The IQOLA Project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 945-952.
- Ware J.E., Gandek B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware J.E., Gandek B., Kosinski M., Aaronson N.K., Apolone G., Brazier J., et al. (1998). The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1167-1170.
- Ware J.E., Kosinski M., Gandek B., Aaronson N.K., Apolone G., Bech P., et al. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1159-1165.
- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., et al. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Hospital.