

編號：CCMP91-RD-013

台灣加入 WTO 對中醫界之衝擊評估

詹長權

國立台灣大學

摘 要

本研究之主旨在於了解台灣加入世界貿易組織（WTO）後，對我國貿易中醫醫療服務中醫部分的衝擊，以進而全盤了解我國中醫界及政府部門因應全球化之道。

本研究方法係採用專家決策法，分別透過深度訪談國內專家團體，與參訪考察國外 WTO、WHO、中國大陸及搜集相關資料兩部分來進行。我們依上述兩部分所取得的資料和國內專家深度訪談所蒐集的意見，彙整資料；以 WTO 下我國中醫之衝擊相關資料為主要架構，WHO 之國際傳統醫療發展趨勢與我國中醫發展之關係為參考架構，擬訂出各項衝擊的範圍及因應的策略。進而召開 WHAT-IF 專家座談會議，邀請國內具代表性的中醫專家學者參與討論，以取得本研究之最後共識與結論。

由本研究可看出在 WTO 架構下，對台灣中醫服務業的衝擊仍屬有限的。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，因而產生跨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。

在此種競爭的國際情勢下，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，建立台灣的國際品牌。

關鍵詞：中醫、世界衛生組織、世界貿易組織、全球化、實證醫學

CCMP91-RD-013

Assessment of WTO's Impact on Traditional Chinese Medicine in Taiwan

Chang-Chuan Chan
National Taiwan University

Abstract

To evaluate impacts of trade on the practice of Traditional Chinese Medicine (TCM) in Taiwan after Taiwan entered the World Trade Organization (WTO) and the preparedness to globalization by Taiwanese TCM professionals and central governments.

We first used an approach of combining secondary data analysis with TCM professionals' expert judgments, and in-depth interviews with TCM policy makers in Taiwan, China, and World Health Organization (WHO) to evaluate current situations of WTO impacts on TCM worldwide. We then used a What-if approach to help Taiwanese TCM professionals define key issues, anticipate outcomes and propose strategies in terms of responding to WTO impacts on TCM in Taiwan.

There is still limited impact of WTO on TCM worldwide. The immediate impact of trade on TCM comes mainly from China, which runs a big TCM educational market to attract Taiwanese students. The TCM education in Taiwan has the highest cost and the longest duration in the world. The case payment of TCM service is also the highest in the world. The internationalization of Taiwanese TCM in terms of evidence-based medicine and education, research and service in English is among the lowest ones in the world. Chinese TCM professionals from China set the global standards and development framework for TCM in WHO and WTO.

Quality rather than quantity is the key to Taiwan's TCM future in gace of global competition. Taiwanese TCM professionals should establish a peer-reviewed

and scientifically citation indexed journal to promote quality education, research, and service of TCM in Taiwan. By integrating TCM with the evidence-based modern medicine, Taiwan can develop a internationally renowned brand name of TCM and secure her position in the increasingly competitive global TCM education and service markets.

Keyword: traditional Chinese medicine, world health organization, world trade organization, globalization, evidence-based medicine.

壹、前言

公元 2002 年 1 月 1 日是台灣以「台灣、澎湖、金門及馬祖個別關稅領域」加入 WTO 的日子，在歷經多年的努力之後台灣終於踏進世界貿易組織，正式成為這一個涵蓋全球 146 個國家的國際組織會員。全球性的經濟共同體，隨著國際分工的大趨勢及快速活絡的多國間的貿易往來而形成，彼此互惠的協定便成為保障交易雙方最佳的契約方式。可以預見的是台灣經濟體將有機會在更有秩序的國際經貿架構下更加擴張，而台灣社會也將在既有的國際化基礎上進一步溶入全球化的潮流之中。

貿易、行銷、投資全球化的過程和結果，將無可避免的對我國人民甚至全球人類的健康產生衝擊。由於老年化的國際社會趨勢，再加上基於人們對高生活品質的希求、國與國間的限制減少，以及為了尋求較有效、安全而便宜的醫療照護及藥品等因素，將引發貿易與健康間的問題，已浮出檯面，並開始受到國際各國的重視。

這些問題，包括貿易自由化多方面的影響健康，如疾病隨著貿易商品跨越國界時，影響有時候是直接而立即的。一般以隨著有害健康貨品、智慧財產權保護、醫療服務自由化等三個跨國貿易管道發生較頻繁，在世貿組織中以多邊貿易協定（MATS）、貿易相關智慧財產權保護（TRIPS）、服務業貿易一般協議（GATS）等三個多邊協議架構來約束這些行為並加以規範。

行政院衛生署雖然曾於民國 86 年提出國家衛生白皮書，其中與中醫藥相關的內容為第六大項，第 3 點明白指出：促進中醫藥現代化與科學化，包括中醫現代化及中藥科學化，來推動醫藥衛生科技發展，及促進國際衛生合作，但是此項規劃並未考量我國加入 WTO 後之衝擊及因應配套措施。

我國於 2001 年 10 月 5 日“臺澎金馬個別關稅領域服務業特定承諾表及最惠國待遇豁免表”第八項、健康與社會服務業中⁽¹⁾，提及相關於健康服務事項。根據我國作出的承諾，加入 WTO 後，我國藥品進口關稅將逐年降低，並且由於知識產權保護，專利藥品仿製等生物製藥業、醫療器械製造業與發達國家的差距有可能拉大。另外可能面臨的像跨國遠距醫療、網路醫療、外資醫院在台灣設立營運權，外籍醫藥、護理、醫檢師在台灣執業權，國人接受跨國醫藥護理教育後的專業認證，跨國間醫療保險給付…等，這幾項相關於我國醫療品質、醫療生態、醫事人力、全民健保的重大議題，經濟部、衛生署和教育部等相關部會尚未提出完整的因應方案。

相反的，在 WTO 規則的約束和保護下，外國對中醫中藥的種種歧視政策將會有所改變或取消，此外，隨著國際上回歸自然、追求天然健康潮流的興起，

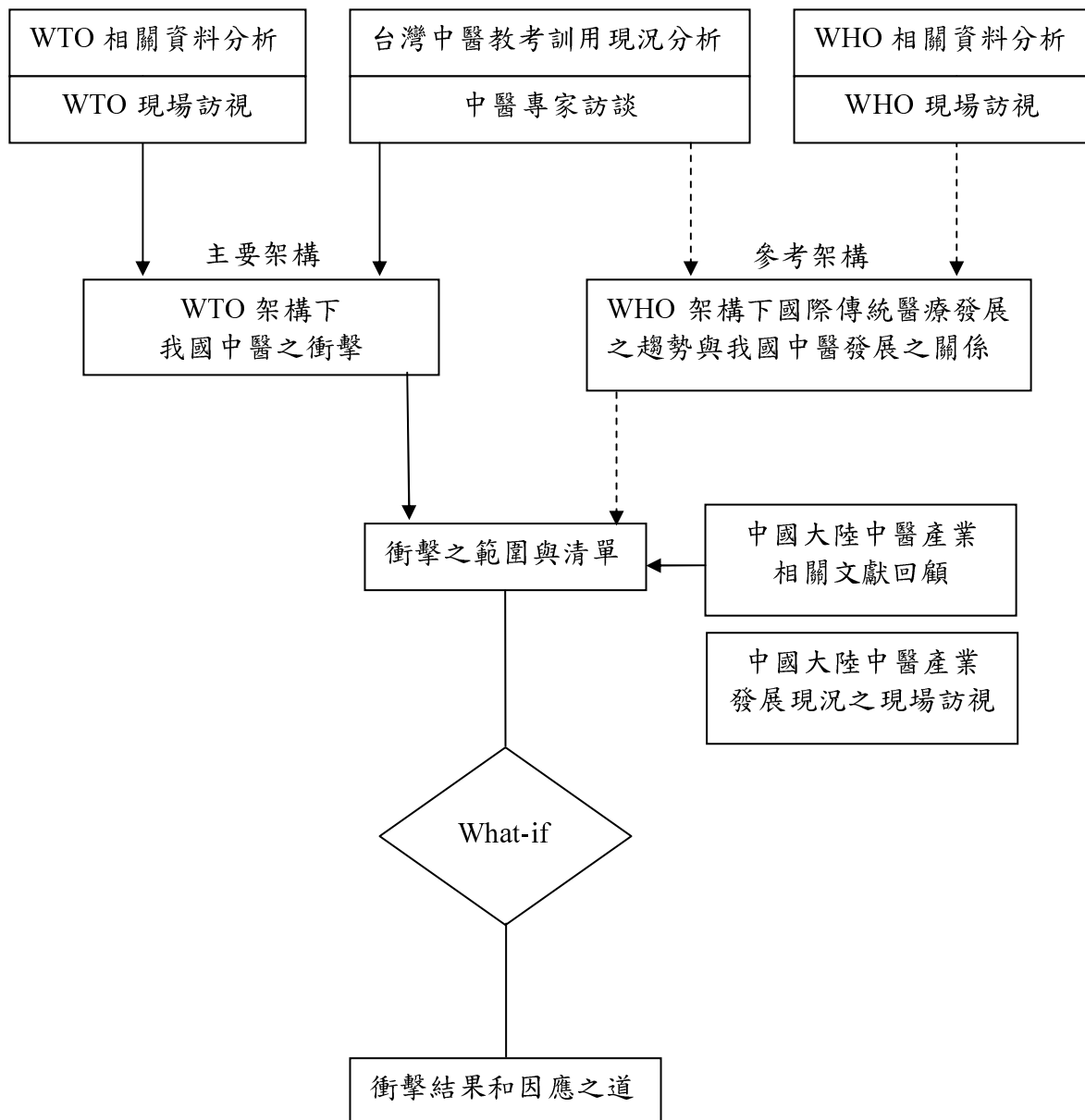
中醫中藥發展的空間越來越廣闊。因此台灣中醫面臨著空前的挑戰及機遇。

世界衛生組織 2002~2005 傳統醫學策略中指出，在許多已開發國家，傳統醫學/補充和替代醫學亦非常受歡迎。因此美國政府以一個毫無另類醫療或中醫藥背景、文化的國家，以直屬白宮的層級，執行另類醫療調查研究，報告中建議投注研究經費、設施及人才、建構整合醫療等做為美國施政的參考，由此可看出國際的趨勢走向。尤其是 WHO 所發表的 2002~2005 傳統醫學發展策略的推動下，在未來的數年裡，還將有更多的國家通過中醫立法。預計中醫的治療、人才、教育、研究等需求將大增。

台灣尚沒有將全球化和健康兩個概念連結起來，不但忽略了生技產業是台灣在二十一世紀的經濟發展中最關鍵的一個產業，也忽略了中醫在全球化、健康、生技產業上潛在的可能貢獻及國家經濟利益。進入世貿組織雖然讓我們擠進新發展的起跑點上，但是政府必須做好迎接挑戰的準備，在未來才能使台灣有機會與世界共同享用加入世界貿易組織（WTO）所帶來的好處。所以我們認為在這個情形之下有必要針對國際中醫學歷採認政策及中醫師考試制度、教育制度、訓練制度、服務現況做一全盤的了解，除了參酌世界衛生組織（WHO）的另類醫學（Alternative Medicine）部門，在關於傳統中國醫學（Traditional Chinese Medicine）上之進展，同時並參考 WTO 及大陸、日本、韓國、香港、新加坡等國，對於中醫議題相關因應措施外，提出對我國國內中醫界的衝擊並擬定各項因應的策略參據，及中醫教考訓用及專業國際認證之因應建議。

貳、研究方法架構與流程

本研究架構及流程圖



本研究方法採用之專家決策法係國際間預估國際貿易對於醫藥衛生服務業衝擊常用的方法之一，聯合國及世界衛生組織曾應用此一方法來瞭解世界貿易組織擴充後，國際貿易對於衛生產業的影響。透過專家意見的訪談與收集和國際潮流的掌握等兩項專家決策的機制，才能對高度複雜的國際貿易新秩序和

醫藥產業在經貿規範和社會功能規範的衝擊進行有效的評估。因此本研究的設計與方法部份，將分別依國內專家團體深入訪談以及國外親身參訪與 WTO 秘書處、WHO 另類醫療處及相關對手國駐日內瓦代表之經驗交流，及搜集相關文獻資料兩部分來進行。訪談與考察的重點將針對我國加入世界貿易組織之後中醫發展的困境與機會為重點，特別針對（1）世界貿易組織架構下中醫專業人員的跨國界教育、訓練、服務的方式和障礙（2）病人跨國界尋求中醫或另類醫學治療的方式和障礙（3）醫療保險業和通訊醫療對於我國中醫服務型態等三方面的衝擊。

在專家團體深入訪談方面：

方法主要是採用深入訪談方式，輔以電話訪談進行，以立意取樣以近幾年來跟亞洲各國中醫藥界有密切接觸與交流的人士為優先，邀請這些中醫專家參與，在取樣時考量廣泛的蒐集各方面的訊息，擬定深入訪談內容大綱並細部規劃所欲探討的層面，包括教育、訓練、考試、人才運用、法規、醫療服務等（附件一、二、三、四、五、六、七、八、九、十）。

在國外參訪考察及搜集相關資料方面：

透過考察訪問及搜集資料，了解位於瑞士日內瓦 WTO 以及 WHO 會員國之間協定的異同及其協定之精神，以及 WHO 傳統中國醫學（TCM）部門對於全球七大醫學部門規劃架構，並徵求 WHO 及 WTO 相關專家意見，才能提出適切的跨國服務或境外服務的建言及因應之策略（附件十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一）。

透過參訪中華人民共和國國家中醫藥管理局及中國大陸北京中醫藥大學、天津中醫學院及上海中醫藥大學三個中醫藥學術機構之相關重要人員，並收集相關訪談資料，以了解大陸官方及學術界對加入 WTO 後對中醫藥議題相關因應措施（附件二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八）。

其中所採用的 WHAT-IF（假設-狀況分析法）方法原為運用於職業安全衛生中風險評估常用的方法，是屬於製程危害分析方法的一種，為一種較具廣泛性但結構較鬆散的群體腦力激盪方法，是一種簡單，經濟的分析方法。其做法是將系統（或次系統、子系統）內可能發生的危害情況列出，接著決定這些危害可能產生的影響及其嚴重程度，系統內是否有適當且足夠的保護裝置或措施，訂定對系統現況的改善建議或應採取的行動。我們用同樣的觀念運用於本

研究，試圖辨識及分析加入 WTO 後，對中醫藥產業在發展或規劃上的重大潛在衝擊。首先需辨認出在發展或規劃上的可能的潛在衝擊，進而分析潛在衝擊發生的因果關係，最後評估衝擊結果所造成的影響及其重要性^(2,3)。

在 WHAT-IF 專家座談會議方面：

在舉行專家座談會議前的準備工作，首先必須先界定要分析範圍與題目，我們依國內外考察所取得的資料和國內專家深入訪談所蒐集的意見，匯整資料並以本研究之架構係以 WTO 相關於中醫的議題為主要架構，輔之以 WHO 相關於中醫的發展策略為參考架構，擬定出各項衝擊的範圍並訂出因應的策略，以作為召開 WHAT-IF 專家座談會議的背景資料。座談會議則由計劃主持人詹長權教授召開，以立意取樣選擇足夠專業性與廣度的代表，包括前任衛生署中醫藥委員會執行秘書、中醫師公會全國聯合會及各公會、學會理事長等十人所組成（附件二十九）。所有與會的專家於 2~4 週前被通知開會及研擬分析、討論的主題及內容。依大綱針對所欲探討的層面，以 WHAT-IF 研究分析法與選擇的專家們腦力激盪（附件三十、三十一）。本座談會在民國 92 年 10 月 26 日舉行，本欲希望針對每一個 WHAT-IF 的問題集思廣益的提出分析與討論，以逐步完成包含第一欄位假如、第二欄位後果、第三欄位現有政策與狀況、第四欄位改善建議與對策、第五欄位補充說明的查核表，然因與會出席的專家學者對本研究法並不甚熟悉，故雖然各專家均踴躍發言、然對於每一個問題時間掌握不甚準確，因此，在後面章節的總討論部分僅在教育的部分得到完整的討論（附件三十二）。

參、結果與討論

第一章 世界、大陸與我國現況

國際另類醫療現況

傳統醫學 (Traditional medicine) 在世界衛生組織中的定義為傳統中醫學、印度醫學及阿拉伯醫學等傳統醫學系統以及各種形式的民間療法之統稱。它整合了單獨或聯合應用以維護人類健康並治療、診斷或預防疾病的方法。其療法包括藥物療法 (草藥、動植物或礦物) 和非藥物療法 (針刺、手法治療及精神治療) ⁽⁴⁾。傳統醫學 (Traditional medicine) 有著悠久的歷史，是一種在不同文化下，由理論、信仰和經驗所產生的知識、技巧和實行之總和，不但可以用來保持健康，而且可以預防、診斷、增進和治療生理和心理的疾病。相對於西方現代的主流醫學 (Mainstream Medicine)，在歐洲和北美、澳洲，傳統醫學有時又可以稱為互補 (complementary)、另類 (alternative) 或是非一般 (non-conventional) 醫學。(註：在一些國家，互補或是替代醫學是歸於一套廣泛的健康照顧方法，並不是國家傳統醫學的一部份，也不在主要的醫療照顧系統當中)。

常用的傳統醫學或替代醫學療法和治療的技巧

	中醫	印地安 醫學	阿拉伯 醫學	自然 療法	整骨 (骨療法)	順勢 醫療	整脊	其他
草藥應用	●	●	●	●	■	●		●
針灸或 穴位指壓	●				■			■
手法治療	推拿	●	●	⊙	●		●	香燭療法
精神治療	●	●	●	●				催眠、冥 想的治療
運動鍛鍊	氣功	瑜珈		放鬆				

●- 經常使用此治療方法或技巧

■- 有時使用此治療方法或技巧

⊙- 觸摸式治療

摘自世界衛生組織 2002~2005 傳統醫學策略

根據哈佛大學醫學院 1991 年對美國全國性的統計調查發現，有 34% 的成人受訪者在過去一年中，曾使用過另類療法。1997 年已達 6.3 億人次，花費至

少 270 億美元⁽⁵⁾。1998 年 Eisenberg, DM 的研究更發現，甚至有高達 43% 的美國民眾曾使用過另類療法⁽⁵⁾，此趨勢有增無減。主要由於大家開始重視生活品質，已慢慢發現除西醫治療效果外，還有生活品質的某些微細層面（facet）會受治療所影響。同年 Astin JA 調查發現，美國了大規模的調查發現，美國接受調查的臨床醫師有一半相信針灸、整脊、芳香療法（homeopathy）、草藥及按摩具有療效⁽⁶⁾，而調查中又發現有明顯比例的臨床醫師轉介病患給另類醫療或在他們的診療處所⁽⁷⁾，提供相關另類療法。

美國在 1990 年早期的調查發現，人們在治療及預防疾病上，一個程度上會尋求主流醫學或另類醫療的方式，以“互補”彼此之間的不足^(8,9)。開始有一些科學性的研究證據顯示，適當的使用另類療法或其產品，有助於治療疾病及提昇健康。美國政府認為既然另類醫療的發展是一個愈來愈勃蓬的趨勢，而且亦有科學性的證據顯示其對健康或醫療照護的效果，於是國會通過立法，美國國家衛生院（National Institute of Health）首度對另類醫療敞開大門，於 1992 年創立另類醫療研究室（Office of Alternative Medicine）負責提供資訊、整合相關研究，提供另類醫療的學術空間，此機構並於 1998 年提昇為國立另類醫療中心（National Center for Complementary and Alternative Medicine）⁽¹⁰⁾，其預算呈階梯式的增長，到 2000 年增至 6840 萬美元⁽¹¹⁾（附表一）。基於尊重美國人民選擇醫療照護的自由及權利，於是由總統發布第 13147 號執行命令，在 2000 年 3 月成立“白宮另類醫療政策委員會”。此委員會的主要目的即是“針對美國人民的健康，在安全情況的使用下，發展另類醫療的最大效用”，做出報告。報告中指出，建議美國政府建立法規規範、鼓勵療效及安全性的研究並提供研究經費、規劃融入另類醫療的整合型醫療照護系統等。委員會有十名成員，包括參議員和各領域專家。

世界衛生組織 2002~2005 傳統醫學策略中指出，在許多已開發國家，傳統醫學/補充和替代醫學亦非常受歡迎。如曾經使用過補充和替代醫學的人群在澳洲佔 46%，在法國佔 49%，在加拿大佔 70%，在英國，近 40% 的現代醫學醫師曾提供某種形式的補充或替代醫學轉診或治療⁽¹²⁾（附表二）。

中醫藥為傳統醫學/補充和替代醫學（TM/CAM）中的一種，針灸為中國傳統醫學的特色之一，為全球分佈運用廣泛的另類醫療之一⁽¹²⁾（附表三）。另一方面，有些國家的中醫立法工作已經完成，如泰國完成了中醫立法，澳大利亞的維省，加拿大的不列顛哥倫比亞省都通過了中醫立法，在過去二十年，傳統中醫藥在美國的發展亦十分普及，最先引入到美國的傳統中醫藥即是針灸療法，現在美國境內已有 49 個州對針灸診療設有所法管理條例，亦已有 4 個州有規範中草藥的使用⁽¹³⁾。美國政府以一個毫無另類醫療或中醫藥背景、文化的國家，以直屬白宮的層級，執行此另類醫療調查研究，並以其報告做為施政的

參考，可看出國際趨勢的縮影。尤其是 WHO 所發表們 2002~2005 傳統醫學發展策略的推動下，在未來的數年裡，還將有更多的國家通過中醫立法。預計中醫的治療、人才、教育、研究等需求將大增。

中醫教育的國際需要

中醫教育的國際需求越來越大：僅美國就約 80 所名為中醫學院、針灸學院或東方醫學院的小型教育機構，而美國正規醫學院（如哈佛醫學院等）約有 2/3 開設有補充和替代醫學（Complementary & Alternative medicine）課程，其主要內容之一便是中醫針灸學。在巴西、阿根廷、墨西哥等南美國家，北歐、西歐，非洲和澳洲，除了為數不少的小型中醫教育機構外，不少綜合性正規大學，如澳大利亞皇家墨爾本理工大學、悉尼大學、維多尼亞大學、法國巴黎大學波比尼醫學院、西班牙薩拉哥薩大學等，也都開設中醫課程。新加坡、泰國、馬來西亞、香港等東南亞華人較多的國家，受到華人文化影響較深，其中醫藥也較盛行，而已開設的中醫教育機構及需求亦復不少。這些資料顯示，國際社會對中醫教育的需求。

大陸現況

1949 年大陸憲法中即包含傳統醫學的國家政策，其國家發展醫療衛生事業，必須發展現代醫藥和傳統醫藥，由於官方支持、提倡中西醫並存，並整合入國家健康照護系統。中醫藥管理局，編制 180 人，局長為國家衛生部副部長兼任，層級與衛生部並行，專司管理中醫藥事務。在教育方面，大陸有 30 所中醫大學與 51 所傳統中醫學的專門技術學校與 3 所少數民族傳統醫學院，170 所國家或是省級的研究機構。大學的中醫本科教育課程為五年大學學制，另也有七年制本碩連讀的學制。中醫與西醫課程的組合比例，約為六比四。而教授西醫的學校中有一至二成比例的中醫課程⁽¹⁴⁾。目前官方統計約有 525000 名中醫師，10000 名中西醫師，和 72000 名中醫士，在衛生機構方面，共有 2500 家中醫醫院，39 家中西醫結合醫院，27 家少數民族傳統醫學醫院，總床數約有 35000 張。其健康保險涵括中醫藥治療的給付。至 1999 年 5 月 1 日才開始實施執業醫師法，大學本科在學期間需有 1 年實習和畢業後一年以上臨床訓練，始可參加國家考試，通過後取得中醫師執照⁽¹⁵⁾（附表二十）。

中西醫結合科學研究，是大陸衛生工作的獨創，它是在西醫學習中醫的基礎上發展起來，由於中西醫學互相取長補短的特色，再加上大陸於國際上行銷策略成功，國際間各國此方面的醫療照護需求，逐年增加。大陸除了不斷加強對世界貿易組織有關法律、法規問題的研究，也開展中醫藥在國際服務貿易等方面的對策研究，制訂國際認可的有關中醫、中藥、針灸等技術標準、科學研

究規範、教育培訓規範。繼續加強與各國中醫藥學術團體和學者的聯繫，做好成立世界中醫學會聯合會的籌備工作，發展民間交流與合作渠道。不過，由於大陸現代醫療、設備等尚不夠普及，且各種中西醫整合的教材、訓練、運用等實證的研究才在如火如荼進行中，再加上擔心通過電腦網絡或者其他遠程教育方式，其學歷、學位及執照認證皆尚未有完善的調控機制，故在跨境交付的市場準入和國民待遇兩個方面，均未作承諾。

大陸為中醫藥發展非常積極的國家，世界各國也視其為中醫藥重鎮，其中醫藥的發展策略，極可能為未來國際中醫藥主流。大陸規劃的中醫藥發展策略，可分為三個階段：第一階段—中藥科學化；第二階段—中醫藥國際化；第三階段—中醫藥現代化。大陸成立了多個臨床研究培訓的單位，以培訓、儲備相關中醫藥人材，目前辦理臨床研究培訓的單位有北京大學、成都中醫藥大學、復旦大學、廣州中醫藥大學、華西醫科大學、中國中醫研究院臨床評價中心、中南大學、中山大學等單位。廣州中醫藥大學及臨床流行病學應用研究室主任賴世隆教授為中、西醫師，其所著的「中藥臨床試驗」⁽¹⁶⁾中，將很多科學研究方法及觀念，引進中醫的學科之中。顯然領導大陸中醫藥科學、現代化的一流學府，已看清中醫藥的發展方面並已做好了基本的準備工作，除了本身研究，製造中醫藥的安全及療效證據外，並開始結合未來醫療新領域的實證醫學。

大陸自一九七八年與國際世界衛生組織（WHO）簽訂衛生技術合作與學術交流，設立國際傳統醫學培訓中心來積極向世界各國介紹和推廣中醫藥，尤其是針灸學。目前已有九十多個國家的醫師前往培訓，主要在北京、上海、廣州、南京四所中醫學院，在制度上這四所皆特設國際針灸培訓中心。已為 120 多個國家和地區培訓了 3000 多名針灸人員。外國留學生、進修生學習歸國，用所學的中醫藥知識為各國人民健康服務，擴大了大陸中醫藥在國際上的影響，推動了大陸中醫藥的國際交流與合作。

根據中國教育部統計，韓國學生赴大陸學習中醫居冠，台灣次之。韓國學生赴大陸學習中醫，每年光北京中醫藥大學大學部就有 800 人，而台灣為僅次於韓國的跨國教育服務消費國，每年約有 400 人，以此推算，每年韓國對大陸的跨國教育服務消費僅北京中醫藥大學就約有二百八十萬美元（800 人*3500〔學費〕），台灣則約六十萬美元（400 人*1500〔學費〕）。若以全大陸估計，台灣學生西進就讀中國大專校院的人數逐年猛增。2000 年，大學部加上博碩士生，約有 3400 多人；2001 年，成長為 4000 人，大多以讀中醫學院為主；2003 年，博碩士生每年約有 300 人之譜。也有人私底下估算，兩岸開放民間交流以來，前後至少有一萬台灣人在中國高等校院就讀。其中醫大學收費標準（附表二十二）：港澳台本科生為 1500 美金（約合 12000 人民幣）/年；非港澳台外籍本科生如韓國、日本為 3500 美金（約合 29000 人民幣）/年；港

澳台大陸本科生為 22000 人民幣/年，港澳台碩士研究生 4500 美元/學年，港澳台博士研究生 5000 美元/學年。綜合上面資料，我們若初步估算以大陸每年在校台生約 1000 人，每年新入學本科生 1000 人、碩士生 200 人、博士生 100 人來估算，每年台灣學生花在大陸就讀學士、碩士、博士的總學費上，總共需花費 146960000 元，若再加上這些學生一天生活費以 10 元人民幣計算，則台灣每年赴大陸跨國中醫教育消費金額至少一億八千萬元台幣以上。

就總支出增加來說，全球醫療方面的就業人口亦持續增加；歐盟國家，在醫護方面的就業人口佔 8% 的勞動力，其中，護士及助產士超產士超過 25%，而醫生約佔 12.5%（1991）。從國際收支統計顯示，過去幾年，十個國家在世界匯回款上佔很大的比率，而且這項比率仍持續提高。1996 年，前十位匯入及匯出國家各佔全球總匯款之 94% 及 74%，在借方方面，沙烏地阿拉伯排名第一，美國以些微之差排名第二；在貸方方面，印度遙遙領先。最近幾年，前十名借方排名順序一直很固定；貸方國家之排序則顯著改變，埃及、波多黎各及土耳其已逐漸被印度及墨西哥取代，而中國大陸在匯入款方面亦有驚人成長，雖然我們無法估算中國大陸中醫師、中醫師資所佔比例及產值，然而中國大陸中醫師、中醫師資透過移民、專業申請、難民或非法方式各種管道，到香港、澳洲、新加坡、美國及東、西歐洲，已經是中醫師、中醫師資輸出的大國是不爭的事實，其匯入款方面驚人的成長，相信中醫師、中醫師資輸出有一定比例的貢獻。從大陸移居世界各國已有 20 多萬名中醫師的數目，可看出雖然先進國家的醫療設備、技術及保險皆頗完備的情形下，在照護上與各會員國國民健康的需求，仍存在著一定的落差。

大陸醫療資源的城鄉分布呈現相當大的差距。不論是醫師人力、醫療保險覆蓋率、醫療機構的數量、城鄉之間的醫療資源分布等，在質與量的供給方面都存在著既患寡，也患不均的窘境。醫療設備與人力分布不均：大陸的醫療資源約 80% 集中在城市，其中三分之二又集中在大醫院。某些省級市的大型醫院內擁有的尖端醫療設備的數量已經達到或超過發達國家的水平；更加對照了農村基層衛生服務和資源嚴重不足的窘境。

大陸人民的醫療品質：根據中共官方統計，大陸全年就診人次約二十二億；住院的平均天數，在長期的觀察下則有下降的趨勢。大陸民眾尋求醫療協助的途徑很多，有西醫的人民醫院，工廠附設的職工醫院，中醫院及婦幼保健醫院等。其中以職工醫院為最大宗，但是醫療品質卻又最差。長期以來，大陸的醫院多是單一性質的公家單位，私營診所比例很小，醫療機構普遍存在著分布不均、權責不分、以及設備老舊等問題，嚴重阻礙了醫療水平的提升。隨著中國經濟的發展和對外開放的加快，都市內的許多醫院正積極的更新整建，除了大學醫院附設醫院、黨營人民醫院、軍方的解放軍醫院，以及老牌子的私人

醫院之外，目前已有走高價位的私人診所、醫院，以及由外資合作成立的大型醫院等相繼成立、擴點，準備在日趨開放的大陸醫療服務市場一較長短。新興的民營醫療機構：根據中國衛生部 1999 年的統計數目指出，大陸現有前經過正式審批的醫療機構數包括公有醫院共有二十萬家，私營診所共十二萬五千家。中外合資、合作醫療機構屬於醫院級的有三十多家，其他為診所。根據大陸 22 個省、市、自治區進行調查，目前具有一定規模的民營醫院不少於 400 家。近年來，大陸的民營醫院中，最引人注目的應屬東莞的東華醫院⁽¹⁷⁾。該院的院址位於廣東省東莞市，靠近香港、深圳，人口總計近 400 萬人，其中有 200 萬人是外來民工。全市大小醫療機構約有 60 所，但是市級綜合醫院只有 1 所。由於當地的經濟發展活絡，人民的生活水平不斷提高，對於醫療衛生的需求也日益提昇。因此香港實業（東莞人）李勝堆先生抓住了中國衛生部於 1992 年 9 月出版的《關於深化衛生改革的意見》鼓勵各地可以積極引進和利用外資，進行合作辦院的機會，於 1994 年創辦此一中外合作的綜合性醫院。由於該院發展迅速且經營管理的成效卓著，吸引中共官方的注意，於去年中華醫院管理學會的年會中，特別針對該院作出詳盡的研究報告⁽¹⁷⁾，並且邀請東華醫院的院長⁽¹⁷⁾發表經營心得。雖然此一類型醫院的數量在整個大陸龐大的內需醫療市場中仍舊微不足道，但是民營醫院令人驚艷的經營績效，初步已經刺激了若干大型國有的醫療機構的管理高層興起效尤之心。

韓國現況

韓國的國土面積約 22 萬平方公里，全國人口約為 4,700 萬人。但目前韓醫科大學卻有十一所，一所國家級的國立韓醫研究所。可見韓國對於其韓醫學的培養可謂相當重視，其課程為六年大學學制，和西醫與牙醫相同年限，其中前兩年為預科，後 4 年為本科。醫學基礎課程有內經、本草、傷寒論、診斷、方劑及具有韓國特色的四象醫學教育。畢業後要參加國家考試，才可以獲得韓醫師執照。其中有九個大學開設有碩士課程，有七個大學開設博士課程⁽¹⁴⁾。目前在博士生教育方面已經培養出二百餘名的漢醫學博士。韓國自 1969 年即有國家的傳統醫學政策，目前主管韓醫方面的政府機關為東方醫學管理局（Oriental Medicine Bureau），統計約有韓醫師 9914 人，針灸師 4500 人，與 107 家韓醫醫院及 6590 所韓醫診所。其健康保險中有給付韓醫的治療⁽¹⁸⁾。

根據北京大學台港澳學生事務處蘇華主任所述韓國學生赴大陸學習中醫，每年光北京中醫藥大學大學部就有 800~900 人，不但在北京如此，全國的中醫外籍學生仍以韓生居冠，台灣次之。韓醫研讀以中醫古籍為主，故韓醫不一定能講中文，卻認識約 10 萬中文字，而台灣的中醫，目前教學及考試，仍以中醫古籍為主，與韓醫的訓練背景頗類似，反觀大陸教材及考試多以“白

話方式”書寫改編過，在此方面反倒是與台灣及韓國有很大不同，故在跨國教育消費的過程及認證，台灣、韓國與大陸產生了一定程度的歧異性。

目前從大陸畢業的韓醫，回到韓國受到韓醫協會很大的阻力，無法在韓國認證及執業，而導致韓生與韓國政府抗爭及訴訟的情形。

新加坡現況

新加坡本島總面積約為 682.7 平方公里，人口至 2000 年中約 326 萬。其健康照護以西醫為主。另類醫學包括中醫、印醫、馬來西亞的傳統醫學，多種族的新加坡人會因一般性的疼痛而尋求傳統醫學的治療⁽¹⁴⁾。目前的中醫教學單位只有新加坡中醫師公會所屬的新加坡中醫學院和新加坡中醫藥促進會所屬的中醫學研究院，學制為六年制。新加坡政府於 1997 年在衛生部內設立了中醫藥管理局，專司中醫藥相關事務。2000 年通過了中醫師法案，建立了中醫師（包括針灸師）註冊制度，至 2001 年 12 月完成全部針灸師的考核工作⁽¹⁵⁾，目前只有註冊針灸師，中醫師約 1500 人（未登記）。

根據新加坡駐 WTO 代表所言，新加坡於 2000 年通過了中醫師法案（附件十九），才剛起步建立中醫師考試、認證、再教育等機制（附件二十），中藥及中藥行也將納入管理（附件二十一）。目前這些體系的建構完全與大陸中醫藥管理局合作，並每年新加坡衛生部部長皆會赴北京中醫藥管理局，討論相關事宜。除了上述法規、體系的交流外，新加坡對大陸是以自然人呈現（mode 4）為主。① 新加坡將當地的中醫師組成種子教師，並與北京中醫藥大學合作，做一系列的繼續教育。② 新國歡迎大陸、台灣的中醫師到新國開設中醫診所、醫院及學校。馬來西亞的情形與新加坡非常類似，其辦學、認證皆由其中醫師公會籌劃，學制為 5 年制，一開始先與廣州中醫藥大學合作，現在由天津中醫藥學院合作教授碩士班，其衛生部長亦赴天津簽署多項合作協議，如跨國教育消費、自然人呈現皆為其面臨的模式。

香港現況

雖然中醫在香港已被廣泛的使用，但西醫仍是健康照護系統中的重點。其中約有 10.5% 的人尋求過中醫的治療。約有 60% 的人曾使用中醫來治療或是維持健康⁽¹⁴⁾。在中醫政府行政方面，香港於 1989 年成立中醫藥工作小組，1995 年成立中醫藥籌備委員會，1999 年在中醫藥籌備委員會第二次報告，亦頒佈了中醫藥條例，成立第一個香港中醫藥管理架構-中醫藥管理委員會，確立了香港中醫藥的法律地位。2000 年設立中醫師註冊與中藥方面製造、販售的註冊與執照登記。目前其註冊中醫師有 2416 名，表列中醫師有 5451 名。

在中醫的教育方面，香港主要有三所大學：香港大學、中文大學及浸會大學均已開辦中醫學士或以上學位的教育。香港大學包括中醫、中藥、針灸、推拿等多個認證書、文憑至碩士學位的教育。三所大學的課程設制上的差異，部份緣由為其頒授學位不同。目前香港大學由其醫學院附屬中醫學院頒發中醫全科學士學位證書；中文大學由其理學院附屬中醫學院頒發中醫學學士學位證書；浸會大學由其中醫學院頒發中醫學學士及生物醫學理學士（雙）學位證書。香港大學、香港中文大學、香港浸會大學，不同於大陸的中醫藥大學或學院的優勢是例如：主修中醫的學生，可選修自己大學內部的有關經營管理、法律、會計、信息、中英文等通識教育內容，其好處是學生畢業後除可在公立醫院內做中醫師外，還自行開設的中醫診所，或經營中藥生意、進出口貿易時因已掌握相關的知識而有助於其經營管理，學以致用，加強學生畢業後對社會的適應能力。

在 2001 年特區政府的施政報告中，提出要在 2005 年之前在 18 間公立醫院開設中醫診所，這是把中醫藥正式納入香港醫療與保健體系的重要步驟。

台灣中醫藥現況

教育

在教學與研究機構上，台灣目前有兩所大學設有中醫學系來培育正規訓練的中醫師。一所國家級研究機構-國立中醫藥研究所與四所傳統醫學與中西醫結合的研究所來培養中醫研究的人才：包括陽明大學傳統醫學研究所、中國醫藥大學傳統醫學研究所、中西醫結合研究所，長庚大學傳統醫學研究所。

目前台灣中醫師培育管道主要有三個方面：1.中醫學系（修業八年）：中國醫藥大學每年培養約 120 名中醫學系畢業生；而長庚大學每年約培育 50 位中醫學系畢業生。2.學士後中醫系（修業五年）：每年約培養 100 名學士後中醫系畢業生。3.中醫師特考：以 1950 年至 2001 年間中醫師特考之人數及其所計算之平均及格率 5.3% 來預估，每年約養成中醫師人數為 99 人。

中國醫藥學院自八十五年起將中醫學系制為八年，從中西兼修成為雙主修。長庚大學於八十七年設置八年制的中醫學系，同屬中西醫雙主修，以培養中西結合醫師。陽明大學於八十年成立傳統醫學研究所，亦在努力中西醫學的整合研究。民間醫藥界與學術界則由前台大醫院院長楊思標博士領導中西整合醫學會。足證中西整合醫學已受重視。

高尚德教授發表的“中國醫藥學院學士後中醫學系教育現況”顯示學士後中醫學系的大學教育共長達至少九年，而且就讀學士後中醫學系之畢業大學

也以醫學院為最多，約 64.1%（科系依次為藥學系 40.1%、醫技系 10.4%及生物系 9.9%），其次為理學院佔了約 28.9%。中醫系亦由七年改制為八年。故台灣的學制最長，中醫師養成的教育成本最高，就素質而言皆為大學畢業以上學歷（若以大陸五年學制相較，我國相對於大陸的博士學歷年限）。

現行中醫教育，有關中醫專業課程教材，仍多沿用古老的經典著作，如黃帝內經、神農本草經、傷寒論、金匱要略等，固然有其研讀價值，但其文字艱澀難懂，均將延宕中醫醫療與中藥現代化及中醫藥教學研究科學化之時程。中、西兩套課程，兩組老師並未溝通協調，可能重覆的如解剖等內容及授課範圍。依民國 89 年監察院調查中醫發展現況中指出，過去培養的中醫系學生在，在缺乏現代化的中醫教學設備、沒有醫院臨床訓練、教學、工作的環境，又由於法規限制雙執照中醫系擇一執業，故皆選擇西醫執業，長期以來造成國內中醫教育之師資嚴重不足，師資來源缺乏且素質參差不齊，亦造成醫院設置中醫科臨床訓練、教學、的場所不足等。整體中醫研究人力、場所不足，實證的研究結果產出不足，更遲緩教材中西醫整合或現代化的時程。

考試

台灣中醫師的考試制度分為：1.中醫師檢覈考試：中醫學系及學士後中醫學系畢業；醫學系畢業並修習中醫必要學科者。2.專門技術人員高等考試：中醫學系及學士後中醫學系畢業；醫學系畢業並修習中醫必要學科者。3.特種考試中醫師考試：通過中醫檢定考試及格，或已具備檢覈考試資格者，中醫師特種考試將於 2011 年停辦，未來中醫師考試將全面採用專門技術人員高等考試。

此外，對於國外修習相關中醫學系畢業生方面，我國現行醫師法第二條規定醫師資格，必須經過教育部所認可之醫學院修習醫學，並經實習成績優良得有畢業證書，使能參加醫師專技高等考試，及格者才能請領醫師證書。目前教育部甄試規定，僅認同美國、加拿大、歐洲、澳洲、紐西蘭、日本、香港、新加坡、南非等九大地區之學歷，對於在其他地區欲取得醫師資格，必須先視教育部是否承認其學歷，還要再參加考試院所舉辦的專技高考等考試中醫的學歷認證。

訓練

台灣目前大多中醫醫院數目不足及礙於法規，檢驗不足而致規模太小，若依中醫藥委員會中醫行政要覽之資料，台灣在 2000 年底，中醫醫療院所總計 2513 家，其中中醫醫院與西醫醫院附設中醫部（科），僅有 93 家，佔全體的 3.7%，台灣中醫師在醫院執業的人數比例僅佔 13.17%，相對於彼岸大陸的 87.5

%的醫院比例與 95.74%的醫院執業人數比例（附表四、五），台灣中醫明顯在執業上偏向臨床診所執業。顯然的，台灣中醫醫院的數目不足，進而無法提供良好的中醫教學，由於缺乏足夠見習、實習、住院訓練的機會及場所；導致中醫學系的學生欠缺臨床經驗與實務歷練，影響中醫完整的教育訓練。

使用

台灣雖中醫教育制度修業期間長，中醫師訓練佳且醫療法規制度健全，但在受醫療法規限制下雖雙執照醫師只能選一執業，同時對中醫師使用現代化醫療設備及儀器也設限，重大影響我國中西醫結合發展及研究。楊思標教授指出中西醫一元化相互合作是政策，中西醫形成二套教育系統，社會成本高。

陳介甫教授指出：社會上和醫療界因法令限制，認為中醫師只能開中醫診所，中醫師即使有西醫資格也不能從事西醫業務。反過來七年制中醫系畢業後取得西醫資格，從事西醫業務就認定他就是西醫。事實上接受過七年中醫及西醫訓練，而同時考上二種資格的人，怎能再分為中醫或西醫呢？所以要把法令修改過來，醫生就是醫生不要再分中醫或西醫，這才不會讓社會上有藉口說中醫師數量不足。「中國醫藥學院」學士後中醫系的學生，因為入學時就規定畢業後不能做西醫，結果訓練出的醫生即便學過現代醫學，也不要讓他考西醫執照，不知對其他學士後醫學系有沒有限定將來他們不能從事那些臨床工作如果沒有，為何對學士後中醫系要規定呢？醫師之臨床訓練主要在畢業後，為何進醫學院之前就限制其發展呢？

無論是從民眾求醫的複向需求，或正規醫學教育的醫學生、中醫學生、學士後中醫學生受法規的區隔等等，中西專家也已一致看出衛生體系在制定政策中，未考量經濟效益及國家國際衛生競爭力。

中醫師執業現況

台灣中醫師領證與執業人數（至八十六年底止）（附表六、七、八）：七年制中醫學系畢業人數二、二二四人，考試及格人數一、八六六人，執業人數一八二人。五年制學士後中醫學系畢業人數五一一人，考試及格人數四二九人，執業人數四二九人。醫師修畢四十五中醫學分人數一八三人，考試及格人數七人。中醫師特種考試及格者二、七二人。

表：臺灣地區醫療院所醫事人員數

醫療區	醫事人員
臺灣地區	3,647
北部區域	1,427
基隆醫療區域	55
臺北醫療區域	1,018
宜蘭醫療區域	47
桃園醫療區域	205
新竹醫療區域	102
中部區域	1,260
苗栗醫療區域	68
臺中醫療區域	794
南投醫療區域	78
彰化醫療區域	241
雲林醫療區域	79
南部區域	900
嘉義醫療區域	123
臺南醫療區域	256
高雄醫療區域	407
屏東醫療區域	109
澎湖醫療區域	5
東部區域	58
臺東醫療區域	18
花蓮醫療區域	40
金馬地域	2

從臺灣地區醫療院所醫事人員數民國八十九年底的統計資料可看出，全國 1/3 以上的中醫師在北部區域，全國約 1/4 之中醫師在台北醫療區域執業。中醫師人力的分布是不均的。

依據衛生署 89 年的統計顯示，截至 89 年底，我國中醫師，領照者 9483 人，而執業中醫師 3733（至八十六年底止）（附表六、七、八），造成這中間落差的部分原因之一，由於中國醫藥學院中醫學系畢業生擁有中、西雙執照，共 1866 人，僅 182 人執業中醫，胡幼慧教授在其研究中指出：（1）九成的中醫系學生選擇一畢業後先至西醫受訓，再走向中醫或在西醫體系下併用中西醫療。（2）有八成的學生表示期望未來能中西醫併用。（3）九成的學生不贊成中

西醫師雙執照只能擇一使用，且認為中醫缺乏訓練臨床中醫師的制度及醫院。(4) 有八成的學生認為中醫教育的教考用不合一。中醫醫院家數僅佔所有醫院 7% 的比例⁽¹⁹⁾，其設備、規模又都良莠不齊的情形下，促使 90% 領証者⁽²⁰⁾多選擇西醫執照登錄的結果。

分別以不同中醫師人才養成來源來分類：根據統計中醫系 1-22 屆畢業生中，執業中醫者有 16.3%。於 21 至 25 屆畢業生中，有 11.80% 一直執業中醫，11.18% 則為先執業西醫後轉執中醫。學士後中醫學系 1-8 屆畢業生中，執業中醫者有 94.1%，因此約估計學士後中醫學系每年約有 94 名畢業生投入中醫醫療市場。民國 78-83 年間特考中醫師及格者執業中醫之比率為 89.2%⁽²¹⁾。

在中醫師人數方面，推估達供需平衡之中醫師數介於 1640.9 與 2563.8 間，預估於西元 2008 年則將有 4553.1 位中醫師；無論中醫醫療服務供給人次、民眾中醫醫療需求人次、中醫醫療供給與需求之差異和達供需平衡中醫師數，皆可見未來將有過剩狀況，中醫師人力有必要重新規劃以因應中醫門診總額支付制度新時代的來臨。

中醫院所診療科別現況

從臺灣地區中醫院所按診療科別及地區別分中華民國八十年至八十九年底的統計可看出從 1991 年至 2000 年之 10 年間，中醫院所由 1792 家增至 2525 家，約成長了 40%，然而中醫相關的專科，如中醫內科、中醫外科、中醫眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科分別快速萎縮了 50%，見附表九。

顯示中醫院所因應保險制度的情形下，一般診療科別較易於生存，專科的發展空間有限，或可能中醫師養成的專科醫院不足所致。

就診中醫的病人現況

根據民眾醫療保健行為研究，得知百分之六十的都市家庭和百分之七十的鄉村家庭曾看過中醫⁽²²⁾。但依據中醫醫療服務利用相關研究顯示，中醫醫療服務利用率約在 14.7%⁽²³⁾、25.7%⁽²⁴⁾。

在民國 79 年邱清華、陳太義所做的“台灣地區中醫醫療狀況及需求之調查研究”中指出，中醫的潛在性消費者有 79.0%，而民眾大多認為中醫治療效果較慢，但對中醫、中藥都有相當程度的認同與肯定⁽²⁵⁾。王廷輔、1990 年針對臺中地區居民進行調查，三分之二受訪者認為中醫能治本，而西醫只能治標。中醫藥效較西醫慢，西醫設備較中醫好；邱清華等人、1990 年針對各縣市中醫醫療院所分層並立意選擇十個縣市二十二個鄉鎮民眾進行調查，其結果指出 78% 民眾認為西醫藥快但只能治標，79.4% 民眾認為中醫藥效慢但能治

本；李金鳳、1990 年之研究結過指出，65.8%的受訪者認為，中醫對慢性病的療效較西醫好，75.1%的人認為西醫療程短，中醫療程長。

表：台灣相關民眾中西醫醫療服務認知調查

資料來源	中醫	西醫
王廷輔・1990	研究 2/3 民眾認為治本	研究 2/3 民眾認為治標
邱清華・1990	79.4%認為 藥效慢但治本	78%認為 藥效快但治標
李金鳳・1990	65.8%認為 對慢性病的療效較好	75.1%認為 西醫療程短，中醫療程長

表：中醫醫療利用型態

康翠秀・1998	僅西醫	僅中醫	中西醫合併
	68%	2.9%	29.1%
林致坊・1998		中醫利用率	複向就醫率*
		22.0%	20.5%

*指民眾求醫同時看中醫又看西醫

上表由本研究整理

以上幾篇對於中醫藥使用的研究，一再顯示台灣民眾，對中醫藥有一定程度的偏好。

根據中醫藥委員會全國中醫師調查顯示，目前會去看中醫門診的病人有五類。第一類是癌症病人，看中醫是為了解除病痛、延長壽命，因此只要西醫診斷出是癌症後，這些病人第一反應是去找中醫。第二類是吃西藥會過敏的病人。第三類是在西方醫學療法較差的，如異位性皮膚炎。第四類是受傳統觀念影響的人，認為扭傷由中醫來治療比較好，所以傷科在中醫藥佔了 50~60%，尤其是扭傷、跌打損傷。第五類是中醫診斷體質屬虛寒性的病人，在中醫門診中佔最大部份的病人。楊銘欽教授於“中醫醫療利用之研究”⁽²⁶⁾指出：中醫治療疾病以肌肉骨骼系統（佔 40.7%）、呼吸系統（20.0%）、消化系統（10.2%）為主要，每就診人中醫利用次數：隨年齡增加而遞增，至 65~69 歲達最高，之後遞減；在三個月期間總平均次數為 4.27 次，男性平均利用次數為 4.23 次，女性 4.31 次，在統計上，女性顯著高於男性。每就診人中醫醫療費用，

隨年齡增加而遞增，至 65~69 歲達最高，之後遞減，在三個月期間總平均醫療費用為 1417 元，男性平均 1420 元，女性 1415 元。

自民國 76 年開辦中醫保險以來，被保險人使用中醫的件數及金額分別為五十四萬件及一億一仟六百三十二萬，然而到了民國 78 年，增至五百三十萬件及十億五仟八佰萬元，佔醫療保險總支出的件數由 76 年的 1.1% 增至 79 年的 9.1%，而金額由 76 年的 0.8% 增至 6.0%，可看出民眾對中醫的醫療需求⁽²⁷⁾，基於歷史、社會、文化背景等因素，中醫藥在我國的普及性及被接受性皆高於美國。

在台大醫院做了一項研究⁽²⁸⁾，訪問正在門診接受或已接受放射治療的 221 名頭頸部及中樞神經系統癌症病患，共 141 人（64%）在最近一年內有使用另類醫療，其中以保健飲食及特殊營養物的使用率最高，在 141 人中有 72 人使用（51%），其次是使用中藥 67 人（48%），禁忌療法 49 人（35%），及草藥 30 人（21%）。98 名正接受可癒性放射治療的病患中，有四分之三以上在用另類醫療，其中各有 50% 左右的人服用中藥及保健飲食/特殊營養物；有半數門診固定追蹤的病患在用另類醫療，裏面六成以上的病患是用保健飲食及特殊營養物、四成在用中藥。病患使用另類醫療的動機以期望增強免疫力的人最多，共 48 人次（21%），其次 37 人次（16%）希望能減輕西醫治療的副作用，45 人次（20%）期望治癒癌症或減緩（減輕）癌症症狀，31 人次（13.5%）期望能補充營養或增加體力。國衛院癌症臨床研究中心亦曾連續對 100 個接受臨床試驗治療之晚期癌症病人做橫切式調查，也發現 64% 人在同時服用中草藥，其中約有 70% 之病人，每月大約花費 40-200 美元⁽²⁹⁾。上述僅為許許多多的病人在台灣各大醫院奔波之部分例子，他們以“自力救濟”的方式尋求另類的輔助醫療，病人這種的“無奈”正充分說明了當今台灣的醫療環境，已經不再能滿足人民的需要了。

全民健保現況

經查全民健保開辦以來，中醫給付範圍以門診為主，八十七年度健保醫療費用支出金額為二五六七億五千萬元，其中門診一七六一億四二〇〇萬元，住院八〇六億〇八〇〇萬元；中醫醫療費用一〇六億四七〇〇萬元，占門診醫療費用六%。另查中醫門診醫療費用每年均有明顯成長，以各年度為例：八十六年度較八十五年度成長六·一一%，八十七年度較八十六年度成長六·三七%，而八十八年度較八十七年度成長更為明顯，達一一·三一%（同年度牙醫九·七%、西醫一二·一一%）；以金額而言，八十四年平均一個月醫療費用申請七億一千萬元，至八十八年已達十億元。

第二章 世界貿易組織（WTO）之介紹

第一節 World Trade Organization（以下簡寫 WTO）沿革

2002 年 1 月 1 日台灣加入世界貿易組織（WTO）。世界貿易組織是現今最重要之國際經貿組織，迄至 2003 年 4 月共擁有 146 個會員⁽³⁰⁾，實際上此系統從 1948 年開始已運作 50 多年之久了。WTO 的前身是關稅暨貿易總協定（GATT，於 1984 年成立），在歷經 7 年半冗長的國際溝通及討論後，終於在 1993 年 GATT 於烏拉圭回合談判達成最終協議，決定成立 WTO；1995 年 1 月 1 日，WTO 誕生，相較於 GATT 僅協商貨物貿易的角色，WTO 擴大到更廣而新的領域，將執行範圍從工業產品貿易大幅擴大至農產品貿易、服務業貿易、外人投資及智慧財產權保護等。並且在 WTO 架構下，增加了原本 GATT 所沒有的功能，就是貿易爭議的協商機制。2002 年 1 月 1 日台灣加入世界貿易組織。

第二節 WTO 目的和功能

- 一、世界貿易組織成立之目的在確保自由貿易，並透過多邊諮商，建立國際貿易規範，降低各會員間的關稅與非關稅貿易障礙，為各會員提供一個穩定及可預測的國際貿易環境，以促進對外投資、創造就業機會、拓展貿易機會及增進世界經濟成長與發展。
- 二、世界貿易組織具有六項主要功能⁽³¹⁾：
 - （一）管理世界貿易組織各項協定。
 - （二）仲裁貿易諮商。
 - （三）監督貿易政策。
 - （四）解決貿易爭端。
 - （五）提供開發中國家技術協助及訓練。
 - （六）與其他國際組織合作。

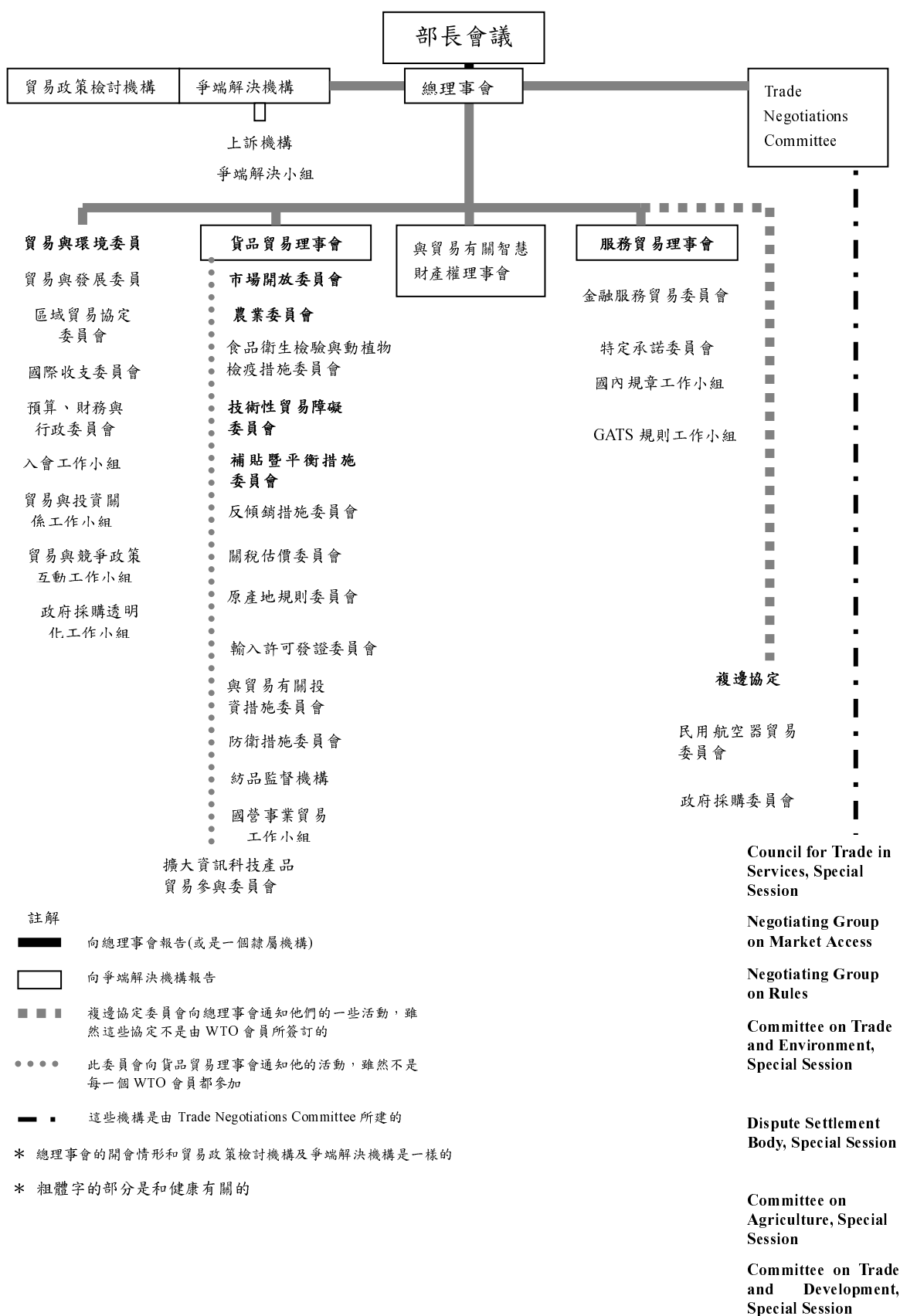
第三節 世界貿易組織架構及重要機構⁽³¹⁾

- 一、**部長會議**：在執行世界貿易組織各項多邊協定，為最高決策單位，可依會員之請求作成會議決議，並具有任命世界貿易組織秘書長之權利。下設貿易與環境、貿易與發展、區域貿易協定、收支平衡、預算、財務與行政委

員會。

- 二、**總理事會**：部長會議休會時，由總理事會代為執行其職權，可視實際需要召集爭端解決機構及貿易政策檢討機構，以履行相關職責。另將監督商品貿易理事會、服務貿易理事會及與貿易有關之智慧財產權理事會之運作。
- 三、**秘書處**：秘書處由秘書長（DIRECTOR-GENERAL）所掌理，其功能在執行世界貿易組織部長會議決議事項，負責處理世界貿易組織日常行政事務。
- 四、**商品貿易理事會**：下設有市場開放、農業、食品衛生檢驗與動植物檢疫措施、與貿易有關投資措施、原產地規則、技術性貿易障礙、補貼暨平衡措施、反傾銷、輸入許可發證、關稅估價、防衛措施等十一個委員會。另有國營企業貿易與裝運前檢驗等二個工作小組，以及一個紡品督導機構。
- 五、**服務貿易理事會**：下設有特定承諾、金融服務業等二個委員會，另設有專業服務、GATS 規則等二个工作小組。

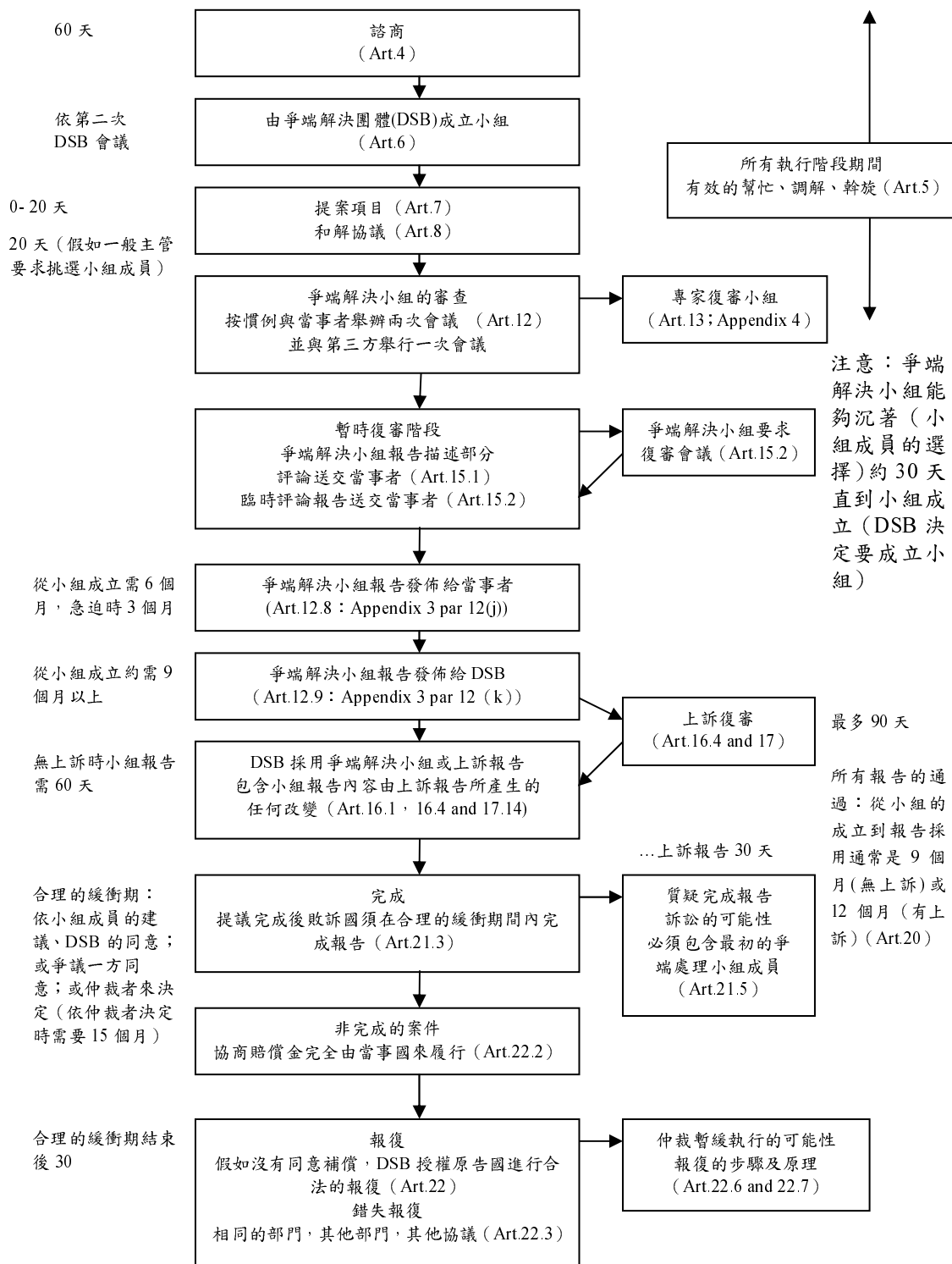
WTO 組織的架構圖⁽³²⁾：



爭端解決的過程⁽³³⁾

各個階段的爭端可在 WTO 中討論通過。在所有階段中，爭論中的國家被鼓勵以互相諮詢商量的方式來達到庭外和解。在所有階段，WTO 秘書處有時間提供幫助來斡旋或達成和解。

註：一些特定的期限是最高的，一些是最低的，一些是具有約束力的，而一些則無約束力。



第四節 爭端解決規則及程序瞭解書

爭端解決程序可分為六個階段⁽³⁴⁾：

- 一、雙邊諮商：爭端解決程序的第一步在進行雙邊諮商，被告國應在原告國提出諮商要求的十日內予以回應、三十日內進行諮商、以及於六十日內試圖達成協議。否則原告國得逕要求成立個案審議小組。
- 二、斡旋、調解及調停：在爭訟程序之外，爭端當事國亦得隨時進行斡旋、調解及調停等管道，或請求秘書長出面協助。
- 三、個案審議小組：要求成立審議小組的提案，至少應於第二次列入爭端解決機構會議議程時通過成立。個案審議小組原則上由三名成員組成，該等成員應自爭端解決機構所通過的儲備名單中選任，且不得為爭端當事國的國民。審議小組應在六個月內完成其審議工作，必要時得延長三個月；而在緊急個案中，其審議期間應縮短為三個月。
- 四、小組報告之通過：審議小組應將審議結果製作審議報告，並送交爭端解決機構通過；除非有「共識決」一致反對，否則該機構至少應於收到該報告後六十日內通過之。惟爭端當事國若對該報告之法律認定不服者，得於收到該報告後六十日內向上訴庭提起上訴。
- 五、上訴程序：小組審議報告經上訴後，應由上訴庭七位上訴法官中隨機指定三位成員審理該案，並於六十日內完成報告書，必要時得延長三十日。該上訴報告應送交爭端解決機構通過如前項所述，且爭端當事國應無條件接受之。
- 六、監督與執行：個案審議小組或上訴庭之報告及裁決經通過後，敗訴之被告國應表明接受與執行該裁決之意願；若確有困難而無法立即遵守時，則可要求一合理的緩衝期間。爭端解決機構將長期監督其執行情形，直到該案確實執行完畢。若被告國未能如期執行，則爭端解決機構應授權原告國進行合法的報復。

第五節 世界貿易組織之基本原則⁽³¹⁾

- 一、非歧視性（without discrimination）；
- 二、進一步自由化（freer）；
- 三、可預測性（predictable）；

四、更具競爭性（more competitive）；

五、協助低度開發國家（more beneficial for less developed countries）。

過去「關稅暨貿易總協定」GATT 完全採共識決方式作成決策，而世界貿易組織除採共識決外，當決議無法達成時，則採多數票決方式作成決策，將可避免「關稅暨貿易總協定」採共識決而受大國主導議題之缺點。實際上 WTO 運作至今，有爭議的議案，都還沒有需要採多數票決方式作成決定。

第六節 世界貿易組織協定之主要內容

世界貿易組織協定主要分為六項⁽³⁵⁾：

- 一、商品多邊貿易協定：一般而言，多邊貿易協定具有強制性，對所有會員均有拘束力。
- 二、服務貿易總協定。
- 三、與貿易有關智慧財產權協定。
- 四、爭端解決規則與程序釋義瞭解書。
- 五、貿易政策檢討機制。
- 六、複邊貿易協定：屬於選擇性之協定，原則上不強迫所有會員接受，僅對接受之會員具有拘束力。

就臺灣加入 WTO 後，關於中醫衝擊相關的協定主要是商品多邊貿易協定、服務貿易總協定、與貿易有關智慧財產權協定三方面。

第七節 WTO 規範要點

服務業議題：中醫藥產業屬於醫療服務，故亦遵循下列規範

在 WTO 架構下，有關國際間服務業之貿易，係由「服務業貿易總協定」（General Agreement on Trade in Services，以下簡稱 GATS）規範。GATS 有關服務業貿易基本原則之規定，要點如下⁽³⁶⁾：

- 一、最惠國待遇原則：對於 GATS 所涵蓋之措施，各會員應立即且無條件地對來自其他會員之服務或服務業者提供不低於該會員給予其他國家相同服務或服務業者之待遇。例如：我國對甲國（不論其為 WTO 會員與否）開

放某服務業市場，則我國必須立即且無條件地也對其他 WTO 會員開放此一服務業市場。

- 二、公開化原則：各國各項與 GATS 運作相關之措施，必須公開化。為確保透明化及公開化，GATS 明文規定某些項目必須通知服務業貿易理事會或 WTO 其他相關單位。每一會員在 WTO 成立之後兩年內必須設立一查詢單位，負責通知的工作並且解答各國對該會員服務業相關措施之疑問。
- 三、國民待遇原則：對已承諾開放之行業，除承諾時所附加之條件或限制外，就有關影響服務供給之所有措施，會員應給予其他會員之服務業者或服務供給者之待遇，不得低於其給予本國相同服務業者或服務供給者之待遇。亦即對外國人及本國人必須一視同仁。
- 四、漸進式自由化原則：由於每個會員的經濟發展及服務業自由化程度不同，GATS 並未要求每個會員對服務業做出相同程度之市場開放，但是將定期檢討各會員服務業之開放程度，以確保服務業貿易朝向自由化的目標發展。

臺灣加入 WTO，並未對中醫承諾開放，然而在漸進式自由化原則、公開化、及國民待遇原則，台灣仍需充份了解國際趨勢及規則，以為之因應。

第八節 我國駐 WTO 團簡介

WTO 代表團：中華民國常駐世界貿易組織代表團⁽³⁷⁾

Permanent Mission of the Separate Customs Territory of Taiwan, Penghu, Kinmen and Matsu to the World Trade Organization

- 一、人員編制：現任派駐大使顏慶章，代表團現階段配置有公使級副常任代表二人及參事、秘書同仁十三人。
- 二、代表團之任務內容：出席 WTO 之正式及非正式會議，研提及解說相關議題之國家立場，參與多邊、雙邊之談判諮商，辦理通告，與秘書處聯繫，辦理爭端解決案件及辦理國內主管機關指示事項等。
- 三、館址：8 Chemin de Blandonnet, 1214 Vernier, Geneva, Switzerland
我國駐 WTO 代表處佔地約 700 坪，有最大會議室可同時容納 30 ~ 40 人開會，也有數間精緻的辦公室及 2 間可容納 10 人的小會議室。
- 四、電話：(002-41-22) 545-5353 傳真：(002-41-22) 545-5354

五、網址：http://www.mofa.gov.tw/mofadb/?Mlval=cw_view_Embassy_detail_test&ct_id=WTO

六、E-mail：post@taiwanwto.ch

七、代表團入會 1 年業務回顧與工作展望

(一) 積極參與杜哈新回合多邊談判

1. 服務貿易談判

2. 農業談判

(二) 積極參與重要入會案之雙邊談判

(三) 積極於二〇〇三年上半年完成政府採購協定之簽署

(四) 在 WTO 架構下積極提升與重要貿易夥伴之雙邊關係

第三章 聯合國世界衛生組織 (WHO) 介紹及其另類醫療之推廣與策略

第一節 聯合國世界衛生組織 (The World Health Organization) 簡介

聯合國世界衛生組織 WHO 起源於 1945 年在舊金山舉行的聯合國國際組織會議提案建議創辦一個衛生領域的專門機構。1946 年 6 月，國際衛生會議在紐約舉行，同年 7 月 22 日通過《世界衛生組織憲法》，成立一個由 18 國政府代表組成的臨時委員會。該委員會從事原由國際聯盟衛生機構（1920 年在日內瓦成立）、國際公共衛生局（1930 年在巴黎成立）和聯合國善後救濟總署擔負的緊急衛生工作，並為籌備成立一個常設性的國際衛生組織。1948 年 4 月 7 日，《世界衛生組織憲章》生效，聯合國世界衛生組織 (WHO) 正式成立，並訂每年的 4 月 7 日為世界衛生日。同年 6 月，在日內瓦召開第一屆世界衛生大會 (World Health Assembly, WHA)。9 月，聯合國世界衛生組織 WHO 正式成為從事國際衛生工作的聯合國專門機構，總部設在日內瓦⁽³⁸⁾。目前，每年 5 月在秘書處所在地日內瓦，召開由全體會員組成之世界衛生大會 (World Health Assembly)。

聯合國世界衛生組織 WHO 目前共有 192 個會員國⁽³⁹⁾。其 WHO 會員身份分為三種：正式會員、副會員與觀察員。三種不同的會員身份，有不同的申請

條件，與不同的責任義務。國家取得正式會員的方式分為下列幾種，一為本身為聯合國會員國的國家，二為在 1946 世界衛生會議時已成為觀察員的國家。

聯合國世界衛生組織的宗旨是“使全世界人民獲得最高可能水平的健康”，其任務是：指導和協調國際衛生工作；根據各國政府的申請，協助加強國家的衛生事業，提供技術合作；促進防治流行病、地方病和其他疾病；促進預防工傷、交通事故及改善營業、居住、環境衛生、娛樂、經濟和工作條件；促進婦幼衛生、計劃生育和精神衛生；制訂食品衛生、生物製品和藥物的國際標準等等⁽³⁹⁾。

世界衛生組織的架構依其憲章可分為四部分，一為世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）是世界衛生組織的最高機構，由會員國代表組成，每年 5 月在日內瓦舉行會議，由所有會員國的代表出席。主要任務是審議秘書長的工作報告、工作規劃、批准兩年一度的活動預算預算、接納新會員國和討論其他重要問題，並且制定主要的政策。二為執行委員會（The Executive Board）是一個非政治性的技術單位，是世界衛生大會閉幕期間的執行機構。執行委員會主要的功能在於執行衛生大會所制定的決定和政策，並提供建議以及使其工作能順暢的推動。三為秘書處（The Secretariat）是衛生組織的常設機構，由大約 3800 個從六大區域辦公處的國家中、在專業領域和一般服務類別中的衛生和其他方面的專家所組成。秘書處由世界衛生大會依據執行委員會的提名所指派出的秘書長所領導，由大會任命，任期 5 年，可以連任。現任世界衛生組織秘書長為李鐘郁先生，韓國人，於 2003 年 5 月 21 日被推選出來擔任這屆的秘書長。他曾在世界衛生組織中擔任職務達 19 年之久，對於肺結核及兒童疾病預防疫苗的推廣上不遺餘力⁽⁴⁰⁾。四為各區域委員會及辦公室（Regional Committees and Regional Offices）WHO 的特色之一為其權力分散在六大區域中，每一個區域包含一個區域委員會和一個區域辦公室。每一個區域辦公室的首長是區域主任。這六大區域辦公室是：非洲區域辦公室，美洲/拉丁美洲衛生組織區域辦公室，東地中海區域辦公室，歐洲區域辦公室，東南亞區域辦公室，西太平洋區域辦公室⁽³⁹⁾。世界衛生組織的大部份活動是由這六個區域性組織分散進行。

第二節 聯合國世界衛生組織在另類醫療的推廣及其另類醫療策略之簡介

現任世界衛生組織總部（基本藥物及醫藥政策司）主管另類醫療的為張小瑞處長。另類醫療處分為六個區域辦事處（WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine）。分別為非洲區域辦事處、美洲區域辦事處、東地中海區

域辦事處、歐洲區域辦事處、東南亞區域辦事處、西太平洋區域辦事處⁽⁴¹⁾。

聯合國世界衛生組織（WHO）在另類醫療方面的促進、發展與整合上也不遺餘力。在 1977 年世界衛生組織第 30 屆大會通過「促進和發展各國傳統醫學的訓練和研究工作」決議。1977 年 11 月召開「促進和發展傳統醫學會議」。1979 年世界衛生組織刊物『世界衛生』出版針灸專刊。1980 年『世界衛生組織紀事』發表「針刺在現代保健中的應用」社論，建議各國積極發展針灸工作。1983 年發佈「實現公元 2000 年人人享受衛生保健」。世界衛生組織（WHO）有鑑於傳統醫學的貢獻及其重要性，也在全世界設立二十一個傳統醫學培訓中心，旨在培養傳統醫學人才，其中在中國大陸即設立了七個培訓中心，足見中醫藥受世界衛生組織的重視。除此，世界衛生組織更對全世界公佈針灸可治療的四十三種疾病（附表十）。並發表了許多手冊、指引等（附件十八）供 WHO 會員國有所依循，雖然自從 1991 年世界衛生組織已經發展和發佈一系列的技術指引，如 1993 年的評值草藥學安全性和效能的研究指引（WHO Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines）⁽⁴²⁾、1995 年“藥品臨床試驗管理規範指南”（WHO Guidelines for Good Clinical Practice（GCP） for Trials on Pharmaceutical Products，WHOGCP）⁽⁴³⁾，為全球執行臨床試驗的標準和 1999 年的針灸臨床研究指引（Guidelines on basic training and safety in acupuncture）⁽⁴⁴⁾。無論如何，這些指引仍是不能足夠涵蓋許多傳統醫學研究與評值上的挑戰性問題，故 WHO 後續又出版了一系列的指引，如於 2000 年發表的“傳統醫學評估及研究方法指引（General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicines）”等。另外，在總體政策方面，於 2000 年 9 月 11-13 日於 Awaji Island, Japan 所召開，主題目標為促進全球人類健康發展的傳統醫學研討會中，各會員國取得一致的共識並對 WHO 未來的工作有以下幾點的結論：一為 WHO 應加強建構各會員國國內、國際另類醫療的網絡。二為 WHO 應協助各會員國建立另類醫療政策，並將另類醫療納入國家照護體系當中。三為 WHO 應提供合適的技術及研究方法等架構，以確保各會員國可得到有品質、最安全、有效的醫療照護。四為 WHO 應鼓勵發展合適的指引來保障傳統醫學知識與技術的智慧財產與植物資源的保護。並建議各會員國在另類醫療的發展上有以下幾點：一、鑑定出最安全與最有效的傳統醫學療法與產品。二研究對重大負擔疾病安全且有效的傳統醫學治療法，尤其是貧苦的人。三在發展中國家認識傳統醫學提供者在健康照護中的角色，且使傳統醫學提供者適當化且提升他們的技巧。四本土的傳統醫學知識保護與保存。五維持醫用植物的栽培量。六為最常使用之傳統醫學療法訂定訓練指引。七強化與增加傳統醫學提供者的組織。八強化傳統醫學與現代醫學提供者之間的合作。九對病患而言，有適當使用傳統醫學療法與產品的資訊。

十對現代醫學醫師或經現代醫學治療之病患稍後有欲接受傳統醫學者提供溝通⁽⁴⁵⁾。因此以此會議的結論為藍本，世界衛生組織另類醫療部的處長張小瑞於 2002 年 5 月 26 日發表了「2002-2005 年傳統醫藥全球策略」一書⁽⁴⁶⁾。

在「2002-2005 年傳統醫藥全球策略」一書中，總結歸納了四個重點目的：（一）鼓勵各國政府開展對傳統醫藥/替代醫藥的規範化管理、找出各國的傳統醫學並將其納入本國的國家衛生保健系統；（二）促進傳統醫藥/替代醫藥的安全性、有效性及質量標準研究：其中包含實證的傳統醫學與發展並完成技術上指引；（三）保證民眾對傳統醫藥/替代醫藥的可獲得性及費用的可承受性：這其中包括認識傳統醫學提供者在健康照護中的角色，訂出範疇與指標，來測量成本效益和公平的接近傳統醫學的機會及透過國家健康服務體系來增加提供適當的傳統醫學並且保護醫療用植物訂定好的農業栽培操作上的指引；（四）促進傳統醫藥/替代醫藥的合理使用：使傳統醫學提供者能適當的使用傳統醫學，針對健康照護者做基礎的訓練。使病人能適當的使用傳統醫學，使病人有可信賴的資訊來使用傳統療法⁽⁴⁶⁾。未來四年 WHO 在發展另類醫療的策略，將先著重在政策及另類醫療的安全性、有效性及品質方面。

隨著全球化、自由化之到來，健康與經濟的關係愈來愈密切，WHO 亦已注意到此趨勢，並且與 WTO 共同進行聯合研究。然而，根據目前 WHO 之 2002-2005 另類醫療的策略當中，並沒有太多從經濟層面的考量，而中醫又很顯然的為另類醫療中的主流，廣泛的為各會員國引進並採用，故全球另類醫療在 WHO 的推動下，所伴隨產生的衛生健康及衛生服務貿易問題，值得關切。

第四章 世界貿易組織與世界衛生組織聯合研究 (WTO & WHO Joint Study)

從人類有歷史以來，國與國之間，貿易就是彼此的主要關係之一。國際間的貿易既然如此頻繁而重要，那麼自由貿易將從很多方面來影響健康，有時這種衝擊是直接而顯著的，例如某種疾病隨著貿易的貨品而跨國發生。故各國對於 WTO 的各項協定，將不可避免對健康議題產生衝擊，長期下來將影響彼此會員國的健康和健康政策。因此 WTO 與 WHO 攜手共同進行此聯合研究，以期對於健康及貿易之間的問題，多所了解。

跨國的健康服務在世界上很多地區正逐年增加。健康照護者的移居他國，無論是短期或長期的，無非是要尋求更好的收入及工作環境。值得注意的是，醫療機構及健康保險為尋求新市場的跨國投資亦增加中，尤有甚者，愈來愈多的國家正試圖吸引其他國家的健康消費者跨國消費。

世界貿易組織協議與公共衛生

WTO 有關健康和健康政策主要協議，即是技術性貿易障礙協定（以下簡稱：TBT Agreement）、食品衛生檢驗及動植物檢疫措施協定（以下簡稱：SPS Agreement）、與貿易有關之智慧財產權協定（以下簡稱：TRIPS Agreement）與服務業貿易總協定（以下簡稱：GATS）⁽⁴⁷⁾。

一、技術性貿易障礙協定（TBT Agreement）

在 TBT Agreement 下，當會員國擁有「合理的目的」時，則有限制貿易的權利。所謂的「合理目的」包括保護人體健康或安全、保護動物或植物生命健康、保護環境、保護國家安全利益與預防詐欺事件等⁽⁴⁸⁾。

二、食品衛生檢驗即動植物檢疫協定（以下簡稱：SPS Agreement）

SPS Agreement 與健康有直接相關，其涵蓋當會員國想要確保食品安全與避免人體生命遭受來自植物、動物之共通疾病，而限制貿易時的特別規則。SPS Agreement 鼓勵會員國使用任何已存在的國際標準、指南與建議，如在食物安全方面，推薦採用 The Joint Food and Agriculture Organization/World Health Organization Codex Alimentarius Commission（FAO/WHO Codex），也就是說當會員國以 Codex 標準為其國內檢驗最大食物殺蟲劑殘餘量基準時，會員國即被視為盡到其 WTO 會員之義務⁽⁴⁹⁾。

三、智慧財產權與貿易（TRIPS）

保護公共衛生條款：製藥產品的專利保護是一個如何找到適當平衡問題的領域，這是特別精確的，換句話說，即是在提供未來新藥物發明的誘因和可負擔得起存在藥物之可近性兩個目標間的平衡。特別重要的是從社會和公共衛生觀點來看，防治疾病的新藥及疫苗的生產乃由於提供有效地專利系統所誘發的。的確，由於藥物的社會價值是如此，他們需要廣泛、快速地易得到專利保護來生產藥物⁽⁵⁰⁾。他們需要專利系統提供讓渡獨有權力給新藥發明者；並保障因專利而獲益的需求；而在專利保護期限過後，此藥物的製作過程將無償成為公共的，可被大眾使用⁽⁵⁰⁾。

就專利合格性而論，政府能為了關於公共衛生的三個理由，拒絕授予專利：

- (一) 當發明物之商業開發需要被預防，以保護人類、動物或植物生命或健康時；
- (二) 當此發明為治療人類或動物之診斷的、有療效的與外科的方法時；
- (三) 當此發明為除了微生物以外的植物或動物；以及為除了非生物或微生物過程之外，植物或動物生產之必要生物過程時⁽⁵⁰⁾。

四、服務業貿易總協定 (GATS)

在過去，大部分的醫療服務被視為是無法跨國買賣的。隨著健康專業人力尋求更高的薪資以及更好的工作環境而暫時性或永久性地移動到其他國家；醫院營運者也明顯增加來自國外的投資；而健康保險公司則尋找新的市場。越來越多的國家努力吸引來自其他國家的健康消費者。因此 GATS 藉由四種服務傳送方法承認相較於商品的特殊自然服務⁽⁵¹⁾。

- (一) 類型 1 (Mode 1)：由境外提供服務，例如由 A 會員國境內，利用電訊設備向 B 會員國境內提供一些有關診療計畫的服務。
(“Telemedicine”)
- (二) 類型 2 (Mode 2)：境外消費，例如由 A 會員國與 B 會員國簽約，轉介病患。
- (三) 類型 3 (Mode 3)：商業據點之設立，例如 A 會員國所屬的醫院在 B 會員國設立或投資。
- (四) 類型 4 (Mode 4)：自然人之呈現，例如允許 B 會員國國籍的醫護人員在 A 會員國提供服務。

透過健康照護國際化與貿易自由化而來的可能利益，可以用不同的方式導向公共衛生的目標。例如，治療外國病患所得到的收益可以用來提高設備之品質，造福當地人口。在少數開發中國家，例如泰國和約旦，健康照護部門具有區域性供給中心的角色，吸引外國病患，可增加當地收入以及就業。某些開發中國家，尤其是古巴、印度與菲律賓，他們“出口”醫師與護士，製造外匯並為地主國填補供應缺口⁽⁵²⁾。

迄今，大部分 GATS 承諾在類型 4，其深度與廣度仍非常有限。證據顯示現存對國外健康專業人力的政策與 GATS 下的限制相比較，有較鬆的進入條件。到目前為止，有近 50 個會員在醫學與牙科服務的貿易類型 4 做出部分承諾，助產士服務部分則少於 30 個會員。如前所述，部分承諾意指一個國家對權利有所保留而在欲開放的部門設置一些特定的限制。在現存承諾表中，沒有 WTO 會員在健康照護服務的類型 4 做出完全承諾，也許是因為國家想藉由在數量、類型與特定國外專業人力獲准進入工作等方面做出限制，來維持國家能

做決定的彈性⁽⁵³⁾。

世界貿易組織議題與一些特定健康議題

在追求國民健康政策目標下，世界貿易組織協議明白地准許政府們實施限制貿易措施；如政府為了進行特定健康政策與限制相關貿易所用的手段。八個特定健康議題即是傳染病防治、食品安全、煙害防治、環境保護、藥物與疫苗的可近性、健康照護服務、營養與食品保證和新興議題（如生物科技）。雖然世界貿易組織協議不是直接處理上述全部議題，但是當國家致力於這些議題制訂政策時，就可能考慮到這些議題⁽⁵⁴⁾。而在健康議題中生命科技、資訊科技和中草藥的使用及傳統治療疾病之知識，這三類問題是下一波有關健康及貿易的政策議題⁽⁵⁵⁾。

保護傳統醫療知識

傳統醫療知識及藥用植物逐漸有買賣價值，如何保護及公平分享逐漸受到注意，並在 WTO TRIPS 已廣泛討論，議題如下：

- （一）目前經由智慧權、法律或特殊個案的方式保護傳統醫療知識。
- （二）預防傳統知識及植物基因資訊的不適當專利權，包含如何增進這些知識的資料庫。
- （三）TRIPS 與生物多樣性公約生物多樣性公約（Convention on Biological Diversity, CBD）之關係，以及事先同意權及公平、公正的利益分享之作法。
- （四）TRIPS 理事會與政府間有關 CBD、世界知識產權組織（World Intellectual Property Organization, WIPO）、FAO 及“中國與聯合國貿易和發展會議”（UN Conference on Trade and Development, UNCTAD）的討論。

2000 年冬天，傳統醫學有關的智慧財產在世界衛生組織（以下簡稱：WHO）的研討會中討論過，WIPO 也嘗試運用現有智慧財產權來保護傳統醫療工作者，有人置疑西方智慧財產權模式是否適用草藥及傳統醫學工作者，故現正發展另一種方式來保護傳統醫學，確保公平的利益分享。另外，也考慮如何應用 TRIPS 協議上的彈性，促進開發中國家對傳統醫學的利用⁽⁵⁶⁾。

無論是類型 1：由台灣中醫利用電訊設備向各會員國境內提供一些有關中醫診療計畫的服務。（“Telemedecine”）或類型 2：各會員國轉介病患，到台灣診療。或類型 3：台灣的醫院到各會員國設立或投資。或類型 4：台灣中醫師到各會員國醫療服務。或傳統醫學的智慧財產，在在都顯示出台灣中醫產業潛在的經濟、衛生效益。

第五章 WTO 下，對中醫的衝擊

第一節 WTO 服務貿易總協定下，中醫產業的衝擊

近來，許多有關衛生政策發展的討論，著重在不損及基本品質及公平的原則下，降低醫療照護費用。在我國一如其他的工業國家，醫療費用的成長，對於公共衛生的預算及國民的負擔，都產生負面影響。醫療品質的不斷要求提昇，而中醫由於全民健保總額給付之故，醫療照護費用卻逐年稀釋。另外是部分偏遠地區的人民，仍然有“無中醫村”的現象，無法獲得基本的中醫醫療服務，此既存的城鄉差距，使得衛生政策的公平性，受到質疑，在服務業貿易總協定（GATS）下一回合的協商，將重新考量各國在衛生及社會服務上承諾的深度及廣度，我國亦可在此合適的環境下加強中醫的服務能力，當然促進中醫服務貿易自由化的發展，必定造成國內中醫師、中醫師資、中醫醫療院所及中醫學校面臨嚴重的考驗，然而在此同時如何善用我國中醫的競爭優勢，卻是一個跨入國際醫療體系的機會。

若不考量技術人員的移民及貿易相關的議題，國家將不會視衛生服務為主要政策考量。甚至在多數經濟先進國家中，衛生服務部門——一個佔了將近 6% 的國內生產毛額（GDP）的經濟巨人，——對於貿易而言仍是次要的。這顯示在衝擊面較大的 3 個模式，對於專業人員（Mode 4 自然人呈現）及病人的遷徙（mode 2 跨國消費）、機構（mode 3 商業呈現），仍諸多限制（壟斷及獨佔），也因此的確防礙了貿易的活動，限制許多衛生及社會服務跨國界服務的提供，然而中醫藥產業有其獨特性；如文字的障礙，流傳百年或甚至千年的大量中醫藥古籍，不但是以中文記載，不少的情況是古文言文來描述；如文化意涵的觀念，陰陽、五行、食補、坐月子、養生等，並不容易短期由世界各國自己建立中醫藥體系，並養成優秀的中醫師。

無論是因為科學技術的改變增加了中醫服務項目的種類，或至少在部分區域上，已可利用電子在洲際間作傳遞，或肇因於 WTO 自由化貿易及 WHO 推動的另類醫療策略，世界各國必定要調節制度以朝向更強的市場導向，由於有中醫藥人才的需求，故在中醫專業人員（Mode 4 自然人呈現）及病人的遷徙（mode 2 跨國中醫消費）、中醫機構（mode 3 商業呈現）上，我們應仔細評估對台灣中醫產業產生衝擊的方向及國家。

在 WTO 服務貿易總協定中，服務業分為 21 個部門 160 個分部門（附表十一）。而本研究由醫療服務貿易角度探討，雖然中醫醫療服務貿易歸屬於醫療服務貿易，然而兩者之間在現階段仍有歧異，從文獻探討及專家訪談後，歸納出與中醫產業衝擊較相關聯者有：1. 自然人呈現；12. 教育服務業；15. 衛生

及社會服務業；3 個部門。

若以我國服務業類別區分（附表十二），則其中與中醫藥產業衝擊較相關聯者有：

在一、商業服務業方面分別有 12 項服務業，C.研究發展服務業；Fe.人力仲介及供給服務業；Fg.出版服務業；3 個。

在二、通訊服務業方面，其中與中醫藥產業衝擊較相關聯者有：C.視聽服務業；1 個。

及五、教育服務業，八、衛生及社會服務業。

以下就 WTO 服務貿易總協定中，服務業的分類為主軸，就衛生及社會服務業、自然人呈現、教育服務業 3 個部門，沙盤推演衝擊可能產生的各面向。

第二節 衝擊一，衛生及社會服務業

醫藥、衛生及社會服務可提供多種不同的功能：具發展性、分配性、社會性及其他功能；而長久以來被視為非商業性的服務及公共組織；然而，這些不同的功能具有相當的關連性及重要性，可能隨時間或因國別的不同而有差異，這完全憑藉著幾個重要的參數，如收入、年齡、科技及經濟與社會的優勢。因此，這些服務可視為社會及分配正義之主要的工具，或是被視為經濟發展的先決條件。因此，簡而言之，衛生與社會服務受制於經濟與非經濟目標、影響及限制。

雖然目前的資料顯示，醫療及衛生服務的國際貿易量仍十分有限；例如，美國所輸出的醫療服務，包含美國提供給國外的醫療服務及給在美國境內的外國人的醫療服務，總數小於美國國內醫療支出的 2%。然而中醫藥醫療及衛生服務的國際貿易量，可能比預計中要多得多。以中國為例，根據中國移民局的粗略統計，從 1983 年到 1990 年，大陸共輸出醫療服務專業人員到 28 個地區或國家，共計有 7850 人，雖然從 1991 年後就沒有官方資料，然而有證據顯示 1991~1995 年，輸出人數快速增加，光 1993 年一年就約 3000 人。在這輸出的數千名醫療服務專業人員中，78%為護士，20%為醫師（其中 60%為中醫師）⁽⁵⁷⁾；WHO 醫療經濟的工作努力（1997），「醫療經濟—技術簡要記事—方法貿易自由化與大眾衛生目標：醫療服務案例」日內瓦；以及 Mandil Salah H.(1998) 年所著：「遠端衛生系統：它是什麼？它將會推動醫療服務越過國界嗎？」⁽⁵⁸⁾，Zarrilli S.與 C. Kinnon：「醫療服務的國際貿易：一個發展性的觀點。」⁽⁵⁹⁾。

根據一些消息指出，在亞洲、中東及 CIS 等地區，由中國人投資開發的小

型醫療院所數量持續增加；1995 年計有超過 100 家的合資醫療院所，其中有向官方報備登記者 20 家（截至目前為止，大陸私人投資醫療院所仍不用報備登記），這些醫療院所都很小，主要以開設中醫醫療院所為主，由中國人提供醫療專業人員，而當地投資人則提供建築物及設備。

病人移動的三種貿易形式，通常（a）形式，指的是高科技或服務品質更好的醫療服務；我國中醫往往需要用實證的角度，證明其療效優於目前的主流醫學，才能提供更快速及更好品質的服務，以吸引外國消費者或留住我國醫療跨國消費，目前大陸雖已成功行銷其中醫醫療服務的有效性，亦進行大量實證的研究，來支持其卓越優於主流醫學的療效，目前這種醫療服務或許有發生，但仍不多。至於（b）運用「另類的」治療方法，除非治療的疾病療效卓越或已經是不治之病，否則跨國消費並不容易成功，不過若針對慢性疾病的生活品質提昇，則中醫有其一定的市場，以及（c）形式，建立中西醫整合的醫療模式及醫療機構，台灣的確可以提供他國所無法提供即時或是完整且有效的服務。

世界各國醫療費用支出逐年增加，其原因之一，包含：新疾病、慢性病及多重病因的發現及增加；在多數國家中的老年人口（65 歲以上的老年人醫療支出比 65 歲以下者高四倍之多）；而無論（1）或（2）對新的或另類的治療技術或治療藥，需求恐急，在新治療藥開發費錢耗時的情形下，世界各國轉而尋求中醫藥的醫療人才，探索其安全性及療效，進而研發開發新治療藥，已成為世界各大藥廠研發的趨勢之一。故中醫藥的另一潛在經濟價值是，證實中醫藥在各疾病之安全性及療效，進而與世界各大藥廠合作研發開發新治療藥，可能成為台灣進入製藥工業國家的一個開端。

下文是參考 WTO 服務貿易理事會所準備一系列資訊交換（information exchange programme）的說明來推論，此處先後討論者為特定服務供給模式—中醫藥自然人呈現及教育服務之相關問題及衝擊加以說明。我們希望藉以喚起國內為下一回合可能牽涉到的服務貿易談判預做準備，或由我國發起以刺激 WTO 會員對此方面議題交換觀點及資訊。

第三節 衝擊二，自然人呈現

自然人呈現即所謂之「模式 4」，是 GATS 下提供服務的四種模式之一。自然人移動的經濟衝擊，因行業別及經濟活動而有很大的差別。一般區分為以下三種狀況：

一、人員移動是提供服務唯一可行模式，包括以下情況：

- (一) 供給者實體呈現是提供服務之決定性要素；
- (二) 消費者或其財產無法移動。如中西醫結合醫院、中醫醫院，因此在這些情況中，外國服務提供者“帶著服務跨越國境”，直接以醫院的實體進入台灣市場。

二、對人員移動是多種可能模式之一的行業及活動。他們可以被取代。如中醫師和病人藉由跨國的通訊連結。一般而言，台灣由於個人、中醫師或醫院通訊網路連接率高且網路活動頻繁，故包括中醫診斷、食療及治療的諮詢或醫院管理顧問工作，是比較容易建立的。因此，中醫師比較可能跨國提供服務，但對於針灸、推拿、整脊等部分而言，距離仍是基本的障礙。

三、短期人員移動可促進及方便其他模式下之貿易。中醫師直接接觸病人有助於建立跨國中、西醫醫院的聲譽，減少因為溝通不良所產生認知的差距及強化醫病關係，如此增加跨國就醫的交易，或是藉由國外設立分院來提昇業績。

除此之外，因電信服務技術進步、解除管制及貿易自由化，可能會取代（診斷、衛教、諮詢等）服務貿易，亦即部分模式 4 的服務貿易會減少，由台灣有短、中期聘請大陸北京、上海、廣州等各中醫藥大學教授的的中醫教育的活動，很可能被其他供給模式（如跨國提供服務 telemedicine、新資訊及通訊科技）所取代。然而由於中醫師的跨國服務，亦可能增加各項模式下，如模式 1 的模式 2 模式 3 之新服務的需求。整體來看 WTO 會員之 GATS 承諾表顯示，以中醫此一特定行業而言，模式 4 自然人呈現的條件普遍較其他模式保守。

貿易與中醫師移動的一些基本考量

一、移民理論通常以存有移民誘因為考量的起點，典型的是會員國、台灣間就業及所得機會有所差別，以下檢視中醫師移民對相關國家、市場及人員之影響。

- (一) 依據新古典總體經濟理論—工資、生產力在地區間的差別，以及移出國與移入國的供給與需求，是個人決定移動的主要驅動力量。在工資方面大陸、香港低於台灣，而中醫師供需方向，台灣中醫師亦已達供需平衡，除了中國大陸、韓國有可能供過於需外，目前香港、新加坡等皆剛開始將中醫師正式納入國家醫療體系的階段，故供給尚不足於需求，中國大陸為主要輸入中醫師到這 2 地區的貸方國。若在開放的條件下，最可能移動來台灣工作的是中國大陸中醫師。至於中醫師資方面，世界各國除了中國大陸、韓國有可能供過於需外，包括台灣在內，中醫師資皆不足

(二)雙元勞工理論—已開發經濟體對低工資移民的需求被認為是國際移民背後的主要因素。隨著醫療成本的增加，台灣中醫保險在總額給付的制度下，醫療機構有可能向較低工資的大陸、香港徵才，此徵才策略可能左右中醫師移入台灣的速度及量。另外會員國中醫師移居來台一旦開始，網路逐漸形成，可能因為有助於減少後來移民者之成本及風險，循環性的移入台灣因果機制將發生。協助中醫師移動之私人及常設機構等將出現，亦可能加速外國中醫師移居來台。這表示此類移動一旦產生，無論其原提供國是大陸、香港或韓國，則將持續或增加的進入台灣，則對中醫師的供給，如中醫系、學士後中醫系或特考中醫師的量將造成衝擊，擴大我國中醫師工資及就業之衝擊。

二、從發展的觀點而言，台灣年輕、受過良好訓練及較積極的中醫師移民到已開發國家的傾向較高，將立即衝擊到國內中醫師養成的規劃。在另一方面，移入台灣的外國中醫師匯款的流出台灣，其匯出款可能是仍留在原國家的家族成員重要的所得來源，雖然不像政府對政府之援助，會有巨大的移轉損失，然而由於中醫師屬於中、高所得族群，若其長期，逐漸或快速增加的匯出款，亦將對我國財務造成不小的衝擊。

三、中醫師移出對台灣之影響

從移出國的觀點來看，這些考量包括失去國內相對稀少資源（技術高超、具較高治病能力的中醫師及中醫師資），以及承受國家中醫教育投資移轉的風險。因為對技術高超、具較高治病能力的中醫師及中醫師資，進口國提供優越條件以吸引，此舉將對台灣有知識流失“brain drain”的威脅，對於台灣中醫的教、訓、用、研尚未良善的體制，惡化其不平衡的發展。特別是對於中醫產業的經濟發展及所得分配的負面影響。然而此在 WTO 自由化精神架構下，將愈來愈凸顯此方面的問題。

台灣應更深入的評估移居到國外的台灣中醫師其發展中醫師專業的實際情形。更重要的是，未來短期台灣中醫師的移動，除考量台灣失去具治病能力的高超技術及曾投入的中醫教育投資外，亦應考慮當這些中醫師回台時，是否亦能以在國外獲得之經驗貢獻所長回國。另外實證研究顯示將於一定期間回國的短期勞工移民的匯回款較高，未來短期台灣中醫師的匯回款，應比長期移民者多。而且台灣中醫師養成的技術及品質將直接影響匯回款的金額。以國際間主要匯款接受國家如印度、墨西哥及波多黎各，顯示技術及品質對於匯回款的金額有重大影響。例如，印度 1996 年匯款收入約 76 億美金，幾乎是當年淨直接投資流入的三倍，以外匯收入而言，相當於該國紡織及成衣產業之貢獻（86 億美金）。故我國中醫產業，尤其是中醫師的移動的服務貿易，亦應樂觀的朝輸出國的方向發展。

四、中醫師移入對台灣之影響

中醫師移入台灣對於國家的經濟影響很難預測，包括移入時的總額保險制度點值、移入台灣的中醫專業型態如中醫內、婦、傷或針灸科等，都是需考量的因素。實證數據目前尚不足以推估台灣經濟衝擊。

從經濟上的觀點，會產生各種不同的問題，相對於台灣目前的醫療體系以診所形態、一般科為主⁽⁶⁰⁾，大陸則以醫院形態、專科化、中西醫結合為主⁽⁶¹⁾，故大陸中醫師移入台灣將加深、加速專科化、中西醫結合，隨著改變台灣中醫醫療生態的潛在平衡效果，預期的福利利得為提昇我國民眾就醫的選擇權，多元化的專科化及中西醫結合，醫療機構有效的降低醫療成本，政府有效的壓抑飛漲的醫療費用。例如，是否鼓勵原來中醫系畢業的學生從事中西醫結合的工作，學士後中醫系畢業的學生從事加深、加速多元化、跨領域結合的工作，特考中醫師從事加深、加速中醫專科化的工作，至於參加檢、特考的人士，訓練推拿、整脊等傷科專業，使其在未能考取中醫師執照的同時，訓練、尋找另一賺錢的就業機會；都是目前政策規劃時，重要的制度、法規考量，以降低衝擊的影響。

透過模式 4 貿易，外國中醫師擁有的治病技術及知識－特別是專科、中西醫結合的中醫師或老師，可以比國內中醫師養成成本更低方式入境，此有助於短期我國因應教、考、訓、用變動的中醫醫療市場所需的人才，以及解決中醫師資短缺的問題，並促進中醫產業知識經濟的成長。當然上述人材的短缺在可預知的未來會持續下去，世界各國大多為借方，目前從大陸持續而大量的雇用此類高級人材師資；從另一個角度而言，迅速而正確的調整教、考、訓、用的國際版政策，我國將不難如中國大陸或韓國，成為世界各國歡迎的貸方。

運用短期中醫師移入台灣的承諾，有助於避免那些伴隨永久中醫師移入所產生的成本，包括使用台灣的社會福利、健康及教育系統的成本。是否短期中醫師移入成為以非法或合法的方式變成永久移民的橋樑。一個比較全面性的政策評估需要包括對經濟及社會情況的衝擊，同時也要從中醫師移出國其外移的原因來分析。

影響外國中醫師以自然人呈現進入台灣的措施

管理短期外國中醫師移動之措施可分為三類：

- 一、一般移民法律（簽證要求等）；在“自然人之移動附則”明確指出 GATS 不適用於這一類措施。“自然人移動附則”，亦將有關國民、住所及永久雇用之措施排除在 GATS 規範之外。更重要的，不管協定的其他規定，會員可自由採行規範自然人進入其國境或在其國境內為短期停留之措施。故我

國可以參酌香港公使所言的香港中醫藥政策，在這一類措施來掌握外國中醫師移入。

二、核發工作許可之勞工市場規定等；

三、定義外國人在個別領域工作能力之規定。二、三兩類一般受 GATS 義務及承諾表所列行業有關第十六條、第十七條，及第十八條額外承諾之規範。一般有兩類制度來管理：

- (一) 衛生署、考試院等公眾管理制度：相關執照、資格認證過程由政府直接管理；
- (二) 產業管理制度：中醫師公會、全聯會及各中醫醫學會可扮演相關執照、資格認證過程重要之角色。

無論那一類制度，一旦兩類制度管理的相關措施，包含於政府法規時，就 GATS 而言，兩者並無差異。

現階段我國在中醫師自然人呈現未做承諾。但若我國試圖修改競爭條件而只有利於我國的中醫師時，即可能違反國民待遇之措施。在中醫醫療服務領域，各國政府為確保大眾權益等理由，要求中醫醫療服務提供者在被允許提供服務前，必須具備足夠之教育、訓練及考試中醫師執照。一般而言，此舉將造成額外之進入障礙。發照要件程序較常由第六條國內規章規範（S/C/W/43 及 50），若核發執照是為造成市場進入及國民待遇限制，則此等限制必須列入承諾表，不過列入承諾表並不能使此等限制措施免於相關規範。相對地，若核發執照制度與第六條不符合，例如，其為不必要之負擔，則此等制度必須要修正。

在中醫師此特定專業服務方面規範，很難就歸屬於第十六條、第十七條之措施及第六條之範圍畫一界線。此大部分肇因於缺乏詳細準則以建立及澄清第六條條文（包括客觀性，透明化及不造成不必要負擔之要件等概念）。然而，一如會計師等專業服務業，中醫師、中醫師資國際規格的教、考、訓、用，勢必會建立相關準則、規定及教材。

第四節 衝擊三，中醫教育服務衝擊

兩岸之間，中醫教育方面的交流，已有一段很長的時間，然而，雖然台灣有不少的學生、中醫師赴大學讀中醫學院、碩博士學位，但在我國教育部卻沒有確切的人數及記錄（附表十三），自然無法評估我國中醫教育的跨國需求，及以後這批人回國的學歷認證、考試等的衝擊面及影響力道。

以往的教育主要是社會公益性事業，惠及每個公民。加入 WTO 後，尤其是在 WTO 的規則下，教育出現了社會公益性、非營利性和營利性的不同類別。教育服務貿易涉及到以“商業存在”為基本運作方式的營利性辦學或中外合作辦學。畢竟教育關係國家之經濟發展及興衰，對民眾亦是切身的受教課題，因此教育服務業之開放受到社會各界之關注，市場開放非均屬負面，正面效益亦不容忽視，以下僅就承諾開放所可能產生的中醫產業衝擊及建議採取之因應措施分述於後：

教育服務國際化對台灣中醫教育市場所產生的最大衝擊，將是「人力規劃論」的逐漸瓦解。藉由大陸之手，使國人多了接受中醫教育的選擇權，為國內僵化的中醫教育服務市場注入新的活力。儘管中醫教育一如其他教育服務並非事純粹的營利事業，必然也是建立在供需關係之上；除了正規的大學教育外，從每年報考檢、特考的人數，可看出國內在這方面有相當大的潛在需求，呈現供需不平衡的關係。也就是在「有利可圖」的情況下，可想見將會有大陸要求開放中醫教育服務壓力的出現。而國內對於中醫教育的高度需求，造成就學機會及報考中醫檢、特考的激烈競爭，然而對於多少中醫師為適當的人力，高等教育及特考中醫師的人數比例，及其所應受中西醫學教育的程度的認定，就直接牽涉到，所謂「人力規劃論」的思考模式。

根據以上的論述，我們可以推論，開放外國中醫學院來台招生或是來台設校，對台灣所將產生的最大衝擊，將是中醫師人力規劃的瓦解。教育及衛生部門所一直主導台灣過去四十年的中醫教育市場供需關係，儘管在經濟已經走向自由化並且高唱教育自由化的今日，仍依舊按人力規劃論的主張做規劃，並未從更高的層次，看台灣中醫教育的國際舞台。譬如台灣至今仍未設公立的中醫大學，或於公、私立醫學院，普設中醫科系及課程，即是人力規劃論除了人力規劃不當外，另一種不符合民眾需求、台灣實際存在中醫文化、醫療現況的失序表現。這種教育及衛生資源政策走向，一方面繼續在教學、考執照、訓練場所、尤其是臨床上，中醫師限制檢驗項目及儀器、執業時的擇一執照登錄、中醫院不得附設西醫科等，將中、西醫學分開成兩個醫療系統，將憲法明訂需要提昇的中醫高等教育的責任交給民間興辦的私立大學，難以期望中醫師訓練達到西醫師“質”的精良；另一方面卻又試圖透過開辦學士後中醫系“量”的邏輯，達成增加中醫師人力的目的。國內各界，在人力規劃論的考量下，一方面認為中醫師人數已經不宜增加；另一方面在 WTO 不可限制的自由化思潮下，無法再完全限制私人興辦大學，或台生、中醫師跨國教育消費，雖然依照台灣目前的醫學院數可以預期將會處於穩定的階段，中醫教育除了增班、增系之外，出現新的中醫大學的空間可能有限；但不可否認的事實是，國內對於中醫教育仍有極大潛在需求。這種需求，我們可以認為是對「中醫學」的偏好，以

及中醫院校教育機會的稀少性所造成，抑或是對國內中醫教育品質的不信任。對於這種需求不滿足的解決方法之一，就是以「大陸中醫留學生、碩、博士深造」的方式來達成。雖然所謂的「留學深造」必須付出的經濟、心理以及家庭成本很大，但對於好學的台生或中醫師而言，大陸教育消費尚屬能夠支付的費用，因此預計它對於國內中醫教育市場供需的影響將很大。當然，我們也不必過度高估這種衝擊效應，因為赴「大陸中醫留學生、碩、博士深造」或大陸中醫在台招生是早就存在的事實，在 WTO 下的政策會不會化暗為明。但是若再加上中醫學歷或執照認證，由各會員國共同設立共通的標準時，台灣將被迫在要不要加入此類認證協會，做出決定。這一旦如會計師制度等成為趨勢，國內中醫各界的中醫師人力規劃，將變得不具實質意義。

過去對於中醫師的人力規劃，在於對中醫師人數“量”的控制，以確保中醫醫療市場所需。而這種規劃，是由於過去的中醫教育市場是一個封閉的體系，而現在這個封閉的體系已經有了缺口，人力規劃將無法預期。不過，真正的衝擊應該是在開放外國人來台設校這個層面。目前最吸引大陸來台辦學的，中醫學院極可能是其一，因為如前所述，國內在這方面的潛在需求極大，而且興辦中醫學院所需要之校舍、設備等投資規模較小。一旦可以在國內就讀大陸興辦的中醫學院，然後出國讀碩、博士大學，就形成既有升學管道之外的另一類全套的選擇。大陸來台辦中醫學院對既有體制衝擊極大，只要大陸辦的中醫學院具有這樣的吸引力，則中醫師的人力規劃將自動瓦解。這其中，除非國家投入足夠資源增設國立中醫學院，或者現有的私立醫學院校能夠增設中醫科系並提昇品質，否則大陸來台辦的中醫學院，將可能成為台灣中醫教育市場中不可忽視的部門。當然，以上這樣的論述乃是建立在教育、衛生行政機關，對於合乎條件者所提出的辦學申請，不以行政裁量加以否決，完全依照市場供需關係自由競爭，而且對於本國人與外國人在申請興辦學校上採取完全一視同仁的態度，依 WTO 自由化精神及承諾的假設前提下推論。未來不排除有可能在國際的壓力（尤其來自大陸的國際結盟及規格）下，做出不得不做的讓步決定，所以現階段台灣確應就經濟面、教育面及民眾需求面，全面檢討法規中對於中、西醫教育、訓練、考試、運用上的不合理限制，以儘量減少可能匆促實施，或相關配套制度不完備的情形下，所造成國內中醫產業的衝擊。

大陸中醫教育進入台灣的衝擊

中醫教育服務業與兩岸之關係

我國進入 WTO 後，高等教育列為對等開放的教育服務業，其開放自將無可避免。高等教育權的開放，將確立高等教育市場自由競爭時代的來臨。在中

醫教育服務方面，可能在國際上以大陸、韓國，最有可能對我國中醫教育造成衝擊，然而由於韓國與我國有語言、文字甚至於文化上的差異，故推論大陸是短期間唯一我國中醫教育有衝擊的國家，至於澳洲、美國亦都積極投入設立中醫學校及中醫研究，長期而言，若我國維持現況及現行體制，衝擊的威脅仍是存在的；我國在教育服務業之承諾並未對大陸引用排除條款，而在中醫教育服務業，大陸的確可能對我造成衝擊，但因兩岸並未開啟協商管道，雙方無法就相關問題進行討論，未來如對大陸開放，需依據國家整體政策，兩岸互動關係，及相關法令，視其性質及內涵本雙邊互惠原則辦理。

中醫教育服務業之開放涉及我中醫教育市場對大陸之開放及我對大陸地區提供中醫教育服務兩方面，茲分述如下：

若大陸進入我中醫教育市場、對我中醫教育服務業的影響

目前我國中醫教育機構之設置尚有需求，然而由於設校條件（如土地取得不易）及中醫師於健保總額給付下的影響下，收入遞減等因素，其設立規範仍比照國內私立學校設立標準，會降低吸引大陸中醫大學校院的程度，就形式面造成之衝擊可能比預期小，開放大陸人士來台設校對國內經濟投入面之影響不大，可能因為減少赴大陸進修碩、博士而反而有利，因此對中醫師學生市場之影響預期亦不致太大。然而本著中醫藥產業市場自由、對等、開放之精神，加之因應而來之國際交流頻仍，在學校經營理念與教育體制上則可能造成較大之衝擊。但對於中醫師人力量的規劃可能失序；加深對大陸中醫教育的迷思；擴大赴大陸台生、中醫師跨國教育消費；及台灣中醫師、中醫師資大陸規格化的兩岸談判籌碼的損失等。在兩岸政治氣氛尚不十分友好之際，不得不需有“台灣優先”的思維及警覺。

依據兩岸人民關係條例第二十三條規定：臺灣地區、大陸地區及其他地區人民、法人、團體或其他機構，不得為大陸地區之教育機構在臺灣地區辦理招生事宜或從事居間介紹之行為。因此中醫留學服務業為法令所禁止，且目前大陸地區中醫學院校之學歷均未被認定，不論是開放學生赴大陸就讀中醫，或透過大陸師資於台灣教學所取得中醫的學分，學歷都將面臨採認上之問題。故需待大陸中醫學院校學歷之採認辦法確定及兩岸關係進展後，才有較白熱化衝擊的問題。

若開放大陸中醫網路學習進入國內的衝擊

教學品質控管不易，教學品質堪虞，且由於遠距教學新科技的應用，將降低國人出國學習中醫的求學成本，對國內中醫學校招生與校務運作將產生重大壓力，但此等競爭壓力亦有其正面效益，國外的網路學習有助於我遠距教學課

程製作水準之提昇，加速遠距教學之發展，便利在職中醫師或民眾未能至正規中醫學校就讀之人士學習。然而中醫等醫學相關科系，遠距教學之教學品質與效果有待評估，而且教學內容亦不適宜全以遠距教學方式教授。

若開放大陸人士來台設立短期中醫補習班

(一) 短期補習教育服務業產業發展及範圍

短期補習班在 CPC 號列為 924，我國行業標準分類屬 L 大類教育服務業 7990 其他教育服務業。短期補習教育旨在增進國民生活知能，補習教育業即指執行短期補習教育的機構。大陸人士或師資可依據我國之「補習及進修教育法」，來台設立短期中醫補習班；其短期補習班之設立、變更或停辦等相關管理規則，由直轄市、縣市主管教育行政機關定之。

(二) 開放大陸人士或師資設立短期中醫補習班之衝擊

中醫教育補習班分為三種：一是檢、特考補習班，二是中醫師診療技術班，三是中醫師留學班。

從下表可看出，國內對文理類補習班其投入之職員、導師及工友人數最多，而文理類中又以醫學為熱門，則包括了中、西醫師等國家考試。

各類補習班全年結業人次

類別	合 計		結業人次依地區別分 (人)		
	人數 (人)	分配比 (%)	台北市	高雄市	台灣省
總計	1,713,255	100.00	499,272	313,273	900,710
文理類	1,300,275	75.90	348,207	246,112	707,157
工類	9,028	0.53	2,151	585	6,292
運動類	17,021	0.99	5,041	3,119	8,861

資料來源：教育部「台灣地區各類短期補習班概況統計調查報告」，民國八十八年八月。

檢、特考補習班一直是國內重要的補習業務，可滿足喜好中醫教育卻無正規教育民眾，取得中醫師執照的管道，雖已立法於民國 100 年廢止，不過由於國內補習班擁有多年辦學經驗，以及我國古籍為主的考試範圍，並非大陸中醫學校所擅長，故衝擊不大。至於中醫師診療技術班，由大陸中醫特殊診治療專家授課，可能很多中醫師會參加，但由於可以降低跨國學習的費用，可認為該項政策的開放，勢必帶動中醫師專科化的學習需求，使中醫師學習人口大幅提升，在需求被刺激的情況下，可能帶動我國本土中醫專家此類補習業務的蓬勃。還有中醫師大陸留學班，目前法令禁止，但目前每年約有 300 位中醫碩、博士留學大陸各中醫學院，仍潛在此市場的需求。

大陸人士來台設立中醫短期補習班可增加學生選擇短期補習班的機會，並提高短期補習班競爭壓力以提升素質外，但由於我國整體中西醫療已達一定的水準，不同衛生型態所教導出來的中醫師有其可能之差異，對民眾衛教或安全用藥等有所影響，故開放時程仍需視情勢發展調整。

我中醫教育業者進入大陸中醫教育市場

向大陸地區提供中醫教育服務，若設立大學中醫推廣教育：依據「大學推廣教育實施辦法」第五條之三規定：國內大學可赴大陸辦理推廣教育。目前我國已開放，惟學生限為持有中華民國護照之台灣地區人民或華僑，師資則限由台灣地區具教師資格者授課，由於生活水準及收入的關係，台灣中醫師資流向大陸的誘因不大。

第五節 衝擊我國中醫的影響因素

本研究對加入 WTO 後的衝擊分析，需考量一些影響衝擊評價的因素。分述如下：(1) 與後果有關的因素：如一些自願與非自願的衝擊，所謂自願的衝擊，例如國內部分中醫藥大學、醫學中心聘請尚未經我國認證的大陸中醫師、中醫師資教授中醫學及教學門診，引進大陸中醫自然人於台灣呈現，其對國內中醫師資、健保給付、民眾認同等，可能造成中醫界學界、公會、學會及開業中醫師資源公平分配的問題，本研究並無此方面全面及詳盡的調查，故讀者研讀訪談國內專家資料時，應考量此方面可能的因素，又如國內已有多位立委主動提案認證大陸學歷，或在國內仲介組團赴大陸跨國教育消費等，有些為非中醫界的外力加諸或有些乃出於中醫界部分階層的抉擇，皆是影響的變因。所謂非自願的衝擊，例如國內各中醫領導階層對 WTO 的運作與衝擊的瞭解程度不同，當然為影響衝擊因應的判斷及作為。另外如大陸的靈活運用其已建立的中醫國際品牌形象及 WHO 會員國的網絡，或台生透過爭取權益等方式，削弱台灣中醫界避開衝擊的能力及方法。

兩岸中醫界交流頻繁，若不謹慎從中醫整體利益的制高點思考，危機意識日漸淡薄，很容易忽略時間上逐漸浸蝕的衝擊。若以台灣島內衝擊的地理分布，牽涉到目前的城鄉差距，健保總額給付及社區醫學推展情形的變因影響。當然衝擊之可控制性及政府、公會因應衝擊的系統控制及危機管理能力，亦為重要的影響因素。

與後果之性質有關的因素：國內民眾有嚴重複向求醫的現象（佔 25～

47%)，乃肇因於台灣沒有成功的中西醫整合或中西醫合作的機制，當國內的醫療照護體系持續不能滿足病患的需求時，則出現跨國醫療消費行為（病人赴大陸尋求中醫治療）；再加上保險費用年年上漲，國內醫療機構基於成本考量，可能會有低報酬的醫事人員需求（大陸中醫師來台執業，其聘用的薪資會比國內中醫師低）；由於兩岸的地理位置相近、語言相似，加上大陸的教育費用比國內低，於是出現跨國教育消費的需求（學生赴大陸學習中醫）；國際上的中醫醫療市場，現階段均由大陸主導規格，如編寫國際的中醫教材與訂定國際中醫的相關制度，倘若國內中醫想要國際化，可能面臨要研讀大陸編寫的國際中醫教材，或符合其制定的國際中醫師認證規格。

其他相關因素：中醫醫療照護體系是人力密集的產業，倘若人力資源有一些限制，將影響到中醫醫療人員的績效表現。而全球化使得自然人移動的頻率逐年增加。這表示國內優秀中醫師將前往他國執業的情況會越來越多，如此將是國內中醫界的損失。再加上由於醫療法規諸多限制及中西醫遲遲未整合，導致中醫研究及臨床醫師之教育訓練不足，不足以因應快速增長及變化的醫療需求。而職場環境的惡化，如：薪資結構改變、個人生涯規劃問題、人力資源的管理模式、醫療保險的給付偏低、無法滿足社會民眾的期待及要求、政府法令不合時宜、醫療資源的分析、在職訓練及教育不足等；均為影響本研究分析衝擊的因素。

第六節 大陸因應加入 WTO 後的衝擊之道

大陸很清楚中醫為其強項商品並對於可能的衝擊，已預做沙盤演練，衛生部、教育部、外交部顯然有定期針對各項相關議題，定期研討，統整事權，以台生的議題而言，其港、澳、台辦事處、中醫藥管理局、各中醫藥大學、教育部及各校中醫國際學院等即是如此，故訪談大陸的各單位，彼此之間相當熟悉且說法、做法口徑一致。訪談中醫藥管理局沈司長侃侃說明其因應之道，中醫人員的素質、中藥材的品管、醫院管理、大陸西醫醫療的進步、外國醫療機構的設立等將為其中醫主要的衝擊處，然而截至訪談之際，尚未發生預期的衝擊。也由於中醫、中西醫為其強項的醫療服務商品，故其於發展策略上，完全著眼於國際品牌及外銷中醫師、師資、中西醫整合知識、教材及相關醫療或藥物藥材產品。此點由其國內衛生醫療有嚴重的城鄉差距的情形下，仍大肆投注資金擴建各中醫大學、成立中醫國際學院、中醫教材多國語言翻譯版本、各種靈活的中醫本科、學分、碩博士學程等可見一斑。

固然大陸以政策全力支持已有相當的成果，本參訪團的確認同沈司長所

言，醫院管理、大陸西醫醫療的進步、外國醫療機構的設立等將為其中醫主要的衝擊處，此為其不久的將來必然發生的醫療衛生質變，然而其衛生體系對於中醫較沒有安全的顧念，而一昧的凸顯其療效及於國際的認同，尤有甚者，其中醫教材大多皆非植基於實證的研究，姑且不論研究方法困難與否，這終究是大陸愈來愈全球化，且試圖扮演另類醫療的國際領導者所需面對的課題，台灣中醫界值得借鏡，並以之為因應衝擊或進入國際另類醫療的切入點。

第六章 中醫衝擊最主要的方向及國家

第一節 主要方向

健康服務貿易提供服務之方式可分為四類：(1) 跨國健康服務；(2) 國外健康消費；(3) 跨國醫療機構服務；(4) 自然人移動。中醫亦將透過此四種服務模式貿易，這將牽涉到下述相關的層面 1.中醫藥產業的特性；如中醫治療的療效及安全性缺乏有系統的科學研究，沒有國際統一評估標準，各國醫療系統中醫藥主從角色不一。2.中醫藥法規；有的國家有中醫師教育、訓練、考試等制度，有的國家則闕如。3.健康服務貿易障礙；由於是關係到國民的健康，故政府或各國的專業團體強力介入，並設障礙 4.中醫藥相關從業人員所能提供的醫療服務項目及模式；針灸、整脊、中草藥等亦有不同流派師門。5.各國的移民政策；包括中醫藥相關從業人員的移入及移出條件、寬鬆不同。6.各國的文化經濟不同、對中醫開放程度及政策不同。

依 WTO 設立協定第十六條第四項之規定，所有會員均應使其國內法與世界貿易組織下之國際規範一致，上述的層面應密切觀察各會員國的政策及法規等趨勢，尤其以有能力提供中醫藥服務模式的中國大陸、韓國、香港、新加坡及日本等會員國。

中醫產業的服務貿易，將隨著衝擊面的擴大，逐漸的浮出多邊談判的檯面上，我國既已成為 WTO 的各會員，將可能會與各會員諮商或對我國中醫服務業市場的要求清單，並依據 GATS 之規定，開放諮商結果的市場，故國內中醫各界宜預做沙盤推演。並就已暴露出的問題，衛生署宜先確認其改善的方向，始能確實保障及提昇國人健康，並確保將衝擊的影響降到最低。

一、不合時宜的法令

中醫相關法令訂定，大多早於中醫委員會成為正式行政組織，缺乏中醫、中藥及民眾的參與，不但缺乏彈性也較不透明，並不利於整體中醫的發展。

例如依行政院衛生署八十三年七月十九日之函釋規定，開業醫師兼具醫師、中醫師雙重資格，限定應擇一資格開設診所或應聘服務，並僅能請領一種執業執照，不得同時登錄為中、西醫師。上開行政命令或許便於醫院診所之管理，但造成接受正規中西醫學教育之醫學系或中醫系醫師，養成不易，淦令未受正規教育之不當醫療行為、廣告流竄坊間，劣幣趨逐良幣，國民健康之保障令人擔憂，亦增加衛生署管理之死角。

台灣的中醫師，無論特考或學院出身，皆處在法令規範阻礙中醫現代化、科學化的環境下，在符合法規的情形下，無法充分發揮專業判斷力及提供最佳的醫療技術，是目前台灣中醫界普遍的困境，長期以來，也反映了台灣中醫界中，欠缺足夠專業人力來回應目前不合時宜的法令規範。台灣的中醫界一方面不認同法令規範的合宜性，另一方面又經常接收到政府單位及不同層級醫療單位，對於不當醫療宣傳、療效評估、安全性、醫療品質等質疑的訊息。使得中醫界無法體認到現代科技及知識與中醫之間的連結關係，改變現有限制“科技與中醫”之間關係的法令，是確保衛生署中醫政策成功的關鍵。

二、多層次政府

隨著人口的老化，癌症及各種慢性病皆逐年增加的趨勢，民眾對於健康的要求，已不能僅由衛生署公布的統計數字及醫療照護機構的研究、或統計的定量資料來滿足，民眾希望不但活的久亦要活的健康，台灣幾篇對於中醫藥使用的研究，仍一再顯示台灣民眾，對中醫藥有一定程度的偏好，而衛生署在整體醫療體系的規劃中，並未將中醫納入，衛生署對民意的需求與中、西醫分治的事實顯然存在著落差，更應積極了解民眾對醫療的需求，與尊重民眾醫療模式的選擇，並將此民意導入衛生政策制定上的良性爭論，如此才是衛生政策得以以最少的經費，發揮最大的經濟效益，並且順利推動的策略。

衛生署雖為中醫的主管機關，但目前全民健保規定，同一醫師對同一病人在同一地點，中、西醫是不能同時申請給付的，這僅只徒官僚藥政管理之方便，而並未考慮病患的權益，有時病患需花二倍的時間排隊等候看同一疾病，或由病患自行決定西醫治療或中西藥併用，不但未能保障或提昇國人健康，更可能導致醫療資源之浪費，這些因多層次政府所導致的組織性問題與限制，若不做調整，衛生署很難落實保障或提昇國人健康的功能，更遑論因應健康需求變遷的應變能力，民眾很難判斷或信任國內所訓練的中醫師而寧可跨國大陸健康消費，或尋求大陸中醫師跨國健康服務，而由台灣的健保局“買單”，甚至於連

年輕的中醫系畢業生，無法或不願意在台灣執中醫業及學士後中醫系、特考畢業生，不信任國內訓練或學習環境，而跨國大陸教育消費，衛生署如何回歸中醫專業，建立在國人心目中一個受肯定、信賴的機構，值得深思。

三、傳統的組織結構

衛生署現行的組織，分別有醫政處、藥政處、食品衛生處等四處，國民健康局、管制藥品管理局等三局，及中醫藥委員會、全民健保爭議審議委員會等六個委員會。

行政院衛生署醫政處主管建立全國醫療網、醫療設施、提昇醫療品質、醫事人力規劃、長期照護、醫療資訊網等業務，除了醫事人力規劃，將中醫師納入統計並表列分析（附表十四）以外，在提昇醫療品質、醫院評鑑、醫療網計劃目標（附表十五）、醫療發展基金（附表十六）等關係全國國民健康及醫療，皆未將中醫師或中醫醫療機構納入整體考量及規劃。

藥政處於推動醫藥分業、臨床專業藥師及提昇藥事服務水準方面的全國性藥政，亦未將中藥相關業務納入考量。

醫政法規嚴格限制中醫師使用現代化醫療設備，現行醫政單位、行政命令、解釋函或醫療機構設置標準等，嚴格限制中醫師使用現代化醫療設備，嚴格限制中醫醫療機構設置現代化醫療器材，阻礙中醫現代化。⁽⁶²⁾

根據上述結果，應可歸因於中醫教育養成，考試任用，醫政管理三者的完備性不足，衛生署在衛生政策、醫政管理、醫療資源分配、全民健保制度等各方面，其政策規劃僵化、不符合實際需求⁽⁶³⁾。中醫藥委員會雖主管中醫、中藥、研究發展、典籍資訊等業務，然而以委員會持續依附此傳統的行政組織將有礙於整體國民健康保障及提昇策略的形成與執行。中醫藥委員會的組織層級適度的調整、跨處室任務編組及跨領域人員的培育及訓練，將有助於衛生署人員具備必要的中、西醫藥、政策及整合能力來提出改善台灣醫療系統分治及醫療品質不齊一的政策。

四、充實人力

由於衛生署主要的法令規章與業務內涵以西醫、西藥為主，使得中醫藥人力的質與量明顯不足。在各地方衛生局、衛生所的中醫藥事務，需要較實務及較細瑣的執行法令，誠如蔡壁煌委員所述“衛生署目前行政人員沒有幾個中醫背景人員，如何落實中西一元化的政策。”目前無嫻熟專責的人力（量及質方面）。行政院衛生署中醫藥委員會於八十四年十一月一日成立以來，組織條例編制員額五十三人，現有員額四十三人，佔編制員額之八成（附表十七）。按

該委員會負責中醫、中藥政策之研擬策劃，中醫師執業之管理監督，中藥藥材品管安全之管制，中藥廠商之國家標準審查，中藥廣告管理、中醫診斷與中藥臨床評估、針灸經穴之臨床療效評估，中藥材基原品質之研究發展等業務範圍廣泛，對於我國今後中醫藥之創新發展責任繁重，在中央中醫藥事務上，需要規劃政策及對國際影響衝擊評估的中醫藥人力、資源與預算明顯不足。並由於層級不高，將限制其跨部會協調及創新變革勇於任事的願景及擔當。顯然政府部門需重新思考重建中醫藥行政的基礎建設，才能確保有效率、有效用的施政。

五、衛生管理模組

現行的中醫藥法令與衛生行政組織，顯然無法明確因應台灣中醫藥發展所產生的問題。現有的衛生管理模組在過去可以見到一些成效，但當加入 WTO 後，國際的趨勢及隨著高齡社會的來臨，中醫醫療利用的需求，及醫療支出的上漲，則目前因應的成效就不易顯現。長遠看來，國民健康的保障及提昇必須全面的、多方面的考量，並做調整才能見效，顯然主管機關並無法用中醫健保納入總額預算支付制度後，就可以忽視此潛在市場。有遠見的衛生主管機關需將眼界放開，超越現況資源的限制，由國際規格的角度，來制定永續發展的策略與聯盟，目前仍無法確定現有的衛生署是否有足夠的政治上及大眾上的支持度，或是署內有足夠的人力或意願，來進行此一中醫衛生管理模組的轉型工作。然而，醫療政策將決定此潛在市場，在 WTO 後購買大陸等外國的健康產品及知識，或不但符合台灣此潛在市場之需求，而且可能外銷台灣整合後的健康產品及知識給外國。

六、不合時宜的教育、考試及訓練

現行的中醫的教育方面，特考的中醫師以自修或各別學習中醫藥知識。至於正規的學院教育乃採取中、西醫學兩套教育模式，很少能以一套或融合的實證教育模式，課程教材極待更新、證照考試科目與書目應重新檢討，現行中醫教育及中醫師證照考試有部分中醫專業科目及課程沿用多年老舊及未經篩選之古醫學教材，已不符現代科學研究精神與方法⁽⁶²⁾，尚未參酌國際趨勢或 WHO 出版國際通用的中醫教材，融入我國正規的教、考、訓、用之中，中醫教育或教材在國際共通語言英語或第二國際語言的重視仍不足，缺乏招收國際學生或建立台灣中醫國際品牌的願景及企圖心。欲健全中醫師養成教育，其前提必須有優秀的師資與完善的教學設備，目前國內中醫藥教育之師資嚴重不足，又缺乏現代化教學設備，遲滯中醫藥教育的進步，亦造成其他醫學院無法設置中醫學系⁽⁶²⁾。

在加入 WTO 後，中醫師跨國服務的情形將與日劇增，而考試制度、內容

等成為國際認證一個重要的關口，無論是評估外國中醫師的資格，或協助本國中醫師從事跨國服務，都可看出考試制度、內容，國際化的重要性，目前國內的考試範圍，或許可以阻止外國中醫師考照率，當然也可能停滯為不符世界規格的考試制度。中醫師在考取執照後的中、西醫學臨床教育及見、實習場所尚未有國際公認的標準，中、西醫學臨床教育及見、實習場所因為醫院、診所的層級不同，所能提供的訓練項目良莠不一，學校方面尚未規定見、實習場所比照西醫於中醫醫院或醫院層級的附設中醫部門完成⁽⁶²⁾，中醫尚未規範至少 2 年住院醫師的基本訓練要求，導致學生訓練後，臨床能力的良莠落差很大。

七、公私立醫療的混淆及錯置

按照 GATS 第 1:3 (C) 條，醫療服務既不是以商業形式，亦不是以競爭方式來提供。GATS 沒有規範直接經由政府提供不用收取任何費用的醫療及住院治療的部分。未來公共及私人醫院共同存在即成了一個問題，然而，考慮到它們之間的競爭關係以及在 GATS 下的適用性：特別是，公立醫院可以做到第 1:3 章不是以商業形式，亦不是以競爭方式來提供的規定嗎？我們應將公立醫院（及其所提供的服務）與私人醫院視為二種發展或規劃的模式，而非提供「類似」服務的醫院。我國公立醫院雖有公務補助款，然而隨著醫療財務緊縮及全民健保的統籌規劃下，公立已雷同私人醫院均基於商業方式來經營，病人或是由全民健康保險公司支付醫療費用。若為了社會、地區或是類似的政策目的，由國家繼續授予相當的補助金仍是必要的，在這種自由化加速市場為導向的改革，公共與私人醫療服務範圍的掌控可能發生混淆及錯置。針對此，衛生署應設定長遠的目標，設立調控及監測機制以鼓勵醫療資源有效運用。為達成此目標，有些衛生組織需要加以調整，如中西醫療政策優先順序之改變、新的通訊技術的出現可能造成的資訊、合作及競爭的衝擊等。

八、顧客為導向的中醫政策

台大王榮德與陳保中教授，於 1980 年代在市立婦幼醫院進行四年的調查⁽⁶⁴⁾，發現 12,273 位懷孕及生產的婦女中約有 2,822 人（約四分之一）同時在使用黃連，1,979 人（16.1%）在使用安胎飲，但幾乎沒有人使用未經醫師處方的西藥。當問到懷孕前曾使用過的，則調經丸、中將湯、白鳳丸都約占 5% 的比例；只吃四物的也佔 3.8%。可見即使是孕婦最不願意服藥的階段，中藥的使用市場仍相當廣泛。可惜大多孕婦皆未經正式中醫師診治後服藥，其服藥之品質及安全性的確令人擔憂，孕婦尚且如此。1997 年的統計，僅有五分之一進口的中藥材經由中醫醫療院所開出，其餘五分之四的中藥材皆流入市面銷售的數據，也就不足為奇了。20 年來如此，衛生署應積極正視此現象，最理

想的策略應是將此需求導入正規的中、西醫師、醫療機構或整合醫療照護體系之中。

資訊透明度不足，安全性及療效評估亦大多缺如，衛生署多年的提升醫療品質及保障國民健康的努力成果，大打折扣，重蹈美國 FDA 的覆轍。美國醫療之先進有目共睹，而且文化中少有另類醫療的歷史背景，尚且在二十世紀中期，另類醫療的花費及需求逐年遽增，他山之石，可以攻錯，參考美國的另類醫療政策，衛生署或許改變看待或處理中醫藥事務的角度，將不但能落實保障或提升國民健康的宗旨，協助發展台灣中醫及其製藥工業及整合醫療服務的知識經濟，而且可能在國際衛生醫療佔有另一席之地。

九、問問題的能力

整體來講，台灣投入不少的教育、研發經費。但是，國家知識體系確有許多地方值得改進的。首先，國家知識體系缺乏好的領導、統合能力。劉大和教授的態度比較接近博藍尼（Michael Polanyi）的態度⁽⁶⁵⁾，認為知識社群的態度是建立在自由之上，但為求學術累積的有效性，必須尋找一種互為權威的方式來組織知識社群⁽⁶⁶⁾。也就是說，要能夠問有意義的問題、尋找根本的研究旨趣，最好是由具有學術成熟能力的人來統合一個資淺的社群。讓資淺的研究者能夠迅速的站在前人的肩膀上。

問有意義的問題是未來知識經濟重要的能力⁽⁶⁷⁾，不過，我們的中醫藥教育體系似乎長期以來就沒有這樣的氛圍和文化。學生很少主動去發問問題，自然就更少去找資料來解答問題。習慣於唸熟傳統中醫藥經典來完成教育過程的中醫師自然無法產生具科學基礎獨立思考和創造力。如何增加中醫學在安全性、有效性、品質方面知識，是未來全球可近性的共同話題，對如何建構另類醫療安全性的監測系統，已由世界衛生組織及歐美各國提出關切。當然評估傳統醫學的安全性、有效性與品質的技術、指引和方法論將成為衛生署規劃、發展中醫政策一重要發展的方向及工具。

十、國際觀的中醫知識管理

在台灣中醫界，搜索世界知識的時候，有一個根本的問題就是語言的障礙，因此衛生署必須在知識經濟中成為輔助中醫界觀看世界的眼睛，讓中醫界得以掌握更多的知識和情報來源，才能夠保證台灣中醫界在新世紀的知識經濟競爭中不落人後。

但是衛生署的角色如何才是適當的？最重要的是認知這項工作的重要性。並且開始思考如何有系統且有效率的引介各國中醫藥的知識和情報。簡單

的說，衛生署仍須扮演重要的功能。正如其他在教育體系中所必須擔任的。台灣的中醫界及中醫環境，使台灣有能力建立全球都注目的，針對傳統醫學治療的安全性、有效性與品質的實證資料庫，並讓我國國民能夠在最短的時間內找到最基本而且最新的資料。日本和美國早就行之有年。尤其是日本號稱為全世界最迅速吸收外界知識的民族，他們的作法值得借鏡⁽⁶⁸⁾。劉大和教授認為，資訊社會必將改變人類大部分的知識活動⁽⁶⁹⁾，我們必須先思考清楚資訊社會究竟帶來怎麼樣的改變？使得中醫藥知識競賽的規則如何產生變化？才能夠應付未來的挑戰。以當前台灣的環境來講，衛生署宜站在更為全面的知識管理的角度上，來進行吸收、分類、規劃及研發的工作。

第二節 主要國家

加入 WTO 後對我國相關的服務業造成衝擊，而在醫療服務方面，由於科學的發展，使得醫學變得日益龐大且複雜。中、西醫師與病人的關係因而從早年一對一的關係，演變成今日醫療專業人員（Health care professionals）、醫療保險機構（Health care organizer）、病人及保險購買機構（Organized purchasers）之多重四角關係。醫師及相關之醫療人員由於擁有較豐富的醫學知識，在大眾的期望及法律責任上，都被要求善盡保護病人的責任。因為中醫為醫療的一環，亦具有類似的特性，卻又是民眾所陌生的行業，多數人只有去看病時才稍微認識中醫。“中醫醫療服務”與其他種服務產業間存在著這些特殊的差異，宜先行確認中醫醫療產業的特性，進而研究與分析那些國家可能對我國的中醫產生衝擊，並隨後在 what if 分析法時，進一步界定其衝擊範疇及評估其衝擊。

WHO 訂定至 2005 年於傳統醫學國家政策、法律與管理等的策略目標，如下表可見 WHO 大部分的會員國在傳統醫學方面，仍多在起步階段。

WHO 評估各會員國關鍵性的指標

策略目標	比例	1999 情況	2005 目標
具有傳統醫學國家政策的 WHO 會員國	25/191	13%	25%

策略目標	比例	1999 情況	2005 目標
WHO 會員國中	19/191	10%	18%

有國家的研究機構來研究傳統醫學/替代醫學			
----------------------	--	--	--

策略目標	比例	1999 情況	2005 目標
對草藥醫學有法律與管理的 WHO 會員國	65/191	34%	40%

政府的介入：由於醫療需要高度專業訓練，而且醫療品質直接關係到國民的健康，並間接的影響一國的生產力。因此，多數國家對醫療產業均採取高度管制的措施，包括：醫療機構的設立採許可制，實施專業人員證照考試、檢覆與登錄制度，專業教育的員額限制與評鑑，醫療藥品、設備、儀器等的輸入與使用許可……等。醫療產業幾乎是進入障礙最高的服務業。政府涉入的正當性說明如下：

- 一、為確保人民就醫的權利：「就醫權」是政府必須保障的人民基本權利。政府透過保險，間接的掌控醫療費用的支出。
- 二、降低醫療支出的比例：從政府的立場與績效評估的角度來看，醫療費用的支出缺乏具體的有效產出⁽⁷⁰⁾。無論是為了保障個人財務的穩定，或是確保官方財務支援的（全民健康）保險負擔不至於擴張到影響整體施政的品質，政府有高度的使命感與必要性，強力的介入醫療市場價格體系的運作。
- 三、防止市場失靈：在提昇生活素質的過程中，政府之所以要扮演一個積極的角色，是因為在市場經濟的環境之下，雖然可以獲得較高的經濟效率，但是在市場價格體系之下，缺少自然誘因或強制的力量來糾正市場失靈⁽⁷¹⁾。

醫療服務業具備的屬性之中，政府的介入可能是最深遠的，多數國家對醫療產業均採取高度管制的措施，包括：醫療機構的設立採許可制，實施專業人員證照考試、檢覆與登錄制度，專業教育的員額限制與評鑑，醫療藥品、設備、儀器等的輸入與使用許可等（大陸醫療投資）。而中醫醫療服務依 WHO 將世界上現存的傳統或另類/替代醫學國家介入情況分為四種，分別為：

1. 整合於國家醫療體系（Integrative）、2. 包含在國家醫療體系（Inclusive）、3. 容許存在於國家醫療體系之外（tolerant）（國家健康照護系統中只有現代醫學，對傳統或另類/替代醫學執行者，法律是容忍的）、4. 排除（exclusive）（傳統或另類/替代醫學幾乎不存在）

已整合入國家衛生體系者 (Integrative)

雖然到目前為止，對於傳統或另類/替代醫學是否整合入國家健康照護系統，並沒有一個明確的定義，依據 WHO 的定義，整合代表傳統或另類/替代醫學已被官方所承認且完全的整合入健康照護系統的所有領域，包括：國家的政策、管理與傳統或另類/替代醫學醫師的執照登記註冊或藥物的登記等各方面，且健康保險可給付，及研究與教育等，符合 WHO 定義的會員國有中國、南韓及越南。

	中國	南韓	越南
國家政策	憲法立法 (1949)	國家政策 (1969)	國家政策 (1955)
衛生相關局處	國家的中醫藥管理局	Bureau of Oriental Medicine 東方醫學處	傳統醫學部門
對傳統醫學或是草藥的管理	中醫的藥典中列出基本的藥物 有 600 家中藥製照商和 340000 名栽種中藥的農夫	530 種藥用植物中有 145 種已標準化的列入藥典中	有兩州有製藥的工業
人力資源	中醫師：525000 中西醫師：10000 中藥師：83000 和傳統醫學相關的醫師：72000 和傳統醫學相關的藥師：55000	東方醫學醫師：9229 針灸師：4500	傳統醫學醫師：25500 針灸師：20000 傳統醫學執行者：5000
傳統醫學的執行是否包括醫院？	中醫醫院：2500 中西醫結合醫院：39 總床數：35000 少數民族的傳統醫學醫院：127	6264 家東方醫學醫院具有 5300 床	48 家醫院有傳統醫學部門
健康保險是否給付？	完全	完全	完全
是否有傳統醫學的國家研究機構？	170 所國家或是省級的研究機構	1 所國家級研究機構	3 所國家級研究機構
是否有官方的大學教育來教授包括傳統醫學及西方醫學的知識？	30 所中醫大學 3 所針對少數民族設立的傳統醫學學院 51 所傳統醫學的醫學專門技術學校	11 所東方醫學大學。	3 所醫學院中具有傳統醫學系 2 所醫學專門技術學校中有教授傳統醫學

本研究整理

包含在國家衛生體系者 (Inclusive)

傳統或另類/替代醫學部分整合入健康照護系統中，形成一個特殊部分。比較以整合入國家健康照護系統者，在政策、管理、執行、研究、教育方面，此範疇的國家仍有改善成整合於國家衛生體系的空間。符合 WHO 定義的會員國如下表。

	美國	加拿大	日本	澳洲	德國	英國	挪威	印尼	印度
國家政策	無	有	無	無	無	有	有	有	有
衛生相關局處	無	有	無	有，某些州	無	無	有	有	有
對傳統醫學或是草藥的管理	無	有	有	有	有	有	有	有	有
傳統醫學的執行是否包括醫院？	有，包括 NIH 和一些大學	有，在某些州立醫院	有	？	有	有	有	有	無
健康保險是否給付？	部分	部分	有	部分	部分	部分	部分	無	無
是否有傳統醫學的國家研究機構？	有，NCCAM	有，在某些州立大學	有，在某些縣	無	有	無	有，在某些州立大學	有	有
是否有官方的大學教育來教授包括傳統醫學及西方醫學的知識？	無	無	無	有	無	進行中	無	無	無

本研究整理

在 WHO 的文獻中，全球只有四個國家有整合系統：中國、南韓、北韓、越南。而台灣依其定義應該也屬於此分類。至於香港、新加坡雖未在表格中，但目前依其政府設立專責部門，訂定法規、考試制度及學校的政策而言，應屬於 Inclusive（包含入國家衛生體系者）而朝向 **Integrative** 的方向規劃中。

故從政府的介入較深的，其中醫醫療照護品質相對的較好。故香港、新加坡方面，誠如他們駐 WTO 代表所言，各種中醫相關的制度、法律、規章尚在起步階段，各種中醫相關人才也很不足，顯然暫時對我國中醫尚不致於造成衝擊⁽⁷²⁾。

醫療服務業亦頗重要的屬性還有：

臨場性：中醫的「望、聞、問、切」，與西醫常用的問診，身體理學檢查（聽診、觸診），實驗室診斷（抽血檢查），以及臨床檢查處置（超音波、X光）……等，都是一般診治病患時必須的處置，但由於源自於中醫理論所發展出來的，除了接受正規中醫教育及技藝的傳授外，常需熟讀或查詢中醫古籍，並在臨床的過程中，不斷的精進。這也意味著中醫醫療服務必須透過醫病雙方面對面的，第一手的資料蒐集、判斷、處方與追蹤，才能正確的解決問題。若依照有能力研讀中醫典籍，熟悉傳統中醫之診斷、治療技藝而言，以大陸、南韓、香港、新加坡與台灣中醫師在此方面是接近的。

社會差異：由於世界各國各自的文化、風俗、習慣的差異會影響到病患就醫的選擇與習慣。這方面都可能會造成醫病溝通的障礙，各國中以大陸、香港、新加坡與台灣社會比較接近。

語言差異：醫學之技術層面和科學層面知識的攫取大致上是經由閱讀和研究得來的；病人－醫師關係之人際間部分所需之藝術和技巧則不然。獲得良好病史之臨床能力是經由倣效熟練的教師和親自練習和體驗所發展出來的一種藝術和經驗。各個中醫師依古老中醫理論及古文字，在觀察和描述病患症狀及辨證之能力差異非常大；其他國家對台灣的語文之精通度有顯著之差別，其中以大陸、香港、新加坡與台灣在語言上較為接近。

結論

醫療服務業屬性衝擊評估：

醫療服務屬性		衝擊之國家		
國家整合系統	中國	南韓	北韓	越南
臨場性	中國	南韓	香港	新加坡
社會差異	中國	香港	新加坡	
語言差異	中國	香港	新加坡	

由上表中可看出，在加入 WTO 後對台灣中醫的衝擊的國家有中國、香港、新加坡，而其中以國家介入深淺的整合系統，尤其屬於決定性的關鍵，故在國際上的發展，南、北韓及越南誠然不可忽視其潛力。但以對台灣中醫的衝擊而言，視觀大陸中醫醫療服務以其擁有以下的特點：

一、最大的中醫輸出市場：中國是目前世界上人口最多的國家，大陸中醫醫療服務政策的動向，除了直接牽涉到十三億人口的健康與消費支出之外，也

間接的影響到相關的藥品、醫療機構、醫療照護人員等醫療產業的未來發展。她對未來全球中醫醫療產業及政策的發展趨勢，將透過量的影響，往質的轉變發展。

二、地理位置近：兩岸往來隔著的僅是窄窄的台灣海峽，尤其近年來赴大陸旅遊、投資、工作、甚至移民定居的台灣人民與日俱增，大陸的醫療服務市場已成為出外的國人醫療照顧的唯一依賴。對此往來密切的鄰居，若進入台灣提供中醫醫療服務，則其動向自然忽視不得。

三、中醫醫療人力成本低：台灣醫療服務市場開放的對象是全球性的。大陸在中醫方面的發展已有多年的經驗，並具備良好的體系，以及華人特有的風土民情、養生保健方式、就醫習慣等東西方的差異，具備同文同種優勢地位的大陸，享有最低的進入台灣中醫的障礙。

大陸西醫師修習 10%的中醫重要理論、知識的學分，中醫師修習 30%的西醫基礎理論、知識的學分，考試以學校教授教材為主，訓練方面以指定大學附設醫院實習中、西醫臨床，臨床運用方面西醫師可開立中醫處方，中醫師亦可開立西醫處方或簡單手術，將教、考、訓、用連貫。台灣的醫學教育、考試與訓練，及教育方面缺乏中醫的內容，西醫師不修習中醫的學分，中醫師分為中、西醫雙執照及學士後中醫系，皆修習 30%~100%的西醫學分，然而考試以中醫古籍教材為主，中醫體系中的西醫教育欠缺整合。考試方面，西醫考試沒有考中醫重要的知識，中醫考試守舊，沒有與現代醫學連結、融合。訓練方面，西醫臨床訓練中，並未輪訓到醫院中的中醫科，中醫的臨床訓練，並未被要求需到相關西醫科輪訓。另外臨床訓練尚未有足以容納所有學生的綜合醫院附設中醫科實習，亦沒有良好中、西醫臨床會診、住院的實習環境，而於臨床運用中，修習 100%西醫學分的中、西醫雙執照醫師，不可以開立西醫處方或簡單手術。修習 30%西醫學分的學士後中醫系，不可以全面、靈活的使用現代檢驗及儀器，臨床診治的中醫師大多不可以開立現代檢驗，教、考、訓、用不連貫的弱點，除了療效評估無法嚴謹進行外，最嚴重的是無法早期偵測用藥治療的不良反應。

韓國中醫雖對國內中醫界衝擊不太，仍而在全球化的結構下，衝擊將先發生在台灣境外，將在國際的中醫界，尤其在跨國消費、跨國醫療機構、自然人的移動等 mode 將與大陸一起成為台灣中醫界的競爭者，而間接的衝擊台灣國內中醫界。雖然非本研究所要深入探討的範疇，但仍宜有概括性的認識，其中最值得效法的是中西醫結合部分，乃是我國在國內及國際間將受到衝擊最大的地方。總而言之大陸為唯一將衝擊台灣中醫的國家，故在以下 what if 將僅以大陸進行分析。

第七章 WHAT-IF 分析及結果

目前各會員國 GATS 的承諾方面其中：

一、第一、二及三類承諾模式

大多數的開發中會員國都承諾 1~3 模式，並無排除項目或是限制市場通路及國民待遇；第一類模式是關於跨國貿易問題的不確定因素，例如，承諾醫院服務的三十九個會員國之中，有十一個會員國完全遵照第 1 類模式（「無」）、二十七個沒有任何承諾的會員國（不受拘束）。而這些會員國之中，有十三個會員國認為，如果按照他們的時程表，則跨國界提供服務在技術上不可行¹。少數會員國限制醫療、衛生及牙科服務的海外消費（第二類模式），這些政府可能會誘導國民在國外消費能力的限制；例如，他們或許認為要防止浪費或是濫用是不容易的，或者不想與那些已經採取成本降低或甚者收入減少的國內的供給者對峙²。在市場通路及國民待遇上的自由化，離第 3 類模式之商業表現還有一段距離。這個模式特別適用於醫療及牙科服務、醫院服務及社會服務。這些限制包含健康成本、國民需要、權益限度、合資風險需求以及專業執照及核發程序。

二、第四類模式承諾，大多數參與者將之視為水平承諾及限制。

第 4 類承諾模式所統籌的國民表現，遠遠落後於其他三種承諾模式。在五十五個承諾醫療、牙科及/或獸醫服務，不論是全部或是部份的會員國中，只有二個國家——幾內亞與海地，沒有訂定任何第 4 類模式限制³、而有五個會員國完全沒有承諾該模式、三十二個會員國保有水平限制、以及十六個會員國訂定特定開放時程。在這十六個會員國當中，有十二個會員國更進一步的將水平要約範圍縮小——增加國籍及戶籍需求。

自然人的移動（Mode 4），在有人類旅行開始即已存在這種現象，在一個國家中好的醫療人員轉往城市而遠離鄉村，同樣的道理國際間由未開發或低開發國家往已開發或較高開發國家移動。醫師會以他的技術及能力，尋求更好的工作環境及薪資，由於醫師投資於訓練的費用及時間遠遠高於其他專業，事實

¹ 聯合國臨時中央產品分類 CPC9311-醫院服務的定義是包含“由醫師提供給醫院內的病人的服務，目的是治療、預防及保持病人的健康。醫院服務包含醫事及藥物服務、護理服務、放射性及麻醉性的實驗及技術服務等等。”它可能值得我們注意的是這個定義並不需要醫師及病人同時有明顯的表象。

² 在表四中有關第二類模式的部份承諾，主要是反映整個範圍中特定附屬區段的唯一性。

³ 與健康及社會服務有關的狀況大部份都類似。

上，其訓練是專業中最昂貴之一⁽⁷³⁾。雖然在整個貿易量中只佔有少數的部分，但卻是提供健康服務的四個模式中最引人注目。故值得進一步檢探討。

在法規方面，仍有許多的限制，由於各國政策的關係，往往使得這些限制的法規成為障礙，部份法規有不平等對待，及保護的本質，尤其在針對跨國轉機、自然人移動方面，更為嚴重。GATs 載明在服務貿易 4 個模式自由化，GATs 已跨出重要的一步，就是將使納入多邊貿易協定，在第一回合談判上，對於嚴重的議題，已做出自由化的協議，而在 4 個模式中，自然人的移動，是最受到限制。無論已開發或未開發國家在 Mode4 上的協定行事曆上並無太大差異，彼此都同樣在 Mode4 上的更進一步自由化上遲疑⁽⁷⁴⁾此現象反映了自然人的移動，是各國最敏感的模式，往往採取保守的態度，及制定相關法規來限制。對於開發中國家而言，在人力密集的服務出口，是較佔優勢，故在自然人移動自由化不足的情形之下，有損 GATs 要協助發展中國家的整體價值，基於此原因，在新一回合的談判到來，勢必針對自然人移動的自由化，定形協商⁽⁷⁵⁾。

世界各國的平均年齡有逐漸老化的現象，此現象在已開發國家，尤其明顯，對醫療多元化的需求更有逐漸增加趨勢。WHO 2002~2005 年另類醫療發展策略，亦號召各國將另類醫療納入國家醫療照護體系的建議。故無論是對另類醫療的需求或國際社會的活動趨勢，國際對中醫師、中醫師資之短期移動，亦必在 2005 年前，有快速而大量的需求，無論是因為各國設立另類醫療專責部門，故對短期中醫師、中醫師資必有大量的需求，因為引入短期中醫師、中醫師資能使該國另類醫療市場在設立之初，教、考、訓、用及法規訂定較有彈性及緩和另類醫療部門別中醫師、中醫師資市場短缺情況。在美國，外來短期勞工 80% 以上為技術勞工（不包括跨國企業內部移動人員，貿易商及投資者）。在加拿大及英國，此比例約為 40%；在挪威、澳洲及法國此比例為 15% 至 30% 之間。即使技術勞工之異質性使國際間之比較困難，但最近幾年在短期勞工中，技術勞工所佔之比例在大部份 OECD 國家逐漸成長，中醫師、中醫師資又屬於特殊技術的醫療業別，在養成時間長、世界各國養成系統未建立成熟之際，短期大陸、香港中醫師仍以自然人移動來台灣，應為語言、文化、文字相近的關係，對於語言若無障礙的大陸、香港中醫師及韓國中醫師，可能流向已開發國家的機會較大，同樣的情形亦會發生在台灣，若語言無障礙的台灣中醫師，可能亦流向已開發國家。

由於各會員國特別關心 Mode 4，故此處特別一提，Mode 4 純就學理而言，有其正面及負面的衝擊：可以由醫療結構的三個觀點來看其可能的衝擊，1. 由消費者的觀點：希望能提供預防、診斷、治療及復健的各種中醫醫療照護及其有品質的提供可近性及合理價格的中醫醫療。若由外國專精的中醫師可提供上述服務，則消費者可以不用舟車勞頓的跨地區或跨國尋求治療。就中長期而

言，抑制醫療費用快速成長或價格的合理性，此為一解決之道。消費者關心的除了提供中醫有品質的醫療照護外，也關心其費用及由誰來付錢。

由中醫師的觀點：則會從 mode 4 的自由化中，看對他（她）生活標準、事業及被期待所能提供高品質的醫療照護的衝擊。其主要考量的中醫師人力競爭，是趨使中醫相關協會及專業團體採取保護的策略，通常相關的保護措施，如：外國中醫師執照考的相關規定，以及以限額的中醫學生或初期赴台灣偏遠地區服務等規定管制。但若從提昇整個中醫產業的角度而言，以下的觀點及未來的不可避免性亦應考量。以具有特別專長的中醫師，以及治病能力及高超技術，的確以 mode 4 進入台灣，對於民眾及甚至中醫相關教育、訓練等有其正面的衝擊。另外，跨領域整合的中醫醫療照護或機構，對醫療的成效有正面的衝擊，如：醫療結合視訊、電腦及通訊，以構成電子醫療服務，即是一例；大陸很多中西醫整合的中醫醫療照護，亦是一種提昇醫療成效的正面衝擊。

從政府的觀點：包括中醫醫療服務的公平性，倫理價值及原則，以及民眾及社會期望的中醫醫療費用，在公平性上最害怕成為兩極化，即是高品質、高醫療技術為有錢的族群服務，而品質欠佳的為窮人服務。政府要提早規劃運用法律等機制去避免城鄉、保險、中醫專業等衝擊，以符合公平的精神。

有三種型態的規定會直接影響到醫療及衛生服務供需：第一，衛生專業人員的資格認證及執照授予；第二、提供者的許可，如醫院或診所等單位的許可；第三、強制保險下政府或私人償付管理的規章及執行管理（附表十八）。然而，不論是規章或是需求，對於貿易服務產生一定限度的影響，都包含在第六章條款下，至於國內的規定，沒有反映在該時程表中。

以上僅著重於貿易相關議題，而非社會或政治層面，雖然中國大陸仍為此方面議題最需要談判的國家之一，政治層面仍為最不確定的因素。

兩岸中醫制度稍有不同，大陸分級明確（包含中西醫結合高級醫師、中醫師（士）、中藥劑士、中藥劑員、其他等），台灣只有一種中醫師職稱、中藥師與中藥房師傅間則定位不明（附表十九）。大陸中醫師進修制度明確且訂定規則（主任醫師、主治醫師、中醫師、中醫士……。）台灣除了 41 家教學醫院附屬的中醫部門訂定規則外，在法規中只有執業中醫師與開業中醫師的區別，而且見、實習中醫師並未強制於醫院訓練，一旦取得中醫師執照，未強制於醫院至少 2 年住院醫師訓練。大陸中醫機構幾乎大部分都集中在醫院層級以上，中醫師執業也大部分都在醫院裡，其中醫皆往專科、次專科發展（附表四）。反觀台灣則以民間私人診所為多，台灣地區目前的中醫醫療機構，依設置場所與診療的特性，可分為中西醫教學醫院中醫部與一般中醫醫院或診所兩大類（附表五）。根據游隆權⁽⁷⁶⁾的研究，上述兩類型的醫院或診所均是以門診診療

為主⁽⁷⁷⁾。而且從臺灣地區中醫院所按診療科別及地區別分的統計可看出從 1991 年至 2000 年之 10 年間，中醫院所由 1792 家增至 2525 家（大多為診所），約成長了 40%，然而中醫相關的專科，如中醫內科、中醫外科、中醫眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科等專科診所，分別快速萎縮了 50%（附表九）。台灣的考試制度較嚴格，學院畢業後還需參加國家考試，大陸的制度才剛發展 2 年。台灣的中醫師養成偏重教、考，而大陸的中醫師養成則偏重訓、用，顯示中醫院所因應保險制度的情形下，一般診療科別較易於生存，專科的發展空間有限，或可能中醫師養成的專科醫院訓練場所不足所致。

就針對水平承諾中自然人呈現來看對我國中醫師的衝擊，中醫藥產業的自然人受僱以中醫師及中醫師資方面衝擊較大，根據衛生署的規劃，理想中每十萬人口 22 名，根據施純全於中醫師的人力研究，推估我國中醫師人力將於未來的 3~5 年間，將產生供過於求的現象

大陸中醫師有 525,000 人，中西醫師有 10,000 人，共 535,000 人（附表二十）。可看出數目之龐大，為我國現有執業中醫師之一百四十幾倍，韓國亦約為我國之三倍，台灣的中醫學院皆為私立的，其教育訓練的費用較高，中醫師養成的費用以中國醫藥學院 2002 年學費為標準加上每個月生活費，中醫系（八年制）共需一百九拾伍萬多元（表 7.1），學士後中醫系（五年）共需一百二十拾二萬元，再加上學士後中醫系連同之前大學教育費用六拾捌萬至一百二十拾萬元不等，養成學士後中醫系的中醫師約一百玖拾萬至二百肆拾萬元之間，而比較大陸，其大多為公立學校，若以其 GDP 來比較，其國家及個人花費於中醫師養成的費用明顯較低，另外我國的薪水較高，福利較好，故趨使大陸的中醫師來台的機會增加，而且由於台灣中醫界致力於現代化、國際化，中西醫整合的教育訓練豐富，故又提供中醫師專業一個良好的訓練環境，故在此方面香港、新加坡的中醫師可能來台長、短期工作的機會是存在的。

表：大陸中醫藥大學（學院）對台港澳地區學制

招生專業	可否考大陸執照	費用	對等的台灣中醫學制	台灣培養中醫師（含中西醫師）學費
中醫學專業 （本科生） 學制五年 1. 台灣高中畢業者 2. 台灣大專畢業者免試入學	需實習一年才可參加考試	1 每學年學費：1500 美元 2 報名費：150 美元 共 260,100 元	無 （註：台灣中醫系為高中畢業報考，學制八年）	八年制中醫系八年學費：共 1,072,000 元

中醫學專業 學制三年 3. 台灣大學畢者（非中醫系）	需實習一年 才可參加考試	1 每學年學費：1500 美元 2 報名費：150 美元 共 260,100 元	無 （註：台灣學士後中醫系為大學畢業報考，學制五年）	五年制學士後中醫系 學費：共 672,000 元
中醫學專業 一本碩連讀 學制七年 （5 年本科+2 年）	需實習一年 才可參加考試	1. 每學年學費：1500 美元 2. 報名費：150 美元	無	--
碩士研究生專業 學制：三年 台灣中醫師 （中醫系或特考）	不可參加執照考試	1 學費：碩士研究生 4500 美元/學年 2 報名費：100 美元 三年總共 469,200 元	碩士研究生 學制：兩年 （但兩岸學歷尚未認證）	一學期學費：57000 元 兩年總共：228000 元
博士研究生專業 學制：三年 台灣中醫師 （中醫系或特考） 或碩士	不可參加執照考試	1 博士研究生 5000 美元/學年 2 報名費：100 美元 三年總共 513,400 元	博士研究生 學制：三～五年 （但兩岸學歷尚未認證）	一學期學費：57000 元 五年總共：570,000 元

*本研究整理

由於學制的不對等及目前暫時沒有承諾，然而不久的將來，故現階段大陸中醫師移入或台生考台灣中醫師的衝擊尚不太，但其衝擊是可預見的，仍應加以了解並預做規劃。

根據新加坡駐 WTO 代表所言，新加坡目前才剛起步建立中醫師考試、認證、再教育等機制，中藥及中藥行也將納入管理。目前這些體系的建構完全與大陸中醫藥管理局合作，並每年新加坡衛生部部長皆會赴北京中醫藥管理局，討論相關事宜。除了上述法規、體系的交流外，新加坡對大陸是以自然人呈現（mode 4）為主。①新加坡將當地的中醫師組成種子教師，並與北京中醫藥大學合作，做一系列的繼續教育。②新國歡迎大陸、台灣的中醫師到新國開設中醫診所、醫院及學校。馬來西亞的情形與新加坡非常類似，其辦學、認證改由其中醫師公會籌劃，學制為 5 年制，一開始先與廣州中醫藥大學合作，現在由天津中醫藥學院合作教授碩士班，其衛生署亦赴天津簽署多項合作協議。

基本上新加坡、香港中醫師的登記、考試認證制度剛起步，日本並無單獨中醫師教育、訓練、考試等制度，而且其國家的薪資及生活條件與台灣相仿，而且由於語言之限制，尚不致於與國內中醫師競爭；然而中國大陸的中醫師其薪資與台灣差異甚大，地理位置接近，語言文字接近，而所研讀中醫相關書籍，雖然不完全相同，然而基礎理論，診斷等都是是一致的，若開放則可能產生替代

及排擠國內中醫師人口就業之結果；至於韓國有良好的中醫師養成制度已行之多年，而且研讀中醫古籍，然而韓國中醫師限於語言的障礙，潛在有可能對國內中醫師衝擊有限。

結果一：在 WTO 有關服務業貿易提供的四種方式，對台灣中醫界產生衝擊的模式 (mode)：依衝擊大小的順序為：mode 2，mode 4，mode 1，衝擊最小的為 mode 3。

在 WTO 有關服務業貿易提供的四種方式，對台灣中醫界產生衝擊的模式有：Mode 1 藉由電信醫療方式 (telemedicine) 提供中醫診斷或治療計劃方面，目前大陸規劃中，但仍未成熟，中醫診斷依“望、聞、問、切”的理論不易透過 telemedicine 來達到。然而，未來電信業技術的發展可創立更有效與可接近的方式，以供進行類似經由電信器材傳輸醫療文件、教育或顧問等型式的中醫醫療服務。中醫醫療服務的貿易預計將因網際網路與電子商務的成長而受益，因為除了針灸、傷科等技術性高的項目外，大部分涉及醫療文件、醫案討論或醫療文件或技術的諮商的傳輸業務，都可使用電子方式傳輸，但截至目前為止，仍未發生這方面的衝擊。

目前尚未發生大陸到台灣設立或投資中醫醫院的例子 (Mode 3)。可能由於台灣針對中醫醫療機構、中醫學校的外國合夥人人數的限制，再加上大陸醫療供應者可能發現在台灣建立中醫醫療機構據點所帶來的高費用與困難度，特別是與對跨國交易的低障礙相比之下，仍受到較多的限制，故目前尚沒有衝擊。

Mode 4 包括有兩類三種狀況：第 1 類.大陸師資到台灣授課：(1) 在醫學院授課：如長庚分別邀請北京、上海等學校師資於長庚中醫學院授課。(2) 在公會授課：如台灣中醫師赴大陸考碩、博士班，有 2/3 的課在台灣修習。邀請到台灣的大陸師資，其食、宿及學雜費用皆由台灣碩、博士生共同負擔。第 2 類.大陸中醫師在台灣開設門診，公開的有如長庚、秀傳醫院的“教學門診”，或私底下一般診所的“大陸中醫師聯合門診”。

目前雖有短期的 Mode4 的發生，由於法規規定對中醫師及中醫師資流動的限制是一項重大的市場進入障礙及兩岸學歷不對等的問題，故衝擊國內師資及中醫師執業之情形並不嚴重。不過由於此 mode 4 經常利用觀光護照以迴避為取得簽證涉及的種種限制與納稅規定，結果造成這些人的跨國界業務無法列入國家收支平衡的統計數字。

Mode 2：包括①健康服務貿易服務的病人從台灣到大陸尋求治療；②教育服務貿易的台灣人到大陸就讀中醫藥大學大學部及台灣中醫師到大陸就讀中醫藥大學碩、博士學位。①的部分，大多屬於非健保給付的範圍，故對台灣中醫界僅有流失病患數的損失，而由於中醫已實施總額給付，故台灣中醫界並沒

有實質收入面的損失（指對大部分以健保為經營型態的中醫師而言論），但卻有跨國中醫醫療消費貿易的存在，目前金額不易估計，實施訪談了解，其金額尚屬有限，但此現象早在教育服務貿易以前就發生了。

而在跨國教育服務消費的實質衝擊很大，不但已經發生，而且在可預見的短、中、長期效應將陸續產生。據孫茂峰等⁽¹¹⁴⁾與台灣留學生座談並施以問卷調查，台灣學生考慮赴大陸求學的動機，有因自我的生涯規劃、就業市場導向、親友同學影響、個人興趣或家族淵源等。另外根據中國傳統醫藥國際學院，外事辦公室主任王建軍描述目前畢業的台生其出路有四種，①參加台灣參加檢、特考，至目前為止通過檢考者很多，但 2 年前通過特考的有 4 位，此方面形同與台灣補習業者競爭，然而台生卻花費相當多的時間及金錢。②在台灣中醫診所協助中醫師推拿、整脊等工作，有流於密醫的潛有可能，並健保中醫總額由中醫師專業團體，部分金額流向從事推拿、整脊的台生，形成總額制度下，中醫師專業團體內部公平性的爭議。③為在大陸繼續修習中醫科碩、博士學位後，到加拿大、美國等地區的中醫學院當教師，或在當地執業。④為考大陸中醫執照，準備在大陸經營中醫醫院，但目前有 2 位讀完碩士的台灣女學生通過，其他大學部的台生，有的只考完第 1 階段技能考，第 2 階段 14 個科目的理論考尚未舉行，當然這是由於大陸 2 年前才剛開放執照考試之故，更多的本科生仍在醫院補修 1 年的臨床實習科目，其所繳的費用除了實習費用外，還主動請老師補習，繼續增加跨國教育消費金額。

依上述推論對台灣中醫界產生衝擊的模式（mode）：依衝擊大小的順序為：mode 2，mode 4，mode 1，衝擊最小的為 mode 3。

結果二：在 WTO 會員國中，對台灣中醫界產生衝擊的主要國家為：中國大陸。

我國中醫於國際中醫醫療體制，介於大陸與韓國之間，大陸由於國家落實其憲法，以等同於台灣副部長的層級，為中醫事務的最高主管，故在管理、協調、規劃上，加上成功的國際發展策略，故營造國際知名品牌的形象；由於各會員國，高齡人口化，產生了對另類醫療需求的趨勢，助長了大陸主導另類醫療的國際版圖，WHO 並訂出整合型醫療照護系統的 4 年計畫⁽⁷⁸⁾。並將大陸、泰國、加拿大的施行範例，出版、宣導，公會員國為標竿學習的對象⁽⁷⁸⁾。大陸不但是台灣中醫界發生衝擊的主要國家，也是同為憲法強調發揚傳統醫學的台灣，規劃中醫衛生政策及落實上的標竿學習對象。

大陸發展中醫、中西醫整合最早也最徹底，其中醫融入整體醫療體制之規格，如中醫各專科、中西醫結合醫院、醫師、知識、教材等最多，各種教學、訓練及研究最為蓬勃，因為廣為會員國所接受及學習，已儼然為國際規格。韓國採中醫、西醫兩套醫療體制，在中醫發展，中醫各專科上也頗多投注，韓醫

實際上即是中醫，由於韓醫地位、收入與西醫不相上下，故各種教學、訓練及研究亦頗為盛行，而近年來由慶熙大學等多所大學、研究所成立中西醫整合臨床、教學及碩博士規劃來看，其體制愈來愈像大陸。至於我國在教育訓練上，則有雷同大陸中醫師，中、西醫雙訓練雙執照的中醫系，以中醫為主、西醫為輔的學士後中醫系；而臨床醫療體制，則採用韓國中、西醫兩套。我們相信在加入 WTO 後，對國內中醫衝擊較大的當來自於大陸，而在國際上的競爭，則韓國將與大陸為衝擊我國輸出中醫藥產業的主要對手。

若從產業策略聯盟的角度而言，大陸、韓國、日本等已發展另類醫療的國家，尋找互補策略合作的互利基礎。新加坡，未來將為我國中醫藥產業輸出的重要客戶。而澳洲、歐美各國，為中醫藥產業輸出待開拓的一般客戶。

結果三：中醫的品質：安全、療效（包括專業技術、知識、教育、訓練及人才）

不管傳統醫學已經存在和使用了好幾個世紀，而且在最近十幾年又被廣泛的使用，傳統醫學在大多數的國家仍未獲得官方的認定⁽⁷⁹⁾。在有關傳統醫學的安全性和功效的資料方面，質跟量都遠不及可以達到傳統醫學在世界被廣泛使用的標準。由於科學的發展，使得醫學變得日益龐大且複雜。連帶的也使得醫療費用急遽升高，病人已無法獨立負擔醫療費用，必須藉由保險之機制分擔風險。中、西醫師與病人的關係因而從早年一對一的關係，演變成今日醫療專業人員（Health care professionals）、醫療保險機構（Health care organizer）、病人及保險購買機構（Organized purchasers）之多重四角關係。中醫師在各國都逐漸形成一個醫療照護的專業團體之際，在大眾的期望及法律責任上，都被要求善盡保護病人的責任。因此，中醫師如果無法保持好的醫療品質，則在專業及法律上將失去善盡保護病人的責任⁽⁸⁰⁾。

中醫醫書從靈素之後，一脈相承，但由於年代久遠，醫理治療深奧不易領會，且多錯偽，雖已於百年前清代醫宗金鑑⁽⁸¹⁾於其錯偽者，悉為訂正，並逐條詳加註釋，然而畢竟醫書甚多，不勝枚舉，且經文散見諸篇，加上醫學新知日益精進，如台灣僅以古籍為主軸的考試、教學，對於養成、訓練中醫師，則對學生而言，有一定程度的理解、文字、運用上的障礙，自然“書不易熟而醫理不明，識證不精”，另外由於台灣醫療院所附設中醫科、部不足，故養成、訓練中醫師的場所層級不高，對於新進入醫療照護現場的實習或住院醫師來說，因為醫學知識和臨床之間的這種不確定的特質，無法由實習過程，縮小這些不確定的情況，和對於實際如何處理，“遵循醫書”、“按書冀索”往往是不夠的。加入台灣中醫師或中西醫師法規限制，臨床無法使用現代儀器設備、檢驗以做出精確的診斷，無法縮小臨床不確定的鑑別診斷，故容易“看診時游移不決，心中毫無定見，當然療效欠佳”，徒增病患就診的不安全性及中醫專業執

業的風險。

大陸雖已將大部分古籍中醫醫書，重編訂正，但多以專家團體及經驗的匯整，畢竟與現代醫學教科書，以研究、實證為基礎的做法不同，故容易流於中、西醫湊合或言論一家之偏的可能。What if 會議中，台灣中醫界專家認為僅讀古籍，尚屬忠於傳統理論精義，培養出來的中醫師較能體現中醫傳統治病的精髓，若能添增現代醫學的知識及工具靈活運用，才能提昇品質。若學習階段，一下子躍入目前大陸中醫教科書，不見得能訓練的比台灣中醫師好，會看病。大陸的確有完善的養成、訓練中醫師場所醫療院所，但也由於植基於研究、實證的醫療照護模式，全憑主事醫師的技術、能力不同而落差很大，品質良莠不齊，尚未有齊一的標準。

缺少研究資料的原因不只是因為大陸、台灣的健康照顧政策所繫，中醫師透過對病患的逐個觀察，不斷地積累了臨床經驗，就提高醫療品質及技術而言，的確是有所幫助的；但是，即使是同一疾病，不同病患的差異，也常常非常明顯，表現為不同的臨床經過、類型和預後，因而這些經驗及觀察，有時極不完整的，而且這樣的資料而作出的結論難以推及其他同類疾病的病患，有時可能不盡一致，有時推論甚至完全相反⁽⁸²⁾，中醫師只有對於各種人體生理、病理方面的觀察與測定的正確而細微的訓練，才能提出好的中醫藥研究假說。

另外由於中醫所謂辨證論治的證候群和西醫的現代鑑別診斷尚沒有一致的聯結研究，或由於學說和觀念的脫誤，故在臨床研究時關於證候群定義的判斷和評估臨床試驗的治療成效時常導致選擇性的偏差和錯誤^(78,83,84,85)。WKC 又如，當藥物有特別的揮發油成分時，嚐起來或聞起來就有強烈的味道，這時安慰劑就不太能使用，具有相似味道的安慰劑就可能有相似的作用，一些特殊治療的效果也會因治療者的技術和經驗而有很大的差異⁽⁸⁵⁾。故可以理解常發生如缺乏嚴格的設計，隨機選擇品質欠佳，無法精確設定範圍的結果測量，缺乏和不清晰的雙盲試驗等問題。

在此評估傳統醫學尚沒有適當和可接受的研究方法之際。雖然在很多國家，傳統醫學已經有一些發表或者未發表的資料，但是更進一步的安全性和功效的研究仍要實行，而且研究的品質也要提升。大陸已了解此現象，故如 WHO（世界衛生組織）的「針灸基礎訓練及安全性的指標」⁽⁷⁸⁾及草藥安全性及有效性評價研究指南（WHO Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines）⁽⁸⁵⁾。“藥品臨床試驗管理規範指南”〔WHO Guidelines for Good Clinical Practice（GCP）for Trials on Pharmaceutical Products，WHOGCP〕⁽⁷⁸⁾等國際標準化教材，大陸都一、一的積極參與、推動。

以沒有中醫背景文化的美國為例，可以了解先進國家對 WHO 在推廣另類

醫療的看待及因應。很可以為台灣衛生制定政策之參考。美國政府基於尊重美國人民選擇醫療照護的自由及權利，於是由總統發布第 13147 號執行命令，在 2000 年 3 月成立“白宮另類醫療政策委員會”。並做出報告。報告中指出，建議美國政府建立法規規範、鼓勵療效及安全性的研究並提供研究經費、規劃融入另類醫療的整合型醫療等。

目前美國境內已有 49 個州對針灸診療設有所屬機構及研究範圍：Bastyr University, HIV/AIDS; Columbia University College of Physicians and Surgeons, women's health; University of California Davis, asthma, allergy and immunology; Harvard Medical School, general medical conditions; Kessler Institute for Rehabilitation, stroke and neurological conditions; University of Maryland, School of Medicine, pain; Minneapolis CAM Research Center, addiction; Stanford University, aging; University of Texas Health, Science Center, cancer; University of Virginia School of Nursing, pain.) 從事另類醫療的研究，以臨床疾病為分類，研究與相關的各類另類療法，並協助開發大型的臨床試驗，以評估其有效性及安全性。各研究中心也將帶動後續的研究訓練課程，培養更多的研究人才，藉著大規模、有系統的學術研究，讓各式各樣的另類療法，得以經過科學的粹鍊，去蕪存菁，而納入正規醫療體系。

相較於美國，我們在台灣其實可以創造一個絕佳的中醫藥臨床研究環境。我們擁有使用傳統中草藥的文化背景，有實力堅強的生藥基礎研究，有日漸蓬勃發展的製藥工業，而且涵蓋中醫藥醫療照護的全民健保。目前迫切需要的是政府相關單位積極的規劃與推動，營造更適合中醫藥臨床、研究、發展的環境，建構高品質的醫療照護系統。

大陸中醫已先進入國際市場，但並不表示能持續保有市場，大陸中醫已建立國際品牌，但並不等於品質保證；台灣的產、官、學、研各界，不難看出因應中醫衝擊的唯一方法—安全又有效的品質保證。

肆、結論與建議

結論

一、在WTO的架構下，醫療服務還不是會員國所擔心的，目前還未對醫療服務進行磋商。

在經過訪談 WTO 秘書處及新加坡、香港、韓國等各會員國駐日內瓦代表後，可知多數國家對醫療產業均採取高度管制的措施，而 WTO 各會員國在逐步建立中醫醫療專業，依舊採取同樣保守的態度，包括：中醫醫療機構的設立採許可制，建立及實施中醫專業人員證照考試、檢覆與登錄制度，中醫專業教育的員額限制等。由於各國正逐步中醫制度化，如同構築其進入的高障礙，而且尚未有立即重大的經貿衝擊，故各會員國並未就此議題，安排進行磋商的時間表。

二、加入WTO後，對大陸中醫未發生衝擊。

無論就大陸主管機關中醫藥管理局的訪談內容所述，或大陸各大專院校及所發表的論文及出版本等，皆可看出中國在加入 WTO 前，官、學、研各界即已對中醫可能的衝擊，進行多次的研討及沙盤推演，對 WTO 可能產生相關的問題也有充分的瞭解與掌握。大陸規劃的中醫藥發展策略為第一階段中藥科學化，第二階段中醫藥國際化，第三階段中醫藥現代化，明確指出其外銷中醫醫療照護的企圖，並從憲法到執行面，很清楚的落實中西醫整合的醫療照護體系，及藉由 WHO 協助發展中國家、推展另類醫療的國際共識及國際脈動，成功的將其醫療照護特色，推銷到世界各先進國，達成了第二階段的工作。故大陸中醫未發生衝擊是可預期的。

然而就中藥科學化及中醫藥現代化，大陸也看出其弱點而正予以強化中，中藥的種植、產製，影響到療效而且有安全的顧慮；至於中醫藥現代化，大陸需要加強西醫照護系統及儀器設備，才能達成或超越，而中醫藥管理局也坦承，西醫照護系統的發展，無論是大陸國內或境外移入，都皆對大陸中醫有所衝擊。

三、國際上中醫藥發展策略之設定，在WHO另類醫療部門；至於中醫藥教育規格的推動則在中國，台灣在規格上被邊緣化。

WHO 2002～2005 年另類醫療發展策略，建議各會員國將另類醫療納入國家醫療照護體系。新加坡、香港、馬來西亞相繼，將中醫法制化，由於其缺乏經驗，故現階段分別與大陸中醫藥管理局、北京、上海、天津、南京、廣州合

作，在法規及教、考、訓、用等皆依循大陸規格。若以貿易而言，其特性乃基於貨品貿易的“標準”模型，而大陸正在亞洲建立中醫衛生服務貿易的標準模型。故在亞洲地區，台灣除了不能正式參加 WHO 活動外，台灣強項的中醫體系亦逐漸被邊緣化，依照大陸目前主導的情勢，在東協自由貿易中談判或 WTO 中提出國際中醫師規格的可能性是存在的。若一旦被邊緣化，台灣要提具相關的損害證明可能比差別待遇還要困難¹，屆時要再爭取回原來的權益及減少衝擊的損失是費時而耗力的。

無論是對另類醫療的需求或國際社會的活動趨勢，國際對中醫師、中醫師資之短期移動，亦必在 2005 年前，有快速而大量的需求，世界各國養成系統未建立成熟之際，目前除了大部分是大陸中醫師外、香港及韓國中醫師，已逐步流向已開發國家並建立學校、診所、學會等據點，台灣雖加入 WTO，但在中醫衛生貿易服務方面，除了坐失將台灣進入國際衛生體系的切入點，也已逐漸喪失主導中醫衛生貿易服務談判議題的機會。

四、新加坡、香港、馬來西亞將中醫法治化，並逐步納入正規醫療體系當中。

在 WHO 另類醫療部的推動下，新加坡、香港、馬來西等由於華人較多，故中醫藥成為主要的另類醫療，而這些國家亦都先後將中醫藥逐步學院化、法制化並納入其國家照護體系，可見在整個亞太地區，若再加上日本自一九七六年起保險制度接受中藥科學濃縮方劑有一百四十八種處方，現今估計日本醫師十六萬人之中，百分之六十以上使用中藥方劑。韓國亦已積極發展中西醫整合醫學，儼然形成一新的醫療照護網絡及體系。

香港、新加坡、馬來西亞等國，已將中醫視為一種職業團體。並積極建構專業的形式條件，如中醫學院式教育、證照制度、專業倫理守則等規劃。大陸中醫界，積極介入、協助，以中醫師資進入（Mode 4）該國，在未來 WTO 於中醫方面的談判，大陸已逐漸掌握主導的發言權。

台灣以長期累積的中醫體系及教育制度經驗，宜於此時，主動協助各會員國體系的建置，鼓勵各國中醫師及團體到台灣教育消費，及鼓勵台灣中醫師以短、長期的自然人進入各國，如此中醫國際網路的建立有助於未來雙多邊談判取得共識。

¹ 考慮下列二種情形：(i) 在 A 國的健保業者合法的被要求在其他國家的特定團體按照償付目的所做的治療；以及 (ii) 在 A 國保險業者的認知或是經由 B 國的要求，A 國的保險立法機關規定一般醫院標準與 B 國相同。在第一種情形下，A 國的法律直接抵觸 GATS 第二章；在第二種情形下，這更證明了會員國要獲得一項有規則的改變是更不容易。在第七章第二節下，會員國可能先要求相關的諮商服務，以便對相關的標準有清楚的認知。如果這些諮詢無法確定，則可以採取第七章第三節相關的措施。在本文中，會員國需要表示對“一種差別待遇…或是一種假的貿易限制”的認知。

五、韓國將中醫特殊化、區隔化，以區隔中國訓練的中醫韓生與韓國本土訓練的韓醫師。

韓醫研讀及考試以中醫古籍為主，故韓醫雖不一定會講中文，卻認識約 10 萬中文字，而台灣的中醫，目前教學及考試，亦以中醫古籍為主，與韓醫的訓練背景頗類似，反觀大陸教材及考試多以“白話方式”書寫改編過，在此方面反倒是與台灣及韓國有很大不同，故在跨國教育消費的過程及認證，台灣、韓國與大陸產生了一定程度的歧異性。

台灣與韓國都一樣面臨到大量的台生與韓生到中國大陸讀中醫本科班及碩博士班的現況，除了大量的跨國教育消費，由韓國及台灣流向大陸，並且在台生與韓生畢業取得學業後，又分別回到韓國與台灣，成為兩國要求中醫學歷認證之一股力量，及可能存在的密醫行為。目前從大陸畢業的韓醫，回到韓國受到韓醫協會很大的阻力，無法在韓國認證及執業，而導致韓生與韓國政府抗爭及訴訟的情形，此現象極有可能會在台灣發生，故台灣與韓國雖然在中醫師的國際衛生服務上，為競爭的型態；然而彼此對大陸，有共同的衝擊及利害關係，故台灣需要密切的觀察及與韓國多交流，一方面以做未雨綢繆的準備，將衝擊減少，另方面建立彼此的互信，以尋求共同的利基及共識。

六、WTO醫療服務業相關的衝擊中，發生最多的是跨國中醫教育消費(MODE 2)。

大陸自一九七八年與國際世界衛生組織(WHO)簽訂衛生技術合作與學術交流後，即受到資助設立國際傳統醫學培訓中心。目前在北京、上海、廣州、南京四所中醫學院，設置國際針灸培訓中心，已有九十多個國家的醫師前往培訓。及 7 個傳統醫學合作中心，已為 120 多個國家和地區培訓了 3000 多名針灸人員和為這些國家建立了中醫醫療、教學和技術合作關係。到大陸學習自然學科的外國留學生中，學習中醫藥的人數居第一位(國家中醫藥管理局賀興東於中國中醫藥教育發展與改革趨勢一文中指出)。經大陸教育部批准，有 20 多所高等中醫藥院校具備接受外國留學生的資格，12 所高等中醫藥院校可以接受華僑和港、澳、台地區學生學習中醫藥。

至於其他型式(Mode)，大陸已經在 22 個國家開了 46 個聯合中醫醫療點，每年派出 2000 餘名中醫藥人員赴境外工作。大陸派出到各國的中醫專家學，中醫藥師資方面及自然人跨國醫療目前都已發生，然而仍以 Mode 2 的型式發生最多，而且以教育的型式，逐步的拓展、擴大其他的跨國中醫醫療貿易服務。

七、大陸已建立了中醫教育國際品牌的形象。

1987 年以來，世界針灸學會聯合會、世界氣功學會先後在大陸成立，這是最早把總部設在大陸並由大陸擔任第一屆主席的兩個國際組織。世界衛生組織並已建議各國對 43 種疾病採用針灸療法。大陸以政策大力支持中醫，且大量發行中醫藥學術雜誌，目前約六十多種。部分雜誌以中文、英文與日文版發行。在國際方面，除了不斷加強對世界貿易組織有關法律、法規問題的研究，也開展中醫藥在國際服務貿易等方面的對策研究，制訂國際認可的有關中醫、中藥、針灸等技術標準、科學研究規範、教育培訓規範。並持續加強與國際中醫藥學術團體和學者的聯繫，以及與正規大學、機構聯合辦學，進而與各會員國建立示範性的中醫藥醫療、教育的合作，以深化與各會員國民間交流與合作渠道^(87,88,89)。

另外可以從各國跨國中醫教育消費者數字逐年增加一窺究竟，其中有許多人是接受教育後再回國介紹其國人進行跨國的中醫教育消費，顯示國際顧客認可大陸品牌、購買大陸中醫教育的忠誠度很高。而且大陸推出各種的跨國中醫教育消費產品，涵蓋有中醫的專業人員及非專業人員之養身保健，有正規教育到成人教育及再繼續教育一應俱全。並且強調西醫師須修習 10% 的中醫重要理論、知識的學分，中醫師須修習 30% 的西醫基礎理論、知識的學分，以結合、整合的創新醫療模式，來鞏固、強化其已領先的國際品牌形象。

台灣在中醫教育品質領域相對較優良，但目前中醫教育在國際教育服務貿易中仍面臨一些的不利因素。首先是各個國家政策面的不利因素，如台灣中醫教育機構頒發的文憑在很多國家不被承認。其次，大陸已建立的中醫國際品牌、網絡及通路，並正協助許多會員國訂定中醫醫療服務規格，這些因素極大地影響了台灣中醫教育機構參與國際教育服務貿易競爭。不過，中醫的理論和語言與現代主流科學尚缺乏良好的溝通，大陸宣稱中醫藥的療效，而較疏於探就安全性及合理使用等議題，凸顯出台灣中醫界創立國際品牌的空間。

八、跨國中醫教育消費（MODE 2），台灣僅次於韓國，佔了到中國的境外教育中消費的第二位。

根據中國教育部統計，韓國學生赴大陸學習中醫居冠，台灣次之。韓國學生赴大陸學習中醫，每年光北京中醫藥大學大學部就有 800 人，而台灣為僅次於韓國的跨國教育服務消費國，每年約有 400 人，以此推算，每年韓國對大陸的跨國教育服務消費僅北京中醫藥大學就約有二百八十萬美元（800 人*3500〔學費〕），台灣則約六十萬美元（400 人*1500〔學費〕）。若以全大陸估計，台灣學生西進就讀中國大專校院的人數逐年猛增。2000 年，大學部加上博碩士生，約有 3400 多人；2001 年，成長為 4000 人。也有人私底下估算，兩岸開放民間交流以來，前後至少有一萬台灣人在中國高等校院就讀。台灣每年赴

大陸跨國中醫教育消費金額約一億八千萬元台幣。

無論台灣中醫學校、公會及資深臨床醫師，都了解兩岸中醫的強弱，由於台灣健全而優質的醫療照護體系，尤其在整體中醫師學歷、素質及臨床方面，為我國相對的強項，然而年輕中醫師或一般有心學習中醫的民眾欠缺判斷力，人云亦云，甚至於跨國赴大陸教育消費，這顯示我國政策支持度不足，使人民缺乏信心，及中醫教育消費管道貧乏所致。

九、台灣對國際另類醫療發展的掌握，即時性的資訊不足，欠缺制度性的聯繫與交流的互動。

台灣由於並非 WHO 的會員國，故很多的資訊不易由正式的會議中取得，待各國際組織公告的資訊，往往失於先機或資料不齊或無法完全掌握原議題的精髓或當時各會員國意見及態度，故在我國加入 WTO 後，應開始積極重視資訊收集及匯整。相較於大陸在加入 WTO 前，官、學、研各界即已對中醫的衝擊充分掌握，並進行研討及解決之道，實足以借鑑。以我國目前中醫藥委員會之人員編制、經費等，其層級尚不足以進行跨部會整合。當大陸落實憲法⁽⁹⁰⁾推展中醫到執行中醫的國際策略時，若我國衛生署只是將民國 89 年監察院的中醫調查缺失報告⁽⁹¹⁾改善，尚不足以應付即將面對的衝擊，更何況調查缺失至今尚未全數獲得改善。

針對 WTO 的衝擊，我國政府已有因應之考察團，並就各層面衝擊多所評估考量，固然各層面衝擊有輕、重、緩、急、先、後之分，然而若能重視衛生服務人員，適度納入衛生人員參與或將資訊跨部會擴大交流，積極主動尋找議題，確認或定位台灣中醫在醫療照護系統之角色，及於全球化與國際間的互動、因應，有助於整體資源的規劃及合理分配。

十、台灣對加入WTO後，中醫的衝擊，警覺性不足，缺乏有系統的規劃與配套措施。

國內的產、官、學、研，在我國加入 WTO 後，僅私立中國醫藥大學一篇碩士論文探討中醫衝擊的議題⁽⁹²⁾，本研究為中醫藥委員會委託研究，在 What if 專家會議中，前中醫藥委員會主秘張步桃老中醫（附件十五），就直接點出本研究層級太低，顯見醫療政策面未予以重視的癥結。的確，無論是中醫藥委員會跨部會層級的問題或中醫各界並未與經貿連結思考的現象，與大陸的政策明確，跨部會策略成功，並逐步擴充全球中醫市場佔有率相比較，台灣確實要警覺、省思，當國內公衛界及中醫界的研究^(93,94,95,96)，都指出的中、西兩套醫療照護體系資源耗損（內耗）及整合問題時，國內的衛生官僚體系的确應思考，

有系統的規劃與配套措施，以符合內部顧客（中醫學校、醫院、研究單位及中醫師）的需求及期望。

十一、台灣對大陸的跨國中醫教育消費（MODE 2），應調查其現況及潛在的衝擊。

大陸不但有所有台生的檔案，而且台、港、澳相關的學校都定期開會討論彼此在管理學生事務或各種對台工作事務的協調。台灣當然有需要研究調查台生的現況及出路。台生本科生除了部分參與台灣中醫檢特考外，可能於中醫診所，協助傷科業務，而遊走於密醫行為的法令邊緣，且可能衝擊到健保的中醫總額；或碩、博士台生，回台後競逐學校教職、醫院職缺，而形成台灣中醫住院醫師制度的瓦解；中、長期衝擊，乃在未來兩岸在 WTO 架構下，就此議題進行談判時，我國為了保障台灣中醫界所設的障礙，將產生不同族群認同問題（學院訓練族群及大陸中醫藥訓練族群），此現象並不利於談判。若教育服務所設的障礙，無法有效的運作，則表面上，台灣就讀大陸中醫藥大學的台生，可合法取得台灣執業的權利，則 3000 名潛在的競爭者，立刻衝擊到台灣中醫師執業總額的點值，而反映出收入下降；台灣中醫師執照考錄取率下降，影響就讀台灣中醫大學學生的權益及工作權。

當然是否引導、輔導台生通過大陸執照並進一步在大陸隨著台商進駐發展，台灣醫療界如長庚、麗馨、秀傳集團，對於大陸醫療產業躍躍欲試，是否如康師傅、東南汽車等成功台商模式的下一個台商經營產業，值得關注。針對台生，唯有透過了解及引導，才能使台灣在這個議題上反客為主，將既存的事實、未來潛在的問題，提早準備因應。

十二、我國的衛生政策，尚未針對將中、西醫全面性的由經濟貿易角度衡量，後WTO時代因應之道。

由台灣中醫的醫療照護使用率調查^(97,98,99)，可看出社區中普遍的情形，相較於在美國各大醫學院校相繼開設中醫或另類醫療課程之際，台灣的衛生主管機關應予正視，中醫的“語言”及知識已溶入生活成為文化一部分的現況。目前由於沒有合適的相關的教材，造成中、西醫於臨床照護上，醫療照護者及病患之間溝通上的落差⁽¹⁰⁰⁾，缺乏共通的語言，將無法既符合民眾需求又減少複向求醫的醫療資源浪費。許多已開發國家之低生育率，高齡化人口的結構，癌症、慢性病成為重要的醫療需求，生活品質成為重要的指標，從美國近十年對於另類醫療的發展，可以想見台灣進入高齡國家後，將如美國一樣無法避免的擴大及增加中醫醫療的需求，從醫療成本效益考量、從國際競爭力考量、從國民健康保障及用藥安全考量、從顧客（國人及國際健康消費）滿意度考量、從

中醫專業的工作權及資源公平正義考量，皆宜從國家衛生資源經濟效益重新衡量。

中醫以其累積人類長期使用的經驗及獨特以生活品質的改善或提昇，為其療效評估的指標，與現在及未來世界各國的需求一致，而成為潛在待開發的學科及市場，台灣中醫服務業，幾乎只有大陸、韓國可與台灣於國際競爭；一如晶圓產業，台灣擁有發展中醫醫療服務貿易的潛質，為全球屬一屬二優質的國家，目前美洲、歐洲、澳洲中醫師移動或呈現將愈來愈頻繁，成為中醫師、中醫師資的借方國，大陸、韓國、台灣誰能掌握或主導國際貸方規格，如訂定國際中醫師、中醫師資規格、中醫教材、考試、證照制度，將直接影響到我國未來服務產業的經貿收支表現。故台灣宜預先訂定符合國家經貿利益的國際衛生政策，若依循目前中醫政策發展的方向及規格，將失去中醫師、中醫師資部分國際主導權，其對台灣中醫之衝擊，有可能由貸方轉為借方，而喪失目前中醫界尚暫時維持的優勢；不但喪失島國發展服務貿易等無煙囪工業的必然趨勢；而且流失大量因長、短期外國中醫師（主要為大陸），於台灣工作所得的匯出款；或我國國民到大陸跨國中醫醫療消費；不但中醫師收入減少；衛生單位失去政策主導權且台灣喪失在非 WHO 會員國情形下，用中醫參與國際衛生體系的契機。

十三、我國的中醫教育、衛生政策、教、考、訓、用欠缺聯貫及一致性，不符合經濟效益。

本研究訪談考選部發現，考選部極力改革考試，然而考試範圍受限於古籍的法規，揮灑的空間有限，並且常需要借重學校老師的專業意見，改革時程不易掌握（附件九）。至於學校教材則有許多中、西醫生理、解剖等重覆之處，徒增學生學習的時間成本，而且執照考試的各科分配比重及內容，大多僅為授課的一部分而已，故學校學習到畢業的考試範圍及內容，不同於執照考的比重及內容，徒增學生學習困擾及準備考試的時間成本。

台灣在做中西醫整合的，其實是病人的家屬⁽¹⁰¹⁾。生病時，病人非常無奈，也花了很多寶貴的精神和金錢，這是既存的問題，我們應該面對這個事實。整合醫學會理事長楊思標教授指出“台灣醫政法令把中、西醫分開，中醫不能用西藥，西醫不能用中藥，實在沒有道理，需要突破。”楊教授並指出中西醫一元化相互合作是政策，中西醫形成二套教育系統，社會成本高。陳介甫教授亦指出：社會上和醫療界因法令限制，認為中醫師只能開中醫診所，中醫師即使有西醫資格也不能從事西醫業務。反過來七年制中醫系畢業後取得西醫資格，從事西醫業務就認定他就是西醫。事實上接受過七年中醫及西醫訓練，而同時考上二種資格的人，怎能再分為中醫或西醫呢？徒然增加中醫師養成的費用及

時間成本，遲緩各層級醫院設立中醫科、部的時間，而導致培訓中醫師的場所不足，全面住院醫師制度無法建立。

無論是從民眾求醫的複向需求，或正規醫學教育的醫學生、中醫學生、學士後中醫學生受法規的區隔等等，中西專家也已一致看出衛生體系在制定政策中，未考量經濟效益及國家國際衛生競爭力⁽¹⁰²⁾。

十四、現階段大陸中醫師移入或台生考台灣中醫師的衝擊尚不大，但卻隱涵潛在的危機。

由於教育制度不對等，故大陸中醫師移入或台生考台灣中醫師很少發生，衝擊尚不大，然而隱涵潛在的危機。舉例而言，一位剛取得中醫師執照的台灣中醫師，無論其學歷背景，經台灣部分資深中醫師引薦，可直接考上大陸中醫藥大學博士班，有 2/3 的讀書時間在台灣上課，而同時這位中醫師以在台灣診所執業，藉由健保的給付，提供足夠的生活費及學費，約經 3 年的時間取得大陸博士學位。比較於一位申請台灣綜合醫院中醫部的住院醫師，在現行的養成制度，薪資為開業診所收入的 1/2~1/3，經過 4 年住院醫師養成教育，升任主治醫師，後繼續攻讀碩、博士約需 5 年時間，才能取得博士學位，當申請教職時，已比同儕赴大陸攻讀博士者，晚了 5~6 年。而若醫院設立中醫科時，不察則可能錄用已有大陸博士的中醫師，而不錄用我國現制訓練完成的年輕主治醫師。以投資報酬率而言，可預見台灣中醫臨床教學體系的住院醫師可能在此效應下，將持續流失或招收不足名額，而導致會診、住院的臨床教學不易推廣，品質不易維持。

目前的台灣年輕中醫師導向大陸攻讀博士，不但在開業過程中，累積一定程度的資金，並且取得大陸學位，將在 3 年後，開始競逐國內中醫師資的職缺及各醫院開設中醫部門的主治醫師或科室主管、臨床服務、教學甚至於研究工作；台灣師資的職位，升遷或許將受到擠壓，台灣中醫師資的大陸化，不利於兩岸於教育議題談判時所設的各種障礙。

十五、若以終點目標價格而言，台灣中醫師培訓的成本最高：培訓時間最長、培訓總費用最高。

學士後中醫學系的大學教育共長達至少九年，中醫系亦由為八年，故台灣的中醫師學制最長。台灣的中醫學院皆為私立的，其教育訓練的費用較高，中醫師養成的費用以中國醫藥學院學費為標準加上每個月生活費，中醫系（八年制）共需一百九拾伍萬多元，學士後中醫系（五年）共需一百二拾二萬元，再加上學士後中醫系，就讀前大學教育費用六拾捌萬至一百二拾萬元不等，養成學士後中醫系的中醫師約一百九拾萬至二百四拾萬元之間；而大陸多為公立

學校，若以其 GDP 來比較，其國家及個人花費於中醫師養成的費用明顯較低，而且由於台灣中醫界致力於現代化，現代醫學的再教育訓練豐富，故又提供中醫師專業一個良好的訓練環境，不過各學會的繼續教育費用，再添加養成的教育成本。就素質而言台灣中醫師（包括特考）多皆為大學畢業以上學歷，若與大陸五年學制相較，我國學士後中醫系、中醫系相對於大陸的博士學歷年限。

十六、未來WTO架構下的另類醫療衛生談判仍依循實證的基礎。

人類健康已被 WTO 視為是最重要的事情。TBT 和 SPS 兩個協議準許會員國們合法限制貿易，包括健康的考量。食品衛生檢驗及動植物檢疫措施協定（以下簡稱：SPS Agreement）協議是用來處理特定健康上的特定風險。“SPS agreement is just science”（附件：日內瓦訪談稿），這牽涉到各會員國如何測量及訂定國際標準的問題。截至目前為主，仍未有國際標準認證團體訂定中醫國際公認的相關標準。不過，從公衛的角度，安全、合理的使用各種的治療行為，為中、西醫、公共衛生的共通語言，也是結合中西醫實證醫學的共同基礎，當然也是台灣未來在 WTO 中主導議題 及設立進入障礙的基礎。

建議

一、成立跨部會衝擊管理委員會建立衝擊管理系統。

目前台灣中醫的主管機關為行政院衛生署中醫藥委員會，在過去不見得有涉外事務的談判經驗，或者在編制上有配合的機制，以 GATS 的複雜程度，以及相關機關對 WTO 事務的鮮少參與，或層級高於中醫藥委員會而協調不易，將來必然會延誤對外談判時機，以我國的強項，宜規劃要求清單的人力配置及經費編列，才不致於未來處於全面挨打的局面。故宜成立跨部會衝擊管理委員會以建立及執行衝擊管理系統（見附表二十一）。

此委員會應：

- （一）相關的各部會：衛生署、健保局、外交部、經濟部等要建構衝擊管理的理念，並在其部門中做適度的流程或行為調整。
- （二）建構一衝擊管理的文化及政策面的支持，而非僅訂定硬綁綁的法規，視靈活、機動的衝擊管理為機構中重要的核心工作。
- （三）時時以對國內的衝擊的角度來看國際局勢或趨勢的變化，並從中尋求中醫藥產業發展的機會。
- （四）對所有衝擊的議題採定期、開放式的溝通。
- （五）實施衝擊評估，以隨時修正因應策略。

(六) 定期而主動的問“目前因應策略是否符合經濟效益?”並找出缺口。

二、制定符合國家經貿發展的衛生政策

GATS 第十九條第三項規定,談判準則九程序建立時應進行貿易評估(trade assessment),無論是為了進一步自由化,或爭取對手國之市場開放,皆有必要將中、西醫整體醫療照護納入考量,其可提供政府正確的政策選擇,無論是整體的或中醫服務部門別的評估,以決定適當的部門別之開放。故在衝擊管理委員會,不僅只是跨部會因應,而宜以國家經濟貿易角度將中、西醫療照護系統資源整合及聚焦。我們應朝擁有以下等核心能力訂定衛生政策如 WTO 駐外單位,不斷主動釋出國內中醫藥資訊給各會員國,協同國內產、官、學全球佈局,建立向外觸角。建構、掌握中醫產業研發的方法及技術。中醫師及中西醫師腦袋裡的創意,將為中醫產業發展贏的核心關鍵,產品如醫療知識、中草藥、中醫師、新的中西醫結合治療模式,並以之為持續維持中醫國際品牌的地位。在 WTO 架構下,台灣如何像大陸一樣,將中醫藥管理、研究,轉化為知識經濟,成為其他國家學習或成立中醫藥產業的諮商或合作者,或透過國內良好的醫療水準及醫院管理的經驗,向大陸或東南亞國家,輸出我國高品質的醫療知識、技術及管理,及輔導醫療機構、醫事人員的跨國連鎖;這樣的作法不但可以輸出台灣的醫療產業、醫療保險制度,在經濟上亦有助於台灣中醫藥產業的永續發展。中醫藥委員會有必要提升層級才能達成,如此不但符合憲法的精神,而在實質上更能將國民健康目標和社會經濟目標連結而發揮為成功的模式。

三、台灣需密切關注兩岸交流之發展及充分發揮傳播資訊的功能

兩岸今後之交流模式,國內各界必須強化評估貿易造成衝擊之思考。在大陸方面,中醫藥委員會宜就兩岸交流互動的大陸中醫師、教學師資與中醫藥相關交流人員,於專長、論述與言論著作加以分門別類建檔,並與以規劃,以截長補短。在國內方面,國內中醫藥團體應在行前與訪問後,就行程內容、心得連同參訪對口單位之相關資料做彙整心得報告,提高資源的效用。從統計之觀點而言,需對到台灣之大陸、香港中醫服務提供者(目前台灣中醫界多以大陸、香港的中醫師、師資交流互動較多)之移動(流量)及中醫師、師資呈現(存量)有所區別。並試圖計算其所產生之貿易額,建立較確切的資料及追蹤系統,以供統計 Mode4 的參數,此可供國內中醫界參考,以避免重複參訪、交流的情形,使資訊透明化。並可進一步分析、挑選出大陸可能的 WTO 衛生談判人員,並重點針對個人深入研究,以為兩岸談判時的知己知彼做準備。或從中挑選重點議題,邀約大陸學者或兩岸研討會,以營造 WTO 雙、多邊談判的共識。並以之為衝擊管理委員會於部門別議題之因應。

四、積極培訓具國際談判能力的中、西醫衛生人才

中醫服務貿易牽涉的議題繁雜及專業，欲培養能獨當一面的中醫服務貿易談判人才，需相當的時間與訓練，因此經驗傳承的工作及未來新血的培育，非常重要。以經費編列為例，日本參與國際經貿事務，一向聲勢浩大，採人海戰術。韓國則每次都有研究學者同行，非常了解議題，甚至可適時協助新接手官員進入狀況。此兩種模式及做法很可以做為我國培育人才的參考。誠如我國駐日內瓦代表高公使所述，WTO 是一個經濟貿易收集情報、交換資訊、雙多邊談判的場域，在日內瓦，遵從來自台北的指示，由第一線人員以最符合國家利益的考量下，達成任務。我國需要有清楚了解中醫衛生體系相對於會員國的強項及弱項的人才，並以之做相關談判的準備，強弱項的談判，牽涉到“give”和“take”的微妙關係，什麼可以讓、要讓多少，什麼一定要“拿”，“拿”到什麼程度，及我可能付出的代價等，我國衛生體系在這方面需有清楚而明確的方向及與各國建立制度性聯繫的專業人才。

五、對中醫醫療服務進行貿易評估（trade assessment）

大陸依其所擁有的中醫國際品牌、網絡及通路，為訂定國際中醫醫療服務規格的國家，故宜逐年調查研究以收集大陸的中醫政策，如中醫師學制、訓練、考試、法規、認證及港澳台辦公室的對台中醫政策，以厚植未來談判時的因應能力。另外研究台生赴大陸中醫教育消費的現況及潛在的問題，建立大陸中醫師、中醫師資於台灣自然人呈現及各會員國於中醫醫療服務的貿易統計數據，以降低未來對國內中醫產業的衝擊。

六、WTO談判的熱身賽—自由貿易協定（FTA）

以因應清單而言，經建會由於熟稔各機關的業務與立場，已頗有經驗，然而由於我國中醫或中、西醫的衛生體系，為相對的強項，則應採取主動草擬要求清單，此需要花費大量精力對貿易對手國進行研究，並與中醫各界充分溝通合作，以了解最需要進入的市場。而且現階段很多要求清單都在 WTO 進行新回合談判前的各種自由貿易協定時完成，以中醫醫療貿易服務的議題，牽涉到各會員國的相關層面深廣而複雜，要在 WTO 多邊談判達成協議，既耗時又不易有共識，自然應依循目前越趨盛行的自由貿易協定做雙邊或區域的協議開始。從台灣的經濟發展現況以及長期未參與國際組織，缺乏談判技巧等背景來看，累積談判經驗，及降低我國中醫產業面對市場開放之調整壓力和成本考量，的確是台灣須多加著力的部分。

七、雙邊協議的策略聯盟

台灣希望利用雙邊談判來推動 WTO 新回合談判，並在中醫健康服務產業相關議題上取得主導權。以服務業開放課題為例，根據貿易理論，為擷取 FTA 之貿易利益極大化，在選擇洽簽 FTA 對象上，應以貿易障礙愈高，貿易互補程度愈強，且地理距離較近等為優先對象。在篩選 FTA 對象時，一反貿易理論根據，而偏好以貿易交流較不熱絡，自由化後對本國產業衝擊較小，調適比較容易的國家為優先對象。新加坡是東亞各國中，對簽署 FTA 最為積極的國家，同時也是東協組織（Association of Southeast Asian Nations, ASEAN）的原始成員國之一。與新加坡、馬來西亞交流，建立跨國教育消費，自然人呈現的機制，及協助其中醫體系的建置，似乎是我國最易達成共識，也最符合我國經貿利益的進入方式。

就市場開放經驗之考量，韓國與台灣中醫的同質性競爭甚高，雙方締結 FTA 後，FTA 之經濟波及效果可能被抵消，然而台韓兩國有其共同對大陸的中醫教育逆差及後續產生的醫療照護體系及社會問題，故宜與韓國多交流，以建立彼此互信，尋找共同的利基，為多邊談判建立共識。香港與大陸的中醫師執照，是互相認證的，而且香港與大陸中醫的交流由來已久，尤其是與廣州中醫藥大學的合作更是密切。再加入地理位置接近，其自然人呈現的問題應是衝擊最大的 mode，故有必要與香港交流，並進一步了解及熟悉其對於自然人呈現所產生衝擊的因應之道。

隨著區域經濟整合在歐、美、非、大洋洲等各地熱烈展開，亞洲的區塊經濟也在東南亞自由貿易區（AFTA），在中國大陸、日、韓等積極尋求加入東協而形成。為了避免我國成為各地區塊經濟整合下被擠壓之對象，積極尋求貿易夥伴展開自由貿易區之結盟是當前我國必須即刻開展的工作。

八、建立台灣中醫的國際品牌—安全

雖然大陸已建立其中醫國際品牌、網絡及通路，然而醫療照護牽涉層面甚廣，故各會員國在推動中醫納入該國的醫療照護體系時，首先面臨的是安全議題，也是目前大陸訂定國際中醫醫療服務規格所欠缺的，甚至於為大陸逐年提昇醫療品質，未來對大陸本身中醫的衝擊。台灣以優勢的主流醫療照護體系、醫管能力及經驗，若能讓所有執業中醫師使用診斷工具，如檢驗及儀器，則在正確的診斷下進行安全治療才得以評估及追蹤。若能讓雙執照中醫師同一地執業中西醫，如使用中、西藥及治療，則在尊重專業的情形下，才得以減少民眾複向求醫的不安全用藥模式。若能強化中醫住院、會診的醫院診療模式，才得以訓練安全治療及用藥的中醫師。在世界醫療照護轉型之際，台灣的中醫如何適時的建立國際品牌，最基礎的工作是安全，而且也可能是我國能參與、協助、推動國際衛生體系中醫醫療服務規格方面，以實力獲得認同的捷徑，另外重要

的是“安全”，是台灣中醫界降低衝擊最佳的進入障礙。

九、整合中西醫學術研究，發展國際級SCI期刊

以實證的角度來提昇中醫醫療研究的品質，並在安全性與品質方面多發表世界級 SCI 國際期刊，將我國質精的中醫藥教材、臨床訓練規格提供給國際社會，才能在被邊緣化上掌握主導權。國家應整合學術研究經費，邀集中西醫頂尖學者成立發展一本中醫藥的國際級 SCI 期刊。初期由衛生署的國民健康局或中醫藥委員會成立非正式專業諮詢網路，以台灣中醫界已發展的研究團隊及各專科學會為核心，後再擴大為期刊發展委員會；其需具備學術水準高的編輯群，除了國內中醫方面有中國醫藥大學、長庚大學等中醫老師；亦需結合公共衛生、研究設計及方法論、及國際期刊審查專家如有王榮德、詹長權；統計學專家有陳秀熙、戴政、張啟仁及外國 SCI 的編審發展團體合作。這個期刊發展委員會主要目的之一是，訓練中醫研究、評讀、中西醫整合的專家。長期的目標（5 年），是要推動台灣發展出具國際級 SCI 的中西醫藥期刊。

期刊的風格（style）如同商標，建議宜針對中醫藥的安全性及有效性、中醫的方法學作為期刊的風格。這將牽涉到中醫藥實證醫學的發展及研究；由於台灣中醫照護體系通過電腦網路的連線及交換，有非常詳盡的健保資料，如果能提昇中醫師使用西醫診斷儀器與檢驗；那麼對於國際病名分類之準確性及中醫辨證分型等，將可提供精確的知識來增加對傳統醫學知識的可近性與廣度。

此期刊的發展，除了確立台灣於世界中醫藥的地位外，其所衍生的利益為：可以達到鼓勵學術進步、開創新知、國際研討會、工作坊，與台灣合作的中醫藥安全性或療效跨國臨床研究，與台灣合作的中醫藥教育、貿易，台灣中草藥產品外銷等衍生利益。從台灣為世界上中醫相對的優勢，及全民健保局為提升優質中醫師的各項管理措施，因此台灣有其發展國際級 SCI 中醫藥期刊的必要性。

十、質精的中醫教育

中醫的教育乃是教導訓練一位優良中醫師的基礎，衛生署若能在現有的教育基礎上，加強與教育部、考選部合作，邀聘實務經驗豐富的中、西醫界教育、臨床人士參與課程設計與講授，以奠定學生中、西醫實務理念，共同製定符合現代整合的課程指引。即刻可做的是參酌 WHO 出版國際通用的中醫教材，融入我國正規的教、考、訓、用之中，並採用中、英文雙語教材，以培育能走入國際的台灣中醫師，並藉以建立台灣中醫國際品牌的願景及企圖心。另加強基礎教育及臨床的合作，鼓勵臨床問題為導向的教育互動，以縮短「學」、「用」差距，及建立中醫師開放終身學習管道。規劃大學回流教育制度，以因應中醫

師碩、博士研究所進修可能的需求。針對特考及學生後中醫系的中醫師，應強化西方醫學實證的知識併入見實習訓練，針對有中西雙執照的醫師，應強化整合醫學之臨床及學術，並從各層級的醫院推廣中西醫整合門診、住院計劃，發展安全及合理使用的診療及用藥指引。

無論是中醫或中西醫整合的教材，皆應植基於科學，此牽涉到測量的問題，世界衛生組織於 2000 年發表的“傳統醫學評估及研究方法指引 (General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicines)”⁽¹⁰³⁾及王榮德教授於“流行病學方法論”⁽¹⁰⁴⁾中，都提到介入及觀察研究在中醫療效及安全性上之運用；中醫師透過流行病學方法的訓練，以‘否證’的態度⁽¹⁰⁵⁾，它不但可以增進閱讀與評斷醫學論文的能力^(106,107)，而且對臨床決策 (clinical decision making)⁽¹⁰⁸⁾及研究設計與資料分析都很有幫助⁽¹⁰⁹⁾。而中醫師有此種觸及各種人體生理、病理方面的觀察與測定，社會、心理等學科也都涉及的訓練，將更能於臨床診療時觀察正確而細微，提出好的中醫藥研究假說，故應將流行病學^(110,111)與實證醫學⁽¹¹²⁾列入中醫師臨床或基礎訓練中，必修必考的科目。

針對必要的法規鬆綁及醫療整合的策略，並提供具體誘因引導中、西醫大專院校整合資源、建立特色，辦理中醫、醫學大學教育評鑑，建立醫學大學（含中醫）國際競爭力指標。投入更多的教育經費，獎助中醫、或中西醫整合博士生、博士後出國研究、交換中西醫教授與研究人員，與國外大學另類醫學部門開設學程及國內各校開設以英語教學之學程，設置國際中西醫整合研究生院等。並將中、西醫整合教育納入評鑑，如國際性學術論文、中醫教授參加國際學術會議的次數、以及發言份量等。希望於特定醫療學術領域形成實力堅強之中、西醫療團隊，以創新與國際之醫療水準作競爭，有可能引起國際醫療大國的興趣，進而彼此結合醫療學術及研究。

十一、建立中西醫實證的醫療照護模式

不能把醫學分為主流和另類，只有經過足夠測試或是測試不足的醫學，只有有效和無效的醫學⁽¹¹³⁾。未來世界研究發展的活動將一日千里，如何能夠讓台灣的醫療不落在其他國家之後？或跳脫出先進國家醫療的追隨者，整合的醫療應是台灣的一個機會。在歐美各國相繼投注大量人力及金錢於另類醫療之際，台灣必須積極的注重與世界研發體系的連結，必須結合好的研發能力，才擁有不可取代的實力。培訓雙執照的西醫專科醫師再教育中醫臨床，並解除擇一執業的法規，使引導於醫院層級的附設中醫部門執業，以達初步中、西醫整合工作的基礎，並一舉可提昇中、西醫學臨床教育的品質及補充見、實習場所不足的現況。培訓學士後中醫師專科化的醫學臨床再教育，使其能於專科領域操

作現代化醫療設備，並引導深化具醫學診斷能力的中醫專科醫師；進一步在此兩種模式下鼓勵中西醫會診、住院的臨床診療及研究，以建立實證的醫療模式並將其納入醫院評鑑考評項目。特考中醫師應在上述模式下進行臨床見、實習訓練後，與所有在社區服務的中醫師一樣，能開立、判讀檢驗，以達初步確立診斷，並落實早期診治及轉診的中醫社區醫學。其結果將更符合衛生署保障及提昇國民健康的宗旨。而健康保險局的醫療費用及資源，將更容易有效的運用，更重要的是，符合台灣保險人的需求，醫療機構才有可能受到鼓勵，並且朝整合的新的醫療技術領域去發展及突破，此舉又符合知識經濟及外銷醫療技術及機構的國家經濟利益。

WHO 推動將另類醫療納入國家醫療體系，鼓勵各會員國將之與主流醫學整合，然而各會員國在財務預算逐年緊縮，醫療成本及費用逐年上昇的考量下，經濟效益為最終成敗的重要參數；中西醫結合顯然為一符合衛生經濟效益的趨勢，不但可下降複向求醫的文化背景及減少醫療資源浪費，對於跨國消費的情形可得到改善，甚至成為外國人到我國跨國消費的特色。如此不但促進我國衛生經濟規模的合理化、公平化，並達到 WHO 策略中合理使用及可近性的目標；我國唯有養成專科化及中西醫整合的中醫師或中西醫師的“質精”，才足以對抗“量大”的大陸或韓國中醫師的衝擊；我國在短期沒有國內中醫師人力供需不足的問題，卻有長期無質精的中醫師、中醫師資以面對自由化後的衝擊及跨進國際舞台的問題。我國已儲備了近 2400 位具中、西醫執照的中西醫師，近 1000 位具有西醫基礎訓練且有中醫執照的學士後中醫師，以鼓勵與輔導的方式，依序培育成菁英人才，供國內及輸出醫療做規劃。我國唯有制定中醫貸方的政策，輸出“質精”的中醫師、中西醫師、中醫師資或中西醫療機構給借方的會員國，不但是短期世界的趨勢，而且符合借貸雙方利益，較容易在 WTO 架構下達成共識及協議；我國中醫唯有勇於加入國際社會及活動，朝“衛生或醫療奇蹟”國際模範生的方向努力，才可能在未來地球村的醫療佔一席之地。雖然我國並非 WHO 的會員國，很多國際衛生醫療的事務，都被排除在外，然而運用我國是 WTO 的會員國的身分、貿易與健康愈來愈密切而成為國際各會員國關注的議題及台灣安全、有效的中醫品質，相信是我國一個很好的切入點。

伍、研究限制

本研究雖冀望將我國加入 WTO 後對中醫的衝擊提出完整之評估，並進而規劃因應措施，但基於下面之研究限制，所提出之結論或有不足之處，不過應不失其參考價值。

一、資訊蒐集之限制

除了 WTO 外，我國並非聯合國相關國際組織的成員，故很多正式或非正式會議。我國都被屏除在外，如智慧財產相關議題大多在世界智慧財產權組織（World Intellectual Property Organization，WIPO）達成共識，在 WTO 中的文件幾乎已經是達成共識的清單；又如 WHO 所推展的事務與文件，及 WTO 與 WHO 之間的互動等，都是本研究進行過程中的障礙，幸好透過大量研讀及分析所取得公開發表的文獻資料，仍得以略窺其全貌。

至於中醫醫療服務資料闕如的可能原因包括：一、各國中醫醫療服務市場正式開放外資參與經營的決策公告未久，相關的市場研究未「產出」。二、若干政策分析資料屬於商業機密，原作者或其所屬單位無意對外發表。三、資料蒐集完整性不足，導致各國官方研究者判讀上出現困難與盲點，無法確切的判讀與評論。筆者在論文寫作時，同樣面臨上述的困擾。為了免除閉門造車之誤，筆者不論運用網際網路快速且有條理的搜尋功能，全面下載各相關資料及所發布的有關法律規章；訪問國內各專家，尋求專業領域的諮商與資訊的提供；整理研讀 WTO 及 WHO 的出版品；藉 WTO 及 WHO 實地參訪，並與相關的專家作面對面的訪談，並加以驗證。

不過這也是我國加入 WTO 後所應解決的問題，駐日內瓦代表處如何取得相關的完整而及時的資料，並後續進行分析研判，都對我國掌握會議先機上，有很大的幫助。未來如何在中醫相關議題的推動上，逐步得到主席或秘書處認為需事先諮詢的對象，此點需要我國下苦功，積極了解、參與議程，並逐步展現我國中、西醫的強項，對醫療、衛生、中醫各項議題之掌握，並提出具建設性、有深度的立場，以獲得會員國的重視及肯定。

另外要注意的是即使是取得的資訊，由於諸多限制及許多通報之問題，仍有一些限制，例如任何對透過模式 4 而產生之貿易量之數量評估均受限於嚴重之資料不足問題，目前 WTO 秘書處僅提出有這方面的問題，卻也沒有立即的解決方案。而且 WTO 的統計數據中，目前並沒有中醫產業經由 4 個模式發生之服務貿易總值的資料。雖然，國際間相關間接資訊仍可由國際勞工處（International Labour Office）就業統計，聯合國國民所得帳體系（the United

Nations System of National Accounts)，以及國際貨幣基金（International Monetary Fund）之國際收支統計取得間接的參數，由於台灣並非聯合國會員，故上述資料亦復缺如。故本研究所收集資料的研判及解釋仍需小心，但是其或可做為逐漸評估衝擊之指標。

二、利益衝突之主觀限制

本研究係透過與他國談判代表之意見交流，國內教、考、訓、用的專家訪談，故不免有利益衝突的主觀限制。當然研究者儘量秉持冷靜而中性態度，抽絲剝繭將堆積如山的資料進行歸類，由相關的法規制度的比較，整體醫療衛生環境的分析，與次級市場的探討等方面，導引出各衝擊面，並提出因應之建議，或許有其爭議性，但仍希望藉本研究促請政府機關、中醫教、考、訓、用各界正視這一個問題並預做準備。

陸、參考文獻

1. 臺澎金馬個別關稅領域服務業特定承諾表及最惠國待遇豁免表。[cited 2001 Oct 10]。Available from: [URL:http://www.trade.gov.tw/global_org/wto/WTO-into/into2/901005](http://www.trade.gov.tw/global_org/wto/WTO-into/into2/901005) 中文承諾表 TPKM18.細明.doc
2. Buschmann, C. H., ed.,: Loss Prevention and Safety Promotion in the Process Industries. the Hague/Delft, the Netherlands 1974.
3. AIChE: Guidelines for Hazard Evaluation Procedures. AIChE 1992.
4. World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy 2002~2005. Geneva World Health Organization 2002:1.
5. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Apple S, Wilkey S, Rompay MV and Kessler RC: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. JAMA 1998;280:1569-1575.
6. Astin JA, Mair A, Pelletier KR, Hansen E, et al: A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. Archives Internal Medicine 1998;158(21):2303-2310.
7. Pelletier KR, Mair A, Krasner M, Haskell WL: Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance companies, and hospital providers. American Journal of Health Promotion 1997;12:112-122.
8. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C. et al: Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs, and patterns of use. New England Journal of Medicine 1993;328:246-252.
9. Lerner IJ, Kennedy BJ: The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States. CA-A Cancer Journal for Clinicians 1992;42(3):181-191.
10. 鄭弘美：美國另類醫療發展現況. J. Int Chin West Medl 1999;1:39-43。
11. World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy 2002~2005. Geneva World Health Organization 2002:18.
12. World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy 2002~2005. Geneva World Health Organization 2002:11.

- 13.Roy Upton: 美國對傳統中藥的監管條例. ICMCM Abstract 2002:27.
- 14.World Health Organization: Legal Status of TM/CAM: A worldwide review. World Health Organization 2001.
- 15.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，2002。
- 16.賴世隆：中藥臨床試驗。大陸北京，廣東人民出版社，2001。
- 17.東莞東華醫院。[cited 2003 Aug. 12]。Available from: URL: <http://www.tungwah.com/about/about2.asp>
- 18.World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy 2002~2005. Geneva World Health Organization 2002:10.
- 19.行政院衛生署：中華民國八十九年衛生統計。行政院衛生署，2001。
- 20.行政院衛生署：中華民國八十七年衛生統計。行政院衛生署，1999。
- 21.陳立德，陳榮洲，李采娟，賴俊雄：台灣中醫教育-特考及格中醫師學歷背景之探討。中國醫藥學院雜誌，1998；7（2）：145-151。
- 22.中醫師全國聯合會：中醫白皮書。中醫師全國聯合會，1995。
- 23.羅紀瓊：人口老化對醫療支出的影響：台灣的實證研究。中央研究院經濟研究所，經濟論文，1991；19（1）：107-133。
- 24.翁瑞宏：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，1999。
- 25.邱清華：台灣地區中醫醫療狀況及需求之調查研究。經濟建設委員會，1990。
- 26.蔡文全：公保各類保險被保險人中醫醫療利用之研究。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1994。
- 27.中央健康保險局：中華民國八十八年全民健康保險統計。中央健康保險局，2000。
- 28.林淑文：另類療法在癌症放射治療病患之研究及對生活品質之影響——以台大醫院頭頸部及中樞神經系統癌症為例。國立台灣大學醫學院藥學研究所碩士論文，1998：33-47。
- 29.J.M. Liu, H.C. Chu, Y.H. Chin, Y.M. Chen, R.K. Hsien, T.J. Chiou, J Whang-Peng: Cross sectional study of use of alternative medicines in Chinese cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology 1997;27(1):37-41.

- 30.世界貿易組織（WTO）會員。[cited 2003 Nov. 20]。Available from: URL:
http://www.trade.gov.tw/whatnew/WTO/wto_member.htm
- 31.世界貿易組織之功能及組織架構。[cited 2003 Apr. 08]。Available from:
URL:<http://www.cnfi.org.tw/wto/wto-1.htm>
- 32.World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:27.
- 33.World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:55.
- 34.世界貿易組織各協定內容摘要。[cited 2003 Apr. 08]。Available from:
URL:<http://www.cnfi.org.tw/wto/wto-1.htm>
- 35.世界貿易組織協定之主要內容。[cited 2003 Apr. 08]。Available from:
URL:<http://www.cnfi.org.tw/wto/wto-1.htm>
- 36.服務業議題。[cited 2003 Apr. 08]。Available from: URL:<http://www.cnfi.org.tw/wto/wto-1.htm>
- 37.中華民國常駐世界貿易組織代表團。[cited 2003 Nov. 08]。Available from:
http://www.mofa.gov.tw/mofadb/?MIval=cw_view_Embassy_detail_test&ct_id=WTO
- 38.World Health Organization: Development and Constitution of the W.H.O. Chronicle of the World Health Organization 1947;1:196.
- 39.Overview of WHO. [cited 2003 May. 08]。Available from: URL:
<http://www.who.int/about/overview/en/>
- 40.Director-General-Biography. [cited 2003 Sep. 08]。Available from: URL:
<http://www.who.int/dg/lee/biography/en/>
- 41.WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine. [cited 2003 Apr. 08]。Available from:
URL:<http://www.who.int/medicines/organization/trm/orgtrmcollab.shtml>
- 42.World Health Organization: Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines. WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila 1993.
- 43.World Health Organization: WHO Guidelines for Good Clinical Practice(GCP) for Trials on Pharmaceutical Products. WHO Geneva 1995.

44. World Health Organization: Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. WHO Geneva, 1999.
45. Traditional Medicine. [cited 2003 Nov. 08] . Available from: URL: <http://www.who.or.jp/tm/meetings/sep2000/recommendations.html>
46. World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy 2002~2005. Geneva World Health Organization 2002.
47. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:11.
48. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:32.
49. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:35.
50. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:41-43.
51. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:47-48.
52. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:112.
53. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:115.
54. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:13.
55. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:129.
56. World Health Organization: WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat. World Health Organization 2002:134-135.
57. 人民衛生出版社：中國衛生年鑑。大陸北京，人民衛生出版社，2000。
58. Mandil Salah H., Telemedicine-A Global Perspective. [cited 2003 Aug. 12] .

Available from: URL: http://www.uta.fi/~titava/EGEDL/outline/mandil_telemedicine.htm

59. Zarrilli S., C. Kinnon: International Trade in Health Services: A Development Perspective. Geneva, United Nations, World Health Organization 1998:63-70.
60. 游隆權，台灣地區中醫醫療機構現況之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1989。
61. 東莞東華醫院。[cited 2003 Aug. 12]。Available from: URL:<http://www.tungwah.com/about/about2.asp>
62. 林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣：中醫師人力現況與規劃。中醫藥雜誌，2001；12（4）：237。
63. 陳立德，陳榮洲，李采娟，賴俊雄：台灣執業中醫師的養成背景分類及其分佈。中國醫藥學院雜誌，1999；8（1）：89-98。
64. 陳保中，Patricia E Doyle，白璐，王榮德：父母社經狀態與低出生體重嬰兒、早產兒、及生長遲滯嬰兒之相關性探討。中華衛誌，1999；18（2）：105-115。
65. 博藍尼：意義。台北，聯經出版社，1985。
66. 劉大和：資訊社會對社會科學的改變。APEC 通訊，2001：1。
67. 陳立德，陳榮洲，賴俊雄：台灣中醫教育-學士後中醫學系學生學歷背景之探討。中國醫藥學院雜誌，1997；6（3）：179-186。
68. J.M. Liu, H.C. Chu, Y.H. Chin, Y.M. Chen, R.K. Hsien, T.J. Chiou, J Whang-Peng: Cross sectional study of use of alternative medicines in Chinese cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology 1997;27(1):37-41.
69. 劉大和：知識經濟另一章—文化產業的利基與重要性。PECC，1999;9。
70. Hsieh, Chee-Ruey and Shin-Jong Lin: Health Information and the Demand for Preventive Care Among the Elderly in Taiwan. Journal of Human Resources 1997;32(2):308-333.
71. 高希均，林祖嘉：經濟學的世界（上）（中）（下）。台北，天下文化出版公司，1997。
72. World Health Organization: TRADITIONAL MEDICINE-Better Science, Policy and Services for Health Development, Proceedings of a WHO International Symposium, Awaji Island, Hyogo Prefecture, Japan 2000;9/11-13;19.
73. Portes: BRAIN DRAIN OR BRAIN GAIN, A Case Study of Canadian Doctors.

- 1976: 497.
74. World Health Organization: GATS, MODE 4 and the pattern of commitments Background information, World Health Organization 2000:5.
75. Movement of Natural persons and Trade in Services: Liberalizing Temporary Movement of Labour under the GATS, [cited 2003 Oct. 08]. Available from: URL : <http://www.icrier.res.in/public/rupa4nov.html>
76. 游隆權：台灣地區中醫醫療機構現況之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1989。
77. 康健壽、陳介甫、周碧瑟：中醫門診病人選擇醫院型式的相關因素。中華醫學雜誌，1993；51（6）：448-456。
78. World Health Organization: Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture, WHO/EDM/TRM/99.1, WHO Geneva, 1999.
79. World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy 2002~2005. Geneva World Health Organization 2002.
80. 鄭鴻鈞，甚麼是醫療品質。[cited 2001 Sep 10]。Available from: URL: <http://www.kfsyscc.org/patients/next/sub20.html>
81. 婦科心法。In：弘晝、鄂爾泰、錢斗保、吉慶、普福、興貴。醫宗金鑑，台北，台灣，大中國圖書公司，1977；4：160。
82. 賴世隆：中藥臨床試驗。北京大陸，廣東人民出版社，2001；2：11。
83. World Health Organization Regional Offices for the Western Pacific: Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines. WHO Malina 1993.
84. World Health Organization: Guidelines for Good Clinical Practice(GCP)for Trials on Pharmaceutical Products. WHO Technical Report Series 1995;850.
85. World Health Organization: General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, WHO/EDM/TRM/2000.1, WHO Geneva, 2000(19 Swiss Francs).
86. Roy Upton: 美國對傳統中藥的監管條例. ICMCM Abstract, 2002:27.
87. Chen PC.: Population and health policy in the People's Republic of China. Washington DC, Interdisciplinary Communications Programme, Smithsonian Institution.

- 88.Zhang X. Traditional medicine world-wide review. In: Traditional medicine better science, policy and services for health development: proceedings of a WHO International Symposium, Awaji Island, Hyogo Prefecture, Japan, 11-13 September 2000. Kobe, Japan, World Health Organization Centre for Health Development, 2001(unpublished document; available on request from the WHO Centre for Health Development, I.H.D.Centre Building, 9th Floor, 1-5-1 Wakinohama-Kaigandori, Chuo-ku Kobe 651-0073, Japan).
- 89.Rosenthal MM. Modernization and health care in the People's Republic of China: the period of transition. In: Rosenthal MM, ed. Health care systems and their patients: an international perspective. Boulder, Westview Press, 1992.
- 90.中華人民共和國憲法[cited 2003 Nov. 15]。Available from:
<http://www.people.com.cn/item/faguiku/xf/F01-A1010.html>
- 91.中華民國監察院：監察院中醫調查報告。中華民國監察院，2000：83-115。
- 92.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，2002。
- 93.吳就君：台灣地區居民社會醫療行為研究。公共衛生，1981；8：25-49。
- 94.王廷輔：台中地區居民中西醫療行為取向知研究。公共衛生，1990；17：21-33。
- 95.林芸芸：中西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證分析。中華家醫誌，1992；2：1-13。
- 96.林宮美：求醫行為研究。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
- 97.羅紀瓊：人口老化對醫療支出的影響：台灣的實證研究。中央研究院經濟研究所，經濟論文，1991；19（1）：107-133。
- 98.翁瑞宏：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，1999。
- 99.蔡文全：公保各類保險被保險人中醫醫療利用之研究。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1994。
- 100.李金鳳、周碧瑟：中西醫門診病患對傳統醫療認知、情意與行為意向之調查研究。國立陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文，1990。
- 101.丁志音：臺灣社會中的輔助及另類療法：概況及使用。行政院國科會專題研究計畫成果報告（NSC90-2412-H-002-019），2002。

- 102.康健壽、李金鳳、陳介甫、周碧瑟：單複向求診行為的相關因素之探討。中華醫誌，1995；16；175-86。
- 103.World Health Organization: General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicines. Geneva World Health Organization 2002.
- 104.王榮德：流行病學方法論。台北，台灣，健康文化事業股份有限公司，1997；10：181。
- 105.王榮德：流行病學方法論。台北，台灣，健康文化事業股份有限公司，1997；3：34。
- 106.Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics , McMaster University Health Sciences Center: How to read clinical journals：I：Why to read them and how to start reading them critically. Can Med Assoc J 1981;124:555-8.
- 107.Greenhalgh, T.: “How to Read a Paper” BMJ Publishing Group: London 1997 also published as a series of articles in BMJ “How to read a Paper – The Medline database”. BMJ 1997; 315:180-3.
- 108.Ingelfinger JA, Mosteller F, Thjbodeau LA, Ware JH: Biostatistics in Clinical Medicine. 2nd ed. New York: MacMillan Pub-Co., Inc 1987.
- 109.Gore.SM: Assessing clinical trials-first steps. Br Med J 1981;282:1605-7.
- 110.陳立德，陳榮洲，賴俊雄：台灣中醫教育-學士後中醫學系學生學歷背景之探討。中國醫藥學院雜誌，1997；6（3）：179-186。
- 111.康健壽、李金鳳、陳介甫、周碧瑟：中醫門診病人對傳統醫學的認知、態度與行為意向的分析研析。中華醫誌，1995；16：175-86。
- 112.林芸芸：中西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證研析。中華民國家庭醫學雜誌，1992；2：1-13。
- 113.邱清華：台灣地區中醫醫療狀況及需求調查研析。行政院經建會，1990。
- 114.孫茂峰、黃國慶、林昭庚：台灣學生至大陸高等院校修習中醫學位（含針灸）現象之初步探討。中華針灸醫學會雜誌，2003：105。

柒、名詞解釋

三劃

工作者匯回款：在國外工作一年以上工作者之移轉款項，從收支平衡之觀點而言，假設此類工作者已改變其居留地。此項目可於 IMF-BPM-5 之經常移轉帳（current transfers）中尋得。

四劃

水平承諾（**Horizontal commitments**）：水平承諾主要是指某成員在承諾的各個服務貿易領域中的統一承諾，說明允許外資進入方式，是獨資還是合資，是股權式合資還是契約式合資，租用土地最長多少年，外方代表處多少人，是否營利性質，外方雇員境內居留期限等等。

六劃

全球化：世紀末大型企業的經營典範（paradigm）是掌握核心能力，創新管理與全球運籌（Modgetts & Luthans，1998）。由於購買者對於產品與服務的特殊要求，將影響個別產業對區域特性的回應與全球化整合的需求程度有所不同，其結果是：不同產業間全球運籌的發展進程存在著重大差異。醫療服務業在整體的醫療產業當中，相對的是屬於較難透過全球整合獲得經濟效益的行業別。

自然人流動（**Presence of Natural Persons**）：一成員國的服務者進入並暫時居住在另一成員國境內以提供服務。

自由貿易協定（Free Trade Agreement，簡稱 FTA）之大量簽定，乃第二次世界大戰之後，國際經濟關係之一種重要現象，以促進會員國間功能性貿易合作及經濟發展。一九四八至一九九四年期間，區域經濟整合協定正式通知 GATT 者共 108 件，WTO 成立後到二〇〇一年四月已另外收到 86 件區域貿易協定之通知；GATT/WTO 所收到之通知，107 件目前仍然有效。截至二〇〇二年一月，WTO 之 144 會員有超過 100 會員同時為某些區域貿易協定之成員。台灣已於二〇〇二年元月一日正式成為 WTO 會員，自然不能自外於區域經濟整合之國際趨勢，乃積極推動雙邊自由貿易協定之計畫。

自由貿易協定之概念：自由貿易協定所成立之自由貿易區，乃區域經濟整合之最低階層級。依國際政治經濟學知名學者 Bela Balassa 之研究，區域經濟組織依據組織性質以及整合程度的不同，可分為五種幾類型：（1）自由貿易區、（2）關稅同盟、（3）共同市場、（4）貨幣同盟、（5）經濟同盟。GATT 第二十四條第八項規定，自由貿易區係指兩個或兩個以上之「關稅領域」（customs territories），原則上對產自各自關稅領域之商品相互取消關稅及其他限制性貿易法令，但仍各自維持原來對外關稅制度。

自由化：在國際貿易自由化風潮的影響之下，各國為了加入世界貿易組織（World Trade Organization, WTO）均需調整其原先自訂的產業進入、移動或退出障礙（Lesser, 2000）。1999 年 11 月，中國與美國就大陸加入 WTO 的相關事宜完成了協議書的簽署。在開放管制的要求之下。

八劃

具體承諾 (Specific commitments)：具體承諾是一個領域在什麼樣的範圍內怎麼開放，也叫部門承諾、承諾方式三種：一是沒有限制，有點像門開了，外人願意怎麼進來就怎麼進來，這是最寬的開放形式；二是不作承諾，門是關上的，何時開，怎麼開，由成員自行決定，可以隨時關門，但也可以門戶大開，成員擁有最大的開放自主權；三是在一定範圍內有預設條件的承諾或者限制。

知識流失 “brain drain” 的觀念：表示高技術勞工為增加其本身或其國家在其身上所做教育投資的報酬而移民。在 1961 至 1983 年間，估計至少約有 700,000 位受過高等教育的專業勞工從開發中國家移居至美國、加拿大及英國。這表示對於某些國家而言，已損失很大比例受過訓練的專業人員。例如，Sub-Saharan 非洲宣稱在 1960 至 1987 年間已損失 30% 的高級技術勞工，而這些勞工最主要是前往歐聯，而將近 20% 至 40% 比例的中美洲及加勒比海國家的大學畢業生會選擇移民。最近 IMF 研究顯示，大部份從開發中國家到 OECD 國家的勞工，比其原來國家其他人民受過更良好的教育。其部分原因為 OECD 國家的移民政策有利於有技術的勞工；另外則是由於受過良好教育的個人比較付得起移民的成本。在許多國家，特別是加勒比海、中美洲及非洲，超過百分之三十受過高等教育的個人已移居國外。在伊朗、中華民國及菲律賓受過高等教育的個人，也有一定比例離開他們的國家。相對的，大部分中美洲國家的移民則是受過中等教育。對移出國而言 “brain drain” 表示重大的損失，甚至難以量化估計。美國 Congressional Research Centre 估計，在 1971—72 年間開發中國家對每一位移出技術勞工的平均投資約 20,000 美金。無論如何，有些國家可能比較熱衷於訓練有技術的勞工，而不重視他們的勞動市場。因此，移民者可能也反應他們在原來的國家缺少就業機會。例如在索馬利亞，大學畢業生的人數估計超過需求的五倍之多。在 1985 年的調查中，波多黎各主要城市有 40% 的大學畢業生找不到工作。政府受到人民團體（如都市中產階級）壓力而採行不平衡政策，過度投資於特定技術人員。因此在許多狀況中，發展中國家常失去有才能的人，這些人出國念書後不再回國。1960 年代，超過一半的非洲人到美國念化學及物理而從未在他們自己的國家找工作，這情形也同樣發生在許多經濟已較發展的國家，例如 1988 年，估計約有 1,350 位擁有博士學位的韓國人在美國做科學家。

所得流動紀錄：包括在農工部門工作者、政府員工（大使館），以及受雇於地主國公司之外國人之報酬，亦包括在地主國所支付社會安全計畫、民間保險計畫及年金基金之金額。

“依 WTO 服務業貿易總協定提供服務自然人之移動附則”明確指出 GATS 不適用於影響自然人尋求進入會員就業市場之措施，亦不適用於在永久基礎上有關國籍、住所或就業之措施。更重要的，不管本協定的其他規定，會員可自由採行規範自然人進入其國境或在其國境內為短期停留之措施。但該等措施不得使會員在特定承諾下所得之利益因而喪失或受到損失。惟只對某些會員之自然人要求簽證，而不對其他會員之自然人要簽證者不被視為剝奪或有損其特定承諾之利益。

兩個影響自然人措施的分類：

(一) “一會員之服務業者”——亦即自我雇用（或獨立）業者直接從顧客獲得報酬；及

(二) 被一會員之服務業者所雇用之自然人而與服務之供給有關之措施。

被一會員之服務業者所雇用之外國自然人是否包括母國公司所雇用之外國人還有很大的解釋空間，因為在附則中的文字並未排除這個可能性。但 GATS 協定中之第一條：(2) d，似乎只包括外國公司所雇用之外國人（如上所述，條文為“由一會員之服務業者以自然人身分”在其他會員境內提供服務者）。

十一劃

商業存在（Commercial Presence）：一成員國的服務者在任何其他成員國境內通過建立、經營和擴大商業實體來提供服務，例如分支機構、代理處、子公司。

國民待遇（National Treatment）：《服務貿易總協定》GATS 第十七條規定的國民待遇責任是，給予任何一個其他成員國的服務和服務提供者以不低於本國同類服務和服務提供者所得到的待遇。希望在國民待遇方面維持任何限制的成員國——即導致境外服務或服務提供者得到較差的待遇——必須在一覽表的第 3 行中對限制加以說明。

國外就醫：限定緊急傷病或分娩才能退費，立法院審查健保法草案，在海外就醫的規定上，必須是緊急傷病或分娩，而在非保險醫事服務機構就醫（例如海外就醫）者，才能申請核退自墊醫療費用。同時，核退自墊醫療費用必須在門診、急診或出院之日起六個月內提出申請。保險人如因欠繳保費而遭到暫行拒絕給付時間，因診療或分娩所先行支付的醫療費用，在保險人繳清保費後，即可向健保局申請核退自墊醫療費用。不過時間上仍以五年以內者為限。

國際轉診—International Patient Referral Service

「國際轉診」顧名思義就是轉診到國外的醫院就醫。經由專業醫師對專業醫師的諮詢評估後方才進行。透過第二意見諮詢，病患和醫師可以取得國外醫院醫師建議的醫療計劃及預估的費用，醫師及病患可以評估是否要前往國外接受手術或治療。

移民者之移轉款項：顯示伴隨著國際移民而產生之物品及金融資產之移轉。此

項目可於 IMF-BPM-5 之資本與金融帳 (capital and financial account) 中尋得。

十二劃

勞工所得：包括在國外工作一年以下之個人所得之工資、薪資及其他報酬，並假設此等工作者仍在其祖國居留。此項資料可於 IMF-BPM-5 之經常所得 (current income) 中尋得。

十四劃

跨境交付(Cross-border Supply):從一成員國境內向任何其它成員國提供服務。

境外消費 (Consumption Abroad): 成員國居民在另一成員國境內享受服務。

十五劃

模式 4 的定義在 GATS 條文中之第一條：2 (a)，“由一會員之服務業者以自然人身分在其他會員境內提供服務者”，及第 28 條 (k) 針對 (1) “一會員之服務業者以自然人”係指“其他會員之國民”及 (2) 在某些狀況下，在 WTO 會員有永久居留權者尋求在國外提供服務 (永久居留權者包含會員有 (a) 並無國民或有額外資格，或 (b) 給予永久居留權者同國民之相同待遇)。

十八劃

雙邊談判的自由貿易區協定 (Free Trade Agreement ; FTA) (或區域貿易協定 (RTA))

FTA 之種類包括雙邊及多邊 FTA。雙邊乃兩個國家所簽定之 FTA；多邊則包括三個以上國家所共同成立之 FTA。區域整合也從傳統鄰邦國家組織發展至跨洲國家之整合，並且包括不同政經體制及不同經濟發展程度之合作模式，例如 APEC。另外，國際貿易除了貨品貿易，也包括了服務貿易 (trade in services)。WTO 之「服務貿易總協定」(The General Agreement on Trade in Services，簡稱 GATS) 第五條因此針對服務貿易之經濟整合加以規定。

GATS四種健康應用的貿易服務類型：

類型 1 (Mode 1)：由境外提供服務，例如由 A 會員國境內，利用電訊設備向 B 會員國境內提供一些有關診療計畫的服務。
(“Telemedicine”)

類型 2 (Mode 2)：境外消費，例如由 A 會員國與 B 會員國簽約，轉介病患。

類型 3 (Mode 3)：商業據點之設立，例如 A 會員國所屬的醫院在 B 會員國設立或投資。

類型 4 (Mode 4)：自然人之呈現，例如允許 B 會員國國籍的醫護人員在 A 會員國提供服務。

WTO 服務業貿易總協定 (GATS) 條文第六條：國內規章

1. 對已提出特定承諾之行業，各會員應確保其影響服務貿易之所有一般性適用所有措施是以合理、客觀且公平之方式實施。
2. (a) 會員應維持或儘速制定司法、仲裁或行政裁判或程序，俾在受影響之服務提供者要求時，對影響服務貿易之行政處分即時提供審查及適當之救濟。對該等程序未能獨立於作成有關行政處分之機關者，會員應確保該等程序確實提供客觀且公正之審查。
(b) 第 (a) 款之規定不得解釋為要求會員制定與其憲政結構或法律制度不一致之裁判或程序。
3. 特定承諾中之服務應先申請許可始得提供者，會員之該管機關，應於依據其國內法令規定，申請案完備後之合理期限內，通知申請人有關該申請案之結果。申請人有所請求者，會員該管機關應提供申請人有關該申請案情況之資訊，不得有任何不當之延誤。
4. 為確保有關資格要件、程序、技術標準及核照條件等措施，不致成為服務貿易不必要之障礙，服務貿易理事會應經由其設立之適當機構制訂必要規範。該規範尤其應確保上述措施係：
(a) 基於客觀及透明之標準，例如提供服務之資格及能力；
(b) 不得比確保服務品質所必要之要求更苛刻；
(c) 就核照程序本身而言，不得成為服務供給之限制。
5. (a) 在會員已提出特定承諾之行業部門，於依照第 4 項所制訂之規範未生效前，該會員之核照、資格條件及技術標準之適用，不得以下列方式使該特定承諾失效或減損：
(1) 不符合第 4 項第 (a) 款、第 (b) 款或第 (c) 款規定之標準；且
(2) 於該會員為該等行業提出特定承諾時，所無法合理預期者。
(b) 評估會員是否履行第 5 項第 (a) 款義務者，應考量該會員所適用相關國際組織之國際標準。
6. 與專業性服務有關之行業已被提出特定承諾時，會員應提供適當程序，以驗證其他會員專業人員之能力。

WTO 服務業貿易總協定 (GATS) 條文第十六條：市場開放

1. 關於經由第一條所定義之供給方式之市場開放，各會員提供給所有其他會員

之服務業及服務供給者之待遇，不得低於其已同意，並載明於其承諾表內之內容、限制及條件。

2.會員對已提出市場開放承諾之行業，除非其承諾表內另有規定，否則不得於其部分地區或全國境內維持或採行下列措施：

- (a) 以配額數量、獨占、排他性服務提供者或經濟需求檢測之要求等形式，限制服務供給者之數量；
- (b) 以配額數量或經濟需求檢測之要求等形式，限制服務交易或資產之總值；
- (c) 以配額數量或經濟需求檢測之要求等形式，藉指定之數量單位，限制服務營運之總數或服務之總生產數量；
- (d) 以配額數量或要求經濟需求檢測，限制特定服務行業得僱用自然人之總數，或限制某一服務提供者得僱用與特定服務之供給直接有關且必要之自然人總數；
- (e) 限制或要求服務提供者，以特定之法人型態或合資方式始得提供服務；及
- (f) 以設定外國人持股比例或個人總額或全體外資總額等上限方式，限制外資之參與。

WTO 服務業貿易總協定 (GATS) 條文第十七條：國民待遇

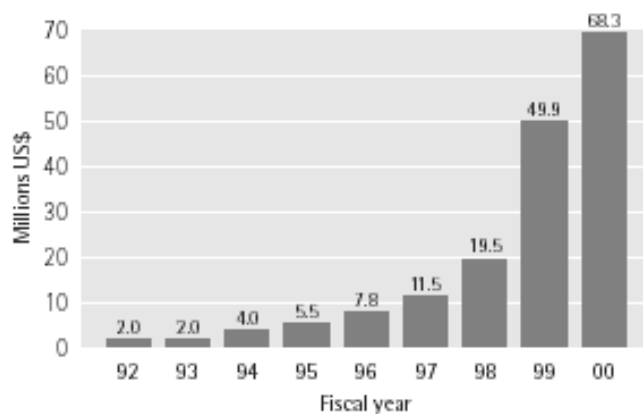
- 1.對承諾表上所列之行業，及依照表上所陳述之條件及資格，就有關影響服務供給之所有措施，會員給予其他會員之服務或服務提供者之待遇，不得低於其給予本國類似服務或服務提供者之待遇。
- 2.會員可以對所有其他會員之服務及服務提供者提供與其給予自己服務及服務提供者，或者形式上相同待遇，或者形式上有差別待遇之方式，以符合第 1 項之要求。
- 3.如該待遇改變競爭條件，致使會員自己之服務或服務提供者較其他會員之服務或服務提供者有利，則該項形式上相同或形式上有所不同之待遇都應被視為不利之待遇。

WTO 服務業貿易總協定 (GATS) 條文第十八條：額外承諾

會員得就影響服務貿易，但不屬第十六條或第十七條須列入承諾表之措施進行諮商承諾，包括與資格、標準或核照有關之事宜。此等承諾應列於會員之承諾表內。

附表一

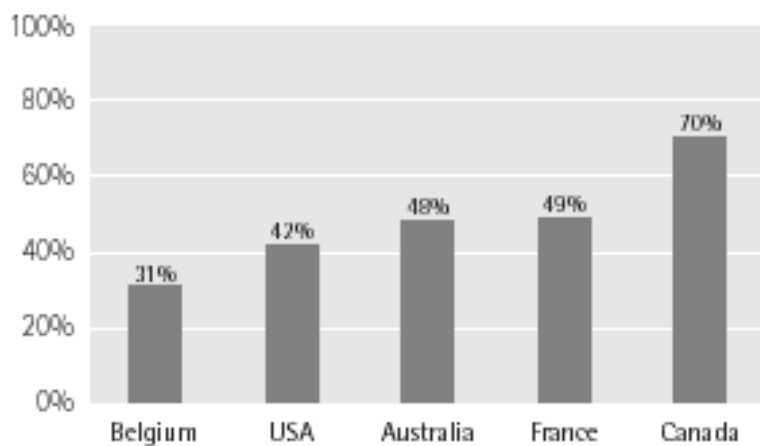
補充與替代醫學經費在美國顯著的增長



資料來源：美國補充和替代醫學中心，2000

附表二

幾個已開發國家中至少使用過一次補充和替代醫學人口的比例



資料來源：1999 年 Fisher P & Ward A；2001 年 Health Canada；1998 年世界衛生組織

附表三

僅由西醫或由西醫及針灸師執行針灸治療的國家



資料來源：2000 年世界針灸聯合會；世界衛生組織

附表四

兩岸中醫師醫院執業人數比較

	台灣 (2001 年底)	大陸 (2000 年)
中醫師執業人數	3979 人	81284 人 (含中醫師、中醫士、其他中醫)
醫院執業人數	524 人	77821 人
醫院執業人數比例	13.17%	95.74%

資料來源：2002 年中醫行政要覽 行政院衛生署中醫藥委員會
 2001 年中國中醫藥年鑑 中國中醫藥出版社
 吳炫璋醫師整理

附表五

兩岸中醫醫院、診所比較

	台灣(2000 年底)	比例	大陸 (2000 年)	比例
中醫醫療院所	合計 2513 家	100%	全國中醫醫療機構已經發展到 2975 所。 含中醫醫院 中西醫結合醫院 民族醫醫院	100%
中醫醫院	52 家	3.7%	2591 家 含縣以上中醫醫院 中醫學院附屬醫院 其他中醫醫院	87.5%
西醫醫院附設中醫部(科)	41 家 醫學中心 6 家 准醫學中心 1 家 區域醫院 23 家 地區教學醫院 11 家 特殊功能教學醫院 1 家		63 家 中西醫結合醫院	
中醫聯合診所	81 家		60 家 中醫藥研究院(所)	
中醫診所	2380 家		321 家 中醫門診部(所)	12.5%

資料來源：2002 年中醫行政要覽 行政院衛生署中醫藥委員會
2001 年中國中醫藥年鑑 中國中醫藥出版社
吳炫璋醫師整理

附表六

中醫師領證與執業人數（至民國八十六年十二月止）

類別	人數
一、中國醫藥學院七年制中醫學系畢業生	二、二二四
考試及格者	一、八六六
執業人數	一八二
二、中國醫藥學院五年制學士後中醫學系畢業生	五一
考試及格者	四二九
執業人數	四二九
三、醫師修畢四十五中醫學分	一八三
考試及格者	七
四、中醫師特種考試檢定考試及格者	一六、一二六
五、中醫師特種考試及格者	二、七一二
六、中醫師領證總人數	八、五八四
七、中醫師執業總人數	三、二九九

資料來源：監察院中醫調查報告 2000:182。

附表七

特種考試中醫師筆試及格人員學歷一覽表

	博士	碩士	大學	專科	高中	中小學	合計
74年	0	1	29	31	37	9	107
75年	0	1	51	54	87	16	209
78年	0	0	36	33	30	6	105
79年	0	0	22	16	16	4	55
80年	0	1	32	26	28	4	91
81年	0	2	23	28	23	4	80
82年	0	1	18	21	31	2	73
83年	0	3	25	9	21	0	58
84年	0	2	41	45	29	1	118
總計	0	11	277	263	302	43	896

資料來源：監察院中醫調查報告 2000:183。

附表八

歷年中醫藥專業人員養成教育成果統計表

項次	校名	系所	開辦學年度	82學年度畢業生人數	83學年度畢業生人數	84學年度畢業生人數	85學年度畢業生人數	86學年度畢業生人數	截至86學年度總人數	備註
1	陽明大學	傳統醫學研究所碩士班	89	4	15	7	10	7	52	
2		傳統醫學研究所博士班	87						0	尚未有畢業學生
3	中國醫藥學院	中醫學系	55	103	119	129	112	108	2344	
4		學士後中醫學系	72	50	48	48	91	94	559	
5		中醫學系碩士班	64	14	16	13	11	16	191	
6		中醫學系博士班	78	0	2	6	4	8	33	
7		藥學系中國藥學組	82				39	35	74	
8		中國藥學研究所碩士班	63	13	14	13	13	15	191	
9		中國藥學研究所博士班	81	0	6	0	1	2	9	
10	長庚大學	中醫學系	87							尚未有畢業學生
11	台北醫學院	生藥研究所碩士班	81	6	7	3	5	7	28	
12		藥學研究所碩士班生藥組	72						20	民國81年生藥所碩士班成立後本組已併入
13		藥學研究所博士班生藥組	75	1	1	1		1	4	
	合 計			191	228	220	286	293	3505	

資料來源：監察院中醫調查報告 2000:84。

附表九

台灣地區中醫院所按診療科別及地區別分

地 區 別 Locality	一般診療 General Practice	內 科 Internal Medicine	外 科 Surgery	眼 科 Ophthalmology
民 國 八 十 年 1991	1,398	328	44	22
民 國 八 十 一 年 1992	1,539	273	30	18
民 國 八 十 二 年 1993 ※	1,593	258	26	12
民 國 八 十 三 年 1994	1,678	258	24	13
民 國 八 十 四 年 1995	1,761	233	23	11
民 國 八 十 五 年 1996	1,840	203	27	10
民 國 八 十 六 年 1997	1,840	274	19	11
民 國 八 十 七 年 1998	1,986	255	19	10
民 國 八 十 八 年 1999	2,175	184	19	10
民 國 八 十 九 年 2000	2,318	175	21	11

兒 科 Pediatrics	婦 科 Gynaecology	傷 科 Injury	針 灸 科 Acupuncture	痔 科 Hemorrhoid
22	108	106	51	17
16	100	91	51	12
18	91	89	43	7
17	90	91	43	6
16	83	93	40	4
13	70	70	34	5
14	70	76	38	5
13	61	67	27	5
11	60	61	27	5
13	56	55	26	6

資料來源：賴榮年醫師整理

附表十

WHO 承認之針灸治療病症

針灸治療的範圍很廣，依據聯合國世界衛生組織（WHO）1980 年出版的〈世界衛生・針灸專刊〉，提出並建議在全世界推廣應用針灸治療的病症有 43 種：

- | | |
|---------------|------------------------------|
| 一、上呼吸道： | 1. 急性鼻竇炎。 |
| | 2. 急性鼻炎。 |
| | 3. 感冒。 |
| | 4. 急性扁桃體炎。 |
| 二、呼吸系統疾病： | 5. 急性氣管炎。 |
| | 6. 支氣管氣喘（對兒童和單純性患者效果最佳）。 |
| 三、眼科疾病： | 7. 急性結膜炎。 |
| | 8. 中心性視網膜炎。 |
| | 9. 近視（兒童）。 |
| | 10. 單純性白內障。 |
| 四、口腔科疾病： | 11. 牙痛。 |
| | 12. 拔牙後疼痛。 |
| | 13. 牙齦炎。 |
| | 14. 急慢性咽喉炎。 |
| 五、胃腸系統疾病： | 15. 食道、賁門痙攣。 |
| | 16. 噁逆。 |
| | 17. 胃下垂。 |
| | 18. 急、慢性十二指腸潰瘍（緩解疼）。 |
| | 21. 單純性急性十二指腸潰瘍。 |
| | 22. 急慢性結腸炎。 |
| | 23. 急性菌痢。 |
| | 24. 便秘。 |
| | 25. 腹瀉。 |
| | 26. 腸麻痺。 |
| 六、神經、肌肉、骨骼疾病： | 27. 頭痛。 |
| | 28. 偏頭痛。 |
| | 29. 三叉神經痛。 |
| | 30. 面神經麻痺（早期如 3 到 6 個月內）。 |
| | 31. 中風後的輕度癱瘓。 |
| | 32. 周圍性神經急患。 |
| | 33. 小兒脊髓灰白質炎後遺症（早期如在 6 個月內）。 |
| | 34. 美尼爾氏綜合症。 |
| | 35. 神經性膀胱功能失調。 |
| | 36. 遺尿。 |
| | 37. 肋間神經痛。 |
| | 38. 頸臂綜合症。 |
| | 39. 肩凝症。 |
| | 40. 網球肘。 |
| | 41. 坐骨神經痛。 |
| | 42. 腰痛。 |
| | 43. 關節炎。 |

資料來源：<http://home.kimo.com.tw/acupcamp/what/what6.htm>

附表十一

衝擊一衛生及社會服務業 1

(一)	21 個服務業部門背景資料
	1. 自然人呈現 (統計表)
	2. 法律服務業
	3. 會計服務業 (統計表)
	4. 建築服務業
	5. 電腦服務業
	6. 廣告服務業
	7. 郵政快遞服務業
	8. 電信服務業 (統計表)
	9. 視聽服務業
	10. 營造服務業
	11. 配銷服務業 (統計表)
	12. 教育服務業 (統計表)
	13. 環境服務業 (統計表)
	14. 金融服務業 (統計表)
	15. 衛生及社會服務業 (統計表)
	16. 觀光服務業 (統計表)
	17. 海運服務業
	18. 運輸服務業—道路 (統計表)
	19. 運輸服務業—鐵路 (統計表)
	20. 空運服務業 (統計表)
	21. 能源服務業

資料來源：<http://www.cnfi.org.tw/wto/wto-1.htm>

附表十二

衝擊一衛生及社會服務業 2

一、商業服務業	
A. 專業服務業	■ 會計服務業（財政部證券暨期貨管理委員會） ■ 會計、審計及簿記及服務業（經濟部商業司） ■ 租稅服務業 ■ 獸醫服務業
B. 電腦及相關服務業	
C. 研究發展服務業	■ 學術研究服務業
D. 不動產服務業	
E. 租賃服務業（未附操作員者）	■ 租賃服務業 ■ 機械設備租賃服務業
F. 其他商業服務業	a. 廣告服務業 1. 電視及廣播廣告服務業 2. 廣告服務業（經濟部商業司） b. 管理顧問服務業 c. 附屬於礦業之服務業 1. 石油產業 2. 氣體燃料產業 d. 電力產業 e. 人力仲介及供給服務業 f. 攝影服務業 g. 出版服務業 1. 出版及印刷服務業 h. 其他 1. 修理服務業 2. 製版服務業
二、通訊服務業	
A. 郵政服務業	
B. 電信服務業（附件）	
C. 視聽服務業	a. 錄影帶節目及電影製作及行銷服務業 b. 電影放映服務業 c. 廣播及電視服務業
三、營造及相關工程服務業	

四、配銷服務業
D. 批發服務業 E. 零售服務業 F. 綜合零售服務業
五、教育服務業
六、環境服務業
七、金融服務業
G. 保險及相關服務業（一）、（二） H. 銀行服務業 I. 其他金融服務業 a. 證券服務業 b. 證券商服務業 c. 證券交易所服務業 d. 期貨服務業
八、健康與社會服務業
九、觀光及旅遊服務業
J. 餐飲服務業
十、娛樂、文化及運動服務業
K. 新聞機構服務業 D. 運動服務業
十一、運輸服務業
E. 海運服務業 a. 海運承攬運送業 b. 船舶運送業 c. 船務代理業 d. 貨櫃集散經營業 F. 空運服務業 a. 民用航空運輸業 b. 航空貨運集散站經營業 c. 航空器維修業 d. 航空運輸承攬業 G. 鐵路運輸服務業 H. 公路運輸服務業

資料來源：<http://www.cnfi.org.tw/wto/wto-1.htm>

附表十三

七十七～九十年我國學生主要留學國家簽證人數統計表

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
美國	6,382	9,519	12,002	13,429	12,936	11,577	10,309	10,679	13,425	14,042	13,109	14,443	15,547	14,878 (-4.3%)
加拿大	15	1,201	1,652	2,133	1,671	1,507	1,997	2,610	3,031	2,280	2,359	2,159	2,583	2,296 (-11.1%)
英國	49	1,513	2,324	1,991	2,021	2,882	3,968	5,131	5,095	6,414	6,173	6,553	8,567	7,583 (-11.5%)
法國	115	1,991	533	553	535	525	457	603	437	355	342	411	552	562 (+1.8%)
德國	144	350	635	472	460	387	481	462	312	345	305	295	313	345 (+10.22%)
澳大利亞	41	無確實 資料	無確實 資料	(7至12 月)799	1,508	1,709	2,183	2,972	2,884	2,126	2,092	2,065	2,104	2,397 (+13.9%)
紐西蘭	2	無確實 資料	(3至12 月)170	274	290	552	701	649	275	365	342	391	496	645 (+30%)
日本	1,430	2,305	2,145	2,990	2,053	1,715	1,350	1,645	1,480	1,700	1,649	1,573	1,753	1,696 (-3.25%)
合計	8,178	16,879	18,461	22,641	21,434	20,854	21,446	24,751	26,939	27,627	26,200	27,890	31,907	30,402
備註	1. 一九八八年各國留學人數係依據教育部編印一九九二教育統計第六十～六十一頁，加上其他國家為7,122人。 2. 自一九八九年護照條例修改後，僅能從各國駐華機構瞭解出國留學人數，除上述國家外，2001年其他國家留學簽證人數，如下列： 奧地利：66人；義大利：156人；西班牙：128人；菲律賓：112人；韓國：66人；愛爾蘭：12人；比利時：31人；瑞典：20人；芬蘭：11人；丹麥：4人；泰國：56人；挪威：1人；冰島：1人；俄羅斯：136人；土耳其：6人；新加坡：684人；荷蘭：89人；印度：27人；南非：46人；瑞士：100人；捷克：8人 3. 美國在台協會所核發之學生簽證係以F1為主，其中包含寒、暑假短期進修者。 4. 加拿大、英國、澳大利亞、德國、泰國、瑞士學生簽證係指在當地進修時間超過三個月以上者。 5. 加拿大、澳大利亞、紐西蘭學生簽證數字僅包括正式課程；英國學生簽證數字則包括所有與教育有關之活動。 6. 2001年美國等八國主要留學國家及韓國等其他留學國家合計之留學簽證人數為32,162人。													

[http://www.trade.gov.tw/global_org/wto/Wto-import/服務業談判進展/9110/教育服務業發展概況及貿易前景\(修正\).doc](http://www.trade.gov.tw/global_org/wto/Wto-import/服務業談判進展/9110/教育服務業發展概況及貿易前景(修正).doc)

附表十四

台灣地區醫事人員數

(民國八十四年底) 單位：人

類別	醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫事檢驗師	醫事檢驗生
開、執業人數	"24,465"	"3,030"	"7,026"	"11,438"	"7,786"	"4,370"	352
每萬人口醫事人員數	11.46	1.42	3.29	5.36	3.65	2.05	0.16
每執業醫事人員服務人數	873	"7,049"	"3,040"	"1,867"	"2,743"	"4,887"	"60,674"
醫院執業人數	"14,892"	597	"1,183"	"3,527"	322	"3,231"	205
醫院執業人數比例	60.87	19.7	16.83	30.84	4.14	73.94	58.24
領証人數	"36,756"	"7,960"	"10,216"	"23,184"	"12,684"	"7,576"	"1,135"

類別	醫用放射線技術師／士	護理師	護士	助產士	鑲牙生	營養師	合計
開、執業人數	"1,793"	"27,038"	"29,705"	842	105	298	"118,248"
每萬人口醫事人員數	0.84	12.66	13.91	0.39	0.05	0.14	55.37
每執業醫事人員服務人數	"11,912"	790	719	"25,365"	"203,404"	"71,669"	180
醫院執業人數	"1,703"	"22,337"	"22,771"	290	2	290	"71,350"
醫院執業人數比例	94.98	82.61	76.66	34.44	1.9	97.32	60.34
領証人數	2928*	"47,185"	"87,965"	"50,093"	308	"1,125"	"289,115"

*資料來源由原子能委員會提供，為八十四年十二月底資料。

註：八十四年底資料係為台灣地區（含金、馬地區）人口統計資料 21,357,431 人

附表十五

建立醫療網計畫目標

	計畫前 1984 年底 (民國 73 年)	現 況 1996 年底 (民國 85 年)	第一期目標 1990 年底 (民國 79 年)	第二期目標 1996 年底 (民國 85 年)	全程目標 2000 年底 (民國 89 年)
每一醫師服務人口數() *	1470 (6.8)	873 (11.25)	1000 (10)	860 (11.6)	750 (13.3)
每萬人口急性病床數() **	23.9 (18.9)	41.17 (30.61)	31.6 (26.6)	37 (32)	40 (35)
每萬人口精神病床數	5.8	6.08	7.5	9	10
每萬人口護理之家床數 () ***	— —	0.33 (30.61)	— —	0.6 (7.3)	3 (35.2)

註 1 : a. "*" 表每萬人口醫師數，85 年底資料以台閩地區西醫人員數為基準（24770 人）

b. "***" 表每萬人口一般病床數，85 年底資料以台閩地區急性病床為基準（含一般病床數 65697 床特殊病床數 22690 床）

c. "****" 表每萬老人護理之家床數

註 2 : 85 年人口數為台灣地區（係含金馬地區）人口數 21471448 人

附表十六

醫療發展基金核定獎勵情形一覽表

年 度 別	醫 院 (家)	診 所 (家)	病 床 數				獎 勵 後 之 醫 療 資 缺 缺 乏 次 區 域 數
			一 般	精 神	慢 性	護 理 之 家	
八十一	68	21	3544	818	1505		獎 勵 前 為 37
八十二	41	28	1602	590	1632		25
八十三	11	20	975	225	—	1899	14
八十四	27*	10	746	1392	—	933	9
八十五	21**	16	610	1250	—	933	8
八十六	11***	10		1200	—	892	4
合 計	179	105	7477	5455	3137	3714	4
							—

- a. *:含醫院附設護理家 11 家。
 b. **:含醫院附設護理家 7 家。
 c. ***:含醫院附設護理家 5 家。
 d. ****:全國共分為六十三個次區域。

附表十七

行政院衛生署中醫藥委員會員額配置

	編 制	預 算	現 有	備 註
員 額 配 置	五三人	39人	37人	
	主任委員室	1人	1人	
	主任秘書室	3人	3人	
	中醫組	6人	5人	
	中藥組	9人	8人	
	研究發展組	5人	5人	
	資訊典籍組	6人	6人	
	秘書組	7人	7人	主任由主任秘書兼
	人事	1人	1人	
	會計	1人	1人	

資料來源：賴榮年醫師整理

附表十八

醫療、健康相關及社會服務在模式一、二及三之承諾

(會員國數)

部門	會員國數 (完全履行第一～三模式承諾) a	跨境供應 模式一		
		完全 a	限制	無約束
醫療及牙科服務	49 (12)b	17	6	26
獸醫服務	37 (10)c	17	2	18
助產士、護士	26 (4)d	6	4	16
其他(包含醫療服務)	3 (1)e	2	1	0
醫院服務	39 (9)f	11	1	27
其他人們健康服務	13 (6)g	6	1	6
社會服務	19 (2)h	3	0	16
其他健康及社會服務	3 (2)i	2	1	0

部門	境外消費 模式二			商業據點表現 模式三		
	完全 a	限制	無約束	完全 a	限制	無約束
醫療及牙科服務	38	7	4	19	24	6
獸醫服務	33	1	3	19	14	4
助產士、護士	21	5	0	10	16	0
其他(包含醫療服務)	2	1	0	1	2	0
醫院服務	31	5	3	18	17	4
其他人們健康服務	6	5	2	8	4	1
社會服務	4	13	2	5	13	1
其他健康及社會服務	2	1	0	2	1	0

- a 在市場進入及國民待遇上完全履行承諾，並且在部門範圍上沒有任何限制。
- b 汶萊、蒲隆地、剛果、甘比亞(按照模式三之水平限制)、幾內亞、匈亞利、冰島(根據語言需求)、馬拉威、挪威、盧安達、南非、尚比亞。
- c 澳洲、蒲隆地、剛果、芬蘭、甘比亞(按照模式三之水平限制)、利索托、卡達、新加坡、南非、沙烏地阿拉伯(按照模式三之水平限制)。
- d 甘比亞(按照模式三之水平限制)、馬拉威、挪威、尚比亞。
- e 冰島。
- f 蒲隆地、厄瓜多爾、甘比亞(按照模式三之水平限制)、匈牙利、亞買加、馬拉威、聖露西亞、獅子山共和國、尚比亞。
- g 蒲隆地、甘比亞、(按照模式三之水平限制)、匈牙利、馬拉威、獅子山共和國、尚比亞。
- h 甘比亞(按照模式三之水平限制)、匈牙利、獅子山共和國。
- i 匈牙利、獅子山共和國。

資料來源：WTO 秘書處。

附表十九

兩岸中醫師背景比較

	台灣（2001 年底）		大陸（2000 年）	
具中、西醫執照 資格醫師	西醫修畢 45 個中醫學分者 339 人 考試及格者：75 人 七年制中醫系畢業生：2341 人	37.1%	中西醫結合高級醫師： 13139 人	3.9%
具中醫師執照 資格醫師-中醫 學系（含後中 醫）畢業生	五年制後中醫系畢業生：959 人 七年制中醫系畢業生：78 人	15%	中醫師：259988 人	76.6 %
中醫師特種考 試及格者	3047 人	46.9%	中醫士：65976 人	19.5 %

資料來源：2002 年中醫行政要覽 行政院衛生署中醫藥委員會
 2001 年中國中醫藥年鑑 中國中醫藥出版社
 吳炫璋醫師整理

附表二十

亞洲各國傳統醫學的比較

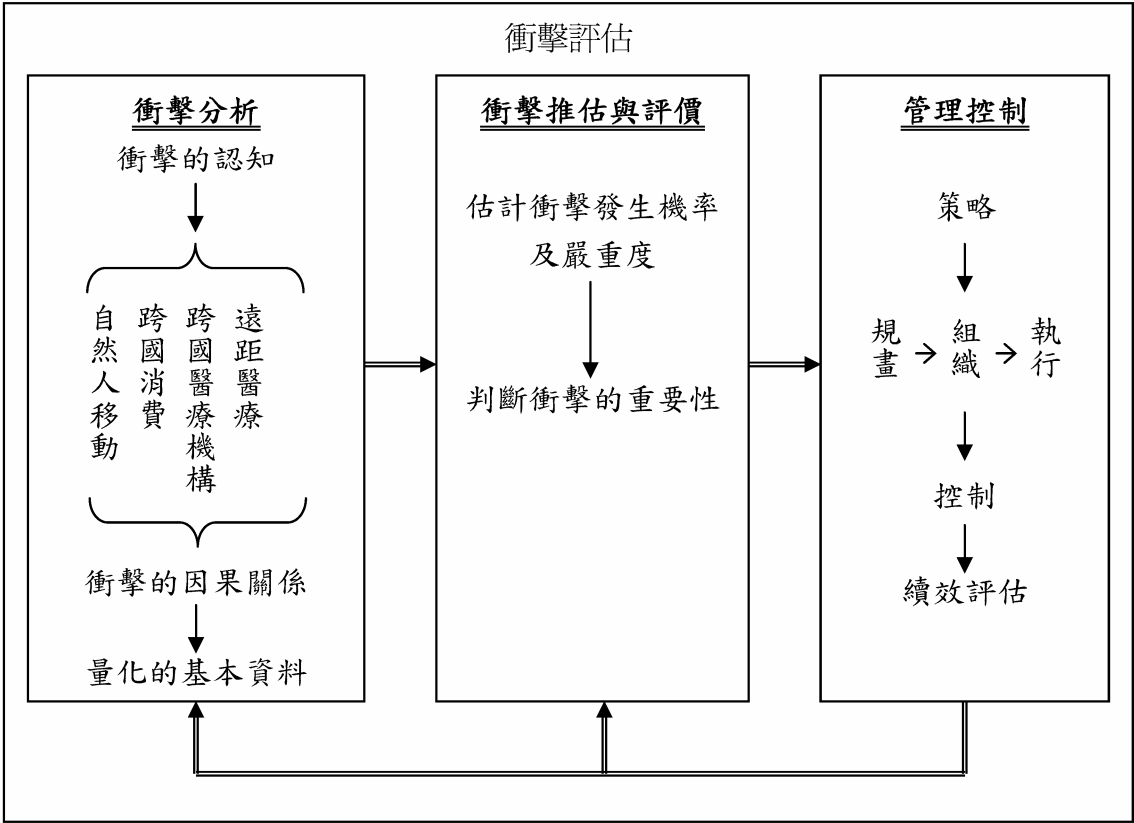
	大陸	台灣	韓國	新加坡	香港
傳統醫學的人力資源	中醫師：525000（其中有 257000 名具備中醫及西醫知識） 西學中醫師：10000 中藥師：83000（大學畢業） 和傳統醫學相關的助理醫師：72000（高等學校畢業） 和傳統醫學相關的助理藥師：55000（高等學校畢業）	執業中醫師：3733	東方醫學醫師：9914 針灸師：4500	目前只有註冊針灸師（2001.12） 中醫師約 1500 人（未登記）	註冊中醫師：2416 表列中醫師：5451
傳統醫學的執行是否包括醫院？（假如包括醫院那傳統醫學即已整合入國家的健康照護系統）	中醫醫院：2500 中西醫結合醫院：39 總床數：35000 少數民族的傳統醫學醫院：127 * Traditional Chinese medicine is fully integrated into China's health system * 95% of Chinese hospitals have units	中醫醫院：52 西醫醫院附設中醫部（科）：41	107 所東方醫學醫院及 6590 所東方醫學診所	有 中華醫院	有 香港特區中醫院浸會醫院 東華醫院 仁愛醫院 博愛醫院等附設中醫部

	for traditional medicine				
是否有 傳統醫學的國家研究機構	170 所國家或是省級的研究機構	1 所國家級研究機構-國立中醫藥研究所	1 所國家級研究機構	否 中華醫藥研究院中華針灸研究院（由新加坡中醫師公會主辦） 中醫學研究院（新加坡中醫藥促進會屬下）	
是否有官方的大學教育來針對醫師、藥師或是護士教授包括傳統醫學及西方醫學的知識	30 所中醫大學 3 所針對少數民族設立的傳統醫學學院 51 所傳統醫學的醫學專門技術學校	2 所私立大學（長庚、中國）設有中醫學系，並設有傳統醫學研究所。 1 所國立大學（陽明）設有傳統醫學研究所	11 所東方醫學大學。 關於韓醫師的教育課程有 2 年專科、4 年本科，還有研究生課程。有 9 個大學開設碩士課程，有 7 個大學開設博士課程。	否 新加坡中醫學院（由新加坡中醫師公會主辦）	3 所 （香港大學中醫藥學院、香港中文大學中醫學院、香港浸會大學中醫藥學院）

資料來源：吳炫璋醫師整理

附表二十一

衝擊管理



改編自《危害分析與風險評估》系統

附表二十二

大陸各校收費一覽表（台灣留學生收費標準）

	本科	碩士	博士	雜費	物業 管理費	住宿	教材 費	膳食 費
廣州中醫藥大學	\$1,500 (免試申請 試讀 \$2,300)	\$3,500	\$3,800					
成都中醫藥大學	\$1,200	\$2,000	\$3,000					
上海中醫藥大學	\$1,200	\$2,000	\$3,000	RM B1,000/年		\$1,500/年		
南京中醫藥大學	\$1,500 (免試申請 試讀 \$2,500)	\$4,000	\$5,000					
北京中醫藥大學	\$1,500 (含二學位)	RM B30,000	RM B40,000			RMB 2,400/月		
黑龍江中醫藥大學	\$1,500	\$2,000	\$3,000			RMB 1,000~ 1,500/月		
山東中醫藥大學	\$1,500 (\$2,000)	\$2,500 (\$3,000)	\$3,200 (\$3,500)			\$90~150/月		
浙江中醫學院	\$1,500	\$2,000	\$3,000					
福建中醫學院	\$2,200	\$3,000	\$3,500	\$200/年	RMB 1,000/年	\$1,000~ 1,200/月		
廈門大學	\$2,300 (依教育部 綜合大學收 費標準)					\$6,000~ 8,000/年	\$50/年	\$60/月
中國中醫研究院		\$3,500	\$4,000					

註 1：\$為美金；RMB 為人民幣

註 2：山東中醫藥大學（）為 2003 年之後金額

本表資料來源：孫茂峰、黃國慶、林昭庚：台灣學生至大陸高等院校修習中醫學位（含針灸）現象之初步探討。中華針灸醫學會雜誌，2003: P105。