

中醫師人力現況與規劃

林昭庚^{1,3} 陳俊明² 施純全¹ 陳欣欣¹

¹ 中華民國中醫師公會全國聯合會

台北

² 台北市中醫師公會

台北

³ 中國醫藥學院中國醫學研究所

台中

(2001年6月13日受理, 2001年10月29日收校訂稿, 2001年11月26日接受刊載)

目前台灣中醫師檢定考試、中醫師檢覈考試、專門技術人員高等考試及特種考試中醫師考試每年產生許多中醫師, 中醫師人力成長情形必須有所控制以免造成問題。根據衛生署之規劃, 理想中醫師數為每十萬人口 22 名, 但近年來實際中醫師人數已迅速增加, 且根據中醫師人力研究結果顯示, 中醫師成長情形已比預期時間超前。中醫於 89 年 7 月 1 日正式試辦總額支付制度, 若中醫師人力過剩, 將對健保總額支付費用產生稀釋作用; 中醫師多分布於中部地區, 造成人力分布不均; 國內中醫師「教」、「考」、「訓」、「用」無法配合; 中醫課程教材及考試科目不符時代需求; 臨床教學醫院明顯不足; 醫政法規嚴格限制中醫師使用現代化醫療設備, 並限制中西醫擇一執業, 影響中西醫療之結合。

針對未來中醫師規劃方面, 必須重新評估中醫師人力之供給與需求、推動增設中醫臨床見習、實習教學醫院場所、准予中西醫雙登錄執業、開辦中醫健保住院給付, 積極推動中醫臨床療效評估、醫政法規應開放中醫師使用現代化醫療設備、應加強管理民俗醫療及其他易與中醫師角色混淆之人員、將中醫師人力培養回歸正規教育體系, 加強教(教育部)、考(考選部)、用(衛生署)單位之結合, 以共同規劃人力。

關鍵詞：中醫師，人力規劃，考試制度。

前 言

為保障民眾健康的權利, 加強醫療品質, 並維持全民健康保險的營運, 中醫醫界已於民國 89 年 7 月 1 日開始進行門診總額支付制度試辦工作。根據許多研究推估, 未來中醫師人力將有過剩的情況¹⁻³, 可能會

衝擊中醫健保給付金額的分配，且人力過剩對於中醫醫療品質可能會有所影響，因此有必要重新檢討及評估，以下將針對中醫師教育、考試、任用等人力供給問題作一綜括的探討。

方 法

本文收集國內中醫師人力規劃相關研究、書籍以及中醫師公會、教育部、考選部和衛生署所彙編之書刊及統計資料等，綜合「醫事人力規劃與預測研討會」（國家衛生研究院主辦）中各醫界先進之意見，並訪問中國醫藥學院幾位專家學者，以檔案內容分析方法將所收集的資料作一概括的整理。

結 果

一、台灣中醫師培育之歷史沿革

(一)台灣中醫師培育管道

民國 34 年我國抗戰勝利後，中醫師的養成方式，只有考試院舉辦中醫師考試，當時多數民眾因受日本教育，無法應付筆試，故要求當局准予參加檢覈免用筆試，後又增加檢定考試，不限資格，沿襲至今。民國 46 年教育部設立國立中醫藥研究所，但未設置學校培養中醫人才。

民國 47 年私立中國醫藥學院創設後，開始將中醫課程納入正規醫學教育學制內；於民國 69 年成立中國醫藥學院附設醫院；民國 73 年辦理學士後中醫學系，招收大學畢業具有學士以上學位者；民國 79 年又接受考選部委託辦理特考中醫師筆試及格人員訓練班，務期充分利用中國醫藥學院之師資、設備與經驗，培育中醫人才。而長庚大學中醫學系亦於民 87 年招收第一屆學生，培育中醫專門人員。民間團體亦相繼開辦針灸、內科等研習班，輔導民眾參加中醫師考試。

(二)中醫師的考試制度⁴

1.中醫師檢定考試

年滿 22 歲，得應中醫師檢定考試。自民國九十年起，五年內繼續辦理五次檢定考試後，將停止辦理，而部分科目不及格者，准予三年內繼續補考三次。

2.特種考試中醫師考試

報考人必須先通過中醫檢定考試及格，或需為中醫學系及學士後中醫學系（含教育部承認之國外中醫系等）畢業或醫學系畢業並修習中醫必要學科者；或曾在中央衛生主管機關或省（市）政府領有合格證書或行醫執照者；或通過專門技術人員高等考試者；華僑曾在僑居地執行中醫業務五年以上，卓著聲望者。

3.中醫師檢覈考試

需為中醫學系及學士後中醫學系（含教育部承認之國外中醫系等）畢業或醫學系畢業並修習中醫必要學科者；或曾在中央衛生主管機關或省（市）政府領有合格證書或行醫執照者；或通過專門技術人員高等考試者；華僑曾在僑居地執行中醫業務五年以上，卓著聲望者。

4. 專門技術人員高等考試

中醫學系及學士後中醫學系畢業者得應考(含教育部承認之國外中醫系)，醫學系畢業並修習中醫必要學科者。

二、中醫師人力現況分析

(一) 中醫師人力養成來源

中醫師人才養成來源主要有三：中醫學系及學士後中醫系的畢業生和考試院舉行的中醫師特考。

1. 中醫學系

中國醫藥學院於民國 47 年創立，率先將中醫課程納入正規醫學教育體制，而民國 55 年中醫系正式成立，至 85 年改為八年制，目前有 533 名在學學生及 240 名見、實習學生，每年約培養 120 位中醫系畢業生；而長庚大學已招收三屆學生目前共 138 名，預計民國 94 年 6 月將有第一屆畢業生投入醫療市場。未來慈濟大學亦將招收中醫學系學生。

2. 學士後中醫學系

中國醫藥學院自民國 73 年起招收學士後中醫學系學生，目前在學學生 395 名，實習學生 97 名，每年約有 100 名畢業生。

3. 中醫特考

中醫師特考評分方式於民國 86 年改變，及格率於不同評分方式有很大的差別。民國 84、85 年時為 7.5% 與 4.5%，而民國 86、87 年時為 1.5% 與 2.1%。若以民國 39 年至 89 年間 31 屆中醫師特考之人數及所計算之平均及格率 5.81% 來預估，每年將養成中醫師數為 98 人。

(二) 目前中醫師執業人數及未來中醫師人力供給情況

1. 目前中醫師執業人數

以衛生政策之角度來看，一般以每十萬人口之醫師數、醫事人員或醫療資源作為人口學上醫療品質之指標 (quality of care indicators at population level)，若以衛生署規劃之每十萬人口 22 名理想中醫師為目標，從過去十二年來台灣地區人口數與中醫師人數現況資料中顯示：實際中醫師數與衛生署規劃之中醫師數差距逐漸縮小 (表 1)⁴，且其縮小速度亦逐漸加快。

2. 未來中醫師人力供給情況

國內分別於 1990 年及 1999 年針對台灣地區中醫師人力供給進行推估研究 (表 2 及表 3)^{1,3}，1990 年推估於 2000 年時，每十萬人口中醫師數 12.0，而 1999 年的推估中，在 1998 年就已超過 14.51 人，而根據衛生署統計資料顯示，1999 年每十萬人口中醫師數便達 16.1 人，可見中醫師成長情形的推估已比預期時間明顯超前。

(三) 中醫師投入中醫市場之意願

分別以不同中醫師人才養成來源來討論其投入中醫市場之意願：

1. 中醫學系

表 1 民國 87 年各縣市人口與中醫師數及中醫系與後中系選擇執業地區意願之分布

執業地點	年底人口數*	中醫師*	每十萬人中醫師數*	現有中醫師執業地區分布(%)*	中醫系選擇執業地區意願(次數) [∞]	%	後中醫系選擇執業地區意願(次數) [∞]	%	全部學生選擇執業地區(%) [∞]
台北縣市	6,481,681	998	15.40	28.84	30	28.30	28	46.67	33.33
桃園縣	1,650,984	224	13.57	6.47	0	0.00	3	5.00	1.72
新竹縣市	784,223	88	11.22	2.54	2	1.89	0	0.00	1.15
苗栗縣	559,858	65	11.61	1.88	1	0.94	0	0.00	0.57
台中縣市	2,385,367	750	31.44	21.67	47	44.34	21	35.00	39.08
彰化縣	1,301,467	224	17.21	6.47	5	4.72	3	5.00	4.60
南投縣	545,874	88	16.12	2.54	0	0.00	0	0.00	0.00
雲林縣	748,995	72	9.61	2.08	3	2.83	2	3.33	2.87
嘉義縣市	828,783	107	12.91	3.09	3	2.83	3	5.00	3.45
台南縣市	1,822,102	254	13.94	7.34	7	6.60	2	3.33	5.17
高雄縣市	2,689,374	377	14.02	10.89	1	0.94	3	5.00	2.30
屏東縣	910,540	99	10.87	2.86	2	1.89	2	3.33	2.30
宜蘭縣	465,627	51	10.95	1.47	2	1.89	0	0.00	1.15
台東縣	249,937	18	7.20	0.52	2	1.89	0	0.00	1.15
花蓮縣	356,601	41	11.50	1.18	1	0.94	1	1.67	1.15
其他	147,178	5	3.40	0.14	0	0.00	0	0.00	0.00
總計	21,928,591	3,461			106		68		

*資料來源為衛生署網站⁴[∞]資料來源為曾淑芬⁶, 1999

表 2 台灣地區中醫師人力供給之現況及推估

類別	年代		
	1992	1996	2000
1984 年前檢覈、特考甄訊及格中醫師	1254	1075	914
1985 年特考及格中醫師	473	713	953
1985 年後本國中醫系畢業生	103	171	240
1989 年後本國學士後中醫畢業生	180	360	540
總計	2010	2319	2647
每十萬人口中醫師數	9.8	10.9	12.0

*資料來源：中醫醫療需求與供給之整合研究 1990 年³。

表 3 台灣地區中醫師人力供給之現況及推估

類別	年 代		
	1998	2006	2010
1998 年底前取得中醫師資格者	3191	2804	2760
1999 年後特考及格中醫師	0	400	600
1999 年後本國中醫系畢業執業中醫師者	0	174	289
1999 年後本國學士後中醫系畢業執業中醫師者	0	626	957
總計	3191	4004	4606
每十萬人口中醫師數	14.51	17.18	19.26

*資料來源：我國中醫師人力供需推估之研究 1999 年¹。

根據統計中醫系 1-22 屆畢業生中，執業中醫者有 16.3%。但於民國 84 年起開辦全民健保給付中醫門診醫療費用，提高了中醫系學生執業中醫之意願，根據陳立德²之調查結果，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。中國醫藥學院目前每年約有 120 名中醫系學生畢業，每屆中醫系畢業生預估約有 27 名將投入中醫的服務行業。未來長庚大學之畢業生若有相同比率投入中醫醫療市場，則預估大約將有 12 人執業中醫。

2. 學士後中醫學系

根據統計學士後中醫學系 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。

3. 中醫特考

根據陳立德²之調查結果民國 78-83 年間特考中醫師及格者執業中醫之比率為 89.2%，若以此比率推估，每年中醫特考及格者約有 85 人投入中醫醫療市場。

(四) 中醫師之生產力

根據李采娟⁵於 495 位合乎條件的對象中，完成訪視的 252 位中醫師之調查結果顯示：教育程度為高中職或以下者佔 37.5%，非中醫相關之大專或以上為 32.6%，中醫系或學士後中醫系佔 24.3%，中醫藥研究所的佔 5.6%；執業場所方面，在公立醫院服務者佔 1.7%，私立醫院者佔 12.0%，私立診所者佔 80.9%，聯合診所者佔 5.4%；科別方面，不分科者佔 78.8%，內科者佔 9.6%，傷科者佔 0.4%，針灸科者佔 1.3%；在執業年資方面，平均執業年資為 13.41 年，標準差為 9.76 年；證書類別方面，特考及檢覈考分別佔的比例為 78.0% 及 22.0%；中醫師其每週在診療場所的平均時數為 47.57 小時，標準差為 13.88 小時；受訪中醫師每週投入診療以外事務的平均時數為 10.26 小時，標準差為 8.53 小時；中醫師每週看診人次平均為 293.86 人次，標準差為 191.52 人次。

中醫師之生產力與其執業場所、執業場所是否加入健保特約、中醫師實際診療時數投入等達統計顯著相關。執業於醫院之中醫師較執業於診所或聯合診所之中醫師的每週看診人次低了 57.08%；有全民健康保險特約之中醫師其每週看診人次較無全民健康保險特約之中醫師多了 212.41%；中醫師實際診療時數每增加 1% 時數的投入，其每週看診人次則多了 60.88%；護理、調劑人員及其他人員每週診療時數增加 1% 時，中醫師每週看診人次約增加 3.31%⁵。

(五) 保險制度之影響

中醫於民國 72 年開放勞保後續辦公保 (77 年) 及健保 (84 年)，民眾對中醫的醫療需求提昇，而 89 年 7 月 1 日中醫門診正式試辦總額支付制度，勢必對中醫醫界有所影響。

(六) 中醫師之地理分布

根據衛生署之統計資料 (表 4)⁴，台灣地區平均每十萬人口之中醫師數為 15.78，若以地區分布來看，可達到此平均數之地區有台中縣市之每十萬人口 31.44 名中醫師數、彰化縣之每十萬人口 17.21 名中醫師數及南投縣每十萬人口 16.12 名中醫師數，其中台中縣市之每十萬人口中醫師數甚至超過衛生署所規劃之 22 名中醫師數。而有 13 個地區未達到此平均值，其中以雲林縣之每十萬人口 9.61 名中醫師數、台東縣之每十萬人口 7.20 名中醫師數和離島地區之每十萬人口 3.40 名中醫師數為最低。

表 4 76-88 年台灣地區人口與中醫師數、人口與中醫師成長率、每十萬人中醫師比、衛生署規劃之中醫師數和實際中醫師數與規劃中醫師數之差距

年度	年底 人口數	較前一年 成長之人 口數	人口 成長率 (%)	實際 中醫師數	較前一年 成長之中 醫師數	中醫師 成長率 (%)	現有每十 萬人中醫 師比	衛生署規 劃之中醫 師數	實際中醫 師數與規 劃中醫師 數之差距
76 年	19,672,612			2,324			11.81	4,328	-2,004
77 年	19,903,812	231,200	1.175	2,397	73	3.141	12.04	4,379	-1,982
78 年	20,107,440	203,628	1.023	2,306	-91	-3.796	11.47	4,424	-2,118
79 年	20,352,966	245,526	1.221	2,372	66	2.862	11.65	4,478	-2,106
80 年	20,556,842	203,876	1.002	2,514	142	5.987	12.23	4,523	-2,009
81 年	20,752,494	195,652	0.952	2,616	102	4.057	12.61	4,566	-1,950
82 年	20,995,416	242,922	1.171	2,701	85	3.249	12.86	4,619	-1,918
83 年	21,177,874	182,458	0.869	2,833	132	4.887	13.38	4,659	-1,826
84 年	21,357,431	179,557	0.848	3,030	197	6.954	14.19	4,699	-1,669
85 年	21,525,433	168,002	0.787	2,992	-38	-1.254	13.90	4,736	-1,744
86 年	21,742,815	217,382	1.010	3,299	307	10.261	15.17	4,783	-1,484
87 年	21,928,591	185,776	0.854	3,461	162	4.911	15.78	4,824	-1,363
88 年	22,092,387	163,796	0.746				16.10		
總計	230,401,114	2,255,979	0.979	32,845	1,137				

*資料來源為衛生署網站⁴

若考量中醫系及後中醫學系畢業生執業地區之意願，曾淑芬之調查結果顯示在有意執業中醫之中醫系學生中，亦以選擇台中縣市之人數為最高（表 1）¹⁰，其次為台北縣；學士後中醫系學生則以選擇台北縣市之人數為最高，其次為台中縣市^{4,6}。

討 論

一、中醫師地理分布不均

中醫師將有集中於台中縣市和台北縣市的趨勢，未來台中地區的中醫師人力仍將呈現高於衛生署規劃的每十萬中醫師數，而其他如桃園、新竹、苗栗、南投、宜蘭、台東、花蓮及離島等，中醫師人力分佈仍將呈現不均衡的現象。

以健保局中區分局（台中縣市、彰化縣及南投縣）來說，中醫門診利用率和中區保險對象人口數相較，差異最大。在中醫實施門診總額支付制度後，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，對於向中區這樣原本高利用率地區衝擊較大。

二、「教」、「考」、「訓」、「用」無法配合

在我國中醫師人力的培育中，「教」、「考」、「訓」、「用」無法相互配合的問題，長久以來一直存在於中

醫大環境中。

(一)師資數量與素質有待加強

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。

(二)中醫課程教材及考試科目不符時代需求

課程教材亟待更新、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，應加以修正。

(三)臨床教學醫院明顯不足

目前具臨床見、實習住院訓練之中醫教學醫院明顯不足，中醫師如缺乏良好實習訓練場所，將影響中醫師培育的品質。

(四)限制中西醫擇一執業，影響中西醫結合

依據行政院衛生署規定，中醫、西醫不得同時登陸執業，除影響中西醫結合外，加上中醫執業環境限制較多，接受正規中醫藥教育之中醫系學生在取得中醫師執照後，大多數選擇西醫執業，造成人才流失。

(五)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。

三、中醫師供給與民眾需求之關係

醫療之供給需與需求面平衡，才不致供過於求。醫療需求面應考量民眾的需求，根據李采娟⁵之調查：民眾在中西醫療偏好方面，生病時較常看中醫者佔 9.3%，看西醫者佔 60.5%，不一定（視情況而定）者佔 30.2%；在有固定看病或熟悉的中醫師或西醫師比例分別為 20.5%及 48.0%。每位民眾過去一個月內使用中醫和西醫門診平均次數分別為 0.10 次和 0.52 次，標準差分別為 0.44 次和 0.84 次。

在中醫師人力供給需求之推估方面，李采娟⁵以成長率以及整體中醫師人口與全體人口成長率等各種假設前提為推估基礎，推估中醫師每週看診人次及民眾每月中醫醫療需求。以成長率為基礎推估結果顯示於(表 5)⁵，推估結果在中醫師人數方面，預估於西元 2008 年則將有 4553.1 位中醫師；將有 1488818.9 人次的供給；將有 790810.2 人次的中醫需求；將有平均每人每月中醫醫療 0.1404 次；由表可見，若中醫供給與需求維持此成長率，則供給與需求差異將持續擴大。

另外，以中醫師年齡、執業場所醫院比率、有無保險特約、中醫師看診投入時間、護理人員投入時間、調劑人員投入時間、其他人員投入時間等不同狀況的假設前提推估顯示西元 2003 年及西元 2008 年中醫醫療供給之低推估和民眾需求之低推估、中醫醫療供給之低推估和民眾需求之高推估、中醫醫療供給之低推估和民眾需求之高推估和中醫醫療供給之高推估和民眾需求之高推估情況下所計算之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，由此結果可見不管在何種情形下，其中醫醫療供給與需求之差異皆為中醫醫療服務供給皆大於需求，而達供需平衡之中醫師數則介於 164

0.9 與 2563.8 間 (見表 6)⁵。

表 5 以成長率模擬模式推估西元 1999 至 2008 年中醫師醫療供給與需求結果

	中醫師人數	中醫醫療服務 供給人次	理想中醫師數 - 每十萬 人口 22 位中醫師	民眾人口總數
西元 1998	3070.0	902150.2	4824	21928591.0
西元 1999	3193.4	948495.2	4871	22140289.6
西元 2000	3321.8	997221.1	4917	22354032.0
西元 2001	3455.3	1048450.1	4965	22569837.8
西元 2002	3594.2	1102310.8	5014	22787727.0
西元 2003	3738.7	1158938.4	5062	23007719.7
西元 2004	3889.0	1218475.1	5111	23229836.3
西元 2005	4045.4	1281070.3	5195	23454097.1
西元 2006	4208.0	1346881.1	5210	23680522.9
西元 2007	4377.1	1416072.8	5260	23909134.7
西元 2008	4553.1	1488818.9	5311	24139953.5

	民眾中醫醫療 需求人次	每位民眾每月中醫 醫療需求	中醫醫療供給與 需求之差異*	達供需平衡所需 之中醫師數
西元 1998	525993.8	0.1028	376156.4	1790
西元 1999	547885.5	0.1060	400609.8	1845
西元 2000	570688.3	0.1094	426532.8	1901
西元 2001	594440.1	0.1129	454010.0	1960
西元 2002	619180.5	0.1165	483130.3	2019
西元 2003	644950.6	0.1201	513987.8	2081
西元 2004	671793.2	0.1239	546681.9	2145
西元 2005	699753.0	0.1279	583130.3	2210
西元 2006	728876.5	0.1319	618004.7	2278
西元 2007	759212.0	0.1361	656860.7	2347
西元 2008	790810.2	0.1404	698008.7	2419

*中醫醫療供給與需求之差異 = 中醫醫療服務人次供給 - 每位民眾每月中醫醫療需求⁵

表 6 以假設前提為模擬模式推估西元 2003 及 2008 年中醫師醫療供給與需求結果

	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*	達供需平衡 中醫師數
西元 2003 _a	1405772.9	645727.7	760045.2	2090.8
西元 2008 _b	1336039.6	542931.7	793107.9	1849.7
西元 2008 _c	1336039.6	752522.8	583516.7	2563.8
西元 2008 _d	1506048.7	542931.7	963117.0	1640.9
西元 2008 _d	1506048.7	752522.8	753525.9	2274.4

*中醫醫療供給與需求之差異 = 中醫醫療服務人次供給 - 每位民眾每月中醫醫療需求。a: 以中醫醫療供給之低推估和民眾中醫醫療需求之低推估計算; b: 以中醫醫療供給之低推估和民眾中醫醫療需求之高推估計算; c: 以中醫醫療供給之高推估和民眾中醫醫療需求之低推估計算; d: 以中醫醫療供給之高推估和民眾中醫醫療需求之高推估計算⁵。

四、總額支付制度下中醫師人力供需情況

中醫於民國 89 年 7 月 1 日正式試辦門診總額支付制度工作，從中醫師人力成長情形來看，未來將有過剩狀況，人力過剩將對費用產生稀釋作用，因此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。

建 議

(一)根據上述現況分析以及問題描述顯示，未來中醫師的人力將有供過於求的趨勢。在這樣的可能情況下，未來中醫師人力規劃的考量，在供給面應該著重於中醫師人數的控制及中醫師品質的提昇，以於目前的中醫師培育管道下，提高中醫師執業的醫療品質。針對未來中醫師規劃方面，以下有幾點建言：

1.重新評估中醫師人力之供給與需求：

中醫門診總額支付制度實施後，中醫醫療需求與中醫師人力供給，應重新評估，對於中醫師特考錄取人數與中醫學系、後中醫學系招生人數應重新規劃與檢討。

2.推動增設中醫臨床見習、實習教學醫院場所

推動增設中醫臨床教學醫院，提供足夠見習、實習、住院訓練的機會與場所。鼓勵設置中醫藥研究所，充裕師資來源，以健全中醫師養成教育。

3.具有中西醫師雙重資格者，應准予雙登錄執業，發展中西醫結合，成為本土醫學之特色。應提供適當、優良的執業環境，使中西醫療方式得以結合，以加強對民眾照護能力。

4.建議正式開辦中醫健保住院給付，積極推動中醫臨床療效評估。

5.中醫師教育過程中皆受過現代化醫療設備專業訓練，因此醫政法規應開放中醫師使用現代化醫療設備。

6.對於民俗醫療及其他易與中醫師角色混淆之人員應加強管理，以保障民眾健康。

7.將中醫師人力培養回歸正規教育體系，加強教(教育部)、考(考選部)、用(衛生署)單位之結合，以共同規劃人力。

8.重視中醫藥研究與發展，增加中醫藥研究計劃經費。

致 謝

感謝國家衛生研究院為推動醫事人力之規劃所舉辦之「我國醫事人力規劃研預測研討會」，惠承中國醫藥學院中醫所李副教授采娟、長庚紀念醫院中醫分院張副院長恆鴻、中國醫藥學院張教授永賢、台北醫學院郭教授乃文、台北市中醫師公會陳理事長俊明參與研討，研討會其他醫界專家學者提供修正意見，謹此致謝。

參考資料

1. 郭乃文、湯澡薰、林宜柏，我國中醫師人力供需推估之研究，行政院衛生署，1999。
2. 陳立德，台灣中醫師學歷背景之研究，中國醫藥學院醫學研究所，1998。
3. 賴俊雄、李卓倫、陳世堅，中醫醫療需求與供給之整合研究，行政院衛生署，1990。
4. 行政院衛生署網站：www.doh.gov.tw。
5. 李采娟，民眾中醫醫療需求與中醫師人力供給之規劃研究以數學方程式之電腦模擬模式為規劃工具，行政院衛生署中醫藥委員會，1999。
6. 曾淑芬、曾以仁、梁亞文、薛宏昇，中醫系學生生涯發展與未來社會供需推估，行政院衛生署，1999。

J Chin Med 12(4): 231-242, 2001

CURRENT STATUS AND PROPOSED MANPOWER PLANNING FOR THE PRACTICE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE IN TAIWAN, R.O.C.

Jaung-Geng Lin^{1,3}, Jing-Ming Chen², Webber Shy¹ and Shin-Shin Chen¹

¹*National Union Association of Chinese Medical Doctor R.O.C.
Taipei, Taiwan*

²*Taipei Chinese Medical Doctors' Association
Taipei, Taiwan*

³*Institute of Chinese Medical Science, China Medical College,
Taichung, Taiwan*

(Received 13th June 2001, revised Ms received 29th October 2001, accepted 26th December 2001)

Traditional Chinese Medicine (TCM) has deep roots among the Chinese population with much proven success. However, years of unregulated practice had created much varied qualities of practice. To ensure high standards of practice in TCM both for the benefits of prospective patients and imparting of credibility and respectability to the profession as well as its practitioners the government of Taiwan, ROC in recent years strictly regulates the standards by administering various qualification examinations. These include the Qualifying/Recognition Examination for Chinese Medicine Practitioners, National Examination for Senior Specialists and National Board Examination for Chinese Medicinal Specialists. The first of these was designed to accommodate practitioners who had acquired or committed to acquiring their skills through diverse and informal channels and is in the process of being phased out. However, such multiple qualifying channels have produced a surplus of TCM practitioners, far exceeding the projected growth and threatening the projected ideal ratio of 22 practitioners per hundred thousand citizens. Unbalanced demographic distribution, with singular concentration of practitioners in the central part of Taiwan, has contributed to the uneven availability of TCM services. Foresight in planning must be exercised to prevent an undesirable cycle. On July 1, 2000 the National Health Insurance Bureau implemented, on a trial basis, the "total amount paid" program in which undue regional concentrations of practitioners would result in reduced compensation for the individual physicians.

Along with manpower regulation, outdated training system and laws should be overhauled. At present TCM practice suffers from the incompatibility between 'teaching', 'examination', 'training' and 'application'. Teaching materials and major course foci are not in conformity with the requirements of modern times. Clinical instruction is inadequate. Outdated health practice laws limit the use of modern

medical equipment. The restrictive choice of practicing either TCM or Western medicine hinders the union of the two practices.

Focal points for future planning of TCM practice must include the demand and supply, promotion and establishment TCM clinical training and facilities, permission of dual TCM and Western medical practices, governmental coverage of TCM hospitalization expenses, positive promotion of the evaluation of clinical effectiveness of TCM, legal revamping to allow the use of modern equipment, effective regulation and distinction (from TCM) of unsubstantiated folk medicine and other quasi medical practices, reversion of the training of TCM to formal educational systems, strengthen the working relationships among education (Ministry of Education), examination (Ministry of Examination) and practice (Department of Health) to forge a comprehensive TCM developmental plan.

Key words: Chinese Medicinal Physician, Manpower planning, Examination system.

Correspondence to: Jaung-Geng Lin, Institute of Chinese Medical Science, China Medical College, Taichung, Taiwan, TEL: 04-22053366 ext. 1018.